

## 研究報告

# 回復期リハビリテーション病棟の転倒予防における 職種間の意識の違い 及び多職種連携に関する促進要因と阻害要因

Differences in awareness among medical professionals for fall prevention  
in inpatient rehabilitation facilities and promotional factors and barriers  
for inter professional collaboration

牧野 真弓<sup>1) 2)</sup>, 加藤 真由美<sup>3)</sup>, 正源寺 美穂<sup>3)</sup>  
関井 愛紀子<sup>4)</sup>, 浅川 康吉<sup>5)</sup>

Mayumi Makino<sup>1) 2)</sup>, Mayumi Kato<sup>3)</sup>, Miho Shogenji<sup>3)</sup>  
Akiko Sekii<sup>4)</sup>, Yasuyoshi Asakawa<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup>富山大学大学院医学薬学研究部, <sup>2)</sup>金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻  
<sup>3)</sup>金沢大学医薬保健研究域保健学系, <sup>4)</sup>新潟大学大学院保健学研究科  
<sup>5)</sup>首都大学東京健康福祉学部

<sup>1)</sup>University of Toyama Medical and Pharmaceutical Research Department  
<sup>2)</sup>Division of Health Sciences, Graduate school of Medical Sciences, Kanazawa University  
<sup>3)</sup>Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,  
Kanazawa University  
<sup>4)</sup>Niigata University Graduate School of Health Sciences  
<sup>5)</sup>Tokyo Metropolitan University Faculty of Health and Welfare

### キーワード

転倒, 多職種連携, 回復期リハビリテーション病棟, 専門職連携

### Key words

fall, inter professional collaboration, inpatient rehabilitation facilities, inter professional work

### 要 旨

【目的】回復期病棟の転倒予防連携における職種間の意識の違いと転倒予防の多職種連携に関する促進要因及び阻害要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】同病棟の看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護職149名を対象に、転倒予防多職種連携の捉え、必要と思うことと現状、促進要因及び阻害要因等について質問紙調査を実施した。多職種連携の成果の認識は、連携への満足として調査した。

【結果】 ロジスティック回帰分析の結果、連携への満足に影響する促進要因は、「連携を支援する組織体制が必要」、阻害要因は「業務内容の見直しが必要」「リーダーが必要」「転倒予防の連携に対する考え方のずれ」「職種間に意識の垣根がある」であった。

【考察】 転倒予防多職種連携の成果を上げるために、連携を支援する組織体制として、医師や療法士が申し送りに、介護職が定期カンファレンスに参加でき、転倒時や損傷時に患者個別に連携を行う体制を整える必要があること、職種間の意識の違いを埋めるIPE (Interprofessional Education) の必要性が示唆された。

## はじめに

回復期リハビリテーション病棟の患者にとって、転倒による損傷は、リハビリテーションへの意欲を低下させ、自立を阻害し、在院期間の長期化や訴訟の原因<sup>1)</sup>となっている。中でも、回復期病棟の転倒率(対1000人)は、急性期病床の4.1に対し13.9と3倍以上高く、転倒リスクの高い状態にある<sup>2)</sup>。また回復期の患者は、運動機能障害に加え高次脳機能障害など複数の内的要因を有し、複数の環境要因がある中で日常生活動作の拡大を進めているため、刻々と変化する転倒リスクを捉え対応することの難しさがある。回復期の転倒予防には、とりわけ個人のリスクに応じた介入が必要であり、多職種が専門性を発揮しながら連携協働して包括的に個人の転倒リスクを判定し、多職種チームの機能を生かした転倒予防方法を確立する必要がある。

回復期リハビリテーション病棟とは、2000年介護保険制度(厚生労働省)施行に併せて、医療保険において在宅復帰を目的に設立され、脳卒中や大腿部骨折、廃用症候群などある程度限定された患者が入院し、リハビリテーション専門医や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士ら多職種の連携支援で集中的な訓練に取り組む病棟である。回復期リハビリテーション病棟におけるチームアプローチには、Multidisciplinary Teams(マルチディシプリナリー・チーム)、Interdisciplinary Teams(インターディシプリナリー・チーム)、Transdisciplinary Teams(トランスディシプリナリー・チーム)という3つのモデルがある。マルチディシプリナリー・チームとは、チームの中で与えられた専門職としての役割を個々に果たすチームであり、ケアプラン、治療、評価などは共同で行わず、連携協働の程度は少ないとされる。一方、インターディシプリナリー・チームとは、定期的にカンファレンスを行い、情報を分かち合い、様々な専門分野が合意を得てゴールを設定し、患者のニーズを全体的に提供するアプローチを行うチームである。マルチディシプリナリー・チームより複雑で時間が

かかること、短所として協調性が大きく関与し、治療プランに対する意見の相違や衝突が起きやすいことがあげられる。トランスディシプリナリー・チームとは、チームメンバーの中から選ばれた人が、患者のニーズに合った治療プランを立てて責任を負い、他のメンバーはコンサルトとして協力するチームであり、メンバーの重複を最小限にするアプローチで、インターディシプリナリー・チームの進んだものと考えられている<sup>3-5)</sup>。

回復期病棟の転倒予防が目指す多職種連携は、インターディシプリナリー・チームといわれており<sup>3)</sup>、患者の転倒リスクを共有し、転倒予防の対策や、その後の患者の反応を共有することである。しかし、転倒予防の介入研究は、国外ではマルチディシプリナリー・チームにより実施された<sup>6)</sup>が、インターディシプリナリー・チームでは行われておらず、わが国では、どのチームにおいても回復期のチーム医療による転倒予防の介入研究はほぼ行われていない。

研究者が行った転倒予防の多職種連携に関するフォーカスグループインタビューの結果<sup>7)</sup>から、施設課題に看護師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含む療法士及び介護職において、同職種間並びに多職種内の連絡や連携不足があることが明らかになった。その背景として、転倒につながる要因を明らかにできないまま、応急的な業務改善に加え、連絡や連携の対処を行っていること、回復期の患者は複数の転倒要因に加え刻々と変化する日常生活動作(Activities of daily living: ADL)の回復過程を辿るため、1職種でその時々々の転倒リスクを見極め、予防することが非常に困難であることが考察された。また、介護職は回復期の患者の生活に即したケアを行う転倒予防連携に不可欠なチームメンバーであるが、専門性や資格の点から医学的用語の理解に難しさがあり、療法士からは直接の連携者ではないと捉えられていることが明らかになった。介護職を加えた転倒予防チーム医療の連携を調査したものは、わが国ではほとんど見当たらない。

多職種が専門性を発揮しながら包括的に個人の転倒リスクを判定し、チーム機能を生かした転倒予防方法を確認するためには、回復過程で患者の生活に即して関わる看護職、療法士、介護職の3職種が、それぞれ転倒予防連携をどのように捉えているのか、連携成果をどのように認識しているのか、転倒予防連携を促進し阻害する要因は何かを明らかにする必要がある。

