

精神科領域における実効的な 行動制限最小化の普及について

杉山 直也

精神保健福祉資料によれば、わが国の行動制限量（隔離・身体的拘束）は増加傾向にあり、政策面からも優先的に対策すべき喫緊課題と認識される。その要因は多岐にわたるが、治療文化が大きな部分を占め、実態調査では把握しにくい。米国で発表されたコア・ストラテジーは、行動制限の最小化策を集約し、世界の各地で成果を上げているが、わが国での普及は途上にある。これらの現状をふまえて「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」が実施された。看護師アンケートの結果から、わが国の行動制限最小化活動は十分ではなく、人員配置不足は決定的な要因であり、現場従事者の問題意識や向上意欲はあるものの、知識も学習機会も体制も限られる実態、行政関与の重要性への意識の希薄さが判明した。このため、精神保健福祉資料を活用したモニタリング体制の構築を試み、諸外国での成果を参考に、行政支援による実効的な行動制限最小化の普及ツールである「政策パッケージ（案）」を具体的な成果物として開発した。これにより、行動制限最小化課題について、わが国特有の状況を明らかにしたうえで、科学的に根拠を有す人知と見識を最大限援用した、実効性の期待できる方策を提案した。行政担当者の受け止めにもよるが、今後の普及と取り組みにより、本来的な最小化活動の推進と成果に期待したい。関連して、著者らによる行動制限最小化の取り組みを紹介した。「身体拘束ゼロ化」では、リーダーシップを活用し、組織変革を推進し、やがて個人レベルでの取り組みの浸透や意識変化が観察され、実効性とともカルチャーチェンジを体験した。早期作業療法は行動制限を要す集中治療期から開始する作業療法で、実行可能性が示され、治療の統合化、アセスメント精度の向上、患者の負担軽減や治療参加意欲の向上などが観察され有意義であった。

索引用語

隔離・身体的拘束、看護師アンケート、コア・ストラテジー、政策パッケージ

著者所属：公益財団法人復康会沼津中央病院

編注：本特集は第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに竹島正（川崎市総合リハビリテーション推進センター/大正大学）を代表として企画された。

doi : 10.57369/pnj.23-110

はじめに

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る。隔離・身体的拘束に代表される行動制限は、本質的な最小化を実現する必要があるが、精神保健福祉資料（通称630調査）によってマクロに観察されてきたわが国の行動制限量は増加傾向で推移しており、政策面からも優先的に対策すべき喫緊課題と認識される。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などが考えられているが、これらは表面的な医療実態のみを調査することでは把握しにくい¹⁸⁾。

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・身体的拘束使用防止ツールの利用、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³⁾が国際的に定着している。このコア・ストラテジーについては、わが国ではこれまでに実現可能性までが検証され¹¹⁾、治療文化や医療技術に関する課題を克服する解として実効性が期待される。しかしながら、わが国では医療現場における行動制限最小化活動がモニタリングされておらず、詳細な実態は不明のまま、その普及はいまだ途上にある。

本稿で紹介する「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」は、令和2～3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）「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」（研究代表者：竹島 正）の分担研究である。著者が分担し、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めざして行われた。そのために、行動制限に関するわが国特有の課題や要因を明らかにしたうえで、合理的な解決策が何かを突き止め、実効性のある最小化法として知られるコア・ストラテジーについて、その理念および方法論を軸とした種々の方策などを具体化し、必要な行動制限最小化活動を推進するための行政主導による普及策の開発を試みた。本稿ではその研究成果等を詳説するとともに、関連する著者らの取り組みの一部「身体拘束ゼロ化」および早期作業療法について紹介する。

1. 看護師アンケート

分担研究では、行動制限量増加の本来要因を探るべく、

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過去に例のないアンケートを実施した。対象は精神科従事歴のある看護職員とし、日本精神科看護協会に調査協力を依頼した。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。期間は2021年1月下旬から同年4月21日で、追加の倫理手続きを経て調査期間を延長し、最終的に回答数845を得た¹⁵⁾。

その結果、近年の行動制限に関する動向についての認識は、自施設では増加傾向とも過剰とも思わないが、業界全体としては増加傾向ととらえていた。そして、それに対する外部批判はやや過剰を感じつつ、もっともな指摘もあるとして、必ずしも過剰とはいえないとの冷静な受け止めであった。一方でメディアによる近年の批判的報道には疑問をもつ意見が約半数以上で、『障害者権利条約』などの身体的拘束にかかわる国際動向については大いに興味がある、と回答された。

