

診療のための行動指針

社会医療法人天神会
2007年9月10日制定
2019年9月30日改定
2023年11月15日改定

(チーム医療)

現代の医療技術は高度であり、かつ患者のニーズは多様であるので、複数の医療スタッフによるチーム医療が必須である。一人の患者に対して、医師ならびに看護師をはじめとするコメディカルスタッフがチームを組んでそれぞれの専門分野での経験や知識、技術を集約して、一団となって患者さんに最も適した最新の診療・治療に従事する。

チーム構成員の間では患者の情報を交換・共有し、それぞれの職種間での良好なコミュニケーションを保つことで、良質の医療が実践できる。

チームの治療目標が明確になっていることは重要である。一つの目標に向かって一団となって取り組むことで、効率よく支援体制を進めることが出来る。

(診療方針の決定と変更)

1. 入院の決定

原則として入院前の必要性が明確に判断され、患者・家族等に十分な説明が行われ同意が得られていなければならない。入院の適応は医学的に判断されるべきであり、患者家族等への説明は確実に行われるべきである。患者の入院希望に反して入院の適用でないと判断した場合も同様である。詳細な説明は入院後に入院診療計画書を用いて行われることが多いが、入院前にもその内容の骨子が説明されていることが必要である。クリニカルパスを用いて事前に診療計画を提示する工夫なども有用である。手術症例に限らず、同時に複数の診療科が関わる症例もしばしば存在するので、主科の独断で入院決定やスケジュール調整が行われるのではなく、関係する診療間の協議をへて医療チームとして機能していることが必要である。

2. 入院診療計画

医師のみでなく様々な職種の専門的立場から患者の病態等を評価・把握して立案・作成されるべきものであり、患者・家族の希望も反映させながら実施計画を立案しつつ、丁寧な説明と同意のもと遂行されることが求められる。

患者の病態に合った診療計画を立案するために、まずは医師が病態の評価を行ない治療に関する基本方針を立て、それに各種リスク評価や認知機能の評価などを考慮し、個々の患者病態に配慮した計画書を作成する必要がある。立案された診療計画等は、

原則、患者・家族に示され、その内容の理解促進に努めるような配慮を行いながら、同意を得て実践につなげていく必要がある。また患者の状態変化などが生じた場合、必要に応じた診療計画等の見直しが行われ、患者・家族にその都度説明されてなければならない。またその際の修正内容および患者・家族等への説明についても診療記録に記載されている必要がある。

3. 診療方針の決定

各診療科は少なくとも週 1 回カンファレンスを開催し、管理下にある全患者の診療の基本方針を討議に付す。診療方針の決定は当該診療科の全員の合意を原則とする。カンファレンスでは現病歴、既往歴、身体所見、検査値、画像診断等から、患者の病態と臨床情報を再構成する。これに、各種ガイドライン、文献、患者の社会的背景、価値観、意思等を加え、合理的討議によって診療方針を決定する。特定の医師の恣意や、科学的根拠のない権威を診療方針決定に用いてはならない。

カンファレンスには看護師、あるいは、必要に応じて他の職種者にも出席を要請する。方針決定に際し、看護師、あるいは、関連職種の担当者の意見を聞く。同時に方針決定の経緯をその職種内の関係者にも伝達するよう要請する。

4. 手術

手術については、術前カンファレンスで病態、全身状態を、根拠となる画像診断、検査データと共に提示し、手術方法、麻酔方法が適切か再確認する。

5. 診療行為の判断

医師は予定された診療行為が適切でないと判断した場合、予定診療行為を実施してはならない。カンファレンスでその旨表明し、合理的討議で適否を検討しなければならない。

深刻な意見の対立が合理的討議で解消されない場合、医師は個別に病院長に調査検討を要請することができる。また、調査要請の行動そのものを理由に、人事上、不利な扱いを行ってはならない。

6. 病像の確認と修正

担当医は入院患者の経過、画像診断、検査値を経時的に検討して、病像を確認あるいは修正する。重要な変化があった場合や、再構成した病像を変更せざるを得ない場合はカンファレンスで、時間的猶予のない場合は部長(あるいは部長に準ずる医師)に直接報告して、その後の診療方針を討議し、必要があれば変更する。

7. 担当医の説明

担当医は診療方針と診療予定を患者に伝える。診療方針が変更された場合には変更理由と変更後の方針を説明する。検査、投薬についても、その開始前に概要を説明する。

8. 他の診療科による適切な判断

担当医は自分の専門外の医学的判断が必要な場合には、他の診療科の医師の適切な

判断を求めなければならない。

9. 部長による複数の診療科による診療方針検討

部長(あるいは部長に準ずる医師)は必要に応じて複数の診療科による診療方針検討のためのクリニカルカンファレンスを召集できる。

(診療録への記録)

