

首都医科大学_中国老年学和老年医学学会リハビリ分会
2025年学術年会 論文

対応部門と項目

(四) 看護部門

3. 中医学看護専門診療の構築と発展

尊厳介護による身体拘束ゼロの実践と介護経営改革

——日本の制度知を基にした中国への段階的提言——

通过尊严护理实现零身体约束的实践与养老机构经营改革

——以日本制度经验为基础对中国的阶段性引进建议——

Dignified Care and the Abolition of Physical Restraints: Practical Applications and Management Reform in Elder Care

— A Step-by-Step Proposal for Adoption in China Based on Japan's Institutional Experience —

日本ウエルエージング協会 小川利久

【摘要】

本研究は、日本の介護保険制度の中核理念である「高齢者の尊厳の保持と自立支援」に基づく介護実践を「尊厳介護」として定義し、その中でもとりわけ重要なテーマである「身体拘束ゼロ」の取り組みについて分析する。加えて、身体拘束廃止が認知症高齢者のBPSDを改善し、介護職の負担軽減、離職防止、施設経営の収支改善に結びついた実践事例を提示する。これを基に、制度・文化の異なる中国において段階的導入が可能な政策的枠組みとマネジメント手法を提案する。

【中文摘要】

本研究将日本介护保险制度的核心理念“保障老年人尊严与促进自立”作为出发点，提出“尊严护理”概念，并重点分析实现“零身体约束”的实践路径。通过实际案例说明，解除身体约束可有效改善认知症老年人的BPSD，减轻护理人员负担，降低离职率，并提高养老机构的经营效益。在此基础上，本文提出适用于中国不同制度与文化背景的阶段性引进与管理模式建议。

【English Abstract】

This study defines “Dignified Care” as a practice based on the core principle of Japan’s long-term care insurance system—preserving the dignity and promoting the independence of older adults. It focuses particularly on the implementation of “zero physical restraints,” analyzing its effects on reducing BPSD in dementia patients, lightening caregiver workload, preventing staff turnover, and improving financial performance in care facilities. Using actual Japanese case studies, the paper presents a structured policy and management model for phased adoption in China, considering the differing institutional and cultural contexts.

第1章　序論：認知症介護における身体拘束の再考とその国際的意義

高齢社会を迎える多くの国々において、認知症高齢者の介護は医療・介護の最重要課題のひとつとなっている。とりわけ、認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応は、現場の職員にとって大きな負担となり、しばしば「身体拘束」という手段が選択されてきた。

中国においても、急速な高齢化にともない認知症者が急増するなか、医療的管理を優先する体制のもとで身体拘束が広く用いられている。しかし、筆者が長年関わってきた日本の介護現場でも、かつては同様に「転倒防止」「徘徊予防」「人手不足への対応」といった理由から、身体拘束が当然視されていた時代があった。

だが、日本は2000年代初頭から「身体拘束ゼロ」への転換を国全体で進めてきた。それは単なる倫理的主張ではなく、「身体拘束をなくすことこそが、現場の人手不足を真に解消する道である」という実践に基づいた判断であった。

この考え方は一見矛盾しているように見えるかもしれない。人手が足りないからこそ、拘束が必要なのではないか、そうした思い込みこそが、現場の疲弊と悪循環を生み出してきた。

実際には、身体拘束を行うことで高齢者的心身機能は低下し、BPSDが悪化し、より多くの職員対応が必要になるという結果が明らかになってきた。逆に、身体拘束を排除し、信頼関

係や環境・リズム・非言語的コミュニケーションを重視するケアへと移行することで、高齢者のQOL（生活の質）は向上し、職員の心身的・時間的負担も軽減されるという成果が積み重ねられてきた。

本論文では、筆者がこれまで日本の複数の高齢者施設において実践してきた「身体拘束ゼロ」と「BPSD改善」の取り組みを振り返りつつ、その理論的背景と制度的支援のあり方を紹介する。そして、超高齢社会を迎える中国にとって、この日本の経験がいかなる形で応用可能であるかを検討し、科学と人道主義が両立する認知症ケアの国際的モデルとして提案を試みる。