実際の業務に伴う行動制限実施についての問題意識は、「できれば使用したくないがやむを得ない」と考えることがほとんどで、最小化や減少させたいとの意向が圧倒的なことから、隔離・身体的拘束の実施について、従事者は大いに葛藤を感じており、かなりの心的負荷を要す業務であると考えられた。

実態として行動制限が増加傾向にあることの理由については、高齢者ニーズの増加、医療安全意識の高騰、という現場感覚から得られる回答肢が多く選択された一方で、先行研究などで指摘される急性期ニーズの増加や、治療文化の変化、医療技術の変化を理由とする回答は少なく、わが国における行動制限最小化の認識や普及は依然途上であり、これらを向上させる必要性が示された¹⁵⁾（図1）。

諸外国との違い、海外レビュー¹⁾で提唱される最小化策のうち有効と考える手段の両方で最多であったのが、わが国の人員不足を反映する回答肢であった（図1）。実際の人員体制比較でも大差のあることが判明しており⁹⁾、多くの手段についてその有効性が判明しているにもかかわらず実行可能性が示されないこと（図1）、必要と認識される常時観察が物理的に不可能であること¹⁵⁾などは、人員不足ゆえと考えられ、わが国の行動制限最小化課題における決定的な阻害要因とみられる。

諸外国との比較においては、医療体制の違いや高齢化率、制度の違い、医療内容の違い、医療安全意識など、わが国特有の環境要因はある程度実感され、有効と考える手

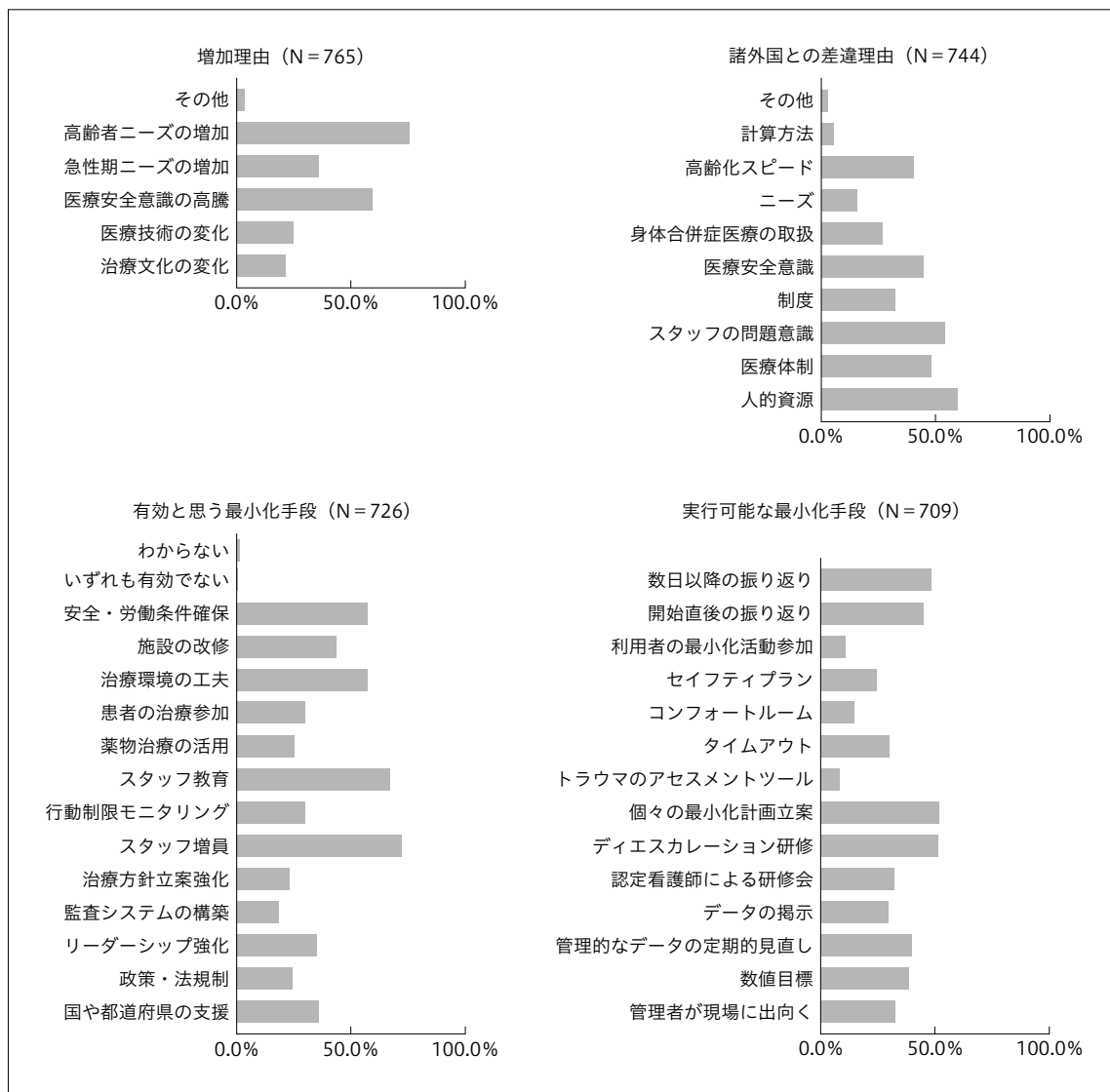


図1 看護師アンケート：結果の抜粋
(文献13より引用)

段でも、治療環境の工夫、安全・労働条件の確保、施設の改修などのストラクチャー要因が目立った(図1)。現場従事者によるケア努力以外の部分についての課題も大きいことが考えられる。

国や都道府県の支援、行動制限モニタリングが有効とする回答は多くはなかった(図1)。現場の従事者は環境要因に対して直接的に対策できないことから、行政機関との連携、支援は必須で、海外レビューにおいても有効な手段の1つとされる¹⁾。また、行動制限は法的強制力を発動する法行為であり、そうである以上行政はそれを監視する義務を負い¹³⁾、実際に行政による監査対象である。しかしながら調査結果は、行動制限最小化という医療現場の課題を行政的に対応することについて、イメージが結びついてい

ない実態を示しており、医療機関側も行政側と同様に認識が希薄であると言わざるをえない。

