

【調査報告】

高齢者介護現場における身体拘束の捉え方の現状

— 社会福祉専門職へのビネット調査をもとに —

山口 友 佑¹⁾・山下 浩 紀²⁾
平 塚 良 子³⁾・野 村 豊 子⁴⁾

和文抄録

高齢者介護現場の身体拘束の捉え方を検討することを目的として、693名の社会福祉専門職を対象に質問紙調査を実施した（有効回答数：540名）。その結果、身体拘束と考えられる行為として、「センサーの使用」、「腹帯・軍手・腹巻の使用」、「施錠・ナンバーロック」、「ステーション前での対応」の4つの因子が抽出され、経験年数、職種、所有資格で有意な相関が見られた。また身体拘束を伴うケアを行うことについては、利用者自身のペースで動くことを認めないことに繋がるなどという認識があり、その認識が身体拘束行為を考えることに影響していることが明らかになった。

このことから、身体拘束を考える上では、「その人らしさ」を尊重するソーシャルワーク実践には、①認知症の人に対する認識の統一、②専門職同士の考え方を共有する機会が必要であることが明らかになった。

キーワード：身体拘束、ビネット調査、認知症ケア

I. 背景と目的

わが国では、1998年の「抑制廃止福岡宣言」を皮切りに、「身体拘束禁止」に関する発令

(1999年)、「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（以下「高齢者虐待防止法」）」(2006年)の施行など、長年に渡り、高齢者介護現場では身体拘束廃止への取り組みが実践されている。

2001年に厚生労働省より刊行された「身体拘束ゼロへの手引き（以下：ゼロへの手引き）」において、身体拘束とは「人権擁護の観点から問題があるだけではなく、高齢者のQOL（生活の質）を根本から損なう危険性のある」（厚生労働省2001）行為と明記されており、利用者の人権やQOLを損なう行為として位置付けられている。しかし高齢者介護現場では、未だに身体拘束を伴うケアが行われている実態が存在している。

2021年7月12日受付／2021年12月22日受理

- 1) YAMAGUCHI Yusuke
認知症介護研究・研修大府センター
2) YAMASHITA Koki
日本医療大学
3) HIRATSUKA Ryoko
無所属
4) NOMURA Toyoko
日本福祉大学社会福祉学部
E-mail: yusuke.yama@dcnet.gr.jp

「令和元年度『高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果（以下：実態調査）」によれば，養介護施設従事者による虐待行為を受けた利用者の約30%は身体拘束を受けていることが明らかになっている（厚生労働省2021）。このように長年に渡り，介護現場では身体拘束廃止への取り組みが実践されているが，未だに身体拘束を伴うケアが行われている実態が存在していることから，高齢者介護現場における身体拘束廃止について考えていくことは喫緊の課題であるといえる。

高齢者介護現場で身体拘束を伴うケアが行われている背景の一つとして，身体拘束行為に対する捉え方が変化していることが考えられる。身体拘束行為については，「ゼロへの手引き」の中で，行動を制限する行為として11の具体的禁止行為が明記されており，原則これらの行為に該当する行為を行った場合，身体拘束として判断されている。しかし，現在の高齢者介護現場では，「立たないで，動かないで等の声掛け」（千葉県2012），「エレベーターのロック」（滋賀県2014），「ベッド周りを壁やイス，柵2本等両サイドに置いて降りられないようにする」（長崎県2020）など，具体的禁止行為には該当しないが，利用者の行動を制限してしまっている行為が存在している。身体拘束行為については「11項目は例示であり，これらの行為であっても，基本的にサービス利用者にとって自由が制限されている行為については身体拘束・抑制としてみなされるものと理解しておかなければならない」（江口2011：112）との指摘がある。具体的禁止行為の規定から20年の歳月が経過している中で，施設環境の変化，入居者の変化等により，身体拘束に対する捉え方が変化しており，その結果，具体的禁止行為以外でも行動を制限していると考えられる行為が存在してきているといえる。このことから，改めて高齢者介護現場において，身体拘束をどのように捉えるべきなのかを検討していくことが必要であるといえる。

本研究では，高齢者介護現場に従事する社会福

祉専門職（以下：専門職）を対象に実施したアンケート調査をもとに，専門職としての身体拘束行為に対する考え方を明らかにし，現在の高齢者介護現場における身体拘束に捉え方について検討することを目的とする。

II. 対象と方法

1. 調査目的

本調査の目的は，高齢者介護現場に従事している専門職が身体拘束行為をどのように捉えているのか，身体拘束を行うことに対する問題点を明らかにすることである。

2. 調査の枠組み

本調査では以下の3つの仮説を設定する。第1に，介護職員として従事している年数の違いが身体拘束に対する考え方に影響を及ぼすということである。厚生労働省の実態調査では，養介護施設従事者による虐待の発生要因として，「教育・知識・介護技術等に関する問題」が1番高い要因となっている。介護施設における身体拘束の発生要因については，「抑制は，看護や介護職員が業務を行う中で起こってくるわけであるが，そこでは，どのような行為が抑制であるかということは知らずに，結果的にその行為を行っている場合がある。つまり，抑制に関する基礎的知識を身に付けていないことによって起こる場合がある」（山口2009：176）との指摘がある。このような状況の背景には，介護職員の状況が変化していることにある。「令和元年度介護労働実態調査」によれば，身体拘束廃止や高齢者虐待防止法が施行された当初から介護現場に従事している職員（経験年数15年以上）は全体の約3割弱であり，自ら身体拘束廃止の取り組みを実践してきた職員が少なくなってきた現状になってきているといえる（介護労働安定センター2020）。このことから，介護現場に従事している年数によって，身体拘束に対する考え方にばらつきが見られるといえる。

