

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター
問い合わせ先：06-6692-1201（代）
事務局長 秦 光広
経営企画マネージャー 西井宏之

左心房 CT 検査時の画像診断報告書の確認に係る事故調査委員会の 報告書および当センターにおける再発防止策について

令和元年12月25日に報道提供いたしました当センターでの画像診断報告書の確認不足により肺癌の治療開始が遅れた事例に関し、再発防止策を講じるため、外部委員の参画を得た調査委員会の報告書を受けましたので、ご報告いたします。

1. 臨床経過と概要（P3-P4）

患者：60歳代、男性

2018年1月、経皮的カテーテル心筋焼灼術（以下「アブレーション治療」という）の際に、画像診断科医師により左肺下葉の精査を求める報告書が付されたが、主治医（心臓内科）はこれを確認しなかった。2019年10月、新たに生じた心疾患に対するアブレーション治療のため、経食道心エコーで左肺静脈近傍に肺癌が疑われ、確定診断。同年11月以降治療中。

2. 再発防止に向けた対策（P8-P11）

（1）胸部 CT 画像の全例作成

- 1) 2019年11月11日より、左心房 CT 検査において胸部 CT 画像を全例で作成し、画像診断報告書を作成する運用を開始。
- 2) 検査結果確認担当医師を指名し、胸部 CT 異常所見に対する対応状況を確認。

（2）画像診断報告書の確認サポート体制（Push 通知）と監査体制の構築

※Push 通知…検査目的と異なる部位に想定外の重要所見がある場合、画像診断医師が出すアラート

- 1) 画像診断科医師が Push 通知対象患者の画像診断報告書を医療安全管理室に届出。
- 2) 医療安全管理室は、報告書に「可及的速やかな対応」等を検査依頼科に届出。
- 3) 医療安全管理室は、対応状況をカルテで確認し、1ヶ月以上経過後も未対応の場合、検査依頼科に電話連絡（確認できるまで1週間毎に繰り返す）。

（3）画像診断報告書の確認に関する教育

Push 通知とその監査体制に関する事項を医師・研修医が入職した際に説明するとともに、「職員 医療安全ポケットマニュアル」に Push 通知と監査体制に関する事項を追加、全職員が携帯。また、医療安全講習会で院内教育を継続実施。

（4）画像診断報告書の未読/既読を判別できる仕組みの構築

未読報告書が存在することを個々の医師、診療科、病院の各レベルで把握できるシステムを導入予定。

添付資料：・左心房 CT 検査時の画像診断報告書の確認に係る事故調査委員会報告書及び委員名簿
・当センターにおける再発防止策について

事故調査委員会報告書

(2020年3月24日)

大阪急性期・総合医療センター
左心房CT検査時の画像診断報告書の確認に係る
事故調査委員会

目 次

はじめに	3
1 事故調査委員会の概要	3
2 臨床経過と概要	3
(1) 事態覚知までの経過	3
(2) 事態覚知後の経過	4
3 左心房CT検査に付随する画像診断報告書の作成、通知、確認に関する体制の検証	4
(1) 左心房CT検査における画像構築と読影に関する運用について	4
(2) 偶発的に認めた重要所見の通知について	7
(3) 本事例における画像診断報告書の通知と確認に関するピットフォール.....	7
(4) 画像診断報告書の未読/既読を把握する仕組み.....	8
4 診断の遅れが予後に及ぼす影響について	8
5 再発防止に向けた対策	8
(1) 事態覚知後直ちに行われた対策	8
(2) 画像診断報告書の確認に関する継続的な教育の実施	9
(3) 画像診断報告書の確認をサポートする電子カルテシステム上の対策.....	9
(4) 画像診断報告書の確認と対応に関する監査体制の構築.....	10
おわりに	11

(別紙) 大阪急性期・総合医療センター事故調査委員会委員名簿

事故調査委員会報告書

はじめに

大阪急性期・総合医療センター（以下「センター」という）において、2018年1月に撮影した左心房CT検査時に作成された肺野CT画像の診断報告書を確認できていなかったことにより、肺癌が疑われる腫瘍の精査が2019年10月まで遅れたという重大な医療事故が発生した。本件について、センターは、2019年11月11日の緊急医療事故対策会議にて関係者からの聞き取り調査をもとに、事故発生の経緯についての事実確認を行い、さらに詳細に分析しシステミックな再発防止策を講じるために、外部の専門家を含む事故調査委員会を設置することとした。本事故調査委員会による調査は、関係者へのヒアリング、電子カルテ上の画像検査に係る画面の確認等に基づいて行い、その結果をまとめたので報告する。この報告書は、再発防止策を提示し病院全体の学習につなげるものであり、個人の責任を追及するためのものではない。