行動制限最小化という課題に対し、医療現場で従事者自身が取り組める類の対策は、より直接的で、実感も得られる。しかしながら、現状の標準対策は画一的で、近年の増加傾向に照らせば、その成果が疑問視される。アンケートにおいて、行動制限最小化委員会の機能について意見は分かれ、行動制限最小化研修は有意義とされたが、実際の数値を改善させるまでの実効性は観察されない。法令の要請によって日々記録される「一覧性台帳」を必要とする意見は多いものの、回答の多くが公開を求めており、その労力の割に活用がないことを反映している。これらの実態から、標準とされる対策はそろそろ見直される時期にあるこ

とは間違いない。

標準対策以外の取り組みについて、学術領域ではすでに知見が集約され、多くの先進国では実装され、成果を上げている。その代表例がコア・ストラテジー³⁾であり、わが国でも翻訳され¹⁹⁾、日本精神科救急学会がガイドラインのなかで推奨している⁸⁾。コア・ストラテジーのわが国での実行可能性はすでに厚生労働科学研究にて検証され、治療文化や環境に課題があることが判明している¹¹⁾。今回の調査において、コア・ストラテジーの方策に該当するリーダーシップ強化、患者の治療参加、行動制限モニタリングを最小化のために有効と考える回答者は少数で、コア・ストラテジーにおける具体的アクションを選択肢とした実行可能性に関する設問も全体に低調であった(図1)。これらのことから、基本的な認識や知識の普及が不十分であることは明らかである。一方でスタッフの問題意識を課題とする実感、スタッフ教育を重視する意見は多く、知識不足を憂い、スキルの体得を求める意見は多かった(図1)。

調査の結果が語るものは、わが国の行動制限最小化活動は十分とはいえないという事実であった。まず、わが国の精神科医療における人員配置不足は行動制限最小化課題に関して決定的な要因であり、標準的な最小化活動を阻害する大きな理由となっていることも明らかである。その他の要因として、現場従事者の問題意識や向上意欲はあるものの、本来的で必須の合理的かつ実効的な最小化活動に関する知識も、それを学習し体得する機会も体制も限られており、そのため課題への本来的認識や最小化活動の意義に関する理解も浸透せず、治療文化の醸成や治療技術の向上は未分化である。行動制限最小化課題に対する行政支援や取り組みは、学術知見の点からも、法的な解釈からも、その運用の点からも必須と考えられるが、その考え方自体が定着しておらず、関係者の認識は希薄であった(表1)。

