

小児救急トリアージにおける家族看護の特徴

Family Health Nursing of Triage in Pediatric Emergency Care

藤澤 盛樹¹, 石橋 かず代², 白坂 真紀³, 川根 伸夫⁴, 桑田 弘美⁵

要旨

2010年度の診療報酬改正により小児救急トリアージに加算が算定され、多くの医療機関で小児救急トリアージが導入された。本研究では、小児救急トリアージ場面における家族看護の特徴を明らかにすることを目的とした。小児救急トリアージを実践している看護師9名にトリアージの参加観察を基にインタビューを行い、家族看護に関するインタビュー内容を抽出し分析した。結果、21コード、3カテゴリーの家族看護の特徴が抽出された。トリアージ看護師は、救急を受診する子どもの家族に不安や緊張があることを念頭におき、《家族の話を傾聴してトリアージ》を展開し、トリアージ中の《声かけに配慮して家族の動揺を軽減》していた。また、子どもの緊急度が低い場合には、家族に《家庭看護を具体的に指導》し、看護師が、家族の緊張を緩和しながら家族が安心して帰宅でき、病児を看られるように支援していることが明らかになった。小児救急トリアージ場面における家族看護の特徴として、家族の状況を支持的に受け止め、共感的に関わり、緊急度の低い子どもの家族には、トリアージ中に、病児を看るための具体的な方法を厳選して指導していることが示唆された。

キーワード：小児救急, トリアージ, 家族, 看護, 指導

Pediatric emergency, triage, family, nursing, coaching

I. はじめに

本邦では小児救急患者の大部分は帰宅可能な患者と言われ（大谷, 西川, 中山, 1996）、その軽症患者に紛れて、迅速な対応をしなければ重症化する可能性のある患者が混在している（麻生, 2000）。親が子どもの急病に気づくのは18時から20時をピークに夕方から深夜にかけて多く（松村, 土田, 朽久, 2007）、受療行動の実態調査においても小児救急受診率が土曜日と日曜日に半数以上が集中しており、夜間帯の比較においても土曜日と日曜日は平日の2倍以上となっている（渡部, 中沢, 衛藤, 他, 2005）。このように夜間や休日にかけて小児救急外来に患者が多数受診しているため、緊急対応など管理上の安全も考慮し、効率よく医療を提供できるように考えられた方法が小児救急トリアージである。

2010年度の診療報酬改正により小児救急院内トリアージに加算が算定されて以降（蝦名, 2011）、多くの医療機関で小児救急院内トリアージが導入された。本来、小児救急院内トリアージは子どもの緊急度を査定し、診療の優先度や治療場所を決定するもの（林, 2011）であり、フィジカルアセスメントの要素が大きい。しかし、小児救急院内トリアージの普及により、家庭機能不全や育児不安などの患児を取り巻く複雑な環境を瞬時に「察知」し、「配慮」できる能力（神園, 有方, 富田, 他, 2009）や、家族の介在を調整するコミュニケーションが必要である（松廣, 細井, 2010）と、トリアージにおける家族を含めた看護の重要性が指摘されるようになった。これらについては、事例報告などが一部なされてはいるものの、3~4分以内という短時間で実践される小児救急外来のトリアージ場面でどのように援助が展開されているのか調査

1	Seiki FUJISAWA	千里金蘭大学	看護学部	受理日：2016年9月10日
2	Kazuyo ISHIBASHI	天理医療大学	医療学部看護学科	
3	Maki SHIRASAKA	滋賀医科大学	医学部看護学科	
4	Nobuo KAWANE	滋賀医科大学	医学部附属病院	
5	Hiromi KUWATA	滋賀医科大学	医学部看護学科	

がなされていない。

そこで本研究では、小児救急トリアージ場面における子どもの緊急度査定以外の、看護師が実践する家族に対する援助に焦点をおき、家族看護の特徴を明らかにする。

II. 目的

小児救急トリアージ場面における看護師の家族看護の特徴を明らかにすること。

III. 方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究

2. 用語の操作的定義

小児救急トリアージ：子どもが急病や外傷などで医療機関を受診した際の院内トリアージを指し、医療機関受診時の最初の患者評価として、加療場所の決定と診察順序の決定を行うもの（横山, 2009）とした。（院内トリアージ実施料算定の有無については問わない。災害、大規模事故における災害時のトリアージは除外した。）

