

# 簡単アンケート第14弾：術後入室の適応

(2012年4月実施)

J S E P T I C 臨床研究委員会

内野 滋彦 (東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部)

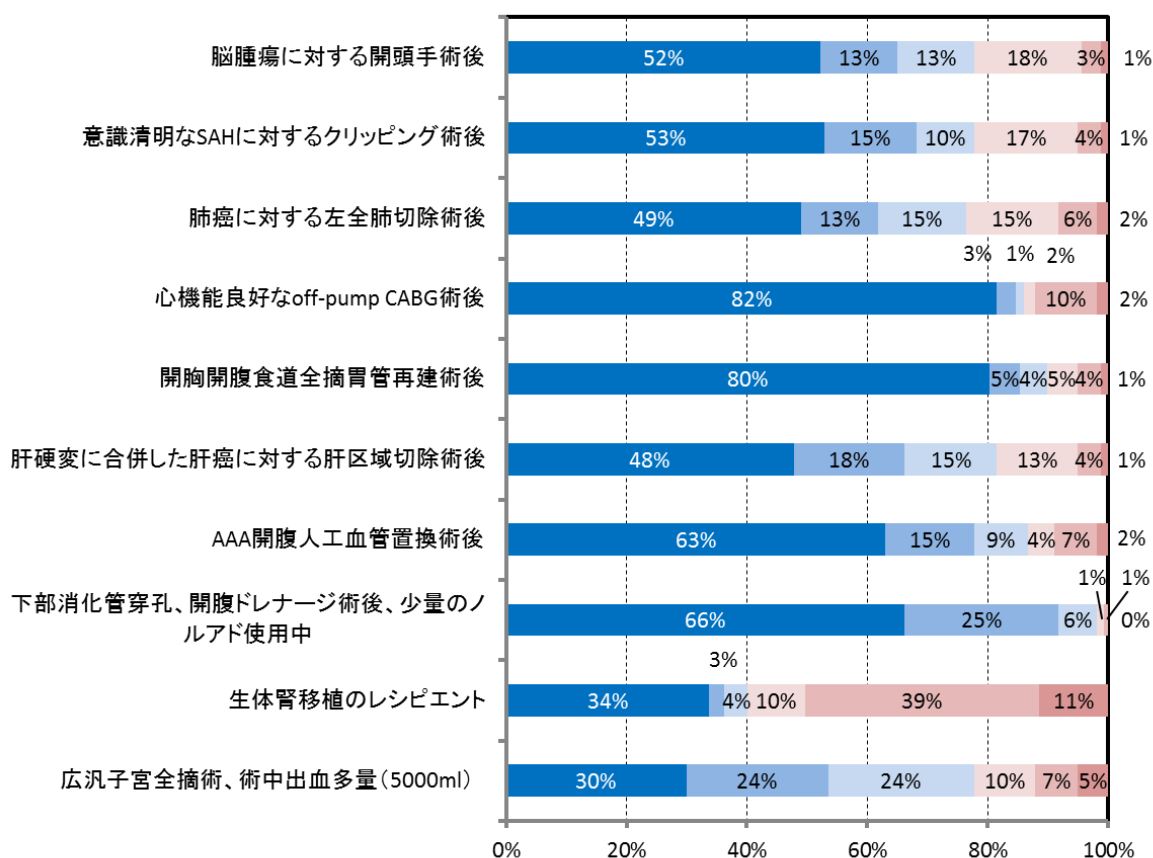
対象：一般ICUもしくは外科ICUに勤務している、もしくはその状況を知っている医療従事者

Intensivistの2012年4月号は術後管理を特集しています。それに連動して、今回の簡単アンケートは術後入室の適応について、皆さんの施設の状況と、皆さんの実際のお考えを教えてください。細かい情報は提示していないので、フィーリングでお答えいただければ。

