

〔報道用資料〕

平成30年6月8日

千葉大学医学部附属病院

画像診断に関する確認不足等についてのお詫びとご報告

千葉大学医学部附属病院において、CT検査の画像診断に関する確認不足等で診断の遅れが9件生じ、4名の患者様の治療結果に影響を与えていたことがわかりました。うち2名の患者様は現在治療中で、2名の患者様は残念ながらお亡くなりになりました。

亡くなられた患者様のご冥福を心よりお祈り申し上げます。患者様ならびにご家族の皆様には多大なご負担とご心痛をおかけし、誠に申し訳なく、深くお詫び申し上げます。また、当院で治療を受けているすべての患者様をはじめ、地域の皆様、関係各位の信頼を損なうこととなり、重ねて深くお詫び申し上げます。

これまでの経緯をご説明します。

平成29年7月、50代男性の患者様が肺がんの疑いで当院の呼吸器内科を受診されました。呼吸器内科の医師は、患者様が約1年前の平成28年6月に頭頸部腫瘍の確認のために当院でCT検査を受けていたことから、当時の画像診断報告書を確認したところ、肺がんの疑いがあると指摘されていました。その画像診断報告書の確認不足を疑い、平成29年8月5日に医療安全管理部に報告しました。

原因などを調べるため、院内の事例検討委員会を開催し、放射線診断専門医（画像診断を専門に行う放射線科の医師）が、画像診断報告書を提出していたにもかかわらず、診療科の医師が自ら画像を診断した際、専門領域である頭頸部のみに注目したため、肺がんについて確認不足が生じていたことがわかりました。患者様とご家族にその事実をお伝えして謝罪し、現在、当院で治療に全力を尽くしているところです。

当院は、再発防止のため画像診断の現状に関する調査を行い対応策の検討を行うなど、ただちにできることから着手し、今後に向けた対策の検討を進めていましたが、平成29年10月、新たに2名の患者様について確認不足が報告されました。

この事態を大変重く受け止め、根底に共通する問題を明らかにするため、11月1日、院内調査を実施し、画像診断の確認不足等に関する案件をすべて報告するよう全診療科に指示しました。その結果、さらに6件報告されました。平成30年2月28日、第1回の外部調査委員会を開催し、第三者の目で徹底的に問題点を洗い出し、再発防止に向けてこれまで議論を重ねてまいりました。

外部調査委員会の提言書が6月1日に提出されたことを受け、当院として画像診断報告書の運用方法や診断体制の抜本的な見直しを含む再発防止策をまとめました。信頼回復に向けて、病院職員が一丸となって着実に実行するという決意とともに、ご報告申し上げます。

1. 画像診断に関する確認不足等の具体的な内容

9名の患者様について、原因を以下にまとめました。

- ① 放射線診断専門医が画像診断報告書を提出しているにもかかわらず、診療科の医師が専門領域のみに注目して診断したため、付随する所見について確認不足が生じた（5件）
- ② 診療科の医師が放射線診断専門医に画像診断の依頼を行っていない（2件）
- ③ 放射線診断専門医による画像診断報告書の作成が遅れたため、診療科の医師が確認しなかった（1件）
- ④ 放射線診断専門医による画像診断報告書の作成が行われていなかった（1件）

