

## 病棟 23（施設 23）

### 【病棟特性】

精神科救急入院料病棟。看護師の男女比は約 1：1.5 で、介入前後で 2 名のスタッフ減があった。准看護師は 1 名。病床数は 36 とかなりコンパクトで、救急入院料の基準を上回る 20 が個室で、うち耐破壊性の隔離室が 8 室である。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 7～16／月と変動が大きく、平均在院日数は約 64 日と、病床数によるものか、救急入院料病棟にしては患者回転が少なく、超急性期型～急性期型である。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 10% 前後と救急・急性期としては少なく、平均日数も 5 から 10 日と短い。施行割合としては 5% 以下水準を保っており施行量自体が少ない。身体拘束はほとんど実施がなく最終月に約 1 週間程度の要件が少数例（恐らく 1 例か？）発生したのみ。

### 【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離では月ごとに多少の変動があるものの、変動幅はわずかであり、介入前後で変化を認めない。身体拘束は施行量自体がほとんどない。介入効果としては確認できないが、施行量自体が少なく、既にかなりの水準で最小化がなされていると考えられる。

### 【考察】

介入効果としては確認できないが、施行量自体が少なく、既にかなりの水準で最小化がなされていると考えられる。

### 【結論】

現場スタッフへの意見聴取においても、既に最小化に対する意識が高いいため、今回の介入によって特に新たな意識づけにはならなかつたという回答であり、介入効果は確認されなかつた。

## 病棟 24（施設 24）

### 【病棟特性】

精神一般 13：1。看護師の人数は 29→28 人。男女比は 1：1.5 で、准看護師が 2 名。介入前後で女性看護師 1 名減。病床数 55 に対し、個室数は 39、うち耐破壊性の隔離室は 11 室とスタッフ・個室とも救急入院料を上回っている。患者特性は F2 が最も多いが、次に多いのは F8 という特徴を有す。入院が 5~7 人／月に対し退院のほうが 10~17 人／月と多い。平均在院日数も 253.3 日と、患者回転は構造に比べると決して多くはない。恐らくは重度かつ慢性例の多いケースミックスと思われる。

### 【行動制限の状況】

隔離の平均日数は 3 週間前後と長め、施行患者割合も 40%超と多い。施行割合は結果的に 30%超となり施行量自体が多い。身体拘束では変動が大きいが、施行自体は少なく、平均すると施行割合は 1%以下（施行患者割合 0~5%、平均日数 0~9 日）とわずかである。

### 【介入】

G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量において、平均日数の変化は -2.4 日の減少であり、施行患者割合が +1.3 ポイントと微増しても、施行割合の変化としては -2.9 ポイント（微減）を示し、介入後半に向け高回転化型の変化がみられた。身体拘束では介入開始月にゼロを記録したが、数日の身体拘束を要すケースが少数あるとみられ、月ごとの変動があり、結果的には平均日数の微減、施行患者割合の微減を伴い、不変であった。施行量としては、大きな変化を示してはいないが、一部隔離の高回転化の傾向がみられ、効果の可能性もある。

### 【考察】

施行量としては、大きな変化を示してはいないが、一部隔離の高回転化の傾向がみられ、効果の可能性もある。

### 【結論】

現場スタッフの意見聴取からは、介入によって患者のストレンジスの評価ができたなど患者理解の向上と最小化への意識向上によって、長期の隔離者が解除に至った一因が考えられた。結果的に短期の高回転化につながったこととは矛盾せず、効果があったと結論できる。

## 病棟 25（施設 24）

### 【病棟特性】

精神一般 13:1。看護師の人数は介入前 20 人→介入後 21 人で女性 1 名増。男女比は 1:3。病床数 50 に対し約半数が個室（26 室）で、うち隔離室は 4 室ある。患者特性は F1>F2 であり、依存症が多い。入退院は 31~49 人／月ときわめて多く、平均在院日数 36 日と、患者回転はかなり速い。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は約 20~30% と多く、平均日数は 2 週間前後とほぼ平均的。施行割合では 20% 前後となる。身体拘束では施行患者割合 5% 以下、平均日数は変動が大きいが長くて 15 日、多くは 1 週間以内であり、平均的。施行自体はわずかで、施行割合としては 1% 前後に留まる。

### 【介入】

G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量において、施行患者割合は -0.6 ポイントの不変であったが、終盤は減少傾向にあるように見える。平均日数の変化は減少方向に転じており、-1.9 日と減少と判定するにはわずかに届かないレベルの変化となった。結果、施行割合は -5.9 ポイントの減少を示した。身体拘束では施行量が少ないために平均日数に変動があるように見えるが、施行割合としてはほぼ不変であった。施行量として隔離の減少を認め。介入が効果的であった可能性がある。

### 【考察】

施行量として隔離の減少を認め。介入が効果的であった可能性がある。

### 【結論】

現場スタッフへの聞き取り調査によれば、介入によるスタッフの意識向上があり隔離解除が促進された結果とのことで、数値的にも優位な変化があり、介入効果があったと結論できる。

## 病棟 26（施設 25）

### 【病棟特性】

精神科救急入院料病棟。看護師数は病床 50 に対し 30 と多めで、男性より女性が 4 名多い。全て正看護師。介入前後でスタッフ数や構成の変更なし。病床数 50 に対し個室が 30、うち耐破壊性の隔離室が 12 室と、個室が充実している。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 11~15／月、平均在院日数は約 113 日と、救急入院料病棟にしては患者回転が少なく、急性期型に近い。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 40~50% と約半数に上る。平均日数 3 週間強、施行割合も 40% 前後といずれの指標も高い数字であり施行量自体は多い。身体拘束の施行患者割合は少なく（ほぼ 5% 以下）、施行割合も低率（1~2%）であるが、平均日数は月ごとの変動が大きく、ゼロの月から、長期の身体拘束を要することもみられ、その時々の患者特性による影響を大きく受ける。

### 【介入】

- C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
- D：隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
- E：認定看護師による定期研修会の開催
- G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離では平均日数（-1.2 日）、施行患者割合（+2.3 ポイント）とともに変動はわずかであり、施行量としての施行割合では介入前後で変化を認めない。身体拘束は増加方向の変動があり、特に平均日数で大きな増加をみると、施行量自体が少ないため特定患者の影響を大きく受けた結果であって、介入効果として論じることはできない。施行量としては、変化や減少が観察されず、介入の効果を確認できない。

