

## 【2】「画像診断報告書の確認不足」(医療安全情報 No. 63) について

### (1) 発生状況

医療安全情報 No. 63 (平成 24 年 2 月提供) では、画像検査を行った際、画像診断報告書を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある「画像診断報告書の確認不足」を取り上げた(医療安全情報掲載件数 3 件 集計期間：平成 20 年 1 月～平成 23 年 12 月)。

このたび、本報告書分析対象期間(平成 26 年 10 月～12 月)においても類似の事例が 3 件報告されたため、再び取り上げた。

これまでに報告された「画像診断報告書の確認不足」の件数の推移を図表Ⅲ-3-2 に示す。

図表Ⅲ-3-2 「画像診断報告書の確認不足」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計 (件)
平成16年				0	0
平成17年	1	0	0	0	1
平成18年	0	0	1	1	2
平成19年	2	1	0	0	3
平成20年	0	0	0	0	0
平成21年	0	0	0	0	0
平成22年	0	1	0	0	1
平成23年	1	1	0	0	2
平成24年	1	0	0	3	4
平成25年	1	1	0	2	4
平成26年	2	2	2	3	9

図表Ⅲ-3-3 医療安全情報 No. 63 「画像診断報告書の確認不足」

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.63 2012年2月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.63 2012年2月

### 画像診断報告書の確認不足

画像検査を行った際、画像診断報告書が報告されているにもかかわらず、内容を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例が3件報告されています。(集計期間：2008年1月1日～2011年12月31日、第26回報告書「個別のテーマの検討状況」(P131)に一部を掲載。)

**画像検査を行った際、画像診断報告書を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例が報告されています。**

画像検査の目的	確認されなかった内容
カテーテル・アブレーション目的の精査	肺腺癌の疑い
人工血管置換術後のフォローアップ	原発性肺腫瘍の疑い
内臓骨動脈瘤のフォローアップ	肺癌の疑い

◆報告されている3件の事例は、CT検査の画像診断報告書を確認しなかった事例です。

医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.63 2012年2月

### 画像診断報告書の確認不足

#### 事例

弓部大動脈人工血管置換術後の患者。外来担当医は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腫瘍がないことを確認し、異常なしと判断した。その後、画像診断報告書に「原発性肺腫瘍が疑われる」とコメントされていたが、外来担当医は所見に気付かなかった。約1年後、現と胸水貯留を認めため、精査したところ、原発性肺癌と診断された。

#### 事例が発生した医療機関の取り組み

- 主治医は、放射線科専門医の画像診断報告書を確認後、患者に画像検査の結果を説明する。
- 放射線科専門医は、読影で検査の主目的以外の重大な所見を発見した場合、依頼した医師に注意喚起する。

#### 総合評価部会の意見

- 入院(特に退院直前)、外来を問わず、画像診断報告書が確認できる仕組みを医療機関内で構築する。

※この医療安全情報は、医療安全情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業部(一般社団法人)の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業部の趣意等の記載については、当該ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。  
http://www.isaho.or.jp/

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を将来にわたる保証するものではありません。  
※この情報は、医療従事者の責務を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したものではありません。

J C 公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
101-0061 東京都千代田区三田1-4-17 築地ビル  
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)  
http://www.isaho.or.jp/

## (2) 事例概要

本報告書分析対象期間に報告された3件の事例概要を以下に示す。

### 事例1

#### 【内容】

1年前、血管外科で腹部大動脈瘤(A A A)のフォローアップのため胸腹部C T検査を実施した。担当医Aのカルテ記載欄にはA A Aに関する記載のみであった。

患者は腎臓内科の定期受診をしており、他院より「2ヶ月前から乾性咳嗽、嘔声出現。水分摂取時に誤嚥するようになった。呼吸器内科で肺腺癌と診断された。」との情報提供があり、肺癌が発症していたことを腎臓内科の主治医Bは知った。

