

2020年度 全国病院経営管理学会 診療放射線業務委員会

# 「放射線部門の安全対策」

～今、備えておくべき対策～

アンケート結果報告

## 5. 医療安全

---

診療放射線業務委員会委員

慈生会 野村病院 放射線科

清水 賢均

## アンケート項目

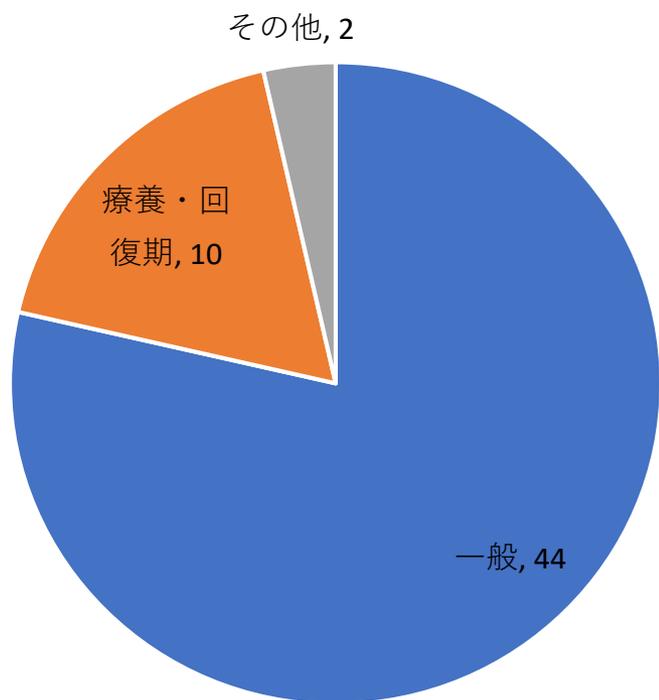
### 5. 医療安全について

- ①患者誤認対策方法
- ②アクシデントについてRCA分析を実施状況
- ③他院画像データCT取り込み担当者
- ④画像データCD作成者
- ⑤画像データCDにまつわるインシデント
- ⑥MRIの吸着事故事例報告
- ⑦MRI検査前の心臓ペースメーカー有無の確認方法
- ⑧MRI検査に係るインシデント事例報告
- ⑨造影CT検査前後のヒグアナイド系糖尿病薬の休薬確認
- ⑩CT検査に係るインシデント事例報告
- ⑪放射線部門の医療安全対策での不安事項

# 1. 集計数

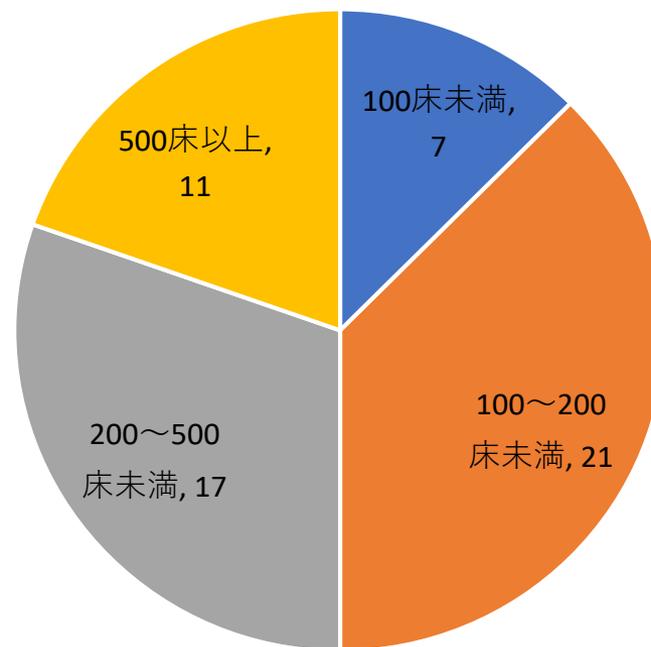
56施設から回答 (N=56)

## 業態種別



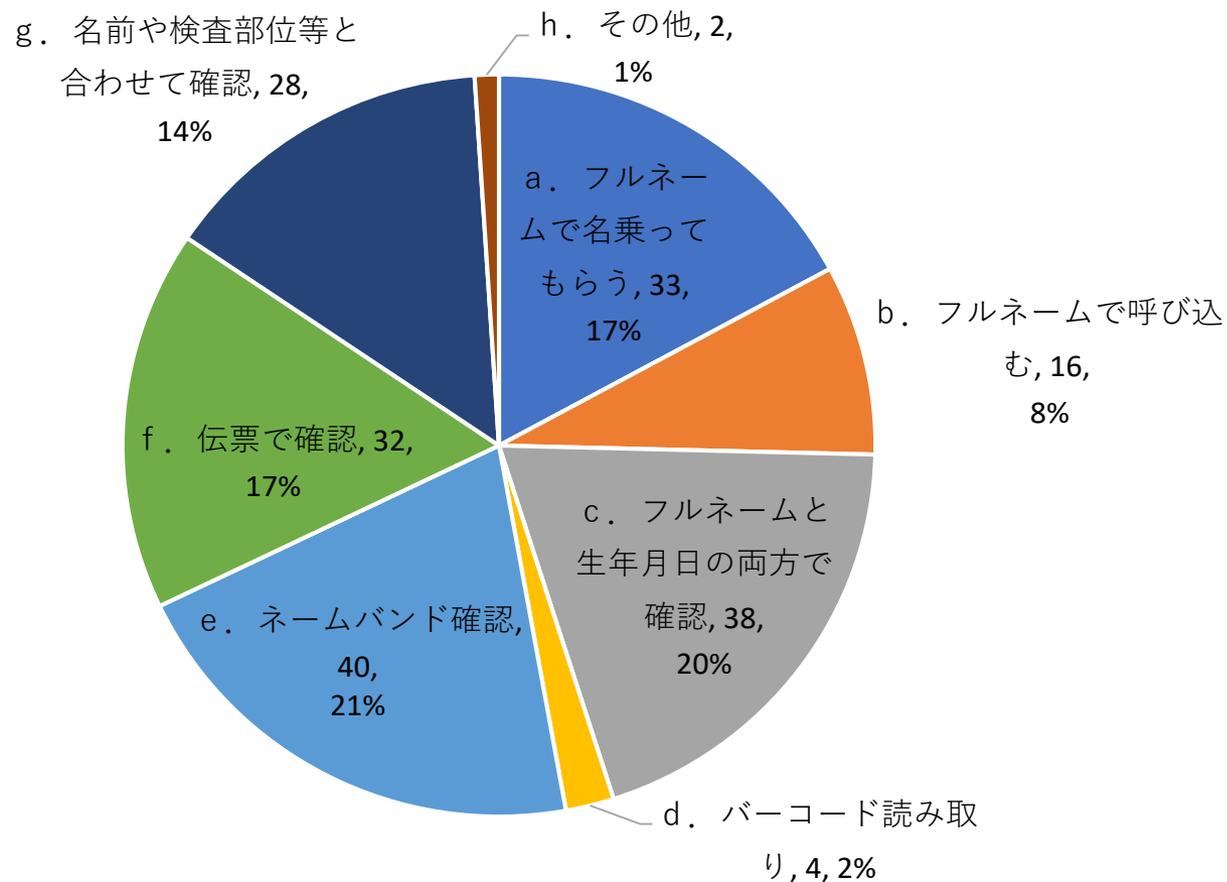
(n=56)

## 病床数



(n=56)

