

簡単アンケート第10弾：ICUとは

(2011年12月実施)

J S E P T I C 臨床研究委員会

アンケート作成者：内野滋彦（東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部）

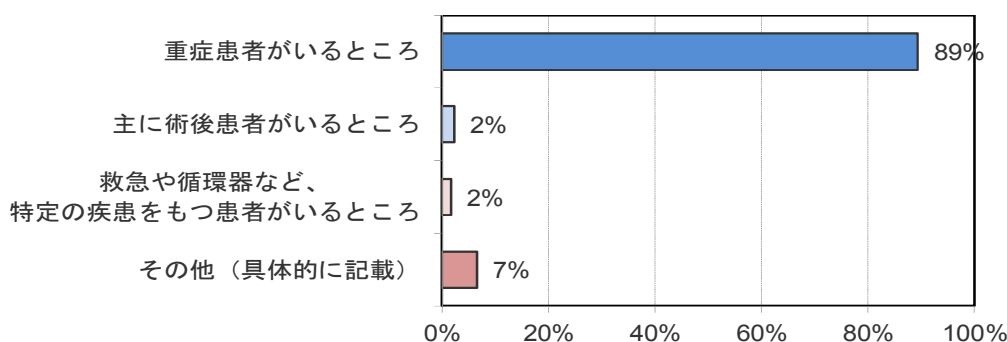
記念すべき第 10 弾は、ずばり ICU とは、についてお聞きしたいと思います。皆さんは ICU についてどんなイメージを持っていらっしゃるのでしょうか。皆さんの病院の ICU はどんなところでしょうか。

なお、本アンケートで言う ICU とは、患者-看護比が 2:1 以上で十分なモニタリングを行える場所を意味し、CCU や PICU や救命センターなども含みますが、一般病棟のナースステーションの横の部屋を“ICU “と読んでいる場合などは含みません。

担当作成者：内野滋彦（東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部）

回答者数：303 名

質問 1. あなたは、ICU はどんなところだと思いますか？一つだけ選んでください。

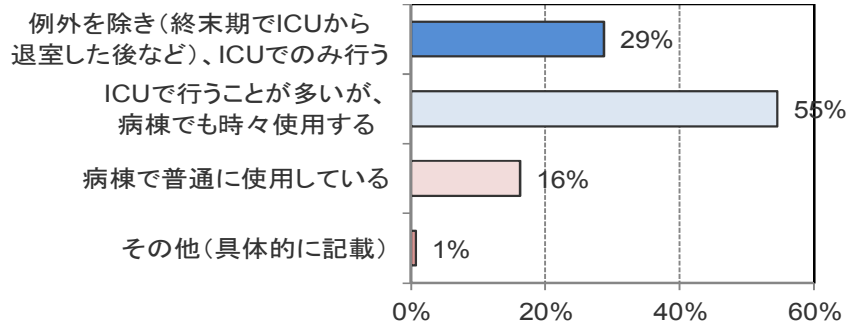


*その他（具体的に記載）回答者 20 名

- オペ患者優先。頭蓋内患者さんは追い出される。
- 病院内で一番の治療、ケアを実施する場所。
- 呼吸・循環の全身管理が必要な患者がいるところ。傾向として大手術の術後患者が多い。
- 複数科の医師により「集学的に」治療するところ。
- より濃密な看護師による観察が必要な患者がいる場合、集中治療部責任者にお伺いをたてて、入れていただくところ。
- 重症患者、及びモニタリングなどの重度のケアを要する患者がいるところ。
- 医療的介入に依存している患者がいるところ。
- 重症患者と今後急変する可能性のある患者がおり集中治療が必要な場所。
- 集中治療が必要な患者がいるところ。重症でも集中治療が必要でなければ適応ではありません。
- 重症、術後など理由を問わず close monitoring が必要な患者を入れる場所。
- 積極的にケア／モニターするところ。
- 重症で集中治療を要する患者がいるところ。
- 治療しえる重症疾患に人工呼吸や血液浄化などの治療を行なう場所。
- 循環・呼吸が悪く片ときも目を離すことができず、24 時間モニター監視が必要な患者がいるところ。
- ICU がどういうところかは、その病院の病床数や救急体制によって変化している。
- close monitoring が必要な患者がいるところ。
- 集中治療を要する患者がいるところ 重症の患者が多い。
- これから重症になりうる患者、集中治療が必要な患者のいるところ。

- 集中治療医に主導された多職種多角的チームが重症患者のケアにあたる部署。
- 重症患者を重点的にみられるような医療従事者の配置、モニターをして治療していくところ。

