

病理分野の医療安全



まとめ

・施設状況

病床数：160～780床

病理検査技師人員：1～2名（20施設） 最多12名

病理経験者：11～20年（30名）、21年以上：21名

病理医は検査技師人員に関係ない






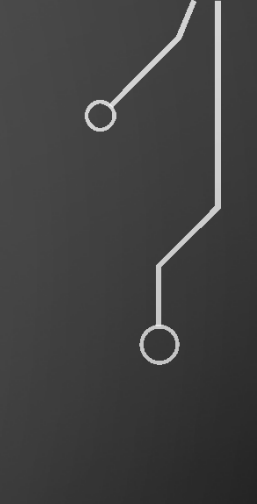
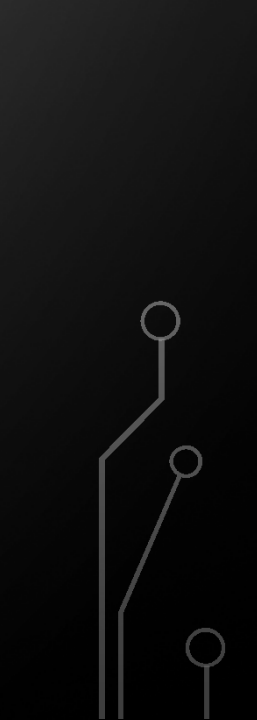
各施設の取り組み

- マニュアルは全施設で作成している
- 



各施設の取り組み


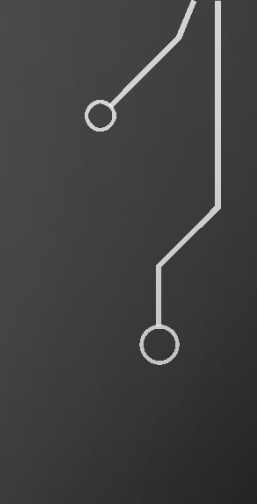
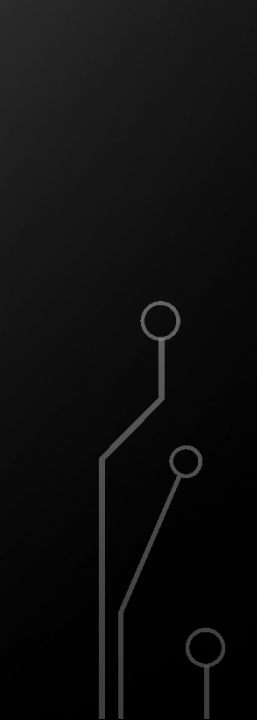
受付時の注意

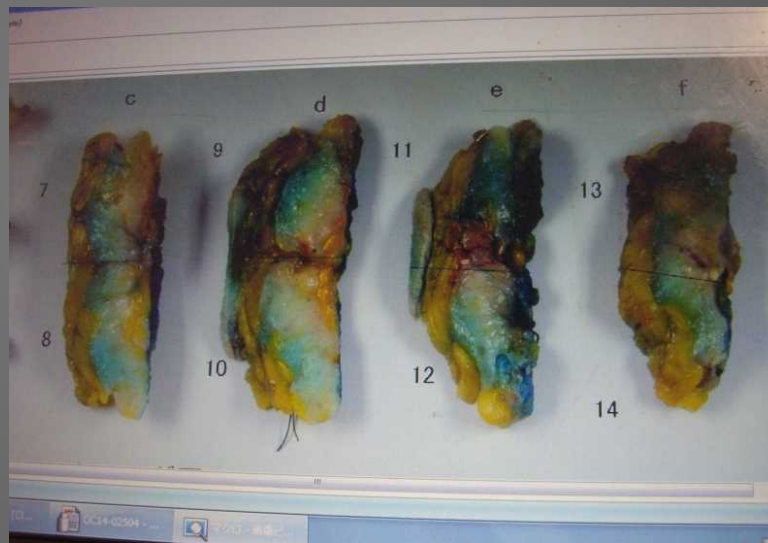
- 同姓は離れ離れにする
 - 同じ臓器を連番にしない(内視鏡検体等)
 - 内視鏡検体で口側から同じ臓器で少ない個数から番号を付ける
- 
- 
- 



