

令和3年度障害者総合福祉推進事業

行動制限最小化委員会の実態に関する研究  
報告書

令和4年3月

公益社団法人 日本精神科病院協会



## 序 文

本事業は、令和3年度障害者総合福祉推進事業（45番）「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」である。障害者総合福祉推進事業は、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（平成17年法律第123号）を踏まえ、障害者施策全般にわたり引き続き解決すべき課題や新たに生じた課題について、現地調査等による実態の把握や試行的取組み等を通じた提言を得ることを目的としたもので、公益社団法人日本精神科病院協会（日精協）は例年、精神科医療の関する事業を請け負っている。

医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会（行動制限最小化委員会、以下委員会）において、入院医療について定期的（少なくとも月1回）な評価を行うことが求められる。しかし、同委員会の活動状況に関する調査が不足している。そのため、本事業は、行動制限最小化委員会の実態把握を行うとともに成果物の収集・公表を行うことで、行動制限の最小化を推進することを目的としている。

精神科入院医療においては、精神症状悪化のために隔離・身体的拘束等で患者の行動の制限が必要とされる場合がある。その際には、患者の人権に配慮しつつ、病状に応じて最も制限の少ない方法で行う必要がある。行動制限最小化委員会は、具体的な臨床活動において、この理念を実現するための組織として位置づけられている。

行動制限最小化委員会の実態に関する全国調査を行い、日精協会員病院 596 病院（50.3%）、国立・自治体立等病院 131 病院（30.4%）の計 727 病院（45.0%）から回答を得た。事例報告は、日精協会員病院から 375 件（79.4%）、国立・自治体立等病院から 97 件（20.6%）の計 472 件が得られた。好事例として、5 病院から行動制限最小化委員会の有意義な取組みを紹介して戴いた。どの病院も精神科医療現場で患者の行動制限を如何にして最小化するような工夫をしていることに対して敬服に値する。

また、本事業では、行動制限最小化委員会の理念と目的、設置の根拠、構成員、活動内容、定例会議の開催、議事内容、データの活用、参考となる学術や公的資料等の内容からなる行動制限最小化委員会の活動に資するための「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」を作成した。項目のなかには、調査結果を入れて参考になるようにした。このマニュアルは、行動制限最小化委員会の運用に大変役立つものである。是非ご活用して戴きたい。

最後に、本研究のアンケート調査に多大なご協力をしてくれた病院の皆様と管理者、好事例収集のためにインタビューに対応して戴いた病院スタッフの方々に感謝申し上げる。



令和 3 年度障害者総合福祉推進事業  
「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」

目次

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| I. 事業概要（全体のまとめ）                  | ・・・ 1  |
| II. 事業目的                         | ・・・ 6  |
| III. 対象と方法                       | ・・・ 6  |
| 1. 研究対象                          | ・・・ 6  |
| 2. 研究方法                          | ・・・ 6  |
| 3. 個人情報の取扱い                      | ・・・ 6  |
| IV. 「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」報告      | ・・・ 6  |
| 病院基礎データについての質問                   | ・・・ 6  |
| 1. 行動制限最小化委員会の構成についての質問          | ・・・ 8  |
| 2. 行動制限最小化委員会の活動実態についての質問        | ・・・ 10 |
| 3. 行動制限最小化委員会の対応内容についての質問        | ・・・ 12 |
| V. 事例報告                          | ・・・ 49 |
| VI. 好事例の収集                       | ・・・ 82 |
| VII. 考察                          | ・・・ 90 |
| 1. 調査結果全体を通じて                    | ・・・ 90 |
| 2. 看護師の立場から                      | ・・・ 92 |
| 3. 精神保健福祉士の立場から                  | ・・・ 93 |
| VIII. 行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル（別冊） | ・・・ 94 |
| IX. おわりに                         | ・・・ 95 |
| X. 参考文献                          | ・・・ 95 |
| XI. 成果物公表計画                      | ・・・ 96 |
| XII. 検討委員会                       | ・・・ 96 |



## I. 事業概要（全体のまとめ）

|         |   |
|---------|---|
| 事業名     | 行動制限最小化委員会の実態に関する研究   |
| 事業目的    | <p>医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会（行動制限最小化委員会、以下委員会）において入院医療について定期的（少なくとも月1回）な評価を行うことが求められる。しかし、同委員会の活動状況に関する調査が不足している。本事業は、行動制限最小化委員会の実態把握を行うとともに成果物の収集・公表を行い、行動制限の最小化を推進することを目的とする。</p>   |
| 事業概要と手法 | <p>事業概要及び手法は以下の通りである。</p> <p><b>1. 研究対象</b></p> <p>公益社団法人日本精神科病院協会（以下、日精協）の全ての会員病院（1,186病院）と精神病床を有する国立・自治体立等病院（以下、自治体病院）の全ての病院（431病院）の計1,617病院である。</p> <p><b>2. 研究方法</b></p> <p>対象施設にアンケート形式の調査票をメール、郵送等で送付し、記入後返送して頂き、集計・分析を行う。およそ6割の病院からの回答を目標とする。調査内容は、行動制限最小化委員会の実態を把握するため、(1)委員会の構成について (2)委員会の活動実態について (3)委員会の対応内容についての項目について全国調査を実施する。研究期間は、令和3年9月末から令和4年3月31日である。</p> <p><b>3. 好事例の収集</b></p> <p>アンケート調査結果から、行動制限最小化委員会の活動が他の病院に参考になるような好事例を抽出し、オンラインによるインタビュー形式で活動の詳細を確認する。</p> <p><b>4. 行動制限最小化委員会の活動に資するためのマニュアル作成</b></p> <p>アンケート調査結果をもとに、行動制限最小化委員会の理念と目的、設置の根拠、構成員、活動内容、定例会議の開催、議事内容、データの活用、参考となる学術や公的資料等の内容からなる行動制限最小化委員会の活動に資するためのマニュアルを作成する。</p> <p><b>5. 倫理的配慮</b></p> <p>個人情報の取扱いについて十分に検討し、病院、病院名は出さない。本事業内容では、個人情報の扱いはないので、日精協の倫理会議の審査は不要と判断した。</p> |
| 事業実施結果  | <p>日精協会員596病院（50.3%）、国立・自治体立等病院131病院（30.4%）の計727病院（45.0%）から回答を得た。事例報告は、日精協会員病院から375件（79.4%）、国立・自治体立等病院から97件（20.6%）の計472件が得られた。</p> <p>病院の基礎データでは、平均病床数は300床、6割の病院が4病棟まで、5病棟以上の病院が4割を占めていた。開放病棟のみが29病院（4.0</p>   |

%)、閉鎖病棟のみの病院が4割を占めた。年間の新規入院者数（令和2年1月～12月）の平均は280.1人、医療保護入院者数の平均は133.6人、応急入院者数の平均は2.6人、措置入院者数の平均は6.3人である。半数弱が非自発入院であった。保護室数（施設可能な個室）では、なしと回答したのが40病院（5.5%）、平均が9.3室、最大81室であった。行動制限最小化委員会を有する病院が709（97.5%）、電子カルテを使用しているのは345病院（47.5%）であった。

#### (1) 行動制限最小化委員会の構成についての質問

委員長は9割弱が医師であり、看護師、精神保健福祉士が担っている病院もある。構成員は、最小3人、最大47人、平均11.2人で、医師が入っていない病院はない。看護師は、最大35人、平均5.9人、専門看護師および精神科認定看護師が構成員になっている病院が1/4であった。精神保健福祉士は殆どの病院で構成員になっており、最大10人、平均1.3人であった。8病院で当事者が、1つの病院で当事者の家族が入っていた。4病院で弁護士が構成員になっていた。委員会に下部組織があるのは1割、下部組織に医師が入っていることは少なく、殆どの病院では下部組織に看護師が入って活動している。

#### (2) 行動制限最小化委員会の活動実態についての質問

1ヶ月間の委員会開催数（令和3年4月～7月の4ヶ月間の平均）は、1～5回が688病院（99.4%）で、最大4.5回、平均1.1回であった。平均開催時間は21～40分が最多の333病院（47.0%）、最長240分、平均32.7分であった。勤務時間内に実施しているのが大多数であるが、勤務時間外が約5%であった。最小化委員会の審議内容は、ケアの質や安全性についての直接的な検討であるため、看護師のケア時間に含めることが本来であると考えられる。司会者は半数で看護師が行い、医師は1/4であった。主に発言する職種は、看護師が6割、医師は3割であった。「医師の積極的な関与・発言はあるか」の質問には、9割が有であったが、1割の病院では「ない」と回答している。委員会で取り上げる対象の病棟数は、病院全体の病棟数にもよるが、最大14病棟、平均3.9病棟、19病院が10病棟以上を対象としていた。委員会で取り上げる隔離患者数は8割の病院が全員を対象とし、隔離患者数は、3人未満が201病院（28.3%）、3～6人が179病院（25.2%）であり、最大102人、平均10.1人であった。50人以上を対象としているのが、17病院あった。委員会で取り上げる身体的拘束患者は、全員を対象としているのが582病院（82.1%）、委員会で取り上げる身体的拘束患者数は、3人未満が341病院（48.1%）、3～6人：149病院（21.0%）で、最大106人、平均7.3人である。50人以上を対象としているのが、11病院あった。殆どの病院で、定型的な議事録、行動制限最小化委員会の規定・規約があり、行動制限最小化委員会のマニュアルを整備しているのが、513

病院（72.4%）であった。

### (3) 行動制限最小化委員会の対応内容についての質問

654病院（92.2%）が委員会で行動制限最小化の何らかのアクションをしている。331病院（46.7%）と半数の病院で、病棟のラウンドを行っている。殆どの病院が、隔離・拘束に対しての知識・情報の提供を行っており、602病院（84.9%）で隔離・拘束に対しての技術支援をしている。隔離・拘束症例に対しての勧告や介入をしているのは、557病院（78.6%）と8割を占め、勧告や介入に対して、「実際には是正されたことがある」と回答したのは、489病院（87.8%）であった。研修会の企画は、624病院（88.0%）で行っているが、委員会で年度目標を立てて活動し、年度末に総括しているのは、291病院（41.0%）に留まった。441病院（86.0%）が、マニュアルの見直し、改定を行っている。隔離・拘束に関わった方への労いを行っているところは、341病院（48.1%）と半数、隔離拘束エピソードのデブリーフィング（振り返り）を行っているのは、462病院（65.2%）であった。

678病院（95.6%）が、一覧性台帳を利用しており、さらに病院独自の集計をしているところは、485病院（68.4%）。394病院（55.6%）では、隔離・拘束のデータを院内掲示や職員に通知をしている。電子カルテを導入している病院では、283病院（83.7%）が電子カルテの機能を活用しており、21病院（6.2%）が電子カルテの患者情報を記録した何らかのデータ分析ツールを導入していた。

「行動制限最小化委員会において何に力点を置いていますか」の質問で、最も多いのは、「職員同士の情報共有、連携」、次いで「精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解」であった。逆に少ないのは、「委員会活動の充実」「医師の積極的な関与」であった。一方、「行動制限最小化委員会において何が足りていないと思いますか」の問いの最多は、「委員会活動の充実」で、次いで「精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解」「職員同士の情報共有、連携」であった。「医師の積極的な関与」を挙げる病院が多いと予想したが、そうではなかった。

委員会の活動で行動制限の最小化に繋がったことがあると回答したのが606病院（85.5%）に上った。

### (4) 事例報告・好事例の収集

321病院（44.2%）から、行動制限最小化の事例を報告して戴いた。内容別では、「委員会の活動内容について」が最多で222件（47.0%）であった。また、自治体立病院から1病院（岡山県精神科医療センター）、日精協会員病院から4病院（公益社団法人岐阜病院、社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院、医療法人仁精会三河病院、社会福祉法人天心会小阪病院）を抽出して、計5病院から、オンライ

|           |  |
|-----------|--|
|           | <p>ンを用いたインタビュー形式で、好事例を収集した。</p> <p>(5)行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル</p> <p>行動制限最小化委員会の理念と目的、設置の根拠、構成員、活動内容、定例会議の開催、議事内容、学術や公的資料等の内容からなる「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」を作成した。それぞれの項目に、アンケート調査結果を入れて参考になるようにした。</p>  |
| <p>考察</p> | <p>行動制限最小化委員会は、医療保護入院等診療料を算定するために必要があるのではなく、精神科病院に入院する患者は病状によって本人の意思に反した行動制限をしなければならない時もあり、患者の人権や意思決定を尊重し、行動制限を最小にするために委員会があるのだということを、はじめに明記する。</p> <p>「行動制限最小化委員会の構成について」の質問項目では、委員長は、9割弱が医師であった。2割の病院で専門看護師および精神科認定看護師が入っていた。また、リンクナースという看護師が構成員となって、各病棟や委員会と病棟との橋渡し役をしている病院も見られた。精神保健福祉士の活動が効果的に作用しているという評価もあったが、活動が見られないという記述もあった。行動制限最小化を「間接的に担う」職種としての積極的関与が求められる。8つの病院では病院職員以外の当事者が構成員になっており、4病院では弁護士1人が入っていた。精神科病院は、外部から遮断されて透明性がないと思われがちなので、外部委員を入れても良いだろう。1割の病院で委員会に下部組織があり、看護師主体である。医療安全委員会所属の看護師が構成員になったり、下部組織にCVPPP委員会があるのは、患者行動制限と医療安全の関係から考えると、良い方法である。</p> <p>「行動制限最小化委員会の活動実態について」の質問項目では、委員会の開催は、平均月1回、開催時間は、大部分が1時間以内である。勤務時間内の実施が大多数であるが、勤務時間外が約5%であった。最小化委員会の審議内容は、ケアの質や安全性についての直接的な検討であるため、看護師のケア時間に含めることが本来である。委員会で取り上げる隔離患者と身体的拘束患者を全員に行っているのはどちらも8割で、身体的拘束がより行動制限が高度で全員を取り上げる病院が多いと予想されたが、同じであった。3割弱の192病院が委員会のマニュアルがないと回答しているので、本事業で作成した「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」を活用し、行動制限最小化委員会の活性化に結び付けていただきたい。</p> <p>「行動制限最小化委員会の対応内容について」の質問では、殆どの病院で、委員会が隔離・拘束に対しての知識・情報を提供し、8割以上が隔離・拘束に対しての技術支援をしている。隔離・拘束症例に対しての勧告や介入をしている病院が8割弱あり、9割で勧告や介入に対</p> |

して、実際に是正されたことがあった。委員会が行動制限最小化に向けて大きく寄与している証である。また、隔離・身体的拘束に対し、医師・看護師のみの視点ではなく、他職種や外部委員を含めた第三者の視点が活かされた病棟ラウンドを実施している病院は約半数であった。殆どの病院で一覧性台帳を利用していた。

行動制限最小化委員会において力点を置いているのは、「職員同士の情報共有・連携」で、行動制限最小化委員会において足りていないと考えているのは、「委員会活動の充実」であった。「看護師の積極的な関与」が足りていないと思う病院は少なく、行動制限最小化委員会では看護師の役割が大きいと思われた。

本調査で、321病院から472件に及ぶ事例報告が寄せられたのが目を引いた。委員会が、既存のシステムと巧みにつながり、行動制限最小化に関する重層的な立体構造の拠点となるような組織づくりが指向されていた。委員会は多職種多部署で構成され、病棟とは距離のある第三者的機関とし、さらに、医療安全・記録・教育・感染防止対策等の委員会と連携できる体制を敷いていた。最小化の実践技術の底上げを図るとともに、全職員に向けて理念を浸透させようとしていた。

好事例5病院の調査では、各病院とも看護師がその活動の中核をなし、行動制限最小化に向けて奮闘し、臨床の中で大きなジレンマを抱えている様子も再認識できた。「行動制限最小化計画書」による行動制限最小化の他、患者のストレングスを見出す取り組みもあった。

また、行動制限最小化には、病院管理者のリーダーシップの重要性が浮かび上がった。「拘束ゼロ作戦」の発出や行動制限最小化で秀逸な成果をあげた病棟に対し、理事長賞の授与に繋げている病院もあり、参考事例として有意義な取り組みである。

一方、組織づくりの阻害要素も挙がった。委員の積極性に関する課題、長期の隔離・身体的拘束実施者に対し新しい視点で意見が出ないという課題、それらの帰結ともいえる委員会の停滞や形骸化である。

精神科病院での患者処遇にあたっては、精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（厚生省告示第130号、昭和63年4月8日）を遵守する必要がある。加えて、障害者権利条約第14条に「身体的自由及び安全」の項目が明記されており、精神科医療においても、障害者権利条約を念頭におかなければならない。

精神科病院に入院する際には、本人の意思で入院する任意入院にするのが第1であるが、行動制限最小化委員会の役割として、非自発入院者の入院形態についての検討も必要である。

今回の調査と「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」の活用が、我が国の精神医療における行動制限の最小化に結びつくことを、心から祈念するものである。

## II. 事業目的

医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会（行動制限最小化委員会）において、入院医療について定期的（少なくとも月1回）な評価を行うことが求められる。しかし、同委員会の活動状況に関する調査が不足している。

本事業は、行動制限最小化委員会の実態把握を行うとともに成果物の収集・公表を行うことで、行動制限の最小化を推進することを目的とする。

## III. 対象と方法

### 1. 研究対象

公益社団法人日本精神科病院協会（以下、日精協）の全ての会員病院（1,186病院）と精神科病床を有する国立・自治体立等病院（以下、自治体病院）（431病院）の計1,617病院。

### 2. 研究方法

対象病院にアンケート形式の調査票をメール、郵送等で送付し、記入後返送して頂き、集計・分析を行う。およそ6割の病院からの回答を目標とした。調査内容は、行動制限最小化委員会の実態を把

握するため、下記項目について全国調査を実施した。質問票は添付資料に示す。研究期間は、令和3年9月末から令和4年3月31日である。

- (1) 委員会の構成について
- (2) 委員会の活動内容について
- (3) 委員会の対応内容について

### 3. 個人情報の取扱い

病院名は出さない。但し、好事例のインタビュー病院は、病院名を掲示し、他の病院の参考になってもらう。

## IV. 「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」報告

アンケートを郵送した医療機関は日精協会員1,186病院、自治体病院は431病院の計1,617病院である。そのうち、日精協596病院（50.3%）、自治体病院131病院（30.4%）の計727病院（45.0%）から回答を得た。回答数の内訳は日精協病院82.0%、自治体病院18.0%である。事例報告は、日精協会員病院から375件（79.4%）、国立・自治体立等病院から97件（20.6%）の計321病院から472件が収集された。集計結果及び図表は添付する。

## 病院基礎データについての質問

### 1 病床数

病床数がないところはない。1～199床：257病院（35.4%）、200～399床：314病院（43.2%）、400床以上：155病院（21.3%）である。平均病床数は、300.4床。

#### 1-2 精神病床数

1～199床：379病院（52.1%）、200～399床：286病院（39.3%）、400床以上：61（8.4%）である。平均病床数は、210.2床であり、半数は199床以下の病院であった。

### 2 精神病棟数

1病棟：102病院（14.0%）、2病棟：83病院（11.4%）、3病棟：127病院（17.5%）、4病棟：126病院（17.3%）、5病

棟以上：289病院（39.8%）。6割の病院が4病棟までで、5病棟以上の病院が4割を占め、1つのみの病棟は14%と少ない。

#### 2-2 閉鎖病棟数

なし：29病院（4.0%）、1病棟：152病院（20.9%）、2病棟：145病院（19.9%）、3病棟：149病院（20.5%）、4病棟：95病院（13.1%）、5病棟以上：150病院（20.6%）である。開放病棟のみが29病院（4.0%）であった。

#### 2-3 閉鎖病棟の割合（閉鎖病棟率）

0%：29病院（4.0%）、～49%：82病院（11.3%）、50～75%：230病院（31.6%）、76%～99%：87病院（12.0%）。

全てが閉鎖病棟であるのは、292 病院（40.2%）。開放病院のみの病院は 4%、閉鎖病棟のみの病院が 4 割を占めていた。平均は、74.4%である。

### 3 専門病棟

救急病棟有：130 病院（17.9%）、急性期病棟有：291 病院（40.0%）、認知症病棟有：281 病院（38.7%）。

### 4 年間入院者数（令和 2 年 1 月～12 月）

なしと回答したのが、9 病院（1.2%）、1～99 人：130 病院（17.9%）、100～199 人：215 病院（29.6%）、200～399 人：225 病院（30.9%）、400～599 人：80 病院（11.0%）、600～799 人：28 病院（3.9%）、800 人～999 人：8 病院（1.1%）、1000 人以上：21 病院（2.9%）であった。入院者数の平均は、280.1 人である。

#### 4-2 任意入院者数

なしと回答したのが、19 病院（2.6%）、1～99 人：333 病院（45.8%）、100～199 人：226（31.1%）、200～399 人：108 病院（14.9%）、400～599 人：23 病院（3.2%）、600～799 人：2（0.3%）、800 人～999 人：1 病院（0.1%）、1000 人以上：3 病院（0.4%）である。任意入院者数の平均は、135.8 人である。

#### 4-3 医療保護入院者数

なしと回答したのが、14 病院（1.9%）、1～99 人：412 病院（56.7%）、100～199 人：150 病院（20.6%）、200～399 人：103 病院（14.2%）、400～599 人：21 病院（2.9%）、600～799 人：7 病院（1.0%）、800 人～999 人：2 病院（0.3%）、1000 人以上：7 病院（1.0%）である。医療保護入院者数の平均は、133.6 人である。

#### 4-4 応急入院者数

なしと回答したのが、554 病院（76.2%）、1～9 人：116 病院（16.0%）、10～19 人：16 病院（2.2%）、20～49 人：21 病院（2.9%）、50～99 人：7 病院（1.0

%）、100 人以上：2（0.3%）である。応急入院者数の平均は、2.6 人である。

#### 4-5 措置入院者数（緊急措置含、 緊措⇒措置は 1 人）

なしと回答したのが、313 病院（43.1%）、1～9 人：289 病院（39.8%）、10～19 人：41 病院（5.6%）、20～49 人：55 病院（7.6%）、50～99 人：16 病院（2.2%）、100 人以上：2 病院（0.3%）である。措置入院者数の平均は、6.3 人である。応急入院と比べると、措置入院を受け入れていなかった病院は少なく、4 割の病院が 9 人以下の受入れであった。50 人以上入院したのは、18 病院である。

#### 4-6 その他の入院者数（鑑定入院等）

なしと回答したのが、606 病院（83.4%）、1～9 人：91 病院（12.5%）、10～19 人：13 病院（1.8%）、20～49 人：1 病院（0.1%）、50～99 人：2 病院（0.3%）、100 人以上：3 病院（0.4%）である。100 人以上の 3 病院は、医療観察法の指定病院、知的障害者が多い病院である。

#### 4-7 非自発入院者数の比率

なしと回答したのが、5 病院（0.7%）、～19%：100 病院（13.8%）、20～49%：263 病院（36.2%）、50～69%：196 病院（27.0%）、70%以上：143 病院（19.3%）であった。46%と半数弱が、非自発入院ということになる。

### 5 保護室数（施錠可能な個室、病院全体）

なしと回答したのが、40 病院（5.5%）、1～5 室：283 病院（38.9%）、6～9 室：168 病院（23.1%）、10～19 室：150 病院（20.6%）、20～29 室：50 病院（6.9%）、30 室以上：30 病院（4.1%）であった。平均が 9.3 室、最大 81 室である。

#### 5-2 保護室以外の施錠可能な個室数 （病院全体）

なしと回答したのが、199 病院（27.4%）、1～5 室：112 病院（15.4%）、6～9 室

：82 病院（11.2%）、10～19 室：106 病院（14.6%）、20～29 室：56 病院（7.7%）、30 室以上：153 病院（21.0%）であった。平均が 19.7 室、最大 287 室であった。施設可能は個室数が多いと思われるが、今回の調査では、隔離の指示がある患者数の質問項目はないので、実際に隔離となっている患者数の算出はできない。

## 6 行動制限最小化委員会がありますか。

有：709 病院（97.5%）、無：18 病院（2.5%）。行動制限最小化委員会は、診療報酬上医療保護入院等診療料をとるために必要があるだけでなく、患者の行動制限を最小にするという患者の人権に配慮した取組みを行う役割があるので、無と回答した病院は、早急に委員会を立ち上げてもらいたい。

## 7 医療保護入院等診療料を算定していますか。

有：652 病院（89.2%）、無：59 病院（8.1%）。行動制限最小化委員会はあるが、医療保護入院等診療料を算定していないのが 42 病院（5.8%）ある。このうちわけは、医療保護入院が 300 人以上、応急入院が 100 人以上、措置入院が 20 人以上の病院もある。診療報酬の算定要件は満たしているのであれば算定した方が良いと思われる。

## 8 電子カルテを使用していますか。

有：345 病院（47.5%）、無：380（52.3%）。半数が導入済みである。電子カルテのメリットは大きいですが、導入費用の問題がある。コストが安くなればもっと普及するだろう。

# 1 行動制限最小化委員会の構成についての質問

## 1-1 委員長はどの役職の方がついていますか。

医師：613 病院（86.5%）、看護師：63 病院（8.9%）、精神保健福祉士：19 病院（2.7%）の順である。9 割弱が医師であり、無回答以外、これら 3 職種以外の役職が委員長についている病院はない。

## 1-2 全員で何名の構成員がいますか。

1-5 人：49 病院（6.9%）、6-9 人：271 病院（38.2%）、10 人以上：386 病院（54.4%）。最小 3 人、最大 47 人、平均 11.2 人であった。30 人以上が 8 病院、このうち 4 人以上が 4 病院あった。

## 1-3 医師は何人いますか。

0 人はない。1 人：365 病院（51.5%）、2 人：156 病院（22.2%）、3 人：62 病院（8.7%）、4 人以上：126 病院（17.8%）。最大 20 人、平均 2.3 人である。

## 1-4 そのうち、指定医は何人ですか。

0 人：9 病院（1.3%）、1 人：398 病院（56.1%）、2 人：149 病院（21.0%）、3 人：62 病院（8.7%）、4 人以上：91 病院（12.8%）。最大 13 人、平均 2.0 人であった。

## 1-5 看護師は何人いますか。

0 人の病院はない。1 人：40 病院（5.6%）、2 人：49 病院（6.9%）、3 人：80 病院（11.3%）、4 人以上：540（76.2%）。最大 35 人、平均 5.9 人であった。

## 1-6 そのうち、専門看護師および精神科認定看護師は何人ですか。

0 人：549 病院（77.4%）、1 人：113 病院（15.9%）、2 人：23 病院（3.2%）、3 人：14 病院（2.0%）、4 人以上：4（0.6%）。最大 6 人、平均 0.3 人であった。

## 1-7 精神保健福祉士は何人いますか。

0 人：23 病院（3.2%）、1 人：514 病院

(72.5%)、2人：123病院(17.3%)、3人：34病院(4.8%)、4人以上：15(2.1%)。最大10人、平均1.3人であった。

#### 1-8 社会福祉士は何人いますか。

0人：593病院(83.6%)、1人：89病院(12.6%)、2人：15病院(2.1%)、3人：5病院(0.7%)、4人以上：4(0.6%)。最大7人、平均0.2人であった。

#### 1-9 薬剤師は何人いますか。

0人：579病院(81.7%)、1人：122病院(17.2%)、2人：7病院(2.0%)、3人以上はなし。最大2人、平均0.2人。

#### 1-10 心理士・公認心理師は何人ですか。

0人：611病院(86.2%)、1人：86病院(12.1%)、2人：8病院(1.1%)、3人：1病院(0.1%)、4人以上：1病院(0.1%)。最大4人、平均0.2人であった。

#### 1-11 栄養士は何人いますか。

0人：613病院(86.5%)、1人：90病院(12.7%)、2人：4病院(0.6%)、3人：1病院(0.1%)、4人以上：なし。最大3人、平均0.1人であった。

#### 1-12 事務職は何人いますか。

0人：358病院(50.5%)、1人：263病院(37.1%)、2人：63病院(8.9%)、3人：14病院(2.0%)、4人以上：9病院(1.3%)。最大7人、平均0.7人であった。

#### 1-13 当事者は何人いますか。

0人：699病院(98.6%)、1人：3病院(0.4%)、2人：なし、3人：1病院(0.1%)、4人以上：4病院(0.6%)。当事者が入っているのは、8病院であった。

#### 1-14 そのうち、いわゆるピアサポーターの方は何人いますか。

当事者が入っているのは8病院であるが、ピアサポーターはいなかった。

#### 1-15 当事者のご家族は何人いますか。

0人：706病院(99.6%)、1人：1病院(0.1%)、2人：なし、3人：なし、4

人以上：なし。

#### 1-16 弁護士は何人いますか。

0人：703病院(99.2%)、1人：4病院(0.1%)、2人：なし、3人：なし、4人以上：なし。

#### 1-17 社会福祉サービスの職員は何人いますか。

0人：689病院(97.2%)、1人：13病院(1.8%)、2人：4病院(0.6%)、3人：なし、4人以上：なし。

#### 1-18 人権擁護団体の職員は何人ですか。

0人：704病院(99.3%)、1人：3病院(0.4%)、2人：なし、3人：なし、4人以上：なし。

#### 1-19 上記の方以外は何人いますか。

0人：574病院(81.0%)、1人：92病院(13.0%)、2人：19病院(2.7%)、3人：8病院(1.1%)、4人以上：13病院(1.8%)。最大14人、平均0.3人。

#### 1-20 それは、どんな職種ですか。

作業療法士：106病院、検査技師：20病院、看護助手：9病院、理学療法士：5病院、介護福祉士：5病院、相談員・支援員：4病院であった。作業療法士が構成員になっている病院が多い。これは、栄養士、心理士よりも多い。

#### 1-21 構成員への謝礼、御礼はありますか。

有：7病院(1.0%)、無：675病院(95.2%)。謝礼を支払っている病院はわずか1%である。

#### 1-22 委員会には下部組織はありますか。

有：71病院(10.0%)、無：624病院(88.8%)。

#### 1-23 「有」の場合以下の質問。

具体的には？組織の概要について  
小委員会 / 行動制限最小化チーム / 病棟毎の行動制限検討会 / 実働に当たる小委員会 / 保護室会議 / 啓発活動・教育 / CVPPP委員会・チーム / 行動制限最小化チーム会議 / 各病棟の担当者 / 隔離拘束部会 / 各病棟単位で

の検討会 / 各病棟看護師 / 行動制限最小化研究会 / 分科会 / チーム / 看護部行動制限最小化係 / 行動制限最小化リンクスタッフ / 最小化実行委員会 / 行動制限最小化チーム会議 / 委員会内容伝達 / 虐待防止委員会 / 医療保護入院者退院支援委員会・事後審査委員会 / 行動制限最小化看護チーム / 行動制限最小化部会 / 行動制限ワーキンググループ / 行動制限最小化推進部会 / 実地審査部会 / 看護部行動制限最小化係 / 行動制限の解除目標を超過したケース検討をする小委員会

#### 1-24 下部組織の構成員は何人ですか。

1～5人：15病院（21.1%）、6～9人：30病院（42.3%）、10人以上：24病院（33.8%）。

#### 1-25 下部組織に医師は何人いますか。

0人：48病院（67.6%）、1人：12病院（16.9%）、2人：5病院（7.0%）、3人：2病院（2.8%）、4人以上：3病院（4.2%）。7割近くで医師が入っていない。

#### 1-26 下部組織に看護師は何人いますか。

0人：1病院（1.4%）、1人：3病院（4.2%）、2人：5病院（7.0%）、3人：3病院（4.2%）、4人以上：58（81.7%）。殆どの病院では下部組織に看護師が入って活動している。

#### 1-27 下部組織に精神保健福祉士は何人いますか。

0人：36病院（50.7%）、1人：23病院（32.4%）、2人：8病院（11.3%）、3人：3病院（4.2%）、4人以上：なし。半数の病院で下部組織に精神保健福祉士が入っている。

#### 1-28 下部組織に上記以外の方はいますか。

有：16病院（22.5%）、無：53病院（74.61-29 「有」の場合、具体的には？  
作業療法士：9病院、検査技師：4病院、心理士：4病院、薬剤師：3病院、事務職：3人。他に、研修医、保健師、看護助手、支援員・相談員、介護福祉士、栄養士、保育士がそれぞれ1人ずつである。

## 2 行動制限最小化委員会の活動実態についての質問

### 2-1 委員会開催は月に何回ですか。

（令和3年4月～7月の4ヶ月間の平均）  
0回：4病院（0.6%）、1～5回：688病院（99.4%）、6回以上：なし。最大4.5回、平均1.1回であった。

### 2-2 令和3年4月

0回：11病院（1.6%）、1回：655病院（92.4%）、2回：21病院（3.0%）、3回以上：19病院（2.7%）。最大5回、平均1.1回であった。

### 2-3 令和3年5月

0回：13病院（1.8%）、1回：651病院（91.8%）、2回：24病院（3.4%）、3回以上：18病院（2.5%）。最大5回、平均1.1回であった。

### 2-4 令和3年6月

0回：7病院（1.0%）、1回：656病院（92.5%）、2回：21病院（3.0%）、3回以上：22病院（3.1%）。最大7回、平均1.1回であった。

### 2-5 令和3年7月

0回：10病院（1.4%）、1回：654病院（92.2%）、2回：19病院（2.7%）、3回以上：23病院（3.2%）。最大7回、平均1.1回であった。

### 2-6 直近3回のおおよその平均開催時間はどれくらいですか。

10分未満：16病院（2.3%）、10～20分：190病院（26.8%）、21～40分：333（47.0%）、41～60分：136（19.2%）、61分以上：13病院（1.8%）。最大240

分、平均 32.7 であった。3 病院が 120 分以上の開催時間であった。

## 2-7 どのような時間帯に行っていますか。

勤務時間内：658 病院（92.8%）

昼休み：15 病院（2.1%）

勤務時間外：35 病院（4.9%）

## 2-8 委員会の開催場所はどちらですか。

病棟詰所：48 病院（6.8%）、会議室：594 病院（833.8%）、院外はなかった。

## 2-9 司会者はどの職種が担っていますか。

医師：176 病院（24.8%）、看護師：367 病院（51.8%）、精神保健福祉士：135 病院（19.0%）の順である。半数で看護師が司会をしている。

## 2-10 主に発言している方はどの職種ですか。

医師：223 病院（31.5%）、看護師：437 病院（61.6%）、精神保健福祉士：43 病院（6.1%）の順である。心理士、作業療法士がそれぞれ 1 病院ずつあった。

## 2-11 医師の積極的な関与・発言はありますか。

有：629 病院（88.7%）、無：80 病院（11.3%）。1 割の病院では、医師の積極的な関与・発言がないと回答している。

## 2-12 委員会で取り上げる対象の病棟数はいくつですか。

1 病棟：101 病院（14.2%）、2 病棟：115 病院（16.2%）、3 病棟：135 病院（19.0%）、4 病棟：126 病院（17.8%）、5 病棟以上：232 病院（32.7%）。最大 14 病棟、平均 3.9 病棟。19 病院が 10 病棟以上を対象としていた。

## 2-13 委員会で取り上げる隔離患者数は全員ですか、一部ですか。

全員：565 病院（79.8%）、一部：130 病院（18.3%）。8 割が全員の隔離患者を委員会で取り上げている。

## 2-14 委員会で取り上げる隔離患者数は（直近 3 回の平均、小数点 1 桁）。

3 人未満：201 病院（28.3%）、3～6 人：179 病院（25.2%）、7～9 人：80 病院（11.3%）、10～20 人：139 病院（19.6%）、21 人以上：85 病院（12.0%）。最大 102 人、平均 10.1 人である。50 人以上を対象としているのが、17 病院であった。

## 2-15 委員会で取り上げる身体的拘束患者数は全員ですか、一部ですか。

全員：582 病院（82.1%）、一部：120 病院（16.9%）。8 割以上が全員の身体的拘束患者を委員会で取り上げている。隔離よりも身体的拘束の方がより行動制限が高度なので、全員を取り上げる病院が多いと予想されたが、大きく違いはなかった。

## 2-16 委員会で取り上げる身体的拘束患者数（直近 3 回の平均、小数点 1 桁）。

3 人未満：341 病院（48.1%）、3～6 人：149 病院（21.0%）、7～9 人：47 病院（6.6%）、10～20 人：89 病院（12.6%）、21 人以上：64 病院（9.0%）。最大 106 人、平均 7.3 人である。50 人以上を対象としているのが、11 病院であった。

## 2-17 定型的な議事録がありますか。

有：702 病院（99.0%）

無：6 病院（0.8%）。

## 2-18 行動制限最小化委員会の規定・規約がありますか。

有：676 病院（95.3%）、無：30 病院（4.2%）。

## 2-19 行動制限最小化委員会のマニュアルがありますか。

有：513 病院（72.4%）、無：192 病院（27.1%）。

## 2-20 マニュアルが「有」の場合、本事業への提出は可能ですか。

可能：207 病院（40.4%）

不可：298 病院（58.1%）

### 3 行動制限最小化委員会の対応内容についての質問

- 3-1 行動制限最小化の何らかのアクションをしていますか。**  
有：654 病院（92.2%）  
無：48 病院（6.8%）  
半数が行っていないと回答している。
- 3-2 病棟のラウンドをしていますか。**  
有：331 病院（46.7%）  
無：378 病院（53.3%）  
半数の病院で、ラウンドを行っている。
- 3-3 隔離・拘束に対する知識・情報の提供をしていますか。**  
有：690 病院（97.3%）  
無：18 病院（2.5%）
- 3-4 隔離・拘束に対する技術支援をしていますか。**  
有：602 病院（84.9%）  
無：103 病院（14.5%）
- 3-5 隔離・拘束症例に対する勧告や介入をしていますか。**  
有：557 病院（78.6%）  
無：147 病院（20.7%）
- 3-6 勧告や介入に対して、実際には是正されたことがありますか。**  
有：489 病院（87.8%）  
無：67 病院（12.0%）
- 3-7 委員会では研修会の企画をしていますか。**  
有：624 病院（88.0%）  
無：83 病院（11.7%）
- 3-8 委員会で年度目標を立てて活動し、年度末に総括していますか。**  
有：291 病院（41.0%）  
無：416 病院（58.7%）
- 3-9 マニュアルの見直し、改定をしていますか。**  
有：441 病院（86.0%）  
無：69 病院（13.5%）
- 3-10 隔離・拘束に関わった方への労いを行っていますか。**  
有：341 病院（48.1%）  
無：362 病院（51.1%）。
- 3-11 隔離拘束エピソードのデブリーフィング(振り返り)を行っていますか。**  
有：462 病院（65.2%）  
無：236 病院（33.3%）
- 3-12 一覧性台帳を利用していますか。**  
有：678 病院（95.6%）  
無：29 病院（4.1%）
- 3-13 病院独自の集計をしていますか。**  
有：485 病院（68.4%）  
無：219 病院（30.9%）
- 3-14 隔離・拘束のデータを院内掲示や職員に通知をしていますか。**  
有：394 病院（55.6%）  
無：311 病院（43.9%）
- 3-15 電子カルテ（導入施設のみ）の機能を活用していますか。**  
有：283 病院（83.7%）  
無：52 病院（15.4%）
- 3-16 電子カルテの患者情報を記録したデータ分析ツールを何か導入をしていますか。**  
有：21 病院（6.2%）  
無：315 病院（93.2%）
- 3-17 導入していれば、そのツール名は。**  
MENTAT／Yellowfin／巡視記録／PECO／CSV／台帳／こころんく／隔離拘束アセスメントシート／DINQL／富士通診療 DWH／Excel／パタンテンプレート
- 3-18 委員会で何か工夫している点がありますか。**  
有：250 病院（35.3%）  
無：386 病院（54.4%）
- 3-19 委員会の活動で行動制限の最小化に繋がったことがありますか。**  
有：606 病院（85.5%）  
無：80 病院（11.3%）

**3-20 貴院の行動制限最小化委員会において何に力点を置いていますか。**

**(複数選択)**

- ①委員会活動の充実：318 病院（44.9%）
- ②医師の積極的な関与：  
379 病院（53.5%）
- ③看護師の積極的な関与：  
473 病院（66.7%）
- ④研修会、研究会の開催、参加：  
471 病院（66.4%）
- ⑤精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解：492 病院（69.4%）
- ⑥患者さん、人に対する思いやり：  
462 病院（65.2%）
- ⑦職員同士の情報共有、連携：  
519 病院（73.2%）
- ⑧その他：34（4.8%）となった。

最も多いのは、⑦職員同士の情報共有、連携で、次いで⑤精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解であった。逆に少ないのは、①委員会活動の充実、②医師の積極的な関与である。

**3-21 貴院の行動制限最小化委員会において何が足りていないと思いますか。**

**(複数選択)**

- ①委員会活動の充実：320 病院（45.1%）
- ②医師の積極的な関与：  
196 病院（27.6%）
- ③看護師の積極的な関与：  
113 病院（15.9%）
- ④研修会、研究会の開催、参加：  
224 病院（31.6%）
- ⑤精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解：254 病院（35.8%）
- ⑥患者さん、人に対する思いやり：  
126 病院（17.8%）
- ⑦職員同士の情報共有、連携：  
236 病院（33.3%）
- ⑧その他：25（3.5%）となった。

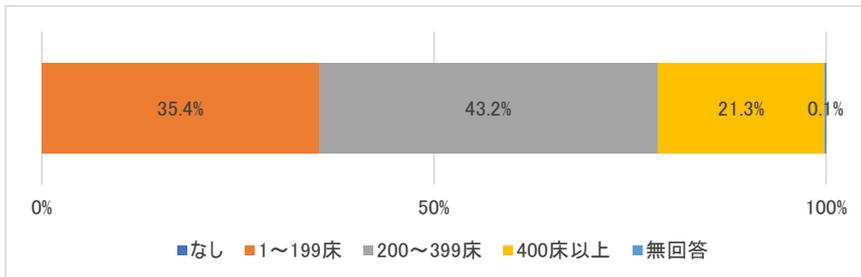
足りていないと思う最多は、①委員会活動の充実で、次いで⑤精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解、⑦職員同士の情報共有、連携であった。②医師の積極的な関与を挙げる病院が多いと予想したが、そうでもなかった。③看護師の積極的な関与が足りていないと思う病院は少なく、行動制限最小化委員会では看護師の役割が大きいと思われた。

**3-22 Web でのインタビューにご協力できますか。**

- 可能：88 病院（12.4%）
- 不可：567 病院（80.0%）

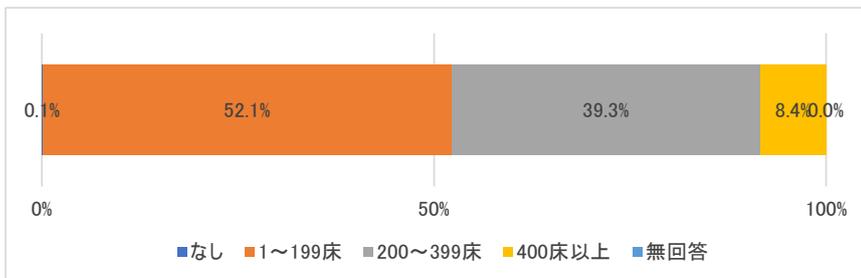
病院基礎データについての質問

○病床数



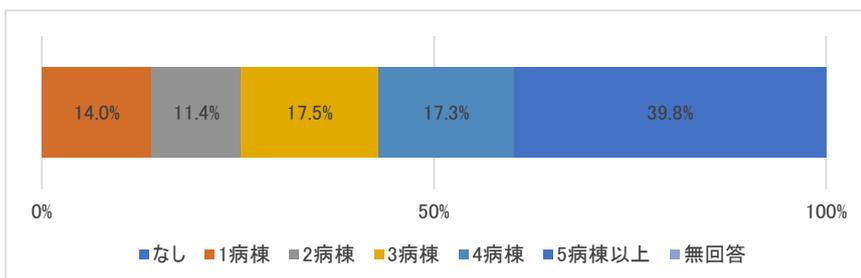
|     | なし   | 1~199床 | 200~399床 | 400床以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|--------|----------|--------|------|--------|
| 回答数 | 0    | 257    | 314      | 155    | 1    | 727    |
| 構成比 | 0.0% | 35.4%  | 43.2%    | 21.3%  | 0.1% | 100.0% |

○精神病床数



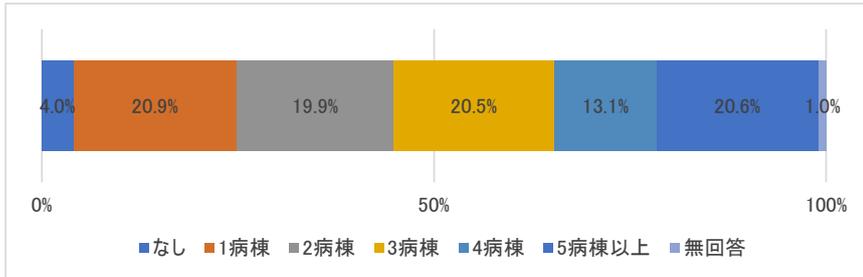
|     | なし   | 1~199床 | 200~399床 | 400床以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|--------|----------|--------|------|--------|
| 回答数 | 1    | 379    | 286      | 61     | 0    | 727    |
| 構成比 | 0.1% | 52.1%  | 39.3%    | 8.4%   | 0.0% | 100.0% |

