

## 2 個別のテーマの検討状況

### 【1】病理に関連した医療事故

#### （1）病理に関連した医療事故の現状

##### ① 発生状況

平成22年1月から平成22年9月まで、ヒヤリ・ハット事例のテーマとして「誤った病理報告書を作成した又は作成の原因となる可能性のあったヒヤリ・ハット事例」を取り上げ、事例収集を行っている。

第22回報告書では、平成16年10月から平成22年6月30日の間に報告された医療事故事例の中から、病理に関する医療事故42件について分析を行った。本報告書では、その後報告された4例を加え、さらに集計・分析を進めた。

##### ② 病理に関連した医療事故の内容や業務段階

病理診断の種類には、検体の種類によって、手術標本を用いた組織診断や生検標本を用いた組織診断、細胞診などがあり、それらも手術後や検査後に行われるものや、術中に行われるものがある。

そこで、報告された事例を検体の種類で分類し、発生件数を集計した（図表Ⅲ-2-1）。

報告された46件のうち、「その他」を除く45件について事例の内容を分析し、「検体提出忘れ」「検体紛失」「検体の混入」「検体取り違え」「判定違い」「検査結果見忘れ／見落とし」「入力間違え」等の内容に分類した。これらのうち、それぞれの内容に該当する主な事例を第21回報告書に掲載し（第21回報告書、77－81ページ、図表Ⅲ-2-2）、さらにそのうち「検体取り違え」の事例について、具体事例を第22回報告書に掲載した（第22回報告書、82－89ページ、図表Ⅲ-2-7）。

病理に関する業務には、検体の採取や病理診断報告書の確認といった、検査・診断業務の前後の業務も含め、多数の段階にわたり様々な業務がある。医療機関によって、業務段階の順序は必ずしも同一ではないのが現状であるが、分析班においてまとめた検体種別の業務段階を総合評価部会において検討し、業務段階と医療事故の内容から成る図表にとりまとめた。業務段階は、検体の種類によって異なるため、それぞれを図表として取りまとめた（図表Ⅲ-2-2～5）。

図表Ⅲ-2-1 病理検査に関連する医療事故の検体別分類

	手術標本	生検標本	術中迅速 組織診標本	細胞診標本	その他	合計
発生件数	11	24	2	8	1	46

図表Ⅲ-2-2 手術標本

	検体提出 忘れ	検体紛失	検体の 混入	検体 取り違い	判定違い	検査結果 見忘れ/ 見落とし	入力間違い	その他	不 明	合 計
検体採取	2	1	0	2	0	0	0	0	0	5
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
組織診断受付	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
新鮮標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ホルマリン固定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水 洗	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
固定標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
切り出し	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
切り出し標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
カセット準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パラフィン浸透	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
包 埋	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薄 切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染 色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封 入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診 断	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
不 明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	2	2	1	3	1	2	0	0	0	11

図表Ⅲ-2-3 生検標本

	検体提出 忘れ	検体紛失	検体の 混入	検体 取り違い	判定違い	検査結果 見忘れ/ 見落とし	入力間違い	その他	不 明	合 計
検体採取	1	3	1	2	0	0	0	1	0	8
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
組織診断受付	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
カセット準備	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
ホルマリン固定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パラフィン浸透	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
包 埋	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薄 切	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
染 色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封 入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診 断	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	4	0	2	0	6
不 明	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
合 計	1	5	1	7	1	4	1	4	0	24

図表Ⅲ-2-4 術中迅速組織診標本

	検体提出 忘れ	検体紛失	検体の 混入	検体 取り違い	判定違い	検査結果 見忘れ/ 見落とし	入力間違い	その他	不 明	合 計
検体採取	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断依頼	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
凍 結	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薄 切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
固 定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水洗①	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染 色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水洗②	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脱 水	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透 徹 (エタノールをキシレンで置換)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封 入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診 断	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2

