

[HOME](#) [医師](#) [若手医師・医学生](#) [看護師](#) [薬剤師](#)[eディテール](#)[医師TOP](#)[NEWS & REPORT](#)[連載・コラム](#)[特設サイト（医療経営／癌 他）](#)[学会カレンダー](#)[HOME](#) > [医師TOP](#) > [特集◎「新型」医療訴訟がやって来た](#) > [見落としは99.9%医療側の過失、どう対策する？](#)[特集◎「新型」医療訴訟がやって来た](#)[+ 連載をフォロー](#)[特集◎新型医療訴訟がやって来た《3》画像診断報告書見落とし](#)

# 見落としは99.9%医療側の過失、どう対策する？

2019/12/12

江本 哲朗＝日経メディカル

[医療安全](#)[画像診断報告書](#) [医療訴訟](#) [大学病院](#)[印刷](#)[シェア 0](#)

0

[ツイート](#)

## 過失が認められなかった「イレギュラー」な例も

判例1では報告書見落としの過失は争いなく認められていたが、過去には過失の有無が争点となった裁判もある。

それが2013年11月8日の名古屋地裁判決だ（**判例2**）。これは、胆嚢の異常に加えて肺野の結節が報告書で指摘されていたのに、主治医がその記載を見落としてしまった事案。画像撮影した翌日の再診時に画像診断報告書が主治医の手元になかったことや、本来の精査目的でない肺野に異常が発見されたことなどから、裁判所は「画像診断報告書を確認する義務は現実的ではない」とした。

### 判例2◆2013年11月8日名古屋地裁判決

#### 【事件の概要】

当時70歳代の男性が心窩部痛と吐き気で救急外来を受診。担当したA医師は放射線科にCT撮影を依頼した。A医師はCT画像から胆嚢の異常を指摘し、翌日、消化器科を受診するよう伝えた。当日、放射線科医が作成した画像診断報告書では、胆嚢の異常に加えて肺野の結節が指摘されていた。

翌日、男性が消化器科を受診。同院は紙カルテで、報告書は救急外来に届けられていたため、**消化器科のB医師は報告書を見ることができなかった**。報告書はその後カルテに貼付されたものの、男性がその後、受診しなかったため、B医師の目には触れず。同様に検査をオーダーしたA医師も報告書は見なかった。

1年10カ月後、男性は肺癌の精査のため再度病院を受診。腫瘤が著明に増大していることが判明した（ここで報告書見落としが判明）。翌年、男性は肺癌のため死亡した。

#### 【裁判所の判断】

争点はA医師とB医師が画像診断報告書を確認する義務があるかどうかである。

A医師の注意義務違反について、CT検査のオーダーは単なる検査依頼であって、読影まで求める趣旨ではない。A医師はCT画像から胆嚢の異常を指摘できているのでの確な診断はできている。B医師も診療時に画像診断報告書が届いていない中で、CT画像やその他の検査結果から適切に診断することができている。放射線科の医師が読影したのも診療報酬（画像管理加算2）の算定要件だったからに過ぎず、その要件も全ての画像について報告書の作成を求めているわけではない。

本件は腹部の異常を訴える患者に対して、診療担当医によって患者の訴えに合致する適切な所見が得られたのに加えて、本来の精査目的でない肺野に異常が発見されたおよそ**例外的な場合である**。よって、本件のような状況でA医師とB医師に画像診断報告書を確認する義務を課するのは、現実的とは言えない。

#### 【判決】

請求棄却

（出典：医療判例解説50号87ページ）

この裁判について、患者側の代理人を務めた柴田氏は「かなりイレギュラーな判決だった。画像診断報告書を見落としが医療側の過失にならない判例は、他に聞いたことがない」と明かす。この裁判の後、患者側は判決を不服として控訴した。控訴審では第1回期日で裁判所が「病院側の責任は免れない」との心証を示した上で、和解案として1000万円を提示。双方ともこの案を受け入れ、和解が成立した。

つまり、**画像診断報告書が作成されている以上、主治医がそれを確認せず、適切な対策を行わないのは、それがどんな経緯であっても注意義務違反に問われることになる**というのが現時点での法的解釈になる。

現在、大学病院を中心に報告書の見落としを減らす取り組みが進んでいる。それらの対策は、（1）報告書確認の責任医師を明確化する、（2）放射線科医からの注意喚起の方法を見直す、（3）カルテなどのシステム改修を行う、（4）患者との情報共有を徹底する——という4つの内容に大別される（表1）。「それぞれの病院の体制に応じて、行うべき対策はカスタマイズしていかないといけない」と後氏は話す。