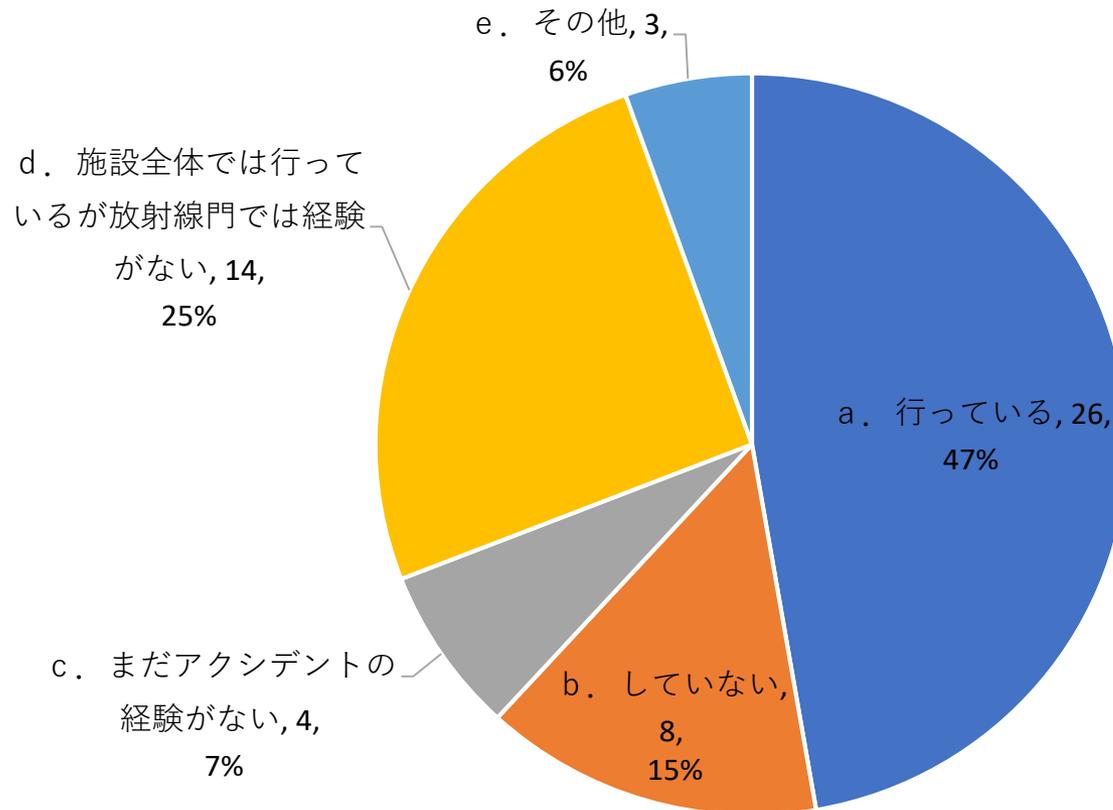
## 5-①患者誤認対策方法 複数回答あり



### その他

- ・受付時に患者依頼表でバーコード確認し番号の記載の紙を渡し、番号で検査室に誘導、検査室内でフルネーム確認
- ・装置表示の名前と名乗ったフルネームの照合

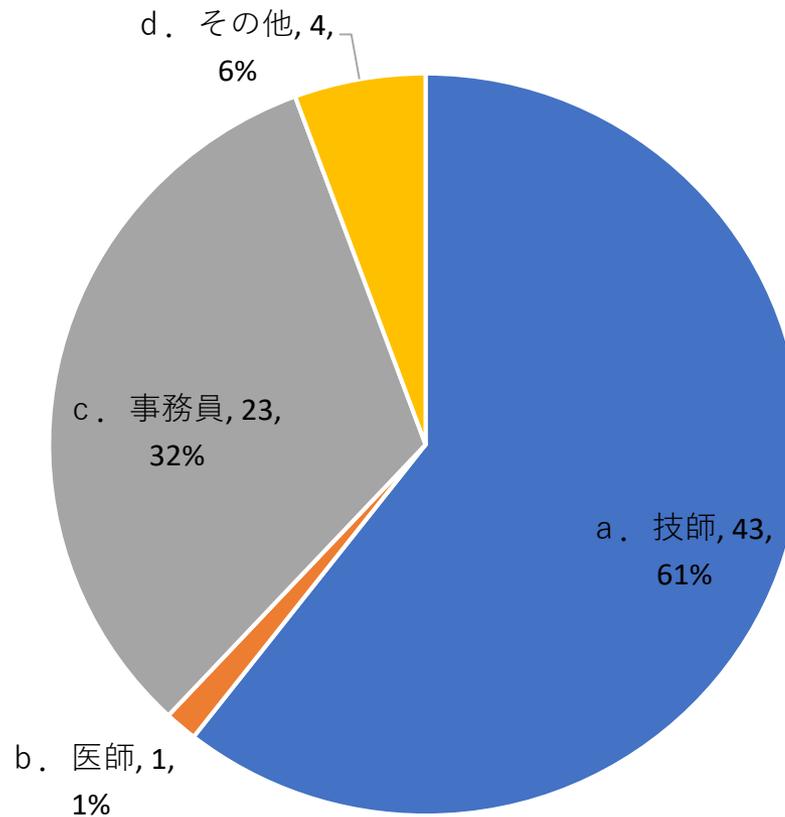
## 5-②アクシデントについてRCA分析を実施状況



### その他

- ・医療安全対策と協調して行ったことがある
- ・他職種が関わる事例の場合に行っている
- ・重要案件のときはおこなっている

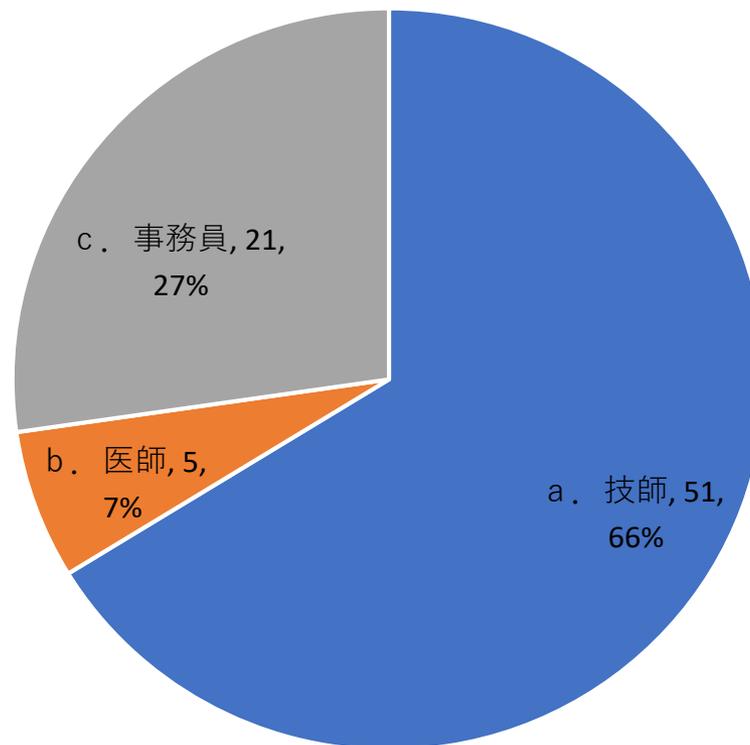
## 5-③他院画像データCD取り込み担当者 複数回答あり



### その他

- ・他院の画像取り込みはしない方針 3件
- ・PCでの閲覧のみ

## 5-④画像データCD作成者



その他  
なし

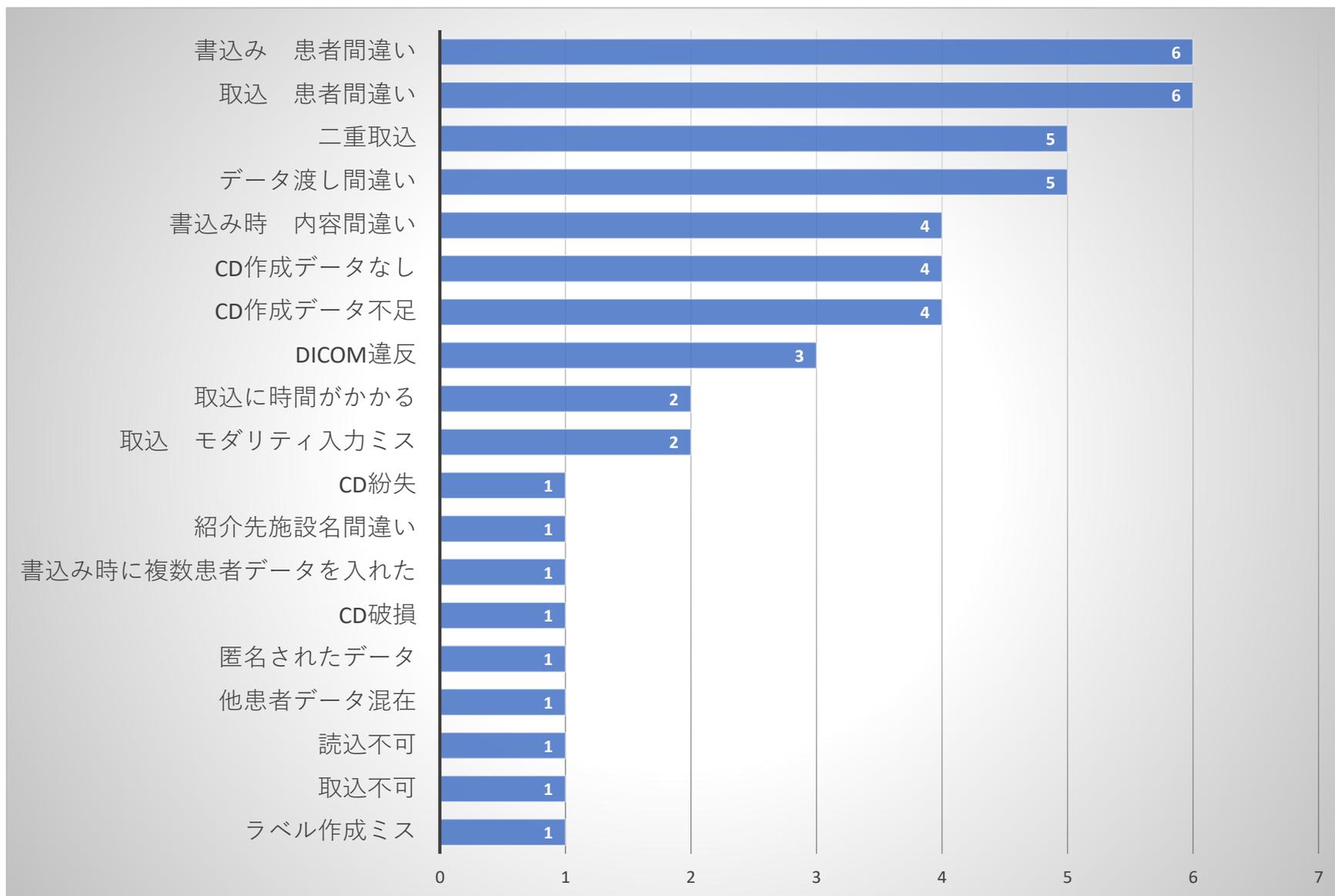
## 5-⑤画像データCDにまつわるインシデント1

- (患者の)画像取り込み間違い
- ・二重での取り込み・作成の際の、画像選択不足
- ①一媒体中に異なる2名の患者さんデータを書込み紹介先に提出した。②院外紹介検査にて当日検査画像とは別の以前の検査(過去画像)を紹介先入れ提出した。
- CDR作成時に出力枚数が不足していた。現在は作成後に再読み込みし中身を確認している。
- CDにデータが書き込まれていなかった
- CDにデータが入っていなかった
- CD作成の依頼が複数重なった際に、違う患者のCDを渡してしまった。
- CD作成時に依頼とは違う画像(同一患者)を作成した。
- CD作成時のモダリティ間違い
- CD書き出し端末のフリーズ
- CTとCRを見間違い作成。Wチェックも通過してしまい、患者の手に渡りセカンドオピニオンに行ってしまう。後日クレームが出て。
- DICOM非準拠
- DVD作成時のインシデント ・作成内容の相違 ・DVDラベルの氏名やID誤り
- データの書き込み不足等、間違いがあった。
- 一部データの作成忘れ、紹介先の施設名取り間違え、作成時の患者間違い
- 画像データCD(取り込み・作成)は本院で作業。病院間の移動時にCD紛失。
- 患者が同じデータCDを来院毎持ってきて、二重収録。 対策として、一度収録したCDには小さなシールを貼り、説明文を添付し返却しています。
- 作成したCDにすべての画像データが入っていなかった。
