

## 在宅高齢者の救急車利用への影響要因と療養生活継続への有効な支援 — 医師と訪問看護師の支援に焦点をあてて —

Use of Ambulance Services by Community-Dwelling Older Adults and Effective Support for Continued Treatment-Related Lifestyles: Focused on Support for Physicians and Home-Visit Nurses

蒔 田 寛 子<sup>1)</sup>  
川 村 佐和子<sup>2)</sup>  
大 野 裕 美<sup>3)</sup>

### 抄録

【目的】在宅高齢者の救急車利用への影響要因と在宅高齢者の安定した療養生活継続への支援について明らかにすることを目的とした。【方法】高齢者3名、家族、支援者（訪問看護師、医師）を対象に、半構成的面接を行い質的記述的に分析した。【結果】高齢者は《緊急性の判断ができない》ので、《状態変化に対処できない》、そして《困った時には救急車》と考え、救急車を頻回利用していた。しかし、《病気への的確な支援がある》ことで、生命の危機である《緊急性の判断ができる》ようになり、《在宅でのエンドオブライフへの切り替え》ができた。そして、《状態変化に対処できる》と救急車頻回利用はなかった。《医師と訪問看護師で病状の管理をする》《緊急性の高い状態を説明する》《いつでも対応する》《療養生活を支援する》などのセルフケアへの支援が必要である。【結論】医師と訪問看護師による病状管理は、高齢者が緊急性を判断するのに役立ち、救急車を利用しなくなっていた。

Objective: This study identified reasons why community-dwelling older adults use ambulance services. In addition, we clarified support for the stable continuation of elderly medical care.

Methods: This study uses qualitative descriptive analysis based on semi-structured interviews. Target persons included three older adults and their families and supporters (home-visit nurses and physicians).

Result: Older adults are unable to respond to changes in their condition because they cannot judge the urgency of a given situation. Moreover, when older adults are in trouble, they think of ambulance services. However, appropriate disease support can help the older adults to determine a situation's urgency. Furthermore, when older adults switches from

- 
- 1) 豊橋創造大学  
Toyohashi SOZO University
  - 2) 東京都医学総合研究所  
Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science
  - 3) 名古屋市立大学大学院医学研究科  
Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences

end-of-life in hospital to home care, they do not utilize ambulance services if they can cope with changes in their condition. This constitutes self-care for the older adults and their families. Physicians and home-visit nurses are critical in providing self-care support, which helps in the management of medical conditions, explains emergency conditions, ensures constant accessibility, and supports the older adults and families.

Conclusion: Accurate support for illnesses provided by physicians and home-visit nurses helped the older adults and their families to judge the urgency of their situations. As a result, they stopped using ambulances.

キーワード：高齢者 救急車利用 訪問看護師 リスクマネジメント 療養生活  
Keywords: older adult, ambulance services, home-visit nurse, risk management, treatment-related lifestyles

## I. 緒言

令和4年版救急・救助の現況（総務省消防庁，2023）によると，搬送人数は2020年になりCOVID-19感染拡大の影響により減少したものの年々増加傾向であり，特に高齢者の救急車での搬送割合は増加が著しい．2021年の救急車出動件数の61.9%が高齢者であり，救急搬送増加により，救急車の現場到着時間は延伸傾向であった．この状況は緊急性の高い傷病の予後に影響を与えることが懸念される．少子高齢化が急速に進んだ超高齢社会を反映しているとはいえ，救急出動件数の増加は社会的問題になっている．

病院の救急搬送患者受け入れの実態調査では，70歳以上の救急搬送患者増加が認められたとの報告（亀山ら，2020），重症度で分類すると軽傷が50%程度と最も多いとの報告（山本ら，2011；小田ら，2022）などがある．また寺本ら（2018）は，救急外来を受診後帰宅した患者の30日以内の再受診のパターンでは，初回と同様もしくは関係のある症状で医療が必要になった再受診が半数近かったと報告しており，医療が必要な受診であっても一部は予防可能であったと思われる．高齢化が進むことで，緊急性の高い高齢者の救急車利用の増加があるが，さらに緊急性が低い高齢者の救急車利用の増加が推測される．軽傷は受診不要例が多いという考え方は医療提供者側の論理であるという指摘（市川，2008）はあるが，軽症の救急車利用は，救急救命処置や医療機関への搬送の遅れなどの問題に繋がる．

高齢者の救急車利用について指摘されている問題点は，①高齢者の救急車利用の4割は受診後すぐに帰宅していること（片山ら，2018），②高齢者は受診の緊急度が低いにもかかわらず，救急車を利用する傾向にあること（片山ら，2018），③受診理由の半数は持病の悪化であったこと（山口ら，2019）などである．これらは，高齢者は持病の悪化が救急受診に繋がり，救急車利用の適切性に課題があるという指摘である．一方，救急搬送される患者・家族は，強い不安と混乱状態により，現状を受け入れられないとの報告（田川ら，2018）があるように，高齢者側からみると，何らかの状態変化から，救急車を利用し救急外来受診という不安定な療養生活に陥っていると推察される．

本邦には救急車の適正利用に対する明確な基準はないが，矢野ら（2011）は以下の4つの

判断基準を示している。①主訴が呼吸・循環・意識・神経症状に関与、②自力や周囲の支援でも来院に困難を伴う、③転落・交通外傷、④切断、中毒や火災などの特殊状況である。矢野らは、この判断基準で全救急搬送患者数の2.6%が非適正利用であると報告しており、山下ら(2016)は高齢者の救急車非適正利用は5.4%と報告している。一方この判断基準を用いて、7割程度が救急車非適正利用であったとの報告もある(佐々木ら, 2018)。

さらに救急車の適正利用に関する実態調査では、担当指令課員、救急隊員、医師の各職種が揃って救急車要請が妥当と判断したのは33.3%、不要と判断したのは6.4%という報告(児玉ら, 2008)がある。また救急隊員と医師についての判断の違いを検討した研究(盛田ら, 2003)では、どちらも必要と判断したのは47.2%、不要と判断したのは23.3%であった。つまり救急搬送に関わる専門職種でも救急車利用についての判断は違いがあり、難しいといえる。

