
1 救急外来と一般外来の違い

救急外来診療に求められるタスクは、診断においては緊急性があり、見逃してはいけない疾患を除外すること、治療については応急的な処置をすることである。当日、緊急に治療すべき疾患、病態がないと判断できれば、急がない治療は一般外来（診断が確定していれば専門外来）で行うようにつなげる。また、救急外来を受診する患者は、緊急を要するという本人の自覚があって受診しているだけに緊急度の高い状態であることが多い。

一方、一般外来では、それほど差し迫った状況で受診する患者は少なく、時間的には余裕がある。また、救急あけの一般外来受診では、ひとまず緊急性のある病態は除外されている。そこから、どうやって診断と治療を含めた問題解決にもっていくかが一般外来のタスクである。ただし、一般外来の walk-in でも、緊急性のある病態の患者が受診することがあるため、緊急性の有無は常に判断しなければならない。

2 病歴聴取

問診票

問診票は、主訴、症状（患者が自分の症状について述べたいことを自由に書く）、バイタルサイン、既往歴、社会歴、家族歴、薬物歴などの項目からなる。これらの項目のどれを選択して問診票を作っているかは、施設によって使い方が異なる。問診票に加えて看護師がトリアージする、しないなどの運用も医療現場によって異なる。

バイタルサインには、血圧、脈拍、呼吸数、体温、意識状態、SpO₂が含まれる。一般外来といえども具合の悪い緊急性のある患者が受診することはあるので、もし、バイタルサインの乱れ（低血圧、頻脈、頻呼吸、意識レベルの低下、SpO₂の低下）があれば、早めに診察をして緊急性の有無を確認しなければならない。

施設によっては問診票がここで挙げたすべての項目を含むわけではないし、また、患者が情報を全部記入するとは限らない。さらに書かれていることが医学的に正確とも限らない。医学的情報について鵜のみにしてはいけないが、手がかかり

が書かれており、病歴聴取の方向性がわかるのが問診票の利点である。一方、特に患者が書いた症状の訴えには、自分が症状をどうとらえているか、生活の上でどんな意味をもたせているか、何に苦しんでいるのか、など患者の物語や解釈モデルが表れていることが多い。医学的な情報としてそのまま受け取ると不正確かもしれないが、違う視点から問診票は参考にしたい。

なお、長く細かい問診票の記載には、几帳面という患者の性格による場合もあるが、今までの受療経験からの医療不信、あるいは、物語を聞いてもらえなかったという不満が隠れていることがある。

医療面接と病歴聴取

「医療面接」と「病歴聴取」は区別せずに使われることが多いが、ここではあえて区別し、以下の目的のために行うと定義する。

医療面接は患者との関係性を作り、病歴聴取は診断や診療に必要な情報を得る目的で行う。医療面接では、開放型質問（open-ended question）が、病歴聴取では集中型質問（closed-ended question）がそれぞれ中心となる。

医療面接の基本は、こちらからの質問で遮らずに傾聴することである。このフェーズでは、開放型質問とあいづち、オウム返しなどの促進のスキルを使用する。特に最初の3分間程度は「今日はどうされましたか」などの開放型質問から始め、患者の持ち時間と認識して、思いの丈を話してもらおうようにするとよい。状況によって時間がない場合でも1分間くらいは患者が話す時間にあてたい。もちろん、緊急性があって処置を優先しなければならない時はこの限りではない。

開放型質問による医療面接は「患者の物語」をつかむ時間でもある。当然、患者が診断のための「医学的」情報を過不足なく正確に提供してくれることは期待できないので、情報収集は次の病歴聴取のフェーズで中心的に行う。

なお、患者によっては3分間持ち時間を使い切らずに話すべきことは話したとを感じる人もいるし、それまでの経過で医療に対する不信感のある人、医療者に自分の思いを聞いてもらえなかった感の強い人などは3分間では足りない場合もある。

主訴と受診理由

患者が最もなんとかしてほしい問題の訴えが主訴である。健診異常など自分では問題とっていないが、受診するよう言われたという場合は、主訴というより

も受診理由となる。

困っていることの自覚がはっきりしている場合の多くは主訴は1つか2つである。中には問診票にいくつも訴えが並ぶことがあるが、このような場合は何に一番困っているのか聞き出す。あるいは、どれが主症状で、どれが随伴症状（後述 OPQRST を参照）なのかを判断する。「なぜ、今日受診したか」の受診理由は大事であり、ここに患者にとって一番大事な問題が潜んでいることが多い。

症状の聴き方

訴えが意味するものを医学的な用語に変換できれば、変換してカルテに記載する。比較的簡単に変換できる場合とできない場合があるが、どうしても医学用語にできなければ無理に変換せずに「患者のことばのまま」記載しておく。

開放型質問では、患者が診断に必要な情報をもれなく余りなく話してくれるとは限らない。不足する情報や何を意味するのかははっきりしない訴えは、集中型質問を使って確認しなければならないが、うまく聞くには疾患や症候の知識が必要なため知識が少ない初心者が最初から行うのは難しいかもしれない。たとえば、「血を吐いた」が吐血を意味するのか、咯血を意味するのかは、両者の症候上の区別点を知らないと集中型質問を使って聞き出すことが難しいだろう。