○病棟数



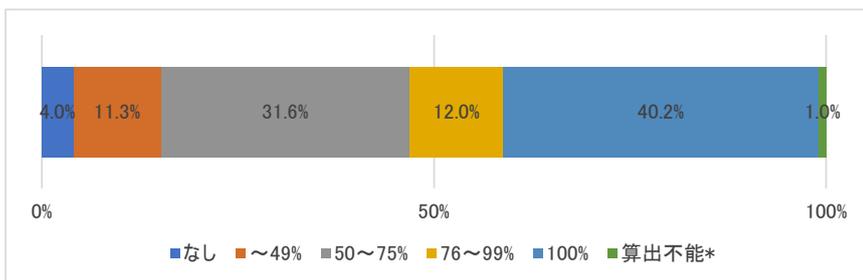
|     | なし   | 1病棟   | 2病棟   | 3病棟   | 4病棟   | 5病棟以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 0    | 102   | 83    | 127   | 126   | 289   | 0    | 727    |
| 構成比 | 0.0% | 14.0% | 11.4% | 17.5% | 17.3% | 39.8% | 0.0% | 100.0% |

○閉鎖病棟数



|     | なし   | 1病棟   | 2病棟   | 3病棟   | 4病棟   | 5病棟以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 29   | 152   | 145   | 149   | 95    | 150   | 7    | 727    |
| 構成比 | 4.0% | 20.9% | 19.9% | 20.5% | 13.1% | 20.6% | 1.0% | 100.0% |

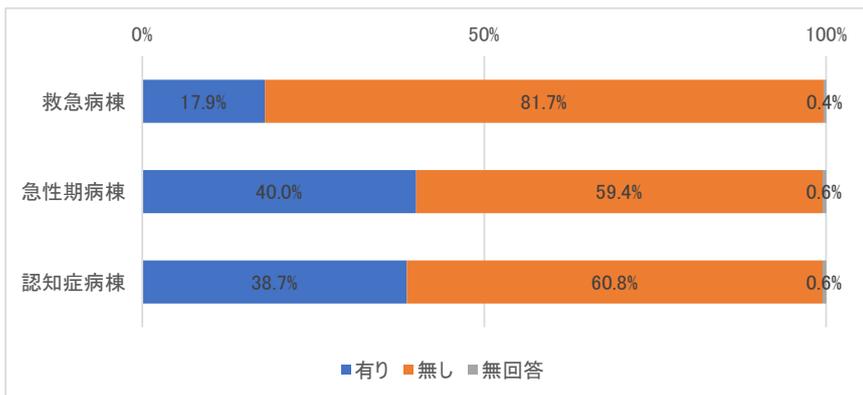
○閉鎖病棟の割合



|     | なし   | ~49%  | 50~75% | 76~99% | 100%  | 算出不能* | 合計     |
|-----|------|-------|--------|--------|-------|-------|--------|
| 回答数 | 29   | 82    | 230    | 87     | 292   | 7     | 727    |
| 構成比 | 4.0% | 11.3% | 31.6%  | 12.0%  | 40.2% | 1.0%  | 100.0% |

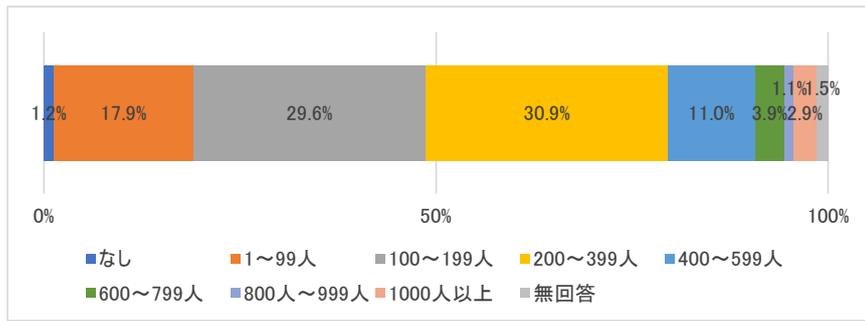
\*算出不能：病棟数または閉鎖病棟数が無回答

○各種病棟の有無



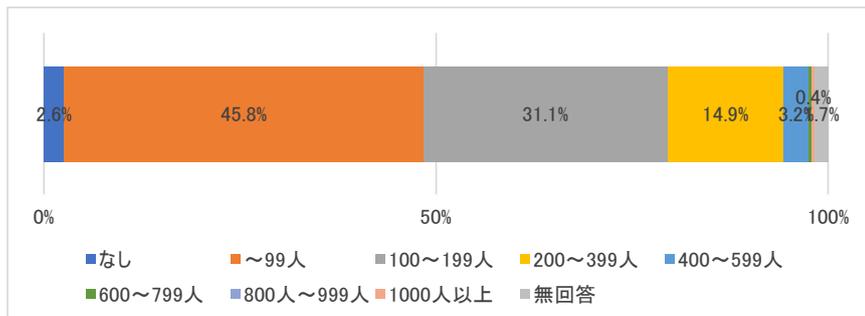
|       |     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-------|-----|-------|-------|------|--------|
| 救急病棟  | 回答数 | 130   | 594   | 3    | 727    |
|       | 構成比 | 17.9% | 81.7% | 0.4% | 100.0% |
| 急性期病棟 | 回答数 | 291   | 432   | 4    | 727    |
|       | 構成比 | 40.0% | 59.4% | 0.6% | 100.0% |
| 認知症病棟 | 回答数 | 281   | 442   | 4    | 727    |
|       | 構成比 | 38.7% | 60.8% | 0.6% | 100.0% |

○年間入院者数



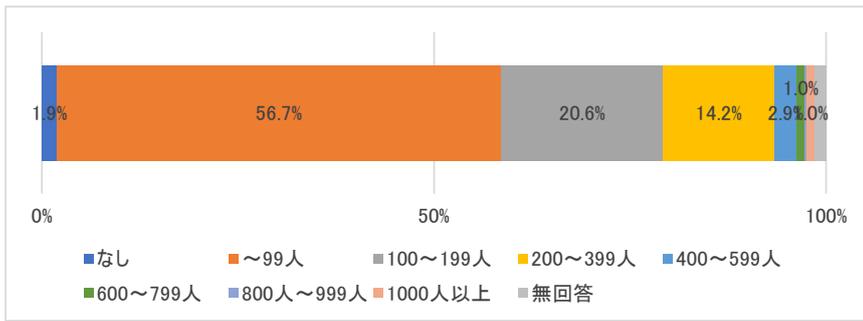
|     | なし       | 1~99人     | 100~199人 | 200~399人 | 400~599人 |
|-----|----------|-----------|----------|----------|----------|
| 回答数 | 9        | 130       | 215      | 225      | 80       |
| 構成比 | 1.2%     | 17.9%     | 29.6%    | 30.9%    | 11.0%    |
|     | 600~799人 | 800人~999人 | 1000人以上  | 無回答      | 合計       |
| 回答数 | 28       | 8         | 21       | 11       | 727      |
| 構成比 | 3.9%     | 1.1%      | 2.9%     | 1.5%     | 100.0%   |

○任意入院者数



|     | なし       | ~99人      | 100~199人 | 200~399人 | 400~599人 |
|-----|----------|-----------|----------|----------|----------|
| 回答数 | 19       | 333       | 226      | 108      | 23       |
| 構成比 | 2.6%     | 45.8%     | 31.1%    | 14.9%    | 3.2%     |
|     | 600~799人 | 800人~999人 | 1000人以上  | 無回答      | 合計       |
| 回答数 | 2        | 1         | 3        | 12       | 727      |
| 構成比 | 0.3%     | 0.1%      | 0.4%     | 1.7%     | 100.0%   |

○医療保護入院者数

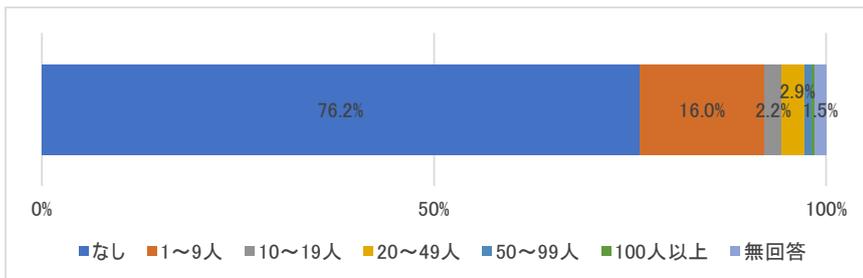


|     | なし   | ~99人  | 100~199人 | 200~399人 | 400~599人 |
|-----|------|-------|----------|----------|----------|
| 回答数 | 14   | 412   | 150      | 103      | 21       |
| 構成比 | 1.9% | 56.7% | 20.6%    | 14.2%    | 2.9%     |

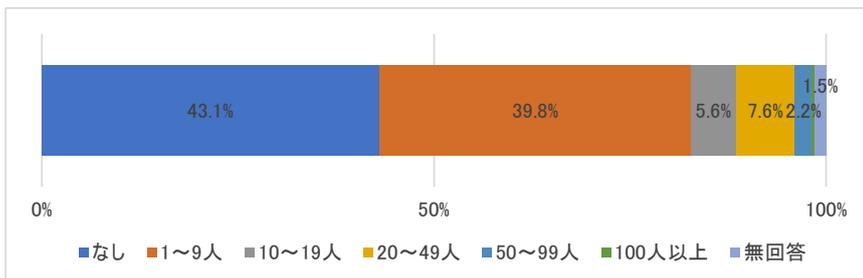
|     | 600~799人 | 800人~999人 | 1000人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|----------|-----------|---------|------|--------|
| 回答数 | 7        | 2         | 7       | 11   | 727    |
| 構成比 | 1.0%     | 0.3%      | 1.0%    | 1.5% | 100.0% |

○応急入院者数



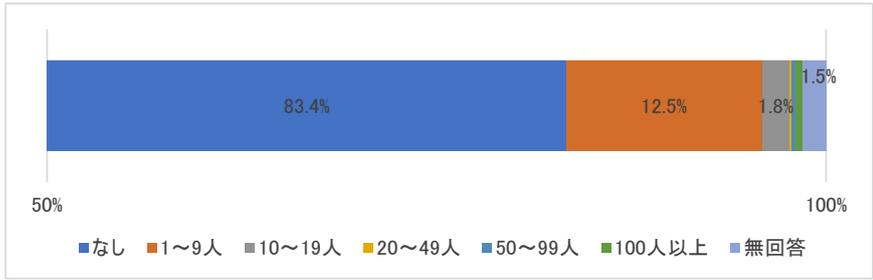
|     | なし    | 1~9人  | 10~19人 | 20~49人 | 50~99人 | 100人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|--------|--------|--------|--------|------|--------|
| 回答数 | 554   | 116   | 16     | 21     | 7      | 2      | 11   | 727    |
| 構成比 | 76.2% | 16.0% | 2.2%   | 2.9%   | 1.0%   | 0.3%   | 1.5% | 100.0% |

○措置入院者数（緊急措置含、緊措⇒措置は1人）



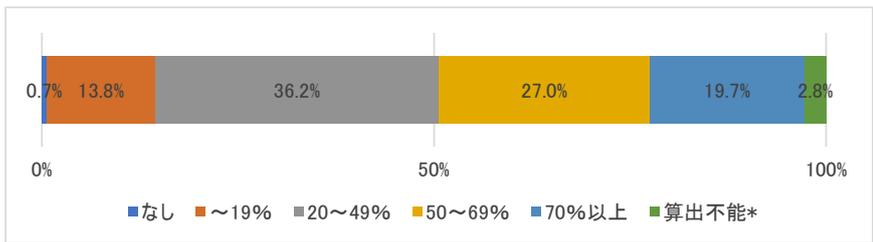
|     | なし    | 1~9人  | 10~19人 | 20~49人 | 50~99人 | 100人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|--------|--------|--------|--------|------|--------|
| 回答数 | 313   | 289   | 41     | 55     | 16     | 2      | 11   | 727    |
| 構成比 | 43.1% | 39.8% | 5.6%   | 7.6%   | 2.2%   | 0.3%   | 1.5% | 100.0% |

○その他の入院者数（鑑定入院等）



|     | なし    | 1~9人  | 10~19人 | 20~49人 | 50~99人 | 100人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|--------|--------|--------|--------|------|--------|
| 回答数 | 606   | 91    | 13     | 1      | 2      | 3      | 11   | 727    |
| 構成比 | 83.4% | 12.5% | 1.8%   | 0.1%   | 0.3%   | 0.4%   | 1.5% | 100.0% |

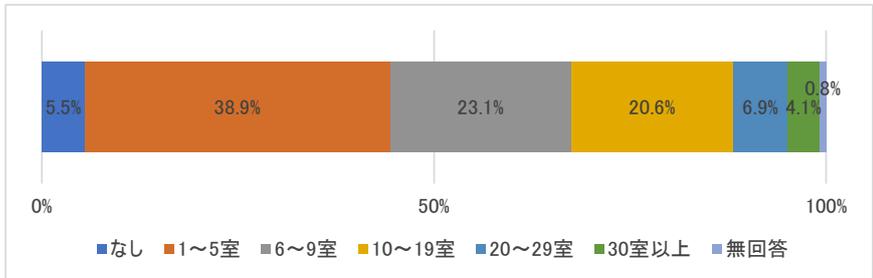
○非自発入院者の比率



|     | なし   | ~19%  | 20~49% | 50~69% | 70%以上 | 算出不能* | 合計     |
|-----|------|-------|--------|--------|-------|-------|--------|
| 回答数 | 5    | 100   | 263    | 196    | 143   | 20    | 727    |
| 構成比 | 0.7% | 13.8% | 36.2%  | 27.0%  | 19.7% | 2.8%  | 100.0% |

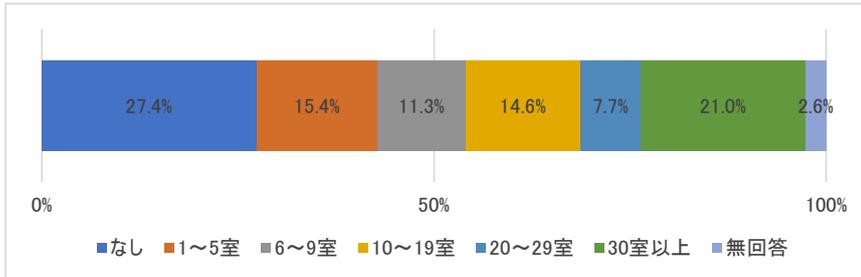
\*算出不能：年間入院者数が0か無回答、もしくは医療保護・応急・措置の各入院者数が無回答のケース

○保護室数（施設可能な個室、病院全体）



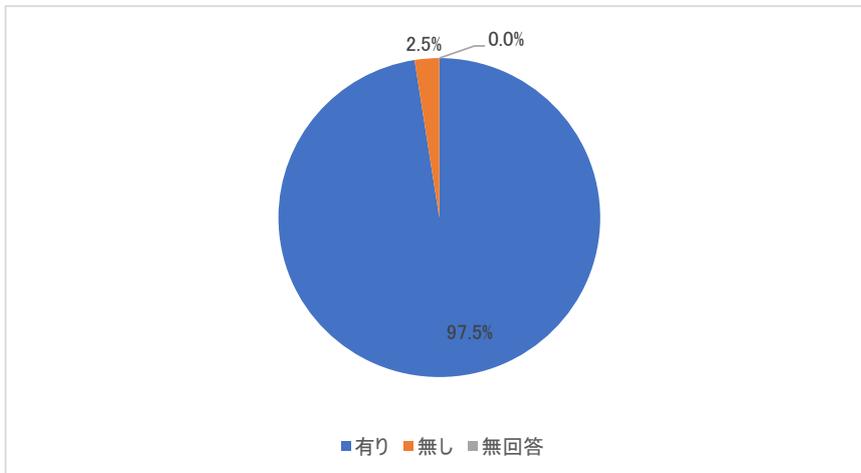
|     | なし   | 1~5室  | 6~9室  | 10~19室 | 20~29室 | 30室以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|-------|--------|--------|-------|------|--------|
| 回答数 | 40   | 283   | 168   | 150    | 50     | 30    | 6    | 727    |
| 構成比 | 5.5% | 38.9% | 23.1% | 20.6%  | 6.9%   | 4.1%  | 0.8% | 100.0% |

○保護室以外の施設可能な個室数（病院全体）



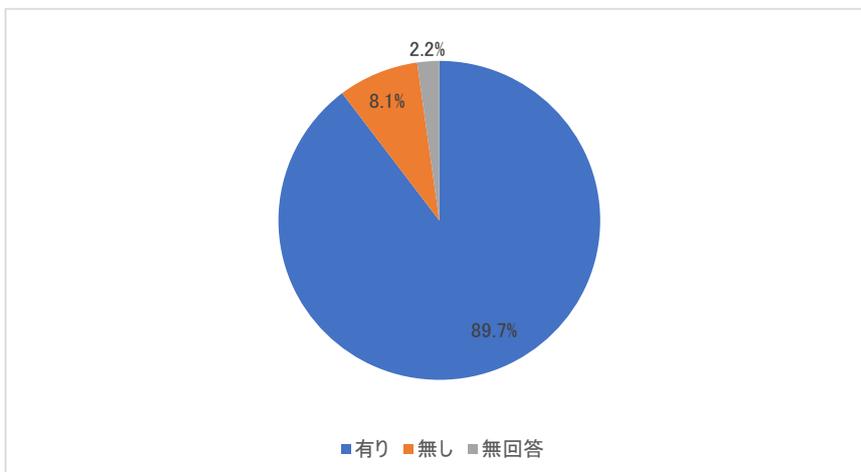
|     | なし    | 1~5室  | 6~9室  | 10~19室 | 20~29室 | 30室以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|-------|--------|--------|-------|------|--------|
| 回答数 | 199   | 112   | 82    | 106    | 56     | 153   | 19   | 727    |
| 構成比 | 27.4% | 15.4% | 11.3% | 14.6%  | 7.7%   | 21.0% | 2.6% | 100.0% |

○行動制限最小化委員会がありますか。



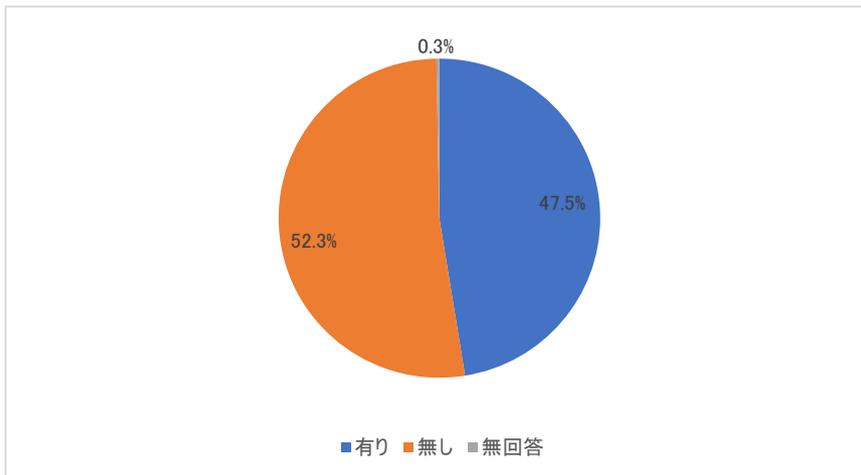
|     | 有り    | 無し   | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|--------|
| 回答数 | 709   | 18   | 0    | 727    |
| 構成比 | 97.5% | 2.5% | 0.0% | 100.0% |

○医療保護入院等診療料を算定していますか。



|     | 有り    | 無し   | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|--------|
| 回答数 | 652   | 59   | 16   | 727    |
| 構成比 | 89.7% | 8.1% | 2.2% | 100.0% |

○電子カルテを使用していますか。

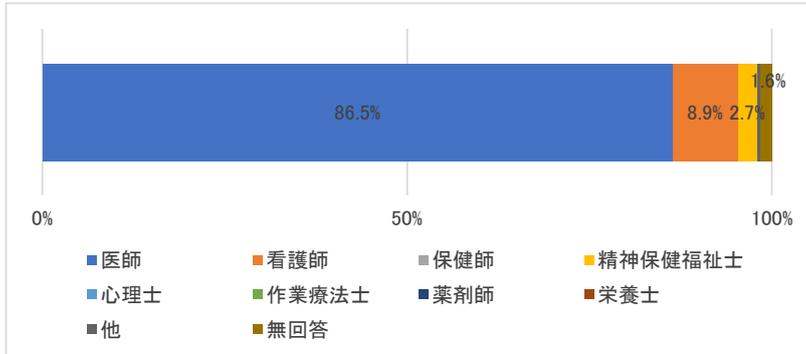


|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 345   | 380   | 2    | 727    |
| 構成比 | 47.5% | 52.3% | 0.3% | 100.0% |

行動制限最小化委員会の質問

1 委員会の構成について

1-1 委員長はどの役職の方がついていますか。

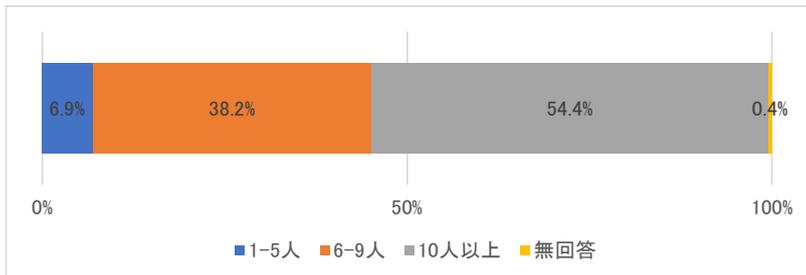


|     | 医師    | 看護師  | 保健師  | 精神保健福祉士 | 心理士  | 作業療法士 |
|-----|-------|------|------|---------|------|-------|
| 回答数 | 613   | 63   | 0    | 19      | 0    | 0     |
| 構成比 | 86.5% | 8.9% | 0.0% | 2.7%    | 0.0% | 0.0%  |

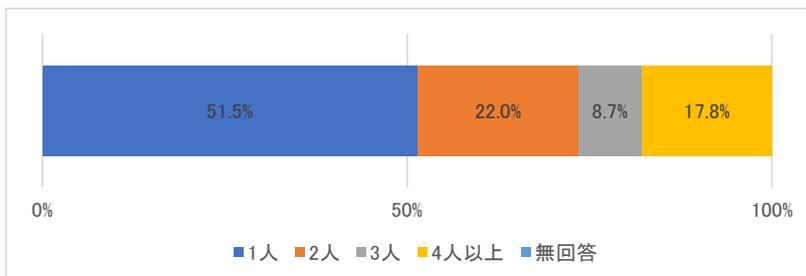
|     | 薬剤師  | 栄養士  | 他    | 無回答  | 合計     |
|-----|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 0    | 0    | 3    | 11   | 709    |
| 構成比 | 0.0% | 0.0% | 0.4% | 1.6% | 100.0% |

1-2 全員で何名の構成員がいますか。



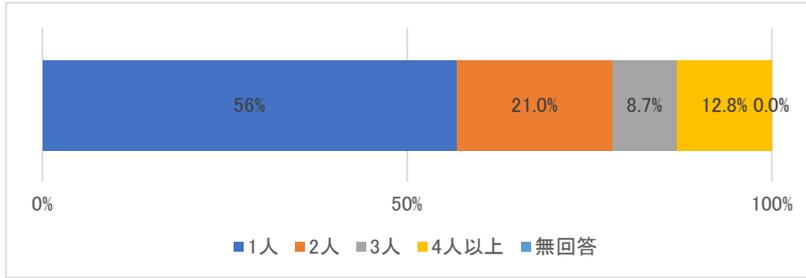
|     | 1-5人 | 6-9人  | 10人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 49   | 271   | 386   | 3    | 709    |
| 構成比 | 6.9% | 38.2% | 54.4% | 0.4% | 100.0% |

1-3 医師は何人いますか。



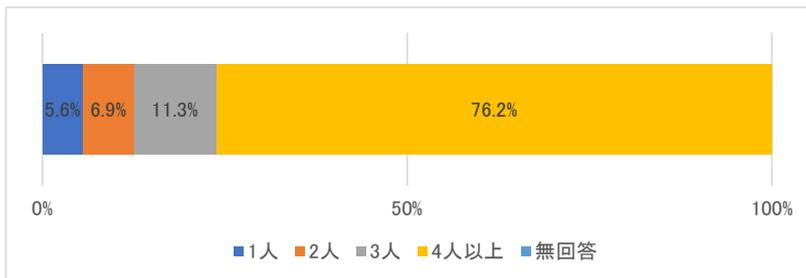
|     | 1人    | 2人    | 3人   | 4人以上  | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|-------|------|--------|
| 回答数 | 365   | 156   | 62   | 126   | 0    | 709    |
| 構成比 | 51.5% | 22.0% | 8.7% | 17.8% | 0.0% | 100.0% |

1-4 そのうち、指定医は何人ですか。



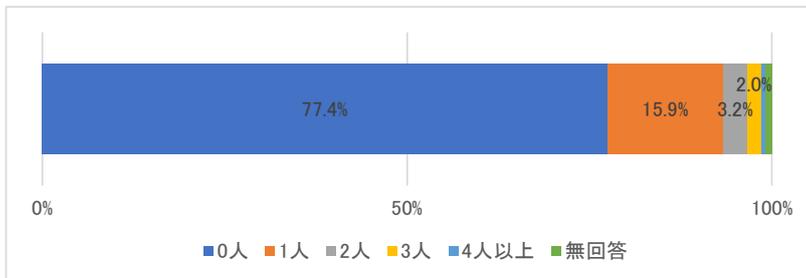
|     | 0人   | 1人  | 2人    | 3人   | 4人以上  | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-----|-------|------|-------|------|--------|
| 回答数 | 9    | 398 | 149   | 62   | 91    | 0    | 709    |
| 構成比 | 1.3% | 56% | 21.0% | 8.7% | 12.8% | 0.0% | 100.0% |

1-5 看護師は何人いますか。



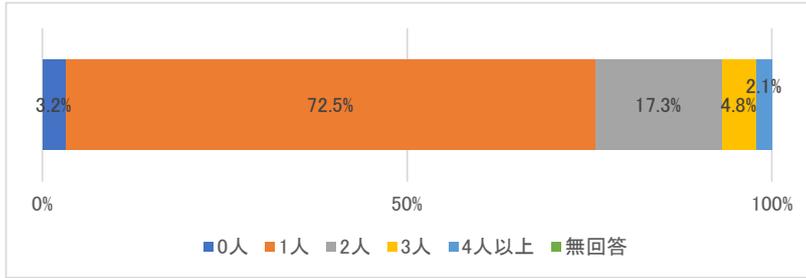
|     | 1人   | 2人   | 3人    | 4人以上  | 無回答  | 合計     |
|-----|------|------|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 40   | 49   | 80    | 540   | 0    | 709    |
| 構成比 | 5.6% | 6.9% | 11.3% | 76.2% | 0.0% | 100.0% |

1-6 そのうち、専門看護師および精神科認定看護師は何人ですか。



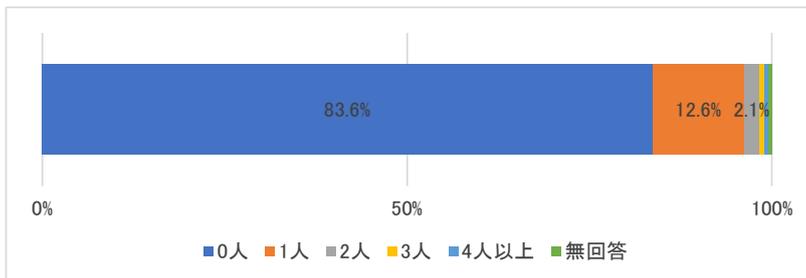
|     | 0人    | 1人    | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 549   | 113   | 23   | 14   | 4    | 6    | 709    |
| 構成比 | 77.4% | 15.9% | 3.2% | 2.0% | 0.6% | 0.8% | 100.0% |

1-7 精神保健福祉士は何人いますか。



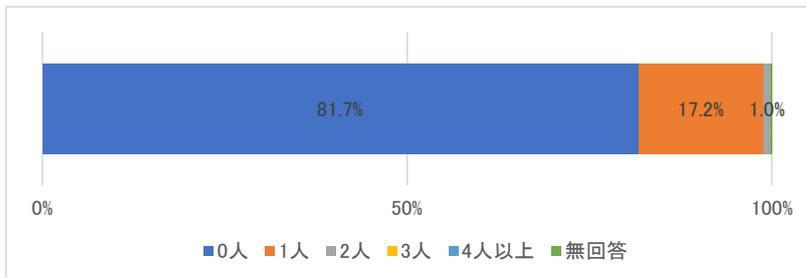
|     | 0人   | 1人    | 2人    | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|-------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 23   | 514   | 123   | 34   | 15   | 0    | 709    |
| 構成比 | 3.2% | 72.5% | 17.3% | 4.8% | 2.1% | 0.0% | 100.0% |

1-8 社会福祉士は何人いますか。



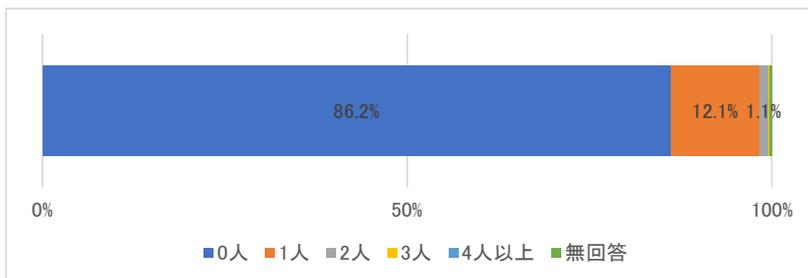
|     | 0人    | 1人    | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 593   | 89    | 15   | 5    | 4    | 3    | 709    |
| 構成比 | 83.6% | 12.6% | 2.1% | 0.7% | 0.6% | 0.4% | 100.0% |

1-9 薬剤師は何人いますか。



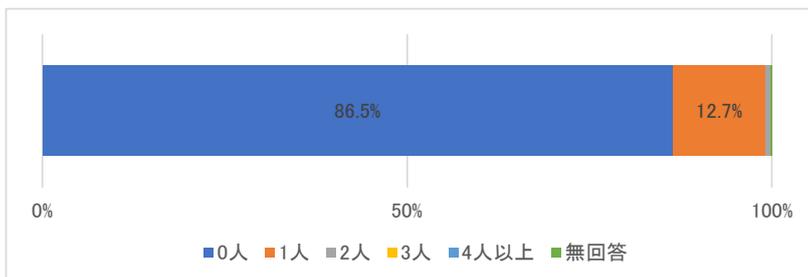
|     | 0人    | 1人    | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 579   | 122   | 7    | 0    | 0    | 1    | 709    |
| 構成比 | 81.7% | 17.2% | 1.0% | 0.0% | 0.0% | 0.1% | 100.0% |

1-10 心理士・公認心理師は何人いますか。



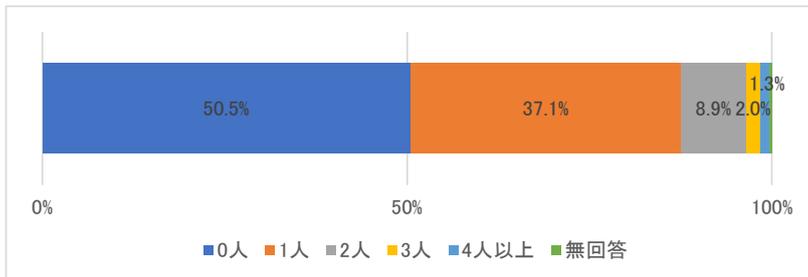
|     | 0人    | 1人    | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 611   | 86    | 8    | 1    | 1    | 2    | 709    |
| 構成比 | 86.2% | 12.1% | 1.1% | 0.1% | 0.1% | 0.3% | 100.0% |

1-11 栄養士は何人いますか。



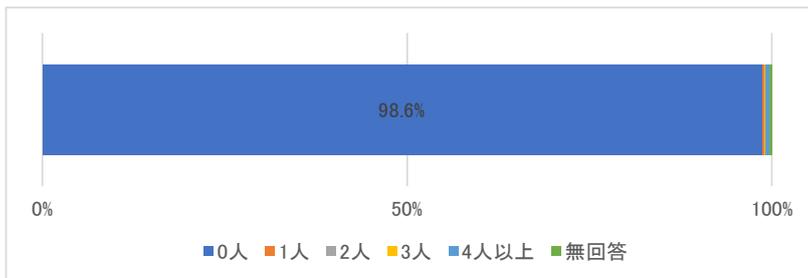
|     | 0人    | 1人    | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 613   | 90    | 4    | 1    | 0    | 1    | 709    |
| 構成比 | 86.5% | 12.7% | 0.6% | 0.1% | 0.0% | 0.1% | 100.0% |

1-12 事務職は何人いますか。



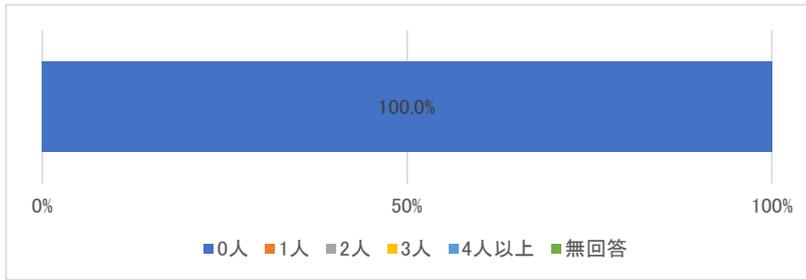
|     | 0人    | 1人    | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 358   | 263   | 63   | 14   | 9    | 2    | 709    |
| 構成比 | 50.5% | 37.1% | 8.9% | 2.0% | 1.3% | 0.3% | 100.0% |

1-13 当事者は何人いますか。



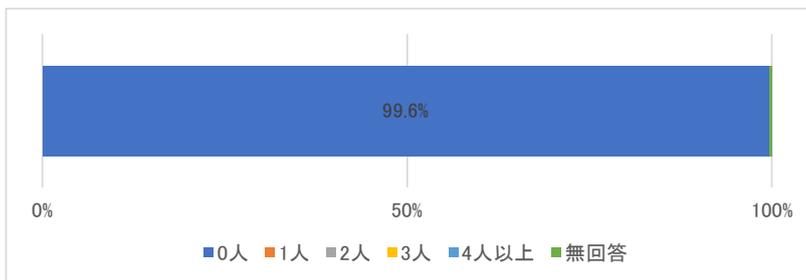
|     | 0人    | 1人   | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 699   | 3    | 0    | 1    | 4    | 2    | 709    |
| 構成比 | 98.6% | 0.4% | 0.0% | 0.1% | 0.6% | 0.3% | 100.0% |

1-14 そのうち、いわゆるピアサポーターの方は何人いますか。



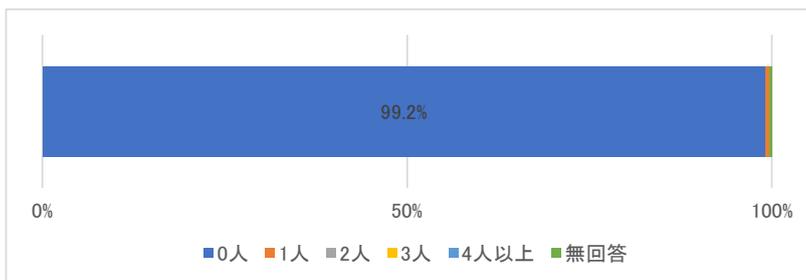
|     | 0人     | 1人   | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|--------|------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 8      | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 8      |
| 構成比 | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |

1-15 当事者のご家族は何人いますか。



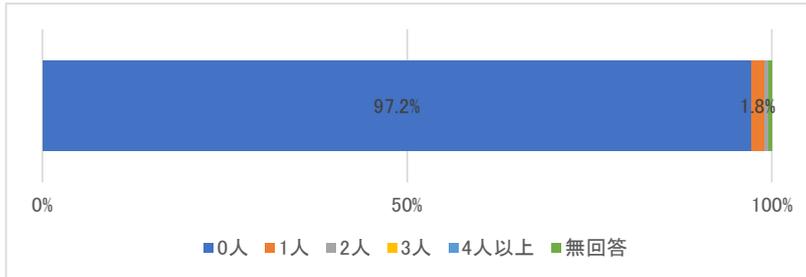
|     | 0人    | 1人   | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 706   | 1    | 0    | 0    | 0    | 2    | 709    |
| 構成比 | 99.6% | 0.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.3% | 100.0% |

1-16 弁護士は何人いますか。



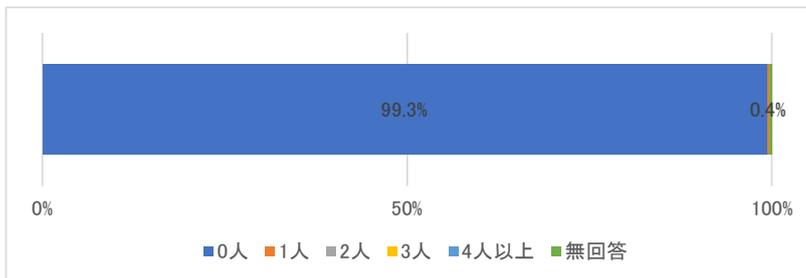
|     | 0人    | 1人   | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 703   | 4    | 0    | 0    | 0    | 2    | 709    |
| 構成比 | 99.2% | 0.6% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.3% | 100.0% |

1-17 社会福祉サービスの職員は何人いますか。



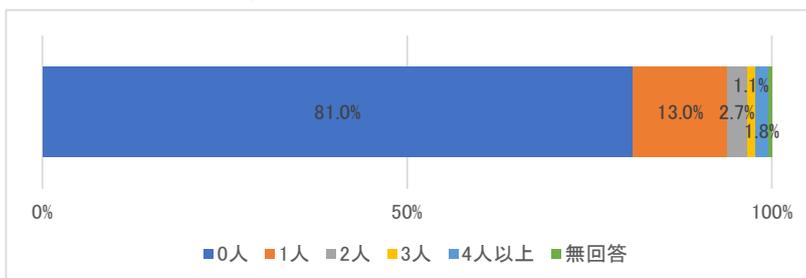
|     | 0人    | 1人   | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 689   | 13   | 4    | 0    | 0    | 3    | 709    |
| 構成比 | 97.2% | 1.8% | 0.6% | 0.0% | 0.0% | 0.4% | 100.0% |

1-18 人権擁護団体の職員は何人いますか。



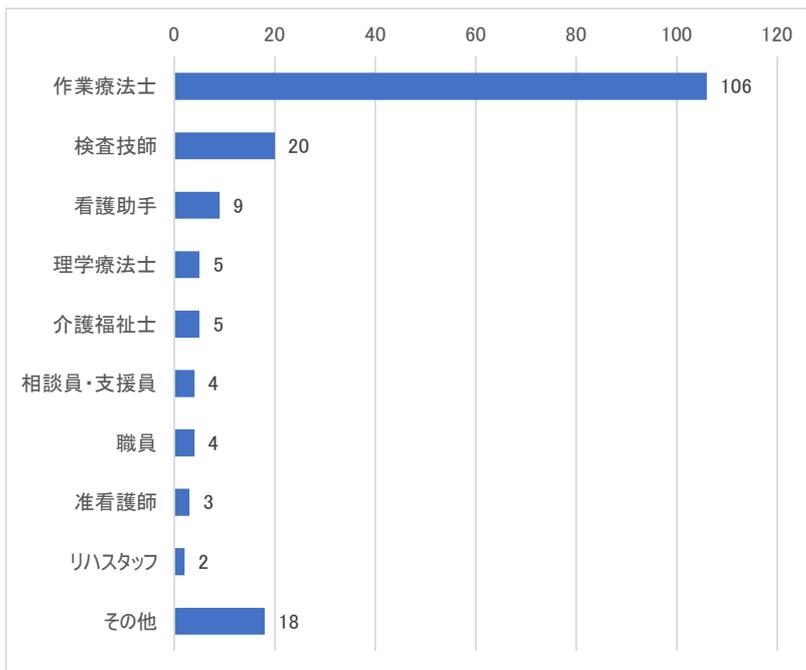
|     | 0人    | 1人   | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 704   | 3    | 0    | 0    | 0    | 2    | 709    |
| 構成比 | 99.3% | 0.4% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.3% | 100.0% |

1-19 上記の方以外は何人いますか。



|     | 0人    | 1人    | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 574   | 92    | 19   | 8    | 13   | 3    | 709    |
| 構成比 | 81.0% | 13.0% | 2.7% | 1.1% | 1.8% | 0.4% | 100.0% |

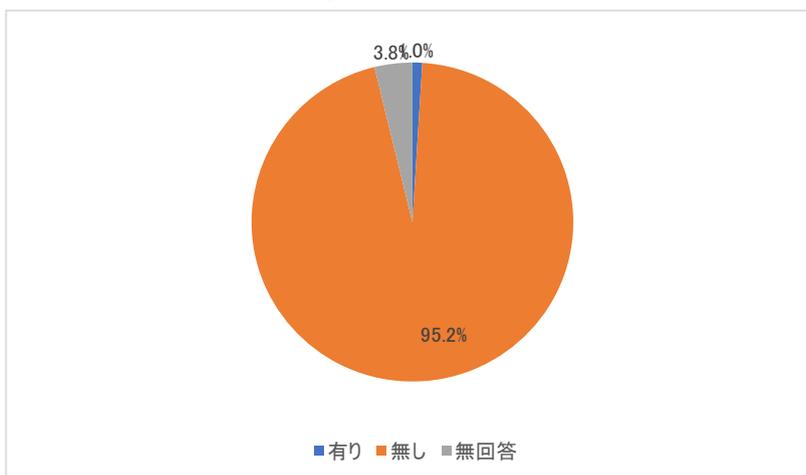
1-20 それは、どんな職種、関係ですか。



|     | 作業療法士 | 検査技師 | 看護助手 | 理学療法士 | 介護福祉士 |
|-----|-------|------|------|-------|-------|
| 回答数 | 106   | 20   | 9    | 5     | 5     |

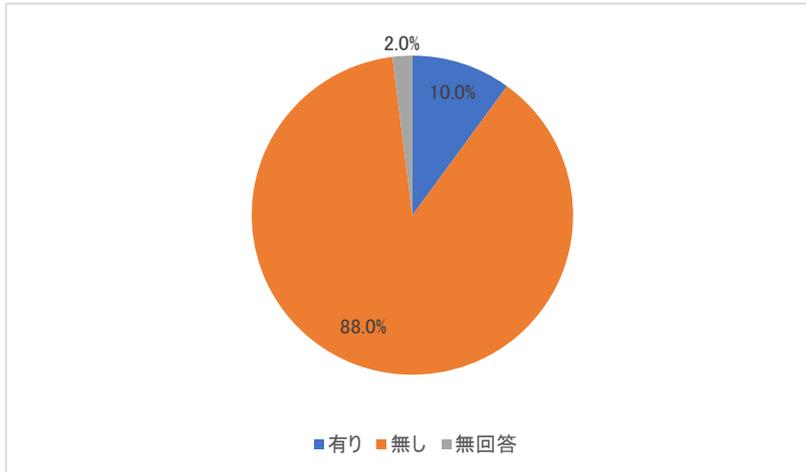
|     | 相談員・支援員 | 職員 | 准看護師 | リハスタッフ | その他 |
|-----|---------|----|------|--------|-----|
| 回答数 | 4       | 4  | 3    | 2      | 18  |

1-21 構成員への謝礼、御礼はありますか。



|     | 有り   | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|------|--------|
| 回答数 | 7    | 675   | 27   | 709    |
| 構成比 | 1.0% | 95.2% | 3.8% | 100.0% |

1-22 委員会には下部組織はありますか。

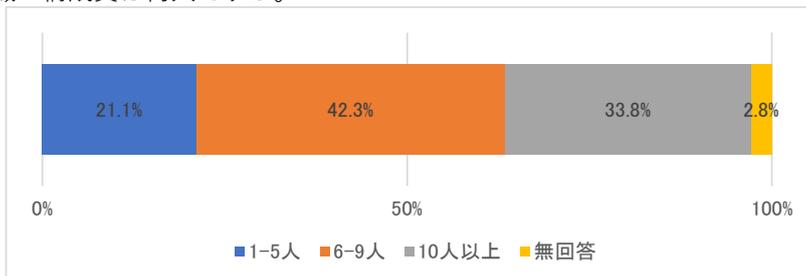


|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 71    | 624   | 14   | 709    |
| 構成比 | 10.0% | 88.0% | 2.0% | 100.0% |

