

- 行事予定 (2006年)
- 5月13日(土) 第3回 GLM 教育セミナー (都市センターホテル)
 - 5月14日(日) 第64回教育セミナー(昭和大学)「精度管理・検査室 management」
 - 5月28日(日) 第65回教育セミナー(防衛医科大学校)「生化学・一般検査・微生物検査の実技講習」
 - 6月9日(金) 第4回常任幹事会
 - 7月21日(金) 第24回振興会セミナー(東京ガーデンパレス)
 - 11月8日(水) 第5回常任幹事会・第3回全国幹事会・第28回総会・講演会(弘前文化センター)
 - 12月8日(金) 第6回常任幹事会

巻頭言

日本臨床検査専門医会
副会長 熊谷 俊一

森三樹雄会長からのご指名を受け、本年から副会長を務めさせて頂くことになりました。専門医歴や知識もさほどありませんので、自己紹介を兼ねて、私にとっての臨床検査専門医について少し述べさせて頂きます。私は昭和46年に卒業後、京都大学第二内科で、膠原病を中心に臨床免疫学を学びました。当時は膠原病や関節リウマチの診断に、RAHA や LE 細胞、抗核抗体や抗 DNA 抗体、補体や免疫グロブリンなどが導入され、私共の研究室でも各自が分担して、それぞれを週1回測定しておりました。膠原病の診断や活動性の指標としてのこれらの検査の重要性を、身をもって感じたものです。平成3年に京都大学医療技術短期大学部衛生技術学科教授に着任し、臨床免疫学(免疫血清学)を始めとして、臨床検査医学総論や検査機器総論など、それまで考えてもみなかった領域の講義や実習を担当することとなりました。この間に臨床検査医学の重要性と臨床検査医によりなされた研究の数々を学んだのみならず、同僚や病院検査部の技師の方々との親交を深め、検査技師を目指す若い学生さんの考え方を知ることもできました。

平成7年4月に神戸大学医学部臨床検査医学講座教授に就任し、震災からの復興に追われる傍ら、どのような教室作りをするのかを毎日考えておりました。検査部は中央化され向井技師長を中心に見事に組織化されており、各診療科の診療に必要なデータを正確にしかも瞬時に供給していました。この検査の自動化とオートメーションが、多くの臨床検査の先輩諸先生方のアイデアとご努力でなされたことを改めて実感いたしました。一方で臨床検査医学のカバーする領域の広さや深さには大きな戸惑いを覚え、結論として自分の専門性を生かして臨床検査医学に貢献しよう決めました。臨床検査医学講座が内科診療に加わることについては、臨床検査医学や検査部の視点を失ってしまうとか、少ないスタッフで十分な医療が実践できるかどうか、など多くの問題がありました。しかしながら、臨床から直接、検査システムの評価や新しい検査の必要性を感じることができる、検査の開発を含めて臨床研究が行いやすい、臨床検査技師の臨床や研究への参加がしやすい、などの利点があります。

そんな中、平成16年10月「真に役立つ新しい検査を共同開発するとともに、検査の有用性を科学的に明らかにすること」を目的として、念願でありました寄付講座「立証検査医学(シスメックス)」を設立していただきました。毎年、多くの臨床検査が開発され、これらは診断や治療の質の保証を通じて医療レベルの向上のみならず医学の発展に大きく寄与しています。一方で新しい検査もその性能が適切に評価されないまま臨床現場に持ち込まれ、検査結果の誤った解釈による誤診や不必要な検査実施による医療費の増大などの問題を引き起こしています。このような問題に対して、臨床疫学的手法による臨床検査の有用性の立証と、エビデンスに基づいた検査診断法を臨床現場に提言していきたいと思っています。臨床検査専門医とリウマチ専門医というダブルライセンスを生かした臨床検査医学の新分野の開拓を目指しています。今後の皆様のご指導、ご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局だより、会員動向、未来ビジョン検討委員会からのお知らせ、平成18年度第一回全国幹事会・常任幹事会議事録
- p.3 平成18年度第二回常任幹事会議事録
- p.4 POCT と在宅検診への取り組み
- p.5 人生のロスタイムを臨床検査専門医として、内科医からみた臨床検査専門医の存在意義
- p.6 電子カルテ導入と臨床検査、編集後記



春の草花(具満タンより)

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》

2006年4月15日現在数 689名、専門医 505名

《新入会員》(敬称略)

