# 画像診断報告書の確認不足に関する 調査研究報告書

~事故防止への提言~

愛知県弁護士会

令和3年3月9日

#### 発刊にあたって

愛知県弁護士会では、基本的人権の擁護を実現するべく、人権擁護委員会を設置しています。人権擁護委員会の活動内容は多岐にわたりますが、医療部会では、医療に関する人権問題を取り扱っております。

「医療事故を無くしたい」、これは、医療を提供する医療従事者、医療を受ける患者、 共通の思いであることはいうまでもないと思います。その思いを実現するために、医 療従事者は、日夜研鑚を重ね、日々の診療にも全力で向かっておられることと思います。

ところが、近時、画像検査を受けて異常所見が発見されていたにもかかわらず、その結果が病院内部、患者に情報共有されなかったために精検なく放置された結果、病状(悪性腫瘍等)が進行し、治療開始が遅れてしまうという事故が複数報道されていました。

検査結果が有効利用されないというのは、看過しがたい大きな損失であり、その背景には何があるのか、そのような思いから、このテーマを研究対象としました。そして、文献調査、ヒアリング、訪問調査、アンケート調査を実施しました。通例ですと、市民参加を呼びかけてのシンポジウムを開催し、議論を深める機会を持つのですが、新型コロナウイルスの感染拡大により、今年度は実施することが叶いませんでした。

ソーシャルディスタンスの観点から、ヒアリング等も思うように行えないという限られた状況下ではありましたが、画像診断報告書の確認不足が起こらない未来が実現されるべく充実した内容を報告したいという思いを込めて、提言もまとめました。提言内容は、医療現場の多忙さや現在のコロナ禍の過酷な状況下ではそのまま実施することが難しいものもあるかもしれません。ただ、出来ない理由を探すよりは、出来るよう打開策を打ち出す、工夫をするということが大事であると思います。

この調査研究報告書の提言は、患者さんに対しても、検査結果、さらには、医療に対してもっと関心を持って欲しいという趣旨も盛り込まれています。そもそも画像診断報告書が確認されずに残念な事故が複数起きてしまっているという現実を知り、患者さんが自らの検査結果に強い関心を持てるきっかけとなればと思います。

最後になりますが、ヒアリング、訪問調査、アンケートにご協力を頂きました皆様 に心より感謝申し上げます。

> 令和3年3月 愛知県弁護士会 会 長 山 下 勇 樹

## 目 次

第	1	はじめに	1
第	2	問題の背景にあるもの	2
第	3	調査の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
	1	公益財団法人日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業におい	
	7	「収集された事例の検討	4
	2	異常所見の共有漏れに関連する文献 (報告、会議録等)、提言の調査	
			6
	3	東京慈恵会医科大学附属病院診療情報共有改善検討委員会作成にか	
	カ	4る答申書の参照	6
	4	実情調査	6
第	4	アンケート調査集計結果と分析検討	7
第	5	個別聴取調査	3
	1	愛知県内の総合病院(600床) ···································	3
	2	愛知県内の市民病院(500床) ···································	5
	3	三重県内の市民病院(500床) ···································	6
	4	岐阜県内の総合病院(6 0 0 $\mathbf k$ ) 1	7
	5	愛知県内の総合病院(800床) ···································	8
第	6	検討と提言····································	1
	1	国に対する提言	1
	(1	) 財政的措置····································	1
	(2	)患者に対する啓発(検査結果への関心向上) · · · · · · 2	1
	2	各医療機関に対する提言・・・・・・2	2
	(1	) 画像診断報告書の患者への交付 $\cdots 2$	2
	(2	)医療情報システムによる画像診断情報確認に対する支援2	3
	(3	)複数人による相互チェックシステムの構築2	4
	(4	) 画像診断に関する教育の充実2	4
第	7	別紙加算資料	6
第	8	参考資料	0

## 第1 はじめに

#### 1 研究テーマについて

愛知県弁護士会人権擁護委員会医療部会では、医療に関連する人権問題をテーマとして設定し、調査・研究を行っている。今年度は、画像診断に関する諸問題のうち、画像診断報告書の確認漏れをメインテーマとした。

画像診断に関する諸問題の中で代表的なものは、読影上の誤り、すなわち、本来であれば検査画像から読み取られるべき異常所見が指摘されなかったというものである。

しかしながら、近年は、画像診断報告書で異常所見が指摘されているにもかかわらず、検査を指示した診療担当医がその異常所見の指摘を見落とす、あるいは、そもそも画像診断報告書の確認を失念したというケースの指摘が相次いでいることから、この問題をテーマに設定した。

#### 2 救急医療における偶発的異常所見の共有漏れ

画像診断報告書の確認漏れの問題は幾つかのパターンに分類されるが、その1つは、休日や時間外に救急外来を受診し、画像検査を受けたところ、症状を訴えていた部位・器官以外の部位に異常所見が認められ、要精検とされるべき情報が、患者に伝えられなかったというケースである。

例えば、腹部の症状を訴えて受診した患者について、胸腹部のCT検査を行った結果、腹部の異常所見は無かったものの、肺に腫瘍性病変の可能性がある所見が認められたため、本来であれば精密検査や経過観察を行うべきであったにもかかわらず、その情報を診療担当医が認識せず、患者に伝えられなかったことから、患者が精密検査等を受けることができず、その間に肺がんが進行してしまったというケースである。

撮影当日は、救急外来で担当した医師が症状を訴える腹部の画像を確認して異常がないと判断した後、平日の通常時間帯に放射線科医師が当該CT検査結果を確認し、画像診断報告書で肺の腫瘍性病変の可能性を指摘するものの、その結果が救急外来で診療を担当した医師に明確に伝えられず、その他の医師も当該画像診断報告書を確認しなかったために、患者に肺の腫瘍性病変の可能性が伝えられなかった結果、肺がんが進行してしまうというケースが何例か報告されている。

#### 3 他科の疾患の異常所見の確認漏れ

通常の外来診療で発生し得るパターンもある。例えば、腸の病気で継続的に受

診している患者について、腸の状態を調べるためにCT検査を実施した後、CT 画像を読影した放射線科医師が腎がんの疑いを指摘する内容の画像診断報告書を 作成したにもかかわらず、主治医が腸に関係する部分しか確認しなかったために、 患者に腎がんの可能性が伝えられず、腎がんが進行してしまったという例があげ られる。

4 せっかく検査画像から早期の病気の可能性を示す所見が確認され、早期治療が十分に見込めたにもかかわらず、適切な対応がなされなかった結果、最悪の場合、患者が死亡するという重大な結果をもたらす。そのような悲劇を繰り返さないために、最大限の取組がなされる必要がある。

本調査研究報告書は、このような問題の背景と実際に診療を行っている医療機関の実情を調査し、このような事例の再発防止のための提言を行うことを目的として作成した。

## 第2 問題の背景にあるもの

## 1 画像診断報告書の確認漏れをチェックする体制が整っていないこと

保険診療の診療報酬制度においては、画像診断管理についての加算措置が設けられている。例えば、実施されたCT撮影、MRI撮影について、専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書によって、当該患者の診療を担当した医師に報告した場合には、画像診断管理加算2ないし3として、それぞれ、180点、300点が認められている<sup>1</sup>。

この画像診断加算は、単に画像診断専門医による読影、判断が行われることのみを要件としているわけではなく、その結果については、診療を担当する医師に報告することも要件とされている。そして、このような医師への報告は、検査画像上に顕れた有意な所見を漏れなく捕捉し、これを適切な診療に繋げることを目的としたものであるから、検査依頼医師によって画像診断結果が漏れなく確認されるべきことや、確認漏れが生じないためのチェック体制を構築すべきことも不可欠のことと考えられる。<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 画像診断管理加算の施設基準については、別紙加算資料を参照されたい。たとえば、管理加算1の施設基準として「画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること」、管理加算2の施設基準として「画像診断を専ら担当する常勤の医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに読影結果が主治医に報告されていること」などが定められている。

