

答 申 書

2017年6月30日

学校法人慈恵大学
理事長 栗原 敏 様

慈恵大学診療情報共有改善検討委員会
委員長 貝阿彌 誠

第一 診療情報共有改善検討委員会について

1 委員会設置の経緯

2017年2月1日、マスコミ各社は、「肺がん疑い1年放置」「診断報告確認せず」などの見出しで、東京慈恵会医科大学附属病院（1075床。以下「附属病院」という）においてCT画像診断報告書の情報共有不全により肺がんの発見が遅れ患者が重篤な状態に陥っていることを報じた。その後間もなく、同患者は肺がんの進行により死亡した。

附属病院においては、同患者の画像診断報告書の情報共有不全が判明した直後の2016年11月から院内の医療安全管理部を中心にワーキング・グループを立ち上げ、原因の究明と再発防止策の検討を始めていた。しかし、画像診断報告書等の重要な診療情報が医師間で十分に共有されていなかった類似事案が過去にもあったこと、そして全国の他の病院でも類似事案が少なからず発生していることなどから、慈恵大学としては、この問題の重要性を改めて認識し、診療情報の共有不全の原因を客観的かつ徹底的に分析・検討し、より実効性のある再発防止策を策定するための外部委員を中心とする委員会（名称：診療情報共有改善検討委員会）を設置することになった。

2 委員会の構成

委員長（外部委員）	弁護士（前東京地方裁判所長）	貝阿彌 誠
委員（外部委員）	時事通信社相談役（前社長）	西澤 豊
委員（外部委員）	東京医科歯科大学教授	高瀬 浩造
委員（外部委員）	富士通ヘルスケアシステム事業本部VP	高濱 浩司
委員（内部委員）	東京慈恵会医科大学附属病院院長補佐	落合 和徳
委員（内部委員）	同附属病院副院長（医療安全管理部部长）	谷 諭
委員（内部委員）	同附属病院医療安全管理部副部长	海渡 健
委員（内部委員）	同附属病院医療安全推進室主査	北條 文美

3 諮問の趣旨

学校法人慈恵大学理事長及び附属病院長から委員会に対する諮問の趣旨は次のとおりである。

① 画像診断部の医師が作成した画像診断報告書上の重要な診療情報（肺がんの可能性を指摘す

る所見など)が主治医側で十分に共有できず患者の病状見過ごしにつながる事例があるので、その原因究明と再発防止策の検討をお願いしたい。

② 病理部の医師が作成した病理診断報告書上の重要な診療情報(胃がんの所見など)が主治医側で十分に共有できず患者の病状見過ごしにつながる事例があるので、①と併せてその原因究明と再発防止策の検討をお願いしたい。

③ 附属病院は2018年1月より紙カルテから電子カルテに切り替える予定であり、電子カルテ導入をも見据えた再発防止策の検討をお願いしたい。

第二 委員会の開催

1 第1回委員会

日 時 2017年3月23日(木) 17時~19時05分

内 容 1. 学校法人慈恵大学栗原理事長あいさつ

1. 東京慈恵会医科大学附属病院丸毛病院長の諮問趣旨説明

1. A患者事案の検討

① 病院医療安全管理部からの事案説明

② A患者の担当医(当直医A医師,入院主治医B医師,入院主治医C医師,外来主治医D医師,再入院時入院主治医E医師,消化器肝臓内科診療部長F医師)からのヒアリング

③ 委員間の意見交換

2 第2回委員会

日 時 2017年4月12日(水) 17時~19時

内 容 1. A患者事案の検討

① 緊急入院時から引き続き入院加療を担当した研修医G医師からのヒアリング

② 委員間の意見交換

1. 公益財団法人日本医療機能評価機構の取り組み

① 同機構の後信理事(九州大学病院医療安全管理部部長)からのヒアリング

② 後理事との意見交換

3 第3回委員会

日 時 2017年4月14日(金) 17時15分~19時15分

内 容 1. 患者団体「医療過誤原告の会」の取り組み

① 同会の宮脇正和代表からのヒアリング(医療過誤原告の会の活動と本委員会への要望等)

② 宮脇代表との意見交換

1. A患者事案の検討

① 委員間の意見交換

4 第4回委員会

日 時 2017年4月17日(月) 16時30分～18時50分

- 内 容
1. A患者事案の検討
 - ① A患者の画像診断報告書の確定医であるH医師からのヒアリング
 - ② H医師との意見交換
 1. 類似事案1(画像診断報告書の情報共有不全)の検討
 - ① 医療安全管理部からの事案説明(B患者事案, C患者事案, D患者事案)
 1. 画像診断部の立場
 - ① 画像診断部の診療部長I医師からのヒアリング
 - ② I医師との意見交換
 1. 類似事案2(病理診断報告書の情報共有不全)の検討
 - ① 医療安全管理部からの事案説明(E患者事案, F患者事案)
 1. 病院病理部の立場
 - ① 病院病理部の診療部長J医師からのヒアリング
 - ② J医師との意見交換

5 第5回委員会

日 時 2017年4月20日(木) 17時30分～19時25分

- 内 容
1. 名古屋大学医学部附属病院(1035床)の取り組み
 - ① 同病院医療の質・安全管理部の北野文将弁護士からのヒアリング
 - ② 北野弁護士との意見交換
 1. 患者遺族の立場から
 - ① A患者遺族からのヒアリング(A患者本人の生前の意向をふまえた患者遺族の本委員会への要望等)

6 第6回委員会

日 時 2017年5月10日(水) 17時05分～19時05分

- 内 容
1. 附属病院の検査オーダーリングシステムの検分
 - ① 附属病院総務部システム課職員からの説明
 1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院の現行電子カルテシステム(2018年初から附属病院に導入されるものと基本的に同様のシステム)の検分
 - ① 同システムを提供している富士通の社員からの説明
 1. 両システムに関する意見交換
 1. 論点整理メモに基づく委員間の意見交換

7 第7回委員会

日 時 2017年5月15日(月) 17時～19時

- 内 容 1. 論点整理メモに基づく委員間の意見交換
1. 附属病院に導入予定の電子カルテシステムの改修提案
 - ① 高濱委員から富士通としての改修提案について説明

8 第8回委員会

日 時 2017年5月22日(月) 17時～19時

- 内 容 1. 小牧市民病院(558床。愛知県小牧市立)の取り組み
- ① 同病院谷口健次院長からのヒアリング
 - ② 谷口院長との意見交換
1. 委員間の意見交換

9 第9回委員会

日 時 2017年5月25日(木) 17時～19時30分

- 内 容 1. 答申書(第一次案)の検討

10 第10回委員会

日 時 2017年6月5日(月) 17時～19時30分

- 内 容 1. 答申書(第二次案)の検討

11 第11回委員会

日 時 2017年6月26日(月) 16時～17時40分

- 内 容 1. 答申書(第三次案及び第四次案)の検討

第三 答申の趣旨

画像診断報告書や病理診断報告書上の重要な診療情報が主治医側に充分共有されず、結果として患者の病状悪化を見過ごす事故を根絶するために、以下の方策を提言する。

1 画像診断報告書の情報共有のための人的支援制度

地位の高い医師をトップとし、その下に補助者としてメディカルアシスタント若干名を擁する新規の司令塔部署を設けて、画像診断報告書の全件チェック等を行い、報告書中の異常所見が主治医に見過ごされることのないようにする人的な支援制度を導入する。

