

## Part 1

# カンファレンス概論——レベルアップのために

みつはし たかし  
三橋 尚志

当協会会長 研修委員会委員長（京都大原記念病院）

## カンファレンスとは

2000年4月から制度化された回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）の目的は「ADLを向上して寝たきりを予防し、在宅（自宅）復帰を促進する」ことです。その目標達成のために多職種が病棟専従あるいは専任となり、チームアプローチを高めていますが、チームアプローチを実践する中で重要な手段がカンファレンスです。

カンファレンスとは、患者の全体像（健康状態、機能、活動、リスク等）を多職種で共有し、リハビリテーションの目標設定・達成のための職種別の介入計画について協議する場と位置づけられ、回リハ病棟ではすべての入院患者に対して実施されています。通常、入院時カンファレンスおよび入院後1週間以内に初期カンファレンスが行われ、その後は1か月ごとに定期カンファレンス、退院が近づくとき退院前カンファレンスが実施されます。それ以外にも病棟によってモーニングカンファレンス、ミニカンファレンスなど必要に応じて随時カンファレンスが実施されますが、本稿で取り上げるカンファレンスは初期・1か月ごと・退院前に実施される定期カンファレンスと定義します。

## カンファレンスの流れ

カンファレンスの実施においては各職種の担当者が参加できるよう日程調整されることが望ましいです。そのために、カンファレンス開催曜日と時間帯を決めておくことで調整が容易になります。

カンファレンスの流れを図1に示しますが、関

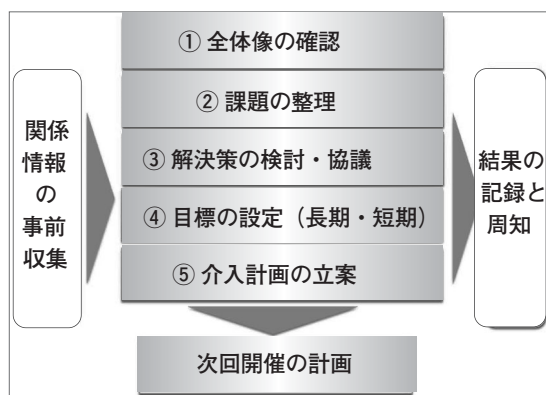


図1 カンファレンスの基本的な流れ

連情報の事前収集を行った上で、①全体像の確認、②課題の整理、③解決策の検討・協議、④目標の設定（長期・短期）、⑤介入計画の立案——について協議します。結果の記録と周知ではカンファレンスに参加していないスタッフへの周知が非常に重要となります。また、カンファレンス終了時点で次回開催の計画も立てておくべきです。

## 事前に情報共有を徹底しておく

カンファレンスでよく聞かれる課題は「カンファレンスが報告会になっている」「カンファレンスで十分な成果が出せていない」という2点です。回リハ病棟では多職種が多く業務をこなすために1例のカンファレンスに長い時間はかけられません。一般的には15分から20分、長くても30分といったところです。そのために必要なことは限られた時間で十分に議論を尽くすことができるようにすることです（図2）。そのためにはまず「議論すべき項目が具体化されていること」です。

Part2（p24）でも述べているように、ICFのチ

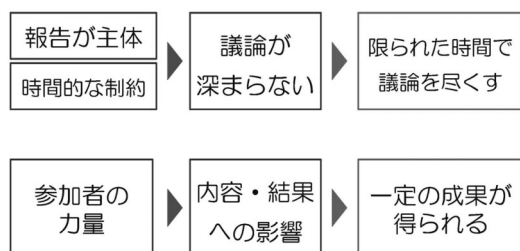


図2 カンファレンスの問題点と質向上の視点

ャートを用いて患者の全体像を「心身機能・構造、活動、参加」の視点からしっかりと捉えること、その上で「環境因子、個人因子」と患者・家族の希望、予後予測を踏まえて目標設定を行います。

最終的な目標設定はカンファレンスで決定されますが、それぞれの職種が自身の立場から患者情報を収集し、まとめあげておく必要があります。その上で、カンファレンスまでに各職種が収集した情報を共有しておくことです。事前に情報共有を徹底しておくことで、カンファレンスは報告会ではなく議論する場になります。

Part3 (p26) で述べているように、回リハ病棟で行うカンファレンスには時期により大きく3段階に分かれており、各段階に応じて収集する情報が異なっています。各スタッフが退院後の具体的なイメージ (p27 Part3の表2) をもってカンファレンスに臨むことも準備段階としては重要です。

## 議論すべき項目絞り 成果を具体化

カンファレンスが参加者の力量に左右されず、一定の成果を上げることも重要です (図2)。そのために行うべきはカンファレンスの進め方を標準化することです。まずはカンファレンスの前に収集した情報を共有した上で、話し合うポイントを整理しておきます。主に話し合われる項目を表に挙げましたが、限られた時間の中ですべての項目について議論することは不可能です。カンファ

表 カンファレンスでの主な討議事項

- ・現状確認 (病状、ADL)
- ・短期目標・長期目標 (退院後の活動・参加目標)
- ・患者・家族の意向 (転帰先、退院後の生活)
- ・環境確認、介護力確認 (家屋調査)
- ・退院先・入院期間 (自宅、居住系、施設)
- ・退院までの役割分担 (スケジュール)

レンスシートに必要な情報を書き込み、事前に共有しておくこと、その上であらかじめ議論する項目を絞っておきます。また、カンファレンスで導き出すべき成果も具体化しておくことが重要です。

カンファレンスで議論すること、出すべき成果はカンファレンスの段階によって異なりますが、日々の臨床現場の中でコミュニケーションをとることで、各職種の考えていることが共有できます。

次に、カンファレンスの参加者と司会者です。最近は患者・家族も加わってのカンファレンスを実施している病棟も増えていますが、その場合には事前にスタッフだけでチームカンファレンスあるいは打ち合わせを行っておき、患者・家族の前で意見が食い違わないように務めるべきです。カンファレンスの司会は一般的には医師が務めることが多いようですが、患者の状態に応じて最も関わりの深い職種が司会を務める場合もあります。

カンファレンス参加者が均等に意見交換をできるという視点から、患者チームには属さない管理者 (病棟師長、フロアマネジャー等) が司会をする形式を採用している病棟もあります。回リハ病棟は卒後経験の浅いスタッフが多く在籍しているため、十分な議論が行えないと判断した場合には指導者も同席することが望まれます。

以上がカンファレンスの概論です。Part2、Part3では「全体像の把握」「カンファレンスのポイント」について詳しく説明します。