

平成29年度
厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

医療事故解剖を含む病理解剖の実施状況および病院内における病理医の役割、病理部門と安全管理部門との連携に関する調査報告について

研究分担者 坂谷貴司 日本医科大学附属病院 病理診断科
研究協力者 内藤善哉 日本医科大学大学院 統御機構診断病理学
佐々木毅 東京大学医学部大学院医学系研究科
人体病理学・病理診断学分野
田中伸哉 北海道大学大学院 医学研究科腫瘍病理学分野

研究要旨

「医療安全指標の開発及び他施設間比較体制の検討と病理部門等と安全管理部門との連携が院内の医療安全体制に与える影響に関する研究」の内容に関し、病理部門等と安全管理部門との連携および、医療事故解剖を含む病理解剖の実施状況、病院内における病理医の業務状況を調査検討した。

病理医は限られた人的資材のなか病理解剖および医療事故解剖を行い、病理解剖報告書作成からCPC実施にいたるまで多大な労力を要しながら、医療の質を高めるために貢献している。しかしながら、医療事故の病理解剖については、臨床医及び病理医の双方とも制度に対する理解がやや不十分な点もあり、今後は制度の理解を深め、運用していく必要がある。

病理医は診断および解剖業務のみならず、治療方針決定や、予期せぬ病理診断や重篤な感染症であった際の対応、検体取り違い防止対応など、on-siteで病理医が居ることの有効性を示す基本データが得られた。

医療安全部門との連携については、まだ不十分であるとも考えられる。ただし、病理医に時間的な余裕も無いので、補完的な役割となる点については、ある程度 of 了解が必要であろう。昨今話題となっている未読症例問題に対して、病理部門および医療安全部門との有用な連携による対応が考えられ、今後未読症例が発生する原因解明とその対応策を検討することとなった。

A. 研究目的

本研究班では、病理部門等と安全管理部門との連携が院内の医療安全体制に与える影響に関する研究を行っている。

病理業務は『病理解剖』『組織診断（生検および手術材料）』『細胞診断』の大きく3つに分けられる。病理解剖は、死因の解明、診断の正確性の評価、治療効果の判定などに対して、非常に有効な手段であり、画像診断が進歩した現在でも、病変を直接みることの有用性は論を俟たない。

平成27年10月より医療事故調査制度が開始され、医療事故の原因分析、再発防止に向けた取り組みが各医療機関で行われている。医療事故調査において解剖は、原因を明らかにするために必要な範囲で選択される調査のひとつとされている。本研究班では、日本病理学会の医療事故調査委員会との情報共有や全国病理部・病理診断科からの種々のデータを収集することで、医療安全において重要な位置を占める病理解剖や医療事故調査制度における解剖についての実施状況を把握するとともに、病理解剖や医療事故調査における問題点や病理医の役割を明らかにすることを目的の一つとした。

病理医は3大業務以外にも臨床各科と合同で解剖例や手術例についてカンファレンスを行ったり、医療安全部門のメンバーとなって病理の立場から意見を述べたり、これまでに蓄積された病理データを用いた臨床研究なども積極的に行っている。さらには、病理研修を始めた医師の指導のみならず、学科発表を行う臨床医の指導を行うなど、病理医が行う作業があまりにも多くなってきており、そのため肝心の診断をするという行為、新しい知見を学ぶ行為に割くことのできる時間が減少しているのではないかとも思われる。病理部門の充足は医療の質の高さを測る重要な指標として考えられており、本研究では、現在病理医がどのような状況下で、医療安全や治療方針検定に際して、どのような役割を担い、医療の質に貢献しているのかを検討するとともに、病理部門と安全管理部門との連携の現状を把握し、より有用な連携についての可能性を検討することをもう一つの目的とした。

B. 研究方法

全国の日本病理学会研修認定施設（約440施設）のうち、医療事故に関する解剖の多くが行われている大学病院・分院およびセンター病院など

135施設を対象にアンケート調査を行った。

同様の対象施設に行われた病理解剖に関する先行研究では、以下のような調査内容であり、考察における参考資料とした。

(1) 各施設における年間の病理解剖数は、50 体以上 (9.4%)、30-50 体 (47.0%)、10-30 体 (37.6%)、10 体以下 (2.6%)。

(2) 病理解剖を担当する医師数は、5 人以上 (70.9%)、2-4 人 (25.6%)、1 人 (2.5%)。

(3) 病理解剖体制について、24 時間 365 日対応可 (8.5%)、24 時間 365 日連絡可、執刀は日中 (35.9%)、24 時間 365 日連絡可、執刀は平日の日中のみ (16.2%)、勤務時間内のみ対応 (36.8%)。

(4) 医療安全に関連する病理解剖経験について、過去に 5 体以上の執刀経験あり (27.4%)、過去に執刀経験あり (5 体未満) (54.7%)、執刀経験なし (17.1%)。

(5) 医療安全に関連する病理解剖に対する病理医の対応について、通常の病理解剖と同じ対応 (37.6%)、通常の病理解剖に比して手厚く対応すべき (増員や執刀時間の融通など) (42.7%)、医療安全に関連する病理解剖を行う外部の専門機関へ委託すべき (17.1%)。

(6) 医療安全に関する病理解剖を円滑に行うために必要と思われる事象について、各項目の重要度を 1 (重要度低) - 5 (重要度高) の数値で測った。それぞれの事象で重要度が高いとした (重要度 4 もしくは 5) の頻度をそれぞれ示す。

- a. 病理医や補助者の充足 (91.5%)
 - b. 日常の病院運営から病理医が医療安全管理に関与する (55.6%)
 - c. 病理解剖に対する診療報酬の設定 (70.1%)
 - d. 病理解剖施設の充実 (ご遺体の冷蔵施設、感染対策剖検室など) (79.5%)
 - e. 執刀前カンファレンスによる問題点の確認および体制の確立 (85.5%)
 - f. 医療安全に関連する病理解剖を担当する病理医への専門教育 (85.4%)
 - g. 医療安全管理者との連携 (80.3%)
 - h. 刑事訴追、刑事事件の証拠採用とならないこと (65.8%) .
- となっている。

C. 研究結果

伏見班アンケートを送付した施設のうち、117 施設 (86.7%) から回答を得た。

(基本 1-6) 施設基本情報として、対象施設は 700 床以上が半数以上であり、600 床未満は 22.3%であった。

日本医療安全調査機構に「医療事故」の届け出がなされた症例について自施設で剖検を行った症例は約3割であった。

【病院全体や医療事故調査における病理医の位置付けについて】

(B25-27; Q7-9) 医療事故(死亡)に対処するチームは常時ある施設(82.9%) 事故発生に招集される(11.1%) とほとんどの施設で組織されるが、構成員としては医療安全管理者、事務、看護師、主治医の順であり、病理医を構成員と該当するとした割合は4割弱であった。構成員とした参画する頻度については、『常に』が(11.1%) であり、剖検が行われる場合のみ(25.6%) とある他は、時に応じて(44.4%)、全くない(10.3%)であった。

(B28; Q10) 医療事故が発生した場合に病理解剖はどのように行われるかについて、臨床医は必ず家族に承諾を依頼する(79.5%)、臨床医は必要な場合に家族に承諾を依頼する(4.3%)、剖検の承諾がとれた場合は、他施設に依頼する(0.9%)。