第2に，専門職としての立場による専門性が

身体拘束に対する考え方に影響を及ぼすということである。「ソーシャルワーカーの倫理綱領」の「組織・職場による倫理責任」なかで「ソーシャルワーカーは、組織・職場内のどのような立場にあっても、同僚および他の専門職などに敬意を払う」（日本ソーシャルワーカー協会 2020）と説明されており、他専門職との連携・協働の必要性が謳われている。介護現場では福祉領域の専門職のみならず、医療職、看護職、リハビリ職など様々な専門職が従事しており、互いに連携・協働をしながら利用者の生活を支援することが求められている。このことは、身体拘束に関する問題についても同様である。しかし身体拘束に対する判断基準については、各々が置かれている立場や資格による専門性によって異なっている現状があり（山口 2017）、結果として、行動を制限することに繋がっている実態も存在している。このことから本調査においても置かれている立場や資格による専門性によって身体拘束に対する考え方に違いが生じていると考えられる。

第3に、認知症の人に対する価値観の違いが身体拘束に対する考え方に影響を及ぼすということである。厚生労働省の実態調査によれば、養介護施設従事者より虐待を受けている約7割は、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の利用者であり、認知症高齢者に対する虐待の実態が明らかになっている。認知症ケアの理念として、1980年代にトム・キッドウッドによって「パーソン・センタード・ケア」が提唱されている。「パーソン・センタード・ケア」とは、「①人々の価値を認める、②個人の独自性を尊重する、③その人の視点に立つ、④相互に支え合う社会的環境を提供する」という4つの要素があり（Booker=2008）、認知症の人の持っているパーソン・フッド（ひとりの人として周囲に受け入れられ尊重されること）を維持することを重視している。しかし、認知症ケアが実践されている介護現場では、虐待行為や身体拘束などによりパーソン・フッドが傷つけられている現状がある。その背景には、「利用者のできることをさせない」、「利用者のことを無視する」等といった「悪性の社会心理」といわれる考

え方が影響していると考えられる。「悪性の社会心理」の根源には、認知症の人に対する一人ひとりの価値観に潜んでいるといわれている。このことから、認知症の人に対して抱いている価値観の違いが身体拘束の考え方に影響していると考えられる。

3. 調査方法

本調査では「ビネット調査法」を用いている。「ビネット調査法」とは、短いストーリーを提示して回答求め、回答者の考え方を把握解析する調査法である。「ビネット調査法」を用いた虐待研究は、児童に関わる専門職の「子どもたちに対する不適切なかかわり」をどのように捉え認識しているかを明らかにする（高橋ら 1996；安藤 2016）等、児童虐待分野でよく用いられる。本調査では、高齢者介護現場に従事する専門職が、身体拘束行為をどのように捉え認識しているのかを明らかにすることを目的としている。このことから、本調査において「ビネット調査法」を用いることは有効であるといえる。

4. 調査内容

身体拘束行為の捉え方に関する質問項目は、先行研究や公表されている各都道府県の身体拘束実態調査結果より、身体拘束行為として認識されていた項目を抽出し、想定事例文（ビネット 29 項目）を作成した。ビネット項目は「1：身体拘束ではない」、「2：身体拘束ではないが不適切な行為」、「3：身体拘束とも考えられる」、「4：身体拘束である」の4件法で回答を得た。身体拘束を行うことに対する問題点に関する質問項目は、「ゼロへの手引き」に明記されている身体拘束がもたらす弊害、「悪性の社会心理」として挙げられている項目を参考に 20 項目を作成した。「1：当てはまらない」、「2：あまり当てはまらない」、「3：どちらともいえない」、「4：やや当てはまる」、「5：当てはまる」の5件法で回答を得た。また職種との関連性を検討するため、基本属性を問う質問 3 項目を置いた。

項目作成については、共同研究者の協力を得

て、項目の取捨選択と洗練を行い、妥当性を高めた。

5. 実施方法

調査期間は、2018年9月～2019年2月までである。「介護サービス情報公開サービス」に登録されており、2017年度までに筆者が所属する認知症介護研究・研修大府センターで実施している認知症介護指導者養成研修を修了しているものが所属している837施設の中から、13施設を無作為抽出し、693名の専門職を対象に郵送法にて実施した。540名より回答があり有効回答率は77.9%であった。

6. 分析方法

分析は、ExcelおよびSPSSVer.25を用いた。属性と身体拘束を伴うケアを実践することに対する問題点では単純集計を行い、回答の分布を確認した。身体拘束行為の捉え方では、29項目すべてを対象に探索的因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行い、下位尺度得点を算出し、身体拘束を伴うケアを実践することに対する問題点との相関を見た。また属性との関連を確認するため、t検定と一元配置分散分析を行った。なお未回答は欠損値として処理した。

7. 倫理的配慮

本調査を実施するにあたり、認知症介護研究・研修大府センターの研究倫理審査委員会の承認を得て実施している。調査依頼時に、回答によって施設や個人が特定されることがない、結果を研究目的以外には使用しない、回答は自由意思であり、回答しないことで不利益が生じることがないことを依頼文章に明記した。

Ⅲ. 調査結果

1. 回答者の属性について

所属している施設は、特別養護老人ホーム282名(52.2%)、介護老人保健施設133名(24.6%)、グループホーム87名(16.1%)、その他

38名(7.0%)であった。介護現場での経験年数は、1年未満25名(4.7%)、3年未満69名(13.0%)、5年未満69名(13.0%)、10年未満139名(26.2%)、15年未満128名(24.1%)、15年未満101名(19.0%)であった。現在の職種については、管理職13名(2.4%)、施設長3名(0.6%)、介護主任16名(3.0%)、相談援助職22名(4.1%)、リーダー職64名(12.0%)、一般介護職348名(65.2%)、看護職35名(6.6%)、その他33名(6.2%)であった。所有資格は、社会福祉士27名(3.8%)、介護福祉士339名(47.2%)、介護支援専門員72名(7.2%)、看護師52名(7.2%)、介護職員初任者研修修了者184名(25.6%)であった。

