QI 活動報告

2025年度

画像診断の既読率向上と
予期せぬ所見への対応

報告書確認対策チーム

全国的な注意喚起

2023年(R5)年度より
入院基本料等加算が新設

A234-5
報告書管理体制加算
(退院時に1回算定) 7点！

医療事故情報収集等事業
医療安全情報
2025年8月 No.225

「既読」の画像診断報告書の重要所見への未対応

主治医以外の医師が画像診断報告書を開いた際に、未読・既読を管理するシステム上「既読」となり、主治医が画像診断報告書を読んでいないことに気付かず、重要所見への対応が遅れた事例が報告されています。

2021年1月1日～2025年6月30日に3件の事例が報告されています。この情報は、第79回報告書「分析テーマ」で取り上げた内容をもとに作成しました。

事例のイメージ

①放射線科医が画像診断報告書を作成し、主治医の画像診断報告書一覧画面に表示された。

検査日	検査	ステータス
2025/3/20	CT	未読
2024/10/21	CT	既読
2024/1/10	MRI	既読

②主治医以外の医師が画像診断報告書を開き、主治医の画像診断報告書一覧画面のステータスが「既読」になった。

検査日	検査	ステータス
2025/3/20	CT	既読
2024/10/21	CT	既読
2024/1/10	MRI	既読

③主治医は画像診断報告書を読んでいないことに気付かなかった。



医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.225 2025年8月

「既読」の画像診断報告書の重要所見への未対応

事例

6ヶ月前、患者は構音障害で救急外来を受診し、頭部・胸腹部CT検査を実施後に入院した。検査をオーダした主治医と同じ診療科の医師が画像診断報告書を開くと、主治医の画像診断報告書一覧画面でもステータスが「既読」となる仕組みであり、入院中の主治医は画像診断報告書を読んでいないことに気付かなかった。退院後、外来で患者から痔出血があると訴えがあり、外来担当医が過去の画像を確認した際、6ヶ月前の救急外来受診時に実施した胸腹部CT検査の画像診断報告書に「直腸がん疑い」と記載があることに気付いた。

事例が発生した医療機関の取り組み

●主治医以外の医師が画像診断報告書を確認した際、重要所見が記載されていた場合は、主治医へ確実に伝える。

上記は一例です。自施設に合った取り組みを検討してください。

取り組みのポイント

○自施設の画像診断報告書の未読・既読を管理するシステムがどのような仕組みになっているか理解して運用しましょう。
○主治医以外の医師が画像診断報告書を開くことで「既読」となるシステムは、主治医が画像診断報告書を読んでいないことに気付かないリスクがあることを認識しましょう。

(総合評価部会)

※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委員の意見に基づき、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。https://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)
https://www.med-safe.jp/

