

令和4年度
「令和3年度医療安全・質向上のための
相互チェック」に基づく
重点項目に関する改善状況調査等の報告書

～画像診断レポート等の確認に関する安全対策（令和3年度追跡調査）～

令和5年3月

国立大学病院長会議常置委員会

はじめに

国立大学附属病院における「医療安全・質向上のための相互チェック」は、医療の質・安全の向上を目的として平成 12 年に開始されました。各大学病院が自己評価および他者評価を行い、これを通じて医療の質・安全に関する PDCA サイクルを継続的に回すように努めてきました。また、平成 29 年度より、国立大学病院 42 施設に加えて防衛医科大学校病院、令和元年度より公立大学病院 8 施設が参加し、計 51 施設で実施することとなりました。

さて、平成 24 年度の国立大学附属病院長会議第 5 回常置委員会にて、他者評価、特に重点項目に関する指摘事項に対して、一定期間内に改善に取り組む必要性が確認され、相互チェックは隔年に実施し、課題や問題点として指摘された事項については 1 年間をかけて改善を推進し、翌年度にその進捗状況を把握することとなりました。

このことから、令和 4 年度は、令和 3 年度の相互チェックの重点項目「画像診断レポート等の確認に関する安全対策 - 令和 3 年度追跡調査 - 」に対する、その後の取り組み状況を調査しました。令和 3 年度の相互チェックでは、本項目について、平成 29 年度の初回調査以降、全国の大学病院で多くの対策が実施されたこと、及び新たな課題も生じていることが確認されました。この相互チェックを契機に、さらなる改善策が検討、実施されつつある現状について、令和 4 年 11 月時点の各大学病院の回答をここにとりまとめましたので報告いたします。

今後の各大学病院における医療の質・安全向上の取り組みの参考にしていただければ幸いです。

令和 5 年 3 月

診療担当（医療安全管理）校
大阪大学医学部附属病院長
竹原 徹郎

令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」
に基づく重点項目に関する改善状況調査等の報告書
～画像診断レポート等の確認に関する安全対策（令和3年度追跡調査）～

目次

1. 令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査について	1
2. 令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査のまとめ	3
3. 令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査結果の概要	6
4. 集計結果	10
5. 相互チェックに関する資料	25
1) 令和3年度「医療安全・質向上のための相互チェック」実施要項	25
2) 令和3年度「医療安全・質向上のための相互チェック」実施概要	27
3) 「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」及び「令和3年度特定機能病院間相互のピアレビュー」における訪問による調査の中止について（通知）	31
4) 令和3年度「医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループからの提言」	33
5) 令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査について（依頼）	43
6) 令和4年度「医療安全・質向上のための相互チェック」実施に伴う重点項目の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループ委員名簿	53

1. 令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査について

1) 令和3年度「医療安全・質向上のための相互チェック」の重点項目について

令和3年度「医療安全・質向上のための相互チェック」の重点項目は、「画像診断レポート等の確認に関する安全対策－令和3年度追跡調査－」であった。

本テーマは、平成29、30年度の相互チェックのテーマとして取り上げ、全国の国立大学病院等において、レポートの未読／既読管理や重点所見が含まれる画像診断レポートへの対応等に関する改善推進の一つの契機となった。

一方で、レポートの確認遅れに係るインシデントはその後報告され、複雑かつ複合的な課題に対して、継続的な情報収集と改善策の共有が不可欠となっている。これらの状況を踏まえて、追跡調査が計画された。

COVID-19感染症の流行により、計画していた実地への訪問調査は、やむなく中止となったが、被訪問大学が自己チェックとして調査シートに回答した内容を、訪問大学の多職種メンバーが確認し、必要時、メールや電話等で確認を行う形式の代替調査を実施した。取りまとめの結果は、国立大学病院長会議のホームページにて公開している。

2) 令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査について

従前の「医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく改善状況調査では、主として前年度の訪問調査時の講評において指摘された事項に関する改善の取り組みを書面で調査してきた。令和4年度の改善状況調査については、令和3年度「医療安全・質向上のための相互チェック」の訪問調査を中止したことから、令和3年度の調査票の内容を踏まえ、画像診断レポートの確認に関する安全対策の全般的な実施状況、令和3年度の調査時点で各施設が優先的に取り組む必要があると考えていた事項に対するその後の対応状況、及び令和4年度の診療報酬制度改定により新設された「画像診断情報等の適切な管理による安全対策に係る評価」への対応等を中心に書面で調査することとした。

3) 令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査対象、調査内容について

(1) 調査対象

令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況等の調査は、令和3年度の相互チェックに参加した国公立大学附属病

院、及び防衛医科大学校病院（計 51 施設）を対象に実施した。

（巻末「相互チェックに関する資料 p.25～53」参照）

(2) 調査内容

次の各項目に対する、令和 4 年 11 月 1 日時点の回答を書面で依頼した。

① 画像診断レポートの確認に関する次の各安全対策への取り組み状況について

	画像診断レポートの確認に関する安全対策
1	病院ポリシーの明示
2	自院がとっている安全対策についての教育
3	緊急所見への対応を促す仕組み
4	準緊急所見への対応を促す仕組み
5	完成通知
6	完成通知の転送
7	既読管理
8	未読レポートの抽出
9	未読レポートの開封督促
10	診療録監査
11	院外で作成された画像診断レポートへの対応
12	患者参加の推進

② 令和 3 年度の調査において「今後、病院として最優先で取り組む必要があると考えていること」に回答した内容に関する進捗状況について

③ 令和 4 年度の診療報酬制度改定により新設された「画像診断情報等の適切な管理による安全対策に係る評価」への対応

- ・ 算定の有無
- ・ 報告書確認管理チームの体制、活動の概要、課題等について

(3) 集計及び分析

各施設からの回答について単純集計を実施し、記述された回答を収載した。

2. 令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査のまとめ

画像診断レポートの確認に関する安全対策の必要性が社会的に注目され、早急の体制整備が求められるなか、本相互チェックでは平成29～30年度に全国立大学病院での本課題に対する安全対策の取り組み状況等について情報共有と検討を行った。令和3～4年度に再度調査した結果、安全対策が全国（国立および公立大学病院）で継続的に拡充、改善されていることが明らかになった。

令和4年度は、令和3年度調査にて抽出・集約した、本課題の安全対策に必要な12要素について調査したが、全ての要素において複数施設が改善または新規導入を行っていた。画像診断レポートの確認は依頼医またはその診療科の責務であるという病院ポリシーの明示、および自施設の安全対策に関する医師教育は9割の施設で実施されていた。緊急所見の電話連絡は全施設で実施され、準緊急所見への対応を促す仕組みは8割以上の施設で運用されていた。また、システム改修を要する完成通知、未読／既読管理、未読レポートの抽出・督促についてはこの6年間で大きく改善し、ほぼ全施設で未読レポートを自律的および組織的に把握することが可能な環境となったことが明らかとなった。

一方で、電子カルテに実装された機能の運用状況は様々であることも判明した。例えば、完成通知を依頼医のみでなく依頼医の所属する診療科の医師全員に届けることで、レポート転送機能に代えている施設も多く見られたが、個人に届く通知数が増加することによる確認作業の負担増加と、複数診療科併診患者の場合に必要な診療科で確認がなされないリスクは残る。準緊急所見へのフラグ付与等によるプッシュ通知（読影側から検査依頼側への積極的な通知）の運用状況についても、通知対象や通知方法が多様であることが令和3年度調査で明らかになっている。

フラグ付与に関する問題点として、フラグ付与基準が読影医の裁量に依存し曖昧であること、フラグ付与の有無に関する法的責任が懸念されること、フラグが無いレポートは軽視されやすいこと等が報告されており、実際にこうした理由からフラグ機能の実装に否定的な施設も一定数存在する。フラグ機能は、重要な所見に対し必要な対応を行っているかを組織として把握するために必要な機能であり、海外でも同様の問題点が把握されていることから、2022年度に英国のThe Academy of Medical Royal Collegesは“Alerts and notification of imaging reports Recommendations”¹⁾を発行した。この勧告では、プッシュ通知の対象を、①CANCER「新規のがんが疑われる所見、または新たに発見されたがんの再発（予期したかしていないかは問わない）」、②CRITICAL「一刻も早い臨床対応が必要な所見（予期したかしていないかは問わない）」、③ADDITION「治療方針の変更が必要になる重要な追記事項（改版）」と定義し、②③は口頭伝達のみで通知してもよい旨が記載されている。新規がんの疑いがある所見を記載したレポートを判別する、人工知能（AI）を用いた自然言語処理システムが開発されつつある²⁾が、将来、精度の高いAIとプッシュ通知の連携が可能

となれば、画像診断レポートの確認対策の向上や読影医の負担軽減につながる事が期待される。

画像診断レポートの完成通知と、既読化を徹底する電子カルテ上の通知システムだけでは臨床現場の複雑な診療プロセスにおいて十分な対策とならない場合もあることから、画像診断レポートに対する患者対応（説明、精査等）と記録状況に関する監査を取り入れている施設が増加している。重要所見を含む未読レポートを監査対象としている施設もあったが、レポートは開封されているが対応できていない症例を拾い上げるためには、未読・既読に関わらず重要所見を含むレポートについての診療録監査が有効であることが、いくつかの施設で経験されている。人的リソースが不足している中で安全対策を機能させるためには、各施設の状況をふまえ、重要所見フラグの付与対象、診療録監査の対象を、慎重かつ柔軟に検討する必要があるとともに、医師はレポートに対しどのように判断し対応したのか、また対応する計画かを診療録に記載することを徹底する必要がある。

英国の勧告では、デジタルシステムおよび組織横断的な人的チームの双方の協働が、重要所見への対応を確実にするためのフェールセーフシステムには必要であると記載されているが、我が国においても令和4年度の診療報酬改定にて、「画像診断情報等の適切な管理による安全対策に係る評価」が新設され、レポート確認と適切な対応のための安全対策チームの整備が推進されるようになった³⁾。令和4年11月時点で、約半数の施設が、既に算定を開始しているか、算定を前提とした準備を進めていた。安全対策を定着させるためには、医療者に対する継続した教育が必要不可欠であり、部署横断的なチームによる継続的なモニタリングと教育活動（病院ポリシー、自施設の対策、診療録記録の重要性等）は有用であると考えられる。

一方で、算定要件を満たすためには、医療安全に係る講習を受けた責任者を配置する必要があり、講習会の実施、会議の開催など新しい活動も必要となる。重要所見の有無に関わらず、レポート作成から概ね2週間後のレポート確認状況を把握することが算定要件の一つであるが、この2週間という期間については、大学病院における患者の受診間隔や医療安全上の意義を鑑みると、再考する必要があるという指摘も見られた。また、既に実効性のある対策を取っていても、必ずしも算定要件を満たすものではない場合もあることから、本加算の算定を予定していない施設もみられた。

画像診断の一部を外部の医療機関に依頼して実施している施設においては、発行された画像診断レポートの保管・確認経路が院内作成レポートのそれとは異なるため、既存のレポート管理に関するシステムの改修コストや外部機関との協議等が、今後の課題となっている。

以上の通り、画像診断レポートの確認に関する安全対策は全国で着実に拡充され、病院情報システムと組織横断的なチームとの協働による実効的な運用を目指して各施設で改善が続けられていた。今後も本相互チェック等を通じて、対策の検証や情報共有を継続していくことは重要と考えられる。これらの対策は多大な人的・経済的コストを要するものであるため、

医療機関が質の高い安全対策を確実に実行できるような診療報酬上の支援が必要である。将来的には各プロセスでの AI 活用や、情報共有ネットワークの普及等のイノベーションにより、効率的で効果的な安全対策が展開されることを期待する。

参考文献

1. Academy of Medical Royal Colleges. Alerts and notification of imaging reports Recommendations. 2022.
2. Preventing Delayed and Missed Care by Applying Artificial Intelligence to Trigger Radiology Imaging Follow-up. Domingo J, Galal G, Huang J, et.al. NEJM Catalyst. 2022;3(4). DOI: 10.1056/CAT.21.0469
3. 厚生労働省. 基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて. 2022.

