

横浜市立大学附属病院における、コンピュータ断層撮影（CT）の
検査結果情報の共有不足により癌の適切な治療を逸した医療事故について

公立大学法人横浜市立大学附属病院（674床、横浜市金沢区福浦3-9、病院長 相原道子、以下「附属病院」という。）では、平成29年10月30日に同附属市民総合医療センター（以下「センター病院」という。）が公表したCT検査結果の情報共有不足（画像診断報告書の未確認）による医療事故の事例を受け、類似事例に関する内部調査（※）を行いました。これにより、検査結果の情報が共有されず癌の適切な治療機会を逸した医療事故1件が判明し、患者様は平成30年4月30日にご逝去されました。

※…類似事例に関する内部調査は、記者発表「横浜市立大学附属2病院におけるコンピュータ断層撮影（CT）等の検査結果情報の共有不足事例に関する調査結果について」を参照

1 患者様

60歳代 男性（主病名 腎臓癌）

2 経過

ア 患者様は、平成24年2月に当院循環器内科に15日間入院し、発作性心房細動などに対して、内科的治療を実施しました。同年6月には4日間入院にて心房粗動に対して検査と処置を実施し、同年6月から10月までは月に1回の頻度で、当院外来を受診していました。

イ 平成24年10月24日に、翌月11月に実施する心房細動に対する検査とカテーテルアブレーション（※）に向けて、放射線技師が、アブレーション実施時の3D画像構築のため心臓・血管3DCT検査を実施しました。

※カテーテルアブレーション…不整脈を起こす異常な心臓内の局所を、カテーテルを使用して焼き、正常なリズムを取り戻す治療法

放射線科のB医師（平成28年3月に退職）は、CT、MRI等の画像は読影依頼の有無にかかわらず全件読影する原則に基づき、当該CT画像の読影を行い、3DCT検査翌日の平成24年10月25日に画像診断報告書を作成。その報告書の中で「左腎腫瘍：RCCの除外が望まれる。」と診断していましたが、検査目的と異なる部位の診断結果を直接、担当医である循環器内科のA医師（平成27年3月に退職）に伝えていませんでした。

※RCC…「腎細胞癌」を表す略語

また、担当医である循環器内科のA医師が依頼した3DCT検査は、カテーテルアブレーションの準備のためであり、放射線技師は撮影したCT画像から、心臓が撮影されている部分のみをCD-ROMに記録し、A医師に渡しました。A医師は、CD-ROMを専用機器に取り込んで機械的に3D画像構築を行いました。A医師は画像参照や画像診断を行う必要がなく、画像の読影依頼も出していなかったため、画像診断報告書が作成されていることに気づきませんでした。

ウ 患者様は平成 24 年 11 月 7 日から 9 日まで 3 日間入院し、11 月 8 日に、心房細動に対する検査とアブレーション（肺静脈隔離術）を実施しました。

エ 退院後、平成 24 年 11 月から平成 26 年 2 月まで、2～3 か月に 1 回の頻度で、計 8 回外来受診。この間に X 線撮影や CT 等の画像検査は行われず、A 医師は画像診断報告書が作成されていたことに気づかないまま、平成 26 年 2 月に紹介元の地域医療機関に逆紹介しました。

オ その後、平成 29 年末から患者様に咳嗽（せき）が出現し、平成 30 年 2 月に他院で撮影した胸部単純 CT にて転移性肺腫瘍を疑われ、当院臨床腫瘍科が紹介されました。

カ 患者様が平成 30 年 3 月 1 日に当院臨床腫瘍科を受診し、持参した CT 画像にて左腎腫瘍、両肺多発結節影を認めました。同日、緊急入院して、腎臓ダイナミック CT（※）を施行したところ、左腎癌、肺門部及び後腹膜浸潤の疑い、左腎静脈から下大静脈内腫瘍栓、多発肺転移、両側肺動脈の多発血栓を認めました。その際、当院保管の CT 画像（平成 24 年 10 月 24 日）に疑わしい陰影があったことを確認し、臨床腫瘍科医師 C から患者様に御説明しました。