小原 一葉 防衛医科大学校検査部
朝倉 英策 金沢大学医学部附属病院高密度無菌治療部
池淵 研二 埼玉医科大学病院中央検査部輸血・細胞移植部
紀野 修一 旭川医科大学病院 臨床検査・輸血部
吉田 敦 獨協医科大学臨床検査医学講座

《所属・その他変更》

向島 達 旧 東海大学開発工学部
新 豊寿園温泉医院
細田 和貴 旧 信州大学附属病院臨床検査部
新 愛知県がんセンター遺伝子病理診断部
森 三樹雄 旧 獨協医科大学越谷病院 臨床検査部
新 十文字学園女子大学人間生活学部
食物栄養学科(教授)
濱崎 直孝 旧 九州大学医学部臨床検査医学
新 長崎国際大学薬学部(教授)
斉藤 仁昭 旧 山形大学医学部発達生体防御学講座・
病理病態学分野
新 茨城県立中央病院
茨城県地域がんセンター病理部
吉田 浩 旧 福島県立医科大学 臨床検査医学講座
新 北福島医療センター(病院長)
伊藤 機一 旧 神奈川県立保健福祉大学
人間総合・専門基礎
新 大東文化大学東松山校舎
スポーツ・健康科学部健康科学科(教授)
伊東 紘一 旧 自治医科大学臨床検査医学
新 済生会常陸大宮病院(院長)
神辺 眞之 旧 広島大学医学部臨床検査医学
新 広島市立舟入病院(院長)
清水 章 旧 大阪医科大学病態検査学
新 定年退職(大阪医科大学名誉教授)
村井 哲夫 旧 新都心南新宿クリニック
新 米国法人野口英世記念財団(常務理事)
岡田 淳 旧 NTT 東日本関東病院検査科
新 大東文化大学東松山校舎
スポーツ・健康科学部健康科学科(教授)
辻村 亨 旧 兵庫医科大学病理学第1講座
新 兵庫医科大学病理学第2講座(教授)
廣岡 良文 旧 愛知医科大学臨床検査医学講座
新 定年退職(愛知医科大学名誉教授)
吉田 博 旧 東京慈恵会医科大学附属柏病院
内科総合診療部
新 東京慈恵会医科大学附属柏病院
中央検査部(診療部長)

《退会会員》

簾藤 紘子 順天堂浦安病院検査科
本田 由美 熊本大学医学部附属病院病理部
山崎 修道 (株)三菱化学ピーシーエル

【教育セミナー報告】

第62回教育セミナー

平成18年3月25日、近畿大学医学部臨床検査医学の古田格教授の担当で9名が参加して行われた。

第63回教育セミナー

平成18年4月15日、慶應義塾大学医学部臨床検査医学の村田満教授の担当で22名が参加して行われた。

第64回教育セミナー

平成18年5月14日、昭和大学医学部で開催される予定。

第65回教育セミナー

平成18年5月28日、防衛医科大学校で開催される予定。

第3回GLM教育セミナー

平成18年5月13日、都市センターホテルで開催される予定。

【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・所属の変更に伴って定期刊行物、JACLaP WIREなど電子メールの連絡が着かなくなる会員が多くなっています。勤務先、住所の変更時および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。

勤務先、住所の変更は、本年度会費の振り込み用紙に記載するか、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でお送りください。

【未来ビジョン検討委員会からのお知らせ】

未来ビジョン検討委員会

委員長 夬谷直人

未来ビジョン検討委員会は、何らかの目的を達成するための手段として設置されたものであり、委員会の維持そのものが目的化し形骸化するのを避けるため、以下のような抜本的対応をいたします。

(1)委員長と事務局長を除く現行委員の任期を本年の春季大会(2006年4月22日)までとし、改めて会員から新規WGの設置(新委員)を募りました。

(2)春季大会をもって、その時点で作業完了予定期日を過ぎていたすべてのWGを一旦解散し、必要な場合は改めて設置を提案し幹事会の了承を得るようにしました。

(3)春季大会開催時点でWGに所属しておらず委員を希望する会員(新規および再任)は、委員長が了承した場合は委員を任じました。

【平成18年度 第一回全国幹事会・常任幹事会 議事録】

開催日時：平成18年1月13日(金)、13時~15時

場 所：日本臨床検査医学会事務局

参加幹事：森三樹雄、熊谷俊一、水口國雄、石和久、池田斉、夬谷直人、小野順子、北村聖、諏訪部章、今福裕司、大谷慎一、館田一博、橋本琢磨、深津俊明、松野一彦、佐藤尚武