3. 令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査結果の概要

1) 画像診断レポートの確認に関する安全対策への取り組みについて（10 ページ）

(1) レポート確認の責務に関するポリシーの明示や医師への教育について

8割以上の施設が、令和3年度調査の時点で、画像診断レポートを確認し、対応する責務に関する病院のポリシーを職員に対して示すこと、及び画像診断レポートの確認に関する自院の安全対策を医師へ教育することに既に取り組んでいたと回答した。さらに、前者については10施設が、後者については14施設が、今年度の調査までの間にさらに改善したと回答した。また、前者については新たに2施設が、後者については5施設が、同調査以降に取り組みを開始しており、いずれも約9割の施設で取り組みが開始済みとなった。医師への教育に関する課題や障壁として、年度途中に入職した者への対応が挙げられた。

(2) 緊急所見、準緊急所見への対応を促す仕組みについて

全施設において、24時間以内に対応が必要な所見が確認された際に、読影医から依頼医等への電話連絡を実施していた。月単位で対応が必要な所見が確認された際に、読影医から依頼医等に電話、フラグ等で連絡している取り組みを令和3年度調査の時点で既に行っていたと回答した施設は38施設（75%）であり、うち11施設が、その後さらに改善したと回答した。また、新たに4施設が、同調査以降に取り組みを開始していた。

緊急所見、準緊急所見への対応に係る課題として、読影医から依頼医等への連絡に相当する症例の基準の統一や電子化の必要性等を挙げた施設があった。

(3) 完成通知、転送の実施について

9割近くの施設が、令和3年度調査の時点で、画像診断レポートが完成したことを通知する仕組みを有していたと回答し、新たに1施設が、同調査以降に取り組みを開始していた。

画像診断レポートの完成通知を受け取った医師が、他の医師に転送できる仕組みを、令和3年度調査の時点で既に有していたと回答した施設は12施設（24%）であり、さらに2施設が新たに仕組みを構築していた。36施設（71%）は特段の仕組みはない、と回答した。

転送の仕組みの構築にあたっては、電子カルテシステムの大幅な改修が必要になるとの課題が挙げられた。また、完成通知が、オーダー医のみではなく所属診療科など、複数の医師に届く仕組みや、当該診療科の掲示板に掲載される仕組みなど、転送通知に相当する機能を実装、運用している施設もあった。

(4) 既読管理、未読抽出、開封督促

49 施設が、令和 3 年度調査の時点で、画像診断レポートを確認したこと（開封したこと）が記録される仕組みを実装していたと回答し、うち 10 施設がさらに改善したと答えた。また、新たに 1 施設で実装された。検査依頼医のみではなく、依頼医の所属診療科に所属する医師による開封が記録される仕組みを取り入れた施設もあった。

一定期間、未読のままである画像診断レポートの抽出を、令和 3 年度調査時点で病院として実施していたと回答した施設は、46 施設（90%）であり、うち 1 施設では、その後さらに改善した。また、3 施設が、同調査以降に取り組みを開始していた。

同様に、未読のままとなっている画像診断レポートの開封（確認）の督促を、令和 3 年度調査時点で実施していたと回答した施設は、46 施設（90%）であり、新たに開始した施設は、1 施設であった。

(5) 診療録監査

令和 3 年度調査時点で、画像診断レポートに対する患者対応（説明、精査等）と記録状況を、実際に診療録を確認して監査していたと回答した施設は、26 施設（51%）であった。その後、新たに取り組みを開始した施設は 8 施設（16%）であり、全体の約 7 割の施設で診療録監査が実施されていることになる。

課題としては、診療録監査の実施にかかるマンパワーの不足が挙げられ、監査担当者や監査を行うレポートの範囲等について、組織的な検討が必要と考えている施設が複数あった。

(6) 院外で作成された画像診断レポートへの対応

院外へ依頼した画像検査の診断レポートの確認や患者対応に関する安全対策を、令和 3 年度調査の時点で実施していたと回答した施設は 6 施設（12%）であり、新たに取り組みを開始した施設が 6 施設（12%）であった。また、35 施設（69%）は院外への画像診断の依頼を実施していなかった。

院外へ依頼した画像検査の診断レポートの未読/既読管理を院内で行うためには、情報システムの大規模な改修やマンパワーの投入を要する。これらのことが、実施のための課題となっており、病院としての集中的な管理ではなく、各診療科で対応している施設もあった。

(7) 患者参加の推進

画像診断レポートの確認に関する安全対策において、令和 3 年度調査の時点で患者参加を推進していたと回答した施設は 21 施設（41%）であり、新たに取り組みを開始した施設は 3 施設（6%）であった。

2) 令和 3 年度の調査において「今後病院として最優先で取り組む必要があると考えている

こと」に対する取り組みの状況について（16 ページ）

(1) 進捗状況について

令和 3 年度の調査において「今後病院として最優先で取り組む必要があると考えていること」があると回答した 41 施設のうち、取り組みが完了したと回答した施設は 7 施設、現在取り組みを進めていると回答した施設は 27 施設、現時点で取り組みに着手していないと回答した施設は 7 施設であった。

(2) 取り組みの課題や障壁

取り組みの課題や障壁として、読影体制の整備、画像診断専門医の養成、検査依頼時の依頼意図の記載徹底、検査依頼医によるレポートへの迅速な対応とその文化の醸成、画像診断結果に関する判断と患者対応の診療録記載の徹底、重要所見フラグの基準や運用、電子カルテシステム上の課題、改修費用、既読処理がなされていても患者対応が確認できない事例があること、診療録監査の体制整備、診療情報管理士等のマンパワー不足、報告書確認対策チームの活動、読影レポートの診療録上の取り扱いの不明確さ、院外に依頼した画像検査のレポートの安全対策などが挙げられた。

3) 令和 4 年度の診療報酬改定において新設された、「画像診断情報等の適切な管理による安全対策に係る評価」への対応について（20 ページ）

(1) 診療報酬の算定

令和 4 年度の診療報酬改定において新設された、「画像診断情報等の適切な管理による安全対策に係る評価」を「既に算定している」、「算定を準備中」の施設は、ともに 14 施設（27%）、であった。後者のうち 1 施設は、調査時点で既に算定開始時期を決定済であった。また、現在のところ算定予定がないと回答した施設は、23 施設（45%）であった。

(2) 報告書確認対策チームの設置と構成員数

報告書確認対策チームを既に設置している施設は 15 施設であり、チームの構成員数は、中央値 6 名（最少 4 名、最大 28 名）であった。

(3) 報告書確認管理者の背景

報告書確認管理者の職種は、医師が 11 施設（73%）と最も多く、全員が医療安全部門に所属（兼任も含む）していた。2 施設は診療放射線技師であり、看護師、薬剤師とする施設もあった。また、報告書確認管理者の就任要件の一つである、医療安全の研修（通称 40 時間講習）を、今回の就任とは関係なく以前に受講済であった者は 12 名（80%）、今回の就任のために新たに受講した者は 2 名（13%）であった。

(4) 報告書確認対策チームの構成員の背景

報告書確認管理対策チームのメンバーの職種は、医師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、診療情報管理士、薬剤師、臨床工学技士、事務職員、情報システム担当者等であった。15施設のうち4施設のみ、診療情報管理士をチームに配置していた。

(5) 報告書確認対策チームの活動や課題

報告書確認管理対策チームに求められている活動について、従来から行っていた医療安全対策を踏襲する形で活動をしている、と回答した施設は5施設(33%)であった。一方、診療報酬を算定するために、新たな作業や取り組みが必要となったと回答した施設は10施設(67%)であった。

新たに取り組むが必要となった内容として、レポートの既読状況の集計、報告書確認対策チームの会議やカンファレンスの開催、業務改善計画の作成と実施状況の評価、研修会の実施などが挙げられた。

報告書確認対策チームの活動にあたり、課題となっていることとして、未読レポートが減少しないこと、未読レポートへの対応を促すことにより確認行為の質の低下を招かないようにすること、診療科や対策チームの負担を最小限にしながら効果を上げること、病院情報システムの課題によりデータ抽出や診療科への連絡に人的な負担が大きいこと、重要所見フラグがないレポートの既読率の改善、院外へ依頼した画像検査の結果確認や対応に対する安全対策などが挙げられた。

また、現在の算定要件となっている「レポート作成2週間後の既読処理」の実施について、患者の外来受診のタイミングでの処理と異なることからカルテを開く手間がかかり、緊急を要する所見がある場合は電話連絡がなされること等を考えると臨床の安全につながるとは考えにくく、4週、6週後とすることが妥当である、との回答もあった。

報告書作成から概ね2週間後に未確認の報告書を把握し、診療録の確認、主治医等へ対応を促すことについても、大学病院の診療の状況に適した制度となっていないとの指摘があった。

(6) 診療報酬の算定を予定していない理由

画像診断情報等の適切な管理による安全対策に係る評価の算定を予定していない理由として最も多かった回答は「人的な余裕がなく必要な要件を満たすことが難しい」、「業務負担に見合う診療報酬ではない」であり、それぞれ13施設であった。その他「画像診断管理加算2、3を未取得であるため必要な条件を満たすことが難しいこと」、未読／既読管理や未読レポートの抽出にかかるシステムの機能の課題を理由とする施設もあった。

4. 集計結果

1. 画像診断レポートの確認に関する安全対策の取り組みについて

1. 病院ポリシーの明示

画像診断レポートを確認し、対応する責務について病院のポリシーを職員に示している

	N	(*) %
① 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、更に改善した）	10	20
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	33	65
③ 令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した	2	4
④ 特段の取り組みは実施していない	6	12
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 事例に特化した対応となっており、対応の標準化には至っていない