- 作成したDVDを、依頼者が受け取りに来た際に、他患者のDVDを渡しそうになったことがある
- 作成時にCDの表紙と中身の氏名が異なっていることに気付かず、紹介先施設より問い合わせがきた。取り込み時に患者氏名が誤っていることに気づき、紹介元へ確認の連絡をした。

## 5-⑤画像データCDにまつわるインシデント2

- 作成時に画像を選択しなければならないときに、保存されていない画像があった。
- 取り込みができない。データCD作成後追加のオーダー。複数作成したとき間違えて違う人に渡してしまったことがあった
- 取り込みモダリティ入カミス・書込みCDラベルミス
- 取り込み患者間違いや作成後患者に返却する際の渡し間違い
- 取り込み作業はMWM接続を行っているためインシデントはないが、CD作成の際はIDを手入力で画像データ検索を行う為、希にIDの打ち間違いがある。しかし同じIDでレーベル印刷を行い一連の作業でCD作成を行っているため、レーベルに印字されている内容を確認する際に間、違いが発覚し大事には至っていない。
- 紹介元からCDRにデータが入っていないと問い合わせあり発覚。再度焼き直しし、連携課に届けていただいた。他院DICOM規約違反が時々あり取り込めない
- 紹介元からのCDRに名前と生年月日がないと、取り込まない。
- 紹介先施設でCDが読み取れない。
- 情報編集時に患者を間違えて送信した
- 全てバーコード(患者ID)で行っており特にない。二重取り込みがたまにある。
- 他患者データの混在。匿名化されたデータCDの持ちこみ。ディスクが割れていた。
- 当院IDが違う患者のIDを記載した依頼があり、放射線技師が取り込む際に間違いに気づき発覚した。他院DICOM規約違反が時々あり。インシデントではないが、他院CDに大量のシンスライスデータがあり、読み取りに時間がかかることがある。
- 当院から提供した画像が先方で取り込まれ、再度、追加検査画像とともに取り込みを依頼されたことがあった。取り込む前に該当患者さんの過去検査履歴を確認し重複しないように対応している。
- 当院から提供した画像が他施設からの紹介用CDに含まれていて、当院の検査から取込画像となり、当院検査として紐付きが崩れた事がある。今は取込時にチェックができる仕様となっている。
- 当院で使用しているソフトと紹介先病院のPCのスペックが合わず、取り込みに時間がかかった。
- 読み込み依頼時の患者情報間違いによる他患者IDへの画像取り込み。
- 複数の患者CDを作成して、渡す時に袋に入れ間違えた。
- 別ID(患者)に取り込んでしまった。
- 別人のIDで取り込んでしまった