(B29; Q11) 外部の病院からの医療事故に関する剖検依頼に対する経験(外

部病院への出張剖検、外部病院からの持ち込み剖検を含む)について、経験あり(44.4%)、現状ではない(53.8%)。

(B31; Q13) 病院内の医療事故の解剖で、問題となったことに関して、

- a.経費 4.3%
- b.解剖医決定 5.1%
- c.解剖補助者決定 1.7%
- d.臨床情報不備 18.8%
- e.患者家族と臨床医の意思疎通不十分 15.4%
- d.その他

(B32; Q14) 外部病院からの医療事故の解剖で、問題となったことに関して、同様の設問では、d.臨床情報不備 15.4%、e.患者家族と臨床医の意思疎通不十分 13.7%と高く、院内解剖と同様の傾向であったほかに、経費 10.3%が多い。

(B33; Q15) 医療事故の解剖経験が無い施設で、今後、医療事故の解剖を行う場合、問題となることに関して、

- a.経費 46.2%
 - b.解剖医決定 35.9%
 - c.解剖補助者決定 20.5%
 - d.臨床情報不備 46.2%
 - e.患者家族と臨床医の意思疎通不十分 43.6%
- といずれも問題点となり得る可能性

が高いことが示された。

(B34; Q16) 医療事故の病理解剖報告書についての報告手順について、最終報告書のみを主治医に報告する (17.1%)、最終報告書のみを院内調査委員会 (院内の医療事故調査委員会) に報告する (18.8%)、最初に肉眼解剖報告書を提出後、最終報告書を報告する (9.4%)、最初に肉眼解剖報告書を提出後、最終報告書を院内調査委員会 (院内の医療事故調査委員会) に報告する (19.7%)、その他 (22.2%)。

(B35; Q17) 医療事故の病理解剖報告書の最終報告までの平均期間について、3ヶ月以内 (33.3%)、6ヶ月以内 (30.8%)、1年以内 (4.3%)、1年以上 (0%)、その他+無回答 (31.7%)。

(B36; Q18) 院内調査委員会 (院内の医療事故調査委員会) が最終報告をまとめて、家族へ説明するまでの平均期間について、3ヶ月以内 (8.5%)、6ヶ月以内 (13.7%)、1年以内 (20.5%)、1年以上 (0%)、その他+無回答 (57.3%)。

(B37,38; Q19,20) 通常の病理解剖についての CPC 実施状況に関して、全症例で CPC を実施している (44.4%)、適宜 CPC を実施している (55.6%)。

CPC の実施形式について (複数回答可)、全科の合同 CPC を実施 (44.4%)、依頼科主治医と研修医との CPC を実施 (51.3%)、研修医 CPC を実施 (20.5%)

(B45; Q27) 病院内における病理医の医療の質を高めるための貢献について、具体的な数値を客観的に表すとすればどのような指標が望ましいかという自由記載に関して、

- ・病理医が参加する CPC の症例数、総時間数、CPC の開催率
- ・剖検数および剖検診断をまとめるために要する人数および所用時間総数
- ・全業務時間に占める解剖から最終報告までに要する時間 (会議等を含む)
- ・病理解剖は医療の質の向上のために大切で、多大な労力を要するものであるのにも関わらず、いっさいそれに対して一症例ごとに費用が病院に算定されていない。

【病院内における病理医の役割について】

(A19,20; Q1,2) 術前あるいは術後カンファレンスへの病理医の参加状況はそれぞれ、47.0%、63.2%であり、概ね半数あるいはそれ以上の参加率であった。

(A21; Q3) 臨床医が予期せぬ病理診断（良性疾患や悪性疾患など：非感染症）であった場合の、臨床医への対応について、直接口頭で連絡する（12.0%）、診断書での結果報告のみ（17.1%）、診断書で結果報告し直接口頭で連絡する（48.7%）。

(A22; Q4) 病理へ提出された検体の臓器、部位が依頼書と異なっている際の対応について、病理側の臨床検査技師が臨床医に確認する（89.7%）、病理医が、臨床医に確認する（68.4%）、病理側の臨床検査技師が、臨床側の検体担当技師・搬送担当者に確認する（29.1%）、インシデントとして報告し、病院全体で対応する（28.2%）

(A23; Q5a-f)
年間の検体数について、迅速組織診は年間 500 件以上の施設が半数以上を占めており、1000 件以上の施設も 14.5%あった。
手術症例の検体数は、6000 件以上が半数以上を占めた。

D. 考察

日本病理学会研修認定施設のうち、医療事故に関する解剖の多くが行われている大学病院・分院およびセンター病院に対してアンケート調査を行い、

通常的病理解剖ならびに医療事故に関する解剖の現状の把握を行った。

今回の調査対象施設は概ね大学病院・分院およびセンター病院ということで、700 床以上の施設が半数以上であった。全国の中では規模の大きな施設を対象とした調査であるが、病理解剖を担当する医師数が4名以下の施設が 25%以上もあった。日常の生検および手術検体診断業務、迅速診断業務などを鑑みると、如何に少ない人数のなかで、解剖を行っているかということがわかる。

病理解剖体制については、約 60%の施設で 24 時間 365 日連絡可能となっており、約 40%の施設では休日も対応、約 10%弱の施設では 24 時間 365 日対応となっていた。御遺体をできるだけ早くご遺族にお戻しするための努力と日常業務に支障を来さないようにするため、夜中および休日対応している結果と思われるが、病理医に過重労働を強いている可能性は否定しきれない。日常の病理診断も質の高さが求められている昨今、24 時間 365 日体制は、マンパワーのある病院に限定されられると思われる。夜中に解剖を行っても、翌日の勤務は通常通りあると推測され、労働環境の観点からは推奨し難いと思われる。

医療安全に関する病理解剖については、執刀経験 5 体未満あるいは執刀

経験のない場合が 70%以上を占めた。これは実数として少ない可能性の他に、医療事故調査制度に対する認識が臨床医のみならず病理医も十分でないために、本来、日本医療安全調査機構に「医療事故」として届け出がなされるべき症例が埋もれている可能性もある。これは「医療についての過誤の有無を問わない」ものも含む解剖であるのにも関わらず、言葉の捉え方によっては負のイメージを有する「医療事故」という言葉が臨床医に届け出に対する抵抗感をもたらしている可能性は否めない。制度開始後からの剖検数の推移を見守りながら、増加が見込めないような場合には、呼称についてのアンケート調査を行ってもよいかもかもしれない。

医療安全に関連する病理解剖に対する病理医の対応について、通常通り行うべき、手厚く行うべきという意見がある一方、医療安全に関連する病理解剖を行う外部の専門機関へ委託すべきという意見も多く見受けられた。臨床医と病理医が同一施設内では、中立性の維持が難しいと考える病理医もあり、実際に第三者機関での解剖を御遺族が希望される場合も見受けられる。臨床医・病理医の双方および医療機関に対して、どのような症例が、通常の病理解剖あるいは医療安全に関連する病理解剖に該当するのかを

明示し、学会などの医療安全講習などで理解を深めるなどの方策が必要であろう。

医療安全に関する病理解剖を円滑に行うために必要と思われる事象については、マンパワー不足についての要望（病理医や補助者の充足；91.5%）が高く、これらは先にも述べたように（1）解剖を行う人数の不足、（2）解剖を行うことによる日常業務への逼迫、（3）剖検報告書を纏めるまでの労力や会議に要する時間に対する要望と思われる。臨床医から解剖直後に遺族に対して病理解剖説明を求められる事例も複数例報告されており、通常の病理解剖以上に労力を要していると思われる。

