

感染対策向上加算

当院では、感染対策向上加算3の施設基準に適合し、院内感染防止対策に取り組んでいます。

院内感染対策に関する体制を整備し、感染防止対策に係る研修、指針の整備、感染症発生時の対応、地域の医療機関との連携を実施しています。

また、抗菌薬の適正使用に努め、院内感染の発生防止と拡大防止に取り組んでいます。

☐ 体制整備	感染防止対策部門（委員会）
-------------------------------	---------------

☐ 連携体制	阪南市民病院
-------------------------------	--------

☐ 院内感染管理者	大野 千恵
----------------------------------	-------

☐ 研修実施	院内研修の実施
-------------------------------	---------

☐ 薬剤対応	抗菌薬の適正使用
-------------------------------	----------

院内感染防止対策部門の業務指針

■感染防止対策部門の設置目的

院内感染の予防・再発防止、ならびに集団感染発生時に適切な対応を横断的に行える感染対策体制を確立し、安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的として院内感染防止対策部門を設置する。

■感染防止対策に関する基本的な考え方

当院の院内感染対策は、感染症の患者と感染症に罹患しやすい患者とが同時に存在していることを前提に、患者および職員への感染症の伝播リスクを最小限にすることを目的としすべての患者を対象に「標準予防策（スタンダードプリコーション）」の観点に基づいた医療行為を実践する。あわせて感染症に応じた感染経路別予防策を実践し院内感染が発生した事例については、速やかに情報収集と評価を行い感染対策システム上の不備や不十分な点に注目し改善に努める。院内感染対策活動の必要性、重要性を全病院職員に周知徹底し院内の共通の課題として感染防止対策部門が中心となり積極的に取り組む。

■感染防止対策部門の設置と位置付け

意思決定・諮問機関としての感染対策委員会、実践・実働機関としての感染対策チーム(ICT)を設置し院内で横断的に感染対策を推進する。

○感染対策委員会

(1) 委員会は、院長の諮問機関として感染対策チーム(ICT)を配下に置き、感染防止に関する包括的な決定機関とする。

(2) 委員会は、院長をはじめ、診療部、医療技術部門（薬剤部、栄養科、放射線科、リハビリテーション部）、看護部、事務部からの代表者若干名で構成される。

(3) 委員会は、毎月1回開催する。また、必要に応じて臨時委員会を開催する。

○感染対策チーム（Infection control team：ICT）

医療現場に必要な感染対策の立案・実施・評価を行う実践部隊である。感染対策チーム

（構成員：医師、看護師、薬剤師、事務職員）が中心となり日常的な感染対策・改善を実践する。

<院内感染管理者の業務>

- 1.定期的院内ラウンドを行い、現場の改善に関する介入、教育・啓発、アウトブレイクの特定と制圧に当たる。
- 2.院長より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、重要事項を定期的に院長へ報告する。
- 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様・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.院内研修の企画遂行を積極的に行う。

<感染防止対策チームの業務>

- 1.院内感染対策マニュアルを作成し当該部署に配布する。また、マニュアルを遵守していることを巡回時に確認し適宜マニュアルの改訂を行う。
- 2.1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うと共に、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回・院内感染に関する情報を記録に残す。

- 3.微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際しての届出制等を取り、投薬量、投薬期間の把握を行い、臨床問題となると判断した場合には、投与方法の適正化を図る。
- 4.院内感染対策を目的とした職員の研修を、全職員を対象に少なくとも年2回程度実施する。
- 5.感染対策向上加算1を算定する医療機関が主催する院内感染対策に関するカンファレンスと新興感染症の発生を想定した訓練に合わせて、年4回程度参加する。
また年1回以上助言（加算1病院または地域医師会のICT）を受け院内感染対策に反映させる。
6. 指定抗菌薬使用状況・感染症発生状況レポートを定期的に連携機関に報告する。
7. 地域連携及びその他の院内感染防止対策の推進の為、加算1病院、保健医療機構、他医療機関、介護福祉施設、地域の医師会、保健所と連携し相談、情報共有を行う。

令和8年7月1日

医療法人誠人会 与田病院

《協力対象施設入所者入院加算について》

協力対象施設等の患者様の緊急時には
24時間連絡を受ける体制をとり、
入院加療ができる病床を確保させて
いただきます。

□ 協力対象施設入所者入院加算（入院初日に算定）

往診がおこなわれた場合 600点

上記以外の場合 200点

本システムが一人でも多くの介護療養の支えとなるために
下記の【ご利用上の留意点】についてご理解とご協力をお願い
します。

特別養護老人ホーム 淡輪園

介護老人保健施設 みさき

特別養護老人ホーム ふれ愛四季の郷

特別養護老人ホーム 第2ふれ愛四季の郷

特別養護老人ホーム 玉田山荘

介護老人福祉施設 つつじが丘めぐみ

介護老人福祉施設 ピープルハウス阪南

身体拘束最小化指針

R8.9

I. 身体拘束の最小化に関する基本的な考え方

身体的拘束は入院患者の生活の自由を制限することで重大な影響を与える可能性がある。当院は、入院患者個々の尊厳に基づき、安心、安全が確保されるような仕組みを作り、身体的、精神的に影響を招く恐れのある身体的拘束は、緊急を要するを得ない場合を除き身体拘束をしない医療・看護の提供に努める。

