

9. 多職種横断支援チーム

緩和ケア

1. 昨年度までの活動と現在の緩和ケア診療体制

当院は平成15年8月26日に愛知県で愛知県がんセンター中央病院に次いで地域がん診療連携拠点病院に指定された。それを受けて、平成16年度には緩和医療検討会を発足し、症例検討を行うことにより職員への緩和ケアの普及啓発に努めた。平成17年4月からは、緩和ケアチームが発足し、入院患者さんへの回診を開始した。現在は緩和ケア内科として外来も平日毎日開設しており、通院治療中の患者さんの支援も行っている。

緩和ケアチームの業務としては以下の点が運営規定に記されている。

- (1) がん患者等に対して全人的苦痛の緩和を目的とした診療・看護を早期から行うための指導、助言及び介入依頼があった患者への直接の診療。
- (2) 緩和ケアが必要な患者を対象にした症例検討。
- (3) 講演会等の院内外への緩和ケアの普及活動の推進。
- (4) 院内外の医療関係者に対する緩和ケア研修活動。

各病棟のリンクナースを中心とする緩和医療実行部会の業務は以下の点を中心となる。

- (1) 緩和ケアに必要な患者に関する情報収集と、緩和ケアチームとの連携構築
- (2) 症例検討と情報交換
- (3) 緩和ケアの職員への啓発・教育
- (4) 緩和ケアに必要な事項についての検討

2. 令和6年度の緩和ケアチームの構成

医師	専従	緩和ケア内科医師	西堀理香
	専任	精神科医師	末宗万里沙
	兼任	腫瘍内科医師	北川智余恵
	兼任	腫瘍内科、緩和ケア内科非常勤医師	船橋依理子
	兼任	外科、緩和ケア内科非常勤医師	近藤建
看護師	専従	がん性疼痛看護認定看護師	松野英美
	兼任	がん化学療法認定看護師	吉田美紀
	兼任	がん性疼痛看護認定看護師	能澤紅音
薬剤師	兼任		早川裕二
	兼任		野崎里紗
口腔ケア	兼任	歯科口腔外科医師	上嶋伸知
栄養士	兼任	主任管理栄養士	小島章孝
	兼任	管理栄養士	西尾聡子
	兼任	管理栄養士	飛野矢
アロマセラピスト	専従	看護師	竹内淳子
リハビリテーション	兼任	リハビリテーション室長	吉岡稔泰
	兼任	理学療法士	廣田加純

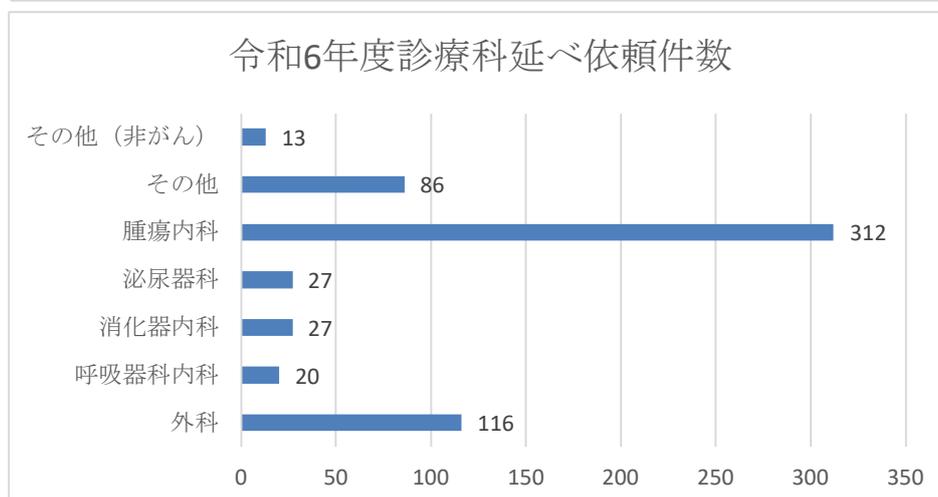
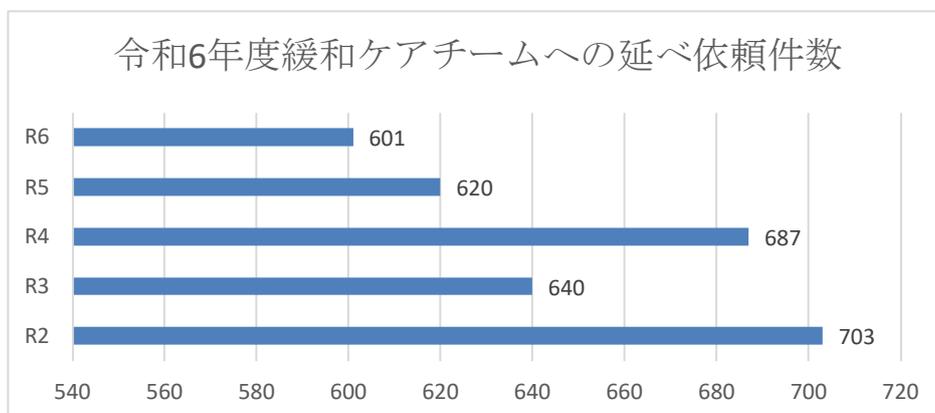
	兼任	理学療法士	速水佑太郎
	兼任	作業療法士	細野江梨子
心理療法士	兼任	公認心理師	林美千子
	兼任	心理療法士（小児科）	高橋久美
医療ソーシャルワーカー	兼任	主任医療社会事業専門職	瀬口理恵
	兼任	医療社会事業専門職	橘延之
	兼任	医療社会事業専門職	野原まりな
	兼任	医療社会事業専門職	明神麻歩
チャイルドライフスペシャリスト	兼任		山田真弓
音楽療法士	兼任		恵良純子