次いで、円滑に行うために必要と思われるのが、「執刀前カンファレンスによる問題点の確認および体制の確立」となっている。

これは、医療安全に関する病理解剖の際には、通常の病理解剖よりも詳細に症例経過や問題点を把握した上で解剖を行うためである。症例の全貌を把握しながら解剖を行うことが必要であるが、臨床医から十分な情報が得られない場合、情報が後出しになっている場合もあるようで、臨床医・病理医および医療機関との十分な協力体制のもと解剖が行われるが望ましく、体制の確立は必須と考える。「医療安全

に関連する病理解剖を担当する病理医への専門教育」や「医療安全管理者との連携」も含まれると考える。

病理解剖は医療の質向上のために大切であるが、一症例ごとの費用が病院には算定されていない現状がある。解剖数は以前に比して減少してはいるが、要求される内容はより高度になっていると思われる。解剖数の多寡によらず、保険診療係数が同じであれば、病理医の労力は報われず、病院も積極的に剖検を行うような体制とはなり得ないであろう。それがひいては医療の質低下へとつながることが懸念されることから、解剖1体につき「〇点」というような報酬体系が設定されるべきである。

病院内における病理医の役割および横断的な部門連携についてのアンケート結果からは以下のようなことが考えられる。

術前および術後カンファレンスの参加状況から、手術方針や術後治療方針決定に大きく関与していることが明らかとなった。治療方針決定には、病理診断名のみが必要とされているのではなく、カンファレンスを通じて、患者情報や画像情報などを統合した上で、病理診断に必要な情報を付加した病理情報が必要である。そのために

は、病理医が on-site に居ること、常駐することが重要であることを示す結果であると考えられる。

臨床医は臨床所見や画像所見に基づいて、疾患を推定し、生検や手術を行うが、良悪性の判定においても病理診断によって覆ることがしばしばある。その際に、定められて行動基準はないが、多くの病理医にはなんらかの手段で臨床医に病理診断内容を伝えようとする行動が見受けられた。診療科を超えた横の連携が緊密であることは医療安全を守る砦となると思われる。しかしながら、善意に基づく行動でもあり、多忙な日常業務の中で、漏れなく全ての症例に対して行えるものではないであろう。

迅速診断時や剖検時に結核やアメーバなどの届け出が必要な重篤な感染症が疑われた場合には、業務に従事する技師および病理関連部署に連絡し、感染対策を指示するとともに、主治医にも多くの場合連絡していることが分かったが、感染対策室への連絡については行われていない施設も見受けられた。感染対策部門への連絡を臨床医が行うのか、診断を行った病理医が行うのかは議論の余地があるが、横断的な連携による医療の質向上を考慮した場合に、病理部門から感染対策部門へ積極的に連絡を行ってもよいのではと思われる。

病理に関連した医療事故の一つとして、検体取り違えが挙げられるが、病理へ提出された検体と依頼書の照らし合わせについては、検体受付時に臨床検査技師が臨床医や臨床側の検体担当技師・搬送担当者へ確認を行う第一段階チェックがあり、臨床医が切り出しの際に臨床医に確認を行う第二段階チェックがあることがわかる。業務内容と職種の違いによって、同一検体に対して、複数回のチェックが行われることで、検体取り違え予防の一助となっていると思われる。ただし、検体取り違え事例を症例に検討する場合には、検体採取から病理診断報告終了に至るまでの数多くの行程とそれに携わる医師、技師、その他担当者に作業内容を確認する必要がある。

本研究班で病理部門と安全管理部門との連携がどのような場面で極めて有効に医療安全体制に影響を与えるのかを検討していくなかで、未読症例対応が考えられた。病理診断報告書や放射線読影レポート内容が確認されなかった、言い換えると診断内容が未読であったことで、治療が遅れ、病気が進行することで患者に損害を与えるという、医療事故の類型の一つである。結果の見落としにより深刻な医療事故となった事例は昨今の複数報道されている。医療側に落ち度があるのは明らかではあるが、複数の診療科

がまたがって診断治療が行われている場合も多く、責任の所在も明確にしにくいこともある。重要なのは未読を防ぐためのシステムであり、電子カルテ上で既読および未読の管理ができれば、未読症例を安全管理部門で一括把握して、その対応を行うこともできであろうと考える。日本病理学会では「病理診断報告書 患者伝達確認のためのマニュアル(案)」が作成されている。本研究班では、前述のような考えのものと、未読症例に対する電子カルテ機能調査、病理部門での対応状況、医療安全管理部門との連携状況などを把握するために、日本病理学会研修認定施設(約440施設)を対象として、アンケート(参考資料;未読問題アンケート)を行い、未読症例が発生する原因解明とその対応策を検討する予定となっている。

E. 結論

今回の調査結果から、病理医は限られた人的資材のなか病理解剖および医療事故解剖を行い、病理解剖報告書作成からCPC実施にいたるまで多大な労力を要しながら、医療の質を高めるために貢献している状況が明らかとなった。

医療事故の病理解剖については、制度施行開始からさほど経っていない

こともあるが、臨床医及び病理医の双方とも制度の理解がやや不十分な可能性がある。今後は制度の理解を深め、運用していく必要がある。

病理医は診断および解剖業務のみならず、術前および術後カンファレンスにおける治療方針決定や、予期せぬ病理診断や重篤な感染症であった際の対応、検体取り違い防止対応など、on-site で病理医が居ることの有効性を示す基本データが得られた。

医療安全部門との連携については、事案次第ではあるが事故発生時に構成員に病理医が含まれない割合も高く、まだ不十分であるとも考えられる。ただし、全症例について病理医がコミットする時間的な余裕も無いので、補完的な役割となる点については、ある程度の了解が必要であると思われる。昨今話題となっている未読症例問題に対して、病理部門および医療安全部門との有用な連携による対応が考えられ、今後未読症例が発生する原因解明とその対応策を検討することとなった。

本研究は、平成 28 年度厚生労働科学研究補助金「医療安全指標の開発及び他施設間比較体制の検討と病理部門等と安全管理部門との連携が院内の医療安全体制に与える影響に関する研究 (H28-医療-一般-002)」(研究代表

者；伏見清秀) の研究成果の一部である。

F. 健康危機情報

該当なし

G. 研究発表

1) 論文発表
なし

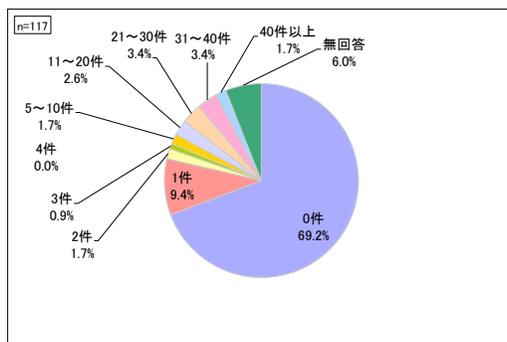
2) 学会発表

・病理部門が院内の医療安全体制に与える影響に関する検討、第 12 回医療の質・安全学会学術集会(口演)、2017 年 11 月 15~16、千葉

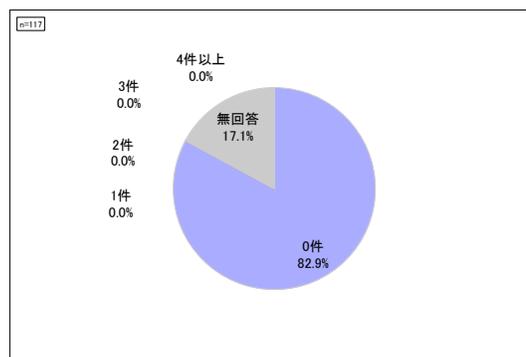
H. 知的所有権の取得状況

該当なし

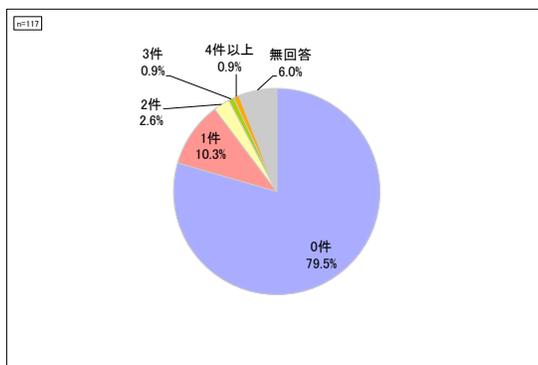
基本1 I-F1.1: 日本医療安全調査機構に「医療事故」の届け出がなされた症例についての剖検数を下記に記載してください。／自施設の症例を自施設で剖検 (N)



