

Part 3

カンファレンスのポイント

割石 高史 当協会研修委員会委員（湯布院病院）

回リハ病棟で行われている定期カンファレンスは入院経過に応じて目的が3段階に分けられます。以下、協会の『回復期リハビリテーション病棟のあり方 指針（第1版）』に沿って、第1～3各段階におけるカンファレンスで重要と考えられる要素を、（財）日本医療機能評価機構の病院付加機能・リハ機能の「カンファレンスのポイント」（表1①～⑪）を踏まえ整理します。

第1段階：入院初期

カンファレンスの目的： 情報収集、課題抽出、計画立案

回リハ病棟へ入院しリハを実施する際に、まずは“何ができて”“何ができないのか”を把握し、今後の生活に向けて“何が必要か”を考え、課題抽出をすることから始まります。

この時期に行うカンファレンスの主目的は総合的なリハ・ケアの計画（短期・長期目標、リハ・ケア計画）が協議・立案されることです。そのため、【表1 ②】「各職種による評価が標準的な方法により評価され、多職種で共有している」ことが求められます。医師や看護師、療法士などが行う評価や計画は回リハ病棟では必須な項目であり、社会福祉士の心理社会的課題についてのアセスメントなども多くの回リハ病棟で定着しています。

2018年度診療報酬改定では回復期リハ病棟入院料1の算定要件に管理栄養士の専任配置が追加され、栄養管理についての評価も多職種で共有され、以前にも増してリハに活かされるようになりました。このように、各職種がそれぞれの専門性の立

表1 カンファレンスのポイント（日本医療機能評価機構病院付加機能・リハビリテーション機能）

- ① 患者の全体像を、生活機能モデル（ICF）などを利用し把握している
- ② 各職種による評価が標準的な方法により評価され、多職種で共有している
- ③ 患者の生活機能を把握し、多職種による課題整理を行っている
- ④ 患者や家族の要望を、方針や目標に反映している
- ⑤ 具体的なリハビリテーション・ケア計画を立案している
- ⑥ 到達度に応じ、目標の更新および入院期間の設定を行っている
- ⑦ 目標達成に向け、多職種による具体的な介入を検討している
- ⑧ 在宅復帰後の患者のADL目標を立てている
- ⑨ 家族を含めた介護者等の介護能力を評価している
- ⑩ 退院前の家屋評価、外出および外泊による評価を多職種で行っている
- ⑪ 退院後の生活スケジュールや余暇活動を検討している

場から評価した情報をもとに患者状況を共有し、計画を立案、その内容がその後のリハの進捗を左右します。多職種による評価・計画は、標準的な方法・頻度で見直され、経過の中で変化が確認できるような仕組みを作っておくことも重要です。

ただ、同じ患者であってもそれぞれの専門性の立場によっては捉え方が異なり患者像を共有しにくく、「情報の共有が難しい」「議論がまとまらない」といったことも少なくありません。特に初期の段階では疾患や障害といった身体機能面にスポットが比較的当たりやすいため、【①】「患者の全体像を、生活機能モデル（ICF）などを利用し把握している」という点も重要です。

リハを進め、その取り組みを患者の暮らしにど

のようにつなげていくか、その議論を掘り下げていくためには生活機能における「参加・活動」や、それに影響する「環境因子・個人因子」も含めた患者像を、入院初期から全体的に捉えていることが必要です。

特に、入院時訪問指導などを積極的に活用し、早期に患者が暮らす生活環境を把握しておくことも効果的で、写真だけではなく生活する目線で動画を撮影する工夫をしている医療機関もあります。そのような情報収集の成果と日々行う各職種による評価をもとに、チームでどのような生活へ戻るのか想像し検討することが、【③】「患者の生活機能を把握し、多職種による課題整理を行っている」ことにつながります。

以上のように、情報収集をした内容からリハの目標や計画を立案しますが、入院初期のこの時点では内容が漠然としている部分も多く、退院支援という点では具体性に欠けています。

情報収集自体は入院経過中繰り返し行われ、その都度情報が更新されていくことが望ましく、それが結果的にその先の段階で実施されるカンファレンスの精度を高めることにつながります。

第2段階：入院1か月～中期

カンファレンスの目的：
生活再開へリハ・ケアの具体的目標
計画を立案～在宅への展開を検討
目標達成に向け具体的介入を協議

入院が1か月程度経過すると、徐々にリハの進捗から患者の予後などが明確になってきます。そのため、この時期に行うカンファレンスは入院初期に行う内容よりも具体的な目標と計画、その後の支援を決めることが可能な機会となります。入院初期の多職種評価は疾患や傷病に伴う後遺症の状況を精査し把握することに主眼が置かれるため、

