

〔論文〕

小児救急トリアージにおける看護実践

藤澤盛樹
Seiki Fujisawa

大阪総合保育大学大学院
児童保育研究科 児童保育専攻

小児救急トリアージにおける看護師の実践内容を明らかにすることを目的とし、救急医療機関で小児救急トリアージを実践する看護師を対象に質問紙調査を実施した。先行研究で抽出された小児救急場面における看護師のトリアージスキルから64項目を設定し、トリアージスキルに関する実践について5段階のスケールで回答を求めた。67か所の病院に質問紙500部を発送し、トリアージ看護師103人(回収率20.6%)から回答と返送があった。

主因子法、プロマックス回転を施行し、Cronbachの α 係数で信頼性を検討した。因子分析の結果、小児救急トリアージにおける看護師の実践は、7項目「緊急度評価と子ども・家族の安楽促進」因子、6項目「脱水の査定」因子、3項目「家族への指導」因子、3項目「子どもへのタッチ」の4因子19項目構造であった。 α 係数はそれぞれ、0.78、0.74、0.70、0.68で全体0.75であった。因子得点について小児看護経験5年未満と5年以上の群間差が有意で $F(1,88) = 6.156, p < 0.05$ 、小児救急トリアージ経験3年未満と3年以上の群間差も有意であり $(F(1,88) = 6.662, p < 0.05)$ 、経験を積んだ看護師の因子得点が高いことから、小児救急トリアージの看護実践の構造として妥当であると考えられた。抽出された因子は小児救急トリアージにおける看護師の現任教育と子育て中の親の支援に活かせる示唆を得られた。

キーワード：小児救急トリアージ、看護実践、看護現任教育、因子分析

I. はじめに

本邦では多くの救急外来において、成人の患者に混在して小児の救急患者が多数受診している。特に小児救急外来では受診患者の95%が軽症と言われ(田中, 2004)、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が多く(松村, 土田, 枅久保, 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)。そして、夜間・休日の受診者に対応する小児科医の不足や救急受け入れの可能な医療機関の地域格差などの問題も山積していると言われている。

このように夜間や休日にかけて救急外来に子どもが多数受診しているため、緊急対応などの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。

小児救急トリアージはアメリカやイギリスで24時間365日小児救急医療が提供され、看護師によるトリアージが実施されてきた。救急医療におけるトリアージは、来院した患者の緊急度判断をして、治療優先度決定と適

切な加療場所の決定を行う患者評価過程の一つとされ、看護師が行うトリアージは患者・家族に最初に接して、医療・看護の必要性を見極め、必要な医療提供・看護介入を行う一連の看護ケアであると定義されている(横山, 林, 2015)。2010年度の診療報酬改定では小児救急トリアージに加算が算定され(蝦名, 2011)、2012年の診療報酬改定では小児だけではなく、全ての年齢層に院内トリアージ実施料が算定されるようになった。この診療報酬算定が後押ししたことにより、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、小児のトリアージには、子どもは言語能力の獲得途上にあることや、保護者の訴えが客観的でないことがあるため、子どもに触れる前に多くの情報を得て(林, 2009)、子どもの体験や反応をよみとる技術や、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(神菌, 有方, 富田, 他, 2009)、家族の介在を調整するコミュニケーション能力が必要である(松廣, 細井, 2010)と提言されている。そこで著者らはこれまで小児救急トリアージで重視して実践している看護について看護師9名の参加観察とインタビュー調査から、ト

リアージスキルの特徴を明らかにした（藤澤，石橋，白坂，他，2018）。本研究ではこの先行研究結果を基盤に全国の救急医療機関での小児救急トリアージにおける看護実践の構造を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 小児救急トリアージにおける看護実践の構造に関する質問項目の設定

