

画像診断レポートの確認不足による確定診断及び治療の遅延について

1. 事案の概要

患者さんは 70 歳代の男性です。当院で心臓血管疾患にて入院手術加療以降、1年に1回程度、定期的にCTで画像による同疾患の経過観察を行っておりました。

2023年3月のCTにおいて、放射線科読影医は「肝臓にわずかに低吸収域を認めており肝腫瘍の除外が必要」とCT検査報告書に指摘していました。外来担当医は画像診断報告書の確認をしていましたが、適切な対応が取れていませんでした。1年後の2024年3月のCTにより「肝臓の腫瘍は著明に増大しており悪性腫瘍を疑う」ことが指摘され、当該事例が発覚しました。

今回の事例は、早期に対応していれば、ステージⅡ相当の肝細胞癌として手術等の治療ができていた可能性が高いと考えます。事例発覚時にはステージⅢ相当に進行しておりましたので、1年前と比較して大きな手術を受けて頂くことが必要となっていました。

2. 対応と再発防止策

医療安全管理部を中心に院内で医療事故の原因分析を行い、下記のような再発防止策を立案し、改善に努めています。

- ①既存の検査報告書確認システムの使用を徹底する。
- ②各診療科に配置したリスクマネジャーに本事例の詳細を伝え、検査報告書の確認における病院職員の対応の重要性を再周知した。
- ③重要所見を付与する検査結果内容について放射線科等と再検討し、重要所見が付与された検査報告書については、医療安全管理部が定期的に適切に対応できているかを監査する。