

[原著論文]

職種間協働による転倒予防に関する職員の認識変化 (第1報)

山本恵子¹、宮腰由紀子²

【要旨】

本研究は、利用者自身による転倒回避困難な高齢者が多い老健の職員に対して、職種間協働による転倒予防の必要性について勉強会を開催し、勉強会による職員の転倒予防に対する認識の変化を通して、職種間協働のあり方を検討することを目的とし調査を実施した。対象はZ県下の老健Aで働く全職員60人のうち、本研究の主旨を説明し同意が得られた方を対象とした。勉強会の実施前後を比較すると、多職種との情報共有は60%以下であったが90%近くまで共有するようになった。さらに転倒リスク評価は事前対応に変化し、ケア計画・管理・評価の実施は、多職種協働へと認識の変化がみられた。しかし具体的な方法では職種間の認識に相違があった。また認識の変化は、施設の組織的变化に波及し転倒事故対策の流れが見直され、より迅速な対応となった。転倒予防における看護・介護職の認識の差異は、協働の弱点つまり課題を示し、認識の類似性は、協働による効果を示していると考えられる。認識の類似性の維持・認識の相違の改善が認知症など自身で危険回避が困難な高齢者の転倒予防につながる事が示唆された。

キーワード：協働、認識、高齢者、転倒予防、介護老人保健施設

【緒言】

2000年の介護保険制度導入後、高齢者施設利用率は年々上昇し、施設利用者の高齢化、自立度の低下、さらに認知症高齢者自立度がⅢ以上の割合も50%を超えている¹⁾。要介護に至った理由²⁾は、「脳血管障害」が27.7%と最も多く、次いで「高齢による衰弱」16.1%、「転倒・骨折」11.8%、「認知症」10.7%、「関節疾患」10.4%、「その他」20.2%と、筋力低下や麻痺など運動器系の障害を伴うものが76.7%を占めていた。要介護度が高く、自身での転倒危険回避が困難な高齢者が増加している背景から考えても、施設における転倒予防は、緊急課題である。介護老人福祉施設や療養型病床群と比べると、リハビリテーションに力を入れている介護老人保健施設(以下、老健とする)では、利用者の自立支援が利用者・施設に共通した目標であるが、前述した利用者特性を考えると、自立と背中合わせに転倒リスクも増大する可能性もあり、安全な自立支援の確立は急務であるといえる。

高齢者介護研究会報告書³⁾は「施設には365日・24時間の安心感」という目標を掲げ、高齢者

施設は設備面の環境整備を行い、且つ、易転倒者には個別の転倒予防策を実施している。しかし、高齢者施設における転倒事故は後を絶たない。

施設利用者の多くは、認知症などにより自身で転倒危険を回避することが困難であり、転倒回避には周囲の人々からの援助が重要となる。転倒について医療施設評価合同委員会(JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)⁴⁾は、人的環境に起因する原因として5つを指摘している。それらは、①職員間の不十分なコミュニケーション(Inadequate Caregiver Communication)、②不十分なアセスメント(Inadequate Assessment and Reassessment)、③不適切なケアや計画(Inadequate Care Planning and Provision)、④不十分な管理(Inadequate Staffing Orientation, Training, and Supervision)、⑤安全でないケア環境(Unsafe Environment of Care)である。この5つの指摘に対応することが、有効な転倒予防対策の立脚点ともいえる。しかし、職員間の適切なコミュニケーションつまり職員間連携について、高齢者施設の職員を対象に具体的方法を示した研究

¹九州看護福祉大学、²広島大学大学院

は少ない。

そこで本研究では、利用者自身による転倒回避困難な高齢者が多い老健の職員に対して、職種間協働による転倒予防の必要性について勉強会を開催し、勉強会による職員の転倒予防に対する認識の変化を通して、職種間協働のあり方を検討することを目的とした。

用語の操作的定義

「協働」とは、広辞苑⁵⁾では「協力して働くこと」とある。本研究では、老健における利用者への転倒予防に関するケア提供に際し、転倒原因の特定からケア計画立案・実施・評価までを看護職・介護職および他の専門職が「協力した働きかけ」で行う状態とした。

I. 方法

1. 調査対象者

Z県下の老健Aで働く全職員60人のうち、本研究の主旨を説明し同意が得られた方を対象とした。老健Aを対象とした理由は、本調査をする前に、施設と研究者が合同で、1事例を通して、職種間協働による転倒予防の試みを実施し、転倒予防効果が得られたことがあった⁶⁾。その施行により、職種間での協力体制は意識付けられ、対象事例は転倒しなくなり、副次的効果として施設全体の転倒事故件数も減少した。しかし施行期間後、転倒事故件数は増加した。事例検討から1年後、再度転倒予防に取り組みたいと研究主旨を説明した結果、施設の同意が得られたので老健Aを調査対象とした。なお、老健Aは創立10周年を迎える。

2. 調査期間および調査方法

調査の承諾が得られた時点から1年半の間に勉強会を2回、調査を4回実施した。勉強会開催時期は、転倒予防に関する職種間協働の現状把握として第1回目の調査を実施した半年後に、第1回目の勉強会を開催し、第1回目の勉強会からさらに半年後に第2回目の勉強会を実施した。行動変容の観点から、調査は、第1回目の勉強会実施から半年後に第2回目を実施し、第2回目の勉強会実施から1ヵ月後に第3回目、3ヵ月後に第4回目を実施した（図1）

縦断的研究のため、調査対象者個人の特定方法

として、あらかじめ調査用紙と個別封筒に1から60まで番号を記載し、調査用紙を個別封筒に入れて施設管理者に渡した。施設管理者は、職員のメールアドレスを一定方向に順番を決めて配布した。そこで、調査協力者は封筒を受け取り、各自で調査票に回答した後、厳封し回収箱に入れた。このような方法で同一人物の特定を図った。メールアドレスへの配布は、施設管理者の協力により実施したため、研究者は個人の特定ができない。同様に個別封筒の番号は、施設管理者には知らせないため、施設管理者も個人の特定はできないようにして匿名性を維持した。

3. 調査項目

質問紙の構成は、属性、JCAHOが指摘している転倒の5項目を参考に作成し、職種間のコミュニケーション（2項目）、アセスメント（3項目）、ケア計画（3項目）、管理（転倒事故報告内容の把握を追加し5項目）、環境（2項目）で、回答方法は選択肢形式と一部自由記載とした。

