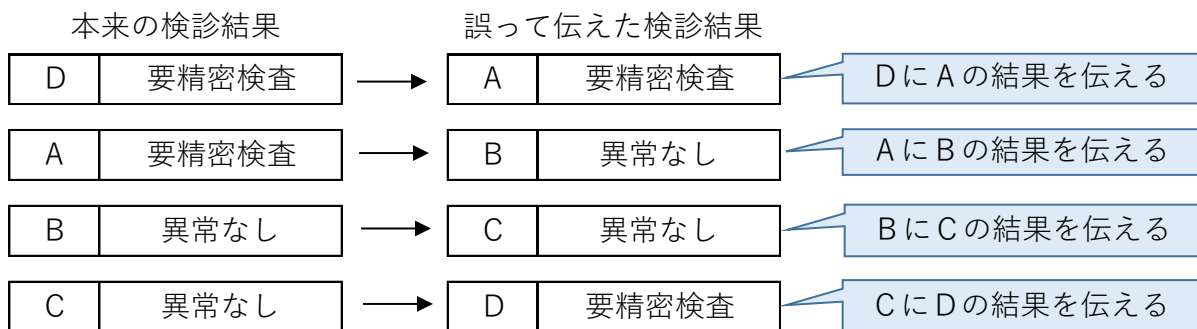
	<h2>区がん検診における検査結果の誤通知について</h2>
と き	10月22日（木）公表
<p>令和元年7月に区が実施した胃がん検診（バリウム検査）において、事業を委託している練馬区医師会が受診者4名に対し、検査結果を誤って伝えていたことがわかりました。</p> <p>結果を誤って伝えていた受診者のうち1名が、令和元年度に引き続き、令和2年度の同検診を受診した際、医師が比較読影して昨年度の画像と同一人物ではないことがわかり、今回の事件が発覚しました。</p> <p>誤通知した4名の方には、経緯についてご説明と謝罪を行いました。うち1名については、本来「要精密検査」と通知すべきところを「異常なし」と通知していたため、近日中に再検査を受けていただく予定です。</p> <p>区では、事故の発生を重く受け止め、練馬区医師会に対し、過去に同様の事例がなかったかを調査させた結果、平成27年度2名、平成30年度2名の誤通知が判明しました。</p> <p>今後はこのような事故を二度と起こさないよう、練馬区医師会とともに再発防止策を講じます。</p>	

【事故概要】

実施検診 : 胃がん検診（バリウム検査）
 実施機関 : 練馬区医師会

<事故①>

実施日 : 令和元年7月12日（金）
 実施場所 : 関保健相談所（レントゲン車）
 事故内容



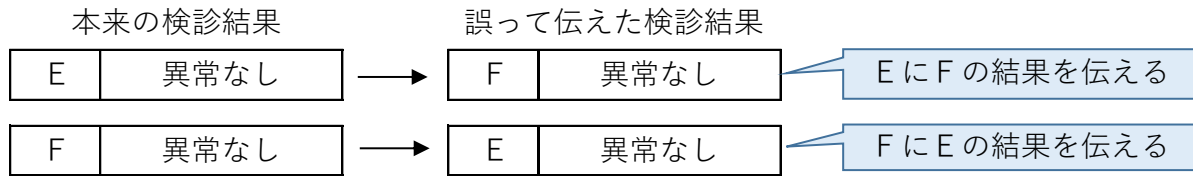
受診の流れと事故経緯

- ① 受付にて、受付順に「問診票」へ受付番号をナンバリングする。
- ② レントゲン撮影は受付番号順ではなく、着替え等が終わり、早く準備ができた人から順に実施する。
- ③ このため、レントゲン画像は受付番号順ではなく、撮影順に作成される。
- ④ レントゲン画像は撮影順となっているため、受付番号の並びはランダムとなる。

今回の事故では、④で医師会職員が撮影順に受付番号を修正したため、レントゲン画像が異なる個人と結びついた。

<事故②>

実施日 : 平成30年12月8日(土)
実施場所 : 光が丘保健相談所(レントゲン車)
事故内容

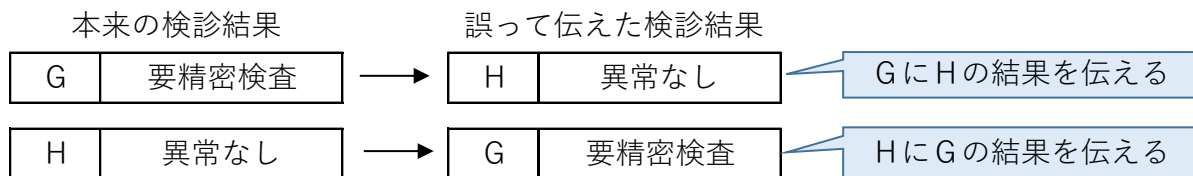


事故経緯

健診システムに受付番号を入力し個人データと結びつける際に、誤った受付番号で入力した。

<事故③>

実施日 : 平成27年10月31日(土)
実施場所 : 大泉保健相談所(レントゲン車)
事故内容



事故経緯

事故①と同様

【対象者への対応】

自宅訪問および電話にて事故の経緯を説明し、謝罪した。

【再発防止策】

- ・ レントゲン撮影終了後の確認作業を複数職員で実施することを徹底する
- ・ 受診番号は、いかなる場合であっても修正してはならないことを徹底する。
- ・ 受診者の取り違えは重大な過ちであることを関係部署職員に再度周知徹底する。