

厚生労働大臣の定める掲示事項

保険医療機関・指定事項

当院は厚生労働大臣が定める基準に基づいて診療を行っている保険医療機関です。以下の指定医療機関として登録しています。

- ・労災保険指定医療機関
- ・生活保護法指定医療機関
- ・被爆者一般疾病医療機関
- ・難病指定医療機関

禁煙について

当院では、敷地内全面禁煙となっております。

施設基準等の届出事項について

厚生労働大臣が定める基準に適合しているとして近畿厚生局長に下記の施設基準を届出しております。

基本診療料に係る届出

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料1
- ・療養環境加算
- ・データ提出加算1・□

特掲診療料に係る届出

- ・薬剤管理指導料
- ・CT撮影及びMRI撮影 ※当院ではCT撮影のみ可
- ・脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・運動器リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
- ・入院ベースアップ評価料 44
- ・認知症ケア加算3

入院時食事療養・入院時生活療養費に係る届出

当院は、入院時食事療養(Ⅰ)の届出を行っており、管理栄養士の管理の下に適時に適温で食事を提供しております。
(朝食 8:00、昼食 12:00、夕食 18:00)

回復期リハビリテーション病棟看護単位について

ベッド数	回復期リハビリテーション病棟(1階・2階) 56床	
看護基準	看護師:13:1	看護補助者:30:1
日勤勤務者	看護師:9~11人	看護補助者:4~6人
9時~17時30分までの看護師1人当たりの受け持ち数	看護師:12人以内	-
夜勤勤務者	3人	1人
17時30分~9時までの看護師1人当たりの受け持ち数	看護師:18~19人以内	-

入院診療計画書、院内感染防止対策、医療安全管理体制加算等について

当院では、入院の際に医師を始めとする関係職員が共同して、患者さまに関する診療計画を策定し、7日以内に文章によりお渡しております。また、厚生労働大臣が定める院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化の基準を満たしております。

個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の発行について

当院では、医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成22年4月1日より、領収書の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

また、公費負担医療の受給者で医療費の負担のない方についても、平成30年10月1日より、明細書を無料で発行することと致しました。

なお、明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

保険外負担(文書料・室料差額・その他)に関する事項について

当院では、下記の項目について、その利用日数、使用量、利用回数等に応じた実費のご負担をお願いしております。

■室料差額

部屋種別	部屋数	室料差額料/日	
個室	一人部屋	2室	10,000円
特別室	一人部屋	2室	15,000円

■文書料

項目	金額(税込)(1通につき)
領収証明書	550円
入院・通院証明書(*期間のみの証明)	1,100円
おむつ使用証明書	1,100円
診断書(院内診断書、所見なし病名あり・医師署名ありの証明書・診断書)	3,300円
診断書(生命保険関連、裁判所用診断書)	5,500円
診断書(所見あり病名あり・医師署名ありの証明書・診断書)	5,500円
診断書(障害年金診断書、身体障害者診断書、障害診断書、後遺症・後遺障害診断書等)	6,600円
医師面談料	5,500円
死亡診断書	5,500円

■その他保険外負担

項目	金額(税込)
診療情報開示手数料(1件)	1,100円
診療録コピー(A4 サイズ 1枚)	10円
画像コピー(CD-R 1枚)	550円
画像開示手数料(1回につき)	1,100円
死後処置	11,000円
ゆかた	2,500円
松葉杖 貸出時保証金(返却時全額返金)	7,000円
松葉杖 貸出時使用料(1日につき)	100円
診察券再発行料	100円

■各種予防接種 (1回につき)※自治体助成により金額が異なる場合があります

項目	金額(税込)
インフルエンザワクチン(任意)	4,950円
肺炎球菌ワクチン(任意)	8,000円
シングリックス(任意)	22,000円

医療情報取得について

医療情報取得加算

オンライン資格確認等システムを導入し、薬剤情報や特定健診情報、その他必要な情報の取得・活用にかかる評価を目的としています。

※マイナ保険証によるオンライン資格確認等の利用にご協力ください

生活習慣病管理料について

当院では患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することができます。

後発医薬品(ジェネリック医薬品)について

当院では、後発医薬品の使用促進を図るとともに、医薬品の安定供給に向けた取り組みなどを実施しています。現在、一部の医薬品について十分な供給が難しい状況が続いています。当院では、後発医薬品のある医薬品について、特定の医薬品名を指定するのではなく、薬剤の成分をもとにした一般名処方(一般的な名称により処方箋を発行すること※)を行う場合があります。一般名処方によって特定の医薬品の供給が不足した場合であっても、患者さんに必要な医薬品が提供しやすくなります。