II. モニタリング体制の構築

最小化活動のモニタリングは現時点で実施できない状況にあるが、行動制限量については精神保健福祉資料が参照可能で、算出できる指標が先行研究などによって提唱されている。分担研究では、後述する「確立した行動制限最小化方策による政策パッケージ(案)」〔以下、政策パッケージ(案)〕での活用を見据えて、都道府県ごとのデータシート(図2)を作成し、モニタリング体制の構築を提案した。指標は入院患者のうち行動制限実施者が占める割合

表1 行動制限に関する看護師アンケートで判明したこと

- 行動制限の実施や最小化は心理課題である(実施の葛藤や負担大、最小化への意欲は高い)
- 最小化活動の不十分
- 決定的な人員不足
- 最小化活動に関する知識不足、習得機会不足
- 行政関与に関する認識不足

によって算出される「隔離割合」と「身体的拘束割合」を採用した。治療期によらず、代表性に優れる指標であるが、行動制限実施実態のすべての側面を反映するものではなく、解釈には慎重さが必要である。精神保健福祉資料における行動制限数のカウント定義は、平成29(2017)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・身体的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)が参照できるようになったことから、多軸的評価が可能となっており、この利点を活かす目的で、データシートには診断別、年代別の年次推移の要素を盛り込んだ。また、ベンチマーク方式を採用し、自らの自治体が全国のどの位置にあるのかを自認し、課題を特定できる工夫を行った(図2)。これにより、例えば若年者の隔離の直近動向など、焦点化が自治体ごとに可能となり、対策の方向性を決める際に役立つ可能性が考えられる。

III. 政策パッケージ(案)

これまでの先行研究結果や今回の調査結果、諸外国の状況をふまえ、分担研究の主成果物として「政策パッケージ(案)」(表2)を策定した。行政の関与・支援が行動制限の最小化に有用であることは、海外レビューにおいて紹介され¹⁾、類似の取り組みが複数の先進諸外国において実施されている^{4,10,17)}。

その他、政策パッケージ(案)を策定した理由として、わが国の行動制限課題は、決定的な人員不足、治療文化の未成熟による最小化活動の不十分、知識不足・習得機会や体制の不足、行政関与に関する認識不足にあり(表1)、これを克服するためには、行政が関与した形での普及策が最も効率的で実効的と考えられたからである。事実、行動制限実態は行政監査の対象であり、法的強制力を発動する医療行為は法行為として行政がそれを監視する義務を負うと

