**抄録登録シート**

※フォントサイズ：１２　文字数：５００～７００字以内

記載指定なし【目的】【方法】【結果】【考察】など時系列でご記入いただくことを推奨します。

【表題・テーマ】

【発表者】

　　　　病院名

発表者氏名

協同演者名

【背景】

【目的】

【方法】

【結果】

【考察】

入力例

診療情報管理士による病理診断結果の確認忘れを防ぐための取り組み

　　　独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　地域医療連携室

　 ○中京　太郎、中京　花子、中京　一郎、中京　二郎

【背景】

近年、TVや新聞の報道で病理診断報告書の確認間違えが原因で治療が遅れる事例や死亡する事例が取り上げられていることから、院内がん登録業務を通じてこれらを未然に防ぐための検討を行った。

【目的】

がんの約9割は病理診断結果に基づき診断されることから、この結果を効率よく正確に捉え、病理診断結果の確認忘れを防ぎ、円滑な診療のための支援を行う。

【方法】

病理診断結果を活用しやすくするため、悪性と診断された症例に対して病理診断科に、「がんフラグ」付記の協力を依頼した。さらに病理シ

ステムから「がんフラグ」、「診断コード」、「部位情報」などのシステム連携を行い、院内がん登録実務者が病理診断翌日には登録対象者の把握を可能とした。これらの情報を基に、病理診断後の診察で記録されたカルテ記事より、「病理診断結果に沿った説明が行われているか」「治療の実施又は経過観察、他院への紹介等の治療方針が決定しているか」の確認を行う。

【結果】

2012月10月から2014年8月まで2890人の悪性判定患者の確認を行い、要確認と思われる6件の事例を医師へ報告した結果、がん告知後の未来院が4件、説明記載もれ1件、説明ミス1件という内訳となった。

【考察】

今回、業務フローを見直しにより、診療支援のための運用を確立する事が出来た。このことは院内がん登録対象の振り分けの効率化に繋がり、業務量を変えずに患者の治療遅延を防ぐための新たな業務を担えるようになった。今後は、診療情報管理士が、がんと診断された患者カルテから、身体的・精神的・社会的苦痛の確認を行い緩和ケアチーム介入に応用していく予定である。