

レポート見落とし事例集

画像検査や病理検査において、検査目的部位以外に偶発的に認められた病変への対応が遅れた事例について

本事例集は、医療機関による公表事例、日本医療機能評価機構からの報告書、さまざまな医療機関におけるインシデント報告事例等をもとに、画像検査や病理検査において、検査目的部位以外に偶発的に認められた病変への対応が遅れた事例について、発生機序の典型的なパターンと代表的な背景要因についてまとめたものである。ここに紹介されている事例は、実際の事例をもとにシンプルかつわかりやすく構成したものであり、実際の内容とは異なっている。

I. 画像・病理診断レポートを確認していなかったケース

1. 診断レポートを確認するきっかけがなかったために、確認すべき診断レポートがあることを思い出せなかった

【事例 I-1-①】

健診時の腹部エコーで指摘された腹部大動脈瘤の精査目的で外来受診した患者に対して、外来主治医は腹部造影 CT 検査を 1 週間後に予約し、同日に結果説明のための診察の予約も入れた。外来主治医は、撮影当日に CT 画像を電子カルテ上で確認し、腹部大動脈瘤の評価を行い、患者に対して経過観察を行うことと、次回 1 年後に受診するよう説明した。翌年の健診の腹部エコーで腎がんを疑う所見が指摘されたため、患者は精査目的で再び同病院の外来を受診した。外来診察医が過去の検査結果を見返すと、前回の腹部造影 CT 検査実施の 3 日後に放射線診断医によって作成されたレポートに「腎がん疑い、精査を」と記載されていたことが判明した。

【事例 I-1-②】

尿管結石の精査加療目的で他院から紹介された患者に対して、泌尿器科の主治医が腹部 CT 検査を予約した。検査実施日に、結果説明のための外来診察を行い、その際に撮影された CT 画像を電子カルテ上で確認し、腎、尿路の画像所見を確認し、患者に対して保存的治療を行うことを説明した。特段の症状があれば受診するよう患者に指示したが、再受診の必要はないと考え、予約はいれなかった。その数日後に、放射線診断医によって腹部 CT 検査の診断レポートが作成されたが、患者の受診がないことから、レポートを確認する機会がなかった。1 年 5 か月後に他院で直腸がんを指摘され、患者が精

査加療目的で同院の消化器外科を受診した際に、過去に撮影した腹部 CT の診断レポートに、直腸がんの疑いが指摘されていたことが判明した。

【事例 I-1-③】

健康診断で胃の精査を指摘された患者が、病院の消化器内科を受診し、外来主治医は内視鏡検査の予約を入れた。内視鏡検査では検査施行医は肉眼的観察および病変と思われる部位の生検を行った。患者は結果説明の診察予定日に自己都合で来院しなかった。そのため、外来主治医は本患者のカルテを開く機会がなく、病理診断レポートは確認されず経過した。1年後に患者が体重減少で同院を受診した際に、前回の病理診断レポートに「poorly-differentiated adenocarcinoma (低分化腺癌)」と報告されていたことが判明した。

【背景要因】

- 1) 通常、専門診療科の医師は、想定される疾患や病変臓器を考えて、画像検査をオーダーする（想定した疾患の精査）。
- 2) 専門領域の読影は検査をオーダーした医師自身でできるため、診察時に関心領域の画像データを自身で確認する（専門医による専門領域の読影）。
- 3) 疾患に対する治療の緊急性や患者さんの受診の利便性などを考え、画像検査実施日に、検査結果の説明のための診察も併せて行うことが少なくない（検査実施日の結果説明）。
- 4) その場合、撮影した画像データは、直ちに電子カルテ上で確認できるため、外来主治医は、想定される疾患を念頭において、関係する臓器の病変を確認する（効率的な情報処理）。
- 5) 検査目的である関心領域に注意が集中し、他の領域への注意は少なくなる（一点集中と全体俯瞰のトレードオフ）。
- 6) しかし、この時点では、放射線診断医による「診断レポート」、すなわち、撮影された臓器に関して網羅的に読影した所見の記載されるレポートは、まだ作成されていない。各医療機関の放射線科の医師のマンパワーにもよるが、画像検査実施から診断レポート作成までには数日を要する（画像データと診断レポート到着のタイムラグ）。
- 7) 放射線診断医の作成した診断レポートの確認は、通常、患者の外来受診がリマインダー（きっかけ）となり行われることが多く、患者が受診しない場合には、未確認の診断レポートがあることを自発的に想起する（思い出すことを思い出す）ことは困難である（自発的想起の困難さ）。
- 8) 外来主治医は想定疾患や関心領域については画像を確認し、今後の治療方針もたて、患者にも説明していることから、診療は迅速かつ適切に行い完結したつもりである