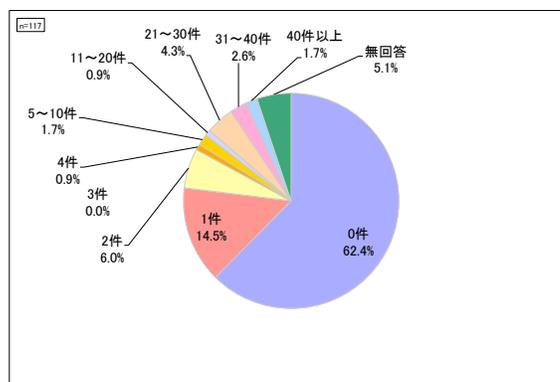
基本4 I-F1.4: 日本医療安全調査機構に「医療事故」の届け出がなされた症例についての剖検数を下記に記載してください。／その他・法解剖が施行されたなど例外的な剖検があればわかる範囲で記載してください。(N)



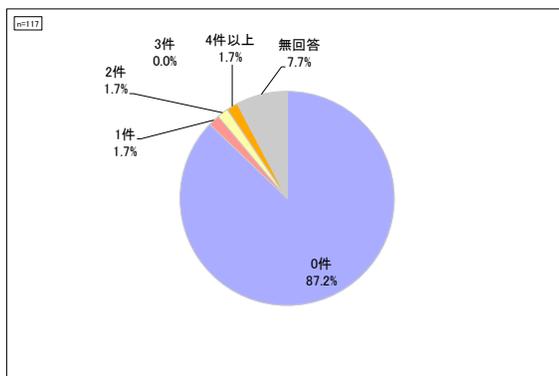
基本2 I-F1.2: 日本医療安全調査機構に「医療事故」の届け出がなされた症例についての剖検数を下記に記載してください。／他施設の症例を自施設で剖検 (N)



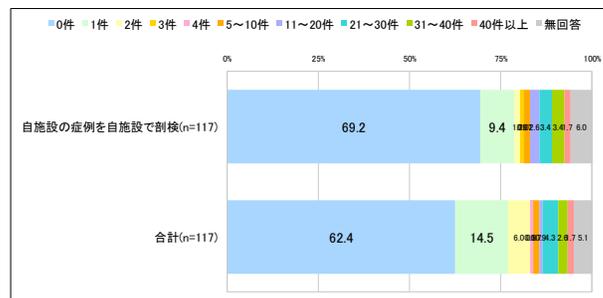
基本5 I-F1.5: 日本医療安全調査機構に「医療事故」の届け出がなされた症例についての剖検数を下記に記載してください。／合計 (N)



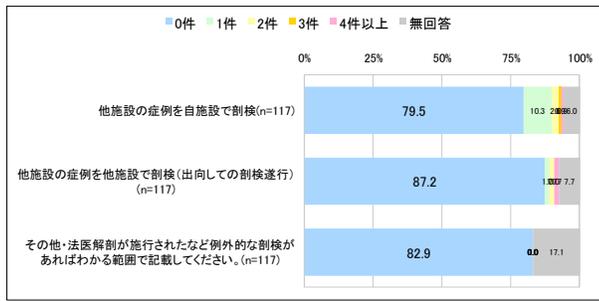
基本3 I-F1.3: 日本医療安全調査機構に「医療事故」の届け出がなされた症例についての剖検数を下記に記載してください。／他施設の症例を他施設で剖検 (出向しての剖検遂行) (N)



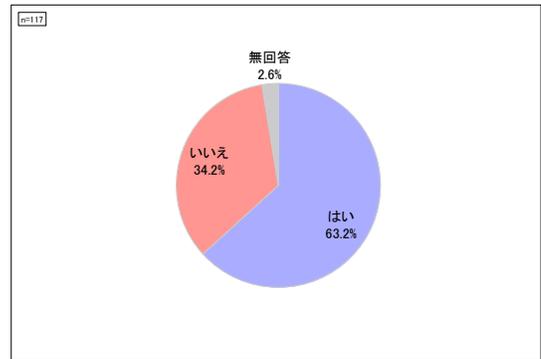
基本1,5 I-F1: 日本医療安全調査機構に「医療事故」の届け出がなされた症例についての剖検数を下記に記載してください。(数値マトリクス)



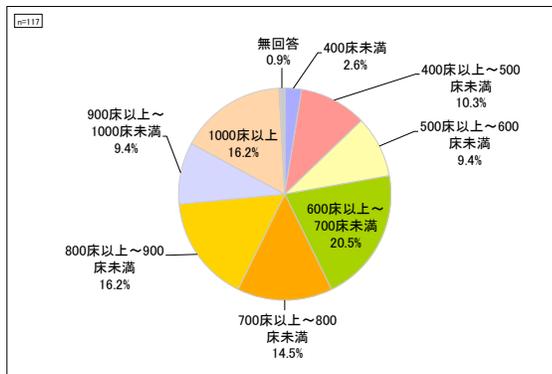
基本2-4 I-F1: 日本医療安全調査機構に「医療事故」の届け出がなされた症例についての剖検数を下記に記載してください。(数値マトリクス)



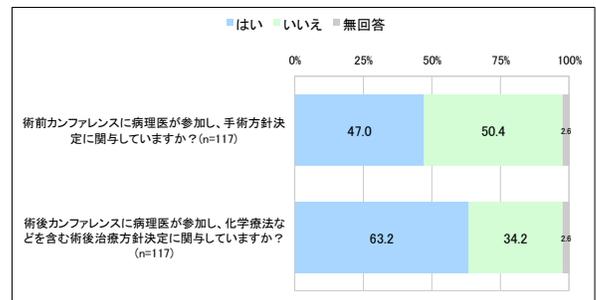
A 20.Q2 III-Q2: 術後カンファレンスに病理医が参加し、化学療法などを含む術後治療方針決定に関与していますか？ (SA)



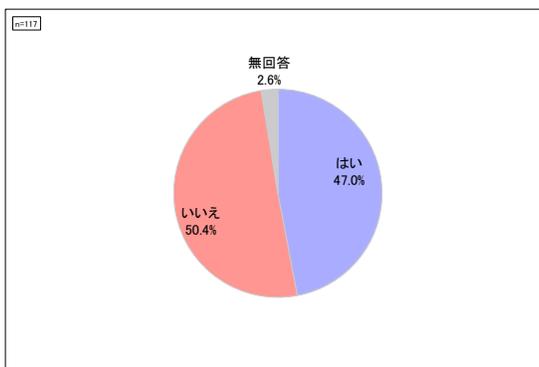
基本6 I-F2-1: 貴施設基本情報／病床数 (N)



