

令和5年度
横浜市病院安全管理者会議
放射線部会 活動報告

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院
中島義人

横浜市病院安全管理者会議参加施設

- ・ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
- ・ 横浜市立みなと赤十字病院
- ・ 神奈川県済生会横浜市東部病院
- ・ 昭和大学藤が丘病院
- ・ 神奈川県済生会横浜市南部病院
- ・ 国立病院機構横浜医療センター
- ・ 昭和大学横浜市北部病院
- ・ 横浜市立脳卒中・神経脊髄センター
- ・ 労働者健康安全機構横浜労災病院
- ・ 横浜市立市民病院
- ・ 国家公務員共済組合連合会横浜南共済病院
- ・ 横浜市立大学附属病院
- ・ 横浜市立大学付属市民総合医療センター

合計13施設

放射線部会の取り組み

- ・年3回、4カ月毎の部会開催
- ・インシデント(アクシデント) 事例の共有
- ・事故予防対策の共有
- ・全病院共通の取り組みに関する協議
- ・安全教育、安全管理体制の整備に関する協議
- ・安全管理に役立つ情報交換
- ・年1回、本会議で活動報告
- ・中小規模病院への安全対策啓発活動 (HPへの事例掲載)

令和5年度 部会開催状況(年3回)

- ・ **第65回活動部会** 令和5年9月1日(金) 14時～17時 WEB開催済み
報告病院：横浜市大センター病院・昭和大学藤が丘病院・横浜労災病院
済生会東部病院
- ・ **第66回活動部会** 令和5年12月1日(金) 14時～17時 WEB開催済み
報告病院：脳卒中・神経脊椎センター・済生会南部病院・横浜市立市民病院
横浜市大附属病院・昭和大学北部病院
- ・ **第67回活動部会** 令和6年3月1日(金) WEB開催予定
報告病院：みなと赤十字病院・聖マリアンナ西部病院・横浜南共済病院
横浜医療センター

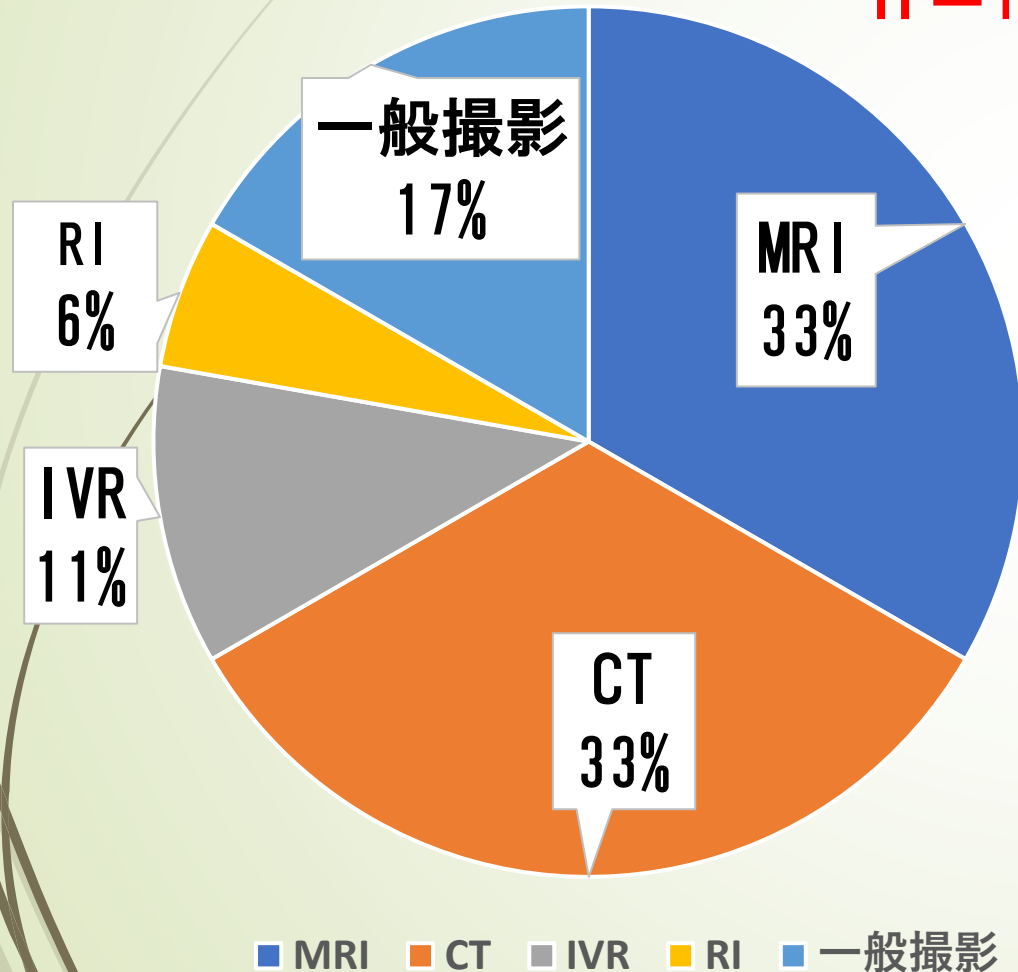
部会内容

- 1、インシデント(アクシデント) 事例報告
参加施設が3回に分けて報告
報告施設毎、2～3事例について検討
- 2、MRI検査時に磁性体を持ち込んだ事例報告
報告施設の事例と内容検討
- 3、どこでも起きる身近な問題についての情報共有