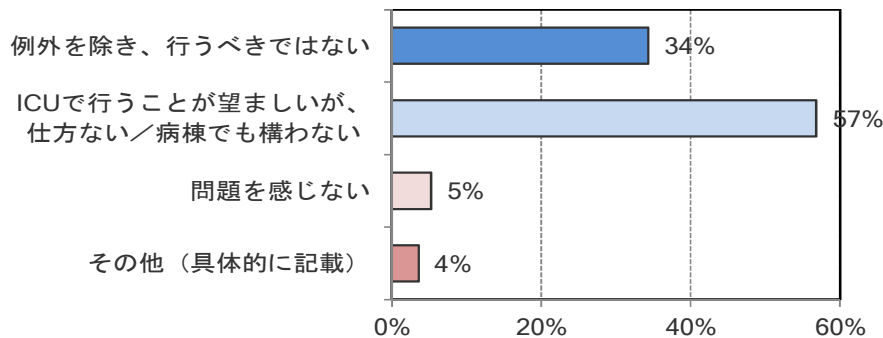
質問2. あなたの病院では、「気管挿管」された患者の人工呼吸を一般病棟で行いますか？



*その他(具体的に記載) 回答者 2名

- 脳外科病棟、小児科病棟とICU。
- いわゆるHCUでも行う。

質問3. あなたは、「気管挿管」された患者の人工呼吸を一般病棟で行うことについてどう思いますか？

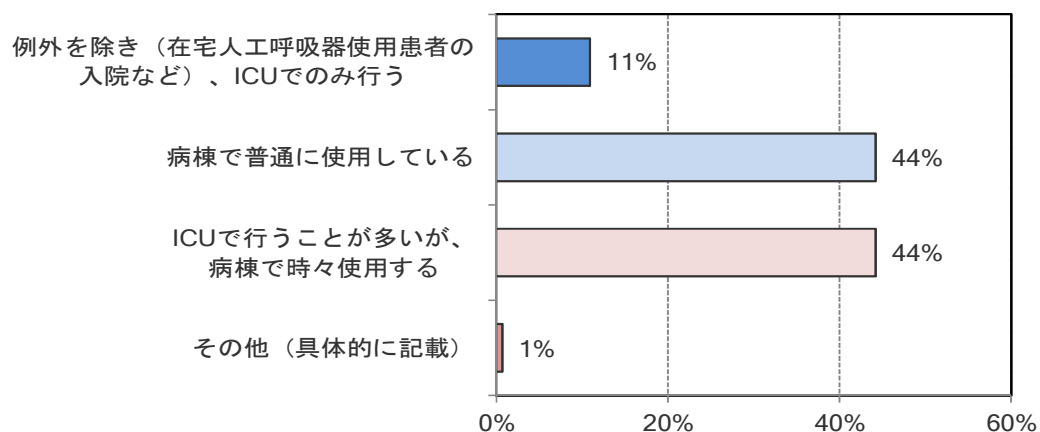


*その他(具体的に記載) 回答者 11名

- 仕方がない場面もあるが、扱う病棟は限定するべきである(管理になれた病棟であるべきである)。
- 事故抜管に対する対応が出来る人が希すぎる。ICUですら恐ろしいことになり得るのに、病棟だなんて考えられない。少なくともHCUのような一般病棟より対応可能な場所が必要。
- 当院のICUの特殊性(頭蓋内管理が得意としない)場合仕方がない。
- コメディカルが慣れていないという理由で病棟での管理を嫌がられICUに行くことが多いですが、急変、気管挿管はどの科でも起こり得るので、十分な医師数、看護力がある病棟であれば基本的な人工呼吸器の設定、管理はできるように、医師もコメディカルもトレーニングされるべきだと思います。

- 当院の看護のレベルは低く、危険であり行うべきでない。
- 超重症・急性期はICUが望ましい。
- 人工呼吸器患者を一般病棟で行うときは診療科に係らず特定の一病棟に固めるべき。
- 慢性期であれば病棟で十分管理できる。敗血症ショックなどにより呼吸器装着となった患者は臓器専門医が診るのではなく、救急・集中治療が可能なICUでの管理とケアを臨む(当院ではセンター長変更後、前述したよう対応が可能になりました)。
- ICUがないので仕方がないし、ICUだからといってレベルの高い治療を行っているとは限らない。
- 絶対に行うべきではないと考えております。一般病棟は、その設備、人員、スタッフの知識の種類が異なります。また呼吸器の管理、鎮静薬の管理も専門医のいるICUでなければ適正に管理できると思えません。実際に呼吸器の設定が異なり、苦しそうな患者さんをみたことがあります。
- 人工呼吸器管理を熟知し、十分な観察ができるスタッフがいるなら病棟でみることもやむを得ない。

