

簡単アンケート第 30 弾：ICU でのルーチン part 2

(2013 年 8 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：祐森章幸
(横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センター)

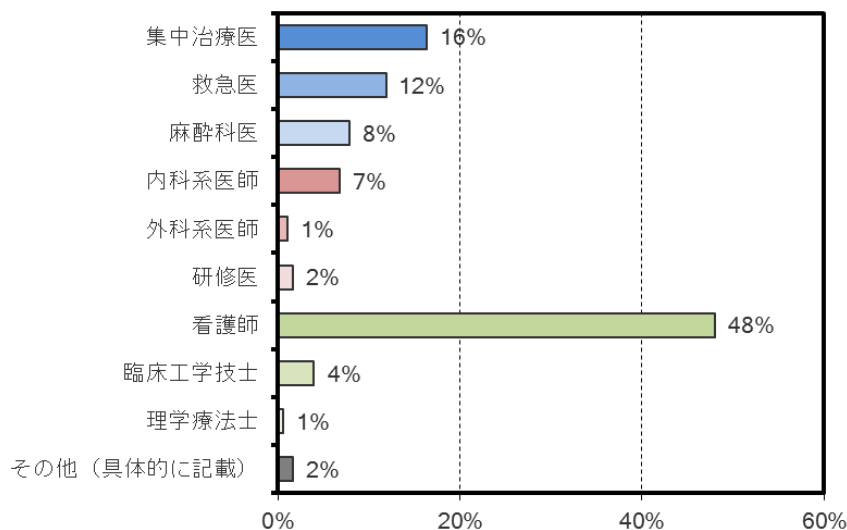
対象：ICUに関わる医療従事者

前文：重症患者が入室するICUでは、その管理の均一化や取りこぼしを防ぐなどの狙いでいくつかルーチンが存在することが多いと思われます。また、ICUならではの処置を毎日のように行なっていることもあるでしょう。2013年3月の簡単アンケートでは検査やモニタリングを中心に扱いましたが、今回は合併症の予防や処置に関して皆さんのICUでのルーチンをお聞きしたいと思います。

作成者：祐森章幸
(横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センター)