1 事故調査委員会の概要

本事故調査委員会は、3名の外部委員（循環器内科学、放射線診断学および医療安全学の専門家）を含め、総長、病院長、医療安全担当副病院長、看護部長、事務局長、心臓内科主任部長、画像診断科主任部長、放射線技師長等の合計15名の委員から構成され、客観的かつ中立的な立場で、事故の発生に至った経緯と運用上・システム上の課題を明らかにし、再発防止策を提言することとした。

第1回：2019年12月3日（火） 18時30分～20時30分 委員長はセンター病院長が務め、院内調査結果の報告を主体とした。

第2回：2020年1月14日（火）18時30分～20時30分 第2回以降は調査結果の評価ならびに改善指針の策定が主体となるため、委員長は外部委員に変更した。

2020年2月27日（木）より審議を重ね、2020年3月24日（火）に終了した。

2 臨床経過と概要

(1) 事態覚知までの経過

患者：60歳代、男性

既往歴：心房細動、デュピトラン拘縮

経過：

2017年11月

不整脈の精査・加療目的でセンター心臓内科を紹介され、受診した。

2018年1月

心房細動に対する経皮的カテーテル心筋焼灼術（以下「アブレーション治療」という）

前の左心房の形態を把握するために左心房 CT 検査を施行した。左心房 CT 検査時には、通常、胸部 CT 画像は作成されない運用になっていたが、その検査時に画像に違和感を覚えた放射線技師は画像診断科医師に連絡し、胸部 CT 画像を作成した。画像診断科医師によって「左肺下葉に長径 43 mm 大の腫瘤様陰影を認めます。精査を」との報告書が付されたが、主治医は胸部肺 CT 画像およびその画像診断報告書が存在していることに気づいていなかった。

心房細動に対するアブレーション治療を施行し、2 日後に退院した。

2018 年 6 月

その後、心房細動はコントロールされていたが、アブレーション治療後の定期検査として肺静脈狭窄の有無を確認するため左心房 CT 検査を施行した。この際は左心房 CT 検査の運用ルールに則って胸部 CT 画像は作成されず、報告書の記載もなかった。

2019 年 10 月

新たに生じた心房粗動に対するアブレーション治療目的で入院した。同日実施した経食道心エコーで左肺静脈近傍の腫瘤像を認め、アブレーション治療を中止した。

その翌日、肺癌疑いにて胸部 CT 検査を施行した。

(2) 事態覚知後の経過

2019 年 10 月

主治医から患者様およびご家族様に肺癌が疑われること、並びに 2018 年 1 月の左心房 CT 検査時の胸部 CT 画像診断報告書を確認していなかったことを説明し、謝罪した。センター呼吸器内科に紹介され、同日より確定診断および治療方針決定のための精査を開始した。

2019 年 11 月

患者様およびご家族様に対し、検査結果と治療方針を説明し、改めて謝罪した。

現在、治療中である。

3 左心房 CT 検査に付随する画像診断報告書の作成、通知、確認に関する体制の検証

(1) 左心房 CT 検査における画像構築と読影に関する運用について

センターの主な CT 検査と画像診断報告書作成の従来運用について、表 1 に示す。

表1. センターの主なCT検査と画像診断報告書作成の従来の運用ルール

検査の種類	得られる画像データ	放射線技師	画像診断科医師	検査依頼医師
胸部CT 腹部CT 頭部CT	撮影範囲全体のデータ	全例 CT画像処理	全例 画像診断報告書作成	画像・報告書の確認
心臓CT	冠動脈CT 冠動脈・心臓のデータ	3D画像の構築	読影なし	心臓内科医師が作成した報告書の確認 3D画像の確認
	心臓以外のデータ	全例 CT画像処理	全例 画像診断報告書作成	画像・報告書の確認
	左心房CT 心臓・肺静脈のデータ	3D画像の構築	読影なし	3D画像の確認
	心臓以外のデータ	通常運用 画像処理しない (99.7%)	画像診断報告書作成	報告書確認
本事例 肺野の異常影に気づいた際のみCT画像処理 (0.3%)	画像データも報告書も存在しない			

