

行事予定 (2002年)
11月21日(木) 常任幹事会・全国幹事会
第21回検査医会総会・講演会

巻頭言

日本臨床検査医会
常任幹事 村井哲夫

病院における臨床検査体制の充実を

本年7月12日(金)当検査医会渉外委員会が主催する振興会セミナー、メインテーマ『医療制度改革と臨床検査』が開催された。今後予想される我が国の医療環境の変化に「臨床検査」はどのように対処すべきか、各演者が臨床検査部長、臨床検査センター経営者としての経験から“臨床検査の方向”を提示した。個々の講演内容には今回の「テーマ」に対する解答としてニュアンスには若干の差はあったが、共通のキーワードとして病院検査部の外注化(FMS化、プランチ化)にどのように対処すべきか、が取り上げられていた。

病院検査部の外注化に移行する原因をもっぱら検査部ランニングコストの軽減にあると臨床検査部管理者、検査業務担当者が判断し、これに対処することで防止しようと努力しても、それはできない相談であろう。

病院経営者が検査部の外注化を企画する要因は勿論その経済効果を期待してのことであるが、それが可能となるのは外注化されても病院検査部の診療側に提供するサービス機能に障害を生じないことが根本的な原因である。外注化に当って、受託側センターより、より検査部機能を向上させるとの提案がなされ、実際に外注化を行った検査部の多くはデータの管理状況も含めより充実したものになっている。

病院経営者より外注化が提案された場合、病院診療機能、患者サービスに障害が生ずることを診療側医師、看護師、コメディカルスタッフ、事務員などの医療スタッフや患者により証明されない場合、それを防ぐことが困難なことを理解すべきである。

法的な規則、病院直営が経済的にまさる教育、研修に直営施設が必須であるなどの条件が整えば外注化の抑制も期待されるが、このような変化は当面考え難い。

病院検体検査部の24時間体制の運用、安心してPOCTのデータが臨床に利用できる管理体制(データ管理システムの構築)の整備、臨床検査技師による病棟採血や患者教育など臨床検査に係わる種々の業務の担当など診療側の要求に対応でき検査体制の充実が病院に検査部が必要とされるゆえであろう。

【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局だより、会員動向、日本版DRG(Diagnosis Procedure Combination : DPC)の始まりと検査部の改革
- p.3 検査部会議、検査部の見直しと検査の見直し
- p.4 聴診器を持たない医者
- p.5 性格・行動を制御する遺伝子、会員の声
- p.6 編集後記



油蝉

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

会長： 河野均也
 副会長： 森三樹雄 渡邊清明
 常任幹事： 土屋達行 熊坂一成
 村井哲夫
 幹事： 伊藤喜久 荻原順一
 富永真琴 下 正宗
 木村 聡 中原一彦
 玉井誠一 山田俊幸
 勝山 努 宮 哲正
 満田年宏 清島 満
 前川真人 高橋伯夫
 尾鼻康朗 藤田直久
 猪川嗣朗 石田 博
 岡部紘明 上平 憲
 監事： 大場康寛 河合 忠

- 1)平成 14 年度の振興会セミナーが 7 月 12 日行われた。
 約 100 名が参加し「医療制度改革と臨床検査」について熱心に討論が行われた。
- 2)8 月 2 日、3 日に東海大学に置いて認定医試験が実施される。

【事務局からのお願い】

会費の納入について；
 まだ今年度会費のお支払いをいただいていない会員の先生がいらっしゃいます。
 会計年度も前半を過ぎましたので、お支払いいただいていない会員の先生は振り込みをお願いいたします。
 会費の支払い状況が不明の先生は事務局まで E-mail、あるいは FAX でお問い合わせください。

事務局 E-mail address : tsuchiya@med.nihon-u.ac.jp
 FAX : 03-3293-1770

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・臨床病理科内
 TEL・FAX : 03-3293-1770
 E-mail : tsuchiya@med.nihon-u.ac.jp

会員動向

(2002 年 7 月 24 日 現在数 626 名 専門医 422 名)

