



## 開始キット : Rapid response team

# How-to Guide

米国医療の質改善研究所 (Institute for Healthcare Improvement: IHI)により率先された国家プロジェクトである 5 Million Lives Campaign (5M キャンペーン)は、2006年12月から2008年12月の期間に5万件の医療事故を回避し、医療の質を劇的に向上させることを目的としている。このキャンペーンと関連する How-to Guide は、参加する機関の実践的知識を共有することを目的としてデザインされている。さらなる情報と資料は、[www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign](http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign) を参照すること。

この How-to Guide は、このキャンペーンをサイエンスベースで発展させた一人であり、医師、教師、同僚、友人である *David R. Calkins, MD, MPP (May 27, 1948 – April 7, 2006)* に敬意をもって捧げる。David は、このプロジェクトの土台を揺るぎなきものにすることに貢献し、キャンペーンの楽観的かつ情報の共有という精神を実現させた。彼の絶え間ない献身と貴重な貢献は、生涯我々を鼓舞することだろう。

Copyright © 2008 Institute for Healthcare Improvement

すべての著作権は IHI に帰属する。内容の変更がなく、正式に出典が IHI であることを明記していれば、個人でこの資料を商業ベースでなく教育目的でプリントしてもよい。これらの資料は、IHI の書面による承諾なしに、商業目的、利益を目的として使用されてはならず、また出版もしてはならない。

この資料を引用するには：

5 Million Lives Campaign. *Getting Started Kit: Rapid Response Teams*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement;2008 ([www.ihi.org](http://www.ihi.org))

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

米国医療の質改善研究所 (Institute for Healthcare Improvement: IHI)は世界のヘルス・ケアの改善を先導する非営利財団である。IHI は、患者のケアを改善させ、その考えを実際に行動させる有望な概念を開発することにより、行動変容の速度を速める。多くのヘルスケアプロバイダーが、IHI の画期的な仕事に参加している。

### キャンペーンの寄贈者

5 Million Lives Campaign (5M キャンペーン)は、保険会社であるAmerica's Blue Cross と Blue Shield health plansによる寛大なリーダーシップと支援により支えられている。IHIは同様に、Cardinal Health Foundation、Blue Shield of California Foundation、Rx Foundation、Aetna Foundation、Baxter International, Inc.、Colorado Trust、そして Abbott Point-of-Careの支援に深謝する。



この率先力は、Blue Cross Blue Shield of Massachusetts、Cardinal Health Foundation、Rx Foundation、the Gordon and Betty Moore Foundation、Colorado Trust、Blue Shield of California Foundation、Robert Wood Johnson Foundation、Baxter International, Inc.、Leeds Family、そして David Calkins Memorial Fund の支援を受けて、100,000 Lives Campaign (100k キャンペーン)をなしとげた。

### 科学・研究のパートナー

American Heart Association と Society of Critical Care Medicine がこの研究において、寛大にも科学・研究のパートナーとアドバイザーとなっている。

見逃さないでください・・・

■ **秘訣と注意点 [pp. 21-22]**

キャンペーン参加病院への訪問、キャンペーンの呼びかけとIHI.orgのグループディスカッションから集積した、それぞれの研究を試行して実行させるための成功の秘訣

■ **よくある質問 [pp. 23-27]**

それぞれのインターベンションをどのように実行するかという質問とIHIのそれぞれの内容に関する専門家による役に立つ実践的な回答

■ **患者と家族への説明シート [p. 28-29]**

患者とその家族が効果的な治療を受けて、医療従事者がケアを提供する助けとなる情報

## 早期のモニタリングとレスポンスシステム

院内心肺停止は、たいていは観察可能な増悪する徴候が先行している（しばしば、6～8時間前に起こる）。このような徴候の早期の認識と迅速な治療は、入院患者の死亡率を低下させるかもしれない。

### ■ Rapid Response Teamとは何か？

Rapid Response Team –Medical Emergency Team(MET)として知られているかもしれない—患者のベッドサイド（もしくは必要とされるあらゆる場所）に出向く集中治療専門医のチームである。

### ■ なぜ、Rapid Response Teamsが必要なのか？

毎日、死亡しなくてすんでいる患者が院内で死亡している。振り返ってみると、各々の医師が自分自身の病院で入院中に死亡せずにすんだ症例を思い起こすことができるであろう。目的は、「森林火災」になる前に「火種」を見つけて消火することである。

### ■ 早期警告スコアリングシステムEarly Warning Scoring System (EWSS)とは何か？

Rapid Response Teamsを使用する以外に、いくつかの病院では“Early Warning Scoring Systems” (EWSS)を開発している。EWSSは増悪しつつある患者を適切に発見することができ、しばしば救命につながる信頼できる対応を可能としている。EWSSは2つの基本的な項目を含んでいる：

- EWSS は患者がケアシステムにいる場合、危険な状況にある患者を見つけるためにルーチンに生理学的な測定と観察を用いている。
- 適切な臨床技能、知識、経験を持った治療チームのメンバーは、危険な状況にある患者を発見して迅速に第反応する。

## 心停止前の臨床症状の異常

いくつかの研究によると、心停止前の患者は、それ以前に生理学的異常症状や徴候を示すと報告されている。

■ 患者の**70% (45/64)** が心停止以前の8時間以内に呼吸器症状の増悪所見を示している。  
*arrest. Chest. 1990;98:1388-1392.*

■ 患者の**66% (99/150)** が心停止以前の6時間以内に異常症状や徴候の所見を示しているが、医師は**25% (25/99)**しか認識していない。  
*Med. 1994;22(2):244-247.*

■ 6項目の異常な臨床観察ポイントは、独立して死亡率の増加と相関があった: 意識レベルの低下、意識消失、低酸素、頻呼吸など。  
これらイベントの中で、もっとも頻度の高いものは低酸素 (イベントの**51%**)、低血圧 (**17%**) である。

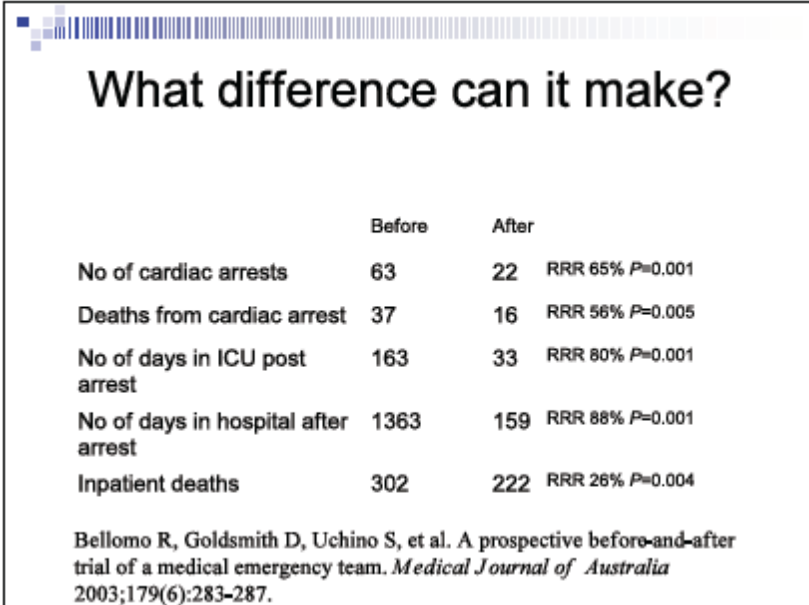
*abnormal observations and subsequent in-hospital mortality: a prospective study.*

