

健康福祉委員会資料

(病院局関係)

2 所管事務の調査（報告）

(2) 井田病院におけるがんの疑いのある画像診断の共有不足事案の発生
について

資料 井田病院におけるがんの疑いのある画像診断の共有不足事案
の発生について

病院局

令和4年11月24日

令和4年11月24日
病 院 局

井田病院におけるがんの疑いのある画像診断の共有不足事案の発生について

この度、井田病院において、CT検査報告書の共有不足により肺がんの診断が遅れ、適切な治療の機会を逸した可能性があることがわかりました。治療に全力を尽くし、自宅療養でできるようになったのですが、その後、患者様はお亡くなりになっています。

亡くなられた患者様の御冥福を心よりお祈り申し上げます。また、患者様並びに御家族の皆様にご多大な御負担と御心痛をおかけし、誠に申し訳なく深くお詫び申し上げます。

1 公表に当たって

令和4年5月、肺がんと診断された患者様について、平成29年12月及び令和3年12月のCT検査報告書に肺がんを疑う所見が記載されていましたが、いずれも確認に至らず、肺がんの診断が遅れ、適切な治療の機会を逸した可能性があることが判明したものです。

2 経過

(1) 平成29年12月のCT検査報告書に関して

大腿骨頸部骨折のため救急搬送され、入院となった患者様について、肺血栓塞栓症の確認のため救急科医師AがCT検査を依頼しました。救急科医師Aは、CT画像を読影し、肺血栓塞栓症や明らかな肺炎像がないことを画像で確認しました。主治医である整形外科医師Bが対応を引き継ぎ、その3日後に、大腿骨頸部骨折の手術が行われました。同日、放射線診断科医師Cの最終の読影で肺がんを疑う所見を記載したCT検査報告書が作成されましたが、CT検査報告書を確認するには至りませんでした。患者様は平成30年2月に退院されました。

(2) 令和3年12月のCT検査報告書に関して

腰椎圧迫骨折のため受診し、入院となった患者様について、主治医である整形外科医師DがCT検査を依頼しました。整形外科医師Dは、画像で胸腰椎の圧迫骨折の状態を確認し、保存的治療を選択、治療を開始しました。その後、検査当日に放射線診断科医師Cの最終の読影で肺がんを疑う腫瘍の増大と胸水を認める所見を記載したCT検査報告書が作成されましたが、CT検査報告書を確認するには至りませんでした。患者様は同月中に退院されました。

(3) 令和4年5月のレントゲン・CT検査に関して

心不全の疑いで救急搬送された患者様について、主治医である呼吸器内科医師Eが胸部レントゲン・胸部CT検査を依頼しましたが、左胸水貯留を認め、入院治療することになりました。呼吸器内科医師Eが患者様の過去のCT画像及びCT検査報告書を確認したところ、平成29年12月と令和3年12月のCT検査報告書に肺がんを疑う記載があったことが発見されました。

(4) その後の経過

胸水検査から肺がんであると確定診断し、抗がん剤治療を行い、令和4年7月1日に退院しました。8月17日に再入院となり、8月27日逝去されました。

3 原因

井田病院では、「放射線画像診断報告書見落とし防止対策システム運用基準」（以下「防止システム」という。）を令和2年2月に策定し、令和3年10月には改訂し、CT及びMRI撮影後、画像を読影した放射線診断科医師は、緊急を要する所見、見逃しやすい所見について、電話、メール等で主治医等に注意喚起することになっております。

しかしながら、平成29年12月のCT検査時には、防止システムは運用されておらず、また、主治医である整形外科医師は、手術終了後であったため、改めてCT検査報告書を確認することはしませんでした。

令和3年12月のCT検査時には、防止システムは運用されていましたが、平成29年12月のCT検査報告書に肺がんを疑う所見を記載していたため、既に治療が開始されていると考え、CT検査報告書に前回との変化を記載するのみで、放射線診断科から主治医にあらためて注意喚起の連絡をしませんでした。

このように、医師間・部門間での伝達を行うための仕組みが不十分であったことが大きな要因であると考えています。

4 対応

2度にわたるCT検査報告書の共有不足判明後、院長、副院長、医療安全管理室長、関係診療科医師等が出席する井田病院医療事故防止対策委員会を令和4年5月26日に開催し、「CT検査報告書の共有不足により、肺がんの診断が遅れ、適切な治療の機会を逸した可能性がある事例」と判断しました。

患者様と御家族に事実をお伝えし、お詫びしました。また、公表について御家族に説明し、御了承が得られたため、公表するものです。

5 防止システムの問題点と再発防止策

(1) 注意喚起する画像検査報告書はすべて医療安全管理室に提出され、医療安全管理室において、追加検査や診断に応じた治療等が開始されているかどうかをチェックしていますが、今回の事例を受け、防止システムを精査したところ、次のような問題点が判明しました。

(問題点)

- ① 救急医や日当直医から依頼された検査は、主治医が確定していないため、緊急を要する所見、見逃しやすい所見について、放射線診断科医師が、電話、メール等で主治医等に注意喚起する対象になっていなかった。
- ② 過去の画像検査報告書に所見を記載している場合は、注意喚起の対象になっていなかった。

(2) 問題点を是正するため、次の改善策を実施し、令和4年7月から運用を開始しました。

- ① 救急医や日当直医から依頼された検査も、注意喚起の対象とする。
- ② 専門診療科の評価が必要な場合は、過去の記載に関わらず注意喚起を行う。

6 今後について

このようなことを二度と起こさないよう、病院全体で再発防止に取り組んでまいります。