(想定外の病変の存在)。

- 9) 病理診断レポートについては、検査したその日のうちに結果が出ることはなく、通常、1週間以上を要することが多い。そのため、患者が外来受診をしない場合には、未確認のレポートがあることを、検査オーダ医が自発的に思い出すことは困難である（自発的想起の困難さ）。

【診断レポート確認支援のための病院情報システム上の機能】

- ・ 診断レポートが完成したことを検査オーダ医等に通知する仕組み。
- ・ 患者カルテを開かなくても未読レポートがあることに気づくことができる仕組み。
- ・ 重要所見の含まれたレポートであることを通知する仕組み。

2. 診断レポートを確認したが、異なるレポートであった

【事例 I-2-①】

透析中の患者に対して、腎臓がんのスクリーニング目的で、年1回腹部CT検査を行っていた。X年のCT検査実施後2日目の診察の際に、電子カルテ上の画像検査一覧表示画面を開き、その一番上に表示されていた画像検査を選び、画像診断レポートを確認し、患者に特に問題がないことを説明した。同じ目的でX+1年に実施した腹部CT検査の診断レポートで、右下肺野に50mm大の結節影を指摘された。前年の腹部CT検査の診断レポートを再度確認したところ、「右肺S10に径15mm大の結節影あり、肺癌疑い要精査」と記載されていた。X年の患者説明の際のカルテ記録をよく見ると、その時に確認した診断レポートは、X-1年に実施した腹部CT検査の診断レポートであったことが判明した。

【背景要因】

- 1) レポート一覧画面の一番上にあるレポートが、最新の検査結果であると思い、検査実施日を十分に確認しない（パターン認識）。
- 2) レポート一覧画面上で、すでに医師が確認したレポート（既読）なのか、まだ確認していないレポート（未読）なのか、区別できない（差別化されていない多数の情報）。
- 3) 1年毎など定期的に実施する検査は、電子カルテ上に表示される検査実施日の日付が類似していることが多い（多数の類似情報）。

【診断レポート確認支援のための病院情報システム上の機能】

- ・ 診断レポート一覧表示画面で、未読か既読かが一目でわかる仕組み。
- ・ 診断レポートが未完成の検査についても、一覧表示画面に表示される仕組み。

3. 診断レポートが作成されていたことを知らなかった

【事例 I-3-①】

発熱と腰部痛で金曜夜間に救急外来を受診した患者に対して、救急外来主治医は原因検索目的で腹部 CT 検査を施行し、急性前立腺炎と診断した。抗生剤を処方し、3 日後に患者が泌尿器科外来を受診した際には解熱し、症状も軽快していたため、外来主治医は初期治療が有効であったと判断し終診とした。約 2 年後、咳嗽が出現し呼吸器内科受診。胸部単純 CT 検査で、右肺底部の腫瘤影を認め、肺腺癌と診断された。画像検査記録を逆のぼると、2 年前の腹部 CT 検査の診断レポートに、「右下肺に結節影あり、肺腫瘍の可能性あり」と記載されていたことが判明した。泌尿器科主治医は救急外来で CT 検査が撮影されていたことを把握しておらず、診断レポートを見ていなかった。