センター心臓内科ではアブレーション時にカテーテル先端位置を心臓3D画像上にリアルタイムに表示することにより、焼灼の安全性と有効性を向上させるCARTO®3システムを導入している。左心房と肺静脈の形態を3D表示するための左心房CT検査を事前に実施し、図1のように3D画像を構築している。左心房CT検査は、造影剤を静脈投与しながら、心電図と同期させて息止め下にCT撮影を行うものであるが、その撮影範囲は、肺静脈および左心房の画像構築に必要な範囲に限られる。構築された肺静脈および左心房の3D画像については心臓内科医師が確認する。2012年6月までは、吸気時に左心房CT検査を行い撮影範囲内に含まれる肺野についてもCT画像を作成し、画像診断科医師が読影し診断報告書を作成していた。

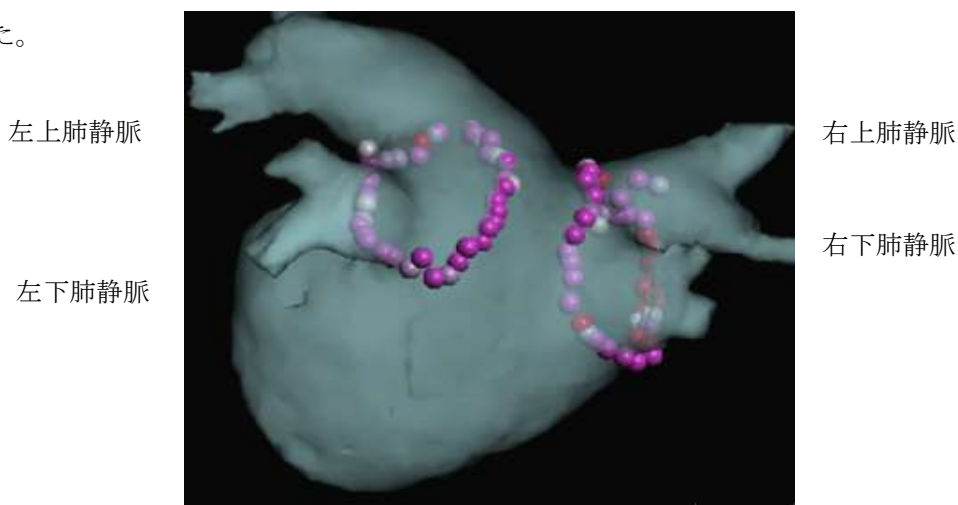


図1. 左心房CT検査の3D構築例 (*本患者の画像ではありません)

しかし、よりよい左心房および肺静脈画像を得るため、2012年6月に、それまでの吸気時撮影から呼気時撮影に変更し、肺野の異常を正確に検出するには最適ではない撮影条件となった。センターでは画像診断業務として、原則撮影日の翌診療日までにCT、MRI、核医学検査および読影依頼のあった単純レントゲン検査の読影を行うこととしており、近年の病院全体の画像検査件数や撮影技術向上に伴う画像データ量の増加、IVR治療件数の増加に伴い、画像診断業務の負荷は増大傾向であった中で、左心房CT検査は1件の撮影に約15分を要し、心臓3D画像構築に60分程度を要することや、呼気時撮影となったことを鑑み、2012年6月以降は左心房CT検査においては胸部CT画像の作成および読影はなされない運用に変更された。偶発的に肺野に明らかな異常を見つけた場合にのみ胸部CT画像が再作成され、画像診断科医師により報告書が作成されることとなった。実際に、表2に示す通り、センターでの画像検査数の増加は著しいが、画像診断医師7名（読影専従5名、IVR治療を主とする2名）という限られたリソースでこれらの増加する需要に対応し業務を遂行している。

表2. 画像診断件数と読影件数

	2011年	2018年
総画像検査件数	35,940件	58,754件
総読影件数 *1	30,830件	45,371件
左心房CT検査件数	52件	451件*2
IVR件数	2,337件	4,444件
画像診断医師	読影専従4名 IVR治療を主とする1名	読影専従5名、 IVR治療を主とする2名

*1：センターは画像診断管理加算2の施設基準を満たしており、CT、MRI、核医学検査のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、常勤画像診断専門医により、遅くとも撮影日の翌診療日までに報告されている。