*Resuscitation. 2004;62(2):137-141.*

Franklinらの研究では、心停止以前の6時間以内にいくつかの警告的なサインを報告している。

- 平均動脈血圧 <70、>130 mmHg
- 心拍数 <45、>125 /分
- 呼吸回数 <10、>30 /分
- 胸痛
- 意識の変容

**Rapid Response Team** を導入することで何が変わるか。



|                                     | Before | After |                 |
|-------------------------------------|--------|-------|-----------------|
| No of cardiac arrests               | 63     | 22    | RRR 65% P=0.001 |
| Deaths from cardiac arrest          | 37     | 16    | RRR 56% P=0.005 |
| No of days in ICU post arrest       | 163    | 33    | RRR 80% P=0.001 |
| No of days in hospital after arrest | 1363   | 159   | RRR 88% P=0.001 |
| Inpatient deaths                    | 302    | 222   | RRR 26% P=0.004 |

Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, et al. A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. *Medical Journal of Australia* 2003;179(6):283-287.

■ **ICU外での死亡率を50%減少**

cardiac arrests in hospital: preliminary study. *BMJ*. 2002;324:387-390.

■ **術後のICUへの緊急転送を58%減少させ、死亡率を37%減少**

2004;32:916-921.

■ **ICUへの転送前に、心停止を減少 (4% vs. 30%)。**

identifying and managing seriously ill ward patients. *Anesthesia*. 1999;54(9):853-860.

■ **小児病院では、平均月間死亡率（退院100人あたりの死亡：1.01から0.83）、平均月間コード率/1000患者一日71.7%（入院1,000人あたりの発生：2.45から0.69）減少**

*JAMA* 2007;298(19):2267-2274.

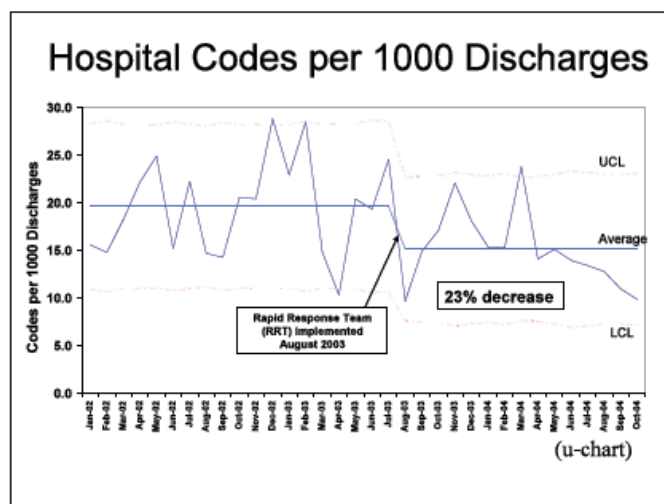
**5 Million Lives Campaign**  
**How-to Guide: Rapid Response Teams**

- 心肺停止件数が**17%減少**（入院**1,000**人あたり**6.5**と**5.4**)  
of health care. 2004;13(4):251-254.

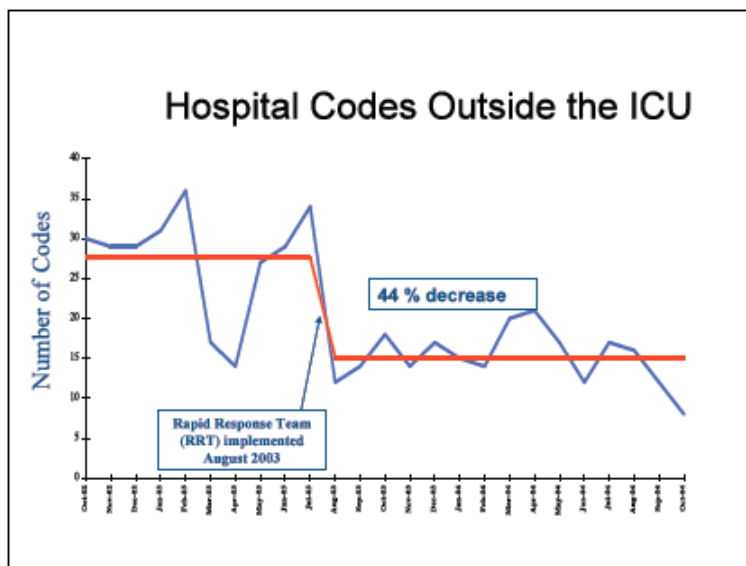
## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

### サンプルケース

この図は、ある病院におけるRapid Response Team 導入後のコード数の推移を表したものである。この病院は750床の研修指定を受けていない一般病院である。この病院のRapid Response Teamは、集中治療医のバックアップのある中で、集中治療看護師、呼吸療法士から構成されている。彼らの報告では、退院1,000人あたりのコードが23%減少した。



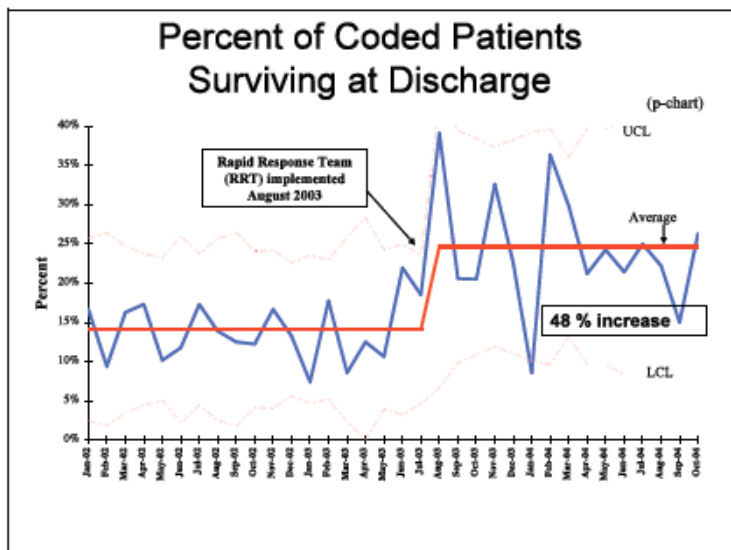
同一施設で、ICU外でのコード発生率が44%減少した。彼らの考察として、患者が心停止に至る前に発見され、コードが発動されなくなったか心停止前にICUに搬送されたのではないかと考えている。



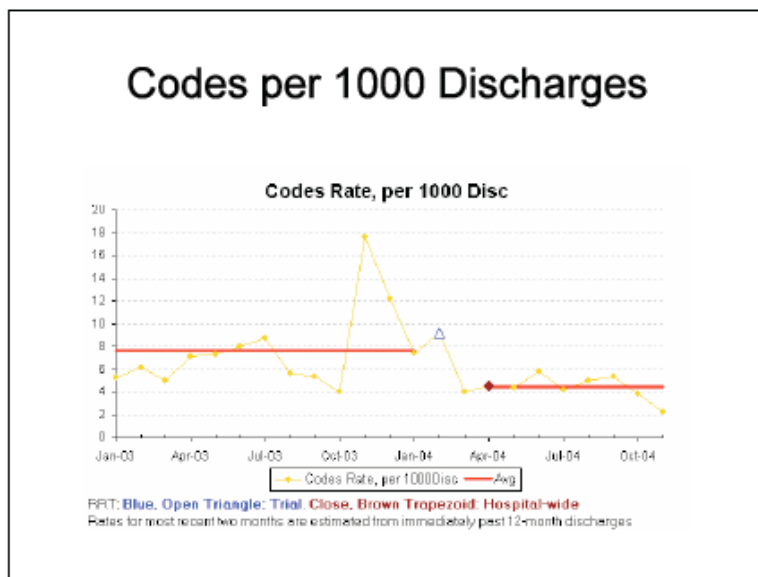


## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

同一施設において、コードが発動された患者の生存退院率が48%増加している。繰り返しになるが、彼らの考察では、モニター環境下のICUでコードが発生し、それゆえ生存率が高くなるのではと考えている。



1日平均入院患者数が225名程度の小さな非研修指定病院である他の施設では、同様に退院患者1,000人あたりの総計のコード数の減少が認められた。



## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

### Rapid Response System

Devita MA, Bellomo R, Hillman K, et al. Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. *Crit Care Med.* 2006 Sep;34(9):2463-2478.

