

高齢者の安定した 療養生活継続へのヒント

救急搬送患者増加の課題解決に向けて



目次

1. はじめに	1
2. 救急搬送の現状 ー逼迫している課題ー	2
3. 高齢者の救急車利用についての課題	3
4. 療養生活している高齢者	4
5. なぜ高齢者は救急車を呼ぶのか	5
6. 救急車を呼ばなくてもよいための支援	6
7. 救急車を呼ばなくてもよいために	7
8. ケースの紹介	8・9
9. おわりに	10

1. はじめに

日本の人口は2004年をピークに減少しており、2050年代には人口が1億人を下回るとわれています。医療技術の進歩、食生活や住居環境の改善等の生活水準の向上により死亡率が低下している一方、少子化が進んでいるため、2050年時には高齢化率37.7%と推計されています。

家族の世帯構造では、単独世帯が最も多く、夫婦と未婚の子のみの世帯、夫婦のみの世帯の順です。65歳以上の者のいる世帯は全世帯の約5割であり、夫婦のみの世帯が最も多く、次いで単独世帯、親と未婚の子のみの世帯となっています。2050年には単独世帯が44.3%にまで増加し、高齢者の単独世帯に占める未婚者の割合は、男性約6割、女性約3割と推計され、近親者のいない高齢単独世帯が急増すると見込まれています。

高齢化が進んでいるため介護が必要な高齢者も増加しています。年代別の介護保険要介護認定者の割合は、加齢とともに急速に高まり、70歳代後半は約1割ですが、80歳代前半は約3割、85歳以降は約6割です。

日本のような長寿社会においては誰もが介護が必要になり、在宅で療養生活を送ることが考えられます。本研究では高齢者の安定した療養生活継続のための支援について、高齢者の救急車利用の観点から調査研究を実施しました。このたび調査結果を踏まえ、「高齢者の安定した療養生活継続へのヒントー救急搬送患者増加の課題解決に向けてー」を小冊子にまとめました。

2.救急搬送の現状 -逼迫している課題-

- ◆救急出動件数、搬送人員ともに増加
- ◆年齢区分別の搬送人員
- ◆傷病程度別の搬送人員

令和5年中の救急自動車による救急出動件数は763万7,967件（対前年比5.6%増）、搬送人員は663万9,959人（対前年比6.8%増）で、集計開始以来過去最多と報告されています。

年齢区分別の搬送人員では、新生児が0.2%、乳幼児5.1%、少年3.5%、成人29.6%、高齢者61.6%です。年齢区分別構成比の5年毎の推移では、2003年に41.4%であった高齢者が2023年には61.6%と20年間で高齢者の割合が増加しています。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、高齢者の救急搬送増加は、安定した生活継続が困難であることが憂慮されます。

傷病程度別の搬送人員では、軽症（外来診療）48.4%、中等症（入院診療）42.9%、重症（長期入院）7.2%です。

救急搬送増加により、救急車の現場到着時間、病院収容所要時間は延伸傾向でした。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ます。



【出典】

総務省:「令和5年中の救急出動件数等(速報値)」の公表,令和6年3月29日消防庁

総務省:「令和4年版救急・救助の現況」の公表,令和5年1月18日消防庁

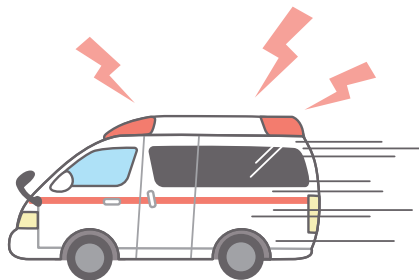
3. 高齢者の救急車利用についての課題

- ◆救急車で受診後すぐに帰宅
- ◆緊急度が低い救急車を利用する傾向
- ◆受診理由の半数は持病の悪化

先行研究から高齢者の救急車利用について指摘されている問題点を整理します。

まず、高齢者の救急車利用の4割は受診後すぐに帰宅していたとの報告もあり、高齢者は緊急度が低くても救急車を利用する傾向にあることです。移動手段がないため、軽度の症状であっても移動手段として救急車を利用していることも考えられます。

