

研究報告

救急外来を受診した軽症高齢者の特性と 治療が不要であった高齢者の救急外来受診の要因

Characteristics of Older People with Mild Symptoms who Visited
the Emergency Department and Factors that Led to Older People Visiting
the Emergency Department who did not Require Treatment

河野泉¹⁾, 吉田美由紀²⁾, 小岡亜希子²⁾, 陶山啓子²⁾

Izumi Kono, Miyuki Yoshida, Akiko Kooka, Keiko Suyama

キーワード：救急外来, 軽症, 高齢者

key words : emergency department, mild symptoms, older people

抄録

我が国では、高齢者の緊急性のない救急外来受診の増加が課題となっている。本研究では、救急外来を受診し帰宅可能となった高齢者（軽症高齢者）の特性を明らかにした。さらに治療を必要とせず帰宅となったより軽症の高齢者（治療が不要な高齢者）が救急外来受診に至った要因を、従属変数「治療の有無」、独立変数「生活状態や心身機能」「高齢者世帯の有無」「LSNS-6合計スコア（社会的孤立指標）」等の8項目としたロジスティック回帰分析により明らかにした。データは救急外来での面接調査により収集し、99名を分析対象とした。軽症高齢者の特性として、治療が不要な高齢者は、治療した高齢者に比べ慢性的な疾患・症状で受診した者が多かった（ $p<.01$ ）。治療が不要な高齢者の救急外来受診の要因では、LSNS-6合計スコア（オッズ比=1.114 [95%信頼区間, 1.022-1.215]）のみ有意に関連を認めた。救急外来を受診した治療が不要な高齢者に対して、孤立を防ぐ社会的なサポートの重要性が示唆された。

受付日：2023年10月31日 受理日：2024年3月1日

1) 市立宇和島病院看護部

2) 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻

I. はじめに

救急医療は、通常の医療機関受診では対応できない救急の疾患をもつ人や耐えがたい苦痛があるか、もしくは生命の危機が迫っているなどの緊急性がある人を対象として実施されるものである(井上, 2017)。我が国の救急車による搬送件数は、毎年増加の一途をたどっており、平成20年では510万件であったのに対して令和4年では723万件であったと報告されている(総務省消防庁, 2023)。しかし、救急搬送患者のうち47.3%は外来診療のみの軽症者(総務省消防庁, 2023)であり、そもそも救急搬送の必要性が低かった者の占める割合も、令和元年度は12.8%であったのに対し、令和3年度には14.8%(総務省消防庁, 2022)と増加している。軽症者への救急対応の増加は、真に緊急度の高い患者に対する適切な救急医療の提供に遅れを生じさせるなど、国民の命を守る救急医療提供体制に大きな影響を与えている。また、救急搬送患者に占める高齢者の割合は62.1%(総務省消防庁, 2023)と最も多く、救急搬送患者の高齢者のうち35.1%が救急外来受診後に入院せず帰宅する軽症者である(総務省消防庁, 2022)。わが国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にある(厚生労働省, 2019a)といわれている。その中でも、救急医療に携わる医師確保が困難な地方都市では、救急医療体制が崩壊するリスクもはらんでいる。このように、今後の更なる高齢化、救急搬送件数の増加、医師の働き方に関する議論等、救急医療を取り巻く状況を踏まえると、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携についての早急な議論の必要性(厚生労働省, 2019b)が指摘されている。このことから、特に高齢者において緊急性のない救急外来受診を減らすことは、超高齢社会にある我が国において重要な課題といえる。

救急外来受診後に帰宅した軽症者を対象とした研究において、救急外来受診後に帰宅した軽症者の救急外来受診の背景には、かかりつけ医の不在や、通常の医療やケア資源に対する不信感・不満