一般名処方について、ご不明な点などありましたら当院職員までご相談ください。

ご理解ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

※一般名処方とは

お薬の「商品名」ではなく、「有効成分」を処方箋に記載することです。そうすることで供給不足のお薬であっても有効成分が同じ複数のお薬が選択でき、患者様に必要なお薬が提供しやすくなります。

長期収載品の処方に係る選定療養費について

令和6年10月より、医療上の必要があると認められず、患者様の希望で長期収載品を処方した場合、後発医薬品との差額の一部(後発品最高価格帯の4分の1の金額)が選定療養として、消費税分を加えた金額が患者様の自己負担となります。選定療養は保険給付ではないため、公費も適応なりません。

※長期収載品の対象の詳細・医薬品リストは厚生労働省ホームページで公表されています。

相談窓口について

「医療安全」「個人情報取り扱い」「院内感染予防」「医療相談」に関するお問い合わせの方は1階相談窓口までお越しください。

- ・ 受付:月曜日～金曜日
- ・ 時間:9:00～17:00

感染防止対策の取り組み

当院では院内感染防止対策として、以下のような取り組みを行っています。

1. 感染対策に関する院内全体の問題点を把握し改善するため、院内各部門の職員で構成された「感染対策委員会」を設置しています。
2. 「感染対策委員会」の実働組織として感染対策チームICTを設置し、院内の感染問題に迅速に対応します。
3. 抗菌薬の適正使用に関する取り組みを行い、薬剤が効きにくい細菌の発生を予防しています。
4. 全職員を対象とした感染対策に関する研修会・講習会を年2回以上開催し感染防止のための基本的な考え方や具体的な方法を全職員に周知し、マニュアルを作成しています。
5. 院内感染発生が疑われる事例が発生した場合、ICTが速やかに現状の確認および感染防止対策等を行い、感染拡大を防止します。
6. 感染症の流行期だけでなく、啓発を目的としたポスター等を掲示し、情報提供を行います。

院内感染対策指針

第1条 院内感染対策に関する基本的な考え方

院内感染の防止に留意し、感染等発生の再にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、医療提供施設にとって重要である。院内感染防止対策を全従業員が把握し、指針に則った医療が提供できるよう、本指針を作成するものである。

第2条 院内感染対策のための委員会・組織に関する基本的事項

- (1) 院内感染防止を推進するために、本指針に基づき以下の通り感染対策委員会とICTを設置し、毎月1回定期的に会議を開催し、院内感染対策を行う。緊急時は臨時会議を開催する。
- (2) 対策委員会とICTは、次の内容の協議・推進を行う。
 - ① 院内感染対策指針及びマニュアルの作成・見直し
 - ② 院内感染対策に関する資料の収集と職員への周知
 - ③ 職員研修の企画
 - 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 患者の疑問、不安等の日常的な把握に関する事項
- (3) 委員は、職種・職位等にかかわらず、院内感染の防止に関して自由に発言できる。
- (4) 委員はその職務に関して知りえた事項のうち、一般的な院内感染防止対策以外のものは委員会及び院長の許可なく、院外の第三者に公開してはならない。
- (5) 下記に掲げる者を診断したときは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」により、7日以内に保健所長を通じて都道府県知事へ届出る。
 - ① 一類感染症の患者、二類感染症又は三類感染症の患者又は無症状病原体保有者及び新感染症にかかっていると疑われる者
 - ② 四類感染症のうち、後天性免疫不全症候群、梅毒、マラリアその他厚生省令で定めるもの患者（後天性免疫不全症候群、梅毒その他厚生省令で定める感染症の無症状病原体保有者を含む。）

第3条 院内感染対策のための従事者研修に関する基本方針

- (1) 院内感染防止対策の基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的に実施する。
- (2) 職員研修は、就職時の初期研修1回のほか、年2回全職員を対象に開催する。また、必要に応じて随時開催する。
- (3) 研修の開催結果又は外部研修の参加実績を記録・保存する。