4. 倫理的配慮

研究者が所属する大学の倫理委員会の承認を得たのち、老健Aの施設長、事務局長、看護師長および職員に本研究の主旨を口頭および文書で説明し、文書で同意を得てから実施した。調査への協力は強制ではなく、調査協力者の自由意思を尊重した。また、業務に支障をきたすことがないように配慮した。

5. 分析方法

看護職と介護職の項目毎の認識の差は χ^2 検定を用いて分析した。認識が変化することにより発生した組織的な取り組みの変化は、経時的に変化した内容をまとめた。

6. 教育方法について

老健では、多職種が勤務しているため、職員の教育背景や職場経験も多岐にわたる。多職種が専門性を生かし転倒防止に努めていても転倒は減少しない。その原因として米国医学院⁷⁾は、「現在のシステムでは、協力やチームワークといったものは殆ど見られず、医療者は患者のニーズに合わせるより、決められた役割遂行のみに専念してしまっている」と述べている。また、転倒事故削減のためにチームとして機能する集団の重要性に

気づき、職種横断的なチームづくりといった組織的な改善を図る必要性も示唆されている⁸⁾。多要因の転倒原因をもつ高齢者が生活を共にし、それを多職種でケアする老健で利用者の安全を守るためには、職種毎の専門性の発揮に加えて、職種間の協力は必要不可欠であるといえる。従って、職員教育においても、職種間連携を強化することが転倒事故減少への糸口であると考えた。

そこで勉強会の内容は、転倒の根本原因である5項目について、その必要性と具体的な職種間の協力の方法を提示した。職員が勤務中でも思い出せるように、簡潔で分かりやすい言葉を選り、スローガンを作成した。加えて、転倒事故の原因や対策をアセスメントしやすく分かりやすいように5W1Hの流れに沿って勉強会を実施した。スローガンは、『きょうどう』の頭文字をとり「きになることはみんなで話そう よいケアはみんなで共有 うごきに合せてリスク評価／上手く行かなきゃ再評価 どこでも誰でも安全・安心 うまく行くはずみんなで予防」とし、合言葉は「話して・ケアして・評価して・みんなで行う転倒予防」とした。

第1回目の勉強会では、ひとりでは転倒予防は到底できないことであり、職種を超えたコミュニケーションつまり職員間の協力が必要であることを強調した。次に、職員が転倒の現状をイメージしやすくするために、実際に老健Aで発生した転倒事故の現状と比較し、認識と現状の相違について5W1Hの流れにそって説明した。5W1Hにより転倒予防の改善策が見出せること、また転倒事故報告書からも5W1Hが読み取れ、現状把握に有効であることを説明した。一度に沢山覚えることは困難なので、スローガンをもとに、項目毎に職種間協力の必要性和協力のポイントを強調した。そして、第1回の調査結果から得られた職員が現在できている協働については、とても有効であると支持的な意見を加えた。

第2回目は、第1回目と同様の資料で行い、職員に勉強会後の転倒状況と各職種の役割を問いかけるまたは、確認する形式で行った。勉強会の知識を覚えているまたは、活用していることを参加者に意識させるように働きかけた。勉強会の開催

時間は、勤務終了後の17:00から1時間を予定した。参加者は参加可能な職員とし、参加は自由意志とした。不参加の職員には、資料を綴じて老健Aのユニットに置き、時間のあるときに目を通してもらうように呼びかけた。

II. 結果

1. 対象者の概要

施設職員60人に配布し、第1回目は51人(回収率85.0%)であった。第1回目の調査以後、退職などで2回目以降では調査協力が得られなくなった者もいたが、第2回目以降は、53人から継続的に回答が得られた。回答者の職種と性別は、表1に示した。経験年数は、0.7年から36年で平均9.1年(±8.0)であった。老健Aでの経験年数は0.5年から9.4年、平均6.0年(±3.1)であった。

2. 対象施設の協働の現状

老健Aは、利用者の施設利用が決った時点で事前情報を確認し、事前に確認できない場合は、入所当日の初回面接で情報収集を行う。そして48時間以内に介護サービス計画書を作成し、それに基づきケアを実施している。転倒リスク評価ツールを用いて転倒リスク表示を行い、職種間での共通認識を得るようにしていた。情報は全職種が得た情報を集め、医師の指示を受けて看護職および介護職で計画立案し、最終的には、各ユニット担当者(看護・介護職)と介護支援専門員で介護サービス計画書を作成していた。毎月、全職種が合同で評価会議を行い、それ以外にも利用者個別に入所から1ヵ月・3ヵ月が行われていた。しかし、転倒予防策に特化した評価日の設定はなされていない。また利用者の急変時には、医師の指示を受け、ケア計画が変更されることもある。さらに転倒事故内容(転倒事故件数、転倒が多い時間帯・場所・原因)は、施設内のリスク担当および転倒予防係りが月毎に集計し、職員に公表していた。

3. 勉強会による職員の認識変化

1) 職員間のコミュニケーション

第1回目の調査では、転倒事故が起きた際の職員間のコミュニケーションつまり情報共有の実施について29人(56.9%)がありと回答した(図

2)。その手段は、記録上での情報共有が中心で、話し合いの実施は、看護職は0人、介護職は4人（16.0%）であった。

これらの結果を踏まえ、第1回目の勉強会を開催した。初回の勉強会なので、職員が転倒予防に関心を持ってもらうために、第1回目の調査結果（表2）を例として説明をした。第1に、職員間のコミュニケーションでは、易転倒場面を目撃した時あるいは易転倒者が申し送られた時にリスク予見を開始していたという結果をふまえ、それは転倒予防の第一歩としてとても重要であり、今できているその状態を今後も維持して欲しいと説明した。コーチング技法⁹⁾を参考に行った。多様な転倒原因をもつ高齢者を24時間介護するには、ひとりでは限界がある。交代勤務の中で、利用者の情報を共有し転倒予防を実施している老健Aの現状をまずは肯定し、職種の専門性を生かした職種間コミュニケーションの重要性を説明した。

次に、転倒リスクアセスメントは、転倒リスク予見時期と実際の転倒事故にズレがあったという結果を例に、転倒前後の注意点を説明した。この説明でも、職員が今までしていたことを否定せず、ちょっとした工夫や発想の転換で、効果的なアセスメントが可能であることを説明した。ケア計画「自分の役割の中でできること」および職種別の観察視点では、日頃の業務を再確認することで、職種間協働は特別なものでなく、日常業務の情報交換という簡単なものであることを伝えた。勉強会の時間は、2回とも1時間程度で終了した。