### 【考察】

施行量としては、変化や減少が観察されず、介入の効果を確認できない。

### 【結論】

現場スタッフの意見では、介入により特定患者の隔離解除を促進することはあったけれど、数値に反映されるような実感は無いとのことで、介入効果は確認できない。

## 病棟 27（施設 25）

### 【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師の人数は 23、女性が男性より 3 名多くほぼ同数。介入前後で人数や構成に変化なし。病床数 50 に対し、個室数は 14 を備える。うち耐破壊性の隔離室は 2 室のみ。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 5~9／月、平均在院日数は介入前 262 日 → 介入後 153 日と大きく短縮化。患者回転として基本的にはケースミックスだが、比較的入院者があり徐々に急性期化に向かっていることが推察される。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 15~30% 程度であるが、日数は 3 週間前後と長めで、施行割合は約 10~20% となる。身体拘束の施行割合は 1% 以下（施行患者割合はほぼ 5% 以下）とわずかであり、ケースに応じて平均日数が変動して最長は 16 日程だが平均すればほぼ 5 日以内である。

### 【介入】

- C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
- D：隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
- E：認定看護師による定期研修会の開催
- G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量では、平均日数 +2.5 日、施行患者割合 +5.2 ポイントのいずれも増加を示し、施行割合でも +5.7 ポイントと 3 指標とも増加した。身体拘束は月ごとの変動があるが、結果的には介入前後でいずれの指標もほぼ変化しなかった。

### 【考察】

隔離施行量の増加がみられ、介入効果は確認できない。

### 【結論】

現場スタッフ～聴取された意見は、G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案、は有用であったが、長期のケースや救急病棟からの新規転入者の影響があったとのことで、数値を好転させるような介入効果は確認できなかった。

## 病棟 30（施設 27）

### 【病棟特性】

精神科急性期治療病棟。看護師数は 17 名で、男女比はほぼ 2 : 1 と男性が多い。介入前後で准看護師 1 名が正看護師に交代した以外、人数や男女比構成に変化ない。全病床数 48 で個室数 14、耐破壊性の隔離室は 6 室で介入前後の変化なし。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院 15／月前後、平均在院日数 82.6 日と急性期型の病棟である。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行割合は約 15~20%（施行患者割合 15~30%）と中等で、平均日数は 2~3 週間と長め。身体拘束の実施はほとんどなく、2~3 日の要件が 3~4 か月に 1 件発生する程度で、施行割合としては 1% 以下である。

### 【介入】

C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす

E：認定看護師による定期研修会の開催

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行患者割合は前後とも 21~22% で変化がなく、平均日数は +4.1 日の増加を示したが、施行割合としては +1.9 ポイントの微増にとどまった。身体拘束は実施がほぼ無いため介入効果を論じることは困難。施行量からは減少を認めず、介入効果を確認できない。

### 【考察】

施行量からは減少を認めず、介入効果を確認できない。

### 【結論】

現場スタッフの意見聴取では、行動制限量に影響した要因を新規患者の入退院数や状態の影響としており、介入に関連した回答は無く、介入効果は確認できなかった。

## 病棟 31（施設 28）

### 【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師の人数は 17 名と少ないが、病床数に対しては高比率。男女比はほぼ 1：1 で、介入前後で人数や構成に変化なし。病床数 30 とかなりのコンパクトサイズで、個室数は 19、うち耐破壊性の隔離室は 6 室と、構造だけで言えば救急入院料病棟を上回る。患者特性は介入前 F2>F3 の従来型。入退院は 5~6／月、平均在院日数は 153 日で、患者回転としては急性期型。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 20~40% の幅があり平均して約 30%、平均日数は 3 週間前後と長め、施行割合も約 20~30% と多め。身体拘束の施行割合は 3% 程度の低頻度だが（施行患者割合はほぼ 5~10%）で、ケースに応じて平均日数が大きく変動し、平均値では 2 週間程度と長め。

### 【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量では、施行患者割合が -1.1 ポイントとほぼ不変で、平均日数では -2.3 日の減少を示し、施行割合は -4.2 ポイントと微減の範ちゅうではあるが減少方向への変化を示した。身体拘束は平均日数や施行患者割合で月ごとの変動があるが、施行量としては施行割合で -0.9 ポイントでありほぼ不変。平均日数はある月に一度のみ長い日数を記録しているものの、前後平均としては -4.3 日の減少を示している。施行量としては実質的とまでは言えないものの、隔離の減少傾向、身体拘束の高回転化を示唆する変化があり、効果があった可能性を否定できない。

### 【考察】

施行量としては実質的とまでは言えないものの、隔離に減少傾向を示唆する変化があり、効果があった可能性を否定できない。

### 【結論】

現場スタッフからは、G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案、のツール自体是有用と評価されたが、院内規定によって一般の計画に組み入れができず、現れた数値の変化が介入の効果によるものとは言いづらいとの意見であり、介入効果は確認できなかった。

## 病棟 32（施設 29）

### 【病棟特性】

精神科救急入院料病棟。看護師数 24 で、男女比はほぼ 1:1（男性が 2 名多い）。介入前後でスタッフ数や構成の変更なし。病床数 45 と比較的コンパクトで、個室の 25、うち耐破壊性の隔離室 14 室はいずれも多い。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院は 13~21／月で少々の変動がみられ、平均在院日数も介入前 36.6 日→介入後 58.1 日と変動しているが、これらの数字からは、超急性期型といえる。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 50~60%と半数を超え、平均日数は 2 週間強でほぼ平均的。施行割合も 40%弱といずれの指標も高めの数字であり施行量自体が多い。身体拘束の施行患者割合 10%前後あり、平均日数は 1~2 週間程度で幅があり、施行割合は 5%前後にとどまる。

### 【介入】

- B : 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
- E : 認定看護師による定期研修会の開催
- F : ディエスカレーション研修の開催
- J : セイフティプランの使用
- M : 開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で隔離・身体拘束の振り返りを行う
- N : 数日後以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離では平均日数 (+1.0 日)、施行患者割合 (+3.3 ポイント)、施行割合 (+2.7 ポイント) といずれも微増である。身体拘束は平均日数が +3.2 日の増加、施行患者割合が -3.5 ポイントの微減で、わずかに重度限定化の特徴もあるが、結果的な施行量としての施行割合は不变であった。施行量としては、変化や減少が観察されず、介入の効果を確認できない。

