当院における
パニック値の報告体制

三重中央医療センター　臨床検査科
小栗 和也

施設概要

国立病院機構　三重中央医療センター

病床数：440床

救急指定：二次救急病院

診療科数：31

検査技師数：25名

外来患者数：640人/day

外来採血：180～230件/day

検体数：生化学　350件/day
　　免疫　100件/day
　　血算　250件/day

当院のパニック値（検体検査）

項目名	単位	以下	以上
T-Bil	mg/dL	—	20.0
ALB	g/dL	1.9	—
AST	IU/L	—	1,000
ALT	IU/L	—	1,000
LD	IU/L	—	1,000
AMY	IU/L	—	1,000
CK	IU/L	—	1,000
Na	mmol/L	120	160
K	mmol/L	2.5	6.0

項目名	単位	以下	以上
BUN	mg/dL	—	150
CRE	mg/dL	—	5.00
Ca	mg/dL	3.0	12.0
IP	mg/dL	1.0	—
GLU	mg/dL	50	500
Hb	g/dL	6.0	—
PLT	万/dL	5.0	—
PT-INR	—	—	2.0 外来初回のみ

※パニック値の報告は原則として初回時のみ。しかし、前回値と大きく異なる場合は連絡する。

当院のパニック値（細菌検査）

迅速診断（イムノクロマト法）	
新型コロナウイルス	尿中抗原（肺炎球菌/レジオネラ菌）
インフルエンザウイルスA/B	RSウイルス（鼻腔）
CDトキシンA/B（糞便）	A群溶連菌（咽頭）
ロタ・アデノウイルス（糞便）	ヒトメタニューモウイルス（鼻咽頭・鼻腔）
ノロウイルス（糞便）	アデノウイルス（咽頭）

上記の迅速診断が陽性であった場合は連絡する。
※ 入院患者であった場合は病棟にも連絡する。

当院のパニック所見（生理検査）

心電図・負荷心電図	
ST上昇あるいは低下と冠性T波	3秒以上の心停止
心室性期外収縮の6連発以上	R on T
心室細動	徐脈性完全房室ブロック

ホルター心電図	
症状と一致したST-T変化	3秒以上の心停止（Afの場合は5秒以上）
心室性期外収縮の10連発以上	WPW症候群での頻脈性Af
Vf、VT	QT延長（>460 ms）
明らかなペースメーカー異常	

肺機能検査	
意識消失発作	

当院のパニック所見（生理検査）

脳波検査	
精神運動発作	欠神発作
過換気運動	強直間代発作
大発作	頻発する異常波

心臓超音波検査	
壁運動異常を疑う所見（初回）	感染性心内膜炎
大動脈解離	腫瘤性病変（粘液種・血栓など）
心タンポナーデ	肺塞栓症疑い（血栓が右心系にある等）
AR、MR　中等度以上（初回）	EF 40%以下
肥大型、拡張型心筋症（初回）	大動脈弁狭窄　中等度以上
僧帽弁狭窄　中等度以上	LVOT狭窄（初回）
ASD、PFO（初回）	VSD（初回）
PDA（初回）	右室機能不全（初回）
経過観察中に測定値や逆流量が増悪した症例	