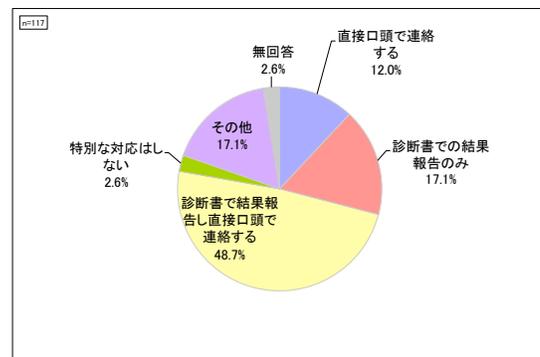
Q1,2 カンファレンスに病理医が参加し、手術方針決定に関与していますか？ (SAマトリクス)



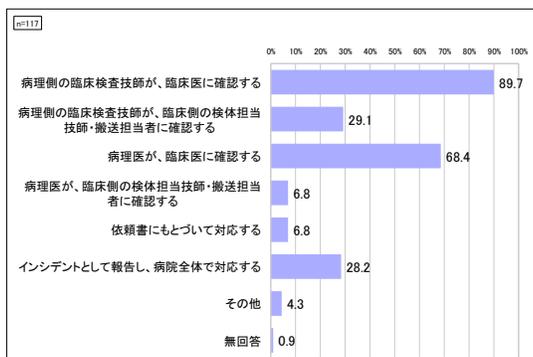
A 19.Q1 III-Q1: 術前カンファレンスに病理医が参加し、手術方針決定に関与していますか？ (SA)



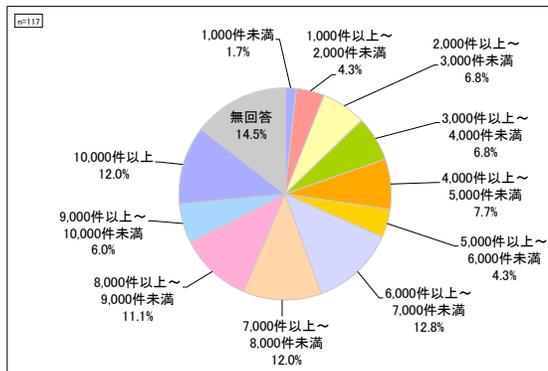
A 21.Q3 III-Q3: 臨床医が予期せぬ病理診断(良性疾患や悪性疾患など:非感染症)であった場合の、臨床医への対応は下記のいずれですか？ (SA)



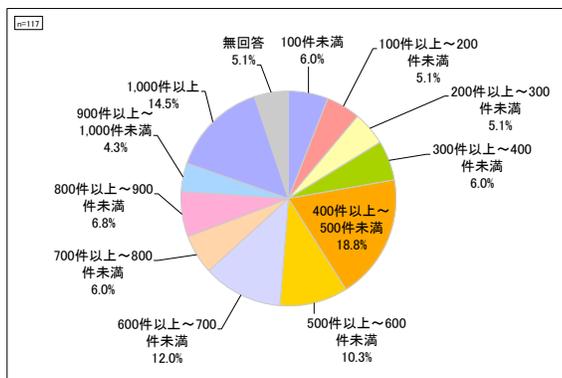
A 22.Q4 Ⅲ-Q4: 病理へ提出された検体の臓器、部位が依頼書と異なっている際の対応は下記のいずれですか？(複数回答可) (MA)



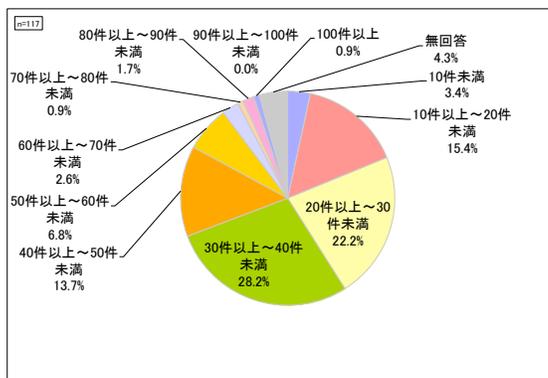
A 23.Q5c Ⅲ-Q5.3: 昨年一年間の検体数を教えてください。/手術数()件 (N)



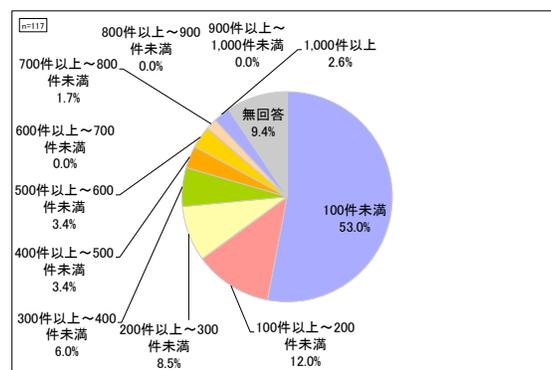
A 23.Q5a Ⅲ-Q5.1: 昨年一年間の検体数を教えてください。/術中迅速組織診断()件 (N)



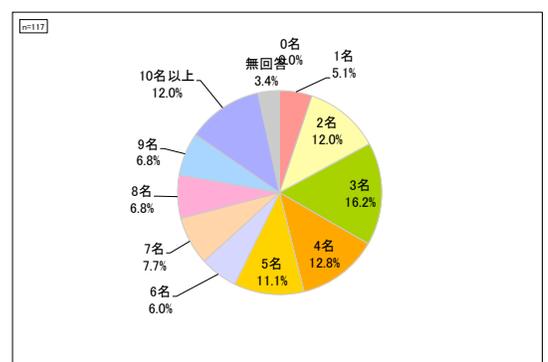
A 23.Q5d Ⅲ-Q5.4: 昨年一年間の検体数を教えてください。/剖検数()件 (N)



A 23.Q5b Ⅲ-Q5.2: 昨年一年間の検体数を教えてください。/術中迅速細胞診断()件 (N)

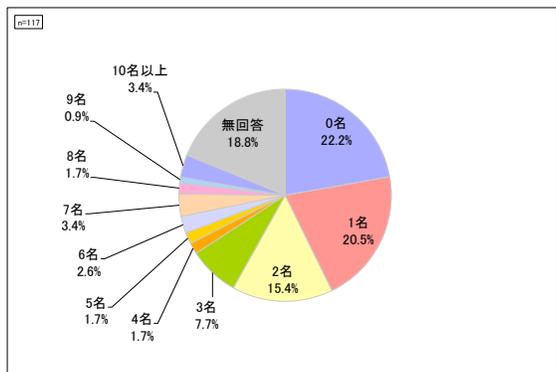


A 23.Q5e1 Ⅲ-Q5.5: 病理専門医数を教えてください。/病理専門医数(常勤:)名 (N)



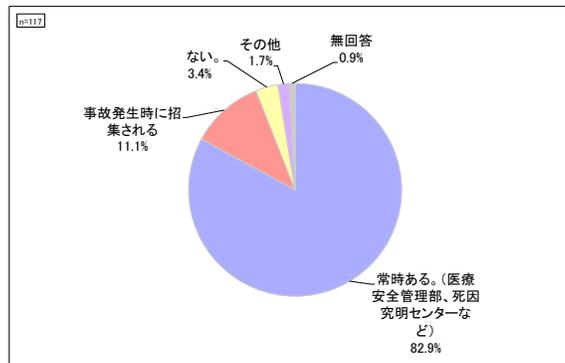
A 23.Q5e2

Ⅲ-Q5.6: 病理専門医数(非常勤:_)を教えてください。/ 病理専門医数(非常勤:_)名 (N)