【尊厳介護の定義と本論文における位置づけ】

本論文において筆者が用いる「尊厳介護」という用語は、日本の介護保険制度の理念に明記されている「高齢者の尊厳の保持と自立支援」という目的に基づくものである。すなわち、高齢者が人生の最終段階に至るまで、その人らしく生きることを支え、尊厳ある生活を保障することを中心とする介護の在り方である。

具体的には、以下の4つの視点を包括的に捉えるものである。

1. 重度化のなかでも生活の質を維持する支援
2. 残存機能の活用と自立支援による自己決定の尊重
3. 介護する家族の身体的・心理的負担の軽減
4. 高齢者の社会的孤立を防ぎ、地域とのつながりを回復する支援

筆者は長年にわたり、日本の多様な高齢者介護の現場において、上記の理念を軸とした実践を積み重ねてきた。身体拘束を行わない介護、認知症に対する非薬物的アプローチ、看取りにおける家族との信頼構築、職員の成長を支える人材育成など、その内容は制度・組織・文化の領域にまたがる包括的な実践知である。

本稿では、これらの一連の実践を総称して「尊厳介護」と呼び、その理念と手法が、制度や文化の異なる中国においても応用可能であるかを検証する。

第2章　日本における身体拘束ゼロ政策の歴史と制度的支援

2-1 身体拘束をめぐる日本の制度的転換

日本では、2000年に介護保険制度が施行されたのを契機に、**身体拘束の排除を明確に国の方針とする介護改革が始まった**。2001年には厚生労働省が「身体拘束ゼロへの手引き（マニュアル）」を発行し、以降、施設内での身体拘束は原則禁止とされている。

これと同時に、「身体拘束廃止委員会の設置」「拘束廃止に向けた職員研修の義務化」「拘束を行う場合の記録と報告の義務化」などが制度化され、**身体拘束を行う場合には「3つの要件（緊急性・非代替性・一時性）」をすべて満たすことが求められるようになった**。

さらに、身体拘束ゼロの取り組みを推進する施設には「身体拘束廃止未実施減算」が適用される一方、認知症介護に関する質の高い取り組みには加算報酬が用意されるなど、報酬制度とも連動した実効性の高い政策設計が進められた。

2-2 制度の具体的支援内容と実装

以下に、日本の主要な制度的取り組みを整理する。

年	制度・政策	内容
2000年	介護保険制度施行	公的保険による介護給付開始。身体拘束に対する意識改革の契機となる
2001年	厚労省「身体拘束ゼロへの手引き」発行	原則禁止・3要件明記・委員会設置等を推進

2006年	指針義務化	施設ごとに身体拘束廃止に関する指針の作成が義務付けられる
2009年以降	各種加算制度導入	認知症加算、職員教育加算、排泄・夜間介護加算等による評価制度設置
2012年	研修義務の強化	年1回以上の身体拘束廃止研修を義務化（特養など）
2020年代	科学的介護情報システム（LI-FE）との連動	ケア記録と質の見える化が制度的に進展

これらの施策は、倫理的観点だけでなく、運営とマネジメントの視点からも介護の質を高める仕組みとして整備されたものである。

2-3 制度導入による具体的な成果と変化

身体拘束ゼロの方針と制度整備により、日本の介護施設では以下のような変化と成果が観察されている。

（1）身体拘束実施率の減少

厚生労働省の2024年報告によれば、特別養護老人ホームにおける身体拘束率は平均5%未満にまで減少。20年前の約25%と比較して大幅に低下している。

（2）BPSD悪化の防止と高齢者QOLの向上

介護保険制度のスタート時から「治療から介護へ」をスローガンに掲げ、身体拘束の回避とともに、音楽療法、回想法、環境調整などの非薬物的アプローチが導入され、高齢者の心理的安定と活動意欲の改善が報告されている。

（3）苦情・事故・離職率の低下

身体拘束を行わずに信頼関係に基づく介護を実施することで、家族からの苦情件数の減少、転倒・事故の発生件数の低下が見られ、職員の介護満足度や定着率向上にもつながった（複数のNPO・自治体調査より）。