3. 緩和ケアチームへの依頼件数

令和6年度の依頼件数は述べ601件であり、令和4年度687件、令和5年度620件に続き徐々に件数は減少傾向にある。この背景には、主な依頼内容となっているがんについて、当院全体の患者数が減少していることが考えられる。

令和6年度に依頼を受けた科は、多い順に腫瘍内科312件、外科116件、消化器内科27件、泌尿器科27件、呼吸器内科20件、その他99件となっている。

血液がん、小児がんも当院の特徴的な領域であり高度なスキルを要する緩和ケアの提供が求められ、専門的な介入依頼の増加が見込まれるが、もともと科自体の特殊性等もあるため、カンファレンス等を通してまさに緩和ケアチームと主科チームとの連携によって緩和ケアを随時提供できる体制を整えている。また、循環器科、腎臓内科、膠原病内科、神経内科など非がん患者の依頼も増加傾向にある。



4. 緩和ケアチームへの依頼内容

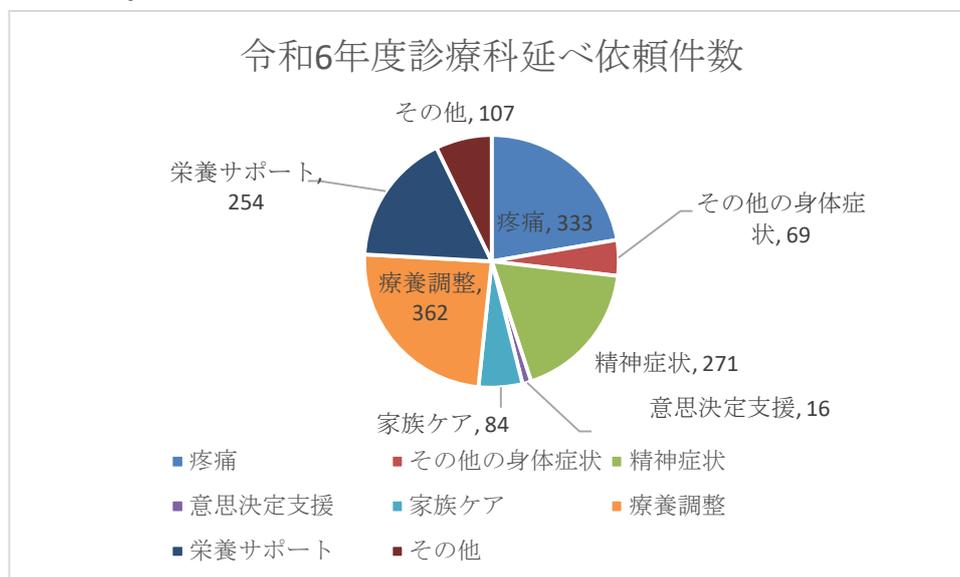
依頼内容は年々複雑になっており、主な介入依頼内容としては、疼痛 333 件、その他身体症状 69 件、精神症状 271 件、意思決定支援 16 件、栄養サポート 254 件、家族ケア 84 件、療養調整 362 件、その他 107 件となっている（延べ件数）。当院では従来療養調整に力が入れられてきたこともあり、もともと療養調整および疼痛に対するニーズは高いが、在宅医療のニーズが高まっていることもこのような結果となった要因の一つと言えるだろう。また意思決定支援の一環として ACP にも取り組み、先々の療養について共に検討したことで療養調整の件数増加につながったと考える。

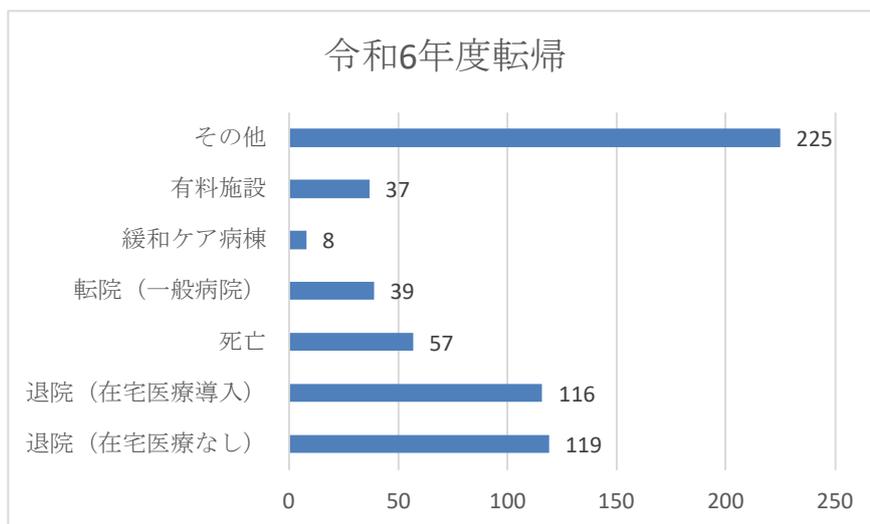
栄養についての相談も多い。消化器がんが増えていること、化学療法に伴う味覚障害や進行がんの悪液質による食事摂取量低下に対して栄養士が外来・入院ともに介入しアドバイスを行うことで患者・家族の不安軽減、QOL 向上につながっている。