高齢者が安定した療養生活を継続できることは高齢者支援の目標の一つである。そのためには、高齢者がどのような理由で救急車を利用し受診しているのか、さらに救急車を頻回に利用していた高齢者が利用しなくなった理由を調査分析することで救急車利用を減らすことへの示唆が得られると考えた。そこで本研究では、在宅高齢者の救急車利用への影響因子、および在宅高齢者の安定した療養生活継続への有効な医師(在宅医)と訪問看護師の支援に焦点をあてて明らかにすることを目的とした。

## II. 方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究。本研究で明らかにしたい現象に関する知識の蓄積は少ない。そのため現象に関する知識が少ない場合の研究手法として適切とされている質的記述的研究方法を用いた(グレッグ, 2007)。

### 2. 研究対象

研究対象は、救急車を頻回利用していたが利用しなくなった在宅高齢者3名とその家族およびその支援者である。

### 3. 用語の操作的定義

「在宅高齢者」

なんらかの健康問題を持ち、住み慣れた自宅で医師と訪問看護師の支援を受けて療養生活を送っている65歳以上の者。

### 4. データ収集

以下の手順で、説明書を用いて、文書と口頭で研究協力を依頼した。①まず、訪問看護ステーションの訪問看護師に説明し、救急車を頻回利用していたが、利用しなくなった在宅高齢者の紹介を依頼した。救急車の頻回利用とは1ヶ月に2回以上の利用とした。②協力が得られるようであれば、訪問看護師に対象者である在宅高齢者(1名はすでに死亡していたため家

族)に、口頭での研究協力の説明を依頼した。③訪問看護師の説明により、在宅高齢者(1名は家族)が研究者の説明を聞いてもよいということであれば、文書と口頭で研究の説明を行い、承諾が得られるようであれば同意書への記載を依頼した。高齢者へのインタビューとともに、支援者へのインタビューについても説明し、同意の有無を確認した。④支援者へのインタビューの承諾が得られた場合は、支援者に説明書を用いて文書と口頭で研究協力を依頼し、承諾が得られるようであれば支援者に同意書への記載を依頼した。

研究目的をふまえて作成したインタビューガイドに沿って、半構成的面接を行いデータ収集した。データ収集は研究者1名が担当し、インタビュー内容は研究参加者の許可を得てICレコーダーに録音し逐語録を作成した。データ収集期間は、2020年7月から2021年4月である。

高齢者へのインタビュー内容は以下である。①救急車を利用していたのはどのようなことであつたか、②救急車を利用しなくなったのはどうしてか、③現在救急車を利用しようと思うことはあるか、④救急車を利用しようと思う時に何をするか。支援者へのインタビュー内容は以下である。①当該高齢者が救急車をよく利用し受診していた頃の様子はどうであつたか、理由は何か、②当該高齢者にどのような支援をしたか、③当該高齢者に対し、救急車を利用しなくなった有効な支援は何だつたと思うか。

## 5. 分析方法

インタビューから得られたデータを逐語録とし、「在宅高齢者が救急車を呼んでいた状態」「在宅高齢者が救急車を呼ばなくてもよい支援」「在宅高齢者が救急車を呼ばなくなった要因」の3つの内容について、語られた言葉や出来事にそつて率直な分析であるよう質的記述的に分析した。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、個人情報保護法および人を対象とした医学系研究に関する倫理指針に従い、研究者所属機関の研究倫理委員会の承認(承認番号:H2019002)を得た。対象者には、研究の目的と概要、参加の任意性、中断の自由、個人情報の保護、得られたデータは本研究の目的以外で使用しないこと、関連学会での発表などについて文書と口頭で説明し、同意を得て実施した。

# III. 結果

## 1. 研究対象の背景について

研究参加者を表1に示した。在宅高齢者2名、家族3名、その支援者として訪問看護師3名、医師1名であり、合計9名であつた。なお1名の高齢者はすでに死亡していたため、家族が研究参加者であつたが、表1に研究対象としての高齢者の概要を説明した。

## 2. 分析

在宅高齢者・家族の状態とその変化を中心に、「在宅高齢者が救急車を呼んでいた状態」「在宅高齢者が救急車を呼ばなくてもよい支援」「在宅高齢者が救急車を呼ばなくなった要因」の3

表1 研究参加者

高齢者	家族	訪問看護師	医師
高齢者 A 女性 (死亡していたためインタビュー参加者ではない) 診断名：心不全 息子夫婦と同居	家族 A-1 家族 A-2	訪問看護師 A	医師 A
高齢者 B 女性 診断名：子宮がんで放射線治療後のストマ造設、 蜂窩織炎 内縁の夫と二人暮らし		訪問看護師 B	
高齢者 C 男性 診断名：糖尿病，高血圧他 内縁の妻と二人暮らし	家族 C	訪問看護師 C	

\* 高齢者 A は死亡していたが，家族と支援者が研究参加者であり研究対象としての高齢者概要を記載した

つの内容で質的記述的に分析した。逐語録からコード化し、類似性に従って徐々に抽象度を上げ、下位サブカテゴリ、サブカテゴリ、カテゴリとして表した。コードを「」，サブカテゴリを〈〉，カテゴリを【】で示し説明する。コード「」の次の（）に、データの研究参加者を示した。

1) 在宅高齢者が救急車を呼んでいた状態 (表2)

在宅高齢者が救急車を呼んでいた状態には、86のコードから、14の下位サブカテゴリ、8のサブカテゴリ、3のカテゴリを抽出した(表2)。カテゴリについて述べる。

【緊急性の判断ができない】

「少しの状態変化でも救急受診を希望していたようだ」(訪問看護師 A) から、〈少しの状態変化にも動揺する〉を抽出した。また、「医師は嘘の説明はしないが、質問してもわかるように答えてくれない」(高齢者 C) から、〈自分の病気がわからない〉を抽出し、【緊急性の判断ができない】のカテゴリとした。医療職の説明が理解できていないため、体調の少しの変化にも不安を感じ救急車を呼んでいた。

【状態変化に対処できない】

「心不全，狭心症，糖尿病，弁膜症があり，徐脈，頻脈，呼吸苦などの症状がしやすい」(訪問看護師 A) から〈疾患から症状出現しやすい〉を抽出した。また、「心臓が痛くてどうやっても仕方がないので救急車を呼んだ」(高齢者 C) から、〈我慢できない状態になる〉を抽出した。高齢者は健康状態が不安定であり、状態変化があると救急車を呼んでおり、【状態変化に対処できない】のカテゴリとした。

