

行事予定 (2006年)

- 3月17日(金) 第2回常任幹事会
- 3月25日(土) 第62回教育セミナー(近畿大学)「輸血・骨髄検査・免疫電気泳動の実技講習」
- 4月15日(土) 第63回教育セミナー(慶応義塾大学)「輸血・骨髄検査・免疫電気泳動の実技講習」
- 4月21日(金) 第16回日本臨床検査専門
~ 22日(土) 医会春季大会(ホテルメトロポリタン高崎)および第3回常任・第2回全国幹事会・第27回総会
- 5月13日(土) 第3回 GLM 教育セミナー(都市センターホテル)
- 5月14日(日) 第64回教育セミナー(昭和大学)「精度管理・検査室 management」
- 5月28日(日) 第65回教育セミナー(防衛医科大学校)「生化学・一般検査・微生物検査の実技講習」
- 6月 9日(金) 第4回常任幹事会
- 7月21日(金) 第24回振興会セミナー(東京ガーデンパレス)
- 11月8日(水) 第5回常任幹事会・第3回全国幹事会・第28回総会・講演会(弘前文化センター)
- 12月8日(金) 第6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

2006年から引き続き2年間、会長として務めさせていただきます。少子高齢化、人口の減少、財政の悪化、消費税大幅アップ、耐震強度偽装マンション、電車事故、治安の悪化、中国の追い上げなどの悪い話が続出するなか、株高、デフレからの脱却などにみられる経済の上向きという良い話題も見られるようになりました。しかしながら、急速な少子高齢化により高齢者が年々増加するために医療費が莫大な金額になり、それに対応するかたちで老人保健の自己負担増が実施され、医療界は厳しい時代になっております。2006年の診療報酬改定ではマイナス3.16%と過去最大の下げとなり、医療機関を始め検査業界にとって大変厳しく、医療機関の収入10%前後の減少も覚悟しなければなりません。

臨床検査に関しても、ここ10年あまり検査の保険点数の切り下げおよび包括化という厳しい状況が続いております。今後も益々厳しい状況が続くものと思われまます。

医療の現場において、臨床検査は診断や治療の際に欠くべからざるものとして定着しています。本年も「臨床検査なくして医療なし」という心構えでいきたいと思っております。本会も2004年末に事務所をお茶の水駅前に新設し、事務的な作業が効率化されました。内保連に加盟の申請を出しましたので、2006年からは、専門医の団体として臨床検査について保険行政に提言できるようになると思います。新規収載検査の臨床的な解説を業界紙「Medical Academy News」に掲載することになりました。

臨床検査は健康保険の中で、不当に低く評価されていることも事実です。このことに関しては、さまざまな機会をとらえて、厚労省をはじめ一般市民へPRし、臨床検査の評価と認識を高めるよう努力して参りたいと思っております。

臨床検査はDPCを導入する医療機関が増加し、包括化された検査が全体の医療費の中に埋没する傾向があります。臨床検査を適切に利用することにより、正確な診断と治療が約束され、リスクマネージメントも確立でき、患者様に信頼される病院になると思います。病院の中においても、臨床検査の重要性と臨床検査医の存在の重要性を認識させるために、会員各位がそれぞれの立場で努力をすることが大切です。臨床検査がいつでも、どこでも、すぐに検査データが提供でき、臨床医にとって利用し易い検査の体制を確立しましょう。

臨床検査を適切に利用してもらうための情報提供を積極的にすべきです。臨床検査の意義などを患者様や臨床医に理解して頂くためには、それぞれの病院でパンフレット、インターネット、テレビなどを通じてよりわかり易い形で広報活動が重要です。患者様の臨床検査に対する理解を高め、さらに検査時の不安感を取り除くことにも効果的であると思っております。これからも臨床検査を高い医療水準に保ち、患者様中心の医療を行って行きたいと考えております。今後とも皆様のご支援とご協力をお願い申し上げます。

【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局だより、会員動向
- p.3 市中病院からの近状報告、高度先進医療「先天性凝固異常症の遺伝子診断」の継続
- p.4 ピオシアニン研究の歴史から
- p.5 当院の検査科の将来は？、日本の医師は中身より出身大学が大事？
- p.6 【会員の声】、編集後記



イヌ

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

【事務局からのお知らせ】

《会員動向》

2006年2月15日現在数 687名、専門医 505名

《新入会員》(敬称略)

