

行事予定 (2003年)  
10月28日(火) 第三回常任・全国幹事会お  
よび第22回検査専門医会  
総会・講演会

## 巻頭言

日本臨床検査専門医会  
副会長 渡辺 清明

### 臨床検査専門医会のなすべきこと

私は本会の河野均也会長補佐役として4年間本会の副会長を拝命し、かつ資格審査・会則改定委員会委員長の仕事もしてきた。しかし、この間に本会に有用な仕事をしたかと言えば答えは限りなくノーに近い。おそらくこの巻頭言を書くのもこれで最後と思うが、振り返って大変不徳の致す所と反省している。

私なりに時間の合間を縫って事務局の高木先生や土屋先生と相談してそれなりに仕事をした積もりではある。会の名称変更も手掛けたし、会員の定義もより明確化した。何か小さなことで終わってしまったように感じる。

この巻頭言でも、臨床検査医学の研究の増進や他の領域へのアピールはたまたま包括医療における臨床検査の在り方などに触れてきた。しかし、そのお陰で変革が起こったとは思えない。

今に至り私なりに retrospective に考えると、やはり本会の目標が徹底されていないと思う。会則第3条には「本会は臨床検査に携わる医師の資質の向上とその育成および相互の発展を図ることを目的とする」とある。したがって、本会は何も考えずに本目的を貫くのが本道ではないかと考える。検査専門医の資質の向上と育成と言えば医師教育が主眼となる。

臨床検査専門医としての研究や学会活動(国への政治アプローチなども含む)は路線がひかれている日本臨床検査医学会に委せば良いし、技師教育は日本臨床検査同学院に委せば良い。検査医の在り方なども大変多く本会で議論されているが、政治的な規則などにも首を突っ込むことになり、必ずしも本会のなすべきことでない。

もっと純粋に臨床検査専門医の教育の具体的な在り方を追求し、臨床検査専門医が医療や医学で力を十分発揮できるように徹底教育する、ないしは教育する方法を確立することを最大目的にしたらどうであろうか。つまり、的をさらに明確に絞り込み一丸となって後生に残るような臨床検査専門医事業を行うべきではないだろうか。これが本会の目的でないとしたら会則を改定すべきである。

確かに、教育と簡単に言うが研究や診療と違い教育ほどやるのが大変で結果を評価して貰えないものはない。教育を一心不乱になってやってみても、結果を出せないままあきらめる場合もある。ここに教育をする難しさが存在するが、最近では医学教育を始め教育活動を認める動きも始動しつつある。

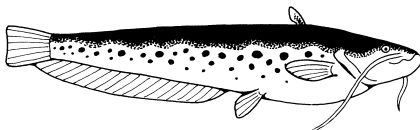
是非、今後の本会の目標としてこの点を重要視して頂きたい。常任幹事を辞めるに当たってこのような事を書くのは無責任かもしれないが実感である。

来年度からは森三樹雄会長の下、新体制で臨むと思うが、是非今までのものとは一新した専門医会の活動がなされるのを期待したい。

最後に長い間本会の常任幹事を務めて、この間に臨床検査専門医の問題点や今後の在り方を多くの先生にご教示頂いた。この欄を借りて深く感謝する者である。

#### 【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局だより
- p.3 検査医と病理医、会員の声
- p.5 レジデント研修日記-No. 7
- p.6 編集後記



ナマズ

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](mailto: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 玉井誠一  
           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  
           山田俊幸 勝山 努  
           宮 哲正 満田年宏  
           前川真人 清島 満  
           高橋伯夫 尾鼻康朗  
           藤田直久 猪川嗣朗  
           石田 博 上平 憲  
           岡部紘明  
 監事： 大場康寛 河合 忠

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

◆行事予定

(1)平成 15 年度 日本臨床検査専門医会総会

日 時：2003 年 10 月 28 日(火)13 時 00 分～14 時 00 分  
 場 所：広島国際会議場 第 2 会場(ヒマワリ)

(2)平成 15 年度 日本臨床検査専門医会講演会

日 時：2003 年 10 月 28 日(火)14 時 00 分～15 時 50 分  
 場 所：広島国際会議場 第 2 会場(ヒマワリ)