II. 基本方針

1. 身体拘束の原則禁止

身体的拘束は入院患者の生活の自由を制限することで重大な影響を与える可能性がある。当院は、入院患者個々の尊厳に基づき、安心、安全が確保されるような仕組みを作り、身体的、精神的に影響を招く恐れのある身体的拘束は、緊急を要するを得ない場合を除き身体拘束をしない医療・看護の提供に努める。

1) 身体的拘束に該当する具体的な行為

- ① 徘徊しないように、車いす、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 自力で降りられないように、ベッドを柵（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袋をつける
- ⑥ 車いすや椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、T字型抑制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椅子を使用する
- ⑧ 脱衣やおむつ外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などに体幹や四肢等をひも等で縛る
- 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 自分の意思で開くことのできない居室等に隔離する

2) 当院の身体拘束禁止の対象となる具体的な行為の基準

- ① 転倒予防の為、又は不隠患者で自分で降りないようにベッド柵を4柵にすることは「身体拘束」である。
- ② 転倒防止の為にベッドを壁付けにし、ベッド柵を3柵にする。目的が「転倒防止」の為にあり立ち上がることを妨げていない為に「身体拘束」とはしない。但し、3柵にして降りる場所に椅子やオーバーテーブルを置き立ちあがったり

しないようにすれば「身体拘束」とする。

- ③ 転倒防止の為に離床センサーを使用する。センサーが感知して、患者の行動欲求を満たす為のケア（排泄誘導や、歩行介助）等を行い、結果転倒が防止されれば「身体拘束」とはしない。
- ④ 安静保時の為に離床センサーを使用する。ベッド上安静が必要であるが、自ら起き上がろうとする行為をキャッチするような離床センサーを使用している場合も、センサー感知時に患者の行動欲求を確認しそれを満たす為のケアを行う為「身体拘束」としない。
- ⑤ 自力体動が不可の患者でエアマット使用時、ベッドからの滑り落ちを防止する為の4柵は「行動制限」に当たらない為「身体拘束」としない。
- ⑥ 自力体動が可の患者、動く能力のある患者にエアマット使用した場合は、ベッドからの転落防止の為であっても、「行動制限」に当たる為「身体拘束」とする。
- ⑦ 整形外科疾患の治療であるシーネ固定等は「身体拘束」としない。

2. 目指すべき目標

3要件のすべてに該当すると委員会において判断された場合、本人、家族への説明を得て拘束を実施する場合もあるが、その場合も入院患者の態様や看護の見直し等により、拘束の解除に向けて取り組みを行う。

3. 身体拘束禁止に取り組む姿勢

- 1) 患者個々の特徴を日々の特徴から十分理解し、患者等が問題行動に至った経緯をアセスメントし、問題行動の背景を理解する。
- 2) 身体拘束以外の方法で問題行動を軽減できないか試みる。
- 3) 身体拘束を行う必要性を生じさせないために、日常的に以下のことに取り組む。
 - ① 患者主体の行動、尊厳を尊重する。
 - ② 言葉や応対などで、患者等の精神的な言葉を妨げない。
 - ③ 患者の思いを汲み取り、患者の意向に沿った医療・ケアを提供し、多職種協働で患者に 応じた丁寧な対応に努める。
 - ④ 身体拘束を誘発する原因の特定と除去に努める。
 - ⑤ 5つの基本的ケア（起きる・食べる・排泄する・清潔にする・活動する）を十分に行い、生活のリズムを整える。
 - ⑥ より良いケアの実現を目標とする。

⑦ 薬物療法、非薬物療法による認知症ケアやせん妄予防により、患者の危険行動を予防する。

⑧ 患者・ご家族にとってより良い環境・ケアについて話し合い、身体拘束を希望されてもそのまま受け入れるのではなく、対応を一緒に考える。

4. 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の対応

1) 緊急やむを得ない場合に該当する3要件の確認 患者または他の患者の生命または身体を保護するための措置として、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、以下の3要件を全て満たした場合に限り、必要最小限の身体拘束を行うことができる。

