

シンポジウム

## [SY6] これからの Rapid Response System 組織に応じた危機管理システム 創り

座長:上澤 弘美(総合病院 土浦協同病院), 川原 千香子(日本臨床救急医学会医療安全推進委員会RRS小委員会)

Sat. Oct 5, 2019 10:10 AM - 12:00 PM 第3会場 (2F 中会議室201)

### [SY6-3]当院における RRSの現状と課題 -重症患者サポートチームとしての 活動から-

○下山 佳奈子<sup>1</sup>, 中村 祥英<sup>2</sup>, 石橋 幾久<sup>3</sup>, 後藤 貴樹<sup>2</sup>, 小杉 一江<sup>3</sup> (1.静岡県立総合病院 高度救命救急センター, 2.静岡県立総合病院 ICU/CCU, 3.静岡県立総合病院 救命HCU)

#### 1. はじめに

当院では2014年から医療安全室との連携のもとに有志職員によるボトムアップ型での RRS (Rapid Response System) 導入が検討され、RRS導入ワーキンググループ設置後、外部講師による複数回の院内講演会と意識調査の実施、呼吸サポートチーム (RST) の先行導入を経て、ワーキンググループから重症患者サポートチームへ名称を変え、包括チーム型の活動として2017年3月から RRS導入となっている。

#### 2. 当院における RRSの現状

当院の重症患者サポートチームは、呼吸ケア・院内急変予防・院内蘇生体制のサポートの3つの機能を有しており、各機能における専門的なメンバーが中心となって活動を行っている。チームメンバーは、救命救急科・集中治療科の医師、急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア・救急看護認定看護師、理学療法士、臨床工学士らによって構成される。RRSは院内急変予防のサポートとしての活動で、平日11時にチームメンバーが定時回診する CCOT (Critical Care Outreach Team) と RRT (Rapid Response Team) 起動要請に基づいて出動する RRT体制をとっている。起動基準は RRSに関する先行文献を参考に作成している。原則医師と看護師の2名1組による当番制とし、CCOTの回診と RRTの出動を兼任して活動している。現在は回診対象の2病棟をメインとした活動となっているが、対象以外の病棟や対象病棟の医師からのコールも増え、RRTの活動が病院全体へ拡大しつつある状況にある。RRS導入となった2017年3月から2019年6月までの間で、CCO回診での相談と RRTコールは201件であり、そのうち ICUもしくは HCUへの移動が妥当と判断された症例は20件であった。相談症例のおよそ1割は嚴重なモニタリングと即時の治療介入を要する症例であり、RRTの介入によって更なる状態の悪化を未然に防ぐことができ、心停止患者発生時の緊急コール (ハリーコール) の減少となったと考えられる。ボトムアップ型での導入から、重症患者サポートチームの機能の1つとして RRTが活動を開始したことにより、RRSの4要素のうち、起動と出動に関しては比較的順調に活動の拡大を図ることができていると言える。

#### 3. 当院における今後の課題

当院にはハリーコールシステムも確立されているが、必ずしも蘇生処置が必要となった症例ばかりではなく、RRTで対応可能なものも含まれる。しかし、状態変化を認識したタイミングやハリーコールを選択した理由などの分析には至っていないのが現状である。現在はハリーコールに関しては医療安全室が情報を集約しているが、RRTコールについても医療安全室と連携して集約・分析する体制を整え、システム改善に反映させていく必要がある。

る。また、当院は急性期医療の役割を担うとともに、循環器病センターおよび地域がん診療連携拠点病院でもあり、高齢者・がん患者が多く療養する環境にある。DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）症例も多数存在し、急変時の救急・集中治療に対して消極的となる場面も多く、RRSの概念を定着させることが難しい。また、病院の組織文化として主治医偏重の階層構造となっていることが挙げられ、重症患者サポートチームに限らずチームの活動が日々の治療やケアに反映されにくい。この点は回診対象病棟の拡大に至らない要因と考えられる。このような要因を乗り越え、さらに活動を拡大させていくためには、病院組織や医療安全室との効果的な協働について更に検討が必要である。