

特集

救急医療における看護師の役割

杉島 寛

久留米大学病院 高度救命救急センター 集中ケア認定看護師

The Role of Nurses in Emergency Medical Care

Kan SUGISHIMA

Certified intensive care nurse, Kurume University Hospital Advanced emergency medical service Center

【要旨】

救急医療は、初期・二次・三次救急などの医療施設以外にも、病院前（プレホスピタル）の現場や、一般病棟でも行われるという特徴がある。また患者やその家族は、心身ともに危機的状況に陥っており、基本的な欲求が満たされず、何らかの援助が必要な状態である。さらに、救急処置や検査も多く、様々な職種が救急医療には携わり、チーム医療の力が著名に発揮される場でもある。これらの背景からも、救急医療にはおける看護師には、様々な役割が求められることが伺えるが、看護の根本は、どの領域にも共通するものであると考える。そこで、看護師の役割を踏まえ、救急医療において求められる看護師の役割の特徴について述べる。

キーワード： 救急医療、救急医療体制、救急医療施設、救急看護、看護師の役割



杉島 寛

はじめに

「救急」とは、「急場の難儀を救うこと。特に急病や怪我に応急手当てをすること。」、「医療」とは、「手術で病気を治すこと」とされ¹⁾、救急医療とは、病気や怪我による傷病者に対して、緊急の治療や処置を必要とする者に行われる医療である。救急医療の対象は、老若男女問わず、症状にも左右されず、すべての診療科に亘る患者が対象で、時には場所を選ばず救急処置が必要とされる場合がある。これが、「救急医療は医の原点」といわれる所以である。一方で、救急看護は、「突然の外傷あるいは発病、急変した患者の看護で、看護活動の主体は救命、治療・処置である。」とされている²⁾。救急医療は、主に救急医療施設でなされるが、院内急変や病院前救護、災害の現場などでも提供されており、それに伴い、看護師の役割にも様々なものがあることが伺える。そこで、救急医療の歴史や救急医療体制を踏まえた上で、救急医療における看護師の役割について述べる。

1. 我が国の救急医療体制について

1.1 救急医療・救急看護の歴史

我が国の救急医療は、1963年に消防法改正により事故や傷病者の救急搬送業務が法制化されたことに始まり、翌年の1964年に救急病院等を定める省令により救急告示病院、救急告示診療所が指定された。1977年になると厚生省による救急医療対策事業実施綱領をうけ、初期・二次・三次救急医療機関の整備が行われ、救命救急センターが設置されている。一方で救急看護では、この時期に日本救急医学会に看護部会が設置され、救急看護への関心が高まり、専門性について検討を始めたといえる。1987年には、消防法の改正により救急搬送の対象が急病の患者にまで拡大されたが、来院時心肺停止患者の救命率が欧米諸国と比較すると低いことをうけ、1991年には救急救命士制度が創設され、プレホスピタルの充実が図られた。救急救命士は、医師の具体的な指示の下に救命救急処置をできるようになり、その行為の

質を管理するために、2000年に病院前救護体制のあり方に関する検討会でメディカルコントロール体制が確立されている。それに伴い、救急救命士は病院での臨床実習もあり、看護師は救急救命士と搬送時の連携だけでなく、実習の中で指導などの役割も担うことになる。救急看護では、1997年に救急看護認定看護師、2005年には急性・重症患者専門看護師が認定され、救急医療における看護の質の向上のため看護の専門性が求められている。2001年には、重症な傷病者への早期の医療介入を目的とし、医師や看護師がヘリコプターで傷病者の下へ向かう「ドクターヘリ事業」が開始された。現在ではドクターヘリ以外にも、ドクターカーで傷病者の下に向かうなど、看護師がプレホスピタルの場に出る機会も増え、看護師に求められる役割も拡大している。

1.2 救急医療施設の特徴（表1）

1) 初期救急医療機関

軽症の急患患者への夜間・休日における診療を行う医療施設³⁾とされ、休日夜間急患センターや在宅当番医がこれにあたる。初期から三次救急医療機関の中で最も多く、休日夜間医療センターは全国に556か所（平成24年3月）、在宅当番医制は630か所（平成24年3月）の地域で行われている⁴⁾。ここでは独歩などで来院してくる軽度な救急患者に対して、簡単な処置や投薬などが行われ、看護師は簡単な処置や介助とともにトリアージなどを行っている。