1-23 「有」の場合以下の質問。具体的には？※組織の概要について回答してください。

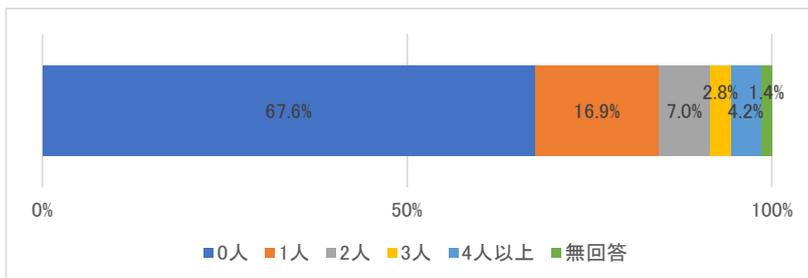
小委員会 / 行動制限最小化チーム / 病棟毎の行動制限検討会 / 実働に当たる小委員会 / 保護室会議 / 啓発活動・教育 / CVPPP委員会 / 行動制限最小化チーム会議。現場の看護師・精神保健福祉士が参加。 / 各病棟の担当者 / 隔離拘束部会 / 各病棟単位での検討会 / 看護部内 / 各病棟看護師 / 行動制限最小化研究会 / 分科会 / CVPPPチーム / 看護部行動制限最小化係 / 行動制限最小化リンクスタッフ / 最小化実行委員会 / 本委員会の前に詳細を検討する小委員会を実施 / 行動制限最小化チーム会議 / 委員会内容伝達 / 虐待防止委員会 / 医療保護入院者退院支援委員会・事後審査委員会 / 行動制限最小化看護チーム / 行動制限最小化部会 / 他の職種の参加あり / 行動制限ワーキンググループ / 行動制限最小化推進部会 / 実地審査部会 / 看護部行動制限最小化係 / 全病棟から1名の看護師が選出されている。月1階定例ミーティング有り。 / 行動制限の解除目標を超過したケース検討をする小委員会

1-24 下部組織の構成員は何人ですか。



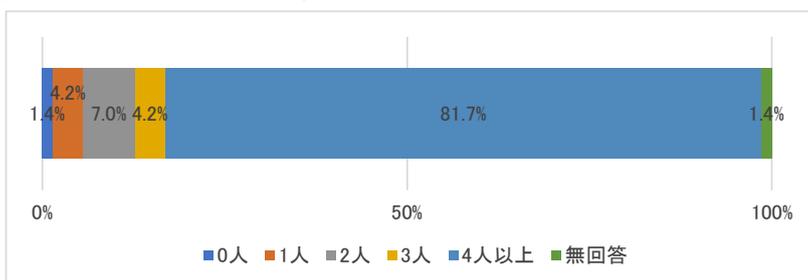
|     | 1-5人  | 6-9人  | 10人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 15    | 30    | 24    | 2    | 71     |
| 構成比 | 21.1% | 42.3% | 33.8% | 2.8% | 100.0% |

1-25 下部組織に医師は何人いますか。



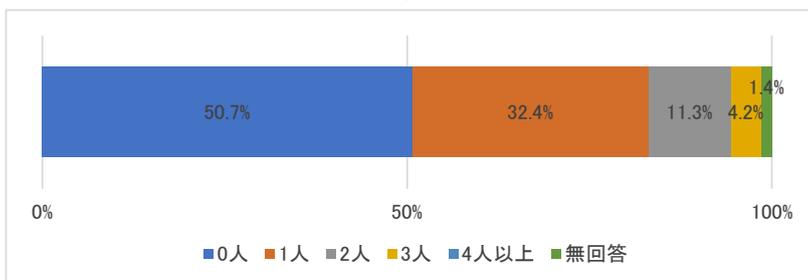
|     | 0人    | 1人    | 2人   | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 48    | 12    | 5    | 2    | 3    | 1    | 71     |
| 構成比 | 67.6% | 16.9% | 7.0% | 2.8% | 4.2% | 1.4% | 100.0% |

1-26 下部組織に看護師は何人いますか。



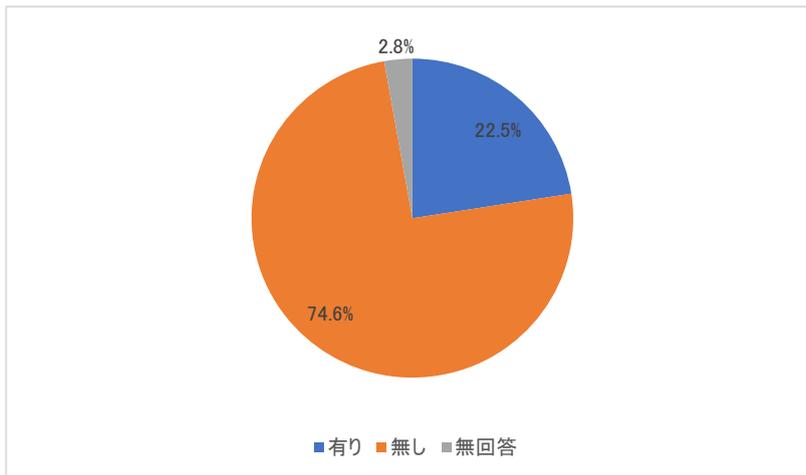
|     | 0人   | 1人   | 2人   | 3人   | 4人以上  | 無回答  | 合計     |
|-----|------|------|------|------|-------|------|--------|
| 回答数 | 1    | 3    | 5    | 3    | 58    | 1    | 71     |
| 構成比 | 1.4% | 4.2% | 7.0% | 4.2% | 81.7% | 1.4% | 100.0% |

1-27 下部組織に精神保健福祉士は何人いますか。



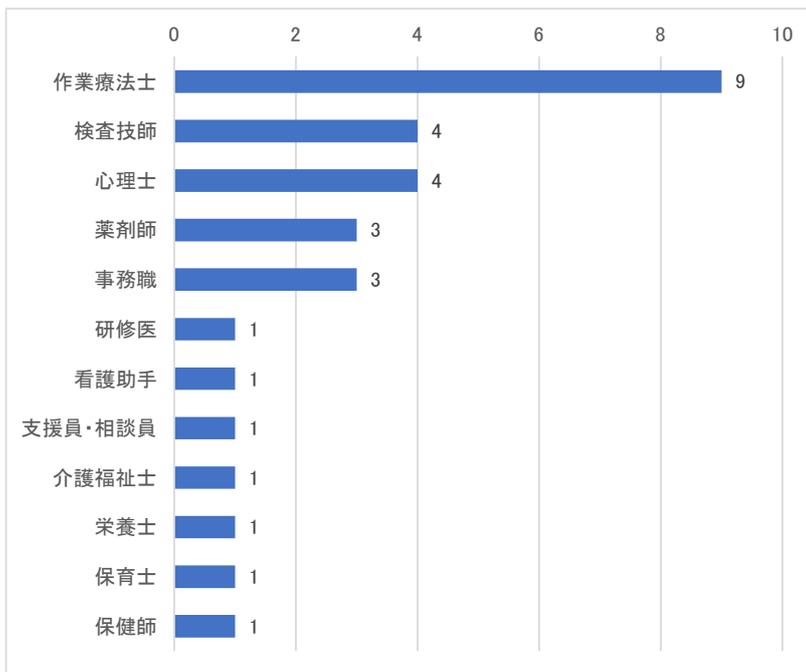
|     | 0人    | 1人    | 2人    | 3人   | 4人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|-------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 36    | 23    | 8     | 3    | 0    | 1    | 71     |
| 構成比 | 50.7% | 32.4% | 11.3% | 4.2% | 0.0% | 1.4% | 100.0% |

1-28 下部組織に上記以外の方はいますか。



|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 16    | 53    | 2    | 71     |
| 構成比 | 22.5% | 74.6% | 2.8% | 100.0% |

1-29 「有」の場合、具体的には？



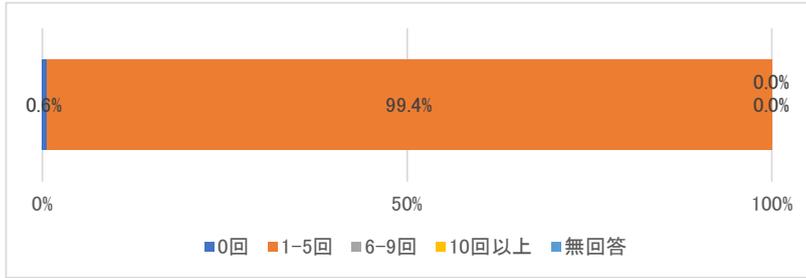
|     | 作業療法士 | 検査技師 | 心理士 | 薬剤師 | 事務職 | 研修医 |
|-----|-------|------|-----|-----|-----|-----|
| 回答数 | 9     | 4    | 4   | 3   | 3   | 1   |

|     | 看護助手 | 支援員・相談員 | 介護福祉士 | 栄養士 | 保育士 | 保健師 |
|-----|------|---------|-------|-----|-----|-----|
| 回答数 | 1    | 1       | 1     | 1   | 1   | 1   |

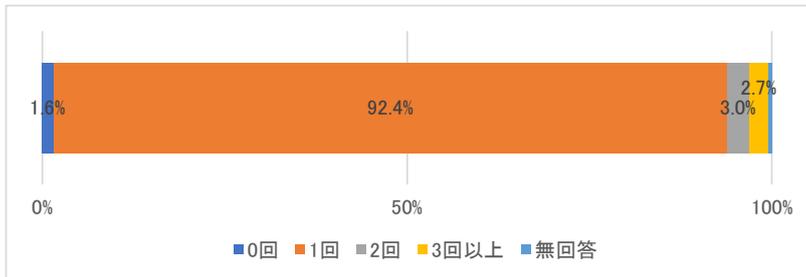
## 2 委員会の活動内容について

2-1 委員会開催は月に何回ですか。（令和3年4月～7月の累計）



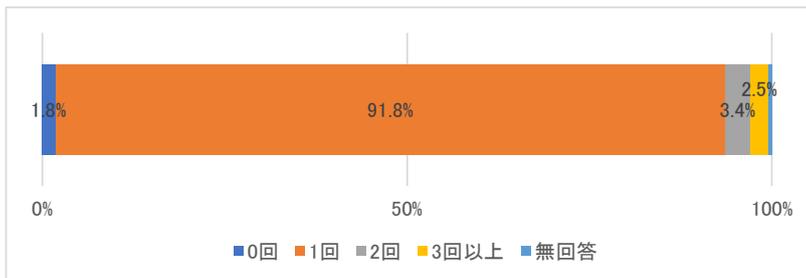
|     | 0回   | 1-5回  | 6-9回 | 10回以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|------|-------|------|--------|
| 回答数 | 4    | 688   | 0    | 0     | 0    | 692    |
| 構成比 | 0.6% | 99.4% | 0.0% | 0.0%  | 0.0% | 100.0% |

2-2 委員会開催は月に何回ですか。（令和3年4月）



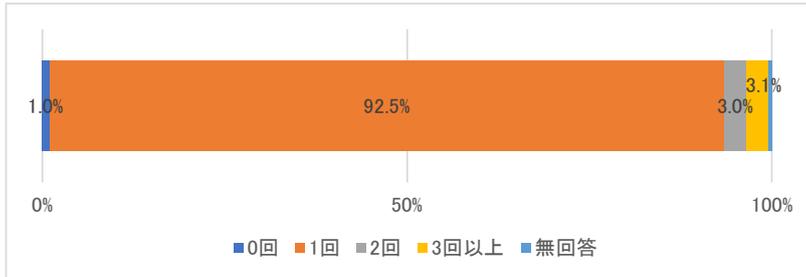
|     | 0回   | 1回    | 2回   | 3回以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 11   | 655   | 21   | 19   | 3    | 709    |
| 構成比 | 1.6% | 92.4% | 3.0% | 2.7% | 0.4% | 100.0% |

2-3 委員会開催は月に何回ですか。（令和3年5月）



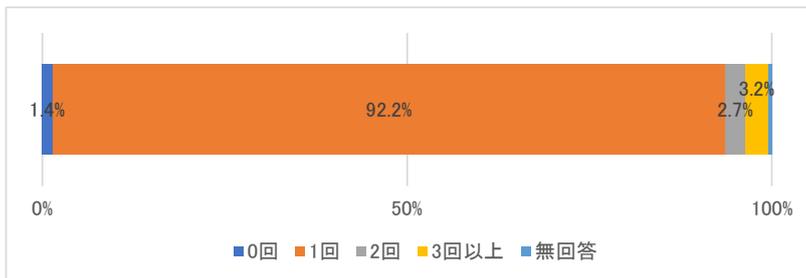
|     | 0回   | 1回    | 2回   | 3回以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 13   | 651   | 24   | 18   | 3    | 709    |
| 構成比 | 1.8% | 91.8% | 3.4% | 2.5% | 0.4% | 100.0% |

2-4 委員会開催は月に何回ですか。（令和3年6月）



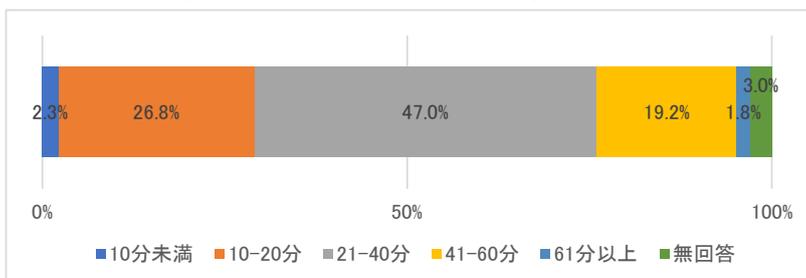
|     | 0回   | 1回    | 2回   | 3回以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 7    | 656   | 21   | 22   | 3    | 709    |
| 構成比 | 1.0% | 92.5% | 3.0% | 3.1% | 0.4% | 100.0% |

2-5 委員会開催は月に何回ですか。（令和3年7月）



|     | 0回   | 1回    | 2回   | 3回以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 10   | 654   | 19   | 23   | 3    | 709    |
| 構成比 | 1.4% | 92.2% | 2.7% | 3.2% | 0.4% | 100.0% |

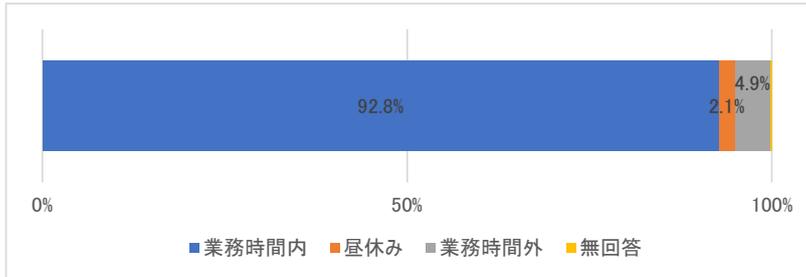
2-6 直近3回のおおよその平均開催時間はどれくらいですか。



平均値 32.7分  
中央値 30分

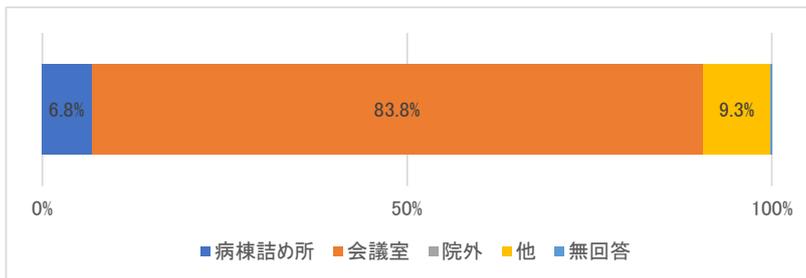
|     | 10分未満 | 10-20分 | 21-40分 | 41-60分 | 61分以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|--------|--------|--------|-------|------|--------|
| 回答数 | 16    | 190    | 333    | 136    | 13    | 21   | 709    |
| 構成比 | 2.3%  | 26.8%  | 47.0%  | 19.2%  | 1.8%  | 3.0% | 100.0% |

2-7 どのような時間帯に行っていますか。



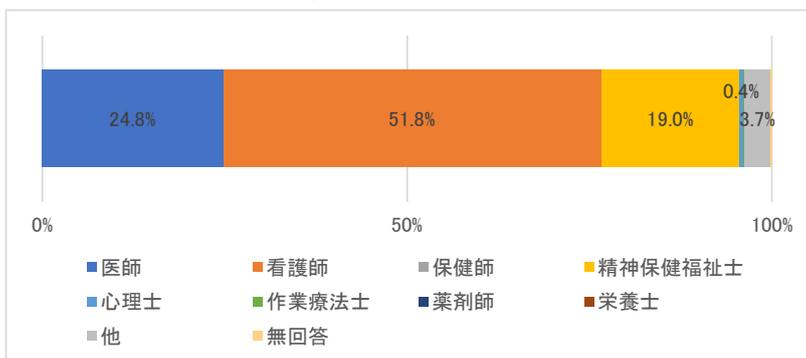
|     | 業務時間内 | 昼休み  | 業務時間外 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|-------|------|--------|
| 回答数 | 658   | 15   | 35    | 1    | 709    |
| 構成比 | 92.8% | 2.1% | 4.9%  | 0.1% | 100.0% |

2-8 委員会の開催場所はどちらですか。



|     | 病棟詰め所 | 会議室   | 院外   | 他    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 48    | 594   | 0    | 66   | 1    | 709    |
| 構成比 | 6.8%  | 83.8% | 0.0% | 9.3% | 0.1% | 100.0% |

2-9 司会者はどの職種が担っていますか。

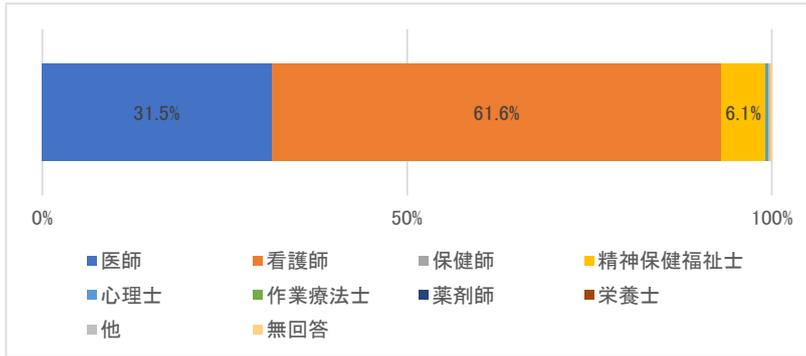


|     | 医師    | 看護師   | 保健師  | 精神保健福祉士 | 心理士  | 作業療法士 |
|-----|-------|-------|------|---------|------|-------|
| 回答数 | 176   | 367   | 0    | 135     | 3    | 1     |
| 構成比 | 24.8% | 51.8% | 0.0% | 19.0%   | 0.4% | 0.1%  |

|     | 薬剤師  | 栄養士  | 他    | 無回答  | 合計     |
|-----|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 0    | 0    | 26   | 1    | 709    |
| 構成比 | 0.0% | 0.0% | 3.7% | 0.1% | 100.0% |

2-10 主に発言している方はどの職種ですか。

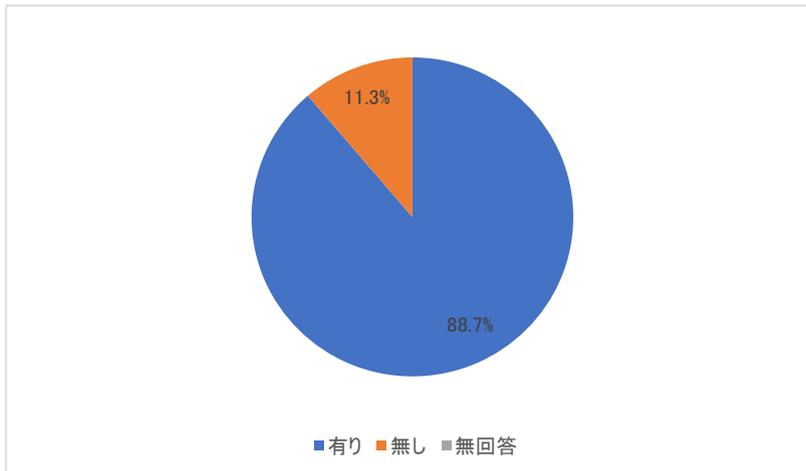


|     | 医師    | 看護師   | 保健師  | 精神保健福祉士 | 心理士  | 作業療法士 |
|-----|-------|-------|------|---------|------|-------|
| 回答数 | 223   | 437   | 0    | 43      | 1    | 1     |
| 構成比 | 31.5% | 61.6% | 0.0% | 6.1%    | 0.1% | 0.1%  |

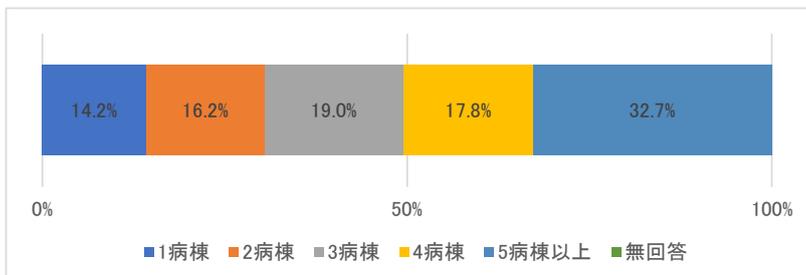
|     | 薬剤師  | 栄養士  | 他    | 無回答  | 合計     |
|-----|------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 0    | 0    | 3    | 1    | 709    |
| 構成比 | 0.0% | 0.0% | 0.4% | 0.1% | 100.0% |

2-11 医師の積極的な関与・発言はありますか。



|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 629   | 80    | 0    | 709    |
| 構成比 | 88.7% | 11.3% | 0.0% | 100.0% |

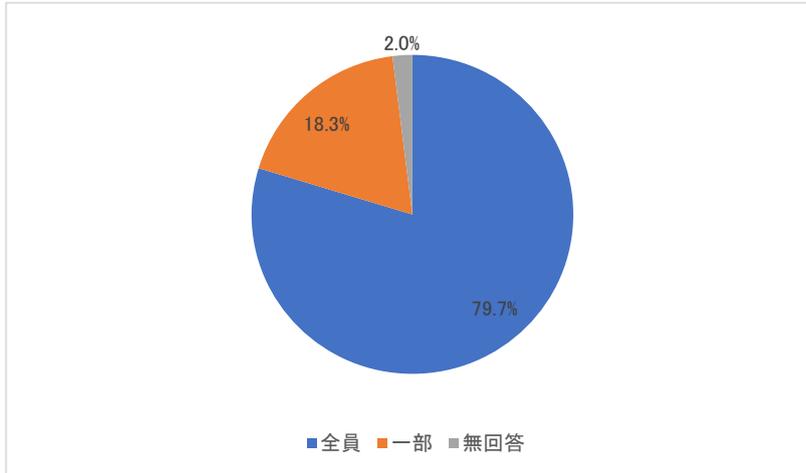
2-12 委員会で取り上げる対象の病棟数はいくつですか。



平均値 3.9病棟  
中央値 4病棟

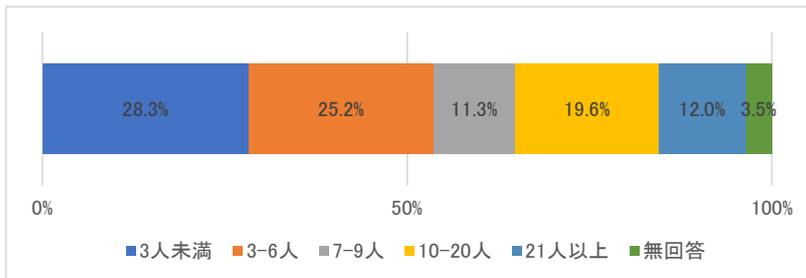
|     | 1病棟   | 2病棟   | 3病棟   | 4病棟   | 5病棟以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 101   | 115   | 135   | 126   | 232   | 0    | 709    |
| 構成比 | 14.2% | 16.2% | 19.0% | 17.8% | 32.7% | 0.0% | 100.0% |

2-13 委員会で取り上げる隔離患者数は全員ですか、一部ですか。



|     | 全員    | 一部    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 565   | 130   | 14   | 709    |
| 構成比 | 79.7% | 18.3% | 2.0% | 100.0% |

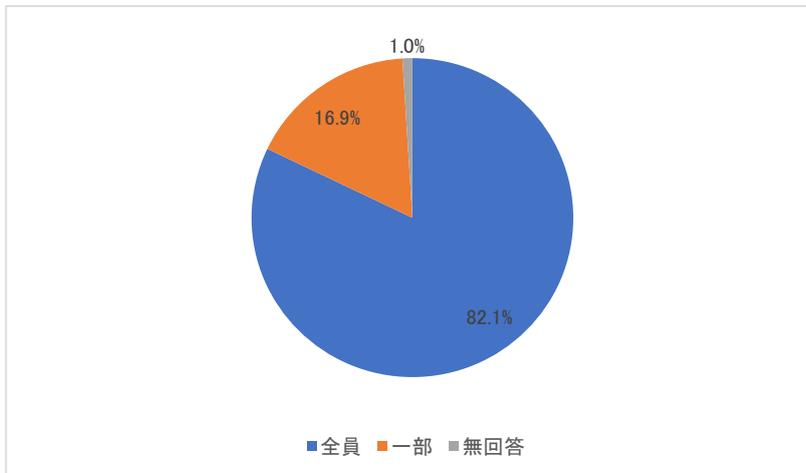
2-14 委員会で取り上げる隔離患者数は（直近3回の平均、小数点1桁）。



平均値 10.1人  
中央値 6人

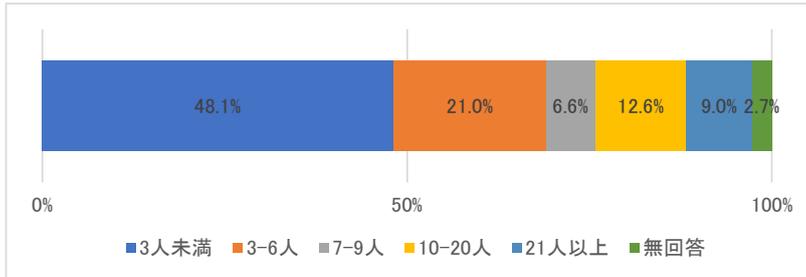
|     | 3人未満  | 3-6人  | 7-9人  | 10-20人 | 21人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|-------|--------|-------|------|--------|
| 回答数 | 201   | 179   | 80    | 139    | 85    | 25   | 709    |
| 構成比 | 28.3% | 25.2% | 11.3% | 19.6%  | 12.0% | 3.5% | 100.0% |

2-15 委員会で取り上げる拘束患者数は全員ですか、一部ですか。



|     | 全員    | 一部    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 582   | 120   | 7    | 709    |
| 構成比 | 82.1% | 16.9% | 1.0% | 100.0% |

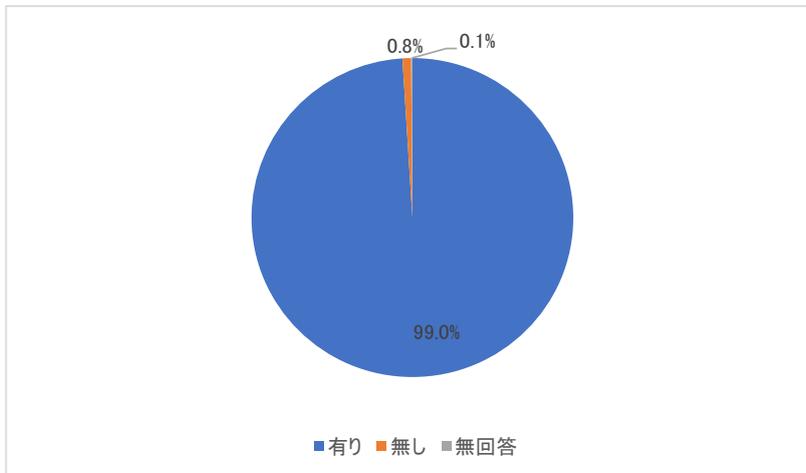
2-16 委員会で取り上げる拘束患者数（直近3回の平均、小数点1桁）。



平均値 7.3人  
中央値 3人

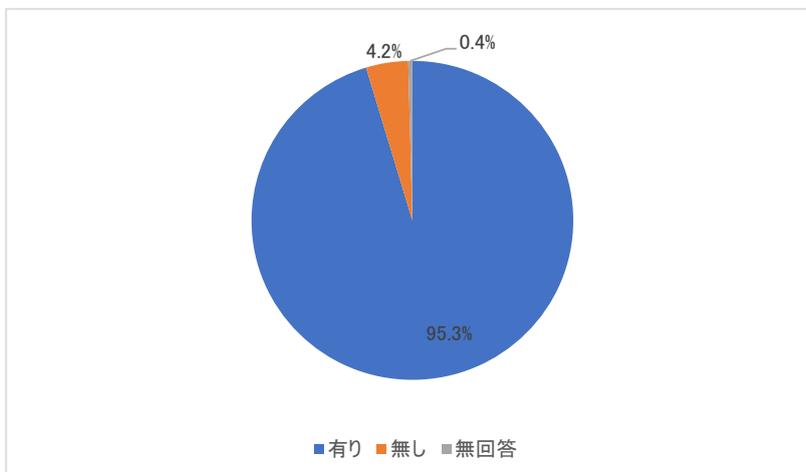
|     | 3人未満  | 3-6人  | 7-9人 | 10-20人 | 21人以上 | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|-------|------|--------|
| 回答数 | 341   | 149   | 47   | 89     | 64    | 19   | 709    |
| 構成比 | 48.1% | 21.0% | 6.6% | 12.6%  | 9.0%  | 2.7% | 100.0% |

2-17 定型的な議事録がありますか。



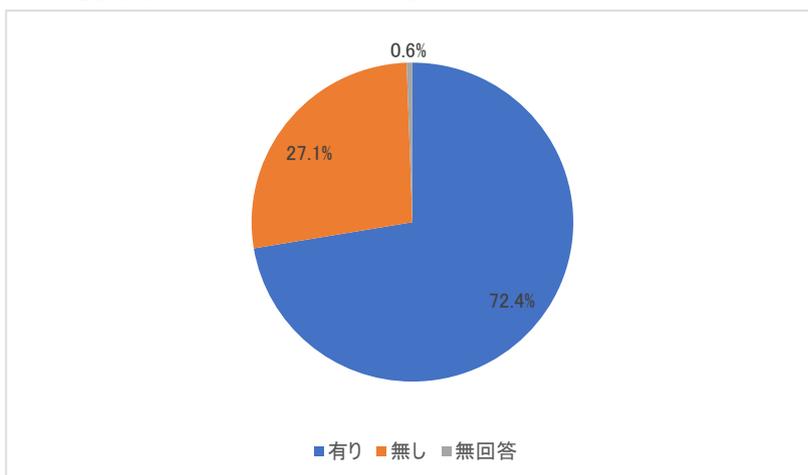
|     | 有り    | 無し   | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|--------|
| 回答数 | 702   | 6    | 1    | 709    |
| 構成比 | 99.0% | 0.8% | 0.1% | 100.0% |

2-18 行動制限最小化委員会の規定・規約がありますか。



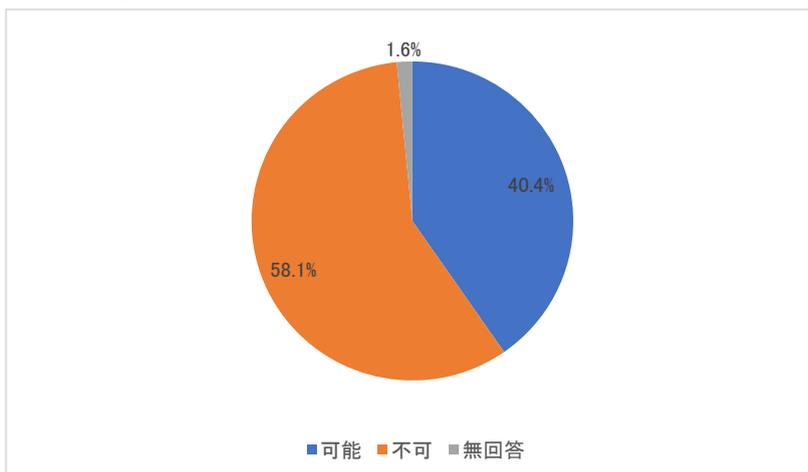
|     | 有り    | 無し   | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|--------|
| 回答数 | 676   | 30   | 3    | 709    |
| 構成比 | 95.3% | 4.2% | 0.4% | 100.0% |

2-19 行動制限最小化委員会のマニュアルがありますか。



|     | 有     | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 513   | 192   | 4    | 709    |
| 構成比 | 72.4% | 27.1% | 0.6% | 100.0% |

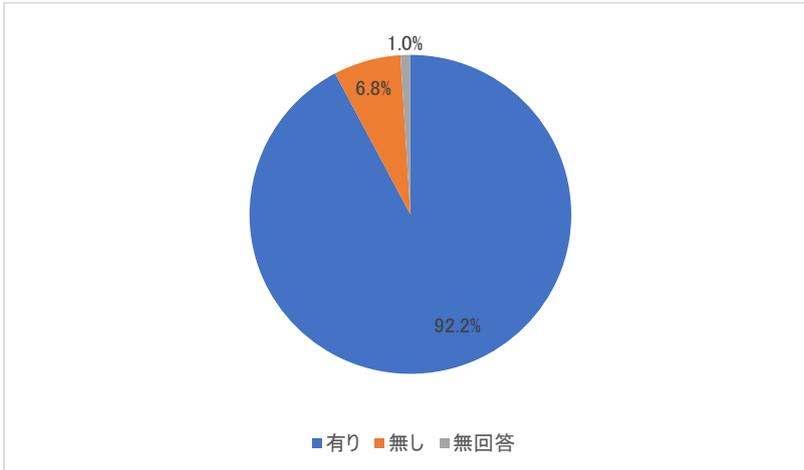
2-20 マニュアルが「有」の場合、本事業への提出は可能ですか。



|     | 可能    | 不可    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 207   | 298   | 8    | 513    |
| 構成比 | 40.4% | 58.1% | 1.6% | 100.0% |

### 3 委員会の対応内容について

3-1 行動制限最小化の何らかのアクションをしていますか。



|     | 有り    | 無し   | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|--------|
| 回答数 | 654   | 48   | 7    | 709    |
| 構成比 | 92.2% | 6.8% | 1.0% | 100.0% |

3-2 病棟のラウンドをしていますか。



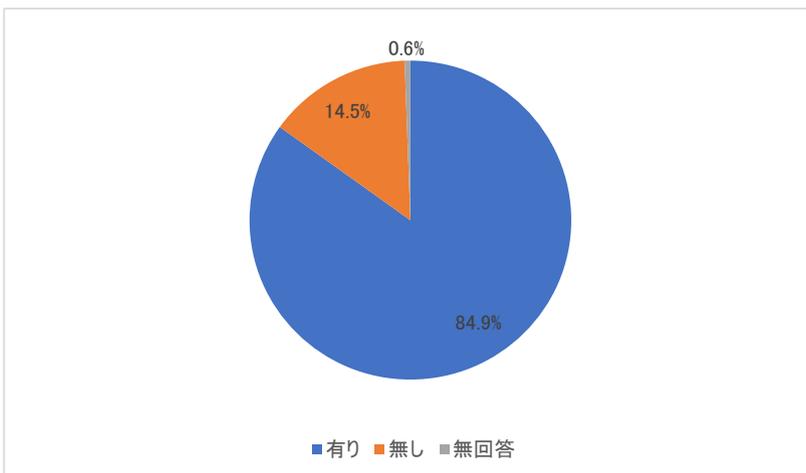
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 331   | 378   | 0    | 709    |
| 構成比 | 46.7% | 53.3% | 0.0% | 100.0% |

3-3 隔離・拘束に対しての知識・情報の提供をしていますか。



|     | 有り    | 無し   | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|--------|
| 回答数 | 690   | 18   | 1    | 709    |
| 構成比 | 97.3% | 2.5% | 0.1% | 100.0% |

3-4 隔離・拘束に対しての技術支援をしていますか。



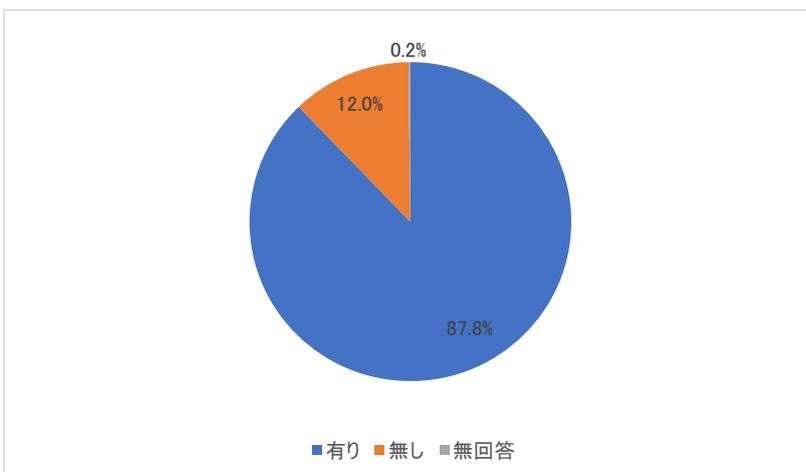
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 602   | 103   | 4    | 709    |
| 構成比 | 84.9% | 14.5% | 0.6% | 100.0% |

3-5 隔離・拘束症例に対しての勧告や介入をしていますか。



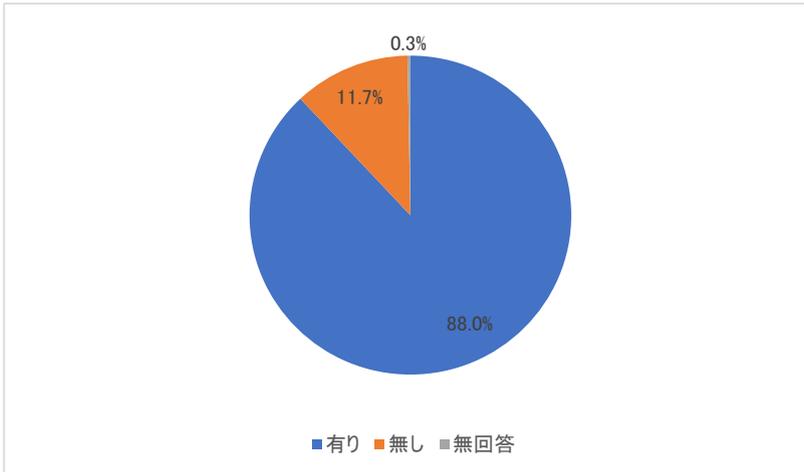
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 557   | 147   | 5    | 709    |
| 構成比 | 78.6% | 20.7% | 0.7% | 100.0% |

3-6 勧告や介入に対して、実際には是正されたことがありますか。



|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 489   | 67    | 1    | 557    |
| 構成比 | 87.8% | 12.0% | 0.2% | 100.0% |

3-7 委員会では研修会の企画をしていますか。



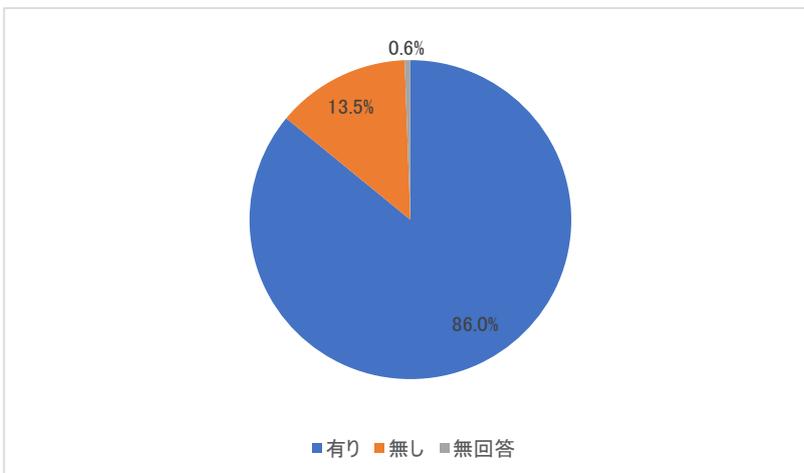
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 624   | 83    | 2    | 709    |
| 構成比 | 88.0% | 11.7% | 0.3% | 100.0% |

3-8 委員会で年度目標を立てて活動し、年度末に総括していますか。



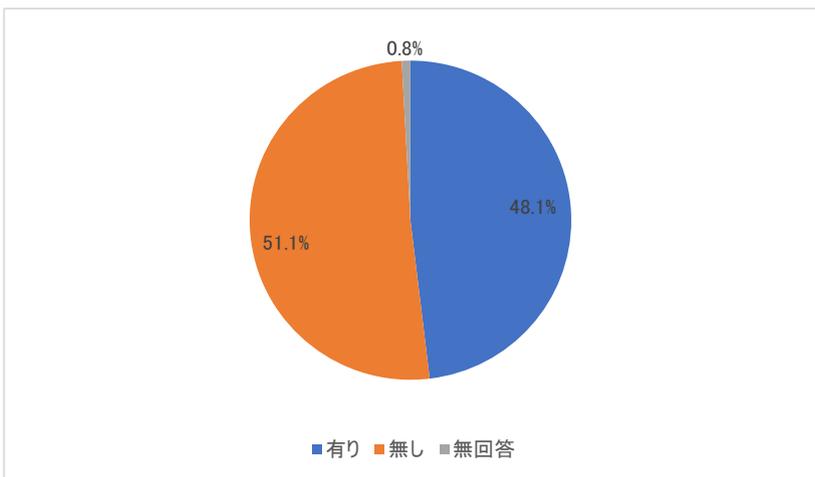
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 291   | 416   | 2    | 709    |
| 構成比 | 41.0% | 58.7% | 0.3% | 100.0% |

3-9 マニュアルの見直し、改定をしていますか。



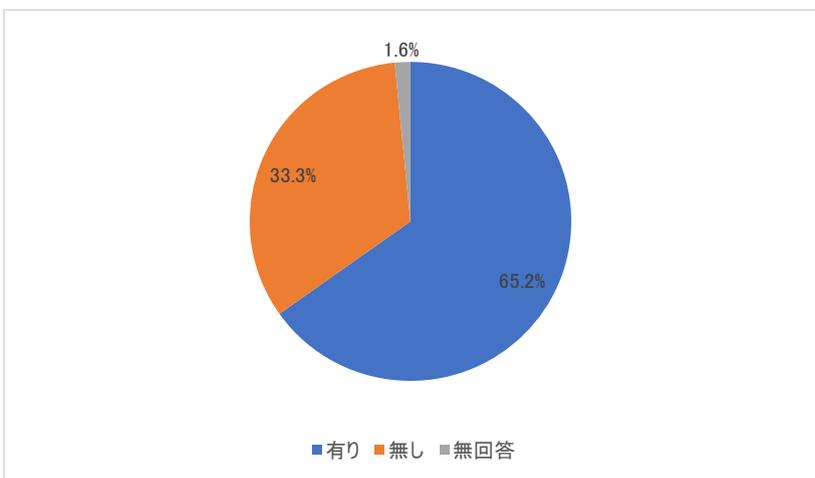
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 441   | 69    | 3    | 513    |
| 構成比 | 86.0% | 13.5% | 0.6% | 100.0% |

3-10 隔離・拘束に関わった方への労いを行っていますか。



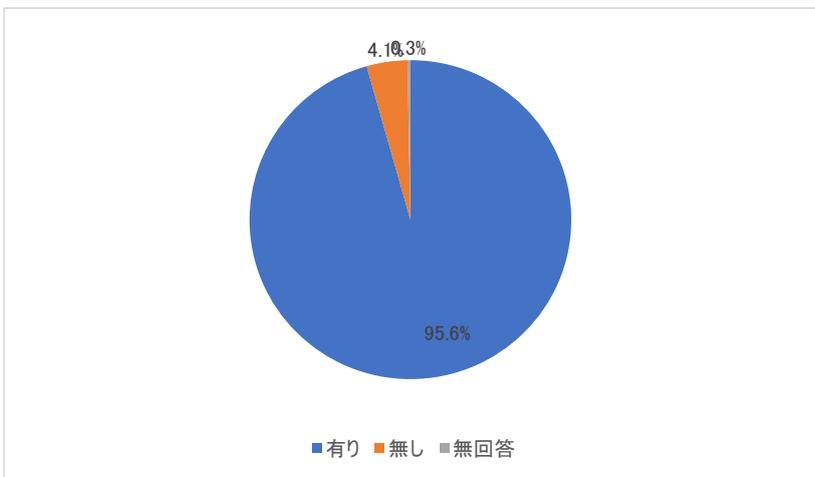
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 341   | 362   | 6    | 709    |
| 構成比 | 48.1% | 51.1% | 0.8% | 100.0% |

