

保険医療機関

北辰病院の概要

Insurance medical institution Hokushin Hospital

<診療科目>	精神科 心療内科 神経科 内科
<許可病床数>	精神病床 238 床
<開設者>	中村 保喜
<病院長>	小西 俊一郎
<所在地>	埼玉県越谷市七左町 4-358
<TEL/FAX>	048-985-3333 / 048-985-3366
<安全管理体制>	医療安全管理責任者:丸山 直美 医薬品安全管理責任者:品田 光行
<医師一覧>	<精神科/心療内科/神経科> 中村 保喜 中村 吉伸 久保木 富房 仲條 龍太郎 佐々木 直 小堀 聡久 山尾 あゆみ 冨塚 桜子 中村 咲美 大野 智也 今井 理花 井上 翔登 酒井 一樹 山口 桜子 牛島 定信 高橋 敏治 吉川 栄省 中西 達郎 上田 諭 松永 直樹 佐々木 瞭 山内 博斐 永井 康 阿部 健太 酒井 祥行 清野 眞文 <内科> 黒柳 享義 沼山 貴也
<診療時間>	月曜日～土曜日 午前診 9:00～12:00 午後診 13:00～16:00 (受付時間: 8:30～15:30) 休診日 日祝日・年末年始(急患はこの限りではありません)
<指定状況>	精神科救急医療施設 精神保健福祉法に基づく指定病院 精神保健福祉法に基づく応急入院指定病院 指定自立支援医療機関(精神通院医療) 心神喪失者医療観察法に基づく指定通院医療機関 生活保護法指定機関 埼玉県災害派遣精神医療チーム(埼玉 DPAT)を構成する医療機関 臨床研修指定病院(協力型) 日本精神科救急学会認定医制度認定施設 日本専門医機構専門医制度精神科領域専門研修プログラム認定施設 CPMS(クロザリル患者モニタリングサービス)登録医療機関

令和7年5月7日現在(令和7年6月1日改訂)

厚生労働大臣の定める揭示事項

1、 当院は、保険医療機関の指定を受けています。

2、明細発行体制について

医療の透明化や患者様への情報提供を推進していく観点から、領収書の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の判る明細書を無料で発行しています。また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方についても、明細書を無料で発行しています。

明細書には、使用した医薬品の名称や行われた検査の名称が記載されるもので、その点をご理解いただき、ご家族が代理で会計を行う場合その代理の方への発行を含めて、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出ください。

3、医療 DX 推進体制整備加算について

当院では、医療 DX 推進体制として、次のとおりの対応を実施しています。

1. オンライン請求を行っています
2. オンライン資格確認を行う体制を有しています
3. オンライン資格確認で取得した診療情報等を、診察室で閲覧又は活用できる体制を有しています
4. 電子処方箋を発行については現在整備中です
5. 電子カルテ共有サービスを活用できる体制については現在整備中です
6. マイナンバーカードの健康保険証利用について、お声かけ、ポスター掲示を行っています

3、保険外負担に関する事項について

当院では個別使用料、証明書・診断書について、利用日数に応じた実績のご負担をお願いしています。

◇特別療養環境の提供

別紙「差額室料一覧」をご参照下さい。

◇診断書・証明書及び保険外負担に係る費用

別紙「文書料一覧」「実費一覧」をご参照下さい

4、当院は関東信越厚生局に下記の届出を行っています

◇看護師配置に係る事項

当院では、1日入院患者数に対する看護職員を配置し、交代で24時間看護を行っています。なお、病棟・時間帯・休日などで看護職員の配置が異なります。また、病棟ごとの配置人数は、病棟に掲示しております。

◇施設基準に係る届出については下記の通りです

基本診療料

精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期医師配置加算1 精神科救急医療体制加算2	精神療養病棟入院料 重症者加算1 精神保健福祉士配置加算
精神科急性期治療病棟入院料1	精神科入退院支援加算
精神科応急入院施設管理加算	精神科身体合併症管理加算
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	医療安全対策加算2
医師事務作業補助体制加算2（50対1）	感染対策向上加算2
患者サポート体制充実加算	サーベイランス強化加算
臨床研修病院入院診療加算（協力型）	連携強化加算
データ提出加算1及び3	診療録管理体制加算3

特掲診療料

CT撮影	精神科作業療法
薬剤管理指導料	医療保護入院等診療料
精神科退院時共同指導料1及び2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料
入院ベースアップ評価料26	外来・在宅ベースアップ評価料
医療DX推進体制整備加算	

入院時食事療養

入院時食事療養（I）	
------------	--

5、入院時食事療養費について

当院は、入院食事療養費（I）の届出を行っており、管理栄養士によって管理された食事を随時（朝食7時30分、昼食午後0時、夕食午後6時以降）、適温で提供しています。

6、特別メニューの提供について

特別メニューは、患者様の希望により選択できます。料金は別紙「実費一覧」をご参照下さい。メニュー内容は病棟に紙面でお知らせしていますのでご覧ください。

7、一般名処方について

後発医薬品のある医薬品について、特定の医薬品名を指定するのではなく、薬剤の成分をもとにした一般名処方（一般的な名称により処方箋を発行すること）を行う場合があります。特定の医薬品が不足した場合であっても、一般名処方により必要な医薬品が提供しやすくなります。

8、その他

◇医療安全対策の取り組み

当院では、安全な医療を提供するために、医療安全管理者等が医療安全管理委員会と連携し、より実効性のある医療安全対策の実施や職員研修を計画的に実施しています。

◇院内感染対策の取り組み

当院では、感染制御チームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行い、院内感染対策を目的とした職員の研修を行っています。

また、院内だけにとどまらず、同法人他施設の感染防止対策の知識の向上のための活動も行っています。

◇敷地内全面禁煙について

当院は、健康保険法第25条の定めにより、受動喫煙防止のため、屋内外を問わず敷地内での喫煙を禁止しています。ご来院、ご入院中の皆様には、禁煙（非燃焼・加熱式たばこ含む）の厳守をお願いいたします。

