

JSEPTIC 簡単アンケート 第 73 弾 ICU における 多職種連携に関する調査結果(付録)

質問 11. 多職種カンファレンスで行う具体的な内容を教えてください

以下は、各回答です

- ✓ 1 日の予定 各職種の todo
- ✓ 9:15 分に集中治療医、麻酔科医、看護師、理学療法士、薬剤師が全てのベットをラウンドします。
- ✓ ADL 確認、在宅環境調整
- ✓ ケア上の問題点の抽出、情報共有、中長期のケアの方針立案
- ✓ サマリー、24 時間のイベント、本日行う事、今後の予定
- ✓ その時いる患者の治療方針や、医療提供上の困難な状況に関して解決する
- ✓ その日の状態、病状の共有。プランの相談なそど。
- ✓ その日の診療方針について
- ✓ ひきつぎ、今後の方針相談
- ✓ ベットサイドラウンド
- ✓ ベッドサイド回診は行っているが、定期的なカンファレンスは行っていない。HCU では週一回実施している。
- ✓ メカニカルサポートや治療全般、薬物、リハビリ、栄養の方針を決定する
- ✓ リハビリテーション進行度など
- ✓ 医師から患者の経過を情報提供
- ✓ 医師による病態についての情報、治療方針の提示。 看護師にて患者の情報、治療の確認、提案など。 理学療法士にて患者情報の確認と、目標確認。リハ評価・実施時の様子の報告など
- ✓ 一日の診療計画、患者を取り巻く社会的な背景について
- ✓ 運営、手術症例紹介
- ✓ 栄養カンファレンス リハビリカンファレンス 意思決定に関するカンファレンス 患者の治療方針の共有
- ✓ 各患者の症例提示、治療方針、家族とのやり取りの有無の確認、薬剤の投与量の確認、リハビリの進捗状況の確認
- ✓ 各職種毎の患者さんに対する予定や問題点の共有
- ✓ 患者ごとに、各職種からの提案の発表
- ✓ 患者の既往歴の確認、入室した要因の確認、バイタルサイン・モニタリング数値

の確認、各種検査データ、胸部レントゲンの確認、インアウトバランスの確認、本日の治療方針、各コメディカルからの意見、日中・夜間の担当医師の確認、今後の方針の確認

- ✓ 患者の現状、問題点、今後の治療方針、投薬や離床・退院支援について
- ✓ 患者の治療方針、問題点、各職種からの提案
- ✓ 患者の治療方針など、患者の治療方針の確認、患者の治療法、管理法
- ✓ 患者の情報共有 専門分野からの意見
- ✓ 患者の状態、1日の診療計画、リハビリの計画
- ✓ 患者の状態確認、短期目標、長期目標など
- ✓ 患者の状態共有、治療方針
- ✓ 患者の状態報告、治療方針決定
- ✓ 患者の方針の共有、当日の予定の共有
- ✓ 患者の問題点
- ✓ 患者個々の治療方針の確認
- ✓ 患者情報、治療方針共有
- ✓ 看護師主体で By systems でのプレゼンテーションを行い、その後医師が方針を決定する。可能であればワンポイントレクチャーも行う。
- ✓ 管理状況、治療方針
- ✓ 簡単な経過、その日予定されるイベント、リハビリレベル、栄養目標、キーパーソンの確認、体外循環や透析、移送などの時間調整
- ✓ 救急科の関与する患者のショートプレゼンを行い、現状を把握すると共に、現在の問題点を多面的に指摘して治療方針に反映する。
- ✓ 経過、治療方針、治療における問題点
- ✓ 経過と現在の問題点、当日の治療内容、今後の展開
- ✓ 経過と状態についてのディスカッション
- ✓ 経過と本日の方針
- ✓ 経過報告 治療方針決定 リハビリテーションプログラム共有
- ✓ 現在の治療内容と今後について。使用薬剤(特に抗生剤の適正使用について)リハビリ内容と現在の身体機能について。経管栄養で困っている事について。家族に接しているのが主に看護師のため、家族の思いや不安などの情報共有。安全帯の使用の可否について。救急科以外の患者の情報共有をし急変時の対応の協力依頼。
- ✓ 現状、治療方針など
- ✓ 現状の確認、治療方針、予後予測から転帰先などの情報共有
- ✓ 現状共有 今日の各診療の、予定確認 今後の方針の確認
- ✓ 現状説明、本日の予定、疑問点解消

- ✓ 今後の診療方針、家族対応、今後の転院先や予後について
- ✓ 今日の方針
- ✓ 今日の予定と治療方針
- ✓ 最適な治療、薬剤や栄養剤選択の模索
- ✓ 在室患者の概要把握、各職種からの意見抽出
- ✓ 昨日までの状況の共有 各職種からのフィードバック 本日の ToDo の共有
- ✓ 治療の進捗状況、全身状態、当日の検査などの予定、ケア、リハビリ等の各時間調整。
- ✓ 治療の方針 安静度の拡大 薬剤調整 食種
- ✓ 治療やリハについて、今後の方針
- ✓ 治療状況と経過, 問題点, 方針の確認と共有
- ✓ 治療段階と方針に関して、主科の医師のみで行われている
- ✓ 治療内容、治療方針、前日からの患者の様子、リハビリの進捗、薬剤における注意点、栄養管理状況、生活背景
- ✓ 治療内容の確認、昨晚からの様子、今日明日の処置の確認
- ✓ 治療方針 目標設定 現状の治療内容の振り返り 安静度、注意点の確認
入院前 ADL の確認
- ✓ 治療方針 バンドル
- ✓ 治療方針 検査、処置予定 安静度
- ✓ 治療方針、リハビリの目標、栄養管理、退室目標
- ✓ 治療方針、当日の予定など。
- ✓ 治療方針とその日にやる事の確認
- ✓ 治療方針など
- ✓ 治療方針の確認、看護、リハからの報告、方針の決定
- ✓ 治療方針の確認、鎮静・鎮痛管理の調整、呼吸器設定の調整
- ✓ 治療方針の確認、薬剤投与の有無、SAT、SBT の予定
- ✓ 治療方針の共有、当日の治療計画の確認
- ✓ 治療方針の共有と栄養やリハビリの確認
- ✓ 治療方針や転帰、課題について
- ✓ 治療方針及び経過、予定など
- ✓ 治療方針全般
- ✓ 社会的サポート、心理的サポート
- ✓ 社会的問題点の抽出など
- ✓ 主にNST。栄養療法についてプランニング、抗生剤・抗真菌薬やその他薬剤選択、投与量の協議、他のチームへの依頼の是非
- ✓ 主科:病状説明・方針 看護師:夜勤のおくり・日勤者は本日の確認 リハ:リハ

レベルなど 栄養士:早期栄養加算を取得予定 臨床工学技士:生命維持管理装置上で上伸することがあるとき。

- ✓ 症例のレビューと本日の治療方針の決定
- ✓ 症例検討
- ✓ 情報共有 コンサルテーション
- ✓ 情報共有とその日の治療方針の確認、退室の目処、icu でのゴールなど
- ✓ 情報共有とその日行うことの確認
- ✓ 状況確認。看護目標の設定、変更。
- ✓ 心臓外科患者の状態報告と今日の治療方針
- ✓ 心不全、RST、NST、褥瘡
- ✓ 診療方針を各職種を交えて意見交換。
- ✓ 前日までの臓器別評価 薬剤師、栄養士、リハからのコメント 集中治療科からのフィードバック
- ✓ 全身状態、治療方針、生活状況、転帰先の検討
- ✓ 早期リハビリ・早期栄養、今後の方針、主治医方針の問題点、ベッドコントロール
- ✓ 早期リハビリテーションに向けた情報共有、評価、アクション作成 早期経腸栄養に向けた情報共有、評価、アクション作成
- ✓ 早期リハや抜管管理、せん妄予防管理、デバイス抜去、社会的資源の有無
- ✓ ・栄養 ・MV,RRT ・TDM、薬剤切れ ・理学療法の進み具合
- ✓ 朝一番で行う。1 日で行う処置、イベントを共有し、多職種で 1 日のスケジュールを 1 患者ごとに把握する。
- ✓ 長期化した ECMO の治療方針について
- ✓ 長期滞在になりそうな場合の問題点の共有と改善
- ✓ 当院では、カンファレンス室で多職種カンファを行っています。ひとりあたり 5 分程度で本日の治療方針を決め、それ以外で方針決定が必要な症例(倫理カンファ、リハビリカンファなど)は昼の時間を使いカンファレンスしています。朝のカンファでは時間がないのが問題です
- ✓ 当直の申し送りと治療方針確認
- ✓ 当直帯の送り、日勤帯の方針
- ✓ 当日 ICU から退室する患者の確認、ベッドコントロール、各専門職から医師への質問および確認、重症症例の共有など
- ✓ 日々の診療方針決定
- ✓ 入院経過、治療方針、夜勤状況確認、早期離床・リハの検討、栄養療法の検討、参加職種のコメント
- ✓ 入院目的、治療計画、治療経過などの報告と問題点
- ✓ 病態、安静度、退室の有無

- ✓ 病態、既往、常用薬の確認 経過、画像、呼吸管理、栄養管理、検査値の評価、投薬内容の検討
- ✓ 病態、治療方針の確認。現在の治療介入状況。ICU 退室後の展望。
- ✓ 病態、問題点、治療方針の確認
- ✓ 病態と各部署の見解と問題点抽出
- ✓ 病態について、投薬、栄養状態、リハビリの進捗状況について
- ✓ 平日開催される多職種カンファレンスでは医師による治療方針の説明とケア、リハ、薬剤、栄養のそれぞれ専門家からの質問や提案をまとめて共有する場。また早期離床カンファレンスも平日開催している。
- ✓ 方針の確認、夜間の状態の共有、リハビリの進捗、医療機器離脱可能か否か、薬剤調整の必要性など
- ✓ 方針確認、情報共有
- ✓ 本日の Todo、今後の方針
- ✓ 本日の治療方針 離床計画
- ✓ 理学療法、転棟の可能性、抗菌薬の調整、薬剤の調整
- ✓ 嚥下栄養、リハビリ、退院

質問 15. ICUにおける多職種連携において、あなた(の職種)が求められている役割は何だと思いますか? (フリーコメント)

以下に各回答をご紹介します

- ✓ 患者さんに有益で使用した方がよい機能や提案 ・ジェネラリスト
- ✓ 注射薬の管理(配合変化・投与経路)・輸液、TPNの提案 ・内服薬の管理 等
- ✓ 病状の正確な把握とその伝達 ・大まかな治療の方向性を示す
- ✓ ADL の早期再獲得・二次障害の予防(VAP、誤嚥性肺炎、褥瘡) ・体位呼吸療法
- ✓ 24 時間患者様を診ている唯一の職種であるため、データ、モニターからでは得られない情報提供が出来る
- ✓ ADL, QOL の維持・改善を目的としたリハビリテーションの実践と当院早期離床プロトコルの推進(看護師による離床スキルの向上)。
- ✓ ADL 維持向上 呼吸器離脱促進 看護師への介助方法提示
- ✓ Assessment と Plan を明確にすること
- ✓ CRRT、補助循環、人工呼吸器に関するコメントやその他の医療機器に関する情報提供
- ✓ ECMO、血液浄化管理 呼吸器のトラブル対応