表1. 救急医療機関による対象患者

初期救急医療機関	主に独歩で来院する軽度の患者を対象
二次救急医療機関	入院治療や緊急手術などが必要な患者を対象 (施設によっては脳卒中や心筋梗塞患者も対象)
三次救急医療機関	主に初期・二次救急医療機関からの転送患者される重篤な患者を対象

2) 二次救急医療機関

入院を要する救急医療施設であり、精神科救急を含む24時間体制の救急病院、病院群輪番制方式による施設がこれにあたり、3259か所（平成24年3月）の施設が各都道府県において指定されている³⁾。ここでは、入院治療や緊急手術などが必要な患者に対する治療が24時間行われ、地域で発生する救急の患者や初期医療機関からの転送患者などが対象になる。しかし、二次救急医療機関でも施設によっては、脳卒中や急性心筋梗塞などの重症な患者に対して医療が行われる。そのため看護師は、救急処置やその介助、トリアージに加えて、治療がスムーズに行われるように多職種や他部門と調整する役割がある。

3) 三次救急医療機関

救命救急センターが、これにあたり、すべての重篤な救急患者を24時間体制で、必ず受け入れる体制で高度な診療機能を有している。救命救急センターは、全国に265か所の施設が各都道府県において指定されており、現在も増加傾向にある（平成25年12月）。三次救急医療機関の中でも高度救命救急センターは、救命救急センターの役割に加え、広範囲熱傷、薬物中毒や四肢切断といった特殊疾患に対する診療を行う施設として、全国に32施設が整備されている（平成25年12月）⁴⁾。三次救急医療機関に搬送される患者は、一次、二次救急医療機関からの転送か、救急隊の判断によってのみ搬送され、救急医療の最後の砦とされる。また、集中治療室（以下ICU）や心臓集中治療室（以下CCU）などの専用病床を有し、入院後も集中治療が行われている。三次医療機関では、初期・二次救急医療機関と異なり、トリアージの役割よりも救命処置やその介助に重きが置かれ、その後の集中治療室で行われる集中ケアなども実施している。

4) プレホスピタルケア（病院前救護）

プレホスピタルケア（病院前救護）とは、傷病者の発生から救急医療機関へ到着するまでに行われた救命処置のことを指し、一般市民による一次救命処置もこれに含まれる。心停止、呼吸停止、多量出血の経過時間と死亡率の関係を示したカーラーの救命曲線（図1）からみても、プレホスピタルケアの充実は必要不可欠である。その観点からも、医師や看護師を病院前の現場へ投入する、医療資源のデリバリーシステムともいえるべき「ドクターヘリ」や「ドクターカー」の果たす役割は大きいと考えられる。

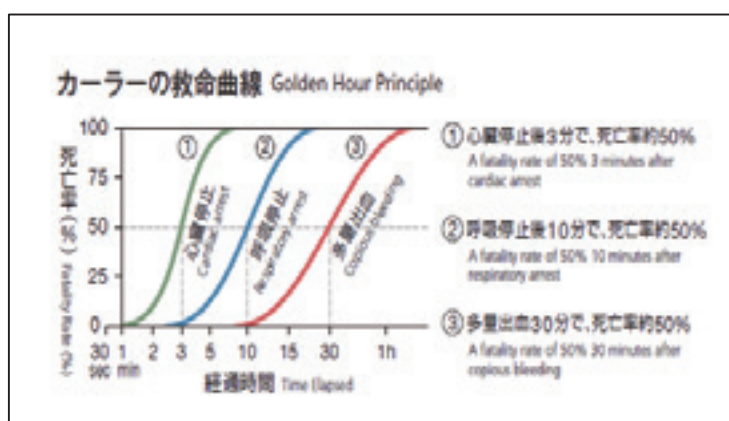


図1. カーラーの救命曲線
総務省消防庁パンフレット「FDMA」より引用
(http://www.fdma.go.jp/en/pdf/top/en_03.pdf 2014.11.29)

