



評価のポイント

CL-1.看護実践能力：ケアする力

[29-1] 急変リスクの高い患者の判断と看護ケアの検討

1. 次に示す記録に書かれている内容を踏まえて、患者の緊急度合いを判断してみてください。

緊急：直ちに医師の診察＋治療が必要

準緊急：直ちに医師の診察が必要

要注意：直ちに緊急指示を確認し、細かな経過観察が必要

ある事例の記録

23：05

「トイレ行ってくるわ。一人で行ける」

独歩でトイレへ。ナースステーション前を通過しながら上記のように弁。

23：10

「ちょっとしんどい。車椅子持ってきて」

排泄後、トイレ前でぐったりとしているところを発見。

看護師1名で介助し、車椅子へ移乗。ベッドへ戻る。

末梢冷感あり、呼吸困難感も訴えられた。ルームエア下で、

SpO₂：75～76%であったため、酸素3.0 L/分で開始。

23：15

血圧：150/97 mmHg、脈拍数：122回/分

23：20

SpO₂：71%、呼吸困難感あり、酸素流量を5.0 L/分に増やす。

臥床では呼吸困難感が強く、端座位で体位を維持する。

23：23

SpO₂：72%、酸素流量を8.0 L/分へ増量。意識レベルはJCS：0。

胸痛の訴えあり、12ch心電図をとった。

23：24

SpO₂：69%、酸素投与をリザーバー10 L/分へ増量。

心電図モニター装着。

2. 1の判定理由をABCDアセスメントを踏まえて説明してください。

一言に「急変」と言っても、緊急性の違いがある。

急変場面に気づいた後は、対応に繋げる必要がある。

適切な対応に繋げるため、まずは緊急性の判断をトリアージできるようになって欲しい。

緊急性の判断ができれば、次は報告・連絡・相談。

SBARでの報告ができるように、緊急性を判断した理由をABCDでまとめられるようになって欲しい。