

行事予定 (2004年)

- 3月12日(金) 第2回常任幹事会
- 3月20日(土) 第54回教育セミナー
(大阪医科大学)「輸血・骨髄検査・免疫電気泳動」
- 4月9日(金) 第14回春季大会(ピュアリティまきび「孔雀」)および第2回全国幹事会・第22回検査専門医会総会
- 4月18日(日) 第55回教育セミナー
(東京医科大学)「輸血・骨髄検査・免疫電気泳動」
- 5月16日(日) 第56回教育セミナー
(昭和大学)「精度管理・検査室 management」
- 5月23日(日) 第1回 GLM 教育セミナー
(全社連研修センター)
- 6月4日(金) 第3回常任幹事会
- 6月6日(日) 第57回教育セミナー
(順天堂大学)「生化学・一般検査・微生物検査」
- 7月16日(金) 第22回検査専門医会振興会セミナー(ガーデンパレス)
- 9月2日(木) 第4回常任幹事会・第3回全国幹事会・第23回専門医会総会
- 12月3日(金) 第5回常任幹事会

巻頭言

日本臨床検査専門医会
会長 森 三樹雄

本年1月より河野 均也前会長の後任として、臨床検査専門医の資質および地位の向上、臨床検査専門医に関する諸問題を解決すべく努力してまいりたいと思います。ぜひご支援、ご協力お願い申し上げます。

本年の活動日程や内容は JACLaP News、JACLaP WIRE、Lab CP、ウェブサイトに掲載してありますのでご覧になり、積極的に参加されることを希望します。本年度の活動内容の詳細については各委員会の委員長から皆様にお知らせすることになります。本年も数回、各大学の教室のご協力により教育セミナーを実施しますが、臨床検査専門医の人数を増やすため、教室の未受験の先生方に受験されるよう依頼していただきたいと思っております。この他、臨床検査専門医の一般社会へ向けての PR 活動も積極的に行っていくべきと考えております。

第14回春季大会・総会が4月9日(金)～10日(土)に岡山大の小出 典男大会長のお世話で岡山の「ピュアリティまきび」で開催されます。ぜひ会員の参加をお願いします。

また、本年は初めての試みとして第1回 GLM 教育セミナー「検査部のマネジメント改革—理論と実際の取組み—」を5月23日(日)に開催し、日常の臨床検査部における管理・運営面でのノウハウを身につけるための研修会にしたいと思います。

この他、平成16年4月からの国立大学法人化、DPCの今後の展開、日本医療評価機構による病院認定、衛生検査所や病院検査部の ISO15189 による認定など、臨床検査専門医が中心となって対応すべきことなどが多数あります。

平成16年度の診療報酬改定が発表になりましたが、一般病院では検査点数の約10%引き下げと生化学1と外来再診の包括化による減収、それに対応する形で、検体検査管理加算IおよびIIがそれぞれ40点と300点に引き上げと判断料も2.9～6.3%引き上げられました。いずれにしても、臨床検査部での減収は避けられません。このような厳しい状況を打開するための方策を会員の皆様と共に考えたいと思っております。DPCについては病理診断、病理学的検査診断が出来高評価に変更された以外は、変化はないようです。DPCは今後、特定機能病院の他に一定の基準を満たした病院が試行対象に追加されるようです。

【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局だより
- p.3 春季大会のお知らせ、会員動向、医療職は聖職か？
- p.4 Your cancer risk, 会員の声
- p.6 レジデント研修日記—No. 9、編集後記



にほんざる

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

会長： 森三樹雄
 副会長： 吉田 浩 神辺眞之
 常任幹事：
 庶務・会計 土屋達行
 情報・出版委員長 石 和久
 教育研修委員長 玉井誠一
 資格審査・会則改定委員長
 橋詰直孝
 渉外委員長 池田 斎
 未来ビジョン検討委員長

幹事： 伊藤喜久 荏原順一
 木村 聡 山田俊幸
 満田年宏 前川真人
 尾鼻康朗 清島 満
 猪川嗣朗 石田 博
 上平 憲 渡辺伸一郎
 諏訪部章 村上正巳
 北村 聖 尾崎由基男
 一山 智 岡部英俊
 小野順子 渡辺清明
 監事： 高木 康 中原一彦
 JCCLS 評議員： 池田 斎

