

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
副会長 渡辺清明

臨床検査のアピール

今年の診療報酬改定でも保険点数の大幅引下げがあり臨床検査は厳しい状態にある。また、最近出された国立大学病院のマネジメント改革案においても、臨床検査部門について記載されている部分を読むとそこにあるのは必ずしもわれわれ臨床検査医からみて納得のいくものではない。例えば、診療支援部として臨床検査部を一括管理にするとか、ランチなどの外部委託の推進とか、検査部長の併任などである。一般病院でも病院経済改革の中で外注とかりストラであるとかが考えられると、必ずと言って良いほど取り上げられるのが臨床検査部門である。そして皆が思う疑問は「臨床検査なくして患者の診断は不可能と皆が言い、検査室では患者さんや臨床検査医学のために日夜一生懸命仕事しているのに、何故臨床検査は日の目をみないのか？」であり、最近はこの繰り返しである。

原因は他の医療従事者の臨床検査の理解不足である事は明らかである。したがって、このような中で今臨床検査医がまず行うべき事は臨床検査の医療における重要性を実際の現場ではっきり示す事である。

まさに臨床検査は診断や治療経過の判定に不可欠であり、総医療費の約10%を占めており、医師国家試験でも約10%の問題が出題される大変重要な領域である。

私はもともと内科医であった。オーダー表に をつければ、検査結果が簡単に返ってくるので臨床検査室は大した事をやっていないのかなと本当に思っていた。しかし、実際に検査室に来てみると臨床検査が思っていたより専門技術の塊である事に気が付いた。臨床検査医、病理医、検査技師の方々がお互いにはできないプロの技術をもって、自動分析をしたり、顕微鏡を覗いたりしているのが良く理解できた。また、膨大な量の検体を一つ一つ大切に、間違いなく検査結果を報告するのがいかに専門知識が必要かが分かった。そこには驚くべき努力の集積とプロ軍団があった。

この単純な事が病院経営者、臨床医、看護師、薬剤師、栄養士、ケースワーカーなどの医療従事者に、しっかりした形で理解されてないのである。

実際、病院内で医療経済を論じる事があっても、そこに臨床検査関連の者が参加する機会は少ないし、臨床検査自体が第三者によって論じられる事が多々あると考える。その第三者が臨床検査の事を十分理解していれば良いが、十分理解できてない場合が多いので、結果的にあらぬ方向に臨床検査部門が知らない間に流されていってしまう事もある。

院内では医師、看護師、時に薬剤師はお互いに相手と接する機会があるが、臨床検査室は臨床サイドから見ると密室状態である。つまり、臨床検査内ではお互いに医療人として評価していても、嘗ての私のように臨床医や看護師さんからみればむしろその実体は曇りガラスの中かもしれない。

検査室に医師や看護師を積極的に入れて、日頃臨床検査の仕事を見て貰い、われわれの仕事を理解して貰うように努力をする必要がある。また、臨床検査医や技師は病院医療の最前線に積極参加して無理矢理にでも良いから検査に関するサービスをしてアピールする必要がある。

今までこれらの事は、これ以上やる必要のないほど、論議され実行に移されたかもしれない。しかし、臨床検査が他の医療従事者に未だ十分理解されていないのが実状であるし、この事が原因で最近臨床検査の基盤が大きく揺れている事も事実である。是非、もう一度原点に帰って、全員で臨床検査の医療への貢献度と教育・研究の必要性を他の医療従事者や患者に強くアピールして欲しい。

臨床検査医の先生方にはまさに釈迦に説法であるが、3回目の巻頭言執筆であり書く話題に若干事欠き、あえて提案した事をお許し願いたい。

【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局だより、会員動向、検査医と内科医との狭間の中で
- p.3 診断基準とホルモン測定の標準化について、臨床検査の時系列評価と外部委託
- p.4 検査業務運営と検査医の将来についての私見、カルチャーショック
- p.5 会員の声
- p.6 レジデント研修日記 - No. 1、訂正、編集後記



秋の運動会

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: ohhtani@med.kitasato-u.ac.jp

