

“勤務医師マニュアル”全文

日本病院会医療制度委員会

第1章 医師の基本的勤務要領

病院勤務医師は、凡そ次の如き勤務規律を守り、常に正しい勤務態度をもたなければならない。

1-1

医師は、病院の社会的施設としての責任、経営方針の基本的理念及び医療従事者全員のもたねばならぬ医療倫理・道德律の実践者として、常に勤務上の態度と行動は慎重かつ厳正でなくてはならない。

1-2

医師は、病院組織医療の主導的役割を常に堅持し、率先して病院の規約を守り、全職員の相互信頼と協力により、適正な医療活動を推進しなくてはならない。

1-3

病院の公示した診療時間は、地域住民に対する公約であり、医師はこれを厳守しなくてはならない。時間厳守のためには、医師自らの出勤時刻を確実に守ることが、病院の始動活動を円滑にする第1要件である。

1-4

医師は、患者に対して、良い医療を最大の配慮と慈愛をもって行ない、適切、親切、迅速なサービスを心がけ、医師患者間の信頼関係を確保し、広く地域住民にも信頼を得よう努めなければならない。

1-5

医師は、勤務している病院から安定と保証を得ているので、病院を信頼し、その業務に誇りを持ち、院内、院外をとわず、医師としての品位を保ち、病

院の名誉、信用を傷つける行為をしてはならない。

1-6

医師は定められた勤務を個人的都合により交替する場合は、必ず所定の手続きを経て病院長に届け出るものとする。

1-7

医師が欠勤、有給休暇、学会参加等のため所定の勤務ができない場合は、その代行には同僚として積極的に協力するものとする。

1-8

宿日直の担当医が事故あるいは救急医療等のため人手不足となる時は、医局の同僚協力の原則により、その代行あるいは支援をしなければならない。

1-9

医師は、プライマリ・ケアの理念に徹し、病院倫理や法規に照して、救急医療、宿日直等に当る際も、積極的に行動し、たとえ専門外であっても、臨床医として診療を拒んではならない。

1-10

健康保険制度および手続きについては十分理解し、その事務処理には、その科の保険医全員の協力によって所定期日までに遺漏なく完了するよう努めなければならない。

1-11 規定に基づく院内諸会議(出席義務のあるもの)および症例検討会等には積極的に参加し、自らの研修と他部門との連携協力に努めるものとする。

1-12

医師は、自ら修得した学術によって、日々の診療

に全智を傾注しなければならない。その経験は実績として評価され、生涯教育における自らの学術の向上と開発に役立つ集積となるものである。

第2章 近代病院の機能

2-1 病院の目的

病院は地域の人々に社会的、公共的サービスとして、他地域医療のシステム化による病院機能を提供する目的をもっており、その分担機能は、地域に適した医療機能をもち、その対象は病める人である。その医療は生命の尊重と全人的な最適、最良の効果を志向するものである。

2-2 病院の機能

病院機能の実践にあたり‘病院は地域住民のためにある’ことを念頭におき、その福祉と人間性の尊重を優先することを基本とする。機能は次の如くである。

2-2-1 施設機能

医師をはじめ医療従事者が医療を行う場所として、医療に適した環境を整備し、適切な医療行為が可能となるものでなくてはならない。

2-2-2 教育機能

医療従事者の卒前、卒後訓練を行ない、実地の活動に必要な地域臨床訓練を行なう。

2-2-3 研究機能

医学、医療ならびに関連する科学、技術の研究と開発を行なう。

2-2-4 社会機能

社会施設としての機能をもたねばならない。それは次の内容をもつ。

- ① 予防と保健活動(公衆衛生)の推進
- ② 社会的福祉への貢献、入院、通院、院外活動による家庭や社会の精神的、経済的負担の軽減
- ③ 健康教育(自主、自助管理を含む)
- ④ 集積技術の社会へのサービス、集積技術の総合された medical center として地域の医療施設へ技術供与を行なう。

以上を要約して病院の機能を列記すれば次の如くである。

- ① 傷病者の診断と治療
- ② 病者の収容と看護

- ③ 出産の介助とその収容
- ④ 傷病者の社会復帰
- ⑤ 疾病予防、健康増進等の保健衛生活動
- ⑥ 医療従事者の教育、訓練、研修
- ⑦ 医学、医療ならびに関連科学、技術の研究と開発

⑧ 地域医療システムにおける分担と連携

このように、病院における包括医療、医学研修、研究などの病院機能は、その活動を向上するため院内のみならず、院外の学術研究機関、医療行政機関、関係団体等との連携に努め、国公立病院などはオープンスタッフシステム化など地域医療のシステム化に努める必要がある。

さらに勤務要領の項でのべた経営方針の基本理念とは、病院での重点的機能のとりあげ方によって方針が確立してくるものである。また職域、産業、宗教、文化、社会生態学などの特殊性によっても、医療に対する態度、姿勢が変ってくる。

