

国に広めるきっかけとなった。現在この一日の講習会は、救急医学会の認定講習会となっている。

2005年には、数々の心肺蘇生に関するエビデンスを討議し、新しいコンセンサスを導くことを目的とし、AHAとILCORで2005 International Consensus Conference on CPR & ECC Science with Treatment Recommendation（コンセンサス2005会議）が開催され、ガイドライン改訂作業が進められた。

日本では、2005年にILCORが示した「2005心肺蘇生と救急心血管治療における科学と治療勧告についての国際コンセンサス（CoSTR）」をもとに、日本救急医療財団心肺蘇生法委員会の内部委員会として、日本版救急蘇生ガイドライン策定委員会が発足し、原案をもとに心肺蘇生法委員会を構成する学会と団体などによって推敲を重ねられ、日本においてのガイドラインが策定された。

2. 成人の一次救命処置

1) 一次救命処置（BLS：basic life support）とは

一次救命処置とは感染防護具とAED以外には特別な資器材を使用せず、直ちに実行できる処置である。内容としては、心肺蘇生・自動体外式除細動器（AED：automated external defibrillator）を用いた除細動、窒息に対する気道異物除去が含まれる。

2) 救命の連鎖

心肺停止患者あるいは心肺停止が切迫している患者を救命する為には、4つの要素が必要であるといわれている。

- ◆ 迅速な通報
- ◆ 迅速な心肺蘇生
- ◆ 迅速な除細動
- ◆ 二次救命処置

です。これらの要素を迅速かつ円滑に連携させる「概念を救命」の連鎖と呼ぶ。



3. 心肺蘇生

心肺停止患者の呼吸・循環機能を維持する目的で胸骨圧迫および人工呼吸を行うことを心肺蘇生（CPR：cardiopulmonary resuscitation）という。CPRは心肺停止後できるだけ早期から開始し、絶え間なく行うことが重要である。近年の研究では、良質で絶え間ない胸骨圧迫こそが心肺停止患者の救命を大きく左右する因子であると考えられるようになった。CPRは二次救命処置を含むすべての蘇生処置の効果を引き出す為に必要であり、蘇生治療の根幹をなすものである。

1) 周囲の安全確認と完全防御

傷病者を発見した際は、患者に近寄る前に周囲を見渡し安全であることを確認する。また、自身の身を守り、感染を広げない為にも「手袋」「マスク」等のバリアディバイスを用いることが望ましい。

2) 反応の確認

安全確認・感染防御が出来たら、肩をやさしく叩きながら大声で呼びかける。目を開ける・何らかの返答がある・または目的のもった仕草があるなどが認められない場合は「反応なし」と判断する。突然の心停止直後には、全身に引きつるような動き（痙攣）が起こることもあるが、これらは「目的をもった仕草」ではない。

3) 応援要請と資器材の手配

反応がないときは、大声で「誰か来て下さい」と叫んで周囲の助けを求める。そばに誰かいるなら、その人に応援の為に人員と必要な資器材を手配するように依頼する。

病院内：緊急コール・救急カート・モニター付き除細動器

病院外：119 コール・AED

【参考】救助者が一人の場合（発見時）

成人の心肺停止患者の場合、救助者が一人だけの場合は、CPRの開始よりも資器材の手配を優先するのが原則である。成人では心停止が心原性であることが比較的多く、その場合には、電氣的除細動などの処置が重要だからである。一方、病歴や発症時の状況から、心停止が呼吸原性であることが強く疑われ、直ちに緊急連絡が出来ない場合は、応援要請・資器材の手配のために患者のもとを離れるよりは、まず2分間CPRを行う方がよい

4) 心停止の判断

患者にCPRが必要か否か（心停止か否か）の判断は、患者の呼吸と脈拍で評価する。ただし、脈拍の触知と評価に自信がない救助者は、脈拍の評価を省略し呼吸状態のみで判断してよい。

まず、患者を仰臥位にして頭部後屈顎先挙上法で気道を確保する。片手で患者の額を抑

えながら、もう片方の手の指先で患者の顎先を挙上する。顎先を挙上する指は、顎から頸部にかけての軟部組織を押さえないように、指は骨の硬い部分に当てる。この操作によって患者の下顎とともに舌が持ち上がり、気道が開通する可能性が高まる。

救助者は、患者の顔に覆いかぶさるようにして自分の耳を患者の口元に近づけ、胸の動きを見ながら、患者の呼吸を、見て・聴いて・感じることで呼吸の有無を評価する。この評価にかかる時間は、5～10 秒とする。この際、死戦期呼吸が見られた際は、呼吸停止と判断し対応する。

【参考】死戦期呼吸

心停止が起こった直後に時折見られる、しゃくりあげるような不規則な呼吸を死戦期呼吸と呼ぶ。死戦期呼吸は、ある程度の換気を伴っている為、不慣れな救助者によって呼吸があると判断されるおそれがある。この場合、呼吸がないと判断し対応する。

熟練した救助者の場合は、呼吸の観察と同時に頸動脈の脈拍を診る。呼吸を観察する姿勢を維持したまま、どちらかの手の一方を離し、指で頸動脈を触知する。その為には、まず指先（通常は示指および中指）で甲状軟骨を探り、指先を側方に滑らせて、その側方の筋肉（胸鎖乳突筋）と甲状軟骨との間を押さえる。救助者の横に位置していた場合は、自分に近い方の頸動脈を触知するのがよい。呼吸を観察している5～10秒間に脈拍が確認できない場合には心停止と判断する。