### 【考察】

施行量としては、身体拘束で僅かに重度限定化の可能性があるが、明確な変化や減少が観察されず、介入の効果を確認できない。

### 【結論】

現場スタッフの意見聴取では、一患者が長期化して数値を押し上げる可能性が回答され、確かに重度限定化の要因を示唆した。最小化への意識は高いものの、結果的な施行量の減少に結びつかなかったという実感があり、介入効果については確認できなかつたとの結論。

## 病棟 33（施設 30）

### 【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師の人数は介入前 15 名→介入後 14 名と少ない。男女比はほぼ 1：1 で、男性が 1～2 名多い。准看護師 8 名を含む。介入前後で女性看護師が 1 名減のほか、構成上移動があった形跡有。病床数 40 とコンパクトであり、個室数は 13、うち耐破壊性の隔離室は 4 室と、個室率は 3 割である。患者特性は介入前 F2>F3 の従来型。入退院は 3～7 ヶ月、平均在院日数は 219 日で、患者回転としてはケースミックス型。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 10% 前後、平均日数は期間中の変動が大きく 4 週間超からゼロまで変化、結果的に施行割合も 0～10% で大きく変化する。身体拘束の実施はほとんどなく、施行割合で 1% 以下、時に発生しても数日～長くて 1 週間程度の案件が散発するのみ。

### 【介入】

- B：隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
- C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
- D：隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
- E：認定看護師による定期研修会の開催
- F：ディエスカレーション研修の開催
- G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
- H：タイムアウトの実施
- J：セイフティプランの使用
- M：開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で隔離・身体拘束の振り返りを行う
- N：数日後以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量では、施行患者割合は微減（-2.7 ポイント）であるが、平均日数は -14.2 日という大幅な減少がみられ、トレンドにおいても明らかに漸次減少を示し、ある月は実施がゼロを記録している。結果、施行割合は -6.6 ポイントの減少を記録した。身体拘束は実施がほとんどなく、数字上も不変の範ちゅうであり、効果としては言及できない。施行量として、隔離において明らかな減少を示しており、効果があった可能性が高い。

### 【考察】

施行量として、隔離において明らかな減少を示しており、効果があった可能性が高い。

### 【結論】

現場スタッフの意見では、患者特徴もあったものの、最小化への意識の高まりが昨年来より明確に高まって、データに現れない部分でも変化があったとの回答で、10 種類の介入が統合的に効果を發揮したという説明が妥当であり、介入効果によるものと結論できる。

## 病棟 34（施設 30）

### 【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師の人数は介入前 15 名、男女比はほぼ 1：1、准看護師 4 名を含む。介入前後で人数、構成上の変化なし。病床数 54 で、個室数は 7、うち耐破壊性の隔離室は 3 室と、同じ施設の病棟 33（精神一般 15：1）に比べ個室率が少ない。患者特性は介入前 F2>F3 の従来型。入退院は 2~9／月、平均在院日数は 239 日で、患者回転としてはケースミックス型。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 5~10%、平均日数は期間中の変動が大きく 2~4 週間の長めの期間で大きく変化し、施行割合も変動するが 5~10%程度に収まっている。身体拘束の実施はほとんどないが、期間の後半に施行患者割合として 5%程度に上る頻度で、1~2 週間程度の案件が発生した経緯がある。

### 【介入】

- B：隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
- C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
- D：隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
- E：認定看護師による定期研修会の開催
- F：ディエスカレーション研修の開催
- G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
- H：タイムアウトの実施
- J：セイフティプランの使用
- M：開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で隔離・身体拘束の振り返りを行う
- N：数日後以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行量では、平均日数が乱高下しているような経過であるが、介入前後で平均すると -4.6 日の減少があり、施行患者割合も -2.6 ポイントの微減で、結果的に施行割合は -3.8 ポイントの微減といずれの指標も減少方向の変化となった。ただし最終月には平均日数が最長の 31 日を記録しており、詳細を確認する必要がある。身体拘束は元来実施がほとんどなかつたようであるが、終盤に案件が発生し、施行量自体は微増にとどまった。終盤の変化は隔離の変化との関連を含め、特定ケースによる影響の可能性がある。施行量として、減少傾向を示した可能性があるが、効果については調査の上判断することが望ましい。

### 【考察】

行量として、減少傾向を示した可能性があるが、効果については調査の上判断することが望ましい。

### 【結論】

病棟 33 と同施設であり、現場スタッフの意見では 33 ほどの意識変化はなかつたが、一定の効果はあって、期間後半はやや最小化への意識が失速した可能性を回答し、よって介入効果による変化と結論できる。

## 病棟 35（施設 03）

### 【病棟特性】

精神科急性期治療病棟。看護師数は 25→27 名。男女比はほぼ 1 : 1.5（男性割合で介入前 40.0%→介入後 37.0%）。全員が正看護師。全病床数は 50 で個室数 6、うち隔離室数 5 を備える。患者特性は介入前 F2>F3 の従来型から介入後は F2>F4 に変化。入退院は介入前 38→介入後 32／月、平均在院日数 43.6 日と回転は速く、個室率以外はほぼ構造・パフォーマンスとともにほぼ救急入院料に近い超急性期型の病棟である。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 30%程度、平均日数は 10 日前後で、期間終盤を除きほぼ一定しており、平均的。施行割合は約 15~20%と個室率に近い値でやはり一定している。身体拘束の患者施行割合は期間内に 10%→5%に向かって減少、一方平均日数は 5 日~20 日超と変動が大きく平均すると 10 日前後で長め。

### 【介入】

- C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
- D：隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
- E：認定看護師による定期研修会の開催
- F：ディエスカレーション研修の開催
- G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の平均日数、施行患者割合は期間終盤に若干変化したがほぼ一定で、施行割合も 9~10%でほとんど変化しない。身体拘束では平均日数で +1.9 日の微増、施行患者割合で -5.7 ポイントの減少を示し、重度限定化の特徴を有す。施行割合は -2.6 ポイントであるが結果的に減少方向となつた。