質問項目の選定について、調査前に先行研究の文献検討を行った結果、小児の救急院内トリアージの看護実践に活用可能な既存のアセスメントツールや尺度は見当たらなかった。そこで小児救急トリアージにおけるトリアージスキルとして抽出されたカテゴリー、サブカテゴリー、コード（藤澤，石橋，白坂，他，2018）から64項目を設定し文言の調整を図った上で、自記式質問紙（案）を作成した。その段階で小児救急看護認定看護師の資格を持つ7名の看護師に提示し、その意見を盛り込み64項目の自記式質問紙を作成した。各質問項目に対し、5段階のスケール（5：よく実践している、4：概ね実践している、3：どちらともいえない、2：あまり実践していない、1：全く実践していない）で回答を求めて点数化した。また看護師経験年数や小児救急トリアージ経験年数などの属性の回答も求めた。

2. 調査方法

全国の救急医療機関で小児の救急院内トリアージを実践している看護師を研究協力者とし、全国67か所の小児救急患者を受け入れる医療機関に500部の質問紙を2017年3月に送付した。送付部数については、因子分析に必要な人数が質問項目数の2～5倍を目安とすること（田中，2006）を参考に、回収率を想定し500部とした。また質問紙送付の際に再現性の確認目的で再テスト法協力の可否を問うはがきも同封した。回答意思を示された66名の再テスト法協力者に対し、1回目の質問紙回収期限直後に再テスト法の自記式質問紙を郵送した。

3. 分析方法

(1) 項目分析

回答得点の記述統計量から平均値と標準偏差を算出し天井効果、フロア効果を認める項目を確認した。

(2) 因子の抽出

因子数は、スクリープロットにより因子数を設定した。主因子法、プロマックス回転を施行し、因子負荷量0.35以上の項目を選択した。

(3) 信頼性の検証

内的整合性の確認のため、各項目全体と各下位因子の

Cronbachの α 係数を算出した。また各項目はSpearmanの相関係数を算出し0.7以上の項目の確認とIT相関係数が0.3未満の項目を確認した。調査結果の再現性を確認するために再テスト法を実施した。再テスト法では合計得点の級内相関係数を算出して、判定基準を0.7とした。そして各因子の合計得点と小児看護経験年数及び小児救急トリアージ経験年数におけるSpearman相関係数を算出した。また小児看護経験と小児救急トリアージ経験年数を2群に分け、経験年数2群を個人間要因、4因子を個人内要因として、繰り返し要因のある分散分析（一般線形モデル反復測定）を行った。男性と女性の各因子の平均得点の差異についてはMann-Whitney U 検定を行った。なお、本研究の分析にはSPSS Ver.25 for Windowsを使用し有意水準を5%とした。

III. 倫理的配慮

著者所属機関の倫理審査委員会の承認を得た。研究協力者には、質問紙の説明文書に研究の趣旨、目的、研究協力への自由な参加、途中辞退が可能、結果の公表等を明記し質問紙の返送をもって研究協力の同意を得た。

再テスト法協力の意思確認は質問紙の返送用封筒とは別にはがきを使用し、質問紙の回答と再テスト法の協力の意思確認書類が同封返送とにならないようにした。また1回目の自記式質問紙と再テスト法質問紙の紐付けは4桁の暗証番号を再テスト法協力者自身に設定してもらうことで研究者が個人を特定できないように回収した。

IV. 用語の操作的定義

1. 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とする。

2. トリアージスキル

看護師がトリアージの実践の中で展開する能力、技能として、緊急度判断と並行して行う看護実践を幅広く指すものとする。

V. 結果

1. 研究協力者の概況

全国の小児救急医療を担っている医療機関の看護師を対象に500部発送し、103部（回収率20.6%）の回答が送付された。本研究に協力した看護師103名は、年代では30～40代、看護師経験年数では10年以上というベテランと言われる看護職者が多数を占めていた。小児看護経

験年数も3年以上が8割を超え、その内の半数以上が10年を超える小児看護の経験者であった。また本研究協力者の9割近くが1年以上の小児救急トリアージの実践を積んでいた。本調査に協力した看護師の男女比の均衡はとれていないが、本邦の男性看護師、女性看護師の就業状況に概ね合致していた。所属先としては総合病院が多数を占めているが診療所、小児専門病院、大学病院と本邦の小児救急医療を担っている医療機関を概ね包含していた。そして2割前後の研究協力者が管理職や認定看護師資格を持つ者であり、認定看護師資格は救急看護もしくは小児救急看護のいずれかを取得していた(表1)。