2. 当院の対応

<患者様とご家族に対して>

治療結果に影響を与えた患者様およびご家族に対して、事実を説明して謝罪しました。

<院内対応>

- ・ 平成29年8月5日 1人目の患者様について医療安全管理部に報告。
- ・ 8月17日 事例検討委員会を開催。原因、治療への影響、今後の再発防止策を検討。
- ・ 9月28日 すべての診療科に対して画像診断の現状に関する調査を行い、対応策を検討。
- ・ 10月27日、全職員の参加が義務付けられた医療事故防止セミナーにおいて画像診断に関する研修を実施。
- ・ 11月1日、院内調査を実施。全診療科に画像診断に関する確認不足等の案件を全て報告するよう指示。
- ・ 11月15日、厚生労働省の通知文書「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について」を院内に周知。
- ・ 11月20日、運営会議（診療科・部門の責任者が出席）で、画像診断の確認不足等の事例を周知し、注意喚起を行った。「放射線診断体制構築ワーキンググループ及び外部調査委員会において、院内外の目で問題点と再発防止策の検討を開始する」旨、報告。
- ・ 12月25日、実務者会議（診療科・部門の実務者が出席）で、診療科の医師に対して、放射線診断専門医から重要所見のある画像診断報告書を通知する運用を開始する旨、説明。
- ・ 平成30年2月28日、第1回外部調査委員会を開催。
- ・ 3月20日、第2回外部調査委員会を開催。
- ・ 4月10日、第3回外部調査委員会を開催。以降メール審議1回を含む計4回開催。
- ・ 5月28日、全診療科のリスクマネージャーを対象とした研修において、画像診断に関する研修を実施。
- ・ 6月1日、病院長が外部調査委員会から提言「画像診断体制の今後の改善に向けて」を受取。

3. 外部調査委員会の概要

- 名称 千葉大学医学部附属病院画像診断改革外部調査委員会
- 目的 画像診断報告書の確認不足等が生じた原因を多角的な観点から討議して究明するとともに、背景にある要因、今後に向けた再発防止策などの提言を行う。
- 構成 外部専門家 5 名、当院の医療安全管理部門 1 名、計 6 名
 - 宮坂 信之 東京医科歯科大学名誉教授
 - 井上 登美夫 湘南鎌倉総合病院先端医療センター長
 - 中島 勸 東京大学医学部附属病院医療安全対策センター長
 - 金敷 美和 千葉県救急医療センター副看護局長
 - 鈴木 庸夫 真田綜合法律事務所 弁護士
 - 相馬 孝博 千葉大学医学部附属病院医療安全管理部長

4. 背景と課題

事例検討委員会および外部調査委員会の実施により、共通する複数の原因があることがわかりました。

- ・ 診療科の医師は、専門領域においては確実に画像診断を行っているが、放射線診断専門医が作成する画像診断報告書も併せて確認するという認識が不十分だった。
- ・ 診療科の医師が、自分の専門領域のみに注目し、専門領域外の付随する所見について確認不足が生じた。
- ・ 放射線診断専門医が作成した画像診断報告書を診療科の医師が確認しなかった場合に、未確認を知らせる機能が電子カルテシステムに搭載されていなかった。
- ・ CT等の画像検査の依頼数と比較し、画像診断にかかる体制が不十分であった。
- ・ 診療科の医師が画像診断に必要な情報を十分に記載しなくてもCT等の画像検査を依頼できるシステムのため、放射線診断専門医が電子カルテで既往歴などを見直し、画像診断に必要以上の時間を要していた。

5. 再発防止策

外部調査委員会の提言を受けて、当院は以下の対策を実施します。

<体制の改善>

- ① 平成30年7月1日に画像診断センターを設置し、放射線診断専門医を増員することで画像診断にかかる体制を強化する。
- ② 放射線診断専門医による画像診断報告書を、患者様にも一緒に確認していただく仕組みをつくる。

<教育による改善>

- ③ 専門領域だけではなく、付随する所見を確実に確認するよう、医師の意識改革を促すため、全職員の参加を義務付けるセミナーなど院内教育を継続して実施し、PDCA サイクルを構築する。
- ④ 画像検査の依頼時に、診療科の医師が「画像診断に必要とされる情報」を記載する重要性を認識するよう、指導を徹底する。

<システムによる改善>

- ⑤ 平成31年1月からシステムを更新(電子カルテの機能改良を含む)し、診療科の医師による画像診断報告書の確認状況の記録・管理を行い、確認を徹底する。
- ⑥ システム更新までは、医療安全管理部と企画情報部が、画像診断報告書の確認状況を把握し、定期的に画像検査依頼した診療科の医師と当該診療科のリスクマネージャーならびに放射線診断専門医に連絡し、確認を求める。