インシデント(アクシデント) 報告数

モダリティ別報告

n = 18



- MRI更衣室での転倒
- MRI撮影条件間違い
- MRI検査中、眼鏡紛失
- MRI検査中での心肺停止
- CT撮影禁忌インプラントへの撮影
- CT検査での移動時、検査台からの転落
- CT造影剤量間違い(幼児)
- CT検査造影剤血管外漏出(ダイナミック)
- CT検査での造影針動脈への誤穿刺
- IVRインジェクター造影剤未挿入
- IVR装置接触事故のより検査延期
- RI検査での装置と患者接触事案
- ポータブル撮影左右間違い
- 骨密度検査での患者間違い
- 他院からの画像データ取り込み間違い

MRI検査室における事例(磁性体持ち込みなど)

- ・ **妊娠中**の患者対応
- ・ 他施設から依頼された患者の体内金属確認、問い合わせ等対応方法
- ・ 患者への**緊急ブザー**の渡し忘れ
- ・ **コンタクトレンズ**の取り扱いについて
- ・ **脊髄刺激療法 (SCS)** 患者の対応
- ・ MRI装置の**クエンチマニュアル**の各施設の整備状況。
- ※過去に自然クエンチ経験が会議参加の2施設で起こっており、
- 1施設では3回の経験があった。

どこにでも起こる身近な問題

- ▶ ・ 自立した患者の**転倒対策**
- ▶ ・ 一般撮影室での**防犯カメラ**の設置について
- ▶ ・ 造影CT時の**皮下漏れ対策**はどの様にされていますか
(注入条件に合わせた針の太さなど変えていますか?)
- ▶ ・ 一般撮影等の**左右依頼間違い**の対策

事例共有(CT検査持ち込み)

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2023.5	CT	外来患者。問診時にCGM 装着を確認したが着けていないと返答あり。問診票にも記載なし。スカウトを撮影したところ、左上腕にデバイスが映っていた。患者に尋ねると血糖を測る機械と答えた。	患者に説明し、検査は中止となった。	検査前に問診したが、患者さんの理解が不足していた。	◆各検査室にあるCGMの写真を活用する。 ◆検査前の正確な問診を心がかる。

【他施設からの意見】

- ・ CGMの写真付きの案内を受付前にも掲示すると効果的だった。
- ・ CGMの消耗品が高価なので、医師の指示で装着したCGMはMRI以外は外さずに検査を行っている。
- ・ 検査室で外すように伝えると患者が拒否するケースが多いため、検査依頼時に医師から説明してる。
- ・ 直接CGMに照射しない場合は外さずに検査を行っている。
- ・ センサが高価なので交換のタイミングに検査を合わせて行う。
- ・ RISの特記事項にCGM装着患者である旨を入力し、次回の検査時の事前情報として活用している。



事例共有(同姓同名患者間違い)

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2023.6	骨密度	※患者間違い(性別と苗字が同一)※ 技師より病棟患者Aを検査に呼んだ。病棟より車椅子で患者Aの診察券と患者Bを搬送し、受付が混雑していたため患者Bを検査室前に待たせ、看護助手のみ受付へ向かった。診察券を出し、「ネームバンドは付いています」と口頭で伝えて受付が終了した。骨密度検査室では、患者Bに名前と生年月日を言ってもらったが、患者名を聞き間違い、また、「生年月日が違うのは患者の勘違い」と判断し、検査を実施した。検査終了後患者Bが「誕生日が違ったけどいいのかしら」と看護師に伝えたことで患者間違いが発覚した。	担当医師より患者Bと家族に説明を行い、患者Aには至急検査を受けていただいた。	受付での名前確認の思い込み。 撮影時の患者からの聞き取りエラー。	検査受付でのバーコード認証のルールを再確認する。 「オーダーと患者呼称が一致しないと撮影をしない」を徹底する。

【他施設からの意見】

- ・患者と診察券が間違えているケースは多い。病棟に患者間違いのインシデントを報告したところ、数が減少したので、事例を共有し注意喚起を行うのは効果的であった。
- ・ワイヤレスのバーコードリーダーであればベッドの患者であっても対応できる。
- ・患者の氏名だけでなく生年月日やID等、複数の項目での確認を徹底する。

事例共有(CT移動時の転倒)

