

平成23年度 放射線部会・報告

平成24年2月28日

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院

画像診断部 岩瀬 雅則

参加施設(13施設)

- ㊤ 横浜市立市民病院
- ㊤ 横浜市立脳血管医療センター
- ㊤ 横浜市立みなと赤十字病院
- ㊤ 恩賜財団済生会 横浜市南部病院
- ㊤ 聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院
- ㊤ 独立行政法人労働者健康福祉機構 横浜市北東部中核施設 労災病院
- ㊤ 昭和大学横浜市北部病院
- ㊤ 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院
- ㊤ 昭和大学藤が丘病院
- ㊤ 恩賜財団済生会 横浜市東部病院
- ㊤ 国立横浜医療センター
- ㊤ 公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター
- ㊤ 公立大学法人 横浜市立大学附属病院

部会開催

会場：市大センター病院会議室

◆ 1回（第38回） 平成23年 4月25日（月）

- 報告：市大センター、昭和藤が丘、
- 7施設9名参加

◆ 2回（第39回） 平成23年10月19日（水）

- 報告：脳血管、済生会南部、昭和北部、済生会東部、市大付属、
- 11施設13名参加

◆ 3回（第40回） 平成24年 2月 1日（水）

- 報告：みなと赤十字、聖マリア西部、南共済、市民、労災、
- 11施設13名参加

部会内容(報告・検討)

1. 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
2. MR検査室に磁性体を持ち込んだ事例報告
報告施設毎、事例数と内容検討
3. 装置に関する問題点の情報収集
各施設の装置一覧と装置特有の問題点
4. その他
5. 年間のインシデント事例の集計
状況把握し、今後の対策目標の資料

1. インシデント事例 (取違え)

撮影における患者間違いの様々な事例

(要因)

待合所で呼んだら、別患者が入室して来た
難聴者や救急患者への患者確認不足
病棟から来た患者が他人の診療券を持っていた
RISから撮影装置へ患者情報登録間違い……

(対策)

患者に氏名を名乗っていただく
入院患者等はネームバンドも確認する
診療券・依頼伝票・撮影機器と照合して指差し呼称
確認マニュアル(手順)の順守……

1. インシデント事例 (医療機器)

CTA(CT造影検査)にて

スキャンを自動で開始するように大動脈にROI設定したが、本来より早く撮影が始まってしまった

(原因)

上大静脈に到達した造影剤のアーチファクトの影響で、ROI設定部分のCT値が上昇した為、本来の造影剤が到達前に自動でスキャンが開始した。

(対策)

大動脈にROIを設定するが、造影剤到達をモニタリングし、手動スタートとした。

2. MRI検査室に 磁性体を持ち込んだ事例

MR非対応の車椅子で入室してしまった

(原因)

入室前に患者の金属チェックを行った際にMR対応の車椅子(大きく表示あり)へ移動を忘れ、入室時にも再確認を忘れた。

(対策)

『車椅子を交換しました』(カード)等を作成し、患者に金属チェック済シートと一緒に持たせ、入室時に再確認する。
入口に吸着事故の注意書きを貼り、注意を促した。

2. MRI検査室に

磁性体を持ち込まないために

患者の体内・体外の金属(磁性体)
医療用器具 や 職員の持ち込み

(要因)

依頼医師の確認不足 ・患者の記憶が不正確
問診票への記載漏れ ・MR室でのチェック漏れ

(対策)

電子カルテ・RISなどに、禁忌情報等を入力しておき、
予約や検査時にチェックされるシステム。

チェックリストを基に確認(本人・職員)、金属探知機
器具等の識別・説明書確認・情報周知・研修

3. 装置特有の問題点の検討について

↳ 各施設で、装置・抱える問題点

使っていて感じる問題点などの情報を報告により共有してきた

↳ 現在、フォーマットを統一し情報を集積

装置名・メーカー・型式・設置日・保守状況・問題点

について各施設(9施設)から一覧で情報を収集した

↳ 今後、共有した情報を施設間でさらに検討する

患者の安全を担保できるような装置・器具を目指し

今後、どのようにメーカーへ改善要望して行くか検討する

4. その他

患者へ**検査説明専用ブース**を

設けている施設・・・5施設

内容 胃がん・乳がん等

(検診説明DVDを見せている)

CT・MRI・UGI・BE・RI・エコー・PET・内視鏡・・・

(検査概要・注意事項・前処置など予約説明)