参加監事：玉井誠一 出席17名

欠 席：宮地勇人、橋詰直孝、村上正巳、尾崎由基男、一山智、岡部英俊、渡辺清明、渡辺伸一郎、市原清志、小出典男、犀川哲典、藤田直久、保嶋実、濱崎直孝 欠席14名(敬称略)

議事録署名人に、水口國雄副会長、松野一彦幹事を指名して議事に入った。

1. 平成18~19年度役員選定について

森会長から再任の挨拶があり、次いで新役員の紹介と各幹事の自己紹介があった。

2. 各種委員会報告・審議

(1)情報・出版委員会(石委員長)

JACLaP NEWS No.80-No.85、JACLaP WIRE No.77-No.89、Lab CP 23-1,23-2が昨年度発刊された。Lab CP 24-1のテーマと執筆者について承認された。

薬事日報社のMedical Academy NEWSに、日本臨床検査専門医会として、月一回程度で新規収載検査の解説を定期的に連載する企画が石委員長より提案され、承認された。執筆者は会長と石委員長とで選ぶことになった。

(2)未来ビジョン委員会(夬谷委員長)

現委員の任期を本年の春季大会までとし、改めて会員から新委

員を募り、新規 WG を設置する。春季大会の時点で作業完了予定期日を過ぎている全ての WG を解散する旨を、JACLaP NEWS、JACLaP WIRE を通じて会員に告知する。

(3) 渉外委員会(池田委員長)

平成 18 年 7 月 21 日(金)に振興会セミナーを東京ガーデンパレスで開催する演題、演者は未定。

(4) 教育・研修委員会、資格審査・会則改定委員会特になし。

3. 平成 18 年度年間行事予定について

第 4 回常任幹事会は 6 月 9 日から 6 月 16 日に変更することが決定された。

第 6 回常任幹事会は 12 月 8 日から 12 月 15 日に変更することが決定された。

4. 臨床検査振興協議会について・資料 4(森会長)

臨床検査振興協議会の「臨床検査のガイドライン 2005/2006 ハンドブック」配布事業について説明があった。

同ハンドブックは日本臨床検査医学会 包括医療検討委員会で作成中であるが、これを臨床研修医(2 学年分)に無償配布することになった。日本臨床検査専門医会もこの事業に協力し、一部費用を分担することが提案され承認された。分担金に関しては現在、交渉中である。

5. 内保連の加盟について(森会長)

内保連への加盟を予定していることが報告された。

6. 法人化について(森会長)

早急な法人化は行わず、当面様子を見ることが報告された。

7. 特定非営利活動法人 腎臓病早期発見推進機構の後援について(森会長)

上記法人より、特に検査に関して協力要請のあったことが報告された。

8. 第 16 回日本臨床検査専門医会春季大会について(森会長)

4 月 21 日、22 日に高崎市のホテルメトロポリタン高崎にて開催予定であること、およびプログラムの概要が報告された。

9. 第 17 回日本臨床検査専門医会春季大会について(森会長)

大会長を旭川医大の伊藤喜久教授にお願いしたこと、平成 19 年 6 月上旬開催予定であることが報告された。

10. 平成 17 年度決算報告(佐藤庶務・会計幹事)

平成 17 年度決算については別途提示した資料の通りであること、内容については土屋前幹事が高木前監事の監査を受けたことが報告し、決算書は報告通り了承された。

11. その他

諏訪部幹事より提案のあった「平成 18 年 4 月以降の医療費削減と検査部の対応」をテーマに討議が行われた。

(1) 診療報酬改定について(森会長)

全体で約 3.2%の引き下げになる見通しである旨、資料を使って説明された。

(2) 水口副会長から病理組織検査に関する見通しについて説明があった。

(3) 北村幹事から厚生労働省のホームページに資料

(<http://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/tyuikyoku/pdf/060111.pdf>) が掲示されている旨の発言があった。これに関連して麻酔科医、病理医が病院を離れ、会社を組織して業務する形態が出現していることが討議された。水口副会長からは検査センター等に勤務する病理医の身分に関して発言があった。

