

診療基本方針

令和 6 年 6 月 17 日 統括診療部長出島 作成

令和 6 年 8 月 20 日 修正版

令和 7 年 4 月 1 日 修正版

地域医療機能推進機構 横浜保土ヶ谷中央病院

令和 6 年 6 月 17 日制定

ここに述べる診療の基本方針の内容は、既にマニュアル、通知、業務規定等に記載、或いは既知の事柄であるが、当院で働く全ての職員が遵守するべきものとして集約したものである。

第 1 章 原則

1. （医師の責任）医師の医療上の判断は命令や強制によるものではなく、

自らの経験、知識及び良心に基づいて行う。医師は医療の現場においては自らの言葉と行動に常に責任を持つ。
2. （医療の質の向上）当院で働く医師は、その時代の最良で、適切な医療

を提供することが期待されている。診療は病院活動の根幹をなすものである

ので、診療の質を高く維持するために不断の努力が求められる。
3. （患者の権利の尊重と健康の推進）診療に際しては、患者の権利が損な

われないように細心の注意を払う。常に患者の人権を尊重し、個人の秘密を守り、患者の健康と安全を最優先する。
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い、合意を得ること、また、診療行為実施後に、その結果と診療行為を通して得られた情報を患者及び家族に伝達して理解を得ることからなる。

- 5.（医療の不確実性）医療行為は多かれ少なかれ患者の身体に侵襲を与える。人間の生命の複雑性と有限性及び個人の多様性ゆえに医療は本質的に不確実である。たとえよかれかしとの善意に基づいていても医療を行った結果が有害になること、医療ができることには限界があることを常に自覚して謙虚な態度で診療にあたる。

- 6.（医療事故への対応）医療の安全性を高める最大限の努力をしても、医療事故を完全には回避することはできない。医療事故が発生した場合には責任を回避せず誠実に対応する。虚偽の説明や診療録への虚偽の記載は決してすべきではない。

- 7.（法令等の遵守）医師はその任務、資格、業務等が法令で厳しく規制された、すぐれて法的な存在である。また当院の医師は厚生労働省所管の独立行政法人職員であるため、みなし公務員として、公務員に準じた身分であり、当院の就業規則、職員倫理規程等を遵守すべきである。

第2章 診療チームの構成と任務

1. 当院の常勤医師は、病院長、副院長、統括診療部長、各診療科の診療部長、各診療科の部長（医長）、医員で構成される。非常勤医師は、令和7年時点で、循環器内科、脳神経外科、神経内科、膠原病リウマチ内科、呼吸器内科、精神科、眼科、耳鼻咽喉科、消化器内科で診療にあたり、年度毎に人員配置に変更の可能性がある。
2. 入院中の一人の患者に対しては、当該診療科の診療部長・部長（診療科の責任者）、主治医、同一診療科の医師のチームが診療を担当することを原則とする。主治医チームとしての意思決定のための過程が医療の質と安全を高めるために必須である。
3. 入院診療を担当する診療科の責任者である診療部長・部長（医長）は、少なくとも週1回は回診（カンファレンス）を行い、当該診療科の全入院患者についての臨床経過と個々の医師の診療状況を把握し、助言及び指導をする。
4. 主治医とは、患者の診療に対して主たる責任を有する医師であり、各診療科の学会の専門医あるいは認定医の資格を有するか或いは同等以上の診療能力があることが望ましい。

5. 主治医はその患者の診療の基本方針を決定し、患者及び御家族の方々に

対する臨床経過の説明、インフォームドコンセントの取得等を行う。原則として当該診療科の医員以上の常勤医が主治医となる。
6. 臨床研修医（ジュニアレジデント）が診療に参加する場合は、常に主治医または上級医師の指導の下に診療行為を行うものとする。
7. 主治医（主治医チーム）は担当する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、患者の訴え、要望等を聞き、誠実にこれに答える。
8. 主治医が不在で患者の対応ができない場合は、主治医チームの他の医師が協力して診療を行う。主治医が不在中、主治医チームの他の医師は病棟看護師等から診療の依頼に迅速に対応する。
9. 未成年の患者、意識障害のある患者、意思の疎通が困難な患者の場合、主治医（主治医チーム）は定期的に家族の方々に患者の病状、経過、治療方針等を説明する。