- ✓ PHDIS 管理や循環、呼吸、代謝など薬に関わる関わらないに限らずできること
- ✓ PICS 予防
- ✓ PT 安静度拡大後の離床・歩行訓練
- ✓ コーディネーター
- ✓ コメディカルの発言しやすい環境を作る事
- ✓ コメディカルの要望を聞くこと。
- ✓ コメンテーター
- ✓ コンダクター。集中治療科的標準治療の周知と主科のサポート
- ✓ コンフリクトを含んだ調整、暫定的な治療方針の決定
- ✓ サーバントリーダーとしてのまとめ役
- ✓ せん妄予防と離脱、早期離床、ADL 獲得
- ✓ タイムリーなケアと情報共有
- ✓ チームの意見をまとめ、患者の診療に反映する。
- ✓ チームの調整役
- ✓ ファシリテーション
- ✓ ディジションメイキング
- ✓ まとめ役
- ✓ マネージメント 緩衝
- ✓ マネジメント能力、意思決定支援
- ✓ リーダー
- ✓ リハの進捗状況の報告 長期ゴールの共有
- ✓ リハビリテーションの遂行、早期離床リハビリテーション加算のためのカンファレンスの実施
- ✓ リハビリの適応有無や、離床スケジュールの提案、または補助。
- ✓ リハビリの必要性、リハビリ介入の進捗、方向性
- ✓ リハビリ専門職としての知識、経験や予後予測。 もちろん離床。
- ✓ リハビリ内容の提案、ADL 拡大やそれに関する情報提供
- ✓ 意見の調整し、日々の治療方針に反映させること。
- ✓ 意見をまとめる 意見を引き出す
- ✓ 意志決定、方向修正
- ✓ 医学知識の提供、多職種意見の総括、最終判断
- ✓ 医学的な方針で短期～長期の患者のゴールオブケアを明確にすること
- ✓ 医学的な問題点の提示と方針の提示
- ✓ 医学的情報を正しく共有すること
- ✓ 医師、看護師からの質問に答える
- ✓ 医師と看護師との調整 診療看護師としての視点をいう

- ✓ 医師と他の職種をつなぐ架け橋
- ✓ 医師の負担軽減、適切な薬剤、栄養の選択、プランニング
- ✓ 医師は多職種の中の一員であり基本的には各職種同等でなければならないが、多職種をとりまとめていく役割も担っていかなければならない。それには各職種がポテンシャルを発揮できるようにサポートしていくようなつきあい方が必要だと思う。
- ✓ 医薬品管理、注射薬配合変化の確認、抗菌薬などの投与量確認
- ✓ 医療機器から見た患者アセスメント
- ✓ 医療機器から見た患者評価。設定・条件・治療の必要性の有無についての助言。医療機器に係る安全性の担保。
- ✓ 医療機器に関しての適切で安全な利用と運用。主に生命維持管理装置における治療への介入と提案。
- ✓ 医療機器に関する専門的な知識。 またそれに関連する治療の知識など。
- ✓ 医療機器のトラブル対応、トラブルが起こる前の異常に繋がる状態の早期発見、open ICUにおける看護師などと協働した患者管理など
- ✓ 医療機器の安全管理、安全使用の為の提案、治療選択の提案
- ✓ 医療機器の適切な保守、準備、実施、管理
- ✓ 家族ケアや倫理的問題について提案し問題解決に向けて調整役割を発揮する
- ✓ 各科との連携係
- ✓ 各種医療機器の適正な管理。患者さんにとって機器の最も効果的な使用方法の検討。
- ✓ 各職種を繋ぐ事。日常生活援助に活かす計画を立て実行する、実行できているか評価する、計画修正する必要性を伝える。
- ✓ 各専門職の意見や提案を積極的に取り入れて主治医を中心に診療に還元できるように取り計らうこと
- ✓ 患者が元々の生活に戻れるために現段階で必要なことや足りないことを医師やセラピストに提案すること
- ✓ 患者に最適な医療の提供
- ✓ 患者の 24 時間中の記録しきれなかった情報、家族や患者の意向や状況の報告、リハビリや栄養などの検討すべき内容の報告、今日行う TODO が抜けていないかの確認
- ✓ 患者の現状に関する課題について多職種で共有し、話し合い、考える場を設けられるよう調整を図ること 各専門職種の意見を聞き、それを基に患者を全人的にとらえて統合的にアセスメントし、医療提供ができるよう多職種に働きかけること
- ✓ 患者の思いの共有
- ✓ 患者の心身機能の回復、動作能力の改善

- ✓ 患者の身体機能面・ADLレベルの的確な評価 離床の可否の判断(身体機能面における)患者周囲環境の調整
- ✓ 患者の病態, 病名, 患者の状態, 治療方法についての説明です
- ✓ 患者家族の情報の共有、記録では表現できない患者の状況の共有、
- ✓ 看護師なので多職種との調整
- ✓ 機器マネージメント、ECMO、血液浄化操作
- ✓ 機器を用いた治療に対すること
- ✓ 機能維持や改善、その見通し 如いては、PCIS 予防につながる
- ✓ 求められてない
- ✓ 経腸栄養開始の検討 目標栄養量の提示 経腸栄養の漸増のタイミング 経腸栄養トラブルに対する対応
- ✓ 血液浄化における評価
- ✓ 現在の職場は、完全なオープン ICU であるため、かかわりにはかなり制限がある状態ですが、集中治療専門医でもあるため、個々の患者さんに対する intensive care についての意見や実際の管理、主科のバックアップ、ICU 全体の運営や安全管理への助言などがあります。また、スタッフの皆さんへの教育や、各スタッフ間の調整などもあります。
- ✓ 現状、今後の治療方針、安静度、本日の検査・処置など
- ✓ 現状の提示、診療方針の提案と多職種の意見を求めてまとめること現状の方針共有、一日の中でのプランニング
- ✓ 呼吸、主に排痰能と運動機能評価に離床
- ✓ 呼吸・代謝・補助循環管理
- ✓ 呼吸ケア, 早期リハビリテーション
- ✓ 呼吸器合併症や身体機能低下を予防としたリハビリテーション. 日中の生活や環境調整に対するアドバイス.
- ✓ 効果的な薬剤使用方法の推奨 薬剤の情報提供 副作用の早期発見 医薬品の管理 薬剤費の削減
- ✓ 抗菌薬の選択、投与設計、薬剤の用量、用法確認
- ✓ 司会、患者の状況把握と、治療の進行状況に応じて午後の診療の調整
- ✓ 司令塔
- ✓ 治療(人工呼吸、血液浄化、補助循環)の現況報告と対応策の提案
- ✓ 治療プランニング、ベッドコントロールを含めた集中治療室の全体像の把握。多職種間のコマンド&コントロール。
- ✓ 治療方向性の明示と多職種間のコミュニケーション。
- ✓ 治療方針 1日のスケジュール
- ✓ 治療方針と問題点の明確化

- ✓ 治療方針の決定、医学的な治療妥当性の共有
- ✓ 治療方針の決定、多職種介入の限界提示
- ✓ 治療方針の伝達
- ✓ 治療方針の本筋を理解した上での、現在の問題点と解決策の提案(各種デバイスに通じた)
- ✓ 治療方針の明確な確立と、リーダーシップ
- ✓ 治療方針の明示
- ✓ 自分の専門領域に関する認識を他者へ共有・伝達。また、今なぜこういう状況なのか、どういう方向に持っていくべきなのか、全員が認識を共有できてないとゴールに辿り着きにくいし、自分が認識できていない問題点が見えてこない。治療段階の認識もそれぞれの職で違っていることがあるため皆が情報共有することの大切さを感じる。
- ✓ 主科としては、今後の方針について把握し、必要なサポートを ICU 科から受けること。
- ✓ 主科の意向を汲みつつ総合的に患者を把握する。参加してるコメディカルの教育。
- ✓ 主治医機能(リーダー)
- ✓ 取りまとめ 各職種の意見の吸い上げ 教育、病態の共有
- ✓ 周術期管理において、生命維持管理装置を管理する立場から、客観的に現行治療を評価すること。
- ✓ 集中治療医として、ICU セッティングにおける管理の提案
- ✓ 集中治療専門医がいないため、集中治療領域における薬物療法全般の考え方の提供
- ✓ 集中治療領域におけるメカニカルサポート
- ✓ 重症管理と各科との調整
- ✓ 情報共有と方針決定
- ✓ 情報収集、リハビリ関連の情報発信、離床開始を確認、嚥下評価開始の確認
- ✓ 職種間の連携を調整することで患者に必要な医療が必要なタイミングで提供できるようにすること
- ✓ 診療方針の決定、見通しの共有
- ✓ 身体活動を向上し、ADL に繋げる 患者の運動機能を評価治療し、多職種に共有して目標に導く
- ✓ 身体機能の維持・改善、身体状況・治療状況に応じた離床の促進
- ✓ 進行役、まとめ役
- ✓ 人工呼吸器などの生命維持管理装置の管理
- ✓ 生活援助向上に向けた問題点の発信
- ✓ 生活機能を維持、向上するために療養環境の整備

- ✓ 生命維持管理装置に関わる患者の相談
- ✓ 生命維持管理装置の安全管理は前提として、CHDF など生命維持装置を用いた治療の適応や患者に合わせたモダリティの提案など。
- ✓ 生命維持管理装置の使用、管理
- ✓ 専門の知識、医師、看護師の補助
- ✓ 専門知識を活かすこと
- ✓ 専門分野ごとの提案と意見
- ✓ 全身管理の方針立案提示と各職種間の情報共有、調整。
- ✓ 全身状態と治療方針の共有
- ✓ 全人的なケア提案が出来ること 緩和ケアに関すること
- ✓ 全体のコーディネートと各職種が専門性を発揮できる環境構築
- ✓ 早期経腸栄養、経口摂取の確立(食形態、ONS)、栄養評価、離床促進
- ✓ 早期離床、機能評価と回復、全身状態の把握及び変化などに対する迅速な気付きと情報共有。
- ✓ 早期離床・早期リハビリテーションを含めた「コンディショニング」のディレクター
- ✓ 早期離床と看護師等と離床を日常的に行えるよう援助するファシリテーター
- ✓ 早期離床に関するアセスメント、多職種への提案
- ✓ 早期離床の推進。退院後の生活の推定。
- ✓ 総合管理
- ✓ 速やかに適切な情報を提供すること
- ✓ 多職種からの情報と、病態の現状確認、方向性を確認。理学療法実施時の患者の状態を評価し、多職種と共有。(身体状況:運動器・活動 についての専門家であるため、この部分で患者の状況を評価し他職種へ情報提供できる。) リハ介入目的を見極めて、目的を明確にし、チームで共有。現状と復帰へ向けた理学療法介入を実践。・患者の最適な復帰へ向けた理学療法実施。・方向性が厳しい場合は緩和ケアとしての理学療法介入。
- ✓ 多職種との調整
- ✓ 多職種を患者を通してつなぐ役割 どうしたら離床できるのか・離床できない原因を多職種とディスカッションする役割
- ✓ 多職種間の調整 患者家族の価値観に関する情報提供 患者家族の治療や今後に対する思いの共有
- ✓ 多職種間の調整役割、看護チームの代弁、患者中心の医療
- ✓ 多職種連携におけるリーダーシップ、意見の橋渡しや統合
- ✓ 妥当性のある栄養管理の提言
- ✓ 朝回診があるので夜間の状況などの情報提供、患者の訴えなど