職員間での情報共有は、図2に示したように増加傾向にあり、勉強会の効果は、第1回勉強会前後では、第2回目の調査の方が情報共有の割合が有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。第2回目の勉強会でも勉強会後の第3回目の調査ではさらに認識が高まっていた（ $p = 0.017$ ）。第3回と第4回の調査では、第4回目は有意な減少がみられたが（ $p = 0.045$ ）、第1回と第4回の調査を比較すると第4回の方が認識は有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。情報共有の方法（図3）では、「定期的な記録・話し合い」「報告が生じた時の話し合い」が増加した。第4回目のみ看護師の「定期的な記録」が減少していた。第4回目の看護師の結果について

は、退職や産休などの人の移動があり、看護職業務が多忙になったことが影響していた。

2) アセスメント・ケア計画・管理

転倒予防の実際を担う看護師（以下、看護職）と、介護福祉士（以下、介護職）のデータのみを分析対象とした。看護職と介護職の転倒予防に関する認識の変化を第2回目から4回目の調査までの変化をそれぞれ表3、4、5にまとめた。職種別にみると僅かではあるが、職種間の認識の相違が少なくなっていた。

アセスメントでは、「転倒リスク評価の実施」が増加したが、転倒リスク評価方法については、多職種で評価するという認識の変化は得られなかった。ケア計画では、事前対応（proactive）な計画立案が増加し、計画立案方法でも僅かではあるが多職種協働での立案が増えてきた。計画評価時期では、定期評価が定着しつつあったが、割合としては45%程度であった。職種間協働が転倒予防につながるという認識は、両職種とも100%となった。転倒リスク予見の資料になる転倒事故報告書は、第1回目の調査は88%、第2回目では100%が閲覧していたが、勉強会後は減少した。それとは逆に、転倒事故件数の把握は、第2回目では看護師83.3%、介護福祉士53.8%であったが、その後、両者とも増加し第4回目に100%となった。

3) 環境

認識の変化が、実際の転倒予防策に変化をもたらしたかを見たところ看護職（図4）・介護職（図5）ともに「人員配置の工夫」と「勉強会」「各種アラーム設置」が増加した。介護福祉士ではそれ以外にも「転倒危険因子の評価」「施設設備の整備点検」が増加した。

職員が危険と感じる人的環境（図6）では、「情報交換不足」が減少し、「業務の多さ」「易転倒者増加」「ケア技術不足」「不十分な予防策」など管理や転倒リスク評価・計画実施の不十分さを危険と認識する傾向がみられた。また、組織的な環境変化としては、転倒予防策の流れが図7のように変化した。さらに、学習の5つのポイント其々に変化があった。1つめに図7の情報共有、2つめリスクの再評価、3つめ多職種での転倒予防策の検討、4つめ事故報告書の見直しと外部者

(研究者)による参加観察実施依頼があり、実際のケア場面についての改善がなされ、5つめに環境整備強化といった組織的変化がみられた。

4) 転倒予防に関する理解度

勉強会の成果と転倒予防に関する理解度¹⁰⁾の自己評価得点変化をピアソンの相関係数を用いて分析すると、看護師(図8)では、「転倒予防ケアを熟知し仲間と実践する準備あり($r=0.933$)」「転倒予防ケア実践前に十分な勉強をした($r=0.956$)」「転倒リスクを高める要因に転倒歴/視力障害/失禁も含む($r=0.778$)」で極めて高い正の相関があった。それ以外では「転倒予防策を熟知している($r=0.780$)」「転倒予防ケアは患者ケアの質を高める($r=0.739$)」「転倒予防ケアを活用しよりよい転倒リスク管理をしている($r=0.673$)」と、強い正の相関を認めた。

「転倒予防ケアの実践は私の努力に支えられている($r=-0.600$)」のみが負の相関があった。介護職(図9)では、「転倒予防ケアは患者ケアの質を高める($r=0.843$)」「転倒予防ケアの実践は私の努力に支えられている($r=0.773$)」「転倒予防ケアを熟知し仲間と実践する準備あり($r=0.777$)」「転倒予防ケアを活用しよりよい転倒リスク管理をしている($r=0.752$)」で強い正の相関を認めた。

看護職・介護職以外の職種は、転倒予防の過程において業務分担の相違があり、介護士は、介護福祉士の補助として動き、作業療法士・ソーシャルワーカーは通所も兼務しているため、情報共有とそれぞれの職種役割範囲内の予防策実施となる。そのため、回答には限界があるため、ここの分析は除外した。

Ⅲ. 考察

1. 職種間協働を高める勉強会の効果

「きょうどう」という言葉をスローガンにして、JCAHOの提唱する転倒の根本原因を分かりやすく解説した結果、職員の認識に変化が現れた。

「き：気になることはみんなで話す」情報共有では、勉強会前は記録重視であったが、話し合いの定例化など組織的変化が起きたことで、多職種で話す機会が増えた。情報共有はチームワークを維

持するためにも重要^{11) 12)}であり、こうした変化は勉強会の成果と考えられる。今回の調査において職員は、「記録」で情報交換する方法に加え「話し合う」というもうひとつの情報伝達方法を獲得していったと考えられる。

「よ：良いケアはみんなで共有」では、転倒リスク評価の段階から職種間で情報交換し、リスク評価をすることが転倒予防につながるといわれている¹³⁾。勉強会前は話し合いケア計画を立案するのは10%代であったが、勉強会後は、事前対応(proactive)の計画立案が職員の認識として定着してきた。職員が共通の認識で組織的に対策を講じることは、転倒予防に有効であると考えられる。

「う：動きに合わせてリスク評価」では、初回調査では看護師の7.1%、介護福祉士の41.7%が転倒後にケア計画評価をしていたが、図7のようにケア計画から評価まで多職種で関わるような組織的変化が起きた。認識として定期的なケア計画評価が半数程度と少ないのは、老健Aは1月あたりの入退所が多く、月1回のケアカンファレンスでは評価しきれないといった状況もあることが反映していると考えられる。また、事故報告書閲覧の割合が減少する一方で、転倒事故件数が把握されているということは、転倒事故報告書閲覧以外の方法でも、情報が伝達されているといえる。