第3章 緊急時の対応

1. 診療部長・部長（医長）、主治医、同一診療科の医師は、緊急時に連絡が可能なように病棟ナースステーション等に連絡先を通知しておく。

2. 主治医（主治医チーム）は、時間外、休日を問わず緊急の用件で病院からの連絡を受けた場合は、必要に応じて登院し対応できるようにオンコール体制を組んでおく。
3. 診療部長・部長（医長）は、時間外、休日を問わず、当該診療科の主治医（主治医チーム）からの連絡を受けた場合は、必要に応じて登院し指導、監督を行う。
4. 主治医が何らかの理由で緊急時の対応ができない場合、当該診療科の他の医師は病棟看護師等から診療を依頼されれば、これに対応する。
5. 主治医（主治医チーム）が自身の所属する診療科以外の専門診療科の対応が必要と判断した際、各診療科が定めるオンコール医師に速やかに連絡する。
6. 日直、宿直医は勤務時間帯外の緊急発生時における責任医師であり、冷静かつ的確な初期治療を行った後、必要があれば、主治医・該当診療科長へ連絡を行い、できる限り早くチーム医療に移行する。
7. 平日夜間、休日は、日直・宿直の医師が病棟入院患者の対応を行う。内科系（消化器内科、循環器内科、腎臓内科、血液透析科、糖尿病内科、総合診療科）の入院患者の対応は、内科系日直・宿直医師が対応し、外

科系（外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、歯科口腔外科）の入院患者の対応は、外科系日直・宿直医師が対応する。

8. 平日日中に病棟・外来で緊急対応事例が発生した場合、初期対応した医療者（医師、看護師、コメディカル等）の判断で、コードブルーを院内放送で発令する。コードブルー発令時には、院内の対応可能な医療者（医師、看護師等）は、速やかに発生場所に急行する。コードブルーの対応時間は午前 9 時から午後 2 0 時までとし、それ以外の時間帯は、宿直対応とする。

第 4 章 コメディカルスタッフとの連携・協調

1. 質の高い安全な医療を提供するためには、コメディカルスタッフとの良好な協力関係が不可欠である。関連職種の各々の自発的努力が医療の質の向上に寄与する。コメディカルスタッフとの連携・協調にあたっては、お互いの人格、職制の尊重が基本であることを認識する。
2. 医師が行う検査、診療の指示は所定の手順に従って正確に伝達する。
3. 看護師を含めコメディカルスタッフから診療の要請があった場合には、速やかに診療し、その結果をコメディカルスタッフに伝える。
4. 医師は普段より看護師を含めたコメディカルスタッフと、診療内容、臨床経過、患者や家族の反応等について十分な意思疎通に努める。特に、

コメディカルスタッフが診療内容に疑問があった場合、積極的に医師にこれを伝えることが望まれる。診療内容によってはコメディカルスタッフが法的責任を問われる事もありうるので、医師には疑問に対して誠実に答える義務がある。こうした絶え間ない意思疎通の努力が医療の質の向上につながる。

第5章 記録

1. 主治医は診療録に主訴、既往歴、現病歴、身体所見、検査所見、日々の臨床経過等の情報を目標志向型診療記録（Problem oriented medical record: POMR）の記載法に従って記録する。診療録は、公文書であり、患者や家族の方々へ開示することがあるので、理解しやすく、誤解の生じ難い言葉を使用して、略語等での記録を可能な限り避けて記載する。個人的な感情や主観的な判断の記載は避け、できるだけ客観的で科学的な事実を記載するように努める。さらに画像診断や検査値の解釈、診療方針、臨床経過、カンファレンスでの議論等も記載する。また説明文書、同意書、手術記録、麻酔記録、検査結果等の必要な書類を作成し、ファイルするとともに、画像読み取りを行い電子カルテで閲覧できるようにする。退院後 2 週間以内に退院要約を完成させる。

2. 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、想定内の経過等が前記の記録すべき内容の一部である場合はクリニカルパスで代用してもよい。
3. 個々の診療行為の記録は、それぞれの診療行為の担当者（例、手術記録は術者、麻酔記録は麻酔医、内視鏡検査は内視鏡検査実施者）が責任をもって記載する。
4. 診療録記載に当たって、当院の「診療録記載マニュアル（平成 28 年 11 月）」を参照する。

第 6 章 診療方針の決定と変更

1. 診療科の責任者（診療部長・部長・医長）は少なくとも週 1 回の病棟カンファレンスを開催し、管理下にある全患者の診療方針について議論をする。診療方針の決定は当該診療単位の全員一致が望ましい。カンファレンスでは既往歴、現病歴、身体所見、検査値、画像診断等から患者の病像を再構成する。これに文献上の考察、患者の社会的背景、患者の意思、家族の希望等を加えて、合理的議論により診療方針を決定する。特定の医師の恣意や科学的裏付けのない権威を診療方針決定の根拠とすることは避ける。