<sup>2</sup> 日本学術会議臨床医学委員会放射線・臨床検査分科会「CT検査による画像診断情報の活用に向けた提言」でも「医療情報システムを用いた画像診断報告書確認支援」についてその必要性が述べられている(p8~)。

ところが、少なからぬ医療機関において、画像診断報告書の確認作業は担当医個人の責任に委ねられており、確認漏れをチェックするための組織的・システム的な対応が必ずしも整えられていない。

#### 2 画像診断報告書完成までの時間差

放射線科医師が画像診断報告書を作成し、診療担当医が確認できる状態になるまでには、早くても数十分、長いと24時間以上の時間が空いてしまう。そのため、診療担当医が外来時間中にCT画像を自ら読影し、主訴に関連する部位の異常がないと診断して、患者に帰宅を指示した場合には、診療担当医は当該患者について、それ以上の注意を払うことがなくなり、その結果、後に画像診断報告書が作成されても、これが確認されないままになるという事態が生じる。

#### 3 救急医療における診療体制

各医療機関における救急医療体制は様々であるが、救急科専属の医師だけではなく、例えば、内科・外科・整形外科・脳神経外科等の各診療科から医師が当番制に従って救急医療を担当するという体制の医療機関も少なくないと思われる。

このような体制で救急医療を行っている場合、当日の救急担当医師が画像検査をオーダーし、自ら検査画像を確認して問題ないと判断して、患者に帰宅を指示した場合には、翌日に画像診断報告書が作成され、そこに主訴とは別部位に異常所見が指摘されていたとしても、その時点では既に救急担当当番からは外れてしまっているために、その画像診断報告書を確認する機会を喪失してしまうおそれがある。

#### 4 CT検査の普及と高度化

我が国では他の先進諸国と比較すると、相対的にCTの数が多く、多数の病院で導入されている。

そして、撮影対象は、症状が訴えられている部位のみならず、周辺臓器も含めて広く撮影することが可能となっている。全身、上半身をまとめて撮影するオーダーもしばしば見られるようになっており、瞬時に多数の画像を横断的・縦断的に撮影することが可能である。

また、高齢化によって複数臓器に種々の病気を抱えている患者も増加しており、 それらがCT検査画像に描出されることとなる。

そのため、主治医が想定していた部位とは別の部位に偶発的に異常所見が発見 される可能性が一層高い状況となっている。

#### 5 医師の多忙

なお、この問題の背景として、医師の多忙を指摘する意見もある。この意見は、 1人あたりの患者に当てられる診療時間が少ないために、画像診断報告書が作成 されていても、これを確認するための時間を十分に確保できず、そもそも画像診 断報告書を確認できなかったり、確認しても自分が診療を担当している部位に関 する異常所見の記載を見落としてしまうとするものである。

## 第3 調査の方法

上記問題点等を踏まえ、現状の分析と解決策として各医療機関によってどのような取組がされているか、以下の方法で調査した。

## 1 公益財団法人日本医療機能評価機構医療事故情報収集等事業において収集され た事例の検討

公益財団法人日本医療機能評価機構は、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とした「医療事故情報収集等事業」として、医療機関から医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集・分析・提供を行っている。

同事業によって収集された医療事故情報については、誰もが同機構ホームページ上で事例検索をして閲覧することが可能となっている(http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action)。

これを利用して、次の条件で事例検索をした。

報告事例区分 医療事故情報

報告年2010年~

事例の概要 検査

発 生 場 所 救急外来 or 救命救急センター

関連診療科 指定なし

当事者職種 指定なし

キーワード 報告書、レポート、確認不足、読影、画像診断、検査のい ずれかを含む

検索結果のうち、救急診療の際に撮影された画像の読影レポートの見落とし、 あるいは、検査目的部位以外の読影漏れに該当すると理解される事例を抽出した ところ14件(救急外来12件、救命救急センター2件)であった。

	主訴・元の疾患	実施されていた検査 指摘されていた所見	看過されていた器官 進行していた病変	発覚までの期間
事例 1	急性膵炎	MRCP 肺腫瘤	肺がん	3 か月
事例 2	胸部大動脈瘤	CT 肝腫瘍疑い	肝がん	1年4か月
事例3	顎下腺がんの 頸部リンパ節転移	CT 胸部大動脈瘤	腹部大動脈瘤	8ヶ月後 (大動脈瘤破裂)
事例4	頭痛	CT 脳梗塞	脳梗塞	不明 (確認されず)
事例 5	多発性外傷	腹部 CT 直腸腫瘍	直腸がん	不明 (「対応遅延」と記 載されている)
事例 6	血便	胸腹部 CT 右肺野異常陰影	肺がん	不明
事例 7	咽頭・かすれ声	CT 食道がん疑い	食道がん	2年2か月
事例8	高熱等	全身 CT 右肺陰影	肺がん	1年9か月
事例 9	下血	胸腹部 CT S 状結腸の異常	S 状結腸がん	7 か月
事例 1 0	転倒	CT 大腸がん疑い	大腸がん	5 か月
事例 1 1	めまい、嘔吐	MRI 超急性期脳梗塞	脳梗塞	不明(数日)
事例 1 2	意識障害	胸腹部 CT 副大動脈瘤	腹部大動脈瘤 切迫破裂	4年
事例13	胸痛、気分不良	CT 噴門周囲のリンパ節 腫大	食道・胃接合部がん	4 か月
事例 1 4	黒色便 マロリー・ワイス症 候群疑い	造影 CT 腎がん可能性	腎がん	7年4か月

2 異常所見の共有漏れに関連する文献(報告、会議録等)、提言の調査 本報告書末尾の別紙文献一覧に記載されているとおり。

## 3 東京慈恵会医科大学附属病院診療情報共有改善検討委員会作成にかかる答申書 の参照

東京慈恵会医科大学附属病院では、画像診断報告書の情報共有不全により肺がんの発見が遅れるという事故を受け、実効性のある再発防止策を策定するための委員会を設置し、2017年6月30日付の答申書において、その再発防止策として以下の方策が提言されている。

- (1) 画像診断報告書の情報を共有するための人的支援制度(情報共有のための 「司令塔」制度)の導入
- (2) 患者への検査報告書の交付
- (3) 電子システム上の工夫
- (4) 画像診断部からの重要所見情報の発信強化
- (5)「医師交代時サマリー」の更なる実施徹底とハンドオフシート制度の導入
- (6) 継続的な研修・教育

#### 4 実情調査

#### (1)アンケート調査

令和2年1月31日、対象医療機関に対し、回答期限を同年2月末日と通知 し、回答への協力及び郵便による返送を依頼した。

対象医療機関は、平成31年3月31日時点の特定機能病院(愛知県内を除く全国81施設)及び愛知県内で「放射線科」「放射線診断科」「放射線治療科」のいずれかの診療科を標榜する病院(118施設)<sup>3</sup>である。新型コロナ感染者拡大初期の混乱の中、73施設から回答が得られた(回答率36.68%)。アンケート内容は後記第4のとおりである。

#### (2) ヒアリング調査

一定規模以上の医療機関に個別に連絡をとり、面談またはリモート会議方式 (zoom等)での対応について了承を得られた施設に対し、ヒアリング調査を行った。施設の選定においては、学会発表や文献等を参考にした。

<sup>3</sup> あいち医療情報ネット (https://iryojoho.pref.aichi.jp/) で検索し、該当したもの (検索日:令和元年 12月10日)

