

総合集中治療室規約

I. 総合集中治療室運営規約

1. 運営要綱

- 1) 救命救急センター・総合集中治療室（以下「総合集中治療室」とする）を中央棟低層部4階におく。
- 2) 総合集中治療室の機能はICUとCCUとする。
- 3) 総ベッド数は10床で、ICU8床、CCU2床で運営される。
- 4) 総合集中治療室に、ICU・CCU管理室医長（以下「ICU医長」とする）をおく。
- 5) 総合集中治療室の運営は、高機能病床運営委員会で協議運営される。

2. 入室に関する事項

- 1) 入室患者は必ず何れかの診療科に所属し、緊急例を除き一般病棟に戻りベッドを確保する。
- 2) 入室に際し、主治医は集中治療室入室申込書を作成し、ICU医長（不在時にはICU医師およびICU看護師長）に申し込む。
- 3) 入室は、主治医、ICU医長およびICU看護師長で協議し、ICU医長が決定する。
夜間および休日のICU入室は、主治医、救急外来当直医、当直師長、ICU当直医で決定する（別表1「ICU・CCUにおける『夜間および休日の緊急入室』について」を参照）。
- 4) 入室基準については、ICU・CCU各部門の規約にて定める。

3. 退室に関する事項

1) 退室の基準

ICU・CCU在室期間は、特定集中治療室管理料1が算定できる14日間以内を原則とする。侵襲を伴う集中的なモニタリングや緊急治療等を要する状態から回復し（特定集中治療室用の重症度・医療・看護必要度のA項目の合計が2点以下）、SOFAスコアが患者の基礎値まで復し、呼吸・循環・代謝等、全身状態が安定したと考えられる時点で退室を検討する。

2) 退室の決定

主治医とICU医長（不在時はICU医師）およびICU看護師長で協議し決定する。

3) 退室の連絡

事前にICU看護師長と退室病棟の看護師長でベッド調整を行う（ICU師長不在時は師長代行またはコーディネーター看護師がベッド調整を行う）。

- 4) 退室時はICU看護師が患者を搬送する。ただし、挿管中の患者や急変リスクの高い患者等は必ず医師が搬送につく。

4. ICU日当直に関する事項

- 1) 平日の当直および土日祝祭日の日当直は、集中治療科、循環器内科、心臓血管外科、呼吸器外科、消化器内科、呼吸器内科、外科の7科で行う。
- 2) 日当直医は、2次救命処置の資格（ACLS、ICLS、JMECC、JATEC、PALS等）を有するレジデント以上の医師とする。
- 3) 当直時間帯は、平日は17時15分から翌朝8時30分までとする。土日祝祭日は、日直：

8時30分から20時30分まで、当直：20時30分から翌朝8時30分までの2交代とする。

- 4) 日当直医は、ICUに常駐する事とする。当直室はICU内の医師当直室を使用する。
- 5) 日当直医は、ICU内で生じた緊急処置に関してはこれに対処する第一権限を有し、主治医の代行として速やかに対応する。
- 6) 一般病棟あるいは救急外来からの緊急入室依頼に速やかに対応する。
緊急入室依頼はPHS(5555)で行われるので、日当直時間帯は常時携帯する。
PHS(5555)は総務課で管理しているため、当直開始時に救急外来受付で受領し、翌朝総務課に速やかに返却する。
- 7) 当直開始時には、入室患者の状態、満床時の押出し順位等についてICU医長より申し送りを受ける。
- 8) ICU日当直日誌に、入室中の患者名、診療科、入室患者への対応、緊急入室依頼等の特記事項を記載し、署名する。
- 9) 権限内で処理が困難な事象(肺結核が疑われる患者や新型コロナウイルス感染症患者の入室依頼等)が生じた場合にはICU医長に直接連絡・相談する。

II. ICU部門の規約

1. ICU入室に関する基準

原則として、特定集中治療室用の重症度・医療・看護必要度(別表2)に係る評価点数がA項目4点以上かつB項目3点以上の患者で、下記に該当する患者をICU入室の対象とする。

