

身体拘束廃止が認知症者に及ぼす精神的な影響を考える

——介護老人保健施設での身体拘束廃止に向けた取り組みを通して——

春 口 好 介，大 谷 久 也

Thoughts on the Effects of Preventative Physical Therapy on the Mental State
of Dementia Patients from the Results of Preventative Physical Therapy
Carried out in Nursing Homes for the Aged

Kousuke HARUGUCHI Hisaya OTANI

〈キーワード：身体拘束廃止 認知症 精神症状 心理的ストレス〉

1. はじめに

認知症高齢者数は、平成14（2002）年現在約150万人であるが、2025年には約320万人になると推計される。平成14（2002）年9月現在の状況を見ると、要介護者の1／2は、認知症の影響が認められており、今後、認知症高齢者は急速に増加すると見込まれる。

身体拘束は施設の介護者にとっては事故防止を目的としているが、認知症高齢者にとっては身体的、精神的、社会的に多大な苦痛を伴う事が指摘されている。

平成12年4月の介護保険法施行実施前年に当時の厚生省より介護保険施設における「身体拘束の禁止」の省令が出された。しかしながら、現在、身体拘束ゼロに近い状態の施設は1割に満たない状況である。

A県のB介護老人保健施設は従前より「入所者の安全確保」を第一の目的として身体拘束を実施していたが、平成13年4月より看護、介護部門が協力し模索しながら身体拘束廃止に取り組み、現在では身体拘束をしないことが常識となっている。入所者の転倒や打撲などの事故、筋力低下や褥瘡の発生率は身体拘束を実施していた時より低下し、認知症者の不穏状態も改善する症例が増加している。このようなB介護老人保健施設の身体拘束廃止に向けた取組の経過を振り返り、身体拘束廃止前後での認知症入所者の精神症状の変化について検討したので報告する。

2. 身体拘束の社会的背景及び現状

身体拘束とは①ベッドから落ちないように、車椅子から立てないように紐で縛る。②鍵のかかる部屋に閉じ込める。③つなぎ服を着せる。ミトンの手袋をつける。④転落防止のため、ベッド

の4本柵を使用する。⑤必要以上の向精神薬の投与。⑥言葉による抑制などである。また、身体拘束は、関節の拘縮、筋力の低下、褥瘡の発生、食欲の低下、心肺機能の低下など身体的弊害や転落や窒息事故の発生。また、本人の不安、怒り、屈辱、あきらめ、認知症の進行、家族の混乱、後悔、罪悪感、介護者のケアに対する誇りの喪失と士気の低下など精神的弊害。さらに介護保険施設に対する社会的な不信偏見の助長などの社会的弊害（表1）をもたらすといわれている。

【表1】身体拘束の弊害

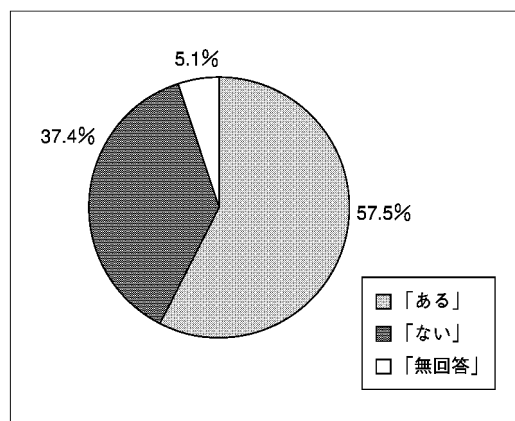
(1) 身体的弊害	関節の拘縮、筋力の低下、褥瘡の発生、食欲の低下、心肺機能の低下など
(2) 事故の発生	転落や窒息事故の発生
(3) 精神的弊害	本人の不安、怒り、屈辱、あきらめ、認知症の進行、家族の混乱、後悔、罪悪感、介護者のケアに対する誇りの喪失と士気の低下など
(4) 社会的弊害	介護保険施設に対する社会的な不信偏見の助長など

(平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より一部修正を加え作成)

身体拘束の歴史は、これまでの高齢者福祉制度とともに存在していた。1963年の老人福祉法以前の養老院時代では対象者は「収容者」と表現され、身体拘束は日常的に行われていたものと考えられる。1972年に中央社会福祉審議会から「老人ホームのあり方に関する中間意見」が提出され、養老院時代の「収容の場」は「生活の場」へと変容した。この頃より「収容者」を「入所者」と称するようになり、憲法の保障する生存権が確保されたが、職員は無資格の寮母であり「入所者」の待遇の改善は進まなかった。その後、ノーマリゼーションの浸透や福祉制度の変容、専門職である介護福祉士の登場、その他隣接分野の保健、医療などの発展に影響を受けながら、介護の社会化・専門化へと発展してきた。そして、措置から契約への介護保険制度導入によって、高齢者の人権擁護がさらに具現化され、利用者は選んで入所されたお客様であり、ケアは処遇からサービスへと名を変えた。そのような状況の中、厚生労働省はこれまでに行われてきた身体拘束にみられる人権侵害に対しては、禁止とする11項目をあげ、身体拘束廃止を指導した。このように、「身体拘束廃止」を着実に進める一方で、緊急時やむを得ないとして、安全確保、家族からの依頼という理由で継続されている事例も少なくない。