主治医Bが1年前に撮影したC T検査結果を確認すると、放射線科レポートには胸部所見として肺癌疑い病変の記載があった。

#### 【背景・要因】

- ・血管外科医のC Tの見落としがあった。
- ・院内では、他科のコンサルト結果の画像診断報告書の確認を行う習慣が無かった。
- ・血管合併症(A A A)を有する高血圧加療に必要と思われる、胸部エックス線撮影を怠った。
- ・領域が専門細分化され、自分の専門領域の部分しか診療しない。

### 事例2

#### 【内容】

患者は8年前に口腔底癌に対し手術を実施し、術後は歯科外来で経過観察を行っていた。2年前に頭部体幹(胸部)エックス線撮影を施行後、読影を依頼し、右上肺野に腫瘤(肺がん疑い)あり「C T撮影検査が望ましい」との検査報告があったが確認をしていなかった。

今回、頭部体幹(胸部)エックス線撮影施行し、画像を確認した時に2年前に施行した検査結果を見落していたことがわかった。

#### 【背景・要因】

- ・検査及び読影を依頼していたが、依頼していたことを忘れ検査結果を確認せず、見落としした。

### 事例3

#### 【内容】

患者は多発性骨髄腫のため、外来で加療中に発熱が続き入院した。貧血が増悪し下血を認めたため下部消化管検査を施行したところ、S状結腸に腫瘍病変を認めた。

約7か月前の検査結果を確認したところ、P E T及びC T検査にて「肝浸潤・S状結腸癌」の指摘があり、検査結果を確認していなかったことに気付いた。

#### 【背景・要因】

- ・約7か月前に実施したP E T及びC T検査報告書を確認しておらず、見落とししていた。

### (3) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策を以下に示す。

#### ○システムの検討

- ・画像見落としの再発予防策を診療科、システム部とで検討する。

#### ○確認の強化

- ・読影結果で、異常が出た場合は電子カルテ上にマークを飛ばすシステムであるため、メールの内容を把握する。
- ・診療科内のスタッフで情報を共有し、検査の予約及び結果等を確認したかダブルチェックする。

#### ○放射線科医師など関連部署の協力

- ・検査の主要目的以外の所見が得られた場合は、読影医師から主治医へ連絡する。

### (4) これまで報告された「画像診断報告書の確認不足」の事例について

#### ①事例の内容

本報告書では、平成24年1月から本報告書分析対象期間(平成26年10月1日～12月31日)までに報告された17件について、画像診断の目的と確認されなかった内容を図表Ⅲ-3-4に整理した。検査はCTが最も多く14件であり、PET及びCT、MRI、エックス線撮影はそれぞれ1件であった。

画像検査の目的は、癌の手術や治療後のフォローアップが多く、その他は大動脈解離の状態や人工股関節置換術前の治療計画のためなどであった。確認されなかった内容は、本来の検査の目的とは異なった領域の癌および癌の疑い、更なる精査が必要な病変の指摘であった。

放射線科専門医による画像診断では、画像診断を依頼した医師(以下、主治医という)から検査を依頼され、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、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場合があることから、患者の全体像を把握するために画像診断報告書の内容を確認することは重要である。

図表Ⅲ-3-4 画像診断報告書の確認不足の内容

画像検査の種類	画像検査の目的	確認されなかった内容
C T	腹部大動脈瘤のフォローアップ	肺癌及び肺癌の疑い
	口腔底癌術後	
	尿路上皮癌術後検査	
	大動脈解離疑い	
	白内障術前検査	肺野の結節性病変
	前立腺摘出術後の精査	
	喉頭癌治療後の評価	肝臓内に低吸収域や病変
	一過性の意識障害	
	悪性リンパ腫のフォローアップ	
	冠動脈狭窄術後のフォローアップ	胆のう癌
	膀胱腫瘍術後のフォローアップ	大腸癌
	深部静脈血栓症	腎細胞癌の疑い
	乳癌術後	卵巣腫瘍
人工股関節置換術の治療計画	子宮体癌	
P E T及びC T	多発性骨髄腫	S状結腸癌
M R I	腰部ヘルニア、脊椎管狭窄症のフォローアップ	肝腫瘍
エックス線撮影	尿管結石の排石	S状結腸穿孔