(4) 北村幹事から検体管理加算とプランチラボ、選任の検査医の関係などについて質問があり、業務形態によって加算が異なることなどが議論された。

これに関して森会長より、「検体検査管理加算」の必要条件を満たしていない病院(兼任検査部長)で、県から返還させられたとの報道について説明があった。

(5) 大谷幹事から外注検査の入札時、値引き率の低い検査所は足切りされる問題について質問があり、多数の幹事が意見を述べ、議論が行われた。

(6) 玉井監事から専門医会は病院検査部(検査科)の確保を目指すのか、検査専門医の身分確保を目指すのか、検査医会の姿勢について質問があり、議論が行われた。

(7) この他、以下のような点について討議された。

検査料の査定の問題、標榜の問題、登録衛生検査所の指導監督医について、専門医の確保・増加に関して、診療支援部とマネジメントに関して。

以上の問題に関して特に結論は出なかったが、全体としては先行きの不透明感に対する不安が感じられる議論だった。これに対して北村幹事から、未来ビジョン委員会の活発な活動による現状打破を期待したい旨、発言があった。

【平成 18 年度 第二回常任幹事会 議事録】

開催日時：平成 18 年 3 月 17 日(金)、15 時～16 時

場 所：日本臨床検査医学会事務所

参加幹事：森三樹雄、水口國雄、石和久、池田斉、谷直人、橋詰直孝、宮地勇人、佐藤尚武

参加監事：玉井誠一

欠 席：熊谷俊一、濱崎直孝 (敬称略)

議事録署名人に、石和久幹事、谷直人幹事を指名して議事に入った。

報告事項

1. 各種委員会報告

(1) 情報・出版委員会(石委員長)

薬事日報社の Medical Academy NEWS に、日本臨床検査専門医会として、月一回トピックスを連載する件で、第一回は石先生が原稿を書くことになった。

(2) 未来ビジョン検討委員会(谷委員長)

特になし

(3) 資格審査・会則改定委員会(橋詰委員長)

特になし

(4) 渉外委員会(池田委員長)

3 月 17 日に振興会セミナーの打ち合わせ会を行い、「診療報酬」をテーマに実施することになった。

(5) 教育研修委員会(宮地委員長)

教育セミナーについて

各セミナーの最終的な受講者数について、資料を提示して報告があった。63 回(慶應大)と 65 回(防衛大)は定員一杯の応募があった。

GLM セミナーについて

本年度 GLM セミナーのプログラムについて、資料提示の上説明があった。準備状況についても報告があった。

「臨床検査医学卒前卒後研修教育ワーキンググループ」について

臨床検査医学独自のカリキュラム策定を目指し、ワーキンググループを立ち上げるとの報告があった。

2. 平成 18 年度の活動状況について(佐藤)

前回の幹事会議事に基づき、第 4 回と第 6 回の常任幹事会日程を変更した。変更箇所を修正した新しい年間行事予定表が資料として提示した。

3. 臨床検査振興協議会について(森会長)

臨床検査ガイドラインハンドブック配布事業への協力

日本臨床検査医学会との話し合いで、当会の負担金は 50 万円に決定し、協議会に支払った。

4. 内保連への加盟について(森会長)

内保連には加盟できる見通しである。

5. 春季大会について(佐藤)

第 16 回春季大会

群馬大学の事務局から送られてきた春季大会のプログラムが提示された。特別講演のテーマは「臨床検査と国立大学独立法人化」である。幹事は是非参加して欲しい。

第 17 回春季大会

大会長の伊藤先生から、現時点で特に進展はないと報告を受けた。

6. 平成 18 年 4 月改定について

今回の改訂に対する対応方針を検討する際の資料はないか。

資料を解析し、JACLAP WIRE に掲載することになり、大谷先生、宮地先生、水口先生、池田先生に原稿を書いてもらうことになった。

7. その他：特になし。

審議事項

1. 平成 18 年度補正予算案について(佐藤)

平成 18 年度予算案を一部修正したものを資料として提示し、説明した。庶務経費中の人件費、通信費、設備費が増額となり、事務所賃賃料は減額となった。また必要経費中、臨床検査振興協議会への支払いが、ハンドブック分担金分が増額した。

昨年から事務所を借り、庶務経費が増加した事が最大の理由である。対応策としては、振興会会員の拡大による収入を考えている。予算案は原案通り承認された。

2. 各種委員会委員の任期について(森会長)

