

	当事者	分類	事象	状況など	内容	原因・要因	対応	対策、コメント、その他
患者情報入力ミス	医師	間違い	オーダー違い		オーダーの左右間違い			「ふくぶ」「みぎ」「ひだり」のように間違いやすい部位のみをひらがな表記に変更。視覚での認識が変わるため気づきやすく、間違いが大きく改善された。
	医師	間違い	オーダー違い		医師のオーダーミスによる撮影部位間違い			
	技師	間違い	画像内患者名間違い		画像処理段階での患者名間違いが判明	患者情報入力ミス		リスクを知ることが重要だが、なぜ事象が起きたのかという背景が必ず存在するので解析が難しい。システムの問題なのか、経験年数なのか、心理的背景はどうだったのかなど。
コミュニケーション・トラブル	技師 / 看護師	コミュニケーショントラブル	医師からの撮影目的・情報不足による、二次トラブル	病棟スタッフに撮影目的・情報の確認時	撮影目的を看護師に聞くと「知らない!」とのこと。カチンと来た私は、「看護師は依頼目的を知らなくていいのですか?」と。「主治医に確認すればいいんですね!」と吐き捨てられた。			患者の意識がなかったので助かった(こやがり取りを聞かれないに済んだ)。
	医師 / 技師	コミュニケーショントラブル	オーダー指示通りに撮影したことによる目的部位の欠損		ソケイ部からCVを入れた患者のカテ先確認撮影を医師がコメントもなく胸部とオーダーしたため、撮影担当者もそのまま胸部を撮影したら、カテ先が見えないとクレームが入った。	医師からの撮影目的・情報不足	刺入部を確認し、胸部撮影の範囲および撮影条件では描出困難な場合があることを説明し、腹部オーダーを追加してもらった。	CVの確認オーダーは、刺入部位と、ソケイからなら刺入部から何cmで固定しているか、をコメントに追記してもらうことにしている。
	医師 / 技師	コミュニケーション	オーダー指示通りに撮影したことによる目的部位の欠損		PCPSを入れている患者さんに対し、研修医より胸部のみの撮影オーダーあり。担当技師が大角サイズで撮影したため照射野が横隔膜ギリギリで脱血カテーテル先端の評価が困難となった。また送血カテーテル確認用の腹部撮影のオーダーを研修医が忘れ再撮影。	研修医からの撮影範囲の指示が不適切であった。		PCPS留置患者さんなので多くの人に手伝ってもらわなければならない。再撮影には細心の注意を払う。
	技師 / 技師	コミュニケーショントラブル	二重曝射	担当者間でのカセット受け渡し時	二人一組でポータブル撮影中、一方の技師が誤って撮影済のカセットを渡し、受け手の技師も気付かずそのまま撮影済のカセットに別の患者を撮影してしまった。	撮影済のカセットを未撮影のカセットと同じところに戻してしまった。	患者、担当スタッフに事情を説明して謝罪し、再撮影。	
	技師/看護師	コミュニケーショントラブル	撮影場所の近くに妊婦看護師がいた	撮影時	撮影の際は、周囲のスタッフに一言声をかけて周囲スタッフなどの存在を確認してから曝射しているが、撮影と同じタイミングで妊婦の看護師がポータブルのそばを通り激怒。撮影担当技師に医療器材を投げつける。		手順通りなので担当技師に落ち度はなく、後に看護師側から被ばくにナールパスになっていたと謝罪があった。	撮影時の周囲への声掛けと確認の徹底。看護部には、病棟等で妊婦のスタッフがいることが判明した場合は、可能な限り早めに放射線科にその旨を伝えて頂くようお願いした。
	技師/看護師	コミュニケーショントラブル			看護師から「CTポータブルで!」なんて電話が飛んできたことあり。			
手技のミスにより負傷を伴うアクシデント・負傷につながるインシデント	技師	間違い	術者負傷トラブル	カセット抜き差し時	カセットを足下へ落として足指を骨折した。			足指までしっかり覆われたシューズを履く。
	技師	間違い	看護師負傷トラブル	ポータブル装置移動操作時	通路にてポータブルを移動させていたといころ、病室から看護師が突然飛び出し、ポータブルの車輪で足を踏んでしまった。看護師は足の小指を骨折してしまった。			
	技師	器物破損	装置とスタッフ、患者との接触	装置の操作ミス・注意不足	往來する患者、スタッフとの接触。			
