

行事予定 (2004年)
9月2日(木) 第4回常任幹事会・第3
回全国幹事会・第23回専
門医会総会
12月3日(金) 第5回常任幹事会

巻頭言

日本臨床検査専門医会
常任理事 池田 斉

臨床検査医にしか出来ないこと

今年の夏は記録的な猛暑でしたが、会員の皆様には暑さに負けず、ますますお元気でご活躍のこととお慶びします。今年から森 三樹雄会長のもとで、常任理事として働かせていただくことになりました。渉外委員会の委員長として、主に、振興会セミナーの開催などを通じて、本会にご協力いただける外部の方々との共同作業に携わっております。「こんな事をやってみたらどうか？」など、会員の皆様からアドバイスがいただけたらと思っています。どうぞよろしくお願ひします。

さて昨今は、「検査は冬の時代」と言われて久しく、「検査部として生き残るにはどうすべきか」「臨床検査医の存在価値をどうやったら高められるか」といったテーマが、繰り返し話題になっています。私たちのこの会は、臨床検査を専門職とする医師の集団です。そこでいつも思うことは、私たちにしか出来ない事は何なのだろうか？という素朴な疑問です。話を大学病院に限って言いますと、大学病院の使命は、診療、教育、研究の三本柱からなっていると昔から言われています。教育と研究に関しては、他の科と同じですが、「診療」については、私たち臨床検査医の立場は少し異なっています。臨床検査医にとって、「診療」にあたる業務は様々で一定ではありません。総合診療部や他の臨床科で、実際に診療を行っている方もいらっしゃると思います。また、病理を専門にしている検査医の場合には、病理診断が重要な「診療」業務に当たります。それ以外の検査医にとって、「診療」に当たる業務としては、検査業務の指導・監督そして組織の運営・管理が広い意味で「診療」に含まれるかもしれません。「診療」として何を行うかは、各人の個性、得意分野によって異なると思いますが、最終的には、各臨床科とのコミュニケーションを大切にして、院内全体の診療が円滑に行われるための様々な仕事をすることだと思われま

最後になりますが、臨床検査専門医会は、親学会とも言うべき日本臨床検査医学会と密接な連携をとりながら、また、日本臨床衛生検査技師会とも協調して互いに補い合いながら、検査の世界全体を盛りあげてゆかなければなりません。

若手の検査医の皆様とベテランの検査医が一つになって頑張っ

【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局だより、会員動向
- p.3 臨床検査専門医のための組織
マネジメント<第1回>、
国立がんセンター中央病院臨
床検査部検体検査部門の現状
- p.4 医療事故、「からだ博」へ参加
して
- p.5 会員の声
- p.6 レジデント研修日記-No. 12、
編集後記



パルテノン

ダヴィッド社刊「イラスト図鑑」より

JACLaP NEWS 編集室 大谷慎一(編集主幹)
〒228-8555 相模原市北里 1-15-1 北里大学医学部臨床検査診断学医局内
TEL/FAX: 042-778-9519
E-mail: ohitani@med.kitasato-u.ac.jp

【事務局からのお知らせ】

《会員動向》

2004年8月12日 現在数 678名 専門医 464名)

《新入会員》

岡山 昭彦 宮崎大学医学部臨床検査医学講座
溝渕 光一 独立行政法人労働者健康福祉機構香川労災病院
大江 正之 兵庫医科大学病理第二

《所属・職名変更》

山崎 滋孝 旧：順天堂大学浦安病院 病理
新：東京臨海病院 病理
小方 則夫 旧：富山医科薬科大学 臨床検査医学
新：労働者健康福祉機構燕労災病院 副院長
佐藤 猛 旧：館山病院内科
新：医療法人光洋会 三芳病院
泉 美貴 旧：東京医科大学第一病理学教室
新：東京医科大学病理診断学講座
網野 信行 旧：大阪大学医学部生体情報医学
新：医療法人神甲会 限病院

