

【2】医師に血液検査のパニック値の連絡をしたが未対応となった事例

臨床検査のパニック値とは、「『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である」¹⁾と定義されており、パニック値とする検査項目や閾値は各医療機関で決められ、運用されている。

本事業では、第42回報告書（2015年9月公表）の個別のテーマの検討状況の「パニック値の緊急連絡に関連した事例」で、パニック値であったが臨床検査部から連絡がなかった事例と、臨床検査部から連絡したが主治医に伝わらなかった事例を分析した。その後、2016年2月に医療安全情報No.111「パニック値の緊急連絡の遅れ」²⁾を提供し、パニック値の緊急連絡が医師に伝わらなかったため、患者の治療が遅れた事例を取り上げた。また、第53回報告書（2018年6月公表）の再発・類似事例の分析では、医療安全情報No.111提供後の再発事例について、改めて情報提供した。

このように、パニック値であることが医師に伝わらなかったために患者の治療が遅れた事例について取り上げてきたが、本事業には、パニック値であることを医師に連絡したが、医師が対応していなかったために患者に影響があった事例も報告されている。今回、本報告書の分析対象期間（2025年4月～9月）に、患者が化学療法のため入院した際、入院当日の血液検査でグルコースが518mg/dLとパニック値であったため、臨床検査技師が医師に報告したが、高血糖に対応しないまま予定していた抗がん剤の投与を行い、その後、退院した事例など、2件の報告があった。そこで、血液検査の結果がパニック値であることを医師に連絡したが、医師が対応していなかった事例を過去に遡って検索し、分析を行った。

なお、パニック値を「緊急異常値」や「緊急報告値」などとしている医療機関もある。「臨床検査のガイドライン JSML2024」³⁾においては、日本語での論文や学会発表、記事などの対外的な場では「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」）」の用語を用いることが推奨されている。一方で、「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、医療現場の多職種に広く定着しており、全国的な一斉変更は現実的ではないため、医療機関内では「パニック値」を用いてもよいとされている。

本事業に報告された事例においても「パニック値」と記載されていることや、本事業の過去の情報においても「パニック値」を使用してきた経緯がある。以上のことと踏まえ、本テーマにおいても「パニック値」を使用する。

(1) 報告状況

1) 対象とする事例

2019年1月～2025年9月に報告された医療事故情報の中から、キーワードに「パニック値 緊急異常値 緊急報告値 危機的値 緊急対応基準値」のいずれかを含む事例を検索し、血液検査の結果がパニック値であることを医師に直接連絡したが、医師が対応していなかった事例を対象とした。

2) 報告件数

2019年1月～2025年9月に報告された事例のうち、対象とする事例は7件であった。

図表III－2－1 報告件数

報告年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (1～9月)	合計
件数	1	0	0	0	1	3	2	7

