

Sat. Jun 30, 2018

第1会場

特別講演

特別講演1

クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

座長:松月 みどり(東京医療保健大学和歌山看護学部)

10:45 AM - 11:45 AM 第1会場 (5階 大ホール)

[SL1] クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

○奥寺 敬 (富山大学大学院医学薬学教育部危機管理医学・医療安全学)

特別講演

特別講演2

高度救命救急センターにおける終末期－看取りの場としての役割－

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

2:30 PM - 3:30 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[SL2] 高度救命救急センターにおける終末期－看取りの場としての役割－

○三宅 康史^{1,2} (1.帝京大学医学部 救急医学講座, 2.帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

特別講演

特別講演1

クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

座長:松月 みどり(東京医療保健大学和歌山看護学部)

Sat. Jun 30, 2018 10:45 AM - 11:45 AM 第1会場 (5階 大ホール)

[SL1] クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

○奥寺 敬 (富山大学大学院医学薬学教育部危機管理医学・医療安全学)

(Sat. Jun 30, 2018 10:45 AM - 11:45 AM 第1会場)

[SL1] クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

○奥寺 敬 (富山大学大学院医学薬学教育部危機管理医学・医療安全学)

クリティカルケア看護を実践する上で、最新の危機管理医学の考え方、危機管理位医学の実際の医療現場への応用である医療安全学の基礎知識は常に up-dateすべき重要な事項である。ここでは、危機管理医学における近年の新しい事項、医療安全学における国際水準と日本の医療現場の乖離などについて紹介する。危機管理医学において近年の topicsは、CBRNE(Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, Explosiveの頭文字)というしばしばテロの種別に用いられる key wordsに代表される。

C剤は、クアラルンプール空港で第2世代の化学兵器である VXのバイナリーが用いられ、ロンド郊外では第3世代化学兵器であるバイナリータイプのノビチョクが使用される事態が起きている。第3世代化学剤については、現行の装備では検出が不可能であり防護服も効果をなさない。さらに、これらの化学剤が市民生活の場面で使用されていることが大きな問題であると言える。

Bでは、気候の温暖化と訪日外国人の急増に伴いジカ熱、デング熱などが国内に入るのは時間の問題であろう。国内発症が常在化しつつある SFTSやエボラ出血熱、鳥インフルエンザなど RNAウィルスに対しては新たな治療薬 (RNA 依存性 RNAポリメラーゼ阻害剤) が富山大学において開発されており我が国をはじめとして各国で国家備蓄がなされているので概要を紹介する。

RNは今後の国内原発の廃炉作業で諸問題が顕在化するであろうし、Eにおいては東京オリンピックを控えており爆傷に対する応急手当ての up-dateも喫緊の課題であろう。

医療安全は、国際水準のシステムとは乖離があり、病床数削減、包括地域ケアによる在宅医療推進に伴い、医療安全の概念を迅速に包括医療、在宅医療に展開することが求められている。

国際的には、Patient Safety (直訳すれば患者安全)が正式な訳語であり、我が国の「医療安全」という訳語は誤っている。

「医療安全」なので病院の管理者がガバナンスを発揮するという誤ったミスリーディングによる力学構造が我が国固有のものであることを理解し、クリティカルケア看護における正しい「患者安全」を考える手がかりを提供したい。

特別講演

特別講演2

高度救命救急センターにおける終末期一看取りの場としての役割一

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[SL2] 高度救命救急センターにおける終末期一看取りの場としての役割一

○三宅 康史^{1,2} (1.帝京大学医学部 救急医学講座, 2.帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第1会場)

[SL2] 高度救命救急センターにおける終末期一着取りの場としての役割一

○三宅 康史^{1,2} (1.帝京大学医学部 救急医学講座, 2.帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

平成28年版厚生労働白書によれば、2015年の高齢化(65歳以上)率は26.7%、年間死亡者数は129万人だが、2040年には同36.1%、168万人に達すると見込まれている。現状では80%以上が医療機関で死を迎えており、その状況に変化の兆しはない。当院高度救命救急センターでは年間約2,500例の三次救急症例を受入れ、そのうち心肺停止例(CPAOA)が最も多く600例、次いで外傷(AIS \geq 3)300例、脳血管障害200例、呼吸不全100例、敗血症100例と続く。65歳以上が半数を超え、75歳以上は1/3を超える。

三学会合同の救急・集中治療における終末期の判断は、(1)不可逆的な全脳機能不全が十分な時間を掛けて診断された場合、(2)人工的な装置なしには生命維持ができず、生命維持に必須の複数臓器が不可逆的な機能不全である場合、(3)追加で行える治療法がなく、現状の治療を続けても早晚死亡に到る場合、(4)回復不可能な疾病の末期であることが積極的治療後に判明した場合、である。具体的には、心肺停止後の蘇生後脳症の遷延(1)、PCPS/ECMO/CHDF/人工呼吸器に依存して生命維持が図られている状態(1)(2)、DICを含む多臓器不全とその末期的状況(1)(2)(3)、癌や肝硬変、COPDの末期(4)がこれにあたる。救命救急センターで終末期としての対応が必要となるのは(1)(4)のケースが多い。

急病者が発生すると、対応する救急隊は決められたプロトコル、すなわち発症経過、現場の生理学的異常、その急激な悪化、明らかな解剖学的異常、傷病者因子・属性(年齢、既往疾患、ADL他)に応じて現場の判断により三次搬送が決定される。掛かりつけ症例以外は大多数が初診であり、傷病者因子・属性のみならず身元すら明らかでない場合もある。受入れ救命救急センターでは、搬送症例の病態が原疾患そのものの悪化によるのか、合併した新たな重症疾患によるのか、実は元々の病態なのか、そして回復可能ならばどこまで侵襲的な治療を可とするのか、を見極める必要がある。それにはある程度の時間と専門的な判断を要する。その間死亡に到らぬよう救命治療を先んじて講じつつ、並行して診断へのアプローチと、ADL、既往歴とその治療経過、予後不良の場合の治療継続に関する本人の考え、それが確認できない場合には家族や血縁者を探し出して本人の意志を推測していく。鍵となる家族がいない場合には、受け持ち医療チーム内で多職種によるカンファレンスを繰り返し、決められた手順を踏んで誰もが納得いけるように今後の方針についてコンセンサスを形成し、院内倫理委員会に諮ってその是非の判断を仰ぐことになる。そのため初療室で救命のために気管挿管した症例でも、最終的にそれを抜去して患者の事前指示に従うこともあり得る。高齢者のみならず家族や社会と疎遠な単身者の場合も同様の手続きが必要となる。