そして高齢になるとなにかの健康問題を抱えている者の割合が増えるため、持病の悪化により救急搬送による受診となっていることが考えられます。例えば、糖尿病は50歳を超えると増えはじめ、糖尿病の有病者割合は70歳以上では男性の4人に1人（22.3%）、女性の6人に1人（17.0%）との報告があります。高血圧も加齢とともに増加し、75歳以上の80%が高血圧に罹患しているといわれます。心不全の罹患率も高齢になればなるほど高くなり、米国の研究では50歳代での慢性心不全の発症率は1%であるのに対し、80歳以上では、10%と報告されています。そして何らかの健康問題を持ち療養生活を送っている高齢者は、日々の活動量が減ることで容易にADLの低下、フレイルに陥る可能性が高いです。



4.療養生活している高齢者

- ◆加齢に伴う機能低下がある
- ◆介護者である家族との関係
- ◆さまざまな疾患を持つ
- ◆どのように過ごしたいか希望は持っている
- ◆症状悪化や合併症のリスクが高い

療養生活を送っている高齢者の特徴について

高齢者は加齢に伴う機能低下があります。例えば血管の動脈硬化が進むことで血圧が高くなります。食べ物を飲み込む際の嚥下では、喉頭蓋の筋力低下により誤嚥しやすくなります。膀胱の柔軟性が低下し容量が減少するため1回あたりの尿量が減少し回数が増えます。また認知能力の変化はあり、認知症ではなくとも老化による物忘れがあります。認知症による記憶障害の人も多くなります。

また高齢者は、認知症や生理機能の低下に伴うさまざまな疾患が複合的に現れる場合があります。複数の疾病を持っているため、多臓器の障害があり、薬剤に対する反応・効果も成人とは異なることがあります。先行研究によると、後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存し、約6割が3疾患以上の慢性疾患を併存していました。複数の疾患をもつ高齢者の特徴は、「男性、85-89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けていること、外来受診施設数が多いこと、入院回数が多いこと」でした。

加齢に伴う機能低下に加えて、複数の疾患を抱え多臓器に障害がある場合、わずかな環境の変化でも症状の悪化や合併症のリスクが高まる可能性があります。

介護が必要になると、家族は介護者役割も担うようになります。家族とともに生活している場合、どのように過ごしたいかは高齢者と家族では異なることも多く、折り合いをつけることがあります。またお互いに影響を与えあい生活しています。

【出典】

東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム,東京の高齢者における慢性疾患の併存パターン, (https://www.tmg Hig.jp/research/release/cms_upload/relese20190201.pdf)

5.なぜ高齢者は救急車を呼ぶのか

- ◆緊急性の判断ができない…何かあったらの「何か」がわからない
- ◆状態変化に対処できない
- ◆困った時には救急車

◆緊急性の判断ができない…何かあったらの「何か」がわからない

「いつどうなるかわからない」という話をする高齢者は多いのですが、健康問題があるので常に生命危機への不安を持っていました。また医療職から「何かあったら受診するように」と言われて退院する場合がありますが、高齢者（家族も）は「何かあったら」の何か、がわからないので、少しの状態の変化であっても高齢者にとっての「何か」ではないかと思い救急車を呼んでいました。

◆状態変化に対処できない

複数の疾患を持っている高齢者では、症状が出現しやすいことがあげられます。また家族が介護者で同居している場合は、高齢者が辛そうに訴えたと家族も不安になり救急車を呼んでいました。

◆困った時には救急車

高齢者も家族も困った時には救急車を呼ぶという考え方でした。家族は、高齢者の訴えがあれば救急車を呼ぶと決めていました。また、高齢者の訴えが多いのは、夕方、夜中、土日など病院の外来が空いていない時間が多く、救急車を呼んで病院に到着すると落ち着くので帰りたいがることもありました。