### 【考察】

身体拘束において、重度限定化の可能性がある。

### 【結論】

現場スタッフの意見としては、数値の変化を介入の効果と関連付けできるような実感は無かったとの話。施設 03 にて好感触とされた G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案、についても病棟 35 では急性期の繁忙さから活用しにくかったという回答で、結論としては介入効果を確認できない。

## 病棟 36（施設 03）

### 【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師数は 21 名で男女比はほぼ 1：1。全員が正看護師。病床数 53 で個室数 5、うち隔離室数 4。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院数は介入前 4~5／月→介入後 10／月と急性期化あるいは後方受入ニーズの増加傾向か。平均在院日数 256.4 日と基本的には長期療養タイプ。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合 20~30%、平均日数は 2 週間前後とほぼ平均的で施行割合は約 15~20% でいずれの指標も変動は少ない。施行量は個室率を反映している印象。身体拘束の施行患者割合は 10%未満で平均すると 4~5%、平均日数は個別患者の状況を反映するとみられ 0~2 週超まで大きく変動する。結果的に施行割合は 5%未満の低頻度におさまっている。

### 【介入】

- C : 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
- D : 隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
- E : 認定看護師による定期研修会の開催
- F : ディエスカレーション研修の開催
- G : 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離に関する 3 指標はいずれも微増・微減の範囲内であり、ほぼ不変で一定。一方の身体拘束では全ての指標が減少方向で、特に平均日数では -5.1 日の減少となった。介入効果の可能性がある。

### 【考察】

身体拘束では平均日数の減少が見られ、施行量全体も減少傾向であり、介入効果の可能性がある。

### 【結論】

現場スタッフの意見聴取では、隔離の固定化の特徴が確認されたものの、身体拘束の指標の動きについて介入と関連したとの意見は無く、結論としては、介入効果を確認できない。

## 病棟 37（施設 03）

### 【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師数は 25→21 名で、介入前後で女性看護師 4 名が減員。男女比はほぼ 1：1.5。全員が正看護師。病床数 70 と大規模で、個室数は 7、うち隔離室数 3。患者特性は F2>F6 で慢性患者が多くを占める可能性があり、それを反映して入退院数 3~7／月、平均在院日数 220.9 日と長期療養型の特徴。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 20~30%、平均日数は変動を伴い 2~4 週間と長め。施行割合は約 20% 前後でほぼ一定して変動が少ない。身体拘束の施行患者割合は 10~20%。平均日数は変動があり、個別患者の状況を反映するとみられるが、2~4 週の長い範囲にあり、施行割合は 10~20% である。

### 【介入】

- C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
- D：隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
- E：認定看護師による定期研修会の開催
- F：ディエスカレーション研修の開催
- G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の施行患者割合は +5.1% の増加、平均日数は -4.8 日の減少で高回転化の特徴を有し、施行割合は 2.8% の微増であった。身体拘束の 3 指標はいずれも減少方向で、平均日数は -4.1 日と減少、施行患者割合 (-3.3 ポイント)、施行割合 (-4.4 ポイント) も微減の範囲ではあるが明確に変化した印象で、介入効果の可能性がある。

### 【考察】

隔離の高回転化、身体拘束の減少がみられ、介入効果の可能性がある。

### 【結論】

現場スタッフの意見聴取からは、介入、特に G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案、について積極的に取り組み、効果的であったとの実感が得られた。隔離では結果的に施行割合が微増であるが、新規受け入れと最小化への意識向上の両方があったと言い、それを反映するように、介入後の入棟者数が増え、高回転化を来たしたことは論理的に合致しており、効果があったと結論できる。

## 病棟 38（施設 03）

### 【病棟特性】

精神一般 15：1。看護師数は 25 名。すべて女性の正看護師で女性病棟か。病床数 70 と巨大で、個室数は 6、うち隔離室数 3。患者特性は F2>F3 の従来型。入退院数 9／月だが介入後の入棟のみ 12／月。平均在院日数は 186.6 日で長期療養型。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 10～30%程度、平均日数は変動を伴い 1～3 週間とほぼ平均的ないし時にやや長め。施行割合は約 12%前後で一定して変動が少ない。身体拘束の施行患者割合は 10～20%。平均日数は変動があり、同施設の病棟 37 と同様、2～4 週の長い範囲にある。施行割合はほぼ 10%以内におさまっている。

### 【介入】

- C：隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼りだす
- D：隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
- E：認定看護師による定期研修会の開催
- F：ディエスカレーション研修の開催
- G：個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の 3 指標はほとんど変動しないが、平均日数の増加方向への変化と施行患者割合の減少方向の変化は重度限定化の傾向を否定できなくもない。また身体拘束でも 3 指標はいずれも微減の範疇であるが、増加方向の動きは無かつたため、減少効果の傾向を否定できなくもない。

### 【考察】

明確な数値の変動がなく、介入効果とはいえないが、何らかの傾向を示した可能性がある。

### 【結論】

現場スタッフの意見聴取では、介入への取り組みは熱心で、一定の影響はあったものの、実際に数値変化を来たすような効果までは期間内には至らなかったとの印象が得られた。介入期間終了後には数値変化が確認されているという。何らかの影響が考えられるが、明確な効果があったとはいえない。

## 病棟 39（施設 14）

### 【病棟特性】

精神科救急入院料病棟であり、本研究参加病棟の中で唯一医療観察法指定病床を有す。看護師数は 30 名と極めて多く、うち 1 名が准看護師。男性割合は全体の 26.7%。全病床数 45 とコンパクトな病棟で個室数は 33 と 7 割超であった。個室が多い割に隔離室数は 3 室のみ。患者特性は F2>F3 の従来型で、入退院 18~26／月、平均在院日数 64.6→54.4 日と回転は速く、パフォーマンスは救急入院料として妥当であるが、人員や個室などの構造はその基準を大きく上回る。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は超急性期型を反映して約 30~40%。平均日数は 10 日を少し超える辺りで推移し平均的。施行割合は 15~25% の間にほぼおさまり、変動が少なく、施行量自体は病棟タイプを考慮すると多くはない。身体拘束はほとんど実施されておらず、期間内に短いエピソードが 1 例あった程度の数値である。