そこで、本研究の目的を、回復期の転倒予防連携に関して、看護師及び療法士及び介護職の意識に違いがあるのか、連携成果をどのように認識しているのか、どのような要因が転倒予防連携の促進要因や阻害要因となっているのかを明らかにすることとした。なお、連携成果の認識は、転倒予防連携に対する満足として調査することとした。介護職を加えた転倒予防チーム連携の調査や、回復期の多職種連携の実態は、わが国ではほとんど明らかにされておらず、重要な資料になると考える。

#### 用語の操作的定義

**IPW** (Inter professional Work) : 専門職連携のことであり、複数の領域の専門職者がそれぞれの知識と技術を提供しあうことで連携し、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者と共に目指す協働した活動<sup>8)</sup>とした。

**転倒** : 他人による外力、意識消失、脳卒中などにより突然発症した麻痺、てんかん発作によることなく、不注意によって、人が同一平面あるいはより低い平面へ倒れること<sup>9)</sup>、ベッドや車いすからの転落も含むとした。

**職種別** : 看護師、療法士、介護職とした。

**療法士** : 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とした。

**介護職** : ホームヘルパー養成研修や介護職員基礎研修を受けた介護職員及び、国家資格である介護福祉士とした。

#### 方法

##### 1. 研究デザイン

横断調査による要因探索型研究

##### 2. 調査対象者

3県6施設の、マルチディシプリナリー・チームの形態をとる回復期リハビリテーション病棟に勤務する常勤職員の看護師、療法士、介護職198名を対象とした。

##### 3. 調査方法

対象施設の管理者に文書及び口頭で本研究の主

旨と概要を説明し調査協力を依頼し、同意書の署名をもって本研究の同意とした。同意が得られた施設の管理者に、対象候補者へ無記名の自記式質問紙の配布を依頼した。対象候補者に、手元に調査用紙が届いてから2週間以内をめぐりに郵送での返信を依頼した。対象者の投函をもって同意とした。調査期間は2010年1月から3月とした。

#### 4. 調査内容

##### 1) 基本属性

職種、経験年数について尋ねた。なお、介護職の定義を示し対象者を募集したが、介護職の資格に係る教育が非常に多様であり、今回は介護職を1つの群として包括して分析することを目的としていたため、具体的な教育背景について調査項目を設けなかった。

##### 2) 転倒予防に関する職種間の意識

本研究では在宅高齢者を対象として開発された多職種による転倒予防連携に関するBaxterらの職種間連携構造<sup>10)</sup>を基盤とした。そのため、本調査における転倒予防に関する職種間の意識についての質問は、その構造の枠組みと共に示されている連携に必要な要件をもとに作成した。

Baxterらの構造にはチーム容量、チーム員のコンピテンシー、連携の成果の認識、時間、組織的支援が枠組みとしてあがっている。チーム容量における要件とは、チーム員一人一人の役割の内容と程度が適切で、チーム内で連携するために話しやすい雰囲気が整っていることであり、チーム員のコンピテンシーとは、一人一人のチーム員のコミュニケーション能力、連携能力、情報収集能力と情報共有能力が整っていることである。よって、本調査ではチーム医療に対する態度及びコミュニケーションスキル能力、転倒予防に関する連携、転倒予防連携の様々な状況下で必要と思うことと現状について尋ねた。

連携の成果の認識については、Baxterらの構造には具体的要件は示されていない。IPWでは、質の高いケアを提供する、効率的システムで行う、患者の満足がある、健康機能に関したより高いアドヒアランスがあることが目標とされる。IPWの利点として、職種間のコミュニケーションが高まる、専門職の役割と責任の明確化がはかれる、共通理解が高まる、効果的なチームワークが取れる、互いの行動計画の調整が行えることが挙げられ、IPWの利点を生かしているチームは、メンバーの満足度が高いことが示唆されている。よって、チーム員の連携成果の認識については、転倒予防連

携に対する満足として調査することにした。

時間の要件とはチーム内でコミュニケーションをとる時間を設けること、チーム員が情報収集し、その後チーム内で情報共有するための時間を設けること、連携して対策を実施するための時間を設けることである。支援の要件とはチーム員とチームに対して組織的支援が整っていることである。そのため、カンファレンスや組織的支援について調査することにした。具体的概要は次のとおりである。

(1) チーム医療に対する態度及びコミュニケーションスキル能力について

チーム医療に対する態度は、日本語版IPW尺度<sup>11)</sup>を使用した。IPW尺度は、チーム医療に対する態度の指標としての評価項目を基に14項目、1～4点で点数が高いほど肯定的である4段階のリッカート法で構成されており、合計点は満点で56点であった。Cronbach alpha係数は0.88であり信頼性が確認されていることを確認して使用した。

アサーション尺度は、自分も相手も尊重した自己表現を大切にすることをコミュニケーションスキル能力を測定する。アサーション尺度は心理や教育や産業などの場面で用いられるが、多職種を対象としたものは見当たらず、今回患者や多職種を対象にコミュニケーションをとる職業という意味において最も近いと考えられる看護師を対象とした尺度<sup>12)</sup>を用いた。アサーション尺度は19項目、1～6点で点数が高いほど肯定的である6段階のリッカート法で構成されており、合計点は満点で114点であった。Cronbach alpha係数は0.858であり、信頼性が確認されていることを確認して使用した。これらの尺度の使用権は必要としなかった。

(2) 転倒予防に関する連携について

「連携状況に満足しているか」「入院患者及び新患について、転倒予防に必要な情報を持っていると思うか」「連携は行われていると思うか」「積極的に連携しているか」「組織上の体制は十分に整っているか」について、「大変そう思う」～「全くそう思わない」の6件法で回答を得た。

(3) 転倒予防連携に必要なと思うことと現状について

「連携が必要と思う職種及び連携を行う職種」「患者個別に連携が必要と思うタイミング及び連携を行うタイミング」「連携を行う機会」「転倒予防連携に必要な共有すべき内容」について、それぞれ選択肢を設け多重回答を得た。

3) 転倒予防における多職種連携の促進要因及

び阻害要因について

「連携の促進に必要と思う要因」「連携を阻害すると思う要因」について、それぞれ選択肢を設け多重回答を得た。

なお、調査項目の作成にあたっては、先行文献<sup>10)</sup>を参考にし、フォーカスグループインタビューの実施<sup>7)</sup>より本調査施設以外の介護主任の意見を反映させ、看護師、理学療法士の研究者間で検討して作成した。

## 5. 分析方法

データの分析は、各項目別に記述統計を行った。転倒予防に関する連携についての設問では、6件法で「大変そう思う」「そう思う」「どちらかといえばそう思う」との回答を『思う群』、「どちらかといえば思わない」「そう思わない」「全く思わない」との回答を『思わない群』の2群に分類し、職種との比較は $\chi^2$ 検定を行った。また、連携職種、連携のタイミング、連携機会、連携に必要な共有すべき内容、連携の促進要因及び阻害要因を明らかにするために、職種との比較は項目別に $\chi^2$ 検定（Fisherの直接法）を行った。

