

障害のある人たちへの身体拘束に関する現状把握と対策

タニグチ アキヒロ タケダ ヤスハル カサハラ チエ
谷口 明広*1 武田 康晴*2 笠原 千絵*3

目的 本調査は、多様化している障害者福祉関連事業所において、身体拘束がどの程度行われており、その防止に対する取り組み状況を明らかにすることを目的とした。「身体拘束」が良いことではないと誰もが知ってはいるが、やむを得ず、拘束を実施している実態を知り、その防止に対する取り組みの実態を把握するために行われた。

方法 この研究は、2010年1月中旬から3月末まで、アンケートの郵送配布による量的調査を実施した。京都府下にある身体障害児・者と知的障害児・者を対象とする195カ所の関連施設へアンケート用紙を配布して、同年3月末までに返信用封筒にて回収した。

結果 身体拘束の有無：25%を超えた項目は「ベルト等で固定」が24ケース、「Y字帯等の使用」が24ケースで、「立ち上りの防止」が4ケースにとどまっている。身体拘束の理由：「本人のため」という理由で身体拘束を行っている項目のうち50%を超えるものは、「立ち上りの防止」が3ケース、「向精神薬の過剰服用」が3ケース、「居室等への隔離」が9ケースの3項目であり、本人のための身体拘束が意外に少ない。身体拘束に係る手続き：「事前説明」および「ケース会議」については「ミトン等の使用」以外は50%を超えているが、「身体拘束の理由」でも「意識なし」が高い割合であった。身体拘束への関与者：「サービス管理責任者」が「柵の使用」9ケースから「ミトン等の使用」8ケースまでの割合で関与しており、「家族」が「ベルト等で固定」62.5%、「Y字帯等の使用」87.5%、「立ち上りの防止」「介護服等の使用」「向精神薬の過剰服用」「居室等への隔離」等が高い割合であった。身体拘束の経緯：「経過観察」についてはすべての項目について約8割以上で実施されており、それ以外で50%を超えているものは、「立ち上りの防止」が「会議で検討」3ケースのほか、「向精神薬の過剰服用」および「居室等への隔離」が「会議で検討」「見直し」でそれぞれ2ケースと7ケース、3ケースと8ケースで50%を超えている。

結論 「身体拘束」とは、対象者（障害のある人たち）の「健康や安全を確保する」ために実施されなければならないし、究極的なところでは「生命を護るために実施される一種の介護行為」と規定できる。介護行為の主体は、あくまでも障害のある人たちであり、彼らの生命を護るために実施されるものである。この原則が壊され、看護・介護者に主体が移り、生命の安全までも脅かすようになったときに「虐待」という言葉に変容するように思われる。「身体拘束」をどのように捉えればよいのかという現場の迷い、これまで当然の処遇として行ってきたことを「身体拘束」と突き付けられている現場の戸惑い、利用者利益に資する「支援」が身体拘束と分類されてしまう矛盾、決して充分ではない資源の中で懸命に利用者へ実践しようとする現場の模索を感じ取ることができた。

キーワード 虐待、本人同意、家族同意、切迫性、非代替性、一時性

* 1 愛知淑徳大学福祉貢献学部教授 * 2 京都華頂大学現代家政学部准教授 * 3 関西国際大学教育学部准教授

I 緒 言

障害者への身体拘束とは意味合いが異なるが、「児童虐待防止法」¹⁾や「高齢者虐待防止法」²⁾は既に施行されているにも関わらず、障害者への虐待を防止するための法律は、やっと今年(平成24年)の10月から施行される運びとなった。「身体拘束」＝「虐待」という単純なものではない。しかし、障害者本人を思う気持ちから悪意がなく身体拘束になってしまったとしても、行き過ぎた行為は「虐待」と捉えられるのかも知れない。高齢者への身体拘束³⁾に関しては、ある程度きちんとした項目が整理され、防止方策も考えやすくなっている。障害者分野では、以前の知的障害者施設等においては「体罰が教育方法」の一つとして認識されていたし、今も施設での虐待問題は後を絶たない。

法律で許されず、罰せられる可能性があるならば、もう少し真剣に捉えて、対策を考えるかも知れないが、現状のように、医療や福祉に携わる者の倫理や理念であるとか、人権意識、道徳意識のみで解決しようとするには限界がある。今も問題になっているが、医療現場では看護師の人員的不足状態が慢性化⁴⁾しており、福祉現場では「障害者自立支援法」⁵⁾がもたらした経済的困窮により、非常勤職員の増加⁶⁾や離職率の高さ⁷⁾が目立っている。また、地域生活支援においては、ホームヘルパー不足⁸⁾(特に若い男性)により、障害のある人たちの生活に支障を来している現実もみえてきている。