- ✓ 直接ケア提供者としての役割 患者家族の意向を含む詳細情報の収集と提供
役割 治療ケアにおけるマイナーな知識・技術の提供役割 リーダーというよりもチームマネージャー(管理調整)としての役割
- ✓ 的確な患者の状態の報告、現在の治療の的確な把握、
- ✓ 投薬に関するサポート、投薬に関するルール整備
- ✓ 投与量、投与速度、禁忌等の適正な薬物療法の管理、栄養管理、抗生剤の de-escalation や必要に応じ escalation の提案、副作用の確認
- ✓ 統括、治療方針
- ✓ 日中の離床計画
- ✓ 入院前の薬歴レビュー 持参薬の投与継続の必要性についての評価 投与中薬剤の把握 投与中薬剤の相互作用、配合変化の確認 投与量、投与速度の確認 追加薬剤の必要性について 不足薬剤の確認 治療薬の投与期間の把握と終了の確認 投与中薬剤における特殊なモニタリング項目の共有 TDM 後方病棟への薬剤関連情報共有 薬品管理 薬剤に関するエビデンスの共有
- ✓ 配合変化 禁忌事項該当確認 持参薬確認
- ✓ 搬送患者の薬歴確認、病態に合わせた薬剤投与量確認、疾患に合わせた抗菌薬提案、鎮痛鎮静薬の選択提案、投与方法・簡易懸濁の可否、配合変化情報提供など
- ✓ 必要時に PTOTST のリハ実施状況や評価、予後予測等の説明、時間調整が必要な場合があるので予定の調整、という感じです。
- ✓ 標準的な集中治療の方向性を示すこと
- ✓ 病態の把握と共有
- ✓ 病態理解、合併症予防、安全な早期離床、社会復帰
- ✓ 方針の提案と最終決定
- ✓ 無気肺予防 動作移動能力の獲得
- ✓ 薬の選択、投与量、副作用回避、栄養管理
- ✓ 薬学的管理、薬の効果、目標投与期間、副作用の有無、問題があれば薬学的介入の提案
- ✓ 薬剤の投与設計、配合変化、相互作用、注射薬調製
- ✓ 薬剤の評価・提案(中止を含む)
- ✓ 薬剤の有効性と安全性を担保すること
- ✓ 薬剤や、医療機器を使用した治療のサポート。ADL の改善。予後改善。
- ✓ 薬剤適正使用
- ✓ 薬物治療が効果的で安全であるかの監視。 医師は治すことに邁進し、薬剤師は患者の身体を保護しつつの治療効果の達成、ギリギリのラインの見極め。
- ✓ 薬物治療の提案、処方設計、ルート管理など

- ✓ 薬物治療の方針が適しているか意見を求められることが多い。
- ✓ 薬物療法の適正化、配置薬の在庫数適正化と管理。
- ✓ 薬用量、使用薬剤の注意点の共有、TDM
- ✓ 薬歴の評価と現在の状態における薬剤の必要性の評価 投与経路の選択・設計 早期経腸栄養に向けた薬剤調整 他職種へ向けた頻用薬の使用法、注意点のレクチャー 医薬品の適正管理
- ✓ 理学療法士です。生命維持装置や投薬、様々な管理がされている患者をいかに合併症を軽減させ、残存機能を最大化し、報告されているようなアウトカム改善に寄与できるかだと思います。またそれらに関し、他の職種をリードする方向性やディスカッションを惹起し、そこで多職種立案したプランを実行に移していけるかは日々求められていると感じます。
- ✓ 離床、全身状態の共有
- ✓ 離床、多職種連携のリーダー、ICU 退室後のプランニングや申し送りの把握
- ✓ 離床について
- ✓ 離床の進め方、方法についてのコメント
- ✓ 離床進行のマネジメント
- ✓ 離職と身体機能の向上
- ✓ 臨床工学技士 呼吸器、血液浄化、循環管理など 治療条件などの提案。臨床工学技士なので、専門性を持って安全で機能・性能を使い切るような情報を周りに伝えること、と認識しています。

質問 16. ICUにおける多職種連携において、あなた(の職種)が提供できることは何だと思いますか？あるいは、これまでに上手くいった経験などをお聞かせください（フリーコメント）

以下に各回答を提示します

- ✓ 「コンディショニング」 呼吸理学療法の励行により再挿管や ECMO を導入せずに管理できた。
- ✓ ICU退室後まで見据えた薬剤管理 ・ケア移行時の情報提供 等
- ✓ 患者を統合的にとらえたうえでの課題を提供できる特に意思決定や患者の思い
- ✓ 生命維持管理装置に関すること、それに付随する医療材料の知識客観的な視点
- ✓ 理学療法士視点からの患者の身体状況の情報提供（身体状況：運動器・活動についての専門家であるため、この部分で患者の状況を評価し他職種へ情報提供できる。） ・患者の病期を初期から退院後まで担当することが可能であるた

め、現状から、社会復帰に向けた方向性を見通すことができる。(廃用症候群を知っているため、廃用症候群の予防を実践することができる。) 身体診察を理学療法を通して行う為、安静時はもとより活動時の身体状況の変化からとれる情報を、医師、看護師へ情報提供でき、医師の治療方針と、よりよいケアへ向けることができる。

- ✓ 離床範囲、positoning の共有・介助方法の共有
- ✓ ADL 評価と支援、せん妄や認知症、その他精神症状に対する関わり方のアドバイス、介助やポジショニングの提案、ICU 環境調整、ICU 日記、患者を深掘するのがリハスタッフなので生活背景や予後予測を踏まえた上でのケアの提供に繋がるような情報提供。ICU 日記はコロナの前から色々やってましたが、コロナをきっかけに少し普及するようになってます。
- ✓ CHDF
- ✓ COVID19 における他職種カンファレンスを開催しストラテジーを共有した 治療 option のアドバイス
- ✓ CRRT などの特殊病態における投与設計、配合変化の回避、ベッドサイドでの急変対応への参画
- ✓ CRRT のろ過膜の選定に関するアドバイス、補助循環に関する設定のアドバイス、人工呼吸器の設定に関するアドバイス、治療に有用と思われる医療機器の提案
- ✓ ECMO 中、血液浄化中、呼吸器管理中の管理について
- ✓ ICU を中心とした動き
- ✓ open ICU で主治医が不在時、または人工呼吸管理に詳しくない場合に設定変更のアドバイスや鎮静、循環管理等について ICU 医師や看護師へ助言を勧めた
- ✓ PT は早期離床のメインオペレーターとして初回の離床に携わることができる(そのため力量やチームの指針によっては離床遅れが出ることもある)。チャンピオンケースとして思い浮かぶのはないが、急性期ユニット担当チームと多職種の関係は良いため、毎日の離床と計画の評価ができています。
- ✓ ウイニングを主とした呼吸リハ 早期からの離床
- ✓ うまく行ったこと ①病棟は転棟する日に家族は IC をするとなった時、7 日以上が見てきたにも関わらず、集中ではなく内科に IC を丸投げするとしたらことへ、集中の医師は疑問を持っていなかった。 コロナ禍で家族は全く入院状況を知らないため、看護師から集中、内科同席の IC にして、内科医師も家族もわからないところを解消できるよう提案し実現させた。 ②元々病棟で整形外科的な ADL 拡大をリハビリでしていたが、気管支鏡による出血で輸液がかさみ鬱血性心不全の管理が難渋したため挿管、右心不全管理を主に ICU で行っていた患者が、漸く抜管し水分バランスも問題なくなって HCU へ移ることになった。担当の PT が部署ごとに変わることなどの理由からか、心不全管理と COPD からの心リハ、呼吸リ

ハ要素が必要なはずだが、その日の担当 PT は全く把握しておらず、いきなり心負荷のかかる離床を翌日以降考えていた。ICU 医師へ回診時にリハ内容の具体的な確認をして欲しいことを伝え、直接リハビリ部門にもその要素を伝えた結果、心リハがわかる PT が評価してくれ、翌日以降の理は目標が安全に立てられた。

③心不全末期ステージで、ARMR.MS を合併している患者が、医療者の循内、心外、集中全員が成功しないと考えている手術を、希望した。循環器内科が主科で、ICU 医師が IC に入れる人が毎度おらず、専門看護師が入った。医師の家族への説明内容は適切で、分かっているにもかかわらず奇跡を望みたい、それが後悔がないという意志だった。それを踏まえ循環器内科医師、家族、患者の協働意思決定において皆が納得した。医師はそれについて不安を述べていたため、家族の意向価値観において決まったことで、医師の説明方法について支持し、そうだよねと少しホッとした表情を見せていた。

- ✓ エネルギーおよび、タンパク質の過不足について医師に提言すること。経口摂取への移行時には st と共同して栄養量に過不足を調整すること。リフィーディング症候群患者の栄養設計。
- ✓ ケアバンドルの導入
- ✓ コーディネート
- ✓ コメディカルの仕事量を減らすこと。
- ✓ コメディカルの発言しやすい環境を作る事
- ✓ コンサルテーション
- ✓ コンダクター。集中治療科的標準治療の周知と主科のサポート
- ✓ せん妄予防と離脱、早期離床、ADL 獲得
- ✓ チームで話し合うことでより患者の状態を改善させることができる。
- ✓ てんかん予防で、デパケンを持参薬で内服中にカルバペネムが開始され、薬剤変更提案し有害事象なく経過できた。
- ✓ ない。誰も意見を聞かない。
- ✓ バンコマイシンの投与設計
- ✓ ファシリテーション
- ✓ ベッドコントロールもする為患者の把握をして、緊急患者が来たときの押し出し患者など考え、共有する 早期に問題点を挙げ、食事指導は退院までに入ってもらえるようになった
- ✓ リーダーシップ
- ✓ リーダー的になることで、調整役に適していることでしょうか。
- ✓ リハビリとケアの補助
- ✓ リハビリを円滑に進めることが出来るようになり、停滞することがなくなった。
- ✓ ルート管理しながらの離床

- ✓ 安静度拡大後の離床・歩行訓練
- ✓ 意思決定の主導
- ✓ 異なった観点からの提案
- ✓ 医学知識の提供、多職種意見の総括、最終判断
- ✓ 医学的な専門知識の提供
- ✓ 医学的な問題点の提示と方針の提示
- ✓ 医学的解説
- ✓ 医学的情報提供
- ✓ 医学的知識の共有と教育、医療の実践。患者様や家族の ICU 退室後の訪問が頻回にあること
- ✓ 医師カンファレンス内容のフィードバックと仲介
- ✓ 医師として多職種の一員として提供できることとしては、まずその医学的知識やデシジョンメイキング支援があると思う。その一貫として、患者の治療方針や目標を医師が率先して他職種と共有し、いま現在その目標設定のどのあたりに患者がいるのかを明確にすることで、多職種が同じ方向を向いた医療を提供できるようになると思う。また、多職種の一員である主科へのサポートも集中治療医として提供できることだと思う。例えば心臓外科術後の症例が ICU に入室したとする。心臓外科に関する問題については主科と対等にディスカッションできることがひとまずの目標と思うが、その他の心臓以外の合併症の知識や管理については逆に主科に提供していければよいと思う。主科を含む色々な職種が、色々な視点で患者に目を光らせながら、患者の身体的・社会的状況を調整してけることが理想で、色々な職種をつなげることが出来るのが医師だと思う。
- ✓ 医師とは別の視点・考え方(効果発現の達成は大前提だが、より副作用にも重点を置くこと)での治療への介入。教科書通りの抗菌薬投与量に上乗せして結果が良かった例や、最適な投与ルート of 提案など。
- ✓ 医師に相談しやすい環境作り
- ✓ 医師以外の職種へ投薬内容について、投与意図などを絡めたの情報整理をする事で、患者さんの病態への理解のサポート 集中治療医以外のドクターのサポート
- ✓ 医療機器に関しての適切で安全な利用と運用。主に生命維持管理装置における治療への介入と提案。
- ✓ 医療機器を使用中の患者を評価し、設定・条件の変更、治療の必要性の有無を判断すること。例えば、人工呼吸器非同調の調整や、早期離脱に関与。
- ✓ 運動機能の改善と早期離床
- ✓ 栄養処方 of 設計、適正な抗生剤 of 提案
- ✓ 家族が困っていることを、必要な職種へつないでいくこと

