

横浜市立病院等安全管理者会議 放射線部会

<平成26年度 活動報告>

横浜市立大学附属市民総合医療センター
石川 栄二

第3回 横浜市立病院等安全管理者会議
平成27年2月20日（金）
横浜市技能文化会館

○ 放射線部会を構成する13病院の紹介

公立大学法人横浜市立大学

- 附属病院
- 市民総合医療センター

横浜市立病院

- 横浜市民病院
- 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター

赤十字病院

- 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
- 横浜市東部病院

国立病院機構

- 横浜医療センター

独立行政法人労働者健康福祉機構

- 横浜労災病院

国家公務員共済組合連合会

- 横浜南共済病院

聖マリアンナ医科大学

- 横浜市西部病院

昭和大学

- 横浜市北部病院
- 藤が丘病院

○ 本日の内容

○ もくじ

1. 放射線部会 取組みの紹介

2. 平成26年度 活動報告

3. 放射線部会 発足の経緯

○ 放射線部会の取組み

放射線部会の取組み

- 年3回、4ヶ月毎の部会開催
- インシデント、アクシデント事例共有
- 事故予防対策の共有
- 全病院共通の取組みに関する協議
- 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
- 中小規模病院の安全対策啓発活動（HPへの事例掲載）

<部会のページ>

<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/soudan-madoguchi/anzenkanrisiyakaigi-bukai.html>

○ 平成26年度活動報告（年3回の部会開催）

【第47回 放射線部会】

- 日時：平成26年5月30日（金）14：00～17：00
場所：横浜市立大学附属市民総合医療センター 本館 4階 会議室
司会：脳血管センター
書記：市大センター
報告施設：みなと赤十字、西部病院、南共済病院、横浜医療センター
議題：
1. インシデント・アクシデント報告
2. 「MR検査室に磁性体を持ち込んだ事例」報告
3. どこでも起きる身近な問題の検討について
4. その他

【第48回 放射線部会】

- 日時：平成26年10月31日（金）14：00～17：00
場所：横浜市立大学附属市民総合医療センター 本館 4階 会議室

【第49回 放射線部会】

- 日時：平成27年2月9日（火）14：00～17：00
場所：横浜市立大学附属市民総合医療センター 本館 地下2階 会議室

○ インシデント、アクシデント事例共有

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
H26.某日	MRI検査室	脳神経外科から依頼された、乳癌術後の患者さんに、問診をしたところ、乳房再建術のため、 テッシュエキスパンダー を挿入したとの情報を得た。患者さんは脳外科医に申告済みで、MRI撮像は問題ないと言われたとのこと…	MRI担当の診療放射線技師は念のため、金属探知機を当てたところ、強い金属反応が有り乳房手術を施行した他院に問い合わせたところMRI禁忌の製品と判明した。	患者さんも含め、脳神経外科医、診療放射線技師もMRI禁忌との認識がなかった。他院で取り扱った医療器具の情報共有不足。	テッシュエキスパンダーの情報を関係部署に周知した。