## ②事故の程度

報告された事例の事故の程度では「死亡」が2件、障害残存の可能性がある(高い)が6件であった(図表Ⅲ-3-5)。事例の発生と事故の程度の因果関係は不明であるが、事例の多くは、癌や癌の疑いがある報告書の内容を見なかった事例であった。画像診断報告書の確認不足の事例は、患者の診断や治療への影響が大きい可能性があることを十分に認識する必要がある。

図表Ⅲ-3-5 事故の程度

事故の程度	件数
死亡	2
障害残存の可能性が高い	6
障害残存の可能性が低い	4
不明	5
合計	17

## ③主な背景・要因

次に事例の「背景・要因」の報告項目に具体的に記述されている主な内容を図表Ⅲ-3-6に整理した。主な背景・要因は大別すると、1) 主治医が検査の主たる目的に注意が向いた、2) 放射線科専門医による画像診断報告書の作成が、主治医が画像を見て診断した後であったため、確認が十分でなかった、3) 診療科間の連携不足があった、4) システムにより確認できる仕組みがなかった、5) システムによる仕組みはあったが分かり難かった、6) システムの不具合があった、などであった。

図表Ⅲ-3-6 主な背景・要因

主な背景・要因
<p>1) 主治医は検査の主たる目的に注意が向いた</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・領域が専門細分化され、自分の専門領域の部分しか診療しなかった。</li> <li>・他の臓器の異常を指摘されることを想定していなかった。</li> <li>・C Tの結果、発熱の原因がわかり、その後の治療で症状は改善したため、撮影3日後に出た読影コメントは見えていなかった。</li> <li>・撮影範囲が広範囲に及んで発見されたため、患者に症状がなく主治医も注意が払いにくかった。</li> <li>・診療科の専門部位については詳しく確認しているが、読影結果を、いつ、誰が確認するか曖昧になることがある。</li> </ul>
<p>2) 放射線科専門医による画像診断報告書の作成が、主治医が画像を見て診断した後であったため、確認が十分でなかった</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他科のコンサルト結果の画像診断報告書の確認を行う習慣が無かった。</li> <li>・検査や読影を依頼していたが、依頼していたことを忘れていた。</li> <li>・外来診察中にC Tレポートの登録は間に合わないが、診察後や次回外来受診時に放射線科読影医のレポートを確認する、ということをしていなかった。</li> <li>・緊急でC Tを依頼し、同日緊急手術を行うような症例の場合、放射線科に読影依頼はするが、その結果を待たずに、治療・手術を行うことが多く、診断報告書の確認が不十分であった。</li> </ul>
<p>3) 診療科間の連携不足があった</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他科のカルテは見ない医師が多く、診療科間の連携不足があった。</li> <li>・画像診断の情報が、臨床側に伝わらなかった。</li> <li>・C Tで検査目的と違う所見が認められるなど異常所見があった場合は、放射線科読影医から担当医に電話連絡を行う取り決めであったが、今回の事例では機能しなかった。</li> </ul>
<p>4) システムにより確認できる仕組みがなかった</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・未読レポートがあることを知らせるシステムがなかった。</li> <li>・術前検査を確認したことを、当日あるいは後日確認できるシステムがなかった。</li> <li>・異常読影結果を関係者に通知する(パニック・アラート)システムが構築されていなかった。</li> <li>・検査結果(C T読影報告)が既読であるかどうかチェック体制がない。</li> <li>・システム上医療端末画面にて読影結果の未読・既読が表示されない。</li> </ul>
<p>5) システムによる仕組みはあったが判り難かった</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子カルテシステム上、院内紹介状が記載されていることが判り難い構造である。</li> </ul>
<p>6) システムの不具合があった</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当院では放射線科のレポートが登録されると、ポップアップで依頼した医師に通知されるシステムがあるが、このシステムのエラーが起き、撮像3日後に承認されたC Tレポートの登録通知が依頼医に送られていなかった。</li> </ul>
<p>7) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間救急外来で胸部C T検査を実施したことを、入院した循環器科の医師が把握しておらず、C T検査結果を見ていなかった。</li> </ul>