- ✓ 介助方法やポジショニングの提案
- ✓ 介入時以外の運動や離床方法の提案
- ✓ 開心術 2 日目、夜間帯に循環動態の変わらない mobitz II 型の AVB があり、すぐに I 度 AVB に戻ったため夜間は医師への報告はせず、朝の回診時に主治医に報告し、朝食後薬の β -blocker 内服が中止となった。患者を観察する場所や時間、視点が異なる場所を情報共有した。
- ✓ 各職種との間に立ち、ケアの具体的な調整をする
- ✓ 各職種の自立した判断を極力尊重する。
- ✓ 患者さんが実際に動いた際の状態を評価し、詳細に情報を共有できる 入院前の状況や背景を考慮し、目標設定できる
- ✓ 患者としての前に生活者としてどうありたいかの観点の情報を提供できる。多くの職種の調整役となれる
- ✓ 患者のプレゼン、治療経過の全体像の提示
- ✓ 患者の機能回復、動作能力の改善、医師の治療に対する情報提供や助言、看護師のケアに関する情報提供や提案、msw に対しリハビリや福祉用具に関する提案や助言など
- ✓ 患者の経過の情報共有
- ✓ 患者の身体機能の評価と機能障害の特定、リハビリテーション技術の実施と提供・指導など
- ✓ 患者の身体機能面・ADL レベルの的確な評価 離床の可否の判断(身体機能面における) 患者周囲環境の調整
- ✓ 患者の病態, 病名, 患者の状態, 治療方法についての説明です
- ✓ 患者や家族の思い 看護師が行うケアの説明や提案
- ✓ 患者家族の意思決定の意見反映
- ✓ 患者中心の医療
- ✓ 看護ケアと、理学療法士が介入する際のタイミングや介入中の病態把握
- ✓ 緩和ケア介入し、終末期患者と家族へのケアを、チーム医療で提供出来たこと
- ✓ 機器を用いた治療に対すること 現在の施設ではないが ・CRRT 施行中の患者さんのカリウム値が下がらなかったため、遠位部への返血やダブル CRRT によりカリウムの低下を認めた。 ・CRRT 施行中で血管内に水分が保てず、サードスペースへ逃げてしまう症例で輸液が間に合わず、アシドーシスも改善しなかったため CRRT の膜に個人よう透析装置のカプラー接続し透析効率を上げ、CRRT の補液ポンプを用いて輸液を行った症例。 ・V-A ECMO 中に若干の SpO₂ の低下を認めたためバイパスラインを用いて FDL へ返血し、ミニ V-V ECMO を行った。 ・肥満患者さんの人工呼吸器設定の変更
- ✓ 機器安全情報、操作、保守管理

- ✓ 協調性
- ✓ 具体的な治療計画の提示, 治療大方針の職種間統一
- ✓ 経腸栄養開始の検討 目標栄養量の提示 経腸栄養の漸増のタイミング 経腸栄養トラブルに対する対応
- ✓ 血液浄化における適正な治療条件
- ✓ 現在の運動機能レベルの予後予測を評価し伝えること
- ✓ 現在の患者の病状、今後の具体的な予後予想など。コメディカルは理想的なことを述べるが、時として飛躍していることがあるので、可能な限り実現にむけて努力しつつ地に足のついた内容に落とし込むこと
- ✓ 現在は退職しているが、率先して PT に声をかけてくれる医師がいた。その医師が我々の意見を尊重してくれたことを皮切りに、我々も ICU に参加できた。違いを認め合う、尊重し合う心が大切だと思う。
- ✓ 呼吸器つけて歩く 長期呼吸器装着例の呼吸器離脱促進
- ✓ 呼吸器や血液浄化の設定など提案して 管理方法を変更した。
- ✓ 呼吸療法や ECMO など、生命維持管理装置を介した患者管理におけるアセスメント。
- ✓ 抗菌薬の投与量の提案
- ✓ 抗菌薬の変更提案。
- ✓ 今まで集中治療医が不在であった病院で、他科の医師や多職種を含めたベッドサイド回診を毎朝開始した。治療方針の合議性の担保や看護師のストレス軽減に繋がったと考えられます。
- ✓ 最新の医学知識の共有ができる。また多職種のおかげで細かい見逃しが明らかに減っている
- ✓ 使用すべき薬剤の種類や使用法(併用薬や予後への影響を含む)の提案や説明、あるいは使用すべきではない薬剤についてのアプローチ等
- ✓ 司会進行
- ✓ 治療、治療技術
- ✓ 治療プランニング、ベッドコントロールを含めた集中治療室の全体像の把握。多職種間のコマンド&コントロール。治療過程の最終責任者。
- ✓ 治療戦略の提案、医療機器のロジスティック
- ✓ 治療方針
- ✓ 治療方針、家族への直接的な説明
- ✓ 治療方針の意図を説明する
- ✓ 治療方針の本筋を理解した上での、現在の問題点と解決策の提案(各種デバイスを通じた)
- ✓ 治療方針や長期的な disposition を決定することで他職種の役割を明確にする。

- ✓ 自分の考えるプランに対し、医師に情報提供。他職種を交えて話し合いを始められるように取り持つこと
- ✓ 腹臥位療法を多職種協同で取り組めたこと。
- ✓ 若手医師、看護師への薬物治療に関する教育・情報提供 感染症治療など事前に決定した治療期間を把握し、治療終了の再確認。予定投与期間を超える場合の医学的根拠の確認とチーム内への共有。 ストレス潰瘍予防の終了時期を評価し中止提案 挿管チューブ抜去時の再挿管リスク評価の確認と抜管後の再狭窄予防対応
- ✓ 主科の診療を生かしながら苦手な部分をサポートし、全体のマネージメントをすること。
- ✓ 主科は自分の科の臓器に注目しているのでそれ以外の全身管理のアドバイスとサポート
- ✓ 主科以外の管理とコメディカルとのコミュニケーションによるコメディカルの疑問などの解決。
- ✓ 重症甘管理と気道管理
- ✓ 重症者の早期離床。呼吸ケア。
- ✓ 主治医ではない立場での、終末期などの病状説明への参加、icu 専門医が、主治医の努力を評価した上で、客観的立場で、家族へ終末期の現状説明やコードの変更を説明することは、主治医側からも感謝される事が多いと思う。
- ✓ 上記を明確にするための知識の提供
- ✓ 情報共有や導き
- ✓ 食事摂取量アップに向けての介入
- ✓ 身体機能(筋力、ADL、呼吸評価) 予後予測 ICU 退室後の患者さんの現状を伝えること 患者さんが退室後に ICU に訪問することで、スタッフのモチベーション up や患者さんの PICS 予防につながりました
- ✓ 人工呼吸器からの早期離脱や、ICU 退室後も含めた早期 ADL 改善と予後改善。
- ✓ 人工呼吸器など、設定値と実測値とのズレや、グラフィックモニタなどを使用した、適切な設定の提案。
- ✓ 人工呼吸器の設定、補助循環の管理、CHDF の管理
- ✓ 人工呼吸器の設定で使用している呼吸器特有のモードを使用し患者さんの治療にあたったこと。通常の設定では呼吸管理がうまくいかなかった。
- ✓ 人工呼吸器の設定による実測値やグラフィックなど(結果)からのアセスメントと情報提供。医師同士の連携が取れていないつなぎ役。(例えば、透析患者さんなどの維持透析を継続したままでの、循環器内科への透析条件などのアドバイス)
- ✓ 人工呼吸器や CRRT、補助循環に関する内容。 open lung を提案し、その後酸素化改善に繋がった。

- ✓ 人工呼吸器離脱、CRRT から IRRT への移行提案
- ✓ 人工呼吸器離脱に向けた呼吸機能評価やポジショニング管理. ADL の獲得を目標とした離床練習のプランニング.
- ✓ 腎臓内科がないため血液浄化の選択や ECMO の運用方法などのマネジメントをさせてもらっている
- ✓ 生活機能を発揮するために支援する
- ✓ 生命維持装置を使用する際の条件等の suggest
- ✓ 専門看護師を活用し患者の複雑な問題に介入して、患者の状態が良くなったり患者家族が満足したり、医療の風土が改善されること。
- ✓ 専門性の高いことは、積極的に提供しないといけないと思っています。周りが知らない機能や医療材料などは CE が得意なところ。これらがきっかけで治療がスムーズになることが少なくないと感じています。
- ✓ 専門性の高い話題を各レベルに応じて理解しやすく説明する。
- ✓ 専門的な情報提供。今まで行われていなかった呼吸療法の導入。
- ✓ 専門的な知識。
- ✓ 専門的技術提供
- ✓ 専門分野に関する提案と治療方法提案を行った。主治医に透析などの経験がない場合の治療計画の話合いを行った。
- ✓ 全体をまとめる
- ✓ 全体を見据えた多職種との調整、他科へのコンサルトとしての司令塔
- ✓ 早期リハビリテーション関連
- ✓ 早期経腸栄養
- ✓ 早期離床 PICS 予防
- ✓ 早期離床、リハビリのプランニング
- ✓ 他の職種や複数の診療科の意見をまとめて診療の方針を決定すること
- ✓ 他科との調整 トラブルになりそうな患者家族と主治医のケースに多職種介入してトラブルを回避した
- ✓ 他者が感じている問題点に対する、自分の専門領域の認識を他者へ共有・伝達。
- ✓ 他職種にはない薬剤師の視点をチームで共有し、チームとしての薬物治療の提供に貢献すること
- ✓ 他職種連携を通じて患者ケアを行う重要性を日常ケアの重要性を訴え続ける事。
- ✓ 多職種、多診療科を跨いで連携の強化、情報共有をスムーズに行う
- ✓ 多職種カンファレンスでの適切な状態報告によって、SBT、SAT が進み予後改善に寄与できたと思っている。
- ✓ 多職種との調整役
- ✓ 多職種の調整

- ✓ 体外循環や人工呼吸器、血液浄化の専門知識と技術の提供
- ✓ 短期間で変化する腎機能に準じた投与量の提案や確認
- ✓ 短期予後だけでなく長期予後を見据えたゴール設定
- ✓ 注射薬の投与経路確認、抗菌薬の適正使用、栄養療法のモニタリング、内服と注射薬の相互作用確認など。
- ✓ 直接医療提供 患者家族の意向を含む詳細情報の収集と提供 治療ケアにおけるマイナーな知識・技術の提供 チームのマネジメント
- ✓ 鎮痛基盤の鎮静を導入した 抗菌薬の投与量の適正化
- ✓ 投与量調節 投薬禁忌 投与ルート選択 鎮痛 鎮静コントロール 専門領域外の投薬コントロール
- ✓ 透析の状況説明
- ✓ 透析や人工呼吸器管理などは臨床工学技士の知識や経験も多いことがある。安全だけでなく医療の質の向上についても貢献している。
- ✓ 初回離床時のバイタルチェック等。
- ✓ 日中の安全な離床方法、治療的体位排痰法の共有と促進
- ✓ 日々の変化
- ✓ 把握している病態、治療内容の情報提供・共有。
- ✓ 肺炎や無気肺の予防改善、意識障害改善、早期離床。ICU カンファレンスで鎮静深度について相談し鎮静剤漸減、早期座位練習開始が可能となったことがあります。
- ✓ 標準的な集中治療の方向性を示すこと、今後の経過の予測、合併症の予防、関与する診療科間の調整
- ✓ 病前の ADL 情報、機能障害の情報(筋力、ROM、認知/高次脳機能、失語、難聴、摂食・嚥下、コミュニケーション)、看護師さんをお願いしたいリハビリ内容/負荷量の提案、嚥下障害患者の飲水方法の提示、失語患者の better なコミュニケーション方法の提示、栄養士へ活動量 up の報告と栄養量 up の相談、毎日担当していることで気づく小さな変化
- ✓ 毎日カンファレンスを行っており、情報共有ができていること、治療方針を朝夕とチェックできていること
- ✓ 無気肺予防 動作移動能力の獲得
- ✓ 問い(イシュー)の設定と思考の枠組み
- ✓ 薬の選択、投与量、副作用回避等 抗生剤のエスカレーション、ディエスカレーション、栄養管理、持参薬の継続が必要なもの選定、投与経路に伴う院内製剤への変更
- ✓ 薬学的管理
- ✓ 薬剤による副作用を未然に防いだ