満足に影響する転倒予防連携の促進要因及び阻害要因についての分析では、転倒予防の多職種連携に影響を及ぼす要因について、「連携状況に満足しているか」の可否を従属変数に、 $\chi^2$ 検定において有意差が認められた促進要因及び阻害要因の項目を独立変数として強制投入し、二項ロジスティック回帰分析を行った。全ての検定において有意水準は0.05未満とした。統計処理はSPSS Advanced Statistics Exact Tests Regression ver.23を使用した。

## 6. 倫理的配慮

調査前に対象施設及び対象候補者に本研究の主旨と倫理的配慮を説明した後、対象候補者に研究協力の強制がかからないよう依頼した。倫理的配慮として予測されるリスクとその対策、研究発表の実施、参加の中断や撤回の自由、連結可能匿名化による管理、個人情報の保護について記載した書類を配布し、自由意思によって記入してもらい、返信をもって同意とした。本研究は、新潟大学医学部倫理委員会から承認を得て行った（承認番号967）。

## 結 果

回収数は150部（回収率75.8%）であり、そのうち有効回答数は149部（有効回答率99.3%）であった。

表1 対象者の基本属性

N=149

		全 体 n (%)	看護師 n (%)	療法士 <sup>1)</sup> n (%)	介護職 n (%)
		149 (100.0)	66 (44.3)	58 (38.9)	25 (16.8)
療法士 <sup>1)</sup> の職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士			27 (46.6) 21 (36.2) 10 (17.2)	
経験年数 <sup>2)</sup>		9.8±8.0	13.6±9.7	6.4±4.3	7.1±3.9 *
I P W尺度合計点 <sup>2)</sup>	56点満点	39.5±9.4	38.2±9.6	40.7±9.0	38.8±10.0
アサーション尺度合計点 <sup>3)</sup>	114点満点	66.0±9.9	65.9±8.8	65.0±10.5	68.7±11.3

\*p&lt;0.001、平均値±標準偏差

1) 療法士とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を示す。

2) 欠損値は除外し、Kruskal-Wallis検定を行った。

3) 欠損値は除外し、一元配置分散分析を行った。

表2 転倒予防に関する連携

N=149

		看護師 n = 66 n (%)	療法士 n = 58 n (%)	介護職 n = 25 n (%)
転倒予防に関して多職種間の連携状況に満足しているか	思う	33 (50.0)	26 (44.8)	14 (56.0)
	思わない	33 (50.0)	32 (55.2)	11 (44.0)
入院患者の転倒予防に必要な情報を持っていると思うか	思う	63 (95.5)	49 (84.5)	23 (92.0)
	思わない	3 (4.5)	9 (15.5)	2 (8.0)
新患の転入当日～3日間に必要な情報を持っているか	思う	48 (72.7)	34 (58.6)	15 (60.0)
	思わない	18 (27.3)	24 (41.4)	10 (40.0)
転倒予防に関して多職種間の連携は行われていると思うか	思う	47 (71.2)	47 (81.0)	19 (76.0)
	思わない	19 (28.8)	11 (19.0)	6 (24.0)
転倒予防のために多職種と積極的に連携しているか	思う	52 (78.8)	42 (72.4)	20 (80.0)
	思わない	14 (21.2)	16 (27.6)	5 (20.0)
転倒予防の連携について組織上の体制は十分整っているか	思う	32 (48.5)	21 (36.2)	11 (44.0)
	思わない	34 (51.5)	37 (63.8)	14 (56.0)

「大変そう思う・そう思う・どちらかといえばそう思う」=1(思う)

「どちらかといえばそう思わない・そう思わない・全くそう思わない」=0(思わない)

χ<sup>2</sup>検定もしくは、期待値5未満のセルが20%以上の場合はFisher直接確率検定

## 1. 対象者の基本属性(表1)

対象者は、看護師66名(44.3%)、療法士58名(38.9%)、介護職25名(16.8%)であった。療法士の構成は、理学療法士27名(46.6%)、作業療法士21名(36.2%)、言語聴覚士10名(17.2%)であった。

経験年数(平均値±標準偏差)は、看護師13.6±9.7年が最も長く、療法士6.4±4.3年、介護職7.1±3.9年であり、有意差があった(p<0.001)。

IPW尺度の合計点(平均値±標準偏差)では、看護師38.2±9.6点、療法士40.7±9.0点、介護職

38.8±10.0点であり、職種間で有意差は認めなかった(p>0.05)。

アサーション尺度合計点(平均値±標準偏差)では、看護師65.9±8.8点、療法士65.0±10.5点、介護職68.7±11.3点であり、職種間で有意差は認めなかった(p>0.05)。

## 2. 転倒予防の連携状況

## 1) 転倒予防に関する連携について(表2)

連携の現状を確認する設問では、いずれの設問においても職種間で有意差はみられなかった。しかし、「入院患者の転倒予防に必要な情報を持つ

ていると思うか」は、どの職種も「思う」が8割以上であったのに対し、「新患の転入当日～3日間に必要な情報を持っているか」は、「思う」が看護師で7割、他職種では6割以下と低かった。

また、「転倒予防に関して多職種間の連携が行われていると思うか」「転倒予防のために多職種と積極的に連携しているか」は、どの職種も「思う」が7割以上であったのに対し、「転倒予防に関して多職種間の連携状況に満足しているか」は、どの職種も「思う」が6割以下、「転倒予防の連携について組織上の体制は十分整っているか」は、どの職種も「思う」が5割以下と低かった。

2) 転倒予防の多職種連携の必要と思うことと現状について

(1) 転倒予防連携が必要と思う職種及び連携を行う職種(表3)

転倒予防連携が必要と思う職種において、職種間で有意差が見られたのは「医師」であり、看護師54名(81.8%)、療法士41名(70.7%)に対し、介護職10名(40.0%)であった( $p<0.001$ )。

連携を行う職種において職種間で有意差を認めたのは以下の2項目であった。「医師」が、看護師38名(57.6%)に対し、療法士16名(27.6%)、介護職4名(16%)であった( $p<0.001$ )。「同職種」が、看護師62名(94.0%)、介護職21名(84.0%)に対し、療法士35名(60.0%)であった( $p<0.001$ )。

(2) 個別に転倒予防連携が必要と思うタイミング及び連携を行うタイミング(表4)

個別に転倒予防の多職種連携が必要と思うタイミングにおいて、職種間で有意差が見られたのは以下の3項目であった。「多職種への情報提供をしたい時」では、看護師44名(66.7%)、療法士45名(77.6%)に対し、介護職12名(48.0%)であった( $p<0.05$ )。「多職種に相談された時」では、看護師36名(54.5%)、療法士43名(74.1%)、介護職8名(32.0%)であった( $p<0.01$ )。「転倒リスクチェック表が高得点の時」では、看護師30名(45.5%)に対し、療法士18名(31.0%)、介護職6名(24.0%)であった( $p<0.05$ )。