第4条 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

- (1) 感染を防止するため、感染情報レポートを週1回程度作成し、職員の情報共有を図るとともに、院内感染防止対策委員会で再確認し活用する。
- (2) 異常発生時は、その状況及び患者への対応等を院長に報告する。感染対策委員会を開催し、速やかに発生の原因を究明し改善策を立案、実施するために全職員への周知徹底を図る。

第5条 院内感染発生時の対応に関する基本方針

院内感染対策マニュアルに沿って、手洗いの徹底など感染対策に常に努める。

第6条 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

- (1) 本指針は、全職員、患者または家族が閲覧できるものとする。院内掲示・病院ホームページを通じて一般公開し「当院における感染対策の取り組み」を併せて院内掲示する。
- (2) 患者又は家族に対し感染疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明し、理解を得た上で協力を求める。

第7条 その他の院内感染対策の推進のために必要な基本方針

- (1) 全職員は整備した院内感染対策マニュアルに沿って常に感染予防策を遵守する。
- (2) 発生した院内感染症が正常範囲内の発生か、アウトブレイクあるいは異常発生かの判断が付きにくい時、またその他医療機関内における院内感染対策を推進する。
- (3) 職員は自らが院内感染源とならないよう定期健診を受診し健康管理に留意し予防接種を積極的に行う、また個人防護具の正しい着用をし、感染防止機材を使用し職業感染に努める。

当院では、患者様への安全で適切な医療を提供するよう努めています。

患者様の個人情報につきましても、適切に保護することが重要な責務であると考えております。

そのため、以下のとおり患者様の個人情報保護に関する方針を定め、確実な履行に努めます。

●個人情報の収集、利用及び提供について

患者様への安全で適切な医療を提供するために、必要な範囲で個人情報を収集いたします。その利用については、あらかじめ利用目的をお知らせし、その範囲を超えた利用及び第三者への提供は、以下の場合を除き原則致しません。

- ・事前に患者様の同意をいただいている場合
- ・個人が識別できない状態に加工してから利用する場合
- ・法令等に基づく場合や生命、身体等の保護が優先される場合

●個人情報の適正管理について

患者様の個人情報を正確かつ最新の状態に保つよう努めます。

また、個人情報の紛失・破壊・改ざん・漏えい・不正アクセスを防止し、個人情報の安全管理に努めます。

●個人情報の開示、修正等

患者様から当院が保有するご本人の個人情報の開示を求められた場合には、当院の開示手順に従い、すみやかに対応致します。

また、訂正や利用停止を求められた場合も、調査し適切に対応致します。

●関係法令及びガイダンス等の遵守

当院は、個人情報の取扱いに関し、個人情報保護に関する法令、ガイダンス、その他の規範を遵守致し、継続的な改善が図られるよう取組んでまいります。

●お問合せ窓口

個人情報に関する、ご質問・開示・苦情等のお問合せにつきましては、下記までご相談ください。個人情報の相談窓口：病院一階受付

当院における個人情報の利用目的

当院では、患者様の個人情報を下記の理由の目的に利用し、その取扱いには細心の注意を払っています。

●医療提供

当院が患者様に提供する医療サービスのため

他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携・他の医療機関等からの照会への回答

患者様の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合・検体検査業務の委託・その他の業務委託

家族等への病状説明・その他、患者さんへの医療提供に関する利用

●診療費請求のための事務

当院での医療・介護・労災保険・公費負担医療に関する事務及びその委託

審査支払機関へのレセプトの提出・審査支払機関又は保険者からの照会への回答

公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答・審査支払機関又は保険者への照会

その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

●当院の管理運営業務

会計・経理・入退院等の病棟管理・医療事故等の報告・患者様の医療サービスの向上・その他、当院の管理運営業務に関する利用

企業等からの委託を受けて健康診断等を行った場合、事業者等へのその結果の通知

医師賠償責任保険などに係る医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出等

医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料・当院内において行われる学生の実習への協力のため

当院内において行われる症例研究等のため・外部監査機関への情報提供

- ・上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨お申し出ください。
(法律に基づく情報提供の場合は、お申出をお受けできない場合があります)
- ・院内での氏名の呼び出しを希望されない方は受付にお申し出下さい。
- ・お申出がない場合は、同意をいただけたものと致しますこと、あらかじめご了承ください。
- ・同意、留保につきましては、いつでもお申出いただければ撤回・変更をすることが可能です。