図表Ⅲ-2-5 細胞診標本

	検体提出 忘れ	検体紛失	検体の 混入	検体 取り違い	判定違い	検査結果 見忘れ/ 見落とし	入力間違い	その他	不 明	合 計
検体採取	0	1	0	2	0	0	0	1	0	4
細胞診依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
細胞診受付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体処理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染 色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封 入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
スクリーニング	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理医確認(診断)	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
細胞診断結果報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	0	1	0	4	2	0	0	1	0	8

### ③ 本報告書で特に取り上げる病理に関する医療事故の内容

第22回報告書では、「検体取り違え」に関する事例を取り上げて、集計分析を行った。本報告書では、さらにそれ以外の内容の事故について、特に検体採取の段階を除き病理医や検査技師がかかわることの多い段階において「検体紛失」に関する事例について詳しく集計、分析を行った。

### ④ 「検体紛失」の医療事故

#### i 「検体紛失」の医療事故の内容

「検体紛失」の医療事故は8件であり、このうち病理部門が関与していない「検体採取」段階の5件及び不明の1件を除いた2件を分析した(図表Ⅲ-2-6)。1例目は、肝生検の標本をホルマリン容器からピンセットでつまんで固定用カセットに移す際に、ピンセットの先がはじけて検体を紛失した事例であった。2例目は肺癌の手術において切除された肺および合併切除された肋骨のうち、肋骨の脱灰を依頼する過程で、肋骨を紛失した事例であった。

図表Ⅲ-2-6 病理検査に関連した「検体紛失」医療事故の概要

No.	事故の程度	検体の種類	事例の内容	背景・要因	改善策
1	不明	生検標本	確定診断及び治療方針の決定のため、医師は全身麻酔科下に経皮的肝生検を施行し、肝臓から検体を採取し、ホルマリン容器に入れて病理部検査室に提出した。病理部検査室で、臨床検査技師が組織検体と病理組織診断申込書の受付を行った。同日、検体処理用の机の上で、ホルマリン容器内に、約2cmの長さの検体が入っているのを確認した。その後、ホルマリン容器の蓋を開けて、ピンセットで検体をつまみ出し、検体処理用のカセット内に移そうとしたところ、ピンセットのつまむ部分がはじけ、検体を見失った。現場を探したが、検体が見つからなかった。	検体処理を行っていた臨床検査技師は、ホルマリン容器内に、患者から採取された約2cmの長さの検体が入っているのを事前に確認しており、検体が紛失したのは、同技師の検体処理作業中であることが明確であった。同技師の注意力不足が今回の検体紛失の要因である。ピンセットで検体をつまんだ状態で、検体から目を離し、検体番号の確認を行っていたため、検体のはじけ飛んだ方向を目視していなかった。検体を見失った際の、搜索の手順を確立していなかった。作業機の脇にある染色用の水槽内(常時、水道水が循環している)へ検体が飛んだ可能性もあり、水槽からの流出防止策をとっておくべきであった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病理部の臨床検査技師は、検体を処理する際に、検体から目を離さないように十分注意する。</li> <li>・万が一、検体を取り落とした場合は、わかりやすいように検体処理用の机上や周囲を整理整頓する。</li> </ul>