【事例 I-3-②】

クッシング病で入院した患者に対して、退院前にスクリーニング目的で胃内視鏡検査を施行した。患者が退院後に、早期胃がんと病理診断レポート用紙が病棟主治医に届いていた。通常は病棟主治医が外来カルテに綴じるが、他の書類に紛れてレポートが届いたことに気づいていなかった。病棟主治医から外来主治医には、入院中に胃内視鏡検査を施行し、病理検査の結果が未確認であることが、申し送られていなかった。

【事例 I-3-③】

糖尿病コントロール目的で内科入院中の患者が、憩室炎による腹膜炎を併発し麻痺性イレウスを発症したため、内科主治医は消化器外科にコンサルトした。消化器外科にて、透視下に経鼻的内視鏡を用いてイレウス管が挿入された。その後、内科的治療にて麻痺性イレウスは軽快し、イレウス管抜去のうえ退院となった。退院後も内科外来で糖尿病コントロールが継続されていたが、1 年後に黒色便があり、内視鏡検査を施行したところ胃がんと診断された。過去の内視鏡検査歴を見返した際、1 年前の消化器外科でのイレウス管挿入時に内視鏡診断レポートが作成されており、胃がん病変の疑いについて記載されていたことが判明した。内科主治医は内視鏡レポートが存在していることを知らなかった。

【事例 I-3-④】

循環器内科において、カテーテルアブレーション予定の患者に対して、心臓機能等の専門的評価を行うために冠動脈 CT 検査を実施した。主治医は冠動脈 CT 検査に対して、放射線科医による診断レポートが作成される院内体制がとられていることを知らなかった。数年後に患者が腎臓がんと診断され、以前の画像検査を確認したところ、冠動脈

CT 検査レポートに腎腫瘍の疑いが指摘されていた。

【背景要因】

- 1) 画像や病理検査を依頼した医師と、検査結果に対応すべき医師の間（入院主治医と外来主治医、検査依頼科の医師と診療担当科の医師、主治医交代時の医師間など）で、画像や病理検査を行ったことや、診断レポートの結果が未確認であることが、情報伝達されていなかった（医療者間での情報伝達の難しさ）。
- 2) これまで専門性の高い画像検査に関しては、放射線診断医の読影所見に頼ることなく、専門診療科において評価を行ってきた。そのため異常所見検索を目的としたものでなく、冠動脈 CT 検査のように専門的評価を行うための画像再構成、イレウス管挿入時の内視鏡所見等において、画像診断レポートが作成されることを依頼医が知らなかった（院内の画像診断体制に関する周知）。

【診断レポート確認支援のための病院情報システム上の機能】

- ・ 検査依頼時に結果を通知する医師を指定できる仕組み。
- ・ 検査結果の通知を受け取った医師から、他の医師に転送できる仕組み。
- ・ ある患者のカルテを開けた時に、その患者の未読レポートがあることを知らせる仕組み。

II. 画像・病理診断レポートを確認したが、適切な対応につながらなかったケース

1. 診断レポートを確認し対応を予定したが、患者の受診日にそのことを思い出せなかった

【事例 II-1-①】

消化器外科で大腸がん手術を施行し退院した患者に対して、腹部術後合併症の検索目的で1週間後の胸腹部 CT 検査をオーダーし、次回外来予約は1か月後とした。翌週の通常の外來診療前に主治医が電子カルテにログインした際に、該当患者の検査レポートが完成していることに気づき確認したところ、「肺野に小結節影を認める。要精査。」とあった。しかし外来診療直前であったため、該当患者のカルテを開き、レポート結果を記載する時間的余裕がなかった。患者には予定した次回外来で説明するつもりであったが、1か月後に患者が来院した際は、患者の腰痛の訴えと整形外科紹介状作成に時間を要し、レポートの説明をすることを失念してしまった。