個別に転倒予防の多職種連携を行うタイミングにおいて、職種間で有意差が見られたのは以下の6項目であった。「転倒しそうな時」では、看護師56名(84.8%)に対し、療法士36名(62.1%)、介護職17名(68.0%)であった( $p<0.05$ )。「転倒時」では、看護師51名(77.3%)、療法士39名(67.2%)に対し、介護職11名(44.0%)であった( $p$

$<0.05$ )。「損傷時」では、看護師27名(40.9%)に対し、療法士9名(15.5%)、介護職3名(12.0%)であった( $p<0.05$ )。「多職種への情報提供をしたい時」では、看護師42名(63.6%)、療法士43名(74.1%)に対し、介護職11名(44.0%)であった( $p<0.05$ )。「多職種に相談された時」では、看護師38名(57.6%)、療法士40名(69.0%)に対し、介護職3名(12.0%)であった( $p<0.001$ )。「転倒リスクチェック表が高得点の時」では、看護師17名(25.8%)に対し、療法士2名(3.4%)、介護職2名(8.0%)であった( $p<0.001$ )。

(3) 転倒予防連携を行う機会(表5)

転倒予防で連携している機会において、職種間で有意差が見られたのは以下の5項目であった。「申し送り時」では、看護師53名(80.0%)、介護職20名(80.0%)に対し、療法士23名(39.7%)であった( $p<0.001$ )。「定期カンファレンス時」では、看護師49名(74.2%)、療法士43名(74.1%)に対し、介護職12名(48.0%)であった( $p<0.05$ )。「ヒヤリハット報告書」では、看護師46名(69.7%)に対し、療法士25名(43.1%)、介護職12名(48.0%)であった( $p<0.01$ )。「連絡ノートやメモ」では、看護師9名(13.6%)に対し、療法士19名(32.8%)、介護職8名(32.0%)であった( $p<0.05$ )。「個人からの直接の呼びかけ」では、看護師34名(51.5%)、療法士38名(65.5%)に対し、介護職8名(32.0%)と割合が低く有意差が見られた( $p<0.05$ )。

(4) 転倒予防連携に必要な共有すべき内容(表6)

転倒予防連携に必要な共有すべき内容において、職種間で有意差が見られたのは以下の2項目であった。「対策」では看護師の60名(90.9%)に対し、療法士38名(65.5%)、介護職15名(60.0%)であった( $p<0.01$ )。「教育」では、看護師14名(21.2%)、介護職5名(20.0%)に対し、療法士1名(1.7%)であった( $p<0.01$ )。

3. 転倒予防における多職種連携の促進要因及び阻害要因(表7)

転倒予防連携の促進要因において、職種間で有意差が見られたのは3項目であった。「機会を設けることが必要」では、看護師34名(51.5%)、療法士42名(72.7%)、介護職10名(40.0%)であった( $p<0.01$ )。「話しやすい職場の雰囲気が必要」では、看護師47名(71.2%)、療法士47名(81.0%)に対し、介護職12名(48.0%)であった( $p<0.05$ )。「連携を支援する組織体制が必要」では、看護師37名(56.1%)、療法士20名(34.5%)、介

表3 転倒予防連携が必要と思う職種及び連携を行う職種

N=149

		看護師 n=66 n (%)	療法士 n=58 n (%)	介護職 n=25 n (%)	
医師	連携が必要と思う	54 (81.8)	41 ( 70.7)	10 ( 40.0)	*
	思わない	12 (18.2)	17 ( 29.3)	15 ( 60.0)	
	連携を行う	38 (57.6)	16 ( 27.6)	4 ( 16.0)	*
	行わない	28 (42.4)	42 ( 72.4)	21 ( 84.0)	
薬剤師	連携が必要と思う	21 (31.8)	20 ( 34.5)	4 ( 16.0)	
	思わない	45 (68.2)	38 ( 65.5)	21 ( 84.0)	
	連携を行う	7 (10.6)	0	0	
	行わない	59 (89.4)	58 (100.0)	25 (100.0)	
栄養士	連携が必要と思う	11 (16.2)	11 ( 19.0)	2 ( 8.0)	
	思わない	55 (83.8)	47 ( 81.0)	23 ( 92.0)	
	連携を行う	2 ( 3.0)	0	0	
	行わない	64 (97.0)	58 (100.0)	25 (100.0)	
同職種	連携が必要と思う	57 (86.4)	49 ( 84.5)	19 ( 76.0)	
	思わない	9 (13.6)	9 ( 15.5)	6 ( 24.0)	
	連携を行う	62 (94.0)	35 ( 60.0)	21 ( 84.0)	*
	行わない	4 ( 6.0)	23 ( 40.0)	4 ( 16.0)	
看護師	連携が必要と思う	— <sup>1)</sup>	58 (100.0)	22 ( 88.0)	
	思わない	— <sup>1)</sup>	0	3 ( 12.0)	
	連携を行う	— <sup>1)</sup>	56 ( 96.6)	20 ( 80.0)	
	行わない	— <sup>1)</sup>	2 ( 3.4)	5 ( 20.0)	
理学療法士	連携が必要と思う	65 (98.5)	— <sup>1)</sup>	20 ( 80.0)	
	思わない	1 ( 1.5)	— <sup>1)</sup>	5 ( 20.0)	
	連携を行う	63 (95.5)	— <sup>1)</sup>	12 ( 48.0)	
	行わない	3 ( 4.5)	— <sup>1)</sup>	13 ( 52.0)	
作業療法士	連携が必要と思う	64 (97.0)	— <sup>1)</sup>	19 ( 76.0)	
	思わない	2 ( 3.0)	— <sup>1)</sup>	6 ( 24.0)	
	連携を行う	61 (92.4)	— <sup>1)</sup>	9 ( 36.0)	
	行わない	5 ( 7.6)	— <sup>1)</sup>	16 ( 64.0)	
言語聴覚士	連携が必要と思う	44 (66.7)	— <sup>1)</sup>	14 ( 56.0)	
	思わない	22 (33.3)	— <sup>1)</sup>	11 ( 44.0)	
	連携を行う	30 (45.5)	— <sup>1)</sup>	5 ( 20.0)	
	行わない	36 (54.5)	— <sup>1)</sup>	20 ( 80.0)	
介護職	連携が必要と思う	59 (89.4)	56 ( 96.6)	— <sup>1)</sup>	
	思わない	7 (10.6)	2 ( 3.4)	— <sup>1)</sup>	
	連携を行う	56 (84.8)	32 ( 55.2)	— <sup>1)</sup>	
	行わない	10 (15.2)	26 ( 44.8)	— <sup>1)</sup>	

