

診療基本指針

(原則)

- 1 (医療関係者の責任) 医師は自らが行う医療上の判断および行為に対して責任を負う。医師の指示に基づいて行う医療に関連する行為に対しては、その実施者及び医師が責任を負う。
- 2 (医療の質の向上) すべての職員は、病院の基本理念と基本方針に従い職務を遂行する。その時代になしうる最良の医療を提供するために、常に医療の質の向上に努める。
- 3 (患者の権利の尊重と安全の確保) 診療に際し、患者の権利を損なうことのないよう細心の注意を払わなければならない。患者の人格を尊重し、患者個人の秘密を守り、患者の安全を全てに優先させなければならない。
- 4 (診療行為とその正当化の手続き) 医療は個々の診療行為とそれを正当なものにする手続きからなる。診療行為正当化の手続きとは、診療行為実施の前に適切な手順で適切な内容の説明を行ない患者の同意を得ること、実施後、結果と診療行為を通して得られた情報を患者に伝達して理解を得ること、また、診療録を遅滞なく適切に記載することからなる。また、診療に関する情報は医療関係者と患者の間で共有する。
- 5 (不測の事態への対応) 医療はしばしば身体に対する侵襲を伴う。また、医療は本質的に不確実である。医療が有害にもなり得ることを常に自覚して謙虚な態度で診療にあたる。医療の安全性を高めるために最大限の努力をしても、不測の事態は常に発生する可能性がある。不測の事態が発生した場合には、患者の安全と生命確保に全力を尽くす。また、あらゆる場面において、責任を回避せずに誠実に対応する。虚偽の説明や診療録への虚偽の記載をしてはならない。

(外来診療体制)

- 1 研修医以外の医師は単独で外来診療を担当することができる。必要に応じて、部長など上級医に相談し、その助言や指導に基づいて適切な医療を提供することに努める。研修医は指導医の指導のもとに外来診療を行う。診療の責任は、担当医および部長(あるいは部長に準ずる医師)が負う。当院で対応できない疾患や病態については、適切な医療機関での診療を積極的に提案する。検査、投薬や手術に際しては、(説明と同意)の項に記載された内容に従って同意を得る。

- 2 部長（あるいは部長に準ずる医師）は、外来診療を円滑に進めるため、当該診療科医師の業務量（担当患者数など）の平準化を図るなど、適切な対策を講じる。

（入院診療体制）

- 1 （診療体制）個々の患者に対し、当該診療科の部長（あるいは部長に準ずる医師）、主治医および担当医のチームが診療を担当する。医師チームとしての意思決定の過程が、医療の質と安全を高めるのに不可欠であることから、単独での入院診療は原則として認めない。なお、研修医が担当医として診療に参加する場合には、常に、指導医、及び、上級医の指導の下に診療行為を行なうものとする。チーム編成は部長（あるいは部長に準ずる医師）が決定する。
- 2 （主治医と担当医）入院診療体制における主治医とは、患者の診療に主たる責任を有する医師を指す。主治医資格は各診療科の日本専門医機構や学会が認定する専門医あるいは認定医の資格を有するか、あるいは、同等の診療能力があることを条件とし、当該診療科の部長（あるいは部長に準ずる医師）が認定する。担当医とは、主治医の指示と指導の下、主治医の診療を補佐、あるいは自ら診療を実施する医師を指す。
- 3 （主治医と担当医の業務）主治医、担当医は担当患者を診察して病状を把握し、所見を速やかに診療録に記載する。また、患者の要望、訴えを聞き、これに誠実に答える。検査、投薬や手術に際しては、（説明と同意）の項に記載された内容に従って同意を得る。
- 4 （回診）入院診療を担当する診療科の部長（あるいは部長に準ずる医師）は、少なくとも週 1 回の管理者回診を行なう。回診では当該診療科の全入院患者について、個々の医師による診療状況を把握する。個々の患者の治療内容や治療方針について、診療科全体で検討し、部長（あるいは部長に準ずる医師）は適切な助言や指導を行う。定期的に多職種（看護師、薬剤師、理学療法士、MSW など）での病棟カンファランスを実施し、治療や療養の方針を検討する。当院で対応できない疾患や病態については、適切な医療機関での診療を積極的に提案する。
- 5 急変の恐れや緊急時の対応が想定される患者に関しては、その情報を診療科内で共有する。また、その情報を診療録に記載して、必要時には他診療科の医師や他職種と迅速に情報共有できる状態にしておく

(緊急時の対応)

- 1 部長（あるいは部長に準ずる医師）、主治医、担当医は可能な限り連絡先を明らかにしておく。
- 2 主治医、担当医および当該診療科医師は、緊急時には、他科の医師（当直医を含む）や看護師（日勤・夜勤師長を含む）と連携をして対処する。
- 3 部長（あるいは部長に準ずる医師）は、当該診療科の主治医、担当医の連絡を受け、必要に応じて自ら診療を指導、監督、あるいは担当する。
- 4 コードブルー（患者急変時一斉放送）の際、緊急事態発生場所付近にいる場合は救急処置中を除き至急駆けつける。
- 5 医師は、必要なレベルの蘇生教育・訓練を受講する。
- 6 本院においては、病状増悪時早期対応を目的とした迅速対応システム（Rapid Response System, RRS）を運用する。なお、RRSでは、担当医・看護師（日勤・夜勤師長を含む）などから連絡を受けて、当該チーム（救急科・集中治療科・看護部など）は担当医や当直医とともに適切に対応する。分院においては、担当医・看護師（日勤・夜勤師長を含む）などから連絡を受けて、当直医や関連する診療科の医師が適切に対応する。
- 7 夜間・休日の緊急対応は、当直規定の通りとする。

(チーム医療の実践)

- 1 質の高い診療・ケアを提供するためには、多くの専門職種が協働することが不可欠である。医療関係者はお互いの専門性を尊重しつつ、相互の信頼関係を構築する。また、診療・ケアに係わる情報を多職種間で交換し共有する。
- 2 多職種が協働し適切な診療・ケアを提供するために、多職種カンファレンスを実施し、適切に記録する。
- 3 診療・ケアの質を高めるために、多職種から構成された様々な専門チーム（栄養サポートチーム、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、感染対策チーム、認知症ケアチーム、呼吸サポートチームなど）による組織横断的な活動を遂行する。

(記録)

- 1 主治医、担当医は診療録に診療プロセスに関係する事項を適正かつ適時に記載・記録する。入院診療録では、入院の目的や入院時所見（主訴、既往歴、家族歴、現病歴、身体的・精神的・社会的所見など）、入院診療計画書、診療の経過記録、指示内容（食事、処方、検査、リハビリテーション、身体拘束など）、検査結果（報告書、評価所見など）、説明文書、意思確認書、手術・麻酔記録、検診の記録、退院計画書などの他、患者・家族の反応や画像診断や検査データの解釈、診療方針、診療経過を議論したカンファレンス記録も記載する。
- 2 急性期には患者の病状変化が著しいため、診療を行った際は毎日（休日を含む）診療録を記載する。経過観察記録を系統的に残すため、SOAP 形式や DAR 形式で記載することが望ましい。
- 3 略語は指定されたもの以外は使用せず、理解しやすく、誤解の生じにくい言葉を使用する。
- 4 研修医の診療録は上級医が承認する
- 5 退院後、1 週間以内に入院病歴要約を作成して診療録を完成させる。
- 6 診療に関する各種書類の作成は迅速に行う。
- 7 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の使用が望ましい。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。
- 8 個々の診療行為の記録は、診療行為の担当者（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。
- 9 診療録に記載する際は必ず自分の ID でログインし、使用後は必ずログアウトしてから離席する。
- 10 情報セキュリティの確保を意識し、個人情報の保護に努める。最新の「情報セキュリティハンドブック」に定めるところに準拠する。

(診療方針の決定と変更)

- 1 部長（あるいは部長に準ずる医師）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検討する。参加者による十分な議論を経て診療方針を決定する。カンファレンスでは患者の病像に加え、文献上の証拠、患者の意思や社会的背景等を考慮し、合理的議論によって診療方針を決定する
- 2 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の代表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考慮する。同時に方針決定の経緯をその職種の関係者にも伝達するよう要請する。多職種間で情報共有し、一貫した方針で診療やケアが行われるよう配慮する。
- 3 方針の決定には患者や家族の希望を出来る限り反映させる。
- 4 主治医、担当医は患者の経過、画像診断、検査データ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、診断や診療方針の変更が必要な場合は、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、その後の診療方針の変更を検討する。
- 5 主治医、担当医は診療方針と診療予定を患者に説明する。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、その開始前に内容を説明する。その際、平易な言葉で説明する。
- 6 主治医、担当医は自分の専門外の医学的判断が必要な場合には、適切な他の医師の判断を求める。
- 7 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会議を召集する。

(入院と退院)

- 1 入院診療は、入院前に入院の必要性が明確に判断された場合に行われる。入院診療計画書を用いて患者・家族等に十分な説明を行い同意を取得する。入院の時期と期間、入院環境などについては、患者の希望に配慮する。また診療体制の整備を行い、診療科等の枠組みに捕われない弾力的な病床運用により、緊急性のある入院にも対応する。
- 2 診療計画に際しては、患者の病態に応じた診断・評価を行い治療に関する方針を迅速

に作成するとともに、多職種で協議しながら各種リスク評価を行う。また、患者・家族等からの希望を可能な範囲で取り入れる。なお、DPC 制度に則った適正な入院期間での診療を心がける。作成された計画書は、患者または家族に説明し、同意を取得する。患者の状態変化などにより診療計画が変更・修正された場合は、計画の修正内容と患者への説明内容を診療記録に記載する。診療計画としてクリニカルパスの活用を推奨する。

- 3 退院時には、退院後においても継続性のある診療・ケアを提供するために、多職種による計画的な退院支援を行う。また、入院治療の経過や退院目標、継続療養の必要性と、各種の社会制度を利用する方法などを説明し同意を取得する。さらに計画に沿った療養の指導や関係機関との調整も行う。他の医療機関への情報提供では、診療・看護・リハビリテーション・栄養などに関するサマリーを添付する。紹介医にも入院経過を報告する。在宅療養に関しては、入院中の診療・ケアに関する情報を共有するとともに患者の病状や生活状況に合った在宅療養支援を行う。

(周術期および重症患者の管理)

- 1 手術、麻酔の適応と方法については、十分な経験のある医師が適応の確認を行う。特に、高リスクや複雑な症例あるいは稀な疾患については、外科系診療科内の検討のみでなく、手術対象疾患に関連する内科系の医師、画像診断医、病理医、麻酔科医など他の診療科医師の参加を得て、多面的に検討する。
- 2 手術に関しては、適応や具体的な手技、リスクを含めた十分な情報提供のもとに、同意を得る。
- 3 麻酔については麻酔科医が説明し同意を得ることが求められるが、緊急時の対応など、困難な状況であれば、手術担当医が麻酔に関しても説明し、同意を得る。
- 4 全身麻酔では術前評価を行う。麻酔担当医自らが実施していることが望ましいが、評価者と麻酔担当医が異なる場合には、適切な情報伝達を行い、リスクに応じた対応を行う。麻酔科標榜医が術前評価と麻酔の説明を行い、同意を得て、術後管理にも関与する。
- 5 局所麻酔の場合は麻酔科医による術前評価を必須とはしないが、急変時の麻酔科医によるバックアップ体制を確保する。
- 6 手術室看護師による術前患者面談もしくは術前患者訪問を行う。

- 7 術前の評価を基にした術後合併症の予防対策のため、手術看護計画には術後肺炎予防のための禁煙指導や褥瘡予防、静脈血栓塞栓症予防をはじめとする合併症予防の計画などを含める。
- 8 患者の搬送については、患者の状態に応じた安全性に配慮した搬送を行う。全身麻酔後は医師が同伴する。病棟および手術室の円滑な連携の下、遅滞なく搬送時の安全を確保する。
- 9 病棟看護師と手術室看護師との間での術前・術後の申し送りは、迅速かつ正確・確実に行う。手術経過、使用されているルート類、術中から術後に継続して使用される薬剤の指示などについて、確実な情報伝達を行う。
- 10 周術期および重症患者の診療・ケアにあたっては、患者の重症度の評価を行い、院内の基準に基づいて、ICU などの集中治療病床および一般病床から適切な病床を決定する。
- 11 患者の重症度に応じて観察頻度や観察項目を設定し、変化があった場合のコール基準を明確にする。患者の診療・ケアの責任者を明確にし、常に連絡のつく体制をとる。
- 12 重症患者の管理において、医師は看護師のみならず、必要に応じて薬剤師や管理栄養士、理学療法士、臨床工学技士等のほか、感染対策チームや褥瘡対策チーム、呼吸サポートチームなどに密接な関与を依頼する。

(説明と同意)

- 1 患者は自身の病状について説明を受け、意思決定する権利を有している。説明と同意に関する方針は、基本的な取り組み姿勢のほか、同意書を必要とする診療の範囲、原則として説明と同意の場に立ち合いを必要とする診療の基準など、「インフォームドコンセントマニュアル」に定める。
- 2 説明は当該診療を直接担当する医師が患者本人に行い、同意あるいは理解を得ることを原則とする。ただし、自ら意思を表明できない患者や未成年の患者などで、同意に必要な能力が十分ではないと判断される場合、あるいは、説明が診療に支障をきたすと判断される場合には、本人の理解力や状況を配慮した説明をする。その場合、代諾者である親権者等に十分に説明し、同意あるいは理解を得る。

- 3 侵襲を伴う診療行為（手術、検査等）を実施する場合には、診断名、現在の病態、診断・治療に必要な検査と処置、最善と考え推奨される検査・治療計画の提示、予測される効果と危険性、治療を行わない場合の予後予測、他に選択肢として考えられる診断・治療方法、治療や検査を拒否することができることなどを説明し、同意を得なければならない。説明は一般的な事柄に留まるものではなく、患者の状態に応じて個別、具体的な内容を含むものとする。
- 4 説明内容と同意の記録として、説明文書と意思確認書を一体として電子カルテに取り込まなくてはならない。ただし、患者の意識がないなど自ら意思決定できない状況で緊急対応が必要な場合には、医師以外の職種と合議の上で、その状況をカルテに記載し、診療を行うことができる。
- 5 重要な説明には、看護師等医師と異なる立場の医療関係者が立ち会うことが望ましい。また、患者の同意が得られる場合は、患者が信頼する家族あるいは親族の同席が望ましい。説明中には節目ごとに、また、説明終了時にも、十分理解できていることを確認しながら説明を進め、患者が質問しやすい雰囲気を作るよう努める。同席している看護師等は、患者の支援者として説明に臨み、患者の理解が十分でないと思われる場合には、患者の関心事（気がかり）・不明点が解消できるよう支援するなど、患者が理解を深めることができるように積極的に助力する。
- 6 説明直後に同意書への署名を求めることは、緊急時などの例外を除き、避けることが望ましい。可能な限り説明後の熟慮期間を設けて、別の機会に家族等と十分相談できるよう配慮する。
- 7 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。必要な場合には公認心理師あるいは精神科医に援助を仰ぐ。
- 8 説明に際しては、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できることを伝える。
- 9 難易度が高く虎の門病院で実施経験が少ない治療を行う際、および国内未承認および適応外の医薬品・医療機器を用いる診療の際には、あらかじめ院内の規定に従って承認を受けなくてはならない。承認後に医師が患者に説明を行う場合、看護師等医師以外の医療職は、同席するのみでなく患者の理解度を確認しながら説明が進むよう支援しなくてはならない。また患者が希望すれば経験の豊富な医療機関を紹介する。

10 虎の門病院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診療の選択肢のひとつとして提示し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を紹介する。

(患者の自己決定権)

- 1 患者の自己決定権を尊重する。患者が診療方針などの決定に際し積極的に意思表示できるようにするために、必要とされる情報提供と意思決定支援を行う。
- 2 高齢者や重篤な疾患を有する患者との話し合いにおいては、早い段階から ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を開始することを心がけ、多職種で支援する。
- 3 身体拘束は、人間の尊厳に係わる重大な問題であることを認識し、切迫性、非代替性、一時性の三原則を踏まえ、必要性を多職種で慎重に判断する。身体拘束を必要と判断した場合は、患者・家族にその必要性を説明し同意を得る。具体的な手続きは「行動制限適正化マニュアル」に従う。
- 4 患者・家族の希望があっても、医学的適応がない、医学的適応があっても十分な経験や準備のない診療・ケアは、原則として行なわない。

(倫理的課題への配慮)

- 1 日常の臨床場面で、患者、家族、医療者個々が抱える悩みについてお互いに関心を寄せ、多職種でいつでも話し合いをする組織文化を構築する
- 2 当事者間で解決できない臨床現場の問題や重大な課題は、臨床倫理コンサルテーションチームや臨床倫理審査委員会で検討する。
- 3 輸血拒否への対応は、輸血以外に救命手段がない事態に至った場合には輸血する（相対的無輸血）という当院の方針を遵守する。

(緩和ケア)

- 1 緩和ケアは疾病のすべての段階において考慮されるべきである。苦痛の把握は、患者とのコミュニケーションの強化や多職種との情報共有などにより適切に行う。

- 2 薬剤投与に頼るだけでなく、専門チームの支援や療養環境への配慮を行い、人間としての尊厳を保てるよう努める。
- 3 疼痛緩和における薬剤投与については各種ガイドラインに基づき使用し、適切に評価することで安全性に配慮する。

(人生の最終段階における配慮)

- 1 高齢者や重篤な疾患を有する患者においては、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実践を心がける。ACPにあたっては、関連する多職種で支援する。
- 2 疼痛緩和に対する方針や手順、治療方針、DNAR（心肺蘇生を行わないこと）については、患者や家族に説明し、その意向を反映させる手順を経て決定する。

(死亡時の対応)

- 1 患者が死亡した場合、可能な限り家族に死因を説明する。また、Ai（死亡時画像診断）や病理解剖の実施を提案する。
- 2 死後の処置は、患者、家族の要望に配慮して実施する。
- 3 不審死あるいは死体に異状があると認めた場合、または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「医療安全管理マニュアル」に従って行動する。

(医療安全)

- 1 医師は医療事故防止のために常に患者の安全に留意し、他の医療従事者とコミュニケーションをとりながら行動する。
- 2 医療事故防止のための各種マニュアル（医療安全管理マニュアル、ならびに、誤認防止、情報伝達エラー防止、患者の反応の観察に関する各種マニュアル等）を遵守する。患者確認は本人にフルネームと生年月日を述べてもらうか、リストバンドによる照合、バーコードリーダーによる照合などにより行う。
- 3 手術時のみならず、重要な場面においては、実施直前にタイムアウトなどによる患者および手術部位などの確認を実施する。

- 4 情報伝達エラーを防ぐために、指示の出し方のルール、指示受け実施のルールを理解し、ルールが守られるよう努める。定められた指示出しの時間を過ぎての指示や、緊急時の指示は、指示コメントを記載すると共に、口頭でも連絡する。
- 5 口頭指示は、緊急時で電子カルテにアクセスできない場合を除き禁止されている。やむを得ず行う場合には、指示を出す側も受ける側も、互いに復唱での内容の確認に努める。指示を受ける側は指示受け用紙に復唱しながら記載し、医師は記載できるようになり次第カルテ記載を行う。
- 6 輸血や注射薬の投与の際にはダブルチェックを行う。原則として一人連続双方向または二人連続同方向での照合を行うが、輸血、抗がん剤、麻薬の投与の際には二人同時双方向での照合を行う。
- 7 輸血、抗がん剤、抗菌薬の投与の際には、定められた時間患者から離れず観察を行う。特に輸血では、投与開始後5分間の継続的観察および15分後の観察が必須である。
- 8 インシデント、オカレンスがあれば所定の手順で速やかに医療安全対策室へ報告し、病院全体の再発予防に役立てる。事故防止のための対策は各部署でも独自に考える。
- 9 医療事故発生時には「医療安全管理マニュアル」中の「7.重大有害事象（事象発生時は、最終的な影響度の判定ができないため影響度分類IV以上になる可能性がある事案等）の報告についての扱い」、「8.重大有害事象（予期せぬ死亡事例を含む）における患者・家族・遺族への連絡と説明」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（またはその時点で最上級の医師）に報告して指示を仰ぐ。さらに医療安全対策室へ連絡して医療安全管理者に事故の概要を報告し、以後の対応の指示を受け、必要な協議を行う。
- 10 医療事故発生時に必要な指示としては、現場の保全、時系列に沿った記録、患者家族への説明や医療側の当事者への対応、医療安全対策室への報告が挙げられる。また協議すべき対応には、死亡時には医師法21条による警察への報告及び医療事故調査制度への報告、治療および原因究明の方針、患者・家族への経過説明、カルテに記載すべき内容などが挙げられる。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。

(診療指針、患者データベース、成績評価)

- 1 各診療科は扱っている主要な疾患について診療指針を公開する。ただし、診療指針で定められた診療行為は、あくまで選択肢の一つであり、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 各診療科で定めた診療指針は医学の進歩に従って適宜改定する。
- 3 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する。
- 4 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（悪性腫瘍の生存率、血管開存率、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）を評価し、医療の質の改善に役立てる。

(情報の収集と共有の努力)

- 1 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。また、収集した重要な情報は関係者で共有するよう努める。
- 2 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、必要な文献を検索する。また、こうした情報をカンファレンスの場で提示し、関係者で共有を図る。また、こうした情報収集の記録を残す。

(診療成績の発信)

- 1 各診療科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、第三者が評価できる機会を提供するように努力する。
- 2 新しい診療技術を採用したり、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、第三者が評価できる機会を提供するように努力する。
- 3 主要な治療成績については、広報紙や病院ホームページ等に公開するように努力する。診療成績の公開に際しては個人情報の保護に十分配慮した上で作成する。

注：本文中の（部長に準ずる医師）とは、常勤部長不在の科において、本院では医長を、分院では診療担当責任者として指定されている医師を指す。

2003年 7月28日 制定

2003年10月20日 改訂

2014年 7月28日 改訂

2024年 5月27日 改訂