2. 病棟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医療者にも出席を要請する。診療方針の決定に際して、看護師あるいは他の職種の医療者の意見を参考にする。同時に方針決定の経緯をその職種の他の者にも伝達するよう要請する。カンファレンスの内容は、電子カルテにその記録（参加者全員の氏名（役職）、診断や分析、今後の方針など）を残す。
3. 医師が予定された診療行為が適当でないと判断した場合、病棟カンファレンス等でその旨を表明し、合理的議論で判断の是非を検討する。
4. 手術については術前のカンファレンスで、病態、全身状態の判断根拠となる画像診断、検査データを提示し、手術方法や麻酔方法が適切であるかを再確認する。
5. 深刻な意見の対立が合理的議論で解決されない場合、個別に病院長あるいは臨床倫理委員会に対して調査検討を要請することができる。
6. 主治医、担当医は診療方針と診療の予定を患者及び家族に伝えるべきである。診療方針に変更があった場合には、変更の理由、変更後の方針を説明する。検査、与薬に関しても、実施前に概要を説明する。
7. 主治医、担当医が自らの専門外の医学的判断が必要と考えた場合には、積極的に適切な他の診療科の医師の判断を求める。

8. 診療科の責任者（診療部長・部長・医長）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招集することができる。

第7章 入院と退院

1. 入院決定は、診療を担当している医師が行い、病床管理看護師と相談

し、病床の決定をする。病床管理看護師は、入院予定患者の病状把握と

各病棟の状況を把握し、入院病床の提案を行う。

2. 入院決定時には明確な入院目的を設定し、これに基づき入院診療計画書

を作成する。これを患者及び御家族に説明し同意を得る。患者および御

家族に説明・同意を得る際には、医師だけでなく看護師が同席し、カル

テに記録を残す。

3. 退院時には、入院中の診療の結果と得られた情報を患者及び御家族に説

明をする。退院後の治療、療養の方針と計画の決定にあたっては、患者

及び御家族の意向、病棟看護師、医療総合支援部の医療福祉士、退院支

援看護師、訪問看護師、地域連携室等からの助言、意見を参考にする。

この方針と計画を退院の前に、患者本人及び御家族に伝える。

4. 主治医、担当医は患者の入院時に、患者及び御家族に退院の目途を説明

し、入院早期からの退院調整を進める。退院の目途については、入院診

療計画書に記載する。その際、退院支援看護師、メディカルソーシャル

ワーカーの早期介入を図り、多職種連携によるカンファレンスなどを通じて、効率的な退院支援を進める。

5. 退院日時について、クリニカスパスによる入院を除いて、主治医、担当医が退院可能と判断した日程を明確にしたうえで、病棟師長（病棟リーダー）に退院可能日程を伝達し、退院日時の決定は、原則として、病棟師長（病棟リーダー）が行う。

6. 予定入院は、原則として、平日・休日ともに午後 13 時 30 分とする。
休日入院などで、不明確な指示がある場合、日直医師が対応する。

7. 退院時に、退院時リハビリ指導を実施し、「退院に際して（院内汎用）」等の用紙を患者や御家族にお渡しする。

第 8 章 説明と同意

1. 患者は自身の病状について説明を受ける権利を有している。医師は患者
或いは患者家族に対して、患者の病状、診療計画、治療内容、検査の結果等を適宜説明する義務がある。
2. この説明は、当該診療を直接担当する医師が、患者本人に対して行い、
同意あるいは理解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する。これとは別に、親権者、後見人等に十分に説明して同意或いは理解を得ておく必要がある。

3. 病状の説明に際しては、事実と推測とを区別する。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。

4. 侵襲を伴う診療行為（手術、検査等）を実施する場合には、病状の説明に加えて、当該診療行為が必要な理由、診療行為の具体的な内容、予想される身体的障害、合併症とその可能性、実施しない場合に予想される結果、他の代替手段とその利害得失、実施後の一般的な経過等を説明し、同意を得る。また説明内容と同意についての記録を診療録に記載する。どの診療行為で所定の同意書への署名を必要するかは、当院の医療安全管理マニュアル「インフォームドコンセントガイドライン」を参照する。

5. 説明と同意に当っては、看護師等の医師以外の異なる立場の医療関係者が立ち会うことを原則とする。特に、所定の同意書を使用するような、侵襲を伴う診療行為の説明と同意にはこうした第三者の立ち会いは必須である。また、患者が信頼する家族あるいは親族の方にも同席して頂くのが望ましい。

