

【3】画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例

(1) 発生状況

医師は、患者の症状や臨床所見などの診察とともに、正確な診断のために、レントゲン検査、CT検査、MRI検査などの画像検査を実施する場合がある。放射線科専門医がその画像より診断を行う場合は、その結果が文書（以下、画像診断報告書という）として報告される。

本報告書では、画像診断を依頼した医師（以下、主治医という）に、当該患者に報告された画像診断報告書に記載されている内容が適切に伝達されなかったことに起因する医療事故に着目した。

本事業において、画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例は事業開始（平成16年10月）以降9件報告された。そのうち、本報告書の分析対象期間（平成23年4月1日～6月30日）に報告された医療事故は1件であった。

(2) 事例概要

画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例9件の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

入院時局所麻酔による手術を予定していたが、全身麻酔になる可能性もあったため、胸部レントゲン写真が撮られた。「異常陰影がありCTによる精密検査必要」との所見付で、結果が戻ってきたが、主治医はこれを見ていなかった。手術は局麻で行われ、退院し、外来で経過観察していた。その後、患者が左頸部しこりに気付いた。持病の定期検査で当院の皮膚科を受診した際に頸部のCT検査の予約を取った。約1ヵ月後発熱、咳そうが出現し内科を受診、胸部レントゲンとCT検査が実施され、肺がんの可能性ありとの結果であった。

【背景・要因】

主治医に、患者に行った検査の結果を確認する意識が欠けていた。当該科には、複数の医師で行う術前カンファレンスや症例検討会という体制がなかった。

事例2**【内容】**

患者は硬口蓋癌の診断で耳鼻科入院し、放射線治療を行った。以降、外来で定期的に診察していた。胸部レントゲンにより肺腫瘍の疑いが指摘されたが、確認されなかった。耳鼻咽喉科医員が他院からの診療情報提供依頼書を受理。「大腿骨骨折によるリハビリ目的に入院中であるが、入院時胸部レントゲンにて多発性肺腫瘍を指摘されたため、当科診療経過の情報をお願いします」といった内容であった。診療情報提供依頼書を受理した医員がカルテで確認したところ、耳鼻科カルテには肺転移があるという所見は記されていない。遡って画像を確認したところ、約1年半前の撮影の胸部レントゲンの結果が未確認であった。同日にレポートした放射線科の読影によると「転移性肺腫瘍、原発性肺癌＋肺内転移、非定型抗酸菌症等が考えられ、CTでのチェックをお願いします」との内容であった。それ以後に5回異なる医師が診察していたが、結果の確認には至らなかった。

【背景・要因】

検査オーダーがされたこと、検査結果レポートがあることの分かりやすい表示がなく、見落としやすい。

事例3**【内容】**

家族より「当院が紹介した別の病院の精査で胸水を伴う肺癌の疑いがあると告げられたが、以前のCTでは肺に異常はなかったのか」との問い合わせがあった。カルテ、放射線部のCTレポートを見ると「2cm大のtumorがあり、肺癌の疑いあり」とのコメントがあった。外来診療時、腹壁ヘルニアの精査目的で緊急CTを施行し、至急でフィルムをあげてもらったので、CTレポートはついておらず、肺病変を見る為の肺野条件フィルムは見なかった。この為、この時点で肺野の異常陰影に気付かず、その後もCTレポートを見る機会がなかった。指摘されるまでCTの異常陰影に気付かなかった。

【背景・要因】

CTでは、術後巨大腹壁ヘルニアの精査のみに気を配り、スクリーニング的肺実質の診察を怠った。CTを緊急で依頼し、そのまま診察室にもってきてもらったので、放射線科からのレポートは診察時には見なかった。放射線科のレポートを、後でチェックする機会を逸した。

事例4**【内容】**

患者は人工血管置換術を行い、同年に腹部大動脈瘤人工血管置換術を行った。外来でCT検査を行い、その当日に画像を見て大血管に吻合部大動脈瘤がないことを確認し、異常なしと判断した。しかし、その後の放射線レポートでは、右下肺野に小空洞陰影が指摘され、「原発性肺腫瘍が疑われ、病理的検索を依頼の必要性」がコメントされていた。しかし、この所見を外来担当医は気付かなかった。約1年後、咳が継続し近医受診し胸水貯留認め、紹介にて当院呼吸器内科受診。精査の結果、原発性肺がんと診断された。