(2) 事例の概要

1) 医師の職種経験年数

パニック値の連絡を受けたが対応していなかった医師の職種経験年数を示す。職種経験年数による差はほとんどなかった。

図表III－2－2 医師の職種経験年数

職種経験年数	件数
0～4年	0
5～9年	1
10～14年	3
15～19年	1
20年以上	3
合計	8

※事例に関わった職員は、複数回答が可能である。

2) 関連診療科

報告された事例の関連診療科を示す。

図表III－2－3 関連診療科

関連診療科	件数
外科	1
呼吸器内科	1
消化器内科	1
耳鼻咽喉科	1
腫瘍内科	1
リウマチ科	1
移植外科	1
合計	7

3) 患者の区分

血液検査を実施した時点の患者の区分を示す。外来の事例が多く、そのうち検査のためだけに来院した事例が2件あった。

図表III－2－4 患者の区分

患者の区分		件数		
外来	検査・診察	3	5	
	検査のみ	2		
入院		2		
合計		7		

4) 事例で報告されたパニック値の検査項目

事例で報告されたパニック値の検査項目を示す。グルコースが複数報告されていた。

図表III－2－5 検査項目

検査項目	件数
グルコース	3
カリウム (K)	1
カルシウム (Ca)	1
クレアチニン	1
PT-INR	1
合計	7

(3) 事例の分析

1) 検査時の患者の状態と報告されたパニック値

検査時の患者の状態と報告されたパニック値を示す。

図表III－2－6 検査時の患者の状態と報告されたパニック値

患者の区分	検査時の患者の状態	報告されたパニック値*	
		項目	検査値
外来	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病の既往があった。 IgG4関連疾患でリウマチ科を定期受診していた。 	グルコース	733mg/dL
		カリウム	1.9mEq/L
		カルシウム	4.4mg/dL
	<ul style="list-style-type: none"> 生体肝移植後で、胆管炎を繰り返していた。 13日前に移植外科で骨粗鬆症に対してプラリア皮下注60mgシリジを投与した。 今回は体調不良で受診していた。 	ケレアチニン	9.5mg/dL
		PT-INR	7.7
		グルコース	518mg/dL
入院	<ul style="list-style-type: none"> 膀胱全摘、回腸導管造設術を受けていた。 C型慢性肝炎で消化器内科を定期受診していた。 消化器内科外来受診日の1週間前に血液検査のため来院した。 	グルコース	476mg/dL
		グルコース	476mg/dL

*事例を報告した医療機関内で決められたパニック値の基準に該当した事例である。

2) 報告されたパニック値と未対応となった背景

報告されたパニック値と未対応となった背景を示す。

図表III－2－7 報告されたパニック値と未対応となった背景

区分		検査項目	未対応となった背景
外来	検査・診察	グルコース	検査をオーダした病棟チーフ医師は、臨床検査技師からパニック値の連絡を受けたが、多忙な外来主治医への連絡は申し訳ないと思い、当該患者の外来受診日であったため検査結果を見て気付くだろうと考え、パニック値の連絡があったことを伝えなかった。
		カリウム	院内でパニック値に対応する診療体制があったが、医師は知らず、対応もしていなかった。
		カルシウム	不明
	検査のみ	クレアチニン	検査をオーダした医師は多忙で、臨床検査技師から報告を受けた記憶がなかった。当日、患者は検査のみの来院であったため、検査のオーダ医師以外が検査結果に気付くことは難しかった。
		PT-INR	臨床検査技師は「異常値」として伝えたが、医師に危機感が共有されなかった。
入院		グルコース	連絡を受けた医師は、グルコース値を意識しておらず、診療記録に検査結果を記載する際もグルコース値を記載していなかった。
		グルコース	臨床検査技師は医師にパニック値を報告したが、医師は報告を受けた記憶がなかった。

3) パニック値に対応したか確認する仕組みの有無

事例が発生した医療機関におけるパニック値に対応したか確認する仕組みの有無を示す。仕組みがあった事例が2件あり、医療安全管理室でカルテを確認し、パニック値への対応について記載がない場合は医師に電話で連絡することになっていたが電話連絡を忘れた事例と、Hb5g/dL以下、グルコース40mg/dL以下、カリウム1.5mmol/L以下 7.0mmol/L以上の特定項目のみ、報告から60分後に医師が対応したかどうかを検査部が確認することにしており、今回はグルコースが高値であったため対象外であった事例であった。また、仕組みがなかった事例4件のうち3件の再発防止策には、対応したかどうかを診療録で確認し、記録がない場合は再度連絡を行うなどの体制を検討すると記載されていた。

図表III－2－8 対応したか確認する仕組みの有無

仕組みの有無	件数
あり	2
なし	4
不明	1
合計	7

4) 患者への影響

未対応となった後の患者の状態を事例に記載されていた内容から整理した。いずれも、パニック値に対応しないまま外来診察終了または退院した後、患者が体調の悪化により緊急受診・緊急入院した事例が多かった。帰宅・退院してしまうと対応が遅れるため、患者への影響が大きくなつた可能性がある。