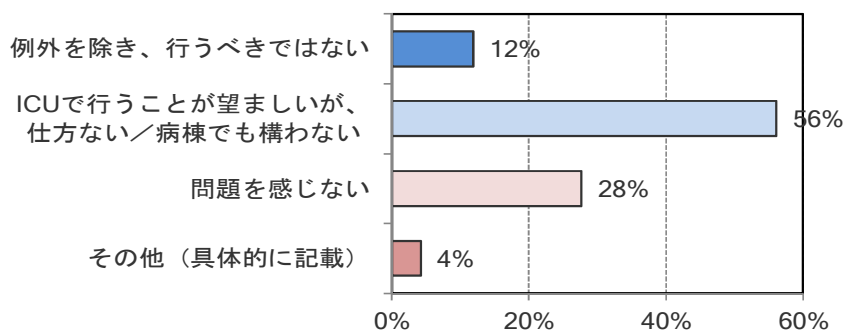
質問4. あなたの病院では、「気管切開」された患者の人工呼吸を一般病棟で行いますか？



*その他（具体的に記載）回答者2名

- 脳外科病棟、小児科病棟とICU。
- 安定したら一般病棟で。

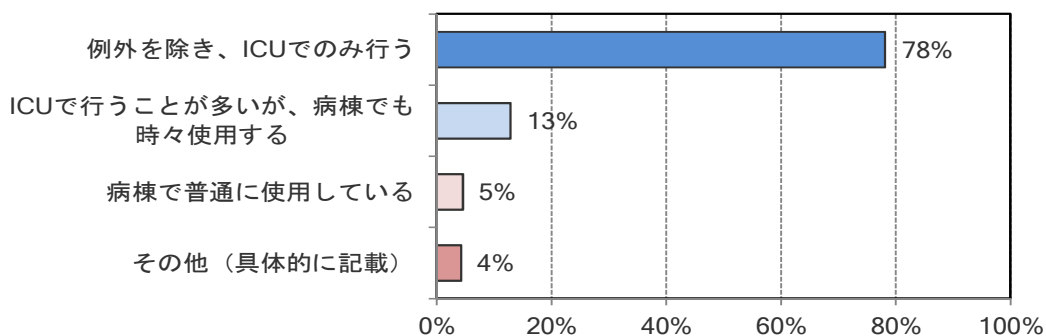
質問5. あなたは、「気管切開」された患者の人工呼吸を一般病棟で行うことについてどう思いますか？



***その他 (具体的に記載) 回答者 13 名**

- 扱いになれた病棟限定で慢性期の患者では構わない。
- 病棟で普通に行っているが、早期の事故抜去に対する対応が不安。
- 長期人工呼吸管理が必要でかつその他の全身状態が安定している場合、気管切開を施行し病棟へ転棟している。
- 人工呼吸器患者を一般病棟で行うときは診療科に係らず特定の一病棟に固めるべき。
- 状態が安定し、鎮静が不要で、モニターできる環境があれば一般病棟も可能。
- 長期化した場合仕方がないがモニタリングが確実に実施で人工呼吸器の管理の訓練を受けたものが従事しているべき。
- 状態が安定してリハビリテーションがメインであればよいと思います。
- 気管切開の有無そのものよりも、それを必要とした病態が安定しているかどうか依存すると思います。
- 気管切開イコール手がかからない、落ち着いている慢性期と思われがちで、放置されることが多いから嫌だ。
- 慢性期と急性期で異なるため一概には言えない。
- 行うべきではない。
- 気管切開された患者の背景によると思う。
- 病状安定ならばよい。例えば ALS とか。

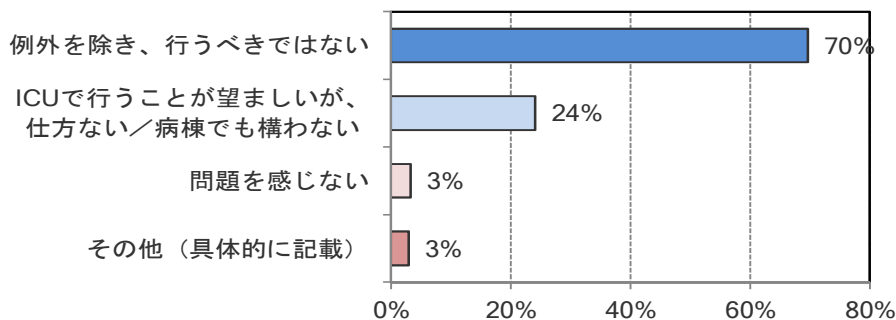
質問6. あなたの病院では、CHDF などの「持続」腎代替療法を一般病棟で行いますか？