【困った時には救急車】

「呼吸苦を訴えると家族が救急車を呼ぶことになっていた」(家族 A-1)，と本人の訴えにより家族が救急車を呼ぶ判断をしており、〈訴えがあれば救急車依頼〉を抽出した。「救急車を呼ぶのは、夜中か病院が開いていない夕方，土日が多かった」(家族 A-1) から、〈訴えるのは病院が空いていない時間〉を抽出した。本人も家族もまず救急車と考えており、【困った時には救急車】のカテゴリとした。

表2 在宅高齢者が救急車を呼んでいた状態と理由

カテゴリ	サブカテゴリ	下位サブカテゴリ	コード	
緊急性の判断ができない	生命危機への不安がある	常に生命危機への不安がある	本人は自分が爆弾持っているという話をよくする (訪問看護師 C) 本人はいつどうなるかわからないという話をする (訪問看護師 C)	
		自分の病気がわからない	医師は「病気について深く考えなくていい」と言うが、理由を教えてくれない。深く考えなくていい理由を知りたい (高齢者 C) 医師は嘘の説明はしないが、質問してもわかるように答えてくれない (高齢者 C)	
	少しの変化にも動揺する	「何かあったら」の何かが理解できていない	退院時に「何かあったら 受診するように」と言われていたが、「何かあったら」の何かがわかっていないと思う (訪問看護師 B)	
		少しの状態変化にも動揺する	少しトラブルでもあれば救急受診を希望していたようだ (訪問看護師 A)	
状態変化に対処できない	疾患から症状出現しやすい	大病の治療をしてきた	多くの大病を乗り越えて手術もしてきている (高齢者 C) 子宮がんの治療歴がある (高齢者 B)	
		入院治療歴がある	総合病院に受診した時から、1 か月くらい人工呼吸器をつけた経験がある (家族 A-1) 蜂窩織炎など炎症性の症状のため、何回も入院を繰り返していた (訪問看護師 B)	
		計画通りの治療が受けられていない	糖尿病の入院歴と副腎の手術を勧められたが受けていない (高齢者 C) 腹水を3リットル抜く予定だったが、心臓が悪いから1.2リットル抜いたままである (高齢者 C)	
		疾患から症状出現しやすい	心不全、狭心症、糖尿病、弁膜症があり、徐脈、頻脈、呼吸苦等の症状がしやすい (訪問看護師 A) 大動脈弁狭窄症で、とにかく苦しくなったとき、病院の話では心臓から肺まで水浸しの状態だったそう (家族 A-1)	
	我慢できない状態になる	心臓の痛みがまんできない	心不全の憎悪が起こった時 (家族 A-1) 心臓が痛くてどうやっても仕方ないので救急車を呼んだ (高齢者 C) 心臓まで止まるかと思うほど強いこむら返りの時 (高齢者 B)	
		全身に違和感を感じる	貧血みたいな状態でフラフラしていた時 (高齢者 B) 何とも表現できないが気分が悪い状態のときには救急車を呼んでもらった (高齢者 B)	
		家族が対応できない	てんかんの発作で倒れたが、夫では階段を担いでおろすことができなかつたとき (高齢者 B)	
	困った時には救急車	訴えがあれば救急車依頼	訴えがあれば、救急車依頼と決めていた	呼吸苦を訴えると家族が救急車を呼ぶことになっていた (家族 A-1) 心不全、狭心症、糖尿病、弁膜症があり、徐脈、頻脈、呼吸苦等の症状が表れ、「苦しい」と訴えると、家族は救急車を呼んだ (訪問看護師 A)
			訴えるのは病院が空いていない時間	救急車を呼ぶのは、夜中か病院が開いていない夕方、土日が多かった (家族 A-1) 救急車呼んでも病院につくと落ち着いて帰りがた (家族 A-1)
		訴えるのは病院が空いていない時間	夜中、夕方、土日に救急車を呼ぶ	救急車を呼ぶのは、夜中か病院が開いていない夕方、土日が多かった (家族 A-1) 救急車呼んでも病院につくと落ち着いて帰りがた (家族 A-1)

\* コードは主なものを記載 ( ) 内はデータ提供研究参加者

## 2) 在宅高齢者が救急車を呼ばなくてもよい支援 (表3)

在宅高齢者が救急車を呼ばなくてもよい支援には、121のコードから、17の下位サブカテゴリ、9のサブカテゴリ、5のカテゴリを抽出した(表3)。カテゴリについて述べる。

### 【医師と訪問看護師で病状の管理をする】

「診る頻度を増やしたので早めに症状悪化に気づくようになった」(医師A)から、〈医師が在宅医療を整える〉を抽出した。「いつも『その管理でいい』『いい対応をしている』と自己管理できていることを伝えている」(訪問看護師C)から、〈訪問看護師が病気の自己管理を保証する〉を抽出した。高齢者は医師と訪問看護師の支援により安心しており、【医師と訪問看護師で病状の管理をする】のカテゴリとした。

### 【緊急性の高い状態を説明する】

「この人にとっての『何かあったら』を具体的に説明する」(訪問看護師B)から、〈訪問看護師が緊急性の高い状態を具体的に伝える〉、【緊急性の高い状態を説明する】を抽出した。病気に関することは高齢者と家族が納得できるように具体的に説明していた。

### 【いつでも対応する】

「何かあれば訪問看護に電話できるという安心感があるとよく話す」(訪問看護師B)から、〈訪問看護師がいつでも連絡できる体制をとる〉、【いつでも対応する】を抽出した。夜間の連絡も多いが、訪問看護師はいつでも対応していた。

### 【療養生活を支援する】

「訪問看護師は薬剤についても副作用による生活への支障も気にして観察し、高齢者に話している」(訪問看護師B)から、〈訪問看護師が療養生活の支援をする〉、【療養生活を支援する】を抽出した。症状変化、治療の副作用などの観察と早めの対処を行い、在宅高齢者の生活が継続できるように支援していた。

### 【家族が介護で困らないよう支援する】

「ケアマネジャーに担当者会議を開催してもらい、家族に覚悟を決めてもらったことが有効な支援だった。家族の意思を確認した」(訪問看護師A)から、〈訪問看護師は家族の意思がまとまるように調整する〉のサブカテゴリを抽出した。【家族が介護で困らないよう支援する】のカテゴリとした。医師も訪問看護師も家族の生活を気にかけて支援しており、介護への助言やサービスの提案をしていた。