日本臨床検査医会

事務局だより

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

平成 14 年度第三回 常任・全国幹事会開催予定

開催日：2002 年 11 月 21 日

場 所：グランキューブ大阪（大阪国際会議場）

1010-1

9：00～10：00：常任幹事会

10：00～11：00：常任・全国幹事会

平成 14 年度日本臨床検査医会総会、講演会

開催日：2002 年 11 月 21 日

場 所：グランキューブ大阪（大阪国際会議場）

1001-1002

13：00～14：00 総会

14：15～15：15 講演会

予定演題；「包括医療と検査センター、特にランチなどについて」

佐守 友博 先生 日本医学臨床検査研究所

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

会員の皆様方のご参加をお願いいたします。

会員動向

(2002 年 9 月 26 日 現在数 628 名 専門医 448 名)

《新入会員》

武田京子 聖路加国際病院臨床検査科
 高瀬 優 順天堂大学医学部病理学第一
 赤星 透 北里大学医学部臨床検査診断学
 木口英子 済生会神奈川病院 病理科

《退会》

大眉寿々子 昭和大学横浜北部病院呼吸器センター
 岩佐葉子 京都大学大学院医学研究科付属総合解剖センター

検査医と内科医との狭間の中で

元来内科医でありましたが、検査とは共に歩んで来ました。1972 年に内分泌の研究室に入って以来各種ホルモンの測定に従事しましたが、時代は丁度内分泌学が急速に発展し出した頃で、ほとんどのホルモンがまだ測定できないので、とにかく先輩と抗体作りを始め、TSH、T3、T4 の ASSAY を行うかたわら、TRH の測定系を確立し、学会・論文発表ができ、おかげで学位も簡単に取れたのは幸運であったと思います。その後の 10 年、20 年とほんとに色んなホルモンがどんどん測定可能になっていきました。その後ホルモンの概念も変化を遂げ、細胞間情報伝達物質の一つと理解されるようになり、現在に至っています。各種サイトカイン、ペプチドのアミノ酸シーケンスから、これらの合成をし、その抗体を作成することも比較的容易になっています。さらに、最近では遺伝子

レベルの研究に発展してきております。

1994 年に臨床検査医学講座を担当することになりましたが、検査と共にきたのであまり抵抗無くこの世界に入る事ができましたが、いざ検査学の分野に身を投じると、検査医療の奥深さに直面することとなり、身がひきしまる思いでした。この歳になって想像もしていなかった検査専門医の試験も受け、何とか合格させていただきました。しかし、現実には、引き続き内科診療も継続して現在に至っています。

晴天の霹靂といいますが、2000 年 2 月に全く突然に私の所属していた内科〔内分泌〕教授が逝去され、その日から内分泌内科も担当することとなっています。急に忙しくなり、7 人の学位の面倒を見たりしました。そして、急速に内科学講座の大講座制臓器別診療科再編が始まり、学内が騒然とまるで嵐が来たかの状況を呈し出しました。

その後、2001 年 4 月には大講座制が敷かれ、私自身も検査部長と内科部長を兼任することとなり、現在に至っています。忙しさも倍増し、数人の学位の指導も進めている現状です。2002 年 7 月から内科学講座内分泌・代謝・糖尿病内科の全国公募による教授選が開始された。今後どのような展開になるのか私自身も予測が立たない現状にあります。

一方、最近の臨床検査を取り巻く状況は極めて厳しい環境にあります。サーバイバルラボ、アウトソーシング、DRG/PPS、クリティカルパス、EBM など 21 世紀の検査医療の世界で、そしてこれは内科とも密接に関連していますが、われわれはこれに対応していかなくてはなりません。2002 年 3 月に、国立大学医学部付属病院長会議の常置委員会から、「国立大学付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」という提言が出されました。国立大学が独

立法人化に進む中、これからは国立大学が私ども私学の強力なライバルとなってくることは必至で、また医療制度改革などと相俟って、状況はますます厳しいものになってまいります。業務の合理化やコスト削減を実現するための方策も考えねばなりません。検査医も内科医も医業収入を上げるべく、一体となって、色々な可能性を実現していく時代になったと思われまます。

(愛知医科大学医学部臨床検査医学 廣岡良文)

診断基準とホルモン測定標準化について

疾患の診断基準は膠原病に代表されるように臨床症状を中心に定められているものと、糖尿病に代表されるように検査データを中心に定められているものと、両者混合のものがある。