情報・出版委員会

委員長 石 和久
 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
 森三樹雄

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

平成 16 年度第一回常任・全国幹事会議事録

開催日時：平成 16 年 1 月 9 日、午後 3 時～5 時

開催場所：日本臨床検査医学会事務局

出席幹事：森 三樹雄会長、吉田 浩副会長、神辺眞之副会長、石 和久常任幹事、玉井誠一常任幹事、橋詰直孝常任幹事、池田 斉常任幹事、ゞ谷直人常任幹事、伊藤喜久幹事、荏原順一幹事、木村 聡幹事、山田俊幸幹事、満田年宏幹事、諏訪部章幹事、村上正巳幹事、北村 聖幹事、尾崎由基男幹事、小野順子幹事、土屋達行常任幹事

出席監事：中原一彦監事、高木 康監事

森三樹雄会長の挨拶に続き、議事録署名人、石 和久常任幹事、橋詰直孝常任幹事を指名し報告事項、審議事項にはいった。

【報告事項】

(1) 平成 15 年度会計報告・資料 1(土屋庶務・会計幹事)

資料の通り、昨年度は 1500 万円程度の繰り越しを行うことができたが、今年度の春季大会補助金をまねもって春季大会会長の小出典男教授にお渡しした。

(2) 各種委員会報告(資料 2：委員会委員名簿)

1) 情報・出版委員会(石 和久委員長)

1. LabCP 21 巻 2 号を 2003 年 10 月 30 日に発行した。2004 年は、LabCP 22 巻 1 号を 5 月末、LabCP 22 巻 2 号を 10 月末に発刊を予定している。

2. JACLAP NEWS は 2003 年には、No. 69～74 と、6 回発刊された。引き続き 2004 年には、No. 75～80 まで発行する予定。

3. JACLAP WIRE は 2003 年には、No. 55～62 と、8 回発刊した。引き続き 2004 年には、No. 63 以降が発行される予定。

4. 日本衛生検査所協会の「ラボ」に連載している「検査結果でわかること」を発刊する予定。

5. 要覧 2004 年版を事務局が中心となり、本年初めに発刊する予定です。

2) 教育・研修委員会(玉井誠一委員長)

GLM WS が GLM 教育セミナーとして開催可能になる予定である。12 回の GLMWS とするか第一回 GLM 教育セミナーにするかを検討している。資料 4 に示すように教育セミナーの開催を予定している。森会長より、自治医大で行っていた GLM WS が宿泊できなくなったので別に資料のように計画した旨が報告があった。

3) 資格審査・会則改定委員会(橋詰直孝委員長)

渡辺清明先生から引き継いで検討を行うと報告があった。

4) 渉外委員会；資料 3(池田 斉委員長)

1. 今年度渉外委員会委員名簿

委員長：池田 斉

委員：村井哲夫、土屋達行、太田順一郎(ダイナボット)、中山高志(ダイアヤトロン)、山崎敏治(ロシユダイアグノスティックス)、山中光明(和光純薬)

2. 本年度の活動予定について

平成 16 年度第 22 回日本臨床検査専門医会振興会セミナーを以下のように開催する予定。

会場：東京ガーデンパレス

日時：平成 16 年 7 月 16 日、午後 2 時～午後 5 時

演題：未定

5) 未来ビジョン委員会(ゞ谷直人委員長)

高木康委員長より引き継いで活動を行うことにする。継続項目は 2 項目のみで、今後は会員から検討議題を募集する予定である。

6) 第 14 回検査専門医会春季大会(資料 4)

総会を設置した理由は会計決算の承認を行うためにした。その他、演題名の紹介が森会長からあった。

【審議事項】

(1) 平成 15 年度年間行事予定(資料 5)

森会長から年間予定の説明その他、が行われた。

来年度の大阪の教育セミナーは近畿大学の古田先生が担当されることになっている。

教育セミナーの参加は入会手続きを行ってからにさせていただくことが幹事会で承認された。

(2) 第 15 回日本臨床検査専門医会春季大会

大会長 高橋 伯夫 教授 よりの提案について(資料 6)

(3) 関西医科大学 高橋伯夫教授よりの提言について(資料 6)

提言を幹事に配布し、検討を行った。

森会長より常任幹事は実働部隊であり、関東地方から選定した。幹事は全国もれなく選定を行った旨説明があり、討議が行われた。討議の結果、今回の執行部に関しては現行の通りとし、今後の日本臨床検査専門医会の運営方針、専門医の生涯教育をふまえて全会員にアンケートを実施することになった。アンケートの作製は会長、両副会長が行い、幹事に配布し追加訂正後会員に配布することとした。春季大会の会長は幹事でなくても問題はないと承認された。平成 17 年度の第 16 回春季大会は既定通り関西医大の高橋伯夫教授に大会長をお願いし、充実した内容にさせていただくことが承認された。

(4) 科学技術振興機構から複写サービス了解についての依頼について

Lab CP に関して複写サービスは了解し、複写料金は請求することが承認された。

(5) 有効会員の申請について

牧山中央病院 小林利次先生から申請があり、有効会員とすることが承認された。

有効会員、名誉会員は会費免除をすることが検討され、有効会員は会費の免除はないことと名誉会員は会費免除とすることが承認された。会則の不備を改訂する。会則改定委員会で検討後、返事をする事とする。

(6) その他

副会長の任期は会長に準じて 2 年とすることが承認された。監事の任期は 2 年とすることが承認された。

(7) 第 16 回春季大会の担当について

継続性がはっきりしないのでご返事が難しいと中原一彦幹事より報告があった。

第 14 回日本臨床検査専門医会春季大会・総会についてのお知らせ

場所：ピュアリティまきび「孔雀」
日時：平成 16 年 4 月 9 日 金曜日 17:00～20:00
4 月 10 日 土曜日 9:00～17:20

平成 16 年 4 月 9 日(金)

- 1) 特別講演 17:00～18:00 (60分)
司会：小出典男
演者：岡山大学第二外科 伊達至洋 先生
演題：「移植医療と臨床検査－肺移植の現状」
2) 懇親会 18:00～20:00
場所：ピュアリティまきび「千鳥 A」

平成 16 年 4 月 10 日(土)

- 3) シンポジウム 1 9:00～11:30 (150分)
司会：渡辺清明、高木 康
テーマ：包括医療と臨床検査
1. DPC における臨床検査の実態 高木 康(昭和大学)
2. 包括医療での臨床検査医のあり方 福武勝幸(東京医科大学)
3. DPC における病理医のあり方 水口國雄(帝京大学)
4. 包括医療に対応した臨床検査ガイドライン 川合陽子(慶応義塾大学)
5. 包括医療の保険制度への対応(特に臨床検査関連項目) 森三樹雄(獨協医科大学)
- 4-1) 全国幹事会 場所：「ガーネット」 11:45～12:45 (60分)
4-2) ランチョンセミナー 場所：「孔雀」(テーマ未定) 11:45～12:45 (60分)
5) 総会 場所：「孔雀」 12:50～13:10 (20分)
6) フォーラム 13:15～14:35 (80分)
司会：森三樹雄、吉田 浩
テーマ：新規収載検査項目(知っておくべき検査)
1. 「抗酸菌検査」 岡田 淳(関東通信病院)
抗酸菌抗体価精密測定
結核菌群リファンピシリン耐性遺伝子同定検査
2. 「肝炎の検査」 真治紀之(岡山大学)
HCV コア蛋白質測定
血清中の HBV プレコア変異およびコアプロモーター変異遺伝子同定検査
3. 「血清中抗デスモグレイン 1 抗体、血清中抗デスモグレイン 3 抗体」 大島久二(藤田保健衛生大学)
岡部英俊(滋賀医科大学)
4. 「HER-2 の検査」
HER-2 遺伝子 (FISH 利用)
HER2 タンパク
- 7) シンポジウム 2 14:45～17:15 (150分)
司会：中原一彦、神辺眞之
テーマ：病院マネジメント改革と医学教育
1. 卒前の臨床検査医学教育の在り方 北島 勲(富山医科薬科大学)
2. 卒後教育と臨床検査医学のかかわり方 北村 聖(東京大学医学教育国際セ)
3. 卒後研修と臨床検査医学のかかわり方 下 正宗(東葛病院)
4. 検査部はどこまで臨床にかかわるか 富永真琴(山形大学)
5. 検査部と総合診療内科との関係 越智浩二(岡山大学)

会員動向

(2004 年 2 月 3 日 現在数 655 名 専門医 465 名)

《新入会員》

岡嶋 研二 熊本大学大学院病態情報解析学
近藤 成美 順天堂大学臨床病理
五十嵐俊彦 新潟県厚生連病理センター
山崎 滋孝 順天堂大学浦安病院検査科
木下 喜光 大阪市立大学血液病態診断

《新入振興会会員》

ニプロ株式会社
わかもと製薬株式会社
株式会社ニチレイ
旭化成ファーマ株式会社
ファルマシア有限会社

《所属・職名変更》

中野 洋 旧：三重大学医学部付属病院病理部
新：済生会松阪総合病院 検査科
小林 利次 旧：牧山中央病院在宅医療部内科
新：牧山中央病院内科・臨床検査部 部長

鎌田 満 旧：労働福祉事業団青森労災病院
新：岩手県立磐井病院 病理科

加藤 元一 旧：京都第二赤十字病院中央検査部
新：済生会京都府病院臨床検査科 部長

《物故会員》

星野 敦 高萩協同病院 2004 年 1 月 9 日ご逝去

《退会会員》

水無瀬 昂 NTT 東日本札幌病院臨床検査科
覚道 健一 和歌山県立医大第二病理学教室
田島 裕 佐賀医科大学検査部

医療職は聖職か？

いよいよ 4 月から国立大学病院の独立行政法人化がスタートすることになるが、未だその実態がよく見えてこない。特に労務に関することがはっきりしない。当直はなくなるというが、具体的にどのように対処すればよいのか。私の勤務する大学病院ではすでに時間外の検体検査については交代制勤務で対応しており、輸血の時間外は当直で対応している。交

代制勤務は変則 2 交代で行っているために昼間の時間帯は朝に勤務を終えて帰る人と、夕方出勤して来る人の合わせて 2 名がマイナス勘定となり、かなりきつい。それに加えて輸血も交代制勤務となるとさらにマイナス 2。これに突発的な事件、風邪などによるダウン、夏季休暇などが加わるとなると、考えただけでもゾツとしてしまう。

当病院は来年 6 月に新築移転をひかえており、その準備にも大わらわである。そこでは新たに中央採血システムが採用されるため、1 ラインは検査技師が担当することになっている。また、一般検査(尿)も機器の購入とともに新たに導入することにした。そうすると、ますます人員不足となってしまう。このご時勢、増員してくれなどという、何を酔狂なことを・・・と、冷たい目であしらわれるのがオチ。ならばどうするか。ここは大鈍を振るうしかない。検査項目を徹底的に見直して、特に用手法を必要とする検査項目は原則として外注することとした。大学病院でありながら、この項目も外へ出すのか・・・やはり侃々諤々の議論があった。しかし当面はできるだけスリム化し、その後で、もし余裕が出ればその時点で改めて取り入れれば良いというように割り切って考えるようにした。その代わり血中薬剤濃度の測定を薬剤部より移譲してもらうなど、業務内容についての見直しも同時に行い、診察前検査と緊急検査に重点を置くことにした。最初から重装備で山を登ることはない。しかも前述したように、その山の高さが現状ではわからない。欲張ったためにスタート直後からへばってしまえば元も子も無い。

昨年 3 月に発表された悪名高き(?)「マネジメント改革」を例にとるまでもなく、最近では「経営の効率化」がキーワードとなっており、採算ベースに合わないものは切り捨てるを得ない。検査部でもこれまでの運営に関しては確かに反省する部分は少なからずあったし、それはそれでもちろん改めなければならないが、「経営の効率化」が「医療の合理化」につながらないように気をつけなければならない。すなわち経費のスリム化は大変結構であるが、「医療のスリム化」は避けなければならない。

さて、独法化に話を戻すと、我々には労働基準法が適用されることになる。これは「労働者が人たるに値する生活を営めることを目的とした必要な労働条件の最低基準を定めた法律」である。しかし以前問題になった研修医の過労死のような極端な例は論外であるが、ややもすると与えられた以上のことはやらなくてもいい、さらにはやるべきではないというマイナス思考に陥る可能性がある。医療の現場ではなかなかすっきり時間で区切れないところがあり、またそれによって医療が成り立っている現実もあるわけで、それをすべて削ぎ落としてしまうことにはならないだろうか。ずっと以前、教師は聖職者か労働者かという議論があったが、結局教師も労働者ということでケリがついたように記憶している。しかし昨今の教師あるいは教育現場を見るにつけ、その墮落と崩壊はこの辺りから始まったような気がしてならないのだが・・・。医療職が聖職であるかどうかの論議は別にして、これからの医療が患者さんにとって本当に良くなっていくのかどうか、大変気になるところである。

(岐阜大学医学部臨床検査医学 清島 満)

Your cancer risk

平成 15 年 5 月 1 日健康増進法が施行され、病院機能評価でも院内での喫煙は例外なく禁止すべきものとなった。環境喫煙が小児の下気道感染症・喘息・中耳炎、虚血性心疾患、鼻腔・肺の癌などを有意に増加させることが示されており(米国 NCI, 2000)、他人に迷惑をかけることは許されないというわけである。しかし、よく考えてみると、喫煙したい人

はそのままで良いのだろうか? 煙草からは 60 数種類の発癌物質が見つまっている。本人の自由ということでさんざん煙草を吸って、挙句に喉頭癌や肺癌になったとする。そして大手術を受けると、多額の医療費がかかる。我国の健康保険制度では、こういう人達でもほんの一部しか負担しなくて良いことになっている。一方、食事、運動、検診と、健康のために時間もお金もかけてきた人達も、まったく平等に保険料を支払っている。おかしな話である。

さて、余計なことを言ってしまううちに本題に入りた。社会全体の病気による負担の大きさで見ると、すべての疾患の中で癌が飛び抜けて大きなインパクトを持っており、がん予防の重要性は論を待たない。具体的予防法として、疫学的根拠に基いた「がん予防〇か条」というのがあるが、一般の人々を相手にこれを唱えるだけでは実効に乏しい。子供の勉強と同じと言っては失礼だが、自覚が芽生えなければ受け入れられるものではない。米国では、その自覚を促す方法の 1 つとして Your cancer risk というホームページがある。Harvard center for cancer prevention が作成しており、非常に簡単に自分の癌種別のリスクを知ることができる。最初に癌の種類を選択し、順に質問に答えていくと、最後に自分のリスクがどの程度平均から離れているのかが図示され、必要な予防策も示される。それに従った場合、どの程度リスクが下がるかも図示されている。これは米国の疫学データに基づいたものであって、残念ながら日本人にはそのまま当てはまらない。しかし、やってみると自分の客観的な位置がわかるので、自覚を促すための一助となることは間違いないと思われる。

どのようにしてリスクを評価しているかという、例えば大腸癌なら家族歴、身長、飲酒、炎症性腸疾患、赤肉、運動、野菜、アスピリン、ビタミン剤、検診などがリスクファクターになる。これらのファクター 1 つ 1 つについて、相対危険度の値によって 0、5、10、25、50 のリスクポイントを与える。リスクポイントの総和を国民の平均値で割って、平均的リスクを中心に低い方と高い方へ 3 段階ずつ計 7 段階に分け、平均からのズレを示す(<0、very much below average risk; <0.5、much below average risk; 0.5<0.9、below average risk; 0.9<1.1、average risk; 1.1<2.0、above average risk; 2.0<5.0、much above average risk; >5.0、very much above average risk)。ある 50 歳の女性が 1 つだけ大腸癌のリスクファクターを有しており、そのリスクポイントが 10 だったとする。同年齢女性の米国での平均リスクポイントは 16 であるから $10/16=0.6$ となり、below average risk に入る。

遺伝子多型で示される疾患感受性遺伝子もこのようなリスクファクターと同様なデータが揃ってくれば、少なくとも予防策があるものについては同様な形でリスク評価に使うことが可能になる。倫理的問題という遺伝子ばかりが論じられるが、疫学的リスクファクターといっても生活習慣は個人情報である。遺伝子情報も含めて、病気の予防のためにこのような情報をどう使うかは、あくまで個人の自主的判断に委ねられるべきものであろう。

(山口大学医学部臨床検査医学 日野田裕治)

【会員の声】

在宅医療の現場から

臨床検査医の先生方。ご無沙汰しております。早いもので、在宅医療の専門のクリニックであるナカノ在宅医療クリニックを開設して、4 年経過しました。患者数 0 人からのスタートでしたが、その後患者数は順調に伸び、現在 80 名の在宅患者様をフォローさせていただいております。この間、200 名を越す在宅患者様を担当し、50 名近い患者様をご自宅で見

取りました(在宅ホスピスケアの実践)。昨年の10月には医療法人ナカノ会をスタートさせ、現在常勤7名、非常勤2名で、ただ今訪問看護ステーションの設立準備中です。

開業前の5年間は、鹿児島大学検査部で、検査部内コンピュータネットワークのシステム化の仕事をしておりました。突然の開業で、丸山教授と喧嘩でもしたのかと心配していただいたこともありましたが、ご心配なく。丸山先生には、開業後も、大変お世話になり、非常に感謝しております。この場をかりて、深くお礼を申し上げます。

臨床検査の世界から在宅医療の現場への“華麗なる?”転進は周囲をびっくりさせたようですが、私にとってはネットワーク作りの仕事の間を、検査部から地域に移行させたに過ぎません。在宅医療は、クリニック、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、病院、介護施設などが連携するチーム医療です。というわけで、地域の連携にITを利用するというのは、開業当初からの私の開設理念です。

現在までに、クリニック内のIT化は、ほぼ完了しました。クリニック内には、ダイナミクス+RS-Baseという電子カルテシステムを導入し、医師(2名)、看護師(5名)、事務(2名)の全員が利用し、カルテ(診療録)、訪問看護記録、レセプト、会計、処方、検査結果、画像などは一元管理でき、クリニック内の完全ペーパーレス化が実現しております。また、院内スタッフ全員が電子メールを使い、院内メーリングリストで業務連絡しているので、毎朝のスタッフミーティング時には、スタッフ全員が昨日の患者様の情報を共有している環境が構築できています。また、診察料は毎月まとめて銀行引き去り。支払いは、ネットバンキングの環境です。

ただ今、外の施設との連携のためのIT活用に向けて、鋭意努力中です。先年10月は、広島臨床検査医学会に市民フォーラムと呼ばれ、在宅医療について30分基調講演を行いました。神辺先生、猪川先生、ありがとうございました。

(ナカノ在宅医療クリニック 中野一司)

臨床検査専門医になって3年後の現状

当科は病院管理者の理解があって、これまで2人の常勤病理医の体制で運営してきました。ところが、2003年4月からは病理医が派遣されず、1人病理医体制を余儀なくされています。私は2000年に臨床検査専門医試験に合格させていただきましたし、元上司も翌年に合格しました。私たちが、この年?になって検査医資格をとろうと思ったのは折角2人の病理医がいるので、検査のことを勉強して専門医資格をとり、検体検査加算IIを請求して病院の収入増になるようにと考えたからです。ところが、3年経った今でも検体検査加算IIはとれていませんし、病理医も1人になってしまい、残念ながら当初の目標は達成できない状況です。この問題の背景には検査部に関して内科医の強い縄張り意識があると推定されます。現在は、検査部にほぼ常勤状態であればどのような医師であっても、検体検査加算IIが請求できるようですが、やはり臨床検査専門医の資格をもつ医師という歯止めがないと、専門医をとった意味がないのではないかと考えられます。

さて、1人病理医になって、業務の効率化について考えることが多くなりました。今までどおりのペースでは、とても業務がこなせないからです。生検検体のなかで最も多い内視鏡生検検体は、いままで番号を書いたろ紙につけて、ホルマリン入りフィルム容器に入れて提出してもらっていました。病理医が切り出し時に検体を包埋用カセットに入れていく作業は、検体の取り違えのないように細心の注意が必要で意外と時間がかかっていました。この作業の簡略化のため、検体は内視鏡室で採取後すぐに包埋用カセットに入れ、カセット横面に氏名と材数を書いてホルマリン入り容器に入れて提出

してもらうことにしました。カセットの色が白なので、使用済のヘマトキシリン液に入れて検体を染色し、わかりやすくしました。パラフィン包埋後も組織が青いので、パラフィン切片の薄切も容易になりました。さらに回転式マイクロームを導入して、連続切片を5-6片1枚のスライドガラスに載せて染色してもらい、深切のオーダーを減らしました。月100件程度あるH.pylori(HP)の有無の検索も、連続切片を免疫染色することで、HP判定精度の上昇と、免疫染色加算をとることによる増収を図りました。胃生検に続いて、膀胱生検、前立腺生検、喉頭生検なども、直接カセットに入れて提出してもらっています。

本院は国家公務員共済組合連合会系列に属していますが、昨年、本部から医師の能力給の提案をうけました。系列病院のそれぞれの科で収入の偏差値を出し、その偏差値からの差でボーナスの額を決めるような内容です。しかし、業務が臨床医からのオーダーで成り立っている病理医、放射線科医、麻酔医は能力の測りようがないと言われました。本当にそうでしょうか? 来年度からは卒後臨床研修が必修化されます。現在の臨床医・主治医至上主義をやめて、病理医、放射線科医、検査専門医などの能力が十分に発揮でき、患者さんの治療や研修医の教育のために生かせるような、チーム医療の現場にしないといけないのではないかと思います。

(呉共済病院臨床病理科 佐々木 なおみ)

I&A (Inspection & Accreditation) : 点検・視察と改善・認定

最近における病院機能評価の急激な需要の高まり、国際規格のISOの導入など、第3者機関による施設の評価、認定は「当然しなければならないこと」という地位を獲得してきている。このタイトルであるI&Aは病院の輸血関連部門において、輸血の専門家が視察点検(以前は査察と言っていたが、役人の威圧的雰囲気は深い嫌われるので、実際に則している語句に変更)し、基準に合致していれば認定証を授与するという輸血学会のプログラムである。I&Aの活動は、1995年から慈恵医大輸血部の星教授を中心に日本輸血学会関東甲信越支部の中で取り組み出し、現在では全国8支部にI&A委員会を設置し、その活動の進展具合にはばらつきがあるものの、本年から日本輸血学会I&A委員会が独立した委員会として発足した。チェックリストと呼ばれているInspection Report Form(IRF)の第1版とそのチェックリストの設問に対し、重要事項とその考え方、何を要求されているのかを解説しているARM(Accreditation Requirement Manual)第1版が発表された。またその設問内容の基本となるものは「I&Aのための輸血療法基準」である。これらをもって米国におけるAABB(米国血液銀行協会)の実施しているI&Aに追随した形式が出来上がった(米国では1956年にプログラムを決定)。ただし米国ではFDAの実施しているインスペクションとの関係もあり、現在では輸血医療のさらなる発展、高度な安全性、有効性などのためI&AからQuality Programに受け継がれて開始され、教育プログラムの要素がさらに色濃くなっている。

さて、このI&Aであるが、目的は病院内の輸血部門と輸血療法委員会が日々の輸血医療の進歩変遷を的確に捉えて適正に輸血医療が行えるように管理運営されているかを中心に、検査方法、輸血用血液の保管管理および使用法の問題点を明らかにするとともに改善すべき事項および改善方法を提示することである。I&Aの実施の結果、輸血を必要とする全ての患者に対し、等しく安全で適正な輸血が施行されることが期待できる。そしてここに加えるべきこととしては、決して病院のランク付けではないということである。

約570問の総設問数を持つチェックリストの具体的な内容

について、紙面の都合上詳細に記述するのは無理であるが、点検・視察項目での重点がおかれている項目について概ねを記載すると次のようになる。輸血療法委員会の設置と監査・教育機能の保有を含めたその委員会の機能、責任医師の任命、血液製剤を一括管理できる輸血部門の設置、専任技師の配置と 24 時間体制、適正使用の推進、副作用の対応、自己血輸血の実施、適正な保管管理、検査方法と精度管理、インフォームドコンセントの内容などである。

I&A の実施時には、これらの設問に対して聞き取り確認と点検後、実際の医療現場の視察を行い、チーフインスペクターから I&A 委員会委員長を経由して施設認定評価委員会へレポートが提出され、そこで論議された後、点検/視察および評価報告書(改善勧告も含む)として、実施施設へ報告される。

それに対して施設側から改善報告または改善計画の報告書を提出され、最終的には改善が行なわれて妥当と判断された場合、基準を満たしている事を認定する。このようなプログラムを実施することにより、輸血に関するさらなる安全確保ができることは、以上の I&A の概略でも十分に理解されるであろうし、病院機能評価は、輸血医療の評価に関しては決してプロの目を持たないことも理解できよう。

私は現在、輸血学会 I&A 委員会とその関東甲信越支部会 I&A 委員会の評価認定委員を努めている。そして大病院に分類される自施設において本年度やっとな輸血療法委員会が発足し、その院内整備には I&A から得た知識を十分に活用させて頂いた。輸血部門の業務も行なっている臨床検査専門医の諸先生方への参考となり、I&A の広報につながればと願う。

(獨協医大越谷病院臨床検査部 鈴木美登利)

【レジデント研修日記-No. 9】

1996 年に制定されて昨年 4 月より施行された医療保険の積算と責任に関する法律 The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 はレジデント研修のみならずアメリカの医療現場に大きな影響を及ぼしました。

HIPPA は Insurance portability、Administrative simplification、Privacy and security の 3 つの柱からなります。この中で我々に最も深刻な影響をもたらしているのが 3 番目の privacy and security で、患者に関する全ての医療情報とプライバシーについて厳しいセキュリティが全ての医療関係機関に求められます。

カルテに記載されているレコードはすべて protected health information (PHI) と呼ばれ、診療行為に直接従事しない第三者からのアクセスが厳しく制限されるようになりました。我々レジデントはコンピュータ上で UPMC の患者レコード MARS (Medical Archival System) にアクセスできますが、そのアクセスログは逐一プログラムディレクターに送られています。そしてもし自らの業務上無関係なレコードにアクセスした場合、厳重に処罰されることとなります。特に問題になるのが職場関係者(同僚、上司など)のレコードにアクセスする場合でして、その結果レジデントプログラムを解雇されたものも以前にはいたそうです。

患者サイドとしては自らのプライバシーが最大限に保護されるこの HIPPA 法は素晴らしいものだと言えますが、一方で医療従事者サイドにはその弊害すら現われています。これは私自身が経験したことですが、検査の異常値について患者の既往歴、現病歴などを検査部レジデントとしてクリニックに問い合わせた際も、私とその患者の診療において第三者だ、という理不尽な理由で一切答えてもらえませんでした(もちろんこれは間違いであり、検査部は常に正確かつ信頼のおける検査値を提供することが求められており、患者の既往歴、現病歴などは検査の QC/QA 管理に不可欠です。検査医は検査サイドから患者の診療に関わっており、決して第三者ではありません)。また我々が病

院のドクターから患者の検査結果について問い合わせが来たときも、その検査をオーダーしたドクターではないので HIPPA 上答えられない、と言って事務はその問い合わせへの返答を拒否しようとしていました。これらはいずれも HIPPA 導入当初に、HIPPA 法、そしてそれに対する病院内部のガイドラインを熟知していない人により引き起こされたものですが、HIPPA 法による典型的な医療現場の弊害だと思います。

また病院にある過去のカルテを調べるといった行為すら、そこに関わる全ての患者からインフォームドコンセントを前もって取らない限り、一切できなくなりました。ただ、患者を特定できる情報 identifier を切り離した診療記録データベース completely de-identified information なら使うことができますし、またそんな de-identifier の構築も pathology informatics の分野です。

更に、PHI を研究に利用する場合も、各々の患者から、使用するデータ、その目的、研究者氏名、同意の有効期限、同意の撤回についてなど、その同意書 authorization に平易な用語で記載すること、そしてその同意書のコピーを患者に渡すこと、など HIPPA は細かく規定しています。

病院で働く全ての医療従事者は HIPPA についてウェブ上で自習し、そのコースを終了する必要があります。そのコースは <http://rpf.health.pitt.edu/rpf/index.cfm> です。

(群馬大学医学部臨床検査医学 玉真健一)

【編集後記】

平成 16 年(2004 年)がスタートしました。今年の干支は申であるが、とくに今年甲申(きのえさる)の一年である。甲申の年は、万物が甲(殻)をやぶって生長を始めるという由来もあるらしい。検査業界でも今年行く末が今後十年を方向付けることになるのかもしれない。今後の転換点になることが十分に予想される一年であり、後悔しないためにも底力を発揮して頑張っていきましょう。本当に何か今後の重要なきっかけになる年になるのかもしれないと私は勝手に真剣に考えております。

昨年の今頃は SARS 騒動が発生し、その後は SARS 一色であった気がするが、今年は鳥インフルエンザの発生でアジア地域はまたもや大変である。日本でも山口県で鶏での発生が確認され移動禁止地域の解除が発表されるのを待つばかりの段階で、今度は大分県で鳥インフルエンザが発生した。農林水産省は死んだ鶏から検出されたウイルスは「H5N1 型」と発表し、大分県でも同型であることが確認された。他のアジア地域でも「H5N1 型」の高病原性鳥インフルエンザが拡大しており、ベトナムとタイではヒトへの感染も確認され高い死亡率であることが報告されている。今後は、ヒトからヒトへの感染が可能な新型のインフルエンザの発生が世界的に懸念されている。

私事であるが、国保の仕事も 2 クール目に入り、また、新たな医療機関を担当することになった。やはり、病院ごとに特徴がみられるため、各病院の新たな傾向を把握するために一からあらひ直しを行い、査定に奮闘している。

我々の日本臨床検査専門医会は、平成 16 年 1 月より森三樹雄先生が会長に就任され、新執行部の先生方による新体制がスタートしました。JACLaP NEWS では、今まで以上に会員の先生方の考えや声を掲載し、よりアグレッシブに展開してゆきたいと考えております。会員の皆様方の御協力を心より期待しております。

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)