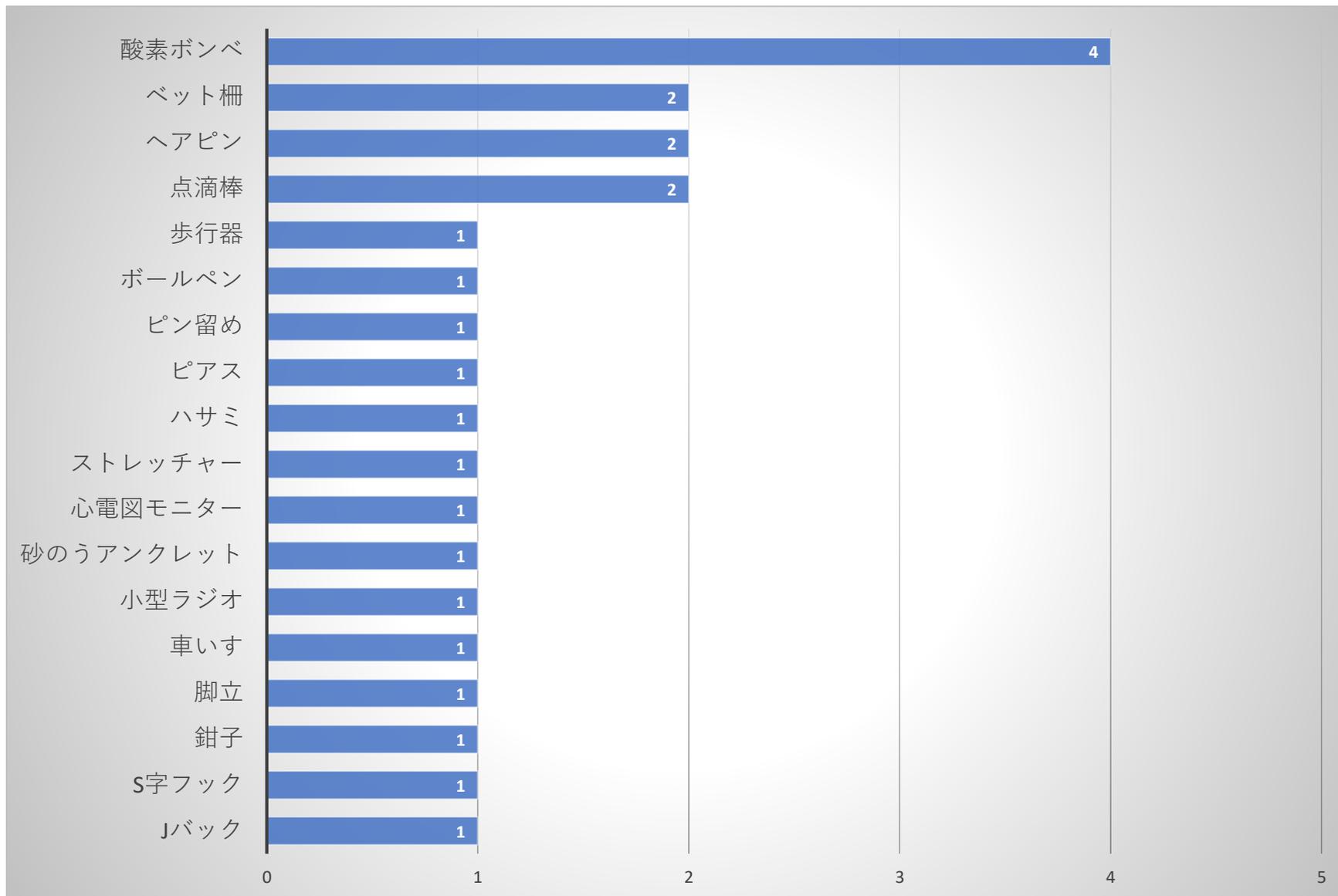
## 5-⑤画像データCDにまつわるインシデント まとめ



## 5-⑥MRIの吸着事故事例報告

- 患者が使用している歩行器の吸着。
- ①夜間、病棟看護師がMRI検査室に患者さんをストレッチャーにて案内した際、ほかの検査対応にてMRI室に技師が不在だったこと、MRI室内のドアが開いていたため、看護師さんがMRI検査室内に病棟ストレッチャーごと患者さんを搬送しようとしたところストレッチャーと酸素ボンベが吸着した。②入院中の患者様の検査で問診確認後、内容は全てクリアしていたが、リハビリ用砂のうアングレットを装着したまま検査台に移動し足ごとガントリーに吸着したが、けがなどはなく容易に外すことができた。
- Jバックが袋に入っていたため、MRI禁忌の文字が見えず、吸着した。新人看護師と、袋がJバックのもの知らない技師で発生
- MRI室に初めて入室する施設職員が、通常の部屋感覚で入室してキャタツを吸着させた事故を事例がありました。10年間程は、吸着事故事例はありません。
- MRI専用のストレッチャーで患者搬送された際にストレッチャー下に格納されていた点滴棒がMRI装置に吸着した。原因はMRI専用の点滴棒が格納されているところ病棟で使用した際に通常の点滴棒を入れてしまったことが要因。
- S字フックやピン留め等が身代を送り込む際に吸着した。取っ手が木製の担架をMR室へ入れた時、布で覆われた部分に鉄が使われていて吸着した。職員(外国人)で磁石のピアスをしていて吸着した。
- ご自身のパジャマを着ていた入院中の患者で、体内金属確認および金属の持ち込み確認を行い、検査着に着替えずにそのままMRI室へ入室。寝台に案内したところ、胸のポケットに小型のラジオが入っており、そのままガントリーに吸着してしまった。(患者自身も忘れていた)幸い患者に被害はなく、ガントリーに吸着したラジオも容易に取ることができ、大きな被害は発生しなかった。
- ベッド柵が吸引された。
- ヘヤピンの吸着:職員が外し忘れたため
- ボンベ架にセットしたまま、入室した。
- ユニフォームに入っていたボールペンの吸着がありました。
- 看護師のポケットにハサミが入っていた
- 技師不在時看護スタッフのみで入室してしまったためストレッチャーにあった酸素ボンベが吸着。
- 吸着事故はありません。先日サイフをポケットに入れたまま撮影してしまった。
- 救急ストレッチャーを入れ、酸素ボンベを吸着させた
- 胸腔ドレーンチューブをクランプしていた金属製の鉗子がMRに吸着。
- 検査前の更衣、専用ストレッチャー(車いす)での運用により、ここ数十年吸着事故はありません。
- 車椅子吸着事故 金属箱吸着
- 心電図モニターの吸着
- 点滴支柱がMRI用ストレッチャーの下にあり、除こうとしたらガントリーに近かった為、吸着してしまった。
- 病棟看護師によるヘアピンの吸着