担当 主に外来の看護師 ・検査担当者

今後、各施設で必要になるとの認識で一致
設置に向けた動きも・・・

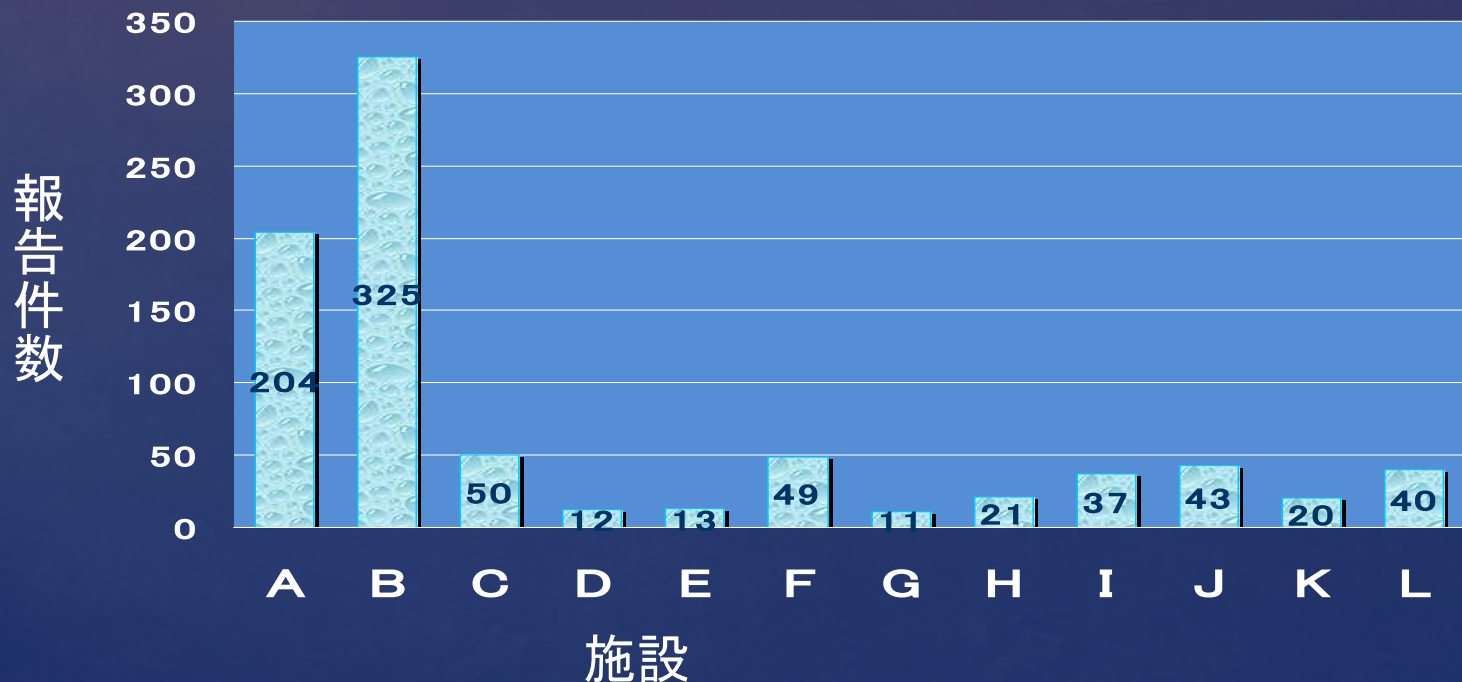
5. 年間のインシデント事例の集計

② 2011年1月～12月のデータを集約。

