

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座

2026年診療報酬改定と身体的拘束



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地
- 横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、
○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、
ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設 老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）在宅医療センター 訪問看護ステーション
通所事業所（長瀬ケアセンター）など

■グループ職員数750名



【2021年9月時点】



目次

- パート1
 - 身体的拘束の実態
- パート2
 - 身体的拘束の最小化
- パート3
 - 2026年診療報酬改定と身体的拘束



パート1 身体的拘束の実態



中医協総会 2025年10月29日

身体的拘束とは

- 診療報酬の算定上、身体的拘束について下記のとおり定義している。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

(令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課長通知)

7. 身体的拘束最小化の基準

(3) 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

疑義解釈資料の送付について（その1）（平成28年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）

(問62) 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何かしらの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車椅子やいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

身体的拘束と 身体拘束は違う！

「身体拘束」は物理的な拘束と薬物による拘束の両者を含む

身体拘束 = 身体的拘束 + 薬物による拘束

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）（再掲）

入院に関する診療報酬共通ルール

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において**組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**することを規定する。

- 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



40点減算

【身体的拘束最小化の基準】

[施設基準]

- 当該保険医療機関において、**患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。**
- (1)の**身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録しなければならないこと。**
- 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
 - 身体的拘束を最小化するための**指針を作成し**、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行うこと**。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (1)から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院**（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）**における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。**

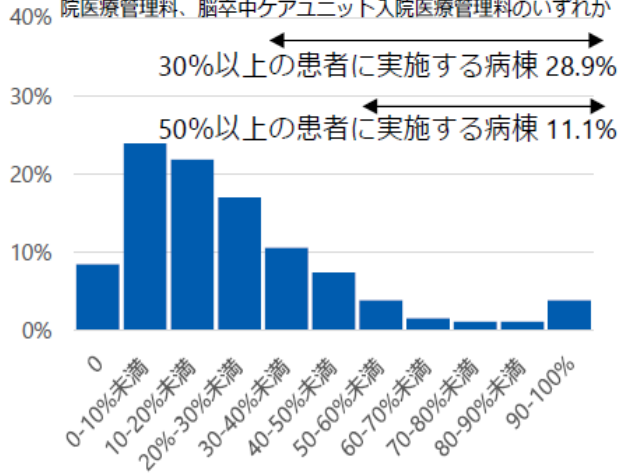
[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

入院料ごとの身体的拘束の実施状況

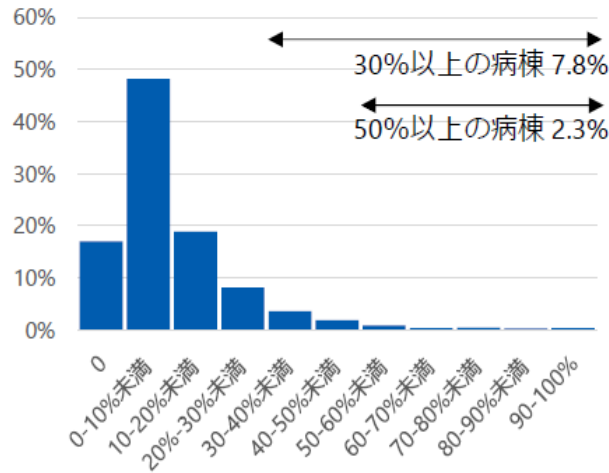
○ 身体的拘束を実施している患者の割合はいずれの入院料においても0~10%をピークとして分布している。治療室、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟では、右になだらかな分布を示し、一定以上の割合の患者に身体的拘束を実施している病棟の割合が比較的高い。

治療室(n=477)

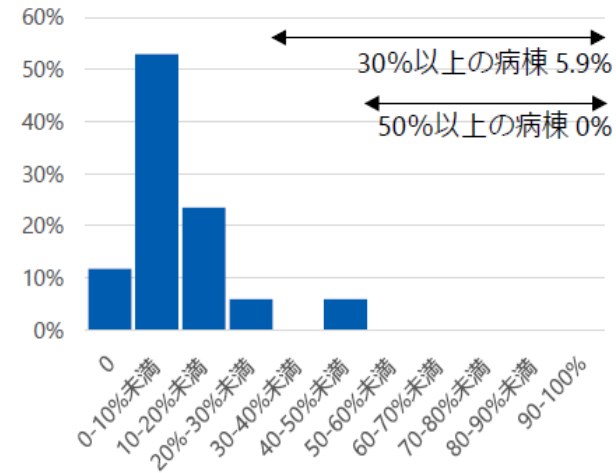
救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれか



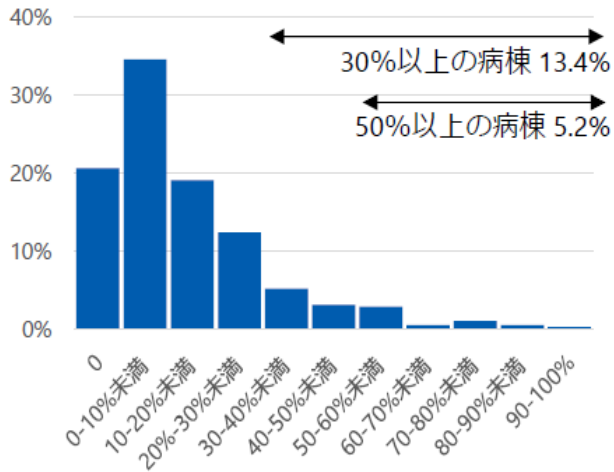
急性期一般入院料(n=2362)



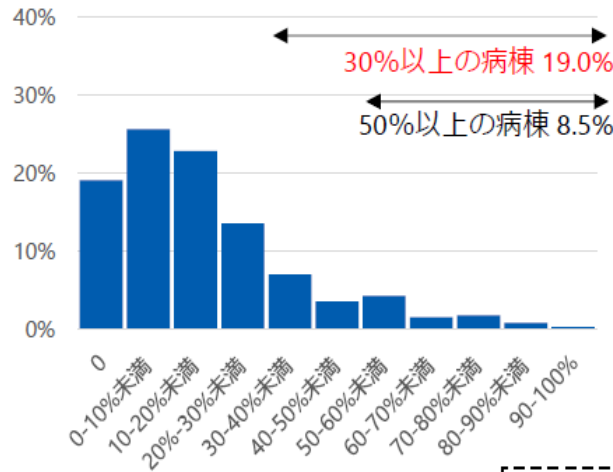
地域包括医療病棟入院料(n=17)



