【2】画像診断報告書は「既読」であったが、読影結果に対する治療開始が遅れた事例

第26回報告書（2011年9月公表）の個別のテーマの検討状況の「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例」において、画像診断報告書に記載されている内容が適切に伝達されなかったことに起因する事例を取り上げ、画像診断報告書を見なかった事例と、画像診断報告書を見たが記載内容の一部を見落とした事例について分析を行った。その後、医療安全情報No.63「画像診断報告書の確認不足」[1)]（2012年2月提供）で、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について注意喚起を行った。第40回報告書（2015年3月公表）、第51回報告書（2017年12月公表）の再発・類似事例の分析では、医療安全情報No.63の類似事例について分析を行った。その後も類似事例の報告が続くことから、本事業では医療安全情報No.138「画像診断報告書の確認不足（第2報）」[2)]（2018年5月提供）を提供し、改めて注意喚起を行った。

2018年には、平成30年度地域医療基盤開発推進研究事業において、「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」[3)]が行われ、「画像レポート見落とし問題の対策には、医師への教育に加え、病院情報システムを利用した対策が有効である」ことなどが示された。2019年には、厚生労働省より、「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」[4)]が出され、平成30年度地域医療基盤開発推進研究事業の研究結果をもとに、「具体的には、診断結果の説明を担当する医師が重要所見を認知しやすくするための通知方法の工夫や報告書の未読・既読の管理、更には、その後適切に対応されたかを組織的に確認できる仕組みが構築されることが望ましい。」とされている。令和4年度（2022年度）の診療報酬改定[5)]では、「報告書管理体制加算」が新設され、医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れなどの対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合に算定できるようになった。このような流れの中で、医療機関では、画像診断報告書の確認忘れを防止するため、報告書を見たら既読ボタンを押し、未読のままになっている報告書について注意喚起がされるなどのシステムを導入しているところもある。

また、本事業では、第63回報告書（2020年12月公表）の再発・類似事例の分析で、「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例－画像診断報告書の記載内容を見落とした事例－」[6)]を取り上げ、画像診断報告書の記載内容の一部のみを確認し、他に記載されていた内容を見落とした事例について分析を行った。

今回、本報告書の分析対象期間（2024年7月～9月）に、画像診断報告書を主治医以外の医師が見た後、主治医が画像診断報告書の内容を認識できておらず、検査目的以外の重要所見への治療開始が遅れた事例が3件報告された。そこで、画像診断報告書は「既読」であったが、読影結果に対する治療開始が遅れた事例を過去に遡って検索し、分析を行った。

（1）報告状況

1）対象とする事例

2020年1月～2024年9月に報告された医療事故情報の中から、「CT　MRI　PET　シンチ」のいずれかを含み、かつ「報告書　レポート」のいずれかを含み、さらに「見逃　失念　忘　対応フォロー」のいずれかを含む事例を検索した。事例に記載された内容から、画像診断報告書は「既読」であったが、読影結果に記載された重要所見に対する治療開始が遅れた事例を対象とした。ただし、画像診断報告書の記載内容の一部のみを確認し、他に記載されていた内容を見落とした事例については、第63回報告書の再発・類似事例の分析の「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例－記載内容を見落とした事例－」で取り上げているため、今回は対象外とした。

2）報告件数

2020年1月～2024年9月に報告された事例のうち、対象とする事例は、9件であった。

図表Ⅲ－２－１　報告件数

報告年	2020	2021	2022	2023	2024 (1月～9月)	合計
件数	0	2	1	2	4	9

（2）事例の概要

1）画像検査をオーダした診療科

画像検査をオーダした診療科を整理して示す。救急科が3件と多かった。

図表Ⅲ－２－２　画像検査をオーダした診療科

診療科	件数
救急科	3
肝胆膵外科	1
血液内科	1
消化器科	1
神経科	1
小児科	1
リハビリテーション科	1
合計	9

2）当事者職種と職種経験年数

当事者職種は全て医師であった。医師の職種経験年数を示す。

図表Ⅲ－2－3　医師の職種経験年数

職種経験年数	件数
0～4年	4
5～9年	3
10～14年	1
15～19年	1
20年以上	5
合計	**14**

※当事者は、複数回答が可能である。

3）事例に関連した画像検査

事例に関連した画像検査を示す。CT検査が8件と多かった。

図表Ⅲ－2－4　事例に関連した画像検査

画像検査	件数
CT検査	8
副腎髄質シンチグラフィー	1
合計	**9**

4）画像検査の目的

画像検査を行った目的を示す。緊急時の診断が6件と多く、放射線科医が画像診断報告書を作成する前に、治療を担当した医師が画像で主目的の部位のみを確認した事例が多かった。