2. 項目分析

回答得点の記述統計量から平均値と標準偏差を算出し、平均値+標準偏差の値が最高得点5を超える天井効果を認める16項目を除外した。平均値-標準偏差の値が最低得点1を下回るフロア効果に該当する項目はなかった。

3. 因子の抽出

因子数は、スクリープロットにより因子数を4つに設定した。主因子法、プロマックス回転を施行し、因子負荷量0.35以上の項目を選択し、29項目を除外した。しかし、「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」の因子負荷量が第3因子と第4因子に同程度かかっているが、この項目は本研究には重要と考え第3

因子の項目として採用し除外しなかった(表2)。

4. 因子の命名

第1因子は7項目から構成されており、トリアージ看護師が救急外来を受診している子どもに対し、緊急度を評価するため安楽を重視して観察し、親の安心を意識した看護実践を表している。このことから【緊急度評価と子ども・家族の安楽促進】と命名した。第2因子は6項目から構成されており、脱水に関連する観察の工夫を表していることから【脱水の査定】と命名した。第3因子は3項目から構成されており、親へ病児を見る育児に関する指導の実践を表していることから【家族への指導】と命名した。第4因子は3項目から構成されており、子どもへの観察のための触診や、観察以外の意図をもって触れていくことが示されており、【子どもへのタッチ】と命名した。

5. 信頼性の検証

内的整合性の確認のため、各項目全体のCronbachの α 係数は $\alpha = 0.75$ で、各因子のCronbachの α 係数は第4因子を除いて $\alpha = 0.70$ から 0.78 であり内的整合性が認められた。各項目間の相関分析では、第3因子の「家庭看護を具体的に指導する」と「家族を労い、適切な方法を伝える」の項目間のSpearman相関係数が 0.75 と強い相関を示したが、重要な項目と考え除外しないことにした。その他の項目間についてはSpearman相関係数が

表1 研究協力者の属性

(n=103)

年代	n	性別	n	看護師経験	n	小児看護経験	n
20歳代	8	男性	13	1年以上5年未満	4	1年未満	11
30歳代	42	女性	90	5年以上10年未満	13	1年以上3年未満	7
40歳代	37			10年以上15年未満	28	3年以上5年未満	14
50歳代	16			15年以上20年未満	24	5年以上7年未満	11
				20年以上	34	7年以上10年未満	16
						10年以上	44
小児救急トリアージ経験	n	所属医療機関	n	役職	n	認定看護師資格の有無	n
6ヵ月未満	7	総合病院	58	スタッフ	76	なし	84
6ヵ月以上1年未満	6	大学病院	15	主任相当	20	あり	19
1年以上3年未満	30	小児専門病院	15	看護師長相当	7		
3年以上5年未満	17	診療所	13				
5年以上	43	その他	2				

表2 小児救急トリアージにおける看護実践の構造

(n = 103)

項目全体	Cronbach's $\alpha = .075$	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	IT相関係数
第1因子【緊急度評価と子ども・家族の安楽促進】		Cronbach's $\alpha = 0.78$				
ぐったりとした姿勢から幼児の苦痛を察知する	0.83	-0.10	-0.23	-0.09	0.58	
声かけに配慮して家族の動揺を軽減する	0.59	-0.12	0.13	0.12	0.55	
苦痛緩和を心がけて観察する	0.57	0.05	0.17	0.00	0.57	
家族の訴えと症状の整合性を吟味する	0.52	0.28	-0.09	0.11	0.49	
発達年齢を加味して評価する	0.52	0.02	0.05	0.00	0.50	
子どもをなるべく啼泣させない	0.49	0.03	0.16	-0.20	0.46	
緊急性のある疾患をふるい分ける	0.48	-0.12	0.14	0.00	0.44	
第2因子【脱水の査定】		Cronbach's $\alpha = 0.74$				
水分摂取と排尿状況で脱水を評価する	0.04	0.79	-0.06	-0.04	0.67	
視診で脱水を評価する	0.00	0.69	0.25	-0.11	0.51	
表情の豊かさと活発さがあると緊急度は高くない	-0.17	0.61	-0.02	-0.17	0.44	
下痢の原因を想定して問診する	0.19	0.56	-0.16	0.24	0.52	
脱水のなさを見極め緊急度が低いと評価する	-0.09	0.47	-0.21	-0.02	0.42	
解熱剤使用の有無で熱型を把握する	-0.07	0.47	0.20	0.26	0.37	
第3因子【家族への指導】		Cronbach's $\alpha = 0.70$				
家庭看護を具体的に指導する	0.07	0.14	0.85	-0.05	0.62	
家族を労い、適切な方法を伝える	0.10	-0.10	0.79	-0.01	0.61	
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	-0.07	-0.12	0.39	0.38	0.36	
第4因子【子どもへのタッチ】		Cronbach's $\alpha = 0.68$				
触診は安心させる意味と体熱感を観る二つの目的で行う	-0.05	-0.04	-0.16	0.78	0.54	
手で触れることで子どもの緊張を緩和する	0.01	-0.01	0.00	0.76	0.61	
発熱の子どもには衣類を脱がす	-0.04	0.00	0.23	0.48	0.34	
因子間相関	1	1.00	0.28	0.27	0.34	
	2		1.00	-0.17	0.11	
	3			1.00	0.22	
	4				1.00	