表3 在宅高齢者が救急車を呼ばなくてもよい支援

カテゴリ	サブカテゴリ	下位サブカテゴリ	コード	
医師が在宅医療を整える		症状悪化を見逃さないよう往診回数を増やす	診る頻度を増やしたので早めに症状悪化に気づくようになった(医師A) 在宅酸素は自覚症状緩和にとってよかった(医師A)	
		主治医が覚悟を決める話をする	何回も、もう何があってもおかしくないと言われていた(家族A-1) 前に入院した際に、今回は帰れないと言われた(家族A-1)	
		主治医が訪問看護を導入し治療を変更する	訪問看護を入れて、訪問看護師に利尿剤を在宅で投与してもらったのがよかった(医師A)	
	医師と訪問看護師で病状の管理をする	訪問看護師が病状を管理する	訪問看護師が症状悪化予防の支援をする	訪問看護が入って脱水はなくなったので、それが救急を受診しなくなった理由かもしれない(訪問看護師B) 摂取して欲しい水分量も具体的に示すとそれ以降脱水を起こさなかった(訪問看護師B)
			訪問看護師が病状を管理する	訪問看護師が来ると自分の身体もしゃきっとして血圧も普通になった(高齢者B) 酸素投与は訪問看護師に相談して実施していた、自分たちは素人でわからない(家族A-1)
		訪問看護師が病気の自己管理を保証する	訪問看護師が病状に関することを丁寧に確認する	しっかりしている看護師さんがきてくれるようになって本当にありがたい。薬もすごく詳しい(高齢者B) 救急車を呼んだ時の症状や病院の対応は確認するようにしている(訪問看護師C)
			訪問看護師が病気の自己管理を褒める	いつも「その管理でいい」「いい対応している」と自己管理できていることを伝えている(訪問看護師C) 酸素投与については訪問看護師にもほめてもらった(家族A-1)
	緊急性の高い状態を説明する	訪問看護師が緊急性の高い状態を具体的に伝える	適切に医療を受けることができるよう支援する	蜂窩織炎が赤みを帯びた時には先生に診てもらった方が良いと話すとその通りに医師に相談できている(訪問看護師B)
			何かあったらの何かを具体的に伝える	この人にとっての「何かあったら」を具体的に説明する(訪問看護師B) 訪問看護が入ることで、「別に何かあるわけではない」と思えば、再診予約日まで待てるようになった(訪問看護師B)
	いつでも対応する	訪問看護師がいつでも連絡できる体制をとる	いつでも連絡できる体制をとる	何かあれば訪問看護に電話できるという安心感があるとよく話す(訪問看護師B) 訪問看護の緊急連絡加算はとっているが、連絡を受けたことはない(訪問看護師C)
夜間の緊急連絡に対応する			救急車は呼ばないが、訪問看護への緊急連絡は最後まで多かった(訪問看護師A) 家族からの夜間の緊急連絡は多かったが、電話で口頭指示すれば家族が対応できた(訪問看護師A)	
療養生活を支援する	精神的に安定できるよう関わる	訪問看護師が精神的に安定できるように関わる	いつも本物の看護師がきてくれる(高齢者B) 訪問看護師がきてくれるようになってほっとしからなのか、調子よくなり救急に受診していない(高齢者B)	
		訪問看護師が療養生活の支援をする	皮膚がとても弱い人で、訪問看護が入って保清ができたことは良かった(訪問看護師B) 看護師と一緒に水分摂取を確認していることが、本人にとってとても大事なのだと思う(訪問看護師B)	
	訪問看護師が療養生活を観察して助言する	訪問看護師は薬剤についても副作用による生活への支障も気にして観察し、高齢者に話をしている(訪問看護師B)		
家族が介護で困らないよう支援する	医師と訪問看護師が家族にも関わる	家族が介護で困らないように支援する	介護をしている家族が大変そうで生活に余裕がないので、デイサービスの導入を勧めた(訪問看護師A) 高齢者が夜間眠らない時には、家族から訪問看護師に連絡があるので、眠剤の投与を助言する(訪問看護師A)	
		主治医は家族にも関わる	家族には患者の状態を説明し、塩分を摂りすぎないように食事にするよう依頼した(医師A) 家族がよく介護していたと認識している(医師A)	
	訪問看護師は家族の意思がまとまるように調整する	家族の思いがまとまるように担当者会議の開催を調整する	ケアマネジャーに担当者会議を開催してもらい、家族に覚悟をきめてもらったことが有効な支援だった。家族の意思を確認した(訪問看護師A) 担当者会議で「基本的に救急車は呼ばず家で看取る」の意思決定の支援をしたことで家族の思いがまとまった(訪問看護師A)	

\*コードは主なものを記載 ( )内はデータ提供研究参加者

### 3) 在宅高齢者が救急車を呼ばなくなった要因 (表4)

在宅高齢者が救急車を呼ばなくなった要因には、160のコードから、11の下位サブカテゴリ、6のサブカテゴリ、4のカテゴリを抽出した(表4)。カテゴリについて述べる。

#### 【病気への的確な支援がある】

「訪問看護師は相談すると全部教えてくれるからすごく頼りになる」(高齢者B)から、〈いつでも相談できる〉のサブカテゴリ、「医師に相談できるようになった」(家族A-1)から、〈必要な医療が受けられている〉のサブカテゴリを抽出した。これらから【病気への的確な支援がある】のカテゴリとした。在宅高齢者は、在宅でも医師と訪問看護師により病気への支援を受けることができると納得していた。

#### 【緊急性の判断ができる】

「爆弾を持っているという漠然とした不安と、今の不調が違うものだとわかって不安が薄れた」(訪問看護師C)から、〈状態変化の緊急性が判断できる〉のサブカテゴリ、【緊急性の判断ができる】のカテゴリを抽出した。在宅高齢者は自分の体調の変化を落ち着いて観察し、緊急性を判断できるようになっていった。

#### 【状態変化に対処できる】

「寒気がしたりおでこが冷たくなる時は、飴玉をなめて、砂糖水を飲んで早めに寝ると良くなる」(高齢者C)から〈状態変化にも対処できるので問題にならない〉のサブカテゴリ、【状態変化に対処できる】のカテゴリを抽出した。在宅高齢者は自分の体調の変化が重大なものではなく、自分でも対処できるようになると不安が減り生活も安定していた。