ドクターヘリ事業は、2001年から開始され、現在は全国36か所に43機のドクターヘリが配備されている(平成26年1月現在)⁵⁾。これに伴い看護師の役割も、プレホスピタルの現場へと拡大している。

2. 救急医療における看護師の役割について

我が国における看護師の役割は、1948年に制定された保健婦助産婦看護師法にて「療養上の世話」と「診療の補助」の2つと明記されている。ヘンダーソンは「看護婦の独自の機能は、病人であれ健康人であれ各人が、健康あるいは健康の回復(あるいは平和な死)に資するような行動をするのを援助することである。その人が必要なだけの体力と意志力と知識をもっていれば、これらの行動は他者の援助を得なくても可能であるだろう。この援助は、その人ができるだけ早く自立できるようにしむけるやり方で行う。」⁶⁾と述べており、基本的な欲求を満たすように働きかけるのが看護師の役割である。看護師は、それを阻害している因子(事故や病気、環境など)や、その因子により引き起こされる人間の反応に対して働きかけを行っている。その働きかけは、救急医療も一般病棟でも変わらないと考える。しかし、救急医療では、生命という人間の最も基本的な欲求が脅かされている状態であり、看護師に求められる役割に特徴を見出すことができる。また、初期・二次救急医療機関と三次救急医療機関、プレホスピタルという医療体制において、それぞれで求められる看護師の役割に違いがみられる(表2)。

表2. 救急医療における看護師の役割の特徴

看護師に求められる役割	救急医療において看護師に求められる役割
1. 医療処置の介助・実施	救急処置の介助・実施
2. 反応を捉え生活を整える	トリアージ 集中ケア 患者・家族への精神的援助
3. 他職種との連携	治療に関わるすべての職種、救急救命士との連携
4. 倫理的配慮	自己決定の尊重 代理意思決定者への配慮
5. 場の調整	物品や薬品の管理 記録の実施

2.1 医療処置の介助・実施

医療処置には、医師の指示のもとに看護師が単独で実施できる処置と、できない処置がある。しかし、心肺停止などの緊急の場合には、即座に一時救命処置を実施する必要がある。心肺停止の状況では、迅速で質の高いCPRの有無によって救命率が左右される⁷⁾。一時救命処置は、すべての看護師に必要な技術であるが、特に心肺停止に遭遇する確率の高い救急医療に携わる看護師は、習得すべき必須の処置である。初期医療機関よりも二次・三次救急医療機関では、重症かつ緊急度の高い患者が多く、高度な医療処置が行われる。重症な患者ほど、より大きな侵襲が加わっている状態であり、患者も様々な反応

(症状)を示し、かつ状態が急変しやすい。そこで働く看護師には、確実かつ素早い救急処置の実施や介助が求められる。誤った処置の実施や遅れは、患者にさらなる侵襲を与え、容易に病状を悪化させることにつながるからである。それを防止するため看護師には、病態や救急処置などの幅広い知識と確実な技術の習得に加えて、鋭い観察眼や予測性などの能力を養う必要がある。日々の業務を振り返り、足りないものを自己研鑽していくことも看護師としての大切な使命であると考えている。

2.2 反応を捉え生活を整える

看護は、基本的な欲求を満たすため、患者もしくは家族の反応を捉えて、直接的もしくは間接的な働きかけを行う。しかし、救急領域では、その反応に緊急性があるか、重症であるかの判断が重要となり、その判断の遅れがより重篤な状態を招く。その反応を捉えることは、救急医療における看護師にとって、最も重要な役割の一つであると考えている。初期・二次救急医療機関では、そこで行える救急処置に限界があり、対応できない場合はすぐさま三次医療機関への搬送が必要となる。初期・二次医療機関には一日に数多くの患者が来院するが、中には緊急な対応が必要な患者も隠れている場合がある。その患者の反応を捉え、緊急度や重症度を判断し、処置の優先順位を決定することをトリアージといい、救急外来では看護師がその役割を担っていることが多い。