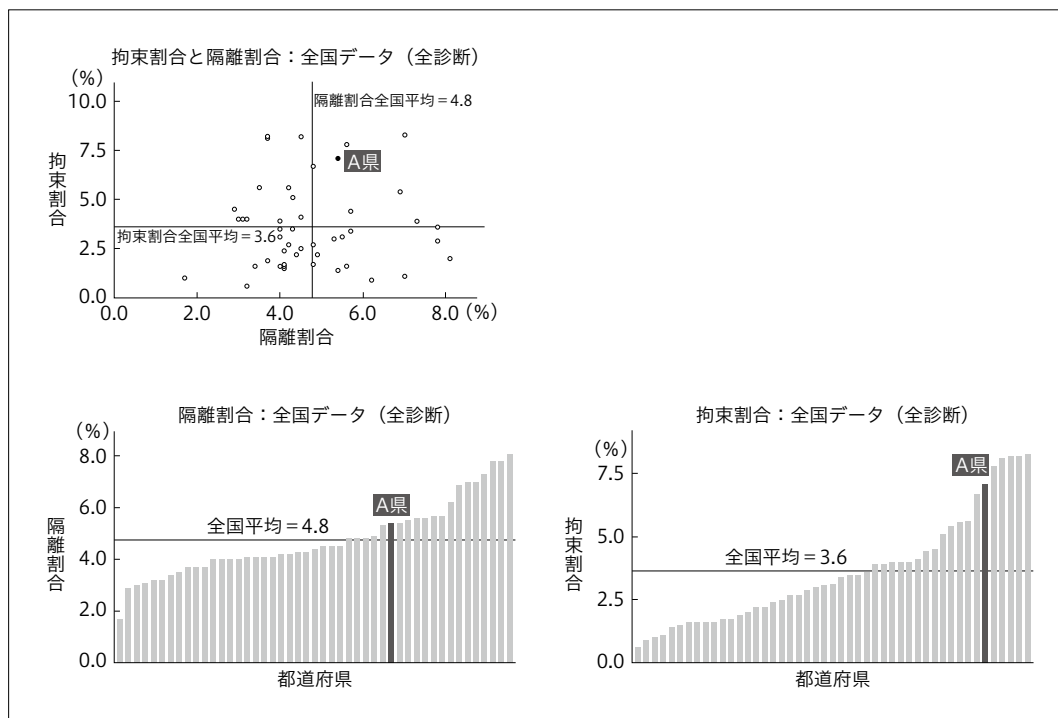


図2 ベンチマークを採用した都道府県別モニタリングシートの例

「地域行動制限最小化計画」策定のための現状把握グラフ

対象地域（都道府県あるいは政令指定都市）

A 県

隔離割合と拘束割合の定義（全診断）

該当地域における隔離指示ありの患者数を分子，該当地域における患者総数を分母として計算した割合を「隔離割合」とする。

該当地域における拘束指示ありの患者数を分子，該当地域における患者総数を分母として計算した割合を「拘束割合」とする。

表2 政策パッケージ（案）

A 活用マニュアル	政策パッケージ（案）を用いて地域行動制限最小化計画を策定するための具体的手順を詳細に示した解説書
B1 コア・ストラテジー教材	最小化の基本理念となる「コア・ストラテジー」を学ぶ，約25分の音声付き解説動画
B2 職員認識と最小化に関する全国調査	研究で実施した，全国の実態調査（看護師アンケート）の報告書
C ベンチマーク指標	行動制限指標をモニタリングしている精神保健福祉資料（通称630調査）を分析し，当該自治体に関する現況について全国動向との比較を行ったデータシート
D マトリックス表	コア・ストラテジーの6方策それぞれに対し，例示した具体的アクションを参考に，各自治体の推進合議体において検討した可能な活動を該当欄に記入して完成される計画整理表
E ツール	コア・ストラテジーの実践において具体的臨床活動のために活用される，合理的に設計された目的別の機能を有す帳票類

される¹³⁾。しかしながら，政策担当者は医療現場の実情に詳しくはなく，両者が協働していくための具体策が必須と考えられるのである。

政策パッケージ（案）は，海外の先行例を参考に，まず活用マニュアルを参照しつつ，自治体ごとに推進合議体（表3）を組織し，教材を用いて行動制限最小化のための基

本知識を学ぶと同時に，本研究で行った実態調査報告書やベンチマーク指標によって，わが国や当該自治体の現況を認識したうえ，コア・ストラテジーの6方策それぞれに対し，例示した具体的アクションを参考に，協議・検討によって可能と思われる具体的な最小化活動を該当欄に記入して計画を策定させる手順となっている。

以上のように、分担研究では、行動制限最小化課題について、わが国特有の状況を明らかにしたうえで、科学的に根拠を有す人知と見識を最大限援用した、実効性の期待できる方策を提案した。行政担当者の受け止めにもよるが、今後の普及と取り組みにより、本来的な最小化活動の推進と成果に期待したい。

IV. 当院における「身体拘束ゼロ化」と精神科早期作業療法「Picot」

著者が勤務する医療機関では、分担研究と並行して、現場で可能な最小化方策を実施してきた。それは、一覽性台帳、行動制限最小化委員会、行動制限最小化研修、院内マニュアルなどの標準策に加え、レジストリの稼働¹²⁾、コンフォートルーム・サーカディアンルームの設置、ディエスカレーション研修の必須化、shared decision making (SDM) 研究の実施⁵⁾、集団精神療法の実施²⁾、企業連携による療養環境調査⁷⁾、ピア活動の推進^{2,16)}など多岐にわたるが、実際の行動制限量を変化させるには至らなかった。しかしながら、これらの長年の取り組みにより、治療文化的背景は準備されてきたと考え、病院管理者としてのリーダーシップを発揮する形で、令和3(2021)年度に「ゼロ化」を宣言した。当然ながら、現場の従事者には不安が相当に増大したが、結果的には約半年をかけてほぼゼロとなる状況に近づいた(図3)。その間、管理職員やミドルマネージャーから現場スタッフに至るまで、専門チームの発