\*p&lt;0.001

χ<sup>2</sup>検定もしくは、期待値5未満のセルが20%以上の場合はFisher直接確率検定

1)「—」は同職種同士を示す。同職種同士を含む項目は検定を行わず。

表4 個別に転倒予防連携が必要と思うタイミング及び連携を行うタイミング

N=149

		看護師 n=66 n (%)	療法士 n=58 n (%)	介護職 n=25 n (%)	
転倒しそうな時	個別に連携が必要と思う	48 (72.7)	43 (74.1)	16 (64.0)	
	思わない	18 (27.3)	15 (25.9)	9 (36.0)	
	個別に連携を行う	56 (84.8)	36 (62.1)	17 (68.0)	*
	行わない	10 (15.2)	22 (37.9)	8 (32.0)	
転倒時	個別に連携が必要と思う	44 (66.7)	34 (58.6)	11 (44.0)	
	思わない	22 (33.3)	24 (41.4)	14 (56.0)	
	個別に連携を行う	51 (77.3)	39 (67.2)	11 (44.0)	*
	行わない	15 (22.7)	19 (32.8)	14 (56.0)	
損傷時	個別に連携が必要と思う	36 (54.5)	22 (37.9)	8 (32.0)	
	思わない	30 (45.5)	36 (62.1)	17 (68.0)	
	個別に連携を行う	27 (40.9)	9 (15.5)	3 (12.0)	*
	行わない	39 (59.0)	49 (84.5)	22 (88.0)	
ADLが変化した時	個別に連携が必要と思う	51 (77.3)	45 (77.6)	18 (72.0)	
	思わない	15 (22.7)	13 (22.4)	7 (28.0)	
	個別に連携を行う	44 (66.7)	36 (62.1)	16 (64.0)	
	行わない	22 (33.3)	22 (37.9)	9 (36.0)	
多職種への情報提供を したい時	個別に連携が必要と思う	44 (66.7)	45 (77.6)	12 (48.0)	*
	思わない	22 (33.3)	13 (22.4)	13 (52.0)	
	個別に連携を行う	42 (63.6)	43 (74.1)	11 (44.0)	*
	行わない	24 (36.4)	15 (25.9)	14 (56.0)	
多職種からの情報提供を 受けた時	個別に連携が必要と思う	53 (80.3)	45 (77.6)	18 (72.0)	
	思わない	13 (19.7)	13 (22.4)	7 (28.0)	
	個別に連携を行う	52 (78.8)	43 (74.1)	17 (68.0)	
	行わない	14 (21.2)	15 (25.9)	8 (32.0)	
多職種に相談された時	個別に連携が必要と思う	36 (54.5)	43 (74.1)	8 (32.0)	**
	思わない	30 (45.5)	15 (25.9)	17 (68.0)	
	個別に連携を行う	38 (57.6)	40 (69.0)	3 (12.0)	***
	行わない	28 (42.4)	18 (31.0)	22 (88.0)	
転倒リスクチェック表が 高得点の時	個別に連携が必要と思う	30 (45.5)	18 (31.0)	6 (24.0)	*
	思わない	36 (54.5)	40 (69.0)	19 (76.0)	
	個別に連携を行う	17 (25.8)	2 ( 3.4)	2 ( 8.0)	***
	行わない	49 (74.2)	56 (96.6)	23 (92.0)	

\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001

χ<sup>2</sup>検定もしくは、期待値5未満のセルが20%以上の場合はFisher直接確率検定

介護職8名(32.0%)であった(p<0.05)。

転倒予防連携の阻害要因において、職種間で有意差が見られたのは2項目であった。「相手が忙しそう」では、看護師16名(24.2%)、療法士27名(46.6%)、介護職8名(32.0%)であった(p

<0.05)。「カンファレンスで批判される可能性」では、看護師4名(6.1%)、療法士2名(3.4%)に対し、介護職5名(20.0%)であった(p<0.05)。

4. 全職種における転倒予防連携の満足に影響

表5 転倒予防連携を行う機会

N=149

	看護師 n = 66 n (%)	療法士 n = 58 n (%)	介護職 n = 25 n (%)	
	連携を行う	連携を行う	連携を行う	
申し送り時	53 (80.0)	23 (39.7)	20 (80.0)	***
定期カンファレンス時	49 (74.2)	43 (74.1)	12 (48.0)	*
不定期カンファレンス時	19 (28.8)	12 (20.7)	8 ( 8.0)	
診療録や看護記録	28 (42.4)	26 (44.8)	10 (40.0)	
ヒヤリハット報告書	46 (69.7)	25 (43.1)	12 (48.0)	**
連絡ノートやメモ	9 (13.6)	19 (32.8)	8 (32.0)	*
個人からの直接の呼びかけ	34 (51.5)	38 (65.5)	8 (32.0)	*

\*p < 0.05, \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.001  
 $\chi^2$ 検定

表6 転倒予防連携に必要な共有すべき内容

N=149

		看護師 n = 66 n (%)	療法士 n = 58 n (%)	介護職 n = 25 n (%)	
		情報	思う 思わない	65 (98.5) 1 ( 1.5)	
対策	思う 思わない	60 (90.9) 6 ( 9.1)	38 (65.5) 20 (34.5)	15 (60.0) 10 (40.0)	*
考え	思う 思わない	33 (50.0) 33 (50.0)	32 (55.2) 26 (44.8)	10 (40.0) 15 (60.0)	
認識	思う 思わない	48 (72.7) 18 (27.3)	48 (82.8) 10 (17.2)	16 (64.0) 9 (36.0)	
教育	思う 思わない	14 (21.2) 52 (78.8)	1 ( 1.7) 57 (98.3)	5 (20.0) 20 (80.0)	*

\*p < 0.01  
 $\chi^2$ 検定もしくは、期待値5未満のセルが20%以上の場合はFisher直接確率検定

する促進要因及び阻害要因

1) 転倒予防連携の満足に影響する促進要因及び阻害要因

転倒予防連携の満足に影響する促進要因において、全職種で有意差が見られた項目は、「リーダーが必要」(p < 0.01)、「中心的役割を果たす小組織が必要」(p < 0.05)、「連携を支援する組織体制が必要」(p < 0.05)、「業務内容の見直しが必要」(p < 0.05)であった。

転倒予防連携の満足に影響する阻害要因において、全職種で有意差が見られた項目は、「コミュニケーションしづらい職場の雰囲気」(p < 0.05)、「転倒予防の連携に対する考え方のずれ」(p < 0.01)、「職種間に意識の垣根がある」(p < 0.01)であった。

2) 二項ロジスティック回帰分析による転倒予防連携の満足に影響する促進要因及び阻害要因(表8)

「連携状況に満足しているか」の可否(肯定 = 1、否定 = 0)を従属変数とし、 $\chi^2$ 検定において有意差が認められた項目である促進要因「リーダーが必要」「中心的役割を果たす小組織が必要」「連携を支援する組織体制が必要」「業務内容の見直しが必要」を独立変数として分析を行った。その結果、転倒予防多職種連携の満足に影響する促進要因は「リーダーが必要」オッズ比0.36 [95%信頼区間(Confidence interval: CI): 0.14-0.91]、「連携を支援する組織体制が必要」オッズ比3.05 [CI: 1.45-6.44]、「業務内容の見直しが必要」オッズ比0.39 [CI: 0.16-0.94]であった。

