

院を超えた、いずれも事前の体制構築が不可欠になってきます。

IHIに参加した病院の病棟急死例の48パーセントは、ICUに辿り着けずに、十分な治療も受けずに亡くなっているわけです。ICUに行っても十分な治療を受けたけれども亡くなったというのは3パーセントに過ぎないというデータがありまして、実に一般病棟は怖い状況になっています。これを改善しなくてはいけないというのが、キャンペーンに参加する動機付けです。これは、「うちもラピッド・レスポンス・チームを導入しなくてはいけない」と思わせる動機付けのデータです。

院内でなぜ不慮の死亡が発生するかというと、プランが欠如しているからです。しかし、プランだけあっても助からなくて、現場の看護師がいかにも「何かおかしい」というのに気付くかが1番のポイントです。それが無ければバイタルサインも測らないわけですから、そこをどう改善するかというのは実は難しい問題です。

あるいはコミュニケーションエラーが問題になります。看護師はとっくに気付いていたのだが、医師に言っても来てくれないし、医師が無視したとか、「あの医者だから言いたくない」とか、いろいろな壁があって、実際には危機が伝わっていないというエラーも、非常にプリミティブですけれども、患者さん・家族には説明できないような深い原因があるのかもしれません。

恐らく、院内での死亡例に対してどういう処置がなされたのかということレビューしてみたら、大変怖い結果になるかもしれません。私も自分自身の所でレビューしたことはありません。ブリガム&ウィメンズ、ボストンのハーバードの関連病院ですが、そこでも院内心肺停止があってコードブルーをかけて、蘇生チームがたどり着くまで15分かかったというデータがあります。7~8年前でそういう状況ですから、現実を見るとなかなか怖い数字が出てくると思います。

いきなり心停止になるわけがないのですから、急変のほとんどに予兆があるわけです。その予兆に気付かない、実に気付いていないというのが1番の問題です。予測しない、見ても何ともないだろうと思ってしまう、思い込みエラーというのが原因になっています。

その心停止の予兆として、血圧、心拍数などの上げることができますが、まずモニターを付けなくてはいけないのではないかと、ちょっと血圧を測ってみようと思う、それは気付きますから、それが無いと何も進みません。したがって私は、「何か変だ」という看護師の気が1番大事だと思います。

ところが実際に、ハワイの陸軍病院のデータですが、客観的な数字を備えていても、実際にラピッド・レスポンス・チームが呼ばれている70パーセントの理由は、「何か変だから来てくれ」という声が1番多いのです。多分、現実的にはそうなるだろうと思います。実際に、私はこれぐらいの緩い基準でコールをかけないと手遅れになると思います。

例えば、呼び掛けに対して反応がおかしい、昨日は元気にしていたのに今日はろれつが回っていないということになると、脳梗塞の初発症状かもしれません。いつものいびきと違って気道が閉塞したようないびきをかいているとか、どうも呼吸数が遅くて不十分な呼

吸をしている、すごくしんどそうに呼吸している。術後 SpO<sub>2</sub> を付けていれば、それが低下したぐらいで医者が来て、それはもう呼ばれなくてはいけないというシステムにしておかないと、看護師も呼びづらいです。ショック症状というのは、簡単に顔色が悪いとか、皮膚を触ったら冷たくて湿っている。これぐらいの基準で呼んであげるのが 1 番アーリーだと、今のところは考えています。

病棟看護師さんの現場のアセスメントが極めて重要で、これが劣っていたりコミュニケーションエラーが起きたりすると、致命的な出来事になってしまうと思います。もちろん蘇生と安定化はしなければいけないのですが、日ごろ折り合いが悪い仲間でもきちんと情報伝達するといったことは訓練しておかないとできませんから、日ごろの学習が大事です。転送する場合には、どういう手順で病院に送るのか、病院の救急車に何を持ち込んで運ぶのかということまでアクションプランを立てておかないと、対応は難しいと思います。

これも同じくハワイの陸軍病院ですが、結局何事もなかったというのが 60 パーセントを占めて、そのまま一般病棟に滞在したというのは 60 パーセントです。これはいいわけです。何事も起こらずによかったという結果で、実際に ICU に行ったのは 20 パーセントというふうになっていますから、やはり「何か変だ」というので呼ばれると、これぐらいで済んでいいのかなとは思いますが。

ラピッド・レスポンス・チームを導入するにあたって、管理者がその重要性を理解していません。「現場でやってくれ」というようなシステムではなく、本当に必要であって管理者主導でプランニングをしなくてはならないだろうし、ラピッド・レスポンス・チームは確立的なシステムではないというのがポイントだと思います。その病院のリソース、例えば「うちはラピッド・レスポンス・コールがあってもそんなにたくさん行けない」という所では、看護師 1 人に対して研修医が駆けつけていくような訓練をするといったことも考えられます。決して確立的なシステムでもなければトレーニング方法も無いわけですから、皆さんの医療施設の患者さんのポピュレーションとリソースを考えて組み立てなければいけないのです。

研修医訓練はどうやって行うかという問題はありますが、1 番大切なことは、「プランだけあってもラピッド・レスポンス・チームのシステムにスイッチが入らないと、患者さんは心停止で見つかってしまう」ということです。

ここで、問題です。あなたは、一般病棟の準夜勤で巡回しています。夜の 8 時です。次に行こうとしている個室にはヤマダさん、65 歳男性が入院しています。既往歴は糖尿病、肥満、高血圧で、たばこをばかばか吸っています。午後の 6 時半ころに突然胸痛が出現し、夜間外来から精査がいるだろうということで入院しましたけれども、付き添いの奥さんは帰りました。酸素は投与し点滴もやっていますけれども、モニターはまだ準備ができてなくて装着していません。という患者さんがいます。

あなたは次にトントンとノックして、「ヤマダさん」と入っていく監視に行く看護師ですが、ここで何を予測できるかが危険予知能力です。予測される最悪の事態に対してどうす



ればいいのか、プランニングできていますか？もし起こったら嫌だなと思うのは人間の常で、「多分無いだろう。逃げ切れるかな」と思いながら日々を過ごしていても、いつか引っ掛かるのが医療者ですから、「いつか大変な目に遭ってしまう」と思いながら、トントンとドアをノックして入っていきます。

