

【1】病理診断報告書の確認忘れ（医療安全情報 No. 7 1）

（1）発生状況

第21回～第24回報告書「個別のテーマの検討状況」で、病理に関連した医療事故を取り上げ、そのうち第24回報告書では「検体混入」「判定間違い」「検査結果見忘れ／見落とし」に関する医療事故について分析を行った。その後、医療安全情報 No. 7 1（2012年10月提供、集計期間：2008年1月～2012年8月）では、「病理診断報告書の確認忘れ」として、病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例について注意喚起を行った。

今回、本報告書分析対象期間（2018年7月～9月）においても、類似の事例が8件報告されたため、再び取り上げることとした。医療安全情報 No. 7 1の集計期間後の2012年9月以降に報告された再発・類似事例は35件であった（図表Ⅲ-3-2）。

図表Ⅲ-3-2 「病理診断報告書の確認忘れ」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
2012年			0	0	0
2013年	3	1	1	2	7
2014年	0	0	2	2	4
2015年	2	2	0	1	5
2016年	0	0	3	0	3
2017年	1	0	1	3	5
2018年	0	3	8	—	11

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 7 1 「病理診断報告書の確認忘れ」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.71 2012年10月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.71 2012年10月

病理診断報告書の確認忘れ

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が9件報告されています（集計期間：2008年1月1日～2012年8月31日、第24回報告書「個別のテーマの検討状況」(P98)の一部に掲載）。

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が報告されています。

検査	確認しなかった病理診断の内容	結果に気付いた時期
子宮頸部細胞診	クラスV、扁平上皮がん	1年半後
		6年後
上部消化管内視鏡検査の組織診	Group5の胃がん	2年半後
		2年半後
	胃の「悪性」所見	2年後
	胃の低分化型腺がん	1年後
	食道がん	半年後
緊急開腹止血術時の術中腹水細胞診	腺がん細胞	1ヶ月以内

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.71 2012年10月

病理診断報告書の確認忘れ

事例1

患者は他疾患の経過観察のCT検査で子宮・卵巣両方に腫瘍を疑われ、産婦人科を受診した。産婦人科医師の診察では超音波検査で複数回の子宮腫瘍を認め、卵巣がんを疑われ、産婦人科を退院した。子宮頸部細胞診を施行し、異常が認められ連絡することになった。1年半後、PET-CTで胃腸内に集積を認め、再度産婦人科を受診し、腫瘍の細胞診を施行した。腫瘍の診断終了後、医師は1年半前に施行した子宮頸部細胞診で異常(クラスV、扁平上皮がん)の病理診断報告書を確認していないことに気付いた。

事例2

通院中の患者が、胃検査で要精査の通知を受けた。医師は内視鏡検査を行い、病変部を生検し、次回予約を入れた。その後、病理診断報告書が出たが、患者が来院しなかったため、カルテを一度も開くことがなく経過した。2年後、患者は胃検査の結果が再度要精査であったため、受診した。その際、医師は2年前の病理診断報告書で「悪性」の所見が出ていたことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・病理診断結果の内容の確認ができる仕組みと、患者への説明が確実になされる仕組みを構築する。

総合評価部会の意見

- ・重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討しよう。

※この報告書は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省）に基づき、医療安全情報 No.71 2012年10月号として作成されたもので、当事業の趣旨を踏まえ、必要に応じて改訂される場合があります。

※この報告書の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を転載した場合は保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の教育を目的とし、医療従事者に過責や責任を課したがるものではありません。

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
〒101-0081 東京都千代田区三越1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0255(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
http://www.iscpe.or.jp/

（２） 事例の概要

① 病理診断報告書を確認していなかった診療科

病理診断報告書を確認していなかった診療科を図表Ⅲ - 3 - 4 にまとめた。

図表Ⅲ - 3 - 4 確認していなかった診療科

診療科	件数
消化器科・消化器内科	18
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	6
外科・消化器一般外科	5
内科	4
泌尿器科	2
歯科口腔外科	2
血液内科	1
呼吸器内科	1
内分泌代謝内科	1
腎代謝内科	1
神経内科	1
皮膚科	1
呼吸器外科	1

※複数の診療科が病理診断報告書を確認していなかった事例がある。

② 当事者の職種経験年数

報告された事例の当事者は医師または歯科医師であった。当事者の職種経験年数を集計し、図表Ⅲ - 3 - 5 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 5 職種経験年数