2. 自院がとっている安全対策についての教育

画像診断レポートに関する自院の安全対策の概要を医師に教育している

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、更に改善した）	14	27
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	28	55
③ 令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した	5	10
④ 特段の取り組みは実施していない	4	8
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 年度途中に入職した医師への教育

* 小数点才 1 位以下を四捨五入した。

3. 緊急所見への対応を促す仕組み

24時間以内に対応が必要な所見が確認された際に、読影医から依頼医等に電話で確実に連絡する体制を整備している

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、更に改善した）	10	20
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	40	78
③ 令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した	1	2
④ 特段の取り組みは実施していない	0	0
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 明文化はできていないが、実施されている
- ・ 連絡の判断は、読影医の裁量にもよるためばらつきがある。対応の統一が難しい
- ・ レポート内に電話連絡した事を記載、印刷して担当者へ渡している。電子化が望まれる

4. 準緊急所見への対応を促す仕組み

月単位で対応が必要な所見が確認された際に、読影医から依頼医等に電話、フラグ等で連絡している

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、更に改善した）	11	22
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	27	53
③ 令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した	4	8
④ 特段の取り組みは実施していない	9	18
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 次期電子カルテシステムの更新時に、システム改善を予定している
- ・ レポートシステムから電子カルテへの通知連携で実装済。電話は重要所見のレポートのみ（放射線部が対応）
- ・ 連絡の判断は、読影医の裁量にもよるためばらつきがある。対応の統一が難しい
- ・ レポート内に電話連絡した事を記載、印刷して担当者へ渡している。電子化が望まれる

5. 完成通知

画像診断レポートが完成したことを通知している

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に仕組みがあった（その後、更に改善した）	9	18
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	35	69
③ 令和3年度調査終了後に仕組みを新たに構築した	1	2
④ 特段の仕組みはない	6	12
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 電子カルテシステム
- ・ レポートシステムから電子カルテへの通知連携で実装済
- ・ 画像所見が完成して送信済みとなったことを主治医に知らせる仕組みはない

6. 完成通知の転送

完成通知を受け取った医師が、他の医師に通知を転送できる仕組みがある

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に仕組みがあった（その後、更に改善した）	3	6
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	9	18
③ 令和3年度調査終了後に仕組みを新たに構築した	2	4
④ 特段の仕組みはない	36	71
⑤ 無回答	1	2
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 電子カルテシステム
- ・ システムの大幅な改修が必要
- ・ 転送は実施していないが次の方法で各対応できている。又は転送は不要と考えている
 - ・ オーダー診療科、グループの医師全員に通知が届く
 - ・ オーダー医と外来医療など複数の医師に同時に通知している
 - ・ オーダー医師への完成通知の他、当該診療科の掲示版にも完成通知がなされる

7. 既読管理

画像診断レポートを確認したこと（開封したこと）が記録される

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に仕組みがあった（その後、更に改善した）	10	20
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	39	76
③ 令和3年度調査終了後に仕組みを新たに構築した	1	2
④ 特段の仕組みはない	1	2
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 開封記録は検査依頼医のみではなく、検査依頼医の所属診療科のすべての医師が実施できるようになった

8. 未読レポートの抽出

病院による、未読の画像診断レポートの抽出を実施している

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、更に改善した）	11	22
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	35	69
③ 令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した	3	6
④ 特段の取り組みは実施していない	2	4
	51	100

9. 未読レポートの開封督促

病院による、未読の画像診断レポートの開封（確認）の督促を実施している

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、更に改善した）	13	25
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	33	65
③ 令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した	1	2
④ 特段の取り組みは実施していない	4	8
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 督促を行っても診療科によって開封率に差がある。罰則規定は設けていない
- ・ 毎月の総合病院情報システム管理委員会で状況報告、確認徹底依頼を実施している
- ・ 現在、全ての開封依頼を通知しているが、期日を設けて通知する機能の実装、運用を検討している

10. 診療録監査

画像診断レポートに対する患者対応（説明、精査等）と記録状況を、確認して監査している

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、更に改善した）	4	8
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	22	43
③ 令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した	8	16
④ 特段の取り組みは実施していない	17	33
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ マンパワーの問題があり、確認に長期間を要する
- ・ 診療録監査は、マンパワーの不足や担当部署未定などの理由で、組織的な対応が行われていない。放射線部内で一部のサンプルを調査しているのみの状況である
- ・ 管理システムに、「既読」「説明済み」の他に「承認」ステータスを装備した。診療科内の限定された（責任を負う）医師に権限を付与して、診療科の責任において実施している
- ・ 一部の症例について実施している
 - ・ 検査実施後、約2週間の時点で、緊急あるいは準緊急所見のあるレポート
 - ・ 重要（緊急）所見について、診療録記載、患者説明、精査加療などの記録を確認
 - ・ 読影医師が特に重要と判断したレポート
 - ・ 未読レポートについてのみ診療録を確認
 - ・ 検査実施から3か月後も既読にならないレポート
 - ・ 緊急事例、準緊急事例、予期せぬ所見が記載された事例の3種類
- ・ PET検査に関しては、全症例監査を行っているため、症例数が多い
- ・ 説明の有無を確認できるシステムであるが、診療録の内容までは確認していない

11. 院外で作成された画像診断レポートへの対応

院外へ依頼した画像検査の診断レポートの確認、患者対応に関する安全対策を実施している

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、更に改善した）	2	4
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	4	8
③ 令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した	6	12
④ 院外へ画像診断検査を依頼していない	35	69
⑤ 無回答、その他	4	8
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 画像とレポートが同時に届けられるケースでは、迅速な診療システムへの登録のために事務職員の業務負担が増加する。現在の業務フローを大幅に見直す必要がある。さらに、未読/既読管理を行うためにはシステムの改修が必要となる
- ・ 特定の施設との連携により、レポート作成前に画像を閲覧できるシステムが稼働しているが、未読/既読管理の仕組みは実装されていない。システム改修の必要がある
- ・ 院外に画像診断依頼はしているが、結果について確認したかチェックする仕組みはない
- ・ 院外への画像診断の依頼を実施しているが、その結果の確認・患者対応に関する安全対策は実施していない
- ・ 院外へPETを依頼している、それに対する結果確認に対しては、未読レポートのシステムを使用できないため、現在では対策していない状態である
- ・ 各診療科の判断で、院外へ画像診断を依頼している。結果の確認については、各診療科に委ねている
- ・ 各診療科の医師が直接依頼しているため病院全体では把握していない

12. 患者参加の推進

画像診断レポートの確認に関する安全対策において患者参加を推進している

	N	%
① 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、更に改善した）	1	2
② 令和3年度調査時点で既に取り組んでいた（その後、特に改善なし）	20	39
③ 令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した	3	6
④ 特段の取り組みは実施していない	27	53
	51	100

（取り組みの課題や障壁等）

- ・ 患者にとって良い情報であるか確認中
- ・ 画像診断結果の説明時にレポートを配布し、患者自身に結果を把握、認識してもらっている
- ・ 作成したレポートは医師から医師へ渡すものとしているため、レポートを患者へ直接渡すことはしていない。希望した患者には分かり易くしたものを渡すこととしている
- ・ ポスター表示等を実施している

II. 令和3年度の調査において「今後病院として最優先で取り組む必要があると考えていること」
に回答した内容に関する進捗状況

1. 進捗状況について

	N	%
① 取り組みは完了した	7	14
② 現在、取り組みを進めている	27	53
③ 現時点で、取り組みに着手できていない	7	14
④ 令和3年度時点で、特に積極的に取り組む必要がある課題はなかった	10	20
	51	100

2. 取り組みの課題や障壁等

(概要)

- ・ 読影体制の整備、画像診断専門医の養成
- ・ 検査依頼時の依頼意図の記載徹底
- ・ 検査依頼医がレポートを迅速に確認、対応する文化の醸成
- ・ 画像診断結果に関する判断と患者対応の診療録記載の徹底
- ・ 重要所見フラグの基準や運用
- ・ 電子カルテシステム上の課題、改修費用
- ・ 既読処理がなされていても患者対応が確認できない事例があること
- ・ 診療録監査の体制整備
- ・ 診療情報管理士、その他のマンパワー不足
- ・ 報告書確認対策チームの活動
- ・ 読影レポートの診療録上の取り扱いの不明確さ
- ・ 院外に依頼した画像検査の安全対策

★ 詳細は17ページを参照のこと

2. 取り組みの課題や障壁等（回答の詳細）

	進捗	取り組みの障壁や課題
1	①	報告書確認対策チームを設置し、1か月分の全診療科の未読・未説明数を集計し、毎月「報告書管理評価カンファレンス」を開催し、対策を講じている。
2	③	システム上の課題（主治医が患者へ説明したかどうかを確認する仕組みがない）
3	②	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院外に依頼した画像検査のうち、とくに画像が読影レポートに先行して到着する場合について、レポートの確認と対応状況を管理する仕組みの検討 ・ 診療の自然な流れの中で、患者に対応する立場の医師が読影レポートをより迅速に確認・対応する文化の醸成 ・ 診療放射線技師、読影医への確に検査目的を伝えるために、オーダー医師が特に疑っている疾患や除外したい疾患を検査依頼書へ具体的に記載することの周知徹底 ・ 指摘所見への対応と患者への説明内容をカルテ記載することの周知徹底 画像指摘所見への対応と患者への説明内容をカルテに記載することについては、安全セミナー等で指導をしているが、その他については具体的な取り組みが出来ていないのが現状である。
4	②	次期システム更新時の要望として挙げているが、費用の問題がある。第三者による対応状況の確認については、重要フラグのあるレポートに限ったとしても相応の人的リソースを確保する必要がある。重要フラグレポートが40-60件/月発生する場合、他業務も兼務する診療情報管理士1名では対応が難しい。病理レポートについても同様の対応が必要であることを考慮する必要がある。
5	②	電子カルテのリプレイスに向けて、当該の機能を実装できるよう取り組みを進めている。
6	①	既読確認はされてはいるものの、実際に患者に介入（精査加療など）がされていない事例について、実際に診療録で確認を行っている。毎月数件の未介入事例がみつきり、依頼医・依頼診療科に介入の督促を行っている。督促を行わなくとも、各依頼医・依頼診療科が自ら介入することが望まれる。
7	②	確認システムの構築について、次の電子カルテシステム更新の際の確認システム導入に向け検討をしている。
8	②	読影レポートの診療録上の取り扱いが明確でない。すなわち「放射線科医の診療録」なのか「主科医の診療録」なのか定まっていない。本件を推進するためには、法的根拠の整備が必要である。
9	②	<ul style="list-style-type: none"> ・ 未確認レポートに対して既読処理の督促を強化しているが、一部の診療科は確認に至るまでに時間を要しており、レポート確認への意識を高め、行動変容につなげるためのアプローチが課題となっている。 ・ 読影体制の整備については、着手できていない。読影漏れに関するインシデントが報告されたことをきっかけに、オーダー医の責務として、レポートのみならず画像も確認することを定期的に周知している。
10	②	データ処理量の多さ
11	②	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療録モニタリングの範囲をどうするか？すべてを行うのはマンパワー的に難しい。 ・ この問題にかかわる人件費等の予算の確保。

