

【2】「病理診断時の検体取り違い」(医療安全情報 No. 53) について

(1) 発生状況

本事業では、第21回報告書(2010年7月公表)～第24回報告書(2011年3月公表)の個別のテーマ「病理に関連した医療事故」において、該当する医療事故情報とヒヤリ・ハット事例について1年間にわたり分析した。そのうち、第22回報告書では、病理検体の取り違いの事例を取り上げ、病理検体を取り違えたことにより、患者を間違えて治療した事例や患者を間違えてはいないが誤った治療を行った事例などを紹介した。

その後、医療安全情報 No. 53 (2011年4月)「病理診断時の検体取り違い」では、病理検体取り違いの事例のうち、別の患者の検体と取り違えた事例を取り上げ、提供した(医療安全情報掲載件数6件、集計期間:2007年1月～2011年2月)。

このたび、本報告書分析対象期間(2016年1月1日～3月31日)においても類似の事例が1件報告されたため、再び取り上げることにした。

医療安全情報 No. 53 の集計期間以降(2011年3月～2016年3月)に報告された「病理診断時の検体取り違い」の類似事例の報告件数を図表Ⅲ-3-4に示す。

図表Ⅲ-3-4 「病理診断時の検体取り違い」の報告件数

	1～3月 (件)	4～6月 (件)	7～9月 (件)	10～12月 (件)	合計
2011年	1	0	0	0	1
2012年	0	1	0	0	1
2013年	1	0	2	1	4
2014年	0	0	0	0	0
2015年	0	0	0	1	1
2016年	1	—	—	—	1

図表Ⅲ-3-5 医療安全情報 No. 53 「病理診断時の検体取り違い」

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療安全情報
No.53 2011年4月

病理診断時の検体取り違い

病理診断において、検体取り違いの事例のうち、別の患者の検体と取り違えた事例が6件報告されています(集計期間:2007年1月1日～2011年2月26日、第22回報告書「個別のテーマの検討状況」(P82)に一部掲載)。

病理診断において、別の患者の検体と取り違えた事例が報告されています。

取り違いの種類	場面	
	検体採取時 (病理検査室外)	検体処理時 (病理検査室内)
ラベルの貼り間違い	2	2
検体の入った容器の取り違い	0	1
標本作成時の組織片の取り違い	0	1

医療安全情報 No.53 2011年4月

病理診断時の検体取り違い

事例 1

外来の担当看護師は、患者Aと患者Bの依頼を机の上に並べ、手書きしたラベルを検体ビンに貼付した。検体受付の際、検査技師が同じ名前の検体ビンが2つあることに気付いた。看護師は、患者Aと患者Bの検体ビンのラベルに患者Aの名前を記載していた。検体が特定できなかったため、再度組織診を行った。

事例 2

右乳癌で手術予定の患者Aに対して右乳房2か所、左乳房1か所の生検を行い、検体を病理部へ提出した。いずれも癌であると報告され、患者Aに対して両側乳房の手術を施行した。術後の病理検査の結果、右乳房検体は乳癌であったが、左乳房検体には癌は認められなかった。調査の結果、検査技師がカセットに検体を入れる際、病理組織検査申込書の記載内容を見間違え、患者Aの左乳房の検体と、患者Bの検体が入った容器を取り違えていたと推測された。

事例が発生した医療機関の取り組み

- 一人の患者の検体の取り扱いを完了させてから次の患者の作業に移る。
- 検体処理時は、作業環境を整理する。

この医療安全情報は、医療事故情報収集等事業(厚生労働省補助事業)において収集された事例を基に、当事業の一環として総合評価部の専門家の意見に基づき、医療事故の発生予防、再発防止のために作成されたものです。当事業の他年度の資料については、当機関ホームページに掲載されている報告書および年報をご覧ください。
http://www.doh.go.jp/