2005年6月に開催された the International Conference on Medical Emergency Teams (International Conference on Medical Emergency Team : ICMET) に患者安全、病院医学、集中治療、METの専門家が集まった。専門家は、下記の4つの要素を持つ rapid response system を病院に導入する必要があると宣言した：4つの要素とは、「危機を認識」し、それに対応することを前提とした「覚知システム」； rapid response team の出動；医療資源を供給・統合できる管理部門；危機の予兆を評価し、未来の危機予防を促進していくメカニズムである。

#### どのように早期警戒スコアリングシステムを開発するのか

早期警戒スコアリングシステムは、ICU 外において危機的状況にある患者を認識することを改善する。早期警戒スコアリングシステムは、危機的状況にある患者を明らかにするために、通常行っている生理学的測定を用いて簡単で実践的な方法から構成されている。適切な技術、知識、経験から、患者の異常が認識されるところのシステムによって速やかにチームが集められる。

Goldhill DR, McNarry AF, Mandersloot G and McGinery A.

A physiologically-based early warning score for ward patients: the association between score and outcome. *Anaesthesia.* 2005 Jun; 60(6): 547-553.

組織は早期警報スコアシステムのためのさまざまなモデルを開発している。基礎的な早期警戒スコアリングシステムは、選択したバイタル・サインを定期的に観察する。一つ以上の極端な値を発見した場合は、事前に定義した行動を始める。例えば rapid response team を呼ぶことなどである。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

早期警戒スコアリングシステムの起動基準の例を上げる。

- ・ スタッフによる患者に関する何らかの懸念
- ・ 心拍が 40 回/分以下または 130 回/分以上の急激な変化
- ・ 収縮期血圧が 90mmHg の急激な低下
- ・ 呼吸回数が 8 回/分以下または 28 回/分以上の急激な変化、気道が閉塞しかけている
- ・ 酸素飽和度が酸素投与に関わらず 90%以下
- ・ 意識レベルの急激な変化
- ・ 尿量が 4 時間で 50mL 以下の急激な減少

Barking、 Havering and Redbridge NHS Trust S.E.C.S. (System for Evaluating Critically Sick)が作った別の早期警戒スコアリングシステムの例を上げる。二つ以上の基準を満たした時に発動する：

|  |               |       |
|--|---------------|-------|
| ■ 収縮期血圧  | < 101         | > 200 |
| ■ 呼吸数  | < 9           | > 20  |
| ■ 心拍数  | < 51          | > 110 |
| ■ 酸素飽和度 (室内気)  | < 90%         |       |
| ■ 尿量   | < 1mL/kg/2 時間 |       |
| ■ 意識レベル  | 完全にはっきりしていない  |       |
| ■ 患者が上記の基準を <u>2つ以上</u> 満たす、もしくは患者の状態に関する懸念を抱いた場合、治療チームのレジデントと Rapid Response Team を呼ぶ |               |       |
| ■ これらの 2 つのチームは、30 分以内に患者を <u>精査</u> しなければいけない。  |               |       |

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

イギリスの Luton and Dunstable Hospital NHS Trust で作られた早期警戒スコアリングシステムは、介護者が救助を求める決定をしやすいうように色分けしたチャートを用いている。赤領域に入るバイタルサインを一つ以上発見した場合が救助を求める指標である。

少し複雑な早期警戒スコアリングシステムもまた事前に決めた基礎的なバイタルサインを観察することに立脚している。違いは、すべての評価がスコア化され、合計スコアが閾値を超えたときに適切な行動（例えば Rapid Response Team を起動する）を起こす契機としていることである。

### どのように Rapid Response Team を導入するか

Rapid Response Team のテストや導入をする前に、組織は次のようなことを検討することを望む

- ・ より強力なリーダーシップに関する援助を約束
- ・ もっともよい Rapid Response Team のための構成を定義する
- ・ Rapid Response Team を発動するための基準を作成する
- ・ Rapid Response Team を発動する簡単な過程を作成する
- ・ 教育と訓練を提供する
- ・ 標準化された資器材を用いる
- ・ フィードバック機序を確立する
- ・ 効果を判定する

#### > より強力なリーダーシップに関する援助を約束

上級のリーダー（実行委員と医師）の援助を依頼して雇用する。「われわれは、これをやりとげる；患者のためになすことは重要であり、正しいことである。」

■ Rapid Response Team を確立するという組織の合意を引き出す

■ 医療スタッフに Rapid Response Team の価値を教育し、根拠のない考えを片隅に置く

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

- 上級リーダーからの明確で浸透しやすいメッセージを作成する

### > もっともよい **Rapid Response Team** のための構成を定義する

だれが **Rapid Response Team** に含まれるのか？ 私たちの経験では、下記のようないろいろなモデルがうまく機能する：

- ICU 看護師、呼吸療法士、集中治療医または総合診療医
- ICU 看護師と呼吸療法士
- ICU 看護師、呼吸療法士、集中治療医とそのレジデント
- ICU 看護師と呼吸療法士と医療補助者
- 救急外来や ICU 看護師

**Rapid Response Team** に入れる各メンバーを注意深く選定する。医師のチームメンバーは、看護師と医師から尊敬され、良い人間関係を持ちチームプレーヤーとして認められたスタッフであるべきである。どのモデルでも **Rapid Response Team** メンバーとしての4つの特徴がある：

- チームメンバーは、コールに対してすぐに対応できるようにしておかないといけない
- 彼らは院内にいてアクセス可能でないといけない
- 彼らは評価、対応できる集中治療に関する技術を持っていないといけない
- 彼らはすべてのコールに笑顔で答え、「ありがとう、どのような助けが必要ですか？」という言葉を入れなければならない

病院管理者は、**Rapid Response Team** メンバーを選定し、現存する人間関係と診療形態に組み込んだときの、現有の医療資源や医療文化に与える影響を検討すべきである。例えば、総合医養成プログラム、24 時間 365 日の集中治療医カバー、ICU スタッフや呼吸療法士の利用状況などへの影響である。病院スタッフは、快適に **Rapid Response Team** を起動できないといけない。

処置は、診療チームが選択した時に行われなければならない。**Rapid Response Team** は、すべての階層のスタッフに対して援助と教育を行うべきである。**Rapid Response Team** は、コールされた場合に心停止と同じ緊急度の感覚で対応しなければならない。施設は、チームのメンバーがよそに呼ばれたときに彼らの仕事を補う計画を作らねばならない。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

