

報告書管理体制加算における当院の取り組みと現状

◎小川 命子¹⁾、植竹 都¹⁾、中田 裕人¹⁾、石黒 弘美¹⁾、三田 尚子¹⁾、吉田 光希¹⁾
学校法人 聖路加国際大学 聖路加国際病院¹⁾

【はじめに】令和4年の診療報酬改定により、「報告書管理体制加算」の項目が新設された。画像診断や病理診断報告書の確認漏れなどの対策を講じ、診断または治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価として新設されたものである。当院では、以前より医療情報課で報告書の結果が患者に伝達されたか確認を行っているが、今回、新設された基準を満たす為の報告書管理体制加算の取り組みについて報告する。

【取り組み方法】当院の体制としては、QIセンター、医療情報課、放射線科、病理診断科等のメンバーで報告書確認対策チームを立ち上げた。医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師が報告書確認管理者として任命された。病理診断報告書の確認は、診療情報管理士が、医療情報課が電子カルテシステムより抽出した病理報告書のデータを元に、病理結果登録から概ね2週間後の未読の発生状況を入院、外来ともに調査している。未読症例については、重要フラグが付与されている医学的対応が必要とされる症例に、診療録(チャートやテンプレート)等で確認を行って

いる。未対応の場合は、主治医等に連絡を行う事としている。

【結果】2023年1月～2023年10月までの未読率(未読件数/総件数)は、入院の組織診43%(1808/4174)、細胞診34%(416/1241)、外来の組織診45%(2464/5483)、細胞診67%(4606/6898)であった。これらの未読症例を診療録で調査した結果、報告書の確認漏れを主治医に連絡した症例は現在まで発生していなかった。

【今後の課題】現在は、依頼医師のみが報告書を開封した場合、既読が付くシステムで、依頼医師以外が確認しても既読とはならない。依頼医師が転科した場合や数名の医師がチームで患者を診る場合等は、チーム内の医師でも開封後に既読となるシステム改善が望まれる。また追加や修正報告を行った場合、再度の報告書の確認が必要となり、効率的なシステム改修が今後の課題となる。本来「報告書の確認」とは、「対応したことを診療録に記載すること」であり、システムの管理することは未構築である。患者安全の視点からの業務改善が必要と考える。03-5550-7007