2. 高齢者介護現場の身体拘束行為の捉え方

全29項目の回答分布を比較した結果、「身体拘束である」という認識が高い行為（「身体拘束とも考えられる」と「身体拘束である」を足した回答率50%以上）は、「車椅子に座って食事を摂る利用者に対し、車椅子からずれ落ちないように、ひもで縛る」など25項目であった。（表1）

天井効果と床効果が確認された項目を除き、探索的因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行った結果、スクリープロットの形状と解釈可能性を考慮して、4因子を最適解として採用した。共通性0.3以下、因子負荷量0.4以下の項目を除外し、再度分析した結果、4因子11項目を抽出し、第1因子を「センサー使用」、第2因子を「腹帯・軍手・腹巻の使用」、第3因子を「施錠・ナンバーロック」、第4因子を「ステーション前での対応」と命名した。累計寄与率は72.413%であった。各因子の信頼性係数Chronback α は、第1因子から、.935、.802、.855、.834であった。（表2）

3. 身体拘束を伴うケアを行うことに対する問題点

全20項目の平均値を比較した結果、平均値が4.0以上は、「利用者自身のペースで動くことを認めないことに繋がる」「利用者に恐怖心を与え

高齢者介護現場における身体拘束の捉え方の現状

表 1 高齢者介護現場の身体拘束行為の捉え方

	1	2	3	4	
	拘束ではない	不適切行為	拘束とも考えられる	拘束である	3 + 4
13 車椅子に座って食事を摂る利用者に対し、車椅子からずれ落ちないように、ひもで縛る	0.6	2.2	8.0	89.2	97.2
22 居室を出て、他の利用者の居室に侵入してしまう利用者に対し、居室から出ないように2重ロックをする	0.9	5.2	10.9	83.0	93.9
12 歩行能力がない利用者に対し、立ち上がって転倒することがないように、車椅子の安全ベルトを使用する	4.9	2.8	15.5	76.7	92.2
8 点滴や経管栄養のチューブをつけている利用者に対し、チューブを抜かないように、介護衣を使用する	7.7	5.4	19.5	67.4	86.9
17 車椅子を利用する利用者に対し、自走して転倒の危険性があるため、車椅子のタイヤの空気を抜く	1.3	19.5	14.8	64.3	79.1
14 車椅子を使用する利用者に対し、立ち上がって転落しないよう、車椅子の車輪後部に車輪止めをする	13.5	9.6	18.7	58.2	76.9
11 おむつ外しの行為が見られる利用者に対し、ズボンに手が入らないよう、腹部にバスタオルを巻きつける	6.5	19.0	28.5	46.1	74.6
3 車椅子から立ち上がったりするような行動が見られる利用者に対し、車椅子の背もたれにセンサーを取り付ける	15.5	13.6	36.5	34.4	70.9
24 椅子から立ち上がる利用者に対し、「立たないで」、「動かないで」等の声掛けを行う	6.2	24.5	23.2	46.1	69.3
20 他の利用者が居室に入ってくるため、居室外側の取手を取り外す	5.4	27.4	15.5	51.7	67.2
27 利用者の行動が把握できるよう、靴や腕、椅子、掛け布団に鈴をつける	9.2	26.0	29.8	35.0	64.8
7 点滴や経管栄養のチューブをつけている利用者に対し、チューブを抜かないように、腹巻などで腹部を覆う	25.1	10.7	32.0	32.2	64.2
26 利用者が外に出してしまわないよう、玄関の入り口を施錠する	23.9	12.0	31.4	32.7	64.1
10 皮膚を掻きむしる利用者に対し、掻きむしらないように、腹帯を使用する	20.5	15.5	32.0	32.0	64.0
21 車椅子で自走できる利用者に対し、自由に移動できるよう車椅子ベルトを使用する	25.4	11.5	21.6	41.5	63.1
19 他の利用者や職員に対して暴力行為が見られる利用者に対して、トラブルを避けるため、別の居室に隔離する	18.6	18.9	28.9	33.6	62.5
25 利用者が外に出してしまわないよう、エレベーターに暗証番号をかけ、職員しか操作が出来ないようにする	25.4	12.9	34.0	27.6	61.6
1 ベッドから立ち上がって歩き出すことがある利用者に対し、ベッドを低くし、床にセンサーマットを敷く	26.4	12.2	38.2	23.2	61.4
2 ベッドから立ち上がって歩き出すことがある利用者に対し、離床センサーを設置する	28.9	11.7	35.9	23.5	59.4
6 ベッドから立ち上がって歩き出すことが頻繁に見られる利用者に対し、ステーション前にベッドを移動し対応する	11.4	29.2	30.2	29.2	59.4
29 夜間での利用者の行動がわかるように、夜間帯のみ掛け布団に鈴をつける	14.7	26.3	28.4	30.6	59.0
15 車椅子を使用する利用者に対し、車椅子上での姿勢保持のため、車椅子用テーブルを使用する	35.3	8.4	25.7	30.5	56.2
4 夜間時にベッドから立ち上がって歩き出すことのある利用者に対し、夜間対応としてセンサーマットを使用する	34.0	11.3	33.7	21.0	54.7
9 皮膚を掻きむしる利用者に対し、掻きむしらないように、手指が動くように配慮し、綿の手袋や軍手を使用する	30.8	15.8	24.8	28.7	53.5
5 夜間ベッドから立ち上がって歩き出すことがある利用者に対し、夜間のみステーション前で対応する	18.6	28.1	31.2	22.1	53.3
23 ベッド上でよく動き、転倒・転落をするリスクが高い利用者に対して、ベッドの片方を壁につける	45.1	11.9	23.2	19.8	43.0
16 車椅子を使用する利用者に対し、前傾姿勢で滑落の危険があるため、角度付車椅子を使用する	53.0	11.8	25.6	9.6	35.2
18 椅子に座っている利用者に対し、椅子からずり落ちないように、滑り止めマットを使用する	79.5	8.6	9.2	2.7	11.9