明るい個室に入ると、ヤマダさんは寝ているようですけれども、血圧を測定しようと思って近づいていくと、寝息が聞こえません。さあ、あなたはどうかアセスメントして行動を取りますか、という問題です。

4つの選択肢があります。①よく寝ているので、そっとしてそのまま出て行く。②せっかく血圧計があるから、血圧と脈拍と呼吸数、バイタルサインをチェックして、異常があれば医師に連絡する。③何か変だから、おっかなくなつてすぐにナースステーションに戻って、救援を要請する。④「ヤマダさん、わかりますか」と、揺するなどして呼び掛けをして、反応をチェックする。反応が無ければ、救援を要請する。答えは④です。これが BLS です。BLS は心停止に使うものではなくて、こういう時に使うものです。

医療サービスというのは非常に危険なサービスで、医療に関連して入院が延びる確率が 0.3 パーセントあるわけです。0.3 パーセントの確率で飛行機は落ちるかもしれませんがよという飛行機には、皆さん乗りませんよね。「1,000 フライトに 3 フライトは落ちますけど、安全でしょう。だから乗ってくれ、お金も取る。」というサービスはあり得ないわけで、それをやっているのが医療です。さらに、何か起こった時の医療チームクルーのコミュニケーションは最悪です。そういう状況の中でこうならないように、相当練習しなければいけません。

危機が起こったときには、診断することが第一義的な目的ではなくて、死なないようにするのが目的なのです。飛行機で言えば落ちないようにすること、それが BLS、ACLS、PALS なのです。それができないと、原因の究明と対策が打てないわけです。その部分で専門医はすぐに診断に走りがちで、けいれんがあると CT をやっている間に心停止とか、よくあると思います。

今から、チームアプローチのお手本をお示しします。

これは AHA の小児 2 次救命処置で見せる、チームダイナミクスのお手本です。この中で、コミュニケーション、役割分担、チームリーダーシップ、それとクローズド・ループ・コミュニケーション、全部の要素が出てきます。こういうものを使って練習しても、PALS ができても、現場ではできないというのが大体通常のパターンです。医療を教えるプロがいて、インストラクターがいて、院内で繰り返し練習するというのが、これから非常に大事になってくると思います。

チームストラクチャーですが、恐らく日本だと第一発見者は看護師になるでしょう。看護師の急変への気付きの能力をかなり高めて、何か変だと思って「何か変だから、先生来てください」と言っても、「そんなことで行けるか」と言われるのがおちです。「変だ」というのを言語化していかに医者に伝えるか、それが非常に大事で、ラピッド・レスポンス・

チームのルールに従ってスイッチをオンにすればいいわけです。

また、ラピッド・レスポンス・チームが来るまでに時間が掛かりますから、その場で応急処置はしなければいけない。それは看護師 1 人か、せいぜい 2 人ぐらいでバックバルーンマスク呼吸や心臓マッサージを行います。もちろん AED は使えなくてははいけないので、トレーニングしておく。ラピッド・レスポンス・チームが来たら状況をサマライズして、本チームが来るわけですから、そこに応急チームから本チームに移行するためのコミュニケーション、カルテの参照、家族への連絡というのを順番にトレーニングしていくのが、日本の医療に適していると考えています。

「何か変」と気付いてそれを言語化して、ラピッド・レスポンス・チームを呼ぶというのは頭の中の訓練なのですが、実際に救命処置をやるというのは体の訓練です。チームダイナミクスがあるわけですから、これはこれでしっかり練習しておかないと、100 回講義を受けたってできるわけがありません。ゴルフのテレビを見たらシングルになれるかというのと、そんなことはなくて、練習しなくてはなれないわけですから、練習が必ず必要です。

この後に私たちは、「患者急変対応コース for ナース in 気付き編」というものを作ること考えています。クライシスマネジメントの第一歩、気付きを学習するコースです。「気付け、気付け」と言われても気付けないわけですから、これをどうやってインストラクションするかという、そのメンタルチェンジを促さないとビヘイビオラル・チェンジは出てきません。急変への対応、第一歩をいかに歩みだすかというところをどう教えるか。それができないと、チームダイナミクス・フォー・コミュニケーションの能力は教える段階には至らないと思います。

## 看護師を対象とした「患者急変対応コース」の開発

浅香えみ子

獨協医科大学越谷病院 救急救命センター

そもそも患者の急変対応ということは、患者の生命の危機状態からの回避ということで、安全確保といったところではもう必須の項目で、これを無くしてはあり得ないという項目だと思います。そして急変対応ということで、看護師の教育もそれぞれの場所でそれぞれの方法で積極的に行われてはいるのです。私もいろいろな場所で急変対応といった講義をさせていただいたこともありますが、基本的には心停止への急変対応が、急変時の看護師の教育課題ということで扱われていることが多々あります。

結局教えられることというのは、一次救命措置。患者さんが意識をなくしましたといったところから始まる、基本的にはBLSと言われる部分の教育にとどまっているのが現状ではないかなと思います。そういったところでは、BLS、心停止というのは最悪なシナリオということになるかと思うのです。心停止に速やかに対応できればそれはよしではあるのですが、心停止に至ってしまったものをどうにか対応するというのは最悪なシナリオということになりますので、患者さんの安全を考えたときに、やはりこの最悪なシナリオに至る前のシナリオ、状況で対応できないかといったところの必要性を感じているところでございます。