5) 人工呼吸

気道確保のための頭部後屈顎先挙上法、または下顎挙上法を続けながら人工呼吸を2回行う。送気（吸気）には1回につき約1秒かける。送気する量（1回換気量）の目安は、人工呼吸によって患者の胸が上がることを確認できる程度とする。胸が上がることを確認できれば、それ以上送気を行うべきではない。1回換気量の目安は、酸素投与下でも、器具（バックバルブマスクなど）を用いる場合や気管挿管下でも同様である。過剰な1回換気量は、胸腔内圧を不必要に上昇させて静脈還流を阻害するため、胸骨圧迫の効果が損なわれる。

【参考】1回目の換気で胸の挙上がなかったら

1回目の人工呼吸で胸が上がらなかった場合は、気道確保の操作をもう一度やり直した後に2回目の人工呼吸を試みる。人工呼吸は2回までとし、2回胸が上がらなかった場合でも、それ以上人工呼吸のための努力は行わず、胸骨圧迫を開始する。

①フェイスシールドを用いた人工呼吸

感染防護をかねた人工呼吸器具として、簡易なフェイスシールドもある。フェイスシールドを患者の口にかぶせ、口対口人工呼吸と同様の要領で人工呼吸を行う。

②フェイスマスクを用いた人工呼吸

携帯式の人工呼吸用フェイスマスクは、マスクを患者の顔面に密着させ呼気の吹き込みを行う。この際、救助者が一人の時は、患者の側法から人工呼吸を行う。また、複数の救助者がいる場合は、頭部側よりマスクを両手で顔面に密着し、下顎を引き上げ気道を確保し人工呼吸を行う。

6) バックバルブマスクによる人工呼吸

バックバルブマスク（BVM）は、フェイスマスクと自己膨張型の一方弁付きのバックと組み合わせた人工呼吸器具で、病院内では最も頻繁に使用される。救助者が患者に直接接触しないので、感染防御としても有用である。また、酸素を併用することもできるので、高濃度の酸素による人工呼吸が可能である。ほとんどの BVM にはリザーバーバックを接続することができる。リザーバーバックは吸入気の酸素濃度を上げるための有効な手段であり、酸素を併用する場合にはできるだけリザーバーバックを使用すべきである。

＜マスクのホールドについて＞

①片手でマスクを保持する方法

救助者が一人でマスクを保持する場合は、マスクを片手で保持し患者の顔面に密着させる。中指・環指・小指の3本指で患者の下顎を引き上げつつ、拇指と示指でマスクを押さえて患者の口と鼻を覆う。

うまく一人で保持するには・・・

マスクを押さえる際は、拇指と示指を調節し左右均等に顔面に密着させるのがコツ！

バッグは1回に1秒かけて送気する。バッグを押すにつれて胸があがる様子を確認する。送気で胸が上がったら、バッグを押している手を完全にゆるめる。呼気とともに患者の胸が下がることを確認する。

一人で胸がうまく挙がらないなら・・・

一回目の換気で、胸の挙上が確認できないようなら、再度気道確保を行う。

それでも、うまくいかない時は、両手でマスクを保持するとよい。

②両手でマスクを保持する方法－その1

複数の救助者がいる場合には、マスク保持と気道確保に専念することが可能。両手でマスクを保持すれば、顔面との密着をより確実にすることができる。

保持は片手で行った場合と同じ方法を両手で行う。

③両手でマスクをホールドする方法－その2

両手の拇指球でマスクの左右を押さえ、他の指で下顎を引き上げるようにしてマスクを密着させる。

7) 胸骨圧迫

2回の人工呼吸が終わったら、直ちに胸骨圧迫を開始する。

① 胸骨圧迫の位置

胸骨圧迫の位置は、胸骨の下半分である。ただし、胸骨下端にある剣状突起に圧迫が加わると、剣状突起によって腹部臓器が損傷される可能性があるため、剣状突起を圧迫してはならない。適切な位置を見つけ出す方法として、「胸の真ん中」あるいは「左右の乳頭を結ぶ線（乳頭間線）上の胸骨」を目安とする。乳頭間線を目安とする場合でも、必ずしも衣服を脱がせる必要はなく、乳頭のおよその位置に見当をつけて圧迫位置を決める。

② 胸骨圧迫の方法

通常、成人に対しては胸骨上に両方の掌を重ねて両腕で圧迫する。圧迫は掌の付け根部分だけで行い、圧迫が胸骨だけに加わるようにしなければならない。掌全体で圧迫すると、肋骨に圧迫が加わり肋骨骨折やそれに伴う合併症を引き起こす。また、圧迫の効果も不十分になる可能性がある。

救助者は、自分の方が患者の胸骨の真上になる姿勢をとり、両腕をしっかりと伸ばして胸骨を圧迫する。胸骨は垂直方向に圧迫することが重要である。圧迫と圧迫の間は、胸骨を押す力を完全に抜いて、胸が元の高さにまで戻るようにする。