Rapid Response Team は、患者の状態を評価して安定させ、患者主治医から得た情報を整理するためにスタッフメンバーを援助する。Rapid Response Team は、スタッフの教育と援助も担う。はじめは病院管理者が、Rapid Response Team 導入によって ICU 以外のスタッフの臨床技術が低下すると恐れるかもしれない。実際には逆のことが起きる。教育者としての役割を果たす Rapid Response Team 看護師は、ICU 以外のスタッフを教育する良い機会、つまり、いろいろな臨床情報を集め、一緒にパズルを解くような機会が得るわけである。

### > Rapid Response Team を発動するための基準を作成する

各病院管理者は Rapid Response Team をコールするための基準を作成し、それに応じて病院スタッフを教育しなければいけない。基準の例は下のようなものである：

- ・スタッフによる患者に関する何らかの懸念
- ・心拍が 40 回/分以下または 130 回/分以上の急激な変化
- ・収縮期血圧が 90mmHg の急激な低下
- ・呼吸回数が 8 回/分以下または 28 回/分以上の急激な変化、気道が閉塞しかけている
- ・酸素飽和度が酸素投与に関わらず 90%以下
- ・意識レベルの急激な変化

Rapid Response Team を起動するための基準について、病院スタッフを教育することは基本となる。上にあげたような特異的な基準を教育する必要がある、また基準を満たさなくても患者に「懸念」があれば Rapid Response Team を起動してもよいことを強調すべきである。

ヒント：Rapid Response Team の試験運用を始めたら、放射線部、理学療法士、内視鏡部などを含めた全病院職員に基準に関して確実に教育すること

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

### > Rapid Response Team を発動する簡単な過程を作成する

迅速にチームに連絡することは、信頼を得るために重要な過程となる。その過程は、単純かつメンバーにとっては簡単で、望ましくは「1段階」である。施設は、いくつかの方法から選択する：

- 頭上に掲示する（信頼できる方法だが、余分で不必要なスタッフを病室に招く可能性がある。）
- 院内直通電話
- ポケットベル（ポケットベルはシフトごと、日々確実に手渡す必要がある）
- 音声による発動、チームとの直接的コミュニケーション技術である（伝達による変化に干渉されない）

### > 教育と訓練を提供する

医療スタッフ：医療スタッフに Rapid Response Team の利点を教育し、神話を消し去る。

利点：

- ・ 迅速で正確な重症患者評価が 24 時間 365 日行える
- ・ [SBAR\(Situation, Background, Assessment, Recommendation\)](#) コミュニケーション法を用いることで明確かつ手短な伝達が可能になる
- ・ コードが減少し、死亡率が低下する
- ・ 患者安全の文化が強調される（機会が改善され、臨床技術が向上し、増悪した患者を迅速に認識して対応できるようになる）

神話：

・ Rapid Response Team は、医師が必要と判断した際に迅速なコンサルテーションを目的としていない。目的は、患者が不安定な時に救助するのであって、主治医の診療に取って代わるものではない。Rapid Response Team が必要な場面でも、ケアは主治医を含めて行われるべきである。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

Rapid Response Team メンバー : Rapid Response Team メンバーは、教育と訓練を同時に受けなければいけない。訓練は下記のようなものである :

- ACLS は必須である。多くの ICU 看護師、呼吸療法士はすでに受講している。病院管理者は、Rapid Response Team が呼ばれた時に利用できるプロトコルを作成することが望ましい。

- SBAR(Situation、 Background、 Assessment、 Recommendation)コミュニケーション法を患者情報収集に用いる。(詳しくは、[www.ihl.org](http://www.ihl.org))

- 専門的かつフレンドリーなコミュニケーション能力 (ありがとう、どのような助けが必要ですか?)

- 適正な予測、即時型な対応 (例、コールされたら 5 分以内に) ; Rapid Response Team をコールしたスタッフに批判的な、もしくは懲罰的なフィードバックをしない ; 診療者に学習機会を与えることを含んでいる

看護スタッフ : 看護スタッフは以下の教育、訓練を受けるべきである :

- Rapid Response Team を起動するのは、診療チームの主要メンバーであること

- Rapid Response Team は、患者のケアを肩代わりするものではないこと ; 彼らの役割は重症患者管理をベッドサイドで行うことである

- 起動の基準や方法、どのように Rapid Response Team に知らせるか

- コミュニケーションスキル—SBARの使用、適切な意見、重症化を読み取る技術



## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

- ・ 起動した際の期待—良くわからなければ呼ぶ（「心配なら、呼んでください」）
- ・ スタッフ（Rapid Response Team とそれを起動したスタッフ）は、患者を良く観察すること。これは、批判や判定の時間ではない。
- ・ 温度板、患者カルテ、過去の評価などの利用可能な情報を持つこと

看護スタッフの教育は、各看護単位にとって「ロードショー」のような形態がとれる。彼らは、試験運用または開始早々のショーに参加するようなものである。看護師長や教育係はスタッフを集めて「その病棟で昨晩起きたイベント」を復習できるかもしれない。Rapid Response Team がどのようにスタッフを援助して、起こりうる危険を予防したかを簡単に説明することで学習が促進される。

病院スタッフ：患者は、しばしば病棟を離れる；例えば、彼らは X 線撮影や治療のために、検査・治療エリアに出かける。病院のすべての部署のスタッフにとって、患者に関して懸念を抱いた時の Rapid Response Team の起動法を知っておくことは重要である。チームの起動基準は、より一般的にしておく。診断エリアのスタッフは、普通はバイタル・サインを確認しないため、Rapid Response Team 起動基準に「患者に関する何らかの懸念」を入れておかなければいけない。病院スタッフの教育をする一方で、「何かおかしいと認識した」患者の例をあげることは有用となる。下記は一例である：撮影室において、撮影台の上で患者が息切れを訴えて不安そうに見えたら、Rapid Response Team をコールして評価を受ける必要がある。

患者および患者家族：家族や訪問者は、スタッフメンバーより早く患者の病態変化に気づくことがある。教育は、公共の場所へのポスター掲示や受け付けに配布する冊子などで行う。これら出版物は、チームの目的、チーム起動のメカニズムを含んでおく必要がある。

> 標準化された資器材を用いる

Rapid Response Team のための基本的なツールを利用できる ; 作り直す必要はない ([Rapid Response Team](#) レコードが [www.IHI.org](http://www.IHI.org) よりダウンロードできる)

# Communication and Documentation

- Embed SBAR
- Record the interventions and reasons for call
- Use data to drive educational programs

**Missouri Baptist Medical Center**  
HealthCare™  
**RAPID RESPONSE TEAM RECORD**

Date: \_\_\_\_\_ Room # / Location: \_\_\_\_\_ Time Called: \_\_\_\_\_ Arrival time: \_\_\_\_\_ Event Ended: \_\_\_\_\_

**Primary Reason for Call:**  
 Staff concerned / worried  
 Specify: \_\_\_\_\_  
 HR less than 40  HR greater than 130  
 SBP less than 90 mmHg  Acute Mental status change  
 RR less than 8  RR greater than 24  
 SpO<sub>2</sub> less than 90%  FiO<sub>2</sub> 50% or greater  
 Acute Significant Bleed  Seizures  
 Failure to respond to tx