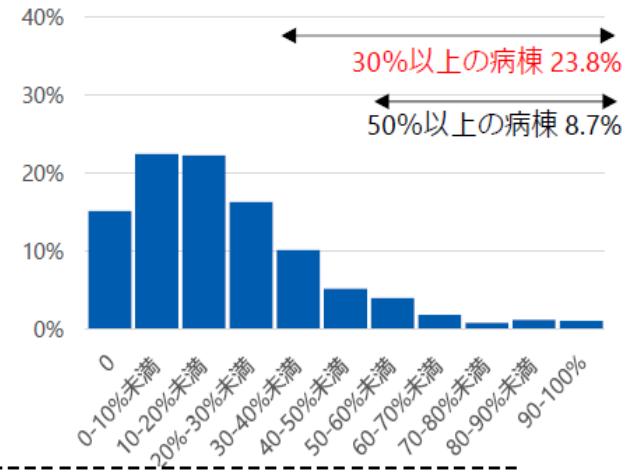
地ケア病棟 (n=388)



回復期病棟 (n=399)



療養病棟 (n=504)

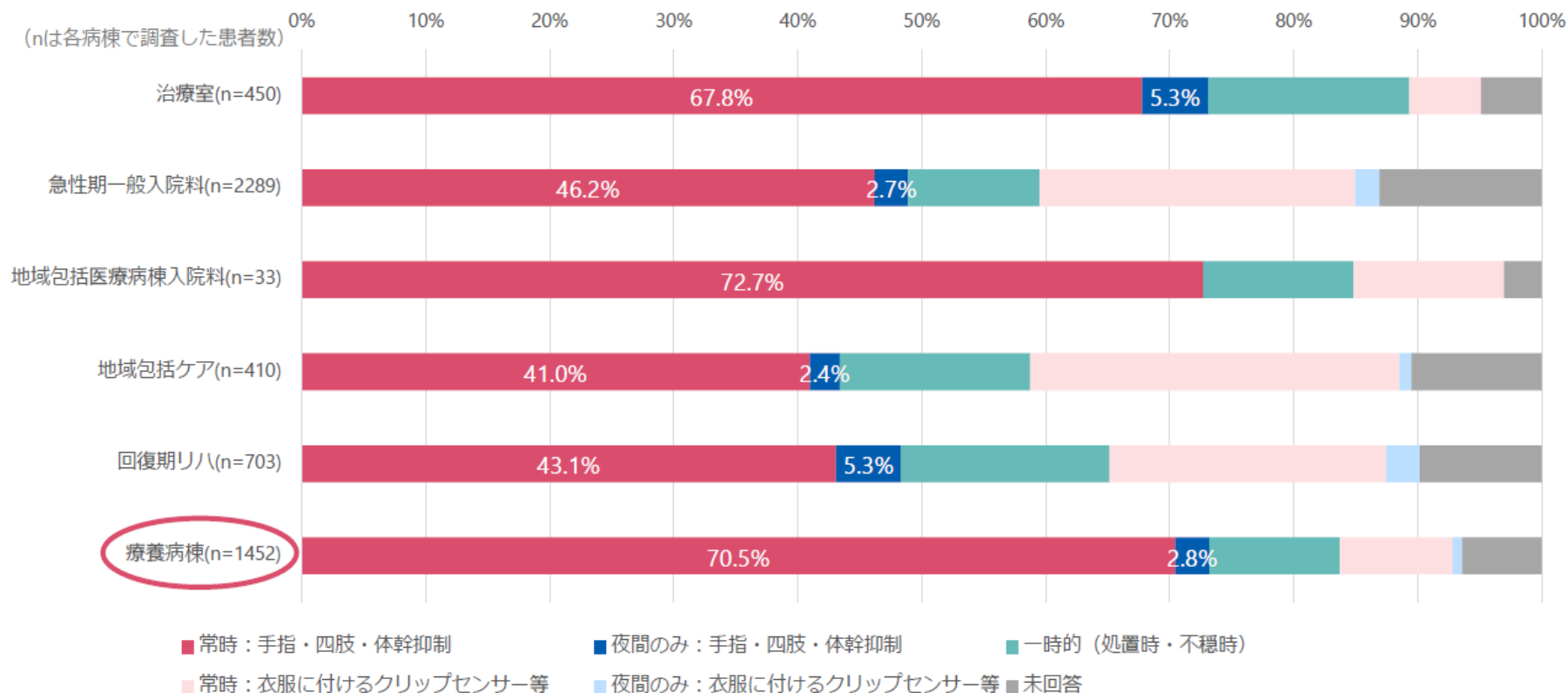


入院料ごとの身体的拘束の時間・方法

- 身体的拘束が行われている患者のうち手指・四肢・体幹の抑制を常時行っている割合は、治療室、地域包括医療病棟、療養病棟で約7割であった。地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟では処置時等の一時的な身体的拘束が多かった。また、急性期一般入院料・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟では、衣服等に装着して患者の離床等を把握するクリップセンサー等を使用している割合が高かった。