ただし、このことを意識するあまり、圧迫と圧迫の間に掌が胸骨から離れてしまうと、圧迫の位置がずれることになるので離れない注意が必要である。

③ 圧迫の強さ

胸骨圧迫の強さは（深さ）は、胸（胸骨）が4～5cm沈む程度とする。

④ 胸骨圧迫のテンポ

胸骨圧迫は、1分間に100回のテンポで繰り返す。ただし、胸骨圧迫と人工呼吸を同期して交互に行う場合、人工呼吸をしている間は胸骨圧迫が行われないので、実際に胸骨が圧迫される回数は1分間に100回に満たない。

8) 胸骨圧迫と人工呼吸の組み合わせ（CPR）

胸骨圧迫と人工呼吸の回数比は30：2とする。すなわち、胸骨圧迫30回終わったら、10秒以内で人工呼吸を2回行い、以後、胸骨圧迫と人工呼吸2回のサイクルを繰り返す。

救助者が二人以上で心肺蘇生を行う場合は、役割を分担して行う。この際、人工呼吸を担当する救助者は、もう一方の救助者が行う胸骨圧迫が適切に行われているか（位置・強さ・テンポ）をチェックし、不適切な点があればそれを圧迫担当者に伝える。

胸骨圧迫を繰り返すにつれ、救助者の疲労で圧迫の強さやテンポが不十分になる傾向がある。しかも、圧迫をしている救助者自身は疲れていることを自覚していないことが多い。したがって、2名以上の救助者でCPRを行う場合は、胸骨圧迫30回と2回の組み合わせ（これを1サイクルとする）がおおよそ5サイクル程度行われる（あるいは約2分間）ごとに、速やかに交代するのがよい。交代による、胸骨圧迫の中断時間は5秒以内にとどめる。

4. AED

AEDとは自動体外式除細動器(automated external defibrillator)の略語である。AEDには心電図を自動的に解析し、電気ショックに必要なエネルギー量を自動的に設定する機能があり、電気ショックに不慣れなものであっても、迅速かつ安全に電気ショックを行うことができる。

1) AEDの自動解析

AEDはパッドから得られる体表心電図を解析し、電気ショックの適応があるか動かを自動的に判断する。AEDが適切に使用されている限り、その解析精度は非常に高く、一般的な臨床使用に十分耐える。しかし、その精度は100%ではないので、とくに市民や蘇生に従事する機会が少ないものが使用する場合「AEDを装着するのは反応も呼吸もない患者に限る」という原則を守ることが重要である。解析は、患者に触れている状況下や走行中の車内であることで、AEDの自動解析の精度が低下する可能性がある。

2) 電極パッド

電極パッドを貼る際は、貼付部位の皮膚と電極パッドとの間に空気が入らないように注意し、電極パッドをしっかりと皮膚に密着させるべきである。

AEDのパッドは、胸の右上(鎖骨下)と左下側(乳首の外側下方)に貼付するのが標準的である。電極パッドの袋やAEDの本体にもその位置を示すイラストが描かれている。電極パッドには成人用と小児用とがある。

3) CPRと電気ショックの優先順位

VFおよび無脈性のVTでは、心停止から除細動までの時間を短縮することが重要である。複数の疫学調査を統合した報告によれば、心停止から除細動までの時間が1分間延びるごとに、生存退院率は7~10%ずつ低下すると推測されている。適応がある場合の電気ショックは、AEDの装着が済みしだい、出来るだけ速やかに行うのが原則である。しかし、病院外で発生した心停止などで、心停止から電気ショックが行われるまでの時間が比較的長い場合は、電気ショックを行う前に短時間のCPRを行う方が成人率を高くすると考えられている。たとえば、心停止の緊急通報から現場到着まで4~5分以上を必要とし、その間CPRが行われていなかった場合には、電気ショックを行う前に2分間のCPRを行う方がよい。

4) 電気ショック直後の胸骨圧迫

AEDによる電気ショックは、適切なCPRと組み合わせて初めて効果が高まる。除細動に成功し、細動が消失したとしても、その直後は心停止または無脈性の電気活動(PEA)であることがほとんどであり、しばらく後に自己心拍が再開するとしても、それまでの間はCPRが必要な状況が続く。その為、電気ショック後は速やかにCPRを開始する。

5) 基本的な使用手順

AEDは音声メッセージと点滅するランプで実施すべきことを指示するので、原則としてそれに従って操作する。

① AEDを持って来る

患者に反応がなければ、誰かに AED を持って来るように依頼するか、他に誰もいない場合には、AED が近くにあることがわかっていれば、救助者自身が取りに行く。AED の設置場所を把握しておくことも重要である。

② 電源を入れる

まず電源を入れる。電源ボタンを押すタイプと、ふたを開けると自動的に電源が入るタイプ（電源ボタンがない）がある。電源を入れた以降は、音声メッセージと点滅したランプに従って操作する。

③ 電極パッドを貼る

患者の上半身を脱がせ電極パッドを袋から取り出し貼り付ける。位置は、袋に描かれている。

④ 心電図の解析

電極が貼り付けられると、「患者から離れてください」とのメッセージとともに AED は心電図の解析を自動的に開始する。周囲の人にも患者から離れるように伝え、誰も患者に触れていないことを確認する。機種によっては、解析を始めるために「解析ボタン」を押すものもあるので音声メッセージに従う。

⑤ 電気ショックと心肺蘇生の再開

電気ショックが必要である場合には、「ショックが必要です」などの音声メッセージとともに自動的に充電が開始される。周囲の人に患者の体に触れないよう声をかけ、誰も触れていないことをもう一度確認する。充電が完了すると、連続音やショックボタンの点滅とともに音声メッセージが流れるので、これに従いショックを行う。

