

第33回

回復期リハビリテーション病棟協会研究大会in舞浜・千葉

研修委員会企画

カンファレンスを科学しよう

～ライブで体感、ICFと情熱～



回復期病棟とは

目的：ADL向上による寝たきり予防、在宅（自宅）復帰
上記目的を、チームアプローチ（多職種協働）で果たす病棟



自宅に帰すだけで良いのか
退院後の活動、参加を考えよう

<活動> 課題や行為の個人による遂行のこと

<参加> 生活・人生場面への関わりのこと

<活動制限> 個人が活動を行うときに生じる難しさのこと

<参加制約> 個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさ

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 等

平成30年度 全職種研修会 ワークショップテーマ

「回復期リハ病棟で行う支援を考える」

～退院後の参加目標を達成するためにどこまでするべきだろうか？～

年間10回の全職種研修会

共通のテーマで2日間ワークショップを行う

●1日目

架空の事例の初回から2回目カンファレンス（入院40日頃）までの情報と退院3ヶ月後の参加目標を基にカンファレンスを行い、入院中の支援を考えます。

●2日目

1日目に行ったカンファレンスを、20分で行うための工夫を考えます（カンファレンスの前・中・後に分けて）。

⇒ 実際に模擬カンファレンスを行い別グループが評価

研修（ワークショップ）の目標

<第1日目>

架空の事例の初回から2回目カンファ（入院40日頃）までの情報と退院3ヶ月後の参加目標（予測）を基にカンファレンスを行い、入院中にどこまでするのかをICFの生活機能レベル（機能・活動・参加）で考えることができる。

<第2日目>

有効なカンファレンスについて検討し、実践する

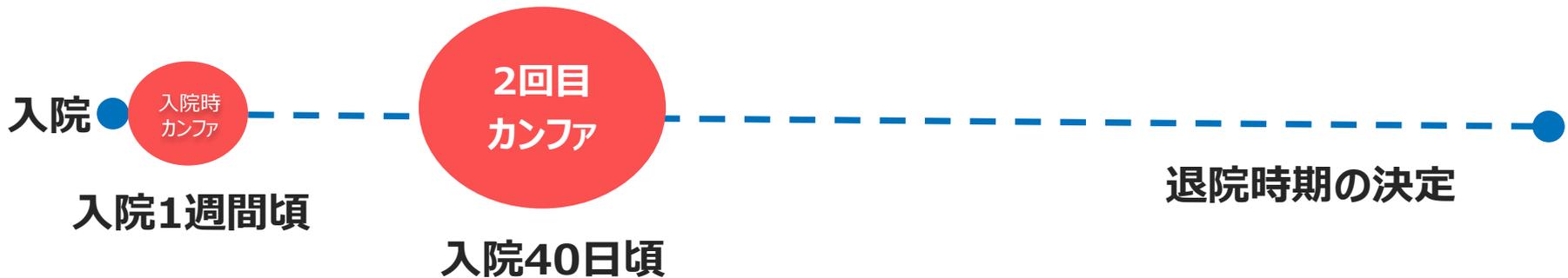
適切な時間で有意義な討論ができる

導きだす結論が明確になる

⇒カンファレンスを行うための工夫が理解できる。

2回目カンファレンスとは

- 2回目のカンファレンスとは、下図のように入院から40日頃のカンファレンスと定義する
- 経過を踏まえ、ある程度の予後がみえてくる時期
- 初回よりも具体的な目標と期間、入院中の支援を決めることが可能な会議



ワークショップでの作成資料

<第1日目>

- ①ICF整理シート（2回目カンファレンス時）
- ②その人らしい生活のイメージと24時間、1週間の生活想定
- ③退院までの活動・（参加）および心身機能・構造の目標
入院中にどこまでするのか理由付けをする
- ④目標達成のための各職種の役割
- ⑤入院中の支援内容を時系列でまとめる