《退会会員》

加藤美由紀 東京慈恵会医大病理学講座
山際 裕史 国立三重中央病院臨床検査科

《物故会員》

町田勝彦 先生：2004年7月29日ご逝去
ご冥福をお祈りいたします。

【振興会セミナーの報告】

本年度振興会セミナーが下記のように、参加者は約90名で盛況の内に開催されました。

平成16年度日本臨床検査専門医会
第22回 日本臨床検査専門医会振興会セミナー

日時：平成16年7月16日（金曜日） 午後2時～5時
会場：東京ガーデンパレス

日本臨床検査専門医会

会 長：森三樹雄、副会長：神辺眞之、吉田 浩

常任幹事：

庶務・会計 土屋達行、情報・出版委員長 石 和久、教育研修委員長 玉井誠一、会員資格審査委員長 橋詰直孝、渉外委員長 池田 齋、
未来ビジョン検討委員長 谷直人

幹 事：猪川嗣朗、石田 博、一山 智、伊藤喜久、岡部英俊、尾崎由基男、小野順子、尾鼻康朗、上平 憲、北村 聖、木村 聡、諏訪部章、
清島 満、荏原順一、前川真人、満田年宏、村上正巳、山田俊幸、渡辺清明、渡辺伸一郎

監 事：高木 康、中原一彦、JCCLS 評議員：池田 齋

情報・出版委員会

委員長 森三樹雄、会誌編集主幹 石 和久、要覧編集主幹 土屋達行、会報編集主幹 大谷慎一、情報部門主幹 満田年宏

日本臨床検査専門医会事務局

〒101-8309 千代田区神田駿河台1-8-13

駿河台日本大学病院・臨床検査医学科内

TEL・FAX：03-3293-1770 E-mail：tsuchiya@med.nihon-u.ac.jp

題名：包括医療（DPC）施行後の現状と将来展望

－これからどうなるDPC－

国立大学病院の立場から

防衛医科大学校 玉井 誠一 教授

私立大学病院の立場から

帝京大学医学部 宮澤 幸久 教授

一般病院の立場で今後どのように対応するか

亀田総合病院 病理部 小久保 武 部長

厚生労働省の立場から

保険局医療課 江浪武志 技官

【総会について】

本年度第二回総会が9月2日（木曜日）、14時～15時。京王プラザホテル、5階コンコルドCで行われます。すでに郵便でお知らせしましたように、ご参加できない場合は委任状をお届けください。

【会費納入について】

本年度も8ヶ月が経過しました。会費未納の会員は会費の納入をお願いします。

会費の支払い状況の確認は事務局までE-mail、FAXでお訊ねください。

【住所変更・所属変更に伴う事務局への通知について】

最近、住所・所属の変更にもなつて定期刊行物、JACLaP WIRE など電子メールの連絡が付かなくなる会員が多くなっています。

住所、所属の変更時およびE-mail addressの変更がありましたら必ず事務局までお知らせください。

所属、住所変更時は、できればホームページから会員登録票をダウンロードしてそれに記載しFAXあるいはE-mailをお願いいたします。

組織マネジメントのマクロ的側面
～組織が存続するためには何が必要か～

組織は、必要な諸資源をインプットし、それらを効果的に組み合わせ、結びつけることによって、アウトプットを生み出す“システム”である。組織は“オープン・システム”として、環境適応をその中心課題とする経営戦略論と密接不可分の関係にある。このシステム観を概念的に整理したのが図である。詳細は割愛するが、組織は単なる構造だけではなく、戦略や文化(共有された世界観)、システムやスタイル、組織構成員のスキルや貢献意欲、コミュニケーション(伝達)などが多元的に適合することによって、その成果を生み出している。