2 患者への検査報告書の交付

画像診断報告書等の報告書は、主治医が内容を確認した後速やかにコピーを患者に交付する。例外的に交付しない場合の基準については附属病院内で検討する。

3 電子システム上の工夫

- 4 画像診断部からの重要所見情報の発信強化
- 5 「医師交代時サマリー」の更なる実施徹底とハンドオフシート制度の導入
- 6 継続的な研修, 教育

第四 答申の理由

1 附属病院の現状

(一) 概要

病床数は1075床。診療部門32診療科のほか、中央診療部には画像診断部、病院病理部を含む13部がある。病院従事者は、常勤だけで医師約710人、看護師約1040人、臨床検査技師約90人、診療放射線技師約70人、看護補助員約50人、事務職員約190人（診療情報管理士資格を有する約30人を含む）など合計約2440人いる。

(二) 画像診断部

画像診断部に所属する医師は、常勤医師35人（専門医20人、認定医6人、レジデント9人）と非常勤医師7人である。2016年のデータによると、これら従事者により年間、CT検査約59,000件、MRI検査約28,000件、超音波検査約16,000件、単純X線検査約103,000件を含む合計約245,000件の各種画像検査を実施している。そして、画像を読影して報告書を作成する件数は年間、CT検査約48,000件（読影率約81%）、MRI検査約23,000件（読影率約81%）、超音波検査約16,000件（読影率約100%）、単純X線検査約5,000件（読影率約4.7%）を含む合計約105,000件（平均読影率43%）である。

(三) 病院病理部

病院病理部に所属する医師は、常勤医師11人と非常勤医師9人である。2016年のデータによると、これら従事者により年間、細胞診断を約15,000件、組織診断を約17,000件の合計約32,000件行い、全ての検査結果について病理診断報告書を作成している。

(四) 診療関係の電子システム導入経緯

- (1) 1998年7月、部門システムの臨床検査システム（NEC）を導入。

臨床検査システムの稼働により、血液検査等の依頼はOCR用紙に起票（マーク）する方式となった。また、各診療科受付に設置した電子端末から検査結果の確認が可能となった。

- (2) 2003年4月、部門システムの外来診療予約システム（東芝メディカル）を導入。

外来患者を対象とする診療予約システムを導入した。本システムの稼働により、それまで診療科毎にばらばらに行われていた予約方式を統一すると共に、予約データの一元化により主治医の机上電子端末から患者の予約状況全てを把握することが可能となった。同時に主治医の机上電子端末から血液検査等の結果データを閲覧することが可能となった。

- (3) 2007年5月、統合システムであるオーダリングシステム（日立）を導入。同時にPACS（画像データシステム）、RIS（放射線科情報管理システム）及び画像レポートシステム（いずれも富士フィルム）並びに投薬管理システム（湯山）など複数の部門システムが導入され、旧来の臨床検査システムもオーダリングシステムのもとに統合された。

オーダーリングシステムの稼働により、それまで紙の伝票類で行っていたCT検査、MRI検査、超音波検査などの各種検査の依頼や投薬処方が主治医の机上電子端末から行えるようになった。同時に各種検査によって撮影される画像についてはその保存方法がフィルムから電子データ（PACS画像）に置き換わり、検査を依頼した主治医が電子端末からシステム上に保管されている画像データを直接読むことができるようになった。そして、画像診断部が作成する画像診断報告書がシステム上に電子データとして保存されるので、主治医は、電子端末からその報告書を読むことができるようになった。

(4) 2008年9月、オーダーリングシステムに部門システムの内視鏡部門システムを追加。

内視鏡部門に内視鏡部門システム（オリンパス）が導入されることにより、内視鏡部が作成する検査報告書がシステム上に電子データとして保存され、主治医は、電子端末からその報告書を読むことができるようになった。

(5) 2009年5月、オーダーリングシステムに部門システムの病理業務支援システムを追加。

病理部門に病理業務支援システム（フィンガルリンク）が導入されることにより、病院病理部が作成する病理診断報告書がシステム上に電子データとして保存され、主治医は、電子端末からその報告書を読むことができるようになった。

(6) 電子カルテシステムは未導入

現在、附属病院においては、電子カルテシステムは採用されておらず、従来からの紙ベースのカルテが使われている。カルテは患者毎にA4版ファイルに記入用紙が綴じ込まれる形で管理され、医師や看護師等が手書きで診療情報を記載するのが基本であるが、検査結果情報や投薬情報などはオーダーリングシステムからプリントアウトしたものをカルテ上に貼付し、あるいはカルテファイルに綴り込むことが可能である。

なお、同一患者であっても、外来カルテと入院カルテは全く別のファイルとして管理されており、外来主治医が患者の入院時情報を把握するためには、一定の手続を踏んで入院カルテを取り寄せなければならないし、入院主治医が外来通院時の患者情報を把握する場合も同様の手続が必要である。

柏病院など慈恵大学の他の三附属病院においては、すでに電子カルテシステムが採用されており、附属病院においても2018年初めから同様の電子カルテシステム（富士通）が導入される予定であり、現在、その仕様の細目を検討中である。導入後は、現在のオーダーリングシステムが廃止され、その下で稼働中の各部門システムは新しい電子カルテシステムに統合される。したがって、現在のPACS（画像データシステム）、RIS（放射線科情報管理システム）、画像レポートシステムや病理業務支援システムは基本的にそのまま使用される。

電子カルテシステムが稼働すると、各電子端末から患者の入院カルテ、外来カルテ、投薬情報、各種検査情報など全ての診療情報が閲覧可能となる。

2 附属病院における過去の報告書情報共有不全事例の検討

(一) A患者事案（CT画像診断報告書の「肺がん可能性」が1年間見逃された事例）

(1) 事案の事実経過

- ・2015/10/25 午後 11 時 55 分 A患者（70 歳。50 代より肝硬変，食道静脈瘤等の持病で消化器肝臓内科に通院していた。）が 10/22 に心窩部違和感（+）にて嘔吐，下痢，10/24 夜ふらつきがあり，翌日も症状改善しなかったため救急搬送された。強い貧血（血中ヘモグロビン濃度 5.9）を認めたため，10/26 午前 01 時 16 分緊急入院（当直医チームはA医師とG研修医）。
- ・2015/10/26 午前 01 時 16 分 G研修医がCT検査依頼（検査項目：胸部，全腹部，臨床情報：上部消化管出血疑い精査目的）直ちにCT検査実施
- ・2015/10/26 午前 01 時 44 分 画像診断医がCT画像診断報告書作成
【所見】に「右肺尖部に気管支に沿った比較的濃度の高い不整形の濃度上昇を認めます。・・・比較画像はありませんが，原発性肺癌は鑑別となり，短期間での follow が望まれます。」
【診断】には，「明らかな主訴の原因は特定できません。右肺尖部濃度上昇；悪性腫瘍否定にも短期間での follow が望まれます。」
- ・2015/10/26 午前 02 時 20 分 A医師が上記画像診断報告書を読んで入院カルテに「**右肺尖部濃度↑**」と記載。
- ・2015/10/26 午前 A患者の担当が当直医チーム（A医師・G研修医）から入院主治医チーム（消化器肝臓内科のB医師・C医師・G研修医）に交代。
- ・2015/11/05 A患者退院。入院期間中，入院主治医チームは，10/26 のCT検査に関して画像自体はチェックしているが，画像診断報告書は読んでいない。同チームが作成した退院サマリーには，A医師がカルテに書き込んだ「**右肺尖部濃度↑**」に関する記載がない。
- ・退院後約 1 年間，A患者は消化器肝臓内科外来に通院したが，退院サマリーによる引き継ぎを受けた外来担当医D医師は 2015/10/26 のCT画像診断報告書の存在を把握していない。
- ・2016/10/13 A患者（71 歳）再入院
- ・2016/10/25 CT検査実施
- ・2016/10/26 画像診断医がCT画像診断報告書作成
【診断】には，「右肺上葉に癌性リンパ管症を伴う原発性肺癌が疑われます。右肺門や縦隔にリンパ節転移が疑われます。」