画像

【添付文書抜粋】

<使用目的>

乳房再建術時人工乳房の埋入を容易にするため、事前に乳房皮下に一定期間埋め込み、周辺皮膚と組織を拡張・伸展させる。

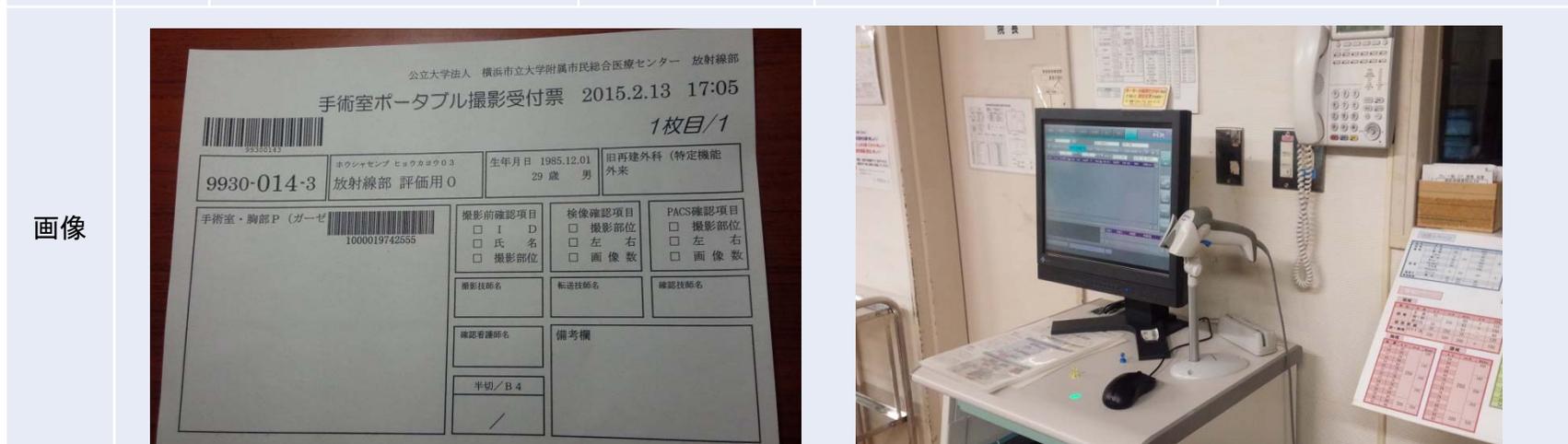
<併用医療機器>

本品を留置している患者には、磁気共鳴画像法(MRI)による診断検査を行ってはならない。



○ インシデント、アクシデント事例共有

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
某日	一般撮影室	別患者のオーダーでレントゲン撮影を実施した。外来患者Aの撮影オーダーをCRコンソールで展開後、患者Aを呼びに行ったが、不在のため、入院患者Bを呼び入れた。その際、患者Aのオーダーを閉じわすれた。	途中で気が付き、それぞれ正しいオーダーで登録し直した。	外来患者は、受付票のバーコードでオーダーを展開する手順だが、受付票をもらう前に手動で展開した。入院患者には、受付票を発行せずリストバンドのバーコードで確認を実施するが、バーコードのケーブルが短い目視で確認を実施した。	安全のルールが遵守されない環境が有るため、入院患者にも受付票を発行し、バーコードでオーダー展開できる環境とした。またルールの遵守を職員に指導した。



○ インシデント、アクシデント事例共有

発生年月日	部門	事例内容	その後の対応	原因	対策
某日	MRI検査室	休日にMRIの検査依頼があり、患者の到着後、Nrsの『どちらですか』の問いに技師は『頭から入ってください』と指示をして、オーダ受付のため操作室に入った。その間、Nrsはベッドのまま、MRI室に入室し検査室の半分程度まで入ったところで技師が気が付き制止して、退室させた。	患者、Nrsと医療機器等の安全確認を実施後、検査を施行した。	放射線技師とNrsのコミュニケーション不足。(Nrsは、ベッドのまま入っているのかな？おかしいな？と思いながらも入室した。技師は、『前室に頭側から入る』事を指示したつもりで、検査室内にまで入るとは思っていなかった。	MRI検査における金属持込みについて、Nrs対象の研修会を企画している矢先の事例。休日は技師1名体制で目が行き届かないのため、常に検査室のドアを閉め、技師以外がドアを操作しない事にした。

画像



○ 現在の横浜市立病院等安全管理者会議は・・・

市大病院・私立大学病院・市立病院・中核病院等の安全管理担当者が集まり、医療安全に関する情報交換や研修を行うことを目的に活動（発足は平成12年）

組織の概要

会議を構成する病院は、市内13病院からなり、年3回の本会議のほか、各部会（放射線部会、検査部会、臨床工学部会、看護部会、薬剤部会）があります。



本会議の様子（横浜市開港記念会館）

○ 平成11年 横浜市大病院で発生した医療事故

事例発生日時

- 平成11年1月11日（1999.1.11）

事例発生場所

- 横浜市立大学附属病院

事例概要

- 第一外科で肺手術の患者Aと心臓手術の患者Bを取違えて手術した。手術後、偶然、集中治療室で隣り合わせのベッドに運ばれ、体重測定をした看護師がカルテの体重データの違いに気づき取違えを疑った。前年まで患者Aの主治医をしていた医師が隣りのベッドの患者がAに似ていることに気づき、名前を尋ねたところAであったため、取違えられて手術されていた事が判明した。

原因

- 病棟看護師が一人で2名の患者（AとB）を搬送し、手術室準備ホールの看護師に取違えて搬送した。各手術室の看護師の氏名確認ミスと麻酔医、執刀医、助手らが患者の確認を怠った。

○ 放射線部会 発足の経緯

	経緯	備考
平成12年5月	横浜市は患者取違え事故を受けて、横浜市立病院の安全管理を推進する事を目的に、 横浜市立病院安全管理者会議 を発足。	横浜市大安全管理学教授、衛生局病院事業課長、大学病院調整担当課長など現場で働く 実務者の会議 ではなかった。
平成12年12月	当時、市大附属病院 放射線部 係長兼リスクマネージャであった 天内廣氏の声掛け で、横浜市立6病院の放射線部リスクマネージャを集めた 放射線部会 を設立した。	12月7日の第8回 安全管理者会議で放射線部会が正式に承認され、同月22日に第1回 放射線部会が開催された。
平成13年～ 平成14年	放射線部会の発足を受けて、 看護部会、臨床検査部会、臨床工学部会、薬剤部会 が設立された。	病院横断的 な各部門ごとの情報交換の必要性が認識された。
平成21年10月	発足から10年目を向かえ、市内の他の病院に所属する安全管理担当者にも参加を呼びかけ、名称も横浜市立病院『 等 』安全管理者会議となった。	市内の私立大学病院や中核病院が参加し 13病院 が年3回の本会議と各部会に参加している。

○ 横浜市立病院等安全管理者会議の特徴

特徴的なのは、組織や職種の枠を超えた集まりであること

横浜市大病院・市立病院・横浜市内の私立大学病院・中核病院の診療放射線技師・看護師・臨床検査技師・臨床工学技士・薬剤師（一部医師）の安全管理担当で構成されている。