	技師	始業/終業点検	患者負傷トラブル	カセット抜き差し時	カセットの端がささくれ立っているのに気づかず、患者さんの背中をこすって、大きなミミズ腫れを作ってしまったことがありました。布パッドで補修してんですが			
	技師	間違い	患者へのインシデント	ベッド柵の上げ下げ時	ベッド柵を下げたまま、その場から離れた撮影。一步間違えれば、患者がベッドから落ちる事態となっていた。		担当スタッフからの指摘で発覚、謝罪。	
	技師	間違い	患者へのインシデント	ギャッジアップ時	座位撮影の為にベットをヘッドアップする際、酸素チューブが引っ張られて患者さんの首が締め付けられそうになった			
	技師	間違い	呼吸器チューブなどのコネクター外れ	ギャッジアップ時	呼吸器とカニューレをつなぐ蛇管を良く見ないでベッドのギャッジアップをしてしまい、気切部が蛇管が外れた。		警報が鳴って発覚。	ギャッジアップは原則、医師もしくは看護師が行う。またギャッジアップの前に、ベッド周りや患者周りを整理確認し、操作が安全に行える環境にする。
	技師	器物破損	ルート類の誤抜き・切断	カセット抜き差し時	カセット抜き差し時の点滴ライン類の巻き込みによる抜き		担当スタッフからの指摘で発覚、謝罪。	
	技師	器物破損	ルート類の誤抜き・切断	カセット抜き差し時、カセット位置修正時	点滴ライン類の巻き込み気付かずカセットのエッジで切断。		担当スタッフからの指摘で発覚、謝罪。	

	当事者	分類	事象	状況など	内容	原因・要因	対応	対策、コメント、その他
コネクター外れ、ルート類、センサー類等の抜去・切断など	技師	器物破損	ルート類の誤抜去・切断	ベッド欄の上げ下げ時	ベッド欄を下げた際に点滴ライン類の引っかけによる抜去		直後に気づき、謝罪。	
	技師	器物破損	ルート類の誤抜去・切断・破損	カセット抜き差し時	(ルート類の) 誤抜去			リスクを知ることは重要だが、なぜ事例が起きたのかという背景が必ず存在するので解析が難しい。システムの問題なのか、経験年数なのか、心理的背景はどうだったのかなど。
	技師	器物破損	ルート類の誤抜去・切断・破損	カセット抜き差し時	(ルート類の) カセット挿入時の巻き込み			リスクを知ることは重要だが、なぜ事例が起きたのかという背景が必ず存在するので解析が難しい。システムの問題なのか、経験年数なのか、心理的背景はどうだったのかなど。
	技師	器物破損	ルート類の誤抜去・切断・破損	カセット抜き差し時	胸部撮影後、カセットを取り出す時に、チューブが引っ掛かり抜去。			
	技師	器物破損	ルート類の誤抜去・切断・破損	ポータブル装置移動操作時	病室のベッド間距離が狭い為、ポータブルでカテーテルを挟んでしまい、カテーテルを引っ張り抜去及び切断。			
	技師	器物破損	ルート類の誤抜去・切断・破損	カセット抜き差し時	カセット挿入時、カテーテルを巻き込んでいる事に気が付かず抜去。			
	不明	器物破損	ルート類の誤抜去・切断・破損	ポータブル装置移動操作時、撮影準備時	患者のベッドサイドに行く時、点滴棒に固定されていた動脈血採血用のシリンジが折れて、床が血だらけになっていた。担当看護師に伝えると「技師さん、ここに何かぶつきました?…」といきなり疑われた。		自分たちが到着時にはすでに血液で床が汚れていたことを説明した。	
	技師?	器物破損	センサーケーブル破損	撮影準備時	ICUにおいて、胸部背臥位撮影を行うとき、左鎖骨や右側体表に貼り付けられていた脳圧センサーのコネクタを、障害陰影を除去する目的ではがして撮影した。撮影後、看護師が再度貼り付けて脳圧を測定すると断線していた。			それ以降は、看護師に肺に貼らない位置に貼り付けていただくようにしている。もし、肺実質の前面に貼り付けてあっても今でははがすことはない。
マット・シーツ等の破損	技師	器物破損	マット・シーツ等の破損	カセット抜き差し時	カセット抜き差し時の熱傷ベッドのシーツ、温冷水循環用ブランケット、ベッドの布シーツ類の破損	カセットを挿入する際、患者とマットの間に十分なスペースを確保しないまま、強引にカセットを押し込んでしまい、エッジで傷つけてしまった。	担当スタッフからの指摘で発覚、謝罪（直後に気付いて自己申告の場合もあり）。	十分な人数のスタッフを集めてから皆で協力して持ち上げるなど、CCMの看護師と協力して手順書を作成した。