加えて精神症状への対応も前年以上に多くなっている。心理士との連携強化を継続していることで、外来・入院問わず、揺れ動く患者の気持ちをサポートできる体制をとることができている。また家族ケアや AYA 世代特有の相談にも心理士と協働し対応している。

一方、緩和ケアチームの役割は、患者・家族だけのためにあるものではない。スタッフケアも緩和ケアチームの役割としてとても重要な側面を持っている。病棟カンファレンスやデスカンファレンス等に参加し、スタッフケアを行うと共に病棟スタッフとの連携を強化している。引き続き緩和ケアチームが十分に機能を発揮できるように取り組んでいきたいと考えている。

なお、小児がんにおいては、家族ケアや心理面のサポートの依頼が多く、CLS や心理士がその専門性を生かして活躍する場であり、今後ますますの充実が求められる。平成 27 年度より、がんの親をもつ子どものためのプログラムの一環として「わくわくプログラム」が行われてきたが、コロナ禍以降実施を見合わせている。子をもつ AYA 世代に対し、子にどのように病気のことを伝えるか等の相談や心理的サポートは個別に行っており、CLS とつながれるよう連携できる体制をとっている。





5. 現状と今後の課題

これまでの活動により、緩和ケアチームの認知度は上がっている。それに伴い緩和ケアチームへの期待度も高くなっている。チーム医療の定着に伴いチームの専門性を活かした医療の提供を充実させることが最重要課題だが、他のチームとの連携も推進していかなければならない点である。

苦痛のスクリーニングを全病棟で行うことを目標として取り組んできている。それにより、身体的、精神的に緩和ケアチームが早期に関わったほうが良いと思われる患者さんを見出すことができると思われる。また AYA 世代の患者さんをサポートするため、AYA スクリーニングシートの運用を続けているが、スクリーニングの結果をふまえてさらに AYA 世代患者のサポートを充実させていくことが重要と考える。

厚労省の施策により、がんの診断時からの介入症例も多くなり、がん治療に並行して、種々の疼痛コントロール依頼に対し WHO 方式に則った疼痛管理に努めている。さらには診断時ならでの心理・精神的苦痛への対処も求められているところであり、苦痛のスクリーニングを活用して、苦痛の早期発見と対応を心がけ、的確な苦痛の緩和に努めたい。そのためには心理士との連携を引き続き強化することに加え、基本的緩和ケアを担う医療者への教育も重要と考える。

また、昨今、神経難病や心不全、H I V 感染症、膠原病といった非がんの緩和ケアに対応が求められており、対応していく必要がある。2008 年に医師に対する緩和ケアの基本的な知識等を修得するための研修会に関する健康局長通知「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」が出され、がん診療連携拠点病院での開催が義務付けられた。当院では令和 5 年度 9 月に緩和ケア研修会を開催し、参加者の多くは医師であった。今後は多職種の参加を促し、広く緩和ケアが提供できる体制を築いていきたい。

さらに今後は訪問診療所や訪問看護ステーションを含めた地域の医療機関とも連携を強化し、シームレスな緩和ケアが提供できるよう努めていく必要がある。

多種横断支援チーム 褥瘡対策チーム

I. 当院の褥瘡の現状報告

褥瘡推定発生率は2.71%とここ数年低下はみられず停滞している【図1】。入院患者数における褥瘡発生割合は2.25%から2.12%とわずかに低下し、院内発生割合も31.7%から29%と減少した【図2】。院内発生件数は422件から392件と前年度より30件減少した。