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2022.8	CT	<p>※転倒※ 筋ジストロフィーで電動車椅子の患者（54歳 男性） 車椅子からCTの寝台までは手をそえる程度でご自身で移動ができ、ズボンも降ろすことができた。撮影後、足を降ろし、寝台上で洋服を整えてもらい、技師は後方に倒れないように背中側にいて、その間ふらついたりはなかった。車椅子を寝台に近づけるために、患者から離れ、寝台の反対側に回る（右に移動）ことを説明して動いた。その時に患者が左側に倒れ、頭部固定台に左前頭部をぶつけてしまった。</p>	<p>患者の状態を確認し、車椅子に移動し部長・担当医に報告。放射線科看護師に傷口をみてもらった。担当医から頭部CTの追加撮影の指示があり、撮影後外来にもどっていただいた。</p>	<p>移動や着替えができたので座位の保持もできると判断してしまった。</p>	<p>転倒の可能性のある患者には複数人で対応をする。</p>

【他施設からの意見】

- ・ 移乗する前に酸素や車椅子等の準備を整えて、患者から離れないように意識する。
- ・ 車椅子に移ってから安全な状態で着替えは行う。
- ・ スタッフ一人で対応しなければならない場合は付き添いの方の手を借りるのも選択肢の一つ。
- ・ 効率より安全を重視した手順で指導することが大切。

共有事例(CT移動時の転落事例)

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2023.6月	CT	夜勤帯、看護師と研修医に付き添われストレッチャーにて入室。ロールボードを使い、検査台へ移動。看護師は救急外来の別患者対応のため退室。 検査後、研修医と2人でストレッチャーへ移乗する際、ストレッチャーのロックがされていなかったため、患者はロールボードに乗った状態で滑るように床へ転落した。	患者へ怪我の有無を確認。立位可能であったため、ご自身でストレッチャーへ移乗してもらった。	胃管や点滴ルートに気を取られ、ロックの確認を怠った。研修医がロックをしている思い込みもあった。	職員間の声掛けや移乗前にストレッチャーに触れロックがかかっていることを確認する。

【他施設からの意見】

- ・ ロックをしたらストレッチャーを揺すり、ロックされている状態を実際に確認する。
- ・ 移乗する際はリーダを決め、リーダが安全を確認した後、相互確認をしてから移乗する。
- ・ 移乗するスタッフ人数が少ない場合はストレッチャーの左右を介助者で挟むように介助する。
(ロックが外れても体で固定できるようにするため)

事例共有(手術中ポータブル、左右間違い)

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2023.4	ポータブル	<p>【左右反転間違い】 術中の下顎骨ポータブル撮影正面(A→P)、側面(R→L)を異物確認目的で撮影した。下顎骨撮影のオーダーは、RISとポータブル撮影装置のコンソールとのオーダー連携ができないため、頭部正面(A→P)、側面(R→L)の撮影メニューを使用し撮影した。</p> <p>翌朝、形成外科医師より、術中に撮影した正面画像が左右反転していたと検像担当技師に連絡があった。撮影した正面画像のヒダリ下顎骨に異物があったため除去しようと探したがヒダリ側にはなく、イメージを使用して探したところ、ミギ側に異物があったため、画像の左右反転間違いが発覚したとのことであった。</p>	<p>医師より報告を受けた検像担当技師は担当医師に謝罪し、ポータブル撮影画像を正しい向きに変更し、Synapseに転送した。</p>	<p>・頭部のポータブル正面撮影はA→P方向で撮影を行うため、画像処理がA→P方向でプリセットされていると思い込んでいた。</p> <p>・術中撮影であったため、清潔野が不潔にならないようにFPDに不透過マーカーを貼らずに撮影を行った。</p>	<p>①撮影前に撮影方向(A→P、P→A)と画像処理の方向が合っていることを確認する。</p> <p>②撮影後のポータブル撮影装置のコンソール上で撮影画像にマークを付け、検像端末に転送する際に画像処理が撮影方向と一致しているか確認することを徹底する。</p> <p>③左右の目印になるように、X線不透過マーカー入りガーゼなどを照射野内に置いて撮影を行うようにできるかを診療科医師と検討する。</p>

【他施設からの意見】

- ・システム更新時は一部オーダーが引き継がれないこともあるため、使用する前に全てのプリセット確認する必要がある。
- ・術中撮影であったため、医師とコミュニケーションがきちんととれていればミスに気付けた可能性はある。
- ・医師や看護師等、他職種とのコミュニケーションの取り方の指導は難しい。積極的に挨拶したり、実際に業務しているところを見守ったりして評価する必要がある。

おわりに

- 他施設の多くのインシデントを共有し検討することで危険予知能力の向上に役立っている。
- 日々更新される医療デバイスの情報を他施設と共有することで、安全な画像提供を行うことができる。
- 画像情報のデジタル化が進み、画像情報管理・患者の被ばく線量管理など目に見えにくい部分の管理も放射線部門の大切な医療安全となっている。