<第2日目>

- ⑥模擬カンファレンスで議論すべき項目の決定
- ⑦カンファレンスの運営
- ⑧カンファレンス前後の工夫
- ⑨模擬カンファレンスの評価

<症例紹介 ①患者紹介>

【基本情報】

A氏 女性 (68歳)
主病名：脳出血 (右視床)
既往歴：高血圧
(50代～、内服中)



【現病歴】

早朝4時にトイレで起きたが左半身の脱力感あり。その後立位保持困難など症状進行し、家族の連絡にて救急搬送される。頭部CTにて上記診断を受け、内服による血圧コントロールなど保存的加療を受けた。

その後状態安定し、出血拡大や意識レベルの悪化もなく経過。本人・家族のリハビリテーションの意欲も高く、発症から14日目に回復期リハビリテーション病院へ転院。

【主な後遺症・障害の状況】

- ・左片麻痺 (上肢：Ⅱ、手指：Ⅰ、下肢：Ⅲ)、感覚障害 (表在覚、深部覚とも鈍麻)
高次脳機能障害 (注意障害、左半側空間無視)

【前医での説明】

- ・病状安定し、あとはリハビリテーションが必要。年齢も若いので、改善には期待して良いと言われている。
その一方で、麻痺は残存する可能性が高いと伝えられており、そのことが本人の不安につながっている。

<症例紹介 ②生活像>

【既往歴・生活像】

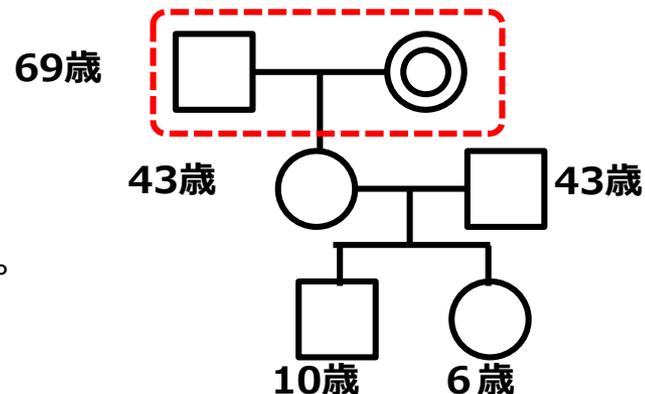
- ・夫との二人暮らし。以前は事務職をしていたが、母親（5年前死去）の介護のため50代半ばで退職。
現在は主婦。
- ・介護をしていた頃にうつ病と診断され、心療内科の受診歴あり。
- ・介護をした経験から自身が介護される側として家族に負担を掛けたくないという思いは強い。

【家族情報】

- ・夫（定年退職後も継続雇用中、週4日昼間に仕事あり）。
- ・長女（近隣在住、車で5分程度）は仕事で忙しく、患者本人が孫の世話（保育園の迎え）を協力していた。

【生活環境】

- ・築25年、持ち家、2階建て、30年前に開発された郊外の住宅地
- ・自宅周囲はなだらかな坂道
- ・玄関前に階段（4段）
- ・玄関上がり框に大きな段差(30cm程度)
- ・屋内は敷居程度。
- ・寝室は2階(手すり無し)。



資料①：入院時のICF

<健康状態（疾患）>

- # 脳出血（右視床）
- # 高血圧（50代～、かかりつけ医あり）
- # うつ病（受診歴あり）

<心身機能・構造>

健側筋力（上下肢MMT 4レベル）

<機能・構造障害>

- 左片麻痺（Ⅱ-I-Ⅲ）・感覚鈍麻
- 高次脳機能障害（注意障害、半側空間無視、HDS-R 21点）
- バランス能力低下（BBS 3/56）
- 構音障害（軽度）
- 咀嚼力低下（義歯不適合）
- 低栄養（BMI16.6、体重38kg）