医療安全管理指針について

1. 医療安全指針

この指針は当院において必要な事項を定め、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

2. 医療安全管理に関する基本的な考え方

安全な医療の提供を念頭に、医療安全の必要性・重要性を認識し安全な医療を遂行する。

当院では医療安全対策委員会を設置し、医療安全管理体制を確立し、医療安全管理の強化充実を継続的に図っていく。

3. 医療安全管理のための委員会・組織に関する基本的事項

各部から選出の安全管理委員により開催される安全管理委員会にて、医療安全管理に関する基本的事項について審議し、またインシデント・アクシデントの実態把握の推進と再発防止などを行う。

4. 医療安全管理のための職員研修に関する基本方針

研修は医療安全管理をするうえで重要である。事故防止の具体的な手法など全ての職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、当院全体の医療安全を向上させることを目的とする。

医療安全管理者は、全職員を対象に医療事故を防止する事が出来るように、年2回以上の安全管理教育を実施する。

部署単位、職種単位等でも定期的な研修を実施し、特性に即したより具体的な安全管理教育を実施する。

5. 医療事故発生時の対応に関する基本方針

① いかなる事故であっても患者様の生命及び健康と安全を最優先に考え行動する。

当該部署で対応できない場合は、必要な人材を動員させる。

② 主治医及び所属部長に直ちに報告し、所属部長は院長・事務長に報告する。

③ 家族への連絡、ご本人・家族への説明は冷静、丁寧かつ誠意をもって行う。率直に事実関係を説明する。

④ 事故の状況や説明の内容は、詳細に診療録に記録する。

⑤ 重大医療事故発生時には、記録物を経時的記録に変える。

⑥ 重大医療事故発生時には、安全管理者による緊急会議を開催し、情報の共有化を図り、組織としての方針を明らかにする。

管理者はそれぞれの役割と責任範囲を明確にし、自ら率先して行動する。

6. 事故報告等の医療安全確保を目的とした改善方策に関する基本方針

職員全体が、より多くのインシデント・アクシデントレポートの報告を心がけ、当事者の責任を追及するのではなく、

分析により事故の背景を明らかにし、事故発生の根本原因に対する対策・改善策をたて、医療の質の向上・安全管理の改善に努める。

7. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

医療安全管理指針については、院内掲示板に掲載し、各患者等が容易に閲覧できるようにする。

8. 職員と患者との間の情報の共有に関する基本方針

この指針は、患者等に医療の安全管理への理解と協力を得るため、院内掲示等に掲載し積極的な閲覧の推進に努める。

9. 患者からの相談対応に関する基本方針

医療安全対策推進の一環として、患者様及び家族が安心して医療を受けられるよう相談窓口を設置する。

医療安全に関する相談についても、医療安全管理者等が相談及び支援を行う。

また、相談により患者や家族等が不利益を受けないように配慮する。病状や治療方針などに関する患者様からの相談に対しては、誠実に対応する。

10. その他医療安全の推進のために必要な基本方針

医療安全の推進のため、医療安全委員会マニュアルを整備し職員への周知を図るとともに、マニュアルの見直しを行う。

身体的拘束最小化のための指針

1. 身体的拘束最小化に関する基本的な考え方

身体的拘束は患者の行動の自由を制限することであり、患者の尊厳ある生活を阻むものである。患者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を安易に正当化することなく、職員一人ひとりが強い意志を持って身体的・精神的弊害を理解した上で身体的拘束の最小化に向けて、緊急やむを得ない場合を除き、原則として身体的拘束をしない医療・看護の提供に努める。

2. 身体的拘束最小化に向けての基本方針

当院は患者または他の患者等の生命または身体を保護するために、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束の実施を原則禁止とする。

3. 身体的拘束の定義

抑制帯等、患者の身体または衣服に触れる何らかの用語を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

身体拘束その他、入院患者の行動を制限する具体的行為にあたるものとして、厚生労働省が「身体拘束ゼロへの手引き（2001年3月厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）」の中であげている具体的な行為を示す。

- ① 徘徊しないように車椅子やいす、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 自分でおりられないように、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、または皮膚を搔き咎らないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車椅子やいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 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いすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ)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 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

4. 緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合

(1)緊急やむを得ず身体的拘束を行う要件

患者または他の患者等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的拘束を行う場合は、次の3要件をすべて満たした場合に限り、必要最低限の身体的拘束を行うことができる。