また、病院周辺においてもマナーをお守りいただき、病院敷地内全面禁煙にご理解とご協力をお願いいたします。

保険外負担

■ 差額室料一覧

病棟・種別		定員	病床数	単 価
6病棟	4階 S室	1名	10床	1日あたり 14,300円 (税込)
	4階 A室	1名	15床	1日あたり 12,100円 (税込)
	3階 A室	1名	3床	1日あたり 9,900円 (税込)
	3階 B室	1名	32床	1日あたり 8,800円 (税込)
5病棟	全部屋	1名	42床	1日あたり 3,300円 (税込)

■ 診療記録の開示

種 別	単 価	備 考
診療記録の開示に伴う料金		
開示申請手数料 (1件あたり)	5,500円 (税込)	
コピー代 (1枚あたり)	30円 (税込)	
画像記録 CD-R 作成料 (1枚あたり)	950円 (税込)	

* 診療記録の開示には所定の手続きが必要となります

■文書料一覧

種別（公的保険給付と関係ない文書）	単 価	備 考
各種年金診断書	5,500 円（税込）	
生命保険証明書（診断書）	5,500 円～7,700 円（税込）	
障害者手帳用診断書	5,500 円（税込）	
当院所定様式診断書など	5,500 円～7,700 円（税込）	
成年後見人診断書	5,500 円（税込）	
傷病証明書（ハローワーク提出用）	1,100 円（税込）	
自立支援医療診断書	3,300 円（税込）	
重度かつ継続に関する意見書	880 円（税込）	
入院期間証明書	2,200 円（税込）	
診療情報提供書	5,500 円（税込）	
診療情報提供書（英文）	11,000 円（税込）	
セカンドオピニオン（～30分）	16,500 円（税込）	
セカンドオピニオン（～60分）	27,500 円（税込）	
文書郵送料（1回あたり）	600 円（税込）	
種別（保険適応あり）	単 価	備 考
傷病手当金医師意見書交付料（保険3割負担）	300 円	（税なし）
診療情報提供書（保険3割負担）	750 円	（税なし）

■実費一覧

当院では希望に応じて下記を使用（利用）した場合、使用料、利用回数により実費負担をお願いしています。

日常生活上のサービスに係る費用

種別（公的保険給付と関係ない文書）	単 価	備 考
紙おむつ（Dパンツ含む）（1枚）	170 円（税込）	
尿取りパッド（1枚）	115 円（税込）	
バスタオル（1枚）	130 円（税込）	
フェイスタオル（1枚）	40 円（税込）	
特別メニュー（1日あたり）		
5病棟	1,100 円（税込）	
6病棟	1,430 円（税込）	
エンゼルケア	8,800 円（税込）	

各病棟の看護職員配置状況一覧(令和8年4月1日現在)

1病棟	日勤帯(8:30~17:30)	1日に18人以上の看護職員が勤務	看護職員1人当たりの受け持ち:5人以内
	夜勤帯(16:30~9:30)		看護職員1人当たりの受け持ち:20人以内
2病棟	日勤帯(8:30~17:30)	1日に13人以上の看護職員が勤務	看護職員1人当たりの受け持ち:4人以内
	夜勤帯(16:30~9:30)		看護職員1人当たりの受け持ち:21人以内
3病棟	日勤帯(8:30~17:30)	1日に合計5人以上の看護職員と看護要員が勤務	看護職員・要員1人当たりの受け持ち:9人以内
	夜勤帯(16:30~9:30)		看護職員・要員1人当たりの受け持ち:13人以内
5病棟	日勤帯(8:30~17:30)	1日に合計6人以上の看護職員と看護要員が勤務	看護職員・要員1人当たりの受け持ち:7人以内
	夜勤帯(16:30~9:30)		看護職員・要員1人当たりの受け持ち:14人以内
6病棟	日勤帯(8:30~17:30)	1日に9人以上の看護職員、4人以上の看護要員が勤務	看護職員1人当たりの受け持ち:6人以内
	夜勤帯(16:30~9:30)		看護職員1人当たりの受け持ち:20人以内

当医療法人は患者様等の個人情報保護に全力で取り組んでいます

当医療法人は、個人情報を下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。個人情報の取り扱いについてお気づきの点は、窓口までお気軽にお申し出ください。

医療法人秀峰会理事長 中村保喜

当医療法人における個人情報の利用目的

◎医療提供

当医療法人での医療サービスの提供

他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携

他の医療機関等からの照会への回答

患者様等の診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合

検体検査業務の委託その他の業務委託

ご家族等への病状説明

その他、患者様等への医療提供に関する利用

◎診療費請求のための事務

当医療法人での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託

審査支払機関へのレセプトの提出

審査支払機関又は保険者からの照会への回答

公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答

その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

◎当医療法人の管理運営業務

会計・経理

医療事故等の報告

当該患者様等の医療サービスの向上

入退院等の病棟管理

その他、当医療法人の管理運営業務に関する利用

◎企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

◎医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

◎医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

◎当医療法人内において行われる医療実習への協力

◎医療の質の向上を目的とした当医療法人内での症例研究

◎外部監査機関への情報提供

付記

- 1 上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨をお申し出ください。
- 2 お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
- 3 これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

(医)秀峰会 北辰病院 医療安全管理指針

1 総則

1-1 基本理念

医療現場では、医療従事者の些細な不注意等が、医療上予期しない状況や、望ましくない事態を引き起こし、患者の健康や生命を損なう結果を招く事がある。

我々医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。さらに、日常診療の過程にいくつかのチェックポイントを設けるなど、単独、あるいは重複した過ちが、医療事故という形で患者に実害を及ぼす事のないような仕組みを院内に構築することも重要である。

本指針はこのような考え方のもとに、それぞれの医療従事者の個人レベルでの事故防止対策と、医療施設全体の組織的な事故防止対策の二つの対策を押し進めることによって、医療事故の発生を未然に防ぎ、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整える事を目標とする。当院においては病院長（理事長）のリーダーシップのもと、全職員がそれぞれの立場からこの問題に取り組み、患者の安全を確保しつつ必要な医療を提供していくものとし全職員の積極的な取り組みを要請する。