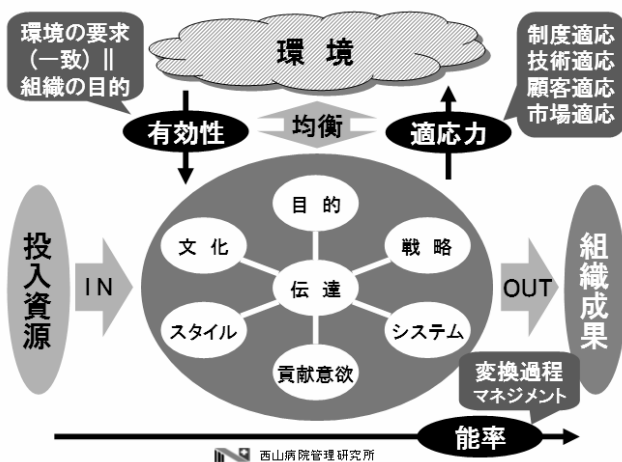


図 組織のオープン・システム観とマネジメントの対象

一般的に投入資源には、ヒト、モノ、カネの3つがあり、それぞれ人的資源、物的資源、財務的資源と称される。最近はこの3つに加えて、情動的資源が重要な資源の1つとして扱われるようになってきた。モノとカネが定量的な目に見える資源とすると、ヒト、およびヒトとヒトとの関係と情報は見えざる資産を形成している。これらのうち、組織マネジメントは主にヒトの側面を対象とする。このところのIT(情報通信技術)の急速な発達とともに、情報社会に対応した組織変革が大きなテーマの1つになってきている。

古典的な組織論においては、組織はクローズド・システムととらえられ、外部環境の影響を受けないシステムと考えられてきたが、近代組織論においては、“オープン・システム”として議論され、環境と相互に作用を及ぼしつつ活動するシステムと考えられている。したがって、単に組織を構成する個人や集団のみをマネジメントの対象にするのではなく、複雑・多様な利害関係者集団、社会環境、法律、制度、市場、顧客(患者)志向など、組織に影響を及ぼす諸要因にどのように適応し、存続と成長をはかるかが課題となっている。

組織が存続するためには、目的の達成を意味する「有効性」と、構成員の貢献を意味する「能率」の双方が必要であることをバーナードは指摘している。「有効性」は、全体状況のもとでの目標達成に対する手段の適切さなど、組織と環境状況の均衡とかかわる。「能率」は、誘因(動機の満足)によって引き出される個人的努力など、組織と個人の均衡とか

かわる。しかしながら最終的には、組織の存続はリーダーシップの良否に依存し、その良否はそれの基盤にある道徳性の高さから生ずるとバーナードは述べている。

近年、建設業や生保・銀行など倒産する企業が多くなっており、優良企業と呼ばれていた企業も例外ではなくなっている。企業や組織は設立されるとなれば永続するものと考えられがちであるが、実際には設立するよりも存続する方が難しいともいわれている。組織は、環境と相互作用する“オープン・システム”として、環境の中で活動し存在しており、組織が存続発展するには、環境の変化に適応して、組織それ自体を絶えず変革することが余儀なくされる。もし環境の変化に適応する能力がなければ、組織は衰退し消滅することになる。

病院を取り巻く環境も、医療制度改革や診療報酬抑制策により、検査点数が大きく減点されるなど、旧態の検査のあり方が問われている。DPC(Diagnosis Procedure Combination=診断群分類)による包括払い制度が拡大施行されれば、明確に検査は収益部門から転落して消費部門に様変わりする。このため、最小限の検査により質の高い医療が求められることになる。そこでは、DPC導入後の診療内容、医療の達成度、患者満足度など、検査部門がかかわる様々なプロセスを変革の対象とする組織(システム)マネジメントが求められる。

このようなアプローチに、唯一最善の組織構造やマネジメント手法のワン・ベスト・ウェイは存在せず、環境や状況によって異なるという考え方がとられている。組織をマネジメントして行くことは、環境と組織との間の均衡関係と、さらに組織と組織構成員との間の均衡関係を成立させる必要が出てくる。この2つの均衡関係を達成することは簡単なことではないが、指針として2つの均衡関係を常に考えることが組織マネジメントの原点であり、非常に重要なポイントである。

(西山病院管理研究所 西山信之)

