

GE0260004 病棟で慣れていない病理細胞診の指示画面を見て医師採取する 検体のオーダだと勘違いし、胆汁採取がなされなかった事例	
訪問調査の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事実の確認</li> <li>・背景・要因の確認</li> <li>・改善策について</li> </ul>
主な対応者	医療安全担当責任者（医師）、医療安全担当医師、副看護部長、当該科リスクマネージャー医師、医療安全管理室担当者（看護師）、病棟看護師長、安全管理室医師、リスクマネージャー薬剤師、安全管理事務職員

【報告された実施した医療行為の目的】	
胆管癌の確定診断目的	
【報告された事故の内容】	
胆管癌疑いの精査目的で内視鏡的逆行性膵胆道造影を施行。その際に内視鏡検査偶発症を予防する目的で数日間ENBDチューブを留置し、さらに同時にできる検査として胆汁細胞診を行う予定であった。胆汁採取のオーダが造影から3日分出されたが、3日間とも採取されていないことが10日後にわかった。ENBDチューブはすでに抜去されており再検査は不可能であった。主治医より患者に事情が説明され、同日退院となった。	
【事故の背景要因の概要】	
報告された事故の背景要因の概要	訪問で得られた知見
看護師は、病理細胞診の検体オーダの指示画面を見て検査中に採取した検体のオーダだと勘違いした。これまで、同様の検体は主治医自身で採取して提出することが多く、看護師が実施するパターンがあまりなかった。検査出棟一覧の病理項目の欄に未実施を意味する「○」がついていたが、3日間誰も検体が採取されていないことに気付かなかった。採血スピッツなどはオーダされると検査室からラベルを貼られた検体容器が送られてくるが、病理検査はラベルも容器も病棟で用意しなければならない。	<p>○患者は胆管癌の疑いでERCPの際、胆管の一部でブラシ細胞診の検査とし、引き続き胆汁ドレナージ、及び細胞検体を採取する目的で、ENBDチューブを留置した。ENBDチューブは6日後に抜去した。</p> <p>○主治医は結果が返ってこないことを疑問に思い、11日目に病理室に問い合わせ、検体が提出されていないことが分かった。</p> <p>(1) 医師</p> <p>○医師は、胆汁細胞診の指示を出す際、検査項目として、「一般細胞診」→「材料：胆汁」→「部位：その他指定なし」→「採取方法：吸引」を選択した。</p> <p>(2) 病理検査に関する手順やシステム</p> <p>○医師が指示入力した血液検体検査は、中央採血室から患者ラベルが出力され、検体容器が搬送される。病理検査については検査室からの検体容器や患者ラベルの搬送はなく、病棟で検体容器を準備し、患者ラベルを再出力する、という手順である。</p> <p>○一般細胞診の採取方法「吸引」について、共通の手順はない。言葉のとらえ方は曖昧であるが、備考欄への記載などで対応している。</p> <p>○検査の指示の前日に、病理検査の患者ラベルは病理検査室で自動出力される。病棟では、患者ラベルを再出力したうえで、検体容器とともに準備する手順になっていた。</p>

1 [1]  
1 [2]  
1 [3]  
1 [4]  
1 [5]  
**1 [6]**  
2 [1]  
2 [2]  
2 [3]  
2 [4]  
2 [5]  
2 [6]  
2 [7]  
2 [8]  
2 [9]  
2 [10]  
2 [11]  
3 [1]  
3 [2]  
3 [3]  
3 [4]  
3 [5]  
3 [6]  
3 [7]  
3 [8]  
3 [9]

	<p>○血液検体検査は、電子カルテにおいて、中央採血室で検体受付の状況が分かるようになっていた。具体的には電子カルテ上、検体を受け付けていなければ「○（未実施）」の印が、受け付けると「●（実施済）」になるようになっていたが、病理検体には同様のシステムはなかった。</p> <p>(3) 看護師</p> <p>○当該病棟では、ENBDチューブからの同様の検査は4、5件/年程度であり、看護師は検査に慣れているとはいえない状況であった。</p> <p>○検体を「吸引」採取する同様の検査は、医師が検体を採取し、病理に提出することが多いため、看護師サイドで検体を採取するという意識が薄く、指示受けはしたが、実施の確認は行わなかった。</p> <p>○看護師は検査準備の際、「検査出棟一覧」と検体容器を確認し、検査出棟一覧の病理検査には「○（未実施）」がつけられていることに気がついたが、医師が検体容器の準備から提出まで行うものと思い込み、検体容器や患者ラベルの準備をしなかった。そのため、採取されていない検体容器が残っている、ということはなく視覚的にも気がつかなかった。</p> <p>○看護師は、検体採取方法の「吸引」は挿入されているチューブの患者側から吸引することであり、医師が実施する処置であると認識していた。</p> <p>(4) その他</p> <p>○一般細胞診の検査結果は、早ければ当日、通常は3、4日で病理報告がある。</p>
<b>【改善策】</b>	
<b>報告された事故の改善策</b>	<b>訪問で得られた知見</b>
<p>指示を受ける際、内容が明確でないものについては必ず医師に確認を行う。検査出棟一覧に表示されているものはその日毎に全て確実に実施されていることを確認する。</p>	<p>○検体検査と同様に、電子カルテにおいて病理検査も「○（未実施）」が、病理部で受け付けると「●（実施済）」になるようシステムを変更し、病理部での受付状況が分かるようにした。</p>

Ⅲ

- 1 【1】
- 1 【2】
- 1 【3】
- 1 【4】
- 1 【5】
- 1 【6】
- 2 【1】
- 2 【2】
- 2 【3】
- 2 【4】
- 2 【5】
- 2 【6】
- 2 【7】
- 2 【8】
- 2 【9】
- 2 【10】
- 2 【11】
- 3 【1】
- 3 【2】
- 3 【3】
- 3 【4】
- 3 【5】
- 3 【6】
- 3 【7】
- 3 【8】
- 3 【9】

### 訪問での主な意見等

- ENBDチューブを「抜去する際の手順」があるのか。もし、「検体検査を提出した結果を確認した後、抜去する」という手順があれば、ENBDチューブを抜去する前に気がついた可能性がある。
- 当該医療機関にENBDチューブを抜去する際の手順は特になかった。ENBDチューブは鼻腔から入っており、患者の苦痛があったため、早く抜いて苦痛を軽減したい思いがあった。
- 病理部に提出されるはずの検体が提出されない場合、フィードバックをする機能があるとよい。行うべきことを行わなかった場合、患者の会計にも関係することになり、オーダと会計を結びつけて確認できるシステムがあるとよい。
- 医療機関では、検査指示が出てでも採取できない場合があるので、常にフィードバックすることは難しい。
- 検体検査のエラーは多くの人の手を介することで発生することがある。システムでアラートがかかるとよい。
- 一方で、電子化で洩れなくチェックすることも限界がある。検体容器のような「もの」の準備と双方向的に考えるといいのではないか。例えば、検体容器は、採血と同様に患者ラベルが最初に出力される検査室で準備するなどの工夫も検討してはいかかが。
- 患者ラベルを再出力して検体容器を準備する手順ではなく、患者ラベルを搬送するシステムを検討することも一案である。
- どこでも入力ができたり、ラベルが出せるのは電子カルテの利便性だが、患者と情報やラベルが離れてしまう可能性などの落とし穴もある。入力したものは必ず所属病棟に届くようにするなど、患者と離さない工夫が必要であろう。
- 行うべき検査がなされていなかったというイレギュラーなことへ対してのお知らせがくる仕組みがあるといいのではないか。