報告書確認対策チーム

2022(令和4)年 9月発足

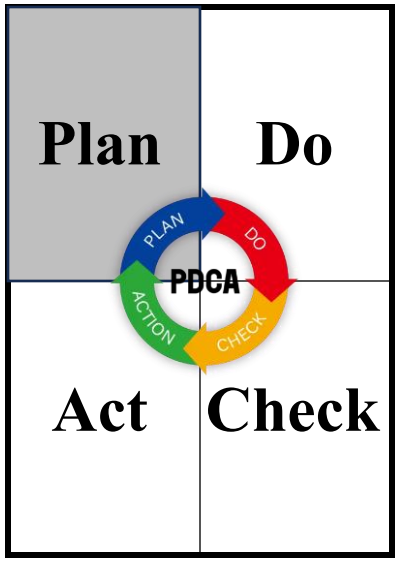
・放射線科，病理診断科
・医療安全対策部

QI

画像検査報告書の既読管理と

予期せぬ重要所見へ確実に対応する

Plan



問題の背景から改善計画の立案

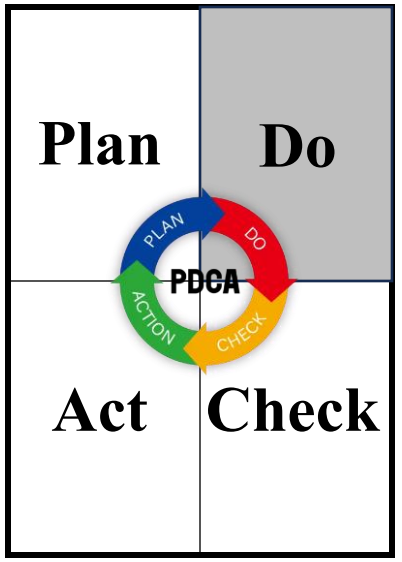
・画像検査(特にCT, MRI)を行った際, 放射線専門医に読影を依頼すると画像診断報告書が速やかに発行される.

・報告書の内容をよく確認しなかった/あるいは予期せぬ重要所見に対応しなかったことで, 治療の遅延から患者が亡くなる事例が社会問題になっている.

・当院でも予期せぬ重要所見を指摘しているにも関わらず, そもそも 未読 または 既読 であるが対応は未実施, の事例が過去に報告されており 対応状況を把握し改善することが求められる.

Do

具体的な改善策の実施案



・画像検査（CT，MRI）実施時の画像診断報告書の発行状況を確認する．

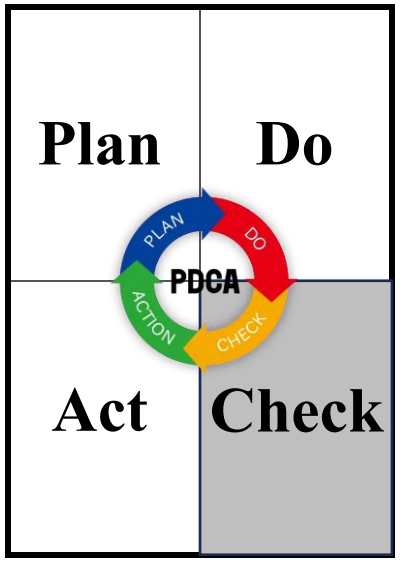
・検査実施日より2週間/4週間以内に依頼医師が報告書を 既読 した割合を調査する．

・『予期せぬ重要所見』を放射線科が全件把握し，報告書に占める割合を調査する．

・診療録で『予期せぬ重要所見』への具体的な対応の有無をチームが診療録で確認する．
既読 でも対応がない場合は依頼医師/当該科に速やかな対応を依頼する．
対応策を診療録で確認後にチームの 最終的な既読済 と判断する．