職種経験年数	件数
0～5年	11
6～10年	10
11～15年	8
16～20年	6
21～25年	3
26年以上	6

※当事者は、複数回答が可能である。

③ 実施した病理検査

実施した病理検査の内容を整理して示す。上部消化管内視鏡検査の生検組織診断が26件と多かった。

図表Ⅲ-3-6 実施した病理検査

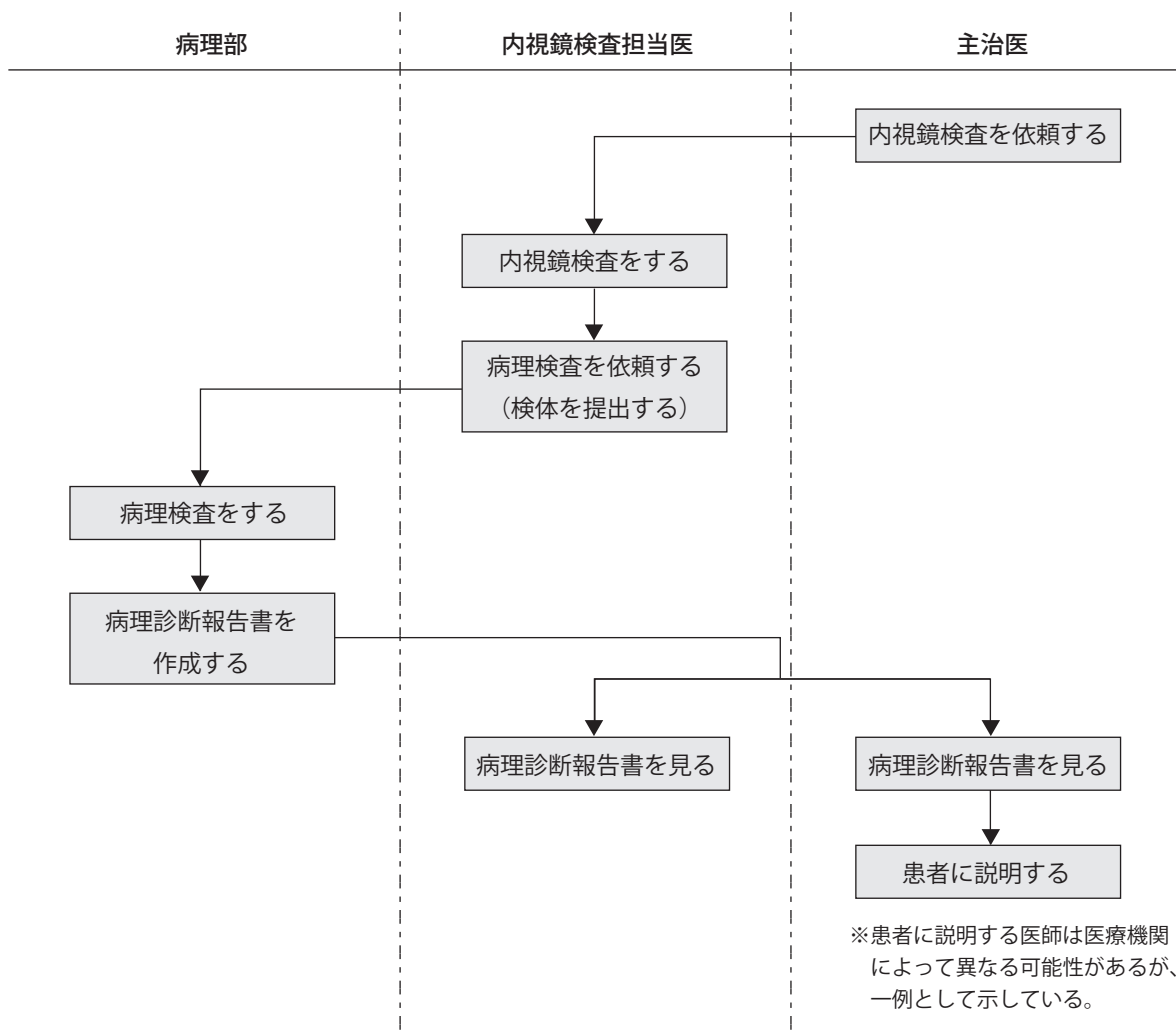
検査	件数
内視鏡検査の生検組織診断	27
上部消化管内視鏡検査	26
下部消化管内視鏡検査	1
手術検体の病理診断	6
S状結腸部分切除術・膀胱部分切除術	2
結腸垂全摘術	1
鼓室形成術・乳突削開術	1
頸部膿瘍手術	1
歯根嚢胞摘出術	1
その他	2
舌の組織診	1
尿細胞診	1
合計	35