図表Ⅲ－2－5　画像検査の目的

画像検査の目的		件数	
緊急時の診断	救急外来受診時	3	6
	救急搬送時	1	
	緊急入院時	1	
	入院中の急変時	1	
他院からの紹介後の精査		1	
外来での経過観察		1	
入院中の病状確認		1	
合計		**9**	

5）画像診断報告書の確認状況

報告された事例の画像診断報告書の確認状況を示す。いずれも画像診断報告書は「既読」であったが、治療を担当した医師が読影結果を認識していなかった。そのうち、画像診断報告書を主治医以外の医師が開き、その内容を主治医に伝えていなかった事例が8件であり、研修医および同診療科の医師が開いた事例がそれぞれ3件であった。また、報告された事例9件のうち7件は、画像検査の未読・既読を管理するシステムが導入されており、システム上は「既読」になっていた。

図表Ⅲ－2－6　画像診断報告書の確認状況

確認状況	画像診断報告書を開いた医師	件数	
主治医以外の医師が画像診断報告書を開き「既読」にしたが、その内容を主治医に伝えていなかった	研修医	3	8
	同診療科医師	3	
	他診療科医師	1	
	不明	1	
主治医が画像診断報告書を「既読」にしたが、内容を確認していなかった	主治医	1	
合計		9	

（3）事例の分析

1）検査時の患者の状態と対応漏れとなった読影結果

検査時の患者の状態と対応漏れとなった読影結果について整理して示す。いずれも画像検査の目的とは異なる重要所見が記載されていた。

図表Ⅲ－2－7　検査時の患者の状態と対応漏れとなった読影結果

画像検査の目的		検査時の患者の状態	行った検査	対応漏れとなった読影結果
緊急時の診断	救急外来受診時	後頭部打撲後の構音障害	頭部CT検査、胸腹部CT検査	直腸がん疑い
		総胆管結石性胆管炎	単純CT検査	肺がん疑い
		慢性便秘症を背景とした下腹部痛	単純CT検査	肝腫瘤、血管腫などの充実性腫瘤の可能性
	救急搬送時	脳梗塞	単純CT検査	直腸がん術後の骨盤内の軟部影が経時的に増大しており、播種や再発の可能性
	緊急入院時	発熱	胸部単純CT検査	肺がんの可能性
	入院中の急変時	リハビリテーション後の過呼吸、SpO_2低下	単純CT検査	左肺動脈・左大腿静脈血栓、腹部大動脈瘤
他院からの紹介後の精査		パーキンソン症候群疑い	副腎髄質シンチグラフィー	前縦隔に小結節を認め、胸腺嚢胞や胸腺腫を疑う
外来での経過観察		脳性まひ	胸腹部CT検査	大腿骨頚部骨折
入院中の病状確認		1型糖尿病	造影CT検査	後腹膜線維症、炎症性大動脈瘤の可能性

2）対応漏れに気付いた時期

画像検査を実施後、画像診断報告書に記載されていた重要所見について、対応漏れに気付いた時期を示す。最短で4日後、最長で6年後であった。

図表Ⅲ－2－8　対応漏れに気付いた時期

気付いた時期	件数
6ヶ月未満	4
6ヶ月～1年未満	2
1年～2年未満	1
2年以上	1
不明	1
合計	9

3）対応漏れに気付いた契機

画像診断報告書に記載された重要所見への対応漏れに気付いた契機を整理して示す。

図表Ⅲ－２－９　対応漏れに気付いた契機

気付いた契機		件数	
患者に自覚症状が出現した	改めて画像検査を実施した	5	6
	過去の画像診断報告書を見直した	1	
担当している患者の検査結果を見直した			2
他院から依頼されたCT検査を行ったところ、画像診断報告書に指摘事項があり、自施設で過去に行った画像検査の結果を見直した			1
合計			9

