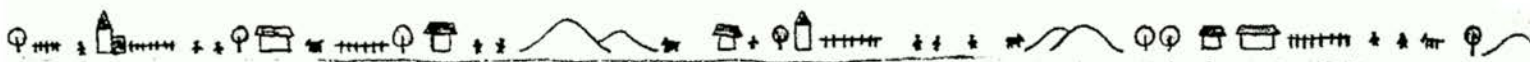


日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red  
Cross Kyushu International College of  
Nursing

在宅患者の緊急時の判断・手順：往診?救急車?

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2016-02-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 増山, 純二 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/511">https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/511</a>



どこを見ればいい?  
緊急度・重症度

(ますやま じゅんじ) 1994年長崎大学病院ICUに配属となり、その後、手術室、救急外来を経て、2009年ICU副看護師長となる。2010年熊本大学大学院社会文化科学研究科教授システム学卒業、SimTiki Academy (ハワイ大学医学部SimTiki シミュレーションセンター) 修了。同年、日本赤十字九州国際看護大学救急看護認定看護師教育課程専任教員、災害・クリティカルケア助教として就任する。2012年より主任教員となる。救急看護認定看護師、救急救命士、福岡DMATなど。

# 在宅患者の 緊急時の判断・手順 —往診? 救急車?

看護師は通常、救急外来におけるトリアージや病院内急変時対応などで、患者の緊急度を判断します。在宅患者に対して行う緊急度の判断も特別なものではなく、これらと同じ方法で行います。

今回は、緊急度と重症度の違い、急変時対応のアプローチ方法として、初期アセスメント、重点的アセスメントを解説し、生理学的評価、解剖学的評価からの緊急度の判断の仕方について述べます。

## 緊急度と重症度

緊急度、重症度の判断は、救急医療の現場では混同して使われていることが多く、また、その違いを明確に述べてある教材は少ないですが、本来は異なる概念です。在宅患者が急変した際の判断は、「緊急度の判断」を重要視すべきであり、その判断を間違えると、重症度も必然的に高くなります。

「重症度」とは、患者の生命および機能の予後の程度のことであり、解剖学的(病態)評価からの判断が必要とされます。一方「緊急度」とは、時間経過が患者の生命予後、機能予後に及ぼす影響の程度を示し、生理学的評価からの判断や解剖学的評価から病態を予測し、緊急度の判断を行う必要があります。

### ポイント

- 緊急度は、生理学的評価と解剖学的評価から判断します。
- 生理学的評価として、初期アセスメントとバイタルサインが重要です。
- 解剖学的評価として、重点的アセスメントを行います。

## 急変時対応のアプローチ(図1)

急変している患者を発見した際は、最初に生理学的評価として初期アセスメント、バイタルサイン測定を行います。この時点で緊急度が高いと判断できれば、救急車を呼ぶ必要があります。

また、バイタルサインが安定している場合は、次のステップで、解剖学的評価として、重点的アセスメントを行います。ここでは、病態を予測し、その病態が時間経過の中で、バイタルサインへ影響を及ぼす病態かを判断し、緊急度が高ければ救急車を呼びます。緊急度が低い場合は、往診を依頼するか、もしくは、病院を受診させてください。