本指針では次に掲げる「安全管理に関する基本的な考え方」に基づき、患者の安全を最優先に考え、「安全文化」を醸成・定着させる為に全職員の積極的な取り組みを要請する。

- (1) 「人はあやまちを犯す」と言う前提に従い、あやまちを誘発しない環境や、あやまちが患者の障害が（に）発展しないようシステムを構築する。
- (2) あやまちの前兆を見過ごさず、発生したあやまち等に適切に対応できる能力を養う。
- (3) 発生したあやまちに対して、速やかな報告とその報告に対して迅速に対応できるシステムを構築する。
- (4) 医療現場で発生する人身事故を予防するために、医療従事者だけでなく患者にも医療安全に対する理解と協力を求めることが必要である。

1-2 用語の定義

本指針で試用する主な用語の定義は、以下の通りとする。

(1) 医療事故

診療の過程において患者に発生した望ましくない事象

医療提供者の過失の有無は問わず、不可効力と思われる事象も含む

(2) 当院

医療法人秀峰会 北辰・楽山病院

- (3) 職員
当院に勤務する医師、看護師、看護助手(MS・MCS)、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、事務職員、栄養士、公認心理師、検査技師等あらゆる職種を含む
- (4) 上司
当該職員の直上で管理的立場にある者
- (5) 医療安全管理者
医療安全管理に必要な知識および技能を有する職員であって、病院長（理事長）の指名により、当院全体の医療安全管理を中心的に担当する者であって、専任、兼任の別を問わない

1-3 組織および体制

当院における医療安全対策と患者様の安全確保を推進するために、本指針に基づき当院に以下の役職および組織等を設置する。

- (1) 医療安全管理者
- (2) 医療安全管理委員会
- (3) 医療に係る安全確保を目的とした報告
- (4) 医療に係る安全管理のための研修

2 医療安全管理委員会

2-1 医療安全管理委員会の設置

当院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために、医療安全管理委員会を設置する。

2-2 委員の構成

- (1) 医療安全管理委員会の構成は、以下の通りとする。
 - ① 医師（理事長、院長、楽山院長）
 - ② 医療安全管理者（兼任可とする）
 - ③ 院長に次ぐ立場にある医師
 - ④ 看護部門の代表者
 - ⑤ 薬剤部門の代表者
 - ⑥ 精神保健福祉士の代表者
 - ⑦ 作業療法士部門の代表者
 - ⑧ 公認心理師部門の代表者
 - ⑨ 栄養科の代表者
 - ⑩ 事務部門の代表者
- (2) 委員会の会議には、必要に応じて病院長（理事長）が同席する。

(3) 委員の氏名および役職は(院内掲示等の方法により)、公表する。

(4) 委員長に事故があった際は、副院長がその職務を代行する。

2-3 任務

医療安全管理委員会は、主として以下の任務を負う。

- (1) 医療安全管理委員会の開催および運営
- (2) 医療に係る安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発防止策の検討および職員への周知
- (3) 院内の医療事故防止活動および医療安全に関する職員研修の企画立案
- (4) その他、医療安全の確保に関する事項
- (5) 医療事故調査委員会

医療事故発生時は、病院長（理事長）は事故調査を行うために医療事故調査委員会を設置する。院内の事故について調査を行い、その結果を病院長（理事長）に報告する。

* 医療安全管理者の具体的な業務

- (1) インシデント、アクシデント報告制度に基づいた医療安全の活動
- (2) 医療事故を起した職員に対する精神的、心理的な支援
- (3) 医療安全管理のための委員会に関する活動
- (4) 医療安全管理のための部署間の調整、対策等の提案
- (5) 医療安全管理のための指針やマニュアルの作成及び改訂
- (6) 部署別マニュアル作成の支援
- (7) 医療安全活動に関する研修会の企画立案及び養育活動
- (8) 医療安全活動に関する院外の情報収集と対応
- (9) 医療安全活動のための院内評価業務

医療事故・インシデント報告の内容

対象	対象外
1. 患者に障害が発生した場合 2. 患者に障害が発生する可能性があった場合 3. 患者やご家族からの苦情 * 上記、1・2に含まれるもの ① 与薬 ② 注射・処置・検査 ③ 輸血 ④ 機械類操作 ⑤ チューブ類の外れ	1. 院内感染 2. 食中毒 3. 持込の床ずれ

<ul style="list-style-type: none"> ⑥ 転倒・転落 ⑦ 誤嚥・誤飲 ⑧ 食事（経管栄養含む） ⑨ 熱傷・凍傷 ⑩ 抑制に関すること ⑪ 自殺・自傷行為 ⑫ 皮膚の損傷（受傷・打撲・床ずれなど） ⑬ 無断離院 ⑭ 針刺し ⑮ 暴言暴力 	
---	--

2-4 委員会の開催および活動の記録

- (1) 委員会は原則として、月1回定期的に開催するものとする。
その他、必要に応じて事故調査委員会の開催等、委員長が召集する。
- (2) 委員長は、委員会を開催した時は、速やかに検討の要点をまとめた議事の概要を作成し、2年間これを保管する。
- (3) 委員長は、委員会における議事の内容および活動の状況について、必要に応じて理事長、病院長に報告する。

3 報告等にもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善方策

3-1 報告とその目的

この報告は医療安全を確保するためのシステムの改善や教育・研修の資料とするこのみを目的としており、報告者はその報告によって何ら不利益を受けないことを確認する。具体的には、①当院内における医療事故や、危うく事故になりかけた事例等を検討し、医療の改善に資する事故予防対策、再発防止策を策定すること、②これらの対策の実施状況や効果の評価・点検等に活用しうる情報を院内全体から収集することを目的とする。これらの目的を達成するため、全ての職員は次項以下に定める要領に従い、医療事故等の報告を行うものとする。

3-2 報告に基づく情報収集

(1) 報告すべき事項

全ての職員は、当院内で次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、概ねそれぞれに示す期間を超えない範囲で、速やかに報告するものとする。

