

日本赤十字社医療安全推進会議報告
— 過去2年間の放射線に関するインシデント事例と分析報告 —

日本赤十字放射線技師会 医療安全担当 辻 秀憲

会員の皆様には、常日頃より本会運営に多大なご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、日本赤十字社は、医療安全の推進を図るべく各職種の代表を参集し、医療事故の事例の集計とその対策分析を検討しております。我々放射線技師も、本会から従前より1名が医療安全推進会議に参加しています。今回、全国より寄せられたインシデントレポートの集計会議があり、それぞれの事例について協議分析いたしました。今回、放射線技師に関わるインシデント事例の、会員への公開について本社の了解が得られましたので、ホットクロスやホームページを介してご報告させていただきます。

今回、会員の皆様に報告出来るものは、平成19、20年度の全国赤十字病院におけるインシデント『患者間違い』の事例と分析コメントです。

最近、医療安全を脅かすインシデントについて、日本医療機能評価機構より様々な事例が報告されております。が、多分に洩れず日本赤十字放射線技師も、職務上医療安全に深く関わって居ります。その各地の赤十字病院で不幸にして起こった事例を掌握し、それぞれに的確に分析対処する姿勢を、全国的に高める必要が、再発防止という大前提の面からも必要であります。放射線技師を守る事が、病院を守り、患者さまを守る事に繋がります。臨床の現場では、片時も医療安全遵守の姿勢から離れる事が出来ず、我が身にも生じるであろうインシデントに対して、全国から集まった貴重な事例を参考にKYTや5Sを用いた研修も含め、未然に防ぐ対策をしていかなければなりません。

今回の事例分析では、思い込みと確認不足のヒューマンエラーが大半を占め、マニュアル軽視やルール違反、そして情報不足と続いています。その一因としては、マンパワーの不足、環境の整備不足なども指摘されて居り、個人の資質ばかりでなく施設全体の問題として提起もされました。

提示しました全国からのインシデント事例を基に、各施設の安全対策を再検討いただき、再発防止、未然に防ぐ対策管理の徹底をお願いしたいと思います。具体的には、今回の事例や分析が、朝礼やミーティング資料として協議活用され、ヒューマンエラーの事実を認識し、医療安全の意識を高める一助になることを祈念しています。

平成19年度インシデント事例一覧（患者間違い）

【検査：画像検査】

事例No.	発生曜日	時間帯	発生場所	診療科	内容	患者の心身状態	当事者の職種	経験年数	配属年数
90	木曜日	16時～17時台	病室	その他の外科	移送	下肢障害	看護助手	0年月数不明	0年月数不明
91	火曜日	14時～15時台	病室	その他の内科	検査	障害なし	看護師	0年3ヶ月	0年3ヶ月
92	木曜日	14時～15時台	放射線撮影室・検査室	脳神経外科	検査	意識障害 歩行障害	看護師 看護助手 診療放射線技師	当事者複数	当事者複数
93	火曜日	18時～19時台	放射線撮影室・検査室	その他の内科	検査	意識障害 精神障害 薬剤の影響下	診療放射線技師	2年2ヶ月	2年2ヶ月
94	月曜日	14時～15時台	ナースステーション	脳神経外科	検査	意識障害	看護師	当事者複数	当事者複数 当事者複数
95	月曜日	8時～9時台	放射線撮影室・検査室	泌尿器科	検査	障害なし	診療放射線技師	16年3ヶ月	16年3ヶ月
96	火曜日	8時～9時台	その他の場所 (院内) (健康管理センター)	その他診療科(健診部)	検査	障害なし	診療放射線技師	21年月数不明	21年月数不明
97	水曜日	14時～15時台	放射線撮影室・検査室	整形外科	検査	障害なし	看護師 診療放射線技師	7年月数不明	7年2ヶ月
98	水曜日	12時～13時台	外来待合室	不明	不明	不明	看護師 不明	0年3ヶ月	0年月数不明

