JACLaP NEWS

JAPANESE ASSOCIATION OF CLINICAL LABORATORY PHYSICIANS

[Homepage] http://www.jaclap.org/

No. 65／2002. 6

行事予定　　(2002 年)

7月12日(金) 第 20 回日本臨床検査医会振興会セミナー

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

【目次】

p.1　巻頭言
p.2　事務局だより
p.3　会員動向、日本臨床検査医会会名変更のアンケート調査始まる、未来ビジョン検討委員会から会員の皆様へのお知らせ、臨床検査専門医認定試験のお知らせ、「臨床病理史－世界の中の日本－」を謹呈します
p.4　「抗核抗体が陽性と言われましたが、膠原病でしょうか？」、検査用語の複雑性について考える
p.5　離床検査技師…？、臨床検査医学という学問領域
p.6　AP/CP医について、会員の声、編集後記

サッカー

ダヴィッド社刊「イラスト図鑑」より

巻　頭　言

日本臨床検査医会
常任幹事　熊坂一成

10 年目を迎えた GLM・WS　－131 名の仲間ができた－

GLM・WS、Good laboratory management に関するワーク・ショップが、10 年目を迎えた。

この WS は、日本臨床検査医学会教育委員会から提案された臨床検査専門医研修カリキュラムに、全国各地の研修施設の教育担当者・研修責任者が適切に対応できるようになるために、日本臨床検査医会が提供している事業である。毎年、参加者は全国公募されるが、最近数年間は、15 名の定員を越える希望者がある。テーマは、この 10 年間一貫して、「Strategic Laboratory Management と臨床病理学・臨床検査医学の卒前・卒後教育に関するカリキュラムプランニング」である。GLM・WS では、少人数のグループにより、カリキュラムプランニングに関して実際の作業をし、その結果を全体会議で推敲することにより、優れたプロダクトが作られる。

今日、ようやくわが国においても、医学・医療の分野でマネジメントの重要性が認識されつつあるが、臨床検査室に限らず、マネージャーの仕事は 5 つある。①目標を設定する。②組織する。③動機づけとコミュニケーションを図る。④評価測定する。⑤人材を開発する。この 5 つの仕事は、カリキュラムプランニングにおいても共通する基本的要素である。

実際の病院や医学部で採用可能な、優れた GLM・WS のプロダクトができる年もあれば、全くできない年もあり、Laboratory Management の基本をこの 2 日で身につけることを期待して参加された方には、不満足なこともあったはずである。しかし、ほとんどの参加者の方は、プロダクトとは別の大切なものを発見されて帰路につかれる。それは、臨床検査専門医および臨床検査専門医を目指す医師をとりまく厳しい現状と悩み、そして夢をお互いに語り、聴くことにより生まれる新たな仲間意識ともいうべき心の動きである。

ビジネス界に、強い影響を与えた思想家の、P. F. ドラッカーは語る。「一般に、働くことと働くものの歴史は、とりたてて幸福なものではなかった。しかし例外はあった。働くことが成果と自己実現を意味した時期や組織があった。その典型が、国家存亡のときであった。」

平成 14 年度診療報酬は、前代未聞の－1.3%の改定となった。今回の医療保険制度改革は、患者の自己負担増と診療報酬引き下げを中心とする、医療費抑制を目的としたもので、医療費全体に対する影響は 2.7%の引き下げとされているが、実際の検査室への影響は 3%に止まらず、医療機関の経営への打撃は大きい。急激な構造変化の時代に生き残れるのは、自ら変化の担い手、チェンジ・リーダーとなれる者だけである。

自治医科大学地域医療情報研修センターで、5 月の土曜、日曜の二日間を、私たちタスクフォースと一緒に過ごしていただいた WS 参加者の総数は 131 名となった。参加者の所属は国公立大学医学部および医療短期大学等の 30 校、私立大学医学部および医療大学等の 24 校、国公私立病院、研究所、その他の 36 施設である。そして、まだ GLM・WS 未参加校(医学部ないしは医科大学)は、国公立大学で 21 校、私立大学で 6 校が残っている。

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: *ohtani@med.kitasato-u.ac.jp*

日本臨床検査医会

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　茆原順一
　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

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

事務局だより

平成 14 年度　第二回常任・全国幹事会　議事録

開催日時：平成 14 年 4 月 20 日(土)　11：45～12：45
開催場所：九州大学医学部コラボセンター1F 会議室 A

出席者：
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、茆原順一、富永真琴、木村　聡、玉井誠一、山田俊幸、下　正宗、宮　哲正、前川真人、尾鼻康朗、藤田直久、猪川嗣朗、岡部紘明、上平　憲
監　　事：大場康寛、
未来ビジョン委員会委員長：高木康　(敬称略)