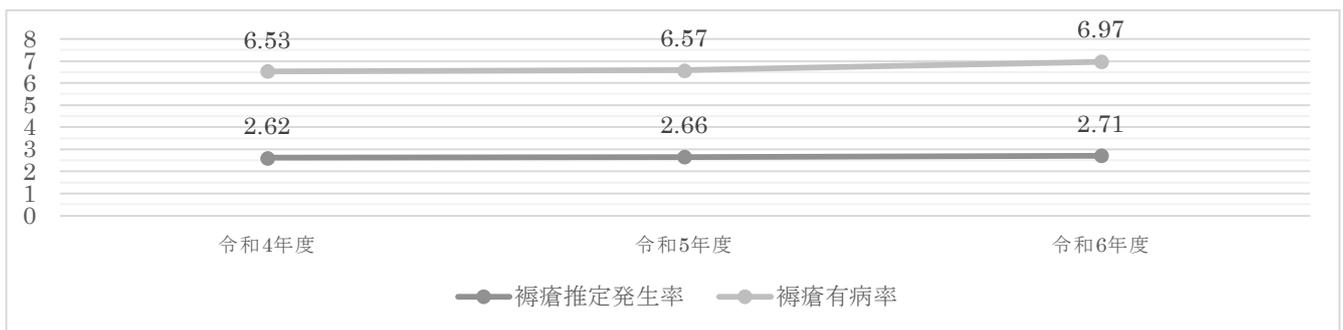
院内発生褥瘡発見時の深達度のd1（消退しない発赤）は19%であった。前年度の26%よりも低下していることから、早期発見や予防ケアの充実が図れているのではないかと考える【図3】。発生部位は、仙骨部、尾骨部、臀部で45.9%、踵部で15.3%、脊柱部が7.1%となっており、下肢褥瘡割合が増加傾向である。褥瘡予防のための取り組みとしてスタッフへの意識付け、知識・ポジョニングなどの技術の向上を図り、褥瘡の予防と早期発見、d2以上の褥瘡発生を減らしていくことが課題である。高齢者など褥瘡発生リスクのある自立度の低い患者も増えておりより一層、主治医、病棟看護師、病棟担当栄養士、理学療法士なども含め多職種連携を強化していく。

院内発生褥瘡の治癒率は46.1%であった。治癒しないまま、転院や在宅などへの持ち帰り褥瘡は35.2%と増加傾向である。これには在院日数の短縮もあり入院期間中に治癒に至っていないと考えられる。持ち帰り褥瘡があることで療養調整時のサービス導入や患者・家族指導などが必要になることで患者・家族負担となるため褥瘡予防ケアと早期発見、早期治癒が求められる。

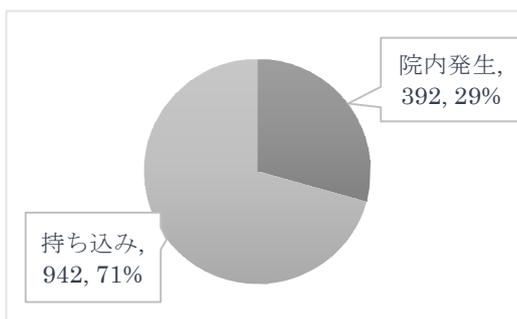
医療関連機器褥瘡の報告件数は547件から536件と減少した。【図4】。発生要因の機器としては呼吸器関連やモニター関連による皮膚障害が多い。今年度、特徴的なものとしてDVT予防関連用具による皮膚障害が増加した。DVT予防用具に関しては、非手術患者もDVTリスク評価対象となり、DVT予防用具使用患者の対象者が増加していることも影響し40件（7.46%）から52件（10%）となった。スタッフの中には弾性包帯の巻き方を知らないなどの声もあり、正しいサイズ選択や正しい装着方法が課題と考え、安全に正しく管理するために医療安全、教育と協働して研修を企画開催していく。

スキンケアに関しては313件から331件に増加した。入院患者の多くは高齢者やステロイド使用など皮膚が脆弱な患者も多く、移乗時や看護ケアによる発生が増加している。リハビリテーション科と協働し、安全な移乗介助についての動画を作成し、セーフマスターで視聴できるようにし教育機会を増やし少しでも安全な移乗、スキンケア予防につながっていくことを期待したい。また発生時における病棟での迅速な対応、患者への適切なケア提供、ケアの標準化となるようにフローチャート作成をしたため、活用状況を確認し、評価・修正をおこなっていく。

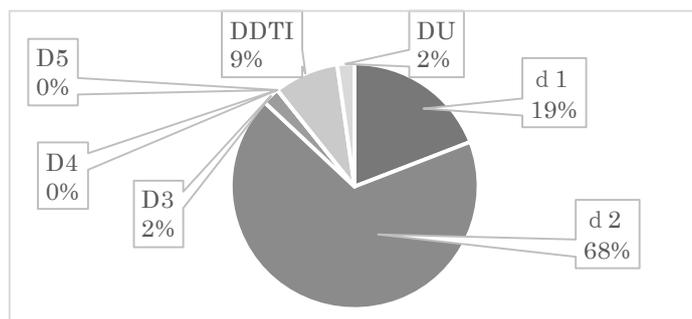
【図1：褥瘡発生率の推移 全国平均：褥瘡推定発生率：1.15% 有病率：2.46%】