表1 身体拘束の有無(複数回答)

(単位 ケース, () 内%)

	ベルト等での固定	柵の使用	ミトン等の使用	Y字帯等の使用	立ち上りの防止	介護服等の使用	向精神薬の過剰服用	居室等への隔離
有	24(27.6)	18(21.2)	10(11.5)	24(27.3)	4(4.7)	10(11.5)	3(3.4)	12(13.5)
無	63(72.4)	67(78.8)	77(88.5)	64(72.7)	82(95.3)	77(88.5)	84(96.6)	77(86.5)
有効回答数	87	85	87	88	86	87	87	89

II 方 法

(1) 調査の概要

身体障害児・者と知的障害児・者を対象として、京都府下にある195カ所の関連施設へアンケート用紙を郵送し、95カ所から返信用封筒にて回収した(有効回収率45%)。調査期間は2010年1月中旬から3月末までの2カ月半であった。

「障害児」「身体障害者」「知的障害者」の対象別にカテゴライズを試みたが、障害者自立支援法の影響により、対象を限定していない事業所が大半であり、事業所名との照合によって、大まかな対象者を限定し、また、回答した事業所は、62カ所が障害者自立支援法による新体系への移行を済ませており、21カ所が旧体系であり、12カ所が無回答であった。

そして、運営法人としては、「公立公営」3カ所(3.2%)、「事業団」2カ所(2.1%)、「公立民営」1カ所(1.1%)、「社会福祉法人」68カ所(71.6%)、「NPO法人」10カ所(10.5%)、「民間企業」2カ所(2.1%)、「その他」3カ所(3.2%)であり、6カ所(6.8%)が無回答であった。

実際の調査では、身体拘束の種類ごとに有無理由、手続き等の回答を求めており、1. 身体拘束の有無、2. 身体拘束の理由、3. 身体拘束に係る手続き、4. 身体拘束への関与者、5. 身体拘束の経緯の順に統計ソフトを用いて集計し、種類ごとに比較検討する形で分析した。統計ソフトは、SPSS 16.0を使用した。

(2) 倫理的配慮

アンケートに記入された内容は、すべてコンピューターにより統計処理した。調査目的以外に使用することは一切ないことをアンケート用紙に記載して、回答を拒否しても構わないことも確認している。「身体拘束」を実施している事

業所名や、「身体拘束」を受けていた者の名前等も特定されないよう情報の保護に留意した。

Ⅲ 結 果

(1) 身体拘束の有無(表1)

まず「身体拘束の有無」であるが、有効回答のうち25%を超えた項目は「ベルト等で固定」が24ケース、「Y字帯等の使用」が24ケースで、「立ち上りの防止」が4ケースにとどまっている。逆に、5%を下回った項目は、先の「立ち上りの防止」および「向精神薬の過剰服用」が3ケースであり、これは調査対象となった施設において、この項目に該当する利用者が少なかったと考えられる。また、「居室等への隔離」は12ケースであった。

(2) 身体拘束の理由(表2)

次に、身体拘束を理由別にみていくと、まず「本人のため」という理由で身体拘束を行って

いる項目のうち50%を超えるものは、「立ち上りの防止」が3ケース、「向精神薬の過剰服用」が3ケース、「居室等への隔離」が9ケースの3項目のみであり、本人のために身体拘束を行っているケースが少なかった。

一方、「事故防止」を理由としている項目のうち50%を超えるものは「ベルト等で固定」が21ケース、「柵の使用」が18ケース、「Y字帯等の使用」が23ケース、「立ち上りの防止」が4ケース、「向精神薬の過剰服用」が3ケースと、いずれも80%を超える高い割合であった。このうち「ベルト等」「柵」「Y字帯等」は前項「身体拘束の有無」でも上位3項目に挙げられ、上記「本人のため」と合わせて考えると、もちろん事故の防止が結果的に本人のためになるとは考えられるものの、直接的に「本人のため」というよりも「事故防止」という施設運営管理上の事情を含む理由が高い割合を占めている。

また、それら以外の理由について、身体拘束の種類別に高い確率となっているものをみると、

表2 身体拘束種の理由(複数回答)