3-11 隔離拘束エピソードのデブリーフィング（振り返り）を行っていますか。



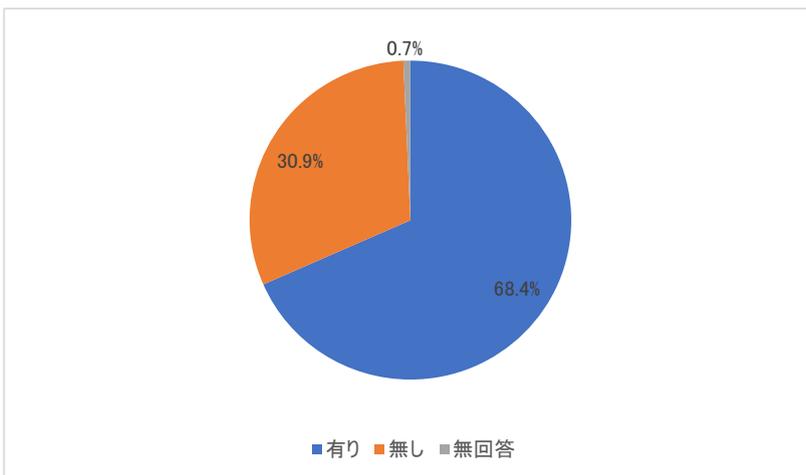
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 462   | 236   | 11   | 709    |
| 構成比 | 65.2% | 33.3% | 1.6% | 100.0% |

3-12 一覧性台帳を利用していますか。



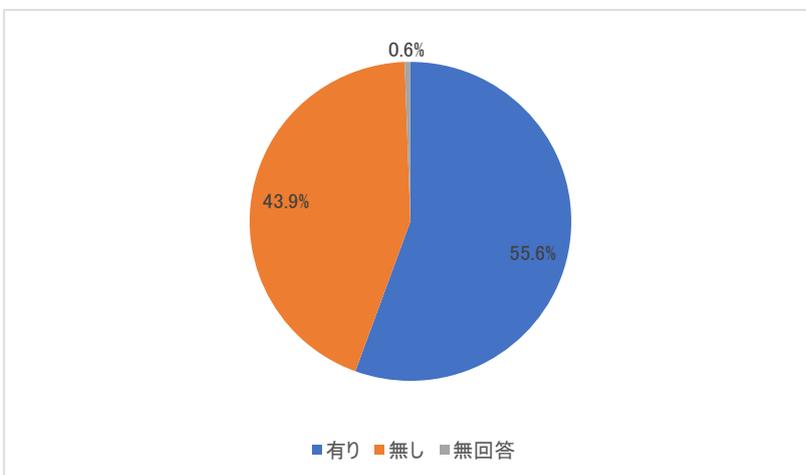
|     | 有り    | 無し   | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|------|------|--------|
| 回答数 | 678   | 29   | 2    | 709    |
| 構成比 | 95.6% | 4.1% | 0.3% | 100.0% |

3-13 病院独自の集計をしていますか。



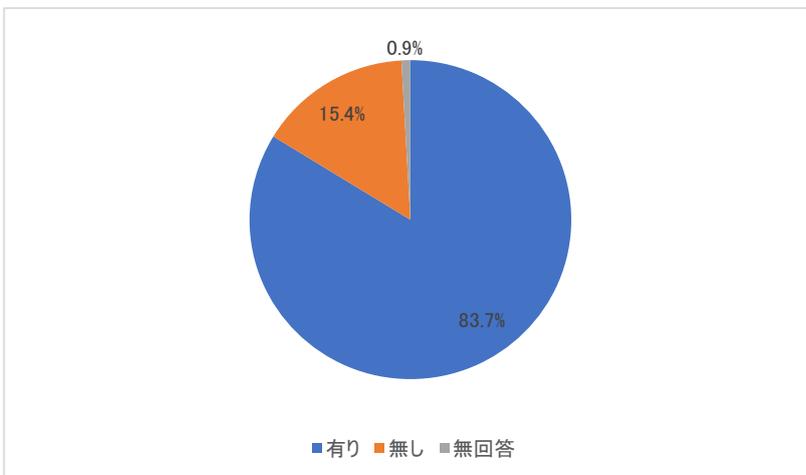
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 485   | 219   | 5    | 709    |
| 構成比 | 68.4% | 30.9% | 0.7% | 100.0% |

3-14 隔離・拘束のデータを院内掲示や職員に通知をしていますか。



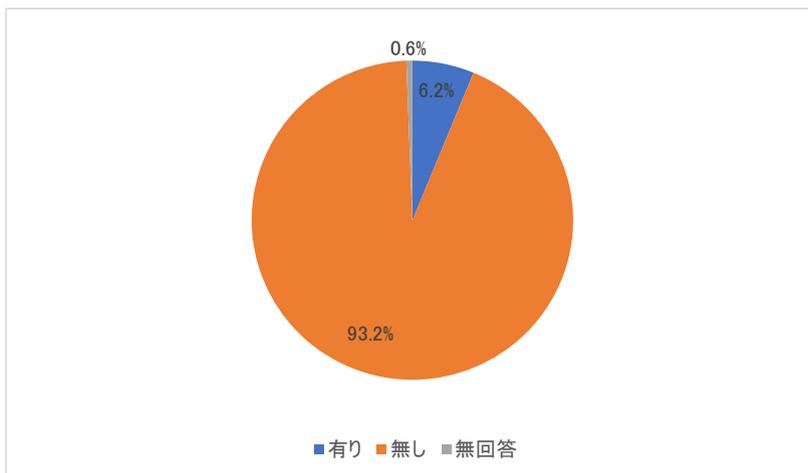
|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 394   | 311   | 4    | 709    |
| 構成比 | 55.6% | 43.9% | 0.6% | 100.0% |

3-15 電子カルテ（導入施設のみ）の機能を活用していますか。



|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 283   | 52    | 3    | 338    |
| 構成比 | 83.7% | 15.4% | 0.9% | 100.0% |

3-16 電子カルテの患者情報を記録したデータ分析ツールを何か導入をしていますか。

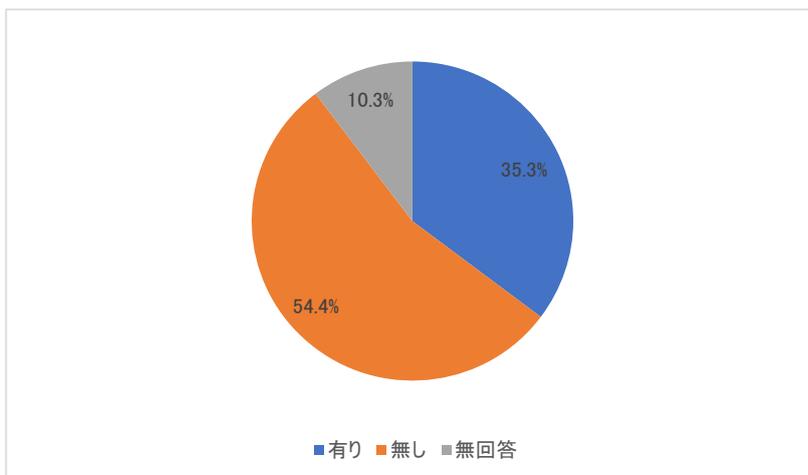


|     | 有り   | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|------|-------|------|--------|
| 回答数 | 21   | 315   | 2    | 338    |
| 構成比 | 6.2% | 93.2% | 0.6% | 100.0% |

3-17 導入していれば、そのツール名は何ですか。

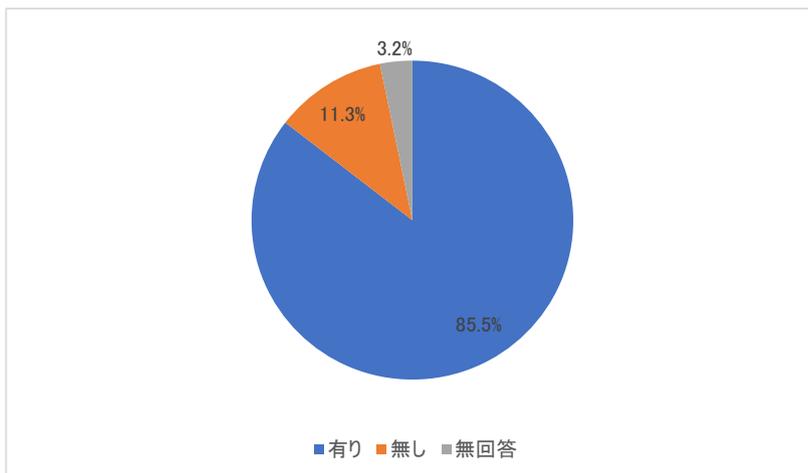
サーバー / MENTAT / Yellowfin / 巡視記録 / PECO / CSV / 台帳 / ここりんく / 隔離拘束アセスメントシート / DINQL / 富士通診療DWH / Excel / パタンテンプレート

3-18 委員会で何か工夫している点がありますか。



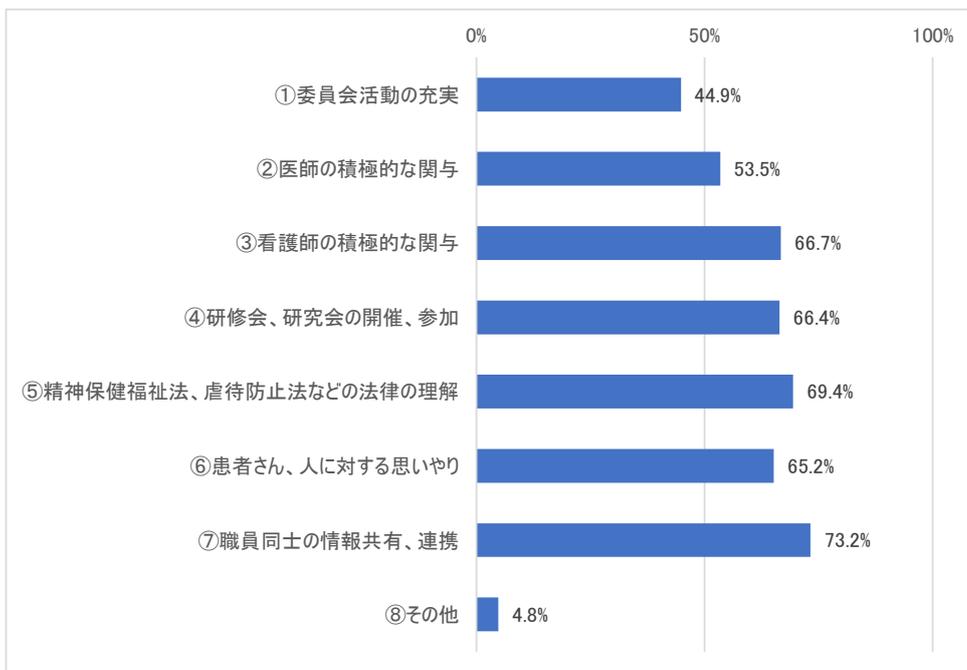
|     | 有り    | 無し    | 無回答   | 合計     |
|-----|-------|-------|-------|--------|
| 回答数 | 250   | 386   | 73    | 709    |
| 構成比 | 35.3% | 54.4% | 10.3% | 100.0% |

3-19 委員会の活動で行動制限の最小化に繋がったことがありますか。



|     | 有り    | 無し    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 606   | 80    | 23   | 709    |
| 構成比 | 85.5% | 11.3% | 3.2% | 100.0% |

3-20 貴院の行動制限最小化委員会において何に力点を置いていますか。※複数選択可

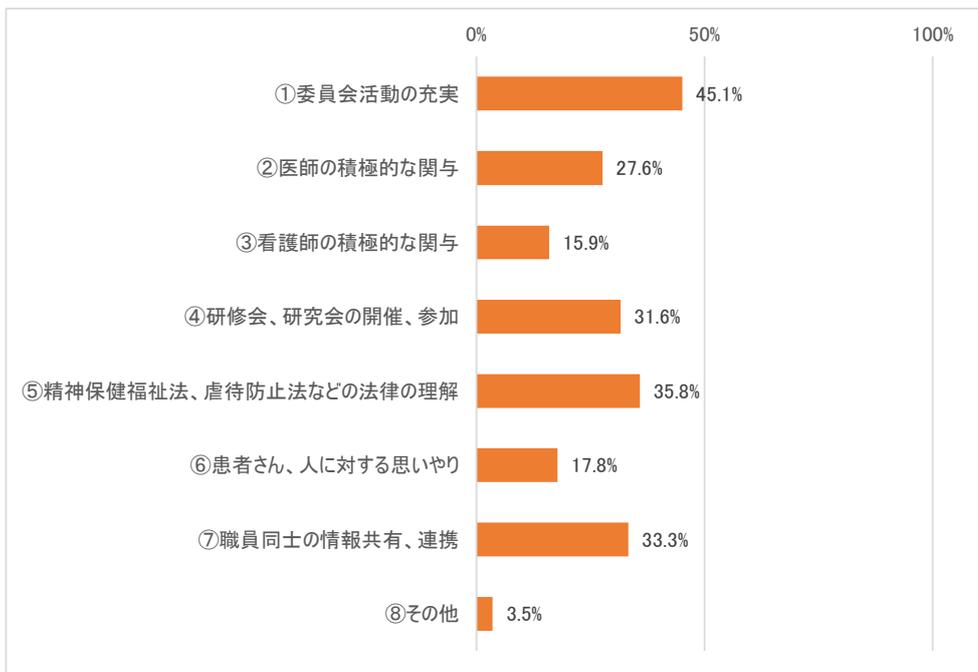


|     | ①委員会活動の充実 | ②医師の積極的な関与 | ③看護師の積極的な関与 | ④研修会、研究会の開催、参加 | ⑤精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解 |
|-----|-----------|------------|-------------|----------------|------------------------|
| 回答数 | 318       | 379        | 473         | 471            | 492                    |
| 構成比 | 44.9%     | 53.5%      | 66.7%       | 66.4%          | 69.4%                  |

|     | ⑥患者さん、人に対する思いやり | ⑦職員同士の情報共有、連携 | ⑧その他 | サンプル数* |
|-----|-----------------|---------------|------|--------|
| 回答数 | 462             | 519           | 34   | 709    |
| 構成比 | 65.2%           | 73.2%         | 4.8% | -      |

\*行動制限最小化委員会「有り」と回答した医療機関

3-21 貴院の行動制限最小化委員会において何が足りていないと思いますか。※複数選択可

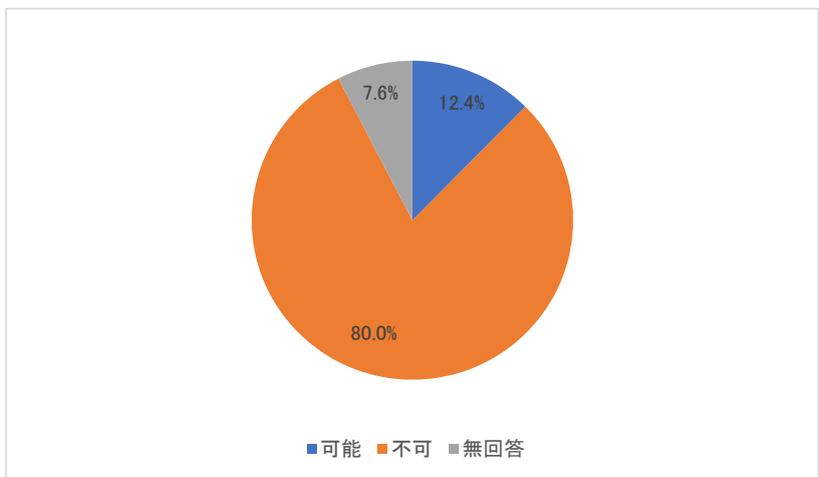


|     | ①委員会活動の充実 | ②医師の積極的な関与 | ③看護師の積極的な関与 | ④研修会、研究会の開催、参加 | ⑤精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解 |
|-----|-----------|------------|-------------|----------------|------------------------|
| 回答数 | 320       | 196        | 113         | 224            | 254                    |
| 構成比 | 45.1%     | 27.6%      | 15.9%       | 31.6%          | 35.8%                  |

|     | ⑥患者さん、人に対する思いやり | ⑦職員同士の情報共有、連携 | ⑧その他 | サンプル数* |
|-----|-----------------|---------------|------|--------|
| 回答数 | 126             | 236           | 25   | 709    |
| 構成比 | 17.8%           | 33.3%         | 3.5% | -      |

\*行動制限最小化委員会「有り」と回答した医療機関

3-22 (好事例と思われる施設へのWebインタビューについて) ご協力は可能ですか。



|     | 可能    | 不可    | 無回答  | 合計     |
|-----|-------|-------|------|--------|
| 回答数 | 88    | 567   | 54   | 709    |
| 構成比 | 12.4% | 80.0% | 7.6% | 100.0% |

**令和3年障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」**  
**アンケート用紙**      ㄨ切り    令和3年11月1日    (2週間後にリマインドのご連絡を致します)

医療保護入院診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会(行動制限最小化委員会)において入院医療について定期的(少なくとも月1回)な評価を行うことが求められています。しかし、同委員会の活動状況に関する調査が不足しております。本事業は、行動制限最小化委員会の実態把握を行うとともに成果物の収集・公表を行うことで、行動制限の最小化を推進することを目的とするものです。行動制限最小化委員会の活動では様々な悩みを抱えながら対応しているものと存じます。好事例の収集も行いたいと思っておりますので、具体例の記載も宜しくお願い申し上げます。また、**データ整理の都合上、極力エクセルファイルでの報告をお願いします。**

**なお、今回の「行動制限最小化委員会」は、医療保護入院診療料を算定する場合に必要な委員会であって、夜間看護体制加算、看護補助加算、認知症ケア加算に必要な対応とは関係がありません。**

※黄色セルはプルダウンより選択ください。

令和3年10月1日現在 ※会員番号は、ハイフンなしで4ケタでご記載ください。日精協会員病院以外は不要です。

|        |  |         |  |          |         |          |    |
|--------|--|---------|--|----------|---------|----------|----|
| 会員番号   |  | 病院名     |  | Tel      |         | メールアドレス  |    |
| 問合せ先氏名 |  | 病床数     |  | 床        | うち精神病床  |          | 床  |
| 記載者職種  |  | 病棟数     |  | 病棟       | うち閉鎖病棟数 |          | 病棟 |
|        |  | 救急病棟の有無 |  | 急性期病棟の有無 |         | 認知症病棟の有無 |    |

**病院基礎データの質問**

年間入院者数(令和2年1月～12月)

任意入院者数

医療保護入院者数

応急入院者数

措置入院者数(緊急措置含、緊措⇒措置は1人)

その他の入院者数(鑑定入院等)

保護室数(施錠可能な個室、病院全体)

保護室以外の施錠可能な個室数(病院全体)

行動制限最小化委員会がありますか。

医療保護入院等診療料を算定していますか。

電子カルテを使用していますか。

**入力欄**

自動計算

|   |   |
|---|---|
| 0 | 人 |
|   | 人 |
|   | 人 |
|   | 人 |
|   | 人 |
|   | 人 |
|   | 室 |
|   | 室 |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

**行動制限最小化委員会設置の経緯**  
 以下のような歴史があります。

平成16年度診療報酬改定

- 「医療保護入院等診療料」の新設
- 行動制限最小化の手法明記
- 診療計画の策定と説明・診療録記載
- 行動制限最小化委員会の設置と開催
- 行動制限最小化基準の整備
- 研修会の開催

平成18年10月施行 精神保健福祉法改正

- 隔離及び身体拘束等の行動制限について一覧性のある台帳の整備

以下は行動制限最小化委員会がある施設が対象です。

行動制限最小化委員会についての質問

いなければ「0」と回答して下さい。

入力欄

|      |                                       |  |   |
|------|---------------------------------------|--|---|
| 1    | <b>委員会の構成について</b>                     |  |   |
| 1-1  | 委員長はどの役職の方がついていますか。                   |  |   |
| 1-2  | 全員で何名の構成員がいますか。                       |  | 人 |
| 1-3  | 医師は何人いますか。                            |  | 人 |
| 1-4  | そのうち、指定医は何人ですか。                       |  | 人 |
| 1-5  | 看護師は何人いますか。                           |  | 人 |
| 1-6  | そのうち、専門看護師および精神科認定看護師は何人ですか。          |  | 人 |
| 1-7  | 精神保健福祉士は何人いますか。                       |  | 人 |
| 1-8  | 社会福祉士は何人いますか。                         |  | 人 |
| 1-9  | 薬剤師は何人いますか。                           |  | 人 |
| 1-10 | 心理士・公認心理師は何人いますか。                     |  | 人 |
| 1-11 | 栄養士は何人いますか。                           |  | 人 |
| 1-12 | 事務職は何人いますか。                           |  | 人 |
| 1-13 | 当事者は何人いますか。                           |  | 人 |
| 1-14 | そのうち、いわゆるピアサポーターの方は何人いますか。            |  | 人 |
| 1-15 | 当事者のご家族は何人いますか。                       |  | 人 |
| 1-16 | 弁護士は何人いますか。                           |  | 人 |
| 1-17 | 社会福祉サービスの職員は何人いますか。                   |  | 人 |
| 1-18 | 人権擁護団体の職員は何人いますか。                     |  | 人 |
| 1-19 | 上記の方以外は何人いますか。                        |  | 人 |
| 1-20 | それは、どんな職種、関係ですか。                      |  |   |
| 1-21 | 構成員への謝礼、御礼はありますか。                     |  |   |
| 1-22 | 委員会には下部組織はありますか。                      |  |   |
| 1-23 | 「有」の場合以下の質問。具体的には？※組織の概要について回答してください。 |  |   |
| 1-24 | 下部組織の構成員は何人ですか。                       |  | 人 |
| 1-25 | 下部組織に医師は何人いますか。                       |  | 人 |
| 1-26 | 下部組織に看護師は何人いますか。                      |  | 人 |
| 1-27 | 下部組織に精神保健福祉士は何人いますか。                  |  | 人 |
| 1-28 | 下部組織に上記以外の方はいますか。                     |  |   |
| 1-29 | 「有」の場合、具体的には？                         |  |   |

2 **委員会の活動実態について** **委員会の形式的なものの質問です。**

|      |                                 |      |   |    |
|------|---------------------------------|------|---|----|
| 2-1  | 委員会開催は月に何回ですか。                  | 自動計算 | 0 | 回  |
| 2-2  | 令和3年4月                          |      |   | 回  |
| 2-3  | 令和3年5月                          |      |   | 回  |
| 2-4  | 令和3年6月                          |      |   | 回  |
| 2-5  | 令和3年7月                          |      |   | 回  |
| 2-6  | 直近3回のおおよその平均開催時間はどれくらいですか。      |      |   | 分  |
| 2-7  | どのような時間帯に行っていますか。               |      |   |    |
| 2-8  | 委員会の開催場所はどちらですか。                |      |   |    |
| 2-9  | 司会者はどの職種が担っていますか。               |      |   |    |
| 2-10 | 主に発言している方はどの職種ですか。              |      |   |    |
| 2-11 | 医師の積極的な関与・発言はありますか。             |      |   |    |
| 2-12 | 委員会で取り上げる対象の病棟数はいくつですか。         |      |   | 病棟 |
| 2-13 | 委員会で取り上げる隔離患者数は全員ですか、一部ですか。     |      |   |    |
| 2-14 | 委員会で取り上げる隔離患者数は(直近3回の平均、小数点1桁)。 |      |   | 人  |
| 2-15 | 委員会で取り上げる拘束患者数は全員ですか、一部ですか。     |      |   |    |
| 2-16 | 委員会で取り上げる拘束患者数(直近3回の平均、小数点1桁)。  |      |   | 人  |
| 2-17 | 定型的な議事録がありますか。                  |      |   |    |
| 2-18 | 行動制限最小化委員会の規定・規約がありますか。         |      |   |    |
| 2-19 | 行動制限最小化委員会のマニュアルがありますか。         |      |   |    |
| 2-20 | マニュアルが「有」の場合、本事業への提出は可能ですか。     |      |   |    |

**3 委員会の対応内容について 委員会では対応している中身、内容の質問です。下部組織を含みます。**

- 3-1 行動制限最小化の何らかのアクションをしていますか。
- 3-2 病棟のラウンドをしていますか。
- 3-3 隔離・拘束に対しての知識・情報の提供をしていますか。
- 3-4 隔離・拘束に対しての技術支援をしていますか。
- 3-5 隔離・拘束症例に対しての勧告や介入をしていますか。
- 3-6 勧告や介入に対して、実際に是正されたことがありますか。
- 3-7 委員会では研修会の企画をしていますか。
- 3-8 委員会で年度目標を立てて活動し、年度末に総括していますか。
- 3-9 マニュアルの見直し、改定をしていますか。
- 3-10 隔離・拘束に関わった方への労いを行っていますか。
- 3-11 隔離拘束エピソードのデブリーフィング(振り返り)を行っていますか。
- 3-12 一覧性台帳を利用していますか。
- 3-13 病院独自の集計をしていますか。
- 3-14 隔離・拘束のデータを院内掲示や職員に通知をしていますか。
- 3-15 電子カルテ(導入施設のみ)の機能を活用していますか。
- 3-16 電子カルテの患者情報を記録したデータ分析ツールを何か導入をしていますか。
- 3-17 導入していれば、そのツール名は何ですか。
- 3-18 委員会で何か工夫している点がありますか。

**工夫点があれば、是非、4ページ目に「支障を来している点や改善すべき点」「工夫していること」の記入をお願い申し上げます。**

- 3-19 委員会の活動で行動制限の最小化に繋がったことがありますか。
- 3-20 貴院の行動制限最小化委員会において何に力点を置いていますか。※複数選択可
  - ① 委員会活動の充実
  - ② 医師の積極的な関与
  - ③ 看護師の積極的な関与
  - ④ 研修会、研究会の開催、参加
  - ⑤ 精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解
  - ⑥ 患者さん、人に対する思いやり
  - ⑦ 職員同士の情報共有、連携
  - ⑧ その他

- 3-21 貴院の行動制限最小化委員会において何が足りていないと思いますか。※複数選択可
  - ① 委員会活動の充実
  - ② 医師の積極的な関与
  - ③ 看護師の積極的な関与
  - ④ 研修会、研究会の開催、参加
  - ⑤ 精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解
  - ⑥ 患者さん、人に対する思いやり
  - ⑦ 職員同士の情報共有、連携
  - ⑧ その他

**「行動制限最小化委員会」での活動で病院独自の工夫点があれば、是非その内容について教えて下さい。4ページ目に「支障を来している点や改善すべき点」、「工夫していること」の記載を宜しくお願い申し上げます。好事例の収集こそが本事業の最大の資料になるかと考えております。**

本事業では、好事例と思われる施設にはWebでのインタビューを行うことを検討しています。

- 3-22 ご協力は可能ですか。インタビューは30分程度です。

## V. 事例報告（別紙に掲載します）

321 病院（44.2%）から 472 件の事例報告があった。1 病院あたりの事例報告数は、平均で 0.7 件。1 件：216 病院（29.7%）、2 件：72 病院（9.9%）、3 件：21（2.9%）、4 件以上：12 病院（1.6%）。内容別は、以下の通りである。

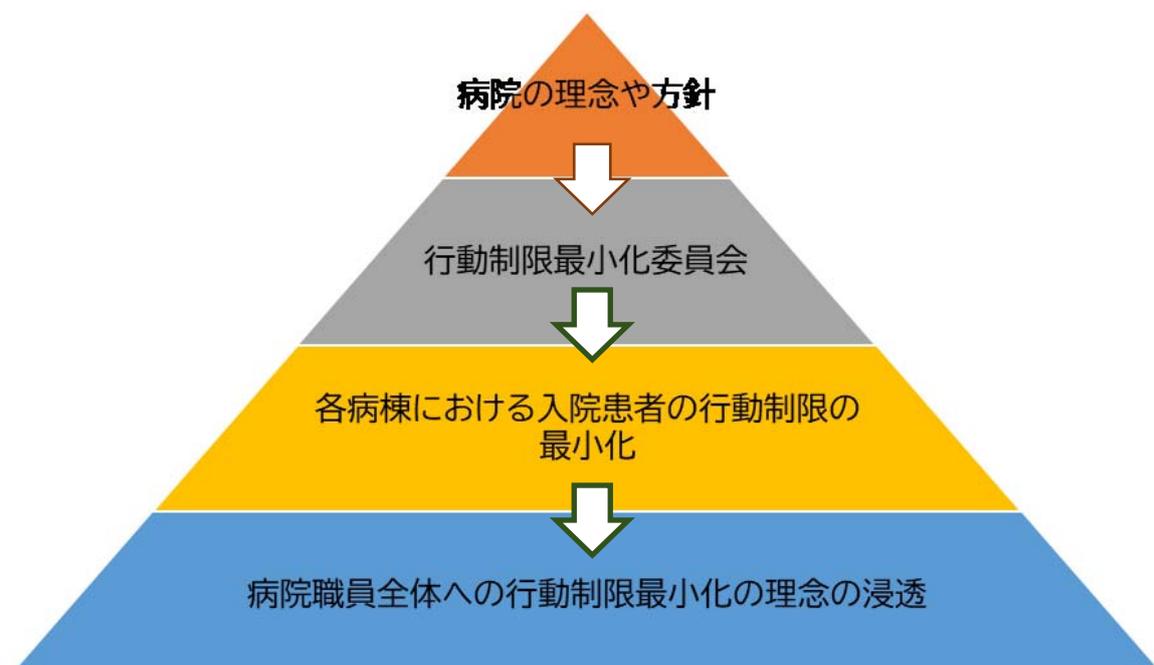
|                 |               |
|-----------------|---------------|
| 1.委員会の構成について    | : 54件（11.4%）  |
| 2.委員会の開催について    | : 27件（5.7%）   |
| 3.委員会の活動内容について  | : 222件（47.0%） |
| 4.委員会で用いる資料について | : 27件（5.7%）   |
| 5.研修会等について      | : 79件（16.7%）  |
| 6.他             | : 63件（13.3%）  |

「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」に、事例報告をカテゴリー別に整理したものを提示しています。これは、各病院での行動制限最小化にかかる取組みをまとめたものですので、ご活用頂ければ幸いです。

## IX. 令和3年度調査「事例報告」の整理

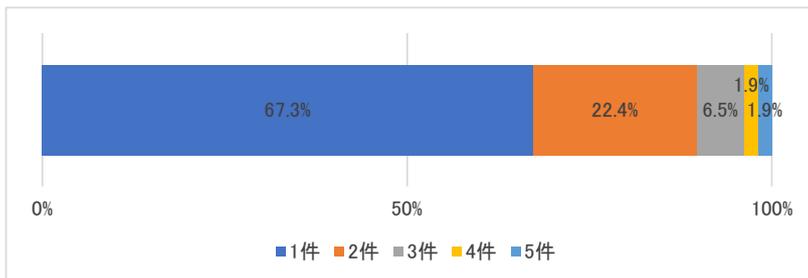
行動制限最小化委員会は、委員会活動を媒介として、以下の実現を目指す

- 病院の理念や方針の具体化
- 各病棟における入院患者の行動制限最小化
- 病院職員全体への行動制限最小化の理念の浸透



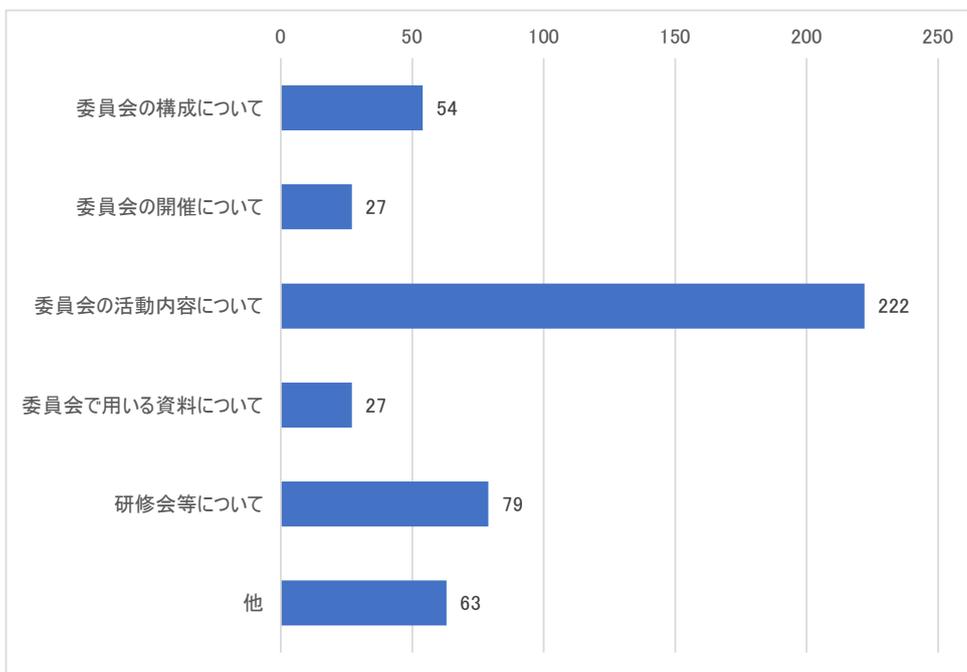
## 事例調査：「支障を来している点や改善すべき点」、「工夫していること」

○1病院あたりの事例報告件数（報告なしは除く）



|     | 1件    | 2件    | 3件   | 4件   | 5件   | 合計     |
|-----|-------|-------|------|------|------|--------|
| 回答数 | 216   | 72    | 21   | 6    | 6    | 321    |
| 構成比 | 67.3% | 22.4% | 6.5% | 1.9% | 1.9% | 100.0% |

○事例報告件数（類型別）



|     | 委員会の構成<br>について | 委員会の開催<br>について | 委員会の活動<br>内容について | 委員会で用い<br>る資料につい<br>て | 研修会等につ<br>いて | 他  | 合計  |
|-----|----------------|----------------|------------------|-----------------------|--------------|----|-----|
| 回答数 | 54             | 27             | 222              | 27                    | 79           | 63 | 472 |

| No               | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること  | 都道府県 |
|------------------|---|---|------|
| <b>1. 委員会の構成</b> |   |   |      |
| 1                | 数年間、委員会の構成の職種が同じだったため、少なからず視野が狭くなってきた風潮があった。  | 医師や看護師、精神保健福祉士以外にも作業療法士を入れる事により、他業務の視点や意見も分かることが出来た。  | 岩手   |
| 2                | 院内で医師、看護師、精神保健福祉士の連携及び薬剤部、事務所等の連携の必要性を感じている。  | 無   | 群馬   |
| 3                | 人事異動等で急な委員の変更があるため、委員会のあり方等全般的に把握できる委員が少ない。また、詳細な引継ぎが困難なことがある。                            | マニュアル整備を徹底し、各部署への配置全職員が可視化できるようにしている。   | 大阪   |
| 4                | 各病棟、行動制限患者の困難事例をあげ、緩和に向けた取り組み一病棟で困っている現状がわかった。  | 委員会でケースカンファレンスとして月一回の会議内で3事例をあげ情報共有、提供、意見交換。  | 大阪   |
| 5                | 病院内の医師、看護師、精神保健福祉士などの職種だけでは、どうしても病院側の視点しか見えないので、病院外の人選を考慮した。                              | 行動制限最小化委員会が組織として機能し改善に向けての検討が出来るよう他の精神科の医師及び弁護士を加えた。  | 兵庫   |
| 6                | 委員の医師以外、PSW(在籍1名)を委員にすると急な業務で欠席になる(厚生省は、委員の100%出席を求めると)。                                  | 現時点では、PSWにはオブザーバーとして出席してもらっていて、ほぼ業務の支障もなく出来ている。   | 和歌山  |
| 7                | 委員会のメンバー構成について。   | 当初、委員である医師、看護師、精神保健福祉士3名により、毎月の委員会や病棟のラウンドを行っていたが、各病棟に担当者を設置し委員会に参加してもらいに変更した。これにより、より具体的に患者さんの状態、行動制限の状況を把握することができるようになった。 | 広島   |
| 8                | 精神科病院として全職種で実情の理解と最小化を目指す精神の熟成が必要です。  | 精神科病院だけでなく療養病棟にも委員を置き病院全体として知識や現状を共有して方向性や改善策を話し合っている。  | 鹿児島  |
| 9                | 病棟看護師だけの視点でなく、チームとしての拘束解除に向けた動きとして、リハビリを担当している職員からの視点も聞いていきたいという思いがあった。                   | 精神科作業療法をおこなっている作業療法士を委員会の構成員として参加してもらい、ADL面やベッド周りの環境調整の意見を述べてもらっている。  | 兵庫   |
| 10               | 委員会の構成員の中に隔離・拘束が行われているか分からない方がいる。また各病棟のラウンドを実施していないため、実情の把握や情報共有のためのラウンドをするため、看護師1名を増員した。 | 定期的なラウンドは実現できていないが、実情を把握のために、不定期ではあるがラウンドを実施し病棟看護スタッフと意見交換を実施した。  | 福島   |
| 11               | 委員会のメンバー構成について、看護師中心となっていた。   | 委員は、看護師中心となっているが、PSW、理学療法士、事務なども加わり、毎月委員会にて状況報告を行い、最小化に向けた議論をしている。  | 東京   |
| 12               | 職員の人数が、元々少ない為、実行出来る事に限りがある。   | 少人数でも、出来る限りのことを行っている。   | 千葉   |
| 13               | 医師、看護師などの直接的に行動制限に関係する職種のみでの構成では、制限を実施する側としての視点になりやすいからいがある。                              | 医師、看護師などの職種だけではなく、ソーシャルワーカー、事務、作業療法士、理学療法士など幅広い職種から参加している。さまざまな視点からの意見を取り入れるようにしている。  | 東京   |
| 14               | 内部のスタッフだけでは気づき難い点がある。   | 構成員として弁護士に入ってもらい、第三者的立場からの助言を頂いている。   | 東京   |
| 15               | 隔離、拘束対応の患者数が多く、委員会の中ですべての患者について十分検討する時間を取ることが難しい。   | 本会議の数日前までに病棟担当の精神保健福祉士、主任看護師、作業療法士からなる下部組織の会議を開催し、各病棟の患者について検討した内容を本会議で報告し、構成員からの意見やアドバイスを受けている。                            | 福井   |
| 16               | 下部組織がある行動制限最小化委員会では、各病棟のリンクナースが参加できないことがあり、病棟での細かな情報や隔離状況が伝わりにくく具体的な最小化につなげる話し合いができない。    | 行動最小化委員会を院内で一本化することで各病棟のリンクナースが委員会に参加でき、行動制限最小化につながる具体的な話し合いができ、最小化への病棟での実践に繋がりがやすい。  | 岐阜   |
| 17               | 委員会で話し合っている内容が、一部の行動制限にかかわる職員にしか周知されない。   | 議事録をいつでも閲覧できるよう、行動制限にかかわる職員だけではなく、コメディカル皆が閲覧できるよう共有ファイルに保存し対応している。  | 岐阜   |
| 18               | コメディカルの参加もあるが意見が少ない。第三者機関がないため、委員会の外からの意見や参加を検討していくと良い。                                   | 医師の参加もあり、いろいろな視点から積極的な意見交換がされている。   | 愛知   |
| 19               | 委員会発足当初のメンバーが医師、看護師のみであった為、視点に偏りがあった。   | 委員会メンバー7に精神保健福祉士、薬剤師を加え、看護師目線以外での意見を述べてもらっている。  | 大阪   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること  | 都道府県 |
|----|--|---|------|
| 20 | 難治患者様に対する事例検討を行い、他職種(医師・看護師以外)の意見を積極的に取り入れ、多角的に捉えていくことを考えていきたい。            | 行動制限のラウンドを行い意見交換をすることで、現状を把握するよう努めている。  | 大阪   |
| 21 | 行動制限最小化リンクスタッフ会議を看護師だけであるが毎月開催している。  | 行動制限最小化リンクスタッフが具体的に行ったことを委員会で報告している。  | 大阪   |
| 22 | 構成員の中に、看護助手(介護福祉士)や薬剤師の参加も検討したいが、勤務時間及び人員配置的に厳しい状況であり、実践できていない。            | 各病棟単位でカンファレンスを重ね、その結果を月1回の委員会開催時に持ち寄っている。   | 兵庫   |
| 23 | 院外の構成員がいいため、意見の幅が狭くなってしまう場合がある。  | 病院内の各職種が参加する事で情報の共有だけでなく、一つの職域にとらわれない意見を出せ合えることで、様々な解決案が出ており、実際に解除につながった例もある。   | 兵庫   |
| 24 | 行動制限の最小化に取り組むためには、他職種による構成員が拘束や隔離の実情を把握する必要がある。                            | 委員会の構成員が、病棟に出向いて、拘束や隔離されている患者の実情を踏まえた評価を実施している。   | 広島   |
| 25 | 病棟内のみの検討の場合、主観的な判断になりがちである。  | 複数名の医師、全病棟から看護師1名以上、多職種で委員会を構成することで主観的な判断にならないようにしている。  | 香川   |
| 26 | 医師・看護師・精神保健福祉士で構成しているが、質問内容を見て、他職種や院外のメンバーの参加を考えたようになった。                   |   | 長崎   |
| 27 | 委員会を医師と看護師で構成していたが、精神保健福祉士を入れることで、専門性が高まった。                                | 精神保健福祉士は、精神保健福祉法に特化しており、専門的な意見により、委員のスキルもアップすることができた。今後は、他の職種も参加し、多職種で最小化に向けて検討していきたい。  | 熊本   |
| 28 | 委員会構成メンバーが固定化されており、積極的な委員会活動ができていないようにおもわれるので、定期的に委員会構成メンバーを変更した。          | 具体的な工夫はできていないので、検討を要する。   | 熊本   |
| 29 | 病院内の医師、看護師、精神保健福祉士などの職種だけでは、どうしても病院側の視点しか見えないので、病院外の人選を考慮した。               | 行動制限最小化委員の構成員ではないが、当院の顧問弁護士・税理士に行動制限最小化委員会に参加いただき、外部から見た行動制限についての意見を述べてもらっている。  | 大分   |
| 30 | 医師や看護師だけではなく病院内の他職種での人選を考慮した。  | チーム医療として他職種での人選を考慮している。   | 大分   |
| 31 | 構成員の職種、部署について。   | 構成員の看護師は開放病棟の看護師であり、俯瞰的な視点から評価できるような構成にしている。  | 奈良   |
| 32 | 報告が主な内容で意見交換もあるが、最小化の取り組みにあまり繋がっていない                                       | 各病棟スタッフから構成しており、客観的な意見も聞けるようになっている。   | 富山   |
| 33 | 医師、看護師、精神保健福祉士の専門職のほか、他の領域からの視点を得るため、人選を考慮した。                              | 病院内の医師、看護師、精神保健福祉士のほか、事務職員を構成員とし、専門外の見地から参加。  | 奈良   |
| 34 | 委員の職種について。   | 医師・看護師・精神保健福祉士以外に、公認心理士、作業療法士を委員に選出している。委員会当日は、実際に検討をする患者様の主治医に参加を依頼し、行われた行動制限が適切かを検討している。司会進行、書記は、看護師、精神保健福祉士、公認心理士、作業療法士輪番で行っている。 | 鹿児島  |
| 35 | 委員会内で行動制限に関する記録やアクシデントに関する事例など内容が多岐にわたる。                                   | 委員に医療安全管理者や記録委員会リンクナースなど、他システムと連携できるスタッフを配置している。  | 東京   |
| 36 | 普段接している看護助手などの職種を以前はメンバーに含んでいたが、マンパワーの不足で現在参加できていない。                       | できる限り開催日に必要な職種を呼んで会議に参加してもらっている。必須メンバーとして看護助手は参加していないが今年から作業療法士が出ている。   | 神奈川  |
| 37 | 医師・看護師・精神保健福祉士のみの構成となっている。   | 他の行動制限に関わる職種(薬剤師・セラピスト・看護補助者等)の参加が必要と考えている。   | 富山   |
| 38 | 委員会の活動が院内に周知されにくい状況だった。  | これまで医師1名(指定医)のみの参加だったため、医師2名体制(指定医1名)とし、委員会以外の検討会にも積極的に参加するようにしている。   | 島根   |
| 39 | 医師、看護師、精神保健福祉士など、多職種で構成するが、実際に隔離・拘束がどのように行われているか分かりにくく、個々の意見が反映できない雰囲気もある。 | 患者の人権に基づき法律に則った意見を精神保健福祉士を中心に院内での行動制限を見直している。また、不明な点は、行政に確認をして、知識を高めている。  | 高知   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|---|--|------|
| 40 | 院長が出席していないため委員会での決定ができない。   | 病院内の医師2名(副院長、精神保健指定医)、各病棟看護師1名、精神保健福祉士、作業療法士、事務員を含む病院全体で取り組める構成としている。  | 神奈川県 |
| 41 | 当事者、ピアサポーター等の参加はないため、医療従事者の視点が強くなってしまふ。患者様の立ち場、思いを取り入れ、改善できると良い。          | 外部委員(家族会代表、他院院長(指定医))に来てもらい、意見をいただいている   | 石川   |
| 42 | 適宜、前年度との比較データを用いながら抑制率等数字を出せば良いがなかなかそこまでの資料の用意ができず毎月の状況報告となってしまうがちとなっている。 | 今後、各病棟にて身体拘束せずにケアしている状況について数字として出していきたい。   | 北海道  |
| 43 | 委員会の構成員は精神科関連スタッフのみである。   | 病院内審査機関メンバーを構成(事業管理者、院長、副院長、管理部長、看護部長、精神科部長、精神科病棟所長)し、必要性和妥当性について検討を行っている。   | 富山   |
| 44 | 小規模病院では委員会構成上かけもちが多く、委員会担当者は同じという構造がある。よって、特定個人の負担が増強している。                |  | 愛知   |
| 45 | 構成員に医師の配置はあるが、多忙であるため意見や提案が得られず、会議での結論があいまいになってしまうことがある。                  | 病院規模が大きいので本委員会の下部組織として小委員会を設置している。さらに、小委員会の下部組織として行動制委員を各病棟に配置して、適宜情報を共有する機会を設けている。  | 長崎   |
| 46 | 院内の職員での委員構成のための弊害がある。   | 外部の意見をどのように取り入れるか検討している。   | 栃木   |
| 47 | 医師全員が出席しているわけではないので、病状と行動制限の関連付けを医学的に検討することができない。一部参加している医師のケースはできるが・・・。  | 病棟看護師長が可能な限り説明している。  | 愛知   |
| 48 | 構成メンバーが各病棟からの選出になっていない事で状況判断が難しく、現実的な指導が不足している。                           | 他の委員会において行動制限最小化委員会からの通達を行っている。  | 大阪   |
| 49 | 直接的に行動制限にかかわる職種だけでなく、多職種による多面的な視点が求められた。                                  | 委員会の構成メンバーを隔離室を設置した病棟のスタッフだけでなく、それ以外の病棟の看護師の他、精神保健福祉士、公認心理士、事務職としている。  | 山口   |
| 50 | 下部組織の行動制限最小化部会の構成員は、医師と看護師のみである。  | 客観的な視点、対応策の検討の視点から、精神保健福祉士、理学療法士の参加を検討していく。  | 千葉   |
| 51 | 主治医参加について。  | 行動制限を行う必要性に悩む症例がある場合、その主治医にも委員会に参加してもらい検討を行っている。   | 福岡   |
| 52 | 行動制限最小化委員会は、医師・精神保健福祉士・看護管理職・事務職で構成されていたが、管理的な話し合い、困難事例の検討会に留まっていた。       | 平成26年度より行動制限最小化委員会を2部構成とした。1部は(管理)でこれまで同様の医師・看護管理職・事務職に精神科認定看護師。2部は下部組織を設けた(臨床)自由な発言を促すため医師・精神保健福祉士・各病棟のスタッフ・精神科認定看護師のみで構成。(管理)の役割は、行動制限最小化を図るため具体的な戦略を検討し、行動制限最小化のリーダーシップをとる。研修会の開催による教育システムの構築を行い、行動制限を安全かつ適正に行えるよう審査する。(臨床)は、情報の発信と共有を行い、臨床の声を吸い上げ困りごとや疑問を検討し現場にフィードバックする。以上のように役割分担した。 | 岡山   |
| 53 | 個別的なケアが必要。  | 個別的なケアが行動制限最小化に効果的であると考え、公認心理師も委員に加えている。   | 東京   |
| 54 | 委員会の開設以来、大きな工夫をすることなく現在まで継続してきた。今回、このアンケートを回答するにあたり、第三者委員の参加等を意識した。       | 精神保健福祉法の隔離・身体拘束について、基本を遵守しているが、第三者委員の参加による委員会の機能向上、委員会の透明性の確保について検討をしたい。   | 鳥取   |