2-3 病院の基本的活動

地域病院を例示すれば次の如くである。

2-3-1

病院は原則として短期急性疾患病院(acute general hospital)としての医療を担当する。

地域医療の点から、その機能を補完するため特殊疾患病院、慢性疾患病院、回復期収容施設、リハビリテーション施設などの関連医療施設との連携につとめ、その協力を要請する。

2-3-2

地域の中核病院としての医療を担当し、病院の医療活動の展開に当り、地域の病院、診療所、保健所等の保健医療諸機関と密接に協力して、地域医療の質と量の向上に努めるものとする。

2-3-3

病院機能はその地域の社会的特性に留意し、それに対応しうるものでなくてはならない。

これらを総括すれば、次の如き専門施設としての機能分担が考えられる。

- ① 一般的総合医療
- ② 短期急性疾患医療(三次レベル救急医療やメディカルセンターを含む)
- ③ 特定疾患医療(がん、循環器病、小児、腎、難病等)

- ④ 慢性疾患医療
- ⑤ リハビリテーション医療(回復期医療を含む)
- ⑥ 結核, 精神, 温泉等の医療
- ⑦ その他(老人医療, 終末期医療, 福祉医療等)

2-4 病院医療の特徴

2-4-1 組織医療 organized medicine

医療の質の管理と保証を常に志向するため, 全組織が有機的機能的に協力して医療が行われるのが, 病院医療の特長である。そして病院はプライマリ・ケア医師にも専門施設としての機能を提供し, 病院・診療所及び病院間の連携によるシステム化をはかり, 地域でのオープンスタッフシステム病院として志向し, 患者の継続医療の責任をもつべきである。

① 医師の主治医としての職能

全医療従事者は医療行為に対し, まず医師の主治医職能を認識しなくてはならない。主治医は核となって, 医師団, 医療技術部門, 看護部門との連携によって, 統合された水準に合致した医療を提供しなくてはならない。

② 協力診療

診療科別に組織された複数の専門医チームによる診療(各科別診療), 専門を異にする診療各科の医師の合議による診療(協力診療), 病院特有の診療の専門分化とそれらを統合した医療である診療系体によって技術集積的な効果的効率的医療を行なう。

2-4-2 看護部門の活動

前述した病院のもつ理念, 目的にもとづいて看護サービスを提供するのが看護部門の役割である。看護婦は, 健康の保持増進, 疾病の予防, 健康の回復, 苦痛の緩和など, あらゆる生存環境にある個人, または集団を対象としてとらえ, 看護ケアの計画, 実施および評価に責任をもち, 保健医療チームの一員として活動するものである。

① 看護婦の役割

ア. 患者の療養上の世話, 指導, 援助などの行為は, 患者側に立つ専門職能的配慮で行なう(看護ケアの主導性)

イ. 診療に当り医師の介助を行なう(協力支援)。これらを説明すれば次の如し

①-1 患者の生活度を考慮し, 適応した看護によって効果的看護を行なう。

①-2 病人, 家族に対する生活指導を含む社会

復帰に力をかす。診療介助に当り, その効果をあげるため必要な器具材料を準備し, 他部門との連絡を密にして医師に適切な介助を行なう。

①-3 患者の情報を収集し, 分析し, 病態による段階的あるいは経過的看護ケア progress or process care を継続する。

①-4 病院に対する療養と看護にかかわる諸問題については, 常に調整者の役割を果さねばならない。

①-5 末期患者や難病患者への真実告知は, 看護ケアの中で知らせる雰囲気醸成するのがよい。

② 看護部長の役割

人員の確保, 配置, 勤務条件の調整, 教育指導を計画的に行なう。

②-1 看護の質の向上と継続ケアに努力する。

②-2 他部門と連携し, 良好な人間関係を保つ努力をする。

②-3 看護の新知识技術を修得し, 業務の効果をあげ, かつ効率的に遂行しうよう努める。

③ 看護業務体制

患者への看護ケアは 24 時間継続ケアであり, その勤務体制に種々の工夫と改善を行ない業務の効率化と業務量の能率合理化をはかる。一般に病棟では, 3 交替制をとっているが, 時間的配分はもとより, 1CU から self care unit までに亘り, 急性・慢性・軽症・重症等の病棟において, 変則 3 交替制, 当直制なども含め看護基準にもとづく適応配分を計画する必要がある。

これらを要約すると凡そ次の如くである。

③-1 夜勤体制においては, 病院管理責任代行者である当直医と協力する夜勤婦長は, 緊急, 救命患者の突発に備え, 病棟はもちろん, 外来, 手術棟の配置, 放射線科, 検査科等の勤務体制について, 自宅待機 on call も含めて, 勤務内規を定め計画しておかねばならない。