そして、看護師を対象とした急変対応コースを開発した目的というのは、患者急変というのは、それまでの生理的安定性が不安定化して、潜在的には心停止に至る紆余曲折した変局的なイベントの繰り返しであると。そういった患者急変の中で、どこで対応するか。すべて「急変対応」というふうの一つの言葉で言えるかと思いますが、急変対応はここからここまでのすべてのプロセスの中で介入し得るといったところでは、今までは、循環動態の変化、ショック状態への移行、ときにはやはり意識消失、心停止。BLSを必要とする状況で初めて急変対応としていたところだったかと思いますが、やはり今後はより危険予測に基づいて、患者さんがそこまで至る前、生命の危険にさらされる前に、症状の悪化ですとか体調の変化といったところをキャッチして次の急変対応等につなげていくことが、より安全な医療の提供につながっていくのではないかと考えております。

救命技術というレベルはもう当たり前のスキルですので、ここの状態に至る前にどうにか対応する。やはり皆さんご存じの通り、いったん停止してしまうと、心臓を再拍動させるということは非常に難しい状況でありますし、動き出したからといって社会復帰に至れるかという、必ずしもそうではない難しい状況があります。そうなる前に対応するためには、やはり先ほど池上先生の方からも繰り返しありましたが、重篤化する前にキャッチをする、これが急変の気付きというかたちになってくるのです。私は看護師なのですが、そこが我々看護師ができる急変対応で最も重要なことではないかと思っておりますので、ちょっ



とこれの教育プログラム等について考えていきたいと思えます。

それを考える上で、救急の対応というのは情報戦とよく言われております。要は、患者さんの今起きている状況の判断をして、それらの情報から今後何が起こり得るかといったことを先に予測する力によって気付きとかそういったものが出てくるのですけれども、この能力に関しては看護師間の能力差があるかと思えます。

能力差がある理由には、今までやはりこういった教育プログラムが無かったという事実があります。そして、それらはどういうふう育成されてきたかという、ベテランのナースが気付けるということが表すように経験知によって育成されてきたという背景があります。年配の看護師さんなど経験が多い方は、「何かおかしい」という第六感で対応してこられた経緯があります。ですので、新人ナース等が入ってきた場合、「何で気付かなかったの」と、多分そういった激励が飛ぶことも多々あるのだと思えますが、そういう背景では、やはり新人等々、急変に当たったことのないナースにとっては、急変に気付くということは実質無理だという状況であると思えます。

これはそのことをちょっとシエマにしたところなのですが、私たち年配の看護師さんたちは経験があつて、いろいろな知識を勉強して気付くことができるようになっております。しかし経験の無いナース、もしくは知識不足のナースにとっては、やはり気付くということはかなり難しいことなのです。気付かなければ次の対処行動にいて、それ相応の急変対応といった行動には結びつきません。いかに気付かせることが重要かということなのですが、その気付きにはやはり知識と根拠といった、そういった基本的な知識と、あとは経験のこの両者がなければ、気付きの段階にアップすることはできないのです。これさえできてしまえば状態の予測性ができて、対処行動というところに必ず結びついていくといったコンセプトのもとに、学習プログラムを考えてみました。

ただその時に、昨今の看護教育の実態ということも抜いていくことはできませんので、これらを考慮してみますと、やはり経験不足ということは否めない状況だと思えます。知らない、見たこともない臨床の中でこういったものを学ばなければいけない、実践しなければならぬという事実があります。こういったところでは、どんなに見せたところでOJTというのはやはりかなり難しい状況があるかと思えます。現場の中でも、なかなか育成されてこないという難渋されている声が聞こえてくるころだと思えるのですけれども、学習過程においては知らないこと、認知していないところにどんなにやらせてみたところで、それはもう学習効果はありませんので、しょせん無理なことを私たちは今までずっと繰り返している状況ではないかと思えます。

ただその学習を、急変という救急場面に置いていかなければならぬというまた難しさもあつて、救急場面というのは再現性がなくて、繰り返すことが難しい。ましてや結果というのは、生命にかかわる緊急性、危険性がすごく高いものであるといったことがあります。そんなところに、知らない、見たこともないことを確実に実践しなければならぬという、かなり高いものを求められている。そういった学習をさせていかなければならぬというところがあります。

ただしこの問題に関しては看護師だけの問題ではないだろうと、昨今の様子を見ています。新しく入ってこられた研修医の方々等々を見ていても、全く同じ状況だと思っています。そして今の若い人たちにとって、大変難しいチーム医療。人との関係性を構築しながら学習していくという二つのスキルを習得していけないと、急変対応といったところには到達し得ないと思います。この両者を一緒にしていけないと、いくら気付いたからといって気付いたままで「私は気付きました」、「だけど、実践にはいかなかった」ということでは何にもなりませんので、これら気付いた者が確実に患者さんへのケアの提供に至るといったところまで考えていかなければいけないということで、この2点を学習のポイントに置いております。

患者の急変のその気付きの部分、今回のメインで提示したいと思っている部分なのですが、この部分と、あとはチーム行動による危機対応といったところの二本立てを、このコースの基本的構造と考えております。前半の気付きのところに関しては、気付くための、知識と経験の統合をし、続いてアセスメントをして、原因推定をして、何をしていたらいいのかという対応プランの策定のところまでを、気付きのセッションでは考えております。そして、チーム行動による危機対応のところでは、やはりチームの中での役割分担、あとはコミュニケーション、これを意識した実践といったことに主眼を置いて、コース教育プログラムを考えてみました。

これをコースデザインとして出してみますが、大きく分けて二つのセッションで考えています。一つ目が気付いていただく部分ということで、これを初めて見られた方は「何だろうな」と思うのですが、こっちがスタートなのです。スタートして、ちょっと一つ症例をご提示しますが、ある事実を現象、ケースを見ていただきます。見ていただいて、そこから何かを気付けるかどうか、キャッチできるかどうか。多分できないと思うのです。できなかった人に何らかの新しい課題、「こうやって患者さんを観察するんだよ」ということを提示します。それによって、同じ症例を見た時に「患者さんに何かがあるんだ」ということに気付くことができます。そこで一つの気付く方法を学んでいただいて、それをより効果的な次の実践行動に結びつくような気付きに至れるようなかたちで、さらに新しいアセスメント方法を提示します。それをまた実践していただくことによって、気付くための必要な観察、カテゴライズといったような気付きの一つのプロセスなのですが、そういったことを体験しながら学んでいただくというセッションです。

