

令和7年11月21日
京都大学医学部附属病院

内視鏡検査結果未対応がん発見遅れ事例について

京都大学医学部附属病院に通院されていた患者さんにおいて、院内での情報共有不足により、がんへの進展を防ぐことができなかった事例がありました。

患者さんは、2015年、痔瘡の治療目的で3か月間入院されました。その際、便に血が混じることがあり、入院担当科は、念のために消化器内科に診療を依頼しました。消化器内科では、摘便の処置によるものであると判断したうえで、念のために大腸カメラによる検査を実施しました。それにより大腸ポリープが見つかったため、内視鏡検査担当者は、ポリープを認めること、内視鏡的粘膜治療切除術が必要なことを報告書に記載しました。

痔瘡の治療が終わり、患者さんは退院となりましたが、外来に移行する時点で、消化器内科への受診の手続きはおこなわれず、消化器内科を受診することはありませんでした。患者さんは、9年後に大腸がんを発症し、手術を受けました。その大腸がんが判明してから患者さんに伺ったところ、患者さんもポリープはあると聞いていたが、治療対象という説明は受けていなかったということでした。

患者さんご本人そしてご家族の期待を裏切る結果になり、誠に申し訳なく、患者さんおよびご家族に謝罪しました。検査結果を患者さんに説明すること、治療の見通しを説明することは、検査依頼医の責務であることについて、医師に周知しました。

関係者のみならず医師の一人ひとりが自分たちのこととして受け止めるために、ケース・カンファレンスを開催し、その結果を全医師に周知しました。

本院としては、本事例から真摯に学び、同じことが起こらないように、患者中心の医療安全文化を構築してまいります。

I. 受診情報が引き継がれなかった機序

患者さんは、坐骨部褥瘡の治療目的で、本院形成外科に入院されました。便に血が混じるということがあり、形成外科の担当医が消化器内科に診療を依頼しました。消化器内科医師は、患者と相談し、精査を行う方針として、下部消化管内視鏡検査を実施することとしました。別の消化器内科医師が検査を担当し、ポリープを認めること、内視鏡的粘膜切除術が必要なことを報告書に記載しました。

形成外科医師は報告書を確認し、必要に応じて治療対象にしていく旨、診療録に記載しました。患者さんは、3か月後に退院しましたが、入院中にポリープの治療に関する話は受けておらず、退院後も治療方針は引き継がれませんでした。

内視鏡検査の実施から9年以上が経過し、当時の医師も退職しており、背景要因の分析はできませんでした。

入院中の患者の治療方針について、専門家に相談した際に、依頼した側の入院担当科が対応するのか、あるいは、依頼を受けた側が担当するのかについて明確にしないまま、患者への対応が行われませんでした。

II. 各問題点の検証（概要）

1. 他科への診療依頼について

入院患者が他科の医師の診療を受ける場合は、2つに大別されます。(1)入院目的の疾患と関連しており専門診療科と協働して診療する場合、(2)入院目的の疾患とは関連ないが、治療が必要であったり、治療の必要性について判断を求めたりする場合です。なお、急性期病院では、診断名と医療行為の組み合わせにより1日あたりの定額医療費が決まっており（包括医療制度）、診断名として登録された疾病以外に対して医療を提供した場合には、（原則）医療費を別に請求することはできない保険診療の制度設計となっています。入院目的の疾患と関連のない疾病の場合には、緊急で対応を要する必要がなければ、退院後に改めて治療を行う医療制度設計となっています。

本事例は、坐骨部褥瘡の治療目的の入院でした。そのため、退院後に消化器内科受診を受診して、改めて治療について消化器内科より説明を受けたうえで内視鏡的粘膜切除術を行うことが、本来あるべき計画でした。内視鏡検査結果が判明した時点では、退院がいつになるか分からない状況でしたので、退院時にこの計画が引き継がれるように情報が整理されていることが求められていました。退院サマリーは作成されましたが、その中には触れられていませんでした。

2. 検査結果の確認と対応の責務について

本院においては、放射線画像検査、病理検査では、検査依頼医が結果を確認することを責務と定めています。しかし、消化器内視鏡検査ではそれが定められておらず、責任をもって対応する者が誰かがあいまいになっている状況が背景にありました。消化器内視鏡検査には侵襲を伴います。そのため、専門家である消化器内科医師に、検査の必要性の判断も含めた診療を依頼することも多いという状況があります。

一方で、本院では、入院患者の消化器内視鏡検査については、検査依頼までを消化器内科医師が担当し、検査後の結果説明を入院担当医が行うという分業が、暗黙のうちに定着していました。年間約8千件の消化器内視鏡検査・治療のうち千件以上は、消化器内科以外に入院した患者に対して実施したものであったためです。

本事例を受けて、各診療科にアンケートを行ったところ、「専門的知識がない医師は、専門診療科の医師の意図したことが分からないのではないか」、「専門診療科で診療を完結させたほうがよいのではないか」という意見が多く寄せられました。それにより、専門分化した大学病院の特性を踏まえて改善策を立案することが必要だと考えられました。なお、検査結果報告書は、具体的にどのように行動したらよいのか、非専門家にとってわかりやすく記載されており、必要に応じて消化器内科に尋ねることもできる状況がありました。