【報告事項】
1. 庶務・会計幹事より(土屋達行　庶務・会計幹事)
(1)事業報告
第 46 回教育セミナー；参加者 18 名(3 月 3 日、日本大学)
第 47 回教育セミナー；参加者 16 名(3 月 24 日、大阪医大)
第 12 回春季大会(4 月 19～20 日、九州大学)
(2)平成 15 年度春季大会の予定報告
富永真琴幹事(山形大学医学部臨床検査医学)
平成 15 年 4 月 18 日、19 日(金、土)に、会場は山形テルサを予定し、すでに会場の確保は行った。内容の詳細は未定である。
(3)平成 13 年度収支報告(別紙)が高木康前庶務会計幹事より報告され、承認された。
平成 14 年 11 月の総会で承認の手続きを行う。
2. 情報・出版委員会(森三樹雄　委員長)(別紙報告)
(1)Lab CP 20 巻 1 号について
原稿が全部そろい、出版予定である。20 巻 2 号は 10 月に発刊予定
(2)JACLaP NEWS No.64 が発刊された。
(3)JACLaP WIRE No.45 が発刊した。
(4)要覧は事務局が中心になり、5 月に発刊予定である。
(5)LabCP、JACLaP NEWS、JACLaP WIRE は PDF にしてデータベースとして利用可能になっている。
(6)「市民の皆様へ」を HP に試験的に掲載している。アクセスは 1 月 23 日以来 4 月 17 日現在で 365 件に達している。
(7)HP に新会則を掲載している。
(8)旭川医大泌尿器科の山口 聡先生から尿沈渣の写真を利用したいとの申し込みがあり、担当の伊藤機一教授の了解を得たので承諾した。
(9)広告募集について。学術広告社に決定して、広告を集め中である。
3. 教育研修委員会(熊坂一成　委員長)
(1)日本臨床検査医会 平成 14 年度年間スケジュールと討議事項
3 月 3 日(日)　第 46 回教育セミナー　＜免疫･血液像＞
18 名参加　日本大学臨床検査医学　(熊坂一成　常任幹事)
3 月 24 日(日)　第 47 回教育セミナー　＜免疫･血液像＞
16 名参加　大阪医科大学病態検査学　(清水　章　教授)
5 月 18 日(土)　第 48 回教育セミナー　＜検査管理･検査室管理＞
昭和大学医学部臨床病理　(高木　康　助教授) 参加予定 40 名
5 月 25, 26 日　第 10 回 GLM ワークショップ
自治医科大学臨床検査医学　(伊東紘一　教授･熊坂一成　常任幹事)
参加予定 16 名である。今後は未参加大学へ参加を募る予定。
6 月 9 日(日)　第 49 回教育セミナー　＜微生物･一般･化学＞
順天堂大学医学部臨床病理　(猪狩　淳教授)
教育セミナーのお知らせ、広報は受講者の便宜と準備のため早くできれば前年の 12 月には行いたいと、高木康、前庶務幹事から提案があった。
4. 資格審査・会則改正委員会(渡辺清明　委員長)
(1)名称変更について
前回の幹事会の決定後、名称変更のアンケート調査を行うかどうか、変更案の名称の提示があった。
変更案として　1)日本臨床検査専門医会、2)日本臨床検査医師会、3)日本臨床検査指導医会
4)日本臨床病理専門医会、5)日本臨床病理医会、6)その他
以上 6 案が示された。
(2)会則改定について
事務局の変更に伴って、第一章　総則、第 2 条の事務所の住所を昭和大学医学部臨床病理学教室から、駿河台日本大学病院・臨床病理科内に変更し、総会の承認を待たずに要覧に掲載することが提案された。
幹事会で了解され、総会で変更の了承を追認していただく予定とする。
5. 渉外委員会(村井哲夫　委員長)
(1)平成 14 年度振興会セミナー
1. 開催日時：平成 14 年 7 月 12 日(金)、14 時～
2. 会　　場：東京ガーデンパレス
3. 演　　題：医療制度改革と臨床検査
講演予定：(1)厚生労働省　保険局医療課　担当者
(2)中原一彦　教授(東京大学)