① 医療事故

⇒医療側の過失の有無を問わず、患者様に望ましくない事象が生じた場合は、発生後直ちに上司もしくは医療安全管理委員へ報告する。上司もしくは医療安全管理委員からは直ちに医療安全管理者→委員長(状況により理事長、院長等)へと報告する。

- ② 医療事故には至らなかったが、発見、対応等が遅れば患者様に有害な影響を与えたと考えられる事例

⇒速やかに上司または医療安全管理委員会委員へ報告する。

- ③ その他、日常診療の中で危険と思われる状況

⇒適宜、上司または医療安全管理委員へ報告する。

(2) 報告の方法

- ① 前項の報告は、原則として別に報告書式として定める書面をもって行う。ただし、緊急を要する場合にはひとまず口頭で報告し、患者様の救命措置等に支障が及ばない範囲で、遅滞なく書面による報告を行う。
- ② 報告は、診療録、看護記録等、自らが患者様の医療に関して作成すべき記録に基づき作成する。
- ③ 自発的報告がなされるよう報告者名を省略して報告することができる。

3-3 報告内容の検討等

(1) 改善策の策定

医療安全管理委員会は、前項の定めに基づいて報告された事例を検討し、医療の安全管理上有益と思われるものについて、再発防止の観点から、当院の組織としての改善に必要な防止対策を作成するものとする。

(2) 改善策の実施状況の評価

医療安全管理委員会は、すでに策定した改善策が、各部門において確実に実施され、かつ安全対策として有効に機能しているかを常に点検・評価し、必要に応じて見直しを図るものとする。

3-4 その他

- (1) 理事長、院長、医療安全管理者および医療安全管理委員会の委員は、報告された事例について知り得た内容を、正当な事由なく他の第三者に告げてはならない。
- (2) 本項の定めにしたがって報告を行った職員に対しては、これを理由として不利益な取り扱いを行ってはならない。

4 安全管理のための指針・マニュアルの整備

4-1 安全管理マニュアル等

安全管理のため、当院において以下の指針・マニュアル等(以下「マニュアル等」という)を整備する。

- (1) 事故防止対策マニュアル
- (2) 院内感染対策指針(院内感染対策委員会が策定) *必携
- (3) 医薬品安全使用マニュアル *必携
- (4) その他

4-2 安全管理マニュアル等の作成と見直し

- (1) 上記のマニュアル等は、関係部署の共通のものとして整備する。
- (2) マニュアル等は、関係職員に周知し、また、必要に応じて見直す。
- (3) マニュアル等は、作成、改変の都度、医療安全管理委員会に報告する。

4-3 安全管理マニュアル等作成の基本的な考え方

- (1) 安全管理マニュアル等の作成は、多くの職員がその作成・検討に関わる事を通じて、職場全体に日常診療における危険予知、寒邪の安全に対する認識、事故を未然に防ぐ意識などを高め、広めるという効果が期待される。全ての職員はこの主旨を良く理解し、安全管理マニュアルの作成に参加しなくてはならない。
- (2) 安全管理マニュアル等の作成、その他、医療の安全、患者様の安全確保に関する議論においては、全ての職員はその職種、資格、職位の上下に関わらず対等な立場で議論し、相互の意見を尊重しなくてはならない。

5 医療安全のための研修

5-1 医療安全管理のための研修の実施

- (1) 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、1年に2回以上、全職員を対象とした医療安全管理のための研修を定期的実施する。
- (2) 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、当院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- (3) 職員は、研修が実施される際には、極力、受講するよう努めなくてはならない。
- (4) 病院長（理事長）は、本指針[5-1](1)号の定めにかかわらず、当院内で重大事故が発生した後など、必要があると認める時は、臨時に研修を行うものとする。
- (5) 医療安全管理委員会は、研修を実施したときは、その概要（開催日時、出席者、研修項目）を記録し、2年間保管する。

5-2 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、理事長、病院長等の講義、院内での報告会、事例分析、外部の講習会・研修会の伝達報告会または有益な文献の抄読などの方法によって行う。

5-3 職員に対する啓発

職員個人が日々自己啓発、質的向上に努めるとともに、組織として職員の能力を向上させる為、定期的・計画的に教育・研修の機会を設ける。教育、研修の際には機会ごとに「どんな小さいインシデントでも、大きな事故に繋がること。」を強調し、常に「危機意識」を持ち業務に当たるように指導し、年2回の参加を目指す。どうしても参加できないスタッフは委員会が直接指導と資料の閲覧をする。

6 事故発生時の対応

6-1 救命措置の最優先

医療側の過失によるか否かを問わず、患者様に望ましくない事象が生じた場合には、可能な限り、まず、当院内の総力を結集して、患者様の救命と被害の拡大防止に全力を尽くす。

また、当院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供する。

6-2 理事長、院長への報告など

- (1) 前項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状態等を、上司を通じてあるいは直接に理事長、病院長等へ迅速かつ正確に報告する。
- (2) 病院長（理事長）は、必要に応じて委員長に医療安全管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることができる。
- (3) 報告を行った職員は、その事実および報告の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者様の医療に関して作成すべき記録等に記録する。

6-3 日曜・祝日、夜間等の報告

- (1) 事故発生が日曜・祝日、夜間等に起きた場合には、担当者は、日当直医師、並びに看護日当直・部門責任者に速やかに報告し、指示を得るものとする。
- (2) 看護日当直は、状況を把握した上で、部門責任者の指示に従い、行うべき対応についての助言・並びに応援要員(人員配置)などの調整を行う。
- (3) 看護日当直は、6-1項の目的を達成するため、事故の状況、患者の現在の状態等を、直接に病院長（理事長）等へ迅速かつ正確に報告する。

6-4 患者様・家族・遺族への説明

- (1) 事故発生後、救命措置の遂行に支障をきたさない限りできる限り速やかに、事故の状況、現在実施している回復措置、その見通し等について、患者様本人、家族等に誠意をもって説明するものとする。
患者様が事故により死亡した場合には、その客観的状況を速やかに遺族に説明する。
- (2) 説明を行った職員は、その事実および説明の内容を、診療録、看護記録等、自らが患者様の医療に関して作成すべき記録等に記録する。