委員の任期は決まっていなかったが、任期は 2 年で、再任を認めるが、最大 4 年とする事に決定した。教育研修委員に各教育セミナー担当者を加えることになった。各委員会で今後の業務引き継ぎも視野に入れ、委員の数を増やし、もう一度検討する。5 月をめどに委員を追加し、入れ替えを行う。

各委員に対し事務局から委嘱状を出すことにする。

3. 臨床検査振興会会員の拡大について(森会長)

現在の振興会会員一覧と、今年新規に声をかけた会社のリストが資料として提示された。各幹事は資料に掲載されている以外の会社で、可能性のありそうなところに参加を呼びかけて欲しい。

4. その他

法人化の問題や、専門医の拡大については、法人化は現在ペンディングである。専門医の拡大には努めているが、十分な効果を上げているとは言えない。(森会長)

日本臨床検査専門医会

会 長：森三樹雄、副会長：熊谷俊一、水口國雄

常任幹事：

庶務・会計 佐藤尚武、情報・出版委員長 石 和久、教育研修委員長 宮地勇人、会員資格審査委員長 橋詰直孝、渉外委員長 池田 斎、
未来ビジョン検討委員長 大谷直人

全国幹事：市原清志、一山 智、今福裕司、大谷慎一、岡部英俊、尾崎由基男、小野順子、北村 聖、小出典男、犀川哲典、諏訪部章、館田一博、
橋本琢磨、深津俊明、藤田直久、松野一彦、村上正巳、保嶋 実、渡辺清明、渡辺伸一郎

監 事：玉井誠一、濱崎直孝

情報・出版委員会

委員長 石 和久、会誌編集主幹 石 和久、要覧編集主幹 佐藤尚武、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

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-1-19 アルベルゴ御茶ノ水 505

TEL・FAX：03-3293-5221 E-mail：senmon-i@jaclp.org

POCT と在宅検診への取り組み

臨床検査は、昨今、様々な場所で、また様々なやり方で行われている。POCT(point of care testing)、在宅検診、OTC(over the counter)検査はその代表例である。私は現在、POC 推進委員会(日本臨床検査自動化学会)の委員長の立場で POCT の啓発活動、POCT コーディネータの育成に携わっている。在宅検診や OTC は POCT の範疇には入らないが、POCT コーディネータはこれらにも関与すべきと考えている。ここでは POCT と在宅検診について触れる。

POCT は、診察室、ベッドサイド、手術室、救急など care の point で医療従事者が行う検査であり、診療、健康管理等の判断を行うための検査である。スクリーニング的な意味合いはない。これに対して在宅検診は、自宅等で被検者自らが検体を採取し、検査機関に郵便や宅配便を使って検体を送り検査するものである。申し込みは薬局やコンビニの他、インターネットでも可能であり、検査前後の相談、検体採取の指導、専門医への紹介など通常の集団検診にはない優れた仕組みを持つ事業所もある。

POCT や在宅検診が広がる要因として、技術革新は当然として他にいくつかあげられる。一つは、医療への参画、自己管理、自己責任の意識の高まりがあげられる。診療所において POCT が徐々に広がっている。その場で検査データを示しながら病状や治療方針を説明できるため患者の理解が得られやすいし、つなぎ止めに一役買っている。自己管理の流れは医療現場だけではない。セルフメディケーションを実行す

るために在宅検診が使われている。

医療費の抑制も POCT や在宅検診を広げる要因と成りうる。糖尿病等の慢性疾患の予防がはかられようとしているが、診察前検査として POCT が、また検診の一つとして在宅検診が活用されている。自己採血や自己注射、コンビニ等での薬や検査の販売と言った規制緩和の流れは確実に医療、臨床検査の窓口を広げることになる。

POCT と在宅検診は異なるが、いずれも現行の臨床検査に影響する。在宅検診も国民からみれば検査である。私は POCT の活動を通して、我々が知らないところで検査が動いていることを知り、プロとしての態度を示さねばならないことを感じた。

ここで当院での一例を記すと、尿試験紙を用いて便や吐物の潜血をみている病棟があった。また 13 種類もの尿試験紙を用いていた。野放しにされている POCT の現状、そして将来の POCT の普及を考えると、これを管理運用する POCT コーディネータの存在は欠かせない。現在、自動化学会と日臨技で POCT コーディネータの育成に取り組んでいる。ホームページを参照されたい。