- 1) 手術後の患者で高度の全身管理を必要とするもの。
- 2) 呼吸、循環、代謝、その他の重篤な臓器不全を呈し、バイタルサインが不安定で、侵襲を伴う集中的なモニタリングや緊急治療、集中ケアを必要とするもの。
 - ① 呼吸器障害
 - ② 循環器障害
 - ③ 脳神経障害
 - ④ 消化器障害
 - ⑤ 代謝内分泌障害
 - ⑥ 腎障害
 - ⑦ 血液・凝固線溶系障害
 - ⑧ 重症感染症
 - ⑨ 重症外傷・中毒
 - ⑩ 産科疾患
 - ⑪ 重症体温異常
 - ⑫ その他

3) 臓器移植関連(臓器移植ドナー、臍島移植レシピエントなど)

なお、止むを得ずICUに入室したものの、上記の入室基準に該当しないとICU医長(不在時はICU医師およびICU看護師長)が判断した場合、随時医事課に連絡し、特定集中治療室管理料から一般病棟基本料に切り替える。

2. 入室を認めない概ねの基準

- 1) いずれの診療料にも病床がないもの(緊急例を除く)。
- 2) 末期状態(ICU入室前にDNARが決定している場合を含む)。
- 3) 結核患者で排菌があるものは原則として受け入れない。
病歴および画像上、排菌が強く疑われる例については、抗酸菌塗沫検査(喀痰、胃液等)で連続3回の陰性を入室の必須条件とする。生命維持の上で集中治療が不可避とされる場合に限り、ICU医長を交えた協議の上で入室を検討する。
- 4) 特殊な病棟(新感染症病棟など)に収容することが適切と考えられるもの。

3. ICU での診療

- 1) ICU の患者の診療は、当該診療科の主治医が担当する。
- 2) コール基準は症例ごとに主治医が設定し看護師に指示する。急変時等のファーストコールは主治医とする。
- 3) 全身管理に関して、ICU 医長と協働または助言を受けることができる。
- 4) 主治医は、入室後速やかに治療方針と退室目標について ICU 医長と協議する。
- 5) 必要に応じて合同カンファレンスを実施し、治療方針と退室目標について協議する。協議の内容は電子カルテに記載する。

4. ICU における個室管理の適応と解除基準

- 1) 個室病床（4床）の対象
 - ① 多剤耐性菌等で接触予防策を講じる必要のある患者
 - ② くも膜下出血等で暗室管理が必要な患者
 - ③ 意識清明かつ鎮静の必要がない患者
- 2) 陰（陽）圧個室病床（2床）の対象
 - ① 空気感染・飛沫感染対策を講じる必要のある患者（強陰圧管理）
 - ② 高度の免疫不全患者、あるいは臓器移植後の患者（陽圧管理）
 - ③ 臓器移植ドナー（脳死判定患者など）

個室管理の適応と解除は、ICU 医長（不在時は ICU 医師）および ICU 看護師長が判断する。

- 1 ①、2 ①については、院内感染管理室の指示・判断に従う。

5. その他

- 1) ICU 満床時の緊急入室依頼に際しては、ICU 医長が患者状態を考慮した上で退室候補患者を選択し、主治医と協議した上で、退室および退室先を決定する。
- 2) ICU 入室後に DNAR の意思表示が得られた場合には、主治医と ICU 医長が一般病棟への退室を協議する。ICU 看護師長は、病棟看護師長と協議し、退室ベッドを決定する。
- 3) 特定集中治療室管理料 1 の施設基準に基づき、集中治療管理を行うために必要な以下の装置及び器具を常時備え、①から⑦は ICU 専任の臨床工学技士が、⑧は放射線技師が整備し、迅速に使用できる状態を維持する。各機器の台数を別表 3 に記載する。

① 救急蘇生器具	⑤ 心電計
② 人工呼吸器	⑥ 輸液ポンプ・シリンジポンプ
③ 除細動器	⑦ 呼吸循環動態監視装置
④ ペースメーカー	⑧ ポータブルエックス線撮影装置