ることに繋がる」など9項目、平均値が3.0以上は、「身体拘束を行うことは、利用者をだますことに繋がる」など9項目であった。一方、「利用者をからかうことに繋がる」「介護する側の負担を増やすことに繋がる」など2項目は平均値3.0を下回り、「当てはまらない」と考えている傾向にあることが明らかになった。(表3)

4. 身体拘束行為の捉え方と属性との関連

経験年数、職種、所有資格といった属性と身体拘束行為の捉え方との関連を見るため、下位尺度得点の平均の差を比較した。

高齢者介護現場での経験年数と身体拘束行為の捉え方の下位尺度得点の平均の差を見るため、一元配置分散分析を行った結果、3項目で有意な差が認められた。TukeyのHSD法による多重比較を行ったところ、有意差が見られた項目では、1年未満の得点は、他の年数と比べ有意に低かった。(表4)

現在の職種と身体拘束行為の捉え方の下位尺度得点の平均の差を見るため、一元配置分散分析を行った結果、3項目で有意な差が認められた。TukeyのHSD法による多重比較を行ったところ、看護職の得点は、他の職種に比べ有意に低か

表2 高齢者介護現場の身体拘束行為の捉え方の因子分析

	I	II	III	IV	
第1因子「センサーの使用」					
2 ベッドから立ち上がって歩き出すことがある利用者に対し、離床センサーを設置する	.98	-.03	-.02	-.02	
1 ベッドから立ち上がって歩き出すことがある利用者に対し、ベッドを低くし、床にセンサーマットを敷く	.91	-.03	.01	.02	
4 夜間時にベッドから立ち上がって歩き出すことのある利用者に対し、夜間対応としてセンサーマットを使用する	.89	.05	-.02	-.02	
3 車椅子から立ち上がったような行動が見られる利用者に対し、車椅子の背もたれにセンサーを取り付ける	.79	.02	.03	.01	
第2因子「腹帯・軍手・腹巻の使用」					
10 皮膚を掻きむしる利用者に対し、掻きむしらないように、腹帯を使用する	-.01	.92	.02	-.07	
9 皮膚を掻きむしる利用者に対し、掻きむしらないように、手指が動くように配慮し、綿の手袋や軍手を使用する	-.02	.72	-.04	.05	
7 点滴や経管栄養のチューブをつけている利用者に対し、チューブを抜かないように、腹巻などで腹部を覆う	.04	.61	.02	.07	
第3因子「施錠・ナンバーロック」					
27 利用者が外に出てしまわないよう、玄関の入り口を施錠する	-.03	.04	.88	-.03	
26 利用者が外に出てしまわないよう、エレベーターに暗証番号をかけ、職員しか操作が出来ないようにする	.03	-.04	.87	.04	
第4因子「ステーション前での対応」					
5 夜間ベッドから立ち上がって歩き出すことがある利用者に対し、夜間のみステーション前で対応する	.02	.003	-.01	.86	
6 ベッドから立ち上がって歩き出すことが頻繁に見られる利用者に対し、ステーション前にベッドを移動し対応する	-.02	.03	.01	.83	
	寄与率	39.054	16.504	9.541	7.314
	Cronbach 係数	.935	.802	.855	.834

った。(表5)

各資格の有無と身体拘束行為の捉え方の下位尺度得点の平均の差を見るため、t検定を行った結果、「社会福祉士」は1項目、「介護福祉士」は3項目、「介護支援専門員」は4項目、「看護師」では3項目に有意な差が認められた。傾向としては、「社会福祉士」、「介護福祉士」、「介護支援専門員」では、資格を持っている職員の得点が有意に高く、「看護師」では、資格を持っている職員の得点が有意に低かった。(表6)

5. 身体拘束行為の捉え方と身体拘束を伴うケアを実践することに対する問題点の関連

身体拘束行為の捉え方と身体拘束を伴うケアを実践することに対する問題点で平均値4.0以上の

項目との関連を見るため、相関分析を行った結果、「センサーマットの使用」については1項目、「腹帯・軍手・腹巻の使用」は3項目、「施錠・ナンバーロック」は8項目に有意な関係が見られたが、「ステーション前での対応」では有意な関係がある項目は見られなかった。(表7)

IV. 考察

1. 高齢者介護現場における身体拘束に対する考え方

本調査より身体拘束と考えられる行為について質問した結果、センサーの使用、腹帯・軍手・腹巻の使用、施錠やナンバーロック等といった、身体拘束となる具体的禁止行為として例示されてい

高齢者介護現場における身体拘束の捉え方の現状

表 3 身体拘束を伴うケアを実践することに対する問題点

	n	M	SD
利用者自身のペースで動くことを認めないことに繋がる	533	4.56	0.75
利用者に恐怖心を与えることに繋がる	534	4.45	0.82
利用者の持っている力を使わせないことに繋がる	536	4.39	0.91
利用者家族に対して苦しみや精神的辛さを与えることに繋がる	535	4.36	0.88
利用者自身の行動を選択することを否定することに繋がる	534	4.31	0.91
利用者の気持ちを理解しないことに繋がる	535	4.26	1.00
利用者のニーズを満たすことにはならない	535	4.20	1.00
利用者自身で考えることや行動をやめさせることに繋がる	531	4.16	1.04
利用者が危険な行動をするというレッテルを貼ることに繋がる	534	4.13	0.96
利用者をだますことに繋がる	534	3.75	1.14
職員に対して苦しみや精神的辛さを与えることに繋がる	534	3.71	1.16
利用者を非難することに繋がる	534	3.69	1.27
職員や他の利用者から排除することに繋がる	533	3.69	1.27
利用者を見捨てることに繋がる	533	3.66	1.41
職員の仕事に対する意欲を低下させることに繋がる	534	3.58	1.18
利用者を生命のない塊のように扱うことに繋がる	534	3.52	1.38
利用者を子ども扱いすることに繋がる	532	3.31	1.34
利用者を軽蔑することに繋がる	532	3.13	1.53
利用者をからかうことに繋がる	532	2.97	1.49
介護する側の負担を増やすことに繋がる	531	2.89	1.23