パネルディスカッション「全員参加で徹底討論、未来ビジョン」

司会(敬称略)

高木 康(未来ビジョン検討委員会 委員長)  
 土屋達行(未来ビジョン検討委員会 副委員長)

パネラー(敬称略、講演 1 人 10 分、休憩 10 分、総合討論 40 分)

下 正宗(未来ビジョン検討委員会 臨床検査医学教育プログラム WG チーフ)  
 舩渡忠男(未来ビジョン検討委員会 遺伝子検査標準化 WG チーフ)  
 市川徹郎(未来ビジョン検討委員会 健診における検査専門医の役割検討 WG チーフ  
           ・広報委員会設置提案 WG チーフ)  
 大谷直人(未来ビジョン検討委員会 臨床検査医による固有の診療科検討 WG チーフ)  
 村田哲也(未来ビジョン検討委員会 AP/CP の活動支援 WG チーフ)  
 渡邊 卓(未来ビジョン検討委員会 検査部の経済問題検討 WG チーフ)

(3)平成 15 年度 日本臨床検査専門医会常任・全国幹事会予定

日 時：2003 年 10 月 28 日(火)9 時 00 分～11 時 00 分  
 場 所：広島国際会議場 第 7 会場(ラン)

◆住所変更などについて

会員の皆様方で住所、所属の変更がございましたら事務局までお知らせください。  
 なお、同時に E-mail address などの変更がある場合は忘れずにお知らせください。

◆会費の支払いについて

10 月 29 日より開催される第 50 回日本臨床検査医学会総会の時に日本臨床検査専門医会の窓口も設置する予定です。会費の支払いも可能にしております。

会員動向

(2003 年 10 月 5 日 現在数 655 名 専門医 448 名)

《新入会員》

簾藤 紘子 (準会員) 順天堂大学浦安病院検査科  
 長沼 葉子 (準会員) 山梨大学医学部臨床検査医学  
 畑中 一仁 関東労災病院検査科

《所属変更》

菅野 治重 旧：千葉大学医学部  
           新：高根病院  
 足立 哲也 旧：秋田大学医学部臨床検査医学  
           新：帝京大学医学部内科  
 益子 貴臣 旧：北里大学医学部臨床検査診断学  
           新：伊勢原協同病院内科  
 中村 良子 旧：昭和大学藤が丘病院臨床病理  
           新：量子医学研究所  
 崎田 健一 埼玉医科大学病理学教室 退職  
 沖野 毅 旧：医療法人三世会河内総合病院  
           新：大阪警察病院臨床病理科  
 西野 道夫 旧：広愛会第二リハビリテーション病院  
           新：群馬大学医学部病態検査医学  
 角田 圭子 旧：和歌山県立医科大学臨床検査医学  
           新：一成会 木村病院

河原 邦光 旧：国立大阪病院臨床検査科病理  
           新：大阪府立羽曳野病院臨床病理検査科  
 小林 佳美 旧：秋田大学医学部中央検査部  
           新：医療法人正観会 御野場病院  
 佐藤 仁哉 旧：防衛医科大学校検査部  
           新：陸上自衛隊中部方面衛生隊準備隊

《物故会員》

坪倉 篤雄 平成 15 年 6 月 1 日 逝去

《退会会員》

川出 真坂

《振興会会員社名変更》

(株)ダイアヤトロン→(株)三菱化学ヤトロン(7/1 より)  
 東芝ラボメデイクス(株)→東芝メディカルシステムズ(株)

## 検査医と病理医

私は今年苦難の末(?)、臨床検査医(検査医)の仲間入りをさせていただきました。臨床検査セミナーでお世話になった先生方にこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。