入院料ごとの身体的拘束の時間と方法

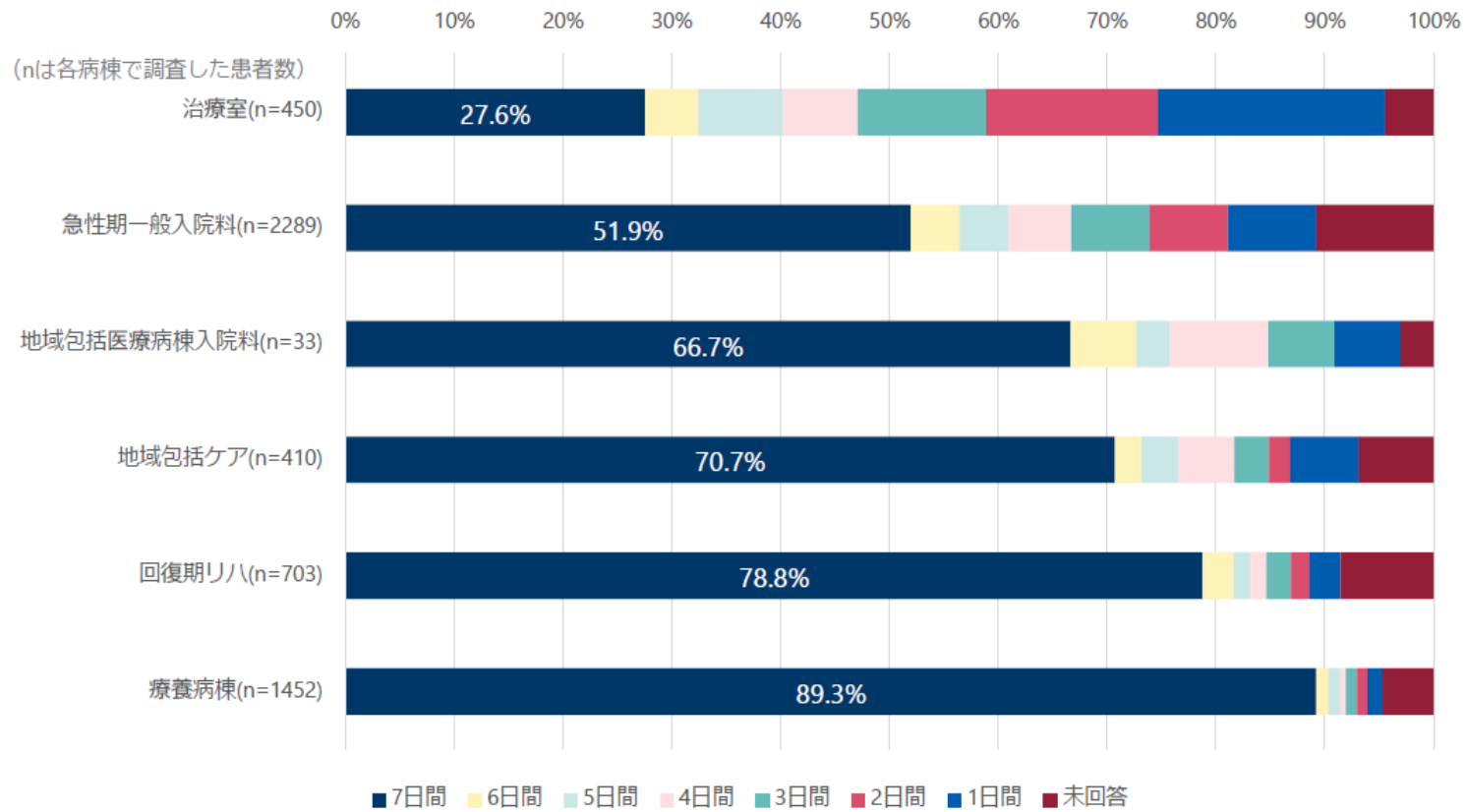
(直近で身体的拘束を行った1日の状況を患者ごとに回答。nは各病棟で調査した患者数)



入院料ごとの身体的拘束の実施日数

- 身体的拘束が行われている患者について、調査基準日から過去7日間における身体的拘束を実施した日数が「7日間」である割合は、慢性期の病棟ほど多く、療養病棟では89.3%、回復期リハビリテーション病棟78.8%、地域包括ケア病棟70.7%であり、毎日身体的拘束を行っている患者が多いと推測された。

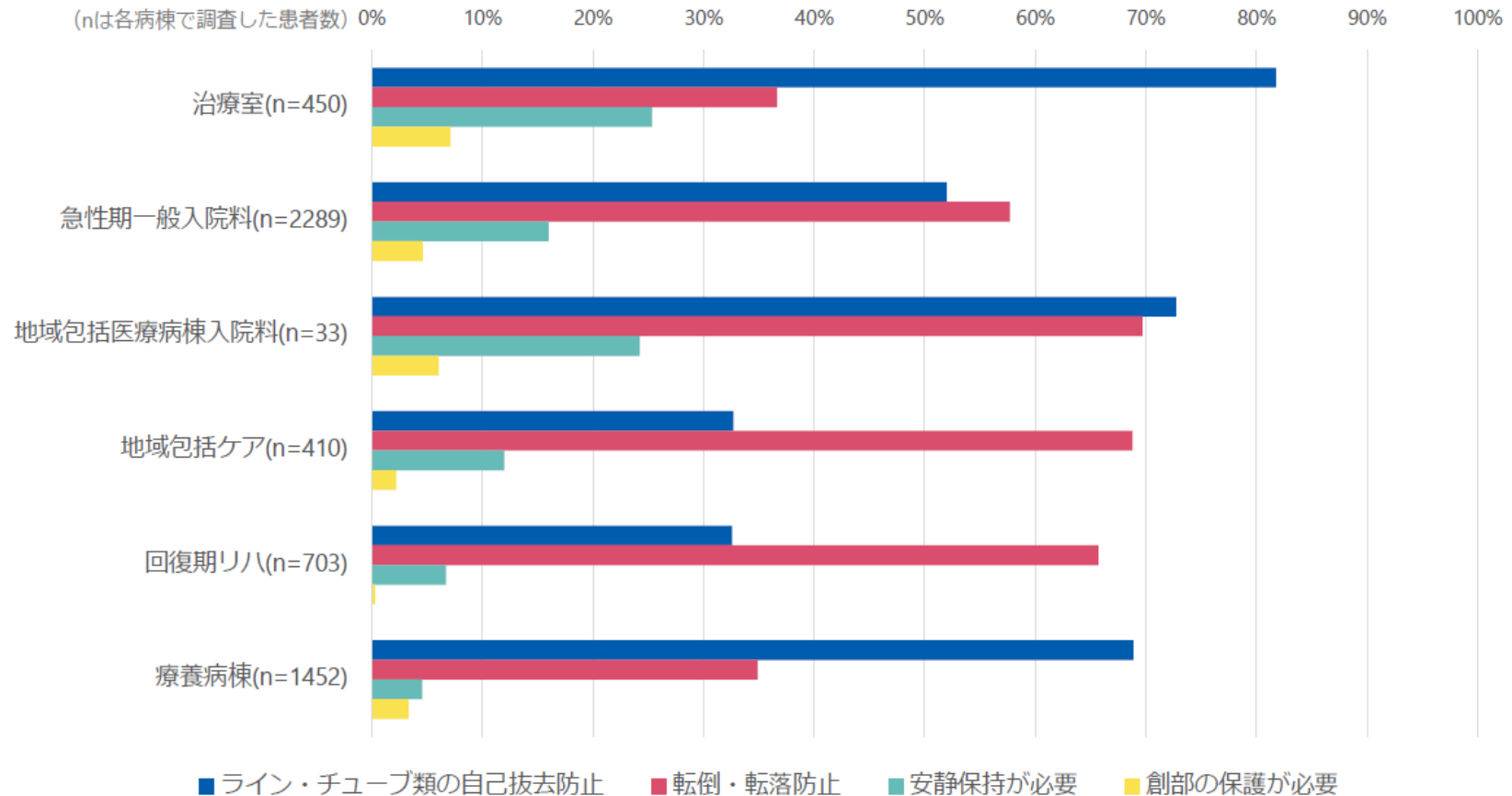
調査日から過去7日間に身体的拘束を実施した日数



入院料ごとの身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束を行っている患者について、身体的拘束の実施理由は「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多かった。
- 治療室、地域包括医療病棟、療養病棟では「ライン・チューブ類の自己抜去防止」が、急性期一般入院料、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では「転倒・転落防止」が実施理由として多かった。
- 安静保持や創部の保護といった医学的理由からの身体的拘束は、いずれの入院料においても3割以下であった。