1. 診療録への記録内容・ファイル内容

担当医は入院診療録(電子カルテ)に主訴、現病歴、既往歴、家族歴、身体・所見、検査所見等を、患者、家族等へ開示(記載内容の説明、閲覧、複写など)されること、およびセカンド・オピニオンを求められること(検証権)に留意し、記録する。略語での記載は可能な限り避け、理解しやすく、誤解の生じにくい言葉を使用する。さらに、画像診断や検査値の解釈、診療方針、診療経過、カンファレンスでの議論の概要を記載する。また、説明文書、同意書、手術記載、麻酔記録、検査結果等必要な書類を作成あるいはファイルする。また、退院後直ちに(やむを得ない事情がある場合でも1週間以内に)退院要約を作成して診療録を完成させる。

2. クリニカルパスの作成

頻度の高い疾患に対する特定の診療を円滑にすすめるためにクリニカルパスを作成する。院内で承認を受けたクリニカルパスを使用する場合、クリニカルパスに含まれる診療内容、想定内の経過等、前項の記録すべき内容の一部はクリニカルパスで代用できる。

3. 担当医の責任

個々の診療行為の記録は、診療行為の担当医(手術記録ならば術者、麻酔記録ならば麻酔医、内視鏡検査ならば検査実施医等)が責任をもって記載する。

(インフォームド・コンセント)

1. 患者の説明を受ける権利

医療は患者と医療提供者がお互いの信頼関係に基づき協力して作り上げていくものであり、患者に主体的に参加してもらう必要がある。また、患者は自身の病状について説明を受ける権利(「知る権利」)を有している。すべての医師は当院の定めた「患者の権利に関する宣言」を遵守し、医師は患者、あるいは、患者の代理人に対し、患者の病状、診療計画、治療内容、検査の結果等を適宜説明しなければならない。

2. 患者本人以外への説明

説明は当該診療を担当する医師が患者本人に説明して理解・同意を得ることを原則とする。ただし、小児や知的障害、精神的問題を有する患者などで、同意に必要な能力がないと判断される場合、あるいは、説明が本人にとって有害と判断される場合には、本人の理解力や状況に応じた説明を行い、別に、両親や後見人等の法定代理人、

患者の保護・世話にあたり患者の利益を擁護しているしかるべき家族等に対して十分に説明して同意を得る。病状の説明に際しては、事実と推測を区別する。根拠のない推測は避け、わからないことはわからないと率直に説明する。

3. 説明内容

侵襲を伴い、合併症をおこしやすい診療行為(手術、検査等)を実施する場合には、病状の説明に加えて、当該診療が必要な理由、診療の具体的内容、予想される身体障害と合併症、実施しない場合に予想される結果、他の手段とその利害得失、実施後の一般的経過等を説明し、同意を得なければならない。また、説明内容と同意の記録を残さなければならない。ただし、緊急事態で同意を得ている時間的猶予がない場合に限り説明を省略できる。

4. 説明時の立ち会いと環境設定

重要な説明には、医師と担当看護師が立ち会うことが望ましい。患者への説明の場には、患者が信頼する家族あるいは親族の同席が望ましい。患者のプライバシーを守るために、静かで落ち着いた、外部からみられず、音声が外部にもれない部屋で行う。なお、担当看護師の立ち会いが困難な場合は、その後改めて患者・家族に説明内容の理解度を確認し、必要に応じて説明の補完をしたり、再度説明を行う機会を設ける。

5. 説明文書

重要な説明では、説明文書をあらかじめ渡して、理解の向上を図ると共に、患者に説明文書中の不明点、疑問点を前もって確認することを要請する。不明点、疑問点があれば説明に際し、重点的に説明して、理解の向上を図る。説明中には節目ごとに、また、説明終了時にも、理解できないことがないか確認し、質問を受ける。理解できていないと思われる場合には立ち会いの担当看護師に医師と異なる視点からの補助を求めるなど、理解を得るための努力を惜しまない。必要な場合、説明の機会を複数回設けて理解の徹底を図る。

6. 同意書

説明直後に同意書への署名を求めることは極力避ける。別の場所で家族あるいは知人と十分相談できるよう配慮する。

7. 心理的配慮

治癒の可能性が低い場合等、患者の心理的ストレスが大きい場合には、説明後、患者と密に接触して、反応を確認し、あるいは、ストレスの軽減を図る。また、説明に同席した担当看護師にも、医師と異なる立場で接触することを依頼し、患者の精神的状況の把握に努める。必要な場合には臨床心理士あるいは精神科医に援助を仰ぐ。