検査医と病理医の関係は中々複雑なようです。現在私が考えている両者の問題点から、両者の今後の関係のあり方について私見を述べたいと思います。

私は消化器内科医から病理医に移動した経歴を持っています。病理医専属になって、15年以上になりますが、この間も消化器内科で外来や一部検査を担当してきました。従って根っからの病理医ではありません。そのような私の素性から、病理医になってからも病理が臨床科であることを強く意識してきました。病理の業務は言うまでもなく、病理診断、解剖、細胞診であります。いずれも臨床診断に密接に関連しており、病理診断は最終診断の部分を受け持っています。最近、これらに加えて臨床各科との症例検討会(カンファランス)が重要な位置を占めてきています。私はカンファランスを加えて上記の4つを病理医の4大業務と考えています。しかし、臨床科と密接に関わっているはずの病理ですが、全体的にみれば臨床科としての揺るぎない地位を占めているとは言えないようです。病理は病理医が考えている程、臨床科として認められていないのかも知れません。これは多分病理が長い間基礎医学の中で活動していたことに無関係ではないでしょう(今も多くはそうかも知れない)。実は病理はつい最近臨床科としてエントリーした新参者なのです。この臨床家としての経験不足が病理に様々な問題を引き起こしています。病理医は臨床医としての共通の感覚を持ってないと思います。実際多くの臨床医は病理医が臨床医であると言うことに抵抗感を感じているのではないのでしょうか。

一方臨床検査医はどうでしょうか? 私が独断と偏見で判断する限り、病理医よりは臨床の中に溶け込んでいるようにみえます。多くの臨床医は検査医が臨床医であることに異論を挟まないでしょう。しかし、検査医は病理医程の実務を行っているのでしょうか? 答えは“イエス”でもあり“ノー”でもあります。私が前述のセミナーでお世話になった先生方は前者ですし、一方で間違いなく後者の先生方もいると思います。検査医の本分は病態診断(解析)であると私は信じています。医師である以上、診断もしくは治療にダイレクトに関わるべきです。そうでなければ臨床医とは言えません。従って臨床検査も専門である検査の領域で積極的に臨床科として貢献しなくてはなりません(もちろん病理も同様です)。検査技師の親玉であることにあぐらかかっていると、いつのまにか臨床の中で自分の居場所がなくなってしまう。病態診断(解析)こそ、病理医の病理診断に対応する検査医の本道と考えます。

多くの検査医のルーツは内科医であります。その素性のせいか、検査医の中には内科の方ばかり目を向ける方が多いよ

うに思います。臨床検査よりはルーツの内科の動態に興味があり、検査医として自立していく覚悟に欠けている人たちがいます。そのような人たちは一度内科からお声がかかれば、一も二もなく内科に復帰するでしょう。臨床検査科が臨床科として真に自立するためには単なる内科の受け皿ではいけません(内科との交流を否定しているのではありません。検査科が内科医の次のステップまでの単なる仮の居場所になってはいないか?と言うことです)。一方病理医にも類似の問題があります。臨床医としての覚悟がないのに、人前では診断の重要性を説く偽病理医がいます。臨床医としての資質は基礎にどっぷり漬かっているのは決して身につけません。病理も基礎医学からそろそろ脱却する時期にきています(基礎病理そのものを否定しているのではありません)。自分の都合で基礎と臨床を使い分けているのは、臨床医としては周囲から認められない、と思うのです。

検査医と病理医は中央検査部における車の両輪であります。医療行為の中で両者とも受け身である点は共通です。どちらが上位かなど言うことではなく、お互いの立場を尊重しながら検査部と一緒に協力して活動していくべきです。お互い臨床医の中では明らかな少数派です。いがみ合うようなことがあれば、それは得策ではありません(世の中には偏狭な考えの病理医や検査医もいるのが現実とは思いますが)。病理と検査の両方の専門資格を有する者はこの点を意識して両者の掛け橋になれるように努力すべきでしょう(実際の職場ではやりにくいこともたくさんあるが)。

生意気なことを随分と述べてしまいました。不快感を与えてしまったのであれば、お詫び申し上げます。しかし、上記のことは現場で働く多くの検査医や病理医が実感していることではないのでしょうか? 言葉を濁しては、真意が伝わりません。私の真意を御理解していただければ幸いです。

(岩手医科大学医学部中央臨床検査部臨床病理部門 菅井 有)

## 【会員の声】

### 輸血検査・管理の24時間体制をめざして

輸血管理の24時間体制確立に最も遅れをとっていた国立大学附属病院の中において、さらに一步遅れをとってきた神戸大学であるが、漸く本当の意味での確立に近付きつつあるので、これまでの当院での輸血検査の変遷を、反省をこめて紹介させていただきたい。