（4）介護の可視化と評価制度の進展

介護施設などの事例検討会、介護保険に設置された「LIFELong-term care Information system For Evidence（科学的介護情報システム）」等の科学的介護情報システムと連動し、身体拘束の有無や介護内容が定量的に評価可能となったことで、質の高い介護を実践する施設の「見える化」が進んでいる。

2-4 まとめ：制度と実践の統合モデルとしての意義

日本が構築してきた「身体拘束ゼロ」政策は、単なる倫理的スローガンではなく、制度・報酬・現場運営の三位一体の改革モデルである。そしてこれは、慢性的な人材不足と高齢者の増加という構造的課題を抱える中国の介護現場に対しても、有益な示唆をもたらす可能性がある。

次章では、筆者が実際に関わってきた日本の施設運営における事例を紹介しながら、身体拘束廃止とBPSDケアの改善が、いかに現場のQOLと生産性に好影響を与えているかを具体的に検証する。

第3章 事例検討：身体拘束ゼロとBPSD対応の現場実践

本章では、筆者が関与してきた日本国内の高齢者施設における身体拘束廃止の実践事例を通じて、その効果と課題、現場への影響を考察する。特に、認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する非拘束的介護の実際と、それが介護の質や職員の負担、離職防止に与えた影響に着目する。

3-1 事例1：徘徊・興奮の強い認知症高齢者への対応

■ 背景

- 対象者：89歳女性、アルツハイマー型認知症
- 主訴：夜間の徘徊と大声、興奮状態が頻繁。転倒歴あり。
- 施設状況：特別養護老人ホーム（ユニット型）、介護職員の夜間体制は配置基準通り（2ユニット20名に1名の夜勤者配置）。

■ 従来の対応

- 夜間は4点柵・ミトン装着による身体拘束が常態化
- 拘束中にも叫び声や拒否があり、職員対応は疲弊
- 家族からも「もっと穏やかに暮らせるようにしてほしい」と要望

■ 新たなアプローチ

- 身体拘束の全廃方針を施設全体で決定（身体拘束廃止委員会主導）
- 対象者には以下の介護を実施：
 - 照明・音環境の調整（夕方の刺激低減）
 - 職員による「声かけ」や非言語的接触のパターン化
 - 日勤帯の介護の見直し、夜間前の足浴とハーブティーによる安心感創出
 - 回想法・語想法による家族写真を活用した安心誘導
 - 定時巡回による予防的見守り（記録もICT化）

■ 結果

- 拘束廃止後、1週間程度で夜間徘徊と叫び声が大幅に減少
 - 入眠までの時間が安定し、転倒リスクも減少
 - 職員は「緊急対応」が減ったことで他の利用者への対応が可能に
 - 家族からは「本人らしい穏やかな表情が戻った」との評価
-

3-2 事例2：身体拘束のない介護文化が職員定着率を向上させた施設の取り組み

■ 背景

- 地域密着型介護施設（2ユニット定員18名、職員数約9名）
- 施設開設当初から「身体拘束ゼロ・尊厳的な火薬物療法による介護」を掲げる
- 年間離職率：開設時（2012年）25% → 2021年には7%以下に改善

■ 主な取り組み

- 定期的な研修（身体拘束ゼロ・BPSD対応・チーム力向上の理解）
- スタッフ会議において「難しい事例共有」「非言語コミュニケーション（笑顔、目線、言葉遣い）」研修の実施
- 利用者ごとの「日常の快・不快リスト」の可視化
- 家族・地域住民との連携による「介護の透明性」の確保

■ 成果と効果

- BPSDの重い利用者を受け入れても職員が離職しにくい文化が形成
 - 拘束せずに介護をすることが「誇り」や「専門性」として共有され、モチベーションに
 - 苦情件数も年々減少し、逆に家族からの感謝の声が増加
 - 新規職員の定着率向上と、ベテラン職員の育成が自然に循環
-

3.3 考察：身体拘束ゼロがもたらす介護現場の好循環

これらの事例から明らかなように、身体拘束を排除することは、単に高齢者のQOLを高めるだけでなく、職員の働きがい・チームの安定性・ケアの生産性を高める複合的効果をもたらしている。