当院のパニック所見（生理検査）

腹部超音波検査	
腹腔内出血	大動脈瘤破裂
急性大動脈解離	仮性動脈瘤
肝がん破裂	消化管穿孔
絞扼性腸閉塞	急性胆嚢炎穿孔
水腎症（両側の場合）	

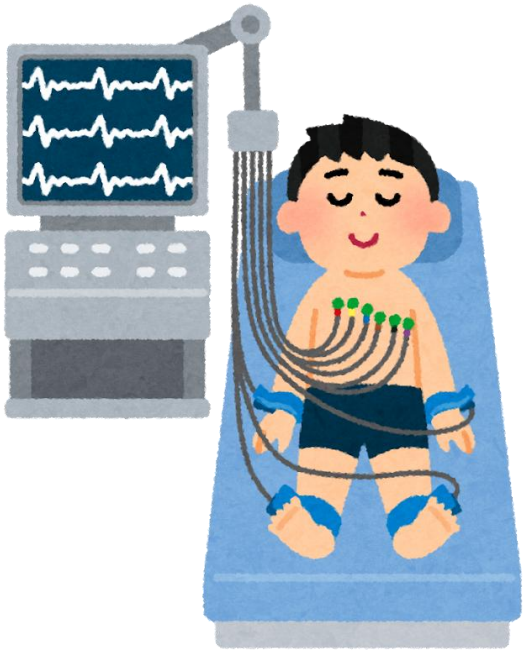
上肢静脈・下肢静脈超音波検査	
初回DVT所見（＋）	

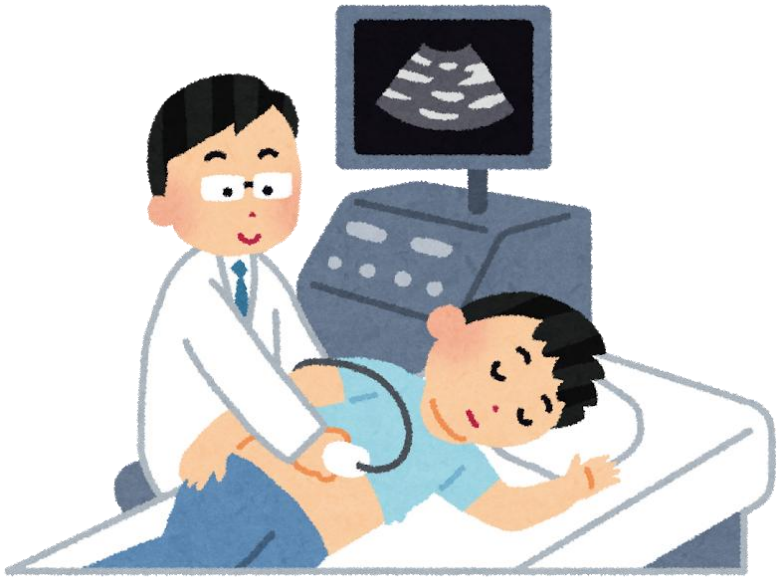
上肢動脈・下肢動脈超音波検査	
初回閉塞所見	仮性瘤や動静脈瘻
可動性プラーク	

当院のパニック所見（生理検査）

頸動脈超音波検査	
初回閉塞所見（CAS、CEA後も含む）	頸動脈乖離、椎骨動脈乖離
血液逆流所見	可動性プラーク

生理検査のパニック所見は日勤帯のみ報告する。





当院のパニック値報告手順（日勤帯）

第1コール
・検査依頼医師のPHS

第2コール
・依頼医と同科の上級医師のPHS

第3コール
・依頼医と同科の医師のPHS

報告後は測定作業日誌に「患者ID」、「項目」、「報告値」、「報告先」、「報告日時」を記載する。

当院のパニック値報告手順（日当直帯）

第1コール
・検査依頼医師のPHS

第2コール
・検査依頼医師登録携帯電話（外線）

第3コール
・内科：内科日当直医師
・その他の依頼科：依頼科当番医師

報告後、日当直日誌に「患者ID」、「項目」、「報告値」、「報告先」、「報告日時」を記載する。

測定作業日誌　　生化学

作業日 2026年5月13日

検査機器名	BM6050	BM6070	アークレイ GA1172	アークレイ HA8181	呼気ガス分析	浸透圧	アンバンド ビリルビン	ABL-800（血ガス）
[illegible]								

特記事項		内　容
報告遅延件数	件	
パニック値報告件数と数値 （血清感染症陽性件数含む）	件	
インシデント件数と内容	件	

ID	項目	測定結果	報告先	報告日時	備考
111111	CK	1500	●●Dr.	5/1　12:12	
222222	GLU	31	▲▲Dr.	5/1　16:30	

インシデント件数と内容	件						

部門責任者	技師長	臨床検査科長	精度管理責任者

昨年度パニック値報告件数

項目名	日勤帯	日当直帯	合計
T-Bil	2	1	3
ALB	41	52	93
AST	22	13	35
ALT	8	4	12
LD	57	33	90
AMY	21	17	38
CK	**179**	**108**	**287**
Na	47	21	68
K	132	66	198

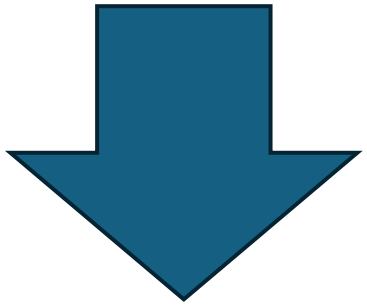
項目名	日勤帯	日当直帯	合計
BUN	6	4	10
CRE	40	21	61
Ca	6	3	7
IP	2	1	3
GLU	117	58	175
Hb	116	37	144
PLT	114	34	148
PT-INR	0	2	2
合計	**908**	**475**	**1374**