こちらのほうは、チームアプローチセッションというふうに記載しておりますが、ここは実際にチームで動いていただいて、個人の行動からチームの行動への変革といったところを目的に、二つの構成でコースを考えています。今回は気付きセッションの部分に関して、お話を続けていきたいと思っています。

気付くに当たって、最初にパッと見ても多分気付かない方が多い中で、ではどうすれば気付いていけるのかという本題です。経験のある人たちというのは、例えば患者さんが寝ている。その時に呼吸が浅いといったことをキャッチする。そして、呼吸が浅いことが何らかの呼吸不全等の重症な兆候に結びつくという経験を繰り返していくと、患者さんの呼



吸が浅いということだけでは止まらずに、先を予測した、この後には何が起こり得るかといったことを予測できるようになります。呼吸が浅いという出来事に対して、意味付けをすることができるのです。こういった症状のことを、危険に結びつく危険な兆候ということで、キラール・シンプトムと呼んだりしますけれども、こういったものをやはり、より早い段階でナースがキャッチできることが大事です。

こういった現象は、たくさんの場面で観察されます。新人のナースでも、何か元気がないということはキャッチします。ただ、元気がないで終わってしまうかどうか。周囲に無関心というその状態を、何か元気がないで終わってしまわないかどうか。ここがベテランとそうではない、気付ける人、気付けない人の大きな違いであります。やはりここから一つ越えてこちらの状況にどうにか行って、知識をつなぎ合わせてあげるといったことが、気付きの大きな学習の目的になるわけなのです。ですが、その時に実際観察はしていますが、看護師はたくさんのお患者さんを一緒に受け持っています。ですので、すべての患者さんに対してこういうことを予測して仕事をしていたのでは、実際には仕事にならないと言われてしまいます。これは事実だと思います。

そういった時にどういうふうにしていくかということ、たくさんのお患者さんを観察する中でも、パッと見てまず危険かどうかをキャッチするといったところでは、外見です。「即時アセスメント」としましたが、外見、呼吸状態、循環というまず三つの視点で、多くの患者さんのふるい分けをするわけです。視覚と聴覚というふうに記載しておりますので、決して別に何かを測定するわけでも何でもありません。パッと見た感じで外見です。あと、呼吸状態、循環。この三つの視点で患者さんを見て、もっとよく観察すべきか、何かここに問題があるかどうかを、大ざっぱに判断します。

例えば、外見であれば活気がある、ない。意識の反応がある、ないとか、外から見て分かる状態です。呼吸状態であれば呼吸機能運動だとか、胸郭の運動、外から聞いていてもうなり声がある、狭窄音がある、ウィジングが聞こえてくるといったことでも判断がつくかと思えます。

循環に関しては、発汗をしているだとか、皮膚の色がどうだとか。そういうのをパッと見ただけで、例えば、この寒い時に何でこの人汗をかいているのだろう、冷や汗をかいているのではないかといったところで、その段階でこのジェネラルアセスメントに引っ掛かってくるわけです。引っ掛かってきた段階で、もうちょっとよく患者さんのそばに寄って見てみよう。初めてこの時に患者さんに触ってみてフィジカルアセスメントをする中で、先ほどBLSの観察の仕方についても池上先生のほうからありましたが、呼吸・循環を見ていきます。ここでもし何か気道に問題があれば、そこからBLSをスタートすればいいということになりますので、こういったところでちょっと突っ込んでアセスメントを試してみる。1次アセスメントですね。

次は2次アセスメントで、よりもっと突っ込んで診断の方策まで見ていく上で必要な情報を集めていくこととなりますが、基本的には1次アセスメントのところまで、ナースとしては異常をキャッチする。アセスメントプロセス、観察のプロセスを伝えてあげる。こ



ういう方法で、たくさんの患者さんの中からそういった患者さんを拾い上げることを意識的にしていくことを、まず日ごろの教育の中に、業務の中に取り入れていくことが必要かと思えます。

観察に関しては、後で一つ症例を皆さんにご提示しながら、もう一度そこを確認していきたいと思えます。あと後半のチームダイナミクスのところに関しましては、この八つの項目、こういったコミュニケーションを含めた内容を、1番のコアにしまして、役割分担等々、こういったものを確実に行っていただく。それぞれリーダーとメンバーの役割には、こういったものがあるということが規定されておりますので、皆さんの施設のチームアプローチを評価していただいてもいいのではないかと思います。

明確なメッセージをはっきりした口調で話すように促しているかどうか等々、後は相互の尊重の中で怒鳴らないとか、当たり前のことなのですけども、先ほどありました、話したくなくなるような関係性はやはりいけないです。相互に尊重しながら、チームとして成り立っていけるようなチームアプローチを、こういったものをポイントに実践していくことが必要だと思えます。今回はチームアプローチについては、ご紹介だけにします。

まずアセスメントに関しては、ただ言葉で「冷や汗が出たらね」とか「患者さんの息が苦しそうだったらね」と言ったところで、やはり見たことのない人には伝わりません。より経験のない人にとっては、どんなに言葉で言われても、それが自分の頭の中にはイメージ化されません。患者さんを実験台にすることなく、臨床の実践時に近いようなかたちで具体的に視覚に訴えて経験知を高めてあげることによって、私たちが経験し繰り返し学んできたことを学ばせる。画像ですとかシミュレーションだとかシナリオステーションだとか、そういった現場に近い状況を設定しながら、その中で患者さんが出している症状を意識的に意味付けして、それを急変対応につなげていけるように、そこでアンテナが引っ掛かるようにしていかなければいけないというふうに思えます。

今から一つ症例を提示しますので、これを見ながら皆さんがどうこの患者さんをアセスメントするかを、頭の中でシミュレーションしていただきたいのですが。

今のような患者さんを、例えば呼気が延長しているだとか、話しかけに対して反応がないだとか、そういったことに対して異常をキャッチできることが必要なのです。ですので、今、私先に答えを言ってしまうかもしれませんが、今のような画像を見せて、新人さんでこういった状況を知らない人に関して、例えば「患者さんの意識がぼーっとしている」だとか、「目線が合わないということは、こういうことなんだよ」ということで、この先にどうということが予測されるかを教える。