III. CCU 部門の規約

1. CCU 入室に関する基準

原則として、特定集中治療室用の重症度・医療・看護必要度（別表 2）に係る評価点数が A 項目 4 点以上かつ B 項目 3 点以上の患者で、下記に該当する患者を CCU 入室の対象とする。

- 1) 急性心筋梗塞
- 2) 不安定狭心症

- 3) 心血管インターベンション後の重症例の管理
- 4) 経皮的モニタリング、集中治療を要する重症心不全、重症不整脈、重症心疾患
(急性大動脈解離、心筋炎、心タンポナーデなど)
- 5) その他

なお、止むを得ずCCUに入室したものの、上記の入室基準に該当しないとICU医長（不在時はICU医師およびICU看護師長）が判断した場合、随時医事課に連絡し、特定集中治療室管理料から一般病棟基本料に切り替える。

2. 入室を認めない概ねの基準（II-2と同様）

3. CCU入室の手続き

- 1) CCU入室の対象疾患が救急外来に来院、院内発症した際、あるいは他院からCCU対象疾患の転送依頼の連絡を受けた際には、主治医はすみやかに循環器内科バックアップ医師と連絡を取り、ICU/CCUのベッド状況を確認した上でICU医長（夜間休日はICU日当直医）に連絡の上、入室を決定する。循環器内科バックアップに連絡不能の際には、ICU医長が入室を決定することができる。時間外の連絡方法は、救急外来、CCU、11階西病棟に備え付けの循環器内科緊急連絡表を参照する。
- 2) 心血管インターベンションの術後管理を目的とした入室など、予定された入室の際には、集中治療室入室申込書を作成し、ICU医長（不在時はICU医師およびICU看護師長）に申し込む。

4. CCUでの診療

- 1) CCUでの診療は、循環器内科が担当する。
- 2) CCUに急患の入室があった際には、循環器内科をローテーション中の研修医は、可能な限り救急処置に参加する。
- 3) 夜間の入院でも、CCU入室と同時に循環器内科で主治医が決定され、当直医から引き継ぎ診療にあたる。