国立がんセンター中央病院臨床検査部検体検査部門の現状

私は、現在、専任の臨床検査医として国立がんセンター中央病院に勤務しております。当院の外来患者数は一日あたり約1000人で、病床数は、約600床です。臨床検査技師数は、43人で検体検査部門には、そのうち16人が従事しています。私自身の日常の業務としては、個々の検査に関する臨床的なadviceを技師に行ったり、臨床医からのclaim処理にあたりたりしています。また、将来性のある検査を新たに院内に導入したり、新しい検査の開発を技師と一緒にしています。最近のものとしては、定量化PCR法の立ち上げ、Cytogenetics分野の立ち上げ(FISH; Fluorescent in situ hybridization)、質量分析機を用いた検査の立ち上げ(現在進行中)があります。個人的には、臨床検査技師への支援に最も高いpriorityをおいておりますので、日常の検査や新しい検査の開発に関連することがらを技師が学会や論文(英文)として発表できるよう支援しております。また、臨床検査の最新の動向を技師に知ってもらうためClinical Chemistryを材料として勉強会を行っています。一つの論文を詳しくみるという従来の抄読会方式でなく、あくまで、最新動向の把握に力点をおいた方式をとっています。臨床医、研究者への支援としては、臨床検査の残りの検体(血液)を研究目的で提供する

ため保存登録事業を行っています。2002年10月末にははじめましたが、5月末の時点でのべ7万件の検体を保存登録することができました。これらを材料として世界的な発見が生まれることを願っています。

当院の臨床検査分野における最大の問題点は、技師の人員削減のため技師ひとりあたりの仕事量が限界に近づきつつあるという点です。できるだけ、おたがいに協力しあって事故を起こさないよう努力しています。現在の一番の希望は、機械も大切だが、人がもっとも重要な要素であることをみんなに特に人件費をだす権限をもつ人にわかってもらいたいということです。親方日の丸では困りますが、競争原理に基づくものの、なお、個人の能力に応じて comfortable に働ける職場であって欲しいと思います。業務面においても研究面においても多様性を許容できる場であってほしいと思います。

これからの臨床検査部門は、私のような臨床的側面からの支援を行える MD だけでなく検査の機序自体にも立ち入って支援をおこなえる PhD が必要と考えます。そしてこれらの MD と PhD が、ある一人の管理者のもとで検査部をささえるという形がのぞましいのではないかと考えています。さらにできれば、日常的に統計の相談にのってくれる人がいればありがたいと思います。もう一つ付け加えれば、技師の教育の充実という意味で医師のような研修技師制度を導入し、若い技師の教育にも力をいれるような体制ができれば素晴らしいと思います。

私自身は、生粋の臨床検査医ではなく、消化器外科(膵癌)医として出発し、その後消化管病理(膵癌)、分子病理学分野へと働き場所をかえ、最後に臨床検査分野(特に検体検査)へとたどりついたという経歴もっています。いままで、数多くの職場を経験し、また好きなことをやらせてもらったので、これからは、できるだけみんなのためになるように生きていこうという気持ちです。英語のいいまわしに *make one's life easy or comfortable* および *make one's life difficult* というのがありますが、いまの私の行動指針は、*make one's life comfortable* です。患者のためになるようにというのはいまでもありませんが、臨床医、臨床検査技師が comfortable に過ごせるよう、場をつくっていくのが私の仕事と考えています。意欲のつづく限り、今の仕事を楽しみながら続けていこうと思います。

(国立がんセンター中央病院臨床検査部 古田 耕)

医療事故

最近、医療事故の報告が多く見られるようになってきた。新聞で報道されるような事故は「ある日突然降って湧いたように現れた」というのではなく、むしろ「今までよく事故が起らなかった」という率直な思いがする。「失敗は成功のもと」といわれるように、失敗の原因を探り、失敗が本当に致命的になる前に未然に防ごうとする努力が必要である。

医療事故には医療過誤から不可抗力の出来事までいろいろな事例があるが、日本の医療現場では一般に負の経験から学び取る組織的な訓練がなされていないように思われる。

潜在的な失敗や事故が発生する危険が高まっているにもかかわらず、これを自覚せず、事故の予兆が現れてもこれを無視する組織運営を行っているために、取り返しのつかない、致命的な失敗に結びつく事例が多くなっている。