No.	事故の程度	検体の種類	事例の内容	背景・要因	改善策
2	障害なし	手術標本	<p>肺がん手術で提出された右肺上葉切除（肋骨合併切除）標本から肋骨を剥離し、脱灰に依頼する過程で肋骨標本を紛失した。肋骨の切り出しを行おうとしたところ、肋骨切除標本が見あたらなかったことで判明した。作成された標本から判断すると、腫瘍は臓側胸膜を超え壁側胸膜脂肪織へ浸潤し、数ミリ程度であるが紛失した肋骨への浸潤が疑われた。肉眼切除所見から切除断端は陰性と考えられた。肋骨紛失により胸壁浸潤に関する正確な病理診断ができないが、病期決定や補助療法選択への影響は少ないと考えられた。</p>	<p>病理への検体到着とほぼ同時刻から病理全体会議があり、スタッフ病理医が本来脱灰標本の依頼手順を指導すべきであったが、標本作製経験の浅いレジデントに脱灰依頼を含めた処理を一任した。その結果、依頼したレジデントが経験が浅いため照合前に脱灰を依頼するという想定外の行動を取った。脱灰を依頼したとするレジデントとそれを受けたとされる技師の両者の話に食い違いが見られた。病理に配属になってからの経験が浅い者同士による脱灰依頼・受け渡しであったため、お互いの処理手順を正確に理解していなかった。つまり、行動の間違いを指摘し合うレベルに両者ともに達していなかったと思われる。照合台へ検体を移動する際と、翌日の標本切り出し作業の際、レジデントは肋骨がないことを指摘されているが、「脱灰に回している」と答えた。指摘した側もその回答に疑問を持つことなく、脱灰が本当に行われてか否かについて確認していなかった。依頼伝票に「肋骨」という記載がなかった。検体を分割した場合の依頼伝票への記載について規定されていなかった。その結果、肋骨の存在自体が、照合項目として全く認識されることがなくなってしまい、照合行為が肋骨検体紛失を指摘する手段として有効に機能することがなかった。標本の依頼、ホルマリン漬け、切りだしなど一連の作業場所が雑然としており、誤認、紛失、混入などを起こしやすい環境であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>検体処理の流れに関してはスタッフ病理医が責任を持つ体制が必要である。具体的には、正確に指示した後、実行について事後確認する。経験の浅い者同士（病理医⇄技師、及び、病理医⇄病理医）の検体処理の依頼・受け渡しは回避し、経験者の立ち会いを可及的に行う。</li> <li>依頼伝票に「肋骨」という記載がなかった。これは検体を分割した場合の依頼伝票への記載について規定がなかったことから、責任の所在が明確になるようにマニュアルの改訂が必要である。</li> <li>作業環境の整理・整頓、その維持に努めるよう教育する。</li> </ul>

## ii 「検体紛失」の医療事故の背景・要因

### ア) 報告事例に記載されている背景・要因

医療事故報告の際に選択する「背景・要因」の項目を見ると、「確認を怠った」「勤務状況が繁忙であった」「その他(処理作業中に検体から目を離した)」が選択、記述されていた。「検体紛失」のヒヤリ・ハット事例について、このうち病理部門が関与していない「検体採取」段階の5件及び「不明」の1件を除いた事例4例についても、そのうち3件は「確認を怠った」を選択していた。その他に、「勤務状況が繁忙であった」「技術・手技が未熟」「連携ができていなかった」「観察を怠った」などが選択されていた。

さらに具体的に「背景・要因」の報告項目に記述されている内容を見ると、1例目の事例では、1) 経験豊富なスタッフ病理医が、会議に出席するため経験の浅いレジデントに処理を依頼したこと、2) 脱灰を依頼する立場のレジデントの経験が浅く、検体を照合する前に依頼した、つまり処理の手順を理解していなかったことや、脱灰の依頼を受ける検査技師も同様に手順を理解していなかったこと、3) 依頼伝票に「肋骨」という記載がなく、記載のルールも不十分であったこと、4) 標本の依頼・ホルマリン漬け・切り出し等の作業を行う場所が十分に整理整頓されておらず、紛失等を起こしやすい環境であったことが挙げられた。

2例目の事例では、1) 検体の処理を担当した臨床検査技師の注意力不足、2) 検体をつまんだ状態で検体から目を離したこと、3) 検体を見失った際の検索の手順が確立されていなかったこと、4) 検体飛んで傍にあった水槽の中に入り、水の循環により流れてしまった可能性があること、が挙げられた。

### イ) 専門分析班や総合評価部会で指摘された背景・要因

専門分析班や総合評価部会では、前述の背景要因の他に、次に記述する要因やヒヤリ・ハットとして報告された事例に記載された、いくつかの発生要因についても考慮することが重要であることが指摘された。