(3)諏訪部　章　教授(岩手医科大学)
(4)松尾　収二　部長(天理よろづ相談所病院)
(5)赤石　清美　先生(SRL)

広い範囲での医療の体制改革に関して討論していただく。本年は懇親会も実施する。

6. 未来ビジョン委員会(高木　康　委員長)
(1)臨床検査医学教育プログラム WG(2001 年 4 月 21 日設置)
(2)遺伝子検査標準化 WG(2001 年 4 月 21 日設置)
(3)ISO 認証取得支援 WG(2001 年 4 月 21 日設置)
(4)健診における検査専門医の役割検討 WG(旧健診事業参入検討 WG、2001 年 4 月 21 日設置)
(5)広報委員会設置提案 WG(2001 年 4 月 21 日設置)
(6)検査専門医による新診療科開拓 WG(2002 年 1 月 19 日設置)
(7)AP/CP の活動支援 WG(2002 年 1 月 19 日設置)

詳細については本日のパネルデイスカッションで WG の報告ある予定。前回の幹事会で内容については報告済みである。

【協議事項】

1. 平成 14 年度総会に於ける講演会の座長の選任について。

大阪医大の清水　章教授の臨床検査医学会の担当なので、関西地区の全国幹事である前川真人幹事、尾鼻康朗幹事の 2 名で担当し、講演会の演者決定など準備を行う。

2. 平成 16 年度春季大会会長の選任について。

鳥取大学の猪川嗣朗幹事が中心となり、中部、四国地区のどなたかで担当する。

平成 14 年 11 月の総会で大会長の決定の報告を行う。

3. 日本臨床検査医会、名称変更について。

渡辺清明委員長の提案を協議し、名称変更の是非を、幹事会で全会員にアンケートを行うことが決定された。

日本臨床検査医会会長名と資格審査・会則改定委員会委員長の名前でアンケート調査の準備にかかる。

変更の名称案は
(1)日本臨床検査専門医会、(2)日本臨床検査医師会、(3)日本臨床病理専門医会
(4)日本臨床病理医会、(5)その他

以上の 5 案とする。

アンケート結果を踏まえ、幹事会で検討し、平成 14 年 11 月の総会で決定する。

4. WASPaLM の代議員選出、会費の支出について。

渡辺清明　常任幹事、神辺真之　教授に代議員を委嘱する。WASPaLM の会費として 400 ドル振り込む。

会員動向

(2002 年 5 月 31 日　現在数 623 名 専門医 422 名)

《新入会員》

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

日本臨床検査医会会名変更のアンケート調査始まる

平成 14 年度、第一回、第二回　常任・全国幹事会の議事録でもお知らせしたように、日本臨床検査医会の会名変更に関してアンケート調査が実施されます。大変重要な問題です。

すでに会員の皆様にはアンケート用紙が郵送されています。ご意見をご記入後、日本臨床検査医会事務局へ 6 月 30 日までに同封した FAX 返信用紙でご返事をお寄せください。

未来ビジョン検討委員会から会員の皆様へのお知らせ

未来ビジョン検討委員会では、検討すべき課題や各課題を担当する委員を次の手順で決めています。今後も会員各位からのご提案をお待ちしています。

1. 新たなワーキンググループの設置を希望する会員は、下記書式に沿った提案書を事務局に提出する。委員会で妥当と認められた場合は、当委員会より幹事会に提案の後、了承された場合に設置される。

・名称
・チーフ 1 名(メールアドレスを持っている会員、自薦、他薦いずれも可)
・チーフ以外のメンバー(いなくても可、メールアドレスを持っている会員)
・目的とするプロダクト
・作業完了予定期日
・必要経費見積り

2. 各ワーキンググループのメンバーは、メールアドレスを持っている会員の中からそれぞれのチーフが人選する。委員以外の会員がメンバーとなった場合は同時に委員となる。会員から自薦のメンバーも随時受け付けるが、採否はチーフが決定する。

なお、既存のワーキンググループの名称、メンバーおよび作業内容等については、次のホームページをご参照下さい。

http://jaclap.umin.ac.jp/vision/

日本臨床検査医会 未来ビジョン検討委員会 委員長 高木 康

臨床検査専門医認定試験のお知らせ

日本臨床検査医学会制定の臨床検査専門医制度により平成 14 年度第 19 回認定試験を下記の要領で実施致します。

日時：筆記試験　平成 14 年 8 月 2 日(金)
　　実技試験　平成 14 年 8 月 3 日(土)
会場：東海大学医学部　3 号館
　　〒259-1193　伊勢原市望星台　TEL 0463(93)1121