***その他（具体的に記載）回答者 13 名**

- CHDF は当院ではできない。
- ICUもしくは、透析室でのみで実施する。
- 例外なくICU のみで行います。
- ICU 以外ではあり得ない。
- ICU、HCU、救命病棟で使用する。
- 例外なくICU。
- 100%ICU で行う。
- ICU でしか行わない。
- 最近は持続で行っていない。
- わからない。
- 病棟では一切行わない。例外は無い。
- 病棟では、一切行わない。
- 例外なくICU でおこなう。

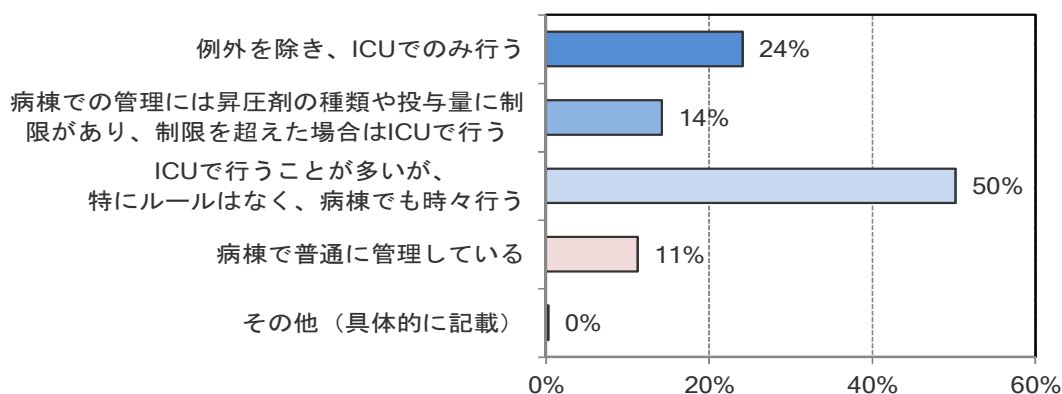
質問7. あなたは、CHDF などの「持続」腎代替療法を一般病棟で行うことについてどう思いますか？



***その他（具体的に記載）回答者 9 名**

- モニタリングしていても、コネクタの外れなどの致命的な事故は起きうる。モニタ以外にスタッフの目がどうしても必要。
- CHDFをしていない。
- 事故も多く、ICUか透析室以外での施行は難しい。
- 例外も許さず行うべきではない。
- 例外なくICU。
- 行うべきでない。
- CEがいる体制なら病棟でも可。
- わからない。
- 回路外れたら死にます。一般病棟では危険すぎます。

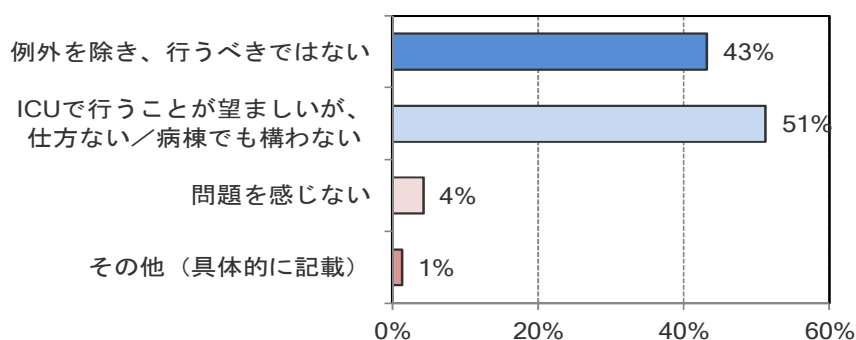
質問8. あなたの病院では、昇圧剤の投与を必要とするショック患者の急性期管理を一般病棟で行いますか？