4）患者への影響

報告された事例で選択されていた事故の程度と治療の程度を示す。「死亡」や「障害残存の可能性がある（高い）」が選択された事例はなかったが、「濃厚な治療」を行った事例が3件報告されていた。

図表Ⅲ－２－１０　事故の程度

事故の程度	件数
死亡	0
障害残存の可能性がある（高い）	0
障害残存の可能性がある（低い）	3
障害残存の可能性なし	0
障害なし	2
不明	4
合計	9

図表Ⅲ－２－１１　治療の程度

治療の程度	件数
濃厚な治療	3
軽微な治療	1
治療なし	0
不明	3

※「医療の実施あり」を選択した7件の内訳を示す。

さらに、重要所見への治療開始が遅れたことによる患者への具体的な影響について記載されていた内容を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１２　治療開始が遅れたことによる患者への影響

対応漏れとなった読影結果	対応漏れに気付いた時期	治療開始が遅れたことによる患者への影響
左肺動脈・左大腿静脈血栓、腹部大動脈瘤	4日後	左肺動脈・左大腿静脈血栓、腹部大動脈瘤の悪化を認めた。
肺がんの可能性	4ヶ月後	肺の腫瘤が増大した。
直腸がん疑い	6ヶ月後	直腸がんによる腫瘍性イレウスのため入院した。
肝腫瘤、血管腫などの充実性腫瘤の可能性	9ヶ月後	S状結腸がん、多発肝転移、多発肺転移となった。
後腹膜線維症・炎症性大動脈瘤の可能性	6年後	鼠径部が膨隆し、最大径79mmの腹部大動脈瘤を指摘された。
直腸がん術後の骨盤内の軟部影の経時的な増大、播種や再発の可能性	不明	直腸がん再発による仙骨神経叢浸潤と診断された。

（4）事例の内容

主な事例を紹介する。

図表Ⅲ－２－１３　事例の内容

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
主治医以外の医師が画像診断報告書を開き「既読」にしたが、その内容を主治医に伝えていなかった事例			
1	9ヶ月前、患者は慢性便秘症を背景とした下腹部痛で救急外来を受診した。内科当直の初期研修医と上級医が対応し、血液検査や単純CT検査を行った。CT画像で腸閉塞所見がないことを確認した。浣腸の希望があったため、浣腸を実施し、その後多量の排便があり、腹痛は軽快したため帰宅となった。今月、患者が倦怠感を主訴に当院の総合診療科を受診した際、S状結腸に狭窄が疑われ、緊急入院となった。精査の結果は、S状結腸がん、多発肝転移、多発肺転移、リンパ節転移の診断であった。9ヶ月前の単純CT検査の画像診断報告書を見返すと、明らかな腸管狭窄の指摘はなかったが、肝腫瘤が指摘されており、血管腫などの充実性腫瘤の可能性が指摘されていた。	・CT検査の画像診断報告書確認システムがあるが、オーダした医師のみに通知される仕組みになっている。 ・オーダした医師が初期研修医の場合でも、本人が「既読」にすると上級医には通知がない。 ・画像診断報告書が未読であれば、診療科長などに「確認できていない」という通知が届くが、「既読」になっているため通知はなかった。 ・今回の件は、初期研修医から上級医に連絡すべきであった。	・現在の画像診断報告書確認システムでは、対応が困難な事例である。
2	4ヶ月前、患者は他の医療機関からの紹介で救急外来を受診した。CT検査で総胆管結石性胆管炎と診断され、消化器内科で入院加療した。今月、4ヶ月前に紹介のあった医療機関から胸部単純CT検査の読影の依頼があり、放射線科医師が読影を行ったところ、肺がんが疑われる腫瘤の増大と転移があることがわかった。4ヶ月前に救急科医師がオーダしたCT検査の画像診断報告書にも「肺がん疑い」と指摘していたが、精査されていないことに気付いた。	・救急科医師は、CT検査の翌日に画像診断報告書を確認した。 ・画像診断報告書を確認した救急科医師から消化器内科の主治医への連絡が不十分であった。 ・画像診断報告書の確認状況の把握は、電子カルテのCT画像診断報告書の閲覧履歴を活用しており、「未」は未開封、「参照のみ」は画像診断報告書の参照済、「承認済」は画像診断報告書確認済の3種類で表示される。 ・画像診断報告書に記載された対応が必要な所見について、対応済かどうかをシステムで確認する仕組みはない。	・画像診断報告書の確認者は、患者あるいは主治医へ確実に内容を伝達する。 ・画像・病理診断報告書管理ワーキンググループにて、救急外来受診時の画像診断報告書の確認、対応フローの作成を検討した。 ○救急外来から各診療科に入院した患者については、主科の主治医が責任者として画像診断報告書を確認して閲覧履歴を残し、対応する。 ○外来受診予定のある患者については、救急科医師が電子カルテと掲示板に同時に表記される機能を活用して、重要所見と対応依頼を記載する。
	○外来受診予定のない患者については、救急科医師から患者に電話で連絡する。 ○救急外来の受診終了時に救急科医師は、画像診断報告書の結果は後日説明すること、患者自身に検査結果を知る権利があることを伝えて、次回の受診時などに患者から検査結果を聞いてもらう仕組みを検討する。 ・システム上、患者説明がされるまでの確認ができる仕組みがないため、これに対するシステムの構築を検討する。 ・救急外来を受診した患者の画像診断報告書の対応が漏れやすいため、医療安全管理センターの医師は、救急外来を受診した患者のCT検査の画像診断報告書で「重要所見あり」となっているものについては、対応されたかどうかをカルテ記録で確認し、対応していない内容について主治医へ対応を依頼している。		