「ど：どこでも誰でも安全・安心」職員は事故報告書の閲覧や毎月公表される転倒事故実態報告書、定期的な話し合いや記録から現状を把握し、利用者の転倒予防策を再評価しケア計画を追加修正するといった認識の変化が行動や組織的変化につながったと推察される。それにより、転倒リスクとして考えられた職種間の情報共有の不足が勉強会後減少したことも、ひとつの効果といえよう。

「う：まくいくはず転倒予防」では、転倒事故件数は減少傾向にあるが転倒事故は未だ続いているため(転倒事故件数の詳細は第2報で報告)、更なる検討が必要であると考えられる。

勉強会後は職種間協働による実施が職員間で強く認識され、情報交換を強化すると言われる話し合いすなわち、face to communication¹⁴⁾が増えている。職種間協働で転倒リスク評価方法およびケア計画立案・計画評価の構成員が職種間で認識の相違があ

ることから、具体的にこの場面では、どの職種と連携することが効果的かという教育が不足していたと考えられる。職種特有の専門性を生かすことを第一に教育してしまい、5つの項目における具体的な職種間の協力体制は「全職種で」という大きな表現で教育したことが原因と考える。全職種という考えは、多くの視点から考えるという観点では重要であるが、勤務状況を考慮した必要最小限の職種の協働についても検討が必要であった。

2. 職種間協働のあり方について

本調査では、2回にわたり勉強会を開催し、職員の協働に対する認識を強化した。コーチング技法を参考に、出来ているケア・起きている現実を転倒事故報告書や参加観察の結果をもとに伝えた。つまり、現場の疑問・質問にタイムリーに対応し支援したことも職員の認識や施設全体の方針を動かす一因と考えられる。

勉強会により看護・介護の職種間で協働という認識が生まれ、協働が強化されたといえる。しかし、5項目の具体的方法では、まだ認識の差異がみられた。その差異が老健Aの協働の弱点であり、今後の勉強会の課題になるといえる。老健Aでは情報共有はしているが、その方法は両職種とも定期的な記録への認識が低く、特に看護職は低い。定例化した話し合いで情報共有しているが、それを定期的に記録しないと話し合いに参加できない職員には伝わらない。また転倒リスク評価は、事前対応はまだ半数以下であることは、入退所が多いという施設特性を考えればやむを得ないともいえるが、入所初期は環境変化が転倒リスクになることを考慮すると、事前対応は必須といえる。計画立案は事前対応の認識は高まったが、計画評価への認識は両者共に希薄であった点も今後の課題となる。転倒予防における看護・介護職の認識の差異は、協働の弱点つまり課題を示し、認識の類似性は、協働による効果を示していると考えられ、その維持・改善が転倒予防につながると考える。本研究の限界として、1施設の試みであり一般化するにはこのような勉強会を複数の施設で重ねて内容を精選する必要があると考える。

IV. まとめ

転倒予防に向けて職種間協働を強化する勉強会

を実施した。その結果、勉強会の実施前後を比較すると、勉強会が職員の認識を変化させたことは情報共有・転倒リスク評価・事前対応のケア計画・管理・環境という大項目では効果はあったが、具体的方法では、職種間の認識に相違があり多職種と一連の流れを共有できたのは半数程度であった。

謝辞

本研究の実施にあたりご協力頂いた老健Aの皆様に、心より御礼を申し上げます。

【引用文献】

- 1) 内閣府. 平成16年度版高齢社会白書. ぎょうせい. 2004.
- 2) 厚生労働省(2002): 国民生活基礎調査平成13年. http://www.jil.go.jp/kisya/dtjouhou/20020809_01_dtj/20020809_01_dtj3-2.html
- 3) 高齢者介護研究会. 2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて—高齢者介護研究会報告書概要. 2005/04/11 <http://www.mhiw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/030908/2a.html>
- 4) JCAHO. The Role of Nurses in Preventing Sentinel Events. Joint Commission Resources. In. JCAHO, editors. Front Line of Defense, Oak Brook Terrace; 2001.47-57.
- 5) 新村出編. 広辞苑第5版. 東京: 岩波書店; 1998. 701.
- 6) 山本恵子、宮腰由紀子. 看護・介護の協働から生まれる転倒予防の試み—転倒を繰り返した認知症高齢者を通して—. 日本老年看護学会. 2007;11(2):74-83.
- 7) Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. A New York Health System for the 21st Century, National Academy Press. 2001.
- 8) 相馬孝博. 前向きなアプローチ4協働(collaboration)とコミュニケーション. 相馬孝博監訳. 患者安全のシステムを創る. 東京: 医学書院; 2006. 38.
- 9) 柳沢厚生, 日野原万記他. ナースのためのコーチング活用術. 東京: 医学書院; 2000.
- 10) 上岡洋晴. 転倒予防のアセスメントシートと記録

- 用紙. 最新転倒・抑制防止ケア. 東京: 照林社;
2004. 24.
- 11) 植原美恵. 転倒・転落事故. 月刊ナーシング.
2000;20(5):92-102.
 - 12) 飯島節. 多職種間のコラボレーションとリハビリ
テーション. Quality Nursing.2004;10(7):24-28.
 - 13) 三宅祥三. リスクマネジメントの実施法. 診断と治
療. 2002 ; 90 (4) :550-554.
 - 14) 才藤栄一. FITプログラム. 才藤栄一・園田繁編集.
東京: 医学書院 ; 2003. 1-5.