*その他（具体的に記載）回答者 1名

- DNAR など医師の方針による

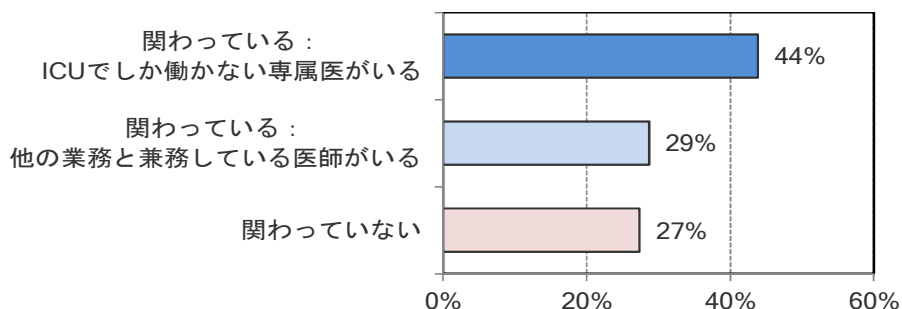
質問9. あなたは、昇圧剤の投与を必要とするショック患者の急性期管理を一般病棟で行うことについてどう思いますか？



*その他（具体的に記載）回答者 4名

- 程度や原因による。
- 対応のスピードは集中治療医に匹敵する医師は少ない。看護師も少ないため難しい。
- 投与量と依存度による。昇圧剤使用して効果が得られている場合など、数日のうちに解放に向かいそうであれば一般病棟で管理する事は全く問題がないと考える。「重症ならICU」にしてしまうと、一般病棟のナースが学習する機会が無くなり、専門性も養われなくなるので、スタッフが安全に管理できるような環境を整えることが看護管理者としての責務だと考えている。ただし、他にも重症患者がいて、観察の頻度を保てない・他患の安全を守れないと判断した場合は、モニタリングやスタッフ数などが整っているICUを借りたい。
- ICUで行うことが望ましいが、治療の目標／目的によっては病棟でショック患者を管理することは容認してもいいと思う。

質問 10. あなたの病院の ICU では、主科以外の医師が患者管理に関わっていますか？（一時的なコンサルテーションは除く）



質問 11. このアンケートについてのコメント、今後のアンケートの案など、ご自由に記載してください。

回答者：49 名

- 10 番の質問ですが、救急医が管理する救急救命センターの ICU と麻酔科医が管理する主に術後患者を受ける ICU と循環器医が管理する CCU がわかれている。
- 臨床工学技士の関わりに関する実態にも興味があります。
- 専従医がいる場合、主治医との仕事分担の線引き。たとえば、オーダーはすべて専従医がするとか、診断や治療方針の説明同意は専従医がするとかとか？ まで、踏み込んでほしい。
- 集中治療医以外の声が聞きたい。私は自分の仕事に誇りを持って行っているが、それを主治医や他科の医師はどう思っているのか。もし、存在意義を否定的に考える人がいれば、その考えを変えるために我々が何をすべきか考えたい。
- ICU 専属医は、大学や大きな総合病院でしかみたことありません。中規模の病院では主治医が ICU 管理しているのが実情ではないでしょうか。そういう意味で今回のアンケートは結果に大変興味があります。
- ICU 専従医の人数が問題。また従事者の得意、不得手があり。正直困っている。個室化が望ましいと思う。頭蓋内患者さんの場合、ICU 入室後逆にせん妄になってしまう。
- こういうアンケート、わたしの領域でもやってみたいです。というか以前やっていました。どのシステムを使われていますか。
- 本来は ICU でみた方がいい患者は多いが、結局のところ ICU 適応がある患者に比べて ICU の病床数が少ないのが問題ではないかと思います。ICU がもっと気楽に重症になりそうな患者を入れることができれば病院全体での mortality も下がるのではと思います。現時点では主治医およびその病状が悪化した場面に立ち会った医師が比較的 ICU になれているものであれば垣根が低く ICU に入っていきますが、あまり ICU になれていない医師が担当していたりするとかなり悪くなるまで病棟で粘ることが多い印象があります。単一臓器のみの障害だった場合に病棟で粘るか ICU に入れるかは結局その病院のベッド運用状況と主治医の判断にゆだねられているのが現状ではないでしょうか？
- ICU で看護師として毎日働いています。先輩に「それはグレーゾーン」と曖昧なことははぐらかされてしまいますが、黒が少しでも入っている時点でそれは黒なんだと思います。より患者のためにと勉強すると EBM の大切さを実感します。しかしそれがすべてではないと実感することが