《新入会員》

櫻井宏治	JA 旭川厚生病院検査科病理
田島 裕	佐賀医科大学付属病院検査部
丹野正隆	JR 東京総合病院臨床検査科
村山 徹	兵庫県立成人病センター
山田佳之	秋田大学医学部臨床検査医学
山口宗一	鹿児島大学臨床検査医学
千葉貴人	秋田大学医学部臨床検査医学
上田善彦	獨協医科大学越谷病院病理部
内村友則	鹿児島大学臨床検査医学

《退会》

宗像靖彦	東北大学医学部付属病院検査部
------	----------------

《所属変更》

園部 宏	高知医大第二病理より 福山国立病院・研究検査科に変更
大島久二	藤田保健衛生大学医学部臨床検査部 助教授 同 教授に昇任

日本版 DRG(Diagnosis Procedure Combination: DPC)
 の始まりと検査部の改革

日本経済の低迷による経済成長の鈍化が原因で国民の相対的な医療費負担額が増大し、保険医療制度が破綻の淵に立って、医療費抑制策が声高に叫ばれている。その切り札として登場してきたのが、医療機関別包括医療制度であり、まずは特定機能病院に限定して来年度から実施されることが厚労省から通達された。これまで、特定機能病院での試行が全くなされていないにも関わらず、国立病院や社会保険病院に先立って導入されることになった経緯の詳細は不明であるが、難度の高い急性疾患を抱えて医療費の多くをつぎ込む特定機能病院の経費を抑制することで総医療費の削減を効果的に達成したいとの思惑が読み取れる。しかし、これまで試行されることがない試みをぶっつけ本番で行うことのリスクは大いに危惧される。その医療機関別包括医療の査定のために本年 7 月から 10 月までの特定機能病院の医療の実態調査を短期間に行い、その内容を短期間で分析して医療機関別、疾患群別の一日当たりの医療費の枠が設定されることになっている。米国版の diagnosis-related group(DRG)とは根本的に異なった木目細かな制度で diagnosis procedure combination(DPC)と銘打って医療制度改革の目玉の一つに位置づけている。国民一人当たりの医療費の絶対額と所得に占める割合は先進諸国の中でも低いものであり、急いで無理な改革を実施すれば禍根を残す結果に終わるのではないかと心配される。しかし、未曾有の高齢化社会に突入する日本社会は医療費が今後急騰することは避けられず、現段階での適切な対応が迫られてい

ることも否めない事実である。

このような包括医療制度が実施されると、検査は収益部門から消費部門に変化することになり、機器・消耗品の購入費用を抑制することは当然のこととして検査頻度自体を必要最小限に止めることが求められる。他方では、医療のリスクマネージメントの重要性が強く指摘されており、客観的な指標を提供する臨床検査なくしては頻発する医事紛争にも勝利できなくなることも危惧される。したがって、これからの検査室運営においては考慮すべき問題点は次の4項目に集約できる。

検査室の経済的な運営：まず、試薬コストが登録衛生検査所(日衛協に加入している検査センター)と一般病院との間で大きな差があることの是正に向けた運動を早急に展開する必要がある。さらに、人員の削減、超過勤務等の労働時間の短縮も思い切ったレベルで実施しなくてはならない。さらには、検査室内での精度管理のあり方も問い、再検率を減少させることが求められる。

臨床検査項目の見直し：Evidence-Based Laboratory Medicine：EBLMの観点から院内検査項目を可能な限り削減して、医師が過剰な検査を依頼し難い環境を構築する。

迅速な検査結果の報告：少なくとも、特定機能病院は急性期医療を行う病院に位置づけられ平均在院日数が17日以内とすることが求められる。そのためには検査データを迅速に報告する必要がある。一般的な、検体検査だけでなく免疫学的測定法、細菌検査、生理機能検査も同様で、すべての検査が迅速検査であるとの認識が必要である。

ITの活用：急速に進歩する情報技術を取り入れて患者サービスに繋げる努力が必要である。診療支援システムの普及が考えられ、検査室はこれを積極的に取り入れる必要がある。