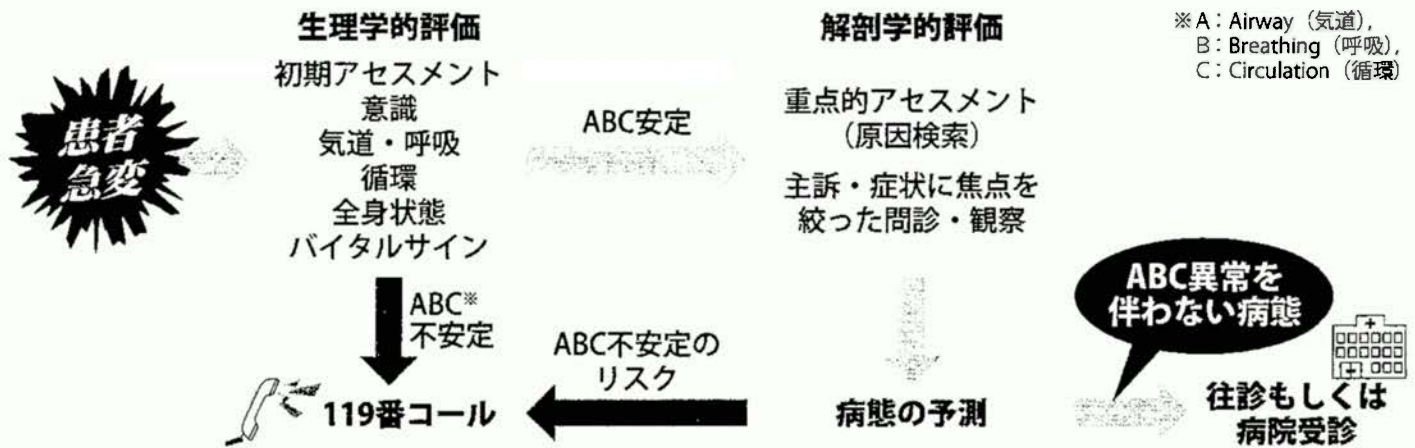
### 生理学的評価

#### ～初期アセスメントとバイタルサイン

初期アセスメントでは、全体的な印象をとらえながら、意識、気道、呼吸、循環の観察評価を行い、緊急度を判断します。

私たちの身体は、大気中の酸素を取り込み、心臓の働きによって、その酸素を全身に供給します(図2)。また、生命の維持としても、脳の働きは重要であり、障害を受けると、呼吸、

図1 ●急変時対応のアプローチ



循環に影響します。これらの酸素供給がうまく機能しなければ、生命が脅かされ、緊急度が高くなります。表1は、バイタルサインの異常と初期アセスメントの異常を示しています。これらの所見が見られた場合は緊急度が高いため、直ちに救急隊に引き継ぐ必要があります。

全体的な印象

外傷の有無、大出血、不自然な倒れ方、異臭などを、第一印象としてとらえる必要があります。

気道

声をかけるなど、発声、会話ができることを確認できれば、気道確保の評価ができます。狭窄音や喘鳴、ゴロゴロ音は、気道の異常を示します。また、無呼吸、瀕死の呼吸状態などの気道緊急や異物、感染、浮腫、血液、吐物誤嚥などの気道閉塞時には、緊急的に気道確保が必要です。

呼吸

「見て、聞いて、感じて、(触って)」で評価します。呼吸の深さ、速さ、リズムの視診は重要であり、特に、呼吸補助筋の使用は緊急度が高い状態を示します。

そのほかに、陥没呼吸、鼻翼呼吸、口すぼめ呼吸などの努力呼吸の所見や、脳疾患障害時に見られる、チェーンストークス呼吸、ビオー呼吸などのリズム異常の所見も重要となります



図2 ●酸素供給の仕組み

表1 ●緊急度の高い生理学的評価

呼吸障害	<p><b>重度:</b> SpO<sub>2</sub> &gt; 90%, 無呼吸, 瀕死の呼吸状態などの気道緊急や異物, 感染, 浮腫, 血液, 吐物誤嚥などの気道閉塞, チアノーゼ, 単語のみ話せる状態で補助呼吸が必要</p> <p><b>中等度:</b> SpO<sub>2</sub> &gt; 92%, 呼吸補助筋の使用が著明, 文節単位の会話, 気道は確保されているが, 重度から中等度の吸気性喘鳴が聞かれる</p>
循環障害	<p>ショックの状態, 頻脈, 血圧低下, 皮膚湿潤, 冷感, 顔面蒼白, 意識レベルの低下が見られる</p>
意識障害	<p><b>中等度~重度:</b> JCS II~III桁, GCS 3~8, 痙攣持続, 意識レベルが次第に悪くなる状態が見られる</p> <p><b>軽度:</b> JCS I~II桁, GCS 9~13, 見当識障害が見られる</p>
体温	<p>敗血症を疑うような所見 (体温 &gt; 38.0°C, 脈拍 &gt; 90回/分, 呼吸数 &gt; 20回/分, もしくは, 循環, 呼吸動態の不安定, 意識障害など) を認め, 元気がない状態が見られる</p>