各施設の取り組み

切り出し時の注意


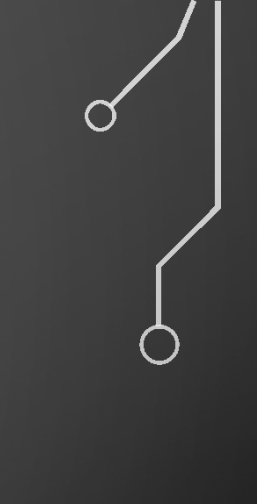
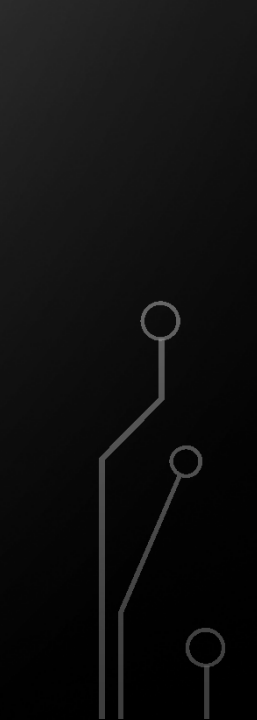
- ・検体のシェーマを記載
 - ・コンタミ防止のためピンセットを洗う
 - ・ブロックや氏名を写真撮影しダブルチェック
 - ・タブレット端末で画像確認
- 
- 
- 





各施設の取り組み

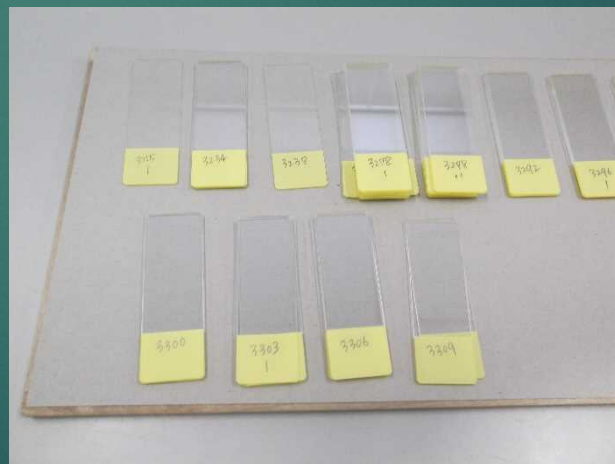
包埋時の注意

- 包埋検体番号順に包埋
 - 細かな検体から処理
 - 同色力セットは続かせない
- 
- 
- 

事故防止対策：パラフィンブロック作製～標本作製

- ・病理番号ごとに同色のカセットを連続させない。
- ・切片は水槽の1マスに1カセット入れる。
- ・別な人が書いたガラスに切片を拾う。
- ・ガラスに貼付後、ブロック組織片と照合する。


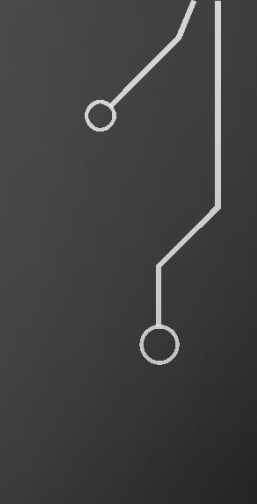
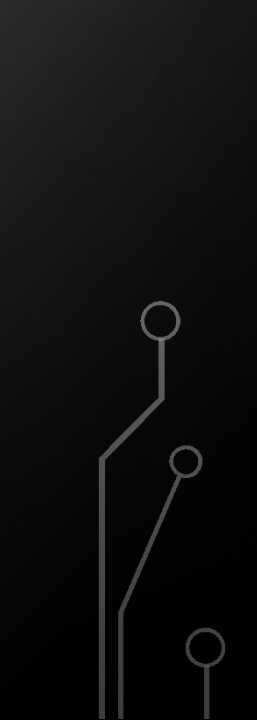
【薄切】





各施設の取り組み

薄切時の注意

- 番号照合を徹底する
 - 切片を浮かべるマスには1ブロックのみ使用
 - 薄切したらスライドガラスに番号を記載し切片を拾い、ブロックも片づける。
- 
- 
- 