	進捗	取り組みの障壁や課題
12	②	電子カルテの更新に伴い要注意事例のレポートには注意喚起のフラグが立つ仕様へ変更された。検査依頼医へ視覚的に注意喚起を促す体制が整ったが、対応状況の確認には依然として人の目による確認が必要である。
13	③	病理診断レポートの確認についても取り組みを継続しており、現時点で上記課題に取り組みしていない。
14	①	未読レポート数の抽出を人の手作業で行っているため、作業時間がかかる。レポート読影の未対応診療科への連絡などが過重労働につながっている。
15	②	電子カルテシステムに検査依頼医のみしか既読チェックの権限がないため権限の拡大を考えており、費用面について検討を行っている。
16	③	特に診療録監査に関して、マンパワーの不足や担当部署未定などの理由で、組織的な対応が行われていない。
17	②	院外画像診断レポートの未読既読管理 重要所見フラグの付与の可否、付与基準が依頼施設ごとに異なる
18	②	ひと月当たりのフラグがどのくらいの件数になるか現時点では不明なため、どの程度、診療録の確認が必要で、その実行を監査できるかが課題と考えている。
19	②	オーダ医がレポートの完成を把握する仕組みはできた。 実際にオーダ医が速やかにレポートを確認（既読）し、リスクマネージャーが診療科の責任者として役割を果たし対応していくことが課題である。
20	②	医師の突然の異動等が障壁になっている。
21	④	電子カルテ内に未読レポート開封督促のシステムとしてポップアップをするシステムを検討したが、画像診断レポートに対する患者の対応をする前に、既読のみとしてしまうリスクに気づいたため、開封督促を地道に行っている。
22	②	既読処理について、診療科内であれば既読処理ができるシステムにする予定。また既読処理にワンクリック操作が必要なシステムにする予定。
23	②	安全管理委員会およびリスクマネージャー会議において、各診療科の未開封レポート件数を報告することに加え、未読件数が10件以上の医師名を報告するようにした。また、安全管理部より、未開封件数の多い診療科のリスクマネージャーに対し、定期的確認するように依頼を行った。
24	②	画像診断レポートに対する患者対応（説明、精査等）と記録状況を、実際に診療録を確認して監査することが重要であるとし実際に取り組む内容について検討中であるが、業務調整中である。 また、新設された「画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価」への対応についても、人件費等費用対効果も含め継続検討中である。
25	②	監査の充実という項目については取り組みを完了し、重要所見の判断基準の統一・精度向上についても現在取り組みを進めているところであるが、患者への全例開示については取り組みに着手できていない。
26	②	現在、検査目的以外の癌などの重要所見は赤字強調で示しているが、システム更新によりフラグ付与が可能となった。現在フラグ対象となるレポート所見について放射線科と協議中であり、近日中の運用開始を検討している。
27	②	画像診断専門医の育成
28	②	継続して検討調査中

	進捗	取り組みの障壁や課題
29	③	・ 監査対象の拡大とその範囲についての決定 ・ 他病院で実施された検査に対する安全対策の実施を課題としてあげたが、未だ十分な対応が出来ていない。まず他院で実施された検査における確認の基準等の整備を今後実施していく予定である。
30	①	重要フラグの運用をR3年12月から開始し、継続して実施している。
31	②	画像診断レポート確認以前の読影体制に問題があり取組み中。

Ⅲ. 令和4年度の診療報酬改定において新設された、「画像診断情報等の適切な管理による安全対策に係る評価」への対応について

1. 診療報酬の算定

	N	%
① 算定を開始済	14	27
② 算定を準備中（開始時期決定済）	1	2
③ 算定を準備中（時期未定）	13	25
④ 現在のところ算定予定はない	23	45
	51	100

2. 算定開始時期

	N	%
・ 令和4年4月	7	47
・ 令和4年5月	0	0
・ 令和4年6月	2	13
・ 令和4年7月	0	0
・ 令和4年8月	0	0
・ 令和4年9月	1	7
・ 令和4年10月	4	27
・ 令和4年11月	0	0
・ 令和4年12月	0	0
・ 令和5年1月	0	0
・ 令和5年2月	0	0
・ 令和5年3月	0	0
・ 令和5年4月（予定）	1	7
	15	100

3. 報告書管理対策チームについて

1) チームの構成員の人数

	N
・ 4名	3
・ 5名	1
・ 6名	4
・ 7名	2
・ 9名	1
・ 11名	1
・ 14名	2
・ 28名	1
	15

2) 報告書確認管理者

(1) 職種

	N	%
① 医師	11	73
・ 医師（医療安全部門のみに所属）	(7)	
・ 医師（医療安全部門及び診療科に所属）	(3)	
・ 医師（医療安全部門及び放射線部門に所属）	(1)	
② 診療放射線技師	2	13
③ 臨床検査技師	0	0
④ 診療情報管理士	0	0
⑤ 看護師	1	7
⑥ 薬剤師	1	7
	15	100

(2) 医療安全対策加算に係る研修（通称40時間講習）

	N	%
① 報告書確認管理者就任とは関係なく、以前に受講済	12	80
② 報告書確認管理者就任のため、新たに受講した	2	13
③ その他	1	7
	15	100

3) 報告書確認対策チームのメンバーについて

(1) 職種

	N	%
① 医師	59	51
② 診療放射線技師	6	5
③ 臨床検査技師	8	7
④ 診療情報管理士	6	5
⑤ 看護師	19	16
⑥ 薬剤師	4	3
⑦ 事務職員	9	8
⑧ その他	5	4
	116	100

(その他)

- ・ 情報システム担当 (2)、技術専門員、臨床工学技士

(2) 所属部署

	N	%
① 医療安全部門以外の部署・診療科のみに所属	60	52
② 医療安全部門とそれ以外の部署・診療科の両方に所属	41	35
③ 医療安全部門のみに所属	15	13
	116	100

(3) 医療安全対策加算に係る研修 (通称40時間講習)

	N	%
① 受講済	31	27
② 受講中	1	1
③ 受講予定	2	2
④ 受講予定なし	82	71
	116	100

(4) (3) の受講理由について

	N	%
① 今回のチーム加入とは関係なく受講	33	97
② 今回のチーム加入のために受講	1	3
	34	100

4. 報告書管理対策チームの活動

	N	%
① 従来から行っていた医療安全対策を踏襲する形で活動している	5	33
② 診療報酬を算定するため、新たな作業、取り組みが必要となった	10	67
	15	100

(②の概要)

- ・ レポート（画像、病理）の未読／既読状況の集計
- ・ 報告書管理の評価に係るカンファレンスの開催
- ・ 報告書確認対策チーム会議の開催
- ・ 業務改善計画の策定、実施状況の評価
- ・ 研修会の実施
- ・ 体制変更（診療報酬算定にあたり、リスクマネージャー（放射線診断科医、病理診断科医）が医療安全部門に加入することで、同部を報告書確認対策チームとした）

5. 報告書確認対策チームの活動で課題となっていること

- ・ 未読レポートの確認を促しているが、件数が減らず、効果的な対応がないこと
- ・ 診療科の負荷を少なく、未読、未対応のレポートへの対応を促す方法について
- ・ 未読レポートの対応を促すことにより、対応の質の低下を招かないようにすること
- ・ 未読レポート数の抽出を人の手作業で行っているため、作業時間がかかる
- ・ レポート読影の未対応診療科への連絡などが過重労働につながっている
- ・ システムの課題により、既読にできない報告書が未読として扱われる
- ・ システム上未読であっても、対応済のことがある（既読処理の周知に課題）
- ・ 研修会の実施
- ・ 重要フラグの有無に関係なくすべての未読率を改善すること
- ・ 内視鏡検査結果の未読対策
- ・ 病理検査の報告書の確認体制の整備
院外へ依頼した画像診断検査の結果確認、対応に関する安全対策
（算定要件について）
レポート作成2週間後の既読処理は患者の外来受診と異なるタイミングでの処理となるため、カルテを開く手間がかかること、患者受診時の説明忘れにつながり得ること、緊急対応を要するものは電話連絡がなされること、を考えると臨床の安全につながるとは考え難く、4週、6週後など期間の再考が必要と考える

6. 算定を予定していない理由（複数選択）（N=23）

	N
① 必要な要件を満たすことが難しい（画像診断管理加算2、3を未取得）	4
② 必要な要件を満たすことが難しい（人的な余裕がない）	13
③ システム上の課題（未読／既読管理機能がない）	2
④ システム上の課題（未読レポートを抽出する機能がない）	2
⑤ システム上の課題（その他）	1
⑥ 業務負担に見合う診療報酬ではない	13
⑦ その他	2

（⑤の具体的な内容）

- ・ 未読レポート抽出機能はあるが、1カ月に1回自動抽出する機能しかないため、任意のタイミングで抽出することが出来ない。

（⑦の具体的な内容）

- ・ 大学病院の診療実態に合わない要件となっている。報告書作成から概ね2週間後に、未確認となっている報告書を把握するとともに、医学的な対応が必要とされるものについて、その対応状況について、診療録等により確認し、医学的な対応が行われていない場合にあっては、主治医等に電話連絡等の方法により対応を促す、との要件であるが月6千、7千件あるものを現場に2週間でフィードバックするのは大学病院では非現実的。また大学病院においては2か月ごと、3か月ごとの診療も多く、至急の医学的な対応が必要でない場合は次回診察での対応となることもある。
- ・ 要件を整える労力に対し、点数が低いため

相互チェックに関する資料

令和3年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施要項

国立大学病院長会議常置委員会診療担当（医療安全管理）校（大阪大学）

1. 目的

国立大学附属病院の医療の安全と質の向上を図り、安全管理体制確立の一助となることを目的に医療安全・質向上のための相互チェックを自律的に実施する。

2. 区分

医療安全・質向上のための相互チェックは、「自己チェック」と「訪問調査によるチェック」に区分して実施する。

3. 実施方法

(1) 自己チェック

各大学病院は「自己チェックシート」を作成し、事前に訪問大学病院に送付する。

(2) 訪問調査によるチェック

- ①地区の枠を越え、全国規模での組み合わせにより1機関対1機関で調査を実施する。
- ②組み合わせについては、過去の組み合わせと重複しないように考慮する。
- ③メンバー構成は、実務的チェックを行うことから、当該領域の専門家のほか、医療安全管理者(GRM)等を中心とした必要人数で行うこととする。
- ④訪問大学は、実地調査を行う。
- ⑤派遣人数・日程等は必要最小限で実施することとし、必要経費についても適正化を図ることとする。