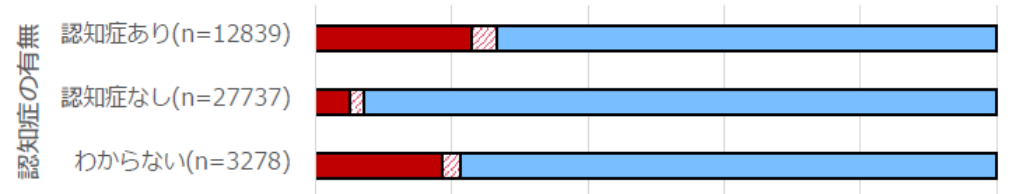
入院料ごとの身体的拘束の実施理由（複数回答可）



患者の状態別の身体的拘束の実施有無

- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」「BPSDあり」「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要支援よりも要介護の方が身体的拘束の実施率が高く、認知症高齢者の日常生活自立度別では、支援が必要であるほど身体的拘束の実施率が高かった。

■ 認知症の有無別

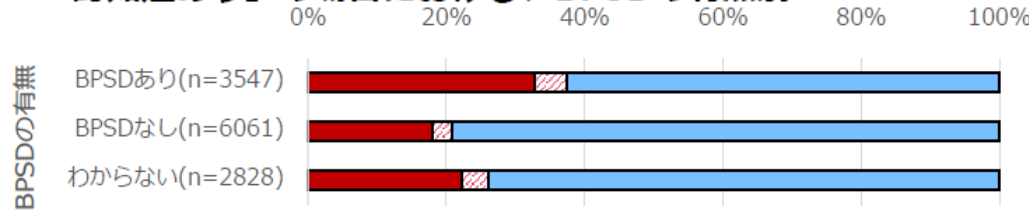


■ 身体的拘束の実施あり 調査基準日時点で実施あり

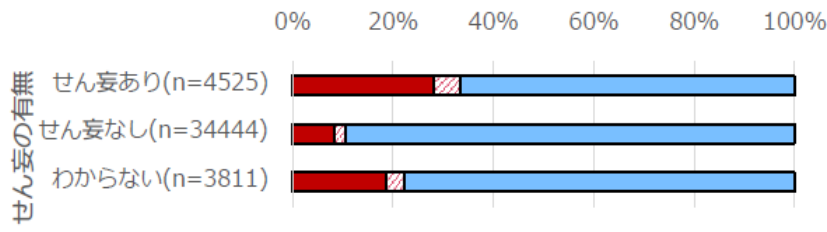
■ 身体的拘束の実施なし 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に実施あり

■ 身体的拘束の実施なし

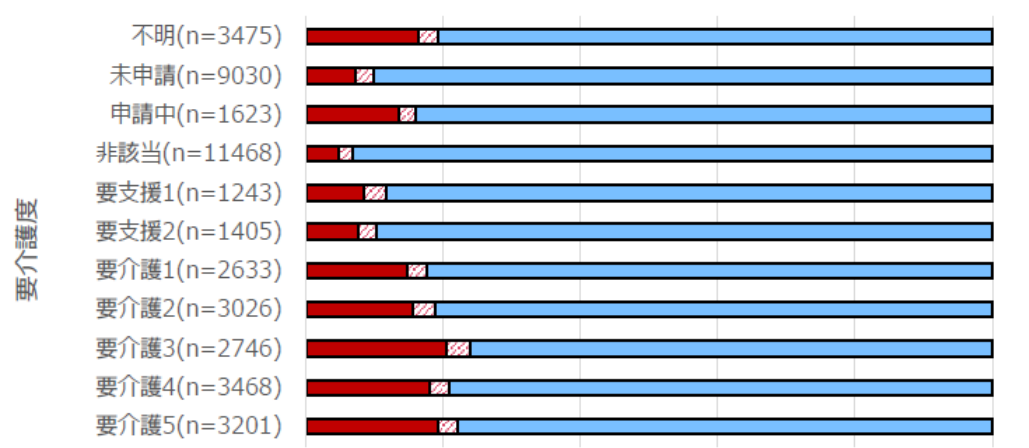
■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



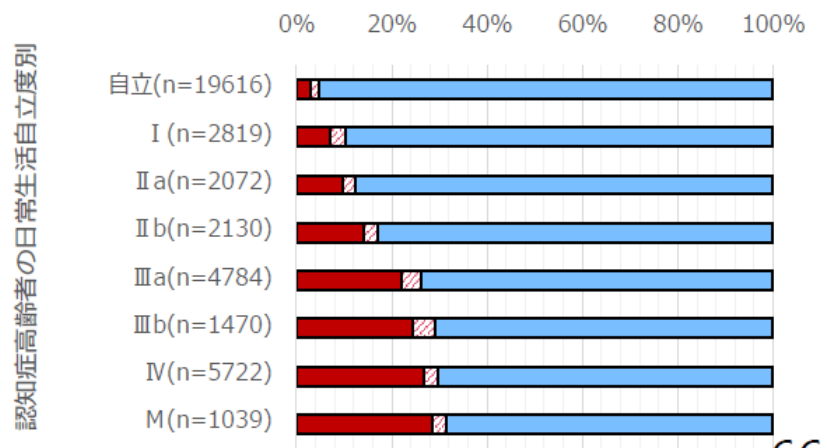
■ せん妄の有無別



■ 要介護度別



■ 認知症高齢者の日常生活自立度別



パート2

身体的拘束の最小化

身体的拘束廃止・防止に向けてなすべき4つの方針

- 身体拘束廃止に向けた方針として、「介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（令和6年3月）」では、特に管理者等の責任者が「身体的拘束を原則しない」という決意を持ち、職員をバックアップする方針を徹底し組織一丸となって考えを共有して取り組むこと、身体拘束を必要としない環境の整備、患者本人や家族との対話や意思確認、やむを得ず身体拘束を行った場合でも常に代替手段を検討することが示されている。

① 組織一丸となった取組の重要性

組織のトップが決意し、施設や事業所が一丸となって取り組む

組織のトップである法人理事長や施設長、管理者等の責任者が「身体拘束廃止・防止」を決意し、職員をバックアップする方針を徹底することがまず重要である。それによって、職員は自分の責任となってしまう等の不安が解消され、安心して取り組むことが可能となる。

一部の職員が廃止に向けて一生懸命取り組んでも、他の職員が身体拘束をするのであれば、現場は混乱し、効果はあがらない。施設や事業所の全員が一丸となって取り組むことが大切である。そのためには、例えば、施設長や管理者をトップとして、医師、看護職員・介護職員、事務職員等、施設・事業所全体で、身体的拘束等適正化検討委員会が適切に機能するように検討する等、身体拘束廃止・防止に向けて現場をバックアップすることが考えられる。