表3 推進合議体の例

- 国立・自治体立など、公立病院
- 精神保健福祉センター
- 総合病院
- 当事者
- 外部識者
- 民間病院の代表者
- 参加民間病院(それぞれの立場など)
- 看護協会
- その他の関係団体
- 事務局(行政担当者)

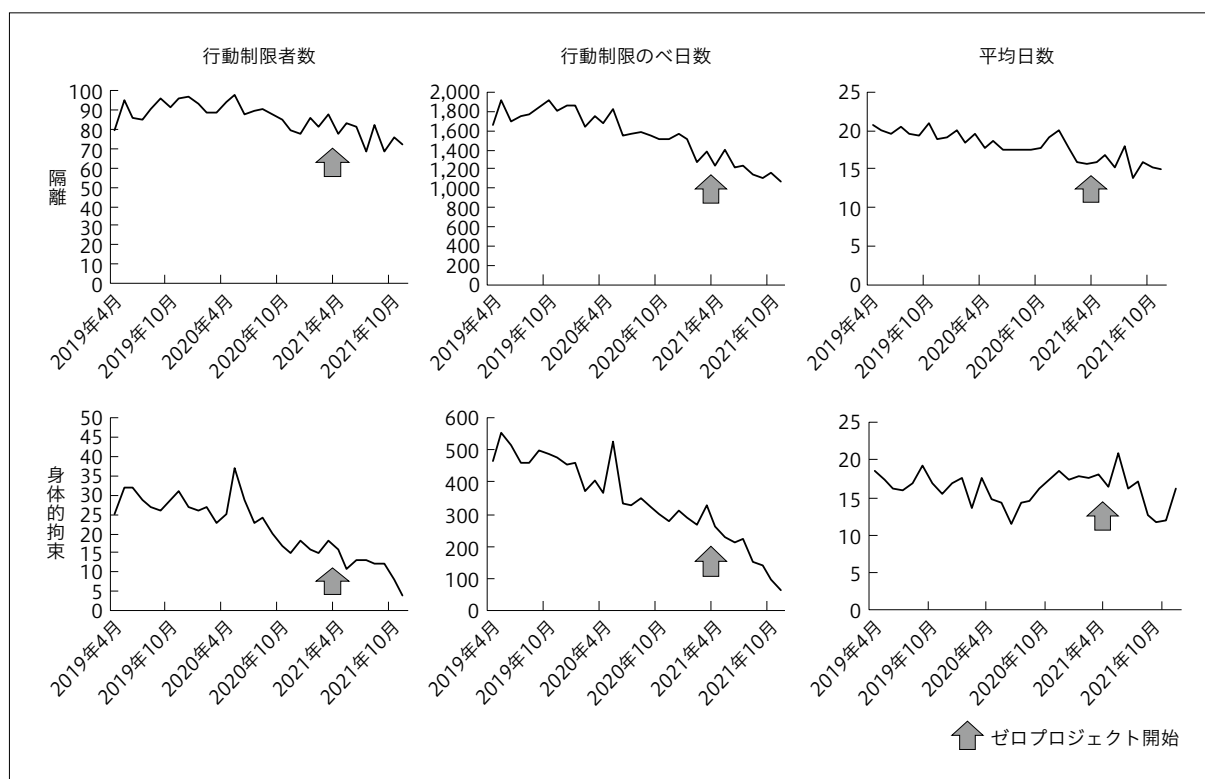


図3 当院における行動制限量の変化

プロジェクト開始以降減少し、身体的拘束は限りなくゼロ化され、隔離も大幅減少した。

足、手順の再確認、認識統一、研修会の開催、設備や物品の見直しなど、あらゆる組織的な取り組みが発生し、やがて個別計画の意識化、補液など医療行為手順の工夫、暴力被害職員への配慮強化、拘束への疑問視や問題視など、個人レベルの取り組みや意識変化までに浸透したことが、同時に行っていた看護研究から明らかとなった⁶⁾。「ゼロ化」を通じ、カルチャーチェンジが本当に起こったことを実感したものである。決め手は、単に号令をかけるのではなく、その思いを受け止める現場の力を見極め信じること、管理者自ら現場参加し、チームとともに最大努力を尽くして支援することによりリーダーシップを発揮することが成否を分けると感じている。