### 【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

N：数日後以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の平均日数は -0.3 日で不变だが、患者施行割合が介入前後で +6.7 ポイント増加したため、微増の範囲内ではあるが施行割合は +4.5 ポイントとなった。超急性期型であるにもかかわらず身体拘束の実施がほぼゼロで、隔離の施行量も少なめであることから、最小化が既に相当程度に達成されている可能性がある。人員や設備等は他に例を見ない充実ぶりで、大きな要因であろう。介入によってさらに変化したとは言えず、効果は確認できない。

### 【考察】

既に最小化が相当程度になされており、構造要因の影響も大きいことが考えられる。介入効果は確認できない。

### 【結論】

現場スタッフの意見聴取の中で、E：認定看護師による定期研修会の開催、は定義通り行われていないことが判明。また N：数日後以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う、は対象患者の発生が無かったとのことで、N については参加登録したものの、介入自体が実施されなかったという結論になる。

## 病棟 40（施設 14）

### 【病棟特性】

精神科急性期治療病棟。看護師数は 20 名。男女比は約 1 : 3、准看護師 1 名。全病床数 45 → 44、個室数 16 → 24、隔離室数 3 → 2 と介入前後で変化しており、個室化が進んで介入後は半数以上を占める。患者特性は F2 > F3 の従来型。入退院 15 ~ 28 / 月、平均在院日数 58.7 → 61.4 日と回転は速く、ほぼ救急入院料に近い超急性期型の急性期治療病棟である。

### 【行動制限の状況】

隔離の施行患者割合は 20 ~ 35% の幅、平均日数は 10 日を少し超え、平均的。施行割合は 20% 以下であり平均すると 15% 程度で、変動が少ない。身体拘束は全く実施されていない。

### 【介入】

E：認定看護師による定期研修会の開催

N：数日後以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う

### 【介入効果：ハードアウトカム】

隔離の平均日数は不变 (+0.2 日)、施行患者割合は微減 (-2.2 ポイント)、施行割合は不変 (-0.4 ポイント) といずれもほぼ変化が見られなかった。身体拘束は実施が無い。病棟 39 と同施設であるが、急性期の程度が同病棟よりやや緩やかで、隔離施行量が少なめであることや身体拘束をしないことは、既に相当の最小化が可なされている可能性が高い。病棟 39 と同様、構造的に充実しており、一要因と考えられる。施行量の変化もなく、介入効果を確認できない。

### 【考察】

既に最小化が相当程度になされており、構造要因の影響も大きいことが考えられる。介入効果は確認できない。

### 【結論】

現場スタッフの意見聴取の中で、E：認定看護師による定期研修会の開催、は定義通り行われていないことが判明（病棟 39 と同じ）。N：数日後以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う、は対象患者 1 例に実施され、介入自体は実感されていない。結論的には介入の効果は確認できない。

資料4

まとめて（介入手法の○は実際に実施した介入。さらに◎は電話調査質問の「手ごたえがあったと思える介入について」の回答から。）

病棟	介入手法										備考
	B	C	D	E	F	G	H	J	M	N	
病棟01		O		◎	◎	O			O	O	<p>(施行量から) 印象としてはあまり、こんな感じなのかなと思う。特別どうだということではなく、ただ、急性期で入院する患者が多くて、どうしても月ごとのばらつきがある。多い月は多く、少ない月は少ない。(行動制限の)ばらつきがでる。(X+1月の施行量に関して)患者数が減ったわけでもないが、行動制限を要する患者が少なくなった。急性期の患者が少なかった。</p> <p>C, E, Fは合わせたようにできた。Gに関して、個々に計画して毎朝のカンファレンスしながら、皆で意思を統一して進めた。計画の中に取り込めたかというと難しいということがあった。Nは難しかった。職員、患者のところを話をできたが、それを効果につなげたかということを言うことはできない。全ての患者にはできなかった。Mについては、不安に感じる人たちから話を聞いて、こちらから話を聞いている。 定義通りに進むことは難しかった。</p> <p>(介入について) E, Fのところは取り組みやすかった。</p>
病棟02	◎		O	O				O			<p>(施行量から) 急性期の病棟なので、ある程度のばらつきはあるだろうなどということは見てとれる。介入研究を始めるにあたって、その病棟で話し合いをしていたのが、X-3月から実施した。そのための介入の効果があったのかと思う。調べたところ、X+2カ月目から、認知症の患者が増加した。急性期の病棟で、認知症の患者をケガのないように見るにあたって、隔離の行動制限が増えたのかもしれない。憶測だが、病棟内での勉強会・カンファレンスを実施したが、入院してくる患者との実際の働きかけとのギャップがでてきたのかもしれない。</p> <p>(介入について) 病棟から言われたのは、Cの「数値を貼りだす」ということは今までにないことだったため、良かったかなという話があった。しかし、数値を貼りだすのに工夫をした方がよかったかなと思う。見やすいように数値のみならず、グラフ化して表示した方がよかったです。</p>
病棟03	O	◎		O							<p>(施行量から) 日数的に隔離の方は、月当たり平均日数が減少した。入院の受け入れる件数が増加した。入院受け入れの件数が増加したため、施行割合、患者割合に影響したと思う。</p> <p>入院を受け入れるようになると、身体拘束の恐れのある患者も増えるため、割合が増えたのではないかと思う。介入させてもらって、意識として、「やる時は、やって、早期に行動制限を解除しよう」という雰囲気になったのかなと思う。行動制限の短期間の実施を意識していたのではと思う。</p> <p>(介入について) 全部あつたと言えるが、特にCですかね。病棟に貼りだしたんですね。多職種も目につくようになり、医師を始め、広い意味で意識付けができたように思う。看護師が報告するにしても、意識して聞いてくれるようにあった。病棟内で張り出すにあたり、工夫したところは、看護室で座って記録するところの目につくところ、長時間かけて皆がいるような場所に貼りだした。数値に加えて、目標値とグラフと、B, Cが一緒になった形で貼りだした。</p>
病棟04							O				<p>(施行量について) 同じかなという感じがします。隔離の実施は少ないと思いますね。病院のデータとして取っているが、いつも大体このような感じです。日数としても10日以内で解除されていることが多い。(身体拘束に関しては、X+4月からX+5月に平均日数が上がっているが?)身体管理を必要とする方が時々、日数を押し上げる場合がある。これは、年に1, 2回このようなことがある。それが、今回にあつたのではないかと思う。</p> <p>(介入について) 手ごたえはあつたと思う。対象によるかなと思うが、判断力のある方には効果はあるかなと思う。(実施した1例を取ってみて、行動制限が多かった方であったか?)頻繁に行動制限を実施している方ではないが、(セイフティプラン実施後)言葉の暴言的なものは残ったが、ものを使って攻撃することはなくなったと思う。</p>
病棟05	O	O	O	◎		O					<p>(施行量について) 12月(X+4月)に隔離がかなりガクッと減っているのは、入院数が少なかったのでその性もあるのかなと思う。また、長期施行の患者が1人解除されているのでその影響もあるのかなと思う。介入調査実施前から、施行割合が低いが、元々割合が少ない。身体拘束で、X月、X+1月と長期施行者が解除された。また、点滴管理の患者も拘束にしているので、その時しか使わないが、食事が取れないなどの場合で身体拘束を実施したため、平均日数に影響したのだと思われる。時間単位で別に記録した。時間単位で見ると、介入前と介入後ではかなり変化があり、減った。</p> <p>(介入について) G. 最小化の計画を個々に立てることは、効果はあったと思う。具体的に言うと、今までの看護計画は、2次障害とかばっかりに注目していたが、毎日のカンファレンスで最小化にするためにどうしたらよいのかを考える上で、「行動制限をされているのは仕方ないよね」という思考から、「少なくするためににはどの時間を使ったらよいのか」ということを検討したので、使える時間を話すようにしたため具体的に動くことができるようになった。</p>

