

当病理部におけるインシデントの傾向と課題

◎小林 朱実¹⁾、高田 麻央¹⁾、津幡 裕美¹⁾、大兼政 良育¹⁾、竹中 美千穂¹⁾、
寺内 利恵¹⁾、塩谷 晃広²⁾、山田 壮亮²⁾
金沢医科大学病院 病院病理部¹⁾、金沢医科大学 臨床病理学²⁾

【はじめに】

病理検査は臨床医が検体を採取した時点から病理医が診断を行うまでが一連の流れであり、その間に多くの工程と複数の職種、人員が関わっている。また、その殆どが手作業で行われており標本作製過程では日をまたいで複数の技師が作業に関わるためヒューマンエラーが起りやすいのが現状である。病理診断は患者にとって最終診断となり、治療に大きな役割を果たしているため、ヒューマンエラーによって重大な不利益を生じてしまう可能性がある。当病理部では月1回インシデント委員会が開催されており、受付から診断までの全工程における事象の報告がされている。また、事象の内容をもとに病理部全体で再発防止等の対策について話し合いが行われている。今回、事象報告書の内容をもとに病理部で発生したインシデントの傾向を分析したので報告する。

【対象と方法】

2019年4月～2021年10月までの間に病理部内で発生したインシデント83件について、事象が起こった場面・内容・原因について分類し傾向を示す。

【結果】

事象が起こった場面では診断が21件と最も多く、次いで受付17件、薄切11件、切出し9件の順となっており、診断は医師では診断名と所見の記載誤りが多く技師では細胞診の2次スクリーニング漏れなどがみられた。受付では、検体のオーダーラベルと検体容器の患者氏名の不一致や依頼内容と検体名(左右含む)の不一致の発見が多くみられた。薄切では特染・免染依頼時のブロック番号・切片番号間違いが多く、切出しではコンタミの事例が多くみられた。また、事象の原因としては確認不足が最も多く、次いで多忙・慌てる、手順の不備(手順からの逸脱)、知識不足となっており、大半は確認不足が占めていた。

【考察】

今回の分析により事象の原因の多くは確認不足が原因によって生じている。特染・免染依頼時のブロック間違いにおいては、当初の改善策では染色追加指示箋にあるブロック番号はブロックを準備した技師と薄切の技師の2回に分けてチェックを行うこととしていたが、土曜日など勤務人数が少ない日は同じ技師が2回ともチェックを行うこともあり、一度確認したことによる思い込みなどで2回目のチェックが不十分となり番号間違いが生じてしまうことがあった。現在は2人の技師によるチェックを徹底しており、番号間違いによる事象は報告されていない。このように1人がミスを起こしてしまっても他の段階で気付くことができる仕組みを構築することは非常に重要であると思われる。診断時の記載誤りや、スクリーニング漏れに関しても結果送信時や提出時に再度、第三者がチェックを行うことが望ましいが、チェックを行う人員の確保やチェックを行う技師の力量を判断することが難しいこと、また病理部のLIS上に結果報告内容の乖離をチェックするシステムを構築してもらう案もあるが、コストがかかるため実行できていないのが現状である。

【まとめ】

確認不足によるヒューマンエラーを防ぐためには異なるタイミング、人でのダブルチェックは非常に有効であると言える。また、今回取り上げた課題については病理医や技師の業務に影響が少なく負担にならない方法で見直し、再発防止に努めたい。

連絡先:076-286-3511(内線5348)