神戸大学では昭和50年に輸血部が設立され、以後一貫して教授(兼任)1名、専任教官(講師)1名、技官2名、非常勤事務1名という体制である。自己血採取業務を始めてから週に半日のみ看護部からの支援を受けるようになっていく。基本的にこの体制で24時間管理することは到底不可能であり、当然のように時間外は研修医が輸血検査を担当し、また夜間や休日の緊急使用の可能性を考え余分に準備する血液が、大量の廃棄を生むこともやむ無しとされてきた。漸く最近の数年の間に少しずつ改革が行われてきつつあるが、その要因は

(1) 研修医の検査間違いやオーダ間違い事件、(2) 期限切れ血液の日赤引き取り不可能化、(3) 病院機能評価機構の査定、(4) 輸血学会等での 24 時間管理体制の必要性への啓蒙、等であろう。

(1) 研修医の検査間違い事件は、私が着任後 2 年目に危ういニアミスが発生した。救急部研修医が型判定を間違い、別の研修医もクロスマッチを誤り、さらに輸血実施者が患者の言葉を十分に吟味しなかった、ためであった。当院でそれまで行われていた、病棟でのガラス板法でのクロスマッチ(今やどんな教科書にも記載されていない)を改め、試験管法を導入することとした。もちろん輸血部としては検査実習等で大変な目にあうことになってしまったのだが。さらに検査部(臨床検査医学講座教授が検査部長、輸血部長を併任)で、夜間の型判定と抗体スクリーニングを半自動化機器、バイオビュー導入のもと、開始してもらえこととなったわけで、同一の部長であったことが幸いしていた。また勘違いによる異型血小板が研修医からオーダされたことがあり、血液センターへのオーダすら、チェックなしにはすべきでないことを経験してきた。その後、兵庫県では他県より遅れてではあるが(2) 期限切れ血液の日赤引き取り不可能化、が 2002 年始めから開始された。かなりの出費になることが判明、病院としても何とかしなければという雰囲気が生まれるひとつのきっかけであったと思われる。2003 年末に(3) 病院機能評価機構の査定を受けることになった。(4) 輸血学会等の啓蒙効果もあり、これだけ繰り返される輸血事故の対策として、おそらく今のままでは病院機能評価をパスできないのでは、という危機感もあり、検査部と輸血部の合同でなんとかしなさい、という状況になりつつある。検査部からすると輸血検査や管理は、どうしても異質なものとして受け入れを後込みする傾向があるようにも見えるが、20 回以上におよぶ会議や勉強会の末、結局検査部の存在意義の向上につながるものと理解して頂けたようである。近い将来、検査部は輸血部を吸収したかたちで全体として輸血検査や効率的な輸血医療の実践に寄与して頂ければありがたいと考えている。同時に、治療部門のひとつとして輸血部が発展していくことも必要なことであると肝に銘じたい。

いわば、ニアミスとはいえ事故や経済的な問題、病院機能評価という新しいシステムなど、外力により改善が得られようとしている、あるいは、得られるかも知れないという段階にある。自発的な改革を実践できなかった輸血部の力不足を痛感している。今後は、より質の高い輸血医療の充実、輸血医学の教育、診療上の重要性を強くアピールしつつ、検査部とともに努力していきたい。若干名の技官増員がどうしても必要であるが、病院長の英断を期待するところである。

(神戸大学病院輸血部 西郷勝康)

## 天災は忘れられたる頃来る

まず 9 月 26 日早朝の十勝沖地震に遭われた皆様にお見舞

いを申し上げます。皆様が拙文を目にされる頃には余震も収まり平常の日々に戻られていることを祈念しますが、10 年で 2 度も大地震に遭い大変であったろうとお察し致します。

さて、その十勝沖地震の 15 時間ほど前、私が参加しておりましたある学会場でも大変なことが起こりました。お昼のランチョンセミナーで配られた弁当 2400 食で食中毒が起き、結局、有症者 249 名、うち 19 名が入院となったそうです。お陰様で私自身は難を免れましたが、お見舞い申し上げます。原因は事件当日の弁当に使われているほとんどの食品から黄色ブドウ球菌が検出されたとのことでした。仕出し調理施設の基本的な衛生管理に問題があったと想像されます。食品衛生監視員の話では、潜伏期が短く救急車が出動するような食中毒は黄色ブドウ球菌による食中毒が多い、という経験則もあるそうです。