③-2 チームナースングを行なうことにより, 病人サービスが向上し, その責任ときめの細かい配慮による看護が行なわれることになる。さらにプライマリ・ナースングケアを導入することにより, 患者の世話に細心の注意を払うようになり, 看護の QC と QA が確保されることになる。

③-3 看護については看護過程に従って, 積極的に問題を解決してゆくことが専門職としての責務

である。

2-4-3 医療技術部門の活動

これは手術、麻酔、放射線、臨床検査、輸血、栄養、医療社会事業等各部の医師活動に対する協力である。これらは学術と専門技術部門との連携による活動機能であって、その医療の成果は医師と技術部門との連携によって効果と効率をたかめるものであり、診断と治療にとって重要な部門である。これらの問題については後述する(第5章1を参照)。

2-4-4 包括保健医療 comprehensive health and medical care

いずれの病院、診療所においても、提供する医療の質は、患者を全生活的、全人格的にとらえ、病態を考慮した総合一貫的継続医療でなくてはならない。すなわち地域医療を包括的に考えれば、診断、治療を核として、病院のオープンスタッフシステム化を志向して、下記の如き広がりをもった保健医療の総合的供給体制となる。

① 人間生存の全経過 progress に亘る総合一貫した継続医療であること。

健康増進(健康教育を含む)ー疾病予防ー早期発見ー診断、治療ーリハビリテーションー社会復帰。

② 個人のライフサイクルの各時期に対応し、多様な段階的医療 progress care、保健衛生サービスであること。

③ 身体的並びに精神的健康も包含した生理的、心理的、全人格的ケアであること。

④ 病院の場のみならず家庭、職場、地域社会などの社会生活環境を通じての全生活的ケアであること。

2-5 病院の医療従事者の倫理綱領

病院は組織医療を行なう場であるが、組織構成員である医療従事者は、医師の専門職的活動に協力して各自の分担業務を遂行しなくてはならない。この目的を達成するためには、医師をはじめとして全医療従事者に対して、病院の道徳律が厳しく求められる。

従来医の倫理の根本は、医師对患者の生命尊重と人間愛を基盤とする個対個の関係が英知とモラルにみちびかれる相互信頼の理念である。ところが一方地域医療における病院医療は、全病院職員と地域住民との間における倫理としての関係となり、職員集

団と地域住民相互の生存秩序と存続への基本となり、いわゆる集対衆の倫理は保証 assurance と合意 consensus の集団相互の道徳律を示す認識となってきた。

① 病院は患者の治療環境の安全確保に留意し、人的、物的及び環境のサービスを駆使して、快適、安楽、安心な療養生活を保証するよう環境衛生、安全、防災対策等に配慮しなくてはならない。

② 医師団の良心的意欲が、医療組織活動に活性化を与えうる原動力であることから、医師は率先して全職員の勤労意欲を高揚して医療活動を推進しなくてはならない。

③ 医療従事者は患者へのサービスについて、できるだけ迅速に、かつ技術的にも優れた効果性の高い医療を良心的配慮と慈愛心をもって行わねばならない。

④ 医療行動は常に効果、効率と安全を考慮して行わねばならない。医療資源は限られているので、その限界においてサービスの向上と勤務条件の改善に努めなければならない。

⑤ 患者をとりまく諸問題は、生命倫理を尊重し、患者の人権を優先して解決すべきである(第4章参照)。

⑥ 医療従事者は常に悩める患者を対象としており、一緒になってその苦悩を和らげようとする家族の一員の心とならねばならない。従って患者がいかなる病態にあっても、全力を傾けてこれを和らげる努力をしなければならない。

⑦ 医療従事者は生命の畏敬と尊重を原則とする医療を目標とし、その向上に努め、患者の生命倫理的人権を優先して尊重するが、死への自由は許されない。

⑧ 夜間の救急医療など、宿日直勤務医師は、プライマリ・ケアの原則に徹した医療を行わねばならない。そしてその前任担当医は院長代行としての管理責任も果さねばならない。

⑨ 宿日直等の緊急な医療の際、診療に従事する医師は、たとえ専門外の疾病であっても、求められれば診療を拒んではならない(医師法第19条1項)。これは院長代行としての管理責任も含み積極的医療の実践であり、これによっておこる紛争問題は、院長以下全職員の支援によって解決されるべきものである。

⑩ 病院は社会の支持と信頼に答えて、医療の発展と普及に貢献し、保健活動を含む地域医療システムに参加、協力しなければならない。

⑪ 病院は地域医療計画達成のため、運営方針、人事、投資、業務等の合理化、効率化に協力しなくてはならない。このためには病院職員に対し道徳的満足と個人的報奨と福祉を心がけねばならない。

⑫ 病院職員の医療行為の中には、自主的意識をもって活動する分野が多く、これは精神的道徳の良心にまつ性質のものである。従って病院は職員自身の病院への信頼と帰属をたかめ、生活の安定と福祉向上による生きがいを発揚するよう努めねばならない。