図表III－2－9 未対応となった後の患者の状態

患者区分	報告されたパニック値		未対応となった後の患者の状態
	項目	検査値	
外来	グルコース	733mg/dL	帰宅後、血液検査の結果が印刷された用紙を患者の家族が確認し、血糖値が異常に高いことに気付き、翌日予約外で受診し、インスリン導入目的で入院となつた。
	カリウム	1.9mEq/L	めまい外来の際に下痢を認め、翌日、消化器内科外来を受診することになった。消化器内科外来で、前日のカリウム値がパニック値であることに気付き、カリウム補正のため緊急入院となつた。
	カルシウム	4.4mg/dL	血液検査から20日後、胆管炎の悪化、敗血症のため、緊急入院となつた。
	クレアチニン	9.5mg/dL	血液検査から4日後、患者の家族が患者宅を訪れた際に、意識混濁した患者を発見し、緊急受診した。
	PT-INR	7.7	血液検査から6日後、自宅で入浴中に意識障害を來し、当該病院に搬送され、視床出血と診断された。
入院	グルコース	518mg/dL	血液検査当日に抗がん剤治療を実施し、その3日後に退院となつた。3日後、自宅で倒れている患者を家族が発見し、救急搬送された。
		476mg/dL	血液検査当日にステロイドを使用する抗がん剤治療を実施し、翌日退院した。6日後、倦怠感があり緊急受診した際、グルコースが1006mg/dL、糖尿病ケトアシドーシスを來しており、ICUに入院となつた。

選択項目の「事例発生後、追加的に行った治療の程度」と「健康被害の程度」を示す。事例発生後、追加的に行った治療の程度では、「濃厚な治療」が4件あった。「健康被害の程度」では、パニック値に対して未対応となったことと因果関係は不明であるが、「死亡」が2件報告されていた。パニック値は、「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」であることから、迅速かつ確実な対応が求められる。

