

## 【2】「画像診断報告書の確認不足」(医療安全情報 No. 63)

### (1) 発生状況


画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例について、第26回報告書(2011年9月公表)において、画像診断報告書を見なかった事例と画像診断報告書の記載内容を見落とした事例に大別して分析を行った。その後、医療安全情報 No. 63(2012年2月提供; 集計期間: 2008年1月~2011年12月)では「画像診断報告書の確認不足」として、画像検査を行った際、画像診断報告書が報告されているにもかかわらず内容を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例について取り上げた。さらに、第40回報告書(2015年3月公表)の「再発・類似事例の発生状況」において、医療安全情報 No. 63「画像診断報告書の確認不足」について、新たに報告された事例を紹介し、画像検査の目的と画像診断報告書を確認していなかった背景・要因について取りまとめた。

今回、本報告書分析対象期間(2017年7月~9月)においても類似の事例が13件報告されたため、再び取り上げることにした。第40回報告書の集計期間後の2015年1月以降に報告された再発・類似事例は32件であった(図表Ⅲ-3-4)。

図表Ⅲ-3-4 「画像診断報告書の確認不足」の報告件数

	1~3月 (件)	4~6月 (件)	7~9月 (件)	10~12月 (件)	合計 (件)
2015年	3	2	2	4	11
2016年	0	0	3	1	4
2017年	2	2	13	—	17

図表Ⅲ-3-5 医療安全情報 No. 63 「画像診断報告書の確認不足」



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.63 2012年2月

公益財団法人 日本医療機能評価機構

医療安全情報 No.63 2012年2月

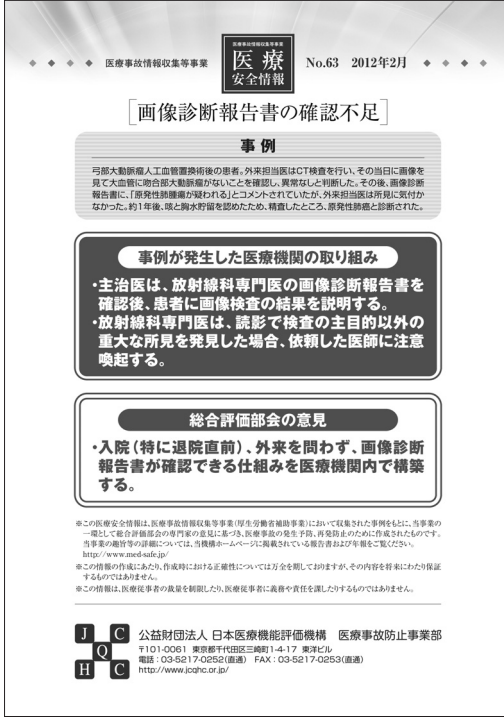
### 画像診断報告書の確認不足

画像検査を行った際、画像診断報告書が報告されているにもかかわらず、内容を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例が3件報告されています。(集計期間: 2008年1月1日~2011年12月31日、第26回報告書「個別のテーマの検討状況」(P131)に一部を掲載。)

画像検査を行った際、画像診断報告書を確認しなかったため、想定していなかった診断に気付かず、治療の遅れを生じた可能性のある事例が報告されています。

画像検査の目的	確認されなかった内容
カテーテル・アブレーション目的の精査	肺腺癌の疑い
人工血管置換術後のフォローアップ	原発性肺腫瘍の疑い
内臓骨動脈瘤のフォローアップ	肺癌の疑い

◆報告されている3件の事例は、CT検査の画像診断報告書を確認しなかった事例です。



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.63 2012年2月

### 画像診断報告書の確認不足

**事例**

弓形大動脈瘤人工血管置換術後の患者、外来担当医はCT検査を行い、その当日に画像を見て大血管に吻合部大動脈瘤がないことを確認し、異常なしと判断した。その後、画像診断報告書に、「原発性肺腫瘍が疑われる」とコメントされていたが、外来担当医は所見に気付かなかった。約1年後、腹と胸水貯留を認めため、精査したところ、原発性肺腫瘍と診断された。

**事例が発生した医療機関の取り組み**

- 主治医は、放射線科専門医の画像診断報告書を確認後、患者に画像検査の結果を説明する。
- 放射線科専門医は、読影で検査の主目的以外の重大な所見を発見した場合、依頼した医師に注意喚起する。

**総合評価部会の意見**

- 入院(特に退院直前)、外来を問わず、画像診断報告書が確認できる仕組みを医療機関内で構築する。

※この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例を主として、当事業の一環として総合評価部会の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の趣旨等の詳細については、当機構ホームページに掲載されている報告書おひき寄せください。  
http://www.med.or.jp/

※この情報の作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容が将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の教養を創出し、医療従事者に業務上責任を課したものではありません。

J C 公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部  
〒101-0061 東京都千代田区三崎1-4-17 東洋ビル  
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)  
http://www.jpohc.or.jp/

## (2) 事例の概要

### ①画像診断報告書を確認していなかった診療科

画像診断報告書を確認していなかった診療科をまとめた。様々な診療科が、画像検査を行った後、画像診断報告書を確認していなかった。

図表Ⅲ - 3 - 6 確認していなかった診療科

診療科	件数	診療科	件数
外科	5	神経科	1
泌尿器科	5	脳神経外科	1
消化器科	3	呼吸器外科	1
内科	2	乳腺外科	1
循環器内科	2	肝胆膵外科	1
心臓血管外科	2	消化器外科	1
救急科	2	産婦人科	1
呼吸器内科	1	婦人科	1
糖尿病内科	1	耳鼻咽喉科	1
		合計	32

### ②当事者の職種経験年数

報告された事例の当事者は全て「医師」であった。当事者の職種経験年数を集計した。経験年数にかかわらず、画像診断報告書を確認しなかったり、結果を見落とししたりする可能性がある。

図表Ⅲ - 3 - 7 職種経験年数

職種経験年数	件数
1～5年	7
6～10年	6
11～15年	7
16～20年	4
21～25年	4
26～30年	7

※当事者は、複数回答が可能である。

### ③実施した画像検査

実施した画像検査を整理したところ、CT検査の事例が29件と多かった。

図表Ⅲ - 3 - 8 実施した画像検査

実施した画像検査	件数
CT検査	29
MRI検査	2
PET検査	1
合計	32

## ④撮影目的の部位と病変が指摘されていた部位

画像検査の撮影目的の部位と、画像診断報告書で撮影目的の部位以外に病変が指摘されていた部位をまとめた。いずれも撮影目的の部位以外に指摘された病変を確認していなかった。病変が指摘されていた部位は、肺が最も多く11件、次いで肝臓が5件であった。

図表Ⅲ - 3 - 9 撮影目的の部位と病変が指摘されていた部位

撮影目的の部位	件数	病変が指摘されていた部位	件数
脾臓	3	肺	11
膀胱	2		
肝臓	1		
腎臓	1		
胸部大動脈	1		
乳房	1		
不明(誤飲したPTPシートの位置)	1		
不明(代謝性疾患のため胸部～骨盤を撮影)	1		
腎臓	2	肝臓	5
胸腺	1		
不明(術前検査で腹部を撮影)	1		
不明(圧痛の精査のため腹部を撮影)	1		
喉頭	2	食道	3
冠動脈	1		
腎臓	1	直腸	3
不明(多発性外傷で腹部を撮影)	1		
不明(貧血の進行で腹部を撮影)	1		
鼠径部	1	腎臓	2
腹部大動脈	1		
乳房	1	甲状腺	1
腹部大動脈	1	気管	1
腎臓	1	横隔膜	1
胆嚢	1	胃十二指腸動脈	1
肺	1	腹部大動脈	1
前立腺	1	脾臓	1
尿管	1	S状結腸	1
卵巣	1	不明	1

## ⑤画像検査の目的と確認していなかった内容

画像検査の目的と確認していなかった内容について、整理した(図表Ⅲ-3-10)。画像検査の目的が、悪性腫瘍以外の疾患・病態の精査や治療経過のフォローの事例は20件であり、そのうち19件は、画像診断報告書に目的とは別の部位の悪性腫瘍の指摘または疑いが記載されていたが確認していなかった。誤飲したPTPシートの位置を確認するためにCT検査を行った際に、画像診断報告書で悪性腫瘍が指摘されていた事例もあった。

また、画像検査の目的が、悪性腫瘍の精査や治療経過のフォローの事例は12件であり、そのうち11件は、画像診断報告書に目的とは別の部位の悪性腫瘍の指摘または疑いが記載されていたが確認していなかった。

図表Ⅲ-3-10 画像検査の目的と確認していなかった内容

			確認していなかった内容		件数	
			目的とは別の部位の悪性腫瘍の指摘または疑い	動脈瘤の指摘		
画像検査の目的	悪性腫瘍以外の疾患・病態	精査	14	0	14	20
		治療経過のフォロー	4	1	5	
		PTPシートの位置確認	1	0	1	
	悪性腫瘍	精査	6	0	6	12
		治療経過のフォロー	5	1	6	
	合計			30	2	32

## ⑥患者への影響

事故の程度と治療の程度をまとめた。事故の程度では、「死亡」や「障害残存の可能性が高い」を選択した事例が10件(31.3%)であった。因果関係は不明であるが、悪性腫瘍の記載を見落としたことにより治療の開始が遅れたことが患者に影響している可能性がある。「不明」を選択した複数の事例には、悪性腫瘍の診断が遅れたことにより、予後にどれだけ影響するかわからないと記載されていた。

また、治療の程度では、「濃厚な治療」が12件(44.4%)であり、悪性腫瘍の治療の他に、動脈瘤の破裂により緊急手術を行った事例などが報告されていた。

図表Ⅲ-3-11 事故の程度

事故の程度	件数
死亡	1
障害残存の可能性が高い	9
障害残存の可能性が低い	5
障害残存の可能性なし	2
障害なし	5
不明	10
合計	32

図表Ⅲ-3-12 治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	12
軽微な治療	4
なし	2
不明	9
合計	27

※「医療の実施あり」の27件の内訳を示す。

## (3) 事例の内容

主な事例を図表Ⅲ-3-13に示す。

図表Ⅲ-3-13 事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
悪性腫瘍以外の疾患・病態の精査で、悪性腫瘍の所見を見落とした事例			
1	脳神経外科で血管内治療を目的に入院した際、術前に多発嚢胞腎を精査するため全身CT検査を施行した。その際、主治医は多発嚢胞腎があることを確認し、その他は異常がないと判断した。放射線科の読影の結果では、肺に異常陰影が指摘されていたが、画像診断報告書を確認していなかった。患者に説明しないまま入院から9日目に退院した。約8ヶ月後、患者は動悸等を主訴に循環器内科を受診し、胸部CT検査を行った。その結果、左肺に腫瘍が疑われ、呼吸器内科へコンサルトされ精査・加療目的で入院した。呼吸器内科医師が過去のCT検査の画像を確認すると、約8ヶ月前の時点で肺癌の疑いがあったことに気がついた。	医師：約8ヶ月前の全身CT検査の確認の際に、胸部異常陰影を確認できなかった。放射線科読影所見を確認していなかった。 システム：入院中の患者の画像診断報告書の既読・既説明を確認するシステムがない。撮影目的と異なる部位に悪性所見を認めた際、担当医に報告するシステムがない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>すべてのCT検査の画像診断報告書に「確認」と「説明」を行った医師名・日付を記載する欄を設け、担当医はそれぞれを実施した際に記録を行う。</li> <li>放射線科医は、検査目的と異なる部位に速やかな対応が必要と思われる悪性所見が認められた場合、担当医に電話連絡を行う。</li> <li>患者に対して説明されたか医療安全管理部門がモニタリングする。</li> </ul>

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
2	患者は左尿管結石にて当院を紹介受診した際に、腹部CT検査を受けた。その際に、医師は放射線科医の読影で直腸癌の可能性を指摘されたことに気付かず、精査は行われなかった。1年5ヶ月後、直腸癌にて当院を紹介受診した際に、過去のCT検査の画像診断報告書で直腸癌の可能性が指摘されていることが判明した。この間に、直腸癌の局所的進行があったことは否定できないが、遠隔転移は認められていない。その後、直腸癌に対して手術を行った。	CT検査を依頼した担当医は、泌尿器科に関する画像を自ら確認し、放射線科医からの画像診断報告書の確認は行わなかった。放射線科医は、担当医に対して、電話等で直腸癌の可能性を連絡していなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>担当医は画像確認に加え、画像診断報告書を必ず確認する。</li> <li>担当医が画像診断報告書を確認したかどうか、電子カルテで確認できるシステムを導入する。</li> <li>悪性腫瘍が疑われる事例に関しては、放射線科医が担当医に直接連絡する。</li> </ul>
3	患者は検診科を受診し、腹部エコーで腹部大動脈瘤、またPSA高値を指摘され、さらなる精査目的で腹部大動脈瘤は循環器内科、PSA高値は泌尿器科の外来へ紹介受診となった。循環器内科の外来主治医(検診科担当医と同一医師)は腹部大動脈瘤を精査する目的で1ヶ月後に造影腹部CT検査を施行した。検査7日後の外来受診時に「半年後、大動脈瘤、腎機能をチェックする」とカルテに所見を記載し、採血と腹部エコー検査を予約した。4ヶ月後、外来経過中に施行した腹部エコー検査では、「腹部大動脈瘤に著変なく、腎臓には問題なし」であった。さらに7ヶ月後、成人病ドック受診時の腹部エコー検査で「腎細胞癌疑い」の所見が認められた。別の検診科医師が過去の検査所見を見返すと、約11ヶ月前に施行されていた造影腹部CT検査所見に「腎癌疑い、精査を」と記載されていたのを見落としていたことが分かった。	検診科担当医と検査を依頼した循環器内科主治医は同一人物であり、健康診断時の腹部エコーや尿細胞診の結果から、腎臓に関しては重要所見はないだろうという先入観があった。循環器内科主治医は大動脈瘤の精査目的で腹部造影CT検査をオーダーしており、自身の専門領域の読影に自信を持っており放射線科の読影所見を見ていなかった。検診科から紹介を受けた泌尿器科の外来主治医は「PSA高値」で紹介されていたため、前立腺精査については骨盤MRI検査とPSAの再検査を実施したが、それ以外の検査所見(腹部造影CT検査)まで目が届かなかった。放射線科医は、緊急な対応・処置を要する所見(胸水の急激な増加、気胸など)であれば担当医に電話で連絡していたが、撮影目的外の癌の発見は連絡する体制になっていなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>画像検査で、検査の目的や対象臓器と異なる部位の異常所見が発見された場合は、放射線科から主治医に警告サインを送るシステムの構築ができないかを考える。</li> <li>外来で、検査結果の確認をする際に何らかのダブルチェック機構が働くようにする。</li> <li>本例は健診科の主治医と腹部大動脈瘤フォローのために紹介された循環器内科の外来主治医が同一医師であったため、思い込みがあり腹部大動脈瘤以外に目が届かなかったので、ダブルチェックの観点からも今後は別の医師に紹介する。</li> </ul>
<b>悪性腫瘍の治療経過のフォロー・精査で別の悪性腫瘍の所見を見落とした事例</b>			
4	外来担当医Aは、膀胱がんのフォローを目的にしたCT検査を行うため、内服薬の処方に合わせて次の外来日にCT検査のオーダーを行った。その後、外来担当医が医師Bに変更になった。外来担当医BはCT検査のオーダーがあったことや検査を行ったことを把握しておらず、画像や画像診断報告書の確認を行わなかった。さらに外来担当医が医師Cに変更になり、年1回のフォローを目的にCT検査のオーダーを行ったところ、進行性肺癌が指摘された。過去の画像診断報告書を確認すると、1年3ヶ月前のCT検査で肺がん疑いと指摘されていたが、画像診断報告書が未読であったことが分かった。	医師Aの記載したカルテには「CT検査は年1回(〇月)」と記載されていたが、医師BはCT検査のオーダーがあることに気が付かなかった。CT所見が未読の場合、通知が届くシステムであるが、オーダーした医師Aに届き、現担当の医師Bの元には届かなかった。また、膀胱がんの組織・進行度より、局所再発がなければ転移の可能性は低く、CT検査を行っていることについての意識が低かった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>CT検査、MRI検査、内視鏡の病理の結果は、所見がカルテに自動転記される仕組みとした。</li> <li>報告先を選択しておけば、検査をオーダーした医師だけではなく、選択した他の外来担当医にも画像診断報告書が未読であることの通知が届く仕組みとした。</li> </ul>

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
5	腎がんの精査のために造影CT検査を施行したところ、肝臓に悪性腫瘍の転移が疑われ精査するように画像診断報告書に記載がされた。しかし、外来主治医はこれに気づかず精査をしなかった。3ヶ月後、腎がんの手術目的で入院した際に、担当医がこの画像診断報告書に気付いた。精査の結果、直腸癌の肝転移である事が判明した。腎がんの治療は緊急性がないため今回は中止とし、化学療法を開始することになった。	外来の診察日にCT検査を施行したが、外来診察中には画像診断報告書の報告はないため、結果の確認をしなかった。CT検査を行った際に、検査の目的の腎病変に気をとられ、他の所見に気付かなかった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療科で画像診断報告書についてリストを出力するなど、見落としを防ぐように徹底する。</li> <li>CT検査の画像診断報告書の表示が見やすくなるよう改善する。</li> <li>電子カルテの「todoリスト」のフィルター機能等で画像診断報告書の未読が抽出できるような機能を要望する。</li> <li>医師が診療に集中できるように医師事務の増員を要望する。</li> </ul>

#### (4) 事例の背景・要因

##### ①画像の確認状況

画像検査後、画像を確認したかどうかについて、状況をまとめた。

32件のうち、画像を確認しなかった事例が5件、画像を確認したが、撮影目的の部位のみ確認し他の病変に気付かなかった事例が27件であった。

図表Ⅲ-3-14 画像の確認状況

画像の確認状況	件数
画像を確認しなかった	5
撮影目的の部位のみ確認した	27
合計	32

次に、画像を確認しなかった事例5件について、その背景をまとめた。外来の担当が変更になったため、画像検査を実施したことを知らなかった事例などが報告されていた。

図表Ⅲ-3-15 画像を確認しなかった背景

画像を確認しなかった背景	件数
担当医が変更になった際、画像検査を実施したことの引き継ぎがなく、画像検査を行ったことを知らなかった	2
外来で結果を説明する前に予定外の入院となり、連携が不足した	1
詳細不明	2

## ②画像診断報告書の確認状況と背景

撮影目的の部位のみ画像を確認した事例27件について、画像診断報告書の確認状況とその背景をまとめた(図表Ⅲ-3-16)。画像診断報告書を見なかった事例は21件であり、そのうち画像を確認した際に画像診断報告書が報告されていなかった事例が13件と多かった。専門領域の読影に自信があり、放射線科医の読影所見は見えていなかったと記載された事例も1件あった。

また、画像診断報告書の所見を見落とした事例は6件あり、画像診断報告書に記載された内容のうち、撮影目的の部位の所見のみを見たため、他の内容を見落とした事例であった。

図表Ⅲ-3-16 画像診断報告書の確認状況と背景

画像診断報告書の確認状況	見なかったまたは見落とした背景	件数	
見なかった	画像を確認した際に画像診断報告書が報告されていなかった	13	21
	専門領域の読影に自信があった	1	
	画像でPTPシートの位置を確認し、除去したので見なかった	1	
	今回の報告書のつもりで、前年の同じ月の報告書を見た	1	
	不明	5	
所見を見落とした	画像診断報告書に記載された内容のうち、撮影目的の部位の所見のみを見た	6	
合計		27	

## ③画像診断報告書を確認していなかったことに気付いた時期

画像検査後、画像診断報告書を確認していなかったことに気付いた時期をまとめた(図表Ⅲ-3-17)。多くの事例では長期にわたって画像診断報告書を確認していなかった。確認していないことに気付いた時期は、最も早い事例は翌月、最も遅い事例は9年後であった。

図表Ⅲ-3-17 画像診断報告書を確認していなかったことに気付いた時期

確認していなかったことに気付いた時期 (検査から経過した期間)	件数
半年未満	8
6ヶ月～1年未満	12
1年～2年未満	7
2年以上	5
合計	32



## ④画像診断報告書を確認していなかったことに気付いたきっかけ

画像診断報告書を確認していなかったことに気付いたきっかけについてまとめた(図表Ⅲ-3-18)。担当医が過去の画像診断報告書を見直した事例が18件であり、そのうち、他院で悪性腫瘍と診断されたため見直した事例が8件と多く、次いで、新たに画像検査を行い、過去の所見と比較した事例が5件、患者に症状が出現したため見直した事例が4件であった。

また、他科受診時に他科の医師が画像または画像診断報告書を見た事例は8件であり、その多くは、他科で新たに画像検査を行った際に過去の所見と比較した事例が6件であった。

図表Ⅲ-3-18 画像診断報告書を確認していなかったことに気付いたきっかけ

気付いたきっかけ	件数
担当医が過去の画像診断報告書を見直した	18
他院で悪性腫瘍と診断された	8
新たに画像検査を行い、過去の所見と比較した	5
患者に症状が出現した	4
人間ドックで癌が疑われた	1
他科受診時に他科の医師が画像または画像診断報告書を見た	8
新たに画像検査を行い、過去の所見と比較した	6
不明	2
入院後、入院担当医が画像診断報告書を見た	1
担当医が次の外来時に画像診断報告書を見た	1
詳細不明	4
<b>合計</b>	<b>32</b>

## ⑤画像診断報告書の未読が分かるシステムの有無

電子カルテ上で画像診断報告書の未読が分かるシステムの有無について示す(図表Ⅲ-3-19)。画像診断報告書が未読であることが分かるシステムがなかった事例が25件と多く、事例を報告した医療機関の多くは、電子カルテなどを使用したシステムによる通知が整備されていなかった。

また、未読に気付くことができるシステムがある事例は3件であり、画像検査をオーダーした医師に未読の通知が届くシステムであったため、その後、新しく担当になった医師には通知されず画像検査を行っていることに気付かなかった事例や、画像検査をオーダーした診療科以外の医師が先に画像診断報告書を開いたため未読リストに挙がらなかった事例などであった。

図表Ⅲ-3-19 画像診断報告書の未読が分かるシステムの有無

システムの有無	件数
あり	3
なし	25
不明	4
<b>合計</b>	<b>32</b>

## (5) 事例が発生した医療機関の改善策

事例が発生した医療機関の主な改善策をまとめて以下に示す。

図表Ⅲ - 3 - 20 主な改善策

### ○画像診断報告書の確認

- ・担当医師は画像の確認に加え、画像診断報告書を必ず確認する。(複数報告あり)
- ・画像検査をオーダーした医師が結果の把握まで責任を持つ。
- ・専門分野・臓器以外の所見について、画像診断報告書のコメントの確認を徹底する。
- ・未確認一覧表による再確認体制を診療部で検討し、複数名で確認する体制に変更する。

### ○患者への説明

- ・読影希望でCT検査を依頼した場合は、画像診断報告書が作成されてから改めて受診してもらい、画像の確認のみで診察を終わらせないことを徹底する。
- ・画像検査と読影結果の説明は別の日に行い、説明は原則として、画像診断報告書を確認した後に行う。
- ・検査予約をするとき、結果説明のための再診予約をする(検査日と説明日を設ける)。
- ・年に1回のみでの外来受診で画像検査の説明日を作れない場合、画像診断報告書の結果をかかりつけ医への返書に記載する。

### ○画像診断報告書の未読・既読の明確化

- ・すべてのCT検査の画像診断報告書に「確認」と「説明」を行った医師名・日付を記載する欄を設け、担当医はそれぞれを実施した際に記録を行う。
- ・画像診断報告書を確認後に患者に説明が出来なかった場合は、カルテにその旨を記載し、次回説明する。

### ○放射線科医師からの連絡

- ・悪性を疑われる事例に関して、放射線科医師が担当医に直接連絡する。(複数報告あり)
- ・放射線科医師が、緊急を要する病変を発見した場合には、担当医へ連絡する体制を整備する。(複数報告あり)
- ・画像診断報告書の緊急連絡手順を作成し、放射線科医師が検査目的とは異なる緊急連絡を要する疾患を発見した場合や、放射線科医師が既に報告した画像診断報告書に対し内容の変更・追加を行った場合の、依頼医への連絡及び依頼医不在時の対応体制を整えた。
- ・緊急を要する病態でなくとも依頼内容から依頼医が想定していないような病態を発見した場合は、放射線科医師が報告書を別フォルダに保存し、医療安全管理室から検査依頼医に直接届けるとともに、確認の署名をもらう。

### ○電子カルテ上の画像検査に関するシステム

#### 【未読を抽出する機能】

- ・電子カルテで、画像診断報告書の未読が抽出できる機能を要望する。(複数報告あり)
- ・担当医が画像診断報告書を確認したかどうかを、電子カルテで確認できるシステムを導入する。

#### 【未読の通知】

- ・電子カルテ上で未確認の報告書の確認を促すシステムを検討する。(複数報告あり)
- ・電子カルテのバージョンアップ時、医師が電子カルテにログインした際に未読の画像診断報告書一覧が表示されるようにシステム変更を行うことにした。
- ・報告先を選択しておけば、検査をオーダーした医師だけではなく、選択した他の外来担当医にも画像診断報告書が未読である通知が届く仕組みにした。

#### 【異常所見発見時の警告】

- ・画像検査で、検査の目的や対象臓器と異なる部位の異常所見があった場合は、放射線科から主治医に警告サインを送るシステムの構築ができないか考える。

#### 【所見の電子カルテ自動転記】

- ・CT検査・MRI検査・内視鏡検査・病理診断の結果は、所見が電子カルテに自動転記される仕組みにした。

### ○画像診断報告書の様式の変更

- ・現在の画像診断報告書には、(1) コメント、(2) 診断の順で記載されていることから、目的の病態についての確認にとどまり、最後まで確認しないことがあるため、画像診断報告書の記載の順番を変更し、(1) 診断結果、(2) コメントにすることで視認性を向上する。

### ○その他

- ・画像検査の結果について、患者に対して説明されたかどうかを医療安全管理部門がモニタリングする。(複数報告あり)

## (6) まとめ

本報告書では、「画像診断報告書の確認忘れ」(医療安全情報 No. 63)について、第40回報告書の集計期間後の2015年1月～2017年9月に報告された32件の事例を分析した。事例の概要では、画像診断報告書を確認していなかった診療科や、撮影目的の部位と病変が指摘されていた部位を示し、主な事例を紹介した。事例の分析では、画像診断報告書の確認状況を整理し、背景をまとめた。さらに、画像診断報告書を確認していなかったことに気付いた時期ときっかけを示した。

画像検査は、精査や治療経過のフォローなどの目的があって行われるため、検査をオーダした医師は撮影目的の部位に注目してしまい、他の病変を見落とすことがある。また、画像診断報告書が報告される前に画像を確認することができるため、画像と報告書にタイムラグが生じ、画像のみで診断してしまう状況がある。

医師は担当している多くの患者の画像や画像診断報告書の確認をする必要があり、繁忙な業務の中においては確認を失念する可能性があるため、画像診断報告書が報告されたこと、画像検査を依頼した診療科が画像診断報告書の内容を確認したこと、患者に説明したことなどが一目で分かるシステムの開発が望まれる。