

行事予定 (2005年)

- 3月18日(金) 第2回常任幹事会
- 3月26日(土) 第58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9日(土) 第15回日本臨床検査専門医会春季大会(大阪市中央公会堂)および第2回全国幹事会・第24回日本臨床検査専門医会総会
- 4月17日(日) 第59回教育セミナー(東京医科大学)「輸血・骨髄検査・免疫電気泳動の実技講習」
- 5月15日(日) 第2回 GLM 教育セミナー(都市センターホテル)
- 5月22日(日) 第60回教育セミナー(昭和大学)「精度管理・検査室 management」
- 6月5日(日) 第61回教育セミナー(順天堂大学)「生化学・一般検査・微生物検査の実技講習」
- 6月10日(金) 第3回常任幹事会
- 7月22日(金) 第23回振興会セミナー(東京ガーデンパレス)
- 11月17日(木) 第4回常任幹事会・第3回全国幹事会・第25回検査専門医会総会・講演会
- 12月9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

医療の現場においては、臨床検査は診断や治療の際に必須のものとして定着しておりますが、ここ 10 年余り、厚生労働省による検査の保険点数の切り下げおよび包括化が実施され、病院検査部を始め検査業界は厳しい状況にあります。特定機能病院(一部の一般病院も含む)では、DPC という包括医療を採用し、他の大部分の病院では、出来高払い制という 2 本立ての複雑な診療報酬体系になっております。

DPC を取り入れることにより臨床検査の包括化が進み、病院における経済的な面を重視するあまり、検査をないがしろにして、手抜き医療や誤診などが増加することも懸念されます。厚生労働省は、今後、医療費をコントロールし易い DPC の方向に持っていこうとしているように思われますが、DPC の中では臨床検査が包括化されるために、検査の利用状況や実施された検査の実態が正確に把握できないように思われます。患者さんの利益につながるような適正な医療を行うために、臨床医に臨床検査を十分活用してもらうよう要望したいものです。臨床検査を適切に実施することにより、誤診を減らすことが可能です。

このように閉塞した現状を少しでも打破するために、様々な機会を利用して検査の重要性を患者さんや一般市民に対し、広報活動を実施することが必要です。そのひとつの手段として、患者さんが臨床検査を理解し円滑に利用できるように、検査部のスタッフが自分達で PR のビデオを作成し、待合室で放映することが重要と思います。私の所属する病院では、検査の待合室に 36 インチの薄型テレビを設置し、自分達が作成したビデオ番組を放映し、好評を博しております。その内容は、検査部の活動、検査の基準値、生理機能検査の受け方、採尿法や採血時の注意などで、患者さんに理解できるよう平易に解説しております。

臨床検査専門医と臨床検査技師がシナリオを作成し、自分達が出演して説明することにより、臨床検査についての患者さんの理解を高めると共に、不安感を取り除き、スムーズに検査が受けられるようになりました。このような地道な努力により、臨床医や患者さんの信頼が得られることと確信します。これからも臨床検査を高い医療水準に保ち、患者中心の医療を行いましょう。

【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局だより、会員動向
- p.3 臨床検査専門医のための組織マネジメント<第4回>、病院における会計・経営の基礎知識(3)
- p.4 米国での臨床検査室認定審査がより厳しくなっている、血糖自己測定機器の適正使用について
- p.5 組織改革における検査医の役割と取り組み
- p.6 ペーパードクター??、編集後記



ふくろう

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

【事務局からのお知らせ】

《会員動向》

2005年2月16日現在数 683名、専門医 490名

《新入会員》(敬称略)