## 第4 アンケート調査集計結果と分析検討

設問1 撮影された画像検査については、放射線科医が全件読影することになっていますか。

質問検査項目	はい	いいえ	無回答
レントゲン	4	6 5	4
СТ	3 8	3 1	4
MRI	3 5	3 2	6

設問2 全件読影する場合、受診した診療科目や主訴に関連する部位以外も読影の対象となっていますか(例、腹痛を訴えて消化器内科で上半身の画像検査を行った患者さんの画像について、肺や腎臓等も読影する)。

はい 39 いいえ 5

(注:設問1でいいえ・無回答の施設も一部回答しているため、設問1の「はい」の回答数を超えていた)

設問3 放射線科医が読影報告の中で、フォローアップの必要性や異常があることを 記載している場合、主治医が異常の結果を確認して患者さんに説明をしている か否かをチェックする取組がありますか(確認・説明がされていない場合にア ラームが鳴って、主治医が気付けるような仕組み等)。

> はい 38 いいえ 25 無回答 10

設問4 前問で「はい」の場合、どのような仕組みかお教え下さい(自由記載)。

- ●医師・スタッフ等が確認する仕組み
  - ・医療情報室、放射線技師、診療情報管理士、医療安全管理室が連携してチェック している
    - ①医療情報室:画像読影報告書からキーワードを検索し、読影リストを作成

- ②診療放射線技師:読影リストから検査目的以外の所見を含むものを抽出
- ③診療情報管理士:診療放射線技師によって抽出したリストから患者カルテに医師の記載がないものを抽出
- ④医療安全管理室:診療情報管理士によって抽出された患者を経時的にカルテ確認、見落としと思われるものは医師に連絡、確認を行う
- ・放射線部所属の医療事務作業補助者が問題症例についてピックアップしてフォローしている。この情報については医療安全管理室と共有している。
- ・放射線科医が主治医に、口頭又は院内メールで直接報告している。主治医が休暇 等で不在の場合は、主治医の上司へ報告をしている。
- ・医療安全対策室の専従リスクマネージャーがカルテの記載を確認し、対応しているかチェックしている。
- ・主治医が読影している。
- 診療科における報告書のダブルチェック
- ・主治医以外(医療安全スタッフ・診療放射線技師等)によるレポート、カルテチェックを行って、問題があれば院長に報告するシステム
- ・異常をメールで連絡(担当医と部長両方)。担当医は確認した場合、メールを返信。 返信がない場合は部長へ連絡するよう指導。

#### ●電子カルテのシステムを利用した仕組み

- ・読影時に緊急度のチェックをつけるとオーダー医の電子カルテ上でポップアップ が上がる仕組み
- ・画像検査レポート患者説明管理システムで、レポートの未説明・説明済を一覧で確認している。主治医が7日間未説明の場合、電子カルテのログイン時に「お知らせ」表示が出る。21日間未説明の場合は、主治医の所属診療部科長へ「お知らせ」表示。28日間未説明のものは、医療安全管理室へ「お知らせ」表示が出るため、患者への説明を依頼する。
- ・重要所見にフラグが付く(放射線科医が付ける)。医師は既読ボタンを押下する。 3日経過しても既読になっていない場合や対応記録が書かれていない場合は担当 職員が依頼医に電話をする。
- ・診療情報管理士が、主治医が対応したかどうかをカルテをみてチェックしている。 未読・既読は電子カルテのシステムで管理されており、1週間未読の場合はオー ダー医にメールが送信される仕組みになっている。
- ・検査目的以外で異常が見つかった場合に、放射線科医からオーダー医、医療安全 委員長、院長、救急科部長にアラートメールが送られるようになっており、その

異常について何らかのアクションがされているかどうかを、医療安全委員長や院 長がカルテチェックしている。

設問 5 放射線科医の読影報告について、患者に説明がされたかについて、カルテ上 に説明済みであることをチェックする項目はありますか。

> はい 11 いいえ 56 無回答 7

設問6 放射線科医の読影報告について、患者との情報共有(放射線科医の異常指摘等を患者にも認識してもらうこと)が遺漏なく行われるために工夫されていることや、病院として制度として構築されていることがありますか。

はい 23 いいえ 45 無回答 5

設問7 前問で「はい」の場合、どのようなものかお教えください。

例) 読影報告書をプリントアウトして全ての患者に交付する等、前間《放射線 科医の読影報告について、患者との情報共有(放射線科医の異常指摘等を患 者にも認識してもらうこと) が遺漏なく行われるために工夫されていること や、病院として制度として構築されていることがあるか》で「はい」の場合、 その仕組みをお教え下さい。

#### ●医師間の連携による仕組み

- ・重要または緊急の所見、目的以外の臓器に異常所見があったときは、放射線医師等(読影医師ないし技師)から主治医(オーダー医)へ電話連絡する。
- ・読影が完了した日に、読影完了のメールをオーダー医に送信し、メールの既読を チェック及び管理している。
- ・CTのレポートをカルテに貼付する際に指示棒を担当者が立てておく。
- ・診療科長へ未読報告書への対応ないし重要フラグ付報告書への患者対応を促す。

●病院内の規則・電子カルテシステム・全体的な周知等による仕組み

#### <病院全体の啓発>

- ・院内のマニュアルに報告書確認の責務について取り決めている。
- ・院内に画像検査の結果説明を、担当医から必ず受けるよう知らせるポスターを掲 示している。

#### <電子カルテシステムによる仕組み>

- ・主治医がレポートを確認したか否かの既読管理システムを導入済み。
- ・未読・既読は電子カルテのシステムで管理されており、1週間未読の場合はオー ダー医にメールが送信される仕組みになっている。
- ・診断報告書(読影レポート)の開封記録を残している。

#### <医療安全管理室等による仕組み>

- ・読影報告書を主治医(検査をオーダーした医師)が読んだかどうかを医療安全管理部門等がチェックして把握するようにしており、未読になっている場合は通知して確認を促している。
- ・読影依頼とは異なった部位での異常は、放射線科医が「重要フラグ」を立てるため、指示医が「説明済」にしたレポートも含め医療安全管理室が定期的にチェックし、カルテ記載を確認している。加えて、患者への説明がされているか不明な場合は医師へ問い合わせを行い、対応を促している。
- ・目的領域以外の腫瘍性病変、血管疾患(瘤)等があった場合は、医療安全管理室 に連絡が入り、画像検査依頼医に伝えており、その後、医療安全管理室にて患者 対応の有無について確認している。
- ・診療情報管理士等が、主治医が対応したかどうかを、チェックしている。
- ・読影で腫瘍が疑われた場合、すぐに主治医に連絡がいき、主治医より患者に連絡 する取り決めとしている。
- ・放射線科医の読影報告書を主治医が確認→患者に結果を説明して精査の必要があれば必要性を説明して了解を得る→説明の内容や患者の対応をカルテに記載、という順序で実施するシステムを作成している。

#### ●患者との連携による仕組み

- ・外来で画像検査をした外来患者には、「次回診察時に画像検査の結果を医師に確認して下さい」と書いたカードを渡している。
- ・患者の方から、医師に対して検査結果の説明を求めるようにお願いしている。
- ・読影報告書(患者用)の印刷様式を作成し、これを患者に渡すことを推進している。その旨のポスターを掲示している。

- ・放射線科医の読影後、医師2名がチェックし、患者に報告している。
- ・診察時にレポートを確認し、患者に画像を見せて説明し、他院紹介時には画像を プリントして情報提供を行っている。
- ・至急案件については、依頼医に電話連絡等を行って患者への説明を促している。