る行為以外にも、利用者の行動を制限していると考えられる行為が存在していることが明らかになった。身体拘束については、「ゼロへの手引き」で提示されている11の具体的禁止行為に該当するものを拘束行為としているが、今回の調査結果でも明らかになったように具体的禁止行為に該当しない行為でも、利用者の行動を制限していると考えられる行為が多く存在している現状がある。ソーシャルワークは、利用者の生活のしづらさ等の社会的環境要因に目を向け、誰にとっても住み

やすい場所や空間にすることを視野に入れた活動（空閑 2016:33）である。本調査で身体拘束であると明らかになった行為は、現在の枠組みの中では身体拘束と判断することは難しいものであるが、継続して実施することにより行動を制限することになり、結果的に利用者にとって生活のしづらい空間を提供することに繋がってしまう恐れがある。養介護施設従事者による虐待の考え方について、明確な虐待行為とそれ以外と区別し、それ以外は容認されるという捉え方ではなく、サービ

表 4 経験年数と身体拘束行為の捉え方の関連

	1年未満		3年未満		5年未満		10年未満		15年未満		15年以上		F値	多重比較
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
センサーの使用	1.82	0.89	2.53	0.69	2.33	0.75	2.25	0.80	2.49	0.73	2.45	0.79	4.470**	1年未満<3年未満、15年未満、15年以上
腹帯・軍手・腹巻の使用	2.27	0.69	2.22	0.77	2.44	0.69	2.29	0.74	2.36	0.74	2.51	0.68	1.651	n.s.
施錠・ナンバーロック	1.96	0.83	2.40	0.81	2.32	0.87	2.30	0.81	2.53	0.71	2.42	0.80	2.595*	1年未満<15年未満
ステーション前での対応	2.11	0.74	2.49	0.65	2.40	0.66	2.31	0.74	2.41	0.66	2.60	0.61	3.183**	1年未満<15年以上 10年未満<15年以上

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

表5 職種と身体拘束行為の捉え方の関連

	管理職		施設長		介護主任		リーダー職		相談援助職		一般介護職		看護職		その他		F値	多重比較	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD					
センサーの使用	2.46	0.76	2.75	0.35	2.39	0.85	2.50	0.75	2.60	0.68	2.35	0.77	2.30	0.88	2.17	0.88	0.931		n.s.
腹帯・軍手・腹巻の使用	2.67	0.45	2.83	0.24	2.58	0.52	2.36	0.77	2.47	0.68	2.39	0.70	1.90	0.78	2.25	0.77	2.922**		看護職<管理職、介護主任、一般介護職
施錠・ナンバーロック	2.81	0.56	2.67	0.58	2.47	0.67	2.59	0.67	2.50	0.69	2.39	0.78	1.88	0.92	2.06	0.97	4.054***		看護職<管理職、リーダー職、一般介護職 その他<リーダー職
ステーション前での対応	2.54	0.56	2.50	0.71	2.81	0.40	2.56	0.57	2.40	0.77	2.41	0.68	2.08	0.84	2.35	0.67	2.462*		看護職<リーダー職

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

表6 所有資格と身体拘束行為の捉え方の関連

	センサーの使用			腹帯・軍手・腹巻の使用			施錠・ナンバーロック			ステーション前での対応			
	M	SD	F値	M	SD	F値	M	SD	F値	M	SD	F値	
社会福祉士	なし	2.35	0.78	8.679**	2.35	0.73	2.047	2.37	0.80	1.619	2.41	0.68	1.176
	あり	2.81	0.52		2.56	0.58		2.58	0.70		2.56	0.67	
介護福祉士	なし	2.22	0.82	11.163**	2.17	0.77	20.291***	2.20	0.86	14.621***	2.36	0.72	2.208
	あり	2.46	0.74		2.47	0.67		2.48	0.74		2.45	0.65	
介護支援専門員	なし	2.32	0.79	14.49***	2.33	0.74	6.03*	2.34	0.81	8.863**	2.38	0.69	12.49***
	あり	2.71	0.60		2.56	0.59		2.65	0.63		2.69	0.54	
看護師	なし	2.39	0.76	2.764	2.41	0.70	20.579***	2.42	0.78	9.479**	2.44	0.66	6.149*
	あり	2.20	0.91		1.93	0.79		2.04	0.93		2.19	0.78	
介護職員初任者研修修了者	なし	2.38	0.79	0.032	2.32	0.75	2.425	2.36	0.81	0.441	2.44	0.68	1.109
	あり	2.36	0.76		2.43	0.67		2.41	0.78		2.37	0.68	
その他	なし	2.38	0.77	0.748	2.37	0.71	1.475	2.39	0.79	0.653	2.42	0.68	0.114
	あり	2.27	0.84		2.23	0.84		2.29	0.87		2.38	0.68	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

スの質という観点から連続性として捉える必要がある(吉川2016:155)との指摘がある。具体的禁止行為に該当しないことを良しとするのではなく、それら行為が利用者の行動を制限し、生活しづらい環境を提供することに繋がってしまうことを認識することが重要である。

2. 経験年数による身体拘束に対する考え方

調査結果より、身体拘束と考えられる行為と介護現場での経験年数との関連性については、統計的に優位な関係性が認められ、介護現場での経験年数によって、身体拘束行為に対する考え方に違いがあることが明らかになった。身体拘束に対する認識の違いについて、「介護現場に介護保険法施行後の『身体拘束ゼロ作戦』を知らない人達が増え、当時関わってきた人たちと温度差がかなりある」(柴尾2016:29)との指摘がある。身体