「身体拘束ゼロへの手引き」
(平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」) 一部改変

② 身体拘束を必要としないケアの実現

まず、身体拘束を必要としないケアの実現をめざす

本人についてもう一度心身の状態を正確にアセスメントし、身体拘束を必要としないケアを作り出す方向を追求していくことが重要である。認知症の行動・心理症状がある場合も、そこには何らかの原因があるのであり、その原因を探り、取り除くことが大切である。認知症の行動・心理症状の原因は、本人の過去の生活歴等にも関係するが、次のようなことが想定される。

- (1) 職員の行為や言葉かけが不適当か、またはその意味が理解できない場合
- (2) 自分の意志にそぐわないと感じている場合
- (3) 不安や孤独を感じている場合
- (4) 身体的な不快や苦痛を感じている場合
- (5) 身の危険を感じている場合
- (6) 何らかの意思表示をしようとしている場合

したがって、こうした原因を除去する等の生活環境や状況の改善に努めることが重要である。

③ 本人・家族・施設や事業所等での共通意識の醸成

みんなで話し、共通の意識をもつ

個人それぞれの意識の問題でもある。身体拘束の弊害をしっかりと認識し、どうすれば廃止できるかを、トップも含めた組織全体、そして本人・家族、本人にかかわっている関係者・関係機関で十分に議論し、みんなで課題意識を共有し、チームケアを実現していく努力が求められる。在宅介護においては、複数法人・事業所で協議することも有用である。

その際に最も大事なものは「本人中心」という考え方である。中には消極的になっている人もいるかもしれないが、そうした人も一緒に実践することによって理解が進むのが常である。本人や家族の理解も不可欠である。特に家族に対しては、ミーティングの機会を設け、身体拘束に対する基本的な考え方や事故の防止策や対応方針を十分説明し、理解と協力を得なければならぬ。



④ 常に代替的な方法を考えることの重要性

常に代替的な方法を考え、身体拘束を必要とするケースは極めて限定的に

身体拘束せざるを得ない場合についても、本当に代替する方法はないのかを常に検討することが求められる。「仕方ない」「どうしようもない」とみなされて拘束されている人はいないか、拘束されている人については「なぜ拘束されているのか」を考え、まず、いかに拘束を解除するかを検討することから始める必要がある。検討もなく「漫然」と拘束している場合は、直ちに拘束の解除を試みる。

また、身体拘束の解除に困難が伴う場合であっても、ケア方法の改善や環境の整備等創意工夫を重ね、解除を実行する。解決方法が得られない場合には、外部の研究会に参加したり、相談窓口を利用し、必要な情報を入手し参考にする。

運営基準上「生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」は身体拘束が認められているが、この例外規定は極めて限定的に考えるべきであり(21頁参照)、すべての場合について身体拘束を廃止していく姿勢を堅持することが重要である。



「身体拘束ゼロへの手引き」(平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」) 一部改変

身体的拘束を必要としないための3つの原則

- 同手引きでは、身体的拘束を必要としないケアの実現のために、身体的拘束を要する要因の探索と改善、生活リズムを整えるための5つの基本的ケアの徹底といった3つの原則が示されている。

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

身体拘束をやむを得ず行う理由として、次のような状況を防止するために「必要」といわれることがある。

- 一人歩きや興奮状態での周囲への迷惑行為
- 転倒のおそれのある不安定な歩行や、胃ろう・経鼻経管栄養・点滴等のチューブ類の抜去等の危険な行動
- かきむしりや体をたたき続ける等の自傷行為
- 姿勢が崩れ、体位保持が困難であること

しかし、それらの状況には必ずその人なりの理由等の要因があり、職員のかかわり方や環境に課題があることも少なくない。したがって、その人なりの理由等の要因を徹底的に探り、除去あるいは改善する工夫が必要であり、そうすれば身体拘束を行う必要もなくなるのである。

身体拘束を行う前に、工夫できることはたくさんある。本人がどのような生活をしたいか、本人とともに考えていきたい。

② 5つの基本的ケアを徹底する

まず、基本的なケアを十分に行い、生活のリズムを整えることが重要である。

- ① 起きる、② 食べる、③ 排せつする、④ 清潔にする、⑤ 活動する(アクティビティ)

これらの5つの基本的事項について、その人に合った十分なケアを徹底することである。

(略)

こうした基本的事項について、一人一人の状態に合わせた適切なケアを行うことが重要である。また、これらのケアを行う場合には、一人一人を見守り、接し、触れ合う機会を増やし、伝えたくてもうまく伝えられない気持ちやサインを受け止め、不安や不快、孤独を少しでも緩和していくことが求められる。

また、生活リズムを整えることに加えて、健康状態を整えることも重要である。医療専門職と連携しながらアセスメントを行い、本人に応じた最適なケアを行っていききたい。

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

このように身体拘束の廃止・防止を実現していく取組は、施設・事業所におけるケアの質の向上や生活環境の改善のきっかけとなりうる。「身体拘束廃止・防止」を最終ゴールとせず、身体拘束を廃止していく過程で提起されたさまざまな課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組んでいくことが期待される。

「身体拘束ゼロへの手引き」(平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」)一部改変

事例① 意識づくりと環境・物品の工夫により身体的拘束ゼロを達成

元気会横浜病院 施設概要：326床（療養病床220床、認知症治療病棟50床、介護医療院56床）

2012年

2016年

- 平成24年より身体拘束廃止機関を発足し、平成28年に身体拘束ゼロを達成した。
- 職員の意識づくりの他、患者個々の人物像の把握、行動の理由や心理状態の細やかな把握を通じ、環境づくりや物品等を工夫したケアを行うことで、身体的拘束ゼロを実現している。

身体拘束ゼロに向けての考え方

行動観察(いつどこで何をしているのか)、人物像の把握

行動の評価 (なぜそうしているのか)

計画 (危ない時以外の時間をどうするか)、環境づくり

説明と同意、徹底した情報共有と実行 (継続性)

実行の評価・改善 (目的は達成できたのか、それはなぜか)

やむを得ず、身体拘束をする場合には、「身体拘束による弊害を解除する計画」と「5分でも解除する計画」を作成し、実行する

環境づくりや物品の工夫

モジュラー型車椅子・超低床ベッドの導入

- ・通常型車椅子は長時間の座位には適していないので、立ち上がってしまう
- ・多くの患者は退屈だったり、何かしようと思って立ち上がる
- ・ベッドから降りたいのであれば自由に降りてもらおう
- ・ベッドから這い出しても良しとする
- ・自由に動いてもらったらいつの間にか歩けるようになった例もあった