POCT コーディネータは POCT だけでなく、出来れば在宅検診や OTC 検査についても関わりが持てるよう進めたい。特に在宅検診は医療や健康管理へ直接結びつくものであるが、実態は掴めていない。昨年 8 月にいくつかの事業所の方々に集まってガイドラインを協議したが、うまくいかなかった。前途多難であるが、検査データの信頼性を客観的に判断出来る仕組みは最低限必要であり、根気よくアプローチしたいと

考えている。

色々述べたが、まずは身近なところから、出来るところからはじめよう。尿試験紙、自己血糖測定器、全血凝固、パルスオキシメータ等々押さえるべきことは多い。我々は未だ臨床検査を手中に治めていない。検査の管理方法やデータの保証の方法についてコンセンサスを得るために学会、専門医会、技師会、メーカーの協力が必要である。臨床検査のプロとしてやるべきことは多い。

(天理よろづ相談所病院臨床病理部 松尾収二)

人生のロスタイムを臨床検査専門医として

その日は暑い日であった。大阪医大の試験会場に行く途中にあった近くの寺院の境内が蝉しぐれであふれていたのを記憶している。

もっと高齢での受験合格者もいたと聞いていたが、私は63歳での受験であった。

横浜市大第一内科から臨床検査部に移ってからは、第一回臨床検査専門医試験合格者の血液部門担当者で検査室生え抜きの渡邊講師(現臨床検査部長)がいたため、当時の保険上の管理加算はクリアできていたので臨床検査専門医を慌てて受験する必要もなく、のんびり構えていた。

ある時、臨床検査部認定施設証が学会から届いた。それは準認定施設証であった。なぜ「準」なのかと不思議に思い調べたところ部長が臨床検査専門医でないからであるということを知り、定年を数年後に控えていたが専門医試験を受けることにした。

筆記試験と実技試験があるため月に1回位の頻度で土・日曜日に開かれる講習会に出席し姪の結婚式も欠席して講習に通った。

幸い、内科時代に故福嶋孝吉名誉教授のもとで学位は細菌関係、臨床的には血液外来で骨髄穿刺を行っていたし、神奈川県立がんセンターの血液腫瘍科立ち上げにあたり、月に1回がんセンター検査室へ骨髄標本を読みがてら技師の指導、相談を数年間にわたって行っていたこともあり、実技試験の血液標本や細菌塗抹検査には苦労はいらなかった。

しかし、輸血の実技試験は実技面ではオモテ試験しかしていなかった時代を過ごしており何度か輸血部で実習したのが懐かしい。

臨床検査専門医合格後は、この年で受験したのだからと臨床検査技師に2級試験や1級試験を受けることを積極的に勧めることができた。2年後の定年退職6ヶ月前に熱海病院内科に移ってからは、最初は馴れない臨床を1年半行っていたが、臨床検査医の資格が役立って管理加算を施設基準としてとるために検査室専任となった。検査室の方が遥かに気楽で、夜中に電話がかかってくることもなく、新幹線で富士山を眺めながらの快適な通勤を楽しんでいる。

技師が疑問に思った血液塗抹標本を一緒にみてコメント記載文を作成したり、主治医の依頼で骨髄穿刺に技師とともに病室へ出向きその場で穿刺液の処理をしてもらうなど横浜時代の経験が大いに役立っている。惜しむらくは臨床検査部に血液専門講師がいたため血液は任せればよいと考え臨床血液学会を退会して血液専門医をとらなかったことである。

細菌検査室データがコンピュータ化されていなかったため細菌検査データベースの作成を数ヶ月かけて行い、解析ができるようになったことから院内検出菌のアウトブレイクや、

院内感染情報の整理が容易にできるようになり、更に血液等汚染事故の解析、職員から入院患者へのインフルエンザ伝播の解析等、毎日を忙しく楽しんでいる。

血液培養の汚染菌検出頻度が高いことから各医師の血液培養方法の統一提案をし、不一致例が極端に減っている。また、細菌検査結果と病棟ラウンドからみるMRSA院内感染率が全国集計よりも高率である点は、高齢者の入院患者が多いだけでなく、医療関係者の手洗い不足であることはわかっていても、医師、看護師の出入りが激しく、現状では対策に苦慮しており、これからの課題である。

私自身はもうせつせと論文を書く必要もなく、これから認定資格をとろうとする意欲のある技師たちの陰の力になってあげればとの思いで学内や学会等への発表や論文を指導しているのも楽しい毎日であり、そのせいか、自発的に2級試験を受けたいといってくる技師も多く意欲的である。