まとめ：医療事情の変革に合わせて検査室は大きく変容を迫られている。時代を先取りして検査室を変容させる試みが早急に実施されなくてはならないが、検査室は大所帯で重装備されていることもあり変革は容易ではない。せめて、臨床検査技師の意識変革を促し、多種類の業務に柔軟で迅速な対応ができ、臨床医をサポートできるようにソフト面での変革を早急に先行させなくてはならない。

(関西医科大学臨床検査医学 高橋伯夫)

検査部会議

去る5月28、29日、広島大学のお世話にて第49回全国国立大学病院中央検査部会議が行われました。昨年のコラムでもその内容を一部紹介しましたが、今回も一つのトピックだと思しますので、以下に紹介します。

まず、今回の特徴は、国立大学医学部附属病院長会議から提出された「国立大学附属病院の医療提供機能強化を目指したマネジメント改革についての提言」と、およそ2年後に迫った法人化を視野においた検査部の在り方に集約できるものと思います。両者は深く関わり合い、今後の検査部の運営をいかに考えていくかという戦略を考え直すにはよい機会だったかもしれません。

ご存じのように、前者の提言の中で、検査部に深く関わり合いのあることは、

- 1)検査関係業務の改善
- 2)外部委託の促進

3)診療支援部の設置

4)検査部教官の位置づけ

などです。それぞれの施設にはそれぞれの異なった状況・立場がありますので、どのような方針をうち立てていくか、当然ながら十人十色でよいだろうという考えを皆さんお持ちだったと思われます。日本が世界的に通用するような大学にしていこうという時期に、なぜ横並び方式の護送船団方式のように、こうしなさいという提言が出されたか理解に苦しむところですが、法人化を前に今までの公務員の発想やサラリーマン根性はたいがいにして、生き残れるように予め改革していくようにという構想であると考えれば、納得はできます。従いまして、検査部から病院長会議に提出される文書には、提言の内容はあくまでも一つの例であることを再確認することと、大学病院検査部として個々の特色を活かして戦っていく姿勢、方針を打ち出す方向性が示されたものと考えます。各先生方からの意見の中から具体的に例をあげるとするならば、

1)生理検査、感染対策、採血、緊急検査、24時間体制、情報関連業務、病棟業務、高度先進医療のための検査などを展開していくこと。

2)検査部門の収支を見極め、経営改善の努力をする。

3)検査部、輸血部、病理部、その他の検査技師の業務を、人事も含めて連携する。

4)検査部は臨床検査医学と表裏一体であり、教官は検査部の診療、教育、研究を含めた運営に携わる。今後ますます腰掛け程度の気持ちで検査部の運営はできないと思う。真剣にやろうとすると、特に改革を推進していくには努力と忍耐が必要みたいである(これは独断と現在の感想です)。

5)医学科、看護学科、保健衛生学科などの学生、および研修医、研修生などの教育の場として位置づける。

6)新規検査法の開発、異常検査データの解析、高度先進医療の開発など、病院内における研究検査センター(このような言葉もありました)のような位置づけを考える。

7)検査の外部委託は、医療レベル・患者サービスの向上を目指すためにはやむおえないが、採算のみを考えることは逆に低下を招く恐れがあるため、推奨されるものではない。基本的にはランチラボには反対という意見が大半を占めました。

以上、大筋について記しましたが、各大学が異なった意見をもってしかるべきで、国立大学検査部以外に所属されている先生方にもそれぞれ情勢に応じた考えがあらうかと思えます。反論やコメントなどの投書もお待ちしております。もちろん、ひとつの意見として聞かせていただきます。ある時の正答は、ある場面では間違いかもしれませんが、逆もまた真なりです。はたして、本当の正答はあるのでしょうか。

(浜松医科大学臨床検査医学 前川真人)

検査部の見直しと検査の見直し

今さら言うまでもないことかも知れないが、国立大病院検査部に所属する検査医の先生方は、検査部運営の見直し計画の作成に大童のことと思う。国立大病院長会議の、医療費抑制を目指した制度改革に対するマネジメント改革の話題は国立大以外の方も御存知であろう。特に病院経営上、検体検査は赤字の素になるためか、検査技師や検査医の削減やら、検査の外注化やランチ化など、検査部は攻撃(?)の格好的