事例 No.	事例の具体的内容	事例が発生した背景・要因	実施した、若しくは考えられる改善策
90	緊急入院したA患者がCT検査に呼ばれた。看護師はA患者のIDカードを看護助手へ手渡し、「AさんをCT室へお願いします」と苗字だけを伝えた。助手は以前から入院している同姓のB患者が呼ばれたと思ひ込み、B患者のもとへ行った。「CTの検査に呼ばれましたが、聞いていますか」と確認すると、患者は「聞いていない」と応えた。検査の説明板もないことから、助手は看護師に「Bさん(苗字のみ)の検査はありますか」とナースコールを使って確認をした。ナースコールに出た別の看護師が「急に検査が入ったので」と応え、患者への説明を行わなかった。助手はB患者をCT室へ搬送した。CT室にてフルネームでの確認がされ、患者間違いに気が付いた。	・フルネームで確認をしなかった・患者から名乗ってもらう確認をしなかった・助手が再度確認をしたとき、看護師が説明を怠った	・必ずフルネームでの確認をし、患者から名乗ってもらう確認もする・予定外の検査が入った時、看護師が説明を行うこと
91	患者Aがレントゲン撮影に呼ばれたため、IDカードを受け取り車椅子にてレントゲン室に行った。患者が「昨日レントゲンを撮った」といったが、気にとめずに検査におろした。レントゲン室での患者氏名確認の際、自分がつれてきたのは患者Bであると気付いた。患者に謝罪し、病棟に戻り、A患者を改めてレントゲン室に連れていった。	その日、B患者が他科診の予定が入っており、そのことが気がかりであったため、患者Aと言われたが、患者Bと思い込んでしまった。患者を検査におろす際、検査予定表で再確認することを怠った。	IDカードと患者氏名を病室で再度確認する。検査予定表で患者氏名にチェックを入れてから検査に降る。
92	脳外科病棟入院のA患者がMRI検査に呼ばれ、看護助手と患者の妻が付き添い車椅子で出棟し、MRI検査待合室に到着。検査担当看護師に「軽い認知症がある」と伝えると、「前の人が検査中、もう少しここで待つように。検査は30分くらいかかる」と返事があった。看護師と妻は病室で待つ旨を検査担当看護師に伝え、病棟へ戻った。一方、神経内科病棟では、放射線科から「B患者検査終了、迎えを」と連絡を受け、看護助手がMRI検査室へ行った。MRI検査待合室には患者がひとり車椅子に座っており、看護助手は「Bさん」と声をかけた。患者は返事があまいだったが、看護助手は患者がひとりしか居らず、この患者を連れて神経内科病棟へ戻った。病室へ入ると、同室者に「Bさんではない」と指摘され、患者間違いに気づいた。MRI検査室では、A患者が車椅子ごと行方不明になったと探しており、脳神経外科病棟へもその旨連絡を入れた。その後、MRI検査室へ看護助手がA患者を連れて戻り、予定通りMRI検査を実施した。	・検査担当看護師と技師は、A患者を視野に入る位置に居てもらったつもりだったが、検査中の別の患者に関わる間、意識障害があるA患者から目が離れた。危険予測、回避の配慮がなかった。・ネームバンド対象患者、患者に名乗ってもらう確認ルールを遵守しなかった。・A患者は軽い意識障害があり、ネームバンドの対象患者であった。自分でちぎることがあるため数日前から足につけていたが、当日はつけていなかった。いつから取れていたか不明。・神経内科病棟の看護助手はB患者と面識がなく、患者を識別できなかった。(B患者は意識障害なし)	・「患者に名乗ってもらう」という確認ルールの遵守。・患者の送迎の際は、医療者同士が必ず声を掛け合う。・意識障害・高齢で判断力が低下した患者が多い神経内科・脳外科病棟では患者全員にネームバンド装着とした。・患者全員にネームバンドを装着することは数年前から安全委員会でも再三提案しているが賛同を得られない。今後も必要性を強く提言する。