武田 博明 済生会山形済生病院
 濱中裕一郎 山口大学医学部臨床検査医学
 真里谷 靖 青森県立中央病院臨床検査部
 中谷 中 三重大学医学部附属病院中央検査部
 石田 雄介 滝川市立病院
 浅井さとみ 東海大学医学部臨床検査医学
 松山 文夫 株式会社メディック
 神尾多喜浩 済生会熊本病院中央検査センター
 大城 久 横浜市立大学医学部附属病院病理部
 吉田 博 東京慈恵会医科大学附属柏病院
 内科総合診療部・中央検査部
 斉藤 仁昭 山形大学医学部発達生体防御学講座
 病理病態学分野
 増本 純也 信州大学医学部附属病院臨床検査部
 《所属・その他変更》
 加藤 裕也 旧：三重大学医学部附属病院病理部
 新：独立行政法人国立病院機構
 三重中央医療センター 臨床検査科
 猪川 嗣朗 旧：鳥取大学医学部臨床検査医学
 新：藤井政雄記念病院 検査部
 大林 光念 旧：新潟大学医学部附属病院検査部
 新：大分大学医学部附属病院第3内科
 下村登規夫 旧：鳥取大学医学部臨床検査医学
 新：国立病院機構 さいがた病院
 金井信一郎 旧：信州大学附属病院中央検査部
 新：飯田市立病院臨床病理科
 山中 正二 旧：横浜市立大学医学部病理学第二講座
 新：横浜市立大学医学部附属病院病理
 鈴木 秀郎 旧：紀南病院 外科・検査病理
 新：山本総合病院 外科・検査科
 新井 盛夫 旧：東京医科大学臨床検査医学講座
 新：ノボ ノルディック ファーマ株式会社
 開発本部 ノボセブン臨床開発部
 菅野 勇 旧：帝京大学市原病院検査部
 新：千葉県済生会習志野病院検査部
 橋本 佳明 旧：三菱診療所
 新：上尾中央総合病院生活習慣病センター
 沖野 毅 旧：大阪警察病院臨床病理科
 新：大阪船員保険病院 病理検査科
 福江 英尚 旧：東京医科大学霞ヶ浦病院中央検査部
 新：小原病院 内科
 北本 康則 旧：熊本大学医学部内科・中検
 新：仙台社会保険病院総合診療科・検査部

《退会会員》

猪狩 淳 順天堂大学医学部臨床病理
 三宅 宏 株式会社メディック
 (株)第一ラジオアイソトープ研究所：振興会会員

【第15回日本臨床検査専門医会春季大会のお知らせ】

会 期：平成17年4月9日(土) 10:00～19:30
 会 場：大阪市中央公会堂(中之島)大会議室(B1F)
 大会長：高橋伯夫(関西医科大学臨床検査医学講座)
 9:55～10:00 開会の辞 高橋伯夫(第15回春季大会 大会長)
 10:00～12:00 ミニ・レビュー 『最新の医療を支える臨床検査』
 臨床検査専門医が考える、臨床検査を用いた理想的な診療の在り方について 最近のトピックについて
 司会 一山 智(京都大学医学部臨床病態検査学)
 荻原順一(秋田大学医学部臨床検査医学)

1. 循環器系疾患

宮島栄治(横浜市立大学医学部臨床検査医学)

2. 血液疾患診療をリードする臨床検査

通山 薫(川崎医科大学検査診断学)

3. 呼吸器疾患

諏訪部章(岩手医科大学医学部臨床検査医学)

4. 最新のトピックス 消化器疾患

小出典男(岡山大学医歯学総合研究科生体情報医学)

5. 腎疾患

吉田治義(福井大学医学部検査医学)

6. 膠原病

熊谷俊一(神戸大学生体情報医学)

12:00～13:00 常任・全国幹事会(第4会議室)

12:00～13:00 ランチョンセミナー

『臨床検査専門医制度の在り方』今後、臨床検査医学の発展のために如何にして専門医を育てるか? セミナー、専門医試験の在り方

司会 渡辺清明(慶應義塾大学医学部中央臨床検査部)

福武勝幸(東京医科大学臨床検査医学)

1. 玉井誠一(防衛医科大学校検査部)

2. 高木 康(昭和大学医学部臨床病理学教室)

3. 熊坂一成(日本大学医学部臨床検査医学)

13:00～13:20 総会

13:20～14:00 特別講演

司会 高橋伯夫(関西医科大学臨床検査医学)

演者 谷 幸治(医療法人 医誠会 理事長)

『ISEIKAI Renaissance』病院進化とその進化形態

生物の生物学的結末を直接決定しているものは、生物の形や形態である。新しい時代に、新しい形「医療を中心とした健康と美容のテーマパーク」の創造に向けて

14:00～17:00 パネル・ディスカッション

『これからの医療供給体制における臨床検査専門医の役割』

各職種から見た臨床検査医の果たすべき役割

司会 佐守友博(日本医学臨床検査研究所)

朝山 均(市立岸和田市民病院医療技術局中央検査部)

1. 松尾収二(天理よろづ相談所病院臨床病理部)

2. 河村俊郎(和光純薬工業株式会社)

3. 森嶋祥之(近畿大学医学部附属病院中央臨床検査部)

4. 立脇憲一(滋賀医科大学附属病院検査部)

5. 土屋達行(日本大学医学部臨床検査医学教室)