<活動> FIM運動23点・認知20点

- 車いす座位可（1時間程度）
- 食事動作はスプーン使用（軟飯・軟菜、水分とろみ、減塩1,400kca.）
- 前半自力摂取（食べこぼしあり後半介助）

<活動制限>

- 立位・移乗動作（不安定で最大介助）
- 排泄・整容動作・更衣（最大介助）
- 歩行動作・入浴動作（全介助）
- 生活リズム（不眠）

<参加>

- 趣味：ピアノ（退職後習い始めた）
- ガーデニング・野菜作り
- 社会的で友人とドライブ

<参加制約>

- 専業主婦（以前は事務職）
- 役割：孫の保育園送迎

<環境因子>

- 夫（仕事あり）と2人暮らし
- 長女（近所、仕事あり）が定期的に面会
- 築25年の自宅、屋内段差は敷居程度、2階が居室、階段に手すりなし
- 夫の収入＋本人の年金（問題なし）
- 介護保険・障害者手帳申請予定

<個人因子>

- 69歳・女性
- 社会的で友人が多いが、入院後は他患者との交流少ない
- 発症前より偏食あり、食は細い
- 母の介護経験から家族に迷惑をかけることを不安視

資料②

退院後の具体的な生活イメージ ●G

退院3ヶ月
後目標

- ①
- ②
- ③

具体的な
イメージ

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

可能な限り1日・1週間の生活を想定してみてください。

【1日】

朝：

昼：

夜：

【1週間】

資料③

目標整理シート ●G

<p>退院3ヶ月後 参加目標</p>	<p>① ② ③</p>	<p>【目標設定の理由】 どこまでするか？カンファレンス で議論した内容を記載</p>
<p>入院期間</p>	<p>_____ヶ月</p>	
<p>活動（参加） 目標</p>		
<p>心身機能・ 構造 目標</p>		

資料④

目標達成のための各職種の役割 ●G

退院
3ヶ月後
参加目標

- ①
- ②
- ③

	目標	職種の目標	介入内容
--	----	-------	------

活動・
(参加)

機能構造

入院の支援内容 ●G

入院 1ヶ月 2ヶ月 3ヶ月 4ヶ月 5ヶ月 退院

例) 各職種
への指示

医師 (随時) →

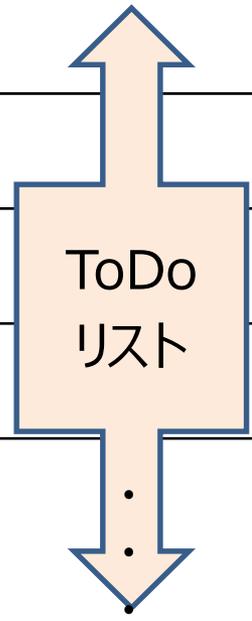
PT・OT → Ns・CW → 本人

ST・栄養士 → 本人・家族

PT・MSW →

PT → 本人

MSW



- ToDoリスト例)**
- ・自動車運転支援
 - ・全身状態確認
 - ・栄養・食事・嚥下
 - ・起居動作
 - ・移動
 - ・トイレ
 - ・コミュニケーション
 - ・自宅訪問
 - ・装具作成、管理
 - ・介護指導
 - ・外出、外泊
 - ・カンファレンス
 - ・サービス担当者会議

⑥ 模擬カンファレンスで議論すべき項目の決定

例) 長期目標・短期目標

ADLの確認

退院先

環境課題

本人・家族の意向

⑦ カンファレンスの運営

例) 司会

参加者 (職種、患者・家族)