### 表1 報告書見落としを防ぐ対策の例（編集部まとめ）

#### （1）報告書確認の責任医師を明確化する

- ・「検査をオーダーした医師が必ず報告書を見る」など、責任を明確化する

- ・画像報告書の通知の送り先をカスタマイズできるようにして、確認の責任がある医師に確実に送れるようにする

## (2) 放射線科医からの注意喚起の方法を見直す

- ・緊急度合いに応じたマークを報告書に付けるようにする
- ・緊急時は放射線科医が主治医に電話する。準緊急でも後日、患者のカルテを確認して、必要なら電話連絡する
- ・分かりやすい報告書にする（要点を手短にまとめる。専門的な略語を使わない。「～の経過を見てください」「～を除外してください」などの回りくどい表記はなるべく避け、「～の疑い」「～を認める」などと明確に書く）
- ・放射線科医を増やして検査から報告書作成までのタイムラグを減らす

## (3) カルテなどのシステム改修を行う

- ・画像診断報告書の「未読」「既読」を判別する機能を付ける
- ・未読件数は診療科ごとに周知。院内会議でもオープンにする
- ・画像診断報告書の通知画面から、直接、報告書にアクセスできるようにする
- ・医療用画像管理システムに直接アクセスするなど、電子カルテ上の通知は未読のまま報告書が見られる方法で報告書を見ないよう手順を徹底する

## (4) 患者との情報共有を徹底する

- ・画像検査をしたら、翌日以降に必ず再診させて画像診断報告書を基に説明する
- ・画像診断報告書を患者にも見せながら説明する（報告書をそのまま提供することについては、日本医学放射線学会が反対するなど議論あり）

(3) のシステム改修については、2018年度の厚生労働科学研究（医療安全に資する病院情報システムの機能を普及させるための施策に関する研究）でも内容を検討。画像診断や病理診断報告書の見落としを防ぐためのカルテの仕様書項目案が公表されている（[こちら](#)）。

## 意思決定を早めて先手を打つ

一方で、今からいくら報告書の見落としを防いだとしても、数年前に見落として未治療になったままの事例がどこかで今も眠っている可能性は否めない。今後、こうした患者が再度来院し、過去の見落としが明らかになったら……。こうした可能性を十分に想定し、対応を考えておくべきだ。

後氏は「見落としが判明した時点で、先手を打って患者に説明を尽くすことが最も重要になる」と主張する。同氏は現在、九州大学病院で医療安全管理部部長も務めているが、同院では現在、画像報告書見落としのような



事案が出てきた際に、院内会議をすぐに開いて「医療に落ち度があったかどうか」「和解に向けて動くかどうか」「和解金の額をどうするか」など、踏み込んだ内容まで早めに検討するようにしている。「たとえ和解金の額をすぐ提示できないとしても、報告書を見落とししたことについては過失を認め、早めに謝罪することが大事。

一番いけないのは、病院側がどう対応するか迷って患者側に連絡もせず、どうしたらいいか分からない時期を長々と作ること。そうすると不信感を持たれてしまう」と後氏は話す。

「報告書見落としと患者の予後の因果関係が争点になると、医学的な議論を深めることになる」と話す、柴田・羽賀法律事務所の柴田義朗氏。  
(写真：森田直希)

仮に裁判まで進んだ場合は、判例1のように過失と予後の因果関係が主な争点になる。柴田氏は、「因果関係が争点になると医学的な議論を深めることになる。予後に関しては、見落としした時点の病期がどの程度であったかなどが争いとなり、示談できずに判決まで進むケースも多い」と話す。医療側は「早めに治療をしてもそれが効いたかどうかは分からない」と主張する一方、患者側は「早く見つけて治療していれば治った」と考えるものだからだ。癌のステージごとの5年生存率といった統計資料を基に、治療の遅れによる影響を検討することになるが、特に患者がまだ生存している場合などで因果関係の有無や賠償額を判断しにくいケースが実際によくあるという。

そのときに注意したいのが、訴訟が長期化するリスクだ。専門的な議論が必要になる裁判で、患者側に医療にあまり詳しくない弁護士が付くと、和解に向けた話し合いがまとまらなかったり、争点を絞り込めずにずるずると訴訟期間が延びてしまうことがある（参考：[増加中の「新顔」弁護士は手強い？それとも…](#)）。裁判が長期化すると、損害賠償請求が認められた際の遅延損害金（法定利率は年5%）もかさむ。

因果関係の判断が難しく、話し合いがこじれそうな内容であれば、裁判前の和解に向けた話し合いの段階で医療ADRの活用などを患者側に提案することも検討すべきだろう。