93	救急センターにて単純撮影の依頼があり、検査室内に患者を呼びいれたところ、別の患者が入ってこられ撮影してしまった。指示票を患者に見せ、患者本人か確認したが、患者の精神的状態が悪く、別の患者の指示票を見せたにも関わらず、本人ですといったため撮影した。	患者確認は本人に名乗っていただくことを基本としているが、それができていなかった。	検査室に呼びいれた際に指示票を患者に見てもらい、確認を行ったが、患者の精神的状態が悪く、反応が薄かった。今回の状況下では患者間違いを防ぐのは難しいと考えるが、患者の付き添いの人を捜してその人にも患者本人かどうか確認を取るべきであった。
94	放射線科からCTの呼び出しを電話で受けた。患者の名前を別の患者と勘違いして担当看護師に伝えた。担当看護師がその患者をCT室へ搬送した時に呼び出された患者とは違う患者を搬送したことがわかった。間違えた患者は当日CTの指示は出ていなかったが、CTを撮ることが容易に予想される状態だった為、電話で受けた看護師と担当看護師ともに、この患者に当日指示が出て、呼ばれたとばかり思い込んでしまった。	・検査が必要な状況に思ひ込みがあった。・電話での受け答えに筆記、復唱の確認行動がなかった。・口頭でのやり取りが日常的に行われていた。・検査の有無について確認していなかった。	・復唱確認の徹底。・口頭でのやり取りには必ずメモを取る習慣をつけるよう教育をする。
95	予約CT患者の呼び出しをフルネームで病棟に連絡した。看護師は同姓患者のIDカードを渡しCT検査に降りよう言った。他患者のIDであったが気づかず患者はCT受付にカードを渡した。患者呼び込み時予約患者名をフルネームで呼んだ。患者は「はい」と答えてCT室に入室し撮影した。夕方病棟看護師より検査はまだか問い合わせがあり、撮影終了していたため患者間違いと気づいた。	看護師の患者呼び出し間違い、IDカード渡し間違い。検査は8時過ぎの呼び出しであり、夜勤看護師の対応であった。フルネーム確認に患者が「はい」と答えた。患者が同姓・同性・似たような年齢であった。	患者確認時自分から名乗ってもらう再度フルネーム確認する。(マニュアル通り)入室時にも患者確認をする。
96	午前8時30分より胃造影検査をするにあたり、「宿泊2番」と声をかけ、2番であることを確認して検査室に入っていた。フロアには、「昨日からの宿泊2番」と「本日からの宿泊2番」の健診者がおられ、検査対象でない2番の方が入室された。当該の健診者が声をかけてくださったので、検査開始直前に間違いに気づいた。(2つの宿泊コースの場合、健診衣が違う等見分けられるようにはなっていない)	確認不足、「番号で呼び名前を確認する」という基本的確認作業怠った	「番号で呼んで、名前で確認する」という基本を、確実に実施する。
97	レントゲン室より「Y〇カツ子氏」のレントゲン撮影の連絡があり、A看護師は「Y〇カツ子氏」をベッドのままレントゲン室に移送した。レントゲン技師より、全身のレントゲン撮影の説明があり、「Y〇カツ子氏」は、頸部疾患患者であるのに不思議に思ったB看護師が照射録を確認すると、本来撮影するのは、「Y〇カツ子氏」ではなく、同姓同名の「Y〇勝子氏」であることがわかった。	・朝礼時、同姓同名患者についての注意喚起がなされたが、A看護師は、席をはずしており、また、ナースコールに表示があったが、気づかなかった。・同姓同名患者の院内での情報共有のありかたの問題点。・同姓同名患者が同じ時期に入院及び、手術が組まれていた。	・同姓同名患者に対する事故防止マニュアルの遵守。・同姓同名患者についての院内での情報を共有する。・入院・手術予約システムの検討。
98	13時半、他の看護師からT氏・K氏・O氏を放射線科におろすように依頼があった。私は、患者名を復唱せずに了承した。そして、T氏とK氏、O氏ではなくO氏と名前が似ていたO'氏を放射線科におろした。放射線科の看護師に「T氏・K氏・O'氏来られました。お願いします。」と言われ病棟に戻った。その後、放射線科からO'氏とO氏が間違っているとの連絡があり事故が発覚する。	不明	不明