先々にこの方は呼吸の状態がおかしくなって、バックバルブマスクの換気が必要になっていくのですけれども、こういった患者さんを見たときに、これから先何を予測して、今後どういった緊急性を感じるかを医師に報告する。「何々の患者さんの呼気が延長しているので、至急来てください」というようなかたちで、しっかりと言語化をして伝える。「何か変なんです」ではなく、具体的にこの患者さんの中のどの症状がおかしいのかといったことを、きちんと言語化できるようにする。

そのためには、やはり実際に必要な項目を実際の患者さんの症状とちゃんとリンクさせたかたちで学習プログラムを繰り返していく中で、経験をしていない人であってもある程度自分の中でのイメージ化ができる。こういった患者さんに次に出くわした時には、「何かおかしい」というふうに、経験知を補うようなかたちで次の行動をトリガーさせることが可能ではないかということの一つ提案させていただいて、終わりにしたいと思います。



医療の質・安全学会 第2回学術集会&国際シンポジウム  
ワークショップ10

2007/11/24

## 看護師を対象とした 「患者急変対応コース」の開発

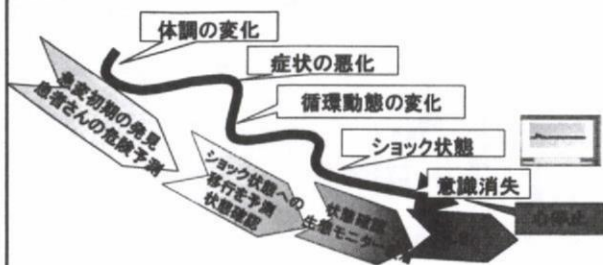
獨協医科大学越谷病院 救命救急センター  
浅香 えみ子

### 背景

- 患者の急変対応は、生命の危機状態からの回避であり、安全確保に必須の対処である。
- 急変対応で行われている看護師教育の多くはBLSであり、心停止の急変対応である。
- この最悪なシナリオに至る前に対処することが患者の安全につながる。

### 看護師対象 患者急変対応コース開発の目的

- 「患者急変」は「それまでの生理的安定性が不安定化し、潜在的には心肺停止に至る変曲的なイベント」



### 看護師対象 患者急変対応コース開発の目的 急変を気付く能力の必要性と育成

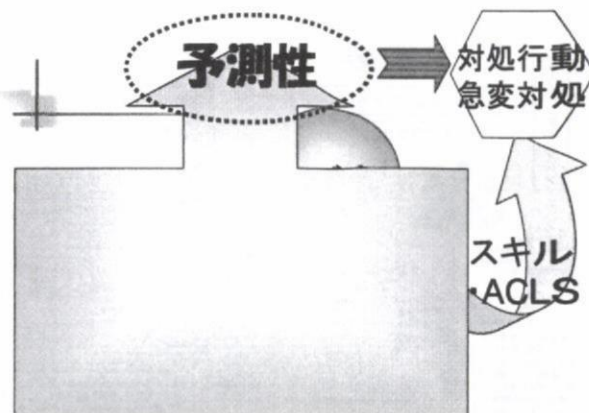
- 救命技術(救急蘇生:BLS・ACLS)は救急対応として必須。
- しかし、急変重症度が低い間に対処できたなら、患者の生命が危険にさらされるリスクは減少する。
- 停止した心臓を際は拍動させられる確率は、少ない...

急変を重篤化する前にキャッチできる事が  
看護師による急変対応の最も重要な事

### 救急対応は情報戦

- 急変に気づくためには、現状の情報から、先を予測する力が必要。  
ここに、看護師の能力差があります。

その理由は、看護師個々の経験知によって育成されている能力だから...



現代の看護教育の実態を考慮すると・・

- 経験不足「知らない、見た事もない臨床」  
これでは、実践の科学である看護場面でのOJTは困難・・
- 学習過程において、認知のないところに経験を重ねても学習効果はない。
- 救急場面は再現性がなく、繰り返し経験することが困難。生命に関する緊急性の高い状況である「知らないこと・見た事もないこと」を確実に実践する事が求められます

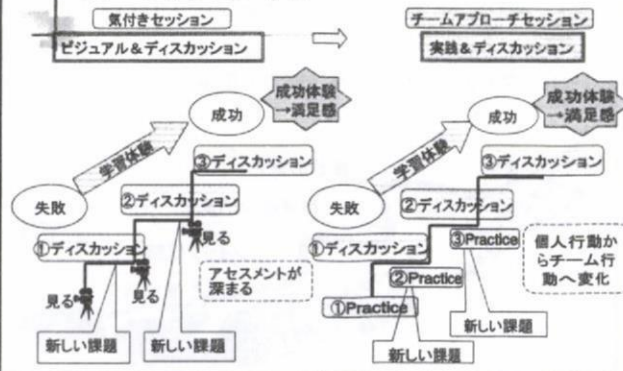
現代の看護教育の実態を考慮すると・・

- 経験不足「知らない、見た事もない臨床」
- この課題は看護領域だけではなく、医療全体の問題にもなっています。さらに、チーム医療という人間関係能力のスキルとともに習得しなければなりません。
- 学習過程において、認知のないところに経験を重ねても学習効果はない。
  - 救急場面は再現性がなく、繰り返し経験することが困難。生命に関する緊急性の高い状況である「知らないこと・見た事もないこと」を確実に実践する事が求められます