No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策
3	患者は、他院からパーキンソン症候群疑いで紹介受診した。入院して精査することとなり、研修医が各種検査のオーダを行った。その後、副腎髄質シンチグラフィーを実施し、同日患者は退院した。放射線診断科医師が読影を行い、画像診断報告書に「同時撮影の低線量CTでは、前縦隔に小結節を認め、胸腺嚢胞や胸腺腫を疑います」との所見を記載した。検査翌日、研修医は画像診断報告書を開き、「既読」のボタンを押下した。外来で主治医がフォローしていたが、小結節を指摘されていることを把握していなかった。検査から約1年3ヶ月後に主治医がカルテを見ていた際、以前に小結節を指摘されていたことに気付いた。	・検査結果を確認する前の研修医のカルテには、「○月○日　○○先生の外来で結果を説明予定」との記載があったが、検査結果を確認後、主治医に伝えたかは不明であった。 ・当院は、画像検査未読既読管理システムを導入しており、オーダした診療科の医師が「既読」のボタンを押下可能となっている。 ・画像検査未読既読管理システムについては、研修医に対する制限はなく、本患者の画像診断報告書も研修医が「既読」のボタンを押下していたため、主治医に対してリマインドの通知はなかった。	・医療安全管理委員会で今後の対応を検討し、以下について決定した。 1)原則として、画像検査日とは別の日に説明日を確保することを再周知する。 2)画像検査の結果に異常があった場合は、カルテ内にプロブレムとして記載し、診療科内で共有することを周知する。
主治医が画像診断報告書を「既読」にしたが、内容を確認していなかった事例			
4	6年前、患者は1型糖尿病で入院し、膵病変の検索目的で造影CT検査を受けた。画像診断報告書には、後腹膜線維症・炎症性大動脈瘤の可能性と、IgG4測定や経過観察を行うよう記載されていた。画像診断報告書はシステム上、「既読」となったが、造影CT検査をオーダした医師は、その結果や対応についてカルテに記録しておらず、患者にも説明していなかった。その後、当該診療科で糖尿病についてのフォローのみ継続されていた。今回、患者より左鼠径部膨隆の訴えがあり、鼠経ヘルニアを疑い単純CT検査を行った。単純CT検査の結果、最大径79mmの腹部大動脈瘤を指摘され、6年前の造影CT検査の結果への対応漏れが判明した。血管外科へ紹介し、翌月にステントグラフト内挿術を施行することになった。	・検査結果についてカルテに記載しておらず、患者への説明もしていなかった。 ・腹部大動脈瘤の破裂前に発見できたが、もう少し小さい段階で治療できた可能性がある。	・読影依頼のある放射線検査について、画像診断報告書を開いた医師が記載内容を見たことに対してチェックできるチェックボックスを作る。 ・対応したことに対してチェックボックスを作ることなどを検討する。