になっている感がある。確かに、自分自身を振り返ってみると、検査のレベルや質については考えても、検査の収益性について真剣に考えたことはなかったと反省している。私立大学や市中病院の先生方からは何をいまさらと嘲笑されそうであるが、当院でも遅ればせながら皆で見直し案を検討しているところである。

しかし、同会議メンバーに一言だけ言い訳をさせてもらうとすれば、検査に関連する非収益性や赤字は検査部組織に起因するよりも、検査をオーダーする側の要因の方が大きいのではないだろうか。現在、検査のオーダーはオンライン化されているため、どの医師が、何の疾患の患者に、どの項目を、どのくらいの頻度で提出しているかを容易に把握できる。大学病院の入院患者では経験の乏しい医師がオーダーすることもあり、(少なくとも当院では)無意味な検査オーダーが非常に多い。さして病勢が動いているとも思われぬのに、血算と生化学スクリーニング(当院では“生化学スクリーニング”をクリックすると自動的に20項目にチェックが入る。考えてみると、これ自体も問題か?)が月、水、金で出されており、検査のオーダー忘れを防ぐためか、2週先までコピーアンドペーストで入力されている。腫瘍マーカー、自己抗体、ウイルス抗体の種々の項目が端末画面いっぱいオーダーされていることも稀ではない。大学病院では、診療行為に指導医や教授回診によるチェックが入っているはずだが、少なくとも検査オーダーに関する限り、改善されている様子はあまりみられない。さらに言えば、指導的立場にある医師の外来でのオーダーにも首をかしげるものが稀ならずある。

保険で削られる検査オーダーは即、病院の赤字に繋がるし、保険で通るものであっても診断や治療に全く寄与していない検査オーダーは健保組合や国全体の赤字に繋がる。こうした意識が多くの臨床医には乏しいように思われる。真に能力のある医師が吟味して検査を選んだとすれば、さらには、取りあえず念のためにオーダーしておこうという検査をなくせば、出される検査項目の総数は今の半分以下になるように思うが如何であろうか。もっとも、そのためには十分な研修医教育や、ゆとりのある診療体制をとれるようにするための制度改革が必要であろう。少なくとも、検査部組織の見直しより、検査への意識の見直しのほうが先であるように感じる。

だからといって、検査に関する赤字を臨床医側の責任だとして押し返すつもりはない。こうした問題に対する対応も現場の検査医の重要な任務であろう。当院検査部でも、“コスト意識をもった検査の適正使用の臨床医への啓蒙活動”を部の活動方針の一つとして掲げてはみたものの、実際行動するとなると難しい。保険の枠を超える検査オーダーへの注意などは問題ないが、“適正使用”ということについて、どう手をつけようか、どこまで介入してよいものか悩むところである。会員の諸先生方の御経験や御意見を御教示いただけましたら幸いです。

(東京医科歯科大学臨床検査医学 東田修二)

聴診器を持たない医者

皆さんこんにちは。埼玉医大総合医療センターの池田と申します。どうぞよろしくお願います。だいぶ前に一度、「彩の国から」という題で、埼玉県臨床検査医の活動状況を書かせていただきました。あれからもう7~8年になるかもしれません。その後、諸先生方の変なご努力によりまして、

検体管理加算が保険で新たに認められるようになるなど、いろいろ前進して「臨床検査医の存在感」も大きくなってきているようでありませぬ。しかし一方では、JACLaP NEWSでも時々見られるように、検査部の医師の在り方やアイデンティティーについて多くのご意見が語り続けられております。私にとっても正直申してすっきりとは解決されていないテーマのようです。

