

日臨技医療安全ニュース

令和2年7月号 NO.4

パニック値の報告がなく肝機能障害のある患者が退院、内服薬継続となった事例

日臨技 医療安全委員会

医療安全ニュースNO.4刊行にあたって

委員長 根本 誠一

今回は「パニック値の報告がなく肝機能障害のある患者が退院、内服薬継続となった事例」です。担当医師は退院日の採血を中止すると判断しましたが、意思が伝わらず採血が実施され検体は検査室へ提出されました。医師の判断どおり採血が中止されていたとすれば、事例の内容は「退院後の初回外来において重度の肝機能障害を発見し緊急入院とした事例」と異なってきます。今回の事例は担当医師の意に反して採血となりました。測定の結果、複数項目において肝機能障害を強く示唆するパニック値となりました。中止処理あるいは指示伝達を怠ったから、採血が実施されてしまった。これは、患者にとって全く別の問題です。医療は患者にとっての成果で評価します。「検査は中止」と思い込んでいる担当医にパニック値の情報が伝われば、肝機能障害の進行を認識、入院継続と判断され、然るべき医療処置を提供したと考えます。パニック値とは「生命が危ぶまれるほど危険な状態を示唆する異常値で、直ちに治療を開始すれば救命しうるが、その診断は臨床的な診察だけでは困難で検査によってのみ可能である」とされています。この医療機関においてパニック値報告基準は定められていました。パニック値を気付いていたのに、報告という行動に起こせなかったのは何故なのか。背景から探っていきます。毎回で申し訳ありませんが、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。パニック値は自施設の基準を遵守し、報告され、患者にとっての成果となっているのでしょうか？

この事例において担当医師が採血中止と判断したが中止の処理をしなかったこと。採血を行ったが担当看護師、担当薬剤師も検査データを閲覧していないこと。これらは間違いなくエラーです。おそらく、退院する患者という情報が「医師は退院と判断した＝患者は問題ないんだな」と脳内で認知されてしまったのではないのでしょうか。「担当医師の判断どおり採血されていなければ、こんなことには」と考えることは得策ではありません。パニック値であったこと、それを認識していたという事実がこの事例の深いところではあります。今回は検体検査部門の行動について考えていきます。

