

パニック所見の定義、運用の現状

◎遠藤 桂輔¹⁾

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院¹⁾

【はじめに】

近年、タスクシフトの推進に伴い、臨床検査技師が手術室や救急センターなどで心エコー検査を施行する機会も増えてきているが、やはり、検査室での心エコー検査が主である技師が多いのではないだろうか。検査室での心エコー検査では、全身状態が比較的安定した患者が対象となることが多く、患者の協力が得られれば体位変換や呼吸の調整などを行い、比較的良好な画像を取得できる場合も多い。一方で、時に、急変リスクの高い患者を検査する場合や、検査中に急変をきたす場合もあり、迅速かつ適切な対応が求められる。

【当院のパニック所見】

当院では、日本超音波医学会が提唱する「緊急に対応すべき異常所見」を参考に、心エコー検査におけるパニック所見を設定している。対象となる所見は、急性心不全、急性冠症候群（ACS）、ACSに伴う心室中隔穿孔、乳頭筋断裂または腱索断裂による急性重症僧帽弁逆流、急性大動脈解離、急性重症弁膜症、急性肺血栓塞栓症、新規の仮性心室瘤、新規の可動性腫瘤、急激な血行動態変化を伴う人工弁機能不全、および心タンポナーデである。

【パニック所見報告の内訳】

2024年から2025年の2年間にパニック所見として報告された症例は51件であった。当院の年間心エコー検査件数は約26,000件であり、パニック所見として医師へ報告した頻度は約0.1%であった。内訳は急性心不全：37件、ACS：2件、急性大動脈解離：1件、新規の可能性腫瘤：8件、急激な血行動態変化を伴う人工弁機能不全：1件、心タンポナーデ：2件であった。

【パニック所見の報告手順】

パニック所見を認めた場合、検査担当者はSBAR（Situation, Background, Assessment, Recommendation）シートを用いてUCG診断当番医へ報告する。必要に応じて、UCG診断当番医から主治医または依頼医へ迅速な情報伝達を行う体制としている。

【患者急変時対応】

当院の心エコー室は個室であり、検査中は扉を閉鎖しているため、検査室内の状況がスタッフルームへ伝わりにくい構造となっている。そのため各検査室には防犯ブザーを設置しており、患者急変時には検査者が患

者から離れることなく応援要請を行うことが可能である。また、検査室は循環器内科外来に近接しており、急変時には循環器内科医師が速やかに対応できる体制が整っていることも利点である。

急変時には院内急変時対応マニュアルに基づいて対応し、また、年1回の急変時シミュレーションや、定期的なAED/BLS講習会への参加を通じて、緊急時対応能力の維持・向上に努めている。

【課題・問題点】

実際の臨床現場では、患者急変時や緊急対応を要するパニック所見を認めた際、SBARシートを作成する時間的余裕がない場合も少なくない。そのため、まず口頭で医師へ報告し、その後にSBARシートを作成する運用となることもある。しかし、SBARシートは経験の浅い検査技師であっても患者情報や病態を整理して医師へ伝達できる点、また症例共有や教育ツールとして活用できる点で有用と考えられる。また、急変する患者の多くは検査開始早期の段階で急変するリスクが高いことが推測できる場合もある。経験豊富な技師であれば、検査を中断して医師へ相談したり、必要最小限の画像取得にとどめたりする判断が可能であるが、経験の浅い技師ではその判断が難しい場合がある。急変リスクの高い患者を早期に認識し適切に対応するための教育体制の構築が重要な課題である。

【今後の展望】

当院は急性期病院であり、急変リスクの高い患者に遭遇する機会が少なくない。心エコー検査中に急変リスクの高い患者に遭遇した場合、検査をそのまま継続すべきか、中断して医師へ相談すべきかの判断は技師の判断に委ねられることが多い。そのため、このような状況における対応について、技師間で一定の共通認識を持つことが望ましいと考える。また、今後は、急変リスクの高い患者への対応や、緊急時に優先して取得すべき心エコー所見について教育体制を整備し、経験年数にかかわらず適切な判断と対応ができる体制の構築を目指したい。

連絡先：086-422-0210

超音波検査におけるパニック所見とその運用

◎新田 江里¹⁾、尾島 優志¹⁾、小松 文香¹⁾、安井 亘¹⁾、吉田 有里¹⁾、岡崎 亮太¹⁾、後藤 月美¹⁾、矢野 彰三¹⁾
島根大学医学部附属病院¹⁾

【はじめに】

一般的にパニック値とは、「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得るが、その診断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。」と定義されている¹⁾。検体検査におけるパニック値とは、設定された基準範囲を著しく逸脱した異常値のことを指し、緊急に臨床へ報告すべき数値として運用されている。一方、超音波検査におけるパニック所見とは、数値化が困難な画像情報に基づくものであり、患者の直近でリアルタイムに得られた所見をもとに、検査者が臨床的意義を判断した結果として報告されるものである。そのため、超音波検査におけるパニック所見は、検体検査のように画一的な基準値に基づいて機械的に運用されるものではなく、検査者の判断や施設ごとの体制に大きく依存するという特徴を有している。今回は当院の超音波検査におけるパニック所見の定義や運用体制、現状の問題点と今後の課題について報告する。

【パニック所見の運用体制確立までの経緯】

当院では、2017年に臨床検査室の品質と能力に関する国際規格である ISO 15189 の認定を取得し、現在もその認定を維持している。認定取得以前は、超音波検査を含むすべての生理機能検査において、検査室内での統一されたパニック所見や口頭報告の要否を判断するための明確な基準が存在せず、報告手順も定められていなかった。そのため、各技師がそれぞれの判断基準に基づき、医師への直接報告が必要と判断した場合には口頭で報告を行っており、報告の必要性が各技師の判断に委ねられている状況であった。そこで、認定取得を契機としてパニック所見を設定するとともに、報告方法を含めた運用手順を整備した。