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）

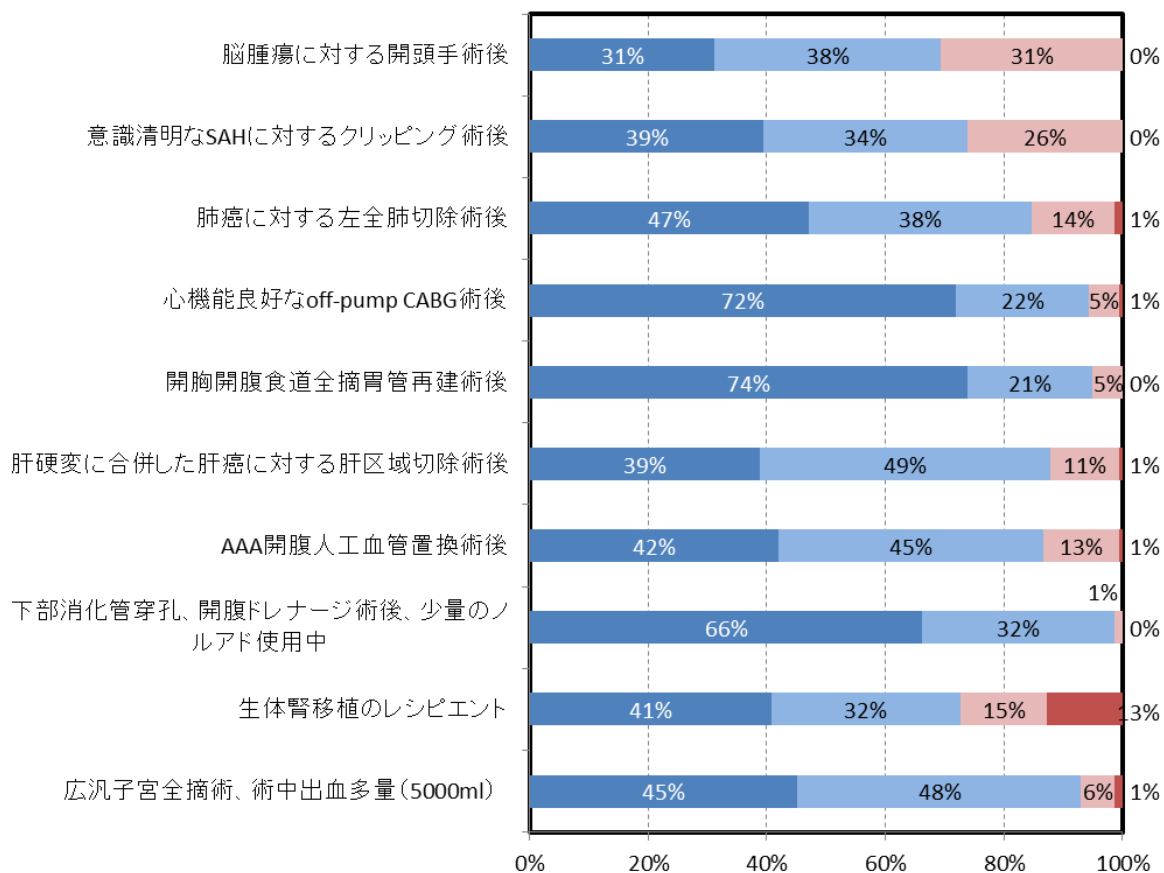
回答者数：157名

質問1. あなたの施設では、以下の手術後の患者さんはICUに入室していますか？（手術は成功し、患者さんの状態は安定しているとします。）正確な情報である必要はなく、だいたいで構いません。



■ いつも入室していると思う    ■ 入室することが多いと思う    ■ 時々入室していると思う  
 ■ 入室することはないと思う    ■ 手術が行われていないと思う    ■ まったく分からない

質問2. あなたは、以下の手術後の患者さんは ICU に入室すべきだと思いますか？（手術は成功し、患者さんの状態は安定しているとします。）



- 基本的に入室すべきだと思う
- 既往歴や状態に応じて個別に判断する
- 基本的には入室する必要はないと思う
- まったく分からない

質問3. このアンケートについてのコメント、ご意見、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 (23名)

- 術後患者は当然治療制限がないわけですから、空きベッドがあれば、可能な限り術後 ICU 入室希望の患者は受けるようにしています。一般病棟と ICU では、患者管理の質が圧倒的に違うからです。
- 質問1 はやっぱり施設の ICU 事情調査ですね、意図がわかりません。質問2 は各手術侵襲に対する認識の違いがわかるかもしれませんね。具体的なケアに関するアンケートのほうがウケはよい気がします。
- 術者の手術技量と術後管理能力によります。
- 当たり前のことですが、一概に ICU といっても、入室する症例・在室期間、また管理する医師や看護師が行っている業務などは様々であり施設によって異なっています。  
どの ICU でも特徴を踏まえ、試行錯誤し、色々工夫していると思われそうですが、今回の調査を含めた様々な情報からある程度の『標準』が示されれば、その環境な中で今自分達にできる最善の対応は何かが見えてくるのではないかと思います。
- まあ経営上は入れたら儲かるのですが、そもそも ICU ベッドが少なくて入れることはできません。off-pump CABG なんかも絶対病棟に帰って欲しいですね。もっと内科疾患をいれてあげたい。
- ICU 入室要件は患者のバックグラウンドにもよると思うので、当院では ABCD にリスクのある患者は例え開腹胃切でも、下肢のアンプタでも ICU 入室にしています。(きちんとした High care がない故かもしれません) 他院での状況が気になります。
- 当院では、ICU の入退室基準を、客観的データ、生理学的データなどを組み合わせて作成しました。後は各診療科の了解を得て、施行される予定です。  
今回の術後 ICU 入室に関しては、最終的には誰が責任をもって行うかということだと思います。限られた病床の中で、判断を迫られるので大変な重責になりますが、関係各部署が協力していく姿勢がないと難しいかと思います。
- 入室が不要な患者が ICU を占拠している状況を確認するだけのこのアンケートをどんな目的で行っているのか意図が見えない。
- 一般病棟のスタッフのマンパワーに余裕があり急変があればすぐに ICU に入室できるような環境が整っていれば気管内挿管してない患者は病棟でいいと思います。
- 大腿骨骨頭置換術や膝まで入っているのですが。
- 泌尿器科の膀胱全摘術は項目にないんですか？
- 手術侵襲は全科ともに低減し術式内容は ICU 利用のほんの一要因にすぎない状況と考えます。むしろ患者耐術能評価と ICU 利用判断が難しいです。特に高齢社会において Aging 評価と ICU 利用をどう整理するか調査をお願いできればうれしいです。