図表III-2-10 事例発生後、追加的に行った治療の程度

事例発生後、追加的に行った治療の程度	件数
濃厚な治療	4
軽微な治療	2
治療なし	1
合計	7

図表III-2-11 健康被害の程度

健康被害の程度	件数
死亡	2
障害残存の可能性がある（高い）	0
障害残存の可能性がある（低い）	0
障害残存の可能性なし	2
障害なし	3
合計	7

（4）事例の詳細

主な事例を紹介する。

図表III-2-12 事例の内容

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
外来（検査・診察）の事例			
1	<p>患者は、定期的な外来の受診のため来院し、事前にオーダーされていた血液検査を受けた。血液検査の結果、グルコースが733mg/dLとパニック値であったため、臨床検査技師は血液検査をオーダーしたリウマチ科病棟チーフ医師へ報告した。病棟チーフ医師は、当該患者の外来受診日であったため、外来主治医が結果に気付き、対応するだろうと考え、連絡しなかった。外来主治医は、最近、患者の血液検査に異常所見がなかったことから、グルコースの異常値に気付かなかった。診察終了後、患者に血液検査の結果が印刷された用紙を手渡した。帰宅後、患者の家族が血液検査の結果を見て、血糖値が733mg/dLであることに気付いた。翌日、患者が予約外で受診した際、血糖値が549mg/dLであったため、糖尿病の急激な悪化に対する精査およびインスリン導入目的で入院となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・パニック値は、血液検査をオーダーした医師に報告され、外来主治医には報告されなかった。 ・パニック値の報告を受けた病棟チーフ医師は、多忙な外来主治医への連絡は申し訳ないと思い、パニック値を報告しなかった。 ・外来主治医は、通常は検査結果が全て揃ってから診察していたが、次の用件があり急いでいたことから検査結果を見落とした。 ・検査部には、医師がパニック値に対応したかを確認する仕組みがなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・パニック値の報告を受けた医師は、主治医が外来診察中であっても確実に情報を伝達する。 ・外来主治医は、全ての結果が出揃ってから診察する。 ・パニック値の報告を受けた後、対応したこと、または患者の状態により対応が不可能な場合はそのことを診療録へ記載する。 ・検査部は、パニック値の報告をした患者の診療録を確認し、対応がなされたかを確認する体制を検討する。 ・血液検査のオーダーの際、前回の項目をコピー&ペーストしていたため、検査項目を見直して項目数を減らすことを検討する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
外来（検査のみ）の事例			
2	<p>患者は、膀胱全摘・回腸導管造設術後であった。C型慢性肝炎に対して、定期的に消化器内科外来を受診しており、外来診察の1週間前、患者は血液検査のため来院し、帰宅した。血液検査の結果はBUN120mg/dL、クレアチニン9.5mg/dL、カリウム6.4mEq/Lであり、クレアチニンがパニック値に該当した。臨床検査技師は、オーダ医師へパニック値を報告し、検査部で管理している「検査結果報告リスト」に報告したことを記載した。しかし、オーダ医師は報告を受けた記憶がなく、対応していなかった。検査から4日後、患者の家族が患者の自宅を訪れた際、意識混濁した患者を発見し、当院へ電話連絡して来院することになった。来院前、泌尿器科医師が4日前の血液検査でクレアチニンがパニック値であったことに気付き、患者が到着後に早期対応ができるよう緊急コールを実施し、対応した。その後、CT検査で両側水腎症を認めた。回腸導管吻合部の狭窄に伴う腎後性腎不全に対して、内視鏡ガイド下で経尿道的スリント留置を行い、約半月後に退院となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・消化器内科のオーダ医師は、当日の外来で40名以上の患者を診察しており、極めて多忙であった。 ・パニック値は緊急性の高い報告であるが、オーダ医師と臨床検査技師のみの連絡で完結する仕組みである。 ・患者は血液検査のみの来院であったため、オーダ医師以外の医師や他職種が気付くことができなかった。 ・パニック値がオーダ医師に伝えられた後、対応したかを確認する仕組みがなかった。 ・オーダ医師は非常勤でPHSを持っていないため、後から着信履歴を振り返ることができなかった。 ・当院で外来診察がない患者の検査値にパニック値が出た際の流れは次の通りである。 <ol style="list-style-type: none"> ①臨床検査技師が患者の検査結果を検体検査速報基準（パニック値基準）で確認する。 ②パニック値に該当していたら、臨床検査技師から採血オーダ医師（不在の場合は当該科チーフ、当直帯は当該科第一当直）のPHSに連絡する。オーダ医師がPHSを持っていないが、外来診察日などで院内にいる場合は、院内にいる場所（今回であれば外来診察室の固定電話）に電話する。 ③臨床検査技師より報告を受けた医師は、患者のデータや状態を確認し、対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本事例を消化器内科スタッフで共有し、注意喚起を行った。 ・消化器内科外来で、パニック値の報告・対応テンプレートを作成して記録を残す。 ・事例を報告した消化器内科では、パニック値の報告・対応のテンプレートを作成して記録を残し、臨床検査技師が報告したパニック値に対して、患者に何らかの対応または経過観察との判断がされたか否かを追って確認することにした。テンプレートの内容や記載状況も含めて評価し、将来的には院内共通のルールにできるか検討する。 ・診療情報管理室に「パニック値の報告・対応テンプレート一覧」の抽出を依頼する。臨床検査技師が検査部で管理している「検査結果報告リスト」と「パニック値の報告・対応テンプレート一覧」を照合し、対応の有無を確認する。 ・臨床検査技師はパニック値として報告する項目をさらにスリム化し、緊急アラートとしてオーダ医師に届くようにする。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
入院の事例			
3	<p>【入院当日】 10:30 化学療法の目的で入院した患者に、担当看護師が採血を実施し、検査科へ提出した。13:15 臨床検査技師から主治医へ電話にて、グルコースが518mg/dLでパニック値であることを報告した（当院のグルコースのパニック値は500mg/dL以上）。臨床検査技師は、電子カルテに医師に報告した旨の記録を行った。しかし、主治医は対応していなかった。17:25 主治医が診察し、採血結果・X線画像を確認したが、グルコースのパニック値には気付かず、抗がん剤の投与は可能と判断した。 17:30 薬剤師が化学療法の投与基準からの逸脱がないか血液検査データを確認した。薬剤師はグルコースが高値であることを認識したがパニック値とは思わず、一時的なものだと考え、医師や看護師へ情報提供しなかった。担当看護師は、入院当日の検査結果を確認していなかった。</p> <p>【入院翌日：化学療法実施当日】 主治医が末梢静脈路を確保し、腎障害を考慮してカルボプラチニンを2段階減量して投与した。</p> <p>【化学療法実施1日目】 10:30 主治医が診察し、発熱はなく、全身状態良好で食欲もあり、他に化学療法の副作用の出現がないことを確認した。患者の希望を踏まえ、翌日の退院を許可した。</p> <p>【化学療法実施2日目・退院日】 10:00 担当看護師は患者に退院処方（デカドロン錠4mg 0.5錠分1朝食後2日分）を手渡した。その後、患者は退院した。</p> <p>【退院3日後】 2:47 家族が自宅で倒れている患者を発見し、救急要請した。4:15 当院へ救急搬送された。その後、血液ガス分析を行ったところ、代謝性アシドーシスが著明であり、腎不全と診断し、輸液投与を開始した。 5:25 入院し、治療を継続したが、その後、患者は死亡した。</p> <p>【その後】 入院後24時間以内での死亡のため、医療安全担当者が、患者の病状や状況を確認した際に、入院日にグルコースのパニック値が報告されていたが、対応していなかったことが判明した。後日、主治医へ確認したところ、連絡を受けた記憶がなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今回の事例は、化学療法の副作用・合併症である骨髄抑制から重症の細菌性肺炎を発症し、そこを契機に高浸透圧高血糖症候群を発症したこと、腎不全も合併しており、代謝性アシドーシスが急激に進行したと考える。 ・化学療法については、血糖値が高いことを認識したとしても、実施せざるを得ない状態であった。 ・抗がん剤の投与や、グルコースのパニック値への対応が行われていなかったことで、血糖コントロールが不十分となった。 ・電子カルテの検査結果の画面では、基準より低値であれば青色、高値であればピンク色の2種類の表示で、パニック値であることの表示はなく、多職種でパニック値の情報共有ができるていなかった。 ・当日のグルコース値は、検査基準値範囲より高値としてピンク色で表示されていた。患者のグルコース値は以前から高値であったため、長期間ピンク色で表示されていた。またグルコースの項目の上下に表示されていた検査項目も高値でピンク色の表示がされており、画面上ではグルコース値がパニック値であることがわかりにくかった。 ・患者のパニック値の報告があった際、主治医は外来担当日で他の患者の対応中であったため、臨床検査技師からの連絡を聞き漏らした、または連絡を認識できなかった可能性があった。 ・現状では、パニック値の報告後、対応したかどうかを確認する仕組みや体制はない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法時に副作用のリスクのある患者については、患者の希望があつても、一定期間の入院・経過観察を検討する。 ・電子カルテの検査結果の画面で、パニック値は黄色で明示するようにシステムを変更し、一目でパニック値であることがわかるようにした。 ・パニック値の報告の際、臨床検査技師は検査オーダー医師（不在時は病棟看護師長）へパニック値の項目とその数値を報告する。報告時、臨床検査技師は検査オーダー医師へ必ず復唱を求め、検査オーダー医師はパニック値の項目とその数値を必ず復唱する。

