

当院の呼吸サポートチームの活動



順天堂大学医学部附属練馬病院 看護部
小児救急看護特定認定看護師 後藤 裕美

呼吸サポートチームの紹介

☆医師☆
救急科
小児科
呼吸器内科

☆他職種☆
臨床工学士
管理栄養士
薬剤師
理学療法士

☆特定認定看護師☆
クリティカルケア
小児プライマリケア
☆認定看護師☆
集中ケア
新生児集中治療
脳卒中リハ

- 組織図：救急・ICU災害対策委員会の傘下
RRSチームと情報共有がしやすい
- ラウンド 1回／週（毎週金曜日）
- 同職種でメンバーは数名、当番制（1人月1～2回程度）
- 活動時間の捻出→院内会議として2時間
- 成人・小児の専門家が一緒に活動

呼吸サポートチームの活動目的・目標

- ①チーム介入による診療報酬 加算の算定（1件150点）
- ②院内での「呼吸原性（低酸素性）心停止0件」

①の目的に対し

- ・ 当院小児病棟は「小児入院基本料1」を取得
- ・ もともと人工呼吸器を使用している医療的ケア児は離脱は目標にできない

→呼吸サポートチーム加算は**ほぼ算定できない**



現状、小児患者への呼吸サポートチーム介入の
アウトカムは②**院内での「呼吸原性心停止0」のみ**

活動実績 小児領域（2024年度）

小児領域 RST介入実績

総数	215名
小児病棟	62名
NICU・GCU	153名

小児病棟での対象者は
殆どが感染症契機の
呼吸状態悪化。
新生児科はTTNなど。
→**ほとんどが1回の介入
で終了する**

介入の特徴に
違い、差がある

このうち、
日常的に人工呼吸器を
使用している
医療的ケア児
16名

人数で見ると少ないが、
医療的ケア児の場合、1名あたり、
1回の入院で複数回介入が必要
**医療的ケア児の介入件数：56件
平均：3.5回**

介入内容→難易度が高い、専門性が高い、
マンパワーも必要

呼吸サポートチームカンファレンス

髄膜炎後遺症
GCS : E4VtM3
自発呼吸減弱
24時間人工呼吸器使用

- ・人工呼吸器の離脱が介入の目標には成り得ない
- ・在宅用人工呼吸器で、在宅で安全に管理可能な設定まで下げることが目標

急性期

回復期

在宅移行

○急変予防、急変対応
RRS介入の可能性、情報共有

○肺ケア（排痰、クリアランス）

○早期離床、リハビリ介入

○栄養評価→○必要カロリーの摂取、栄養状態の改善

○人工呼吸器のウィーニング ○在宅人工呼吸器へ乗せ換え

○必要な場合、薬剤調整

介入の実際 ベッドサイド

【肺クリアランス低下予防、排痰ケア】

・把握した患者の情報、アセスメントをもとに、安全に注意しながら行う

- ①まずベッドアップ、15～30度程度までの側臥位
- ②徐々に側臥位の角度UP、側腹臥位なども ③腹臥位 1日2回程度
- ④排痰補助装置 1日2回（施行前に生食吸入）

【早期離床、リハビリ】

- ①車いす移乗：呼吸筋使用など代償呼吸がないか確認しながら休息を挟み実施。
- ②リハビリ介入：1日1回
- ③栄養の評価：普段は介護を考えた体重コントロール目的でカロリーは少なめで管理→急性期のため必要なカロリーを再評価し、消化管の負担にならないところまでカロリーUP

【人工呼吸器のウィーニング】

- ①毎日評価し、ウィーニングできるところはしていく（特定行為）



介入の実際、結果

- 抗生剤治療の間、肺ケア、離床、リハビリを続けた
→無気肺の改善、肺炎の改善により酸素化、換気、酸塩基平衡も改善し安定
- 人工呼吸器のウィーニング（特定行為）
- 十分にウィーニングできたら在宅器へ乗せ換え



抗生剤終了を待ち退院

【参考】6月の特定行為
侵襲的陽圧換気の設定変更：14件
非侵襲的陽圧換気の設定変更：30件
人工呼吸器からの離脱：14件

まとめ、今後の課題

- 医療的ケア児に対するRST介入には、健常な小児と比べ、より専門的な知識や判断、マンパワーが必要不可欠である。介入の回数も多くなることが殆どであるが診療報酬の加算対象ではない。
- 医療的ケア児の特性を理解し適切な肺ケア、早期離床などを行う方法獲得できれば、安全に繋がり、症状改善が早く早期退院が目指せる
- 成人・小児の専門家がRSTとして普段から情報交換する機会があることで異常時はスムーズに介入でき、急変時はマンパワーも補えるメリットがある

【課題】

- ①認定・特定看護師の育成、適切な呼吸ケアができる人材の育成
→質を一定に保つ、ベットサイドでのOJTの充実