

小児救急患者トリアージガイドライン

■！トリアージとは

- 救急部門を受診した患者の評価過程の一つとしてトリアージナースが治療の優先度と適切な治療場所を決定することにより、救急外来患者管理上の安全性を高めるシステム、と定義される。
- 受診時の初回患者評価にとどまらず診療待機中の患者の再評価と必要なケアの提供を含み、社会的に公正な医療を提供するための看護ケアとして位置づけられる。

■！救急センターにおけるトリアージの運用

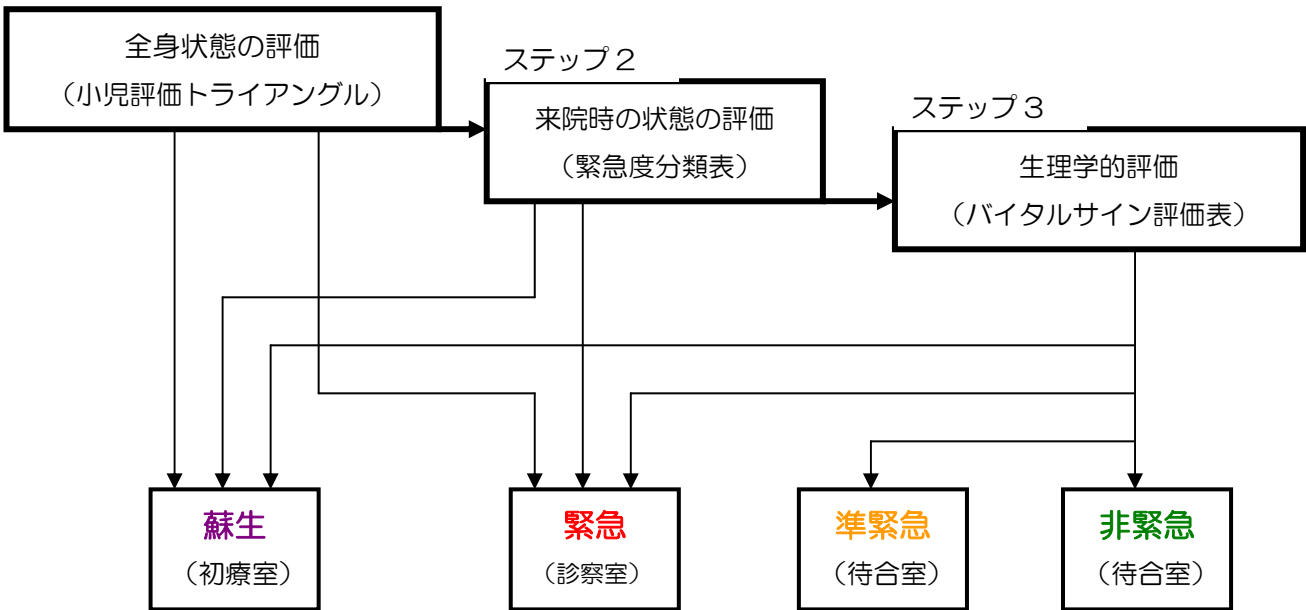
- 救急センターにおいて、トリアージ担当者が行う。
- トリアージ担当者の主観的判断によるものではなく、院内で決められたガイドラインに従い、客観的で一貫性をもち、医療チーム内で共有できる患者評価でなければならない。
- 患者の緊急度が高いと判断する場合は、緊急度分類表の事前指示（青字表記）に従って医療及び看護を提供する。
- 全ての患者は来院後 10 分以内にトリアージを受けることが望ましい。
- トリアージに要する時間は、1 患者に対し 2-4 分を目標とする。
- トリアージ区分は、蘇生・緊急・準緊急・非緊急の 4 段階区分とする。

