

精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究

研究分担者：杉山直也（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：江澤和彦（日本医師会），桐原尚之（全国「精神病」者集団），八尋光秀（西新共同法律事務所），工藤正志（日本精神科看護協会），中島豊爾（岡山県精神科医療センター），藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所），野田寿恵（あたま中央クリニック），田口寿子（神奈川県立精神医療センター），藤田梓（国立病院機構天竜病院），三宅美智（岩手医科大学），石井美緒（川崎市精神保健福祉センター）

要旨

【背景と目的】精神保健福祉調査によってマクロに観察されてきた行動制限（隔離・身体的拘束）量は増加傾向で推移してきた。その本来要因は治療文化や医療技術、医療安全意識の変化、急性期や高齢者ニーズの増加等が考えられ、実態調査では把握しにくい。本研究の将来目標は、本質的な行動制限最小化の実現にあり、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーや、その理念や方法論を軸とした種々の実効的方策の普及を目指し、そのために必要な関連事項の整理や提案を目的とした。

【対象と方法】1. 行動制限量に影響する本来要因について、最小化理念の普及を兼ねた看護職員を対象とした意識調査アンケートの実施、2. 必要なモニタリング体制の構築、3. 先行的な取り組みを参考とした都道府県単位の行政主導による最小化法の普及モデルの確立、4. エキスパートオピニオンによるさらなる最小化手段の探索、とした。

【結果】1について、日本精神科看護協会の協力を得てWEBアンケートを実施中、2. 専門性を有する協力研究者により、様々なモニタリング案を検討中、3. 行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージ案についての意見交換、4. さらなる最小化手法の例示および討議を行った。

【考察】いずれも、研究途上にあり、成果の提示に至らないが、順調に進捗し、有意義な検討が実施されている。

A. 研究の背景と目的

本分担研究を括る「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」（20GC2003）の目的は、わが国が本格的な人口減少と高齢化を迎える中、精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにする

ことであり、その促進を図るモニタリングの体制の確保を目指している。

精神保健福祉調査によってマクロに観察されてきた行動制限（隔離・身体的拘束）量は増加傾向で推移してきた。精神科医療の質向上のためには、可能な限り非制限的な医療の実践が求められ、隔離・身体的拘束に代表さ

れる行動制限について、本質的な最小化を実現することが、本研究の将来目標である。

精神病床における隔離・身体的拘束件数の近年の増加に関連する本来的な要因として、治療文化や医療技術、医療安全意識の変化、急性期や高齢者ニーズの増加等が考えられているが、これらは実態のみを調査することでは把握しにくい。

実効性のある行動制限最小化法として、組織改革のためのリーダーシップ、データ利用、院内スタッフ力の強化、隔離・身体拘束使用防止ツールの利用、入院施設での患者の役割、デブリーフィングの6方策からなるコア・ストラテジーが国際的に定着しており、これまでの先行研究の中で、わが国での実現可能性が検証されている。

本研究では、20GC2003の目的をふまえ、現状よりも質の高い医療の実践および提供が実現されることを目指し、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーや、その理念や方法論を軸とした種々の実効的方策の普及を目指し、そのために必要な、実態調査、モニタリング体制の構築、行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージの策定、さらなる最小化手法の探索等、関連事項の整理や提案を目的として研究を実施した。

B. 研究方法

1. 方針決定プロセス及び討議

研究会議（オンライン）を開催し、メールによって研究員同士の意思疎通をはかりつつ、方針提示、討議等を行って、研究計画を策定、実践した。

2. 実態調査

行動制限実施に関する実態のみを調査することでは本来要因が把握しにくいことから、最小化という本来目的により有用となるよう、治療文化、組織文化、スタッフ認識、知識、スキルなどに関する調査を実施した。

調査方法は、先行研究を参考に、コア・ストラテジーによる行動制限最小化をテーマとした医療職対象の意識に関するアンケート調査を考案し、対象への周知効率、回収効率、費用などをふまえ、WEBによる調査とした。研究会議やメール審議にてアンケート案の修正、改訂を重ね、確定したアンケートについて、WEB調査の実装を発注した。

対象は、精神科診療関連業務に従事あるいは従事していた看護職員とした。

調査期間は2021年1月下旬（WEBページへの実装発注後、準備が整い次第のアップロードとし、同時並行的に対象者への案内を行ったため正確な開始期日は不定）から同年2月21日とし調査を行った。なお、進捗確認の中で回答数の不足が想定されたため、下記のように倫理手続きを経て調査期間を同年4月21日まで延長した。

手続きとしては、協力研究者が所属する日本精神科看護協会に同研究者を通じて調査協力依頼し、対象者への周知に努めた。より多くの回答が得られるようフライヤーを作成し、QRコードを用いてすぐにアンケート頁にリンクできるようにするなどの工夫を行った。