病棟06	<input type="radio"/>				(施行量について) 自分で用意してきたものと、変わりないと思う。印象と異なるということは特にない。もともとの数値目標の定義が5%以下ということだったため、自身の病棟は少ない数値であったため、少し大変であった。大きな差を出すことは大変であった。前年度と比べると少なかったため、「行動制限を減らそう」というスタッフの意識付けはもてたのかと思うが、介入によって減ったということは断言できない。  (介入について) 大きな手ごたえということは、正直なかったが、「減らしましょ」という意識付けには大きく役立ったと思う。施行量を出す、その算出方法を研究に参加するにあたり勉強させてもらい、スタッフにも伝えたところが、取り組まなくてはならないというきっかけになったと思う。	
病棟07		<input type="radio"/>			(施行量について) <b>病棟07</b> 印象自体は、特別ずれたということはない。(隔離X-1月、X+4月の割合の減少が見受けられたが?)おそらく、一過性に介入をやるということで、下がるのは下がったかなという感じですが、同時にまた元の力が働いて戻るような傾向があったのと、介入を実施しましょうということで、病院全体でも行動制限最小化しましょうということで取り組んで下がる傾向があったと思うのですが、どうしても期間的にも短いこともあります、入院数も増えてたり、増えたら減るという感じが繰り返される傾向にあったと思う。(身体拘束は隔離と同様か?)たぶん、隔離と同様な変化を取っているので同じことが言えると思う。	
病棟08		<input type="radio"/>			<b>病棟08</b> 行動制限に関する何かをやって、(グラフ)の下がって上がってということが見受けられる。病棟自体が全部部屋的に個室ですので、行動制限を実施しやすいといえばしやすい。身体拘束に関してやや上がっているのは、高齢者の方の転倒が増えてしまったことと、この病棟の最も多い年齢層は20歳未満~65歳以上ですが、やはり高齢の統合失調症の患者さんがいて、異食をすることが増えた。部屋にあるカレンダーや雑誌をちぎって食べてしまうということから、やはり拘束をせざるを得ない状況があり、グラフの上昇が見受けられたのだと思う。	
病棟09		<input type="radio"/>			<b>病棟09</b> 隔離でX月およびX+1月の平均日数がガクッと下がった時に、隔離施行患者割合が上がったのは、長期の施行者ではなく、新規に入棲した患者さんの施行が多かったから平均日数が下がったのだと思う。慢性期の男性の患者が多い病棟だが、救急から来たあるいは後方から受け取った患者がこの病棟に移って外した場合も考えられる。身体拘束の患者は、あまり救急から移ってきた患者の施行はなかったと思う。  (介入について) データとして手ごたえがあったのかということを見た時、それは何とも言えないが、具体的なスキルを学ぶに関してはスタッフも「こういうのがあるのか」と認識してくれて、(行動制限最小化)委員会で取り組もうという機運にはなった。具体的なスキルを試してみようという雰囲気にはなった。	
病棟10	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			(施行量から) 実際に施行患者割合はグラフのように多い。うちの病棟は縦同舎なので、実際に1階の行動制限を行う隔離室がある。行動制限を施錠するかしないかでは、うちでは比較的に開放で観察して、だめだったら施錠するという形で、個室使用として隔離室を使用していることもある。(X月にかけて全ての施行量が減少しているが?)介入研究で個別の行動制限最小化計画を立案を毎日やっていることが、それは良かったと思う。ただ、施行量がその月によって変化するというのは患者特性によって変化すると思う。そのため、施行量が変動してしまうと思われる。  (介入について) うち(介入病棟)にとってはGの最小化計画を立案がよかったです。ただ、Bの数値目標を立てることは、全病棟で実施した。うちでは、おのずとして観察を密にすれば、おのずと行動制限が減ってくるけれども、他は療養病棟が多いので、長期的に施行する患者が多い。それらの病棟に対して、行動制限最小化委員会で委員長と私とPSEさんとで回るが、ラウンド時に意識づけてターゲットを絞ってもらら。数値を立てた上で、その数値をクリアするためには、1人長期施行者をターゲットを立てて、その次の月のラウンドでその結果はどうだったかを検討した。行動制限最小化として病院内での活性化されて、今は数値目標を立てることはやめたが、ターゲット患者を誰にするかなどを通して、例えば、身体拘束の解除に至らなくても開放時間を長くするなど、内容的な意識は数値目標を全病棟を立てて振り分けてということをやったおかげで変わったと思う。病院全体で気にするようになったと思う。数値を減らすためにどうするかということを考える上で、まず数値目標を立てないと始まらないため、BはBでよかったと思う。	