「失敗学のすすめ」によるとその対策としては見えにくい失

敗を顕在化させる経済システムが有効だと強調している。具体的には業績を示すバランスシートの負債項目に「潜在失敗」を加えて会計処理を行うことを提案している。「潜在失敗」とは、万一、失敗が生じたときの損害の程度を予測し、この総額に失敗の発生確率を乗じて、含み損として示していこうというもので、「失敗対策をしないと損」という意識を徹底させるということである。

最近の報道によると、日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本法医学会の4学会は、患者が予期せず死亡したような場合に中立的な立場で医療ミスがあったかどうかを検証する専門機関を創設すべきだとする共同声明をまとめたという。学会の枠を超えた横断的な医療事故対策の動きは初めてである。また、共同声明では、医療の信頼向上のため、患者や家族が事実経過を検証して公正な情報を得られる仕組みが必要であると指摘し、中立的な専門機関を設立し、治療に関連して患者が死亡した全ケースをこの専門機関に報告する制度を速やかに確立すべきだと提案している。日本泌尿器学会や日本産婦人科学会も独自に事故報告制度を作るなどの対策に乗り出しているようで、いろいろな団体に参加を呼びかけ医療事故届出制度のあり方を検討していくという。

医療事故の防止策を積極的に取り組む姿勢が結局は医療の質向上につながり、病院の評価を高めることになるわけで、今後医療の分野における不可欠な検討課題と思われる。

医療界全体が変革の時代にあり、検査の世界も大きな転換点を迎えている。多くの偉大な先人達の努力の結果、検査の機械化が進み、誰もが検査を簡便にかつ正確に行えるようになった。その結果、皮肉な事に検査部の専門職としての意義が薄れてきたという事態を招くに至ったのである。情においては誠にしのびがたいものがあるが、今の医療を取り巻く環境を考えると検査部のアウトソーシングは時代の流れとして避けられないものとなってきている。

従来より臨床検査専門医の医療現場における役割が問題にされてきた。臨床医でもなくかつ基礎医学の研究者でもないという中途半端な立場に位置し、医療現場における存在意義が希薄になっているのが実情ではないか。今後は臨床検査技師を専門職として臨床医と十分渡り合えるくらいまでレベルアップを図り診療支援を行う上でいままで以上に有効活用を努めること、更に検査データの解釈や精度管理のみではなく、医療の質向上や医療事故防止に対して積極的にイニシアチブをとるというマネジメント能力が求められているように思われる。

(岐阜医療技術短期大学 牧野和彦)

「からだ博」へ参加して

「からだ博」が平成16年8月3日～8日、東京ビッグサイトで開催され、臨床検査専門医会から参加したので紹介する。

本会は、健康と医療フォーラム実行委員会、日本経済新聞社とNHKが主催で、厚労省、文科省、経済産業省が後援となり、日本医師会をはじめ、多くの医療関連団体が協力し開催されたもので、約8万人以上の参加者があり盛況であった。上記主催者から臨床検査医学会、さらに臨床検査専門医会への協力要請があり、本年2月19日に説明会が行われた。臨床検査医学会 高橋伯夫常務理事が中心となり調整が進められ、各臨床検査関連団体も参加することとなったが、当会からのボランティア参加メンバーが決定したのは7月末と大変

慌しいものであった。

広大な展示場にさまざまな健康食品・飲料、癌、血管・動脈硬化、介護やリハビリ、自己測定(血圧、血糖、体脂肪など)、郵便検診等々と共に「臨床検査体験コーナー」が設けられた。これらの中で、血管年齢を測定するコーナーは何度か訪れたが、いつも長蛇の列で一般の方々の血管やその病変への関心の高さを思わせた。