回答者 177 名

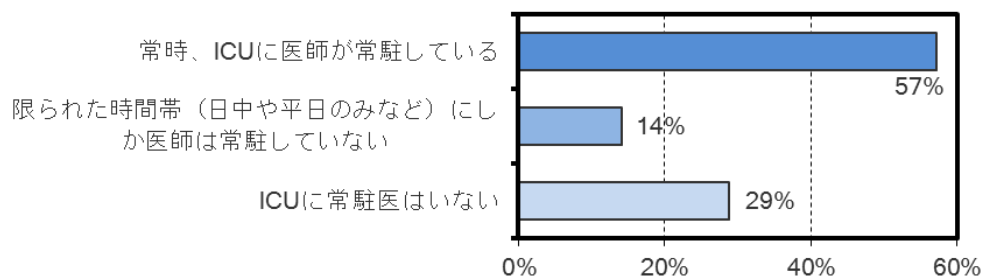
質問 1. あなたの職種は何ですか？



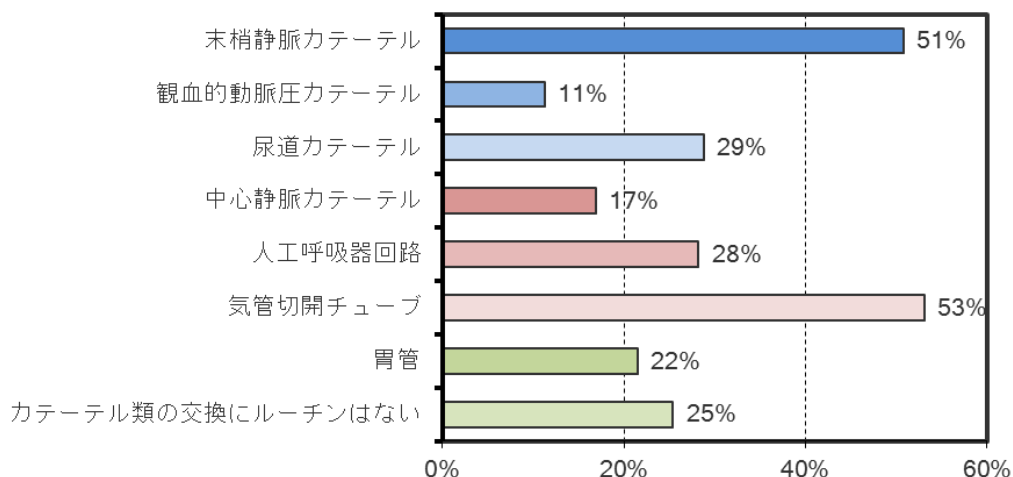
*その他（具体的に記載）回答者 3 名

- 小児循環器医
- 小児科医
- 薬剤師

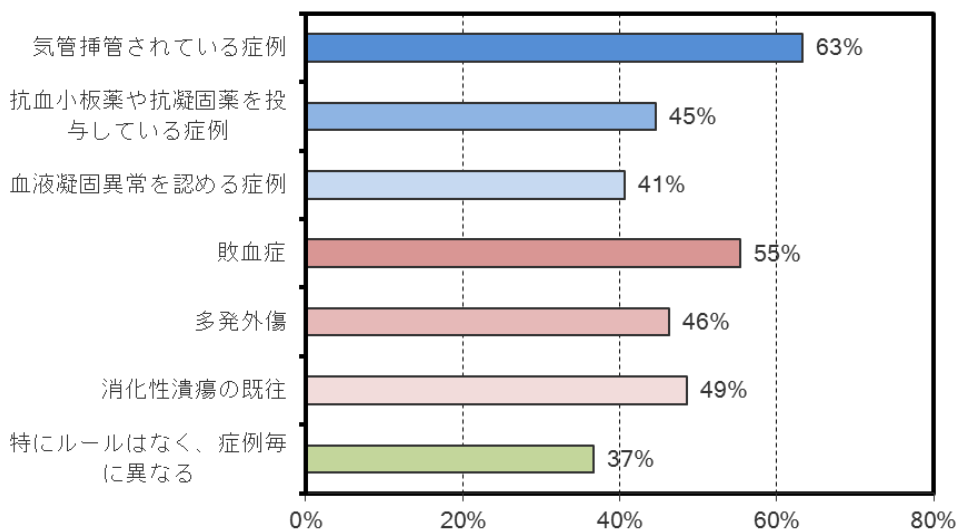
質問 2. あなたの施設では、ICUに常駐している医師はいますか？



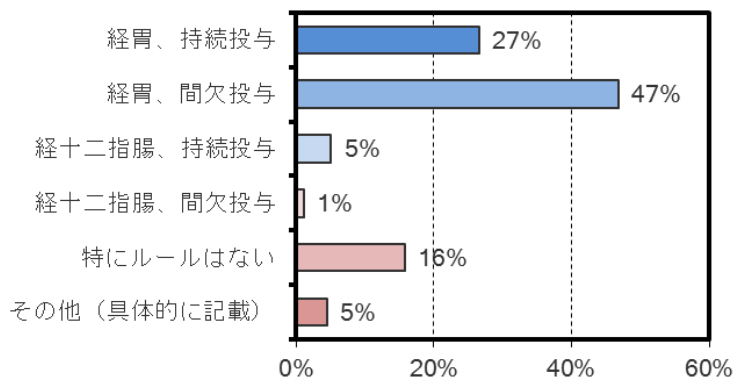
質問3. 以下のカテーテル類を閉塞や位置異常などがなくても定期交換していますか？（複数回答可）