倫理的配慮として、分担研究者が所属する公益財団法人復康会の倫理審査委員会にて承認を得た（2020年12月18日）。なお、調査

開始後に回答数の不足が見込まれたことから、2021年4月21日までの調査期間の延長について同倫理審査委員会にて迅速審査を行い、承認を得た（2021年2月22日）。

3. モニタリング体制の構築

先行研究を参考に、これまでに提唱されている行動制限量に関する指標（全入院患者のうち行動制限実施者が占める割合等）に着目し、データソースは精神保健福祉資料（通称630調査）とした。同調査資料における行動制限数のカウント定義が、平成29年6月30日から精神保健福祉法に則った指示のある患者と変更され、隔離・身体拘束指示のある患者の属性（主診断、性別、在院期間、入院形態、年齢、病棟入院料、病院住所地と患者住所地、生活保護の有無など）も参照できるようになったことから、研究者間で討議し、次項に示す「行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージの策定」での活用を見据えて、指標である行動制限量に影響を及ぼす要因などについて検討し、モニタリング体制の構築を目指した。

精神保健福祉資料を用いることから、同データソースを主要課題として扱う親研究（20GC2003）において、専門知識を有する研究者に助言等を依頼した。

4. 行政主導の確立した最小化方策による政策パッケージの策定

先行的な取り組みを行っている自治体における類似活動に分担研究者が参加していたことから、同自治体の取り組みにおける代表的メンバーを協力研究者に招き、資料や知識の共有を依頼した。

この取り組みをプロトタイプモデルとして、全国の自治体で汎用可能な最小化策を実践するためのパッケージの策定を目指した。

5. さらなる最小化手法の探索

1～4には、これまでに提唱された行動制限最小化の理念がほぼ網羅されていることから、さらに新たな対策を探索すべく、研究協力員に呼びかけるとともに、研究分担者として文献資料を検索、自施設での有用な取り組みを紹介していく手順について確認した。

C. 研究結果/進捗

1. 会議の開催等

(ア) [全体研究会議等]

- ① 2020年7月8日（オンライン）初回会議（方針提示・検討等）
- ② 2020年9月15日（オンライン）進捗報告
- ③ 2020年11月6日（オンライン）医療計画等に関する討論①
- ④ 2020年11月27日（オンライン）自治体向け研修の実施、分担研究の説明
- ⑤ 2021年2月22日（オンライン）見解提示等
- ⑥ 2021年3月25日（オンライン）医療計画等に関する討論②

(イ) [分担研究会議]

- ① 2020年10月14日（オンライン）スタートアップ（方針説明・討議等）
- ② 2021年1月14日（オンライン）関係者討議等

③ 2021年3月29日（オンライン）進捗報告・討議等

2. 実態調査

資料1に示すアンケート調査を1月下旬にWEB上に公開し、アンケートを実施した。

調査の周知について、協力を得た日本精神科看護協会によれば、会員が所属する関連機関宛に送付している毎月の月刊誌に調査の案内を掲載し、主要な関係者で構築されるメーリングリストなどでの周知の徹底を行い、回答促進を図ったとのことであった。

進捗を確認する中で、想定された回答数が不足していたため、新たに倫理委員会（迅速）を開催し、調査期間延長の承認を得た。日本精神科看護協会には、延長期間における回答協力を再度依頼し、回答促進を図った。

2021年3月18日時点での回答数は750件であり、4月21日の締め切り後、集計作業を開始する予定である。

3. モニタリング体制の構築

2020年10月14日分担研究会議（オンライン）にて、解析の例を提示し、意見を募った。

2021年1月14日の関係者討議（オンライン）にて、修正を加えたモニタリング案について討議した。

隔離割合（横軸）、身体的拘束割合（縦軸）のマトリックスを用いて、都道府県毎の年度推移について、全体、疾患圏毎、病棟種別毎に示す案が提案された（図1～4）

4. 行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージの策定

ある自治体での先行的取り組みについて、同自治体の許可を取得したうえで、可能な資料を供覧、本取り組みに参加していた研究分担者、研究協力者からの説明を行って、全体方針を確認した。

成果物となる政策パッケージ案（資料2）を2021年3月29日の分担研究会議（オンライン）に提示し、以下のような意見と討議がなされ、課題集約された。

【政策パッケージのスキームに関して】

〔意見〕

- 先進諸外国の専門家にスーパーバイズに入ってもらう案はどうか
- 首長の号令（都道府県知事）はよいが、知事と国の関係は、裏付けはどうか
- 何よりもまず全医療従事者の意識改革を根底に行わなければ何をやってもうまくいかない。プランが行政発信に見え、むしろ現場発信であったほうが長続きする。行政と現場が共に作り上げる形にした方がよい。県知事の号令はもちろん大事だが、現場をわかっていない人の号令は重みが少ない。人員云々ではなく、現段階での防げる隔離・身体拘束について考え、施設の状況・レベルに応じて1件でも減らす自助努力を考えるべき。
- トップよりは下の充実度が大事、かつそれに反応できるトップが大事、中身勝負であるべき。現場の意欲を高めることについて、本研究のアンケートが周知にもなっ

