

救急外来におけるトリアージ判定スキルの維持・向上に向けた活動と課題

金澤 奈美, 山本 里恵, 丸山 奈美, 山田 友和, 藤原 浩美

Key Words : 救急外来, トリアージ

はじめに

当院は道北三次医療圏唯一の地方センター病院として役割を担っている。

救急部門は小児から成人まで365日24時間体制で救急患者を受け入れ、急性期治療を担当する病院として位置づけられている。

平成25年度の救急外来受診者数は約8300人（成人・小児含む）救急搬送患者は1632人ドクターヘリ搬送は27件であった。本年度はヘリポートも完成し4月～10月までにドクターヘリ22件を受け入れている。また来年度救命救急センター取得に向けての準備段階である。

平成24年度より救急外来を救急車以外で受診される患者に対して日本緊急度判定支援システム（以後JTAS）による患者トリアージを開始した。昨年度トリアージ判定レベルの現状と課題をテーマに研究を行った結果①アンダートリアージ率が50%以上。②アンダートリアージの主なカテゴリーに対する知識向上が必要。③トリアージ早見表を見ながら判定することの習慣化が必要。④適切なトリアージを行うため定期的な評価・継続した学習が必要。以上4つの課題が上がった。濱本らは「我が国では救急外来でのトリアージはトリアージナースの個々人の判断に基づく緊急度の割り当てが行われており、トリアージナースへの教育の統一化やトリアージシステムの標準化などトリアージに対する質の保証は充分とは言えない¹⁾と指摘している。当院救急外来トリアージは早見表やテキストを見ながら、看護師個々人の判断でトリアージされており、トリアージを行う看護師への継続した教育の統一化やマニュアルは作成されていない。初年度に一度勉強会を行った）

これらのことを踏まえ救急外来トリアージ早見表・問診票の見直し、マニュアルを作成。実際にあったアンダートリアージの事例勉強会を行った。その前後でトリアージスキルアップテストを行い、実際のアンダートリアージ率の推移の検討を行ったのでここに報告する。

目的

救急外来に勤務する看護師のトリアージ判定スキルの維持・向上

研究方法

① 研究デザイン：量的研究

② 研究対象

救急外来に勤務している看護師・准看護師22名（救急外来勤務経験年数は問わず）

③ 研究期間

平成26年6月～10月

④ 分析方法

トリアージを行う看護師・准看護師22名に対し昨年度の研究結果にあるアンダートリアージの多い5項目を含むスキルアップテストを教育前後に行う。教育前後のテスト結果とアンダートリアージを集約し単純集計比較検討する。

⑤ 経過

平成26年6月倫理委員会の承認後、スキルアップテストの実施。トリアージ早見表・問診票の見直し作成。

7月実際のトリアージの事例検討勉強会の実施。

8月救急外看護師トリアージマニュアルの作成。

9月実際のトリアージの事例検討勉強会の実施。

10月末スキルアップテストの実施。

（平成25年度4月より①救急勉強会毎月1回第3木曜日②部署会で救急外来症例発表は継続実施）

1) 名寄市立総合病院 看護部 救急外来
Department of Emergency Medicine, Nayoro City General Hospital

⑥ 用語の定義

J T A S : 日本トリアージ緊急度支援システム

アンダートリアージ : 緊急度が高いにも関わらず緊急でないとして過小判定してしまうこと

オーバートリアージ : 緊急度が低いにも関わらず緊急であると過大判定してしまうこと

J T A S 1 : 蘇生レベル (すぐに処置が必要)

J T A S 2 : 緊急レベル (必要な処置を開始しつつ評価を継続10分以内に診察を開始)

J T A S 3 : 準緊急レベル (30分以内に診察を開始)

J T A S 4 : 低緊急レベル (60分以内に診察を開始)

J T A S 5 : 非緊急レベル (120分以内に診察を開始)

