

## ●委員会報告●

## RST 実態調査アンケート報告 (2017 年版)

一般社団法人日本呼吸療法医学会 チーム医療推進委員会

キーワード：RST, アンケート調査, RST 認定・登録制度

## 要 旨

2010年7月にチーム医療推進のための診療報酬として「呼吸ケアチーム加算」が取得できるようになり、全国的に呼吸ケアサポートチーム(RST)が増加した。2012年には日本呼吸療法医学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会の代議員施設を対象にしたアンケート調査が報告され<sup>1)</sup>、RST認定・登録制度を行うことによるRST活動の評価基準の明確化やデータ収集の必要性が示された。このアンケート結果を踏まえ、今回再びRST実態調査アンケートを行った。本アンケートでは91施設から回答があり、2012年のデータと比較した結果、RST活動の継続や拡大において現在の「呼吸ケアチーム加算」の課題が見えた。今後はRST認定・登録制度にてRSTの有用性を示し、それらの課題を解決する取り組みが必要である。

## I. はじめに

現在、全国の多くの施設にて多職種(医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士など)が集まって専門的知識を持ち寄り、呼吸ケアサポートチーム(RST)として呼吸療法をサポートする活動が行われている。2010年7月には人工呼吸離脱の推進を目的として「呼吸ケアチーム加算」が取得できるようになったことから、全国にRST活動が広まり、学会などで多くの報告がなされるようになった。また、近隣のRST同士が協力して組織的な活動を行っている地域もある<sup>2)</sup>。しかし、RSTの意義や有用性に関してはいまだに明確なデータが示されておらず、また共通の評価尺度がないこともあり、学会が共通の指標を決めてデータ収集と評価を行うべきとする意見が日本呼吸療法医学会(以下、本会)の

総会で提案された。これを受け、2012年に本会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会は共同でRSTプロジェクト(以下、プロジェクト)を立ち上げ、当時の現状を把握することを目的に、代議員の施設を対象としたRSTの実態調査アンケートを実施した。そのアンケート結果を踏まえプロジェクトは、RST活動の評価基準を明確化し、「RST認定・登録制度」の発足に向けて活動を行ってきた。

その前回アンケート調査は代議員の施設のみを対象としており、他の施設の状況は把握できなかった。前回のアンケート調査から5年が経過し、全国のRSTの活動状況を再把握するとともに、より多くの施設から情報収集を行い、RST活動の課題を明らかにする目的で「RST実態調査アンケート2017年版」を実施したので報告する。

荒田晋二 (JA 広島総合病院臨床工学科、委員)、長谷川隆一 (獨協医科大学埼玉医療センター集中治療科、委員長)、飯田有輝 (海南病院リハビリテーション部)、梶原吉春 (社会医療法人財団大和会東大和病院臨床工学科)、瀬崎 学 (新潟県立新発田病院リハビリテーション科)、西村直樹 (聖路加国際病院呼吸器内科)、濱本実也 (公立陶生病院集中治療部)、森沢知之 (兵庫医療大学リハビリテーション学部理学療法学科)、山崎早苗 (東海大学医学部付属病院高度救命救急センター)、横山俊樹 (公立陶生病院呼吸器・アレルギー内科)、布宮 伸 (自治医科大学医学部麻酔科学・集中治療医学講座集中治療医学部門、担当理事)、森松 静 (大久野病院、副担当理事)

## II. 対象と方法

本アンケート調査の対象は、本会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会の会員施設とし、各学会のホームページにて案内を行った。期間は2017年8月1日から8月31日の1か月間、各施設の代表者がWeb入力する調査方法とした。なお、同施設から複数の入力があった