家族看護：トリアージ場面における看護師の患児に対する直接的な援助以外の家族への支援ならびに家族に配慮した内容を示すこととした。

3. 研究協力者：小児救急トリアージを実践しているラダー（日本看護協会の看護実践能力に応じた学習段階設定）Ⅱ相当以上の看護師

4. 調査期間：2014年6月～2014年10月

5. データ収集方法

1) 参加観察

トリアージ場面に観察者として研究協力者に付き添い、研究協力者の言動・行動、患児の反応、家族の反応を注意深く参加観察し、観察ノートに経時的にまとめた。

2) インタビュー

JTAS (Japanese Triage and Acuity Scale) 緊急度判定ツールのトリアージの過程 (a. 重症感の評価、b. 感染管理、c. 自覚症状および他覚所見の評価、d. 緊急度レベルの決定、e. 緊急度レベルに応じて診察室および待合室など誘導場の設定) の場面ご

とに観察ノートを振り返り、参加観察場面における研究協力者の実践したトリアージスキルの意図を確認するためにインタビューを行い、ICレコーダーに録音し、逐語録として文章入力した。

6. 分析方法

逐語録をコード化し、質的記述的方法で家族看護に着目し、意味内容の類似性からカテゴリーを抽出し、小児救急トリアージ場面における家族看護の特徴を明らかにした。分析結果は、メンバーチェックを行い、小児看護学研究者のスーパーバイズを受けて妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

A大学医学部倫理審査委員会ならびに、研究協力医療機関の承認を得た。研究協力者には、研究の趣旨、目的、結果の公表、研究協力への自由な参加、途中辞退が可能であること等、文書と口頭で説明し研究協力の同意を得た。また逐語化した段階で研究協力者氏名とは切り離し、符号化されること、結果には個人を特定しないが参加観察の内容ならびにインタビューでの語りが含まれることについては詳細に説明し了承を得た。インタビューには研究協力医療機関の個室の利用をお願いした。

さらに参加観察場面では、白衣を着用しトリアージ看護師の動きを妨げないように留意して観察を行った。トリアージを受けた患児および家族には、研究協力者や研究協力医療機関職員の協力のもとタイミングを計って、研究の趣旨、目的を文書と口頭で説明し研究協力の同意を得た。また救急医療を受けに来られた患児と家族であることを考慮し短時間で説明できるように心がけた。

IV. 結果

1. トリアージ看護師の概況

本研究の協力者は看護師9名であった。看護師経験年数は全員が10年を超え、小児看護の経験も全員が5年を超えていた（表1）。

2. インタビュー場所および時間

インタビューは研究協力医療機関の応接室や空いていた外来診察室にて、プライバシーの保護のもと、静穏な環境で実施した。研究協力者は、人員配置の加配など研究協力医療機関の管理者の協力を得て、勤務時間中であったが落ち着いた状況

小児救急トリアージにおける家族看護の特徴

表1 研究協力者（トリアージ看護師）の属性

看護師経験	人数	小児看護経験	人数	小児救急トリアージ経験	人数
10～15年	3	5～10年	3	1年未満	1
15～20年	5	10～15年	5	2～5年	3
20年以上	1	15～20年	1	5～10年	5

でインタビューが受けられるように配慮されていた。また、トリアージの参加観察の同日にインタビューを実施した。

インタビュー時間は、21分6秒～45分47秒（中央値37分35秒）であった。

3. トリアージを受けた患児の概況

0歳児9名をピークに、1歳児、2歳児が各3名、3歳児、4歳児が各4名、5歳児2名、6歳児1名、7歳児3名、9歳児3名、10歳児2名、12歳児1名（中央値3歳4か月）の患児35名のトリアージの参加観察をもとに、トリアージを行った看護師9名にインタビューを行った。参加観察中のトリアージ開始から終了までの所要時間（平均±標準偏差）は、3.74±1.54分であった。