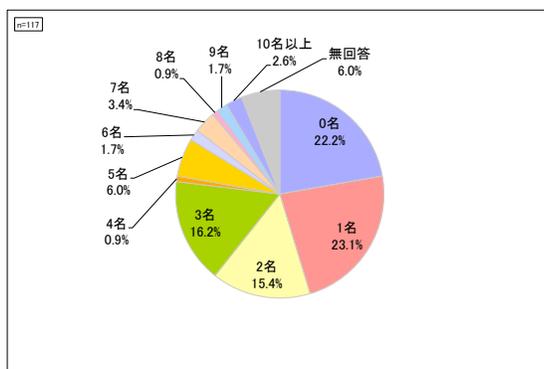
B 25.Q7

Ⅲ-Q7: 医療事故(死亡)に対処するチームや組織はありますか? (SA)



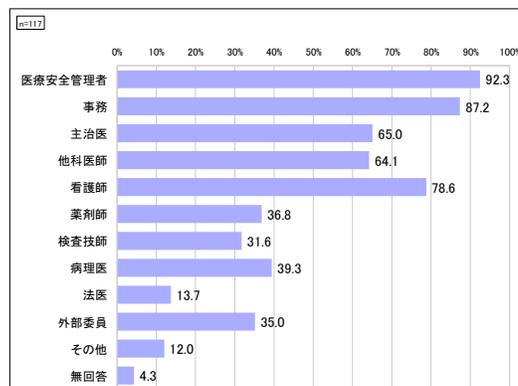
A 23.Q5f

Ⅲ-Q5.7: 病理専門医研修医数()名を教えてください。/ 病理専門医研修医数()名 (N)



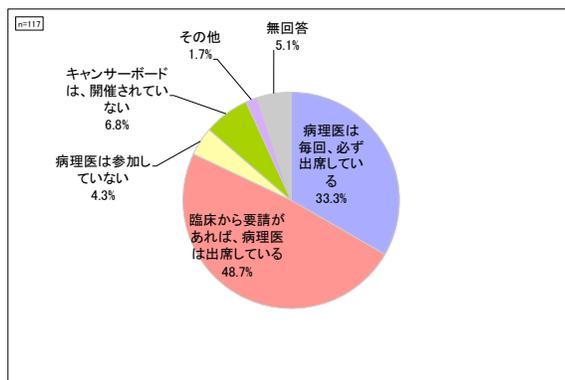
B 26.Q8

Ⅲ-Q8: チームや組織の構成員として下記の職種のうち該当するものをお答えください。(複数回答可) (MA)



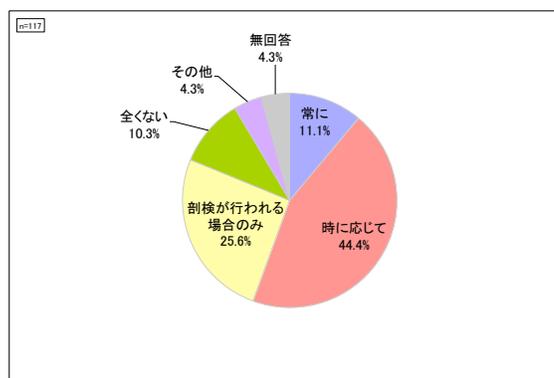
A 24.Q6

Ⅲ-Q6: キャンサーボードについて教えてください。(SA)

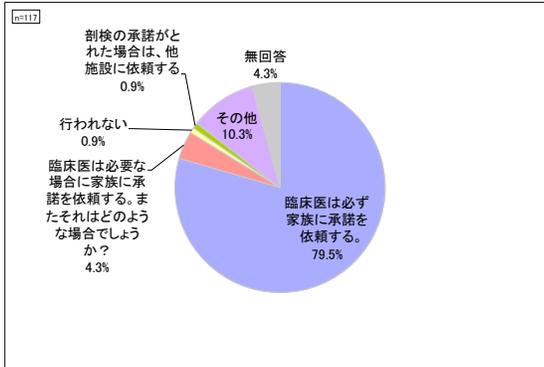


B 27.Q9

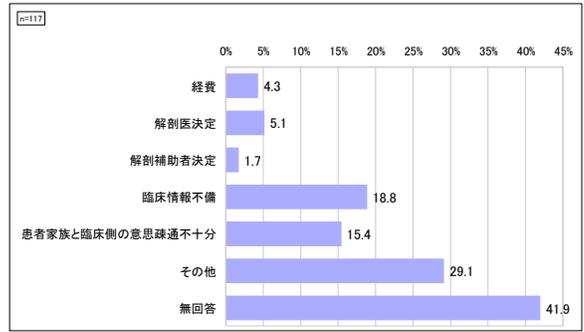
Ⅲ-Q9: Q8のチームや組織が招集された場合、病理医が加わる頻度はどれくらいですか? (SA)



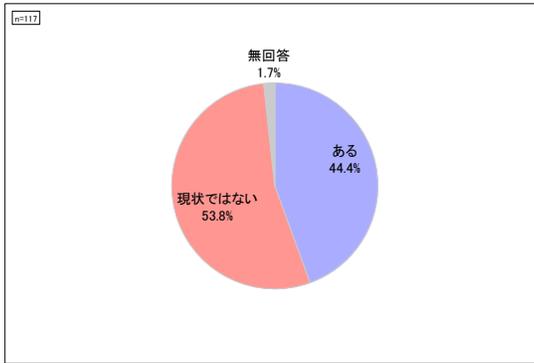
B 28.Q10 Ⅲ-Q10: 医療事故が発生した場合、病理解剖はどのように行われますか？ (SA)



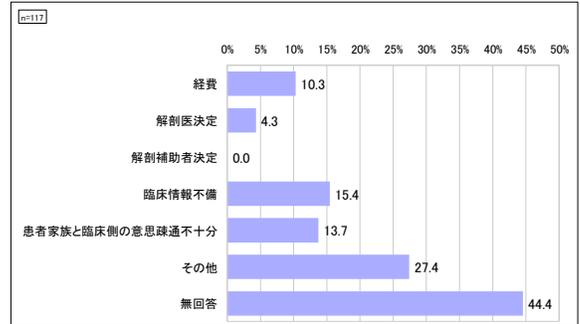
B 31.Q13 Ⅲ-Q13: 病院内の医療事故の解剖で、問題になったことがあれば記載してください。(複数解答可) (MA)



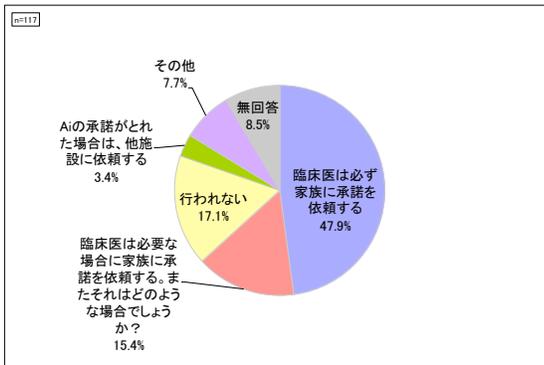
B 29.Q11 Ⅲ-Q11: 外部の病院からの医療事故に関する剖検依頼に対して病理医が対応したことはありますか？(外部病院へ出張剖検、外部病院からの持ち込み剖検を含む) (SA)