| No               | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること  | 都道府県 |
|------------------|--|---|------|
| <b>2. 委員会の開催</b> |  |   |      |
| 1                | 委員会は1回/月の開催で、情報収集や検討を行っているが、コロナ禍でもあるため患者個別の行動制限について、十分な検討はできていない。                        | 下部組織である「行動制限最小化エキスパート会」を1回/月開催し、情報の共有や行動制限の最小化に努めている。   | 大阪   |
| 2                | 医師が多忙のため、参加が困難であることが多い。  | なるべく参加しやすい日程で調整をしている。   | 広島   |
| 3                | 精神科救急病棟を開設しており様々な疾患を持つ患者さんが入院しており中にはどうしても行動制限が必要なケースはある。短期入院治療を実施する為にも不必要な行動制限をしない必要があった | 当院で毎朝行われている全部署、全職種が参加する総合診療会議の中で毎回行動制限最小化委員会を実施している。その中で病院全体の行動制限中の患者さんの報告と治療方針の検討を行い、その中で行動制限を継続するか解除するかを検討を行うことで短い期間での行動制限の解除が可能になっている    | 福岡   |
| 4                | 隔離拘束が長期化しないための工夫をする。   | 全個別事例に対して、使用の理由と頻度等を意見交換している。また入院形態が適切かのチェックなど基本的なことを行っている。   | 沖縄   |
| 5                | 主治医に理解・協力を得られないことがある。  | 多職種で、病状を含め行動制限の必要性を多角的に検討する。必要時は主治医に拘束継続に関して提言を行う。  | 長野   |
| 6                | 委員会活動を行う中、日々の複雑な業務の中での委員会活動がルーティン化してしまう。   | 長期化しているケースに対し医療チームとしてかわり、委員会の活動をサポートしていく。   | 兵庫   |
| 7                | 委員会活動時間が限られているため、事前の工夫   | 委員会開催前に隔離、拘束者の全件をレポート提出し、構成員がレポートに目を通してから委員会に開催している   | 広島   |
| 8                | 委員会を開催するにあたり、委員それぞれの時間を合わせる事が難しい。  | 委員会の開催時間を、朝の全体会議終了後とし、集まりやすい時間帯とした。   | 香川   |
| 9                | コロナ対策として集合研修が難しい   | ビデオで撮り各部署で研修を受けてアンケートの実施を行った。   | 愛媛   |
| 10               | 長期隔離を要するケースが存在する。隔離解除に向け検討しているが、職員間の意見相違から解除が進まないケースもある。研修等で職員の行動制限最小化の意識を高めたい。          | 各病棟で行動制限最小化に向けて、毎日評価している。毎月曜日(祝祭日を除く)に委員会を開催する事で、行動制限最小化の意識を高めている。  | 静岡   |
| 11               | 全員の医師の参加が難しく、主治医の見解や行動制限の最小化の働きかけがしづらい現状があったため全ての医師が参加する必要性の声委員会であがっていた。                 | 全医師が参加する場で委員会を開催することとし、主治医の見解を聞く場をもうけることができるようになった。そこで、行動制限の対象患者についても医師に制限の解除などの見解を聞くなどし、働きかけを行うことができるようになった。                               | 福岡   |
| 12               | 精神科救急病院の特性上、行動制限の件数は多い。月一回の定例会だけでは、行動制限の適正化が不十分であると考ええる。                                 | そのため当院では、毎朝1時間の総合診療会議の中で、行動制限の実施が適切であったか、現状、継続が必要か解除かなどを検討し、必要最低限の実施時間となるよう努めている。また月1回の月例会では、行動制限が長期化している患者にスポットを当て、解除に向けての方針などを検討し、提案している。 | 福岡   |
| 13               | 最小化委員会で行動制限の記載記録の確認(共有)がしづらい。  | 電子カルテで行動制限に関する記載内容を委員全員が確認する事で迅速な情報共有、委員会の進行がスムーズに出来ている。  | 沖縄   |
| 14               | 院内では、法律や診療報酬等に規定された各種の会議が計画的に実施されている。多職種が参加するにあたり、開催日時の調整が求められた。                         | 各職種が多忙の中、当委員会にできるだけ参加できるように、当委員会開催時間の前に、医師を交えた病院運営に関わる会議を定例開催している。その会議終了後、当委員会を開催。  | 奈良   |
| 15               | 委員会は月1回業務時間内で開催している。   | 協議内容を事前に決め、業務時間内30分を目安とし委員会を開催している。   | 富山   |
| 16               | 月に1回しか基本開催できていない。  | 行動制限が行われる際に緊急で集まるようにして、職員間の連携を図っている。  | 福井   |
| 17               | 年1回行われる保健所による事務指導監査で指摘された内容を生かし議論を深めるようにしている。  | 週1回(木曜14:30～)と決めて実施するようにしている。   | 静岡   |
| 18               | 医師の参加が少ない。報告会的になっている。十分な議論にはなっていない。  | メールで医師の参加を呼びかけている。・対面での参加の呼びかけを行い、一時期は参加が増えた。   | 茨城   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること  | 都道府県 |
|----|---|---|------|
| 19 | 月1回の開催。   | 月1回の開催ではなく、適宜開催している。  | 高知   |
| 20 | 毎月1回開催している。   | 新規拘束・隔離開始事例の検討。行動制限状況の報告および評価。研修企画運営。各病棟看護師がコアメンバーとなり委員会との連携を図っている。   | 神奈川  |
| 21 | 毎月1回開催している。   | 2カ月に1度は一般病棟の委員会と合同で委員会運営をしている。一般科、精神科での身体拘束の実情、現状について把握出来るように、また必要のない身体拘束をしないよう各病棟での工夫している点や対応策等の情報共有をする時間を設けている。   | 北海道  |
| 22 | 病棟看護師は業務に追われており、委員会の参加が困難である。カンファレンス室が改修中であり今後改善予定である。        | 委員会以外にも病棟看護師とは日頃から密に連携し、行動制限の緩和について協議している。  | 北海道  |
| 23 | 行動制限台帳および医療保護入院者の病状・状態報告を行い、その後行動制限解除が可能かどうかなどを検討している。        | 報告対象者の変更がなければ、報告内容やに変化がないことがある。検討内容がマンネリ化しないように留意している。  | 香川   |
| 24 | 院内の感染対策より従来通りの協議の時間が取りづらくなっている。                               | 電子カルテを導入して、情報の共有することで、短時間での開催を行っている。  | 山口   |
| 25 | 委員長(医師)の都合がつきにくく、なかなか時間を割いて参加できない。その為部分的に参加頂き、助言やアドバイスを頂いている。 | 行動制限における処遇困難例を毎月、対象病棟から持ち出し、行動制限緩和に向けた話し合いをしている。そこで持ち上がった意見や改善策を、対象病棟に持ち帰りフィードバック、実際施行した結果を翌月に再度発表する形をとっている。他看護師以外の他部署の職員が参加することにより、看護以外の視点からの意見をメンバーで共有し、今後の参考としている。 | 東京   |
| 26 |   | (臨床)は月1回 (管理)は3ヶ月に1回の開催をいている。   | 岡山   |
| 27 | 業務過密化のため、話し合いへの参加者(とくにコメディカル)の確保が難しい。                         |   | 神奈川  |

| No                 | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること  | 都道府県 |
|--------------------|--|---|------|
| <b>3. 委員会の活動内容</b> |  |   |      |
| 1                  | 現場での職員の陰性感情などで風土や雰囲気が行動制限を致し方ない状況が生まれることがある                                    | 下部組織のチームで他部署の現場看護師がラウンドをおこない長期化(主に1ヶ月程度)している行動制限に足して現状確認と助言している。  | 三重   |
| 2                  | リスクを重んじることで行動制限に対して早期の段階で指定医と検討してしまう。⇒代替案の検討の推進。                               | 法人全体の行動制限の日数を計算グラフ化して視覚化し年度で評価をしている。  | 三重   |
| 3                  | 病棟スタッフが行動制限最小化委員会の活動や会議内容を身近に感じづらい。  | 師長・主任が中心となり、行動制限最小化委員会での内容を病棟でも共有している。  | 北海道  |
| 4                  | 医師・看護師以外のメンバーが隔離拘束の実際を把握できていない。  | 新卒・精神科未経験看護師、他全職員を対象として行動制限最小化委員会、教育委員会での拘束についての研修会を行う。現在コロナ禍のため、DVD、紙面等を使用し全職員の研修会を実施している。   | 宮城   |
| 5                  | 各病棟での行動制限最小化に向けた活動内容が把握しにくい。   | 委員会では、行動制限解除につながった事例について経過を情報共有し他の患者様のケースへの参考としている。   | 栃木   |
| 6                  | 毎月の委員会で行動制限者の状況を各病棟から報告し合っているが、報告された行動制限が漫然と続けられたものでないことを評価することが難しい。           | 1ヶ月以上行動制限が続いている場合、ラウンドチーム(医師・PSW・看護師らで構成)で病棟を回り、現在の処遇が病状に見合った妥当なものであるか、院内チェックリストをもとに評価している。またその際に隔離や拘束等の行動制限が院内マニュアルに則した適切な方法で行われているかも合わせて確認し、問題があった場合は部署長へ直接伝えて是正を図っている。 | 埼玉   |
| 7                  | 一覧性台帳の利用。  | 一覧性台帳をパソコン管理して情報の共有をしている。独自のカンファレンス用紙を用いた結果、カンファレンスの漏れが減少した。  | 東京   |
| 8                  | 委員会内の情報共有と困難事例。  | 委員会内で行動制限の解除に向けた取り組みと、カンファレンスを行い、委員会内で情報を共有している。また、困難事例に関しては、委員会内で検討し、行動制限の妥当性の評価や解除への取り組みを行っている。   | 東京   |
| 9                  | 全身拘束の手技にばらつきがある。   | 委員が二人一組で各病棟へ行き、病棟看護師に全身拘束を実際に行ってもらい、「拘束技術チェックリスト」を用いて指導と判定をしている。合格者にはシールを渡しネームに貼ってもらう。  | 東京   |
| 10                 | 長期行動制限患者がいる。   | 期間を設定しそれを超えるものは病棟(主治医)に文章を提示し行動制限解除に向けて検討してもらう。   | 新潟   |
| 11                 | 行動制限を行う病院に勤務する者としての自覚が個人により違う。(知識不足である)  | 隔離・拘束の定義を言えることを目的とした研修を行った。   | 富山   |
| 12                 | 長期行動制限患者の最小化支援において、その症状疾患などからどうしても開放化できない限界があり苦慮している。                          | 他病院ではどういった工夫や取り組みがなされているのか知りたいがあまり情報がない。  | 福井   |
| 13                 | 一般職員が(事務職員コメディカルを含む)院内の行動制限の実情を知らない。情報がクリアでない。                                 | 毎週委員会より新たに行動制限が開始されたことや、制限が解除されたこと、現在の行動制限者数などをお知らせし、最小限化における意識の向上を図っている。   | 福井   |
| 14                 | 隔離・拘束が長期になる場合の検討。  | 隔離・拘束が1ヶ月を超える場合、委員会から拡大カンファレンス(主治医、看護師、心理士、OT、委員会メンバー等)の開催依頼文(2週間以内に開催)を提出する。カンファレンスの結果をカルテに保存。   | 山梨   |
| 15                 | 院内でも、急性期病棟と療養病棟とでは隔離室の使用目的に違いがあり、行動制限最小化を目指そうとしても療養病棟では困難となる場面がある。             | 毎月の委員会に参加する前に、各病棟で制限の長期化している患者さんについて話し合っていたり、主治医の考えと病棟の考えに大きな違いはないか確認していたりした。   | 愛知   |
| 16                 | 委員会開催日が平日の通常業務時間内であるため、委員が集合しにくい(特に医師)また、コメディカルは直接隔離・拘束場面に関わらないため実際の流れが把握できない。 | 写真を用いた隔離・拘束に関する資料の整備を行い、入院時に家族に説明できように取り組んでいる。  | 大阪   |
| 17                 | 漫然とした隔離や拘束を継続することについて。   | 隔離や拘束などを漫然と続けることが最悪。早めに部分的時間的解除をしていく。   | 兵庫   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|---|--|------|
| 18 | 行動制限に関わる事項の改定と情報収集。   | 行動制限に関わる事項(一覧台帳や電子カルテマニュアル、書類など)は、委員会での承認を得て改定を行っている。また認定看護師を通して、外部施設の情報も参考にしている。  | 和歌山  |
| 19 | 委員会の構成員の中には、管理職が多く、現場の状況の理解が不十分であった。  | 行動制限最小化推進プロジェクトとしての組織を立ち上げ、病棟スタッフが参画できるようにした。  | 広島   |
| 20 | 任意入院者が長期間、行動制限が行われている患者を評価する。   | 委員会において、任意入院者で行動制限を行っている患者について、早期の解除もしくは入院形態変更について検討する機会を必ず設けている。  | 広島   |
| 21 | 隔離、拘束の状況把握を行い、委員会で最小化の呼び掛けを行うが具体案が浮かばない。  | 最小化に成功した他病院の本を購入し、全病棟へ回し、知識の共有を図った。  | 山口   |
| 22 | 各部署での最小化の工夫等が周知されると良い。  | 年に3回抑制等の調査を行い、職員への問題提起・解決方法等の情報を共有し、フィードバックしている。   | 山口   |
| 23 | 状況確認にとどまり、最小化に向けての活動が弱い。  | 特にできていない。  | 愛媛   |
| 24 | 各病棟毎に定期的に(最低でも週一回)各ケースについてカンファレンスを行い、行動制限の早期解除に向けて取り組んでいるが、長期化しているケースもある。   | 委員会に置いて事例を決めて対応方法等具体的な方法を検討していく事で行動制限最小化の糸口が見えてくるケースもあるので、積極的に取り入れていきたい。特に認知症の患者様で転倒のリスクがあり身体拘束が長期化しているケースなどについては、対応の方法など他部署から意見を出してもらおう事により視野が広がり、どういう方法なら転倒をさせずに管理していけるか参考に来るのではないかと考える。 | 長崎   |
| 25 | 当院のスタッフに関しては、毎月各病棟毎に行う拘束帯の装着手技の確認研修に加え、全体研修として年1回の集合研修も行っている。地域の精神科医療の中核を担う存在を目指す当院としては、当院のスタッフに限定せず、今後医療を担っていく部外の者にも人権の配慮した関係法規の遵守や、行動制限の実際を知ってもらう必要がある。 | 当院においては、現在2つの施設より看護学生を受け入れ、実習を通じて精神疾患を有する患者の実際を知ってもらっている。その実習に際して、当院では隔離室の見学や、身体拘束帯の体験、精神保健福祉法の遵守の為の当院の取り組みを教育内容として加えている。  | 大分   |
| 26 | 高齢化や、コロナ感染対策等で入院患者の行動範囲を制限する状況が増加しているため、精神保健福祉法の内容・解釈を十分確認しながら慎重に対応する必要がある。   | 管理者をはじめ、医療安全管理委員会や感染対策委員会等の多職種で連携をとりながら、患者・職員の安全確保と最小限の行動制限での対応を行っている。   | 鹿児島  |
| 27 | 活動内容の事例検討会を毎月行っているが、自院だけの事例で活発な意見と最小化に対する意識がやや弱く検討会を行った。  | 松沢病院の事例検討集の本を購入し、その中からピックアップした事例を各委員に宿題として出してその事例の感想と自分の病棟での事例に生かせる発表をしてもらった。結果的に行動制限最小化の意識が高まった。  | 沖縄   |
| 28 | 実際に隔離・拘束がどのように行われているか資料にて把握は可能だが、コロナウイルス感染後は十分なラウンドが行われていない。  | ケースカンファレンス等にて、行動制限最小化に向けた取り組みを充実していく。  | 青森   |
| 29 | 患者さんの個別性について。   | 患者さんの個別性に合わせて常日頃から病棟内や主治医と相談連携し、一時解除、時間開放、解除と段階的に最小化できている。   | 福井   |
| 30 | 看護師を志す看護学生により行動制限の理解を深める。   | 看護学生の実習中に拘束と車イス安全ベルトを体験してもらっている。   | 山形   |
| 31 | 難治例で長期制限者の事例検討は、各病棟での療養経過がある為、制限緩和あるいは、解除に向けた助言が得られにくい。   |  | 山形   |
| 32 | 委員会とは別に毎週火曜日1時間はかかっていた行動制限ミーティングは多忙な担当医にとって負担が大きかった   | ポイントをしぼったミーティング内容とし、指示の開始終了は主治医とした。ミーティングの結果の記録は医師・看護師それぞれが行い、リーダー・受け持ち看護師は正しい情報を得ておくことを必須とした。   | 山形   |
| 33 | 病棟ラウンド'に行う確認事項。   | 病棟ラウンド時、隔離拘束患者の診療録、看護日誌、医師指示簿、告知文書及び告知の有無、任意入院の同意書、閉鎖処遇の承諾書、医療保護入院の入院時説明書の受領書、カンファレンスシート等、書類関係の確認を内部監査として実施している。(新型コロナ蔓延防止対策として、ベッドサイドの調査は、現在実施していない。)                                     | 東京   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|--|--|------|
| 34 | 一覧性台帳の確認。  | 一覧性台帳は隔離・拘束だけでなく、他の制限(電話、面会、開放処遇)についても一覧性台帳を作成し、委員会にて長期に制限継続となっていないか検討している。  | 東京   |
| 35 | 指示を出す医師だけでなく、関わる看護師一人ひとりが指示が適正か常に考え、患者の人権に寄り添うことが行動制限最小化に必要なことであり。看護師から医師への情報提供が的確に行われることが大切である。   | 毎朝必ずカンファレンスを実施し患者の精神症状評価と行われている行動制限が適正か？を話し合い。医師に伝えている。このカンファレンスには、PSW、OTも参加している。  | 愛知   |
| 36 | 身体拘束中や隔離中患者に対して、フローシートを使用しているが、患者の様子がわかりにくい。   | マニュアルや書式変更等を検討中。   | 大阪   |
| 37 | 当院は、中途採用者が多く、経験年数や教育課程、看護職員の経歴が多様であるなか、各部署から委員選出しているが精神保健福祉法に関する知識経験の差があり事例検討の勧告、介入に繋がりにくい。        | マニュアル整備、教育資料を作成し、新入職者への教育差が生じないようにした。また、実技に関してCVPPPトレーナーに依頼を行うなど、当委員会だけでなく他委員会と横断的に協働している。事例検討を行い、各々の工夫点やそれに対する意見交換をすることで委員の学習の機会となりその学びを各部署へ持ち帰ることで行動制限最小化へ繋げている。また各部署から行動制限に関わる疑問や意見を募り、指定医からQ&A方式で回答する研修会を実施している。 | 兵庫   |
| 38 | 当院は、紙カルテ運用である。行動制限対象者が多くまた行動制限の時間ごとの観察記録量が多く、記録方式や記録用紙の管理など、行動制限最小化に繋がる記録のあり方について議題にあがり継続的に検討している。 | 現段階では、看護記録の重要性及び『記録の負担を減らす一番の近道は行動制限対象者を1日でも早期に解除することである』と説明しながら活動を行っている。その結果行動制限対象者は減少した。マニュアルに準じた正しい記録がなされるよう不定期に監査ラウンドして指導している。   | 兵庫   |
| 39 | 認知症のある高齢者の場合、転倒・転落リスクによる身体拘束を行うとなかなか解除をする判断に踏み切ることが難しく長期化する傾向にあった。                                 | 委員会の中のカンファレンスで、身体拘束以外で本人の安全を守る方法として、センサーマットやセンサーコール等の使用を推奨している。  | 広島   |
| 40 | 精神保健福祉法で定められている行動制限に該当しない、車いす乗車中の患者の安全ベルトやベット柵固定のためのベルト装着が多く見受けられていた。                              | 行動制限最小化委員会の下部組織である「行動制限最小化検討会」を3年前に立ち上げ、看護責任者を委員長に任命した。委員の各部署における啓発活動により、車いす乗車中の安全ベルトおよびベット柵固定を外す取り組みを進め、大半が解除できた。また、隔離・拘束開始時には解除の目安をスタッフ間で周知し、意識化を図った。  | 福岡   |
| 41 | 事例検討会と病棟ラウンドでの状況把握。  | ①各病棟の拘束削減に向けた取り組み事例をあげ、事例検討会を実施。拘束が終了するまで継続して行う。②病棟のラウンドを実施し、環境の把握、拘束が行われている患者の状態把握をする。対応にかかわるスタッフをねぎらう。   | 青森   |
| 42 | 行動制限を最小化するには倫理的感性を醸成する必要がある。   | 倫理的感性を醸成するため、各部署での倫理カンファレンスの実施を推進している。又、看護主任会では月1回、倫理的ジレンマ事例を検討している。   | 兵庫   |
| 43 | 1週間以上行動制限が継続された患者の検討。  | 1週間以上行動制限が継続された患者の現状と取り組み状況を一覧にして委員会で発表し、解除に向けた工夫等意見交換をしている。   | 兵庫   |
| 44 | 任意入院患者の隔離時間が長いケースがあり入院形態変更の必要性があるが家族の協力が得られず苦慮している。  | 関係各所との連携を密に図ると同時に家族への説明等を行い、入院形態変更手続きを行うことができた。  | 沖縄   |
| 45 | 処遇見直しの検討。  | 週1回の病棟カンファレンスで、隔離拘束者の処遇見直しを検討している。   | 北海道  |
| 46 | 隔離・拘束の長期化に対しての問題意識の持ち方を考える。慢性化に対しての他職種、委員会としての介入   | 開放観察を多くし、解除に向けての工夫を行う。・隔離中のOT参加。・隔離、拘束中のPTの実施。・拘束患者へ看護師の適度なマッサージの実施。   | 北海道  |
| 47 | 隔離・拘束中患者のカンファレンスが病棟単位で行うことがあるが、その内容を委員会で報告したり、資料として配付し、構成員に伝わる様にしていきたい。                            | 医療安全委員会開催直後に委員会を行っているので、隔離・拘束患者の関連したインシデント・アクシデントの内容は、委員会構成員には伝達しやすい。  | 北海道  |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること  | 都道府県 |
|----|---|---|------|
| 48 | 6か月以上の拘束、隔離者について(複数名いたため)   | 令和元年から積極的なラウンドを行い、DrやNsへの指導・カンファレンスを充実させた。これによりR3.8現在、最長の拘束は1か月。隔離は25日前後と行動制限日数の減少につながった。又、この時に作ったラウンド報告書を各病棟でも確認する事により、他病棟でも成功事例を活用し、業務へ繋げる事が出来たと考えている。          | 北海道  |
| 49 | 隔離・拘束(当院では転倒、転落、点滴自己抜去等の防止の為に固定も含む)の実施日数だけでは少しの変化が分からないため、最小化に向けてモチベーションがあげられない。  | 実施日数だけではなく実施時間も細かく集計し、一日のうちで短時間でも外すよう試みている。   | 岩手   |
| 50 | 委員のメンバーが実際の隔離拘束がどのように行われているか実際見学体験をする事で患者の苦痛を知る事も必要と考える。  | 行動制限下部組織の委員会では年2回の勉強会も担当し隔離拘束の実演やグループワーク等も積極的にを行い患者の精神的・身体的苦痛の軽減を図るよう話し合い看護に役立てている。   | 宮城   |
| 51 | 病棟のラウンド。  | 委員会を開催する際、メンバー全員で実際に行動制限が行われて患者のベッドサイドに訪室し、回診を行っている。  | 宮城   |
| 52 | 最小化に向けての取り組みを話し合っているが、これ以上の取り組みがなかなか見当たらない。同じ患者様が長期間の隔離・拘束になってしまっている。   | 職員への意識変化(行動制限を極力減らそうとする意識)を促している。各病棟で様々な取り組みを継続中。(例)日中開放を徐々に増やす。センサーマット、低床ベッドの導入。Nsステーション内に居てもらう。スタッフの見守りで拘束をなくしていくなど。  | 東京   |
| 53 | マニュアルはあったが、実際の運用方法が現行の法律との整合性があっていない事例もあったことから、マニュアルを全面改訂した。  | マニュアル通りに、委員会開催日まで確認し行動することを事務局が中心となり活動するようになった。結果として、行動制限が解除となった事例があった。   | 宮城   |
| 54 | 長期間にわたり隔離・拘束が行われている患者へ、解除のための効果的な取り組みが病棟内だけでは見つけられない。   | 毎月開催する委員会の会議で事例検討を実施。開放観察時間の拡大と隔離・拘束に向けての具体策を提案している。  | 山形   |
| 55 | 転落防止の為に車椅子キーパーを使用していることが多く、解除への効果的な取り組みが見つけられない。  | 車椅子に装着して使用するテーブルを自作し、キーパーによる拘束解除に向けた取り組みを開始した。(松沢病院の取り組みが書籍化された本を購入参考にした。「身体拘束最小化を実現した松沢病院の方法とプロセスを大公開」)  | 山形   |
| 56 | 3月に電子カルテ導入になったが、不慣れな部分が多く、行動制限を行う手続きが不十分などところがある。電子カルテの機能を使ってどのようにしていくか、どんなことができるか思案している。また他の病院と委員会の交流をしていきたいと考えているが、実現できいない。昨今のコロナの影響もあり、今のところ難しい。 | 委員会で、委員会当日の隔離拘束が行われている患者全員の状況(隔離拘束の理由、開放観察の状況、解除の見通しなど)を報告し、隔離拘束の妥当性を確認している。  | 山形   |
| 57 | 拘束解除後数日後に死亡した事例があった。  | 死亡原因は不明であったが、拘束による塞栓症を考慮し、検査技師に協力を得て、毎月Dダイマー値の点検・チェックを行うように改善した。(職員の意識付けも含めて)   | 福島   |
| 58 | 一覧性台帳の確認、病棟ラウンド、研修会開催について。  | ・隔離、身体拘束について一覧性台帳をもとに行動制限が適正であるかを検討すること。・病棟ラウンドをし、上記以外の不適切な行動制限が行われていないかを査定すること。・年に2回の院内研修を企画、実施すること。・病棟で起きている様々な行動制限(困難な事例、困ったこと、どのように対応したらよいか迷った事例等)について話し合うこと。 | 茨城   |
| 59 | 病棟内でのカンファレンスにて行動制限最小化について検討をしていたが、病棟内の視点のみになってしまうので、委員会での事例検討を行っている。  | 各病棟の困難事例、好事例を委員会にて共有し、各病棟委員の意見交換や対応方法についての議論を通じて病院全体で行動制限最小化を目指している。  | 群馬   |
| 60 | 病院内の取り組みだけではなく、他院での取り組みや、行動制限最小化を目指す上での知識を得ることで、院内スタッフの意識改革が必要である。  | 委員会の医師(精神保健指定医)より、院外における行動制限最小化に関する研究や論文、他院の取組等について情報共有している。院外での取り組みや、研究、論文についての知識を得ることで、院内スタッフへの意識改革を促している。  | 群馬   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること  | 都道府県 |
|----|--|---|------|
| 61 | 病棟巡回。患者さんへの質問。   | 精神科認定看護師による病棟巡回を行っている。隔離拘束中の環境、処遇、拡大に向けた計画が適切か確認し、必要なアドバイスをしている。また、患者さんにも環境について質問をして「部屋が寒い」等の発言に対して病棟や設備に関する部署と検討を行い、改善に努めている。                                  | 千葉   |
| 62 | 研修会と教育、病棟ラウンドについて。   | コロナ禍で毎年行っていた行動制限に関する集合教育ができなくなってしまった。そこで、委員会のメンバーで各病棟を回り、現場で基礎知識の確認、当該病棟で起こりやすい事故の防止、等に関するレクチャーを行った。  | 千葉   |
| 63 | 隔離拘束が長期化している病棟でスタッフ間の意見や思考に違いがあり行動制限拡大に至らないケースがあった   | 1ヶ月を超える行動制限者は行動制限委員会にレポートを提出して頂き、当該病棟に指定医、看護師、PSWが出向き、現状の検討を行い、代替え案や薬剤調整も含めて患者担当医、看護師と意見交換を行っている。その結果、スタッフの意識の変容があり、数年単位で行動制限を行っていた患者さんが行動制限を受けない、最小化へとつながっている。 | 千葉   |
| 64 | 毎月出している事例に対して積極的な意見が出ない。   | 症例検討を月一症例行っている。発表した翌月にも状況確認している   | 東京   |
| 65 | 長期的に隔離・拘束を行っている事例に対し、治療方針が変更されなかったりカンファレンスを開いて広く意見を求めることが不十分。  | 病棟でのカンファレンスを働きかけ、解決できないときは委員会内で意見交換を行う。   | 東京   |
| 66 | 行動制限について多職種(事務、薬局など)からの意見が出ない。行動制限の意味や内容を正しく伝えられていない可能性がある。  | 委員会内で説明や研修を通して知識を深めることができるよう働きかける必要がある。   | 東京   |
| 67 | 一部の症例で隔離や拘束が長期化してしまうこと   | 院内ルールで長期化を定義し、それを超えた場合は委員会あてに主治医と担当看護師連名で上申書を提出。その内容によって長期化の是非を定期的に委員会で判断し、指導を行う。   | 東京   |
| 68 | 新入職員の中には転棟防止のために安易に拘束することを考える人も少なくない。  | 定期的に行動制限の勉強会、新入職員研修に講師として参加。また本人の同意の元で拘束体験を実施している。  | 東京   |
| 69 | 一部に行動制限が長期化してしまう方がいる。  | 長期化している方を対象に事例検討などを委員会の中で行っている。長期化している実情を把握するとともに、最小化するための意見交換を行っている。   | 東京   |
| 70 | 事例検討会の開催。  | 行動制限最小化に向けた事例検討会を行い、成果があった点・工夫して取り組んだ点・良かった点・困っている点など、議題にあげて話し合っている。  | 東京   |
| 71 | 病棟ラウンドでの確認事項。  | 行動制限最小化ラウンドの項目の中に、記入もれのチェックや隔離拘束患者さんのカンファレンスを毎週実施しているかチェックしている。このことで意識を高める事に繋がった。   | 東京   |
| 72 | 慢性期病棟や認知症病棟では患者の変化が少なく対策も出てこないことも多く、行動制限が長期化してしまうことがある。  | 委員会の開催時に現在行動制限されている患者以外にも、工夫して解除ができた成功例や解除後の様子なども報告して共有することで、対応の参考の視野を広げてもらっている。  | 大阪   |
| 73 | 身体拘束ゼロ作戦。  | 令和元年より看護部では高齢者の転倒転落防止のための身体拘束をしない方針を決定し、トップダウンでこれを実行した。また、精神療養病棟における身体拘束も看護師配置(夜勤帯)の問題からも一時的な拘束を除き、実施しない方針とした。  | 神奈川  |
| 74 | 病棟ラウンドでの実情把握。  | 病棟のラウンドを2～3名の委員で行って実情を把握している。   | 神奈川  |
| 75 | 暴力行為や破壊行為の目立つ知的障害患者、重度認知症患者、統合失調症患者が複数おり、隔離室・準隔離室が常に満室状態である。   | 粗暴行為に対する行動療法について医師・作業療法士・看護師を中心に学んでいる。疾患特性も踏まえた上で病棟全体で行動療法介入を統一して実施している。  | 福井   |
| 76 | 知的障害や高齢者の方の入院が増えてきたことにより、行動制限が長期化してきている。そのため、身体が拘縮する等の二次障害が発生している。行動制限の時間開放をリハビリ目的で行いたいという意見が出ており、リハビリの目的で時間開放するのが適切であるのか多職種間で意見が分かれている。 |   | 山梨   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|---|--|------|
| 77 | スタッフの入れ替わりも多い中、行動制限最小化への意識が薄れてしまいがちである。   | 集合研修もままならないのでラウンドの回数を増やしまニユアルの改訂を行った。  | 山梨   |
| 78 | 拘束予防のため一部の病棟で行った工夫が功を奏した場合、委員会で評価し他病棟に情報提供する。   | 拘束を回避するための患者への働きかけや観察のポイントを精査・共有する。  | 長野   |
| 79 | 隔離拘束者に関する情報収集。  | 毎月、各病棟から隔離拘束者に関する情報を集計し、委員会としてすべての対象患者の情報を取り扱う。それをもとに、問題点などがあれば担当病棟スタッフと最小化するための意見交換を行う。   | 岐阜   |
| 80 | 行動制限最小化委員会内では一覧台帳をもとに隔離・拘束者の精査を実施している。隔離者の環境や記録、カンファレンス記録、最小化への拡大状況及び患者の状態や拘束者の拘束手技の厳守等、現場に行かなければわからない情報の把握ができない。 | 行動制限最小化委員会開催時間の前に、病棟ラウンドを実施している。拘束者に対しては全員対象に実施している。また、隔離者に関しては、ラウンド年間予定表を作成しており毎月1病棟で隔離者を対象に隔離環境、記録、カンファレンス記録、患者の状態確認を実施し、確認結果を病棟管理者に報告している。不備な点がある場合は翌月に改善状況を報告するよう指導している。 | 岐阜   |
| 81 | 行動制限最小化委員会に参加している各病棟のリンクナースの精神保健福祉法の詳細及び理解ができていないリンクナースも見受けられる。また、行動制限マニュアルの理解も不十分で病棟内で正しく伝達できていないケースも見受けられる。     | 定期的に行っている全職員対象の行動制限研修会の企画・運営を行動制限最小化委員会リンクナースに実施して頂く事で、研修会の内容や当院での課題に対する研修内容をまとめるときに自己学習がなされ、精神保健福祉法をどう理解し運用しているのかが理解できている。  | 岐阜   |
| 82 | 長期的な隔離拘束を減らすためにできる事がないか考えるが、代替案や具体的な解決策を見いだせずにいる。   | 数年前であるが、他院での行動制限最小化への取り組みや実態を確認するために、委員で近医の病院見学を行った。   | 静岡   |
| 83 | 委員会では、各病棟からの報告や諸連絡等を行っていましたが、意見交換をする光景がなかなか見られませんでした。   | 2ヶ月に一度、1つの病棟からレポートを発表し、意見交換を促しました。その結果、医局や医療社会事業室との情報共有にも繋がりました。   | 愛知   |
| 84 | 実際に行われている隔離・拘束の状況把握、そこに関わる職員の思いなどが分かりにくい。   | 病棟で開催される隔離・拘束に関するカンファレンスに委員が参加して、実態把握などを行なっている   | 愛知   |
| 85 | 行動制限最小化について、全職員への啓蒙活動を行っているが、実際に行動制限の実際に触れないスタッフの認識が低い。   | 年2回の院内ラウンド、映像研修、定期的な研究会(下部組織)の開催、研究会メンバーにおける各病棟への情報発信などを行い、行動制限最小化の必要性を呼びかけている。また、隔離や拘束、その他の行動制限において法律遵守を行うために基礎研修を年に1回行っている。  | 愛知   |
| 86 | 活動の見える化で工夫できることなど改善していくと良い。行動制限のグレーな部分への対応が不明確であり、明確にする必要がある。隔離・拘束者以外の行動制限への取り組みが必要である。                           | 精神保健福祉法の理解のため、病棟単位で学習会を開催している。病棟での毎日の行動制限者へのカンファレンスのあり方・進め方・内容の見直しを行い、最小化に向けて意見を出し合い記録に残している。年に2回の勉強会を実施し、行動制限についての知識や考え方を周知できるようにしている。                                      | 愛知   |
| 87 | 自傷行為を繰り返す患者様の身体拘束が長期になっており、なかなか解除の目途が経たない。  | 身体拘束により起こりうる弊害や、緊急やむを得ない条件を満たしているか、看護ケアも含め解除に向けた具体的な取組と、解除時期など、具体的なチェックシート作成の検討を始めている。   | 愛知   |
| 88 | 医師(1名)・看護師(3名)・精神保健福祉士(1名)で活動をしているが、人員不足から病棟ラウンドができていない状況がある。   | 行動制限の適応と妥当性などを検討するため、定期的に隔離・拘束チェックシートの記入を依頼し、現状の把握に努めることが出来ている。また、当院独自のシステムを使用し、多職種との情報共有ができています。  | 愛知   |
| 89 | 隔離・身体拘束の長期化になっている対象に対して、スタッフの疲弊、チーム内、病院への批判へと発展する可能性がある。  | 病棟以外の介入チームを構成、実際のケアを行い、長期の隔離・拘束を解除に導いた。  | 京都   |
| 90 | 隔離拘束が漫然と行われている現状があり療養病棟では同一患者様が長期に渡り行動制限されていた。  | 委員会メンバーで各病棟をラウンドし隔離拘束患者様の聞き取りを行った。また定期的に行動制限カンファレンスを開催してもらい内容を委員会へ報告するようにしてスタッフの行動制限最小化への意識向上を図った。   | 大阪   |
| 91 | 看護部による身体拘束指示の解除困難事例へ支援。   | 2012年度から看護部長の命を受ける形で、身体拘束指示の解除困難事例への看護部/行動制限最小化係による支援が始まる。適宜、指示解除につなげ“やれば出来る”を実践   | 大阪   |

| No  | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること   | 都道府県 |
|-----|--|--|------|
| 92  | 骨折事例の増加。   | 行動制限最小化を促進する過程で、骨折事例が増えてしまう事があったが、医療安全委員会と連携し、骨折予防として主に頭殿部保護サポーターを導入し現場が安心して行動制限(特に身体拘束)最小化が図れる環境を整えた。                     | 大阪   |
| 93  | 委員会での決定事項が各病棟の看護師に周知徹底できない。  | 書面で配布するで周知徹底が図れた。  | 大阪   |
| 94  | 隔離、拘束患者の医師の指示内容が職員間での情報共有が曖昧であった。  | 隔離、拘束患者毎に指示確認票を作成して情報共有できる体制を整えた。  | 大阪   |
| 95  | 身体拘束を最小化したいが、高齢者の転倒・転落などのリスク予防との兼ね合いで、拘束解除の具体的な検討が出来ずに拘束が継続するケースが多くある。   |  | 奈良   |
| 96  | 行動制限ラウンドがCOVID19で病院ガイドラインを受けて定期実施が困難となった。昨年までは医師と看護師で多職種ラウンドを実施できていたが人数や時間に制限がかり中止としている。                                       | 今年度からはコメディカルも含めてのラウンドを企画している。  | 大阪   |
| 97  | 病棟により最小化の推進度合に差ができています。  | 院内パスの作成に取り組む。どの病棟でも最小化の取り組みを視える化し、推進力をつける。   | 兵庫   |
| 98  | 統一した援助ができるように月1回以上必要時病棟内カンファレンスにて、拘束者の対応について検討するようにしている。以前は開放に向けて対応する時にもバラツキがあったため、統一して対応できるように解除に向けてのチェックシートを作成して対応していくようにした。 | 病棟内で解除に向けてのチェックリストの作成。パスの作成で、統一化を目指している。   | 兵庫   |
| 99  | 行動制限解除が困難な事例について、委員会だけでは具体的な対策や方法ができないことがあった。  | 委員会構成員以外の主治医や薬剤師にも参加してもらい、カンファレンスを行う。  | 兵庫   |
| 100 | 病棟内に行動制限最小化のグループ立ち上げる。   | 委員会の構成員とは別に、病棟で行動制限最小化のグループを立ち上げ、意見を出し最小化に取り組んだ。   | 兵庫   |
| 101 | 患者様の高齢化に伴い投薬による鎮静が難しく行動制限を必要とするケースがある。   | 委員会と病棟メンバーでカンファレンスを行い密な情報交換に努めている。   | 兵庫   |
| 102 | 委員会構成員は14名であり、会議場面で発言するスタッフが限られるなど個人差があり、全体として活発な発言が少なく議論ににくい状況であった。   | 全体での議論も必要だが、少人数になると責任も明確になり発言もしやすくなるため、困難事例検討班・法律班・手技班とわかれ、行動制限最小化に向けて具体的な取り組みを検討する。それを委員会内で報告・意見を求め、決定事項は各病棟へ周知する形をとっている。 | 兵庫   |
| 103 | 最小化という言葉の意味が漠然としていた。   | 開放観察を分単位で記録し、行動制限を1日1分でも少なくすることを進める。   | 兵庫   |
| 104 | 全体組織であると、報告会ようになってしまうため、下部組織として、実行委員会を設置。事例検討を個別の症例ごとに指定医・病棟師長・PSWにて審査を行っている。  | 症例ごとにレポートを作成する事で、より詳しく検討が出来る。主治医や担当看護師が参加する事で、自身の対応を客観的な意見がもらえる場となっている。  | 奈良   |
| 105 | 行動制限のアクシデントが頻回に起こる場合もあり、当該部署では改善が図れない事案もあった。   | 医療事故レポートを提出してもらい、委員会で検証し、当該部署にフィードバックしている。   | 岡山   |
| 106 | 多職種間の中で、病棟内では実際どのような隔離拘束の状況であるのか把握したいという意見があった。  | 医師、看護師、PSW、事務員などの多職種で委員会を構成し、隔離拘束に関して情報・意見交換を行い、実情を把握するよう務めている。  | 広島   |
| 107 | 委員会の構成員に限らず、スタッフの中には拘束の手技について正確に学びたいという要望があった。   | 実際に拘束の手技について演習を行えるような研修を開催している。  | 広島   |
| 108 | 委員会は定期開催しているが、内容的には隔離や拘束されている患者の報告に留まることが多い。積極的な意見が乏しく、あまり行動制限最小化に繋がっていない。   | 医師から積極的発言を求めるようにはしている。   | 広島   |
| 109 | 新人看護職員の中には、拘束や隔離の患者に対して陰性感情を持つことがあり、この感情を軽減する必要がある。  | 新人看護職員を対象として個々のケースごとに行動制限の必要性について説明を実施している。  | 広島   |
| 110 | 隔離、拘束の長期化に対する取り組み  | 委員会内で事例を挙げ、解除にむけて案を出し、病棟での取組みに反映している。  | 広島   |