従来は「拘束しなければ危ない」「人手がないから仕方ない」とされてきた認識が、実践の積み重ねにより逆転し、「拘束しないからこそ現場が回る」という価値転換が生まれた。

日本におけるこうした実践知は、制度や文化の違いを前提としつつも、中国においても人手不足やBPSD対応という共通課題に直面している現場に対して、極めて有効な参考モデルとなる可能性を持っている。

第4章 身体拘束ゼロを支える運営体制と人材育成の仕組み

身体拘束を行わずに認知症高齢者のBPSDに対応するためには、個別ケアの技術や倫理意識だけでは不十分である。現場の実践を持続可能なものとするためには、組織全体としての運営方針、教育体制、チームマネジメントが不可欠である。

本章では、身体拘束ゼロを達成・継続する上で重要となる、施設内の運営構造と人材育成の取り組みについて述べ、中国の介護現場への応用可能性についても考察する。

4-1 身体拘束ゼロを組織方針として位置づける

日本の多くの先進的介護施設では、「身体拘束を行わない」ことを施設理念や運営方針に明記している。その上で、施設長や管理者が強いリーダーシップを發揮し、**拘束ゼロを単なる禁止規則ではなく、介護の文化**として浸透させる工夫が行われている。

たとえば以下のような制度が整えられている。

- 身体拘束ゼロ委員会の設置（定期開催・記録管理）
- 職員向けに拘束判断の3要件を繰り返し周知
- 利用者一人ひとり（個別介護）の「QOL評価」や「BPSDプロファイル」の共有
- ケアマネジメント会議でのBPSDケア計画の多職種連携

このように、拘束ゼロは個人の努力ではなく、組織マネジメントの問題であるという認識が根幹にある。

4-2 人材育成と職員教育の実践

身体拘束を行わない介護には、職員の観察力・対話力・共感力が求められる。こうした力は自然に備わるものではなく、教育と経験の積み重ねによって育成されるものである。

教育内容の一例：

分野	内容
倫理	尊厳・人権・インフォームドコンセント
認知症理解	中核症状・BPSDの特徴と意味の理解

介護技術	非言語的コミュニケーション・筆者開発の語想法（脳活物語朗読メソッド）・環境調整技法
記録・共有	観察記録・BPSD発現状況の見える化・情報共有会議
危機対応	転倒・混乱時のチーム介入手順・対応フローの共有

職員研修は、日本人講師によるオンライン研修 + 現場でのOJT（On the Job Training）を組み合わせ、日常の介護現場で「気づきと対応」を繰り返し育てていくことが基本である。

また、「職員の感情・ストレスケア」も重視され、**共感疲労や燃え尽き防止のためのメンタルヘルス支援や対話の場も制度化されている施設が増えている。**

4-3 チーム運営とリーダーの役割

身体拘束ゼロを継続可能にするためには、施設内のチームワークが極めて重要である。

- 介護の統一方針を持つ
- 情報共有をこまめに行う
- 「わからない・不安」を言える空気をつくる
- 施設長など管理者教育の実践（日本から提供、中国と日本のチーム編成化）
- 管理者が率先して現場に入り、職員と対話する
- 医療との連携は介護現場で働く看護師が担う（日本の生活を支える看護師の会との連携体制作り）

特にユニットリーダーやサブリーダーは、**現場の声を吸い上げつつ、理念を体現する存在として機能しなければならない**。これが介護の質と職員の安心感を支える中核である。

4-4 中国における応用可能性と導入のポイント

中国の介護現場においては、まだ多くの施設が医療モデルに近い「管理型」の運営スタイルをとっている。身体拘束を行うことが「安全対策」や「医師の指示に基づく合理的手段」とされているケースも多い。

しかし以下のような段階的導入ならば、身体拘束ゼロの考え方は十分に適用可能である。

応用のステップ：

1. 施設方針として尊厳ある介護を掲げる
2. 1~2名の実践リーダーを育てる（核となる指導者になるリーダー育成制度）
3. 家族や地域への説明・啓発活動を行う（共感を得る）
4. 拘束ゼロの見える成果（BPSD改善・事故減少）を共有する
5. マニュアルだけでなく語り合い・振り返りの文化を根づかせる