あった場合には先に入力されたデータを優先した。アンケート調査実施後、2017年のデータを集計し、2012年と2017年のアンケート結果を比較、集計した。

## III. 結果

### 1. 施設形態および規模 (図1)

回答施設については、2012年は188施設にアンケー

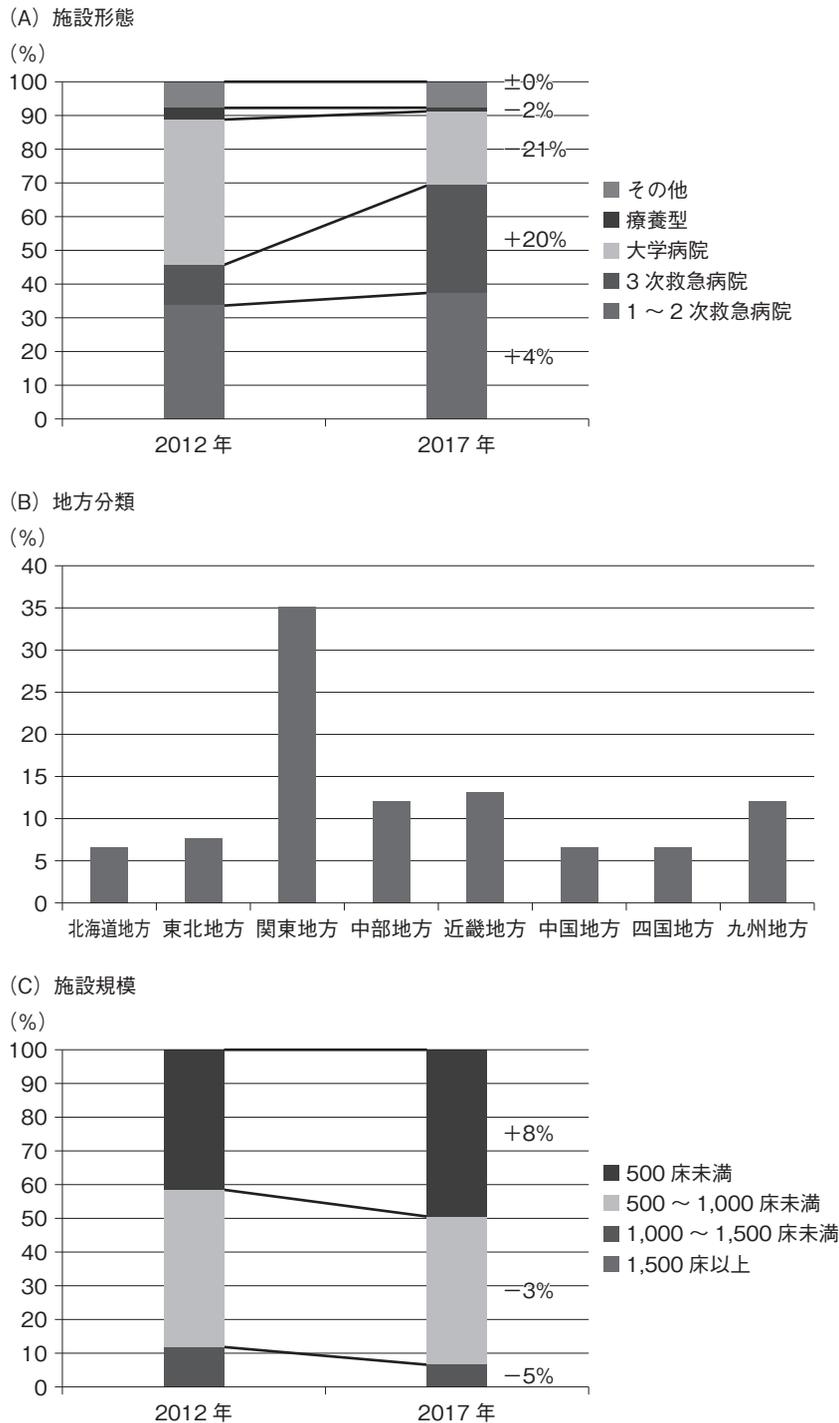


図1 施設形態および規模

トを送付し、120施設から回答を得た（回収率64%）。今回は本会および呼吸ケア・リハビリテーション学会会員（約860施設）にメールにて案内し、91施設から回答を得た（回収率10%）。施設形態については、2012年と比べ大学病院よりも救急病院からの回答が多く、規模はほとんどが500～1,000床未満や500床未満の施設であり、主に関東地方の施設からの回答が多かった。次いで、中部、関西、九州地方がそれぞれ10%以上を占めていた。

