

Nursing

Nursing Information of Care & Evidence

特集 急性期高齢患者さんの フィジカルアセスメント

高齢の患者さんでは、一見軽症に見えていた方が突然重篤な状態に急変するといったケースをしばしば経験します。その背景として、症状などに関するご本人の訴えが曖昧で評価が難しいという点があるのではないのでしょうか？今回は急性期の高齢患者さんのフィジカルアセスメントのポイントについてご紹介します。

お悩み...



この人に聞いてみました！



細萱 順一 先生
東京都健康長寿医療センター
特定集中治療室
急性・重症患者看護専門看護師



急性期高齢患者さんのフィジカルアセスメント

【高齢患者さんの急変に気づきにくい理由】

急性期の高齢患者さんの典型として、受診すべき**診療科の特定が難しい**という点が挙げられます。例えば、心筋梗塞の患者さんであっても、「胸痛」という典型的な愁訴ではなく、「肩の痛み」や「消化器痛」を理由に受診されるケースが少なくありません。このため、「肩の痛み→整形外科」「胃痛→消化器内科」といった診療科別の発想では、重篤な疾患を見逃してしまう可能性があります。

また、高齢者は若年者に比べて痛みを感じにくくなっているほか、**傷病などに対する生体の反応性も低下**しています。一見すると軽症に見える患者さんが、実は重症度が高かったりするのはそのためです。

もう一つ、高齢患者さんの特徴として、原疾患のほかに**複数の併存疾患を持っている**方が多いという点があります。常用している薬剤も多岐にわたるため、その副作用が現れたり、逆に、本来ならば現れるべき症状が隠れてしまったりといったことが起こりがちです。

【「転倒」といっても、様々なケースが考えられる】

転倒は、高齢患者さんの受診理由の中でも特に多いものの一つです。ただし、その背景には様々な可能性が考えられます。

一つ目は、**加齢によって運動機能が低下**し、段差などにつまずいて転んだというケースです。その背景としては**フレイル**による筋肉量の減少や筋力の低下などが考えられます。

二つ目は、失神して倒れたというケースです。実際、「目が覚めたら床に横になっていた」という患者さんも多く、**一時的に意識を失って転倒した**可能性が考えられます。この場合、ご本人が転んだ時のことを覚えているかを確認し、失神による転倒が疑われる場合には、より詳細なアセスメントや心電図のモニタリングなどが必要になります。

傾眠や意識レベルの低下が疑われ、血圧の低下や発熱を認める場合には、**脱水や感染症**などの検査を行います。高齢者は感染症に罹患しても自覚症状に乏しく、転倒をきっかけにして初めて受診することも少なくありません。また、若年者と比べて体内の水分量が低下していることに加えて、水分摂取量が低下しがちで脱水を起こしやすい

状態にあります。特に心不全などが背景にある患者さんの場合、水を飲むことが心臓に負担をかけるという思い込みの強い方が多いので注意を要します。

この他、**薬剤の副作用**による傾眠や意識レベルの低下が、転倒の要因になっている可能性も考えられます。高齢者は**腎機能の低下**に伴って薬剤が体内に蓄積されて副作用が現れやすいので、抗不整脈薬や睡眠剤などを常用している患者さんでは特に要注意です。

患者さんの服用している薬剤に注意

高齢患者さんでは、以下のようなケースをしばしば目にします。

- 複数の医療機関からたくさんの薬剤を処方されていて、その全体像をご本人が把握できていない。
- 処方されている薬剤を確実に服用できておらず、ご自宅に残薬が溜まっている。

このため、高齢患者さんのケアにあたっては、ご家族の協力のもと**処方されている薬剤を全てリストアップ**するとともに、その**服薬状況を確認する**必要があります。

患者さんが普段どんな薬剤を内服しているかを予め把握しておくことで、予防的な対応も可能になります。



【バイタルサイン測定時の注意点】

患者さんの健康状態を客観的に評価する上での基本的なパラメーターとして、「**脈拍**」「**血圧**」「**体温**」「**呼吸回数**」の4つが挙げられます。ただし、これらのバイタルサインの中にも加齢変化を生じるものがあるため、**個々の患者さんの平常時の値**を把握しておくことが急変時の評価において大事なポイントになります。