#### a) 医療事故情報の背景・要因

##### 1) 適切な記録の作成と管理

検体を処理する業務を担当する医師や臨床検査技師が基本的に身につけることが求められる要件として、適切な記録の作成と使用がある。切り出しの段階で作成する記録が適切なものであり、それを照合に使用すれば、紛失や取り違え、混入等の防止に有用であるとともに、紛失時に検体を検索する際の重要な手がかりとなる。このような記録の作成などに関する能力は、指導者が医師や臨床検査技師を教育する際の事項の一つとして身につけることが求められるが、それが十分であったとは考えられない。

##### 2) 小さな検体を取り扱う技術の習得

小さな検体を取り扱う際には、検体が移動する距離をできるだけ短くし、常に視野の範囲内で作業を行うことが望まれるが、その点が十分留意されていたとは考えられない。また、検体が大変小さい場合は、担当者の吐く息で飛散する可能性があったり、また、検体が破損するリスクも高くなったりすると考えられることから、検体を一層慎重に、また愛護的に取り扱う技術、例えば、つまむだけでなく、すくう、のせる、といった表現で説明される技術を身につけることが重要である。作業台や床の色を単調な色調とし、検体が落下して紛失した場合に探しやすい環境の整備



も可能であれば実現することが望まれる。

#### b) ヒヤリ・ハット事例の背景・要因

また、ヒヤリ・ハット事例では、検体紛失の理由は不明であるが、切り出しを一人で行った事例などが報告された。一人で切り出しを行ったことについて、分析班では、検体の種類によっては技師が一人で切り出しを行うことが現実にはありうるが、検体数の確認がおろそかになる事例もあるため、病理部門の体制の充実が課題である、という指摘があった。

a)–1) の記録の管理に関して、ヒヤリ・ハット事例の報告においても、腎生検の検体が、依頼書には「2本」と記載されていたが技師と補助者がダブルチェックした際には1本であり、その時点で記載と実際の検体数が異なることに気づかず処理切り出しを行った事例が報告された。その事例では、切り出しを開始する時点で、依頼書の記載と検体数を照合し、内容が異なることを確認していれば、紛失しそうになっていた検体を発見できた可能性もあることから、改めて適切な記録の作成と使用の重要性が示唆された。

a)–2) の小さな検体については、ヒヤリ・ハット事例でも、胆嚢ポリープの小検体を、カセットに入れてから包埋までの過程で紛失し、原因として検体が脆かったことが考えられた事例が報告された。脆く崩れそうな検体の場合は、目の細かいメッシュ袋で包むこととしているが、当該事例ではそのような対応をしていなかったことも併せて報告された。改めて、小さな検体を愛護的に取り扱う技術を身につけることの重要性が示唆された。

#### ウ) 背景・要因のまとめ

事例が少なく内容が様々であるため普遍性の高い要因を示すことは容易ではないが、基本的な留意点として、手順やルールの作成と徹底、整理整頓、適切な記録と管理、紛失に備えた慎重な検体の取り扱いと環境整備、そしてそれらの留意点を身につけるための教育などの重要性が考えられた。ピンセットでつまんだ後、検体が飛んでしまい紛失した事例は、類似のヒヤリ・ハット事例も報告されている。検体が複数採取されていたために、診断は滞りなくできたことからヒヤリ・ハット事例として報告されたものであるが、本質は先述の医療事故事例と同様であり、留意すべき点も共通であると考えられた。

#### iii 「検体紛失」の医療事故が治療に及ぼす影響

1事例目は、肋骨紛失により、肺癌の胸壁浸潤に関する正確な病理診断ができなかったが、病期の決定や補助療法の実施に対する影響は小さいと考えられたことが報告されている。2事例目は、診断が不可能となったため、再度肝生検を施行している。このように、検体の紛失によって失われた情報の重要性によっては検査をやり直さざるを得ないと言える。

#### iv 「検体紛失」の医療事故が発生した医療機関の改善策

##### ア) 報告事例に記載されている改善策

1事例目については、1) スタッフ病理医が検体の処理を適切に管理すること、2) 経験が浅く、検体処理の手順を理解していないもの同士が依頼と受け取りをなくすこと、3) 依頼伝票の記載方法をマニュアルに定めること、4) 作業環境の整理整頓を行うこと、が挙げられた。