討論内容

時間配分

⑧カンファレンス前後の工夫

- カンファレンス前の工夫

- 例) 情報交換の時期、方法

- カンファレンスシートの形式・内容

- カンファレンス後の工夫

- 例) 参加できなかった職員への周知方法

- 個別計画見直しの方法

- 次回カンファレンス日程の決定方法

カンファレンスのポイント

- 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

カンファレンスの問題点と質向上の視点

報告が主体

時間的な制約

議論が
深まらない

限られた時間で議
論を尽くす

参加者の
力量

内容・結果
への影響

一定の成果が
得られる

カンファレンスの質向上のために

- 限られた時間で議論が尽くすことができる
 - 議論すべき項目が具体化されている
 - 議論に必要な情報は事前に共有されている

- スタッフの力量に左右されず、一定の成果を出す
 - カンファレンスの進め方が標準化されている
 - 出すべき成果が具体化されている

(参考) カンファレンスチェックシート

事前準備・運営	専門職として問題点が抽出できているか	0 1 2 3 4 5
	時間通りに運営できたか	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
討議内容	医学的治療方針の説明は適切だったか	0 1 2 3 4 5
	短期・長期目標を議論できたか	0 1 2 3 4 5
	目標をもとに退院までのスケジュールについて話しあったか	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
結果	チームとしての目標が設定できたか	0 1 2 3 4 5
	入院期間の見込みは立てられたか	0 1 2 3 4 5
	目標にむけた各職種の仕事の役割が確認できたか	0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5
		0 1 2 3 4 5

項目毎に空いている空欄に自由に追加可能です

合計 点 / 点

カンファレンスの進め方 ①流れ

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および目標達成のための職種別の介入計画について協議する場である。

目標には、短期目標と長期目標があり、病態や機能、活動の評価に基づいた共同目標を定め、具体的な活動の自立度と達成度までの期間を設定しリハビリテーションを実施する。

カンファレンスは、すべての入院患者に対して実施される。入院時・1ヶ月毎・退院前などの定期カンファレンスと、特別な目的（家屋訪問や退院後サービス調整等）で開催される臨時カンファレンスがある。当事者を含めた協議が有効な場合には、患者・家族も参加して協議する。

カンファレンスの実施に当たり、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。通常定期カンファレンスは曜日・時間を決め、1症例20分程度で開催される。流れとしては、①全体像の確認、②課題の整理、③解決策の検討・協議、④目標設定、⑤介入計画の立案へと進行する。参加者は伝達のみで終始せず、双方向性の協議に積極的に参加する。

