

いつも、インシデント報告ありがとうございます

2017.8.10

京大病院医療安全情報94

【画像レポート確認エラー】

他院での医療事故事例（日本医療機能評価機構 第40回報告書）

事例1

1年前、血管外科で腹部大動脈瘤（AAA）のフォローアップのため胸腹部CT検査を実施した。担当医Aのカルテ記載欄にはAAAに関する記載のみであった。患者は腎臓内科の定期受診をしており、他院より「2ヶ月前から乾性咳嗽、嘔声出現。水分摂取時に誤嚥するようになった。呼吸器内科で肺腺癌と診断された。」との情報提供があり、肺癌を発症していたことを腎臓内科の主治医Bは知った。主治医Bが1年前に撮影したCT検査結果を確認すると、放射線科レポートには胸部所見として肺癌疑い病変の記載があった。

事例2

患者は8年前に口腔底癌に対し手術を実施し、術後は歯科外来で経過観察を行っていた。2年前に頭部体幹（胸部）エックス線撮影を施行後、読影を依頼し、右上肺野に腫瘤（肺がん疑い）あり「CT撮影検査が望ましい」との検査報告があったが確認をしていなかった。今回、頭部体幹（胸部）エックス線撮影施行し、画像を確認した時に2年前に施行した検査結果を見落していたことがわかった。

＜画像検査の工程＞



検査画像は撮像後に直ちに送信されますが、画像診断レポートがカルテに送信されるまでには、数時間を要します。後から報告書を確認しようとして、失念することがあります。

京大病院でも、上記と類似のエラーが発生しています。

インシデント報告に基づいた対策です

京大病院医療安全情報94

ヒューマンエラーはゼロにできないから・・・ 【エラーを検出する仕組みを作る】

「オーダーしたことを忘れた」、「結果を確認するのを忘れた」などヒューマンエラーは尽きることがなく、そのパターンも様々です。

唯一残された道：

作業システムを構成する人以外の要素を改善する

中條武志 人間信頼性工学：エラー防止への工学的アプローチ

- ✓ 確認忘れエラーをなくすことはできない。
- ✓ エラーを「検出する」仕組みを作る。

具体的には・・・

日付	時間	種別	入外	診療科	内容	STATUS
2017-05-30	16:30	放射線	入	呼内	MR-脳神経	依頼中
2017-05-29	14:30	放射線	入	呼内	胸部	依頼中
2017-05-25	14:00	放射線	入	呼内	胸部	実施済
2017-05-24	14:30	放射線	外	放射診	胸部(IVR-CT)	報告済
2017-05-23	11:30	放射線	外	呼内	胸部CT	報告済
2017-05-22		放射線	外	呼内	胸部	報告済

レポート表示
の最下段

カルテ登録

詳細表示

＜担当医の業務フロー＞

- ① レポート表示またはメッセージボックスから、レポートを確認する。
- ② 「カルテ登録」ボタンを押下する（＝システムは「読了」と見なす）。

＜医療安全管理部の業務フロー＞

検査後2か月の時点の各診療科別のカルテ登録率を病棟医長看護師長会議にてフィードバックする（読了のフラグを立ててもらおう習慣をつける）。

【将来的には、未登録を医師にフィードバックします】

注：現時点では、登録率が20%程度であり、膨大な未登録数があるため、現場を混乱させるような個別の通知は致しません。登録率が向上して、未登録数が減少したら、個別に通知することを検討します。まず、報告書読了の有無をシステムが認識できる仕組みを作ります。ご協力ください。

医療安全管理室作成