7 本指針の周知

7-1 本指針の周知

本指針の内容については、理事長、院長、医療安全管理者、医療安全管理委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。

7-2 本指針の見直し、改正

- (1) 医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として

取り上げ検討するものとする。

(2)本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

7-3 本指針の閲覧

本指針の内容を含め、職員は患者様との情報の共有に努めるとともに、患者様およびその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。また本指針についての照会には医療安全管理者が対応する。

7-4 患者様から相談への対応

病状や治療方針などに関する患者様からの相談に対しては、担当者を決め、誠実に対応し、担当者は必要に応じ主治医、担当看護師へ内容を報告する。

(医) 秀峰会 北辰病院 院内感染対策指針

1 総則

1-1 . 基本理念

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。医療関連感染の発生を未然に防止することと、ひとたび発生した感染症が拡大しないように可及的速かに制圧、終息を図ることは医療機関の義務である。(医) 秀峰会北辰病院 (以下「当院」とする) においては、本指針により院内感染対策を行う。

1-2 . 用語の定義

1) 院内感染

病院環境下で感染した全ての感染症を院内感染と言い、病院内という環境で感染した感染症は、病院外で発症しても院内感染という。逆に、病院内で発症しても、病院外(市井)で感染した感染症は、院内感染ではなく、市井感染という。

2) 院内感染の対象者

院内感染の対象者は、入院患者、外来患者の別を問わず、見舞人、訪問者、医師、看護師、医療従事者、その他職員、さらには院外関連企業の職員等を含む。

1-3 . 本指針について

1) 策定と変更

本指針(院内指針、手順書と言うべきもの：以下同様)は院内感染対策委員会 **infection control committee (ICC : 2-2)** 参照) の議を経て策定したものである。また、院内感染対策委員会の議を経て適宜変更するものであり、変更に際しては最新の科学的根拠に基づかなければならない。

2) 職員への周知と遵守率向上

本指針に記載された各対策は、全職員の協力の下に、遵守率を高めなければならない。

- ① 感染対策チーム **infection control team (ICT : 2-4)** 参照) は、現場職員が自主的に各対策を実践するよう自覚を持ってケアに当たるよう誘導する。
- ② ICT は、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践して行くよう動機付けをする。
- ③ 就職時初期教育、定期的教育、必要に応じた臨時教育を通して、全職員の感染対策に関する知識を高め、重要性を自覚するよう導く。
- ④ 定期的 ICT ラウンドを活用して、現場に於ける効果的介入を試みる。
- ⑤ 定期的に手指衛生や各種の感染対策の遵守状況につき監査するとともに、擦式消毒薬の使用量を調査してその結果をフィードバックする。

3) 本指針の閲覧

職員は患者との情報の共有に努め、患者およびその家族等から本指針の閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。なお、本指針の照会には ICT が対応する。

2 医療機関内における感染対策のための委員会等

院長が積極的に感染対策に関わり、院内感染対策委員会、ICT が中心となって、すべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動をする。院内感染対策委員会は院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は院長に答申され、運営会議での検討を経て、日常業務化する。ICT は院長の直接的管理下にある日常業務実践チームであり、院長が一定の権限を委譲し、同時に義務を課し組織横断的に活動する。

1) 院長

答申事項に関し、運営会議での検討を経て、必要な ICT の業務を決定し、日常業務として指定する。

2) 院内感染対策委員会 infection control committee (ICC) の構成

構成員として以下のとおり組織する。

- ①院長（委員長を務める）
- ②ICT メンバー（看護職）
- ③看護師（各病棟、外来より 1 名）
- ④薬剤師
- ⑤臨床検査技師
- ⑥事務職員

3) 感染対策チーム infection control team (ICT) の業務

- ① 1 か月に 1 回程度の定期的会議を開催する。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。
- ② ICT の報告を受け、その内容を検討した上で、ICT の活動を支援すると共に、必要に応じて、各診療科に対して院長名で改善を促す。
- ③ 院長の諮問を受けて、感染対策を検討して答申する。
- ④ 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じて見直しする。
- ⑤ それぞれの業務に関する規定を定めて、院長に答申する。
- ⑥ 実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的に行い、評価結果を記録、分析し、必要な場合は、さらなる改善策を勧告する。

4) ICT について

- ① 医師（院長）、看護師、薬剤師、臨床検査技師にて組織する。
週に 1 回程度の定期的全病棟ラウンドを行って、現場の改善に関する介入、現場の教育／啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特定と制圧、その他に当たる。
- ② 院長直属のチームとし、感染対策に関する権限を委譲されると共に責任を持つ。
また、ICT は、重要事項を定期的に院長に報告する義務を有する。
- ③ 重要な検討事項、異常な感染症発生時および発生が疑われた際は、その状況および患者／院内感染の対象者への対応等を、院長へ報告する。
- ④ 異常な感染症が発生した場合は、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。
- ⑤ 職員教育（集団教育と個別教育）の企画遂行を積極的に行う。

5) その他

発生した院内感染症が、正常範囲の発生か、アウトブレイクあるいは異常発生かの判断がつきにくいときは、厚生労働省地域支援ネットワーク担当事務局、あるいは、日本環

境感染学会認定教育病院担当者（03-6721-9131・FAX03-6721-9132）に相談する。

3 院内感染に関わる従業者に対する研修

- 1) 就職時の初期研修は、ICC が適切に行う。
- 2) 継続的研修は、年 2 回程度開催する。また、必要に応じて、臨時の研修を行う。これらは職種横断的に開催する。学会、研究会、講習会など、施設外研修を適宜施設内研修に代えることも可とする。
- 3) 学会、研究会、講習会など、施設外研修を受けた者の伝達講習を、適宜施設内研修に代えることも可とする。
- 4) ラウンド等の個別研修あるいは個別の現場介入を、可能な形で行う。
- 5) これらの諸研修の開催結果、あるいは、施設外研修の参加実績（開催または受講日時、出席者、研修項目）を、記録保存する。