**Recommendations:**  
 Airway / Breathing: \_\_\_\_\_  
 Circulation: \_\_\_\_\_

**Interventions:**  
 Oral Airway  IV Fluid Bolus  
 Suctioned  Blood  
 Nebulizer Treatment  EKG  
 Insubated  CPR  
 NPPV  Debrillation  
 Bag Mask  Cardioversion  
 O2 Mask / Nasal  No Intervention  
 ABG  
 CXR  
 No Intervention

Medication(s): \_\_\_\_\_

**Other Interventions:**  
Specify: \_\_\_\_\_

**Outcome:**  Stayed in room  Transferred to ICU  
 Transferred to SDU  Other: \_\_\_\_\_

Notified Physician: (name) \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**Signature:**  
 PA \_\_\_\_\_  
 RN \_\_\_\_\_  
 RT \_\_\_\_\_

**Assessment:**  
Temp \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ HR \_\_\_\_\_ RR \_\_\_\_\_ SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ GCS \_\_\_\_\_

**Background:** \_\_\_\_\_

**Situation:** \_\_\_\_\_

**FOLLOW-UP REPORT:**  
Signature \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

WHITE - Chart  
CANARY - PH Department  
MBMC-4-2015-0018 V0 (03/04) Page 1 of 1

**SBAR** 伝達法は、記録用紙のプロセスの部位にはめ込むことができる。チームは、この記録用紙から起動前の患者状態に関して情報を得ることができる。記録用紙は、Rapid Response Team 起動理由、必要とした処置やフィードバック過程も把握可能である。この情報は、計画過程や教育プログラム作成にも使用可能であり、システム改良にも利用可能である。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

### >フィードバック機序を確立する

- 患者予後に関する情報をフィードバックする
- 病院中を教育する方法を探す
- 教育プログラムを推進するデータを使う
- 成功事例を共有する

フィードバック機能を確認することは、病院スタッフの **Rapid Response Team** とその利点の理解に関して重要である。特に **Rapid Response Team** を創設した当初には、病院はチームによって救命された患者の事例が有用であることを理解しておく。これらの話題はチームの援助を得て、維持していくのに役に立つ。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

### > 効果の判定する

Rapid Response Team の効果を評価するために 3 つのキーとなる測定法を用いる：

- 退院 1,000 人あたりのコード数
- ICU 外でのコード数
- Rapid Response Team の利用

(この介入に関する詳細な情報は付録 B を参照)

施設管理者は他の測定項目を望むであろう。例えば、ICU 搬送患者数、Rapid Response Team のに関するスタッフの満足度、コード患者のうち生存退院した割合、安全文化に関する調査データなどについてである。

施設管理者は例えば呼吸の急変に麻薬が関与しているような、Rapid Response Team のデータから学ぶべき教訓、パターン、傾向を調べるべきである。

Rapid Response Team のコールから得られた情報は認識、計画、伝達不足などシステム障害に対処するために使われる。

## 改善のためのモデル使用

この作業を進めるために、IHI は”[改善のためのモデル](#)”を使うことを推奨する。プロセス改善 (process improvement)において推進者がこれをうまく使えば、改善のためのモデルは単純かつ強力なツールである。実際にこれは様々なヘルスケアの過程と予後を改善するために、多くのヘルスケア組織でうまく使われている。

このモデルは 2 つの部分からなる：

- プロセス改善チームには 3 つの基本的な論点がある。1) 目的を明確にする、2) 改善のための評価項目を確立する、3) 改善によって導かれる変化を明確にする。
- Plan-Do-Study-Act(PDSA)サイクルは、実際の臨床現場における変化を小グループで試す。それにはテストを計画、施行し、結果の観察、そして学んだことに基づいて行動する。これは科学的な方法で行動指向的な学習法である。

実施：小規模のテストで得られたことを検討し、いくつかの PDSA サイクルを通して変化を反映させて後に大規模な実施をすることができる。例えば、パイロット施設全体とかパイロットユニット全体のような大規模な試験である。

拡大：パイロット施設全体やパイロットユニット全体で実施が成功すれば、他の部署や他の施設に拡大していく。

改善のためのモデルに関して詳細は [www.IHI.org](http://www.IHI.org) 参照

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

PDSA WORKSHEET

CYCLE:1 DATE: 6/20/06



プロジェクト : Rapid Response Team

この PDSA サイクルの目的 : Rapid Response Team の立ち上げに簡単な方法を確立する

計画 :

疑問 : 現在のシステムでチームの3分野すべてのメンバーが起動できるか?

予想 : 「グループ内の呼び出し機能」で迅速に3分野すべてのメンバーを起動できるであろう。

変更あるいはテストの計画—誰が、何を、いつ、どこで

ジェーンは「グループ内呼び出し」のためにメンバーひとりずつにポケットベルを依頼する。

キャシーは今回テスト病棟である4東病棟で来週までに5回のテスト警報を鳴らす。

データ集積のための計画—誰が、何を、いつ、どこで

キャシーは来週火曜日の会議までにいろいろな勤務帯で5回の警報を鳴らす。彼女は来週の会議で時間、反応に関してレポートを出す。

実施 : 変更とテストを行う。データ収集と分析を開始する。

検討 : データ解析の遂行 : このサイクルの結果が、はじめに予想した結果とどのように一致するか、あるいは一致しないか?

このサイクルから得られた新たな知見をまとめる : 5回のテスト警報は別々の日で、別々の時間で行われた。5回のテスト警報の結果 :

1—4東病棟へ3人とも8分以内に到着。全員が警報受信。

2—警報を午後4時15分に発信。4東病棟に到着したのは警報発信後19分、23分、25分後であった。ポケットベルを見ると警報受信は午後4時23分であった。連絡網 (IS) へは午後4時15分にコールしたがコールが「重なって」しまい、発信されたのは午後4時23分であった。

3—全員が4東病棟へ4分以内に到着。全員警報受信。

4—全員が4東病棟へ3分以内に到着。全員警報受信。

5—2名は5分以内に部屋に到着。呼吸療法士は469号室に来なかった (30分)。約1時間後にキャシーはこの呼吸療法士に再度警報を鳴らすと呼吸療法士はチームに合流した。

対処 : このサイクルの結果として我々がとるべき行動を列挙する。

院内警報システムのテスト

次のサイクル計画 (変更の適応、別の試行、実施サイクル?) :

チームのメンバー、4東病棟 (テスト病棟) のスタッフとの話し合いのあと、キャシーは院内警報システムを用いた5回の警報テスト試行する。

Rapid Response Team の PDSA ワークシートを用いた他の例は [www.lhi.org](http://www.lhi.org) を参照

## 秘訣とコツ : Rapid Response Team

米国の 3,000 以上の病院はキャンペーンを実行するために積極的に活動してきました。われわれはキャンペーン病院への訪問、キャンペーンの呼びかけ、IHI.org 上の討論グループで集めた情報から様々な介入におけるテストや改善の成功のための「秘訣とコツ」をいくつかここに示す。

