

## 院内トリアージ実施要綱

院内トリアージとは…

トリアージとは「批判的思考法を用いて並びかえを行う過程」であり、患者が救急外来に到着したい迅速に専任の医師または看護師(救急に関わる業務経験3年以上の経験を有する看護師)が以下の評価を行う。

- ・ 現在の症状を評価し緊急度、重症度を決定する。
- ・ 患者をトリアージし判定する。(緊急度判定支援システム JTASを参考にする)
- ・ 適切な治療を受けるまでの過程を決定し再評価を行う。
- ・ 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。

院内トリアージ実施に関わる取り決め事項

- ・ 当院での院内トリアージは診療の補助業務と解釈し病院長の包括指示として看護師が実施する。(災害時のトリアージとは異なる)
- ・ トリアージは救急外来を受診する救急車による来院以外のすべての救急外来患者に実施する。ただし、院内トリアージ実施料は休日夜間に救急外来を受診される、新患者で且つ救急外来当番医師が救急外来で他の患者を診療している場合のみに算定される。

### 1. 院内トリアージの目的

救急車以外で来院した救急外来患者に対し、生命を脅かす病態にある患者を迅速に見極め治療優先度と適切な加療場所や待機場所を決定する。

待機患者の再評価と必要な看護介入を決定する。

院内トリアージの目的は患者を待たせるものではなく重症患者を見落とさない、軽症であっても安心して待てる環境を提供することにある。

### 2. 院内トリアージ実施者の役割

- ・ フィジカルアセスメント、バイタルサインに基づいた患者評価を行い緊急度の決定をする。
- ・ 治療を行うべき場所や待機場所を決定、調整をする。
- ・ 他の医療従事者と連携して業務を行う。
- ・ 定期的なモニタリングを行い再評価を行う。
- ・ 診療の流れが円滑になるよう調整する。
- ・ 判断の基となる全ての情報の記録、記載を行う。
- ・ 患者、家族への説明と倫理的配慮を行う。
- ・ 定期的に事後検証を行い、トリアージ実施者の振り返りの場を設ける。

### 3. トリアージ問診票件救急外来基本表の取り扱い

- ・ トリアージした患者のバイタルサインは、トリアージ問診票件救急外来基本表に記載する。(実際に観察し測定したデータを記録として残す)
- ・ トリアージ問診票件救急外来基本表は診療録としてスキャンする。

### 4. 院内トリアージ患者のリスク対応

以下の場合には速やかに医師へ報告、連絡、相談し患者に不利益が生じないように対応する。

: 診察の順番の調整が必要な時

: トリアージ後の患者の状態悪化時

: 緊急度の判断が難しい時

: 個別対応が必要な時

### 5. 救急外来待合室が混雑してきた時

- ・ 治療を行う場所の空き状況、感染症が疑われる患者はその所在、混雑状況を把握しておく
- ・ 急変患者、重症患者がいないか全体を見渡し、必要時適切な場所へ移動させる。
- ・ 優先順位の変更を想定し、必要時援助を要請する。

### 6. 院内トリアージの判断について

院内トリアージは患者の状態を把握する手段であり、実施看護師の判断の是非は問われない

院内トリアージは来院した時点での患者の状態をタイムリーに把握することを目的としている。

したがって事前に電話をした患者であっても現状把握のため看護師が緊急度や重症度を把握す

患者の状態は変化するものであり最初に判断したトリアージレベルは決して変更しない。記録

は消さずに再評価する。

基本的に院内トリアージは診察の順番を入れ替えるものではない。患者の救急度、重症度を把握し再評価時間や注意度を把握するものである。

トリアージレベルの判定は緊急度判定支援システム JTASに沿って実施する。JTASでは5段階評価であるが、当院は地域性を考慮し4段階評価とする。JTAS蘇生レベル・緊急レベルを当院は緊急レベル、JTAS準緊急レベルを当院では準緊急レベル、JTAS低緊急レベルは低緊急レベル、非緊急レベルを当院では非緊急レベルとする。

「第一印象」「1次補足因子第一段階 バイタルサインまたは生理学的所見」「1次補足因子第二段階 非生理学的所見」「2次補足因子 症状に基づく特異的な因子」からトリアージレベルを判定する。判定にはトリアージ問診票、補足因子表、レベル判定シート、緊急度支援システム JTASアプリケーションなど使用する。

赤〔緊急レベル〕:ただちに蘇生開始 生命または四肢を失う恐れがある状態  
～生命や四肢の機能を失う恐れがあるもの

再評価15分

黄〔準緊急レベル〕:重篤化し救急処置が必要になる潜在的な可能性のある状態

再評価30分

緑〔低緊急レベル〕:患者の年齢に関連した症状、苦痛と感じる症状、潜在的に悪化を生じる可能性のある症状

再評価60分

白〔非緊急レベル〕:緊急性がない状態

再評価120分

## 7. その他の取り決め事項

### ・ 小児科の概念

:当院では15歳以下の中学生以下を小児科として取り扱う。

:小児に対する初期評価基準項目は「第一印象」を主要とし、バイタルサインでは体温と酸素飽和度を参考値とする。

### ・ 第一印象

:呼吸、循環、意識の項目について患者を観察した第一印象から判断する。

ショックの兆候や活動性の出血の有無など見た目での迅速な判断を行う。

:第一印象の時点で赤の判断をした場合は、A室B室へ誘導しモニタリングと処置を開始、または開始可能な準備をする。

### ・ バイタルサイン

:バイタルサインの数字は緊急度判定支援システムJTASを参考に基準が設定されている。実際の場面では症状や疼痛レベル、既往歴なども合わせて緊急度、重症度の判断を行う。