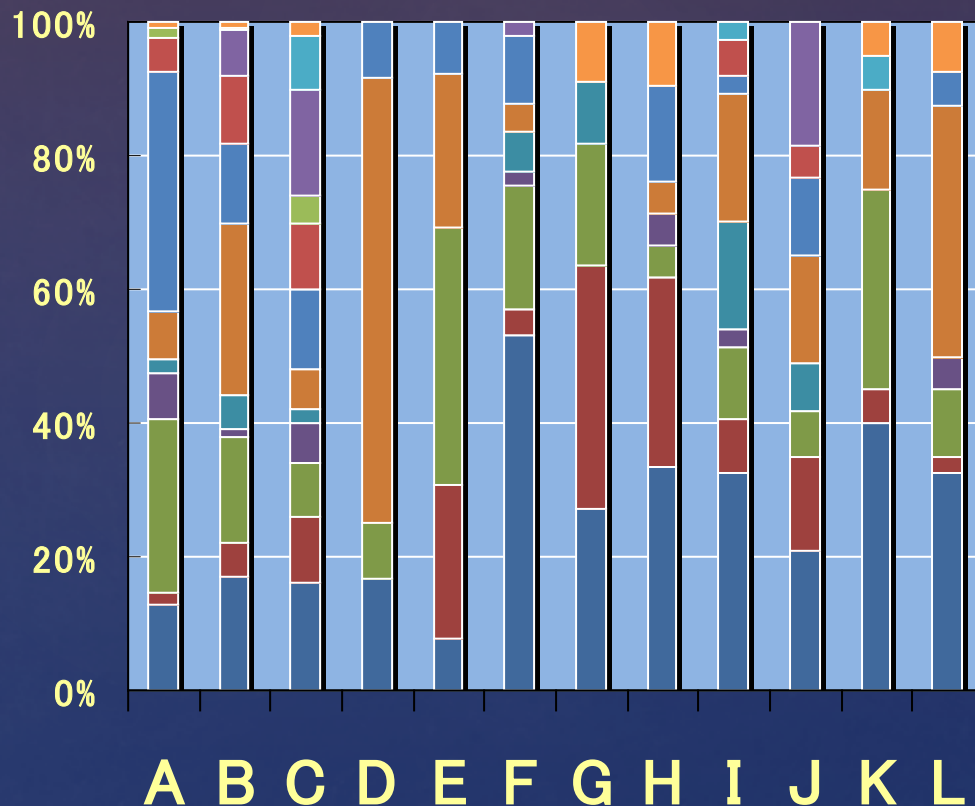
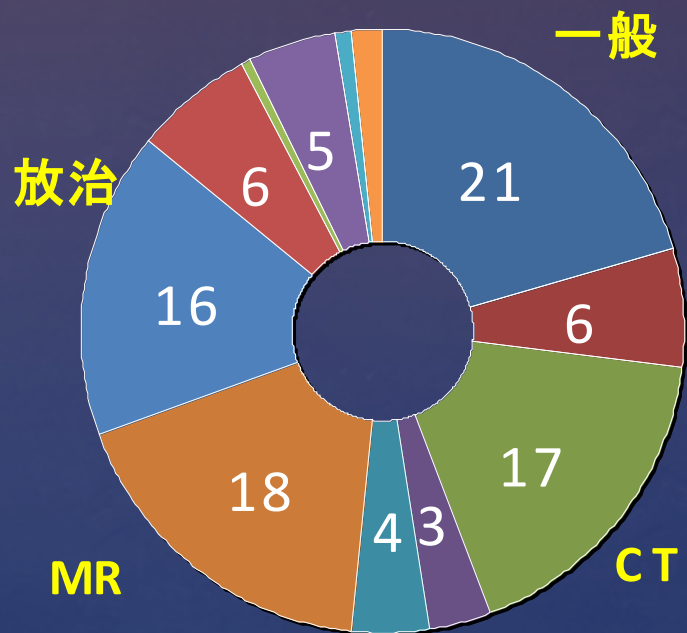
(13施設中の12施設のデータ)

③ 年間事例の分析

各施設のインシデント事例報告数



事例の部門別割合(%)



