

JCHO 湯布院病院

トリアージマニュアル

目次

1. 救急外来トリアージとは
2. トリアージの目的
3. トリアージの利点
4. トリアージを行う看護師の役割
5. トリアージ分類
6. トリアージの流れ
7. トリアージの実際
8. トリアージの教育

1. 救急外来トリアージとは

救急外来における業務の一過程であり、経験ある専門の看護師が批判的思考法と標準化されたガイドライン一式を用いて、患者の評価および優先順位付けを行い、治療を受けるまで患者が“安全に待つ”ことができる時間を決定することである。

2. トリアージの目的

批判的思考法を用いて並び替えを行う過程であり、患者が救急部門に到着次第、迅速に経験のある看護師が以下の評価を行う。

- ・現在の症状を評価し重症度を決定する
- ・患者をトリアージのカテゴリに当てはめる
- ・適切な治療を受けるまでの過程を決定する
- ・効果的・能率的に業務を遂行するために、適切な人的医療資源を割り当てる

*批判的思考（クリティカルシンキング）とは

あらゆる情報に対して批判的な思考を働かせ、分析する習慣のこと。人の出した結論を「ただ否定する」だけのことをいうのではなく、その意見の根拠に対して、「本当にそうなのだろうか？」と疑問を投げかけ、最終的に自分で判断する習慣のことをいう。

3. トリアージの利点

- ・重症傷病者に対する優先的配慮を保証する。
- ・緊急度を決めることにより、必要とされる医療資源の予測・指示ができる。
- ・患者が安全に待つことができる時間を予測できる。
- ・再評価の時間間隔を特定することができる
- ・診療に必要な場所と医療資源の有効利用を促進する。
- ・患者との意思疎通を改善し、一般市民の理解を深めることができる。

4. トリアージを行う看護師の役割

- ・患者の評価

トリアージを行う看護師は患者と信頼関係を築き、詳細な情報を得た上で、患者の症状と緊急度に関する判断を行う必要がある。

- ・対外的なコミュニケーション

トリアージを行う看護師は通常救急外来の対外的な窓口となり、またそれは病院全体の顔となるものである。通常、看護師は患者が待合室で対面できる唯一の医療従事者でもある。看護師の態度や振る舞いは公衆の目にするとおりであり、様々な気配りや忍耐力が必要となる。

- ・医療従事者とのコミュニケーション

トリアージを行う看護師は、看護師長、看護師、医師、救急隊員、紹介医師、警備員、患者受付の事務員、その他の様々な職種からなる医療チームと連携して業務を行う必要がある。

- ・適切な場所への患者の誘導

個々の患者の状態と救急外来の受け入れ能力に応じて、看護師は患者を治療室もしくは待合室に誘導する。治療に用いる医療資源を有効に活用できるよう誘導場所を考慮する。

- ・治療プロトコルに則った初期介入・応急処置の開始

個々の医療施設において、看護師が症状緩和や特定の検査を行うための包括的医療指示や治療プロトコルが定められている場合がある。

- ・患者の観察および再評価

待合室にいる患者の状態が変化していないか観察し、再評価することは看護師の責任である。

- ・患者の流れの調整

トリアージを行う看護師は医師との連携を図り、患者の流れが円滑になるように調整する。必要時は病棟看護師の応援を依頼する。

5. トリアージ分類

緊急度判定支援システム JTAS では、緊急度を 5 段階分類（蘇生、緊急、準緊急、低緊急、非緊急）としている。当院でもこの分類を用いた緊急度レベルとする。

蘇生レベルとは、生命あるいは重大かつ機能喪失の危険が迫っている病態とする。緊急レベルは、生命、重大機能喪失の危険が予測される病態、あるいは苦痛が非常に激しい場合とする。準緊急レベルは、現在は落ち着いた状態であるが重篤な病態の可能性がある状態、あるいはかなりの苦痛がある状態とする。低緊急レベルは、比較的最近発症したが病態が安定している状態、あるいは苦痛も強くない状態、または発症してからかなりの時間がたっており苦痛も強くない状態は非緊急とする。