1) トリアージ

トリアージとは「選別」という意味で、元々は災害医療で使われてきた。しかし、近年では、初期・二次救急医療機関の救急外来でトリアージナースとして、看護師がトリアージを行っている施設もあり、救急医療における看護師の重要な役割の一つである。トリアージでは、生理学的所見から緊急度かつ重症度を判断しているが、それ以外にも、受傷機転や発症時間、既往歴などのわずかな情報から短時間で判断することが求められる。そのため、単に患者の反応からだけでなく、その反応を引き起こしている因子など、些細な情報も見逃さない観察眼で患者を捉え、予測性をもち的確な対応が求められる。一方で、三次救急医療機関では、救急隊によってトリアージされて搬送されるため、看護師にはトリアージナースという役割は求められていない。しかし、三次救急医療機関でも、トリアージの視点は必要である。患者の反応や受傷機転などの情報から、緊急度や重症度を判断することで、患者がどのような経過をたどり、どのような処置が実施されるか予測できるからである。それによりスムーズな救急処置の実施へとつながり、患者の重篤化を最小限にとどめることができる。

2) 集中ケア

三次救急医療機関はICUを有する施設が多く、救命処置のあとに集中治療が行われ、看護師は集中ケアを実施している。ICUに搬入された患者は、気管挿管や鎮静剤や鎮痛剤が投与され、自分で症状を訴えることができない場合が多い。しかし、その状況でも患者は、苦痛や倦怠感、不安や恐怖などを感じ、基本的欲求をもっている。看護師は、患者の言葉だけでなく表情や動き、バイタルサインなどの些細な反応を捉え、その反応を引き起こしている因子をアセスメントし、ICUやCCUという非日常の中で、日常を送れるように整えていく必要がある。また、訴えることができない患者の代わりに、代弁者として医師や理学療法士など多職種と調整していくのも看護師に求められる役割である。

3) 患者や家族への精神的援助

救急医療領域の患者は、突然の発病や事故などにより、身体的側面はもちろん心理的にも危機状態へと陥っている。危機とは、危険で困難な状況をいい、その原因となるものを難問発生状況と呼び、危機の間は防衛機制が弱いために他からの影響を受けやすい⁸⁾。救急の患者は、普段と違う身体症状(苦痛や疼痛、呼吸困難感など)に恐怖(危機)を覚え、診断がつくまでは、原因が不明なことが多く、それが更なる不安へとつながる。それらの恐怖や不安は、患者にとってストレスであり、それに対するストレス反応として防衛機制やコーピング反応を示す。看護師は、救急領域における心理的反応の特徴を捉え、理解した上で患者へと関わっていくべきである。情緒的な反応を示している患者に対しては、

その反応を否定せずにタッチングなどの支持的な関わりを行い、時には一緒に来院してきた家族に患者の側にいてもらうなどの配慮も必要である。また、初期・二次救急医療機関の場合、本人が感じている不安や身体的苦痛と、疾患の緊急度・重症度が異なる場合があり⁹⁾、治療の優先度が低くなることもある。患者の心理として後回しにされたと感じ、医療スタッフへの不信感へとつながる恐れがある。特にトリアージナースは患者と関わる最初の医療スタッフであり、患者にとって印象深い存在となるため、患者に対する言葉かけなど、思いやる姿勢で接することを心掛ける必要がある。

救急領域では、患者同様に家族も心理的な危機状態に陥りやすい。山勢ら¹⁰⁾は重症・救急患者家族アセスメントのためのニード&コーピングスケールを開発し、救急患者家族は入院当初のニードとして「情報」「保証」が高いことを明らかとしている。またコーピング反応も情動的コーピングを示しやすい特徴もある。これらは患者の緊急度や重症度により異なることが伺えるが、これらの特徴を理解した上で家族の反応を観察し、家族のニードを見極めてサポートしていくことで危機状態から脱していけるような介入が看護師には求められる。