日本救急医学会, 日本救急看護学会他監修: 緊急度判定支援システムCTAS2008日本語版/JTASプロトタイププロバイダーマニュアル, P.28~32, へるす出版, 2011を改稿

(P.89の表2参照)。これらの所見は、緊急度が高い状態を示します。

## 循環

橈骨動脈を触知し、評価します。橈骨動脈を触知できることで、収縮期血圧は80mmHg以上を示すと言われています。橈骨動脈が触知できなければ、頸動脈触知を行います。頸動脈は収縮期血圧が60mmHg以上あれば触知は可能であり、触知できなければ胸骨圧迫心臓マッサージを開始しなければなりません。循環の観察で脈の触知と同時に、末梢循環動態の観察が重要です。顔面蒼白、皮膚湿潤、capillary-refilling time (CRT) 3秒以上は、ショックを疑います。

## 意識

意識評価のスケールとして、Japan Coma Scale (JCS), Glasgow Coma Scale (GCS) などがあります。意識障害の原因はたくさんあるため、意識障害が軽度であっても、救急車を呼ぶ必要があります。

## バイタルサイン測定

バイタルサインの中の体温では、発熱だけで緊急度を判断することは困難ですが、敗血症を疑うような所見(38.5℃以上、脈拍90回/分以上、呼吸回数20回/分以上、もしくは、循環、呼吸動態の不安定、意識障害など)を認め、元気がない場合は、救急車を呼ぶ必要があります。

## Check!

緊急度の判断は、初期アセスメントとバイタルサイン測定の結果から評価することが重要であり、バイタルサインのみで評価すると、過小、もしくは過大評価となる恐れがあります。また、日常の患者のバイタルサインを把握することが大切であり、その上で、初期アセスメントの所見を評価すると、的確な判断を行うことができます。

## 解剖学的評価～重点的アセスメント

解剖学的評価として、問診と身体所見から病態を予測しながら、緊急度の判断を行います。その方法としては、主訴や症状に焦点を当て、問診と身体所見の観察を行う、重点的アセスメントを行います。初期アセスメント、バイタルサインで異常を示している場合は、重点的アセスメントは簡潔に行い、ケースによっては省略し、救急車を呼ぶ必要があります。

初期アセスメントで異常を示さず、バイタルサインが安定している場合に、重点的アセスメントを行っていきます。緊急度の判断を行うためには、緊急度の高い疾患、病態を知っておく必要があります。表2に、緊急度と重症度の高い疾患や病態を提示しますが、詳細については、3回目以降で解説していきます。ここでは、重点的アセスメントの方法を述べます。

## 問診

問診では、主訴や現病歴を聴取していきます。漏れがないよう、迅速かつ簡潔に行う方法として、各項目の頭文字をとって「SAMPLE (サンプル) 聴取」(P.97の表1参照) というも

### 緊急度も重症度も高い疾患

- 心肺停止 ●出血性ショック ●心原性ショック
- 敗血症性ショック ●心不全 ●急性心筋梗塞
- 急性大動脈解離 ●心タンポナーデ
- 肺塞栓症 ●脳出血 ●くも膜下出血 ●脳梗塞
- 髄膜炎 ●急性頭蓋内血腫 ●穿孔性腹膜炎
- 広範囲熱傷 ●重症急性膀胱炎 など