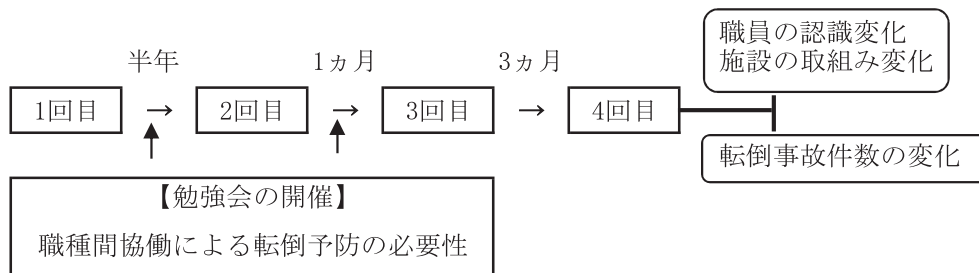


図1. 調査方法

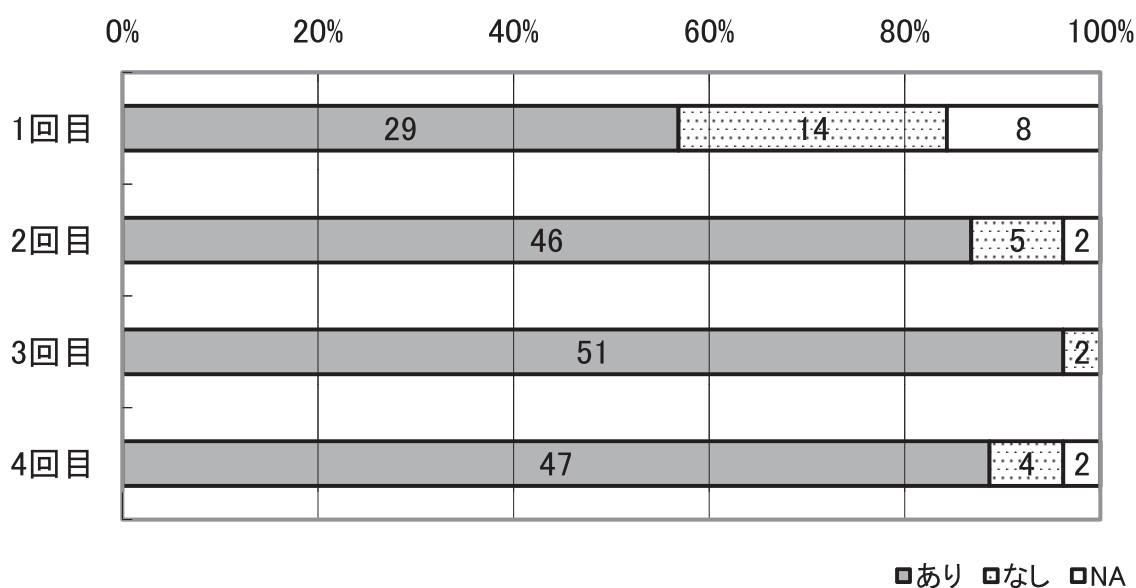


図2 職員間での情報共有 1回目：n=51 2-4回目 n=53

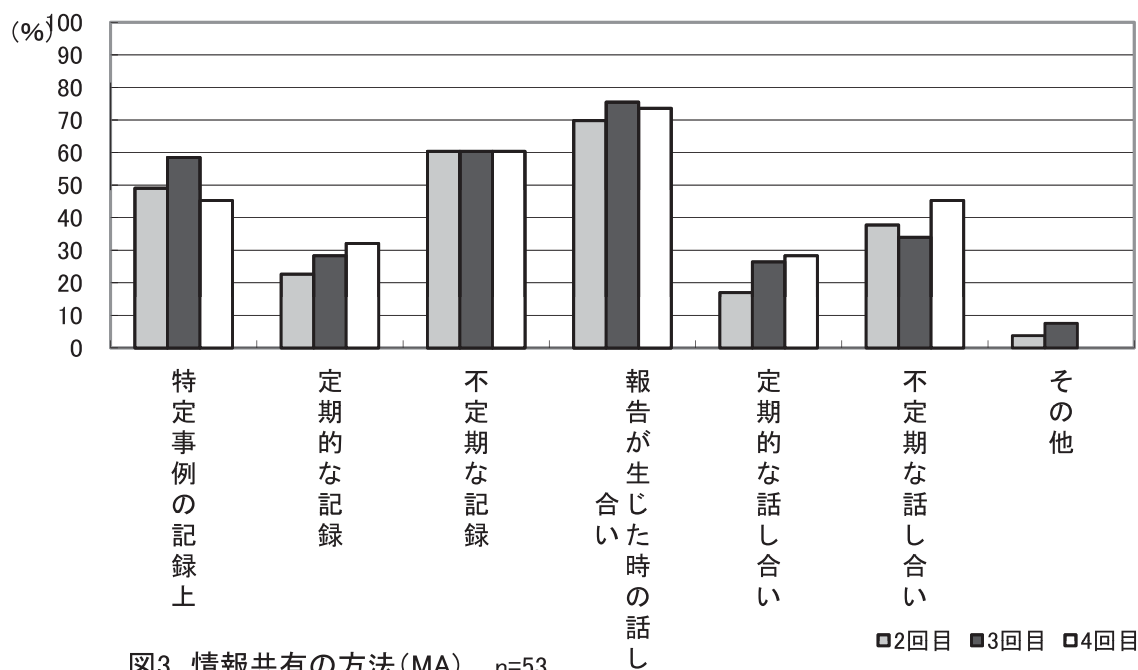


図3 情報共有の方法(MA) n=53

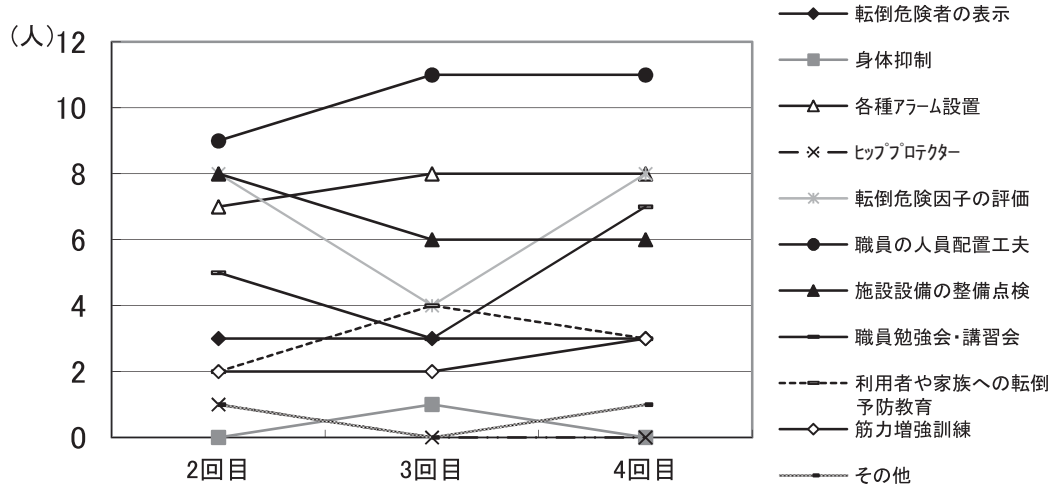


図4 転倒予防策実施項目(看護職) n=13

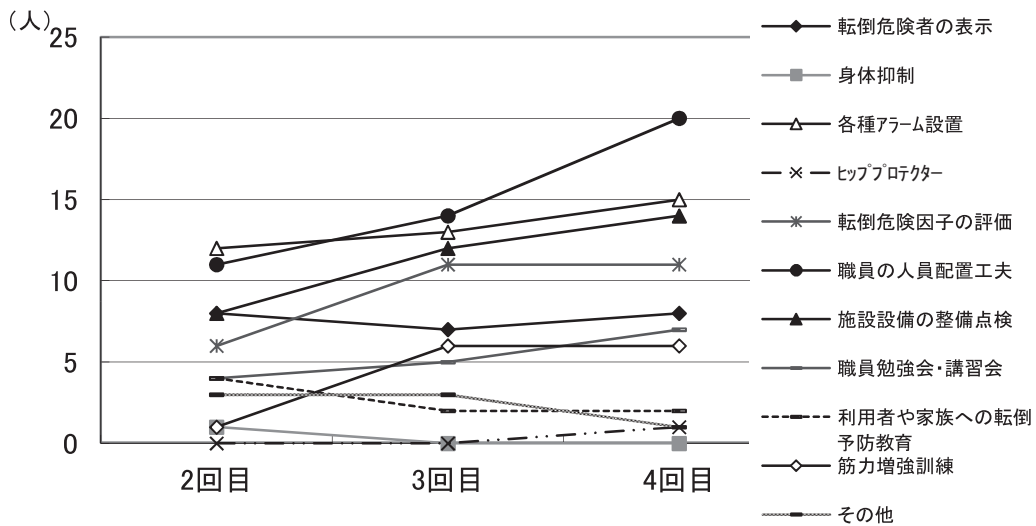


図5 転倒予防策実施項目(介護職) n=25

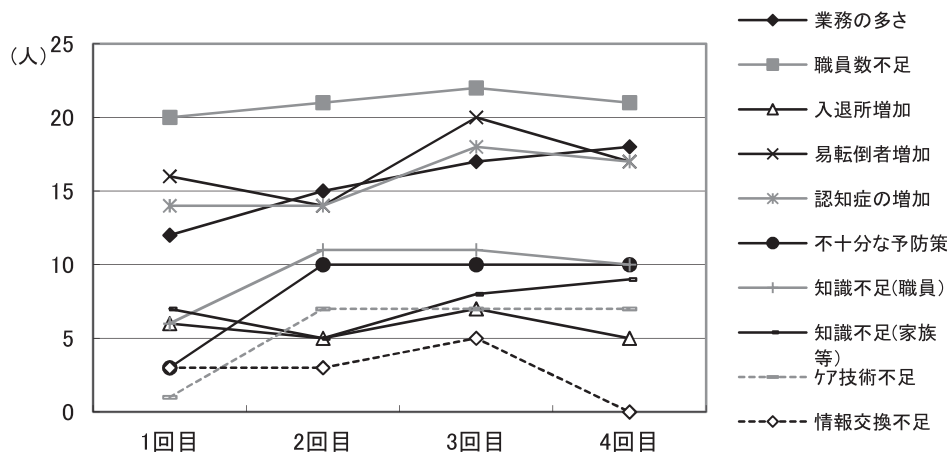


図6 職員が危険と感じる人的環境(MA) 1回目n=51 2-4回目n=53

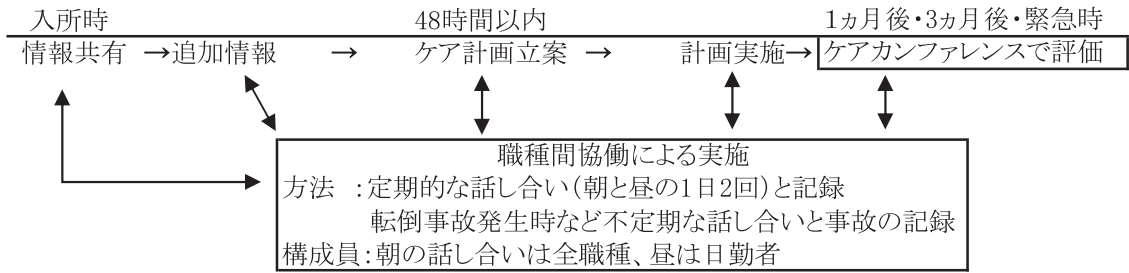


図7 勉強会終了後の転倒予防策の流れ

□ : 変化が見られたところ

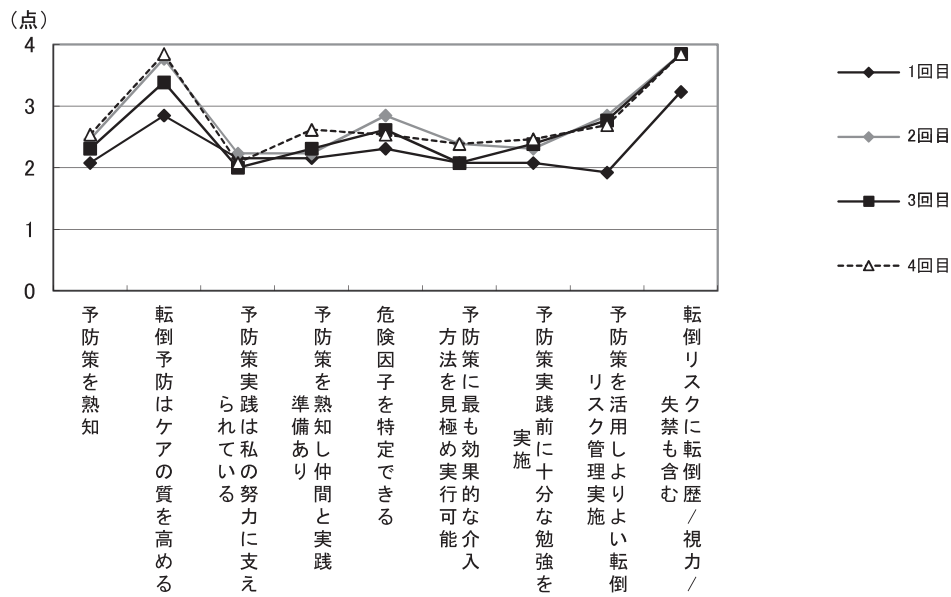


図8 転倒予防の理解度(看護職) n=13

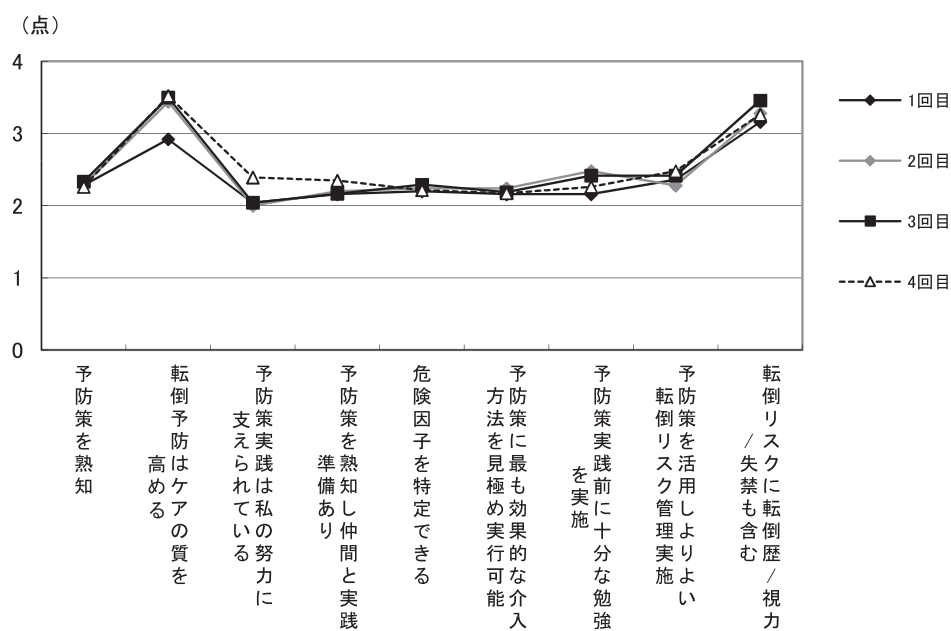


図9 転倒予防の理解度(介護職) n=25

表1 回答者の概要

	第1回		第2回から第4回			
	人数	人数	夜勤		性別	
			あり	なし	男性	女性
看護師	14	13	8	5	0	13
介護福祉士	24	25 ^a	16	9	10	15
介護士	2	2 ^a	2	0	1	1
作業療法士	2	2	0	2	2	0
栄養士	2	2	0	2	0	2
ソーシャルワーカー	2	2	0	2	1	1
事務	4	5 ^a	0	5	1	4
その他	1	2 ^a	0	2	2	0
合計	51	19	26	27	17	36

a: 第1回目と違う人を含む