No.	事例の詳細	事例の背景・要因	再発防止策
4	<p>尿膜管がんに対し、8日前から経口抗がん剤（S-1）の投与を開始した。患者は糖尿病の既往があり、HbA1c9.0%台、グルコース200mg/dL台とコントロール不良であることを医師Aは認識していた。入院時の血液検査のグルコースは476mg/dLで当院のパニック値に該当した。入院後の担当医Bはグルコースが高値であることを認識しておらず、CDDPの投与時にはステロイドを使用するため高血糖が予測される状態であったが、血糖測定などの指示入力をていなかった。入院当日、CDDPを投与した。翌日、予定通り患者は退院した。6日後、患者が倦怠感で緊急受診したところ、血液検査にてグルコース1006mg/dL、HbA1c12%、UN64mg/dL、カリウム6.5mmol/Lであり、糖尿病性ケトアシドーシス、高浸透圧性高血糖と診断し、糖尿病外来にコンサルトした。ICUに入室して大量輸液と持続インスリン療法を行った。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 当院では検体検査の緊急報告値を定めており、その中でも、特定項目として「Hb5g/dL以下」「グルコース40mg/dL以下」「カリウム1.5mmol/L以下、7.0mmol/L以上」の運用を別途定めている。 特定項目に該当した場合には、依頼医に連絡がつくまで電話し、60分後に検査部でカルテを確認して、処置の入力がない場合は、その後の対応まで確認している。検査部のマニュアルの「パニック値、特定項目、報告フロー」にも記載されている。 今回のパニック値は特定項目（グルコース40mg/dL以下）には該当せず、担当医Bに電話できたため、検査部としては対応を終了していた。 抗がん剤投与時にデカドロンを投与するため、グルコース値の悪化が予想される状態であったが、血糖管理をしていなかった。 今回は、コントロール不良の糖尿病患者にステロイドを投与し、さらに下痢による脱水や体調不良時に清涼飲料水を多飲したことで高血糖が誘発されたと考えられるが、コントロール不良の血糖への対応が適切にされず悪化を招いた可能性がある。 抗がん剤治療開始前に糖尿病科にコンサルトすること、入院時の血液検査の結果を確認することや、パニック値の連絡時に適切な対応をする必要があったが、行っていなかった。 担当医Bは、パニック値の電話連絡を検査科より受けたと思われるが、他の業務も重なり、すぐに対応できなかった。 担当医Bは、診療記録へ検査結果を記載する際、グルコース値を記載しておらず、グルコースを意識していなかった可能性がある。 3日間の入院中、担当医Bのほか主治医や他レジデントもおり、チームで患者を診療していたにもかかわらず、誰も検査結果を確認できていなかった、パニック値の存在に気付かなかった。 担当医Bは病棟診療を担っていたが、もともと外科医で、腫瘍内科の内科的治療を学ぶため、今年度入職したばかりのレジデントであり、上級医はレジデントの知識や技術の把握を正しく行い、支援する必要があった。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病の患者は、抗がん剤の治療前に糖尿病科にコンサルトする。 入院時の血液検査の結果を確認し、パニック値の連絡時には適切に対応する。 医師だけでなく関わる看護師や薬剤師、栄養士なども検査値、糖尿病歴などを確認し、チーム医療の強化ができるような体制を作る。 本事象を共有し、振り返りを行う。 あらためてパニック値の報告後の対応について周知する。