質問4. 以下のような症例に対し、ストレス潰瘍の予防薬（H2 ブロッカーやPPI など）をルーチンで投与していますか？（複数回答可）



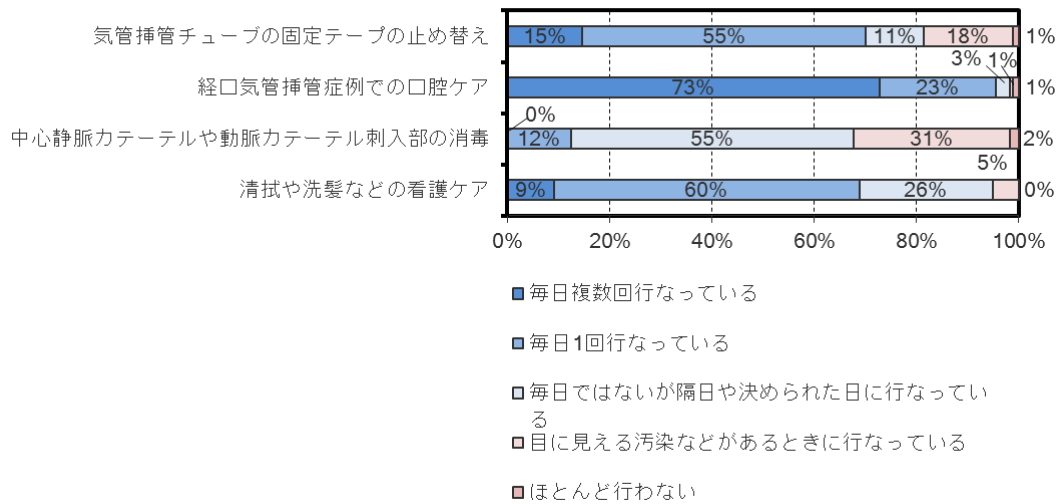
質問5. 通常の経腸栄養の投与経路はどのようにしていますか？



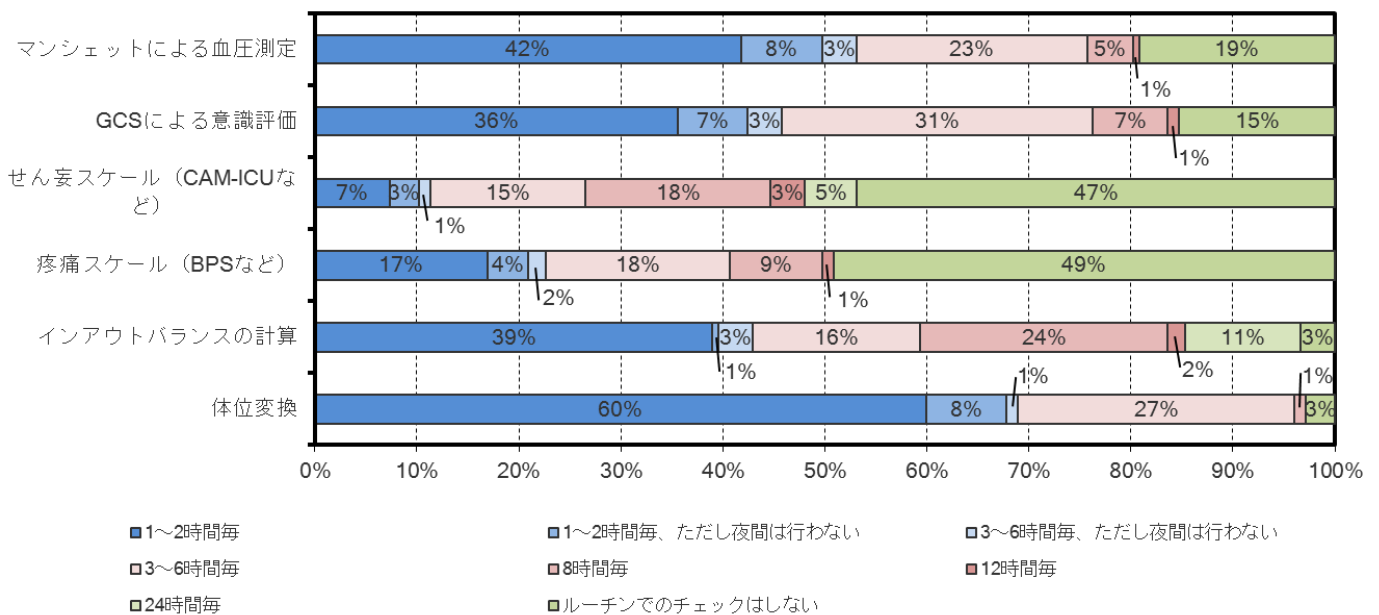
***その他（具体的に記載）回答者 8 名**

- 持続投与で開始、経胃であれば間欠投与に移行。
- 開始時は持続投与。増量できれば、間欠投与に切り替え。
- 経胃でははじめは持続で様子を見て大丈夫そうなら間欠投与。
- 症例により経胃、もしくは経空腸。
- 経空腸、持続投与
- 症例に合わせて選択。
- 症例次第。重症例は持続投与から、軽症例は間欠投与から開始。
- 経胃、持続で開始し、しかるべき時に間欠に変更。

