

診療報酬改定に伴うパニック値運用の再考

～アンケート結果からみる現状と運用改善のヒント～

◎高橋 陽平¹⁾

川崎医療福祉大学 医療技術学部 臨床検査学科¹⁾

パニック値（クリティカルバリュー）とは、1972年にLundbergにより提唱された概念であり、生命が危ぶまれるほど危険な状態を示唆し、直ちに治療を開始すれば救命しうる異常値のことを指す。その把握は検査によってのみ可能である。現在、多くの施設でパニック値が運用されているが、項目や閾値レベル、緊急連絡体制などの基準は施設により様々である。この概念が提唱されてから50年余りが経過したが、検査機器・システムが進化した現在においてもパニック値に係る死亡事例は散見されている。こうした動きを受け、2021年に日本臨床検査医学会より「臨床検査『パニック値』運用に関する提言書」が、2024年に医療安全調査機構より「医療事故の再発防止に向けた提言」が相次いで発刊された。さらに、2026年度の診療報酬改定（検体検査管理加算）においてパニック値運用の要件が追加されたことから、検査室として十分な体制を整備することは喫緊の課題である。今回、各施設の運用改善に繋げることを目的として研修会を通じたアンケートを実施し、近隣施設の運用状況を調査したので報告する。研修会参加施設に対し事前アンケートを実施し、59施設（病院81%）から回答を得た。回答施設の98%がパニック値を設定して臨床へ報告しており、ほぼ100%の施設が報告基準を作成していた。報告方法としては「医師への電話連絡」（41%）、「医師または看護師への電話連絡」（36%）が主流であり、91%の施設が報告履歴を記録していた。一方で、報告後に医師が結果を確認し対応したかの確認作業を実施している施設は48%にとどまった。また、電子カルテ等で一目でパニック値と判断できる視覚的工夫（背景色や文字装飾など）を行っている施設は47%であった。設定項目はGlu、Kが最多で、次いでNa、ALT、AST、CK、Cre、Caの順であった。パニック値の設定根拠としては、「臨床側と協議し設定した」が44%、「文献等の値を参考にした」が41%と大半を占めていた。

多くの施設でパニック値の報告ルールが整備され、臨床への連絡が徹底されていることが示された。しかし、臨床側での確実な対応確認や、カルテ上での認識向上には依然として課題が残る。パニック値対応において最も重要なのは、異常値を認めたことを臨床側へ確実に伝達・認識させることである（Brain-to-Brain Loop）。

アンケートでは、依頼医へ連絡がつかない問題や、時間外の報告対応、報告判断の迷い（前回値もパニック値である場合など）に関連した悩みが多数寄せられた。この点については、臨床と検査室間での運用改善方法の確立（検査適正化委員会等）が重要であると考えられる。今回のアンケート結果から近隣施設の運用状況を確認したところ、多くの施設で運用が徹底されている一方で、まだ改善の余地がある点も明らかとなった。2026年診療報酬改定を契機として定期的な運用見直し体制が構築され、検査技師が一丸となってパニック値に係る医療事故の撲滅に繋がることを望む。