臨床検査体験コーナーでは希望者への説明後、採血(100名/日)が行われ、血算と生化学項目(AST、ALT、 γ GTP、UN、UA、CRN、Glc、TG、TC)の測定が行われた。実施は日臨技メンバーの協力でなされ、臨床検査機器・試薬は分析機器工業会と臨床検査薬協会から提供された。データの説明は我々、臨床検査医学会/専門医会のメンバー(4~5名/日)が担当した。小生の限られた印象だが、生活習慣病などに関連したデータを心配されている方が多く、治療を要する異常値を示す方の頻度が高かった。また血圧値(140~160mmHg)、コレステロール値(220~240mg/dl)への説明と指導を自信をもって行えず、特に後者での統一見解が早く出されることが必要である。我々のコーナーに隣接して血圧、郵送検診、血糖(SMBG)測定コーナーが開設されていたが、測定値への十分な説明がなく、被検者の中には一尽悩まれた方があったらと思う。測定値の説明による被検者の正しい理解が必要で、このことは、今後、我々にますます求められるものと思われた。個人的興味でSMBGと皮下脂肪測定の同時再現性をメーカーの協力で行ったが、いずれも良好といえるものであり、後者についてはCV 1~2%であった。このような健康機器が広く普及していることを我々も十分認識し、評価してゆく必要がある。

今日、我が国を含めた先進国では健康志向が強く、医療の中では検査値が最も科学的な信頼性の高いものであることを一般の方々も認識し出しており、また、それにより、毎日悩んでいる方々が多数いることを改めて実感した。またSMBGの同時再現性を前腕で行ってみたが、確かに痛みはかすか〜ほとんど感じないが、穿刺の跡は1~2日は残り、無侵襲的測定法の開発と実用化が求められているとの認識を強めた1日であった。

(福島県立医科大学臨床検査医学 吉田 浩)

【会員の声】

臨床検査医学の現状と将来に思うこと

最近の大学院大学への流れに伴い、各医育機関の講座名称が非常にわかり難くなってきている。殊に国公立系医育機関ではそれが顕著で、講座名のみでは何を専門に研究しているのか全く理解できない名称も多い。

そこで最新の医育機関名簿を頼りに、検査医学関連講座の名称を調べてみた。その結果、臨床検査医学が併記を含め43施設、臨床病態検査医学などを加えると47施設と最も多く、次いで中央あるいは臨床検査部など検査部が付く施設が10施設、病態診断学など診断学で終わる所が8施設、病態情報医学など情報学が含まれる名称が8施設、臨床病理学が7施設、分子病態解析学など解析学で終わる所が4施設、病態制御学などの制御学が2施設の順であった。これで見ると検査医学関連講座の名称は他の講座名称に比べれば判り易いと考えられる。

名称を調べていて興味を引いた事がもう一点あるが、それはほぼ全ての講座が臨床医学系講座として記載されているこ

とである。その最たる例が兵庫医科大学の総合内科(検査内科)であろうか。現在の日本臨床検査医学会は昭和26年に発足した臨床病理懇談会を経て昭和30年に日本臨床病理学会が設立されたのに始まる。しかし講座の設置は必ずしも順調ではなく、当初は病理など基礎系の先生方が中検部長あるいは講座担当教授に選任されることが多かったと聞いている。しかしその後の臨床検査医学の発展は目覚しく、現在では臨床系の先生方あるいは最初から臨床検査専門医を目指された先生方が中心となっており、臨床に直結した検査医学が臨床医学系講座に属するのは当然の帰結と考えられる。その結果、現在基礎医学講座系に収載されている施設は東京慈恵会医科大学の臨床検査医学講座と金沢医科大学の臨床病理学講座の2施設のみとなっている。

私は血液内科学を専門とする臨床医である。血液学は形態学および分子診断学が必須であることから、若いころより中検の血液部門と共同研究を実施してきた。その関係で中検助手となり、内科学講師を経て平成4年に臨床検査医学助教授、同5年に慈恵医大柏病院中検部長に就任、同年認定臨床検査医(臨床検査専門医)を取得した。平成8年からは本院の中検部長となり、定年まで検査医学に専従するつもりであったが、一生は神の悪戯に支配されるが如く、平成10年に柏病院総合内科教授・副院長に飛ばされ、さらに内科診療部再編成により血液・腫瘍内科教授となり、現在は柏病院中検部長も兼務している。