(2) 情報共有不全の原因

本事案は，2015/10/26 未明に救急入院対応を行った当直医A医師と患者を引き継いだ入院主治医チームとの間の伝達不完全により発生した情報共有不全であり，その結果，肺がん可能性を指摘し短期間でのフォローを要請する重要な診療情報が，消化器肝臓内科の入院主治医チームに共有されず，さらに退院後，患者を 1 年間定期的に診察していた同科外来主治医にも共有されることがなかった。

A医師は「入院カルテに“右肺尖部濃度↑”と記載したし，入院主治医チームの誰かに直接，肺の病変について伝えたと思う」と述べているが，入院主治医チームのB医師・C医師は肺の病変に関する情報を引き継がれたことはないと述べている。

入院カルテに“右肺尖部濃度↑”との記載があるから，当直医が入院主治医向けにCT画像報告書の診療情報の伝達をしようとしたことは確かである。しかし，カルテの記載は文中に目

立たない形で“右肺尖部濃度↑”とあるだけで報告書中の「短期間でのフォロー」について全く触れられていないから、情報伝達方法として充分だったとはいえない。これを記載した当直医自身、当該診療情報の意味をさほど重要視していなかったと思われる。もっとも、救急搬送されたA患者の血中ヘモグロビン濃度が5.9と極端な貧血状態に対応した医療現場において、当直医が主たる症状とは別の肺に関して関心がやや低かったとしても、そのこと自体には、やむを得ない面もあろう。

なお、2015年7月からオーダーリングシステム上、画像診断医が重要所見を含む報告書について「要注意マーク」を付けることができるようになっていたが、今回の画像診断報告書には「要注意マーク」が付されていない。もし本件の報告書に「要注意マーク」が付されていたれば、当直医が「右肺尖部濃度上昇」等の情報を重要所見として容易に認識することができたとも考えられる。

他方、入院主治医チームの医師達は、A患者のカルテをより丁寧に読み込むことにより、“右肺尖部濃度↑”との記載から画像診断報告書の存在に気づき、報告書の内容から肺がんの可能性を把握して呼吸器内科に相談するなど適切な対応を取ることが可能であった筈である。

したがって、本事案は、画像診断報告書を読んだ当直医の当直明けにおける入院主治医チームへの引き継ぎが充分ではなかったという事情と、入院主治医チームがCT画像の一部のみ（関心のあった腹部のみ）を自ら読影して画像診断報告書を読まず、さらにカルテを注意深く読まずカルテ中の“右肺尖部濃度↑”との記載に気づけなかったという事情が重なった複数原因によるものと考えられる。

また、当時のオーダーリングシステムでは、依頼医と同科ではない医師が端末から画像診断報告書を開いても既読にならないようにシステムが改善(2015年7月実施)されていた。しかし、当直医が、たまたま救急部所属ではなく消化器肝臓内科所属であったことから既読ボタンを押すことができ、実際に既読ボタンを押したため、入院主治医チームに対してシステム上の未読アラートが機能しなかったという事情もあった。

さらに、入院主治医から外来主治医への患者引き継ぎは「退院サマリー」によってなされているが、肺に関する情報を認識していない入院主治医は退院サマリーに肺に関する記述はしていない。したがって、引き継いだ外来担当医は、肺がん可能性という画像診断報告書中の診療情報には気づくことができなかった。

(二) B患者事案（CT画像診断報告書の「肺がん疑い」が1年5ヶ月間見逃された事例）

<略>

(三) C患者事案（CT画像診断報告書の「肺がんを疑う」が4ヶ月間見逃された事例）

<略>

(四) D患者事案（CT画像診断報告書の「左肺上葉の不整形結節—経過観察」が3年間見逃された

事例)

<略>

(五) E患者事案（病理組織診断報告書の「胃がん」が2年8ヶ月間見逃された事例）

<略>

(六) F患者事案（病理組織診断報告書の「胃腺がん」が2年8ヶ月間見逃された事例）

<略>

3 院内で行われた診療情報共有改善のための取り組み

(一) これまでの院内取り組み

(1) 2009年5月 病理組織診断報告書表示画面への赤い「蟹マーク」表示

病理部門に病理業務支援システムが導入される時、病院病理部において、組織検査結果が悪性だった場合に主治医がその悪性結果を見逃さないよう注意喚起するためのシステム上の工夫をした。すなわち、病理診断医が診断結果を入力する画面に悪性チェック欄を設け、病理組織診断結果が悪性の場合、病理診断医が悪性チェックを入れることができるよう設定し、病理診断医が悪性チェックを入れたデータについては、主治医が端末から病理組織診断報告書を開いたときの報告書に赤い「蟹マーク」が表示されることにした。

ただし、蟹マークは、端末画面の報告書に表示されるだけであり、プリントした場合の報告書には表示されない。また、病理診断報告書のうち、対象は組織診断のみであり細胞診断は対象になっていない（2014年10月から細胞診断にも拡大）。

(2) 2012年8月 診療部毎の病理診断結果受理担当者の選任

E患者事案（病理組織診断報告書の「胃がん」が2年8ヶ月間見逃された事例）及びF患者事案（病理組織診断報告書の「胃腺がん」が2年8ヶ月間見逃された事例）の発生を受けて、主治医に病理診断結果を遅滞なく把握させるために、各診療部に病理診断結果受理担当者を選任させて、当該診療部の医師が依頼した検査に関する病理検査結果はすべて結果受理担当者が責任を持って主治医に伝達することにした。

(3) 2012年8月 検査患者への検査結果質問要請文の配布

検査結果について患者自身にも関心を持ってもらうために、各種検査を受けることになった外来患者全員に対して、検査結果について質問することを要請するリーフレットを配布することにした。リーフレットには、“「検査結果はどうでしたか？」とおたずねください” “あなたの一言が医療の安全性を高めます。”との見出しのもとに、“今回お受けになった検査結果について、外来受診時に必ず質問して下さい。”とあり、その文の前には四角いチェックボックスがある。同時に、退院する患者全員にほぼ同趣旨が記載されたリーフレットを配布して、次回

受診時に入院中の検査結果について主治医に質問するよう要請した。

(4) 2013年7月 診療部毎の病理診断結果受理担当医の選任徹底と報告書の未読リストの交付

病理診断結果受理担当者の選任が不徹底だったこともあり、改めて医療安全管理部長から各診療部長宛に「病理診断結果受理担当医選任届」の提出を促し、あわせてオーダーリングシステム上、未読のままになっている病理診断報告書の一覧リストを診療部毎にまとめて当該診療部の病理診断結果受理担当医に届け診療部として未読解消に責任を持つよう要請した。

(5) 2014年4月 検査報告書の未読リストを診療部会議に提出

B患者事案（CT画像診断報告書の「肺がん疑い」が1年6ヶ月間見逃された事例）の発生などを受けて、医療安全管理部主導で、病理診断報告書のみならず画像診断報告書についても合わせて未読リストを作成し、これらのリストを院内幹部が列席する診療部会議に提出することにして未読対策を強化した。