電気ショック後は、直ちに心肺蘇生を再開する。

心肺蘇生を再開後 2 分経過したら、AED は自動的に心電図の解析を始める。音声メッセージに従って、患者から離れていることを確認する。以後、2 分おきに心肺蘇生と AED 使用を繰り返す。

⑥ 心肺蘇生はいつまで続けるか

患者に目的を持った仕草（払いのけるなどの逃避行動、うめき声）が認められる、あるいは十分な自発呼吸が再開した場合にはいったん CPR を中断し、呼吸と循環を評価する。

⑦ 特殊な状況

- ◆ 患者の胸が濡れている：電気が体表の水を伝わって流れてしまうので、AED の効果が不十分になる。乾いた布やタオルで水を拭いてからパッドを貼り付ける。
- ◆ 胸毛が多い場合：電極パッドが肌に密着しないため、電気抵抗が高くなり AED 効果が半減する。本来貼り付ける位置に近い胸毛が少ないところに貼る。また貼付後も「接触が不良です」とのエラーメッセージが流れた場合は、電極パッドを再度強く押しつけて密着させる。押し付けてもなお密着しない場合は、電極パッドを胸毛ごととはがし新しいパッドを貼り付ける。
- ◆ 貼付剤がある場合：ニトログリセリン・ニコチン・鎮痛薬・ホルモン薬・降圧薬・シッフ薬が電極パッドを貼り付ける位置に貼られている場合、これをはがす。その後、残っている成分をふき取ってから電極パッドをつける。
- ◆ ペースメーカーなどが埋め込まれている場合：皮膚の下に、心臓ペースメーカーや

除細動器が埋め込まれている場合には、胸の一部が硬いこぶのように出っ張る。電極を貼り付ける部位にこの出っ張りがある場合は、電極パッドはその場所から少なくとも2～3cm離して貼り付ける。

【付 録】

< BLS/AED 実習コンセンサス (医療者版) >

- ☆ 笑顔で positive に constructive に！
- ☆ 原則として、インスト 1 名に対して人形 1 体・受講生 3 名
- ☆ Watch then practice 方式で指導（下記参照）

基本的に「できないこと」を前提に、1 シナリオ 1 FB を 3 回繰り返すことによって、グループ 3 名が出来るように目指していこうと思います。

<開始前の注意点>

各グループのインストは、セッションが開始される前に、担当ブースの受講生に挨拶し、背景のチェック・体調等の確認を行ってください。

また、ブース内の椅子にはフェイスシールドがありますので、記名をお願いしてください。受講生は、名札をつけています。紐の長さを調節するように伝えてください。

- * 感染防御が問われる時代です、各ブースに酒精綿を準備いたします。吹き込み後は必ず消毒をお願いします。

<進行>

1. 挨拶と導入（5分）ここで、講習会の目的を伝えます
2. BLS の概要を説明（5分）・急変時の対応を身につける必要性を伝えます
3. 胸骨圧迫心臓マッサージの練習

実習（5分）

- 1) 最初の受講生 A が人形の前にスタンバイします
(胸骨圧迫心臓マッサージの位置と姿勢を確認してください)

胸骨圧迫心臓マッサージの位置は、乳頭と乳頭を結ぶ線（乳頭間線）と胸骨がクロスする点に、肘を伸ばし目線は傷病者の脇を覗き込むように・・・

- 2) 全体でメトロノームを鳴らします。各ブースで胸骨圧迫心臓マッサージを開始します。

(P o i n t ここでは、1 分間に 1 0 0 のリズムを体感していただきます)
A の受講生が 30 回に近づいたら B の受講生に反対側で待機させます。

(ここでは、あえて 5 秒以内での交代は強調しません)

C の受講生も B の受講生の終了間近にスタンバイします。

C の受講生が 20 回を超えたところで、「胸骨圧迫の交代を 5 秒以内にしましょう」とアナウンスし、A の受講生に戻ります。

ここから、P o i n t 胸骨圧迫の深さについて指導をお願いします。

再び A の受講生に順番が回ってきます、速やかに交代し P o i n t リコイルへの意識付けを行います。一名が 30 回の胸骨圧迫を 3 回繰り返すことで、胸骨圧迫に必要な 3 つの P o i n t を伝えていきます。

＜胸骨圧迫の練習は終了です、受講生は疲れています、労いの言葉をお願いします＞

4. 意識の確認→人と物を集める
実習（5分）
5. 呼吸と脈の確認→人工呼吸と胸骨圧迫心臓マッサージ
実習（5分）
 - 1) 頭部後屈顎先挙上法で気道確保をおこなう
 - 2) 傷病者の口元に自分の頬をよせ、呼吸を観察します「見て・聞いて・感じて」
同時に頸動脈を触知し、脈の有無を確認します（5秒以上10秒以内）
 - 3) 呼吸と脈がない→2回の人工呼吸＋胸骨圧迫心臓マッサージと換気 30：2
（人工呼吸にてこずらないように、積極的にアシストしてください）
ここでの吹き込みは1回の換気に1秒！（胸の上がりを確認できるくらい）
6. 傷病者発見から通しで実習（20分）
＜AEDの実習＞
7. ポケットマスクによる換気の説明と実施（10分）
側方からのアプローチをメインでおこないます
8. AEDの説明を行います（5分）
9. ＜AED 3step＞（25分）
 - 1) 4 universal algorism（電源→パット→解析→除細動）「まず！電源を強調」
「パットの貼り方（場所・密着）を強調」
→（シールを）はがして、はだに、はる「3つの[は]」
 - 2) 「安全確認を強調」
合言葉は！「自分よし！あなたよし！周りよし！ショックします」

