

簡単アンケート第 15 弾：包括指示

(2012年5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：片山雪子（日本海総合病院 ICU 集中ケア認定看護師）

対象：集中治療の場で勤務している、もしくはその状況を知っている医療従事者

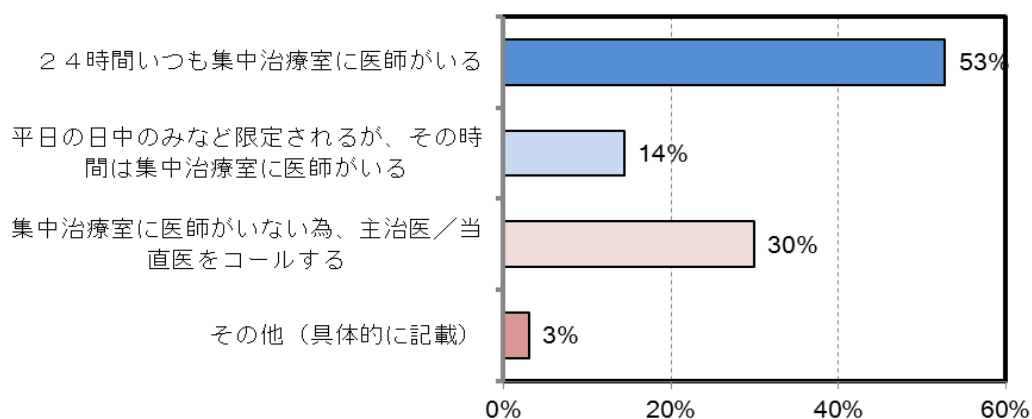
集中治療室における薬剤の投与や時間量の変更は、夜間休日を問わず必要であり、医師のみならず、ベットのサイドにいる看護師が医師の包括指示の元に調整を行う場面も多いと思います。今回のアンケートでは、実際にどういった行為が看護師の判断で実施、調整が行われているか、各種スライディングスケールを作成し使用されている割合はどの位かについて実情を調査したいと思います。