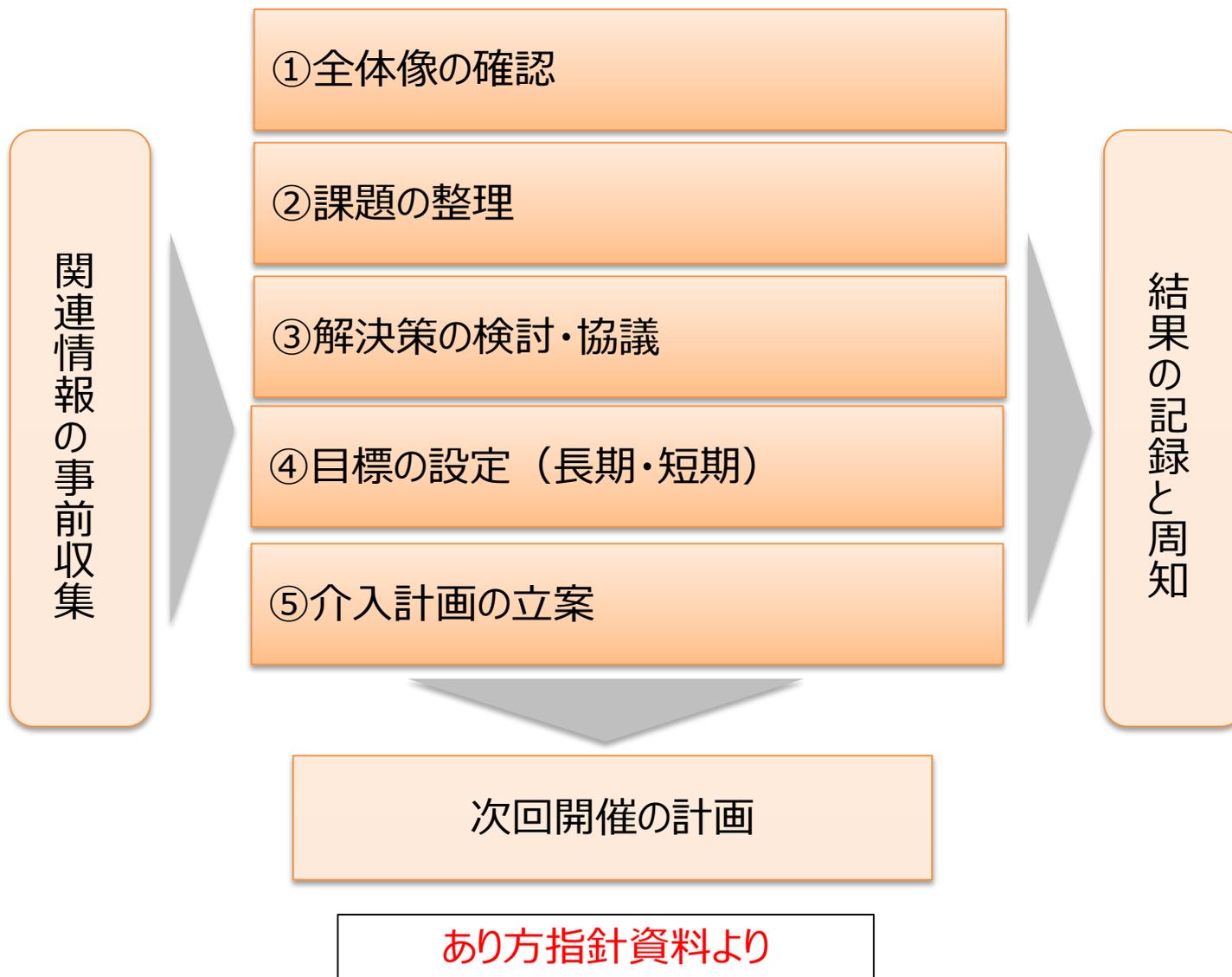
限られた時間内で十分な協議をするために、日々の臨床でコミュニケーションを図り、事前に課題を把握しておく。課題は「機能・構造」、「活動」、「参加」等に整理し、解決策を検討する。さらに課題解決を担当する職種について協議し、それぞれの計画を立案する。

カンファレンス記録は、一元化されたカルテに記載され、決定された目標に向けて多職種チームおよび各職種の立案した計画が実施される。

次回のカンファレンスでは計画の進捗を確認し、再評価と目標・計画の見直しを行う。

あり方指針資料より

基本的な流れ



カンファレンスの進め方 ②内容

- 単なる情報交換会に終わっていないか？
- 各職種が患者の評価・介入・目標について他職種と共有できるような言葉で伝えているか？
- 発言内容に他職種からの質問、コメント、提案があるか？
- 職種間での双方向性のコミュニケーションがあるか？
- 共有された目標に対し、それぞれの役割分担と連携が明確か？
- カンファの結果、治療・リハ・ケアや退院計画が適切に見直されているか？
- カンファレンス不参加者に対し、検討された内容が伝わっているか？
- 患者・家族の意向や説明・指導内容が共有されているか？
- 医師はリーダーシップを発揮しているか？

カンファレンス評価のポイント

(宮井一郎：平成25年度 回リハ病棟協会医師研修会テキスト)

入院時のICF

<健康状態（疾患）>

- # 脳出血（右視床）
- # 高血圧（50代～、かかりつけ医あり）
- # うつ病（受診歴あり）

<心身機能・構造>

健側筋力（上下肢MMT 4レベル）

<機能・構造障害>

左片麻痺（Ⅱ-I-Ⅲ）・感覚鈍麻
高次脳機能障害（注意障害、
半側空間無視、HDS-R 21点）
バランス能力低下（BBS 3/56）
構音障害（軽度）
咀嚼力低下（義歯不適合）
低栄養（BMI16.6、体重38kg）