因子抽出法: 主因子法
プロマックス回転

0.7以上となる項目はなかった。IT相関係数は $r = 0.34$ から0.67で0.3未満の項目を確認したが除外する項目はなかった。

この調査に協力した103名のうち再テストへの協力意思を示した66名に対し再テスト法質問紙を送付し回答のあった41名(回収率62%)のうち37名(有効回答56.1%)の合計得点の級内相関係数は $r = 0.70$ であり再現性が確保できた。

6. 看護師の経験年数による抽出された各因子得点との関連

(1) 小児看護経験年数

本調査の属性から因子得点の欠損値を除いた90名について、小児看護の経験年数による因子得点比較のための小児看護経験年数と各因子得点では、Spearman相関係数が第3因子及び第4因子にそれぞれ $r = 0.23$ ($p < 0.05$), $r = 0.21$ ($p < 0.05$)と弱い正の相関を認めた。

またBennerのドレファス技能習得モデルの臨床看護実践への適用(倉田, 2013; Patricia, 2001 / 井部, 2006)を参考に小児看護経験年数5年で区切り、経験年数5年未満(28名)と5年以上(62名)の各因子得点の違いがあるかを明らかにするために、小児看護経験2群を個人間要因、4因子を個人内要因として、繰り返し要因のある分散分析(一般線形モデル反復測定)を行った。小児看護経験については、 $F(3,264) = 68.702$, $p < 0.001$ で主効果は有意で、各因子の平均得点は有意な差があった。平均値は第1因子、第2因子、第3因子、第4因子の順で、多重比較の結果、各因子間には有意な差があった。また、小児看護経験2群での差が有意で($F(1,88) = 6.156$, $p < 0.05$)、小児看護経験5年以上の群が5年未満の群よりも全因子の平均値が有意に高かった。さらに、小児看護経験×因子の交互作用が有意で($F(3,264) = 2.948$, $p < 0.05$)、因子により小児看護経験年数の効果は異なっ

た。独立した t 検定を行った結果、第3因子と第4因子で小児看護経験年数5年以上の群の平均得点が5年未満よりも有意に高かった(表3)。

(2) 小児救急トリアージ経験年数

小児救急トリアージ経験年数による因子得点比較のための小児救急トリアージ経験年数と各因子得点では、Spearman相関係数が第1因子及び第3因子にそれぞれ $r = 0.25$ ($p < 0.05$), $r = 0.23$ ($p < 0.05$)と弱い正の相関を認めた。

また小児救急トリアージという特化したスキル経験年数での効果をみるために小児救急トリアージ経験年数3年未満(41名)と3年以上(49名)で、小児救急トリアージ経験2群を個人間要因、4因子を個人内要因として、繰り返し要因のある分散分析(一般線形モデル反復測定)を行った。4つの因子については、 $F(3,264) = 69.392$, $p < 0.001$ で有意な差があった。多重比較を行った結果、第1因子、第2因子、第3因子、第4因子の得点の順で、第2因子と第3因子の間には有意な差がなかったが、他の因子間には有意な差があった。さらに、小児救急トリアージ経験年数2群で有意な差があり($F(1,88) = 6.662$, $p < 0.05$)、小児救急トリアージ経験3年以上の群が有意に得点は高かった。小児救急トリアージ経験年数×因子の交互作用は有意ではなかった($F(3,264) = 0.377$, ns) (表4)。