受験される方は、受験票、筆記用具、実技試験の白衣をご持参下さい。

「臨床病理史－世界の中の日本－」を謹呈します

国際臨床病理センターが、株式会社エスアールエルの協力で 2001 年 10 月に出版した「臨床病理史－世界の中の日本－」の残部がありますので、希望の方は国際臨床病理センター河合 忠宛(FAX 03-3414-9395、E-Mail: tkawai@hh.iij4u.or.jp)に

ご連絡ください。また、1997 年 3 月に出版しました「目で見る初期診療の検査計画と結果の読み方」もごく少数在庫があります。

(自治医科大学名誉教授/国際臨床病理(ICP)センター所長
河合　忠)

「抗核抗体が陽性と言われましたが、膠原病でしょうか？」

今、「抗核抗体が陽性と言われましたが、膠原病でしょうか？」というタイトルの一口メモ(総説)を書いています。実はこの答えはかなり難しいものがあります。10 年前の私なら、まず「抗 dsDNA 抗体や抗 Sm 抗体などの疾患特異的抗核抗体(マーカー抗体)が陽性ですか」と尋ねていたと思います。これらが陽性なら、全身性エリテマトーデス(SLE)などの膠原病を考えて、活動性や臓器病変の有無などを調べて、確定診断へと進みます。この答えは決して間違いではないのですが、ではどのくらいのヒトが抗核抗体陽性で、その陽性者の何%がマーカー抗体が陽性なのでしょうか。さらに抗核抗体が陽性でもマーカー抗体が陰性のヒトは放置しておいて良いのでしょうか。

私は卒業後京大第二内科で、臨床は膠原病やリウマチを中心に行い、研究は自己免疫疾患の成因を自己抗体産生機構とトレランスの面から行っていました。免疫外来には、「抗核抗体が陽性で膠原病を疑います。よろしく御高診下さい。」という紹介状を持った患者さんが毎週のように紹介されてきました。もちろんその中には SLE など明確な膠原病を持ったヒトも多いですが、抗核抗体が陽性だけで他にはほとんど臨床所見を認めないという患者さんもたくさんおられます。このような患者さんを何年にもわたって定期的にみておりますと、中に SLE や強皮症を発症される方があります。とくに妊娠や就職などがきっかけとなることもあります。このようなことから、遺伝的因子に環境要因が作用し、トレランスの破綻→自己抗体産生→自己免疫疾患の発症という構図が臨床的にも推察され、現在の研究のテーマへと繋がっております。

平成 3 年から京大医療技術短大の検査技術学科、平成 7 年から神戸大学の臨床検査医学講座を担当し、臨床検査との深い関わりができることとなりました。実際、中央検査部の業務や臨床検査医学を勉強してみると、その広がりと深さには、驚くことの連続でした。抗核抗体を例にとっても、「方法は何で、抗体価はどのようで、基準値はいくらで、蛍光抗体法なら染色型は何で、- - -」と調べた上で、他の基本的検査や臨床所見を参考に、疾患を絞った(検査前確率を高めた)上で、マーカー抗体など特異度の高い検査を行い、診断確定(高い陽性適中率)を目指します。蛍光抗体法では、一般人口の 20%以上が 1 : 40 倍希釈で陽性であり、1 : 160 倍陽性者も 8.3%存在することを報告しました。さらに検診の結果から、マーカー抗体とされる SS-A/Ro 抗体やセントロメア抗体陽性者もかなりの数存在すること、さらに経年的に抗体価が上昇する中に、シェーグレン症候群や自己免疫性肝疾患を発症する方がおられることも発見しました。このように現在では、上記の問いにはある程度のエビデンスを持って、答えることが出来るようになっております。

さて、これからの(とくに法人化後の国立大学では)検査部のマネージメントは、従来のトップダウン型では対応できなくなると思っています。検査部の運営は customer が参加した service-oriented な management system の構築が不可欠です。Customer は患者さんの利益の代表者である各診療科の先生方ですが、customer→第一線の技師→戦略会議→中枢で検討実施というまさに逆ピラミッドの運営を考えています。私は免疫内科も担当しており、その分野では customer の立場でもあります。臨床検査医会には、それぞれの分野の customer でもある臨床検査専門医の先生方が数多くおられることと思います。このような先生方のお知恵をお借りして、全方位の service-oriented な system づくりができればと望んでおります。

(神戸大学大学院生態情報医学講座　熊谷俊一)

