

概要	内容	本報告書参照事例番号
医療機器	<p>シリンジポンプ等の流量設定の桁間違いに関連した事例が報告された。 (第14回報告書128頁)</p> <p>指示のプロポフォルを輸液ポンプで14mL/hに設定したと思い込み、開始した。輸液ポンプのアラームで訪床すると、プロポフォルが終了となっており、流量が140mL/hとなっていた。</p>	<p>75頁 図表Ⅲ-2-1 No16</p>
検査	<p>病理検体の取り扱いに関連した事例が報告された。 (第15回報告書169頁)</p> <p>左右の尿断端迅速診断においてオーダーリング上は「臓器1:左尿管」、「臓器2:右尿管」と入力されていたが依頼書には左右が逆に記載されており、病理部では依頼書の番号に従い診断し報告書を返却した。報告書には「#1右尿管」、「#2左尿管」とオーダー入力とおりの番号で臓器が表示されていた為、医師が左右逆に診断したのではないかと病理部に問い合わせたところ、オーダーリングの不備（臓器番号と診断上の通し番号が混同しやすい画面になっている）が判明した。</p>	<p>該当なし</p>
	<p>甲状腺両葉の病変に対し、細胞診を実施するにあたり、助手がプレパラートを準備した。この時プレパラートに「左1,2」「右3,4」と記入した。術者はプレパラートの標記は確認しなかった。術者は右葉から穿刺し、助手がプレパラートの塗布を行った。検査終了後術者は穿刺した順番に、右葉病変の検体を1,2左葉病変の検体を3,4と記載した病理細胞診依頼書を作成した。1週間後、術者と助手が検査結果を確認したところ、プレパラートの表記と病理細胞診依頼書に記載された病変の左右が逆になっていることを指摘され、検体4から乳頭癌の診断が報告されたことがわかった。左右の検体をどのプレパラートに塗布したか確定できず、左右どちらに乳頭癌の病変があるか判断できない状態となった。</p>	<p>該当なし</p>
	<p>患者Aと患者Bの細胞診検査を実施した。その後、手術予定の患者Aの担当医から細胞診の標本を病理部の医師に再検査してほしいという依頼があった。病理部の細胞検査士が標本を確認したところ、患者Bと取り違えてラベルを貼った間違いに気付いた。その結果患者Aの細胞診の結果と患者Bの細胞診の結果を反対に報告したことがわかった。</p>	<p>163頁 図表Ⅲ-2-21 No50</p>