平成16年4月の日本労働組合総連合会の介護保険三施設調査の結果をみると、この1年間で身体拘束を行ったことのある介護従事者は57.5%（図1）で、実施に厳しい条件が付けられているはずの身体拘束が日常的に行われている実態が明らかになった。施設類型別に見ると、介護老人福祉施設で「ある」が比較的多くなっている。「人手が足りない」と感じている介護職員では身体拘束をしたことが「ある」が多く、施設調

【図1】この1年間で「身体拘束」を行ったことの有無
(平成15年から16年にかけての1年間)



(日本労働組合総連合会資料より一部修正を加え掲載)

身体拘束廃止が認知症者に及ぼす精神的な影響を考える（春口好介，大谷久也）

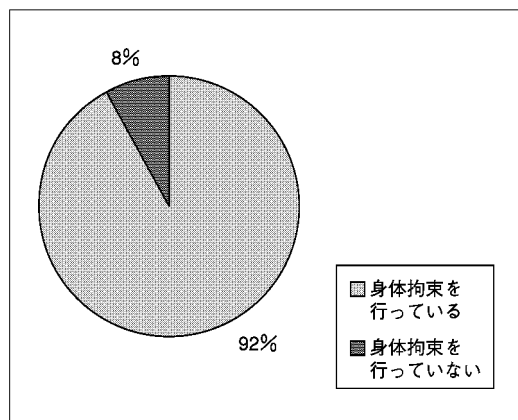
査の職員充足状況でみても「欠員がある」施設の職員で身体拘束をしている例が多いことがわかる。（表2）この身体拘束には，人手不足，精神的な疲れや肉体的な疲労などが影響していることがうかがえる。また，プライバシー保護が「守られていない」と身体拘束の有無は相関関係にあることが明らかになっている。

【表2】この一年間で「身体拘束」を行ったことの有無（現在の勤務経験1年以上）

		ある	ない	NA	計
仕事上で困っていることや不安	「人手が足りない」を選択	61.6	36.0	2.7	1482
	「人手が足りない」を非選択	50.7	35.9	13.3	615
職員充足状況	充足している	55.7	38.2	6.1	1406
	欠員がある	67.9	27.4	4.7	277

（平成16年4月 日本労働組合総連合会資料より一部修正を加え作成）

【図2】介護保険三施設の身体拘束の現状
（平成15年から16年にかけての1年間）



（日本労働組合総連合会資料より一部修正を加え掲載）

また，身体拘束は，職場での「習慣」や「暗黙の了解」事項になっている施設も少なくないようである。ちなみに，この調査対象である163施設のうち，この1年間に身体拘束経験が「ある」と回答した介護職員が1名もいない施設は13施設（8.0%）であり，大半（92.0%）の施設は多少の差はあれ，身体拘束を行っている。（図2）身体拘束が必要な理由は，「拘束した方が安全」（58.0%），「拘束しないと介護できない」（44.1%），「人手が足りない」（19.7%）の順である。（表3）

【表3】「身体拘束」が必要な理由（行ったことが「ある」方・複数選択）

		介護できないと拘束しないと	ほうが安全した	軽減される	介護の時間が	手が足りない	職員の迷惑だから	その他	N	計
介護職・介護職累計		44.1	58.0	4.8	19.7	7.3	14.8	5.2	1220	
	介護職累計	40.6	58.2	4.8	21.2	7.3	14.8	6.0	978	
	看護職累計	58.3	57.4	4.5	13.6	7.4	14.9	2.1	242	
施設累計別	介護老人福祉施設	44.4	55.8	4.7	19.7	9.0	15.2	5.7	719	
	老人保健施設	42.9	59.5	2.4	18.1	5.2	15.2	4.3	210	
	介護療養型医療施設	57.3	53.5	6.3	13.5	4.2	10.4	6.3	98	
運営主体別	地方自治体	42.6	58.2	4.9	17.7	9.6	14.7	5.8	469	
	社会福祉法人	46.0	56.3	3.8	18.2	6.1	16.7	5.3	396	
	その他	50.0	57.1	4.5	24.7	7.1	10.4	5.2	154	