「先生は何科が専門ですか?」と顔見知りになった世間の人から、聞かれることがよくあります。ちょっと間が空いてから、こう答えることが多いようです。「昔は、内科をやっていたんですが、今は検査のほうをやっています」。そうすると相手は、「エッ、検査?」と言ってポカンとした顔をします。我々にとっては自明のことですが、世間の人にとっては、まだまだ臨床検査医という医者があることはほとんど知られていません。最近では、ナースや獣医さん、臨床心理士が主人公として活躍するテレビドラマが盛んですが、臨床検査医が登場するテレビドラマはまだないようです。新聞や週刊誌に我々の存在が取り上げられることもありません。それはそれでいいのかもしれませんが、私たちの認識と世間の人達との間にはかなりのズレがあることだけは確かです。前号で岩手医大の諏訪部教授が書いておられましたが、病院で働く人で頭に浮かぶ順序は、検査の仕事をする人は掃除をする人の下にあったという笑えない厳しい現実が我々の胸に突き刺さります。臨床検査医技師でさえこういう状態ですから、臨床検査医という存在はもっと世間の人から遠いのではないのでしょうか。それでは私たちはどうしたらよいのでしょうか?---

さて、ひるがえって自分自身の仕事場での日常生活を振り返ってみますと、皆様も同じだと思いますが、大変多忙です。臨床検査医の明日のことを真剣に考える時間はなかなかないようです。私たちはそれぞれ年齢や立場によって違いますが、皆、実に多種多様な仕事をして時間に追われています。まず、検査医として検査室の管理、指導業務。臨床と検査部業務の間に発生する様々な問題への対処。学生教育。研究活動などです。その他に、検査に直接関係ない仕事として、外来で診療を行ったり、院内感染、コンピュータシステム、患者サービス向上などの仕事をまかされて、それに大きなエネルギーを注がなければならないこともあります。また、責任者として病院経営の問題に頭を痛める先生もいらっしゃるでしょう。ですから、検査のことがメインではあっても、人それぞれ仕事の中身は別々で、大変間口が広いのが特徴でしょう。皆、一生懸命、検査のことも検査以外のことも全力でやっています。しかし、その努力がまだそれ程世間の人目に止まっていないというのが実情のようです。

最後に自分のことをちょっと書かせていただきますが、私は医学部を卒業して16年間内科医として臨床と研究に携わったあと、検査部へ方向転換しました。そこで気づいたことは、私たちが日常相手にするのは病気をもちた患者さんではなく、健康な正常人(検査技師や、院内の他部署の職員)であるということです。ですから、検査部の医師に要求されるのは、研究業績や病気を治す実力よりも、むしろ、大勢の人と協調しながら集団を引っ張って行く力です。そのためには、人間関係も大変重要なポイントになりますので、それが苦手な人は検査部の医師はまず務まらないだろうと思われませぬ。

聴診器の要らない医者になって早いものでもう18年にな

ります。はじめのうちはだいが戸惑いもありましたが、志を同じくする全国の多くの先輩や仲間にご指導をいただいているうちに、私はだんだん検査部の仕事が好きになりました。聴診器が要らないだけ、検査部の医師は、自分の耳でよく人の話を聞かなければなりません。また、自分の口を動かして相手と良好なコミュニケーションを築かなければなりません。これからも全国の臨床検査医の皆様と手を取り合って、よりよい明日を実現するために努力をして参りたいと思っております。今後ともよろしくご指導のほどお願い申し上げます。

(埼玉医科大学総合医療センター中央検査部 池田 斉)

性格・行動を制御する遺伝子

遺伝子検査は、現在ほぼ日常的に行われる検査となりつつある。遺伝子といえば生活習慣病や遺伝性疾患と相場は決まっていた。検査医のほとんどの方もこれからの内容を読まれて、そんなことが分かりかけているのかと感ぜられることであろう。精神科領域ではうつ病や精神分裂病などの原因遺伝子を探索しようという動きがあるのは事実であるが、単一遺伝子での説明は困難であることを証明しているような論文がほとんどである。性格に関する遺伝子が存在することは以前から予想されていた。そこに、Lesh らが、心配性(症ではないことに注意)の遺伝子としてセロトントランスポーターの調節領域にある遺伝子多型に注目したことがきっかけとなっている。近年、single nucleotide polymorphisms(SNPs)の検索が進むにつれて 1 塩基の違いが人間の個性に関連していると推察されるようになってきた。これは人間の個性が遺伝的に決定されている可能性を意味している。個人の性格や行動パターンは環境因子に左右されることが多いと思われがちであるが、最近の研究では 60 歳でも性格や行動パターンの 65%は遺伝的に決定されていると考えられるようになってきている。このように考えると、性格や行動のかなりの部分が遺伝的に決定されていると考えてもよいであろう。