人生のロスタイムを臨床検査医として楽しく過ごしている今日この頃である。

(国際医療福祉大学附属熱海病院内科 伊藤 章)

内科医からみた臨床検査専門医の存在意義

今回原稿執筆の依頼を受け、検査部から内科(内分泌代謝・腎臓・膠原病講座)に移籍した立場上やや躊躇する所もありましたが、現在の視点から臨床検査専門医の意義に関して思うところを書いてみたいと思います。

結論から申しますと、私は、今後臨床検査専門医の存在意義は益々高まる、あるいは高めなければならないと考えております。私は現在内科医の立場で種々の検査オーダーを行っておりますが、自分の専門のホルモン関係でさえも、測定法が変更された時、アッセイの特性に関する理解の不足から結果の解釈に窮することが少なくありません。ましてや専門外である膠原病や感染症関連となると、日々増えていく測定項目の中で一体どの測定法をチョイスすべきなのか、出てきた数値をどう読むべきなのか、悩むことの多い毎日です。それでも亀の甲より年の功とやらで、臨床検査の個々の測定法に隠れたピットフォールや限界が存在することを知っているのはまだ良い方かも知れません。数ヶ月毎にローテートして行く研修医を指導しておりますと、彼らはただ得られた値を基準値と比較して「正常」「異常」と判別しているのみで、個々の検査がどのような原理で測定されているのか、どのような落とし穴があるのか、そのようなことを考える習慣さえありません。

私は、研修医が現在のようなローテート研修制度の中に診療所や保健所まで含まれているのなら、是非「検査部」のローテートも加えるべきであること、そこで検査がどのような原理で、いかなるシステムで行われているか臨床検査専門医から指導を受ける必要があることを、検査医会が是非アピールすべきであると感じております。そこまで無理な場合でも、研修医を含む病院医師が少しでも測定項目に対する知識の不足(どの検査項目を選ぶべきか)や得られた測定値に対する疑問(測定値に納得がいけない)を感じたときは、躊躇なく検査部の臨床検査専門医に相談できるシステムを、病院毎に構築することが望ましいと考えます。

私自身、検査部に在籍した6年間の間、専門以外の問題にも対応する必要に迫られ、また臨床検査専門医の取得のために幅広く勉強したことが、結果的に現在の診療に随分役に立

っているように感じます。またそれ以上に、臨床検査関連学会で検査部の診療支援活動に関する講演(確か獨協医大の久谷直人先生の御発表であったと記憶しておりますが)を聴き、その素晴らしさに大変感銘を受けたことを覚えております。検査の選択や測定値の解釈にすぐ相談に乗ってくれる臨床検査医がいるとどれほど助かることが、現場の先生方は殆ど知らないのではないのでしょうか。もし臨床の最前線で診療に追われる医師がその有り難さに気づいたとき、自ずと臨床検査専門医の存在意義が確立されていくのではないかと考えます。

臨床検査を単なる「診断ツール」に終わらせず、測定値を「行間まで読む」感覚で深く解釈できる臨床医を育てるためにも、臨床検査医の存在意義の確立が急務であると感じる今日この頃です。

(高知大学医学部内分泌代謝・腎臓内科 岩崎泰正)

電子カルテ導入と臨床検査

当センターでは、昨年に電子カルテが導入され、今年4月からはDPCが導入された。いずれも臨床検査科は大きく影響される。前者は既に多くの施設で導入されているが、異なったソフト・企業の場合には、別施設のシステムを全体的に比較するのは困難である。電子カルテには長所と短所があると思われるが、果たして本当に有用なものでしょうか?我々の施設では、電子カルテの運用がほぼ軌道にのってきたので、その長所と欠点を検査科の視点から眺めてみた。

電子カルテ導入以前は、紙カルテが使用され、臨床検査科データは打ち出されてカルテに貼られていた。ほぼ機械化されていた臨床検査科システムに加えて他企業の電子カルテが病院に導入されることとなったので、両者の連携をスムーズに行うための調整が臨床検査科に求められた。通常業務以外のこれら調整作業は、臨床検査科の付加業務となった。国立病院機構(旧国立病院)に属する施設では、医師以外の職種に対して昇進に併せた転勤がほぼ義務的に課せられている。臨床検査技師も当然その対象であり、多くの技師が数年以内に転勤する。転勤に伴い、分担する専門分野が変更となることが多く、ベテランと一般的には言われる年代となっても、担当している業務やシステムに必ずしも精通しているわけではない。従って、異なる2つのシステムの連携が上手く進むためには、関連業者の協力が大きな力となったが、協力は即ち出費増加につながった。他に影響を強く受けた部門の概略を以下に述べる。