（平成16年4月 日本労働組合総連合会資料より一部修正を加え作成）

身体拘束の種類は、全体でみると「ベッド柵をつける」(70.0%)、「車いすに縛る」(45.4%)、「拘束衣(つなぎ服)を着せる」(37.0%)、「ベッドに腕を縛る」(23.7%)、「睡眠薬で眠らせる」(23.3%)となっている。(表4)

【表4】行った「身体拘束」の種類(行ったことがある職員・複数回答)(現在の職種経験1年以上)

		ベッド に腕を 縛る	ベ ッド に 全 身 を 縛 る	車 椅 子 に 縛 る	ベ ッド 柵 を つ け る	体 の 一 部 を 固 定 す る	拘 束 衣 を 着 せ る	睡 眠 薬 で 眠 ら せ る	そ の 他	N A	計
介護職・看護職累計		23.7	2.4	45.4	70.0	19.6	37.0	23.3	6.0	2.6	1220
	介護職累計	20.0	2.2	48.4	71.2	18.3	36.3	22.3	5.7	2.8	978
	看護職累計	38.4	2.9	33.5	65.3	24.8	39.7	27.3	7.0	2.1	242
施設累計別	介護老人福祉施設	21.8	1.9	46.0	68.3	19.6	35.5	22.0	6.5	3.3	719
	老人保健施設	24.8	0.0	46.2	73.8	16.2	32.4	25.2	3.3	1.0	210
	介護療養型医療施設	45.8	3.1	31.3	71.9	22.9	49.0	31.3	6.3	3.1	96
運営主体別	地方自治体	24.9	1.9	40.5	69.7	16.8	38.0	26.0	7.5	2.8	469
	社会福祉法人	22.5	1.8	48.5	69.2	21.5	39.4	19.7	50.1	2.8	396
	その他	29.9	0.6	48.1	73.4	19.5	27.3	25.3	3.2	3.2	154

(平成16年4月 日本労働組合総連合会資料より一部修正を加え作成)

3. 研究方法

1) 対 象

B介護老人保健施設の入所者と職員(平成17年8月)

入所者 100名

入所者平均要介護度3.4 平均年齢83.5歳(100歳以上3名) 認知症入所者97名

身体拘束廃止前の状況

「ベッド柵をつける」35例・「拘束衣(つなぎ服)を着せる」20例・「車椅子に縛る」7例・「薬で眠らせる(睡眠薬の過剰投与)」5例・「車椅子テーブル」2例・個室施設1例・「ベッドに縛る(四肢の抑制)」数例

2) 研究期間

身体拘束廃止前の平成13年4月～身体拘束廃止後の平成17年4月

3) 分析方法

身体拘束廃止前と廃止後の入所者の精神状態の変化を、当時の記録物と看護及び介護職員のイ

身体拘束廃止が認知症者に及ぼす精神的な影響を考える（春口好介，大谷久也）

ンタビューを基に考察する。

4. 経過・結果

身体拘束廃止に取り組む以前の平成13年3月までの状況は、入所者100例中「ベッド柵をつける」35例、「拘束衣（つなぎ服）を着せる」20例、「車椅子に縛る」7例、「薬で眠らせる（睡眠薬の過剰投与）」5例、「車椅子テーブル」2例、「ベッドに縛る（四肢の抑制）」数例、個室施錠1例であった。

身体拘束の代替方法については、ケアカンファレンスで検討して行った。具体的には以下のような取り組みを行った。

ベッドから転落の危険のある入所者には4本柵を使用し、さらに柵をはずす入所者には柵を紐などで固定していたが、ベッドの高さを最低にすることや柵の位置を検討した。さらに困難事例についてはベッドを除去し、マットレスの上に寝具を敷く、また、ベッドサイドにマットレスを置くことで転落時の怪我を防止した。

4本柵を実施している時の入所者は、興奮して柵を無理やりはずそうとする、大声をあげるなどの不穏状態、さらに不眠となる事が多かった。柵を除去した事で、上記の症状は軽減する入所者が増加した。

不潔行為のある利用者や、胃ろうチューブなどの自己抜去の危険のある入所者には、つなぎ服着用を行っていたが、下剤投与の調整、巡視回数を増やす、トイレ誘導回数を調整するなどを行った。

拘束衣（つなぎ服）を着用していた入所者は、おむつ汚染時や搔痒感を感じているときなど、皮膚に違和感があるとその部位を扱おうとするが、拘束衣のために自由が利かないことでストレスが強くなり、大声を上げる、介護者に抵抗するなど不穏状態が強い入所者が多かったが、拘束衣を廃止した事で不穏状態が軽減する入所者が増加した。

車椅子からの転落を防止するために車椅子利用時の転倒や座位保持困難で滑り落ちる危険性の高い入所者に車椅子安全ベルトの着用を行っていたが、入所者個人の身体に合った椅子への変更や福祉用具の業者と協力して滑り止めシートを開発しそれを活用した。