以上、私たちは、この事実を真摯に受け止め、今後、病院職員一丸となって全力で再発防止に努め、患者様からの信頼回復に向け、誠心誠意取り組んでまいります。

<説明者>千葉大学医学部附属病院

病院長

山本 修一

副病院長・医療安全管理責任者

市川 智彦

副病院長・事務部長

永田 昭浩

<お問い合わせ先>

診療に関すること

TEL:043-222-7171 (代表)

報道に関すること

TEL:043-226-2225 (病院広報室)

① 診断の遅れが治療結果に影響を及ぼした 4件

事例番号	性別	年代	対象病名	基礎疾患名	事実経過	治療結果への影響	診療科認識日	医療安全管理部に報告日	事例検討委員会開催日
1	男性	50代	肺がん	頭頸部腫瘍	<ul style="list-style-type: none"> ・ H28年6月 頭頸部腫瘍の確認のためCT撮影。 ・ 肺がん画像診断報告書の確認不足。 ・ H29年7月 他院からの肺がん精査依頼のCTにて、肺がんを認識。 	無と言い切れない	H29.7.25	H29.8.5	H29.8.17
2	女性	60代	腎がん	炎症性腸疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・ H25年6月 炎症性腸疾患の経過観察のためCT撮影。 ・ 腎がん画像診断報告書の確認不足。 ・ H29年10月 アレルギー・膠原病内科によるCT撮影にて、腎がんを発見。 	有	H29.10.4	H29.10.18	H29.10.30
3	男性	60代	膵がん・肝転移	心房細動	<ul style="list-style-type: none"> ・ H29年5月 心臓手術の術前検査のためCT撮影。 ・ 肝結節画像診断報告書の確認不足。 ・ H29年10月 消化器内科によるCT撮影にて、膵がんを認識。 	無と言い切れない	H29.10.24	H29.10.31	H29.11.6
4	男性	70代	肺がん	皮膚悪性腫瘍	<ul style="list-style-type: none"> ・ H28年1月 皮膚悪性腫瘍のPET-CT報告書に肺野の異常集積像を確認したが、担当医は十分な確認をしなかった。 ・ H29年4月 皮膚科によるCT撮影にて、肺がんを認識。 	有	H29.4.4	H29.11.6	H29.12.4

