

令和7年度 横浜市病院安全管理者会議 放射線部会 活動報告

横浜市立市民病院 画像診断部

澁谷 誠

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
- ・ 昭和医科大学藤が丘病院
- ・ 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
- ・ 昭和医科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
- ・ 横浜市立大学附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7年度部会開催状況（年3回）

第71回活動部会：令和7年9月1日（月）14時～17時 会場とWebのハイブリット形式

＜報告病院＞

横浜市大センター病院・昭和医科大学藤が丘病院・横浜労災病院・済生会東部病院

第72回活動部会：令和7年11月7日（金）14時～17時 会場とWebのハイブリット形式

＜報告病院＞

脳卒中/神経脊椎センター・済生会南部病院・横浜市大附属病院・昭和医科大学横浜市北部病院

第73回活動部会：令和8年2月2日（月）14時～17時 会場とWebのハイブリット形式

＜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
・横浜市立市民病院

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

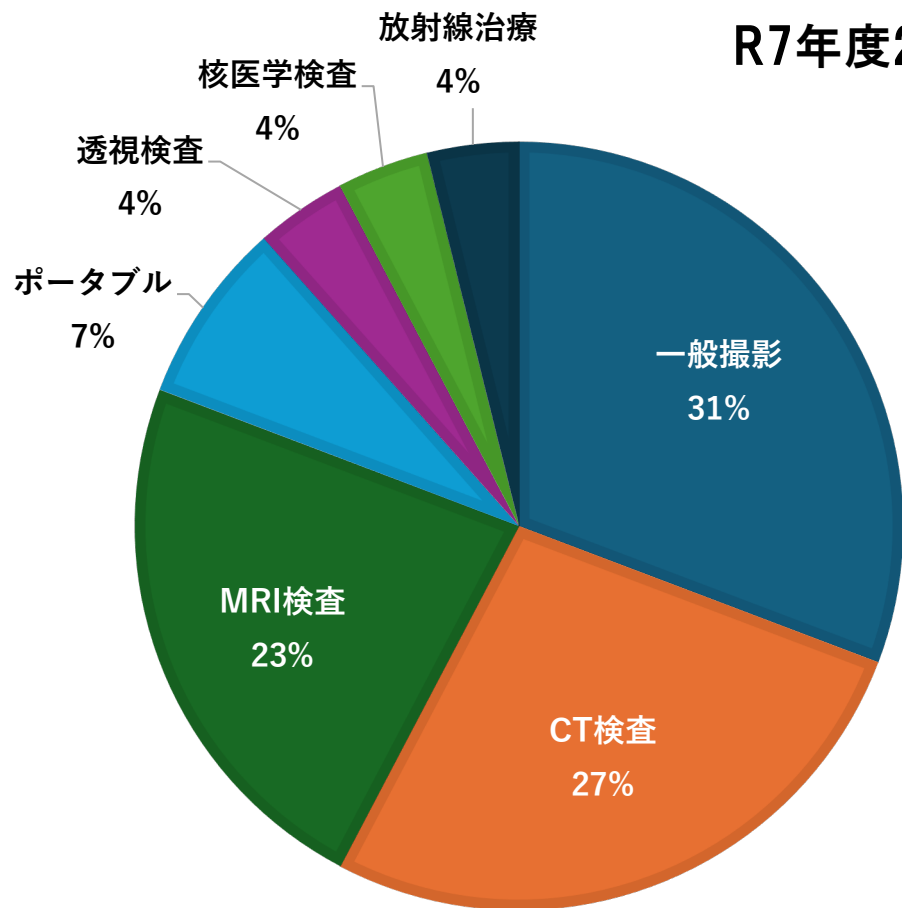
報告施設毎、2 ～ 3 事例について検討

- ・ 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

R7年度26件



一般撮影での装置の間違った取扱い
一般撮影における部位間違い
一般撮影における指示間違い
一般撮影における持続グルコース測定器装着
一般撮影における創傷治療デバイスでの再撮
一般撮影における車いす患者の対応
一般撮影においてPCの内蔵時計不良による日付違い
ポータブル撮影における指示間違い
ポータブル装置によるエレベータ破損
CT検査での患者情報の取得間違い
CT検査台とベットの接触
CT造影検査にて造影ルートへの破損
CT造影検査にて禁止造影剤の記載間違い
CT検査における移乗時の皮膚損傷
CT検査にて使用中の点滴廃棄
MRIにおける患者に金属球（異物）が貼られていた
MRIにおける他院のペースメーカー患者の対応
MRIにおける金属持ち込みの未遂
MRIにおける金属が付いているカテーテル持ち込み
MRIにおける金属含有軟膏によるアーチファクト発生

透視撮影における始業点検中に他職の立ち入り
核医学検査における薬剤未発注による検査延期
放射線治療での患者急変

どこにでも起こる身近な問題

- ・ MRIの画像調整によるボランティアスキャンの取り扱い
- ・ 検査開始時のタイムアウトの施行
- ・ X透視検査室において検査に必要な物品が検査台との接触による破損
- ・ MRI検査における撮影室内に金属物の持ち込み等の経験