【パニック所見の定義】

当検査室において技師が実施しているすべての超音波検査におけるパニック所見は、日本超音波医学会が提示している『超音波検査の「パニック所見：緊急に対応すべき異常所見」：総論』²⁾ および『同：各論』³⁾ に準拠して定義している。パニック所見の内容および対応については、各超音波検査の「標準操作手順書（SOP）」第 17 章 パニック値 に後述のとおり明記している。また、下肢静脈超音波検査については、パニック所見に加

え、依頼医に口頭報告すべき所見も定義している。

17.1 パニック所見

超音波検査における「パニック所見：緊急に対応すべき異常所見」総論および各論を参照し、これに準拠した対応を行う。

17.2 検査依頼医に口頭にて報告すべき所見

17.2.1 激しい疼痛を伴う血栓所見が認められる場合

17.2.2 有所見時において再診までの期間が病変に対し明らかに長期である場合

なお、新たに超音波検査を習得する技師の教育に際しては、SOP に加え、パニック所見に関するガイドラインも参照しながら指導を行っている。

【パニック所見の報告手順】

検体検査を含むパニック所見（パニック値）の報告手順については、「検査結果報告書発行手順書」に明記されている。生理機能検査においては、① 医師（原則として依頼医、連絡不通時は当該診療科の当番医）へ連絡、② 医師の指示に基づき対応、③ 所定の「パニック値・電話対応報告記録」に必要事項（日付、時間、対応者、連絡先医師名、患者 ID・氏名、検査名、報告内容および報告後の対応内容）を記載する、という手順で対応している。

【運用体制における問題点と今後の課題】

現行の運用における問題点として、医師へ報告したパニック所見およびその対応内容が電子カルテ上に記録されないこと、また結果報告書上でパニック所見であることが容易に識別できないことなどが挙げられる。今後はシステム改修等での上記問題点解決を検討し、より診療に役立つパニック所見の運用体制を構築していきたいと考える。

参考文献

- 1) Lundberg GD: When to panic over abnormal values. Med Lab Obs. 1972; 4: 47-54
- 2), 3) 松尾 汎ほか 編集; 超音波検査の「パニック所見：緊急に対応すべき異常所見」総論・各論 (2023 年 11 月 17 日公示), 公益社団法人 日本超音波医学会, 2023

島根大学医学部附属病院検査部 生理機能検査室
0853-20-2412

超音波検査におけるパニック所見の運用

当院のパニック所見運用の現在と未来

◎高橋 綾華¹⁾、金子 師子¹⁾、藤田 恭代¹⁾、中岡 雅代¹⁾、尾崎 典子¹⁾、清水 美希¹⁾、早川 誠¹⁾
独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院¹⁾

【当院の概要】

パニック所見とは緊急に対応すべき異常所見のことをいう。当院検査室は2021年2月にISO15189取得した。取得にあたり、生理検査室ではパニック所見を見直し、新たに定義した。また報告手順も詳細に規定し、文書化した。運用を開始して約5年経過しているが、この5年間にパニック所見の運用に関して幾度か改訂が行われた。今回当院でのパニック所見の運用と改訂点、そして今後の課題について報告する。

【現在の運用】

超音波検査時にパニック所見を認めたら、依頼医に報告を行う。当院では報告は「医師に直接」以外認められないと定めている。もし依頼医に連絡がつかない場合は、状況に応じて依頼医と同科の主任部長もしくは依頼医と同科の主任部長以外の医師に連絡する。報告後、速やかに検査報告書を作成する。その後「パニック値（像）報告書」に報告先や検査所見、報告後の医師の診断、処置などわかる範囲で記載し、生理検査部門の主任に提出する。主任が承認し、検査部長の承認を得た後、生理検査室要員全員に報告書を周知し、情報共有を図る。要員の回覧が終わり、報告書は文書管理システム内に保管される。

【改訂点】

上記の運用になるまで、改訂した点がある。

① 要員の閲覧

当初は「パニック値（像）報告書」を作成後、報告書の提出先は生理検査部門主任と検査部長のみと定めていた。しかし生理検査部門要員から、提出された「パニック値（像）報告書」を情報共有の一環として、他の要員にも回るようにしたいという意見が挙がった。そこで提出された「パニック値（像）報告書」を生理検査室要員全員にも回し、全体で周知できるように一部手順を変更した。これにより、各要員が必ず提出された報告書を確認することができ、情報共有を行えるだけでなく、自己学習として詳細な検査所見を確認する機会が増え、知識向上にも繋がっていると考えられる。

【課題】

パニック所見を運用していく中で、いくつか課題が挙げられる。

① 「パニック値（像）報告書」の活用

現在「パニック値（像）報告書」は提出後、保管するのみで、保管後の活用方法が特に決められていない。院内全体への情報共有や学会発表など新たな活用方法がないか検討中である。

② 電子カルテへの記載

現在の運用では、電子カルテ上でパニック所見をいつ、誰に報告したのか記録する手順を定めていない。そのため、臨床側でパニック所見が報告された時間や報告先を確認することができない。電子カルテ（検査報告書など）にも記録する手順を新たに定めるべきではないかと考える。

【結語】

今回、当院の超音波検査におけるパニック所見の運用に関して、現状と課題を報告した。運用に関して、個人では気づくことのできない問題点も多く存在すると思われるので、検査室全体で話し合いを重ね、よりよい運用を目指していきたい。

連絡先 0834-28-4411(内線 7151)