*2：直近1年間

一方、センターでは、心臓CT検査のうち冠動脈CT検査においては全例で胸部CT画像が構築され、画像診断科医師により肺野の画像診断報告書が作成される運用がなされている。すべての心臓CT検査で心臓以外の所見を画像診断専門医師が読影する必要があるか否かについては統一された見解は示されておらず、左心房CT検査においては、胸部CT画像の作成およびその画像診断報告書作成までは国内外のガイドライン等でも求められていない。呼気時撮影であることや、読影体制の実情も鑑み、センターでは2012年6月頃より左心房CT検査時は肺画像データの作成を行わないこととした。

また、本事例の場合、2018年6月に左心房CT検査を実施した際には、胸部CT画像は作成されていなかったが、原則は肺静脈および左心房以外の画像作成は行わない運用ルールに則ったものであった。

(2) 偶発的に認めた重要所見の通知について

センターでは、左心房 CT 検査に限らず、画像診断科医師が読影する画像検査すべてにおいて、24 時間以内の緊急対応を要する重要所見を認めた際は、画像診断科医師が検査依頼医師等に電話連絡を行う運用であった。今回は検査目的部位以外に偶発的に認めた重要所見であったが、緊急対応を要するものではなかったため電話連絡の対象ではなかった。また、準緊急（数か月の確認の遅れが重大な結果につながりうるもの）の対応を要する偶発的重要所見について、検査依頼医師等に通知する仕組みは有していなかった。

しかし、特に本事例のように、通常は画像診断報告書のない左心房 CT 検査に、例外的に胸部 CT の画像診断報告書が作成された場合（即ち、検査目的外の部位に重要な所見を想定外に認めた場合）には、何らかの手段で依頼医師に通知されなければ、報告書の存在が覚知されずに経過する危険性があることを十分認識し、想定外の重要所見を依頼医師等に通知する仕組みを病院として構築することが必要と考えられた。

(3) 本事例における画像診断報告書の通知と確認に関するピットフォール

冠動脈 CT 検査では全例に肺の画像診断報告書が作成されるのに対し、左心房 CT 検査では偶発的に明らかな異常を見つけた場合にのみ画像診断報告書が作成される運用であったため、2012 年 6 月以降の左心房 CT 検査 2084 件のうち、報告書が作成されたのは 7 件のみであり、報告書作成率はわずか 0.3% であった。従って、画像診断科医師にとっては、稀に、左心房 CT 検査に付随して作成された胸部 CT 画像が含まれていても、冠動脈 CT 検査との運用の違いを認識して対応することは難しく、冠動脈 CT 検査に付随する胸部 CT 画像と同様に扱われた場合、準緊急所見を認めた場合も依頼医師が画像診断報告書を確認するものと考え、依頼医師への特別な連絡は不要と判断した可能性も考えられた。一方、左心房 CT 検査を依頼する側としては、左心房 CT 検査に肺の画像診断報告書が付随して作成されているとは想定しておらず、日常臨床では左心房 CT 検査後に画像診断報告書を確認するというプラクティスはなかったと考えられた。また、左心房 CT 検査で得られた心臓 3D 画像は心臓内科で確認されるが、そこには心臓・肺静脈の情報しか抽出されていないため、肺病変は確認対象外であった。従って、左心房 CT 検査に例外的に肺の画像診断報告書が付随して作成されたことの通知がない限りは、心臓内科医師が本事例の肺病変に気づけた可能性は極めて低いと考えられた。

画像診断報告書の通知と確認におけるこれらのピットフォールは、冠動脈 CT 検査と左心房 CT 検査とで、読影に関する運用方法が異なることに起因し、左心房 CT 検査で画像診断報告書が作成される割合があまりに稀であったために、各々の日常臨床の中で左心房 CT 検査時にも画像診断報告書が作成されることが共通認識として得られていなかったことによる。

(4) 画像診断報告書の未読/既読を把握する仕組み

電子カルテ上の画像診断報告書の未読/既読管理システムは、医療チームや病院全体として画像診断報告書の確認状況を把握し、必要な注意喚起を行うために必須となるシステムである。センターでも次年度の電子カルテシステム更新に合わせて導入予定であったが、本事故発生当時は、左心房 CT 検査に限らず全画像検査において診断報告書が未読か既読かを判別する仕組みがなく、重要所見を含む画像診断報告書のうち未読のものがいないかを病院としてチェックすることが不可能であった。また、診療科内のカンファレンス等でもチェックする仕組みがなかった。