#### 【在宅でのエンドオブライフへの切り替え】

「入院させない、家で看取ると約束したら、水を欲しいといわなくなった」(家族A-1)から、〈家族を信頼し在宅で生ききることを受け入れる〉、「救急車で受診しても、問題が解決しないと理解する」(家族A-2)から、〈家族が在宅で看取ると決める〉のサブカテゴリを抽出した。これらより【在宅でのエンドオブライフへの切り替え】とした。高齢者と家族は、救急搬送されても帰される経験、自分たちで対処する経験を重ね、在宅医療で良いと思えるようになると、在宅でのエンドオブライフへ切り替えていた。

表4 在宅高齢者が救急車を呼ばなくなった要因

カテゴリ	サブカテゴリ	下位サブカテゴリ	コード
病気への的確な支援がある	いつでも相談できる	いつでも相談でき、適切な支援を受けられるので安心した	訪問看護師が在宅酸素療法や利尿剤投与をやってくれた(家族A-1)
			訪問看護の支援(保清やストマ交換など)は本人のニーズに合っていた(訪問看護師B)
	必要な医療が受けられている	主治医により、必要な医療を受けられる	訪問看護師は相談すると全部教えてくれるからすごく頼りになる(高齢者B)
			何かあれば訪問看護に電話できるという安心感がある(高齢者B)
			訪問看護師がきてくれるようになってほっとしたからなのか、調子よくなり救急に受診していない(高齢者B)
			診る頻度を増やし、早期に症状悪化に気づき対応できるようになった(医師A)
			医師に相談できるようになった(家族A-1)
			訪問看護と連携して在宅酸素療法や利尿剤投与を開始した(医師A)
主治医の治療が理解でき安心した	気になることについて訪問看護師に相談すると、医師に相談することを教えてくれるので、安心している(高齢者B)		
	訪問看護師が受診時の確認内容を教えてくれるので、医師の診察も違ってきてよく診てもらっていると思えるようになった(訪問看護師B)		

(続き)

緊急性の判断ができる	状態変化の緊急性が判断できる	状態変化を客観視でき、緊急性を判断できるようになった	爆弾を持っているという漠然とした不安と、今の不調が違うのだとわかって、不安が薄れた(訪問看護師C) 様子が何となくわかるようになって、血中酸素濃度を測るとやっぱりという感じだった(家族A-1) 苦しいときの変化は血圧か脈の変化であるとわかって落ち着いていられた(家族A-1)
		体調不良が軽減・消失した	酸素で自覚症状は軽減していた(医師A) 利尿剤を在宅で投与できるようになって体調が落ち着いた(医師A) 訪問看護が入って脱水はなくなった(医師A) 脱水傾向で訪問看護が入るまで皮膚の乾燥が強かったが、それも軽減された(訪問看護師B)
状態変化に対処できる	状態変化にも対処できない	状態変化にも自分で対処し、問題にならない	この1年間、夜中にちょっと(ストマが)漏れてしまって電話がかかってきたこともあるけど、自分で応急処置ができていた(訪問看護師B) 寒気がしたりおでこが冷たくなる時は、飴玉をなめて、砂糖水を飲んで早めに寝ると良くなる。(高齢者C) 体調が悪くなった時も自分で対処して回復する経験をしているので不安がなくなったのだと思う(訪問看護師C) 高齢者が眠れない時には、家族が眠剤の量を調節して投与できるようになった。(訪問看護師A)
		状態変化にも家族が対処し、問題にならない	家族に患者の状態を説明し、塩分を摂りすぎないような食事にするよう依頼した(医師A) 息子も「病院に行ってもやることは同じ」と話すようになった(訪問看護師A)
在宅でのエンドオブライフへの切り替え	家族を信頼し在宅で生き生きすることを認める	高齢者が病院を受診しても何もしてもらえないとわかった	病院受診しても何もしてもらえないということもよくわかっている(高齢者C) 本人の生きる力が強かったから救急車を呼ばなくなったのか(家族A-1)
		家族を信頼し病院を受診しなくても良いと思えるようになった	入院させない、家で看取ると約束したら、水を欲しいといわなくなった(家族A-2) 入院させない、うちで看取ると約束した(家族A-2) 医師がもう何があってもおかしくない、つまりターミナル期と説明している(訪問看護師A)
在宅でのエンドオブライフへの切り替え	家族が在宅で看取ると決める	救急車で受診しても問題は解決しないとわかる	息子も「病院に行ってもやることは同じ」と話すようになった(訪問看護師A) 何回も、もう何があってもおかしくないと言われていた(家族A-2) 救急車で受診しても、問題が解決するわけではないと理解する(家族A-2)
		家族で意思を確認し合う	ケアマネジャーに担当者会議を開催してもらい、家族に覚悟をきめてもらったことが有効な支援だった。家族の意思を確認した(訪問看護師A) 兄弟(子どもたち)にも納得して今後を決めてもらいたいと思いで担当者会議を開催してもらおう(訪問看護師A)

\* コードは主なものを記載 ( )内はデータ提供研究参加者

## 4) 在宅高齢者の救急車利用と支援の構造図(図1)

上記分析結果より、在宅高齢者の救急車利用と支援の構造図(図1)を作成した。高齢者が体調の変化を感じると、自分にとっての【緊急性の判断ができない】ため体調の少しの変化にも不安を感じ、【状態変化に対処できない】ので救急車を呼んでいた。そして在宅高齢者、家族ともに、【困った時には救急車】という考えがあるため、救急車を頻回利用していた。

医師と訪問看護師による支援の内容は、【医師と訪問看護師で病状の管理をする】【緊急性の高い状態を説明する】【いつでも対応する】【療養生活を支援する】【家族が介護で困らないよう支援する】であり、このような支援は、在宅高齢者と家族が医師と訪問看護師を信頼し、症状の変化などあってもすぐに救急車を呼ぶ判断にならないことにつながっていた。

上記の医師と訪問看護師による支援が、【病気への的確な支援がある】ことである。【病気へ

【緊急性の判断ができる】ことで、高齢者は自分にとっての緊急性の高い状態がわかるようになり、【緊急性の判断ができる】ようになる。また支援があるので、病院での治療優先という考え方から、【在宅でのエンドオブライフへの切り替え】ができていた。それにより、【状態変化に対処できる】ようになり、救急車を頻回に利用することはなかった。これが高齢者と家族がセルフケアできている状態と考えられた。