4. 小児救急トリアージ場面における看護師の家族看護の特徴

小児救急トリアージ場面における看護師の家族看護について分析したところ、21コード、3カテゴリーが抽出された（表2）。

以下、研究協力者の語りを「」、コードを〈〉、カテゴリーを《》、研究協力者の語りについて、質問の意図と語りの前後の文脈、参加観察中の状況から意味が通じるように（）で補足した。また、参加観察を基にインタビューをしているため、語りの意図が伝わるように参加観察場面の子どもと家族の様子、研究協力者の言動や行動を適宜示した。
(1) 《家族の話しを傾聴してトリアージ》

E看護師は、「お母さんの方も心配、本当はそこまで（子ども）の状態が悪くない場合もあるので、保護者自身も気持ち的にもすごい不安が大きかったりするの、やっぱり子どもだけじゃなくて、親の反応も一緒に観ながら（トリアージ）していく」と語り、〈子どもだけではなく家族の反応もみながらトリアージする〉とコード化した。H看護師は、「お母さんからの話しを聴かないことには自分だけでは分からないこともあるので、観に行っ、なるべく話しを聴くようにして判断しています」と語り、〈家族の話しをよく聞く〉とコード化した。

表2 小児救急トリアージ場面における看護師の家族看護の特徴

カテゴリー	コード
家族の話しを傾聴しながらトリアージ	子どもだけではなく家族の反応もみながらトリアージする
	家族の話しをよく聴く
	母親の気がかりを確認する
	熱中症を心配する理由を聴く
	電話相談から時間が経過していたので来院が大変であったか確認する
	問診票を書けていなければトリアージしながら記入する
	詳しい症状は家族から聴く
声かけに配慮して家族の動揺を軽減	家族が安心できるように今から医師が診ることを伝える
	水痘様の発疹ではないと説明し家族を安心させる
	家族が安心できるようにSpO ₂ 値を説明する
	家族の気持ちを共感しながら落ち着けるように対応する
	家族の動揺が大きい場合は言動に注意し診察室に情報提供する
	病状に対する家族の認識を確認し、不用意なことを言わない
	緊急度が高いと家族指導が難しい
家庭での病児のケアを具体的に指導	紹介状に目を通したことを伝えてからトリアージを開始する
	家族を労い、病児の看かたを伝える
	発熱対処指導として手指の冷たさを家族に体感してらう
	緊急度が低いと子どもの状況に合わせて具体的な助言をする
	祖母の世代に合わせて、解熱剤の効果と発熱時のホームケア指導を行う
嘔吐を誘発しないように水分摂取をさせないで診察を待つように指導する	
悪寒とけいれんの違いについて家族に指導する	

(2) 《声かけに配慮して家族の動揺を軽減》

F看護師は「お母さんの的には重症や早く診てっていう感じで来られていると思うんですが、その辺をいかに冷静にお話を聞いてっていう、ちょっとお母さんの気持ちも共感しつつ、落ち着かせてあげるような対応を心がけてはいるんです」と語り、〈家族の気持ちを共感しながら落ち着けるように対応する〉とコード化した。D看護師は、水痘かもしれないと困惑しているように見える親に対し、「水痘様の発疹ではないので、トリアージの時に（水痘様の発疹には見えないことを）答えても良いのかなと思った。（伝えることで）少しでも安心できたらと思った」と話し、実際に家族に説明しているトリアージの様子から、〈水痘様の発疹ではないと説明し家族を安心させる〉とコード化した。H看護師は、SpO₂モニターを測定しながら、家族にモニター値の示す意味を説明しながらトリアージしている場面の意図を尋ねると、「数値が高いと親御さんも安心して待っていただけるかなっていうところもあるし、ギリギリくらいやったら早め呼びますねっていう声かけによって、あっ、ちゃんと観ててくれているのかなっていう安心感っていうか、ずっと待っているっていうよりは、うちの子（は）、数値が良いから今のところはもうちょっと待てるのかなって、（思える）ところはあるのかな」と語り、〈家族が安心できるようにSpO₂値を説明する〉とコード化した。また、G看護師は、前医からの紹介状を持参し不安そうな表情を浮かべる母親に、「心臓に穴開いてるんですよねって言ったら分かりやすいんですけど、それを言うと、お母さんが（驚いて）えって、なってしまうと困るので、摺り寄せじゃないけど、お母さんと（前医の）先生のお話でどんな感じで（受診に）来ているのかっていうのを聞いて、こっちが不用意なことを言わないように気をつけています」と語り、紹介状に示されている内容の通りに家族が認識していないことを考慮して関わっている場面から、〈病状に対する家族の認識を確認し、不用意なことを言わない〉とコード化した。また、「ご家族によっては、泣いて来られる方とかもいらっしゃるの、そういうときは、言動に注意したりとか、診察の前にこんなんでしたよとお伝えする」とも語り、〈家族の動揺が大きい場合は言動に注意し診察室に情報提供する〉とコード化した。