6. 坂野弘太郎(デイドベリング株式会社)

7. 小沼利光(東京都済生会向島病院医療技術部)

17:00～17:05 次期大会長挨拶

村上正巳(群馬大学医学部臨床検査医学)

17:05～17:10 閉会の辞

森 三樹雄(日本臨床検査専門医会 会長)

17:30～19:30 懇親会 中之島倶楽部(B1F)

【平成17年度第一回総会について】

平成17年度第一回総会が第15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17年4月9日(土曜日)、午後1時～1時20分

会 場：大阪市中央公会堂(中之島)大会議室(B1F)

議 題：平成16年度決算報告

会則一部(事務局移転に伴う事務局住所の変更)

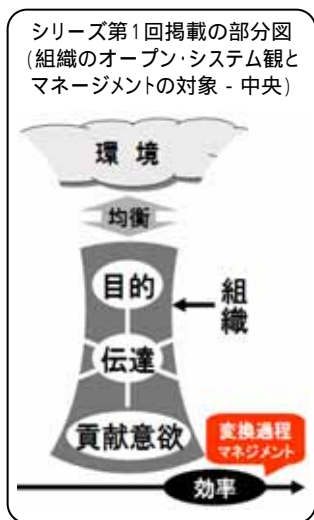
改訂について

【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つかなくなる会員が多くなっています。住所、所属の変更時および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でお願いいたします。

組織マネジメントにおける“伝達”の意義
 ~組織の目的と成員の貢献意欲を結びつける
 コミュニケーションの課題~



病院あるいは検査部門などの「組織が成立する条件」は、相互に意思を「伝達」できる人々があり、それらの人々は行為を貢献しようとする意欲をもって、共通目的の達成をめざす、- という3つの要素すなわち『伝達』『貢献意欲』『共通目的』が整う必要性を第1稿において図解し概説した。

「共通目的」は、組織における専門化の側面とかかわる。つまり、複合組織(病院全体)のなかのあらゆる単位組織(診療部門や検査部門など)は

一つの専門化であり、複合組織の一般目的は組織の各单位毎の特定目的に分割されねばならない。すなわち、病院全体の一般目的と検査部門などのような特定目的は明確に細分化され、それぞれの目的が各单位組織に受け入れられることで組織の存続が確保される。組織目的を効率的に達成するために目的を細分化し、分業が行われ、各成員に職務・権限・責任が割り当てられる。また、血液、生化学・血清・一般、生理機能といったように専門化がさらに進むと、分業を行う内部組織が形成され、それらを調整する必要性が生まれてくる。

「貢献意欲」は、組織のエネルギーを形づくる個人的努力として、誘因によって人々が提供するものである。組織の存続にとって不可欠である誘因は、客観的側面と主観的側面とに区別され、それぞれ誘因の方法(例えば、物質的誘因や好ましい物的条件)、説得の方法(例えば、強制的状態の創出や動機の教導)など、諸説多様なものが論じられているが本稿では省略する。組織の中で各成員が効率よく活動するには、分化・統合・調整・動機づけといった基本的要素が、組織構造に適切な形で組み込まれることも必要となる。

さて、今回の主題である「伝達=コミュニケーション」(本稿では同義語として捉える)に焦点を絞って、組織マネジメントの観点からその意義や課題を探索しよう。組織の効率は、上層管理者の能力だけで決まるものではない。様々なレベルに位置する個々の成員の認識と意思決定と行動の集積が、組織全体の効率を左右する。近年のように、医業環境の変化が激しい状況下では、変動をいち早く捉え、それを情報として迅速に「伝達」し、意思決定や実践行動に結びつける組織づくりが希求される。そこでは、トップ・ミドル・ボトム間や部門間、内部と外部などの情報交換をはじめ、意思決定を左右する価値基準や実践に求められる知識の共有など、成員間のコミュニケーションの質を向上させることが重要課題となる。

しかし、組織内には、効率的な情報伝達と意思決定を阻害する幾つかの要因が存在する。環境は不連続的に変化しており、この変化が組織のいたる所で取り込まれ、情報として偏在する。そして、これらの情報は、業務遂行のための知識として各成員に蓄積される。蓄積が容易になされるのに比べると、これを伝達させるのは、それほど容易なことではない。各成員が情報優位に立とうとする動機を有するからである。このように、情報の伝達過程に障害が生じると、適切な意思決定や実