より多い毎日です。

ICU はまさに宇宙です。

- 10の質問について、集中治療医がいないので主治医が管理しますが、RST、ICT、NSTなどのチームが介入します。
- いまいち。ICUの形態(各病院の事情)を聞いているだけのアンケート?かと思いました。それが目的であれば結構です。
- ICUのベッド数によって変わってくる問題かなと感じました。当院はICU12、HDU12、CTICU12とベッドに余裕があり、完全なClosed ICUが可能です。また、ICUコンサルタントが7名と潤沢な指導力があるため、他科からの信頼が得られていると感じます。しかし、ベッド数10床以下で、専属も専門医が常駐するのが困難な状況でClosedは厳しいかと思います。理想は全てICUで見ることが望ましいですが、ハード、ソフト共に不足している状況では他科や一般病棟の助けが必要なのは仕方ないことかと思います。
- いつも興味深く拝見しています。
薬剤師ですが、なかなかアンケートに参加することができず、今回初参加です。
ICUでの薬剤師の関わり方について、模索する日々です。
これからも、勉強させていただきたいと思っています。
どうぞよろしくおねがいします。
- 重症患者管理に理解の乏しい医療従事者に対して、この結果をどのように反映させていくかがより重要ではないかと考えます。
ぜひそういった面での広報活動も今後進めていただけると有り難く感じています。
頑張ってください。自分たちの領域でできることで応援させていただきたいです。
- 循環器、呼吸器の専門病院です。診療科は、循環器内科、呼吸器内科、心臓血管外科、呼吸器外科、麻酔科、放射線科。ICUは麻酔科医が手術麻酔と兼務して各科と共同で管理しています(責任者は麻酔科)。
- 今いる病院は主科主治医で、専属医はいません。患者がICUにはいると、夜中のコールもすべて主治医にかかってくるので、文字通り「孤軍奮闘」です。私は内科医ですが、基本的には日中働くことが期待されている科ですから、夜間までたいしたことないことと呼ばれると、どんどん体力が落ちていきます。
麻酔科医はいますが、手術のみでICUには関わっていません。当然、専属医がいないため、主治医の能力が患者の受ける医療の質を規定しますが、内科医とはいえ重症管理能力は個人差が極めて大きいです。客観的な意見を医師の立場で言ってくれる人がいないのも、非常なマイナスです。
今まで、麻酔科医がICUを診るというのが一般的でしたが、QOL重視傾向の麻酔科医が今後この分野に戻ってくるのでしょうか。慢性的な内科疾患の結果としての重症化や急変もおおいですので、個人的には内科のバックグラウンドをもつ集中治療医を育成する必要があると思っています。
- 当院はsemi-closed ICUです。
急性期管理に関してのプロフェッショナルとしてICU physicianがいると思うので、もちはもちや的な考えが理想なのではないかと思います。
- 当院ではICUがなく個人的な意見となっています。申し訳ございません
- ・パラメディカルの関与、権限(業務の制限)なども知りたいです。
- 現在高齢化も波がICUに入ることが多い。
これは回復力も遅延し病棟回転率の悪化につながっている。
病棟で人工呼吸器患者をみている、いた仕方ないかもしれないが、集中治療をすべき症例をもっと考える

べきである。

ICU がどの患者にもいい環境とは言い難い。特に高齢者はリスクが高い。

病棟での呼吸器管理患者や透析患者管理を問題視するのであれば、高齢化に伴う

医療のリミットも考えるべきである。

- 特定看護師の業務範囲。

NP の役割、今後の展望など。

認定看護師、特定看護師、専門看護師との役割分担や、職場に与える影響など。

救急救命士の職場(職域)拡大など。

- 選択肢の「仕方がない」と「病棟でも構わない」には、かなりの差があると思いますが、いかがでしょうか。
- ショックを含め、全ての重症患者を院内でピックアップして治療を開始できるような、Rapid response system に代表されるようなシステムがあれば“Preventable death”は少なくなるだろうが、一方で ICU の限られたベッド数、病棟で治療する主治医の主観、病棟で治療できる重症疾患が多かれ少なかれ存在していること(それゆえに主治医の「これくらいならいけるだろう」という主観が入るのだろうが)、などの理由から、現実的には重症患者治療が全て集中治療医によりなされている訳ではないのが実情ではないだろうか。
- 他科医師に介入されたくなくて、ICU に患者を入れない主治医がいるのが悩みの種です。
- 重症患者を ICU に収容すべきであることは誰でも異論が無いはずです。

しかしながら、たとえ ICU に患者を収容しても、現行の日本の医療システムでは、集中治療管理には素人である主治医に権限が集中しており、そのような体制では十分な医療の質を提供できてないと予測できません。