卜部 省悟 大分県立病院中央検査部病理
 藤井 康友 自治医科大学臨床検査医学
 佐藤 隆夫 近畿大学医学部附属病院病理部
 湊 宏 金沢大学医学部附属病院病理部
 高橋伸一郎 東北大学病院検査部
 盛田 俊介 東邦大学大森医療センター臨床検査医学
 小塚 祐司 三重大学医学部附属病院病理部
 五味 淳 横浜市立大学大学院医学研究科
 分子病態免疫病理学部門
 濱田 哲夫 独立行政法人労働者健康福祉機構
 九州労災病院検査科・病理科
 湯本 真人 東京大学医学部附属病院検査部
 西阪 隆 県立広島病院臨床研究検査科
 喜友名正也 中部徳洲会病院臨床検査科病理
 荒川 敦 順天堂大学医学部第1病理学教室

《所属・その他変更》

芳野 原 旧 東邦大学医学部臨床検査医学
 新 東邦大学医学部附属大森病院糖尿病・
 代謝・内分泌科
 五十嵐俊彦 旧 新潟県厚生連病理センター病理科
 新 長岡中央総合病院検査
 小柴 賢洋 旧 神戸大学大学院医学系研究科立証検査医学
 (シスメックス)寄附講座
 新 兵庫医科大学臨床検査医学 教授
 馬場 俊暁 旧 行田総合病院
 新 久米川病院内科

《退会会員》

原田 英雄 香川労災病院
 牧野 幹男 市立名寄短期大学
 中島 弘二 医療法人岡村一心堂病院
 中野 一司 ナカノ在宅医療クリニック
 道林 勉 札幌医科大学医学部臨床検査医学
 田中 卓二 金沢医科大学腫瘍病理学
 田嶋 基男 藤間臨床医学研究所

【第16回日本臨床検査専門医会春季大会のお知らせ】

会期：平成18年4月21日(金)～22日(土)

会場：ホテルメトロポリタン高崎

大会長：村上正巳(群馬大学大学院医学系研究科
病態検査医学)

メインテーマ：臨床検査医学の進歩と専門医の将来

平成18年4月21日(金)

18:00～19:00

特別講演

司会 村上正巳(群馬大学大学院医学系研究科 病態検査医学)
演者 勝山 努(信州大学医学部附属病院 病院長)

19:00～20:00

懇親会 ホテルメトロポリタン高崎

平成18年4月22日(土)

8:30～9:30

未来ビジョン委員会

9:30～11:40

シンポジウム 『臨床検査医学の進歩』

「最近問題となっている薬剤耐性菌感染症とその対策」

一山 智(京都大学大学院医学研究科 臨床病態検査学)

「臨床検査における遺伝子解析の意義」

保嶋 実(弘前大学大学院医学系研究科 液性病態学)

「生理活性脂質と臨床検査」

矢富 裕(東京大学大学院医学系研究科 臨床病態検査医学)

「遺伝子多型検査は医療に貢献するか？」

村田 満(慶應義塾大学医学部中央臨床検査部)

「子宮頸部癌における Human papillomavirus の役割」

石 和久(順天堂大学医学部附属順天堂浦安病院 臨床病理科)

11:40～12:30

平成18年第二回全国・第三回常任幹事会

11:40～12:30

ランチョンセミナー

『電子カルテを導入してよかったこと悪かったこと』

検査部の目から見たよりよい活用法を目指して

演者 木村 聡(昭和大学横浜市北部病院 臨床検査科)

12:35～12:55

第27回総会

13:00～15:30

パネルディスカッション

『検査専門医の現状と将来』

「研修医教育について」

北村 聖(東京大学医学教育国際協力研究センター)

「臨床検査専門医と同等の力をもつ臨床検査技師

(臨床検査科学者)育成の重要性」

岩谷良則(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

生体情報科学)

「横断的診療支援の重要性と検査専門医の役割」

諏訪部章(岩手医科大学医学部 臨床検査医学)

「遺伝医療における検査部の役割」

野村文夫(千葉大学大学院医学研究院 分子病態解析学)

「日本の臨床病理医の現状と将来」

玉井誠一(防衛医科大学校病院検査部)

15:30～15:35

次期大会長挨拶

伊藤喜久(旭川医科大学 臨床検査医学)