Check

改善策の効果確認



【分析方法】

① 毎月の医療安全管理委員会(第1金曜)で報告書確認対策チームの分析結果を発表

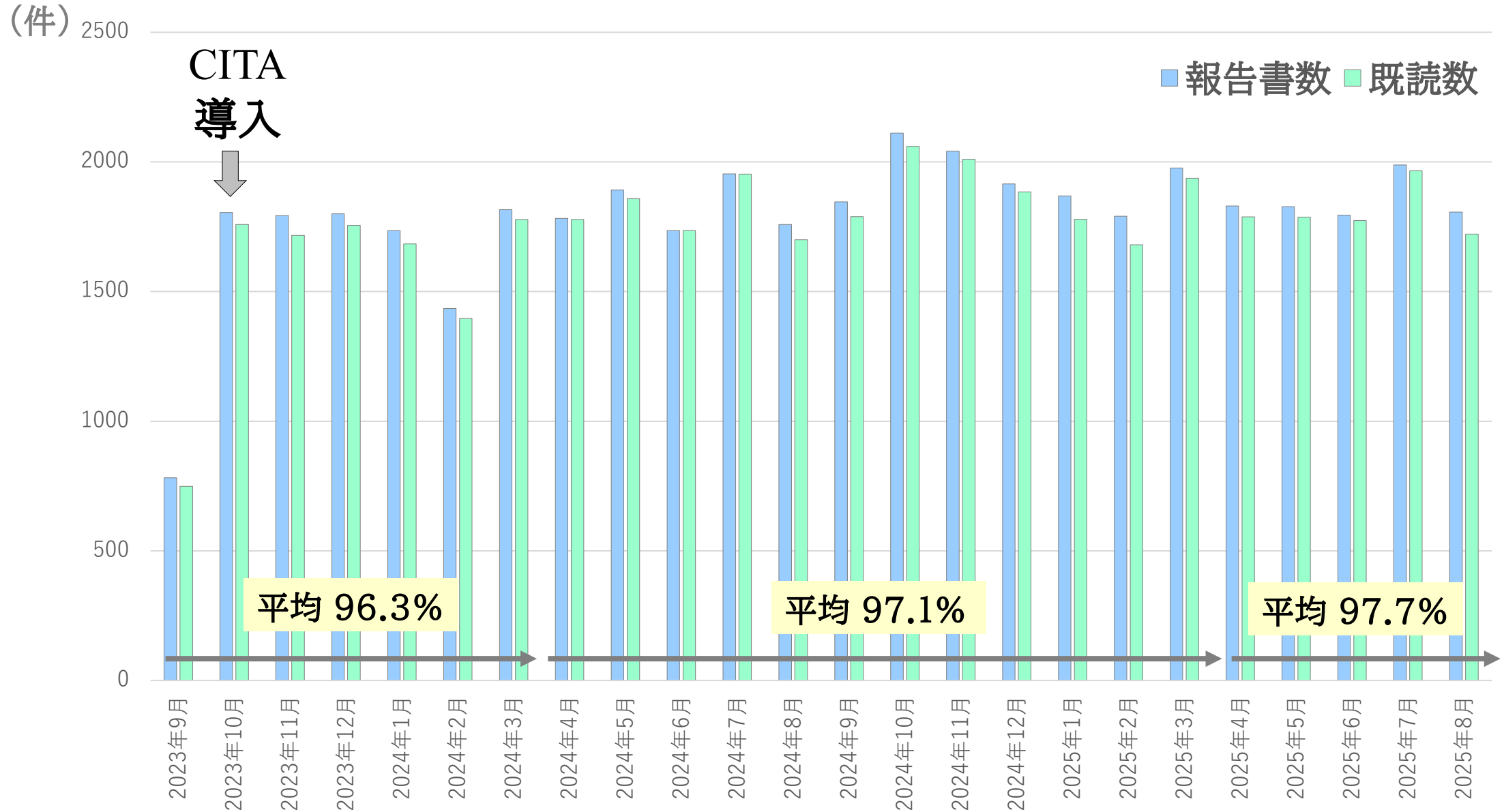
② 既読管理システム CITAで報告書の既読数(率)の全数把握

② 特に『予期せぬ重要所見』への対応状況を診療録で追跡し記録に残す

④ 未対応の症例は確認対策チームより担当医に個別に依頼する

既読管理状況 - 4週以内の報告書既読率 -

2023.9～2025.8



予期せぬ重要所見数とその対応状況

	報告書件数	予期せぬ重要所見（%）	重要所見への対応
2024.04	1,782	7(0.4)	100%
2024.05	1,892	6(0.3)	〃
2024.06	1,735	9(0.5)	〃
2024.07	1,954	10(0.5)	〃
2024.08	1,759	4(0.2)	〃
2024.09	1,846	5(0.2)	〃
2024.10	2,111	15(0.7)	〃
2024.11	2,041	11(0.5)	〃
2024.12	1,815	7(0.3)	〃
2025.01	1,869	11(0.5)	〃
2025.02	1,971	4(0.2)	〃
2025.03	1,977	7(0.3)	〃 96/96
2025.04	1,830	11(0.6)	〃
2025.05	1,828	12(0.6)	〃
2025.06	1,795	10(0.5)	未対応 1例 ➔ 依頼中
2025.07	1,988	3(0.1)	〃
2025.08	1,807	6(0.3)	〃 41/42