表2 職員の転倒リスク予見と転倒事故の実態(第1回目調査)

	職員のリスク予見 n=51						転倒事故報告書 n=271					
	1位 (%)		2位 (%)		3位 (%)		1位 (%)		2位 (%)		3位 (%)	
時期	易転倒場面の目撃	49.0	易転倒者が申し送られた時	43.1	・入所時 ・転倒後	21.6	入所6ヵ月以上	41.7	入所後1週間以内	29.9	入所後2週間以内	8.9
時間	6-8時	56.9	18-20時	52.9	12-14時	35.3	6-8時	12.9	18-20時	11.8	22-0時	10.3
場所(利用者)	トイレ	62.7	ベッドサイド	54.9	食堂	45.1	ベッドサイド	39.5	食堂	26.9	トイレ	15.9
場所(職員)	トイレ	66.7	ベッドサイド	52.9	風呂場	47.1						
きっかけ動作	移動開始時	94.1	起立時	76.5	・排泄しようとして ・物をとろうとして	72.5	排泄しようとして	36.9	移乗時	17.0	不明	15.1
易転倒者	ふらつき有り	98.0	バランス不良	96.1	・補助具使用 ・睡眠薬使用	76.5	認知症	93.7	A1ランク以下	93.7	補助具使用	90.8

場所(利用者): 利用者が転倒しやすい又は転倒した場所

場所(職員): 職員自身が業務上、転倒リスクを感じる場所

表3 看護職と介護職の転倒予防に関する認識（第2回目）

		看護職 n=13		介護職 n=25		p
職員間の コミュニ ケーシ ョン	情報共有の実施	13	100%	22	100%	—
	具体的な情報共有の方法	n=13		n=22		
	特定事例の記録上	12	92.3%	15	68.2%	<0.001 **
	定期的な記録	8	61.5%	16	72.7%	0.092
	不定期な記録	5	38.5%	6	27.3%	0.099
	報告が生じた時の話し合い	5	38.5%	11	50.0%	0.102
	定期的な話し合い	11	84.6%	18	81.8%	0.031 *