(単位 ケース、()内%)

	ベルト等での固定	柵の使用	ミトン等の使用	Y字帯等の使用	立ち上りの防止	介護服等の使用	向精神薬の過剰服用	居室等への隔離
拘束あり	24(100)	18(100)	10(100)	24(100)	4(100)	10(100)	3(100)	12(100)
本人のため	8(33.3)	7(38.9)	4(40.0)	12(50.0)	3(75.0)	4(40.0)	3(100)	9(75.0)
事故防止	21(87.5)	18(100)	2(20.0)	23(95.8)	4(100)	2(20.0)	3(100)	6(50.0)
自傷防止	5(20.8)	1(5.6)	7(70.0)	-	4(100)	5(50.0)	3(100)	6(50.0)
他害防止	2(8.3)	1(5.6)	1(10.0)	-	1(25.0)	8(80.0)	2(66.7)	8(66.7)
迷惑防止	2(8.3)	1(5.6)	8(80.0)	2(8.3)	-	2(20.0)	3(100)	5(41.7)
治療に必要	1(4.2)	1(5.6)	4(40.0)	1(4.2)	-	3(30.0)	3(100)	6(50.0)
犯罪防止	-	-	8(80.0)	-	-	8(80.0)	2(66.7)	1(8.3)
意識なし	-	-	8(80.0)	-	-	8(80.0)	-	-
その他	6(25.0)	1(5.6)	-	4(16.7)	1(25.0)	3(30.0)	-	2(16.7)

表3 身体拘束に係る手続き(複数回答)

(単位 ケース、()内%)

	ベルト等での固定	柵の使用	ミトン等の使用	Y字帯等の使用	立ち上りの防止	介護服等の使用	向精神薬の過剰服用	居室等への隔離
拘束あり	24(100)	18(100)	10(100)	24(100)	4(100)	10(100)	3(100)	12(100)
入所時契約書	3(12.5)	2(11.1)	-	2(8.3)	4(100)	-	1(33.3)	2(16.7)
承諾書	7(29.2)	4(22.2)	2(20.0)	8(33.3)	2(50.0)	2(20.0)	-	8(66.7)
事前説明	15(62.5)	10(55.6)	5(50.0)	19(79.2)	4(100)	9(90.0)	2(66.7)	10(83.3)
事後説明	7(29.2)	5(27.8)	4(40.0)	8(33.3)	1(25.0)	4(40.0)	1(33.3)	6(50.0)
ケース会議	15(62.5)	13(72.2)	5(50.0)	13(54.2)	3(75.0)	7(70.0)	2(66.7)	8(66.7)
検討委員会	3(12.5)	4(22.2)	1(10.0)	7(29.2)	2(50.0)	2(20.0)	1(33.3)	4(33.3)
代替手段検討	7(29.2)	5(27.8)	4(40.0)	8(33.3)	2(50.0)	3(30.0)	2(66.7)	4(33.3)
期限の表示	3(12.5)	4(22.2)	4(40.0)	6(25.0)	1(25.0)	1(10.0)	-	2(16.7)
意識なし	1(4.2)	1(5.6)	1(10.0)	1(4.2)	4(100)	-	-	-
その他	8(33.3)	2(11.1)	1(10.0)	5(20.8)	-	1(10.0)	1(33.3)	2(16.7)

「ミトン等の使用」では「自傷行為」が7ケース、「迷惑防止」「犯罪防止」「意識なし」がいずれも8ケース、「介護服等の使用」では「他害防止」「犯罪防止」「意識なし」がいずれも8ケースで、この2つの種類には理由に共通点が多いこと、いずれも他種ではみられない「意識なし」の割合が高かった。さらに、「向精神薬の過剰服用」では「本人のため」「事故防止」「自傷防止」「迷惑防止」が、いずれも3ケースであるが、同時に「治療に必要」も3ケースで重複しており、医師の判断に基づく服用であることが想定できる。

また、「居室等への隔離」では「他害防止」が8ケースで、「本人のため」に次いで高かった。

(3) 身体拘束に係る手続き

身体拘束に係る手続き、すなわち身体拘束を行う際に取られる事前の契約、承諾、説明、会議といった措置や手続き、また、身体拘束を行っている過程における説明、会議、代替手段の検討といった措置や手続きについてであるが、「事前説明」および「ケース会議」については「ミトン等の使用」以外は50%を超えている。「ミトン等の使用」は共に5ケースで半数となっているものの、前項「身体拘束の理由」でも「意識なし」が高い割合であった(表3)。