### 開始時の秘訣

- 「間違い警報」に寛容になる。評価後に、スタッフはたとえ患者の状態が Rapid Response Team を呼ぶほどではないとわかってコールしたことを褒めるべきである。
- とにかく言葉にだす—はじめから持続して。コミュニケーションすること！コミュニケーションすること！コミュニケーションすること！どれだけでも十分とはいえない。特に、はじめは言葉にだす。体系的で絶え間のないコミュニケーションするようにする。医師と看護師の間で Rapid Response Team に関する話題を共有することを過小評価するべきではない。
- ひとつの病院単位で試行する。これで通知方法、各種書類、フォローアップシステムを検証できる。
- 試行期間に Rapid Response Team の模擬コールを利用する。これにより正式始動前にスタッフに不慮の出来事への対応や役割分担の討議と同様に実際展開する工程のテストできる。
- Rapid Response Team のスタッフは各種書類のテストや編集ができるようにする。書類に必要事項の記入を完成させたスタッフは、さらに使い易く、簡便な書式をデザインできるようにすることで、書類へ必要事項記入のコンプライアンスを上昇させる。
- Rapid Response Team のスタッフに、さらに院内の他のスタッフへと「結び付ける」機会を与えるように働きかける。—たとえば、外科内科病棟で残っている患者を訪問したり、緊急コール後の報告会を開催するなどである。
- Rapid Response Team のスタッフに緊急コールごとに書類、プロトコル、各情報がきちんと揃っていたか確認する方法を考えるように働きかける。例えば、あるチームが使用している明るい色の「ファスナー付きノート」を作り、そこに各種書類、運用日誌、プロトコル、医師の指揮系統や ACLS アルゴリズム、よく使用する電話番号などのようなものを記載しておく。

Rapid Response Team 運用後の秘訣は次のページ参照

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

- **Rapid Response Team** のデータはシステム改善に役立つ; この改善は施設内のすべての患者のケアに役立つであろう。データを解析して、システムの欠陥を改善するように努力すべきである。救命失敗 (Failure-to-rescue) には以下に分類される:
    - ・ 認識の失敗: 時間が経過しているにもかかわらず介護者が反応せずバイタル・サインが増悪
    - ・ コミュニケーションの失敗: 医師の救援を呼ぶ反応の遅れ; 介護者間の不適切なコミュニケーション
    - ・ 計画の失敗: 救急外来や麻酔回復室における「入院ベッド待ち」の間に患者の増悪
  - 早期警戒スコアリング・システムの開発。通常の業務で得られ、記録できるバイタル・サインを使用。すぐに見てわかり、心拍数、血圧、呼吸数におけるわずかな変化が認められる患者を早期警戒スコアリング・システムでスコア化してスタッフに警告を出せるようなシステムを作る。それによりもし必要ならば、**Rapid Response Team** に警報を発するためのスコアを使用する。
  - すべてのスタッフが早期警戒スコアリング・システムを利用できるようにする。これには、すでにあるプロセスを利用する。—例えば、各患者におけるルーチンのバイタル・サインを確認することを利用する。プロセスの再検討; 例えば患者介護助手がバイタルサインをとり、記録するのか? など。もしそうならば、例えばカラーのクラフィック・シートのようなもので患者の増悪が見てすぐわかるものでテストする。カラーコードは介護者が行動を起こす警報となる。行動は、看護師を探してカラーコードに基づいたシートに記録されたバイタル・サインを示すことだけである。看護師は患者の早期警戒スコアリング・シートを完成させて、**Rapid Response Team** の招集をかける。
  - 「関連領域」の拡大。従来の看護単位に **Rapid Response Team** を運用した後は、病院のすべての領域でコール可能にする。それには、各個人の診断力の教育と患者に何らかの懸念が生じた場合に病院の公共部分で **Rapid Response Team** を起動できるようにする。
  - 患者自身や家族が **Rapid Response Team** を起動できるようにする。家族は患者のちょっとした変化にしばしば敏感である。患者家族が危険な状態を **Rapid Response Team** に知らせるようにすべきである。
- 「チャンスをつかむ」ということを伝える。スタッフを動かし、リーダーシップを発揮するためにデータを利用する。**Rapid Response Team** が動いて、コードが減少すればスタッフは希望を持てる。少なくとも毎月プロセスを見直し、「最優先」とする。このようなチャンスは以下を含む: 最前線のスタッフが遭遇すると考えられる登録データ、公表された患者記録、公表された適切な診断と対処により改善されたプロセスである。



**5 Million Lives Campaign**  
**How-to Guide: Rapid Response Teams**

## よくある質問 : Rapid Response Team

### 標準的な Rapid Response Team はいつ運用するのか？

理想的には1日 24 時間、週 7 日間休みなく運用する。しかし、例えば1週間の数日、最も「頻度」の高い午後7時から午前7時でシフトで始める。しかし、すぐにいつでもこのシステムが必要だとわかる。非常に良いたった1例の経験は最近 20 例のコードとその検討に値する。時間や曜日に関して傾向はありますか？もしあるなら、そこから始めればよい。

チームへのコールが多くなれば、コードや死亡率への影響は大きくなる。IHI のファカルティは退院 1,000 人あたり 20~25 コールがあれば病院全体の死亡率を下げられるとしている。

### チームはいつ去るのか？決断は？

実際は患者や施設が選んだモデルによって違う。例えば、UPMC や NY の病院で医者中心のチームを編成しているなら Rapid Response Team は初期治療後に去るであろう。もし看護師や呼吸療法士中心のチーム編成なら患者が ICU に収容されるまで1名以上のチームメンバーは患者に付き添う。多くのチームでされたタイムスタディーでは、平均で1コール 20-30 分であった。

### たくさんの優先事項の中で代替案はなにか？

再度、施設や人的資源などを見直す。例えばチームが院長の指揮で動いているなら、Rapid Response Team と患者が優先される。もし、チームの指揮する人が患者のそばにいる場合、他の人が指揮を取れるように変えるべきである。チームメンバーは患者のところに駆けつけて、救命できる範囲にいることを考慮しなければならない。もし、メンバーの看護師が「忙しくて駆けつけるのに遅れる」、あるいは行けない場合は彼らを再度コールしない。また、もし同時に2つのコールがあれば、ひとりはその場にとどまって患者の評価をして、他のチームメンバーが第2の患者のところに行く；それから互いに連絡をとって優先順位を決める。

### Rapid Response Team から蘇生チームに移るのはどの時点か？

心停止の時、あるいは Rapid Response Team が蘇生チームの助けが必要になったとき。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

### よくある質問、続き

われわれは **Rapid Response Team** をコールする前に、患者の重症化のリスクを前もっての測定する方法を考えている。例えば、病棟回診しながら、**Rapid Response Team** が評価する「最も重症」な患者について、リーダー看護師に察知することを訊くなどの方法である。誰かこのような重症患者の前もっての評価を試みているか？もししているなら、成功したのか？

非常に素晴らしい考えである。いくつかの病院ではリスクを持った患者に対してより早期の評価をしている。これは行動変容の文化をさらに一層推し進めるものである。

見たことのある考えを示す：

- 早期警戒スコアリング・システムを発展させる。このシステムはコンピュータ化されようと、マニュアルであろうと患者増悪の早期発見を手助けし、**Rapid Response Team** によって優先的に診療する患者を決定する。一旦、**Rapid Response Team** をコールする契機が確立されると「推測」はプロセスの中でなくなり、**Rapid Response Team** は自動的にコールされる。
- 病棟をラウンドし、「あなたの受け持ちで最重症患者のことを伝えてください。」とたずねる。
- リスクのある患者を見つけるために、シフト交替時に病棟に立ち寄り「安全報告」をする。
- リスクを発見するために他の部門を利用する。例えば、放射線部門とともに患者のリスク、患者の懸念について議論する。
- 症例管理について、個人的に毎日ラウンドしている病棟ごとに教育する。
- 検査部門と話し合い、患者のリスクを発見することについて議論する。(トロポニン上昇、危機的な検査データなど)
- 各コールのあとに報告のためのプロセスを組み入れる。例えば、**Rapid Response Team** の各コールの後に数日で当該病棟に訪問し、できればコールをした人も交えて、4、5人のスタッフと5分程度の今回の事案に関するデブリーフィングを行う。どのようにして **Rapid Response Team** が必要と認識したか、どのような介入をしたか、患者に何が起こったかを討論する。これがコールした人を成長させ、他の人はコールしても良いと考える、さらに患者やコールの予後について学ぶことになる。
- ある人々が利用して携帯している技術的な道具として、危険を示すバイタル・サイン表がある。例えば、トラブルがある患者がひと目で分かるように太い赤ラインなどがあるグラフィック・シートに変わる。もし、血圧が「赤 (危険域)」になればコールする。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