例：88歳♀、既往：高血圧など、大腿骨人工骨頭置換後、病棟にて血圧低下（収縮期血圧が80-90mmHg）に対し輸血・ドパミンにて昇圧するも意識障害を併発し結局深夜(4am)にICU入室。原因不明の低血糖にグルコース投与にて意識回復、翌朝造影CTにて広範な肝虚血壊死（ショック肝）結果的には術後の1000CCほどの出血にともなう血圧低下だけで肝血流が維持できなかったと判断。・・・術後ICUで丁寧に血圧管理するだけで発症自体を予防できた可能性があり、10時間後

にショックで入室し ICU ベッドを長期占有することもなかったと考察できます。しかし、高齢者の骨折全てに ICU 対応できるためしもなく、どこで折り合うのか答えのない思案中です。

- その病院に CCU, SCU, があるのか、病院の中で ICU がどのような位置づけで稼働しているのかという状況により回答が変わってくるかと思いますが、ICU→HCU→一般病棟のうちの病院での回答です。
- ベッドに余裕があれば全て入室してもらいたいところですが、そうもいかないところで苦労します。特に当施設は SICU と CCU, NCU, ER-ICU がそれぞれ独立していますのでややこしいです。
- 一般病棟の看護のレベルによって、施設ごとに適応が分かれるのではないのでしょうか。前施設では、病棟内のナースステーションよりの部屋 (HCU と呼称していた) にてかなりの重症まで対応していましたが、現施設では、観察回数が多い患者というだけでまず引き受けてもらえません。そのため、一般病棟が受けたくないといった症例が、無条件に ICU の絶対適応となっています。
- その施設の病棟の能力や執刀医の考え方など ICU 外での医療チームの考え方に大きく左右されるのが現実でしょうか。心臓外科のユーロスコアみたいに、普遍的な重症度判定スコアがあったりすると楽なんでしょう。

- お疲れ様です。

参加させていただくのが初めてなので、よくわからなくてすみません。当院では婦人科と心外と整形がないので、その分野の実際がよくわかりません。アンケート結果に変な影響を与えてしまうようで心配です・・・当院では、透析やエンドトキシン吸着を出張で行うのは、ICU のみになるので、それらが必要な患者さんは ICU に入室されます。

- ナースです。特定集中治療加算を取得できる例であれば積極的に ICU に入室させるべきだと思う。
- 当院に ICU はありません。
- ICU に入る必要がないが、病棟では状況把握が十分でないことが多いため、実際は ICU にはいらざるを得ない事が多いと思う。
- コメディカルです。

医師の都合 (加算 or 管理能力) やベッドコントロールの問題で、ICU 非適応の患者さんも多く居ることも多かったです。患者さんやその家族が ICU に入ったことに対して不必要なショックやストレスを感じていることも多く、必要な患者さんに時間が割けないこともあるので、是非ある程度の基準があれば教えていただきたいです。

- ICU はセミクローズドであるべきと思う。

- 今後のアンケートについて

看護師をしています。毎日のように、看護師業務で尿量や尿回数を確認しています。尿量などは、心・腎機能として確認していくことは理解しているつもりですが、尿の回数について、膀胱炎や前立腺肥大など泌尿器疾患ならともかく、尿回数を調べる (聞く) ことに、なんの意味があるのかわかりません。

また、医師の立場から 1 日の尿回数は気にしているのか? お聞きしたいです。

よろしく申し上げます。

以上