

事務連絡
平成29年11月10日

各

| |
|--------|
| 都道府県 |
| 保健所設置市 |
| 特別区 |

 衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

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

今般、医療機関において、放射線科医へ画像診断を依頼した医師（以下「主治医」という。）に、画像診断報告書に記載されている内容が適切に伝達されず、治療の遅れにより患者が死亡する事案の報道が続いているところです。

同種の事案に関連する情報については、これまでも、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第12条に基づく医療事故情報収集等事業において、公益財団法人日本医療機能評価機構から「画像診断報告書の確認不足」（医療安全情報 No. 63、平成24年2月、別添1）が発出され、注意喚起が図られてきています。

また、同様の機序で生じる他の検査報告書の確認不足についても、「病理診断報告書の確認忘れ」（医療安全情報 No. 71、平成24年10月、別添2）や「パニック値の緊急連絡の遅れ」（医療安全情報 No. 111、平成28年2月、別添3）によって注意喚起を図ってきたところです。

つきましては、画像診断報告書等の確認不足を防止するため、別添の内容を御確認の上、貴管下医療機関に対し、改めて周知徹底方お願いいたします。

なお、医療事故情報収集等事業の内容については、公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ（「報告書・年報」<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>、「医療安全情報」<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>）にも掲載されていますことを申し添えます。



公益財団法人 日本医療機能評価機構

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

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 |
| 内腸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。

画像診断報告書の確認不足

事例

弓部大動脈瘤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瘤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、咳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

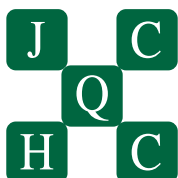
- ・入院（特に退院直前）、外来を問わず、画像診断報告書が確認できる仕組みを医療機関内で構築する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業（厚生労働省補助事業）において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構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.med-safe.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り保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>



公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.71 2012年10月

病理診断報告書の確認忘れ

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が8件報告されています(集計期間:2008年1月1日~2012年8月31日、第24回報告書「個別のテーマの検討状況」(P98)に一部を掲載)。

病理検査を行った際、検査結果の報告書を確認しなかったことにより、治療が遅れた事例が報告されています。

| 検査 | 確認しなかった病理診断の内容 | 結果に気付いた時期 |
|------------------|----------------|-----------|
| 子宮頸部細胞診 | クラスV、扁平上皮がん | 1年半後 |
| 上部消化管内視鏡検査の組織診 | Group5の胃がん | 6年後 |
| | | 2年半後 |
| | 胃の「悪性」所見 | 2年半後 |
| | | 2年後 |
| | | 1年後 |
| 緊急開腹止血術時の術中腹水細胞診 | 食道がん | 半年後 |
| | 腺がん細胞 | 1ヶ月以内 |

病理診断報告書の確認忘れ

事例 1

患者は他疾患の経過観察のCT検査で子宮・卵巣病変を疑われ、産婦人科を受診した。産婦人科医師の診察では超音波検査で複数個の子宮筋腫を認めるものの明らかな悪性所見を認めず、子宮頸部細胞診を施行し、異常があれば連絡することになっていた。1年半後、PET-CTで骨盤内に集積を認め、再度産婦人科を受診し、腔内の細胞診を施行した。患者の診察終了後、医師は1年半前に施行した子宮頸部細胞診で異常(クラスV、扁平上皮がん)の病理診断報告書を確認していないことに気付いた。

事例 2

通院中の患者が、胃検診で要精査の通知を持参した。医師は内視鏡検査を行い、病変部を生検し、次回の予約を入れた。その後、病理診断報告書が出ていたが、患者が来院しなかったため、カルテを一度も開くことがなく経過した。2年後、患者は胃検診の結果が再度要精査であったため、受診した。その際、医師は2年前の病理診断報告書で「悪性」の所見が出ていたことに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・病理診断結果の内容の確認ができる仕組みと、患者への説明が確実にされる仕組みを構築する。

総合評価部会の意見

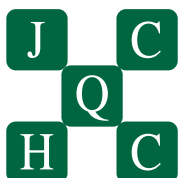
- ・重大な結果については、直接医師に連絡する仕組みを検討しましょう。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、当事業の一環として総合評価部会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。当事業の趣旨等の詳細については、当機構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.med-safe.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り保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.jcqhc.or.jp/>

医療事故情報収集等事業

医療 安全情報

No.111 2016年2月

パニック値の緊急連絡の遅れ

検査値が医療機関内で取り決められたパニック値であったにもかかわらず、医師への緊急連絡が遅れた事例が3件報告されています(集計期間：2012年1月1日～2015年12月31日)。この情報は、第42回報告書「個別のテーマの検討状況」(P152)で取り上げた内容を基に作成しました。

パニック値の緊急連絡が医師に伝わらなかったため、患者の治療が遅れた事例が報告されています。

| 検査項目 | 検査値 | 背景 |
|-------|----------|---|
| グルコース | 800mg/dL | ・臨床検査技師は、昼休憩の時間帯で人数が少なかったため余裕がなく、報告を忘れた |
| グルコース | 892mg/dL | ・臨床検査技師は、内科外来に電話したが誰も出ず、電子カルテ上患者の会計が終了していたので報告しなかった |
| カリウム | 6.4mEq/L | ・臨床検査技師は、外来看護師に伝えたが、すでに入院しているため病棟に電話するよう言われ、病棟看護師に伝えた ・病棟看護師は、主治医不在時の連絡方法を知らなかった |

〔パニック値の緊急連絡の遅れ〕

事例 1

診察前に実施した血液検査でヘモグロビン値が低下していたため、鉄剤を処方され、患者は帰宅した。診察時、血糖値は「検査中」と表示されていたが、実際は異常値で再検中であった。患者の血糖値は800mg/dLであったため、本来であればパニック値として検査部より医師に報告するところ、臨床検査技師は昼休憩の時間帯で人数が少なかったため余裕がなく、連絡を忘れた。10日後、患者から倦怠感があると電話があり、医師が前回の検査結果を確認したところ血糖値が800mg/dLであったことが分かり、入院となった。

事例 2

外来で採血後、患者は入院した。患者は全身倦怠感があり、血圧80/50mmHg、呼吸促進状態でSpO₂が89%であることを病棟看護師は確認した。臨床検査技師は血清カリウム値がパニック値(6.4mEq/L)であったため、再検後に外来看護師に報告した。外来看護師より、病棟に直接連絡してほしいと依頼があり、臨床検査技師は病棟の看護師に報告した。病棟看護師は主治医が不在時の連絡方法を知らず、パニック値が医師に伝わらなかった。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・検査値がパニック値であった場合の報告手順を院内に周知する。
- ・検査部では、パニック値の連絡を行った際、検査結果、連絡者、連絡先医師名を記録に残す。
- ・主治医不在時の連絡・対応体制を構築し、周知する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例をもとに、本事業の一環として総合評価部会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。本事業の趣旨等の詳細については、本事業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.med-safe.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り保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



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 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル

電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)

<http://www.med-safe.jp/>