## 5-⑥MRIの吸着事故事例報告 まとめ



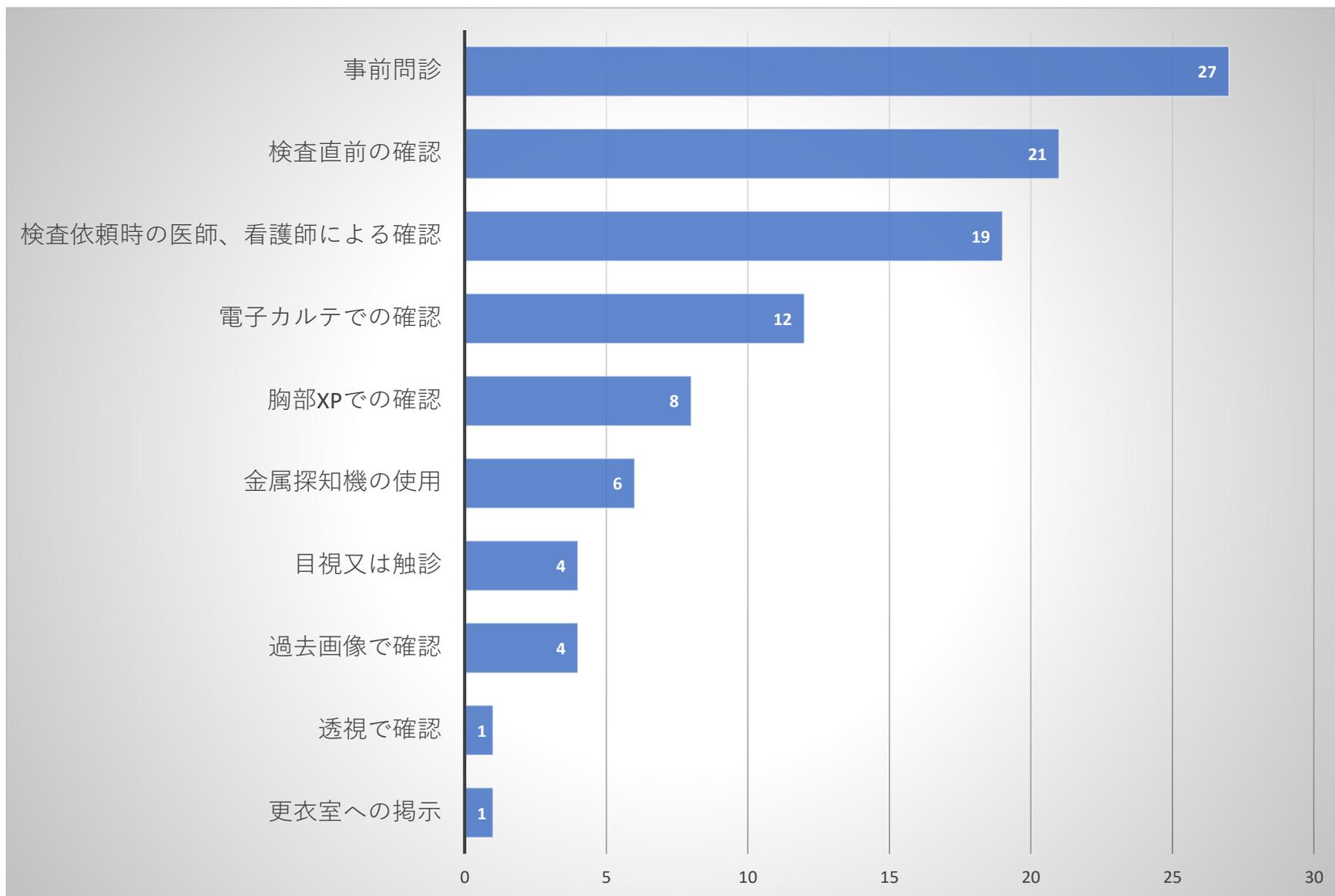
## 5-⑦MRI検査前の心臓ペースメーカー有無の確認方法1

- 検査前の事前問診 ・検査当日の検査直前での患者からのヒアリング
- ①検査依頼時での医師による確認。(電子カルテMRオーダー画面での有無入力箇所あり) ②当日、検査開始直前の患者本人による問診表の記載。(体内金属の有無記入箇所あり) ③記入問診表確認時のスタッフによる再確認。④金属探知機を使用した体内外金属有無確認。⑤RISシステムの各患者メッセージの確認。(特記事項が記載されている) ⑥検査室入室直前の放射線技師による口頭再確認。
- MRIオーダー時にペースメーカーの有無について必須選択項目に設定。MRI検査問診にて確認。最終MRI入室前に技師が安全確認を行う
- MRI検査予約時点での問診を実施して、MRI検査施行時点での問診を実施して、ダブルチェック体制で行っています。
- MRI入室時のペースメーカー対応手順があり準じて確認しており、MRI問診票とご本人口頭による確認、ご本人が口頭回答が不能な場合や十分な確証が得られないと判断は、患者さんの体部を直接、目視及び触診して確認を行うとともに、最新(1週間以内)の胸部X-Pをで確認するが画像がない場合は胸部撮影を行い確認している。
- オーダー時に医師が確認、検査前問診票にて技師確認、ペースメーカーありの方がMRI以外の放射線科での検査を受けたときRISに情報を記録。
- オーダー時の問診・問診表・撮影直前の問診
- カルテ、過去画像、本人の同意の上での目視
- チェックリスト、胸部XPにて確認しているが、一度、ペースメーカー装着者を検査試行してしまうアクシデントが発生した。その後、電子カルテは「ペースメーカーの有無を確認した」との必須コメントを選択しないとオーダーが立てられないように設定変更し、RISの患者付帯情報にも他の検査でペースメーカーを見つけた際は登録し、技師間で情報を共有するようにした。
- 依頼医師がオーダー時に確。問診票による確認。放射線科医師、放射線技師によるXPチェック。当日の問診票確認および本人への問診。
- 医師、看護師、担当技師での確認。 来院歴があれば、画像確認。
- 医師がオーダー時に確認し、検査当日に看護師、放射線技師がチェックリストにて確認を行う。
- 医師がオーダー時に確認しオーダーを出す。MRIチェックシートにて確認。金属探知機にて確認。
- 医師が確認。技師は問診、同意書で確認。PACSで胸部写真の確認。本人にも口頭確認
- 医師が問診票により確認。技師は過去画像にて確認。
- 医師のサイン入りの問診票の確認と口頭での確認。
- 医師の問診、金属探知機
- 患者問診表と当日検査時の聞き取り
- 検査オーダー時の必須確認事項であり、システム上で心臓ペースメーカーの有無をチェックすることが必須となっている。チェックしなければ検査オーダーが完結しないシステムである。
- 検査依頼時の医師による問診にて確認する

## 5-⑦MRI検査前の心臓ペースメーカー有無の確認方法2

- 検査事前チェック表にて
- 検査予約時に問診票にて確認。検査入室前にも再度チェック表を用いて確認し、金属探知機でも確認している。問診が行えない場合は胸腹部撮影を行い確認する取り決めとなっている。
- 最初に医師が検査を依頼する際に電子カルテにある問診に従い問診を行います。実際の検査時には再度、診療放射線技師による口頭での問診を実施しています。また、更衣室への掲示(ペースメーカーの挿入の有無)を行っております。意思の疎通が取れない患者の場合は、付き添い者や看護師などへの確認にて行っております。
- 事前の問診表にチェック欄あり、検査前にさらに技師が確認、オーダー時画面上に心臓ペースメーカーの有無必須項目あり、さらに不明の場合は、胸部単純撮影を行うように電子カルテオーダー画面に項目あり。
- 自施設で埋め込みされたものはカルテへ登録されRISへ表示。チェックリストの使用
- 診察時にMRIの問診して頂き、電子カルテ上で検査依頼時にペースメーカー無しをクリックしてから、依頼を出せるシステムで運用しています。
- 診察時に医師が確認する。救急時は家族、救急隊からの情報を鑑み医師が判断するが、確証がない場合はMRI検査を行わない。
- 電子カルテ、チェックリスト、事前の口頭確認
- 電子カルテ記載を確認
- 本人からの聞き取り
- 本人への確認、付き添い、家族への確認。ペースメーカー手帳、カルテの記録、救急で運ばれてきた人で、履歴が判らない人は胸部X線撮影を行い、確認する。
- 本人確認と過去画像(胸部写真)の確認。本人確認不可能な場合、挿入箇所n目視確認。
- 問診(検査オーダー時、撮影室での検査前)
- 問診、触診、医師と技師でのダブルチェック。
- 問診。過去画像を確認(胸部XP等)。
- 問診し金属探知機で確認
- 問診チェックと入室直前のパネルによるチェック
- 問診票、胸部X線撮影の確認、最終口頭確認の三段階
- 問診票、直前での口頭チェック・金属探知機
- 問診票および本人に直接確認
- 問診票とカルテで確認
- 問診票と検査前の口頭で。
- 問診票記載時に本人申告。はっきりしない場合は透視で確認。
- 予約時及び、検査開始前に問診