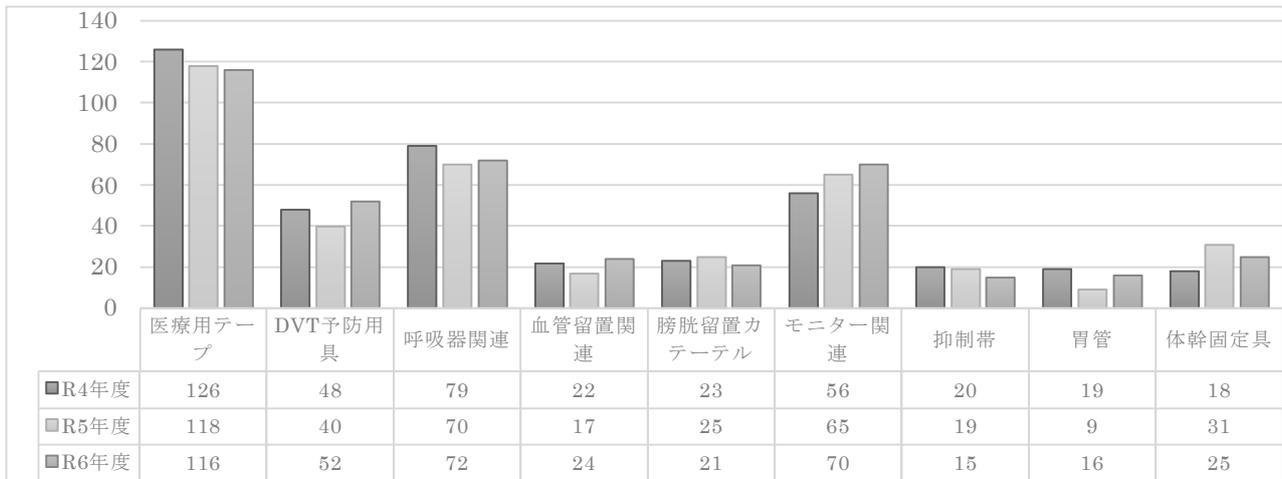
【図2】院内発生・持込褥瘡の割合



【図3】院内発生時の深達度割合



【図4】医療関連機器褥瘡報告件数



II. 活動概要 褥瘡対策委員会の活動

1. チーム介入（褥瘡回診）

皮膚科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学・作業療法士、皮膚・排泄ケア認定看護師の多職種で回診を実施した。全46回、延べ患者数318名、577部位の回診を実施した。リンクナースも輪番制で参加してもらい他部署の褥瘡発生状況やケア、治療の理解、多職種連携の重要性や各部署での工夫点など理解を深める機会となっている。

2. マニュアル修正・フローチャート作成

予防・ケアの標準化となるよう、褥瘡予防・発生時フローチャートと、コンサルテーション基準フローチャートを作成した。今後は院内への広報・活用が課題である。さらに、院内で血管外漏出の重症事例も発生したため、血管外漏出時のフローチャートを医療安全管理室、薬剤部と協働し作成をした。次年度のマニュアル・職員手帳への掲載予定あり、周知が必要である。

3. 褥瘡発生報告書の運用変更・写真取込みに向けて

褥瘡発生報告書はこれまで紙運用してきたが、作成・管理の負担などの面から、電子カルテ内で作成・管理、創部の写真を取り込みができるよう検討した。写真取り込みについてはシステム委員会の承諾を得ることができた。次年度より電子カルテ内での管理になるため、運用しながら、問題点の抽出・修正をしていく。

4. 褥瘡対策計画書の作成

全入院患者への作成が義務付けられているため毎月チェックを行ない、各病棟のリンクナースにも働きかけた。未作成割合は減少した。しかし、未評価件数が増加しておりリンクナースへの継続的な働きかけが必要である。

5. 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の充実

今年度の加算1694件から1826件と増加した。リンクナースや医事課と連携を図り患者数における加算割合も9.0%から10%と年々増加することができている。ハイリスク対象患者も増えており、引き続き病棟、医事課とも連携を強化し加算の維持に加え、さらに看護ケアの充実も図っていく。

6. 下肢創傷処置指導管理料の算定

下肢創傷処置算定に向け院内に周知するためのフローチャートを作成したが算定できていない部分があり周知活動の継続が望まれる。また外来においては、下肢創傷処置料算定患者に指導管理料として500点/月加算が可能となる。今後、運用状況や算定実績など確認し継続評価が必要である。

7. 体圧分散寝具の充足

当院では重症患者や寝たきり高齢患者などエアマットレスの適応患者も多く、早期から褥瘡予防目的で高機能エアマットレスの使用を積極的に使用している。院内保有のマットレスだけでは十分褥瘡対策ができないため、レンタルエアマットレスの運用を継続中である。院内保有マットレスの劣化・耐用年数の問題で今後レンタルエアマットレスの使用量が増加した場合、費用増大も考えられるためリースなど運用変更なども検討課題である。体圧分散クッションも経年劣化しており、病院の理解も得られ120個の購入に至った。ただし、クッションの劣化や変形などもあるため、次年度はクッションの採用品を見直すなども検討予定である。

8. 褥瘡対策委員会実行部会との連携

毎月第2火曜日 16時から開催 (4月、8月は休会)

実行部会では、各病棟リンクナースに褥瘡発生の要因を分析の発表と2-3ヶ月ごとの目標に対する取り組みを報告してもらう機会を設けた。褥瘡に関する月間目標ポスターを掲示し、褥瘡カンファレンスを推進したなど自部署をふりかえることで成果や課題を明確にすることができた。実行部会ではリンクナースの困り事の共有や機能評価に向けた取り組みをおこなった。また、後期は各部署での取り組み発表を聞き、ケアの視点を補うことで自部署でのフィードバックや取り組みにつながったと考える。

9. 学習会の開催 (現任教育委員会・職員研修委員会協働)