#### 設問8 以下の方式を実施する場合に、支障となる要因があればお教え下さい。

- (1) 全件について、画像検査報告書を患者に手渡す (郵送する)。
- (2) 画像検査報告書において異常報告があった件は、ドクター(または事務職員) が患者に電話をして報告する。

#### 小問(1)について

- ●画像検査報告書の交付に肯定的な回答
  - ・異常が認められないときは行っていないが、診療時に患者には十分説明を行っている。
  - ・特に支障はないが、個人情報の管理を徹底しなければ実施できない。

#### ●画像検査報告書の交付に否定的な回答

#### <患者の誤解や不安を招きうる>

- ・画像診断報告書があたかも最終診断のように独り歩きする危険性がある。
- ・他の検査結果と併せて主治医(オーダー医)の判断を介した方が良い。
- ・専門的用語が多く解釈の違い等によりトラブルが発生するリスクがある。
- ・病状の悪化をレポートで知り、自殺したケースあり(海外)。

#### < 画像診断報告書は担当医師へ向けられたものである>

- ・画像検査報告書はあくまでも検査オーダー医に対して作成されたものであり、安 易に血液検査の結果などと同等に扱われるべきではない。
- ・要望がある場合はカルテ開示によって対応している。
- ・医師が医師へ伝えるために書かれているため難しい文言もある。
- ・画像検査報告書は、臨床情報の一部としての画像を放射線科医が解釈した内容を 記載しており、主治医に対する回答書である。
- ・主治医が何のために、何を疑って画像検査をするのかを検査前に患者に話し、検 査後には「報告書に書いてあること」「その他の情報を合わせた、総合的な判断」 を必ずわかりやすく伝える、という基本に立ち返ることが重要である。
- ・報告書をみた依頼医が内容を患者にわかりやすく説明するという形で別の書類を

作成するほうがよい。

・「患者向け」と「主治医向け」では異なったニュアンスの記載になってしまう。

#### 〈マンパワーが足りない〉

- ・あまりに数が多すぎて現実的でなく、日常診療ができなくなる。
- ・全件についてレポートを作成することは、当院の放射線科の人数では困難である。
- ・患者からの問い合わせに対応する人の配置や郵送に要する費用負担を全て病院が 負担するのは困難である。
- ・読影量に対してマンパワーが足りず、十分な読影時間がとれない。

#### <その他>

- ・郵送するのは誤配や紛失の危険があり、のぞましくない。
- ・費用面が診療報酬上担保されていない。
- ・カルテ開示との整合性が必要である。
- ・放射線科医の学会が患者に報告書を渡さない方針としている。

#### 小問(2)について

- ●異常所見報告を患者に電話連絡することに肯定的な回答
  - ・マンパワーがあれば可能だが、事務職員対応の場合の伝え方に取決めが必要である。
  - ・医師からの指示があって、事務職員が電話することは可能と思われる。
  - ・医師か外来の師長(看護師)が必ず連絡し、カルテに状況を残している。
  - ・電話で連絡した場合も連絡がつかなかった場合も所定の用紙でドクターへ連絡する。そのコピーは、医療安全にも渡され、電子カルテ上での経過を確認し、順調 に運用している。
  - ・事務から病状を報告することはないが、緊急を要する時は来院を促している。
  - ・電話連絡はケースバイケースで行っている。
  - ・特に問題ないが人件費がかかる。
  - ・緊急に再検査、治療が必要と思われる場合は直接連絡をしている。
  - ・実施されているが、そもそも異常報告に気付いていないことが本件の問題である。
  - ・次回予約まで待てない場合や、次回予約がない患者には主治医が直接電話で伝えている。電話ができない場合は、書留郵便で通知している。
  - ・患者に説明していない異常が画像診断報告書で見つかった場合なら、患者に電話 連絡してもよいと思う。

- ●異常所見報告を患者に電話連絡することに否定的な回答
  - ・時間的なロスが大きく、連絡漏れが発生するリスクもある。
  - ・ドクターが行うにはマンパワーが不足しており、事務職員が行うには教育が必要 となる。
  - ・放射線科医及び事務職員が電話連絡するのは、誤解を与える危険性を含んでいる。
  - ・あまりに数が多すぎて現実的でなく、日常診療ができなくなる。
  - ・業務量の増加につながるため、診療業務の運用を考慮する必要がある。
  - ・費用面が診療報酬上担保されていない。
  - ・時間的に可能か疑問、患者がつかまりにくいのではないか。
  - ・そもそも誰がどのように「患者に連絡をしなければならない」と判断するのか。
  - ・働き方改革に逆行するのではないか。
  - ・郵送ではコストがかかるし、取り違えのミスが生じるかもしれない。
  - ・再来を促す程度がいいと思うが、中途半端な指示は患者に迷惑となる。
  - ・無告知の病名や症状などが予期せぬ形で患者の知るところとなり、主治医と患者 との信頼関係を損なうこととなる。
  - ・電話で報告することは相手が本人かどうか十分確認できる保証がない。
  - ・通常の診療では、画像検査を受けたならば、その説明を次回の受診日に行うこと となっており、来院予定であれば特に電話までする必要はない。
  - ・画像診断報告書の内容が主治医に伝わっているかに重きを置いて対策を進めており、更新予定の電子カルテ上では、未開封の画像診断報告書があればアラームが鳴る、表示が出る等の対策が予定されている。

## 第5 個別聴取調査

過去の学会報告や論文等を参考にして、面談またはリモートによって個別に 医療機関の実情を聴取した。

#### 1 愛知県内の総合病院(600床)

- (1) 2017年度の読影依頼状況
  - ・CT・3万3000件/年 MRI・1万2300件/年
  - ・現在放射線科医が5名、臨床放射線技師が30数名。

#### (2)取組の状況等

・各月、診療科ごとに、主治医が読影レポートに目を通したかどうかを一覧表

にして整理してある。主治医が目を通すと「既読」と表示され、目を通していないと「未読」と表示されるようになっている。レポートを送信してから 2週間が経過しても「未読」のままの場合は、医療安全管理室から、主治医 または部長に対してレポートに目を通すよう改めて督促をしている。

- ・医局会でもレポートに目を通すよう周知徹底している。
- ・主治医にレポートを伝えることで、主治医が気付かなかった予想外の診断結果が伝えられる可能性もあることから、患者には、必ず画像検査の結果を主治医に尋ねるよう促す案内文を渡している。
- ・レポートの書き方の工夫として、注意を促したい項目を冒頭部分に持ってく るようには気をつけている。
- ・未読率は2018年度では10%を切るほどまでに改善されたが、件数でい うと病院全体でまだ100件ほどある。今後は、これをいかにゼロに近づけ るかが課題である。

#### (3) 救急外来での対策

- ・救急外来の場合は、何かあれば日中の外来に来るよう勧めている。
- ・救急外来から通常外来への切り替えがない患者さんの場合、放射線読影レポートが後日出された場合などは、患者さんへの伝達の機会がない。名古屋大学医学部附属病院の事故<sup>4</sup>のケースと同じ類型だが、手当てはない。
- ・ 責任者は、基本的に、救急で対応した医師であり、その医師が患者に伝えな ければならない建前となっている。

#### (4) 今後の課題

- ・医師が全てのレポートに目を通すようにし、さらに、レポートの内容を治療 に反映してもらえるようにしていきたい。
- ・全レポートを患者に直接交付したり、郵送するというのは1つの方法とは思うが、コストや手間を考えると、人員的、財政的に難しい。

<sup>4</sup> 救急外来でのCT検査画像診断レポートを13か月間確認せず、治療が遅れ、肺がんが進行し、死亡した事例(2019年10月15日公表)。なお、同大学医学部附属病院のホームページでは、類似の事故が他に3件(2016年9月13日公表、2016年12月26日公表、2017年10月19日公表)報告されている。https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/departments/quality\_p-s/publication/