【背景・要因】

放射線科医の読影結果が主治医に伝わっていなかった。放射線科医の読影報告レポートは後日に作成されるので、検査日と外来診察日が同じ日の場合、主治医は外来診察時にレポートを確認することができないので、一人の医師が確認し、間違いが起こった場合発見できない。

事例5**【内容】**

子宮癌術後の転移の有無を確認するためのCT検査であった。CT検査後の放射線医のレポート報告を見落とした。

【背景・要因】

診察後にCT検査を行なうことになり、その後結果説明をしていなかった。CT検査のレポート報告は、検査当日又は翌日に確認することにしていたが、それを見落とした。

事例6**【内容】**

食道癌の化学療法・放射線療法後の患者。初回治療は奏功し、原発巣は消失しリンパ節転移も著明に縮小し外来で経過観察していた。胸腹部CTをおこなった際、縦隔病変に再発ないことを確認したが、その際放射線読影医のレポートに肝S6に径2cm大の転移巣が指摘されていたにもかかわらず、レポートに目を通さなかった。約4ヵ月後胸腹部CTをおこなった際、肝S6の病変は径5cm大に増大し、食道胃接合部近くのリンパ節にも径2cm大の転移巣が出現していた。

【背景・要因】

他病変(リンパ節転移巣の再燃の有無)に関心を奪われて見落とした。リンパ節の再燃がなかったことでほっとしてしまった。以前にPET検査を行っており、PET検査で異常がなかったので思い込んでいた。

事例7**【内容】**

患者は、腹部大動脈瘤、胸部大動脈瘤術後であり、右内腸骨動脈瘤のフォローアップのためのCTを施行していた。前年のフォローアップCTのレポートで、すでに「右肺癌を疑う」との所見を放射線科より指摘されていた。本年のCTでもその腫瘍病変が増大しているとのCTレポートを確認しなかった。3ヶ月後のCTにてさらなる増大が認められた。

【背景・要因】

当事者が、患者の外来担当ではなく、代診中であった。診察前にはCTのレポートが完成していなかったが、診察後、後日でも完成したレポートを確認しなかった。

事例8**【内容】**

患者は貧血が進行し、便潜血反応が陽性であったため、大腸内視鏡検査を行ったが大腸癌は認められなかった。その後、CA19-9が上昇し貧血も変わらないことから腹骨盤CTを行った。そのCTの結果で「胃のType3 Cancer 疑い」と診断され、次の外来時に読影結果を確認したもののType3 Cancerを認識しなかった。当該外来時には患者にCTの結果が説明されなかった。

【背景・要因】

患者が非常に混み合っていて、他の検査等の説明をしているうちに忘れた可能性がある。

事例9**【内容】**

当院A外科で胃全摘術を受けた。以後、しばしば腸閉塞で入院することがあったが、いずれも保存的に治癒していた。早期胃癌の術後のためA外科を、また、他疾患のためB内科も外来通院していた。腸閉塞で当院A外科に緊急入院となり、手術適応決定のため、腹部CTが行われた。そのCTの放射線科読影報告で「腹膜転移と肺および胸膜転移が強く疑われる」旨の記載があった。しかし、入院総括にはCT所見の記載はあるものの、転移が疑われる旨の記載がなかった。退院後、治療を引き継いだ外来主治医は転移が疑われていることに気付かないまま外来フォローを継続した(外来主治医も入院主治医も撮影直後にCT画像そのものはチェックしたが、早期胃癌術後患者であることから臨床的に有意な所見ではないと判断したと思われる。放射線科診断コメントを読んだかどうかは記憶が定かではない)。約1年後、救急外来を受診した際、診察医がCT読影報告に気付いた。

【背景・要因】

様々な面において確認不足があった。

(3) 事例の発生状況について

画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例を、①画像診断報告書を見なかった事例(事例1～7)と、②画像診断報告書の記載内容を見落とした事例(事例8)とに大別した。事例9は、①、②

のいずれに該当するか不明であった。

本報告書では、事例 9 を除いた 8 件について分析を行った。

① 「画像診断報告書を見なかった事例」の発生状況

i 「画像診断報告書を見なかった事例」の内容

「画像診断報告書を見なかった」事例は 7 件であり、検査内容の内訳は、胸部レントゲンが 2 件、C T が 5 件であった。検査の目的および画像診断報告書の記載内容を図表Ⅲ-2-29 に示す。