4 診断の遅れが予後に及ぼす影響について

2019年10月の経食道心エコーにて肺静脈内および肺静脈近傍の腫瘍像に気づいた後は、直ちに患者へ今回の事故に関する説明が行われ、速やかに胸部 CT、気管支鏡検査が実施され確定診断に至っており、事態覚知後の対応は適切であったと考えられた。診断の遅れが治療方針に影響したかどうかについては、2018年1月の左心房 CT 撮影時に再作成された胸部 CT 画像は、心臓周囲のみであり、撮影範囲外の肺や他の臓器への転移は確認できないことから、その時点の病期や治療方針は明言できない。可能性としては、次の2つが挙げられる；①仮に他の臓器転移があれば、抗がん剤中心の治療方針に変更はない。②仮に他の臓器への転移がないと仮定した場合、本来は放射線と抗がん剤の併用療法が考慮される。しかし本患者は肺癌以外に間質性肺炎を合併しており、放射線照射による間質性肺炎増悪が危惧されるため、放射線照射を回避し、やはり抗がん剤中心の治療になると考えられる。したがって、2018年1月時点でがんと診断できたとしても、治療方針としては同一であった。しかし1年9か月の間に腫瘍は増大しており、その点で治療効果、予後に影響を及ぼした可能性は十分考えられた。

5 再発防止に向けた対策

上記の分析結果に基づき、再発防止のために必要な運用上、および電子カルテシステム上の対策について提言する。これらの対策は日常臨床業務において継続して実行可能であり有効なものでなくてはならない。煩雑な手順や過度な負担を要するものは安全対策の形骸化をもたらすリスクもあるため、院内の関係部署で十分に検討して導入するとともに、継続的に対策による効果を検証し、必要時は運用やシステムを見直すこと、および併せて定期的な教育を実施していくことが重要と考える。

(1) 事態覚知後直ちに行われた対策

1) 当該センターは、左心房 CT 検査においても、胸部 CT 画像を全例で構築し、画像診断科医師が画像診断報告書を作成するとする運用を2019年11月11日より開始した。この内容は

「左心房 CT 検査運用規程」としてまとめられた。

- 2) 心臓内科は、心臓内科医師が左心房 CT 検査時には肺 CT 画像および画像診断報告書を必ず確認するよう診療科カンファレンス等で周知した。さらに、心臓内科内に左心房 CT 検査結果確認担当医師を指名し、左心房 CT 検査施行後 1-2 週間をめぐり、肺 CT 異常所見に対する対応状況を確認するようにした。

(2) 画像診断報告書の確認に関する継続的な教育の実施

まず、左心房CT検査に限らず、どの検査には画像診断報告書が作成されるかのルールを明確化し院内に周知するとともに、画像検査を依頼した医師が画像診断報告書を確認すること、あるいは検査依頼医師が確認できない状況のときには診療科として確認する体制を整備することがあらゆる対策の基盤であることを、あらためて院内全体に教育していくことが重要である。

(3) 画像診断報告書の確認をサポートする電子カルテシステム上の対策

すべての報告書を実際に確認し内容を把握するよう努めることが大前提ではあるが、人間の認知能力の限界、画像データと画像診断報告書の到着のタイムラグ、カルテ情報の視認性の問題など、様々な要因により、画像診断報告書の確認や診断に遅れを生じることがあり得る。そのため、画像診断報告書の確認をサポートする電子カルテシステム上の対策も必要となってくる。下記の仕組みの構築について、センターの診療科、画像診断部門、医療安全部門、医療情報専門家が連携して臨床現場の実情に即した方法を検討することが望まれる。

1) 重要所見の存在を検査依頼医師等に通知するプッシュ通知の仕組み

すべての画像診断結果を同一の通知方法で通知することは、臨床上のアラートを増やし、アラートへの惰性的な対応、アラート疲労をもたらさうするため、緊急度に応じて差別化した通知方法を検討することが望ましい。例えば緊急度により画像診断報告書を、①24時間以内の緊急処置を要する緊急所見、②検査目的から鑑みて想定外の、かつ数か月の確認の遅れが重大な結果に至り得る準緊急所見、③依頼医師の想定範囲内と思われる所見や特に対応を要さない所見、の3種類に分け、それぞれの緊急度に応じ通知方法を変えることとし、①については既にセンターで行われているように検査依頼医師あるいは診療科に電話連絡を行う、②については他の所見と差別化するフラグを立て、電子カルテ上で他の通知とは異なる方法で通知する仕組みを導入するなどして、通知方法を3段階に分けることが考えられる。今回の事例のように想定外の重要所見を認めた際には②に相当する通知方法で検査依頼医師（および診療科の代表者）に通知する仕組みの構築が必要である。この通知は、個々の患者のカルテを開かなくても気づけるよう、画像検査依頼医師が電子カルテにログインした際に、自身宛の通知があることに気づける方法が望ましい。また当