セロトントランスポーター調節領域の遺伝子には 44bp の違いがある long(L)と short(S)の 2 種類の多型があることが知られている。S-allele をホモで有する例では不安に関連したスコアが L-allele を有する人よりも有意に高く不安感に関連した遺伝子多型であると考えられている。ドパミン受容体の DRD4 には 48 塩基対の繰り返し配列が存在することが知られている。この配列の繰り返し回数には 2~10 回があることがわかっている。一般に多い繰り返し回数は 4 回であるが、7 回繰り返しをホモで有する例では性格行動パターンから新規探索傾向(新し物好き)があることが多くとされている。これらセロトニンやドパミンに関連した遺伝子の多くは性格や資質をある程度決定付けるものと考えてよいであろう。

行動に大きく関連したものとして Clock(時計遺伝子)がある。本遺伝子は体内時計に関連した遺伝子として知られているものである。人間の体内時計は 25 時間周期で回っているが、それを 24 時間周期に変換する(リセットする)のは光などの外部からの刺激である。Clock はこのリセットにも関連しており、個人の活動性における peak time を決定する可能性を有する遺伝子と考えられている。それと同時に本遺伝子の 3' flanking region の 3111 番にある多型で C-allele を有する例では T-allele を有する例に比して起床時間が平均で 20 分

遅いという。

ここまで述べてきたことは、性格・行動を決定する遺伝子の一部を示しているに過ぎない。人間の性格や行動に関連した遺伝子は 20~30 存在すると考えられ、ミトコンドリア遺伝子でさえもこれらに関わっている可能性がある。

これらの遺伝情報はただちに医療に役立つわけではないが、生活習慣病治療に行動解析が役立つように、行動遺伝子解析が生活習慣病治療の重要な補助手段となる可能性は否定できない。今後は脳内神経伝達物質の代謝状態と性格・行動関連遺伝子の多型性との関連がさらに明らかになることで、生活習慣病の治療が発展するであろう。そして、これらの検査が検査室レベルで行われる日も近いのではないだろうか。

(鳥取大学医学部病態解析医学講座
臨床検査医学 下村登規夫)

【会員の声】

検査医の皆さん、チャンスです！

ごあいさつ遅れましたが昨年、新規に開院した昭和大学横浜市北部病院に赴任しました。西に富士山、東に新宿高層ビル群を望む住宅街に建つ 653 床の総合病院です。当院のウリは電子カルテ。受付から診療、検査、処置はもちろん、支払いはキャッシュマシン、予約もインターネットで受け付けています。最近、電子カルテを使うことで、検査医の発言力が非常に高まることを実感しました。

まず設計段階から SEさんと肩を並べ、検査オーダ画面や報告形態を設計しました。当院は検査オーダから画像を含めた報告まで、紙を一切使わないシステムなので、苦労は並大抵ではありません。しかし何とか完成し、大きな問題もなく稼働しています。これに「検査項目解説」という自作の電子辞書をカルテにリンク、異常値を示す病態や採血容器を一発検索できるようにしました。開院して 1 年。たった一人の検査医(現在スタッフ募集中!)ですが、医師やコメディカルから重宝されています。診療中の先生は、院内 PHS で、「どの検査を選んだらいいのか?」「~というデータだがどうしたらよいか?」と聞いてきます。「~をオーダしたいが病名は何かが良いか」といった保険診療がらみの質問も多く、学会でもあまり聞かない話なので苦労しています***。どうも臨床側は検査医に、保険の知識を強く求めているようです。

萎縮する日本経済、検査医の将来に悲観論も寄せられています。しかし、電子カルテ導入を予定されている先生!存在感をアピールできるチャンスかも知れませんよ。情報の集中化は、データ発信基地である検査部の価値を高めてくれます。「自らも臨床に携わる」覚悟を持ち、基礎研究とは一味違った実践的知識があれば、生き永らえるどころか表舞台にデビューできるかも知れません。頑張ってください。