## 5-⑦MRI検査前の心臓ペースメーカー有無の確認方法 まとめ



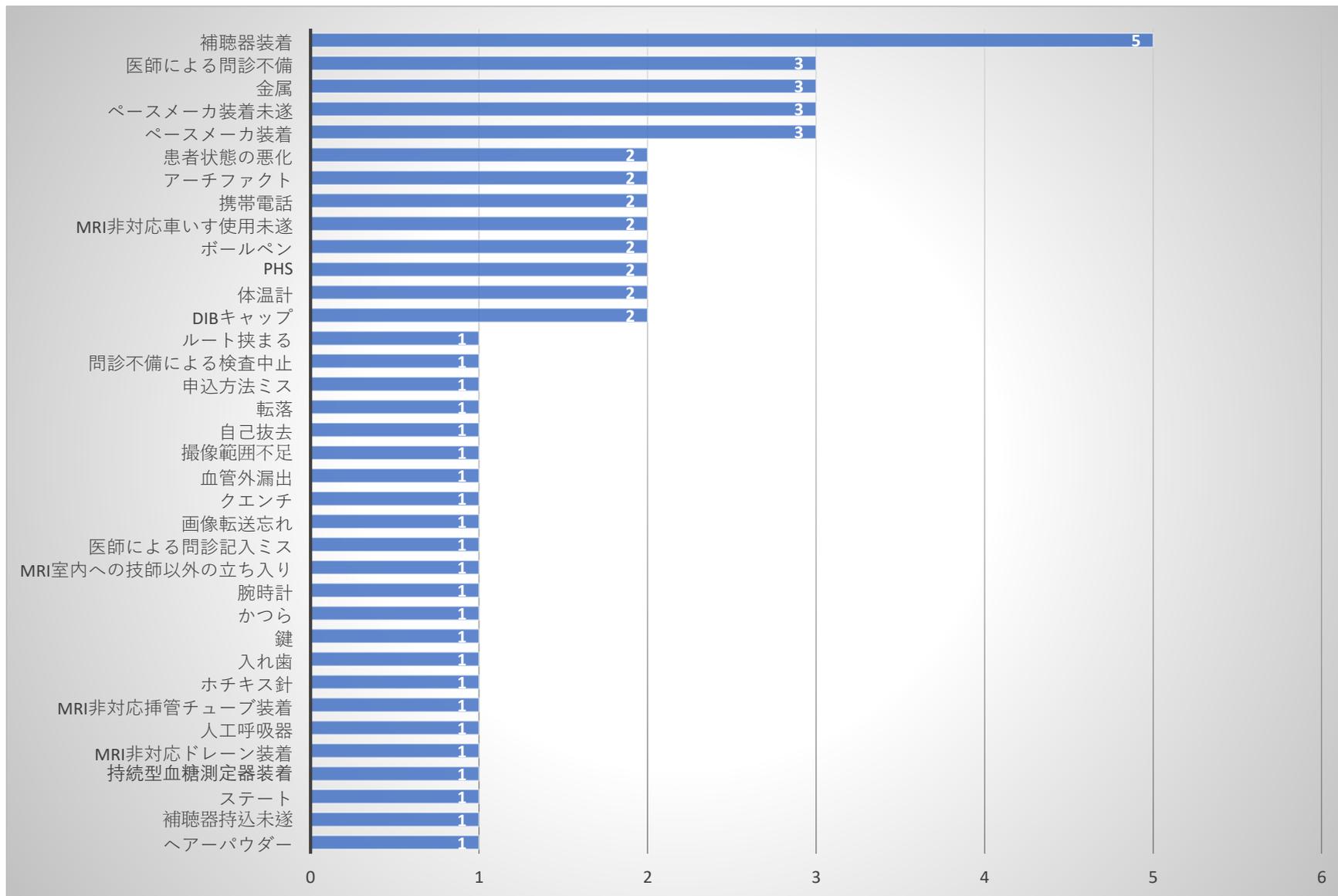
## 5-⑧MRI検査に係るインシデント事例報告1

- 医師による問診不備・医師による問診記載ミス・看護師からの申し送り不備による患者状態の悪化・問診不備による検査の当日中止
- 補聴器・MPR作成画像の左右間違い・撮像範囲不足
- 1)腕時計装着したまま撮影。2)DIBキャップ外さず撮影。
- ①患者記入問診表にも記載が無かった(補聴器なしにチェックあり)補聴器の持ち込み事例。②夜間急患対応のMRI検査時の体温計の持ち込み事例。(MRスタッフ以外が確認)③MRI専属スタッフ以外の病院スタッフによる、PHS、ステート、ボールペン等の持ち込み事例。④新人技師によるMRI非対応車椅子での入室未遂。⑤条件付きMRI対応のデバイス患者の検査申し込み方法の逸脱事例。(院内規定の逸脱)
- ①持続血糖測定器(リブレ)を装着したまま検査を行ってしまった。検査後、患者より申告があり、やけどなどの症状の確認を行ったが、特に異常はなかった。②術後の患者でMRI検査禁止のドレーンを装着したまま検査室に来たので、確認をしたところ、そのまま検査と医師からの指示があった。しかし、検査禁止の器具なので再度確認しようと検討していたところ、医師がドレーンを変更するとのことで、実際には安全なドレーンにて検査を行った。
- MRI検査中の患者が急変し、看護師が慌ててPHSを持ったまま入室してしまう
- MRI室への持ち込み禁止物の持ち込み(DIBキャップ)
- MRI対応でない人工呼吸器をMRI室内に持ち込んだ
- MRI非対応の挿管チューブが入った患者さんの検査を医師の強い希望で行った。最初の画像でアーチファクトが出たため、中止とした。(該当する挿管チューブが禁忌であることを医師、技師含め知らなかった)
- PACSへの画像転送忘れ
- スカウト撮像時に体表に金属のアーチファクトが確認されたため、1度検査を中断し衣服の確認を行ったが見つからずに検査を継続させたがやはりアーチファクトがでた。この段階で中止を考慮しなければならなかったが、検査を継続し最期まで行ってしまった。後からクリーニングのタグがホチキス止めされていると分かった。
- ヘアパウダーがコイル内に散乱してアーチファクトが発生。清掃で済んだ。
- ペースメーカー装着者のMR施行:1件、MR用ではない車椅子を入れそうになった等
- 患者さまが補聴器を付けた状態でMRI室に入室しようとしたが、技師が気づき未然に防いだ。
- 患者の点滴ライン自己抜去事例 検査中に数回エマージェンシーコールが押され検査室内へ観察に行ったが、その後は特に問題はなかった。そのため、残りの検査時間を伝え検査を再開したが、検査終了後に入室すると左腕に入っていた点滴ラインが自己抜去されていた。
- 胸のボールペンが装置に飛びそうになった。入れ歯をしたまま撮影してしまった。患者のポケットに鍵や携帯電話が入ったまま撮影した。かつらに気づかず撮影。
- 業務開始前に清掃業者がMRI撮影室のドア開けて、清掃していたところを発見したため、ボアの近くに行く前に止めた。本来は始業時まで鍵を閉めているが、鍵を開けて始業時点検をしたあと、鍵を閉め忘れたことが原因。
- 緊急頭部MRI検査実施後にペースメーカー装着患者であったことが判明。要因は依頼医の問診不足。その後循環器医師とペースメーカー業者にて動作確認し対応。

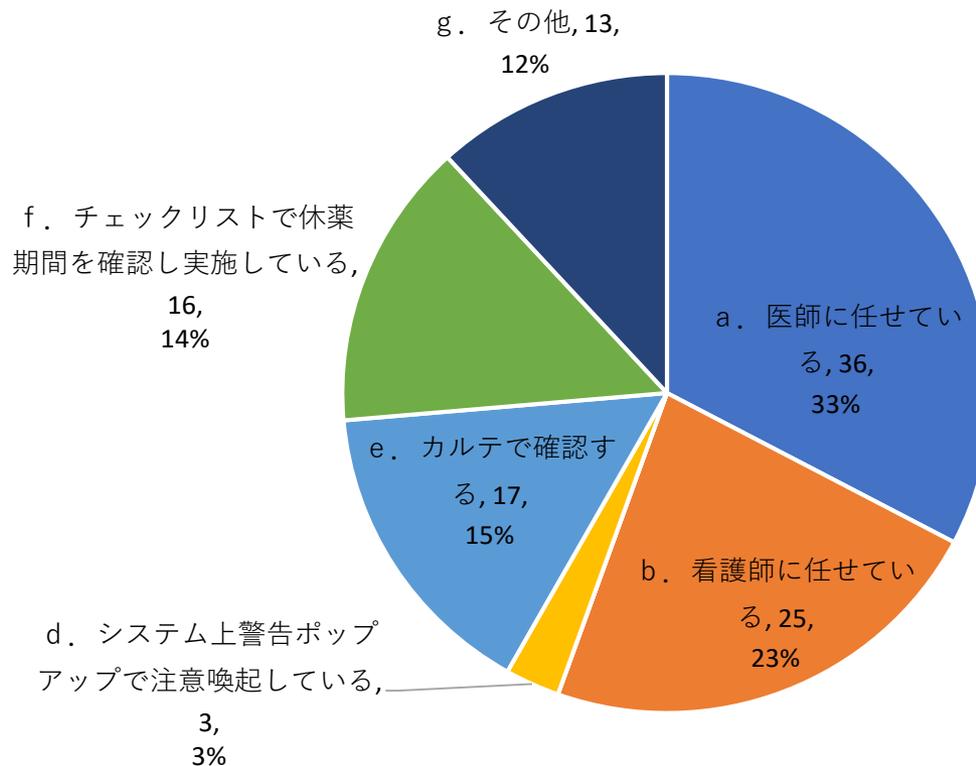
## 5-⑧MRI検査に係るインシデント事例報告2

- 金属の持ち込み
- 携帯電話の持ち込みや腕時計の持ち込み。特に認知症疾患が疑われる患者において。(腕時計を二つしていた事例など)
- 実際にはペースメーカーが留置されているにもかかわらず、問診には【なし】と記載。
- 主に、血管外漏出です。
- 小児の転落
- 寝台とガントリの上にルートが挟まった。
- 体内金属
- 頭部MRI検査中に脳梗塞患者の酸素化が低下し、ERへ救急搬送した。
- 非対応ペースメーカーの撮影依頼
- 病棟患者で電子体温計が入っていた。
- 補聴器の見逃し
- 補聴器を付けたまま撮影をして、補聴器を壊してしまった。廃棄予定のMRIで、クエンチが起こった。
- 補聴器破損、SCIS挿入者の撮像
- 問診では、体内金属、ペースメーカー無しであったが、MRI前の確認時過去胸部x-pでペースメーカーが挿入されていた。
- 問診票の金属等の確認漏れ、金属の持ち込み