このような形で、「制度化よりも先に文化化を進める」アプローチは、制度整備が進行中の中国にとっても現実的であり、介護現場の士気と質を同時に高める可能性を持っている。

まとめ

身体拘束ゼロを支えるのは、単なる技術や制度ではなく、人を育てる組織文化と、介護を語り合うチーム力である。

それは「人手不足だから拘束する」のではなく、「人手不足だからこそ拘束しない」方が、介護現場を回し、持続可能にする」という逆説的真理の実現である。

この章で述べた日本の実践知は、文化や制度の違いを乗り越え、共通する人間理解とケアの根幹において、必ずや中国の介護実践の未来に貢献しうるを考える。

第5章：介護経営における身体拘束ゼロの経営的インパクトと実証効果

身体拘束ゼロの取り組みは、高齢者のQOL向上や職員の精神的負担の軽減にとどまらず、施設および在宅介護事業の経営的パフォーマンスの向上にも直結している。本章では、筆者が関与した施設経営および在宅介護経営の実践に基づき、身体拘束廃止がいかにして稼働率・利益率・差別化・人件費構造に影響を与えたかを、具体的な数値と事例で示す。

5-1. 施設経営における改善効果（特別養護老人ホームの例）

■ 経営構造の変化（筆者シミュレーション例：80室全室個室ユニット型施設）

項目	身体拘束あり (以前)	拘束ゼロ後 (現在)	改善効果
稼働率	約85%	95～98%	+12～15%向上
受け入れ困難者	年間1～2名	年間8～10名	+5倍：BPSD中重度者受け入れ可
苦情件数	年15～20件	年3～5件	-70%以上
介護職離職率	約30%	約8～10%	-2/3に改善
人件費比率（売上比）	約72%	約65%	-7%：効率化による負担分散
利益率（経常利益）	約3%	約9%	3倍改善

■ 時間効率と人員配置の具体的効果（1日当たり）

- 徘徊や興奮への個別対応によるナースコール数 30%減少
 - 食事・排泄・移乗介助のうち「30分業務 → 15～20分で対応」可能な事例多数
 - 夜間巡回や転倒対応が減ることで夜勤者負担軽減 → 2ユニット1人配置の安定化
-

5-2. 差別化戦略としての「拘束ゼロ」ブランド

施設・在宅共に、「身体拘束ゼロ」「尊厳介護」「難しい人も受け入れる」という方針は、次のようなブランド力を生む：

- 紹介元（病院・地域包括）からの信頼性の向上
 - “選ばれる施設”として入居者待機リストが形成
 - 家族からの紹介・SNSなどを通じた認知度拡大
 - 人材採用時の訴求力が強く、応募数が2～3倍に
-

5-3. 経営効率の可視化：人件費 × 利益率 × QOLの同時改善

視点	従来型	身体拘束ゼロ型	メリット
利用者満足	「不安・混乱」	「安心・尊厳」	苦情減、在宅復帰も可
職員の働き方	「拘束介助・記録・トラブル対応」	「共感・予防・柔軟対応」	離職減、笑顔と余裕増
経営面	稼働不安・人件費高・離職多	稼働安定・人件費低減・利益増	安定黒字・拡張可能性

5-4.まとめ：身体拘束ゼロは経営改革の核である

身体拘束ゼロの実践は、介護現場における倫理と尊厳の実現であると同時に、**経営の安定・成長戦略**にも直結する実践的手法である。

特に高齢者の重度化、介護人材の確保難、介護サービス競争の激化という共通課題に直面している中国にとって、「身体拘束をしないことで経営がよくなる」という日本の経験は、新たな可能性を開く示唆を与えるものである。

5-5 実証事例：専門家介入による身体拘束ゼロ推進施設の経営改善

身体拘束ゼロを経営方針として明確に打ち出し、外部の専門家による介入と職員教育を徹底的に行なったある中規模な特別養護老人ホームでは、わずか1年の取り組みで経営指標に以下のような改善が見られた。

(筆者実践例)

指標	取組前	取組後	改善幅
総収入（介護保険+自己負担）	100%	103%	+3%増加
人件費比率（対収入）	70%	63%	-7pt (-10%)
その他経費比率	30%	26%	-4pt (-13%)
収支差額（経常利益）	0%	16%	+16pt（黒字転換）

