

地域包括ケア推進病棟協会・回復期リハビリテーション病棟協会 第7回合同シンポジウム  
2月20日～3月6日

「2026年診療報酬改定を踏まえた地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟の  
リハビリテーションのあり方」

# シンポジウム

## 回復期リハビリテーション病棟協会企画

### 講演③

長崎リハビリテーション病院 医療安全管理部

部長 看護師

伊東由美子（いとう ゆみこ）

#### 【略歴】

- 1978年 長崎大学医学部附属看護学校 卒業
- 1978年 社会福祉法人十善会 十善会病院入職
- 2002年 社会医療法人近森会 近森リハビリテーション病院入職
- 2008年 一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院入職
- 2009年 同病院 臨床部副部長
- 2012年 同病院 副院長
- 2018年 一般社団法人是真会 法人本部  
人材開発部部长、医療安全管理部部长（兼務）
- 2022年 同法人 医療安全管理・感染制御部部长

地域包括ケア推進病棟協会・回復期リハビリテーション病棟協会 第7回合同シンポジウム 2026年2月（WEB配信）  
「2026年診療報酬改定を踏まえた地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションの在り方」

# 身体拘束最小化の取り組み

## ～看護・介護職の役割～



一般社団法人 是真会

長崎リハビリテーション病院

伊東 由美子

# これまでの身体拘束の取り組み

|          |                                |   |
|----------|--------------------------------|---|
| 1987年11月 | 老人の専門医療を考える会<br>「老人専門医療のがんライン」 | 初めて「身体抑制」についての議論  |
| 1998年10月 | 福岡県内の10病院                      | 「抑制廃止福岡宣言」を発表   |
| 2000年    | 介護保険制度                         | 身体拘束が原則廃止   |
| 2001年    | 厚生労働省に設置<br>「身体拘束ゼロ作戦推進会議」     | 「身体拘束ゼロへの手引き」 作成<br>「緊急やむを得ない場合」3要件を示す                        |
| 2008年7月  | 日本療養病床協会福岡大会                   | 「抑制廃止福岡宣言」から10年において、<br>あらためて抑制のゼロ化を打ち出す                      |
| 2016年    | 認知症ケア加算<br>診療報酬改定              | 認知症患者をはじめとする患者に対し、<br>身体拘束を最小限にする取り組みが開始                      |
| 2018年    | 「身体拘束廃止未実施減算」<br>介護報酬改定        | 居住系サービス及び施設系サービスについ<br>て、身体拘束等の適正化が強化<br>未実施の事業所は「1日あたり10%」減算 |
| 2024年    | 「身体拘束の最小化」<br>診療報酬改定           | 身体拘束最小化への取り組みの基準が出来<br>ていなければ減算                               |

# 身体拘束と診療報酬

## 2016年

保険医療機関  
認知症ケア加算1.2

身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に所定点数の100分の60を適用する。

## 2021年

保険医療機関  
認知症ケア加算1.2.3

身体的拘束を実施することを避けるために、～中略～家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない

## 2024年

個別改訂項目

**入院料の算定要件**

身体拘束最小化基準  
明記

基準を満たすことができない保健医療機関は、減算

# 身体拘束廃止・防止の対象となる具体的な行為(例)

- ①一人歩きしないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③自分で降りられないように、ベッドを綱(サイドレール)で囲む。
- ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手装等をつける。
- ⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッド等に体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

# 回復期リハビリテーション病棟における身体拘束状況 2022年調査（厚労省）

- ・回復期リハビリテーション病棟で身体的拘束を実施している患者の主傷病は、脳梗塞や心原性脳塞栓症
- ・身体的拘束の実施有無に寄らずほぼ100%疾患別リハビリテーションが実施されていた。1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず平均6単位
- ・疾患別リハビリテーションの具体的な内容としては、身体的拘束を実施している患者の方が脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合が高かった。

\* 身体的拘束の実施率は、急性期一般入院料・地域包括ケア病棟届出病棟より高い

\* 身体的拘束実施の理由としては、「転倒・転落防止」が多い

# 身体拘束の必要性？

## 転倒・転落防止

- ベッドからの転落
- 椅子からの転落
- 不安定な歩行から転倒を防ぐ

## 治療の継続

- カテーテル抜去防止
- 栄養チューブ抜去防止
- 点滴チューブ抜去防止
- 創部保護

## 安全な環境提供

- 周囲への迷惑防止
- 判断力に欠ける高齢者の安全確保
- 看護師の安全確保
- スタッフの人員不足

牧野真由美、加藤真由美、正源寺美穂：認知障害高齢者における一般病院看護師の身体拘束の必要性認識の現状および拘束しない転倒予防の実施と影響要因についての多施設間横断研究、日本転倒予防学会誌、8（1）p25-36,2021.

