

平成30年10月11日(木)
愛知県がんセンター愛知病院
担当 皆藤、蒲野
電話 0564-21-6251 (代表)
愛知県病院事業庁管理課
担当 加藤、川端 内線 5155・5154
電話 052-954-6306 (ダイヤルイン)

画像診断結果の確認が不十分であったことによる 肺がんの治療開始が遅れた事例の発生について

愛知県がんセンター愛知病院（岡崎市欠町）において、CT 検査による画像診断の結果が生かされず、肺がんの治療開始が遅れたと考えられる事例が発生しました。

調査した結果、下記のとおり、画像診断の結果の確認が不十分であったことにより、診断が遅れ、それにより適切な治療の開始が遅れたと認められますので、深く反省するとともに、患者さん及び御家族に対して説明を行い、謝罪しました。

今後、患者さんへの治療に最善を尽くすとともに、再発防止に努めていきます。

記

1 経緯

年月日	内容
H27. 1. 23	60代男性の患者さんが健康診断の結果を基に、当院消化器内科を受診。その後の大腸内視鏡検査及び生検により、大腸腺腫と診断された。
H27. 5. 13	主治医(消化器内科 A医師(部次長級))により、大腸腺腫に対してESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)を施行し、切除標本を病理診断したところ、大腸がんであった。
H27. 11. 9	経過観察のためにCT検査(1回目)を施行。 画像診断報告書に、(大腸ESDの経過は問題ないが、) 「右肺底に12mm大の斑状病変を認める。」 「右下葉結節。まずは炎症機転を疑うが、経過観察を。」 との記載があったが、カルテには「異常なし」と記載され、肺病変についての経過観察はされなかった。
H28. 5. 23	経過観察のためCF(大腸内視鏡検査)を行ったところ、大腸にポリープを認めたため、EMR(内視鏡的粘膜切除術)を施行。
H29. 7. 1	経過観察のためにCT検査(2回目)を施行。 画像診断報告書に、 「右肺底に長径29mm大の不正結節を認める。前回より増大。」 「malignancyを考えます。」(malignancy = 悪性腫瘍) と記載されていたが、カルテには何の記載もされず、以降、何ら対応はとられなかった。

H30. 4. 18	咳・痰を主訴に当院の呼吸器内科を受診。 CT 検査を施行したところ、 「右肺底部病変は 70mm 径に増大。横隔膜にも広く接する。」 との診断であり、その後の生検等により肺がん(ステージⅢB)と診断された。
H30. 5. 14 ～9. 14	入院及び通院により放射線及び抗がん剤による治療を実施。
現在	経過観察中

2 原因・背景

(1) A 医師による画像診断報告書の確認状況

- ・ 1 回目の CT 検査で、肺病変について経過観察の必要が指摘されていたにもかかわらず、その後、経過観察が十分にされていなかった。
- ・ 2 回目の CT 検査で、肺病変の悪化、がんの疑いを指摘されていたにもかかわらず、呼吸器内科へ引き継ぐなどの対応をとらなかった。

(2) 放射線診断部門から主治医への診断結果の報告の体制等

- ・ 画像診断報告書は電子カルテ上で主治医が自ら確認することとなっているが、検査の結果、出血など緊急の対応が必要と放射線科医が判断した場合には電話で主治医へ連絡する体制を取っている。今回の事例では、がんの疑いが認められたものの緊急対応が必要なケースではなかったことから、A 医師への直接の連絡はされなかった。
- ・ 電子カルテの仕組みとして、主治医が画像診断報告書を確認したかどうかを放射線科医又は第三者がチェックできるようにはなっていなかった。

3 患者さんの予後に与えた影響

- ・ 「経過観察を」とのコメントが付された平成 27 年 11 月の検査の概ね半年後から平成 30 年 4 月に肺がんと診断されるまでは約 2 年間、「悪性腫瘍を考える」と指摘された平成 29 年 7 月から平成 30 年 4 月までは約 9 か月間あり、この間、肺病変の経過観察がされなかったことから、およそ 9 か月から 2 年の間、診断が遅れ、診断がされればすぐに始められたであろう適切な治療が結果的に行われなかった。
- ・ 平成 29 年 7 月の CT 検査の画像からステージ I A に該当し、この時点で A 医師から呼吸器内科へ引き継がれていれば、根治的治療を行うことができたと考えられる。

全国がん(成人病)センター協議会の生存率共同調査(2018年8月集計)によると、肺がんで60～69歳の場合、ステージ I の5年生存率は71.5%、10年生存率は54.4%であるのに対して、ステージⅢになると、それぞれ19.8%と11.1%に低下している。

- ・ しかし、平成 29 年 7 月から平成 30 年 4 月の 1 年に満たない期間に腫瘍が急激に拡大し、転移と思われるリンパ節腫大が見られることから、平成 29 年 7 月時点で既にリンパ節転移していた可能性はあった。

4 患者さんへの対応

- ・ 患者さんのひととおりの治療も終え、事実確認及び原因究明を概ね終えたことから、平成 30 年 9 月 5 日に患者さん本人に対して、9 月 20 日に患者さん及び御家族に対して、今回の事案について御説明した。
- ・ 損害賠償については、今後、話し合いを進める。

5 再発防止策

(1) 画像診断報告書の確認の徹底

本事例の発生を受けて、院長から医局会において、画像診断報告書の確認について徹底指導した。

(2) システムの運用の改善

- ・ 電子カルテ上の画像診断報告書の所見欄に「確認」ボタンを表示して、確認後に押下することで表示を消す仕組みとした。また、検査結果が依頼医の想定外と推測されたり、留意すべき所見であると放射線科医が判断した場合は、注意喚起するために赤字で「注意」表示することとした。(平成 30 年 4 月 23 日以降)
- ・ 検査日から 2 週間を経過しても、「確認」ボタンが押されていない画像診断報告書の一覧を医師別に作成して、毎週日曜日に全医師にメール送信するとともに、各診療部長から所属医師へ確認を促すこととした。(平成 30 年 8 月 12 日以降)

6 院内他事例の有無

A 医師が依頼した検査の画像診断報告書について、電子カルテが導入された平成 28 年 8 月から平成 30 年 4 月までの CT 検査 300 件及び MRI 検査 62 件、計 362 件について調査したところ、本件以外に画像診断報告書の見落としはなかった。

また、A 医師以外の医師を対象に確認したところ、同様の事例はなかった。

7 職員への措置

処分基準に照らして、今後、措置を行う。