図 組織マネジメントにおけるコミュニケーションの概念

践行動に不可欠な情報が失われる事態に陥りかねない。

こうした弊害を解消するには、意思決定の権限を、情報をもつ現場レベルの成員に委譲することが考えられる。しかし、多くの病院が未だ複雑なヒエラルキーを有す多層型ピラミッド組織を成しており、「組織全体に方針がなかなか浸透しない!」「トップの意思決定が伝わり難い!」「 が遅い」「 が不透明」など、縦横の意思疎通や連携に関する違和感を払拭できないでいる。元来、医療行為や医療サービスは、行為者のもつ知識に依存して創出される生産と消費が同時に発生する現場主体の組織活動である。意思決定に際して、それに関する知識をもつ現場の成員にある程度の裁量権を与えるのが望ましい。しかし、権限委譲が過度に進むと、逆に、組織にとってマイナスの選択が行われる危険も生じる。組織の下位者ほど、組織目的とは異なる目的を追求する傾向、すなわち目的不整合の決定や行為を行う傾向が強まると考えられるからである。

全ての権限を最下層に位置させるのは、組織を極端な不安定に導く可能性を否定できない。しかし逆に、全ての権限を現場についての不十分な情報や知識しかもたない最上層に位置させるのも、意思決定を非効率にさせ得るであろう。このように、組織の異なる層に権限と情報が偏在するという事実が、非効率を生む原因や不測の事態への適切で迅速な対処を阻む一因になっているとも考えられる。このような背反する課題の克服を求められる組織マネジメントに伝達(=コミュニケーション)の革新は避けて通れない。そこで、次稿では、これらの問題に対処する実践的な方法論を概説する。

(西山病院管理研究所 西山信之)

病院における会計・経営の基礎知識(3)

今回から病院内部の分析を考える。今回は特に「損益的収支分析」を考えよう。すなわち、経営の成果とそれを生み出す原因について分析し把握することを目的とする。ここで言う成果というのは、経済成果が中心であり、具体的には損益計算書(P/L)や貸借対照表(BS)などであり、それをコントロールするために様々な指標との因果関係などを見ようというものである。

貸借対照表とは、自院の資産構成を把握できるもので、総資産、借入れ水準、自己資本比率などをみることで、資産に見合った医業収益か、借入金の水準は適正か、自己資本は適正かなど自院の財務的健全度がわかる。一方、損益計算書は、損益構造を見ることで赤字か黒字かが明確になる。収益性を圧迫する要因は何かを財務の視点から分析できるもので、問題点がコストか収益かその要因を探ることが出来るものである。

病院で赤字であると言われるが、その原因は、実際は複合的であるが、単純化して言えば、費用の増大が収益減少が考えられる。したがって、費用の増大で考えれば、人件費、

材料費、支払利息などを考え、加えて疾病別の分析や患者別の分析、職員の年齢構成や時間単価などに分析項目を落とししていくことになる。収益減少では、診療科別、部門別の患者数の減少、診療単価の低下などを考えることになる。ここでのデータは、財務のデータ以外に人事課や医事課のデータを統合して使用する。

医業収益の増減が病院経営のさまざまな数値や比率に影響を与える。したがって、医業収益の増減の原因を探ることを定期的に行う。一般的には、収益の増減を患者数と診療単価に区分して分析する。すなわち、診療科別患者数、患者 1 人 1 日当り収益(入院、外来別)がキーワードになる。患者数の分析では、外来の延患者数よりも月当りあるいは 1 日当りの新患者(初診料を算定する患者)および新患比率(初診料算定患者/外来患者数)×100 である。特に診療科別に分類して考える。入院は、その診療科の医師や看護師の充足数、医師の交代、医師の診療方針や性格などによっても大きく変化するので、その要因を突き止めることが重要となる。次に、患者 1 人 1 日あたりの収益を分析することになる。例えば、診療単価の増減は、患者特性によるのか、医師の交代によるのか、あるいは、クリティカルパスなど医療行為の標準化が病院で図られているか、病院としての診療方針に変更はないのか、診療部、診療科あるいは院長の診療方針が浸透しているかなどが重要な分析視点となる。ここでは他の病院と比較するのではなく、時系列的に当該病院の様々な変化を加味して分析することが望ましい。次に、患者 1 人 1 日当りの行為別収益の推移を分析する。特に、当該病院の保有する医療機器、検査機器などによる変動、診療科ごとの方針、患者特性、地域性などを分析の視点とすることが多い。注意しなければならないのが、見かけは収益が高いのであるが、実際は費用がかさんで利益が少ないということが、外科や薬剤科で見られることがあるので、原価計算の仕組みを病院でいれることが求められる。さらにいえば、人工透析を内科に含めて考えたり、リハビリを整形外科などに含めて診療科ごとの経済成果をみることは出来るだけ避けたほうが良い。それらは別に項目を立てて考察することが望ましい。そうしない内科などの本来業務の分析が惑わされる数値になるからである。また、院外処方箋の発行や、看護体系などは十分に考慮しなければ正確な判断は出来ない。その他、検査、手術場、放射線科、検診なども重要な要素となるが、それらは別に論じたい。