POINT

- * 実習中は、AEDを別の受講生が持参し、胸骨圧迫を交代、AEDを操作する形式でBLSからの一連の流れを評価できるようにしましょう。
- * 時間の限り上記を繰り返します。特殊状況（水・小児・貼付薬・PM）に関しては、上記が完全に出来るようになってから投げかけてください。初期のうちから導入する必要はないと考えます（胸毛も）
- * 実習の後半には、心拍再開後の観察処置についてもふれていきましょう
Ex. ①心臓マッサージ・人工呼吸5サイクル後→脈あり→呼吸なし→換気のみ続行
②心臓マッサージ・人工呼吸5サイクル後→脈あり→呼吸あり→意識なし→回復体位

「最初はABCで確認したので、この場合CBAです」と容易にまとめて指導はしない。

Ex. 脈あり「どうしますか？」呼吸ありません「どうしますか？」など対話式をお願いします。

- * 1名が実習しているときも、周りの2名を巻き込んで3名にFBをかけてください
受講生がいきなり出来ていれば、積極的に突っ込んだ内容を指導してください。
- * つねに、受講生の反応を確かめながら進めていきましょう。
- * 1歳～8歳未満の小児の場合は小児用パットを用いる

- * 小児用パットがない場合は、やむを得ず成人用を慎重に使用する
- * 心肺蘇生開始までに4～5分の時間経過があったものに関しては、AEDがあっても先に5サイクルのCPRを行っても良い

10. まとめ（5分）

上記のように進行してまいりたいと考えています。実習の時間も限られており、至らない点が多いと思いますが、何卒お付き合いいただきたいと考えております。

BLS/AED 講習会にインストとして参加していただける方にはこの場を借りてお礼を申し上げます。ありがとうございました。これからも ACLS 普及に向けお力をお貸しください。

E. 結論

本研究により、行政処分を受けた看護師等に対して、心肺蘇生に関して、再教育のためのモデルプログラム並びに教材の原案を示した。具体的な教育内容・コンセンサスについては今後の再教育プログラムを実施にあわせ適宜改変を必要が肝要である。

<文献>

- 1) 心肺蘇生法委員会編：救急蘇生法の指針《2005》医療従事者用：日本救急医療財団監修、へるす出版、2007
- 2) 平出敦編：ICLS コースガイドブック：日本救急医学会 ACLS コース企画運営委員会、羊土社、2007
- 3) 日本蘇生協議会監修：AHA心肺蘇生と救急心血管治療のためのガイドライン 2005、American Heart Association, Inc、2006
- 4) 小林國男・益子邦洋・坂本哲也編：救急救命士のための二次救命処置テキスト、へるす出版、2007
- 5) 山田実貴人他：ACLS GIFU handbook Ver.2005、ACLS 岐阜、2006

Ⅲ 個別研修

Ⅲ－１ 個別研修モデルプログラム案について

個別研修は、被処分者の処分事由や研修を受ける場所によってさまざま考えられる。そこで、「行政処分を受けた保健師・助産師・看護師に対する再教育についての検討会報告書」で、個別研修の場として想定されている、看護の臨床現場、教育現場、都道府県看護協会等に所属している分担研究者及び研究協力者の協力を得て、具体的な個別研修モデルプログラム案を作成した。

個別研修を受けようとするものは、別添する厚生労働省医政局長通知及び看護課長通知に述べられているように、自ら依頼をして了解を得た助言指導者の助言を受けて、行政処分の事由と、その期間に応じた適切な個別研修の計画を立てて研修することとなる。また、研修計画を立てるに当たっては、業務停止の行政処分中であり、保健師助産師看護師法に基づいた独占業務を伴う業務を行うことは許されていないことから、それらに関連する業務について学習が必要な場合は、シミュレーターを用いるなどの工夫が必要である。

本研究で示した個別研修モデルプログラム案は、あくまでもモデル案であり、実際に再教育を受ける被処分者はさまざまであると同時に、その置かれた状況もさまざまであることから、このモデルプログラム案を念頭に置きながら、現実的な研修計画を立てることが重要である。

また、この研修計画を立てるに当たっては、再教育を受けようとしている者が自ら依頼した助言指導者の助言を受けて、立てることとなっているのは先に述べた通りである。

以下、個別研修が行われる場所として想定されている、各機関における研修プログラム案について提示する。

Ⅲ－２－１ 看護教育機関で研修を行う場合の個別研修モデルプログラム案

山梨県立大学看護学部の例

—看護教育機関で助言指導を担当する場合を中心に

(行政処分を受けた助産師への個別研修例を含む) —

松下由美子

小林 美雪

名取 初美

有井 良江

萩原 結花

1. 教育機関における個別研修内容の検討

1) 個別研修における目的及び考え方

- (1) 医療事故およびその他の事案で行政処分を受けた看護職者の個別研修を行い、看護職者自らの事案についての省察（内省）および今後の看護職者としての業務を遂行するにあたっての医療安全について理解を深めること。
- (2) 長期にわたり医療現場を離れていたことを踏まえ、最新の医療安全の取り組みについて知ることにより、現場復帰への不安を軽減すること。
- (3) そのため、目標としては、基本的な看護技術の再学習と医療機関での見学研修により、医療安全の確保について理解を深めることと、看護職者としての基本的な姿勢と態度を身につけることとする。