そこで、初心者には OPQRST のフォーマットに沿って病歴を聴取するのが勧められる（表 1）。

OPQRST は、症候によってフォーマットがよく適合するもの（痛みなど）と、すべてが適合しないもの（発熱など）があるが、当てはまる部分のみを聴取すればよい。

表 1. 症状の OPQRST

Onset	発症様式
Palliative/Provocative	増悪・寛解因子
Quality/Quantity	性状・ひどさ
Region/Radiation	症状の部位・放散部位
Symptoms associated	随伴症状
Time course	時間経過

▶ O（発症様式）

「いつから痛くなりましたか？」

発症様式では、①突然、②急性、③慢性、の区別が診断に有用な情報となる。

T（時間経過）とも重複するが、発症のスピードと持続期間によってこれらを区別する。発症のスピードが速く、秒から分の単位で認識できる症状は突然発症、スピードは速いが、時間から日の単位であるのは急性、発症のスピードがゆっくりで日から月の単位で、持続期間も1カ月以上であるのが慢性である。なお、本人にとって症状の困り加減が深刻でないと発症時期が明確に思い出せないことがある。たとえば「だいたい2カ月くらい前から」のように、発症がいつなのかを日の単位で言えないのは慢性発症になる。

この他に、acute on chronic として、慢性的に推移していた症状が急に悪化するパターンもある（COPD 急性増悪の呼吸困難、慢性膵炎急性増悪の腹痛など）。

突然発症する痛みの原因となる病態には、血管や臓器が①詰まる（塞栓）、②破れる（破裂、穿孔）、③捻れる（捻転）、④裂ける（解離）といった緊急性のある病態が多い。したがって、痛みの突然発症と急性発症の区別は大事である。

「それまで痛くなかったのがある瞬間にいきなり痛みが始まったか？」「何をしている時に痛みが来たのか？ 分（場合によっては秒）の単位までわかるのか？」「ピークに達するまでの時間はどれくらいだったか？」など、具体的に聴き出す。後述のように発症時の時間経過をグラフで把握するのも有用である。

▶P（増悪・寛解因子）

「何かすると悪くなったり、楽になったりすることがありますか？」

代表的な増悪寛解因子と症状を表2に示す。これらの増悪・寛解因子は、病態生理的機序に裏付けられている。たとえば、吸気で悪化する胸痛は「胸膜痛」の特徴であり、胸腔の内面をおおう胸膜に炎症が起こった時にみられる。臓側胸

表2. 代表的な増悪寛解因子と症状

	増悪寛解因子と症状	関連する疾患
体位	仰臥位で増悪し、起坐位で軽快する呼吸困難	心不全
労作	労作で悪化し、休憩で軽快する胸痛	狭心症
動作	肩関節の動きで出現する肩の痛み	五十肩（肩関節周囲炎）
呼吸	吸気で悪化し、息止めで軽快する胸痛	胸膜炎
食事	空腹で増悪、食事で軽快する腹痛	十二指腸潰瘍
	飲酒で増悪する腹痛	慢性膵炎
	油ものの摂取後に出現する腹痛	胆石症
排尿	排尿時に出現する痛み	尿路感染症
排便	排便や放屁により軽減する腹痛	過敏性腸症候群

膜と壁則胸膜が擦れ合う時に生じる鋭い痛みであり、咳をした時や体動によっても悪化する。この胸膜痛の機序に一致した吸気のみでなく咳や体動で悪化する性状が聞き出せればより正確で診断に役立つ病歴がとれる。また、再現性があればより信頼性が増す。

▶Q (性状・ひどさ)

「どんな痛みですか？ 言葉で表現してください」

鋭い、鈍いなど痛み の性状から病変のある臓器を推定できることがある (表3)。たとえば、急性心筋梗塞の胸痛は内臓痛なので鈍く重苦しいピンポイントで知覚できない痛み の感覚であり、胸膜炎の胸痛は体性痛で鋭いズキッと する局在が明らかな痛みである。

痛み のひどさはNRS (numerical rating scale) で聞き出す。NRSは、痛みがまったく ないのを0、考えられる中で最悪の痛みを10として、痛み の点数を問う。最悪の痛み の体験は個人によって異なるのであくまで目安である。

数値化しにくい症状は日常生活への影響を聞き出すと程度 の判断に役立つ (平地は歩けるが、階段の昇降はできない息切れなど)。

症状の程度は診断だけでなく、治療効果の判定にも使われる。

▶R (症状の部位・放散部位)

「どこが痛みますか?」「他の場所まで痛みが拡がる ことがありますか?」

痛みはその部位によって病変の局在がある程度推定できる。通常は、痛みのある付近の臓器に病変があるが、放散痛のように原因病変とかけ離れたところに痛

表3. 痛み の性状と分類

	体性痛	内臓痛	神経障害性疼痛
表現	ズキキとする	ズーンと重い、締め付けられる	ジンジン、ビリビリする
性状	局在がはっきりして鋭い	局在がはっきりせず鈍い	電気が走るような、しびれるような
機序	胸膜・腹膜・腸間膜・横隔膜・骨膜・表皮の炎症・刺激	管腔臓器の攣縮・拡張、実質臓器の牽引・腫脹・炎症・虚血	末梢・中枢神経系 の障害
疾患の例	胸膜炎、肺炎、腹膜炎など	狭心症、心筋梗塞、胆嚢炎、虫垂炎、尿路結石、消化管閉塞など	多発神経障害、神経圧迫、帯状疱疹後神経痛など