具体的には、オーダーリングシステム上、診療部会議（毎月第三月曜日開催）の前々月の1ヶ月間に作成された検査報告書（画像診断報告書及び病理診断報告書）のうち前月末日までに未読状態にあるものを抽出した未読リストを診療部ごとにプリントして、診療部会議に参加した各診療部長に当該診療部の未読リストを交付する。未読リストには、依頼医師名、患者ID、報告日（画像診断関係は検査日）などが記されており、診療部長は、このリストを診療部に持ち帰って適宜の方法で主治医に知らせて未読解消の徹底を図ることとした。診療部長は、未読リストの交付を受けた翌月15日までに、附属病院長宛の「病理組織検査結果ならびに画像診断読影結果確認報告書」を医療安全管理部に提出することになっている。なお、文書のタイトル中に「病理組織」とあるが、病理関係の未読リストの対象は組織検査だけではなく細胞検査も含まれている。

(6) 2014年6月 医師交代時サマリーシール

報告書の情報共有不全事案が主治医の交代にからんで発生することが少なくないことから、院内診療情報委員会では対策を検討した結果、新たにカルテ追記用の「医師交代時サマリー」シールを作成し、前任の主治医が交代時に担当患者の重要な診療情報をサマリーシールに記入してカルテに貼り付けることをルール化した。外来主治医の交代時には外来カルテに、入院主治医の交代時には入院カルテに、それぞれ前任主治医が所定事項を記入したサマリーシールを貼付することになる。

サマリーシールには、①主病名、②治療上の問題点、③検査実施状況、④患者への説明、⑤連絡事項欄があり、③検査実施状況欄には、依頼済みで未実施の検査の有無、結果未確認の検査の有無を記入することになっている。

(7) 2014年10月 病理診断報告書表示画面への赤い蟹マーク表示を細胞診断にも拡大

2009年5月から悪性結果の病理組織診断報告書に赤い蟹マークが表示されることになっていたが、細胞診断にもその適用範囲を拡大し、細胞診断報告書の結果が悪性だった場合には、端末のモニターから報告書を開いたときに報告書上に赤い蟹マークが表示されることにした。ただし、蟹マークは、端末画面の報告書に表示されるだけであり、プリントした場合の報告書には表示されない。

2016年の病院病理部の実績集計によると、年間の病理診断報告書31,828件に対し「蟹マーク」が表示される悪性症例は4,614件であり、悪性症例率は平均14.50%である。そのうち、組織診断関係は報告書16,770件に対し蟹マークが4,190件（悪性症例率24.99%）、細胞診断関係は報告書15,058件に対し蟹マークが424件（悪性症例率2.82%）となっている。

(8) 2014年10月 PACS画像（CT, MRI, 超音波, 単純X線など全ての検査画像）閲覧時のモニター表示改修

主治医が端末からオーダーリングシステム上の検査画像データを閲覧する際、最初の頁には様々な画像を目次的に一覧するための多数のサムネイル（縮小画像）が表示されるが、従来はやや目立たない位置に表示されていた「全画像サムネイル」の位置を画面上、最も目立つ一番最初（左側）に変更するシステム上の修正を行った。

これにより主治医がまず「全画像サムネイル」を開いて検査結果の画像全部を読むように誘導し、主治医が自分の関心のある部位の画像しか読まず、そのために関心がない部位の病変を見過ごすことのないようシステム上の支援をした。

(9) 2015年7月 検査報告書情報共有不全防止のためのシステム改修

C患者事案（CT画像診断報告書の「肺がんを疑う」が4ヶ月間見逃された事例）の発生もあり、画像診断・病理診断を問わず主治医による検査報告書の情報共有不全を防止するために、医療安全管理部が中心となってオーダーリングシステム上の工夫を検討して以下のシステム改修を行った。

- ① 主治医が端末からオーダーリングシステムの患者画面を開いた際、当該患者について未読の報告書がある場合は自動的に「以下の報告書が未読です。確認して下さい。」というポップアップ画面が最前面に表示され、その画面中には報告日と報告内容が記載される。これにより主治医は未読報告書の存在を知ることができる。
- ② オーダーリングシステムの患者画面のインデックス欄には、当該患者の過去の各種検査一覧が表示されるが、未読報告書についてはその検査日の背景色が緑色に変わり強調表示され、これにより主治医は未読報告書の存在を知ることができる。
- ③ オーダーリングシステム上の検査報告書には、院内の医師等が誰でもアクセスすることが可能であり、誰かが（例えば主治医でない他科の医師であっても）報告書を開いた時点で自動的に、当該報告書データが未読から既読となる設定であった。そのため、主治医が未読の報告書であってもシステム上は既読データになるケースが発生するという問題があった。

この問題を解決するために、端末に表示される画像診断報告書に新たに「レポート確認」ボタンを作り、このボタンをクリックすることにより始めて当該報告書データが未読から既読になるように変更した。クリックすると、報告書の「レポート確認」ボタンの下に「レポート確認済み」と表示され、さらに確認日時と確認した医師名が“2017/06/06 ○○○○”という形で表示される。さらに他科の医師等（検査を依頼した主治医と同科の医師以外の者）が報告書を開いたときは、従来通りの「レポート確認」ボタンが設けられていない画像診断報告書が表示される設定とし、他科の医師等が閲覧しても当該報告書データが既読扱いとなることはなくなった。

病理検査関係でもシステム上、画像診断関係と同様の変更を行い、検査を依頼した主治医と同科の医師が端末から病理診断報告書を開いた時にのみ新たな「レポート確認」ボタンがついている報告書が表示され、同ボタンをクリックすることによって始めて当該報告書データが未読から既読になるようにした。

④ 「要注意マーク」の導入

画像診断の関係でも、病理診断の関係で先行実施されていた赤い蟹マークによる注意喚起と同様の仕組みを設けた。すなわち、画像診断医が診断結果を入力する画面に要注意チェック欄を設け、画像診断結果に重要所見等が含まれる場合、画像診断医がその判断で要注意チェックを入れることができることにし、画像診断医が要注意チェックを入れたデータについては、主治医が端末から画像診断報告書を開いたときに報告書に赤い「要注意マーク」（赤色の三角形の中央に“！”）とその下に「重要所見あり」との文字が表示されることにした。

ただし、要注意マークは、端末画面からの報告書に表示されるだけであり、プリントした場合の報告書には表示されない。

2016年の画像診断部の実績集計によると、年間の画像診断報告書104,674件に対し「要注意マーク」が表示される重要所見症例は274件であり、重要所見症例率は平均0.26%（うちCT検査は47,805件中201件で0.42%、MRI検査は22,712件中37件で0.16%、超音波検査は15,808件中30件で0.19%）である。

(10) 2016年3月 医師交代時サマリーシールのルール徹底

2014年6月に「医師交代時サマリー」シールの運用を開始したが、2016年1月にいって医師交代時に検査情報の引継がなかったことを主因とするD患者事案（CT画像診断報告書の「左肺上葉の不整形結節—経過観察」が3年間見逃された事例）が発生した。D患者の主治医が退職したのは2013年3月であり、「医師交代時サマリー」シールが未だ導入されていない時期のケースではあったが、D患者事案の発生を受けて、改めて診療情報室から各診療部あてに「医師交代時サマリー」シールのルール徹底を求める文書を発出した。

(二) 院内取り組みの評価

(1) 患者への情報開示

2012年8月から(一)(3)の対策「検査患者への検査結果質問要請文の配布」が実施され、各種検査を受ける外来患者と退院患者に対し検査結果を主治医に質問するよう要請するリーフレットを配布している。この対策は、「医療過誤原告の会」代表のいう「患者を医療チームの一員として位置付ける」という発想と共通するものであり、患者自身に自己の検査結果に関心を持ってもらうことにより検査報告書の確認不足を防止しようというものである。医療上の各種検査の重要性を患者に意識してもらうことは再発防止のために有用であり、効果的な対策であると評価できる。