	技師	器物破損	マット・シーツ等の破損	カセット抜き差し時	オベ室にて患者の下に敷いているウォーマー(温水が循環しているタイプ)をカセットで引っ掛け破損			
頭上から部品・医療器材の落下 頭上にある医療器材の破損	技師	間違い	天吊り器材の落下	アーム・支柱の操作時	照射野を合わせるため下を向いたまま、アームを高く伸ばして動かしていたら、天吊り式の点滴棒に接触し、外れて患者の上に落ちた。			
	技師	間違い	天吊り器材の落下	アーム・支柱の操作時	高く伸ばしたアームを収納する際、上部周囲をよく確認しないで、支柱を回転させたため、天吊り式の点滴棒に接触し、外れて落ちた。			
	技師	器物破損	天吊り器材の破損・落下	アーム・支柱の操作時	アームを高く伸ばした状態で装置を動かし、仕切りのカーテンレールを引っかけて破損。その勢いで外れたネジが患者の上に落ちた。			
	技師	器物破損	天吊り器材の落下	アーム・支柱の操作時	アームでの器物破損や点滴バッグ落下			リスクを知ることは重要だが、なぜ事例が起きたのかという背景が必ず存在するので解析が難しい。システムの問題なのか、経験年数なのか、心理的背景はどうだったのかなど。
	技師	器物破損	天吊り器材の破損	アーム・支柱の操作時	アームを伸ばし過ぎて天吊りのモニターに接触させ破損			
	技師	間違い	天吊り器材の落下	アーム・支柱の操作時	ベッドの真上の天井から下がっている点滴吊りの棒（イルリガードル）にポータブルのアームが接触し棒が落下した事があります。幸い患者さんに当たらなかったのと、何も吊っていませんでしたので良かったのですが、それ以来アームを回す前に必ず天井を見直すようにしています。			看護師に「この天井から吊り下げられている棒はなんというのですか?」と聞きやすい看護師数十人に聞いたところ、誰一人答えられませんでした。点滴レール、点滴ハンガー と私は思っていたのですが・・・ひどい返答ベスト3では、「考えたこともない」「ただの棒」「点滴台」でした・・・。吊り下がっているのに「台」って・・・。
	技師	始業/終業点検	機器部品の落下	アーム・支柱の操作時	患者さんの上にネジが落下	整備点検不足		

	当事者	分類	事象	状況など	内容	原因・要因	対応	対策、コメント、その他
経年劣化・整備不良などによる装置の不具合	技師	始業/終業点検	装置の不具合	経年劣化・整備不良	アームがロックされ撮影できない			
	技師	始業/終業点検	装置の不具合	経年劣化・整備不良	ハンドスイッチの断線により、午前中の病室ポータブル撮影が出来なかった。	たまたまその日は始業点検をしなかった		
	技師	始業/終業点検	装置の操作ミスによる接触事故	経年劣化・整備不良	装置の老朽化によりアーム部の固定が甘く、危うく患者に激突し掛けた。			
	技師	始業/終業点検	装置の不具合	経年劣化・整備不良	照射野サイズの調整機構にガタがきていたことに気付かず、撮影後に画像処理をしたら照射野が半分くらい閉じてしまっていた。		患者、担当スタッフに事情を説明して謝罪し、再撮影。	
経年劣化・整備不良や撮影前の確認不足による画像内への異物混入	技師	始業/終業点検	画像内の障害陰影	経年劣化・整備不良	コリメーターに落ちたネジが障害陰影になった	整備点検不足		
	技師	間違い	画像内の障害陰影	確認不足	体温計が腋窩に挿入したままの撮影。			
	技師	間違い	画像内の障害陰影	確認不足	ECGモニターのコードが肺野に入り込み再撮影		再撮影	対策を行い後に改善
	技師	始業/終業点検	画像内の障害陰影	確認不足、経年劣化・整備不良	胸部臥位撮影時、可動絞り内のネジが照射口に落ちているのに気付かず撮影し、画像内に入り込み再撮影。		再撮影	
装置との接触による物損事故	技師	器物破損	装置との接触（物損）	装置の操作ミス・注意不足	ベッドサイドでポータブルを移動させていた時、床に蓋尿ポットがあるのに気付かず接触してひっくり返ってしまった。			