8. セカンド・オピニオン

同意書に署名を求める場合は、他の医療機関の医師の意見(セカンド・オピニオン)を聞くことが可能であること、その際には必要な資料を提供することを伝える。

9. 経験の少ない診療行為の場合

経験の少ない診療行為を実施する際には、その旨患者に説明し、準備状況についても説明する。患者が希望すれば経験の豊富な医療機関へ紹介する。

10. 天神会病院群で実施していない診療行為の場合

天神会病院群で実施していない診療行為でも、他の医療機関で相当程度実施されているものについては説明しなければならない。また、希望があれば適切な医療機関へ紹介する。

(患者の自己決定権の限界)

1. 患者の希望があっても、当該診療科に経験がなく、かつ、十分な準備のない診療は、決して行ってはならない。
2. 患者の希望があっても、倫理や法律に反する行動をとってはならない。また、医学上適切と思われない診療行為は実施しない。
3. DNAR (Do Not Attempt Resuscitation 心肺蘇生を行わない方針) について：他項参照
CoMedix リンクライブラリ/2.診療関連マニュアル・医の倫理・規程集/
3) 代表的な臨床倫理問題への対応を参照

(死亡時の対応)

1. 患者家族への説明

患者が死亡した場合、患者家族は死因の説明を受ける権利を有する。医師は可能な限り説明しなければならない。生前の臨床情報で死因が十分に説明できない場合は、病理解剖を提案し、死因解明の努力をする。

2. 不審死と死体の異状

不審死あるいは死体に異状があると認めた場合は、「異状死対応マニュアル」に従って対応する。異状死対応マニュアル：他項参照
CoMedix リンクライブラリ/5.委員会・サポートチーム/2) 医療安全管理関連/
新古賀 医療安全管理に関するコーナー/4.事故対応マニュアルを参照

3. 医療過誤・医療事故による死亡

医療過誤や医療事故による死亡の可能性が否定できない場合には、院長および医療安全管理室に報告し、死因解明の手段について判断を仰ぐと共に、速やかに報告書を提出する。

(医療事故への対応)

1. 誠実な対応

医療の安全性を高めるために最大限の努力をしても、医療事故は常に発生する可能性がある。発生した場合には責任を回避せずに誠実に対応する(医療事故対応マニュアル参照)。決して虚偽の説明や、診療録への虚偽の記載をしてはならない。

2. 医療事故防止

医師は医療事故防止のために常に患者の安全に留意して行動する。医療事故防止のためのリスクマネジメント標準マニュアル、感染対策マニュアルを遵守する。

3. 報告

インシデントあるいはオカレンスがあれば所定の手順で報告し、病院の安全対策の資料として役立てる。同時に、事故防止のための対策を各部署でも独自に考える。

4. 医療事故発生時の対応1

医療事故発生時には「医療事故対応マニュアル」内の「事故発生時の対応」に従って誠実な態度で誠意ある対応をする。まず、現場の医師は患者の安全のための緊急処置を講じ、ついで当該診療科の部長(あるいは部長に準ずる医師)に報告して指示を仰ぐ。部長(あるいは部長に準ずる医師)は緊急処置以後の医学的処置を担当医と検討する。さらに、「医療事故、重大事態発生時の初期対応」内の連絡経路に報告する。これら関係者と以後の対応を協議し、適切に対処する。

5. 医療事故発生時の対応2

協議すべき対応には、事実経過を可能な限り正確に把握し記載すること、原因究明の努力を尽くすこと、患者・家族に事故の経過、原因を誠実に伝えること、報告書を作成すること、必要に応じて補償のための対応をとること、事故の性質と重要性に応じて、関係官庁に報告することやマスコミに公表することが含まれる。

(緩和ケア)

疼痛を含め、患者にとって不快な症状や精神的苦痛の緩和に努める。そのためには「がん終末期症状治療の手引き」を参考にして系統的に対処する。治癒を望めない患者、死期の近い患者には、精神的にも肉体的にも、可能な限り快適に、かつ、人間としての尊厳を保ちつつ過ごせるようにスピリチュアル・ケアを行う。

(診療指針、患者データベース、成績評価)

1. 診療指針

各診療科は扱っている主要な疾患について診療指針を明文化する。各学会で管理されている診療ガイドライン、及び過去の当該診療科での成績、文献上の証拠を材料に、構成員による合理的討議を通じて指針を決定する。ただし、診療指針で定められた診療行為は、医師の判断を支援するものであり、他の選択肢を提示せずに指針を患者に押し付けてはならない。