薄切手順



1. ブロックをアダプタに
セットし、薄切をする

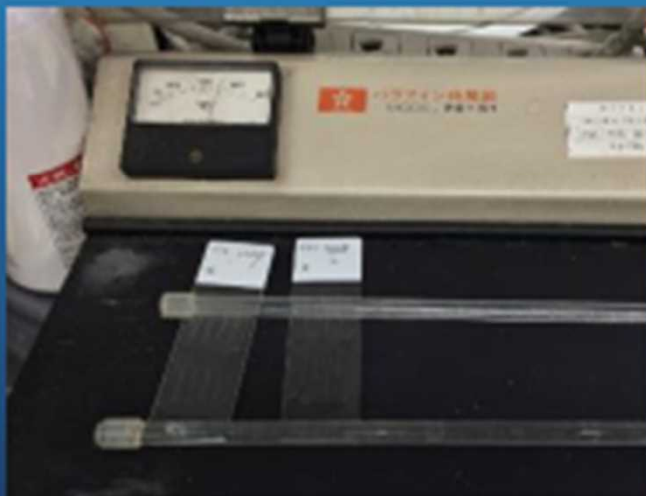


2. ブロックの病理番号を
スライドガラスに記載する

3. スライドガラスに切片
を拾う



4. ブロックを箱に並べる



5. 切片を立てかける


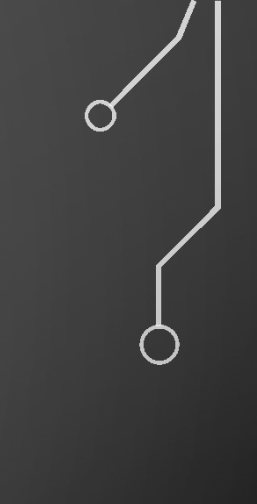
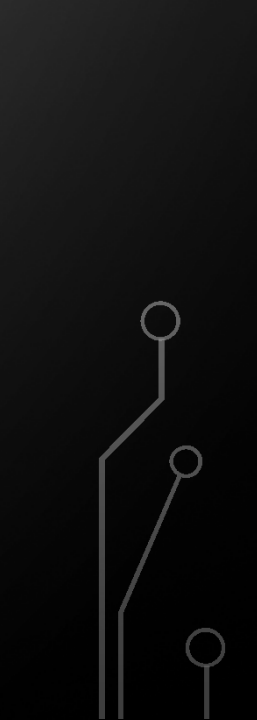
6. 次のブロックの薄切する

※ 薄切から貼付けまでを
完結させる



各施設の取り組み


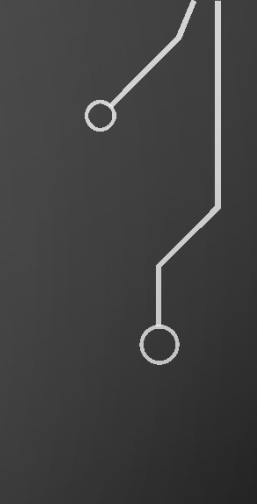
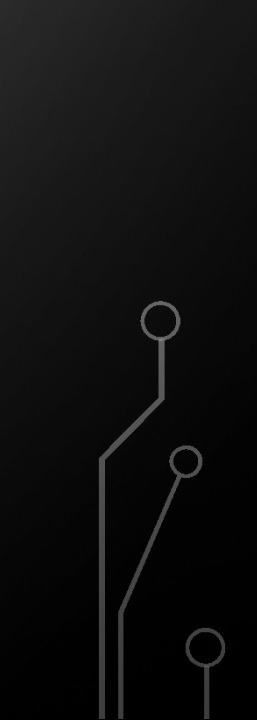
染色時の注意

- 染色液のこまめな交換
 - コンタミの起りそうな検体は別々に染色
- 
- 
- 



各施設の取り組み

ラベル貼や提出時の注意

- プレパレートと検体番号を一致させる
 - 検体の大きさ、個数、写真やシェーマの確認
 - 印字プリンターなのでラベルを貼らない
- 
- 
- 



各施設の取り組み

24施設が行っている

ダブルチェック工程場所

・1、受付 2、切り出し、3、標本だし



各施設の問題点

- ホルムアルデヒド問題
- 標本やブロックの保管場所の確保
- 部門システムの未導入

発散抑制措置

(特化則第4条および第5条)

ホルムアルデヒドを製造し、または
取り扱う作業全般においてホルムアル
デヒドガス発散による作業者の曝
露を防止するため、**局所排気装置**ま
たは**プッシュプル型換気装置**を設け
なければならない。


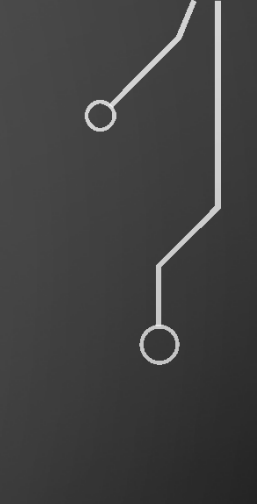
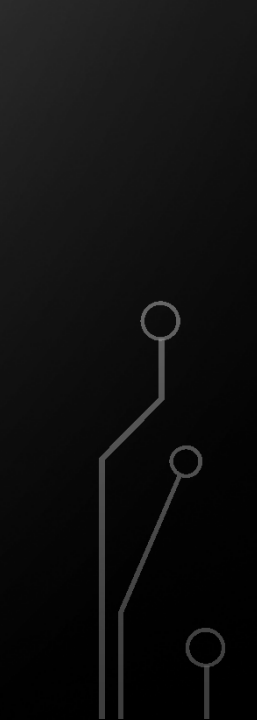
作業環境測定の実施