早期作業療法は近年取り組んだ新たな活動で、行動制限を要す集中治療期から開始する作業療法である¹⁴⁾。精神科集中治療ユニット (PICU) で作業療法 (OT) を行うことから「Picot」と命名した。診療報酬において1日に2時間以上の実施を求める精神科作業療法の算定要件を満たすことは困難だが、実施可能性が検証され、早期からリハビリテーションを行うことで治療のバランスが包括的・統合的となり、アセスメント精度の向上、患者の不本意感の軽減と治療参加意欲の向上、チーム医療の強化、職員の負担軽減、リハビリテーション活動の推進による全算定件数の増加などが観察された。行動制限に対する効果は短期的には示されなかったが、取り組み理念としては最小化に資すると考えられるため紹介し、稿の締めくくりとしたい。

おわりに

精神科領域における行動制限の最小化について、直近の厚生労働科学研究の成果である看護師アンケートの結果と「政策パッケージ (案)」および、著者らの取り組みとしての「身体拘束ゼロ化」と早期作業療法を紹介した。いずれもコア・ストラテジーを基調としている。熱意と合理的な方策によって心理課題を克服し、構造・環境要因を見直していくことにより、治療文化の変革を起こすことが必要と考えられた。

本稿は、第118回日本精神神経学会学術総会 (2022年、福岡) シンポジウム23「曲がり角に立つ精神科入院医療——マクロ状況と精神科臨床から——」での発表をもとに作成した。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 稿を終えるにあたり、代表研究者の竹島正氏 (川崎市総

合リハビリテーション推進センター)、当該分担研究において研究協力者として種々のご尽力をいただいた、石井美緒氏 (川崎市総合リハビリテーション推進センター)、江澤和彦氏 (日本医師会)、桐原尚之氏 (全国「精神病」者集団)、工藤正志氏 (日本精神科看護協会)、田口寿子氏 (神奈川県立精神医療センター)、中島豊爾氏 (岡山県精神科医療センター)、野田寿恵氏 (公益財団法人復康会あたま中央クリニック)、藤井千代氏 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)、藤田梓氏 (国立病院機構天竜病院)、三宅美智氏 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)、八尋光秀氏 (西新共同法律事務所)、当院において身体拘束ゼロ化と早期作業療法を実現した職員の皆様へ深く感謝申し上げます。

