

当院での運用と実際

病理検査における精度保証～病理検体取扱いマニュアルの活用と現状～

◎宇仁 和将¹⁾、安藤 加奈江¹⁾
大阪市立大学医学部附属病院¹⁾

分子標的薬と共にコンパニオン診断薬の開発が進むにつれて、病理検体の取り扱いの重要性を増してきました。それに伴い、各施設独自の運用が多いことがあり、マニュアル化の必要性が出てきました。2016年に日本病理学会が検体の取り扱いを防止するための指針として、「病理検体取扱いマニュアル初版」を作成し、自施設での運用を考えるいい機会になっているのではないかと思います。

当院は2017年に検査部とともにISO15189を取得しました。取得に当たって検査前手順である「病理検体提出マニュアル」は病理学会の推奨する手順を元に作成しました。しかし、標準作業手順書(SOP)作成においてはそれまでの運用方法を元に文書化しているため、過程の中では病理検体取扱いマニュアル(日本病理学会2017年度版)を100%実施できていないのが現状です。

例えば、手術材料においての手書きラベル、メッシュ運用です。これは大学病院ということもあり、手術件数の多さ、稀少症例による切り出しの煩雑さ、病理経験の浅い病理医による切り出しや機器購入の予算の都合なども重なって、現在も運用されています。メッシュからカセットに移す手間が増えるとともに確認も技師一人という状況になっています。

二つめは十分な切出しスペースは確保できていないことです。手術切り出し台が1台と材料用のカメラが1台しかありません。臨床医による手術後の固定前臓器撮影、病理医による固定後の切り出しや術中迅速組織診断時の切り出しも一カ所で行わなければなりません。

三つめは検体の到着確認方法です。生検検体と手術検体とでは受付方法が異なり、生検検体はワークシート、病理ラベル、検体の3点照合しますが、手術検体は臨床医により受付し、固定前の写真撮影、ホルマリン注入後提出棚に提出するという流れとなっています。もちろん、手術が遅ければ、技師による検体確認は翌日となってしまいます。大学病院であるため、院外より数年ぶりに戻る医師、新任研修医も多く、提出不備もしばしばみられることが問題となっています。さらには診療科ごとに提出方法が若干異なることもあり、病理部としての対策が追いついていないのが現状です。

ほかにも生検材料の処理を2名で行うのが病理検体取扱いマニュアルで明記されていますが、現状技師数が不足しており、対応できていない等、現実的に難しい点も多少あります。自施設での当たり前が他施設ではありえない手順であるかもしれません。今回は当院での病理検査の運用を紹介し、現状の課題について提示していきます。

連絡先 06-6645-2121(内線 2225)