

臨床検査「パニック値」運用に関する提言書（2024年改定版）

2024年6月10日

一般社団法人 日本臨床検査医学会

1. 現状と課題

「パニック値」とは、「生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示唆する異常値」で、直ちに治療を開始すれば救命しうるが、その把握は臨床的な診察だけでは困難で、検査によってのみ可能とされている（Lundberg GD, 1972）。日本臨床検査医学会チーム医療委員会は、2017年に全国「パニック値」アンケート調査を実施し、「パニック値」が設定されている検査項目やその閾値レベルについて医療機関で統一されていないこと、さらには、「パニック値」は臨床検査部門から診療側に速報値として様々な手段で連絡されているものの、緊急連絡体制、カルテ記録、臨床的対応とその確認方法などが医療機関で統一されていないことを明らかにした。

このような現状から、日本臨床検査医学会チーム医療委員会は、「パニック値」の運用については、医療安全対策の一環としてチームで一体となって確実に推進することを求める必要があると考えた。そこで、全国の医療機関に向けて、以下の提言を行い、臨床検査部門のみならず医療機関全体で協力して「パニック値」の適切な運用体制を構築することを推奨するものである。

2. 提言の内容

- 1) 「パニック値」の呼称については、「緊急異常値」や「緊急報告検査値」などさまざまな呼称が用いられているが、英語での論文や学会発表、記事等では「critical value」を用いる。日本語での論文や学会発表、記事等の対外的な場では「critical value」、「クリティカルバリュー」または「クリティカルバリュー（通称「パニック値」）」を用いる。なお、当面の混乱を避けるため医療機関内部では「パニック値」を用いてもよい*1。
- 2) 「パニック値」の項目の選定や閾値の設定については、ゴールドスタンダードは存在しない現状を考慮し、添付の「パニック値」一覧（別表）を参考に、診療科・医療安全管理部門と協議のうえ、機関の状況に応じて個別に設定する。
- 3) 臨床検査部門で「パニック値」を報告する臨床検査技師に電子カルテへのアクセス権限を付与する。また、「パニック値」担当技師を任命し、「パニック値」報告を管理し、検査室内で件数やオーダ医の対応内容などをレビューし、必要に応じて医療安全管理部門の会議などで公表する体制を構築する。
- 4) 「パニック値」は緊急報告が必要であり、臨床検査部門では、原則として初回値*2を報告することが望ましい。ただし、再検査をせずに初回値をオーダ医に報告した場合は、関係する医療従事者は検体取り違えがないか、患者状態に問題がないかなどを確認する。
- 5) 「パニック値」の第一報は、オーダ医に確実に報告する体制を構築する。オーダ医に連絡が付かない場合は、施設の状況に応じて確実にオーダ医（または対応可能な医師）に報告が届く体制を構築する。

6) 「パニック値」報告に対応した医師は、「パニック値」対応についてカルテに記録する。この際、特に緊急報告が必要な項目については、検査値の確認のみならず、対応した時刻・内容・アウトカムについても記録することが望ましい。

7) 「パニック値」の運用は検体検査のみならず、生理機能検査・微生物検査などにおいても検討する必要がある。また、医療機関内のみならず、機関外、例えば在宅医療施設・衛生検査所・健診関連施設などにおける臨床検査に関しても、「パニック値」の適切な運用を検討する。

3.提言に基づいた運用の長所

提言に基づいた「パニック値」の運用は、

- ・安心で安全な医療の提供に寄与できます。
- ・医療の質の担保に寄与できます。
- ・チーム医療実践の証しになります。

4.意見提出先

広くご意見をお寄せください。

連絡先：日本臨床検査医学会事務局

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 2-2 UI ビル 2F

E-mail: office@jslm.org

*1 「パニック値」という用語は医師、看護師、臨床検査技師、医療事務職など幅広い職種で定着しており、一斉の用語変更は不可能で、長い移行期間が必要となる。このため、医療機関内部では「パニック値」を用いてもよいとした。しかし、他の用語と混在する移行期間が長いと、その間に用語の不統一に起因する臨床現場の混乱や、死亡を含めた重大な医療事故につながる可能性が高まるため、可能な範囲で統一を進める必要がある。

*2 初回値とは、再検査を行う前に得られた検査結果をさす。この際、異常反応が疑われる場合や測定範囲を外れている場合などは、必要に応じて再検査を行うことが望ましい。