2-6 医師の専門職的責務

医学と医療技術が専門分化、細分化と発展するにつれて、医師以外の専門職に技術を委譲してゆくことになるが、医師としてどうしても他に譲ることのできない、自己責務として行わねばならぬことは次のことである。

- ① 医師の倫理的英知にもとづく判断
- ② 専門職的権能による意志決定
- ③ 患者に対する主治医権能
- ④ 直接的医行為への対応(観察、診断、治療、指導)

英知 wisdom とは社会善のために知識をいかに行使するかという生命倫理的考慮であり、医学をいかに適用し、管理すべきかという知識であり、他の哲学、社会学、宗教などの倫理との調整、合意を図る知識である。

専門職的権能 professional authority とは、専門職的自由 professional freedom の下における診断治療の方針の決定である。主治医的権能とは、患者に対する生存のための医療責任の遂行であり、直接的医行為とは、医師対患者の直接的接触下における意志決定にもとづくものである。

2-7 医師の医療に対する態度と行動、診療責任の原則と医事法上の解説

2-7-1 態度と行動

医師は次の如き基本的態度が医療の基盤となるので、常にその態度は慎重厳粛であり、その意志決定による診療行動をとらなければならない。

- ① 常に良医を志向し、専門領域の研鑽に努める

こと。

- ② 常に医療水準の確保向上に努めること。

- ③ 常にモラルと活動意欲を忘れぬこと。

- ④ 臨床実績の集積に努め、その評価の向上に意欲をもつこと(生涯教育)。

- ⑤ 人間愛にみちた良い医療によって、患者の安全、安定、満足をうること。

- ⑥ 診療チームのリーダーとして、連帯を確保しつつ常に積極的態度をもつこと。

- ⑦ 設備、機器を効率的に駆使して医療効果をあげること。

- ⑧ 病院の経営管理を理解し、協力すること。

- ⑨ 国民皆保険に鑑み、健康保険制度を理解し、善用すること。

- ⑩ 地域医療システムを認識し、機能の分担連携を果すこと。

2-7-2 診療責任の原則

診療事故などに対する責任は、凡そ次の如く考えられている。

- ① 医師の指示によって診療事故となった場合は、指示した医師が刑事責任をとわれ、かつ民事上の責任は、その医師と病院管理者もとわれることがあるので十分注意しなければならない。

- ② 医師の正しい指示にも拘らず、指示をうけた医療従事者が実施上の過誤により診療事故となった場合は、実施者が刑事責任をとわれ、さらに専門技能に起因する事故であれば、職能的管理者(法律上の代理監督者)、例えば医長、婦長等も指導上の責任を負わされることがある。なお患者に対する民事上の責任は、病院開設者も負わされる。

- ③ 実施上の不注意に起因しない設備、機器の欠陥による事故は、その管理部門の責任者と最高責任者たる病院開設者も責任を問われる。

- ④ 使用者の責任(民法第715条)

勤務医など医療従事者の事故について、病院開設者もその責任を負わされることがある。

2-7-3 医事法上の解説

医師法では、業務上の規定を次のように定めている。

- ① 診療に従事する医師は、診療を依頼された場合、正当な理由がなければ、これを拒んではならない(応召の義務)。

この医師とは臨床医を指すものであって、基礎医

学者などの臨床に従事していない医師は含まれない。

② 診断書などの交付義務

医師には診断書交付の義務があるが、求められた場合に正当な理由があれば、交付を拒むことができる。それは患者の秘密の漏洩、診断書の悪用、病名の未決定、がんなど患者への影響を考慮した場合等である。

③ 無診察治療などの禁止

治療はもちろん診断書、処方箋の交付、出生証明、検案書について該当する。但し診療中の患者が受診後 24 時間以内に死亡した場合の死亡診断書については、この限りではない。

④ 処方箋交付の義務

医薬分業の建前から医師が処方箋交付を求められた場合には、これに応ずるのが本旨であるが、次のような場合には拒むことができる。

④-1 暗示的効果を期待する場合、その目的の達成を妨げるおそれのある場合

④-2 その投薬が患者に不安を与え、かつ治療を困難にする場合

④-3 病態の急変に即応した投薬の場合

④-4 診断、治療の未決定の場合

④-5 覚せい剤の投与の場合

④-6 安静を要する患者以外に薬剤の交付を受ける者のいない場合

⑤ 療養方法などの指導義務

これはいわゆる訓示規定であり、医師として当然の義務である。

⑥ 患者の秘密の漏洩

医師は業務上知りえた秘密を漏洩してはならない。そしてこの場合は、6 か月以下の懲役又は 2 万円以下の罰金がある(刑法第 134 条)。

医師は診療のため個人の秘密を知らねばならず、ときに家族的内容にまで及ぶ。患者はまた主治医を信頼して秘密を話すのであって、主治医はその信頼を裏切るようなことがあれば、医療行為の意志決定に影響するところが大きい。

