

救急外来における小児トリアージ導入後の質の評価

キーワード：トリアージナース 救急外来

○二宮千鶴 研井礼子 伊藤詩美 春田千聡 (救急外来)

藤田あゆみ (救急科)

I. はじめに

A 病院の救急外来は、二次救急施設として年間 5400 件の救急車搬送と 13000 人の独歩患者を受け入れている。独歩患者の中には、迅速な治療を必要とする患者もおり軽症と重症が混在している。そこで看護師のトリアージの必要性を感じ、H22 年 10 月より成人トリアージ、H24 年 10 月から小児トリアージを開始した。小児は、代償能力が小さく急変のリスクも高い。そのため患児をトリアージし、ケースにおいては速やかに対応し診療をスムーズに行うことが必要である。小児科経験者が少ない中でのスタートで学習会を繰り返しながら今回、小児トリアージの質の評価を行い、改善に向けての課題を明確にしたのでここに報告する。

II. 用語の定義

予測入院率：各トリアージ区分において予測される入院割合。

応答時間充足率：PCTAS (カナダ小児救急トリアージ緊急度スケール) で定義された時間内に診察を受けられる割合。

III. 研究方法

1. 調査期間・調査対象者

H24 年 10 月～H25 年 4 月までの時間外受診患児 1004 名中トリアージ実施患児 888 名

2. データ収集・分析方法

トリアージ記録より、「受付からトリアージ時間」「検証結果」「予測入院率」「応答時間充足率」の 4 つを調査し、PCTAS におけるトリアージシステムの時間目標に基づいた目標値に沿って質の検証を行った。

3. 倫理的配慮

収集した情報や資料は本研究以外では使用しないこと、

また結果の公表の際は、個人が特定されないよう配慮することを保証する。

IV. 結果

受付からトリアージ開始時間 (表 1) では、平均 12 分。10～15 分以内に緊急度判定を行うことが目標とされているが最長で 100 分かかった例もあった。15 分以上かかった症例は全体の 33%で、独歩患者と救急搬送重症患者が重なった場合に受付が混乱しカルテ準備が遅れることや看護師が救急車対応で不在になるためであった。応答時間充足率 (表 2) ではレベルⅡレベルⅢで目標値を下回っており、トリアージ実施後の再トリアージができていない事が原因と考えられた。

予測入院率 (表 3) と検証結果では問題はなく、アンダートリアージによる患児の重症化や対応の遅れはなかった。

(表 1) <<受付からトリアージ時間>>平均：12 分

	最長時間	最短時間	平均
10月	2分	35分	11分
11月	2分	58分	11分
12月	2分	100分	14分
1月	0分	40分	13分
2月	0分	50分	12分
3月	0分	40分	11分
4月	0分	35分	10分

(表2) <<応答時間充足率>>

	I (98%)	II (95%)	III(90%)	IV(85%)	V(80%)
10月	0(0%)	3(67%)	18(100%)	57(100%)	0(0%)
11月	0(0%)	1(100%)	25(96%)	76(99%)	0(0%)
12月	0(0%)	1(0%)	26(92%)	78(99%)	1(100%)
1月	0(0%)	2(100%)	39(79%)	72(100%)	0(0%)
2月	0(0%)	1(100%)	34(91%)	47(100%)	0(0%)
3月	0(0%)	0(0%)	51(86%)	83(100%)	0(0%)
4月	0(0%)	6(67%)	43(77%)	66(98%)	0(0%)

(表3) <<予測入院率>>

レベル 目標値	I 70~90	II 40~70	III 20~40	IV 10~20	V 0~10	なし
10月	0人数 0入院	3 2 67%	20 4 20%	64 2 3%	0 0	14 2 14%
11月	0 0	1 1 100%	27 8 29%	80 2 3%	0 0	3 0 0%
12月	0 0	1 1 100%	33 2 6%	83 3 4%	1 0 0%	29 0 0%
1月	0 0	0 0	43 5 12%	81 2 3%	0 0	14 0 0%
2月	0 0	1 1 100%	40 6 15%	64 2 3%	0 0	10 2 20%
3月	0 0	0 0	65 9 14%	95 5 5%	0 0	3 0 0%
4月	0 0	5 1 20%	58 9 16%	70 6 9%	0 0	10 1 10%

VI. まとめ

受付～診察までに時間を要しており、対応や環境管理が課題であること、短時間で多数の患児の中から緊急度の高い患児を発見できるトリアージの教育が必要であること、安全なトリアージを実施するためにはトリアージ専任者を含めた適正な人員配置の検討が必要であることがわかった。意識、スキルの向上に対して現在、救急認定看護師を中心にトリアージについての講習を少人数で数回にわけ実施するなど再教育を行っているが、今後定期的な学習会を行い再トリアージに対する意識の向上を図るとともに、実施可能な再トリアージが出来る具体策が必要であると考えます。

VII. 参考文献

- 1) 伊藤龍子, 矢作尚久: 小児救急トリアージテキスト 医歯薬出版株式会社 2010年
- 2) 日本救急医学会他, 緊急度判定支援システム JTAS2012 ガイドブック (株)へるす出版 2012年
- 3) EmergencyCare, MC メディカ出版 2012Vol. 25No12

V. 考察

救急患者・重症患者が増えると小児トリアージが遅れ、初期対応や適切な医療介入の遅れにつながっている。リーダー看護師を中心に救急チーム（医師・看護師・事務・守衛）が連携役割分担を行い、救急患者が安全に診療が待てる対応や環境管理が必要である。看護師の再トリアージに対する意識が低い事も考えられ、意識の向上を含めたトリアージのスキルアップ図り、短時間で緊急度の高い患児の発見を可能にしていく必要があると考えられる。