拘束廃止に向けた取り組みが始まり約20年の歳月が経過している中で、取り組みが始まった時期から廃止の取り組みを実践している職員とこれから身体拘束廃止に向けて実践していく職員の間には、「何をもって利用者の行動を制限することになるのか」といった考え方に違いが生じているといえ、本調査の結果にも影響していると考えられる。

3. 専門職の立場での身体拘束に対する考え方について

調査結果より、身体拘束と考えられる行為と職種間、所有資格との関連性について、相関関係を確認することで、各職種や所有資格によって認識の違いがあり、特に看護職、看護師の資格を持っている職員に身体拘束であるという認識が低いことが明らかになった。

表7 身体拘束行為の捉え方と問題点との関連

	センサーの使用	腹帯・軍手・腹巻 の使用	施錠・ナンバー ロック	ステーション前 での対応
利用者自身のペースで動くことを認めないことに繋がる	.131	.156	.263 **	.122
利用者に恐怖心を与えることに繋がる	.228 **	.198	.238 **	.137
利用者の持っている力を使わせないことに繋がる	.153	.205 **	.27 **	.112
利用者家族に対して苦しみや精神的辛さを与えることに繋がる	.198	.195	.241 **	.093
利用者自身の行動を選択することを否定することに繋がる	.173	.226 **	.296 **	.174
利用者の気持ちを理解しないことに繋がる	.172	.21 **	.282 **	.187
利用者のニーズを満たすことにはならない	.133	.197	.243 **	.146
利用者自身で考えることや行動をやめさせることに繋がる	.147	.198	.297 **	.193
利用者が危険な行動をするというレッテルを貼ることに繋がる	.113	.172	.164	.182

**p<.01

ソーシャルワークの立場から考える高齢者虐待行為は、「ソーシャルワークの価値基盤である『人権』を侵害・否定し、『社会正義』に反する社会的行為」（副田 2008:4）と位置付けられている。このことは身体拘束行為でも同等であるといえる。身体拘束行為については、「生活の質を低下させるだけではなく、人として尊厳を侵す行為であり、人権擁護の面からもあってはならないもの」（岩間 2014:107）との指摘がある。このことから身体拘束は、ソーシャルワークの側面から見た場合、人としての尊厳を侵害・否定する行為であり、あってはならないものと捉えている。一方、看護職として介護現場に従事する職員は、「利用者の自傷行為や他者の暴力を回避するため」に身体拘束を実施することはやむを得ないと認識を持っていることが明らかになっている（山口 2017:66）。このように、各々の専門職として立場や資格による専門性の違いによって、身体拘束に対する考え方が異なっている。本調査において身体拘束に対する考え方に違いが生じた背景には、このような背景が影響していると考えられる。

ソーシャルワーク実践は、社会の中で、社会の一員としての個人の福祉、一人ひとりの福祉が保障されている状態という社会福祉の意味を実現する活動である（空閑 2016:27）。高齢者介護施設では、利用者やその家族に対する相談業務を実践する相談員など施設ソーシャルワークを実践す

る専門職（和気 2006:21）、ケアワーカーなど身体介護や家事援助を通じた心理的支援、情報提供といった社会支援など個々の利用者を理解した上でソーシャルワーク的な専門性を持った専門職（上田ら 2012:24）、看護師など医療的支援から生活支援を行っている専門職などが、利用者一人ひとりの福祉が保障される状態の実現に向けた支援を実践している。ソーシャルワーカーの倫理綱領でも明記されているように、ソーシャルワーカーは共に働く専門職に敬意を払い、連携・協働していくことが求められている。つまり高齢者介護現場に従事する専門職は、互いに敬意をもって連携し、利用者一人ひとりの福祉が保障される生活支援を実践していくことが必要となる。そのためにも、お互いの専門職としての専門性を理解することが重要であるといえる。

4. 認知症の人に対する価値観と身体拘束に対する考え方との関連

調査結果より、身体拘束を伴うケアを実践することについては、パーソン・フッドを傷つける行為という認識であり、そのことが身体拘束に対する考え方に影響していることが明らかになった。高齢者虐待は、「高齢者の生命・健康・自由・尊厳・人権を侵害・否定する行為」（副田 2008:8）と位置付けられており、身体拘束も同等の意味合いを持つ行為といえる。パーソン・フッドを傷つけることは、認知症の人の尊厳を侵害する、すな

わち「その人らしさ」を否定することに繋がる。本調査において、パーソン・フードに対する意識が身体拘束に対する考え方に関連していることが明らかになっていることから、認知症の人に対する価値観が身体拘束を考える上で重要な指標になっているといえる。

5. 「その人らしさ」を中心とした身体拘束の捉え方

高齢者介護現場における身体拘束に対する捉え方を考える上で重要なことは、自分自身の行動が、利用者の「その人らしさ」を大切にすることに繋がっているのかを考えることである。ソーシャルワーク実践は、利用者がどういう人生を送りたいのか、どういう生き方をしたいのかを大切に営みであり、その人らしい生活や人生、生き方を支えていく役割（空閑2016:28）を有している。本調査では、身体拘束を考える背景として「利用者に恐怖心を与えることに繋がる」、「利用者の持っている力を使わせないことに繋がる」など、認知症の人が持っている価値を低めること、つまり「その人らしさ」を傷つけることに繋がっているかどうかの影響していることが明らかになった。

調査結果で明らかになったセンサーの使用、腹帯・軍手・腹巻、ナンバーロックなどの行為は、現在規定されている枠組みの中では、身体拘束であると明確に判断することが難しい行為である。しかしこれらの行為が利用者の「その人らしさ」を脅かすことに繋がる行為であるならば、身体拘束として捉えていくことが重要である。高齢者虐待行為に対する捉え方について、介護者にそのつもりがなくとも結果的に虐待を行ってしまっているもの（非意図的虐待行為）が存在しており、高齢者虐待防止法の対象規定に明確に合致するものにとどまらず、広い概念（高齢者の権利・利益の侵害や生命・健康・生活の損害）として捉えることが必要であることが指摘されている（認知症介護研究・研修仙台センター2008:13）。Bonnieら（=2008:88）は、“Mistreatment”の概念を使い、「高齢者へのケア提供者、あるいは高齢