2. 患者データベース

各診療科の主たる診療対象となっている疾患については、患者データベースを作成し、適当な時期に成績をまとめて評価する。

3. 成績評価

主要な疾患の治療成績、多数実施している手術や検査の成績について決められた指標(悪性腫瘍の生存率、術後合併症の頻度、検査の正診率、検査に伴う合併症の頻度等)に基づいて評価し、質の改善に役立てる。

(情報の収集と共有の努力)

1. 情報収集

医療は日々変化し続けている。医療の質を高く保つために、扱っている主要な疾患について、常に系統的に情報を収集する。収集した重要な情報は診療単位の構成員で共有するよう努める。

2. 情報の共有

得られた重要情報はカンファレンスで報告し共有を図る。また、抄読会等で医学雑誌に発表された情報を系統的に収集する。得られた情報については常に批判的吟味をして、適用を検討すべきである。(エビデンスの検索法としては TheCochraneLibrary、APCJournalClub、PubMed、NationalGuidelineClearinghouse、ClinicalEvidence、Evidence-BasedOn-Call(EBOC)、UpToDate、BestBETs、医中誌 Web、Minds 等がある)

3. 問題解決への繋ぎ

個々の患者で問題が発生した場合、その問題の解決法を考えるにあたり、系統的に収集した情報をカンファレンスの場で提示し、当該診療単位の構成員で共有を図る。同時に情報収集の記録を残す。

(医療資源の有効な活用)

医師は限られた医療資源の有効活用を念頭に、専門的スキルを駆使し、費用対効果性の高い医療を提供しなければならない。患者の病態、心身の所見と置かれた環境、患者の価値観と行動等を統合して、患者にとって最も望ましい医療を提供するために意思決定を行うことが重要である。

(利害の衝突への適切な対処)

医師は職務中に生じる「利害の衝突」について認識し、医師としての倫理と責任を自覚し、適切に対処しなければならない。特に、診療、学術研究発表などにおいては、常に科学的に公正であり、特定の営利企業(製薬会社、医療機器メーカー等)からの経済的援助のもとで活動してはならない。

(入院と退院)

入院決定時には明確な入院目的を設定し、入院診療計画書に記載する。これを患者

に説明し、同意を得る。退院時には入院中の診療の結果と得られた情報を患者に説明する。また、紹介医にも入院経過を報告する。

さらに、退院後の療養方針と計画を検討し、これを患者あるいは代理人に伝え、あるいは、相談を受ける。また、必要に応じて、後方施設や地域の介護サービスと連絡をとり、退院後の療養継続を円滑に進める。

(診療成績の発信)

1. 重要な疾患

各診療単位での重要な疾患については、学会、専門雑誌等に診療内容、成績を発表することで、医療の進歩に寄与するとともに、医療の質と安全を担保しなければならない。

2. 新しい診療技術

新しい診療技術を採用し、示唆に富む症例を経験した場合には、学会、専門雑誌に発表することで、医療の進歩に寄与するとともに、批判可能性を担保する必要がある。

(地域医療連携)

1. 理念に基づく地域医療連携

地域医療機関との連携を綿密にし、患者の生涯にわたり一貫性のある医療を提供して、当院の理念である「人々の豊かな生涯を支援する医療・介護」を実践しなければならない。

2. 地域との医療情報共有

このためには患者に医療へ参加してもらい、地域の医療機関、福祉・介護施設等と医療情報を共有化して医療の効率化を図り、切れ目のない医療を行うことが重要である。同時に日頃から診療所・病院との意思の疎通を図り、医療情報提供や新しい医療技術の紹介に努める必要がある。

3. 患者紹介とその後の報告

地域の医療連携を綿密にするためには、Win-Win-Winの構造を維持していくことが重要である。そこで、診療所から患者を紹介された時は、患者の病状、診断、治療方針の概要について直ちに診療情報報告書を作成し、返信しなければならない。時間的余裕のない場合は電話にて連絡し、その後の早い時期に報告書を送る。

4. 病診連携病病連携の強化

急性期治療が終了し、次の診療方針が決まったら、速やかに紹介された診療所病院へ患者を逆紹介し、経過観察を依頼して病診連携病病連携の強化に努めることが肝要である。

(人を対象とする臨床研究)

臨床研究を実施するにあたっては、「社会医療法人天神会倫理委員会規程(2003年制定、2017年4月1日最終改正)」に基づき、当法人に設置された倫理審査委員会に倫理審査を要請し、その承認を得ることを前提条件とする。

治験を実施するにあたっては、「治験に係る標準業務手順書(2003年制定、2023年11月13日最終改正)」に基づき当法人に設置された治験審査委員会に治験審査を要請し、その承認を得ることを前提条件とする。