表7 転倒予防における多職種連携の促進要因及び阻害要因

N=149

		看護師n=66		療法士n=58		介護職n=25	
		n (%)					
		思う	思わない	思う	思わない	思う	思わない
促進 要因	時間の余裕が必要	44 (66.7)	22 (33.3)	41 (70.7)	17 (29.3)	17 (68.0)	8 (32.0)
	機会を設けることが必要	34 (51.5)	32 (48.5)	42 (72.4)	16 (27.6)	10 (40.0)	15 (60.0) **
	仲介者が必要	5 ( 7.6)	61 (92.4)	1 ( 1.7)	57 (98.3)	1 ( 4.0)	24 (96.0)
	リーダーが必要	15 (22.7)	51 (77.3)	16 (27.6)	42 (72.4)	4 (16.0)	21 (84.0)
	中心的役割を果たす小組織が必要	13 (19.7)	53 (80.3)	10 (17.2)	48 (82.8)	1 ( 4.0)	24 (96.0)
	話しやすい職場の雰囲気が必要	47 (71.2)	19 (28.8)	47 (81.0)	11 (19.0)	12 (48.0)	13 (52.0) *
	勤務交代での情報不足を補う体制が必要	29 (43.9)	37 (56.1)	29 (50.0)	29 (50.0)	13 (52.0)	12 (48.0)
	連携を支援する組織体制が必要	37 (56.1)	29 (43.9)	20 (34.5)	38 (65.5)	8 (32.0)	17 (68.0) *
	業務内容の見直しが必要	18 (27.3)	48 (72.7)	12 (20.7)	46 (79.3)	6 (24.0)	19 (76.0)
	生涯教育が必要	11 (16.7)	55 (83.3)	8 (13.8)	50 (86.2)	5 (20.0)	20 (80.0)
	他職種の役割に関する知識が必要	28 (42.4)	40 (60.6)	21 (36.2)	37 (63.8)	6 (24.0)	19 (76.0)
	専門職としての意識が必要	38 (57.6)	28 (42.4)	34 (58.6)	24 (41.4)	14 (56.0)	11 (44.0)
	互いを専門職として尊敬する姿勢が必要	32 (48.5)	34 (51.5)	24 (41.4)	34 (58.6)	10 (40.0)	15 (60.0)
	患者目標の共有が必要	42 (63.6)	24 (36.4)	39 (67.2)	19 (32.8)	13 (52.0)	12 (48.0)
	全ての職種が分かる言語を使うが必要	28 (42.4)	38 (57.6)	29 (50.0)	29 (50.0)	8 (32.0)	17 (68.0)
個人の連携に対する意識変化が必要	26 (39.4)	40 (60.6)	25 (43.1)	33 (56.9)	9 (36.0)	16 (64.0)	
職種を超えた患者の生活援助が必要	28 (42.4)	38 (57.6)	30 (51.7)	28 (48.3)	9 (36.0)	16 (64.0)	
阻害 要因	時間不足	43 (65.2)	23 (34.8)	47 (81.0)	11 (19.0)	17 (68.0)	8 (32.0)
	機会がない	11 (16.7)	55 (83.3)	11 (19.0)	47 (81.0)	9 (36.0)	16 (64.0)
	コミュニケーションしづらい職場の雰囲気	16 (24.2)	50 (75.8)	22 (37.9)	36 (62.1)	7 (28.0)	18 (72.0)
	組織体制連携サポート不足	20 (30.3)	46 (69.7)	12 (20.7)	46 (79.3)	7 (28.0)	18 (72.0)
	リーダーシップをとる人が不在	10 (15.2)	56 (84.8)	13 (22.4)	45 (77.6)	5 (20.0)	20 (80.0)
	相手の専門用語が分からない	7 (10.6)	59 (89.4)	7 (12.1)	51 (87.9)	1 ( 4.0)	24 (96.0)
	考え方のずれ	20 (30.3)	46 (69.7)	18 (31.0)	40 (69.0)	3 (12.0)	22 (88.0)
	患者目標の共有	17 (25.8)	49 (74.2)	20 (34.5)	38 (65.5)	6 (24.0)	19 (76.0)
	転倒予防の関心が低い	4 ( 6.1)	62 (93.9)	12 (20.7)	46 (79.3)	3 (12.0)	22 (88.0)
	職種間に意識の垣根	17 (25.8)	49 (74.2)	19 (32.8)	39 (67.2)	6 (24.0)	19 (76.0)
	相手を専門職として尊重しない姿勢	6 ( 9.1)	60 (90.9)	4 ( 6.9)	54 (93.1)	4 (16.0)	21 (84.0)
	経験年数の違い	10 (15.2)	56 (84.8)	5 ( 8.6)	53 (91.4)	3 (12.0)	22 (88.0)
	ジェネレーションギャップ	4 ( 6.1)	62 (93.9)	2 ( 3.4)	56 (96.6)	3 (12.0)	22 (88.0)
	相手が話しにくいキャラクター	7 (10.6)	59 (89.4)	13 (22.4)	45 (77.6)	4 (16.0)	21 (84.0)
	相手が忙しそう	16 (24.2)	50 (75.8)	27 (46.6)	31 (53.4)	8 (32.0)	17 (68.0) *
	必要な情報を相手が判断しない	8 (12.1)	58 (87.9)	10 (17.2)	48 (82.8)	4 (16.0)	21 (84.0)
	連携に貢献しても称賛が乏しい	2 ( 3.0)	64 (97.0)	3 ( 5.3)	55 (94.8)	1 ( 4.0)	24 (96.0)
	カンファレンスで批判される可能性	4 ( 6.1)	62 (93.9)	2 ( 3.4)	56 (96.6)	5 (20.0)	20 (80.0) *
安全のために抑制は必要という考え	9 (13.6)	57 (86.4)	13 (22.4)	45 (77.6)	9 (36.0)	16 (64.0)	

\*p &lt; 0.05, \*\*p &lt; 0.01

χ<sup>2</sup> 検定もしくは、期待値5未満のセルが20%以上の場合はFisher直接確率検定

表8 転倒予防連携の満足に影響する促進要因及び阻害要因

		回帰係数	オッズ比	95%信頼区間		p 値	
				下限	上限		
促進 要因	リーダーが必要	-1.03	0.36	0.14	0.91	0.031	*
	中心的役割を果たす小組織が必要	-0.62	0.54	0.19	1.55	0.25	モデル $\chi^2$ 検定, $P < 0.05$
	連携を支援する組織体制が必要	1.12	3.05	1.45	6.44	0.003	**
	業務内容の見直しが必要	-0.95	0.39	0.16	0.94	0.036	*
	定数	0.02					$p = 0.991$ , 判別の中率63.1%
阻害 要因	コミュニケーションしづらい職場の雰囲気	-0.51	0.60	0.28	1.29	0.192	モデル $\chi^2$ 検定, $P < 0.05$
	転倒予防の連携に対する考え方のずれ	-1.03	0.36	0.16	0.81	0.014	*
	職種間に意識の垣根がある	-0.89	0.41	0.18	0.93	0.032	*
	定数	0.61					$p = 0.934$ , 判別の中率64.4%