蘇生	： 生命または四肢・臓器の危急の状態で、ただちに診察・加療を要する (診察までの時間：直ちに)
緊急	： 生命または四肢・臓器が危急の状態に陥る可能性が高く、早急に診察・ 加療を要する (診察までの時間：15 分以内)
準緊急	： 生命または四肢・臓器が危急の状態に陥る可能性があり、比較的早くに 診察・加療を要する (診察までの時間：60 分以内)
非緊急	： 生命または四肢・臓器が危急の状態に陥る可能性がその時点で強く見出 せず、診察を急ぐ必要性がない (診察までの時間：120 分以内)

- アンダートリアージによる問題の発生は、トリアージ担当者個人の問題に帰結するのではなく、トリアージシステムとそのガイドラインの改善を要する問題として捉えるものとする (トリアージ担当者の擁護)。
- ガイドラインは、症例を蓄積して患者対応を進化・改善させることのできる基準とすべきものであり、その策定・改訂は救急センター医師・看護師の協働により行われる。

■ トリアージプロセス

ステップ 1



ステップ 1： 全身状態の評価

小児評価トライアングルの手法を用い、危急的・不良・良好に分類する。
 外観・呼吸・循環を自分の目と耳で迅速に評価する。
 外観とともに意識レベルをAVPUで評価する。
 心肺停止または多発外傷の場合は、コード（対応チーム召集）発令とする。

“危急的”の場合はトリアージを中止し患者を初療室へ移動

【痛み刺激に反応しない、呼吸パターンおかしい、チアノーゼ、末梢の脈が触れない、等】

必要に応じてCPR開始

直ちに医師を呼んで、酸素投与・呼吸心拍モニタ・SpO2 モニタ開始・血圧測定

（蘇生トリアージ）

“不良”の場合は一旦トリアージを中止し患者を診察室へ移動

【ぐったりしていて元気がない、傾眠、座位保持ができない、等】

診察室担当者呼んで、酸素投与・バイタル測定（血圧含む）を確認、SpO2 モニタ開始

早急に診察が開始されるように調整する（緊急トリアージ）

“良好”の場合は以下へ進む

ステップ 2： 来院時の状態の評価（緊急度分類表）

緊急度分類表に従い、緊急（または蘇生）に分類された場合は上記『ステップ 1』に従って対応する。

準緊急または非緊急に分類された場合は以下へ進む。

複数の項目にわたり該当するものがある時は、最も緊急度の高い項目を選択する。

ステップ3： 生理学的評価（バイタルサインの評価）

バイタルサインを評価する。

呼吸数または心拍数が $\pm 2SD$ を超えるものは蘇生トリアージ、 $\pm 1SD$ を超えるものは緊急トリアージとし、上記『ステップ1』に従って対応。呼吸数または心拍数が正常範囲内 $\sim \pm 1SD$ 以内ならば、準緊急以下とする。

呼吸数・心拍数はトリアージ施行時点の患者の情動（啼泣、興奮など）や発熱の有無に影響されるのでその判断にはしばしば苦慮する。計測された $\pm 1SD$ を超えるバイタルサイン異常があるにも関わらずトリアージ区分を準緊急以下にする場合は、その根拠・理由を明確に記す（例：「活気あり、診察時激しく啼泣」など）ことを原則とする。ここで、多呼吸・頻脈はショックの代償機転の唯一の徴候であることも多く、その評価には十分注意する必要がある（例：熱の影響の頻脈だろうと安易に判断せずに、常に代償性ショックの可能性を考慮する）。

トリアージレベルの決定と治療場所・待機場所の決定

得られた情報を統合してトリアージレベルを判断する。最終的な緊急度の決定において、「何かおかしい」「見た目が悪い」と考えるとき（特に乳幼児）には、トリアージレベルを上げる。トリアージ担当者は結果的にオーバートリアージであったことによって非難されることはない（オーバートリアージ許容の原則）。また、判断に迷う際にはいつでも医師の助言を求めてよい。

■！ 診察待機中の患者・家族の観察

待合室に於いて、トリアージ後の患者・家族の継続観察及び、適切な指導も含む看護を提供する。

■！ トリアージレベルの変更

- トリアージから診察までの待機中に状態悪化があった時は、再トリアージに基づいてトリアージレベルを変更する。