(3)本年度は、「特定機能病院間相互のピアレビュー」を実施することから、当該ピアレビューの訪問調査と同日に相互チェックの実地訪問調査を行う。

4. 重点項目

令和3年度の重点項目は、「画像診断レポート等の確認に関する安全対策—令和3年度追跡調査—」とする。

5. 関係書類の提出

(1) 自己チェックの結果

各大学病院は、自己チェックの結果を訪問大学病院へ提出する。

(2) 訪問調査の結果

訪問大学病院は、訪問調査の結果を被訪問大学病院及び診療担当（医療安全管理）校へ提出する。

6. 日程

- (1) 診療担当（医療安全管理）校は、令和3年7月頃、医療安全・質向上のための相互チェックの実施について、各大学病院へ依頼する。
- (2) 訪問調査は、令和3年9月頃から11月下旬頃までに実施する。
- (3) 各大学病院は、自己チェックの結果を訪問調査までに、遅くとも令和3年9月末頃までには訪問大学病院に提出する。
- (4) 訪問大学病院は、訪問調査の結果を令和3年12月15日頃までに被訪問大学病院及び診療担当（医療安全管理）校に提出する。
- (5) 診療担当（医療安全管理）校は、令和4年6月頃、調査結果を報告書としてとりまとめ、令和4年度の国立大学病院長会議総会で報告する。

令和3年度 医療安全・質向上のための相互チェック

(重点項目「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」-令和3年度追跡調査-)

実施概要

国立大学病院長会議常置委員会
診療担当(医療安全管理)校(大阪大学)

1. テーマ設定の背景

- ・ 画像診断レポートで指摘された所見への対応遅れのインシデントが全国的に報道、注意喚起されていた状況を受けて、平成29年度医療安全・質向上のための相互チェックでは、重点項目として「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」を取り上げました。また、翌平成30年度は改善状況調査を実施しました。
- ・ 大学附属病院等は、多診療科が関与するチーム医療、地域との連携、救急医療、若手医師への教育等を幅広く担うことから、画像診断レポートへの確実な対応は、医師個人が基本的な責任を果たすことに加えて、組織としての体制整備が求められています。
- ・ 平成29～30年度の相互チェックは、既読/未読管理や重要所見が含まれる画像診断レポートへの対応等に関する全国的な改善推進の一つの契機となりました。
- ・ 一方で、画像診断レポート等の確認遅れに関係するインシデントは依然として報告され、複雑かつ複合的な課題に対しては、課題を継続的に把握すること、及び改善策の体系的な情報共有が不可欠であると考えられます。

2. 本相互チェックの目的

- ・ そこで、今回の「医療安全・質向上のための相互チェック」では、「画像診断レポート等の確認に関する安全対策-令和3年度追跡調査-」を重点項目に設定し、各大学病院の現状や課題を調査します。前回調査以降、限られたリソースの中で推進されてきたグッドプラクティスを把握するとともに、新たに見えてきた課題や先進的な取り組み等の情報を共有することを目的とします。
- ・ なお、「医療安全・質向上のための相互チェック」は、大学間の優劣比較を目的とするものではありません。従って、現状の把握・情報共有に資する観点から、率直な情報提供をお願いします。

3. 全体の構成

- ・ 相互チェックは、各大学による「事前調査票(自己チェックシート)」への回答と、同シートに関する訪問時調査での実地確認、ディスカッションで構成されます。

4. 自己チェック（事前調査）の内容

- ・ 自己チェックでは、画像診断検査の依頼から患者への対応までの一連のプロセスに沿って、各大学の体制や運用、関係する安全対策等について現状を確認します。
- ・ 表1（調査項目概要）に示す20領域について、医療安全体制、画像読影体制、電子カルテシステムをよく理解している職員が中心となって回答してください。
- ・ 調査票の各設問には、参考として「想定される回答者（部門）」を示していますが、各大学の体制に応じて、医療情報部門、放射線部門、医療安全部門、救急部門等でよく協議の上、院内の実際の運用を確認してください。
- ・ ケースや教訓に関する設問（8-11）、9-9）に回答する大学は、調査票に示した例を参考に、個人情報等が特定できないように配慮してください。

表1 調査項目概要（項目番号、内容、調査票頁数）

（A項目：取り組みの内容等）

1	検査依頼	2
2	読影依頼	4
3	読影体制	5
4	読影時の重要所見区分	7
5	レポート完成通知	10
6	レポート既読処理	12
7	未読レポートへの対応：抽出	14
8	未読レポートへの対応：開封督促	16
9	患者対応に関する診療録監査	18
10	救急部門における画像検査	21
11	院外へ依頼した画像検査	22
12	患者参加の促進	24
13	人工知能（Artificial Intelligence, AI）の活用	25
14	情報共有や教育	26
15	患者へのレポートの交付	28
16	優先課題	29

（B項目：取り組みに係る基礎的なデータ等）

17	病床数、患者数	30
18	撮影、レポート作成、重要所見フラグ付与件数、付与率	31
19	診療録監査件数、照会件数	32
20	電子カルテシステム	33

5. 訪問調査の内容

- ・ 訪問大学（他大学を訪問する側）は、訪問前に、被訪問大学（他大学から訪問を受ける側）から提出された事前調査票（自己チェックシート）を確認してください。

- ・ 画像診断検査の依頼から患者への対応までのプロセスや安全対策について、現地で電子カルテの画面等を実際に操作、参照しながら、確認を行ってください。
- ・ この際、画像診断検査の依頼用紙、画像診断レポート（7. 訪問調査の事前準備の項を参照）については、具体的な記載内容を踏まえて、運用を確認してください。
- ・ 各病院のシステム整備や安全対策には個別の背景があります。訪問調査においては、単に対策実施の有無のみを聞き取るのではなく、具体的な内容や運用上の工夫（グッドプラクティス）、対策を実施する上での障壁を実地で確認してください。
- ・ また、これらを踏まえて、他大学と共有できる取り組み、それを成し遂げた背景、残されている課題等を、参加メンバー全員でディスカッションしてください。
- ・ 訪問調査票の内容は事前調査票（自己チェックシート）と同じ項目となっています。現地確認の結果を踏まえて、訪問大学が作成、確定の上、期日までに診療担当（医療安全管理）校、被訪問大学へ提出してください。

6. 訪問調査に参加するメンバー

- ・ 訪問大学、被訪問大学のメンバーは、下記の内容を参考に決定してください。
- ・ 両チームとも、A は必須とします。B・C については、被訪問大学は両者必須、訪問大学は、可能であれば両者が参加することが望ましいものの、どちらか1名でも可とします。

A	病院全体の医療安全の業務に関与している医療職
B	画像診断レポートの作成にかかる業務を担当し、当該領域の知識や経験を有する、放射線診断に関わる部門の医師等
C	画像診断関連システムと電子カルテシステムの連携についての知識や経験を有する医療情報部門の医師等

7. 訪問調査の事前準備

- ・ 被訪問大学は、事前に下記書類の写しを用意し、訪問時に参考資料として提示してください。患者名、医師名、診療科名については黒塗りにするなど、特定できないように加工してください。
 - ① 本年9月1日の10時以降に撮影されたCT検査の依頼用紙を連続10件
 - ② 検査の主目的以外に偶発的に発見された重要所見が記載された画像診断レポート3件（2021年度に記載されたものであれば、日付は問わない）

8. その他

- ・ COVID-19の感染拡大状況や医療機関の対応状況等を総合的に踏まえ、「訪問時調査」実施の可否については、8月末を目途に検討の上、再度通知を行う予定ですので、ご留意ください。

以上

令和3年8月30日

各国立大学（医学部）附属病院長 殿
各公立大学（医学部）附属病院長 殿
防衛医科大学校病院長 殿

国立大学病院長会議常置委員長
千葉大学医学部附属病院長
横手 幸太郎（公印省略）

国立大学病院長会議常置委員会
診療担当（医療安全管理）
大阪大学医学部附属病院長
土岐 祐一郎（公印省略）

「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」及び「令和3年度特定機能病院間相互のピアレビュー」における訪問による調査の中止について（通知）

謹啓 秋暑の候 益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

標記のことにつきまして、全国における新型コロナウイルス感染症の動向を踏まえ、今年度の訪問調査を取りやめ、紙面調査のみとしますので、お知らせいたします。

訪問による調査は実施しませんが、訪問大学は、被訪問大学から提出された自己チェックシートの内容を必ず確認し、疑義があればメール、電話等で照会を行い、訪問調査シートに照会結果を反映のうえ、診療担当（医療安全管理）校に提出願います。

なお、訪問調査の中止に伴い、訪問調査シートの提出期限を12月10日（金）から、11月12日（金）に変更させていただきますので、ご了承願います。また、講評文書等記載用紙（資料8および資料10）は提出不要ですので、併せてご留

意願います。詳細につきましては、下記および別添の資料5「実施スケジュール図（更新版）」をご参照ください。

敬白

記

シート等の提出先及び提出期限

- 被訪問大学から訪問大学へ提出…………… 令和3年9月30日（木）まで

【医療安全・質向上のための相互チェック】

- ・自己チェックシート（資料7-2※）

【特定機能病院間相互のピアレビュー】

- ・自己チェックシート（I）～（IV）（資料9-1～4※）

- 訪問大学から被訪問大学及び診療担当（医療安全管理）校（大阪大学）へ提出……………【~~変更~~】令和3年11月12日（金）まで

【医療安全・質向上のための相互チェック】

- ・訪問調査シート（資料7-2※）
- ・~~講評文書等記載用紙~~（資料8）【提出不要】

【特定機能病院間相互のピアレビュー】

- ・訪問調査シート（I）～（IV）（資料9-1～4※）
- ・~~講評文書等記載用紙~~（資料10）【提出不要】

※資料7-2、資料9-1～4は、自己チェックシートと訪問調査シート兼用の調査票です。各調査票の冒頭部分で、必ずどちらかのシートのタイトルを選んでから回答するよう、ご留意願います。

以上

医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループからの提言

国立大学病院等における画像診断レポート等の確認に関する安全対策については、医療安全部門、医療情報部門、放射線部門が連携して、自施設における臨床実践の枠組みを理解し、診療科や部署が相互に補完しあう仕組みを作る必要がある。また、病院長は、画像診断レポートの確認遅れの防止を、医師個人の努力の目標ではなく組織全体の課題として捉え、必要な予算措置等を含め、支援すべきである。

以上の点は、平成29年度に実施した本テーマを重点項目とする相互チェック（以下、前回の相互チェックとする）の報告書に明記され、各大学では、これに基づく11の提言事項（表1、詳細については119ページ参照）を参考に、安全対策の導入や強化に取り組んできた。その進捗については、平成30年度の改善状況調査において確認され、現在も継続的な運用や改善がなされている。

表1 平成29年度 医療安全・質向上のための相互チェックWGからの提言事項

1	検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示
2	読影体制の整備
3	検査依頼意図の正確な伝達と円滑なコミュニケーションのための工夫
4	レポートに記載された重要所見の視認性向上のための工夫
5	至急対応が必要な重要所見への対応
6	月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見への対応
7	重要所見への対応の記録
8	医療チーム内の情報共有の促進
9	患者参加の推進
10	レポートの未読／既読管理
11	未読レポートの抽出、管理

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室からも、平成29年度より繰り返し本課題への組織的な対策の必要性が通知され、令和元年12月には画像診断レポートの確認を支援する病院情報システムの機能が公表された。これらを受けて、各ベンダーでは各種機能の開発や標準仕様化が進められつつあり、システム面での改善を後押ししている。

一方で、近年、単に既読／未読の履歴を管理することのみでは診断や治療の遅れを完全に防ぐことができない事例や、病院情報システムでの通知に依存するが故に生じたであろう対応遅れなど、新しい課題が明らかになってきている。また、令和4年度には診療報酬に報告書管理体制加算が新設され、重要な所見に対する診療録監査の必要性も示された。現在、

これらの対策が次々に積み上げられる傾向にあることから、各施設では、これまでに組織で進めてきた安全対策を振り返り、それらが院内にどのように浸透し、うまく機能しているか、特定の部門や職種の業務に負荷が生じていないか等の評価に関する取り組みを考える必要がある。様々なセーフティネットが重ねられる中、検査依頼医や依頼診療科が、組織の仕組みに過度に依存してしまうことのないよう、診療において医師が果たすべき基本的な責務を各自が自覚することの重要性が、改めて強調されるべき点である。

その上で、今回の本提言においては、前回の相互チェックの提言やその評価を踏まえて、今後、さらに取り組みや検討が必要と考えられる事項を中心に述べる。なお、画像診断レポート等の安全対策に投入できる各大学のリソースにはばらつきがある。各組織の臨床業務の文脈に応じて、優先すべき課題を見極め、協議することが求められる。

1. 前回の相互チェック以降の対策の評価

前回の相互チェックに参加した国立大学附属病院、防衛医科大学校病院（計 43 施設）において、前回調査（平成 29 年度）から今回調査（令和 3 年度）までの間に、画像診断レポート等の確認に関する安全対策がどのくらい講じられたかを前回の提言に沿って比較した（表 2）。

表 2 前回提言項目に関する対策実施施設の割合（国立大学附属病院等 43 施設で比較）

平成 29 年度提言項目	平成 29 (2017)年度	令和 3 (2021)年度
1. 検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示	22 施設(51%)	35 施設(81%)
6. 月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある想定外所見へのフラグ付与	4 施設(9%)	26 施設(60%)
10. レポートの未読／既読管理	23 施設 (53%)	42 施設 (98%)
11. 未読レポートの抽出、管理	18 施設 (42%)	40 施設 (93%)

この 4 年間に画像診断レポートの未読／既読管理および未読レポートの抽出を、ほぼすべての国立大学附属病院等で実施可能となったことは、病院組織として本課題を重視し、システム改修等の組織的な対策がとられたことを示しており、国立大学附属病院等全体の大きな改善と評価される。また、未読／既読管理のみならず、精査等の患者対応を特に促し、適切な患者対応がとられたかの診療録監査が特に必要となる想定外の所見に対する「フラグ」について、付与している施設が 4 施設から 26 施設へ増えており、多くの施設で放射線科医と連携した対策が進められていた。一方、今回の調査では、診療科のフラグへの依存など、フラグ付与に関連した課題も見出されており、導入に関しては各施設で組織的に検討された結果であると推測される。

安全対策の急速な普及は望ましいことである一方で、職員の入れ替わりが多い大学病院

等では、目的を共有し、ピットホールを確認しながら慎重に評価を継続するサイクルを設けておくことが重要である。そのための基盤として、検査依頼医および依頼診療科は、画像診断結果を確実に患者の診療に活かす責務を負っていることを病院ポリシーとして明示するとともに、繰り返し教育していくことが必要であると考えられる。

2. 安全対策の全体像を捉えた取り組みポイントの確認

以下の集計結果は、令和元年度に国立大学病院長会議の相互チェックに加わった公立大学病院8施設も含めた、計51施設からの回答に基づくものである。

画像診断レポート等が適切に患者に説明され、治療に反映されるための仕組みの主なポイントを、図1(14ページ)に示す(図中の数字1~11は前回提言に相当する箇所、12~14は新たに認識されるようになった課題を示す)。これらの全体像の中で、特に配慮が必要であると考えられる事項は次のとおりである。

● 読影体制の充実と適切かつ適正な検査依頼

我が国の、人口あたりのCT保有台数は世界一多いことが知られている。さらに、近年画像診断技術の進歩、高齢化・多併存疾患化に伴う検査数や画像情報の膨大化、安全対策としての読影業務の増加に加えて、IVR等の読影以外の業務の増加など、多くの施設において放射線科医の負荷が拡大している。そのような状況においても、救急部門で撮影した画像検査所見について、24時間のコンサルト体制や、翌朝優先的に読影する体制等がすべての施設で整備されており、放射線科医の適正な配置やタスク分配、AI等を用いた技術革新による支援等の推進が重要となってきている。検査の依頼側は、過剰な検査を控えること、読影依頼の適切性を検討し依頼内容を的確に記載することを心がけるなど、適正な画像検査依頼を行う必要がある。

● 読影時に確認された重要所見への対応と依頼医の責務の再確認

読影医の診断内容の中に重要な所見がある場合に、それらが重要な所見であると認識され、適切な対応がとられることを促すための、読影医側によるレポート作成時の取り組みとして、次にとることが望ましい行動を記載すること(47施設)、重要度に応じた記載順とすること(22施設)等が実践されていた。また、緊急対応を要する所見(以下、緊急所見)の電話連絡(全施設)や、準緊急として対応が必要な所見(以下、準緊急所見)へのフラグ付与(33施設)によるプッシュ通知(読影側から依頼側への積極的な通知)に読影医が協力していた。

プッシュ通知については、11施設(22%)は準緊急所見(想定内・外を問わず)に対し電話連絡やフラグ付与を行っていなかった。その理由として、通知基準の曖昧さや責任の所在に関する議論において院内の合意が得られていないことが挙げられた。各施設で様々な議論の末に運用が定められていることを示す結果の一つとして、表3(20ページ)のお

り、全国でフラグの意味づけが多様であることが明らかになった。緊急あるいは準緊急所見のうち、依頼医が想定していないと思われる所見のみを電話連絡あるいはフラグ付与によるプッシュ通知の対象とする施設も多く、これらの施設では、画像検査を依頼する診療科側と読影医側が、「どのような場合にフラグが付与されるか」についてコンセンサスを得ておく必要がある。依頼医がフラグに過度に依存している場合に、フラグのないレポートの確認が不十分となりやすく、実際に患者対応が遅れたレポートの中には、「読影医は依頼医の想定内と考えフラグを付与しなかったが、依頼医は異常所見を想定しておらずレポートの確認が十分ではなかった」という事例も経験されている。

また、重要所見に対するフラグ付与率は施設により様々であり、これはフラグ付与対象となるレポートが施設により異なることが影響していると考えられた。フラグ付きレポートが多すぎると、依頼側にとって想定範囲内の所見や、急を要さない所見が増え、フラグへの対応やカルテ記録が不十分となるとともに、フラグ付きレポートを対象として診療録監査を行う場合の監査者の負担が増す。また、フラグの付いていないレポートへの確認意識が低下することも経験されている。これらの課題も含め、フラグの適切な運用については今後も各施設での検証、評価を続けていく必要があると考えられる。重要な点は、読影医からのプッシュ通知は重要所見を見落とさないための「サポート」の一つであると考え、依頼医はプッシュ通知の有無に関わらず、すべてのレポートを確認する必要があるという医療者としての当然の責務が、すべての安全対策の基盤であることを、常に認識しておくことである。

● 未読／既読管理の目的の明確化や効率化の検討

未読／既読管理はほぼ全て（50施設）の施設で実施されており、46施設で定期的な未読レポートの抽出がなされ、うち40施設では全レポートを対象として抽出されていた。45施設が、電子カルテシステム内に未読レポートリストアップ機能を有していたことは、依頼医や診療科が自律的に患者横断的に未読レポートを確認し対応することを可能とする点で、重要な安全対策である。読影医が自身の読影したレポートをリストアップできる施設も23施設あった。病院として未読レポートの開封督促を実施している45施設のうち38施設が全ての未読レポートを対象としており、多くの施設が紙やメールなどの人的労力にて督促を実施していた。未読レポートの抽出や督促の体制が多くの施設で整備されたことは大きな改善であるが、改めて、未読をゼロにすることではなく、確実な患者対応に至ることの重要性が再認識されている。最終的な目的を認識したうえで、業務負担や経費負担の面での効率性を検討することが必要である。

3. 新たな課題への対応

次に、前回の調査以降にクローズアップされてきた事項への対応について述べる。

- 診療録監査の重要性と困難さ

レポートの既読状況を管理し、未読レポートを一定期間内にゼロ件にするための仕組みや体制は多くの病院で整備されてきた。一方で、既読となったことを確認するだけでは、依頼医等が読影所見に従って適切な対応、すなわち、患者への説明、必要な精査、その記録等が適切に実施されたことの確認にはならない。今回の調査においても、既に未読／既読管理に関する仕組みを整備済みの病院から、「既読になっているにも関わらず、対応されていない症例を経験した」という教訓が提示されている。この問題を解決するためには、実際に診療録を開き、記載内容を確認する診療録監査が必要となる。

既に診療録監査を実施している病院（23施設）のうち16施設で医療安全部門が監査に関わり、ほか診療情報管理部門、医療情報部門、放射線部門等が単独あるいは連携して実施していた。また監査担当者の職種は施設により多様であったが、診療情報管理士が関わる施設は10施設に留まった。診療録監査によって初めて患者への対応が始まるケースの数は1か月に0～1件である施設が多く、レポート作成全数に比しわずかではあるが、影響度の大きさを考えると、診療録監査は極めて大きな役割を果たしていると言える。また、診療録監査を通じて、各施設での課題やピットホールが明確化される場合もある。既読処理や対応済みとして処理された所見でも、実際には対応されていない場合があり、重要所見を真に認識できていなかったケース、他科紹介や患者説明を後日行う予定にしていたものが実施されていなかったケースなどの事例が共有された。併せて、実際には対応されているにも関わらず、診療録に記載がないものが少なからずあり、「レポートで指摘された所見をどう判断し、どう対応したか」を記録することを教育・再周知する必要性が多くの施設で認識されている。これらの診療録監査の結果を依頼医や当該診療科のみでなく、病院全体で共有することが重要である。

一方で、診療録監査の実施には相当の時間を必要とすることから、対象レポートを限定する必要がある。例えば、フラグが付与されたレポートを追跡するなど、各病院のリソースに応じた体制の確立が求められる。また、監査の効率化のためにも診療録記載の改善の必要性や、監査に頼らない自律的なレポート確認と対応の意識付け等の教育の必要性、監査基準の策定や、監査結果からの学びを院内で共有する方法、監査改善のための評価方法等、診療録監査をうまく展開するための方法について、大学間の情報交換等が必要な段階にあると考えられる。

- 外部機関に依頼した画像診断レポートに関する安全対策

各大学病院における検査需要の拡大に伴い、院外の医療機関に、画像診断を依頼するケースが増加している。ネットワークや可搬媒体にて画像検査データが先に届き、後日、検査実施機関で画像診断レポートが作成されて届くことがある。院外の医療機関で作成されたレポートは、院内実施の画像検査で作成されるレポートとは別の形式で電子カルテ上に保存される場合も多い。それぞれに保存された画像検査データとレポートの内容を紐づけて確

認し、対応することについては、現状は依頼医（および診療科）に委任せざるを得ない施設がほとんどであり、病院として外部機関作成のレポートの確認に関する安全対策に着手している病院は 2 施設のみであった。院外施設への画像診断依頼件数を把握できないこと、院外委託施設により画像および読影レポートの運用が様々であることがその障壁の要因として挙げられた。その他、自院の読影医による再読影が行われるケースへの対応など、院外施設へ委託された画像診断に係る適切な安全対策として求められる事項や体制、方法等についての議論が必要となっている。

4. 将来に向けて

近年、医療分野における AI（人工知能）の実用が報告されるようになった。本調査においても、画像診断の分野で既に導入している病院が 15 施設、導入を検討している大学病院が 14 施設であり、その多くは画像診断読影支援を目的としていた。世界有数の画像検査実施数を誇る我が国において、放射線科医の人数は充足状況にはなく、画像診断レポートの質を担保するために適正とされる読影医数の基準を全国一律に満たすよう配置することは非現実的である。限られた人員に負荷をかけるような対策を積み上げるのではなく、今後は、海外の知見等も参考に、診断、重要所見の抽出、診療録監査等において、AI と医療者とが協働し得る方法をさらに探求していくことが必要である。

また、患者やその家族の医療への参加は本領域に限らず、ヘルスケアシステム全般に不可欠な要素として、その働きかけや実装のための科学は進歩を続けている。安全な医療の実現に向けて、患者が自身に関する医療データに関心を持ち積極的に管理することも含め、社会全体であらゆる境界を越えて、この問題に関する解決に向けた学際的な議論を行っていくことが必要である。

5. まとめ

今回の相互チェックにて、平成 29 年度に比し、画像診断レポート等の確認に関する安全対策が全国で大幅に進められてきたことが明らかになった。特に、未読／既読管理機能などの病院情報システムに関連する改良が進められ、病院として本課題を重要視し関連部署が連携し、優先的に取り組んだことがわかる。一方で、多くの経費と業務負荷にて未読レポートをゼロにすることを目指しても、適切な患者対応に至っていなかったケースが多くの施設で経験されている。図 1 に示した安全対策における多角的な取り組みのポイントは、各項目が、相互に連携、依存しており、いずれか一つを取り出して議論すると、他所で想定外の制約を来すという可能性があることに留意し、業務のつながりを意識した全体像を考える視点を持つことが重要である。

新たに重要性が認識されている診療録監査についても、組織的なセーフティネットに依存することのないよう、依頼医がレポートを確認するという責任ある自律的な確認行為の浸透と、診療録監査にて得られた学び（適切な記録、診療科間等のコミュニケーション等の

重要性)を診療科にフィードバックし、臨床プラクティスを改善することにより診療録監査の負担も軽減していくような改善のサイクルを目指す必要がある。

組織的な教育とシステム整備と自律的な安全行動と監視による安全管理は、どちらか一方では不十分であり、双方向からバランスよく取り組みを継続していくことが必要である。これらの継続した活動の母体として、令和4年度に診療報酬加算で評価されたように、部署横断的な画像・病理診断報告書の確認に関する安全対策チームを設置することも有用と思われる。全国的に体制整備が進んできたことから、今後は、組織的な取り組みの評価、見直し、改善のサイクルを継続的に回しながら、全国で情報を共有していくことが重要である。将来的にはAIを活用した効率的な画像診断レポート確認と適切な対応へのサポートの仕組みが実装されることを期待したい。

参考文献

1. The Royal College of Radiologists. Standards for the communication of radiological reports and fail-safe alert notification. London: The royal College of Radiologists, 2016.
2. National Patient Safety Agency. Safer Practice Notice 16: Early identification of failure to act on radiological imaging reports. London: National Patient Safety Agency, 2007.
3. National Patient Safety Agency. Patient briefing: Following-up x-ray and scan reports. London: National Patient Safety Agency, 2007.
4. The College of Radiographers and The Royal College of Radiologist: Quality Standard for Imaging (QSI) 2021, 11. The College of Radiographers and The Royal College of Radiologist, 2021.
5. Recommendations: Parliamentary and Health Service Ombudsman: Unlocking Solutions in Imaging: working together to learn from failings in the NHS, 2021.
6. 国立大学附属病院長会議常置委員会：平成 29 年度医療安全・質向上のための相互チェック報告書. 2018.
国立大学附属病院長会議常置委員会：平成 30 年度「平成 29 年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく改善状況等の報告書. 2019.
7. 厚生労働行政推進調査事業費補助金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基盤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）平成 30 年年度総括研究報告書, 2019.
8. 日本医療安全調査機構：医療事故防止に向けた提言 第 8 号「救急医療における画像診断に係る死亡事故の分析」, 2019.
9. 日本放射線専門医会・医会 理事会 医療政策研究委員会:【提言】医療の質と安全を担保するための読影量について, 2022.
10. OECD: Health equipment, Computed tomography (CT) scanners: Health at a Glance 2021. <https://data.oecd.org/healtheqt/computed-tomography-ct-scanners.htm>
11. 画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設. 中央社会保険医療協議会 総会（第 516 回）資料, 2022.
12. The Royal College of Radiologists. Integrating artificial intelligence with the radiology reporting workflows: The royal College of Radiologist, 2021.
13. Domingo J, Galal G, Huang J, et al., Preventing delayed and missed care by applying artificial intelligence to trigger radiology imaging follow-up. NEJM Catalyst. 2022;3(4).

令和4年11月18日

各国立大学（医学部）附属病院長 殿
各公立大学（医学部）附属病院長 殿
防衛医科大学校病院長 殿

国立大学病院長会議常置委員長
千葉大学医学部附属病院長
横手 幸太郎
(公印省略)

国立大学病院長会議常置委員会
診療担当（医療安全管理）
大阪大学医学部附属病院長
竹原 徹郎
(公印省略)

令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく
重点項目に関する改善状況調査について（依頼）

医療安全・質向上のための相互チェックにつきましては、実施の翌年度を改善期間とすることが平成25年6月開催の国立大学附属病院長会議で承認されております。

つきましては、別添の『令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく重点項目に関する改善状況調査 調査用紙』に必要事項を記入のうえ、令和4年12月23日（金）までにご回答願います。

なお、従前の改善状況調査では、主として前年度の実地調査時の講評において指摘された事項に関する改善の取り組み状況を書面で報告いただいていたましたが、令和3年度医療安全・質向上のための相互チェックは、COVID-19感染症の流行により、やむなく実地訪問を中止したため、本年度は別添の形式となりましたことを申し添えます。

【事務担当】

国立大学病院長会議常置委員会
診療担当（医療安全管理）
大阪大学医学部附属病院
医事課医療安全係

TEL :

FAX :

E-mail :

第 21 の 4 報告書管理体制加算

1 報告書管理体制加算に関する施設基準

- (1) 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 区分番号「A 2 3 4」医療安全対策加算 1 又は 2 の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 第 4 部通則 5 に規定する画像診断管理加算 2 若しくは 3 又は区分番号「N 0 0 6」病理診断管理加算 1 若しくは 2 の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の常勤臨床検査技師又は専任の常勤診療放射線技師その他の常勤医療有資格者を報告書確認管理者として配置していること。なお、ここでいう適切な研修とは、第 20 医療安全対策加算の 1 の (1) のアをいうものである。
- (5) 当該保険医療機関内に、以下の構成員からなる報告書確認対策チームが設置されていること。
 - ア (4) の報告書確認管理者
 - イ 専ら画像診断を行う医師もしくは専ら病理診断を行う医師
 - ウ 医療安全管理部門の医師その他医療有資格者
- (6) 報告書確認管理者が行う業務に関する事項
 - ア 報告書管理に係る企画立案を行うこと。
 - イ 報告書管理の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
 - ウ 各部門における報告書管理の支援を実施し、その結果を記録していること。
 - エ 報告書作成から概ね 2 週間後に、主治医等による当該報告書の確認状況について、確認を行うとともに、未確認となっている報告書を把握すること。
 - オ 未確認となっている報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて、その対応状況について、診療録等により確認すること。医学的な対応が行われていない場合にあっては、主治医等に電話連絡等の方法により対応を促すこと。
- (7) 報告書確認対策チームが行う業務に関する事項
 - ア 各部門における報告書管理の実施状況の評価を行い、実施状況及び評価結果を記録するとともに、報告書管理の実施状況の評価を踏まえた、報告書管理のための業務改善計画書を作成すること。
 - イ 報告書管理を目的とした院内研修を、少なくとも年 1 回程度実施していること。
 - ウ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績を記録すること。
 - エ 報告書管理の評価に係るカンファレンスが月 1 回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (8) 医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備していることが望ましいこと。

2 届出に関する事項

報告書管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 36 の 3 を用いること。

(提出先)国立大学病院長会議常置委員会診療担当(医療安全管理)校 大阪大学医学部附属病院長 殿

提出機関名

令和4年度「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」に基づく

「令和3年度医療安全・質向上のための相互チェック」における重点項目に対する、
令和4年11月1日時点の取り組み状況等について、下記のとおり報告します。

I 画像診断レポートの確認に関する次の各安全対策への取り組み状況について
〔安全対策〕

	項目	概要	R3関連質問	選択肢	取り組みの課題や障壁があればご記入下さい
1	病院ポリシーの明示	画像診断レポートを確認し、対応する責務について、病院のポリシーを職員に示している	14-1)-(1)		
2	自院の安全対策の教育	画像診断レポートの確認に関する自院の安全対策の概要を医師に教育している	14-3)-(7)		
3	緊急所見への対応	24時間以内に対応が必要な所見が確認された際に、読影医から依頼医等に電話で確実に連絡する体制を整備している	4-1)		
4	準緊急所見への対応	月単位で対応が必要な所見が確認された際に、読影医から依頼医等に電話、フラグ等で連絡している	4-1)、8)		
5	完成通知	画像診断レポートが完成したことを通知している	5-1)		
6	完成通知の転送	完成通知を受け取った医師が他の医師に通知を転送できる仕組みがある	5-7)-(2)		
7	既読管理	画像診断レポートを確認したこと(開封したこと)が記録される	6-1)		
8	未読抽出	病院による、未読の画像診断レポートの抽出を実施している	7-1)		
9	開封督促	病院による、未読の画像診断レポートの開封(確認)の督促を実施している	8-1)		
10	診療録監査	画像診断レポートに対する患者対応(説明、精査等)と記録状況を、実際に診療録を確認して監査している	9-1)		
11	院外へ依頼した検査への対応	院外へ依頼した画像診断検査の結果の確認、患者対応に関する安全対策を実施している	11-7)		
12	患者参加の推進	画像診断レポートの確認に関する安全対策において患者参加を推進している	12-1)		

〔回答用選択肢(単一選択)〕

1、2、3、4、8、9、10、12 共通

1)	令和3年度調査時点で既に取り組んでいた(その後、更に改善した)
2)	令和3年度調査時点で既に取り組んでいた(その後、特に改善していない)
3)	令和3年度調査終了後に新たに取り組みを開始した
4)	特段の取り組みは実施していない

5、6、7 共通

1)	令和3年度調査時点で既に仕組みがあった(その後、更に改善した)
2)	令和3年度調査時点で既に仕組みがあった(その後、特に改善していない)
3)	令和3年度調査終了後に仕組みを新たに構築した
4)	特段の仕組みはない

11

1)	令和3年度調査時点で既に取り組んでいた(その後、更に改善した)
2)	令和3年度調査時点で既に取り組んでいた(その後、特に改善していない)
3)	令和3年度調査終了後に新たな取り組みを開始した
4)	院外への画像診断依頼そのものを実施していない

II 令和3年度調査において、「今後、病院とし最優先で取り組む必要があると考えていること」に回答した内容に関する進捗状況について
(R3 関連質問:16-2) (単一選択)

1)	取り組みは完了した
2)	現在、取り組みを進めている
3)	現時点で、取り組みに着手できていない
4)	令和3年度調査時点で、特に優先的に取り組む必要がある課題はなかった

回答

(取り組みの課題や障壁)

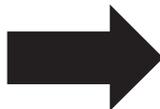
III 令和4年度の診療報酬改定にて新設された、「画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価」への対応について
(添付資料有)

1 診療報酬算定について (単一選択)

1)	算定を開始済 →()月から ※半角2桁でご入力ください
2)	算定を準備中 →()年()月開始予定
3)	算定を準備中 →時期未定
4)	現在のところ算定予定はない

回答

1)の場合
2)の場合



【上記1で1)を選択した大学】→ 2、3、4へ

【上記1で2)、3)を選択した大学のうち、報告書確認対策チーム設置済の大学】→ 2、3、4へ

【上記1で2)、3)を選択した大学のうち、報告書確認対策チーム設置前の大学】→ 終了

【上記1で4)を選択した大学】→ 5へ

2 報告書確認対策チームについて

1)チームの構成員の人数 (記述回答)
()人

回答

2)報告書確認管理者について

(1)職種 (単一選択)

- ① 医師
- ② 診療放射線技師
- ③ 臨床検査技師
- ④ 診療情報管理士
- ⑤ 看護師
- ⑥ その他()

回答

⑥の場合

(2)医療安全部門への所属 (単一選択)

- ① 所属している(兼任も含む)
- ② 所属していない

回答

(3)医療安全部門以外の所属部署や診療科等 (単一選択)

- ① あり()
- ② なし

回答

①の場合

(4)医療安全対策加算に係る研修(通称40時間講習)

- ① 報告書確認管理者就任とは関係なく、以前に受講済
- ② 報告書確認管理者就任のため、新たに受講した

回答

3) 報告書確認管理者以外の構成員について(単一選択) ※全員についてリストアップ
<1人目>

(1) 職種 (単一選択)

- ① 医師
- ② 診療放射線技師
- ③ 臨床検査技師
- ④ 診療情報管理士
- ⑤ 看護師
- ⑥ その他()

回答

⑥の場合

(2) 医療安全部門への所属 (単一選択)

- ① 所属している(兼任も含む)
- ② 所属していない

回答

(3) 医療安全部門以外の所属部署や診療科等 (単一選択)

- ① あり()
- ② なし

回答

①の場合

(4) 医療安全対策加算に係る研修(通称40時間講習) (単一選択)

- ① 受講済
- ② 受講中
- ③ 受講予定
- ④ 受講予定なし

回答

(5) (4)で①～③を選択した場合、その受講理由について (単一選択)

- ① 今回のチーム加入とは全く関係なく受講
- ② 今回のチーム加入のために受講

回答



2人目以降について「2～5人目」シートへご回答ください

3 報告書確認対策チームの活動について (単一選択)

1)	従来から行っていた医療安全対策を踏襲する形で活動している (新たに追加した業務はない)
2)	診療報酬を算定するため、新たな作業、取り組みが必要となった (新たに必要となった業務や取り組み:)

回答

新たに必要となった業務や取り組み

4 報告書確認対策チームの活動で課題となっていること

5 算定を予定していない理由(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	1) 必要な要件を満たすことが難しい (理由:画像診断管理加算 2 または 3 を取得していない)
<input type="checkbox"/>	2) 必要な要件を満たすことが難しい (理由:求められている業務を行うだけの人的な余裕がない)
<input type="checkbox"/>	3) システム上の課題 (理由:主治医が確認したかどうかを確認する仕組み(未読/既読管理機能)がない)
<input type="checkbox"/>	4) システム上の課題 (理由:未読レポートを抽出する機能がない)
<input type="checkbox"/>	5) システム上の課題 (その他) → ※具体的に記載
<input type="checkbox"/>	6) 業務負担に見合う診療報酬ではない
<input type="checkbox"/>	7) その他 → ※具体的に記載

5)を選択の場合、具体的に記載

7)を選択の場合、具体的に記載

Ⅲ 令和4年度の診療報酬改定にて新設された、「画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価」への対応について

2 報告書確認対策チームについて

3) 報告書確認管理者以外の構成員について(単一選択)

<2人目>

(1) 職種 (単一選択)

- ① 医師
- ② 診療放射線技師
- ③ 臨床検査技師
- ④ 診療情報管理士
- ⑤ 看護師
- ⑥ その他()

回答

⑥の場合

(2) 医療安全部門への所属 (単一選択)

- ① 所属している(兼任も含む)
- ② 所属していない

回答

(3) 医療安全部門以外の所属部署や診療科等 (単一選択)

- ① あり()
- ② なし

回答

①の場合

(4) 医療安全対策加算に係る研修(通称40時間講習) (単一選択)

- ① 受講済
- ② 受講中
- ③ 受講予定
- ④ 受講予定なし

回答

(5) (4)で①～③を選択した場合、その受講理由について (単一選択)

- ① 今回のチーム加入とは全く関係なく受講
- ② 今回のチーム加入のために受講

回答

<3人目>

(1) 職種 (単一選択)

- ① 医師
- ② 診療放射線技師
- ③ 臨床検査技師
- ④ 診療情報管理士
- ⑤ 看護師
- ⑥ その他()

回答

⑥の場合

(2) 医療安全部門への所属 (単一選択)

- ① 所属している(兼任も含む)
- ② 所属していない

回答

(3) 医療安全部門以外の所属部署や診療科等 (単一選択)

- ① あり()
- ② なし

回答

①の場合

(4) 医療安全対策加算に係る研修(通称40時間講習) (単一選択)

- ① 受講済
- ② 受講中
- ③ 受講予定
- ④ 受講予定なし

回答

(5) (4)で①～③を選択した場合、その受講理由について (単一選択)

- ① 今回のチーム加入とは全く関係なく受講
- ② 今回のチーム加入のために受講

回答

<4人目>

(1)職種 (単一選択)

- ① 医師
- ② 診療放射線技師
- ③ 臨床検査技師
- ④ 診療情報管理士
- ⑤ 看護師
- ⑥ その他()

回答

⑥の場合

(2)医療安全部門への所属 (単一選択)

- ① 所属している(兼任も含む)
- ② 所属していない

回答

(3)医療安全部門以外の所属部署や診療科等 (単一選択)

- ① あり()
- ② なし

回答

①の場合

(4)医療安全対策加算に係る研修(通称40時間講習) (単一選択)

- ① 受講済
- ② 受講中
- ③ 受講予定
- ④ 受講予定なし

回答

(5)(4)で①～③を選択した場合、その受講理由について (単一選択)

- ① 今回のチーム加入とは全く関係なく受講
- ② 今回のチーム加入のために受講

回答

<5人目>

(1)職種 (単一選択)

- ① 医師
- ② 診療放射線技師
- ③ 臨床検査技師
- ④ 診療情報管理士
- ⑤ 看護師
- ⑥ その他()

回答

⑥の場合

(2)医療安全部門への所属 (単一選択)

- ① 所属している(兼任も含む)
- ② 所属していない

回答

(3)医療安全部門以外の所属部署や診療科等 (単一選択)

- ① あり()
- ② なし

回答

①の場合

(4)医療安全対策加算に係る研修(通称40時間講習) (単一選択)

- ① 受講済
- ② 受講中
- ③ 受講予定
- ④ 受講予定なし

回答

(5)(4)で①～③を選択した場合、その受講理由について (単一選択)

- ① 今回のチーム加入とは全く関係なく受講
- ② 今回のチーム加入のために受講

回答

**医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と
基準の作成等に係るワーキンググループ 委員名簿**

	氏名	病院名	職名
医師・歯科医師			
1	滝沢 牧子	群馬大学医学部附属病院	医療の質・安全管理部副部長、病院講師
2	山本 知孝	東京大学医学部附属病院	医療安全対策センター長、准教授
3	工藤 篤	東京医科歯科大学病院	病院長補佐、医療安全管理部部長、病院教授
4	菊地 龍明	横浜市立大学附属病院	医療の質・安全管理部部長、診療教授
5	水本 一弘	和歌山県立医科大学附属病院	医療安全推進部部長、病院教授
6	伊藤 英樹	広島大学病院	医療安全管理部部長、教授
7	後 信	九州大学病院	医療安全管理部部長、教授
8	綾部 貴典	宮崎大学医学部附属病院	医療安全管理部部長、教授
9	田中 壽	大阪大学大学院医学系研究科	保健学専攻 生体物理工学講座 画像定量解析学 教授
10	武田 理宏	大阪大学医学部附属病院	医療情報部部長(事務取扱)、教授
11	中川 慧	大阪大学医学部附属病院	産婦人科 助教
12	中島 和江	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部部長、教授
13	中村 京太	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 特任教授（常勤）
14	佐藤 仁	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 特任講師（常勤）
15	北村 温美	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部副部長、助教
16	徳永 あゆみ	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 特任助教（常勤）
17	佐々木 一樹 *	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 助教
18	関戸 悠紀 *	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 助教
19	浜部 敦史 *	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 助教
20	百田 洸太	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 助教
看護師			
21	上間 あおい	大阪大学医学部附属病院	中央クオリティマネジメント部 技術職員

（*途中退任者含む）

（敬称略、順不同、職名は令和5年3月31日現在または在任時のもの）

