

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
重点項目に関する改善状況等の報告書
～ 画像診断レポート等の確認に関する安全対策 ～

平成 31 年 3 月

国立大学附属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が参加し、計 43 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、相互チェック、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翌年度 1 年間かけ改善を推進し、当該年度内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、平成 30 年度は、平成 29 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」における 11 項目の提言事項に対する取り組み状況を調査しました。平成 29 年度の相互チェックを契機に数多くの改善策が検討、実施されつつある現状について、平成 30 年 12 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甚です。

平成 31 年 3 月

医療安全管理体制担当校
大阪大学医学部附属病院長
木村 正

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」
に基づく重点項目に関する改善状況等の報告書
～ 画像診断レポート等の確認に関する安全対策 ～

目次

1. 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」に基づく重点項目に関する改善状況調査について	1
1) 平成 29 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	1
2) 平成 29 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」）の評価方法と基準の作成に係るワーキンググループからの提言について	1
3) 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」に基づく重点項目に関する改善状況等の調査対象、調査内容について	6
2. 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」に基づく重点項目に関する改善状況調査のまとめ	7
3. 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」に基づく重点項目に関する改善状況調査の結果	9
1) 平成 29 年度相互チェック実施時点の提言事項の実施状況	9
2) 提言事項への取り組み状況の変化	9
3) 施設別の提言事項への取り組み状況	14
4) 提言別の取り組み状況	15
(1) 提言 1「検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示」	15
(2) 提言 2「読影体制の整備」	19
(3) 提言 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」	23
(4) 提言 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」	27
(5) 提言 5「至急対応が必要な重要所見への対応」	31
(6) 提言 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」	35
(7) 提言 7「重要所見への対応の記録」	40
(8) 提言 8「医療チーム内の情報共有の促進」	44
(9) 提言 9「患者参加の推進」	48

(10) 提言 10 「レポートの未読／既読管理」	52
(11) 提言 11 「未読レポートの抽出、管理」	56
4. 各施設の取り組み状況に関する資料	61
5. 相互チェックに関する資料	205
1) 平成 29 年度「医療安全・質向上のための相互チェック」実施要項	207
2) 平成 29 年度「医療安全・質向上のための相互チェック」実施概要	209
3) 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 重点項目に関する改善状況調査について（依頼）	213
4) 平成 29 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	217

1. 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」に基づく重点項目に関する改善状況調査について

1) 平成29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

平成29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、「画像診断レポートの確認に関する安全対策」であった。訪問調査に先立ち、各大学病院は、事前チェックシートにより、各施設における安全対策の実施状況を回答した。訪問調査では、画像診断レポートの確認に関する臨床の流れに沿って設計された調査票を用いて、訪問する大学病院の担当者が、実地で安全対策や関係する病院情報システムの整備状況を確認した。また、各大学病院が有する課題や対策について、ディスカッションを実施した。

(巻末「相互チェックに関する資料 p.207～211」参照)

2) 平成29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」)の評価方法と基準の作成に係るワーキンググループからの提言について

平成29年度の重点項目の事前調査、訪問調査結果を踏まえて、当該テーマに関する評価基準の作成に係るワーキンググループは平成30年6月に下記の提言を行った。

はじめに	
<p>国立大学附属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た上で、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、画像診断レポートの確認漏れ防止を、医師個人の努力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。</p> <p>画像診断件数が多い我が国では、そのほとんどの画像が適切に読影、確認、対応されていると考えられるが、人間が処理している現状では限界がある。画像診断レポートの確認、対応を主題とした今回の相互チェックの結果においては、より確実なセーフティネット構築の必要性が示唆され、病院全体、診療科、医師がそれぞれのレベルで果たすべき役割が明らかとなった。</p> <p>以下の提言は、各施設での議論にあたり、注目すべき点を示すものである。特に、提言1を前提として、★印の提言5、6、8、10、11を核とする検討が期待される。</p>	
提言1	<p>【前提】検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示(★)</p> <p>検査依頼医及び依頼診療科には、依頼した全ての画像検査の診断レポートを確認し、患者説明及び必要な精査等の対応を行う責務があることを病院のポリシーとして明示する。本ポリシーを組織全体で共有することが、他のあ</p>

	らゆる安全対策の前提である。
提言 2	読影体制の整備
	放射線科医のマンパワー不足等を背景として、一般単純撮影の読影実施率は大学によりばらつきがある。特に胸部単純撮影における肺がん疑いの結節など、専門家以外の医師による読影では、異常影に気づくことが困難な場合がある。依頼医が読影を希望する症例については放射線科医による読影が可能となるよう、体制整備を検討する。
提言 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
	読影医に検査の依頼意図を正確に伝えるため、依頼医は依頼書に依頼意図を明瞭に記載するよう徹底する。検査意図が不明確な場合の問い合わせや重要所見を覚知した場合の連絡に備えて、依頼医と読影医の円滑なコミュニケーションを容易にする仕組みを設ける。例えば、検査依頼画面において依頼医と直接連絡が取れる連絡先（PHS 番号等）の入力を必須化するなどの方法がある。
提言 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
	至急の対応が必要な所見や、検査目的以外に偶発的に発見され、かつ放置すると重大な影響を及ぼす所見等は、画像診断レポートのはじめに取り上げるなど、目立つようにする工夫を各施設で検討する。また、重要所見にはキー画像をつける。なお、更なる精査や定期的なフォロー検査が必要であることが確実に伝わるように、依頼医が次に取るべき行動を提案することが望ましい。
提言 5	至急対応が必要な重要所見への対応（★）
	読影時に至急の対応が必要な所見が認められた場合には、電話など、確実な情報到達が担保できる手段により、速やかに依頼医へ連絡することを徹底する。また、依頼医が不在時に窓口となる担当者を診療科内で予め定める等、連絡が確実に取れる体制を整備する。
提言 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（★）
	提言 1 のとおり、全ての画像診断レポートの確認は、依頼医・依頼科の責務である。しかし、現実として臨床現場の複雑さを背景にレポートを確認せず診断・治療が遅れた事例が発生していることから、病院全体で確認漏れを防ぐ仕組みの構築に取り組む必要がある。提言 5 の事項に加えて、「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」が含まれた画像診断レポートの確認と対応が確実に行われる仕組みを、病院として整備する。例えば、読影医による重要所見フラグの付与や、レポート一覧の中で重要所見が含まれるレポートが一目で識別できるような表示がなされ、

	診療科単位で当該レポートを把握できる仕組み等、放射線部門を含めた関係部門でシステムや運用について検討することが望ましい。
提言 7	重要所見への対応の記録
	依頼医は画像診断レポートを必ず確認し、重要所見を認めた場合には、レポートを受けて必要な対応をしたことを診療録に記載するよう、教育を徹底する。また、対応を記録することの重要性について研修医や医師に継続的に教育を行う。なお、診療録への記載にあたっては、画像診断レポートの内容をそのままコピー&ペーストするのではなく、依頼医が確認し対応したことがわかるように自身の言葉で記載することが望ましい。
提言 8	医療チーム内の情報共有の促進 (★)
	患者情報の申し継ぎが発生するケース（主治医の異動、入院前(あるいは入院中)検査の結果確認、複数診療科でフォロー中の検査結果の共有、集中ケアユニットからの移動を含む転科・転棟等)において、レポートの確認、対応漏れが発生しないよう、申し送り事項（レポートを未確認であること、追加検査を要することなど）を明確に電子カルテへ記録する等のルールを定める必要がある。救急診療においては、夜間でも他診療科に所見確認の協力を依頼することのできる仕組みや、翌日に優先的に放射線科医による読影が行われる仕組みがあることが望ましい。救急の外来受診のみで入院せずに帰宅した患者についてもカンファレンスの対象に含めるなど、所見の見落としがないように工夫をする。
提言 9	患者参加の推進
	患者が治療に積極的に参加することを推奨し、医師から結果説明がない場合には遠慮なく尋ねるよう普段から促す。但し、説明実施の責任は医師側にあり、患者に責任を転嫁することがあってはならない。なお、患者へ画像診断レポートを渡すことにより、患者自身が経過のフォローに参画しやすくなる場合もあるが、所見の内容によっては患者に必要以上に不安を与える可能性もある。レポートの取り扱いについては、放射線部門等を交えて、病院としての検討が必要であり、患者へ渡す場合には、主治医が十分に記載内容の説明を行う配慮が求められる。
病院情報システムを活用したサポート体制について	
上記の提言 1～9 に加えて、レポート確認や必要な対応ができていない症例の有無を、病院情報システム等を利用し、システムティックに把握することができるような補助的な仕組みがあることが望ましい。病院情報システムの更新時期や機能の優先順位については、各施設固有の事情もあることから年単位の準備期間を要することが一般的であるが、検討を進める際には、次の提言 10、11 を参考にされたい。	

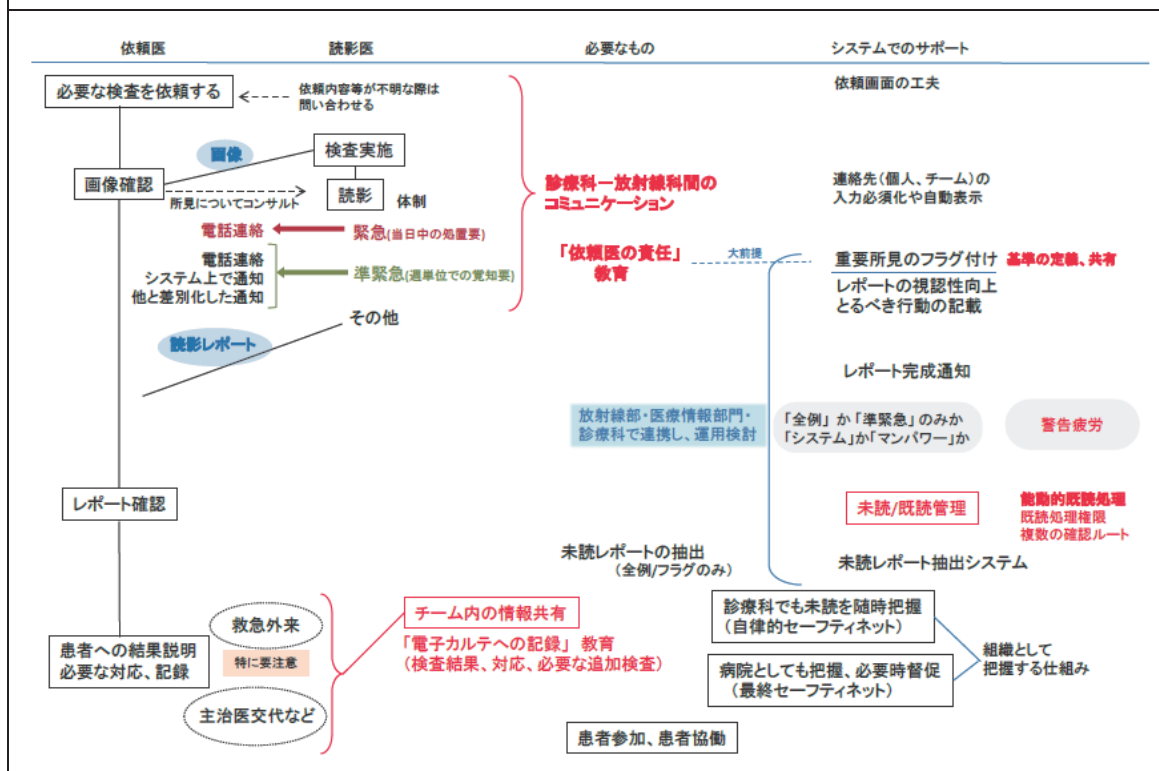
<p>提言 10</p>	<p>レポートの未読／既読管理（★）</p> <p>読影レポートの確認や対応の進捗状況を依頼医自身や関係者が識別するためには、画像診断レポートが既読になったこと（開封したこと）を記録できる仕組みが必要である。また、未読レポートの一括抽出、開封督促等を行うことを想定した仕様の定義を推奨する。未読／既読管理に際しては、単純に「依頼医による開封」のみを確認するのではなく、真に当該レポートを確認すべき対象者が確認したかを判別できるシステムであることが望ましい。特に、研修医がオーダーした検査のレポートを指導医がチェックしたかを確認できるような仕組みが必要である。</p> <p>なお、既読者を正確に判別するためには「能動的な既読処理（レポートを開くだけでなく、何らかのアクションを取ると既読になる）」を採用することが望ましい。一方で、特にレポート開封操作と完成通知に対する処理操作を異なるルートで行う必要がある場合等では、既読処理の手間が増えることにより、レポートの内容を十分に確認しないまま既読にするケースも発生し得る。このような危険性も念頭に置き、通知対象も含め、仕様、運用については診療科、医療情報部門を含めた関係部署で十分に検討することが必要である。また、運用開始後は、効果の検証が求められる。</p>
<p>提言 11</p>	<p>未読レポートの抽出、管理（★）</p> <p>未読／既読管理の情報に基づき、未読状態（開封されていない）の画像診断レポートを、診療科単位で定期的に把握し、対応する「自律的なセーフティネット」を構築することが必要である。診療科として取り組むことにより、単なる既読確認に終始せず、患者背景や診療経過を熟知した上で適切な対応がとられたかをチームとして把握することができる。また、病院としても一定期間未読のままの診断レポートを抽出・把握し、診療科へ提示して報告を求める体系的な管理が求められる。病院としてフォローアップすることにより、未読確認システムが「最終的なセーフティネット」の役割を果たすことになる。以上の抽出、把握、対応の確認を、全レポートを対象に行うか、対応の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見に対してのみ行うかについては、リソースによる。各病院で関係者が十分に連携して検討する必要がある。</p>
<p>まとめ</p> <p>以上、本重点課題に対しては、完全無欠な電子カルテシステムによる対策を提示することは困難であり、また、各施設の臨床業務のフローや環境は異なるため、統一された推奨システムを提示することもできない。単に既読の履歴を迫うのみで良しとするのではなく、事故防止のため有効に機能する体制を構築することが重要である。そのためには、診療科、放射線部門、医療情報部門、医療安全部門等の十分な連携のもと、各病院の臨床のプラク</p>	

ティスに適した有用な仕組みを構築し、さらに部署内・部署間の良好な人的ネットワークを築くコミュニケーションを推進すること、そして診療科単位の自律的な安全管理を促す文化を醸成することが必要であるとする。

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. 医療事故情報収集等事業 第26 回報告書 p.131-140, 2011.
5. 医療事故情報収集等事業 第40 回報告書 p.190-196, 2015.
6. 医療事故情報収集等事業 第51 回報告書 p.131-140, 2017.
7. 医療ITと安全 米国医学研究所(IOM)著、飯田修平・長谷川友紀監訳、日本評論社 2014.

画像検査結果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ポイント



(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 p. 69-75, 2017 より)

3) 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」に基づく重点項目に関する改善状況等の調査対象、調査内容について

(1) 調査対象

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」に基づく重点項目に関する改善状況等の調査は、平成 29 年度の相互チェックに参加した国立大学附属病院、及び防衛医科大学校病院（計 43 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. 213～215」参照）

(2) 調査内容

各大学病院における、前項の提言 1～11 の各項に対する平成 30 年 12 月時点の取り組み状況を調査内容として、次の①～③の設問に対する回答を紙面で依頼した。

① 取り組み状況（単一選択）

A		平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいた
B		平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいたが、課題があった
	B-1	改善について検討を開始していない
	B-2	改善について検討を開始した
C		平成 29 年度の相互チェック時点では取り組んでいなかった
	C-1	取り組みの検討を開始していない
	C-2	取り組みの検討を開始した
	C-3	実際に取り組みを開始した

② 具体的な取り組み内容、検討内容（自由記載）

③ 取り組みに関する資料（有の場合のみ提出）

(2) 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、記述回答については原則記載のとおり収載した。

2. 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と適切な対応が確実になされるために必要と考えられる事項として、平成 29 年度の相互チェックにおいてまとめた「提言 1～11」の全項目について、各施設の状況に応じた対策が検討され、この 1 年間でよく改善されていた。平成 29 年度は実施率が 50%前後であった提言 1、6、7、9、11 についても、平成 30 年度は実施率が大きく改善していた。費用面やシステム改修など時間を要する改善項目が多いものの、対策検討中の施設も含めると、いずれの提言においても 90%前後～100%の施設で対策に取り組んでいた。

表 1 平成 29 年度相互チェックに基づく重点項目「提言事項」への取り組み状況 (%)

	提言内容	H29 年度の 実施率	H30 年度の 実施率	H30 年度の 実施又は検 討実施率
1	検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示	44	63	91
2	読影体制の整備	93	93	98
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	81	84	91
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	77	86	95
5	至急対応が必要な重要所見への対応	95	95	100
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	56	72	95
7	重要所見への対応の記録	47	60	88
8	医療チーム内の情報共有の促進	74	77	91
9	患者参加の推進	42	51	86
10	レポートの未読／既読管理	65	79	98
11	未読レポートの抽出、管理	51	81	100

特に、検査目的外の部位に認められた想定外の重要所見など、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所見の確認について、病院としての安全対策を講じることが喫緊の課題であった。本課題に対し、提言 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」に関する調査結果に示すように、想定外の重要所見などを他と差別化し、読影医から検査依頼医への積極的な通知（push 通知）がなされる体制の整備や、未読レポートを抽出し診療科や検査依頼医に通知する体制整備

が大きく進められた。また、この体制を支援するために電子カルテシステム上の未読/既読管理（提言 10）や未読レポートの抽出、管理（提言 11）を可能とするシステムの改修や利活用がほぼ全施設で実施、検討されていた。これらの積極的な改善は高く評価できる。

一方で、システム上の未読/既読管理に依存することの危険性は、平成 29 年度の相互チェックでも明らかになっており、「画像診断レポートを確認することは、画像検査依頼医あるいは診療科の責務であること」が大前提である旨の周知（提言 1）、日々の医師間のコミュニケーションの促進（提言 3、8）やカルテ記載（提言 7）を含めた教育の継続、また、確実に検査結果が患者に説明され適切な対応がとられたことを、診療科や中央部門が確認できる体制（診療科による自律的な監査や、病院全体のセーフティネットとしてのカルテ監査）が必要である。

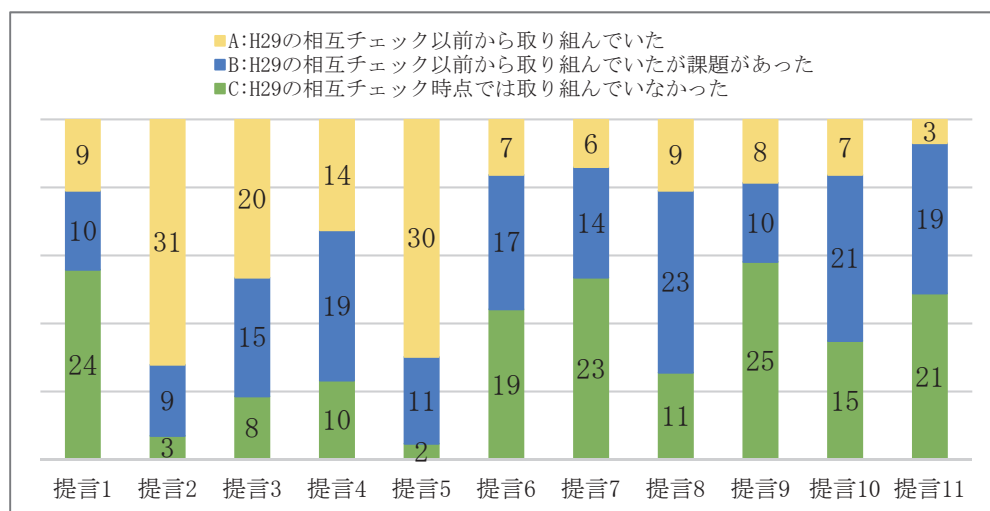
平成 29 年度「医療安全・質向上のための相互チェック」がひとつの契機となり、病院としての方針決定や、関連する部門（放射線部門、医療情報部門、医療安全部門）と診療科との連携、教育、体制整備が全ての施設で進められた。これらの教育と対策を見直しつつ継続することが、画像診断レポートの確認に関する安全文化の醸成につながると考えられる。

3. 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」に基づく重点項目に関する改善状況調査の結果

1) 平成29年度相互チェック実施時点の提言事項の実施状況

平成29年度相互チェック実施時点の対策の実施状況は、次の図1のとおりであった。

図1 平成29年度相互チェック実施時点の提言事項の実施状況 (n=43)



2) 提言事項への取り組み状況の変化

平成30年12月時点の各提言事項への取り組み状況は、表2に示すとおりであった。

表2 平成30年12月時点の提言事項への取り組み状況 (n=43)

	提言1	提言2	提言3	提言4	提言5	提言6	提言7	提言8	提言9	提言10	提言11	
A	9 (21%)	31 (72%)	20 (46%)	14 (33%)	30 (70%)	7 (16%)	6 (14%)	9 (21%)	8 (19%)	7 (16%)	3 (7%)	
B	10 (23%)	9 (21%)	15 (35%)	19 (44%)	11 (25%)	17 (40%)	14 (33%)	23 (53%)	10 (23%)	21 (49%)	19 (44%)	
	B-1	0	0	3	1	0	0	0	8	1	0	0
	B-2	6	5	3	11	3	7	7	11	6	10	10
	B-3	4	4	9	7	8	10	7	4	3	11	9
C	24 (56%)	3 (7%)	8 (19%)	10 (23%)	2 (5%)	19 (44%)	23 (53%)	11 (26%)	25 (58%)	15 (35%)	21 (49%)	
	C-1	4	1	4	2	0	2	5	4	6	1	0
	C-2	12	2	3	4	2	10	12	6	15	8	8
	C-3	8	0	1	4	0	7	6	1	4	6	13
合計	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	

各提言に対し、B「平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があった」と回答した施設の、平成 30 年 12 月時点のさらなる改善への取り組み状況を図 2-1 に示す。同様に、各提言に対し、C「平成 29 年度の相互チェック時点では取り組んでいなかった」と回答した施設の、平成 30 年 12 月時点の取り組み開始状況を図 2-2 に示す。

図 2-1 「平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があった」と回答した施設の、平成 30 年 12 月時点のさらなる改善への取り組み状況

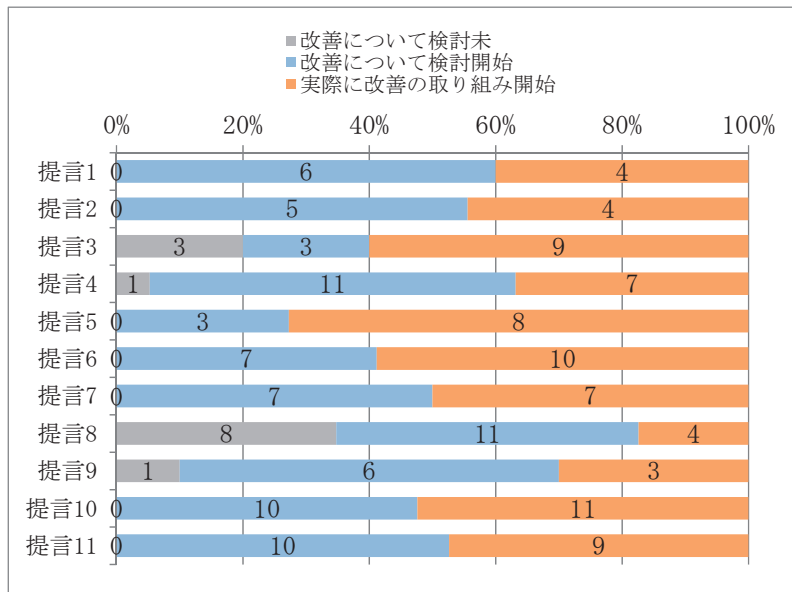
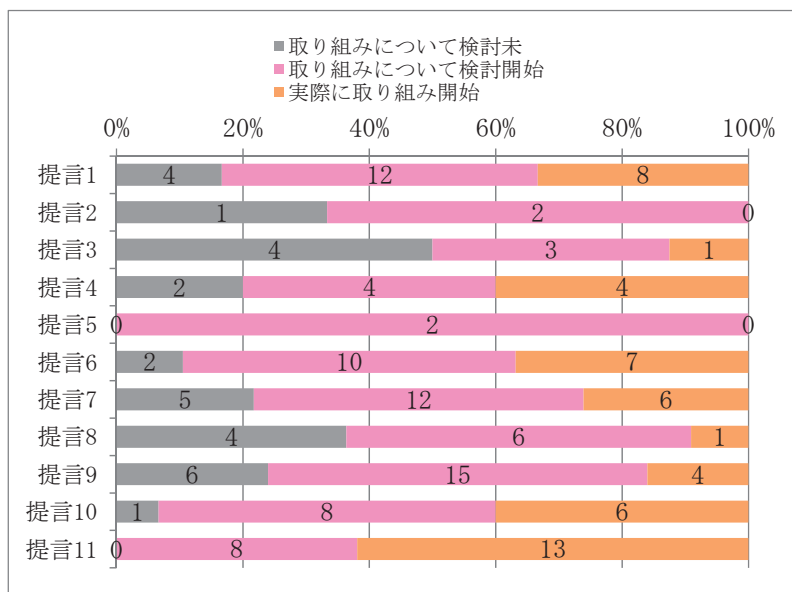


図 2-2 「平成 29 年度の相互チェック時点では取り組んでいなかった」と回答した施設の、平成 30 年 12 月時点の取り組み開始状況



また、平成 29 年相互チェック時点および、平成 30 年 12 月時点の、各提言事項に相当する対策を講じている施設の割合変化、また平成 30 年 12 月時点で対策を講じていない施設のうち対策を検討している施設と未検討の施設の割合について、図 2-3 に示す。

ほぼ全提言において、対策を実施している施設数は増加しており、平成 29 年度相互チェック時点で既に何らかの取り組みを実施していた施設も、さらに対策の改善を講じていた。平成 30 年 12 月時点で対策未実施の施設も、その多くが対策についての検討を開始しており、対策を実施あるいは対策実施に向けた検討を開始している施設は、全提言を通じて 9 割以上を占めた。特に、提言 1、提言 6、提言 7、提言 9、提言 11 は、平成 29 年度の相互チェック時点で取り組みを実施していた施設が 5 割前後と少なかったが、平成 30 年 12 月時点では、いずれの提言においても大きな改善を認めていた。

図 2-3 平成 29 年相互チェック時点および、平成 30 年 12 月時点の、各提言事項に相当する対策を講じている施設の割合変化、また平成 30 年 12 月時点で対策を講じていない施設のうち対策の検討を開始している施設と未検討の施設の割合

(定義)

- ・ 平成 29 年 相互チェック時点で「対策を講じている」とは、
A「平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいた」及び、
B「平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいたが、課題があった」の合計数

- ・ 平成 29 年 相互チェック時点で「対策を講じていない」とは、
C「平成 29 年度の相互チェック時点では取り組んでいなかった」数

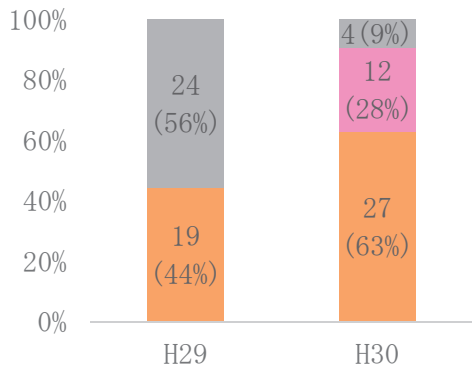
- ・ 平成 30 年 12 月時点で「対策を講じている」とは、
A「平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいた」及び、
B「平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいたが、課題があった」及び、
C-3「平成 29 年度の相互チェック時点では取り組んでいなかった」が平成 30 年 12 月時点の調査で「実際に取り組みを開始した」の合計数

- ・ 平成 30 年 12 月時点で「対策の検討を開始している」とは、
C-2「取り組みの検討を開始した」数

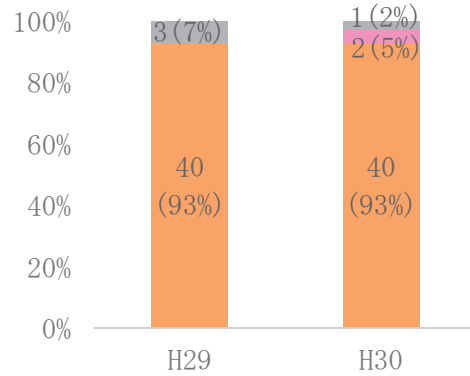
- ・ 平成 30 年 12 月時点で「対策について検討していない」とは、
C-1「取り組みの検討を開始していない」数

対策を講じていない
 対策を検討していない
 対策を講じていない
 対策を検討していない

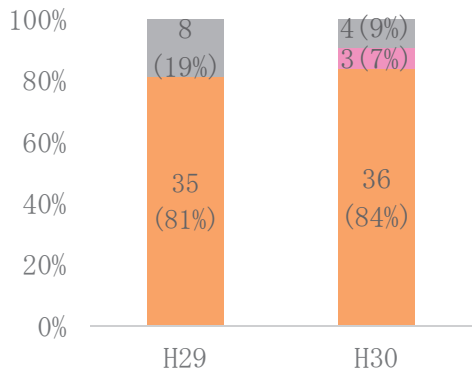
対策を講じている
 対策の検討を開始した
 対策を講じている
 対策を講じている



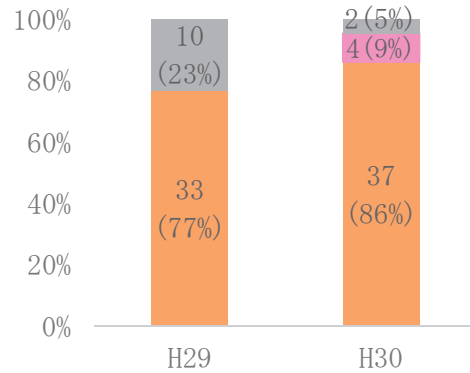
提言 1：検査依頼医及び診療科の
責務の明示



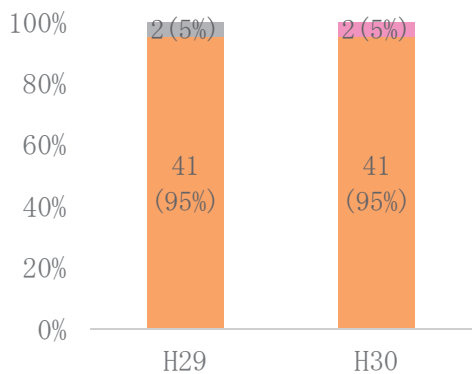
提言 2：読影体制の整備



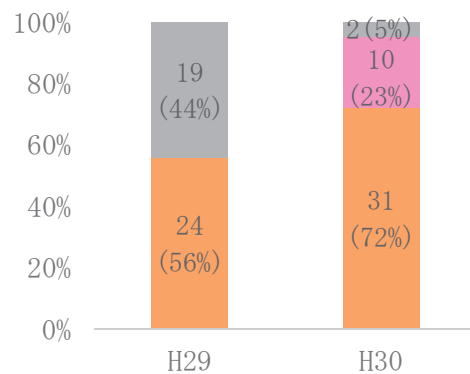
提言 3：検査依頼意図の正確な伝達と
円滑なコミュニケーション



提言 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

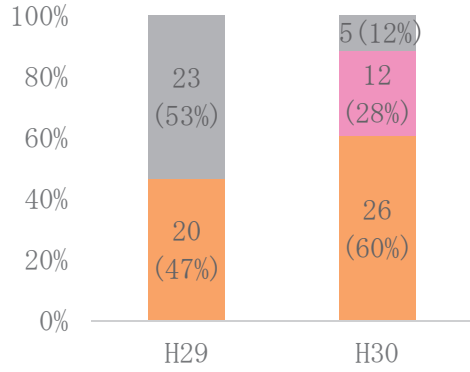


提言 5：至急対応が必要な
重要所見への対応

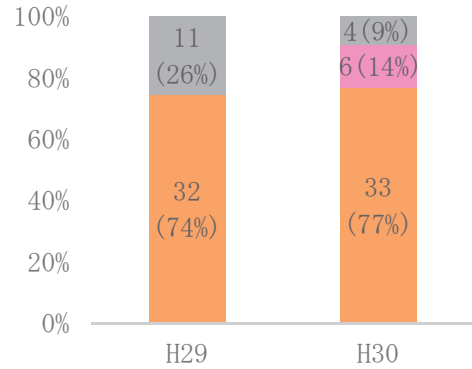


提言 6：月単位のレポート確認の遅れが重
大な影響を及ぼす可能性のある重要所見へ
の対応

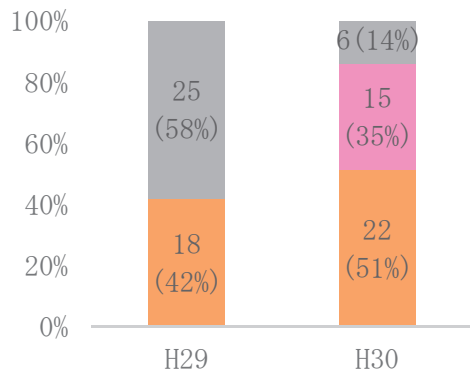
対策を講じていない 対策を検討していない 対策を講じていない 対策を検討していない
 対策を講じている 対策の検討を開始した 対策を講じている 対策の検討を開始した
 対策を講じている 対策を講じている



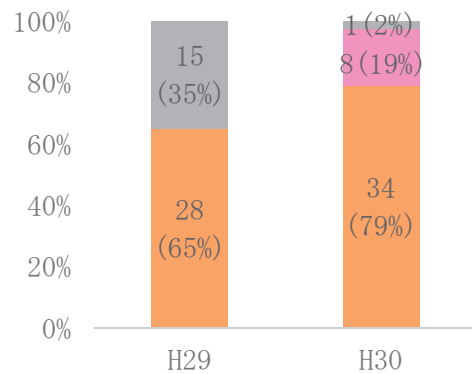
提言 7：重要所見への対応の記録



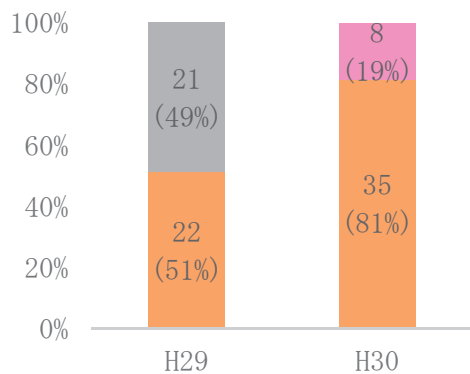
提言 8：医療チーム内の情報共有の促進



提言 9：患者参加の促進



提言 10：レポートの未読／既読管理



提言 11：未読レポートの抽出、管理

3) 各施設の提言事項への取り組み状況

各の施設の提言事項への取り組み状況は、次の表3に示すとおりであった。

表3 施設別の提言事項への取り組み状況 (n=43)

施設No	提言1	提言2	提言3	提言4	提言5	提言6	提言7	提言8	提言9	提言10	提言11
1	B-2	A	B-3	B-3	B-3	B-3	B-3	B-3	B-2	A	B-3
2	C-1	A	B-1	C-3	A	C-3	C-2	C-3	C-2	C-2	C-2
3	C-1	A	C-1	C-1	A	C-3	C-1	B-1	C-1	C-1	C-2
4	C-1	A	B-2	C-2	A	C-1	C-1	B-2	C-2	C-3	C-3
5	C-3	A	A	A	A	C-2	B-2	A	A	C-2	C-2
6	C-2	B-3	A	B-3	B-2	B-2	C-2	B-1	C-2	B-3	B-3
7	A	A	A	B-2	A	A	A	A	A	C-3	C-3
8	C-3	A	C-1	A	A	A	C-3	C-1	A	C-2	C-3
9	C-2	C-2	C-3	A	A	C-3	C-2	C-2	C-2	C-2	C-3
10	C-3	B-2	C-2	A	A	C-2	C-3	C-2	C-2	A	C-3
11	B-2	A	A	A	A	B-3	B-3	B-2	C-2	B-2	B-2
12	A	A	C-1	C-2	C-2	C-2	C-1	B-2	B-3	A	B-2
13	C-3	C-1	B-3	C-3	A	C-3	C-3	C-1	B-1	B-3	C-3
14	B-3	B-2	A	A	A	B-3	A	B-1	C-2	B-3	B-2
15	C-3	B-3	B-3	C-3	A	C-3	C-3	C-2	B-2	C-3	C-2
16	C-2	A	A	B-2	A	B-2	C-2	B-2	C-1	B-2	B-2
17	C-1	A	A	A	A	C-2	C-1	B-1	C-3	C-2	C-2
18	C-2	A	B-1	B-2	A	C-2	C-2	C-2	A	C-2	C-3
19	C-3	A	B-2	B-2	A	B-3	C-2	C-1	C-1	B-3	B-2
20	A	A	A	A	A	A	A	A	C-1	A	A
21	C-2	A	A	C-2	A	A	B-2	B-1	C-2	B-2	B-2
22	B-2	A	A	C-3	A	C-2	C-2	B-2	C-2	C-3	C-2
23	C-2	B-2	B-3	A	A	B-3	C-3	B-2	C-3	C-3	C-3
24	A	A	A	A	A	A	B-2	A	A	B-3	B-3
25	B-2	A	B-3	B-3	B-3	C-3	C-2	B-2	B-2	C-3	C-3
26	C-2	A	B-2	B-2	B-2	B-2	B-2	C-2	C-2	C-2	C-2
27	C-3	B-2	A	A	B-3	B-3	B-3	B-1	C-2	B-3	C-3
28	C-3	A	A	B-2	A	A	A	A	B-2	B-3	B-3
29	B-3	A	A	B-2	A	B-3	B-3	B-2	A	B-2	B-3
30	B-2	A	C-2	B-3	B-3	B-3	C-3	C-1	C-1	B-2	B-3
31	C-2	C-2	C-2	C-2	A	C-2	C-2	A	C-2	A	A
32	B-2	A	A	B-2	A	B-2	A	A	B-2	B-2	C-2
33	A	A	A	A	A	B-2	B-3	B-3	B-3	B-3	B-3
34	A	A	B-3	B-2	B-3	C-3	B-2	B-3	C-2	B-3	C-3
35	B-3	A	A	B-2	B-3	B-3	B-3	B-3	C-3	B-3	C-3
36	C-2	A	C-1	B-1	A	C-2	C-2	B-1	C-2	C-2	C-3
37	A	A	A	B-3	A	B-2	B-2	A	A	B-2	B-2
38	C-2	A	A	A	C-2	C-2	C-2	B-2	C-2	A	A
39	A	A	A	A	A	A	A	A	A	B-2	B-2
40	B-3	B-3	B-3	B-3	B-3	B-3	B-3	B-2	B-2	B-2	B-2
41	A	B-3	B-1	C-1	B-2	C-1	C-1	C-2	C-1	A	B-3
42	C-2	A	B-3	B-2	B-3	C-2	B-2	B-2	C-3	B-3	B-2
43	C-2	B-2	B-3	B-3	A	B-2	C-2	B-1	B-3	B-2	B-3

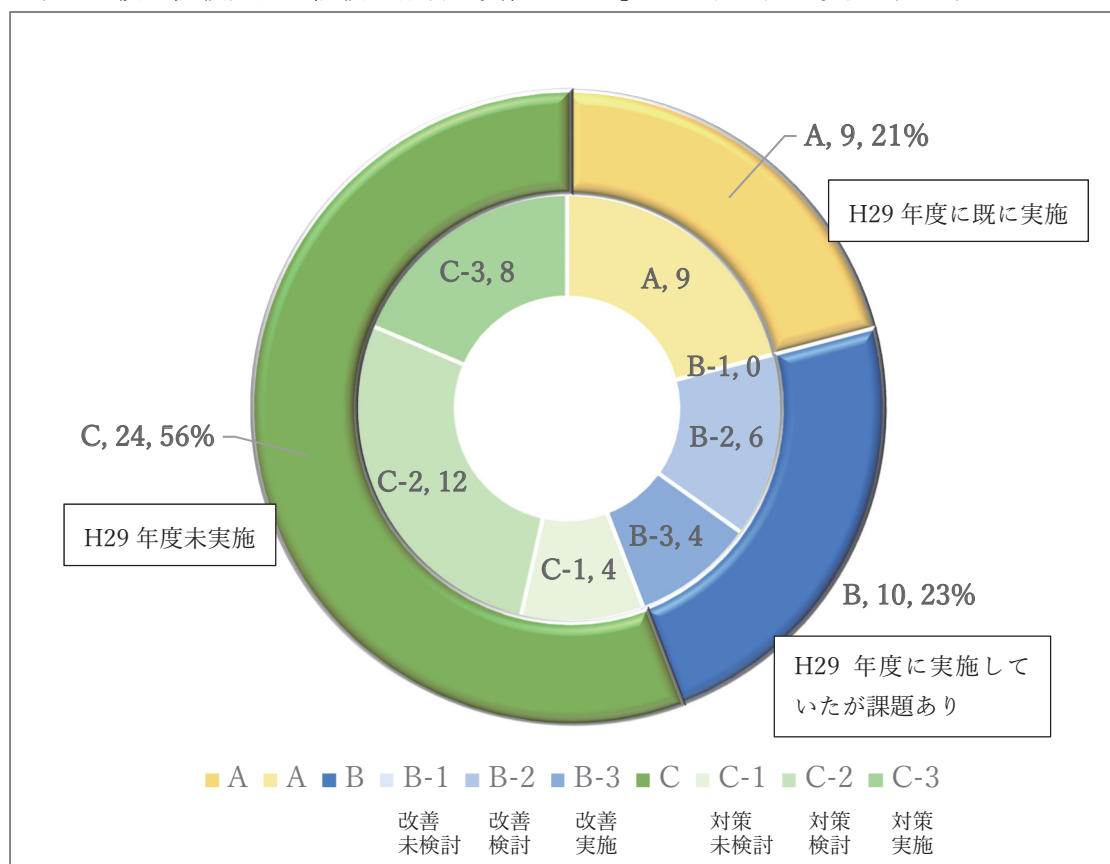
4) 提言別の取り組み状況

(1) 提言1「検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示」

提言1「検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示」について、平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は9施設(21%)であった。取り組んでいたが課題があった施設は10施設(23%)であり、この全施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成29年度の相互チェック時点では対策に取り組んでいなかった24施設(56%)のうち20施設において、取り組みの検討を開始したか、実際に取り組みを開始していた。

具体的な取り組み内容は、「マニュアルに明記」、「通知の実施」、「教育の実施」、「会議で周知」等であった。

提言1「検査依頼医及び依頼診療科の責任の明示」への取り組み状況 (n=43)