これは今まで集中治療医が麻酔科中心のものであったため、人材が不足していることに起因しています。プロが管理しないのだから、ICU でも病棟でも余り有意差がないというのが哀しい日本の現状ではないでしょうか？

とはいえ、集中治療医が市民権を獲得しない限り、この問題は解決できないでしょう。

たとえば集中治療医が治療しないと保険点数が取れない、など構造的および抜本的インセンティブが必要だと思います。

- ICU ドクターがいなければ病棟との差は主として看護力の差だけ。したがって、病棟ナースが“慣れた”看護力のある病棟で、比較的安定した患者の呼吸器が動くことに反対する理由がない。しかし、CHDF やカテコラミンの場合には循環動態の監視が必要で、常識的には動脈ラインによる監視が必要な程度に血行動態が不安定なので、ICU というモニターが十分できる設備が必要になる。
理想は人工呼吸は ICU 内のみだが、現状では日本の多くの施設で病棟で気管挿管下人工呼吸が行われている。病棟人工呼吸患者管理への積極的な関与を通じて、ICU 医としての院内認知度、信頼度を高めたらいいのではないか。ICU ドクターは他科へのサービス業である側面があるので。
- 僕自身も大阪とその他の多くの地域では ICU という言葉の定義が違うことを、大阪で働いてはじめて知りました。
- 上気の一般病棟は病棟の HCU での場合です。大部屋での管理は例外を除き行っていません。
- このアンケートの冒頭に簡単な回答者属性がわかる質問があったらよかったです。
- リスクマネジメントの観点から、本来は ICU の適応ではない患者さんが、ICU に入室することもあります。病床数に限界があることから、一般病棟が満床のときに本来 ICU の適応でない患者さんが ICU に入室することもあります。

多少、ICU 入室、滞在に関しては、医学的な問題のみならず、上記のような事情により、柔軟に対応せざる

るをえないと考えています。

- ICU は、病院により様々な運営がされています。今回のアンケートでは、人工呼吸、血液浄化、専属医について、問われていました。しかし、ICU の運営の財源(運営)の基となる診療報酬(制度)は、どうなっているのか、ICU で働く人々にもよく知られていないと思います。

ICU の加算を取るためには専従医の常駐が必要(保険医療制度)とされています。この常駐は、24 時間、トイレも食事も ICU の空間の中ですませる必要があります、院内の他の業務に携わる時には、交代要員を確保して、絶対に ICU を無医状態にしないことが求められています。そのため、当院では、ICU 当直医を、ほとんどすべての診療科に参加してもらって、一日 1 人ずつ置いています。ICU 部の医師のみでは人数が不足しているからです。

このような現状の是非はともかくとして、ICU に関する保健医療制度(診療報酬制度)について、アンケートを試みるのはどうでしょうか？

また、ICU における経費の節約についてのアンケートはどうでしょうか？ 医療費について、いろいろ議論されている時でもあり、医療資源を無尽蔵に消費すると思われる ICU でも、各施設で、いろいろ工夫されているかもしれません。

- ICU のない病院でも重症患者を置く事は可能です。管理の質にはかなり問題があります。経済・資源・人がそろわない病院の現状でしょうか？ 開心術後も 4 床部屋を 1 または 2 床にして管理(置いているだけ?)は可能です。
- 当院(大学病院)では術後 ICU と救命センター ICU が別個に存在しており、前者は麻酔科系 intensivist 管理、後者は救急専従医管理となっています。傾向として、呼吸器管理は ICU で、という認識のようです。神経筋疾患・遷延性意識障害の慢性期の場合は一般病棟でも見えますが、看護の質がどのように維持されているのは把握していません。
- 質問内容が興味深いと感じながら、答えさせていただきました。
- ICU に求められる機能は、病院によって違ってくるんだなと実感することが多いです。その病院にあった ICU のカタチを探していくことが大事なのではないでしょうか。
- 他施設での状況にはとても興味があります。ぜひ知りたいです。理想と現実のギャップに日々考えさせられます。
- 今回のアンケートのように、様々な職種が参加出来るようなアンケートもよろしく願い致します。
- ICU で行くことが望ましいが仕方がないと病棟でもかまわないというのは意見として異なるベクトルを持つものではないでしょうか？
選択肢が分けられているとずっと答えやすかったと思います。
- ICU 管理が望ましいが実際はベッド数が限られ、病棟の回復室、HCU で行う場合が多いです。
- ICU に対する認識は、地域や施設の事情によりかなり差はあると思います。一番問題なのは、我々が主治医の場合はいいいのですが、他科が主治医の場合はコミュニケーションが十分にとれないことも多く大変です。そのあたりの苦労はどの施設もあると思いますが、次回、是非アンケートでお聞きしたいです。
- 麻酔科医 1 年目のド素人ですが、closed ICU の必要性を感じています。
- 救急専属、集中治療専属というスタッフが充足されていませので、自分の診療の延長上で重症患者を見ているというのが日本の医療の現状ではないでしょうか。医師がより、自らの仕事の中身を細分化して、より多くのスタッフと協働出来るようにしないと、少数で管理できる軽症例と、より手のかかる重症例を同時に見るという現場は変わらないように思っています。最初から最後まで継続して診療を行うという「古き良き医療」とどのように折り合いをつけるのか、簡単に答えの出るものではないとも感じています。