なお、open ICU で主治医によって対応が異なるような場合は、もっとも典型的な選択肢を選んでください。

担当作成者：片山雪子（日本海総合病院 ICU 集中ケア認定看護師）

回答者数：167 名

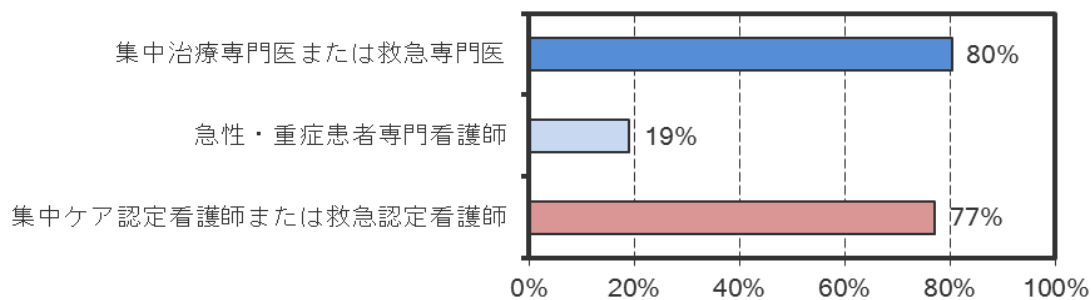
質問 1. 集中治療室に、薬剤の投与などについて相談できる医師がいますか？



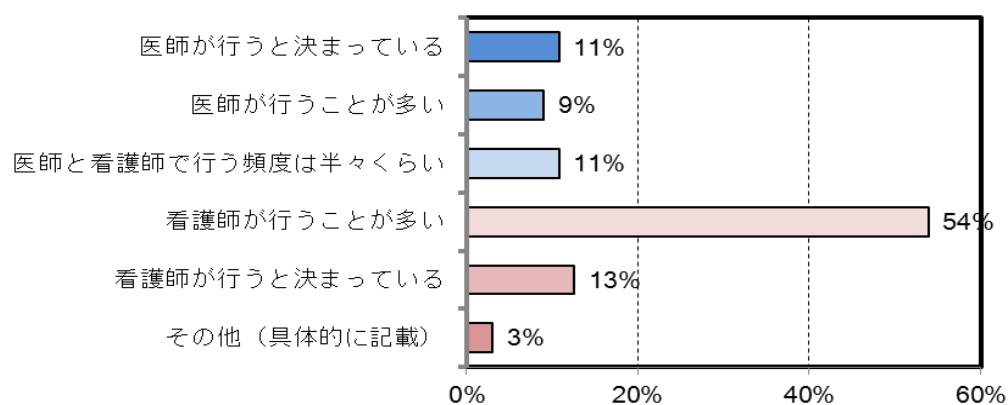
*その他（具体的に記載）回答者 5 名

- ICU 当番医はいるが常に ICU 内に常駐しているわけではない。
- 主治医、もしくは麻酔科医どちらでも相談可能。
- 夜中以外はほとんど医師がいる。
- 救命センターの病棟担当医が 24 時間 365 日必ず院内にいるが常に救命センター病棟にいるとは限らない。
- 24h 医師がいることになってはいるが、50%程度は電話対応。

質問 2. 集中治療室内に、以下の資格を持っている職員がいますか？（複数回答可）



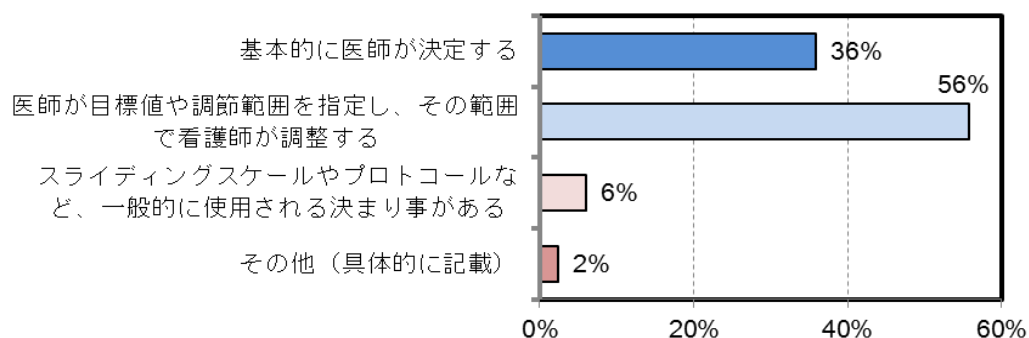
質問 3. 動脈留置ラインからの採血は主に誰が行いますか？



*その他（具体的に記載）回答者 5 名

- 医師、看護師、臨床工学技士で行っている。
- 医師、看護師、臨床工学技士。
- 臨床工学技士も必要に応じて行っている。
- 看護師が行うと決まっているわけではないが、医師は行わない。行っているのを見たことがない。
- 医師・臨床工学技士は行っている。看護師は行っていない。

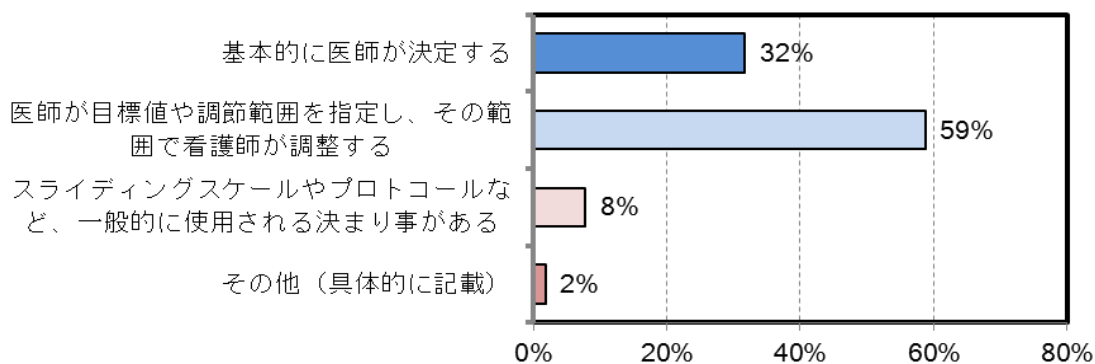
質問 4. 昇圧剤の投与量の調節はどのように行っていますか？



*その他（具体的に記載）回答者 4 名

- OPEN ICU であるため、そういう科もあれば、呼ばなければいけないこともある。
- 診療科によって異なるが、2 のことが多い。
- 1、3 どちらもある。
- 救医科患者は救医科医師が決定し、脳卒中患者は基本プロトコール。