このように収益構造を順次分析していくことが病院経営には必要となる。すなわち、経営サイドだけ、事務方だけのデータではなく、現場の医師が信頼できるデータを病院が用意することがいかに迅速に出来るかがポイントである。

(日本大学商学部 高橋淑郎)

米国での臨床検査室認定審査がより厳しくなっている

米国では、政府管掌医療保険を取り扱う臨床検査室(規模の大小を問わず患者検体についての臨床検査を業とする検査室)は連邦政府から承認を受けた認定機関によって認定されることが CLIA'88 によって義務付けられている。その代表的認定機関の一つが CAP(College of American Pathologists)であり、日本でも 10 数施設が認定されている。その CAP は、CAP/LAP に認定された臨床検査室に対して 2004 年 10 月 1 日から新しい要求事項を設けた。すなわち、患者と検査室職員の目の届く場所に次のような内容のポスターを掲示すること、である。その内容の骨子は、「この検査室の検査成績と職員の安全性について疑問がある場合には、無料サービス電話にて CAP 事務局に直接通報して下さい」というものである。そして、連邦議会では、新しい臨床検査室改善法案を準備中との情報も流れている。すなわち、それぞれの州毎に臨

床検査室に対する規制が設けられているが、それに加えて「“問題のある”臨床検査室に対して、連邦政府が通告なしに立ち入り調査を可能とする」というような内容のようである。

上記の動きの背景には、2002 年頃から社会的に問題とされてきたメリーランド総合病院(MGH)検査部のスキャンダルがある。紙面の都合で詳細は省略するが、概略以下の通りである。HIV 抗体検査(他の感染症検査も同時に行われていた)のロボット検査システムの整備と精度管理が不適切なために多くの HIV 抗体検査について誤った結果が報告されていた。その可能性について担当の技師が検査部管理者に申し出たが、年余にわたり対策がとられなかったらしい。後日、同検査室の一人の技師が検体取り扱いを誤って患者血液が飛び散り、結果的に HIV と肝炎ウイルスに感染するという事故が発覚した。この事実を州政府が知りながら、CAP に通報しなかったことから、CAP は同検査室の認定を更新した。現地審査を担当した CAP 審査員に対して、不利な事実に言及しないよう検査部管理者から職員に指示されていたことも発覚した。もちろん、このスキャンダルはマスコミの紙面をにぎわし、州政府レベルから連邦政府の関与するところとなり、MGH の検査部長、病院長の更迭にまで発展した。そして、MGH 検査部でこれまでに行われた HIV 抗体検査の再測定が行われたとのことである。

このスキャンダルは検査部内の管理者と職員の間でのコミュニケーションに問題があり、組織としての品質マネジメントが適切に運用されていなかったことが最大の原因であるが、検査部が誰のために検査を実施しているかの本質を無視した結果である。これに類した事件が産業界や金融業界などでも摘発されており、わが国の検査室でも決して起こらないとは断言できないであろう。こうした事故を未然に防ぐためにこそ ISO 15189:2003 の文章中の数ヶ所「患者のための検査であること」が強調されているのである。

(国際臨床病理センター 河合 忠)

血糖自己測定機器の適正使用について

血糖自己測定(Self-Monitoring of Blood Glucose, SMBG)機器にはマルトースなどグルコース以外の糖もグルコースとして測り込む機種があるので、厚生労働省では使用上の注意をあらためてエンドユーザーに徹底することを指示している。患者の安全管理とも関係する大切なことがらなので、解説したい。

そもそも SMBG 機器は酵素法を測定原理としているが、酵素としてはグルコース・オキシダーゼ(GOD)とグルコース・デヒドロゲナーゼ(GD)が用いられている。GOD 法はさらに色素法と電極法に分けられるが、電極法では溶存酸素の影響を受けることが知られ、低酸素血症では高値誤差、高酸素血症では低値誤差が生じることが知られている。