我々医療従事者はブ菌と聞くと MRSA の方を先に思い浮かべてしまう嫌いがありますが、ブ菌による食中毒事件は、2000 年に大阪で起きた低脂肪牛乳事件もまだ記憶に新しいところです。地震のような天災と違い食中毒はあつてはならない人災ですが、多人数の集まる学会場で食中毒の発生を『思いもしなかった事態』と考えたとしたら、検査医失格でしょうね。しかし、癌の研究発表で訪れた場所でリスク・マネジメントの実例を学ぶことになるとは、それこそ、思いもよらなかった。ふと昔読んだ小説「最後の診断」の一場面が頭をよぎりました(アーサー・ヘイリー著 永井淳訳 新潮文庫へ 4-3 小説のエピソードは病院給食によるチフスの集団発生。この小説は JACLaP NEWS 紙上で何度か話題になったようですので、お読みになった諸兄も多いと思います)。ともあれ食中毒の発生を直ちに会場にアナウンスして異状があれば申し出るように促し、毅然として対処に当たられた総会事務局の態度は、リスク発生後のマネジメントの良いお手本であるように僭越ながら拝察しました。また、この 8 月に検査医の端くれに加えて頂くことになったばかりの時にこの様な事件に立ち会うこととなった経験を、私は忘れることがないでしょう。

実は私自身、学生時分に飲み屋でお通しに出た生牡蠣の酔いの物に当たり、一人暮らしの下宿で死に苦しみました経験があります。お通しの生牡蠣を見て友人の一人が「こんな安酒屋で牡蠣が気前よく出るのは何かおかしい」と疑い食べないように忠告してくれたのですが、学生だった私たちは、日頃ありつけない牡蠣に目が眩み友人の忠告に耳を傾けずにひどい目に遭いました。結局、リスク回避の能力とは、『日常の何気ない小さな異変に気付く、その裏にある大きな危険の可能性に想像力を思い巡らすことが出来るかどうか』と言ったら大げさに過ぎるでしょうか？

ちなみに冒頭の警句「天災は忘れられたる頃来る」は物理学者にして随筆家の寺田寅彦(1878-1935 東京帝大教授)の言葉として知られていますが、10 月 5 日付産経新聞記事によると寅彦の著書にこの警句は見当たらず、出典は寅彦門下の

科学者、中谷宇吉郎(1900-1962 北大教授「雪は天から送られた手紙である」の言葉も有名)が恩師の寅彦先生の言葉として新聞に書いたのが後々、引用されたのだそうです(中谷宇吉郎「百日物語」文藝春秋新社、昭和 31 年)。もっとも寅彦は、昭和 9 年 11 月に経済往来に「天災と国防」と題する寄稿をし、そのなかで『畢竟(ひっきょう)そういう天災がきわめてまれにしか起こらないで、ちょうど人間が前車の顛覆(てんぷく)を忘れたところにそろそろ後車を引き出すようになるからであろう。』と書いており、この警句の主旨が寅彦自身のものであることは間違いないようです。

ここで、ちょうど規定の字数となりました。お目汚し失礼しました。

(帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部 田島康夫)

## 血液検査室主任医師のつぶやき

### ～マニュアル検査で思うこと～

現在、中央臨床検査部血液検査室の主任医師として、三ツ橋先生と二人で血液検査業務に携わっています。毎日の日常ルチン業務は血液検査の報告書を作成することが多いのですが、血液疾患の診断に関わる検査の殆どがマニュアル検査で、迅速多検体処理が可能な全自動の分析機器で行う検査とは全く趣が異なると常日頃考えています。

毎日作成している検査報告書は、

1) 骨髄穿刺塗抹標本(ライトギムザ染色と POX 染色など)の骨髄細胞分画を技師がカウント後、医師が報告書を作成し、可能な限り FAB 分類・新 WHO 分類までを検査室で診断している。