（3）上部消化管内視鏡検査の生検組織診断事例の分析

本報告書では、病理診断報告書の確認忘れの事例のうち最も多かった上部消化管内視鏡検査の生検組織診断を取り上げて、分析を行うこととした。

参考として、上部消化管内視鏡検査の生検組織診断の流れの一例を示す。各診療科の主治医は、患者に上部消化管内視鏡検査が必要と判断した場合、内視鏡検査担当医に依頼する。内視鏡検査担当医は上部消化管内視鏡検査を行い、食道・胃・十二指腸を観察し、必要時は生検を行って病理検査を依頼する。病理部では病理検査を行い、専門の医師が病理診断報告書を作成する。病理診断報告書は電子カルテの所定の場所に表示され、主治医や内視鏡検査担当医が検査結果を確認し、主治医は検査結果を患者に説明してその後の治療について検討する。患者に検査結果を説明する医師は、医療機関によって異なる可能性があり、本報告書では一例を示している。また、医療機関によっては、病理診断報告書が作成された時や病理診断報告書が未読の場合に、電子カルテのシステムで病理検査を依頼した医師（内視鏡検査担当医）に通知されるところもある。

図表Ⅲ - 3 - 7 上部消化管内視鏡検査の生検組織診断の流れ（一例）



① 上部消化管内視鏡検査の目的

報告された事例の上部消化管内視鏡検査を行った目的を整理して示す。

図表Ⅲ - 3 - 8 上部消化管内視鏡検査の目的

目的	件数
消化器疾患・症状の精査	6
スクリーニング	5
頭頸部癌の精査	5
貧血の精査	4
消化器疾患の経過観察	3
詳細不明	3
合計	26

② 確認していなかった病理診断の内容

報告された事例の記載から、確認していなかった病理診断の内容を整理した。胃癌および胃の病変が合わせて18件と多かった。

図表Ⅲ - 3 - 9 確認していなかった病理診断の内容

確認していなかった病理診断の内容		件数
胃	癌	17
	Group 4	1
食道	癌	4
	高異型度上皮内腫瘍（severe dysplasia ~ CIS）	1
十二指腸	癌	2
不明	癌	1
合計		26

③ 気付いた時期

病理検査の後、病理診断報告書を確認していなかったことに気付いた時期をまとめて示す。最も早い事例では2ヶ月後、最も遅い事例では5年後に病理診断報告書を確認していなかったことに気付いていた。

図表Ⅲ - 3 - 10 気付いた時期

気付いた時期	件数
6ヶ月未満	4
6ヶ月～1年未満	4
1年～2年未満	8
2年以上	10
合計	26

④ 発見者

事例に記載されていた内容から、病理診断報告書を確認していなかったことに気付いた者を整理した。同職種者である医師によって発見された事例が15件と最も多く、当事者本人が発見した事例は8件であった。他職種者によって発見された事例は、診療情報管理士が2件、看護師が1件であった。

図表Ⅲ - 3 - 11 発見者

発見者	件数
同職種者	15
当事者本人	8
他職種者	3
合計	26

⑤ 気付いたきっかけ

病理診断報告書を確認していなかったことに気付いたきっかけについてまとめた。患者に症状が出現し、精査・治療を行う際に過去の検査結果を確認したところ、病理診断報告書を確認していなかったことに気付いた事例が12件と最も多かった。

図表Ⅲ - 3- 1 2 気付いたきっかけ

気付いたきっかけ	件数
患者に症状が出現し、精査・治療を行う際に過去の検査結果を確認した	12
上部消化管内視鏡検査を行った際に過去の検査結果を確認した	4
がん登録の際に病理診断報告書を見た	3
院内で検査結果の追跡調査を行った	3
外来診察時に病理診断報告書を見た	1
他科受診時に他科の医師が病理診断報告書を見た	1
詳細不明	2
合計	26