GD 法は検体の溶存酸素の影響は受けないが、グルコースの基質特異性に問題があり、グルコース以外の糖と反応する可能性があることが問題である。GD には 2 種有り、補酵素として NAD または NADP を必要とする GD(酵素番号: EC1.1.1.47))はグルコース基質特異性が確かめられている。一方、補酵素としてキノンまたはその類似化合物を必要とする GD(酵素番号: EC1.1.5.2)では、グルコース以外の糖(アルトース、ガラクトース、イコデキストリンなど)とも反応することが知られている¹⁾。具体的には表1に示すグルコカード G メーター(アークレイ)、グルテスト・ネオ(三和化学研究所)、フリースタイル(キッセイ/ニプロ)、アキュチェック・コンフォート、コンパクト、アクティブ(ロシュ・ダイアグノスティクス)である。

これらの SMBG 機器を糖尿病患者が自宅で血糖値をモニ

ターするために使用する場合はほとんど問題がない。マルトースなどが血中に高濃度に存在することは通常ありえないからである。しかし、手術室などでマルトースが点滴されている患者の血糖値の測定に使用されると、高血糖と過って判断されインスリンが過量投与され、低血糖となるおそれがある。したがって、これらの SMBG 機器を手術室や病棟で絶対に使用してはならない。

SMBG の M は患者が血糖値を monitoring するための M であり、measurement の M ではない。Measurement には検査部や検査科に備えられた機器により測定するか、また、Point of Care Testing(POCT)のための機器として評価が定まった機器を用いるべきである。

もし手術室などでマルトースなどの影響をうける GD を用

いた SMBG 機器が measurement のための機器として用いられているとしたら、検査の専門家や糖尿病の専門家の目の届かないところで危険な医療行為が行われかねない。検査の専門家は糖尿病の専門家と共同し、院内の総点検を行い、SMBG 機器の過った使用があったら直ちに廃棄することを報告すべきである。

文献

1)佐野俊一, 杉浦紀子, 大野智子, 東光子, 木澤仙次, 榊原文彦, 山之内国男, 廣岡良文: わが国で使用される血糖自己測定器に及ぼすマルトースの影響について. プラクティス 21: 91-96, 2004

(山形大学医学部臨床検査医学 富永真琴)

表1 血糖自己測定機器の測定原理から見た分類と溶存酸素およびマルトースの影響

測定原理	溶存酸素の影響	マルトースなどの影響	SMBG 機器 (メーカー)
グルコース・オキシダーゼ色素法	受けない	受けない	メディセーフ・リーダー (テルモ) メディセーフ・ミニ (テルモ)
グルコース・オキシダーゼ電極法	受ける	受けない	グルコカード (アークレイ, アベンティス) グルテスト・エース (三和化学研究所) プレジジョン Q・I・D (アボット・ジャパン) デキスターZ II (パイエル・メディカル) アクセンシア・ブリーズ (パイエル・メディカル) ワンタッチ・ウルトラ (ジョンソン・エンド・ジョンソン)
グルコース・デヒドロゲナーゼ電極法 1 (補酵素: キノンあるいはその類似物)	受けない	受ける	グルコカード G メーター (アークレイ, アベンティス) グルテスト・ネオ (三和化学研究所) フリースタイル (キッセイ/ニプロ) アキュチェック・コンフォート (ロシュ・ダイアグノスティックス) アキュチェック・コンパクト (ロシュ・ダイアグノスティックス) アキュチェック・アクティブ (ロシュ・ダイアグノスティックス)
グルコース・デヒドロゲナーゼ電極法 2 (補酵素: NAD または NADP)	受けない	受けない	エキストラ (アボット・ジャパン) ソフタック (アボット・ジャパン)

組織改革における検査医の役割と取り組み

医療を取り巻く劇的な環境変化にともない、検査部はその在り方に変革が求められています。東海大学病院では、国立大学病院にて構想が今話題となっている診療支援部構想を 2001 年度に導入し、今年で既に 4 年目を迎えました。2001 年、検査部の組織は、検査業務を实践する診療協力部と、検査技師など医療技術職の労務・人事管理を行う診療支援部とに機能分離しました。検査技師は、通常の検査業務は診療協力部の指示下で行いますが、労務・人事面では診療支援部の指揮下で動くという二重管理体制に置かれています。2004 年度の検査部は、臨床検査科(診療協力部 診療部に改組)と臨床検査技術科(診療支援部 診療技術部に改組)で構成されています。それぞれに科長(臨床検査科長と臨床検査技術科長)が存在し、診療支援部/技術部部長は放射線科の技師長が担当しています。