者と信頼関係にある他者によって弱い立場にある高齢者に被害を生じさせる（危害を与えることを意図したか否かに関わりなく）、あるいは被害の深刻な危険を生じさせる故意の行為」と定義づけている。このように高齢者虐待行為を考えていく上で、専門職自身の関わり方が、利用者の「その人らしさ」にどのような影響があるのかを考えることが重要であり、高齢者虐待行為の一部でもある身体拘束についても同様であるといえる。

利用者が「その人らしさ」を感じる要因には、利用者の置かれている環境も大きく影響してくる。つまり「その人らしさ」を感じる生活支援を実践するには、「人と環境の相互作用」に焦点を当てた支援が必要であるといえる。身体拘束を伴うケアが実践されている背景には、施設の組織風土や生活環境など環境要因が大きく影響している。利用者が身体拘束なく「その人らしさ」を感じて生活できるよう支援していくためには、環境要因にも介入していくことがソーシャルワーク実践では求められているといえる。

利用者が「その人らしさ」を感じて生活できているかを考える視点として、「認知症の人の心理的ニーズ（以下：心理的ニーズ）」が満たされている状態になっているかということが重要になってくる。「心理的ニーズ」とは、「くつろぎ」、「自分が自分であること（自分が誰であるかを知っていること、過去との連続性を感じていること）」、「愛着・結びつき」、「たずさわること」、「共にあること」の5つのニーズが重なりあい、愛（無条件で受容する）という中心的ニーズに向かっていくものである（Kitwood=1997; Brooker=2007）。このことから、「その人らしい」生活を支援するためには、専門職の行動や関わり方だけではなく、環境面も含め心理的ニーズを満たすことに繋がっているかを考えていくが必要であり、身体拘束を考えていく上でも重要な視点であるといえる。

上記の点を踏まえ、今後高齢者介護施設で身体拘束の捉え方を考えていく中で必要な取り組みとして、以下の2点が考えられる。

第1に、認知症の人が「その人らしさ」を実

感できる生活環境の構築である。介護現場において、認知症高齢者に対し身体拘束を伴うケアが行われている現状が存在しており、その背景には、認知症の人が行う行動に対する偏ったイメージが影響しているといえる。本調査においても、「ベッドから立ち上がる」、「皮膚を掻きむしる」などの行動に対して行動制限を行うことについては、多くの専門職が身体拘束であると認識している一方、一部の専門職は身体拘束にはならないと認識していることが明らかになっている。このことから、認知症の人の行動に対する理解を深めることが重要であるといえる。認知症の人の行動は、不安やストレスなどの心理的要因に加え、不適切な施設環境など環境要因が影響し誘発されることが多い。認知症の人の行動については、①介護する人からみれば不可解と思われる行動であっても、認知症の人にとっては意味のある行動と捉える必要があること、②認知症の人の示す行動はメッセージとして捉えなければならない（加藤2013:36）との指摘がある。このように認知症の人は、自らの行動によって生活しづらい環境になっていることを伝えていることになる。認知症の人の行動から、何が生活のしづらさを感じる要因となっているのか本人視点でアセスメントし、「その人らしさ」を実感できる施設環境の整備をしていくことが重要である。

第2に、専門職間での考え方を共有する機会を作ることである。身体拘束廃止に向けた取り組みを考える中で、施設内で身体拘束に対する共通の考えを持つことは重要なことである。高齢者虐待の防止策として、情報を共有するための仕組みやチームでの意思決定の仕組みを明確にすることが指摘されている（認知症介護研究・研修仙台センター2009:18）。調査結果より、介護の経験年数、職種、所有資格によって身体拘束に対する考え方に違いが生じていることが明らかになっている。多くの専門職が従事する介護現場において、それぞれの介護経験や専門性における身体拘束に対する考え方の違いを認めた上で、身体拘束廃止に向けて取り組んでいくことが必要である。そのためには、施設研修会や勉強会などを通じ

て、利用者にとって「その人らしさ」を感じることができる生活環境はどのようなものなのか等、各々の専門職としての考え方を共有する機会を構築し、施設全体で共通の認識を持つことが重要である。

V. まとめ

本研究を通じて、現在の高齢者介護現場における身体拘束に対する考え方、特に身体拘束となる具体的禁止行為以外にも利用者の行動を制限していると考えられる行為が存在していることを明らかにすることができたことは、本研究の成果であるといえる。またソーシャルワークの視点を用いた認知症ケアの研究があまり多くない中で、ソーシャルワーク視点から認知症ケアのありかたを検討することができたことも本研究の成果ともいえる。

本研究では、認知症の人の尊厳が侵害・否定されている背景には、環境要因が影響しており、「人と環境との相互作用」の焦点を当てたソーシャルワーク実践が、認知症ケアの実践には求められていることが明らかになった。現在の高齢者介護現場では、認知症を発症している利用者が多くなってきている中で、認知症ケアに求められる高い倫理観と価値に基づいたソーシャルワーク実践（汲田2014:177）をもとに、認知症の人の望む生活を実感できる生活環境を構築することがソーシャルワーク専門職には求められている。そのことが高齢者介護現場における身体拘束を伴うケアを廃止することに繋がってくるといえる。

本研究では、一部の高齢者介護施設職員を対象とした調査であったため、本研究の結果をもとに身体拘束の捉え方を一般化することは難しいが、今後対象施設を拡大し、本研究で得られた結果を踏まえ、高齢者介護現場における身体拘束の捉え方について検討していく。

謝辞

最後に本研究にご協力いただきました13施設の施設職員の皆様に、この書面をお借りし厚く御礼申し上げます。

す。なお本研究は、2018年ソーシャルワーク学会会員研究奨励費による助成事業の一環として行ったものである。

引用文献

安藤みゆき (2016) 「子ども虐待の境界線を探る：保育士を目指す大学生と一般大学生のピネット調査による試み」『茨城女子短期大学紀要』(43), 54-46.