6. 重要な説明は、極力、個室を利用し、患者のプライバシーに配慮する。

7. 重要な説明では、説明文書をあらかじめ渡しておき、理解の向上をはかる。また、説明文書中に不明点、疑問点を前以て確認していただくように要請する。不明点、疑問点を次の説明の機会に重点的に説明し、理解を得るように努める。
8. 重要な説明では、説明の節目ごとに、また説明終了時にも、理解できないことがないかを尋ね、質問を受ける。理解できていないと思われる場合には、再度説明する、あるいは立会いの看護師等に医師とは異なる視点から説明してもらうなど、理解を得るための努力を惜しまない。一回の説明で完全な理解を得られることは少ないと考えるべきで、説明の機会を複数回設けて理解の徹底を図る。
9. 説明直後に同意書への署名を求めることは極力避ける。別の場所で患者と家族、知人などと説明内容について相談できるように配慮する。
10. 緊急事態で同意を得る時間的猶予がない場合、家族や親族等が間に合わない場合などには、説明と同意が得られない理由、診療行為を行う根拠等を必ず診療録に記録する。また、インフォームドコンセントガイドライン中の「同意書の署名が得られない場合のインフォームドコンセントの記録」の項を参照し、所定の用紙（同意書の署名が得られない場合

のインフォームドコンセントの記録)に状況と内容を確認した医師・看護

師が署名を行い、用紙を作成し、保存と電子カルテ取り込みを行う。

11. 説明の内容によっては患者への心理的ストレスが大きくなることがある。こうした場合は、説明後に患者と密に接し、反応を確認し、ストレスの軽減を図る。また、説明に同席した看護師等にも、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。必要な場合には精神科医に援助を仰ぐ。

12. 説明に同意をしていただくとき、同意書に署名をいただくときには、他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。

13. 当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診療行為について、求められればこれを説明する。また希望があれば適切な医療機関に紹介する。

第9章 患者の自己決定権の限界

1. 患者の希望があっても、当該診療科にその診療行為の経験がなく、かつ十分な準備のない診療行為は原則として行わない。
2. 患者の希望があっても、倫理や法律に反する行動をとらない。

3. 患者の希望があっても、医学上適切でないと思われる診療行為は原則として実施しない。

4. 適切でない診療行為は、それが他の医療機関で行われるとしても、その実施に承認を与えたり、実施の援助を与えない。

第 10 章 診療指針、患者のデータベース、臨床評価指標

1. 各診療科は扱っている主要な疾患についての診療指針を明文化する。既に学会等で出ている診療指針、ガイドライン等は図書室で利用できる。

これらは、現時点における医療のスタンダードと考えるべきもので、医療の標準化、患者への説明資料、研修医の教育等に役立つ。各診療科は診療の対象となっている主な疾患についての患者データベースを構築する。

2. 一般的な臨床評価指標（例、ある疾患を有する患者の平均在院日数、手術創感染率など）以外にその診療科独自の臨床評価指標を設定し、年次毎に評価をして医療の質の向上をはかる。

3. 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、扱っている疾患について常に最新の情報を収集する。また得られた情報は診療科の構成員で共有するように努める。

4. 患者データの公表に際しては、個人情報保護法、横浜保土ヶ谷中央病院

倫理委員会規定に反することがないように注意する。

第 11 章 緩和ケア

1. 疼痛をはじめ、患者にとって不快な症状や精神的苦痛の緩和に努めるの

は医師の基本的な責務である。特に疼痛については「緩和ケアマニュアル」を参考にして対処する。

2. 治癒を望めない患者、終末期の患者には精神的にも肉体的にも可能な限

り、快適かつ人間としての尊厳を保ちつつ過ごせるように配慮する。当

院には、麻酔科の常勤医が不在のため、緩和ケアチームを構成できない

が、必要に応じて「緩和ケア専門看護師」の応援を依頼することも考慮する。

第 12 章 死亡時の対応

1. 患者が死亡した場合、患者の家族は死因の説明を受ける権利を有する。

主治医は可能な限り臨床経過を説明する。生前の臨床情報で死因が十分

に説明できない場合は、病理解剖を提案して、死因解明の努力をする。

その際、患者家族（あるいは後見人など）に解剖についての同意を得

て、同意書を作成する必要がある。

2. 死亡診断書（死体検案書）、死亡事例報告書は死亡確認を実施した医師

が記載する。

3. 死亡時画像診断を実施する場合には、その目的・方法を「死亡時画像診断（CT）の説明・同意書」を用いて患者家族に説明し、同意書に署名をもらい実施する。また、放射線科に「死亡時 CT 撮影依頼票」を提出する。詳細は、「死亡時画像診断（Ai）運用規定（2024 年 5 月改定）」を参照する。
4. 異状死体の場合は 2 4 時間以内に、保土ヶ谷警察署（電話：045-335-0110）に届け出るべきである。
5. 医療事故による死亡の可能性が否定できない場合は、直ちに診療科部長、または病棟師長を通して医療安全管理室または病院長に届け出る。

