

□ 特集：呼吸ケアは誰が担うべきか？ □

## 本邦における呼吸ケアの現状と課題

鵜澤 吉宏\*

### 1. はじめに

呼吸ケアをチーム医療として行うことが一般的となってきた。各関連学会からガイドラインが発表され治療方針や実施の標準化の動きがみられ、呼吸ケアを担うコメディカルの教育に関しても講習会やセミナーが盛んに行われている。そのなか呼吸療法に携わる医療チームの構成要員を養成し、かつそのレベルの向上を図る目的で3学会合同呼吸療法認定士(以下呼吸療法認定士)という認定制度が始まり10年が経過した。これは、日本麻酔科学会、日本呼吸器学会、日本胸部外科学会からなる3学会合同呼吸療法認定士認定委員会が創設したものであり、この制度の趣旨は臨床工学技士、看護師、准看護師、理学療法士の職種において呼吸療法を習熟しそのレベルの向上を図ることなどとしている<sup>1)</sup>。ここでは本邦の呼吸ケアの現状に関して、呼吸ケアに関わるコメディカル教育について中心に述べ、今後の課題に言及する。

### 2. 呼吸ケアのコメディカル教育

呼吸ケアを担うコメディカルを対象とした研修会や有志で活動する研究会、勉強会は各地で開催され多くの方が参加している。全国的には前述した呼吸療法認定士制度があり、平成17年度までに総計で1万4千名を越える方が認定資格を取得した。

呼吸療法認定士を対象にしたアンケート調査<sup>2)</sup>では、約80%の回答者が呼吸療法認定士の資格取得を通じた学習が役立つとしていた。その理由は自分自身の知識が増えたことや患者評価ができるようになったこと、所属病棟や部署内での教育に役立ったなどであった。一方で呼吸療法認定士を取得したにもかかわらず業務に反映できないと感じていると80%の方が回答した。この理由として、他の業務が多く呼吸ケア業務に専念できない、呼吸療法認定士を取得したレベルの学習で

は知識と経験が不十分であること、資格の特殊性が無いことなどが挙げられた。今後の呼吸療法認定士制度へ期待する意見として、資格制度に関することが最も多く、その中には国家資格化の希望や米国呼吸療法士を例に挙げ現行制度のレベル向上や上級コースの制定、資格の特殊性として業務の明確化や専門職としての確立などが挙げられた。続いて資格取得後の研修の充実、職域の拡大や啓蒙活動、資格取得前教育の充実やネットワークの構築に関する意見が挙げられた(表1)。アンケート調査で回答のあった212名中、呼吸療法認定士の資格取得を上司へ報告していないものが28名(約13%)みられた。そのうち看護師は28名中21名と最も多く(表2)、そのうちの16名の配属病棟が成人集中治療室、内科病棟、救急センター、外科系病棟、小児病棟であり、呼吸療法に関わる機会の多い病棟に所属していた。上司へ報告していない理由として、“上司が呼吸療法認定士について知らない”、“資格取得を伝えても呼吸療法認定士としての役割を理解してもらえない”、

表1 呼吸療法認定士制度が今後どのように発展することを希望しますか？

(212名に対する自由回答(複数回答)を内容により分類)

資格制度や資格の特殊性の発展	90
資格取得後研修の充実	39
職域の拡大	26
啓蒙活動	21
資格取得前教育の充実	18
ネットワーク構築	18
その他	10

数字：回答人数

表2 呼吸療法認定士の取得を上司へしていないと回答した28名の職種の内訳

看護師	21
理学療法士	3
臨床工学技士	3
看護師+臨床工学技士*	1

\*看護師と臨床工学技士の両方の資格を取得している

\* 亀田総合病院

“資格を取得したと報告するにはまだ自信がない”などの回答が得られた。

以上の結果から言えることは、三学会合同呼吸療法認定士認定制度は基本的知識の習得や整理ができ、個人の知識の向上とそれによる所属部署内での部内教育へ生かされるということである。一方で、資格取得後の業務内容が資格取得前とは変わらず、呼吸療法認定士としての業務が不明確で専任業務ができないなどが挙げられた。本制度は学会認定資格であるので、たとえ資格を取得しても実施できる業務は既存の国家資格で規定されている業務範囲を超えて行うことはできない。そのため、資格を取得した後でも臨床で行う業務範囲は変わらない。また、取得前の教育は実技指導や臨床実習などの指導はないため、資格を取得しても臨床では十分に生かすにくい場合がある。このような背景に加え、呼吸療法認定士制度や呼吸療法に関して、職場での管理者や医師が十分に認識されていないことも挙げられる。このようにさまざまな課題がみられる。

### 3. アメリカ呼吸療法士制度との比較

アメリカでは、呼吸療法士が国家資格化され、チーム医療の中で確立された業務を行っている。呼吸器疾患を伴う患者に対しての安全で効果的な治療のためには、呼吸療法チームと呼吸療法士の存在が重要な役割をもつとされ、呼吸療法士の関わりにより人工呼吸器装着期間の短縮・離脱期間の短縮・離脱成功率の向上・肺合併症の減少・ICU入室期間中の医療費削減などの効果が言われている<sup>3)7)</sup>。このような呼吸療法士を育成し専門職として診療を行うには、教育機関、資格認定機関、専門職種をバックアップする機関の関わりが重要となり、米国では図1のような体制で運営している。人材の育成のためには大学や専門学校での教育が必要となる。これらの教育機関の運営や実績を評価する Committee on Accreditation for Respiratory Care (CoARC) という機関がある。呼吸療法士となるためにはCoARCの認定した教育機関で教育を受ける必要がある。この教育プログラムを終了した者が資格認定機関である National Board for Respiratory Care (NBRC) の国家試験を受ける。資格を取得した後の臨床業務を行うが、専門職種へのサポートはクリニカルガイドラインの作成や学術集会の開催、啓蒙活動やネットワーク作りを American Association for Respiratory Care