7. 男性看護師と女性看護師の各因子得点との関連

男性と女性の各因子の平均得点の差異についてMann-Whitney U 検定を行った。男性の第1因子中央値4.07(四分位範囲3.86-4.50)と女性の第1因子中央値4.21(四分位範囲4.00-4.57) $p = 0.76$ (ns)、男性の第2因子中央値3.58(四分位範囲3.50-3.83)と女性の第2因子中央値3.83(四分位範囲3.50-4.00) $p = 0.32$ (ns)、男性の第3因子中央値3.50(四分位範囲2.67-4.00)と女性の第3

表3 小児看護経験2群の各因子平均得点

($n = 90$)

	小児看護経験年数	n	平均得点 (SD)
第1因子	5年未満	28	4.15 (0.44)
	5年以上	62	4.27 (0.40)
第2因子	5年未満	28	3.76 (0.44)
	5年以上	62	3.70 (0.62)
第3因子	5年未満	28	3.19 (0.94)
	5年以上	62	3.59 (0.71)
第4因子	5年未満	28	2.67 (0.78)
	5年以上	62	3.09 (0.74)

* $p < 0.05$

表4 小児救急トリアージ経験2群の各因子平均得点

		($n = 90$)	
小児救急トリアージ経験年数		n	平均得点 (SD)
第1因子	3年未満	41	4.14 (0.43)
	3年以上	49	4.31 (0.39)
第2因子	3年未満	41	3.64 (0.71)
	3年以上	49	3.78 (0.40)
第3因子	3年未満	41	3.29 (0.81)
	3年以上	49	3.61 (0.78)
第4因子	3年未満	41	2.84 (0.78)
	3年以上	49	3.06 (0.76)

因子中央値 3.67 (四分位範囲 3.00–4.00) $p = 0.95$ (ns)、男性の第4因子中央値 2.67 (四分位範囲 2.00–3.17) と女性の第4因子中央値 3.00 (四分位範囲 2.67–3.33) $p = 0.06$ (ns) であり、有意な差を認めなかった。

VI. 考察

1. 小児救急トリアージにおける看護実践の構造の妥当性と信頼性

本研究結果から小児救急トリアージにおける看護実践の構造として4因子19項目が抽出された。各項目全体のCronbachの α 係数は $\alpha = 0.75$ で、第1因子から第3因子のCronbachの α 係数では $\alpha = 0.70$ から 0.78 であった。またIT相関係数が0.3未満の項目もなかったため第1因子から第3因子において内的整合性が確保された。各項目間の相関分析では、第3因子の「家庭看護を具体的に指導する」と「家族を労い、適切な方法を伝える」という項目のSpearman相関係数が0.75と強い相関を示した。これは項目に類似部分があり、「家庭看護を具体的に指導する」項目の得点が高いと、「家族を労い、適切な方法を伝える」項目の得点も高いことから、強い相関を示したと考えられる。本来の因子分析プロセスで考えれば、どちらかを選択することになる。しかしトリアージという緊急度判断場面で看護師が指導を行っているということはこれまでに報告がなく、質問項目の選定において小児救急看護認定看護師らが重要な項目として捉え削除しなかった経緯も踏まえ、小児救急トリアージにおける家族への看護実践の特徴的な項目であると考えられる。また「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」の項目の因子負荷量が第3因子と第4因子に同程度かかっているが、この項目も家族への看護実践を具体的に示しており、小児救急トリアージにおいて看護実践の構造を明らかにする重要な項目と考え第3因子の項目として採用している。再テスト法において合計得点の級内相関係数は0.7であり、再現性が保てていると考