※この情報は作成にあたり、作成時における正確性については万全を期しておりますが、その内容を複製にわたる保証するものではありません。
※この情報は、医療従事者の職業を制限したり、医療従事者に義務や責任を課したがるものではありません。

公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1-4-17 東洋ビル
電話: 03-5217-0252(直通) FAX: 03-5217-0253(直通)
http://www.doh.go.jp/html/index.html

(2) 事例概要

医療安全情報 No. 53 の集計期間以降に報告された事例8件の概要を以下に示す。

事例1

【内容】

患者Aの検体容器に患者Bのラベルが貼付され、病理検査室に搬送された。病理検査室からの指摘で検体の誤認が分かった。

【背景・要因】

- ・患者Bの検体ラベルが手術室に残っており、そのラベルを患者Aの検体容器に貼付した。
- ・検体を処理する時に病理伝票と検体の照合を怠った。

事例2

【内容】

担当医は、患者Aの病理検体(手術で切除した膵頭十二指腸)4つの容器と、患者Bの病理検体(3日前の手術で切除した膵頭十二指腸)2つの容器にラベルを貼り忘れ、ICUの検体置き場に置いたまま、提出したつもりになっていた。その後、担当医は、病理診断部から患者Aの検体が未提出であると連絡を受けた。検体置き場に置いてあった患者Aの検体4つと患者Bの検体の1つの合計5つの容器に患者Aのラベルを貼り、病理診断部に提出した。病理診断部では事前にカンファレンスをしており、5つの検体のうち、患者Bの検体が1つ混ざっていることに気付いた。

【背景・要因】

- ・手術室で検体にラベルを貼らなかった。
- ・検体提出時の確認が不足していた。

事例3

【内容】

3名の患者のホルマリン固定乳腺針生検の検体瓶が3本一緒に病理室に提出された。本来、検体瓶に病理番号を記載してから、検体瓶を番号順に並べるところ、臨床検査技師は先に検体瓶を並べた。この時に並べ順をA、B、Cとするところ、B、C、Aと並べ病理番号を記載した。3つ目の検体Aの病理申込書の氏名と検体瓶の氏名が異なることに気づき、検体を取り違えたことが分かった。

【背景・要因】

○作業環境

- ・手狭な作業台で多くの検体を仕分ける作業。
- ・作業動線の悪さ。
- ・PC等の機材の配置、作業空間。

○システム

- ・病理システムを使用しているにもかかわらず、アナログな作業。

事例4**【内容】**

患者Aからは検体1個、患者Bからは検体4個を採取した。その後、患者Aの検体1個から悪性所見がみつき内視鏡的粘膜下層剥離術を行ったが、切り取られた検体から悪性所見は見られなかった。不審に思った病理医が検体の取り違えを疑った。院内での調査と他院の検査協力により、患者Aの検体と、患者Bの4検体のうちの1つを取り違えたことが分かった。患者Bは臨床診断の段階から悪性所見が強く疑われ、組織検査でも4つのうち3つの検体から悪性所見が出たため、広範囲に内視鏡的粘膜下層剥離術が行われていた。

【背景・要因】

- ・臨床検査技師が、内視鏡室から病理室に届いた検体入りのホルマリンの小瓶から、標本作製の開始段階である専用の小容器(カセット)に検体を移す際に取り違えが起きた。
- ・患者Aの検体は1つのカセットに、患者Bの4個の検体は2個ずつ2つのカセットに入れた。この段階で入れ違いが起きた。

事例5**【内容】**

臨床検査技師は、患者Aと患者Bの生検材料を薄切後にスライドガラスに貼り付ける際、患者Aの検体を患者Bのスライドガラスに、患者Bの検体を患者Aのスライドガラスに貼り付けた。病理診断部の医師が担当医から聞いている情報と検査結果がかみ合わないことから取り違えに気付いた。