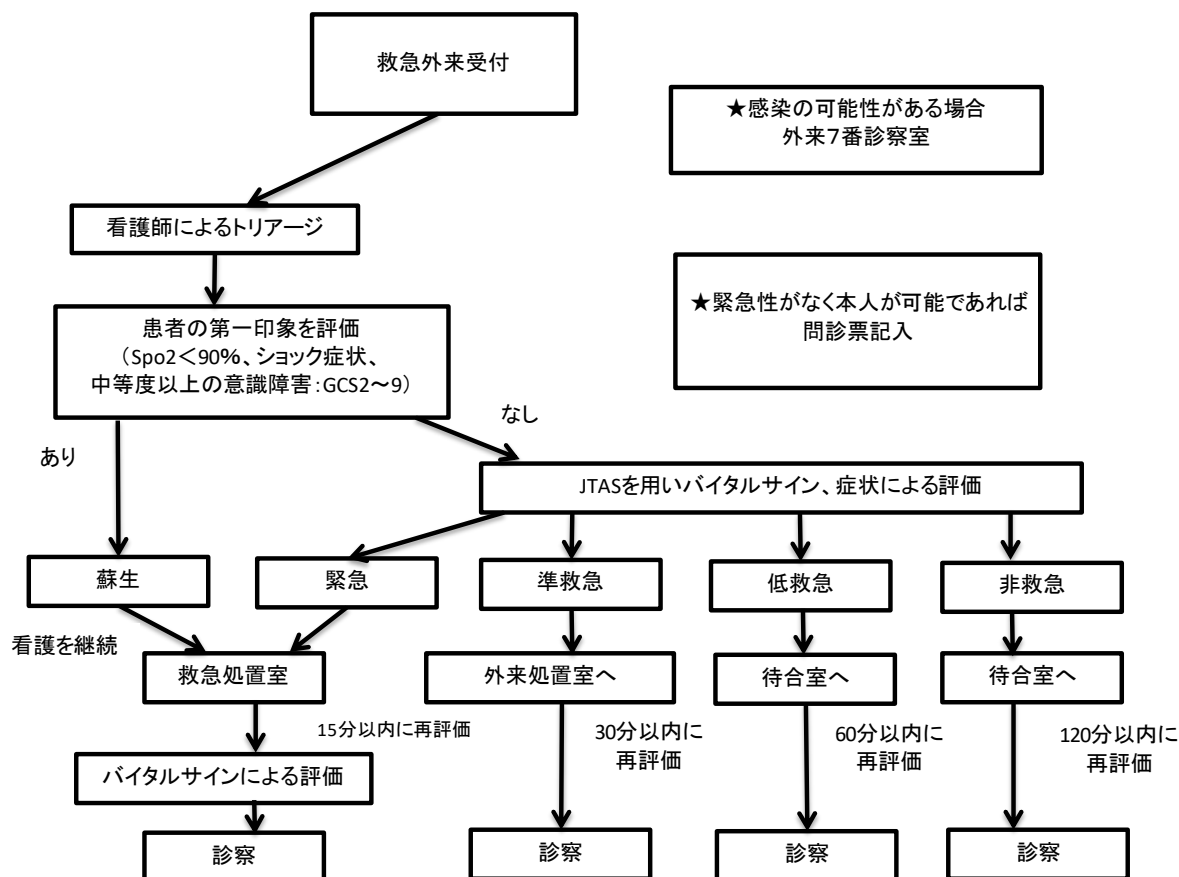
当院のトリアージ分類表

緊急度	JTAS レベル	病態	トリアージアクション	医師診察 までの時間	待合室での 再評価	待機場所
蘇生	1	生命、あるいは重大な機能喪失の危険が迫っている。	処置を直ちに開始	0分	看護を継続	救急処置室
緊急度	2	生命、重大機能喪失の危険が予測される。 苦痛が非常に激しい。	観察開始 処置の準備	15分	15分毎	救急処置室
準緊急	3	現在は落ち着いた状態だが、重篤な病態の可能性がある。 かなりの苦痛。	短時間の待ち時間はOK。待ち時間中には注意が必要。	30分	30分毎	外来処置室
低緊急	4	比較的最近発症したが、安定した状態。 苦痛も強くない。	当日のうちに評価	60分	60分毎	待合室
非緊急	5	発症してからかなりの時間が経過している。 苦痛も強くない。	混雑時は、通常の外来の受診に出直しを進める場合もある。	120分	120分毎	待合室