⑥ 患者への影響

事故の程度と治療の程度について示す。事故の程度では、因果関係は不明であるが、「死亡」が1件、「障害残存の可能性がある（高い）」を選択した事例が3件あった。また、治療の程度では、「濃厚な治療」を選択した事例が13件あった。悪性の所見を確認しなかったことにより治療の開始が遅れたことが患者に影響している可能性がある。

図表Ⅲ - 3- 1 3 事故の程度

事故の程度	件数
死亡	1
障害残存の可能性ある（高い）	3
障害残存の可能性ある（低い）	9
障害残存の可能性なし	3
障害なし	5
不明	5
合計	26

図表Ⅲ - 3- 1 4 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	13
軽微な治療	3
治療なし	4
不明	1
合計	21

※「医療の実施あり」の21件の内訳を示す。

⑦ 事例の内容

主な事例を図表Ⅲ - 3 - 1 5 に示す。

図表Ⅲ - 3 - 1 5 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
消化器疾患・症状の精査			
1	4年前に黒色便の訴えがあり本院消化器内科を受診した。上部消化管内視鏡検査を施行したが新たな出血は指摘できず、膵酵素の上昇も認められたため、仮性脾動脈瘤からの再出血と判断し、プレタールを中止して経過観察する方針とした。この際、食道の切歯より30cmの部分に3mm大の浅い陥凹を認めたため、1ヶ所生検を施行した。再診時、出血症状のないこと、血液検査でも貧血の進行がないことを確認したが、生検結果の確認や説明はせず帰宅とした。以後も半年から1年に1回程度、外来で経過観察をしていたが、生検結果は確認されることなく経過した。嚥下時のつまり感が出現したとのことで近医からの紹介で本院を受診した。今回、上部消化管内視鏡検査を施行し、切歯より27～30cmの部分に癌を強く疑う所見を認め、生検を施行した。この際に4年前の内視鏡所見を確認し、同時に行われていた生検で扁平上皮癌が検出されていたことが判明した。精査加療目的で入院となった。	カルテには内視鏡検査時に食道より生検1ヶ所、次回受診時にCBC・病理の説明と記載されているが失念した。検査の主目的は出血源の検索であったが、それとは関連のないものとして見つかったものであったため、強く意識されなかった。当該診療科においては、病理結果の未確認防止のための手順作成や過去の未確認事例の調査を実施していなかった。病理結果や画像診断結果の未確認防止のための仕組みを作り、安全で安心できる体制を構築していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 検査結果の伝達についての認識を患者と共有するために、内視鏡検査実施時の患者への説明文書に検査結果についての注意喚起をする文言を記載する。 重要な診断結果が出た場合は、病理部より依頼医に対してメールを送信する。 1ヶ月に1回、今回の事例が発生した診療科内において、内視鏡検査時に病理組織検査を依頼した全症例についてカンファレンスを開催し、すべての病理検査の結果について確認し、治療経過について情報共有する。
スクリーニング			
2	泌尿器科医師が術前の胃潰瘍スクリーニング目的で消化器内科に対診依頼を行った。消化器内科にて上部内視鏡検査を施行し、隆起病変を認めたため、生検を行った。2週間後、泌尿器科外来時に検査結果を確認したところ病理結果の所見が出ていなかった。5ヶ月後、検査医が検査結果の確認を失念していたことに気づき主治医に連絡した。十二指腸癌を認め、患者への説明が行われた。	所属3年目の消化器内科医師が、本来病理検査結果が報告され次第、内視鏡結果報告書に記載すべきところ記載することを失念していた。生検結果の説明予定日に病理結果が出ておらず、主治医である泌尿器科医師は、次回受診時に生検結果の有無の確認をすべきところ、確認が抜けた。消化器内科の医師は、読影結果を記載予定日にカルテに記載していなかったことを5ヶ月後まで認識していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> 病理所見について、放射線読影結果と同様に、電子カルテ上で関係者に通知するアラート機能を次年度導入予定である。 本事例を、安全管理部会、RM会議で報告し、各医師に確認の励行を伝達した。 消化器内科では、結果記入手順の確認と周知徹底を行った。