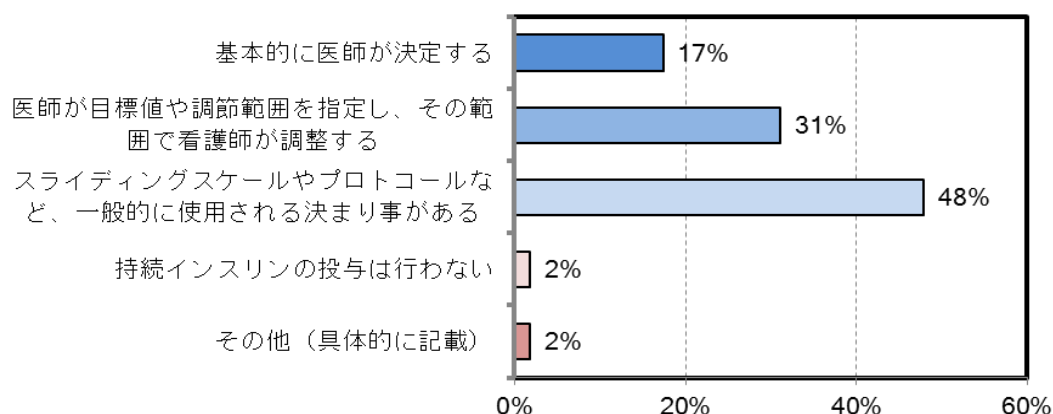
質問 5. 降圧剤の投与量の調節はどのように行っていますか？



*その他（具体的に記載）回答者 3 名

- 科や医師によって異なる。
- 診療科によって異なるが、2 のことが多い。
- 救医科患者は救医科医師が決定し、脳卒中患者は基本的にはプロトコール。

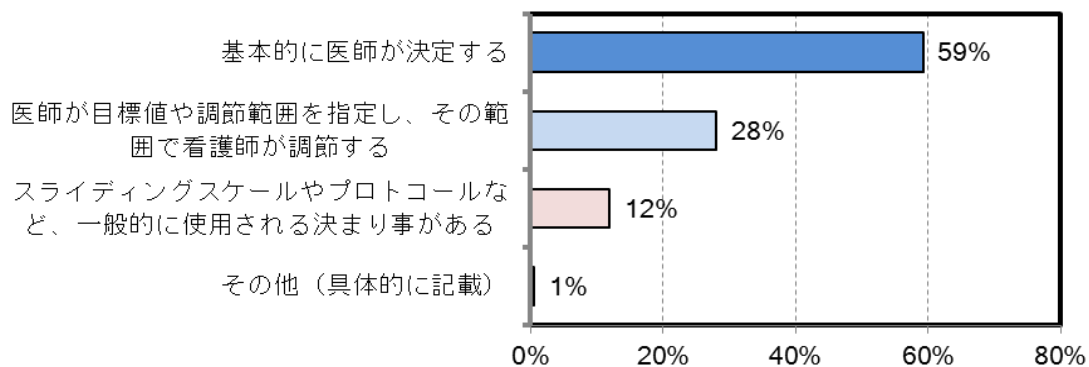
質問 6. 持続インスリンの投与量の調節はどのように行われていますか？



*その他（具体的に記載）回答者 3名

- 科や医師に寄って異なるが、だいたい、調整の指示を事前に貰いコントロールしている。
- 心臓血管外科のみ3、その他の診療科はほぼ4。
- 変化の大きいまたはインスリン導入初期は医師が決定、反応が一定化したらスライディングスケール。