2) 実施場所

行政処分を受けた看護師等の再教育における個別研修を行う場所としては、図1に示したようにさまざまな場所が考えられる。個別研修の計画は助言指導者と相談して立てることになっているが、処分事由となった内容に応じて、個別研修場所を選んで研修することが望ましい。看護の教育機関で個別研修を行う場合にも、医療機関や保健・福祉施設などと連携して、再教育の対象者の処分事由に応じた研修計画を立てるようにする。

再教育の個別研修機関とその期待できる研修内容としては次のように考えられる。

- 看護の教育機関では、安全確保のための、根拠に基づいた看護技術を修得することが可能である、シミュレーション機器などが揃っている看護系の大学等での研修が望ましい。
- 研修を行う医療機関は、対象者の勤務していた病院等と同規模程度で、専任リスクマネージャー（GRM）の指導助言を受けられる機関が望ましい。
- 医療過誤以外の事由で行政処分を受けた者については、公共の福祉団体等でのボランティア活動も選択肢のひとつとする。

3) 実施期間

- 個別研修 20 時間、80 時間、120 時間は、研修期間としてはそれぞれ 3 日、13～15 日、20 日程度と考え、必修・選択プログラム研修と個別研修をそれぞれ、研修期間と対象者の事由により個別に組み合わせて決める。
- 基本的には、研修期間の長さにかかわらず教育機関での研修は 2 日程度とし、事故事由の内容

を考慮して、医療機関と公共の福祉団体等での研修内容を増やすことが現実的である。

4) 実施内容 (※資料1・資料2 参照)

○医療機関

- ・安全確認の実践場面の見学(チューブ管理、与薬、転倒転落防止等)
- ・医療機関内でのコミュニケーション場面の見学や感染防止対策の見学と医療従事者およびボランティアの業務補助等を行いながら、安全を守るための実際的な取り組みを学ぶ。

○教育機関

必修プログラム研修として

- ・シミュレーターでの看護技術の学習(フィジカルアセスメント(呼吸・循環)、酸素吸入、気管内挿管、静脈血採血、点滴静脈内注射、筋肉注射等)について選択できるようにする。
- ・上記と平行して、看護についてのビデオ教材・文献から看護技術について自己学習を事前、事後に行い、エビデンスのある看護技術の修得を行うこととする。

選択プログラム研修では、事故事由を考慮しての研修を行えるようにすることが望ましい。

- 公共の福祉団体等での研修としては、都道府県の社会福祉協議会等を通してのボランティア活動、交通事故被害者・家族の話聞く等が考えられる。

4) 研修終了時の評価方法

- レポート(各講義、実習後のレポート)や面談の内容を踏まえて指導者が評価し、個別研修報告書に盛り込む。

○評価の基準は

- 1) 客観的な振り返りができているか
 - 2) 自己の課題が明確であるか
 - 3) 職場復帰に前向きな姿勢であるか
- という観点が必要である。

○教育機関の教員が助言指導者として行うこと

- ・教育機関内での研修計画書作成への助言
- ・医療機関、ボランティア等の研修のコーディネイト
- ・対象者の話に傾聴し、現場復帰に向けての気持ちの整理を手助けすること

2. 助産師を対象とした再教育プログラム (※資料3参照)

20時間の研修では、以下の観点から教育プログラムを作成した。

- 1) 助産師業務は独占業務ではあるが、内容に医療行為が含まれるため、医師だけが実施できる範囲、助産師と医師両者が実施できる範囲、助産師が自己の判断だけで実施できる範囲を明確にできるようにする必要がある。そのうえで、助産師としての倫理観と責任感を持てるような教育内容とする。
- 2) 助産業務に伴う責任を明確にする。
- 3) 助産師の定義である「助産」と「保健指導」の2つの視点での技術の確認をする。
助産の範囲と考えたものは、「妊娠中の管理」と「分娩進行中の管理を含めた分娩介助」である。

- 4) 産科領域では母子の状態の急変がしばしば発生し、その対応をしなければならないことがあるため、産科救急に関わる知識（薬剤・輸血等）と技術の確認をする。
- 5) 助産師の関わる医療事故防止の中でもっとも多いものの1つが薬剤関係であるため、薬剤に関する知識の確認と、輸液ポンプの使用方法の確認をする。
- 6) 臨床現場の環境・雰囲気になれることができる。
- 7) 以上のことから、臨床現場に復帰できるという希望をもつことができる。