⑦ 診療行為の内容と基準

医師の診療行為が適法正当であれば違法ではない。但しその行為が診療目的をもち、その方法手段が妥当であること、患者の承諾があることなどが必須の条件である。

⑦-1 医師の注意義務

医師の診療上の注意義務はきびしく要求される。それはその業務が常に人間の生命、人体に影響を及ぼし、生死や運命に直接かわかるからである。これには通常の医師としてなすべき注意が基準として求められる。

⑦-2 診療の水準

医師の過失としてとわれる基準となる医学水準とは、診療行為がその当時の医学の一般水準に合致しているか否かにある。この水準に照して、過失がなければ責任は負わされない。このために医師は、医学の水準を吸収することが要求される。これには期待水準、医療水準、法律水準などの概念があり、注意する必要がある。

⑦-3 専門外診療

医師が専門外の診療を行う場合、必要にして適切な時期に専門医を招くか、診療可能な機関への適応搬送を行うべき注意義務がある。ただし医師が専門外の患者に対し、医療処置をしても、その処置が適切であれば、その行為は不法行為とはならない。

⑦-4 地域と環境

地域や環境の変化によって、当然診療行為に差がおきるのはやむをえない。ただし単に設備が不十分というだけでは理由にならない。医師としてその施設設備の範囲内で最大限の努力をすることが要求され、全知、全力を尽せばよい。

2-8 主治医等の診療責任

診療水準の確保

主治医の診療行為は医学の専門職的知識の英知による意志決定に至るまで、病院組織、機器をほとんど独占的管理 exclusive control の下に行なうものであって、専門職としての主治医権能と責任が生れ、職階的職能の院長、管理者といえども主治医の診療方針を尊重しなければならない。

主治医たる医師は法的、制度的にも医学水準との間に一定の関係を保つことを要求され、そのためには次のような責務が生れてくる。

① 生涯教育として常に専門領域及び関連領域の研究、研修に努めること。

② 診療水準(第 2 章医事法上の解説参照)

②-1 医学水準に即した診療、医学界の容認した診断治療法によること。

②-2 それで効果がない時、新しい技術を行うが、その際臨時的にせよ予備知識、診療集会等の検討がつくされていること。但し生命、身体に危険をおこさぬことを確認した後行なうという注意義務がある。

③ 問診技術の修得は重要であり、個体監視義務としても、アレルギー体質などの個体差、特異体質などの問診記録も必要である。

④ 診療評価には診療録による経過実績が中心となるが、生検、剖検例など、その集積は教育研修病院を志向する施設にとって重要な条件となる。

⑤ 診断、治療方針の不的確、放漫性、必要検査の省略、見落とし、データ分析法の粗雑、不十分な監視、安全と防災対策の弛緩等のないよう十分注意しなければならない。

⑥ プライマリ・ケアの理念に徹し、患者の診療に当り、その選別から専門医、専門施設への適応受診あるいは搬送勧告などの指導まで、きめの細かい判断をしなければならない。

⑦ 緊急に際し応急的な処置を要する場合には、たとえ専門外であっても、積極的診療を行なう意欲をもつべきである。

⑧ 診療録への必要事項記載は重要であり、必ず記載者は署名しなくてはならない。

⑨ 主治医をはじめとする勤務医師は、診療集会等によって症例を検討するが、必要な場合には対診、専門医の診断を依頼しなければならない。

⑩ 主治医はその患者に対し医療情報を説明する義務がある。

⑪ 勤務医師は病院倫理委員会等の主旨をわきまえ、してはならぬこと、しなくてはならぬ行為は常に厳守しなければならない。

第3章 診療実務

診療を担当する医師は、研修医、医員、医長、科長などの階層があり、その業績、経験、識見、能力、勤務態度などを考慮して定める。

3-1 医師の職位に対する理解

3-1-1 職階的組織の職名

診療を担当する医師は、診療活動の中心をなすもので常勤医師が中核となる。

① 研修医

研修医の研修期間は、大学卒業後2か年とし、選考によって採用する。研修医は研修計画に従い各科をローテーションしつつ指導医(主治医)の指導の下に臨床研修を行ない、同時に診療業務を修得する。

さらに研修を進めるためにレジデント制もある。

② 医員

医員は常勤医として勤務し、特別の場合を除いて兼務は認めない。

③ 医長

医員の中から適格と認めた者を医長に任命する。医長の任命は医長(〇〇〇担当)というように相当する専門分野、あるいは特定の専門領域を明示して発令する。ただし内科、外科といった広い専門分野区分で発令することもある。

④ 科長、部長

診療科の編成にもとづき各診療科に科長あるいは部長をおき、当該科の診療、研究、教育の実施責任を負わせる。

⑤ 副院長(診療担当)