4 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

4-1 . サーベイランス

日常的に当院における感染症の発生状況を把握するシステムとして、対象限定サーベイランスを必要に応じて実施し、その結果を感染対策に生かす。

- 1) カテーテル関連血流感染、手術部位感染、尿路感染、その他の対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する。
- 2) サーベイランスにおける診断基準は、アメリカ合衆国の方法（小林寛伊，広瀬千也子 監訳（森マニユア兼啓太，今井栄子 訳）.改訂 3 版 サーベイランスのための CDC ガイドライン—NNIS マニュアル（2004 年版）より.大阪：メディカ出版 2005，CDC. The National Healthcare Safety Network(NHSN) User Manual. Last Updated 10/23/2006.http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nhsn/NHSN_Manual_%20Patient_Safety_Protocol102306.pdf）に準拠する。

4-2 . アウトブレイクあるいは異常発生

アウトブレイクあるいは異常発生は、迅速に特定し、対応する。

- 1) 施設内の各領域別の微生物の分離率ならびに感染症の発生動向から、医療関連感染のアウトブレイクあるいは異常発生をいち早く特定し、制圧の初動体制を含めて迅速な対応がなされるよう、感染に関わる情報管理を適切に行う。
- 2) 臨床検査室では、検体からの検出菌の薬剤耐性パターンなどの解析に向け細菌検査委託業者と緊密な連絡体制をとり、疫学情報を日常的に ICT および臨床側へフィードバックする。
- 3) 必要に応じて地域支援ネットワーク、日本環境感染学会認定教育病院を活用し、外部よりの協力と支援を要請する。日本感染症学会施設内感染対策相談窓口（厚労省委託事業 <http://www.kansensho.or.jp/>）へのファックス相談を活用する。
- 4) 報告の義務付けられている病気が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

5 院内感染対策推進方策等

5-1 . 手指衛生

手指衛生は、感染対策の基本であるので、これを遵守する。

- 1) 手指衛生の重要性を認識して、遵守率が高くなるような教育、介入を行う。
- 2) 手洗い、あるいは、手指消毒のための設備／備品を整備し、患者ケアの前後には必ず手指衛生を遵守する。
- 3) 手指消毒は、石けんと流水による手洗い後手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒を基本とし、これを行う。
- 4) アルコールに抵抗性のある微生物に考慮して、適宜石けんと流水もしくは抗菌石けんと流水による手洗いを追加する。

5-2 . 微生物汚染経路遮断

微生物汚染（以下汚染）経路遮断策としてアメリカ合衆国疾病予防管理センター Centers for Disease Control and Prevention（CDC）の標準予防策（Jane D Siegel et al. Guideline For Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007. <http://www.cdc.gov/ncidod/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>）、および、5 - 7 付加的対策で詳述する感染経路別予防策を実施する。

- 1) 血液・体液・分泌物・排泄物・あるいはそれらによる汚染物などの感染性物質による接触汚染または飛沫汚染を受ける可能性のある場合には手袋、ガウン、マスクなどの個人用防護具 personal protective equipment（PPE）を適切に配備し、その使用法を正しく認識、遵守する。
- 2) 呼吸器症状のある患者には、咳による飛沫汚染を防止するために、サージカルマスクの着用を要請して、汚染の拡散を防止する。

5-3 . 環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持する。

- 1) 患者環境は質の良い清掃の維持に配慮する。
- 2) 限られたスペースを有効に活用して、清潔と不潔との区別に心がける。
- 3) 流しなどの水場の排水口および湿潤部位などは必ず汚染しているものと考え、水の跳ね返りによる汚染に留意する。
- 4) 床に近い棚（床から 30cm 以内）に、清潔な器材を保管しない。
- 5) 薬剤／医療器材の長期保存を避ける工夫をする。
- 6) 手が高頻度で接触する部位は 1 日 1 回以上清拭または必要に応じて消毒する。
- 7) 床などの水平面は時期を決めた定期清掃を行い、壁やカーテンなどの垂直面は、汚染が明らかかな場合に清掃または洗濯する。
- 8) 蓄尿や尿量測定が不可欠な場合は、汚物室などの湿潤部位の日常的な消毒や衛生管理に配慮する。
- 9) 清掃業務を委託している業者に対して、感染対策に関連する重要な基本知識に関する、清掃員の教育・訓練歴などを確認し、必要に応じて教育、訓練を行う（業務責任者より再教育を要

請するも可)。

5-4 . 交差感染防止

- 1) 易感染患者を保護隔離して病原微生物から保護する。
- 2) 感染リスクの高い易感染患者を個室収容する場合には、そこで用いる体温計、血圧測定装置などの用具類は、他の患者との共用は避け、専用のを配備する。
- 3) 各種の感染防護用具の対応を容易かつ確実に行う必要があり、感染を伝播する可能性の高い伝染性疾患患者は個室収容、または、集団隔離収容して、感染の拡大を防止する。

5-5 . 消毒薬適正使用

消毒薬は、一定の抗菌スペクトルを有するものであり、適用対象と対象微生物を十分に考慮して適正に使用する。

- 1) 生体消毒薬と環境用消毒薬は、区別して使用する。ただし、アルコールは両者に適用される。
- 2) 生体消毒薬は、皮膚損傷、組織毒性などに留意して適用を考慮する。
- 3) 塩素製剤などを環境に適用する場合は、その副作用に注意し、濃度の高いものを広範囲に使用しない。
- 4) 高水準消毒薬（グルタラール、過酢酸、フタラールなど）は、環境の消毒には使用しない。
- 5) 環境の汚染除去（清浄化）の基本は清掃であり、環境消毒を必要とする場合には、清拭消毒法により汚染箇所に対して行う。