平成20年度インシデント事例一覧(患者間違い)

【検査:画像検査】

事例No.	発生曜日	発生時間帯	発生場所	診療科	内容	患者の心身状態	当事者の職種	経験年数	経験月数	配属年数	配属月数
71	水曜日	12時～13時台	核医学検査室	循環器内科	与薬(内服・外用)	不明	看護師、看護助手、診療放射線技師	当事者複数	当事者複数	当事者複数	当事者複数
72	木曜日	14時～15時台	放射線撮影室・検査室	呼吸器内科	検査	不明	診療放射線技師	24年	3ヶ月	8年	3ヶ月
73	月曜日	8時～9時台	ICU	不明	検査	薬剤の影響下	看護師	8年	2ヶ月	2年	2ヶ月
74	月曜日	10時～11時台	病室	呼吸器内科	検査	下肢障害	看護師・診療放射線技師	当事者複数	当事者複数	当事者複数	当事者複数
75	金曜日	10時～11時台	放射線撮影室・検査室	不明	検査	不明	診療放射線技師	0年	3ヶ月	0年	3ヶ月
76	水曜日	10時～11時台	放射線撮影室・検査室	不明	検査	障害なし	診療放射線技師	0年	2ヶ月	0年	2ヶ月
77	火曜日	10時～11時台	検査室	呼吸器内科	検査	障害なし	臨床検査技師	当事者複数	当事者複数	当事者複数	当事者複数
78	日曜日	14時～15時台	放射線撮影室・検査室	小児科	不明	不明	診療放射線技師	4年	2ヶ月	3年	2ヶ月