検査部の組織改革において重要なのは、組織の枠組み自体でなく、機能の充実です。検査部の機能構築において、検査部門の可能性を引き出し病院診療に反映させるために、臨床検査の可能性を学問的に追究し、それを熟知し、効率的に患者診療に還元することを専門とする検査医の役割は大きいと考えられます。検査部長の責務は、病院検査部の機能を構築していくことにありますが、その推進にあたり様々な課題に遭遇します。

検査部長は人事権がない立場で、実際の新たな業務展開に

は、その指導力が鍵を握ります。ビジョンある方針の策定と明確化がより一層重要となります。指示内容は、説得性ある実質的なものである必要があります。検査部門の医師には、患者中心の視点をもつ横断的な幅広い素養と高い見識、病院診療における検査の長所を引き出す能力、ビジョンとリーダーシップをもって検査技師を牽引する能力が求められます。さらに病院全体でも医師を含めた職種・組織横断的な協調体制を作り出し、臨床検査を通じた患者診療の質への指導的影響力を発揮することが望まれます。患者中心のチーム医療活動の重要性が高まっている今日、臨床検査の専門家が果たす役割は増大しています。

その一方で、臨床検査の精度管理、適正化や検査診断報告書作成など地道で継続的な日常的活動の重要性は変わりません。この広い活動領域を担うため、検査部には 1 人でも多くの専任医師(検査医)が必要であり、また検査医 1 人 1 人における実力アップが急務となっています。

目下我々は、従来型検査室から臨床全体を視野におく次世代検査部への再構築を目指しています。それは、検査室中心の業務から活動フィールドを院内全体での検査関連活動へとシフトすることです。そこで重要なことは、検査医としての指導力とともに検査に立脚した院内での機動力をもつかどうかです。私は臨床検査の業務に携わる一方、血液内科の外來診療を担当し、さらに院内感染対策室室長を兼務するなど視点を患者診療に置いてきました。

臨床検査に立脚した院内感染対策活動は、従来の細菌検査

や感染症検査から機動力ある次世代検査部機能への脱皮の先駆的例です。その例に習い、検査部全体においても、機動性をもつ、検査に立脚した患者中心のチーム医療活動を遂行できると確信しています。次世代検査部への構築の柱には、院内感染対策の他、POCT コーディネート、検査情報管理/検査診断支援、血液総合診断、分子病態診断を挙げて、取り組んでいます。

検査部の組織改革において、検査医は、患者中心のチーム医療活動の実践、臨床検査を通じた患者診療の質への指導的影響力など真価が問われる正念場を迎えています。我々は、機動力ある検査現場を創り上げることで病院検査部としての機能を高め、患者診療に不可欠な存在であり続けたいと日々努力しています。

(東海大学医学部臨床検査医学 宮地勇人)

ペーパードクター??

このコラムで以前“ペーパー認定臨床検査専門医”と言うものがありました。私は“ペーパードクター”を実感しました。

今回、ご存じの通り中越地震が起きました。長岡市内には私の勤務する長岡赤十字病院を含め 3 つの大きな総合病院があり、地震発生直後より被災患者の診療に全力で当たる事となりました。当院は阪神大震災の後に新病院に移転したため、耐震構造で建物自体の被害は軽微でした。上階の方はゆれがひどかったものの、2 階にある検査部・病理部は機器や標本などに大きな被害はありませんでした。ただ、自動分析装置において本震の揺れにより恒温槽からもれたと思われる油が測光部付近にかかり、吸光度の測定がうまくできず、緊急検査ができなくなる恐れが生じましたが、ドライヤーで乾かす事で復旧し、事なきを得ました。院内は停電無く、水も給水タンクに確保でき、また、職員も自宅の被害は様々ですがほとんどの人が勤務についてくれたため、業務にはほとんど支障がありませんでした。また偶然、1 週間前に地震発生を想定した災害発生時のシミュレーション訓練を行っていたため、混乱はあまりありませんでした。