2. RSTの体制（図2・表1）

2012年と比較すると約80%の施設でRST活動を行

っており、約40%増えた一方で、10%程度の施設ではまだ活動開始できていなかった。その理由としては、診療報酬や組織的な問題点などさまざまな理由が挙げられた。主な活動期間は「週1回」と回答した施設が約70%であった。

3. RSTの構造（図3）

RST医師の診療科は、呼吸器内科や集中治療科が多く、循環器内科や呼吸器外科の医師が在籍している施設もあった。また、メディカルスタッフの職種に関しては、看護師、理学療法士、臨床工学技士だけでなく、栄養士や薬剤師・歯科衛生士など多職種が所属してお

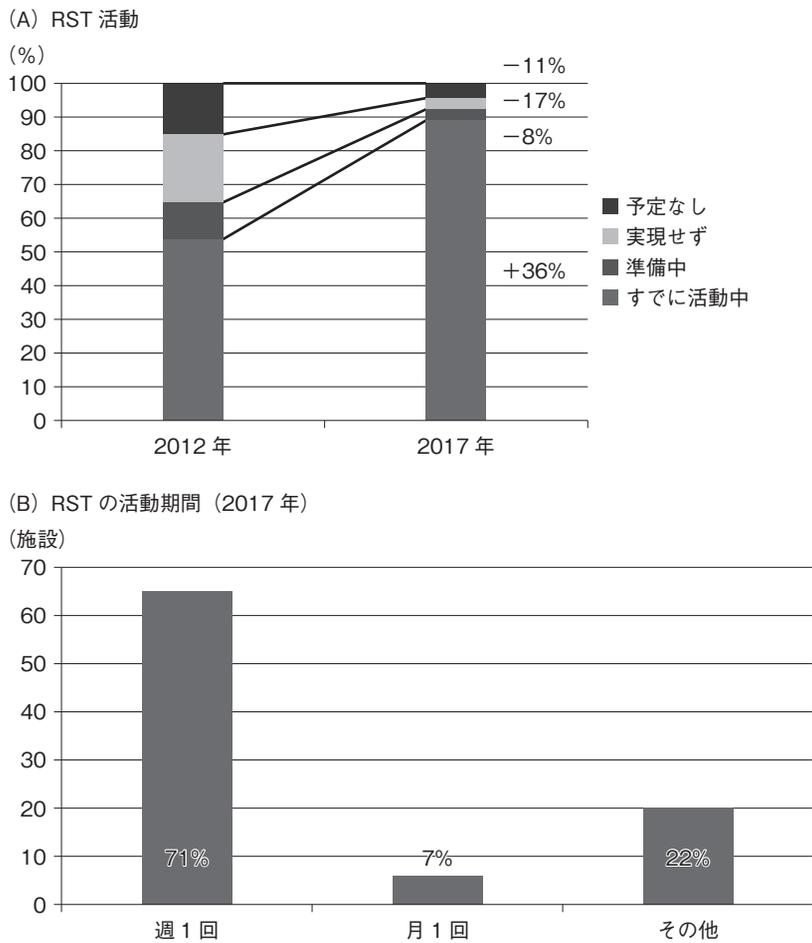


図2 RSTの体制

表1 RSTの体制「実現せず」の理由（2017年）

- RSTとしての診療報酬、目的（一般病棟における早期抜管）と当院での人工呼吸管理患者（神経筋、重心）との差異
- 呼吸器管理が各診療科単位のため、呼吸器専属担当医師がいない
- 認定看護師がいないため、安全管理のラウンドとして行っている
- 内部疾患系の病棟体制がまだない
- 人工呼吸管理患者がいないため院内での優先度が低い