2) 骨髄穿刺以外に、悪性リンパ腫などの造血器腫瘍疑いのリンパ節スタンプ標本、体腔液の血液細胞の細胞診も血液検査室で行っている。

上記二者で、年間約 1,500 検体提出される。

3) レーザーフローサイトメトリーを用いた細胞表面マーカー検査(造血器腫瘍の免疫表現型の診断とリンパ球サブセット)を、年間約 1,000 件、報告している。

4) 溶血検査では、古式ゆかしき赤血球膜脆弱性試験をパート法で、レーザーフローサイトメトリーを用いて CD55/CD59 欠損赤血球・白血球の検出を PNH の診断に用いて報告している。

5) 血小板機能検査としては、ADP・コラーゲン・エピネフリンを惹起物質として用いた血小板凝集能と、リストセチン凝集を施行し、血小板機能を評価した報告書を作成している。

6) ループスアンチコアグラント(LAC)は MBL のキットで施行し、凝固因子のインヒビター検出としては、患者血漿と正常血漿を 4:1, 1:1, 1:4 混合して即時と 37°C 1 時間放置して測定するクロスミキシング検査を行い、結果判定を報告している。インヒビターはベセスダ単位も報告している。

このように列挙すると全てがマニュアル検査である。報告書の作成は自分達用にファイルメーカープロで作成したフォ

ーマットを検査室のコンピューターに打ち込んでいる。幸い三ツ橋先生がコンピューターに精通しているため、検査室内ネットワークを構築してフォーマットを作成した。これらの報告書は臨床側が最終診断として用いており、診断の重要性は極めて高い。マニュアル検査で大量検体を一気に行うことは不可能な検査ばかりで、毎日 5~10 件の骨髄穿刺検査だけでも、塗抹標本・特殊染色も含めた総合診断は大変な作業量である。細胞表面マーカー検査も同時に依頼されることが多いので、レーザーフローサイトメトリーを用いた測定から分析までの一連の作業も時間がかかるし、免疫表現型の最終診断を行う報告書作成も結構な作業である。毎日 2~3 件の血小板凝集能検査も 1 名のベテラン技師が数時間を費やし 120 点である。時間給にもならない。これらの検査は保険診療下においては微々たる検査点数であり、人件費を含めた全てを計算すると大赤字となってしまう。その点、免疫系の自動分析装置で行う新しく保険認可となった様々な検査は、多検体処理が可能な検査なのに保険料が高く、うらやましい限りである。

本院では 7 月から DPC 包括医療を開始したが、臨床検査の点数配分は、今までの出来高払いと称する方法と比較検討するため、従来の保険点数の方法での点数配分をして計算している。それにしても、血液検査は臨床診断に不可欠な診断に直結した検査が多いにもかかわらず、古式ゆかしき検査のせいか、これほどまでに安いとはと、腹の立つ日も多い。毎日の唯一の支えは、患者に直接役立つ検査なのだと自負することで、精一杯である。

みなさんは保険診療の点数配分の不条理をどうお考えでしょうか？

昨今の検査室には厳しい風が吹いている状況の中、何とか是正して欲しいと願ってやまない毎日であります。

とくに、熟練と経験を要する形態学検査や最終臨床診断に直結するマニュアル検査やその報告書にはそれなりの点数を付けるべきだと願ってやみません。

(慶應義塾大学医学部中央臨床検査部 川合陽子)

## 【レジデント研修日記-No. 7】

血液学または血液病理のローテーションも大変忙しいものです。成人骨髄、小児骨髄、リンパ節、各種血液検査(フローサイトメトリー、凝固、ヘモグロビン電気泳動など)に大別できますが、APCP レジデントはそれら全てを、straight CP レジデントはリンパ節以外の全てを回ることになります。

まずレジデントは自習用スライドなどで正常組織、異常組織について学びます。また毎日提出される患者さんの骨髄像(一人につき 10-20 枚)について、末梢血液スメア、骨髄スメア(ギムザ、PAS、各種免疫染色)、骨髄組織(HE、各種免疫染色)、フローサイト所見などを前もって調べ、指導医とのサインアウトに備えます。骨髄所見についてディクテーションしておくのもレジデントの仕事です。