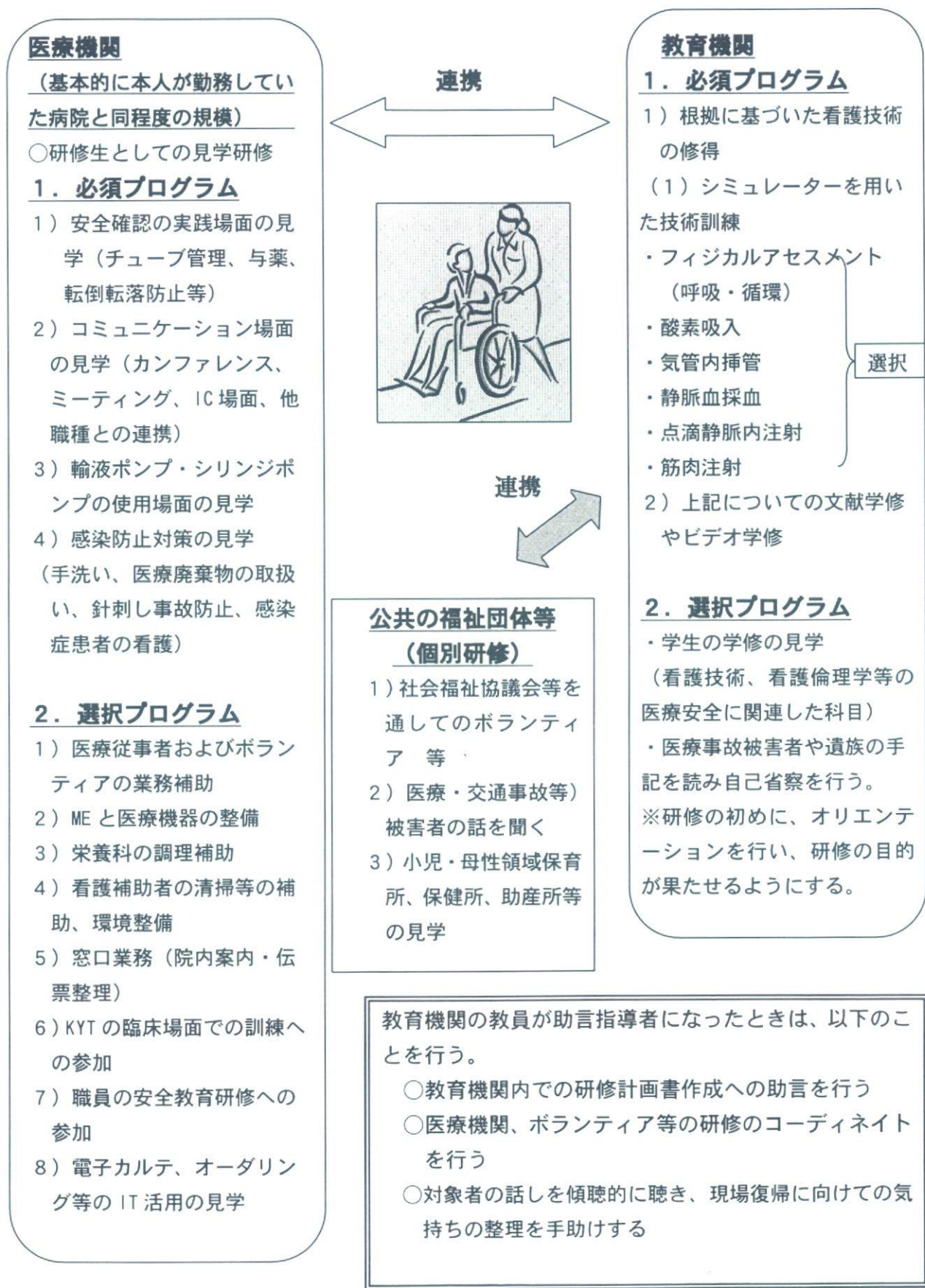
80 時間時間の研修においては、20 時間の研修内容をさらに深めることとして、20 時間、80 時間のモデルプログラム案を作成した。

助産師の再教育で 120 時間の研修が必要な対象者については、80 時間の助産師の再教育モデルプログラムを基本として、看護師を対象としたモデルプログラムの展開例を参考にして、それぞれの処分事由に応じた研修計画を助言指導者の指導を受けて作成し実施するのが望ましいと考える。

参考文献

- 1) 楠本万里子：「行政処分を受けた保健師・助産師・看護師に対する再教育に関する検討会」報告書について，看護，59（13），日本看護協会出版会，2007，11，68－78.
- 2) 川村治子：医療安全ワークブック，医学書院，2004.
- 3) 杉本正子・南方暁他編：わかりやすい関係法規，ヌーベルヒロカワ，2003.
- 4) 我妻堯：鑑定からみた産科医療訴訟，日本評論社，2003，3－19.
- 5) 樋口正俊：周産期医療における訴訟の動向，周産期医学，35（1），2005，111－123.
- 6) 石井トク：助産師の医療事故責任と事故対策，助産師，53（2），1999，6－10.
- 7) 日本助産学会：日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲，日本助産学会誌，12（2），1998，77－78.
- 8) 和田仁孝・前田正一：メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案，医学書院，2001.
- 9) 厚生労働省：「行政処分を受けた保健師・助産師・看護師に対する再教育に関する検討会」報告書，2007. 8 月
- 10) 厚生労働省：「行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会」報告書，2005. 4 月