り、作業療法士や医療事務などがかかわっている施設もあった。そのメンバーの中に、呼吸療法認定士は「1

～5名」という施設が多かった。看護師の資格としては「集中ケア認定」や「救急看護認定」を取得してい

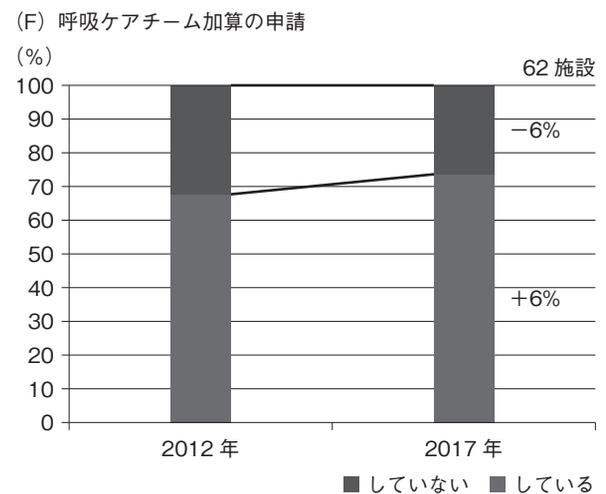
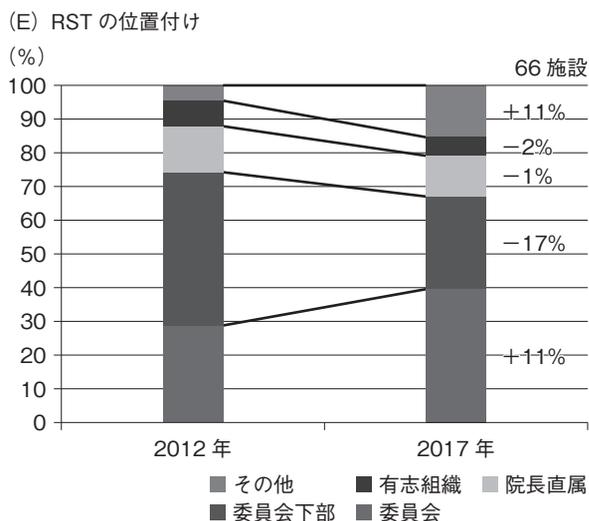