該患者の報告書一覧画面でも、重要所見を含むものにフラグが表示されていると、視認性がよい。

なお、②に相当する通知の対象については、センター全体で議論しコンセンサスを得ておくことも重要である。将来的にはテキストマイニングの活用等も考えられるが、フラグを立てる画像診断担当医師の負担も考慮し、上記（２）に記した教育をまず臨床家に徹底したうえでの補助的なサポートシステムであることの共通理解が必要である。

2) 未読/既読を判別できる仕組み

作成された画像診断報告書のうち、未読報告書が存在することを個々の医師、診療科、病院の各レベルで把握できる仕組みを構築しておくことが、個々の医師や診療科での自律的な報告書の確認を促すとともに、病院としてのセイフティネットを構築するために必須である。センターでも同システムを次年度に導入予定とのことである。導入に際しては、能動的既読記録（確認者が既読の登録をすることで「既読」となる）あるいは受動的既読記録（報告書を開ければ「既読」としてシステムが記録する）のいずれの方法にするかを検討する必要があるが、監査的視点からは能動的既読記録が望ましいと思われる。ただし既読登録の手順が臨床現場の医師にとって煩雑になりすぎないように考慮する。

（４）画像診断報告書の確認と対応に関する監査体制の構築

上記（３）２）の電子カルテ上の未読/既読管理システムを活用し、病院として未読報告書を抽出し、依頼医師あるいは診療科に「確認」を促す監査体制を整備する必要がある。また、既読処理がなされていても、画像診断報告書の中の重要所見が認識されていない場合などもあるため、さらに、適切な「対応」がとられたことまでを診療情報管理士等によるカルテ監査等で確認することができれば、病院組織全体でのセイフティネットとしてなお良い。これらの画像診断報告書の「確認」と「対応」に関する監査の対象を、作成された報告書全部とするか、対応が求められる重要所見を含む報告書のみとするかを、運用上のマンパワーや効率を鑑みて病院として検討する必要がある。「確認」の監査については、全報告書を対象として未読報告書を抽出し確認の督促を行うことも、効率的な仕組みを講じれば可能ではある。しかし「対応」の監査についてはカルテ記載の確認を要することから、全報告書を対象とすることは非現実的である。重要所見を含むフラグ付きの報告書を対象として、適切な対応がなされたかを確認する体制を病院として検討することが望ましいと考える。

おわりに

それぞれの医療者が誠実に業務に当たっていたと認められたが、画像診断部門で得られていた重要な検査結果を主科の医療チームと共有できていなかったことは悔恨の念に堪えない。現代の高度医療を担う地域の中核病院では、撮影機器の進歩に伴い画像検査から得られる情報量が増加し診療科専門性の高い検査も増加する中で、限られた人員と時間で撮影、画像処理、読影等を行う必要性が求められている。また、専門チーム間の情報共有が病院情報システムを介してなされる多くの病院では、その効率性の反面、必要な情報を見つけ出すことの難しさに起因する様々なインシデントを経験していると思われる。本事案は、これらの現代医療が抱える課題を内含しており、類似した事案はどの病院でも生じ得るものである。

臨床現場における、個々の注意や努力を求めるのみでは回避しきれないものであり、病院として常に臨床現場の安全を支援する効率的で効果的なシステムの導入・改善を検討する必要がある。本事案を通じて得られた教訓を病院全体での学習とし、重要な情報が確実に伝達され速やかな対応につながるよう、画像診断報告書の確認に関する教育を継続的に行うこと、部門間で連携した確認サポート体制を構築すること、および、これらを支援するための病院情報システム等を整備することに、院内全体で全力で取り組み、より質の高い医療を提供され、全国をリードする安全体制を構築されることを期待する。

参考

1. 平成 28 年度医療安全・質向上のための相互チェック報告書. 国立大学附属病院長会議常置委員会. 平成 30 年 3 月 http://www.univ-hosp.net/guide_cat_04_22.pdf
2. 画像診断報告書等の確認不足に対する医療安全対策の取組について. 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室. 令和元年 12 月 11 日
<https://www.city.kagoshima.lg.jp/kenkofukushi/hokenjo/seieiryo/documents/zimurenrakureiwa1nen12gatu11niti.pdf>