た。アンケート結果をもとに波を起こしていく材料にしていければ良い。

- 自治体主導はよいと思うが、現場が具体的にどういう行動をとるかが大事。パッケージの中で、自治体と現場が話し合える場を。自治体に目標値だけ掲げられると現場は困ってしまう。
- 自治体を中心とした政策パッケージは大事だが、行政が言い出したこと、という受け取られ方をすると、真の意味での隔離・身体拘束の最小化にはならない。コア・ストラテジーの普及も研究目的で、アンケートはその手段でもあった。普及としての成果を出すことも重要。
- ただの治療をしているのではなく、法的な強制の契機が常にある。研究班だけの問題ではなく、また研究班のテーマでもないが、省や国がどう法律のチェックシステムを作るのかと密接に絡んでおり、その認識をもって進めないと普及モデルや政策パッケージがうまく作動しない可能性もある。
- 知事の号令は、すべての自治体で同じようにはいかない。まずは先進県などで手挙げ式で試験的に、個々の病院で考えるのではなくステークホルダーなども含めた様々な属性を含めた病院間での意見交換をし、そこで得た情報を病院に持ち帰って実践していく、成果を報告する、という動きが望ましいように思う。現場への浸透のさせ方、運営の仕方などの情報共有や、自分の病院へのアレンジなどを考えていけるような場になればいい。大枠として行政が主導になっているイメージ。
- 最小化に熱心な病院の行動が病院のメリットとなることはないのか。自主性だけを重んじるとなかなか続かない。

〔集約〕

- 首長号令の枠組みについては、国に配慮しなければいけない事情があれば、必要な手続きを踏む必要があるが、今のところ想定されない。
- 知事の号令が目立つ案であったが、それが最重要ではなく、自分たちが何ができるのかをボトムアップで探っていくことこそが重要で、最終的にそれを受けて知事が号令を発してくれれば追い風、というコンセプトである。現在できることの普及啓発も含めて最小化を目指していく研究である。
- 政策パッケージ案について、国や法律が規定するのではなく、あくまで自治体自らが改善するために動く、という理解が望ましい。

【当事者参加について】

〔意見〕

- 当事者参画について、実際に隔離・身体拘束を受けている当事者と解釈するのか、当事者団体の当事者などが参画するのか

〔集約〕

- 当事者参画の解釈については、コア・ストラテジーの中で、ピア活動が重視されているほか、協議会等への参画では団体の代表者を想定している。今後の具体的の中で当事者としての意見を提出されたい。

【法的解釈について】

〔意見〕

- 身体拘束は法的拘束であり、権力構造の中で行われているもので、本来はその適正を保持する責任、モニタリングする責任、検

証し改善していく責任は国にまずあるとともに地方公共団体の長にも義務が生じる。強制的措置を取る以上は最小限度でなければならないし、適正化されていなければならない。それを無視して現場でという議論では格差は埋まらないし、最小化できないところはいつまで経ってもできず、違法な状態が続くことになる。本研究の目標は現行システムのままだう隔離・身体拘束を最小化できるのかという位置づけと思われ、しかし、それは法的拘束の肩代わりではないか。本来はやるべきところがきちんとシステムを組まないといけないということを前提に、まずは現場の改善をしていくことが重要ではないか。そうでないと良い政策提言ができたところで活用されない。

〔集約〕

- 現場の拘束が違法か合法かについて正確な検証はなされていないが、一般に違法なものが含まれるとの認識はない。その弁別は本研究の目的や対象ではない。適法の中でも様々な内容・幅があり、少しでも最適なものを目指していく議論。

【最小化理念について】

〔意見〕

- 本研究は拘束をできるだけゼロに近づけたという主旨と理解しており、これまでとは異なる。国の方針を聞く限り、パラダイムシフトではなく、各病院、患者さんの団体、あるいはコメディカルの団体などが新しい動きをしていく中で、もっと考えていくような働きかけに変化し、制限や拘束ゼロに向かっていくのではないかと思う。

- 身体拘束や行動制限は現場職員の最も倫理的規範に基づく規律だと思うので、備えておかねばならないマストなもの。介護保険では尊厳の保持、自立支援が2本柱になり充実した。波に乗るように高齢者虐待防止法が生まれ、そのため介護現場では身体拘束についてはかなり厳格に取り扱われている。精神現場でも、介護現場での成功体験を活かしてもらいたい。