えられる。

一方で小児救急トリアージが本邦で普及してから経過が短く、類似の尺度やアセスメントツールが存在しないため、外的基準との比較、照合が難しい。

2. 小児救急トリアージにおける看護実践の構造の構成要素

第1因子である【緊急度評価と子ども・家族の安楽促進】では、緊急度判断に関する看護実践の項目に並行して子どもの苦痛を増強させない関わりと家族に配慮する関わりの項目が示されている。項目数も多く、平均得点も高いため、小児救急トリアージの実践において重視し実践している内容と考えられる。

第2因子である【脱水の査定】では、あらゆる方法で脱水の有無や程度を査定していることが伺える。成人に比べ、身体の体液組成のうち水分の占める割合、特に細胞外液の占める割合が高く、また、体重あたりの必要水分量、不感蒸泄が高いため(五十嵐, 2011)、子どもの生理学的な特徴を踏まえると、低年齢・低月齢の子どもであるほど、発熱や不感蒸泄、水分摂取量低下、下痢や嘔吐による排泄の増加によって容易に脱水に偏重しやすい。トリアージ看護師は子どもが脱水になりやすいことや、脱水が緊急度に影響することを認識して、実践の中では特に身体面の変化として重視し査定していることが考えられる。しかも、水分摂取や排尿状況、視診、表情の豊かさなど多岐に渡る手法で、かつ簡便にすばやく査定していることが下位項目からみてとれる。さらに子どもの特性を考慮しても子どもの表情や活発さを看る視点は分かりやすい指標でもある。

第3因子である【家族への指導】では、トリアージ看護師が親に自宅で子どもの看る方法を指導することや体感の上で理解してもらうことが示されている。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や家庭看護力の低さ(細野,

堂本, 松本, 2007)、育児のノウハウが人から人へ伝承されてきた時代から、電子メディアを通して簡単に入手できるようになったことによって育児情報が氾濫し、育児不安を煽ることになっていると指摘されている(中島, 2010)。こういった現代の子育て環境を理解しているからこそ、トリアージの際に看護師が子どもの看方を指導するという看護実践を行っていると推測される。さらに小児の外来でのコミュニケーションスキルにおいて、家族の思いの表出を促し、傾聴、共感して外来にきた真のニーズを把握し、医療者と家族のコミュニケーションのズレをつくらないという工夫について報告があるが(近藤, 2010)、第3因子の下位項目の親を労うというキーワードに含まれているように、親を共感的に支持した上で指導するということがこの因子の特徴である。

第4因子である【子どもへのタッチ】では、子ども自身に看護師が触れ、意図の複数ある行為を看護実践として示している。触れるという看護実践は看護技術の一つの手法として古くから多用されている。触診という診察技術の側面もあるが、触れる行為そのものが触れられる人の副交感神経を優位にし、リラックス効果があるという報告が裏付けている(豊島, 日坂, 2018; 南, 2016; 山本, 2014)。子どもの恐怖感を軽減させることによって啼泣が消失し呼吸状態を悪化させない看護に発展することもあり、触れるという看護実践は、子どもへの倫理的な配慮、正確な緊急度評価、症状悪化の予防に重要と考え日常的に実践していると考えられる。

3. 看護師の背景要因による平均得点の差異

因子分析によって抽出された小児救急トリアージにおける看護実践の構造について本調査に協力した看護師の背景要因で平均得点の差異を分析すると、小児看護経験の長い看護師及び小児救急トリアージ経験の長い看護師の得点が高いことから、本研究結果が小児救急トリアージの看護実践の経験値を反映し、妥当な分析結果であることが裏付けられる。また第1因子、第2因子、第3因子、第4因子の順に平均得点が高く、下位項目も多いことから、小児救急トリアージにおける看護実践には第1因子や第2因子の子どもの緊急度評価の側面が重視された下位項目に合致した実践をしていることがうかがえる。その中で小児看護経験の長い看護師が第3因子、第4因子の得点が有意に高いことから、小児看護の経験を積むと小児救急トリアージ場面で親への育児指導や支援、子どもに近い存在であるといった看護実践スキルが高くなると考えられる。小児看護経験年数と各因子得点のSpearman相関係数でも第3因子と第4因子に弱い相関を認めており同様のことが言える。トリアージの現任