4月：看護技術研修 対象：新採用者 令和6年4月8日 体位変換・安楽な体位 参加者：50名

6月：看護技術研修 対象：新採用者 令和6年6月12日 褥瘡予防・リスクアセスメント 参加者：50名

10月：褥瘡対策研修 対象：全職員 令和6年10月8日 当院における褥瘡の現状報告、マニュアルに沿った褥瘡治療について 参加者：105名 全員参加できないためセーフマスターで動画視聴できるようにした。

現在、褥瘡に関する集合研修などの教育機会が減っており、知識・技術の普及・向上に向けての対策を検討していく必要がある。

10. 褥瘡対策委員会構成メンバー

小嶋俊久(副院長) 藤城里香医師(皮膚科)、丹羽ふみ(副看護部長)、飯田真由美(東4階看護師長)、橋本由利子(西7階看護師長)、河村佳美(特室看護師長)、山口梨乃(皮膚・排泄ケア認定看護師)、今泉良典(栄養科)、井上佑美(薬剤部) 亀井裕明(薬剤部)、鈴木慈子(薬剤部)、河瀬嵩史(理学療法士)、笹島崇伸(作業療法士)、井上智裕(専門職)

11. 学会発表：褥瘡関連のデータ集積を行い、発表を検討していく

今後の活動目標

- ① 褥瘡発生件数減少、推定発生率の低下(特に下肢創傷の減少)対策
- ② 褥瘡回診の充実
- ③ 褥瘡対策計画書の作成とハイリスクケア加算の充実
- ④ 褥瘡対策マニュアルの整備と普及
- ⑤ 褥瘡発生報告書の電子カルテ内での運用変更への取り組み・評価
- ⑥ 職員に対して褥瘡対策研修の開催
- ⑦ 褥瘡に関する研究・学会発表検討

(文責 山口梨乃)

NST

NST (Nutrition Support Team: 栄養サポートチーム) は、多職種による横断的なチーム医療を行うもので、各専門分野の視点から対象患者の栄養管理について最良の方法を検討し、提案するチーム活動である。基準として定められたメンバーは医師、看護師、薬剤師、管理栄養士で構成されるが、当院では歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、摂食嚥下障害看護認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、リハビリテーションスタッフをメンバーに迎え、より多くの専門的知識を集めた活動を行なっている。令和6年度の活動実績については、表1、図1に示す。

また、従来のカンファレンス・回診・栄養療法の提言に加え、各メンバーが講師となり自身の分野についての講義を行なうNST勉強会を実施しており、院内のNST普及活動も行なっている。

その他、NST教育研修を実施し、院内外のNSTスタッフの育成に貢献している。

1. 活動の概況

1) NSTカンファレンス及び回診

毎週火曜日及び金曜日に実施している。

2) NSTリンクナースの配置

各病棟にNST担当看護師(リンクナース)を配置し、リンクナースを通じてNST活動の普及と介入依頼の増加を図った。

3) 電子カルテ上に介入依頼・回診記録の整備

電子カルテを活用し、回診・カンファレンス依頼と回診記録・栄養治療計画書の書式を整備し、円滑なチーム活動のための体制作りを行っている。

NST介入フローチャートの見直しを図り、フローチャートに沿った対象者の抽出を簡便に行うシステムを構築している。

4) その他専門チームとの連携強化

褥瘡・緩和ケア・認知症ケアなどの各チームとの連携を強化する為、それぞれの役割を具体的に把握し、特に褥瘡チームについては、中心的な看護師のメンバーが参加して、連携強化を図った。

5) NST教育研修の開催

日本栄養治療学会認定の教育施設として、NST専門療法士の資格受験を目指す医療スタッフを対象に、NST 40時間研修を実施している。国立病院機構14名、その他医療機関6名の修了生を輩出した。

6) NST勉強会の開催

NSTメンバーが講師となり、各病棟で必要とされる内容について講義を実施した。

院内全体の勉強会として計2回実施した(表2)

2. 活動実績

表1. 令和6年度栄養サポートチーム件数

4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月	
加算	非加算	加算	非加算	加算	非加算								
130	185	120	209	140	193	121	191	139	302	99	202	90	147

11月		12月		1月		2月		3月		令和6年実績		(令和5年度実績)	
加算	非加算	加算	非加算	加算	非加算								
174	188	118	151	146	279	144	243	118	212	1539	2502	1471	2198