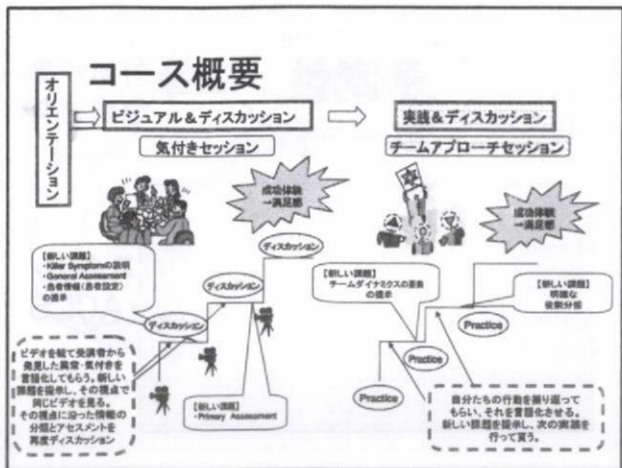
患者急変対応コースの構造

- 患者の急変(状態の変化)の気づき  
(新しい思考パターンの定着)  
「気づき」「アセスメント」「原因推定」「対応プランの策定」
- チーム行動による危機対応  
「チーム役割」「コミュニケーション」を意識した実践

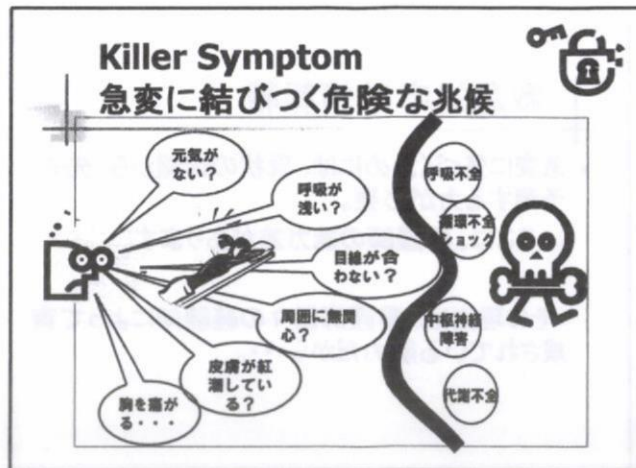
コースデザイン



コース概要



Killer Symptom  
急変に結びつく危険な兆候





### General Assessment 即時アセスメント

> 最初に出会った数秒間で全体的な外見を視覚と聴覚を使ってアセスメントするもの。

> 「外見」「呼吸状態」「循環」の視点で評価する。

General Assessment 即時アセスメント 2/2

	視覚	聴覚
外見	活気 意識・反応	
呼吸状態	胸郭運動 呼吸筋運動・	ウージン うない声 狭窄音・
循環	皮膚色 発汗・	

### Primary Assessment 一次アセスメント

手を使って素早く行う心肺と神経機能の  
ABCDEの評価

- > A Airway 気道
- > B Breathing 呼吸
- > C Circulation 循環  
(心血管と末端器官の両方の評価)
- > D Disability 身体機能(意識レベル)
- > E Exposure 脱衣(外傷の有無の確認)

### Secondary Assessment 二次アセスメント

集中的病歴調査や徹底的な身体検査から成り立つ

- > S Signs and Symptoms 徴候と症状
- > A Allergies アレルギー
- > M Medications 薬物
- > P Past medical history 過去の病歴
- > L Last meal 最後の食事
- > E Events leading to presentation 提示症状の元となる事象事例を通して急変のキャッチ

### チーム医療における チームダイナミクスの効果と教育方法

◆ 救急医療に求められる効果的な  
チームダイナミクス ◆

- クローズドループのコミュニケーション
- 明確なメッセージ
- 明確な役割と責任
- 自分の限界を知ること
- 知識の共有
- 建設的な介入
- 再評価と要約
- 相互の尊重

要素	リーダー役割	メンバー役割
コミュニケーション	メッセージや順序、オーダー、をチームに伝える メンバーからの明確な応答とアイコンタクトを確認する。 ひとりメンバーに対し、望みの指示をしない。 指示進行をメンバーの口から聞いた後に次の仕事を考える。	リーダーに対して明確な返答とアイコンタクトで指示を了解したことを伝える メンバーはいつでも聴き取ったかをリーダーに告げる
明確なメッセージ	メッセージは、落ち着いてはっきりとした口調で伝える。 メンバーにはっきりとした口調で話すよう促す。 恐ろしく叫んだりするとチームの判断力は弱まる。 不明瞭な言葉は誤解を生み出す。	高声なオーダーは復唱する 少しでも疑問に感じたら質問する 復唱は、落ち着いてはっきりとした口調で伝える
明確な役割と責任	明確にチームメンバーに全ての役割を割り振る(重複したり、抜けてしまう重要な仕事を避けるため)	自分の力量に応じた仕事を見つけて働く 自分の力量以上の役割であればリーダーに告げる
自分の限界を知ること	自分の能力や力量を超える場合、援助を求める。 患者がスムーズに進行しない場合、専門家や経験者の援助を求める。	自分の能力や力量を超える場合、援助を求める 患者がスムーズに進行しない場合、専門家や経験者の援助を求める
知識の共有	なかなか患者出来ない時は、メンバーと話し、情報、アイデア、提案を求める	他のメンバーとも情報、アイデア、提案を共有する
建設的な介入	患者中、メンバーからより優れた提案があれば、取り入れる	意見を述べて、提案をする 他者が聞いていないと感じたら、質問する
再評価と要約	記録を元に、途中経過を要約し、今後の方向性やこの後の最ステップを周知に伝えること 再評価を行い、必要と判断すれば治療戦略を変更する	患者の病容変化が考えられるとき、モニタリングの取や回数を増やす
相互の尊重	親しみやすい穏やかな口調で話す どならない 正しく進められた仕事は「ありがとう」と認める 周囲にも関心を持つ(自分の事だけに没頭しない)	親しみやすい穏やかな口調で話す どならない 正しく進められた仕事は「ありがとう」と認める 周囲にも関心を持つ(自分の事だけに没頭しない)

- **このようなトレーニングを、職場全体で行う事で  
救急実践は迅速かつ的確な内容に改善する。**

しかし・・・

日本国内にはこのような教授思考はありません。  
教材及びそれを教える人がいないのです・・・。

患者を実験台にすることなく、臨床実践経験知を  
高めるためには・・・。

**シミュレーション+シナリオステーション+ビジュアル  
効果**



# 医療安全推進週間

## 公開フォーラム

「みんなで創ろう、私たちの医療  
—患者・医療者・地域社会の取組み」

2. 患者本位の医療をめざす患者・医療者・地域社会の取組み

(1)