教育や救急看護教育において親への育児指導や支援の強調についてあまり触れられておらず、これらの観点は小児看護ならではと思われる。小児救急トリアージで親への育児指導や支援という看護実践が提供できると、帰宅する軽症児割合の多い小児救急医療の概況において自宅で病児を見る親の知識や精神的な支持となる。したがって小児救急トリアージにおいて、第3因子や第4因子の項目を恒常化していくことが小児救急医療を受ける子どもと親の利益につながると推察される。なお、男性と女性の各因子平均得点の差異に有意な差が認められなかったため、本調査結果では性別に特化した解釈の必要はないと考えられる。

4. 実用への示唆

救急医学系学会を中心とするトリアージの方法を裏づける基準・手順が検討され(日本救急医学会, 他, 2017)、各医療機関では施設の実情に合わせて一定のトリアージ基準の下で実践がなされている。本調査結果は、小児救急トリアージ実績のある医療機関の看護師たちの小児救急トリアージにおける看護実践の事実を明らかにしたものである。第2因子【脱水の査定】の各項目はトリアージ研修やトリアージテキスト(伊藤, 矢作, 2010; 宮坂, 清水, 2006)など既知の現任教育でも示される内容であるが、第3因子【家族への指導】や第4因子【子どもへのタッチ】の項目は、小児救急トリアージという緊急度判断を主目的とした場面にもかかわらず、看護師が必要と考え実践している内容である。これらを広く共有し、多くの看護師が実践に活かすことができれば、小児救急医療を受ける子どもと親に有益である。また、小児看護の経験や小児救急トリアージの実践を長く積んでいる看護師の得点が高いことから看護師の小児救急トリアージの実践知を向上するために活用することも可能になる。それ故、トリアージの実践やトリアージ業務の初任者教育の中でも小児救急トリアージにおける重要な看護の観点として活用され定着していくことが看護の質が向上し、小児救急医療を受ける子どもと家族の利益に貢献できるものと期待できる。小児救急医療は、急な病気や外傷という免疫機能や危険回避能力が獲得途上にある子どもの成長過程で頻繁に生じる事象の際に利用する医療である。そして小児救急医療は子育て支援の一環であるとも言われるようになっている(白石, 2008; 関, 2003; 田中, 2002)。看護師が小児救急医療機関を受診したタイミングの親に対し、本調査結果の項目を臨場感のある情報提供や指導として提供することは、日常的な子どもの急な病気への対処方法において親の理解を促し育児に活かすための支援として位置づく可能性もある。

Ⅶ. 結論

1. 小児救急トリアージにおける看護実践の構造について、因子分析の結果、【緊急度評価と子ども・家族の安楽促進】、【脱水の査定】、【家族への指導】、【子どもへのタッチ】の4因子19項目が抽出された。項目全体および下位因子ごとの項目において、妥当性と信頼性が確認された。
2. 抽出された因子は小児救急トリアージにおける看護師の現任教育と子育て中の親の支援に活かせる示唆を得られた。

本研究の限界と今後の課題

再テスト法について、再テスト実施までの間隔が本調査回答後2～4週間を超えた結果も回収する事態が生じた。また本調査結果は、小児救急患者をトリアージする看護師を対象としたデータを基にしている。そのため成人、高齢者、周産期救急及び災害場面を想定したトリアージとは質を異にしているので活用はできない。そして本調査結果で明らかになった【家族への指導】や【子どもへのタッチ】という看護実践は、小児救急トリアージの現任教育では未だ注目されているものではない。この結果を掘り下げ、支援方法を明確にできると実際の小児救急医療の現任教育や子育て支援に活かしていけると推察できる。しかし本調査結果ではまだ具体的な方略を指し示すまでには至っていない。具体化に発展させ、小児救急医療ならびに子育て環境の向上に貢献したいと考える。

文献

- 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.
- 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.
- 藤澤盛樹, 石橋かず代, 白坂真紀, 他 (2018). 小児救急トリアージ場面における看護師のトリアージスキル. 日本小児救急医学会雑誌, 17(1), 2-10.
- 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.
- 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.
- 五十嵐隆 (2011). 第9章 代謝疾患. 森川昭廣編, 標準小児科学 第7版 医学書院
- 伊藤龍子, 矢作尚久 (2010). 小児救急トリアージテキスト 医歯薬出版株式会社
- 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.