院長を補佐し、診療管理の責任者としての役割を果たしつつ診療の実務面に参加する。

⑦ 院長

病院の医療管理と経営管理の全責任者として、病院医療倫理について全職員に徹底するとともに、開設者の方針に従って病院医療の活性化に努力するものとする。

3-1-2 専門職的組織の職名

① 受持医、担当医

受持医あるいは担当医は、医員および研修医がこれに当り、病棟、外来等の診療単位毎に勤務し、主治医の指示を受けて患者の診療にあたり、診療記録を整備し、検査結果、病状その他を主治医に報告する。

② 主治医

主治医は医員および医長の中から、科長が指名し、院長が認証する。主治医は当該患者の診療責任者であり、診断、治療の方針を決定し、受持医(担当医)に指示を与えて診療を行なう。

③ 顧問医、指導医

主治医その他へ専門的助言を行なう。

3-2 医局

病院医師団は病院活動に協力するため専門職的自

由を尊重して医局を設置し、学閥をつくらず民主的に運営し次のことを行なう。

① 医師団全体として病院活動の発動源と活性促進剂的役割を果す。

② 医局は自律的団体として、病院倫理綱領を尊重する。そのために内規を定め幹事をおく。

③ 専門職的意見を医局を通して病院(管理者、診療会議、管理会議等)へ上申する。

④ 医局は総合医局としての構成が望ましい。
医局の構成について表を示す。

3-3 外来診療

① 外来診療は病院の活動始動部門であり、特に診療開始時間は地域住民との公約であり、厳守しなくてはならない。また一貫的継続医療のためにも家庭医と連携し、在宅ケアへも協力すべきである。

外来診療担当者は少くとも主治医以上の医師が望ましい。但し指導する医師のもとにおける外来診療においては、医師の職名の如何をとわない。

標準として初診再来患者数比即ち初診再来比は4-5であり、入院外来患者比は1-1.5である。外来予約制度を効率的に応用すれば外来患者数の調整は可能である。

その行なう業務は次の如し。

①-1 診療行為(診断、問診、治療、指導など)

①-2 診療録の記載と署名

①-3 診断書、指示票、処方箋などの記載

①-4 関係機関への連絡(紹介、結果などの文書記載)

①-5 家庭と家庭医へ退院患者の経過とその後のケアの方針の報告

①-6 院内外全般のコミュニケーション

② 救急医療と宿日直医の勤務

地域の救急医療システムに参加し、分担部門と時間帯に協力し(病院群体制を含む)、宿日直医も含めて24時間体制を確保しなくてはならない。

このための宿日直医の勤務は次の如し。

②-1 宿日直医は入院患者に対し夜間の管理責任をもち、その上級当直医は院長代行としての管理責任を負わねばならない。

②-2 休日、夜間の当直医は、入院患者のみならず、時間外の急病、救急患者の受診には快く応診しなくてはならない(応召の義務)。

表 医局の構成

身 分	A 職階職	B 専門職
幹 部	院 長 副院長 部 長	顧問医 専門医 指導医
常 勤	医 長 医 員	主治医 担当医
非常勤	レジデント 研修医	受持医 (研究医)

②-3 専門外の患者であっても、応診し、必要なら専門医等と電話連絡などにより指示をうけ、応急の処置を行うか、場合によっては専門施設へ適応搬送しなくてはならない。

②-4 これらはプライマリ・ケアの理念に基づく医師の判断と行動であって、その積極性は高く評価されるものである(積極的医療)。

②-5 休日、夜間の災害などに際し、上級宿日直医は、院長代行として指揮にあたり、防災規定に従って行動し、管理者の到着までその責任を果さねばならない(防災安全対策)。

②-6 地域救急システム参加の病院は、その機能分担と医師会などの夜間急病センター等と連携し、互に機能を分ちあい、勤務量の調整を図るべきである。

以上の場合におこる医療事故に対しては、病院として医療従事者のため損害保険加入を考慮することが望ましい。

3-4 入院診療

入院業務について次の事項に留意しなければならない。

① 予約入院については、あらかじめ検討会において、その優先度も含めて検討することが望ましく、その際科長が主治医を決定する。すべての入院は原則として外来を通し、外来主治医の指示によるものとする。

② 外来主治医は入院に必要な入院指示票その他を発行しなければならない。

③ 入院受持医(担当医)は外来主治医が科長と相談して決める。

④ 診療計画や治療方針は、指示票発行の際看護責任者に明確に伝えなければならない。その際でき

れば病棟チームと打合せ診療計画に合致した看護計画を速やかに決めるべきものとする。

⑤ 緊急入院は当該患者を診察した医師がとりあえず主治医となる。

⑥ 退院についても、症例検討会において予め討議するものとする。

3-5 診療諸記録

診療に関する全ての記録、所見及び行為は診療録に記録されねばならないし、5年間の保存義務がある。これは証明文書であって、患者にも医師にも重要なものである。

① 医師は診療録を医療チームと共有する態度をもち、病態、所見、診断書、処方箋、指示票の記載には必ず責任者として署名する。なお内容は経過記録 progress note などが整然と記入されることによって診療評価の重要データとなるので、記載方法はPOSを参考とするのがよい。この中の flow chart (sheet) への経過記録法はみやすく、利用価値が大きい。