注 事例番号は、事例検討委員会で検討した順に付番しています

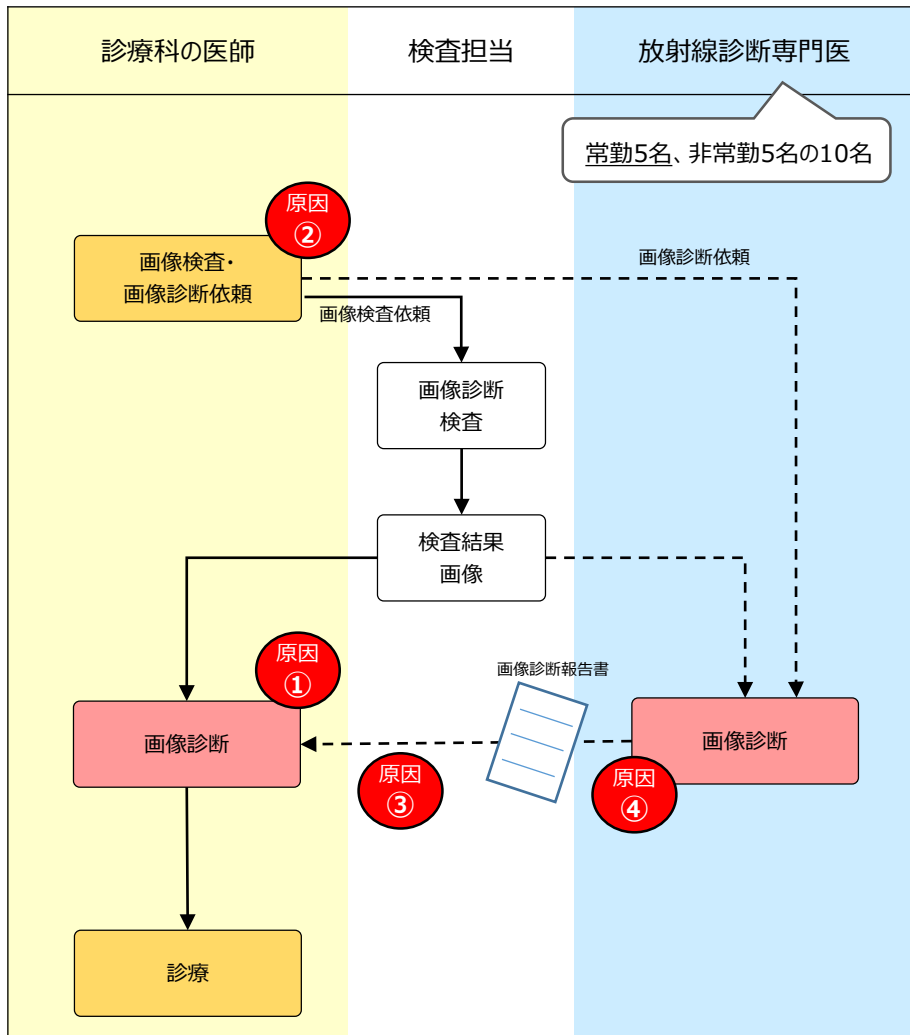
② 診断の遅れがあったが、治療結果に影響がなかった 5件

事例番号	性別	年代	対象病名	基礎疾患名	事実経過	治療結果への影響	診療科認識日	医療安全管理部に報告日	事例検討委員会開催日
5	男性	80代	大腸がん	腸骨動脈瘤	<ul style="list-style-type: none"> ・ H29年9月 動脈瘤の術前検査のためCT撮影。 ・ 盲腸がん画像診断報告書の確認不足。 ・ H29年11月 心臓血管外科による内視鏡検査にて、大腸がんを認識。 	無	H29.11.6	H29.11.10	H29.12.4
6	女性	30代	転移性脊髄腫瘍	原発不明癌	<ul style="list-style-type: none"> ・ H28年10月 原発不明癌の治療効果判定のためCT撮影。担当医による読影では頸椎転移は確認できなかった。(主治医側で読影、放射線診断専門医に読影依頼なし) ・ H29年10月 整形外科によるMRI撮影にて、転移性脊髄腫瘍を認識。 	無	H29.10.24	H29.11.8	H29.12.4
7	女性	50代	肺がん	指定難病	<ul style="list-style-type: none"> ・ H27年3月 内臓脂肪確認のためCT撮影。担当医による読影では肺がんは確認できなかった。(主治医側で読影、放射線診断専門医に読影依頼なし) ・ H27年9月 循環器内科によるCT撮影にて、肺がんを認識。 	無	H27.9.4	H29.11.28	H30.1.15
8	男性	50代	転移性肝がん	頭頸部腫瘍	<ul style="list-style-type: none"> ・ H29年4月 頭頸部腫瘍の経過観察のためCT撮影。 ・ 放射線診断専門医による読影が行われなかった。 ・ H29年11月 消化器内科によるCT撮影にて、転移性肝腫瘍を認識。 	無	H29.11.29	H29.12.6	H30.1.15
9	女性	80代	膵がん	肝腫瘍	<ul style="list-style-type: none"> ・ H29年4月 肝癌の精査のため、CT撮影。 ・ 膵尾部がん画像診断報告書の確認不足。 ・ H30年2月 他院からのCT撮影の検査報告にて、膵がんを認識。 	無	H30.2.26	H30.3.1	H30.3.12

