

入院連絡体制の不備から手術時期が遅延し、治療機会を逸したまま患者が死亡した事例

2008年3月、名古屋大学医学部附属病院（以下「名大病院」）外来にて口腔内の癌の疑いと診断され、入院下で手術を行うことが決定した患者さんに対し、名大病院から入院予定日が連絡されないまま経過、治療開始が大幅に遅延したという事例が発覚し、2011年4月に同院医療の質・安全管理部に報告されました。患者さんはその時点で入院となり、根治を目的とした手術等を行いました。約3ヶ月後に肺転移が出現し、2012年4月、呼吸不全のため死亡されました。

本事例を受け、名大病院の松尾清一病院長は第三者による客観的な事例検証が必要と判断、複数の外部専門家を交えた事例調査委員会を招集し、2012年3月に調査報告書が完成しました。

この度、ご遺族のご了解が得られましたので、調査報告書の概要を示し、本事例の経緯等について報告することといたしました。

<調査結果概要>

1. 事例調査委員会について

(1) 設置の主旨と役割

本調査委員会は名大病院で発生した事例に対し、正確な事実経緯の把握と、事例発生原因・背景因子の究明、再発防止策の提言、患者・関係者への情報提供を目的として設置された。本調査委員会は名大病院が招集したが、調査委員の過半数を外部の専門家で構成し、可能な限り客観的、かつ第三者的な観点からの調査、提言を試みた。

(2) 調査委員選定について

名大病院は、日本口腔腫瘍学会、国立大学附属病院医療安全管理協議会ゼネラルリスクマネージャー部会、愛知県弁護士会にそれぞれ1名の外部専門調査委員の派遣を依頼した。また、名大病院耳鼻いんこう科と、医療の質・安全管理部から1名ずつの専門医が調査委員として任命され、計5名による調査委員会が招集された。

(3) 委員会開催日時

第1回事例調査委員会：2011年7月

第2回事例調査委員会：2011年9月

2. 事例の事実経過と背景要因の検証について

(1) 事例の事実経過

2008年3月：患者は、かかりつけのクリニックで口腔内の病変を指摘され、名大病院を紹介受診した。生検の結果、外来担当医は、癌の疑いが高いと考え、患部の切除が必要なことを患者に説明し、手術申し込みを行ったが、名大病院内の手続き不備により、以降、患者への連絡がされなかった。

2011年4月：患部の疼痛が増悪したため、クリニックから名大病院を再紹介され受診した。この時点で入院手術手続きの不備が発覚した。

2011年5月：全身麻酔下に手術施行したが、その後、肺転移が認められ、約1年後に死亡した。

(2) 事例発生に至る背景要因の検証

I. 事例発生当時の名大病院当該診療科における入院予約システムの脆弱性について

当時の当該診療科の入院予約システム（入院必要性の判断から入院日決定までの流れ）はおよそ以下のようになっていた。

- ① 入院（手術）を決定した外来担当医は、3枚複写式の「入院申し込み表」に必要事項（患者連絡先、病名、手術方法、予定手術時間等）を記入する（資料）。
- ② 3枚複写のうち、外来担当医が2枚を外來のファイルに綴じ（写真）、受付事務職員が1枚を患者の外來診療録（紙媒体）に綴じる。
- ③ 当該診療科では“入院係”（歯科医師）を一名任命している。入院係は、「入院申し込み表」の綴られた外來ファイルを参照し、外來担当医や病棟師長と相談しながら手術計画をたて、患者に直接電話連絡し、入院日を決定する。

当時の記録を精査した結果、外來担当医により「入院申し込み表」は作成され、1枚は外來診療録に綴じられていたが、残りの2枚が見当たらなかったことから、断定はできないが外來担当医が外來ファイルに綴じる段階で紛失した可能性が高いと考えられた。当時の名大病院から発信された外線電話記録には、患者宛に電話がかけられた記録はなく、入院係は本患者に連絡していないと考えられた。

当時の外來担当医は、自身が入院を決めた患者情報について、思い出して入院係に再確認することはなかった。さらに、入院係が電話連絡をしなかった場合のバックアップ体制は整備されておらず、看護師や事務職員等々との連携体制もエラーが起きた場合を想定してはいなかった。また、医局のカンファレンスでは、翌週の手術症例、入院患者、注目される症例が検討され、全ての外來診療症例について検討されるわけではなかった。

II. 医療者と患者間で病態と入院の必要性の共有が十分でなかった点について

本患者は、生検結果の説明と手術の必要性の説明・合意に関し、自分の病気がいわゆる「グレーゾーン」であって、必ず手術をしなければならない状態にあるとは受け取らなかった。一方、外來担当医は病理結果を踏まえ、切除標本からは必ず癌と診断されるとの考えで手術を勧めていたとのことである。すなわち、患者と担当医の間には結果的に認識の

相違がみられ、正確な情報共有の下で手術の合意に至っていたとは言い難い。もし病態の深刻性、早期手術の必要性が正確に共有されていれば、患者はより早期に名大病院に問い合わせ等を行った可能性がある。