【1.脈拍】

胃潰瘍による出血や脱水が起きている場合、健康成人であれば、生理的な代償反応として頻脈になるのですが、**抗不整脈薬**を服用しているとそれが抑えられ、表面的には正常値を示すことがあります。

【2.血圧】

降圧薬や昇圧薬を服用していると、検査データ上は正常でも体内では何らかの異常が起きている可能性があります。また、動脈硬化などで普段の血圧が高い患者さんの場合には、測定結果が一般的には正常とされる値であっても、その人にとっては低血圧の場合があります。

【3.体温】

一般に、高齢者は代謝機能の低下により**平熱が低く、日内変動が小さい**傾向にあります。平熱が35℃の人にとっては36.5℃でも発熱の域に入るので、体温を「絶対値」で評価せず、平熱との差がどの程度あるのかを評価する必要があります。

【4.呼吸回数】

呼吸回数は加齢変化や内服薬剤の影響を受けにくいため、高齢患者さんの健康状態を客観的に評価する上で最も重要なパラメータだといえます。他のバイタルサインとともに呼吸回数をしっかり測定することで、異常の早期発見やケアの評価にもつながります。

ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) や FCCS (Fundamental Critical Care Support) などのトレーニングでは、30回/分以上の頻呼吸は何らかの異常のサインとされており、一つの目安になります。

カルテには呼吸の「回数」を書きましょう。「頻呼吸」とだけ書いても、スタッフ間で評価を共有できません。



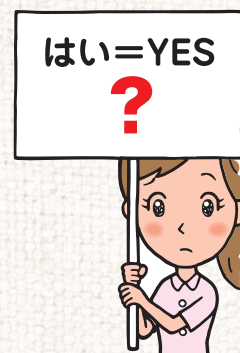
【問診に当たってのコツ】

高齢患者さんを問診する際、聴覚の低下や認知機能の低下などの影響で、こちらからの問いかけに対して全て「はい」と応えるものの、「イエス」の意味で「はい」と言っているのか分からない場合があります。その際には、ご家族から入院前の生活状況や日常生活機能に関する情報を聴取することも必要でしょう。

ただし「認知症だから」と、患者さんご自身への聴き取りをすぐに断念して、ご家族からの情報ばかりに頼ってしまうのは早計です。

例えば、1日の中で午前中はしっかりコミュニケーションが取れていても、午後になるとうまくコミュニケーションが取れなくなるなど、認知機能に日内変動のある人もいます。そうした患者さんの場合には、意識が清明なタイミングを見計らって、できる限り具体的で患者さんが答えやすいような質問を心がけることで、スムーズに問診できることがあります。

また、疾患の影響や発熱などで脱水傾向の時には、頭がボーッとしまい、いろいろと質問を受けてもうまく答えられません。その際には、脱水を補正することで意識レベルが回復し、しっかりと問診ができる場合もあります。



【最後に】

最近では生体情報モニタなどを使用すると、ベッドサイドに行かなくても様々な客観データを得ることができるようになりました。しかし、本来重要なのは**患者さんに実際に触れて観察すること**です。特に高齢患者さんの場合には、**「何となくいつもと違う」という直感**が異常の早期発見に繋がることも少なくありません。ベッドサイドで問診を含めたフィジカルアセスメントをしっかりと行い、「いつもと違う」と感じた時には、その感覚をスタッフ間で共有するようにしましょう。そして、そう感じる理由を皆で掘り下げていくことで、患者さんの急変を未然に防ぐことができるかもしれません。

【急性・重症患者看護専門看護師】



“院内の様々な活動を長続きさせる秘訣は、
周囲を巻き込みながら
皆で一緒に取り組むことだと考えます”

ほそがやじゅんいち

細萱順一先生(東京都健康長寿医療センター 特定集中治療室 急性・重症患者看護専門看護師)

資格取得の経緯

私が専門看護師の資格取得を目指して看護系大学院の修士課程に進学したのは、臨床に出て7年目のことです。当時から私は**臨床的な疑問・問題意識に根差した研究テーマ**に取り組みたいと考えており、働きながら学べる道として進学先の長期履修制度を利用しました。日中は大学院、夜は病院の夜勤と、今振り返ってみればハードな3年間でしたが、若かったのもあり、気力と周囲のサポートで何とか乗り切ることができました。