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

1. 転倒予防満足 「大変そう思う・そう思う・どちらかといえばそう思う」 = 1  
「どちらかといえばそう思わない・そう思わない・全くそう思わない」 = 0
2. 促進・阻害要因 「思う」 = 1 「思わない」 = 0

変数の有意性は、「リーダーが必要」が  $p < 0.05$ 、「連携を支援する組織体制が必要」が  $p < 0.01$ 、「業務内容の見直しが必要」が  $p < 0.05$ であった。このモデルのHosmer-Lemeshowの検定結果は  $p = 0.991$ で適合していることが示され、予測値と実測値の判別の中率は63.1%であった。

阻害要因についても同様に、有意差が見られた項目である「コミュニケーションしづらい職場の雰囲気」「転倒予防の連携に対する考え方のずれ」「職種間に意識の垣根がある」を独立変数として分析を行った。その結果、転倒予防多職種連携の満足に影響する阻害要因は、「転倒予防の連携に対する考え方のずれ」オッズ比0.36 [CI: 0.16-0.81]、「職種間に意識の垣根がある」オッズ比0.41 [CI: 0.18-0.93]であった。変数の有意性は、「転倒予防の連携に対する考え方のずれ」「職種間に意識の垣根がある」共に  $p < 0.05$ であった。このモデルのHosmer-Lemeshowの検定結果は  $p = 0.934$ で適合していることが示され、予測値と実測値の判別の中率は64.4%であった。

## 考 察

### 1. 転倒予防多職種連携に必要と思うことと現状

連携が必要と思う職種及び連携を行う職種について、全職種の約8割が同職種との連携が必要と回答し、看護師と介護職の約9割が同職種と連携を行っていたが、療法士は6割しか行っていなかった。その背景として、看護師と介護職はチーム

で患者を担当するが、療法士は個人で担当することが影響していると考えられた。また、医師との連携が必要との回答は看護師の8割、療法士の7割に上ったが、医師と連携を行っていたのは看護師の6割以下、他職種は3割以下と低く、医師は、多職種から転倒予防連携に必要と感じられているものの、連携の在り方には課題があることが明らかになった。

個別に連携が必要と思うタイミング及び連携を行うタイミングについて、転倒しそうな時やADLが変化した時には、全職種の約7割が必要と感じ、6割以上が連携を行っていた。その一方で、転倒時に必要と回答した介護職は4割、連携を行っていたのは4割と低かった。また、損傷時は看護師5割、療法士約4割、介護職3割が必要と回答したが、連携を行っていたのは看護師の4割、療法士と介護職の1割であり、必要としながらも、行っていた職種は少なかった。一度転倒した患者が再転倒するリスクは高く<sup>13)</sup>、転倒時や損傷時にこそ多職種連携がますます必要になる。しかし、連携を行っているのは、転倒しそうな時やADLが変化した時に比べ、転倒時や損傷時は低いことが明らかになった。その背景として、転倒時や損傷時は、身体状態のケアや医療的対応に追われ、転倒した状況の振り返りを多職種連携へつなげられていないことが考えられた。ADLが日々変化する回復期は、申し送り時など定期的な連携の機会だけでなく、ベッドサイドでのリスクアセスメントを行うことが重要である。患者の活動のタイミ

ングに合わせてベッドサイドカンファレンスを行うなど、個別に転倒予防連携を行う必要があると考える。また、転倒リスクチェック表が高得点の時は、全職種の4割以下が連携を必要と感じ、連携を行っているのは看護師の2割、他職種は1割以下であった。このことから、転倒リスクチェック表は転倒要因の分析であり、連携の必要性の指標として認識されていないことが明らかになった。また、多職種から情報提供を受けた時、全職種の7割以上が連携は必要と感じ、連携を行っていた一方で、多職種へ情報提供をしたい時及び相談された時は、看護師の約6割と療法士の約7割が必要と感じ連携を行っていたが、介護職はいずれも4割以下に留まった。このことから、介護職は情報提供を一方的に受ける側になりやすく、他職種から相談をされにくい状況が明らかになった。

転倒予防連携の機会について、看護師と介護職の8割が、申し送り時を連携の機会としていたが、療法士は4割以下であった。また、看護師と療法士の7割は、定期カンファレンスを連携機会と位置付けているが、介護職は5割以下であった。このことから、療法士が申し送りに参加できる、介護職が定期カンファレンスに参加できる組織体制が必要と考えられた。連絡ノートやメモは、看護師が1割、他職種は3割とあまり重要視されていなかった。ヒヤリハット報告書は、看護師の7割が連携機会と重視していたが、他職種は5割以下であったのは、ヒヤリハット報告書は看護師の報告書との意識が強いためと考えられた。個人からの直接の呼びかけは、看護師の5割と療法士の6割が連携機会と重視していたが、介護職は3割に留まっており、介護職は連携職種として直接的でなく間接的な位置づけと認識されている可能性が考えられた。

転倒予防連携に必要な共有すべき内容においては、対策であると看護師の9割が考えているのに対し、他職種は6割に留まっていた。その背景として、フォーカスグループインタビュー<sup>7)</sup>の結果からは、転倒予防に必要な情報として、看護師は療法士に対して高次脳機能障害などの情報を、療法士は看護師に対してバイタルサインや精神面の情報を必要としており、他職種が持つ転倒予防に必要な情報に関する共有不足が示唆された。転倒予防に関する情報の共有不足が、対策を不完全なものとし、対策の共有不足に影響していたことが考えられた。また、転倒予防連携に必要な共有すべき内容において、教育は、看護師と介護職は2

割であるのに対し、療法士はほぼ必要ないという回答であった。しかし、IPWを行うためには、保健医療福祉の従事者が同じ場所で共に学び、互いに学び合う専門職連携教育（Interprofessional Education：IPE）が提唱されている<sup>8)</sup>。調査実施時期には、IPEが導入されていなかったことが結果に影響したと考えられた。今後、多職種連携を推進するためにIPEの機会を定期的に設ける必要が考えられた。

## 2. 転倒予防に関する連携について

転倒予防に関する連携については、職種間に有意差は見られなかった。しかし、「新患者の入院3日以内に必要な情報を持っているか」は看護師で7割以上、他職種で6割以下と比較的低かった。入院1週間以内は最も転倒のリスクが高い<sup>14)</sup>と報告されており、前施設や病棟から、転倒につながる情報の引き継ぎ方を検討する必要が考えられた。また、「多職種連携に満足か」「組織の体制が十分に整っていると思うか」に関しては、『思う群』が全職種過半数以下であったことから、全職種の過半数以上が現状の連携に不満並びに、現状の組織の体制が不十分と感じていることが分かり、ここに多職種連携の課題が見出された。