（5）事例の背景・要因

報告された事例の主な背景を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１４　事例の背景・要因

○連携不足
・画像診断報告書を「既読」にした研修医が上級医に連絡していなかった。（複数報告あり） ・画像診断報告書を確認した医師から主治医への連絡がなかった。 ・定期検査であったため、主治医以外の医師が画像診断報告書を確認した。 ・救急科と入院後の診療科との連携が不十分であった。 ・放射線科医が読影で検査の主目的以外の重大な所見を発見した場合に、検査をオーダした医師に注意喚起する取り決めがなかった。
○画像診断報告書の既読管理に関する仕組み
・未読の画像診断報告書があれば、電子カルテの画面右下に件数が表示されるが、同診療科内の医師が「既読」にした際は、画像検査を依頼した医師の未読件数にも反映される。そのため、画像検査を依頼した医師が気付かなければ画像診断報告書の見逃しが発生する。 ・画像検査の未読既読管理システムは、オーダした診療科の医師であれば「既読」ボタンを押下することが可能となっている。研修医に対する制限はなく、今回は研修医が「既読」ボタンを押下したため、主治医に対してシステムからのリマインドはなかった。 ・CT検査の読影レポート確認システムがあるが、オーダした医師にしか通知されない仕組みになっており、オーダした医師が初期研修医の場合であっても上級医には通知されない。 ・CT検査をオーダした医師が、画像診断報告書の内容を確認しないまま「既読」のチェックを行ったため、治療に反映されなかった。 ・画像診断報告書が未読の場合に、診療科長などに通知を行う仕組みはシステムになかった。 ・画像診断報告書は「既読」の状態であったため、院内で実施している未読対策（オーダした医師への未読の注意喚起ならびに医療安全管理部門による未読の画像診断報告書の内容確認とフィードバック）の対象外であった。

（6）医療機関から報告された改善策

医療機関から報告された改善策を整理して示す。

図表Ⅲ－２－１５　医療機関から報告された改善策

○画像診断報告書の確認
・画像診断報告書の作成日にかかわらず、担当医は必ず患者のカルテを開き、画像診断報告書の内容を確認する。 ・主治医または指示医が、画像診断報告書の内容を確認する。 ・月末に担当している患者の画像診断報告書を再確認する。
○医師間の連携
・主治医以外の医師が画像診断報告書を確認した場合は、主治医へ確実に伝達する。（複数報告あり） ・救急科など転科の多い診療科は、自科でオーダした検査について責任を持って確認し、転科時には引き継ぐことを徹底する。 ・救急科に入院した際は、外来の予約が入っている診療科を電子カルテに表示する機能を活用して、該当する診療科と連携する運用を検討する。 ・画像検査の結果に異常があった場合は、カルテ内にプロブレムとして記載し、診療科内で共有する。
○システムの改修
・読影依頼のある放射線検査については、画像診断報告書を開いた医師が内容を見た際にチェックできるチェックボックスを作る。 ・画像診断報告書に記載された対応が必要な診断結果については、対応した場合にチェックができるチェックボックスを作ることを検討する。
○その他
・原則として、画像検査日とは別の日に説明日を確保することを再周知する。 ・診察する医師は、患者用の画像診断報告書を別途作成して患者に渡し、患者参加の対策を講じる。 ・報告書確認システムが導入されているが、未読・既読の管理だけでは対応が困難な事例であることを認識した。

（7）画像診断報告書の未読や対応漏れを防止する仕組み

医療事故情報収集等事業の専門分析班の委員が所属する医療機関では、画像診断報告書の未読や重要所見への対応漏れを防止する仕組みを設けているところがある。ここでは、4医療機関の対策を紹介する。