## 5-⑧MRI検査に係るインシデント事例報告 まとめ



## 5-⑨造影CT検査前後のビグアイド系糖尿病薬の休薬確認



### その他

- ・技師とのダブルチェック
- ・技師による直前確認
- ・検査していない 3件
- ・診療放射線技師が確認
- ・当院は検査前の休薬は行わず、該当糖尿病薬の使用歴がある場合看護師が確認し検査後の休薬説明と文書を渡し、画像診断科医師が検査後の休薬指導について電子カルテに記載
- ・放射線科にも薬剤の画像付リストを掲示している
- ・放射線看護師と診療放射線技師で最終チェックをしている
- ・問診・お薬手帳・カルテで技師・看護師が確認。医師にフィードバックを行っている。
- ・問診時に確認 2件
- ・問診票に記載(患者用、病院用と複写)

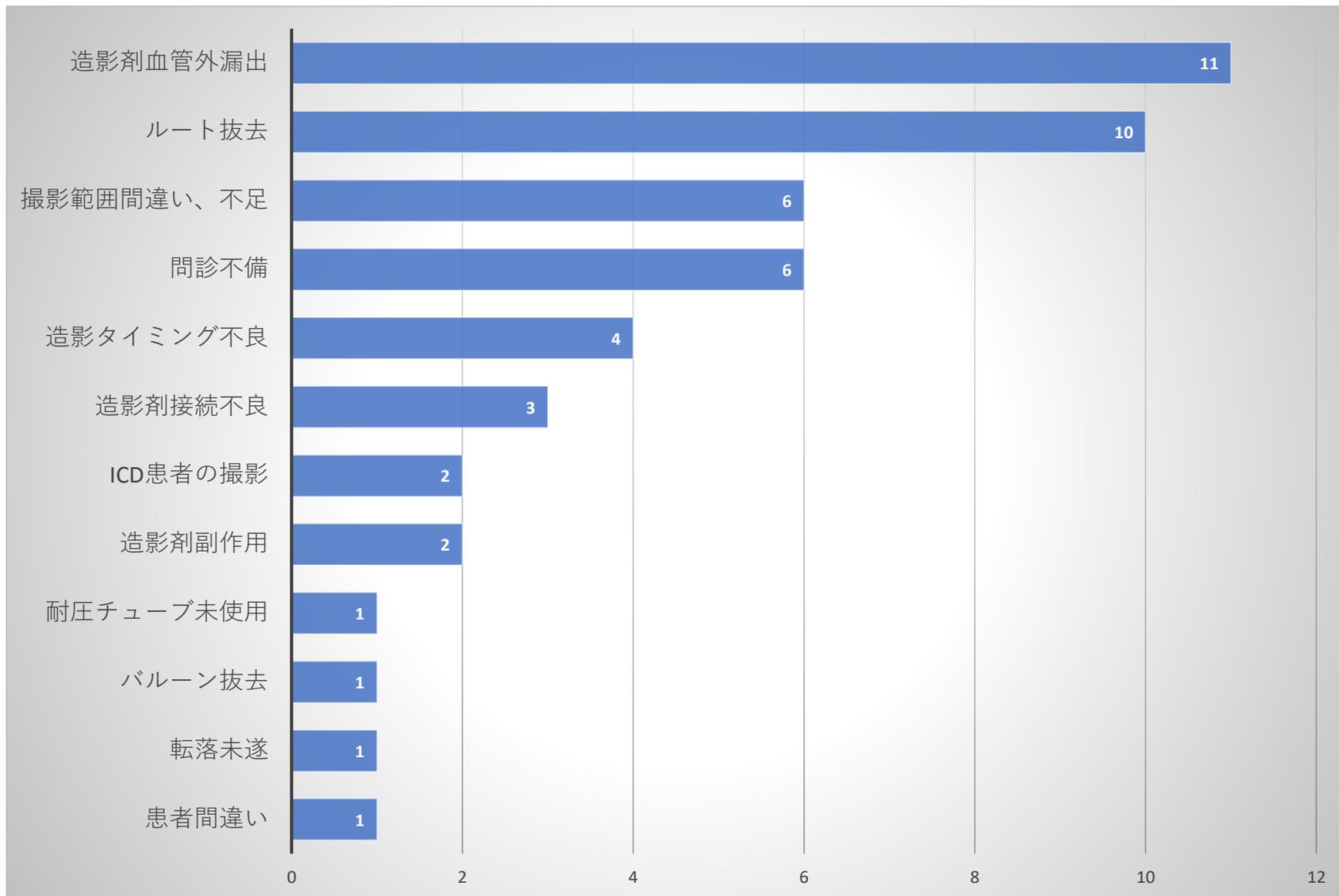
## 5-⑩CT検査に係るインシデント事例報告1

- ルート抜去・造影剤アレルギーによる患者状態の悪化・造影剤の皮下漏れ・問診不備等による検査の延期もしくは中止
- 移乗中に点滴棒が動いてルート抜去してしまった。
- 造影剤の漏れ・撮影範囲不足・造影タイミング不良
- 副作用歴があるのに問診ですり抜け、検査前に技師側で気付く・造影剤の皮下漏れ。
- 1)ダイナミック撮影が必要な患者さんに通常の造影を行った。(またはその逆)
- ①検査依頼部位のコメント見落としによる撮影範囲不足。②ペースメーカ確認不足、あるいは問診間違いによるペースメーカ植込み患者の撮影。③患者の寝台移動の際にルート抜去してしまった。
- e-GFR30以下の場合は技師側から再確認をしているが、その確認が抜けそうになった(直前で確認し中止となった)。
- ICD付ペースメーカ患者の撮影
- インジェクター使用時の造影検査において同期忘れのため必要なフェーズの撮影ができなかった
- ストレッチャーから寝台へ移乗時の点滴ルートの抜去
- ストレッチャー患者移乗時のルート抜去。
- バルーン抜去
- ベッドが動くときに、点滴のラインが引っかかり抜けてしまった。
- ボーラストラッキングにて、スタートボタンと停止ボタンを誤っておした
- ヨード造影剤禁忌の患者に造影剤使用検査の依頼が出たが、診療放射線技師の最終チェックにより発見。指示医に確認、中止となった。
- 位置決め像を撮影した際に、ICDやCRTDだった。
- 患者をストレッチャーから検査台に移動する際、点滴のルートが短く、抜けてしまった。
- 患者移動に伴う、ルート抜去。
- 頸胸部撮影依頼で胸部撮影し忘れ事例 検査目的に「副鼻腔まで撮影」という指示があり、それに気を取られてしまい、範囲が副鼻腔から頸部のみであると思い込み、副鼻腔の範囲が含まれていることを確認して検査を終了した。その後、読影医より胸部画像が不足であることを指摘され発覚した。
- 血管外漏出してしまった。撮影部位を間違えそうになった、間違えた。
- 検査順番前後の患者さまを間違えて撮影しそうになったが、撮影部位確認の際に患者さま本人より撮影部位が違うとのことで気付き実行されなかった。
- 検査台移動時にルートの抜去、造影剤の皮下もれ
- 撮影部位間違い。RISがなく患者基本情報のみ取り込んでいるため。
- 山ほど

## 5-⑩CT検査に係るインシデント事例報告2

- 主に、血管外漏出です。
- 寝台から患者さんが落ちそうになった。
- 寝台移動時に点滴ルートを挟み込んで、抜けた。
- 針とチューブの接続からの漏れ(接続がゆるい)
- 造影検査の同意書に患者のサインがなく電子カルテにスキャンされていた。
- 造影剤がサーフロ針とエクステンションチューブの連結部から漏出した(看護師が連結に精通していなかったことが原因)。インジェクター用エクステンションチューブの三方活栓でラインが90度直角に接続してあることが、時々ある。
- 造影剤で副作用が現れ部門システムに記録されていたが、次回の検査時にこの記録確認を行わず副作用の現れた前回使用の造影剤を今回も使用し副作用が発現した。
- 造影剤の血管外漏出
- 造影剤の上腕への全量もれ。静脈へのアプローチは肘であったがそれより上部の上腕部で造影剤が全量血管外露出した。造影剤注入器の圧変動も通常であり医師も技師も気づかなかった。撮影時に造影剤は確認できなかったことにより事象が判明した。外科にコンサルとし対応した。
- 造影剤の接続ミス。慣れないスタッフの撮影プラン変更による過度の線量不足。
- 造影剤の接続部が緩んでいて漏れる。撮影部位間違い
- 造影剤血管外漏出
- 造影剤漏出
- 造影時の皮下漏れ、耐圧チューブの未使用、撮影部位の間違い