- ① 切迫性…患者本人または、他の患者等が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- ② 非代替性…身体的拘束その他の行動制限を行う以外に看護方法がないこと
- ③ 一時性…身体的拘束が必要最低限の期間であること

(2)緊急やむを得ず身体的拘束を行う場合の説明と同意

上記3要件については医師・看護師を含む多職種で検討し、医師が指示し、患者・家族等への説明と

同意を得て行うことを原則とする。

(3)身体的拘束を行う場合は、当院の「身体的拘束をせざるを得ない場合の手順」に準ずる

5. 緊急やむを得ず身体的拘束等を行なわざるを得ない場合の対応

患者等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的拘束を行わなければならない場合は、以下の手順を従って実施する。

1. 緊急やむを得ず身体的拘束をせざるを得ない状態であるかどうかを、医師と看護師を含む多職種によるカンファレンスで検討する。必要と認めた場合、医師は身体的拘束の指示をする。
2. 医師は同意書を作成し、事前に患者に患者・家族等に説明して身体的拘束開始の同意を得る。ただし、直ちに身体的拘束が要する切迫した状況で、事前に同意を得ることが困難な場合は、身体的拘束開始後直ちに家族等に説明して同意を得る。
3. 患者・家族等の同意を得られない場合、身体的拘束をしないことで起り得る不利益や危険性を説し、診療録に記載する。
4. 身体的拘束中は身体的拘束の態様および時間、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。
5. 身体的拘束中は毎日、身体的拘束の早期解除に向けて、カンファレンスを実施する。カンファレンスでは、やむを得ず身体的拘束を行う3要件踏まえ、継続の必要性を評価する。
6. 医師はカンファレンスの内容を踏まえて身体的拘束の継続または解除の有無を指示する。
7. 身体的拘束を継続する必要がなくなった場合は、速やかに身体的拘束を解除する。

6. 身体的拘束最小化に取り組む姿勢

- 1)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)身体的拘束をすぐに行う必要性があるかを複数名で評価し、身体的拘束をしなくてもよい対応を検討する。
- 3)多職種によるカンファレンスを実施し、身体的拘束の必要性や患者に適した用具であるか等を評価する。
- 4)身体的拘束は一時的に行うものであり、期間を定めアセスメントを行い、身体的拘束解除に向けて取り組む。
- 5)身体的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ついて取り組む。
 - ① 患者主体の行動、尊厳を尊重する。
 - ② 言葉や対応などで、患者等の精神的な自由を妨げない。
 - ③ 患者の思いをくみとり、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 身体的拘束を誘発する原因の特定と除去に努める。
 - ⑤ 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。
 - ⑥ 身体的拘束には該当しない患者の身体又は衣服に触れない用具であっても、患者の自由な行動を制限することを意図とした使用は最小限にする。
 - ⑦ 薬剤による行動の制限は身体的拘束には該当しないが、患者・家族等に説明を行い、同意を得て使用する。
生命維持装置装着中や検査時等、薬剤による鎮静を行う場合は鎮静役の必要性と効果を評価し、必要な深度を超えないよう、適正量の薬事使用とする。

7. 身体的拘束最小化のための体制

行動制限最小化委員会の下に院内の身体的拘束最小化を目的として、身体的拘束最小化チームを設置する。

1. 身体的拘束最小化チームの構成

チームは医師、看護師、薬剤師、リハビリ科職員、MSW、事務員など多職種で構成する。

2. 身体的拘束最小化チームの活動の内容

- ① 身体的拘束の実施状況を把握し、行動制限最小化委員会に報告し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底する。
- ② 身体的拘束を実施せざるを得ない場合の検討を行う。
- ③ 身体的拘束を実施した場合の代替案・拘束解除の検討を行う。
- ④ 身体的拘束最小化のための職員全体への指導・研修を行う。
- ⑤ 当該指針の定期的な見直しと、職員へ周知と活用を行う。

8. 身体的拘束最小化のための研修

医療・ケアに携わる職員に対して、身体的拘束最小化のための研修を実施する。

1. 定期的な教育研修(年1回)実施及び職員入職時に実施する
2. その他、必要な教育・研修の実施および実施内容の記録

9. 身体的拘束最小化のための指針の閲覧

本指針は、当院マニュアルに綴り、全ての職員が閲覧可能とするほか、院内に掲示し患者やご家族が閲覧できるように当病院ホームページへ掲載する。

I. 基本方針

人生の最終段階を迎える患者が、その人らしい最期を迎えられるよう、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、多職種から構成される医療・ケアチームで、患者とその家族等に対して、適切な説明と話し合いを行い、患者本人の意思決定を尊重し、医療・ケアを提供することに努める。