【切迫性】患者本人または他の患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

【非代替性】身体拘束、その他の行動制限を行う以外に代替する看護（介護）方法がないこと

【一時的】身体拘束、その他の行動制限が一時的なものであること

（平成13年厚生労働省 身体拘束ゼロへの手引き 緊急やむをえない場合の対応）

2) 緊急やむを得ない場合に該当するか検討を必要とされる患者の状態・背景

① 気管内チューブ・中心静脈カテーテル・経管栄養チューブ・各種ドレーンなどを抜去することで、患者自身に生命の危機及び治療上著しい不利益が生じる場合

② 精神運動興奮（意識障害・認知障害・せん妄など）による多動・不穏が強度であり治療に協力が得られない、自傷・他傷などの害を及ぼす危険性が高い場合

③ ベッドや車椅子からの転落・転倒の危険性が著しく高い場合

④ 検査・手術・治療後で身体拘束が必要な場合

⑤ その他危険行動（自殺・離院）

以上いずれかの状態であり、且つ3要件を全て満たすもの

3) 緊急やむを得ず身体拘束をせざるを得ない状態であるかを、医師と看護師を含む多職種で検討する。必要と認めた場合、医師は「緊急やむを得ない身体拘束に関する同意書」に必要事項を記入。

4) 本人・家族への説明と同意

① 身体拘束等の必要性があると決定した場合、医師は患者または家族の意思を尊重した十分なインフォームド・コンセントを行い、「緊急やむを得ない身体拘束に関する同意書」に沿って説明。同意の上、署名を頂きカルテに身体拘束開始指示を記入

する。

- ② 夜間に身体拘束等の必要性が生じた場合には当直医に報告し、翌日家族へ電話で説明し承諾を得る。その際は、承諾者の氏名・続柄をカルテに記載しておく。後日、説明し同意書を得る。
- ③ 患者・家族の同意を得られない場合は、身体拘束をしないことで起こり得る不利益や危険性を説明し、記録に記載する。

5) 身体拘束の用具

- ① 体幹抑制
- ② 四肢抑制・部分抑制（上肢・下肢の抑制帯）
- ③ ミトン
- ④ 車椅子 Y 字ベルト

6) 身体拘束方法

- ① 患者の状態・抑制部位に応じた抑制用具を選択する。
- ② 正しい装着を行い良肢位を保持し、循環障害や神経障害が起きないように余裕を持たせ強く固定しない。

7) 身体拘束中の看護

- ① 身体拘束中は拘束手段及び時間、その際の患者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由を記録する。最低 2 時間毎に抑制具を除去し、観察と「身体拘束チェック表」への記録を行う。行動制限回避・軽減・解除に向けた検討を少なくとも 1 日 1 回行い、「身体拘束に関する経過・検討記録」に記録する。
- ② 最低 2 時間毎の体位変換・体位調整を行う。
- ③ 必要に応じマッサージや清拭、四肢の自動運動・他動運動を行う。
- ④ 可能な限り身体拘束をしなくても良い方策や早期に解除できる方策を検討し、身体拘束等が恒常化しないようにする。

8) 評価

- ① 当該患者に「身体拘束が必要」と判断されるに至った要因によっては、患者の病状及び全身状態の安定を図ることで、安全な身体拘束の実施、早期解除に繋がる。多職種は、身体拘束における各々の役割を意識して治療・ケアに当たる。
- ② 身体拘束中は毎日、身体拘束の早期解除に向けて検討、「身体拘束に関する経過・検討記録」に記録。医師・看護師・介護士（必要時多職種）にて、身体拘束廃止事例検討会を開催し、やむを得ず身体拘束を行う 3 要件を踏ま

え、継続の必要性を評価する。

- ③ 医師は身体拘束等の適応と継続について、身体拘束廃止事例検討会に参加し評価。身体拘束の継続または解除の有無を指示する。

9) 身体拘束の解除基準

- ① 身体拘束に必要な3要件を満たさない場合。
- ② 身体拘束の影響から身体的侵襲が出現した場合。

カンファレンスにおいて身体拘束解除基準と判断した場合は、看護師は医師の指示に従い迅速に解除する。患者の状況と時間を記録する。解除後は、家族へ説明する。

III. 身体拘束最小化のための体制

1. 身体拘束最小化チームの設置

- 1) 院内に専任の医師、及び専任の看護師による身体拘束最小化チームを設置する
- 2) チームの役割

- ① 身体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。
- ② 定期的な巡回（毎週火曜日）を行い、拘束対象者の最小化への取り組みについて確認を行う。
- ③ 院内の実施状況から定期的にマニュアル・指針の見直しを行い、職員に周知する
- ④ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束最小化に関する研修を2回/年以上必ず実施する。

3) 委員会の検討内容

- ① 前回の検討事項の振り返り
- ② 身体拘束の実施状況及び3要件の確認
- ③ 身体拘束を実施している患者ごとの必要性、代替手段及び解除に向けた検討
- ④ 患者・家族への説明及び意向確認
- ⑤ 身体拘束の予防策、意識啓発及び改善策の検討
- ⑥ 研修計画及び実施状況の確認
- ⑦ 検討結果のまとめと職員への周知

V. 本指針の閲覧

本指針は院内共通マニュアルに綴り職員が閲覧可能とする他、入院患者・家族・地域住民が閲覧できるようにホームページへ掲載する。