病棟11	◎	○	○	(施行量について) 病棟11 隔離の施行割合、施行患者割合は個室の多さを反映しているか? そうですね、くなってくると思う。でも、予約とかの入院はない。ほぼ100%近く救急で警察が連れてきて入院となることが多いため、入院のムラがありますし、入院する方は隔離からというケースが多く、任意で入院して隔離ということはあまりない。状態的に悪い患者の割合が高いためとも考えられる。
				病棟12 大体グラフと同じで施行量は推移していると思う。(X+5月の隔離の平均日数、施行割合の減少が見られているが?)おそらく、長期施行の患者が開放観察を経由して何とか解除につなげられたというケースが何件かあったためと思う。その場合の隔離解除のケースで、介入は影響したか?ともどもスタンスとして、行動制限最小化していくといふ取り組みをしているので、研究を実施する前から、介入手法に近いものを実施している。病棟自体も行動制限が必要な患者が多い中、限界状態で回している。施行割合自体も10%だが、他の療養病棟では30%くらい隔離されている患者さんのような中で取り組んでいる。割合は常にだれが入っておかしくない状態で取り組んでいて、ただし部屋もないため、何とか工夫してディエスカレーションで取り組んで抑えている。ただし、介入による再確認はできたと思うが、介入によって施行量が減ったということは言い難い。
病棟13	○	○	○	(介入に関して) デブリーフィングに関しては、使えるかなと思ったが、アスペルガーの患者に対して、本人が落ちた状況でできたとしても、また別の問題が生じるケースがあった。他の対象でできたなら、効果があつたのかもしれない。タイムアウトは普段から実施している手法であったが、今回の研究ではこれまで実施している介入は除外するとなったので、やっていないものを介入手法として選択する場合、F.M.Nしかなかった。
				病棟13 データの通りだと思う。隔離をしていた患者がアルコール性の方から始まった認知症の方であった。他害行為があつたが、徐々に身体疾患に移り、介入をするにあたり、できるだけ隔離を使わないように行動制限をしない方向に向けていった。隔離を使わずにといった。身体拘束は主に身体合併症による使用が多かった。身体管理の方の拘束が多くなった。肺炎など。
病棟14	○	○	○	(介入について) Eの研修会は最小化委員会の研修として介入病棟のみならず全職員対象として4回全て実施した。周知ができたかどうかは分からぬが、参加率は高かった。  F. ディエスカレーションの研修も、代替法の研修の中でディエスカレーションがとても大事だという話だったので、ディエスカレーションの研修も暴力対策委員会の中にOVPPPの方がいたので、そこでもう一度、最小化の研修会の後に周知徹底をするように取り組んでいる。  Gの最小化計画の方は、病棟13では計画棟ものは、いだいたい計画書に沿った取り組みを現在は実施していない。介入中に計画書を用いて実施し評価した。(実際使用した結果どうだったか?)その患者の「ストレンジス」を見る点は、なかなか行動制限を実施している患者に対してスタッフは陰性感情を持ちやすいため、ストレンジスのものと考え方があつても重要で私たちにとっても役に立つた。その後も、計画書自体は今使用していないが、院内で活用しているカンファレンス用紙があるので、多職種でのカンファレンスを定期的に実施して、患者のストレンジスの考え方を盛り込みながらお互いに確認するようしている。  Mは両病棟で、精神症状の患者様の行動制限を捉え方にしたので身体疾患の方の行動制限は対象となかった。病棟13の場合は1.2例程しかなかった。管理直にデブリーフィングの必要があった場合、実際に患者用デブリーフィングシートを実施した。遂行報告書に、病棟13は2事例(隔離1、身体拘束1)で、病棟14は13事例(隔離12、身体拘束1)。安全確保という点で、かかわった職員、患者の確認ができた。行動制限の代替法がシートの中にはついたため、代替法の確認を本人の心の傷を気にかけながら、実施した。安全対策のために日本の場合、行動制限を行うことが多い確保という意味でスタッフも振りかえって検討した。その点はいい点だと思う。  JとMは実際に私が入って面接を実施した。面談はとても重要なと思う。患者様の思いを聞き出すという点でとてもシートは役立った。 •
				病棟15 (介入について) 隔離の月当たりの平均日数は長い印象がある。本来、救急を考えていると7日くらいで隔離を解除して、次の解除の方向での治療を開始すると捉えているので、うちの14日の平均日数では長い印象があり、そのため病棟日数も延びているのか(にも影響している)と思う。割合としては、やはり救急・急性期としての病棟なので、入院と同時に隔離・拘束が始まる患者が多いので、この割合は妥当かなという感じがする。患者の層によって変動があると思われる。患者層も高齢者の方もかなり多く、ひと月に3~4人の(高齢者の)入院があるので、平均日数・施行割合にも影響し変動があるのかなと思う。ここで、割合が増えた月に認知症の患者がいたのかかもしれないが、確認できていない。認知症の方が増えた時は、なかなか解除もできないし、施行割合も高くなるかなと思う。統合失調症だったりすると、そうでもないと思うが、認知症の患者だと隔離も拘束も増えてはいたと思う。  あとは、鑑定入院の方が多いので、隔離を実施していた方がいた。その方の隔離解除を慎重にしていたため、それが施行量に影響しているかは定かではないが、その点も考慮できると思う。  うちはデブリーフィングを選んだ時から、デブリーフィングの研修を全職員、病棟スタッフに実施している。医療安全からのリスクアセスメントの研修を集中的に実施したため、それぞれがリスクアセスメントを高めるという目的を持って研修会を実施したことが、結果的に行動制限を減らす要因になったと思う。介入(デブリーフィング)だけによる行動制限の減少につながったというよりは、その他(リスクアセスメント)の研修の取り組みも実施したことも含めたことが、行動制限の減少につながったと思う。