など

事例共有 1（放射線治療にて患者急変）

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2025/3/31	放射線治療	<p>頸部放射線治療の患者さんにて治療準備時、治療台に寝かせたところ痰が溜まっているとの訴えがあった。治療担当の看護師により吸引処置をしてもらい、本人にも治療の継続が可能かどうか確認をして治療を継続した。</p> <p>セットアップを終え治療室にて照射位置確認等準備を行い、操作室にて照射準備を行っていたが監視モニター上で足をばたつかせるような仕草を確認した。準備を中断し急いで治療室に入り治療用シェルを外したところ呼びかけに反応しなかった。</p> <p>他の治療スタッフを呼ぶとともに、コードブルーを要請。この時点でSPO2 76%。ストレッチャーに移乗した際に意識レベルも改善しSPO2 96%。</p> <p>ERへ搬送となった。</p>	ER入室時は意識レベルclear。 酸素化も十分に保たれていたが、当日の放射線治療は中止となった。	患者さんは緊急用のブザーを持たせていても本当の緊急時にはブザーを押せない。 誤嚥による窒息。	呼吸状態の悪い患者さんにはSPO2モニターをつける。また監視モニターでの観察も十分に行う。 患者急変時シミュレーションの実施。

【他施設からの意見】

- ・ 全員シェルの人はSPO2モニターをつけて治療をするという選択肢もある。
- ・ モニターをつける場合は、シェルとの干渉により患者への痛みにつながる可能性がある。

対策が必要。（全員につけるのは難しいのでは）

→経過をみて必要時につける（治療が進むとシェルとの間に隙間ができるので干渉しないではれる）

事例共有 2（MRIにおける金属物の持ち込み）

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2025/11/12		8歳の患児がMRI用の小児ストレッチャーで外来からきた。そのストレッチャー下部にある酸素ボンベホルダーに酸素ボンベが装着されており、そのままMRI検査室に入りそうになった。	入る直前で気づき酸素ボンベを外した。8歳の患児は眠らせていたので、技師が患児を抱き抱えて入室した。	酸素供給が不必要な患者だったのに、酸素ボンベが置いてあった。	酸素ボンベが常にストレッチャーに配置されている可能性があり、調査したところ酸素ボンベの常時配置は無かった。よくよく調べるとMRI用ストレッチャーだと思っていたストレッチャーはMRI対応では無かった。このことは医療安全管理委員会や看護師長会等で周知をおこなった。

【事例共有】

誰が貼付したかは不明だが、黄色地に黒文字で「MRI用」と書かれたテプラが機器に貼られていた。外観上は「正規のラベル」のように見えたため、現場では疑うことなくMRI対応機器として運用されていた。過去にも数回MRI室へ入室させたことがあったが、「磁性部品がたまたま少なかった」「MRI装置に近づけすぎなかった」などの要因により、幸い大きな事故には至っていなかったと考えられる。しかし今回、他職から「本当にMRI対応か怪しい」との指摘があり、確認したところ、実際にはMRI対応ではない可能性が判明した。この指摘がなければ、誤った認識のまま運用が継続され、重大なMRI事故につながっていた可能性が高く、非常に危険な事例であった。

事例共有 3(CT検査における移乗時の皮膚損傷)

発生年月	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
2025年5月	CT	CT検査が終了し、担当した技師2名と付きそいの看護師1名が検査室に入室した。患者の右側に看護師が1名、左側に放射線技師2名がいる状態で寝台を引き出した。その際に患者の手が寝台からはみ出しており、寝台の基部に右手が接触した。見ると手背の皮膚がめくれていた。(皮膚の状態はよくはなかった)	付き添っていた看護師がガーゼで応急処置を行い、主治医に連絡した。	観察漏れ・不足で固定ベルトが緩かったことが分かった。	(呼吸器導入等)体勢維持が不可能な患者さんの場合、補助具等使用し、固定をより強固にしたりバンドから腕や手が出ないようにし、足らない場合にはタオル等で保護するなど行うにした。またスタッフ間で患者さんの見づらい場所は周りの方に協力を得ながらベット操作を行い、コミュニケーションを取り合うこととした。

【他施設からの意見】

- ・「レールの隙間に挟まらないよう、オプションの透明ビニールカバーを導入している。これは血だらけになるのを防ぐ意味もある」と具体的な対策が紹介された。
- ・対策としては体勢維持困難な患者には補助具＋より強固な固定。バンドから手足が出ないようにタオル等で保護。「見えにくい場所」は声掛けしながらベッド操作。
- ・移乗の際に車椅子の足台の下に足が入り込んで皮膚が裂けそうになるという事例があり。

この点について、車いすの足台が根元から外せるものが多いとの発言があり、移乗する側の足台だけでも外すと安全性が高まるといった工夫が挙げられています。

- ・リハ部門と連携した「移乗訓練」は、多くの施設で好評ですので、まだ実施されていないところは検討されると良いかもしれません。

まとめ

- 他施設の多くのインシデントや日々更新される医療デバイスの情報等を共有し検討することで危険の予知能力向上に役立っている。
- 放射線部門に共通する業務上の課題や日常的な問題を共有し、各施設のルールに沿って改善策を検討できる。そして、それをもとに現場レベルでの課題についても実践的な対策を話し合いながら、安全で円滑な業務環境を整えていくことで患者さんに安心・安全な医療を提供ができる。