最近の画像診断の進歩に伴い偶発腫の報告が多くなった。

副腎に発見される偶発腫の中にホルモン産生が、ある程度の自律性を有するものの、臨床症状の欠如するプレクリニカルクッシング症候群の報告例が増え、平成7年に副腎性プレクリニカルクッシング症候群の診断基準が定められた。この診断基準はクッシング症候群の臨床症状が無いことが前提なので、検査データ、特にホルモン値が診断上重要になる。検査所見は血中コルチゾールの基礎値が基準範囲内であること、コルチゾール分泌の自律性があることが必須項目である。コルチゾールの自律性分泌はデキサメサゾン 1mg 投与にて血中コルチゾール値が $3\mu\text{g}/\text{dl}$ 以上、かつデキサメサゾン 8mg 投与にて血中コルチゾール値が $1\mu\text{g}/\text{dl}$ 以上の場合本疾患を考えるとされている。しかしながら、副腎偶発腫の症例が増加するにつれてデキサメサゾン負荷試験の結果が解離したり、再現性が不十分であったりする例が増え、判定に苦慮する場面が多くなってきた。

ホルモン測定のコントロールサーベイは日本アイソトープ協会により毎年行われている。2000年度の報告によるとコルチゾールのキット内 CV は 10%以下であり、キット間 CV は 11.6 ~ 14.9%で良好であるとしているが実際の測定値には大きな差がある。コントロールサーベイの際、配布される試料のうちコルチゾールの低濃度試料はプレクリニカルクッシング症候群の診断基準で定められている $3\mu\text{g}/\text{dl}$ 付近の測定値を反映している。この試料のコルチゾール値の CV は 13.66%であるものの報告された測定値は 2.10 ~ 4.60 $\mu\text{g}/\text{dl}$ と幅広く分布した。このことは、使用するキットによって、コルチゾール値は $3\mu\text{g}/\text{dl}$ 以上にも以下にもなることを示しており、プレクリニカルクッシング症候群の診断は使用するキットにより左右されてしまう。我々も4種のコルチゾールキットを用いて検討したところ、キットにより測定値は異なり従って診断も異なることを報告した。

検体検査の標準化は関係各位の努力により、着実に成果をあげている。しかしながら、ホルモン測定は未だ標準法、勧告法の定められていない第3類に分類されており最も標準化が遅れている。ホルモンは抗原-抗体反応を利用した免疫学的測定法により測定されている。この際、問題となる標準品はペプチドホルモンの測定系の場合 WHO の標準品に準拠して作成されているものが多いが、ステロイドホルモンの標準品はキット間に共通したものはなくメーカーが独自に選定している。また、免疫学的測定法は抗原-抗体反応の上で標準物質と免疫学的に区別できない物質があるということの意味するものであり、必ずしもそれが、単一で均質な物質であるという保証はない。そのために抗体の差が測定値に反映さ

れてくるが、キットにより様々な抗体が使用されている。また、測定法は RI から non-RI への移行がすすんでいる。しかし、non-RI は測定原理が多様であり基準法はさらに絞り込みが困難となっている。

日本における副腎性プレクリニカルクッシング症候群の診断基準は副腎腫瘍に於けるプレクリニカルクッシング症候群の位置づけを明確にした点では高く評価される。しかしながら、ホルモン測定の標準化がされていない現状において、コルチゾール測定系の持つ様々な問題点を考慮して、診断基準が決められたとは言い難い。今後、ホルモン値が診断基準に盛り込まれる場合にはホルモン測定の標準化を視野に入れて診断基準が定められることが望まれる。

(東京女子医科大学中央検査部 小田桐恵美)

臨床検査の時系列評価と外部委託

臨床検査を利用する目的としては主に2つの場合が考えられる。1つは疾患の診断のためであり、もう1つは疾患の経過観察のためである。前者の場合、その成績判定のためには「集団」の基準値が用いられるが、ご承知のようにこの範囲を外れても異常でない場合はあるし、逆にこの範囲の中にあっても本人にとっては異常となる場合がある。例えば末梢血の白血球数は通常使用される基準範囲では 4000 ~ 9000/ μL とされているが、4000/ μL ぐらいの値を示す人はいつもこの程度の値を示し、9000/ μL ぐらいの値を示す人はいつも 9000/ μL 前後の値を示すことが多い。したがって、日頃 4000/ μL ぐらいの人が 9000/ μL という値を示したら、これは異常値なのだが、初めて検査された場合にはそのことに気付くのが困難となる。