外来受付部門では、電子カルテ導入により、誤入力が無くなり依頼内容の確認時間が短縮した。検体検査部門では、検体確認がリアルタイムとなり、また結果閲覧が端末上で可能となったので、結果通知が迅速化し、問い合わせが減少した。しかし、検査依頼の事後修正(追加・削除)が検査システム、医事システムに反映されないことが判り、その対応が新たな業務となった。生理部門では、予約管理が容易となったが、反面、来室された外来・入院患者の検査順番が不明確となった。生理検査室独自の整理券を作成して対応した。

以上のように、電子カルテ導入で検査結果の報告が速くなり、結果閲覧が端末上で可能となったことは、その長所としてあげられる。一方、患者との関係が希薄になりやすいことや検査科システムに二次的な問題点が発生することなどは欠点である。それらを補うために新たな工夫が各部署で必要となった。

最近の医療では、患者の状態よりもデータに注意が向きがちであるが、機械化が高度になっても患者を忘れてはいけないことは医療の基本であろう。電子カルテ導入という負荷に対して、システム的な対応に追われて気づいていなかった問題点を患者から指摘されたこともあった。恒に患者の存在を忘れないで仕事をするには、臨床検査技師・医師のプロ意識として大切であり、頻りに職場変更となることが多い国立病院機構においては、忘れられやすいことである。プロ意識をもって技術的専門性と患者への思いやりを育てることが、施設内に検査科が必要とされることにつながっていくと改めて思っている。

(国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター
臨床検査科長・臨床研究部長 谷山清己)

【編集後記】

平成18年度がスタートした。今号の事務局だよりから見ると、本会の重鎮の先生方が他の大学・施設などへ移られている様子をはっきりと分かる。世代交代の感もあるが、まだまだご意見番として頑張っていたいただきたいと思います。

今年の桜前線は順調に北上しているようである。桜の大木は枝振りと同じような根を地中にはわし、そびえ立っているようである。しっかりとした根がなければ、大きな枝は支えられないのである。足元が揺らいでいては、いい仕事はやはり出来ないでしょう。

私事ではあるが、4月より大学病院の針刺し事故指導医に推薦され、院内感染防止対策の手引き(2006)に名前が掲載されることになった。専ら、膠原病・感染内科、消化器内科専門の先生方が針刺し事故指導医であるが、一員として新たに仕事することになった。かなり色々な職種の隙間を埋める仕事が私の役割と認識して徹しているが、少しずつ点が線になりつつあると感じている。つい最近の相談としては、医事課より高額な査定が増え対応しきれず、私に話がきた。さっそく、国保の審査会中であつたので事務局の知りあいの方に相談した所、いい方向性の話を持ち帰る事が出来たので医事課の上の方に話をしてほぼ解決することが出来た。何でも屋の感もあるが、今はこれで良いと私は思って動いている。使ってもらえることが今は大事である。先日、講演会を行ってきたが、タイトルは「今回の診療報酬改定にともなう輸血前後の検査について」であつた。昨年の9月に「輸血療法の実施に関する指針」と「血液製剤の指針」の改定版が厚労省より出された。輸血前後の感染症検査については、一昨年の9月に医薬食品局長通知として、先に出されてはいた。しかしながら、通知通りに実施している医療機関は多くはないのが実情である。そこで、この通知を履行するために、そして、神奈川県で国保で保険上も査定されずに実施する方法がないかを考えてみた。指針では輸血前後にHBV、HCV、HIVについて具体的な検査項目と実施時期が明記されている。この中でHCVの輸血後検査から攻めるのが良いと私は結論を出した。そこで、HCVについては、輸血前はHCV抗体が良いが、輸血後はHCVコア抗原を測定する。実はHCV抗体とHCVコア抗原は保険点数が120点で同じである。輸血後の検査は検査精度を上げるためにHCVコア抗原に変えたと説明すれば良いのである。輸血前が指針に準じていないと保険側から言われたら、輸血前にもHCVコア抗原を追加すれば良いのである。

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)