

## 転倒と転落に対するチーム医療

○一色学 (OT)<sup>1)</sup> 三並広親 (OT)<sup>1)</sup> 富永直樹 (PT)<sup>1)</sup> 高石奈津子<sup>2)</sup>

医療法人 住友別子病院 1) リハビリテーション部 2) 看護部

Key Word : チーム医療, 転倒と転落

**【はじめに】**入院中,患者の転倒や転落は少なくない.要因として入院という環境の変化や疾患など様々である.当院においても入院患者の転倒と転落によるインシデント・アクシデント報告がみられる.整形病棟より転倒と転落の防止を図るため,2021年7月から転倒カンファレンス(以下カンファレンス)を実施している.カンファレンスを実施した1年間と実施する前の1年間で転倒と転落によるインシデント・アクシデント報告の減少が得られたか検証したことを報告する.

**【目的】**リハビリ評価から身体的,精神的,認知機能など,患者の状態を看護師と情報共有することで適切なセンサー選択の検討や環境セッティングを行い,入院患者の転倒と転落の防止を図る.

**【方法・内容】**週1回のカンファレンスを開催.参加者は作業療法士1名,理学療法士1名,看護師は師長その他10名程度,医療ソーシャルワーカー1名にて実施.カンファレンスの流れは,看護師が転倒と転落の危険が高い患者やセンサー対応している患者の選択を行う.リハビリでは選択された患者の情報をカンファレンスまでに担当セラピストから確認する.カンファレンスは

(1)現在のリハビリ状況や認知症の有無 (2)転倒転落の危険の有無 (3)現在のセンサー対応や環境セッティングで問題ないかなどを把握する.流れとしては,看護師から現在の病棟での状況報告後,担当セラピストからの情報を報告し共有した後現対応について対策を決定する.選択された患者以外にも転倒と転落の危険が高い患者が新たにいれば情報交換を行う.

**【結果】**インシデント・アクシデント報告では2020年7月1日~2021年6月30日で24件,2021年7月1日~2022年6月30日で24件と報告件数は同じであった.報告内容は,カンファレンス開始前は,転倒は12件(3件は骨折し手術まで至った).転落は11件 転倒と転落まで至らなかったケースが1件であった.カンファレンス開始後は,転倒は6件(2件は骨折したが手術まで至らなかった).転落は14件で転倒・転落まで至らなかったケースが4件であった.さらに①歩行器又は車椅子移動にて自立の方による転倒と転落,(以下①),②対策したが防げなかった(以下②),③センサーのON・OFF忘れ・操作ミス(以下③),④指示内容や安静度の間違い・リハビリ情報が必要だった(以下④),⑤その他(以下⑤)の5項目に分け検証した.結果カンファレンスを実施する前は①が8件,②が4件,③が4件,④が7件,⑤が1件であった.カンファレンスを実施した1年では①が7件,②が7件,③が4件,④が6件であった.

**【まとめ】**結果から報告件数は同じであったが転倒件数が半分に減少した.要因としては,カンファレンスを実施することでリハビリ情報と看護師情報を共有し対策を講じた事が転倒対策に繋がったと考える.転落件数が増えた要因としては,対策を講じていたが患者が予測以上の行動をとった為,防ぐ事が困難であったことが挙げられる.今回は,1年間という短い間でしか調査できておらず有意義な結果には至らなかった.しかしカンファレンス開始前に比べると後の方は転倒により骨折し手術に至るという結果には繋がっておらず,対策がある程度有効であったのではないかと考える.またカンファレンスを通して,他部門との情報共有を行うことでチーム医療の重要性を改めて実感できた.今回はリハビリとして身体的側面の検証を主に行ったが,今後は,認知機能や術後せん妄状態など様々な転倒要因の検証・分析を行い,看護師その他スタッフと情報共有することで転倒転落の減少・適切な環境セッティングによるセンサーコールの無駄鳴り減少などにつなげる事ができるような有効なカンファレンスを実践していきたいと考える.