また、「事前説明」および「ケース会議」についてさらに詳しくみると、それらの手続きが取られていない割合が3割以上となるものは、「ベルト等で固定」が9ケース(37.5%)、「柵の使用」が8ケース(44.4%)、「向精神薬の過剰服用」が1ケース(33.3%)であった。「ケース会議」では「ベルト等で固定」が9ケース(37.5%)、「Y字帯等の使用」が11ケース(45.8%)、「介護服等の使用」が3ケース(30.0%)、「向精神薬の過剰服用」が1ケース(33.3%)、「居室等への隔離」が4ケース(33.3%)となっている。さらに他の手続き項目をみると、手続きの実施が50%を超えているものは、「向精神薬の過剰服用」が「代替手段検討」66.7%、「居室等への隔離」が「承諾

書」66.7%となっているのみである。

(4) 身体拘束への関与者(表4)

身体拘束を行う際に関与する人の職責についてであるが、「向精神薬の過剰服用」が2ケース(66.7%)である以外は、「担当職員」かつ「複数の職員」が関与しているものが70%を超えている。その他では、「サービス管理責任者」が「柵の使用」9ケース(50.0%)から「ミトン等の使用」8ケース(80.0%)までの割合で関与しており、「家族」が「ベルト等で固定」「Y字帯等の使用」「立ち上りの防止」「介護服等の使用」「向精神薬の過剰服用」「居室等への隔離」で、8項目のうち6項目について家族が高い割合で関与していた。

一方、それ以外の関与者では、「事業所長」が「立ち上りの防止」75.0%、「介護服等の使用」60.0%、「向精神薬の過剰服用」66.7%、「居室等への隔離」75.0%と高くなっている。これは、先のサービス管理責任者に一任しているか、またはサービス管理責任者と事業所長が双方で関与していた。

(5) 身体拘束の経緯

身体拘束の経緯すなわち身体拘束を行うことを決定した後、どのような対応をしているかをみると、「経過観察」については、すべての項目について約8割以上で実施されている。それ以外で50%を超えているものは、「立ち上りの防止」が「会議で検討」3ケース(75.0%)の

ほか、「向精神薬の過剰服用」および「居室等への隔離」が「会議で検討」「見直し」でそれぞれ50%を超えている。

表4 身体拘束への関与者(複数回答)

(単位 ケース、()内%)

	ベルト等での固定	柵の使用	ミトン等の使用	Y字帯等の使用	立ち上りの防止	介護服等の使用	向精神薬の過剰服用	居室等への隔離
拘束あり	24(100)	18(100)	10(100)	24(100)	4(100)	10(100)	3(100)	12(100)
事業所長	10(41.7)	5(27.8)	5(50.0)	11(45.8)	3(75.0)	6(60.0)	2(66.7)	9(75.0)
サービス管理責任者	15(62.5)	9(50.0)	8(80.0)	15(62.5)	3(75.0)	6(60.0)	2(66.7)	8(66.7)
担当職員	20(83.3)	14(77.8)	9(90.0)	21(87.5)	4(100)	10(100)	3(100)	12(100)
複数の職員	17(70.8)	17(94.4)	8(80.0)	18(75.0)	4(100)	10(100)	2(66.7)	10(83.3)
家族	15(62.5)	8(44.4)	5(50.0)	21(87.5)	4(100)	7(70.0)	3(100)	11(91.7)
本人	3(12.5)	7(38.9)	4(40.0)	12(50.0)	4(100)	4(40.0)	1(33.3)	1(8.3)
医師	7(29.2)	3(16.7)	2(20.0)	3(12.5)	1(25.0)	1(10.0)	3(100)	2(16.7)
事業所外第三者	3(12.5)	1(5.6)	-	-	-	-	-	-
意識なし	1(4.2)	1(5.6)	-	-	-	-	-	-
その他	8(33.3)	-	-	2(8.3)	-	1(10.0)	1(33.3)	1(8.3)

Ⅳ 考 察

潤沢なる予算と豊富で高質な支援者が確保できるならば、「身体

拘束」という非人道的な行為におよぶはずはなく、論議の話題にもあがらないであろう。このようなポイントこそ、「虐待」とは区別されるべきところである。「身体拘束」は、非人道的な行為であると認識を持ちながらも、対象者の健康や安全を考えた末に、やむを得ず実施に至る。それに対し、「虐待」とは、対象者に憎悪感や嫌悪感を持ち、健康や安全を危機にさらすような行為をもって、支援者の言いなりにさせようとする。要するに、「身体拘束」の主体は“対象者（障害のある人たち）”であり、「虐待」の主体は“支援者（障害者を取り巻く人たち）”というように規定すると理解しやすくなる。