2.3 多職種との連携

救急搬送される患者が重症であるほど、血管造影や心臓カテーテル検査などの特殊検査、緊急手術、補助循環装置の装着などが行われる。それに応じて臨床工学技士や診療放射線技師、他科の医師などが関わってくる。救急医療機関への患者搬送は救急隊が行い、身元不明の患者や事件性があるものについては警察が介入してくる。チーム医療といわれているなかでも、このように多種多様な職種が関わるのは、救急医療の特殊性の一つであるといえる。特に、ドクターカーやドクターヘリなどのプレホスピタルの場では、医療スタッフの人数や物品なども限られ、スピーディーかつスムーズに救急処置を行うために、救急隊や時には家族に協力を依頼することもあり、現場スタッフとの連携は必要不可欠である。この中で看護師は、どのタイミングで必要な医療スタッフに連絡をとるのかなど、予測性をもって、適時的に判断し調整することも大切な役割¹¹⁾とされ、時には場をコーディネートする役割も担っている。これらの連携が一つでも滞ることは、患者への救急処置が滞る原因となるため、普段からの各部署や各機関との連絡体制の構築やイメージ化することは必要不可欠であると考えられる。

2.4 倫理的配慮

救急医療では、救命処置が優先されるため患者への説明やプライバシーへの配慮が不足しがちになる。その上、二次・三次救急医療機関に搬送される患者の中には、意識がなく自己決定ができない場面にも多く遭遇する。このように救急医療では、様々な倫理問題が起きやすい状況にある。その背景を踏まえて、日本救急看護学会では「救急医療領域における看護倫理」ガイドライン¹²⁾を作成し、救急患者に生じる倫理問題や、倫理問題に対する救急看護師の基本姿勢(表3)などが明記されている。看護師は、救急の場面でも自立尊重の原則にのっとり、患者・家族の権利を擁護していく姿勢が求められる。どん

表3. 倫理問題に対する救急看護師の基本姿勢

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) 高齢者や疾患構造の複雑化などから、必ずしも病気・病態による発症とは限らず、それらに続発する疾患や潜在する病気の顕在化などにより、急激に「死」に至ることも少なくない患者に対し、常に人の命・尊厳の尊重を判断基準として、患者・家族等の権利を擁護する 2) 「人格や価値観が尊重され、医療提供者との相互の協力関係のもとで良質な医療を公平に受けることができる」患者の権利を基盤に、関係者と最善の努力を行なう 3) 患者の権利を擁護し、中立的立場で患者・家族等が必要とする情報を提供するとともに、患者・家族等の心情や心理的变化を受け止める 4) 救急看護を实践する看護師は、ケア倫理を理解し倫理的感受性を大切にして看護を展開する。そのために、倫理的問題を認識し実践的対策を立てることができるよう倫理的意思決定能力を養う 5) 倫理が問われる場合には、何らかの『ジレンマ』がある。その時には、社会的規範に従い「何をすべきか」「何が正しいのか」正当化の根拠を示す。答えが出ない場合には、その理由を考える |
|--|

参考文献12) より引用

なに緊迫した場面でも患者への情報の提供や声掛けなどの援助を忘れてはならないと考える。また、意識がなく自己決定ができない患者では、家族などによる代理意思決定を余儀なくされる。突然の発症により家族自身も危機状態に陥っている上に、救急医療では緊急性があり、短時間での選択が迫られ、家族の意思決定を困難にしている。限られた時間の中でも看護師は、中立な立場で、家族の理解度やリビングウィル（事前意思表示）の有無などを把握していく必要がある。時には家族と医師との橋渡し役となり、限られた時間の中で、家族がその時の最善の選択ができるように調整していく役割がある。

救急医療では、全力で救急処置が行われるが、救えない命も経験する。2007年日本救急医学会は救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）を策定し、2014年4月に、日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会の3学会合同で、救急・集中治療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）の案¹³⁾が作成された。この案の中には、救急・集中治療における終末期の判断やその後の対応について、考える道筋が示されている。この中でも注目すべきは、「医療チームの判断」という言葉が明記されていることである。すなわち、看護師を含む医療チームで判断して考えるということであり、看護師にも意見が求められるということである。今までも行っているが、看護師は患者の生命と真剣に向き合い、患者もしくは代理意思決定をする家族にとって最善の選択は何であるかを常に検討していく役割があることを再認識しなければならないと考える。