【平成18年度第一回総会について】

平成18年度第一回総会が第16回日本臨床検査専門医会春季大会
会場で開催されます。ご参加をお願いいたします。

開催日時：平成18年4月22日(土曜日)、

12時35分～12時55分

会場：ホテルメトロポリタン高崎

議題：平成17年度決算報告

その他

【住所変更・所属変更に伴う事務局への通知について】

最近、住所・所属の変更に伴って定期刊行物、JACLaP WIRE
など電子メールの連絡が着なくなる会員が多くなっています。
住所、所属の変更およびE-mail addressの変更がありましたら
必ず事務局までお知らせください。所属、住所変更時は、本年度会費の振り込み用紙に記載する
か、できればホームページから会員登録票をダウンロードして
それに記載しFAXあるいはE-mailをお願いいたします。

日本臨床検査専門医会

会長：森三樹雄、副会長：熊谷俊一、水口國雄

常任幹事：

庶務・会計 佐藤尚武、情報・出版委員長 石 和久、教育研修委員長 宮地勇人、会員資格審査委員長 橋詰直孝、渉外委員長 池田 斎、
未来ビジョン検討委員長 谷直人

全国幹事：市原清志、一山 智、今福裕司、大谷慎一、岡部英俊、尾崎由基男、小野順子、北村 聖、小出典男、犀川哲典、諏訪部章、館田一博、
橋本琢磨、深津俊明、藤田直久、松野一彦、村上正巳、保嶋 実、渡辺清明、渡辺伸一郎

監事：玉井誠一、濱崎直孝

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 佐藤尚武、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

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-1-19 アルベルゴ御茶ノ水 505

TEL・FAX：03-3293-5521 E-mail：senmon-i@jacpl.org

市中病院からの近状報告

この原稿を依頼されたとき、ふと、筑波大学臨床病理の及川淳教授の面影が脳裏に蘇りました。私が筑波大学に在籍していた当時、及川先生が私に雑誌の別冊をそっと手渡してくださいました。その表紙には墨筆で「恵存 影岡武士先生及川淳」とありました。それは、クリニカルニュース Vol. 5 No. 4(1984)、タイトルは「日記の勧め」で、その序文の中に啄木の「一握の砂」から、「友がみなわれよりえらく見ゆる日よ 花を買い来て 妻としたしむ」を引用され、“自分には人に話せるような何かがあるのかと、久しぶりにうかうか原稿依頼に応じてしまったことを悔やんだが、後の祭りである”と述べられていました。今や私も及川先生のこの時の心境に共感できる年齢に達してしまったか、との思いがひとしおでした。

臨床検査の世界に身を置いたお陰で何人もの素晴らしい指導者に巡り合えた・・・と書いたところで数日間筆をおいていた去る 1 月 13 日、何の前触れもなく三輪史朗先生の訃報が FAX で届き、ただ唖然とするばかりでした。昨年夏の学会場でお会いした時にはお元気そうであったのに、今年の年賀状にはお孫さんたちとにこやかに微笑まれたお写真が届いたのに、俄かには信じ難いことでした。これまでの幾つもの節目に頂いた心のこもったご指導を思い出し、唯々ご冥福をお祈りするばかりです。

さて、現実に戻りましょう。何故もこうまで検査関係が悪し様に扱われねばならないのでしょうか。一頃、誰も彼もが医者への検査漬けを喧騒し非難していました。しかし、第 1 線の病院には多くの外来患者がつめかけ、その患者を予約時間から大幅に超過しないように診療し、大きな見過ごしがないようにしようとすれば、ある程度幅広い検査の実施が必要となってきます。また、詳細な病状把握には検査データが不可欠であることは医療に関わる誰もが認める事実であろうと思います。また、検体検査や画像検査の裏づけがなければ患者への説得性に欠け、場合によっては医療トラブルの際に自分を守ってくれる盾がなく丸裸の状態に置かれる危険性もあります。病院検査部も身を削る思いで効率的な運営に努力しているのです。何事もただでは出来ません。

このような医療現場にならざるを得ない原因の一端は、日本の医療行政にあるといえ言い過ぎでしょうか。日本ほど

容易に病院を受診できる国は少なく、薬局で薬を買うよりも医療費の方が安いほどです。一方、医療者側としては病院経営をある程度安定した中で運営するためには、一日に診療する外来や入院患者数も自ずと増やさざるを得ない現実があります。私立の病院では、職員の多大な犠牲的使命感の中で患者本位の診療に明け暮れていることを厚生労働省の役人達は果たして多少とも知っているのでしょうか。彼らには実際にそれらの病院で患者として、また医療者の立場から一度実地体験をしてもらいたいものです。