5-6 . 抗菌薬適正使用

抗菌薬は、不適正に用いると、耐性株を生み出したり、耐性株を選択残存させる危険性があるので対象微生物を考慮し、投与期間は可能な限り短くする。

- 1) 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮して適正量を投与する。
- 2) 分離細菌の薬剤感受性検査結果に基づいて抗菌薬を選択する。
- 3) 細菌培養等の検査結果を得る前でも、必要な場合は、経験的治療 *empiric therapy* を行わなければならない。
- 4) 必要に応じた血中濃度測定 *therapeutic drug monitoring* (TDM) により適正かつ効果的投与を行う。
- 5) 特別な例を除いて、1つの抗菌薬を長期間連続使用することは厳に慎まなければならない。
- 6) 抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 薬、カルバペネム系抗菌薬などの使用状況を把握しておく。
- 7) バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)、MRSA、多剤耐性緑膿菌 (MDRP) など特定の多剤耐性菌を保菌しているも、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌は行わない。
- 8) 施設内における薬剤感受性パターン (アンチバイオグラム) を把握しておく。併せて、その地域における薬剤感受性サーベイランスの結果を参照する。

5-7 . 付加的対策

疾患及び病態等に応じて感染経路別予防策（空気予防策、飛沫予防策、接触予防策）を追加して実施する。次の感染経路を考慮した感染対策を採用する。

5-7-1. 空気感染（粒径 $5\mu\text{m}$ 以下の粒子に付着。長時間、遠くまで浮遊する）

- a. 麻疹
- b. 水痘（播種性帯状疱疹を含む）
- c. 結核
- d. 重症急性呼吸器症候群（SARS）、高病原性鳥インフルエンザ等のインフルエンザ、ノロウイルス感染症等も状況によっては空气中を介しての感染の可能性あり

5-7-2. 飛沫感染（粒径 $5\mu\text{m}$ より大きい粒子に付着、比較的速やかに落下する）

- a. 侵襲性 B 型インフルエンザ菌感染症（髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症を含む）
- b. 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎、肺炎、敗血症を含む）
- c. 重症細菌性呼吸器感染症
 - ① ジフテリア（喉頭）
 - ② マイコプラズマ肺炎
 - ③ 百日咳
 - ④ 肺ペスト
 - ⑤ 溶連菌性咽頭炎、肺炎、猩紅熱（乳幼児における）
- d. ウイルス感染症（下記のウイルスによって惹起される疾患）
 - ① アデノウイルス
 - ② インフルエンザウイルス
 - ③ ムンプス（流行性耳下腺炎）ウイルス
 - ④ パルボウイルス B19
 - ⑤ 風疹ウイルス
- e. 新興感染症
 - ① 重症急性呼吸器症候群（SARS）
 - ② 高病原性鳥インフルエンザ
- f. その他

5-7-3. 接触感染（直接的接触と環境／機器等を介しての間接的接触とがある）

- a. 感染症法に基づく特定微生物の胃腸管、呼吸器、皮膚、創部の感染症あるいは定着状態（以下重複あり）
- b. 条件によっては環境で長期生存する菌（MRSA、Clostridium difficile、Acinetobacter baumannii、VRE、MDRP など）
- c. 小児における respiratory syncytial (RS) ウイルス、パラインフルエンザウイルス、ノロウイルス）その他腸管感染症ウイルスなど
- d. 接触感染性の強い、あるいは、乾燥皮膚に起こりうる皮膚感染症
 - ① ジフテリア（皮膚）
 - ② 単純ヘルペスウイルス感染症（新生児あるいは粘膜皮膚感染）
 - ③ 膿痂疹
 - ④ 封じ込められていない（適切に被覆されていない）大きな膿瘍、蜂窩織炎、褥瘡
 - ⑤ 虱寄生症
 - ⑥ 疥癬
 - ⑦ 乳幼児におけるブドウ球菌.

⑧ 帯状疱疹（播種性あるいは免疫不全患者の）

⑨ 市井感染型パントン・バレンタイン・ロイコシジン陽性（PVL+）MRSA 感染症

e. 流行性角結膜炎

f. ウイルス性出血熱（エボラ、ラッサ、マールブルグ、クリミア・コンゴ出血熱：これらの疾患は、最近、飛沫感染の可能性があるとされている）

5-8 . 地域支援

施設内に専門家がない場合は、専門家を擁するしかるべき組織に相談し、支援を求める。

- 1) 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。
- 2) 対策を行っているにもかかわらず、医療関連感染の発生が継続する場合もしくは病院内のみでは対応が困難な場合には、地域支援ネットワークに速やかに相談する。
- 3) 専門家を擁しない場合は、日本環境感染学会認定教育病院に必要な応じて相談する (<http://www.kankyokansen.org/nintei/seido.html>)。
- 4) 感染対策に関する一般的な質問については、日本感染症学会 施設内感染対策相談窓口（厚労省委託事業）にファックスで質問を行い、適切な助言を得る (<http://www.kansensho.or.jp/>)

5-9 . 予防接種

予防接種が可能な感染性疾患に対しては、接種率を高めることが最大の制御策である。

- 1) ワクチン接種によって感染が予防できる疾患（B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ等）については、適切にワクチン接種を行う。
- 2) 患者／医療従事者共に接種率を高める工夫をする。

5-10 . 職業感染防止

医療職員の医療関連感染対策について十分に配慮する。（5-2. をも参照）

- 1) 針刺し防止のためリキャップを原則的には禁止する。
- 2) リキャップが必要な際は、安全な方法を採用する。
- 3) 試験管などの採血用容器その他を手を持ったまま、血液などの入った針付き注射器を操作しない。
- 4) 廃棄専用容器を対象別に分けて配置する。
- 5) 使用済み注射器（針付きのまま）その他、鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する。
- 6) 安全装置付き器材の導入を考慮する。
- 7) 前項 5-9-1)に記載した如く、ワクチン接種によって職業感染予防が可能な疾患に対しては、医療従事者が当該ワクチンを接種する体制を確立する。
- 8) 感染経路別予防策に即した個人用防護具（PPE）を着用する。
- 9) 結核などの空気予防策が必要な患者に接する場合には、N95以上の微粒子用マスクを着用する。

