

令和6年度
横浜市病院安全管理者会議
放射線部会 活動報告

昭和大学藤が丘病院 放射線技術部

中井雄一

横浜市病院安全管理者会議参加施設 一覧

- ・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

全13施設が参加

放射線部会の活動内容

- ・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6年度 部会開催状況(年3回)

第65回活動部会:令和6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6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
昭和大学横浜市北部病院

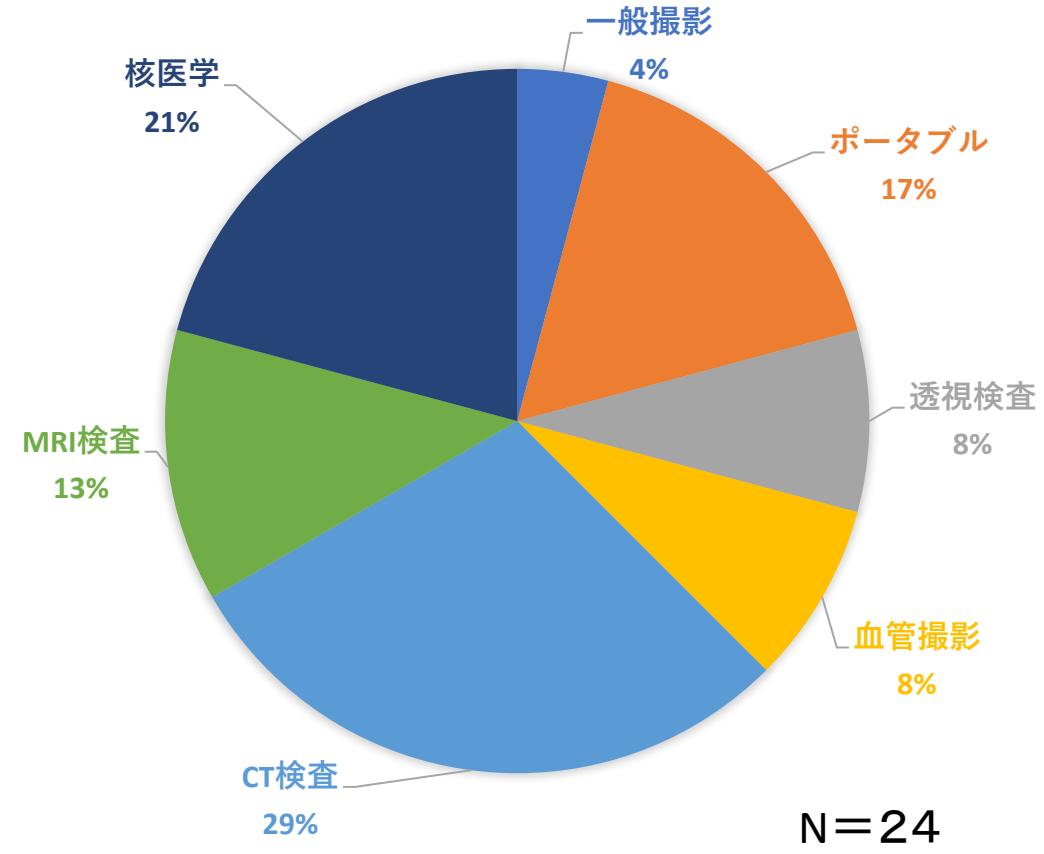
第67回活動部会:令和7年2月3日(月) 14時～17時WEB開催済み
<報告病院>

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

検討事項

- ・インシデント(アクシデント)事例報告
参加施設が年3回に分けて報告
報告施設毎、2～3事例について検討
- ・どこでも起きる身近な問題
参加施設が身近な問題を情報共有

インシデント(アクシデント)報告数



- ・ ポータブルと職員の接触
- ・ ポータブルと手術室ドアの接触
- ・ ポータブルと病棟の器物破損
- ・ ポータブルの抑制解除後の観察不足
- ・ ポータブルの感染対策忘れ
- ・ マンモグラフィー検査転倒
- ・ ミエログラフィー検査造影剤間違い
- ・ DR検査時の患者間違い
- ・ DR検査時の寝台からの転落
- ・ シヤントPTA検査時の器物破損
- ・ CT検査時の刺入部神経損傷疑い
- ・ CT検査時の耐圧チューブ間違い
- ・ CT検査時の造影剤漏れ
- ・ CT検査時の撮影停止忘れ
- ・ CT検査時の患者名取得間違い
- ・ CT検査時の造影剤副作用歴の把握不足
- ・ CT検査依頼医が技師となっていた
- ・ MRI検査時に補聴器の電池が残存
- ・ MRI検査時のルート抜去
- ・ MRI検査時の付属金属による検査中止
- ・ RI検査時の寝台からの転落
- ・ RI検査時の薬剤投与間違い
- ・ RI検査前の薬剤注文忘れ
- ・ RI検査時の動脈穿刺
- ・ RI検査時の穿刺手間違い