感があり、信頼できる相談場所や医療へ繋がっていない可能性がある指摘されている(寺本, 永田, 成瀬, 横田, 山本, 2018)。また、救急外来の頻回受診は、疾患に対する不安や低い介護力(吉谷, 武藤, 金久, 野元, 2019)、症状の悪化や遷延に伴う日常生活全般の強い不安(田村, 山口^舞, 山口^理, 伊波, 2019)が要因であるともいわれている。高齢者においては、加齢変化によって体調変化や新たな症状が出現しやすいこと、身体機能の低下による日常生活のしづらさの増大による不安感が生じやすいこと、核家族化や単独世帯の増加によって地域社会や近隣住民との関係が希薄化して相談できる人や頼れる人が近くにいないことが、救急外来受診の背景にあると考えられる。

一方で、時間外受診を繰り返す要因には患者側だけでなく医療者側の要因もある(千代, 木内, 2003)。吉谷ら(2019)は、救急外来受診後に帰宅する患者に対し、その場その場の対応で終わり、繰り返す受診につながる問題点への介入ができていない実態を指摘している。すなわち、生命の危機に対する緊急性や優先順位を判断する救急外来では、診療の補助が主体の看護実践となる傾向にあり、救急外来受診後に帰宅する軽症者の生活背景をアセスメントし、社会的支援へ繋ぐという実践は重要視されていない実態があると考えられる。この状況に対し、寺本ら(2018)は、帰宅後の再受診などのリスクを軽減するために、初回受診時には短時間で帰宅後の生活を見据えたアセスメントを行い、必要に応じ継続した医療・福祉サービス等への連携が重要であると述べている。

緊急性の高い患者の診療を優先する救急外来では、救急外来受診後に帰宅する軽症者の抱える潜在的な問題点を把握することは容易ではない。しかし、救急外来受診を繰り返し帰宅する軽症者への効果的かつ効率的で、適切な支援を行わなければ、更なる救急外来受診につながる可能性がある。そのため、まずは救急外来を受診し帰宅する軽症者の特性を明らかにする必要があると考える。その中でも特に、医師から治療の必要がないと判断された患者は、先行文献で指摘されているような心理・社会的な要因が関連して受診に至ったこと

が予測され、救急外来受診に至った要因を知る必要があると考える。先行文献において、救急外来受診後に帰宅する患者が救急外来を受診するに至る要因として、かかりつけ医の不在、信頼できる相談場所がないこと、頻回な救急外来受診の要因として、疾患への不安、低い介護力、日常生活への不安がそれぞれ指摘されているが、これらの要因と救急外来受診との関連について量的な研究では明らかにされていない。そして、救急外来を受診しても治療が必要なく帰宅可能となった軽症者のうち、高齢者を対象とした研究は見当たらない。そこで、救急外来を受診後に帰宅した軽症高齢者の特性と、救急外来を受診しても治療の必要がないと判断されて帰宅したさらに軽症の高齢者が、救急外来を受診するに至った要因を明らかにしたいと考えた。それにより、慌ただしい救急外来においても支援を必要としている高齢者を短時間でピックアップし、受診後に安心して生活できるよう必要な支援につなぐ（厚生労働省、2022a）だけでなく、介入内容や連携機関の情報が蓄積・更新されることで、患者の抱えている問題を素早く解決することが可能となると期待できる。

Ⅱ. 目 的

救急外来を受診した結果、入院の必要性がなく帰宅可能となった高齢者（以下、軽症高齢者とする）の特性を明らかにするとともに、対象者を治療の有無で比較することで、治療を必要としなかったより軽症の高齢者（以下、治療が不要な高齢者とする）が救急外来を受診するに至った要因を明らかにすることを目的とした。

Ⅲ. 方 法

1. 対象者

本研究の対象者は、A病院の平日夜間・早朝、および休日の日中・夜間・早朝の救急外来を受診後、医師の許可があり帰宅可能となった65歳以上の患者のうち、担当医師の面接調査の許可があり、本人自身がインタビューに回答できる患者とし

た。除外基準は、①自力での移動が不可能である患者、②苦痛・不快症状の出現・再燃の訴えや徴候のある患者、③面会など来院中の体調変化で救急外来を受診するに至った患者、④面接調査をした患者の2回目以降の受診患者とした。

2. 調査期間

2020年8月6日から2020年11月1日

3. 調査内容

1) 対象者の属性

対象者の属性は、①年齢、②性別（男性、女性）、③婚姻状況（既婚、離別、死別、未婚）とした。

2) 受診状況

受診状況について、来院状況と診療・転帰の実態を調査した。

来院状況については、①来院方法（救急車、救急車以外）、②受診理由（慢性的な疾患・症状、慢性的な疾患・症状以外）、③過去1年間の救急外来受診歴（受診歴なし、受診歴あり）のデータを収集した。

診療・転帰の実態については、①診断名、②治療の有無、③再診予約（再診予約なし、再診予約あり）のデータを収集した。①診断名は「国際疾病分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 第11回改訂版（ICD-11と略）」（WHO、2018）の大分類名に基づき調査した結果を、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」と「その他」に分類した。②治療の有無は、医師が治療の必要性がないと判断した場合を「治療なし」、医師が必要と判断して治療が行われた場合を「治療あり」とした。

3) 軽症高齢者のうち、治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因

受診行動の要因についての調査項目として、生活状態や心身機能については厚生労働省が示す介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインの「基本チェックリスト」（厚生労働省、2022b）を用いた。この尺度では、生活機能に関する「日常

生活関連動作」「運動器の機能」「低栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知機能」「抑うつ気分」の7領域、計25項目の質問群に2件法で回答し、領域ごとに得点が高いほど問題があると評価する。この基本チェックリストはフレイルの簡易評価法としても利用されており、4～7点でプレフレイル、8点以上でフレイルと判断される。本研究では、生活状態や心身機能状態の指標として基本チェックリスト全25項目の合計点を用いた。

個人的要因は、暮らしや健康への自己認識について、①健康状態の自己評価（健康ではない、健康である）、②暮らし向きの認識（ゆとりがある、苦しい）を調査した。

環境的要因は、①世帯状況（高齢者世帯、高齢者のみではない世帯）、②ソーシャルネットワーク、③介護保険の要介護認定（認定なし、認定あり）、④かかりつけ医の有無（あり、なし）とした。ソーシャルネットワークにおいては、高齢者の社会的孤立をスクリーニングするために、栗本ら（2011）によって信頼性と妥当性が検証されている「日本語版Lubben Social Network Scale短縮版（LSNS-6と略）」を用いた。この尺度は計6項目で構成され、得点範囲は0点～30点で得点が高い方がソーシャルネットワークは大きく、12点未満は社会的孤立を意味する。

4. 調査方法

面接調査を医師が許可した対象者を、看護師から研究者に紹介してもらい、研究協力を同意が得られた場合は、個室または話の内容が他人に聞こえないような場所へ移動し、会計待ち時間等を利用して面接調査を行った。受診状況、年齢、性別については診療記録から情報を得た。

5. 分析方法

本研究では、先行研究を参考に、「生活状態や心身機能」、自分自身の暮らしや健康に対する自己認識などの「個人的要因」、そして介護力や社会からのサポートの有無などの「環境的要因」に関する項目を、治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因として設定した。

対象者の属性、受診状況、治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因を単純集計し、受診状況は、「治療の有無」との2変数間における関係を χ^2 検定で分析した。治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因については、属性、基本チェックリストの合計点、および個人要因と環境要因の項目を独立変数、「治療の有無」を従属変数にしたロジスティック回帰分析を行った。有意確率は5%未満とし、統計解析にはWindows版統計ソフトSPSS Statistics28を用いた。

6. 倫理的配慮

本研究は、愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻研究倫理審査委員会（看2020-7）、および市立宇和島病院臨床研究審査委員会（208-213）の承認を受けて実施した。

本研究を実施するにあたり、調査施設の病院長と看護部長の研究協力の承諾を得て、担当医師と看護師の協力を依頼した。担当医師から面接調査を許可され、看護師から紹介された対象患者に対し、研究者が調査依頼文書を用いて本研究の趣旨、目的、意義、研究方法、倫理的配慮について説明し、書面にて承諾を得た。本研究への参加は自由意思であり、面接調査中に希望すればいつでも研究への参加を辞退できるよう配慮した。面接調査の際はプライバシー保護に努め、個室または話の内容が他人に聞こえないような場を選択して実施し、診療記録情報の閲覧は調査項目のみに限定し、調査用紙には個人が特定されるデータは記載しないようにした。面接調査は、救急外来受診後の会計の待ち時間等を利用して行い、調査に要する時間は25～30分以内を目安に実施した。また、新型コロナウイルス流行期の状況も考慮し、調査施設の院内感染対策マニュアルを遵守した感染予防策を十分に行ったうえで実施した。

IV. 結 果

1. 対象者の背景

軽症高齢者121名のうち、除外基準に該当および面接調査を拒否した22名を除く99名を分析対象とした。分析対象者の属性を表1に示した。

平均年齢は77.6±7.1歳であった。「性別」では、

女性が64名（64.6%）と半数以上を占めていた。婚姻状況では、婚姻状態が52名（52.5%）、離別4名（4.0%）、死別37名（37.4%）、未婚6名（6.1%）であった。基本チェックリスト合計点の平均は7.0±4.8であった。健康状態の自己評価では、「健康である」は72名（72.7%）であり、暮らし向きの認識では、「ゆとりがある」は79名（79.8%）であっ

表1 対象者の背景

調査項目		人 (%)
n=99		
【属性】		
年齢	平均値±標準偏差 77.6±7.1歳	99 (100.0)
性別	男性 女性	35 (35.4) 64 (64.6)
婚姻状況	既婚 離別 死別 未婚	52 (52.5) 4 (4.0) 37 (37.4) 6 (6.1)
【生活状態・心身機能】		
基本チェックリスト 合計/25点	平均値±標準偏差 7.0±4.8	99 (100.0)
【個人的要因】		
健康状態の自己評価	健康ではない 健康である	27 (27.3) 72 (72.7)
暮らし向きの認識	苦しい ゆとりがある	20 (20.2) 79 (79.8)
【環境的要因】		
世帯状況	高齢者世帯 高齢者のみではない世帯	60 (60.6) 39 (39.4)
LSNS-6 合計スコア /30点	平均値±標準偏差 11.9±5.6	99 (100.0)
治療なし (平均)	10.3	53 (53.5)
治療あり (平均)	13.7	46 (46.5)
要介護認定	認定なし 認定あり	76 (76.8) 23 (23.2)
かかりつけ医	なし あり	1 (1.6) 98 (98.4)

た。世帯状況は、「高齢者世帯」が60名（60.6%）であった。LSNS-6合計スコアの平均は11.9±5.6であった。介護保険の要介護認定は、「認定なし」76名（76.8%）であり、かかりつけ医については1名を除く98名（98.4%）がかかりつけ医を持っていた。

2. 受診状況

軽症高齢者の受診状況を表2に示した。

1) 来院状況

来院状況において、「治療あり」は46名、「治療なし」は53名であった。「治療あり」「治療なし」の2群間での比較において、来院方法では、「治療あり」では「救急車」が8名（17.4%）、「救急車以外」が38名（82.6%）、「治療なし」では「救急車」が11名（20.8%）、「救急車以外」が42名（79.2%）であり、有意差はなかった。受診理由では、

「治療なし」では「慢性的な疾患・症状」が19名（35.8%）、「慢性的な疾患・症状以外」が34名（64.2%）であるのに対し、「治療あり」では「慢性的な疾患・症状」が6名（13.0%）、「慢性的な疾患・症状以外」が40名（87.0%）であり、有意差（ $\chi^2(1) = 6.785, p < .01$ ）が認められた。過去1年間の救急外来受診歴では、「治療あり」では「受診歴なし」が29名（63.0%）、「受診歴あり」が17名（37.0%）、「治療なし」では「受診歴なし」が35名（66.0%）、「受診歴あり」が18名（34.0%）であり、有意差は認めなかった。

2) 診療・転帰の実態

診断名において、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」は38名（38.4%）、「その他」は61名（61.6%）みられ、「治療あり」「治療なし」の2群間での比較において有意差はなかった。また、再

表2 軽症高齢者の受診状況

調査項目		人 (%)	治療なし	治療あり	p値
		99 (100.0)	53 (100.0)	46 (100.0)	
n=99					
【来院状況】					
来院方法	救急車	19 (19.2)	11 (20.8)	8 (17.4)	0.800
	救急車以外	80 (80.8)	42 (79.2)	38 (82.6)	
受診理由	慢性的な疾患・症状	25 (25.3)	19 (35.8)	6 (13.0)	0.009**
	慢性的な疾患・症状以外	74 (74.7)	34 (64.2)	40 (87.0)	
過去1年間の救急外来受診歴	受診歴なし	64 (64.6)	35 (66.0)	29 (63.0)	0.834
	受診歴あり	35 (35.4)	18 (34.0)	17 (37.0)	
【診療・転帰の実態】					
診断名	損傷、中毒及びその他の外因の影響	38 (38.4)	16 (30.2)	22 (47.8)	0.098
	その他	61 (61.6)	37 (69.8)	24 (52.2)	
再診予約の有無	予約なし	83 (83.8)	49 (92.5)	34 (73.9)	0.015*
	予約あり	16 (16.2)	4 (7.5)	12 (26.1)	
χ^2 検定					**p<.01 *p<.05

診予約の有無については、「予約なし」83名(83.8%)のうち、「治療あり」34名(73.9%)に対し、「治療なし」は49名(92.5%)で有意差を認めた($\chi^2(1) = 6.247, p < .05$)。

3. 治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因

治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因について、「治療の有無」を従属変数としたロジスティック回帰分析の結果を表3に示した。

分析の結果、従属変数である「治療の有無」と統計学的に有意に関連していた独立変数は、LSNS-6合計スコア(オッズ比=1.114 [95%信頼区間, 1.022-1.215])のみであった。このモデル係数のオムニバス検定における有意確率は<.05、Hosmer&Lemeshowの適合度検定の有意確率は>.05であった。モデル全体の判別率中率は63.6%であり、「治療あり」は60.9%、「治療無し」では66.0%であった。

表3 治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因：ロジスティック回帰分析

		n=99			
		オッズ比	95%信頼区間	p	
属性	年齢	0.994	0.922-1.070	0.864	
	性別				
		男性	0.532	0.194-1.456	0.219
		女性			
生活・心身機能	基本チェックリスト合計	1.062	0.944-1.195	0.313	
個人的要因	健康状態の自己評価	健康である	2.696	0.805-9.025	0.108
		健康ではない			
	暮らし向きの認識				
		ゆとりがある	0.876	0.280-2.737	0.820
		苦しい			
環境的要因	高齢者世帯の有無	高齢者のみではない世帯	0.636	0.258-1.571	0.327
		高齢者世帯			
	LSNS-6合計スコア	1.114	1.022-1.215	0.014*	

*p<.05

Hosmer&Lemeshow : .307, モデル χ^2 検定 : p<.05, 判別率中率 : 63.6%

従属変数は「治療の有無」とし、【属性】の「年齢」「性別」、【生活・心身機能】の「基本チェックリスト合計点」、

【個人的要因】の「健康状態の自己評価」「暮らし向きの自己認識」、【環境的要因】の「高齢者世帯の有無」「LSNS-6合計スコア」の計7項目を独立変数とした。

従属変数は『治療の有無』『なし』=0, 『あり』=1とした。独立変数は「性別」女性=0, 男性=1, 「健康状態の自己評価」健康=0, 健康ではない=1, 「暮らし向きの自己認識」苦しい=0, ゆとりがある=1, 「高齢者世帯の有無」高齢者世帯=0, 高齢者世帯以外=1, とした。

V. 考 察

1. 軽症高齢者の特性

本研究の対象者は、基本チェックリスト合計点の平均が 7.0 ± 4.8 点であった。基本チェックリストの基準では合計得点4～7点でプレフレイル、8点以上でフレイルの可能性があることから、本研究の対象者の多くがプレフレイルもしくはフレイルの状態にあったと推察される。しかし、そのような状態にあっても、対象者の76.8%は要介護認定を受けておらず、ほとんどの対象者が介護福祉サービスと繋がっていない状態であった。田村ら(2019)は、症状の悪化や遷延に伴う日常生活全般の強い不安が頻回な救急外来受診の要因となることを報告している。つまり、軽症高齢者は、心身の不調が生じた時に、何かしらの相談先となる介護福祉サービスと繋がっていなかったことから不安が増強し、救急外来への受診を選択せざるを得なかったと考える。

また、寺本ら(2018)は、軽症患者の救急外来受診の背景には、かかりつけ医の不在があることを報告しているが、本研究においては、かかりつけ医のいないものは、対象者99名のうち1名のみであり、ほとんどの対象者が、かかりつけ医がいる状況下で救急外来を受診していた。寺本ら(2018)の研究は、全年齢層の患者を対象にし、平均年齢は44.0歳であったのに対し、本研究の対象者は、高齢化の進む過疎地域の高齢者のみを対象にした調査であることから、かかりつけ医のいるものが多かったと考えられ、対象者の年齢の違いが結果に影響したと考える。

本研究において、72.7%の軽症高齢者が自身を健康であると自己評価し、79.8%が自身の暮らしについてゆとりがあると答え、80.8%の対象者が救急車を呼ばずに救急外来を受診していた。また、慢性的な疾患・症状以外での受診が全体の74.7%であり、救急外来受診歴が1年以上ないものは64.6%であった。これらのことから、軽症高齢者は、普段は健康であるがゆえに、身体的な不調に対して不安が高まりやすい状況にあったと考えられ、その上に経済的に余裕があったことから、料金が

加算される時間外であっても、予防的に受診をして不安を軽減していたと推察できる。

本研究において、軽症高齢者においては、慢性的な疾患・症状を理由に受診したもの、再診予約のないものが有意に多かった。慢性疾患を有している患者は、日常的に心身への不安を抱えながら生活しており、少しの異変にも不安が増強して救急外来を受診するが、治療が不要と判断されて帰宅となるものが多かったと推察できる。吉谷ら(2019)の指摘と同様に、日常生活の中での疾患への不安感の増強によって救急外来受診につながったのではないかと考えられる。

2. 治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因

治療が不要な高齢者の救急外来受診に関連する要因を明らかにするためにロジスティック回帰分析を行った。その結果、年齢、性別、生活・心身機能、健康や暮らし向きの自己認識、高齢者のみの世帯であるかどうかと、治療の有無との関連は認めず、社会的孤立を示すLSNS-6合計スコアのみが治療の有無に関連していた。この分析の結果から、治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った背景には社会的孤立の状態が関連していることが明らかとなった。このことから、治療が不要な高齢者にとって、社会的孤立を防ぐようなソーシャルサポートが重要であることが示唆された。LSNS-6は、12点未満で社会的孤立を示す指標であるが、本研究の対象者全体における日本語版LSNS-6の平均点は 11.9 ± 5.6 であったことから、そもそも軽症高齢者の多くが社会的孤立状況にあり、中でも点数の低い社会的孤立状況が顕著な患者が、治療が不要な高齢者であったと考えられた。救急外来において、治療の必要がないと判断された高齢者においては、特に、身体的な生活のしづらさや、それらから生じる不安に対応するソーシャルネットワークが重要であると考えられる。

以上のことから、治療が不要な高齢者は、介護力など物理的な支援というより心身の不調に対する不安感に対する心理社会的なサポートの有無が影響して救急外来受診につながっていたと考えら

れる。また、治療が不要な高齢者は、社会的孤立との関連が認められたことから人とのつながりが希薄であるといえる。そのため、救急外来において、忙しい中でも支援の必要性のある高齢者を効率的にピックアップできるように、診療記録上でソーシャルサポートの状況を記載できるシステムを構築することや、なんでも相談できる窓口をあらかじめリストアップしておき、受診時に患者に情報を提供すること、また、医療者が必要に応じて地域包括支援センターに支援の引き継ぎを行なっていくことなど、治療が不要な高齢者をソーシャルサポートに繋げる支援が重要と考えられた。救急外来において、これらの支援体制を構築することができれば、治療の必要のない軽症高齢者が、ソーシャルサポートにつながることができ、救急外来を受診しなくても、より安心した生活を送れるようになるのではないかと考える。

VI. 結 語

本研究の結果、軽症高齢者の特性および治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因が明らかとなった。軽症高齢者の特性として、フレイル状態による日常生活のしづらさがある、日常生活のしづらさに対応する介護保険などのソーシャルサポートを受けていない、かかりつけ医に診てもらっている慢性の疾患と関連のない新たな症状の自覚によって救急外来を受診していた。また、治療が不要な高齢者が救急外来を受診するに至った要因は、心身の不調に対する不安を相談できるソーシャルネットワークが特に少ないことであった。このことから、治療が不要な高齢者に対し、社会的なつながりを強化する支援体制を構築することの必要性が示唆された。

VII. 研究の限界と課題

今回の研究においては、ロジスティック回帰分析において、モデル全体の判別率の中率が63.6%と低い結果となったため、従属変数の設定においてより明確な結果が得られるように関連要因を検討

していく必要がある。また、本研究では、治療の内容ではなく、より軽症であるかどうかを判断するために、「治療の有無」を従属変数として分析した。そのため、救急外来で行うべき治療であったかの検討ができておらず、従属変数の適切性に課題がある。さらに、調査施設であるA病院が2020年4月から時間外特別料金徴収を開始したことにより、経済的な問題を抱えた対象者の受診控えがあった可能性があることに加え、新型コロナウイルス流行による軽症者の受診行動の抑制が生じていた可能性がある。

付記

本研究は、日本臨床救急医学会第25回学術集会において発表した。また、本研究は、愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻の修士論文に加筆・修正をしたものである。

謝辞

本研究にご協力して下さいました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。また研究にご協力下さるとともに、ご助言頂きました病院、ならびに救急外来スタッフの皆様に厚くお礼申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 千代孝夫, 木内俊一郎. (2003). 救急外来頻回受診症例の問題点. 日本臨床救急医学会雑誌, 6 (3), 269-273.
- 井上健朗. (2017). 第1部第2章第2節救急認定ソーシャルワーカーとは. 救急認定ソーシャルワーカー認定機構研修・テキスト作成委員会 (編), 救急患者支援 地域につなぐソーシャルワーク 救急認定ソーシャルワーカー標準テキスト (pp.22). へるす出版.
- 栗本鮎美, 栗田圭一, 大久保孝義, 坪田 (宇津木) 恵, 浅山敬, 高橋香子...

- 今井潤. (2011). 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6) の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌, 48 (2), 149-157.
- 厚生労働省. (2019a). 医師の働き方改革に関する現在の検討状況について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000571973.pdf> (検索日2023年12月15日)
- 厚生労働省. (2019b). 救急医療の現状と課題について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000563879.pdf> (検索日2023年12月15日)
- 厚生労働省. (2022a). 第8次医療計画における救急・災害医療の見直しの方向性について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001125467.pdf> (検索日2023年12月15日)
- 厚生労働省. (2022b). 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000957757.pdf> (検索日2023年12月15日)
- 総務省消防庁. (2022). 令和4年版救急救助の現状 I 救急編.
https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r04_01_kyukyu.pdf (検索日2023年10月30日)
- 総務省消防庁. (2023). 報道資料「令和4年中の救急出動件数等(速報値)」の公表.
https://www.soumu.go.jp/main_content/000869993.pdf (検索日2023年10月30日)
- 田村慎弥, 山口舞, 山口理恵, 伊波久美子. (2019). 救命救急センター受診後に帰宅となった高齢患者の日常生活の現状—看護師の気付きと患者の不安の分析から—. 砂川市立病院医学雑誌, 32 (1), 70-75.
- 寺本千恵, 永田智子, 成瀬昂, 横田慎一郎, 山本則子. (2018). 救急外来を受診後に帰宅した患者の30日以内の再受診パターン. 日本看護学会誌, 38, 336-345.
- WHO. (2018). ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision, The global standard for diagnostic health information. <https://icd.who.int/en> (検索日2023年12月15日)
- 吉谷千晶, 武藤裕子, 金久美子, 野元貴子. (2019). 時間外救急受診を繰り返す患者の要因. やわらぎ, 4, 32-36.