### 緊急度は高いが重症度は低い疾患

- 上気道閉塞 ●緊張性気胸 ●低血糖性昏睡
- アナフィラキシーショック ●喘息発作
- 急性睡眠薬中毒 ●喉頭蓋炎

表2 ●疾患と病態の緊急度と重症度

のがあります。そのうちの「A：アレルギー」「M：内服薬」「P：既往歴」については、訪問看護記録に記載をしていることが多いため、迅速な確認が必要となります。

「S：主訴」「E：現病歴」を詳細に問診する方法として、OPQRST法（P.81の表1参照）があり、詳細な情報を漏れなく収集することができます。

例えば、「頭痛」を訴える患者では、

O：30分前にテレビを見ている時に突然

P：誘因ははっきりしない

Q：ハンマーで殴られたような痛み

R：後頭部、放散痛はなし

S：10／10の痛み

S：嘔気、嘔吐あり

T：痛みの改善はなく続いている

T：鎮痛薬の使用はない

といった具合です。高血圧症の既往がある場合は、くも膜下出血を考え、緊急度が高いと判断し、直ちに救急車を呼ぶ必要があります。

## 身体所見

「頭痛」を主訴として来院した患者で、問診の結果、くも膜下出血を疑う場合は、「髄膜刺激症状」「脳神経脱落症状」の観察を行います。このように、主訴から予測される病態、疾患を考え観察を行うことが重要です。

### Check!

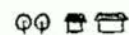
在宅患者には、医療器具などは使用せずに、内服治療を受けている高齢者の患者が多くいます。その中で、慢性疾患の既往がある場合は、主訴が同様の症状を示しているのかを確認する必要があります。そうすることで、基礎疾患の急性増悪、もしくは新たな疾患の評価の一つの指標につなげること

ができます。内服薬やインスリン治療中の患者については、指示どおり投薬されているかを確認するなど、重要な情報です。既往歴と共にアセスメントすることで、急変の原因を明確にすることができ、緊急度の判断を的確に行うことができます。

### 引用・参考文献

- 1) 日本救急医学会, 日本救急看護学会他監修: 緊急度判定支援システムCTAS2008日本語版/JTASプロトタイププロバイダーマニュアル, P.28~32, へるす出版, 2011.
- 2) 中村恵子監修, 中村美鈴他編: 救急看護QUESTION BOX 2, 救急実践に生きるアセスメント, P.50~51, 中山書店, 2006.
- 3) 日本外傷学会, 日本救急医学会監修, 日本外傷学会外傷初期診療ガイドライン改訂第3版編集委員会編: 外傷初期診療ガイドライン 改訂第3版, P.1~22, へるす出版, 2010.
- 4) 増山純二: 急性病態から考える, 救急看護&トリアージ 創刊準備号, P.17~21, 2011.
- 5) 角田直枝: わが国の在宅患者の現状, EMERGENCY CARE, Vol.19, No.12, P.10~16, 2006.

### 執筆後記



救急看護はどの分野でも必要とされる看護です。特に緊急時の判断については、迷うことがあると思います。今回紹介した救急看護の基本的な知識と技術を身に付け、また、患者のいつもの状態を把握しておくことが重要だと思います。

重症集中ケアナース  
クリティカルケア2、3年目ナースと  
その指導者へ

**経験豊富な  
看護師が  
看護目線で解説**

監修 道又元裕  
杏林大学医学部付属病院 看護部長

術後管理  
▶虚血性心疾患 ▶弁膜疾患  
▶大動脈解離 ▶胸部大動脈瘤  
▶腹部大動脈瘤 ▶不整脈疾患  
▶先天性心疾患 ほか

補助循環  
▶IABP/PCPS/VASの  
適応・禁忌・離脱のなぜ  
▶IABP ▶PCPS  
▶VAS ほか

10月刊行  
A4変型判 180頁予定  
予価 3,100円(税込)