2事例目については、1) 検体から目を離さないように十分注意すること、2) 検体を取り落と

した際にわかりやすいように検体処理用の机などを整理整頓すること、が挙げられた。

#### イ) 専門分析班や総合評価部会で指摘された改善策

専門分析班や総合評価部会では、前述の改善策の他に次に記述する改善策も考慮することが重要であることが指摘された。

##### a) 医療事故情報の中で報告された改善策

- 1) 適切な記録の作成と管理を行う。先述したように、記録が適切なものであれば、紛失や取り違い、混入等の防止に有用であるとともに、紛失時に検体を検索する際の重要な手がかりとなる。
- 2) 業務の所要時間を推測し、避けられた中断が生じたり、急いで慌てたりすることのないように計画的に業務を行う。1事例目では、会議があり、スタッフ病理医が発表者であったために、経験の浅いレジデントに脱灰を依頼している。この依頼を早くする、遅くする、あるいは会議の発表時間を変えてもらうなどの変更ができるだけ可能となるように、業務の所要時間を推測して計画を立てる、という考え方を身につけることが重要である。
- 3) 業務が多忙な現実があるため、その際にも必ず留意すべき点、例えば、(たとえ他に見たいもの(検体番号など)があっても)検体から目を離さずに処理する、などを決めておく。
- 4) 小さな検体を取り扱う技術を身につける。具体的には、検体が飛散するリスクや検体が破損するリスクを最小限にする技術を身につけることが重要である。

##### b) ヒヤリ・ハット事例の中で報告された改善策

多くは「a) 医療事故情報の中で報告された改善策」に記述した内容と同様であり、他に、切り出しを技師一人では行わず、病理医の横で切り出して、両者で検体数を確認することが報告された。

また、ヒヤリ・ハット事例は、何らかの理由で、患者への影響がなかったり、軽微な影響で済んだ事例であるため、その理由は再発防止策を検討するにあたって有用である。そこで、ヒヤリ・ハット事例の内容、背景・要因から、医療事故に至らずに済んだ理由を分析したところ、技師が標本を病理医に提出した際に病理医が誤りに気づいた、診療科から誤りを指摘されて気づいた、目の前で検体が飛んでしまい紛失したので自ら紛失に気づいた、などであった。このように、検査を依頼した診療科、検体を処理する技師や病理医、診断する病理医がそれぞれ、提出された検体の種類や数を確認することでヒヤリ・ハット事例に止まり、医療事故に至ることを防げたことが示唆された。

#### ウ) 改善策のまとめ

事例が少なく内容が様々であるため普遍性の高い改善策を示すことは容易ではないが、ヒトの面からは、教育によって身につける基本的な事項、例えば、整理整頓や適切な記録とその使用、計画的な業務遂行、小さな検体を取り扱うための技術の習得などがあり、システムの面からは、病理部門だけでなく検体を提出する診療科も含めた範囲で行われる依頼や作業の手順及びルールを作成と徹底、適切な記録のできる書式の作成、紛失を予防できる環境整備(作業台や床などの色調の工夫)、基本的な留意事項を確実に身につける教育の充実などが挙げられる。



## (2) 病理に関するヒヤリ・ハット事例の現状

### ① 発生状況

第22回報告書に掲載した通り、平成22年1月1日から6月30日の間に報告された病理に関するヒヤリ・ハット事例は、59件であった。その後7月1日から9月30日までに42例の報告があり、計101件となった。今後も、テーマとして取り上げ報告を受け付ける本年12月までの間、継続して報告されると見込まれる。本報告書では、対象としている期間に報告された事例を医療事故と同様に分析、集計した。

### ② 病理に関連したヒヤリ・ハット事例の現状

報告された事例を検体の種類で分類し、発生件数を集計した(図表Ⅲ-2-7)。平成22年1月1日から9月30日までに報告された101件について事例の内容を分析し、検体の種類が不明であった「その他」の14件を除き、検体の種類別に業務段階と医療事故の内容から成る図表にとりまとめた(図表Ⅲ-2-8～11)。