【背景・要因】

- ・検体を薄切後、液体に浮かべるが、複数人の検体を1つの区切りに入れていた。

事例6**【内容】**

皮下腫瘍の手術検体の病理診断の際、臨床検査技師は、患者Aの#-5477の標本数が25枚と多く、途中でブロックを冷却する必要が生じたため、時間を有効に使うとして、ブロックを冷却装置に置き、冷やしている間にオーダー紙のバーコードを読み取らせて標本ラベルを印刷しようと考えた。その際、患者Bの#-5447のオーダー紙を読み取り、誤ったラベルを印刷した。病理診断部の医師が免疫染色結果とHE染色標本を鏡検した際に、間違いに気づき、上級医に口頭で報告した。その際、誤って#-5447で打ち出したラベルを貼付した染色済5枚と、#-5477の未染20枚を含めた標本1式を上級医に渡したため、そのまま患者Aに誤った診断(末梢性T細胞性リンパ腫)がなされた。その後、患者Aは悪性リンパ腫の病期診断のための検査を終え、他院へ転院した。約2ヵ月後、他院よりスライドの依頼があり、患者Aの正しい番号の#-5477の未染標本を渡したところ、他院の病理診断部より末梢性T細胞性リンパ腫ではないと連絡があり、検体取り違えに気づいた。患者Bは、ブロック取り違えが起こった当日に末梢性T細胞性リンパ腫の正しい診断が入力・登録されていたため、通常通りの治療が行われた。

【背景・要因】

- ・病理診断部の技師・医師の人数が少なく、常に忙しい。
- ・バーコードで検体を確認する必要性の教育が不十分であった。
- ・インシデント報告についての教育が不十分であった。
- ・ブロックのバーコードではなく、オーダー紙のバーコードを読み取ることは、オーダーされた免疫染色や未染標本の枚数が多い場合には時々行われていた。
- ・パラフィンの付着やQRコードの傷によりQRコードが機械で読み取れないことは、今までにも100回に1回程度あり、そのような場合には手入力することがあった。

事例7**【内容】**

同日に患者A、B、Cの3名に対し、肺癌の疑いの臨床診断のため、CT下肺生検を施行し、検体が同時に病理部へ提出された。患者AをH-4999、患者BをH-4998、患者CをH-5002として病理部門システムで受け付けた。検体処理後、臨床検査技師Xは各々検体番号が印字されたブロックを作製した。その際、患者3名の検体のブロックを同時に薄切したが、最初のブロック(3個のうちのいずれかは不明)のバーコードがバーコードリーダーに認識されず、当該検体番号が印字されたスライドガラスが出力されなかったため、病理部門システム端末に検体番号を手入力した。その際、誤って他の患者の検体番号を入力した。残り2つの検体についてもブロックのバーコードが認識出来なかったため、同様に検体番号をシステムに手入力したが、その順序については記憶していない。その結果、患者A(H-4999)のブロックの切片を患者B(H-4998)の番号が印字されたスライドガラスに貼付し、患者Bのブロックの切片を患者Aの番号が印字されたスライドガラスに貼付した状態となった。患者Cの切片は、患者Cの番号が印字されたスライドガラスに切片を貼付した。3日後、臨床検査技師YがHE染色を行い、出来上がったHE染色標本を病理医に渡した。この際、染色を行った臨床検査技師YはブロックとHE染色標本との肉眼による照合を行わず、患者Aと患者Bの切片が入れ替わっていることに気づけなかった。病理医がHE染色標本を顕鏡して、患者Aを「癌あり」、患者Bを「癌なし」との病理診断報告を行った。その結果に基づき、患者Aは肺癌の診断で、呼吸器外科において右肺下葉切除術を施行した。患者Bは「癌なし」の診断であったため、呼吸器内科で経過観察となった。しかし、患者Aの手術標本には癌がなかった。その後、呼吸器外科医師から病理部に対し、検体取り違いがあるのではないかと問い合わせがあり、ブロックとHE染色標本を照合した結果、患者AとBの切片が入れ替わっていることが分かった。