- 近藤美和子 (2010). 外来看護のポイント 小児の外来看護に必要なコミュニケーションスキル 家族への対応. 小児看護, 33(10), 1368-1373.
- 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.
- 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—. 厚生指針, 54(15), 23-27.
- 南敦司 (2016). カンフォータブルケアで変わる認知症看護 第4回 相手にやさしく触れる(触覚). 精神科看護, 43(8), 28-32.
- 宮坂勝之, 清水直樹 (2006). 小児救急医療でのトリアージ 克誠堂出版
- 中島優子 (2010). 救急医療における母親の受診行動の変化 母親と子どもをとりまく社会を概観して. 京都市立看護短期大学紀要, 35, 59-65.
- 日本救急医学会監修 (2017). 緊急度判定支援システム JTAS2017 ガイドブック へるす出版
- Patricia, B (2001). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. 井部俊子 (訳) (2006). ベナー 看護論 新訳版—初心者から達人へ— 医学書院
- 関浩孝 (2003). II. 小児救急医療体制の整備・充実をめぐり—子育て支援の一環として—. 外来小児科, 6(1), 55-56.
- 白石裕子 (2008). 子どもたちへのアプローチ 小児救急の現場から エピローグ 小児救急医療のゆくえ. 看護実践の科学, 33(13), 88-89.
- 田中敏 (2006). 実践心理データ解析 [改訂版] 新曜社
- 豊島佳苗, 日坂ゆかり (2018). 患者としての経験から②—患者に触れる手そのものが、寄り添う気持ちを表現する—. BRAIN NURSING, 34(3), 268-271.
- 山本裕子 (2014). 触れるケアの効果. 千里金蘭大学紀要, 11, 77-85.
- 横山奈緒美, 林幸子 (2015). 小児外来におけるトリアージ. 小児看護, 38(13), 1628-1635.
- 田中哲郎 (2004). 小児救急医療の現状と展望 診断と治療社
- 田中哲郎(2002). 小児救急医療としての政策医療. 医療, 56(1), 5-8.
- 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.

謝辞

本研究にご協力くださいましたトリアージナースの皆様、医療機関関係者の皆様に深謝いたします。また本研究をご指導いただきました滋賀医科大学 桑田弘美 教授、大阪総合保育大学 小椋たみ子 教授に感謝申し上げます。

本研究の一部を 21st East Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conferencesにて発表した。また本研究は、JSPS 科学研究費(若手研究 B) 15K20752 の助成を受けたものである。なお、利益相反に関する開示事項はない。

Nursing Practice of Pediatric Emergency Triage by Nurses

Seiki Fujisawa

Osaka University of Comprehensive Children Education Graduate School

This study aimed to clarify the nursing practice of pediatric emergency triage by nurses.

Nurses who practiced pediatric emergency triage at the hospitals in Japan were selected as research subjects. We distributed 500 copies of the questionnaire to 67 hospitals, and 103 triage nurses responded to the questionnaire (recovery rate, 20.6%).

A questionnaire regarding practicing triage skills was consisted of 64 items with the response being scored using a 5-point scale.

The average value and standard deviation of the response scores were calculated, and the items with ceiling and floor effects were excluded, and the items with a factor loading amount of ≥ 0.35 were selected.

The nursing practice of pediatric emergency triage by nurses involves a four-factor structure that comprises seven items of “grade of urgency, promotion of comfort to children and parents” factor, six items of “assessment of dehydration” factor, three items of “guidance to parents,” factor and three items of “touching with children” factor. The Cronbach’s α coefficients of the respective factors were 0.78, 0.74, 0.70, 0.68, respectively, with the total being 0.75. Comparison of factor scores revealed that the factor scores of experienced nurses are high. Therefore it was considered to be valid as a structure of nursing practice of pediatric emergency triage.

The extracted four factors were suggested to be useful for in - service training of nurses in pediatric emergency triage and parent support during child rearing.

Key words : pediatric emergency triage, nursing practice, in - service training of nurses, factor analysis

