

医学総論Vレポート

4年96番

コース臨床医学ⅠⅡ全科臨床実習において、見聞きした医療安全上のヒヤリハットについて
<<1>>見聞きした内容

検査データの単位の無理解により誤診が発生した。

当該の症例は、[]の治療である。かねてより[]により当院通院中の患者さんが、看護師によって[]を「発見され」、この臨床症状（[]）および、[]を根拠に緊急入院となった。その後、抗菌薬の投与によって病状は改善し、退院となったが、入院中に抗菌薬の作用によって生じたことが疑われる[]が発生し、一時脱水が危惧される事態となった。なお腹痛はなかった。

さて、この症例の緊急入院の根拠になった[]の診断であるが、ガイドラインでは「[]炎は、①[]、②[]、③[]のうち少なくとも2つを満たす場合に診断する。」（[]）となっている。

このとき、白血球数はカルテ上[]であり、ガイドライン上の診断基準の約1/3333と基準を大きく下回り、ガイドライン上、この症例で[]の診断は推奨されないことになる。しかし、この事例では、不正確な事実認識を根拠にした診断が行われ、それに伴う治療が実行されてしまった。

<<2>>なぜそれが患者安全に問題となるのか

誤診によって不必要な加療が行われ、副作用によって患者健康に不利益が生じる可能性がある。事実、この症例でも抗菌薬副作用と思われる[]が生じている。

<<3>>なぜそのようなことが起きたと思うか、原因

この事態の発生にはいくつかの要因が絡んでいると考えられる。1. 看護師が10の4乗オーダー[]を「発見」してしまったこと、2. []を医師が追認したこと、3. 検査データを医師が読解できなかったこと、4. 検査データが間違っている可能性を医師が疑った形跡がないこと、などである。

1. については避けることはできず、看護師等コメディカルがトラブルの上申を避ける傾向を許さないためにも、不必要な問責は避けるべきである。2. については、本当に混濁が確認されたのか疑わしい。3. []が事実であったならば、検査データが10の4乗オーダーで薄いのに[]を視認できたということは考えにくく、検査データの記載ミスも原因として考えられる。その場合は検査部に問い合わせることなどの必要な手続きがあるが、それらも行われていない。4. そもそも検査データが読めていないので疑うこともできなかったと考えられる。

<<4>>次のそのようなことが起きないためにはどうしたらよいと思うか、対策

検査データの単位を確認しない、マイクロとデシが分からないなどといったお粗末な事態が発生しており、小手先の対策では手のつけようがない。お粗末な学部教育が批難されるべきである。学部教育の適正化が必要である。

<<5>>参考文献

ガイドライン 日本 医学会ブックシリーズ1 2019 JSJT “Guidelines for ”, ガイドライン改訂 ワーキンググループ 編, 一般社団法人日本 医学会, 2019年。