大阪急性期・総合医療センター 事故調査委員会委員名簿

1	大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部 副部長・腎臓内科助教	北村 温美	外部委員
2	特定医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺病院 部長兼血管センター・不整脈科長	井上 耕一	外部委員
3	大阪大学 機能診断科学教授	田中 壽	外部委員
4	大阪急性期・総合医療センター 病院長	岩瀬 和裕	内部委員
5	大阪急性期・総合医療センター 副院長	山口 誓司	内部委員
6	大阪急性期・総合医療センター 副院長	山田 貴久	内部委員
7	大阪急性期・総合医療センター 副院長・総括医療安全管理者	藤谷 和正	内部委員
8	大阪急性期・総合医療センター 心臓内科主任部長	渡部 徹也	内部委員
9	大阪急性期・総合医療センター 画像診断科主任部長	川本 誠一	内部委員
10	大阪急性期・総合医療センター 画像診断科医長	山川 美帆	内部委員
11	大阪急性期・総合医療センター 画像診断科 放射線技師長	檜山 和幸	内部委員
12	大阪急性期・総合医療センター 呼吸器内科主任部長	上野 清伸	内部委員
13	大阪急性期・総合医療センター 事務局長	秦 光広	内部委員
14	大阪急性期・総合医療センター 看護部長	丸尾 明代	内部委員
15	大阪急性期・総合医療センター 医療安全管理者	落合 直子	内部委員

当センターにおける再発防止策について

大阪急性期・総合医療センター

1. 事態覚知後直ちに行った対策

- 1) 2019年11月11日より、左心房CT検査においても、胸部CT画像を全例で作成し、画像診断科医師は画像診断報告書を作成する運用を開始した。この内容は「左心房CT検査運用規程」としてまとめた。
- 2) 心臓内科医師が左心房CT検査を行った際、胸部CT画像および画像診断報告書を必ず確認するよう診療科カンファレンス等で周知した。
- 3) 心臓内科内に左心房CT検査結果確認担当医師を指名し、左心房CT検査施行後1-2週間をめどに、胸部CT異常所見に対する対応状況を確認するようにした。

2. 部門間で連携した画像診断報告書の確認サポート体制（Push通知）と、その対応に関する監査体制の構築

Push通知とは、「検査目的とは異なる部位に想定外の重要所見が認められた場合、画像診断医師が出すアラート」を指す。

当センターでは下記の通り、画像診断科医師がPush通知を出し、これを確実に検査依頼医師および診療科に伝達し、Push通知への対応を第三者がカルテ監査にて確認する運用を、2020年1月27日より開始した。

- 1) 画像診断科医師がPush通知対象患者の画像診断報告書を印刷し、医療安全管理室に届ける。
- 2) 医療安全管理室は、画像診断科から届いた報告書に「可及的速やかな対応をとること」および「対応後の依頼医師の署名入りの報告書を返却すること」を依頼する旨の文章を添付し、検査依頼医師および当該診療科主任部長に届ける。
- 3) 医療安全管理室は、当該患者への説明および必要な検査オーダー等の対応がなされていることをカルテで確認する。
- 4) 確認できれば終了とする。
- 5) 医療安全管理室が画像診断報告書を届けた後、1ヶ月以上経過しても対応が確認できない場合、検査依頼医師および当該科の主任部長に電話連絡する。（確認できるまで1週間毎に繰り返す）

3. 画像診断報告書の確認に関する教育

- 1) 「医務局規程集」にPush通知とその監査体制に関する事項を追加し、医師・研修医が入職した際に説明する。
- 2) 「職員 医療安全ポケットマニュアル」にPush通知とその監査体制に関する事項を追加し、全職員に携帯してもらう。
- 3) Push通知の有無にかかわらず、依頼した画像検査の報告書全体を確実に確認するよう、医師に対する注意喚起を継続的に行うために、全職員の参加を義務づけている医療安全講習会で院内教育を継続して実施する。

4. 病院情報システム整備：画像診断報告書の未読/既読を判別できる仕組み

病院としてのセーフティネットを構築するために、作成された画像診断報告書のうち、未読報告書が存在することを個々の医師、診療科、病院の各レベルで把握できるシステムを導入する予定である。