患者への情報開示という観点からは、さらに進んで検査結果をまとめた画像診断報告書、内視鏡検査報告書、病理診断報告書などのコピーを主治医から患者本人に交付することが考えられ、A患者本人もそれが実行されていれば自分の事故は未然に防止できた筈であると大変残念がっていたとのことである。現在、附属病院では主治医の裁量で任意に検査報告書のコピーを

交付することが事実上容認されており、これに積極的な医師の場合は交付しているようであるが、交付に消極的な考え方の医師もおり、検査報告書コピーの交付に関する院内ルールは未整備の状態である。

(2) 担当医交代時の情報共有

2014年6月から(→)6の対策「**医師交代時サマリーシール**」を導入し、前任の主治医が交代時に担当患者の重要な診療情報をサマリーシールに記入してカルテに貼り付けることをルール化した。これにより患者の未実施検査や未読影検査の存在が後任の主治医にカルテ上明確に伝達されることになるから、担当医交代時に本ルールが実行されれば、交代時の情報共有改善のために有効な対策であると評価できる。

しかし、本ルールが附属病院内でどの程度浸透しているのか明確ではないし、2016年3月にシール活用徹底をはかる(→)10の対策「**医師交代時サマリーシールのルール徹底**」が実施されているところからすると、ルールの実行率はさほど高くないようにも思われる。サマリーシールの記載が実行されているか否かは、主治医交代があった患者カルテを調査すれば容易に把握できると思われるから、院内で実態調査を行うべきではないだろうか。

すでに電子カルテが採用されている附属第三病院では、「医師交代時サマリー」を電子カルテ上で行うことになっている。ただし、第三病院のデータによると、2016年1月～2017年3月までの15ヶ月間で、システム上に登録された「医師交代時サマリー」のデータ数は合計10件でしかない。病院規模(581床)に比較して圧倒的に少ない件数であり、交代する医師達に「医師交代時サマリー」記載の習慣が根付いているとは到底言えない状況である。

もっとも、電子カルテシステムにおいては、紙カルテ以上に、引き継ぎ情報をカルテに直接書き込むことが容易であるから、前任医があえて「医師交代時サマリー」を使用することなく電子カルテ上に引き継ぎ情報を記入している可能性もある。その是非の検討も必要であり、そのためにも「医師交代時サマリー」が利用されないことに関する医師の意識調査が必要であると思われる。

(3) 検査報告書の情報共有不全対策

2009年5月の病理部門でのオーダーリングシステム稼働に際し、(→)1の対策「**病理組織診断報告書表示画面への赤い「蟹マーク」表示**」が実施され、悪性の検査結果を強調するための赤い「蟹マーク」をシステム上採用した。当初は組織診断報告書のみであったが、2014年11月に(→)7の対策「**病理診断報告書表示画面への赤い蟹マーク表示を細胞診断にも拡大**」が実施され細胞診断報告書にも拡大した。

2012年8月には、主治医が検査結果を見過ごすことのないよう、(→)2の対策「**診療部毎の病理診断結果受理担当者の選任**」と(→)3の対策「**検査患者への検査結果質問要請文の配布**」という2つの対策を実施した。さらに2013年7月には、(→)4の対策「**診療部毎の病理診断結果受理担当医の選任徹底と報告書の未読リストの交付**」、2014年4月には、(→)5の対策「**検査報告書の未読リストを診療部会議に提出**」が追加実施され、未読リストの対象が画像診断報告書にも拡大された。2015年7月には、(→)9の対策「**検査報告書情報共有不全防止のためのシステム改修**」が行われている。

現在実施されている未読対策は、電子システム上の対策を別にすると、「検査報告書の未読リストを診療部会議に提出」がもっとも効果的であると考えられるが、課題があるとするれば、各診療部に持ち帰られた未読リストに基づく再チェックが実際にどのような方法で実行されているのかその実態が把握されていない点である。

各診療部長が未読リストを受領した翌月 15 日までに提出しなければならないことになっている確認報告書の中には、多数の主治医の確認印欄に押されている印影がすべて同じ印鑑によっているケースもあり、再チェックが形骸化している可能性も否定できない。

(4) 電子システム上の工夫

システム上の工夫としては、2009年5月の(一)(1)「病理組織診断報告書表示画面への赤い「蟹マーク」表示」と2014年10月の(一)(7)「病理診断報告書表示画面への赤い蟹マーク表示を細胞診断にも拡大」、2014年10月の(一)(8)「PACS画像閲覧時のモニター表示改修」、2015年7月の(一)(9)「検査報告書情報共有不全防止のためのシステム改修」(「要注意マーク」の導入を含む)が実施され、その後も細かなシステム改修が行われている。

なお、「蟹マーク」チェックを入れる基準は、病理検査の結果が悪性(癌)の場合であるから極めて明確であるのに対し、画像診断報告書において「要注意マーク」チェックを入れる基準は必ずしも明確ではない。現在、附属病院において「要注意マーク」を入れる基準を定めたルールは存在せず、「要注意マーク」を付するか否かの判断は画像診断部に任されている。画像診断医の中には、基準が示されない中で、「要注意マーク」を入れるかどうか検討することは負担が重いと感じる人が存在してもおかしくない。2016年の実績で「要注意マーク」率が0.26%に過ぎないのは、画像診断医側が「明白な重要所見」に限ってチェックを入れるというアンダートリアージの発想になっている可能性がある。

(5) 以上のとおり、附属病院においては、医療安全管理部等が中心となって、過去の発生事案を受けて様々な情報共有不全対策が真摯に検討され、順次遅滞なく実施されてきており、その取り組みは全体的には高く評価できる。しかし、一部の対策には、医師の意識や認識不足やルール未整備等を原因として、対策策定時の目論見通りに実行されているのかどうか疑わしいものも存在する。

4 診療情報共有不全を解消するための提言

(一) 当委員会の検討対象

当委員会は、附属病院のような大規模病院で起こりうる様々な診療情報共有不全のうち、

- ① A患者事案ないしD患者事案に見られた、画像診断部が作成した画像診断報告書上の診療情報が診療に活かされなかったという情報共有不全
- ② E患者事案及びF患者事案に見られた、病院病理部が作成した病理診断報告書上の診療情報が診療に活かされなかったという情報共有不全

の2類型を検討対象としている。

(二) 問題発生要因とその背景

- (1) 専門分野以外の病変に対する関心が低いこと

附属病院に限らず大学病院のような大規模病院では、医師の担当分野の専門化、細分化が進み、近時は同じ診療科内でも担当が分かれるなどその傾向がさらに強まっている。その結果、医師は、自己の専門分野の病変に関しては医療知識及び診断・治療能力が高まるが、逆に専門分野以外のことについては経験不足もあり関心が低くなってしまいう傾向が見られる。

画像診断報告書の肺がん情報の共有不全4事案は、<略>肺については専門外である診療科で発生しており、また、2件の病理診断報告書の胃がん情報の共有不全は、<略>胃とは別の診療科で発生しているのであって、事案発生と医師の担当分野の専門化、細分化傾向は無関係ではないであろう。

A患者事案において、当直医と入院主治医チーム間で、当面の診療対象部位ではなく検査の主目的部位ではない肺に関する「右肺尖部濃度上昇；悪性腫瘍否定にも短期間での follow が望まれます。」という情報の引き継ぎが充分に行われず、貴重な診療情報の共有がなされなかった背景には、医師の専門外分野への関心の低さが影響しているものと考えられる。