(特化則第36条から第36条の4)

- 1.ホルムアルデヒドを製造し、屋内作業場については6ヶ月内ごとに1回、定期的に作業環境測定士(国家資格)による測定。
- 2.その結果に一定の方法で評価を行い**測定結果の評価による管理区分の決定**。
- 3.測定の記録及び評価の記録は30年間保存が必要。
- 4.管理濃度0.1ppm。




各施設の問題点

- ホルムアルデヒド問題
 - 標本やブロックの保管場所の確保
 - 部門システムの未導入
- 
- 
- 





各施設の問題点

- ホルムアルデヒド問題
 - 標本やブロックの保管場所の確保
 - 部門システムの未導入
- 



A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of white lines and circles on a dark gray background, resembling a circuit board or a stylized tree structure.

総括

医療事故と医療過誤 (厚生労働省による定義)

医療事故

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故である。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

医療過誤

「**医療事故**の一類型であって、医療従事者が、医療の遂行において、医療的準則に違反して患者に被害を発生させた行為」と定義されている。

病理診断業務における医療過誤の特徴

- 1.患者の治療に直結する
- 2.人為的ミスに起因することが多い
- 3.検査依頼側との連携不足

1.患者の治療に直結する

病理診断は疾病の確定診断を担っており、患者の治療そのものに大きく影響を及ぼす。検査室内における検体の取り違いや紛失・診断に関わるミスなどは起こしてはならないものであり、発生したミスを誤診・医療過誤に結びつけない細心の注意が求められる。(最悪でもヒアリハットで留める)

医療過誤事例

2006年 細胞診検査で同じ日に検査施行した患者の検体と取り違えて、臨床検査技師が名前のラベルを貼付し、甲状腺切除。

2008年 臨床検査技師が、検体を載せるスライドガラスに、乳がん患者の識別番号を誤って書き込んで、乳房切除。

2013年 迅速時に同時に提出された検体の切片拾い間違えて、肺を切除された。

2.人為的ミスに起因することが多い

- 作業工程が多い
- その多くが手作業



3.検査依頼側との連携不足

- 検体提出時に放置（置きっぱなしetc）
- 依頼書のDo化や記載不足
- 検体不備の思い込みや確認不足

医療事故例分析


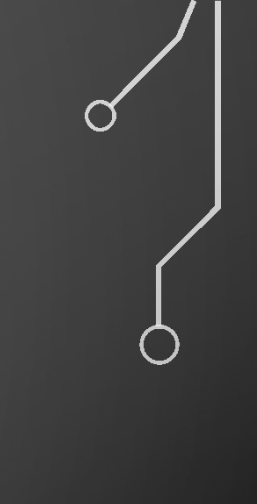
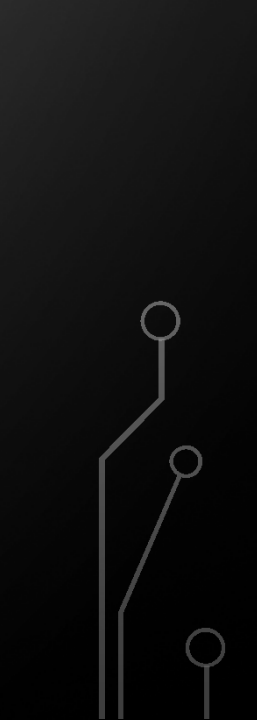
平成21年1月から平成25年6月まで日本医療機能
評価機構、医療事故情報収集等事業、医療事故/
ヒヤリハット報告事例検索機能から抽出した病理
業務事例は126例であった。

100例が確認不足

その原因は.....



