

日常診療に潜む臨床検査のピットフォールを回避せよ

私がシニアレジデントだった頃の話である。初期臨床研修を無事に終えて、当時は、基本領域はおろか、専門研修制度すら存在しなかった「総合診療」の道に進むことを選択した。自分はもともと臨床推論が好きで、それは今思い返せば、幼い頃に学校の図書室で読み漁ったシャーロック・ホームズの影響なのかもしれない。臨床推論を駆使して、患者の診断に迫ることに強い魅力を感じて、自分には総合診療しかないと思った。

母校のシニアレジデントになって最初の衝撃は、「シニアレジデントは単独で検査のオーダーを出してはならない」という掟だった。臨床研修までは、病棟管理のための採血や画像のオーダーを行い、それをもとに指導医にコンサルテーションして、診療を進めることに慣れていた自分は唖然とした。勤のよい読者なら、この時点で私が言わんとしていることに気付いているかもしれない。この「鉄の掟」の裏にはあるメッセージが隠されていたのだ。検査をオーダーするにしても、その結果が病歴聴取や身体診察から得られた臨床情報をどれだけ変えるのか、あるいはどんな疾患を想起してそれに対して検査計画を組むのか、そのロジックを明確にしなければ、どんな検査を行っても正しい診断に行き着けるほど甘くはなく、場合によっては大きなエラーを引き起こす可能性すらあるからだ。検査の前までにどこまで考えられるか、私はこのシニアレジデントの期間に大いに学ぶことができ、それが今自分自身の臨床推論能力につながっているのは間違いない。その指導体制や文化を築いてくださった本学の生坂政臣教授には日々恩義を感じ、それを自分が多くの学生、研修医、専攻医などに換言していかなければならないと強く思う毎日である。

そんななか、舞い込んできたのが、今回の特集だった。検査のエラー回避のための特集企画の依頼。自分がまさに体現したいテーマであり、すぐに、自分の信頼できる仲間の顔がたくさん浮かんだ。もうこれはやるしかないと思い、謹んで引き受けさせ

ていただいた。いささか脱線してしまったところで、本特集の特徴について戻りたい。

診断プロセスは、大きく分けて、情報収集、情報統合・解釈、確定診断という一連の循環から形成されている。病歴聴取や身体診察による情報をもとに、血液検査、尿検査、X線画像検査、心電図、超音波検査、内視鏡検査などの臨床検査で情報を収集し、その後、情報統合・解釈を行って確定診断へと至る。診断エラーの要因には認知エラー、システムエラー、個人の知識不足、患者要因などがあるが、このなかで最も多くを占めるのが認知エラーである。この認知エラーは、主として診断プロセスの情報統合・解釈の段階で生じることがわかっている。臨床検査は客観的なデータとして示される情報ではあるが、病歴や身体診察などから得られた事前確率、偽陽性や偽陰性の存在、他の検査値による影響などを踏まえて適切に結果を解釈しなければ、診断エラーに陥ってしまうだろう。今回の特集では、「日常診療に潜む臨床検査のピットフォールを回避せよ」をタイトルに掲げ、エキスパートの臨床医が経験した、臨床検査のピットフォール事例を持ち寄った特集号とした。

エキスパートが経験したピットフォールは、万人にとっても学びになることであり、それを共有することで読者の診療スキル向上に大きく寄与することが予想される。是非とも手にとって、学びを深めていただければ本望である。



鋪野 紀好

(千葉大学大学院医学研究院地域医療教育学/千葉大学医学部附属病院総合診療科)