

シンポジウム VI（病理細胞部門）

病理検査における医療安全

～病理診断報告書の患者伝達確認を含めて～

「病理診断報告書の確認忘れ」に関わる当院の取り組み

◎中屋 佳子¹⁾

新田塚医療福祉センター 福井総合病院 検査課¹⁾

「病理診断報告書の確認忘れ」に関わる医療事故未然防止対策について当院の取り組みを紹介する。

当院は 2009 年 5 月新築移転した。外来部門は、クリニックとして分離され、同時に電子カルテも導入された。これまでの病院機能が 2 つに分かれることで、医師業務の更なる多忙さが容易に想定でき、また病理検査は病院で行い、クリニック提出検体は病院へ搬送するといった大きな作業環境の変化から、病理診断結果の報告方法については、当初から重要案件とされていた。今回紹介するのは当院における電子カルテ運用ルールである。

当院では、電子カルテ(EGMAIN-GX 富士通)に病理診断システムが包含されており、他社のシステムとは連携していない。病理レポートを確認する方法として【関連文書】があり、一方結果を参照したかどうかを検査側で確認出来る【レポート作成一覧】画面を有する。この画面でレポート開封状態を示すのは、オーダー医が確認した時のみであり、開封率はほぼ半数であった。また大半が 1 週間以内に開封されていた。残りの未開封に対してアラートを出したり、フラグを立てる機能は備わっておらず、メール機能は有するも、医師に多数のメールが届くことから、早々活用されなくなった。従って電子カルテを活用した結果未確認対策はない。報告書の紙運用は、外来部門の多くで現在も残り、特に内視鏡生検の結果はすべて紙報告で消化器外科へ、入院部門では、手術材料以外の検体で悪性の場合は技師が主治医に直接電話連絡する決まりである。さらに 4 年前より病理医が常勤となったため、必要に応じて病理医の電話連絡も行っている。

また患者の再来院を確認するため、安全管理室に悪性・悪性の疑いや要再検者のリストを 1 週間単位で、診療情報管理室には、がん登録に関わるリストを 1 か月単位で提出している。どちらも当初はデータ提出のみであったが、安全管理室からダブルチェックの要望があり、技師の来院チェックも行っている。以上電子システムにたよらない運用が継続されている。

0776-59-2501（5040）

病理検査における医療安全

当院における未読病理診断報告書に関する取り組み

◎深田 知也¹⁾、小林 由利恵¹⁾、高柳 悠希¹⁾、
小田井 学¹⁾、三好 真由美¹⁾、田中 幸¹⁾
淀川キリスト教病院 病理課¹⁾

初めに、当院は大阪市北東部に位置し、36 診療科、病床数 581 床を有する大阪府がん診療拠点病院である。医師の数は約 200 名、その内、約 30 名が研修医である。常勤の病理医は 2 名おり、年間の病理検体は組織診 8,260 件、細胞診 10,700 件、術中迅速 258 件である（2019 年度実績）。電子カルテシステムは富士通社の HOPE / EGMAIN-GX、病理部門システムは松浪硝子社の Path window を使用している。

近年、臨床医が病理検査を依頼した際、結果を確認しなかったことにより治療が遅れた事例が「病理診断報告書の確認忘れ」として問題となっている。公益財団法人日本医療機能評価機構が「医療安全情報」No.71（集計期間：2008 年 1 月～2012 年 8 月）にて 8 例、さらに No.150（集計期間：2012 年 9～2019 年 3 月）では再発・類似事例として 35 例（その内 26 例は上部消化管内視鏡検査の生検組織診断によるもの）を公表した。この頻度は病理検査における「検体取り違い」事例数の数倍にあたる。さらに、病理学会は 2018 年 4 月に「病理診断書患者伝達のためのマニュアル」を公開した。

当院では 2020 年 4 月より上記問題への対策として病理診断報告日から報告書が 1 ヶ月以上未読状態の症例を抽出し、医務部診療支援室の協力のもと臨床医に「病理診断報告書 未読リスト」として紙面で通知するという取り組みを開始した。未読が発生しやすい診療科や未読件数の推移などを提示し、期待できる効果や問題点について報告する、

淀川キリスト教病院 病理課

06-6322-2250（内線 2342）

病理検査における医療安全

～大規模施設での病理診断報告書の患者伝達確認～

◎玉木 明子¹⁾、原 重雄²⁾

神戸市立医療センター 中央市民病院 臨床検査技術部¹⁾、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科²⁾

病理診断は「疾患の最終診断」とされ、治療方針を決める重要な診断であるため、「病理診断報告書」が遅延なく確実に患者に伝えられることは当然のことである。しかし昨今、病理診断報告書が臨床側に提出されたにもかかわらず、病理診断が患者に伝えられず、結果的に患者に不利益が生じるという事例が報告されている。そこで日本病理学会より「病理診断報告書 患者伝達確認のためのマニュアル」が策定された。

このマニュアルでは電子カルテを運用している医療機関での「病理診断報告書」に関して言及している。当院のように検査・報告書件数が非常に多い大規模な施設では、病理検査依頼医と病理検査実施医が異なることや依頼が多数であり未読のままである危険性が高い。そこで、当院では院内の医療安全管理室の主導により「院内レポートチェックシステム」を立ち上げ、放射線診断科および病理診断科の結果レポートの所見を検査依頼医が読んでいない、もしくは読んでいるが適正な治療計画を立案していないという事例を防止するため、依頼医の所見確認状況をチェックするシステムを構築し、医療安全の向上に努めている。

病理診断報告書の伝達確認について、当院の取り組みを報告する。

病理検査室 078-302-5264（直通）

事例から学ぶ医療安全

ー病理診断報告書の確認を中心にー

◎坂口 美佐¹⁾

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部¹⁾

医療事故情報収集等事業は、医療機関から報告された医療事故情報やヒヤリ・ハット事例を分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を公開することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的としている。本事業は、報告された事例をもとに、報告書や年報、医療安全情報を作成し、参加医療機関に送付するとともにホームページに掲載している。また、報告された事例はホームページの「事例検索」で公開している。

本事業は、病理診断に関連して、第21回～第24回報告書の分析テーマ「病理に関連した医療事故」（2010年）や医療安全情報 No.53「病理診断時の検体取り違い」（2011年）、医療安全情報 No.144「病理検体の未提出」（2018年）などの情報提供を行ってきた。また、病理診断報告書の確認・伝達に関しては、医療安全情報 No.71「病理診断報告書の確認忘れ」（2012年）を提供し、注意喚起を行った。さらに、その後も同種の事例が報告されていることから、第55回報告書（2018年）で再発・類似事例を分析し、医療安全情報 No.150「病理診断報告書の確認忘れー上部消化管内視鏡検査ー」（2019年）を提供した。病理診断は患者の治療方針を決定するために重要であり、病理診断報告書の確認と説明の手順を決めて実施することが必要である。医療機関によって体制は異なるが、自施設に合った仕組みを構築し、病理診断報告書を誰が見て誰が患者に説明するかを明確にすることが求められる。

病理診断は、検体の採取に始まり、検査室への提出、検査室内での検体処理、診断、報告書の作成、報告書の確認に至るまで、長く複雑な工程があり、各工程でエラーが起こり得る。多施設で事例を共有し、自施設の工程に脆弱性がないか見直すことは、医療事故を未然に防止するために有用である。