(5) その他の背景・要因

パニック値の報告後に未対応となった背景は図表III－2－7で示したため、その他の背景・要因を整理して示す。

図表III－2－13 その他の背景・要因

○パニック値の報告を受けた際の医師の状況

- ・医師は、当日の外来で40名以上の患者を診察しており、極めて多忙な状況であった。
- ・外来担当医は、通常は検査結果が全て揃ってから診察を行っているが、次の用件もあり急いでいたことから検査結果を見落とした。
- ・患者のパニック値の報告があった際、主治医は外来担当で他の患者の対応中であったため、検査科からの連絡を聞き漏らした、または連絡を認識できなかった可能性があった。

○連絡を受けた医師以外がパニック値に気付くことの難しさ

- ・患者は血液検査のみの来院であったため、検査をオーダした医師以外の医師や他職種が確認する機会がなく、気付くことができなかった。
- ・3日間の入院中は、担当医のほか主治医や他レジデントもおり、チームで患者を診療していたにもかかわらず、誰も検査結果を確認できておらず、パニック値の存在に気付かなかった。

○検査結果の画面上での表示不足

- ・電子カルテの検査結果の確認画面では、基準より低値であれば青色、高値であればピンク色の2種類だけの表示で、「パニック値」であることがわかる表示はなかった。

○対応したか確認する仕組みの不足

- ・検査をオーダした医師にパニック値を伝えた後、対応したかを確認する仕組みが院内になかった。(複数報告あり)
- ・当院では検体検査の緊急報告値を定めており、その中でも、特定項目の「Hb5g/dL以下」「グルコース40mg/dL以下」「カリウム1.5mmol/L以下、7.0mmol/L以上」については、依頼医に連絡がつくまで電話し、60分後に検査部でカルテを確認して、処置の入力がない場合は、その後の対応まで確認している。今回のグルコース値は、その対象ではなかった。

(6) 医療機関から報告された再発防止策

医療機関から報告された再発防止策を示す。

図表III－2－14 医療機関から報告された再発防止策

○パニック値の項目の検討

- ・臨床検査技師は、パニック値として報告する項目をスリム化し、検査をオーダした医師に緊急アラートを届きやすくする。

○医師への連絡方法

- ・パニック値の連絡をしても伝わらない可能性を想定して、医師への連絡内容の記録を残しておく。
- ・パニック値を連絡した際、臨床検査技師は検査をオーダした医師へ必ず復唱を求め、検査をオーダした医師はパニック値の項目とその数値を必ず復唱する。

○パニック値の連絡を受けた際の対応

- ・主治医以外の検査をオーダした医師がパニック値の連絡を受けた場合は、その医師は主治医へ確実に情報を伝達する。
- ・医師は、パニック値の連絡を受けた際に、医療者複数人で共有し、治療方針を確認する。
- ・医師は、パニック値に対して対応したことを診療録へ記録する。

○パニック値に対応する診療体制

- ・パニック値が報告された場合の院内の診療体制について、あらためて周知する。(複数報告あり)
- ・医師だけでなく患者に関わる看護師や薬剤師なども検査値や病歴を確認するなど、チームで対応できるような体制を作る。

○対応したか確認する仕組みの構築

- ・臨床検査技師は、パニック値を報告後、検査をオーダした医師に情報が伝わったか・患者に然るべき対応を行ったかを電子カルテの経過記録で確認し、当日夕方までに対応を行った経過記録がない場合は、再度、同医師に電話連絡する。
- ・検査部は、診療情報管理室に「パニック値の報告・対応一覧」の抽出を依頼し、検査部で管理している「検査結果報告リスト」と照合し、対応の有無を確認する。
- ・検査部で、パニック値であることを報告した患者の診療録を確認し、対応がなされたか確認する。
- ・事例を報告した消化器内科では、パニック値の報告・対応のテンプレートを作成して記録を残し、臨床検査技師が報告したパニック値に対して患者に何らかの対応または経過観察との判断がされたか否かを追って確認することにした。テンプレートの内容や記載状況も含めて評価し、将来的には院内共通のルールにできるか検討する。

○検査結果画面の改善

- ・電子カルテの検査結果の画面で、パニック値は黄色で明示するようシステムを変更し、一目でパニック値であることがわかるようにした。

○その他

- ・外来診察時、外来主治医は全ての検査結果が出揃ってから診察することを徹底する。
- ・糖尿病の既往がある患者に化学療法を行う場合は、治療前に糖尿病科にコンサルトを行い、入院時採血のデータ確認やパニック値の連絡時に適切に対応する。

(7) 医療事故の再発防止に向けた提言

一般社団法人 日本医療安全調査機構では、2024年12月に医療事故の再発防止に向けた提言 第20号「血液検査パニック値に係る死亡事例の分析」⁴⁾ で、死亡に至った過程で血液検査パニック値が関与していた事例を取り上げ、5つの提言を公表している。提言3【パニック値への対応】では、「パニック値を報告された医師は、速やかにパニック値への対応を行い、記録する。また、医師がパニック値へ対応したことを組織として確認する方策を検討することが望まれる」と記載されている。本提言で取り上げられている事例についても参照いただきたい。