一方、臨床検査を疾患の経過観察のために用いる場合、過去の成績が存在するために成績の判定がより精密になってくる。これは、過去の成績の蓄積によって、「集団」の基準範囲よりも狭い「個人」の基準範囲が得られてくるためである。集団内で僅かな数値の差が問題にされることはほとんどないが、同一人の臨床経過における変動では同じ程度の差がより大きい意味を持つことがある。治療のための薬の種類や量を調整したり、病気の再発を早期に見つけようとする場合には、検査成績は厳密に評価されることになる。また、定期検診も病気を早い段階で見つけようというもので、過去の成績と比較することによって感度良く異常を拾い出すことが可能となる。また逆に、「集団」にとっての異常値であっても個人特有の生理的な変動によるものに対して、不要な精密検査を繰り返すことも避けられる。これらの場合では、過去の成績と現在の成績が比較可能であることが前提条件となるが、その比較可能性はどの程度保証されているのだろうか。

手許にある某外部精度管理のレポートをみると、総コレステロール測定値の施設間差は平均 212mg/dL のサンプルで 186 ~ 224mg/dL となっている。これでは、同じ患者でも、病院によっては正常と判定されたり、高コレステロール血症と判定されたりしてしまう可能性がある。その他、クレアチニンでは 1.0mg/dL 近くのところ 0.5mg/dL の開きがあり、トリグリセリドは平均 285mg/dL のサンプルで 266 ~ 358mg/dL であった。つまり、同じ検体を測っていても、施設間ではかなり異なった値が出てくるリスクが現実存在するということが分かる。しかし、同じ施設内での繰り返し測定誤差は通常はるかに小さい。つまり、過去の成績と比較をする場合に、その目的に合致するだけの精度を得るためには、常に同一施設で測定されていることが望ましいということが

言えるだろう。

最近、当地の地方新聞に、県立大学の附属病院であるわれわれの病院での臨床検査の外部委託についての記事が掲載され、曰く「1社と10年以上も随契」、「発注業者を決定する臨床検査部の権限が強大とされ、競争を導入していない」、県の医務課のコメントとして「臨床検査の外注は、随意契約よりも入札が望ましい」と、批判の矢面に曝された。「臨床検査部の権限が強大」とはとても思えないが、外注業者の選定に関しては随意契約が望ましいという意見書を提出してきたことは事実である。われわれが入札に反対する理由はいくつかあるが、最も重視している理由は、年度ごとの入札による業者の頻繁な変更(入札とは本来そういうものだが)のためにデータの時系列での一貫性が失われることで、上述した検査の重要な機能を敢えて捨ててしまうということである。そこで、新聞社に対し、この点での誤解を紙面上で解いていただくように申し入れ、取材を受けるに至った。その後、取材の内容が記事になり、不十分ではあったが何とか検査の時系列評価の重要性を記事にすることはできたのだが。

一方、当局は以前より入札の導入を強く「指導」してきており、こちらのほうは聞く耳を持ってくれるかどうかも怪しい。入札による業者の変更のたびにオーダリング・システムの変更が必要となり、経費的にも労力的にも余計な負担が加わる。項目ごとに入札されると、多くの業者が参入することになり、業務も煩雑化し、採血管の種類も増えて患者の採血量も増える。値段が安いだけで精度管理のできていない業者に参入されても困る。どう考えてもデメリットとリスクだらけで、出費も却って嵩むことになるというのに、一体何故入札に執着するのだろう。十分な議論の場が欲しいと思う。

(奈良県立医科大学 岡本康幸)

