

診療情報共有改善に向けた具体策の概要

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

- 1) 平成29年10月より、業務課診療情報室事務員（以下、事務員）が画像診断結果の中から臨床上の重要所見に該当する要注意マーク付与レポートを抽出し、（1）検査依頼医師がレポート内容を認知したか（以下、ダブルチェック）、（2）その後に経過観察等の必要な対応を行ったか（以下、時間差チェック）を確認する運用を開始した。
- 2) 平成30年4月より、上記の人的支援を統括する「医師事務支援室」を事務部内の部署として設置する。同室に診療情報管理士を含む事務員を配置し、段階的に医師事務支援室の業務を拡大していく。人的支援の効果を検証しながら、画像診断報告書の要注意マーク付与レポートのフォローに限らず、病理診断報告書、内視鏡診断報告書を含め、診療情報共有のための体制を確立する。

2. 患者への診断報告書の交付について

- 1) 答申以前においても、希望する患者には画像診断報告書と病理診断報告書を交付してきたが、より積極的に交付をするよう院内各会議（診療部会議、セーフティマネジメント委員会）等を通じて周知した。
- 2) 画像診断部、病理部、内視鏡部が作成した各診断報告書を、患者が理解しやすい内容に纏めた患者用報告書として原則的に全ての患者に交付する。本件については、システム改修を進めており、平成30年4月を目途に運用を開始する。

3. 電子カルテシステム上の工夫について

平成30年1月より運用開始する電子カルテシステムが有する医療安全に関わ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改修を行う。電子カルテシステムが安定的に稼働後、ベンダーと協議を行いながら、重要所見を強調する機能、ダブルチェックや時間差チェックが可能なシステム等、答申に挙げられている改修案を継続的に検討していく。

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

- 1) 画像診断部、病理部、内視鏡部の医師は、（1）検査依頼医師が想定していないと考えられる部位に対応が必要な病変を認めた場合、（2）検査依頼医師が病態の変化を念頭に置いていないと考えられる変化を認めた場合などに、当該所見から推奨される今後の対応をより積極的に各診断報告書に記載する。また、緊急を要する病態や主治医の予期しない今後の悪化が予測される重要疾患（あるいは重要所見）などについては、必要に応じて検査依頼医師へ直接連絡する。
- 2) 同上医師は、診断報告書内容に修正や追記が生じた場合には、直ちに検査依頼医師ならびに事務員に連絡する。

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について
 - 1) 医師交代時に所定用紙（医師交代時サマリー）に必要事項を記載し、カルテに添付する現行の運用を、診療連絡速報で改めて周知した。
 - 2) ハンドオフシートに関しては、ハンドオフシート活用ワーキンググループを立ち上げ、検討した。検討の結果、今回の事例発生の要因となった救急部ならびに外来からの緊急入院時、さらには病棟で医師チームが交代する時に使用するハンドオフシートの活用を平成30年1月から電子カルテシステム上で開始する。運用については、(1) 暫定診断、検査経過・結果、問題点などを記入すること、(2) 患者を送り出す部署と受け入れる部署の医師・看護師が相互に確認・サインすることを必須とした。記載項目の追加等については、運用状況を見ながら検討していく。

6. 継続的な研修、教育について
 - 1) 各診療部の医局会において未読対策検討会を開催し、当該事例の共有や再発予防策を検討した。
 - 2) 本学で開催される医療安全推進週間の取り組みとして、平成29年11月1日に「診療情報共有改善対策報告会」を開催し、診療情報共有改善検討委員会での検討結果ならびに患者情報共有に関する報告・討論を行った。
 - 3) 「伝え、共有する」ためのノンテクニカルスキルをアップさせるため、TeamSTEPPS（医療の質と安全を高めるためにチームで取り組む戦略と方法）のアドバンストコース研修を必須化し、各種研修会でのコミュニケーションエラーを防ぐための発信と受領方法（ハンドオフとチェックバック、SBAR等）の習慣化教育を徹底する。

以上