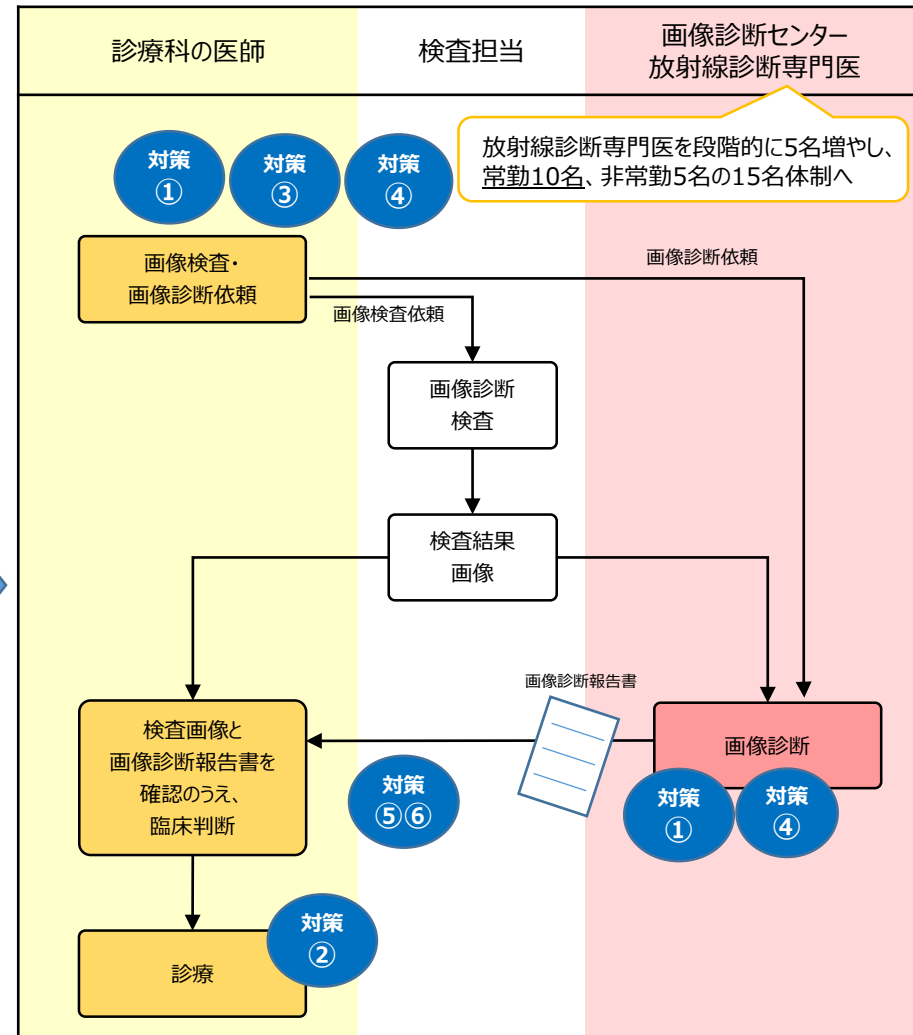
注 事例番号は、事例検討委員会で検討した順に付番しています

画像診断に関する再発防止策

現状



対策後



- 原因① 放射線診断専門医が画像診断報告書を提出しているにもかかわらず、診療科の医師が専門領域のみに注目して診断し、付随する所見の確認不足
- 原因② 診療科の医師が放射線診断専門医に画像診断の依頼を行っていない
- 原因③ 放射線診断専門医による画像診断報告書の作成が遅れ、診療科の医師が確認しなかった
- 原因④ 放射線診断専門医による画像診断報告書の作成が行われていなかった

- 対策① 画像診断センターを設置し、放射線診断専門医を増員（体制強化）
- 対策② 患者様と一緒に画像診断報告書を確認
- 対策③ 専門領域だけではなく、付随する所見も確認するよう医師の意識改革
- 対策④ 画像検査依頼時に診療科の医師に必要情報を記載させる重要性を認識するよう指導を徹底
- 対策⑤⑥ 診療科の医師による画像診断報告書の確認状況の記録・管理を行い、確認を徹底させる