3. 患者との検査結果の共有について

患者に検査結果を伝え、情報共有することは、リスク低減につながります。医療安全活動への患者参加が、エラー防止のために重要であるということは、世界的にも広く知られています。

本事例において、患者に説明したという診療録の記録はありませんでした。内視鏡検査を実施した場合には、検査終了時に患者の健康状態について最も気にかけているのは患者自身であり、結果を伝えていれば、医療者が失念していた場合にも、それを指摘できる可能性がありました。

4. 診療録の記載について

治療や経過観察が必要な疾患については、プロブレムリスト（病名列）として診療録に記載することが求められています。プロブレムリストは、診療科の

専門的関心に関する病名のみを登録することでは不十分であり、総合的に患者の健康管理を考えることが必要です。入院中に作成されたプロブレムリストについて、入院中の診療経過中に、未治療部分が治療されたり治癒したり、併発症が出現したりして、退院時に診断名が確定し、退院時サマリー（要約）に記録されます。退院サマリーは入院患者の退院に際して、関与する他の診療科、他の医療機関ならびにケア施設の間で効率的に情報を共有し、当該患者の診察、治療、ケアを適切に連携・継承できるよう、入院診療の主治医の責任において作成されるものです。退院後も質の高い切れ目のない診療を患者が受けられるようにするために退院サマリー情報は重視されており、国の施策として、今後、電子カルテで標準規格として形式が定められ、他医療機関とも共有できるようになる予定です。

一方で、診療録の記載が不十分であるという現実、立入調査や外部による監査において一般的に指摘される事項ですので、改善の余地があることは、医療界でも広く共有されています。

本事例では、入院後に「大腸＜結腸＞のポリープ」が判明しましたが、入院中、プロブレムリストとして管理されませんでした。標準的な診療録では、退院時サマリーに、「大腸＜結腸＞のポリープ」が記載され、退院時方針として、「今後、消化器内科受診予定である」等がコメントされる必要がありました。入院経過中に「大腸＜結腸＞のポリープ」がプロブレムリストとして管理されず、退院サマリーにもプロブレムとして記録されなかったことは、標準ではないと本院は判断しました。

5. 研修医の指導の責務と研修医の責務について

本患者の治療には研修医も関わっていました。2004年から臨床研修制度が変わり、2年間の臨床研修が必須化されました。

本事例において、研修医は、担当医の記録をそのまま写したのみであり、どのように対応するのかについて計画していませんでした。これは、教育の観点からも望ましいことではありません。研修期間中は、研修医自らが診療し、病態を評価し、診療計画を記載することや、診療録については、指導医の確認を受けることが求められています。しかし、診療録からは、研修医の記録は十分とはいえませんでした。指導医の指導があったかどうかは診療録上検証できませんでした。研修医は、医師免許をもつ医師であり、研修を通じて、専門職種としての医師の態度を養っていかなければならない時期です。知識や技術に未熟な点もあり、指導医の監督も必要です。研修医の教育や研修医自身の態度についても改善の余地があると判断しました。

Ⅲ. 分析・再発防止策

1. 患者に検査結果と診療方針を説明する

消化器内視鏡検査においても、「検査依頼医及び依頼診療科には、依頼した検査の診断報告書を確認し、患者説明及び必要な精査等の対応を行う責務がある」ということを本院の方針として明確にしました。入院中の患者においても、消化器内科医師が検査依頼を行った場合には、結果説明までを依頼医の役割とします。さらに、今後、電子カルテのシステムに、検査依頼医による診断報告書確認の医療情報システムを用いた支援を組み入れ、結果確認がなされていない場合には、結果が未読であるという通知を依頼医や依頼診療科に自動的に送信する仕組みを開発し、モニタリングを行う予定です。

2. 診療録記載方法について医師教育を行う

診療録は、医師法、保険医療機関及び保険療養担当規則において求められているものであり、適切な記録が良質な医療に直結することを定期的に医師に教育する仕組みを導入します。

診療行為の記録は、他の医師との情報共有のみならず、医療行為の証明であり、診療報酬請求の根拠となり、医学教育の資料にもなります。

2025年の医療安全研修のe-learningにおいて、医療安全管理室、総合臨床・教育センターが、このカルテ記載方法に関する教育を担当しました。医療安全研修に組み入れ、プロブレムリストを用いたカルテ記載方法の定着を目指していきます。

3. 研修医や専攻医の診療をチームで補完する

大学病院は、研修医や専攻医を教育する場でもあり、プロフェッショナルとして責任をもって対応できるように育てる場です。経験の浅い医師が責任感をもって業務に従事できるようになるためには、指導医がロールモデルになることが重要です。教授回診やカンファレンスは、治療方針について検討が行われる場ですが、監督者（教授・指導医など）がプロブレムリストの見直しと対応計画の立案をチームメンバーに促し、カンファレンス記録や随時サマリーに反映されていることを確認する場でもあります。自らが実践している姿を見せる機会が教育にもなり、適切な臨床にもつながると考えます。

4. 入院担当科は、入院患者の対応について責任をもつ

専門外のことであっても、入院患者を担当する医師は、他診療科との適切な連携も含め、患者の対応について責任をもつ意識を浸透させます。検査結果を確認し、対応する責務を検査依頼と定めたとしても、入院担当科の医師は、専門性にかかわらず、プロブレムへの対応の責任があります。