文献

- 1) Gaskin, C. J., Elsom, S. J., Happell, B. : Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities : review of the literature. *Br J Psychiatry*, 191 ; 298-303, 2007
- 2) 長谷川 花, 久野満津代, 北館美沙衣ほか : 精神科救急入院料病棟でのグループ治療におけるピア活動に伴うリカバリー志向の変化について. 第30回日本精神科救急学会学術総会プログラム・抄録集. p.142, 2022
- 3) Huckshorn, K. A. : Reducing seclusion & restraint use in mental health settings : core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 42 (9) ; 22-33, 2004
- 4) Huckshorn, K. A. : Six Core Strategies[®] to Reduce the Use of Seclusion and Restraint Planning Tool. National Technical Assistance Center, 2005 (<https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/2022-08/Consolidated%2520Six%2520Core%2520Strategies%2520Document.pdf>) (参照 2023-06-20)
- 5) Ishii, M., Okumura, Y., Sugiyama, N., et al. : Feasibility and efficacy of shared decision making for first-admission schizophrenia : a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 17 (1) ; 52, 2017
- 6) 梶浦裕治, 影山恵理, 牛島一成ほか : 精神科救急入院料病棟における身体的拘束ゼロ化の取り組み. 第30回日本精神科救急学会学術総会プログラム・抄録集. p.124, 2022
- 7) 嶺野あゆみ, 森田 舞, 鈴木弘樹ほか : 精神科病棟デイルーム内の家具レイアウトに関する介入的調査研究—精神科病棟のデイルームに関する研究 その2—. *日本建築学会大会学術講演梗概集*. p.75-76, 2017
- 8) 日本精神科救急学会監, 杉山直也 藤田 潔編 : 精神科救急医療ガイドライン 2022年版. 日本精神科救急学会, 東京, p.153-156, 2022
- 9) 野田寿恵, 杉山直也, 三宅美智ほか : 行動制限の国際比較—日本フィンランド精神科急性期医療における隔離・身体拘束研究から—. *精神科治療学*, 28 (10) ; 1265-1271, 2013
- 10) Stirling, C., Aiken, F., Dale, C., et al. : Reducing Restrictive Practices Checklist. Crisis Prevention Institute (Restraint Reduction NetworkTM). 2017 (https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2019/10/Reducing-Restrictive-Practices-Checklist_editable.pdf) (参照 2023-06-20)
- 11) 杉山直也 : 行動制限最小化に関する研究の報告. 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) 平成 25 年度総括・分担報告書. 2014
- 12) 杉山直也, 野田寿恵, 澤野文彦: 精神科新規入院者における入院長期化リスク要因—精神科救急入院患者レジストリを用いた分析—. 精神医学, 58 (3); 235-244, 2016
- 13) 杉山直也: 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. 令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業)「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」(研究代表者：竹島正) 令和 2 年度分担研究報告書. 2021
- 14) 杉山直也, 長谷川 花, 梶浦裕治ほか: 精神科集中ケア期における早期作業療法の効果と意義—プログラム名: Picot「ピコット」の実践報告—. 精神医学, 63 (12); 1863-1871, 2021
- 15) 杉山直也: 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. 令和 3 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業)「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」(研究代表者：竹島正) 令和 3 年度分担研究報告書. 2022
- 16) 竹内 晃, 久野満津代, 長谷川 花ほか: ピアスタッフとして雇用されて. 第 11 回日本精神科医学会学術大会プログラム集. p.150, 2022
- 17) Te Pou : Six Core Strategies[®] service review tool. 2020 (<https://www.tepou.co.nz/initiatives/least-restrictive-practice/the-six-core-strategies-service-review-tool>) (参照 2023-06-20)
- 18) 山之内芳雄: 精神病床における行動制限に関する検討. 令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業精神障害分野)「医療計画, 障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」(研究代表者：山之内芳雄) 分担研究報告書, 2020
- 19) 吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵訳: 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略—. 精神科看護, 37 ; (6) 52-56, (7) 54-57, (8) 49-53, (9) 65-73, 2010

Spread of the Effective Strategies for Minimization of Seclusion and Restraint in the Psychiatric Practice

Naoya SUGIYAMA

Numazu Chuo Hospital, Fukko Foundation

According to the mental health and welfare data, the implementation of seclusion and restraints (SR) in Japan is increasing, and this is recognized as an urgent issue that should be prioritized from the policy perspective. Among many factors inherent to this issue, treatment culture accounts for a major part, but it is difficult to grasp this through fact-finding surveys. The core strategy developed in the United States aggregates measures to minimize SR, and has achieved positive results in several countries, but its spread in Japan is still in progress.

Against this background, we conducted a study titled “Research on the spread of effective strategies for minimization of SR in psychiatric practice”. From the results of a questionnaire completed by nurses, activities in Japan to minimize SR are insufficient, and staff shortage is a decisive factor. Despite on-site workers’ awareness of the problem and desire for improvement, knowledge, learning opportunities, and systems were found to be limited, as is awareness of the importance of administrative involvement. For this reason, we attempted to build a monitoring system that utilizes mental health and welfare data. Further, based on achievements in other countries, we developed a “policy package” as a specific deliverable, consisting of a disseminatable tool for effective SR minimization with administrative support. As a result, we clarified the specific situation in Japan regarding the issue of minimizing movement restrictions, and proposed measures likely to be effective, with maximum use of scientifically grounded knowledge and insight. While acknowledging the importance of the perception of the person in charge of administration, we hope that continuing efforts to spread these ideas will promote appropriate minimization activities and achieve positive results.

Related to this, we also introduced our approach to minimizing SR. In “Zero restraint”, leadership was used to promote organizational reform, which led eventually to the permeation of activities and awareness changes at the individual level, indicating a culture change along with effectiveness. Early occupational therapy is an intervention that starts during the intensive care period, which requires SR. It has been shown to be feasible, and to integrate treatment, improve assessment accuracy, reduce the burden on patients, and increase willingness to participate in treatment, testifying to its significance.

Author’s abstract

Keywords seclusion and restraint, nurse questionnaire, core strategy, policy package