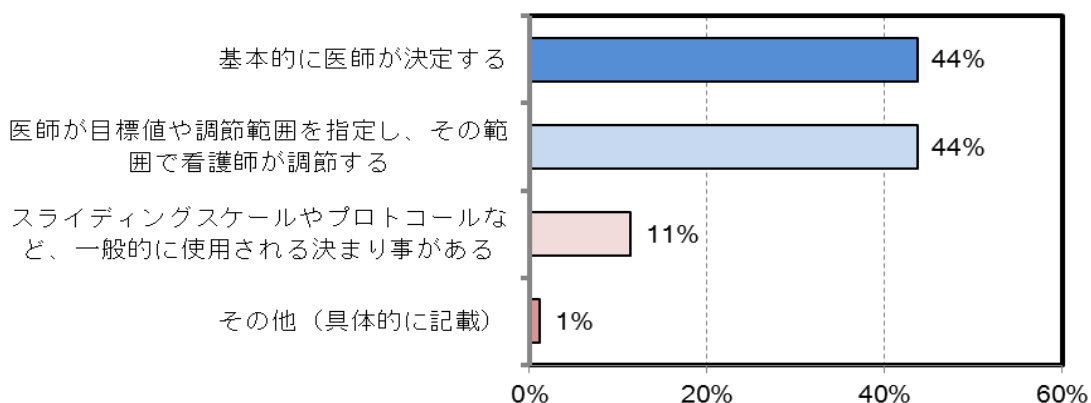
質問 7. カリウム値の補正（持続／間欠含む）はどのように行われていますか？



*その他（具体的に記載）回答者 9名

- 心臓血管外科のみ3、その他の診療科は1。

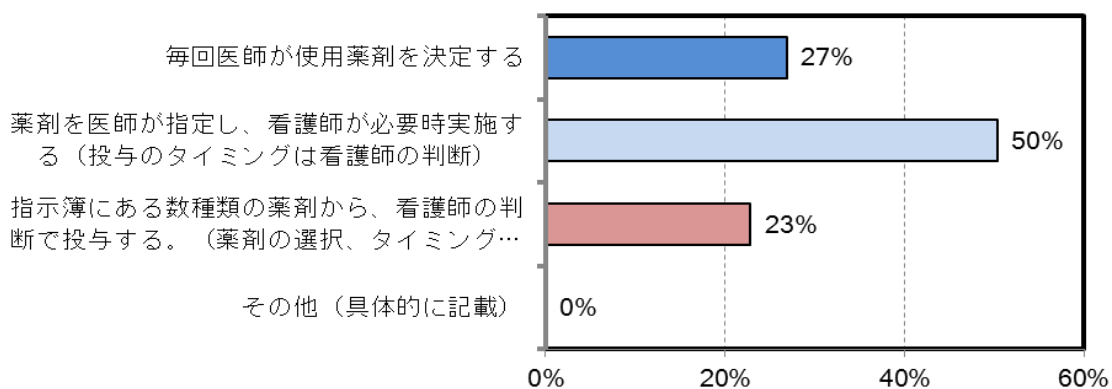
質問 8. 人工呼吸器使用中の患者の持続鎮静剤の投与量の調節はどのように行われていますか？