② 主治医の署名

診療録をはじめ当該患者の診療記録の一切に署名し、診療行為の内容について責任の所在を示す。科長はその内容を確認するものとする。

③ 診療録等の管理(病歴室の整備)

診療録をはじめ一切の医療記録は、病院で管理する。主治医及びその担当医は当該患者の転帰後1週間以内に記録内容を整備して病歴室へ送達しなくてはならない。

④ 診療録の閲覧

診療記録は特に許可された場合以外は、病歴室より持ち出すことはできない。診療録の閲覧及び複写は病院長、診療科科長あるいは主治医の許可を必要とする。

3-6 対診

医師が自己責任下にある患者の診療を他の医師に依頼する行為を対診という。患者が主治医の専門領域外の疾病を合併していたり、その疑いがある場合に、主治医はその疾病の専門医師に対診を依頼し、その意見を尊重して事後の診断、治療に万全を期する。

① 対診依頼は所定の依頼票を使用する。

② 対診を依頼された医師は、患者を診察し、専門的意見を主治医に必ず通告しなければならない。

③ 対診におこる意見の相違、診療計画上の疑問、あるいは対診によって起る全ての事情の解決は臨床討論会(集会)によって行なわれる。

④ 院外対診：院内に適当な専門医がいない時は、必要によって院外より専門医師を招き対診を依頼することができる。この際の招聘は診療部門管理者である副院長の了解のもとに行われるものとする。

3-7 診療集会

病院の診療上の問題点及び構成員間の意志疎通をはかるため、次のような診療集会を設けるものとする。

① 症例検討会

診療各科の科長(部長)は、主治医の診断、治療についての助言のため、診療中の患者について、少くとも月2回以上の症例検討会を開催するものとする。これへの出席者は、科長、主治医、病棟婦長のほか受持医、診療協力(対診)依頼の医師、臨床病理医、放射線科医、顧問医、MSW、栄養士などの出席を求めて行なうのがよい。これは診療評価も含むものとする。

② 倫理委員会

末期患者(がんその他)、昏睡患者(脳出血、虚血性心疾患、重度外傷等)、植物人間として人工呼吸器使用者、重症難病患者などから臓器移植、試験管ベビーなどの人工授精、遺伝子組換えの人間の応用 biotechnology などに亘る医の倫理、生命倫理的判断を求める委員会が必要になってきた。この構成員は院長、副院長、科長(部長)の代表者、主治医、看護部長などとする。

このほか医療の質的向上、研究、研修に必要な次のような集会があり、率先参加すべきである。

③ CPC

④ surgical case review

⑤ tissue committee

⑥ death conference

第4章 患者の権利と責任

4-1

医師(主治医)は病状にもとづく知見を患者に説明

しなければならない。その際十分配慮した言葉を選択し、患者に不安を起こさせぬよう留意する。また手術および検査などについても事前に説明し、その目的、理由、方法などから予測される危険なども説明して患者に対し不必要な不安を与えないように努め、その行為に患者の協力が必要であることを説明しなければならない。

4-2

患者は、指示された療養について、専心これを守ることが心掛けねばならない。これは法律的義務ではなく、疾病に対し医師と協同して効果をあげることが必要だからである。

4-3

患者は自己の心身の状況などを主治医または担当医に話す責任がある。

4-4

患者の受療に対する倫理的権利として次の各項がある。

- ① 医療上最適のケアを受ける権利(恩恵享受の原理)
 - ② 適切な治療を受ける権利(公正の原理)
 - ③ 人格を尊重される権利(人権尊重の原理)
 - ④ プライバシーを保証される権利(守秘義務の原理)
 - ⑤ 医療上の情報、説明を受ける権利(真実告知の原理)
 - ⑥ 医療行為(法による許可範囲外)を拒否する権利(自己決定の原理)
 - ⑦ 関係法規と病院の諸規則などを知る権利
- このうち真実の告知については、例えば、がんであることを知らせる雰囲気を見守るチームが中心となって醸成し、患者が安心立命の境地に入るようにしてから、主治医から説明を受けるようにする方法もある。(カッコ内は生命倫理の原理を示す)