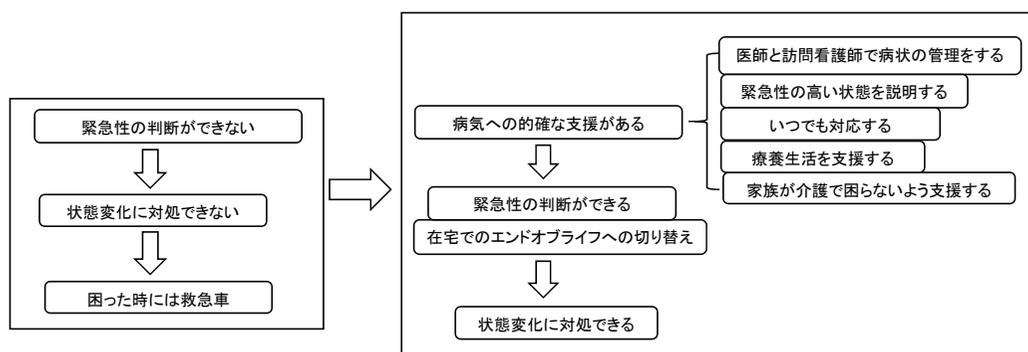


図1 在宅高齢者の救急車利用と支援の構造図

#### IV. 考察

在宅高齢者、家族ともに、困った時にはまず救急車を利用するという考えがあったが、医師と訪問看護師の支援により頻回利用しなくなっていた。以下にその要因と支援について考察する。

##### 1. 高齢者にとっての緊急性の判断ができる

高齢者にとって退院時医療職に説明された「何かあったら、の何か」、つまり緊急性の高い状態がわかるようになると救急車を頻回に利用しなくなっていた。救急車を利用する理由に、【状態変化に対処できない】が抽出された。「(高齢者自身が) いつどうなるかわからないという話をよくする」との語りがあるが、高齢者は漠然とした不安があるため、少しの状態変化もこれからどうなるのかという恐怖につながり、対処できないのだと考えられた。加齢に伴う身体的変化では、からだの恒常性維持が十分に機能しにくくなるため、少しの環境の変化であっても影響は大きい。なんらか病気をもち療養している高齢者では、さらに恒常性維持機能は弱まっている。療養生活を送る高齢者は、少しの状態変化であっても不安になることが察せられ、不安が高まり救急車を利用することにつながっていると考えられた。救急車を呼ばなくなった要因の【緊急性の判断ができる】は、緊急性が高い状態がわかり判断できることであったが、緊急性の高い状態が具体的にわかっていれば不安が高まらないと考える。

「何かあれば」は頻繁に使われる言葉であり、漠然としているが、それゆえに広く多くの状

況を踏まえて伝えられる都合のよい言葉である。同じ疾患であっても人により症状の現れ方や感じ方は異なるため、医師・看護師など医療職にとっては対象者の緊急性の高い症状出現が「何かあれば」となりやすい。それゆえ頻繁に使われるのだが、医療職ではない高齢者と家族にとって「何かあれば」という自分にとっての緊急性の高い状態は、わからないことが多いと思われる。安孫子（2020）は、医療の現場で用いられる専門用語は一度では理解しがたく、高齢者の理解度に合わせた具体的な説明を繰り返し行う必要があると述べている。専門用語も混ざった病気の説明は、高齢者と家族にとって漠然とした「何か」を聞き返すこともできない状況があるのだと考えられる。「何か」ではなく、対象の高齢者にとって緊急性の高い状態をできるだけ具体的に、繰り返し伝えることが必要なのだと考える。

Mishel et（1988）は不確かさを「病気に関連するさまざまな出来事に対してはつきりとした意味を見出せない状況である」と定義し、「病気の不確かさ認知モデル」を提示している。このモデルによると、「不確かさ」は、認知能力、構造提供因子、刺激因子に影響を受けて認知される。構造提供因子は、信頼できる専門家、ソーシャルサポート、教育レベルからなり、認知能力は情報処理能力である。本研究結果を踏まえ考えてみると、「医師は嘘の説明はしないが、質問してもわかるように答えてくれない」とのデータがあるように、自分の病気、治療の説明があっても理解できないため納得していなかった。そのような状態であると救急車の利用につながっていた。つまり高齢者の情報処理能力と専門家（医師）のありようという構造提供因子の影響が大きいと言える。また Mishel et（1988）は、病気の症状が時間経過につれて変化したり、予測できなかつたり、一定しない時に不確かさが生じ、症状が疾患と結びつけられないときには、高レベルの不確かさを生じさせる結果になると述べている。まさに本研究でも自分の病気がわからない、いつどうなるかわからないという漠然とした不安があると、少しの状態変化にもそれが疾患と結びつかず不安が増強し、救急車を利用していると考えられた。

しかし、在宅の医師に相談できるようになると、医師が病状に関することを理解できるように説明するので疾患や症状、治療に納得するようになっていた。そして、訪問看護師による高齢者が実施している病状管理を褒めるなどの認める支援があると「これで良いのだ」と落ち着くようになり、救急車を利用しなくなっていた。

医療職にとっては対象者が理解できるだろうと思い伝えている内容が、理解できていないことは多くあり、緊急性の高い状態が何かがわかっていないので、少しの状態変化であっても漠然とした不安が増強し、救急車利用に繋がっていると考えられた。安心して相談できる支援者が、病気に関して高齢者・家族が納得できるように丁寧に説明するとともに、適切に実施していることを保証する支援が大切である。

## 2. 高齢者と家族がともに在宅でのエンドオブライフへ切り替える

高齢者と家族は、救急搬送されても帰される経験、自宅で対処すれば症状が治まるという経験を重ねることで病院医療の限界と在宅医療の効果を認識し、在宅医療で良いと思えるようになっていた。そして、高齢者は家族を信頼し在宅で終末期を過ごすことを受け入れる気持ちになっていったと考えられた。さらに、担当者会議などで今後について話し合えたことで、高齢者と家族は意思を統一できていた。これは、高齢者と家族が残りの時間を在宅で生きると気持ちを切り替えたのであり、在宅でのエンドオブライフへの切り替えが重要と考えた。