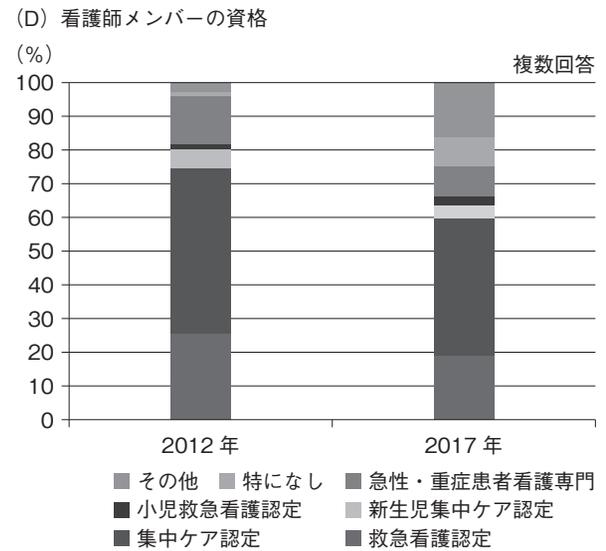
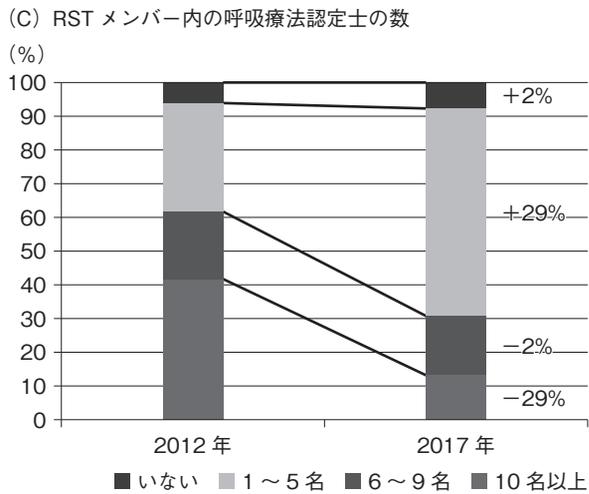
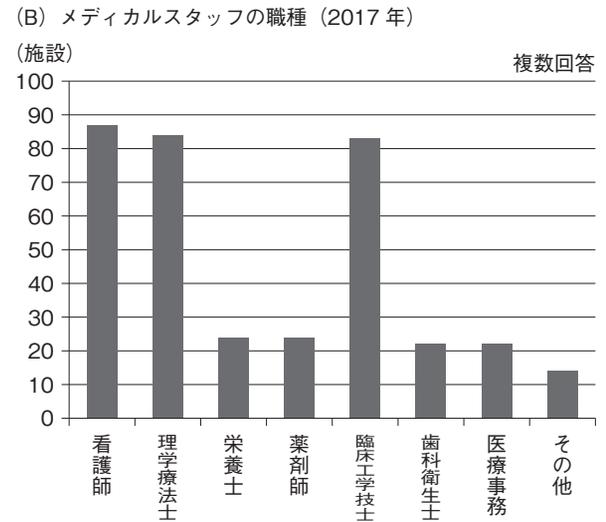
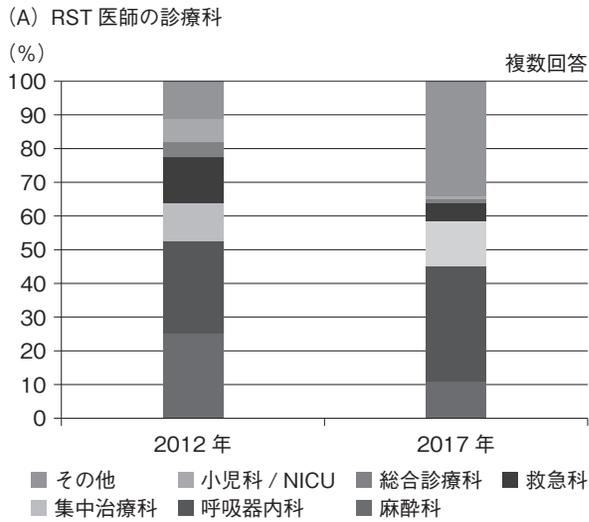