例えば、事例 3 では、主治医は、C T の画像で腹部の所見を見ることを目的として、また、事例 4 では、腹部大動脈瘤手術後の吻合部の所見を見ることを目的として C T を撮影したが、同じ画像を読影した放射線科専門医は、いずれも肺の異常所見も指摘している。

このように、主治医は自らの専門領域の病変に焦点をあてて画像診断するが、放射線科専門医による画像診断では、検査を依頼した目的の領域だけでなく、撮影された全ての画像の読影を行った上で、所見を記載して画像診断報告書を作成している。その結果、診断画像診断報告書では、主治医が予測していなかった領域の異常を指摘されることがあることから、画像診断報告書の内容の確認は重要である。

また、画像診断報告書に記載されていた内容の多くは、癌あるいは癌を疑う内容である。したがって、画像診断報告書を見なかったことにより医療事故を生じた事例の多くは、癌や癌を疑う所見を見なかった事例である。

図表Ⅲ-2-29 画像診断報告書を見なかった事例の内容

事例	検査の種類	検査をした目的	画像診断報告書に記載されていた内容
事例 1	胸部 レントゲン	全身麻酔のための精査	異常陰影があり C T による精密検査必要
事例 2	胸部 レントゲン	放射線療法中の定期検査	転移性肺腫瘍、原発性肺癌＋肺内転移、非定型抗酸菌症等が考えられ、C T でのチェックをお願いする
事例 3	C T	腹壁ヘルニアの精査	2 c m 大の tumor があり、肺癌の疑い
事例 4	C T	吻合部大動脈瘤の有無	右下肺野に小空洞陰影が指摘され、原発性肺腫瘍が疑われ、病理的検索を依頼の必要性がある
事例 5	C T	子宮癌術後の転移の有無	不明
事例 6	C T	食道癌術後のリンパ節転移巣の再燃の有無	肝 S 6 に径 2 c m 大の転移巣
事例 7	C T	右内腸骨動脈瘤のフォローアップ	右肺癌を疑う所見あり

ii 「画像診断報告書を見なかった事例」の背景・要因

「画像診断報告書を見なかった事例」の主な背景・要因としては、1) 報告書は後日報告されるため検査日の外来では確認できない、2) 緊急で C T を依頼したため検査当日には報告書を確認できなかった、3) 報告書を当日または翌日に確認することとしていたが怠った、4) 目的とした病変の確認のみ行い、他部位の確認をしなかった、5) 以前の検査で異常がなかった、6) 主治医に画像診断書を確認する意識が欠けていた、などが挙げられた。

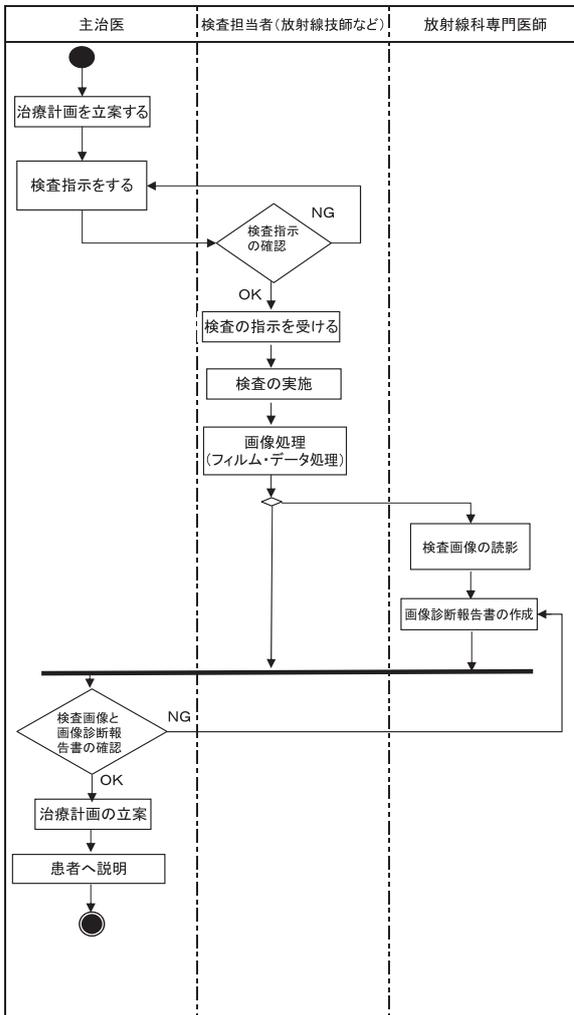
これらの要因の発生を分析するため、報告された事例に基づいて、画像検査の依頼から患者への説明までの業務工程図の例を作成し、図表Ⅲ-2-30 に示した。