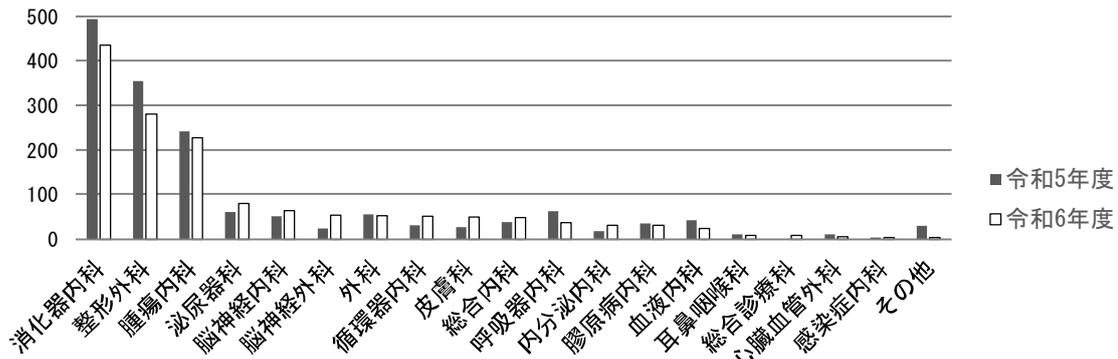


図1. 栄養サポートチーム介入 診療科別件数

表2. 令和6年度NST勉強会一覧

開催月	内容	講師
7月	「経腸栄養剤と形態調整食について」 「形態調整食を選択するポイント」	今泉良典（栄養管理室） 阿保修平（リハビリテーション科）
10月	「口腔ケアについて」・「食事介助について」	後藤藍（歯科口腔外科）・大和田恵美（看護部）

3. スタッフ

消化器内科	平嶋 昇	チェアマン	臨床検査科	戸田 早紀	コアスタッフ	
	島田 昌明	ディレクター		藤野 匡	コアスタッフ	
	村山 睦	コアスタッフ		山崎 真鈴	コアスタッフ	
	齋藤 雅之	コアスタッフ		歯科衛生士	小久保 睦代	アシスタントディレクター
	浦田 登	コアスタッフ		看護部	丹羽 ふみ	アシスタントディレクター
内分泌内科	山田 努	ディレクター		大和田 恵美	アシスタントディレクター	
	外科	田嶋 久子	コアスタッフ		川村 良子	アシスタントディレクター
		多代 充	コアスタッフ		山口 梨乃	アシスタントディレクター
腫瘍内科	佐藤 真利子	コアスタッフ		坂田 瞳	アシスタントディレクター	
歯科口腔外科	後藤 藍	アシスタントディレクター		立松 美穂	コアスタッフ	
	上嶋 伸知	コアスタッフ		内田 由香	コアスタッフ	
	成田 健悟	コアスタッフ		石川 多鶴	コアスタッフ	
薬剤部	安藤 舞	コアスタッフ		中所 初美	コアスタッフ	
	井上 佑美	コアスタッフ		鈴木 理子	コアスタッフ	
	上床 遥	アシスタントディレクター		鶴山 望海	コアスタッフ	
	永坂 紀樹	コアスタッフ	病棟スタッフ	藤原 新奈	コアスタッフ	
鈴木 慈子	コアスタッフ	宮内 小百合		コアスタッフ		
栄養管理室	小島 章孝	コアスタッフ		大石 知恵	コアスタッフ	
	飛野 矢	コアスタッフ		古田 雄大	コアスタッフ	
	今泉 良典	アシスタントディレクター		太田 裕深	コアスタッフ	
	坪井 涼	コアスタッフ		坪井 勇樹	コアスタッフ	
	戸谷 和佳奈	アシスタントディレクター		畑 明澄	コアスタッフ	
	太嶋 友里	コアスタッフ		山内 杏花	コアスタッフ	
	鈴木 絢子	コアスタッフ		牧村 果南	コアスタッフ	
	リハビリテーション科	中橋 聖一	コアスタッフ	古川 怜奈	コアスタッフ	
	阿保 修平	コアスタッフ	松原 朱里	コアスタッフ		
	佐々木 章吾	コアスタッフ	岩原 由衣	コアスタッフ		
	櫻木 聡	コアスタッフ	石山 傑	コアスタッフ		

呼吸ケアサポートチーム (RST)

呼吸サポートチーム (RST)は、呼吸管理の安全性向上を図るとともに、より適切な呼吸管理がされるよう知識情報の提供、ケア技術の実践、指導、教育をすることを目標として組織されたチームである。医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士など多職種から構成され、それぞれの知識や技術を共有し、人工呼吸器管理の質と安全性を向上すべく活動中である。当院においては2011年3月にRSTが正式に発足し、以下の業務を行っている。

1. 病棟回診／コンサルト症例の回診

毎週水曜日 15時から主として一般病床の人工呼吸器患者の回診を行っている。また要請や必要に応じてICU, HCU, CCUを含むその他病棟の回診も行っている。患者情報や問題点をチームで共有すべく回診前に、患者ごとのカンファレンスを行っている。病棟にラウンドする旨を連絡してから回診を行っている。患者・家族にはラウンド時にチームの紹介とラウンドの目的を説明し承諾を得ている。

人工呼吸器装着後1か月以内の患者は、回診により呼吸ケアチーム加算が可能であり、新規使用者を優先的に回診対象としている。電子カルテ上のテンプレートに沿って人工呼吸器管理の現状をチェックし、安全面での確認を行っている。回診で気づいた点のフィードバックはカルテに記載するとともに、看護師または主治医に直接連絡を行っている。

活動内容：

- ・人工呼吸をしている患者に必要な安全点検と環境整備
- ・人工呼吸器設定の確認と設定提案
- ・人工呼吸器からの離脱サポート
- ・人工気道の管理と教育
- ・適切なカフ圧管理
- ・ポジショニングの実施と教育
- ・鎮静鎮痛レベルと適正について評価する
- ・加温加湿の適正と提案
- ・画像診断とケアサポート、相談
- ・呼吸リハビリテーションの実施
- ・人工呼吸をしている患者の口腔ケアの相談、実施
- ・インシデントの事例検討、解決策と事故防止の検討
- ・人工呼吸器マニュアルの見直し
- ・新規採用物品の検討