臨床と研究の連携

専門看護師の教育課程で学んだことの一つに、組織の内部環境と外部環境を分析しながら効果的な施策を検討する「SWOT分析」の手法があります。私は大学病院に15年ほど勤務した後、2017年に当センターへ転職したのですが、新しい職場における自分の立ち位置や役割を考える際にも、組織分析の方法論は大いに役立ちました。

当センターの場合、国内ではほぼ唯一の高齢者専門の急性期病院であるという点が強みの一つとして挙げられます。今後、日本の高齢者人口がピークを迎えていく中で、我々が先頭に立って情報発信できることも少なくないと考えます。一方、当センターは難治性重症心不全に対する補助人工心臓治療などの先進医療にも積極的に取り組んでおり、主な治療対象となる10~60代の患者さんへのケアも行っています。その他、研究施設が隣接しており、臨床と研究の連携を促進する風土が根付いている点も大きな強みです。私自身、**研究データに基づいて臨床実践の質を高めていきたい**と考えており、今後は他施設と共同で周術期患者を対象に回復の促進を目的とした臨床研究に取り組んでいく予定です。

当センターの提供している看護実践の質や役割は高いレベルにあると考えており、院内の活動を学会発表などを通じて外部へ発信していくことは、専門看護師としての重要な役割の一つだと考えています。

看護スタッフの教育

看護スタッフの教育も専門看護師の仕事です。当センターには、経験に応じて「ベーシックコース」「ジェネラルコース」「スペシャル

コース」「マスターコース」と順次ステップアップしていく院内研修制度があり、私は各コースのフィジカルアセスメントや倫理に関する教育を担当しています。また、2018年からはジェネラルコースの一環として「高齢者看護エキスパート研修」もスタートしており、約1年間のコース研修を通じて高齢者看護のエキスパートを育成するにあたって、教育と研究サポートに取り組んでいます。

チーム医療の橋渡し役として

入院患者さんにとって病院を退院することは一つの通過点にすぎません。我々医療スタッフの目指すべき真のゴールは、**退院後の患者さんの生活をより良く再構築すること**だと考えます。近年は80~90歳代の高齢患者さんに対して侵襲度の高い手術を施行するケースが増えていますが、その時に注意を要するのが術前のフレイルです。術前のフレイルは回復を阻害する因子であるとの報告もあり、当センターでは「フレイル外来」で患者さんの術前・術後の状態を評価したり、多職種による周術期管理や退院後の定期的なフォローを実施しています。その際、**チーム医療の橋渡し**を行うのも専門看護師としての役割です。

また、患者さんの中には急性期において終末期へと移行せざるを得ない方もおられますが、そうした場合の**End-of-Lifeケア**に関する教育にも関わっています。がんの領域に比べて、クリティカルケア領域ではEnd-of-Lifeケアは個人の努力に委ねられてきました。そこで米国の教育プログラムELNEC(End-of-Life Nursing Education Consortium)を基軸に、日本の文化に則した「ELNEC-Japan クリティカルケアカリキュラム」の構築に関わり、全国的な普及活動に参画しています。今後は、院内での開催も検討していきたいと考えています。

「周囲を巻き込む」ということ

院内の様々な活動を長続きさせる秘訣は、**周囲を巻き込みながら皆で一緒に取り組むこと**だと私は考えます。活動を開始するきっかけは専門看護師が作ったとしても、それを軌道に乗せたり、微調整したりするのは現場主導で行うべきです。現場で自律的に問題解決が図れる組織づくりのために、縁の下の力持ちのようなかたちで貢献できればと考えています。

クスの話

林 宏行先生
日本大学薬学部
薬物治療学研究室 教授



薬剤性ショック

アレルギーに暴露されてからアナフィラキシーショックの症状発現までの時間は、蜂では5~12分、食物では25~30分が一般的です。しかし薬の場合は5分程度と、より早くアナフィラキシー症状を起こす場合があります。