〔集約〕

- いきなり制度を変えることは難しいが、制度を変える前提として、研究成果を積み重ねてこそ、現実性・実効性のある制度が生まれる可能性がある。今後も幅広くディスカッションを続けるべき。

【その他】

〔意見〕

- 諸外国では、看護人員が手厚く、根本から日本の現状と異なる。人員を解決しないと根本的な解決にならない。事故が増えることも懸念。
- 国内の先行研究ではマンパワーの少なさと身体拘束の量は必ずしも一致していない。事故についてはマンパワーの問題なのか医療安全に関する実務者側の認識なのか、丁寧に紐解いていかなければならない。

〔集約〕

- 研究班として、最小化策について増員という結論での決着は考えていない。あくまで現状のまま、現段階でできることを探っていくことが目的。

具体的なパッケージの策定は次年度に実施予定。

5. さらなる最小化手法の探索

研究分担者により

- ① 山梨県立北病院
- ② 東京都立松沢病院

の例があることが紹介された。

また、研究分担者の施設においては、診療報酬算定対象外となる精神科集中治療エリアでの早期作業療法が一定の効果を有す可能性（別途学術成果として発表予定）について紹介された。次年度に研究会議内で討議を行っていく予定。

現在も研究班のメーリングリストにおいて、意見交換が展開されている。

D. 考察

前身となる 201918037A および、親研究である 20GC2003 の目的をふまえ、現状よりも質の高い医療の実践および提供が実現されることを目指し、実効的な行動制限の最小化を普及させるために必要な、実態調査、モニタリング体制の構築、行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージの策定、さらなる最小化手法の探索等、関連事項の整理や提案を目的として研究を実施した。

研究の枠組みについて、201918037A にとっては次なる段階に相当し、20GC2003 にとってはコンセプトを共有しており、両研究をふまえた研究方針と言える。

会議の開催等は、コロナ禍による影響があったが、ほぼ順調に進んでいる。

実態調査（WEB アンケート）については、回収率不良から予定を変更したものの、集計に必要な回答数は既に得られており、次年度の解析は可能である。

モニタリング体制の構築については漸次検討されており、順調である。

行政主導の確立した最小化方策による施策パッケージについては、現時点で課題が多いものの、多面的な討議がなされ、有意義な検討が進行中と考えられる。

さらなる最小化手法の探索については、いくつかの魅力的な事例が抽出されており、今後の発展的な議論が期待される。

E. 結論

前身研究および親研究の目的をふまえ、一貫性と整合性を有する研究方針が立案され、ほぼ順調に進捗している。

複数年度に係る研究であり、現時点で具体的な成果は提示できないものの、プロセスとしては有意義な内容を確認できた。

今後の目標達成に向け次年度も計画に沿って取り組んでいく。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