回診実績：

	新規介入 (人)	人工呼 吸器	離脱	継続中	退院 (死亡)	NPPV	離脱	継続中	退院 (死亡)	在宅器 持込	HFNC
2018年度	145	54	24	6	24(15)	53	28	5	20(13)	38	-
2019年度	151	69	30	(1)	39(27)	41	20	0	21(15)	41	-
2020年度	160	82	32	12	39(31)	40	25	2	9(7)	37	-
2021年度	162	75	19	30	26(19)	46	21	17	8(5)	41	-
2022年度	128	51	19	16	16(12)	41	18	17	6(5)	36	-
2023年度	113	45	8	17	13(16)	37	17	16	8(1)	32	-
2024年度	187	42	8	16	18(13)	51	33	5	12(11)	71	23

2. 電子カルテ上の人工呼吸器関連項目の作成

RST回診は、患者背景、患者管理、安全、栄養/口腔管理、人工呼吸器管理、診療目標、総合コメントを記載する回診テンプレートに沿って行われている。初回介入時に、RST 診療計画を立案し、それをもとに効果的な回診ができるよう、回診テンプレートは適宜更新している。

人工呼吸器離脱プロトコルの導入に際して、SAT/SBT 加算のためのテンプレートを作成した。

3. 教育

例年、人工呼吸器管理に関する職員教育を行っている。各病棟の人工呼吸器管理の指導的役割を果たす看護師（リンクナース）により、人工呼吸器に関する看護技術の底上げをはかるべくリンクナース制度を採用している。院内現任教育のラダー研修の編成により、ラダーレベルⅢ以上の看護師を対象とした1日の呼吸ケア研修はなくなった。ラダーレベルⅠ～Ⅲの看護師を対象に、それぞれラダーに応じた講義または演習を行った。政策医療コース（救急看護）では呼吸に関する項目を行い、RSTと連携して実施した。

人工呼吸ケアでは、ラダーⅠ50名、ラダーⅡ61名、ラダーⅢ31名、政策医療コース（救急看護）では、12名が参加した。

2024年度は下記勉強会を行った。

年月	テーマ	講師
2024.7	人工呼吸ケアⅡ 人工呼吸器E360トラブルシューティング	栞田・吉田
2024.9	政策医療コース（救急看護）：急変に気づくためのフィジカルアセスメント 呼吸回数の必要性、SpO ₂ 低下の原因を知る	栞田・吉田
2024.10	人工呼吸ケアⅢ 人工呼吸ケアに関するKYTと正しいケアの提案 人工呼吸器離脱に関する覚醒トライアル、自発呼吸トライアル	栞田・ME
2024.12	政策医療コース（救急看護）：酸素デバイスと血ガスの見方 低酸素脳症の病態と酸素デバイス、HFNCの特徴・効果、NPPV装着介助演習、 血ガスと治療 人工呼吸ケアⅠ	吉田・内山
2025.2	人工呼吸器のモード基礎と人工呼吸器の回路チェック 人工呼吸器装着中患者のケア（講義、挿管チューブ固定、閉鎖式吸引の演習）	栞田・ME

4. 院内マニュアルの改訂

国立病院機構名古屋医療センター標準人工呼吸器療法マニュアルが令和6年3月6日に改訂第4版となった。適宜修正、見直し、追加を行っている。

5. 新規物品選定

回診時に不足物品の把握を行い整備する。また臨床工学室および医療安全室と連携を行い、より安全性、利便性の高い物品への切り替えを検討する。

6. 安全に関するフィードバック

個々の患者に関しては、回診時に気づいた点をカルテに記載するとともに、現場の看護師または主治医に直接伝えて、安全の徹底をはかっている。

また、医療安全室と連携し、人工呼吸器関連のインシデントを把握し、その問題点および対策を議論している。

7. 学会

該当なし。

8. RST 構成メンバー (2024 年度)

医師: 沖 昌英(呼吸管理委員会委員長), 上嶋伸知 (歯科口腔外科医師), 篠原由佳(呼吸器内科医師), 森田恭成(救急集中治療科医師)

看護師: 栢田ゆかり (集中ケア認定看護師・呼吸療法認定士), 吉田弥生 (集中ケア認定看護師), 矢野友美 (感染管理認定看護師), 中村枝里 (医療安全対策室 副看護師長)

理学療法士: 伊藤直有希, 光地海人, 水谷圭介

臨床工学技士: 清末 智, 高木淳志, 五十嵐 魁

9. 呼吸管理委員会構成員 (2024 年度)

上記 RST メンバー, 永井副院長, 池ヶ谷副看護部長, 前田 (救命救急センター師長), 嶽 (呼吸器病棟師長), 小久保 (歯科衛生士), 中橋 (言語聴覚士), 水野 (言語聴覚士), 井上(事務), 各病棟リンクナース

(文責: 沖 昌英)