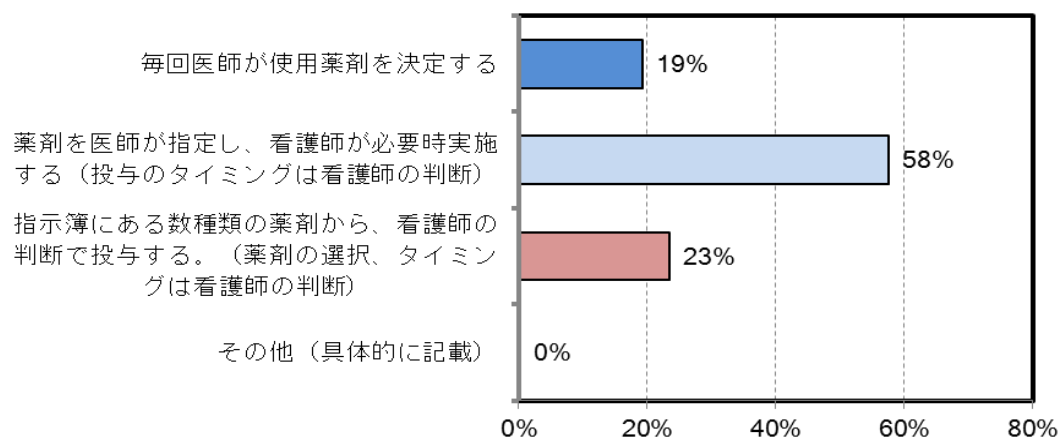
*その他（具体的に記載）回答者 2 名

- ある程度医師が決定するが看護師判断で上げ下げする。
- 科や主治医に寄って異なるが、最近だんだんコントロールさせてもらえるようになってきた。

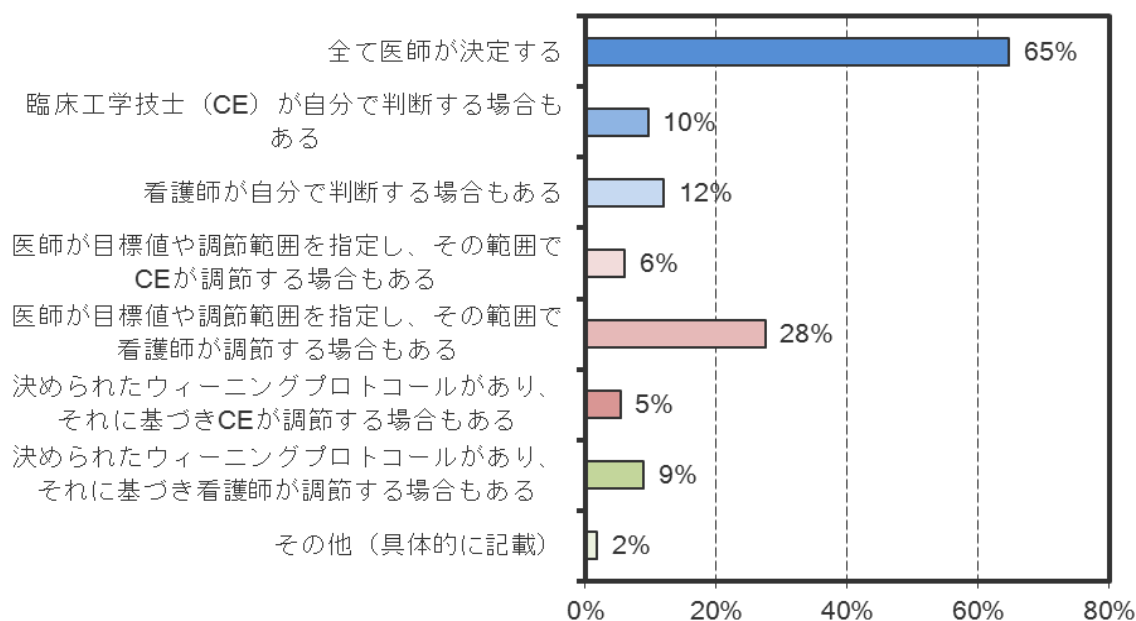
質問 9. 挿管されていない患者に対する鎮痛薬の投与はどのように行われていますか？