〈参考〉画像診断報告書の未読や対応漏れを防止する仕組み

医療機関	画像診断報告書の確認状況を把握する仕組み	対応が必要な重要所見について、対応済か確認する仕組み
A	・画像診断報告書の最後に「確認」ボタンがあり、オーダ医またはオーダ医と同じ診療科の医師がボタンを押すことができる（研修医も可能）。このボタンを押すと、カルテに報告書の内容が転記され、システム上、既読と判断される。画像診断報告書を開いただけでは既読にはならず、「確認」ボタンを押していないと未読の状態で残る。 ・画像診断報告書が未読の場合は、1週間おきにオーダ医に通知し、さらに1ヶ月おきに各診療科の未読リストを作成する。未読リストを、入院患者の場合は病棟医長、外来患者の場合は外来医長に送付して対応を依頼する。それでも未読の場合は、安全管理室から督促する。	・放射線診断科の医師は、本来の検査目的とは異なる予期せぬ所見があった場合、緊急性の高い内容については直接オーダ医に連絡する。 ・緊急性は高くないがこのまま放置できない内容は、リスト化して安全管理室に共有する。安全管理室の医師は、リストに記載された患者について、その後対応されているかカルテを見て確認する。
B	・未読の画像検査のレポートは、既読管理システムで確認することができる。このシステムが導入されたおかげで、個々の患者のカルテを開いて確認する必要がなくなり、自身がオーダした画像検査のレポートを参照して、既読ボタンを押下することが可能になった。 ・既読管理システムで、自診療科でオーダした画像検査のレポートのうち、既読ボタンが押下されていないレポートを一括で確認することが可能である。	・画像診断のパニック値とする基準を決めており、パニック値に該当する診断結果については、何らかの対応をしたことを放射線科に返答する手順になっている。 ・パニック値ではないが注意してもらいたい診断結果（準緊急）については、既読ボタンの押下状況ならびに何らかの対応がされているかを放射線科事務職員が確認している。 ・パニック値または準緊急で未対応（既読ボタンが押下されていない）の場合は、放射線科事務職員から医療安全管理部門に連絡が入り、医療安全管理部門からオーダ医に連絡している。
C	・レポートを開いて見た際、「確認しました」のボタンを押すことになっている。 ・ボタンを押さない限り、電子カルテを開いた際に、未読のレポートがあることを示す表示が出続ける。 ・医療安全部門で全診療科の未読レポート一覧を管理しており、月に1回診療科別のリストを各診療科宛に送付し、対応を依頼する。2ヶ月以上未読となっているレポートのうち対応が必要なものは、医療安全部門が依頼医へ直接連絡する。	・画像診断医が、重要と思われるレポートにはフラグを立てており、そのレポートに関しては事後の対応がされているかについて、カルテを見て確認している。

医療機関	画像診断報告書の確認状況を把握する仕組み	対応が必要な重要所見について、対応済か確認する仕組み
D	・放射線科の読影で、特定の条件に合致するものは「至急」のフラグを立てることができる。 ①至急（1日程度以内に何らかの処置を要する所見）連絡を要する重要所見 ・主要血管系病変（大動脈解離、肺などの血栓塞栓、頭蓋内出血など） ・呼吸器系病変（緊張性気胸、気道異物、肺挫傷など） ・腹部病変（消化管穿孔、腹腔内出血など） ・その他、放射線専門医が至急連絡を要すると判断した場合 ②一定期間放置すると、患者の生命予後や病院の感染管理に影響を与える所見 ・悪性腫瘍、肉腫を疑う所見 ・指定感染症（肺結核、COVID-19など）を疑う所見 ・その他、放射線専門医が重篤な疾患であると判断した場合 ※未確診、初回検査で検査目的外の上記所見を認めた際は、読影時に至急のフラグを立てる。ただし、既に確診がついており、経過観察の検査（2回目以降）の場合は至急扱いとはしない。 ・至急のフラグが立つと、検査依頼医師へ至急確認することを求める電子メールが自動送信される。 ・検査依頼医師または同じ診療科の医師が読影レポートを開く際に、「既読」にするか問う画面が表示される。他の診療科の医師が開いても、同画面は表示されない。 ・誤って読影レポートを「既読」にした場合、「未読」に戻せる機能が付いている。 ・医師が電子カルテにログインすると、「未読放射線レポート一覧」を見ることが可能になっており、自分の未読レポートを一括して確認できる。至急のレポートと、報告日から30日以上未読のレポートはオレンジ色で強調表示される。 ・至急とそれ以外のレポートに分け、毎月の未読レポートの件数・割合を、診療科別に集計して主要な委員会で報告し、各診療科へ対応を求めている。 ・画像検査の責任は読影を含めて検査依頼医師にあり、レポートは依頼医師への助言であると定義している。	・至急のフラグが立てられたレポートは、医療安全管理部の診療情報管理士1名が随時カルテ記録を確認し、その後の対応が行われているか確認している。