ディクテーションとは電話などを通してレポートを口頭で録音することで、それらはすぐにタイピストの手によってレポートされます。血液病理、そして解剖病理では診断レポートの作成は全てこのディクテーションによってなされますが、これによって患者一人当たり最低数枚におよぶ診断レポートを医師が自ら打ち込むことなく、比較的短時間で作成することができます。始めはなかなか要領を得ないため時間もかかり非常に苦痛なものですが、慣れてくると自らキーボードに打ち込むよりも遥かに短時間でレポートを作成できます。

サインアウトでは指導医とマルチヘッド顕微鏡で標本を1枚1枚レビューし、指導医の説明を受けていきます。その説明を受けてさらにレジデントはそれぞれの患者について詳細なレポートをディクテーションし、それらは指導医が最終チェックをした後に各々の臨床医の手に渡ります。

またフローサイトはほぼ全症例に対し施行されますが、分子病理所見と共に現在の WHO 分類に基づく診断にはなくてはならないものになっています。その他にもヘモグロビン電気泳動、血算自動計測器、などもこのローテーションの中で学びます。

レジデントは毎週血液病理カンファレンスで 2-3 症例を発表することが義務付けられています。その他にもジャーナルクラブ、Tumor board、などでの発表もあり、この大変忙しいローテーションの中、系統的に血液病理学を学ぶことができるようになっていきます。

(群馬大学医学部臨床検査医学 玉真健一)

### 【編集後記】

先頃、中国初の有人宇宙船「神舟 5 号」が中国北西部の酒泉衛星発射センター(甘粛省など)から、長征 2F ロケットで打ち上げられ無事に帰還した。旧ソ連、米国に次ぐ世界 3 カ国目の有人宇宙飛行に成功した。有人宇宙船の打ち上げは旧ソ連(現ロシア、61 年 4 月)、米国(同年 5 月)以来 42 年ぶりであり、中国は米国、ロシアに次ぐ宇宙大国の名乗りを上げた。1992 年からコツコツと進めてきた有人飛行計画が実を結んだ結果である。日本にとっては、良い意味での刺激となるであろう。

最近の国内は、色々な意味で荒れている。政治、経済、社会、自然など少しずつ歪みが大きくなっている気がする。近い将来、大きなリセットが起こってしまうのかもしれない。それが日本人にとって新たな一歩になるのかもしれない。

10 月上旬、我が北里大学病院は、DPC 開始後の特定機能病院としては初めての厚労省の特定共同指導が実施された。私も事務部より共同指導に関連する内容の調査依頼があり、一週間前より連日カルテを調べ、血中薬物濃度の検査結果、輸血同意書の確認、輸血実施記録、カルテ記載の有無などの確認作業に追われた。いくつかの診療科の先生とは病歴センター部で一緒になり、関連した項目についてその場で調整することができた。実際、各診療科で検査は日々行われているが、こういう大事な場面では、検査医(検査部)は有用であると考えている。なぜなら、各診療科ではチェックしきれない部分を我々は把握することが可能でありそれを調整するノウハウを持っているからである。後日、調整することができた診療科の先生方から声をかけられ、先生のおかげで当日は明確に説明ができ、そのキポイントとなった質問以降は担当官から助け船がでる程スムーズに進みましたと感謝の言葉を頂きました。検査医としてこのような言葉をかけて頂いたのは初めてであり、正直うれしい限りでした。ただ、集団指導での全体講評(当日は神奈川県精度管理専門委員の立ち入り検査のため全体講評には出席できませんでした)では、山のように指摘事項があり、検査関連では不必要な検査やセット検査などについて改善が必要との内容であった。たとえ DPC とはいえ、保険診療のルールに則って診療しなければいけないことが改めて再確認できたと考えている。また、色々な場面で診療各科との信頼関係を高めていければと考えている。

今号では、今年の臨床検査専門医認定試験に合格され新たに検査医となられた先生方にも執筆して頂きました。検査に関連する部門の先生方とも横断的な交流を行い、お互いに理解しあえることが今後の私達の発展においても重要であることは間違いないでしょう。今号は、広島での第 50 回日本臨床検査医学会総会の前までに会員の先生方にお届けできそうです。

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)