#### 2 愛知県内の市民病院(500床)

#### (1)情報共有徹底のための取組状況等

読影レポートの未読、既読は電子カルテのシステムで管理されている。報告書が1週間未読の場合、未読通知メールが送信される。2014年から第三者(診療情報管理士及び医師)による確認を開始した。

診療情報管理士(常勤1名、パート1名)が、前日のCT画像報告書の全て を確認し、異常所見の指摘があれば、カルテに反映されているかを確認する。 医師の対応が不十分な場合、医療の質・安全管理室から、緊急性があればオー ダー医師に連絡し、緊急性がない場合には所属先診療科部長に対応依頼する。

対応を求められた医師は、その後の対応内容を医療の質・安全管理室に報告 (チェック式の用紙の提出)。診療情報管理士は医師の対応の有無を確認する。

診療情報管理士が確認するCT画像の報告書は年間4万件、月3000件程度であり(報告書を外注することもある)、医療の質・安全管理室の医師が確認するCT画像の報告書は月に150件(全体の5%)程度。診療情報管理士がピックアップすべきポイントになりそうな用語をリスト化することで医療の質・安全管理室の医師が対応すべき異常所見を絞り込み、医師の負担を軽減している。

#### (2) 今後の課題として考えていること

見落としの原因は、①報告書を読まない、②報告書の主疾患関連部分だけ注目し、その他の所見を読まない、③全文読むが主疾患と無関係な所見を放置してしまうなど。

通常、放射線科医が報告書を作成した後、担当医が確認しカルテに記載して、 患者に説明する。しかし、緊急時や休日・時間外のオーダーの際には、放射線 科医の報告書作成前に、担当医が自ら読影して患者に説明するので、患者がそ の後来院しない場合には、担当医は報告書の所見を読まないままとなる。

報告書が既読かどうかと、異常所見に対応しているかどうかは別の問題である。例えば、優先する治療に注力し、他の異常所見への対応を失念するという こともある。

見落としを防ぐため、CT画像の報告書では、重要な所見は上に書くなど工夫が必要である。報告書の注意すべき所見に放射線科医がマークする方法も考えられるが、放射線科医は読影だけで大変であるのに、マークまで課すのは負担が大きい。退職した放射線技師など、放射線科医の補助職がいるとよい。

報告書を患者に交付すると、患者が治療の必要のない所見に不安を覚えたり、

患者が医師に説明を求めたりするなどして、医師に負担をかける可能性もある ので、交付していない。

#### 3 三重県内の市民病院(500床)

#### (1)問題となる2つの場面

自分たち(救命救急センター員)が読影できるのか。救急としては、まず救急の範囲で画像をみることが最優先。目の前の症状に影響が出ていない部位については、どうしても読影に対する優先順位は低くなってしまう。これについては教育により改善・向上を図っていくほかない。

異常所見が見つかったとき。やはり1人の医師の力だけで対応するのは難しいので、2次読影が必要となる。今回の面談内容としては、この2つ目の場面が主に問題となっていると思う。

#### (2)対応方法について

休前日の夜間以外は、ほぼ翌日までに放射線科が読影をしたうえでレポートを書いてくれる。レポートに「精査、チェック、経過観察」といった特定の文言を入れてもらい、救急責任医師が読影レポートをソーティングし、患者に連絡が必要となるものを拾い上げている。

連絡方法について、緊急性のあるものは直接電話をしている。

その他については、基本的に読影レポートにマーカーをつけ、安全管理室を 通じて受診を促す定型文を簡易書留で送ってもらっている。そのため、患者に は必ず住所を聴取するようにしている。また、定期通院がある患者には注意文 を入れることもある。

#### (3)対応の結果について

2018年8月から2019年5月までERに運び込まれた2万5000件中、画像を撮影した1万5000件について上記対応を実施した結果、18件が書留での連絡の対象となった。内訳は消化器系5件、泌尿器系3件、呼吸器系3件、その他7件だった。宛先不明が2件であり、連絡のついた16件中9件が自院での対応、未受診が7件であり、そのうち3件は遠方居住者だった。

#### (4) 将来の予測・展望等

誰でもミスは怖いものである。特にERは教育の場でもあるので、熱心にやっていれば研修医も集まりやすい。若い医師がこういった見逃しをして責任を

取らなければならないような事態になると、次年度からは研修医が来なくなってしまう。このような事態を避けるためにも、組織として上記のような対応を とる必要があった。

#### 4 岐阜県内の総合病院(600床)

#### (1)システムの概要

電子カルテ上、2週間経っても画像診断報告書が「未読」の状態である対象を、医療クラーク(医療事務作業補助者)が検出し、確認を促す依頼書を担当医師宛に直接渡すというもの。依頼書は、赤紫色のチェック柄の、かなり目立つクリアファイルに入れられている。これは、透明なクリアファイルだと、他の書類に紛れてしまうため、それを防ぐための工夫である。もし、担当医師に届かない場合は、各診療科の講師クラスの医師に「未読」の事実が報告される。直接話がしにくい医師の場合は、書面で確認を促すこともある。

医療クラークは、医学的知識を持っているわけではない。しかし、現在この業務を行うことについて、問題は生じていない。むしろ、本システムで医療クラークが指摘したことがきっかけとなって初期の異常が把握でき、治療につながったケースが何例かあり、その事実を医療クラークが知ることで、この仕事を行う上でのモチベーションを向上させる一因となっている。

院内研修(特定機能病院認定基準としての年2回の研修:医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日健政発第98号厚生省健康政策局長通知))で繰り返し伝えたり、各診療科の長が集まる月1回の会議でアナウンスしたり、徹底的にキャンペーンを行った。

このシステムを取り始め、画像診断報告書が未読のまま放置されているという事例は0件となった。

電子カルテを立ち上げると、立ち上げ時に一瞬「未読レポートがあります」 等のポップアップ表示が出るものの、すぐに消えてしまう。消える前に自分から消すスタッフもいる。消えた後、未読情報を確認する方法もあるが、わざわ ざ確認するスタッフは少ない。

ポップアップ表示は、画像診断報告書の未読情報以外にも、様々な情報についてされることもあり、ほかの情報に紛れ、画像診断報告書の未読情報があるという事実が埋もれてしまう。そのため、このポップアップ機能だけで画像診断報告書の確認漏れを防ごう、というのは無理であり、対応として不十分である。

#### (2)救急医としての視点

救急医は、画像診断報告書の確認漏れのような問題に疎いという性質があると思う。それは、救急医は心筋梗塞、脳梗塞、脳出血といった急性期の病気や外傷に対する診断は得意だが、腫瘍など慢性期の病気についてはそれほど得意ではないということによる。そのため、どうしても見落とし例が生じてしまうのだと思われる。

医療クラークを活用した未読通知システムを導入した結果、画像診断報告書が未読のまま放置されるという事例は全くなくなった。しかし、この次の問題の1つとして、確認はしているのに、その後のアクションをしない、ということが問題となっている。

この問題についても、医療クラークを活用した未読通知システムと同様の方法での改善を進めている。

具体的には、放射線科のカルテにおいて、「偶発所見あり」という部分にチェックが入っているものについて、その後きちんとフォローされているか、カルテを追って、治療ルートにのっているかを確認し、フォローされていない場合には直接担当医に連絡し、適切なフォローをするように促す、という方法である。

これも、最初は医療クラークに依頼していたが、カルテの中身を追う作業があることから、医療クラークでは十分な対応が難しく、今は専任の医師がカルテの確認作業を行っている。

医療クラークを活用した未読通知システム導入以前に生じていたかもしれない「未読」例について、どのように掘り起こし、どのように対応するかという点についても、問題意識を持っている。例えば、最近新たに受診した患者が、システム導入以前に自院を受診しており、そのときの画像診断報告書に異常が確認されていたがそれが共有されていなかった、などというケースである。この問題については、今後具体的な対応策を検討しなければならないと考えている。

#### 5 愛知県内の総合病院(800床)

(1) 依頼医が画像診断報告書を電子カルテ内に保存することにより、同報告書を 閲覧したことを把握できるようにした。

従前は、依頼を受けた放射線診断医が画像診断報告書を作成し保存する(文書管理システム)と、依頼医に同報告書が完成した旨が通知されるものの、その後依頼医が同報告書を確認したかどうか、把握する方法がなかった。そこで、

電子カルテをシステム改修し、依頼医が画像診断報告書を文書管理システムにおいて開き、「保存」しないと電子カルテシステムに保存されないようにした。放射線診断医が作成した画像診断書が保存されるのが文書管理システムで、依頼医がこれを閲覧し、「保存」することで、もう一方の電子カルテシステムに保存されるという仕組みである。単に文書管理システム上で「閲覧」しただけでは電子カルテシステムに保存されない。「保存」ボタンを押さないと保存されないようにしたことで、「保存」しているからには中身も見ているだろう、という趣旨でこの改修内容となった。

#### ・画像診断報告書作成の情報の通知

病院情報システムにログインした際に、右下に「未完了文書件数」として表示される。ここには、作成されたがカルテに掲載されていない文書の情報が表示されることになっており、画像診断報告書のほかに病理の伝票なども含まれる。この「未完了文書件数」は、ログイン時には必ず出る。また、担当医本人のみならず、部長が見ることもできるようになっている。

#### ・システム改修の費用等

電子カルテのシステム改修には費用がかかり、費用面の問題が大きい。電子カルテのシステム改修等は医療情報課が担当しており、対応できる範囲内の改修しか行うことができない。

#### ・システムの導入のみでは解消されない未読について

電子カルテのシステム改修をしてもなお未読が残るのは、医師の「うっかりミス」や、他の医師が作成した画像診断報告書を読まなくとも、自分さえ見ていれば大丈夫と思っている医師がいることが原因の1つと思われる。

長期間未読のものは、毎月の診療部長会で必ず報告され、「画像診断・病理診断報告書の閲覧済み状況」と「カルテに貼られていない画像診断・病理診断報告書」のデータは、毎月の診療部長会に必ず出され、診療部長全員で未読件数が多い科やその内容を共有し、該当の科の部長に未読の連絡を行えばすぐに改善されるため、個別の医師に連絡することはなく、その必要もないと考えている。

## (2)依頼した診療科領域以外の悪性腫瘍が疑われる場合には、放射線診断医に 「○○癌の疑い」と記載してもらうようにした。

具体的に、単に画像診断報告書を見ないという問題ではなく、見た上で目的 の所見以外は目に入らずに見落とされてしまうという問題に対応するために、 依頼医の目につきやすいように、目立つように「○○癌の疑い」と記載しても らうことにした。

#### (3)全体及び病院内の状況等について

・病院内の共有状況

対策については病院全体で共有できている。現在では、画像診断報告書の「確認漏れ」という事象はほぼないと思う。

- ・他の病院との「横のつながり」 学会発表の場で他院の取り組み等も積極的に取り入れ、学会発表以外では、 医療安全の担当の医師と情報交換を行っている。
- ・放射線科の画像読影状況 放射線科の医師は、絶対数として足りていない。
- ・救急の対応方法 救急はレジデントが対応し、責任はその後引き継がれた各課の担当医師が 負うことになっている。

#### (4) 問題状況の整理

まず、絶対数として放射線科医は足りない。全ての画像についての報告ができているのか、という問題がある。次に、仮にすべての画像について適切な報告ができているとして、それを依頼医がきちんと読んでいるのか、確認しているのか、という問題がある。そして、依頼医は、確認の上、適切に対応できているのか、という問題がある。

#### (5) まとめ

医師はみんな忙しく、画像診断報告書の確認漏れを0にすることは困難であり、忙しい中でどれくらい情報処理ができるか、そのクオリティを保つことができるかが問われている。

この問題について、一義的な解決方法はなく、それぞれの病院に合ったやり 方で対処するほかない。

## 第6 検討と提言

患者の生命・健康を守るために、画像診断報告書で指摘された所見を診療担当 医が確実に認識し、適切な診療を行えるよう、以下の点を提言する。なお、検討 経過については、その理由中にて詳述する。

#### 1 国に対する提言

#### (1) 財政的措置

後述のとおり、本稿では、医療機関に対し、画像診断報告書の患者への交付、 医療情報システムによる画像診断情報確認に対する支援及び複数人による相互 チェックシステムの構築について、更なる充実化を求めている。

これらは、診療行為そのものではないため、診療報酬として加算されるものではない。アンケート結果に鑑みても、人的資源の限界やコスト面を理由としてこれらの実践を躊躇しているとうかがわれる医療機関が多かった。

そこで、国に対し、画像診断報告書の交付、医療情報システムによる画像診断情報確認に対する支援及び複数人による相互チェックシステムの構築の実践を経済的に担保するため、機器や設備の購入費用に関する補助金交付、及び、画像診断報告書交付や複数人による相互チェックシステムに関する診療報酬加算を認める法整備並びに財政上の措置を講ずることを提言する。

なお、現在までの医療機関による同種事故防止に向けて実際に行われている 取組は、アンケート等にも見られるように、既存職員の配置転換をして複数人 によるチェック体制構築や、電子カルテシステムのアップデイト等、極力コス トを切り詰めた形での努力や工夫という形で行われている。しかし、よりよい アイデアがあったとしても、費用の点から断念されてきた取組もあったと想像 される。そうしたアイデアについても、よりよいものがあれば、他の医療機関 でも採用できるよう、柔軟な対応が求められる。

#### (2) 患者に対する啓発(検査結果への関心向上)

国に対し、患者(国民)に対する画像診断検査等の検査結果への関心向上をはかるべく、啓発活動を行われるよう求める。

画像検査の対象は患者の身体であり、画像診断報告書に記載されている評価・情報は患者自身に関するものである。しかし、患者は、検査の客体となった後、検査結果及びその評価から、遠い位置に置かれている現実があるのではないだろうか。

患者は、検査の結果を伝えられるのを待つ(場合によっては「伝えられないまま終わる」)受け身の姿勢でいることが多い。しかし、遺漏無く検査結果が有効活用されるためには、患者が自ら検査結果を確認しに行くという積極的な姿勢が必要である。

医療法6条の9には、「国・・・は、医療の安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発その他の医療の安全の確保に関し必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」と定められており、国民に対し、医療の安全に関する意識の啓発のための必要な措置を講ずるべしとされていることに照らしても、様々な媒体を通じて、検査結果への関心を高めていくことが求められると考えられる。

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室は、「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」と題する令和元年12月11日付事務連絡において、「今後、画像診断報告書等に記載された重要所見の見逃しを防止するために留意して頂きたい組織的な対応」について整理したとし、「患者自らが結果をいつ聞くことができるかを主治医に確認するように促す等、患者の参画を図る」という項目を医療機関において工夫されている取組として紹介している。「患者を医療チームの一員として位置づける」という観点からも、患者自身に、自らが受けた検査結果への関心を強く持ってもらい、患者自らが画像検査の結果を積極的に確認する文化が出来ることが望ましい。

ヒアリングやアンケート調査の結果によれば、医療機関側の努力でこの問題を解決しようという観点からの対策が講じられていることが多かった。しかし、類似の事故やインシデントが繰り返されている現実に鑑みると、医療機関側の努力だけで解決できる状況とは言いがたく、患者の参画が求められる局面にある。よりよい医療の実現という目的の前では、患者自身も重要なプレイヤーとなっているのである。

#### 2 各医療機関に対する提言

#### (1) 画像診断報告書の患者への交付

国に対しては、患者をして検査結果への関心を向上させることの啓発を求めた。これに関連し、医療機関に対しては、画像診断報告書を患者へ交付することを積極的に実践されるよう提言する。

まず、患者に対して、検査結果確認の必要性を認識してもらうきっかけとして、画像診断報告書の交付は極めて直截的なものである。患者が自分自身のこととして、画像診断報告書をきっかけとした精密検査の必要性に気付けるとい

うことは、医療事故防止の観点において極めて有益である。

アンケート等によれば、患者に画像診断報告書を交付することについて、費用・手間の面を理由に、あるいは、診断書の内容が独り歩きして患者を不安にさせることを理由として、消極的意見もみられた。

しかし、画像診断加算を得られるための施設基準は、詳細なものが定められており(別紙「画像診断 画像診断管理加算の施設基準」参照)、加算1の施設基準としては、「画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること」が求められているところ、「診断」だけではなく、「管理」まで求められている以上、「診断」を診療に生かされないのであれば「管理」と評価できないはずである。「管理」を実質的なものにするためには、診断結果が患者に十分かつ速やかに理解される必要がある。

東京慈恵会医科大学附属病院の対策においても述べたが、同病院では患者への情報開示を徹底すべく、各種検査を受ける外来患者と退院患者に対し、検査結果を主治医に質問するよう要請するリーフレットを配布し、さらに2018年からは患者用診断報告書(診断報告書を患者用に要約したもの)を全ての患者に交付することとなっている。

同病院では、診断医が電子カルテにする際、自動的に所見が概要にまとめられるシステムが採用されており、年間約15万枚の概要が手渡されるとのことである。医師から患者に概要が手渡される時点で、医師から補充的に説明がなされたり、患者との質疑応答の機会が確保され、必要な検査が遺漏するという危険性は小さくなると考えられる。

画像診断報告書の内容を患者が正確に理解できないことによって生じうる不安を回避するためには、患者が理解しやすいよう書き方を工夫することや、必要がある場合には医師自らが説明を補充することで対応することが望ましい。

今回実施したアンケート結果の中でも、読影報告書(患者用)の印刷様式を 作成し、これを患者に渡すことを推進しているとして、実践している医療機関 もあった。患者の検査結果への関心向上、同種事故の防止という目的において、 画像診断報告書を交付することは有用な方策と考えられる。

#### (2)医療情報システムによる画像診断情報確認に対する支援

「人」によるチェック体制も防止策の1つとして考えられるが、「人」の目に頼る以上、取りこぼしをしてしまうおそれはつきまとう。そのため、電子カルテ等のハード面を活用し、システムとしての防止策を検討することも求められる。

具体的な方法としては様々あり得るとは思われるが、画像診断報告書の作成後、オーダーした担当医等によって内容の確認が行われたかを簡易に把握できる仕組みは最低限必須である。画像診断報告書の既読・未読の区別について一元的に管理できることが基本的なシステムとして備えられるべきであると考えられる。

画像診断報告書に記載された内容が、実際に患者にも伝えられているかという点の確認が行われることが望ましい。そのため、画像診断報告書の内容を確認したことのチェック欄に加えて、担当医が画像診断報告書の内容を患者に説明したことまで確認できるシステムが多くの医療機関で具備されることが望ましい<sup>5</sup>。

なお、システム開発においては、電子カルテの販売会社の協力も不可欠であり、電子カルテの販売会社に対しても、上記システムを具備した電子カルテが広く用いられるよう、開発・普及を行うように努めることを提言する。

#### (3) 複数人による相互チェックシステムの構築

本来であれば、画像検査を指示した医師自身が、画像診断報告書を詳細に確認し、記載されている評価について咀嚼して患者に伝えつつ、必要な精密検査や経過観察を漏れなく指示することが理想である。

しかし、そのような個人による対応には限界があり、その結果として多くの 確認漏れ事例が発生しているのが現実である。

そこで、1人が全てを背負い込まず、安全管理部門や事務局など、診療担当 医以外の第三者の目によるチェックを取り入れることが必要となる。上記各聴 取やアンケート等からも明らかなように、実際にこのようなチェックシステム を採用して一定の成果をあげている医療機関も相当数ある。

各医療機関に対し、主治医以外の第三者によっても、画像診断報告書が確認 されていることをチェックするチーム体制を構築されるよう提言する。

#### (4) 画像診断に関する教育の充実

主訴に対応する部位について、画像検査の結果から所見を適切に得ることの みならず、偶発所見を含めて画像から得られる情報を漏らすことなく患者に説 明することは重要である。

<sup>5</sup> 具体的には、医師が患者に対して検査結果を説明したかをチェックしなければ、電子カルテ上にアラートが 出現し続けるといったシステム等が考えられる。

そのためにも、各医療機関では、偶発所見の見落とし、それによる患者の死亡という重大な有害事象まで発生している現実があるということが医療者全員で共有され、そのような事故が発生しないようにするための教育が実施される必要がある。

また、患者に対し、画像検査を受けた場合には、必ず診療担当医に対して画像検査の結果を確認することの重要性を啓発すること(患者への教育)も各医療機関の大切な役割である。

画像診断報告書の情報が共有されなかったために事故が発生している現状と その防止について、医療従事者へ教育することを充実させるよう提言すると共 に、医療機関も患者と直接向かい合う位置に存していることに照らして、患者 への啓発の一翼を担うよう提言する。

## 別紙加算資料

核医学診断/治療に関する医科診療報酬点数表

#### 第6 画像診断 画像診断管理加算の施設基準

「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」(令和2年3月5日 厚生労働省告示第59号) 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」 (令和2年3月5日 保医発第0305第3号)

告示	通知
1 画像診断管理加算の施設基準	第 30 画像診断管理加算
(1) 画像診断管理加算 1 の施設基準	1 画像診断管理加算1に関する施設基準
イ 放射線科を標榜している保険医療機関であ	(1) 放射線科を標榜している保険医療機関であ
ること。	ること。
ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当	(2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師 (専ら画
する常勤の医師が配置されていること。	像診断を担当した経験を 10 年以上有するも
八 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整	の又は当該療養について関係学会から示さ
備されていること。	れている2年以上の所定の研修(専ら放射線
	診断に関するものとし、画像診断、
(2) 画像診断管理加算 2 の施設基準	Interventional Radiology(IVR)及び核医学
イ 放射線科を標榜している病院であること。	に関する事項を全て含むものであること。)
ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当	を修了し、その旨が登録されている医師に限
する常勤の医師が配置されていること。	る。) が $1$ 名以上配置されていること。 なお、
八 当該保険医療機関において実施される全て	画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間
の核医学診断及びコンピューター断層撮影	の大部分において画像情報の撮影又は読影
診断について、口に規定する医師の指示の	に携わっている者をいう。
下に画像情報等の管理を行っていること。	(3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整
二 当該保険医療機関における核医学診断及び	備されていること。
コンピューター断層撮影診断のうち、少な	(4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診
くとも8割以上のものの読影結果が、口に	断を委託していないこと。
規定する医師により遅くとも撮影日の翌診	(5) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関
療日までに主治医に報告されていること。	する情報等を送受信する場合は、端末の管理
	や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医
(3) 画像診断管理加算 3 の施設基準	療情報システムの安全管理に関するガイド
イ 放射線科を標榜している特定機能病院であ	ライン」を遵守し、安全な通信環境を確保し
ること。	ていること。
ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当	

2 画像診断管理加算 2 に関する施設基準

(1) 放射線科を標榜している病院であること。

する常勤の医師が配置されていること。

八 当該保険医療機関において実施される全て

の核医学診断及びコンピューター断層撮影

- 診断について、口に規定する医師の指示の 下に画像情報等の管理を行っていること。
- 二 当該保険医療機関における核医学診断及び コンピューター断層撮影診断のうち、少な くとも八割以上のものの読影結果が、口に 規定する医師により遅くとも撮影日の翌診 療日までに主治医に報告されていること。
- ホ 当該保険医療機関において、夜間及び休日 に読影を行う体制が整備されていること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されている医師に限る。)が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全て の核医学診断、CT 撮影及び MRI 撮影につい て、(2)に規定する医師の下に画像情報の管 理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及び コンピューター断層診断のうち、少なくとも 8 割以上の読影結果が、(2)に規定する医師 により遅くとも撮影日の翌診療日までに当 該患者の診療を担当する医師に報告されて いること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (7) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- (8) 関係学会の定める指針を遵守し、MRI 装置の 適切な安全管理を行っていること。
- 3 画像診断管理加算3に関する施設基準
  - (1) 放射線科を標榜している特定機能病院であること。

- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されている医師に限る。)が6名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全て の核医学診断、CT 撮影及び MRI 撮影につい て、(2)の医師の下に画像情報の管理が行わ れていること。
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及び コンピューター断層診断のうち、少なくとも 8割以上の読影結果が、(2)の医師により 遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者 の診療を担当する医師に報告されているこ と。
- (5) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に 読影を行う体制が整備されていること。
- (6) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されており、当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (8) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- (9) 関係学会の定める指針を遵守し、MRI 装置の 適切な安全管理を行っていること。

(10) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

#### 4届出に関する事項

画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の 様式32を用いること。なお、画像診断管理加算1の施設基準の届出については、画像診断管理加算2又は3の届出をもってこれに代えることができる。 別紙参照文献、提言等の一覧(発行順、敬称略)

- ●答申書 2017年6月30日 慈恵大学診療情報共有改善検討委員会(委員長・貝阿彌誠)
- ●患者安全推進ジャーナル2017年No. 49 2017年9月発行
- 「医師・診療情報管理士の協働による画像診断報告書の確認」 谷口健次(小牧市民病院)
- ●病院安全教育 7巻 No. 1 2019年8月
- ・「画像診断報告書の確認不足に向けた取り組み~医師・診療情報管理士の協働」 長谷川俊典(小牧市民病院)
- ●日本救急医学会雑誌(28巻) 2017年10月 一般社団法人日本救急医学会
- 「外傷患者における全身CTでの偶発所見 発生頻度と対応の必要性」 熊田恵介、村上啓雄、鵜川豊世武(岐阜大学附属病院医療安全管理室)、副田明男、 豊田泉、小倉真治、川口智則(岐阜大学附属病院高度救命救急センター)、浅野隆 彦(岐阜大学医学部放射線科)、加藤久晶(札幌徳州会病院)、山口均(一宮市立市 民病院救命救急センター)
- ・「安全なER診療のためのCT・MRI画像読影での取り組み」 柴山美紀根、山本寛之(市立四日市病院救命救急センター)
- ●日本医療マネジメント学会学雑誌 Vol. 19 Supplement 2018年5月7日発行

発行者:特定非営利活動法人日本医療マネジメント学会 理事長宮崎久義

- ・「画像診断レポート見落とし防止に対する当院の取り組み」 新村美佐香、村田升、赤間仁見、瀧澤千里(医療法人五星会菊名記念病院)
- ・「CT/MR読影における目的外重要病変アラートシステム」 福村文雄、清成道子、林真由美(飯塚病院医療安全推進室)
- ・「「CT・MRI画像所見あり」における「見落とし」についての対策と検討」 佐藤栄一、遠藤悟(医療法人社団協友会メディカルトピア草加病院)
- ●医療の質・安全学会誌(第13巻抄録号)2018年10月31日発行 発行者:長尾能雅
- ・「画像診断報告書の確認不足に向けた取り込み〜医師・診療情報管理士の協働」 長谷川俊典、長谷川篤美(小牧市民病院医事課診療情報管理室)、谷口健次(小牧 市民病院医療の質・安全管理室)
- ・「画像診断報告書の確認不足、その現状、要因、対策:放射線科医師の立場から」 蒲田敏文(金沢大学附属病院放射線科)
- ・「画像診断報告書の確認不足を考える―放射線科医の立場から」 若林ゆかり(厚生中央病院放射線科)
- ・「病理報告書の確認不足を考える~病理医の立場から~」

外岡暁子、比島恒和(がん・感染症センター都立駒込病院病理科)

- ●日本救急医学会雑誌(29巻) 2018年11月
  - 一般社団法人日本救急医学会
- ・「救急外来での腹部CT撮影において読影テンプレートを利用することにより見落 としを減らす」

岡野恵、溝辺倫子、白根翔悟、梅谷一公、桑名梨里子、本間洋輔、井上哲也、舩越 拓(東京ベイ・浦安市川医療センター)

- 「救急外来のCT画像検査で偶然発見された所見の疫学的検討」 酒井和也、内山宗人、廣見太郎、野垣文子(横浜市立大学附属病院救急科)、西井基継、 竹内一郎(横浜市立大学附属病院救急科及び横浜市立大学大学院医学研究科救急医 学)
- ・「救急医が知っておくべき偶発所見の実際と対策~画像診断報告書未読情報の管理 対策」

熊田恵介(岐阜大学附属病院医療安全管理室及び高度救命救急センター)、村上啓雄、鵜川豊世武(岐阜大学附属病院医療安全管理室)、小倉真治(岐阜大学附属病院高度救命救急センター)、浅野隆彦(岐阜大学附属病院放射線科)

- ・「救急外来での画像診断報告書「見落としゼロ」への工夫」 松岡良太(市立島田市民病院救急科)
- ●救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析 2019年4月 医療事故調査・支援センター 一般社団法人日本医療安全調査機構
- ●平成30年度地域医療基盤開発推進研究事業「医療安全に資する病院情報システムの機能を普及させるための施策に関する研究」研究代表者 松村泰志(大阪大学医学系研究科・医療情報学)
- ●提言 CT検査による画像診断情報の活用に向けた提言 2019年9月19日 日本学術会議 臨床医学委員会 放射線・臨床検査分科会
- ●新医療 2020年3月号
- ・「画像診断の見落しはどうすれば防げるか~未読モデル症例への対策を中心に」 中島勧(埼玉医科大学病院 医療安全管理学)
- ・「画像診断報告書の既読管理:レポートシステムと電子カルテ、DWHを連携した 既読管理システムとその運用について」

市川泰崇、佐久間肇、安積良紀、兼児敏浩(三重大学医学部附属病院)

- ・「レポート見落とし対策として病院情報システムが持つべき機能」 武田理宏(大阪大学医学部附属病院医療情報部)
- ・「DWHシステムデータを利用した病理・画像レポートの見落とし対策と現状」 日野輝隆(独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター医療情報部)
- ・「読影レポートの「既読管理」及び「対応確認」システムの構築の実際とその効果 を説く」村中裕之(済生会熊本病院TQM部)

## 研究者名簿

研究代表者(愛知県弁護士会人権擁護委員会医療部会長) 久保 晴男研究員(愛知県弁護士会人権擁護委員会医療部会員)

增田 聖子 鈴木 含美 堀 康司 横山 貴之 景山 智也中根 祐介 篠田連太郎 大楠 善和 鈴木 真美 浅野 聡志

柄沢 好宣 舟戸佐輝子 小山 洋史