まず、高齢者（と家族）が自分でも対処すれば何とかなるという成功経験の重要性についてである。A氏の家族は在宅酸素療法により高齢者の呼吸苦が治まる経験、睡眠薬を内服することで入眠できる経験を重ねたことで、救急車を呼ぶことがなくなっていた。C氏も低血糖の症状が出現しても飴をなめるなどの対処で落ち着く経験を重ねたことで、自分でできると判断していた。病気の知識や経験がセルフケア実践への影響が大きいとの報告（西尾，2017；吉田ら，2018）があるが、本研究の対象者も自分で対処できる成功経験を重ねることで、セルフケア能力を高めていると考えられた。

そして、療養生活における課題解決への経験を成功経験として意識するためには、医療職である医師と訪問看護師の支援が重要であった。医師と訪問看護師が身近な支援者となり病状を管理し、納得できる説明と保証することで、高齢者は「これで良いのだ」と安心し救急車を呼ぶことはなくなっていた。西尾（2017）は、患者の療養行動には、医療職からの評価、心理的サポートなどの支援が最も大きな影響があると述べている。考察の1でも述べたが、医師、訪問看護師が身近な支援者となり、適宜丁寧な説明と高齢者・家族が実施していることを保証することが、成功経験の認識には重要と考えた。

次に関わる人々の間での意思決定の重要性について述べる。喜多ら（2021）は、療養者の意思を尊重しながら、家族で相談し方向性を検討判断していたと述べており、安孫子（2020）も高齢者が家族や友人、知人など社会的つながりのある人々と話し合うことが、人生の最終段階をどう過ごすのかの意思決定を促進すると述べている。高齢者と関わる人々の間での意思決定が重要であると考えられる。本研究では、発言力のある別居の家族も含めて担当者会議を開催していたが、主介護者が必ずしも発言力のあるキーパーソンではない事例は多く、主介護者が自宅で看取ると覚悟を決めても、他の家族の強い意見に左右されることもある。家族であるがゆえの意思決定の複雑さを配慮した支援が必要である。

また担当者会議では、医師、訪問看護師など支援者である専門職が入る意味は大きい。家族の言葉には耳を傾けなくても専門職の話には納得している状況は多くある。専門家とは「特定分野を専門に研究・担当し、それに精通している人、エキスパート」である（明鏡国語辞典）。医師、訪問看護師などは、専門家として在宅ケアにおいて専門性を有する仕事を担っており、そのように高齢者・家族にも理解されているがゆえに、頼りにされる存在である。さらに「病気の不確かさ認知モデル（Mishel et al., 1988）」でも信頼できる専門家は構造提供因子であり、病気の認知への影響が大きい。家族が同じ方向で介護できることが、安定した療養生活にもつながるため、担当者会議などで専門家である支援者も含めて意思統一することは重要である。そして、専門職の発する言葉の影響力は大きく、その役割が期待されることも意識したい。

さらに終末期を在宅で生きるという気持ちの切り替えには生と死についての考え方の変化が大きいと考えた。そのため死に近づきつつある人のケアと高齢者の死について述べる。ターミナル・ケアとは、医学的に疾患の末期（終末期）と判定される時期のケアのことで、医学的な視点で考える際にはこの用語が使用され、ターミナル期にどのようなケアをするかは身体的生命への医学的な介入を中心に考える（清水，2022）。病院受診するということは、医学的介入を求めているということである。一方在宅ケアでは、療養生活している在宅高齢者に対して、身体的生命への医学的な介入もするが、残りの人生をどう生きるか、高齢者の尊厳を保ち

できる限り希望にそった生活が継続できるように支援をしている。つまり在宅での療養生活ではエンドオブライフ・ケアであるように支援しているといえる。エンドオブライフ・ケアの目標は、人々が死に至るまでできる限りより良く生きるように、尊厳をもって死に至るように支援することであり、「生きるため」のケアである(清水, 2022)。高齢者と家族は、終末期を在宅で過ごすか決めると頻回に救急車を呼ぶことがなくなったのだが、医師、訪問看護師などからエンドオブライフ・ケアを目標とした療養生活の支援を受ける中で、残りの時間をどう生きるかという思考になったと考えた。

また、地域包括ケアシステム構築が推進され、病院医療から在宅医療中心へとシフトしている中、地域完結型医療の体制整備では、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れたQOD (quality OF Death) を高める医療の実現が求められている(内閣府, 2013)。どこで死を迎えるか、どのように死を迎えるか、「死に場所」「死に方」を考え、さらに人生の振り返りや遺言や墓の準備をし、家族や仲間とのコミュニケーションをとることがQODの質を高めると言われている(吉川, 2022)。ハヴィガースト(1972/1997)が提唱した発達理論では、老年期は退職により職業以外に役割を見出し精神的に安定するとともに、収入減少に応じた対策を取り、最終的に死の受容へと向かうが、このようなことが高齢者の発達課題の特徴と述べている。そして高齢者は、加齢に伴いからだの恒常性維持機能が低下するため、少しの環境変化も影響は大きい。高齢者は他の年代に比べ、死は間近であり、いかに満足して死を迎えるか、という終末期の質を高める支援、つまりQODを高める支援が求められる時期である。本研究対象のように何らかの疾患により療養生活を送っている場合は、特に死は身近に感じられるものであり、死に対する恐怖は大きいものと思われる。在宅で生きることへの切り替えは、いのちの有限性を意識することで、より良い生への探求を求めるものであり、QODを高めると考える。そしてQODを高めることが、その人らしい生活の質、つまりQOLの向上につながる意思決定と考えた。

植村ら(2012)は、高齢者の特性に配慮した、過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の生活の質(QOL)を大切にす医療およびケアが最善と述べている。本研究でも高齢者と家族がともに自宅で最期まで過ごすか切り替え、過少でも過剰でもない適切な医療を受けることが、安定した療養生活につながっていた。この過少でも過剰でもない支援がQODを高める支援であり、高齢者のQOLの向上となっていた。家族も含め支援者が高齢者の現実を踏まえ、その人らしい最期を実現するために寄り添い支えていくというQODを高めるエンドオブライフ・ケアが求められる。

