

調査5 検体を容器に移す際、別の患者の検体に混入した事例		
報告時の事例		
事故の内容	背景・要因	改善策
<p>患者Aに子宮体癌に対する手術を施行し、腹膜播腫のリスクがあったため、洗浄腹水の細胞診検査を病理部へ依頼した。事例発生時、病理部の検体立てには、当該患者Aの洗浄腹水が入った容器1本と、別の患者Bの腓液が入った容器3本の合計4本が立てられていた。臨床検査技師（以下、技師）は、病理医に患者Bの腓液の検体3本を1本の容器にまとめてよいか確認後、検体立てに立っている大きな容器に小さな容器1本の内容を移しはじめた。その最中に、大きな容器には患者A、小さな容器には患者Bの氏名が印字されたラベルが貼られていることに気付いたが、既に検体は混ざってしまっている状況であり、洗浄腹水の細胞診検査に使用出来なくなった。患者Aは、今回の検査で洗浄腹水が陽性であっても陰性であっても化学療法を3クール程度実施予定であり、子宮体癌のステージングには影響はないが、必要な検査を実施できなかった。</p>	<p>・別の患者の腓液を入れ替える際、患者の氏名をしっかりと確認していなかった。</p>	<p>・標本を作る際、患者の名前を確認して、声に出しながら処理をする。</p> <p>・検体の入れ替えをせず、それぞれの容器で1本1本規定の枚数の標本を作る。</p>

現地状況確認調査の内容
<p><b>医療機関の対応者</b></p> <p>安全管理部：副病院長兼部長（医師）、看護師G R M、薬剤師G R M、前任看護師G R M、                      病理部：部長（医師）、病理部主任（臨床検査技師）</p>
<p><b>得られた情報</b></p> <p><b>1. 事故発生の経緯</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病理部に患者Aと患者Bの検体が同時時間帯に提出された。</li> <li>・受付には、複数の検体を立てる検体立てがあり、患者A・Bの検体が一緒に立てられていた。</li> <li>・患者Aの洗浄腹水は、大きな容器1本であった。</li> <li>・患者Bの腓液は、大きな容器1本と小さな容器2本の計3本であった。</li> </ul> <p><b>2. 背景・要因</b></p> <p>○病理部門の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該病院は数年前に建て替えを行っているが、病理部門は旧病院の建物にある。</li> <li>・室内は限られた場所に検体を処理する装置などが設置され、手狭な状態である。</li> <li>・受付の窓口周辺はモノが多く置かれ、検体立てを複数置くなどの十分なスペースはない状態である。</li> </ul> <p>○提出された検体の取り扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・メッセージャーが病院内の検体容器を回収し、病理部門に提出する。</li> <li>・検体と依頼票と一緒に届いたら、技師が依頼票に記載された検体数と合っているかなどを確認する。その後、検体の受付処理を電子カルテ上で行い、容器を検体立てに立てる。</li> <li>・検体立てには、提出された容器と受付処理後の容器を立てるため、常に複数の患者の容器が並んでいた。</li> <li>・1患者で複数の検体が提出されることもあるが、患者毎に分けるなど検体の立て方のルールはなかった。</li> </ul>

- 1つの検査に同じ患者の検体が複数提出されることは少ないが、その場合は1本ずつ全て検査を行うか、1本のみを検査して他の容器は廃棄することが多い。今回の事例のように複数の検体を一つの容器にまとめる作業は行っていなかった。

○患者Aと患者Bの検体

- 患者Bの腓液は、依頼票上の検体数は1本で依頼されていたが、病理医に1本にまとめてもよいと確認が取れたため、一つの容器にまとめることにした。検査を依頼した医師が3本提出した理由は不明である。
- 検体立てには、患者Aの大きな容器と患者Bの小さな容器2本が近くにあり、患者Bの大きな容器は少し離れていた。全ての容器に患者氏名のラベルが貼られていたが、患者Aと患者Bの大きな容器のラベルは処理をする技師からは記載内容が見えない方向に置かれていた。
- 技師は、近くに置かれていた3本が患者Bの腓液3本だと思い込み、それぞれの容器の蓋を外すときや、中身を大きな容器に移す際に容器のラベルは確認しなかった。
- 患者Aの洗浄腹水の容器に患者Bの腓液を移している途中でラベルの患者の氏名が違うことに気付いた。

**3. 事例報告後、実施した主な改善策**

- メッセンジャーから検体容器を受け取った後、検体立てではなく、患者別に紙コップにまとめる方法に変更した。
- 依頼票の検体数が1本のところ、同じ検体が複数提出された場合、一つの容器にまとめる作業は行わないことを病理部門内で再確認し、手順とした。

**訪問時の議論等（○：訪問者、●：医療機関）**

- 紙コップの使用によって「患者別」が明確になるのはよいが、紙コップは軽く、複数の検体を立てた場合に倒れることもある。また、倒れた検体容器を戻す際に間違いが発生することが懸念される。検体立てを使用して患者別になるよう、検体立てに区切りをつけたり並べ方の明確なルールを確立したりする方法もある。
- 採尿コップ程度の大きさから、さらに大きい紙コップやプラスチック製のものなどいくつか種類を用意した。また、検体は随時処理に回すため受付に長い間置いておくわけではなく、現在のところ問題なく運用できている。
- 確認の手順がないために、「どこでどのように間違えたのかははっきりしない」状況になっているため、業務の工程を明確にしてはどうか。
- 今回、1本で依頼のあった腓液が3本提出されている。検体を受け取ってから病理部門で処理するのではなく、提出する診療科へ検体提出時の注意点や依頼数と検体数を合わせるなどの協力を働きかけてはどうか。
- 診療科側への働きかけはしていなかったため、今後協力を呼び掛けるか検討したい。