今回は生理機能検査に関連した事例です。

1. 事例の概要

事例の対象は肺腺癌にてがん化学療法を受けている入院患者。

退院日の採血を中止すると担当医は判断したが、調整がうまくいかず採血が実施された。

肝機能複数項目がパニック値であったが、検査科から担当医師への報告はなかった。

検査結果が確定される前に退院手続きが完了、患者は退院となった。

退院後の初回外来時、検査結果は退院時同様に肝機能複数項目（データは悪化）パニック値であった。

担当医師は今回の報告を受け、退院日も肝機能障害が起きていたことを理解した。

担当医師はがん化学療法を中止、入院加療が必要と判断した。

2. 背景

担当医師は採血の中止を判断したが、処理を行わなかった→中止処理をしたと思っている

病棟スタッフは採血中止を知らなかった→担当医師からの指示はなく、オーダーは残っている

担当医師は採血されていることを知らない→中止処理をしたと思っている

担当医師はパニック値の報告を受けていない→検査科からの報告なし

退院処理が結果報告前に完了した→退院指示は出ているので定型的に業務は行われている

担当看護師、担当薬剤師は当日の検査データを閲覧しなかった。

臨床検査技師Aは複数項目パニック値なので再測定を優先すると判断した。

臨床検査技師Aはパニック値を報告せずに休憩に入った。

臨床検査技師Aはパニック値であること、再測定していることを引き継がなかった。

臨床検査技師Bは同時刻、測定装置の試薬交換発生、その対応をしていた。

臨床検査技師Bはパニック値に気付かなかった。

事例発生施設のパニック値報告基準（一部抜粋）

1) 当該検査の依頼医または担当医に直接電話連絡する



- 2) 再測定の前に医師に報告・確認する
- 3) 各項目にパニック値の上限・下限が決められている

3. 考えられる事例の発生の要因（臨床検査技師の行動に限定）

- 臨床検査技師Aは 医師に報告・確認することより再測定を優先すると判断 (認知)
- パニック値報告前に行われた 担当者交替による業務中断 (状況)
- 臨床検査技師Bは パニック値が発生していることを知らない (認知)
- 臨床検査技師Bは パニック値が未報告ということを知らない (認知)
- 臨床検査技師Bは パニック値対象検体が再測定されていることを知らない (認知)
- 「パニック値対象検体が再測定中・未報告」であるという 重要な情報の遮断 (情報)
- 再測定と同時刻の 試薬交換発生 (状況)
- 再測定の結果が パニック値を気づきにくいシステム画面 (環境)

4. 発生要因への対応

この出来事の注目すべき要因は「医師に報告・確認することよりも再測定を優先することを正しいと判断」したことです。この施設のパニック値報告基準には「再測定前に医師に連絡・確認する」ことが定められています。何故、臨床検査技師Aは報告<再測定と判断したのでしょうか。①報告<再測定であることを知らない(無知)②報告<再測定と理解している(誤認識)③複数項目だから念のため報告<再測定すると決めた(誤判断)が考えられます。ヒューマンエラー分類(人的要因)の認知、判断にあたります。①全く知らない②誤って理解している③判断根拠が不明確なのでエラーを起こします。これらの対策は①②学習レベルの教育(再教育)③正しい判断基準を再確認して再考する(できないのならできるように改変する)ことです。パニック値報告漏れに関わる事例を検証するとほとんどの施設が項目毎のパニック値設定と伝えるべき職種の決定(日勤帯・夜勤帯・休日別)に留まっています。パニック値は生命を脅かす危険値です。報告はその状態から一刻も早く離脱させることを目的とする行動です。目的を達成できるプロセスとなっている。これがポイントです。

5. プロセスの検証

日本医療機能評価機構に提出された事例報告を多く見てきました。対策として掲げられているのは「決められたことを徹底するよう周知します」「ダブルチェックを徹底する」といった決意表明が殆どです。決意表明でパニック値報告漏れを防げるでしょうか。決意表明は個々によって認識と解釈が異なりますので防ぐことはできないでしょう。

- 1) 項目毎にパニック値の上限・下限値を決定する
- 2) パニック値であることを誰でも気付くように可視化する(検査システムがなければ対処表など)

例)パニック値項目は赤系統背景(各施設で決める)、Pマーク表示 **AST P 1234**

- 3) 報告の手順と伝える内容を決める

いつ:パニック値発見時、直ちに

誰が:パニック値発見者が(測定・データ確定担当者)

誰に:担当医(オーダー—医師、担当医、担当看護師都等;原則は医師)に

何を:パニック値を

どのように:データから考察したこと。患者に対応して欲しいことを付加して

- 4) 3)の記録を残す(リスト作成、結果確定画面のハードコピー、必ずいつ、だれが、内容を記載)
- 5) パニック値を伝えた後、正しい医療行為が提供されたのか、患者がどうなったのか確認する

パニック値報告は伝えたら完了ではありません。危険な状態から患者を離脱させるためのトリガーです。引き金を引いたのであれば飛び出した弾は成果という的を獲なければなりません。患者が必要な医療の提供を受けてこそ成果の達成です。行動には必ず目的があります。自身の行動が挙げた成果を評価することも大切です。個々の行動の蓄積と評価が信頼ある臨床検査部門の構築には欠かせないものなのです。

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院 根本 誠一

日臨技企画の医療安全管理者養成講習会講師である河野龍太郎先生(株式会社安全推進研究所 代表取締役所長)がYouTuberデビューをされました。「[医療安全推進支援室](#)」と検索してください。

役立つ情報が随時アップされています。医療安全の見方・考え方を学ぶことができます。

“いいね”と“チャンネル登録”をお願いします。