<活動> FIM運動23点・認知20点

車いす座位可（1時間程度）
食事動作はスプーン使用（軟飯・軟菜、
水分とろみ、減塩1,400kca.）
前半自力摂取（食べこぼしあり後半介助）

<活動制限>

立位・移乗動作（不安定で最大介助）
排泄・整容動作・更衣（最大介助）
歩行動作・入浴動作（全介助）
生活リズム（不眠）

<参加>

趣味：ピアノ（退職後習い始めた）
ガーデニング・野菜作り
社会的で友人とドライブ

<参加制約>

専業主婦（以前は事務職）
役割：孫の保育園送迎

<環境因子>

夫（仕事あり）と2人暮らし、長女（近所、
仕事あり）が定期的に面会
築25年の自宅、屋内は敷居程度、2階が居室、
手すりなし
夫の収入＋本人の年金（問題なし）
介護保険・障害者手帳申請予定

<個人因子>

69歳・女性
社会的で友人が多いが、入院後は他患者との交流少ない
発症前より偏食あり、食は細い
母の介護経験から家族に迷惑をかけることを不安視

		入院時		定期2回目（40日）	
セルフケア	1 食事	3	左食べ残し、食べこぼし、耐久性低下	7	自立
	2 整容	2	最大介助	6	修正自立
	3 清拭	2	最大介助	3	中等度介助
	4 更衣 上	2	最大介助	3	中等度介助
	5 更衣 下	1	全介助	2	最大介助
	6 トイレ動作	2	最大介助	4	最小介助
排泄	7 排尿管理	2	最大介助（誘導・オムツ）	7	自立
	8 排便管理	2	最大介助（誘導・オムツ）	7	自立
移乗	9 移乗 ベット	2	最大介助	5	見守り
	10 移乗 トイレ	2	最大介助	5	見守り
	11 移乗 浴槽・シャワー	1	全介助	2	最大介助
移動	12 歩行	1	全介助	2	最大介助
	13 階段	1	全介助	2	最大介助
	運動	23		55	
Com.	14 理解	6	無視あり右側からの声掛け	7	自立
	15 表出	6	多少構音障害	7	自立
社会的認知	16 社会的交流	3	すぐに注意がそれ、他患者と交われない	4	最小介助
	17 問題解決	2	自己流の起き上がり、移乗	3	中等度介助
	18 記憶	3	担当○ 日課× 依頼△	4	最小介助
	認知	20		25	
	合計	43		80	

カンファレンス資料 (全職種 資料③)

目標整理シート ●G

退院3ヶ月後
参加目標

- 【目標設定の理由】
- ・本人、家族の希望は？
 - ・退院後何が必要か？

入院期間

_____ヶ月

- 【目標設定の理由】
- ・入院中どこまで行うか？

活動（参加）
目標

心身機能・構造
目標

カンファレンスの評価（チェックシート）

事前準備 ・ 運営	専門職として問題点が抽出できているか	0	1	2	3	4	5
	時間通りに運営できたか	0	1	2	3	4	5
		0	1	2	3	4	5
		0	1	2	3	4	5
討議内容	医学的治療方針の説明は適切だったか	0	1	2	3	4	5
	短期・長期目標を議論できたか	0	1	2	3	4	5
	目標をもとに退院までのスケジュールについて話しあったか	0	1	2	3	4	5
		0	1	2	3	4	5
		0	1	2	3	4	5
結果	チームとしての目標が設定できたか	0	1	2	3	4	5
	入院期間の見込みは立てられたか	0	1	2	3	4	5
	目標にむけた各職種の役割が確認できたか	0	1	2	3	4	5
		0	1	2	3	4	5
		0	1	2	3	4	5

合計 点 / 点