| No  | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること  | 都道府県 |
|-----|---|---|------|
| 111 | 身体拘束について、全職員を対象にアンケート調査。  | 現在行われている身体拘束について見直し、考える機会を持ち、拘束を減らす取り組みを検討していく目的で医師以外の全職員を対象にアンケートを実施。拘束を行わないで看護・介護を行う方法について自由記述式で回答してもらった。全体、各病棟毎に結果をまとめ返却。その後の対応がコロナ感染対策を優先させたため行えていない。 | 山口   |
| 112 | 行動制限その他の実務に追われ、委員会の実効性が損なわれている恐れがあった。   | 看護職員の補充はすぐには難しい。まずは、PSW・心理師・事務などを含めた多職種でラウンドし、従来とは別視点の意見を集めた。また、自らが拘束や隔離をされる体験をすることで、より適正な行動制限(最小化)を期待している。   | 山口   |
| 113 | 当院は近年、新規入院患者の認知症率が上昇し高齢化が著しく、転倒防止等による身体拘束が増加の一途をたどっている。当院の身体拘束は、上肢、下肢、大幹の他に、車椅子ベルト、介護スーツ、4点ベッド柵、ミトンを該当させているが、車椅子ベルトと介護スーツの増加が激しく、なかなか最小化につなげることができない。統合失調症系患者の身体拘束は、ごく少数であり、あっても短期間で介助できている。本来の目的は達成できていると感じているが、「認知症」あるいは「超高齢」の身体拘束の解除がなかなか達成できない。 | 家族に説明した上で、車椅子ベルトや介護スーツを使用しないケアに理解を頂けるケースもある。逆に拘束してでも安全を確保して欲しいとの強い要望に、やむを得ず使用するケースも多い。入院の時点から事前に説明して理解頂くように努めている。   | 徳島   |
| 114 | ケース検討を行う。   | 長期化している隔離者について情報提供、意見交換をして今後について検討する。入院形態が的確であるか、見直しを行う。  | 徳島   |
| 115 | 行動制限最小化に向けた事例検討を、該当病棟スタッフのみ行うことで、病棟間の行動制限に対する取り組みや意識にバラツキがあった。  | 行動制限最小化委員会のメンバーが入るラウンド時に事例検討を行い的確なアドバイスを受けることで病棟間の取り組みや意識の向上・改善が図られた。   | 愛媛   |
| 116 | 拘束に関して、いわゆるグレーゾーンの対応についての意識向上を目指したいが、なかなか浸透していかない   | CVPPPトレーナー取得者を行動制限最小化委員会の構成員に含み、CVPPP研修も委員会の役割の一つとして活動している。   | 高知   |
| 117 | 隔離室の床や壁の素材が硬く、隔離室内での転倒骨折があったこと。   | 隔離室の床や壁の素材をソフトな材質に変更するように検討し、今後改修予定。  | 福岡   |
| 118 | 委員会の構成員の中には、実際に隔離・拘束がどのように行われているのかが分からないので、認識に差がある。   |   | 福岡   |
| 119 | 行動制限最小化と医療安全の方向性を統一する。転倒防止の行動制限の認識について。   | 医療安全の委員会に出席する。  | 福岡   |
| 120 | 現状報告のみになっている  | 対象病棟が1病棟のみなので、病棟カンファレンスで日常的に行動制限について検討している。   | 福岡   |
| 121 | 一覧性台帳の活用、情報共有。  | 一覧性台帳を基に、毎日患者の状態を情報共有し、隔離や高速の段階的解除の検討や、状況確認をしている。   | 福岡   |
| 122 | 今年度まで、活動が低迷していたが、委員が交代し規定やマニュアルの改訂に着手している。  | 時代に即した活動内容などの知見を得るため、他院へ研修に行ったり、医師の協力を得て、まずは委員会内の知識の向上を務めている。   | 長崎   |
| 123 | 今回のアンケートによりどのような活動が望ましいのか少し理解できたが、症状固定した患者様が長期に利用している現状をどう解決すればよいのか、会議内でも行き詰まっている。  | 状態が落ち着いているときは短時間でも時間開放を行っている。暴力対応に関する研修は職員に参加を促している。  | 熊本   |
| 124 | 認知症高齢者に対する行動制限について。   | 認知症患者に対する行動制限の最小化に向けて、認知症患者対応可能な病棟を設置し、できる限り隔離・身体拘束を行うことがないように個室を調整する等の環境整備を行っている。  | 熊本   |
| 125 | 下部組織として、行動制限最小化推進委員会を設置。  | 現場での問題を上部組織である患者行動制限最小化委員会が把握しやすくなるように努めている。また、最小化委員会の意向が現場に反映されるよう連携している。  | 熊本   |
| 126 | エコミークラス症候群のような身体拘束に伴う二次的な身体的障害の予防。  | 作業療法士が各人の関節可動域等を確認後、他動運動に関する個別プログラムを作成し1日の内で時間を決めて実施している。   | 熊本   |

| No  | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること  | 都道府県 |
|-----|---|---|------|
| 127 | 病院内の医師、看護師、精神保健福祉士などの職種だけでは、どうしても病院側の視点しか見えないので、専門職以外の人選を考慮した。  | 行動制限最小化委員のみの会議に厨房職員に参加いただき、専門職以外の視点で行動制限についての意見を述べてもらっている。  | 大分   |
| 128 | 病棟ラウンド、研修会の開催。  | 毎月の委員会開催時に対象病棟をラウンドし、病棟から行動制限の実施状況について聴取している。年2回、全職員向けに研修を行い、精神保健福祉法の解釈や当院における行動制限の実施状況、実際に拘束帯を用いた模擬体験等を実施している。               | 奈良   |
| 129 | 行動制限の状況把握、適正な手順を踏んでいるか等の確認が主となり、最小化に向けた活動が十分とは言えない状況である。  | 最小化へ向けての取り組み状況や他の病棟の好事例や課題を共有している。医師(主治医)を交えて、最小化へ向けた情報交換を行っている。行動制限件数の増減だけでなく、時間軸で評価ができるよう台帳の見直しを行い、他の病棟とも共有できる管理環境を整えた。     | 鹿児島  |
| 130 | 行動制限報告書が電子カルテとは別で紙記載(別綴り)で迅速に報告書の確認ができなかった。   | 報告書を電子カルテに一元化する事で即座に検索で来るようになった。  | 沖縄   |
| 131 | 拘束患者が減少した為、転倒などのリスクが高まった。   | 業務改善(見直し)を行なって患者の見守りを強化した。  | 福岡   |
| 132 | 定期的開催をしているが、事例検討の中で実際に隔離室での対応を現場を通じて多くの職員が知る必要がある。  | 定期的開催の中で意見が活発になるように事前の情報収集及び把握をしている。  | 熊本   |
| 133 | 病棟ラウンド。   | 委員が病棟へ行き、その病棟で行動制限を受けている患者のカンファレンスに参加している   | 埼玉   |
| 134 | 物品の劣化や、適正でない部位の拘束具(手用のものを足に使用するなど)が使用されることがあった。   | 委員会が承認した拘束具のみを使用することとし、部位ごとに分けて、委員会が一括管理するようにした。  | 富山   |
| 135 | 身体拘束は安全のために必要なものであると、必要のない身体拘束を外せずにいた。  | 松沢病院の書籍で身体拘束最小化の方法とプロセスを参考に病院内での意識改革を図り、不必要な身体拘束を解除することが出来た。  | 富山   |
| 136 | 車椅子ベルトや拘束衣、四点柵、ミトンなどについて以前は現場判断でされていたり、数多くの患者がされていた。  | これらを「準拘束」として当院で規定し、開始時に指定医の許可を必要とした。また、各病棟で何件行われているかを委員会時に報告しできるだけ最小化する意識を職員が持つようにした。   | 富山   |
| 137 | 当院は高齢者、認知症を専門とした精神科であり、行動制限される機会が少ない。そのため現場職員が精神保健福祉法を理解する機会が少ないため工夫が必要であった。  | 行動制限最小化委員会の中でも精神保健福祉法について理解してもらい、委員会のメンバーから現場の看護師、医師に法律順守を求める様に働きかけられるようにしていた。より理解を深められるようにするのは今後の課題でもある。                     | 愛知   |
| 138 | セカンドオピニオンの実施。   | 行動制限が継続して行われている場合、1週間毎にセカンドオピニオンとして、行動制限の必要性について、主治医以外の精神保健指定医が評価を実施し、必要であれば、主治医に助言や看護介入についてのアドバイスを実施している(行動制限が解除されるまで継続)。    | 大阪   |
| 139 | 委員会の中で行動制限最小化に向け現状把握・意見交換を行ってはいるが、新しい視点での意見が出てきにくい。また、現在は委員だけで意見交換を行っているため、他職員が実態を把握できていない。最小化に向けて、委員会活動の活性化、意見交換や研修による知識習得をどのように業務に組み込み実践していくかが課題となっている。 | 検討中   | 兵庫   |
| 140 | 委員会で行行動制限を最小化に取り組む検討を実施するにあたり、レポート報告だけでは、当該患者の治療経過が分かりにくいところがあった。   | 委員会開催にあたり、予めラウンドを実施(院長、看護部長、副看護部長、当該病棟看護師)。患者の精神症状の確認に加え、診療、看護状況も確認し、行動制限最小化に向けた取り組みを検討。また、措置入院患者も同様に確認を行い、措置入院消退に向けた取り組みを検討。 | 奈良   |
| 141 | コロナ対策の為、最低限3日間の個室入室に対して入院同意時は納得されていたが実際入室するとイメージと違うなどで拒否や混乱となり必要でない隔離に繋がるケースが多々あった。   | 個室のイメージを感じて頂くための何種類かの写真を用意し、それに伴い更に丁寧な説明をする様に工夫している。  | 福岡   |

| No  | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること   | 都道府県 |
|-----|--|--|------|
| 142 | 下部組織として、病棟ラウンド。  | 委員会の中に看護師、PSW、公認心理士、作業療法士の5～6人からなる下部組織を設けて、行動制限最小化カンファレンスを行っている。行動制限が行われている病棟に出向き、病棟看護師と、行動拡大について協議を行っている。その報告は、毎月の行動制限最小化委員会で報告を行っている。  | 鹿児島  |
| 143 | 漫然と転倒予防等の理由で拘束(車いすベルト)がされている現状であった。  | 安全ベルト4点柵、つなぎ服、ミトンは拘束になるという知識を職員へ周知して、病院全体の拘束者数を減らす事ができた。   | 北海道  |
| 144 | 職員の精神保健福祉法に対する知識不足を補うため、月1回ラウンドを行い独自に作成した質問と回答を実施した。不正拘束、隔離がなされていないかチェックを実施。   | 職員の知識不足を補う為で委員会として活動を実施。   | 北海道  |
| 145 | 隔離事例、拘束事例に対して、委員として何が介入出来るのか。委員会として何が出来て、何を求められているのか。  | ラウンド、カンファレンスに入る事も出来たが、Pt、病棟の実状が分からないスタッフが入って解決が可能なのか？知識の普及と長期困難な事例を取り上げ、全職員で共有して教育を目的とした勉強会を予定している。  | 北海道  |
| 146 | 年に2回全職員を対象とした研修を行っていますが、事務や掃除部、内科病棟職員は隔離や拘束についてのイメージがつきにくい。  | 文章でのスライドだけだと分かりづらいので、実際の対応の仕方をビデオに撮り、それを流しています。  | 群馬   |
| 147 | 当院の委員会は、対象病棟のラウンドを行っていないので、今後ラウンドができるように調整していきたいが、時間的な制約もあるため、なかなか進めていない。  |  | 群馬   |
| 148 | 各病棟で行き詰まっているケースについて、委員会の中だけでは検討が難しい場合が多い。今後、病棟CFや実施していきたいと考えている。   | 研修を企画し、各病棟で行動制限についてどのように話し合われているのか他部署から実際に参加する機会を作成した。   | 東京   |
| 149 | 各病棟で実践されている最小化についての取り組みが院内で共有できるよう報告会を定期的実施する必要がある。  | 上記同様、研修として各病棟で行動制限の状況を報告する会を運営した。毎年、研修内容が画一的にならないように検討している。  | 東京   |
| 150 | 2017年度までは、医師・看護師・精神保健福祉士により、月1回の行動制限最小化委員会を会議室にて開催していたが、看護師は部署長のみ参加であり、現場スタッフの意見や考えが反映されていなかった。また、最小化についても医師任せの部分が大きかった。 | 2018年度に、看護師中心の下部組織を立ち上げ、看護職員自らが行動制限最小化を考えることにした。週1回、各病棟で行動制限中の患者のカンファレンスを行い、その内容を総回診で報告している。また、週1回、各病棟の看護師1名ずつ集まり、行動制限中の患者をパトロールしている。2021年度の身体拘束者パトロールでは、チェックリストを用いて手技が適切かを確認している。 | 広島   |
| 151 | 精神科の経験年数や閉鎖病棟経験によって知識・技術が全く異なる。  | 委員会や全体研修を通して、当院における行動制限の状況や知識の周知を行っている。(電子カルテでも台帳を閲覧できる状態)   | 福岡   |
| 152 | 新型コロナウイルスの感染対策のため、病棟職員以外の病棟出入を制限している。そのため多職種で隔離・拘束の実情を確認することが難しい。  | 委員会以外に定期的に各病棟でコア会議を実施し、隔離・拘束者の評価をして最小化を目指している。それでも難しいケースは委員会にて検討していく。  | 沖縄   |
| 153 | 実際に隔離・拘束の看護経験がない職員も多く、病棟間で差がある。  | 経験する機会の少ない病棟勤務者に対して、演習や見学などを通じて技術、観察の方法などを指導している。  | 佐賀   |
| 154 | 院内で行動制限最小化の取組がどのように行われているのか、そのマニュアルの理解の周知が広がらない。   | 月1回委員が病棟ラウンドを実施し、病棟スタッフへ任意で声かけをし、マニュアルの置き場所等の確認、周知を行っている。  | 愛知   |
| 155 | 看護職以外に行動制限最小化の取り組みなどが、なかなか理解が得られない。(病院全体の取組とならない)  | 年1回行っている研修会で、抑制帯の安全に使用できるための研修会を実施し、看護職以外に積極的に被体験者になってもらっている。  | 愛知   |
| 156 | 各病棟の行動制限の状況にいて、減少に向けての取り組み等を協議しているが内容が毎回同じようなものになっている。   |  | 富山   |
| 157 | 鼻チューブを抜去してしまうため片手拘束。家族より拘束解除の希望があった。   | 病棟担当者が工夫を図りメガホン(コーン)の手にはめることにより、本人の苦痛を和らげることに繋がり家族も喜んでいただけた。チューブの抜去も無くなった。   | 群馬   |
| 158 | 身体拘束の方が多くいるため、拘束を解除する別の方法を考え出すようスタッフに計る。   | どんな工夫が解除につながったかを委員会で発表してもらうことになっている。   | 群馬   |
| 159 | 委員会の活動がなかなか実践されない。   | 他部門と協力すると共に、転倒防止による行動制限の最小化にはセンサーマット、マットレスを取り入れている   | 埼玉   |

| No  | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること   | 都道府県 |
|-----|--|--|------|
| 160 | 隔離・拘束患者数や日数に対する積極的な働きかけが少なく、医師の記録が正しくされているかの判断が中心の委員会となっていた。                                 | 昨年度から委員会が中心となり、研修を企画・運営をしている。その中で、他院で行動制限最小化につながった方法が記載されていた雑誌の記事を全職員が読み、アンケートを実施。昨年度の上半期より、拘束患者数・日数ともに減少している。 | 北海道  |
| 161 | 大学病院であるが、自部署を含め、委員会参加者または経験者以外が委員会活動内容について把握できていない。  | 次年度に向けて年間計画を立案して計画的に委員会活動をしていく必要がある。月に一度の委員会では議事録を作成しているため、まずはその内容を部署のスタッフに周知していく予定。                           | 北海道  |
| 162 | 当院は患者様に対して身体的拘束をしないという方針で、患者様の精神的苦痛の軽減に努めている。保護室なく、拘束、行動制限の症例もない。その一方で、転落、転倒等の事態が発生する可能性がある。 | ワーキング委員会に於いて拘束廃止普及委員会を設置し、拘束せず事故なく対応できるように定期的に委員会、勉強会等を開催。技術、知識を獲得するように努めている。                                  | 香川   |
| 163 | 委員会の構成員や病棟スタッフの中に隔離・拘束の定義を理解できていない者もいた。  | 定期的に病棟勉強会に於いて精神保健福祉法、隔離・拘束の勉強会を開催し、周知理解している。   | 香川   |
| 164 | 隔離・拘束について当該病棟で適切に実施が行われているか、隔離・拘束の台帳だけでは把握がしづらい部分があった。                                       | 委員で当病棟のラウンドを行い、隔離・拘束が正しく行われているか、その部署以外のメンバーで確認している。ラウンド時には病棟看護師と対象患者の情報共有を行っており、改善事項等をその場で共有している。              | 神奈川  |
| 165 | 長期の事例だけではなく、すべての隔離・拘束の事例について妥当性を検討する必要がある。また、電話・面会制限についても、妥当性の検討が必要である。                      | 隔離・拘束は、全ての事例を審査委員会で検討している。また、電話・面会制限なども妥当性を検討している。   | 和歌山  |
| 166 | 毎週実施している医師・看護師カンファレンスにて、行動制限を最小化するための話し合いを行っているため、委員会の場での意見交換が少ない。                           | 毎週実施している医師・看護師カンファレンスにて、患者状態のアセスメント、意見交換、情報共有し、早期に行動制限を最小化できるよう取り組んでいる。  | 北海道  |
| 167 | 年間計画の立案・評価、マニュアル作成はしていない。  | 委員会規約があり、毎月定例会議として開催日を定め、委員会を開催。業務の都合で、定例日に開催できない場合も、開催可能日を、医師・PSW・看護師間で相談し、決定している。議事録は、作成後に院内決裁を受け、保管している。    | 北海道  |
| 168 | 隔離および身体拘束を行わなければならない現状がある中で、実際の抑制帯を適切に使用することや、患者の目線に少しでも寄り添えるような仕組みが必要である。                   | 実際に抑制帯を使用する勉強会を院内で毎年1回は続けている。精神科病棟の全職員が抑制帯に触れ、模擬患者として、身体拘束の被験者となることを目的に続けている。                                  | 和歌山  |
| 169 | 自施設の活動のみだと視野が狭くなるため、他施設の活動状況を知りたい。   | 他施設の行動制限最小化委員会がどのような活動をしているか施設見学を実施している。(おおむね1回/年)   | 山形   |
| 170 | 週1回病棟カンファレンスの時間におこなっているが時間不足。それに伴うPSWの参加内容が乏しい。  | 行動制限ばかりでなく患者情報の共有化のためPSWの定期的参加法を工夫・検討中。  | 神奈川  |
| 171 | 定例にて月1回の頻度で身体拘束対策委員会会議を開催しているが、対象となった病棟患者の特性について情報共有が困難であることから情報交換・助言が難しいことがある。              | 患者の行動特性の説明と共に、行動制限に至るまでの環境や状況を説明してから改善策の検討に入っている。  | 北海道  |
| 172 | 年2回の研修会以外は活動が少ない。  | 院内で周知できる好事例の収集やケースフォーミュレーションを用いた検討会への参加(医療観察法の実践を一般化)。   | 島根   |
| 173 | 台帳の管理を紙台帳だけでなく、データに移行する必要がある。また、議事録の書式について、振り返りや今後の体制に活かせるよう、書式を改善中。                         | 系列病院から、台帳管理方法や議事録の書式の情報を得て参考にしていく。   | 東京   |
| 174 | 院内全体に対する活動の周知不足。   | 現在検討中。   | 北海道  |
| 175 | インシデント報告。  | 委員会で身体拘束・隔離に関するインシデント報告を行い、情報共有し今後の課題・対策について検討する時間を設けている。  | 愛知   |
| 176 | 年1回行われる保健所による事務指導監査で指摘された内容を生かし議論を深めるようにしている。  | 週1回(木曜14:30～)と決めて実施するようにしている。  | 静岡   |
| 177 | 身体拘束を実施していない為(ほとんど)行動制限の物品使用についての視点で会議をすすめている。その為効果的な会議には至っていない。                             | リハ科の観点から姿勢や車イスの工夫で行動制限物品の使用の削減を図っている。  | 千葉   |

| No  | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること  | 都道府県 |
|-----|--|---|------|
| 178 | 委員会メンバーの活動が主に委員会参加になっている。  | 看護チームが各部署をラウンドし検討した内容を委員会で報告し、検討を重ねている。   | 茨城   |
| 179 | 月1回開催しているが形骸化しており、医師、看護師が積極的に関与するという感じではなくなっている。医保入院中の方、行動制限中の方の確認にとどまっている。                                | 他院の好事例や工夫している点などぜひ参考にさせてもらいたい。  | 福岡   |
| 180 | 入院患者の隔離・拘束の状態について、現状妥当であるかの意見交換を中心に行う。   |   | 高知   |
| 181 | 委員には精神保健福祉士や栄養科や作業療法士なども含まれているがほとんど意見や活動が見られない。  |   | 東京   |
| 182 | 急性期病棟であり、病状の変化が早く、委員会もその急速な変化に対応する必要があった。  | 毎朝(平日)、病棟スタッフのカンファレンスに参加し、隔離・拘束患者の病状を確認し、解除のタイミングなどについて協議している。  | 宮崎   |
| 183 | 現在は月1回ラウンドを行っているが、ラウンドの訪問までに隔離拘束が開始され委員会での共有が無いまま解除になる事がある。適宜拘束隔離患者のラウンドが出来ていない。                           | 隔離拘束が行われている各病棟に精神保健指定医師と出向き、隔離拘束の妥当性を確認し、最小化を目指したカンファレンスを毎週1回実施している。委員会の中に下部組織として病棟ラウンドチームを設けた。隔離拘束を行っている患者の状況をラウンドチーム全体で確認し多角的視点で評価、指導にあたっている。 | 神奈川  |
| 184 | 病棟看護師が患者から状況を聴取しているが、もう少し踏み込んだ情報収集が必要。   | 昨年度、今年度と行動制限最小化に向けたスローガンを提示し意識向上に努めた。   | 宮城   |
| 185 | 委員会の活動を行動制限の最小化につなげる。  | 委員会の中に実地審査部会があり、NS、PSW、OT、介福士で実際に拘束が行われている病棟をラウンドし、必要性などについて検討し、拘束の最小化をはかっている。  | 鳥取   |
| 186 | 今までは行っていなかったもので、年度末に委員会の活動内容、病棟での拘束対応等についての振り返り、次年度の目標設定を行い委員会の充実を図っていく。                                   | 毎月開催されている委員会時には、合わせて病棟内の身体保護の処置の話し合いも行っている。当日、出勤している病棟看護師、介護士も委員会に参加し、行動制限、身体保護の処置等の最小化についての実情把握、意見交換を行っている。                                    | 埼玉   |
| 187 | 隔離・拘束を低減していく査定基準が不明確であり、感覚や委員会参加者の判断に基づいている現状にある。  | 基準の見直し、公平かつ適切に評価できるようなツールを用いることを検討している。   | 高知   |
| 188 | 事例紹介、情報収集にとどまっている。   |   | 北海道  |
| 189 | 病棟ラウンドが随時実施できておらず、隔離、拘束の実情が他の病棟の行動制限委員からは確認し難かった。  | 委員を二人一組でグループ作成し、自病棟以外の病棟にも行動制限ラウンドを行うことで、対象病棟以外の視点が介入できるようになった。また、委員同士も各病棟の実情を共有できるようになった。  | 千葉   |
| 190 | 各病棟における患者毎の隔離や拘束時間を確認する際は電子カルテを開く必要があり、隔離、拘束時間に伴うインシデント等が生じた際に直ちに気づき難かった。また、看護職員以外でも直ちにインシデントに気づくことが難しかった。 | NSステーションの指定の場所に行動制限一覧表を作成。電子カルテを開かずとも確認できるようにした。加えて、プライバシーに十分配慮を行ったうえで、行動制限対象者の自室ドアに隔離、拘束時間のシールを貼付することでそこを通った職員の誰もが正しく行動制限が行われているか確認できるようになった。  | 千葉   |
| 191 | 病棟のラウンド。   | 委員会の中から医師、看護師、PSWが実際に隔離拘束が行われている病棟に出向いて、長期行動制限者の実情を把握するとともに、委員会にてケースカンファレンスを実施している。   | 千葉   |
| 192 | 特になし。  | 行動制限が長期化になった患者の報告書作成<br>各職種及び各活動内容(教育、行動制限中の記録監査、行動制限中のケア)を報告<br>行動制限施行日数を時間表記にしより行動制限最小化に取り組む  | 兵庫   |
| 193 | 院内ラウンドを行いたい時間がとりにくい。   | 毎月1回の委員会を充実させて困っている点を話し合っている。   | 山口   |
| 194 | 長期行動制限を行っている患者の解除ができにくい。   | 個別に委員会で取り組み困っている点を発表してもらっている。   | 山口   |
| 195 | 行動制限を始めた患者のアセスメントができない。統一した指標がない。症状に囚われ、生活に視点を置いた観察ができない。  | 行動制限最小化委員会では、隔離拘束の基準、手順や行動制限患者のカルテ記載の標準化に取り組み、患者の症状改善を見逃さないように取り組んでいる。  | 長崎   |

| No  | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること  | 都道府県 |
|-----|---|---|------|
| 196 | 年2回の研修会を行っているが、対象外の病棟スタッフとの精神保健福祉に関する感覚に温度差が見受けられる。                                       | 多くの職員に同じ感覚を持って頂くために研修会への参加を促し認識の統一を図る。  | 福岡   |
| 197 | 隔離・拘束の実情や委員会活動が他職員が分からない。   | 院内研修会の際、職員全体に周知図れるよう、委員会の活動、隔離・拘束の実情や解除への取り組み等を内容に入れている。最終的には、全職員が研修会に参加している。   | 栃木   |
| 198 | 新入職者(精神科未経験)から、隔離・拘束の実際や拘束帯の使用方法が「わからない」等の意見がある   | 新入職者には、職種に関係なく病棟にて行動制限の実際を見学・体験してもらう事で、行動制限に対する理解を深めている   | 鹿児島  |
| 199 | 隔離室の無い病棟のスタッフが、隔離、拘束についての知識が少なく、また、精神保健福祉法についても関心が希薄。                                     | 新人研修のなかで、隔離、拘束、精神保健福祉法について座学を行った後、実際に隔離室の見学を行ったり、隔離、拘束の体験をして、そのあと意見交換会を実施している。  | 鹿児島  |
| 200 | 委員の構成員が自院の状況しかわからないため、他院の状況、行動制限の取り組みの実際がわからないことでイメージができない状況にある                           | 他病院の経験がある医師の話、精神科認定看護師からの現在の行動制限最小化への取り組みを伝え、イメージや知識の向上を図っている。  | 神奈川  |
| 201 | 委員会では病棟より拘束帯の使い方に手間取ってしまったので安全安楽に行えるように学びたいとの要望があった。                                      | 研修会で、委員会メンバーが中心となり、DVDを活用しながら、実際に拘束の手順を伝える  | 埼玉   |
| 202 | リスク高い肺塞栓症に対する知識やマッサージの方法を知りたいとの要望があった。  | 研修会で知識の共有や実際にマッサージの仕方について実践している。  | 埼玉   |
| 203 | 慢性期の精神科病院。身体拘束の手技に課題があった。   | 独自の身体拘束DVDを作成した。また、身体拘束認定制度を設けている。  | 滋賀   |
| 204 | 特になし  | 急性期病棟では、週2回行動制限カンファレンスを実施し、行動制限最小化に向けて動いている。また、他病棟においても、週1回は行動制限カンファレンスを行い、評価と行動制限最小化を図っている。  | 福岡   |
| 205 | 身体拘束は医師看護師で行うことが主であるが他の職種は実際どのように行われているのかわからない。そのため拘束する側の実情も患者さんの心情についても理解が乏しいと思われる。      | 全職員を対象に身体拘束の意味や役割、守るべき法律について学んだうえで実技を体験してもらうようにしている。  | 熊本   |
| 206 | 患者の人権について考えること。当院は認知症専門病院であり、危険の認知ができない人が多く、行動の自由化安全かの選択が難しい。委員会で討議することで、少しでも行動の自由を優先したい。 | 出来るだけ行動観察ができるように、職員の目の届くところにベッド配置や離床センサー使用、頻回の見回りを行う。委員会で各病棟の行動制限の実態を数値化し、発表する。その後、討議の中で最小化に向けての対策を皆で考え、実行する。   | 東京   |
| 207 | 長期もしくは頻繁に隔離処遇が必要な事例に、暴力行為の問題行動がある。  | 個別対応や開放観察中の一般個室利用、クロザリル使用の検討などを行っている。   | 山口   |
| 208 | 精神保健福祉法上の拘束にあたらなければならないけれど病棟で行われている事例(4点柵・車椅子のベルトなど)が見受けられた。                              | 精神保健福祉士で病棟をラウンドし、その都度、病棟スタッフと話をするようにして、改善された事例があった。   | 山口   |
| 209 | 行動制限が長期化することがある。  | 行動制限の長期化を避ける為の方針と解除目標値を病院独自で設定し、超過した場合は最小化に向けて速やかに臨時的委員会(患者行動制限最小化委員会 小委員会)を開催し、妥当性や最小化に向けて検討している。  | 福島   |
| 210 | 行動制限や対応策の適正及び妥当性に疑義が生じる場合がある。   | 委員会の下部組織として、行動制限最小化委員会の『小委員会』を設置している。実施する行動制限や対応策において疑義や改善すべき事項が生じた場合や、解除目標値を超過した場合に、速やかにケース検討するため小委員会を開催。開催の結果は主治医、病棟へ報告し文書をカルテに添付。また、定期の委員会にて報告し承認を受けている。 | 福島   |
| 211 | 毎月、隔離・身体拘束事例について、その適応と必要性、妥当性を検討しているが、特に一カ月を超え、隔離・拘束が長期になっている患者の対応。                       | 委員会で問題になった患者においては、当該病棟及び委員長、医局長、副院長、病院長はじめ多職種を交えカンファレンスを行っている。  | 神奈川  |
| 212 | 行動制限最小化委員会は月1回の開催であるため、タイムリーな隔離・拘束の検討の必要性を感じていた。  | 行動制限最小化委員会と別に、医局はじめ各部署の代表者が参加する会議にて毎朝(平日午前開催)隔離・拘束の検討を行っている。  | 沖縄   |

| No  | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること  | 都道府県 |
|-----|---|---|------|
| 213 | 委員会では、各病棟の行動制限を行っている患者や病棟での取り組みを共有しているが、困難事例に関しては病棟のみで対応を考えることが難しい。                     | 情報の共有と困難事例に対する議論を深めるため、記入する行動制限レポート用紙を変更。内容は隔離の理由だけでなく、『解除することへの援助者の不安』や『目標・観察・対処プラン』などの項目を増やし、委員が行動制限の状況理解を深め、議論できるようにしている。  | 岡山   |
| 214 | 介護保険基準における身体抑制(つなぎ服・ミトン・車いすベルト・4点柵)に関しても最小限にしていく必要がある。                                  | 身体抑制についての基準手順の作成と減少を目的としたワーキンググループを立ち上げた。身体抑制が多い病棟へ行き、実際の確認と考え方や物品の購入などの検討を行っている。   | 岡山   |
| 215 | 情報共有について。   | 隔離に関するチェックリスト、身体拘束に関するチェックリストの共有を行っている。   | 千葉   |
| 216 | 委員会は多職種が集まっているが、直接的に患者ケアに関与しない職員も多い。  | 委員会では、報告と実施状況の確認を行い、最小にする取り組みを共有している。マニュアルの改訂、困難事例の検討、実地の研修は行動制限最小化部会で実施している。   | 千葉   |
| 217 | 一度身体拘束が実施されるとそのまま継続される。何故必要なのか、解除する方法はないのか等、スタッフが疑問として思わない傾向にある。                        | 毎月の病棟ラウンドの時、病棟スタッフと患者さんとの接見をしながら、身体拘束が適切かどうか意見を出し合い検討している。その際、改善できるようにであれば解除する。   | 鹿児島  |
| 218 | 長期の隔離、拘束の患者に対し危険行為があり部署の対策では解除できなかった。   | 委員会として介入し転棟も考えやすめていたところ身体拘束解除に至った。  | 石川   |
| 219 | 現在、神経精神科職員のみで委員が構成され、神経精神科入院患者のみを対象に評価を行っている。総合病院であり、一般科も対象の患者がいると思われ、限定的な評価となってしまっている。 | 行動制限最小化委員会を一週間に1度開催し、委員の他、病棟看護師も参加し、より多くのメンバーで共有するよう心がけている。   | 秋田   |
| 220 | 当事者の視点での検討や工夫が必要。   | (管理)・隔離・身体的拘束の患者属性のグラフ化、過去2年のデータと比較し検討・隔離・身体的拘束を減少する目標、具体的方略、人材育成の検討。(臨床)・長期隔離の困難事例をフォーマットに沿って検討。・他病棟でも長期隔離の困難事例を検討し、対策方法を集約してカルテに記載する。・長期隔離者解除の成功事例から、回復に至った介入を病棟で話し合い報告してもらう。(①隔離解除に至った経過②この事例からの学び③隔離が長期になったのはなぜか)・希望隔離者、電話制限、面会制限、退院制限の把握と検討。 | 岡山   |
| 221 | 患者の性的問題行動について。  | 患者の性的問題行動について防止の目的で毎回患者のリスク評価や患者同士の傾向を共有し意識を高めている。  | 神奈川  |
| 222 | 患者中心の話し合い。  | 患者中心の話し合いをPSWが中心にまとめ病院への要望を上げてもらい、本委員会で回答しフィードバックしている。  | 神奈川  |

| No                  | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること  | 都道府県 |
|---------------------|--|---|------|
| <b>4.委員会 で用いる資料</b> |  |   |      |
| 1                   | 医師の指示のもと、リーダー看護師が独断で一方的に行動制限の解除を行っていた。   | 行動制限の隔離・解除は、個人ではなくチームで考える必要がある。評価シートを作成し、ケア内容も含めたカンファレンスを実施した後に実施することとした。   | 東京   |
| 2                   | 入院形態の切り替えや医療保護入院者の退院支援員会の開催状況について、職員間での迅速な共有が課題となっていた。   | 隔離拘束に関する一覧性台帳だけでなく、医療保護入院者の一覧表も作成・都度更新し、早期の任意入院への切り替え等、行動制限最小化の検討に使用している。   | 神奈川  |
| 3                   | 隔離の開放観察を実施した場合に一覧性台帳へマークを用いて表示していたが、一時的に開放したのか、一日中開放したのかの区別が分からなかったため、マークを区別した。                | 一時的な開放観察のマークを「→」に、24時間開放観察のマークを「◆」とし、さらに24時間開放の日数を利用状況等に欄に記載することで、開放時間の長さを見たとに分かりやすくした。   | 熊本   |
| 4                   | 毎日の拘束患者数を院内のPC内で掲示しているが職員がみていない可能性がある。   | 今後、委員会で拘束数の推移をグラフ化していき各病棟が把握、意識するよう検討していく予定。  | 兵庫   |
| 5                   | 委員会の構成員の中には、実際に隔離・拘束がどのように行われているのかが分からないので、病棟での行動制限最小化について事前にカンファレンスを行っていただき参考にしていく。           | 病棟では、行動制限最小化の月一回以上カンファレンスを行い記録を残してもらう。  | 栃木   |
| 6                   | 隔離拘束が長期化している患者の解除計画書等。   | 隔離拘束が長期化している患者の解除計画書を委員会に提出し、検討している。隔離・拘束簿、隔離・拘束時間集計データ   | 神奈川  |
| 7                   | 行動制限の最小化にあたり、効果的な統計の取り方や検討事項等の基準がなく、病院によって統計の取り方や分析方法にばらつきがある(他院で実施している統計・分析の方法が知りたい)          | 共通の統計基準を設け、病院間で比較するなど、共有化が図られるとよいと思われる各病院共通の統計ソフトがあるとよい   | 神奈川  |
| 8                   | 行動制限に関する一覧性台帳の開始日など、月が変わると記入間違いがあった。毎月第一木曜日に看護師、精神保健福祉士とで台帳と診療録の確認をしているが見落としがあった。正確な台帳でなかった。   | 委員会の構成員ではないが、半年に一回事務職に台帳に間違いがないか確認してもらっている。   | 新潟   |
| 9                   | 評価者によって評価項目や内容にばらつきがみられた。評価の経過を振り返り、取り組みの見直しに活かす場面が少ない。  | 毎週、行動制限対象者ごとの評価をレイティングスケールを用いて行っている。それを基に、月末に評価の推移を行動制限レポートとしてまとめ、解除に向けた取り組みに活かすようにしている。  | 長野   |
| 10                  | 隔離・拘束の患者数が増えてきている。   | 隔離・拘束に関して取り組んだ各病棟のアピールポイントを毎月行動制限最小化委員会で報告している。   | 岐阜   |
| 11                  | 行動制限の要件を資料に入れたが、具体的な行動の説明がされないとき、理解しづらい。   | 行動制限理由、継続日数、入院形態など書式を統一した。  | 愛知   |
| 12                  | 行動制限一覧性台帳。情報のグラフ化。   | 行動制限一覧性台帳に入力された情報がすぐにグラフ化されて視覚的に確認しやすいようにしている   | 大阪   |
| 13                  | 各病棟の工夫していること取り組みについて共有が出来ていないことがある。  | 行動制限を受けている方の状況、解除に向けた取り組みを確認するために、委員会時に個別レポートを提出してもらい、最小化に向けた検討をしている。   | 岡山   |
| 14                  | 医師が行動制限、解除の判断をする時、看護師からの情報が判断材料になることも多くある。一方、制限、解除に関する判断に迷うことがある為、行動制限、解除の指標となるものが欲しいとの希望があった。 | 行動制限、解除の判断には価値観・感情を持った人によって行われるため、解釈の相違が発生しないように保護室入室及び身体的拘束に対する解除の標準化を図る為、症状評価表を作成し、毎日のカンファレンスで使用している。                             | 長崎   |
| 15                  | 最小・最適化するため、また隔離・拘束に至る記録が個人によって差異があった。経過を振り返りにくい。   | 隔離・拘束対応の開始のカンファレンスを紙上で実施、複数の看護師に様々な視点・判断基準でコメントを記載してもらい、必要性及び代替法について検討して医師も交えて最終的に判断を行っている。解放についても早期に取り組めるように専用のマネジメントで把握するように整備した。 | 長野   |
| 16                  | 行動制限一覧性台帳。情報のグラフ化。   | 行動制限一覧性台帳に情報を入力するとグラフ化される等、変化が視覚的にも見やすいようにしている  | 大阪   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|---|--|------|
| 17 | 行動制限の最小化、措置入院患者への措置症状消退への取り組みが、当該病棟のほかには分かりづらい状況があった。また、病棟個別の状況はレポート報告で明らかになるが、病院全体像が分かりにくい状況だった。 | 各病棟での一患者ごとの行動制限の現況報告に加え、措置入院者に対する措置入院消退に向けた取り組みを報告。また、行動制限実施患者の中から、解除または最小化に取り組む事例を1例報告。そして各病棟および全体の行動制限実施状況をグラフ化し、行動制限最小化に向けて取り組む一助としている。   | 奈良   |
| 18 | 1か月超の行動制限の報告書。  | 1か月を超過する行動制限に対して、当院独自の報告書を医師に提出を義務付けている。   | 埼玉   |
| 19 | 隔離の早期解除に向けた指標や評価表がないため、制限緩和の判断が曖昧。  | 身体拘束早期解除評価表を委員会独自で作成し、活用している。隔離に関する早期解除評価表は今後検討。   | 新潟   |
| 20 | 一覧性台帳、行動制限ラウンド。   | 開催前月の行動制限一覧性台帳、行動制限率、行動制限ラウンドを用いている。   | 富山   |
| 21 | 医師、精神保健福祉士、通常勤務で関わる看護師の視点では患者の日々の改善点や問題点が把握しづらい。  | 資料は最も患者に関わるプライマリー看護師が作成し、医師と精神保健福祉士、その他の看護師がそれぞれの立場から検討するようにしている。  | 山形   |
| 22 | 過去データとの比較、病棟ごとの特性に応じたデータ収集が不十分。   | 電子カルテデータを解析し、病棟ごとに目標を定めて行動制限最小化に向け努力する。  | 島根   |
| 23 | 院内隔離拘束実施一覧表、新規拘束、隔離開始事例検討患者報告書。   | (行動制限の理由、精神保健指定医師のコメント、看護の経過とケア経過、服用薬剤、行動制限最小化委員会での検討結果)   | 神奈川  |
| 24 | 委員会として院内全体の隔離・拘束状況を把握することや経年変化を共有できるようにしている。  | 隔離・拘束施行割合、平均日数、拘束継続最小最大日数、拘束0人の日数等を認定看護師中心に統計報告を共有している。  | 埼玉   |
| 25 | 検討内容が多い   | 事前に詳細な資料を作成し準備をしている。   | 栃木   |
| 26 | 病院全体の行動制限の状況を、可視化できる資料が求められる。   | 電子カルテと連動して、自動入力される一覧資料を使用している。   | 山口   |
| 27 | 2020年9月まではPECOデータに基づき参加病院との比較データをもとに評価を行っていたが研究が終了となり他院との比較ができなくなった。                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・DWH(データウェアハウス)で身体的拘束・隔離の施行者数、患者属性:性別、年齢、病名、隔離・身体的拘束の理由を抽出・患者属性の把握、どのような理由で隔離や身体的拘束が行われているか、繰り返し隔離や身体的拘束が繰り返されている患者に対しての個別の検討を行う。</li> <li>・国立精神神経医療研究センターが主体の「医療の質の均てん化」に関する研究にて、PECOシステムのデータ参加20施設の隔離施行時間分布上位1%値として示される58日を長期隔離、7日を長期身体的拘束と定義。</li> <li>・長期隔離(58日以上)、長期身体的拘束者(7日以上)の抽出と検討。</li> <li>・長期隔離予備軍(30日以上)の患者の氏名、年齢、病名、隔離開始日の把握。</li> <li>・一覧性台帳より毎月1日時点の隔離・身体的拘束者の平均隔離日数、平均拘束日数を病院全体、各病棟ごとに視覚化し、隔離・身体的拘束が長期化していないかを把握する。</li> <li>・以上の抽出のアセスメントを行い行動制限最小化の方略を検討。</li> </ul> | 岡山   |