この施設では、身体拘束ゼロの徹底により利用者のBPSDが安定し、職員の対応時間が明らかに短縮された。また、ユニット単位でのケア効率が向上し、職員の業務量が分散され、

残業・急な呼び出しも大幅に減少した。結果として、離職率が低下し、採用コストの削減にもつながった。

5-6 一般的シミュレーション：拘束ゼロによる経営改善の可能性

一方、身体拘束ゼロを完全に制度化するまでには至っていないが、段階的に拘束を減らす取り組みを始めた施設でも、経営シミュレーション上、以下のような改善効果が試算されている。

■ シミュレーション例（筆者作成/全国平均値ベース）

指標	一般施設 (全国平均)	改善予測値 (拘束ゼロ推進)	増加幅
収支差額（黒字率）	約3%	約9%	+6pt (3倍)
人件費比率	約70%	約65%以下	-5pt (効率化)
稼働率	約90%	約96～100%	+6～10pt
離職率	約25～30%	10%以下	大幅改善
苦情件数	施設平均年15～20件	年5件未満	-70%以上

これらは、身体拘束の減少により発生する以下の好循環によって実現される：

- BPSDの安定 → 職員対応時間の削減

- 介護の効率化 → 人的配置の柔軟化
 - 信頼の向上 → 利用者の増加・紹介件数増
 - 職員定着率向上 → 採用・研修コストの削減
-

考察：拘束ゼロは経営改善の戦略資源となる

身体拘束ゼロは単なる倫理的・理念的な目標にとどまらず、施設の経営健全性や競争力を高める実用的戦略である。とりわけ介護職員不足、利用者の重度化、介護報酬の効率的活用が問われる今こそ、拘束ゼロはリスクではなく資産として評価されるべきである。

5-7 実践事例：認知症・看取り介護を包括した身体拘束ゼロ運営による収支改善（特別養護老人ホーム）

身体拘束を基本的に用いず、認知症介護から看取り介護までを一貫して人道的かつ専門的に提供したある特別養護老人ホーム（定員約100名）では、組織全体の運営改革を通じて3年間で劇的な経営改善を実現した。

この施設は、認知症の中重度者や終末期の高齢者を積極的に受け入れながらも、利用者の尊厳と生活の質（QOL）を守る介護を軸に据え、身体拘束を用いない方針を全職員で共有していた。

（筆者実践例）

■ 改善前の経営状況（初年度）

指標	状況

総収入	約6億5000万円
収支差額率	▲2% (▲1,300万円の赤字)

収入自体は安定していたが、職員の稼働効率や離職コスト、苦情対応・記録業務の過重負担により、赤字経営が常態化していた。

■ 主な改善施策と取り組み内容

以下のような多面的な改革が導入された：

1. 人材マネジメント改革

- 笑顔のルール化、笑顔研修（接遇・非言語コミュニケーション・ユマニチュードの基礎）を全職員に実施
- 給与制度・評価制度の刷新（継続評価型へ移行）
- モチベーション管理と業績評価を結びつけた人事制度へ再構築

2. 看取り介護の高度化

- 「看取り介護専門チーム」の設置と臨床研修の導入
 - 家族への看取り学習会を制度化し、摂食・嚥下機能評価と連携した重度化対応
 - 医療機関（近隣の総合病院）との連携強化により、症状の急変にも迅速対応
-

3年後の経営成果（改善後）

指標	状況	改善幅

収支差額率	+ 5%	+7pt (▲2% → +5%)
収支額換算	+ 3,250万円	+4,550万円改善

この変化は、「赤字経営」から「安定黒字」への転換であり、通常収支差額3倍から収支差額4.5倍へと大幅に改善した。同時に、重度者や看取り対象者の受け入れが拡大したことにより、稼働率・職員定着率・地域評価も大きく向上した。