以上の経歴から臨床検査医学の現状について少し意見を述べさせて頂くと、その一つは検査判断料に関する専任80%条件の設定についてである。臨床検査専門医の付加価値を高めるには確かに有効ではあるが、DPCが導入された特定機能病院では有名無実となっているのが現状である。また、前述のごとく大半の講座が臨床医学系講座となっている現状では臨床医の定着率向上のためにも条件設定に問題があるのではなかろうか。早急な改定を期待する所以である。

その二は今回の医療費改定で臨床検査の大半がまるめとなり、さらにDPC対象病院の拡大が予想される現状では、中央検査部が早晚不採算部門に転落することは明白である。この様な状況で臨床検査医学の将来展望は拓けるのであろうか。もし研究部門として活路を開くのであれば、基礎系講座として回帰するのであろう。また臨床系医学部門として生き残りを模索するのであれば、総合診療部への参画、予防医学での実践、得意部門での臨床への進出など、より積極的な臨床への取り組みが求められるのではなかろうか。

何れにしても厳しい時節ではあるが、臨床検査医学の更なる発展を期待したい。

(慈恵医大 血液・腫瘍内科 小林正之)

検査はサービスと工夫

1976年8月2日から、新潟県立がんセンター新潟病院に勤務した時、院長から、「今貴方をお願いする仕事も、仕事する場所もないから自由にして下さい」と言われた。情けないというか、理想郷に来たというか。その頃、当院では生化学の専任医師などは殆ど期待されていなかったが、多少は診療の役に立ちたいと思い、癌関連のことをやって様子を見ようと考えた。

1. IAP：ちょうどその頃、東北大学医学部細菌学教室(当時 石田名香雄教授)で胃癌患者の腹水からある糖タンパクが

精製され、腫瘍マーカーとして注目された。免疫抑制作用を持つ酸性タンパクであることから、免疫抑制酸性蛋白 (immunosuppressive acidic protein, IAP) と命名された。石田研究室を訪ね、IAP について指導を受け抗体も頂き測定の準備をした。外科と泌尿器科のグループが癌患者の血清中 IAP の測定を依頼してくれた。

2. MTX : 当院整形外科では 1978 年から、小児科では 1979 年から Methotrexate (MTX) 大量療法がはじまった。この治療の前提として、血清と尿中の MTX 濃度測定が必要であった。それは私が担当した。本療法前は骨肉腫の小児は診断後 1 年程で死亡していたが、本療法後では 5 年、7 年、8 年も生存する例があった。MTX 濃度測定キットが発売されてからは、技師諸氏に移行した。

3. さて、これからは、である : ここに来て約 10 年。診療に役に立つこと、依頼されてできることをしよう。遺伝子検査は金とタイミング。人類が生存する限り本人の承諾を得れば尿の研究は可能である。また、尿は自分のものも利用できるの、時間のある時は尿タンパクなどをいじろうと考えた。特に運動前後の尿タンパクなど。埼玉医大の菰田二一先生から ALP の分析法を習い ALP の仕事(?)をはじめた。その頃日清製粉の坂井博氏等と作製した抗胎盤型 ALP 抗体は、最近になって渡辺伸一郎先生達(東京女子大)の胚細胞腫患者の髄液中の胎盤型 ALP を測定する診断に生かされている。

4. 血清バンク : 医局では以前から要望があった。国立予防衛生研究所ウイルス中央検査部血清情報管理室長の宮村紀久子博士と武田直和氏のお話を参考にして、1988 年 5 月に中型フリーザー 1 台ではじめた。現在は 3 台のフリーザーで稼働している。

5. 遺伝子検査 : 1995 年、乳癌の微小転移のマーカーとして、腋窩リンパ節における keratin 19 mRNA (ck19) の発現を検出してくれと外科から依頼された。器具も試薬もないが、チャンスは今しかないと思い、奔走を重ねて 3 年で何とか検査できるようになった。以後、外科から腹腔洗浄液中の細胞から CEAmRNA の検出依頼も来た。遺伝子関係の依頼があるうちに、さらに注文を取ろうと若い医師に「何か面白いことはない?」とアプローチ。最近、脂肪腫組織における染色体の転座の依頼をもらった。それらしい結果も見られた。検査依頼を探しながら、時間があれば尿タンパク。こうしているうちに、病理部の技師さんがパラフィンブロックから DNA を抽出して clonality の検討にとり組んだり、細菌検査室の技師さんがメタロ-β-ラクタマーゼの検出にとり組んでいる。それを支援するのも楽しい。