職員の意識づくり

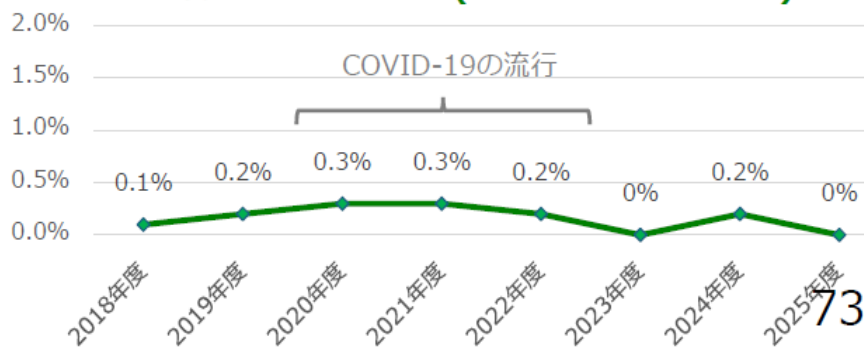
<歩行中の転倒について>

- ・人間だから歩くのは当たり前と考える
- ・目的なく歩く人はいないので、行動観察を行い、歩く理由を考える
- ・一緒に歩いてみて、要望を叶える
- ・見守りは情報共有とチームワークが重要
- ・転倒しても大きな事故にならないように環境を調整する

<点滴・チューブ類の抜取の対応について>

- ・点滴・チューブが必要か検討し、できるだけその点滴・チューブを外すようにする
- ・経鼻胃管を抜いたら「元気になった」「ご飯が食べられるかもしれない」と考える
- ・チューブ類が気にならないように工夫する
- ・1日ベッド上でいて退屈だから、チューブをいじる
- ・他に気になるものを作って視線を変えてもらう
- ・それでもダメなら経鼻胃管は毎回挿入し、見守りをしながら投与する

入院1ヶ月以内の身体拘束率(最終的には全例解除)



事例② 慢性期の医療処置を見直すことで身体的拘束ゼロを達成

埼玉県

富家会富家病院 施設概要：281床（療養病棟 113床 回復期病棟 29床 障害者病棟 89床 地域包括ケア病棟 50床）

- 身体的拘束を廃止するという理念を施設内で共有し、医療処置について身体的拘束の必要性が少ないものへ徹底的に見直すことで身体的拘束ゼロを達成している。

富家病院抑制廃止宣言

私たちは、このたび「抑制廃止宣言」をいたします。

- ・人としての誇りを尊重し、思いやりのあるケアを行います。
- ・抑制とは何かを考え、行動いたします
- ・抑制をなくすことを決意し、実行いたします
- ・抑制を限りなくゼロに近づけるように努めます
- ・継続するため、いつでも院内を公開します
- ・抑制廃止を地域にひろげます

抑制患者数

当院の抑制患者数
- 2023年4月30日現在

0% (0名)

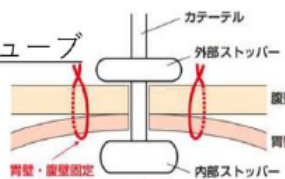
抑制回避率 ▶▶▶ 100%

慢性期医療の医療処置

- ・末梢点滴
- ・CVカテーテル
- ・透析シャントカテーテル
- ・PEG
- ・尿道カテーテル
- ・気管切開カニューレ
- ・人工呼吸器
- ・酸素マスク

医療処置の見直し

PEG胃瘻チューブ



- ・術式：胃壁固定
- ・腹帯
- ・半固形経管栄養剤



末梢点滴

- ・本当に必要か？
- ・短時間投与
- ・単回投与(Ex.セフトリアキソン)



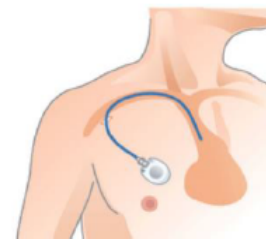
尿道カテーテル

- ・定時導尿
- ・リリアム
- ・膀胱瘻
- ・バルーン不使用



CVカテーテル

- ・PICC
- ・ポート造設
- ・短時間投与



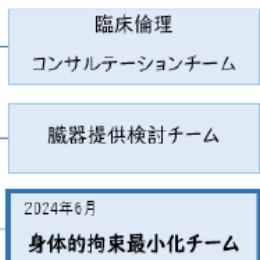
事例③ 管理職を含むチーム主体の院内周知を進め身体的拘束が減少

横浜市立市民病院 施設概要：650床（ICU・CCU・救命救急病棟42床/NICU・GCU15床/急性期一般病棟568床/緩和ケア病棟25床）

- 管理職を含む多職種が身体的拘束最小化チームのメンバーとなり、全職員に向けた病院長メッセージの発信や、職種横断的な取組の検討により、一般病棟における身体的拘束率が減少した。

診療報酬改定への対応 身体的拘束最小化チームの設置

臨床倫理委員会



院内呼称は身体的拘束最小化部会

- メンバー
- 副病院長、診療部(3)、看護部(3)
 - 薬剤部、栄養部、リハビリテーション部
 - 医療安全管理室
 - 事務部門(経営戦略課、医事課)
 - 医療情報システム

身体的拘束は、患者の尊厳を損なう倫理的な課題であるため、臨床倫理委員会の下部組織とする

安全管理マニュアルへの掲載

【役割】

- 身体的拘束最小化に向けた指針の策定と院内周知
- 身体的拘束最小化のための運用マニュアルの作成
- 身体的拘束実施時の記録の整備、テンプレート作成
- 実施状況の把握と院内周知
- 身体拘束の説明・同意書、および患者家族向け説明資料の作成
- 職員研修の開催

院内職員への周知

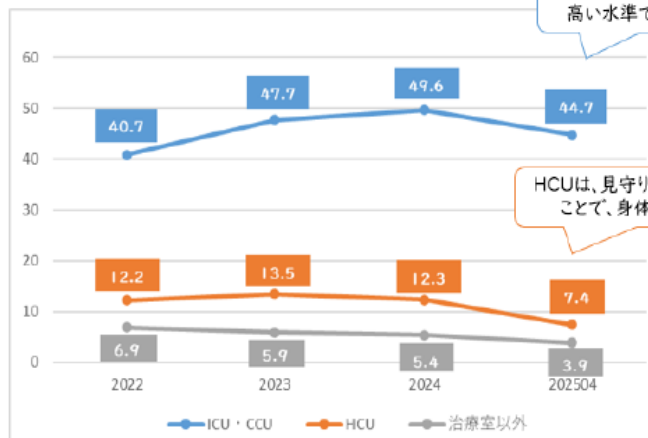
院内ポータルに掲示



*院内周知の実際

- 【全職員に向けて】
 - 病院長メッセージ
- 【責任職に向けて】
 - 経営責任者会議
 - セーフティマネージャ会議
 - 部門代表者会議
 - 院内委員会
- 【部門に向けて】
 - 診療科カンファレンス
 - 看護部：看護師長会、副看護師長会、主任看護師会 等