## 3. 転倒予防連携の満足に影響する促進要因及び阻害要因

ロジスティック回帰分析の結果、全職種における多職種連携の満足に影響する促進要因として、「連携を支援する組織体制が必要」が明らかになった。また、満足に影響する阻害要因として「リーダーが必要」「業務内容の見直しが必要」「転倒予防の連携に対する考え方のずれ」「職種間に意識の垣根がある」が明らかになった。これらの項目のうち、より強い影響を及ぼしているのは「連携を支援する組織体制が必要」であった。

促進要因で職種間に有意差があった項目は、看護師の5割以上が感じていた「連携を支援する組織体制が必要」、看護師・療法士の7割が感じていた「話しやすい職場の雰囲気が必要」、療法士の7割以上が求めていた「連携の機会を設けることが必要」であった。阻害要因で職種別に有意差が見られた項目は、療法士の4割が感じていた「相手が忙しそう」と、介護職の2割が感じていた「カンファレンスで批判される可能性」であった。IPW<sup>8)</sup>では、患者の問題解決サイクルの外側にチーム形成のサイクルがあり、互いに相手を尊重して相互支援を行い、グループダイナミクスを起こす必要がある、そのためには、患者の目標を共有

し、課題を達成するリーダーを伴う必要があるとされる。しかし、今回の調査では連携の促進要因として、リーダーが必要と回答したものは、全職種ほぼ2割程度であった。また、結果からは、個々のスタッフの連携に対する意欲は高く、連携は行われているものの、転倒予防連携に関する職種間の意識の違いや、忙しそうやカンファレンスで非難されるといった職場の雰囲気、チーム形成の阻害要因として影響していることが示唆された。よって、転倒予防に関するIPWの共通認識を持ち、多職種の合意形成を推進するIPEを行うことで、連携の満足が高まる可能性が示唆された。

また、連携の満足を高め促進するためには、支援する組織体制を整えることが重要であると明らかになった。結果より、具体的には医師が転倒予防チームに参加し、療法士が申し送りに参加でき、介護職が定期カンファレンスに参加できる組織の体制を整えること、転倒時や損傷時には患者個別に転倒予防連携を行う体制を作ること、介護職を直接的なチーム連携者として全職種が共通の認識を持つことが示唆された。

#### 4. 転倒予防の多職種連携における看護職の役割

看護師は、同職種や医師との連携が行えており、定期カンファレンスへの参加も連携の機会になっていた。一方、療法士は直接他職種に呼びかけて連携を行っており、「相手が忙しそう」と感じる時、連携の阻害要因となっていた。介護職は「カンファレンスで批判される可能性」が連携の阻害要因となっていた。従って看護師の役割は、医師を連携チームへ引き入れること、療法士との連携の機会を個別にとり、介護職には専門用語を分かりやすく伝える橋渡しとしての役割が必要とされていることが示唆された。

#### 研究の限界

今回の対象者は、経験年数に職種間の有意差があり、看護師の臨床経験の方が高かったことが、結果に影響した可能性が考えられる。さらに、6施設に留まった結果であり、一般化するには限界がある。今後は、全国の回復期病棟を対象を広げて、職種間の認識の違いを明らかにしていく必要がある。また、介護職については保有する資格により意識が異なる可能性があるため、今後資格による相違を明らかにする必要がある。

#### 結 論

本研究の結果、個々のスタッフにIPWの考え方は浸透しつつあるものの、転倒予防連携に関する職種間の意識の違いや、忙しそうやカンファレンスで非難されるといった職場の雰囲気が、チーム形成の阻害要因として影響していることが示唆された。転倒予防連携を促進するには、IPEを行い、医師が転倒予防チームに参加し、療法士が申し送りに参加でき、介護職が定期カンファレンスに参加できる組織の体制を整えること、転倒時や損傷時には患者個別に転倒予防連携を行う体制を作ること、介護職を直接的なチーム連携者として全職種が共通の認識を持つことが示唆された。

#### 謝 辞

本研究の調査にご協力いただいた、看護師、療法士、介護職の皆様には心から感謝申し上げます。本研究は、平成21～23年度日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究(C) 課題番号21592745により行った研究の一部である。本研究に利益相反はない。

#### 文 献

- 1) Commodore DI : Falls in the elderly population, A look at incidence risks healthcare costs and preventive strategies, *Rehabilitation Nursing*, 20, 84-89, 1995
- 2) 土田聖司 : 当院における転倒・転落事故防止対策の現状報告-回復期リハビリ病棟と急性期病棟の比較-, *Osteoporosis Japan*, 15(2), 201-202, 2007
- 3) Chin PA, Finocchiaro D, Rosebrough A : *Interdisciplinary Rehabilitation Team : Composition, Models, Functions, Rehabilitation Nursing Practice*, McGraw-Hill Companies, Inc, 43-60, New York, 1998
- 4) Dyer JA : *Multidisciplinary, Interdisciplinary, and Transdisciplinary Educational Models and Nursing Education, Nursing Education Perspectives*, 24(1), 186-188, 2003
- 5) 氏家幸子監修, 大森武子, 泉キヨ子編 : *D.リハビリテーション患者の看護-リハビリテーションにおけるチームアプローチの意義-* (第2版), 廣川書店, 24-28, 東京, 2003
- 6) Eakman AM, Havens MD, Ager SH, et al. : Fall prevention in long-term care An in-house interdisciplinary team approach, *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 17(3), 29

- 39, 2002
- 7) 加藤真由美, 浅川康吉, 関井愛紀子, 他: 回復期リハビリテーション患者の転倒予防連携に関する職種意識の比較, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 22, 196-198, 2010
- 8) 埼玉県立大学編: IPWを学ぶ-利用者中心の保健医療福祉連携-(第1版), 中央法規, 30-39, 東京, 2009
- 9) Gibson MJ, Andres RO, Isaacs B, et al.: The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International work group on the prevention of falls by the elderly, Danish Medical Bulletin, 34 (Supple.4), 1-24, 1987
- 10) Baxter P, Markle-Reid M: An interprofessional team approach to fall prevention for older home care clients 'at risk' of falling: health care providers share their experiences, International Journal of Integrated care, 9 (28), 1-12, 2009
- 11) 牧野孝俊, 篠崎博光, 林智子, 他: チームワーク実習によるチーム医療及びその教育に対する態度の変化-保健学科と医学科学生と比較検討-, 保健医療福祉連携, 2 (1), 2-11, 2010
- 12) 渋谷菜穂子, 奥村太志, 小笠原昭彦: 看護師を対象としたRathus Assertiveness Schedule日本語版の作成, 日本看護研究学会雑誌, 30(1), 79-88, 2007
- 13) Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, et al.: Risk factor for recurrent nonsyncopal falls. A prospective study, Journal of the American Medical Association, 261, 2663-2668, 1989
- 14) van Dijk TM, Meulenberg OG, van de Sande HJ, et al.: Falls in Dementia Patients, 33(2), 200-204, 1993