【背景・要因】

- ・検体処理後ブロックを作製した際、既製品のブロックへの二次元バーコード印字不良により、バーコードがバーコードリーダーに認識されなかったため、薄切時に臨床検査技師Xが検体番号をシステムに手入力した。その際、臨床検査技師Xが入力する検体番号の確認を怠った。
- ・HE染色標本が出来上がった際、染色を行った臨床検査技師YがブロックとHE染色標本を肉眼で照合することを怠った。

事例8

【内容】

乳癌の手術の際、乳頭側断端（乳頭根部から遠位方向へメスで追加切除した遠位断端）について、術中迅速検査を依頼した。病理部には別手術室（消化器外科患者）からの頸部リンパ節検体1と3、及び本事例患者のセンチネルリンパ節検体2及び乳頭断端検体4が断続的に届いていた。検体3が病理部に届いた時、臨床検査技師Xが受付を行い、検体3のシールを出力しトレイ①に置いた。薄切後、臨床検査技師Xが検体3の染色をしている間に検体4が病理部に到着した。臨床検査技師Yが受付をし、検体4のシールを出力した。検体3を優先処理するため、検体3のシールを右隣のトレイ②に移し、トレイ①に検体4のシールを置いた。その後、臨床検査技師Xが検体3の染色を終え、シールを貼るためにトレイ①からシール（実際は検体4のもの）を取り、シールの表示を確認しないまま検体3に貼り、病理診断室に提出した。引き続き臨床検査技師Xは、検体4の標本作製（薄切、染色）を行い、シールを貼ろうとしたところ、トレイ②に検体3のシールが残っていたため、この時点で検体3と4のシールの貼り間違いに気づいた。

その間、病理部から手術室に患者氏名を確認のうえ、「断端陽性（腺癌あり）」との回答と画像モニタによる報告があった。再度、診療科（乳腺内分泌外科）から病理部に確認したが、同じ回答であったため、乳頭は残すことはできないと判断した。切除範囲は最小限にし、形成外科による再建の利便性を考えて乳頭突起のみを切除した。その15分後、病理医から別患者の検体と取り違えたため、先ほどの報告は誤りで、実際の結果は陰性であったとの連絡があったが、既に患者の乳頭先端部は切除された後であった。

【背景・要因】

- ・ 標本作製時、スライドガラスに直接検体番号や患者氏名が記入されていなかった。
- ・ 検体シール貼付時、きちんと確認を行わなかった。
- ・ 複数の手術室から同時に複数の検体が到着したため、臨床検査技師に精神的な余裕がなかった。
- ・ 出力したシールの置き場所について、厳密なルールがなかった。

(3) 病理検査の流れ

病理検査は、検体の採取から標本の作製、病理診断報告書の作成、報告書の確認の間に、多数の段階にわたり複雑な工程を経る。また、病理検査は、組織診、細胞診など診断方法によって標本を作製する工程に違いがある。例えば、手術中に行う迅速組織診の場合、脱水操作に時間のかかるパラフィン包埋は行わず、凍結薄切・染色を行うなど、組織の処理や手順に違いがある¹⁾。さらに、業務の流れは医療機関によって必ずしも同一ではない。ここでは報告された事例内容から病理検査の流れについて簡素化した例を示す(図表Ⅲ-3-6)。

図表Ⅲ-3-6 病理検査の流れ

		主な流れ	内容
手術室など	担当医	検体採取	検体を採取する
	看護師など	容器保存(組織固定)	検体容器に検体を入れる (場合によっては、ホルマリン固定液などに浸漬)
		(搬送)	
病理検査室内	臨床検査技師など	検体受付・組織番号付け	到着した検体に組織(病理)番号を割り振る
		検体処理	必要に応じて写真撮影・切り出し、脱水・脱脂などを行う (ここで組織を固定する場合もある)
		包埋	検体をカセットに入れてパラフィン浸透を行い、パラフィン包埋したブロックを作製する
		薄切	包埋後のブロックをミクロン(μm)単位の厚さにスライスし、スライドガラスに貼付する
		染色・封入	組織切片を染色し、封入剤を滴下後、カバーガラスを置く
		病理医	診断・報告書の作成
	病棟など	担当医	病理診断報告書の確認