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
頭頸部癌の精査			
3	<p>喉頭癌で放射線化学療法を施行した患者に、重複癌の検査目的で同時期に実施した上部消化管内視鏡検査での食道癌の病理診断結果を確認していなかった。4年後、患者から、物が飲み込みにくいという訴えがあり上部消化管内視鏡検査を行い、その結果を確認した際に4年前の病理結果に気が付いた。</p>	<p>喉頭癌に関しては病変部位、進行度の同定、浸潤やリンパ節転移の有無などを行っているが、その過程の中で、消化管内視鏡の病理結果を確認することを失念した。内視鏡の依頼は直接診療科から行う。内視鏡検査時の病理検査依頼は内視鏡施行医が行う。病理検査が出た段階で病理科から電子カルテを通してメッセージを出す。そのメッセージは病理検査を依頼した内視鏡施行医に対して出る。内視鏡検査を依頼した主治医にはメッセージが届かないシステムである。そのため、主治医は意図的に病理診断結果を確認しなければ、見落としが起こる状況にある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 診療科は腫瘍カンファレンスで症例確認の必須項目を明確にして確認できるようにする。 診療科は悪性腫瘍のチェックシートを作成する。そのシートには重複癌の検索結果の記載を含める。 電子カルテのシステムとして、内視鏡検査実施後に依頼があった病理検査に関しては、結果が出たことを通知するメッセージを内視鏡を依頼した診療科の主治医にも知らせる。 内視鏡検査レポートは所見と病名が一目でわかるレイアウトにする。 内視鏡検査後の患者には、生検の結果を主治医に確認する旨の注意書きを手渡し、患者からも結果確認の行動が取れるようにする。
貧血の精査			
4	<p>腎代謝内科受診時に貧血を認めたため、血液検査と上部消化管内視鏡検査を実施した。生検を実施し、結果が報告されていたが、担当医は気付かず、鉄欠乏性貧血と胃潰瘍との診断で内服治療を行った。7ヶ月後に通過障害が出現し、上部消化管内視鏡検査を実施したところ、胃がん疑いで入院となった。この時、7ヶ月前の生検結果の存在を確認し、治療開始が約7ヶ月遅れたことが判明した。入院後に幽門側胃切除術を施行し、以後、抗がん剤治療等を行った。</p>	<p>腎代謝内科の担当医が内視鏡検査を依頼し、消化器内科医師が施行したが、カルテには胃潰瘍と記載されていた。そのため、担当医は経過観察とした。また、担当医も、内視鏡検査を施行した消化器内科医師も、生検結果（病理組織診検査報告書）の確認を怠った。さらに、生検した1ヶ月後に腎代謝内科の担当医の退職により後任医師へ交代する時も、胃潰瘍で申し継がれ、後任の医師も検査結果等の確認をしていなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 病理組織診検査結果の患者説明：本事例以降、基本的に2週間後、内視鏡検査を施行した消化器内科の外来で患者に結果を説明する運用に変更した。 病理組織診検査報告書の確認・ダブルチェック：当院のオーダーリングシステムは、検査結果を誰が、いつ確認したかを表示できないため、病理検査で悪性所見があったものについては、全例、担当科の部長へファイルを送り、主治医が適切な処置をしているかチェックする運用に変更した。 担当医交代時の申し送り：交代時に、患者カルテや病理検査を含む検査結果を遡って確認すれば、がん情報を発見できた可能性がある。本事例を院内周知し、交代時のカルテ、検査結果等の確認の徹底を図った。

⑧ 病理診断報告書を確認しなかった背景・要因

1) 病理診断報告書の確認に関するシステム

事例が発生した時点で、病理診断報告書の確認に関する何らかのシステムがあったことが記載されている事例について、システムで通知する内容、通知方法、病理診断報告書を確認しなかった要因を整理した。病理診断報告書が作成されたことが通知されるシステムがあったが、病理検査を依頼した医師（内視鏡検査担当医）に通知され、内視鏡検査を依頼した医師（主治医）には通知されなかった事例が複数報告されていた。また、病理診断報告書の未確認や腫瘍の診断を通知するシステムがあったが、何らかの要因で通知が行われなかった事例も報告されており、システム導入後は漏れなく運用することが重要である。