- ✓ 薬剤師として感染コントロール、栄養療法、様々な症状に対する薬剤の選択、投与量の提案、配合変化について。抗生剤・抗真菌薬の適切な選択、栄養投与にタイムリーに関わることで機を逃さず、対応でき、早期回復できた例がいくつかあり。
- ✓ 薬剤適正使用
- ✓ 薬物治療、予防投与に関する漏れがないかチェックするのはもちろん、リハビリや栄養に関しても関わって行くこと。
- ✓ 薬物治療の提案、処方設計、ルート管理など
- ✓ 薬用量、使用薬剤の注意点の共有、TDM
- ✓ 薬歴の評価と現在の状態における薬剤の必要性の評価 投与経路の選択・設計 早期経腸栄養に向けた薬剤調整 他職種へ向けた頻用薬の使用法、注意点のレクチャー 医薬品の適正管理
- ✓ 様々な医療機器の情報を提供し、患者の治療に見合った機器やモードなどの提案をしてうまく治療ができた
- ✓ 理学療法主義や視点(ポジショニングなど) 不在時の代行プログラム
- ✓ 離床、全身状態の共有
- ✓ 離床とADLの拡大。呼吸管理のアドバイスや腹臥位の手伝いなど。
- ✓ 離床についてのアドバイス 呼吸管理についてのアドバイス
- ✓ 離床に関するプログラム提供
- ✓ 離床の進め方について
- ✓ 離床を行うにあたる懸念を医師に相談し解決でき離床できた 患者の異変を多職種に共有できた 離床できたことで薬剤が減った
- ✓ 離床を進めること、それをADLに繋げて1日の中でより多く離床機会を得ること
- ✓ 離床時のバイタルサインの変化、排痰など
- ✓ 臨床工学技士—CRRT、ECMO 導入時に連絡をもらい、薬物投与量、スケジュールの再設計を速やかに行う。管理栄養士—ENは排便薬剤の相談、TPN・PPNの組成・投与量・速度の確認。理学療法士—リハビリ時に弊害となりうる事項の解除、疼痛や血圧コントロール、鎮静薬の調整など。

質問 17. ICUにおける多職種連携において、現在障壁となっていることは何でしょうか？(フリーコメント)

以下に各回答を提示します

- ✓ 「主治医制」であると思います。ある程度体裁が整った救命センターでも、主治医制であるが故に主治医にかなり大きな意思決定権があり、多職種どころか同じセンター内の医師同士でも治療方針の合議制の担保が難しいことがあります。
- ✓ ・オープンICUであるため、主治医によって治療方針が違うため、カンファレンスのない科では情報を待つのみとなる。(連携自体が難しい) ・看護スタッフの教育体制が不十分。専門領域の人材育成が不十分であるため、人事異動の度に積み重なったものが崩れ、チーム体制整備(情報の円滑な共有ができること。各職種の他職種に対しての認識が安定すること。)を行う必要がある。 ・ガイドラインや看護の基準、リハビリテーション開始基準などを多職種で共有しきれない為、認識を一致させて治療へ向けるための努力が必要。 ・医師によって治療方針に差があり(他の職種も同じ)、他スタッフからの意見を受けられない方もいるため、なかなかチームとしての力を発揮できない状況がある。 ・ICUにおける治療やケア方法など、最新の情報や現状最適な方法を実践する為に、各個人での情報収集や研修受講、学会参加に頼るところが現状。職種を超えての情報共有や研修が基本となると基本的な情報や技術を共有できると考える。
- ✓ お金や法整備の不足(お金が絡む=よく見るRSTのようにとりあえず意味のない多職種回診をしてお金だけ稼ぐ、お金が絡まない=そもそも集まってくれない。こうした問題を解決できるような、アウトカム志向な診療報酬改定等の法整備が必要) ・それぞれ職種の意識や文化(医師ならリーダーたるべき=高圧的、抑圧的、指示的になりやすい。看護師ならフォロワー前提=指示待ち、卑屈、無責任になりやすいなど、それぞれの職種にこうした意識や文化がある。全職種共通:自分の現在行っている仕事の枠を超えて仕事を捉えられない。他の職種の理解が不足。提供できる知識が狭くなる。)・多職種連携教育レベルの低さ(多職種連携は、ある意味スキルや知識である部分も多いと思う。そうした多職種連携教育が、不足している。これは学部時代からその後の継続教育としても不足している)
- ✓ 時間、マンパワー(常駐ができない)
- ✓ 日々の業務内での多職種間コミュニケーションが少ないこと
- ✓ CICUと外来の引継ぎ
- ✓ COVIDで集まれないこと
- ✓ ICUのトップが、他科を尊重することがやや下手。アメリカ式の価値観で日本人の患者の考えを否定したり物事を見ているため医師の価値観を押し付けていることに気づいていない。
- ✓ ICU専従医がないこと(主に内科系では総合診療科が一般病棟の患者さんと同時にICUの患者さんもみているので、ICU管理に集中できず手薄になり、その結果多職種連携まで考える余裕がない)

- ✓ ICU 内は連携できるが、一般病床へ退床する際の申し送りを確実かつスムーズに行えるとよりよい。
- ✓ Open ICU で日中は主治医が外来や手術やカテを行っていることが多いので情報共有ができない。
- ✓ Open ICU なので主治医とコミュニケーションを取るのが難しい（主治医が手術やカテや外来診療をしていて日中に情報を共有したくてもできないことが多い）
- ✓ open ICUにおいて患者管理が悪く、主治医と連絡が取れず薬剤の調整や呼吸器に設定変更が困難なこと（各職種で相談し、一時的にでも変更すれば患者にとって楽な場合が見受けられるため）
- ✓ オープン ICU あるためか、軸となるリーダーがいない。
- ✓ オープン ICU という setting そのもの（積極的介入がしづらい）と、そもそも病院全体の集中治療に対する関心が低く、必要性をあまり感じていない空気（文化？）があること。
- ✓ オープン ICU のため、集中治療を専門とする看護師や薬剤師と治療方針にズレが生じる
- ✓ オープン ICU の形態な為、集中治療医と良好な関係を築き治療を進めていても、結局は主治医が全てなので、仕事としてはやりづらい。セミクローズもしくはクローズドであれば、集中治療医とディスカッションし、すぐに実行できる為、そこが障壁だと考えます。
- ✓ オープンだが各診療科の集中治療管理が非常にずさんであること。
- ✓ オープンであるため、専門の診療科ならこうするのにということがあっても、なかなか通らない。せめて複数の診療科が参加するカンファレンスがあれば……
- ✓ お互いの、業務内容理解
- ✓ カンファでは、主治医が不在
- ✓ クローズドの弊害が分からないが、集中治療医がいないこと。人工呼吸や血液浄化に詳しくない先生が診ているから。
- ✓ コミュニケーションやそれに繋がる共有ツールの不足、医師からの方針や明確な指示の共有がないこと 目的やゴールが明確でないことややるべきことも分からず、連携を取ろうとにもとれない
- ✓ コメディカルの発言しにくい環境
- ✓ コロナでカンファレンスの時間が制限される事、一部の職種はリモート参加だが、ニュアンスが伝わりにくい事
- ✓ スタッフの意識に差がある。集中治療医がいない。
- ✓ ストラテジーの共有が足りない コミュニケーションが取りにくい
- ✓ セミクローズドですので、理解のある医師は早期リハをバックアップしてくれるのですが、そうでない場合（普段 ICU に出入りしない医師、診療科など）は指示権を

行使され誰も動けなくなります。。臨床あるあるかもしれません。その他は現在ありません。

- ✓ その他業務による時間的制約が大きい。
- ✓ それぞれの認識と感じてます。それぞれが 100%を提供しているのはわかります。多職種連携で 120%になることを共通理解することかと思います。時間的に集まるのは大変でしょうけど。
- ✓ それぞれの役割の認識不足
- ✓ パーソナリティがコミュニケーションを障害する事例はあるものの、システムとしては非常に円滑な連携が図れていると感じる。
- ✓ ベテラン看護師との衝突
- ✓ ベテラン看護師の根拠のない経験則
- ✓ まだ十分意見が言える環境でない、意見を言った後に具体的な行動にうつすのにまだお互いの動きが合わない
- ✓ マンパワー 主治医と集中治療部の混在
- ✓ マンパワーの問題で、Closed ICU でないこと
- ✓ マンパワー不足から ICU だけ特化できない 看護師の理解(人数が多いためピンキリ)
- ✓ マンパワー不足にて、17 時以降のみの介入となっており、障壁となっております。
- ✓ モチベーション、クオリティーの差 職種間、同職種ともに
- ✓ リハビリテーションスタッフの人的・時間的制約
- ✓ ルーチン業務が多忙であり、全職種が集まれないため、情報共有が I 度に行えない
- ✓ 意見が出ない
- ✓ 医師だけが話し、他職種は聞いているだけ
- ✓ 医師との格差
- ✓ 医師によって臨床工学技士に対する考え方が違うこと
- ✓ 医師のパターンリズム 看護師の能力評価方法(他者評価が客観的でない) ACP の普及が進んでいないこと Patient centered になっていない医療者の認識 大きいことを言うと国民皆保険制度(国民の健康認識の低さ)も関係していると思う。おまかせ医療。
- ✓ 医師のベッドサイド回診に医師以外が参加する形となり拘束時間が極めて長い
- ✓ 医師の経験的治療理念
- ✓ 医師の参加が不十分
- ✓ 医師の不足

- ✓ 医師の方針とは違うことを発言すると、医師方針に口を出すなどと言われる また他職種から信頼されている医師は他の医師から嫌がらせされ、その医師が治療に携われず治療成績が悪くなっている
- ✓ 医師の理解協力不足 時間やマンパワー
- ✓ 医師主導にどうしてもなってしまう他職種の発現が抑制されてしまっている。
- ✓ 医者へのプライド 若い医者ほど他職種を小馬鹿に見る傾向がある。
- ✓ 一元化された情報共有(オープン ICU のため)
- ✓ 一般床と ICU のスタッフの熱量のレベルが下がってしまう。
- ✓ 一部の看護師が早期離床に対して意識が低い
- ✓ 栄養士や薬剤師、MSW が入っていない
- ✓ 回診、カンファレンスとも担当医の参加が得られない場合がある。
- ✓ 回診・カンファレンスなど患者対応や医師の都合が優先されるため、それぞれの職種の時間的都合が柔軟に対応することが難しい 残業時間などの労働条件の厳格化により、時間内で全ての活動が困難になってきている。特にコメディカルの ICU 以外での業務・役割が増加しており、人間的・時間的配分が難しくなっている。
- ✓ 回診に参加した若手スタッフが多いのですが、情報収集だけしてきて、リハビリからの情報発信が少ないこと。
- ✓ 各々が個別に対応してしまうこと。対応後の情報共有がなされなかったり、共有するまでにタイムラグが生じること
- ✓ 各々が重要としている点の差があること
- ✓ 各職種がどこまで踏み込んでいいのかわからないこと。どうしても、医師看護師に対して遠慮があること。
- ✓ 各職種が一斉に集える時間の確保
- ✓ 各職種の仕事量により関わり方が偏る
- ✓ 各職種の時間的余裕がもう少しあれば、さらなる病態理解、1日1日の目標設定、目標に対する活動の実施が出来るのではないかと考えます
- ✓ 各職種の人数不足
- ✓ 各職種の繁忙さにおける連携のずれ違い、リハビリ介入時になかなか時間調整がスムーズにいかないこと
- ✓ 患者ケア
- ✓ 看護師が忙しいので時間調整が難しいこと、職員が定着しないので人が入れ替わるたびに教育し直す必要がある
- ✓ 看護師の意欲
- ✓ 看護師の参加が難しいこと