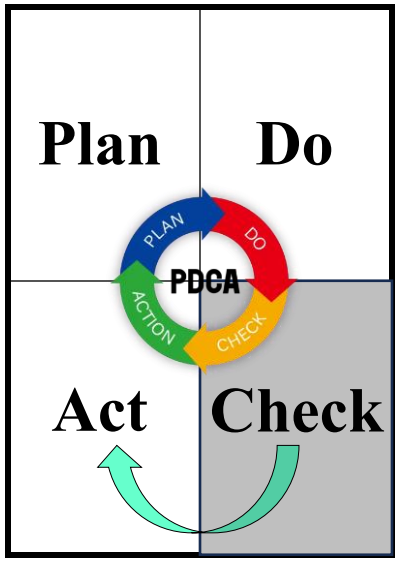
予期せぬ重要所見とその対応

電子カルテ
➔共有フォルダ
➔報告書確認対策チーム

No.	依頼科	依頼医	検査日	患者ID	患者名	カナ氏名	性別	生年月日	年齢	入外	検査種	臨床診断	検査部位	読影部位	所見	診断	作成日	ZWSの対応	本院の対応
21	泌尿	日本 太郎	R7.5.23	[redacted]			F	[redacted]	77歳	外来	CT	1)　膀胱癌 2)　左水腎 3)　大腸憩室炎 術後 4)　乳腺症	胸部～骨盤　単純＋造影	胸部から骨盤部	膀胱が不整に肥厚してお り、わずかに上付結節にも連続してるように見える。炎症の波及に矛盾するとの判断も、局所浸潤→遠隔までを示唆する所見とは明らかとは言えない。その他骨盤、最大短径約 mm の腫瘤様リンパ節腫大が散見されるが、炎症性腫大としても説明可能であり、リンパ節転移とは断定できない。その他、有意なリンパ節腫大を指摘できない。肝臓内に明らかな異転移は指摘できない。 右腎と尿管内腎に最大径約 cm の腫瘤性病変を認め、delayed washout された状態からも hCC を含有している可能性があるが、造影条件等はいかがですか？ご意見に応じて、必要部位コンサルトをご考慮ください。両腎萎縮あり。右腎に強い拡張を認う。水腎症なし。 右前上葉に最大径約 cm の腫瘤影を認めるすりガラス影を認め、肺原発に連隊部分もみられる。両側に散在して炎症を示唆もみられる。経状病巣やリンパ節腫大は乏しく、肺炎としては典型的ではない。炎症性変化としても説明が困難であるが、高分化肺腺癌の合併も否定できず、少なくともフォローされることをご考慮ください。右前上葉 S3 末梢肺に最長径 mm 大の結節を認める。 その他、胆嚢壁の肥厚は認められず、胸水も認めず。 その他、前記に準じるもの。	泌尿器疾患：腫瘍が疑われます。 右腎 hCC の可能性：造影条件等はいかがですか？必要に応じて、必要部位コンサルトをご考慮ください。 右上葉すりガラス濃度腫瘤影：炎症性変化としても説明が困難であるが、高分化肺腺癌の合併も否定できず、少なくともフォローされることをご考慮ください。	5/13	5/12 依頼（外科・泌尿器） 5/12 外科：泌尿器科、外来をいそうに転送 5/13 エコー検査実施 所見（右腎上腎皮質（上極寄り）に単中央腫瘤像（+）（5×3×3cm、内部不均一で悪性を示唆パターン（+）＝ hCC疑い） 5/14 泌尿器科、造影画像に紹介依頼 「右腎癌疑腫瘍部CTエコーにて悪性疑い病変を確認されました。費用の負担もいたすため紹介受けなどフォロー・治療方針をご参のいただいてはいかがでしょうか。」→紹介承諾書郵便で送る。 5/19 外科：泌尿器科へ外来 【A：泌尿器科に患者を引き継ぐ（紹介→5/14 腎盂手術 外来通院は泌尿科へ引き継ぐ→術前→術後の外来の入院説明に注意点説明済 P：CT/MR、中部1院→北京大病院会（中医薬外部 5/19会：泌尿器科（外来→泌尿器科）】 （2025.5.1 研究責任部長了）	