図表 III - 3 - 1 6 病理診断報告書の確認に関するシステム

通知する内容	通知方法	病理診断報告書を確認しなかった要因
病理診断報告書の作成	電子カルテに顕微鏡マークのアイコンが表示される	<ul style="list-style-type: none"> 病理検査を依頼した医師がカルテを開けた際、患者を選択する前にアイコンが表示され、各患者のカルテには表示されない。 アイコンの表示は病理診断確定日のみで、翌日以降は新たな病理検査の確定診断日までは表示されない。 病理検査を依頼した医師のみにアイコンが表示され、内視鏡検査を依頼した医師へは表示されない。
	メール配信される	<ul style="list-style-type: none"> 病理検査を依頼した消化器内科医師へ通知され、皮膚科主治医へは伝わらなかった。
	電子カルテを通してメッセージが出る	<ul style="list-style-type: none"> 病理検査を依頼した内視鏡施行医にメッセージが出され、内視鏡検査を依頼した主治医にはメッセージは出されないシステムであった。
病理診断報告書の未確認	担当医に文書が配布される	<ul style="list-style-type: none"> 文書を配布する担当者の異動に伴う引き継ぎが不十分で機能していない時期があり、担当医に文書が届いていなかった。
腫瘍の診断	報告書に蟹マークが付く	<ul style="list-style-type: none"> 病理医が手作業で蟹マークを入力していたが、入力するのを忘れた。

2) その他の背景・要因

その他の背景・要因のうち、主なものを整理して紹介する。

図表 III - 3 - 1 7 その他の背景・要因

○連携・情報共有
【診療科内】
<ul style="list-style-type: none"> 入院中に施行され結果が未着の病理検査の確認については、外来の主治医に申し送りを行うべきであったが、申し送りをしていなかった。 主治医からの申し送りとサマリーに記載がなく、外来担当医は生検したことを認識できなかった。 後任の医師へ交代する時に胃潰瘍で申し継がれ、後任の医師も検査結果を確認していなかった。 術前カンファレンスでは病理診断報告書の内容の確認は行われず、担当医一人で確認を行っていた。

【診療科間】

- ・消化器内科医師が外科に大腸癌の手術を依頼した際に術前検査の一環として上部消化管内視鏡検査が行われたが、その結果の確認や患者への説明について両診療科間で明確な取り決めがなかった。
- ・検査を実施した医師と主治医のどちらが病理検査結果を確認するかの取り決めがなかった。
- ・主治医は内視鏡検査施行者が病理結果を知らせてくれると思っていた。
- ・内視鏡検査を施行した消化器科医は、消化器科対診ではなく主治医が内視鏡検査をオーダーしており、主治医側で確認、説明するものと思っていた。

【職種間】

- ・結果説明の機会の有無を多職種間で共有する仕組みが十分でなかった。
- ・診療情報管理士が未説明の事実気付、同僚、上司等に報告したが、その時点では担当医には伝わらなかった。

○患者の疾患・病態

- ・以前に行った胃切除の経過観察のために上部消化管内視鏡検査を実施したが、慢性膵炎等の治療に注力していた。
- ・胆管癌の大動脈リンパ節再発を認め、この治療を優先しており、病理検査の診断結果を見落とした。
- ・検査の主目的は出血源の検索であったが、それとは関連のないものとして見つかったものであったため、強く意識しなかった。

○カルテの記載

- ・主治医は診療録や次回受診の予定に「病理結果説明あり」等のコメントを記載していなかった。
- ・腎代謝内科の担当医が内視鏡検査を依頼し、消化器内科医師が施行したが、カルテには胃潰瘍と記載されていた。そのため、担当医は経過観察とした。
- ・内視鏡レポートでは生検の有無は無となっていたため、内視鏡診断の説明で終了した。

○報告書の作成時期

- ・生検結果の説明予定日に結果が出ておらず、主治医である泌尿器科医は、次回受診時に生検結果の確認をすべきところ、確認が抜けた。
- ・外科に転科してから手術予定日まで短期間であったため、術前カンファレンス時に内視鏡の病理検査結果が報告されておらず、カンファレンスでも確認が行われなかった。

○確認体制・仕組み

- ・病理診断結果を主治医（内視鏡依頼医）と内視鏡実施医（病理検査依頼医）のどちらに知らせるかルールがはっきりしていない。
- ・医師が検査結果を見たかどうかの確認ができないシステムである。
- ・病理結果未確認防止のための手順を作成していなかった。
- ・過去の未確認事例の調査を実施していなかった。