平成23年1月改訂

平成31年4月1日改訂

平成26年9月3日改訂

令和3年10月7日改訂

平成27年7月1日改訂

令和4年6月6日改訂

平成29年5月10日改訂

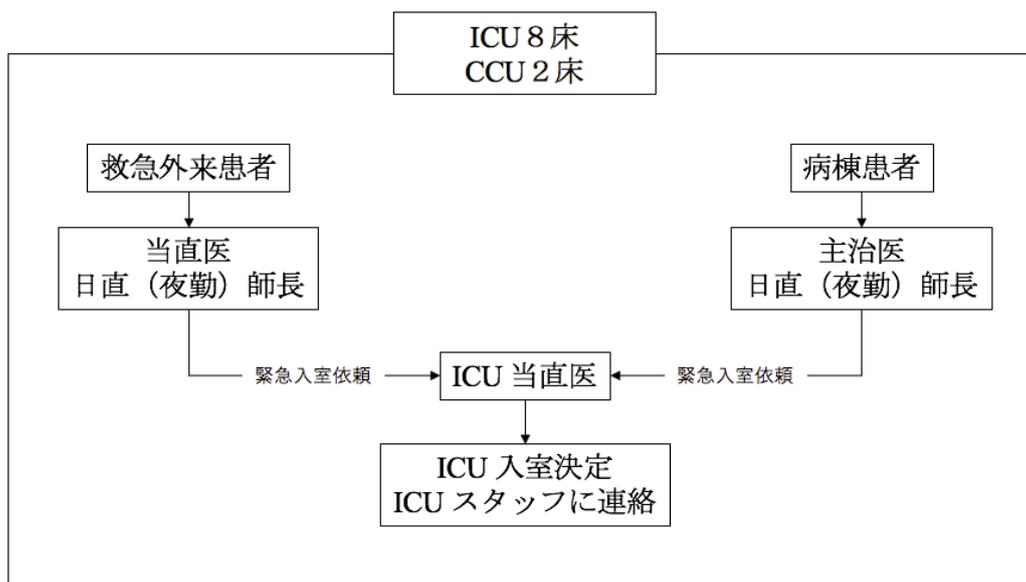
ICU・CCU管理室医長・病棟統括医

岡本 竜哉

ICU看護師長

早川 祥子

別表1 ICU・CCUにおける『夜間および休日の緊急入室』について



権限内で処理が困難な事象（肺結核が疑われる患者や新型コロナウイルス感染症患者の入室依頼等）が生じた場合はICU 医長に直接連絡・相談する。

別表2 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度（令和4年度改訂）

A 項目（モニタリング及び処置等）

	点数
1 輸液ポンプの管理	1点
2 シリンジポンプの管理	1点
3 動脈圧測定（動脈ライン）	2点
4 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	2点
5 人工呼吸器の装着	2点
6 輸血や血液製剤の管理	2点
7 肺動脈圧測定（Swan-Ganz カテーテル）	2点
8 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS/ECMO, 補助人工心臓, ICP, IMPELLA 等）	2点
	3点以上

B 項目（患者の状況等）

	点数
1 移乗	1～2点
2 口腔清拭	1点
3 食事摂取	1～2点
4 衣服の着脱	1～2点
	毎日評価

A ≥ 3点 が床日の 70% 以上

（レセプト電算処理システム用コードを用いた評価）

別表3 集中治療室の備品・設備・医療機器の一覧表

装置	機器名	器具名	数量
1. 緊急蘇生装置	救急カート		2
2. 挿管・気切開器具	気管挿管器具	気管挿管器具	4
	気管切開器具	気管切開器具	1
	DAM (Difficult airway management)	ビデオ喉頭鏡(キングビジョン)	1
3. 人工呼吸装置	人工呼吸器	ドレーゲル インフィニティ V500 コヴィディエン ベネット PB-980	10
	非侵襲的人工呼吸器	フィリップス V60 日本光電 NKV-330	2
	移動式人工呼吸器	チェスト Vivo 45LS	1
	ハイフローセラピー	F&P オプチフロー ドレーゲル インフィニティ V500 コヴィディエン ベネット PB-980	10
4. 12誘導心電計		日本光電 ECG-2450	2
5. 除細動器	二相性	フィリップス XL プラス 日本光電 TEC-5631	2
6. ペースメーカー	頸静脈ペースメーカー	セントジュード 3085	1
	経皮的ペーシング	フィリップス XL プラス 日本光電 TEC-5631	2
7. 呼吸循環監視装置	ベッドサイドモニター	日本光電ライフスコープ G9	10
	移動式ベッドサイドモニター	日本光電 BMS-1700	10
	セントラルモニター	日本光電 CNS-6201	1
	心拍出量計	エドワーズ ビジレオ/ビジランス II エドワーズ EV-1000 エドワーズ ヘモスフィア	6
9. 分析装置	血液ガス分析装置	ラジオメーター ABL90	2
	血液凝固系分析装置	平和物産 ヘモクロンエリート	1
10. 尿検査	尿比重装置	ATAGO UG-D	1
11. 画像診断装置	ポータブルX線装置	日立メディコ	1
	血管用エコー装置	FujiFilm SonoSite iVitz	1
	エコー診断装置	GEヘルスケア Vivid-S5	1
12. 内視鏡	気管支内視鏡	ペンタックス SVC-V13, EB19-J10	4
		オリンパス MAF-TM2	1
13. 患者用体重計	ベッドスケール	パラマウント アリウス	3
14. 血液浄化装置	持続緩徐式血液浄化装置	旭化成メディカル ACH-Σ	1
15. 補助循環装置	IABP 装置	ゲディング CardioSAVE マッケジャパン CS-300	2
	ECMO 装置	泉工医科 MERA-HCS	2
	Impella ホンパカテール用制御装置	アビオメッド Impella 制御装置	1
16. 精密微量輸液ポンプ	輸血ポンプ	ニプロ FP-N11	20
	シリンジポンプ	テルモ TE-352Q	30
	精密輸液ポンプ	ニプロ FP-N11	20
	その他	経管栄養ポンプジョイ	2
17. その他	体温管理装置	3M ベアーハガー	3