脳血管疾患症状 $\leq 3\sim 4.5$ h : 脳血管疾患による症状が疑われ、かつ発症が3~4.5時間以内のもの

脳血管疾患 \geq 発症3~4.5 h : 脳血管疾患による症状が疑われ、かつ時間が3~4.5 h 以上のもの

受傷機転 : 高エネルギー外傷

S I R S : 全身炎症性反応症候群

倫理的配慮

得られた情報は本研究のデータベース作成と教育のみに使用する。

個人が特定できない様、スキルアップテストなどは使用后シュレッダーにかけて破棄する。

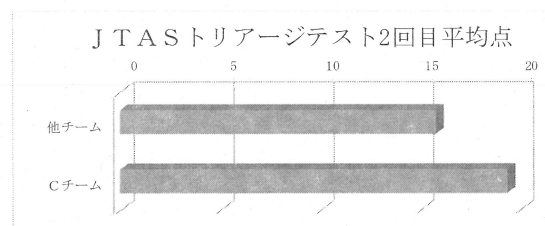
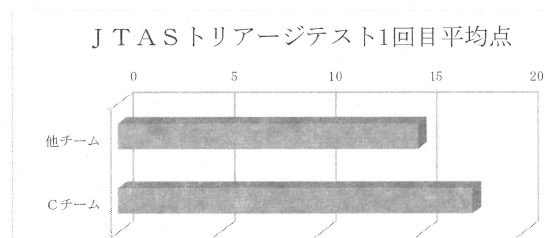
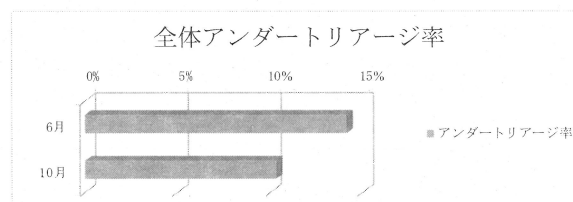
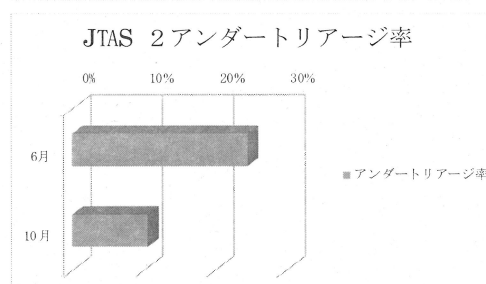
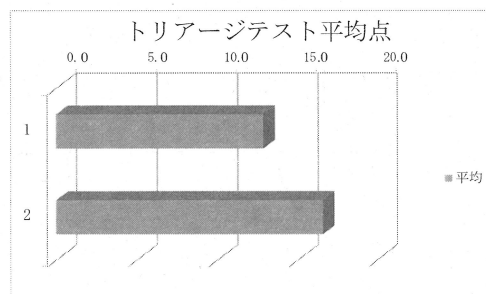
名寄市立病院倫理委員会の承認を得た。

結果

6月~10月までの救急外来トリアージ総件数(成人)は約1400件だった。(月約280件)

- ①勉強会前のテストの平均点が12.9点。(20点満点)勉強会後平均点が16.6点と上昇した。
- ②早見表を見直し、救急外来問診入力PC横に設置したことによりトリアージに迷うときは確認する姿が見られた。
- ③S I R S項目は1回目平均17点、2回目は全員20点満点だった。
- ④J T A S 1のアンダートリアージは6月67%、10月33%
- ⑤J T A S 2のアンダートリアージは6月25%、10月5%
- ⑥J T A S 3のアンダートリアージは6月15%、10月14%
- ⑦J T A S 4のアンダートリアージは6月8%、10月6%

- ⑧Cチーム(当病棟は3チームに分かれており他チームに比べCチームが救急外来の業務に携わることが多い。)のテスト結果が6月平均17.5点、他チーム14.8点、10月Cチーム19.3点チーム15.8点だった。



考察

スキルアップテストでの平均点が3.7点上昇したのは、当院救急外来での実際にあったトリアージの事例勉強会をおこなったこと、1回目のテストの結果を踏まえ正答率が低かった箇所を中心に、2回目の勉強会を実施したことによってイメージが付きやすく学習効果が上がったのではないかと考える。

昨年度の研究でアンダートリージが多かったSIRSは1回目のテストではSIRS基準に満たしていないにもかかわらずSIRSとの回答が多かったが、2回目は正答100%だった。これは問診票を見直しチェック欄を設けたことによりSIRSの診断基準が身についたのではないかと考える。SIRSに関しては正確なトリージが出来ているといえる。

またショック・めまい・高エネルギー外傷・心原性胸痛疑いも昨年度の研究でアンダートリージが多かった。これらの項目を踏まえ早見表を見直し・マニュアルを作成したことで自己学習用にも使用できテストの正答率も上昇、結果アンダートリージ減少にもつながったと考える。

緊急度の高いJTAS1・2のアンダートリージが減少したのは患者の安全確保につながっている。

疼痛に関しては正答率が低下している設問もあり深在性・浅在性で迷いが生じているのではないかと考える。今後、緊急度の高い深在性疼痛に関しての勉強会を実施する必要がある。

またCチームが他チームより平均点が高いのは、救急外来業務に携わることが多いこと、現在実施している全症例の再トリージを行うことで自己の振り返りとなりトリージ判定力が身に付き全体的なテストの正答率上昇につながったといえる。

テストの点数上昇に伴いアンダートリージが減少したことは適切なトリージが身につけていると考える。

ICU病棟より平成26年4月から3名、7月から2名、10月から1名、新たなスタッフが救急外来で勤務している。勤務者が入れ替わってもアンダートリージが減少したのはマニュアル・早見表を見ながら自己学習を行うことも含め、実際のトリージ症例の勉強会・テストを行うことで、適切なトリージが出来たと言える。今後も新たなス

タッフが救急外来勤務することになると思われるが新しいスタッフが増えても正確なトリージの維持・向上できるよう、継続した教育に努める必要がある。

結論

- ①勉強会・テストを行うことによってトリージ判定力の向上。アンダートリージの減少に繋がった。
- ②トリージに迷う時は早見表を見るのが習慣化されつつある。
- ③適切なトリージを行うためには定期的な勉強会・個々の継続した学習が必要である。
- ④救急外来勤務が多いチームのトリージ判定力が高い。

終わりに

救急外来では救急搬送患者・成人・小児の診察介助、多様な処置（時には婦人科外来・耳鼻科外来・眼科外来での介助）電話対応に限られた人数で行っている。業務が多忙になるほど早くて正確なトリージが必要である。

平成24年5月からICUと救急外来部門が統合され、どちらでも勤務できるようにローテーションが組まれている。今後、救急外来勤務未経験者が救急外来業務に携わっていくこともあり、継続して患者さんの安全確保のためにトリージレベル維持・向上に努めていく必要がある。

参考・引用文献

- 1)日臨救医誌(JJSEM)2013:16:802-9.
- 2)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JTAS2012ガイドブック,P16,へるす出版,2012.
- 3)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プロバイダーマニュアル,P9,へるす出版,2011.