(AARC) という機関が担っている (図1)。このように各機関が専門職の育成や業務の支援を行っている。この状況を本邦と比較してみると、教育面では研修会やセミナーなどが中心であり系統だった教育や他の機関から評価を受けて実施しているものはまだ少ない状況である。知識の理解など、選別を目的に認定試験制度が用いられているが、その認定を受けた者が各施設での働く環境の整備がされていない現状がある。このような状況に対して支援する機関が明確でない現状である。

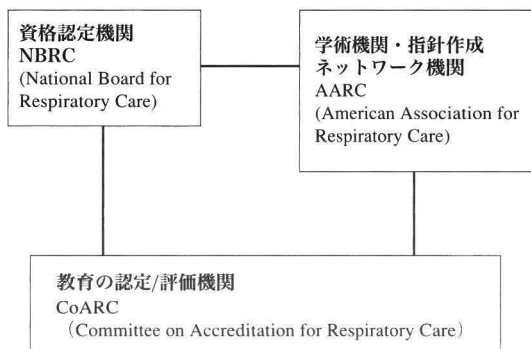


図1 米国呼吸療法士を取り巻く体制

### 4. 呼吸ケアの活動

現状では国家政策や学術団体主導によるチーム医療の確立というのではなく、呼吸ケアに関する業務や活動は施設ごとに工夫し、その施設に合致した形で行われている。呼吸ケア活動は呼吸ケアチーム、呼吸療法サポートチームなどと呼称されるチームアプローチが実施されるようになった。このようなチーム活動は、多職種からなるチームによる呼吸療法(主に人工呼吸療法や酸素療法)を実施している患者への安全管理や診療水準の統一を図る目的で行われるラウンド活動<sup>8)</sup>、認定看護師を中心としたリソースナースを定期的に各病棟へ配置し、臨床教育や技術指導を実施する活動<sup>9)</sup>、スタッフが米国呼吸療法士の業務内容を参考に業務分担をして院内全般を対象に関わる活動<sup>10)</sup>などが報告されている。また、各チームを中心とした院内や院外での学習会の開催などが行われている。このように、各施設が主に対象とする疾患や各施設での人材により活動方法や内容が異なっているのが現状である。しかしながら、アメリカやカナダなど他の諸国が行っているような呼吸ケア担当スタッフが各病棟へ配属され、診療業務を医師や看護師などと分担し合い

ながら行うということはまだ行われていないようである。

#### 5. これからの課題

医療安全や専門分化などの現在の医療を取り巻く環境の変化を考えると、呼吸療法の充実を図りチーム医療が出来ることが望まれる。今後の課題としては、まず今まで取り組んできたことの見直しであると考え。呼吸療法認定士制度や各施設が取り組んでいる業務形態などの効果判定をすることがまず求められる。効果的な役割を明らかにしながら診療報酬制度への組み込みといった関連学会や団体からの積極的な働きかけが必要と思われる。また同時に、効果的な役割を果たすために必要な技術と知識の系統だった教育の提供、その教育を受けた者が専門業務を行えるような職場環境整備や業務指針、啓蒙活動などの専門職者へのバックアップの充実も必要と考える。これらの課題を解決することによって呼吸ケアの標準化が進み施設間の格差が少なくなることや、ネットワーク化が整備され情報が共有できる体制を作ることが当面の目標と思われる。

#### 参考文献

- 1) 3学会合同呼吸療法認定士認定委員会：「3学会合同呼吸療法認定士」認定制度．[http://www.jaame.or.jp/koushuu/kokyu/k\\_index.html](http://www.jaame.or.jp/koushuu/kokyu/k_index.html) accessed 2006/07/26
- 2) 鶴澤吉宏、田代尚哉、金子教宏他．呼吸療法認定士取得後の活動状況とその課題．日本呼吸管理学会誌 15(1),2005,p210
- 3) Wood G, MacLeod B, et al: Weaning from mechanical ventilation: Physician-directed vs a respiratory-directed protocol. *Respir Care* 40(3):219-224, 1995.
- 4) Kollef MH, Shapiro SD, et al.: A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician-directed weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med* 25(4): 567-574, 1997.
- 5) Ely EW, Baker AM, et al.: Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously. *N Engl J Med* 335(25): 1864-1869, 1996.
- 6) Marelich PG, Murin S, et al.: Protocol weaning of mechanical ventilation in medical and surgical patients by respiratory care practitioners and nurses - Effect on weaning time and incidence of ventilator-associated pneumonia - . *Chest* 118(2):459-467,2000
- 7) Smyrnios NA, Connolly A, et al.: Effects of a multifaceted, multidisciplinary, hospital-wide quality improvement program on weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med* 30(6): 1224-1230, 2002.
- 8) 大澤陽子他,呼吸療法サポートチーム (RST) による標準療法とラウンドの確立を目指して．日本呼吸管理学会誌 16(1),2006,p216
- 9) 田村富美子．一般総合病院での呼吸ケアシステムに於けるナースの教育と呼吸ケアチームの役割．日本呼吸管理学会誌 16(1),2006,p84
- 10) 仲間康敏他．15年間の呼吸療法士への取り組みとその役割．日本呼吸管理学会誌 15(1),2005,p210