1. 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける患者が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進める。
2. 時間の経過、心身の状態変化、医学的評価の変更、本人や家族を取り巻く環境等により本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いを繰り返して行ながら決定する。
3. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いを繰り返し行う。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておく。
4. 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。
5. 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行う。
6. 生命を短縮させる意図を持つ積極的安楽死は、本指針の対象にしない。
7. このプロセスにおいて、話し合った内容はその都度文章にまとめておく。

II. 「人生の最終段階」の定義(健康長寿ネット)

人生の最終段階とは、患者の病態が回復の見込みが望めない状態を言い、死が避けられない末期の状態をいう。

「終末期」は生物学的生命(biological life)の終わりを指す一方で、「人生の最終段階」は物語られる人生 (biographical life)の最終段階を指す言葉であり、単に余命何ヶ月という「死」に照準を合わせた「終末期」に対して、人としての生き様に照準を合わせた言葉が「人生の最終段階」である。これは単に「終末期」の暗いイメージを払拭することを目的とした変更ではなく、「人生を生き切る」ことを支える医療・ケアを重視するパラダイムシフトをめざした言葉であるといえる。

III. 人生の最終段階における意思決定支援体制

1. 支援体制

(1) 医療・ケアチーム(担当医、担当看護師を中心としたプライマリケアチーム)

本人の意思を丁寧にくみ取り、関係者と共有する取り組みを行う。本人の意思は、時間経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があり、本人の意思の尊重につなげるため、本人・家族等と繰り返し話し合いを行いながら、適切な医療・ケアの検討をする。

(2) 倫理委員会

担当部署内の多職種間で解決できない課題について、診療に求められる倫理性の適正な保持と促進に資するに必要な検討や助言等を行う。

IV. 人生の最終段階における意思決定支援の実際

1) 本人の意思が確認できる場合

- ① 患者の病状認識を確認する
- ② 話し合いを導入する
患者から「自分で決められなくなったときに備えた話し合い」を行うことの同意を得る
- ③ 代理決定者(意思推定者)の選定を行う
- ④ 患者、代理決定者(意思推定者)、医療者で今後の見通しの共有を行う
- ⑤ 話し合いのプロセスを三者で共有する
・療養や生活に関する不安
・大切にしたいこと
・治療の選考「してほしいこと」「絶対受け入れがたいこと」等
- ⑥ 話し合った内容を要約し、患者・代理決定者(意思推定者)にフィードバックする
- ⑦ 記録に残し、関係部署と共有する

2)本人の意思が確認できない場合

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その意思を尊重し、本人にとって最善の方針を取ることを基本とする。
過去に患者が語った言葉や書いた文章等などがある場合
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針を取ることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針を取ることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度記録する。

3)治療やケアの方針決定が困難な場合

- ① 倫理委員会による話し合いの場の設置

上記1)及び2)の場合において、方針の決定に際して

- ・ 医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・ 本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合。
- ・ 家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合等については、倫理委員会による話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

V. 支援の記録

1. 診療録

主治医が患者・家族等に人生の最終段階の状態であることを説明し、以下の内容について診療録に記録する。

また、説明等に同席した看護師等も同様に、診療録にその内容を記録する。

- ① 人生の最終段階であること
人生の最終段階であること、家族等に説明した内容、説明を受けた者の理解・状況
- ② 患者の意思または推定意思とその根拠
患者本人の意思、代理意思決定者による推定意思、医療・ケアチームメンバー名
- ③ 今後の医療・ケアの方針
考えられる選択肢とそれらの利益・不利益、患者にとって最善の治療方針についての検討事項、検討メンバー名

参考文献

- ・ 厚生労働省:人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 2018
- ・ 厚生労働省:身寄りのない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン 2019
- ・ 厚生労働省:認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 2018
- ・ 日本医師会:人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン 2020.
- ・ 健康長寿ネット:
<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/Tokushu/koreisha-end-of-life-care/endoflifecare-genkyo.html>