6.救急車を呼ばなくてもよいための支援

◆在宅医療で病状管理

◆緊急性の高い状態を説明 …何かあったらの「何か」を具体的に

◆いつでも対応

◆療養生活の支援 ◆家族への支援

◆在宅医療で病状管理

健康問題もち状態変化のリスクが高い高齢者では、在宅医、訪問看護師等の医療職による病状管理は必須です。在宅医は症状悪化の見落としがないように往診回数を増やす、訪問看護を導入する等の支援の工夫をしています。

◆緊急性の高い状態を説明…何かあったらの「何か」を具体的に

高齢者は自分にとっての「何かあったら」の何かがわからなくて困っています。医師と訪問看護師が緊急性の高い状態を具体的に伝えることが大切です。病気に関することを高齢者と家族が納得できるように具体的に説明しています。

◆いつでも対応

在宅での療養生活では、近くに医療職がいないため、何かあればいつでも連絡して対応してもらえる体制があることは必須です。何かあれば訪問看護師に連絡できる体制は安心です。夜間、土日等病院の外来が空いていない時間帯には高齢者からの連絡が多いのですが、電話対応だけでも落ち着くことが多いです。

◆療養生活の支援

病状変化、治療の副作用等、療養生活では生活への支障を観察し、早めの対処を行うことで、安定した生活が継続できます。

◆家族への支援

介護により家族は身体的にも精神的にも余裕がなくなる場合が多いです。家族が介護で困らないようなサービスの調整、家族の健康状態の確認、ねぎらいの言葉をかける等家族への支援が大切です。また高齢者の状態変化時の対応については、いつも介護している家族だけではなく、家族全体として思いがまとまるように支援することが必須です。

7.救急車を呼ばなくてもよいために …必要な時には救急車

- ◆病気への的確な支援
- ◆緊急性の判断と状態変化に対処
- ◆在宅でのエンドオブライフへの切り替え

◆病気への的確な支援

高齢者は在宅療養であっても、必要な医療が受けられ、医療職にいつでも相談できるようになると、病気への支援を受けることができていると納得できます。

◆緊急性の判断と体調変化に対処

健康問題があると、病状悪化への漠然とした不安を持っている高齢者は多いです。今の体調の変化が病状悪化ではないとわかると不安が薄れます。高齢者は体調の変化を落ち着いて観察し、自分で対処できるようになっていきます。

◆在宅でのエンドオブライフへの切り替え

救急車で受診しても問題が解決せず、在宅でも必要な医療が受けられるとわかると、家族は家で看取ると決めるようになります。また高齢者も家族の家で最期までの思いを受けて、家族を信頼し在宅で生ききることを受け入れるようになっていきます。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ます。



必要な時には救急車



早期治療で
安定した療養生活

8. ケースの紹介

Aさん ▶ 心不全で療養生活を送る90歳代女性

救急車を頻回に呼んでいた頃

Aさんは、三男夫婦、猫2匹と暮らしています。夫は30年ほど前に亡くなっており、長男と次男は他県在住で訪れるのは1年間に数回です。心不全、狭心症、大動脈弁狭窄症、高血圧症、認知症があり内服治療しています。呼吸困難、咳嗽、喀痰の症状があり、日中は座位で過ごす時間が多く、移動は車椅子です。介護認定では要介護4です。塩辛いものが好きでカップラーメンは汁まで飲み干します。Aさんが呼吸苦を訴えた時、家族への暴言、夜間不穏状態になった時には、毎回救急車を呼ぶことにしていました。特に土日、夜間が多かったです。救急車で受診すると、入院となっていましたが、次第に病院に到着すると、Aさんが家に帰りたがることが多くなりました。また病院の医師にも「入院してもやることがない」と言われるようになりました。

その後

その後、主治医が往診可能なクリニックの医師に代わり、週3回の訪問看護での利尿剤投与、在宅酸素療法が開始されました。主治医は必要時往診し症状悪化へ早めに対処し、家族へ病状を説明し、ねぎらいの言葉をかけました。訪問看護師は家族から酸素投与量や、夜間不穏状態への相談を頻回に受けその都度対応していました。三男夫婦は在宅医療で安心し、Aさんを最期まで自宅で看取るという気持ちになりましたが、長男は病院受診を重視していたため家族として意思統一できていませんでした。そのため家族全体でAさんについて話し合いができるように、担当者会議を開催しました。