主治医は患者の症状や疾患から予測をつけたうえで、検査オーダーを依頼する場合が多い。報告された事例についても検査の画像が出来上がった時点で、目的の領域については、自らが確認を行っている。主な背景・要因では「1) 主治医は検査の主たる目的に注意が向いた」には自分の専門領域の部分しか診察しなかったこと、発熱の原因が分かり治療が進んだので読影コメントは読まなかったことが挙げられている。主治医は検査を実施した目的の領域の読影を行い、自ら診断しているが、画像診断報告書には専門領域以外の画像の読影について、放射線科専門医のコメントがある可能性がある。そのことを十分に認識しておくことが重要である。

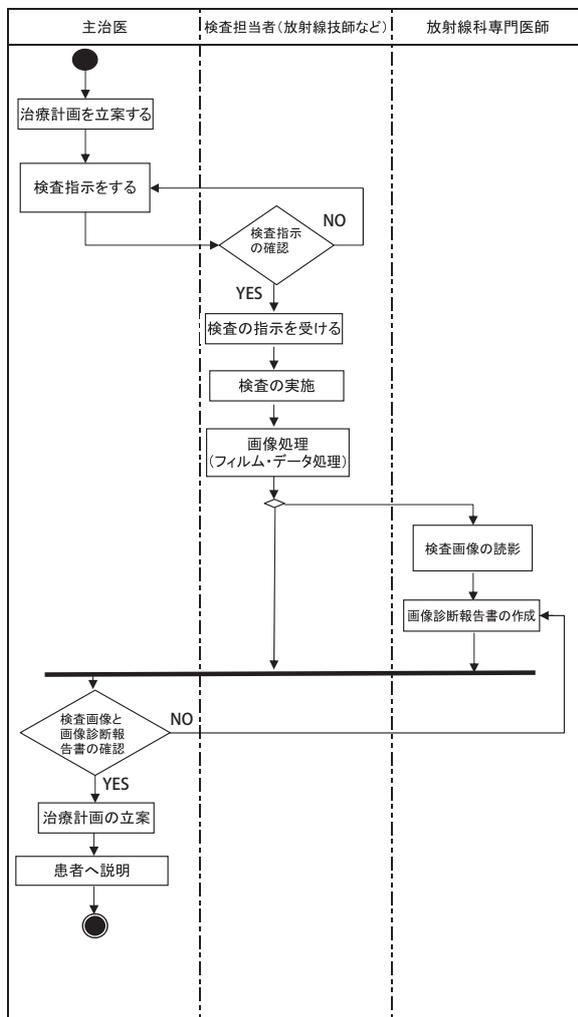
主治医は画像診断を自ら行って早く治療を開始する、検査結果の説明のために患者が何度も外来通院する負担を減らそうとする、などの理由で、画像診断報告書を作成する放射線科専門医より早く、あるいは同じ時期に、画像診断を行い、患者に説明を行ったり、次の治療に進んでいる現状があることが推測される。第26回報告書では、画像が撮影され、放射線科読影医が報告書を作成し、主治医が自ら行った読影結果と画像と画像診断報告書を対応させながら診断し、患者に説明する画像診断検査の業務工程図の一例(図表Ⅲ-3-7)と、画像が撮影された後、主治医による読影及び診断、患者説明の工程が、放射線科専門医による読影及び画像診断報告書の作成、報告の工程と関連せずに進んだ業務工程図の一例(図表Ⅲ-3-8)を掲載した。本報告書において背景・要因の、「2) 放射線科専門医による画像診断報告書の作成が、主治医が画像を見て診断した後であったため、確認が十分でなかった」には、外来診察中にCT読影報告書が間に合わず、診察後や次回外来受診時に放射線科読影医の報告書を確認することをしていなかった、緊急でCTを依頼し、同日その結果を待たずに、治療や緊急手術を行うことが多く、診断報告書の確認が不十分であった、などが挙げられており、主治医は患者の治療を優先するために、必ずしも図表Ⅲ-3-7の工程で進行せず、主治医の診断、治療開始後に、放射線科読影医の画像診断報告書が作成される場合も起こりうるということが推測された。そこで、医療機関内において、主治医の診断がなされた後でも、放射線科専門医による画像診断報告書を確認する仕組みを検討しておくことが必要である。