5-11 . 第三者評価

医療関連感染対策の各施設に於ける質は、第三者評価（外部評価）を受ける。

1) 医療関連感染対策の各施設に於ける質の評価は、第三者グループに依頼し、あるいは第三者グループを独自に組織し、審査結果を改善につなげる。

2) 年に1回程度の第三者評価を受ける。

5-12 . 患者への情報提供と説明

患者本人および患者家族に対して、適切なインフォームドコンセントを行う。

1) 疾病の説明とともに、感染制御の基本についても説明して、理解を得た上で、協力を求める。

2) 必要に応じて感染率などの情報を公開する。

2018.4月：改訂

2023.4月：見直し

2025.4月：見直し

院内感染対策委員会会議規定

医療法人 秀峰会

令和元年年 4 月 1 日改訂
令和 3 年 1 月見直し
令和 5 年 1 月見直し
令和 6 年 1 月見直し
令和 7 年 1 月見直し

院内感染対策委員会会議規定

(目的)

第1条 院内の清潔保持に注意するなどの院内感染防止対策を目的とする。このことは各医療従事者はもちろんのこと、医療施設全体として取り組み、万全を期す。

(構成)

第2条 責任者（役職者）、委員長、医師、薬剤師、看護師、事務員でメンバー構成する。

(運営について)

第3条 1ヶ月1回開催を原則とする。必要に応じて臨時に開催することが出来る。

(会議内容)

第4条 検討すべき項目があるときは、開催3日前の14時までに委員長に提出する。

(会議事項)

第5条 会議内容及び決定事項は会議録に記載し総務部で保管する。会議録記入者はその都度決定し、1週間以内に関係者全員に配布する。

(伝達方法)

第6条 協議された事項のうち、必要と認めるものについては関係者に通知する

(守秘義務)

第7条 協議された事項のうち、秘密に属するものについては、これを他に漏らしてはならない

(会議についての注意事項)

1. 会議を開く時は、しっかり計画を建て準備する

- イ) 開催日は事前（少なくとも2日前）に連絡する
- ロ) 会議資料は事前に作成・配布し、委員が予め考えを纏めることが出来るようにしておく
- ハ) 会議の内容を目的毎に整理しておき、協議・意見交換の時間に余裕を持たせるようにする
- ニ) 関係者はその場で答弁出来るように予め意見を検討し、必要資料などを用意しておく
- ホ) 会議開始・終了時刻は厳守する
- ヘ) 定例会議等では、出欠をチェックしその理由を文書にしておく

適切な意思決定に関する指針

1. 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する基本指針

当院は疾病や障害、加齢による心身の機能低下があっても、人生の最終段階を迎える患者が、その人らしい最期を迎えられるよう、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」などの内容を踏まえ、患者本人の意思決定を尊重し、医療・ケアを提供することに努めます。

2. 人生の最終段階の定義

- ・ 癌末期のように予後予測ができる状態
 - ・ 慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合
 - ・ 心身機能の高度障害（認知症や老衰など）で死を迎える場合
 - ・ 誤嚥性肺炎を繰り返すなど、食事が食べられなくなった状態
- なお、人生の最終段階の判断は、医療チームで行います。

3. 具体的な医療・ケアの方針決定支援

(1) 患者本人の意思が確認できる場合

- 1) 患者本人による意思を尊重します。
- 2) 本人の意思は変化するものです。さらに、本人が自らの意思を伝えられない可能性があります。本人に家族等、自らの意思を推定するものとして前もって定めていただき、本人を主体として一緒に、医療チームと共に繰り返し話し合いを行います。
- 3) このプロセスにおいて話し合った内容は、カルテに記載します。

(2) 意識障害や鎮静などで患者本人の意思が確認できない場合

- 1) 生命危機の状態での救急医療や、緊急に医療を要する場合は本人へのインフォームドコンセント（説明と同意）を行うことが困難なため、代理意思決定できる家族等にインフォームドコンセントを行います。
- 2) 代理意思決定者が不在、連絡が取れない時は、関係支援者・現場の医療チームで検討し、患者にとって最善と考える医療提供方針を決定し、その旨をカルテに記載します。

(3) 認知症や精神疾患等で自ら意思決定することが困難・不確かな患者の場合

- 1) 意思決定能力は、段階的・漸次的に低下します。又、環境や支援によって変化します。保たれている能力を向上できるように、意思形成支援・意思表示支援を行います。
- 2) 意思決定能力は、説明の内容をどの程度理解しているか（理解する力）、自分のこととして認識しているか（認識する力）、論理的な判断ができるか（論理的思考）、意思を表明できるか（意思表示の力）の4つの力を参考に医療チームで査定します。
- 3) 意思決定能力が不確かな場合においても、患者本人には知る権利があります。対象に合った方法で、意思決定の為の必要な情報・知識をその都度提供します。このプロセスはカルテに記載します。

(4) 身寄りがない患者の場合

- 1) 本人の意思決定能力の程度や代理意思決定者の存在の有無等により状況が異なります。介護福祉サービスや行政の関わり等を利用して意思尊重します。
- 2) 「身寄りのない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人へのガイドライン」を参考にその決定を支援します。
- 3) 成年後見人等の役割・関与は、契約の締結（受診機会の確保・医療費の支払い）・身上保護（適切な医療サービスの確保の為の医療情報の整理）であり、医療同意は含まれませんが、意思決定支援チームの一員として参画することができます。このプロセスはカルテに記載します。

《用語の説明》

◇医療チーム

：複数の医療に係る専門職が連携・協力し本人・家族を支える体制

◇共同意思決定（SDM：Shared Decision Making）

：患者と医療チームが共同で患者にとっての最良の医療・ケアを決定するために繰り返し話し合うプロセス

◇心肺蘇生不要（DNAR：Do Not Attempt Resuscitation）

：心肺停止となった患者に対して、心肺蘇生術をしないことを関係する医療者に告げるもの

◇心肺蘇生術（CPR：Cardio Pulmonary Resuscitation）

：心肺蘇生は心停止に対する系統立てられた一連の対応であり、胸骨圧迫および人工呼吸による一時救命処置、確実な気道確保およびリズムコントロールによる二次救命処置などにより構成される

《参考文献》

- 1) 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン
- 2) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン
- 3) 救急・集中医療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～
- 4) 認知症の人の医療選択と意思決定支援
- 5) 身寄りのない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン
- 6) 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン