



救急外来で活用する高齢者の社会生活状況 把握チェックシートを開発

- 救急医療と地域包括ケアをつなげる取り組みに向けて -

概要

救急車を利用して医療機関を受診し入院せずに帰宅する患者には、個人の社会的ニーズを満たすような支援が提供されることはほとんどありません。そこで、東京大学大学院医学系研究科 近藤尚己准教授（研究当時、現：京都大学大学院教授）、上野恵子 同博士課程学生（研究当時、現：京都大学大学院助教）らの研究グループは、その中でも支援の必要性が高い高齢者の社会生活状況を簡便に把握し、多職種で共有するチェックシートを作成しました。本研究では、救急救命士、看護師、医療ソーシャルワーカーなどの合計 28 名の参加者を対象に、3 回の質問紙調査からなる修正デルファイ法を実施しました。その結果、住環境、世帯構成、経済状況等の 28 項目を共有するチェックシートを作成しました。

本研究で作成されたチェックシートは、救急医療に関係する多職種間の情報共有や連携を促進する手がかりになると考えられ、今後実用化が期待されます。なお、実用化に向けては、チェックシート項目の信頼性・予測妥当性を検証し、運用プロトコルの構築を進めていく必要があります。

本成果は、2023 年 8 月 31 日に「日本臨床救急医学会雑誌」にオンライン掲載されました。

救急搬送された高齢者の社会生活状況チェックシート

以下の①～③の条件を満たす救急搬送された65歳以上の方に対して、本シートを利用してください。

①医療機関からの転院搬送ではない。 ②交通事故傷病者ではない。
③心筋停止状態ではない。 ④血行動態が不安定ではない。 ⑤緊急手術・処置を要しない。

※該当する選択肢の□にチェック（？）を入れてください。（ ）には自由に記述してください。

【救急隊員が記入する項目】

病者氏名： _____
 生年月日： ____年 ____月 ____日（ ____歳） 性別： 男性 女性
 出勤日： ____年 ____月 ____日
 出動時間帯（いずれかに○）： ①8～17時 ②18～0時 ③1～7時
 救急隊名： _____

1. 住居形態
 一戸建て 高齢者施設 住所不定
 集合住宅：1階、2階以上（エレベーター有）、2階以上（エレベーター無）（該当するものに○）
 住居からの救急搬送ではない その他（ ）

2. 住環境（複数選択可）
 住居からの救急搬送ではないので、観察なし
 大量の物、ゴミが散乱 あり なし 確認できず
 庭や家屋の手入れが行き届いていない あり なし 確認できず
 臭気 あり なし 確認できず
 郵便受けに新聞や郵便がたまっている あり なし 確認できず
 電気、水道、ガスの停止 あり なし 確認できず
 ペットの管理ができていない（排泄物散在、多頭飼い等） あり なし 確認できず

3. 通報者
 本人 同居家族 別居家族 知人 近隣住民 民生委員 役所 医療・福祉関係者
 警察 通行人 その他（ ） 不明

4. 発見者
 通報者と同じ 通報者と異なる：（ ） 不明

【看護師が記入する項目】

受診日時： ____年 ____月 ____日 ____時 ____分 記入者： _____

1. 普段（受診前）のADL
 自立歩行 歩行杖あり 杖歩行 歩行器歩行 車いす 寝たきり 不明

2. 主に通院している医療機関
 あり（医療機関名： _____） なし 不明

3. 国籍
 日本 外国（居住者・旅行者）（該当するものに○）

4. 全身状態（複数選択可）
 りんそう 汚れたり破れたりした衣服の着衣 髪・爪・皮膚が不潔な状態 臭気あり
 新田現在の打撲痕 褥瘡あり 該当なし その他（ ）

5. 本人の医師の説明に対する受け止めや病状の理解
 良好 不十分 現時点では判断できない（脳死状態などのため）

6. 世帯構成
 高齢者（65歳以上）のみの世帯（同居者：親、配偶者、内縁者、兄弟姉妹、子）（複数選択可）
 一人暮らし 該当なし 不明

救急搬送された高齢者の社会生活状況チェックシート（続き）

1. キーパーソン（治療の同意が得られる人）
 あり（名前・関係性： _____） なし 不明

2. キーパーソンの医師の説明に対する受け止めや病状の理解
 良好 不十分 キーパーソン不在のため不明

3. 介護者の有無
 あり（名前・関係性： _____） なし 介護者を必要としない 不明

4. ケアマネジャーの有無
 あり（事業所名： _____） なし

【医師が記入する項目】

記載日： ____年 ____月 ____日 記載者： _____

1. 救急外来受診時の診断名（ ）
 あり なし

2. 既往歴 あり なし

3. 救急外来での治療（複数選択可）
 生体検査（血液、尿、各種培養など） 画像診断（心電図、超音波を含む） 輸液投与 薬物投与
 ベッドサイドでの処置（縫合など） 専門科コンサルトによる診察 外来処方 該当なし

4. 救急外来からの転院
 帰宅 入院 転院

5. 過去 30 日間の当院救急外来受診歴
 なし あり 不明

6. 過去 30 日間の当院入院歴
 なし あり 不明

7. 過去 30 日間の他院入院歴
 なし あり 不明

【医療ソーシャルワーカーが記入する項目】

記載日： ____年 ____月 ____日 記載者： _____

1. 介護保険
 認定済（認定区分：要支援1・2、要介護1・2・3・4・5）（該当するものに○）
 申請中 未申請 非該当 不明

2. 介護サービスの利用
 あり なし 不明
 介護サービス受給の理由（複数選択可）
 デイサービス デイケア ショートステイ 訪問看護 訪問介護 その他（ _____）

3. 障害等の認定（複数選択可）
 なし 聴覚障害所持 身体障害者手帳所持 精神障害者保健福祉手帳所持
 難病指定 その他（ _____）

4. 経済状況（複数選択可）
 公費受給 年金 生活保護 その他（ _____）

5. 医療費未払い履歴
 未払いなし 分割払い完済 分割払い中 未払い放置、徴収不能処理、債権委託 不明

6. 入所中の高齢者施設の種類
 入所していない
 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 介護療養型医療施設（介護医療院） 養護老人ホーム
 軽費老人ホーム 有料老人ホーム 認知症高齢者グループホーム サービス付き高齢者向け住宅
 その他（ _____）

7. 入所中の高齢者施設の種類（ _____）

お問合せ先：京都大学大学院 医学研究科 社会疫学分野 助教

上野 恵子 ueno.keiko.6s@kyoto-u.ac.jp



1. 背景

地域包括ケアでは個人のニーズに応じた支援が必要とされており、医療現場でも患者の社会的ニーズが顕在化するため対応を求められることがあります。しかし、救急車を利用して医療機関を受診し入院せずに帰宅する患者（軽症患者）には、そのニーズを満たすような支援が提供されることはほとんどありません。そこで、外来から帰宅となる救急車利用者の中でも支援の必要性が高い高齢者の社会生活状況を簡便に把握し、多職種で共有するチェックシートを作成しました。

2. 研究手法・成果

救急医療に携わる専門職を対象者として、3回の質問紙調査からなる修正デルファイ法により救急搬送された軽症高齢者の社会生活状況を多職種で把握・共有するチェックシートを作成しました。

研究協力者は、救急救命士5人（17.9%）、看護師6人（21.4%）、保健師2人（7.1%）、医師3人（10.7%）、MSW9人（32.1%）、社会福祉士1人（3.6%）、介護支援専門員2人（7.1%）でした。それぞれの職種の経験年数は平均値14.0年（範囲：3～46年）でした。

修正デルファイ法を実施した結果、住環境、世帯構成、キーパーソンや介護者の有無、経済状況、介護保険利用状況などの情報を把握・共有する28項目からなるチェックシートが作成されました。

3. 波及効果、今後の予定

本チェックシートにより、救急医療関係者が高齢患者の健康問題や受診行動に影響を及ぼす社会生活状況を把握し、日常生活上支援を必要としている高齢者を救急車利用時の早期段階で発見することが期待されます。そして、救急医療に関係する多職種で情報を把握・共有する本チェックシートは、多職種間の情報共有や連携を促進する手がかりになると考えています。

ただし、本チェックシートを実際に活用する際には、患者や家族に支援を提供できる地域資源や地域の関係機関を把握し紹介できるように連携しておくこと、そして患者や家族が支援を受ける意思があるかについて確認することが必要です。また、一定数のサンプル数を確保し、項目の予測妥当性ならびに信頼性を検証するといった今後の実用化に向けた改良が必要です。

4. 研究プロジェクトについて

本研究は一般財団法人救急振興財団2019年度「救急に関する調査研究事業助成」を受けて実施しました。記して深謝します。

<用語解説>

修正デルファイ法

デルファイ法は合意形成の方法の一種です。まず検証したい事柄に関する専門家を対象者とし、対象者が無記名で質問項目に回答します。その回答を統計的にまとめた結果を対象者に提示し、次いでこの結果を参考に対象者が質問項目に再度回答する過程を繰り返す手法です。修正デルファイ法はデルファイ法の実施手順を改訂したものを指します。

本研究では初期段階で研究者チームが質問項目を選定したので、修正デルファイ法を実施したことになります。



<研究者のコメント>

超高齢社会の日本では、救急医療は救命・急性期医療の提供の他に、地域社会で高齢者の生活を支える視点も必要とされています。社会生活状況に課題を抱える患者の情報を介護、福祉など他分野の専門職と共有し、連携しながら患者に支援を提供できるような多職種連携の仕組みづくりが求められています。