図3 RSTの構造

るスタッフが多かったが、その他の回答では「慢性呼吸器疾患看護認定」や「皮膚・排泄ケア認定看護」などを取得していた。

RSTの位置付けに関しては、2012年（66施設からの回答）と比較すると委員会下部組織が減少するかわりに、委員会として活動している施設が増え、増加率は約10%であった。また、RST加算の申請を行っている施設は約70%であり、2012年（65施設からの回答）と比較すると6%増加した。

4. RSTの活動（図4・表2）

RSTの活動内容は、勉強会の開催・マニュアル作成・病棟ラウンドの実施・人工呼吸器稼働率の把握・物品の整理・VAP（ventilator-associated pneumonia：人工呼吸器関連肺炎）対策・RSTの活動支援研究や発表

など、多岐に亘っている状況がみられた。その中でも、呼吸療法の勉強会については、定期的に開催している

表2 RSTの活動「行っている」内容（2017年）

- 地域の他病院 RST と協同で勉強会や情報共有を行っている
- スタッフの中には地域で RST 研究会の幹事を務めている者もいる
- 呼吸ケア講習会（多職種の勉強の機会）
- 地域医療従事者対象の研修会開催
- 呼吸療法セミナーの開催
- 市内関連施設の啓発活動
- 在宅 TPPV 患者ケアのネットワークづくり
- 院内地域連携部門を通しての勉強会の開催
- 近隣施設への RST 委員会主催の呼吸管理勉強会や Wet-Lab などの実施
- 近隣の施設と連絡を取ったり、在宅訪問を行っている
- メディカルスタッフ向けの「呼吸器セミナー」開催（年1回）
- 静岡県西部 RST 交流会を年2回定期開催している
- 他施設のメディカルスタッフ向けの勉強会
- 東海 RST 協力会に参加

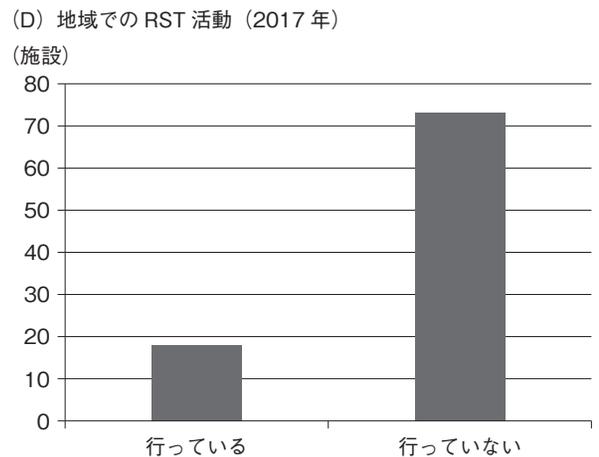
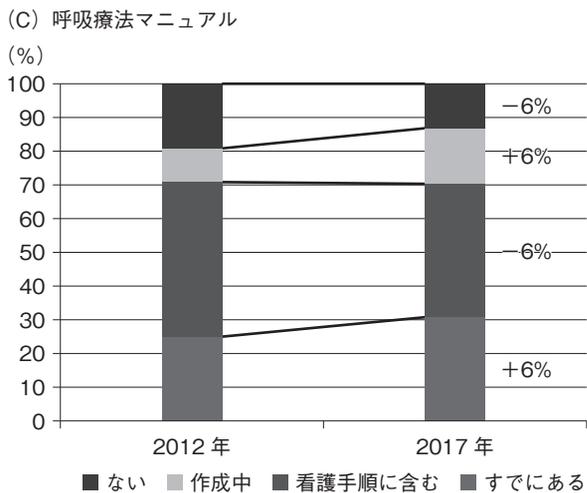
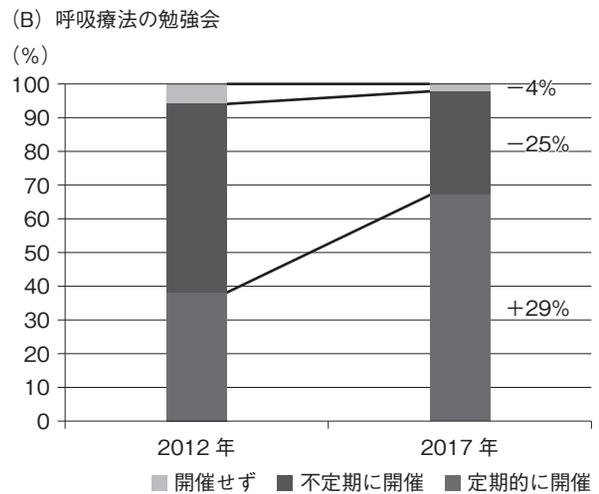
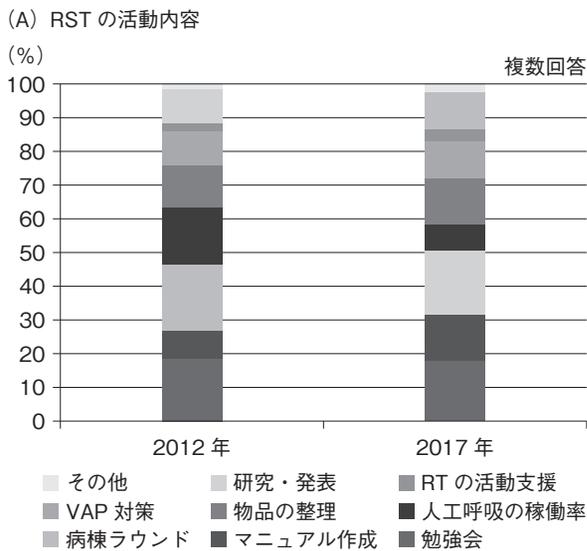