全体

施設

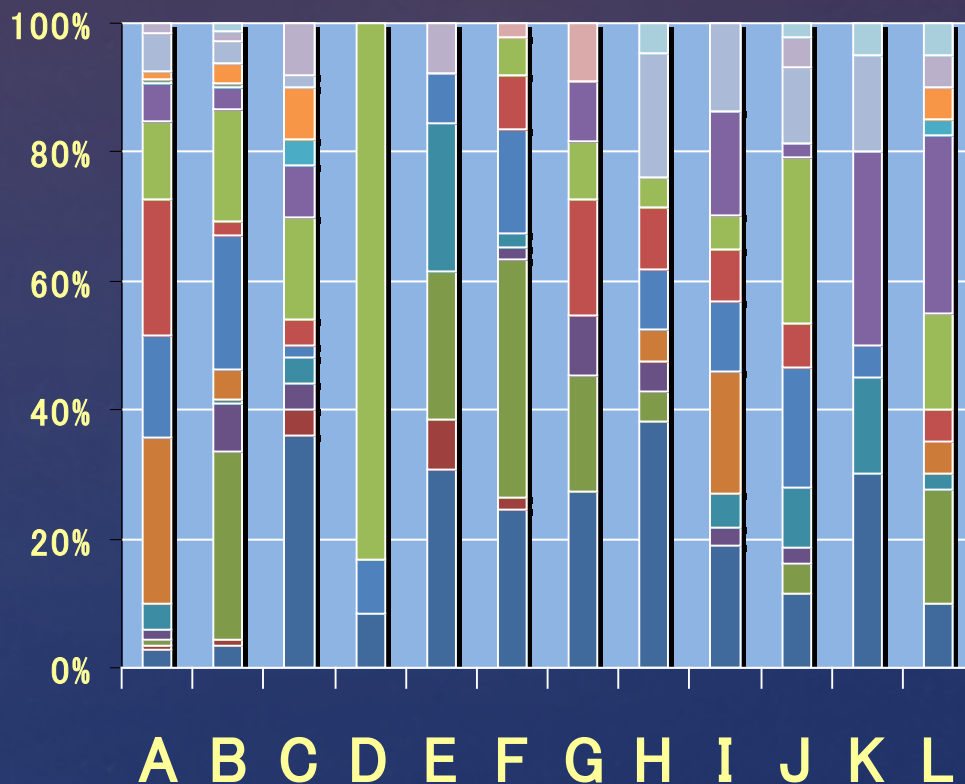
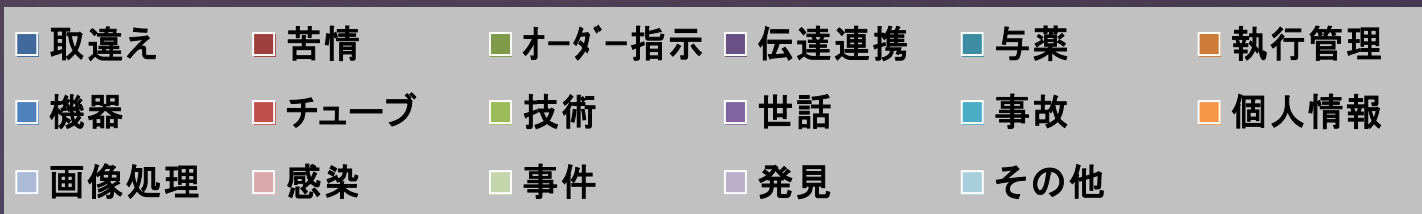
事例の種類による分類

取り違え	患者(オーダー) 患者(搬送・移送) 患者(撮影) 部位 写真 書類 薬品 その他
苦情	職員言動 職員態度 診療内容 待ち時間 設備機能
指示(オーダー)	オーダー無し オーダー間違い 禁忌事項未確認
情報伝達(連携)	連携ミス(送り手) 連携ミス(受け手) 報告遅延 連絡・相談なし
薬剤(与薬)	副作用 誤嚥 誤注入・誤注射 量・速度間違い
執行管理	前準備不十分 事前連絡無し 時間不遵守 医師手配不備

医療機器	誤動作 故障 機器破損
酸素・ドレーン・管	漏れ 抜去 接続外れ 破損・切断 流量設定ミス
放射線技術	機器操作ミス X線制御ミス 属性入力ミス 撮影計画ミス 補助具取扱いミス 磁性体除去ミス RI調剤ミス
静養上の世話	転倒 転落 衝突・圧迫・落下 擦傷・挟傷 物損 様態変化
放射線事故	治療誤照射 IVR被ばく 汚染 従事者被ばく 線源紛失

個人情報管理	写真 PACS画像 診療券 カルテ レセプト 医療情報
画像処理	入力ミス 処理ミス 処理不良 転送ミス 画像誤消去
感染	針刺し 空気飛沫 血液 接触
事件	傷害 盗難 恐喝 居直り 不審者 不審物
発見	手技上のトラブル 施設設備
その他	

事例の種類別割合(%)