① アナフィラキシーの原因と症状

アナフィラキシーの原因は、アレルギーの暴露によって肥満細胞からヒスタミンやブラジキニンといった化学伝達物質が放出され、生体に影響を及ぼすためです。またそれによって交感神経や副交感神経が活性化する症状が現れます。アナフィラキシーの症状と出現頻度を下表にまとめました。アナフィラキシーは、全身の皮膚紅潮・紅斑、痒みといった特徴をもちますが、**皮膚症状が現れない場合もある**ことに注意が必要です。重症化すると死にも至る病態です。

② アナフィラキシーショックを起こす薬

アナフィラキシーを起こす薬はたくさんあります。特に解熱鎮痛剤のNSAIDs、抗菌剤、局所麻酔剤、アスパラギナーゼや白金製剤、タキサン系の抗がん剤、造影剤などで、輸血製剤でもアナフィラキシーの報告があります。

これらの薬剤投与開始時には、**少なくとも5分間は患者を観察**することが大切です。また**過去のアレルギー歴の問診**が大切で、同じ薬だけでなく同系統の薬剤を投与する場合もアレルギー症状を念頭に注意を払うべきです。

③ アナフィラキシーが起こったら

皮膚症状が現れないアナフィラキシーもあることから、薬剤投与後に患者の様態が変化したらアナフィラキシーを疑い、緊急対応を行います。ABC(airway=気道、breathing=呼吸、circulation=循環)をチェックし、**真っ先にアドレナリン**(ボスミン®、エビペン®)の投与を行います。アドレナリンは心臓の動きを強め、末梢血管を収縮させ血圧を上昇させます。また気管支拡張作用があります。上腕三頭筋よりも早く効く大腿部中央外側に筋注します。皮下注は効果が遅く推奨されません。最大効果は投与後10分後に得られ、効果は約40分間持続します。

アドレナリンで一時的にショックを脱しても、アレルギーの影響が残っている可能性があり、二相性反応と呼ばれます。したがってその後の**経過観察**も必要です。ベータ遮断薬を服用しているとアドレナリンの効果が得られない場合があります。この場合グルカゴンが使用されます。このほか血圧低下に対しては、輸液経路を確保して生理食塩液を始めとする細胞外液補充液の投与を行います。また抗ヒスタミン作用を持つジフェンヒドラミンやファモチジン、免疫反応を抑えるステロイド剤や血圧低下にバンプレシンなども使われます。

再発予防も重要です。重症化例や再発例では可能な限り原因を調べ、原因医薬品を明記したカードを持たせるなどの患者教育を行い、アドレナリン自己注射(エビペン®)の導入を検討します。

分類	(出現頻度)	代表的な症状
皮膚	(90%)	全身紅潮・紅斑、蕁麻疹、掻痒感など
呼吸器系	(40~60%)	犬吠様咳そう、喘鳴、鼻の掻痒、鼻閉、くしゃみ、嘔声、呼吸困難、チアノーゼなど
循環器系	(30~35%)	動悸、頻脈または徐脈、不整脈、血圧低下など
中枢系	(30~35%)	不安、めまい、気分不快、意識レベル低下、痙攣など
消化器系	(20~30%)	嘔気、嘔吐、腹痛、下痢など

↑表 アナフィラキシーの症状



検査値を読む



廣瀬由美先生
筑波メディカルセンター病院
総合診療科

臨床検査値(以下、検査値)は患者さんの治療方針などを検討する際の大切な客観情報です。
今回は、検査値に異常を認めた場合に知っておくべきポイントについて解説します。

① 前回のおさらい

前号の本コーナーでは、おおむね以下のようなことを述べました。

- ① 検査値を読み取る際の“物差し”として用いられる基準範囲とは、健康人の集団のうち95%の人々が含まれる分布幅だということ
- ② 高齢者の検査値は個人差が大きく、測定結果がその患者さん個人にとって許容できる範囲内にあるかどうかを見極めることが重要だということ
- ③ 高齢者では、検査値が若年者と同じであっても、それに応じた適切な対応が若年者とは異なる場合があるということ