提言 1 検査依頼医及び依頼診療科の責任の明示

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
a1	A	マニュアルに明記	医療事故防止マニュアルに記載している。	7-1
a2	A	通知の実施（放射線部、医療安全管理部発）	平成 24 年 1 月、放射線部と医療安全管理部から病院医師に以下の内容を通知した：1. 検査依頼医や主治医は画像診断レポートを確認すること、2. 確認したら電子カルテ上の「既読」アイコンをチェックすること、3. 放射線部で定期的に未読レポートを検出し、依頼医師及び関係医師に閲覧を督促する。	12-1
a3	A	会議で周知（医局長会議）	検査依頼医に責任があるが、診療科全体で責任を負うことを医局長会議等で周知している。	20-1
a4	A	通知の実施（病院長発）	平成 27 年に、病院長名で院内に通知を発出し、周知徹底している。	24-1
a5	A	責務の明示	検査依頼医及び依頼診療科の責務を明示している。	
a6	A	責務の明示	各診療科に対し、読影レポートの確認漏れ防止について注意喚起を行った際に、検査依頼医及び依頼診療科には、読影レポートを確認し、患者への説明及び精査等の対応を行う責務があることを周知徹底した。	
a7	A	会議で周知（リスクマネージャー会議）	リスクマネージャー会議で各診療科ごとに全検査依頼の確認をお願いしている。	
a8	A	教育の実施（オリエンテーション） 教育の実施（セミナー）	オリエンテーション、セミナー等で教育を行っている。	
a9	B-2	通知の実施 マニュアルに明記	各種医療安全関連の委員会、研修会、オリエンテーション、ラウンドの際に口頭で必要性に関して繰り返し説明を行っていた。しかし、ポリシーとして明示するには至っていなかった。そこで、平成 30 年 6 月 12 日に緊急情報を全医師に配布し、ポリシーを通達。今後は医療安全管理マニュアルに掲載を予定している。	1-1
a10	B-2	会議で周知（リスクマネージャー会議）	リスクマネージャー会議で複数回にわたって周知を行っている。	
a11	B-2	通知の実施（病院長発） マニュアルに明記	病院長から全職員に向けて、画像レポートの確認を周知徹底する案内をメールで通達。医療安全マニュアルに画像レポートの確認の責務に関して明文化する予定。	
a12	B-2	会議で周知（業務連絡会議）	業務連絡会議等にて周知を行うとともに、急を要する所見を含むレポートの確認および対応の記録のない場合は、放射線科医が直接連絡を行う様、業務体制を整備した。ただし、すべてのレポートに対して適切に対応したか否かを確認する統括的なシステムは検討中の段階である。	
a13	B-2	マニュアルに明記	リスクマネジメントマニュアルに「医師は自分がオーダした画像診断報告書等を確認し、遅滞なく必要な対応をする。」と明示している。依頼診療科の責務については明示していないので追記を検討する。	
a14	B-2	教育の実施（安全研修） マニュアルに明記	毎年開催している全職員対象の安全研修において、検査依頼医および依頼診療科の責務について周知している。現在、依頼医の責務について次年度安全対策マニュアルに掲載するように準備中である。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
a15	B-3	オーダー画面に明記	電子カルテのオーダー画面に赤字にて下記の文言を明記した。 「画像診断レポート」を確認し、対応する責務は依頼医にあります。	14-1
a16	B-3	通知の実施（放射線診断科長発） 通知の実施（ワーキング委員長発） 画像診断レポートに明記	平成 30 年 3 月 8 日に放射線診断科長名で関係者に対して、画像検査報告書の脚注に検査依頼医の責務について印字することを通知した。併せて、3 月 9 日にワーキング委員長名で関係者に対して、検査結果レポートの確認及び検査レポートの未読・既読表示について通知した。	
a17	B-3	通知の実施 会議で周知（リスクマネージャー会議） マニュアルに明記	<ul style="list-style-type: none"> 平成 30 年 6 月医療安全管理委員会承認後、「画像診断報告書の確認について（依頼）」にて院内周知。 8 月「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策」についての院内ルール作成し、リスクマネージャー会議等で院内に周知し、10 月医療安全管理マニュアル改訂時に掲載した。 	35-1
a18	B-3	会議で周知（病院連絡会議） ポスターの掲示	平成 30 年 7 月 18 日医療安全管理委員会承認後、平成 30 年 7 月 25 日病院連絡会議で周知した。責務については、ポスターにして各部署に掲示している。	40-1
a19	C-2	レポートの未読通知に明記	放射線レポートの未読通知の際、本文に責務を明示することとしている。	6-1
a20	C-2	通知の実施（病院長発）	病院長名で通知を行うことを検討中。	
a21	C-2	検討中、検討予定	意義については理解しており、明示については今後の検討課題としている。	
a22	C-2	通知の実施（医療情報セキュリティ委員長発） マニュアルに明記	平成 25 年 6 月 4 日付けで、医療情報セキュリティ委員長名で通知した。今年度中に医療安全マニュアルに文言を追加する予定。	18-1
a23	C-2	検討中、検討予定	責務の明示について、検討中である。	
a24	C-2	マニュアルに明記	全スタッフが携行するスタッフマニュアルに、検査依頼医及び依頼診療科には、依頼した全ての画像検査の診断レポートを確認し、患者説明及び必要な精査等の対応を行う責務があることを記載する準備を進めている。	
a25	C-2	通知の実施（病院長発）	院長より院内に通知する。	
a26	C-2	検討中、検討予定	病院長より対策を講じるように指示があり、読影画像見落とし防止対策 WG を立ち上げ、ポリシー作成を含め現在検討中。	
a27	C-2	会議で周知（各種委員会）	各種委員会において病院長より「検査依頼医と依頼科の責務」について通知しているが、文書での明記については検討中である。	
a28	C-2	マニュアルに明記	医療安全管理ポケットマニュアルに記載予定。	
a29	C-2	検討中、検討予定	現時点では検査依頼医および依頼診療科の責務について明示されていないが、読影レポートはあくまで検査結果のひとつであるため、これらの情報を総合的に判断するのは依頼医である主治医にあると考えている。周知方法について検討中。	
a30	C-2	マニュアルに明記	今後、平成 30 年度中にマニュアル等に「検査依頼医と依頼診療科の責務」について掲載するため担当部署にて検討中である。	

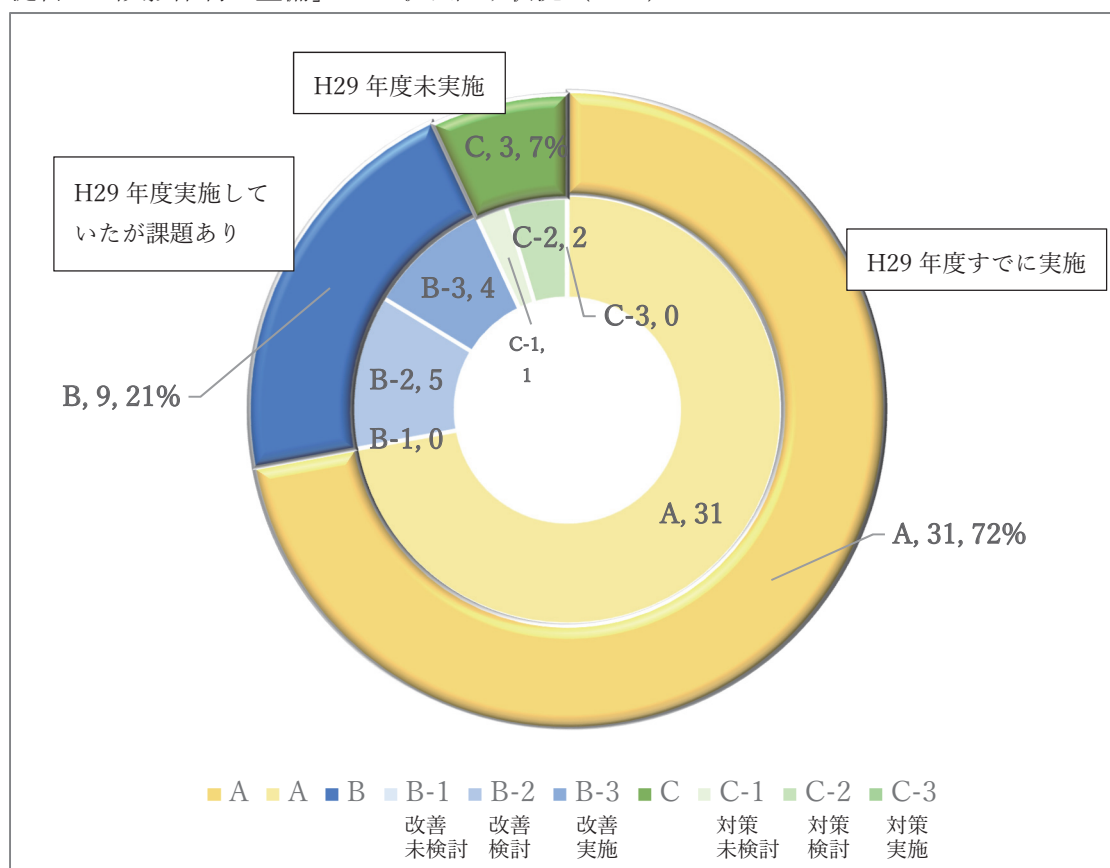
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
a31	C-3	通知の実施（病院長発）	平成 30 年 6 月 25 日に病院長名で全診療科・部署に対し「画像診断報告書の確認不足等に関する医療安全対策の徹底」を通知した。	5-1
a32	C-3	マニュアルに明記	病院マニュアルに明記予定。	
a33	C-3	教育の実施（eラーニング）	全職員対象の e-learning に盛り込んで周知を図ることとした。	
a34	C-3	会議で周知（病院運営委員会） 会議で周知（安全管理委員会） 会議で周知（リスクマネージャー会議）	病院運営委員会、安全管理委員会、リスクマネージャー会議にて検査依頼医、依頼診療科の責務を伝達した。	13-1
a35	C-3	マニュアルに明記	平成 30 年 11 月に画像診断報告書確認マニュアルを制定し、読影を依頼した場合には、報告書に記載された内容を確認するとともに、指摘された内容に対して適切に対応することは、依頼医の義務であることを明記した。	15-1
a36	C-3	会議で周知（医療安全管理委員会） 通知の実施（医療安全ニュース）	医療安全管理委員会、医療安全ニュースで当該事項を院内に周知した。	19-1
a37	C-3	通知の実施（一斉メール）	放射線レポートを参照するように、院内一斉メールを配信。	
a38	C-3	マニュアルに明記	提言の項目に基づき新たに院内運用マニュアルを作成した。	

(2) 提言 2「読影体制の整備」

提言 2「読影体制の整備」について、平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は 31 施設（72%）であった。取り組んでいたが課題があった施設は 9 施設（21%）であり、これらの全施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成 29 年度の相互チェック時点では対策に取り組んでいなかった 3 施設（7%）のうち 2 施設が取り組みの検討を開始していた。

具体的な取り組み内容は、「CT、MRI、核医学検査の読影実施（全症例）」、「単純撮影の読影実施（依頼のあった症例）」、「外来の胸腹部読影」、「眼科の全症例」、「入院前・術前の胸部読影」、「レポートの速やかな作成」、「適切な人員配置」等であった。読影医の増員が困難な場合も、「遠隔読影」や「夜間・救急外来撮影分の優先的読影」などにより、特に時間外の画像診断をサポートする体制を導入している施設があった。

提言 2「読影体制の整備」への取り組み状況（n=43）



提言 2 読影体制の整備

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
b1	A	単純撮影の読影実施（依頼症例） 時間外の症例への読影実施（依頼症例）	単純撮影であっても希望があれば放射線科医へ連絡をして読影は可能。時間外手術室での単純撮影は依頼がなくても翌日全例読影を行っている。	
b2	A	速やかなレポート作成	CT、MRI 撮影後すみやかに読影医が読影し、レポートを作成している。	
b3	A	読影実施（依頼症例）	依頼医が読影を希望する症例については放射線科医による読影を行っている。	
b4	A	CT、MRI、核医学、血管造影検査の読影実施 単純撮影の読影実施（依頼症例）	当院では読影専門医 6 名により、CT、MRI、核医学画像、血管造影などの読影が年間 28000 件行われている。加えて、依頼に応じて単純撮影の読影にも対応している。	
b5	A	単純撮影の読影実施（依頼症例） 核医学の読影実施（依頼症例） CT、MRI の読影実施（当直帯の単純 CT を除く全例）	単純撮影においては、外来では読影希望のある単純撮影を放射線科医が読影する体制ができている。入院については、各科の若手医師のトレーニングのため、疑問があるとき読影室で指導している。 CT/MRI は当直帯の単純 CT を除き全例放射線科医が読影、核医学検査は外来・入院を含め読影希望のある検査を放射線科医が読影している。	
b6	A	適切な人員配置	適切な人員確保	
b7	A	適切な体制整備	放射線診断科による読影体制が整備されている。	
b8	A	CT、MRI、核医学検査の読影実施（全症例）	CT、MRI、核医学の検査は全例読影し、単純 XP は依頼がある症例について読影をおこなっている。	
b9	A	CT、MRI、核医学検査の読影実施（全症例）	CT、MRI、核医学検査については全て読影を実施している。	
b10	A	CT、MRI、核医学検査の読影実施（全症例）	CT、MR、RI は全て読影している。一般単純撮影についても読影依頼があれば放射線科医師により読影している。	
b11	A	速やかなレポート作成	検査実施当日もしくは翌診療日には、読影レポートを記載している。	
b12	A	読影実施（依頼症例）	依頼医が読影を希望した症例は原則として放射線科医師が読影している。	
b13	A	読影実施（放射線科医による二重確認）	放射線科医による二重確認をしている。	
b14	A	読影実施（救急症例）	救急患者に関しては、放射線科当直医が検査時に読影。その他の症例については、翌日までに 80%以上の読影を完了している。また救急患者に関しても、翌日にはレポート作成している。	
b15	A	CT、MRI、核医学検査の読影実施（全症例） 単純撮影の読影実施（外来の胸腹部症例） 単純撮影の読影実施（依頼症例）	すべての CT、MRI 検査と外来単純 Xp（胸腹部）に関しては放射線専門医が読影レポートを作成する。依頼医が放射線科医の読影を希望した場合にもレポートが作成される。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
b16	A	CT、MRI、核医学検査の読影実施（全症例） 単純撮影の読影実施（眼科の全症例） 単純撮影の読影実施（依頼症例）	従来、CT、MRI、RI については全件読影を担保しているとともに、単純写真に関しても、普段画像診断に関与しない眼科の術前検査に関しては全件読影を行っており、またその他の診療科においても、依頼があった場合に読影を行う体制が整っている。	
b17	A	CT、MRI、核医学検査の読影実施（全症例） 単純撮影の読影実施（依頼症例）	平成 20 年に、読影医を増員し、CT、MRI、核医学以外に、単純撮影の読影（検査依頼時に、依頼医から読影依頼があったもの）にも対応している。	
b18	A	画像診断外来の実施	画像診断外来を実施する。（現在実施中）	
b19	A	読影実施（依頼症例）	検査依頼時に「所見あり」でオーダーすることで、放射線診断科医の所見が得られる体制がある。	
b20	A	CT、MRI、核医学検査の読影実施（全症例） 単純撮影の読影実施（入院前・術前の胸部） 単純撮影の読影実施（依頼症例）	胸部 Xp（入院前、術前）、CT、MRI、RI については全例読影されている。またそれ以外の X 線検査についても希望時には読影を依頼できる体制がある。	
b21	A	CT、MRI、核医学検査の読影実施（全症例） 単純撮影の読影実施（依頼症例）	CT、MRI、核医学検査については、基本的には全例読影されており、当日中にレポートが返却されている。一般単純撮影についても、診療科から依頼があれば放射線診断科医が読影している。	
b22	A	適切な人員配置	画像診断レポートの作成に従事している医師は、12 名で読影体制は整備出来ている。	
b23	A	読影実施（時間外症例の優先読影） 読影システムの整備（遠隔読影）	時間外撮影は、翌朝優先読影する。夜間・休日は、放射線科オンコール当直医がタブレット PC を用いて他科からの画像コンサルトを受ける。	
b24	A	CT、MRI の読影実施（全症例） 読影忘れの定期的な確認の実施	<ul style="list-style-type: none"> CT、MRI 検査は全件翌日までに読影しており、読影忘れがないか定期的に放射線部でチェックしている。 読影システムレポート一覧の期間表示設定が個人で異なっていたため、表示期間を過去 2 週間とし確認する。 	
b25	A	CT、MRI の読影実施（全症例） 単純撮影の読影実施（依頼症例）	CT と MRI に関しては全例放射線科医が読影する。単純写真は依頼時に読影希望の有無をチェックする箇所があり、希望有りの場合は放射線科医が読影する体制である。	
b26	A	緊急所見、異常所見の通知	読影時に緊急あるいは初回の異常を検知した場合は電話連絡している。	
b27	A	読影実施（依頼症例）	診療科より読影依頼があった場合は、専門医による読影ができる体制ができている。	
b28	A	レポート作成後の通知、カルテ記載	放射線科医が読影後、ToDo システムで複数の医師に結果の確認を促し、情報を共有のうえ、電子カルテに記載するようにしている。	
b29	A	速やかなレポート作成 読影実施（時間外症例）	原則として、1. 午前中の外来患者撮影の読影は当日中に、2. 17:15 までの入院患者の撮影の読影は当日中に読影をし、3. 至急読影の依頼は口頭で受けて即座に読影している。また休日夜間帯もオンコール体制により読影を行い、必要に応じて診断専門医による読影レポート作成を行っている。	
b30	B-2	単純撮影の読影実施（依頼症例）	単純 X 線写真の読影依頼は可能だが、読影医の数が限られ十分な対応は困難。	

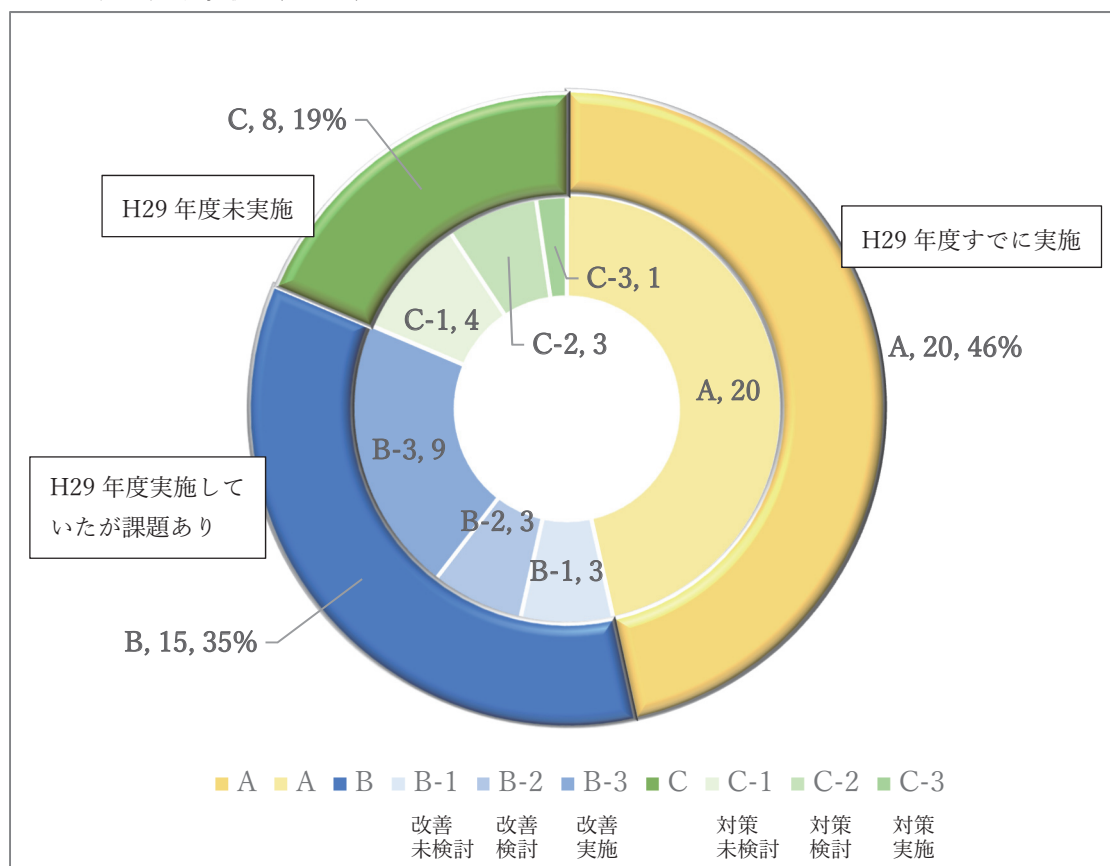
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
b31	B-2	適切な人員配置 読影環境の改善 読影システムの整備	読影医不足の解消、読影環境の改善、読影システムの改善などを検討中。	
b32	B-2	適切な人員配置	放射線診断医の増員について、病院執行部会議及び人事諮問会議での審議を経て2名の増員を実施済み。	
b33	B-2	読影システムの整備 速やかなレポート作成	所見システム及び電子カルテシステムでの整備、救急外来や夜間撮影検査は翌朝優先的に読影する体制の整備。 (翌日中には98%読影レポート作成)	
b34	B-2	速やかなレポート作成 読影実施（時間外症例）	現在定時で撮影された検査の放射線読影レポートについてはほぼ当日中に作成されている。今後、緊急及び時間外での検査に対する読影体制について検討中である。	
b35	B-3	未読レポートの通知	放射線レポートの未読防止対策として、各診療科に既読管理者を配置して対応していたが、未読が減少したものの0%とはならなかったため、未読通知を実施する体制を講じた。	6-2
b36	B-3	適切な人員配置	依頼に対する応需状況はもともと100%であったが、依頼率は80%程度であったため、読影医の増員を含む読影体制の強化を行なった。	
b37	B-3	読影システムの整備（遠隔読影）	院内の放射線科医の人数ではすべての画像検査の読影は不可能であるので、外部の遠隔読影を利用して救急部CT以外の画像検査のすべてに報告書が作成されている。救急部CTに関しては救命医がカルテに所見を記載し、放射線科医が所見の確認を行っている。	40-2
b38	B-3	読影実施（時間外症例）	至急、救急外来でのCT読影は、優先的に読影する体制とした。	
b39	C-2	適切な人員配置	2018年7月1日に画像診断センターを設置し、画像診断医の採用に取り組んでいる。	
b40	C-2	検討中、検討予定	読影画像見落とし防止対策WGにて対応を検討中。	

(3) 提言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実施のための工夫」

提言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実施のための工夫」について、平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は20施設（46%）であった。平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があった施設は15施設（35%）であった。このうち12施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を実施していた。また、平成29年度の相互チェック時点では対策に取り組んでいなかった病院は8施設（19%）であったが、このうち3施設において、相互チェックを契機に取り組みを検討するか、あるいは、実際に取り組みを開始していた。

具体的な取り組み内容は、「依頼時の入力必須項目の設定」、「医師の連絡先の明確化」、「依頼医への検査目的の疑義照会の実施」、「医師への教育の実施」等であった。読影医から依頼医への連絡を事務担当者が担当している施設もあった。

提言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実施のための工夫」への取り組み状況（n=43）



提言 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実施のための工夫

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
c1	A	依頼時の必須入力項目の設定 コピー&ペーストの制限 検査データの自動反映	検査において必要な情報の項目はオーダー画面上で記入項目を必須化している。アレルギー歴や内服薬等の重要なチェック項目についてはコピー and ペーストができないよう工夫され、最新の情報で確実に毎回チェックして自動入力するように設定している。腎機能を含めた血液検査の主要項目は最新のデータが自動的に依頼オーダー画面に反映されるようになっている。	
c2	A	未読レポート減少に向けた取り組みの実施	未読レポートをなくすため、医療安全管理部会議及びサブリスクマネージャー会議を通じて、周知徹底を図っている。また、医療安全行動目標として患者との情報共有を行うよう周知している。	6-3
c3	A	医師の連絡先の明確化	依頼書の依頼内容に依頼医の PHS 番号が記載されている。	
c4	A	依頼時の必須入力項目の設定 医師の連絡先の明確化	単純 X 線検査はこれまでもオーダー画面に検査目的の記入をお願いしていたが、2019 年 1 月からは当該記載を必須化する旨を病院運営会議にて周知、また、「読影レポート確認忘れ防止に関する WG」を設置、2018 年 12 月より※「緊急対応必要時連絡リスト」を作成し、読影医から直接電話をする。 ※依頼医師に連絡が取れなかった際のファーストコール、セカンドコールまで記入したリスト	
c5	A	医師の連絡先の明確化	オーダー時に依頼医の連絡先 (PHS 番号) 記載することにより、依頼医への迅速な確認が可能。	
c6	A	十分な取り組みがなされている	画像オーダ、検査オーダ時に検査意図について概ね十分な記載がされている。	
c7	A	疑義照会の実施 依頼時の必須入力項目の設定 オーダー用テンプレートの作成	前日までに依頼内容をチェックし、疑義のあるものについては依頼医に問合せている。また不適切な依頼内容についてはレポートにその旨を記載し改善を求めている。電子カルテ上では、検査目的を入力しないとオーダーできないようにしている。また、簡単なテンプレートを作成している。	
c8	A	依頼時の必須入力項目の設定 疑義照会の実施	電子カルテでオーダーする際に必ず、検査の意図・目的を記載しなければならないようになっている。および、主治医との直接的なやりとり。	
c9	A	依頼時の必須入力項目の設定	電子カルテのオーダー時に病名、依頼項目は必須としている。	
c10	A	疑義照会の実施	検査の依頼意図が不明確な場合は、読影医が依頼医に直接問合せている。	
c11	A	医師への教育の実施 疑義照会の実施	依頼医への教育は各診療科に一任している。 読影医から診療科への問い合わせを適宜実施している。	
c12	A	依頼時の必須入力項目の設定	撮影依頼目的、臨床診断名の記載が、放射線オーダ上、必須となっている。	
c13	A	疑義照会の実施	検査依頼意図が不明確な場合は、検査依頼医と検査部門の担当者間で電話連絡している。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
c14	A	依頼時の必須入力項目の設定 医師の連絡先の明確化	依頼時に入力する必須項目（病名など）が設定されており、当該項目の入力がない場合は、依頼できない仕組みになっている。また、検査依頼画面において依頼医と直接連絡が取れるよう依頼医の PHS 番号が自動的に入力されるようになっている。	
c15	A	依頼時の必須入力項目の設定 医師の連絡先の明確化	読影医に検査の依頼意図を正確に伝える為、依頼書に依頼意図を明確に記載している。また、検査依頼画面・所見入力画面に依頼医の PHS、診療科電話番号を記載しコミュニケーションが容易に図れる工夫をしている。	
c16	A	依頼時の必須入力項目の設定 医師の連絡先の明確化	依頼情報がないとオーダーできないシステムを導入しており、依頼医から診断医に検査意図の正確な伝達を行っている。	
c17	A	放射線部門から診療科への申し入れ実施	読影依頼に関する申し入れが放射線部門から各診療科へ通知されている。	
c18	A	疑義照会の実施	依頼内容に不明確な点がある場合は読影医または技師が依頼医に電話で確認している。	
c19	A	依頼時の必須入力項目の設定	電子カルテ上、依頼目的と診断の記入が必須であり、なければ依頼できない仕組みである。	
c20	B-1	依頼時の必須入力項目の設定 医師の連絡先の明確化	読影依頼があっても依頼書に経過や検査目的の記載がなければ読影を行わない規則となっているがそれを検証するしくみの整備が不十分である。各医師の PHS 番号は電子カルテ端末で確認、検索も可能である。	
c21	B-1	依頼時の必須入力項目の設定 医師の連絡先の明確化	依頼医は、検査依頼時に検査目的を明確にし、その他の特記事項について、「依頼科コメント」欄に記載する。レポートには連絡先は記載されていないが、オンラインですべての医師の PHS を検索できる。	
c22	B-1	医師への教育の実施	診療科の教育にゆだねている。	
c23	B-2	疑義照会の実施	従来より、不明な点や重要所見を覚知した場合には、読影医から依頼医へ直接電話連絡を行う対応を行っているが、依頼医と連絡が取れない状況もままあり、対応に苦慮している。	
c24	B-2	医師の連絡先の明確化	依頼医師の電話番号は電子カルテ内に明記されているが、不在の際は連絡が取りづらい状況がある。	
c25	B-2	医師への教育の実施 医師の連絡先の明確化	1. 検査意図が不明確な放射線オーダーの抽出と依頼医の教育（平成 29 年度以前より実施）2. 放射線オーダーに依頼医の連絡先（PHS 番号等）入力の必須化（現電子カルテ内で検討中）	
c26	B-3	取り組み内容の周知	平成 30 年 7 月 23 日に取り組み事項を配布するとともに、各種医療安全関連の委員会で説明を行った。今後は、年に 1～2 回程度リスクマネージャー連絡会議でリマインドを行う予定。	1-3
c27	B-3	医師の連絡先の明確化（クラークによる連絡）	放射線科医がクラークに連絡し、クラークが診療科担当医を探して連絡する。連絡された診療科担当医が放射線科医と話し合う。	

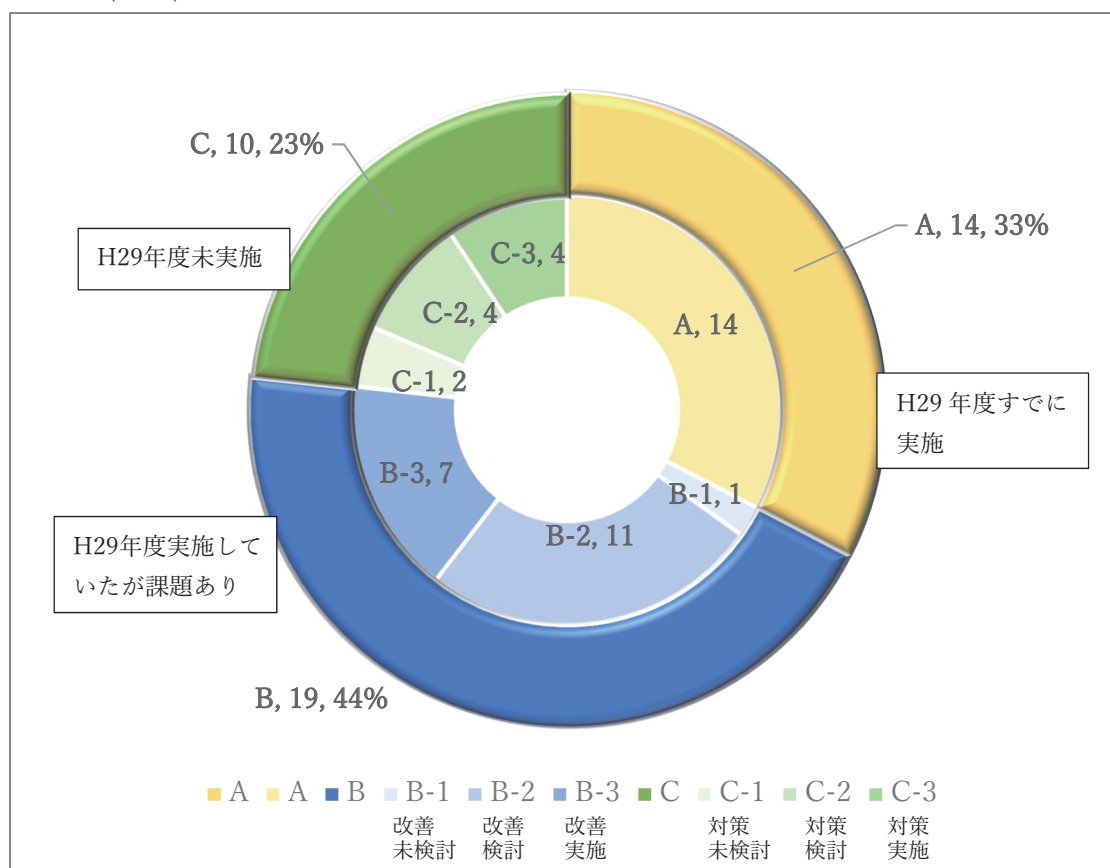
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
c28	B-3	依頼時の必須入力項目の設定	平成 30 年 11 月に画像診断報告書確認マニュアルを制定し、依頼にあたっては、検査の対象および検査意図を明記するとともに、現在の病状や治療内容との食い違いが生じないように留意し、既知の異常所見等がある場合にはその内容についても記載するように明記した。	15-3
c29	B-3	疑義照会の実施	放射線診断医が検査依頼意図に疑問を感じた場合は、依頼医師に連絡を PHS で連絡を取り確認するようにしている。	
c30	B-3	依頼時の必須入力項目の設定	依頼内容の不明な検査に対しては読影医が直接電話等にて確認を行うとともに、依頼内容欄が無記載の場合はオーダー入力がシステムの出来ない仕組みを取っている。	
c31	B-3	依頼フォーマットの統一	依頼内容を記載する箇所が複数あったため、一括化を図り院内に周知した。	
c32	B-3	依頼時の必須入力項目の設定 疑義照会の実施	主治医が電子カルテにて画像検査オーダーを発生させる際に検査目的などを記載する。放射線科担当医は検査目的を確認して、撮影の指示を出す。主治医記載内容が不備であれば主治医へ電話で問い合わせしている。	40-3
c33	B-3	医師への教育の実施	相互チェックで依頼内容の記載が不十分と指摘されたため、リスクマネージャーを対象に講習会を開催した。	
c34	B-3	医師への教育の実施	「不適切な読影依頼」をなくすため、全職員対象の安全講習にて事例の紹介を行い、職員全体に対して意識の向上を促した。	
c35	C-2	医師の連絡先の明確化	診療システム更新に伴い、依頼医の連絡先が診断医の画面に表示されなくなっている。 現状では、院内の情報システムを用いて連絡先を検索して対応している。	
c36	C-2	医師への教育の実施 医師の連絡先の明確化	読影依頼の記載方法について周知を行う。コミュニケーション方法については院内 PHS について名簿が作成されているので、現時点でも比較的容易に連絡がとれる体制となっている。	
c37	C-2	検討中、検討予定	読影画像見落とし防止対策 WG にて対応を検討中。	
c38	C-3	依頼時の必須入力項目の設定	画像検査依頼時に、病名、検査目的、サマリー記載日付の入力を徹底している。	

(4) 提言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」

提言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」について、平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は14施設（33%）であった。平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があった施設は19施設（44%）であり、このうち、18施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成29年度の相互チェック時点では対策を講じていなかった施設は10施設（23%）であり、このうち8施設において相互チェックを契機に取り組みを検討するか、あるいは、実際に取り組みを開始していた。

具体的な取り組み内容は、レポートの「文字、文字の色、大きさ等の工夫」、「所見の記載順、記載方法の工夫」、「重要所見の差別化」、「キー画像の添付」等であった。

提言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」への取り組み状況 (n=43)



提言 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

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
d1	A	文字、文字の色、大きさ等の工夫 所見の記載順、記載方法の工夫	レポートの記載については、文字の色やフォントの変更、文字の大きさの変更ができるように工夫している。依頼医に確実に伝えるべきポイントは、レポートの最後の欄にまとめて記載され、注目されるように工夫している。	
d2	A	重要所見の差別化	予期せぬ重要所見のある画像診断報告書に★★マークを付し、視認性の向上を図っている。	
d3	A	所見の記載順、記載方法の工夫	重要性の高いものから記載している。 臓器ごと、疾患ごとに記載している。	
d4	A	所見の記載順、記載方法の工夫	重要所見や予想外の所見はレポートの上位部分に記載し、キー画像を添付している。	
d5	A	キー画像の添付 所見の記載順、記載方法の工夫	重要所見にキー画像を付けている。また、重要所見が目立つようなレポートの記載を教育、実践し、更なる改善を目指している。	
d6	A	キー画像の添付	重要所見を含むキー画像の添付。	14-4
d7	A	文字、文字色、大きさ等の工夫 キー画像の添付	重要所見とくに偶発的な重症所見についてはレポート上で目立つように赤字にしている。 重症所見についてはできるだけキー画像を添付している。	
d8	A	キー画像の添付 文字、文字色、大きさ等の工夫	重要な所見にはハイパーリンク機能を用いて、キー画像のリンクを貼る。リンク部は文字色を変更、下線を引くなどして、視認しやすくしている。	
d9	A	所見の記載順、記載方法の工夫 キー画像の添付	要約欄に重要所見を分かりやすく記載するようにしている。また、画像を添付し、問題となる箇所に矢印を付すようにしている。	
d10	A	所見の記載順、記載方法の工夫 次を取るべき行動の提案の記載	疾患ごとに改行し、コンサルトの必要性もできるだけ記載している。	
d11	A	所見の記載順、記載方法の工夫	放射線レポート作成時に、急を要する所見についてはレポート文頭での記載、診断名を必ず記載するよう統一している。	
d12	A	所見の記載順、記載方法の工夫	画像診断レポート作成時に、重要所見を先頭書き、目立つよう工夫している。	
d13	A	文字、文字色、大きさ等の工夫	所見欄で重要箇所について、赤字・太字・下線で示すことができるようになっている。	
d14	A	文字、文字色、大きさ等の工夫	レポートの文字サイズ、色の指定ができるようにしており、電子カルテにも反映する。	
d15	B-1	キー画像の添付	重要所見にはキー画像をつける工夫は相互チェック以前より行っている。 重要所見の文章を目立たせる工夫は現時点でない。	
d16	B-2	所見の記載順、記載方法の工夫	レポートのレイアウトを見直し、検査結果・重要な所見を冒頭に配置するようにシステム改修を実施中。（平成31年2月改修完成予定）	
d17	B-2	読影医による表記方法の統一	読影医により、レポートの記載あるいは表記方法に多少のバラツキが認められたため、次の検討課題として議論中である。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
d18	B-2	所見の記載順、記載方法の工夫 重要所見の差別化	部位別の所見の後に「Reading」として所見のまとめを記載している。重要度を示すフラグの明示については、現在検討中である。	
d19	B-2	次にとるべき行動の提案の記載	放射線科医師は依頼医師がとるべき手段を明記している場合が多いがルールとなっているわけではない	
d20	B-2	キー画像の添付 所見の記載順、記載方法の工夫 文字、文字色、大きさ等の工夫	1. 重要所見にキー画像をつける（通常の所見記載と同様）。2. 重要所見はレポートのはじめに記載するなど、放射線科内でレポート記載フォームの検討をお願いする。3. 重要所見のフォントや文字色の変更（次期電子カルテシステムで検討中）	
d21	B-2	使用する言葉の定義の明確化 所見の記載順、記載方法の工夫	フォローと経過観察など明確な言葉の使い方定義が設定し難いなど検討をすすめている。現状のとおり重要所見は先頭に記載するなどの実施していた工夫は継続する。	
d22	B-2	重要所見の差別化	重要所見に対して、注意喚起（読影医コメント）ができるシステムを導入予定である。	
d23	B-2	所見の記載順、記載方法の工夫 文字、文字色、大きさ等の工夫	レポート内の記載内容の順番を工夫したり、貼付画像に矢印を付記するなどの工夫を実施しているが、現状では、文字サイズや文字色を変更することができないシステムであり、今後の課題として検討中である。	
d24	B-2	検討予定	読影医の判断に委ねられていたため、次期読影システムで検討する。	
d25	B-2	所見の記載順、記載方法の工夫 重要所見の差別化	<ul style="list-style-type: none"> 重要な所見はレポートの冒頭やまとめの初めなど目立つ場所に記載している。 平成31年1月の電子カルテ更新に伴いフラグをつけるなど検討中。 	
d26	B-2	レポートのフォーマット整備	重要所見の記載順は個人の裁量による部分が大きく、統一化されていない。またキー画像添付の基準も明確には設けられていない。現在はある程度の読影レポートのフォーマットを構築中である。	
d27	B-3	取り組み内容の周知	平成30年7月23日に取り組み事項を配布するとともに、各種医療安全関連の委員会で説明を行った。今後は、年に1～2回程度リスクマネージャー連絡会議でリマインドを行う予定。	1-4
d28	B-3	既読管理の実施	既読管理者が電子カルテシステム上で既読管理が出来るようシステムを変更した。	6-4
d29	B-3	重要所見の差別化 所見の記載順、記載方法の工夫 レポートのフォーマット整備	急を要する所見のあるレポートに対しては、診断欄（Impression）の先頭に★を入力するルールを構築した。診断欄をレポートの末尾ではなく、本文の手前になるよう、レイアウトを変更した。当該マークのあるレポートは未読期間がある一定以上となった場合に、依頼医や依頼診療科外来医長にアラートメールが送信される仕組みを取っている。	25-4
d30	B-3	取り組み内容の周知	重要所見は、以前よりレポートの上部に記載されていたが、職員への周知がされていなかった。そのことをリスクマネジメントマニュアルのフローチャートに記載し、周知を行った。	
d31	B-3	文字、文字色、大きさの工夫	重要所見は最初、色違いで書く。	

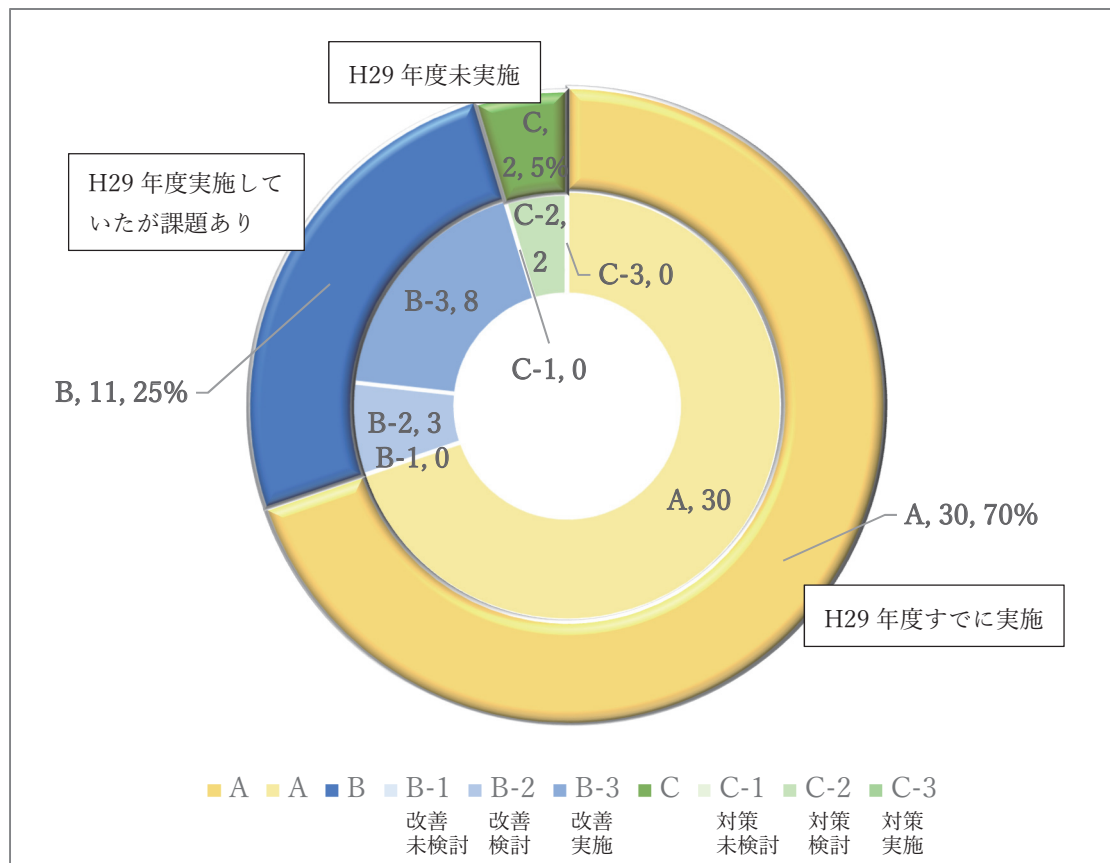
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
d32	B-3	放射線科医への教育の実施	読影医である放射線科内にて報告書の書き方の指導（わかり易い表現、太字や下線、色付き文字の使用など）を実施している。また、電子カルテでの報告書確認方法が2つあるが、このうち読みやすい方の報告書で確認するように院内へ案内した。	40-4
d33	B-3	所見の記載順、記載方法の工夫	重要所見の記載順について放射線科で定めて頂きマニュアルに掲載した。	
d34	C-2	重所所見の差別化	従来より、重要所見を覚知した場合には、読影医から依頼医へ直接電話連絡を行う対応を行っており、相互チェック以後には、より一層対応を強化している。視認性については検討中の状況。	
d35	C-2	重要所見の差別化	依頼医からの依頼情報にはない重要な所見が見つかった場合には、アイコンに目立つマークをつけ、視認性を高めることとした。	
d36	C-2	所見の記載順、記載方法の工夫 文字、文字色、大きさの工夫	放射線レポート、内視鏡レポートに関して、診断を一番上段に持ってくるよう改修予定（H31年2月実装予定）。また重要所見にはリッチテキストを使えるように改修を一緒に行う予定。	
d37	C-2	検討予定	読影画像見落とし防止対策WGにて対応を検討中。	
d38	C-3	所見の記載順、記載方法の工夫	重要所見は、所見欄以外に診断欄にも記載されるシステムになっている。	
d39	C-3	レポートの一括報告 重要所見の差別化 キー画像の添付	病院営業日には毎日、前日までの画像読影結果が excel ファイルで一覧となり、各部門の電子カルテ端末に配信される。また重要所見には excel ファイルに印がつけられる。読影レポートにはキー画像も添付される。	2-4
d40	C-3	所見の記載順、記載方法の工夫	レポートの最初に重要項目がわかるように記載。	
d41	C-3	所見の記載順、記載方法の工夫	平成30年10月より重要所見はレポートの冒頭に記載することとし、画像診断報告書確認マニュアルにも記載した。	15-4

(5) 提言5「至急対応が必要な重要所見への対応」に関する結果

提言5「至急対応が必要な重要所見への対応」について、平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は30施設（70%）であった。平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があった病院は11施設（25%）であり、全施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成29年度の相互チェック時点では対策を講じていなかった病院は2施設（5%）のみであり、いずれも相互チェックを契機に取り組みの検討を開始していた。

具体的な対応方法として、「読影医から依頼医への連絡の実施」、「パニック値、連絡基準の明確化」、「重要所見の差別化」等があった。読影医や医師事務作業補助者が、その後の依頼医の対応の実際を確認している施設もあった。