どこにでも起こる身近な問題

- ✓ 人工内耳装着患者に対するMRI検査の際に耳鼻科診察について
- ✓ X線TV検査における周辺物品の破損対策について
- ✓ 放射線検査を実施する際に医師から患者へ説明した旨の記録について
また、残している場合はどのような方法で記録しているか
- ✓ 画像の転送忘れの確認方法について
- ✓ 被ばくの管理(医師)の各病院の取り組みについて
- ✓ MRCP検査時の食事制限の周知方法について
- ✓ MRI検査時の体内、体外金属の確認方法について
- ✓ ペースメーカー埋め込み患者さんに対する、MRI検査の予約について

共有事例(ポータブルの接触事故)

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2024年1月	ポータブル	ポータブル撮影終了後、片付けようとポータブル置き場に向かっていった。1名の技師が先導しポータブル置き場のドアを開けて待っていた。ポータブルがICUを出るあたりで、出口のすぐ横にある休憩室側の通路から出てきた看護師とぶつかった。ぶつかった音に驚きポータブルを停止させると、看護師が倒れていて、額より出血していた。	ERにて傷口の処置を行った。	全撮影が終了後ということで、操縦者の気が緩み注意が欠けていた。 看護師は注意して歩いていたところ…	・角にミラーをつける。 ・毎回一時停止。 ・ポータブル運転時の音を鳴らす。

＜他施設からの意見＞

- 一部通路にミラーを設置している(3施設)
- 設定変更にて速度を低下させている
- 狹い場所へは後ろ向きで進入するルールを設けている
- 通路の真ん中を走行するようにしている
- 過去に接触事故がありOJTを強化した

共有事例(ルート確保時の神経損傷疑い)

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2024年7月 CT→RI		看護師によって静脈路確保後、造影を施行した。終了後にルートをキープした状態でRI室に移動し放射線技師がキープされたルートよりRI薬剤を投与した。逆血は確認できなかつたが、生食を流し痛み、腫れがないことは2名で確認した。投与後気分不快がないことを確認して抜針した。抜針後穿刺部位に痺れるような痛みを訴えた。	痛みの発症を確認したところ、CT検査の穿刺の時から持続していることがわかった。放射線科医師に連絡し、問診をしてもらい主科より神経内科依頼の診察をお願いした。	ルート確保時の神経損傷の疑い。	穿刺前後、投薬前後の患者状態の確認をする。

＜他施設からの意見＞

- 部屋にポスター等掲示することで、患者が職員に痛みや違和感を訴えやすくてはどうか
- 静脈路確保を技師が行っている施設から、必ず痺れの有無を確認すること、痺れがあれば針を抜いて医師に報告することを徹底している

＜技師の穿刺に関して＞

- 現時点では数施設であったが、今後穿刺する施設が増加することにより事例が増加する可能性
- 技師の保険加入の必要性について

共有事例(RI検査での薬剤発注忘れ)

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2024年7月	RI	<ul style="list-style-type: none"> ・週末(金)16時に技師Aが放射性医薬品の電話にて薬剤発注を行い、発注記録用紙にチェックをつけた。 ・同日、16時30分に技師Bがオーダリングと発注記録用紙にてダブルチェックを行った。 ・翌週の検査当日(月)8時に技師Cが仕業点検で薬剤の準備を行っていたところ、甲状腺Up take(3、24時間)の患者識別シールが余っていることに気がついたが24時間のフォローの検査だと思い込みそのままにした。 ・検査当日(月)12時50分に技師Dが薬剤投与の準備をしようとした際に薬剤が届いていないことに気がついた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・メーカーに連絡したところ、当日15時30分着で薬剤発注が可能である。 ・患者さんに薬剤が届いていないため予約時間に検査施行不可である旨を説明し謝罪を行った。また、予約時間から2時間30分遅れて薬剤投与及び検査施行することを了承していただい 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬品会社が注文時の音声を確認したところ、該当薬剤を技師Aは発注していなかった。 ・該当薬剤を技師Aが発注していなかったが発注記録用紙にチェックを付けていた。 ・仕業点検担当技師Cが薬剤に貼り付けるシールが一つ余っているのにも関わらず、前日までに薬剤を投与したフォローの検査であると思い込み、他の技師に確認をしなかった。 ・検査担当技師Dが当日の薬剤が届いていないことに気がつかなかつた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・電話での薬剤発注後、ダブルチェック者は注文内容をメール(PET製剤)及びWEB上(RI製剤)での確認する。 ・当日始業点検者は注文内容書と電子カルテオーダー及び届いた薬品が一致していることを確認する。