臨床検査医としての仕事は、大学にいた頃に較べるとかなりの落差があります。当院の検査技師は正職員とパート職員を合わせ総勢 145 名の技師が働いていますが、ほとんどが生理検査や採血業務、病棟出向などのチーム医療の中で業務を遂行しています。また、私立であることは必然的に経理上の損失を大きく抱える部門であることは許されません。病院トップや理事に検査部の存在意味を知ってもらわなければならないと同時に、自立の道を絶えず模索し続けねばなりません。技師の労務管理から精神衛生の管理、検査部運営の改革推進の旗頭となり、さらに上層部への検査部存続のアピール行動を起こさなければなりません。更に、臨床検査医として診療科からの要望を実現するための橋渡しも重要な役目です。また、院内感染防止対策の充実を図るために、感染対策委員長や ICT の中心として院内の巡回を毎週行うことを業務としている他、院内の多くの委員会委員としての活動や、大学の講義などで結構多忙な日々です。私立病院では検査医にただ飯を食わせるほど甘くはなく、週に 2 日は付属の保健管理センターで診療を行っています。斯様に学術的な環境こそ充分ではありませんが、また論文に読みふける時間的余裕にも余り恵まれている状況にはありませんが、何故か大学勤務時代よりも生き甲斐を感じている自分がいることに少し不思議な気持ちしがしている今日この頃です。

(倉敷中央病院臨床検査科 影岡武士)

高度先進医療「先天性凝固異常症の遺伝子診断」の継続

私の臨床検査の専門は血液内科/止血系で、血友病や特発性血小板減少性紫斑病などの出血性素因患者や血栓性素因患者の診療を主に行っています。特に近年は血栓症が増加していることから、血栓症外来を行っています。静脈血栓症の原因の 5~10%は、先天性のプロテイン C(PC)、プロテイン S(PS)やアンチトロンピン(AT)異常症などの血栓性素因と言

われています。しかし、PC、PS、AT の正常値幅は広く、ヘテロの異常で発症することや、ワーファリン投与例では異常低値になることから、活性や蛋白量の測定のみでは PC、PS、AT 異常症の診断は困難です。このため、PC、PS、AT の異常遺伝子部位を直接同定する遺伝子診断は、血栓性素因の診断に非常に有効です。我々の臨床検査医学講座でも、中央検査部の協力を得て研究費で行っていましたが、人手がいることからルーチンで行うのは困難でした。現在行われている先天性凝固異常症の遺伝子診断の殆どは、大きな大学の研究室で行われているものであり、地方の病院ではこういった検査の恩恵を受けるチャンスは少ないと考えられます。

血栓性素因患者の外来を行っていて感じることは、これらの患者の殆どが我々の外来(血液内科/臨床検査医学)を受診していただけていないことです。循環器科の先生は血栓症の診断治療には熱心でも、血栓症の原因を調べることにはあまり興味がないようです。私はインターネットで血栓症についての相談も受けていますが、妊婦さんなどからの相談も多く、血栓性素因の診断需要は多いと考えられます。ただ、血栓性素因の診断は殆ど認知されておらず、内科医、外科医、救急医や産科医などが片手間に行っていることが多いと考えられます。私達は血栓止血学会や静脈血栓を扱う学会に数多く参加するなど、広報活動を行ってききましたが、血栓性素因に対する認識はあまり広がっていないのが現状でした。2004年7月頃、高度先進医療のなかに「先天性凝固異常症の遺伝子診断」があることに気づき、直ちにこれに申請致しました。すなわち、この高度先進医療を倫理委員会で承認していただき、全ての書類の様式を整えて、2004年10月頃に大学を通して申請を提出致しました。認可されるのに随分時間がかかりましたが、2005年11月頃に正式に認可の通知をいただきました。