（8）まとめ

本テーマでは、画像診断報告書は「既読」であったが、読影結果に対する治療開始が遅れた事例について分析を行った。事例の概要では、画像検査をオーダした診療科、事例に関連する画像検査とその目的、画像診断報告書の確認状況などを示した。事例の分析では、検査時の患者の状態と対応漏れとなった読影結果、対応漏れに気付いた時期と契機、患者への影響を整理した。さらに、主な事例を紹介し、医療機関から報告された背景・要因と改善策をまとめて示した。また、本事業の専門分析班の委員が所属する医療機関での画像診断報告書の未読や対応漏れを防止する仕組みを紹介した。

事例に関連した画像検査はCT検査が多く、画像検査の目的は、緊急時の診断が多かった。報告された事例では、多くの医療機関が画像診断報告書の未読・既読を管理するシステムを導入していた。また、未読の状態の画像診断報告書については、検査をオーダした医師や主治医に注意喚起を行う仕組みがある医療機関もあった。しかし、画像診断報告書が「既読」になった後、指摘された重要所見に対して、対応したかを確認する仕組みがあることが記載されている事例はなかった。

画像検査を行うと、検査の目的以外の重要所見が見つかる可能性があるが、その内容を主治医が認識できていない場合、患者は治療の機会を失ってしまう。そのため、治療開始が遅れて病状が進行し、患者に自覚症状が現れた時点で、対応漏れであったことに気付いた事例も報告されていた。緊急時に画像検査を行う場合、画像を見て目的の所見だけに注目してしまい、後から作成される画像診断報告書の確認が疎かになる場合がある。また、報告された事例には、主治医以外の研修医や同診療科の医師が画像診断報告書を開き、その後、主治医に報告していなかった事例が報告されていた。まずは、診療科内でのフォロー体制の構築が重要である。

画像診断報告書の未読・既読を管理するシステムはあっても、主治医以外の医師が画像診断報告書を開くとシステム上「既読」となってしまうことで、主治医は確認する必要のある画像診断報告書の存在に気付くことが難しくなる。また、主治医がシステム上「既読」にするだけで、画像診断報告書の内容を十分に検討できていない可能性もある。本事業の専門分析班の委員が所属する医療機関では、放射線部門や医療安全管理部門が、画像診断報告書に記載された重要所見について対応しているか確認し、対応漏れの場合は通知を行っているところもあった。放射線部門や医療安全管理部門の連携による画像検査の重要所見への対応漏れを防ぐ取り組みは重要であるが、マンパワーなどを考えると限界もある。画像診断報告書の未読・既読を管理するシステムに、重要所見に対して検査・治療後に「対応済」のチェックができる機能や、「対応済」になっていない重要所見が主治医に通知されるような仕組みなど、ヒトの力に頼らない機能が追加されることを期待したい。

（9）参考文献

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．医療安全情報No.63「画像診断報告書の確認不足」．
https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_63.pdf（参照2024-10-03）．
2. 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．医療安全情報No.138「画像診断報告書の確認不足（第2報）」．
https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_138.pdf（参照2024-10-03）．
3. 平成30年度厚生労働科学研究．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．
https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27426（参照2024-10-03）．
4. 厚生労働省．医政局総務課医療安全推進室．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．事務連絡．令和元年12月11日．
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000898780.pdf（参照2024-10-03）．
5. 厚生労働省．令和４年度診療報酬改定．個別改訂項目について．
https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000905284.pdf（参照2024-10-03）．
6. 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．第63回報告書．「画像診断報告書の内容が伝達されなかった事例－画像診断報告書の記載内容を見落とした事例－」．
https://www.med-safe.jp/pdf/report_2020_3_R002.pdf（参照2024-10-03）．