図表Ⅲ-2-30業務工程図の通りに画像診断報告書の内容を伝達する工程が進めば、主治医は自ら行った読影結果と画像と画像診断報告書に対応させながら診断し、患者に説明する、という工程が完結することになる。

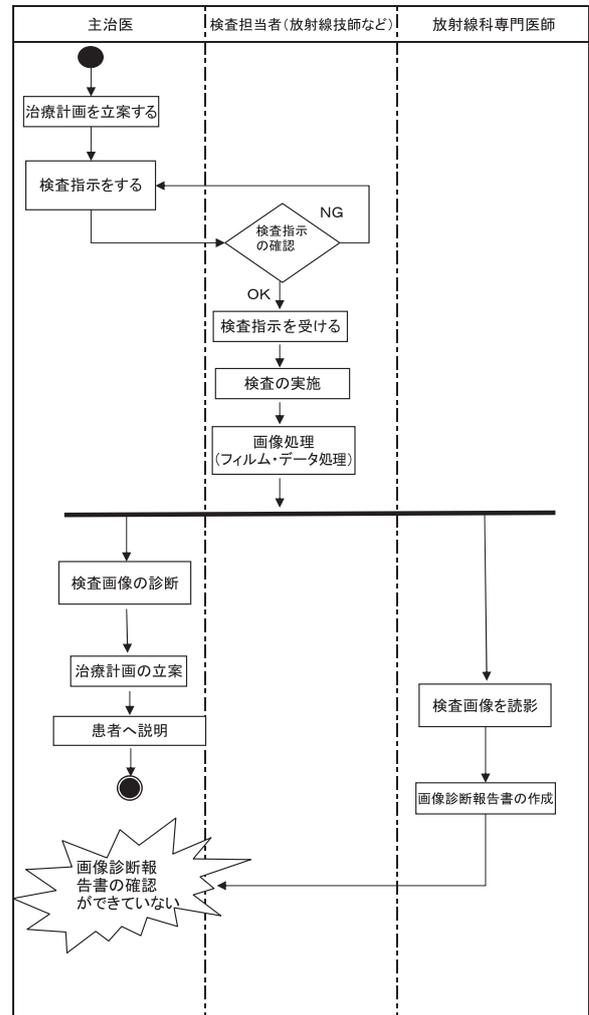
しかし、事例3より作成した業務工程図(図表Ⅲ-2-31)では、画像が撮影された後、主治医による読影及び診断、患者説明の工程が、放射線科専門医による読影及び画像診断報告書の作成、報告の工程と関連せずに進んでいる。そのため、図表Ⅲ-2-31に示すように、事例3では、業務工程が完結していない。

この背景としては、主治医には検査を実施した目的の領域の画像診断を行う能力があること、画像診断を自ら行って早く治療を開始しようとする、検査結果の説明のために患者が何度も外来通院する負担を減らそうとする、などがあるものと推測される。そのため、画像診断報告書を作成する放射線科専門医より早く、あるいは同じ時期に、画像診断を行い、患者に説明を行っている現状があることが推測される。

図表Ⅲ-2-30 画像診断検査の業務工程の例



図表Ⅲ-2-31 画像診断報告書を見なかった事例の業務工程



※事例3より作成

② 「画像診断報告書の記載内容を見落とした事例」の発生状況

i 「画像診断報告書の記載内容を見落とした」事例の内容

「画像診断報告書の記載内容を見落とした」事例は 1 件であり、その検査内容 CT 検査であった。Ⅲ-3-29 と同様に、検査の目的および見落とした画像診断報告書の記載内容を図表Ⅲ-3-32 に示す。

事例 8 は、主治医は、画像診断報告書の中に記載されていた胃癌を疑う所見を見落としていた。この事例は、『「①-i 画像診断報告書を見なかった事例」の内容』に記述したように、放射線専門医による画像診断では、主治医が予測していなかった領域の異常が指摘されることがある点で、「画像診断報告書を見なかった事例」と共通する背景・要因を有すると考えることができる。

主治医は、画像診断報告書を読む際は、自らの目的としている領域の以上の有無や内容の確認だけでなく、その他の領域の異常に関する記載内容についても、注意深く読む必要性がある。