検査業務運営と検査医の将来についての私見

現在進行中の医療制度改革にからむ二つの動きは、病院ひいては検査部に大きな影響を及ぼしつつある。一つは、社会保険制度の収支改善の動きで、このために、かなり以前から検体検査の診療報酬圧縮が繰り返されてきたが、この手法は限界に達しつつある。将来の医療需要の増加に備え、一層の医療費削減を目指し、老人医療保険の改正や病院の機能区分別診療報酬格差の実施に引き続き、DRG/PPSによる診療報酬包括化の導入が計画されている。蛇足ながら、これまでの検体検査の保険報酬の減額は、検体検査部門を病院から切り離し衛生検査所と病院の機能分担推進を加速する側面があったことは否めない。ところで、近い将来、DRG/PPS方式が導入されると、検体検査の収益取りをしっかりと決める必要がある。それには、しっかりとしたデータとりが必要であるが、1999年の日医総研の「DRGの妥当性に関する研究」報告書などは良い参考になると思われる。この報告書では、42病院における183DRG毎に医療経費とその内訳が細かく示されている。個々の病院の検体検査実施状況は読みきれないが、患者一人当たり医療費平均82万6千円のうち、放射線を除く検査費用は平均3万円弱で、各DRGについても病院毎に検査費の診療総額に占める比率が算出されている。大まかには各病院でこのような分析の数値を基準にし、EBMに必要な最低限の範囲で検査経費を決定し、検査業務を実施するのが妥当な線だと思われる。周知の如く特定機能病院では、来年4月からDRG/PPSが導入される。当面、支払いには病院毎の診療報酬実績に基づき個別に決められることになっているので、これまでの実績に沿った収入が確保される可能性が高い。した

がって、現在実施している検査を効率良く実施すれば、当面の対応はできると思われる。しかし、診療各科の協力を得て入院・外来の疾病や処置の種類や件数を分析しEBM実施に必要な検査の種類と総数を把握し、各検査実施の時間帯等を細かく決めたと柔軟な院内検査体制を早急に構築しておかなければ、厳しい状況に立ち至ることは免れないであろう。残念ながら、我々の病院では院内各科の意識も十分でなく、新たな検査体制構築のための基本的なデータ解析が十分にできておらず、対応策を立てる以前のところで足踏みしている状況にある。

医療制度改革のもう一つの流れは、産業界全般と軌を一にした規制緩和の機運である。健康保険組合と病院間での診療報酬価格の自由交渉、医療関係人材派遣規制緩和、営利企業による病院経営参入のなどが議論され、何らかの形で近い将来に実施されるものと思われる。仮に、健保組合と病院間で、社会保険診療報酬の範囲内で診療費の交渉が自由化された場合、多数の社会健康保険組合は医療の質のみならず、診療実施価格を低く提示する病院と契約を結び経費削減を試みるものと思われる。このような事態が現実のものとなれば、過去の社会保険診療報酬改訂の経緯に鑑み、実勢価格に応じて診療費の社会保険診療報酬引き下げが実施されることが予想される。その行き着く先には、病院の経営悪化・検査経費削減のサイクルが待っている。また、医療関係人材派遣規制が大幅に緩和されると、生理検査業務運営にも相当の影響が予想される。これに加え、営利企業の病院経営参入が許可された場合、収益性を求めて、院内の各部門の管理運営責任者には医療職にかわり、経営・労務などの専門家が配置されるものと考えられる。このような状況になった場合、検査部門では、検査医・検査技師とも、人件費に値する検査専門技能職・あるいは管理職として非医療職の経営管理専門家に伍して行ける能力を示す以外に、院内で生き残る余地は無い。私はこのことをしっかり肝に銘じ、研鑽して行きたいと思っている。

(滋賀医科大学検査部 岡部英俊)

カルチャーショック

大学から公的病院に移ってそろそろ2年半近くになる。公務員とは、かくも窮屈なものかと身を持って知ることとなった。大学にいたころは、授業や診療その他の義務さえ果たせば、勤務時間は本人の裁量に任されているようなところがあったし、研究費もそこそこあったので学会に出かけたりするのも不自由はなかった。しかるにここは時間も金もまったく自由にならない世界である。金の方はないに等しい。とくに不便に感ずるのは図書室の蔵書の少なさである。着任当初は勝手が分からず、いろいろ事務職員に尋ねたのだが、いつも返事がもう一つ要領を得ない。なんだかお役所的対応ではぐらかされているみたいで次第に腹が立ってきた。しかし、そのうち、かれらも転勤して来て間もない人が多いことに気がついた。早い人だと1年で転勤になってしまうのである。しかも、病院とは全く関係ない職場から移って来たりする。相手も院内の事情が掴めていないだけの話であった。こんなわけだから、物事がなかなかスムーズに進まない。昨今、いずこも組織改革、経営改善が叫ばれてはいるが、役所の機構自体がなかなかそうは簡単に行かない仕組みになっているようだ。たった1つの病院の中でも見事な縦割りになっているので、何かにつけ縄張り意識が出てくる。臨床側の長年の要望であった輸血検査とTDMの24時間対応を果たすのにも、輸血科と薬剤科との調整に実に多大な精神的労力と時間を費