Aさん家族からの訪問看護への連絡は最期まで多かったのですが、頻回の救急車要請はなくなり、自宅で看取ることができました。

本ケースの ポイント

医師と訪問看護師の病気への支援がAさん、家族が納得し安心できるものだった。
困った時にはいつでも連絡でき、対応してもらえる安心感があった。
QOD(quality of death)を高める医療であった。

Bさん ストーマ造設し療養生活を送る70歳代女性

救急車を頻回に呼んでいた頃

Bさんは、夫と二人暮らしです。長女は結婚し他県に在住のため1年間に数回訪れるのみです。10年ほど前に子宮がんで放射線治療実施し、その後ストーマ造設（コロストミー）しています。1年前に放射線性の膀胱炎から小腸膀胱瘻となり2つ目のストーマ（ウロストミー）を造設しました。ストーマが2つになり管理が大変だろうということで、病院の看護師から紹介を受けて訪問看護が導入されることになりました。主治医は総合病院の医師です。

Bさんは、発熱等の膀胱炎症状、繰り返す蜂窩織炎、ストーマからの排便による脱水とそれによる血圧低下、頻脈等の症状出現時は救急車を呼んでいました。これらの症状はBさんにとって「なんとも気分が悪い」ため自分では対処できなかったそうです。

その後

訪問看護師が、脱水を起こしやすいBさんに対して、必要な水分摂取量を具体的に示したところ脱水を起こさなくなりました。そのため低血圧で気分が悪いこともないようです。右下腿の繰り返す蜂窩織炎は訪問時観察し、赤みを帯びたときには受診を促し、医師への相談内容を伝えています。それによりBさんは受診時、医師に適切に相談でき症状への早期対処がされるため安心できるようです。Bさんは、訪問看護師が入ってくれたことで安心するとよく話します。ストーマ交換を手伝ってもらえること、何かあれば電話すればいいと思えること、薬や検査結果の説明をしてくれて自分の状態がわかってきたことが安心に繋がるそうです。訪問看護師はBさんの生活の身近なサポーターになれたように感じています。

本ケースの ポイント

- ・生活で気をつけてもらいたいことは具体的な説明が必要。
- ・医師に気になる症状を適切に伝えられない高齢者は多い。
- ・困った時にはいつでも連絡でき対応してもらえる安心感があった。
- ・自分の状態がわかると安心できる。

9. おわりに

高齢化により緊急性の高い高齢者の救急車利用の増加はありますが、緊急性の高くない救急車利用の増加が課題と考えます。本研究では何らかの健康問題をもち療養生活を送る高齢者とその支援者を対象に調査を行いました。自分にとっての緊急性の高い症状とそれへの対処方法がわかり、在宅でも医療にいつでもアクセスでき対応してもらえることが安心に繋がり、救急車利用が減っていました。

在宅で療養生活を送る高齢者には、適切な病状管理が大切ですが、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継続の支援が大切です。地域包括ケアシステム構築が推進され、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、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ます。



豊橋創造大学大学院健康科学研究科 蒔田寛子(研究代表者)

「救急搬送患者増加の課題解決に向けた在宅高齢者へのリスクマネジメントモデルの開発(JP20K11142)」

研究代表者:蒔田寛子(豊橋創造大学大学院 健康科学研究科)

研究分担者:川村佐和子(東京都医学総合研究所) 大野裕美(名古屋市立大学大学院)

お問い合わせ・連絡先:h-makita@sozo.ac.jp



令和2年度～令和6年度 科学研究費助成事業(学術研究費助成基金助成金)により作成
「救急搬送患者増加の課題解決に向けた在宅高齢者へのリスクマネジメントモデルの開発(JP20K11142)」

※発行者の承諾を得ずに転用・転写することを禁じます

2025年2月発行