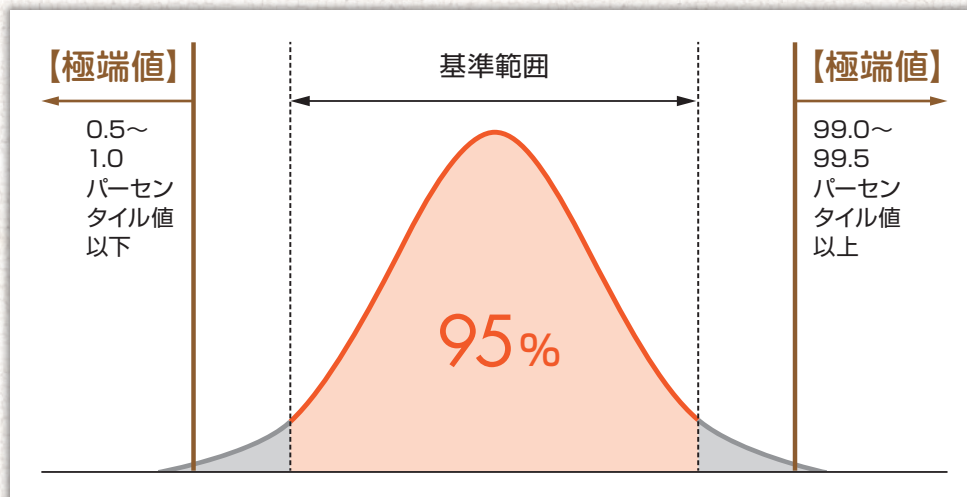
検査値が基準範囲外であっても、それだけで直ちに病的な状態だと判断することはできず、逆に、基準範囲内であっても本人にとっては病的な意味を持つ可能性があるというのも前回お話した通りです。つまり『基準範囲をはずれている=異常』ではない、ということです。

では、**検査値が基準範囲から大幅に外れている場合**にどう考えるべきか、というのが今回のテーマです。

② 極端値とパニック値(表)

【極端値】

基準範囲から大きく外れた、稀にしか見られない検査値(0.5~1.0パーセンタイル値以下、99.0~99.5パーセンタイル値以上)のことを指します(図)。極端値には検体の採取条件(採血手技、運搬方法・時間)などによる分析前誤差や検査過誤(機器の不具合やヒューマンエラー)に起



↑図 基準範囲と極端値

検査項目	(単位)	パニック値(低値)	極端値(低値)	極端値(高値)	パニック値(高値)
血糖	(mg/dL)	50	<50	500<	350：外来 500：入院
ナトリウム	(mEq/L)	120	<120	160<	160
カリウム	(mEq/L)	2.5	<2.5	6.0<	6.0：外来 7.0：入院
ヘモグロビン	(g/dL)	5.0	<5.0	20.0<	—

↑表 検査値の極端値およびパニック値の例

日本臨床検査自動化学会編 「極端値・パニック値対応マニュアル Ver.1.4 (2005.9.1)」 JJCLA 2005; 30 Suppl.1を参考に作表

因する値も含まれます。このため、検査結果が極端な低値または高値を示しているからといって、直ちに患者さんが生命の危機的な状態にあると判断されるわけではありません(例：マラソン後のCK上昇)。

【パニック値】

「**生命が危ぶまれるほど危険な状態にある**ことを示唆する異常値」と定義され、「直ちに治療を開始すれば救命しうが、その診断は臨床的な診察だけでは困難で検査によってのみ可能である」とされています。

パニック値は**各施設の医師や臨床検査技師の協議によって決定される**もので、基本的には緊急性を反映する検査項目に対して設定されます。

パニック値が設定される検査項目や値は施設の状況(例えば急性期か慢性期かなど)によって異なるほか、同じ施設内でも検査項目によっては診療科や外来/入院別で設定値が異なることがあります。

例えば、外来患者さんは入院患者さんと比べて診察所見などの情報量が少なく、また次回受診までの間に状態が悪化している可能性も否定できません。このため、外来患者さんのパニック値が入院患者さんのものよりもややシビアに設定されている場合もあります。

③ パニック値の報告

パニック値は、その値を**直ちに主治医へ報告する**ことによって初めて意味を持ちます。通常の検査データに関しては、病棟・外来に設置された端末などを通じてリアルタイムに報告される施設も増えていますが、パニック値に関しては確実に主治医へ伝達できるよう、電話で直接連絡が