特になし

1. 特許取得

なし

図 1 都道府県別、隔離・身体拘束割合、F2 診断、令和 2 年 6 月 30 日、散布図

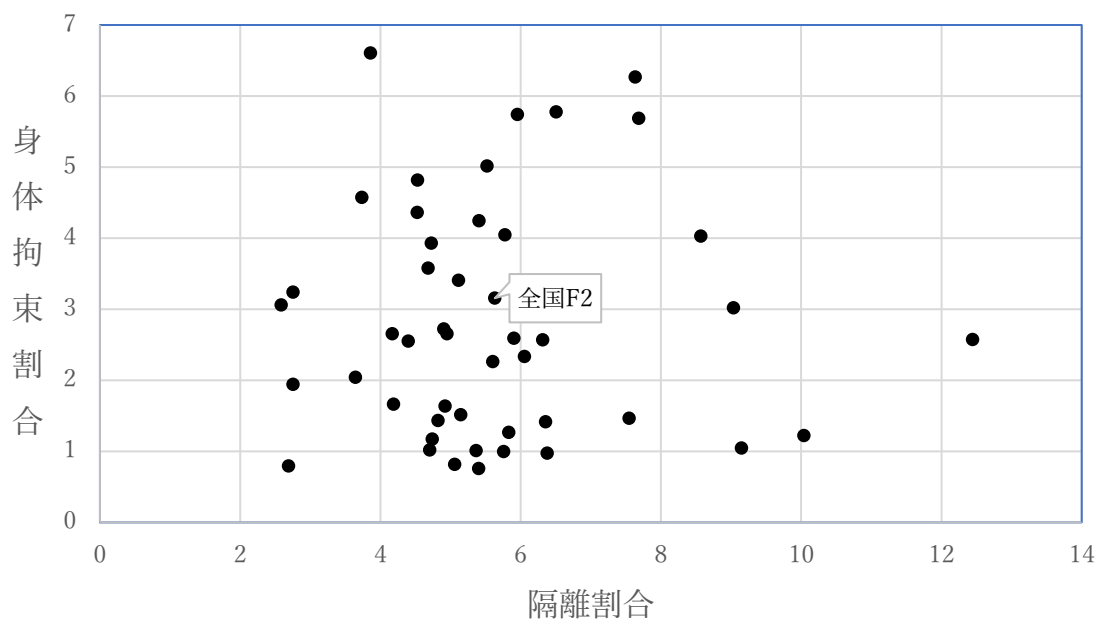


図 2 都道府県別、隔離・身体拘束割合、救急入院料病棟、令和 1 年 6 月 30 日、散布図

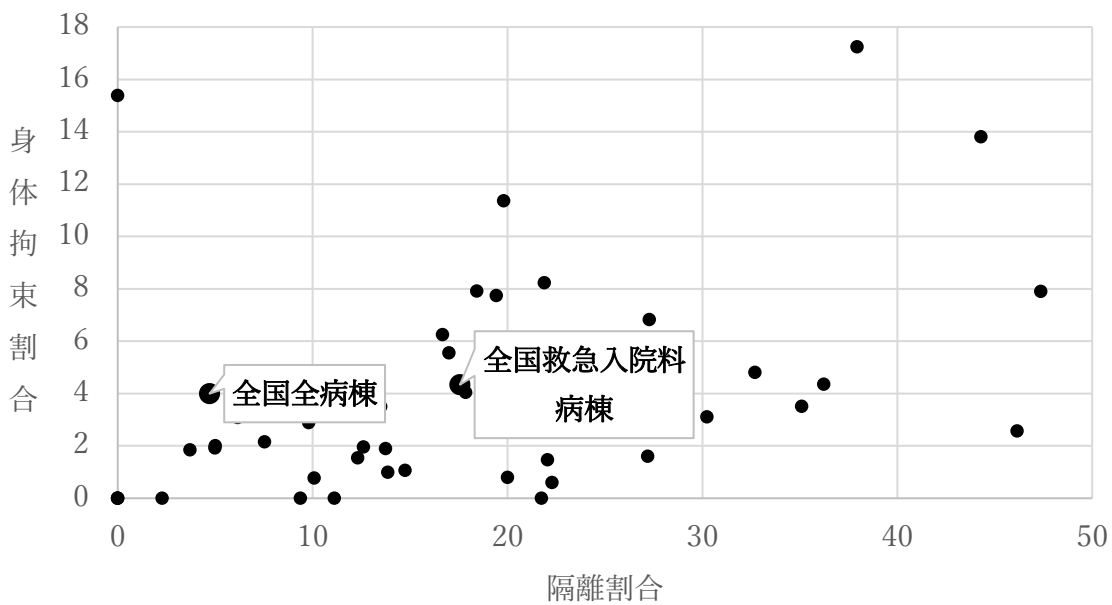


図3 ある県における、年齢別、R1年の隔離・身体拘束割合と全国3年分の平均割合

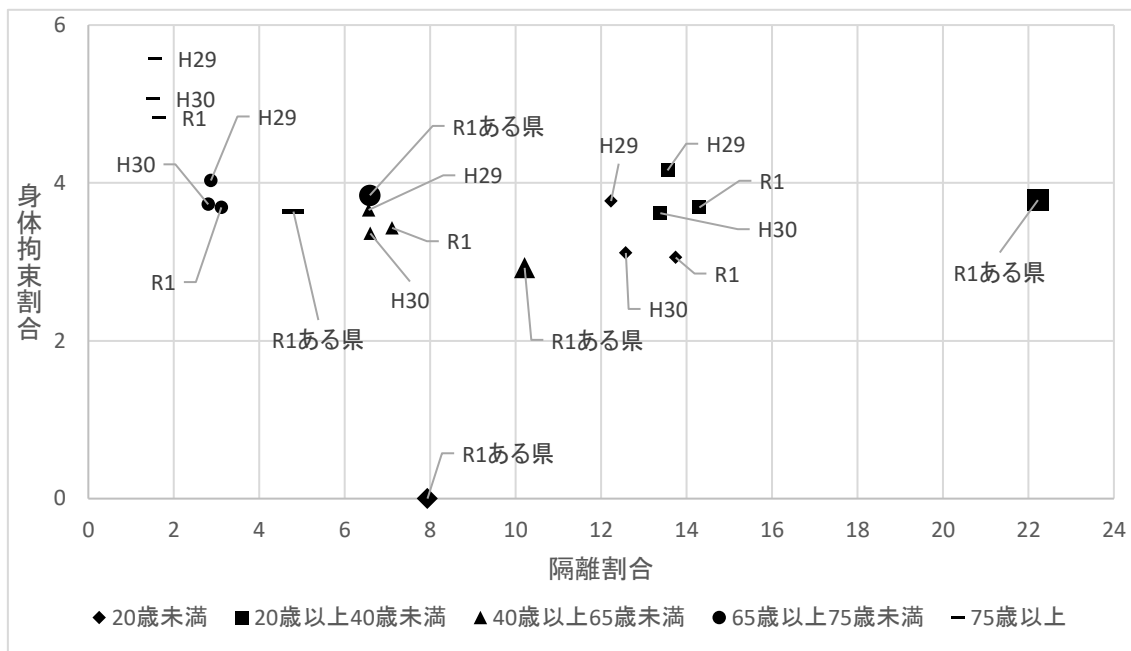
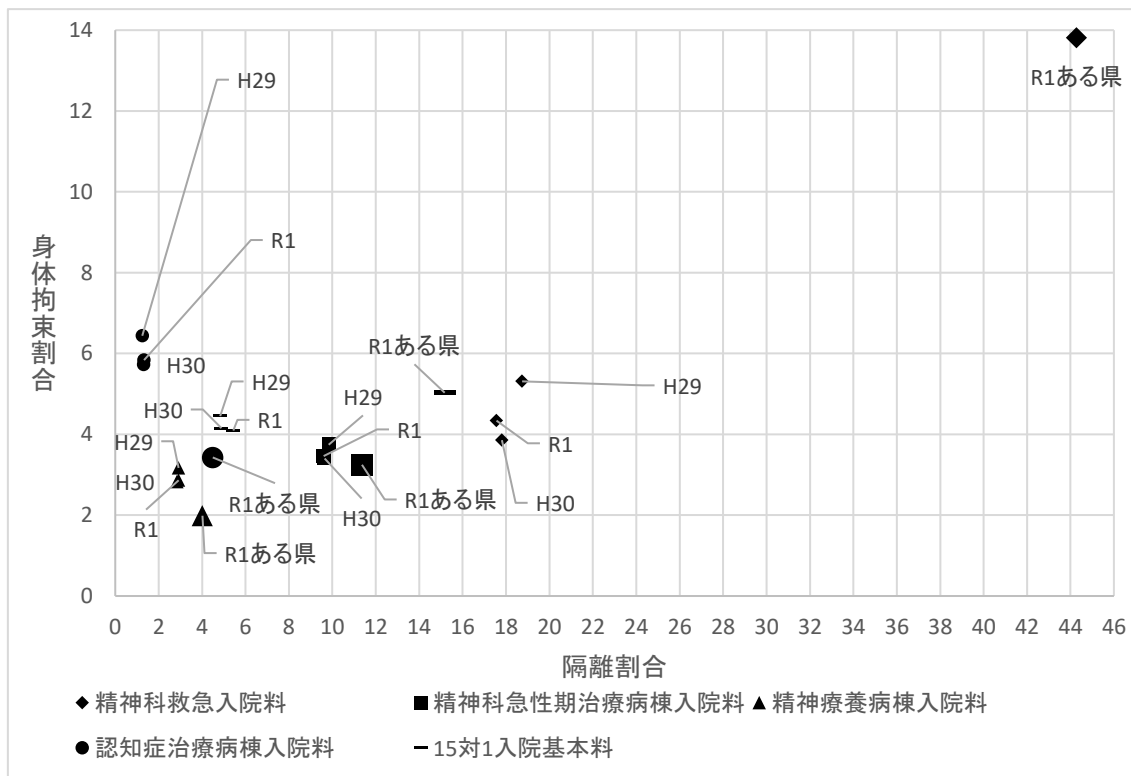


図4 ある県における、病棟入院料別、R1年の隔離・身体拘束割合と全国3年分の平均割合



精神科医療における行動制限（隔離・身体拘束）に関するアンケート【web 公開版】

Q1. お勤め先について、以下からお選びください

- ・総合病院（大学病院を含む）の精神科病棟
- ・精神科単科病院
- ・それ以外（クリニックや地域（訪問看護ステーションや地域の事業所等）等を含む）

Q2. 所属部署について、お選びください。

- ・精神科閉鎖病棟
- ・それ以外

Q3. あなたの精神科での勤務経験年数を教えてください。

- ・1年未満
- ・1年以上5年未満
- ・5年以上10年未満
- ・10年以上20年未満
- ・20年以上

Q4. あなたの職位をお教えてください（表を参照してください）

- ・看護部長以上
- ・看護師長
- ・看護主任
- ・看護師
- ・准看護師

役職	その他の呼称等	備考	職位
看護部長	病院によっては 看護科長等	看護部門全体の責任者	管理職
看護師長	病院によっては 看護科長、看護課長等	病棟師長、外来師長等 部署責任者	監督職
看護主任	病院によっては 看護係長等	師長の補佐役等	一般職
看護師		有資格看護職員	
准看護師		有資格看護職員	