図4 RSTの活動

施設が約70%と2012年と比較して約30%増えていた。また、呼吸療法マニュアルに関しては、「すでにある」と回答した施設が増えており、「看護手順に含むマニュアル」を含めると約70%の施設で取り組まれていた。また、RSTの活動は院内だけでなく地域を含めて活動している施設もあった。

## IV. 考 察

### 1. RSTの組織構造

2012年のアンケートでは120施設から回答が得られたが、今回は91施設と前回より減少した。本会の会員施設数は約860施設であり、これを母数として計算した回答率は91/860(10%)となる。また、回答施設は関東地方が多く、次いで中部・近畿・九州地方の病院が多かったことから、地域的に偏りのある結果となった。つまり関東圏のRSTの状況が反映された結果になった可能性がある。今後同様のアンケートを行う際には、地域の偏りなく多くの施設から回答が得られるようアンケートの配信方法を見直すべきと考えられた。回答施設が増えれば、活動内容や抱える問題点の地域性についても検討できるかもしれない。

### 2. 組織・構造の変化

RSTでは医師だけでなく多くの職種が集まって活動しているが、活動の継続に伴い「委員会下部」としての位置付けから「委員会」へ格上げされて活動している施設が増えていた。一方で「呼吸ケアチーム加算」を申請している施設はあまり増えていなかった。その背景には、「認定・専門看護師がない(2012年)」「診療報酬の適応範囲が狭すぎる(2012年)」という意見や、「人工呼吸管理の必要な患者はICUなどで集約され、一般病棟での管理が少ない(2017年)」、「加算を取得したくても、利益につながらず人員を出してもらえない(2017年)」という意見がみられ、加算の条件と実際の活動内容の相違という問題が浮き彫りになった。看護師もさまざまな認定看護師がRSTにかかわっているが、慢性呼吸器疾患に対して人工呼吸管理が行われている施設においては、「長期に人工呼吸管理を行う症例に介入するために、慢性呼吸器疾患看護など認定看護師の基準を広げて欲しい」という意見もみられた。

### 3. RST活動内容の変化

RST活動に関して、2012年では活動の制限として「マンパワー不足」と答える施設が多かったが、2017年においては、RSTが院内で活発に活動している施設が多かった。またその活動内容は多くの場合「診療報酬による制限」を超え、適応範囲外での活動となっていた。具体的には毎週定期的に活動している施設が増えており、呼吸療法認定士などの呼吸療法に関する資格を有したスタッフが積極的にかかわり、各施設の裁量でマンパワーや診療報酬の制限の中でも活動している現状が伺える。

RSTの活動内容に関しては、インシデント対策など医療安全としてのかかわりや、呼吸リハビリテーションとしてのかかわりなど、活動の広がりが示唆された。呼吸療法の勉強会の開催については、「定期的に開催」や「不定期に開催」を含めるとおよそ90%の施設で勉強会を実施している現状であり、RSTが主催する呼吸療法の勉強会が増えていたことから、RSTの重要な活動の1つとして「教育体制」がさらに充実していると言える。また、呼吸療法マニュアルに関しては「RSTに特化したマニュアル」の作成が取り組まれており、呼吸療法におけるマニュアル整備が行われ、院内での呼吸療法の統一化に向けた活動が伺われる。地域の活動としては「他病院と勉強会の実施や情報共有」を積極的に行っている施設もあるが、そのような取り組みはまだ少なく、院内だけでなく近隣の施設が協力し、地域での呼吸療法のかかわりが今後広がっていくことが期待される。