(3) 《家庭での病児のケアを具体的に指導》

痙攣を心配される家族に、痙攣時の状態と悪寒の状態を説明したり、うつ熱の対処を説明したりしている場面に遭遇し、トリアージをする一方で、家族に病気の看かたや子どもへの対処の仕方を具体的に指導していることが多かった。また実際に緊急度の低い子どもの家族への指導場面の具体的な内容として、「目の前にお子さんがいて、こんなに汗かいているのに、こんなに（衣類等を）かぶせていたら（熱がこもるということを）言ってあげた方がなんとなく理解が深まるのかな」と語り、〈緊急度が低いと子どもの状況に合わせて具体的な助言をする〉とコード化した。また、体温が高い子どもの親に、その子どもの手指を触らせている場面について尋ねた際、「末梢の血管が縮まって手足が冷たくなるんですって口だけで言うよりも、これだけ身体が熱いときにこういう（手足が）冷たいときがあるんだってということ（を触れて、分かってもらうの）ですね。ただのお熱であっても。そういうこともあるってということをお母さんが体感として覚えといてもらったら、今後この子が熱出たときに、お母さん自身がどういうところを観れば良いかっていうところにつながってくるのかなって、そういうときはしっかり温めてあげないといけないんだとか、で温かくなれば（衣類や掛物を）薄くしてくださいっていうのも説明していたと思うんですけど、熱に対して、どういう対応をおうちでしていったらいいかっていうのを指導した形になるかな」と語り、〈発熱対処指導として手指の冷たさを家族に体感してもらう〉とコード化した。B看護師は、（子どもが）「お腹が痛いって言って、嘔気があると言われていたので、また水分を飲むことで嘔吐がみられても本人がしんどくなるっていうのと、診察時にのどをみるので、舌圧子を使うことによってたまに嘔吐される子どももいるので、特に飲まないでほしいなと説明しました」と語り、〈嘔吐を誘発しないように水分摂取をさせないで診察を待つように指導する〉とコード化した。また、C看護師が、「（受診に至るまでに）お母さんのしてきたことが合っていれば、それで良いのだからって言ってあげたら良いし、違うことをしていれば、こうした方が良いんだって教えてあげた方がトリアージの時間でも（急病の子どもの看かたを説明することを）できる範囲でやりたいなと思って」と語り、〈家族を労い、病児の看かたを伝える〉とコード化した。

V. 考察

1. 小児救急外来を受診する子どもの親の心理状態に配慮した関わり

救急外来を受診する小児患者の母親は一般外来を受診する小児患者の母親より、優位に不安が高く(柳橋, 佐藤, 小島, 他, 2011)、母親が少しでも育児不安のある子どもは、育児不安がほとんどない母親の子どもに比べ1.5倍救急を受診していた(三品, 高山, 相澤, 他, 2011)ということから、小児救急医療を受ける子どもの母親は、育児やそれ以外の子どもの病状に対する心配などの不安の強い状態であることが多い。そのため、トリアージ看護師は、〈家族の話しをよく聴く〉ことや、〈子どもだけではなく家族の反応もみながらトリアージする〉ことを通して、その不安や心配を抱えて受診していることを理解し、〈家族が安心できるようにSpO₂値を説明する〉ことなど、説明を加えることで寄り添い、共感する態度で言葉をかけながら、親自身が安寧に子どもを看ていられるように気を配っていると推察できる。