### よくある質問、続き

**Rapid Response Team**を導入しようと考えているが、関連するスタッフが沢山いる。**Rapid Response Team**のスタッフ配属に関して秘訣はあるか？

わずかな意見と示唆がある：

多くのチームではスタッフは通常業務がある。大切な点は **Rapid Response Team** の任務は「考え抜かれたもの」である必要がある。例えば、MICU の看護師を **Rapid Response Team** のスタッフにするならば、**Rapid Response Team** の任務を持った看護師も通常の業務である急性患者を受け持つべきである。それは患者搬送の担当や、空床ベッドの担当などかもしれない。そして、他の MICU の看護師は彼女が **Rapid Response Team** の任務のシフトであることを知っているべきである。そうすれば、もしコールを受けてその場を離れても、他の人が患者のケアをできる。その場を離れる平均時間は 30 分である。

現在、「code blue」では業務を離れ、通常 30 分以上におよぶ。しかし、**Rapid Response Team** は起動されても常に患者を ICU に搬送するわけではなく、たとえ ICU に搬送することになっても増悪した状態よりも重症ではない。これは ICU に収容されても、あるいは収容されなくてもより効果的な流れである。

スタッフ配属に関していくつかの考えを示す：1) 試験運用病棟では始める、2) 模擬のコールを行う。

試験運用の病棟では始めることによって、2 つの部署 (ICU と試験運用病棟) ではじめの時点で挫折する事になる運用上の「欠陥 (バグ)」を洗い出せる。また試験運用病棟で **Rapid Response Team** の起動、反応、記録、フォローアップに関して推進することができる。

施設に試験運用期間に模擬コールをすることを勧める。( **Rapid Response Team** を空き部屋で立ち上げる。スタッフが反応すれば反応時間、「ここに来るまでに何をすべきであったか」に関する短い議論をする。最長でも 10 分。) 模擬コールや議論は **Rapid Response Team** のスタッフが適切な任務と不測の事態の対応策の必要性を認識する助けとなる。しばしば、例えば ICU 収容などで **Rapid Response Team** が任務を離れるのに「施設責任者」や当該病棟管理者の判断が委ねられる。

よくある質問、続き

**あなたはデータ収集にどの程度の時間を要するか評価できますか？**

データは様々な方法で収集されます。収集は2、3の異なった方法で、それも時間をかけすぎずにやることが可能です。私は事務員と協同してデータを収集し、毎週レビューをしました。私がデブリーフィングのためのコール内容、傾向、情報のフォローアップを適切にレビューするためには1週間に2時間を要した。その他、データ収集のために症例管理や安全管理室を利用した。

**主治医とのコミュニケーションはどうなっていますか？カルテ記載は必要ですか？**

これは施設の医療スタッフ決定により異なります。いくつかの施設では、Rapid Response Team をコールする際、潜在的な懸念を伝えるために同時に主治医をコールことになっています。他の施設では RRT の初期評価が終了した後に主治医をコールすることになっています。主治医は一貫して Rapid Response Team の活動に参加する必要があります。

**私はスタッフとともに患者と家族のために Rapid Response Team を立ち上げた他の病院を探しています。**

いくつかの病院では Condition H で起動される、もしくは家族が起動することを許容して奨励までしつつ、うまくやっている Rapid Response Team が存在します。数ヶ月の経験がある2つの病院は、ピッツバーグ（ペンシルバニア州）の UPMC Shadyside とボルチモア（メリーランド州）の Franklin Square 病院です。

家族が「患者を一番よく知っている」わけではないと考えるスタッフがいないわけではないが、家族に Rapid Response Team を起動させることを奨励することは家族にとって恐怖かもしれません。試験的な病棟から開始して、スタッフを準備して、救助の手順を確認して、環境が安全であることをスタッフに保証してください。家族はあなたが提供するケアを強化するにすぎません。

IHI のウェブサイト上のキャンペーン・エリアには、いくつかの家族のためのツールが掲載されています。同様に RRT (Condition H) のためのいくつかのツールが [Patient Safety Group](#) のウェブサイトに掲載されています。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

よくある質問、続き

医師をメンバーとして持つ Rapid Response Team とそうではない Rapid Response Team の違いは何ですか？私は彼らが違った働きをすることを考えています。

医師を含むか含まないかで、いくつかのモデルがあります。Rapid Response Team は誰からの援助にも対応できるようにしておく必要があります。重大な事故に発展するかもしれない変化を呈するあらゆる患者に関して、援助を求めるコールをするすべての病院スタッフをトレーニングすることで Rapid Response Team は反応しなければいけない。私が理解している違いは：

医師を含むチーム：患者評価の後に、医師は治療について迅速に指示することが可能である。

医師を含まないチーム：患者評価の後に、ICU 看護師または他のチームメンバーは、患者のために必要なことを得るための迅速なアクセスや能力を保持していなければいけません。これは、指示のために主治医をコールすること、プロトコール、救急処置ガイドラインなどが相当するかもしれません。

**必要とされる記録は何ですか？**

記録用紙は簡潔で簡単に書き終わるものでなければいけません。多くはスタッフとのコミュニケーションを促進するツール（SBAR など：Situation、Background、Assessment、Recommendation）を含んでいます。

われわれの Rapid Response Team の専門家である Kathy Duncan に質問はありますか？[Rapid Response Team のウェブサイト](#)に質問してください。

他の施設からの助言を探しますか？キャンペーン登録病院に尋ねてください！[キャンペーン登録病院](#)は、努力しようと援助を求めている病院に対して、補助、助言、専門知識の提供を申し出ています。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams



Rapid Response Teamを知るために必要なもの：  
患者とその家族のためのデータ表

Rapid Response Team は、患者の病状がさらに増悪した際に診療援助するための訓練を受けた看護師や医師を含んだグループです。Rapid Response Team の目的は、心臓発作のような緊急事態が発生する前に救援することにあります。

Rapid Response Team は病態が増悪した際に、迅速に行動を起こします。彼らは血液検査、X線検査、投薬、もしくは集中治療室への移送について提言します。この行動は患者の病態改善や生存期間延長を助けることとなります。

### 病態をさらに増悪させる警告サイン：

- ・心拍数や呼吸回数の変化
- ・血圧の低下（低下する）
- ・尿量の変化（増加もしくは低下）
- ・混乱もしくは精神状態（理性）の変化
- ・何となく患者の様子がおかしい

### 家族が援助するための方法：

- ・病院に Rapid Response Team があるかどうかを確かめる
- ・患者の病態が増悪した場合の警告サインが出現した場合に Rapid Response Team をコールするように看護師に依頼する

