

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
診断結果の確認不足による動脈瘤の適切な治療の機会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。）において、平成 29 年 6 月に実施した CT 検査の診断結果が確認できておらず、動脈瘤の適切な治療の機会を逸した医療事故が発生しました。患者様は令和元年 9 月にご逝去されました。

1 患者様

70 歳代 男性（疾患名 右内腸骨動脈瘤*破裂） *動脈瘤…動脈の血管がこぶ状に拡張した状態

2 経過

- （1）患者様は平成 15 年 12 月に他院で、狭心症および腹部大動脈瘤の治療のため、冠動脈-大動脈バイパスグラフト術、腹部大動脈瘤手術を受け、その後通院されていました。
- （2）平成 17 年 3 月に悪性リンパ腫の治療のため、当院血液リウマチ感染症内科に紹介受診され、入院加療されました。また同年 4 月より心臓血管疾患の経過観察を当院循環器内科で行うことになり、2 か月ごとの定期的な診察とともに、胸部レントゲン、心臓超音波、負荷心電図などの検査を実施してきました。
- （3）平成 17 年 12 月に悪性リンパ腫は完全寛解（がん細胞が消えた状態）となりましたが、血液リウマチ感染症内科では、再発所見有無の確認のため 6 か月に 1 回、平成 19 年からは年に 1 回 CT 検査を実施しました。CT 検査の結果、平成 21 年 3 月に初めて左総腸骨動脈に瘤化所見が放射線診断医師 A により指摘されましたが、その後の CT 検査で瘤の大きさに変化がなく、悪性リンパ腫の寛解から 6 年が経過したため、平成 24 年 3 月の撮影をもって定期的な CT 検査は終了となりました。
- （4）並行して平成 19 年 8 月に IgA 腎症*疑いにて当院腎臓・高血圧内科での診療を開始し、以降 3 か月ごとに受診されました。 *IgA 腎症…腎臓の糸球体に IgA という蛋白が沈着する病気
- （5）平成 29 年 6 月、腎生検*を検討するため腎臓形態確認を主とした CT 検査を行ったところ、放射線診断医師 B は画像診断報告書に「両側内腸骨動脈瘤：いずれも増大」と記載しました。しかし、腎臓・高血圧内科医師 C は診察時に当該 CT の画像診断報告書を開封し、腎臓の形態、悪性腫瘍の有無を確認したものの、報告書の動脈瘤に関する記載内容は確認しておらず、適切な対応ができませんでした。 *腎生検…腎臓の組織の一部を採取して、その組織を顕微鏡で観察する検査（腎炎、自己免疫腎炎などの腎臓疾患を確定診断する）
- （6）令和元年 9 月に右鼠径部疼痛、一過性の意識消失を主訴に当院に救急搬送され、精査目的で入院されました。CT 検査の結果、右内腸骨動脈瘤破裂の診断となり循環器内科医師 D により血管内塞栓術*が行われました。この入院の際に腎臓・高血圧内科の当直医師 E は、平成 29 年 6 月実施の画像診断報告書を確認し、「両側内腸骨動脈瘤：いずれも増大」との診断に対応できていなかったことが判明しました。

血管内治療後も出血が持続し追加治療を実施しましたが、出血性ショックに伴う血液凝固障害のため、患者様は 9 月にご逝去されました。

*血管内塞栓術…カテーテルを通して細く柔軟なプラチナ製のコイルを動脈瘤の内部に詰めて瘤内への血流を遮断する治療法

3 原因

平成 29 年 6 月に腎臓の形態確認を主な目的として撮影された CT 画像を、放射線診断医師が読影し、「両側内腸骨動脈瘤の増大」を指摘する報告書を作成しましたが、診断報告書を閲覧した腎臓・高血圧内科医師は、動脈瘤の記載を確認しておらず、破裂の予防につながる対応を取る機会を逸したことが原因と考えています。また当時は、画像診断結果の重要性を示すシステム上の機能や異常所見に対する適切な治療を確認するしくみがなく、組織としての確認体制が整っていませんでした。

4 御家族への説明・謝罪及び今後の対応

(1) 説明・謝罪

御家族に対しては、主治医（腎臓・高血圧内科医師 C）から、平成 29 年撮影の CT 画像診断報告書に内腸骨動脈瘤の記載があったにもかかわらず、当時その内容を確認できていなかったことについて説明し、謝罪しました。同日に安全管理責任医師より御家族に対し、医療法に定める医療事故に該当すると判断し届け出をすること、今後医療事故調査委員会を設置する予定であることを説明しました。

その後、病院長、診療科部長、医学・病院統括部長が御家族と面会し、改めて説明・謝罪し、公表についてのご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、誠意を持って対応してまいります。

5 今回の対応と再発防止策

院内医療事故会議を 9 月中に計 4 回開催し、本案件について経緯の詳細な把握を行うとともに、同様の類似事例に関する調査について検討しました。その結果、平成 27 年 10 月～平成 30 年 9 月の 3 年間を対象期間として、動脈瘤などの類似症例を抽出し、現在、該当する 3,753 件の画像診断報告書について、各診療科において対応状況の確認を進めています。

（平成 30 年 6 月に公表した CT 検査結果の共有不足による医療事故を受け、実施した画像診断報告書の調査では、悪性腫瘍などについて実施しており、動脈瘤などの血管病変はその調査対象にあたらなかったため発見できませんでした）。また今後、外部委員を含めた医療事故調査委員会を設置し、原因究明や再発防止に必要な調査を行う予定です。

再発防止策としては、CT 検査結果の共有不足による医療事故を教訓に、平成 30 年 10 月に画像診断報告書が未開封のまま放置されることを防止する【未読／既読管理システム】を導入しました。また、一定の基準（主治医に的確に伝えるべき画像所見の分類：英国 The Royal College of Radiologists(RCR)に基づき、重要な異常所見については報告書に重要フラグを表示し、「重要フラグ」付き報告書に従って患者に適切な対応が行われたかを毎月確認し、さらに主治医に的確に伝えるための連絡体制を設けています。現在はこれらの対策により、画像診断報告書に対する確認体制を徹底しておりますが、認識を新たにするため改めて周知徹底を図るとともに、引き続き再発防止に努めてまいります。

6 相原道子(あいはらみちこ)病院長コメント

今回の医療事故につきましては、当院での CT 画像診断結果を活かせず、適切な治療の機会を逸してしまいました。画像診断結果の異常所見に対処できなかったことに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。

当院の理念に掲げる「市民が心から頼れる病院」に値すべく、昨年秋から実施している対策をさらに推進し、再発防止に全力で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 齋藤 龍也 Tel 045-787-2804