病棟18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<p>(施行量について) 施行量は変わらないだろうなという印象があった。理由としては、スタッフの意識が、できるだけ短期間、短時間で行動制限を実施するという意識が高くなかった。施設文化として、なかなかまだ外しづらいとか、長引く傾向がある。実際僕がいて何かしら言うことで、最小化に関する意識が保てることがある。しかしここで、各個人の意識は低いと思う。日数や割合に影響することはあるのだと思う。身体拘束に関しては、身体管理をする患者が施行していた。</p> <p>(介入について) タイムアウトに関しては、タイムアウトの定義に反応しているスタッフがいて、「そういう手法があるんだ」という感じで割とつかかりやすく使っていた。ただ、「隔離を避けるために使う」という感じではなく、クールダウンをするという意味で実施していた。それでも効果ない場合は、隔離にしますという流れはあった。ディエスカレーションに関しては、もう少し早く取り組んでいれば、スタッフの意識の変化につなげられたかもしれない。</p>
病棟19	<input type="radio"/>				<p>(施行量について) <b>病棟19</b> 比較的に平均して多い病棟。隔離で入院を取って、拘束につながるのは、ハード面で4床しかないため、隔離からそのまま解除になるというよりは、隔離室を開けるために拘束になるというケースがある。そのままその名残が多いのかなと思う。拘束だけというよりは、元々隔離を実施していて拘束に至った、もしくは、隔離室が一杯のため拘束に至ったというケースの患者が見られるのかなと思う。(X月からX+1月にかけて日数が下がっているが、割合が上がりつつあるのは?)介入研究をするにあたり、介入病棟というところでスタッフの意識が最小化していくというところで保たれていたのかもしれない。感染症がこの時期に流行った。ノロだったか、インフルエンザだったかが蔓延した。そこで、隔離の施行割合が増えた記憶がある。</p> <p><b>病棟20</b> 研究時は、かなり隔離室が長期化して使用している患者がほぼだったので、隔離室の入れ替わりなく毎月同じ患者が隔離室を使用していたということが平均的には見られる。比較的、拘束をするということは、拘束しても長期化するということはなかった。身体拘束に関しては、なるべく外さなければならないという意識はあったので、隔離は慢性期の患者の使用が目立つのかなと思う。このときMDIの人気が、ずっと調子良かった方が急に悪くなり入院ってきて、隔離・拘束をしたと思う。この患者に対してなかなか外すのに苦労したと思う。今は、解除されているがこのときはその患者さんの影響があるのかなと思う。</p>
病棟20	<input type="radio"/>				<p>(介入について) 介入研究時は、結果的に最小化に関する各病棟大きな大差は見られなかった。その時の患者さんの状況によって、動きがあったため、研究をしたら急に減りましたというような結果にはならなかったが、研究後のデータから見ると病棟20に関しては、その時に長期隔離をしていた患者さんが全員解除になった。師長の「解除しなくてはならない、解除の方向で考える」ということをスタッフに伝えて、意識づけていたことが、スタッフの中に意思気付いたという点があつたのかと思う。スタッフ内でも不安があったと思うが、その点もうまくフォローして病棟内でうまく回して下さっていたのかと思う。 病棟20に関しては、本当に長期化している隔離患者が多かったので、客観的にデータを通して検討することで、その師長が自分の病棟で多いという意識して、どうにかしなければならないということで、カンファレンスやスタッフ指導を取り組んだということを委員会で聞いた。師長の意識がスタッフの意識にも影響していると思う。</p>
病棟21	<input type="radio"/>				<p>(施行量について) 介入をしたが、より良い結果が得られなかつた形がある。今回行った介入が1つの介入だけだった。ただ介入の報告とは別に、セイフティプランの実施もした。なかなかいい結果は得られてはいないのが現状だが、グラフ通りかなといった感じ。</p> <p>(介入について) 行動制限最小化への啓蒙・啓発という部分で良かったのではないかと思う。</p>
病棟22	<input type="radio"/>				<p>(施行量について) <b>病棟22</b> 隔離に関して、大体この病棟は、行動制限を行う「常連」の方たちが4・5人、多い時で4・5人くらいですかね。保護室に4人、多くて5人、多い月でですね。少なかつたら、1人とか(X+2月のよう)(-)0になるとさもあるので、その差ですかね。常連さんたちの調子が良かった月がX+2月に当たったのではないでしょうか。一度入ると、大体救急病棟とは違うのですが、そうですね、1週間～10日ぐらいは入っている。2週間弱は入っていますね。全く入らないときもあるんですよ。</p> <p><b>病棟23</b> (一年を通して隔離の施行割合は10%以下、いつもこの値か?) そうです、そうです。もちろん、奈良という県の特性もあります。入院患者が東京都と比べると絶対数がもともと少ないというのはあるんですね。措置件数に関しても。当院が、隔離・身体拘束をしないのは、この新病院になってちょっとしてからずっとですね。基本的に「行動制限はしない」というスタンスなんですね。隔離は長くても1週間、拘束はしない」と、だから「1週間で治らない(1週間を超える隔離をして)、1週間で治せないならば、転院してもらい治してもらえるところで診てもらえ」というのが、うちのトップの考え方なので、最近はあまり言わなくなりましたが。ただ、どうしても救急病棟や慢性期の病棟などでは、隔離しないでおくと返って周囲に危ない状況が生じ、使わざるを得ない状況があるので、本当に絶対に必要な方しか行動制限を使うという形でしか実施しないですね。措置で入院してくるからは隔離からという考え方でもありません。</p>
病棟23	<input type="radio"/>				<p>(介入について) 両病棟ともEの介入は定義通りに実施できた。 救急病棟(病棟23)に関しては、基本私が管理しているところなので、日頃から見たり聞いたりしているのでそれほど驚くことがなかった気がします。 療養病棟(病棟22)に関しては、逆にそういう定期的な研修会を認定看護師が入って実施することが病棟単位でなかった。療養病棟では、コンフォートルームに対する「これできるかも」という反応があった。一般的な個室を使ってできるのではないかという反応があった。少しそういう考え方方が目からうろこみたいなところがあったと思います。救急病棟では、個室で代替ができるので、コンフォートルームと聞いても「個室じゃない?」という捉え方だった。うちの救急病棟は基本的に危険物以外であれば持ち込みは可にしている。患者個人が好きなように使い勝手がいいように配置は変えていいよとなっている。そのため、救急のスタッフはコンフォートルームに関しては、「いつものことじゃない?」という感じでピンとこなかったみたいです。病棟22に関して、変化があったように思う。行動制限に関する質問を介入を通して、(大谷さんに)聞いてくることがあった。</p>