表2 退院後の生活イメージ

- 患者・家族が「病状が安定している」と安心できる状態作り
- 日常生活動作の確保と介助量がわかる
- 住む場所（部屋）・療養の場の確保
- 生計を維持できる収入の確認／確保
- 必要な介護者の確認／確保
- 福祉、介護サービスを利用した生活の時間の流れの確認
- リスクの確認と緊急時の対応方法／連絡先の確認
- 役割確保
- 生きがい、希望
- 患者・家族の相談相手の確保

具体的な生活場面での想定を議論し【⑧】「在宅復帰後の患者のADL目標を立てている」ことができるようになるのはこの時期からとなります。

ADL目標を議論する際に重要なのは、おおむね退院3か月後の生活を見越したICFにおける「参加」を想定することです。この時期に改めて【④】「患者や家族の要望を、方針や目標に反映している」か確認をしておくことがとても重要です。

回リハ病棟に入院する患者の多くは突然の発病や傷病によって、慌ただしく過ぎる急性期治療を経て転院してきます。その結果、入院当初は患者本人やその家族が置かれた状況を整理できないまま、抱える生活課題を実感していないことも多く、要望や希望も漠然としていて具体的でないことのほうが多いです。退院後の生活イメージを患者や家族、担当者が共有しておくことで（表2）、より目標やスケジュールが具体的なものとなります。

回リハ病棟の目的はADLの向上と在宅復帰ですが、単に在宅復帰ができればよいのではなく、充実したその人らしい暮らしを取り戻すための議論である必要があります。

そして【⑤】「具体的なリハ・ケア計画を立案」し、【⑦】「目標達成に向け、多職種による具体的な介入を検討」していきます。このとき、“どの

表3 目標整理シート（協会全職種研修会資料）

目標整理シート			
退院 3ヶ月後	参加目標		【目標設定の理由】 カンファレンスで議論した 内容を記載
	入院期間	_____ヶ月	
退院時	活動（参加）目標		
	機能・構造目標		

職種が”何を””いつまでに””どのようにするか”、また、目標達成までに要する期間を踏まえた入院期間を具体的に検討しますが、これらを可視化し共有できる「シート」などを活用すると（表3）、カンファレンスの議論が深まるとともにその後の経過の中で支援が検討した通り進んでいるか、点検することができます。

最近では実績指数を考慮しスケジュールが検討されることもありますが、回りハ病棟で“どこまでするか”、在宅支援を担う事業者などに“どのようにつなげるか”についても押さえておく必要があります。

第3段階：入院中～後期

**カンファレンスの目的：
在宅での生活課題の明確化
患者・家族の要望を方針に反映**

前段階で設定した目標や計画、スケジュールについては、入院経過の状況を踏まえ【⑥】「到達度に応じ、目標の更新および入院期間の設定を行っている」ことが求められます。予定通りに進ん

でいるか、適宜点検作業を行い新たな課題の解決に向けたリハ・ケアの見直しをするためにも、経過における評価結果の変化や進捗を可視化できるシートなどの活用が有効です。また具体的に生活へ戻すことを準備する時期でもあるため、家族へ介護方法の伝達をする機会を設け【⑨】「家族を含めた介護者等の介護能力を評価している」ことや、実際に生活する場での退院前訪問指導や試験外泊などを通し

【⑩】「退院前の家屋評価、外出および外泊による評価を、多職種で行って」今後の暮らしにおける生活課題を明確にするための議論を行います。

生活再開が具体的に becoming となると同時に、患者や家族はそれまでの段階で感じていなかった心配事や不安感が募ってくることもあります。そのためこの時期に行われるカンファレンスでも、患者や家族の心境の変化を敏感に捉え【④】「患者や家族の要望を、方針や目標に反映している」という点は非常に重要です。

退院前にはケアマネジャーなど在宅生活を支援する事業所との協議の場も多くなります。その際、患者の暮らしの24時間365日を想像し【⑪】「退院後の生活スケジュールや余暇活動を検討している」ことが必要です。退院間際になると生活の中で利用する介護保険などのケアプランに焦点が当たりがちですが、“本人が自身で行うこと・できること”“家族などの介助者に対応してもらうこと”“介護保険などで専門的に介入すること”を整理していくことで、患者や家族の主体性を考慮した生活スケジュールの議論につながります。