図表Ⅲ-2-7 誤った病理報告書を作成した又は作成の原因となる可能性があったヒヤリ・ハット事例の検体別分類

	手術標本	生検標本	術中迅速 組織診標本	細胞診標本	その他	合計
発生件数	24	41	2	20	14	101

図表Ⅲ-2-8 手術標本

	検体提出 忘れ	検体紛失	検体の 混入	検体 取り違い	判定違い	検査結果 見忘れ/ 見落とし	入力間違い	その他	不明	合計
検体採取	4	2	0	3	0	0	1	8	0	18
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
組織診断受付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新鮮標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ホルマリン固定	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
水洗	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
固定標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
切り出し	0	1	0	2	0	0	1	0	0	4
切り出し標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
カセット準備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パラフィン浸透	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
包埋	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
薄切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	4	4	1	5	0	0	2	8	0	24

図表Ⅲ-2-9 生検標本

	検体提出 忘れ	検体紛失	検体の 混入	検体 取り違い	判定違い	検査結果 見忘れ/ 見落とし	入力間違い	その他	不 明	合 計
検体採取	0	3	1	8	0	0	0	8	0	20
組織診断依頼	0	0	0	0	0	0	2	2	0	4
組織診断受付	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
カセット準備	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
ホルマリン固定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
パラフィン浸透	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
包 埋	0	1	1	1	0	0	0	2	0	5
薄 切	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
染 色	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
封 入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
診 断	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
病理診断報告書作成	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
不 明	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
合 計	0	5	2	14	0	1	5	14	0	41

図表Ⅲ-2-10 術中迅速組織診標本

	検体提出 忘れ	検体紛失	検体の 混入	検体 取り違い	判定違い	検査結果 見忘れ/ 見落とし	入力間違い	その他	不 明	合 計
検体採取	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診断依頼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
標本撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
凍 結	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
薄 切	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
固 定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水洗①	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
染 色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
水洗②	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脱 水	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透 徹 (エタノールをキシレンで置換)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンバリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
診 断	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書作成	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不 明	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
合 計	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2

図表Ⅲ-2-11 細胞診標本

	検体提出 忘れ	検体紛失	検体の 混入	検体 取り違い	判定違い	検査結果 見忘れ/ 見落とし	入力間違い	その他	不 明	合 計
検体採取	0	0	0	7	0	0	0	4	0	11
細胞診依頼	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
細胞診受付	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
検体処理	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
染 色	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
封 入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ナンパリング・仕上げ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
スクリーニング	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病理医確認(診断)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
細胞診断結果報告書作成	0	0	0	0	0	0	4	1	0	5
病理診断報告書確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	0	0	1	8	0	0	4	7	0	20

### ③ 「検体紛失」に関するヒヤリ・ハット事例

ヒヤリ・ハット事例は、何らかの理由で、患者への影響がなかったり、軽微な影響で済んだりした事例であるため、その理由は再発防止策を検討するにあたって有用である。そこで、ヒヤリ・ハット事例の内容、背景・要因から、医療事故に至らずに済んだ理由を分析した。その内容は、「(1)－ii「検体紛失」の医療事故の背景・要因」「(1)－iv「検体紛失」の医療事故が発生した医療機関の改善策」に記述した。また、ヒヤリ・ハット事例で報告された改善策も参考にして、「(1)－iv「検体紛失」の医療事故が発生した医療機関の改善策」を記述した。

### (3) まとめ

病理に関する業務およびその前後の業務において、様々な種類の医療事故が発生している。また、医療事故には至らなかったものの、ヒヤリ・ハット事例の発生も報告されている。本報告書では、第22回報告書に引き続き、報告された事例を分析し、病理の医療事故やヒヤリ・ハット事例の内容や発生段階、内容別の具体的医療事故を示し、事例全体を概観した。また、検体紛失に関する事例を抽出し、その影響等について分析した。

今後も、具体的な医療事故やヒヤリ・ハット事例の内容や業務段階に注目し、分析を行っていくこととしている。