※ダイナミック CT…造影剤を早い速度で注入し、一定の時間に同じ部分を撮像する方法。臓器の最大の造影効果を見ることができる。

キ その後、PET-CT、腎生検施行ののち平成 30 年 3 月 10 日に一旦退院、平成 30 年 3 月 27 日に再入院して抗癌剤治療等を行いましたが、平成 30 年 4 月 30 日に御逝去されました。

※PET-CT…放射線を含む薬剤を用いて、癌細胞だけに目印をつけて行う検査

※腎生検…人体に細い針を刺して腎臓の組織を採取し、顕微鏡で状態を調べる検査

3 原因

当時は病院として CT、MRI 等の画像は読影依頼の有無にかかわらず全件読影することを原則としており、画像診断報告書が作成された場合、電子カルテ上の放射線画像システムの画像参照ボタンをクリックすると表示されるようになっていましたが、A 医師は気づくことなく、確認していませんでした。また B 医師は、検査目的と異なる部位の診断結果を直接 A 医師に伝えていませんでした。

医師間・部門間での伝達ができなかったという、病院全体の体制が不十分であったことが原因と考えています。

4 患者様及び御家族への説明・謝罪、今後の対応について

(1) 説明・謝罪

平成 24 年 10 月 24 日に撮影した CT 画像に疑わしい陰影があったことについて、患者様には平成 30 年 3 月 1 日に臨床腫瘍科医師からご説明しました。患者様が御逝去された翌日の平成 30 年 5 月 1 日には、CT 画像について作成されていた画像診断報告書が未確認であったことを、安全管理指導者（医師）、泌尿器科医師、循環器内科医師から御家族にご説明しました。

また平成 30 年 6 月 6 日には、病院長、循環器内科部長、医学・病院統括部長が御家族を弔問し、改めて説明・謝罪しました。公表についての同意もいただきました。

(2) 今後の対応

補償に関する事など、病院として誠意をもって対応してまいります。

5 再発防止策の取組状況

- (1) センター病院の事例公表を受けて、院内の臨床部長会、トップマネジメント会議、安全管理対策委員会などで、医師及び職員に対して注意喚起を行いました。
- (2) 十数年前から行っている、放射線科医師が読影を行った際に、検査依頼医師が予期していないであろうと想定される、生命予後に関わる緊急性の高い疾患や悪性腫瘍などを示唆する明らかな所見が認められた場合、放射線科医師など画像検査に関わる職員が、検査依頼医師に直接電話連絡するという対応を引き続き行います。さらに不在時の連絡内容の引き継ぎの徹底や、電話連絡する基準の統一についての通知を平成 29 年 8 月に行っており、徹底を図っております。
- (3) 医療情報システムにおいて、電子カルテを起動した時に、未確認の画像診断報告書の一覧を表示し注意を喚起する機能、及びこの未確認の画像診断報告書を開いた時に、医師がそれを確認して既読にする機能の追加改修を行います。(平成 30 年 10 月運用開始予定)
- (4) 上記 (3) の医療情報システムの改修予定の平成 30 年 10 月までは、医療情報システムを活用して、画像診断報告書の作成から一定の期間が経過しているのに報告書が未確認の事例を抽出し、安全管理対策委員会で報告を行うとともに、診療科に確認を促します。(平成 30 年 7 月開始予定)
- (5) 今回の調査で判明した悪性腫瘍と判断された症例(計 9 件)については、院内医療事故会議や、外部委員が入った医療事故調査委員会で内容を調査しています。委員会の調査結果や提言に基づいて、関係様式の改定や診療体制の構築など、効果のある再発防止策を実施してまいります。

6 相原道子(あいはらみちこ)病院長コメント

今回の調査により、患者様の生命にかかわる情報を、医師間・部門間で確実に共有することができていなかったことが明らかになり、病院全体の問題として責任を重く感じております。患者様、御家族の皆様には深くお詫び申し上げますとともに、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。市民の皆様からの信頼を損ねる結果となり、誠に申し訳ありませんでした。

深く反省し、再発防止に向けて、病院一丸となって取り組んでまいります。

お問い合わせ先
附属病院 総務課長 増田 政博 Tel 045-787-2804