- ✓ 看護師の本質はケアである、ということがイマイチ理解してもらえていない印象です。医師ではありませんので、診療補助的な役割も重要ですがそれ以外にもケアの本質を考えた関わりを頑張りたいのですがまだその文化には到達できていません。それに関わるハード面も改善に乏しいです。
- ✓ 看護師の理解と看護師不足。 看護師が不足しており、最低限のことで手一杯となっている。ゆえに連携を図りたくても、そこまで追いついていかない。
- ✓ 看護師間での話し合いのみで終了してしまう 医師が外来等で集まらず時間調整が困難となることがある 時間的問題
- ✓ 看護師増員が中々うまくいかない。
- ✓ 看護部管理者の理解が無い。
- ✓ 関わる全ての人を持つ、自分の思いを繁栄したいというエゴ。
- ✓ 救急科・主要科以外のリハビリ処方遅延
- ✓ 救急科入院患者のリハビリが完全にプロトコル化されていない(心外はされていてそれを援用していますが…)
- ✓ 救命救急センターなのに、救急医も集中治療医も激少ない。地域に、大学で集中治療をやったり、10km 半径に4つも救急外来があったり、配置がおかしい。
- ✓ 強いて挙げるなら、各職種が専従できるほどのマンパワーがある施設はおそらく国内では多くはないこと。また担当の主科によっては多職種連携への理解が得られず距離感の取り方が難しいこともある。
- ✓ 業務調整上、リハビリテーションスタッフがラウンドに参加できていない。
- ✓ 形骸化
- ✓ 形式的なカンファレンスのみ行われ、有意義な多職種連携に結び付いているか疑問
- ✓ 結局は医師が力を握っていること。主治医の方針がありきなこと
- ✓ 現場で働く理学療法士はICUでリハを行う必要性を強く感じている。しかし経営面を考えると現在の早期離床加算では看護師が行った方が利益が多い(早期離床加算はリハスタッフが行わなくても加算が取れる、リハスタッフはICUで過ごす時間を他病棟で働いた方が、病院経営としては理にかなってしまう)。もちろんリハの上層部も現場の意識を理解してくれて、ICUで働かせてくれているが、コロナで病院全体の収入が減ったり、コンサルト会社からの指導が入ると(現在まさにICUは看護師に任せの方が良いという話がコンサルト会社から出ている)、リハの上層部もそれに逆らえなくなってしまう可能性がある。加算の算定要件の見直し(看護師が行うリハと、リハスタッフが行うリハで診療報酬が変わるなど)が望ましい。
- ✓ 考え方の違い
- ✓ 今は問題ありませんが、多職種からの意見を受け止めてもらえる環境(医師)と、まとめ役(集中治療医)がいないと連携は難しいと思います。

- ✓ 細かな情報の共有
- ✓ 三密防止のカンファレンスの開催とのジレンマ
- ✓ 参加できる時間帯、上司の臨床業務に対する理解不足
- ✓ 時間 協力が得られない診療科
- ✓ 時間がとれない 他科の医師が集まらない
- ✓ 時間とこれまでの慣習
- ✓ 時間の確保 集中治療医不在 セミクローズド化
- ✓ 時間の確保と設定
- ✓ 時間の制限
- ✓ 時間帯を合わせること、人が少ないこと
- ✓ 時間調整。各部門、診療科の都合で参加できる人員や時間がまちまちになる。
- ✓ 時間的な問題【病棟薬剤業務実施加算を算定できるギリギリの時間しか与えられておらず、麻薬等の医薬品管理で手一杯となっている】
- ✓ 治験事務局との兼任のため、患者情報がほとんど拾えない状態で回診に行かざるを得ないこと
- ✓ 自部署内での意見の分かれ。 治療方針や条件などは全て医師が管理すべきという意見が多い。なので、臨床工学技士から治療条件などを提案する事は業務の範囲外という上司の意見がある。 カンファレンスに参加するメンバーは毎日変わるので、日によって提案できない事が多い。
- ✓ 自分の部署の上司が ICU リハに興味がなく、人員削減されました。
- ✓ 室内が狭いため、多人数が集まれない
- ✓ 主科との関係で治療方針が定まらないときがある。
- ✓ 主科と集中治療科の意見の食い違い 多職種と集中治療科はうまくいっている
- ✓ 主科医師との齟齬(若手と議論できても相手方の教授の意向が色濃く反映されてしまう)
- ✓ 主治医がうるさい
- ✓ 主治医が手術中のことが多く、コミュニケーションがとりにくい
- ✓ 主治医と ICU スタッフとの関係性
- ✓ 主治医と時間を合わせることが難しい。
- ✓ 主治医制
- ✓ 主治医制度によりクローズ ICU でない場合、処置、投薬等の責任がどちらに有るか解らない。主治医側からは責任を取らないのに意見ばかりなどの不満も散見している。
- ✓ 集中治療を意識していない医師の存在 例えば病棟急変と言って入室しながら末梢ライン 1 本だけで 2 時間以上放置するとか。予測指示は医師へ報告としながら、報告すると機嫌が悪かったり無言で電話を切るなど。

- ✓ 集中治療医がいないこと
- ✓ 集中治療医がおらず主治医の考えが一番に最優先されるため、意見が上申しづらい。
- ✓ 集中治療医はいるが、集中治療業務に従事していない、科内および、病院の上層部は主に年配者であり、多職種連携への必要性を理解していない、また多職種を拘束するため、人件費とそれに見合う成果が証明出来ない。
- ✓ 集中治療専従医が足りない
- ✓ 十分に話し合いを持てる時間を持ちにくい。特に看護師が自信をもって発言できないこと(特に若手は自分の考えていることを発言してもいいのだろうかと思縮してしまいがち)。
- ✓ 循環器内科(CCU)と麻酔科(ICU)の連携が不十分、というか全く連携がないこと。カンファレンスに時間がかかり、午前中はカンファレンスで潰れてしまう。結果としてカンファレンスに参加できなくなること。
- ✓ 上下関係
- ✓ 情報共有が円滑でない
- ✓ 職種ごとに役割が違う部分まで、同じ時間をかけて共有を行なっている。それぞれが必要な部分だけ効率的に共有できるしくみがあるとよい
- ✓ 職種ごとの文化
- ✓ 職種ヒエラルキー 医師が物事を決めてかかるとなにも議論にならない
- ✓ 職種間で対話能力に、差がある。医師の多職種へのリスペクトのなさ。医療チームの価値観が共有されていないこと。
- ✓ 職種間のスケジュールが見えないこと
- ✓ 職種毎の縦割りの組織構造
- ✓ 心大血管リハビリテーションチームならびに(がんの)周術期リハビリテーションチームとの足並みがそろわない(管理者であるリハ医の早期離床に対する理解が乏しい)。
- ✓ 診療科ごとの早期経腸栄養への意識の違い
- ✓ 診療科によって多職種連携に対する必要性や考え方が違う。
- ✓ 診療各科との円滑なコミュニケーション
- ✓ 診療看護師が上から目線で、自分たちは医師だと勘違いしていること。医師や看護師からは煙たがられている。診療看護師が現場での取り組みを自己中心的な立ち回り方をしてなし崩しにすることがある。
- ✓ 診療報酬加算で人数の確保が難しいセクションがあります
- ✓ 人材不足
- ✓ 人手不足により開催に調整が必要である。
- ✓ 人数の少ない部署がある

- ✓ 専従医がいることによる、他職種(特にNs)の自立心欠如。マニュアル(マニュアル外の事はやらない)。保守的な管理職。
- ✓ 専属ではできない
- ✓ 専門性が高まり分業になりがち。多くの職種が、関わっても統合されないことがある
- ✓ 全ての人員が集まれる時間
- ✓ 他の職種の提案を受け入れず、主治医が好き勝手に診療すること
- ✓ 他職種との連携
- ✓ 多くの主治医が集中治療の観点を持たず、臓器中心の治療を行おうとする点。そうした主治医は他職種カンファレンスには顔を出さない。
- ✓ 多職種カンファに主科がないので、集中治療医に任せすぎると、主科が主科以外のプロブレムについての把握が疎かになりがちになり、故に主科以外の問題が起きた時、主科のICのニュアンスが正しく把握されにくい印象がある。
- ✓ 多職種カンファレンス(ベツトサイドにしてもカンファレンス室にしても)に対する研究結果が少ないこと。確かに患者予後を変えるというエビデンスも出ているが、日本の現状を適応するには難しいバックグラウンドだと思いました。様々な職種がスケジュール調整し、協力が必要なので、日本の現状にあった多職種のエビデンス創生が必要だと思います。(そうしないと他職種を動かさません)
- ✓ 多職種カンファレンスの実施ができてない
- ✓ 多職種カンファレンスは医師が症例呈示しつつ司会進行しているが、医師以外の職種からの意見が挙がりにくい空気を感じる。かといって、看護師などに症例呈示と司会を依頼するのもハードルが高い。多職種連携の重要性を認識して、リードする気概のあるコメディカル(特に看護師)がいると、多職種連携は進めやすいのではないかと感じている。
- ✓ 多職種が多忙で一堂に会する時間がなかなかもてない、医師に対して意見することに抵抗がある。
- ✓ 多職種であるが故方針がぶれたり、薬剤・栄養の選択に関して研修医のレベルダウンを感じる
- ✓ 多職種間での「仕事時間」に対する概念の違い リハビリテーションは20分1単位で動いていることが多職種には通じない事がある
- ✓ 多職種連携が大切と言いつつ、本音では自らの資格に関する利害関係には相当敏感であり、それが明らかに表出される事が少なくない。あるいは、自らが行動して連携の具体的な実践を進める活動は面倒であり行わない。いずれにしても、多職種連携はあくまでも、自資格の負担が一時的にでも増えず、既得権益が減らない事が前提であると本音では考えている事が障壁となっている。

- ✓ 多職種連携での効果が院内で証明されていない事で、病院の上層部(熟年者)からの理解が得られていない事。
- ✓ 多職種連携の言葉の定義があいまいで、施設ごとにイメージが違うのではないのでしょうか。特に医師が多職種に対して父権主義的な考え方を持つ施設では、多職種は指示受けのみで多職種側からの提案という文化がないように見受けられることが多い。特に大学病院などではそうでないのでしょうか。
- ✓ 多忙 カンファレンス時間が短い IPW への理解
- ✓ 多忙による時間的制約
- ✓ 知識や体位変換などのやり方、評価指標などの統一したものがなく、共有が出来ていない。
- ✓ 朝に行うため時間を基本的に 30 分としている。また主科多忙のため主科の参加が得られていない
- ✓ 長い見通しを考えたとき、今後に向けての遠いビジョンが共有できていないこと。各他職種が何をしてくれるのかの把握。連携することによりどんないいことがあるかの成功事例の共有が不足。
- ✓ 長時間に及ぶため、専従者しか参加しにくい
- ✓ 当院はオープン ICU のため相談相手が少なく、リーダーシップを取れる人がいない。また ICU 当直は基本的に外科が行っているため、新しい機器の導入などが難しくなっている。
- ✓ 当科ではほぼ専任性をとっているが、専任職でない場合、多職種が一堂に会することが難しい
- ✓ 特定の診療科において、無用に深鎮静、無動化を求めてくる。経管栄養投与をしふる。エビデンスを提示しても、「この症例は特殊だから」「当院の症例は該当しない」などと返される
- ✓ 認定看護師および ICU 看護師以外の専門職は ICU 以外の業務も兼任しており、なかなか ICU すべてに時間がさけない。
- ✓ 必要性を理解しない病院経営
- ✓ 部署内でのスキルや知識、モチベーションの差による業務へのバラツキ。
- ✓ 物理的に ICU に常駐することが困難なため、オンタイムでの情報共有が困難
- ✓ 忙しさ、それにとまなうマンパワー不足
- ✓ 麻酔科医が少ない
- ✓ 目標リハビリ単位数の達成(集中治療加算をとってないので)が最優先課題なので、回診やミーティングに療法士が参加出来ない
- ✓ 薬剤科の理解の欠如