そこで、私自身ですが、大学卒業後、すぐに大学の病理学教室に入り 14 年間、病理のみに従事してきました。臨床経験は皆無です。5 年前、この長岡赤十字病院に勤務となり、二人病理医になるため、一人は検査部と言う事になりました。本震の後 1 週間位は余震や被災患者を受け入れるベッド確保のため予定手術は中止となり、病理部への検体は激減し、非常に暇な状態が続きました。本震直後は、院内にいる医師は全員、救急外来に行き、手分けして患者を診るようにとの指令が出ましたが、悲しいかな何もできませんでした。普段、「病理は基礎ではなく臨床である」と言う言葉をよく聞くものの、その後も巡回診療として医局の先生が皆かり出されて働いている中、まだまとめていない解剖例の標本をみながら一日が過ぎていくのも、むなしい感があります。なお、当院検査部では専ら院内業務のみで、救護所等での臨床検査に関する情報も全く入ってこない状態でしたが、この中越地震に対し会員の諸先生方をはじめ多くの病院の検査技師さんの方々のご支援をいただき、この場を借りて心より御礼申し上げます。

さて、“ペーパードクター”なのかもしれませんが、昨年、検査部長になった事もあり(院長曰く、“第二病理部長は認められないのでこれでご勘弁を”でしたが)、普段は気持ち的に“ペーパー臨床検査専門医”にはならないよう、当院の検査部の運営について考えています。当院は現在 748 床、一日あたり外来患者数 1700 人程度で検査部の検査技師は 31 名程ですが、現在の病院の方針としては、病理、生理は残すが、

検体検査は外に出したいとしています。検査部職員の高齢化も進むとともに、年齢的に同じ世代が一斉にやめるような時期も迫っており、病院としては正職員の補充はしないとの中、検査部存続が危ぶまれています。院内感染対策委員会や NST への参加、院内糖尿病教室への支援、またある部署では特定の科の医師と密接な連携をとるなどの活動は従来やってきているもの、検査部の存在意義をアピールするには今ひとつインパクトが足りない感があります。患者サービスの拡充や言われてからやるのではなく検査部の方から積極的にチーム医療に貢献していく方策はまだまだ考えられますが、「忙しいので人を増やさないとできません」と言われると、現場を理解し切れていない“にわか検査医”としては反論・説得がうまくできません。職員の意識改革を行うと言っても難しいのですが、技師長などと協力して試行錯誤しながら、常により患者のためになるような体制づくりを念頭におきつつ、検査部職員がやりがいをもって働ける職場づくりを模索して努力していきたいと思えます。

(長岡赤十字病院 薄田浩幸)

【編集後記】

平成 17 年は酉年である。一般的には鶏が酉年としてもてはやされているが、ここでは梟(ふくろう)について書いてみる。ハリ・ポッターの映画にも登場していましたが、梟は首が 180 度回ることから見通しがきき、商売繁盛につながり福が来る縁起の良い鳥とされています。また、学問の神様、長寿の鳥として喜ばれています。ヨーロッパでは、知恵の神様、中国では幸せを呼ぶ鳥とされており。ここで一つ、福籠(ふくろう)は不苦(不苦)で不老(不老長寿)ゆえに袋(知恵)となる。机の近くに梟の置き物はいかがですか。

今年は昨年よりも 9 日遅く、関東地方で春一番が吹きました。春一番とは、立春(2 月 4 日)から春分(3 月 20 日)の間で、日本海に低気圧が発達し、初めて南よりの強い風(風速 8メートル程度以上)が吹く現象の事を指します。

春一番が吹いた関東地方では、花粉の飛散量も増えてきました。通常、気温が 15 度を超えるとスギの花が開花し、花粉の飛散が増えるといわれ、「春一番」の強い南寄りの風に乗って花粉も一気に増えてきます。今年はスギ花粉症の方々にとっては本当につらい季節の到来でありましょう。今となつては完全に定着した国民病の一つであります。

最近思うところですが、国民の教育力の低下が大きくなっていく気がします。日本人としては、致命的な事態です。国をあげて阻止しなければいけません。子供たちの教育レベルが下がれば、長期的には国のレベルが下がっていってしまうと考えます。出生率の低下は当然日本としてはまずい状態であるし、基礎学力の低下には何とか歯止めをかけて、早急に有効な手段を講じて頂きたいと思えます。

今年の日本臨床検査専門医会ですが、森先生が巻頭言で書かれていますように、臨床検査についての患者さんの理解を高めると共に、不安感を取り除き、スムーズに検査が受けられるようにする。このような地道な努力により、臨床医や患者さんの信頼が得られることが必要である。そして、臨床検査を高い医療水準に保ち、患者中心の医療を行う。やはり、今年は臨床検査の芽をどんどん伸ばしてゆく必要がありましょう。

私事です、今年も仕事は忙しくなるばかりの状況のようです。仕事ができるのは良い事でありますので、頑張りたいと思えます。

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)