

日臨技医療安全ニュース

令和4年4月号 NO. 11

採取された肝生検検体を採取済み他患者の容器に混入した事例

日臨技 医療安全委員会

医療安全ニュースNO. 11刊行にあたって

委員長 根本 誠一

今回の事例は検体採取済みの容器へ異なる患者の検体が混入となった事例です。患者Aと患者Bの肝生検が立て続けに実施されました。患者Aの採取済みの容器を患者B用に準備した容器を手に取り、処理が行われました。担当した医師、看護師は容器に貼付された患者ラベルによる患者認証を怠ったと記録にあります。「なぜ認証できなかった」のか。看護師の頭の中は「手にした容器は患者B」という思い込み、医師の頭の中は「看護師が渡してくれたから患者B」と思い込んでいます。過去のニュースにおいて人の行為は「認知→判断→行動」の順で行われると説明してきました。この事例の思い込みは「認知」の段階で「AをB」と誤って認識したことによります。対策は「注意を促す仕組み」「確認する仕組み」の構築です。しかし、この事例にはもう一つ考えなければならないことがあります。患者B検体採取をする空間に患者Aの採取済みの容器を存在させていたことです。「なぜ、患者Aの容器がそこにあった」この考え方がポイントです。プロセスと環境が整備されていなかったのでしょうか。ここで登場する対策ツールが「5S」です。「整理・整頓・清掃・清潔・躰(教育: Study)」でお馴染みですが「不要なモノを取り除く・必要なモノを仕事の流れどおりに並べる・働く空間を綺麗にする・前3項ができる環境に整える・前4項を維持できるように管理・改善する」と表現できると思います。このニュースのコンセプトは「事例から学ぶ」「事例から気付く」「事例から築く」です。「5S」はストラクチャー管理とプロセス管理にも有用です。「なんかモヤモヤする対策だな」という過去の事例も「5S」をすることでスッキリ解決するかもしれません。行動だけではなく環境も対策のターゲットです。「5S」導入施設では業務がスマートになった。やるべきことが見えるようになったと好評です。

1. 事例の概要

患者Aの肝生検終了、退室直後に患者Bの肝生検を実施
看護師は患者Bの検体採取時、採取済み患者Aのホルマリン固定容器を医師へ手渡した
医師は採取済み患者Aのホルマリン固定容器へ患者Bの検体を投入した
看護師は提出前の確認時、未開封の患者Bのホルマリン固定容器を発見
患者Aの採取済み容器に患者Bの肝生検を混入したことに気付いた

2. 背景

患者Aと患者Bのホルマリン固定容器が検査室内に準備されていた
患者Aと患者Bの肝生検は同じ部屋で連続して行われた
採取済みの患者Aのホルマリン固定容器と未開封の患者Bのホルマリン固定容器が同じ検査台上に混在していた
看護師は患者Bの氏名を確認せず患者Aの採取済みの固定容器を手にした
医師は患者Bの氏名を確認せず患者Aの採取済みの固定容器を受け取った

3. 考えられる事例の発生の要因

患者Aと患者Bの採取前固定容器は同時刻・同空間に存在していた
患者Aの採取済み固定容器は患者Bの肝生検時の同時刻・同空間に存在していた



患者Aと患者Bの複数の患者検体を同時に扱える環境にあった
看護師は患者Aの検体が入った容器を患者B用のホルマリン固定容器と認識した
医師は手渡されたホルマリン固定容器を患者B用と認識した
医師は患者Aの採取済み固定容器へ患者Bの検体を混入した

4. 発生要因への対応

患者認証は正しく行われ、生検されるべき患者が入室していること、患者Aおよび患者Bの採取容器に患者情報ラベルが貼付済であることを前提に「他患者容器への検体混入」予防の対応について考察します。

- ・患者Aの検体採取時は患者Aの採取関連物品のみを検査室に設置
→患者Aのためだけに対応できる環境とする
- ・患者Aの検体採取後、患者Aの採取関連物品は検査室内から退ける
→患者Bの入室、採取関連物品設置前に検査室内を常設設備のみ(リセット)とする
- ・患者Bの検体採取時は患者Bの採取関連物品のみを検査室に設置
→患者Bのためだけに対応できる環境とする
- ・採取前の容器置き場と採取後の容器置き場を決め、ルールに則った運用を行う
- ・検査に係るスタッフは患者+採取容器+申込書で患者認証を行う
→患者氏名、採取容器貼付の患者ラベルの患者氏名、申込書の患者氏名を呼称確認
(患者氏名のみではなく患者ID、生年月日など2つ以上の情報が理想)

5. プロセスの検証

2016年7月一般社団法人日本病理学会より発行された「病理検体取り扱いマニュアル 病理検査取り違えを防ぐために」には臨床での病理検体の採取・提出の

<推奨>として

- ①患者情報ラベルは検体本体に貼付
- ②患者氏名はフルネームで記載、患者IDなど2つ以上の情報を記入

<避けるべき手技>として

- ①検体を容器に入れたのちに患者情報ラベルを貼る
- ②複数の患者検体を同時に扱う

と記載されています。本事例は患者情報ラベルを固定容器に貼付されていました。しかし、患者情報ラベルによる認証を怠ったことにより、異なる患者の採取容器であることに気付かず、検体を混入する行動となりました。「病理検体取り扱いマニュアル 病理検査取り違えを防ぐために」にある検体を固定容器に入れる際には再度、患者情報を確認する。この必須の操作が行われなかった背景には“手にしたこの採取容器は患者Bのもので間違いない”という医師と看護師の思い込みがあります。個人に「認知・識別・判断」能力を持たせることも重要ですが、人間の認知・識別・判断機能は環境によって左右されます。個人の力量で行う仕組みから担当チーム力でおこなう仕組みへの変化が必要となります。そのツールとして「タイムアウト」があります。2012年10月に公益財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会が提言した「侵襲的な検査での誤認防止について」を参考にすると良いでしょう。検査前のタイムアウトによって患者名、採取部位、検査手技などの確認、さらに検査依頼書・検体採取容器が対象患者のものであること確認することで「認知・識別・判断」能力を共有することが可能となります。検査室、患者、電子カルテ、依頼書、採取容器そしてスタッフの頭の中身等の全てが対象患者のものとなるようプロセスと環境を「5S」で整えることで旧友出来る仕組みが構築できます。検査前の採取容器の保管場所、採取後の容器および依頼書の保管場所、次の検査関連物品の準備のルールを確実に決め習慣化することで検査室内は整理・整頓されます。定期的な躰・教育(Study)を行い「やりやすくする・思い込みによる間違いが起こらない」環境を作り、醸成していきましょう。対象患者の生検を行う前のタイムアウトによって患者、手技、必要備品と共にスタッフの頭が「5S」されます。医療のどの現場でも、「5S」を実践することで、作業効率がよくなり、些細なミスを防ぐことができ、医療事故防止にも繋がります。今日から「5S」を実践し、患者と医療従事者を護るためプロセスと環境を整えていきましょう。

聖マリアンナ医科大学病院 島田 直樹