検査用語の複雑性について考える

卒業式、入学式は筆者にとって緊張と同時に、ある種憂うつな時期である。校庭には白木蓮や桜の花がまぶしい頃、壇上で『ことば』を述べなければならないからである。無原稿を旨としているが、途中つかえそうになったとき、『本を読め、辞書を引け』を言えばいいんだと自己納得させてスタート、何度かこのフレーズを用いることで切り抜け、ジョークを交えて短時間で済ませ、まずまずの評判と自負している。本を読むことと辞書を引くことには新発見があり、理論的思考が養われ、他人に分かりやすい言葉で伝えられる最大の手段である。ただし、医学用語についてはこれが当てはまらない事例が少なくない。

検査関係の用語について考えてみよう。AST(GOT)、ALT(GPT)の併記表現はいつまで続くのだろう。10 年以上も前に国際酵素委員会は常用名として AST、ALT を推奨しているが、大学病院、大病院のなかにはまだ慣用名の GOT、GPT が幅を利かせている。臨床検査技師国家試験問題でも平成 12 年まで CK(CPK)、LD(LDH)、γ-GT(γ-GTP)などとともに併記されていたが、14 年にはカッコ部分がすべて省かれている。略語をどこまで用いるかは試験委員の論議の的となっている。WHO、HIV、CRP など認知度の高い用語はあえてフルネームは必要とせず、設問もスッキリするというのが大方の考えのようである。

ところでいつも不思議に思っているのだが、溶血性連鎖球菌の『連鎖』の部分である。多くの専門書や教科書で『レンサ』となっているのは何故だろう。ブドウ球菌の『ブドウ』は常用漢字にない(葡萄と憂鬱と檸檬を書ける人は天才か奇人である)から当然であるが、鎖のように連なる形状を示す連鎖は常用漢字でもあり、漢字書きすべきである。誰がレンサと書き始めたか、そしてその理由は何かを知りたいものである。

JCCLS において筆者は用語委員を拝命しているが、用語一つを決定するのも難航する場合が多い。ブドウ糖かグルコースか、アルカリホスファターゼかアルカリ性ホスファターゼか、ビタミン C かアスコルビン酸かなどがその例であるが、無理に統一するのではなく時と場合によっての使い分けも必要だろう。この国の名前でさえ、『ニッポン』、『ニホン』の両表記法がまかり通っているではないか。ただ、用語としてより適切なのは、①短かければ短かいほどよいこと、②日本語表記があるものはこれを用いること、③対を成すものは字数が揃っていた方がよいこと、などと考えている。たとえば、①は JCCLS 尿沈渣検査法指針の作成において、『腎尿細管上皮』は英語の reno-tubular epithelium の訳によるが、日本語で『尿細管上皮』というれっきとした用語があるのでそれで十分である、②は尿グルコースではなく尿ブドウ糖でよい、③は尿中赤血球形態を『変形赤血球』と『均一赤血球』とにしたごとくである。ここでまた思い出したが、前記のレンサ球菌はブドウ球菌との字数あるいはカタカナ表記合わせにより登場したのかもしれない。

検査技師国試では、長時間かけて校閲しても不適切問題が必ずといっていいほど生じてしまう。不適切問題については現在情報公開の対象となっているので記すが、2 年前には偏(扁)平上皮が、本年では抗(好)酸球、排(肺)気量などが指摘された(カッコ内が正解)。

医療にとっては電子カルテの導入推進など、医学用語の統一は急務である。最近の報道であるが、高知医療センターの S 病院長は O 検査技師の協力の下、医療現場を医師から患者

中心のものにするためカルテを紙からパソコンに変える試みを行っている。カルテの一本化はもとより、『親指』、『第一指』、『母指』など医師によって違う用語の統一など、困難極めるところから始まったが、結果的に正しい情報が迅速に提示されるようになり、患者、医療職ともに資する点が多かったという。

最近、新聞社では常用漢字以外でも頻出度が高く、多くの人たちが読める用語にはルビを振らずに登場させている。『腎』、『癌』、『腫瘍』はその一例である。筆者は腎尿路系疾患と尿検査の関連を長年の研究テーマとしているが、『腎』が『じん』と書かれているのにはいささか抵抗感があった、そして発音では絶対容認できない『肝じん要』の『かんじん』が“肝腎”でなく“肝心”となっているのをいつもいぶかしく思っていた。また、新聞の死亡記事で『X 氏じんがんのため癌研附属病院で死亡』といった不可解な表現(癌研は固有名詞ゆえ『癌』と表記)が改められつつあるのは大躍進である。できれば『蛋』も『腺』も『唾』も『疹』も『疽』も『癒』も認知して欲しいと思う。『タン白』、『タンパク』は内科学用語集(1998)では現在の使用頻度から例外措置として『蛋白』に統一したのは興味深い。『治ゆ』という表現についても“いや(癒)し系”がもてはやされる昨今、『治癒』が一般化して欲しいと思う。