行政処分を受けた看護師等の再教育プログラム（個別研修） 図 1



	医療機関	教育機関	公共の福祉団体等
研修目的		1) 医療安全の確保のための根拠に基づいた看護実践のための技術修得 2) 事故分析法の修得により、危険予知能力を高め、安全について意識の向上が計られる	※特に、医療事故以外の事由での研修においては、社会福祉活動を実施することでの自己の振り返りを目的とした研修が有効と考える。
実施期間	1日～2日	1日～2日（コア研修と個別研修の区分けは不要）	※医療事故事由以外の研修を主に行う
内容	医療機関での研修	1) 医療安全の確保のための根拠に基づいた看護技術の修得 (1) シミュレーターでの技術修得（個人の事由に応じて選択、2時間程度） ① フィジカルアセスメント（呼吸・循環） ② 酸素吸入 ③ 気管内挿管 ④ 静脈血採血 ⑤ 点滴静脈内注射（チューブトラブル・与薬について） ⑥ 筋肉注射 (2) (1)と平行してビデオ教材、文献からの看護技術等の自己学修（2～4時間） 2) 事故分析法の学修（4時間） (1) KYT等により、危険予知能力の向上および自己の事由について振り返りができる内容を選択して分析を行う。	○ 都道府県の社会福祉協議会等を通してのボランティア活動 ○ 交通事故被害者・家族の話を聞く ○ 保健所、保育所、助産所等でのボランティア
助言指導の方法	安全管理者・担当師長	○ 選任された教員が、自己のスケジュールを調整して対応する。その際、有効な教材や方法について、他の教員の協力を得る。（看護技術の各専門教員、事故分析を行える教員等）	
評価方法 (評価の視点)	1. レポート(各講義、実習後のレポート) 2. 面接 3. 指導者の評価 上記の指標の視点(医療安全の確保の観点を重視して) 1) 客観的な振り返りができているか 2) 自己の課題が明確であるか 3) 職場復帰に前向きな姿勢であるか		

個別研修モデルプログラム案（20時間・80時間・120時間への展開例）

資料2

	医療機関	教育機関	公共の福祉団体等
研修目的	病院で患者に安全な医療を提供するために、どのようにならなければならないかを知ることを行われているかを知ること。 (研修生としての見学研修) ※研修病院の規模は、対象者の勤務経験を配慮する	1) 医療安全の確保のための根拠に基づいた看護実践のための技術修得 2) 事故分析法の修得により、危険予知能力を高め、安全について意識の向上が計られる	※特に、医療事故以外の事由での研修においては、社会福祉活動を実施することでの自己の振り返りを目指すとした研修が有効と考える。
実施期間	1～2日（20時間の場合） 5日（80時間の場合） 5日～7日（120時間の場合）	2日程度（共通コア技術研修・個別研修合わせて）	5日以上（80時間の場合） 10日以上（120時間の場合） ※20時間の場合は対象者と相談する。
内容	<p>1. 必須プログラム</p> <p>1) 安全確認の実践場面の見学（チューブ管理、与薬、転倒転落防止等）</p> <p>2) コミュニケーション場面の見学（カンファレンス、ミーティング、IC場面、他職種との連携）</p> <p>3) 輸液ポンプ・シリンジポンプの使用場面の見学</p> <p>4) 感染防止対策の見学（手洗い、医療廃棄物の取扱い、針刺し事故防止、感染症の患者の看護）</p> <p>2. 選択プログラム</p> <p>1) 医療従事者およびボランティアの業務補助</p> <p>2) MEと医療機器の整備</p> <p>3) 栄養科の調理補助</p> <p>4) 看護補助者の清掃等の手伝い、環境整備</p> <p>5) 窓口業務（院内案内・伝票整理）</p> <p>6) KYTの臨床場面への参加</p> <p>7) 職員の安全教育研修への参加</p> <p>8) 電子カルテ、オーダーリング等のIT活用の見学</p>	<p>1. オリエンテーション</p> <p>1) 研修計画の確認（目標、方法、日程等）</p> <p>2) 学内の教育施設、使用器具・文献等の説明</p> <p>2. 必須プログラム</p> <p>1) 医療安全の確保のための根拠に基づいた看護技術の修得</p> <p>(1) 事前の見学（ビデオ・文献から）</p> <p>(2) シミュレーターでの技術訓練</p> <p>① アイジカルアセスメント（呼吸・循環）</p> <p>② 酸素吸入</p> <p>③ 気管内挿管</p> <p>④ 静脈血採血</p> <p>⑤ 点滴静脈内注射</p> <p>⑥ 筋肉注射</p> <p style="text-align: center;">} 対象者との相談で選択する</p> <p>3. 個別研修(個人の事由に応じて選択)</p> <p>1) ビデオ教材、文献からの看護技術等の自己学習</p> <p>2) 学生の学習の見学（看護技術、看護倫理学等の医療安全に関する課題）</p> <p>3) 医療事故被害者や遺族の手記を読み自己省察を行う。</p> <p>4. 評価(振り返りと今後の計画)</p>	<p>1) 都道府県の社会福祉協議会等を通してのボランティア活動</p> <p>2) 交通事故被害者・家族の話を聞く</p> <p>3) 保健所、保育所、助産所等でのボランティア。</p>
助言指導の方法	GRMまたは教育担当師長	選任された教員が、自己のスケジュールを調整して対応する。その際、有効な教材や方法について、他の教員の協力を得る。（看護技術の各専門教員、事故分析を行える教員等）	各関係部署の担当者と助言指導者が連携する
評価方法(評価の視点)	<p>1. レポート（各講義、実習後のレポート）</p> <p>2. 面接</p> <p>3. 指導者の評価</p> <p>上記の指標の視点（医療安全の確保の観点重視して）</p> <p>1) 客観的な振り返りができているか</p> <p>2) 自己の課題が明確であるか</p> <p>3) 職場復帰に前向きな姿勢であるか</p>		