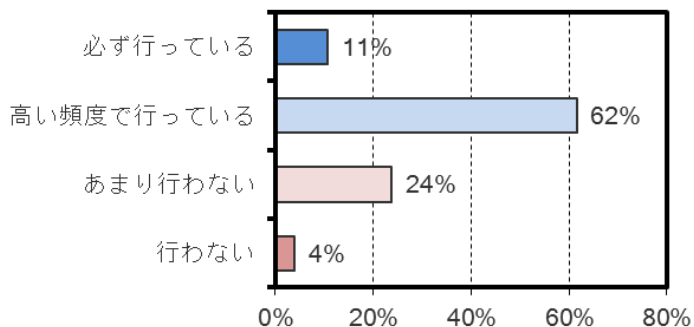
質問 6. 以下の看護ケアはどれくらいの頻度で行っていますか？



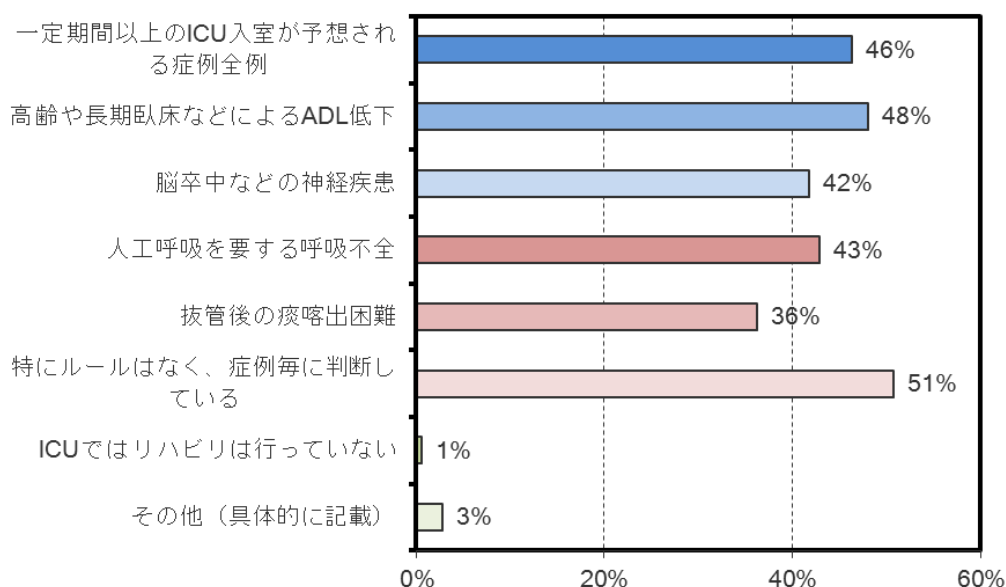
質問 7. 以下のバイタルサインなどのチェックは何時間毎に行っていますか？また夜間でも日中と変わらずに行いますか？



質問 8. 一般的な ICU 患者（頭部外傷や蘇生後などを除く）の発熱時（例えば 38℃以上）のクーリングはどのような頻度で行っていますか？



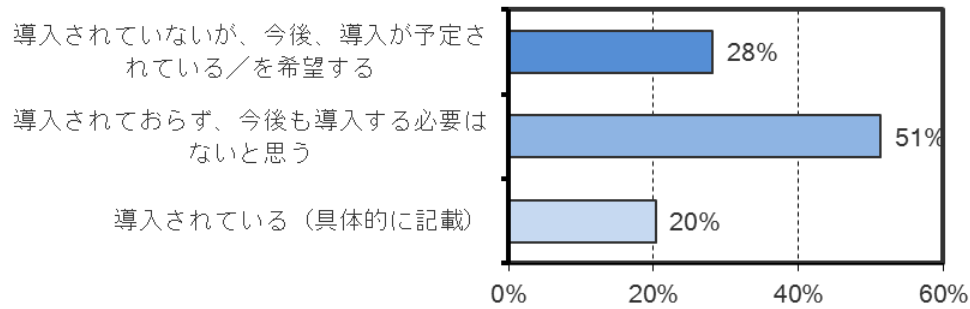
質問 9. 以下のような症例に対しリハビリテーションをルーチンで行っていますか？（複数回答可）



***その他（具体的に記載） 回答者 5 名**

- クリニカルパスの導入を毎日カンファレンスで話し合う。
- 全患者、365 日
- ICU 入室患者で 1 日以上在室の場合は全例適応。
- 心臓リハビリテーションは主治医判断で、心臓術後はルーチン。
- リハ科と隔日カンファを行い、適切な時に適切なリハを目指している。