○患者

- ・内視鏡検査当日、施行医師は胃癌の可能性が高いと患者に説明し、詳細結果の説明のために来院するよう伝えたが、その後患者は来院しなかった。
- ・患者及び家族から検査結果を尋ねられなかったため、気が付かなかった。

⑨ 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の主な改善策をまとめて図表Ⅲ - 3 - 18に示す。

図表Ⅲ - 3 - 18 事例が発生した医療機関の改善策

○病理診断報告書の確実な確認
<ul style="list-style-type: none">・病理診断結果を各診療科で漏れなくチェックする体制の整備を行った。・病理結果未確認のアイコンは複数医師への表示は不可能なため、内視鏡等の検査を依頼した医師にも検査結果を確認することを改めて徹底するよう指導した。・内視鏡検査を実施した医師が検査結果を確認する。・術前カンファレンスなどを利用して、複数人による検査レポートの確認を行うことを検討する。・診療科は悪性腫瘍のチェックシートを作成する。・現場の医師は異常所見マークに注目してしまう傾向があり、異常所見マークを付け始めた経緯・意味や、マークの有無にかかわらず記載内容を十分注意して確認することを再度周知することとした。
○重大な所見の通知
<ul style="list-style-type: none">・特に重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討する。・病理検査で悪性所見があったものについては、全例、担当科の部長へファイルを送り、主治医が適切な処置をしているかチェックする運用に変更した。
○未読を防止するシステムの導入
<ul style="list-style-type: none">・電子カルテに検査結果レポートを見たことがチェックできる機能を構築する。・電子カルテのシステムで、内視鏡を依頼した診療科の主治医にも病理診断結果が出たことを知らせるメッセージを送る。・病理結果のリストに未確認が1件でもある限りアイコンが継続表示されるよう設定を変更した。・病理診断レポートのチェック機能である「未読者への確認依頼」のルールをマニュアル化し、確認漏れがないよう徹底する。
○外来受診日の設定
<ul style="list-style-type: none">・検査後に外来受診日を設定する。・病理検査や内視鏡検査をオーダーする際には、医師は結果を説明する日も予約する。・消化器内視鏡センターでは、他科依頼のオーダーで生検を施行した症例は、病理結果説明のため、全例消化器科の外来予約もとるようにした。
○患者への説明
<ul style="list-style-type: none">・内視鏡検査時に使用する検査指示書及び患者用の検査説明用紙に、「後日検査結果の説明がある」旨を記載し、患者に説明する。・消化管内視鏡の説明書に「検査結果の説明を聞くこと」などの文言を追加することにより、患者に検査結果を確認する意識の向上を図る。・検査結果について担当医に直接確認することを患者自身に促す。
○情報共有
<ul style="list-style-type: none">・内視鏡センターにおいて内科が行っているカンファレンスに外科も参加して情報を共有する等、チェック体制を強化する。・今後チームで情報を共有することを目的としたフローを診療科内で検討して実施することとなった。
○その他
<ul style="list-style-type: none">・本事例を、安全管理部会、リスクマネージャー会議で報告し、各医師に確認の励行を伝達した。・当該科内での業務量を平準化する。・がん登録漏れのチェックを3ヶ月毎に行う。

（４）まとめ

本報告書では、「病理診断報告書の確認忘れ」（医療安全情報 No. 71）について、医療安全情報 No. 71 の集計期間後の2012年9月以降に報告された再発・類似事例を集計した。さらに、そのうち最も多かった上部消化管内視鏡検査の生検組織診断の事例26件について分析を行った。

各診療科の主治医が内視鏡検査担当医に依頼して上部消化管内視鏡検査が行われ、さらに内視鏡検査担当医が病理医に依頼して病理診断が行われる複雑な流れの中で、病理診断報告書が確認されず長期間が経過した事例が報告されていた。また、病理診断報告書が作成されたことや一定期間未読であることを知らせるシステムがある医療機関においても確認忘れの事例が発生していた。

病理診断は患者の治療方針を決定する上で重要な検査であり、病理診断の結果を、いつ、誰が患者に説明するのかを明確にして、病理診断報告書の内容を確実に確認することが必要である。そのためには、医療機関において「内視鏡検査～病理検査～病理診断報告書の確認～患者への説明」の流れを整理し、業務工程を確立することが重要である。また、病理診断報告書の作成や未確認を知らせるシステムを活用する場合は、通知先を適切に設定し、漏れがないように運用することが望まれる。