取り組み結果 身体拘束率（当院旧基準）



ICU・CCUの身体拘束率は高い水準で推移している

HCUは、見守りの体制を変えたことで、身体拘束率が低減

院内周知をする中の気持ち

セーフティマネージャ会での意見交換(2025)

議題：多職種で身体的拘束最小化を進めていくうえで、自分の職種でできること、どのような相互協力が必要か

- 不要な処置、デバイスを減らしていく【医師】
- せん妄患者は早めに神経精神科にコンサルトをする【医師】
- 身体拘束について、学ぶ機会を持つ【医師】
- 患者の見守り体制、家族との協力体制を整える【看護師】
- せん妄リスクのある患者に対し、薬剤調整を進言する【薬剤師】
- 患者との対話から異変に気づき、支援につなげる【MSW】

⚠️ 医師の発言『緊急入院時、看護師から、必ず同意書をとるように言われる』
➡️ 看護師の身体拘束に対する意識変革をさらにすすめる必要性を感じた

事例④ 理念の共有とケアの実践を通じ意識改革を実現、拘束率減少

福岡県

社会医療法人 水光会 宗像水光会総合病院 施設概要：300床（一般154床、回復期リハビリテーション病棟49床、地域包括ケア病棟39床、ICU6床、地域包括医療病棟52床）

- 「身体的拘束最小化」について、その意図を看護管理者が正しく認識し、スタッフへの共有、ケアの工夫や代替策の検討を通じ、組織全体の意識改革から取組成果の共有によるより良いケアの動機付けに至り、病院全体の身体的拘束が減少した。

①看護管理者が身体的拘束最小化の取り組みについて、その意図を正しく理解し、スタッフへ共有

- ・ 看護部から看護管理者に説明会を実施。看護管理者（看護師長）から身体的拘束最小化の必要性がスタッフに説明される。

②身体的拘束を必要としないケアの検討

- ・ 看護管理者ラウンドを活用して、せん妄・認知症患者に対して、患者の状態を評価し、対応策やケア方法の検討を実施。身体的拘束を行わないために何をするのか、多職種で検討できる組織へ。

③身体的拘束以外で転倒・転落防止対策

- ・ 入院時から、転倒・転落リスクの高い患者に対して多職種でのカンファレンスの実施
- ・ リスク評価に基づく早期のカンファレンス実施。転倒発生時は行動要因に着目し、患者状態をアセスメントし、多職種で意見交換。

④ルート・ドレーン自己抜去予防は身体的拘束以外の代替策を検討

- ・ 患者の見守りを強化するための対策の推進として、休憩時間やスケジュールの見直しや院内デイケアを検討。
- ・ 生命維持に重要なルート・ドレーンに関しては患者状態をアセスメントし、医師も含めた多職種で十分検討を行う。医療安全についても影響を調査し、大きな差は認めないことを確認。

⑤人権擁護に対する看護師の意識改革

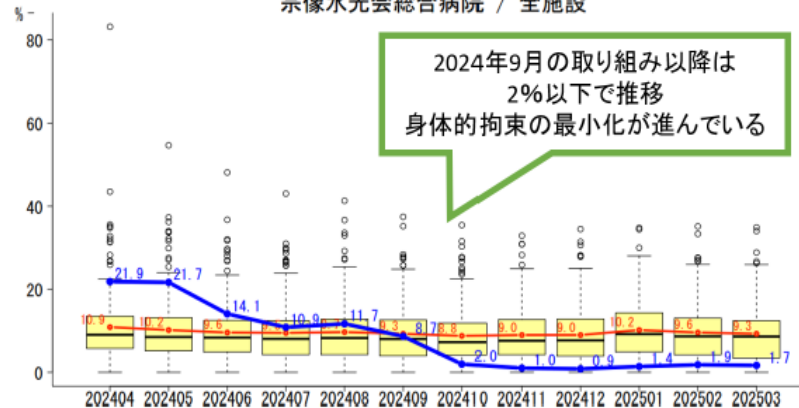
- ・ 倫理的課題であるという意識が定着し、多職種によるカンファレンス、解除に向けた目標の設定、積極的な一時解除の実施や解除時間の記録など、解除に向けた検討が適切に行われる体制へ変化。

⑥取り組みに対する看護師への動機づけ

- ・ 取り組みの成果を共有し、認識することで、ケアへの自信へのつながり。

取組の時系列

宗像水光会総合病院 / 全施設



取り組み後の結果

- ・ 身体的拘束最小化を目指す根拠が明確になり、看護管理者だけでなく看護職員全体の意識が変わったことで、患者の尊厳や人権擁護意識が醸成された。
- ・ 病棟ごとに工夫が検討され、より良い看護が実践されるようになった。
- ・ 身体的拘束は2%以下へ改善した。

パート3

2026年診療報酬改定と 身体的拘束

2026年 令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント

1. 賃上げや物価への対応

- 賃上げに向けた評価
 - ・令和8・9年度での各3.2%（看護補助者等は5.7%）の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し（点数の見直し、夜勤手当への充当を可能にする）
- 物価動向への対応
 - ・令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ 等

2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し

- 急性期・高度急性期の医療機関機能に応じた評価の見直し
 - ・急性期病院一般入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し
 - ・急性期総合体制加算の新設（既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価）
 - ・特定集中治療室管理料等の見直し（救急搬送や全身麻酔を実績要件化）
- 多職種が病棟で協働する体制の評価

3. 包括期・慢性期入院医療の見直し

- 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し
 - ・地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど）
 - ・回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など）
 - ・療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し
- 質の高い包括期入院医療の評価
 - ・生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ
 - ・身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設

4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

- ICT等の活用による業務効率化・負担軽減
 - ・見守りや記録等でICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
 - ・生成AI等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化
- やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化

5. 人口の少ない地域・医師偏在対策

- 人口少数地域で医療提供機能を確保するための評価の新設
 - ・医療提供機能連携確保加算の新設（人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価）
- 診療科偏在対策の推進
 - ・地域医療体制確保加算2の新設（若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価）
 - ・外科医療確保特別加算の新設（長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価）

6. 外来医療の機能分化・強化等

- 外来の機能分化の推進
 - ・特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
 - ・特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設
- 外来に係る評価の見直し
 - ・生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し
 - ・時間外対応加算の引上げ、名称変更