(神奈川県立衛生短期大学　伊藤機一)

離床検査技師…？

ある研究会の世話人会に出席したときの出来事である。出席者名簿の中の私の所属が、「岩手医科大学医学離床検査医学講座」となっていた。明らかに「臨床」を「離床」としたワープロの単純入力ミスだが、それにしてもひどい間違いなので小言一つ二つ言ってやろうかと思った。しかし、その瞬間私は、これはひょっとしたら実に含蓄のある言葉ではないか、と文句を言うのを思いとどまった。

「臨床検査」とは文字通り解釈すれば、「床＝ベッド」に「臨んで」行う「検査」という意味である。直訳すれば「ベッドサイド検査」ということになる。つまり臨床とはまさに患者さんと接することに他ならない。しかし、実際には我々検査医や臨床検査技師はこの臨床の原点を忘れていやしないだろうか、「離床検査」という言葉はまさに我々のこの態度を的確に揶揄した表現ではないか、と思いついた。

昨年 5 月から岩手医科大学中央臨床検査部を担当することになり、この一年間色々な学会に出席して、「今後の検査部のあり方」を模索してきた。検査機器や試薬の進歩、IT 化に加え、FMS やブランチなど検査部運営にとって脅威となる言葉がどこでも飛び交っている。どんなに検査システムが自動化されようとも、外部委託の波が押し寄せようとも、我々臨床検査に携わる者がその地位を確固たるものにできはしないだろうか。それが私の永遠の課題である。

ここに「臨床検査技師」に関する悲しいアンケート結果がある。非医療従事者 105 名を対象に「病院で働く方の職種を思いつくままに、思い浮かんだ順番に列記して下さい」というアンケートを行った。医師と看護師はほぼ 100%の方が思い浮かんだ。薬剤師を思い浮かんだ方は 55.2%、放射線技師を思い浮かんだ方は 44.8%であったのに対し、臨床検査技師を思い浮かんだのはたったの 25.7%しかいなかった。悲しいことに、掃除の人を思い浮かんだ方は 60.0%もあった。さらに医師と看護師の次に思い浮かぶ 3 番目の職種は何かを分析したところ、薬剤師が 21 名、放射線技師が 17 名であったのに対し、臨床検査技師は第 6 位でわずか 6 名しかいなかった。注目の掃除の人は 8 名で、またしても我々の目の上のたんこぶ的存在であった。どうやら当面の我々のライバルは、薬剤師でも放射線技師でもなく、掃除のおじさんやおばさんのようだ。

なぜこれほどまでに臨床検査技師は一般の方に認知されていないのだろうか？　考えてみれば薬剤師は病棟で服薬指導を行うようになっているし、放射線技師も病棟でポータブルのレントゲン撮影を行っている。さらに掃除の人は、各病室を隅々まで日々清掃している。やはり病棟の奥深くまで入り込まなくては到底認知してもらえるはずがない。

「離床検査技師」という揶揄は、検査室に閉じこもって検体分析に没頭している我々の姿を的確に表しているのではないだろうか。検査そのものを外部委託するという発想が起こること自体こうした我々の日常業務のあり方に問題がありそうだ。

検査部の人間が安住して生き残ってゆくためには、やはり我々は病棟や外来の奥深くまで入り込んで、患者様一人一人の顔が見えるような形で、チーム医療の一員として携わって行かなければならないだろう。患者様への検査内容の説明から始まり、採血などの検体採取、検体の前処理、分析、主治医への結果報告まで、時には主治医からの検査結果の説明を補足するような形で気軽に検査の相談に応じられるような患者サービスを展開しても良いだろう。

病棟や外来は、検査に関する様々な問題点や新しいテーマが眠っている宝庫と考える。我々は生き残りをかけて積極的に病棟や外来へ進出し、「離床検査」の汚名を晴らしたいものだ。

(岩手医科大学医学部臨床検査医学　諏訪部　章)