(昭和大学横浜市北部病院臨床検査科 木村 聡)

【会員の声】

人減らし後、継続的に収益を高める方策とは

日本では伝統的に雇用維持を重視していて、そのような経営環境下では人減らしは否定的に受け取られがちであり、タブーとすることが多い。しかし、タブーを冒してまで構造改革をおこなう必要があるとするならば、そのような改革に向かうための明確なビジョンを明示して、そしてそれは終わりではなく永続的な営みの一環であると主張しなければなら

いだろう。大規模な人員削減が達成されたとして、いずれこの職場はなくなるのではないかと、思いながら働くことほどむなしいものはないが、そこにあるのは暗い側面ばかりではなからう。すでに、人々は仕事一辺倒の発想を捨て、自分の将来を考え、職場との関係を損得勘定で眺めるようになってきている。人減らし後、継続的に収益を高める方策とは何だろうか？

仮に自分がリストラの対象となった場合、どのように自分を位置づければ良いか？、バブル期の過剰投資の落とし子、硬直した経営/管理者か指名したトカゲのシッポ？しかし、アメリカ企業の場合、成熟分野の不採算事業というのがもっとも撤退優先順位が高いそうである。ポジティブに進出すべき成長分野の収益事業を見いだす必要がある。

仮に人減らしが成功したとして、もはや変質した人々には献身を引き出すことはできない。人事制度の改革が必要であるが、そこで成果主義を振り回すと、職場の雰囲気はすさんだものになる。そこで管理者にとって重要となることは共感できる経営理念と仕事の中身をつくり、挑戦のしがいややりがいのある仕事、自分自身の能力の向上につながる仕事をみつけて与えることである。

さて、そのような職場状況で組織活性化の鍵になること、それは五十代の処遇と、四十代のエンパワーメントである。四十代は最初、先輩たちの敷いた既存路線を進んできて、人生の折り返し地点に立っているわけであるが、行きと帰りの様子があまりにも違い、これまでの経験則があまり使えないことに気付いて、リスクを冒して転職、独立するか、あるいは保身に走るかという選択に迷っている。経営/管理者によるこの世代の人材戦略が今、最も求められている。これに加えて、三十代にキャリア選択枝を与えて経営職を目指すのか、それとも専門職をめざすのかの自覚を促し、この世代が辞められるシステムを構築することが求められている。

以上の内容は某雑誌に掲載された会社マネージメントに関する記述の要約である(PRESIDENT 2002.7.29)が、病院検査部、教室あるいは研究室にあてはめるとあまりに示唆的なことが多いため、ここで紹介した。

(自治医科大学臨床検査医学 久保信彦)

【編集後記】

ここ数年、季節の周期が半月から1か月程度早まっていると感じられている方々は多いかと思います。今年も7月に入ってから一気に夏になりました。最近は暑さの質も昔とは違って変化しているようであり、周りでは「昔の夏の方が暑くても過ごせた。今は暑すぎる。」などとも耳にします。地球温暖化が原因と考えるが、陽気までもが、いやはや変革中なのであるかと感じてしまいます。

夏休み月間ではありますが、検査部自体はとて一休みさせてもらえそうにはありません。来年度から全国の特設機能病院で開始される日本版 DPC では、入院に対して一部の例外(HIV感染症、多発外傷、24時間以内の死亡)を除いて、ほぼ100%疾患群別の包括医療制度が導入されます。先日、当院でも厚労省より担当官が来られ説明会が開催されました。担当官の話では、今まで、薬漬け、検査漬けともいわれてきましたが、これからはそういうことが言われられないものにしていきたいと説明されました。最後に私も検査関連のことについて質問しましたが、検査については、今まで通りにやってくださいとの回答でありました。残った疑問は本当にそうだろうか？でした。

今号は、大部分のコラムが検査部の改革に関するものであり、やはり皆さん同じ考えだということがわかりました。この意識を大きなものにして、検査についての認識を国民レベルでも理解してもらいたい、そして理解させたいと考えてしまう今日この頃である。

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)