車椅子から立ち上がり転倒の危険性が高い入所者には、オーバーテーブルや安全ベルトを使用していたが、立ち上がる原因を探り、便意、尿意が原因であればトイレ誘導の時間を調整した。また、車椅子は長時間座ることは苦痛を伴うということを考慮し、すわり心地の良い椅子に変更し、立ち上がり時には必ず付き添うようにする。また、絵本、写真、人形、ぬいぐるみ、化粧道具など、本人の関心がある物を見つけ、それを所持することで立ち上がり行為が減少した。さらに、相性が良い入所者同士を見つけ、一緒に過ごす時間を多く持つよう働きかけることで精神状態の安定にもつながり、立ち上がり動作も減少した。

徘徊や興奮状態が強い、また、暴力行為があり自傷他害のある入所者に対しての個室施錠や向精神薬の過剰投与については、家族の面会回数を増やし外出回数を増やす。マンツーマンで散歩

する。本人が好むお菓子やお茶を摂っていただくなどして精神状態の安定を図った。

経鼻経管栄養チューブや点滴自己抜去の危険性のある入所者には四肢の抑制を行っていた。経鼻経管栄養チューブについては注入中必ず見守りを行うこととし、誤嚥防止に努めた。また、点滴については下肢より穿刺し足からラインを出すことで自己抜去を防止することができた。

四肢の抑制を行うと、入所者は抑制をはずそうと四肢に力を入れて大声を出して不穏となる事が多かったが、抑制を廃止することで上記症状が改善する入所者がほとんどであった。

以上の状況で、身体拘束を廃止したことで精神状態が安定する入所者が多くみられた。その結果、転倒や打撲などの事故も軽減した。

5. 考 察

身体拘束はつい最近まで、殆どの高齢医者施設や病院で日常的に行われてきた。それは「療養のためには仕方ない。」「治療が優先で事故でもあったら自分たちの責任になるから大変だ。」「身体拘束をしないと、一瞬たりとも目が離せない。」「身体拘束をしないと、この職員の数では看護や介護は不可能だ。」などの理由で看護、介護側の都合で行われてきた。しかし、身体拘束をされる側の立場に立つとどうだろうか。自分たちが、たとえ5分でも四肢を拘束されたら、5分間でなくいつまで続くかわからない状況であるならばなおさら耐えられないであろうし精神的に正常ではいられなくなってしまうであろう。

身体拘束が実施されていたB介護老人保健施設の入所者に共通する事は、自分の思いどおりにならないジレンマから興奮状態が強くなり、大声を出す、看護・介護者に対して拒否を示すなどであった。

身体拘束による心理的ストレスに関する報告は日本では少ないが、米国では拘束された高齢者は、怒り、拒否、不快、不信感、混乱などの反応を示した事が報告されている。

B介護老人保健施設の認知症の入所者も例外ではなく身体拘束を実施されていた入所者は上記の反応を示していたものと考えられる。身体拘束を廃止したことで、B介護老人保健施設の入所者のこれらの反応は軽減されて行ったものと考えられる。その結果として、入所者の精神状態が全体的に安定してきた。さらに、施設職員は、入所者の安全確保を目的として身体拘束を行っていたが、身体拘束を解除することで入所者に対し集中して観察し、事故を未然に予防する意識が強くなった。その結果、入所者の転倒や打撲などの事故も少なくなったのではないかと考える。

一方、施設職員の意識の変化については、身体拘束を廃止する取り組みを始めた頃は、「身体拘束無しでは看護や介護は不可能だ。」「身体拘束解除は机上の空論。」などといい、反対する職員がほとんどであった。しかし、身体拘束廃止後は、身体拘束を行っていたときよりも業務の負担が大きくなったという職員はほとんどいなかった。それよりも、自分たちのケアに対して誇りと自信を持つものが多くなっている。身体拘束を廃止した事で、入所者のみならず職員の意識にも好影響をもたらしたと考えられる。

身体拘束廃止が認知症者に及ぼす精神的な影響を考える（春口好介，大谷久也）

参考文献

- ・ 第1回介護のあり方委員会：今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～：厚生労働省，P2，2008
- ・ 佐藤鈴子：身体拘束による高齢男性の心理的ストレスと芳香剤のストレス軽減効果の検討：国立看護大学校研究紀要，4（1），P37～42，2005
- ・ 日本労働組合総連合会：介護保険三施設調査結果の概要，P88，2004
- ・ Strumpf, N.E., & Evans, L.K.: Physical restraint of the hospitalized elderly; Perceptions of patients and nurses, Nursing Research, 37(3), 132-137, 1988.
- ・ Sullivan-Marx, E.M.: Psychological responses to physical restraint use in older adults, J Psychosoc Nurs Ment health Serv., 33(6), 20-25, 1995.