<論文タイトルと著者>

タイトル 救急搬送された軽症高齢者の社会生活状況を多職種で把握・共有するためのチェックシートの開発

著者 上野 恵子、寺本 千恵、西岡 大輔、近藤 尚己

掲載誌 日本臨床救急医学会雑誌

DOI

<お問い合わせ先>

氏名（ふりがな）：上野 恵子（うえの けいこ）

所属・職位：京都大学大学院 医学研究科 社会疫学分野 助教

TEL：075-753-4355

FAX：なし

E-mail：ueno.keiko.6s@kyoto-u.ac.jp

<参考図表>

救急搬送された高齢者の社会生活状況チェックシート

以下の①～⑤の条件を満たす**救急搬送された65歳以上の方**に対して、本シートを利用してください。
 ①医療機関からの転院搬送ではない。 ②交通事故傷病者ではない。
 ③心肺停止状態ではない。 ④血行動態が不安定ではない。 ⑤緊急手術・処置を要しない。
 ※該当する選択肢の□にチェック（☑）を入れてください。（ ）には自由に記述してください。

【救急隊員が記入する項目】
 傷病者氏名： _____
 生年月日： _____年 _____月 _____日（ _____歳） 性別： □男性 □女性
 出勤日： _____年 _____月 _____日
 出勤時間帯（いずれかに○）：①8～17時 ②18～0時 ③1～7時
 救急隊名： _____

1. 住居形態
一戸建て 高齢者施設 住所不定
集合住宅：1階、2階以上（エレベーター有）、2階以上（エレベーター無）（該当するものに○）
住居からの救急搬送ではない その他（ ）

2. 住環境（複数選択可）
住居からの救急搬送ではないので、観察なし
 大量の物、ゴミが散乱 あり なし 確認できず
 庭や家屋の手入れが行き届いていない あり なし 確認できず
 臭気 あり なし 確認できず
 郵便受けに新聞や郵便がたまっている あり なし 確認できず
 電気、水道、ガスの停止 あり なし 確認できず
 ベットの管理ができていない（排泄物散在、多頭飼い等） あり なし 確認できず

3. 通報者
本人 同居家族 別居家族 知人 近隣住民 民生委員 役所 医療・福祉関係者
警察 通行人 その他（ ） 不明

4. 発見者
通報者と同じ 通報者と異なる：（ ） 不明

【看護師が記入する項目】
 受診日時： _____年 _____月 _____日 _____午前/午後 _____時 _____分 記入者： _____

1. 普段（受診前）のADL
自立歩行 広い歩き 杖歩行 歩行器歩行 車いす 寝たきり 不明

2. 主に通院している医療機関
あり（医療機関名： _____） なし 不明

3. 国籍
日本 外国（居住者・旅行者）（該当するものに○）

4. 全身状態（複数選択可）
るいそう 汚れたり破れたりした衣服の着衣 爪・皮膚が不潔な状態 臭気あり
新田滋の打撲痕 褥瘡あり 該当なし その他（ ）

5. 本人の医師の説明に対する受け止めや病状の理解
良好 不十分 現時点では判断できない（認知状態などのため）

6. 世帯構成
高齢者（65歳以上）のみの世帯（同居者：親、配偶者、内縁者、兄弟姉妹、子）（複数選択可）
一人暮らし 該当なし 不明

救急搬送された高齢者の社会生活状況チェックシート（続き）

1. キーパーソン（治療の同意が得られる人）
あり（名前・関係性： _____） なし 不明

2. キーパーソンの医師の説明に対する受け止めや病状の理解
良好 不十分 キーパーソン不在のため不明

3. 介護者の有無
あり（名前・関係性： _____） なし 介護者を必要としない 不明

4. クアマネジャーの有無
あり（事業所名： _____） なし

【医師が記入する項目】
 記載日： _____年 _____月 _____日 記載者： _____

1. 救急外来受診時の診断名（ ）

2. 既往歴 あり（ ） なし

3. 救急外来での治療（複数選択可）
生体検査（血液、尿、各種培養など） 画像診断（心電図、超音波を含む） 輸液投与 薬物投与
ベッドサイドでの処置（縫合など） 専門科コンサルトによる診察 外来処方 該当なし

4. 救急外来からの転帰
帰宅 入院 転院

5. 過去30日間の当該救急外来受診歴
なし あり 不明

6. 過去30日間の当該入院歴
なし あり 不明

7. 過去30日間の施設入院歴
なし あり 不明

【医療ソーシャルワーカーが記入する項目】
 記載日： _____年 _____月 _____日 記載者： _____

1. 介護保険
認定済（認定区分：要支援1・2、要介護1・2・3・4・5）（該当するものに○）
申請中 未申請 非該当 不明

2. 介護サービスの利用
あり なし 不明
介護サービスありの場合（複数選択可）
デイサービス デイケア ショートステイ 訪問看護 訪問介護 その他（ _____）

3. 障害等の認定（複数選択可）
なし 療育手帳所持 身体障害者手帳所持 精神障害者保健福祉手帳所持
難病指定 その他（ _____）

4. 経済状況（複数選択可）
就労収入 年金 生活保護 その他（ _____）

5. 医療費未払い歴
未払いなし 分割払い完納 分割払い中 未払い・放置、徴収不能処理、債権委託 不明

6. 入所中の高齢者施設の種類
入所していない
特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 介護療養型医療施設（介護医療院） 養護老人ホーム
軽費老人ホーム 有料老人ホーム 認知症高齢者グループホーム サービス付き高齢者向け住宅
その他（ _____）

7. 入所中の高齢者施設の名前（ _____）