### 3. 本研究の限界と課題

本研究は、質的研究であり研究参加者が限られていることより、一般化が難しい。特にコロナ感染拡大時期のインタビューとなったため、研究参加者確保が大変難しく、高齢者と家族も限られていたが、支援者が訪問看護師と医師のみであった。ケアマネジャー、訪問介護員などからのデータも必要であろう。今後、本研究結果を踏まえ、一般化を目指し研究に取り組むことで、在宅高齢者が救急車を頻回利用することなく安定した療養生活を送るための要因とそのための支援について明らかにしていく。

## V. 結論

在宅高齢者の救急車利用への影響要因と在宅高齢者の安定した療養生活継続への有効な支援について、以下の知見が得られた。在宅高齢者、家族ともに、困った時にはまず救急車を利用するという考えがあったが、医師・訪問看護師の病状管理は、高齢者が緊急性を判断するのに役立ち、救急車を頻回利用しなくなっていた。さらに高齢者と家族が病院医療の限界と在宅医療の効果を認識し、在宅医療で良いと思えるようになることで、残りの時間を在宅で生きると気持ちを切り替えたことが重要であった。過少でも過剰でもない適切な医療が安定した療養生活につながり、高齢者のQOLの向上となっていた。

本研究に際しご協力いただいた皆様に深く御礼申し上げます。本研究は、令和2年度科学研究費助成事業（基盤研究C；20K11142）の助成を受けて実施しました。

本研究における開示すべきCOI関係にある企業・組織および団体などはありません。

## 引用文献

- 安孫子尚子．(2020)．高齢者の人生の最終段階における医療とケアの意思決定に関するレビュー．聖泉看護学研究,9,43-50.
- グレッグ美鈴．(2007)．IV主な質的研究と研究手法．グレッグ美鈴，麻原きよみ，横山美江（編）．よくわかる質的研究の進め方・まとめ方—看護研究のエキスパートをめざして—（第1版）．pp. 56-59. 医歯薬出版．
- Havighurst R.J. (1972/1997)．児玉憲典，飯塚裕子（訳）．第8章老年期の発達課題．ハヴィガーストの発達課題と教育 - 生涯発達と人間形成 - （第1版）．pp.159-172. 川島書店．
- 市川光太郎．(2008)．21世紀の小児科グランドデザイン小児救急患者からみた小児救急医療．小児科診療,71(11),1849-1851.
- 亀山元信，村田祐二，安藤幸吉，庄子賢，山内聡，野上慶彦，近田祐介，高瀬啓至，荒井未央，白土陽一．(2020)．救命救急センター受診患者の概要—24年間（1996-2019）のデータベース解析—．仙台市立病院医学雑誌,40,3-13.
- 片山祐介，北村哲久，清原康介，酒井智彦，溝端康光，嶋津岳士．(2018)．救急電話相談での緊急度判定で緊急度が低かった救急車出動事例の検討．日本臨床救急医学会雑誌,21,697-703.
- 喜多尚子，中村順子．(2021)．在宅で看取りの実現に至った家族の思い—意思決定の背景に焦点をあてて—．秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要,29(2),1-12.
- 児玉貴光，箕輪良行，榊井良裕，平泰彦，明石勝也．(2008)．川崎市における救急車の適正利用に関する検証．日本臨床救急医学会雑誌,11(3),292-299.
- Mishel M.H., Braden C.J.(1988).Finding meaning : Antecedents of uncertainty in illness. Nurs.Res,37(2),98-103.
- 盛田英樹，和藤幸弘，真柴智，瀧野昌也．(2003)．救急車搬送の適応に関する検討．日本臨床救急医学会雑誌,6(3),324-329.
- 内閣府．(2013)．社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～，平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議．  
([https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2013/0808/sankou\\_02.pd2022.5.30f](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2013/0808/sankou_02.pd2022.5.30f)).
- 西尾育子．(2017)．成人期2型糖尿病患者のセルフケアの促進因子に関する研究．日本糖尿病教育・看護学会誌,21(1),19-27.
- 小田有哉，中村慶春．(2022)．地域中核病院の規模縮小が地域救急搬送に与える影響の検討．日本臨床救急

- 医学会雑誌,25(3),540-545.
- 佐々木貴浩,古畑智久,黄世揚,野田顕義,浜辺太郎,吉田良仁,原雅樹,小野龍宣,丹波和也,中嶋孝司,宮島伸宜,大坪毅人.(2018).聖マリアンナ医科大学東病院消化器病センターへの救急搬送の現状.聖マリアンナ医科大学雑誌,46(3),147-152.
- 清水哲郎.(2022).第16章エンドオブライフ・ケア.医療・ケア従事者のための哲学・倫理学・死生学.(第1版).pp.240-267.医学書院.
- 総務省消防庁.(2023).令和4年版救急・救助の現況(<https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-4.html>).
- 田川雄一,眞砂照美.(2018).高度救命救急センターへ搬送される高エネルギー外傷患者・家族へのMSWの支援プロセス.社会医学研究,35(1),119-128.
- 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;比較事例研究.日本看護科学会誌,38,336-345.
- 植村和正,飯島節.(2012).『『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』(倫理委員会改定案)』に対する日本老年医学会代議員等の意識調査研究.日本老年医学会雑誌,49(4),387-392.
- 山口理恵,山口舞,伊波久美子.(2019).A救命救急センター受診後に帰宅となった高齢患者の現状.砂川市立病院医学雑誌,32(1),50-51.
- 山本俊郎,鈴木範行,伊卷尚平,藤田誠一郎.(2011).横浜市における救急患者搬送の現状と問題点.日本臨床救急医学会雑誌,14(1),1-6.
- 山下寿,古賀仁士,矢野和美,瀧健治,島弘志.(2016).高齢者救急の救急搬送の増加問題とその対応策—特に救急車の有料化について—.日本臨床救急医学会雑誌,19(1),1-6.
- 矢野賢一,早川達也.(2011).救急搬送されたが帰宅となった患者群における救急車の適正利用の状況と今後の検討課題について.日本臨床救急医学会雑誌,14(4),495-501.
- 吉田靖代,宮崎美砂子,石丸美奈.(2018).居宅生活を送る精神疾患をもつ人々が日常的に経験する危機的な問題とセルフケアのサイクル.千葉看護学会会誌,24(1),91-99.
- 吉川美津子.(2022).クオリティ・オブ・デス(QOD)とは—死の質について考える—. (<https://allabout.co.jp/gm/gc/466674/>).