| No            | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること  | 都道府県 |
|---------------|---|---|------|
| <b>5.研修会等</b> |   |   |      |
| 1             | 新規に入職してくる職員や精神科が初めての職員においては、精神科における身体拘束や隔離に対する知識不足がある。そのため、新人職員より研修会実施の要望があった。  | 各職員に対し、身体拘束の意義と法律の説明と解釈に対する研修会を実施するとともに、実際に拘束を自身で体験してもらい、身体拘束を受ける患者さんの理解を深める実習会をあわせて実施した。     | 北海道  |
| 2             | 委員会で研修会の企画・実施を行っていない為、研修委員会との連携が必要となっていた。                                       | 委員会メンバーが教育委員会のメンバーに入る事で、行動制限の研修実施を進言する仕組みを作り、行動制限に関わる研修を実施できるようになった。                          | 埼玉   |
| 3             | 職員の拘束体験。  | 院内研修ではコロナウイルス感染流行前は職員が拘束体験を行っていた。現在はDVDによる院内研修を検討。  | 東京   |
| 4             | 様々な理由で拘束の解除が難しく、長期化する場合がある。   | 実際に行動制限が長期化している事例を用いて、他職種で検討(グループワーク)し、話し合った内容を模造紙に書いて発表。病棟に持ち帰り実践した結果を委員会で報告。                | 東京   |
| 5             | 医師や看護師が勤務時間の関係などで研修会当日に参加できないことがある。   | 研修会をビデオ撮影し、当日参加できなかったすべての職員が視聴できるようにした。後日視聴も含め、研修会参加率が100%となった。                               | 岩手   |
| 6             | 開放病棟や外来等実際に隔離や身体拘束を実施することがない環境下の職員に、行動制限最小化に関する意識変容を求めることが難しい。                  | 全看護師に行動制限最小化エキスパート会による研修会を3回/年開催し、行動制限最小化の必要性や方法を指導している。                                      | 大阪   |
| 7             | 処遇困難事例が暴力事案に結びつきやすく入院期間が長期化している。  | 外部の講師を招き症例検討会を行っている。  | 兵庫   |
| 8             | 行動制限最小化に関わる院内職員研修会を年2回実施しているが、全ての職員が参加することが困難                                   | 講義をビデオで録画して、データを各部署に配布して、全ての職員が視聴できるようにしている。  | 広島   |
| 9             | 新入職員においては精神科での就労歴の無い看護師や事務職員は行動制限に関する知識が浅く、法規厳守の為に、実際に業務に入る前に最低限の知識や意識共有が必要である。 | 入職時に行う病院オリエンテーションの場において、行動制限に関する関係法規・人権配慮・当院での行動制限最小化委員会の取り組み等を説明し、理解を深めている。                  | 大分   |
| 10            | 経験の浅い医師の患者からの暴力への対処方法が課題であった。   | 外部講師として県警の方から、暴力に対する対処方法の講義を行ってもらった。  | 福岡   |
| 11            | 新入職員の中には、精神科未経験者もあり知識や技術が不足している職員がいる。   | 当事者や外部の先生を講師に招くなどの研修を定期的に行ってスキルアップ・情報提供に努めている。  | 埼玉   |
| 12            | スタッフの隔離拘束体験。  | 研修にてスタッフが隔離拘束体験を行い、患者の立場に立ち行動制限最小化につなげられている。  | 神奈川  |
| 13            | 隔離・拘束の殆ど無い病棟もあるため、ピネル拘束帯の使用方法が分からない職員も多い。                                       | ピネル拘束帯の使用法や隔離・拘束に関する関係法規についての研修を実施。年1回隔離・拘束に関するテストを行い、知識・技能の向上を図る。                            | 愛媛   |
| 14            | コロナ禍で集合研修が行えない。   | 電子カルテを通し、学研メディカルサポート(e-ラーニング)を用いての勉強会を予定、計画している。  | 沖縄   |
| 15            | 精神科病院と介護保険関係施設や精神科以外の病院では、隔離・拘束の考え方等に違いがあり、退院支援・転院調整等で苦慮することがあった。               | 法人関連施設(介護老人保健施設)よりスタッフを講師として招き、介護保険関係施設等での隔離・拘束の考え方について学び、精神科病院でも取り入れられる行動制限最小化の対応について検討を行った。 | 栃木   |
| 16            | 精神保健福祉法をはじめとする、精神科病院・患者様に関する法律の理解が不十分であり、それについて学びたいとの声が上がった。                    | 院内精神保健福祉士や関係行政機関職員を講師とし、精神保健福祉法をはじめとする様々な法律について研修会を行った。                                       | 栃木   |
| 17            | 精神保健福祉法の内容が文言含め法律用語が難しく理解できるように説明することに労する。                                      | 知識を持った職員が内容を理解しやすいように租借してから説明している   | 東京   |
| 18            | 隔離・拘束の必要性、妥当性に関して、職員間で意思統一が図れておらず、病棟カンファレンス実施時に拘束実施までの引き金が軽い意見をもった職員がいる。        | コロナ禍のためeラーニングを活用して研修を行っているが視聴率が100%に届かないため、書面を回覧する形で研修実績としている。行動制限については最終的に指定医の指示にて実施している。    | 東京   |
| 19            | 病棟の機能や患者の重症度に応じて身体拘束実施率に差があるため、拘束の手技に自信がない職員がいる。                                | コロナ禍で集合研修が実施できていないのでOJTなどで知識や技術を向上させるように実施していく予定。   | 東京   |
| 20            | 年2回の研修会開催(安全な拘束について、精神保健福祉法について、マニュアルの確認等)                                      | コロナ禍のため、動画をCDRに保存後配布し集合研修の代替としている。  | 新潟   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|---|--|------|
| 21 | 構成員も含め、病棟スタッフに対して行動制限に対する勉強会の機会があった方が良いと思うが、研修などの機会がどこで行われているのかなどの情報が分からない。                           | 委員会極力構成員が可能な限り全員参加できるよう、勤務を調整している。   | 富山   |
| 22 | 研修回答が少なく、院内研修の題材に苦労している   | 委員メンバーが教材やネットから使用可能な情報を得て委員長と協議し研修会を開催している   | 長野   |
| 23 | ビデオ学習。  | ビデオによる拘束帯の適正使用方法についての学習精神福祉法の理解を深め、行動制限最小化につなげる拘束帯の体験学習を通して、拘束される側の心理的状況を把握し、行動制限の最小化を目指す  | 長野   |
| 24 | 毎年『行動制限最小化』に関する研修会を開催し、職員への周知をしているが、時間の経過とともに薄れてしまう傾向がある。   | 令和3年度については、『行動制限最小化』を重点課題とし、通常の年開催(2回)より多く開催(4回)した。  | 愛知   |
| 25 | 医師や看護師が知りたい内容に偏りがあるため、疑問点などについて話し合ったりコメディカルの意見を取り上げていく。理解しやすい判例を用いた研修を行ったが、理解してもらおうのが難しかった。           | 事例を用いた内容にしているため、直接関わっていないコメディカルのスタッフも理解しやすく、興味を持てる内容になっている。  | 愛知   |
| 26 | スタッフの努力の見える化  | 毎年の行動制限最小化研修の中で指示解除困難事例へのアプローチで得た知見を全スタッフにアナウンス。また、日頃収集したデータも公表し“スタッフの努力の見える化”を図った2019年度からは、行動制限最小化に努めたと認められた病棟に対し、理事賞が送られるようになった。       | 大阪   |
| 27 | 年2回の研修が義務付けられているが、内容がマンネリ化しがちである。またチームリーダーが企画や準備、講師まで担うため負担が集中しがちである。                                 |  | 島根   |
| 28 | 行動制限のアクシデントが頻回に起こる場合もあり、当該部署では改善が図れない事案もあった。  | 医療事故レポートを提出してもらうので、その報告書を基に研修会内容を検討し実施している。  | 岡山   |
| 29 | 隔離・拘束に直接関わらない職員にも広く、精神保健福祉法や隔離・拘束に関する理解を深めたい。   | 行動制限最少化研修会において、「精神保健福祉法の理解を深めるための講義」や、「身体拘束における注意事項の講義とともにデモンストレーション」を行っている。また、(新型コロナウイルス感染症の影響もあり)全職員が受講できるよう、研修動画を作成・公開し、積極的な受講を促している。 | 山形   |
| 30 | 委員会構成員の中には、実際に隔離・拘束を行わない職員もいる。委員会構成員のみならず、新入職員を含めた職員全員が、身体拘束技術や行動制限最小化委員会の関係法規に関する知識を会得・再確認しておく必要がある。 | 年度内に2度、全職員を対象とした院内研修会を開催し、身体拘束に関する実技講義や行動制限最小化委員会関係法規に関する教育機会を設けている。   | 山口   |
| 31 | 病院全体の看護師を対象に身体拘束の体験および基本的手順、手技を伝達するための実技研修を行った。   | 実際に職員間で拘束帯を使用して、ベッドでの四肢拘束の実技研修を行った。その際に拘束時の留意点を直接指導し、拘束中の観察項目も再認識してもらった。また、拘束を体験することにより、拘束を新たに考える機会の研修になった。研修後、アンケート調査を行い、今後の研修に役立てている。  | 徳島   |
| 32 | 職員の行動制限についての法律根拠の理解や知識の不足があり、精神科の経験がない新入職職員に対しては特にその理解の徹底が必要。   | 研修会を実施や行動制限が行われる際にその手順の確認を徹底するなど行っている。   | 福岡   |
| 33 | 精神保健福祉法の学習、職員全員への周知徹底と身体拘束時の注意事項を具体的に指導する内容について。  | 研修会では身体拘束するベッドを実際にセットするとともに、研修会に参加する職員へ拘束帯をされる患者の気持ちを理解してもらうためにベッドで抑制を体験してもらうようにしている。  | 福岡   |
| 34 | 委員会の構成員以外の職種にも行動制限についての周知を図るための研修が必要であると考えている。  | 月に2回の院内研修では、拘束帯の実習・実演を行い適切なやり方を学ぶ機会であるとともに、患者の気持ちに寄り添えるように配慮・実施している。当日の研修に参加できなかった職員に対してはDVDでの視聴ができるようにしている。                             | 熊本   |
| 35 | 研修会の充実をする為に全体向けと個別での研修会を企画し行っていたが、個別の研修会を2回ほど実施した所でコロナ感染が多くなり個別研修会が出来なくなっている。                         | 各病棟DVDでの研修会でのいであるが、各スタッフへどれくらい伝わっているかは不透明である。身体拘束の実際などデモンストレーションの研修もDVDのみでの研修会をおこなっている。  | 熊本   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|--|--|------|
| 36 | 成功例の報告会、eラーニング。  | 行動制限最小化に向けた取り組みの具体例や成功例を委員会で報告。年2回の行動制限最小化研修、eラーニングにて学習を行っている。行動制限最小化を看護研究の対象とする。上記の取り組みで行動制限最小化への意識向上と技術向上を目指している。                        | 熊本   |
| 37 | 多職種での行動制限に対する理解、情報の共有化が不足しているように感じる。また、以前、身体拘束中患者の事故が発生しているため教育の必要性を実感している。              | 新人オリエンテーション時、精神保健福祉法、隔離拘束について、隔離室の説明見学を行って理解を深めるよう、力を入れている。また、身体拘束の正しい方法など定期的に研修会(デモ)を行っている。   | 熊本   |
| 38 | 年二回開催の法定研修の企画運営に苦慮している。  | オンデマンド講義を導入したことで、専門性が高く新しい情報の提供できた。  | 熊本   |
| 39 | 看護職員の中に行動制限に関する精神保健福祉法の理解が不十分な職員がいる。   | 精神保健福祉法に関する研修を毎年繰り返すことで理解を深めると共に、適宜、病棟スタッフに対し助言・指導を行っている。  | 熊本   |
| 40 | 行動制限最小化委員会の研修では、PSWが精神保健福祉法(処遇等)に対して説明してきたが、構成員である看護師の同法に対する理解が不足していたため、看護師による研修会を考慮した。  | 身体拘束の実技研修はもちろん行ってもらっているが、精神保健福祉法(処遇等)に関しても今後研修会で説明できるよう準備を進めている。   | 大分   |
| 41 | 拘束にまで至る事例が少ないため、夜間など人員が少ない時に拘束が必要となったときに職員の不安が大きい。                                       | 新人研修などで拘束・固定具の体験実施。法律や正しい知識と技術をもって従事していただくようにしている。   | 宮崎   |
| 42 | 研修会の内容としては、法律的な話がどうしても多くなり、マンネリ化をまねく傾向がある。   | 精神疾患のある著名人等の話も交え、精神疾患を身近なものとして感じ、患者さんとしての疾患の側面だけでなく、魅力的な人としての側面にも興味を持って業務に取り組んでもらえるよう毎回工夫している。   | 沖縄   |
| 43 | 暴力行為のある方への対応(拘束具使用も含め)などの技術の研修もする必要も感じているが、適当な資料や人材が不明及び不在。                              | 特になし(幻覚妄想に基づく激しい陽性症状の方は最近はまだくないこともあり)  | 福岡   |
| 44 | 年2回の研修。  | 全職員を対象とした、精神保健及び精神障がい者福祉に関する法律や、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会を開催。  | 新潟   |
| 45 | 新型コロナウイルス感染発生以来、院内での行動制限最少化委員会としての院内研修会が定期的に容易に行えなくなっている状況。                              | 行動制限最少化委員会としては、年2回の研修会を計画していた内容と同様の研修会をオンラインでの院内研修会や教育委員会と協力してCandY Link(キャンディーリンク)を活用し、できる限り全てのスタッフがどこでも行動制限最少化委員会の研修会に参加できるように工夫し、対応している | 鹿児島  |
| 46 | eラーニングを活用。   | eラーニングを活用して研修を実施している。以前は対面研修を行い、行動制限最小化委員会の委員長(医師)が講演を行っていたが、eラーニング視聴に変更してからは、直接研修の開催が減った。   | 鹿児島  |
| 47 | 基準内の年1回の研修参加はできているが必須研修でない為医師や看護師以外の職種の参加率が低い。   | 研修会を時間内に行う等の工夫をしている、またビデオに撮って院内オンデマンドでの配信を行なっている。  | 神奈川  |
| 48 | 精神科における行動制限について、制限後の評価を部署単位で細かに十分行われていない事がある。委員会において指摘はなされるが、現場の理解が低いと漫然と行動制限が続いてしまいやすい。 | 1週間に1回の行動制限カンファレンスを全病棟で実施する事をマニュアル化した。   | 大阪   |
| 49 | 新入職者の精神保健福祉法の理解。   | 新入職者オリエンテーションで精神保健福祉法(隔離・拘束)について説明。委員会で研修会・勉強会の内容を検討して定期的に行っている。   | 岡山   |
| 50 | 年2回研修会を開催している。時間内での研修会を開催しているが、行動制限に関係する職種の全員参加が困難であり、追加研修・代替え研修を実施する必要があるため、委員の負担が大きい。  | 年2回のうち1回の研修は認知症ケア委員会と協働で開催し、せん妄に関する研修等をしている。   | 富山   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|--|--|------|
| 51 | 院内で精神保健福祉法の認知度についてアンケートを行った結果、全体の半数程度しか認知していなかった。また、精神科病棟と一般病棟で認知度に開きがあり、温度差を感じた。そのため、精神科病棟はもちろん、病院全体の認知度・理解度を上げる工夫を考えた。 | 委員会メンバーが出演した動画を作成。ここ2年間で3つのテーマ「入院形態により変わってくる入院手続き」、「行動制限」、「虐待」について動画を作成した。入院手続きの回ではどのように入院手続きが行われているか実際の診察室を使用し、医師・患者・同意者の役を演じた。また、ポイントになる箇所は動画内で字幕や演出を取り入れ、事務職であっても理解しやすい動画を目指した。また、あまり堅苦しい動画にならないように笑いを交えた動画を心掛けた。結果、全体の半分であった認知度が7割に上昇。今では次の動画を楽しみにしてくれるスタッフも増え、精神科に関する興味を持っていただけるようになった。 | 愛知   |
| 52 | 精神運動興奮状態の患者を安全に保護する知識がなく、看護職以外への知識・技術の向上が必要であると感じた。  | CVPPPTレーナーに講義をしてもらい、全職員に対し、CVPPPTの技術演習を行い、安全に保護することの必要性を学んでいる。(2020年度は新型コロナウイルス感染症により技術講習は実施していない)   | 神奈川  |
| 53 | 精神科認定看護師を活用し、できるだけ新しい知識の集積をはかっている。   | 精神科認定看護師を講師として活用して、院外の動きや新しい知識を集積できるように努めている。  | 和歌山  |
| 54 | 委員会主導での学習会開催は、行っていない。  | 部署内学習班を設置しており、学習班主導で精神科看護に必要な学習会を年間計画し、実施している。その中で、必ず、行動制限に関する学習会を行っている。   | 北海道  |
| 55 | 患者に適性かつ安全に身体拘束が行えているか、手技の習得と、体験をする学習会の希望があった。  | 精神科病棟、外来精神リハ室、看護師、PSW、OTRが適性かつ安全な身体拘束について学び、実際に体験、手技の確認をした。  | 北海道  |
| 56 | 精神保健福祉法についての正しい知識を学び、理解をし、患者に対応していくための学習会。医師より希望があった。  | 医師より精神保健福祉法についてeラーニングを作成し、学んだ。   | 北海道  |
| 57 | 研修会の開催。  | 精神保健福祉法による隔離、拘束、入院形態などの対応について、年1・2回、研修会を開催する。資料は日本精神看護協会のもを使用する。   | 高知   |
| 58 | 隔離室の使用について研修不足、CVPPPTの育成が追い付いていない。   | 新入職者対象に、精神保健福祉法および行動制限最小化について1時間の入職時研修を実施している。新人看護師研修では、行動制限最小化の内容を組み入れ隔離拘束に関する実際の演習を行っている。  | 神奈川  |
| 59 | 身体的拘束について。   | まずは患者体験を行い、拘束される気持ちを体験する。そして、医療者としての関わり方について考える。   | 石川   |
| 60 | 行動制限＝身体拘束についてというところで、研修内容がマンネリ化してしまう。  | 身体拘束の実践を研修として取り入れ、拘束の手順だけでなく、拘束される側も体験しそこから拘束時の対応や関わり方を考えた。  | 富山   |
| 61 | 身体拘束を繰り返す患者を事例検討。  | 身体拘束を繰り返す患者を事例として挙げ多種職種で話し合い多方面から意見をだし行動制限最小化に向けた取り組みをした。  | 富山   |
| 62 | 隔離・拘束についての把握にばらつきがみられる。  | 定期的に研修開催   | 富山   |
| 63 |  | 院内研修会にて、実際に職員が拘束される体験機会を設けている。   | 石川   |
| 64 | 職員に知識や経験不足の人が増えると、容易に行動制限につながりやすい。   | 「CVPPPT」の研修会参加率を上げるなどして、知識や経験を補っていきたい。   | 石川   |
| 65 | 取り上げるテーマが枯渇している。コロナ禍であり、外部講師を招くことが躊躇われる。   | コロナ禍以前は、他事業所より精神科認定看護師や弁護士など招き、人権や法律、接遇など幅広くテーマを取り上げ、研修会の実施をするように心がけている。現在は、感染対策のため全体の集まる研修会ではなく、小委員会がテーマを設定して病棟単位で研修を実施している。  | 長崎   |
| 66 | 研修会参加者が少ない   | 新人には必ず参加するよう指名して超勤扱いとしている。また日当直する職員にもセグフィックスを実際に使って身体的拘束の手順や注意点なども研修に盛り込んでいる。  | 新潟   |
| 67 | 院内の感染対策より従来通りの対面での研修がしづらくなっている。  | Web研修、書面による研修などを実施している。  | 山口   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|---|--|------|
| 68 | 精神保健福祉法の理解について全職員に浸透していない。研修で行動制限について取り上げているが、理解を深めにくい。拘束についても「短時間」等の不明瞭な概念が多く運用に困難を来す。 | 拘束については、時間の概念ではなく、ミトン・介護衣等すべてを拘束として運用し、安易に漫然と使用することがないように運用にしている。                                      | 愛知   |
| 69 | 一般科病院からの転職者が多くいるため、精神科病院での隔離拘束と一般科病院の隔離拘束の違いに戸惑う職員がいる。                                  | 最小化委員会で学習会を企画し、全職員対象に精神科病院と一般科病院での隔離拘束の法律上の扱いが違う事を全職員対象の学習会で説明している。                                    | 山形   |
| 70 | コロナ禍で研修が中止となったり、委員内でも学習会が単発となっている。  | Web研修への参加を行う。委員全員が参加できるように検討と調整を行った。   | 岡山   |
| 71 | 行動制限に関する実地の技術研修のみでなく、正しい認識を有して関わる為に、研修を充実させる必要がある。                                      | 技術研修や対応策の理解について、CVPPP部会と共に研修会を行っている。精神保健福祉法や人権擁護の観点での研修を教育委員会で行っている。倫理カンファレンスを、副看護師長会と認定看護師会の共同で行っている。 | 千葉   |
| 72 | 身体抑制が0にならない。  | 実態調査と他施設が改善した内容を基に意識付けをかけた。  | 石川   |
| 73 | 委員会の構成員は法律や行動制限のあり方を見直す機会になっているが、「現場のスタッフ全員が同じ認識で患者に携わっているわけではない。                       | 対象の病棟では、精神保健福祉法の勉強会や行動制限の学習会を独自に開催している。  | 香川   |
| 74 | コロナ禍で研修開催が難しい   | 小規模、病棟内でのスタッフを分けて研修している。   | 沖縄   |
| 75 | コロナ感染拡大防止のため人数を制限して研修会を実施。  | 世間で話題になっている行動制限のトピックスに沿った内容とする。研修アンケートで研修のニーズを分析し、研修ニーズに沿った内容にする。研修会を録画し、研修会に参加できなかった職員は見逃し配信を視聴する。    | 岡山   |
| 76 | 行動制限に関する知識が周知されていない時がある。  | 研修会を工夫してわかりやすい資料を用いて行う様にしている。  | 大阪   |
| 77 | 現場での実践により効果的な研修会の開催が必要と感じられた。   | 現場で働くスタッフ(Dr、Ns、CP、SW等)に、希望する研修内容や日々の実践で感じることについてアンケートを実施し研修会企画の参考とした。                                 | 東京   |
| 78 | 講師を他の病院の看護師に依頼。   | 他院の現場で働く看護師に講師を依頼した。多職種チームでの効果的な話し合いのもち方を学んだ。  | 東京   |
| 79 | 全職員対象の研修会となっているが、全職員が参加することは現実的に難しい。また、時間内に研修会を開催すると参加時間が勤務時間から控除される。                   | 年2回の集合研修を実施している。コロナ禍の中、大人数での開催ができず、数回に分けて学習教材を使用して開催した。参加が難しい職員には同じ学習教材で自己学習をし、レポートを提出とした。             | 鳥取   |

| No         | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること   | 都道府県 |
|------------|---|--|------|
| <b>6.他</b> |   |  |      |
| 1          | 拘束の手順と安全の理解が不十分なスタッフがいる。  | 委員が講師となり、新人職員入職時等にスタッフを患者役とし、拘束の手順ならびに安全について実践を通してスキルの習得・向上に取り組んでいる。   | 宮城   |
| 2          | 行動制限最小化へ向けて行動拡大の検討  | 毎日のベッドコントロールの時間を活用し、医師・看護師・精神保健福祉士が意見を出しあい、行動制限の検討を行っている。  | 千葉   |
| 3          | 処遇困難な事例に対しての検討  | 毎月の院内症例検討会において、多職種で事例検討を行い、行動拡大の検討を行っている。  | 千葉   |
| 4          | 拘束帯のマグネットを病棟管理から個人持ちとした。  | 新入職者や中途採用者には、委員が全身拘束の手技を教えてから渡している。  | 東京   |
| 5          | 行動制限実施患者様に関する診療・看護記録の内容に透明性が不足されており、繰り返し院内へ呼びかけを行っているが、大きな改善がない。                  | マニュアルへの盛り込みや、院内研修の実施   | 神奈川  |
| 6          | ミトン、つなぎ服、テーブル固定等に関する指針、対策が不十分であり、現在検討中であるが苦戦している。どこか先駆的に実施している病院があれば参考にさせていただきたい。 |  | 山梨   |
| 7          | 委員会では実務的な活動ができない問題があった。   | 下部組織を設けている。手技、情報を見える化(DVD化)した。行動制限最小化した成果をデータ化し、職員に還元していく予定。   | 静岡   |
| 8          | 長期にわたる隔離を要している患者の検討。  | 長期にわたって隔離を要している患者さんに対して、医師を含め病棟看護師と共に再検討を行っている。  | 愛知   |
| 9          | コロナ禍の感染対策を目的とした開放処遇制限もあるため、委員会として制限をリアルタイムに把握することが困難である。                          | 開放処遇制限が1ヶ月以上の患者を対象に、カンファレンスの実施を勧めるとともに、方向性の確認や早期解除に努めている。  | 大阪   |
| 10         | 開放観察を実施   | 段階的な開放観察を実施し、早期の行動制限解除を目指している。   | 広島   |
| 11         | 病院全体で最小化への取り組みについて理解を深めていくために他部署をラウンドすることでお互いに見直しを進めることとした                        | 委員会開催日に病棟ラウンドを行い、現実を見てもらい、改善点はないか検討を委員全員で述べている。  | 鹿児島  |
| 12         | 漫然と指示が継続している事例があった。   | 委員会の中で観察期間をもって行動制限を解除する流れを病棟をまたいで共有することに繋がった。  | 北海道  |
| 13         | 病棟と主治医だけでなく、多職種の意見も取り入れ、皆で行動制限の解除に向けた検討をする必要があると考えられた。                            | 病棟と主治医で行う隔離・拘束のカンファレンス以外に、週1回実施される院内の医師、看護師、コメディカルが参加する合同カンファレンスの中で、複数の医師、看護師、コメディカルで隔離・拘束の解除に向けたカンファレンスを行っている。                              | 広島   |
| 14         | 隔離拘束用のクリニカルパス使用。  | 隔離拘束用のクリニカルパスを使用し、毎日、解除に向けての評価を行っている。  | 北海道  |
| 15         | 拘束時にDダイマー測定。  | 拘束時には必ずDダイマーを使用している。   | 北海道  |
| 16         | 精神福祉法以外の行動制限(内科的固定、ミトン、柵など)についてどのように取り扱っていくか悩むことがある。                              | マニュアルを作成し、規定していく予定がある。   | 宮城   |
| 17         | 漫然とした隔離拘束の継続患者の検討。  | 長期入院の患者等漫然と隔離拘束が継続しやすいため、カンファレンスを毎週病棟で行い、委員会への報告をするようにした。  | 秋田   |
| 18         | 静脈血栓塞栓症予防チェックシート、拘束フローシートの活用。   | 理学療法士と作業療法士も参画して作成した「静脈血栓塞栓症予防チェックシート」により拘束患者のリスクのスクリーニングを実施し、高リスクの患者については、拘束患者のチェック票「拘束フローシート」の中の「静脈血栓塞栓症予防に関する項目」も併せて確認し、取り組みの適正化を図るようにした。 | 栃木   |
| 19         | 超低床ベットの導入や利用方法等の検討。   | 超低床ベットの導入や利用方法等の検討により、病識や現実検討力の低下や欠如を背景とする事故を防ぐことが主な行動制限(身体拘束)の理由の方の減少に取り組んでいる。  | 栃木   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|---|--|------|
| 20 | 転倒のハイリスク状態の患者2009年9月から2020年10月目で断続的に拘束を行っていた。患者の歩行機能を含めた身体機能維持の検討を行った。  | 個室を使用し、転倒しても被害を最小限にするために、病室内全体にマットを敷き詰めた。結果、以降の拘束は行われていない。                               | 千葉   |
| 21 | 長期行動制限の解除が困難ケースが多く、複数回、ケースカンファレンスを開催しても、根本的な解決策に繋がる答えを見出せない。医療スタッフに行動制限最小化の取り組みが周知されていない。また、個々のスタッフにより、行動制限に対する考え方にばらつきがあり、積極的に進まないと思われる事がある。 |  | 千葉   |
| 22 | 各病棟で定期的に多職種での話し合い。  | 委員会の他に、各病棟で定期的に多職種で隔離拘束者に対する行動制限拡大の話し合いをしている。  | 千葉   |
| 23 | 高齢者認知症の患者が増え、長期拘束を必要とするケースが増えている。   | 中断時間を少しずつ増やし、評価して解除に結び付ける。拘束時間を減らすと共に、拘束部位も検討。   | 千葉   |
| 24 | 胃管抜去のおそれ(抜去歴あり)の拘束患者の対応。本来胃管抜去だけでは拘束事由にあたらぬが生命の危機であると判断して拘束をしている。対応困難で現状では拘束せざるを得ない状況。  | 有効な対応策がなく困っている。  | 東京   |
| 25 | 職員全員対象に、委員会での活動内容報告及び行動制限に関する勉強会を開催し、行動制限に関する内容を共有している  | 毎月病棟を回って行動制限に関する内容が正しいかメンバーで審査している   | 神奈川  |
| 26 | 行動制限が長期化してしまうケースがある。  | 各病棟で最低でも1週間に1度、全ケースの行動制限最少化への他職種カンファレンスを実施している。さらに、長期化してしまう場合は、委員会にて事例検討を実施している。         | 東京   |
| 27 | 隔離室の前室を利用。  | 隔離室の前室を利用して少しでも長い時間の施錠の開錠に努めている。   | 石川   |
| 28 | 精神科という特化した疾患であり了解不能患者等にマンパワー不足も加わりどうしても隔離拘束せざるを得ない  | 床の工夫で転倒骨折を回避したり、センサーマットを多く活用して隔離拘束を減らしていく  | 長野   |
| 29 | 隔離拘束を早期に解除する(時間解除、部分解除でも)にはどうしたらよいか。  | 患者の症状をしっかりとアセスメントして委員会日や主治医の勤務日まで待つのではなく必要に応じてスタッフ間でカンファレンスを開き指定医に上申診察をして指示を受ける。         | 長野   |
| 30 | 患者様を思いやるばかりに、拘束帯が緩かったりとならなるリスクを高めてしまうことがある。適切な拘束方法の実施を考慮する。   | 拘束や隔離を体験してもらい、患者様がどういった状況下に置かれているのか肌で感じて貰っている。   | 大阪   |
| 31 | 拘束ゼロ宣言。   | 2010年度、拘束実施の増加を危惧した理事長が自ら『拘束ゼロ宣言』を発出。  | 大阪   |
| 32 | 看護部の目標に「拘束ゼロ」を明示。   | 2015年度、看護部の目標にも『拘束ゼロ』を明示。  | 大阪   |
| 33 | セカンドオピニオン制度   | 行動制限が長期化した場合のセカンドオピニオン制度。  | 大阪   |
| 34 | 委員会の構成員が師長であり、臨床場面との温度差を感じたり、委員会での検討事項が現場に反映されにくい状況であったので、最小化になかなか結び付いていなかった。   | 5年ほど前に下部組織を作り、構成員として臨床場面で行動制限最小化に力を入れている職員を構成員に加え、臨床場面での困難を共有し、多職種で改善を検討することを継続的に実施している。 | 大阪   |
| 35 | 隔離室の多様性:患者の性別・体格・精神状態・不穏の程度により様々な対応が必要となる。  | 隔離室の壁・ドア・トイレ・ベッド(固定式かどうかなど)にバリエーションをもうけ、症状に応じて使い分けを行うこととした。                              | 大阪   |
| 36 | 行動制限者対象プログラムの実施。  | 行動制限最小化委員会と連携し、行動制限者対象プログラムを実施している。  | 兵庫   |

| No | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|--|--|------|
| 37 | 病棟の委員から報告やケースの状況について報告。  | 身体拘束については実施例が少ない。定例委員会は月1回であるが、万が一実施される場合は、その時に該当病棟の委員から報告やケースの状況について報告がある。また、拘束だけでなく隔離やその他の行動制限の実施に関し小さなことでも運用上の疑問点等が生じれば委員へ相談や報告があるため、行動制限最小化の意識がみられていると感じている。 | 島根   |
| 38 | 隔離・拘束に至るまでの関わりの中で適切な介入や声掛けを実施した場合に行動制限を用いずに対応ができるのではないかと、また隔離・拘束を実施してしまったとしても可能な限り患者様が苦痛に感じることを減らせたいか。                 | CVPPP(包括的暴力防止プログラム)の研修を受けた職員を委員会内に配置して意見をもらう事とした。加えて行動制限の多い病棟を中心にCVPPPの研修に参加できるような配慮を行っている。  | 岡山   |
| 39 | 所謂グレーゾーンと呼ばれている、車いすの安全ベルト、介護衣、四点柵、ミトンなどの対応   | 安易な使用開始、不必要な継続使用がないように、使用開始時にはカンファレンスを行い、医師を交えて使用すべきか検討し、使用開始1週後にその評価を行い、継続使用する場合は、必ず1か月後にカンファレンスを行い、評価するよう委員が介入している。  | 広島   |
| 40 | 多職種での行動制限最小化に関する情報共有。  | 月に一度の行動制限最小化委員会とは別に、毎週1回、多職種での行動制限最小化に関する情報共有と最小化に向けた検討を行っている  | 九州   |
| 41 | 隔離を必要とする患者様の症状の重症化や、固定化等で、長期間の隔離期間を必要とするケースが増加しており、限られた隔離室では新規入院患者を受け入れられない事も出てきている。                                   | 行動制限最小化委員会での検討や、個別に主治医からの開放観察指示を受け、開放化の働きかけを行う。  | 福岡   |
| 42 | 委員会内では問題ないものの、スタッフの患者対応能力の差や、更に基本的な患者との接し方に？なスタッフの存在。  | 行動制限最小化委員会の研修に加え、接遇に関する研修も継続的に行っている。   | 福岡   |
| 43 | 現場スタッフの一部に不理解や消極的な思慮があり、意志統一の難しさを感じている   | カンファレンスや院内研修において、他施設の最小化への具体的な取組み例や、最小化の実現によって得られる効果も併せて紹介している   | 熊本   |
| 44 | 各病棟で月1回、各病棟の行動制限最小化委員主体のカンファレンス開催を考慮した。  | 例えば、車椅子転落防止用ベルト使用について話し合いを行う事で、今まで安易に使用していたことに気づき、どうしたらベルト使用を外せるのか、またどうしたら必要最低限の使用に留められるのか等、少しずつではあるが意識改革が出来つつある。  | 大分   |
| 45 | 身体的拘束の最小化を目的に、就寝時に身体安全保護(ベットからの転落を防止)による短時間(2~3時間)の身体固定を行っている。入眠され固定を外した後の観察に、赤外線センサーを使用しているが、体動でのセンサーキャッチが多発し、支障があった。 | 起き上がりセンサーを導入し、体動の状況がNsステーションのモニターと携帯しているスマートフォンで確認できるようになり、支障が軽減できた。   | 宮崎   |
| 46 | 可能な限り、早期に行動制限解除を安全に行う必要がある。  | 委員会とは別に週1回行っている病棟回診後のカンファレンスの中で隔離、拘束者の現状を多職種で共有し早期行動制限解除にむけて検討を行っている。  | 沖縄   |
| 47 | 会議出席しない職員への情報提供(現時点での患者対応、方針等)が議事録回覧では遅い。  | 該当患者カルテに月1回、委員会開催日に行動制限の状況・方針等、指定医が記入して多職種にも、なるべくタイムリーに情報提供することとした。また、サマリーとしても活用している。  | 島根   |
| 48 | 看護基準に合わせた適正人数の配置で看護を行っているがそれでもマンパワーが足りず、事故防止の観点等から現場では行動制限に頼ってしまう傾向がある。  | 朝のベットコントロールミーティング時に行動制限患者の報告を行い多職種参加で話し合いを行っている。   | 神奈川  |
| 49 | 病院内の医師、看護師、精神保健福祉士において、隔離拘束が適切な判断で行われているか、定期的な知識面での確認、共有が出来ているか定かでない。  | 委員会構成メンバー内で、精神障害福祉に関する法律に関するミニレクチャーを不定期で開催し、構成メンバー内で研修を行った。  | 栃木   |
| 50 | 行動制限の大前提である「切迫性」「非代替性」「一時的」が厳密でなく長期に渡って隔離が行われている。又、転倒・転落の対策が短絡的に行われている実情がある。   | 委員会での患者様の状態の情報を共有し、又患者様の症状の軽快も相まって終日隔離の期間が短くなっている。院内研修で広義の行動制限について伝えているが、まだ効果は得られていない。   | 鹿児島  |
| 51 | 当院では令和3年5月より精神科病棟を新型コロナウイルス専用病棟に転換しているため、同年5月以降の行動制限最小化委員会は開催していない。  |  | 神奈川  |

| No | 支障を来している点や改善すべき点  | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|---|--|------|
| 52 | 隔離・拘束などのデータを職員に掲示していない。   | 月に1回、各病棟の隔離・拘束のデータを公表する場を設けるなどの工夫が必要である。   | 和歌山  |
| 53 | 院内の行動制限マニュアルの整備をするに際し、法律のグレーゾーンの取り扱いについて。   | 他施設のマニュアルを参考にしながら、院内マニュアルの整備を行っている。  | 山形   |
| 54 | 委員会以外に週1回多職種参加のカンファレンスを開催。  | 行動制限の最小化に向けて、委員会以外に週1回多職種が参加するカンファレンスを開催し、患者の状況把握、意見交換によって、解除や開放時間の延長に取り組んでいる。   | 宮城   |
| 55 | 規定がなかったため、出席者の根拠があいまいであった。  | 規定などを整備しかけたところで休棟となった。   | 愛知   |
| 56 | 情報交換会、見学、訪問。  | 情報交換会、見学、訪問などがあると、内部の刺激になる。自分達の常識が実は非常識ということに気づける機会があると、改善につながり良い。ざっくばらんに評価してくれると良い。   | 石川   |
| 57 | 特に問題はないと感じている。  | 構成員として、医師、各病棟看護師、精神保健福祉士、相談員、臨床心理士で更生。様々な視点から隔離拘束について話し合いが出来ており、開始から介助や一時解除まで迅速に行われていると思う。   | 福島   |
| 58 | 隔離・拘束の妥当性の判断が委員会にとって難しい作業であるという意見が構成メンバーからあった。  | 委員会とは別に医師、看護師、PSWで構成される行動制限審査会を設置し、隔離、拘束期間に応じて審査会へのレポート提出を義務付けた。レポートが提出されたら審査会を開催し、妥当性を判断、フィードバックし、長期に及ぶ制限に対しては拡大カンファレンスの開催を提案している。        | 東京   |
| 59 | 建物が古いため、構造的に難しいことが多い。たとえば、当院では平成25年より、全病棟で抑制を極力しない方針で看護をしているが、特に認知症の病棟は廊下が長く、ナースステーションの場所から全体を見守れないため、転倒してしまうのを防げないこともある。また、床材が固いため骨折のリスクがある。 | 原則身体拘束禁止の方針である。残念ながら、転倒して骨折してしまうこともゼロではない。見守りの強化はもちろんのこと、センサーマット、ウーゴ君、クッションの入ったパンツの着用、帽子(ヘッドガード)など、あらゆる防護具を使用し、ご家族にも理解をいただいた上でご入院してもらっている。 | 神奈川  |
| 60 | 全ての職員に行動制限最小化の意義、必要性を理解してもらうのが困難な面がある。  | 勉強会を繰り返し行う事で理解してもらう様にしている。   | 福岡   |
| 61 | 入院患者の高齢化が進み転倒防止を目的とした身体拘束が急増した。   | 転倒転落アセスメントシートの記載により患者の状況把握を明確にし対応策を検討する。   | 大阪   |
| 62 | ドクターが忙しく、委員会の時間内開催が難しいという現状。  | 16時半からの委員会としている。(勤務終了後)  | 茨城   |
| 63 | 器具の使用法や劣化等、安全性の確認に現状法律での理解や解釈では解決が困難な点がある   | 各病院の報告や裁判事例等を監査し参考にしている。   | 茨城   |

**令和3年障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」  
事例調査：「支障を来している点や改善すべき点」、「工夫していること」**

行動制限最小化委員会の活動では様々な悩みを抱えながら対応しているものと存じます。その悩みや好事例の収集も行いたいと思っておりますので、具体例の記載を宜しくお願い申し上げます。  
※個人ならびに施設が特定されないよう表現には十分ご配慮ください。

| No | 項目         | 支障を来している点や改善すべき点   | 工夫していること   | 都道府県 |
|----|------------|--|--|------|
| 例  | 1.委員会の構成   | 病院内の医師、看護師、精神保健福祉士などの職種だけでは、どうしても病院側の視点しか見えないので、病院外の人選を考慮した。           | 当院のIRBの委員でもある病院外の一般方に行動制限最小化委員会の構成員になってもらって、外部から見た行動制限についての意見を述べてもらっている。わずかであるが、謝礼を支払っている。         | 北海道  |
| 例  | 3.委員会の活動内容 | 委員会の構成員の中には、実際に隔離・拘束がどのように行われているのかが分からないので、実際に病棟での隔離拘束の実情を見学したい希望があった。 | 委員会の中に看護師、PSW、事務員の4-5人からなる下部組織を設けて、実際に隔離拘束が行われている病棟に出向いて、その実情を把握するとともに、疑問点、最小化するための意見交換を病棟看護師と行った。 | 北海道  |
| 1  |            |  |  |      |
| 2  |            |  |  |      |
| 3  |            |  |  |      |
| 4  |            |  |  |      |
| 5  |            |  |  |      |

以上で、アンケートは終了です。ご協力を有り難うございました。

## VI. 好事例の収集

広く他の病院の行動制限最小化委員会の活動に参考になるような好事例を収集するため、3-22の質問に可能と答えて戴いた病院のなかから、事例報告の内容と照らし併せて、自治体病院から1病院、日精協会員病院から4病院を抽出して、計5病院から、オンラインを用いたインタビュー形式で、病院での取組みを確認した。

事前に、下の表、令和3年障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」好事例ヒアリング調査のエクセルシートに記入して戴き、ZOOMによるオンラインで質疑応答を行った。その後、一部修正をしたものを別紙に添付する。

1. 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター（岡山県）
2. 公益社団法人岐阜病院（岐阜県）
3. 社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院（東京都）
4. 医療法人仁精会三河病院（愛知県）
5. 社会福祉法人天心会小阪病院（大阪府）

| 令和3年障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する調査」<br>好事例 ヒアリング調査         |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
|---|---------------------------|---|---------------------------------|---|-----|---------------------------|---|----|---|---|--|--|
| 施設基本情報（アンケート回答より）   |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
| 医療機関名   | 病院名は出しません。⇒出してもいいのではないかと。 |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
| 病床数   | ・                         | 床 | 精神                              | ・ | 床   | 一般                        | ・ | 床  |   |   |  |  |
| 病棟の種別   | 救急                        |   | ・                               | 床 | 急性期 | ・                         | 床 | 療養 | ・ | 床 |  |  |
|   | 精神病棟                      |   | ・                               | 床 | 認知症 | ・                         | 床 | 他  | ・ | 床 |  |  |
| 精神科医師数  | ・                         | 人 | 指定医数                            | ・ | 人   | (非常勤医師も含めて、常勤換算で記載して下さい。) |   |    |   |   |  |  |
| 隔離・拘束数（令和3年6月30日時点）：一時開放・解除を含む。指示が出されている患者数。                |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
| 隔離患者数   | ・                         | 人 | 行動制限最小化を図ることに<br>よってどれくらい減りますか。 |   |     | ・                         | % |    |   |   |  |  |
| 拘束患者数   | ・                         | 人 |                                 |   |     | ・                         | % |    |   |   |  |  |
| ヒアリング回答内容   |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
| 1. 病院の特徴をお聞かせください。  |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
|   |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
| 2. 行動制限最小化委員会の構成員で工夫している点はありますか。（例：外部からの委員を参加させている）         |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
|   |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
| 3. 行動制限最小化委員会の開催について、何か工夫している点はありますか。（例：参加者が集まれる昼休みを利用している） |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
|   |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
| 4. 行動制限最小化委員会の審議内容について、何か工夫している点はありますか。（例：病院独自の集計表を用いている）   |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
|   |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
| 5. 行動制限最小化委員会の活動内容について、何か工夫している点はありますか。（例：下部組織委員の病棟のラウンド）   |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |
|   |                           |   |                                 |   |     |                           |   |    |   |   |  |  |

**令和3年障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する調査」  
好事例 ヒアリング調査**

施設基本情報(アンケート回答より)

|   |                       |     |      |     |    |                           |      |    |    |    |   |    |    |   |   |   |
|---|-----------------------|-----|------|-----|----|---------------------------|------|----|----|----|---|----|----|---|---|---|
| 医療機関名   | 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター |     |      |     |    |                           |      |    |    |    |   |    |    |   |   |   |
| 病床数   | 255                   | 床   | 精神   | 255 | 床  | 一般                        | 0    | 床  |    |    |   |    |    |   |   |   |
| 病棟の種別   | 精神病棟                  | 6   | 棟    | 開放  | 0  | 棟                         | 閉鎖   | 6  | 棟  |    |   |    |    |   |   |   |
|   | 救急                    | 101 | 床    | 認知症 | 0  | 床                         | 他    | 76 | 床  |    |   |    |    |   |   |   |
|   | 急性期                   | 42  | 床    | 療養  | 0  | 床                         | 医療観察 | 36 | 床  |    |   |    |    |   |   |   |
| 精神科医師数  | 37                    | 人   | 指定医数 | 20  | 人  | (非常勤医師も含めて、常勤換算で記載して下さい。) |      |    |    |    |   |    |    |   |   |   |
| 令和2年入院数   | 1329                  | 人   | 任意   | 565 | 医保 | 626                       | 応急   | 80 | 措置 | 40 | 他 | 18 |    |   |   |   |
| 隔離・拘束数(令和3年6月30日時点):一時開放・解除を含む。指示が出されている患者数。<br>隔離患者数 <table border="1"><tr><td>43</td><td>人</td></tr></table><br>拘束患者数 <table border="1"><tr><td>1</td><td>人</td></tr></table> |                       |     |      |     |    |                           |      |    |    |    |   |    | 43 | 人 | 1 | 人 |
| 43  | 人                     |     |      |     |    |                           |      |    |    |    |   |    |    |   |   |   |
| 1   | 人                     |     |      |     |    |                           |      |    |    |    |   |    |    |   |   |   |

**ヒアリング回答内容**

**1. 病院の特徴をお聞かせください。**

- 病床数255床を有する単科精神科病院。
- 精神科救急病院として、24時間365日決して断らない病院として休日・夜間救急医療(24時間365日対応)に取り組んでいる。
- ・応急入院指定病院、精神科救急医療施設などの指定を受けている。
- ・令和3年は新規入院患者1412人と増加(前年比115%)、平均在院日数52.1日(前年比85%)と減少。
- 児童思春期、司法精神、依存症などの政策的医療や先行的な精神科医療に取り組んでいる。
- ・岡山県依存症専門医療機関(依存症治療拠点機関)・子どもの心の診療拠点病院整備事業(岡山県拠点病院)
- コメディカルが40人以上、各病棟にコメディカルの配置があり、個別活動を含め多職種連携で取り組んでいる。
- ・作業療法士13名、精神保健福祉士24名、臨床心理技術者10名。

**2. 行動制限最小化委員会の構成員で工夫している点がありますか。(例:外部からの委員を参加させている)**

平成26年度より行動制限最小化委員会を2部構成とした。1部は(管理)でこれまで同様の医師・看護管理職・事務職に精神科認定看護師。2部は下部組織を設けた(臨床)自由な発言を促すため医師・精神保健福祉士・各病棟のスタッフ・精神科認定看護師のみで構成。  
 (管理)の役割は、行動制限最小化を図るため具体的な戦略を検討し、行動制限最小化のリーダーシップをとる。研修会の開催による教育システムの構築を行い、行動制限を安全かつ適正に行えるよう審査する。  
 (臨床)は、情報の発信と共有を行い、臨床の声を吸い上げ困りごとや疑問を検討し現場にフィードバックする。以上のように役割分担した。

**3. 行動制限最小化委員会の開催について、何か工夫している点がありますか。(例:参加者が集まれる昼休みを利用している)**

(臨床)は月1回 16時より1時間  
 (管理)は3ヶ月に1回の開催:15時より1時間

**4. 行動制限最小化委員会の審議内容について、何か工夫している点がありますか。(例:病院独自の集計表を用いている)**

- ・病院独自の集計表(DWH[Data Ware House]:電子カルテ入力の情報を経統計で表したもの)を使用してデータを比較・評価している。
- (管理)
- ・隔離・身体的拘束の患者属性のグラフ化、過去2年のデータと比較し、検討
- ・隔離・身体的拘束を減少する目標、具体的方略、人材育成の検討。
- (臨床)
- ・長期隔離の困難事例をフォーマットに沿って検討。
- ・他病棟でも長期隔離の困難事例を持ち帰って検討し、対策方法を集約してカルテに記載する。
- ・長期隔離者解除の成功事例から、回復に至った介入を病棟で話し合い報告してもらう。  
 ①隔離解除に至った経過 ②この事例からの学び ③隔離が長期になったのはなぜか
- ・希望隔離者、電話制限、面会制限、退院制限の把握と検討。
- ・国立精神神経医療研究センターが主体の「医療の質の均てん化」に関する研究にて、PECOシステムのデータ参加20施設の隔離施行時間分布上位1%値として示される58日を長期隔離、7日を長期身体的拘束と定義。
- ・長期隔離(58日以上)、長期身体的拘束者(7日以上)の抽出と検討。
- ・長期隔離予備軍(30日以上)の患者の氏名、年齢、病名、隔離開始日の把握。
- ・一覧性台帳より毎月1日時点の隔離・身体的拘束者の平均隔離日数、平均拘束日数を病院全体、各病棟ごとに視覚化し、隔離・身体的拘束が長期化していないかを把握する。
- ・以上の抽出のアセスメントを行い行動制限最小化の方略を検討。

**5. 行動制限最小化委員会の活動内容について、何か工夫している点がありますか。(例:下部組織委員の病棟のラウンド)**

- ・医療の質の均てん化に関する研究に参加させていただいていた。シックスシグマアストラテジーを活用し、行動制限最小化に取り組んでいる。戦略1:組織改革のためのリーダーシップ(委員会を2部構成とした管理者のリーダーシップ) 戦略2:データ利用(データに基づき行動制限の客観的評価と、質評価を行う) 戦略3:院内スタッフの教育(トラウマ・インフォームド・ケアの視点) 戦略4:隔離・身体的拘束防止ツールの利用(行動制限最小化計画書・別紙に添付:独自につくり行動制限最小化に特化した多職種カンファレンスを行っている)。

# 行動制限最小化計画書（隔離） 令和4年3月1日改正

作成日：令和 年 月 日 患者 ID 隔離 日目  
患者名： ( ) 歳 病名： 入院 日目  
隔離開始日：令和 年 月 日 開放観察時間：( ) → 継続・変更( )

## 1. 問題行動の具体的内容（今、何が問題で隔離を継続しているか、現在の問題点）

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 3. |
| 2. | 4. |

## 2. 隔離の理由（現時点）

- ア. 他の患者と対人関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合。
- イ. 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合。
- ウ. 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合。
- エ. 急性精神運動興奮のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護をはかることが著しく困難な場合。
- オ. 身体合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合。

## 3. 隔離解除をする際に、スタッフが不安と感ずること （患者の言動、状態、看護師の患者への感情など）

## 4. 行動制限（隔離）を行って改善されたこと

（隔離に至ったプロセス、精神状態の評価、暴力行為、攻撃性、自傷行為、迷惑行為、性的逸脱行為など）

## 行動制限（隔離）を行うことで予測される患者の不利益

（QOL、生活能力、認知機能、セルフケア低下、対人関係やコミュニケーション能力、体力など）

## 5. ストレングス（本人の悪い部分や弱い部分に着目するのではなく、元々持っている力、強みを引き出し、強化していく）

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 3. |
| 2. | 4. |

## 6. どうなったら隔離解除になるか（例：具体的な問題行動を伝える、自傷・自殺企図をせず相談できる、何が刺激になり、どうすれば刺激を避けることができるか、スタッフや家族がどうなったら安心できるかなど、患者に説明できるような項目をあげる）

## 7. 目標

### 観察プラン（開放観察、前・中・後何をみていくか、脆弱な患者は何の刺激を受けやすいか、など）

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 3. |
| 2. | 4. |

### 対処プラン（目標達成のために、何をすればよいか）

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 3. |
| 2. | 4. |

## 8. その他（生育歴、現病歴、特性、不調のトリガーなどの情報共有）

# 行動制限最小化計画書（拘束） 令和4年3月1日改正

作成日：令和 年 月 日 患者ID 拘束 日目  
患者名： ( ) 歳 病名： 入院 日目  
拘束開始日：令和 年 月 日 開放観察時間：( ) → 継続・変更( )

## 1. 問題行動の具体的内容（今、何が問題で拘束を継続しているか、現在の問題点）

1. 3.  
2. 4.