大学内でのいろいろ手続きがあり、2006年から開始しようとしていた矢先、厚生労働省から「先天性凝固異常症の遺伝子診断」の高度先進医療としての取り消しの通知が来ました。その理由としては、承認以来7年間に他の2施設で、「先天性凝固異常症の遺伝子診断」が高度先進医療として3件しか実施されていないとのことでした。現在、高度先進医療「先天性凝固異常症の遺伝子診断」が認可されているのは、富山医科大学と徳島大学と、新たに三重大学の3施設のみで、前者の2大学は現在では積極的に行う人がいないとの噂を聞いていました。早速、厚生労働省保険局医療課の担当官に電話させていただき、三重大学の状況を説明させていただきました。担当官の先生には非常に親切に対応していただき、三重大学には「先天性凝固異常症の遺伝子診断」を希望する患者がたくさんいることをお話すると、意見書を提出するように薦められました。意見書の内容によっては再検討することを約束していただき、三重大学の現状を簡単に説明した意見書をお送りいたしました。その結果、「今回は取り消しをしない」ので、高度先進医療を継続してくださいとの御連絡をいただきました。

「先天性凝固異常症の遺伝子診断」は、研究費と人員を沢山有する研究機関でのみ行われていますが、将来もこの形式が持続する保証はありません。しかし、血栓性素因の鑑別診断に遺伝子診断が必要なことは疑いもないので、症例のある施設ではこの高度先進医療を申請していただければ、多くの先天性血栓性素因患者が恩恵を受けられると期待しています。

(三重大学大学院医学系研究科臨床検査医学 和田英夫)

緑膿菌が産生する緑色の物質が抗菌作用を持つことは、百年以上前から知られており、その臨床応用も広く行なわれてきた。事実、ジフテリア患者の治療に咽頭に噴霧して使用されたり、緑膿菌の感染が合併すると丹毒が改善することが着目され、緑膿菌が産生する緑色物質の、化膿創への局所貼付による治療(バンドエイド・セラピーと呼ばれていた)が、第一次世界大戦中に行われていた。

緑膿菌が、他の細菌に対して発育抑制作用を持つ物質を産生することは、1899年にEmmerichらによって初めて報告された。彼らは、抗菌作用を酵素によるものと考えて、「pyocyanase」と命名し市販した。その後、酵素説は否定されたため、抗菌作用を示す緑色物質の本態は何か、が問題になった。緑膿菌の産生するフェナジン色素であるピオシアニンは、Werde(1924)らによって分離精製され、ピオシアニンの抗菌作用のメカニズムについては、Hettche(1932)によって報告された。この当時は、ピオシアニンも抗菌物質としての適用可能性が求められ、研究されていたのである。

しかし、その後、ペニシリンが発見され、抗菌物質としてのピオシアニンの研究は行なわれなくなっていく。さらに、緑膿菌による院内感染が問題になりはじめた1950年代以降は、緑膿菌のもつ病原因子の研究が中心となり、ピオシアニンについても、抗菌作用よりは毒性の研究が中心になっていった。このため、現在ではピオシアニンというと「病原因子」という認識しか持たれていないのが実情であろう。最近でも、ピオシアニンによる好中球のアポトーシス誘導など、色々な知見が集積されている。

緑膿菌の有する主な病原因子は、エキソエンザイムSやエキソトキシンA、さらには、コラゲナーゼ、フィブリノリジン、ホスホリパーゼなどのタンパク分解酵素であり、これらが組織障害を起こす主役であろう。

これらの明らかな病原因子と較べたとき、ピオシアニンの組織障害作用は、それほど強いものではない。むしろ総説レベルでは、ピオシアニンによる直接の毒性は、現在でもほとんど確認されていない、と言っても良いかもしれない。

ピオシアニンが、当初は抗菌物質として、その後は病原因子としてのみ研究されてきたという歴史的経緯をふまえて、ここであらためて抗菌作用を強調しておきたい。実際、ピオシアニンの抗菌作用は強力で、とくに黄色ブドウ球菌をはじめとするグラム陽性菌や、カンジダなどの真菌に対しては、著明な発育抑制作用を有している。

慢性気道感染の患者に最後に残る定着菌と言えば、MRSAと緑膿菌であるが、こういった同時検出例から得られた臨床菌株でも、MRSAに対する緑膿菌の強い発育抑制作用を培地上で確認することができた(感染症学雑誌2004年9月号)。また、慢性気道感染患者の喀痰中のピオシアニン濃度は、抗菌力としては十分な高さにあることも知られていることから、生体においても、ピオシアニンがMRSAの増殖を抑制している可能性は、十分に考えられることである。

慢性気道感染の患者において、緑膿菌の除菌は非常に困難であり、安易な抗菌薬の投与は多剤耐性緑膿菌を生み出すことにもつながりかねない。20世紀前半、すなわち抗生物質誕生以前の古い感染症の教科書を繙くと、replacement therapyなど現在のプロバイオティクスの原型とも言えるような治療

法が載っている。温故知新ではないが、ただ一直線に、緑膿菌の「除菌」を考えるのではなく、ピオシアニンの抗菌作用を利用しつつ、一方でエキソエンザイム等の病原因子の抑制やバイオフィルム産生の抑制をターゲットに、緑膿菌の「感染コントロール」の可能性を探る、という複眼的なアイデアがあっても良いように思われる。

(順天堂大学医学部臨床病理学教室 近藤成美)

当院の検査科の将来は？

当院の検査科も御多分に漏れず、技師の高齢化が進み、数年先には定年退職のラッシュが待ち受けています。技師総勢38人の年齢構成は、50歳代、40歳代がそれぞれ19人、13人で、30歳代、20歳代はいずれもわずかに3人を数えるばかりです。こうした事態を前にして検査科として如何に対処していくべきか、技師自身の間から模索・検討が開始されています。法人・労災病院の退職者の補充についての方針は今のところ明らかではありませんが、臨床科の要望の動向を踏まえた検査科の業務範囲の見直し、技師の任務分担・配置の変更・転換、それらに対応できるような技師の再教育、また補充が行われる場合の新規採用者の教育なども視野に入れなければならない、現在の業務過重の状態、年齢による体力・適応能力の低下等を考慮すると、問題の解決は容易ではありません。

当院は、阪神地域の中核病院の一つであり、病床数670、一日平均入院患者数約550、外来患者数約1,500です。当院の臨床検査業務は、検体検査・生理検査いずれも一部の特殊検査を除き、全て自前で行っています。いずれの業務も活発で、多忙な毎日です。外来診療に合わせて、検血・生化学・腫瘍マーカーなどの結果は採血後約40~45分で報告できる体制になっています。外来採血は、検査技師数人が主力となり、若干名の看護師の協力を得て行っていますが、午前中から昼にかけて患者様が殺到することが少なくなく、対応に苦慮しています。一昨年から昨年にかけて、真空管採血が問題になった時には、検査技師が積極的に対処し、看護師の指導にも当たりました。患者様の病院イメージに与える影響、採血時損傷などの観点からも、採血業務の円滑化は大きな課題となっています。当院の輸血製剤管理は、検査科輸血室が一括して行っています。一昨秋に、化学物質過敏症診療科(シックハウス症候群診療科)が開設され、それに関連した検査(ホルムアルデヒドなどの測定)も検査科で取り組んでいます。病理検査に関しては、昨年のアスベスト問題以来、労災病院にアスベスト曝露関連の診療が委ねられ、これに関連して石綿小体の検出についての技術指導があり、当院でも病理検査室が引き続きこれに関わっていくことになると思われます。

生理グループは、心電図、肺機能、脳波、超音波(エコー)、サーモグラフィなどを担当しています。エコー検査は、心エコー、腹部エコー、乳腺エコー、頸動脈エコーが主体ですが、いずれも臨床上に寄与するところが多く、件数が増加し、過密なスケジュールをこなしています。この傾向は今後も続くと思われれます。

目を委員会や院内活動に転じますと、検査業務に直接関係するものとして、毎月定例の検査・輸血委員会があります。ここでは、検査項目の廃止や新規採用などの検討に加え、輸血担当技師から毎月の血液製剤の使用状況・廃棄率・副作用の報告と共に、適正な使用であったかどうかの検討がなされ、

必要であれば、当該使用者(臨床医)に注意勧告が出されます。このようにして、血液製剤の適正使用に目を光らせています。細菌検査室は院内感染対策チームの本拠となり活動し、毎月の感染対策委員会において、MRSAや緑膿菌などの検出状況や転帰を検体別・診療科別・病棟別に報告しています。このほかに、栄養支援チーム(NST)への参加、院内糖尿病教室への支援などを行っています。

以上、当院の検査室の活動状況を少々詳しく紹介しましたが、“当院の検査技師は頑張っている”と言いたいです。臨床検査専門医は、医療情勢や病院全体を視野に入れた広い展望と先見性、臨床検査の可能性や効率化についての学問的裏づけなどが要求されていますが、まずは検査技師に対する信頼が必要なのではないかと思った次第です。臨床検査の将来は決して暗くないと考えています。

(独立行政法人労働者健康福祉機構関西労災病院 森野英男)

日本の医師は中身より出身大学が大事？

読者のみなさんの中には、もしかしたら信じない方もいらっしゃるかもしれませんが、私立新設医大を卒業していると、様々な場で、“あー、あのバカ大学”とか、“身の程知らず”などと突然言われたりする。すごいでしょ？

18歳の時のたまたまの選択によってこの有様である。医大側に、その受験生が18歳の時点で医者として能力があるか否かを見分ける力はなかったというのである。医者の能力の代わりに数学や理科で代用し、暗記型、クイズ回答式の問題を課して、あたかも“医者として”優秀な者を集めたフリをしているにも拘わらず、である。一人の医学生が卒業するのに、約5千万円かかる。私は私立医大だったために、親が爪に灯をともし思いで学費を支払ってくれた。これが国公立ではほとんどを税金でまかなっている。しかし国公立大学の医学生に血税を使って学んでいる、という自覚と真摯な学ぶ態度が十分にあるとは思えない。問題は教員側にも根深い。一流校の医学部の教員の教育への熱意は概して乏しく、医学生に良い教育を施そうなどと真顔でいえば、facultyの中では完全にドンキホーテ、脱落者である。しかし、なぜかこういうことはマスコミネタにはならない。

私が20年近く前に卒業した川崎医科大学(注:私立新設医科大学のひとつ)は、教育をしない医者は人にあらずという雰囲気のみなぎっていた。教育は開学当初からアメリカ式のブロック講義が導入されていた。一流大学医学部の教員にありがちな、自分の専門分野を適当にしゃべってお茶を濁す、などということはありませんでした。病棟実習に出る前には、患者に接する態度を教える、今でいうOSCEもすでにあった。先生方は論文の数を気にするより、患者のことを気にしていた。川崎医科大学のこの先見の明は、医学の世界でも余り知られていなかった。

医学生は6年後には国家試験を受験する。世間の評判では、“天才達の集まりである国公立医学部の学生”と、“開業医のバカぼん”とが、同じ試験を受けるのだ。私の母校では国家試験合格率が最近80%程度に“低迷”している、と同窓会がしきりに嘆いているが、卑下することはない。入学時の偏差値の差を考えれば、国公立大学が100%で私立新設医大が1%程度であってもおかしくはない。“バカぼんぼん”が80%も合格するのだ。一方、“天才”の誉れ高い一流大学の医学生になぜ国家試験に合格できない医学生がいるのだろうか。税金を返

せ、くらいのことは言いたくなる。

私立新設医大の医大生や卒業生を、“医者のだら息子(娘)”とひとくりに単純に見下げることはやめてほしい。私立新設医大の出身が否かと、良医が否かとの議論とは全く異なるのに、この偏見は全く消えない。だからいくら弊害が叫ばれようとも、中学受験が過熱し続け、医学のプロになるための能力、人間性、教養などより、まずイイ大学に入ることが優先になってしまう。

川崎医大より 30 数年も遅れて今頃になってようやく、授業内容の充実、カルテの書き方、患者への態度など、全国の医大が医学教育に眼を向けるようになった。

川崎医科大学を卒業して他大学や病院で働いてみると、身びいき抜きで、先輩達はみな臨床医として非常に優秀だと感じる。私が在学した当時は、臨床検査の祖・柴田進先生が学長であった。臨床検査科には上田智先生がおられた(上田先生は山口県人会でもたびたびご自宅に招いて頂き大変お世話になった)。川崎医大では臨床検査が一つの学問として、確固たる地位を築いていた。私が卒業し、病理学教室に入局してからは、毎日お隣の臨床検査部の活気を感じていた。柴田先生から多くの優秀な門下生が輩出されたことはしばしば耳にしていたが、その後関東通信病院(現・NTT 東日本関東病院)の病理診断科に在職中に、臨床検査医の認定医試験を受験することとなり、臨床検査の世界には柴田先生の門下あるいは孫弟子の先生方が多数活躍されていることを改めて知った。また門下生に限らず、皆が異口同音に柴田先生の名前を挙げ、教育や学問を通じて人と人との深い関わりがあることも感じた。

私は「私立新設医科大学」、川崎医科大学で高い教育を受けたことを誇りとしている。そして自分の受けた教育の少しでも後輩や社会に対して還元することができるよう、日々病理学の研鑽を怠らなかつもりである。

みなさんは医者は出身大学より中身が大事だと思いませんか？

(東京医科大学病理診断学講座 泉 美貴)

【会員の声】

昨年の夏、やっと臨床検査専門医を受験する意志を固め、久しぶりに受験対策の勉強に取り組みました。専門医と名のつくものは、他にもいくつか取得しましたが、これほど準備が大変だったものはなかったのではと思います。

今回は多くの臨床検査技師の方たちの協力を得て、初めて合格通知を手にすることができました。試験前日まで検査室に足繁く通い、特に細菌のグラム染色、菌種の鑑別、輸血のクロスマッチなどは手取り足取り教えていただき、技師の方たちとの良い交流のきっかけにもなりました。また、セミナーや試験当日には他大学の先生との交流を深めることもでき(同じ試験を与えられた同士のような連帯感が生まれ)、臨床検査専門医の受験内容には、検査室内および他大学間の交流という別の意図もあったのではとつくづく思いました。

臨床検査の知識は、実際の臨床の場で即、役立つものが多いと実感しております。現在私自身、内科と兼務の形で外来や病棟の患者の診療にあたっておりますので、検体のオーダー、採取、取り扱い方法、検査結果の解釈などを研修医や他の先生方にしばしば訊かれ、即答できることもできないこともあります(受験前よりは即答率はアップしていますが)。臨

床検査専門医であることの意義は、所属している病院によって異なりますが、当面私は上記のような立場で、臨床検査室とのよい仲介になることができると考えています。

昨年 11 月 17 日から 20 日までの 4 日間、福岡で日本臨床検査医学会総会が開催され、スタッフとして参加致しました。会場責任者の割り当てが専門分野と全く異なる分野で、発表の内容が半分ほどしか理解できず、臨床検査の分野が本当に多岐に渡っていることを思い知らされました。いろいろな分野の先生方が集まる学会というのも、臨床検査ならではの、全く違う視点からみることで、新しい発想が生まれる可能性もあります。次回の総会でも、ちょっと専門外の会場ものぞいてみようと思っています。

(福岡大学病院臨床検査部 明比 祐子)

【編集後記】

とても寒かった今年の冬が終わりに近づいてきました。もう少して暖くなる様相である。しかしながら、厚生労働省発保第 0215001 号・平成 18 年 2 月 15 日付けの諮問書を眺めている限り、まだまだ臨床検査の冬の時期が続くそうである。平成 18 年度の診療報酬改定において検査関係では、検体検査実施料について、市場実勢価格等を踏まえ、個々の検査ごとに評価の見直しを行う方針から軒並み減点である。一部は増点もしくは点数の変わらない検査項目もいくらかはある。ここで、疑問が湧いてきた。点数の変わらない検査項目とは何か？なぜ変わらないのか？そこで、この分厚い諮問書を精査すべく、作業に入った。減点は当たり前であるが、減点でないものは何か？検体検査を中心に個々に洗い出しを開始した。新設の検査項目は増点とし、単純に増点もしくは点数の変わらない検査項目の三つの分類で行ってみた。この三つに分類される項目は 160 項目に及んだ。単純な増点は、わずか 14 項目であった。この分類と点数だけでは納得いかず、6 年前の改定である平成 14 年度の診療報酬点数とも比較してみた所、160 項目中 42 項目は 6 年前の点数のまま据え置かれていた。これはなぜか？

大手の検査センターに確認した所、検体検査で保険点数が収載されていて検査センターで実施していない項目は 100 項目強にわたっていた。さらに、自施設の検査部で実施している項目を除くとほぼ保険点数収載未実施項目が単純にはでくる計算になる。確認した検査センターで実施していない検査項目で保険点数が変わらない項目は、70 項目弱であった。これは何を意味するのか？

検査件数が少ないから影響がないのか。実施されない検査なので無視できるのか。厚労省の説明として点数を変えていない検査項目もありますという緩衝剤に使われているのか。実態は分からないが、この部分は次の改訂までに精査する必要があると考える。そうすれば、動いていない検査項目の点数の再分配を行っていきける可能性があるのではないのか。実質、動いている検体検査関連の保険点数は把握できると考えるし、動いていない検体検査の数も検査センター、病院にアンケート調査を行えば、明らかになると考える。その上で、動いていない検体検査の保険点数合計の 40%は、検体検査実施料、検体検査管理加算、診察前加算などに再配分が出来れば宜しいのではないのか？会員の先生方はいかが思われますでしょうか？

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)