また、背景・要因の「4) システムにより確認する仕組みがなかった」「5) システムによる仕組みはあったが分かり難かった」には、未読を知らせる仕組みやアラートシステムがなかったこと、システム上、未読、既読の表示がされないことが挙げられている。電子カルテやオーダーシステムなど医師が目にする情報は多数に及ぶ。重要な情報が適切に医師に届けられ、患者の治療へ繋がるように医療機関内で分かりやすいアラートや表示や未読、既読がチェックできるシステムの構築が重要であることが示唆された。

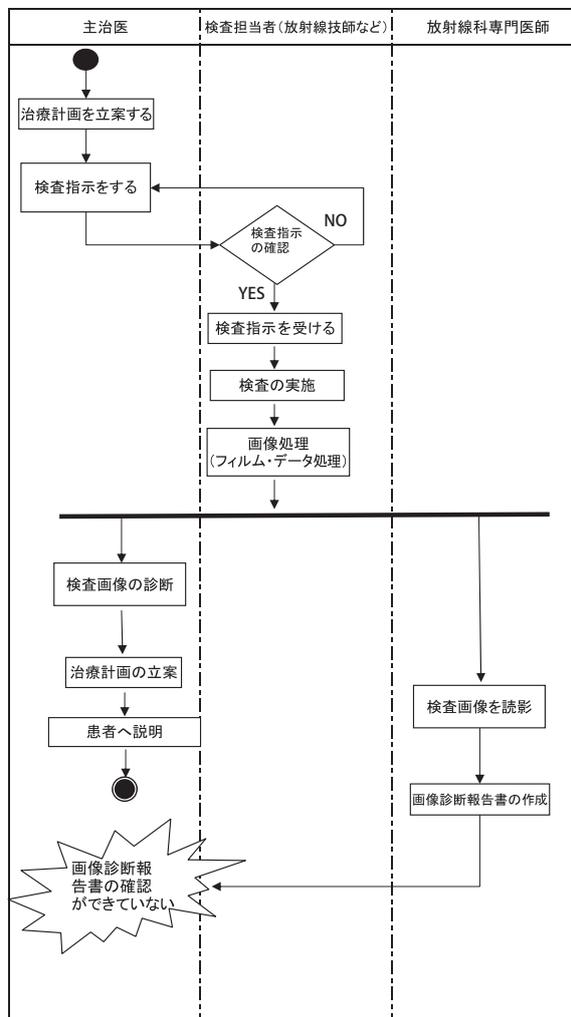
## Ⅲ

1
2-[1]
2-[2]
2-[3]
2-[4]
3-[1]
3-[2]
3-[3]

図表Ⅲ-3-7 画像診断検査の業務工程の例  
(第26回報告書137頁図表Ⅲ-2-30再掲)



図表Ⅲ-3-8 画像診断報告書を見なかった事例の業務工程  
(第26回報告書137頁図表Ⅲ-2-31再掲)



(5) まとめ

平成24年2月に医療安全情報 No. 63を提供し、事例が発生した医療機関の取り組みとして、入院、外来を問わず、画像診断報告書が確認できる仕組みを医療機関内で構築することを紹介した。

本報告書では、平成24年1月から本報告書分析対象期間までに報告された17件の事例について、画像検査の種類、画像検査の目的、確認されなかった内容や主な背景・要因を整理した。

主な背景・要因は大別すると、1) 主治医は検査の主たる目的に注意が向いた、2) 放射線科専門医による画像診断報告書の作成が、主治医が画像を見て診断した後であったため、確認が十分でなかった、3) 診療科間の連携不足があった、4) システムにより確認できる仕組みがなかった、5) システムによる仕組みはあったが分かり難かった、6) システムの誤作動があった、などであった。

電子カルテやオーダシステムなど医師が目にする情報は多数に及ぶ。その中で重要な情報が適切に医師に届けられ、患者の治療へ繋がるように、医療機関内で分かりやすいアラートや表示や未読、既読がチェックできるシステムの構築が重要であることが示唆された。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。