全体

施設

事例の要因による分類

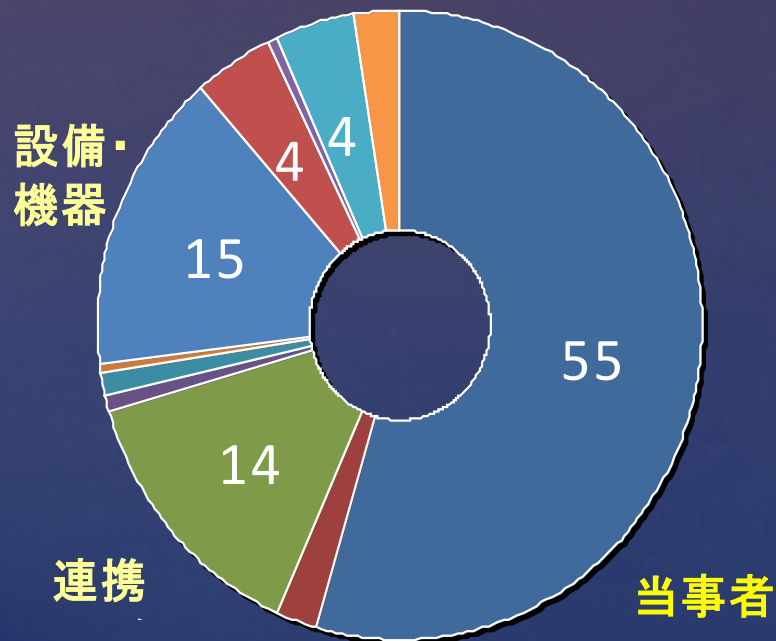
当事者に関すること	知識不足
	誤解
	技術不足
	技術未熟
	技術間違い
	確認不足
	判断ミス
	観察ミス
	ルール違反
その他	
病院システム	ルール・手順
	オーダーリング
	物流
	自走台車
	医療情報
	病歴
	医事
安全管理	

連携 (送り手)	医師 看護師 事務 技師 その他
連携 (受け手)	医師 看護師 事務 技師 その他
作業環境	整理整頓 照明 音 動線 広さ レイアウト 障害物
記載	ミス 分かりづらい 漏れ その他

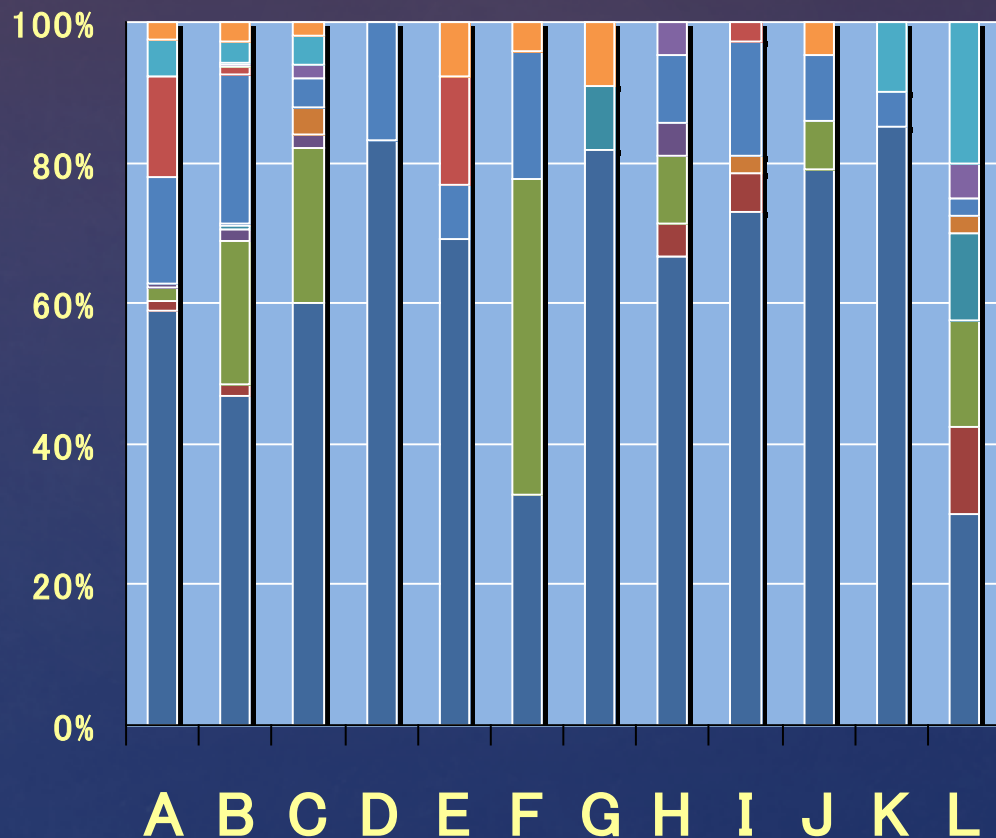
設備・機器	誤操作 誤作動 管理ミス・不足 機器的故障 人為的故障 修理ミス
患者説明	不十分 間違い その他
勤務状態	多忙 業務中断 同時複数業務
教育・訓練	不十分 マニュアル不備 引継不備
患者容態	幼児・小児 高齢者 搬送患者 点滴歩行 杖歩行
その他	