Q5. あなたの勤務先では、行動制限がここ数年で増加しているとの実感はありますか？

- ・ はい
- ・ いいえ
- ・ わからない
- ・ 勤務先施設で行動制限の実施なし

Q6. 日々の業務を通じて、我が国では行動制限が増えているとの実感はありますか？

- ・ はい
- ・ いいえ
- ・ わからない

Q7. あなたの行動制限に関する考え方を教えてください。

- ・ 治療のために必要である
- ・ できれば使用したくないがやむを得ない
- ・ 使用するべきではない

Q8. 精神保健福祉資料では我が国の行動制限は増加傾向にあります。その理由は次のうちどれだとお考えですか？（複数選択可）

- ・ 治療文化の変化

例えば、より人間的な対応を目指し、双方が安全に接近できるケア環境が必要となったため、結果的に行動制限が増加した、等

- ・ 医療技術の変化

例えば、心肺モニターや注射剤等、医療界全体で全身管理技術が進歩したこと、より安全な拘束帯が開発されたこと、等

- ・ 医療安全意識の高騰

例えば裁判例などを含め、医療安全に対して社会の要請が高まり、暴力、自損、転倒転落事故防止が絶対視され、優先せざるを得なくなった結果、等

- ・ 急性期ニーズの増加

例えば地域ケアの推進により、重症の急性期患者を治療する機会が増えたため、等

- ・ 高齢者ニーズの増加

例えば人口構成の変化により、対象者の高齢化や認知症が増加し、転倒転落防止を目的とした行動制限の必要性が増えたため、等

- ・ その他

我が国の行動制限の増加傾向に関して思うところがあれば記載してください。（自由記述）

Q9. わが国での行動制限が諸外国と比べ多いとされていますが、理由は次のうちどれだとお考えですか？（複数選択可）

- ・ 人的資源の差異
- ・ 医療体制の違い（総合病院精神科の過少等）
- ・ スタッフの問題意識の差異
- ・ 制度の違い（精神保健福祉法における条件等）
- ・ 医療安全意識の違い
- ・ 身体合併症医療の取り扱いの差
- ・ ニーズの違い（疾患構成等）
- ・ 高齢化スピードの違い
- ・ 行動制限量に関する計算方法の違い
- ・ その他

Q10. わが国の行動制限最小化のために有効と思う手段を選んでください。（複数選択可）

- ・ 国や都道府県が行動制限最小化の実践を支援する
- ・ 行政の政策や法規制
- ・ リーダーシップの強化(行政のリーダーや、リーダー的な医師や看護師が主導力を発揮すること)
- ・ 監査システムの構築
- ・ 治療方針立案の強化
- ・ スタッフの増員
- ・ 行動制限の内部／外部モニタリング
- ・ スタッフ教育
- ・ 薬物治療の活用
- ・ 患者の治療参加
- ・ 治療環境の工夫
- ・ 施設の改修
- ・ スタッフの安全と労働条件確保
- ・ いずれも有効とは思わない(※)
- ・ わからない(※)

※いずれも有効とは思わない・わからないのどちらかを選択した場合には、その他の選択肢をお選びにならないよう、ご注意ください

(Gaskin CJ et al., Br J Psychiatr, 191; 298-303, 2007)

Q11. 行動制限最小化方策として貴院で実行できるものを選んでください（複数選択可）

- ・ 管理者（院長）が隔離・身体拘束の場に出向く

- ・ 隔離・身体拘束施行数の数値目標を立てる
 - ・ 隔離・身体拘束データを師長会で定期的（月 1 回）に見直す
 - ・ 隔離・身体拘束のデータを病棟内に貼り出す
 - ・ 認定看護師による定期的な研修会の開催
 - ・ デイエスカラーション（言語的・非言語的な対人コミュニケーションスキルによる静穏化対応技術）研修の開催
 - ・ 個々のケースで「行動制限最小化計画」を立案
 - ・ 心的外傷体験歴のアセスメントツールの使用
 - ・ タイムアウト（施錠されない個室等で、短時間（1 時間以内）静養し、クールダウンを図ること）の実施
 - ・ コンフォートルーム（感覚刺激に訴えかける種々の設備、アイテムを備えた静養室。適切な内装、ソファ、オーディオ設備、ブランケット、アロマ、バブルユニット、等）の使用
 - ・ セイフティプラン（困ったときの対応を本人とともにあらかじめ決めておくエンゲージモデルで、より制限的でない対応での解決を目指すもの）の使用
 - ・ 利用者（患者）の行動制限最小化委員会への参加
 - ・ 開始直後、その場に居合わせたスタッフ間で隔離・身体拘束の振り返りを行う
 - ・ 開始から数日以降、利用者（患者）を含め、隔離・身体拘束の振り返りを行う
 - ・ 勤務先施設で行動制限の実施なし
- ※勤務先施設で行動制限の実施なしを選択した場合には、その他の選択肢をお選びにならないようご注意ください