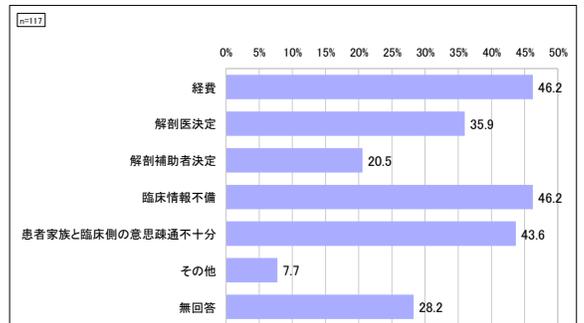
B 32.Q14 Ⅲ-Q14: 外部の病院からの医療事故の解剖で、問題になったことがあれば記載してください。(複数解答可) (MA)



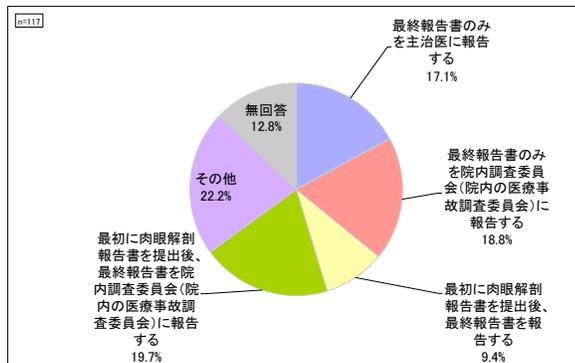
B 30.Q12 Ⅲ-Q12: 医療事故が発生した場合、オートプシーイメージング(Ai)はどのように行われますか？ (SA)



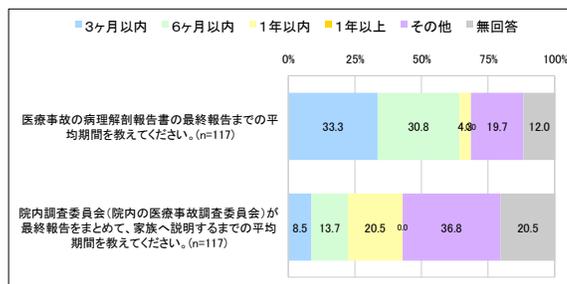
B 33.Q15 Ⅲ-Q15: 医療事故の解剖の経験が無い施設で、今後、医療事故の解剖を行う場合、問題になることがあれば記載してください。(複数解答可) (MA)



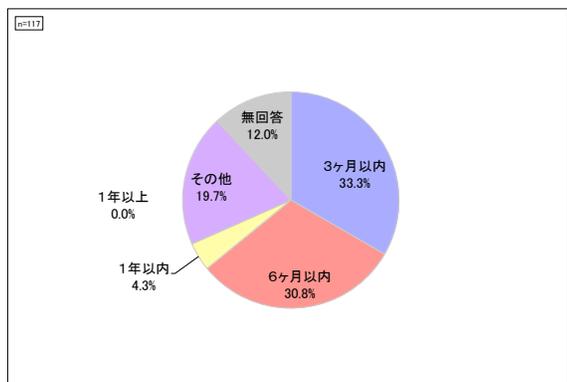
B 34.Q16 Ⅲ-Q16: 医療事故の病理解剖報告書について、どのような手順で報告しますか。(SA)



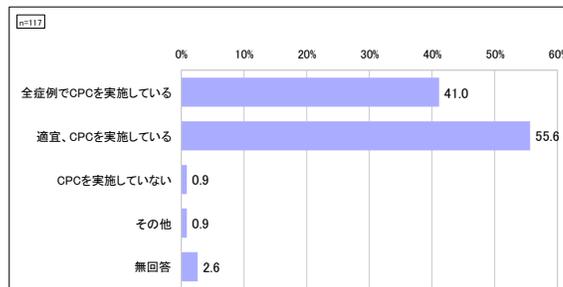
Q35,36 Ⅲ: 医療事故の病理解剖報告書の最終報告までの平均期間を教えてください。(SAマトリクス)



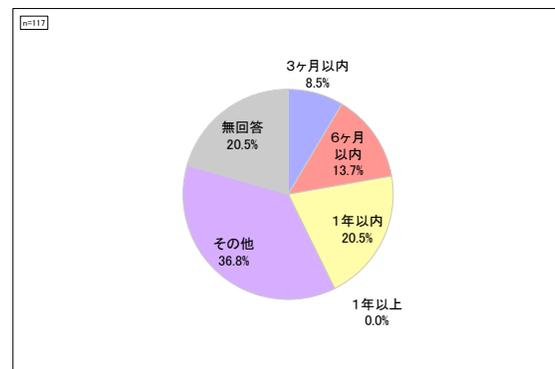
B 35.Q17 Ⅲ-Q17: 医療事故の病理解剖報告書の最終報告までの平均期間を教えてください。(SA)



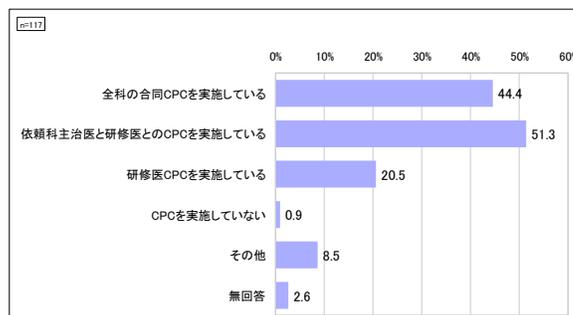
B 37.Q19 Ⅲ-Q19: CPCの実施の状況について教えてください。(複数回答可)(MA)



B 36.Q18 Ⅲ-Q18: 院内調査委員会(院内の医療事故調査委員会)が最終報告をまとめて、家族へ説明するまでの平均期間を教えてください。(SA)

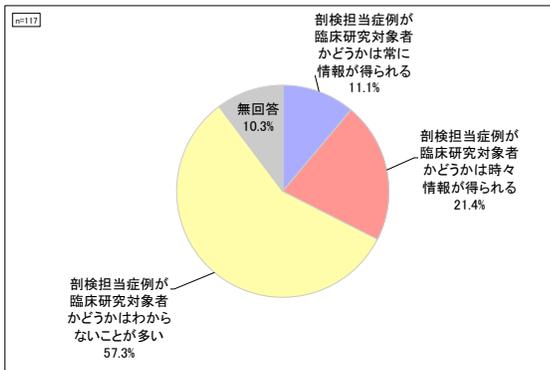


B 38.Q20 Ⅲ-Q20: CPCの実施の形式について教えてください。(複数回答可)(MA)

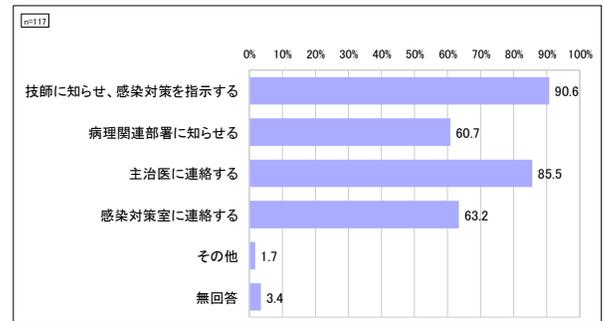


B 39.Q21

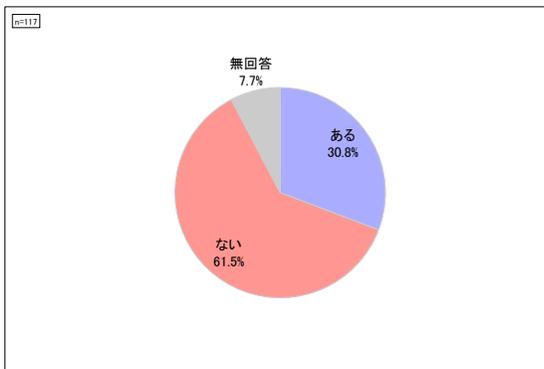
Ⅲ-Q21: 臨床研究に関連する病理解剖について教えてください。
(SA)