7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進

- 在宅医療に関する評価の見直し
 - ・地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価
- 訪問看護に関する評価の見直し
 - ・同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し
 - ・地域と連携した精神科訪問看護体制を評価

8. 重点的な対応が求められる各分野での対応（救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など）

- 救急医療
 - ・救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設）
 - ・救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価
- 小児・周産期医療
 - ・妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価（産科管理加算）
 - ・小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可
- 精神医療（続き）
 - ・急性期病院精神病棟入院料の新設（地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。）
 - ・精神科地域密着多機能体制加算の新設（小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組を評価）
- 医療DX・オンライン診療の評価の見直し
 - ・電子的診療情報連携体制整備加算の新設（医療DXに係る評価を改組）
 - ・D to P with Nでの訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

- 身体的拘束の最小化に向け、管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制について、新たな評価を設ける。

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき） 40点

[対象病棟]

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟
 (※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る)



[施設基準（抜粋）]

- 病院長や看護部長が、身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明し、職員に周知していること。
- 院内で身体的拘束の最小化に関する講習が年2回以上実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- 身体的拘束最小化チームにより、身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- 身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上実施していること。
- 身体的拘束を行われている患者がいる場合、最小化チームによる巡回が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- 身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取していること。
- 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下（届出から1年間は5%以下）であること。
- 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載していること。

入院基本料等の通則の見直し

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

- 入院診療計画の基準について、**入院期間が2日以内**であると見込まれる場合等であって、診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、**患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない**こととする。さらに、**医師や患者等の署名は不要とし、説明日及び説明者を診療録に記載**することとする。
- **身体的拘束最小化の基準**は、令和6年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけたうえで、**実績や取組に係る基準を新設**し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を**20点減算**することとする。

2024年

2026年

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

- ・身体的拘束を行う場合は実施状況や緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修実施等

- いずれかを満たすこと
- ・身体的拘束の実施割合が1割5分以下 **15%**
 - ・身体的拘束の最小化に向けて、委員会や職員向け研修の開催、巡回等により、解除に向けた具体的な取組を行うこと

○（満たしている）	○（満たしている）	減算なし
○（満たしている）	×	20点減算
×	×	40点減算

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

- 正当な理由なく**入院中の患者に対する家族等による面会を妨げない**よう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に新たに規定を設ける。

〔施設基準〕

第五 病院の入院基本料の施設基準等 一 通則

- (10) **入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。**

※特定入院料の施設基準等においても同様。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

- 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準を、身体的拘束最小化の基準のうち「体制に係る基準」と位置づける。
- 身体的拘束最小化の基準として、新たに「**実績等に係る基準**」を設ける。
- 身体的拘束最小化の基準のうち「**実績等に係る基準**」のみ満たせない場合は、入院料を**1日につき20点減算**する。

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

- ・身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・チームによる身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修の実施 等



身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

⇒ **実績等に係る基準だけを満たせない場合は、40点の減算ではなく、入院料を20点減算**する

以下のいずれかを満たすこと。

ア 身体的拘束の**実施割合が集計**されており、**1割5分以下**であること。

イ 身体的拘束の**原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続**して行っていること。

(イ) **委員会を3か月に1回以上開催**し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。

(ロ) 身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、**解除や代替策の導入に向けた具体的な検討**を行う。

- ① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討
- ② 病棟内の複数人の職員が協働して検討

(ハ) 入院患者に関わる職員を対象として、**身体的拘束最小化に関する研修（拘束の代替策等を含む）を年に2回以上**実施する。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進③

身体的拘束の実施割合の計算方法

- 身体的拘束最小化の基準に係る実施割合の計算方法は、以下のとおり。

$$\text{身体的拘束の実施割合} = \frac{\text{直近3か月間の入院料算定日数のうち、身体的拘束を実施した日数（※1）}}{\text{直近3か月間の入院料算定日数（※2）}}$$

- ※1 以下の場合には身体的拘束を実施した日数に**含まない**。

ア **センサークリップ等のみ**を使用する場合

（患者の動作により容易に外れ、自発的な運動を制限することはない状況に限る）

イ **処置時や移動時に**、患者等の同意を得た上で、**安全確保のために短時間固定ベルト等**を使用する場合

（使用中は**職員が介助等のために常に当該患者の側に付き添って**おり、処置や移動の**終了時に確実に解除**している場合のみ）

ウ 患者が訓練のために**自由に車椅子を操作することのできる状態**であって、患者等の同意を得た上で、車椅子操作による**訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルト**を使用する場合

（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず、身体的拘束を実施した日としてカウントする）

- ※2 以下の入院料を算定した日及び精神病床（身体的拘束を精神保健福祉法に基づいて取り扱う場合に限る）は除く。

「A300」救命救急入院料

「A301」特定集中治療室管理料

「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料

「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料

「A301-4」小児特定集中治療室管理料

「A302」新生児特定集中治療室管理料

「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料

「A303」総合周産期特定集中治療室管理料

「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料

身体的拘束の経過措置期間は 2027年5月末まで

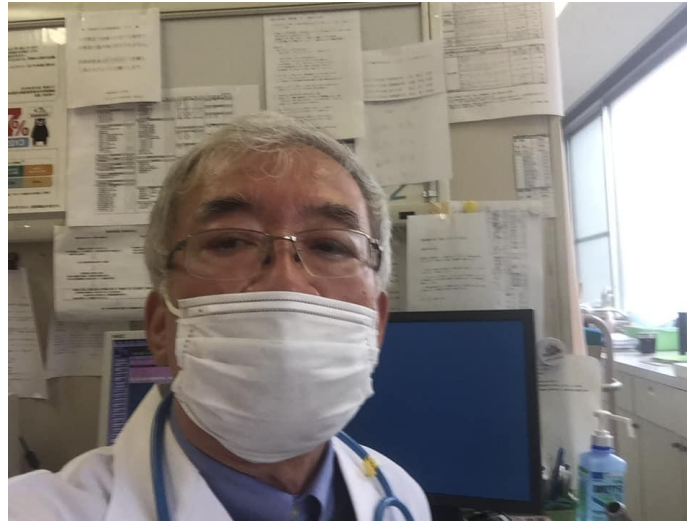
体制基準（指針・チーム・研修・周知）

実績等基準（実施率15%以下 or 具体的取組の継続）

まとめと提言

- 身体的拘束最小化が2024年診療報酬の入院通則に導入、2025年6月より実施されている
- 身体的拘束率は病棟ごとにまちまちだ。
- 今回は地域包括ケア病棟、療養病棟で身体的拘束最小化推進体制加算40点が導入された
- 通則では身体的拘束実施率15%以下が導入された
- 経過措置は2027年5月まで

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp