

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
常任幹事 村井 哲夫

臨床検査専門医の役割りを見直そう

平成15年7月11日(金)、東京ガーデンパレスで、当会が主催する振興会セミナーが「包括医療(DPC)に向けた臨床検査の対応、どうなる、どうする臨床検査」のテーマで開催された。

我国に於ける医療費抑制策の一つとして実施に移された特定機能病院を対象とするDPCが「臨床検査」にどのように影響するかを検討し、臨床検査を担当する臨床検査専門医や臨床検査技師、および臨床検査関連業界が今後どのように対処してゆくべきかの情報を交換することがこのセミナーの主旨であった。

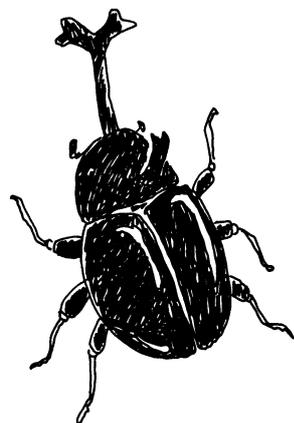
DPCが今年4月より実施され、まだ日が浅かったこと、対象とされる病院が特定機能病院に限られるなど、この制度が施行されたことによる医療界、「臨床検査」におよぼす影響を把握するには、情報の量も不十分であり、内容は限られたものであったが、その一端を知ることができた。中でもこのDPCの策定に重要な役割を担った、厚生労働省保険局医療課、企画官、矢島欽也氏の、その目標、内容、決定に至るまでの経過についての解説および、施行されて以降特に問題なく順調に運用されている、との報告については活発な議論もあり、本セミナー出席者には、おおよそその実態について理解が得られたものと考えている。近い将来、一般病院もDPCの対象とされることも予想されるが、現在のように特定機能病院のみが対象では発生しない、粗診粗療など様々な問題が、ピアレビューが適切に実施されない医療環境の基では、生ずることが予想される。我国の医療施設全般に広く普及させるためには医療の質を保障する政策の追加が必要であろう。なおセミナーの講演内容は今後のLab CPに掲載されることになっている。参照していただきたい。

DPCの施行や国立大学付属病院の行政法人への移行など、国策によって医療に関係する様々な改革がおこなわれつつある。一方医学知識の増加、医療技術の進歩、さらにIT技術や、その他科学技術の発展は、医療界、とりわけ我々臨床検査専門医が直接担当する「臨床検査」に大きく影響するようになった。我々はこの環境の変化に対応してゆかざるを得ない。

我々は臨床検査部の管理運営、増大する臨床検査への対応、データの品質管理など所謂、臨床検査の充実を主たる任務としてきたが、これからは、臨床検査の成果であるデータが実際の臨床に効率的に利用されるよう、その応用方法の提案をしてゆくこと、個々の医療施設では検査データが健康管理や臨床診断に利用されるに当たり、その全般について責任者としての役割りを担ってゆくことが必要であろう。

【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局だより
- p.3 検査専門医会として取り組むべきこと、臨床検査医学のなかの基礎研究
- p.4 電子カルテはどこへ行くのか、会員の声
- p.5 レジデント研修日記-No. 6、編集後記



カブトムシ

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

日本臨床検査専門医会

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 玉井誠一
 村井哲夫
 幹事： 伊藤喜久 荏原順一
 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

平成 16・17 年度 会長・監事選挙結果

日本臨床検査専門医会
選挙管理委員会報告

平成 15 年 7 月 15 日、選挙管理委員会は日本臨床検査学会事務局にて会長選挙ならびに監事選挙の開票作業を行った。その結果を以下に報告する。

会長選挙結果

投票総数 348 票、有効投票総数 348 票、うち白票 1 票

1 位 森 三樹雄 229 票
 次点 佐守 友博 81 票

監事選挙結果

1 位 高木 康 50 票
 2 位 中原 一彦 30 票
 次点 (同票数 3 名)
 一山 智 25 票
 熊坂 一成 25 票
 佐守 友博 25 票

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

選挙管理委員長 玉井 誠一
 委員 土屋 達行、下 正宗、山田 俊幸、木村 聡

以 上

◆行事予定

平成 15 年度 第 3 回 全国・常任幹事会

以下の要領で開催されます。ご参加を御願ひ致します。
 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)

平成 15 年度 総会

以下の要領で開催されます。ご参加を御願ひ致します。
 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)

日本臨床検査専門医会総会終了後、本年度は講演会に変わりパネルディスカッションとして下記のように開催します。ご参集を御願ひいたします。

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)
 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)

今年度会費の振り込みがまだの先生は、至急お振り込みください。

会費の支払状況の確認は、日本臨床検査専門医会事務局まで、E-mail あるいは FAX で御願ひします。

会員動向

(2003 年 7 月 28 日 現在数 653 名 専門医 446 名)

《新入会員》なし

検査専門医会として取り組むべきこと

厚生労働省の「臨床検査技師・衛生検査技師の在り方に関する検討会」中間まとめが、6月に発表された。3月に出た中間まとめ案との大きな違いは『「医師の指導監督の下に」の文言も再考すべきだ』との付言がつけられたことで、これは日本臨床検査医学会 櫻林会長の努力の賜物と思われる。

しかし、日臨技の働きかけで衆議院法制局で議員立法のために作成された『臨床検査技師・衛生検査技師に関する法律昭和33年法律第76号』の改正案では、厚労省の中間まとめ案(3月)だけを参考にまとめ(6月)を無視するかたちで「臨床検査技師は医師の指示の下に検査を行うことを業とするもの」となっている。

従来の「医師の指導監督の下に検査を行う」は、法律の出来た当所の医学レベルと検査医学レベルの中で、検査を技師に行わせるのに医師が指導・助言・監督を密に行う必要があったために出来上がったものである。それから45年経過した現在までのあいだに、医学も長足の進歩をとげ、検査医学も独自の発展を見せ、臨床検査技師の教育カリキュラムも充実し、大学化、4年制化も進んできている。ここまでの道程に検査専門医の果たしてきた役割は大きく、特に医療の中で、臨床と検査室のパイプ役を正式に医師の仕事のひとつとして果たしてきたことは、表には出ていないがたいへん重要なことであった。

このパイプ役の必要性が認識されていないのは、我々のアピールが足りなかったことと、肝心の仕事仲間である臨床検査技師との緊密な連係(コミュニケーション)を図ってこなかったことによると思う。

臨床検査技師が検体検査を行う時、そこには患者検体があるだけで患者と直接接触することはない。そんな臨床検査技師が働く検査室(衛生検査所を含む)に対し、どのように検査をすることが最も臨床(医療)に有用であるかを解説できるのは、臨床医のみであり、その逆に検査室がどのように検査を実施しており、その検査データをどのように利用すべきかを臨床医に解説できるのも臨床医のみである。このようなパイプ役を臨床医の正式な仕事のひとつとしてこなしてきたのが、我々臨床検査医なのである。患者と接することの多くない検査室にこのように助言・指導を行ってくれる専門家の必要性が無視され、このような法律の改悪により「臨床医の指示の下に検査を行う」となることに、我々専門家の集団として断固反対の姿勢をとるべきである。こんなことになったのは「臨床検査技師・衛生検査技師の在り方に関する検討会」での話し合いの中で、たったひとつのボタンの掛け違いがあったからに他ならない。ボタンの掛け違いをした大きな理由には次のふたつがある。ひとつ目は、まず、本来我々と共闘していくべき立場の臨床検査技師の中で、特に我々のことを「うとうしい」「指導など不要である」と思っている方達が検討の場にいたことである。ふたつ目は「医師の指導監督の下に」とされた当時の法律の意味や、検査医学の発達の中でさらに重要となっている検査室に対する「医師の指導(助言)」の必要性について、よく理解していない医師の方達が検討の場にいたことである。そして、そのたったひとつのボタンの

掛け違いとは、議論の中で「医師は検査をオーダーする時に、臨床検査技師にオーダーする」と考えてしまったことである。だから、他のパラメディカルに行うように「医師の指示の下に」となってしまったのである。

検査医学は進歩し、検査データは診断の補助として行うものでなく、データが診断に直結し、治療効果判定や経過観察のための主手段として行われるようになってきている現状では、検査は臨床検査技師が中心となって管理されているものの、システム化された検査室や衛生検査所が責任をもって行っている業務である。「実際に医師が検査をオーダーする時、医師はこのシステム(検査室や検査所)に対して、オーダーしている」のであって、決して「臨床検査技師にオーダー」しているのではない。このシステムを管理していくのが、臨床検査技師の仕事であって、それには「医師の指導・助言」が必要なのである。

このように検査医学が発達し、検査の種類が多岐にわたる現在では、チーム医療の一環として「臨床検査技師」が直接、患者に対して検査のインホームドコンセントを行うことや、医師が患者の検査計画を立てる時「臨床検査技師の指導・助言」を受けることも増加してくることが考えられる。そのような場合にはさらに、我々臨床検査医の存在も重要となってくると思う。

その為にも誤った法改正ではなく、現状の科学の進歩に則した法律の改正を行うよう、国に協力するのも、本会の取り組むべき仕事のひとつと考えている。

(日本医学臨床検査研究所 佐守友博)

臨床検査医学のなかの基礎研究

検査医学は基礎医学と臨床医学が極めて上手に利用された実用学問です。その内容は学会の演題を見てもわかるように、疾患原因を明らかにするもの、疾患を診断するもの、そしてその検査の感度と特異性、検査を利用した疫学解析、さらに Good laboratory management と、とても多彩です。臨床検査医のあり方については、現在さまざまな議論がなされているのですが、私は、臨床病理学教室にお世話になった当初から、基礎医学に近い分野で仕事をしております。

疾患の本態を知るためには、正常な生命現象を理解することが第一に必要であると思います。これまで私は、癌細胞の性質診断につながる細胞増殖の制御機構について、癌抑制遺伝子産物であるサイクリンキナーゼインヒビター P21 の機能を中心に仕事を続けてきました。

現在、癌の診断には、形態診断に加え、種々の細胞増殖関連遺伝子産物の免疫染色、そして、P53 などの癌抑制遺伝子の変異検出による遺伝子診断が行われています。その中で、予後診断のひとつとして、薬剤に対する効果が P53 遺伝子の変異で判定されるようになってきました。また、診断と治療とに有効に利用されたものでは、CML の C-ABL 遺伝子の解析に基づく、分子標的治療があります。基礎分子生物学が臨床に有効に利用された例であると考えられます。

検査医学の分野で基礎医学の仕事をしている中、困るのは、科研費などの予算申請の際です。それは、“当該研究が進行したときに得られる医学上の利益”を記載する欄です。正直

に言って、基礎研究を行っている際に、明確な応用法を想定していません。しかし、目的無く、細胞の営みを眺めているのではありません。細胞の生理的な営みを明らかにすることが、より正確な癌細胞の増殖態度を知るために必要であると確信しています。どのように診断に利用していくのかは、現象がひとつ明らかになった毎でも良いのかな、と思います。

臨床に近い位置にいる臨床検査専門医が、その特長を生かして基礎分子生物学を診断学の分野に上手に導入するためにも、基礎に近い仕事をする検査医がいるのも悪くないのでは。

(昭和大学医学部臨床病理学教室 福地邦彦)

電子カルテはどこへ行くのか

私が現在所属している静岡県立静岡がんセンターは、昨年9月に開院し、電子カルテを用いて診療を行っている。その現状をお話しし、当院の電子カルテが抱える問題点を概観することで、今後各施設で進むであろうIT化の参考になれば幸いである。なお、ここに述べる内容は、私個人の発言であることを予めお断りしておく。

S県立中央病院で立ち上げられた電子カルテを手がけたF社と共に、数年間かけて当院の開院準備室職員がその基本骨格を構築し、開院6ヶ月前に準備のため参集した各部署の職員が細部について討論を重ね、何とか開院と共に電子カルテは動き出した。画像システムは非常に評判よく、各種カンファレンスに電子カルテは大変役立っており、ある一人の患者さんのカルテを開いて診療記録を記載したり個別の検討をしたりする場面ではさまざまな工夫がなされているが、大きな問題が2つある。

第一に、ある一人の方の診療録を記載する便宜は考慮されているが、多数の患者さんからあるグループを抽出して、ある観点に関してのページを一覧的に開くということができない(このような機能はカルテの範囲を逸脱していると言われてしまえばそれまでだが、電子化に期待していたユーザーとしての率直な感想としてお聞き願いたい)。換言すると、多くのデータのフィールドが横断的に定位置に位置付けられていないため、データベースとしてのデータ提示および吐き出し、効率的取り扱い方法がほとんどできないという状態である。もちろん、後利用サーバーへのデータ吐き出し機能はあるのだが、リアルタイムにデータベースの機能を発揮しての業務支援がしにくい。

第二に、医師が主に記載するメインのページとは別に、看護師用の看護診断、患者プロフィールなどのページが設けられているなど、患者さんのことを直接知らない検査医、病理医、薬剤師、栄養士などが参照した場合に、重要な情報がどこに書いてあるのか分かりづらい。入力する人の便宜に比べ参照者の便宜が十分考慮されていないと言える。

この二つの問題がなぜ起こったかについては、次の2つの事柄が原因のように思う。

ひとつは、職種間の壁を合理的に乗り越える方法論(開発段階での方略など人間の要素を含めて)を、電子カルテが未だ内包していないという電子カルテの方法論としての未熟性がある。職種間の壁を取り去るはずであった電子カルテに、結果的に壁が残ってしまった。これを乗り越えるには、電子

カルテの方法論的な知恵の蓄積と、医療職間の真摯で合理的な、互いに相手を理解しようとする努力ないしは各職種の役割の再整理及びこの作業を進めるリーダーシップが、同時に存続しなければならないであろう。あるいは、これほど複雑なシステムを各メーカー独自で開発しようとしている状況も、再検討されなければならないのかも知れない。

もう一つの問題点は、診療データのデータベース的利用をしながら診療支援、経営支援に役立てる場合、それらのデータをどこまで個人情報として保護すべきかという問題に対して、我が国の医療界(医学界)は実際の現場において明確な方針を持ち得ていないことであろう。現在及び将来の受診者となる市民の方々に広く役立つデータシステムとして、データベースの分析手法を縦横無尽に使いその結実を受診者が享受するようにした方が、医療費を負担している市民の利益になると考えるか。あるいは逆に、各患者さんのデータを、データベースの一つのデータとして利用しても良いかどうかを診療目的(臨床検査の精度管理目的などもそれに含まれる)利用についてさえも同意を得る必要があると考え、同意を得られなかった方のデータをデータベースとして利用しないようにデータを修飾する作業が必要なのか。もちろん臨床検査医学会の基本方針は前者に近いと考えるが、これらの態度を決定する主体はあくまで各医療機関であろうから、スタンダードとなる理論構築も含めて具体的な問題解決はこれからであろうと思われる。

最後に、電子カルテそのものの概念の問題に触れたい。完全なペーパーレス化は、署名された各種紙同意書がある限り不可能であることが分かった。今後の課題は、共有すべきデータと共有しなくてもいいデータの再編成と入力フィールドの設定、各オーダに対する結果確認の手段の確立(結果未確認の回避などリスクマネジメントへの貢献)、入力の労力軽減と反応待ち時間の短縮、リアルタイムの診療支援、経営支援機能の開発、投資と効果の適正化など、解決されるべき問題は多岐に亘る。いきおい、期待される機能をどこまで実現できるかの実現可能性に、電子カルテの概念そのものがむしろ左右される状況になりつつあり、まさにこれからが電子カルテの正念場であろう。

(電子カルテの概念については、

<http://jami.umin.ac.jp/publication/denshikarute.pdf> 参照)

(静岡県立静岡がんセンター病理診断科 伊藤以知郎)

【会員の声】

地方独立行政法人化を前にした検査科の生き残り策

平成16年度より国立病院や国立大学病院が独立行政法人化しますが、自治体立病院にもその流れが押し寄せてきています。先般、国会で「地方独立行政法人法」が成立しました。私の勤務する大阪府立成人病センターの経営母体は大阪府です。そして、大阪府はご承知のごとく大変厳しい財政状況にあります。このような状況下で、当院は早ければ平成17年度に地方独立行政法人に移行する公算が高くなってきました。

実は「地方独立行政法人法」が成立するかなり以前より、なかば既定事実のごとく、地方独立行政法人化することを前提として、院内の議論が進んできました。すなわち、どのよ

うな場面においても経営改善ということが強く意識されるようになってきました。

私の所属する臨床検査科も厳しく経営改善を求められています。元々大阪府立成人病センターは研究所から発展した経緯もあり、大変検査技師の数が多いのです。おそらく病床数あたりの検査技師数は全国トップクラスでしょう。そこで需要の多い生理検査部門に技師をシフトしたり、高度医療を支える前提としての遺伝子検査に技師を割くようにして適正配置に対応してきました。

先般事務部門より技師長に対し、技師の適正人数とその根拠を示せとの文書が回りました。こうした状況下で、さらに検査技師の有効利用をはかるべく外来採血業務を開始しました。現在看護師3名、検査技師2名の体制ですが、近い将来すべて検査技師で対応予定です。さらに病棟採血への進出も視野に入れています。このためには勤務時間をずらし「早出」を作る必要がありますが、こうした変革はむしろ地方独立行政法人化したほうがやりやすいでしょう。「早出」が出来れば、病棟検体分は外来が始まる9時前に処理可能となり、結果として検査報告の迅速化や機器負担の均一化も図れるようになります一挙両得です。

当院では平成14年1月より外来化学療法を開始しています。この患者数は増加の一途をたどっており増収に貢献しているのですが、現在では1日60名程度となり外来看護師は多忙をきわめています。採血業務を検査技師が行うことにより、採血担当看護師を外来化学療法へ回すことが可能となり、人的資源の有効利用が計れます。

検査の外注化に関しては、以前から大阪府本庁サイドから拡大を求められてきていました。地方行政独立法人化が現実のものとなった今、検査の全外注化まで検討課題にあがってきました。その目的とするところはもちろん経費削減であります。ところが、計算をしてみますと意外というべきか、院内で施行するほうが断然安いことが判明したのです。

すなわち、血算や生化学検査を院内ですると全外注するより年間9700万円の増収となることが判明しました。この中には検体管理加算約4100万円が含まれますが、これを除外してもなお約5600万円の増収です。当院は「がん循環器の専門病院」としての性格があり、24時間体制の緊急検査は避けて通れません。この点を考慮にいれると増収効果はさらに高いものとなりましょう。また今回の試算の過程で「まるめ」項目で相当量収益を逃していることも判明し、増収の余地はさらにありそうです。

「臨床検査部」のおかれている立場は非常に厳しいものがありますが、現場での需要を考慮した様々な工夫により、生き残りが可能ではないかと考えています。

(大阪府立成人病センター臨床検査科 松永 隆)

【レジデント研修日記-No. 6】

輸血のローテーションはCPローテーションの中では最も忙しく、そして臨床に密接に結びつきのあるものです。移植患者を含めて重症患者の多いUPMC(University of Pittsburgh Medical Center)において年間40,000 unitsの赤血球輸血、そして年間40,000 unitsの血小板輸血がなされており、非常

に忙しい部門です。

レジデントはその2ヶ月に渡るローテーションの中で、血液製剤およびその選択、輸血反応およびその検査、各種血液交換とその適応、凝固検査、凝固異常などについて叩き込まれることとなります。

輸血部レジデントの朝はまず前日からの輸血反応について調べ、指導医との回診に備えます。そして回診では実際に病棟に足を運び、輸血のコンサルタントとして機能します。病棟などに電話をし、輸血反応に関する情報を集めるのもレジデントの仕事です。また病棟などからの質問についてもレジデントがまず対応することとなります。また指導医から輸血全般に渡ってほぼ毎日講義もあり、輸血全般について学ぶことができます。血液交換についてはここUPMCではレジデントが直接オーダーを書いたりはしませんが(そういうプログラムもあります)、ローテーションの中で血液交換ナースの下で数日間学びます。またピッツバーグ近郊の血液製剤、輸血などを一手に引き受けるInstitute for Transfusion Medicine <http://www.itxm.org/default.htm>にて献血から血液製剤に至るまでのプロセスも細かく学ぶこととなります。

Rh negativeの人が人口の15%を占めること、更にここUPMCでは臓器移植後の患者が非常に多いことなどから高力価の不規則抗体を複数もつ患者が非常に多いのが特徴でしょうか。またRh negative妊婦の場合、新生児溶血も大きな問題であり、Rho(D) Igの投与適応とそのスケジュールについても学びます。

またLupus anticoagulant(LAC)を中心に凝固異常についての検査と診断についても毎日血液内科の凝固専門医とsign outしていきます。Sign outとは指導医がレジデント、フェローを教えつつ検査の最終レポートを作成していくことですが、病理レジデント教育の(特にAPサイドでは)中心的なものです。Sign outの中でレジデント、フェローは日々指導医の質問攻めにされ、基礎から叩き込まれていきます。

輸血部のローテーションは確かに非常に忙しい部門ですが、それだけに学ぶことも多く、多くのレジデントが高く評価しています。Private practiceに行くAPCP residentはAP業務を日々こなす中、輸血についても扱うこととなります。

(群馬大学医学部臨床検査医学 玉真健一)

【編集後記】

今年は過去2番目の大変遅い梅雨明けとなり、遅い夏の始まりとなりました。真夏の日差しが数日間は続きましたが、一転して雨の日が続く夏とは思えない寒い日も訪れました。10年ぶりの冷夏との報道でありましたが、冷夏の質としては、今回は重症である気がします。世界各地でも異常気象が起きており、特に欧州では観測史上最高となる猛暑による被害も始めているようです。さらに、アメリカ・カナダの東部では「ブラックアウト(大停電)2003」が発生し、大都会は深く深い闇に包まれました。

予期せぬ出来事は、常に突然起こりますが、最大限リスクが回避できるように、対応策を準備しておく必要があります。すなわち、リスクマネジメントである。時勢としては、あらゆる面でリスクマネジメントの重要性が認識されてきて

いると考えられます。

その意味からは、リスクマネージメントの意識が高い部門が生き残ってゆけるのでありましょう。検査部門としては、リスクマネージメントの認識を高めてゆく努力がさらに必要でありましょう。

また、厚生労働省は今年、平成 14 年度医療費の動向を概算で公表した。昨年 4 月の診療報酬マイナス改定を反映した年度集計では、医療費総額は 30 兆 2000 億円で、前年度比 0.7%減となった。私事であるが、今年の 6 月より国保の審査

委員として、働くことになった。今月で 3 ヶ月目であるが、率直な感想としては、とてもハードな仕事である。国民医療費の適正運用に貢献しなければならない仕事であるが、保険診療上のルールアウトは査定せざるを得ない。しかしながら、個人的には検査、治療、事務的な解釈などを含め大変良い勉強になっている。今後は、保険診療に強い検査専門医も必要であると実感している。新たに国保の話題なども編集後記に盛り込んでいきたいと考えている。

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)