2.5 場の調整

救急医療では、様々な救急処置が行われ、それに伴い多種多様な物品や薬品が使用される。緊急の場面で、必要な救急処置がスムーズに行われるためにも、物品や薬品の管理は必要不可欠であり、看護師がその役割を担っているところが多い。物品管理とともに看護師は、適切な処置が行われるように物品の配置やベッドの配置などを調整しスペースを確保するなど、空間の調整なども行っている。特に、プレホスピタルの現場では、発症現場や救急車内での活動が主となるため、周囲から患者のプライバシーを保護し、また限られたスペースで処置を行えるように調整していくことが求められる。また、看護師の重要な役割の一つとして、患者の状態や行われた救急処置について記録を行うことも挙げられる。救急の現場では、処置優先となる傾向にある。しかし、記録は患者に救急処置を行った証拠ともなり、証明でもある。だからこそ記録には、経時的で正確さが求められる。一方で看護師にとって記録は、看護を具現化する手段の一つであり、他者に自分の看護を伝えるという重要な意味を持っている。特に、救急医療では、処置が優先され患者と関わる時間も短く、看護が見えにくい傾向にある。そのため、自己の看護を記録によって具現化することは、看護師に必要な能力であり大切な役割であると考えている。

3. おわりに

救急医療は、救急医療機関においてそれぞれの役割がある。それに応じて、看護師に求められる役割の比重も変わってくる（図2）。しかし、どの場面においても緊急かつ重症な患者に遭遇する可能性があり、スムーズな救急処置を患者に提供できるように、看護師は果たすべき役割を認識し、個々の役割を遂行していく必要がある。その役割を遂行するために看護師は、日々自己研鑽を行うことも役割の一つであると筆者は考える。

	救急処置	トリアージ	精神的援助	倫理的配慮	場の調整
初期医療機関	▲	▼	▼	▼	▼
二次医療機関	▲	▼	▼	▼	▼
三次医療機関	▲	▼	▼	▼	▼

図2. 各救急医療機関で求められる看護師の役割

【参考文献】

- 1) 新村出編：広辞苑第6版，株式会社岩波書店，2008.
- 2) 永井良三監修：看護学大辞典・第6版，株式会社メヂカルブレンド社，470，2013.
- 3) 厚生労働省．用語の解説，2014年6月
- 4) 厚生労働省．救急医療体制等のあり方に関する検討会報告書，平成26年2月
- 5) 認定 NPO 法人救急ヘリ病院ネットワーク．季刊誌救急ヘリ病院ネットワーク，2014年夏号 HEM-NET グラフ32，2014年6月
- 6) Virginia Henderson. “Basic Principles of Nursing Care”, International Council of Nurses, Place Jean-Marteau3, Switzerland. [湯槇ます，小玉香津子訳（1995）“看護の基本となるもの”，日本看護協会出版会，東京，5-15，1995.
- 7) 河野寛幸：ER で役立つ救急症候学，第1版，株式会社シービーアール，東京，6-39，2012.
- 8) 山勢博彰：危機理論とは，“エマージェンシー・ケア2013年新春増刊みんなの危機理論”（山勢博彰編），株式会社メディカ出版，大阪，10-13，2013.
- 9) 福島綾子：救急処置室，“エマージェンシー・ケア2013年新春増刊みんなの危機理論”（山勢博彰編），株式会社メディカ出版，大阪，70-72，2013.
- 10) 山勢善江：重症・救急患者家族アセスメントのためのニード&コーピングスケール，“エマージェンシー・ケア2013年新春増刊みんなの危機理論”（山勢博彰編），株式会社メディカ出版，大阪，62-64，2013.
- 11) 日本救急看護学会：改定外傷初期看護ガイドライン，へるす出版，東京，19-23，2010.
- 12) 日本救急看護学会．「救急医療領域における看護倫理」ガイドライン，平成21年11月18日法人化により一部修正
- 13) 日本集中治療医学会倫理委員会・日本循環器学会医療倫理委員会・日本救急医学会救急医療における終末期医療のあり方に関する委員会．救急・集中治療における終末期医療に関する提言（ガイドライン），2014年4月29日案