事例の要因別割合(%)

- 当事者 ■ システム ■ 送り手 ■ 受け手 ■ 作業環境 ■ 記載
- 設備機器 ■ 患者説明 ■ 勤務状態 ■ 教育訓練 ■ 患者容態 ■ その他



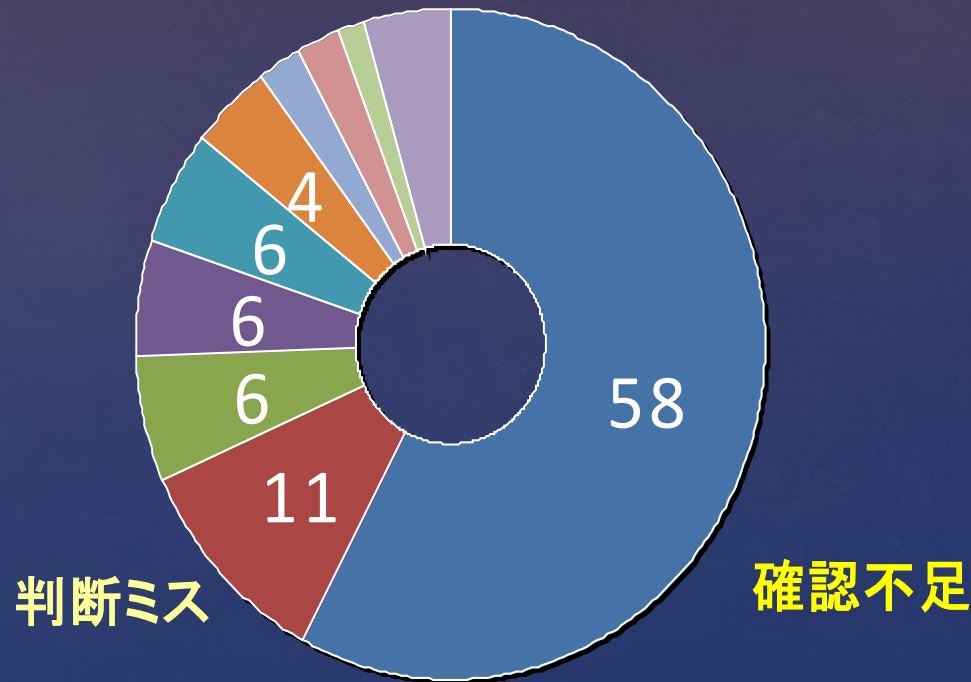
全体



施設

要因が当事者の詳細分類(%)

- 確認不足
- 判断ミス
- ルール違反
- 知識不足
- 観察ミス
- 技術未熟
- 技術不足
- 技術間違い
- 誤解
- その他



5. インシデント集計結果

- ⌘ 施設により報告事例数に大きな差がみられた
- ⌘ 全体では、発生部門・種類に明らかな差は見られなかった
但し、施設別に見ると傾向は様々な事から、事例の提出基準に差があるように思われた
- ⌘ 発生要因では当事者に関する事が半数以上で、
更に確認不足によるものが半数以上だった
- ⌘ この集計結果を受け、
部会及び各施設ごとに対策を検討していく必要がある

まとめ

- ⓧ MR検査室へ磁性体の持込が後を絶たない状況
MR禁忌の既往歴・注意事項の共有・入室前チェック体制等
経験を生かす取り組みが必要
- ⓧ 装置特有の問題点を検討し、
各施設間で改善が必要と認めた場合は
部会としてメーカーへ要望して行けたらと考える
- ⓧ 検査説明用ブースの設置で患者サービスの取り組み報告
- ⓧ 施設により事例報告の数と内容(種類)に差を認めたが、
事例の提出基準に差があるものと思われる
- ⓧ 発生要因では当事者の確認不足が多く、対策が必要