	不定期な話し合い	1	7.7%	7	31.8%	<0.001 **
	その他	0	0.0%	0	0.0%	—
ア セ ス メ ン ト	転倒リスク評価の実施	10	76.9%	19	79.2%	0.702
		n=10		n=19		
	転倒リスク評価時期(事前)	5	50.0%	9	47.4%	0.711
	転倒リスク評価方法について					
	一人で評価	1	10.0%	5	26.3%	0.003 **
	同職種で評価	1	10.0%	5	26.3%	0.003 **
多職種で評価	7	70.0%	8	42.1%	0.000 **	
転倒リスク評価の記録	10	100%	19	100%	—	
ケ ア 計 画	計画立案の実施	11	84.6%	21	80.0%	0.907
		n=11		n=23		
	計画立案時期(事前)	8	72.7%	18	85.7%	0.023 *
	計画立案方法について					
	一人で立案	2	18.2%	4	19.0%	0.923
	同職種で立案	3	27.3%	9	42.9%	0.021 *
	多職種と立案	5	45.5%	10	47.6%	0.766
	計画立案の構成員について					
	利用者・家族	0	0%	0	0%	—
	福祉職	5	45.5%	7	33.3%	0.077
	医療職	3	27.3%	6	28.6%	0.838
	事務職	0	100%	0	100%	—
	その他	0	100%	0	100%	—
	計画の評価時期について					
定期的	4	36.4%	8	38.1%	0.804	
不定期	6	54.5%	10	47.6%	0.330	
事故発生時	4	36.4%	13	61.9%	0.002 **	
その他	1	9.1%	0	0.0%	—	
管 理	職種間協働と転倒予防の関連	13	100%	24	100%	—
	転倒事故報告書の閲覧	13	100%	25	100%	—
	転倒事故報告件数の把握	10	83.3%	14	58.3%	<0.001 **