入ることが多いです。

ただ、主治医が外来や手術などで離席中の場合、看護師が検査室からの電話を受けるケースも少なくないと思われます。パニック値の連絡を受けたら直ちに主治医(主治医が不在の場合には同じ診療科の医師など)へ報告して対応を依頼しましょう。すでに主治医が対応済みの場合や、患者さんが一過性にパニック値を示すことは想定内の場合などもあるかもしれませんが、**院内の報告手順に則った対応をとることが原則**です。

公益財団法人日本医療機能評価機構の発表によれば、パニック値の緊急連絡が医師に伝わらなかったために患者さんの治療が遅れた事例が、2012～2015年の4年間で3件報告されたとのことです(医療安全情報No.111「パニック値の緊急連絡の遅れ」、平成28年2月)。また、その再発防止策として、パニック値の報告手順の周知、検査結果や連絡者・連絡先医師名の記録、主治医不在時の連絡や対応体制の構築・周知などが紹介されています。日頃から自施設の緊急連絡手順をしっかりと把握し、緊急時に即応できるよう準備をしておきましょう。





お仕事スケッチ⑧
東邦大学医療センター大森病院



澗本雅昭先生

東邦大学医療センター大森病院
急性・重症患者看護専門看護師

緊急度や重症度の高い患者・家族に対する質の高い看護の提供を目指す

中の脳性麻痺の患児などをケアしているほか、最近では睡眠時無呼吸症候群の患者さんに対する遠隔診療を2018年4月から開始したところです。

活動の概要

急性・重症患者看護専門看護師としての私の仕事は、救命救急センター・特定集中治療室を中心とした病棟での活動、看護外来での診察業務、看護学部での基礎教育などに分けられます。その他、研究活動や院内の各種委員会活動も行っています。

救命救急センター・特定集中治療室での活動

救命救急センター・特定集中治療室では、病棟看護師の一人として看護実践に取り組みつつ、**科学的根拠に基づいた質の高いケア**が患者さんやご家族に提供されるよう、周囲のスタッフに対する教育的支援を行っています。

また、病棟スタッフは気管切開や人工呼吸器の装着、胃瘻造設など、**様々な倫理上の課題**に日々直面しています。そうした課題に関する議論の場に加わって、生命倫理原則などを用いながら、皆が納得できるような結論が出るように促すのも私の役割の一つです。

そのほか、病棟スタッフに対するコンサルテーションや院内・院外の人材コーディネートなどを通じて、**医療チームとして最大限のポテンシャルを発揮させる**ための活動に取り組んでいます。

看護外来での診察業務

看護外来は週2日、火曜日と木曜日に実施しています。火曜日は神経内科の「ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis: 筋萎縮性側索硬化症) クリニック」で、人工呼吸器装着に関する患者さんの意思決定支援や装着後の機器の調整を行っています。一方、木曜日の午前中は呼吸器内科の看護外来で陽・陰圧体外式人工呼吸器 (RTX) 使用

看護学部での基礎教育・院内の各種委員会活動

学部教育では成人看護学の演習や技術演習、大学院の専門看護師コースではフィジカルアセスメントの授業を担当しています。また、院内の教育委員として、新卒看護師のリアリティショックを和らげるための仕組みづくりを進めています。

研究活動

私は専門看護師として、二つの大きな研究テーマに取り組んでいます。一つ目は看護倫理で、**集団としての倫理的感受性**をいかに高めていくかという研究です。もう一つは看護師の**臨床技能を客観評価**するための仕組みづくりです。医学・歯学教育分野で普及している客観的臨床能力試験 OSCE (Objective Structured Clinical Examination) などの手法を用いながら、誰もが平等に評価を受け、スキルアップの機会を得られるようにすべく、研究を進めています。

今後の目標・展望

様々な看護技術を日常臨床の中で学んでいく際、安全面や倫理面で様々な制約を受けます。そこで、医学部のシミュレーションラボなども有効活用しながら、将来的には、看護師向けのトレーニングプログラムを作成したり、教育支援センターを立ち上げられればと考えています。

また、より直近の目標として診療看護師の取得を目指しています。これは自分自身のスキルアップのためではなく、将来的に当院が診療看護師の教育機関となる上での足掛かりになればと考えているからです。大変微力ではありますが、当院が大学病院としての使命を果たしていく上で、少しでも役に立つことができればと考えています。