臨床検査医学という学門領域

大学病院検査部のブランチ化やら専門教官の無用論やらと大学病院検査部を取り巻く環境はかまびすしい。しかし、アウトソーシングやブランチ化などは現象論であって、そのことそのものは結局は枝葉末節な議論の様に思える。この問題の本質は、臨床検査医学という学門が独立した学問領域として広く認知され本当に必要と考えられているのかということに突き当たるような気がする。組織病理診断も放射線診断も、どの科の医師も多少はあるにせよ日常的に自身の業務として行っている。しかし、組織病理学や放射線学を、さらには病理診断学や放射線診断学を独立した医学領域として疑う医師は皆無であろう(ひるがえって、臨床検査医学あるいは臨床検査診断学が前 2 者ほどに独立した学問領域として認知されているのかと感じるのは、おそらく私が単に認識不足なだけだとは思うのだが、、、)。臨床検査医学/臨床検査診断学が独立した学問領域として認知され、その教育と研究が当然視されているなら、今の御時世だから収支の改善の議論は当然として、大学病院検査部のブランチ化や専門教官の廃止などの提言も議論も起こりようがない。検査部というものが組織として大学病院にできて 50 年は経とうかとしている事を考えると、(内科学としてでなく)検査医学の学問的な力不足を認めざる得ないことを出発点にすべきではないのだろうか。

今の医療から検査そのものが無くなることはあり得ないのだから病院から検査部が無くなることはあり得ない。ただ大学病院には、他の病院と違って、(1)医師と技師の教育と養成、(2)医学の研究を通じての医学の発展に貢献するという第一義的な役割がプラスアルファーとしてある。大学病院検査部のアウトソーシングやブランチ化論議は、一見経済的側面からの議論に思われがちだが、本当にそうだろうか。経済的問題はどの科も抱えている。収支上の問題だけなら、そもそも検査部という部署はその性格上病院の中で最も帳簿上黒字化が容易なところで、むしろ最も有利な立場にいる。実は検査部つまりは検査医学にはそのプラスアルファーの部分が必要ないと言われているのではないだろうか。短期的には何の解決にもなり得ないが、自戒を込めて言えば、大学検査部医師が

本当に考えることは検査学と検査診断学という学問領域のレベルを有無を言わせぬほどに上げることの様な気がする。

(九州大学医学部附属病院検査部　康　東天)

AP/CP 医について

最近、病理関係者の間で AP/CP 医という言葉が話題になっている。これは、言うまでもなく Anatomical pathology と Clinical pathology の両方に関係する医師という意味である。この数年間 CP に興味をもつ病理医が増え、臨床検査医学会などで AP/CP をテーマとした催しが目に付くようになってきた。特に今年(2002 年 3 月)の病理学会総会での AP/CP に関するワークショップは記憶に新しい。昔から臨床病理(臨床検査医学)に対して風当たりの強かった病理学会が CP を話題にすること自体が驚きで、どうなるかと心配したが、参加者も予想したよりも多く、活発な議論があって有意義であった。毎年夏に行われる臨床検査認定医試験の受験者も約半数が病理医である。これらの事実をみても CP に興味を持つ病理医が着実に増えていることは明らかである。その背景には二つの理由があると考える。一つは検体検査管理加算という病院の収入に関わる点であり、もう一つはわが国の多くの一般病院では病理医が臨床検査部長職を兼ねていて、管理責任上 CP の知識が必要ということである。理由は何であっても、AP/CP に興味を持ち続けてきた者の一人として AP/CP 医が増えることは嬉しくもあり、頼もしくもある。しかし、問題もある。現役の CP 医の中には病理医の参入を苦々しく思っている人がいる。病理医に何ができるというのか、というわけである。確かに認定検査医の資格を取得したからといってすぐにうまく実践できるわけではない。現場の臨床検査技師や臨床医の共感を得るためには日常のたゆまぬ努力が必要である。資格を取っただけで安心していては我々が必要としている真の AP/CP 医とは言えないのである。この意味で資格取得は出発点である。細胞診でも同じ事が言えるのだが、それを専門にしている人(臨床検査医や細胞診指導医)から文句を言われない仕事をすることが必要であり、決してペーパードライバーになって欲しくないと考えている。わが国でも初期の臨床病理医は米国式のトレーニングを受けて AP と CP の両方の資格を取っていた。それがいつの頃からか CP 医は AP を研修しなくなった。一方では臨床検査を毛嫌いしていた病理医が臨床検査の分野に入ってきている。考えると不思議な現象である。一般病院では CP だけでは就職が難しい(これは米国でも同じ)ことを考えれば、わが国の若い CP 医は AP/CP 医または臨床医/CP 医である必要があるのではないだろうか。そして、極端なことを言わせてもらえば、AP/CP 医を育成するために病理学会と臨床検査医学会が合同した研修・資格システム(米国のような)ができ、優秀な AP/CP 医がさらに増えることを願って止まない。

(帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理科　水口國雄)

【会員の声】

臨床検査医のあり方

内科研修を終えて、臨床検査医学講座に移ってから 10 年が経過して大学病院で仕事をしていますが、その仕事が臨床検査医にふさわしいのか自分でもよくわかりません。日々、「臨床検査医とは？」という疑問に対する答えを捜しています。大学病院では研究・教育・診療がおもな仕事になりますが、研究については臨床検査医学という守備範囲の広い分野の性格上、どんな事でも研究になり、興味のある研究課題がたくさんあります。どんな研究をしてもよいわけですが、評価の対象になるのかは疑問の所があります。臨床検査医に相応しい研究はどういうものなのか、はっきりした定義は見当たりません。

学生教育に関しては、必ず教える事があります。それは「検査は人を幸せにするものであり、決して不幸にするものであってはいけない。」ということです。ほとんどの学生が臨床研修を受けて医師になり、患者を診察するようになります。当然、いろいろな検査を行うでしょう。患者に行った検査の結果が不幸な結果であっても、患者のパートナーとなり、病状を把握し、そして自分の持っているすべての能力を使って治療にあたることで患者を不幸にしない、幸せに出来るものと思います。今後、臨床検査医は患者にとってコストパフォーマンスの高い検査項目の選択を学生に教育していく必要もあると考えています。医療財源を考えると無駄な検査をしない事は重要なことだと思います。

臨床検査医の診療は難しい問題です。検査オーダーを受け、得られた検査結果を解釈する、あるいは異常値に関する診療科からのコンサルトに答えるのは大切なことです。しかし、患者の診察所見から適切な検査項目を選択することも重要なことで、そのためにはどんな形であっても診療は臨床検査医に必要なものと思います。内科医から転じた私は甲状腺疾患の診療を行っていますが、臨床検査医として検査を行うにあたり、必要最小限の検査項目を選択するようになりました。甲状腺関連ホルモン検査を含めた生化学検査は患者の話を聞きながら検査項目を決めていきます。慢性疾患の経過観察に必要な検査は診察を通じて病勢や状況を考えながら行うことが大切で、これは診療をしないと身につかないことです。

研究・教育・診療においての臨床検査医のあり方の答えはなかなか見つかりませんが、患者のためにいろいろな努力をするのは診療科所属の医師も臨床検査医も同じです。大学病院の検査部業務は各診療科との連携が重要で、検査部・診療科間のいろいろなトラブルに対応しなくてはならず、問題解決のための交渉能力(人柄も関係します)が臨床検査医には必要になると思います。病院内の検査及び検査部に関する諸問題の解決が大切な仕事になるのかもしれません。

(群馬大学医学部臨床検査医学　桑原敦志)

【編集後記】

21 世紀初めての第 17 回サッカー・ワールドカップ(W 杯)は、アジアでの初開催であり、しかも 2 カ国共催も初の日韓共催の W 杯が開幕しました。連日、世界最高のプレーを見ることが出来、直接スタジアムへは応援に行けないものの感激しています。まだ、予選ラウンドですが、決勝トーナメントへ向けた日本選手の活躍に目を見張るばかりです。また、共催国の韓国も健闘しています。国外情勢ですが、今度は新たにパキスタンとインドがカシミール地方の領土権争いで緊迫しております。両国ともに核保有国であり、感情に流されない節度ある対応を希望します。

今号にもお知らせさせて頂きましたが、日本臨床検査医会の名称変更に関するアンケート調査が開始されました。大変重要なアンケート調査でありますので、今まで以上に名が体を表せるようにご検討頂きたいと思います。

北里大学病院臨床検査部においては、検体検査改革委員会での議論が進んでおり、各ワーキンググループからの具申書案を実施に向けて検討中であります。

私自身も各診療科との調整や折衝において精力的に動いている所であり、今以上に検査部の顔になれるよう働いています。

JACLaP NEWS がお手元に届くころには、W 杯の優勝国が決定していることでしょう。がんばれ、日本！

(編集主幹　北里大学医学部臨床検査診断学　大谷慎一)