: 無回答を除いた値

*: p<0.05 **: p<0.01

表4 看護職と介護職の転倒予防に関する認識(第3回目)

	看護職 n=13		介護職 n=25		p	
職員間の コミュニケーション	情報共有の実施	13	100%	24	96.0%	0.453
	具体的な情報共有の方法	n=13		n=24		
	特定事例の記録上	12	92.3%	15	62.5%	<0.001 **
	定期的な記録	11	84.6%	17	70.8%	0.019 *
	不定期な記録	5	38.5%	9	37.5%	0.804
	報告が生じた時の話し合い	4	30.8%	21	87.5%	<0.001 **
	定期的な話し合い	11	84.6%	21	87.5%	0.554
	不定期な話し合い	6	46.2%	4	16.7%	<0.001 **
	その他	0	0.0%	0	0.0%	—
アセスメント	転倒リスク評価の実施	9	75.0%	23	92.0%	0.001 **
		n=9		n=23		
	転倒リスク評価時期(事前)	7	80.0%	19	52.6%	<0.001 **
	転倒リスク評価方法について					
	一人で評価	2	22.2%	4	17.4%	0.394
	同職種で評価	3	33.3%	5	21.7%	0.066
多職種で評価	4	44.4%	13	56.5%	0.087	
転倒リスク評価の記録	7	77.8%	23	100%	<0.001 **	
ケア計画	計画立案の実施	11	100.0%	25	100%	—
		n=11		n=25		
	計画立案時期(事前)	7	63.6%	19	76.0%	0.203
	計画立案方法について					
	一人で立案	3	27.3%	4	16%	0.052
	同職種で立案	1	9.1%	5	20.0%	0.029 *
	多職種と立案	6	54.5%	13	52.0%	0.723
	計画立案の構成員について					
	利用者・家族	1	9.1%	1	4.0%	0.145
	福祉職	6	54.5%	10	40.0%	0.040 *
	医療職	3	27.3%	9	36.0%	0.186
	事務職	0	0%	0	0%	—
	その他	0	0%	0	0%	—
	計画の評価時期について					
	定期的	5	45.5%	11	44.0%	0.203
不定期	6	54.5%	10	40.0%	0.040 *	
事故発生時	6	54.5%	10	40.0%	0.040 *	
その他	0	0.0%	0	0.0%	—	
管理	職種間協働と転倒予防の関連	12	92.3%	25	100.0%	—
	転倒事故報告書の閲覧	13	100.0%	24	96.0%	0.043 *
	転倒事故報告件数の把握	10	76.9%	13	53.8%	<0.001 **

: 無回答を除いた値

*: p<0.05 ** : p<0.01

表5 看護職と介護職の転倒予防に関する認識（第4回目）

		看護職 n=13		介護職 n=25		p
職員間のコミュニケーション	情報共有の実施	13	100%	23	92.0%	0.004 **
	具体的な情報共有の方法	11	84.9%	17	73.9%	0.062
	定期的な記録	5	38.5%	17	73.9%	<0.001 **
	不定期な記録	4	30.8%	12	52.2%	0.002 *
	報告が生じた時の話し合い	8	61.5%	13	56.5%	0.472
	定期的な話し合い	11	84.6%	20	87.0%	0.627
	不定期な話し合い	7	53.8%	4	17.4%	<0.001 **
	その他	0	0.0%	0	0.0%	-
アセスメント	転倒リスク評価の実施	11	84.6%	23	92.0%	0.104
		n=11		n=23		
	転倒リスク評価時期(事前)	5	45.5%	9	39.1%	0.363
	転倒リスク評価方法について					
	一人で評価	1	9.1%	3	13.0%	0.379
	同職種で評価	3	27.3%	9	39.1%	0.076
多職種で評価	7	63.6%	11	47.8%	0.022 *	
	転倒リスク評価の記録	10	90.9%	22	95.7%	0.175
ケア計画	計画立案の実施	11	100.0%	25	100%	-
		n=11		n=25		
	計画立案時期(事前)	10	90.9%	21	84.0%	0.141
	計画立案方法について					
	一人で立案	1	9.1%	3	12%	0.504
	同職種で立案	5	45.5%	9	36.0%	0.172
	多職種と立案	5	45.5%	13	52.0%	0.358
	計画立案の構成員について					
	利用者・家族	1	9.1%	0	0.0%	0.002 *
	福祉職	4	36.4%	10	40.0%	0.600
	医療職	3	27.3%	10	40.0%	0.057
	事務職	0	0%	0	0%	-
	その他	0	0%	0	0%	-
	計画の評価時期について					
定期的	5	45.5%	12	48.0%	0.723	
不定期	8	72.7%	9	36.0%	<0.001 **	
事故発生時	6	54.5%	12	48.0%	0.358	
その他	0	0.0%	1	4.0%	0.043 *	
管理	職種間協働と転倒予防の関連	13	100.0%	25	100.0%	-
	転倒事故報告書の閲覧	10	76.9%	20	80.0%	0.595
	転倒事故報告件数の把握	13	100.0%	25	100.0%	-

: 無回答を除いた値

*: p<0.05 ** : p<0.01

[Original Article]

The recognition change of the staff about the fall prevention by the collaboration during the specialized types of job(part1)

Keiko Yamamoto¹, Yukiko Miyakoshi²

¹*Kyushu University of Nursing and Social Welfare*

²*Hiroshima University Graduate School*

【Abstract】

This study intended for the staff of the care health center for the elderly. Therefore I held a study session about the fall preventive need by the collaboration between the types of job. Through a change of the recognition for the fall prevention of the staff by the study session, it was intended to examine the way of the collaboration between the types of job.

The object intended for this study which agreed to explanation among 60 personnels who worked in care health center for the elderly A under the Z prefecture. In before and after enforcement of the study session, the information sharing with the many types of job came to share it from less than 60% to 90%. The fall risk evaluation changed for prior correspondence. As for the enforcement of a care plan, management, the evaluation, recognition changed to many types of job collaboration. However, as for the concrete method, the recognition between the types of job had a difference. In addition, the change of the recognition extended to the organized change of facilities. A difference of the recognition of nursing, the care job in the fall prevention is a weak point of the collaboration. It is thought that the similarity of the recognition shows an effect by the collaboration. It was suggested that the maintenance, improvement led to the fall prevention of the elderly person who had difficulty in dangerous evasion in own including dementia.

Key words : collaboration, recognition, elderly, fall prevention, geriatric health service