[www.ihi.org](http://www.ihi.org) で 5 Million Lives Campaign に関連した Rapid Response Team についてより深く学ぶことができます。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

### 5 Million Lives Campaign

5 Million Lives Campaignは、アメリカの医療の質を劇的に改善させるための国家レベルでの改善策です。The Institute of Healthcare Improvement (IHI) とそのパートナーである多くの病院は、2006年12月から2008年12月にかけて500万人のアメリカ人患者が健康被害に遭うことが無いように約束しました。この意欲的試みは、2004年6月から2006年12月の間に100,000 Lives Campaign、国家、IHIが主導して不必要な死亡を減少させることに奮励した病院の関与と熱意に立脚しています。資料を含む詳細や専門家へのコンタクト情報、議論については <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>を参照してください。

この資料で提供される情報は、患者とその家族が効果的な治療を受けることと医療従事者のケア提供を援助することを目的として提供されている。IHIは医療に関するいかなる助言やサービスを提供するものではない。しかしながら、いかなる患者の投薬や診断、治療、ケア、予後を予測するものでもない。医療と情報の急速な変化のため、この情報は必ずしも包括的で決定的というものでもないため、この情報を頼りにしているすべての人は医療従事者と話し合いをするべきである。この情報を利用は自己責任となります。



## 付録A

### 現場からのレポート

介入：Rapid Response Team

組織：Missouri Baptist Medical Center、セントルイス、ミズーリ州

連絡先：John E. Krettek Jr., M.D., Ph.D.、医事副部長兼主任医長、jkrettek@bjc.org

日時：2005年2月8日

Missouri Baptist Medical Centerで1年間のRapid Response Teamの活動を行った。チームは救急外来、心臓カテテル室、ICUには出向きません；後者は24時間体制で集中治療医を配置しています。チームはPhysician Assistant、ICU看護師、呼吸療法士で構成されています。彼らはポケットベルを携帯しており、Rapid Response Teamがコールされた際に応答します。応答に「議論」は存在しません。われわれの平均応答時間は1.5分です。すべてのメンバーが到着後に患者の状態に応じて誰が現場に留まるかが決定されます。コールの実に70%が呼吸に関する問題で、他のメンバーは現場から離れます。教育課程の重要な部分はこちらで起こります；ICU看護師は病棟看護師のための重要な資源となり、最初の3カ月の間にRapid Response Teamをコールした看護師は調査票を完成して、われわれが調査を終了する時は応答が100%になった。病棟看護師は、重症患者の対応を行ったハイレベルなICU看護師からの教育に感謝します。そのため、メンターや教育者としての役割の性質について事前にICU看護師に教育をしておくことは重要です。われわれのRapid Response Teamが診療した患者の35%はより高次の病棟へ転棟するため、患者の病態について看護師にフィードバックすることは教育の第2段階となります。私達は月に1回のペースでRapid Response TeamとCodeに関連したデータを看護部長、看護師長、看護副師長が出席する会議に提出します。「退院は」はRapid Response Teamが82%であったのに対して、Codeは17%でした。これはRapid Response Teamコール創始者としての評価を強調しています。

### 要約：

1) 反応者と教育者の役割に関する事前教育；これはRapid Response Teamがコールされるべきではなかったと誰かに言わしめること、もしくは緊急ではない事態で看護師が「愚か」な行動を取ることを最小限にする傾向がある。

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

- 2) 病態生理と「確認しよう」と待つことや患者を危険にさらしたり、code に陥らせることよりも早期認識と対処の重要性についての同時教育
- 3) Rapid Response Teamコールに関する評価と患者のケアを改善する役割についてのフィードバック
- 4) 統計結果とRapid Response Teamが患者のケアを改善したことに関する組織への教育。介護者の姿勢や活動内容よりも患者やその予後に焦点を置くべきである。
- 5) 2つの経過 ;
  - a) 一つは、迅速な対応と医師が次に患者を訪問する前によりよく患者を理解しているRapid Response Teamのメンバーか可能であれば担当看護師によってコールされたことを評価すること。
  - b) 対象患者は「一般」病棟に入院しているため、病棟看護師、ICU看護師、PAによって家族に何が行われているのかを教育することが包括されていることが望ましい。われわれは、Rapid Response Teamが利用可能な状況でどのように対処され、迅速に反応されて安全であることを感じることができたかという家族からのコメントをいただいています。実際に委員の1人はWSJの記事が出版された後にこのようなチームが存在するのかどうか電話をしてきた。私はMissouri Baptist hospitalとNancy Sandersに存在することに気づいた。

**5 Million Lives Campaign**  
**How-to Guide: Rapid Response Teams**

**付録B：推奨される介入-レベル測定**

以下の測定は介入に関連したものです。本キャンペーンは、地域におけるあなたの仕事の進捗状況を適切に評価するために、一部もしくは全部の項目を利用することを推奨しています。あなたの測定のために、以下の助言をします：

1. もし可能であれば、他のプログラムのためにすでに収集している測定法を利用してください。
2. 提供される結果の有用性に関して測定法の選択と結果を得るために要求される資源の評価；後者を最小限にする一方で、前者を最大限にするように試みる。
3. 計画に課程と結果の両方を評価するように心掛けること
4. あなたはここにリスト化されている測定法を利用するかもしれません。同時にあなたの環境にとって有用となるべく、より改良するかもしれません；しかしながら、改良することによってあなたが得た結果を比較する際に制限を生じる可能性があることを理解しなければいけません。（異なる方法、もしくは改良した方法を用いている病院は、データをIHIに提出すべきではないことを銘記すべきです。）
5. チームの進歩と動機付けのために病院内の記録結果が重要であることを忘れないでください。チームが存在価値を見出し、やる気を起こさせる結果を含むように努力してください。

課程評価：

|   |
|---|
| Rapid Response Teamの有用性                               |
| 所有者：IHI   |
| 所有者測定ID：未定  |
| 測定情報： <a href="#">[Campaign MIF]</a>                  |
| コメント：この測定法が100,000 Live Campaignと同様のものであることに注意してください。 |

## 5 Million Lives Campaign How-to Guide: Rapid Response Teams

結果評価：

|                   |
|-------------------|
| 退院1,000人あたりのCode数 |
|-------------------|

|         |
|---------|
| 所有者：IHI |
|---------|

|            |
|------------|
| 所有者測定ID：未定 |
|------------|

|                     |
|---------------------|
| 測定情報：[Campaign MIF] |
|---------------------|

|   |
|---|
| コメント：この測定法が100,000 Live Campaignと同様のものであることに注意してください。 |
|---|

|                   |
|-------------------|
| ICU外におけるCodeの発生割合 |
|-------------------|

|         |
|---------|
| 所有者：IHI |
|---------|

|            |
|------------|
| 所有者測定ID：未定 |
|------------|

|                     |
|---------------------|
| 測定情報：[Campaign MIF] |
|---------------------|

|   |
|---|
| コメント：この測定法が100,000 Live Campaignと同様のものであることに注意してください。 |
|---|

他の測定法との連携：

IHI以外の測定法は知られていない

翻訳（五十音順）：

安宅 一晃（大阪市立医療センター 集中治療部）

児玉 貴光（聖マリアンナ医科大学 救急医学）

中川 雅史（社会保険紀南病院 麻酔科）

藤谷 茂樹（聖マリアンナ医科大学 救急医学）