

診療情報共有改善に向けた具体策の進捗状況

1. 各診断報告書の情報共有のための人的支援制度について

以前から行っている医療安全推進部による画像診断・病理診断の全報告書に対する既読確認作業に加え、平成 29 年 10 月から別ルートで既読確認作業を行うシステムを開始した。このシステムは、医師事務支援室の事務員(以下、事務員)が「重要所見マーク」付き画像診断報告書を対象に、報告書に沿った内容が電子カルテに記載されているかを確認することにより、検査依頼医師が報告書を読んだか否かを第三者の視点でチェック(ダブルチェック)するものである。平成 30 年 8 月からは、病理診断報告書と内視鏡検査報告書に対しても同様のダブルチェックを開始した。これらに加えて、報告書内容に沿った対応が実行されたか否かを一定期間の後に確認する(時間差チェック)システムも開始した。具体的には、全ての「重要所見マーク」付き画像診断報告書を対象とし、事務員が当該患者さんの電子カルテの記載内容を調査し、1) 報告書の指摘内容を検討した結果およびそれに基づく方針が記載されているか、2) 必要な対応(再検査、追加検査、他診療科への依頼など)が行われたかを報告書作成から 35 日後(未読)、検査日から 100 日後(既読)にそれぞれ再確認する(図を参照)。適切な対応がとられていない場合は、検査依頼医師に電子カルテ搭載のメール機能あるいは院内携帯電話で連絡する。また、病理診断報告書と内視鏡検査報告書については、未読の「重要所見マーク」付き報告書を対象とし、前述と同様の時間差チェックを報告書出力日から 35 日後、必要に応じて 49 日後にも行う。

これらのダブルチェックと時間差チェックにより、「報告書を開けたか(開封確認)」、「報告書を読んだか(既読確認)」、「記載内容に沿って対応を講じたか(対応確認)」を第三者の視点でチェックし、医師の業務を支援する体制を構築した。

2. 患者への診断報告書の交付について

平成 29 年 6 月 30 日に診療情報共有不全を改善するための答申書が提出される以前から、画像診断報告書と病理診断報告書については、患者さんの希望をもとに主治医の判断により交付してきた。しかし、チーム医療の一員である患者さんに対して、より積極的に情報を開示し共有する必要があると判断し、平成 30 年 4 月 2 日より画像診断報告書、病理診断報告書、内視鏡検査報告書を原則交付に変更した。なお、これまでの検査依頼医師に対する各種報告書は、専門用語が多く患者さんにとっては難解であり、誤解や心配の原因となる可能性があるため、各種報告書をわかりやすいフォーマットに自動変換して交付している。現時点での画像診断報告書の印刷率は月平均で 46.4%である。

救急部を受診した患者さんは、再度来院して救急部での外来診察を受ける機会は少ない。また、画像診断報告書は救急部での外来診察終了後に作成される(あるいは翌日以降に放射線科専門医により確定される)場合が多く、画像診断報告書を患者さんに交付できないことがほとんどである。このような状況でも救急部での放射線画像異常所見の見落としを無くすため、救急部受診患者さんの画像診断報告書を受診翌日以降に全て確認し、必要に応じて患者さんに電話連絡し来院を促すとともに、連絡がつ

かない場合には書面で報告書を郵送する体制を整えた。

3. 電子カルテシステム上の工夫について

電子カルテを改修し、患者画面を開いた際に未確認報告書の存在を知らせるアラートが表示されるシステム改修を検討中である。未確認報告書の存在を知らせることは、全ての情報共有の出発点であり、検査依頼医師が交代した場合でも、後任医師が未確認報告書の存在を確実に把握できるようにする予定である。

4. 画像診断部、病理部、内視鏡部からの重要所見情報の発信強化について

以下の情報発信を義務化し、規定に加えた。

1) 画像診断医は、検査依頼医師が緊急性を認識していないと思われる緊急疾患・病態を把握した場合、直接に検査依頼医師へ電話連絡する。2) 同医師につながらない場合は依頼科の他医師および医療安全推進部に連絡する。3) 内視鏡検査医、病理診断医も同様に、緊急処置や入院が必要と判断した場合、追加報告が当初の報告と異なった場合などには検査依頼医師等に連絡する。

5. ハンドオフシート制度の導入と「医師交代時サマリー」の実施徹底について

救急部や外来からの緊急入院に際しては、それぞれの部署で主訴、画像診断施行状況、読影の有無、検査結果、治療内容などを1枚の申し送り用紙（ハンドオフシート）に記載して申し送る。具体的には、1) 電子カルテからハンドオフシートを引き出し、必要事項を記載する。2) 患者さんを送り出す側の医師と看護師が内容を確認し署名した後、受け入れ側の担当医と看護師が電子カルテ上で同患者さんのハンドオフシートを展開し記載内容を確認して署名する。現在のハンドオフシート作成率は65%前後である。今後は、ハンドオフシートの活用を推進していくとともに、その内容を、患者さんを含めて、情報の発信側と受領側がともに複数で確認するシステムに変更する予定である。また、ハンドオフシートの使用を徹底するために、緊急入院申し込み時には、自動的にハンドオフシートが画面展開されるように電子カルテの改修を行う予定である。

医師交代時サマリーについては、紙カルテ時代より運用されていたものを電子カルテ上に展開している。サマリーの確実な運用については、機会あるごとに「診療連絡速報」や「お知らせ」で全教職員へ継続的に発信し啓発している。

6. 継続的な研修、教育について

患者さんの医療情報を医療者が確認すること、医療者間で共有することは医療安全対策の要である。これについては、基礎研修会やチームステップスエッセンシャルコース、チームステップスアドバンストコース、管理者のための研修会、初期研修医シミュレーション、レジデント医療安全ワークショップなどの各種グループワークを通じて継続的に研修を行っている。特に報告書の情報共有に関しては、各種研修会で、確認方法、患者さんへの交付の仕方などを繰り返し説明し理解を深めている。

以上

医師事務支援室による画像診断情報の共有強化



画像診断医



主治医-1 (検査依頼医師)



主治医-1 or 2 (後任医師等)



重要所見付き
レポート



ダブルチェック

時間差チェック(未読:35日後 既読:100日後)

医師事務支援室事務員