- ✓ 薬剤師が半日しか常駐出来ていないこと。手書き指示簿のため薬剤監査がリアルタイムに行えないこと。ICU 専従医師はいるがセミクローズドのためクセの強い主科の方針に従わざるを得ない場合など。
- ✓ 薬剤部にも参加してほしい、できたら栄養士も参加してほしい
- ✓ 薬剤部の人員問題で常駐時間が短く他職種との連携が取りにくい。オープンで主治医性のため情報を交換しにくい医師もいる。
- ✓ 理解のない管理者、古い医者、古い看護師
- ✓ 理学療法としては算定するのに時間単位で区切られている事
- ✓ 臨床工学技士や薬剤師との関わりが薄い
- ✓ 臨床工学技士不足による早期リハビリテーションや呼吸リハビリへの介入が出来ないこともある

質問 19. 今後、国内における ICU 多職種連携を発展させてゆく上で必要なことは何だと思いますか? (フリーコメント)

- ✓ ICU における治療やケア方法など、最新の情報や現状最適な方法を実践する為に各個人での情報収集や研修受講、学会参加に頼るところが現状。職種を超えての情報共有や研修が基本となると基本的な情報や技術を共有できると考える
- ✓ カンファレンスのファシリテーション能力 ・臨床で話し合うことがカンファレンスであるという認識をもつ ・多職種の専門性を理解すること
- ✓ リーダーシップ ・カリスマ性
- ✓ 集中治療医にも多様性が必要 ・施設ごとの事情に合わせた体制構築が鍵となることを理解すること ・他者～多職種を尊重受容する風土、文化、教育
- ✓ 日本独自の多職種協働エビデンスの作成 ・多職種連携の効果を判定する指標作成 ・その指標に従った保険点数の追加可算
- ✓ ICU を十分に経験する多職種のスタッフを増やす
- ✓ 2019 年 8 月の JSEPTIC セミナー受講生です。あのようなセミナーを広めていき、他院の状況を把握することだと思います(私はすごく勉強になり、3-5 分でもいいので知識提供が必要だなと感じて実践しています)
- ✓ 24 時間スタッフが変わっても方針がぶれないような情報共有とそれを理解するための職種間のお互いの理解。
- ✓ CICU では早期退院して外来患者として通院が増える為、外来での管理が CICU 入院時にわかるようになると患者の再入院が減るのではないか
- ✓ closed ICU として主科は入れさせない

- ✓ ICU スタッフ増員が可能なだけのインセンティブを上げる。ICU 加算の条件を厳しくする(コメディカル専従を必須条件にするなど) タスクシフトを推進するための権限共有化(現在の医療関連法では医師への確認事項や医師の許可が必要なもの、医師以外では禁止されていることが多いため、各プロフェッショナルな職種の判断が実行へ移すまでに時間がかかるなど)
- ✓ ICUでのリーダーが専従でいる事
- ✓ ICU での多職種カンファレンスの積極的な開催や ICU での治療などに対する人材育成
- ✓ ICU での理学療法士の役割を明確にする「離床」だけが理学療法士の役割でないことをICUに関わらない理学療法士にも認識してもらう必要があると思います。
- ✓ ICUでは薬剤師の専門性を保証するもの(例えば認定制度や研修)がない。すべてに認定制度が必要ではないかもしれませんが…
- ✓ ICUとはなんぞや、の理解(重症患者が長く滞在することについて、病院の利益減と思っているコメディカルをなくす)
- ✓ ICU のモデルになるようなものがあり、それに対して自施設で何ができて、何ができていないか、現状で到達可能なものは何か、多職種連携して目標に向かっていくような文化や風土形成だと思っています。今は、それぞれが専門性を発揮している状況ですが、患者を良くするための個々のアプローチに過ぎません。そこから更に踏み込んだ連携へと発展させることが必要だと思います。
- ✓ ICU 看護師のスキルアップ(知識、技術、態度) ICU 看護の発展(患者自身が持てる力を発揮できるような関わり) 医療だけによって患者が救命できていると言う思い込みの排除
- ✓ ICU 専従のセラピストの設置、早期離床に対する他職種の障壁の解消
- ✓ ICU 専従の医師を置くこと
- ✓ ICU 専従医の育成
- ✓ ICU 専属の医師がリーダーシップを図っていく
- ✓ ICU 専門チームを強化できる仕組みづくり
- ✓ ICU 専門職の増加とそれに見合う報酬
- ✓ ICU 特別手当のような金銭面での優遇
- ✓ ICU 内における信頼されるリーダーシップ。 トップダウンではなく、各プロフェッショナルリズムを尊重し、権限委譲したサーバントリーダーシップ。 ディスカッションにならない年長者が退職するまでの時間。
- ✓ IPW 教育
- ✓ アウトカム、医師の負担軽減

- ✓ ある程度の規模の病院では多職種連携は実行しやすいと思いますが、小さな病院では医師看護師以外の職種の人数が少なく、連携をとるのが大変です。どのように行えばよいかモデルケースなどがあるといいと思います。
- ✓ インセンティブ
- ✓ お互いの職種の視点を理解し、情報を共有し、ディスカッションを行っていくこと
- ✓ お互いの職種をリスペクトし合うこと。
- ✓ カンファレンスや回診などによる多職種での情報共有と意識の統一
- ✓ クローズ ICUにおける、集中治療医師の有用性の確立。全国の集中治療医師の増加と権限の委譲、カンファレンス実施する事による点数追加
- ✓ コアコンピテンシーを発揮できるような、医師以外の専門職としての発言や発信。
- ✓ コミュニケーション 人間力
- ✓ コミュニケーションと成功体験の積み重ね。今は専従化して、各職種のスキルアップが必要であるが、今後は自部署の教育にシフトし、誰でもが急性期医療に関われる体制作りが必要。
- ✓ コメディカルのさらなるスキルアップや知識の向上。専門資格の取得や活用による専門性の向上。集中治療専門医のさらなる増加。
- ✓ コメディカルの専門性を重視すること。 医師業務のタスクシフト 医師は、専門的内容にはコメディカルと一緒にディスカッションし意見を求めること
- ✓ コメディカル個々のレベルアップ。
- ✓ これという案が思い浮かばないです。
- ✓ コロナがなくなる
- ✓ システム作り
- ✓ スタッフの拡充、もっと余裕を作ること
- ✓ それぞれの職種で ICU 専門認定制度を学会が後押しすれば、モチベーションや集中治療に携わりたい人が増えるのではないか。
- ✓ それぞれの職種の専門性を高め、多職種で治療を作っていくこと
- ✓ それぞれの職種の方々が積極的にかかわれる場(文化)を作っていくこと。
- ✓ それぞれの職種の立ち位置を平等にし、各意見を尊重する。
- ✓ タスクシフト、シェア
- ✓ チームワーク
- ✓ テンプレがあると進めやすい
- ✓ どんなことでも自分から発信していくという意識改革を教育機関で学んでいくべき。患者や家族にも参加をしてもらう。
- ✓ ノンテクニカルスキルが職種を連携させる
- ✓ プロトコル化を進めて業務を減らす事

- ✓ プロフェッショナルの一員としての覚悟と誓い、責任の認知、継続した評価、発言しやすさやその為の振り
- ✓ ベテラン・新人関係のない ICU 全体の意識変革
- ✓ まず、始めること
- ✓ まずは多職種カンファレンスを行うことと思いますが、そのためには集中治療加算の認定を受けている施設は、当該集中治療医のもとでカンファレンスを強制させる、とかでしょうか？
- ✓ まずは多職種の参加を必須にし、加算が取れるようになること
- ✓ マンパワーの確保、他職種連携の文化の熟成。
- ✓ メディカルスタッフの更なるスキルアップと権限委譲
- ✓ メディカルスタッフの責任感、技術、知識がなさすぎるため、オーストラリアなど独立権限が持てるくらいの能力、責任感を教育すべき。全医療者に対し、欧米から持ってきている IPW 概念に、日本人の特異的価値観、文化の要素が入っていないため、そこを想定する意識を持つこと。
- ✓ やはり、違う職種への理解とリスペクトだと思います。
- ✓ ゆとりある人員確保
- ✓ より多くの医師が、医師以外のメディカルスタッフを医療専門職としてリードしてくれると仕事がしやすいです。不理解という障壁を作ってしまう、ICU における早期リハ・多職種連携なんていないよというような指示や雰囲気を出されてしまうと、我々は石灰化してしまいます。もちろんこちらも積極的に理解が得られるようにコミュニケーションは継続していく必要があると思います。
- ✓ リーダーはやはり医師なので、医師が多職種連携について理解がなければ進まないと思う
- ✓ リハビリは施設内の単位数ノルマがある限り理想的な連携は難しい。あとは時間を捻出しようとするればサービス残業などに頼らざるを得ない。かといって集中治療加算が取れる勤務体制でもない。各職種の稼ぎ方を念頭におかない多職種連携は理想論にしか思えないです。
- ✓ 医師から各職種への権限の委譲と責任の所在の明確化 各職種が専門性を発揮して診療に介入することが当然であるという病院文化の構築と、
- ✓ 医師が積極的に他職種の協力を求めないと、入ってきにくいと思います
- ✓ 医師が他職種へ会話を促すこと、医師が静かにすること
- ✓ 医師の ICU における他職種連携の必要性和重要性の周知
- ✓ 医師のパターンリズムの排除 医師のコメディカルに対する馬鹿にする態度をやめる。
- ✓ 医師の受け入れ
- ✓ 医師の柔軟性

- ✓ 医師の役割、責任は非常に重いし、各医師により意識のバラつきが激しいためクローズ体制が理想
- ✓ 医師は多職種連携で重要なのは何を移譲すればよいかを明確に考えを持てること。多職種への理解を深めること。看護師は病棟内での重症患者管理に対して、自職種だけでなく他の職種への高圧的態度や縄張り意識を持たないこと。その他の職種は集中治療そのものへの理解を深めること。患者さんにとって最も利益になることが何なのかを考えられること。全体として、各職種が自分の意見を表明しやすい心理的安全性の高い組織文化が醸成されないと多職種連携は発展しない。
- ✓ 医師以外の職種の業務拡大と、医師によるリーダーシップの発揮
- ✓ 医師以外の職種の更なる専門性の向上および法改正を含め診療行為等の実施
- ✓ 医師以外の職種の地位向上と役割分担の明確化。医師でなければできない仕事以外はなるべく他職種が主導的に行っていくことが必要だと思います。
- ✓ 医師側の十分な理解。多職種連携が失敗している理由の多くは医師側にあるように思う。
- ✓ 医師側の対応
- ✓ 医師同士の連携。
- ✓ 医師不在時などにある程度管理を任されること
- ✓ 課題
- ✓ 開始にあたり看護師幹部から強い反対を受けた。特に古い方たちの流儀を変える事に対する抵抗が大きな問題であった。また当初は MSW や栄養師も参加していたが人員の関係で参加困難となっている。院内全体の医療従事者の安定した増加が必須と考える
- ✓ 害があることを邪魔するのはいいことかもしれないけれど、発展的なことを邪魔せずにすすめていける文化の形成
- ✓ 各コメディカル部門が他職種連携の重要性を理解する事。 年功序列なので考えが古い人が上司の事が多い気がします。
- ✓ 各個人が個人のためではなく公のために生きようとする方向に意識進化すること。
- ✓ 各施設の多職種が自分の役割りを自覚し、自発的に働きかけが出来るようにアクションを行う積極性が必要と考えます。施設によって支援体制は違えど、自分に何が出来るか考えることが必要ではないでしょうか。
- ✓ 各職種がお互いに対する重要性、強みを認識し、共通言語としての教育を推進する。
- ✓ 各職種で、ICU 専任性が必要である
- ✓ 各職種のプロ意識の向上
- ✓ 各職種の業務や専門分野の見える化、相互理解を深めること。