第5章 医師の業務と院内各部門の活動

病院医療はもはや医師のみの活動ではその目的は達成せず、各専門化した医療従事者群の協力による組織医療体の活動によって達成される。これらの主

なものを列記すれば次の如くである。

5-1 医療技術部門とのかかわり

医師の診断、治療行為に対し医療技術部門は次の如き業務協力を行なう。

- ① 医療情報の提供
- ② 診断と治療場における協力
- ③ 技能的人的サービスの提供
- ④ 物的サービスの保有と提供

5-1-1

この組織の業務の効果的運営は、各行動の流れに均衡のとれた基準化が必要である。すなわち各部門の技術集積の業務量が順調に流れてゆくバランスが求められる。

5-1-2

各部門の業務は、医師の指示、依頼によって進行するものであり、その部門毎に専門職能としての業務が行われる。

5-1-3

検査、放射線部門への連携には、システム化をすすめ、緊急、時間外にも直ちに対応しうるタイミングのよい処理法が計画されていなくてはならない。

5-2 看護部門とのかかわり

① 看護婦の業務は、24時間に亘り継続して行われる。患者、家庭に関する情報は、常時患者に接している看護婦が、より早く把握しているので、これを活用する。

② 看護婦には、日常使用される医療器材の整備と保管責任があり、その保守は丁寧に、他病棟で必要とする際は心よく提供するものとする。

③ 精神面も含めて、主治医その他と協力し、患

訂正 本誌1983年8月号(Vol.24 No.8)に次の誤りがありましたので、訂正しおわびいたします。

1. 477 ページ右段、見出し下から10行目‘できる状態’は‘できない状態’に、その後のカンマの次に以下の語句を挿入。‘学生Eと患者B(視力がなく、会話のできる状態)’
2. 同じく15行目‘学生E’は‘学生A’に、以下、‘学生E’はすべて‘学生A’に、
3. 479 ページ右段下から1行目‘用意してはいけなかった’は‘用意してはいなかった’に、

者の生活度を向上させ満足度を高めるよう努力しなければならない。

④ 患者の治療環境の整備の責任があり、院内規程によって院内感染防止は厳重に行なう。

⑤ 患者の入退院、移動については、速やかに看護婦に伝え、準備態勢を整える。

⑥ 病棟は、臨床実践の場であると共に、臨床経験集積の場であり、そのため教育的環境を整え、検討会、臨床カンファレンス等を通して目的を果す。

⑦ 看護業務の専門性を確立することは、看護の質の向上と保証につながる。医師は、患者ケアの向上をめざしている看護婦の仕事を理解し協力するものとする。

5-3 事務部門とのかかわり

病院は、診療を第一義として活動するが、診療活動が円滑に行われ病院を発展してゆくための経営管理は重要な部門である。病院の適正な収益は病院経営に再投資され、医療水準の向上と技術の開発、習熟に役立つものである。

この業務には2つの方向がある。

- 1) 診療面の業務(前方業務)+事務(付随業務)
- 2) 経営面の業務(後方業務)+事務(付随業務)

事務部門の業務は連続的、画一的に行う手順が多く、規格化、合理化、機械化することによって、省力化、能率化を図らねばならない。

院内業務の効率の運営は、診療実績の質と量の向上に役立ち、病院経営に安定と成長をもたらすものである。

勤務医に参考となる業務として、上記前方、後方業務にかかわるものを抜粋すれば次の如し。

院内諸管理規程：会議、委員会、行事、事故処理、服務、PR、業務改善、安全衛生、労働時間、就業規則、入退院関係全般の管理、防災保安などがある。

続・病める心の臨床

街かどの精神医療

浜田 晋

●A5・284ページ・2,500円・医学書院刊

第6章 病院の活動評価

良質の医療を適正に提供するためには、与えられた医療資源を有効に活用しなければならない。さらに研究、教育、研修に努力しつつ医療の質の管理(QC)と保証(QA)の向上に努め、かつ医療の効率化と活性化を確立しなければならない。

このためには、診療、病院機能および病院活動の各班についての評価が必要となってくる。

6-1 診療評価 medical audit

① 医師個人および医師のチームワークによる診断治療行為の評価(診療記録によるメンバーの評価)

② 診断確定までのプロセスとしての手段、方法、方針決定の評価(progress or process care など)

③ 診断治療の予測調査と実績との比較評価(prospect と outcome)

④ 診療実績の集積による医師の個人的能力の評価 clinical career、医師の活動意欲、人格の評価など。

6-2 病院機能評価 hospital facility audit

病院のもつ医療機器、収容に要する施設面の機能水準の評価が中心となるものである。

① 物的装備水準：病床数と種別、医療機器設備、建築(環境整備)関係等

② 人的充足水準：医療技術者の質的、量的整備

③ 病院認定 accreditation、機能 functionalization

④ 地域保健医療計画への協力分担の評価、地域配置 regionalization

6-3 病院活動評価 hospital service audit

医療資源(人的、物的、財的)から病院施設の活用度の評価である。

① 量の評価：外来患者数、入院患者数、病床利用率、手術件数、検査件数等

② 質の評価：平均在院日数、剖検率、検査精度管理、看護サービス評価、院内感染率等

③ 価格の評価：診療原価と経営合理化のチェック、診療収入(部門別)、人件費率等

本マニュアルの前文「このマニュアルを理解するために」および医療制度委員会委員名簿は省略した(編集部)