【背景要因】

- 1) 未読の診断レポートがあると、電子カルテログイン時に一覧表示され、患者の診察日でなくても診断レポートの存在に気づける仕組みが整備されていた（電子カルテ上の未読レポート確認支援システム）。
- 2) 当該患者の診察とは異なる目的でカルテ閲覧をした際に、時間的余裕がない場合には、当該患者のカルテを開きカルテ記録を行うのは困難であることが多く、後で記録しようとして失念する（時間的余裕のなさ、自発的想起の困難さ）。
- 3) カルテ記録が行われていないと、次回診察時に伝えるべきことを失念し得る（自発的想起の困難さ）。

【診断レポートへの対応を促す病院情報システム上の機能】

- ・ 患者説明が完了するまでアラートを消去せずに残しておける機能。
- ・ 重要な所見を含むレポートであることが一目で判別できる表示。

2. 診断レポートに記載された重要所見を認識できなかった

【事例 II-2-①】

胆嚢炎疑いで入院した患者に施行した腹部 CT の診断レポートを確認した際に、胆嚢に関する所見を見て胆嚢炎はないことを確認したが、それ以外の臓器の所見を十分に確認しておらず、肝腫瘍の記載があることに気づけなかった。

【事例 II-2-②】

組織診断レポートに複数の検体の所見が複数行にわたって記載され、大部分は adenoma（腺腫、良性）であったが、その中に 1 つだけ adenocarcinoma（腺癌、悪性）が含まれていた。どちらも最初の adeno まではスペルが共通しており、また adenocarcinoma は最終行に記載されていたこともあり、結果はすべて adenoma と勘違いしてしまった。

【事例 II-2-③】

皮膚科に入院中の患者に対して、感染巣の有無の精査のために胸腹部 CT 検査を行った。その診断レポートには「肺：GGO あり経過観察」と記載があった。放射線診断医の記載した GGO という略語は、スリガラス様陰影 (ground glass opacity) の意味であり、前がん病変の可能性があるため経過観察が必要であるという趣旨の読影結果であった。しかし、皮膚科の入院主治医にその意味が明確に伝わらず、その結果、外来主治医に対して肺病変の経過観察の必要性が申し送られず、肺癌の早期発見ができなかった。

【背景要因】

- 1) 検査目的である関心領域に注意が集中し、他の領域への注意は少なくなる（一点集中と全体俯瞰のトレードオフ）。
- 2) 重要所見が他の所見と区別されることなく羅列表記されていた（重要情報の埋没）（図1左）。
- 3) 重要所見が所見欄の最後に記載されており、電子カルテ画面上、診断レポートをスクロールして一番下まで見なければ、重要情報が確認できない（診断レポート一覧性の問題）（図1右）。
- 4) 重要所見が略語で記載され、検査オーダ医が専門外の分野の略語が意味する重要性を認識できなかった（略語、専門性の違い）。