(2) 画像診断報告書の有用性に対する意識が低いこと

A～D患者事案においては、画像診断報告書に、検査の主目的以外の部位に関する重要な情報（肺がんの可能性）が記載されていたにもかかわらず、これを主治医が読まなかったために、その重要な情報が診療に活かされなかった。

画像診断報告書を読まない要因の一つとして、主治医が直接、画像を読影して病状を判断できるという事情がある。中央診療部の画像読影医師（放射線科医）が各種の画像を集中的に読影して画像診断報告書を作成するような体制ができる前は、大病院においても主治医自身が検査画像を直接読影することが普通であり当然であった。また、読影専門医がいない小規模施設では現在でも主治医自身が検査画像を直接読影することが求められている。したがって、単純X線、CT、MRI、超音波などの検査画像を自ら読影することができる医師は少なくないし、さらには、専門分野の部位の画像に関しては、同じ部位画像を見慣れている専門医の方があらゆる画像を読影する画像診断医（放射線科医）より読影能力の面でも優れている場合が少なくない。

このため、医師の中には、自分の方が読影能力の点でも上だから画像診断医の画像診断報告書はあまり参考にする必要がないと考える人もおり、そのような医師は、画像診断報告書の有用性に対する認識が低く、検査画像のうち関心のある部位画像については自身が読影するが、他の部位画像は読影せず画像診断報告書までは読まないことになりがちとなる。また、主治医が、できるだけ早く検査結果を知りたいという意識から、画像診断医の報告が上がるのを待たずに自ら画像を読影して病状判断を下すこともありうる。

A患者事案で入院主治医チームがCT画像データの一部は読影したものの画像診断報告書は読まなかったというのはその例であろうし、C患者事案の主治医が<略>実施したCT検査の画像を自ら読影し、画像診断報告書の完成を待たずに<略>診断を下してその後も画像診断報告書を確認することがなかったのも、画像診断報告書の有用性に対する意識の低さが影響しているように思われる。

専門的に画像の読影をしている放射線科医が作成する画像診断報告書が診療上有用である

ことは、A～D患者事案を見ても明らかであり、取り分け、当面の診療対象部位（検査の主目的部位）とは異なる部位に関する画像診断報告書の記載については、これを主治医に必ず読ませるような方策を講ずる必要がある。

(3) 医師交代時の引き継ぎに関する意識

附属病院のような大病院では、異動や退職等により主治医が交代することが日常的に発生する。こうした主治医交代時の前任医と後任医間の患者情報引き継ぎに関しては、「カルテや看護記録、検査記録が残っているのだから、後任医がそれを読めば患者のすべての診療情報は把握できる筈である」という意識を持つ前任医が多く、特段の問題事案でなければ引き継ぎがなされることはほとんどなかった。

附属病院においても2014年6月に導入された「医師交代時サマリー」シールのルール化までは、病院としての決め事はなく、引き継ぎの実施自体が前任医の裁量に任されていたというのが実態である。

その意味で「医師交代時サマリー」シールの実施は画期的なことであるが、引き継ぎは前任医の裁量だという意識から抜け出せない医師は、交代時にすべての患者についてサマリーシールを作成するなど作業量からして事実上無理だと考えてしまい、ルールは掛け声倒れになってしまう可能性がある。

したがって、「医師交代時サマリー」シールの実行のためには、医師交代時の意識改革が必要であり、そのための方策、さらには、「医師交代時サマリー」シール実行のためのより強力な施策の検討が必要である。

また、医師交代時の引き継ぎに関しては、前任医側だけではなく、後任医側にも問題があるように思われる。後任医が患者を引き継いだ場合、本来は、前任医からの特別の引き継ぎがなくても患者カルテや検査記録を精査する責任がある。

A患者事案において入院主治医チームが、B患者事案及びD患者事案において後任主治医が、それぞれ患者カルテや検査記録を精査していれば事故は防止できたと考えられるし、C患者事案やF患者事案の後任主治医にも患者カルテ等をさかのぼって精査すれば「がん情報」を発見できた可能性がある。したがって、交代時の後任医の意識改革も同時に重要である。

(4) 検査結果の情報共有不全に対する危機意識

病院全体において、A～F患者事案のような、がんの可能性等の重要な検査結果が主治医に認識されず診療に活かされないという極めて由々しき事態が発生し得るし、実際にも身近で発生しており、そのような事態が発生すると重大な結果を招来するおそれがあるという危機意識を持つことが重要である。附属病院において同種事案が何度も発生してきたことを見ると、現場の個々の医師等がこのような危機意識をどれだけ現実的なものとして持っていたか疑問なしとしない。これは、情報を伝える側と受け取る側の双方において必要である。

特に、重大な所見が検査依頼医の専門外の部位で発見された場合は、検査医師側が従来以上に積極的に情報発信する姿勢が求められるように思われる。例えば、C患者事案において画像診断部が、依頼医は専門外<略>だから「肺がんを疑う」との情報をきちんと把握しないかもしれないと、E患者事案において病院病理部が、依頼医は専門外<略>だから「胃がん」診断

を見逃すかもしれないと、それぞれ情報共有不全に対する危機意識を持つことができれば、何らかの積極的なアクションが取られたと考えられる。

A患者事案においても、深夜に緊急対応した画像診断医が「依頼医は専門外の消化器肝臓内科医で消化管出血対応に追われているから“肺がん可能性”を指摘する情報を見過ごすかもしれない」と配慮し、システム上の「要注意マーク」を付けるのはもちろん、さらに依頼医側に直接、電話等で注意を促すなどしていれば、今回の情報共有不全は防止できたかもしれない。

(三) 共有不全を解消するための方策

本答申書において、当委員会は、大別6つの方策を提言するものであるが、附属病院においては、来る2018年1月に紙カルテから電子カルテに全面移行する方針であるため、提言は基本的に電子カルテに移行した後にも有効な方策を基本とし、紙カルテを前提の方策については移行時までの暫定的なものとして提言することにする。

(1) 画像診断報告書の重要情報を共有するための人的支援制度（情報共有のための「司令塔」制度）の導入

画像診断報告書の重要情報（取り分け、検査依頼の主目的部位以外の部位にがんの可能性があるなどの重要情報）が担当医に共有されず放置されるという事態は、附属病院のみならず全国の病院で繰り返し発生しており、その情報共有不全の原因も様々である。このように様々な原因で生じ得る情報共有不全を解消して画像診断報告書の重要情報が確実に診療に活かされる（診療に反映される）ようにするための方策として、最も有効かつ実現性の高いものは、その情報共有及び診療への反映を確実にするための「司令塔」となるべき部署を設けることである。

すなわち、情報共有の司令塔となるべき部署が、画像診断報告書が作成された時点で速やかに、画像診断報告書を全件読み、重要情報を選別して、これを直接担当医に伝えるとともに、その後もその重要情報が診療に反映されているか（活かされているか）どうかをチェックし、反映されていない場合には、直接担当医に連絡して注意喚起するという人的支援制度（情報共有のための「司令塔」の制度）を導入するものであり、具体的には以下のとおりである。なお、愛知県小牧市民病院では現にこのような制度がとられており、大いに参考になる。