- ventilator 管理(特殊事例を除く)や体外循環(CHDF など)はICUもしくは準じた部署で集学的に行うのがベストだと考えています。このアンケート結果を契機に国内の ventilator 患者管理を限られた部署＝一般病棟以外で行うべきとの機運になればうれしいです。
- 日本の集中治療は、麻酔科出身者が主に担当する術後ICUと救急医が片手間にみる救急ICUというどちらかの形であることが多い。内科、外科どちらの知識もバランス良く持った本当の集中治療医が増えてほしいものだ。
- 卒後7年目外科医。1～5年目までは地域の中核病院(約700床)、6、7年目は離島での中核病院(約250床、島で唯一のICUが4床)での勤務経験の意見です。参考までに。
- 急性期病院勤務の薬剤師です。いつも興味深く拝見させていただいております。

今回も興味深いアンケート調査をありがとうございます。

当院でも救命病棟に薬剤師がおります。

ただ、現場に派遣された薬剤師だけ救急領域に長けていても救命医、患者、患者家族のフォローは十分ではありません。24時間フォローできる体制が望まれます(薬剤師であれば当直薬剤師が対応できるのがベター)。

つまりコメディカルを広く受け入れ、教育するような取り組みが望まれます。

ずばり、コメディカルへの教育をどのように行っているのか、いないのか、興味ないのかアンケートは如何でしょうか。

コメディカルがいてもいなくても一緒だと思っているのか。

とても知りたいし、力になりたいと考えております。

やはり現場で学ぶのが一番人材を成長させます。

使うかどうかわからない知識を学び続けることの苦痛は耐えがたいものがあります。

競争意識は非常に結構なのですが、病棟に派遣される各種コメディカルも自分だけの知識にしたい傾向(要はえげたい)があり同職種へのフィードバックもほとんどなく、後進の育成もほとんどできていないのが現状ではないでしょうか。

救命医は、使えるサポーターを選ぶことが大切と思いますが、サポーターを育成するという視点が必要だと思います。

人を育て、サポートしてもらおう。

そんな環境を全国の病院で作ってもらえれば医療水準も上がるでしょう。

もちろん「お医者様」体制がなくなる限り困難とは存じますが・・・。

- あらゆる種類の重症患者を集約的に管理する本来の意味でのICUの整備は、医療安全上の基本です。医師・看護師・コメディカルとも、専門分化が進んだ今日の医療では、超急性期から慢性期まで何でもこなせるオールラウンダーなど存在せず、すべての分野に関してお互いに「餅は餅屋」であるという意識付けが重要です。

このように専門分化が進む結果、各専門分野どうしの全体的な位置づけや関係性が見えづらくなるのは、医学のみでなく、工学などにも言える科学技術の宿命とも言えます。だからこそ、各臓器専門家は片手間仕事な「全身管理」の勉強に貴重な時間を割くのではなく、各々の専門に邁進していただきたい。それを「専門バカ」と嘲笑するのはお門違いであり、科学の必然なのです。私は集中治療の専門家としてそれらの専門分野どうしを横糸のようにつなぐ役割に尽力したい。その一方で、集中治療を生業とする医療者側の問題は、やれ術後管理だけ看たいとか、救命の超急性期しか興味が持ていないとか、本当の意味で重症病態を呈する患者を何でも引き受けるメンタリティに欠けた者が少なくないことだと思います。

- 病院規模によって管理が異なると思うので病床数などもわかると参考になります。
- 多くのことを一般病棟(ハイケア室)で行っていますが、気管切開術は手術室かICUでしかできないようになっています。

以上