図表Ⅲ-2-32 画像診断報告書の記載内容を見落とした事例の内容

事例	検査の種類	検査をした目的	画像診断報告書に記載されていた内容
事例 8	CT	貧血が進行し CA19-9 が上昇したための精査	胃の Type3 Cancer 疑いがある

ii 「画像診断報告書の記載内容を見落とした事例」の背景・要因

「画像診断報告書の、記載内容を見落とした」事例の主な背景・要因として、患者が込み合っており、他の検査結果の説明をしているうちに見落としたこと、などが挙げられた。

(4) 事例の経過

① 発見の契機

画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例 8 件の、誤りの発見に至った契機を図表Ⅲ-2-33 に、誤りが発見された施設・場所を図表Ⅲ-2-34 に示す。

誤りの発見の契機は、他の疾患の検査や入院時検査、定期検査であった。また、症状の出現が誤りの発見の契機になった事例もあった。

誤りを発見した施設・場所としては「他施設」が 3 件あった。

図表Ⅲ-2-33 発見の契機

発見の契機	件数
他の疾患の検査 (X線撮影など)	1
入院時の検査 (X線撮影など)	1
症状の出現 (胸水、咳嗽)	2
定期検査	2
不明	2

図表Ⅲ-2-34 発見した施設・場所

場所	件数
自施設	3
他科の外来	1
当該科の外来	2
他施設	3
不明	2

②患者への影響

本報告書の分析事例8件のうち、その後の検査等で、診断および治療の遅れを生じた可能性がある事例が7件あった。(図表Ⅲ-2-35)。画像診断報告書に記載された時期に速やかに精査、加療を行ってもその後の病状が異なっていたか否かは不明であるが、疾患に対する早期の診断や治療の開始を行うことはできなかったと考えられる。

図表Ⅲ-2-35 患者への影響

患者への影響	件数
診断および治療の遅れを生じた可能性あり	7
不明	1

(5) 事例が発生した医療機関の改善策

当該事例が発生した医療機関の改善策を整理して、以下に示す。

1) システムによる改善

- ① 検査をオーダーした際には、カルテにその内容の色を変えて記載し、それを見た次回診察医は必ずチェックするなど、電子カルテシステムで防止できる対策を検討する。

2) 主治医と放射線科専門医の連携

- ① 放射線科医は、読影で予期せぬ重大な異常を発見した場合、直接依頼医師に連絡する。
- ② 各科の連絡を密にする。

3) 主治医の情報確認の徹底

- ① オーダーの画面上での簡単な確認ではなく、プリントアウトされた所見用紙をきちんと確認した上で、報告書隅にサインをし、カルテに保存を行う。
- ② 診療システムに放射線部の検査結果確認機能を備えており、オーダーした検査の結果を必ず確認する。

4) 複数の医師によるチェック体制

- ① 術前の症例検討会を行い、主治医が患者の術前状態を供覧し、複数の医師でチェックする体制とする。
- ② 画像診断報告書を確認した医師は、該当受診科の受診日を繰り上げるか、主治医に連絡する。

5) 放射線科専門医の情報提供方法の改善

- ① 放射線科で検討し、緊急時に、放射線科医師がCT撮影に立ち会い、所見なしでフィルムだけを診療科医師に渡した場合、放射線科の所見を是非読んでもらいたいものに限って、外来も入院も医局長宛に封書で送る。

② 画像診断報告書は1日分をまとめて、各病棟・外来に届ける。

6) 業務工程の改善

① 検査日と外来診察日を別の日にし、放射線科医の読影レポートを確認後、患者に説明する。

(6) まとめ

本報告書では、画像診断を依頼した主治医に画像診断報告書の記載内容が伝達されなかった医療事故を取り上げた。そして、その内容を、①画像診断報告書を見なかった事例、②画像診断報告書の記載内容を見落とした事例、に大別して分析した。

主治医は画像検査を行う対象とした領域について読影し診断したとしても、放射線科専門医により作成された画像診断報告書には、主治医が予測していなかった領域の異常が指摘されることがあることから、画像診断報告書を注意深く読むことが必要である。また、報告書を作成する放射線科専門医には、主治医が異常所見に気づきやすい記載を行うことにより画像診断報告書を作成することが望ましい。

医療機関の改善策で挙げられているように、電子カルテのシステムで防止できる対策を検討することも必要と考えられる。