質問 10. 挿管されていない患者に対する不眠時の薬の投与はどのように行われていますか？



質問 11. 人工呼吸器の調節はどのように行われていますか？（複数回答可）



*その他（具体的に記載）回答者 2名

- 呼吸専門の PT が実施。
- 酸素濃度のみ看護師が調整。
- PT が患者の呼吸状態を評価し、設定を変更することがある。

質問 12. 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：26名

- 当施設では、「基本的に包括指示はなし」となっています。
しかし、せっかくナースがドクターコールをしても重症管理に不慣れた医師の場合、包括指示と変わらない判断しかしてくれない場合もありますし、反対に重症管理に慣れた看護師が担当の場合には、「包括指示ではこうなっているが、この状態ではそれに従うべきではないと思います」というコールもあり、ジレンマを感じています。（苦笑）
完璧な包括指示であれば使用することに異論は無いが、「とりあえずコールされない為」を目的とした包括指示は使用すべきではないと考えます。
- 包括指示は進めるべきであるが、Drに包括指示を出せる能力がないことが多い。
- 現在 上記全てについてプロトコルを設定し看護師主導でおこなっていくことを目標にしています。今の所完全にできているのは血糖だけ。
- 医師による違いがインシデントの元になることが多い。
教育されている内容も異なり、最近の知見を元に行っている医師と、過去のものから脱却できない医師のやり方が異なり、医師からたびたび指導を受ける。医師側も統一すべき事柄はきちんとコミュニケーション、ルールを作って対応してほしい。
指示されたから変更、中止にしたのに、他の医師から『何で中止にしたのか問いただされても困る』。
- 患者のベッドサイドに一番近くそして多くの時間を共にする看護師の判断で対処できるような医師の包括指示があると、患者の苦痛をタイムリーに軽減し早期回復の一助となると思います。また、看護師がそのような対応ができることで、医師も優先順位を考慮した必要な患者への診療が効果的になされるように思っています。私は、包括指示のもと、集中治療に携わる看護師は、このような役割を担うべきと考えています。しかし、看護がこのような対応ができるようになるためには、まだまだ看護師のアセスメント力の強化が必要と考えています。医師との信頼関係も関係します。一部の看護師が対処できて仕方がないので、看護チームの力の強化に取り組んでいますが、さまざまな背景（病棟異動や家庭の事情などによるさまざまな勤務体系など）で困難を感じる日々です。
- 集中専門医のいない、Open-ICUで働く看護師です。鎮痛・鎮静の各種薬剤の選択や呼吸器の設定についてもかなりの範囲を看護師の裁量に任されています。その為のスタッフ教育に時間をかけています。医師がいる施設は医師が微調整してくれるのが望ましいと思いますが、いない場合、患者さんに我慢や苦痛を強いるよりは出来る人がやった方がいいと思います。他の施設がどうなのか、どこまでやっているのか、やって良いのかをもっと知りたい。
- 当院では、集中治療医がいなく主治医制になっている。集中治療室に常駐医はいない。そのため、看護師、臨床工学技士の判断や報告のもとに医師が治療方針を変更していく。コメディカルの判断にゆだねられるため患者の治療スピードや治療の成否は、その日のスタッフの力量に左右されることが多い印象がある。
- 動脈ラインからの採決はつい最近やっとナースにしてもらえるようになりました。
- 包括指示を正しく実施できる看護師の育成が必要だと思います。また、包括指示出す医師にも、これくらいは看護師で・・・という思いで指示する場合がありますので、なんでも包括指示でよいかという疑問です。

- 集中治療領域なんだからこそ、包括指示を活用して、させてもらいたい事がある。
このままの状態では患者に外であるとわかっていても、医師が忙しいという理由で出来ない事がある。それが研修医であっても同様で、患者を待たせる事なく、指示の範囲内医で進めて行きたい事がある。当院は OPEN ICU であるのでなおさらである。
- 4月で市中病院から大学病院にかわったのですが、施設により、Dr.の質や量も違いますし、Ns.も人数や教育がどの程度されているかが異なります。
ある程度まではNs.がやってもらうように指示を出せるし、その指示の意味がわかるようにスタッフが教育されてくれば、それが理想的な環境になってくるのだと思います。
- 夜中も医師が3, 4人いるので。
- 当院は集中治療室内に常に医師が常駐しているが、多くの施設では24時間の管理は困難である。よって、重症病態など特殊な状況を除いて、医師があらかじめ決定した目標値や調節範囲に従って、上記に記載しているような包括指示は容認されるべきと思う。ただし、看護師に対して急性・重症患者専門、集中ケア認定の資格を取らせてあげるように（修得したいと思っている看護師はたくさんいます。）、各病院で資金面も含めて体制を作る必要がある。
- 対象患者の重症度により、包括指示の適応が違ってくると思います。
予定手術の術後管理と、集学的治療を必要とする重症患者は分けて考えた方がよいのではないのでしょうか。
- 包括指示は、医師がすぐに患者のもとへ来られず、治療や看護が進まない時には非常に有効と思われまじ、数分でも早く患者の状態安定につながられる良いことだと思います。
ただし、責任の所在の問題や包括指示を実施する看護師の、患者を見る能力が問われると思いますので、担当医師・看護師間だけでなく、組織として（病院として）包括指示についてどのように考え、どう実施するのかなどの取り決めをするなど明確にしておく必要があると思います。
- ICUで勤務する薬剤師です
薬剤に関連する具体的な種類、投与量、投与速度、組成など話し合っ決定しております。ただし、施設間の相違があるとは思いますが、医師との相談の上、決定した指示変更、指示内容について、看護師は医師からの指示ではないと受け付けない習慣があると感じております。
もっと、医師-看護師だけでなく、コメディカルでまとめられてしまっている、薬剤師や臨床工学士にも、門が広げられることを期待します。もちろん、責任もそれぞれの職種が持つべきだとも感じております。
- 同じ指示でも医師と看護師では受け取り方が違うと思うので、職種を明らかにした上での、症例？問題もあつたらいいと思いました。
- 当院は小児専門病院のICUであるため、ちょっと状況が異なるかもしれません。
- *11の回答が1. 全て医師が…なのは、当院ICU看護師の人工呼吸器に対する知識が今ひとつなためです。
- 先日当院で「人工呼吸器のアラーム設定を看護師が変更する」ことは、越権行為かどうか・・・という議題があがりました。法律的にもグレーゾーンな問題かもしれませんが、例えば呼吸回数上昇、分時換気量上昇など発熱に伴い一時的にアラーム設定を変更することが私にとっては当然の行為でしたが、結論的には『越権行為』であり夜間でも当直医に指示をあおぐと