解決方法

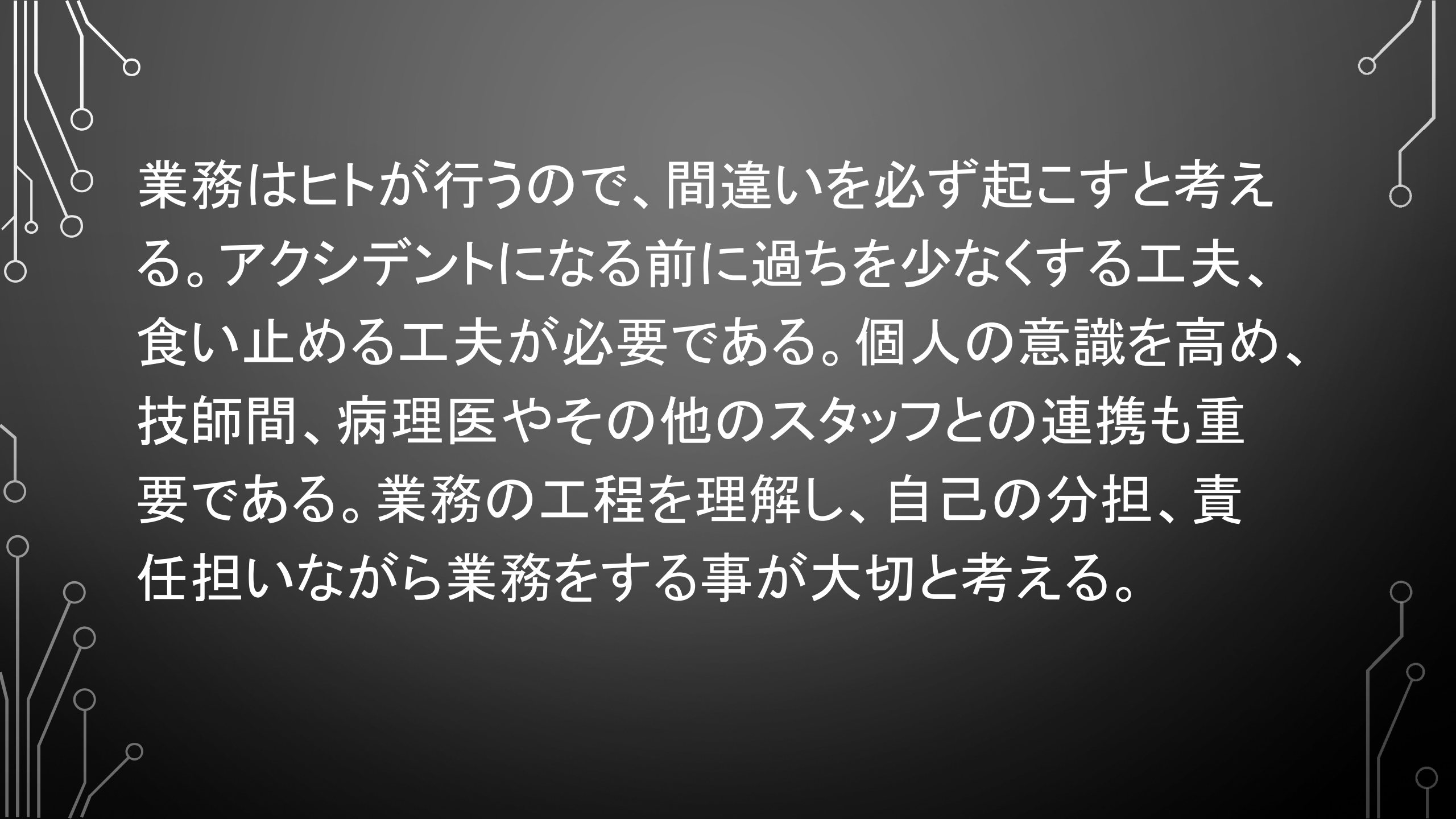
- 自分のやるべき業務を理解する
 - 業務内容の共有（意思疎通の徹底）
 - 検査室の約束事の徹底
 - 不具合や事故が起きた時の対応
 - 事故原因と再発防止
- 
- 
- 

○ PDCAサイクルの徹底

- Plan(計画): 業務計画を作成する
- Do(実施・実行): 計画に沿って業務を行う
- Check(点検・評価): 業務の実施が計画に沿っているかどうかを確認する
- Act(処置・改善): 工程が計画に沿っていない部分を調べて処置をする

SDCAサイクルにする

- Standard(標準化): 工程作業を標準化する
- Do(実施・実行): 計画に沿って業務を行う
- Check(点検・評価): 業務の実施が計画に沿っているかどうかを確認する
- Act(処置・改善): 実施が計画に沿っていない部分を調べて処置をする



業務はヒトが行うので、間違いを必ず起こすと考え
る。アクシデントになる前に過ちを少なくする工夫、
食い止める工夫が必要である。個人の意識を高め、
技師間、病理医やその他のスタッフとの連携も重
要である。業務の工程を理解し、自己の分担、責
任担いながら業務をする事が大切と考える。