(4) 事例の分類

① 病理診断の種類

医療安全情報の集計以降に報告された事例を病理診断の種類で分類したところ、組織診が4件、細胞診が2件、迅速組織診が1件であった(図表Ⅲ-3-7)。

図表Ⅲ-3-7 病理診断の種類

病理診断の種類	検体の内容	件数
組織診	上部消化管内視鏡で採取した組織	1
	CT下肺生検の組織	1
	乳腺針生検の組織	1
	不明	1
細胞診	皮下腫瘍手術後の組織	1
	臍頭十二指腸切除術後の組織	1
迅速組織診	乳癌手術中の乳頭断端の組織	1
不明		1
合計		8

② 検体取り違えの内容

事例を取り違えの内容と発生場面で分類した(図表Ⅲ-3-8)。病理検査室外での検体採取時の事例は2件、病理検査室内での検体処理時の場面の事例は6件の報告があった。発生場面で見ると、薄切・染色時の事例が4件と多かった。

また、取り違えの内容別に見ると、「スライドガラスへの印字(ラベル貼付)間違い」が3件、「検体容器へのラベルの貼り間違い」、「標本作製時の組織片の取り違え」がそれぞれ2件であった。

図表Ⅲ-3-8 事例の分類

			取り違えの内容				合計
			検体容器へのラベルの貼り間違い	検体の入った容器の取り違え	標本作製時の組織片の取り違え	スライドガラスへの印字(ラベル貼付)間違い	
発生場面	検体採取時(病理検査室外)	容器保存	2	0	—	—	2
		検体処理時(病理検査室内)	検体の受付	0	1	—	—
	包埋		—	0	1	0	
	薄切・染色		—	—	1	3	
合計			2	1	2	3	8

③患者への影響

事例に記載された内容から、患者への影響を分類した(図表Ⅲ-3-9)。8件の事例のうち4件は、報告書を作成する前に間違いに気づき、患者への影響はなかったが、他4件は、病理検体を取り違えたことにより、誤った病理診断による治療等が行われていた。

図表Ⅲ-3-9 患者への影響

患者への影響	内容	件数
影響なし	報告書を作成する前に間違いに気づいた	4
影響あり	誤った病理診断によって治療等が行われた	4

そこで、「影響あり(誤った病理診断によって治療等が行われた)」の事例4件について、行われた治療等をまとめた(図表Ⅲ-3-10)。3件は検体を取り違えたことにより、本来は不要であった手術や処置が行われ、1件は誤った診断により転院になった事例であった。

図表Ⅲ-3-10 誤った病理診断による治療等

取り違えに気づいた時期	事例番号	誤った病理診断による治療等	
		患者A	患者B
治療後	4	誤って「悪性所見あり」と診断され、本来しなくてもよい内視鏡的粘膜下層剥離術を行った。	複数採取した他の検体からも悪性所見が出ていたため、正しく診断され、広範囲の内視鏡的粘膜下層剥離術を行った。
	7	誤って「肺癌」と診断され、本来しなくてもよい右肺下葉切除術を施行した。	誤って「癌なし」と診断され、呼吸器内科で経過観察とした。
	8	誤って「断端陽性」と診断され、本来しなくてもよい乳頭先端部を切除した。	診断前に間違いに気づいたため、正しい診断がなされた。
転院後	6	誤って「悪性リンパ腫」と診断され、転院した。(転院後の詳細は記載なし)	もともと、正しい診断である「末梢性T細胞性リンパ腫」と入力・登録されていたため、通常の治療が行われた。