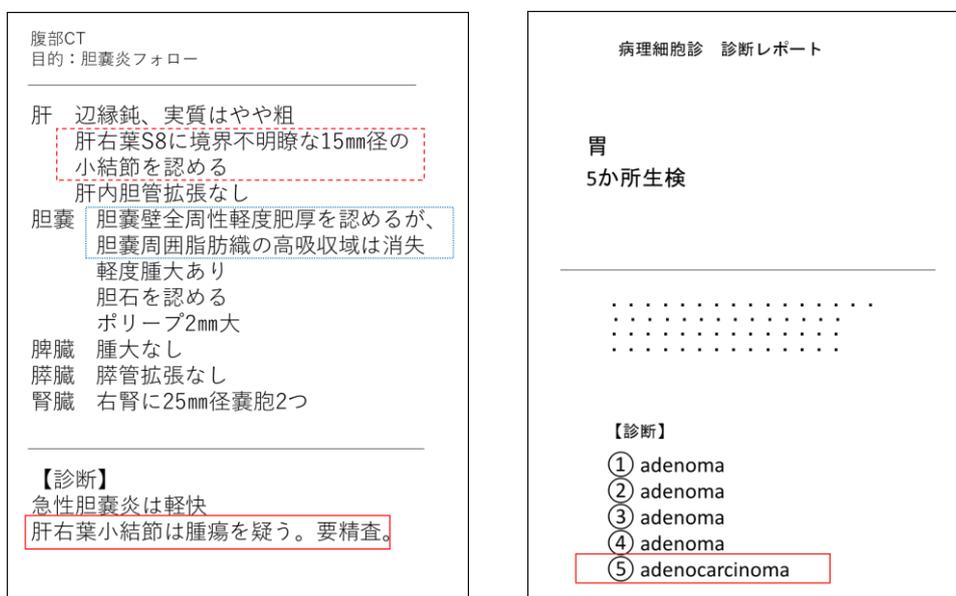


図1 診断レポート中の重要所見の記載

【診断レポート中の重要所見に気づきやすくする病院情報システム上の機能】

- ・ 重要所見に気づきやすくする文書体裁（重要所見を最初あるいは最後に記載する、主治医等が行うべき臨床的対応をわかりやすく記載する等）。
 - ・ スクロールせずにレポートの所見がすべて確認できるレイアウト。
 - ・ 重要フラグの設定。
3. 診断レポートに基づいて必要な対応をとるため患者に連絡したが連絡がつかなかった

【事例 II-3-①】

血管炎の精査目的で実施した腹部 CT 検査で膵管拡張が認められ、画像診断レポートで MRCP（磁気共鳴胆道膵管造影）などの精査が推奨された。レポートを確認した外来主治医は、患者が検査結果説明を行うための予約日に受診しなかったため、患者自宅に電話したがつながらなかった。その 3 か月後に患者が来院したため、精査したところ膵がんの疑いと判明した。患者はその間、骨折で他院に入院していた。

【背景要因】

- 1) 診察予約日に受診しなかった患者に、繰り返し連絡をとるための人的リソースがない（患者への受診連絡担当者や体制がないこと）。
- 2) 独居、高齢の家族、他院へ入院中の患者などに対して、確実に連絡をとることの困難さ（患者への連絡の難しさ）。

【重要所見を患者に伝えることを支援する病院情報システム上の機能】

- ・ 診断レポートを主治医が確認し、その所見に対して適切な対応がとられたか否かについて、第三者がカルテ監査を行うことを支援するシステム（重要フラグの活用など）。

4. 対応が必要な所見についての情報が、複数の医師間で伝達されなかった。

【事例 II-4-①】

外来で入院時ルーチンの胸部単純 X 線を撮影したところ、診断レポートで肺癌疑いを指摘されたため、入院後に CT 検査で精査を予定し、カルテにその旨を記載した。しかし、入院主治医はその記載に気づかず、肺癌の精査は行われないうまま退院し、外来主治医も CT 検査が未実施であることに気づかなかった。

【事例 II-4-②】

肝炎精査のため撮影した腹部 CT 検査で胸部大動脈瘤を指摘された。CT 検査をオーダーした外来主治医は、患者が同じ病院の循環器内科も受診していることから、胸部大動脈瘤はそこでフォローされていると思い、循環器内科にコンサルテーションしていなかった。患者が胸部大動脈瘤破裂で同院に緊急入院になって後に、循環器内科の外来医師は胸部大動脈瘤の所見があることは知らず、フォローもされていないことが判明した。

【背景要因】

- 1) 外来主治医と入院主治医の間でのカルテ上の情報共有は、視認性、操作性の観点から必ずしもうまく行われないうことがある（電子カルテ上での情報共有の難しさ）。
- 2) 一人の患者を複数の診療科でフォローしている場合、一つの診療科が依頼した検査

の診断レポートを、他の診療科の医師が必ずしも確認するわけではない（複数診療科医師での診療）。

【医師間の情報共有を支援する病院情報システム上の機能】

- ・ 検査結果の通知を受け取った医師が、他の医師に転送できる仕組み。
- ・ 適切な対応がとられたかどうかについてカルテ監査を支援するシステム（重要フラグの活用など）。