## 2. 拘束の理由（現時点）

- ア. 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
- イ. 多動又は不穏が著明である場合
- ウ. 1又は2のほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命に危険が及ぶおそれがある場合。

## 3. 拘束解除をする際に、スタッフが不安と感ずること（患者の言動、状態、看護師の患者への感情など）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4. 行動制限（隔離・拘束）を行って改善されたこと

（拘束に至ったプロセス、自殺企図、精神状態の評価、暴力行為、攻撃性、自傷行為、迷惑行為、性的逸脱行為など）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 行動制限（隔離・拘束）を行うことで予測される患者の不利益

（肺塞栓血栓症の可能性、セルフケアの低下、自尊心低下、QOL、生活能力、認知機能、  
対人関係やコミュニケーション能力、体力低下など）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5. ストレngth（本人の悪い部分や弱い部分に着目するのではなく、元々持っている力、強みを引き出し、強化していく）

1. 3.  
2. 4.

## 6. どうなったら拘束解除になるか（例：具体的な問題行動を伝える、自傷・自殺企図をせず相談できる、 身体合併症の改善、スタッフや家族がどうなったら安心できるかなど、患者に説明できるような項目をあげる）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7. 目標

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 観察プラン（拘束中の観察、開放観察、前・中・後何をみていくか、など）

1. 3.  
2. 4.

### 対処プラン（目標達成のために、何をすればよいか）

1. 3.  
2. 4.

## 8. その他（生育歴、現病歴、特性、不調のトリガーなどの情報共有）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**令和3年障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する調査」  
好事例 ヒアリング調査**

施設基本情報(アンケート回答より)

|  |                        |   |      |      |     |                           |    |    |     |    |   |   |  |
|--|------------------------|---|------|------|-----|---------------------------|----|----|-----|----|---|---|--|
| 医療機関名  | 社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院 |   |      |      |     |                           |    |    |     |    |   |   |  |
| 病床数  | 467                    | 床 | 精神   | 467  | 床   | 一般                        | 0  | 床  |     |    |   |   |  |
| 病棟の種別  | 精神病棟                   |   | 8    | 棟    | 開放  | 0                         | 棟  | 閉鎖 | 8   | 棟  |   |   |  |
|  | 救急                     |   | 47   | 床    | 認知症 | 50                        | 床  | 他  | 140 | 床  |   |   |  |
|  | 急性期                    |   | 50   | 床    | 療養  | 180                       | 床  |    |     |    |   |   |  |
| 精神科医師数                                       | 24.7                   | 人 | 指定医数 | 16.3 | 人   | (非常勤医師も含めて、常勤換算で記載して下さい。) |    |    |     |    |   |   |  |
| 令和2年入院数                                      | 725                    | 人 | 任意   | 313  | 医保  | 373                       | 応急 | 2  | 措置  | 37 | 他 | 0 |  |
| 隔離・拘束数(令和3年6月30日時点):一時開放・解除を含む。指示が出されている患者数。 |                        |   |      |      |     |                           |    |    |     |    |   |   |  |
| 隔離患者数  | 33                     | 人 |      |      |     |                           |    |    |     |    |   |   |  |
| 拘束患者数  | 23                     | 人 |      |      |     |                           |    |    |     |    |   |   |  |

**ヒアリング回答内容**

**1. 病院の特徴をお聞かせください。**

■昭和15年開設。精神科単科病院。  
 ・行政の方針に従い、ここ10年ほどで721床12病棟から467床8病棟へダウンサイジングを図る。  
 ・今後も施設建て替えに伴い、更に一病棟閉鎖予定としている。  
 ・法人内でデイケア・訪問看護ステーション・相談支援事業等を展開しており、病院から組織へと、地域包括ケアシステム推進に組織を挙げて尽力している。

**2. 行動制限最小化委員会の構成員で工夫している点がありますか。(例:外部からの委員を参加させている)**

・各病棟から主任看護師が参加(8名)、精神科医師2名(内精神保健指定医1名)、精神保健福祉士2名。  
 ・委員長は病棟看護師長が務めている。医療安全管理室から医療安全管理者1名(病棟看護師長兼任)が参加している。  
 ・過去にも行動制限に関わるアクシデントが結構起きているので、医療安全には注目している。  
 ・実践できていないが、メンバーが他施設の状況などから得た情報を検討している。例えば、実際に行動制限を行っている患者さんが参加している事例があるなど。  
 ・行動制限に関する記録やアクシデントに関する内容が審議されることあり、主任看護師は各自様々な委員会メンバーとして所属しており、リンクナースとしての役割も担っている。リンクナースは各病棟との連絡係りの側面もある。

**3. 行動制限最小化委員会の開催について、何か工夫している点がありますか。(例:参加者が集まれる昼休みを利用している)**

・毎月第3木曜日14時開始と固定。  
 ・医師待ちという時間が出てしまうので、少し余裕を持ってその日の主任のスケジュールを空けておいたり、各病棟の師長にお願いしている。  
 ・大体1時間で終わるようにしているが、色々と話していると30分くらい押してしまったりするので、余裕を持つようをお願いして調整している。

**4. 行動制限最小化委員会の審議内容について、何か工夫している点がありますか。(例:病院独自の集計表を用いている)**

・通常は一覧性台帳を用いて、各病棟から現状報告を中心に行い、指針の見直しや困難な事例などを持ち寄って検討している。  
 ・特に各病棟で行き詰っているケースなどへの介入を課題としている。  
 ・そのため、各病棟でどのように行動制限についてカンファレンスが行われているか他部署から実際に参加する研修を実施している。

**5. 行動制限最小化委員会の活動内容について、何か工夫している点がありますか。(例:下部組織委員の病棟のラウンド)**

・各病棟で実践している最小化への取り組みが院内で共有できるように報告会を定期的に実践できるように調整している。  
 ・報告会の参加者は職種に関係なく職員全員である。  
 ・これを研修として実践した経緯がある。  
 ・例年研修が画一的にならないように、研修内容を幅広い視点から検討している。

**令和3年障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する調査」  
好事例 ヒアリング調査**

施設基本情報(アンケート回答より)

|         |            |      |      |       |     |                           |    |    |     |   |   |   |  |
|---------|------------|------|------|-------|-----|---------------------------|----|----|-----|---|---|---|--|
| 医療機関名   | 公益社団法人岐阜病院 |      |      |       |     |                           |    |    |     |   |   |   |  |
| 病床数     | 487        | 床    | 精神   | 487   | 床   | 一般                        | 0  | 床  |     |   |   |   |  |
| 病棟の種別   |            | 精神病棟 | 10   | 棟     | 開放  | 1                         | 棟  | 閉鎖 | 9   | 棟 |   |   |  |
|         |            | 救急   | 91   | 床     | 認知症 | 0                         | 床  | 他  | 237 | 床 |   |   |  |
|         |            | 急性期  | 45   | 床     | 療養  | 114                       | 床  |    |     |   |   |   |  |
| 精神科医師数  | 21.13      | 人    | 指定医数 | 16.13 | 人   | (非常勤医師も含めて、常勤換算で記載して下さい。) |    |    |     |   |   |   |  |
| 令和2年入院数 | 745        | 人    | 任意   | 170   | 医保  | 542                       | 応急 | 28 | 措置  | 5 | 他 | 0 |  |

隔離・拘束数(令和3年6月30日時点): 一時開放・解除を含む。指示が出されている患者数。

|       |    |   |
|-------|----|---|
| 隔離患者数 | 55 | 人 |
| 拘束患者数 | 4  | 人 |

**ヒアリング回答内容**

**1. 病院の特徴をお聞かせください。**

- 精神科の基幹病院として様々な精神障がい者を24時間、365日受け入れ可能な精神科単科の病院。指定医が多い。コ・メディカルも多く、作業療法士が14名、心理師が5名、ソーシャルワーカーが14名在籍している。
- 当病院は、救急病棟2単位、急性期治療病棟1単位、療養病棟2単位、一般病棟5単位の全10病棟で構成されている。
- ・急性期治療病棟では、認知症疾患の患者を受け入れている。
- ・在院日数に関して直近3か月の平均日数は、一般病床では422日、救急病棟では17日、急性期治療病棟では94日となっている。

**2. 行動制限最小化委員会の構成員で工夫している点がありますか。(例:外部からの委員を参加させている)**

- ・病院組織内で構成される行動制限最小化委員会では、各病棟のリンクナースが参加できないことがあり、病棟での細かな情報や隔離状況が伝わりにくく、具体的な最小化につなげる話し合いができない現状であった。
- ・そのため、当院では、行動最小化委員会を院内で一本化することで各病棟のリンクナースが委員会に参加でき、行動制限最小化につながる具体的な話し合いができ、最小化への病棟での実践に繋がりがやすくなった。
- ・結果的に最小化につながった事例が見受けられるようになってきている。
- ・構成員は、指定医が2人、PSWが1人、各病棟のリンクナース・代表者が10人、他に認定看護師が2人。事務方の参加はない。

**3. 行動制限最小化委員会の開催について、何か工夫している点がありますか。(例:参加者が集まれる昼休みを利用している)**

- ・毎月第3木曜日の15:00~16:00に行動制限最小化委員会を実施している。(業務時間内に実施している)
- ・時間内に委員会運営がスムーズに行われるよう、事前に各病棟のリンクナース、医師に行動制限一覧性台帳を配布し、委員会で検討しなければいけない順位を決めてもらい、スムーズに検討できるようにしている。
- ・事例検討を1例実施しており、事例患者の経過記録を事前に配布しスムーズな事例検討が実施できるようにしている。

**4. 行動制限最小化委員会の審議内容について、何か工夫している点がありますか。(例:病院独自の集計表を用いている)**

- ・行動制限最小化委員会内では一覧台帳をもとに隔離・拘束者の精査を実施している。
- ・精査内容に関しては、委員長である精神保健指定医が長期化されている患者の状況を患者の在籍病棟のリンクナースに状況及び今後の予定を確認し、他の病棟のリンクナースの意見も取り入れながら今後の方向性が妥当であるかを評価し、修正が必要ならば修正内容を明確にし、実践にうつしてもらっている。
- ・翌月の委員会内で実践経過及び結果を報告している。

**5. 行動制限最小化委員会の活動内容について、何か工夫している点がありますか。(例:下部組織委員の病棟のラウンド)**

- ・隔離者の環境や記録、カンファレンス記録、最小化への拡大状況及び患者の状態や拘束者の拘束手技の遵守等、現場でしか確認できない情報の把握は、委員会開催時間前にあらかじめ決められたリンクナースがラウンドチェック表に沿って確認し、委員会内で報告し、改善が必要なことを伝え、次回委員会で対策とその結果について報告してもらっている。
- ・リンクナースのラウンドは毎月実施している。
- ・定期的に行っている全職員対象の行動制限研修会の企画・運営を行動制限最小化委員会リンクナースに実施して頂く事で、研修会の内容や当院での課題に対する研修内容をまとめるときに自己学習がなされ、精神保健福祉法をどう理解し運用しているのかが理解できるようになってきている。

**令和3年障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する調査」  
好事例 ヒアリング調査**

施設基本情報(アンケート回答より)

|         |      |   |      |     |    |                           |      |    |    |       |   |   |  |
|---------|------|---|------|-----|----|---------------------------|------|----|----|-------|---|---|--|
| 医療機関名   | 三河病院 |   |      |     |    |                           |      |    |    |       |   |   |  |
| 病床数     | 150  | 床 | 精神   | 150 | 床  | 一般                        | 0    | 床  |    |       |   |   |  |
| 病棟の種別   | 精神病棟 | 3 | 棟    | 開放  | 0  | 棟                         | 閉鎖   | 3  | 棟  |       |   |   |  |
|         | 救急   | 0 | 床    | 認知症 | 0  | 床                         | 15:1 | 60 | 床  |       |   |   |  |
|         | 急性期  | 0 | 床    | 療養  | 60 | 床                         | 他    | 30 | 床  | 児童思春期 |   |   |  |
| 精神科医師数  | 8    | 人 | 指定医数 | 3   | 人  | (非常勤医師も含めて、常勤換算で記載して下さい。) |      |    |    |       |   |   |  |
| 令和2年入院数 | 333  | 人 | 任意   | 185 | 医保 | 145                       | 応急   | 0  | 措置 | 3     | 他 | 0 |  |

隔離・拘束数(令和3年6月30日時点): 一時開放・解除を含む。指示が出されている患者数。

|       |    |   |
|-------|----|---|
| 隔離患者数 | 15 | 人 |
| 拘束患者数 | 8  | 人 |

**ヒアリング回答内容**

**1. 病院の特徴をお聞かせください。**

- 東海地区の単科の精神科で児童・思春期病棟を有する病院である。
- ・ 医師をはじめとする職員全体の約8割が入職後4年ほどの職員であり、組織として成長途中にある。
- ・ 児童思春期病棟ができて3年。常勤心理師3人、OT8人等、コ・メディカルが多い。
- ・ 地域の福祉・教育機関との連携が密にあり、地域移行・定着に向けた取り組みをしている。

**2. 行動制限最小化委員会の構成員で工夫している点はありますか。(例: 外部からの委員を参加させている)**

- ・ 以前は指定医、看護師(看護部長、副部長含む)、精神保健福祉士で構成されていたが、令和元年から心理士、作業療法士、看護補助も構成員とし、いろいろな視点から意見交換がされている。患者が、看護職以外の職種に話し合いことも念頭にいられている。
- ・ 外部や当事者・家族の参加は検討していない。

**3. 行動制限最小化委員会の開催について、何か工夫している点はありますか。(例: 参加者が集まれる昼休みを利用している)**

- ・ 精神科の経験の浅いスタッフが多いため、委員会開催日に行動制限されている患者に対し、入院形態、行動制限の理由、経過日数、最小化の取り組み内容を統一した書式を用いている。
- ・ 行動制限の要件と患者の現状と照らし合わせ報告している。
- ・ 行動制限が60日以上長期化している方の長期化している理由、早期解除に向けた今後の対応について、医師の意見書を提出している。当初は、医師の抵抗もあったが、現在では特段の支障なく提出されている。
- ・ それでも行動制限最小化や解除に繋がらないケースに対し、担当職員によるカンファレンスを開催し、「行動制限最小化計画書(岡山精神科医療センターのものを改変)」を作成し、最小化への取り組みを行っている。

**4. 行動制限最小化委員会の審議内容について、何か工夫している点はありますか。(例: 病院独自の集計表を用いている)**

- ・ 行動制限の理由、継続日数、入院形態など書式を統一した。
- ・ 行動制限の要件を資料に入れたが、具体的な行動の説明がされない時、理解しづらい。

**5. 行動制限最小化委員会の活動内容について、何か工夫している点はありますか。(例: 下部組織委員の病棟のラウンド)**

- ・ 精神保健福祉法の理解のため、病棟単位で学習会を開催している。
- ・ 病棟での毎日の行動制限者へのカンファレンス(看護師、看護補助、薬剤師)のあり方・進め方・内容の見直しを行い、最小化に向けて意見を出し合い記録に残している。
- ・ 年に2回の勉強会を実施し、行動制限についての知識や考え方を周知できるようにしている。
- ・ 活動の見える化で工夫できることなど改善していくと良い。
- ・ 行動制限のグレーな部分への対応が不明確であり、明確にする必要がある。
- ・ ミンも行動制限としている。抑制と行動制限の違いを明確にしている。これは、医局とも協議して、行動制限には変わりないと判断している。
- ・ 隔離・拘束者以外の行動制限への取り組みが必要である。例えば、処遇について、隔離や拘束中に電話できないとかの事例があるが、これを改善するようにしている。
- ・ 新人スタッフ教育として、隔離や拘束の行動制限の実際を見学してもらっている。

**令和3年障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する調査」  
好事例 ヒアリング調査**

施設基本情報(アンケート回答より)

|         |               |    |      |      |     |                           |    |     |    |   |   |   |
|---------|---------------|----|------|------|-----|---------------------------|----|-----|----|---|---|---|
| 医療機関名   | 社会福祉法人天心会小阪病院 |    |      |      |     |                           |    |     |    |   |   |   |
| 病床数     | 537           | 床  | 精神   | 537  | 床   | 一般                        | 0  | 床   |    |   |   |   |
| 病棟の種別   | 精神病棟          | 9  | 棟    | 開放   | 3   | 棟                         | 閉鎖 | 6   | 棟  |   |   |   |
|         | 救急            | 0  | 床    | 認知症  | 117 | 床                         | 他  | 180 | 床  |   |   |   |
|         | 急性期           | 60 | 床    | 療養   | 180 | 床                         |    |     |    |   |   |   |
| 精神科医師数  | 20.7          | 人  | 指定医数 | 17.1 | 人   | (非常勤医師も含めて、常勤換算で記載して下さい。) |    |     |    |   |   |   |
| 令和2年入院数 | 986           | 人  | 任意   | 527  | 医保  | 452                       | 応急 | 1   | 措置 | 6 | 他 | 0 |

隔離・拘束数(令和3年6月30日時点): 一時開放・解除を含む。指示が出されている患者数。

|       |    |   |
|-------|----|---|
| 隔離患者数 | 16 | 人 |
| 拘束患者数 | 2  | 人 |

**ヒアリング回答内容**

**1. 病院の特徴をお聞かせください。**

- 2010年度、理事長から【拘束ゼロ宣言】発出された。
- ・この宣言を皮切りに、よほど生命に危険が及ばないケースに関しては、安全を担保しつつ御家族に理解を求めながら「縛らない医療」を展開している。
- ・拘束ゼロ宣言のいきさつは、拘束が増えていったことによる。

**2. 行動制限最小化委員会の構成員で工夫している点がありますか。(例:外部からの委員を参加させている)**

- ・委員長は医師、副部長とリハビリ部長。
- ・構成員に外部からの参加ないが、医師・指定医2人・看護師(閉鎖病棟5名、副主任以上)・精神保健福祉士1人・作業療法士1人・事務職員1人とできる限り多くのセクションから参加させている。
- ・主任が3人が下部組織としての「行動制限最小化係」にも所属している。

**3. 行動制限最小化委員会の開催について、何か工夫している点がありますか。(例:参加者が集まれる昼休みを利用している)**

- ・定期的に毎月1回は委員会の構成員で約1時間開催することが決まっているので、時間は確保されている。
- ・上記以外に、看護部主任5名で構成された「行動制限最小化係」を作り、毎月最低1回は集まって、各病棟のモニターと聴き取りラウンドを担っている。
- ・「行動制限最小化係」は、委員会とは別日に実施し、30分程度の時間で、看護師のみで実施している。他の職種の医師、PSWにも含めてカンファレンスを行う。ラウンドでは、隔離拘束の必要性について検討している。
- ・委員会と「行動制限最小化係」で話し合ったことは、会議録を基に口頭でも伝達し合っており、双方向で共有できるようにしている。

**4. 行動制限最小化委員会の審議内容について、何か工夫している点がありますか。(例:病院独自の集計表を用いている)**

- ・「行動制限最小化係」で独自のデータベースを作成している。例えば、患者数、行動制限の日数、指示リストの確認。
- ・インシデントについては、医療安全委員会でも報告。
- ・毎月その結果をモニタリングし、院内で共有している。共有の方法として、主任会や看護部長会での共有。その後、各病棟に情報伝達。
- ・長期化の兆し(拘束は1ヶ月、隔離は3ヶ月)があれば、速やかな現場への聴き取りを行い、介入も実施している。
- ・各年度毎の成果や総括もWEB(ビデオ撮影、院内で聴講できる)にて全スタッフに聴講してもらい、「スタッフ努力の見える化」に繋げている。

**5. 行動制限最小化委員会の活動内容について、何か工夫している点がありますか。(例:下部組織委員の病棟のラウンド)**

- ・「行動制限最小化係」による病棟ラウンドは毎月最低1回は実施している。
- ・長期化の兆しがあって、現場に聴き取りや介入を行う際は、以下に留意し、可能な限り「上が言ってるから仕方無しにやる」といった形にならないように努めている。(現場が仕方無しになってしまうと、その効果は長続きしないし、重大な事故に繋がってしまう可能性もあるため)
- ①現場が行動制限(特に身体拘束)をせざるを得ないと考えている理由を忌憚なく語ってもらう(愚痴でもOK)。
- ②①で得た情報を基に、係メンバー独自にカルテを熟読し、さらに情報を分析する。
- ③分析結果を基に現場の指示解除に対する懸念(概ねは患者の安全保証や自身への責任追及)を少しでも払拭できるようなプランを提示し、納得の上で指示解除に進んでもらう。
- ④③により成果に繋がった際は、中央(人権擁護委員会、役職+一般職)に報告すると共に、現場に速やかにポジティブフィードバックを行う。
- ・秀逸な成果をあげた病棟に関しては委員会を通じて賞罰委員会にかけてもらい、理事長賞の授与に繋げている(現時点で7/9病棟が受賞している)
- ・理事長賞は、他にも、症例研究にあげている。

## Ⅶ. 考察

### 1. 調査結果全体を通じて

精神科医療における行動制限の最小化に関しては、これまでに様々な研究や報告、医学雑誌での特集がなされている(1~11,19~24)。本事業の目的は、行動制限最小化委員会の実態把握を行うとともに成果物の収集・公表を行うことで、行動制限の最小化を推進することである。医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会(行動制限最小化委員会)において入院医療について定期的な評価を行うことが求められている。しかし、同委員会の活動状況に関する調査(12~14)は殆どないことから、障害者総合福祉推進事業の指定課題として取り上げられたものである。ここで、行動制限最小化委員会は、医療保護入院等診療料を算定するために必要があるのではなく、精神科病院に入院する患者は病状によって本人の意思に反した行動制限をしなければならない時もあり、患者の人権や意思決定を尊重し、行動制限を最小にするために委員会があるのだということを、はじめに明記したい。

今回の調査では、実際に隔離・身体的拘束の指示がなされている患者数の質問項目は含まれていない。本調査が、行動制限最小化委員会の実態調査であるため、隔離・身体的拘束者数が出ると、その数字が一人歩きしてしまうことを危惧したからである。

質問項目の順に考察する。まず、「行動制限最小化委員会の構成について」である。委員長は、9割弱が医師であり、約9%が看護師であった。好事例収集のためのオンラインによるインタビューに対応した5病院の職種は全てが看護師であった。患者の隔離・身体的拘束に直接的に関わっているのは看護師なので委員長も看護職で良いかもしれない。委員会に看護師が入っていない病院はなく、約8割が4人以上で、2割の病院で専門看護師および精神科認定看護師が入っていた。また、リンクナースという

看護師が構成員となって、各病棟や委員会と病棟との橋渡し役をしている病院も見られ、参考になると思われた。精神保健福祉士は7割が1人のみ、事務職は半数の病院で構成員になっていたが、薬剤師、心理士、栄養士が8割以上の病院で構成員となっていないのは、病棟での活動が少ないためであろう。8病院では病院職員以外の当事者が構成員になっており、ピアサポーターはいなかったが、4病院では弁護士1人が入っていた。17病院では社会福祉サービスの職員、3病院では人権擁護団体の職員が構成員であった。精神科病院は、外部から遮断されて透明性がないと思われがちなので、もっと外部委員を入れても良いのかもしれない。しかし、構成員への謝礼をしているのはわずか1%のみであり、外部委員の人件費はどうするのかという問題が残る。1割の病院で委員会に下部組織があり、構成員は、医師は少なく看護師主体である。医療安全委員会所属の看護師が構成員になっていたり、下部組織にCVPPP委員会があるのは、患者行動制限と医療安全の関係から考えると、良い方法かと思われる。

次に、「行動制限最小化委員会の活動実態について」である。

委員会の開催は、平均月1回程度、開催時間は、21~40分までが半数で大部分は1時間以内である。精神科病院では、他にも医療安全委員会、栄養委員会、褥瘡対策委員会など多岐に亘る委員会があるので妥当と思われる。各病院の実情にあった回数、時間配分で良いだろう。勤務時間内に実施しているのが大多数であるが、勤務時間外が約5%であった。最小化委員会の審議内容は、ケアの質や安全性についての直接的な検討であるため、看護師のケア時間に含めることが本来であると考えられる。司会者は、看護師が半数で医師は1/4程度であ

る。9割近くが医師の積極的な関与があると回答したが、逆に1割で医師の積極的な関与がないことになる。委員会で取り上げる隔離患者数は、8割の病院が全員の検討を行い、平均は10人、最大で102人という病院もあった。一方、委員会で取り上げる身体的拘束患者を全員検討している病院が8割で、隔離よりも身体的拘束の方がより行動制限が高度で全員を取り上げる病院が多いと予想されたが、同じであった。3割弱の192病院が委員会のマニュアルがないと回答しているので、本事業で作成した「行動制限最小化委員会の業務のマニュアル」を是非参考にして頂きたい。

3番目として、「行動制限最小化委員会の対応内容について」について言及する。半数の病院では、病棟のラウンドを行い、殆どの病院で委員会が隔離・拘束に対しての知識・情報を提供し、8割以上が隔離・拘束に対しての技術支援をしている。隔離・拘束症例に対しての勧告や介入をしている病院が8割弱あり、9割で勧告や介入に対して、実際に是正されたことがあった。このことは、委員会が行動制限最小化に向けて大きく寄与している証である。「隔離・拘束に関わった方への労いを行っていますか」の問いには、「行っていない」が半数にも上り、是非とも院長、看護職の長、病棟師長からの労いが必要である。

一覧性台帳は「医療保護入院等診療料」算定の診療報酬の条件に含まれており、殆どの病院で一覧性台帳を利用していたが、利用していない29病院のうち26病院が「医療保護入院等診療料」を算定していると回答しているので注意すべき点と思われる。一覧性台帳は、隔離・身体拘束の施行量を表すことができるなどの有用性がある(15,16)。

隔離・身体的拘束のデータに関して、7割で病院独自の集計をしており、6割弱で

はデータを院内掲示や職員に通知をしている。ある病院では、行動制限に関する管理尺度導入や行動制限最適化データベースソフト「eCODO」を用いている(17,18)。

行動制限最小化委員会において力点を置いているのは、⑦職員同士の情報共有、連携、次いで⑤精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解であり、行動制限最小化委員会において足りていないと考えているのは、①委員会活動の充実、次いで、⑤精神保健福祉法、虐待防止法などの法律の理解、⑦職員同士の情報共有、連携であった。②医師の積極的な関与を挙げる病院が多いと予想したが、そうではなかった。③看護師の積極的な関与が足りていないと思う病院は少なく、行動制限最小化委員会では看護師の役割が大きいと思われた。

各病院がどのような取組み、工夫をしているのかの事例報告は、他の病院にも大変参考になるものである。321病院(44.2%)から472件の事例を整理したものを「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」に掲載したので、参考にして頂きたい。好事例5病院のうち、岡山県精神科医療センターで使用の「行動制限最小化計画書」は他の病院でも有用なツールになると思われる。この「行動制限最小化計画書」の原型は、厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「行動制限最小化に関する研究の報告」が準備したフォーマットで、ストレングスの洗い出しをデフォルトとしているところに特徴がある(11)。

また、行動制限最小化には、病院管理者のリーダーシップの重要性が浮かび上がった。「拘束ゼロ作戦」の発出や行動制限最小化で秀逸な成果をあげた病棟に対し、理事長賞の授与に繋げている病院もあり、参考事例として有意義な取組みである。

精神科病院では、医療法に加えて精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神

保健福祉法) に則って入院の手続きや処遇を行わなければならない。精神科病院での患者処遇にあたっては、精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第130号、昭和63年4月8日)を遵守する必要がある。

一方、平成18年(2006年)12月13日に第61回国連総会において採択された「障害者の権利に関する条約」(障害者権利条約)がある。平成26年(2014年)1月20日、日本は障害者権利条約の批准書を国連に寄託し、日本は140番目の締約国となっている。障害者権利条約第14条に「身体的自由及び安全」の項目が明記されており、精神科医療においても、この障害者権利条約を常に念頭におく必要がある。精神科医療者にとって、この障害者権利条約については馴染みが少ない。国際条約は、日本では「確立された国際法規」(日本国憲法第98条2項)とみなされ、特別の変型手続が無くとも国内法としての法的拘束力が認められている。我々は、精神保健福祉法を遵守するのみならず、今後は一層、障害者権利条約の「身体的自由及び安全」について常に念頭に入れる必要がある。

アンケート結果から、閉鎖病棟数の割合は、平均で7割、4割の病院は全てが閉鎖病棟であり、非自発入院率は、平均5割であった。精神科医療を批判する意見として、我が国の精神病床の多さといわゆる閉鎖病棟が主体であること、非自発入院者が多いことを取り上げることが多い。精神科病院に入院する際には、本人の意思で入院する任意入院にするのが第1であるが、行動制限最小化委員会の役割としては、非自発入院者の入院形態についての検討や閉鎖病棟内で病状の安定している患者については、治療プログラムが損なわれない程度に院内散歩や外出許可がなされているかも確認すべきである。

## 2. 看護師の立場から

今回の「行動制限最小化委員会の実態に関する調査」では民間・自治体立の727病院における行動制限最小化委員会の活動の実態と、改善に取り組む多くの病院の努力が明らかになった。参考となる取り組みが多数報告されたので詳しくは事例報告を参照頂きたい。

調査の中では、行動制限最小化委員会を設置していない病院が18病院(2.5%)、委員会の運営マニュアルが整備されていない病院が192病院(27.1%)あった。この調査をもとに作成された「行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル」をぜひ活用され、患者の人権や意思決定を尊重し行動制限を最小にするための行動制限最小化委員会の設置やその活動の活性化に結び付けていただきたい。

またヒアリング調査では、各病院とも看護師がその活動の中核をなし、行動制限最小化に向けて奮闘していたり、臨床の中で大きなジレンマを抱えている様子も再認識できた。調査した病院の中には「行動制限最小化計画書」による行動制限最小化の他、患者のストレングスを見出す取り組みもあった。また、隔離・身体的拘束に対して医師・看護師のみの視点ではなく、他職種や外部委員を含めた第三者の視点が活かされた病棟ラウンドの実施が求められているが、実施病院は約半数にとどまっている。実施に向けた検討をぜひお願いしたい。

今回の調査とマニュアルの活用が、我が国の精神医療における行動制限の最小化に結びつくことを、心から祈念するものである。

工藤正志

### 3.精神保健福祉士の立場から

本調査では、全国の行動制限最小化委員会の活動状況を伺い知ることができた。とりわけ、委員会活動で支障を来している点や改善すべき点、工夫している点について、321病院から472件に及ぶ事例報告が寄せられたのが目を引いた。

委員会の委員構成や活動内容は多彩で、各病院の尽力や苦悩、蓄積されてきた経験知が紹介されていた。報告内容をカテゴリー別に整理すると、工夫していることには共通点があり、委員会が、既存のシステムと巧みにつながり、行動制限最小化に関する重層的な立体構造の拠点となるような組織づくりが指向されていた。それを可能にしているのが、看護部門の組織によるバックアップである。病棟スタッフを委員会活動に関与させて病棟との疎通を図る一方で、委員会は多職種多部署で構成して病棟の現場臨床とは距離のある第三者的機関とし、

さらに、医療安全、記録、教育、感染防止対策等の関連領域の委員会と連携できる体制を敷いていた。それにより、各病棟における行動制限を最小化し、その実践技術の底上げを図るとともに、全職員に向けて行動制限最小化の理念を浸透させようとしていた。

また、組織づくりの阻害要素も挙げられた。委員の積極性に関する課題、長期の隔離・身体的拘束実施者に対し新しい視点で意見が出ないという課題、それらの帰結ともいえる委員会の停滞や形骸化である。

精神保健福祉士については、その活動が効果的に作用しているという評価もあったが、活動が見られないという記述もあった。精神保健福祉士は、行動制限の開始、継続、解除に際し直接携わる職種ではない。行動制限最小化を「間接的に担う」職種としての積極的関与が求められる。

川口真知子

## Ⅷ. 行動制限最小化委員会の業務のためのマニュアル（別冊）



行動制限最小化委員会は、単に診療報酬上の医療保護入院等診療料を算定するために必要だからというのではない。精神科入院医療において、患者の行動の制限が必要とされる場合には、患者の人権に配慮し、患者の病状に応じて最も制限の少ない方法で行うことが必要である。本事業の目的の1つである、行動制限最小化委員会の活動に資するためのマニュアルを作成したので、委員会の充実と行動制限の最小化を図って戴きたい。

- I. はじめに
- II. 理念と目的
- III. 設置の根拠
- IV. 構成員
- V. 活動内容
- VI. 定例会議の開催
- VII. 議事内容
- VIII. データの活用
- IX. おわりに
- X. 文献
- XI. 調査委員会委員
- XII. 参考資料



行動制限最小化委員会規約

厚生省告示第130号、昭和63年4月8日

## IX. おわりに

行動制限最小化委員会は、診療報酬上の医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において入院医療について定期的な評価を行う必要があるからという理由で存在するのではない。精神科病院に入院する患者の病状によっては、本人の意思に反した行動制限をしなければならない時もあり、患者の人権や意思決定を尊重し、行動制限を最小にするために委員会があるのである。

最後に、本研究のアンケート調査に多大なご協力をしてくれた病院のスタッフの皆様と病院管理者、好事例収集のためにインタビューに対応して戴いた病院スタッフ、そして調査研究の取りまとめにご苦勞をおかけした日本精神科病院協会スタッフの方々に感謝申し上げます。

## X. 参考文献

- 1) 浅井邦彦：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究.平成 11 年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)報告書,2000
- 2) 浅井邦彦：精神科医療における行動制限の最小化に関する研究.第Ⅱ版.平成 12 年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)報告書,2001
- 3) 八田耕太郎、野木渡、五十嵐良雄、他：精神科医療における隔離・身体拘束に関する研究.精神経誌, 105 ; 252-273, 2003
- 4) 杉山直也;隔離・身体拘束をめぐる課題.日精協誌, 28, 810-814, 2009
- 5) 杉山直也：行動制限最小化の取り組み.特集－行動制限の実際と最小化に向けての取り組み.精神科治療学, 28(10), 1339-1343, 2013
- 6) 野田寿恵,吉浜文洋,仲野栄,他：行動制限最小化看護研修受講後における隔離・身体拘束施行量.精神医学.54(6)：601-607：2012
- 7) 泉田信,野田寿恵,杉山直也,他：「隔離室入室期間に投入される人的資源に関する研究、コストおよび行動制限最小化の視点から」精神医学 54 卷 8 号, 801-809,2012
- 8) 浅川佳則,小林貴子,須田幸治,他.最小化に向けたそれぞれの実践と課題.精神科看護. 36(12) 17-23, 2009.
- 9) 竹谷克巳,安田えみ子,黒木将司,他.臨床現場で感じている課題や葛藤 行動制限最小化研究会参加者の声より.精神科看護 36(12): 6-7, 2009.
- 10) 杉山直也：行動制限最小化の仕組み・ストラテジー.日精協誌,37：1200-1204,2018
- 11) 杉山直也：行動制限最小化の関する研究の報告.厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業 精神科救急医療における適切な治療法とその有効性等の評価に関する研究(研究代表者伊藤弘人) H23－精神－一般－008)平成 25 年度分担研究報告書.2014
- 12) 杉山直也：「行動制限最小化委員会」と行動制限最小化への取り組み.日精協誌,23; 1216-1221, 2004
- 13) 早川幸男:データで見る行動制限最小化の現状－「行動制限に関する実態調査」より,精神科看護, 36(12), 30-34, 2009.
- 14) 西池絵衣子,三宅美智,末安民生,他:全国の精神科病床を有する施設における行動制限最小化委員会の実態に関する調査運営のあり方と看護職の役割.日本精神科看護学術集会誌 56 卷 2 号,266-270,2013
- 15) 野田寿恵,杉山直也,他：行動制限に関する一覽性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発 精神医学 51：989-997,2009
- 16) 杉山直也,野田寿恵,川畑俊貴,平田豊

- 明, 伊藤弘人; 精神科救急病棟における行動制限一覧性台帳の臨床活用. 精神医学 52, 661-669, 2010
- 17) 杉山直也他: 精神科急性期治療における行動制限に関する管理尺度導入の試み. 精神経誌 107 : 423-436, 2005
- 18) 野田寿恵: 行動制限最適化データベースソフト「eCODO」の開発. 精神科看護, 36(12); 30-40, 2009.
- 19) 特集「精神科医療における隔離の役割」日精協誌第 23 巻第 12 号, 2004
- 20) 特集「行動制限－隔離・身体拘束－の現状と問題点」日精協誌第 28 巻第 10

- 号, 2009
- 21) 特集「開放観察の現状と課題 行動制限最小化のための技術 Part IV」精神科看護 36 巻 12 号, 2009.
- 22) 特集「行動制限の実際と最小化に向けての取り組み」精神科治療学 28(10): 2013
- 23) 特集「行動制限環境－短く、安全に」日精協誌第 37 巻第 12 号, 2018
- 24) 第 105 回日本精神神経学会シンポジウム「精神科医療における非自発的治療および行動制限について若手の視点で考える」精神経誌 112 巻 1 号, 2010

## XI. 成果物公表

- ・全国調査の結果とそれによる考察について、とりまとめた報告書を作成する。
- ・精神科病院の現場で活用可能なガイドラインを作成する。
- ・公益社団法人日本精神科病院協会のホームページ (<http://www.nisseikyo.or.jp/>) に成果物を公表し、全国へ発信する。

### 狙いとする事業の成果

全国調査により、行動制限最小化委員会の活動の実態が明らかになる。そして、アンケート調査結果をもとに作成された行動制限最小化委員会の活動に資するためのマニュアルに基づく効果的な委員会活動を実施することにより、行動制限のさらなる最小化を図ることができる。作成により、病院業務の効率化に繋がる。

## XII. 検討委員会

### 第 1 回検討委員会

日時：令和 3 年 9 月 24 日

日本精神科病院協会会議室・Web 会議

検討内容：

- ・事業目的、年間スケジュールの確認
- ・アンケート調査項目等の確認

### 第 2 回検討委員会

日時：令和 3 年 11 月 26 日

日本精神科病院協会会議室・Web 会議

検討内容：

- ・アンケート調査集計分析
- ・報告書の作成について
- ・考察について

### 第 3 回検討委員会

日時：令和 4 年 2 月 9 日

日本精神科病院協会会議室・Web 会議

検討内容：

- ・アンケート調査集計分析
- ・好事例の収集整理
- ・報告書の作成について
- ・マニュアルの作成について

### 第 4 回検討委員会

日時：令和 4 年 3 月 1 日

日本精神科病院協会会議室・Web 会議

検討内容：

- ・マニュアル、報告書の内容について
- ・全体を通して

### 最終確認

日時：令和 4 年 3 月 末日

日本精神科病院協会会議室・Web 会議

検討内容：

- ・報告書印刷前の最終確認

好事例収集インタビュー（5 病院）

令和 4 年 1 月 17 日、24 日の 2 日間

令和 3 年度障害者総合福祉推進事業「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」  
調査委員会委員（○は委員長）

櫻木章司 （日本精神科病院協会常務理事：桜木病院 理事長）

○中島公博 （日本精神科病院協会理事：五稜会病院 理事長・院長）

杉山直也 （日本精神科病院協会政策委員会委員：沼津中央病院 院長）

工藤正志 （日本精神科看護協会副会長・秋田緑ヶ丘病院）

川口真知子（日本精神保健福祉士協会・井之頭病院）

調査委員会事務局担当

佐藤祥吾 （日本精神科病院協会）

大竹正道 （日本精神科病院協会）

神宮司豊美（日本精神科病院協会）

令和 3 年度障害者総合福祉推進事業  
「行動制限最小化委員会の実態に関する研究」

【報告書】

発行日：令和 4 年 3 月

発行：公益社団法人 日本精神科病院協会  
会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

電話 03(5232)3311 FAX 03(5232)3309

ホームページ <http://www.nisseikyo.or.jp/>