(5) 事例の背景・要因

①取り違えの場面と内容

取り違えた場面と内容を図表Ⅲ - 3 - 1 1 にまとめた。検体採取後の容器保存時や病理検査室内での標本作製時において、複数の患者の検体やラベルが同時に存在している。例えば別の患者のラベルと取り違えると、検体が別の患者の組織として取り扱われ、誤った報告が行われている。

検体として提出された組織や、病理検査室で処理中の検体には直接患者名を記載することができないため、検体に患者を特定する情報としてラベルを作成・貼付したり、正しい順番に並べその通りに取り扱う必要が生じる。したがって、一つ一つの作業を行う際に患者を特定する情報の十分な確認が必要である。検体が複数存在する状況でも、どの患者のものか特定できる工夫や他患者の情報混在しない手順の確立が必要であろう。

図表Ⅲ - 3 - 1 1 取り違えた場面と内容

取り違えた場面		内容
病理検査室外	容器保存	検体容器にラベルを貼付する際、別の患者のラベルが残っており、医師は確認しないまま貼付した
		患者2名分の検体を提出する際、医師は誤って別の患者の名前のラベルを貼付した
病理検査室内	検体受付	臨床検査技師は、検体容器を病理番号順に並べるところ、並べる順番を間違えた
	包埋	臨床検査技師が検体を検体容器からカセットに移す際に、患者Aと患者Bの検体を取り違えた
	薄切・染色	薄切後、検体を液体に浮かべる際に患者Aと患者Bの検体を一つの区切りに入れたため取り違えた
		標本ラベルを印刷する際、臨床検査技師は別の患者のオーダ用紙のバーコードを読み取り、誤ったラベルを貼付した
	スライドガラスに印字する際、臨床検査技師はバーコードが読み取れず手入力したところ、別の患者の番号を誤って入力した	
	臨床検査技師Xが別の患者の検体を染色している間に、臨床検査技師Yが次の患者のシールを置いたため、誤ったシールを貼付した	

②検体取り違えに気づいた契機

検体取り違えに気づいた契機を図表Ⅲ - 3 - 1 2 にまとめた。報告書作成前に気付いた事例においては、検体の患者名と病理伝票（または申込書）の照合により取り違えに気付いた事例があり、検体の取扱いや照合作業について手順を明確にしておくことの重要性が示唆される。

また、診断時に気付いた事例2件は、事前に入手していた情報と診断結果の齟齬から取り違えが分かった事例であった。患者の担当医から臨床所見などの情報を入手しておくことは、病理診断時の情報だけでなく、取り違えに気付く契機になっている。

誤った病理診断が報告された事例は、手術を行った後、提出された検体から悪性所見がないことから気付いた事例が2件、転院した病院から診断が誤っていると連絡があった事例などであった。

図表Ⅲ-3-12 検体の取り違えに気づいた時期とその契機

取り違えに気づいた時期	取り違えに気づいた契機
報告書作成前	
病理検査室提出時	病理検査部の担当者が、到着した検体の患者名と病理伝票の名前が違うことに気付いた
検体受付後	臨床検査技師は、3つ目の検体の病理番号を記載する際、病理申込書の氏名と検体容器の氏名が異なることに気付いた
診断時	病理診断部医師が担当医から聞いている情報と検査結果がかみ合わないことから、取り違えに気付いた
	病理診断部医師は、事前にカンファレンスをしており、提出された5つの検体のうち、別の患者の検体1つが混ざっていることに気付いた
誤った病理診断後	
治療後	悪性所見のため内視鏡的粘膜下層剥離術を行ったが、切り取られた検体に悪性所見が見られなかった
	右肺下葉切除術を施行した患者の検体に癌がなかったため、呼吸器外科医師から病理部に対し、検体取り違えがあるのではないかの問い合わせがあった
	臨床検査技師が次の患者の検体を処理後、シールを貼ろうとしたところ、トレイ内に前に処理した患者のシールが残っていたため、シールを貼り間違えたことに気付いた。術中迅速診であったため、すでに誤った報告がなされ、切除不要の乳頭先端が切除されていた
転院後	転院した病院よりスライドの貸し出しの依頼があり、患者本人の未染標本を渡したところ、他院の病理診断部より悪性リンパ腫ではないと連絡があった