### 4. アンケート結果の総括(表3)

RST活動を行っていくうえで、アンケート集計結果をもとにさまざまな意見を集めることができた。中でもRST登録制度の実現やマンパワー不足の中でも活動を進めるためにも、呼吸ケアチーム加算の見直しの要望が多く、RST登録制度を通してRST介入の評価項目やデータの比較を行うことで「RST活動に普遍性のある認証をしてほしい」という意見がみられた。また「保険点数・呼吸ケアチーム加算の見直し」に関する意見が多く、ICUなどで人工呼吸管理が集約化されている施設では「呼吸ケアチーム加算対象・範囲をICUにも広げてほしい」という意見や、一般病棟で呼吸管理が行われている施設や、長期人工呼吸管理を行ってい

表3 要望 (自由記載)

- 認定制度が活動を制限するものではない。急性期病院なら RRS と連携する。慢性期ならば在宅も含めて考えていくなど、現場のニーズに対応していくシステムにしてほしい。
- 人工呼吸管理のみならず、酸素療法や慢性期・在宅への RST 介入を評価してほしい。ハイフローセラピー (HFT) に対する適応も対象にしてほしい。
- 人工呼吸管理は主に ICU や HCU で行っているの、集中治療管理料とは別個に、一般病棟以外でのラウンドも加算の対象にしてほしい。
- 慢性人工呼吸管理を行う施設では、人工呼吸離脱となることは少ない。離脱を目的とした介入だけが算定できるのではなく、1 カ月以上人工呼吸器を装着している場合でも RST 加算の期間の延長をしてほしい。
- 小児在宅人工呼吸療法分野が遅れているし、小規模病院では RST 加算が取れない。

る病棟や施設では「加算対象・範囲を広げてほしい」という意見が多かった。これら意見を踏まえると現在の加算範囲は RST が活動するにはあまりに狭いと考えられる。近年、非侵襲的陽圧換気 (noninvasive positive pressure ventilation : NPPV) だけでなくハイフローセラピー (HFT) などの呼吸療法に対しても RST が関わっている施設が増えており、それらに対する加算範囲の広がりも必要であろう。

## V. おわりに

今回新たに RST 実態調査アンケートを実施・集計し、2012 年のデータと比較した結果、RST 活動の普及と活動の継続や拡大において「現状の呼吸ケアチーム加算の対象の狭さ」という問題点が浮かんだ。本アンケート結果を踏まえ、今後は RST 認定・登録制度によるデータ収集にて RST の有用性を示し、活動内容に見合った診療報酬を得ることで、RST が急性期から慢性

期・在宅までの連続的な呼吸ケアに積極的にかかわることが可能となり、呼吸ケアの質の向上に寄与するものと思われる。

### 〈謝辞〉

本稿の執筆にあたり、JA 広島総合病院救急・集中治療科の櫻谷正明先生にご指導・ご助言いただいたこと、心より感謝申し上げます。

COI に関し、長谷川隆一は 2018 年 3 月まで JA 茨城県厚生連による寄附講座を担当した。その他の全ての著者には規定された COI はない。

### 参考文献

- 1) 長谷川隆一, 蝶名林直彦, 水谷太郎: RST 全国実態調査の結果を踏まえて. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌シンポジウムⅢ. 2013; 9-13.
- 2) 春田良雄: 「人工呼吸器安全使用のための指針 第2版」と RST は呼吸療法の安全にいかに関与するか? 人工呼吸. 2012; 29: 31-7.