【検査:画像検査】

事例No.	具体的内容	背景・要因	改善策	分析コメント
71	1回目の心筋シンチ撮影を11:30に終了したA患者。担当技師から、2回目の撮影を13:55にと言われていたが、13:25に撮影室から呼び出しがあった。看護助手が車いすでA患者を移送し撮影が開始された。放射線技師が、次の順番の呼び出しのために「A患者を出して」と病棟へ電話連絡すると、「A患者はすでに呼び出しが出ています」との返事があり、患者を間違えて呼び出し撮影していることが判明した。A患者の撮影は中止し、検査室で待ってもらい定刻に撮影。A患者から激しい抗議があった。	・放射線技師は、フルネーム・患者の名乗りなど患者確認のルールを遵守せず、患者氏名の確認をしなかった。・予定時刻より早い呼び出しであったが、電話を受けた人は撮影時間を知らない人で、撮影に呼ばれたことを担当看護師に伝えず、看護助手に移送を依頼したなど、医療者の連携・伝達不備があった。	・フルネーム・患者の名乗りなど患者確認のルールを遵守する。・検査・処置に関しては担当看護師に伝え責任を果たせるようにすることを棟内で周知。	問題点としては、改善策の通り、フルネーム確認・患者自身からの名乗りも必須ですが、解決すべき項目として、患者自身が名乗れない状態のことも考慮し、IDカードとリストバンド・ベッド上の患者付帯情報との確認が必要です。また、担当看護師が責任を持って患者把握し、思い込みで行動しないことも必要です。
72	キャンセルまちCTで病棟の患者様をお呼びしたのですが、違う患者様を連れてこられたのを苗字だけを看護師に確認して検査をし、その患者様に余計な被爆をさせてしまった。	姓名の確認を怠った。	姓名を確実に確認する。	IDカードとリストバンド・ベッド上の患者付帯情報との確認が必須ですが、フルネーム確認・患者自身からの名乗りも必要であります。
73	朝のレントゲン撮影で、オーダー入力があった患者ではなく、同じ名字の別の患者の写真を撮ってしまった。	記載なし	記載なし	同上
74	胸部写真を撮影するため放射線技師は病棟に出向いた。照射伝票に記入の病室へ行くと空室であった。廊下で看護師に確認し、病室に案内された。撮影後、現像し袋に入れる際に、同姓ではあるが氏名と性別が違う事に気付いた。病棟に確認、患者の取り違えと分かった。	・本来は患者に先にフルネームで名乗ってもらい、伝票とIDカードで確認するが、今回は確認が不十分だった。・照射伝票に違う病室番号が記入されていた。ID番号と患者名が手書きだった(エンボスカードを押していない)ため、字が見えにくかった。レントゲンは紙の伝票で運用している	・技師には、患者氏名をフルネームで確認すること、名乗れる患者には先に名乗ってもらうことを再指導した。・看護師は、伝票発行の際はエンボスカードで印字し、指示内容を確認し、放射線科に降ろす。	問題点としては、改善策の通り、フルネーム確認・患者自身からの名乗りも必須ですが、患者自身が名乗れない状態のことも考慮し、IDカードとリストバンド・ベッド上の患者付帯情報との確認が必要です。依頼伝票発行の際の再確認をして、二重のチェックをする対策が必要です。
75	CT検査の追加で患者Aのオーダーがあり、病棟の看護師に検査室に出てきていただけようお願いした。(他にも2~3名の患者の予定があり、同じくお願いした)ベッドにて患者が運ばれてきたため、看護師に確認をし、点滴をネームにて確認を行った。検査が終了し、患者が病棟へ戻った。30分ほど後に主治医より「患者Aの検査はまだですか」と問い合わせがあり、既に検査し、画像は救外CT室にあること及び看護師に確認してくださいと伝えた。患者間違いでであることが判明。	病棟にて患者の部屋の総移動があり、看護師も忙しかった。	思い込みによるミスは思わぬ事態を起こす可能性があるため、名前を確認する際にも漢字一字一字をしっかりと確認する必要がある。また、名前だけでなく生年月日など複数の項目で確認する必要がある。	改善策の通り、フルネーム確認・患者自身からの名乗りも必須ですが、解決すべき項目として、複数人を呼んだ場合は、再三、患者付帯情報の確認をし、追加検査時は、同一技師が担当するような体制をとる必要があります。
76	ポータブル撮影時に指示された患者を撮影したが、画像読み取りの際の登録で患者Aと患者Bとで腹部の写真が入れ替わってしまった。写真を病棟に戻す際に確認不足であったため入れ替わったまま担当医の手元まで送られてしまった。担当医が過去の写真と異なることに気付いた。	どのかセットでどの患者を撮影したかが誰が見てもわかるような対策が行っていなかった。出力された画像が間違いのない十分な確認が出来ていなかった。	同じ患者において2枚以上撮影する際には、指示伝票を画像の数だけ用意し、撮影後にカセットにつける。カセットに番号をつけ、撮影後にメモをする。	撮影したカセット番号とイメージングプレート番号の下4桁を、撮影患者の指示伝票に二重に記載する方法を取ることが必要です。
77	健診科(腹部超音波依頼有り)と呼吸器科(心臓超音波検査依頼有り)の患者に同姓同名患者が存在していたことに気付かず、心臓超音波検査を実施するときに誤って健診科の患者のところへデータを転送してしまった。	同姓同名患者が存在したため。	・検査予定表の確認を行う・ID、生年月日の確認を徹底する	同姓同名が同病棟・同診療科にいる場合、関係部署に明確に伝わる方法を取り入れて注意を促し、同姓同名マニュアルの(作成と)遵守を徹底
78	20.6.29(日) 小児科医がBさん(0才)の胸部写真が欲しいのにAさん(1才)のカルテでオーダーを入力した。看護師がBさん(0才)をAさんだと思って撮影室前に案内、入室。そのためBさんをAさんだと思い込み受付し、そのまま撮影してしまった。	医師、看護師、放射線技師がそれぞれ確認不足、思い込みがあったと思われる。	しつこく名前確認、撮影部位確認を実施する。	解決すべき項目として、患者自身が名乗れない状態のことも考慮し、母親に名乗っていただくか、あるいはIDカードとリストバンド・ベッド上の患者付帯情報との確認が必要です。