:第一印象で問題がない場合、その場でバイタルサインを測定し総合的な評価を行う。

### ・ 感染管理

:当院の感染対策マニュアルに準ずる

## 8. 院内リサーチ実施手順

・別紙「救急外来トリアージ対応プロセス」参照

① 救急受付をする。

② 受付で明らかに「具合が悪い」と事務/警備員が判断したらすぐに看護師に声をかけてもらう。

③ トリアージ問診票救急外来基本表に沿ってトリアージを行う

看護師は可及的速やかに(概ね来院後10分以内)、第一印象の観察、問診、バイタルサイン測定を行い総合的に評価しトリアージレベルを決定する。

④ 緊急と判断した場合は救急処置室内でモニタリングを開始する。

⑤ 再トリアージ時間を目安に待ち時間が長期化する場合は再トリアージを実施する。

平成24年4月作成

平成24年5月改訂

平成24年6月改訂

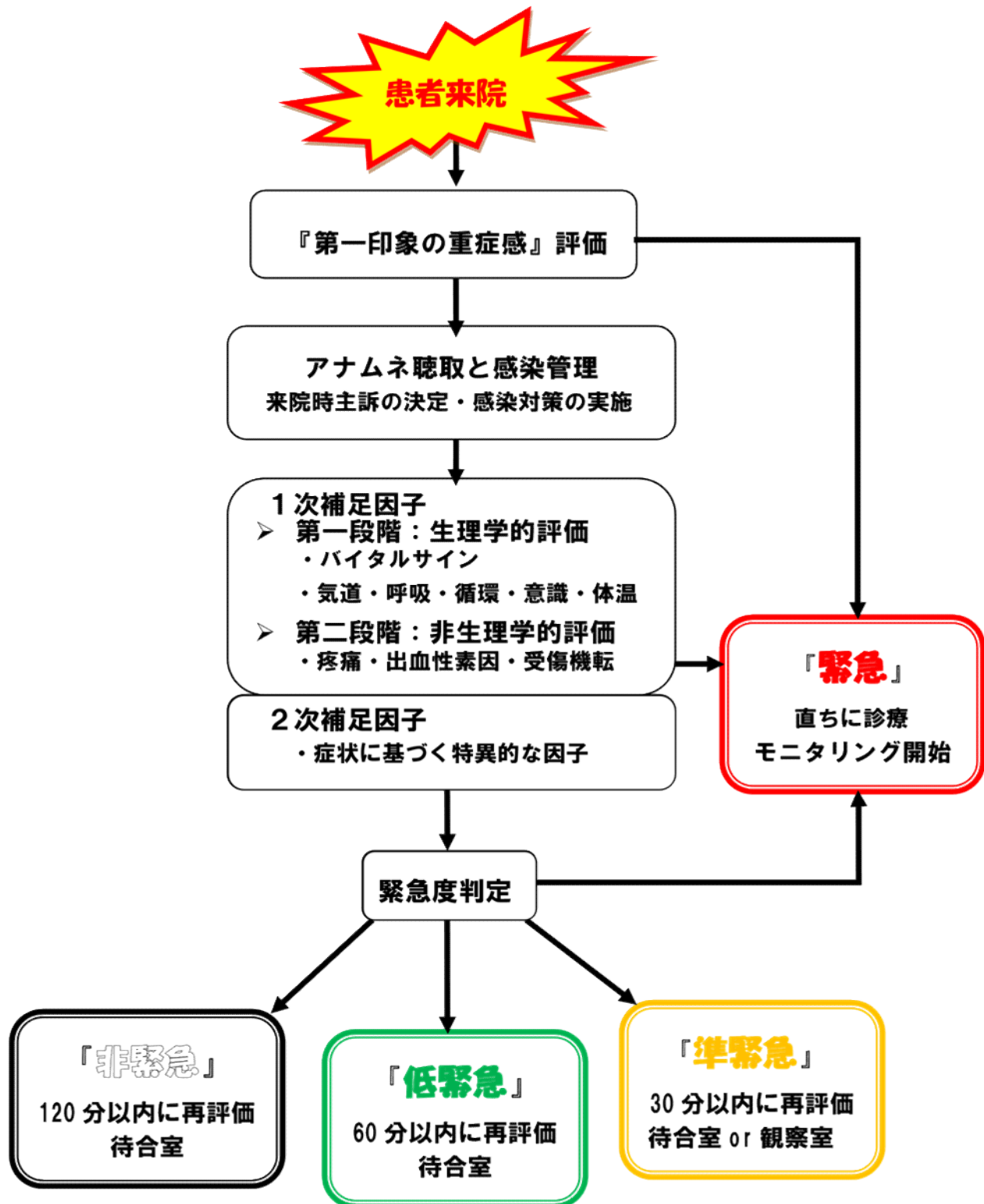
平成29年5月改訂

平成31年1月改訂

令和元年6月改訂

令和6年4月確認

# 院内トリアージ対応 プロセス



※どの段階でも緊急であることが  
分かったのなら即判定し行動する

令和6年4月確認