やしてしまった。超音波検査も医師は放射線科、技師は臨床検査科と2重構造になっているので些細なことで軋轢を生じやすく頭痛の種になっている。院長にはこういった院内の業務を整理・再編する権限すら与えられていないようで、経営努力を求められても実際にできることはせいぜい入院日数を減らす号令を掛けることくらいだ。ボトムアップといえれば民主的な響きかして聞こえはいいが、各部門の我が儘がまかり通り、なかなか病院としての意志決定がはかれない。病院にも既存のルールを無視する奇人変人の強力なリーダーシップが必要なのかも知れない。

それにしても、今の日本の経済状況には気が重くなる。10年近くも金融機関は不良債権処理をして来たはずなのに、少しも減っていないどころかむしろ増えている様子だ。結局、金融・経済の評論家はたくさんいたが専門家はいなかったということか。おかげで病院の改築もままならず、冷房の効かない狭い診察室、なかなかこないエレベーターといった劣悪な環境で働いている。検査科内に部長室はなく検査機器が所狭しと並んだフロアの片隅に机が置かれているだけである。ようやく最近、PFI方式で改築がきまったらしいが、10年近くも先の話ではほとんど関係のない話だ。おまけに給料は減らされ、電子カルテも十分な予算の手当ができないまま導入に向けて動き出した。ようやくオーダリングに慣れたばかりの頭に今度は電子カルテかと少々憂鬱である。こんな中でも、検査科の技師たちは実によく働いている。院内の他の職種と比べて勝るとも劣らないと思うし、ことに電子カルテ導入の準備作業に関しては、これまでの検査オーダリングシステムの実績を生かして指導的な立場で活躍してくれている。それにもかかわらず検査科に対する評価が低いのははなはだ残念で、まことに申し訳ない気がする。検査情報窓口を開設したり、糖尿病教室に参画したりと臨床側との接点を広げるいろいろな努力はしているのだがどれも決定打に欠ける。収益的にもまったく問題がなく、病院の大きな収入源にさえなっているのに、ブランチャの声がなかなか消えないのはどうしたことか。さほどに検査科の評判がよくないということらしい。ここは矢張り、検査科の存在感を強烈に示していく以外にないような気がする。そのためには一人一人の技師の専門性を高めていく必要があるのだが、10力以上ある職場を転勤させられ、しかも仕事の継続性が必ずしも保てない状況ではこれもなかなか難しい。はてさてどうしたものか。あれこれと悩みのつきない2年半であった。

(都立駒込病院臨床検査科 大林民典)

【会員の声】

クロス・ファンクショナル・チーム

経営不振に苦む日産自動車の日産リバイバルプラン(1999年)を発表し、2年後には必達目標を大きく上回る成果を上げたニュースは記憶に新しい。この成功は、最高執行責任者として日産変革のリーダーシップを取ったカルロス・ゴーン氏の手腕によるところが大であるが、彼が立てた基本戦略は、会社内での共通のゴールを設定すること、実現に向けての明快なガイドラインと、その優先順位の設定であった。では、どのようにして計画案を作成するのか?彼が出した結論は、クロス・ファンクショナル・チームの設立だった。会社が直面した問題を様々な視点から検討・分析するため、部門や職務の壁を越えて活発に議論を交わす場が必要なことが明らかになったのだそうだ。彼は、その著書において、どんな会社でも最大の能力は部門と部門の相互作用の中に秘められてい

る、と述べている。

私は現在院内感染対策チーム(ICT)のメンバーとして勤務時間の多くを費やしているが、ICTとはこのクロス・ファンクショナル・チームにほかならない。院内感染の発生低減のために必要な対策は、抗生剤の使用法、手洗いなどの標準予防策の徹底、感染性廃棄物の取り扱い、診療環境の整備など、その内容は極めてクロス・ファンクショナルなものであり、一つの部門だけで答えられるものではない。従来の医療体制では、職務ごと、あるいは診療科ごとに染みついた昔ながらのやり方が存在しており、中には伝統と称した現実離れした風習も少なからず存在する。手洗い場や配管などの病院設備自体の問題や、職員の院内感染に対する認識のずれも大きな問題である。ICTの構成メンバーは検査技師、看護師、薬剤師、事務職員、そして外科医、内科医、検査医と診療科を越えた医師よりなり、それぞれが自身のあるいは他部門の問題点を明示して、綿密に分析している。その過程で、院内感染対策における構造、体制、そして意識上の問題の核心を浮き彫りにし、解決のためのガイドラインを提示すること、それがICTに与えられた任務であろう。