質問 10. あなたの施設の ICU に臨床パスは導入されていますか？



*その他（具体的に記載）回答者 36 名

- AMI のみ。
- 一部の予定手術患者。
- 定期心臓手術、急性心筋梗塞、心不全。
- ほとんどが AMI。
- 管理者の考え方。作成する気がないようだ。
- 一部導入
- 周術期パス
- 開胸術後 AMI
- オーダリングシステムのみ利用。
- OD 患者、消化器外科・内科。
- AMI、PCI など。
- CEA、心カテ、CSDH。
- CABG、大血管置換術、弁置換術、AMI、SAH、食道がん。
- 医師が注射や内服などの指示が出しやすいため、CAG を行う時に使用される。
- AMI 症例のみ。
- AMI
- 心臓カテーテル治療のみ。
- PCI、消化器外科の複数の症例、泌尿器科術後の複数の症例。
- 食事、血糖コントロール、便秘薬。
- 薬物中毒 OPE 後など。
- 予定手術入室
- 急性薬物中毒、急性アルコール中毒、アナフィラキシーショック。
- 一般病棟と共通で使える分野のみ採用。
- 冠動脈バイパス術後パス
- 薬物中毒、肺切除、ASD、VSD、ステントグラフト。
- 開心術などの予定手術入院の患者に使用。
- 呼吸器外科、心臓血管外科の一部。
- 肺癌 OPE
- SAH
- PCI や PTPA, CAS などのカテーテル治療時に導入される場合が多い。
- CSDH10 日間パス
- 術後
- 薬物中毒のみ。
- ACS や心臓術後など。
- セット展開
- B 型大動脈解離のみ。

質問 1 1. あなたの勤務する ICU で今回及び Part.1 で扱った（血液検査、レントゲン、尿検査、監視培養、モニタリング）以外にもルーチンがあれば教えてください。

*回答者 21 名

- 1 日 3 回の皮膚の観察。
- ベッドサイドチェック（用紙を用いて、勤務交替時に確認作業・・・持続静脈注射の流量、入っているルートなど）、点滴、輸血類のダブルチェック、内服類のダブルチェック、看護計画の見直し（カンファレンス？）。
- ・挿管中は両上肢の身体拘束。
 - ・体動が極端に少ない場合は下肢に DVT 予防。
 - ・鼠径部からのアクセスルート（バルパンや PCPS やテンポラリーやブラッドアクセス等）があるばあいは、下肢特に膝周囲に屈曲防止用のシーネ装着。
 - ・上記挿入中は足背動脈触知確認を 2 時間ごと。
 - ・ドレーンやカテーテル類の固定テープは毎日交換。
 - ・鎮静されている場合は、2 時間ごとの鎮静評価。
- ・A ライン、CV ルートのルートのみの交換。
 - ・各勤務でルートの接続のゆるみチェック。
 - ・各勤務挿入深さのチェック。
 - ・入室時鼻腔 MRSA のチェック。
 - ・石鹸清拭
 - ・機械類の電源確認（呼吸器は停電時に自家発電できる場所かなど）。
 - ・日本語版モースフォールスケール。
 - ・SGA シート
 - ・緊急時意思確認書
- 呼吸器フィルター交換。
- 以前の職場では挿管患者はほぼルーチンで気管支鏡が行われていた。気管支鏡が原因と考えられた耐性菌のアウトブレイクが発生して以来頻度は激減した。
- リハビリオーダー、骨折などの制限なければヘッドアップ 30 度。
- 患者カンファレンス
- A ライン挿入患者における BGA。
- 電子カルテの清拭（除菌）、CPAP に変更後の血液ガス分析、体重測定。
- 人工呼吸器装着患者での両上肢の身体拘束、体重測定、間欠的空気圧迫装置着用者以外の弾性ストッキングの着用など。完全なルーチンではないですが、脳神経外科では経鼻挿管への入れ替え、その後の持続的 T ピース（呼吸補助なし）なども行っています。
- 血液検査、レントゲン、尿検査、監視培養、モニタリング、血液ガス 4 検、スライディングスケールは決まりはありませんがほぼルーチンです。
- 人工呼吸器を使用している患者の搬送には、搬送用人工呼吸器を使用する。人工呼吸器導入時には臨床工学技士が立ち会いを行う。
- 鎮痛薬、尿量指示、術後 ICU 入室期間。
- ベッドサイドモニタのアラームチェック、抑制の施行・解除、他病棟とのベッドコントロール。
- ・CPA 蘇生後脳症患者の 72 時間後頭部 CT 撮影。
 - ・ICU 入室患者全員にエアマット使用。
 - ・臨床工学技士による人工呼吸器稼働中患者のラウンド。
 - ・4 週間以上 ICU に在床している人工呼吸器管理患者、もしくは他病棟から転入してきた人工呼吸器管理患者の RCT チームの介入。
 - ・抑制アセスメント評価。
 - ・転倒転落評価
 - ・肺血栓塞栓症予防（弾性ストッキングもしくはフットポンプの着用、またはそれに代用するものの使用）凝固異常のない患者の薬物療法としての抗凝固療法。
 - ・ストマ造設予定患者の WOC による評価。
 - ・ストマ造設患者のパウチ交換毎日。