6. 病院検査室の仕事 : 臨床支援が重要で、依頼を受けたり、共同研究を申し出たりしているが、時間のある時は自由に医学に直結しないこともテーマにしている。

(新潟県立がんセンター新潟病院 佐藤豊二)

【レジデント研修日記-No. 12】

多くのレジデントは 3~4 年のレジデント研修の後、フェローシップに進み、更に数年の研修を積むこととなります。多くの APCP residents は AP のフェローシップに進みますが、中には CP のフェローシップに進む人もいます。

CP には Clinical Chemistry、Medical Microbiology、Molecular Genetic Pathology、Hematopathology、Blood Bank (Transfusion Medicine) などの subspecialty があり、その全て

にフェローシップがありますが、Clinical Chemistry、Microbiology のフェローシップはあまり一般的ではありません。

Clinical Chemistry と Medical Microbiology のフェローシップは M.D. および Ph.D. を対象とした 1~2 年のプログラムで、フェローはそれぞれの分野の研修およびリサーチに従事することになります。しかし ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) 認定のプログラムは全米でも数少なく、例え認定の取れていないプログラムを終了しても subspecialty board 専門医試験の受験資格は得られません。しかし Ph.D. の人はともかく、M.D. で CP-board 専門医の場合、Clinical Chemistry および Medical Microbiology の subspecialty board 専門医は現時点ではあまり意味をなさないようです。

Molecular Genetic Pathology (MGP) は近年脚光を浴びている分野で、主に oncology、infectious disease、そして congenital disorder といった AP そして CP 両者にまたがる広い分野での分子診断に従事します。比較的新しい分野ですが、最近 ABP subspecialty board 専門医試験も始まりました。日本人では APCP board 専門医かつ、MGP-subspecialty board 専門医でもある Harvard Medical School/Brigham and Women's Hospital の荻野周史先生 (http://labmed.bwh.harvard.edu/pathology/Faculty/Shuji_Ogino.htm) が第一人者です。

Hematopathology も 2 年間のフェローシップがあり、この非常に広くて深い分野を習得するにはフェローシップで更なるトレーニングを積むことが必要不可欠です。血算、ヘモグロビン電気泳動など血液学検査に加え、血液凝固、骨髄やリンパ節生検などの白血病やリンパ腫診断など APCP 両者にまたがる分野を学ぶことになり、そういった意味で AP フェローシップともいえます。

Blood Bank (Transfusion Medicine) は CP フェローシップの代表的なもので、1 年のフェローシップの中で、輸血学全般にわたりトレーニングを積むこととなります。輸血剤剤の選択、輸血反応の処置、血液交換などに直接関わる最も臨床に密接したフェローシップといえます。日本人では Harvard Medical School/MGH で CP レジデンスおよび輸血のフェローシップを終えられ、現在 Baylor College of Medicine で活躍されている 照屋純先生 (<http://www.bcm.edu/medicine/teruya.htm>) が第一人者です。

(群馬大学医学部臨床検査医学 玉真健一)

【編集後記】

今年の夏は、大変な酷暑でありました。私も生まれて初めて経験する暑さが続きました。

国際的にはオリンピック発祥の地であるギリシャのアテネで五輪が開催され、過去最多の計 37 個のメダルを獲得し、日本選手団は大活躍を致しました。日本人としての誇りが持て、大変うれしいニュースでありました。

また、今号より臨床検査医のスキルアップの一つとして、西山病院管理研究所の西山信之先生により臨床検査専門医のための組織マネジメントの連載が開始されました。ご期待下さい。

外来の業務を開始して、病院の中でも新たな居場所ができ、ささやかな幸せを感じております。初診患者を中心にその日一日だけの完結型の外来をしておりますが、8 月時点で再診予約患者は 5 人となりました。

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)