- ✓ 各職種が存在価値をきちんと認めること 対等な関係の構築
- ✓ 各職種の役割、必要性についての勉強会、研修会の開催、そして他職種も参加出来るようにし、各職種が各職種を理解し、相談し、専門性を活かせるようになれば、少しでも発展するのではないかと思います。
- ✓ 各職種間の役割と方針を明確にする場が必要だと思います。
- ✓ 各診療科が自分の専門領域外の事柄を集中治療医に任せられるような環境が整うこと。集中治療医が外科の術式に口を出さないように、外科も集中治療医の輸液管理に口を出さないでほしい。これは集中治療という学問がまだ十分認知されていない証左だと感じる。
- ✓ 学会や施設間交流による実践的なノウハウの共有。
- ✓ 患者の社会復帰を早期に行えるようにメディカルソーシャルワーカーの力をもっと発揮してもらおう。
- ✓ 看護師の拡充
- ✓ 看護師の業務を減らすこと。
- ✓ 看護師は集中治療に参画するコメディカルのうち人数的に最も多い一方でモチベーションや集中治療の知識(看護ケアの力量とは別に)は様々であり、全体の底上げをするのに非常に時間がかかる印象を受ける。学会に定期的に参加するなどして、集中治療の知識をブラッシュアップして多職種連携を発展させる意識を多少なりとももつ方が各施設の看護師のうち1割くらいいてくれれば、だいぶ状況が変わるような気がする。 集中治療学会のセッションにもある看護師向けのセミナーなどは良い内容が多いと思うが、学会参加費そのものが高額なため費用補助を得にくい看護師は参加のハードルが高いという声を聞く。コメディカルに関しては、大幅な参加費の下方修正があってもよいような。。
- ✓ 看護特定行為のような医療行為の拡大
- ✓ 義務化
- ✓ 急に集中治療医は増やせないなので、複数の診療科を横断的に話ができるコーディネーターが必要
- ✓ 救急医、集中治療医(本来は、つながっているべき)の適正配置、専従者の確保。
- ✓ 救急科の集中治療室への強いかわり 看護師からも期待されています。
- ✓ 教育と法制度
- ✓ 現状では各職種が利害関係を優先するので、多職種連携は絵にかいた餅であり、建前だと考えています。診療報酬や評価など、利益に反映される仕組みが構築されないと、医療専門職の自助努力では不可能と考えます。
- ✓ 個々の職種の専門性の強化。この領域は頼ったほうが良いと主治医が思えば自ずと多職種連携はうまく行くと思う。

- ✓ 互いをリスペクトする関係作り 表現するとすれば、縦社会でなく、平面社会でしょうか。 活発なディスカッションができ、患者中心の医療提供を共通目標に出来ること
- ✓ 今後多職種連携を発展させていくには、まずは各職種が自分達の役割をしっかりと理解すること、そしてその次のステップとして各職種が他職種の役割を理解すること、そしてお互いに尊敬しあいながら目標に向けて協働していくことが必要だと思う。
- ✓ 指針、診療報酬
- ✓ 時間の調整
- ✓ 時間をいかに短く効率的に行えるか。
- ✓ 自由に発言することと、時間的な束縛からの開放
- ✓ 医師の業務や権限を他職種に委譲していくこと。委譲された職種には責任と報酬を与えること。
- ✓ 主治医も合わせたカンファレンス
- ✓ 集中治療に特化した卒後教育を整える。疾患や治療だけでなく多職種との連携能力の教育も必要。
- ✓ 集中治療医、NP など指揮を取れるスタッフの増加。
- ✓ 集中治療医がまとめ役となり、多職種に声を掛けることにより、多職種連携が進むと思います。また、診療報酬の加算条件に多くの職種名が記載され、「いることが望ましい」ではなく、「いることが必須」とすると良いと思います。
- ✓ 集中治療医が増えていく 集学的治療を行う文化の醸成 立ち向かう敵の情報共有と勝つための連携
- ✓ 集中治療医の充実によるクローズド ICU の設置。もしくは集中化。
- ✓ 集中治療医の増員、加算算定要件の緩和
- ✓ 集中治療医の存在
- ✓ 集中治療医の存在意義をあげていくこと(特に大学病院ではサブスペの一部としか見られていない気がする)
- ✓ 集中治療医はもちろんだが、集中治療医以外の医者やスタッフ、病院が多職種の重要性を理解すること。
- ✓ 集中治療医や集中治療関連での各職種の認定制度を用い、各職種の医療の質改善と、多職種連携での outcome 改善のエビデンスの積み上げ。
- ✓ 集中治療科医師が他職種医療従事者を同僚と認めること、他職種医療従事者のなかに積極的に集中治療に参加したい思いを持っている人が複数いること、多職種が一同に会して意見を出せる場を集中治療科医が提供できること
- ✓ 集中治療室の看護師長や集中治療のトップの交代。古い考え方や慣習で物事を考え発言するのと多職種で連携したくても上司を通さなければ何も進まないから。

- ✓ 集中治療専門医に対するチーム医療推進のためのリーダー教育が必要だと思えます。また、循環器内科医師(CCU)との連携が不十分であり課題だと思えます。
- ✓ 集中治療部医師の増加、専任コメディカルスタッフの充実。
- ✓ 集中治療領域の卒前卒後教育の充実 多職種を理解を深める 自分の職種の限界を知る
- ✓ 重症患者を看護できる看護師の育成と ICU 退室後のことまで考えることのできる看護師
- ✓ 症例報告を増やす。
- ✓ 情報共有
- ✓ 職種の垣根を取り払えること お互いのことを認め合えること
- ✓ 職種の専門性の発揮
- ✓ 職種を問わない評価ツールの共通認識。
- ✓ 職種間の相互理解
- ✓ 職種間をまたいだ勉強会やセミナーの開催
- ✓ 診療報酬の改定
- ✓ 人員の確保
- ✓ 人員の充足(特に公的病院)
- ✓ 制度によりインセンティブをつけて、連携の機会を強制的に設ける。
- ✓ 制度化していく事
- ✓ 成功例の共有
- ✓ 先ず集中治療専従者の増加
- ✓ 専従するにあたって、各疾患別リハでの算定人数ギリギリであると、ICU への専従できるほどのマンパワー創出できない事
- ✓ 全ての職種において早期の多職種連携に対して知識や必要性を共有すること。
- ✓ 全職種が気兼ねなく話せる環境 各スタッフがプロフェッショナルリズムを持って働きかける
- ✓ 全職種で論理的思考の手段を共有 「何が問題か」と「それを考えるための枠組み」の共有 そのために論理的思考を学ぶ機会を病院として創出する
- ✓ 相互理解
- ✓ 他職種連携セミナーが必要。学会だけではなく、セミナーとして継続的に他職種が参加する勉強会が必要。SGD を行わせ、他職種のグループを組ませ、議論させる。
- ✓ 多施設間での情報共有、システムとエビデンスの構築と考えます。
- ✓ 多職種カンファレンスの実施による診療報酬の加算
- ✓ 多職種が同じ環境で IPW を学ぶ 職種を超えた相互評価が行われるなど

- ✓ 多職種それぞれがお互いを認めあい、協力しあえること。看護師はずっと患者様と接していなければならないが、他の職種は違うため意見を素直に聞き入れる事が出来ないスタッフもいることが問題。
- ✓ 多職種での情報共有 ICUリハビリテーションに関する多職種での勉強会
- ✓ 多職種での連携に算定をつけて頂き、従事する人数を増やすことが必要と考えます。
- ✓ 多職種で関わることで、高い保険診療点数が得られると、病院としても時間配分や人員などを検討していただけるかと思われま
- ✓ 多職種を認め合う環境
- ✓ 多職種連携が加算のためになるのではなく、しっかりとした目に見える形にすることが必要かと思ひます。
- ✓ 多職種連携におけるエビデンスの提示。
- ✓ 多職種連携によるプレアボイド報告の公開など、成功事例の共有
- ✓ 多職種連携に関するプロセス評価が必要だと思ひ。回診が患者アウトカムを改善する事は知られているが、その背景には何があるのかが私の知る限りわかりません。それがわかれば、他の取り組みにもそのエッセンスを転用出来るのかなと思ひます
- ✓ 多職種連携の明確な定義 医師からの医学的方針やゴールの共有 看護師の職種間の調整能力 専従の多職種配置。それが、できない場合いない場合、それをカバーできるシステムの構築やプロトコルの導入など。 ケアバンドルなどの連携のきっかけとなるような共通のツール作成と他職種がそれを認知し主体的に活用すること。
- ✓ 対等な関係性
- ✓ 対話しやすい環境、チーム作り。現在ほとんどのカンファレンスが zoom などで行われており、ベッドサイド回診もなく会議室同士での話し合いが増えているから。
- ✓ 大学病院によくみられる意味の分からない形式的な書類仕事を簡略化して、多職種回診などにあてる。
- ✓ 当該項目の評価や診療報酬の適用、学会等によるモデルケースの提示や連携構築の支援
- ✓ 働き方改革で、業務時間外のカンファレンスが規制されています。業務時間内は単位が優先されるので、医師・看護師・薬剤師・臨床工学技士が参加する毎日のカンファレンスに参加できない。
- ✓ 働き方改革という“敵”
- ✓ 特別なことではなく習慣として多職種連携を行うこと、そのために週に何回か習慣としてのカンファレンスなどを行うこと。また、お互いの業務をもう少し知る機会があっても良いように思ひ。

- ✓ 日々のカンファレンス以外に、どんな ICU にしていくのかを相談・共有するようなカンファレンスが定期的に必要だと思います
- ✓ 認識の共通化と求められる知識・技術の標準化
- ✓ 保険診療点数。
- ✓ 本邦における多職種連携による効果を明らかにする(研究)こと。国民へのアピール(キャンペーン, ドラマなど)。早期離床計画に則り, 他職種が離床をした場合においても診療報酬が算定できるようにする。
- ✓ 密な横の繋がり、お互いの業務を知ること
- ✓ 明確なアウトカム
- ✓ 薬剤師の知識だけでは介入できない場合が多い。CHDF などのデバイスについて学習できる機会が増えると幸いです、
- ✓ 薬剤師がもっと欲しい。薬剤師の活躍をもっと広く伝えていき、診療報酬に大きく影響を与えたい。
- ✓ 薬剤師も特定行為ができるようになればよい
- ✓ 臨床工学技士の知名度を上げること
- ✓ 臨床工学技士の立場向上。
- ✓ 連携が効果的であることのエビデンス 連携の重要性への理解 効果的な連携手段の提供
- ✓ 連携していることでの加算(リハビリ加算、栄養加算)をしっかりとる。または、ICU 加算に必須とする。
- ✓ 連携の必要性への理解と成果。
- ✓ 連携を促進するための加算

以上