いう事になりました。（理由は、異常の原因が看護師では判断できないからというものでした。）それを言うとモニターアラームも全てかと思いますが、他施設ではどうなのでしょう
か？

包括指示をうまく利用することで、アラームへの対応もスムーズにできれば…と思います。

- 基本的に、医師が常駐する ICU では包括指示といっても患者情報を医師・看護師間で共有し、アセスメントしながら治療を進めていくのが基本であり、薬剤投与も電子カルテで医師が処方しなければ投与できない仕組みとなっている。

ただし緊急の場合は、口頭指示のみで対応していることがほとんどであり、その場合も基本的には医師の指示のもとに行っているため、看護師独自の判断でということはない。

救急搬送の救急救命士の包括指示のように、常駐する医師がいないときに包括指示の目的が達成されるのだと考える。

- ICU と一般病棟とでは、包括指示の扱い方がかなり？異なっています。

ICU にはほぼ常時医師がいるので指示を出したり受けたりすることにタイムラグはありません。看護師の判断で人工呼吸器設定などを変更することがあっても（緊急時など）直後に医師の判断や処置が入ります。ところが、一般病棟では医師がすぐに来られるとは限らないため、設定の変更は、予想指示に基づいて看護師が行なうことが多くなりますし、予想指示に基づいても看護師が変更できないもの（人工呼吸器設定など）は、医師が病棟に到着するまでは設定を変更できません。

このため、ICU から一般病棟に移るタイミングは難しいこともあります。

実際にどうしているのか、アンケートの結果を待っています。

おもしろいテーマですが、作成者の意図（理想）は、どのようなシステムでしょうか。

- 当院で看護師が人工呼吸器設定調節を行っていないのは、全員それが出来るレベルにするのが困難であるということ、業務負担が増加すること、それによるインシデント・アクシデントの発生を懸念していることが理由として挙げられています。動脈ライン採血などについても、ほぼ同様の理由が挙げられておりました。

それに対して CE が人工呼吸器の調節や動脈血ライン採血を行っているのは、看護師との人員数の違いによるものがあると思われます（教育の徹底）。

- 集中治療室入室患者の重症度が各施設によって相当異なるようですし、当院のように ER-ICU もあれば術後患者全てが入室するような ICU 等もあるようですし、オープン ICU かそうでないかによって包括指示の持つ意味が異なると思われます。その背景を質問項目に入れずに、包括指示について質問することによって得られるアウトカムはどこに設定されていたのか今一つ分かりませんでした。

- プロトコールが決まっているのなら薬剤投与の調整を看護師がやっても良いと思うが、看護師側が責任を負いたくないからやらないように思える。

- こういった事がある程度決められていると、看護師は非常にストレスの軽減になると思います。正直ある程度決められたプロトコールが存在すれば、それほど悩む必要性の無い事ばかりですが、現状ではこのどうでも良い事が看護師の日常の負担になっている事は憂慮すべき点であると感じます。

以上