① 電子カルテ導入後

司令塔部署は、支援担当医師と複数のメディカルアシスタントで構成する。

メディカルアシスタントが、附属病院内で当日又は前日に作成された画像診断報告書を全件読み、臨床問題となりうる異常所見の記載があるものを選別して、支援担当医師に報告する。その報告を受けた支援担当医師は、当該患者の電子カルテを開いて担当医が画像診断報告書の異常所見について診療上適切に対応しているか否かを確認して、対応していないとか不十分であると考えられる事案に関しては電子カルテ上に異常所見に関する注意喚起のコメントを書き込む。

そして、一定期間（2週間から4週間程度）経過後、メディカルアシスタントが、以前選別した患者の電子カルテ全件を閲覧して、支援担当医師のコメントが診療に反映されているか否かのチェックを行い、反映されていない場合には、その旨を改めて支援担当医師に報告

する。その報告を受けた支援担当医師は、自らあるいはメディカルアシスタントを通して、担当医に直接口頭（電話又は面談）で連絡して注意喚起し、適切な指導を行う。

以上について敷衍すると、次のとおりである。

ア 上記のように一定期間経過後も「診療に反映されているか否かのチェック」及び反映されていない場合の注意喚起をするのは、担当医が画像診断報告書を読んでもそれが診療に活かされないということがあり得るからである。例えば、A患者事案では、画像診断報告書に肺がんの可能性を否定できず短期間の follow が望まれる旨の記載があったところ、担当医のうちの一人はこれを読んだものの、情報が他の担当医に共有されず短期間の follow すなわち再検査は実施されなかった。いくら画像診断報告書を読んでも診療に活かされなければ意味がないのであり、「診療に反映されているか否かのチェック」は極めて重要である。例えば、follow（経過観察や再検査等）や関連する他の診療科へのコンサルテーション等が行われているか否かをチェックすることが重要となる。

イ メディカルアシスタントが異常所見を選別する基準が問題となるが、例えば

- a 悪性腫瘍であることが否定できない場合
- b 看過できない所見があり迅速な対応が必要とされる場合
- c 結核などの管理が必要な感染症が疑われる場合
- d 前回の検査と比較して、病態の進行が明らかな場合

などが考えられる。なお、前記小牧市民病院では、各診療科の意見をも聴いて具体的詳細な基準を策定しており、これなども参考にして附属病院において基準を検討すべきである。

ウ メディカルアシスタントには、診療情報管理士、診療放射線技師、看護師、医師の中から適任者を選ぶ。附属病院の現状（画像診断報告書作成件数は、年間約 105,000 件、単純一日平均約 290 件）に照らすとメディカルアシスタントは 3 人程度で足りるのではないかと考えられる。

エ 支援担当医師は、副院長、教授、診療部長等、上位の立場の医師が適任であり、専任である必要はない。そのような立場の医師が、メディカルアシスタントの協力を得ながら画像診断報告書の有用情報を診療に活かしていない担当医に注意喚起して適切な指導を行うことにより、院内の医師全体の意識改革を図ることが期待できる。

オ 以上のような体制で構成される司令塔部署は、附属病院の現在の組織を使うとすれば、画像診断部又は医療安全管理部に置くことが考えられるし、院長直属の新規組織を立ち上げることも考えられる。

② 電子カルテ導入前

支援担当医師による患者カルテへのコメント書き込みやメディカルアシスタントによる患者カルテの閲覧は、電子カルテが前提となる。すなわち、電子カルテ導入前においては、メディカルアシスタントが、オーダーリングシステムから画像診断報告書を全件読んで、臨床問題となりうる異常所見の記載があるものを選別して支援担当医師に報告することは可能であるが、その報告を受けた支援担当医師が当該患者の紙カルテを取り寄せてそこに注意喚起のコメントを書き込むことやメディカルアシスタントが以前選別した患者の紙カルテを取

り寄せて診療に反映されているか否かのチェックをすることは事実上難しい。

したがって、電子カルテ導入前においては、支援担当医師がメディカルアシスタントによって選別された患者の担当医に対し直接口頭(電話や面談)で注意喚起することにとどめざるをえないであろう。

しかし、少なくとも、A患者事案のような「検査依頼の主目的部位(当面の診療部位)以外の部位に関するがんの可能性」等の重要情報については、情報共有不全が生じやすいことから、電子カルテ導入前であっても、紙カルテを取り寄せて「診療に反映されているか否かのチェック」及び反映されていない場合の注意喚起が実行されるべきである。

③ 「検査報告書の未読リストを診療部会議に提出」

なお、現在実施されている対策「検査報告書の未読リストを診療部会議に提出」は、各診療部できちんと実施されている限り有用であるから、人的支援制度の導入後も継続して実施されるべきである。

(2) 患者への検査報告書の交付

検査報告書に記載された診療情報の共有不全による患者の病状見逃し事案が発生しているが、そもそも検査結果は患者自身に帰属する個人情報であって、検査結果に対して最も強い関心を有しているのは患者自身である。

患者に検査報告書のコピーを交付することは、患者の権利の保障に資するものであり、交付すれば、患者ないしその家族は検査報告書を真剣に読むであろう。もし報告書に異常所見ないし速やかな対応が必要な所見が記載されていれば、患者側から主治医に対して所見への質問が寄せられることになり、その質問が多忙な主治医に対する注意喚起ともなり、結果として主治医の情報共有不全を防止する一つの手段になる。

前述のとおり、附属病院では、患者への検査報告書のコピー交付は主治医の裁量による実施にとどまっている。検査報告書の患者への交付については、単に交付するだけでは患者に誤解を生じさせる恐れがあるので、検査報告書の交付にあたっては、主治医が報告書の内容について患者の誤解が生じないよう丁寧に説明すべきである。これが実行されれば、主治医が報告書をより入念に読むことになり、そのことによる情報共有不全防止効果をも期待することができる。

大規模病院において実践している施設はほとんどないようであるが、他の大規模病院に先駆けて、検査報告書コピーの患者への交付を実行すべきである。例外的に交付しない場合(患者が拒絶した場合、患者に精神疾患があること等により交付が不適當な場合等)の基準は、附属病院内で検討していただきたい。

なお、報告書を患者へ交付したことはカルテ上明確にすべきであり、紙カルテの場合は、交付した医師がカルテ上に交付事実を記載すべきである。電子カルテに移行した後は、システム上に患者交付の有無と交付日時が記録されなければならない。交付漏れを防止するためには、医師が患者交付用報告書をプリントすると自動的にその情報が記録されるなどシステム上の工夫をすることやレポート一覧画面において患者へ交付済みかどうかを確認管理できるようにすることなどが考えられる。また、現在のシステムでは病理関係の「蟹マーク」と画像診断

関係の「要注意マーク」は端末から閲覧する報告書には表示されるが、プリントした報告書に表示されないことになっている。これを改めて、プリントした報告書にもこれらの注意喚起マークが印字されるようにした方が良いと思われる。

(3) 電子システム上の工夫

ヒューマンエラーの解消には、電子システムによる支援が有効である。附属病院では、来年1月から電子カルテシステムを導入予定であり、電子カルテシステムを利用した情報共有の支援を期待することができる。

附属病院が導入予定の電子カルテシステムにおいては、①院内において全ての患者データを確認することができる（全患者の情報共有）、②病院スタッフのコミュニケーションの場となる患者掲示板機能、③主治医が報告書を閲覧後、専門外の懸念点があった場合には他科へのコンサルテーションオーダーを発行し、他科から回答を受けることができる（コンサルテーションオーダー機能）、④予め主治医が設定した未来の日時にシステムを開いた際、画面上に主治医自身が書き込んだ注意喚起メッセージを表示させることができる（アラーム機能）、⑤検査を依頼した主治医が報告書を読んで既読ボタンをクリックしない限り、システム上いつまでも未読扱いのまま表示される（既読ボタンをクリックできるのは主治医に限定する）、⑥画像診断医が報告書作成時に、報告書の中の重要な単語や文章について画像診断医の判断により文字の色、サイズ、フォントなどを変更して強調表示することができる等の標準機能を有している。