- 体重測定と体圧測定を重症患者の場合は2日に一回、亜急性期では7日に一回実施する。
- ・経胃栄養投与の際に、左側臥位禁止とDrに言われます（その方法に有用性があるのでしょうか？）。
 - ・長期ICU滞在で出血リスクのない患者への、フラグミン投与。
 - ・HD中のKCL投与。
 - ・フロセミド持続投与患者へのKCL持続投与。
- 誤嚥予防のヘッドアップ。弾性ストッキングによるDVT予防。
- DVT予防の下肢弾力ストッキング装着など。
- ・指示がなければ、朝6：00にドルミカム、プロポフォールは投与中止。
 - ・日中は基本的に挿管していても鎮静薬は使用せず。

質問12. このアンケートについての御意見、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 11名**

- 個人的には、検査・カテーテル交換・薬剤投与にルーチンは不要と考えている。エビデンスに基づいて、慣習を改めていきたいと思う。
- 6の看護ケアは、該当する尺度がありませんでした。受け持ちが1週間程度の清潔ケアを確認して、必要だと判断したものを行うようになっていきます。
- チェックしてみると、知識として知っている事と実際に出来ている事の違いは大きい…と改めて感じます。
- 看護ケアも多く含まれているため、結果が興味深いです。また、医師は看護ケアをどの程度把握しているのかも気になります（ちなみに逆も然りで、看護師は医師の思考の多くを理解していない？）。
- インアウトバランスの計算はPIMSが自動でしてくれるので、意図的にしているわけではないです。臨床上に問題があるときに、アセスメントの材料として活用しています。ICUでの包括指示について、（血糖、血圧、人工呼吸器設定、鎮静など）どこまで包括指示で管理可能なのか。看護師と医師との考え方の違いはないのか。など・・・知りたいです。
- ルーチン業務は、誰でも同じようにできるなどのメリットはあるが、あまり徹底させるとルーチン的にしか動けない、それ以外に考えないなどのデメリットも生じると思う。
- ICUチャートが電子化されており、インアウトバランスは好きな間隔で自動計算できます。ただし、私個人としてはインアウトバランスの数字そのものに特に興味はなく、若い先生に対しては常に、臨床的に有意な浮腫（肺水腫なども含む）が存在するのかどうかを問うています。心不全や腎不全の慢性期管理と異なり、超急性期には輸液が必要などときには思い切って入れるしかないですし、いざ安定したら臓器灌流に問題を来さないところまで思い切って引けばよいだけのことで。
- 特になし
- ICUは閉鎖空間であることが多く、施設が変わると違いが大きすぎて戸惑いました。クローズドICUであるならなおさら、集中治療医によってすべての方針が決定しまい、カンファレンスもなされないまま独断の治療であることに、看護師として遣り甲斐を感じずにいます。
- 今後のアンケート案として、長期予後が困難なことが予想された際に、どのようにDNARが取得されるのか（どの時点で、誰が、誰を対象に、どのように取得しその際、単独でとるのか、部内の合議を経るのか）。
- CVの一週間ごとの交換は不要なのはRCTでも示されていてわかるのですが、感染が疑われない限り永遠に置いておいていいものか、疑問があります。長期のCVが多い日本とトンネル型CVに入れ替えてしまう諸外国、みたいに環境が違うために入れ替えに対する感覚が異なるのでしょうか？

以上