	技師	器物破損	装置との接触（物損）	装置の操作ミス・注意不足	ベッドサイドでポータブルの微調整をしていた時、うっかり勢いよく動かしてしまい、ベッド横にぶら下がっている、チェストチューブの陰圧式バッグにぶつかって破損した。		担当スタッフからの指摘で発覚したが、担当スタッフの言い分に技師側が反論、やや大きなトラブルに発展した。	技師側から、ベッドサイドに重要な機材をぶら下げないでほしいという意見を提出したが、現在も改善はみられない。
	技師	器物破損	装置との接触（物損）	装置の操作ミス・注意不足	病室内でポータブルを移動中、オーバーテーブルに接触して、乗っていた花瓶を落として破損した（サイドボードでも同様事例あり）。		患者に謝罪し、弁償。	
	技師	器物破損	装置との接触（物損）	装置の操作ミス・注意不足	周辺機器との接触。			
	技師	器物破損	装置との接触（物損）	装置の操作ミス・注意不足	ポータブルを病室扉にぶつけて破損			
	技師	器物破損	装置との接触（物損）	装置の操作ミス・注意不足	特別室にあるガス漏れ警報器にポータブル装置をぶつけて破損。			
	技師	器物破損	装置との接触（物損）	装置の操作ミス・注意不足	オーバーテーブルにポータブル装置の端が接触したことで、テーブル上の花瓶が落ちて割れた。			
	患者間違い	技師	間違い	患者間違い	苗字での確認	苗字のみでの確認による患者違い。		画像処理の段階でオーダーのない患者を撮影したことが発覚。直ちに主治医に説明し、「必要である」ということで、事後であるが新たにオーダーを入れてもらった。
技師		間違い	患者間違い		患者間違い			リスクを知ることは重要だが、なぜ事例が起きたのかという背景が必ず存在するので解析が難しい。システムの問題なのか、経験年数なのか、心理的背景はどうだったのかなど。
技師		間違い	患者間違い	苗字での確認	同室内に同じ苗字の患者間違い			ここ数年は無し
技師		間違い	患者間違い	部屋番号での確認	個室で部屋番号だけの確認のみで既に別の患者様がいることに気付かず患者間違い			
部位間違い	技師	間違い	部位間違い		「胸部」「腹部」、 「右」「左」といった、似たような字体の見間違い・撮影間違い			「ふくぶ」「みぎ」「ひだり」のように間違いやすい部位のみをひらがな表記に変更。視覚での認識が変わるため気づきやすく、間違いが大きく改善された。
	技師	間違い	部位間違い		撮影部位間違い			リスクを知ることは重要だが、なぜ事例が起きたのかという背景が必ず存在するので解析が難しい。システムの問題なのか、経験年数なのか、心理的背景はどうだったのかなど。
	技師	間違い	撮影条件設定ミス		曝射時間の設定間違い			
	技師	間違い	撮影方向指示を見間違		臥位、坐位での撮影間違い			
技師	針刺し	針刺し事故		ベッド上にあつた針による針刺し事故				

	当事者	分類	事象	状況など	内容	原因・要因	対応	対策、コメント、その他
撮影前確認、撮影準備、 その他の状況でのトラブル	技師	間違い	ME機器の操作ミス		バルーンポンピングのトリガーモードの基本的なことを熟知していない方が撮影時に心電図を除去してしまった。			基本的な医療機器の原理は全職員知っておく必要がある。IABPのトリガーは、「ECG」と「ABP」があるので、ECGトリガーの時には、IABPトリガーに変更する。IABP患者のECG電極は外さずに撮影する施設もあり。
	技師	間違い	業務効率上の判断ミス		抑制帯を離脱しないままカセット挿入したことで、患者さんに苦痛を与え、ポジショニングの難易度も上がり、逆に時間がかかってしまった。	抑制帯や抑制ベルトで固定されている患者さんへのカセット挿入はいろいろとナーバスになることがあり、忙しさと時間短縮の為に面倒になり、抑制帯を離脱しないままカセット挿入した。		
	技師	間違い	誤ってナースコールを作動		カセットを挿入する際に離床センサー及び体動コールが外れて、補助の看護師さん以外が駆けつけてしまった。			
	技師	間違い	撮影条件設定ミス		撮影時間の設定ミス			
	技師	間違い			他の患者家族がいるのを気付かないで撮影			