## 患者さんの取組み

本田麻由美

読売新聞社 記者

まず堅いところからなのですが、がん対策基本法が今年の6月に成立しました。法自体は理念が書いてある法です。がん予防や早期発見、医療の均霑化、地域格差の是正、がん研究を推進して臨床をレベルアップさせるというようなことをするための目標を、がん対策推進協議会で議論して、国のがん対策推進基本計画作り、さらに都道府県と連携してそれぞれ推進するということが、法に書いてあります。それに基づいて、今年の6月にがん対策推進基本計画が作られて、放射線療法、化学療法の推進、医療従事者の育成、それから初期からの緩和ケアへの取り組み、医療機関の連携、がん患者家族の相談支援体制の充実ということが目標として掲げられています。

なぜこういうことが急に行われたかという背景を説明したいと思います。実は2000年前後ぐらいから、がん患者の方々が声を上げるようになってきました。「がん難民」と言われ始めていたのですが、初期治療の段階で標準治療に巡り合えなかったり、再発転移が見つかった段階で医療者とのコミュニケーションがうまくいなくて、いろいろな病院をさまよわれたり、またターミナルの段階で、「もう治療法はない」と言って、放り出されるような形で、うまく地域ケアとかサービスに巡り合えなかったりすることが問題として挙がってきました。

そういう事情に対して、まず、患者さんたち自身が声を挙げてきた歴史をご紹介します。広島県の新山さんという方がいらっしゃいました。この方は1998年に膵臓がんを患い、地元で治療されていて、高校の先生をされていて、自分の教え子さんが主治医だったのですが、「もう治療法はない」と言われました。当時は手術以外に治療法はなかったわけです。そこで、インターネットが発達してきた時代でしたので、いろいろ調べられたら、「国際標準的にはこういう治療があるじゃないか。なぜこれをやってくれないのか」と主治医に尋ねた時に、主治医が「これはまだ日本では未承認のお薬で治療ができないんです。それを使ってくれと言われても使ったことがないので、怖くてできません」と言われてしまいました。

それでこの方は東京に出てきて、自分でそういう治療をしてくださる先生を探しました。未承認薬といっても、実は肺がんの薬で膵臓がんに対しては適用外でした。薬自体は日本にあったもので、そういう治療をしてくださるような先生を見つけて、自分は治療を受けられるようになりました。この方が素晴しかったのは、自分だけがこういう治療にたどり着いただけでは何の解決にもならない。その治療をしてくださる先生によくよく話を聞いてみると、医療者だって困っている。ちゃんと国際的な標準治療というものを提供してい



きたいのだが、なかなか制度がうまく、早く動いてくれないということを知ったこともあって、患者会を結成されたことです。

その方の活動をテレビで見て、大阪府の三浦捷一さんという方が、「ぜひ一緒にやりましょう」と声を挙げられました。この方は大阪大学で婦人科がんを診ていらした先生だったのですが、実はご自分が肝臓がんになられて、今まで医療者としては仕方ないなと思っていた医療の実態が、実際に患者の立場になると、とても「仕方ないな」では済ませられないということで、先ほどの新山さんと活動を共にされて、国会への請願や行政への働きかけを一緒にされるようになりました。

その新山さんは膵臓がんで道半ばでお亡くなりになりました。それを引き継いだ形になるのが、今日いらっしゃる島根の佐藤愛子さんのご主人である佐藤均さんでした。彼も同じような事情で、大腸がんの治療のために東京に出てくることになりました。このころになると、疑問を持つがん患者の人たちの連携が少しずつ始まっていました。とは言ってもまだ小さな動きではあったのですが、なぜこんなことになっているのかということ、実は患者さん同士の議論だけではなく、がん治療学会とか、さまざまな学会の先生方に患者さん自身が自分の病気の治療を押しつけてヒアリングされていました。

そして、先生方にもいろいろと説明していただけるようになってきました。そうすると、国際標準の薬の早期承認が遅れているというだけではなく、それを使いこなせるがん腫瘍医というものが日本の教育では育成されていないということを知りました。さらに、そういう腫瘍医は少なからずいらっしゃるが、東京などの都会に集中していて、地域の医療になかなか回ってこないという現実も知りました。適正配置などのシステムも、十分に機能していないということも分かってきました。

この辺から、具体的な活動が目に見えて社会に見えるようになってきました。2003年の9月に第3次対がん10カ年戦略。「第3次」なのです。これまでの対がん戦略というのは、どちらかというと基礎研究を中心に、がんの本体解明ということが目的だったのですが、せつかく研究されているものを、もっと患者への医療の提供という臨床の場に役立つような形にするというものでした。医療提供というところにもう少し視点を重視してくださいということをお願いされて、そこで「がん専門医の育成」というものが10カ年戦略に設けられました。

彼らが1番訴えていたのは結局、とことんまで治療をした後、「あ、もう治療がない」ということで「じゃあ、あとは緩和ね」という、分断されたような医療の在り方では患者は納得できないし、精神的に家族もそれでは納得できない。がん医療をするところと緩和ケアと在宅での生活を行ったり来たりしながら、その人自身の生活を支えてくれる医療、そういうがん医療の形にできないのか、というようなことを訴えられていたのだと思います。

特に、佐藤さんにしても三浦さんにしても新山さんにしても、まさにある意味ターミナルという時期、第4期の時期にこういういろいろな日本の現実を知ったことで、いろいろ訴え掛けられるようになりました。佐藤さんが強くおっしゃっていたのが、患者や家族が

真に声を挙げなければ、本当の意味で患者が望む医療は実現できないのに、今後の医療の方針、日本の医療政策を決める政府の会議などには医療界や行政の関係者しかいなくて、患者の声は一体誰が代弁してくれるんだということです。要するに、一緒に考えさせてほしいということ強くおっしゃっていました。