提言5「至急対応が必要な重要所見への対応」への取り組み



提言 5 至急対応が必要な重要所見への対応

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
e1	A	読影医から依頼医への連絡の実施	検査目的外に発見された重要所見があった場合、読影医から依頼医へ直接連絡がなされる。	
e2	A	読影医から依頼医への連絡の実施	読影医が直接、依頼医へ連絡するシステムとなっている。	
e3	A	読影医から依頼医への連絡の実施	従来より、重要所見を覚知した場合には、読影医から依頼医へ直接電話連絡を行う対応を行っており、相互チェック以後には、より一層対応を強化している。	
e4	A	読影医から依頼医への連絡の実施 所見の記載順、記載方法の工夫	レポート作成時に緊急対応を要する所見を認めた場合は、依頼医へ直接電話連絡をしている。また、依頼医からの要望や検査依頼分の内容に応じ、レポート作成の順番に優先順位をつけ臨機応変に対応している。	
e5	A	パニック値、連絡基準の明確化	平成 22 年 10 月からパニック値を設定し、連絡先を定めて運用している。	7-5
e6	A	読影医から依頼医への連絡の実施	画像診断医が担当医に電話連絡を行っている。	8-5
e7	A	読影医から依頼医への連絡の実施	緊急対応が必要な所見の場合は電話連絡を行っている。	
e8	A	読影医から依頼医への連絡の実施	緊急時に直接連絡する仕組みはあるが、継続的に徹底を図る必要がある。	
e9	A	読影医から依頼医への連絡の実施	以前から、読影医から電話連絡を行っているが、「読影レポート確認忘れ防止に関する WG」を設置、2018 年 12 月より「緊急対応必要時連絡リスト」を作成し、よりスムーズに運用できるよう対応している。	
e10	A	読影医から依頼医への連絡の実施 レポートの迅速な作成	読影システム（優先度通知システム）の運用による緊急症例の迅速なレポート発行、必要に応じて電話連絡。	
e11	A	パニック値、連絡基準の明確化	これまでに電話による報告を行ってきたが、平成 30 年 10 月より連絡する基準を明文化した。	
e12	A	読影医から依頼医への連絡の実施	緊急時には、電話による連絡を必ず実施している。	
e13	A	読影医から依頼医への連絡の実施	読影医が担当医に電話連絡している。	
e14	A	読影医から依頼医への連絡の実施	重要所見があった場合は、依頼医に直接連絡を行っている。依頼医が不在の場合は、診療科の他の医師に伝える。	
e15	A	読影医から依頼医への連絡の実施	依頼医師に速やかに連絡する体制がとられていた。	
e16	A	読影医から依頼医への連絡の実施 パニック値、連絡基準の明確化	放射線科医から直接依頼医へ電話連絡を行う。 (平成 30.4 より)パニック値報告の連絡体制を整備した。	20-5
e17	A	読影医から依頼医への連絡の実施 依頼医不在時の対応の明確化	以前より予期していない病変や緊急処置が必要な所見が見つかったときには、読影医よりオーダー医に電話連絡をしている。更に、オーダー医不在時の診療科毎の連絡先を一覧にし、連絡体制を明確にした。	
e18	A	読影医から依頼医への連絡の実施	読影医から依頼医に電話連絡をする体制が整っている。	
e19	A	読影医から依頼医への連絡の実施	至急の対応が必要な重要所見が認められた場合には、電話連絡を実施している。	
e20	A	読影医から依頼医への連絡の実施	読影医から電話で直ちに依頼医、又は依頼医所属診療科へ連絡している。	
e21	A	読影医から依頼医への連絡の実施	読影医より検査依頼医へ直接連絡している。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
e22	A	読影医から依頼医への連絡の実施	至急の対応が必要な重要所見については、従前より電話により診療科に連絡を取るようになっている。	
e23	A	読影医から依頼医への連絡の実施	読影医より依頼医あるいは担当医へ電話連絡をおこない、至急対応が必要であることを伝えている。	
e24	A	読影医から依頼医への連絡の実施	読影時に至急の対応が必要な所見が認められた場合には、速やかに電話対応している。	
e25	A	読影医から依頼医への連絡の実施	出血や穿孔など緊急性の高い所見については、放射線科医が直接主治医等へ電話連絡している。結核疑いの場合には感染制御部へ連絡している。	
e26	A	読影医から依頼医への連絡の実施	読影時に緊急あるいは初回の異常を検知した場合は電話連絡している。	
e27	A	読影医から依頼医への連絡の実施	依頼医が想定していない重要所見を認めた場合には、放射線科医が依頼医および依頼診療グループに電話連絡を行う。	
e28	A	読影医から依頼医への連絡の実施 カルテ記載の実施	従来より主治医に電話連絡が実施されていた。放射線科読影レポートにも依頼医への連絡について記載されていたが、加えてカルテにも記載して頂くよう放射線科に依頼した。	
e29	B-2	パニック値、連絡基準の明確化	レポート確認の報告体制はあるが、至急対応が必要な重要所見の判断基準が一定でないため検討中。	
e30	B-2	読影医から依頼医への連絡の実施 重要所見の差別化 電子カルテ内で通知を実施	1. 緊急対応が必要な所見を認めた場合、依頼医に電話連絡を行う（現在実行済）。2. 電子カルテ内に緊急フラグを立てる（次期電子カルテシステムで検討中）。3. 電子カルテ内で依頼医に画像診断レポート作成完了を知らせる仕組みを構築する（現電子カルテシステムで検討中）。	
e31	B-2	依頼不在時の対応の明確化	依頼医への連絡が取れない場合、外来もしくは病棟医長への連絡体制を検討中である。	
e32	B-3	取り組み内容の周知	平成30年7月23日に取り組み事項を配布するとともに、各種医療安全関連の委員会で説明を行った。今後は、年に1～2回程度リスクマネージャー連絡会議でリマインドを行う予定。	1-5
e33	B-3	読影医より依頼医への連絡の実施 依頼医へのアラートメールの送信	急を要する所見のあるレポートに対しては、依頼医に電話等にて連絡を行うとともに、提言事項4の設問3にあるように、依頼医に対するアラートメールが送信される仕組みを取った。	
e34	B-3	読影医より依頼医への連絡の実施 重要所見の差別化 電子カルテ内で通知を実施	依頼医名とともに連絡先番号が記載され、緊急度の高い重要所見に関しては直接連絡する体制をとっている。所見システム及び電子カルテシステムの整備、至急タグ、注意喚起タグ付けにより、依頼医への電子カルテ上で通知される。	
e35	B-3	読影医から依頼医への連絡の実施	緊急処置が必要な場合は依頼医に電話連絡を行っている。（大動脈解離など）	
e36	B-3	読影医から依頼医への連絡の実施 カルテ記載の実施	主治医に直接電話連絡した後、カルテに記載するルールを決めた。	
e37	B-3	読影医から依頼医への連絡の実施 カルテ記載の実施 読影医による、依頼医の対応の確認	<ul style="list-style-type: none"> 重要所見は放射線科から依頼医へ電話連絡し、その内容をカルテに記載している。 その後対応されているかカルテで診断医が確認をしている。 	

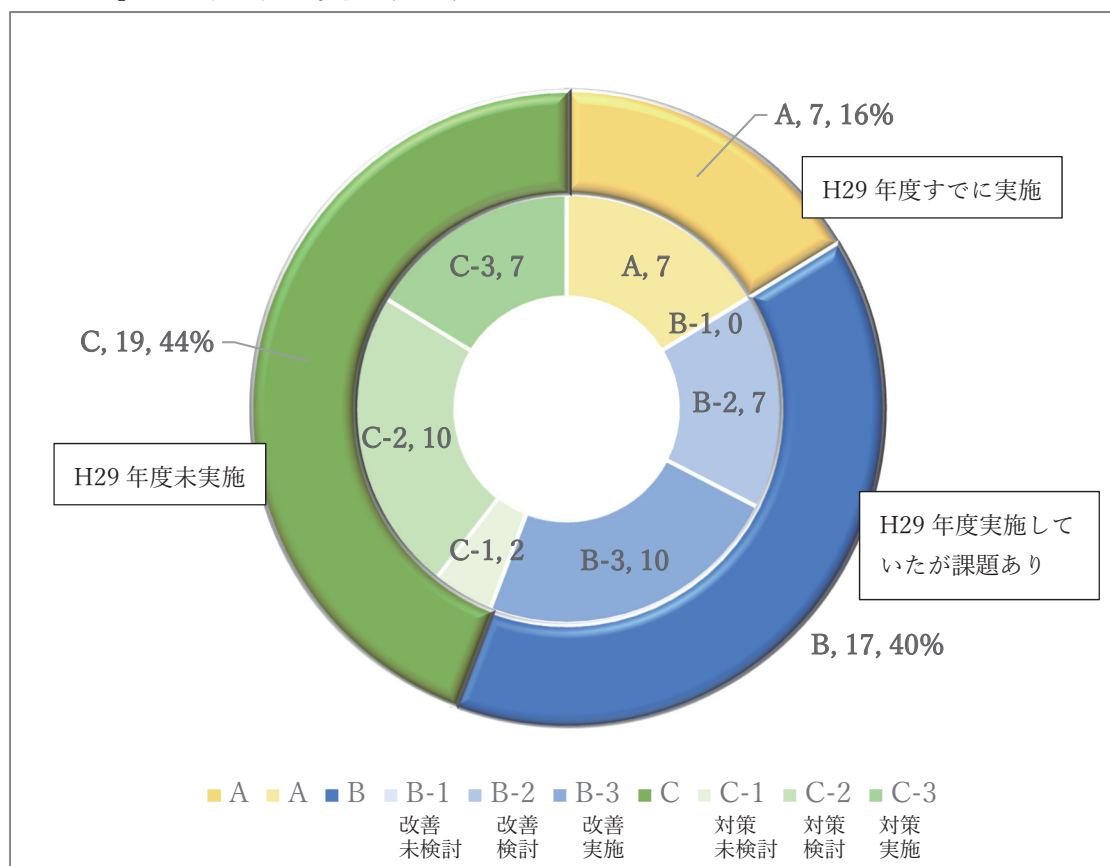
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
e38	B-3	読影医から依頼医への連絡の実施 重要所見の差別化 事務担当者による、依頼医の対応の確認	以前より至急対応が必要なケースでは放射線科医の責任で担当医へ連絡を行っていた。それを発展させて、放射線科医が画像検査を読影する際に、その症例に対する対応までの期間を判断し、その期間に基づきランク付けを行う。そのランクに沿って既読管理、アクション管理のデータを構築し、1. 緊急性ありの場合は放射線科医が直接の電話連絡を行なう 2. その他は医師事務作業補助者によるリマインドと説明アクションの管理にて対応することとする。	40-5
e39	B-3	読影医から依頼医への連絡の実施 カルテ記載の実施	緊急性の高い画像所見を認めた際は PHS やメールで主治医に連絡していたが、連絡した事実を読影レポートに記載していなかった。相互チェック以降は読影レポートに記載している。また incidental に発見された所見に対しても同様の対応を行っている。	
e40	C-2	検討中、検討予定	提言 4 に対応したシステム改造を終えた後に検討する予定である。 提言 4 : 30 ページ No. d35 を参照のこと。	
e41	C-2	重要所見の差別化	診断の緊急性、重要性について、画像診断科がカテゴリー化することを検討している。	

(6) 提言 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」

提言 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」については、平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は 7 施設 (16%) であった。平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があったとする施設は 17 施設 (40%) であり、全施設において、相互チェックを契機に改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成 29 年度の相互チェック時点では対策に取り組んでいなかった施設は 19 施設 (44%) であり、このうち 17 施設では相互チェックを契機に取り組みの検討を開始するか、既に取り組みを開始していた。

具体的な取り組みとして、「重要所見の差別化」、「読影医から依頼医への連絡の実施」、「電子カルテでの通知を実施」、「読影医による依頼医の対応の確認」、「未読レポートの抽出と対応」、「レポートの印刷と配付」等があった。

提言 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」への取り組み状況 (n=43)



提言 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

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
f1	A	パニック値、連絡基準の明確化	平成 22 年 10 月からパニック値を設定し、連絡先を定めて運用している。	7-6
f2	A	重要所見の差別化	画像診断報告書に★★マークを付し、14 日後にカルテを確認、未確認のものについて画像診断医が担当医に電話連絡を行い、カルテ記載を行っている。	8-6
f3	A	キー画像の添付 所見の記載順、記載方法の工夫 依頼医が次に取るべき行動の提案	レポート内の相当する所見に対しキー画像のリンクを貼る。所見欄のみでなく、impression にも記載、具体的な検査指示や適切な経過観察期間を明示するようにしている。	
f4	A	読影医から依頼医への連絡の実施 電子カルテ内で通知を実施	「5」のとおり電話連絡しているが、これ以外にレポート登録時に電子カルテへの転記およびレポートが完了した旨の ToDo 通知を発信し、入院患者は主治医、担当医、オーダー医、外来は外来担当医、オーダー医に発信している。 「5」：32 ページ No. e17 を参照のこと	
f5	A	重要所見の差別化 電子カルテ内で通知を実施	放射線科医が読影時に重要所見の含まれるレポートに「重要フラグ」を付与している。又、当該レポートについては、依頼医、または、検査依時に指定した医師へ、電子カルテシステムの「重要所見 ToDo」として通知される仕組みを、平成 28 年に整備済みである。	24-6
f6	A	読影医による、依頼医の対応の確認 電子カルテ内の通知、管理システムの構築	放射線科読影医が 1 か月後に診療状況をカルテ確認し、適切な治療介入があるかを判断していたが、緊急対応所見、準緊急対応所見通知を管理できるシステムを構築でき、それを利用して医療安全管理部が診療モニタリングを開始する。	
f7	A	読影医による依頼医への連絡の実施 カルテ記載の実施	直接連絡やカルテ内の付箋で連絡をおこなっており、重要所見についてはカルテ記載を行っている。診療グループの複数の医師に共有を行うようにし、カンファレンスでの確認も行っている。	
f8	B-2	パニック値、連絡基準の明確化	レポート確認の報告体制はあるが、重要所見の判断基準が一定でないため検討中。	
f9	B-2	所見の記載順、記載方法の工夫	調査項目 4 にあるとおり、記載あるいは表記方法の統一を検討している。また、平成 30 年 6 月 25 日のリスクマネージャー会議にて依頼医向けの通知も実施。 調査項目 4：28 ページ No. d17 を参照のこと。	
f10	B-2	読影医による依頼医への連絡の実施 重要所見の差別化 レポート完成通知の実施	1. 重要所見を認めた場合、依頼医にメール連絡する（平成 29 年度以前より行っていたが、その徹底化を図る）。 2. 電子カルテ内に重要所見フラグをたてる（次期電子カルテシステムで検討中） 3. 電子カルテ内で依頼医に画像診断レポート作成完了を知らせる仕組みを構築する（現電子カルテシステムで検討中）。	
f11	B-2	読影医による、依頼医の対応の確認 パニック値、連絡基準の明確化	読影医は、検査を実施した患者の次回の外来日を確認し、近日中に来院しない患者の場合は、依頼医に連絡している。しかし、報告対象となる重要所見の基準が明確に設定されていないなどの課題もあり、検討中である。	
f12	B-2	検討中、検討予定	放射線 WEB 所見システムで確認できる仕組みを作っているが、月単位での確認は現在検討中。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
f13	B-2	検討中、検討予定	診療科あるいは読影部門それぞれに対策は講じていたが、システムでの確認を追加する。	
f14	B-2	検討中、検討予定	現在安全管理部門、放射線科と協議を行い、より適切な対応がとれるよう協議中である。	
f15	B-3	未読レポートの抽出と対応	平成 30 年 2 月 26 日リスクマネージャー連絡会議で放射線レポートアクセス照会機能を院内に周知。その後、6 月 11 日未読レポート対策の緊急点検を行うように周知するとともに各診療科での「放射線レポートアクセス照会機能」の運用方法を提出してもらった。その後実施状況はラウンドで確認を行った。 方法のルール：1 ヶ月毎に診療科 RM が未読レポートを確認。4 ヶ月後に医療安全管理部が確認。6 ヶ月後に医療安全管理部医師 GRM が確認を行う。	1-6
f16	B-3	未読レポートの抽出と対応	緊急・準緊急で対応を要する症例について、放射線診断科でリスト化し、医療安全管理部と共有し、そのリストを月 1 回医療安全管理部から各診療科 RM に送付し、対応しているかの確認を取っている。	
f17	B-3	未読レポートの抽出と対応	依頼医が 10 日以内に発行されたレポートのうち未読一覧がログイン時に表示される「利用者ポータル」を全ての医師、歯科医師に設定をするよう勧めており、11/15 現在 72%が設定完了している。	
f18	B-3	レポート印刷と配付（重要症例）	放射線科医師が重要と判断したレポートは印刷し各診療科に配信している。	
f19	B-3	未読レポートの抽出と対応	読影後、一定期間経過した未読レポートに関しては、依頼医、外来医長及び病棟医長に確認を促すメールを送付している。また、放射線レポート未読率を外来医長・病棟医長会議にて報告し注意喚起している。	23-6
f20	B-3	重要所見の差別化 電子カルテ内で通知を実施	所見システム及び電子カルテシステムの整備、至急タグ、注意喚起タグ付けにより、依頼医への電子カルテ上で通知される。	
f21	B-3	未読レポートの抽出と対応	毎月、診療科毎の検査所見未読リストを作成し、各診療科へ通知している。	
f22	B-3	未読レポートの抽出と対応	平成 30 年度より、未読レポートはオーダー月の 2 ヶ月後に、既読となっていないレポートがある場合には、診療科ごとにリスト票とレポートを印刷したものを診療科長宛に送付している。今後さらに対応済みの「チェックマーク」を入力し管理できるシステムの導入を検討中。	
f23	B-3	読影医から依頼医への連絡の実施 読影医による、依頼医の対応の確認	<ul style="list-style-type: none"> 重要所見は放射線部から依頼医へ電話連絡し、その内容をカルテに記載している。 その後対応されているかカルテで診断医が確認をしている。 	
f24	B-3	重要所見の差別化 読影医から依頼医への連絡の実施 医師事務作業補助者による確認の実施	ランク付けによって既読管理、アクション管理のデータを構築し、1. 放射線科医が直接の電話連絡をおこなう 2. 医師事務作業補助者によるリマインドと説明アクションの管理にて対応。	40-6
f25	C-2	検討中、検討予定	画像診断レポート等の重要情報の確認に関する WG を立ち上げ、画像診断や病理診断等の確認が確実に行われるシステム構築を検討している。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
f26	C-2	重要所見の差別化	読影医が重要フラグを付与し、重要なレポートの識別性を向上するシステムを構築中。	
f27	C-2	検討中、検討予定	提言 4 に対応したシステム改造を終えた後に検討する予定である。 提言 4 : 30 ページ No. d35 を参照のこと。	
f28	C-2	未読レポートの抽出と対応	未読レポート一覧を診療科に通知する運用を構築中である。	
f29	C-2	未読レポートの抽出と対応	未読のレポートを抽出するシステムと、依頼医にレポートの確認を促す運用は整備した。しかし、対応が確実にされたかどうかは診療科に任されている。	18-6
f30	C-2	検討中、検討予定	当院の画像レポート作成にフラグを立てることはシステム上困難であるが、レポート内に何らかの工夫が凝らせないか検討中。	
f31	C-2	重要所見の差別化	依頼医が確実に確認する仕組みについては、システムによるところも大きく、診断医がフラグを立てられるよう、システム運用 WG にて議論を進めている。	
f32	C-2	検討中、検討予定	次期システム更新時に検討中である。	
f33	C-2	重要所見の差別化	診断の緊急性、重要性について、画像診断科がカテゴリー化することを検討している。	
f34	C-2	重要所見の差別化	診療情報管理センターと通知すべき病態、疾患、その方法について協議を行っている。	
f35	C-3	レポートの印刷と配付（全症例）	読影レポートは全て紙にプリントアウトされ、各診療科の「未通知ファイル」に入れられる。各診療科で定期的に医長、あるいはカンファなどで悪性・重要所見が確認・伝達されたかを確認し、確認されたものは未通知ファイルから除かれ、確認・伝達されていないものは依頼医に通知され、レポートはまた未通知ファイルへ戻される。悪性・重要所見で確認・伝達されていないものはいつまでも未通知ファイルに残ることとなり、複数の目に触れ、診療科でも状況を一目で把握することが可能である。	2-6
f36	C-3	未読レポートの抽出と対応	平成 31 年 1 月より、システムを改修し、未読に対してはアラートが出ることになった。	
f37	C-3	読影医から依頼医への連絡の実施	重要所見がある場合は、放射線科医から電子カルテの紹介状システムを利用して依頼医へ伝達している。	9-6
f38	C-3	レポートの印刷と配付（全症例）	毎日読影レポートの一覧表を診療科に配付（診療科毎）、レポートの確認をした後、チェックを入れて放射線科に返却する。	
f39	C-3	重要所見の差別化 未読レポートの確認と対応依頼	平成 30 年 10 月より重要所見を含むレポートにフラグを立てる機能を付加し、フラグが立てられたレポートが 3 日間開封されない、定められたテンプレートで説明が入力されていない、あるいは電子カルテ上で適切な対応がされていない場合には主治医に電話連絡、1 週間未対応なものは GRM から部署のセーフティマネージャーに通知、1 ヶ月未対応なものに対しては科長（教授）に対応を依頼する体制を整備した。	

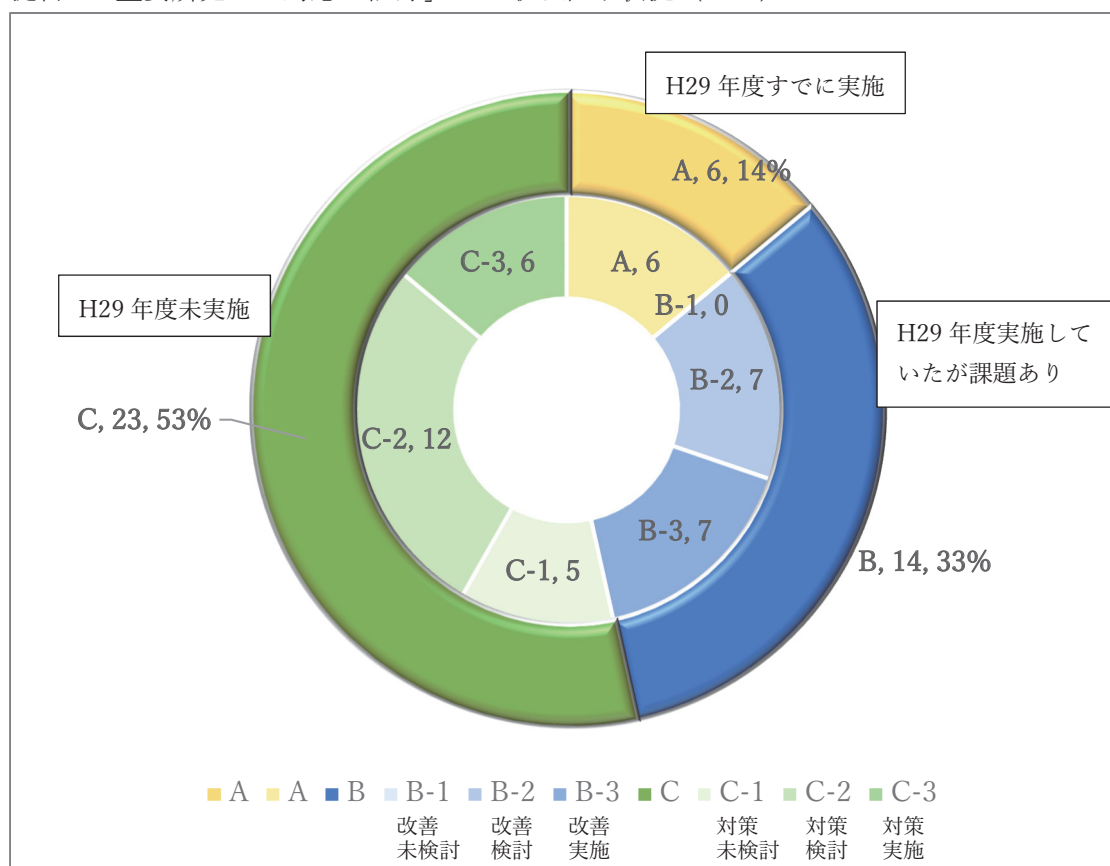
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
f40	C-3	未読レポートの抽出と対応	院内でワーキンググループを設立、急を要する所見のあるレポート（★印付加）は1週間、その他のすべてのレポートに対しては4週間の間、未読であった場合に自動的にアラートメールが依頼医や依頼診療科外来医長に送信される仕組みを構築した。	
f41	C-3	レポートの印刷と配付（全症例）	平成31年1月1日から、電子カルテシステム上で管理する。それまでの間は、読影レポートを全て印刷し、各診療科の確認責任者に配付する。確認責任者は、確認漏れがないことを医療安全管理部に報告する。	

(7) 提言7「重要所見への対応の記録」

提言7「重要所見への対応の記録」への取り組みについては、平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は6施設（14%）であった。平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があった施設は14施設（33%）であり、その全施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成29年度の相互チェック時点では対策に取り組んでいなかった施設は23施設（53%）であり、このうち18施設では相互チェックを契機に取り組みの検討を開始するか、既に取り組みを開始していた。

具体的な取り組み内容は、「診療録への記録の実施」、「必要性の周知」、「注意点の周知」、「診療録の監査の実施」、「教育の実施」等であった。また、記録をテンプレート化している施設や、実際の対応を確認するための人員の雇用を予定している施設もあった。

提言7「重要所見への対応の記録」への取り組み状況（n=43）



提言 7 重要所見への対応の記録

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
g1	A	診療録への記載の実施	平成 24 年 6 月からパニック値報告の有無にかかわらず、重要所見について診療録の記載を含め、適切な対応を行なうことを定めている。	7-7
g2	A	診療録への記載の実施	必要に応じて対応についてカルテ記載している。	
g3	A	診療録への記載の実施	カルテに記載する。	
g4	A	診療録の監査の実施	6 のモニタリングにより不適切な記録などについては医療安全管理委員会にて検討・指導を実施する方針である。 ※6：36 ページ、No. f6 を参照のこと。	
g5	A	診療録への記載の実施	依頼医はレポートを受けて必要な対応をしたことを診療録に記載している。	
g6	A	診療録への記載の実施 教育の実施	電子カルテ内への記載を行うようにしており、オリエンテーション、セミナー等で周知を行っている。	
g7	B-2	教育の実施	平成 28 年 1 月～2 月にかけて全診療科ごとにゼネラルリスクマネジャーが重要所見への対応について研修を開催した。ただし、単発の研修会であったため、継続性を考えると今後も繰り返し開催する必要がある。	
g8	B-2	電話により連絡した症例への記録（フラグ）	「5」のとおり電話連絡しているが、放射線レポートングシステム内で電話連絡をしたかどうかのフラグが立てられるように改修予定。（平成 31 年 2 月実装予定） ※5：32 ページ、No. e17 を参照のこと。	
g9	B-2	診療録の監査の実施	診療録管理要綱に画像診断所見の対応の記録について定められているが、実際の記載状況は確認できていなかった。現在、重要フラグがついた患者カルテから重要所見の対応状況を診療情報管理士が確認し、対応が未記載であった場合は、指導を行う方向で調整を行っている。	
g10	B-2	診療録への記録の実施	依頼医が画像診断レポートを元に、重要所見も含め全ての放射線科関連画像診断に関する所見及びその対応をカルテに記載する（現電子カルテシステムで検討中）。現在、放射線診断医が重要所見（予期せぬ所見）を発見した場合、依頼医に院内メールで連絡する体制を構築している。（平成 29 年度以前より行っていたが、その徹底化を図る）	
g11	B-2	診療録への記録の実施 教育の実施	検査依頼医は、読影レポートを確認して重要所見を認めた場合は、必要な対応をしたことをカルテに記載している。しかし、記載内容が不十分と思われるものもあるため、研修会等を開催して記録の重要性を周知することを検討している。	
g12	B-2	重量所見への対応を確認する人材の雇用	重要所見であると読影部門が指摘したものについては対応の確認をするための人材の雇用を予定している。	
g13	B-2	診療録への記載の実施 診療録の監査の実施	依頼医は画像診断レポートを必ず確認し、重要所見を認めた場合には、レポートを受けて必要な対応をしたことを診療録に記載するよう、教育している。また読影医が電話やメールなどで重要所見を伝えた症例に対しては、その後に適切なマネジメントが行われたかどうか、診療情報部が追跡・確認している。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
g14	B-3	教育の実施	各種医療安全関連の委員会、研修会、オリエンテーション、ラウンドの際に説明を行っている。	
g15	B-3	診療録への記載の実施	緊急性の高いものは、電話連絡の上カルテに記載し、緊急性は高くないが重要な所見がある場合は、カルテ・伝言板に記載する。	
g16	B-3	診療録への記録の実施	重要所見について電話連絡した場合は、放射線科医は電子カルテ上に記載している。	
g17	B-3	診療録への記録の実施	重要所見も含め、画像診断レポートの内容について、患者へ説明し、その説明した内容をカルテへ記載するよう、平成30年1月29日に放射線診断科長名で通知した。	
g18	B-3	診療録への記録の実施	依頼医は、画像診断レポートを確認し、重要所見を認めた場合、カルテに記録している。	
g19	B-3	診療録への記録の実施	平成30年4月より対応の記録を開始している。	
g20	B-3	診療録への記録実施	至急の対応が必要なものに関しては、放射線科医が主治医へ連絡した後、主治医はその経過・対応をカルテへ記載している。連絡を行った放射線科医も可能な限り連絡した内容を電子カルテへ記録を残すようにしている。 なお、その他の症例に関してもランク付けにより対応を統一している。主治医が検査報告書を参考に対応を行ったか否かは、医師事務作業補助者による患者への説明アクション管理にて診療録の監査を実施。	40-7
g21	C-2	診療録の記録の実施 診療録の監査の実施	上記6の中で記載した、医長・カンファ等で確認・伝達されたかは電子カルテで確認されるため、対応内容が記載されていなければ依頼医へ通知されることとなる。 ※上記6：38 ページNo. f35を参照のこと。	
g22	C-2	検討予定	重要所見の判断基準が一定でないため検討中。	
g23	C-2	教育の実施	院内研修において、確認した所見や患者への説明内容をカルテに記載するよう教育している。 重要所見を認めた場合に限らず、画像診断報告書について患者に説明した旨を入力するカルテ記載フォームの設置や、スタンプ（定型文）の新設について検討中。	
g24	C-2	診療録の監査の実施	調査項目10で述べた未読／既読管理を行う専門員が、カルテ記録の確認も実施する予定である。 ※調査項目10：53 ページNo. j7を参照のこと。	
g25	C-2	記録時の注意点の周知 教育の実施	読影レポート所見の診療録への記載時の注意点については、医療安全トピックスを発行し周知した。医師への教育については、GRM から診療科リスクマネージャーに周知し、各診療科で行っている。	18-7
g26	C-2	記録の必要性の周知	医療安全管理委員会、医療安全ニュースで当該事項を院内に周知した。	19-7
g27	C-2	診療録の監査の実施	病歴部で医師同士のカルテの質的監査を実施している。 「コピーペーストの有無」という監査項目が設けられているが、重要所見に対して対応されているかの項目はない。 「重要所見に対しての対応」という項目を追加するか、インフォームドコンセントWGで協議する予定。	
g28	C-2	教育の実施	新人オリエンテーション等にて重要所見への対応を診療録に記録する義務についてレクチャーを行ったが、システム的にチェックする体制は検討中である。	

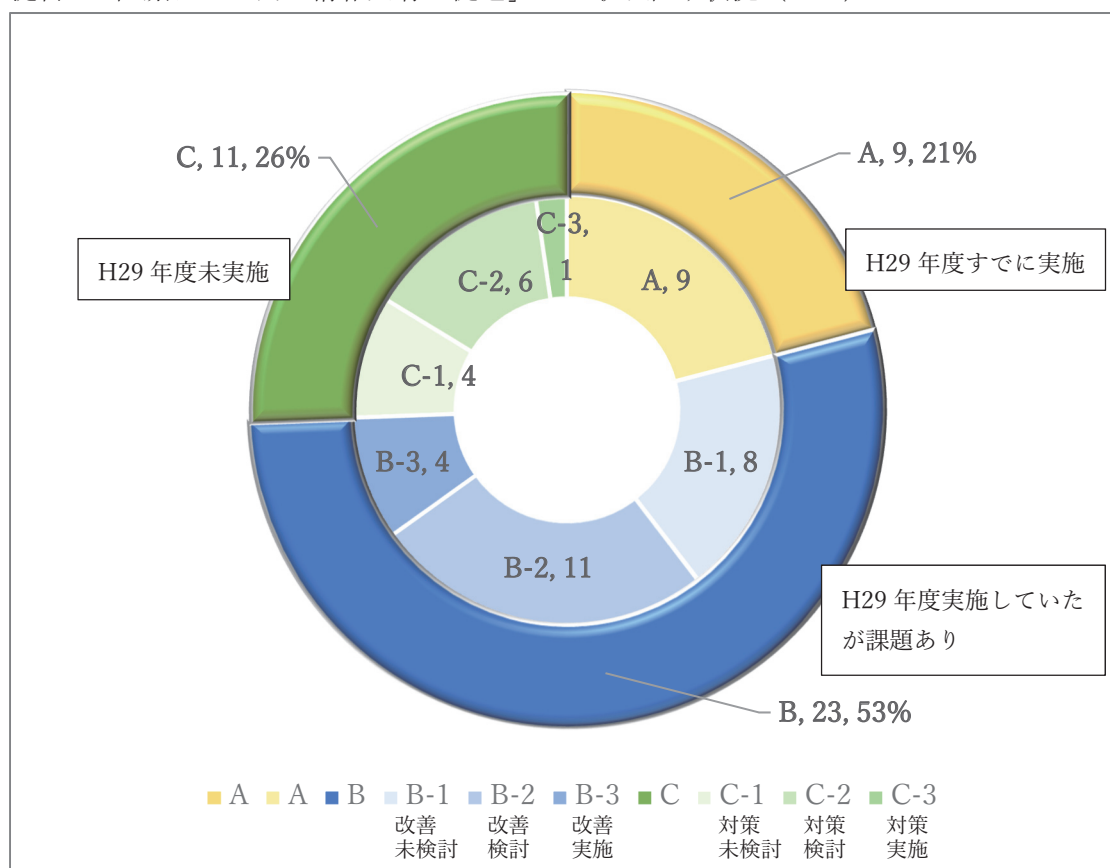
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
g29	C-2	記録の必要性の周知	診療録の記載への教育については、安全管理部ニュースで各診療科に周知する等の検討を行っている。	
g30	C-2	記録の必要性の周知	各種委員会において病院長および医療安全管理責任者より「重要所見への対応の記録」について通知しているが、文書での明記については検討中である。	
g31	C-2	診療録の記録の実施 診療録の監査の実施	緊急性・重要性が高いものについては、対応の記載を促し、監査する方向で検討中。	
g32	C-2	診療録の監査の実施	今後重要所見があった症例については放射線科より安全管理部門に報告をして頂き、安全管理部門が適切な対応及び記録が実施されているか検証するシステムを導入するため検討中である。	
g33	C-3	診療録の記録の実施	画像診断医が電話連絡し、画像診断報告書やカルテに記載を行う。	
g34	C-3	教育の実施	全職員対象の e-learning に盛り込んで周知を図ることとした。	
g35	C-3	テンプレートへの記載 診療録の監査の実施	放射線科医と依頼医で話し合い、その内容をレポートに記載する。診療科はカルテ記載を確認し、一覧表にチェックする。	
g36	C-3	テンプレートへの記載 診療録の監査の実施	平成 30 年 10 月より専用のテンプレートを作成し、これによるカルテ記載を義務付けるとともに、その実施状況をモニタリングすることとした。	
g37	C-3	記録の必要性の周知	放射線レポートの未読率を報告する際に、その都度、診療録への記載の必要性について、周知徹底を図っている。	
g38	C-3	記録時の注意点の周知	リスクマネジメントマニュアルに、コピー＆ペーストのみでは対応したことにならないことを明記し、所見に対して必ず対応し、確認・対応したことを診療記録に残すことを明記し、周知した。	

(8) 提言 8 「医療チーム内の情報共有の促進」

提言 8 「医療チーム内の情報共有の促進」については、平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は 9 施設 (21%) であった。平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があった施設は 23 施設 (53%) であり、このうち 15 施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成 29 年度の相互チェック時点では対策に取り組んでいなかった病院は 11 施設 (26%) であり、このうち 7 施設では相互チェックを契機に取り組みの検討を開始したか、既に取り組みを開始していた。

具体的な取り組み内容として、「診療科内の情報共有の実施」、「カンファレンスにおける情報共有 (診療科、多診療科)」、「引継ぎの実施、方法の明確化」、「診療科の責任者、担当者、リスクマネージャーによる定期的な確認」等があった。

提言 8 「医療チーム内の情報共有の促進」への取り組み状況 (n=43)



提言 8 医療チーム内の情報共有の促進

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
h1	A	カンファレンスにおける情報共有 (診療科) カンファレンスにおける情報共有 (多診療科)	毎朝診療グループでカンファレンスを行い情報を共有するほか、放射線科との定期的なカンファレンスでレポートの確認を行うなどしている。	
h2	A	引継ぎの実施、方法の明確化	患者情報の引き継ぎのルール及び患者依頼時の重要事項伝達義務を定めている。	7-8
h3	A	診療科内の情報共有の実施	第一には依頼医が読影の責任を負うが、医局長が中心となり、診療科全体の問題として捉え指導・教育している。	
h4	A	多診療科間の情報共有の実施	診療科を超えた情報共有の必要性について周知している。	
h5	A	引継ぎの実施、方法の明確化	患者情報の引継ぎに関して、レポートの確認漏れ防止については申し送りを徹底しており、救急時の他診療科の所見確認依頼も適宜行っている。	
h6	A	カンファレンスにおける情報共有 (診療科) の実施	診療チーム内で実施されるカンファレンス等で情報を共有している。	
h7	A	診療科内の情報共有の実施	リスクマネージャー会議で各診療科ごとに全検査依頼の確認をお願いしている。	
h8	A	診療科内の情報共有の実施	診療科の主治医、担当医、他の関係診療科の主治医等、複数の医師に ToDo システムで周知している。また、電子カルテへの記載等で共有を行っている。	
h9	B-1	診療科内の情報共有の実施	診療科での教育に委ねている。	
h10	B-1	診療科内の情報共有の実施	医療チーム内での教育に委ねている。	
h11	B-1	診療科内の情報共有の実施	各診療科に対応を委ねている。	
h12	B-1	診療科の責任者による定期的な確認	救急外来においては、前日に撮影した CT 検査結果を翌日のリーダー医師がチェックし、救急部長は 1 週間に一度チェックを行っている。また、偶発的に発見された所見がある場合はそれに対する対応を確認している。	
h13	B-1	診療科内の情報共有の実施 カンファレンス記録のテンプレート化	各診療科での対応となっているが、カンファレンス記録をテンプレートを使い作成するよう周知している。また、レポート登録時に電子カルテへの転記およびレポートが完了した旨の ToDo 通知を発信し、入院患者は主治医、担当医、オーダー医、外来は外来担当医、オーダー医に発信している。	
h14	B-1	診療科内の情報共有の実施	診療科内での教育に委ねている。	
h15	B-1	診療科内の情報共有の実施	診療科での対応に委ねている。	
h16	B-1	診療科内の情報共有の実施	各部署リスクマネージャーを通じて、院内での対応について周知する。また、現状の電子カルテシステム上同一診療科内にはレポートがある旨のメッセージが送付され情報共有が可能であるため、このシステムを利用し、より情報共有の促進が出来る様周知を行っていく。	
h17	B-2	多診療科間の情報共有の実施	夜間でも他診療科へコンサルテーションし、所見確認を依頼できる体制である。対応漏れが無いようにするためのシステムについては、今後も引き続き検討を行う予定としている。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
h18	B-2	診療科内の情報共有の実施	申し送りは、各診療科で行っているが、明確なルール化はされていない。	
h19	B-2	診療科内の情報共有の実施	依頼医が異動したとしても診療科全体として未閲覧のレポートの閲覧確認と閲覧を督促する体制はできている。カルテへの所見記載については、検討中の課題である。	
h20	B-2	勤務交代時の画像の振り返りの実施(救急)	救急部など一部の部門では、勤務交代時の画像の振り返りを行っている。その他については、診療科の教育に任せている。	
h21	B-2	診療科内の情報共有の実施	救急時間内に施行されたレントゲン検査は撮影後に放射線科当直医が読影している。画像レポートを診療科内で共有している診療科もある。	
h22	B-2	引継ぎの実施、方法の明確化	レポートの確認、対応漏れが発生しないよう、申し送り事項を明確に電子カルテへ記録する等のルールを、全スタッフが携行するスタッフマニュアルに記載する準備を進めている。	
h23	B-2	診療科内の情報共有の実施	全ての読影レポートは翌診療日までに正式に確定される仕組みを取っており、また時間外検査においても、当直放射線科医が依頼医からの依頼により読影を行う体制を取っている。各診療科間での情報伝達に関しては診療科ごとの取り決めで行っているが、体系的なチェック体制は検討中である。	
h24	B-2	診療科内の情報共有の実施 レポート確認画面への履歴表示機能の追加	基本的には各診療科の教育に委ねているが、未読・既読表示が同一診療科内で共有できるようにしている。今後はレポート確認画面に履歴表示機能を追加する予定である。	
h25	B-2	診療科内の情報共有の実施	救急外来/ICU ではすべての画像をチームで確認し共有できているが、他の診療科にも同様のシステムを展開するよう、依頼・周知している。	
h26	B-2	引継ぎの実施、方法の明確化	診療情報共有伝達確認室を設置し、主治医交代など患者情報の申し送りが発生するケースにおいて情報共有がなされるような方策を各診療科へ伝達するよう検討中である。	40-8
h27	B-2	リスクマネージャーによる定期的な確認 カンファレンスにおける情報共有(多診療科)	各診療科のリスクマネージャーを通じて、読影レポートの管理、共有の推進をしている。また、診療科を超えた画像カンファレンスの実施状況を調査する。	
h28	B-3	診療科内の情報共有の実施 教育の実施	平成 29 年度の相互チェック以前に放射線レポート通知医機能の強化を図るために複数医師へのレポート報告がされるシステムを開発導入していた。(平成 29 年 3 月 30 日リスクマネージャー連絡会議において説明)しかし、相互チェック時に機能の周知状況が不十分であること、研修医の活用を増やすようにご指摘があった。相互チェック後、院内に周知するとともに卒後臨床研修センターへ申し入れ研修医への教育内容に追加するように依頼した。また、年 2 回活用状況を調査し結果を院内に周知している。	1-8
h29	B-3	カンファレンスにおける情報共有(診療科)	救急の患者の所見に関してもカンファレンスで確認する仕組みがある。	
h30	B-3	診療科内の情報共有の実施	各診療科での対応に委ねている。	

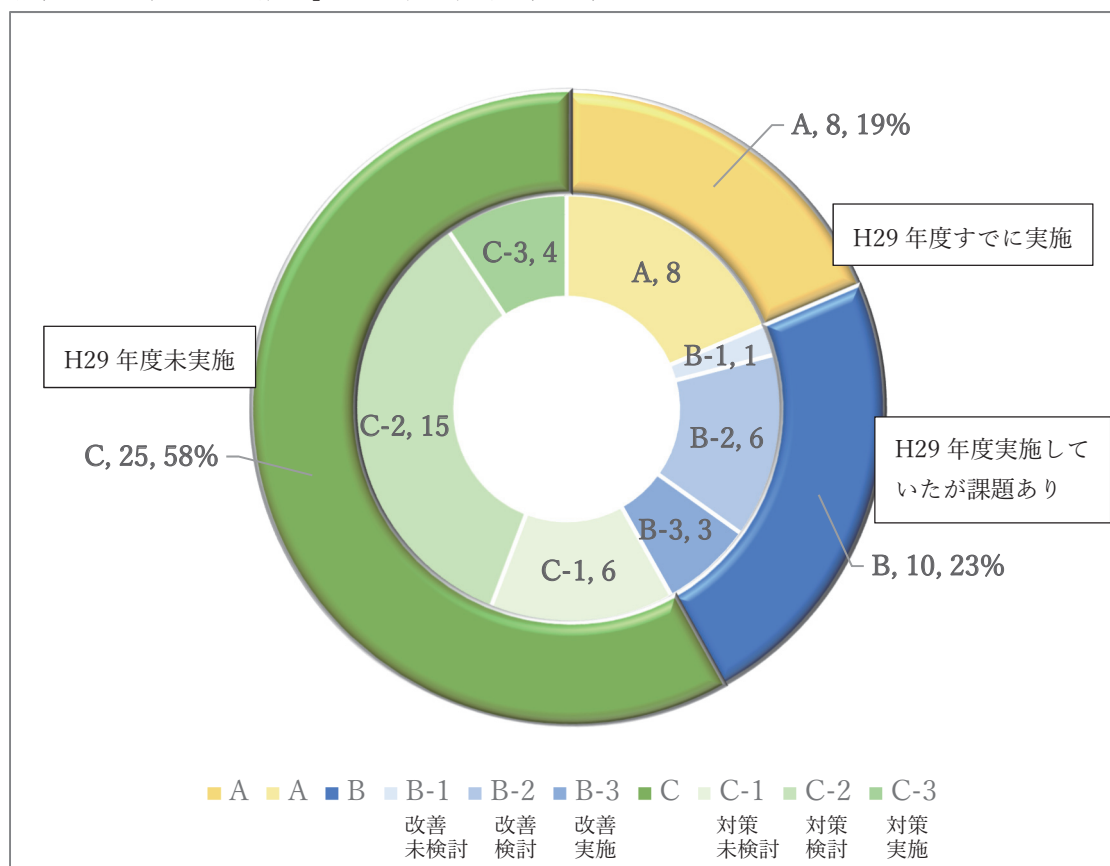
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
h31	B-3	未読レポートの抽出と対応 リスクマネージャーによる定期的な確認	平成 30 年度第 1 回目（平成 30.8 開催）の医療安全監査委員会での意見もあり、9 月画像診断報告書の未読についてモニタリングを開始。10 月開催の医療安全管理部会、医療安全管理委員会等で画像診断未読件数について報告を開始した。未読件数についてはリスクマネージャーを通じて各診療科にフィードバックし、今後件数をどのように減らしていくか議論していく。	35-8
h32	C-2	引継ぎの実施、方法の明確化	申送り事項のカルテへの明記についてルール化を検討中。	
h33	C-2	当番の医師による定期的な確認の実施（救急）	救急科受診患者の全レポートを日勤の医師が確認するなどの対策を開始している。	
h34	C-2	引継ぎの実施、方法の明確化	病院情報システムの伝言板機能の活用などを検討中である。	
h35	C-2	未読レポートの抽出と対応 リスクマネージャーによる定期的な確認	依頼医が異動等で不在であっても、リスクマネージャーに未読レポートの確認・対応を依頼するようにしているため、対応の遅れは回避できている。（資料は、提言事項 6 の資料参照） ※提言 6：38 ページ No. f29 を参照のこと。	18-8
h36	C-2	診療科内の情報共有の実施 診療録の監査の実施	画像検査依頼に際し依頼医も含め複数の医師を登録してもらい依頼医の異動などでの確認見落としを防ぐ。また画像所見・対応のカルテ記載を中央管理を行う（現カルテシステムで検討中）。救急現場においては放射線科医が当直し緊急読影できる体制がすでに構築されており、また夜間・休日に読影依頼がない場合においても、よく診療日早朝には画像診断レポートが報告される体制となっている。	
h37	C-2	診療録への記載の実施	診療科の画像検査の読影結果、その後の方針決定について、診療記録の記載の充実を目指す。	
h38	C-3	診療科内の情報共有の実施	上記 6 の中で記載した、読影レポートは全て「未通知フォルダ」へ入ることとなるため、依頼医が異動するなど申し送りが忘れられた場合でも、確認することが可能である。 ※上記 6：38 ページ No. f35 を参照のこと。	

(9) 提言9「患者参加の推進」

提言9「患者参加の推進」への取り組みについては、平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は8施設（19%）であった。平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があったとする施設は10施設（23%）であり、このうち9施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成29年度の相互チェック時点では対策に取り組んでいなかった施設は25施設（58%）であったが、このうち19施設では相互チェックを契機に取り組みの検討を開始したか、既に取り組みを開始していた。

取り組みの具体的な内容は「患者に検査結果の確認を促す（文書、掲示等）」、画像診断検査結果の確認に留まらない「患者参加の推進」等であった。画像診断レポートを患者に手渡すことについては、施設によって意見が異なった。レポートが完成した後に診察を行うことで説明の機会を逃さないようにする工夫、説明が後日になる場合には電子カルテ上で仮予約を入れるなどの対応を取っている施設もあった。

提言9「患者参加の推進」への取り組み（n=43）



提言 9 患者参加の推進

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
i1	A	レポートを患者に渡す	読影レポートを患者自身に手渡すことで、患者さんにもチェックしてもらっている。	
i2	A	患者に検査結果の確認を促す	平成 23 年に患者に画像診断レポート等を渡す場合のルールを定めている。 患者に渡す画像検査の案内文書に、「検査後は速やかに医師に検査結果をお聞きください。」と明記している。	7-9
i3	A	[記載なし]	[記載なし]	18-9
i4	A	患者参加の推進	患者が医療及び医療安全に積極的に関わることの重要性について、平成 22 年から病院全体で職員と患者に周知徹底している。(阪大病院いろはうた)	
i5	A	患者参加の推進	病院の基本方針として、患者の権利と責任についての中に、「医療への参加と協同の責任」として明示・掲示している。検査所見レポートを患者へ渡す際の取り決めがある。	
i6	A	レポートを患者と一緒に確認する	患者と一緒に画面を見る。	
i7	A	レポート完成後に診察を行う	レポートが出てから診察を行い、結果を説明している。間に合わない場合は、電話や次回の診察で行うようにしている。IC の際には、画像とレポートを見せている。	
i8	B-2	レポートを患者に渡す(主治医の判断)	院内で検討を行った。報告書内でも指摘されている通り所見の内容により、患者に必要以上に不安を与える可能性があることから患者へ画像診断レポートを渡すことを義務とはしない。主治医の判断に基づいて行う。	
i9	B-2	レポートを患者に渡す(希望者)	平成 30 年 5 月より希望する患者には報告書を交付する旨をポスターで掲示してきたが、全例に渡すことに関しては、報告書の書式を含め放射線科と検討中である。	
i10	B-2	教育の実施	当院では読影レポートの患者開示はカルテ開示と同様の手続きを経る体制を取っている。レポート内容の患者への説明は依頼医の責務として教育、通達を行っているが、すべての診療科で確実に行われているかのチェック体制の構築は、現在検討中である。	
i11	B-2	患者に検査結果の確認を促す 外来予約票に検査結果の説明予定を明記する	院内掲示等により積極的な検査結果確認を促している。さらなる参加推進のため、患者さんに渡す外来予約票に「検査結果説明あり」の記載を入れるように改善することを検討中。	
i12	B-2	検討予定	診療情報共有伝達確認室を設置しルール等検討中である	40-9
i13	B-3	レポートの内容を転記して患者に渡す	過去において院内で議論し、画像診断レポートをそのままの形で患者に渡すことは問題があるという結論になった。結果を説明するのであれば、別途説明用紙に転記して渡す運用である。	
i14	B-3	説明予定を仮予約する	患者さんへの説明、患者参加を促す意味でも、説明が後日になるときは、電子カルテで仮予約を取って説明している。また、電子カルテを開くとメモがすぐにみえる工夫をしている。	
i15	B-3	患者に検査結果の確認を促す	画像検査をオーダーした際に発行される患者向け検査票に、検査後、結果について確認して頂く様追加記載を行った。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
i16	C-2	患者に検査結果の確認を促す	検査依頼時の患者説明の際、検査説明用紙に「検査結果を主治医にお尋ねください。」のような一文を挿入し、担当医から説明がなかった場合、遠慮なく尋ねることができるよう仕組みを構築中である。	
i17	C-2	検討中、検討予定	WGを設置し、今後、患者への説明や交付方法を検討する予定としている。	
i18	C-2	患者との情報共有を推進	医療安全行動目標として患者との情報共有を行うよう周知している。	6-9
i19	C-2	教育の実施	院内研修において、画像診断報告書をカルテに表示させ、患者と確認するよう教育している。患者の治療への積極的な参加を促す周知方法について検討中。	
i20	C-2	検討中、検討予定	患者へのレポートの交付が必要以上の不安感を与える可能性も含めて総合的に検討中。	
i21	C-2	患者に検査結果の確認を促す	当院で画像検査受けた患者に渡す案内文を作成し、配付へ向けて準備中である。	11-9
i22	C-2	検討中、検討予定	画像レポートも診療録と同様に個人情報保護法に基づく開示対象であり、患者参加の医療が進められている現状を考えると、レポートも診療録と同様に開示を前提とした記載の必要性が求められていると思われる。また、主治医が必要と判断した場合にはレポートを簡単に印刷し、患者に配布できる仕組みが実現できていないことから、今後その実現を検討し、さらに病院として患者参加の推進をどう進めていくかも検討する必要がある。	
i23	C-2	検討中、検討予定	患者参加の推進について、検討中である。	
i24	C-2	検討中、検討予定	画像レポートを患者と共有することが可能か放射線科と協議中である。	
i25	C-2	検討中、検討予定	院内ワーキンググループで患者への手渡しも含めたレポートの取り扱いにつき検討中。	
i26	C-2	検討中、検討予定	依頼医が検査結果説明の責任を負っている。患者参加については対応を検討中である。	
i27	C-2	検討中、検討予定	患者へのレポート提供については現在行っていない。IC審査委員会での議論や安全管理部ニュースで周知等について検討している。	
i28	C-2	患者に検査結果の確認を促す	当院では、患者に読影レポートを渡さないこととしているが、主治医から検査結果の説明がない場合には遠慮なく尋ねよう掲示等により促すことを検討している。	
i29	C-2	レポートを患者に渡す（主治医の判断）	画像レポートを患者へ渡すことについて、主治医に委ねている。	
i30	C-2	説明実施状況のシステム管理を実施	検査を受けた患者にバーコード付きのお知らせを発行し、患者が次回来院し、説明を受けた場合、バーコードをスキャンすることで、説明を受けたことが明確になるシステムを検討している。	38-9
i31	C-3	患者に検査結果の確認を促す	患者向けに電子ポスターを作成し、モニターから掲示している。	

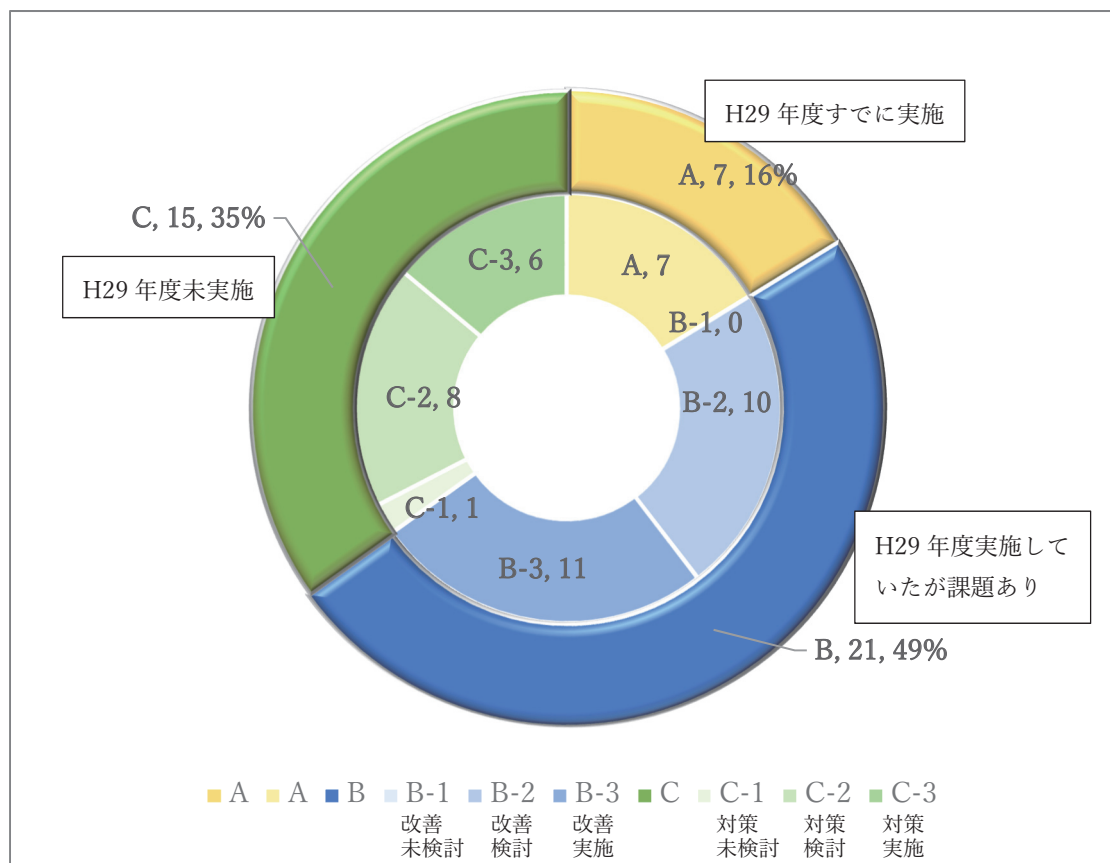
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
i32	C-3	患者参加の推進	外来の総合受付カウンターのディスプレイにて、認定NPO法人が発行している「新医師にかかる10箇条」、「いのちとからだの10か条(こどもむけ)」を表示することにより、医療への患者参加について、周知を図っている。	23-9
i33	C-3	患者に検査結果の確認を促す	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年9月医療安全管理委員会承認後、患者向けポスター（「検査のあとは、結果を聞き、診断を受けましょう」）を外来・病棟に掲示した。 院内共通ルールで患者とともに結果を確認するという観点から、必要に応じて画像診断報告書の写しを患者に渡してもよいとした。 	35-9
i34	C-3	患者に検査結果の確認を促す	「結果説明については遠慮なく尋ねる」よう患者へ渡す文書に入れることとした。また、結果説明の告知については検討する。	

(10) 提言 10 「レポートの未読／既読管理」

提言 10 「レポートの未読／既読管理」について、平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は 7 施設（16%）であった。平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があったとする施設は 21 施設（49%）であり、その全施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成 29 年度の相互チェック時点では対策を講じていなかった施設は 15 施設（35%）であり、このうち 14 施設では相互チェックを契機に対策について検討を開始したか、既に対策を開始していた。

具体的な取り組みとしては、「未読／既読管理」の実施、改修、これに基づく「未読レポートの抽出と対応」等であった。費用面の課題があり、「緊急症例のレポートの印刷と対応の確認」を実施している施設や、電子カルテシステムの次期更新のタイミングで「検討予定」としている施設もあった。

提言 10 「レポートの未読／既読管理」



提言 10 レポートの未読／既読管理

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
j1	A	未読／既読管理（能動的）の実施	能動的な既読処理を採用しているが、確認すべき対象者による処理に限定できていない部分がある。	
j2	A	未読／既読管理の実施	平成 24 年 1 月、放射線部と医療安全管理部から病院医師に以下の内容を通知した：1. 検査依頼医や主治医は画像診断レポートを確認すること、2. 確認したら電子カルテ上の「既読」アイコンをチェックすること、3. 放射線部で定期的に未読レポートを検出し、依頼医師及び関係医師に閲覧を督促する。	12-10
j3	A	未読／既読管理（能動的）の実施	「確認済みにする」ボタンを押すなど、特定の操作をしなければ既読にならないシステムとなっている。	20-10
j4	A	未読レポートの抽出と対応	安全管理部にて毎月、各診療科の未読レポートの抽出作業を行い、未読／既読管理を行っている。未読レポートについては、ToDo 画面に表示され、確認しないと消えない仕組みになっている。	
j5	A	未読／既読管理（能動的）の実施	患者画面にメッセージボックスがあり、そこに読影レポートが作成されたことが通知される。読影レポートの確認後は赤で「未確認」と表示されたボタンを押下して「確認済み」に更新することで所見を見たことを確認できるようにしている。	
j6	B-2	未読／既読管理の実施 緊急・準緊急症例の抽出と対応	オーダーした医師が開かないと既読にならないシステムではあるが、緊急・準緊急で対応を要する症例について、放射線診断科でリスト化し、医療安全管理部と共有し、そのリストを月 1 回医療安全管理部から各診療科 RM に送付し、対応しているかの確認を取っているが、全ての症例ではない。	
j7	B-2	未読／既読管理の担当者の雇用	レポートの未読／既読管理を行う専門員の雇用が決定し、現在募集中である。	
j8	B-2	未読／既読管理方法の実施	病理、内視鏡、放射線、生理検査において、レポート既読の際に、既読確認のチェック BOX にチェックを入れると、誰が既読したかが分かるように改修予定。（平成 31 年 2 月実装予定）	
j9	B-2	未読／既読管理方法の変更（受動的→能動的）	平成 30 年 3 月 15 日より、病院情報システムに検査レポートの未読・既読表示機能を導入した。現在、受動的な既読システムであるが、能動的な既読システムの導入を検討している。	
j10	B-2	完成通知の実施	レポートが作成された時点でオーダー医にレポート結果が通知されるシステムを導入している。現在はオーダー医のみに通知される点が問題であると考えているので対応を検討中である。	
j11	B-2	完成通知の実施	レポートが依頼医に通知される利用者ポータルというシステムを導入しているが、現状のシステムでは一部のレポートが通知されていない。運用方法の改善により依頼医にレポートが通知されるように改善策を検討しており、近日中に改善される見込みである。	
j12	B-2	システムによる対策の整備	診療科あるいは読影部門それぞれに対策は講じていたが、システムでの確認を追加する。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
j13	B-2	未読／既読管理の実施	現在のシステムでは、正確に既読の把握ができない場合があるため、ToDo システムの改善を行い、未読レポートの減少を図ることを検討中である。	
j14	B-2	未読／既読管理（能動的）の実施	電子カルテの改修により、検査依頼医など担当医が内容を確認した時点で確認ボタンを押し、自動的に既読ステータスとなるシステムを近々導入する。これにより単なる閲覧ではなく報告書の内容確認を行った検査依頼医の意思が確認できる。	40-10
j15	B-2	検討中、検討予定	現状では電子カルテ上での未読／既読管理は出来ない状況である。2020 年度電子カルテシステムの換装予定であり、次期システムにおいては能動的な既読処理が可能なシステムの導入に向け準備中である。	
j16	B-3	未読レポートの抽出と対応	各診療科に既読管理者を配置して対応していたが、未読レポートを抽出して未読通知を実施する体制を講じた。	6-10
j17	B-3	未読レポートの抽出と対応	依頼医が自分のオーダーした検査の未読一覧を確認できるシステムがあり、そのシステムの周知を行なった。	
j18	B-3	未読レポートの抽出と対応	依頼医が 10 日以内に発行されたレポートのうち未読一覧がログイン時に表示される「利用者ポータル」を全ての医師、歯科医師に設定をするよう勧めており、11/15 現在 72%が設定完了している。現時点では画像レポートの既読処理システムがないために、実際に既読しても上記一覧に続けて表示されているが、今後、カスタマイズにより画像レポートの既読処理したものは、上記一覧から表示されないという仕組みが実現する予定である。	14-10
j19	B-3	未読／既読管理の実施	放射線部部門システムに未読管理機能を追加した。	
j20	B-3	未読／既読管理の実施	レポートの既読ログが残る仕組みを整備済みである。参照ルートにより既読にならない場合があるが、下記 11 番の運用でカバーできており、システム改修は予定していない。 ※下記 11 番：58 ページ No. k16 を参照のこと。	
j21	B-3	未読／既読管理の実施 未読レポートの抽出と対応	以前から未読、既読管理システムが所見システムに搭載されていた。相互チェック以降、未読レポート抽出と診療科への通知を開始した。	
j22	B-3	未読レポートの抽出と対応	放射線 WEB 所見システムで確認できる仕組みを作り、各診療科リスクマネージャーに告知、本年度内に過去 5 年間の未確認リストの確認を依頼している。（電子カルテ端末よりアクセスし展開できる仕組み）	
j23	B-3	未読／既読管理の実施	平成 31 年 1 月 1 日から、電子カルテシステム上で管理する。それまでの間は、電子カルテのメッセージ一覧画面から閲覧すると未読/既読が判別できるため、これにより閲覧するよう各診療科に周知した。	
j24	B-3	未読レポートの抽出と対応	カルテの未読管理機能はあるが、依頼医が報告書をカルテから開かないと既読にならず、システムが不十分なため、9 月よりカルテや部門システムからだれも見えないものを抽出し画像診断報告書の未読についてモニタリングを開始した。 10 月開催の医療安全管理部会、医療安全管理委員会等で画像診断未読件数について報告を開始した。	35-10

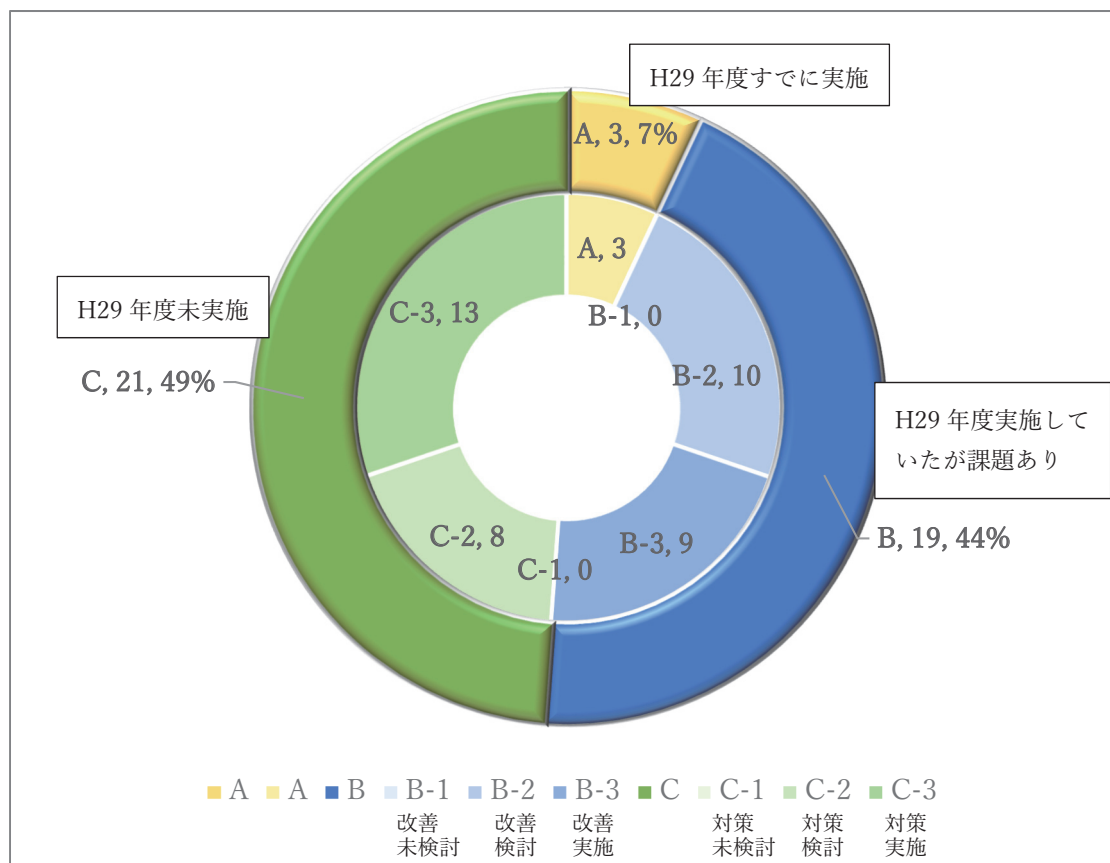
No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
j25	B-3	緊急症例のレポートの印刷と対応の確認	電子カルテ上または読影システム上での未読/既読管理システムの構築は費用の問題もあり、現在は検討中の状態である。緊急対応を行った読影レポートは印刷され、診療情報管理センターが電子カルテでその後の対応を追跡している。	
j26	C-2	未読/既読管理の実施	電子カルテシステムの整備をすでに開始している。(システム稼働は2019年8月ころの予定となっている。)現在は上記6で記載した運用を行うことでカバーしている。 ※上記6:38ページNo.f35を参照のこと。	
j27	C-2	検討中、検討予定	画像診断レポート等の重要情報の確認に関するWGを立ち上げ、画像診断や病理診断等の確認が確実にされるシステム構築を検討している。	
j28	C-2	検討中、検討予定	次期PACSシステム更新時に対応予定。(今年度)	
j29	C-2	未読/既読管理の実施	2019年1月以降のシステム更新・機能向上により、レポートの依頼医による確認状況が管理され、必要に応じて未確認のレポートの把握が可能な環境が整備される予定	
j30	C-2	未読/既読管理の実施	システムを構築中である。	
j31	C-2	未読/既読管理(受動的)の実施	電子カルテ上でレポートを開いたログが残り、それを基に既読となったと判断するため、誰が開いたかは確認できる。しかし、レポートを開いたことが基準となっているため、「確認」のチェックを表示することを検討中である。	
j32	C-2	未読/既読管理の実施	画像診断所見及びその対応をカルテ記載することで既読(画像所見記載・対応済)となるよう、電子カルテの放射線オーダー機能でstatus管理を行う。	
j33	C-2	未読/既読管理方法の変更(受動的→能動的)	現状は受動的な既読処理システムのみであるため、次期システム更新時に能動的な既読処理を併用することを検討中である。	
j34	C-3	未読/既読管理(能動的)の実施	レポートを開封した際に「確認」と「閲覧」のどちらかを確認する運用にしており、主科の医師がレポートを確認した場合のみ「確認」を選択することとした。	4-10
j35	C-3	未読/既読管理の実施	平成29年11月から電子カルテに既読ボタンを設定して、既読管理を実施済みである。各医師が、電子カルテにログインした際、過去1ヶ月の自己の未読レポート一覧が表示されるよう実施済みである。	
j36	C-3	未読/既読管理の実施	平成30年11月に画像診断報告書確認マニュアルを制定し、報告書の既読処理を行うように明記した。	15-10
j37	C-3	未読レポートの抽出と対応	2018年8月から画像及び病理未読レポートに対する対応を開始。画像レポートが作成された後、依頼医へ未読レポートが通知される。未読通知に対して未対応の場合、翌月、翌々月に診療科長宛てに未読者と未読件数を通知している。翌々々の未読状況は医療安全管理委員会で共有され、病院長と情報を共有するシステムになっている。	
j38	C-3	未読レポートの抽出と対応	放射線レポート未読率を外来医長・病棟医長会議にて報告を行い、注意喚起している。	23-10
j39	C-3	未読レポートの抽出と対応	急を要する所見を含むレポート(診断欄に★印を付記)は1週間、それ以外のすべての読影レポートは4週間の間未読であった場合、依頼医および依頼診療科外来医長にアラートメールが送信される仕組みを構築した。	

(11) 提言 11 「未読レポートの抽出、管理」

提言 11 「未読レポートの抽出、管理」について、平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいた施設は 3 施設 (7%) のみであった。平成 29 年度の相互チェック以前から取り組んでいたが課題があったとする施設は 19 施設 (44%) であり、その全施設において、相互チェックを契機に対策の改善に向けた検討を開始したか、実際に改善策を開始していた。平成 29 年度の相互チェック時点では対策を講じていなかった施設は 21 施設 (49%) であったが、その全ての施設において、相互チェックを契機に対策について検討を開始したか、実際に対策を開始していた。

具体的な取り組みとして、「未読レポートの抽出、対応」を、診療科、医療安全部門、医療情報部門、放射線部門、病歴部門等で実施していた。未読/既読を区別することなく「レポート一覧の作成」、「レポートの印刷と診療科への配付」を実施し、対応を確認している施設や、重要所見の未読レポートに限定して対応を実施している施設もあった。

提言 11 「未読レポートの抽出、管理」への取り組み



提言 11 未読レポートの抽出、管理

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
k1	A	未読レポートの抽出、対応（医療安全部門）	医療の質・安全管理部にて 60 日以上の未読レポートを各診療科や執行部委員会に報告し、その後 1 週間毎に確認している。	20-11
k2	A	未読レポートの抽出、対応（医療安全部門）	安全管理部にて毎月、各診療科の未読レポートの抽出作業を行い、未読のある診療科に確認作業を依頼している。さらに安全管理部でもカルテ記載の内容を確認している。	
k3	A	未読レポートの抽出、対応（病歴部門、医療安全部門）	毎月、中央病歴室で検査結果を一覧表で確認し、「未確認」所見を各診療科長へ報告する。その後も確認されない場合は、医療の質・安全管理部より各リスクマネージャーへ個別に通知する。	
k4	B-2	緊急・準緊急症例リストの抽出、対応（放射線部門、医療安全部門）	未読、既読に関係なく、緊急・準緊急で対応を要する症例について、放射線診断科でリスト化し、医療安全管理部と共有し、そのリストを月 1 回医療安全管理部から各診療科 RM に送付し、対応しているかの確認を取っているが、全ての症例でない。	
k5	B-2	未読レポートの抽出、対応	未読レポートの確認督促は月 1 回であった。また各医師がレポート既読状況を確認可能なのは患者単位であった。これを随時 HIS 端末上で、医師ごと診療科ごとに確認できるようにする。	
k6	B-2	検討中、検討予定	未読レポート自体を抽出、管理する仕組みは検討課題にはあるが、現時点では実現できていない。	
k7	B-2	検討中、検討予定	現在はシステム上、未読レポートの抽出ができない。2021 年に予定されている医療情報システム更新での実現を担当部門に要望し、関連会議等で検討中である。これに先立ち 2019 年に予定されている所見システム（読影システム）においても未読レポート抽出機能を実装することが決定しており、現在仕様につき調整中である。	
k8	B-2	未読レポートの抽出、対応	未読リストを抽出し依頼診療科に通知する仕組みを構築した。	
k9	B-2	未読レポートの抽出、対応	「10」の改修にて、未読のものを抽出できるように改修予定であり、抽出結果を月例の医療情報・診療記録管理委員会および科長会議で周知していく予定。（平成 31 年 2 月から実施予定） ※10 の改修：53 ページ No. j8 を参照のこと。	
k10	B-2	システムによる確認を実施	診療科あるいは読影部門それぞれに対策は講じていたが、システムでの確認を追加する。	
k11	B-2	未読レポートの抽出、対応（診療科）	既読レポートを抽出する仕組みを応用し、未読レポートの抽出システムを検討中である。各診療グループ、依頼医、医局長に文書で定期的に報告するシステムとする予定である。	
k12	B-2	診療情報共有確認室の設置 未読レポートの抽出、対応（医療安全管理委員会）	診療情報共有伝達確認室を設置して、提言事項 10 の情報に基づき診療科単位で定期的にデータを抽出し、医療安全管理委員会を通じ催促と指導を実施する。 ※提言事項 10 の情報：54 ページ No. j14 を参照のこと。	40-11

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
k13	B-2	検討中、検討予定	電子カルテ上または読影システム上での未読/既読管理システムの構築は費用の問題もあり、現在は検討中の状態である。	
k14	B-3	未読レポートの抽出、対応（診療科、医療安全部門）	「放射線レポートアクセス照会機能」の活用。6に同じ。 ※6：37ページNo. f15を参照のこと。	1-11
k15	B-3	未読レポートの抽出、対応	各診療科に既読管理者を配置して対応していたが、未読レポートを抽出して未読通知を実施する体制を講じた。	6-11
k16	B-3	未読レポートの抽出、対応（重要症例）	重要フラグが付与されたレポートに対して、従来から未読リストの抽出と確認の督促を実施していたが、平成30年7月から1回/月の定期実施に変更した。	
k17	B-3	未読レポートの抽出、対応（病歴部門）	毎月、病歴管理センターが診療科毎の検査所見未読リストを抽出し、各診療科へ通知している。	
k18	B-3	未読レポートの抽出、対応	平成30年度より、未読レポートはオーダー月の2ヶ月後に、既読となっていないレポートがある場合には、診療科ごとにリスト票とレポートを印刷したものを診療科長宛に送付している。	
k19	B-3	未読レポートの抽出、対応（診療科）	放射線WEB所見システムで確認できる仕組みを作り、各診療科で確認している。	
k20	B-3	未読レポートの抽出、対応	結果報告3日後に未読の場合、依頼医へ未読の院内メール通知を行い、さらに1週間後、2週間後に未読一覧を各診療科のリスクマネージャへ院内メールで通知する。	
k21	B-3	未読レポートの抽出、対応（医療情報部門、医療安全部門）	医療情報部において未読レポートを抽出し、毎月各診療科長に未読レポートリストを送付している。昨年度相互チェック受検後は、未読リストを確認した旨の「確認書」を医療安全管理部門に提出して頂き管理を行っている。	
k22	C-2	検討中、検討予定	電子カルテシステムの整備をすでに開始している。（システム稼働は2019年8月ころの予定となっている。）現在は上記6で記載した運用を行うことでカバーしている。 ※上記6：38ページNo. f35を参照のこと。	
k23	C-2	未読レポートの抽出、対応（医療安全部門）	月1回医療安全推進室で抽出し、未読の場合、依頼医へ連絡する。	
k24	C-2	検討中、検討予定	画像診断レポート等の重要情報の確認に関するWGを立ち上げ、画像診断や病理診断等の確認が確実に行われるシステム構築を検討している。	
k25	C-2	検討中、検討予定	未読レポートを抽出し、診療科に処理を求める方向であるが、どこまでを管理するべきかの検討を行なっている。	
k26	C-2	検討中、検討予定	システムを構築中である。	
k27	C-2	検討中、検討予定	3ヶ月を経ても既読とならないレポート（退職者のレポートも含む）に対する対応を検討中。各診療科のリスクマネージャの確認をもって、既読扱いとするか検討中。	
k28	C-2	検討中、検討予定	院内ワーキンググループで管理体制（依頼科及び病院中枢）を検討中。	

No.	取組状況	概要	具体的な取り組み内容や課題	資料
k29	C-2	未読／既読管理システムの改修 未読レポートの抽出、対応（医療情報部門）	現状の電子カルテシステムでは、依頼医がレポートを開封することで既読となるが、その他の診察医が開封して確認した場合は既読扱いとならないため、未読レポートの抽出が困難である。しかし、現状で対策可能な方法を検討中である（各依頼医が利用者ポータルで検索し、開封およびその後の対応がなされていない患者が存在しないかどうかの確認をしてもらう）。また、医療情報部は定期的に未読レポートを抽出し各診療科に通知する予定である。	
k30	C-3	未読レポートの抽出、対応（医療安全部門）	平成30年4月から医療安全管理部門においてレポートの未読状況をモニタリングしており、月に一度の頻度で各診療科に対し、未読レポートを確認するよう指導している。	
k31	C-3	未読レポートの抽出、対応	平成30年7月から毎月各診療科別に未読レポートを抽出するように実施済みである。対象は、CT、MRI、病理、内視鏡である。	7-11
k32	C-3	未読レポートの抽出、対応	2か月毎に開封ログ調査を実施し、診療科にフィードバックを実施。	
k33	C-3	未読レポートの抽出、対応（医療情報部門）	企画情報部が読影報告書作成から3日以上未開封のリストを作成し、診療科へフィードバックしている。	
k34	C-3	未読レポートの抽出、対応	未開封レポートを抽出し、診療科にフィードバックするシステムの運用を開始している。	
k35	C-3	レポート一覧の作成、対応	別添資料参照。	13-11
k36	C-3	未読レポートの抽出、対応	未読レポートの抽出結果は、最終的にリスクマネージャーに通知するため、診療科としての把握はできている。また、未読レポート抽出は、重要所見のあるものだけでなく、全レポートを対象としている。	
k37	C-3	未読レポートの抽出、対応	読影後、一定期間経過した未読レポートに関しては、依頼医、外来医長及び病棟医長に確認を促すメールを送付している。	23-11
k38	C-3	未読レポートの抽出、対応	未読レポートのリストは診療録システムを使用可能なすべてのスタッフが確認可能となる様、アプリケーションを導入しており、任意のレポートの未読/既読情報を随時確認可能な体制を取っている。	25-11
k39	C-3	未読レポートの抽出、対応	相互チェック以降、放射線科で毎月未読レポートを抽出し各診療科へ通知している。	
k40	C-3	レポートの印刷と診療科への配付（全症例）	平成31年1月1日から、電子カルテシステム上で管理する。それまでの間は、読影レポートを全て印刷し、各診療科の確認責任者に配付する。確認責任者は、確認漏れがないことを医療安全管理部に報告する。	
k41	C-3	未読レポートの抽出、対応（医療安全部門）	・平成30年9月より画像診断報告書の未読についてモニタリングを開始。10月開催の医療安全管理部会、医療安全管理委員会等で診療科別の画像診断未読件数について報告を開始した。未読件数については各診療科リスクマネージャーを通じて各診療科に未読患者一覧をフィードバックし、確認するように依頼している。今後件数をどのように減らしていくか議論していく。	35-11
k42	C-3	未読レポートの抽出、対応（病歴部門）	2018年7月より、未読レポートのリストを診療録センターで出力し、各診療科に通知している。	36-11

各施設の取り組み状況 に関する資料

平成30年6月12日

病院長発信

緊急情報

病院長
医療安全管理部長

「画像診断レポート」確認の徹底

6月8日に千葉大学病院における画像診断の確認不足による医療事故が報道されました。9件の事故の内2例は発見遅れと死亡の因果関係ありとの結論です。当院では画像診断レポートの未読防止対策として様々な取組を行ってきていますが、未だ、長期間未読の画像診断レポートが散見されます。6月11日付けで、未読防止対策の徹底を全診療科長、リスクマネジャーに通達しました。

放射線画像検査を依頼した際には、以下の2点を遵守してください。

- 画像診断レポート完成の通知が届いた場合には、必ずレポートを読む。
- 画像診断レポートを読む際に、依頼事項以外の所見に必ず目を通す。

平成 30 年 7 月 23 日

各診療科長殿
各診療科外来医長殿
各診療科病棟医長殿

『CT / MRI 検査の読影レポートの確認不足による医療事故の低減』
に向けた取り組みについて

放射線診断科 科長
放射線部 部長
医療安全管理部 部長

平素より CT・MRI 検査の円滑で安全な運用にご協力いただき、誠にありがとうございます。

昨今、複数の病院で報じられている「読影レポートの確認不足による医療事故」は大きな社会問題になっていますが、当院では医療安全管理部の主導の下、「レポート通知機能」や「レポートアクセス照会機能」などのシステムの充実を図ってきました。しかしながら、システムエラーやレポート内容の読み落としは起こりえるため、レポートの視認性の向上や依頼医の先生方への直接的な連絡の重要性も唱えられています。

そこで今回、放射線診断科と医療安全管理部との協議の結果、放射線診断科の CT・MRI 読影レポートに関して、下記のように対応することと致しましたので、ご協力をお願い致します。

1. 依頼医の先生が予期していないと想定される重要な疾患や病態が発見された場合（特に依頼医の先生方の専門外の領域の場合）、緊急性があると判断された場合には、依頼医に直接連絡するように致します。
 - そのため、申込書には依頼医の連絡先（PHS 番号）の記載をお願いします。
 - 依頼医に連絡がつかない場合には、外来あるいは病棟クラークに連絡しますので、科内（あるいはグループ内）での連絡体制の整備をお願いします。
2. レポート本文内で強調表示をすることはシステムの的に困難であるため、重要と思われる所見はレポート本文だけでなく、【診断 / 所見のまとめ】欄にも記載するように致します。
 - 重要性についてはあくまでも患者さんを直接診察していない放射線診断医が判断していますので、依頼医におかれましてはレポート本文を読まれた上で、総合的に重要度の判断をお願いします。
3. 適切な検査の施行・読影レポート作成のため、各診療科の先生方には申込書の臨床情報の充実をお願い致します。
 - 申込書の「病歴」欄はコピー&ペーストできますが、数年前の情報がそのまま記載されていることがあり、正確な病歴が把握できませんので、最新の情報に更新をお願いします。
 - 十分な臨床所見（症状・部位、既往等）の記載をお願いします。
 - 申込書の「病名」や「病歴」欄に入力していただいた「改行」が読影レポート作成時には改行されずに表示されています。そのため、文章の終わりに句点「。」がないと前後の文章がつながってしまい、意味不明になってしまいます。これは医療情報システムの「仕様」ということで変更できませんので、申込書記載の際には文章の終わりに句点「。」を忘れずに入力をお願いします。

北大病院での医療事故を未然に防ぐため、ご協力の程どうぞよろしくお願い申し上げます。

各診療科長
各リスクマネジャー・サブリスクマネジャー 各位

病院長
医療安全管理部長

至急のご依頼

6月8日に千葉大学病院における画像診断の確認不足による医療事故が報道されました。9件の事故の内2例は発見遅れと死亡の因果関係ありとの結論です。背景は様々ですが、うち5件は画像診断レポートに記載のある所見を依頼医が見落とししたことによるものです(詳細は添付資料参照)。

当院では画像診断レポートの未読防止のために様々な対策を行ってきていますが、6月4日に医療安全管理部にて調査を行ったところ、診療科によっては、3月に行われた画像検査の未読レポートがかなりの数みられました。画像診断レポートの確認については、依頼診療科から様々な意見がありますが、一昨年からの画像診断レポート見落としによる大きな医療事故報道から今回の千葉大学病院の件を考えると、一切の言い訳はできないと考えます。

したがって、直ちに、以下のことを実行していただきます。

1. 診療科の責任において、「レポートアクセス照会」機能を用いて、2018年1月1日から5月31日までの未読レポート(依頼科の医師が誰もみていない「×」)の内容を確認する(なお、レポートを開く際には必ず医師のIDでログインしてください)。
2. 以前からお願いしている、本機能を用いた定期的な未読レポート確認対策の具体的な運用方法を診療科のルールとして作成し、6月29日(金)までに医療安全管理部に提出する。
3. 画像診断レポートを読む際に依頼事項以外の所見にも必ず目を通すことを医局員全員に至急通達する。(「忙しくて時間がない」「依頼事項以外の重要所見の視認性を良くし欲しい」などの意見が以前から寄せられていますが、依頼事項以外の所見を見落とす理由にならないと考えます。)

6月18日以降、医療安全管理部にて、上記1について未読レポートが残っているか否かを確認し、結果を病院運営会議で報告しますので、今週中に作業を行ってください。

なお、3につきましては、明日、全医師・歯科医師に対して医局を經由して緊急情報として文書を配布します。

提言 8

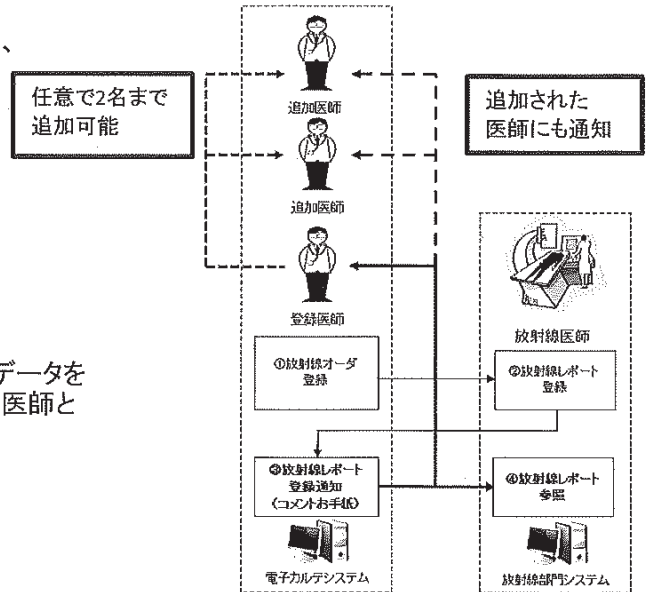
放射線レポート通知機能強化

<機能概要>

オーダ依頼時、レポート通知を追加したい医師を選択して入力し、選択した医師に対してもレポート通知される対応を行います。

放射線オーダ登録から放射線レポート参照までの流れは以下の通りです。

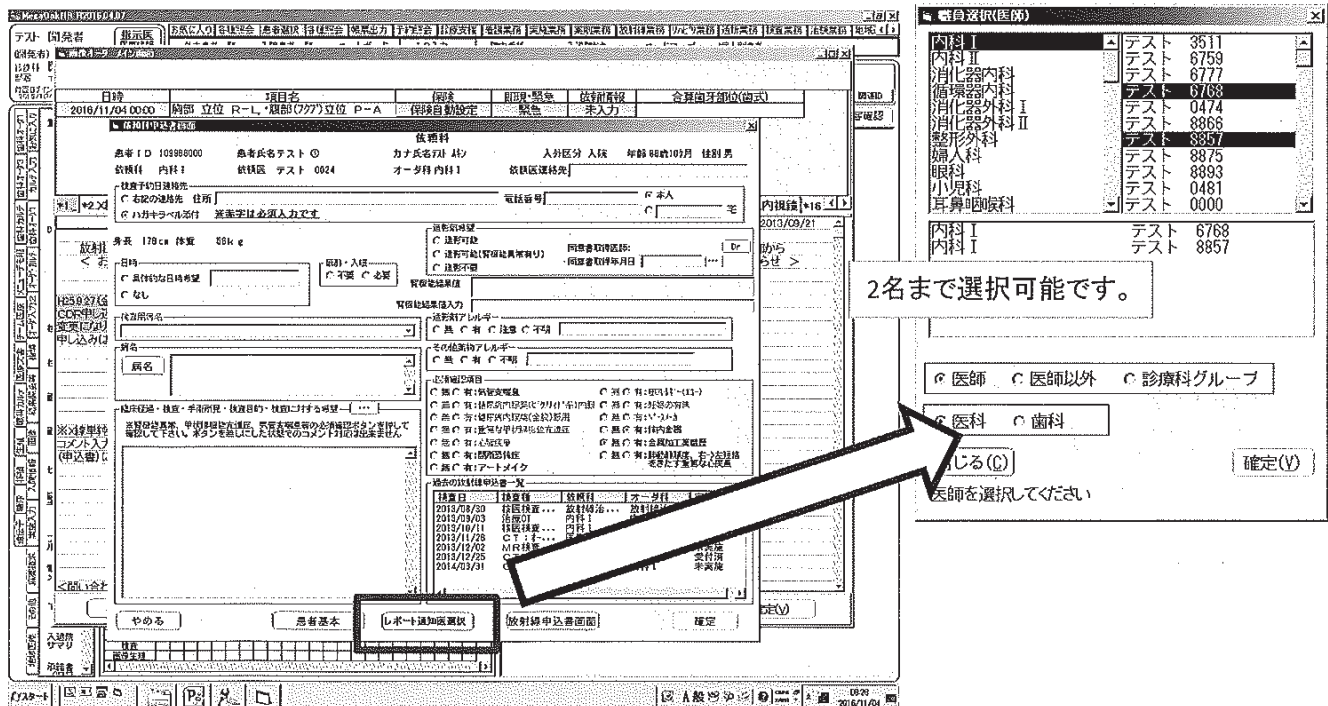
- ① 放射線オーダの登録
オーダ登録時、レポート通知をする医師を追加選択(任意)登録情報がRISに送信されます。
- ② 放射線レポートの登録
放射線診断科が放射線レポートを登録します。
- ③ 放射線レポート登録通知
放射線レポートが登録された旨を伝える電子コメントお手紙データを電子カルテシステムで自動作成し、放射線オーダを登録した医師と通知先として追加した医師に通知される。
- ④ 放射線レポート参照
オーダ履歴を「右クリック」→「参照」



※ レポート通知の「既読」「未読」は各医師毎の管理のため、通知確認は各医師毎にお願いします。

<画面イメージ>

※ オーダ登録した医師以外に1~2名通知対象医師を追加したい場合のみの操作です。



※ オーダをDoした際には、レポート通知医の情報は引き継がれません。

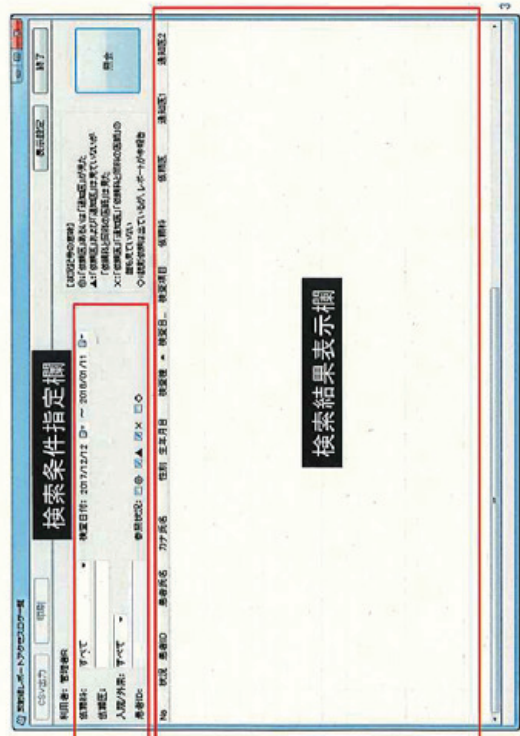
起動方法



- 電子カルテ
 - 上部タブ「放射線業務」
 - 「レポートアクセス照会」

放射線レポートアクセス照会機能 簡易マニュアル

照会画面(検索画面)



使い方～検索条件の設定



- ① 依頼科: オータダ元の科をリストから選択する
- ② 依頼医: オータダ医の氏名を入力する(空欄は指定なしの意)
※ 氏名の間には「全角スペース」が必要
- ③ 入院/外来: オータダの入院外来区分をリストから選択する
- ④ 患者ID: 患者IDを入力する(空欄は指定なしの意)
- ⑤ 検索日付: 検査日の範囲を指定する(デフォルトは当日から1ヶ月前迄)
- ⑥ 参照状況: レポートの参照状況を指定する(デフォルトは▲と×を検索)

提言 11

用語

- 参照状況：以下の4種類の記号がある
 - ◎：「依頼医」あるいは「通知医」が見た
 - ▲：「依頼医」および「通知医」は見えていないが、「依頼科と同科の医師」は見えた
 - ×：「依頼医」「通知医」「依頼科と同科の医師」の誰も見えていない
 - ◇：読影依頼は出ているが、レポートが未報告
- 依頼医
 - 読影依頼を出した医師
- 通知医
 - 画像オナーダ時にレポートの追加通知先として選択された医師

5

使い方～照会結果表示

この項目が未読/既読を表す

- 検索結果の一覧には、検査情報・依頼医(通知医)・レポート情報等が表示される
- 各項目は「右クリック」→「内容をコピー」することが可能
- 「状況」欄が「x」や「▲」のレポートには、特に注目していただく

使い方～詳細ログ画面

- 検索結果の各行をダブルクリックすると、そのレポートの参照ログ画面が表示される
- 「役割」欄を見ることで、依頼医/通知医/同科の医師(同科医)が見たかどうかを判断できる

参照ログ一覧

7

注意事項①

- 本機能で検索の対象となるレポート
 - 放射線レポート(CT・MR・PET・歯科 等)
 - USレポート
 - 心エコーレポート
- 対象外のレポート
 - 2016年1月1日より前のレポート
 - RISレポート作成システム以外で作成したレポート
 - アンギオ検査レポート
 - 内視鏡レポート
 - 病理レポート 等

注意事項②

- 電子カルテ上で複数診療科を持つ医師は、**参照時点**で有効な全ての科が「**依頼科と同科**」として扱われる

例：電子カルテ上「内科 I」と「腫瘍内科」に属する医師Aの場合

1) 内科 I の医師Bがオーダーした検査のレポートを開くと、

「▲＝依頼科と同科の医師が見た」として扱われる

2) 腫瘍内科の医師Cがオーダーした検査のレポートを開くと、

「▲＝依頼科と同科の医師が見た」として扱われる

3) 内科 I (または腫瘍内科)として医師Aがオーダーした検査のレポートを開くと、「◎＝依頼医が見た」として扱われる

9

注意事項③

- レポートの版数が上がると、参照状況はリセットされる(記号が「×」に戻る)

- 本機能は、あくまでレポートを開いたかどうかをチェックするものであり、内容をきちんと読むかどうかをチェックするものではない

10



20181112_0831_放射線科 (核医学).csv - Excel
サインアップ 国 一 □ 共有

ファイル ホーム 挿入 ページレイアウト 数式 テータ 校閲 表示 ヘルプ チーム 実行したい作業を入力してください

A2										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	重要	臨床診断	検査目的	検査項目	検査日	所見	診断	経緯	性別	年齢
45						1) 甲状腺全摘後、右頸部筋鞘後、両肺再発を疑う異常集積は認めません。頸部リンパ節はやや目立ちますが、サイズに著しく異常も臨床でもあり、非特異的所見と考 えます。 2) 副乳を疑う異常集積は認めません。鎖骨上窩、腋窩、肺門リンパ節に異常集積は認めません。腋窩付着 (-)。 3) FDGに強い低吸収域を認め、既知の血管腫と考えます。異常集積は認めません。肝、胆、副腎、腎に異常集積は認めません。右副腎に15×10mm次の低吸収 域付着あり。膵腫を疑います。有害な集積は認めません。腹部・骨盤内リンパ節に異常集積は認めません。腸水貯留 (-)。 4) 右腎臓内に脂肪密度の腫瘍を認め、脂肪腫を考えます。有害な集積は認めません。 5) 両側副乳にMax SUV~4.5の集積を認め、筋の使用に伴う生理的集積を考えます。 Imp.) 甲状腺切除術後：右側副乳上は胃液・副乳をうたがう集積は認めません。 1) 定性map上、明らかな集積下部位は確認できません。 2) 定量map上も30-40 ml/100g/min 台の血流を認めます。 3) 3D-SSP上、右側位両側副乳、後部等状位及び既節部でZ-scoreの上昇を認め、ADが示唆されます。			67才	
	×	MCI, AD s/o	atrophy 軽度です。IMPI SPECT(動脈血球血なし)お 腹いしま す。 【その他 詳細】 地域医療	W 反 原：- HCV： - Wa 反 原：- 抗体：- 投乳中： - アレル ギ一疑性	2018/11/6	Imp.) 3D-SSP pattern上、ADが示唆されます。 *#NP#			RI 副血流 F	80才
5										
6										

病理、画像読影の未確認・未伝達防止の電子カルテシステムができるまでの 暫定的運用の手順書

(アルゴリズムの番号に照らして下さい)

- ① 病理診断結果が出たら、病理部で全例プリントアウトされます。また、**悪性・重要所見**には印をつけて各診療科に配布されます。
 - ② 各診療科で「未通知ファイル」を作成していただき、病理結果レポートを入れて下さい。
 - ③ 画像読影結果は、翌営業日に前日までの読影結果が集計され、**悪性・重要所見**には印をつけて excel ファイルにまとめられ、各診療科指定の電子カルテ端末から確認できます。
 - ④ 各診療科でリストにある読影レポートを全てプリントアウトして下さい。
 - ⑤ 病理結果と同様に「未通知ファイル」にレポートを入れて下さい。
 - ⑥ 担当医はファイルにあるレポートを適宜確認し、患者へ結果を説明し、説明内容をカルテに記載して下さい。
 - ⑦ 各診療科で定期的に1症例ずつ、レポートが適切に確認・説明されたかを電子カルテで確認して下さい。(カンファレンスで確認、医長が確認など方法は各診療科にお任せいたします。) **特に検査目的外で発見されたもの、複数癌など**にご注意ください。
 - ⑧ 良性疾患、悪性・重要所見がないものは暫定運用では follow の対象外といたしますが、患者へ説明されることが望ましいと思われれます。
 - ⑨ 悪性・重大所見の場合、適切に確認・説明されていたものは「通知済みファイル」を作成し、レポートを移動して下さい。また**読影結果に関しては Excel ファイルに転帰**を反映させて下さい(「主治医確認」、「患者説明」欄に適切に施行された場合は「○」を入力して下さい)。
 - ⑩ 適切に確認・説明されていないものは、再度「未通知ファイル」へお戻し下さい。これにより、説明されていないものはずっと未通知ファイルに残ることになります。
 - ⑪ 未説明であることを担当医へ通知して下さい。
 - ⑫ 担当医は患者へ結果を説明し、説明内容をカルテに記載して下さい。
- * 良性・悪性所見なし、通知済みレポートは個人情報に留意し適切な廃棄処理をお願いします。
- * **悪性・重要所見に印がないもの**であっても、悪性・重要所見が含まれている可能性がありますので、全例のご確認をお願いいたします。(印は病理診断医、読影医の厚意でつけてくださっています。印がなかったことで病理診断医、読影医に責任の負担をかけないためであることをご理解下さい。)

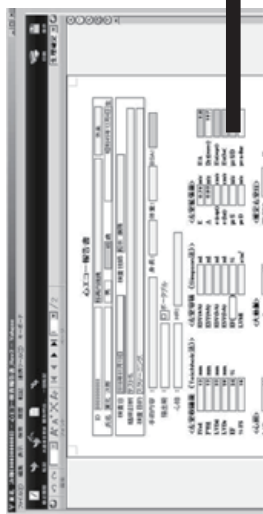
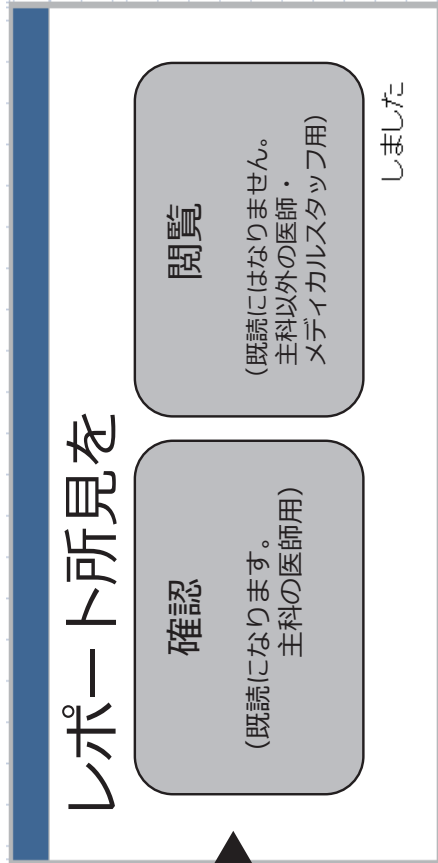
暫定的運用のアルゴリズム

ファイルの動き: 指示系統:



*** 悪性・重要所見の印がなくても含まれているレポートがある可能性に留意**

暫定運用においてはfollowの対象外



閲覧履歴

絞り込み 医師のみ 全職種

閲覧日時	閲覧者名	職種	状況	閲覧時文書ステータス
2016/02/01 12:15	医師 太郎	医師	確認	
2016/01/12 11:12	医師 花子	医師	閲覧	
2016/01/04 22:08	技師 太郎	技師	閲覧	
2015/12/10 20:23	技師 次郎	技師	閲覧	

閉じる

平成30年6月25日

各診療科長
中央診療施設等の長
医療安全管理部長
感染制御部長 殿
薬剤部長
看護部長
事務部長

附属病院長

大学附属病院における画像診断報告書の確認不足等に関する医療安全対策の徹底について

標記について、文部科学省高等教育局医学教育課より別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

所属職員へ周知徹底いただくとともに、画像診断にかかる院内の実施体制について今一度点検いただき、医療安全対策に適切に取り組んでいただきますようお願いいたします。

担当：医療サービス室医療安全担当
内線：
e-mail：

事務連絡
平成30年6月13日

附属病院を置く各国公私立大学長 殿

文部科学省高等教育局医学教育課

大学附属病院における画像診断報告書の確認不足等に関する医療安全対策の徹底について

今般、CT検査の画像診断に関する確認不足等で診断が遅れ、そのうち、複数は治療開始が遅れたことにより患者が死亡した事案が当省に報告されました。

これまでも、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室から「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について」（平成29年11月10日付事務連絡）や日本医療機能評価機構から「画像診断報告書の確認不足（第2報）」（平成30年5月）が発出され、各医療機関に対し度々注意喚起が図られてきたところです。

同機構のホームページに公表されている「医療安全情報」によると、こうした事案が発生した医療機関においては、「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」、「画像診断報告書が未読の場合に気付ける仕組みを構築する」など、画像診断報告書の確認不足を無くすために様々な取組が進められています。

つきましては、これまでも医療安全全般に対する取組は、各大学において実施されていると理解しておりますが、こうした一連の問題を防止するため、別添の内容を御確認の上、貴大学において、改めて周知徹底を図るとともに、画像診断にかかる附属病院内の実施体制について今一度点検を行うなど、医療安全対策に適切に取り組んでいただきますようお願いいたします。

【本件担当】

文部科学省高等教育局医学教育課
大学病院支援室病院第一係長

TEL:

(内線)

事務連絡

平成29年11月10日

各
都道府県
保健所設置市
特別区

衛生主管部（局）御中

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関する医療安全対策について

今般、医療機関において、放射線科医へ画像診断を依頼した医師（以下「主治医」という。）に、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ず、治療の遅れにより患者が死亡する事案の報道が続いているところです。

同種の事案に関連する情報については、これまでも、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第12条に基づく医療事故情報収集等事業において、公益財団法人日本医療機能評価機構から「画像診断報告書の確認不足」（医療安全情報No.63、平成24年2月、別添1）が発出され、注意喚起が図られてきています。

また、同様の機序で生じる他の検査報告書の確認不足についても、「病理診断報告書の確認忘れ」（医療安全情報No.71、平成24年10月、別添2）や「パニック値の緊急連絡の遅れ」（医療安全情報No.111、平成28年2月、別添3）によって注意喚起を図ってきたところです。

つきましては、画像診断報告書等の確認不足を防止するため、別添の内容を御確認の上、貴管下医療機関に対し、改めて周知徹底方お願いいたします。

なお、医療事故情報収集等事業の内容については、公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ（「報告書・年報」<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>、「医療安全情報」<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>）にも掲載されていますことを申し添えます。



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 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
内腸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。

画像診断報告書の確認不足

事例

弓部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、咳と胸水貯留を認めため、精査したところ、原発性肺癌と診断された。

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。

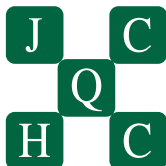
総合評価部会の意見

- ・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もとに、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よび年報をご覧ください。
<http://www.med-safe.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、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



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町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.jcqhc.or.jp/>



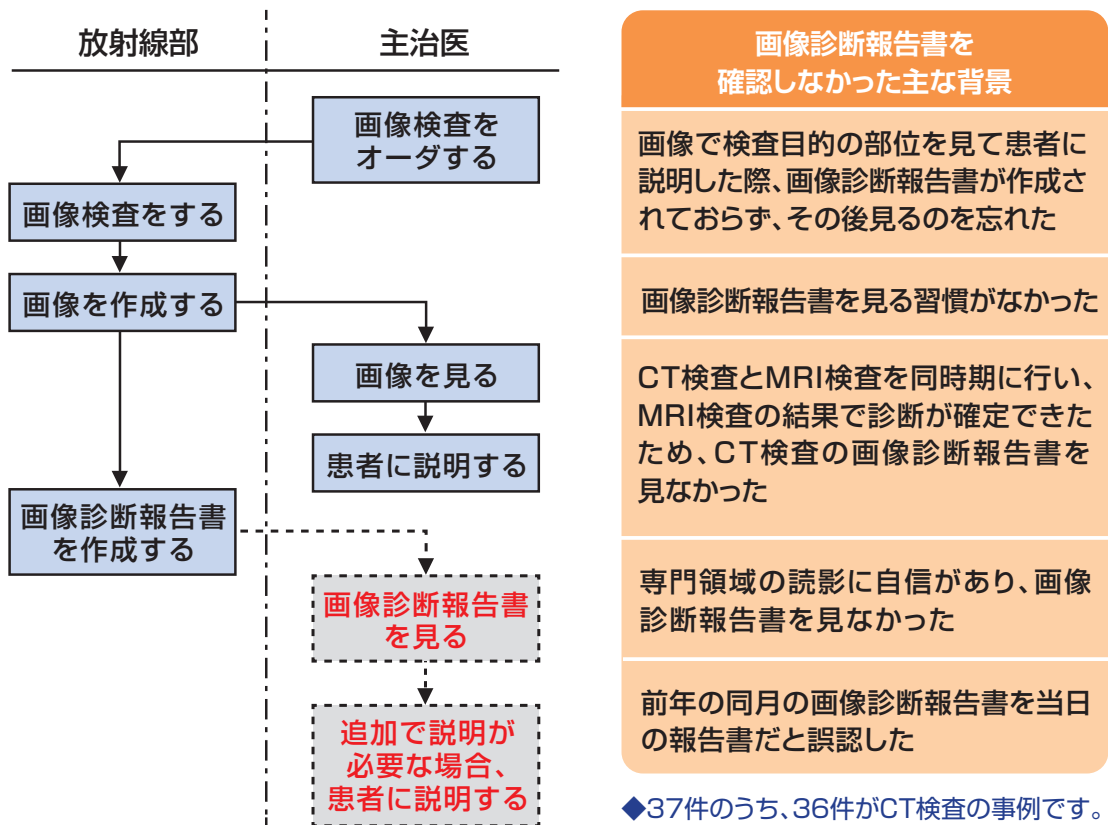
画像診断報告書の確認不足(第2報)

No.138 2018年5月

「画像診断報告書の確認不足」を医療安全情報No.63(2012年2月)で取り上げました。その後、画像診断報告書を確認しなかった事例が37件報告されていますので再度情報提供します(集計期間:2015年1月1日~2018年3月31日)。この情報は、第51回報告書「再発・類似事例の分析」の内容をもとに作成しました。

画像を確認した後、画像診断報告書を確認しなかったため、検査目的以外の所見に気付かず、治療が遅れた事例が報告されています。

画像検査の流れの一例



画像診断報告書の確認不足(第2報)

事例 1

外来診察日に肝内胆管癌術後のフォローアップでCT検査を行った。CT検査後、主治医は画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。5ヶ月後、再度CT検査を行った。放射線科医師が過去のCT画像と比較しようとしたところ、5ヶ月前の画像診断報告書が未読であり、肺癌疑いと記載されていることに気づき、主治医に連絡した。

事例 2

外来診察日に腎癌の精査で造影CT検査を行った。医師は外来診察中に画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。患者が腎癌の手術目的で入院した際、担当医は3ヶ月前に実施した造影CT検査の画像診断報告書に肝臓に悪性腫瘍の転移が疑われ精査するよう記載されていることに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・画像診断報告書を確認してから患者に説明する。
- ・画像診断報告書が未読の場合に気付ける仕組みを構築する。

総合評価部会の意見

- ・「画像検査～画像診断報告書の確認～患者への説明」の流れを整理し、業務工程を確立しましょう。

※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もとに、本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。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <http://www.med-safe.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、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



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 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.med-safe.jp/>

項目1.3 資料

平成30年 9月13日

サブリスクマネージャ会議

画像診断報告書の確認不足への対応について

1) 医療安全管理部で、検査から一ヶ月を経過してもレポートが未読状態になっているリストを診療科毎にチェックし、オーダー医をピックアップする。

2) 診療科毎に医師のメーリングリストを作る。

3) 診療科毎に、未読レポートのあるオーダー医名を記したメールをメーリングリストに送る。
文面は、医師の名前以外は定型文とする

「〇〇先生、△△先生、××先生

放射線画像検査に未読レポートがあります。

レポートの確認をお願いします。

なお、レポートの未読により患者さんに健康被害が生じた場合には、
検査をオーダーした医師の責任となりますので注意して下さい。」

4) 医療安全管理部での未読チェックは毎週実施し、メールもその都度送る。

5) オーダー医は、自分の診療科の未読レポートをJUHYOでチェックし、未読レポートを読む。

6) 各診療科の既読管理担当者は、研修医や他科がオーダーした検査の未読レポートの確認を行う。また、診療科の医師の異動があった場合に医療安全管理部に連絡する。

*メリット

1) メーリングリスト化することで、オーダー医のメールアドレスをその都度入力する必要がない。

2) 診療科長もメーリングリストに入れておくと、診療科長にも自分の科の状態を知ってもらえる。

3) 患者さんの個人情報、メールに記載されない、情報漏洩の危険が無い。

平成 30 年 10 月

放射線画像診断未読レポート管理

1) 医療安全管理部で画像診断レポート報告から一ヶ月を経過してレポートが未読のリストを患者診療科毎にチェックし、オーダー医をピックアップする。

2) 診療科毎に医師のメーリングリストを作る。

3) 診療科毎に、未読レポートのあるオーダー医名を記したメールをメーリングリストに送る。

文面は、医師の名前以外は定型文とする

「〇〇先生、●〇先生、××先生

放射線画像検査に未読レポートがあります。

レポートの確認をお願いします。

なお、レポートの未読により患者さんに健康被害が生じた場合には、検査をオーダーした医師の責任となりますので注意して下さい。」

4) 医療安全管理部での未読チェックは毎月、前月に抽出した未読レポートが既読になっているか確認し、毎月のメール3)に追加して送る。

5) オーダー医は、自分の診療科の未読レポートを JUHYO でチェックし、未読レポートを読む。

6) 各診療科の未読レポートチェック担当者は、診療科の医師の異動があった場合に医療安全管理部に連絡すること、研修医がオーダーした検査の未読レポートの確認を行うこと。

*メリット

1) メーリングリスト化することで、オーダー医のメールアドレスをその都度入力する必要がない。

2) 診療科長もメーリングリストに入れておくと、診療科長にも自分の科の状態を知ってもらえる。

3) 患者さんの個人情報、メールに記載されない、情報漏洩の危険が無い。

項目2、10、11資料

平成30年10月10日

各診療科長 殿

医療安全管理部長

放射線レポートの既読管理体制に係るメーリングリストの作成について(依頼)

日頃から、本院の医療安全管理にご協力を賜り、御礼申し上げます。

近年、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に、想定していなかった診断に気付かず、治療が遅延したという事例が全国的に報告されており、各病院に対応が求められております。

このような事例に対応するために、本院では、平成29年9月から電子カルテ上に画像診断レポートの既読管理システムを導入し、各診療科に画像診断レポートを管理する責任者を配置しております。そして、各責任者は定期的に未読・既読状況を確認し、未読がある場合には診療科内で連絡を取り合うことで、未読がゼロになるように管理をお願いしておりました。

しかしながら、未読レポートはゼロにはならず、画像診断報告書を確認しなかったために治療が遅延したという事例が本院でも発生する事態となっております

そのため、未読レポートがある主治医へ確実に連絡を取るために、診療科ごとのメーリングリストを作成し、当該診療科に未読レポートがある場合は、メーリングリストを使用して診療科全員に連絡する体制を取ることとなりました。

ついては、貴医局でメーリングリストを作成いただき、**平成30年10月19日(金)まで、医事課医療安全担当にご提出**くださるようお願いいたします。

担 当:医事課 医療安全担当

内 線:

PHS :

Eメール:

件名：放射線レポートの既読管理体制について

現在、電子カルテ上に画像診断レポートの既読管理システムを導入し、各診療科に画像診断レポートを管理する責任者を配置しています。(平成29年9月)。

各責任者は定期的に未読・既読状況を確認し、未読がある場合には診療科内で連絡を取り合うことで未読をゼロにする試みを実施しています。

しかしながら、未読のまま見過ごしてしまう事態が度々発生しています。

そのため、未読レポートある主治医へ確実に連絡を取るために、診療科ごとのメーリングリストを作成し、当該診療科に未読レポートがある場合は、メーリングリストを使用して診療科全員に連絡する体制を取ることとなりました。

メーリングリストの導入により、担当医へ確実に連絡ができることに加えて、リスクマネージャー(診療科長)や診療科の他の医師にも注意喚起を行うことができ、画像診断レポートの確認に対する意識を向上させる効果も期待できます。


については、貴医局でメーリングリストを作成いただき、平成30年10月19日(金)まで、医事課医療安全担当にご提出くださるようお願いいたします。

項目3.9 資料

医療安全行動目標

平成30年7月・8月・9月

患者との情報共有が 医療安全対策

- 
- 1 患者に伝えましょう！検査の目的とその結果
 - 2 患者に伝えましょう！画像診断の目的とその結果
 - 3 患者に伝えましょう！処置の目的と注意点
 - 4 患者に伝えましょう！薬の効果と副作用
 - 5 患者から聞きましょう！アレルギー
 - 6 患者から聞きましょう！不安や疑問
 - 7 患者から聞きましょう！服薬状況



山形大学医学部附属病院 医療安全管理部 2018.5.29

項目 < 資料

平成29年 9月13日

各診療科長 殿

病院長

放射線診断科長

医療情報部長

医療安全管理部長

放射線レポートの既読管理者の選出について（依頼）

日頃から、本院の医療安全にご協力いただき、ありがとうございます。

近年、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に、想定していなかった診断に気付かず、治療が遅延したという事例が全国的に報告されており、各病院に対応が求められております。

このような事例に対応するため、本院では、別紙1のとおり、放射線レポートの既読管理が可能となるようにJ UHYOシステム上の設定を変更いたしました。今後は、各診療科において、放射線レポートの既読・未読状況を定期的（1週間毎、2週間毎など）に把握し、放射線レポートが未読のまま放置されることが無いように管理をお願い致します。

つきましては、貴診療科から、放射線レポートの既読管理者1名を選出していただき、別紙2にて、9月22日（金）までにご回答くださいますようお願い致します。

なお、放射線レポートの既読管理者は、外来医長や病棟医長等を選出くださいますよう、お願い致します。

記

<送付資料一覧>

別紙1・・・放射線レポートの既読管理について

別紙2・・・既読管理者の選出について（回答用紙）

担 当：医事課医療安全担当

内 線：

F A X：

【レポート一覧】画面変更について

別紙1

レポート一覧の画面が変更になります。ナビゲーションマップのボタンの位置は変更ありません。

変更前

ナビゲーションマップ
共通/診療記録

検査結果・報告

- 検査履歴一覧
- 薬歴参照
- レポート作成
- レポート作成一覧
- レポート一覧

ファイル(E) 機能(F)

表示期間 ▼ 2012/01/01 ~ ▼ 2017/08/01

表示レポート 全選択 全解除

ソート条件

第一候補 ▼ なし ○ 昇順 ○ 降順

第二候補 ▼ なし ○ 昇順 ○ 降順

第三候補 ▼ なし ○ 昇順 ○ 降順

ソート 閉じる

条件保存

最新表示	指示日付	実施(予定)日付	報告日	検査・レポート	版数	レポート状態	備考	依頼診療科	依頼医師
未読	2013/12/12 16:31	2013/12/12 00:00	2013/12/12 00:00	【画像】内視鏡検査	01	レポート承認	食道内視鏡	第1内科	システム管理者
未読	2013/12/10 19:31	2013/12/10 00:00	【画像】MRI	到着済	01	到着済	全脳放射線科一任放射線治療科	システム管理者	システム管理者
未読	2013/12/04 17:51	2013/12/04	【画像】一般撮影	到着済	01	到着済	左上歯(単純撮影) 放射線治療科	システム管理者	システム管理者
未読	2013/12/04 17:31	2013/12/04 00:00	【画像】CT	到着済	01	到着済	上顎(単純) 歯科口腔外科	システム管理者	システム管理者

未読のみ表示 レポートをオーダー単位にまとめる レポート未作成のオーダーを表示する

変更後

ナビゲーションマップ
共通/診療記録

検査結果・報告

- 検査履歴一覧
- 薬歴参照
- レポート作成
- レポート作成一覧
- レポート一覧

レポート一覧

患者ID 0009990005 報告日 ▼ 2012年01月01日 ~ ▼ 2017年08月01日

表示レポート

レポート一覧

状態 ▼ 本人 ○ 共通 ○ 外来 ○ 入院

診療科・病棟

診療科 ▼ 内科 病棟 ▼ 全病棟

未読のみ表示

レポートをオーダー単位にまとめる

レポート未作成のオーダーを表示する

一覧印刷 条件クリア 条件保存 閉じる

最新表示	状態	報告日	検査・レポート	患者ID	患者氏名	版数	レポート状態	閉封者
1	未読	2017/07/24 16:35	生理検査レポート	0009990005	放射線001	01	レポート状態	本日 実行可
2	既読	2017/07/24 16:34	生理検査レポート	0009990005	放射線001	01	レポート状態	本日 実行可
			生理検査レポート	0009990005	放射線001	01	レポート状態	テスト 一内科
			生理検査レポート	0009990005	放射線001	01	レポート状態	中心血圧(A)
			生理検査レポート	0009990005	放射線001	01	レポート状態	中心血圧(A)
			生理検査レポート	0009990005	放射線001	01	レポート状態	中心血圧(A)

表示条件が変わります。
表示レポートの種類の変更はありません。

表示項目が増えます。

一覧表示後にタイトル列をクリックすれば、ソートも可能です。

放射線レポートの既読管理

(変更前) 放射線レポートを起動しても、状態は「未読」のままでした。

(変更後) 依頼医または依頼医と同じ診療科の医師が放射線レポートを起動すると、開封確認のメッセージが表示されます。開封すると状態が「既読」になります。レポートの未読・既読の状態、開封者(既読者)はレポート一覧で確認できます。

ブラウザ、ナビゲータ、レポート一覧などから放射線レポートを起動

警告 (ExBChartViewer046)

開封処理を行いますか?

はい→「既読」になる
いいえ→「未読」のまま

依頼医または依頼医と同じ診療科の医師の場合、メッセージが起動。それ以外の利用者の場合はメッセージは起動せず、既読にはできません。

レポート一覧

患者ID 0009990047 報告日 2013年07月16日 ~ 2017年08月24日

表示レポート

データ種別 全選択 全解除

検査種別 放射線レポート 放射線画像

依頼医 本人 共通 外来 入院

診療科・病棟 診療科 全科 病棟 全病棟

未読のみ表示
 レポートをオーダー単位にまとめる
 レポート未作成のオーダーを表示する

閉じる 条件保存

レポート一覧

状態	報告日	検査レポート	患者ID	患者氏名	レポート状態	開封者	備考
1 既読	2016/04/28 00:00	[レポート]放射線レポート	0009990047	テスト 放射線002	承認済	閉封者	承認済
2 既読	2016/05/12 00:00	[レポート]放射線レポート	0009990047	テスト 放射線002	承認済	テスト 一内科	承認済
3 既読	2016/06/03 17:07	[レポート]放射線レポート	0009990047	テスト 放射線002	承認済	テスト 一内科	承認済
4 未読	2016/06/17 00:00	[レポート]放射線レポート	0009990047	テスト 放射線002	承認済	テスト 一内科	承認済
5 未読	2016/08/29 17:48	[レポート]放射線レポート	0009990047	テスト 放射線002	承認済		
6 未読	2017/01/30 18:14	[レポート]放射線レポート	0009990047	テスト 放射線002	承認済		
7 未読	2017/02/07 14:11	[レポート]放射線レポート	0009990047	テスト 放射線002	承認済		
8 未読	2014/01/01 00:00	[レポート]放射線レポート	0009990047	テスト 放射線002	承認済		

レポートの既読・未読を確認できます。

放射線レポートを開封した利用者が表示されます。

【レポート管理一覧】使い方

指定した条件に沿った放射線レポートの一覧を表示します。
 レポートの既読・未読の状態や、開封者(既読者)の確認ができます。
 また、表示中の一覧の印刷が可能です。

ナビゲーションマップ

業務別

放射線・生理・内視鏡

放射線・生理・内視鏡

- 検査室一覧
- 検査室受付
- 撮像前入力
- 放射線バスワーク確認
- IPACS(EV Insite)
- 放射レポート一覧
- 生・内レレポート一覧
- レポート記載(EV Report)
- レポート記載一覧(EV F)

放射線管理一覧

①検索条件を指定します。

②最新表示を押下します。

③一覧の印刷が可能です。

状態	指示日付	実施(予定)日付	報告日	検査レポート	版数	レポート状態	開封者	備考
未読	2017/06/07 11:55		2017/06/07 12:25	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部
未読	2017/06/03 17:32		2017/06/03 17:52	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部
未読	2017/05/29 08:46		2017/06/01 14:58	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部
未読	2017/05/29 08:46		2017/06/05 15:14	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部
未読	2017/05/31 20:43		2017/06/02 15:41	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部
未読	2017/06/05 11:40		2017/06/08 15:13	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部
未読	2017/06/21 09:17		2017/06/05 14:54	[レポート]放射線レポート	01	承認済		心臓
未読	2017/06/01 11:24		2017/06/06 11:11	[レポート]放射線レポート	02	承認済		左心カテーテ
未読	2017/05/31 14:06		2017/06/06 14:15	[レポート]放射線レポート	01	承認済		心臓MIBC
未読	2017/05/10 11:09		2017/06/07 09:02	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部
未読	2017/05/22 15:00		2017/06/05 15:42	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部
未読	2017/03/30 08:44		2017/06/01 10:17	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部
未読	2017/05/29 18:06		2017/06/01 14:33	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部・腹部
未読	2017/04/13 10:23		2017/06/05 15:27	[レポート]放射線レポート	01	承認済		胸部

- ・ 一覧に表示できるのは1000件までです。1000件を超える場合は検索条件を変更して検索し直して下さい。
- ・ 検索条件に該当するレポートの件数が多い場合、一覧表示までに時間がかかる場合があります。
- ・ 報告日に設定可能な期間は91日間です。

医事課医療安全担当 行
(5月28日 締切)

放射線レポートの既読管理者の選出について

診療科名

管 理 者 氏 名	
--------------	--

※放射線レポートの既読管理者は、外来医長や病棟医長等を選出くださいますようお願い致します。

※放射線レポートの既読管理者には、別紙1をご参照いただき、所属する診療科の放射線レポートに長期間未読状態のものが無いか等、各自で管理を行っていただきます。

担当 : 医事課医療安全担当
内線 :
FAX :
Mail :

医療事故防止マニュアル第7版「放射線検査」より

4 評価

- 1) 検査件数、検査待ち時間、合併症などについての統計を毎月行う。
- 2) 結果が得られた症例については、カンファレンスの際に公開し、放射線診断科内での知識の共有を図る。
- 3) 検査方法に問題が発見された場合は、放射線診断医、診療放射線技師の双方で情報の共有を図る。

(検査依頼医)

1 結果参照

検査報告書や放射線画像は、統合医療情報システム (IT) 内の“放射線検査”をクリックすれば参照できる。もし結果が発見されないときは、読影担当医に問い合わせる。

2 評価

検査報告書と画像はともに重要である。検査目的に対応する結果に注目することは当然であるが、偶然の副産物にも注意する。たとえば腫瘍（とくに悪性が疑われる所見）は、即座に臨床的に重要な意味を有することが多いので無視しないで対応する（自分が専門領域でなければ他医師・他科に相談する）。所見や報告の解釈に迷う場合は、読影担当医に相談する。

3 説明

検査名と検査日を明確にして、患者に説明する。悪性所見を伝える場合には、患者心理に与える影響を考慮することを忘れない。

医療安全発信文書34-4

放射線検査におけるパニック値

- ① 担当医が予期しておらず、放置すれば生命予後に影響を与える可能性がある所見が得られた場合

事例) ・大動脈解離

・胸部大動脈瘤検査時に偶発的に併存した肺癌

- ② 担当医が予期している範囲内の所見であるが、その程度が著しく緊急的に処置が行われなければ生命予後に影響があると予期される所見が得られた場合

事例) ・急性膵炎

・重篤なイレウス・消化管出血

放射線部原案・2010年8月5日
臨床医療管理部修正・2010年8月5日

提言事項5 - 資料1
提言事項6 - 資料1
提言事項7 - 資料1

医療安全発信文書34-1

平成24年6月14日

診療グループ長・診療施設長
診療グループ構成員
当直医師・オンコール医師
検査部長・病理部長・放射線部長 各位

臨床医療管理部長

検体・病理・放射線・生理・内視鏡等の検査（以下、検査業務）においてパニック値が出現した際の取り扱いについては、平成22年9月22日付け臨床医療管理部長通知に基づき、平成22年10月から運用としております。この度、下記「前提事項」を追記いたしましたので、引き続き、下記のことにご協力願います。

記

- 1 検査業務に従事する者がパニック値を発見したときは、検査依頼者にパニック値を速やかに報告すること。
- 2 検査依頼者に連絡できないときは、当該診療科の当直・オンコール医師に報告すること。
- 3 パニック値の報告を受けた者は、適切な対応を心掛けること。

以上

前提事項 検査依頼者は速やかに報告書を読み、患者に説明することを含め適切な処置をとる責務があり、この責務は、パニック値の報告を受ける受けないにかかわらず、行わなければならない。

付記事項

- 1 パニック値とは、各検査結果のうち、患者の生死や運命に直接的に影響するもので、可及的速やかな対応を要するものをいう。
- 2 検査業務の管理責任者は、パニック値の範囲について大まかな基準を定めて掲示する。
- 3 報告のための手段は、診療上の緊急に準じて行う。すなわち、院内電話と防災センター経由呼び出し（届け出の携帯電話等を用いる）の2方法を標準とする。
- 4 平成22年10月から運用する。

本件に関する問い合わせ

臨床医療管理部
医 事 課

臨床医療管理部原案 20100708
組織RM連絡会議決定 20100909
リスクマネジメント委員会承認 20100921
改訂 20120614

- 相手が誤解しないよう、明確に自分の意思を伝えること。
- 自分の意思が確実に相手に伝わったことを確かめること。
- 意見の相違を感情的な対立にしないこと。
- 適切な権威勾配を保つこと。
- お互いを尊重し信頼すること。

2-5 患者にとって良いチーム、良い医療体制をつくる

1) 良いチーム作りの基本は、適切な情報伝達（コミュニケーション）である。引き継ぎ等の際、SBAR^{注1)}、チェックバック^{注2)}、コールアウト^{注3)}、ツーチャレンジルール^{注4)}、CUS^{注5)}等のコミュニケーションスキルを身につける。さらにリーダーは、ブリーフ・ハドル・デブリーフ^{注6)}を行う。

注1) SBARは以下の順で簡潔に伝える。

Situation：状況	「〇〇さんの血圧が80です」
Background: 背景	「今日、心臓カテーテルが終わって安静中です」
Assessment: 私の考え	「よくわかりませんがショックかもしれません」
Recommendation: 提案や依頼	「先生の診察が必要と思います」

注2) チェックバック：指示受け者は復唱する、さらに指示出し者は再確認する

注3) コールアウト：緊急事態は大声で叫んでみんなに同時に伝える（93# コール）

注4) ツーチャレンジルール：患者安全上の問題を話しかけたのに、相手に伝わらなかった場合、勇気を出してもう一度大きな声で言う。表現方法としてCUSを用いる。

注5) Concern：私は心配です。気になります。

Uncomfortable：とても不安です。

Safety Issue: 安全の問題です。

注6) ブリーフ：事前の打ち合わせ（目的や役割の確認）

ハドル：問題解決（新しい事態が発生したら途中で協議する）

デブリーフ：振り返り（今後のプロセス改善）

2) 全ての医療従事者は、勤務が終了して職務を離れる前に自分が担当した患者について勤務内に経験した重要な情報を、次に担当する医療従事者に伝達する義務があり、これを行わず職務を離れてはいけない。次に担当する医療従事者は引き継ぎを受けてから行う。（※補足有）

3) 初診患者を適切な診療グループで診る。総合案内担当者が適切に支援できないときは、総合診療グループにコンサルテーションし、トリアージする。

4) 緊急入院時等の主治医の決定に関する事項

ア) 緊急入院時または遅くとも入院翌朝までに関係する診療グループのスタッフが協議して主治医を決定すること。

イ) その後転科する場合は現行主治医及び転科主治医双方の了解が必要であること。

ウ) 紛糾する場合は総フロア長が裁定すること。

5) 患者依頼（転科）時の重要事項伝達義務

患者を紹介または転科させる者は、患者に関する重要な情報を適切に伝えること。

- 重要な情報とは、例えば管理上特段の注意を要することや、死亡や後遺障害が生じる状況であること等。とりわけ専門外の医師に患者を委ねるとき、相手にとって適切な情報を伝えなければならない。また、紹介または転科を受けた側も、患者の情報を知る責任がある。
- 6) 併診する場合は、併診の主と副を決定し、互いに役割分担を決める。主となる診療グループの主治医が窓口となる。また、そのことをチーム全体に周知し、合同ミーティングを開き、患者にも紹介する。

※2-5 2) 引き継ぎに関する補足

- 1 引き継ぎのタイミング：勤務が終了して職務を離れる前
例) 看護師の交代、研修医の異動、患者の転棟・転科、医療従事者の転職、時間外勤務の終了時（必要に応じ）
- 2 引き継ぎの内容：担当した患者について勤務時間内に経験した重要な情報を伝達する。見聞したことだけではなく新たに発見したり発想したこと等を含めて患者にとって重要な情報を伝える。複数ある場合は、次に担当する医療従事者が職務を果たすために役立つ情報を優先して伝える。重要な情報が無い場合は、無いことを伝える。
- 3 引き継ぎの相手：自分の次に、当該患者を担当する医療従事者に引き継ぐ。その場に相手がいなかった場合は次に担当する者宛てに、引き継ぎ書類を作成するか既存の引き継ぎ台帳に記載する。
- 4 引き継ぎを受ける義務：患者を担当する医療従事者は、自分が担当する前に担当していた者から引き継ぎがある場合それを受ける義務がある。やむを得ない場合を除き、引き継ぎを受けずに患者を担当することは適切でない。
- 5 引き継ぎの記録：患者に関する重要な情報は、診療録に記載した上、それに基づいて引き継ぎを行うのが望ましい。口頭で行った場合、引き継ぎを聞いた者は内容をメモして復唱し診療録に記録する（口頭指示受けメモに準じる）。
- 6 引き継ぎに関するリーダーの役割：各組織のリーダーは職員が引き継ぎを確実に行うよう指示し、その記録を見ること等により引き継ぎが適切に行われるよう指導する。

医療安全発信文書 55

臨床医療管理部原案 20141118
組織RM連絡会議決定 20150108
リスクマネジメント委員会承認 20150120

診療グループ長
診療施設長 各位
看護部長

診療、救急・災害医療担当副病院長：
臨床医療管理部長：

本院におけるオンコール体制について

日頃より医療安全にご尽力いただき感謝申し上げます。

本院における時間外及び休日の診療業務については、入院患者の病状の急変及び救急の外来患者に対処していただきたいと定められております（別紙参照）。

また、オンコール体制等については、各診療グループの責任者が、業務の円滑な実施及び緊急診療に対応するため、オンコール体制を採って運営しております。

最近のインシデント等の事例に、オンコール医師に連絡がつかない、オンコール医師を呼んでも手が離せないなど、病状の急変に対して速やかに対応が行われない場面がございました。

医師の皆様におかれましては、オンコール医師は、オンコールの役割を適切に果たしていただきますよう、お願いいたします。

医療安全発信文書 5 5

臨床医療管理部原案 20141118

組織RM連絡会議決定 20150108

リスクマネジメント委員会承認 20150120

リスクマネジメント委員会承認 20171219

入院・外来患者の病状変化に対する対応指針

別紙「本院における時間外及び休日の診療体制」の通知がありますが、オンコール体制については、診療グループ（G）や担当医により解釈の違いがあり、オンコール医師や時間外診療担当医師を呼び出す側、および受ける側にときおり混乱が見られます。そこで、下記のように提案いたします。

【オンコール医師の体制】

1. 日勤、時間外・休日を問わず、入院・外来患者の病状変化に主治医、副主治医、受持医（主治医チーム）の全てが円滑に対応できないとき、診療グループ長により任命された各診療グループのオンコール医師は、委譲された権限により、主治医、副主治医、受持医の業務を代替する。
2. オンコール医師は、主治医、副主治医、受持医に引き継ぐまで、当該患者の対応について責任をもつ。

入院・外来患者の病状変化に対する対応

	平日日勤 (8:30~17:15)	平日夜間 (17:15~翌日 8:30) 休日夜間 (同上) 休日昼間 (8:30~17:15)
オンコール医師 (来院して診療したときは緊急診療従事届を提出する)	①診療担当医師や担当看護師等から 患者について相談を受けたオンコール医師は、主治医、副主治医、受持医に引き継ぐまで、当該患者の対応について責任をもつ。 ②他の診療グループ、救急医からの相談を受ける。	①時間外診療担当医師や担当看護師等から 患者について相談を受けたオンコール医師は、主治医、副主治医、受持医に引き継ぐまで、当該患者の対応について責任をもつ。 ②他の診療グループ、救急医からの相談を受ける。
時間外診療担当医師 (院内に留まって対応する。概要を記録し、必要に応じて引き継ぎする)		病院長代理は院内に緊急の対策を講じる事態が発生した場合、病院長代理として関連部門を指揮して事態の収拾に努める。

注1 病状変化のうち急変かつ緊急の対応を要する場合は別途定める (RRT 等)

注2 この指針は、診療 G が特段の体制に整え G 内で対応することを妨げない。

注3 オンコール医師がレジデントの場合は、速やかにスタッフに相談する。

医療安全発信文書30

臨床医療管理部原案 110714

組織 RM 連絡会議承認 110811

リスクマネジメント委員会承認 110920

血液検査以外の報告書開示要望の取扱い

外来で患者本人から検査結果報告書（コピー）の開示要望があったときは下記のように取扱うこととする。

記

主治医は、報告書の内容が患者本人に適切に伝わるかどうか判断すること。

- a) 適切に伝わると判断したときは、適宜必要な説明を加えることによりコピーを渡してよい。そして渡した事実と加えた説明を診療録に記録して署名すること。
- b) 適切に伝わらないと判断したときは、コピーを渡すことをお断りして代替の手段を用いて検査結果を説明する。

備考

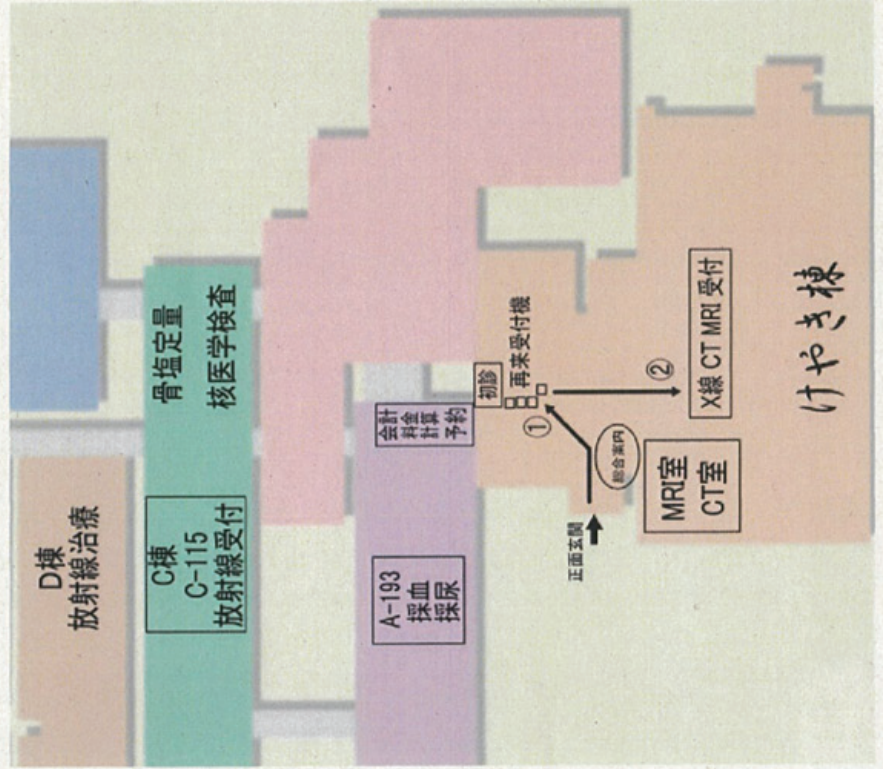
- 1) いずれの場合も、説明責任の主体は主治医にあり、検査報告者でないことに留意する。
- 2) 患者の開示要望が多くの検査に及ぶときは、診療情報開示請求システムがあることを紹介する。
- 3) 病理報告のコピーを渡すときには病理に事前に連絡する（病理部の要望）。
- 4) 過去の報告書を開示するときには、報告書は報告時点における判断であり最終的に正しいとは限らないことを補足する。

以上

患者ID : 0099999991
 患者氏名: テラスト SSPレンケンケイヨウ
 生年月日: 1986/01/02
 性別: 男性

--- CT検査時の受付のご案内 ---

- 外来総合受付の自動再来機で受付を済ませてください。
- 予約時刻の15分前迄にけやき棟X線・CT・MRI受付へ受付票と診療券をお出しください。
- CT検査室をご案内致します。
- CT担当者のご案内するまでお待ちください。
- 午前8時、8時30分予約の方は、自動再来機で受付を済ませた後、直接CT検査室へお越しください。



CT検査をお受けになる

患者さんへ

- 必ず検査までによくお読みください。
- 問診票に記入して当日お持ちください。
- 女性の方で妊娠あるいは妊娠の可能性のある場合は、必ず検査前にお申し出ください。
- 今までに薬による副作用、造影剤アレルギー等があった方は必ず検査前にお申し出ください。
- 検査の日は、自動再来機で受付を済ませて、予約の15分前に、けやき棟X線・CT・MRI受付においでください。
- 予約の変更・取り消しは出来るだけお早めに、放射線受付までご連絡ください。当日は検査の準備をしてお待ち致しておりますので、ご事情でご来院出来ない場合は必ずご連絡をお願いします。
- **画像検査後には、すみやかに受診し外来主治医や入院受持医に検査結果についてお聞きください。**

この検査に関するお問い合わせ 電話
 (午前8時30分から午後5時15分まで)
 検査予約に関するお問い合わせ 電話
 (午前8時30分から午後5時まで)
 夜間及び緊急診療の連絡先 電話
 (午後5時30分から午前8時30分まで)

筑波大学附属病院 放射線部




IV 入院生活について

入院後に受けられる検査や治療、手術について「入院診療計画書」や「クリニカルパス」などを用いてご説明いたします。検査や治療内容、看護の内容などについてご不明の点やご質問がありましたら、遠慮なく医師や看護師にお尋ねください。

1 入院中の看護体制について

本院では、患者さんの状態に応じて安全でよりよい看護サービスを提供できるよう、病棟によって看護師の配置人数を変えています。

2 入院中の 1 日の流れについて

6:00~8:00	起床 朝の検温(体温や、脈、血圧、体重など病状に合わせて測ります。) 採血(状況によって採血があるときがあります。) 朝の身支度
8:00	朝食 (手術や検査がある場合や状況によってはお食事が出ない場合もあります。)
9:00~12:00	状況に合わせてお声かけします。 お薬のある方は、看護師がお薬をお持ちします。場合によっては自己管理をお願いすることもあります。 午前中の検温(体温や、脈、血圧、体重など患者さんの状況に合わせて測ります。)
12:00	昼食 (手術や検査がある場合や状況によってはお食事が出ない場合もあります。)
13:00~18:00	状況に合わせてお声かけします。 お薬のある方は、看護師がお薬をお持ちします。場合によっては自己管理をお願いすることもあります。 昼の検温(体温や、脈、血圧、体重など患者さんの状況に合わせて測ります。)
18:00	夕食 (手術や検査がある場合や状況によってはお食事が出ない場合もあります。)
19:00~21:00	自由にお過ごしください。 お薬のある方は、看護師がお薬をお持ちします。場合によっては自己管理をお願いすることもあります。 夜の検温(体温や、脈、血圧、体重など患者さんの状況に合わせて測ります。)
21:00	消灯 ● 沐浴や入浴、シャワーは日中に行います。 ● テレビはルールを決めて楽しみましょう。

患者さんの病状により変わることもありますが、
おおよその一日の流れです。

□ 筑波大学附属病棟の理念と基本方針

□ 教育・研究・地域連携

□ 入院のご連絡・手続きについて

IV 入院生活について

□ 入院中に守っていただきたいこと

□ 「医療安全」についての病院からのお知らせ

□ 患者相談について

□ 退院について

□ 利便施設について

□ 交通のご案内

第 4 6 8 回病院執行部会議 議事要旨から抜粋

日 時 平成 3 0 年 7 月 2 4 日 (火) 1 4 : 0 0 ~ 1 5 : 4 5

場 所 けやきプラザ

(15) 本院における医用画像検査 (CT、MRI、内視鏡等) と病理検査の
いわゆる「未読レポート」対策のまとめについて……………資料 14

病院長補佐から、資料 14 に基づき、標記議題について説明があり、審議の結果、
原案どおり承認された。

なお、今後、医療情報経営戦略部は、一ヶ月ごとに、各診療グループに所属する医師
の未読レポート一覧を統合医療情報システムデータベースより抽出し、各診療グループ
長宛の封書をレターボックスへ入れることにより連絡することになった。

重点項目に関する改善状況調査資料（画像見落とし対策）

画像診断読影報告書未読問題に対する対応の初期効果

2018年4月より画像診断部において以下の対策を開始し、その効果を測定した。

1. 画像診断レポート作成時に画像診断医によって重要所見のアラートを二段階のレベル別に表示する。
 ★★★は直ちに対応する必要がある緊急を要する所見。★★は検査目的とは異なるがんなどの可能性のある準緊急の所見。と分類する。
2. 画像診断医の対応：★★★は直ちに主治医に電話連絡を行う。★★は毎日担当者（放射線読影医）を割り当て、★★のレポート作成後14日目に担当者が診療録を確認し、カルテ記載がない場合（主治医が対応をとっていることが確認できない場合）は電話連絡を行う。

以下表に4-6月の★★および★★★マークが付与されたレポート件数、一日当たりの件数および、★★について14日目にカルテ記載されていなかった事例数・頻度(青字)を示す。3か月強で113件の★★マークが発生し、うち8件(7%)で対応がされておらず、電話連絡を実施した。

	4月	5月	6月	7月	計
稼働日数	20	21	21	(7)	69
レポート数	4,890	5,212	5,160	(1,549)	16,811
★★	45	26	32	(10)	113
★★★	6	8	10	(4)	28
★★/日	2.3	1.2	1.5	(1.4)	1.6
★★★/日	0.3	0.4	0.5	(0.4)	0.4
★★未読	2 (4.4%)	2 (7.7%)	4 (12.5%)	(0) (0%)	8 (7.1%)

上記の★★(準緊急)113事例のうち、検査後14日目に未読であった8件について、実際に主治医に電話連絡を行ったために事故防止につながったと考えられる事例が発生している。14日という期間でのカルテ確認であるため、15日目以降にレポートを確認する予定であった患者も含まれるが、一方で、レポートを開封していたが、内容が伝わっていなかった事例が3件、一年前の画像診断報告書を誤認して開封していた事例が1件、存在しており、診療録記載内容を確認することの重要性が確認できた。

★★★(緊急)は100日間、約17000件あまりの画像診断レポートのうち、28事例(0.16%)あり、内訳としては悪性腫瘍の評価目的の患者が16事例(57%)であり、連絡の対象となった所見としては、検査目的以外の臓器(64%)に多く、腹部緊急疾患9事例や肺動脈血栓塞栓症・静脈血栓症6事例、頭蓋内緊急疾患5事例が比較的多く認められた。

結論：本対策はレポートを開封していても、内容が良く認識されていない場合、前年のものと誤認した場合にも有効に機能することが確認され、画像診断レポートの確認もれを防ぐ効果があると思われる。短期間の観察であり、今後さらに症例を積み重ね、効果を測定していく。

2017年12月5日

実務者会議構成員各位

「重要所見のある画像診断レポートの通知」の試験運用について

平素より放射線科診療にご協力をいただき誠にありがとうございます。

放射線科画像診断部では、2017年12月11日(月)より院内紹介状による「重要所見のある画像診断レポートの通知」の試験運用を開始します。

放射線科画像診断医が重要所見のある画像診断レポートと判断した際に、「オーダー医(+診療科)宛に「放科_画像診断レポート通知」という院内紹介状を送付致します。オーダー医および各診療科での画像診断レポートの確認が不可欠ですので、ご対応のほどよろしくお願い致します。なお「放科_画像診断レポート通知」の院内紹介状に対する返信は不要です。

・「通知がない」＝「問題がない」ことではなく、画像の確認、画像診断レポートの確認、およびカルテの記載は、オーダー医の責務であることをご留意下さい。

・通知を行うかどうかは放射線科画像診断医の判断となります。おおよその目安は、「診療科の関心領域外の重要所見」、「一度レポートを見落とすと患者様に不利益が生じる程度の所見」とします。ただしオーダー診療科の関心領域内での明らかな所見や、すでに診療録にその所見についての記載がある場合は、通知を行いません。

・緊急対応が必要な所見については、電話連絡を致します。

ご不明な点は、放射線科画像診断医もしくはCT画像処理室 6300 にお問い合わせをお願い致します。

放射線科 実務者

当院で X 線写真・CT・MRI 検査を受けた患者様へ

当院では、撮影した X 線写真・CT・MRI などの画像を担当医の他に、放射線科専門の医師が読影し報告書を作成する場合があります。

この報告書は撮影数日後に作成されることがあるため、当院を再度受診する予約が入っているかご確認いただき、検査結果を担当医からお聞きください。

(放射線科専門医により、初めて病気や怪我が発見された時は、必要に応じて電話でご連絡、またはご自宅に書面を郵送させていただくことがあります)。

東京医科歯科大学医学部附属病院

代表電話番号:

平成 24 年 1 月 13 日

各診療科長・総括医長 殿
各診療室長・副診療室長 殿
各中央診療施設等部長・副部長 殿
各部署リスクマネージャー 殿

放射線部
医療安全管理部

画像診断レポートの閲覧チェックについて

放射線科医による診断レポートを確認しなかったために、重要な情報(オーダーした医師が予想もなかった癌の発見など)を見落とした、という医療事事故事例が他院で報告されています。

このような事例の発生を防ぐために、本院では以下の対策を取りたいと存じます。

1. オーダーした医師や主治医は、画像診断レポートを確認したらチェックを入れる。
2. 一定期間チェックが入らないレポートに対しては、診療科単位で確認を督促する。

本件に関しては、2011 年 12 月 26 日開催の医療事故防止委員会で承認を受けています。

つきましては、下記の通りの方法で運用を開始したいと存じますので、部署内の周知をお願いいたします。

画像診断レポートの閲覧チェック

1. 画像診断レポートを確認したオーダー医師ないし主治医・担当医は、画像診断レポート画面の右下にある「閲覧」ボタンをクリックしてください。
2. 対象は、本年 2 月 1 日(水)以降に撮影し、放射線科医に診断を依頼した画像です。
3. 撮影後 1 ヶ月以上たっても閲覧チェックされていないレポートは、診療科単位で一括して閲覧を督促します。

本件に関する照会先：フィルム管理室

放射線画像診断レポートの確認の徹底について

平成 30 年 8 月 29 日

医療の質・安全管理部

放射線科

放射線部

厚生局からの通知により、画像診断における重要な所見が見落とされることがないようにするための方策について各施設での対応が求められています。

当院では放射線科、放射線部とともに検討した結果、画像所見の状況により以下のような対応をすることになりましたので、ご協力をお願いします。

状況 A: Critical findings (危機的な所見)

状況 B: Urgent findings (24 時間以内に緊急を要する所見)

状況 C: Unexpected findings (検査目的から想定できない所見、24 時間以内の対応が不要)

状況 D: Expected findings: (検査目的から想定可能な所見、24 時間以内の対応が不要)

上記の状況は、放射線部読影医の判断で可とする。

I : 運用方法

1. 緊急連絡の徹底

- 状況 A および B の所見は口頭での緊急連絡を行う。正式の読影所見は最終レポートで報告とし、そのチェックは次の「レポート確認漏れの防止」で対応する
- 状況 C および D の所見は最終レポートで報告とし、次の「レポート確認漏れの防止」で対応する。
- 方法
 - 1) 読影医が放射線科クラークに (PHS:) 連絡 (自分で診療科担当医に連絡しない)。
 - 2) 放射線科クラークが (11 月 1 日までは医事課が) PHS で診療科担当医をさがす
(担当医不在時: クラークは各診療科緊急 PHS にコールし、だれが代理の担当医かを聞く)
 - 3) 放射線科医と診療科担当医 (担当医代理) の間で話をする: 緊急で対応すべき所見の説明とディスカッション
 - 4) ディスカッションの内容は読影レポートコメント欄に記載
 - 5) クラークは緊急連絡をした記録を残し、連絡が確実に履行されたことを確認する。
 - 6) 電話連絡した後で、状況 A/B に合致する別の所見を見つけた場合、再度 PHS で連絡する。
 - 7) クラークがいない時間帯は放射線科医が担当医 PHS に直接コールし、その旨を記載した最終レポートの印刷物を、翌診療日までにクラークに提出しておく。
 - 8) 緊急 PHS は日中対応されない場合は、クラークが GRM PHS 6600 に連絡し、安全管理部で対応する。

【その他】

- 連絡忘れを防ぐことが目的であるため、緊急連絡はクラーク（11月1日までは医事課）を介して行うことを徹底する
- 緊急連絡をし忘れたことにより対応が遅れた場合、放射線部側のミスとなり、病院システム全体の責任となる。
- レポートは電話連絡の後に発行されるのため、その他項目の確認が不十分になる恐れがある。その為、放射線科医はレポートの中で電話連絡した事項とそれ以外を分けて記載する。

2. レポートの確認漏れの防止

【放射線科（放射線部）】

- 状況 A・B の正式の読影結果および状況 C・D の所見は最終レポートを通して担当医に伝達する
- 状況 A,B および C に相当する所見を主治医が見落とさないように強調した最終レポート作成を心がける。
- 翌診療日にすべてのレポートが仕上がったら、放射線科クラークが一覧を作成し各診療科に配布する（総務課のポストに配布）
- すべての確認が終了し診療科が総務課ポストに入れた一覧表を、放射線科クラークが回収：
* 未提出リストに関しては放射線科クラークより各診療科に繰り返し催促をする（毎週）

【各診療科】

- 各診療科は確認漏れを防ぐため、担当医がレポート確認をしたことをチェックする仕組みを作る。
- 翌診療日以降に、各診療科の担当者（主治医）が最終レポートおよびカルテ記載を確認し、一覧表にチェックをする。
 - ・ 放射線部から配布されたレポート一覧表を医局内に掲示あるいは回覧するなど各診療科で方法を工夫し、すべてのレポートの確認およびカルテ記載をチェックする。チェック済み一覧表の提出が無い場合は、繰り返し催促する。
- 各診療科はすべての確認が終了した一覧表を総務課の放射線科ポストに入れる。

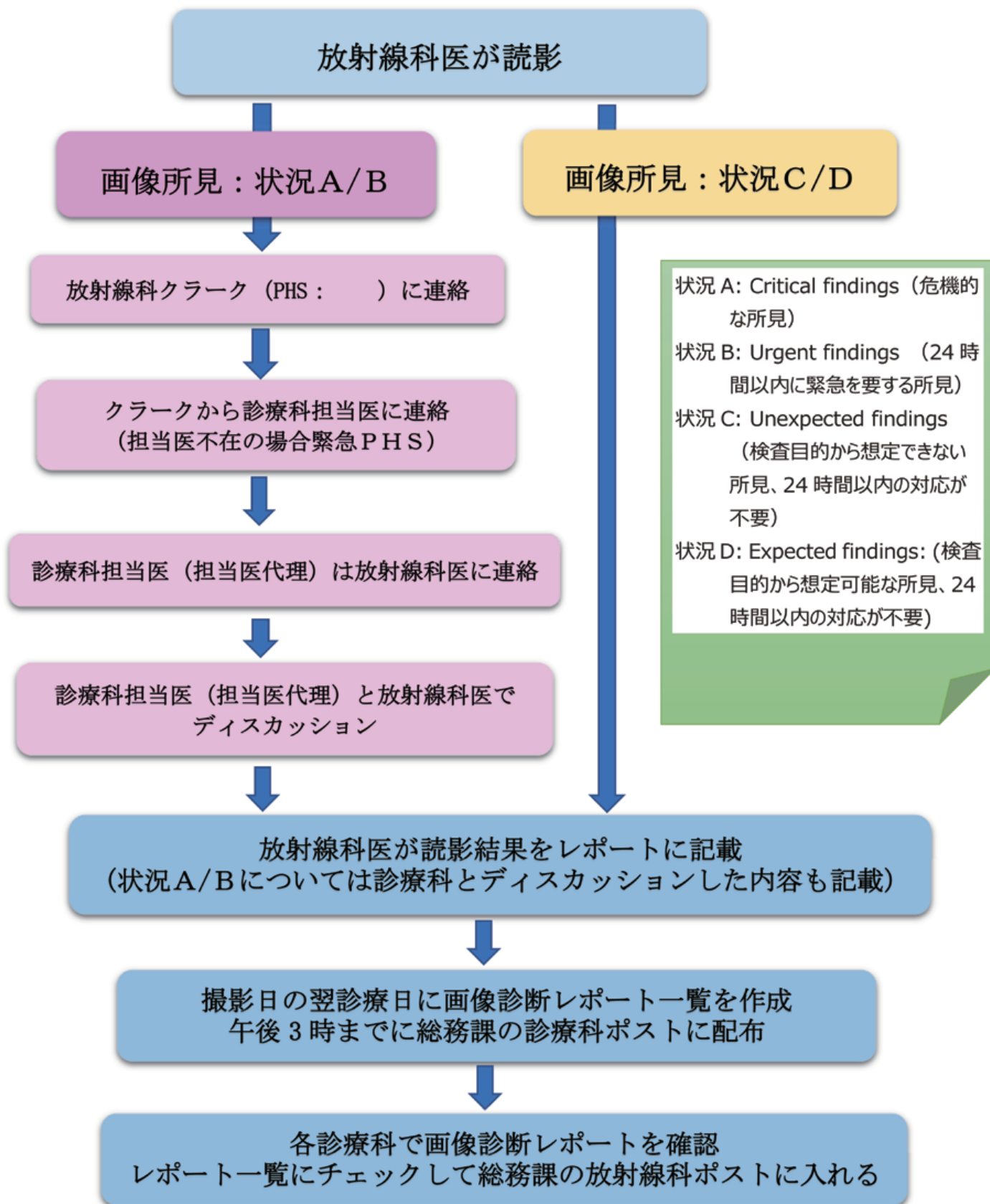
【その他】

- チェック済み一覧表の回収と整理は放射線科クラークとし、提出状況を安全管理部より安全管理委員会およびリスクマネージャー会議で報告する。
- レポートを確認しなかったことにより診療の遅れが生じた場合は診療科側のミスとなり、病院システム全体の責任となる。

3. クラークが有給休暇をとった場合

- 上記 1. に関しては医事課が代行
- 上記 2. に関してはクラークが休暇明けに対応

放射線画像診断レポートの確認フローチャート



X線CT検査 (新規) - テスト 031 (0009970310)
検査日時:

X線CT 検査

☆☆ オータ内容の責任は全て、本オータを入力したログイン医師に問われます ☆☆

プレチェック

ベースメーカー・ICD
なし
ベースメーカーあり
ICDあり

メドトロニック社製品注意!
安静を保つことができる
可
不可

造影剤副作用あり

妊娠の可能性
なし
あり

造影剤使用について
単純
造影
一任
造影禁忌

部位
頭部
頭頸部
頸部
胸部
腹部
腹部・骨盤腔
骨盤腔
脊柱
上肢
下肢
全身

↓ 選択追加

検査項目

← 削除

☑ 読影あり ☐ 読影なし

シエーマ

安静を保つことができる

造影剤使用について

部位

検査項目

左右

区分

臨床診断名

臨床診断

病名登録

C

検査目的

スクリーニング

転移のチェック

局所評価

経過観察

その他

感染症	結果	診断日
BUN	18	2013/02/06
Cre	0.83	2013/02/06
eGFR	92	2013/02/06
小児eGFR		
HBs抗原		
旧HBs抗原		
HCV抗体		
HIV抗体		
TP抗体		
旧TP抗体		
MRSA		
体内金属		
聴覚障害		
オートリミター		

※ BUN, Cr値が異常です

補足項目

患者移動方法 ☐ 歩行 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー

身長・体重 ▼ cm kg

酸素吸入の必要性 ☐ なし ☐ あり

＊気管支ぜんそくの既往 ☐ なし ☐ あり

＊授乳している ☐ なし ☐ あり

＊褐色細胞腫、あるいは疑い ☐ なし ☐ あり

承諾書 一任の場合も承諾書が必要です ☐ なし ☐ あり

「画像診断レポート」を確認し、対応する責務は依頼医にあります

通常 当日割込 翌日以降割込

保存・確定 キャンセル

禁忌、原則禁忌の造影剤には依頼医あるいは代理医師の立会が必要
です。代理医師の場合、下に医師名、PHSをご記入ください。

連絡先
☐ PHS ☐ 内線電話

連絡先2: 立会代理医師名・PHS

平成30年9月11日

医師、歯科医師 各位

病院情報システム管理委員会
医療情報部**【重要・お願い】電子カルテ「利用者ポータル」の設定のお願い****-- 医師・歯科医師の先生方は必ず設定をお願いします --**

<< 1ヶ月経過しても設定作業が完了していない方には個別にお願いさせていただきますのでご了承ください >>

病院診療科長会でもお伝えしましたように、CTなど画像所見レポート等の見落としが社会問題となっていることを受けて、本院では現在使用している電子カルテにおける「利用者ポータル」の仕組みを利用することで上記レポート等の見落とし防止を進めていくことになりました。これに伴い、全ての医師、歯科医師の先生方には、電子カルテログイン時に未読結果や未読レポートがある場合には必ず「利用者ポータル」が起動し、その未読一覧が表示されるような設定をお願いしたいと存じます。

つきましては、医師、歯科医師の先生方におかれましては、大変お手数ですが、関連ファイルから「医師・歯科医師のための「利用者ポータル」設定マニュアル」をご覧ください、そのマニュアルに従って、電子カルテでログイン時に設定作業を行っていただきますようお願い申し上げます。マニュアルの通りに設定するに必要な時間は1分弱ですので、どうぞ宜しくお願い致します。またこの設定は1回行っていただければそれで結構です。なお、関連ファイルは電子カルテトップページの掲示板で「関連ファイル（青字下線）」をクリックするとご覧いただけます。病院オールメールでは関連ファイルはご覧いただけませんので、電子カルテトップページの掲示板をご覧ください。

今回設定していただくのは「利用者ポータル」の検査結果・レポートのところで、先生方がご自分でオーダーされた検査等の結果・レポートが既読になっていないものがあれば、「利用者ポータル」起動時に検査結果・レポートの未読一覧が表示される仕組みです。但し、あくまで対象になるのはご自分がオーダーされた検査に限定されますので、ご注意ください。

なお、未読一覧にはいくつか制限事項がありますが、詳細についてはマニュアルの下段をご覧ください。また、本設定後は電子カルテログイン時に未読結果等を検索するため、10秒程度の時間が余計にかかることとなりますが、未読結果・レポート等の見落としを防止するためですので、どうかご理解をいただきますようお願い申し上げます。未読結果が多い場合には「指定した条件が終了しませんでした」との警告メッセージが表示されることがありますが、その際には、「最新表示」をクリックしていただくと未読一覧が表示されますので、ご確認ください。これらにつきましても、マニュアルの下段をご参照ください。

マニュアルにもありますように、約1ヶ月経過しても上記設定作業が完了されていない先生方には、大変恐縮ですが、個別に設定作業をお願いさせていただくこととなりますので、併せて宜しくお願い致します。

皆様のご理解とご協力をお願い致します。

医師・歯科医師のための「利用者ポータル」設定マニュアル ver.1.0b

2018.9.11

画像所見レポートや病理レポートなどの見落としを防止する仕組みです。医師・歯科医師の方々におかれましては、大変お手数ですが、次の設定を願います。なお、1ヶ月以上経過しても、設定完了されていない方には個別にご案内しますので、早めに設定を完了するようにお願いします。

信州大学医学部附属病院
病院情報システム管理委員会
医療情報部

① ナビゲーションマップから「利用者ポータル」を起動します。

ナビゲーションマップ
共通 カルテ記載 医師専用 看護師専用
共通 ナビゲーションマップ 共通の最左上のボタン
共通 患者情報
利用者ポータル 患者掲示板

② 右上の「画面設定」をクリックします。

画面設定
検査結果、レポート 未承認一覧 未作成サマリ 未承認サマリ カルテ承認
2018/07/29(日) ~ 2018/08/08(水) 未開封のみ
最新表示 件数 0件 (12,4625)
患者ID 患者氏名 更新日時 文書タイトル 検査日 依頼日

③ 「ログイン時自動表示設定」で「表示しない」が選択されていると思いますので、「表示しない」から「確認事項が有る場合のみ表示する」を新たに選択し直します。

設定変更
チェック項目 ショートカット
項目 表示 チェック
検査結果、レポート する する
未承認一覧 する する
未作成サマリ する する
未承認サマリ する する
カルテ承認 する する
ログイン時自動表示設定
表示しない
自動表示時は画面を最小化する
確認事項が有る場合のみ表示する
確定 閉じる

④ 「確定」をクリックします。

①～④の順に設定してください。

設定完了後からは、ログイン時に結果未開封オーダがある場合は、自動的に「利用者ポータル」が起動し、結果未開封オーダの一覧が表示されます。ログイン時に該当するオーダの検索が行われるため、「利用者ポータル」起動に数秒～10秒程度の時間がかかりますので、ご理解ください。なお、該当するオーダが多い場合、「指定した条件が終了しませんでした」と警告メッセージが表示されることがありますが、その場合は「最新表示」をクリックすると、一覧が起動します。

連携仕様の都合により、CTやMRIなど一部の放射線検査では実際にレポートを確認しても、未読で一覧に残ってしまうという状況ですので、ご了承ください。しかし、レポートの未確認を防ぐことに役立つことにはわかりありません。

病理結果等はオーダされてから結果が出るまでの日数が長くなると、この一覧に結果未開封オーダとして表示されない場合があります。これらに対応する方法につきましては、改めてご案内させていただきます。

これらの作業工程について、何かご不明の点があれば、医療情報部（内線 ）までお問合せください。

2018年12月13日

病院職員 各位

病院情報システム管理委員会
医療情報部
放射線部

【お知らせ】電子カルテにおける放射線画像・レポートに関する表記の変更
=利用者ポータルで、CT等画像レポートの既読処理ができるようになります=
<但し、対象は2018.12.18夕方以降に放射線部で登録されたレポート>

日頃より、病院情報システムにご理解とご協力をいただき、誠に有り難うございます。医師、歯科医師の先生方におかれましては、利用者ポータルの設定作業をお願いしているところですが、この度かねてより課題でありましたCTなどの放射線画像レポートにおいても既読処理ができる仕組みが整いましたのでご案内します。

2018年12月18日夕方にシステム設定の修正作業を実施します。その後に放射線部で登録されたCT、MRI等画像レポートについては、電子カルテのナビゲータやオーダビューアにおいて、(画像)(レポート)と分けて表記されます。画像ビューアを起動したい場合は「CT(画像)」を、レポートを参照したい場合は「CT(レポート)」をクリックしてください。

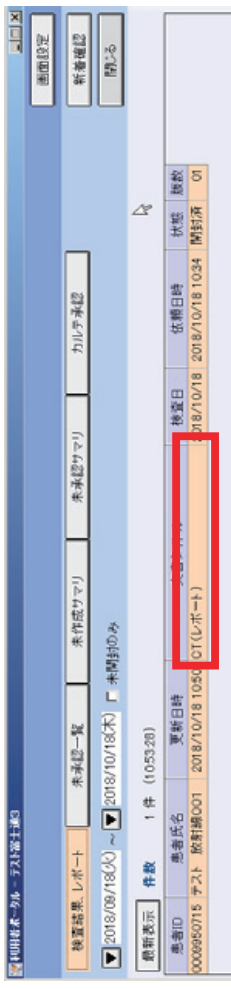
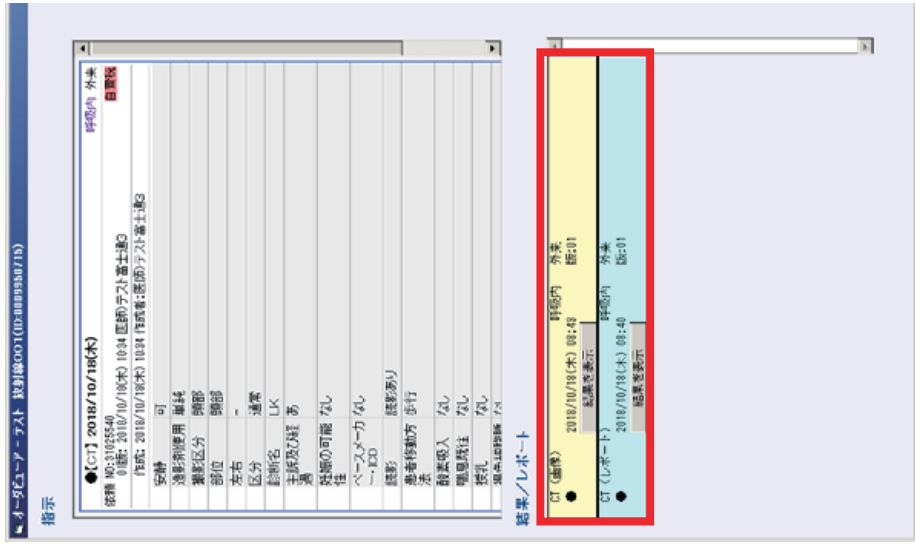
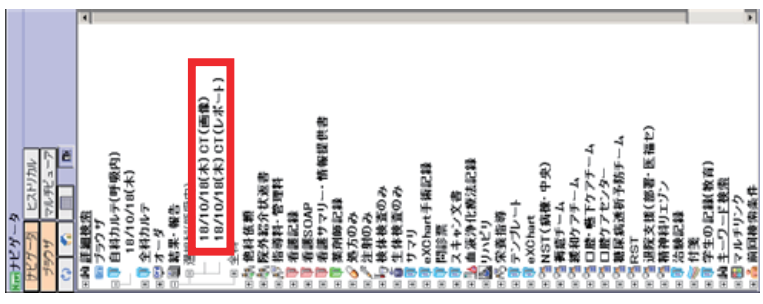
また、利用者ポータルでも「CT(レポート)」と表記されるようになり、それをクリックするとレポートが表示されます。オーダされた医師、歯科医師が左上にある「未開封」をクリックしていただくと既読処理が行われ、その後は利用者レポートの未読一覧には表示されなくなります。オーダした医師、歯科医師以外が「未開封」をクリックしても、オーダ医の利用者レポートの未読一覧には継続して表示される仕組みです。

詳細につきましては、電子カルテトップページの掲示板から、関連ファイル(青字下線)をクリックするとご覧いただけます。なお、病院オールメールでは添付文書はご覧いただけませんので、電子カルテトップページの掲示板をご覧ください。

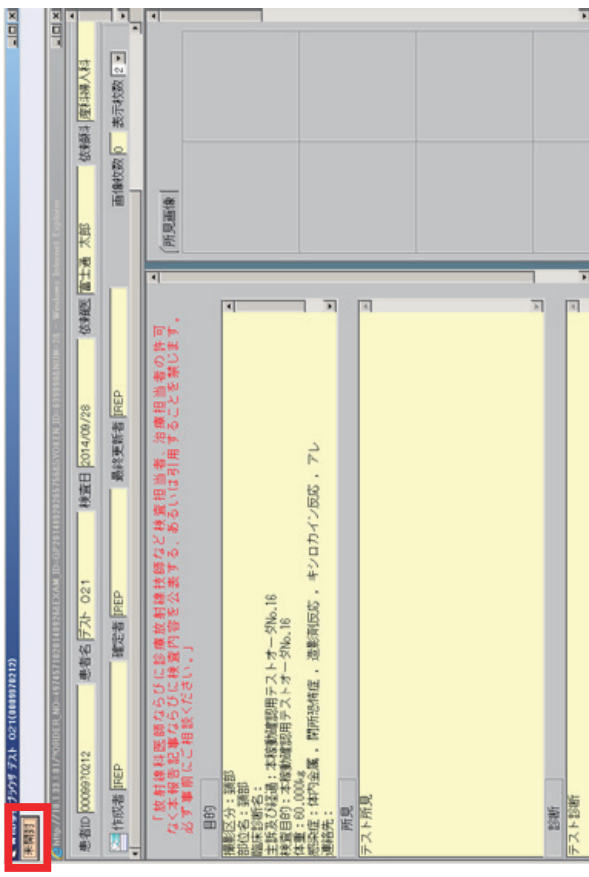
皆様のご理解とご協力をお願い致します。

電子カルテにおける放射線画像・レポートに関する表記の変更 == 利用者ポータルでCT, MRI等画像レポートの既読処理ができるようになります ==

但し、2018.12.18夕方以降に放射線部で登録されたCT等レポートが対象です



2018.12.18夕方以降に読影されたCT等レポートについては、利用者ポータルでも「CT (レポート)」と表記されます。
 それをクリックすると、レポートが起動します。



2018.12.18夕方以降に読影されたCT等レポートについては、ナビゲータやオーダービューアにおいて(画像) (レポート) と分けて表記されます。

画像ビューアを起動したい場合は、「CT (画像)」をクリックしてください。
 レポートを参照したい場合は、「CT (レポート)」をクリックしてください。

それ以前に読影されたCT等レポートについては、これまで通りの表記となります。

オーダーした医師がレポートの左上にある「未開封」をクリックすると「開封処理を行いますか?」のウィンドウが表示され、「はい」をクリックすると既読となり、その後は利用者ポータルの未読一覧には表示されなくなります。これらの処理はしっかりレポートの内容を確認した後に行ってください。

オーダーした医師以外が「未開封」をクリックし「開封処理を行いますか?」「はい」をクリックしても、オーダーした医師の利用者ポータルの未読一覧には表記が残ります。

【注意事項】

- * デュアルモニタでは、未開封の表記がレポートと離れて、左側のモニタに表示されることがあります。ご注意ください。
- * 一度既読処理をして利用者ポータルの未読一覧から消えた後に、再度未読一覧に掲載された際には、レポートが修正改版されていることが考えられます。再度必ずレポートを確認してください。

画像診断における運用

初版 2018年11月21日

1. はじめに

画像検査に際して読影を依頼した場合には、報告書に記載された内容を確認するとともに、指摘された内容に対して適切に対応することは、依頼医の義務である。

特に、依頼医の検査目的や専門領域と異なる問題が指摘された場合には、専門とする診療科等にコンサルテーションを行うなどの対応をすることが望ましい。依頼医の判断等の理由で指摘事項に対応しない場合には、その理由を含めて診療録に記録することが必要である。

2. 画像検査の依頼における注意事項

CT、MRI等の画像診断の依頼にあたっては、検査の対象（臓器や疾患等）および検査意図を明記するとともに、病歴および現在の治療内容について簡潔に記載する。特に、過去の依頼履歴からコピー機能を使用して依頼を行う場合には、現在の病状や治療内容との食い違いが生じないように、留意する。

対象臓器や検査目的の疾患以外に既知の異常所見等がある場合には、その内容についても簡潔に記載する。

3. 読影および画像診断報告書作成における注意事項

放射線診断医は、緊急に対応が必要な異常所見や、依頼医が想定していないと思われる異常所見を認めた場合には、当該所見を報告書に記載し、以下の手順に従って依頼医に確認を促す。

依頼医による報告書内容の見落としを避けるため、報告書の作成に際しては、重要と思われる所見は報告書の冒頭に記載することとする。

- 1) 危機的所見や24時間以内に緊急対応が必要と思われる所見を認めた場合には、依頼医に対して緊急事項の存在を電話で通知する。依頼医に直接通知できない場合には、外来患者であれば依頼医の所属する診療科の外来医長、入院患者であれば病棟医長に連絡する。
 - (1) 危機的所見（緊急で対応が必要な肺血栓塞栓症、急性出血など）
 - (2) 24時間以内に対応が必要な所見（大動脈瘤切迫破裂、消化管穿孔など）
- 2) 検査対象以外の臓器の悪性所見や依頼医の検査意図と大きく異なる所見など、主

治医の想定外と思われる重要所見を認めた場合には、報告書の「重要事項」にチェックを入れ、重要事項の存在を依頼医に通知する。

4. 緊急に対応が必要な所見や重要所見への対応

診断医より緊急事項や重要事項の存在を通知された依頼医は、必要な対応とともに患者・家族への説明を行い、「検査結果説明記録」テンプレートをを用いてその結果を記録する。これらに対応しない場合には、その理由を添えてその旨を電子カルテのプログレスノートに記載する。

5. 画像診断報告書の確認における注意事項

- 1) 新規に作成された報告書は、「放・生理統合ビュー」の「レポアイコン」右上に緑の丸印が表示され、報告書を開封して報告書の右下にある「既読にする」ボタンをクリックすることで消える。レポートシステム上でこの処理が行われていない報告書は、未確認の扱いとする。
- 2) 重要事項の記載された報告書は、「放・生理統合ビュー」の「レポアイコン」に赤枠が表示され点滅する。既読処理を行うと赤枠の点滅がなくなるが赤枠は残る。
- 3) 重要事項を含む報告書への対応は以下の通りとし、対応状況は監視の対象となる。
 - (1) 依頼医は、重要事項の指摘がある報告書の右下にある「重要事項を確認しました」ボタン、「既読にする」ボタンの順でクリックし、電子カルテに対応を記載して、説明状況を「検査結果説明記録」テンプレートをを用いて記載する。
 - (2) 報告書作成から3日経過しても既読となっていない、または電子カルテ上で適切な対応とテンプレートをを用いた説明の記録が確認できない場合には、担当職員より電話にて依頼医に対応を促す。
 - (3) 担当職員からの督促にも関わらず、報告書作成から7日経過しても対応がなされない場合には、担当職員より専従医師 GRM（医療安全管理室副室長）に報告し、依頼医の所属する診療科のセーフティマネージャーに対応を依頼する。
 - (4) 重要事項を含む報告書への対応状況は医療安全に関わるモニタリングの対象とし、医療安全管理委員会に報告するとともに、未対応の報告書があれば、病院運営会議を通して診療科長に対応を依頼する。

事務連絡
平成25年6月4日

各診療科長
各医局長
各外来医長
各病棟医長
中央診療施設等の長 殿
医療安全管理室長
薬剤部長
看護部長
各課長

医療情報セキュリティ委員長

放射線読影レポート等の患者への開示の取扱いについて（通知）

平成25年4月30日開催の第2回医療情報セキュリティ委員会において、放射線読影レポート等の患者への開示について、下記のとおり取扱うこととしましたので、お知らせします。今後は、レポート等の取扱いに十分ご留意願います。

背景

放射線読影レポート等は、ある一部の検査結果であって、総合所見ではないこと及び種々の検査結果等を基に最終診断は主治医がすべきことであり、一部の検査結果所見を渡すことは、誤解を招く可能性もあるため、診察時に患者へレポートを手渡しすることについて、病院の方針を明確にすることとした。

対象レポート

- ・放射線読影レポート、内視鏡レポート、病理検査レポート
(なお、その他レポートについて疑義のある場合は、経営企画課 早野(内:6064)までご連絡願います。)

取扱い方法

1. プリントアウトして患者に手渡しすることは原則禁止とし、必要な場合には、正式なカルテ開示請求をしてもらう。
レポートの最後に「上記所見は最終診断ではない」旨のコメントを明記する。
2. 紹介状への添付については、紹介状は封印することから担当医がプリントアウトすることは問題ない。セカンド・オピニオンのために必要な場合も同様である。
ただし、いずれの場合もレポートについては、担当医が説明の上プリントアウトする。

その他

1. 画像をCD、DVD等にコピーしたり、またフィルムにして渡すことは問題ない。
2. 検体検査等の数値に係るものについては、渡すことは問題ない。

事 務 連 絡
平成25年7月30日

各診療科長
各医局長
各外来医長
各病棟医長
中央診療施設等の長
医療安全管理室長 殿
薬剤部長
看護部長
事務部長
各課長

医療情報セキュリティ委員長

放射線読影レポート等の患者への開示の取扱いについて（再通知）

平成25年6月4日付で標記取扱いについて、「放射線読影レポート等を患者にプリントアウトして手渡しすることは、原則禁止とし、必要な場合には、正式なカルテ開示請求をしてもらう。」こととして通知したところですが、カルテ開示請求について種々の意見及び運用に関する要望が出てきたため、再度、医療情報セキュリティ委員会で審議した結果、レポートの最後に「上記所見は最終診断ではない」旨のコメントが明記してあれば、主治医から十分に説明の上、主治医の判断で手渡しすることを可能とする運用にしますので、お知らせします。

なお、全ての放射線読影レポート等に自動でコメントを明記するようシステムでの対応を進めていますが、システム対応ができるまでの間、作成者の方々に当該レポートにテキスト入力いただきますようお願いいたします。

未読レポートに対する運用方法

- (1) レポート提出後14日以上経過しても既読にならない場合、1回目の「未読レポート通知」を**依頼医**に学内便で送付する。
- (2) さらに2週間後、レポート提出後28日以上既読にならない場合は、2回目の「未読レポート通知」を**依頼医と各科リスクマネージャーの両者**に学内便で送付する。
- (3) 第2回目の通知以降1週間以内、レポート提出後35日以上に未読が継続する場合は、依頼医に医療安全管理室より電話連絡する。依頼医に連絡がつかない場合は各科リスクマネージャーにも電話連絡する。
5週間過ぎても未読のレポートについては、患者への説明が遅れるといった事例が発生するリスクを考慮し、**リスクマネージャーがレポートを開き結果を依頼医に伝達する。**

平成 30 年 9 月 20 日

診療科長
外来医長 各位
病棟医長

医療安全管理室室長

放射線読影レポート・病理診断レポート確認時の注意について（依頼）

平素より医療安全と医療の質向上のためにご尽力を賜り誠にありがとうございます。

さて、本年 4 月より、放射線画像診断報告書・病理診断報告書の未読レポート対策を開始いたしました。先日のリスクマネージャー会議でもお伝えしました通り、各診療科の先生方にご理解いただき、未読レポートはほぼゼロに近くなってきております。

今回、当院で発生した事例の検証を行う過程で、電子カルテシステムの機能の中で、以下のような問題点がありましたので、医師への周知をお願いいたします。

【問題点】

放射線読影レポート・病理診断レポートの内容を一括でカルテに転記できる「カルテ登録ボタン」があります。この機能は、経過記録にレポートの内容がすべて反映されるという利点がある一方で、内容を確認しなくてもカルテに記録が残り、確認したかのように錯覚してしまう新たなリスクが発生します。このような場合は、レポートが既読になっていても重要な所見の見落としに繋がりがねません。

【周知していただきたいこと】

現在、医療安全管理室では、この機能の使用停止について検討していますが、実際の運用の変更には時間を要します。そのため、放射線読影レポート・病理診断レポート確認およびカルテ記載時の注意点として、「カルテ登録ボタン」を使用せず、レポートの内容をすべて確認後に必要な部分を選択して転記(コピー&ペースト)を行ってください。

以上

医療安全トピックス

医療安全管理委員会
ニュース

平成30年10月5日 VOL.15 NO.4

放射線・病理等のレポート所見を すべて見ていますか？

電子カルテシステムの機能に検査レポートの内容を一括でカルテに転記できる「**カルテ登録ボタン**」があります。この機能は、経過記録にレポートの内容が反映されるという利点がある一方で、内容を確認しなくても確認したかのように錯覚し、レポートが既読になっていても**重要な所見の見落とし**に繋がりがねません。

医療安全管理室では、この機能の使用停止について検討しています。

**レポート内容をカルテに転記する際に
カルテ登録ボタンを使用しないで！**
本年4月以降、未読レポートに関する通知を行っていますが、既読にするのみでは異常所見を診療に繋げることができません。
必ずすべての所見を慎重に確認し、必要部分を選択してカルテへの転記（コピー＆ペースト）をお願いします。



文責：
医療安全管理室

提言事項 1 及び 7 の資料

第8回医療安全管理委員会

平成30年11月15日(木)
8:30~9:00
外来棟4階 会議室

放射線レポートの未読件数						
抽出日	6/1	7/1	8/1	9/1	10/1	11/1
検査日						
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
合計						

検査を依頼した医師

- 原則として、検査結果を患者に正しくつたえ、必要な治療などを行う責任があります。

システムの運用・管理

医局長会議などで周知し、
2015年6月からシステムを稼働。

(当初は90日であったが、タイムラグを考慮し)
60日以上未確認数や、未確認総数を診療科ごとに測定し、
医局長会議・執行部参加の安全管理委員会などで報告。

60日経過した場合は安全管理部から診療科・医師に
指導した。

2015年6月からの体制

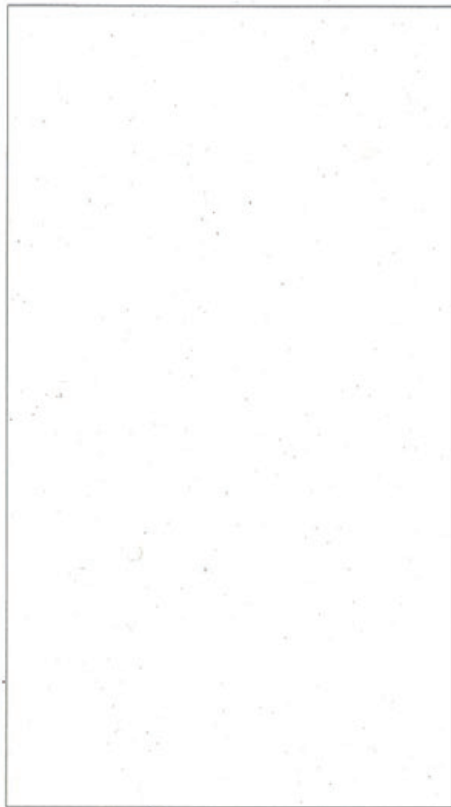


タイトル：臨床診断検査のパニック値の報告 TITLE： Reporting Critical Results of Diagnostic Tests	版(バージョン) Version : 1.0
---	---------------------------

放射線部画像診断検査のパニック値

検査	パニック値
エックス線検査	緊張性気胸
	外傷性骨盤骨折
	気管挿管チューブの位置異常
	手術後の体内異物
	フリーエア（消化管穿孔）
CT検査	頭蓋内出血
	急性大動脈解離
	動脈瘤破裂
	急性肺血栓塞栓症
	緊張性気胸
	フリーエア（消化管穿孔）
	造影剤漏出
MRI検査	急性期脳梗塞
	頭蓋内出血

- b) 検体検査、ベッドサイド検査（POCT）、生理機能検査
パニック値とは、基準範囲から大きく逸脱した結果をいう。各種検査で定義したパニック値を以下に示す。



(2) 診療科

診療科	内線	当番医師	
		時間内	時間外
血液内科			
循環器内科			
糖尿病・内分泌内科			
腎臓内科			
呼吸器内科			
消化器内科			
老年内科			
脳神経内科			
総合診療科			
小児科			
精神科・親と子どもの心療科			
放射線科			
消化器外科一			
乳腺・内分泌外科1			
血管外科			
消化器外科二			
移植外科			
乳腺・内分泌外科			

赤字：#99コールで呼び出される番号

診療科	内線	当番医師	
		時間内	時間外
心臓外科			
呼吸器外科			
脳神経外科			
小児外科			
整形外科			
手の外科			
形成外科			
産科婦人科			
新生児当番医師			
泌尿器科			
眼科			
皮膚科			
歯科口腔外科			
耳鼻いんこう科			
麻酔科			
救急科			
リハビリテーション科			

※時間外はICU(次頁参照)に連絡願います。
赤字：#99コールで呼び出される番号

(3) 部門

部門	内線	当番医師	
		時間内	時間外
救急外来(受付)			
(治療室)			
救急・内科系ICU			
外科系ICU			
手術部(麻酔科)(医師)			
(看護師)			
血液浄化部(透析室)			
光学医療診療部			
化学療法部			

電子カルテ上の報告書内容確認

メニュー 表示

患者情報が変更されています。

- 患者ID 9999906
- カナ氏名 セット トウロクヨウ
- 漢字氏名 セット 登録用
- 生年月日 2003/08/09 ● 性別 M ● 検査時年齢 3才 08ヶ月

検査実施日 2007/04/17

検査 純・断層

確定 登録日 2012/01/14 23:58:51
読影医 test

所見 test

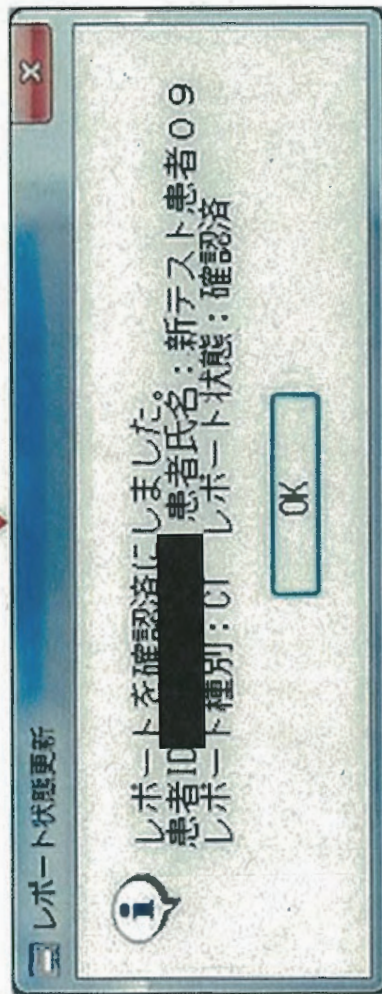
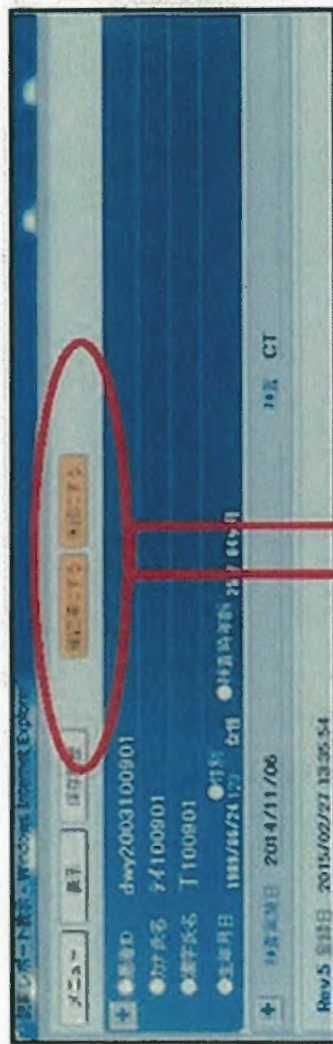
Impression テスト

確認済にする 未検にする

確認済にする
ボタンを追加

電子カルテ上の報告書内容確認

確認済にする 未読にする



60日以上読影レポートが未確認となっている件数

2018/10/1現在

診療科	枚数
-	0
合計	0

2018/9/1現在

診療科	枚数
-	0
合計	0

2018/8/1現在

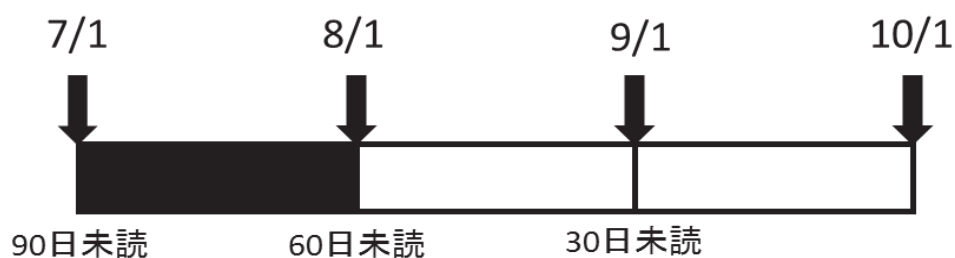
診療科	枚数
-	0
合計	0

2018/7/1現在

診療科	枚数
-	0
合計	0

2018/6/1現在

診療科	枚数
-	0
合計	0



いつも、インシデント報告ありがとうございます 提言事項
6,10,11資料
2018.06.01

京大病院医療安全情報103

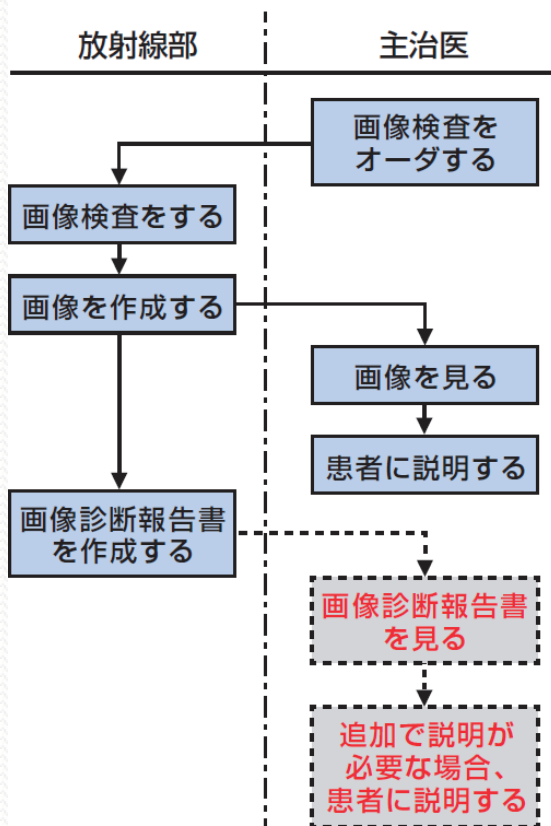
【画像診断報告書の確認忘れ】

確認忘れは、「失念」タイプのヒューマンエラーです。
失念エラー対策の基本は、「失念をお知らせすること」です。
日本医療機能評価機構からも、下記の医療安全情報が発行されています。

画像を確認した後、画像診断報告書を確認しなかったため、検査目的以外の所見に気付かず、治療が遅れた事例が報告されています。

画像検査の流れの一例

京大病院でも発生しています



画像診断報告書を確認しなかった主な背景

- 画像で検査目的の部位を見て患者に説明した際、画像診断報告書が作成されておらず、その後見るのを忘れた
- 画像診断報告書を見る習慣がなかった
- CT検査とMRI検査を同時期に行い、MRI検査の結果で診断が確定できたため、CT検査の画像診断報告書を見なかった
- 専門領域の読影に自信があり、画像診断報告書を見なかった
- 前年の同月の画像診断報告書を当日の報告書だと誤認した

◆37件のうち、36件がCT検査の事例です。

日本医療機能評価機構 医療安全情報 2018年5月発行より

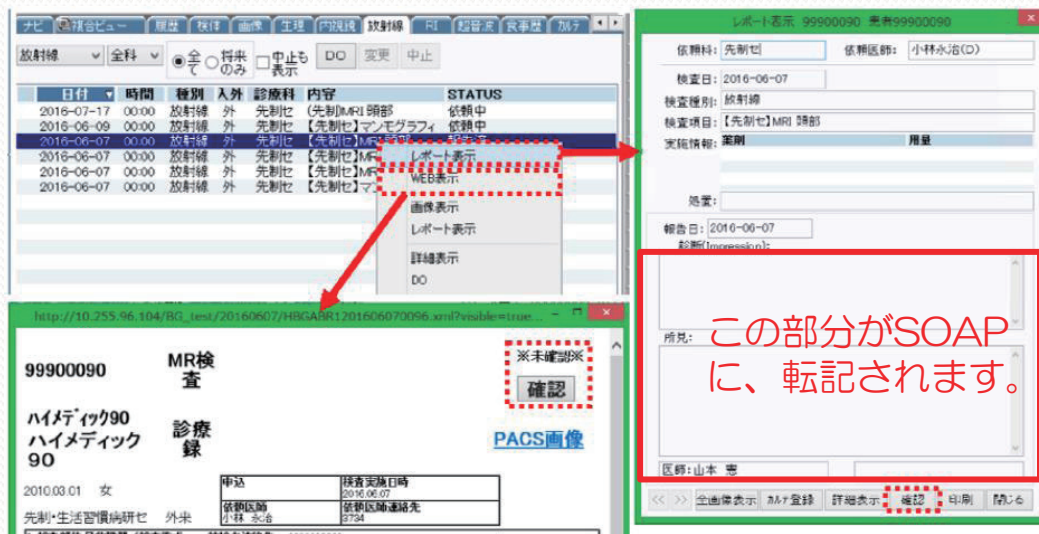
インシデント報告に基づいた対策です

京大病院医療安全情報103

【報告書確認未読の場合に通知します】

Step1. 未読・既読管理 報告書を読んだら「確認」登録を！

カルテのSOAPに「診断」と「所見」が転記されます。



Step2. 未読報告書はオーダー医と診療科に通知され続けます。

① オーダー医への通知

【読影レポート未確認時のアラート院内メール①：オーダー医に対して】
30日前、60日前、90日前、120日前、150日前、180日前の未読レポートがあれば、以下の院内メールがオーダー医に対して送られます。
2018年6月1日以降の読影レポートが対象となります。

※日数は今後変更する可能性があります。

タイトル***
[オーダー種ごとの名称 (例：放射線)]未読レポートのお知らせ
本文***
以下の[オーダー種ごとの名称 (例：放射線)]レポートが[xxx]日間未読状態で。ご確認ください。

患者ID : [xxxxxxx]
患者氏名 : [OO]
検査名 : [OO]
検査日 : [yyyy/mm/dd]
報告日 : [yyyy/mm/dd]

各診療科別の未読数一覧を病棟医長・外来医長会議でお知らせします。

② 診療科（外来・病棟医長）への通知

【読影レポート未確認時のアラート院内メール②：診療科に対して】
月初めに以下の院内メールが診療科に対して送られます。どの診療科のものを誰に送るかはマスタで設定します。外来がん診療部に関しては、オーダー診療科に振り分けられます。
2018年6月1日以降の読影レポートが対象となります。(6か月以上古いものは対象外となります。)

※期間は今後変更する可能性があります。

タイトル***
[診療科ごとの名称 (例：呼吸器内科)]の[オーダー種ごとの名称 (例：放射線)]レポート未読状況[yyyy/mm/dd][OO]通目
本文***
30日以上、未確認のままになっている[オーダー種ごとの名称 (例：放射線)]レポートの一覧を送付します。ご確認ください。

オーダー医師名	患者ID	患者氏名	検査日	報告日	検査名
[OO]	[xxxxxxx]	[OO]	[yyyy/mm/dd]	[yyyy/mm/dd]	[OO]
[OO]	[xxxxxxx]	[OO]	[yyyy/mm/dd]	[yyyy/mm/dd]	[OO]
[OO]	[xxxxxxx]	[OO]	[yyyy/mm/dd]	[yyyy/mm/dd]	[OO]
[OO]	[xxxxxxx]	[OO]	[yyyy/mm/dd]	[yyyy/mm/dd]	[OO]
[OO]	[xxxxxxx]	[OO]	[yyyy/mm/dd]	[yyyy/mm/dd]	[OO]
[OO]	[xxxxxxx]	[OO]	[yyyy/mm/dd]	[yyyy/mm/dd]	[OO]
[OO]	[xxxxxxx]	[OO]	[yyyy/mm/dd]	[yyyy/mm/dd]	[OO]

※タイトルの『[O]通目』は量が多く、複数通に分ける必要がある場合、表示します。
また、最後の院内メールは『[O]通目 (最後)』と表示します。
※オーダー医師名でソートします。

くわしくは下記ホームページを御参照ください
<http://kingsupport.kuhp.net/manual/20180530-1/>

診療業務標準化委員会・医療安全管理室 作成

認定NPO法人
 [redacted]
 から、ご提供いただきました。

新 医師にかかる10箇条
 いのちとからだの10か条(こどもむけ)

[redacted]



新 医師にかかる10箇条
 あなたが“いのちの主人公・からだの責任者”

①伝えたいことはメモして準備
 ②対話の始まりはあいさつから
 ③よりよい関係づくりはあなたにも責任が
 ④自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
 ⑤これからの見通しを聞きましょう
 ⑥その後の変化も伝える努力を
 ⑦大事なことはメモをとって確認
 ⑧納得できないときは何度でも質問を
 ⑨医療にも不確実なことや限界がある
 ⑩治療方法を決めるのはあなたです

[redacted]



4

自覚症状と病歴は
あなたの伝える
大切な情報

これが「私」です

5

これからの
見通しを
聞きましょう

知ってるけど、一応書いておこうかな。

私も書いておこう。

6

その後の変化も
伝える努力を

どちらも大切なコミュニケーションだね

7

大事なことは
メモをとって確認

あなたのためか、合やすか...?

どつちだっけ?

8

納得できない
ときは
何度でも質問を

納得できないときは、何度でも質問を

9

医療にも
不確実なことや
限界がある

でも、最善をつくします

完全

完全

治療方法を決めるのはあなたです

10

お医者さんや薬剤師とよく相談しましょう

子ども向け

いのちとからだの 10 か条

- ①いのちとからだはあなたのもの
- ②食事・すいみん・手洗い—予防が大事
- ③からだの変化に気づこうね
- ④お医者さんには自分で症状を伝えよう
- ⑤わからないことはわかるまで聞いてみよう
- ⑥自分がどうしたいかを伝えよう
- ⑦治療を受けるときはあなたが主人公
- ⑧お薬は処方券って使おうね
- ⑨みんな違いがあって当たり前
- ⑩だれのいのちもとっても大切

いのちの主人が
からだの責任者

いのちと
からだは
あなたのもの

①

食事・すいみん・
手洗い
— 予防が大事

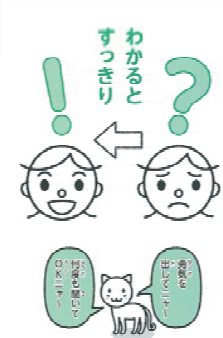
②

からだの
変化に
気づこうね

③

お医者さんには
自分で
症状を伝えよう

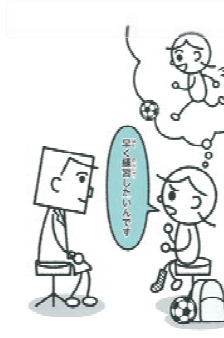
④



わかると
すっきり

わからないこと
は

⑥ わからないことは
わかるまで
聞いてみよう



⑥ 自分が
どうしたいかを
伝えよう



治療を
受けるときは
あなたが主人公

患者になっても
主人公なのだ!

⑦



薬は
約束守って
使おうね

薬は
善になることも
あるんだね

薬で
薬な症状が出たら
大人に伝えなさい

⑧



世の中には
いろんな人がいるよ

⑨ みんな
違いがあって
当たり前



だれの
いのちも
とっても大切

自分もみんな
みんなもみんな

動物のいのちも大切

⑩

平成 27 年 3 月 20 日

各診療科科長 殿

病 院 長

画像所見確認の周知徹底について

医療クオリティ審議委員会において、「画像所見確認に関するワーキンググループ」を設置し、画像所見の確認を徹底するための方策について検討いたしました。

この度、下記のとおり通知することといたしましたので、貴診療科各職員に周知願います。

記

『 患者の画像検査を依頼した医師は、当該検査の読影所見をもれなく確認すること。

なお、依頼医師が確認できない状況においては、当該診療科の他の医師が読影所見を確実に確認できる体制を整え、実施すること。』

以 上

ToDo 通知機能の活用について

- 1、オーダー時に結果 ToDo 通知にチェックを入れると、レポートが登録された時点で医師 ToDo に通知が行われます。オーダー時に宛先を登録することで、自分以外の医師を宛先に指定することも可能です。

画像オーダー

病理オーダー

- 2、放射線部、病理部の医師の判断で、予期せぬ重要所見（偶発がんなど）があった場合に、医師 ToDo に通知を発生させます。

オーダー時に ToDo 通知設定していれば宛先医師に、していなければオーダー医師に ToDo が届きます。

※放射線部、病理部の先生方のご厚意によるものです。

検査レポートはオーダー医が必ず、責任をもって確認をしてください。

(例) 放射線検査

重要	通知内容	詳細/コメント	通知先科
<input type="checkbox"/>	院内紹介返信通知	ご紹介ありがとうございます。麻酔方法(全身麻酔 神経ブロック 脊髄(も膜下麻酔)に...	
<input checked="" type="checkbox"/>	★ 予期せぬ重要所見あり	2016年05月02日のCT検査の所見をご確認下さい。	

(例) 病理診断

ToDoリスト 未実施分のみ表示 指定日分を表示 表示変更 2016/05/26(木) 最新表

フリーToDo 全科分を表示 最大1

重要	通知内容	詳細/コメント	通知先科	通知先
<input type="checkbox"/>	病理診断に関して重要な報告があります。	病理診断に関して重要な報告がありま...		
<input type="checkbox"/>	院内紹介依頼通知	いつもお世話になります。再発性		

詳細内容表示
カルテ起動
メニューを閉じる

詳細表示画面

西 階 号室
登録者: 病理部 登録日時: 2016/04/01 15:28

タイトル
病理診断に関して重要な報告があります。

詳細内容
病理診断に関して重要な報告があります。
詳細は、病理診断レポートをご参照ください。

閉じる(Q) 病理レポート(S) 確認(Y)

3、自分宛に届いた ToDo の宛先を変更することが可能です。

特に予期せぬ重要所見の ToDo が届いた場合は、放置せず、担当医へ転送をお願いします。

重要	患者氏名	通知内容	詳細/コメント	通知先科	通知先
<input type="checkbox"/>	テスト 99	肺結核未確認	胸部レントゲン写真で確認してください。...	循環器内科	連絡医
<input type="checkbox"/>	テスト 120	肺結核未確認	胸部レントゲン写真で確認してください。...		医
<input type="checkbox"/>	テスト 77	記事承認依頼通知	未承認		医

確認処理
カルテ起動
宛先変更
メニューを閉じる

宛先変更画面

未承認

2016年04月07日(木)

テスト NEC医師(医師)-(循環器内科)

17:06 S きじ入力

診察記事 0 追記しました

宛先変更

■ リストから選択 選択

■ 担当医から選択

入院予約・予定

入院(整形外科 2015/12/24~)

外来

種別	担当科	医師名	開始日	終了日
DPC担当医	循環器内科	テスト NEC医師	2016/04/04	
主治医	腎臓内科	テスト NEC医師	2015/12/24	

現在の宛先:
テスト NEC医師

変更後の宛先:

閉じる 宛先変更

血管造影検査 検査報告書

作成日： 2017/10/17

患者番号：99998888

検査日：2015/10/16

検査依頼科：—

テスト

検査依頼医師：テスト 職員1

患者名：テスト

歳

撮影部位：頭頸部

臨床所見・検査目的

結果報告 Rev. 1

この読影レポートは、画像に基づく医師向けの報告書です。診断には臨床症状などを総合的に評価する必要があり、患者さんに本報告書の内容を説明する場合は、このことに留意してください。なお、本報告書は診療情報提供申請の対象となる診療情報です。

検査技師：

入力医

確定医

[Impression]

★右上葉肺癌術後

：右副腎に結節性病変の出現あり、転移の可能性が疑われるので精査を要する

[所見]

右上葉肺癌術後状態。

右肺上葉術後断端部の描出に明らかな変化を認めず、同部に腫瘍性病変を思わせる所見は見られません。肺野には術後変化や陳旧性炎症と考える所見が見られますが、明らかな活動性炎症や腫瘍を思わせる所見は見られません。

今回右副腎に約12mm大の結節性病変の出現を認め、前回と比して増大傾向にあります。臨床経過を考慮すると副腎転移をはじめとする悪性腫瘍の可能性が疑われるので、局所評価にはMRIの撮像が望まれるとともに、全身検索のためFDG PET/CTの施行が望まれます。左副腎に明らかな異常所見は見られません。

肺門や縦隔、鎖骨上窩領域をはじめ、リンパ節領域に明らかな転移の可能性を思わせる有意な腫大は増大傾向にある病変は見られません。肝、脾、骨を含め、その他臓器に明らかな転移を思わせる所見は見られません。病的な腹水認めず明らかな播種を思わせる所見は見られません。

1

2

3

表示期間 2018年 9月19日 ~ 2018年10月19日 高リスク

検査種別 全て 未読のみ表示 外来のみ表示 依頼分のみ

診療科 放射線診断・IVR科 重要のみ表示 入院中患者のみ表示

次回外来予約 指定なし 検査当日診察または検査後診察済み

件数：0件

カルテ	重要	状況	検査種	検査項目	患者番号	患者氏名	病棟	検査日時	報告日時	IMPRESSION・DIAGNOSIS
(Empty table content)										

02086502-13:野上 宗伸(MD01)

平成30年6月20日
医療安全管理委員会

画像診断報告書の確認について（依頼）

平素より、本院の医療安全活動にご理解とご協力を賜り、感謝申し上げます。

さて、従来、病院運営会議等でご説明してきましたとおり、画像診断報告書を確認しなかったことから悪性腫瘍の診断が遅れ、患者が早期に死亡した事例が、特定機能病院等の医療機関において発生し（別添1）、類似事例を含め多く報道されています。平成29年11月10日には、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室より事務連絡「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について」（別添2）が、公益財団法人日本医療機能評価機構から「画像診断報告書の確認不足」（医療安全情報 No.63、平成24年2月、別添3）及び「画像診断報告書の確認不足（第2報）」（医療安全情報 No.138、平成30年5月、別添4）が発出され、注意喚起が図られてきています。それらの情報によると、発生した事例の背景としては、「専門領域の読影に自信があり、画像診断報告書を見なかった」等が挙げられています。本院においても類似のインシデント事例が発生していることは、リスクマネジャー会議等で報告しているところです。平成29年度国立大学附属病院医療安全相互チェックにおいても、全ての国立大学病院の共通の課題として「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」が上げられました。このように、画像診断報告書の確認不足による悪性腫瘍等の治療開始の遅れは、社会の各層、各領域で関心が高まっている事例です。

本院において、放射線科専門医が作成している画像診断は、依頼した医師が目的としている部位だけでなく、撮影されたすべての画像の読影を行った上で、所見を記載して作成されています。そこで、画像診断報告書には、依頼医や主治医が予期していなかった領域の悪性腫瘍等の病変やその疑いが指摘されることがあります。上述した背景の例は、このことの認識が不十分であった可能性があります。

つきましては、画像診断報告書等の確認不足による重大医療事故の発生を防止するため、主治医やその他の患者の診療を中心となっていく医師の皆様におかれましては、画像診断報告書を確実に確認していただきますように、今一度宜しくお願いいたします。なお、本院において、画像診断報告書を確認する方法等を把握する目的でアンケート調査を行い、リスクマネジャー会議でご説明しておりますが、診療科や個人で実施している予防策がまとめられており、参考となりますので添付いたします（平成29年10月 リスクマネジャー会議資料、別添5）。

1. 附属病院における過去の報告書情報共有不全事例

- 類似事例が6事例あり。
- うち1事例の概要は次の通り。残り5事例の内容や発生時期は省略または記載なし。

CT画像診断報告書の「肺がん可能性」の所見(※)が救急外来で確認されていたが、入院主治医チームに引き継がれず、1年間見逃され、肺癌が進行して死亡。

※CT所見：「右肺尖部に気管支に沿った比較的濃度の高い不整形の濃度上昇を認めます。・・・比較画像はありませんが、原発性肺癌は鑑別となり、短期間でのfollow が望まれます。」「明らかな主訴の原因は特定できません。右肺尖部濃度上昇；悪性腫瘍否定にも短期間でのfollow が望まれません。」

2. 画像撮影および読影の現状※ ※病理検査、細胞診検査の実績の紹介もあり。

- 画像診断部に所属する医師は、常勤医師35人（専門医20人，認定医6人，レジデント9人）と非常勤医師7人。
- 2016年のデータでは、年間CT検査約5万9,000件、MRI検査約2万8,000件、超音波検査約1万6,000件，単純X線検査約10万3,000件を含む合計約24万5,000件の各種画像検査を実施。
- このうち、読影して報告書を作成する件数は、年間、検査約4万8,000件（読影率約81%）、MRI検査約2万3,000件（読影率約81%）、超音波検査約1万6,000件（読影率約100%）、単純X線検査約5,000件（読影率約4.7%）を含む合計約10万5,000件（平均読影率43%）。

3. 医療情報システムの現状

- 柏病院など慈恵大学の三附属病院では、電子カルテシステムが採用されているが、本院では医療事故発生当時、電子カルテシステムは採用されていなかった（2018年1月に電子カルテ稼働予定）。検査結果情報や投薬情報等はオーダーリングシステムから印刷してカルテに貼付、またはカルテファイルに綴じる。
- 同一患者でも、外来カルテと入院カルテは別のファイルとして管理されている。外来主治医が入院時情報を把握する際、及びその反対の場合も、一定の手続を経てカルテを取り寄せる仕組みとなっている。

4. 再発防止策の提言

1) 画像診断報告書の情報共有ため人的支援制度

- 地位の高い医師（支援担当医：副院長、教授、診療部長等上位の立場の医師から選ぶ）をトップとし、その下に補助者としてメディカルアシスタント（診療情報管理士、診療放射線技師、看護師、医師の中から適任者を選ぶ）若干名（3名程度）を擁する新規の「司令塔部署」を設ける。業務内容は次の通り。
- メディカルアシスタントが画像診断報告書の全件チェックを行い、重要情報（※）を主治医に連絡する。支援担当医は、適切に対応されていない症例の電子カルテに注意を記載する。2～4週後に、メディカルアシスタントが対応状況を確認し、対応できていない省令の主治医には、支援担当医師が電話または面談により注意喚起する。

※重要情報の考え方

悪性腫瘍であることが否定できない場合

看過できない所見があり迅速な対応が必要とされる場合

結核などの管理が必要な感染症が疑われる場合

前回の検査と比較して、病態の進行が明らかな場合、等

（市立小牧病院において実施されている）

- 検査報告書の未読リストを診療部会議に提出する。

2) 患者への検査報告書の交付

- 大規模病院において実践している施設はほとんどないようだが、他の大規模病院に先駆けて検査報告書コピーの患者への交付を実行すべき。

患者本人[※]もそれが実行されていれば自分の事故は未然に防止できた筈であると大変残念がっていたとのことである(答申書本分より引用)。 ※前ページで紹介した事例の患者。

- 画像診断報告書等の報告書は、主治医が内容を確認した後速やかにコピーを患者交付し、そのことがシステム上記録されるように工夫する。
- 例外的に交付しない場合も想定するが、その基準は附属病院に検討を求める。

3) 電子システム上の工夫

- 画像診断医が報告書作成時に、対応必要性の緊急性や重要度に応じて、例えば「至急対応必要」「他科依頼」「3ヶ月後再検査」「半年後再検査」「異常なし」等を選択できるようにする。
- 主治医が「既読」ボタンを押す際には、対応方針を記載しなければ報告書が閉じないようにする。
- 長期未読の報告書を診療部門の責任者または病院管理者がシステム上で常時チェック

できるようにする。

4) 画像診断部からの重要所見情報の発信強化

- 重要所見があれば「要注意マーク」を記入して作成する。記入を忘れても咎めないルールとする。
- 画像診断報告書作成システムに、強調表示機能（文字の色、サイズ、フォントを変更して強調表示すること）を導入する。
- なお、現行オーダーリングシステムの病理業務支援システムには、強調表示機能が標準装備されている。

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

- 電子カルテ上の「医師交代サマリー」記載機能を活用する。
- 患者が部署間を移動する際に「ハンドオフシート」（画像診断、内視鏡診断、病理診断等の施行・未施行、所見あり・なし、所見内容を含む患者の診療情報を明記）を作成しなければ「送り出せない・受け取らない」ルールとする（近畿大学附属病院で実施されている）。

6) 継続的な研修、教育

- 毎年11月の医療安全週間における四附属病院の「合同シンポジウム」及び「毎月の異動者向け研修会」「診療部毎の会議」「大学の講義」等の機会において、実際に生じた事例を題材に全ての医師に対し研修教育する。

以上

別添2

事 務 連 絡

平成29年11月10日

各

都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区

 衛生主管部（局）御中

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関する医療安全対策について

今般、医療機関において、放射線科医へ画像診断を依頼した医師（以下「主治医」という。）に、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ず、治療の遅れにより患者が死亡する事案の報道が続いているところです。

同種の事案に関連する情報については、これまでも、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第12条に基づく医療事故情報収集等事業において、公益財団法人日本医療機能評価機構から「画像診断報告書の確認不足」（医療安全情報 №. 63、平成24年2月、別添1）が発出され、注意喚起が図られてきています。

また、同様の機序で生じる他の検査報告書の確認不足についても、「病理診断報告書の確認忘れ」（医療安全情報 №. 71、平成24年10月、別添2）や「パニック値の緊急連絡の遅れ」（医療安全情報 №. 111、平成28年2月、別添3）によって注意喚起を図ってきたところです。

つきましては、画像診断報告書等の確認不足を防止するため、別添の内容を御確認の上、貴管下医療機関に対し、改めて周知徹底方お願いいたします。

なお、医療事故情報収集等事業の内容については、公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ（「報告書・年報」<http://www.ned-safe.jp/contents/report/index.html>、「医療安全情報」<http://www.ned-safe.jp/contents/info/index.html>）にも掲載されていますことを申し添えます。



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

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
内腸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。

〔画像診断報告書の確認不足〕

事例

弓部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、咳と胸水貯留を認めため、精査したところ、原発性肺癌と診断された。

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。

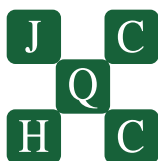
総合評価部会の意見

- ・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もとに、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よび年報をご覧ください。
<http://www.med-safe.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、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



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町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.jcqhc.or.jp/>



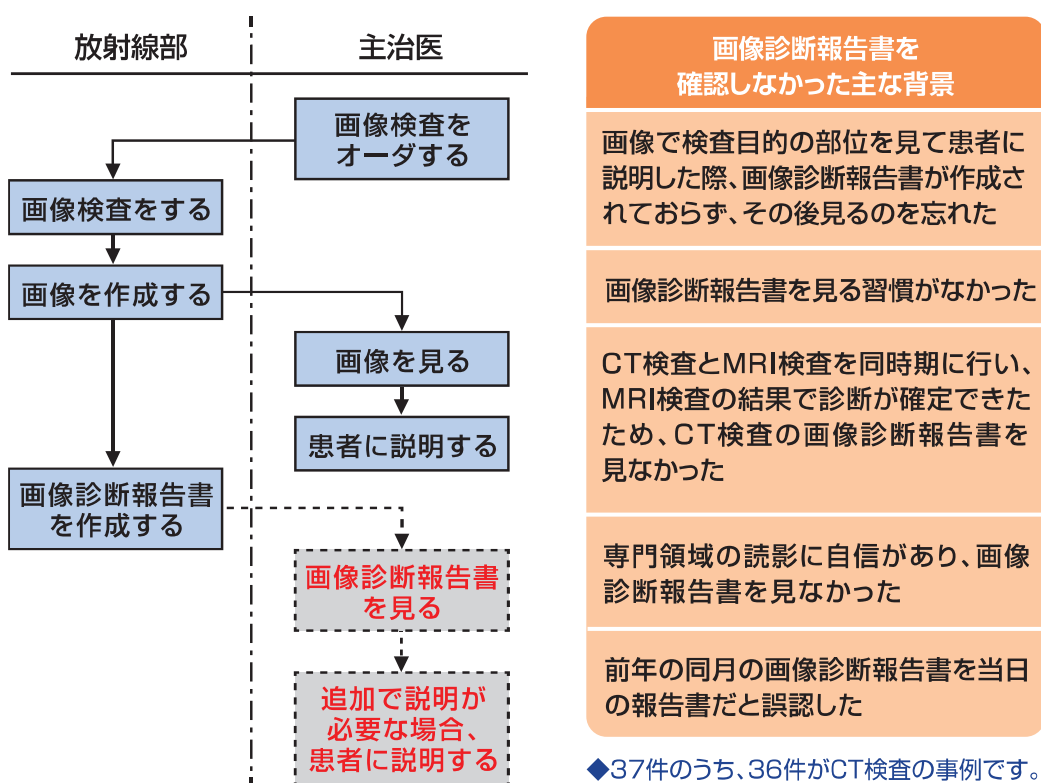
画像診断報告書の 確認不足(第2報)

No.138 2018年5月

「画像診断報告書の確認不足」を医療安全情報No.63(2012年2月)で取り上げました。その後、画像診断報告書を確認しなかった事例が37件報告されていますので再度情報提供します(集計期間:2015年1月1日~2018年3月31日)。この情報は、第51回報告書「再発・類似事例の分析」の内容をもとに作成しました。

画像を確認した後、画像診断報告書を確認しなかったため、検査目的以外の所見に気付かず、治療が遅れた事例が報告されています。

画像検査の流れの一例



画像診断報告書の確認不足(第2報)

事例1

外来診察日に肝内胆管癌術後のフォローアップでCT検査を行った。CT検査後、主治医は画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。5ヶ月後、再度CT検査を行った。放射線科医師が過去のCT画像と比較しようとしたところ、5ヶ月前の画像診断報告書が未読であり、肺癌疑いと記載されていることに気付き、主治医に連絡した。

事例2

外来診察日に腎癌の精査で造影CT検査を行った。医師は外来診察中に画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。患者が腎癌の手術目的で入院した際、担当医は3ヶ月前に実施した造影CT検査の画像診断報告書に肝臓に悪性腫瘍の転移が疑われ精査するよう記載されていることに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・画像診断報告書を確認してから患者に説明する。
- ・画像診断報告書が未読の場合に気付ける仕組みを構築する。

総合評価部会の意見

- ・「画像検査～画像診断報告書の確認～患者への説明」の流れを整理し、業務工程を確立しましょう。

※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もとに、本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。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <http://www.med-safe.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、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



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 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.med-safe.jp/>

質問	回答数	自由記載
1. 画像診断レポートを閲覧する場合、該当する方法に○をおつけください。		
(入院の場合) *複数回答あり		
① ナビゲーター→結果報告→レポート	13	
② ナビゲーションマップ→結果参照→レポート管理一覧→レポート	4	
③ ナビゲーションマップ→結果参照→SCOPE依頼科別ビュー→レポート	17	
④ その他具体的内容	4	・ナビゲーションマップ→結果参照→患者別ビュー→レポート
(外来の場合) *複数回答あり		
① ナビゲーター→結果報告→レポート	17	
② ナビゲーションマップ→結果参照→レポート管理一覧→レポート	6	
③ ナビゲーションマップ→結果参照→SCOPE依頼科別ビュー→レポート	20	
④ その他具体的内容	1	・カルテ上【画像診断報告書】レポート表示をクリック
	5	・ナビゲーションマップ→結果参照→患者別ビュー→レポート
	1	・放射線部門機能→SCOPE→レポート
2. 画像診断レポートの既読、未読のステータス機能があることを知っている。		
① ほとんどのスタッフが知っている	7	
② 一部のスタッフが知らない	7	
③ 一部のスタッフが知っている	7	
④ ほとんどのスタッフが知らない	10	
3. 2で①～③を回答した診療科にお聞きします。該当するものに○をおつけください。		
① ほとんどのスタッフが利用している	2	
② 一部のスタッフが利用していない	0	
③ 一部のスタッフが利用している	8	
④ ほとんどのスタッフが利用していない	10	
4. 既読・未読機能以外に診療科で取り決めた画像診断レポートの確認忘れ防止策や実質的に確認忘れにつながる取り組みがありますか？		
① ある	11	
② ない	21	
5. 4で①を回答した診療科はその対策をご記入ください		
(入院の場合)		
① 診療グループで確認している	4	
② 放射線科の術前カンファで確認している	0	
③ その他	0	
(外来の場合)		
① 外来で画像撮影した場合は、一定期間に再来とし、患者へ検査結果の説明を行っている	11	
② その他	0	
6. 4で②を回答した診療科について、医師個人のレベルで立てている対策はありますか？		
① ある	6	
② ない	16	
「① ある」と答えた方はその対策をお書きください。		①入院の場合は、退院サマリーに入院中施行した画像の所見をすべて記載するようにしている。また、退院時のIC時にも患者にレポートを画面上で見せている。 外来患者も同様で、画像検査結果説明は画像とレポートの両方を見せている（手渡しは希望された場合のみ）。 ②電話連絡を要する場合など、受診を予定しなくても画像確認のために予約を入れておく。 ③画像診断レポートの内容を、カルテ横に記載する。 ④画像診断レポートを読んだ場合、レポート内容をカルテに転記している。 ⑤外来レベルでの確認忘れが多いので、次回受診時に確認できるようにメモを残しており、前回カルテ参照して確認するようにしている。 ⑥主治医の責任で確認するようにしている。 ⑦特に具体的な対策などは立てておらず、基本的に放射線医師は画像レポートを確認することが習慣となっている。 ⑧当科はレポートを作成する側なので、作成、閲覧ともにレポートングシステムを使用している。

7. 入院時画像と画像レポートの確認について 1) 専門領域の画像と画像レポートの確認について①～④から選んで○をお付けください。また、②、③を選んだ方はその理由をお書きください。		
① 画像と画像レポート両方確認している	26	
② 画像のみ確認している。	1	
(理由)		①画像で分からない点があれば、レポートも見ますが基本的に自分で判断する。詳細な内容は、合同カンファで神経放射線科の見解を直接聞く。
③ 画像レポートのみ確認している。	1	
(理由)		
④ ①～③のすべて	1	
(理由)		
7. 入院時画像と画像レポートの確認について 2) 専門領域外の画像と画像レポートについて①～④から選んで○をお付けください。また、②、③を選んだ方はその理由をお書きください。		
① 画像と画像レポート両方確認している	20	
② 画像のみ確認している。	0	
(理由)		
③ 画像レポートのみ確認している。	2	
(理由)		①専門領域外の画像を見ても、放射線科の読影以上に異常を見つけれらるとは思えないので。
④ ①～③のすべて	4	
(理由)		①基本は両者の確認だが、急患対応時や早急に結果を確認する必要がある場合にはその場で画像のみとなることがある。 ②レポートの内容により、レポートのみの確認しかない場合もある。理由としては画像を見てもよくわからないといった理由が大きい。 ③読影結果を実際に確認するため。読影に間違いがないかの確認。
8. 外来時画像と画像レポートの確認について 1) 専門領域の画像と画像レポートについて①～④から選んで○をお付けください。また、②、③を選んだ方はその理由をお書きください。		
① 画像と画像レポート両方確認している	31	
② 画像のみ確認している。	1	
(理由)		①特に外来では患者を待たせることになるので、自分で画像チェックする。不明な点は直接電話して神経放射線科の先生に尋ねる。
③ 画像レポートのみ確認している。	1	
(理由)		①特に外来診療時などは、結果説明に時間を多く割けないこともあり、レポートで何か異常があることを記載してあればその時に画像を見直すようにはしているが、異常なしで返ってきていれば、確認はしない。
④①～③のすべて	1	
(理由)		①他に見落としがないか確認するため ②読影結果を実際に確認するため。読影に間違いがないかの確認
8. 外来時画像と画像レポートの確認について 2) 専門領域外の画像と画像レポートについて①～④から選んで○をお付けください。また、②、③を選んだ方はその理由をお書きください。		
① 画像と画像レポート両方確認している	23	
② 画像のみ確認している。	0	
(理由)		
③ 画像レポートのみ確認している。	2	
(理由)		①専門領域外の画像を見ても、放射線科の読影以上に異常を見つけれらるとは思えないので。
④①～③のすべて	5	
(理由)		①自分の読影に自信がないため ②レポートの内容により、レポートのみの確認しかない場合もある。理由としては画像を見てもよくわからないといった理由が大きい。 ③読影結果を実際に確認するため。読影に間違いがないかの確認。 ④通常歯科領域のみ確認している。口腔外科撮影のCTは、当科で行う治療と直接関係なければ見ないことがある。

未提出の診療科(13診療科)

消化器内科、腎・高血圧・脳血管内科/総合周産期母子医療センター(新生児外科部門)/総合周産期母子医療センター(新生児内科部門)
神経内科/循環器内科/小児外科/皮膚科/精神神経科/麻酔科蘇生科/総合診療科/形成外科/先端分子・細胞治療科/咬合補綴科

事 務 連 絡

平成30年6月13日

附属病院を置く各国公私立大学長 殿

文部科学省高等教育局医学教育課

大学附属病院における画像診断報告書の確認不足等に関する医療安全対策の徹底について

今般、CT検査の画像診断に関する確認不足等で診断が遅れ、そのうち、複数は治療開始が遅れたことにより患者が死亡した事案が当省に報告されました。

これまでも、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室から「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について」（平成29年11月10日付事務連絡）や日本医療機能評価機構から「画像診断報告書の確認不足（第2報）」（平成30年5月）が発出され、各医療機関に対し度々注意喚起が図られてきたところです。

同機構のホームページに公表されている「医療安全情報」によると、こうした事案が発生した医療機関においては、「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」、「画像診断報告書が未読の場合に気付ける仕組みを構築する」など、画像診断報告書の確認不足を無くするために様々な取組が進められています。

つきましては、これまでも医療安全全般に対する取組は、各大学において実施されていると理解しておりますが、こうした一連の問題を防止するため、別添の内容を御確認の上、貴大学において、改めて周知徹底を図るとともに、画像診断にかかる附属病院内の実施体制について今一度点検を行うなど、医療安全対策に適切に取り組んでいただきますようお願いいたします。

【本件担当】

文部科学省高等教育局医学教育課
大学病院支援室病院第一係長

TEL :

(内線)

事務連絡

平成29年11月10日

各

都道府県
保健所設置市
特別区

 衛生主管部（局）御中

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関する医療安全対策について

今般、医療機関において、放射線科医へ画像診断を依頼した医師（以下「主治医」という。）に、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ず、治療の遅れにより患者が死亡する事案の報道が続いているところです。

同種の事案に関連する情報については、これまでも、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第12条に基づく医療事故情報収集等事業において、公益財団法人日本医療機能評価機構から「画像診断報告書の確認不足」（医療安全情報№.63、平成24年2月、別添1）が発出され、注意喚起が図られてきています。

また、同様の機序で生じる他の検査報告書の確認不足についても、「病理診断報告書の確認忘れ」（医療安全情報№.71、平成24年10月、別添2）や「パニック値の緊急連絡の遅れ」（医療安全情報№.111、平成28年2月、別添3）によって注意喚起を図ってきたところです。

つきましては、画像診断報告書等の確認不足を防止するため、別添の内容を御確認の上、貴管下医療機関に対し、改めて周知徹底方お願いいたします。

なお、医療事故情報収集等事業の内容については、公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ（「報告書・年報」<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>、「医療安全情報」<http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html>）にも掲載されていますことを申し添えます。



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 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
内腸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。

〔画像診断報告書の確認不足〕

事例

弓部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、咳と胸水貯留を認めため、精査したところ、原発性肺癌と診断された。

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。

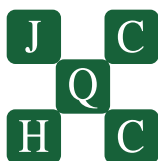
総合評価部会の意見

- ・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もとに、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よび年報をご覧ください。
<http://www.med-safe.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、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したりするものではありません。



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町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.jcqhc.or.jp/>



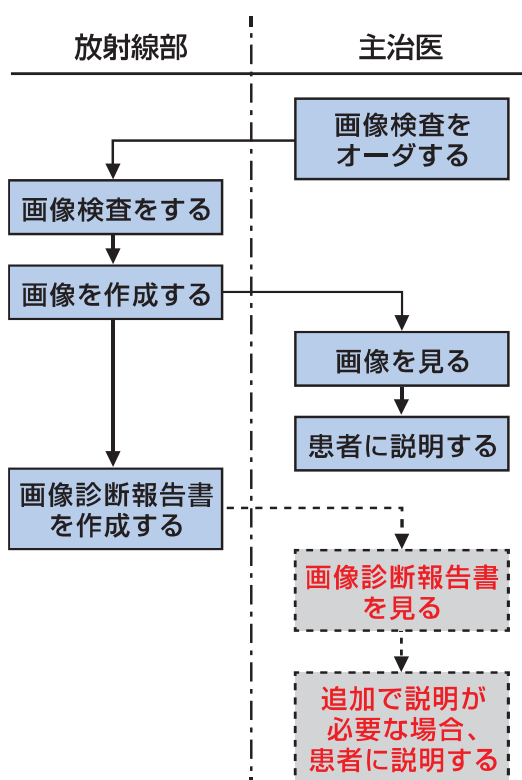
画像診断報告書の 確認不足(第2報)

No.138 2018年5月

「画像診断報告書の確認不足」を医療安全情報No.63(2012年2月)で取り上げました。その後、画像診断報告書を確認しなかった事例が37件報告されていますので再度情報提供します(集計期間:2015年1月1日~2018年3月31日)。この情報は、第51回報告書「再発・類似事例の分析」の内容をもとに作成しました。

画像を確認した後、画像診断報告書を確認しなかったため、検査目的以外の所見に気付かず、治療が遅れた事例が報告されています。

画像検査の流れの一例



画像診断報告書を確認しなかった主な背景

画像で検査目的の部位を見て患者に説明した際、画像診断報告書が作成されておらず、その後見るのを忘れた

画像診断報告書を見る習慣がなかった

CT検査とMRI検査を同時期に行い、MRI検査の結果で診断が確定できたため、CT検査の画像診断報告書を見なかった

専門領域の読影に自信があり、画像診断報告書を見なかった

前年の同月の画像診断報告書を当日の報告書だと誤認した

◆37件のうち、36件がCT検査の事例です。

画像診断報告書の確認不足(第2報)

事例1

外来診察日に肝内胆管癌術後のフォローアップでCT検査を行った。CT検査後、主治医は画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。5ヶ月後、再度CT検査を行った。放射線科医師が過去のCT画像と比較しようとしたところ、5ヶ月前の画像診断報告書が未読であり、肺癌疑いと記載されていることに気付き、主治医に連絡した。

事例2

外来診察日に腎癌の精査で造影CT検査を行った。医師は外来診察中に画像を見て患者に説明し、その後画像診断報告書の確認を忘れた。患者が腎癌の手術目的で入院した際、担当医は3ヶ月前に実施した造影CT検査の画像診断報告書に肝臓に悪性腫瘍の転移が疑われ精査するよう記載されていることに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・画像診断報告書を確認してから患者に説明する。
- ・画像診断報告書が未読の場合に気付ける仕組みを構築する。

総合評価部会の意見

- ・「画像検査～画像診断報告書の確認～患者への説明」の流れを整理し、業務工程を確立しましょう。

※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もとに、本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。本事業の趣旨等の詳細については、本事業ホームページをご覧ください。 <http://www.med-safe.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、その内容を将来にわたり保証するものではありません。

※この情報は、医療従事者の裁量を制限したり、医療従事者に義務や責任を課す目的で作成されたものではありません。



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 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
電話：03-5217-0252(直通) FAX：03-5217-0253(直通)
<http://www.med-safe.jp/>

(22) 画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策

昨今、画像診断報告書の記載内容の見逃しにより患者の治療に遅れが生じた等の事案について報道が続き、各関係機関より注意喚起がなされている。当院においても、類似事例が続いており、早急に具体策を講じる必要がある。

<院内共通ルール>

1. 検査依頼医師又は検査結果の説明を担当する医師は、画像及び画像診断報告書の両方を確認し、報告書に基づいて説明する。
2. 患者とともに結果を確認するという観点から、必要に応じて画像診断報告書の写し(コピー)を患者に渡しても良い。
ただし、次の場合は慎重に判断する。
 - ・進行した病状が記載されており、患者の精神状態に悪影響を及ぼすと考えられる場合。
 - ・合理的な理由があり、家族が報告書の交付を希望しない場合。
 - ・その他、報告書の交付により、患者の不利益が利益を上回ると考えられる場合。

【解説】

1. 説明時の留意点
 - 1) 専門用語はわかりやすく説明する。
 - 2) 治療を必要とする所見と必要としない所見とを区別して説明する。
2. 報告書の読む際の留意点
 - 1) 報告書は「臨床診断」「検査所見」「診断結果」を全て確認する。
注：「検査所見」を確認する際には、経過観察に関する記載に注意する。
3. 説明機会の設定
 - 1) 外来患者に対しては、原則、検査とは別日に受診日も合わせて確認する。設けられない場合は、かかりつけ医に情報提供する等、確実に伝わるようにする。
 - 2) 報告書を患者に直接郵送することは、誤送付のリスクがあることから行わない。
4. 説明責任の所在について
 - 1) 画像診断報告書の内容の説明は、主治医や当該診療科の説明を担当する医師が行う。
 - 2) 主治医の見解と報告書の内容とが異なる場合は、主治医や当該診療科の説明を担当する医師が説明する。
 - 3) 放射線科の読影医師は、患者・家族からの説明の求めに応じない。
 - 4) 放射線科の読影医師は、正当な理由がない限り、主治医や患者・家族からの読影結果の修正依頼は応じない。

2018.8.8 医療安全管理委員会承認

資料3

医療安全管理部会次第

開催日時：平成30年10月9日（火）17:00～

場所：外来診療棟5階 会議室2

【議題】

1. 研修会共催申し込み 資料1
(医療安全管理セミナー：「地域と大学病院に求められるBCPの在り方」)

【報告事項】

1. 影響度分類レベル3 b以上の報告について 資料2
2. 院内における死亡死産事例報告 別添資料
(会議後回収)
3. 医療安全の確保に資する診療状況の把握（8月） 資料3
 - 1) 肺塞栓予防
 - 2) 24時間以内の再手術件数
 - 3) 再活性化B型肝炎発生予防WG報告
 - 4) 画像診断報告書未読件数
4. 安全パトロール結果報告（9月） 資料4
5. インシデントレポートについて（資料） 資料5
 - 1) 9月分集計結果
 - 2) インシデント一覧
 - 3) インシデント情報
6. 疑義照会について 資料6
7. 医療安全研修会出席状況、医療安全研修会について 資料7
8. 「平成30年度特定機能病院間相互のピアレビュー」受審日程表(案)について 資料8
9. その他

次回開催：平成30年11月6日(火)17:00 場所：外来診療棟5階 会議室2

医療安全管理委員会次第

開催日時：平成30年10月17日（水）14:00
場 所：外来診療棟5階 会議室1

【報告事項】

1. 「平成30年度特定機能病院間相互のピアレビュー」受審日程表(案)について
資料1
2. 影響度分類レベル3 b以上の報告について
資料2
3. 院内における死亡死産事例報告
別添資料
(会議後回収)
4. 安全パトロール結果報告（9月）
資料3
5. 医療安全の確保に資する診療状況の把握（8月）
資料4
 - 1) 肺塞栓予防
 - 2) 24時間以内の再手術件数
 - 3) 再活性化B型肝炎発生予防WG報告
 - 4) 画像診断報告書未読件数
6. インシデントレポートについて
資料5
 - 1) 本院（医科・歯科）月別資料
 - 2) インシデントレポート入力一覧
 - 3) インシデント情報
 - 4) 別府病院 月別集計
7. ハリーコール・RRS報告について
資料6
8. 疑義照会・副作用報告について
資料7
9. 医療安全研修会出席状況、医療安全研修会について
資料8
10. 医療安全ニュース
 - 1) 群大病院医療安全会議 公開報道
資料9
 - 2) 三重大学インスリン過量投与報道
資料10
 - 3) 医療事故調査制度-開始後3年の報道
資料11

1 1. その他：委員会出欠一覧、RM 会議出欠一覧

資料 1 2

次回開催：平成 30 年 11 月 21 日(水)14：00～ 外来診療棟 5 階会議室 1

平成 30 年度 第 7 回 リスクマネージャー会議

議題

1. 最近の事例について

報告

1. 病院機能評価受審に向けて 資料 1
3. 医療安全管理マニュアル改訂について 資料 2
4. 安全パトロールの結果（9月） 資料 3
5. 平成30年度第5回 院内共通ルール（インスリン対応について②） 資料 4
6. 平成 30 年度第 6 回 RM研修 資料 5
医療監視について
7. 医療安全の確保に資する診療状況の把握 資料 6
 - 1) 肺塞栓予防
 - 2) 24 時間以内の再手術件数
 - 3) 再活性化 B 型肝炎予防WG 報告
 - 4) 画像診断報告書未読件数
8. 再活性化 B 型肝炎予防システム操作研修について 資料 7
9. 医療安全研修会 資料 8
医療安全研修会参加状況

その他

1. 医療安全ニュース
 - 1) 群大病院医療安全会議 公開報道 資料 9
 - 2) 三重大学インスリン過量投与報道 資料 1 0
 - 3) 医療事故調査制度-開始後 3 年の報道 資料 1 1
2. RM出席表 資料 1 2

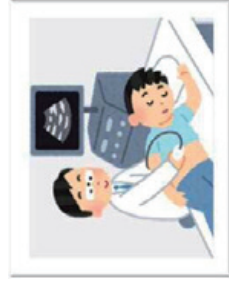
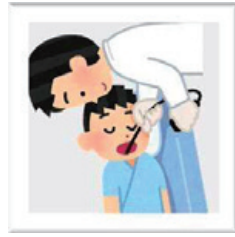
次回開催：H30 年 11 月 22 日（木）17：00～（場所： ）

その他配布資料：

- ・インシデント情報 1 0 月号

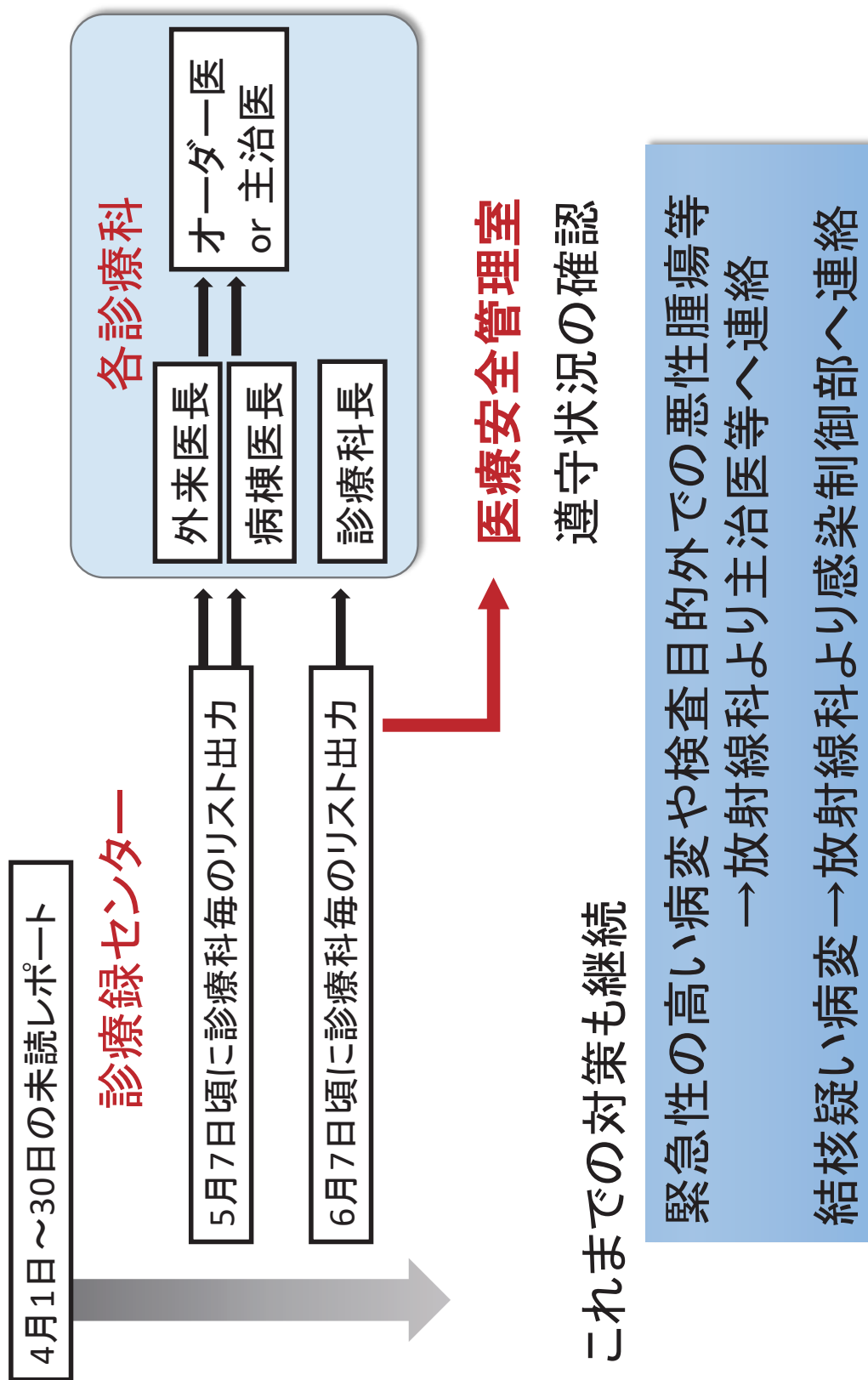
検査のあとは、 結果を聞き、診断を受けましょう

あなたに関する、大切な情報です。
検査後は、受診してください。
どうしても来院できない場合は、ご相談ください。



より専門的な診断が必要な検査では
結果が出るまでに数日かかることもあります。

未読レポート防止のための管理方法 (2018年7月より運用開始)



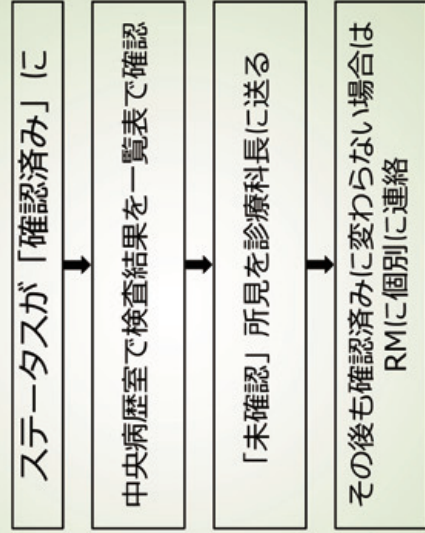
画像・病理検査結果の 患者参加型確認システム の導入に向けて

医療の質・安全管理部

当院の取り組み



当院の取り組み



中央病歴室
医療の質・安全管理部

実際の操作

MR報告書 主治医確認済 山之上 一太郎 2017/01/01 10:00 検査日 2014/02/06 09:13:00

所見情報
 所見 HCCの疑い
 検査画像
 1 2014.02.06
 2 2014.02.06

作成日: 2014/02/06 12:16:02
 検定日: 2014/02/06 13:16:40

依頼情報
 依頼科 消化器科
 依頼医 消化器科 太郎

肝臓癌の再発(主治医確認済)の?
 肝臓癌の再発を疑った場合、主治医に「確認済」ボタンを押す必要があります。
 「確認済」ボタンを押さない場合は、「キャンセル」ボタンを押してください。
 確認医: 山之上 一太郎
 確認 キャンセル

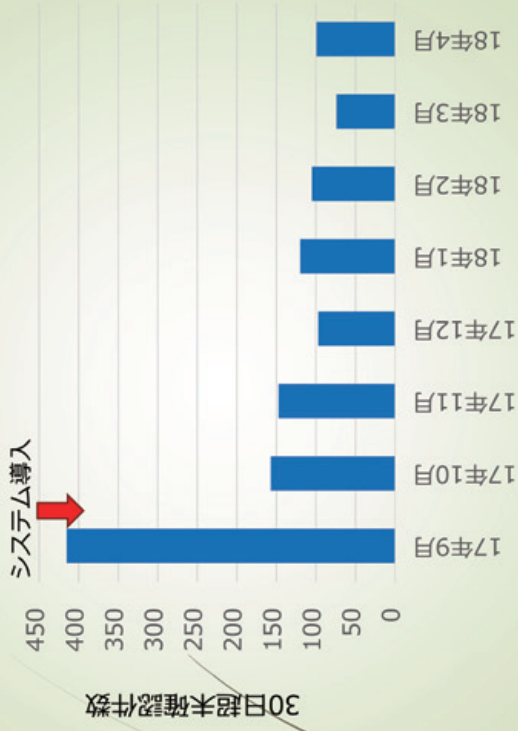
現システムの問題点

- 検査結果を開封したことのみをチェック
- きちんと読んでいるかは把握できない
- "確認済み"で、患者・紹介医に説明されていない事例があった。



- ✓ システムの改修が必要
- ✓ 医師側のシステム改修には限界

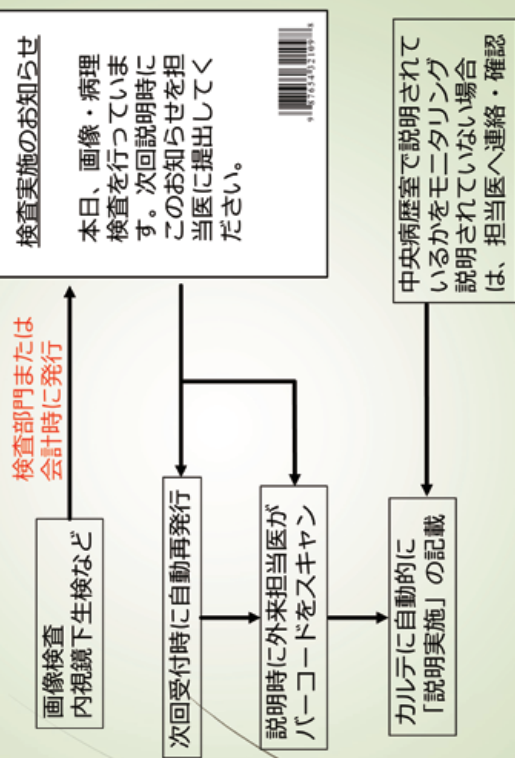
画像検査30日超未確認件数



確認忘れ、確認不足を"ゼロ"に

患者とともに確認する
システム

患者参加型確認システム (イメージ)



今後の検討事項

- ▶ “お知らせ”発行のタイミング
- ▶ 入院検査をどうするか？
- ▶ 外来当日検査をどうするか？
- ▶ 所見用紙を患者に渡すか？

検査依頼医及び依頼診療科の責務

検査依頼医及び依頼診療科は、依頼した全ての画像・病理・検査の診断レポートを確認し、患者説明及び必要な精査等に対応を行う責務があります。



2018年7月18日
2018年7月25日

医療安全管理委員会 承認
病院連絡会議 提示

放射線レポートランク付け対応について

NoERRとは

「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」が含まれた画像診断のレポートの確認と対応が確実に進む仕組みを、病院として整備するため、病院情報システム運用推進会議で、「画像・病理診断報告書、検査パニック値の確認・連絡方法に関する検討WG」を立ち上げ検討を行った。

このWGを発展させ「診療情報共有伝達確認室(通称NoERR: Notify Outcome of Examination and Remaind(them):Room)」を組織し、検査結果報告の確認・連絡方法の立案と実施を行う。

現在の状況

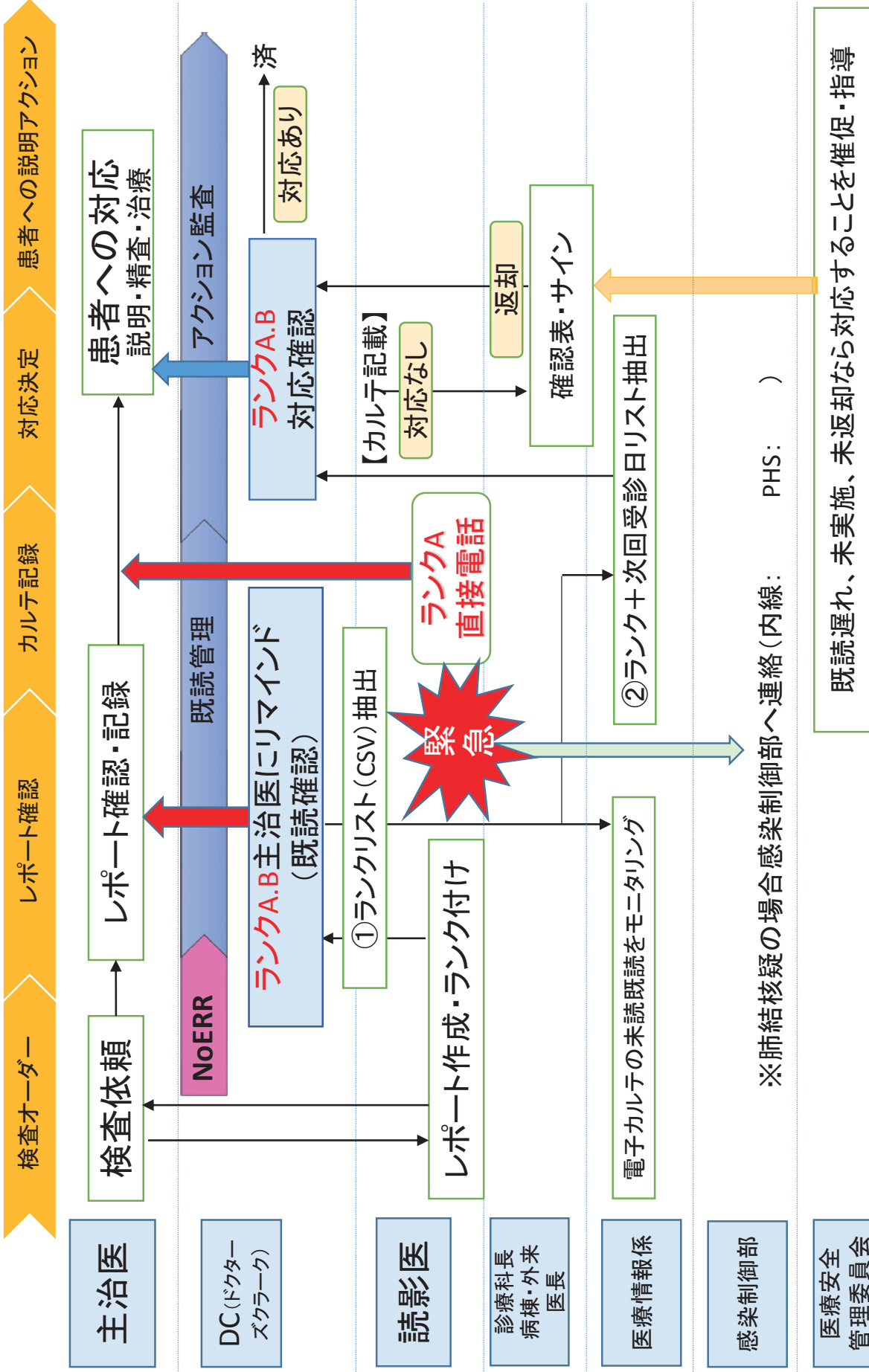
- ・2018年8月より、放射線部門でレポートのランク付け(緊急度が高いものからA～E)を行う運用を開始しているが、部門システム内に閉じた情報となっており、**電子カルテからはランクが確認できない。**
- ・ドクターズクランクが、放射線部門システムからランク毎のレポートリストを抽出し、それを元に対応状況のチェックと、医師への通知を行なっている(脳神経外科で試験運用中)が、**手作業であるため過去に抽出ミスが発生している。**

システム改修による効果

- ・電子カルテシステム上で、医師が放射線レポートのランクを確認可能となる。
- ・ランク毎のレポートリスト抽出作業を自動化できるため、手作業によるミスが防止されるとともに、ドクターズクランクの抽出作業時間(20分～30分/日)が削減され、今後予定している全診療科への拡大や、病理レポートやパニック値への対応に振り向ける事が可能。

画像診断報告書の確認およびその後の対応確認法（現在の運用）

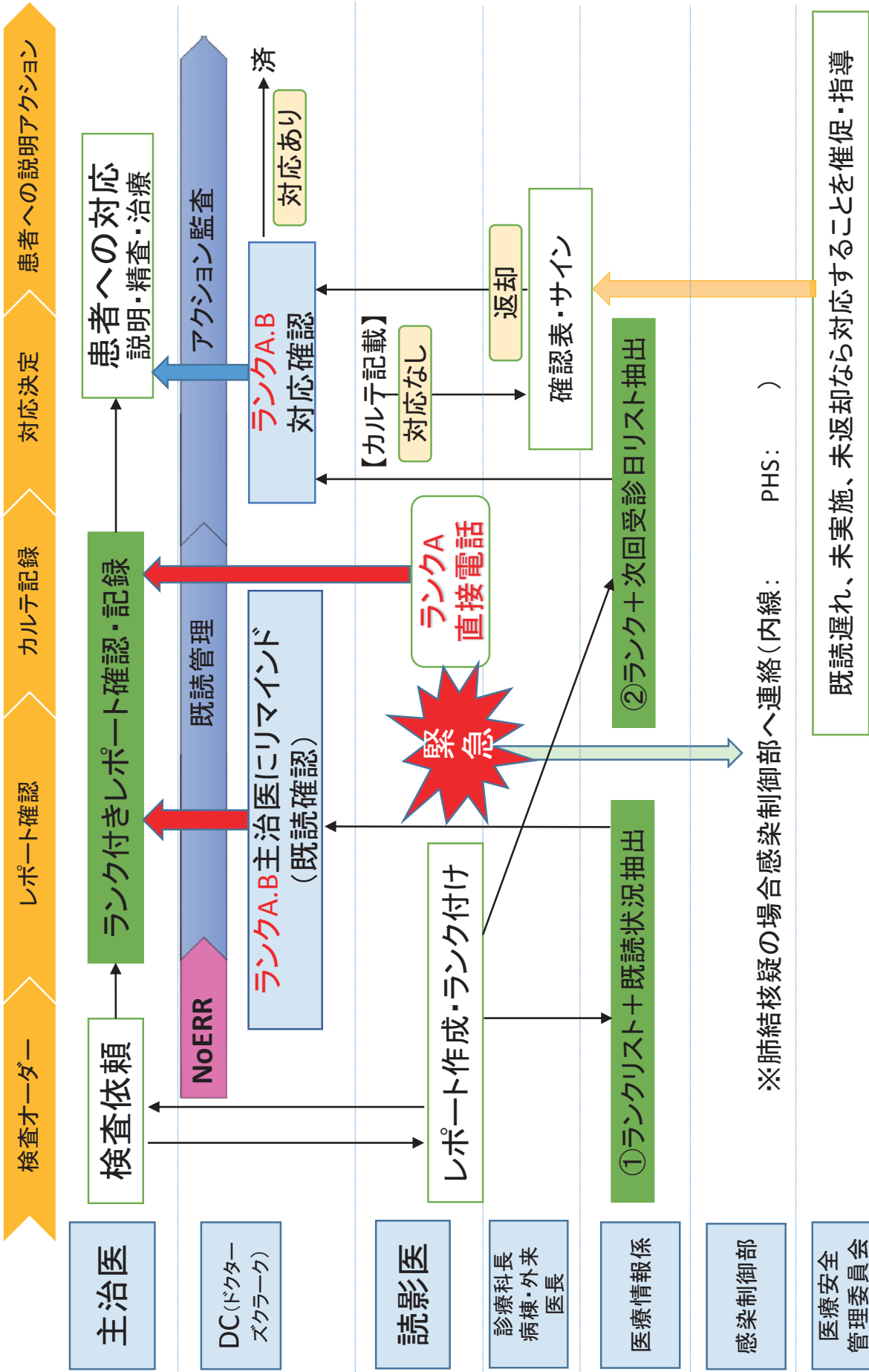
NoERR : Notify Outcome of Examination and Remained(them) : Room



既読遅れ、未実施、未返却なら対応することを催促・指導

画像診断報告書の確認およびその後の対応確認法（システム修正後）

NoERR : Notify Outcome of Examination and Remained(them) : Room



2018年12月12日 修正 (案)

相互チェックに関する 資料

平成 29 年度 医療安全・質向上のための相互チェック実施要項

国立大学附属病院長会議常置委員会医療安全管理体制担当校（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に基づき自己チェックを行う。

(2) 訪問調査（重点項目）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訪問調査によるチェックは、原則として重点項目を対象とする。
- ⑤被訪問大学病院は、「調査票：事前チェックシート」を作成し、事前に訪問大学病院に送付する。
- ⑥訪問大学は、実地調査を行う。
- ⑦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。

4. 重点項目

平成 29 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」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及び国立大学附属病院長会議常置委員会医療安全管理体制担当校（以下「医療安全管理体制担当校」という。）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医療安全管理体制担当校へ提出する。

6. 日程

- (1) 医療安全管理体制担当校は、平成 29 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、平成 29 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、遅くとも平成 29 年 9 月末頃までには訪問大学病院及び医療安全管理体制担当校に提出する。
- (4) 訪問大学病院は、訪問調査の結果を平成 29 年 12 月 15 日頃までに被訪問大学病院及び医療安全管理体制担当校に提出する。
- (5) 医療安全管理体制担当校は、平成 30 年 6 月頃、調査結果を報告書としてとりまとめ、平成 30 年度の国立大学附属病院長会議総会で報告する。

平成 29 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」)
実施概要

国立大学附属病院長会議常置委員会
医療安全管理体制担当校（大阪大学）

1. テーマ設定の背景

- ・画像診断管理加算の充実、放射線科読影医の配置推進等を背景に、画像診断の件数は増加し、画像診断レポートの作成と有効活用への期待も高まっています。
- ・一方で、画像診断レポートにおいて指摘された所見への対応の遅れによるインシデントが全国的に報告され、注意が喚起されているところです。
- ・代表的なインシデントの類型は、「レポート自体の確認忘れ」「重要所見の確認漏れ」「確認した所見への対応忘れ」です。
- ・背景として、大学病院特有の事情があると考えられます。すなわち、多診療科が関与するチーム医療、地域連携、頻繁な人事異動、研修医や若手医師への教育などの必要から、診療の引き継ぎが多く発生します。また、重症や救急患者の治療では、緊急性の高い病態への対応を優先するため、至急で依頼した画像診断の所見を、長期的な視点に立って十分確認する体制を確保できない場合もあります。
- ・上記のように、ピットホールとなり得る要因は多数存在しますが、電子カルテシステムが複雑化する中で、システムの改修を伴うアラートシステムの構築は、技術的にも経済的にも容易ではありません。
- ・海外でも同様の問題が報告されており、対策についての検討が始まっています。

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」を重点項目に設定し、各国立大学病院の現状や課題を調査します。また、限られたリソースの中でのグッドプラクティス、情報技術を活用した先行的なシステム構築事例等の情報を共有することも目的とします。
- ・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、「事前調査シート」（質問用紙と回答用シートを兼ねる（Excel シート））によるセルフチェックと、相互訪問時の「訪問調査シート」を用いた実地確認、インタビュー及びディスカッションで構成されます。

4. 事前調査の内容

- ・事前調査では、基本事項として、①画像診断レポートを作成する体制とレポートの既読処理の仕組みを、補助的な事項として、②レポートの確認漏れを防ぐためのサポート体制に関する現状を確認します。
- ・下記の7領域の現状について、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、医療安全部門、放射線診断に関わる部門、医療情報部門等で協議の上、調査票に回答ください。

①	読影体制	シート (1)・(あ)
	重要所見フラグ	シート (1)・(い)
	レポート既読処理	シート (2)
②	レポート完成通知	シート (3)
	未読レポートの抽出	シート (4)・(あ)
	未読レポートの開封督促	シート (4)・(い)
	未読レポート開封督促への対応確認	シート (4)・(う)

5. 訪問調査の内容

- ・画像診断の依頼からレポートの確認までのプロセスで想定される安全対策は、①依頼医から読影医への検査意図の正確な伝達、②読影医による、依頼医が次に取るべき行動が分かりやすいレポートの作成、③レポートの適切な既読/未読管理、④レポートの確認と対応の記録、⑤医療チーム内の情報共有、⑥患者参加の推進等が挙げられます。
- ・各病院の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、単に上記のような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。
- ・訪問時には、画像診断レポート依頼から活用までのフローを把握し、上記① - ⑥の状況、及び、⑦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。

6. 訪問調査に参加するメンバー

- ・訪問大学（他大学を訪問する側）及び、被訪問大学（他大学から訪問を受ける側）のチームメンバーは、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、当該領域について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

- ・訪問調査に先立ち、訪問大学は、被訪問大学から提出された「事前調査シート」の内容を把握しておいてください。
- ・訪問を受ける被訪問大学は、事前に下記の書類の写しを用意し、訪問時に提示してください。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（2017年度に記載されたものであれば、日付は問わない）

以上

平成 30 年 10 月 16 日

各国立大学医学部附属病院長 殿
防衛医科大学校附属病院長 殿

国立大学附属病院長会議常置委員長
千葉大学医学部附属病院長
山 本 修 一
(公印省略)

国立大学附属病院長会議常置委員会
医療安全管理体制担当
大阪大学医学部附属病院長
木 村 正
(公印省略)

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
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、平成 29 年度の相互チェックにおける重点項目の提言事項（※）への
取り組み状況等について、医療安全部門、放射線部門、医療情報部門、診療科等の関係
者で協議し、別添の『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、平
成 30 年 12 月 25 日（火）までに、ご回答願います。

【※ 重点項目の提言事項の掲載場所】

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 (p. 71-75)

http://www.univ-hosp.net/mbr/mbr1/mbr1_1/guide_cat_04_22.pdf

【事務担当】

国立大学附属病院長会議常置委員会
医療安全管理体制担当校
大阪大学医学部附属病院
医事課医療安全係

(提出先)
 国立大学附属病院長会議常置委員会
 医療安全管理体制担当
 大阪大学医学部附属病院長 殿

提出機関名

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」に基づく重点項目に関する改善状況調査 調査用紙

「平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック」における重点項目の提言事項に対する取り組み状況等について、下記のとおり報告します。

記

提言事項	設問①	設問②	設問③	設問④
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

※以下に記載の【記入要領】【設問】を参照のうえ記入願います。

【記入要領】

- ・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(p.71-75)掲載の、重点項目の提言事項1～11の各々について、下記の設問①～④に回答願います。
- ・①②④についてはプルダウンより選択、③については自由記載をお願いします。
- ・自由記載欄は、記載量に合わせ、大きさを適宜調整願います。

【設問】

設問① 取り組み状況を次の項目から選択してください

- A 平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいた
- B 平成29年度の相互チェック以前から取り組んでいたが、課題があった
- C 平成29年度の相互チェック時点では取り組んでいなかった

設問② 下記から平成30年12月時点の状況の一つを選択してください

- ①でAを選択した大学は回答せず③へ
- ①でBを選択した大学への質問
 - B-1 改善について検討を開始していない
 - B-2 改善について検討を開始した
 - B-3 実際に改善の取り組みを開始した
- ①でCを選択した大学への質問
 - C-1 取り組みの検討を開始していない
 - C-2 取り組みの検討を開始した
 - C-3 実際に取り組みを開始した

設問③ 具体的な取り組み内容、検討内容を記載してください

設問④ 取り組みに関する資料添付の有無を選択してください

- ・あり
- ・なし(非公開の場合も含む)

※ 取り組み内容や成果に関係する資料があれば添付してください。
 ※ 提出された資料の一部または全部を報告書に記載することがあります。
 施設名や個人名等、公開できない情報は予め削除してください。

**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**

(平成29年4月)

	氏名	職名	所属大学〔地区〕	病院名
医師・歯科医師				
1	滝沢 牧子	医療の質・安全管理部助教、副部長	群馬〔関東・甲信越〕	群馬大学医学部附属病院
2	中島 勸	医療安全対策センター長、救命救急センター准教授	東京〔関東・甲信越〕	東京大学医学部附属病院
3	宮本 智行	医療安全管理室 副室長、麻酔・生体管理学分野助教	東京医科歯科〔関東・甲信越〕	東京医科歯科大学歯学部附属病院
4	長島 久	医療安全管理室特命教授、副室長	富山〔近畿・中部〕	富山大学附属病院
5	福島 曜	医療の質・安全管理部 特任助教	名古屋〔近畿・中部〕	名古屋大学医学部附属病院
6	兼児 敏浩	副病院長(医療安全担当)、医療安全管理部長、教授	三重〔近畿・中部〕	三重大学医学部附属病院
7	後 信	医療安全管理部教授・部長	九州〔九州〕	九州大学病院
8	綾部 貴典	医療安全管理部副部長、准教授	宮崎〔九州〕	宮崎大学医学部附属病院
9	土岐 祐一郎	消化器外科学 教授	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
10	田中 壽	放射線部副部長、准教授	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
11	武田 理宏	医療情報部副部長、准教授	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
12	川本 弘一	消化器外科学 特任助教(常勤)	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
13	中島 和江	中央クオリティマネジメント部長、教授	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
14	北村 温美	中央クオリティマネジメント部副部長、助教	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
15	徳永 あゆみ	中央クオリティマネジメント部 特任助教(常勤)	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
看護師				
16	小島 リリ	看護師長	東京〔関東・甲信越〕	東京大学医学部附属病院
17	戸田 由美子	医療安全管理部 副部長	愛媛〔中国・四国〕	愛媛大学医学部附属病院
18	上間 あおい	中央クオリティマネジメント部副部長	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
19	新開 裕幸	中央クオリティマネジメント部副看護師長	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
薬剤師				
20	増江 俊子	副薬剤部長、医療安全管理部副部長	金沢〔近畿・中部〕	金沢大学附属病院
21	川上 純一	薬剤部長、教授	浜松医科〔近畿・中部〕	浜松医科大学医学部附属病院
22	石塚 良子	副薬剤部長	京都〔近畿・中部〕	京都大学医学部附属病院
事務				
23	浅井 由孝	医療サービス課長	滋賀医科〔近畿・中部〕	滋賀医科大学
24	木村 勝弘	総務課長	岡山〔中国・四国〕	岡山大学病院
25	延原 寿男	事務部長	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院

(敬称略)