一番パニック値報告が多いのは日勤帯、日当直帯どちらもCK。次いで検体検査管理加算でパニック値設定をすることが望ましいとされたK、GLU、PLTが多い。

当院におけるパニック値運用の工夫①

項目名			結果	単位		結果ｺﾒﾝﾄ		結果ｺﾒﾝﾄ
TP（総蛋白）	*	☑	6.5	g/dL				
ALB(ｱﾙﾌﾞﾐﾝ)	*	☑	3.4	g/dL				
A/G	#	☑	1.10					
GOT（AST）	*	☑	1820	U/L	C1	再検済		
GPT（ALT）	*	☑	1014	U/L	C1	再検済		
CPK（ｸﾚｱﾁﾝ･ｷﾅ...	*	☑	472	U/L				
LDH（IFCC）	*	☑	5176	U/L	C1	再検済		
ALP（IFCC）	*	☑	149	U/L				
γ-GTP	*	☑	29	U/L				
Na（ﾅﾄﾘｳﾑ）	*	☑	147	mmol/L				
CL（ｸﾛｰﾙ）	*	☑	109	mmol/L				
K（ｶﾘｳﾑ）	*	☑	7.6	mmol/L	C1	再検済		
Ca（ｶﾙｼｳﾑ）	*	☑	9.70	mg/dL				
補正Ca	#	☑	10.3	mg/dl				
BUN（尿素窒素）	*	☑	92.1	mg/dL				
Crea（ｸﾚｱﾁﾆﾝ）	*	☑	2.50	mg/dL				
e-GFRcreat	#	☑	14.6	mL/min/1...				
T-Cho（総ｺﾚｽﾃ...	*	☑	234	mg/dL				
TG（中性脂肪）	*	☑	139	mg/dL				
HDL（HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ）	*	☑	25	mg/dL				
LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	*	☑	173	mg/dL				
non HDL-C	#	☑	209.0					
AMY（ｱﾐﾗｰｾﾞ）	*	☑	90	U/L				

測定結果がパニック値であった場合、部門システム上でパニック値項目が黄色で表示される。
（この場合AST・ALT・LD・K）



新人技師や検体検査以外の部門の技師がパニック値に遭遇しても視覚的にパニック値を把握でき、報告漏れが無いようにしている。

当院におけるパニック値運用の工夫②

医師に「パニック値に関するアンケート調査」を実施し、臨床の要望に応えることができるように努めている。

昨年度は
① パニック値に追加してほしい項目
② パニック値から削除してもよい項目
③ 現行パニック値の上限値・下限値を変更してほしい項目
④その他パニック値に関するご意見
の4つの内容に関して医師の要望を集めた。

当院におけるパニック値運用の課題①

臨床検査「パニック値」運用に関する提言書（2024 年改定版）

一般社団法人 日本臨床検査医学会

・ 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。

⇒「言った、言ってない」 のトラブルを防ぐためにも「検査室から医師に報告をした」記録をカルテに残す必要があるのではないか。また現状ではパニック値報告後、医師の対応の有無や対応した場合はその内容を検査技師が把握できていない。報告はしたが何も対応されていないケースも認められるため、医療安全的な観点からも検査技師がこれらのことを監視・把握する仕組みが必要。

⇒9月に電子カルテおよび部門システムを更新する予定であり、そのタイミングで検査技師の電子カルテへの記録や医師の対応を記録できるような運用方法の導入を検討している。

当院におけるパニック値運用の課題②

臨床検査「パニック値」運用に関する提言書（2024 年改定版）

一般社団法人 日本臨床検査医学会

・「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。

⇒現状はほぼ全て再検をしてから報告している。

「本当にこの結果合ってるの？間違いじゃないの？」、「機械のエラーがあったのでは…」と思う気持ちもあり、再検して報告しているのが現実。

初回報告のメリットとして医師に測定結果を迅速に報告することができ、患者の早期救命につなげることができる。一方でデメリットとして測定結果が間違っていた場合、不要な検査や投薬等が行われる可能性がある。

実際に当院でも測定結果が誤っていたが再検せずそのまま報告してしまい、本来は不要な薬が処方されてしまった事例が昨年度発生した。

当院におけるパニック値運用の課題②

臨床検査「パニック値」運用に関する提言書（2024 年改定版）
一般社団法人 日本臨床検査医学会

・「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。

誤報告を100%なしにすることは不可能だが、対策により減らすことはできる！！

日々の精度管理や機器のメンテナンスを充実させたり、検査前プロセス（採血後の転倒混和、凝固させるまでの時間、遠心条件、測定前のフィブリンの有無や検体量の確認等）をしっかりとルールを決めて運用し、少しでも誤報告の可能性を減らすことが初回報告をやる上で大切。
また、各項目の試薬の性能（測定上限・下限、直線性等）をすぐに確認できるように、試薬の添付文書やSOPに簡単にアクセスできる環境の構築も大切。

ご清聴ありがとうございました