

京大病院リスクマネージャーのみなさま、こんにちは。医療安全管理室の森下です。リスクマネージャーマガジンではこれまで起きたインシデントをもとに、インシデント再発予防のポイント等についてご紹介してきました。今回は「**画像診断の見落とし**」について見落としのメカニズム・防止策についてご紹介できれば、と考えています。

「画像診断の見落とし」には、①「確認忘れ」、②「想定外病変」、そして、画像診断自体の見落としではないのですが③「所見の引継ぎ忘れ」④「他診療科との情報共有困難」があるのではないかと、思われます。以下でそれぞれの例と対策を示しています。

(以下すべて架空の事例です。日本医療評価機構・安全調査機構のレポート参照し作成しています。)

① 「確認忘れ」の例

肝内胆管がん術後の患者さんのフォローで実施したCT検査について、診察時主治医が説明を行った。後から読影所見が付き、それまでなかった肝腫瘤影が指摘されていたが**未読**のままとなっていた。5か月後のフォローCTで読影医が前回CTと比較して気が付いた。

画像検査・読影をオーダーした医師は、読影レポートを読む必要がありますが、読影結果が来た後で再度確認することを忘れてしまう場合があります。現在「未読」を知らせる仕組みはありますが完全ではありません。画像検査後、2日目以降に説明のための予約をとることでこのタイプの見落としは防ぐことができます。

② 「想定外病変」の例

冠動脈CT検査を実施し主治医が外来診察日に結果を説明した。後日作成された読影レポートでは肺がん疑い病変が指摘されていた。**主治医は「確認」ボタンを押したが**、冠動脈病変に着目しており、「肺がん疑い病変」の指摘に気が付かなかった。

主治医は、画像検査を撮影する**目的以外の病変**については、着目しておらず、異常所見と意識しない場合もあるかもしれません。このような病変を「**想定外病変**」と呼びます。このように、目的からはずれた異常所見は、主治医が想定していないため見落されやすく、たとえ、読影レポートに記載があり、主治医が読影レポートを見て、既読ボタンを押しても、見落とされることがあります。読影レポートに目的病変と同時に、想定外病変がないかどうか確認することが重要です。

③ 「所見の引継ぎ忘れ」の例

肝内胆管がん術後の患者さんのフォローで実施したCT検査で、精査が必要な肝腫瘤影が指摘された。主治医はカルテに所見を記載したが、主治医を交代した際にこの記載は**引き継がれず**、肝腫瘤影は精査されなかった。

外来が忙しい、主治医や担当医が交代した、など様々な理由でカルテに画像上の異常所見が「プロブレム」として記載されず、引き継がれないことがあります。診療科・診療チームでプロブレムを整理する役割は誰が担っていますか？整理する担当者がいない場合、どのようにプロブレムを整理・把握されていますか？

④ 「他診療科との情報共有困難」の例

間質性肺炎についてフォロー中、CTで精査を要する甲状腺結節を指摘され、主治医は「甲状腺について耳鼻咽喉科にフォローを依頼」と記載した。耳鼻咽喉科には通院中だったが、耳鼻咽喉科担当医が**他の診療科のカルテ記載を見ることはなく**、情報が伝わらなかった。

他科診療科での診療情報についてどのように情報収集されていますか？他診療科に相談しようと思った時、相談しやすいですか？どんな風に相談されていますか？