＜他施設からの意見＞

- 製剤のネット注文はRIOS-NETが便利である。
- ネット注文を利用しており、注文者以外も発注メールが見れるようにしている

＜インシデント事例を繰り返すスタッフへの指導方法に関して＞

- みんなのやり方が違うとエラーが起きやすいので、手順の標準化を行う。違う方法をしていれば指導しやすくなる。
- 事例をグループディスカッションしてみんなで共有する。1週間ぐらいとにかく繰り返し情報を行う。

共有事例(造影剤副作用履歴の確認不足)

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2024年8月	CT	<p>・造影CT検査患者さんより以前イオメロンで体調不良があったとの訴えあった。今回は薬剤を変更しイオパミロンを使用することとなり造影を実施した。検査終了後に気持ちが悪いとの訴えがあり、HR 血圧 SPO2を測定した。ショックバイタルのため放射線科医師よりアドレナリン筋注、ドクターコール要請、放射線医師より再度アドレナリン筋注、20Gルート確保。救急科到着、放射線科医師よりアドレナリン筋注3回目。救急外来へ搬送後、その後入院となった過去の副作用歴を調査したところ、5月の造影CT検査時に顔面の蕁麻疹で処置歴あり。次回ステロイド投与と記載あるが対応していなかったことが判明した</p>	<p>・救急外来へ搬送し治療後、ICUに入院厳重観察となった</p> <p>・安全管理室でカルテ記事や問診票スキャナーデータを調査しアレルギー記載と問題点を精査</p>	<p>・以前イオパミロンでも遅発性のアレルギー様症状あったがカルテ記事と問診票への記載のみで患者基本情報への記載がなかった</p> <p>・RISコメントに入力することになっていたがいずれも記載がなかった</p> <p>・安易に薬剤を変えれば大丈夫との風潮があった</p> <p>①イオパミロンで遅発性アレルギー様症状 ②イオメロンで体調不良 ③イオパミロンでショック</p>	<p>・アレルギー様症状で投薬等の処置を行った際は患者基本情報にアレルギー情報を入力する</p> <p>・放射線技師は投薬等の処置があった患者はRISコメントに必ず患者情報にアレルギー注意と日付と薬剤名を記載する</p> <p>・今後、造影剤副作用カードの運用を始める</p> <p>・業務終了後にアレルギー様症状があった患者の患者基本情報とRISコメントを技師が照合</p> <p>・翌日、医師により再度患者基本情報を確認する</p>

＜他施設からの意見＞

- RISのコメント機能を用いて情報共有の徹底
- 電子カルテの禁忌事項一覧に記載を行う
⇒ただ、RISとの接続がない為カルテをしっかりとみないと分からぬ問題あり
- 造影剤副作用報告書は記載はしているが、検査時の閲覧はしていない(報告書としてのみ機能)
- 問診時における患者さんからの情報収集の徹底

共有事例(ルートブロック時の患者間違い)

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2024年11月	透視検査	<p>ルートブロック検査のため、看護師が患者を検査室へ案内したが、2番目(80代女性)の患者を呼び入れた。この時、医師は1番目の患者のカルテを開いていた。また、放射線技師は、機器に患者情報を登録していた。医師はモニタに表示されている患者名を確認。医師:「〇〇さん(1番目の患者名)ですか?」患者:「はい」医師:「痛いのは右ですか左ですか?」患者:「ひだりです」「医師と放射線技師は、1番目(70代女性)の患者であると思いこんだまま、検査が行われた。検査を終え、家族に説明をする際にはじめて患者間違いに気づいた。</p>	<p>検査担当医師は主治医ではなくかった為、主治医に状況を報告した。1番目の患者も2番目の患者も患部がひだり側だったが、L2・L5と位置が違った為、医師が本人と家族に謝罪し再検査となつた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師による勝手な判断で検査順番が変更となった為、医師・放射線技師に情報共有されなかった。 ・患者本人に名前を名乗ってもらわなかつた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・3人でタイムアウトを行う。 ・患者本人に名前を名乗ってもらう。

＜他施設からの意見＞

- タイムアウトを毎検査行う
- 必ず本人に名乗ってもらう(生年月日やID等、複数の項目での確認を徹底)
- 同意書を用いて確認を行う
- 事前に痛みの箇所に関して問診票を行い、検査入室時に患者さんから取得する
- リストバンドを用いたバーコードの読み取り(入院患者)
- タイムアウトのやり方(順番)を統一(医療安全管理室の介入)

まとめ

- ・各施設で発生したインシデント事例を共有・検討することで、スタッフの危険予知能力を高め、医療安全の向上に役立っている。
- ・放射線部門における業務上の課題や、どの施設でも発生し得る日常的な問題を共有し、放射線部門全体に関わる課題に対して施設毎のルールに則った対策を講じることができる。また、現場レベルでの問題に対しては実践的な改善策を話し合い、安全で円滑な業務環境の整備を進め、患者さんに安心で安全な医療を提供できる。



昭和大学
SHOWA University