クロス・ファンクショナルティは解決策そのものではなく、問題解決への可能性を開く方法論である。これは、院内感染対策だけでなく、我々の直面している医療改革、病院経営、あるいは検査室運営などの課題に対しても普遍的に応用できるキーワードではないだろうか。

参考図書：ルネッサンス 再生への挑戦(ダイヤモンド社)
カルロス・ゴーン著 中川治子訳

(近畿大学医学部臨床検査医学 山住俊晃)

【会員の声】

ICTの立ち上げに際して

この度当院にて、ICTが立ち上がった。今ごろ何を言っているんだとお叱りを受けかねないほど、遅ばせながらである。それでも構想から数年、私にしてみればやっとここまで来たかという思いである。とりあえず我が臨床検査医学講座教授・助教授を筆頭に、その他検査部医師・臨床科医師・感染対策看護師・細菌検査室技官・事務官などで総勢10数名である。感染対策の取り掛かりとして、まずチームを組んで病棟をラウンドすることになった。一抹の不安もあるが、院内感染防止に少しでも歯止めがかかればと思う次第である。

実はICTの前身というか、2年程前から私を含めた有志でMRSAラウンドなるものを行ってきた。検査部細菌室にて分離されたMRSAの保菌患者をリストアップし、定期的に病棟を回るといふものである。始めたころは、感染対策に対する医療スタッフ(特に医師)の無関心さにかんがって然とした。薬剤感受性の報告があるにもかかわらずMSSAとMRSAの区別がつかない、MRSAが検出されたというだけでVCMを投与している、MRSAのみに過敏になり*E. faecium*などが検出されても平然としている、等々である。もちろんそのような無関心さというも診療科間によって大きな隔たりがあり、回診すればするほどその隔差が歴然とするばかりであった(もちろん診療科個々の症例そのものの感染の被りやすさは違うが)。ある科などは回診当初はMRSAの分離頻度が少なかったのだが、実はただ単に検体のオーダーを出していなかっただけで、検体提出を促してみたらMRSAが出るわ出るわのそれはもう大変な状況であった。そういったことも含め、時間をつくって病棟ごとの感染対策勉強会なども定期的に行った。実際に勉強会を行ってみると看護師サイドは極めて熱

心であるにもかかわらず、科によっては医師が相変わらず無関心で誰も顔を出不さいこともあった。それでも先述の科は比較的熱心で指導のかいあってかその後 MRSA の数は漸減し、我々の活動もそう無駄なことばかりではなかったなと感じている。

当院はオーダリングシステムは IT 化しているものの、検査部にて病棟患者の病状・抗生剤の使用状況等を把握するのは未だ困難であると言わざるを得ない。昨年横浜にて開催された臨床検査医学会総会にて昭和大学北部病院の木村先生の御発表を拝聴したが、同病院では完全電子カルテ化のもと病棟主治医が第 3 世代セフェムを 2 週間以上使用すると検査部側にアラームがかかり、継続が必要な場合は主治医がコメントを求められるというものであった。私はこのシステムに大変感銘を覚え、やはりここまでしないと院内耐性菌対策はままならないのであろうと痛感している。しかしこのようなシステムは柔軟な私立だからこそ導入できるわけで、国公立は導入のための予算が付かない等の問題が重くのし掛かる。院内感染防止を願って止まない者としては、いささか歯がゆい気持ちである。

(秋田大学医学部臨床検査医学講座 足立哲也)

【レジデント研修日記 - No. 1】

2002 年 7 月より米国ペンシルバニア州のピッツバーグ大学にて臨床病理(臨床検査)のレジデント研修(path. upmc. edu)を開始した玉真健一(たままけんいち)と申します。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

第一回目のレジデント研修日記はレジデント研修への応募過程、そしてここピッツバーグにて研修を開始することになったいきさつについて書かせていただきます。

アメリカで臨床研修をするには ECFMG(Educational Committee for Foreign Medical Graduate) certificate という資格が必要になります。これを取得するには日本の医学校卒業と医師免許に加え、以下の試験に合格する必要があります。