小児救急患者数は0歳をピークに年齢が上がるにつれて減少しており(衛藤, 2006)、本調査のトリアージ対象となった子どもたちも同様の傾向がみられた。トリアージ看護師は、小児救急外来を受診する乳幼児の親に、前述した不安があることを念頭におき、《家族の話しを傾聴しながらトリアージ》し、不安を緩和するように関わろうとしていることが伺える。また親の育児に対する自信のなさや経験不足を補うように、《声かけに配慮して家族の動揺を軽減》することで家族の状況を支持的に受け止め、共感的に関わっているとも捉えられる。さらに、〈家族の動揺が大きい場合は言動に注意し診察室に情報提供する〉という、緊急度査定を行うトリアージ場面で家族の感情表出に十分対応しきれないことを認識し、トリアージの場面では家族の感情を引き出し過ぎず、家族看護の必要性を抽出した上で、診察室などの次の援助場面につないでいることが示唆される。

2. トリアージ中の家族への指導

救急外来看護師が感じている小児看護の課題の一つに、親の家庭看護の知識不足が報告されており(加固, 大久保, 金井, 2004)、救急外来を受診する子どもの親について、育児知識・経験の乏しさからくる発熱への恐怖心と家庭看護力の低さが

指摘されている(細野, 常本, 松本, 2008)。トリアージ看護師は、救急外来を受診する子どもの親の家庭看護に対する知識不足や急病に対する不安を考慮し、トリアージ中に《家庭での病児のケアを具体的に指導》していることが明らかになった。しかも、多くの内容を伝えるのではなく、家族自身が実践できることを厳選し指導しているように思われた。

嘔吐が原因の脱水で、子どもが水分を欲しがっていても、水分を摂取させないで診察を待つように家族に指導することで、どのように待てば良いのかを具体的に指導していた。子どもの口渇による精神的な苦痛緩和を考えると、水分を摂らせないという家族の心情は理解できる。しかし、子どもの身体的な状態をアセスメントすれば、消化機能が低下し、胃内に水分を停滞させることによって、咽頭所見の診察時に嘔吐反射を誘発させ嘔吐することがある。嘔気、嘔吐の要因となれば、返って子どもの苦痛を増大させることにつながるため、回避できるように配慮していた。一般的に小児救急トリアージは3~4分を目標に完了すべきと提唱されているため(白石, 2009)、本研究のトリアージ時間が 3.74 ± 1.54 (平均 \pm 標準偏差)分であったことは標準的なトリアージ所要時間であると言える。トリアージは受診した子どもの緊急度査定が主目的あり、指導にゆったりとした時間をかけられる訳ではない。したがって、診察中、もしくは診察後に、帰宅後の水分摂取方法を指導されるであろうことを見通し、トリアージ場面では水分を摂取せずに診察を待つということを厳選して、短時間に指導したと推察できる。

〈発熱対処指導として手指の冷たさを家族に触らせて体感してもらう〉ことや、〈嘔吐を誘発しないように水分摂取をさせないで診察を待つように指導する〉ことなど参加観察中においても、水分摂取の方法、発熱の対処方法などを指導している。これらの指導は、待合で会計や処方等を待っている間や帰宅後に試みられるように具体的で、看護師が説明や実演、もしくは家族に直接体験してもらうことを通し、実践的に指導している。トリアージ看護師は、緊急度が低いと判断した子どもの親に、トリアージ、診察、処置、処方、帰宅と次々と進行する小児救急外来の診療プロセスの中で、トリアージ時間を効率よく指導に活用し、子どもが自宅に帰ることを想定した上で、家族が自宅で試みようと思える動機付けとなるような援助に

発展させていると考えられる。トリアージ看護師は、緊急事態が想定され、時間的な制約のある状況においても、小児看護における家族への支援の必要性を見極め、〈緊急度が低いと子どもの状況に合わせて具体的な助言をする〉ことをトリアージの一部として関わっていると思われる。さらに家族に対し指導で補うことばかりではなく、〈家族を労い、病児の看かたを伝える〉ことで、家族に心情に寄り添いながら、家族の子どもを看る現状の力に、病児の家庭看護の要素が少し加わり、より改善に向かえるような関わりをもっていると考えられる。小児科外来の看護師の働きをエスノグラフィによって分析した研究では、看護師は、家族の力量を判断し、診察の際の医師の説明を補足し、必要な知識や技術について伝えたり、関わったりしていたと報告されており、家族の背中を押すようだと述べている(飯村, 2014)。したがって、トリアージ看護師も同様に、家族の育児力や精神状態に配慮し、育児を後押しするように指導していることから、家庭での病児の看かたに対する焦点化した具体的な指導がトリアージスキルの一部であり、家族看護の特徴であると考えられる。