経営視点での注目点

身体拘束ゼロでありながら、むしろ介護の効率が上がり、人件費比率が低下した。

看取りケアの質を高めたことで、家族との信頼関係が深まり、苦情やトラブル対応の時間も大幅に削減された。

笑顔研修や制度改革により、職員のエンゲージメント（当事者意識）と継続就業率が明らかに向上した。

この事例は、身体拘束ゼロが「手間とコストの増加をもたらす」という従来の固定観念に対する明確な反証であり、制度・教育・文化の統合的改革によって介護の質と経営の健全性を両立できることを示している。

5-8 経営改善事例の考察と在宅介護への応用可能性

前節で紹介した特別養護老人ホームにおける経営改善事例は、身体拘束ゼロを土台とした介護方針と組織改革が、利用者・職員・経営の三方にとって好循環を生み出すことを明確に示した。

この成果を単なる個別成功事例としてとどめず、地域包括ケアや在宅介護分野にも展開していくことが、今後の高齢社会における持続可能なモデル構築にとって不可欠である。

■ 施設介護の改善事例から読み取れる3つの本質的要因

1. 「身体拘束ゼロ」は、介護の効率と職員定着を生む
 - 利用者の生活の安定と信頼関係によってBPSDが減少し、介助効率が上昇
 - 職員の心理的負担が減り、離職率が大幅に低下
2. 看取り介護の強化は、家族との信頼と社会的評価を生む
 - 看取りを“終わり”でなく“生きるプロセス”として支援
 - 家族学習会の開催により、地域とのつながりが強化
3. 人事・評価制度の刷新は職員の成長と責任感を育む
 - 評価制度が「継続・成長・対話」を軸に設計されており、職員の質的向上とエンゲージメントが高まった

これらの構造は、在宅介護の場においても応用可能な普遍性を持っている。

■ 在宅介護分野への応用可能性と展望

1. 利用者・家族との関係性の質的向上

- 在宅では「身体拘束」そのものは存在しないが、実質的な生活拘束（ベッドでの生活強要、意思無視の支援など）が起きやすい

- 施設で実践された「笑顔研修」や「非言語的コミュニケーション」は、訪問介護・小規模多機能の職員教育にも有効である

2. 重度化対応・看取り介護のモデル拡張

- 施設で構築された看取りチーム・学習会の仕組みを地域包括支援センターや訪問看護ステーションと連携させることで、在宅での看取り体制を整備可能
- 特養と同様に、“家で生ききる”を支える多職種連携型ケアへの布石となる

3. 経営的インパクト

- 訪問介護・小規模多機能・定期巡回などでは、「安定支援 = 職員の移動効率・対応時間短縮」に直結
- 例：30分かかっていたBPSD高齢者への訪問支援が、信頼関係構築により15～20分で完了
- 利用単価の向上、月間支援件数の増加、職員採用・定着率の改善といった具体的な経営効果が期待される
- ・

4. 在宅介護経営における改善効果（訪問介護・小規模多機能の例）

■構造的成果（筆者シミュレーション）

項目	身体拘束的介護（以前）	尊厳介護、身体拘束ゼロ導入後
サービス継続率（通所）	平均4～5か月	平均8か月以上（+60%）
利用者の重度化対応	限定的（介護度3まで）	介護度5まで対応可能

利用単価（月額）	約8万円／人	約12万円／人（+50%）
訪問職員の確保	応募数少、離職高	「辞めない職場」として評価高まる
地域内紹介件数	月1件以下	月4～5件（+400%） ケアマネージャー評価、家族の信頼向上

■ 在宅における身体拘束的介護の非効率性と脱却効果

- 身体抑制的な声かけ・対応が利用者の拒否反応や混乱を誘発し、1件あたり45分超対応
- 身体拘束ゼロによる尊厳介護導入により、「安定した日常リズム・信頼関係」によつて20～25分で支援完了
- 同一職員での1日訪問件数：4件→6件（+50%）

■ 考察まとめ：施設モデルから地域モデルへの「価値の転写」

身体拘束ゼロを基盤とした認知症介護から看取り介護強化という三本柱は、施設という「閉じた空間」の中だけで完結するものではない。むしろその価値は、地域・在宅という“開かれた生活空間”にこそ活かされるべきである。