**B 43.Q25**

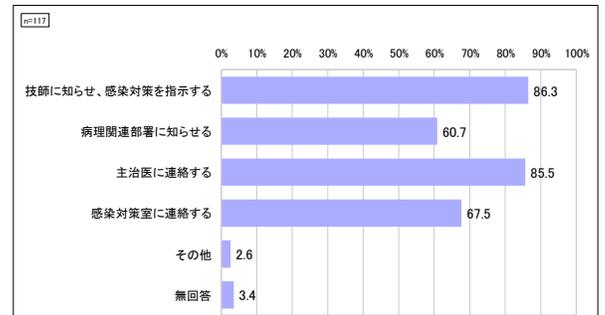
Ⅲ-Q25: 剖検時に重篤な感染症(結核、アメーバなど)が疑われた場合どのように対処していますか？(複数回答可) (MA)

**B 40.Q22**

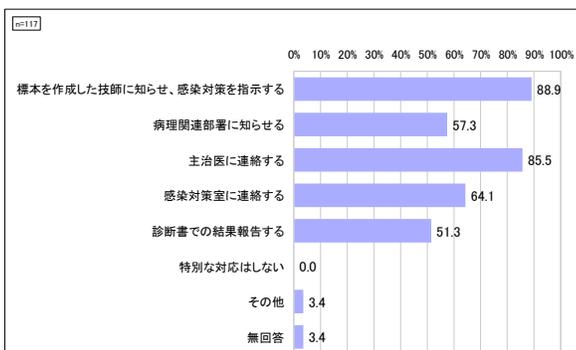
Ⅲ-Q22: 臨床研究に関連する病理解剖の経験の有無を教えてください。
(SA)

**B 44.Q26**

Ⅲ-Q26: 剖検終了後、標本診断時に重篤な感染症(結核、アメーバなど)が疑われた場合どのように対処していますか？(複数回答可) (MA)

**B 42.Q24**

Ⅲ-Q24: 迅速診断時に重篤な感染症(結核、アメーバなど)が疑われた場合どのように対処していますか？(複数回答可) (MA)



--貴施設基本情報--

ご施設名 : _____

ご回答者 所属・職名 : _____

氏名 : _____

ご回答者連絡先(e-mail アドレス. ない場合は電話番号など) :

*なお、アンケートに関して個別の施設名を公表することはありません

Q1. 貴施設では電子カルテシステムが導入されていますでしょうか

- (a)はい
- (b)いいえ

*Q1 で『(a) はい』と回答された施設は、以下のアンケートにお答えください。

Q2.電子カルテシステムのベンダー名（製品会社名）をお聞かせください。

（ベンダー名； _____)

Q3. 電子カルテ上において、病理診断報告書が出された際に、臨床医は認識可能（アラートは出るか）か。

- (a)臨床医が電子カルテにログインした時点で可能
- (b)臨床医が患者 ID にアクセスした時点で可能
- (c)患者 ID アクセス後、病理診断報告を開くまで認識できない（アラート表示機能は導入されていない）
- (d)その他（具体的に； _____)

Q4. 電子カルテ上において、病理診断報告書が出された際に、院内メールなどで臨床医に自動的に周知するシステムは導入されているか。

- (a)はい
- (b)いいえ
- (c)その他（具体的に； _____)

Q5. Q4 で『(a) はい』とお答えになった施設は、周知医師をお聞かせください。

メール周知を受ける医師は誰ですか。

- (a)病理診断申込（オーダー）医師のみ
- (b)病理診断申込（オーダー）医師＋申込医師の上級医
- (c)結果確認責任医師（主治医（紹介元医師を含む）
- (d)その他（具体的に；)

Q6. Q4 で『(b) いいえ』とお答えになった施設は、その理由をお聞かせください。

- (a)メール機能設置を想定していなかった
- (b)メール機能設置を想定したが、パッケージになかった
- (c)オプション項目で費用がかかるため
- (d)その他（具体的に；)

Q7. 病理部門は未読症例への対策として医療安全部門等と連携していますか。

- (a)連携している
- (b)連携していない

Q8. 未読症例への対応部署をどこですか

- (a)病理診断科・病理部
- (b)医療安全部門
- (c)事務部門
- (d)その他（具体的に；)

Q9. システムが“既読”として認識するのはどのタイミングですか。

- (a)病理診断報告書が電子カルテ上で開かれたとき
- (b)既読ボタンが押されたとき
- (c)その他（具体的に；)

Q10. Q9 で『(a) 病理診断報告書が電子カルテ上で開かれたとき』とお答えになった場合、以下についてお聞かせください。

電子カルテ上で病理診断報告書を開くことができるのは誰ですか。

- (a) 当該患者のカルテにアクセスした全ての人
- (b) 権限を有する人 (具体的に ;)

Q11. Q9 で『(b) 既読ボタンが押されたとき』とお答えになった場合、以下についてお聞かせください。

既読ボタンを押す人は誰ですか。

- (a) 病理診断報告書をみた全ての人
- (b) 病理診断申込 (オーダー) 医師のみ
- (c) 結果確認責任医師 (主治医 (紹介元医師を含む))
- (d) その他 (具体的に ;)

Q12. 他科へ紹介した患者の病理診断結果はどのように認識しているか (複数回答可)

- (a) 紹介元の臨床医が電子カルテ上の患者 ID にアクセスする必要がある
- (b) 紹介先の臨床医からの連絡あり
- (c) 他科へ紹介した患者についても電子カルテ上でアラートが出て認識可能となっている
- (d) その他 (具体的に ;)

Q13. 未読症例管理部門から臨床医への連絡するタイミングはいつか

- (a) 1 ヶ月未満での未読期間 (具体的には ;)
- (b) 約 1 ヶ月の未読期間経過 (例 ; 10 月 X 日症例抽出 ; 8 月中に診断された症例のうちの未読症例)
- (c) 約 3 ヶ月の未読期間経過
- (d) 3 ヶ月以上の未読期間経過 (具体的には ;)
- (e) その他 (具体的に ;)

Q14. 貴施設における約 1 ヶ月前に診断された症例総数および未読症例を記載してください。

(2018年2月5日-2月16日の症例抽出時；2017年12月中に診断された全症例(組織診、細胞診)のうちの未読症例)

細胞診症例総数 () 件、うち未読症例数 () 件

組織診症例総数 () 件、うち未読症例数 () 件

Q15. 貴施設における約 3 ヶ月前に診断された症例総数および未読症例を記載してください。

(2018年2月5日-2月16日の症例抽出時；2017年10月中に診断された全症例(組織診、細胞診)のうちの未読症例)

細胞診症例総数 () 件、うち未読症例数 () 件

組織診症例総数 () 件、うち未読症例数 () 件

Q16. 病理診断報告書の「未読／既読」管理に関して、どのような問題点がありますが。具体的に教えてください。

【病理医の観点から】

【医療情報・医療安全部門の観点から】

Q17. 病理診断報告書の確認漏れを防ぐための貴施設での取り組みの経験、有効性を示すデータや事例、情報システムの構築や課題として共有できることがあれば教えてください。