22	泌尿器科	青山 一生	R7.5.29	[redacted]			M	[redacted]	80歳	外来	CT	尿道癌既往疑診、右上尿路、膀胱左壁、前立腺、尿道狭窄	骨盤～骨盤　単純＋造影	胸部から骨盤部	2024年12月に当科のCTと比較しました。前軟骨腫、前腰椎変形症、明らかな局所再発は指摘できない。 膀胱～上付結節に不整な壁肥厚、造影欠損を伴う腫瘤形成があると思われる。2024年4月に当科PET/CTにてこれに一致するような FDG の集積亢進を認め、当時より付結節が疑われる。経過による変化も否定できないが、尿失禁時でにもより付結節を含有している可能性あり、腫瘍マーカーはいかがですか？下部消化管の精査による評価もご考慮ください。これらの所見をはじめ、径 mm 大であるが腸管膜リンパ節腫大がやや目立ち、リンパ節転移の可能性も否定できない。腹部大動脈～IVC間に径 mm 大のリンパ節腫大を認めるが、経過観察である。その他、前述より骨転移を示す有意なリンパ節腫大は指摘できない。 前前列腺、肝臓内に有意なかい、小さい病変をはじめ、肝転移の有無も否定できないが、造影条件等はいかがですか？前立腺、両腎萎縮あり、水腎症なし。右肺上葉をはじめ、前胸に小結節影が散在するが、経過観察である。ただし、右肺尖部の病変につき、前時点に比べ新たに増大傾向と思われ、治療後の経過を含め、肺癌も鑑別の対象も忘れないこと。 その他、前記に準じるもの。	泌尿器疾患：膀胱癌が疑われます。 右腎 hCC の可能性：造影条件等はいかがですか？必要に応じて、必要部位コンサルトをご考慮ください。 右上葉すりガラス濃度腫瘤影：炎症性変化としても説明が困難であるが、高分化肺腺癌の合併も否定できず、少なくともフォローされることをご考慮ください。	5/14	5/14 依頼（泌尿器科・泌尿器癌） 5/14 泌尿器科：泌尿器科から引継 【ｲﾍﾙﾄ gﾀﾞｲﾔﾓﾝﾄﾞ 5ARC後 ※ ｵﾌｶﾞ 前回PSA0.02ﾅﾉﾃﾞ安定 膀胱全摘術施設 右前立腺に病変疑あるがPETで集積しそうでない→病変悪大あり JMDCTで導入きるようない作業前前提 ｺﾝｻﾙｵﾙ **造影CTで右付結節に腫瘍性病変が指摘されている、変化も認める 腫瘍性マーカー測定、病理も検討、（ただ予約）** ｲﾝ 会社 （部内回覧下有 （2025.5.1 研究責任部長了）	4/3 予約外来開始 「2cm：直腸と 10mm程度の不整な壁肥厚指摘あり、パラミシカの関連は否定なし 全体の把握が難しいが原因の前回はMRT3.Tマッピングでは高度と思われる 病変よりも検討 A:C：20mm（ｐMRTA Fig6） Fig7B（5mm（ｐMRTA Fig6） Fig12 T:C：肝転移 16mm（腫瘍→病変よりも検討） 右肺に点在するリンパ節 アクシップ前 公:C：異常なし 公:C：AP3cm 10mm（ｐMRTA Fig12 Ancient：異常なし ＃：内科病 ＃泌尿器 ＃上付結腸癌 ＃骨付結腸癌

Check

いかにActへつなげるか



【Checkした結果と評価 → Act（標準化の徹底）へ】

✓ 問題点へのこれまでの取り組み(Do)は妥当と評価できる(Do ≒ Act)

✓ 今後の課題として

① 所見の質を担保しつつ読影件数(読影率)を増やせるか

② 報告書の記載から漏れている(重要)所見をいかに拾い上げ，放射線科にフィードバックしさらに読影の精度を高められるか