Bonnie RJ, Wallace RB (2003) *Elder Mistreatment; Abuse, Neglect, and Exploitation in Aging America.*, The National Academies Press. (=2008, 多々良紀夫監訳『高齢者虐待の研究：虐待, ネグレクト, 搾取究明のための指針と課題』明石書店.)

千葉県 (2012) 「平成23年度千葉県身体拘束実態調査結果報告書」, 千葉県健康福祉部高齢者福祉課.

Dawn Brooker (2007) *Person-centred dementia care: making services better.*, jessica kingsley publishers ltd. (=2010, 水野裕監修『VIPSですすめるパーソン・センタード・ケア』クリエイツかもがわ.)

江口賀子 (2011) 「III-2 身体拘束・抑制と高齢者虐待防止」倉田康路・滝口真監修『高齢者虐待を避け—家庭・施設・地域での取り組み』法律文化社, 110-126.

岩間伸之 (2014) 『支援困難事例と向き合う 18 事例から学ぶ援助の視点と方法』中央法規出版.

介護労働安定センター (2020) 「令和元年度介護労働実態調査」.

加藤伸司 (2013) 「第2章 認知症の人のためのアセスメントとはなにか」日本認知症ケア学会監修『認知症ケアのためのケアアセスメント』ワールドプランニング, 33-42.

空閑浩人 (2016) 『ソーシャルワーク論』ミネルヴァ書房.

汲田千賀子 (2015) 「ソーシャルワーク実践における基本的価値—認知症ケアの事例を通じて」『中京大学現代社会学部紀要』9(1), 171-190.

厚生労働省 (2001) 『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—』.

厚生労働省 (2021) 「令和元年度高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」.

長崎県 (2020) 「令和元年度 身体的拘束に関する実態調査」, 長崎県長寿社会課.

認知症介護研究・研修仙台センター (2008) 『高齢者虐

待を考える—養介護施設従事者等による高齢者虐待防止のための事例集』, 認知症介護研究・研修仙台センター.

認知症介護研究・研修仙台センター (2009) 『施設・事業所における高齢者虐待防止学習テキスト』, 認知症介護研究・研修仙台センター.

柴尾慶次 (2016) 『「身体拘束ゼロ作戦」の新たな展開を (特集 高齢者虐待防止の強化に向けて)』『介護保険情報』17(3), 26-30.

滋賀県 (2014) 「平成25年度滋賀県身体拘束実態調査結果報告書」, 滋賀県健康福祉部医療福祉推進課.

副田あけみ (2008) 「高齢者虐待とソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』34(2), 5-14.

高橋重宏・庄司順一・中谷茂一・山本真美・奥山真紀子・加部一彦・加藤純・才村純・北村定義 (1996) 『「子どもへの不適切なかかわり (マルトリートメント)」のアセスメント基準とその社会的対応に関する研究 (3)—子ども虐待に関する多職種間のピネット調査の比較を中心に—』『日本総合愛育研究所紀要』第33集, 127-141.

特定非営利活動法人日本ソーシャルワーカー協会 (2020) 「ソーシャルワーカーの倫理綱領」.

Tom Kitwood (1997) *DEMENTIA RECONSIDERED the person comes first.*, Open University Press. (=2017, 高橋誠一訳『認知症のパーソンセンタードケア—新しいケアの文化へ』クリエイツかもがわ.)

上田正太・竹本与志人・岡田進一・白澤正和 (2012) 「特別養護老人ホームの生活支援が行うソーシャルワーク実践の構造に関する検討」『ソーシャルワーク学会誌』(24), 15-27.

和気純子 (2006) 「介護保険施設における施設ソーシャルワークの構造と規定要因—介護老人福祉施設と介護老人保健施設の比較分析を通じて」『厚生指針』53(15), 21-30

山口光治 (2009) 『高齢者虐待とソーシャルワーク』みらい.

山口友佑 (2017) 「介護現場における『緊急やむを得ない』身体拘束の廃止に向けた視座に関する研究」東洋大学大学院 福祉社会デザイン研究科 2016年度博士論文.

吉川悠貴 (2016) 「第1章 V. 認知症の人の権利擁護」認知症介護研究・研修センター監修『認知症介護実践者研修標準テキスト』ワールドプランニング, 140-160.

The Current State of Perception of Physical Restraint in Elderly Care Settings

Based on a vignette survey of social welfare professionals

YAMAGUCHI Yusuke

(OBU CENTER for DEMENTIA CARE RESEARCH and PRACTICES)

YAMASHITA Koki

(JAPAN HEALTH CARE COLLEGE)

HIRATSUKA Ryoko

(UNAFFILIATED)

NOMURA Toyoko

(NIHON FUKUSHI UNIVERSITY, Faculty of Social Welfare)

Keywords : Physical restraint, Vignette survey, Dementia care

A questionnaire survey was conducted on 693 social welfare professionals with the aim of examining how physical restraints are perceived in elderly care settings. (Valid response rate : 77.9%)

As a result, four factors were extracted as actions considered to be physical restraint : “use of sensors,” “use of belly band, work gloves, and stomach band,” “locking and number locking,” and “response in front of

the nursing station”. Significant correlations were found with years of experience, job title, and qualifications held.

From this, it became clear that in considering physical restraint, social work practice that respects “the person’s character” requires (1) unity of perceptions about people with dementia and (2) opportunities to share ideas among professionals.