(8) まとめ

本テーマでは、血液検査の結果がパニック値であることを医師に連絡したが、医師が対応していなかった7件の事例について分析を行った。事例の概要では、患者の外来／入院の区分や事例で報告されたパニック値の検査項目を示した。事例の分析では、検査時の患者の状態と報告されたパニック値や、未対応となった背景、患者への影響などを示した。さらに、主な事例を紹介し、医療機関から報告された背景・要因と再発防止策をまとめて示した。患者の区分では、外来の事例が多く、その中には検査のためだけに来院した事例が報告されていた。診察の予定がない日に実施された血液検査の結果がパニック値であった場合の対応については、あらかじめ院内で対応方針を整理し、外来のスタッフに周知しておく必要がある。

報告された事例はいずれもパニック値に対応しないまま外来診察を終了または退院しており、生命が危ぶまれるほど危険な状態であるにもかかわらず対応が遅れたことで、患者への影響が大きくなつた可能性がある。患者が入院中であれば、医師だけでなく患者に関わる薬剤師や看護師なども検査値を把握できるため、パニック値の有無と、対応されているかについても確認できるとよい。

電子カルテの検査結果画面において、パニック値が区別して表示されていなかった事例が報告されていた。他の検査結果と同じ表示では、緊急対応を要する検査値であることに気付くことができない可能性もあるため、一目でパニック値であることがわかるような表示にしておくとよい。さらに、パニック値である場合は、電子カルテを開いた際に「対応済」ボタンを押すまでポップアップが表示されるようなアラート機能を搭載するなどの工夫が考えられる。

未対応となった背景を整理したところ、パニック値の連絡は行われていたが、報告を受けた側の医師は、外来診察中などで多忙であり、報告を受けた記憶がなかった事例や、数値に対する危機感が共有されなかった事例が報告されていた。臨床検査技師からの報告状況が詳細に記載された事例はなかったが、臨床検査技師がパニック値であることを医師に報告する際、検査の数値だけでなく緊急対応を要する検査値であることも伝えるなど、医師に確実に認識してもらえるような伝達の工夫が必要である。また、パニック値の報告を受けた医師が外来主治医の忙しさに配慮して伝えていなかった事例も報告されていた。パニック値は迅速かつ確実に対応する必要があるため、情報の共有は必須であることを認識しておく必要がある。

報告された事例のうち、院内においてパニック値の報告後に対応したか確認する仕組みがあったのは2事例のみで、医療安全管理室でカルテを確認し、パニック値への対応について記載がない場合は医師に電話で連絡することになっている医療機関と、Hb5g/dL以下、グルコース40mg/dL以下、カ

リウム1.5mmol/L以下 7.0mmol/L以上の特定項目のみ、報告から60分後に医師が対応したかどうかを検査部が確認し、記載がない場合は再度連絡することにしている医療機関であった。最後に紹介した「医療事故の再発防止に向けた提言」に記載されている通り、パニック値を報告後、患者への対応がされたかを早期に確認できる仕組みについて、院内で検討しておくことが望ましい。

(9) 参考文献

1. Lundberg GD. When to panic over abnormal values. *Med Lab Obs.* 1972;4 (6) :47-54.
2. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報収集等事業. 医療安全情報No.111「パニック値の緊急連絡の遅れ」. 2016年2月. https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_111.pdf (参照2025-10-28)
3. 一般社団法人日本臨床検査医学会. 電子版 臨床検査のガイドライン JSML2024 検査値アプローチ/症候/疾患. 第1版. 株式会社 宇宙堂八木書店2024年12月.
4. 一般社団法人 日本医療安全調査機構. 医療事故調査・支援センター. 医療事故の再発防止に向けた提言 第20号「血液検査パニック値に係る死亡事例の分析」(2024年12月公表). <https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/teigen20.pdf>. (参照2025-10-28).