III. まとめ

1. 画像検査や病理検査において、検査目的部位以外に偶発的に認められた病変への対応が遅れた代表的なメカニズム

I. 画像・病理診断レポートを確認していなかったケース
1. 診断レポートを確認するきっかけがなかったために、確認すべき診断レポートがあることを思い出せなかった
2. 診断レポートを確認したが、異なるレポートであった
3. 診断レポートが作成されていたことを知らなかった
II. 画像・病理診断レポートを確認したが、適切な対応につながらなかったケース
1. 診断レポートを確認し対応を予定したが、患者の受診日にそのことを思い出せなかった
2. 診断レポートに記載された重要所見を認識できなかった
3. 診断レポートに基づいて必要な対応をとるため患者に連絡したが、連絡がつかなかった
4. 対応が必要な所見についての情報が、複数の医師間で伝達されなかった

2. 画像レポートの確認・対応プロセスに潜むリスク

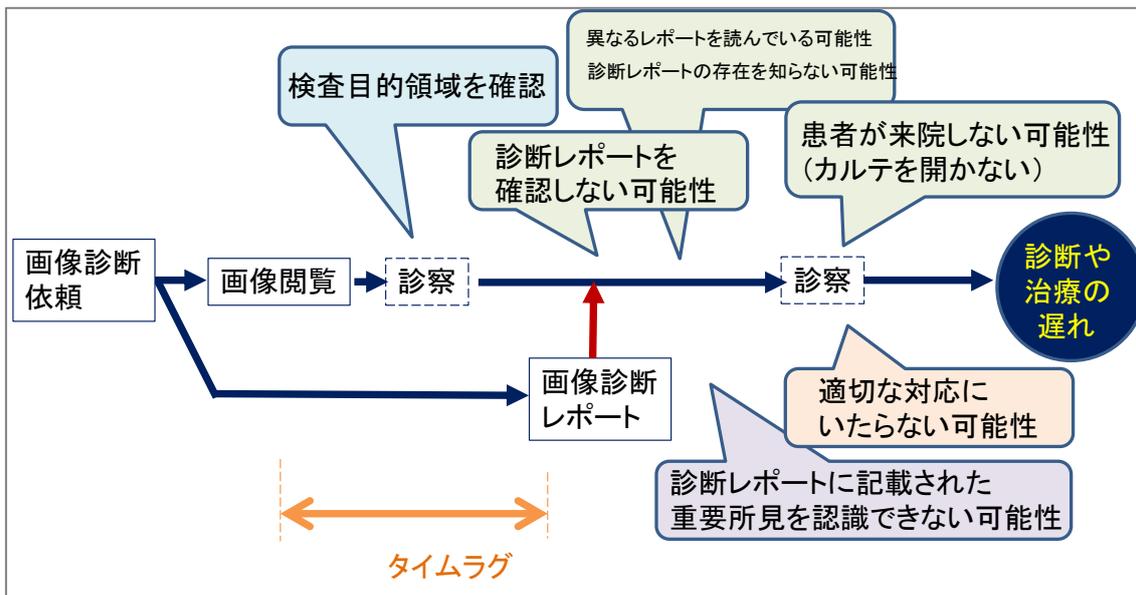


図2. 画像レポートの確認・対応プロセスに潜むリスク

3. インシデント事例に見られる主たる背景要因

人間の情報処理（認知能力）の特性と限界に関するもの：想定した疾患の精査、想定外の病変の存在、効率的な情報処理、一点集中と全体俯瞰のトレードオフ、自発的想起の困難さ、パターン認識、多数の類似情報
診療の体制やプロセスに関するもの：専門医による専門領域の読影、検査実施日の結果説明、画像データと診断レポート到着のタイムラグ、院内の画像診断体制に関する周知
診療記録や電子カルテに関係するもの：差別化されていない多数の情報、重要情報の埋没、診断レポート一覧性の問題、カルテ上での情報共有の困難さ、電子カルテ上の未読レポート確認支援システム
情報伝達に関係するもの：医療者間での情報伝達の難しさ、専門的知識の違い、複数診療科による診療、患者への連絡の困難さ
リソースの制約：時間的余裕のなさ、患者への受診連絡担当者や体制がないこと