Ⅲ. 名大病院と紹介元クリニック間での情報共有が十分でなかった点について

本患者は他院からの紹介患者であるが、手術が決定した時点において名大病院から紹介元へ返書が送られておらず、名大病院と紹介元クリニックの間で、本患者の病態や治療方針の共有がなされていなかった。本患者は紹介元医師に「(名大病院で) グレーゾーンと言われたが手術をしておらず、その後連絡はない」という状況を伝えたため、紹介元医師は、名大病院では「病変が悪化するまでは、あくまで良性として経過観察する方針」になったと理解したと思われる。したがって紹介元医師は継続的に本患者を診察していたが、名大病院に問い合わせることをしなかった。

3. 調査委員会の見解

本事例は、口腔内に発生した病変の精査目的にて名大病院を紹介された患者が生検を実施され、根治の可能性が高い早期癌の可能性があると診断が得られたが、手術のための入院予定日が名大病院側から患者側に伝えられないまま約3年間が経過し、その間に癌の進行を許してしまったというものである。

当時名大病院は、患者に「入院日が決まったら連絡する」と約束したが、複写式の申し込み表を院内で遺失してしまったため、スタッフ間で情報が伝達されず、3年間患者への連絡が途絶えた形となった。患者側は、自身の病気は「グレーゾーン」であって、まだ悪性と決まったわけではないと認識しており、病院から連絡がないのだから手術は必要ないのだろうと考え、紹介元のクリニックに通院していた。紹介元のクリニックは、名大病院から生検結果の返書がなかったため、患者の認識通り、生検結果は悪性ではなかったものと考え、経過観察を続けた。これら一連の出来事は、名大病院内の入院連絡体制・情報管理体制の不備による事務手続き上のミスに端を発したものである。仮に3年前に、予定通り患者に手術が行われていれば、癌はその時点で根治していた可能性が高いと考えられた。

このミスを発生させた要因として、当時の名大病院当該診療科の入院予約システムが、少数の人力と紙媒体による手作業に依存し、また紙媒体から電子カルテへの移行時期であり人為的なミスを招きやすいものだったこと、さらにミスを補う仕組みが脆弱だったことなどが挙げられた。また、生検結果の説明内容が、結果的に患者と病態を正確に共有するものではなかったこと、さらに名大病院が紹介元のクリニックに返信をしていなかったことなども患者の受診を促すことができなかった要因になったと考えられた。名大病院はこれらの事実を重く受け止め、患者に謝罪、説明をすると同時に、早急に外来診療体制の見直しを行う必要がある。

一般的に本事例のように手術目的の入院の計画の場合、病状や手術法の詳細な説明は入

院後に再度行われるため、慌ただしい外来での説明は最小限のものになりがちである。しかしながら、外来においても医療者－患者間で正確に情報が共有されていないと、本事例のような事態に発展しうることは医療現場ではあまり意識されておらず、警鐘に値することである。

4. 再発防止、および改善策の提言

本調査委員会の事例発生における背景要因の検証にて、①名大病院における入院予約システムの脆弱性、②本患者の病態と入院の必要性の共有が十分でなかった点、③名大病院と紹介元クリニック間での情報共有が十分でなかった点等が明らかとなった。

医療の質・安全向上のために、以下の3点について提言としてまとめた。

(1) 名大病院における入院予約システムの改善

事例発生当時、入院業務は、各々の診療科が独自の方法で行い、病院組織として統一的に管理、運営されることがなく、管理手順の洗練、精緻化が不十分であったものであり、これが入院予約システムの脆弱性の要因ともなっている。そして、各診療科で独自に入院業務を行なっている点は、現在でも変わっていない。入院業務については、本来、病院機能として組織的に運営すべきものであって、病院組織としての改善が必要であり、今後は、入院手続きの一元化ならびに集約管理が望まれる。その際には、他の医療機関の入院管理システム等も参考にして、本事例のように患者情報が遺失してしまう危険を最小限に抑えた入院予約システム（万が一の連絡不備の発生時でも、院内で患者管理を回復できるフローの仕組みも含む）が構築されることが望まれる。

(2) 医療の質・安全向上のための患者参加の推進

本事例では、外来担当医と患者間において、本患者の病態と入院の必要性に関する認識の共有が十分ではなかった。患者の安全を確保するためには患者の協力は不可欠であり、医療従事者と患者間の情報共有、連携及び協力を支援するなんらかの組織的な病院機能があれば、防ぎうるものであった可能性があると考えられた。病院組織としての取り組みが望まれる。

(3) 情報共有の推進ならびに地域連携の強化

本事例においては、事例発生から大変長い時間が経過してから発覚していた。本事例の連絡不備を補うことができなかつた根本的な要因として、病院－診療所間の情報の共有が適切になされていないことも一因であった。今後、病院機能として情報共有の推進ならびに地域連携の強化の在り方を検討し、具体的な指針を定め、すべての診療科ならびに職種に周知徹底をはかるべきであるとする。

名大病院は患者さんご家族に対し2012年3月の時点で本調査結果を報告し、謝罪いたしました。また、2011年6月に公益財団法人日本医療機能評価機構に報告、さらに、患者さんの死亡時、本事例の経緯について、昭和警察署及び昭和保健所に報告いたしました。

以上