Q12.行動制限の実施状況把握のため、一覧性台帳の行政への提出は必要と考えますか？

- ・ 必要
- ・ 不要

Q13.貴院では開放観察（評価のための職員が付き沿っての開放や時間を限っての開放等）を行っていますか？

- ・ はい
- ・ いいえ
- ・ 勤務先施設で行動制限の実施なし

Q14.開放観察の扱いについてどのようにお考えですか？

- ・ 行動制限日数に含めるべき（現在はこの扱いです）
- ・ 例えば 24 時間のうち 8 時間を解放した場合、0.67 日等の係数を申告して計上すべき
- ・ 部分的な処遇として別に取り扱うべき
- ・ 行動制限には含めない

Q15.行動制限の実施状況把握のため、開放観察の詳細を含めた時間単位の実施記録が必要と考えますか？

- ・必要
- ・不要

Q16.開放観察の詳細を含めた時間単位の実施記録は可能ですか？

- ・可能
- ・不可能

あなたの気持ちに一番近い数値を選択してください。
(0に近いほど「思わない」、10に近いほど「思う」)

Q17.自施設の行動制限は過剰だと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)
- ・勤務先施設で行動制限の実施なし

Q18.自施設の行動制限について葛藤を感じる

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)
- ・勤務先施設で行動制限の実施なし

Q19.自施設の行動制限を減らしたいと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)
- ・勤務先施設で行動制限の実施なし

Q20.行動制限最小化委員会について機能的だと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q21.行動制限最小化研修について有意義だと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q22.隔離は1時間に2回、身体的拘束は4回の看護師チェックは過剰だと思う

- (思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q23. 身体拘束時の常時観察（ベッドサイドに職員が付き添い、常時目を離さずに観察する対応）は必要だと思う

(思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q24. 身体拘束時の常時観察（ベッドサイドに職員が付き添い、常時目を離さずに観察する対応）は可能だと思う

(思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q25.最近のメディア等による外部批判は過剰だと思う

(思わない)・0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (思う)

Q26.行動制限要件が当初（開始時）の程度でなくなった場合の対応について

- ・直ちに解除する
- ・部分開放として徐々の解除方針とする
- ・症例によって使い分ける

Q27. 行動制限実施の必要性根拠としての暴力インシデント、自傷インシデント、転倒・転落インシデントの記録や集計について（複数回答可）

- ・定型のモニタリング形式がある
- ・医療安全管理部門で取り扱っている
- ・行動制限最小化活動の中で提示される
- ・組織的な管理は特にない

「組織的な管理は特にない」をお選びの場合は、その他の選択肢をお選びにならないよう、ご注意ください。

Q28.最近 TV や新聞で身体拘束が取り上げられていますが、行動制限最小化の啓発に役立っていると思いますか？

- ・はい
- ・いいえ

TV や新聞で身体拘束が取り上げられていることについて、ご意見があればご自由にご記載ください

Q29.障害者権利条約の政府調査において事前質問事項では身体拘束のことにも言及がありましたが、行動制限最小化にかかわる国際的な動向について関心がありますか？

- ・はい
- ・いいえ

自治体（都道府県）として取り組む、精神科行動制限最小化計画

「政策パッケージ」（案）

【研究課題】持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究

【課題番号】20GC2003

【研究代表者】竹島正（竹島正）

【分担研究課題】精神科領域における実効的な行動制限最小化の普及に関する研究

【研究分担者】杉山直也

1. コンセプトの統一（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

「①首長の号令下に、②全自治体として、③行政担当者とケア担当者の協働作業によって、④感情論や批判的態度によらず、あくまで建設的な文脈として、⑤合理的な科学的手法を活用し、行動制限最小化に取り組み、⑥ケアの受け手と提供者の双方にとって有益となるよう、⑦医療の適切性と安全性を両立させる。」

2. 推進合議体の形成

- 1) 庁内担当部局の設定
- 2) 構成員の決定
- 3) リーダーの設定
- 4) スケジュールの策定

3. 最小化計画の策定

- 1) 初回ミーティング
 - ① 現状と最低限知識の確認
 - ② コアストラテジーを中心とした最小化論理の確認
 - ③ 初回ブレインストーミング
- 2) 第2回ミーティング
 - ① 630を用いた現状認識
 - ② 構成員による意見交換とディスカッション
- 3) 第3回から5回
 - ① 各構成員の所属領域による現状報告と意見提出
 - ② 最小化アクションの可否検討
 - ③ 最小化プランの策定
- 4) スタートアップミーティングに向けた最終確認
- 5) 首長号令

4. モニタリング（630）

5. PDCAによる継続的見直し