3. カテゴリー間の関連

トリアージ看護師は、救急を受診する子どもの家族に不安や緊張があることを念頭におき、《家族の話しを傾聴してトリアージ》を展開し、トリアージ中の《声かけに配慮して家族の動揺を軽減》していた。トリアージの間に、帰宅が想定される緊急度が低い子どもの場合には、家族に《家庭看護を具体的に指導》し、緊張を緩和しながら、家族が安心して帰宅でき、病児を看られるように支援しており、家族への指導もトリアージの一部であることが示唆された。本研究で示唆された小児救急トリアージ場面の家族看護の特徴は、専門的な緊急度査定と並行して、子どもと家族の状態を多角的にアセスメントし、家族を共感的に支持するという特徴がある。これは本研究における研究協力者であるトリアージ看護師の経験の豊かさも影響していることが考えられる。

VI. 結論

小児救急トリアージでの家族看護の特徴として以下の示唆が得られた。

1. 子どもの緊急度に関わらず、家族の状況を支持

的に受け止め、共感的に関わっている。

2. 緊急度の低い子どもの家族には、トリアージ中に、病児を看るための具体的な方法を厳選して指導している。

謝辞

本研究にご協力くださいましたトリアージ看護師の皆様、患児・ご家族様、小児救急医療機関の皆様へ深謝いたします。

本研究は、JSPS科学研究費(若手研究B)15K20752の助成を受けたものである。

文献

- 大谷武司, 西川慶繁, 中山良子. (1996). 小児救急医療の現状. 東京小児科医会報, 15(2), 17-22
- 麻生誠二郎. (2000). 小児救急の初期対応 急病と事故 症候(診断への道すじと早期対応) 発熱. 小児科臨床, 53(12), 2106-2110
- 松村多可, 土田賢一, 朽久保修. (2007). 小児救急医療の現状と問題点—保護者の立場からの分析—. 厚生指標, 54(15), 23-27
- 渡部誠一, 中沢誠, 衛藤義勝, 他. (2005). なぜ子どもは救急外来を受診するか? (小児救急受療行動の全国調査). 日本小児救急医学会雑誌, 4(1), 86.
- 蝦名美智子. (2011). 小児救急看護におけるトリアージ トリアージに関する基礎知識 小児救急医療におけるトリアージの点数化. 小児看護, 34(1), 10-12
- 林幸子. (2011). 小児患者のトリアージ. レジデントノート, 12(16), 2758-2767
- 神園淳司, 有方芳江, 富田一郎, 他. (2009). 小児救急トリアージの実践と医学的検証. 小児科診療, 72(6), 1015-1026
- 松廣香織, 細井千春. (2010). 小児救急外来における家族のケア能力を高めるコミュニケーションスキル—いかに短時間で情報を引き出し判断するか—. 小児看護, 33(13), 1753-1758
- 横山奈緒美. (2009). 小児救急外来でのトリアージ, 小児看護, 32(7), 889-896
- 柳橋達彦, 佐藤清二, 小島直子, 他. (2011). 小児救急外来における母親の不安と心理社会的背景の検討. 小児保健研究, 70(2), 298-304
- 三品浩基, 高山ジョン一郎, 相澤志優, 他. (2011).

- 母親の育児不安と小児救急受診の関連. 小児保健研究, 70(1), 39-45
- 衛藤義勝. (2006). 厚生労働省科学研究費補助金医療技術評価総括研究事業 小児救急医療における患者・家族ニーズの対応策に関する研究 平成17年度総括研究報告書.
- 加固正子, 大久保明子, 金井幸子. (2004). 救急外来看護師が感じている小児看護の課題分析. 外来小児科, 7(1), 53-55
- 細野恵子, 常本典恵, 松本昭子. (2008). 小児の救急外来受診と病児の親の不安傾向 A市立総合病院における受診動向からの分析, 日本看護学会論文集 小児看護, 38, 278-280
- 白石裕子. (2009). 救急外来における子どもの看護と家族ケア. 中山書店.
- 飯村直子. (2014). 小児科一般外来における看護師の働き—ある地域密着型中規模病院におけるエスノグラフィー—. 日本看護科学学会誌, 34(1), 46-55