在宅介護においても、「本人の意思を尊重し、共に生活をデザインする」という考え方が浸透すれば、高齢者・家族・介護者の三者が安心して“ともに生きる”空間が成立する。

本研究で示した施設改善の実証結果は、まさにその未来像の出発点となりうる。

第6章：最終提言

日本の実践知をもとに、中国における尊厳ある認知症介護の段階的導入モデル

中国では急速な高齢化にともない、認知症高齢者の増加と介護人材不足が深刻化しており、**身体拘束が制度的にも文化的にも容認されやすい状況**が継続している。一方で、近年一部の都市や先進施設では、**尊厳介護・非薬物的BPSD対応・終末期支援**への関心も高まりつつある。

日本の経験は「完成形のモデル」としてではなく、かつて拘束や薬物依存に課題を抱えていた時代から、段階的な制度・文化変革を経てきたプロセスそのものが中国にとって大きな示唆を持つ。

以下に、制度・文化・人材育成の各レベルにおける現実的な5段階導入ステップを提案する。

6-1.ステップ1：認知症介護・身体拘束に関する現場認識の共有から始める

- **目的**：まずは「なぜ拘束が問題か」「BPSDとは何か」を職員・家族が理解
- **実施項目**：
 - 施設内での研修会・学習会（日本式動画・ケーススタディを活用）
 - 家族への説明パンフレットやミニセミナー
 - 日常業務の中で“気づき”を共有する文化を育成

6-2.ステップ2：小規模ユニットまたは一部の事業所でモデル実践を開始

- 目的：無理に全体へ適用せず、一部ユニットで「見える成果」を蓄積
 - 実施項目：
 - モデルユニット（例：10名規模）で「身体拘束ゼロ」方針を試行
 - BPSD対応・ユマニチュード・筆者開発の語想法（脳活物語朗読法）、環境調整・記録管理の技術導入
 - 転倒率・家族苦情・職員定着率などの指標を可視化
-

6-3.ステップ3：施設運営方針の中に「尊厳ある介護」を組み込む

- 目的：「倫理」ではなく「運営モデル」として拘束ゼロを内在化
 - 実施項目：
 - 拘束ゼロ委員会、指針作成、人事制度との連携
 - 職員評価の中に「拘束しない・共感的対応」の項目を追加
 - 拘束ゼロ + 看取り介護を組み合わせた“安心の終末期”モデルを打ち出す
-

◆ ステップ4：地域連携・医療連携と一体でケアの質を外部に伝播

- 目的：地域包括ケア・多職種連携の中で施設の信頼を高め、紹介件数や稼働率を向上
- 実施項目：
 - 地域の医療機関・家族会と連携し「看取り支援ネットワーク」を構築

- 行政・保健局との連携で評価制度や事例共有会を開催
 - 日本の事例（映像・翻訳資料）を使った公開研修の開催
-

6-4. ステップ5：制度整備と評価指標の導入によって持続可能性を確保

- 目的：拘束ゼロ・尊厳介護が“報われる”仕組みの構築
 - 実施項目：
 - 拘束ゼロ実践施設へのインセンティブ（評価・補助金・モデル指定）
 - 苦情件数・家族満足・離職率・稼働率等を含む包括的評価指標の導入
 - 尊厳ケア教育カリキュラムの国家資格・研修制度への反映
-

6-5. 提言のまとめ

分野	日本の実践知	中国への応用可能性
制度	拘束ゼロガイドライン／加算制度	モデル施設制度 + 行政評価連動
人材	感情労働への共感・OJT・継続研修	小規模研修 + 動画・事例共有から開始
文化	施設理念・終末期ケアの語り直し	「尊厳」「信頼」「安心」の語彙翻訳と共感形成

経営	人件費効率・収支差額率の改善	成果可視化→収益構造改善による普及
----	----------------	-------------------

6-6. 結語：文化は翻訳可能である

介護は技術であり文化でもある。制度や環境が異なっていても、「人としての尊厳を守る介護」「拘束に頼らない支援」が人ととの関係性に基づいて築かれるという本質は、日中いずれの社会にも通じる。

日本の実践知は、そのまま押し付けるものではなく、翻訳・適応・共有を通じて、中国の介護文化に根づいていくことが望まれる。

本提言が、その歩みの第一歩となることを願う。