USMLE(United States Medical License Examination) step 1

USMLE(United States Medical License Examination) step 2

CSA(Clinical Skills Assessment)

English Language Proficiency Test(TOEFL)

USMLE Step 1 は基礎医学、Step 2 は臨床医学の試験になります。これらはいずれも現在はコンピュータによる丸一日を使う試験で、ともに日本での受験も可能です。英語テストとしては TOEFL が用いられています。さらに CSA が現在は必要になりますが、おそらくこれが日本人受験者にとっては一番やっかいではないでしょうか。これはいわゆる OSCE ですが、Philadelphia でしか受験できないそうです。私はこれが導入される前にこの ECFMG certificate を取得したのでその実態はよくわかりません。詳細は ECFMG web site(www.ecfm.org)を参照してください。

晴れて ECFMG certificate を取得した後、いよいよ各プログラムに応募することになります。現在応募は全てインターネットを用いてなされるようになりました。ERAS (Electronic Residency Application System)(www.ecfm.org/eras/index.html)に登録し、ここを通じて自分の CV, Personal Statement, 推薦状などを自分の希望するプログラムに送付することになります。そしてこの時点で応募者は NRMP(National Residency Matching Program)(www.nrmp.org)に参加することになります。これはいわゆる「お見合い」でして、プログラムそして応募者ともに第一希望から順にリストを作成し、コ

ンピュータを通してその組み合わせを決めるというものです。

アメリカの臨床病理(Clinical Pathology または CP)の研修はほとんど解剖病理(Anatomic Pathology または AP)を組み合わせた 4 年間のプログラムがほとんどで、レジデントも AP/CP と一緒に募集されます。応募はアメリカ国内のみならず世界中からあり、競争率はプログラムによっても違いますが、大体 100 倍程度だそうです(もっとも皆が併願していますので実質競争率はもっと低いはずですが)。

まず書類選考をしたのち、各プログラムが応募者をインタビューに呼ぶこととなります。この時点で競争率は数倍にまで絞られます。私の場合も 21 のプログラムに応募し、8 つのプログラムのインタビューに呼ばれ、そのうち 6 プログラムを実際に見て回りました。昨年 11~12 月にかけて全米中を旅して周りましたが、同時多発テロの直後ということもあって、飛行機に乗るのが大変苦痛でした。どのプログラムも大体丸一日かけて 5~8 人の faculty と一対一の面接をこなし、さらにレジデントと自由に話す機会を与えられます。

面接を終えた後、いよいよ自分の行きたいプログラムを決めることとなります。実は私の場合、幸運にもいくつかのプログラムから NRMP を通さずに個別に契約を結びたい、という申し出をもらうことができました。その中で一番有利な条件を提示してもらった U Pittsburgh と契約することができました。ピッツバーグ大のプログラムディレクターの Professor Jeffrey Kant、さらに Clinical Pathology 部門の最高責任者の Professor Allan Wells はともに大の日本びいきでして、それも有利に働いたのかもしれない。その後 6 月に Pittsburgh に渡米し、現在に至っております。

次回からはアメリカの臨床病理(Clinical Pathology or CP)プログラムについて書かせていただきます。

(群馬大学医学部臨床検査医学 玉真健一)

【訂正】

前号 No. 66 / 2002. 8 の巻頭言にて以下の誤りがございました。

下から 8 行目

経済的にまざる教育、研修に...

経済的にまざる、教育研修に...

下から 2 行目

要求に対応でき検査体制...

要求に対応できる検査体制...

【編集後記】

先日、今年のノーベル賞の発表があり、日本人が同時に二人も受賞された。一人は物理学賞で小柴昌俊先生、もう一人は化学賞の田中耕一さんであった。日本人の同時受賞は初めてのことであり、化学賞については 3 年連続である。小柴昌俊先生は東大名誉教授、田中耕一さんについては、一私企業のサラリーマンであり本当に大したものであると皆さんもお考えのことと思います。

また、北朝鮮に拉致され、生存が確認された 5 人が日本に一時帰国されることとなりました。大変なご苦労があったことを察すると同時に、種々の問題の真相の解明が必要であると考えます。

今号は、新企画であるレジデント研修日記がスタートしました。群馬大学の玉真先生による留学先でのレポートであります。連載を楽しみにして下され。これからも皆様のご意見、ご要望をお待ちしております。

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)