そういう真摯な声はやはり届くもので、当時の坂口厚労大臣、それから尾辻厚労大臣が重く受け止められまして、いろいろな検討会が立ち上がりましたが、どれ一つとして患者が委員にはなりません。厚労省の検討会でも、「じゃあ、患者さんたちのヒアリングをしよう」ということでヒアリングは開かれたのですが、正式な委員にはなりません。

しかし、お互いの声を聞き合おうということで、いろいろな国会議員の先生方の仲介もありましたし、行政側の理解もありました。徐々にいろいろな方が理解を示すようになってきて、患者団体のネットワークまではいかないのですが、参加しよう、何か一緒に考えたいという患者団体が集まってきて厚労省と意見交換をしたりすることで、行政側ががん対策推進本部をつくったり、がん対策情報センターをつくりましょうという政策を少しずつ始めました。

さらに、そういう患者さんの声を各政党がヒアリングをして、がん対策基本法案というものをつくっていたのですが、自民党では、「がん」という疾病だけの法律はどうかという議論もあったのです。そこで「私もがん患者です」と山本たかしさんが国会で告白されて、なぜこれが必要なのかということ強く訴えられて、「それなら」ということで皆さんの議論がまとまって、理念法ではありますが、「がん対策基本法」というのが成立しました。

患者さんたちのそういう細かな訴えかけが、一つ実った形になるのだと私は思っています。現在、がん対策推進協議会に佐藤さんたち「一緒に議論をさせてほしい」訴えが取り上げられまして、実際のがん患者、家族、遺族の方4人がこの国の協議会の委員を務めていらして、一緒に議論をしています。

さらに各都道府県も今、都道府県のがん対策計画をつくらなければいけませんので、患者さんを委員として議論を進めているところです。現在は40ヶ所ぐらい設置されています。

こういう形で行政と一緒に動くということが始まったのですが、それは政策という意味です。実際に、患者さんたちを支え合おうという動きも活発に動いています。

千葉県などでは、患者体験者が県がんセンターの嘱託職員として患者さんの相談を聞く取り組みなども始められています。これは一長一短があるのですが、一つの挑戦として注目されています。さらに、学会などにも参加して先生方と連携したいというようなことを思っている患者団体も増えてきてまして、参加される場所が出てきています。

患者側の医療の主体的な参加というのは、もちろん自分自身の診療への参加もありますが、今までの動きはアドボカシーに当たるのだと思います。さらにピアサポートの部分で患者さんの話を聞き合おうというようなこともされています。そういう参加効果というのは、私が考えると、医療というものに患者の視点を導入することで、さまざまな発見があ



ります。医療者であっても、やはり患者にならないと、どういうケアが必要なのかというのは真には分からないというところがあると思います。自らの病気と共に社会生活を営む生活者として、知識の蓄積を持つ専門家と患者をとらえている団体も出てきています。そういう一般の方が参加することによって、社会、国民の関心の高まりにもつながっていくのではないかと思います。

ですが、やはり患者さんが参加していくという中には課題もまだまだあります。患者中心をはき違えて、エゴを押しつけるような形になっていかないとも限らない。一体社会の利益につながるの何か、そういう患者さんの声をどうまとめていくのか、行政や医療機関とどのように連携をもっていくのかというのが、やはり具体的にはまだまだこれから問われていくと思います。

さらに、「誰が参加するのか」という課題があります。もちろんみんなが参加するのですが、リーダーとして参加する患者さんたちに求められる条件というか、そういう教育支援はどうしたらいいのか。誰でも何でも言うという形ではなくなってきていると思います。ある程度ものを言うということには責任も生じるし、そういうことを自覚しながら患者の意見を代弁できる、そういうリーダーをどうやって養成していくのかということも、患者団体の中では必要性を感じている人たちも出てきました。

そういうことに対して、連携しようとは思っている行政医療機関も多いですが、社会はどう支援できるのか、そういう人たちを育てていこうという取り組みはこれから進んでいくと感じます。

がんではありませんが、最近は患者主導で患者向けの診療ガイドラインをつくろうというような取り組みもあります。小児アレルギー学会がそういう取り組みをやっています。ここがおもしろいのは、ガイドライン作成委員に参加してもらって患者さんを選定するのにルールを設けて、さらにその人たちを支援するコーディネーターを設けて実験的に行っています。このやり方が全てではないかもしれませんが、そういう何かのルールというもの、それを支援する仕組みというものが今後必要になってくるのではないかと考えています。

今回の、新しい医療の形を具現化している団体を表彰しようという取り組みの際に、自薦、他薦、さまざまな団体があって、歴史的に活動がすごく充実している団体などがたくさんあったのですが、最終選考に残ったのがこの5団体です。「HOPE プロジェクト」、「熱傷フェニックスの会」、「アレルギー児を支える全国ネットアラジーポット」、「HIVと人権情報センター全国事務局」、「島根がん患者ネットワーク」。皆さんそれぞれ素晴らしい活動を地道にされてきていて、なかなか苦しいものがありました。

この中で「島根がん患者ネットワーク」さんが選ばれたというのは、やはり新しい形ということで、医療者と行政に「声を聞いてください」からさらに一歩進んで、「一緒に連携して何かを形作りましょう。自分たちも汗をかきますよ」、さらに「医療者がやりやすいのはどういう形でしょうか」、ということを話し合いながら地域に広がっていった。それで、島根県全体をカバーするだけでなく、今は鳥取県とか高知県などもこういう仕組みを一

つの模範として県に取り入れようという動きが広がっている。そういう社会への広がりというところが評価されたのだと思います。

最後に、最善の医療の提供というときに、これは全体の医療のシステムとしても、それから個人への診療という部分でも言えると思うのですが、医療者の専門性、それからその医療の科学的根拠というものはもちろん大事ですけれども、それだけでは最善の医療にはならない。そこに患者さんの価値観と希望というものをミックスして、その中で折り合いが見つかるところがその人にとっての最善の医療になるのだと思います。