6. トリアージの流れ

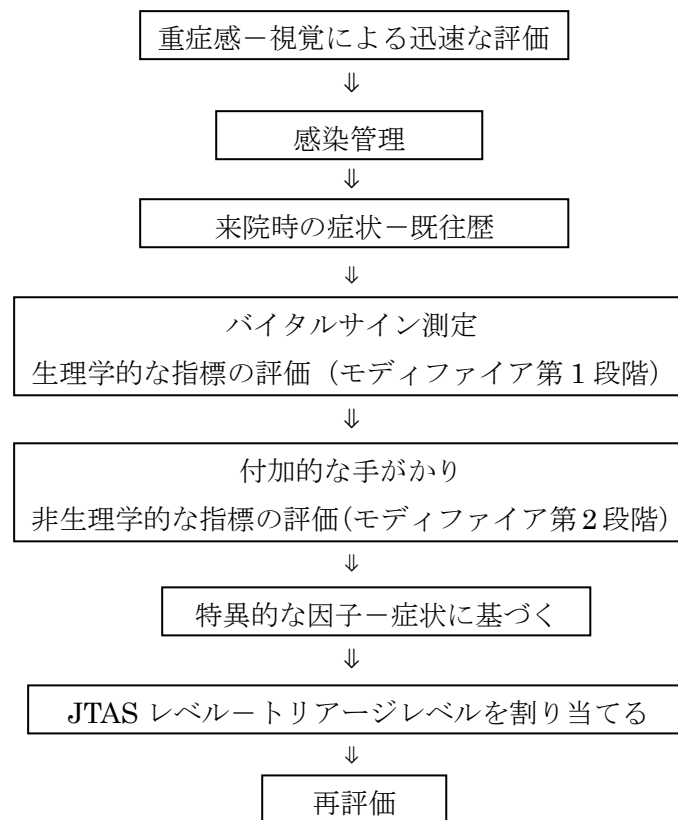
- 1) 救急外来受付後、速やかに看護師がトリアージを開始する。患者の第一印象を評価し、緊急性が最も高い蘇生レベルの場合は直ちに救急処置室へ搬送する。
 - ・感染症が疑われる場合は隔離を行う（外来7番診察室）。
 - ・他院からの紹介患者であるか確認する。
- 3) 緊急性がなく本人が可能であれば、血圧、体温測定を行ってもらい、問診票の記入を依頼する。問診票の記入は5分以内とし、5分以上経過した場合は看護師が問診票の記入状況を確認するため患者のもとへ行く。記入できていない場合は、未記入箇所の問診を行い記載する。
- 4) 看護師のトリアージは、緊急度判定支援システム JTAS を用い、緊急度レベルを判断する。
- 5) 医師診察までの時間に診察ができなかった場合は、看護師が再評価を行う。その際、再評価実施時間を記載する。再評価後に緊急度が高くなる場合は、待機場所を移動し医師へ報告する。
- 6) 看護師は事務職員、医師との連携を図り、患者の流れが円滑になるよう調整する。患者数によって必要時は病棟看護師の応援を要請する。

当院の「トリアージの流れ」



7. トリアージの実際

1) トリアージプロセスとその要点



(1) 第一印象

- ・視覚による Airway（気道）、Breathing（呼吸）、Circulation（循環）、Disability（意識）と外観の状態の迅速な評価で判断する。
- ・15 秒以内で判断し、蘇生、緊急レベルであればトリアージは中止し、初療室処置室へ移送する。トリアージ用紙の記載は後で行う。

(2) 感染管理

- ・状態が安定していて通常のトリアージを行うことができる患者では、感染性のある疾患のリスクを評価しておく。

(3) 来院時症状に対するフィジカルアセスメント

- ・複数の症状の中から、最も高い適切な緊急度レベルを割り当てることができる症状を選択する（生命を脅かす致命的な問題）。

(4) バイタルサインの測定と評価（生理学的な指標の評価）

- ・基準値か、通常値と比較してどうか。
- ・逸脱している度合いが大きいまたは、急激に変化しているほど、緊急度・重症度が高い。

(5) 緊急度をより正確に反映させるために補足因子を適応する（非生理学的な指標の評価）

- ・疼痛スコア、出血性疾患、受傷機転について評価する。

2) トリアージレベル決定後の行動

(1) 患者が安全に待機できる場所へ誘導する

- ・蘇生、緊急→救急処置室
- ・準緊急→外来処置室
- ・低緊急、非緊急→待合室

(2) 診察待ちの患者に対して、適切であると考えられる場合は、症状緩和の手段提供、または包括的医療指示に従った処置を開始する。

*虚血性心疾患を疑う患者に十二誘導心電図検査を実施した場合は、心電図の結果をもとに緊急レベルの再評価を行う。

症状緩和の手段	包括的医療指示
・骨折時の固定（三角布の使用）	・尿管結石を疑う疝痛発作や血尿の訴えがある場合の尿検査 ・虚血性心疾患を疑う胸痛発作時の十二誘導心電図検査 ・低血糖症状を疑う場合の血糖検査 ・出血時の圧迫

(3) 設定された診察までの時間に診療を開始できない場合は、トリアージナースが再評価を行う。再評価時間は、蘇生レベルの場合は看護を継続、緊急レベルは 15 分毎、準緊急レベルは 30 分毎、低緊急レベルは 60 分毎、非緊急レベルは 120 分毎とする。

8. トリアージの教育

1) 目的

救急外来におけるトリアージに必要な専門的な知識と技術を持つ看護師を育成することを目的とする。

2) 教育目標

(1) トリアージナースの役割を理解し、実践できる

- ・救急患者のフィジカルアセスメントができる
- ・トリアージプロセスに基づいて緊急度の判断ができる
- ・心肺蘇生やファーストエイドが実施できる
- ・医療スタッフと連携し、緊急度に応じた対応ができる
- ・医療スタッフと連携し、患者・家族に応じた対応ができる

(2) 教育方法

院外研修への参加。院内での伝達講義・演習・OJT で教育を行う。

作成：2017 年 7 月 25 日

改訂：2025 年 4 月