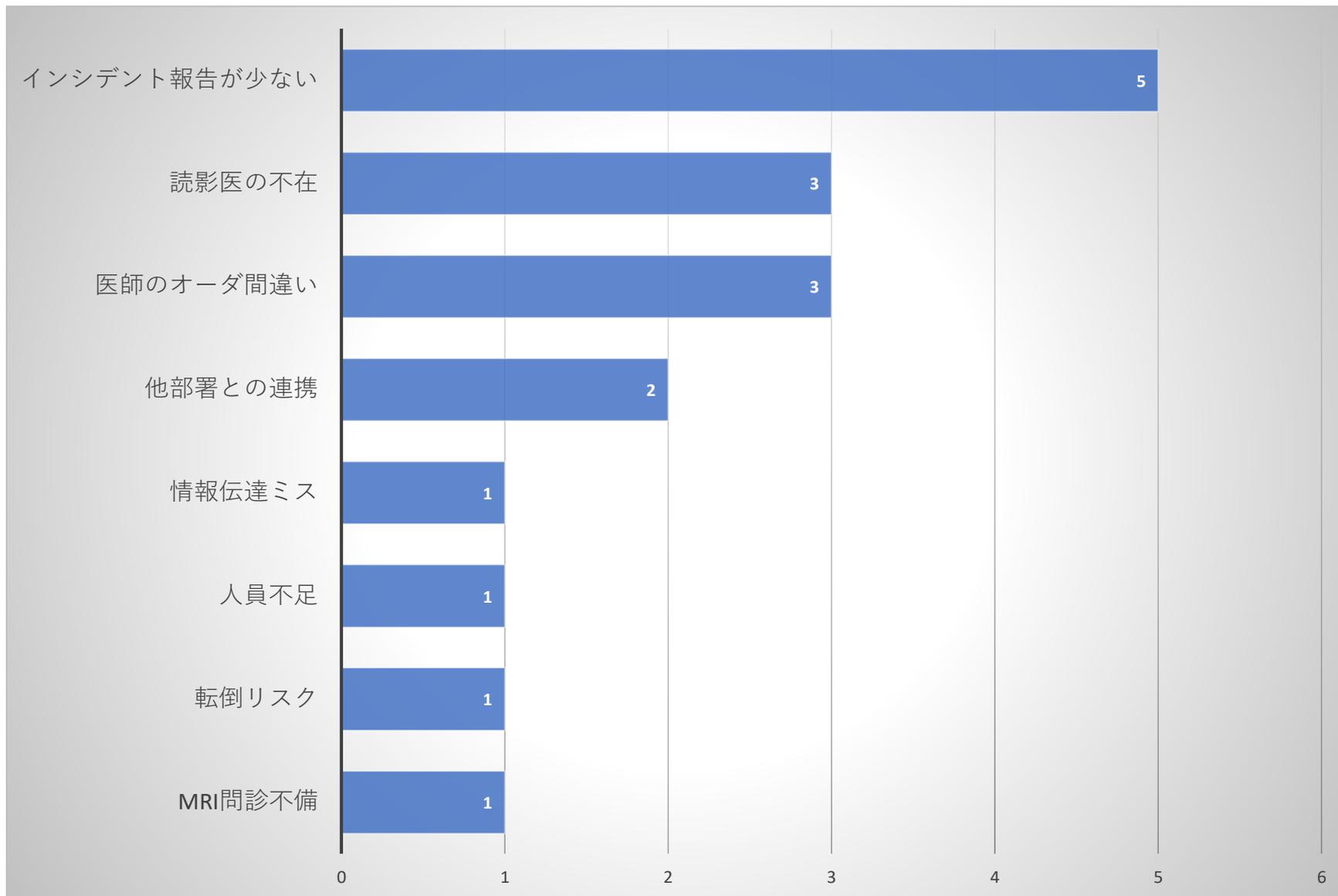
## 5-⑩CT検査に係るインシデント事例報告 まとめ



## 5-⑪放射線部門の医療安全対策での不安事項

- 造影CT検査、造影MR検査において、造影剤同意書に不備があり検査の遅延がおこる。・造影CT検査において、画像診断科医師からの具体的な造影剤の指示がない。・単純X線撮影において、依頼医からの左右間違え等の依頼間違えが中々減少しない。・単純X線撮影において、立位撮影時の転倒対策は取っている(車椅子を近づけておく等)がゼロにならない。
- CTにてサーフロー針と耐圧チューブの接続部がゆるんでいて造影剤が漏れる。いろんな対策を行ったり、看護師と技師で病棟へ出向きレクチャーなど行いましたが、接続部から造影剤が漏れる件数は減らないこと。
- MRI問診票の漏れが多いこと、特に他施設で留置された体内外インプラントの確認が落ちていることが多い。健診胃透視での誤嚥が減らないこと。
- RISで患者を選ぶ時に誤認が起こっている。注意喚起をすればらく収まっているが、また同じような間違いが起こる。システム的な不具合があるのではないかと考えている。
- アクシデントを未然に防ぐヒヤリ・ハット事柄を報告するインシデントレポートが、アクシデントレポート的に受取られ極力インシデントレポートを書かない雰囲気が感じられます。
- インシデント報告が少ない。
- ポテンシャルリスクの洗いだし、転倒転落などの予測経験値の違いなど。
- リハビリテーション病院という特性上、高齢者が多く転倒等に気を付けている。
- 医師のオーダーが違うことが多い。MRI対応の医療機器(血圧計、パルスオキシメーター、など)がない造影検査時(CT、MRI)医師の立会いがないことが多い。
- 医師のオーダー間違い(四肢の左右違い)。
- 医療安全に対するスタッフ間の意識レベルの差
- 画像診断報告書の確認不足
- 看護師との連携
- 技師によりインシデントレポートの提出に温度差がある。
- 常勤放射線科医が不在であり、画像所見対応が遅れている。また、造影検査時の判断等にも影響がある。それらを技師側で確認し提案しているので負担も多い。
- 人員不足
- 当院では、放射線科専属の看護師が不在なので、造影剤アレルギー対応などその都度処置室看護師を呼ぶのにタイムラグがあるので危険。
- 当直明けや休みなどで不在な人に対する情報共有方法、回覧だと時間がかかるし、だからと言って資料を見ておいてと言っても見えていない事が多々あり
- 部門内に医療安全対策担当をチームで編成しており体制としては盤石である。しかし、技師の経験不足や繁忙時のインシデントはなくなることがなく対応に追われている。
- 報告されていないインシデントが多く隠れている気がする。誰にも見られていなければ、軽微なものは報告していないのではと思う。
- 放射線科医がいないため、検査前の正当化が出来ない

## 5-⑪放射線部門の医療安全対策での不安事項 まとめ



## まとめ

今回の医療安全でのアンケート結果より医療安全への取り組み、インシデント、事故報告や不安事項などについて客観的に把握できた。

画像データの取り扱いについては6割の施設で診療放射線技師が関わっており、新規の業務として確立しつつある。それに伴うインシデントも発生し、多くは手技的なミスであった。また、この業務は診療報酬が発生するものではなく、単純に業務のみ増加することから、今後、業務量を調整するうえで課題になると考えられた。

MRI吸着事故では酸素ボンベが多く、インシデント報告等では補聴器の持ち込みが多かった。補聴器やヘアパウダーなど目視しにくいものへの注意が必要と思われた。CTでは造影剤の漏出と寝台移乗時のルート抜去が多かった。これらのMRI・CTの事故、インシデント報告は注意喚起にも活用できると考えられた。医療安全においてはインシデント報告体制の確立も重要であるが、何より現場での職員の医療安全に対する意識、環境の醸成が今後、重要であり課題と考えられた。