(6) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の主な改善策を以下に示す。

① 容器保存時

- ・検体を採取した手術室で検体の容器に氏名を記載する。

② 検体受付時

- ・「検体到着確認」と「病理申込書にバーコード貼付及び検体瓶に病理番号記載」の過程は2名で声だし確認しながら行う。
- ・検体瓶を並べる際に縦横の仕切り板を利用し、前後左右で入れ違いが起こらないようにする。
- ・針生検の検体の受付について、同じ臓器に連続して病理番号を発番しないことをマニュアルに定め徹底する。
- ・病理申込書にラベルを貼付する工程と検体瓶を並べる工程の順番をマニュアルに定め遵守する。

③ 検体処理時

- ・切出し時は、「病理申込書と検体を確認する」者と「切出しを行う」者の2名で行い、声に出して確認する。
- ・切出し終了後の検体瓶とカセット、病理申込書について、氏名および病理番号、個数を再度確認する。

④包埋時

- ・検体入りの小瓶からカセットに移す前に、依頼書(氏名、検体番号)、検体が入ったホルマリン容器、カセット(検体番号)をまとめて写真に撮り記録を残し、その後に作業を行う。更に、翌週の担当者が依頼書とともに写真を再チェックする。

⑤薄切・染色時

- ・複数個同時処理していたものを、確実に一つ一つ処理することとする。
- ・全ての検体のスライドガラスに標本番号を記載する。
- ・スライドガラスに貼り付ける時は2名でブロック番号と薄切した検体の形を確認する。
- ・バーコードが機械で読み取れなかった場合には必ず2人以上で番号の入力を行う。
- ・臨床検査技師は、検体番号、患者氏名、検体個数を確認し、ブロックとの照合を必ず行う。
- ・標本シール貼付時、声だし及び指差し呼称による確認を徹底する。
- ・臨床検査技師は、トレイに優先処理の順位を明示し、優先順位に従って検体処理を行う。

⑥病理診断時

- ・病理診断時、病理医はスライドガラス記載の標本番号と貼付シールの番号を照合し、記載がない場合や番号不一致の場合は、再度標本を作製し直す。

⑦その他

- ・検体処理マニュアルの周知徹底を図る。
- ・今後、検体及び標本等の確認をすべて2名体制で実施することにより再発防止を図るとともに、確認の指示を明記した文章を病理部マニュアルに追加記載した。
- ・標本作製の際には常にバーコードを使用するよう、指導を徹底する。
- ・標本ラベルを印刷するパソコンにバーコードの使用とダブルチェックを促す貼紙を貼る。

(7) まとめ

本報告書では、医療安全情報 No. 53 「病理診断時の検体取り違い」について、報告された再発・類似事例8件を紹介した。事例を分類したところ、病理診断の報告前に取り違いに気付いた事例が4件、誤った診断が報告されたことにより本来であれば不要な手術・処置等が行われた事例が4件であった。それらの取り違えた場面や取り違いに気付いた契機などを整理し、医療機関が報告した改善策を掲載した。

病理検査室においては、病理医が診断する標本を作製するまでに複雑な工程がある。また、同時に複数の検体が存在することがあり煩雑になりやすい。そのため、一つ一つの工程を確実に行う必要がある。また、検体が複数存在する状況になっても、他患者の情報が混在しない工夫が必要であろう。

今後も引き続き類似事例の発生について注意喚起するとともに、その推移に注目していく。

(8) 参考文献

1. スタンダード病理学 病理検査のすべて. 大西俊造, 梶原博毅, 神山隆一. 文光堂. 2007年8月17日. 第1版第4刷発行.