第 13 章 終末期医療および DNAR

1. 終末期医療および DNAR に関する対応は、十分な情報提供を前提とした患者本人による決定を基本とし、患者本人と患者家族等の意思を尊重して行う。
2. 終末期医療および DNAR に関する対応は、個々の患者背景の相違を十分に考慮し、「終末期における医療・ケアの指針」と「**DNAR 指示の決定に関する基本方針**」が定める基本的な考え方と遵守すべきルールに基づいて行う。

3. 終末期医療に関する説明には、「終末期医療等に関する説明書」および

「終末期医療等に関する承諾書」を用いることができる。

4. DNAR に関する説明には、「心肺蘇生法を実施しないこと（DNAR）に

関する説明書」および「患者様の意向表明書」を用いることができる。

第14章 医療事故

1. 医療事故を防止するべく、常に患者の安全を最優先して行動する。

2. 医療事故防止のため、医療安全管理マニュアル及び各種マニュアルを遵守する。

3. 不幸にしてインシデント、アクシデントが発生した場合、先ず何よりも患者への影響を軽減するべく最大限の努力をする。診療科部長及び病棟医師長に連絡し、「医療安全管理マニュアル」に記載されている所定の手続きで医療安全管理室に報告する。

4. 患者及び家族には、誠実な態度で対応する。

5. 後々の議論、検討のために、忘れないうちにインシデント、アクシデントが発生するに至った経緯をできるだけ詳細に診療録に記載しておく。

6. 医療過誤や医療事故による死亡が考えられる場合には、直ちに概要を所属部責任者経由で病院長及び医療安全管理室に連絡する。

7. 医療に起因した予期しない死亡に該当すると判断した場合、患者家族に対して、医療事故調査制度に基づいて日本医療安全調査機構に報告する可能性があることを説明し、理解を得るよう努める。

8. JCHO のオカレンス報告制度により、オカレンス報告事例が発生した場合、速やかに医療安全管理室にインシデント・アクシデントレポートの形式で報告を実施する。オカレンスとは、過失の有無や因果関係に関わらず報告すべき事象のことであり、以下の 8 項目が該当する。（1）院内急変事例、（2）想定外の再手術（1 か月以内）や追加手術および予定手術時間を 2 倍以上もしくは 4 時間以上超過した事例、（3）中心静脈穿刺に関連した合併症（動脈穿刺、気胸など）、（4）重大疾患について後方視的に見た場合、標準的には確認できた（見落とし）事例、（5）同定に係る誤認の事例（手術、検査、処置、診察、検体、記録等の患者や部位の間違い）、（6）異形輸血、（7）準備した輸血量を超えた輸血を要した事例、（8）転倒、転落事例＊オカレンス基準項目報告方法参照。

第 15 章 医療安全

当院職員は、医療を安全に遂行するために「横浜保土ヶ谷中央病院 医療安全管理指針」および関連指針を遵守しなければならない。

第 16 章 感染予防対策

院内感染を抑制するため、「横浜保土ヶ谷中央病院における院内感染対策に関する基本指針」の尊重及び「院内感染対策マニュアル」を遵守しなければならない。

第 17 章 身体拘束

患者の「尊厳の保持」のため、身体拘束は可能な限り実施しないケアを実現するよう工夫する。医療安全上、止むを得ず身体拘束を実施する場合には、当院の「身体拘束マニュアル」に基づいて、身体拘束を実施する。

第 18 章 地域連携

1. 地域の医療機関と医療情報を共有して、切れ目のない医療を行うことが重要である。
2. 地域の医療機関から患者の紹介を受けた時は、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提供書を作成し、返信しなければならない（時間的余裕のない場合は電話で連絡し、その後の早い時期に報告書を送る）。
3. 当院で行われるべき診断・治療が一段落し、次の診療方針が決まった段階で、速やかに紹介された医療機関へ患者を逆紹介し、病診連携、病病連携の強化に努めなければならない。

第 19 章 各診療科マニュアル

当院の常勤医師が勤務する各診療科の診療マニュアルを作成し、公表する。