対象者の健康や安全を考えた末に、やむを得ず実施している「身体拘束」は、許されて当然であるという考え方に、多くの疑問を感じる。厚生労働省が「身体拘束ゼロを創る－患者・利用者のアドボカシー確立のための知識と技術－」で示している「身体拘束の三要件」である「切迫性」「非代替性」「一時性」を考へても、支援者側の「言い訳」に過ぎないのではないだろうか。対象者である障害のある人たちが苦痛やストレスを訴えたとき、その行為が健康や安全性を優先させて実施されていたとしても、受けている者の理解がないならば、「虐待」として認識される。対象者本人の同意が得られない「身体拘束」は、非人道的な行為であり、人権侵害である。対象者本人の同意を得ることが困難である重度知的障害のある人たちや重症心身障害者（児）に対しては、「家族の判断」があれば由と規定している機関が多いが、それには疑問が残る。

やむを得ず「身体拘束」を実施する場合の基本は、言い尽くされた言葉かも知れないが、『本人同意』というものが第一義としてあげられる。しかし、その医療的処置や福祉的サービスの重要性を認知できなかつたり、誤解を招いたりする場合には、必要な「身体拘束」を拒否することも考えられる。この「身体拘束」を拒否した場合には、彼らの「健康や安全を確保する」という原則に従って『家族同意』により実施することも必要になってくる。しかし、そこ

には医師や看護師を始めとする医療関係者や社会福祉士や介護福祉士を始めとする福祉関係者の専門的見地によるアドバイスが不可欠となる。また、『家族同意』を取る時間もないくらいに緊急性を要する場合は、専門家の協議により実施しなければならないこともある。このような専門家の協議による結果には、第三者評価的なものを必ず受けておく必要がある。病院や施設、事業所という限られた空間の中で、固定された専門家による決定が正しい基準を守っているとは限らない。

「身体拘束」とは、対象者（障害のある人たち）の「健康や安全を確保する」ために実施されなければならないし、究極的なところでは「生命を護るために実施される一種の介護行為」と規定できる。介護行為の主体は、あくまでも障害のある人たちであり、彼らの生命を護るために実施されるものである。この原則が壊され、看護・介護者に主体が移り、生命の安全までも脅かすようになったときに「虐待」という言葉に変容するようになる。

著者らが実施した「身体拘束に関するアンケート調査」について解説してきた。数字を読み解く中でも、身体拘束をどのように捉えればよいのかという現場の迷い、これまで当然の処遇として行ってきたことを「身体拘束」と突き付けられている現場の戸惑い、利用者利益に資する「支援」が身体拘束と分類されてしまう矛盾、決して充分ではない資源の中で懸命に利用者へ実践しようとする現場の模索を感じ取れた。

少なくとも障害者福祉の領域においては、身体拘束の定義を定め、単にそれらを一律禁止にするだけでは、この課題に対する答えにはならないことが明らかになった。それらが逆に、ある利用者にとっては、「座位が安定しないので外出できない」といった新たな行動制限を生むことになる。身体拘束にあたる「行為のみ」に注目するのではなく、本アンケートで焦点を当てたような理由、手続き、関与者、その後の経緯などを重視することが不可欠である。

文 献

- 1) 民法等の一部を改正する法律の概要 (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/index.html)
- 2) 全国高齢者虐待防止・養護者支援担当者会議資料 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/boushi/060424/dl/02.pdf>)
- 3) 身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアにかかわるすべての人に～(案) (<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/0/1a06bd1862325ece49256a08001e5e43?OpenDocument>)
- 4) 第5回看護職員需給見通しに関する検討会 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1214-17c.pdf>)
- 5) 障害者自立支援法のあらまし (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaioken/service/aramashi.html>)
- 6) 介護・福祉サービス従事者の現状 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-14b.pdf>)
- 7) 介護分野における雇用管理モデル検討会〔訪問看護〕報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/06/dl/h0615-1b-01.pdf>)
- 8) 介護分野における雇用管理モデル検討会〔訪問看護〕報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/06/dl/h0615-1b-01.pdf>)