標準機能に加えて、報告書の情報共有不全を防止するためのシステム特注（カスタマイズ）として、次のようなことが考えられるので、ぜひ採用していただきたい。

- ① 画像診断医が報告書作成時に、今後の対応必要性を平易かつ明示的に主治医側に伝達するために、緊急性・重要度に応じて、例えば「至急対応必要」「他科依頼」「3ヶ月後再検査」「半年後再検査」「異常なし」などの指示項目をリストボックスから選択できるようにする（報告書には、選択したとおりの重要度が表示される）。さらに、「至急対応必要」「他科依頼」「3ヶ月後再検査」「半年後再検査」が選択された場合、システム上自動的に、一定期間経過後の時点において主治医の注意喚起を促すアラートが表示される。
- ② 主治医が報告書の既読ボタンをクリックする時に、治療方針を記載できるテンプレートを自動的に起動させ、テンプレートに何らかの治療方針を記載しない限り報告書を閉じることができないようにする。併せて、起動したテンプレートから他科に直接コンサルテーションオーダーを発行できるようにする。

なお、このような①や②の注意喚起システムは、本来、システム特注ではなく電子カルテシステムに標準装備されることが望ましいといえる。

他にも以下のようなシステム特注が考えられる。
- ③ 報告書の患者交付漏れを防止するために、医師が患者交付用報告書をプリントすると自動的にその情報が記録されるなどシステム上の工夫をする。併せて、患者のレポート一覧画面において患者へ交付済みかどうかを確認管理できるようにする。
- ④ 長期末読の報告書について、診療部門の責任者あるいは病院管理者がシステム上、常時チェックできるようにする。

などが考えられる。これらも情報共有不全を防止するために有効なカスタマイズであり、採用する方向で検討していただきたい。

(4) 画像診断部からの重要所見情報の発信強化

2015年7月からオーダーリングシステム上、画像診断医は、報告書の中に重要所見がある場合に要注意チェックを入れることができ、チェックした画像診断報告書には「要注意マーク」が表示される。しかし、A患者事案の画像診断報告書には「要注意マーク」が付されていなかった。

この注意喚起システムを活用するために、現在未整備の「要注意マーク」チェック基準を早急に定めるべきであり、その基準作りについては、画像診断部に任せるのではなく、各臨床科を含む病院全体で協議すべきである。基本的には、「より重症に判断する」というオーバートリアージの原則をベースにすべきであり、加えて、画像診断医が仮に「要注意マーク」を付け忘れる事例があったとしても、そのこと自体をとがめないルールが望ましい。それによって画像診断部からの重要所見情報の発信強化を期待することができる。

また、電子カルテシステム移行後は標準となる画像診断報告書の強調表示機能（重要な単語や文章について文字の色、サイズ、フォントを変更して強調表示すること）を現行オーダーリングシステム上において至急、採用すべきである。これにより、紙カルテの現状においても、画像診断医は、画像診断報告書上、重要所見について強調表示ができるようになり、受け取る主治医側への注意喚起が一段と有効になる。

ちなみに、病理業務支援システムには既に強調表示機能が標準装備されているので、現行オーダーリングシステムにおいても、病理医が病理診断報告書の文字の色など変更して強調表示することは可能となっている。

(5) 「医師交代時サマリー」の更なる実施徹底とハンドオフシート制度の導入

2014年6月に導入され、2016年に3月にルール徹底を呼びかけた「医師交代時サマリー」シールは、利用されれば交代医師間の情報共有のために有効な制度である。また、附属病院に導入される電子カルテシステム上には、同趣旨の書き込みができる「医師交代時サマリー」入力フォームが用意されている。したがって、電子カルテ移行前後を問わず、交代時の前任医に「医師交代時サマリー」の記入を求めることは可能である。折角の有効な対策の一つであるから、再度、病院あげて「医師交代時サマリー」の実施徹底を進めるべきである。なお、第三病院における利用実態に鑑みると、附属病院においては、電子カルテ移行後に引き継ぎ情報を直接カルテに書き込む代替手法を容認するのか否か（容認するのであれば「医師交代時サマリー」フォームの存在意義が薄れる）を、移行前に予め検討のうえ、ルールを明確にしておくべきであろう。いずれの手法によるかは別として、医師交代時における前任医から後任医への情報引き継ぎは徹底されるべきであり、医師の意識改革を含めて病院としての更なる取り組みが必要である。

また、患者が救急部から病棟、外来から病棟、病棟から外来等と移動することがあり、それによって担当医が変更する場合がある。このような場合の医師間の情報共有不全を防止するために、あたかも商品配達時の「送り状」のような役割を果たす紙のハンドオフシートを患者に

同送する制度の導入が考えられる。シートには、画像診断、内視鏡診断、病理診断などの施行・未施行、所見あり・なし、所見内容を含む患者の診療情報を明記する。患者を送り出す側はこのシートがないと送り出せず、受け取る側はこのシートがない限り患者を受け取らないとしてシート添付の必須化を目論むものである。

近畿大学医学部附属病院では電子カルテシステムから患者のハンドオフシートをプリントアウトして活用しているとのことであり、附属病院で採用予定の電子カルテシステムにも同様の機能が標準搭載されているようである。附属病院においても電子カルテシステム移行後は、同システムを活用したハンドオフシート制度の実施は可能であると思われるので、導入を前向きに検討すべきである。

(6) 継続的な研修、教育

担当医の意識の低さが事故発生の要因・背景となっており、画像診断報告書等の情報共有不全の解消のためには、コミュニケーション能力等のノンテクニカルスキルに関するものを含めて医師に対する研修、教育が必要不可欠である。人材の入れ替わりが頻繁にある大規模病院において、同種の事故を再発させないためには、研修、教育は、継続的に行うことと全ての医師に漏れなく受けさせることが必要である。

慈恵大学では、医療安全推進週間（毎年11月1日から同月14日）を設けて附属の4病院合同のシンポジウムを開催しており、同シンポジウムは医師の必須研修であり4病院全ての医師が参加するものである。また、本年度より附属病院では毎月1日に異動者向けの研修会が開催されている。

合同シンポジウム及び異動者向け研修会において、実際に生じた具体的な事例を題材に講義、検討を行うことにより、定期的に全ての医師に対する研修教育を行うことができる。

加えて、診療部毎の会議や大学の講義等その他の機会においても、情報共有不全に関する研修、教育を充実させることも重要である。

第五 結語（提言の実施について）

検査結果報告書に記された診療情報が治療に活かされず患者の病状悪化を招くことは、明らかな医療事故である。しかも、それは医療行為にかかわる複雑な原因によるものではなく、診療情報の確認不足という人為的な単純ミスである。このような事故が二度と起きてはならないことはいまでもない。貴大学のすべての附属病院において、本答申書の提言の趣旨を尊重していただき、各方針を実施して診療情報の確認不足という単純ミスを根絶していただきたい。

そして、画像診断報告書等の重要な診療情報が医師間で共有されないミスは全国の他の病院においても発生していることから、本答申書を受けた貴大学における今後の取り組みが、全国の他の病院における取り組みの範となり、さらには、国の推進する医療安全の施策に反映され、ひいては国民へのより安全な医療提供に資することを期待して結びの言葉にかえたい。

以 上