# 身体拘束はなぜ問題なのか？

身体的弊害

精神的弊害

社会的弊害

## \* 身体拘束が「認知症の人」に与える影響

- 精神機能や身体機能の低下  
(Castle 2006; Enberg et al., 2008)
- 死亡リスクが上昇  
(Barnett et al., 2012; Rakmatullina et al., 2013)
- 身体拘束による転倒・転落の予防効果はない  
(Sze et al., 2012)

# 身体拘束廃止・防止に向けてなすべき 4つの方針

- 組織一丸となる
- 身体的拘束を必要としないケアの実現
- 本人・家族・施設での共通認識の醸成
- 常に代替方法を考える

# 身体拘束を必要としないための 3つの原則

- ①身体拘束を必要とする要因を探りその要因を改善する
- ②5つの基本的ケアを徹底し生活のリズムを整える  
**起きる 食べる 排泄する 清潔にする 活動する**
- ③身体拘束廃止・防止をきっかけにより良いケアの実現を目指す

身体拘束廃止・防止が最終ゴールではない  
より良いケアの実現が最終ゴール

# 身体拘束最小化に効果的な介入

|            |  |
|------------|--|
| 適切な転倒予防対策  | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 転倒の危険因子の低減</li><li>・ フレイルの進行防止</li><li>・ 栄養状態の改善</li><li>・ 嚥下機能の向上</li><li>・ 下肢支持性の強化</li><li>・ 骨折予防</li><li>・ 排泄行動の自立支援</li></ul> |
| せん妄予防対策    | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 入院時のせん妄リスク評価</li><li>・ せん妄の危険因子の排除</li></ul>   |
| 身体拘束用具の非配備 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 身体拘束用具の定数管理</li><li>・ 身体拘束開始・解除の基準</li><li>・ 病棟間相互評価</li></ul>   |

病院機能評価 高度・専門機能 <リハビリテーション（回復期）>  
第2領域 職種の専門性 看護・介護職

### 2.2.1 役割・専門性

役割が明確で専門性を発揮

- 健康状態、ADL、療養環境の評価
- 看護・介護の計画と実践
- 医療機器・介護器具の活用

### 2.2.2 実生活をふまえた指導・支援

患者の実生活を把握し、  
実際的な指導・支援の実施

- 病棟など院内での生活の評価と介入
- 入院前・退院後の実生活を踏まえた指導
- 患者および家族・介護者への心理的ケア

### 2.2.3 チーム医療の実践への関与

多職種協働によるチーム医療へ適切に関与

- チーム目標設定への協働
- 他職種からの情報収集と発信
- 多職種協働によるケアの実践

### 2.2.4 質向上の活動

質向上に向けた改善活動

- 看護・介護の質向上に向けた取り組み
- 看護・介護に関する研究活動への取り組み
- 業務運営に関する改善活動の実践

## 「看護・介護10か条」

1. 食事は食堂やディールームに誘導し、経口摂取への取り組みを推進しよう
2. 洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施しよう
3. 排泄はトイレへ誘導し、おむつは極力使用しないようにしよう
4. 入浴は週3回以上、必ず浴槽に入れるようにしよう
5. 日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施しよう
6. 二次合併症を予防し、安全対策を徹底し、可能な限り抑制はやめよう
7. 他職種と情報の共有化を促進しよう
8. リハ技術を習得し看護ケアに生かそう
9. 家族へのケアと介護指導を徹底しよう
10. 看護計画を頻回に見直しリハ計画に反映しよう

# 看護・介護職の24時間



巡視

巡視

睡眠

消灯

0

更衣

21

排泄

3



6 起床

更衣

- ・ 24時間基本的なケアを患者が希望するやり方で希望するレベルに整えることを通し、患者の「こころ」と「からだ」を動かす
- ・ 疾患の管理、合併症の管理と廃用症候群の予防を行う
- ・ 患者・家族の主体性の回復を支援し、セルフケア能力を開発する

18 食事

排泄

休息

15 入浴

12 訓練

レクリエーション

12 訓練

食事

排泄

休息

9 訓練

食事

排泄



# まとめにかえて

回復期リハビリテーション病棟は、  
患者さんの**生活の再構築**を目指す病棟のはず!!  
なのに医療者は、患者さんの理解が不足しているから、  
安全のために、人手不足だから等々の理由をつけて、  
縛らないと「危険」だからと・・・思っていないませんか？

回復期リハ病棟の本来の目的達成のために、  
身体拘束最小化について、看護・介護職のなすべきことを考えましょう