

## 行事予定 (2005年)

- 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  
副会長 神辺 眞之

5月26日から31日まで、トルコのイスタンブールで開催された WASPaLM (世界臨床病理検査医学会)に参加しました。今回は、珍しい場所というのもありましたが、5月28日の午後1時30分から4時間余あった、代議員会議 (House of Representative)に出席することが目的でした。

WASPALMには、世界の20数カ国が登録されているようですが、日本からは、日本臨床検査医学会と日本臨床検査専門医会(JACLaP; Japanese Association of Clinical Laboratory Physicians)が登録されていて、日本臨床検査専門医会の代議員として、吉田浩教授と2人で参加しました。

4時間もあつた会議ですから、多くの報告や議題が審議されましたが、特に、次期会長などの新キャビネットを決める議題が盛り込まれていました。

新キャビネットは、次期会長に事務総長のアメリカの H. Travers 氏を、現会長のアメリカの K. McClatchey 氏が途中で、膵臓癌のために亡くなりましたので、代行をされていた、次期会長のブラジルの Melo 女史を正式に会長に、本来なら任務を終えられる筈の、前会長の森三樹雄教授が、McClatchey 氏が前会長になれないために、もう1期、留任されることが賛成多数で承認されました。又、WASPALM 東京事務所の事務局長が自治医大の櫻林教授から群馬大学の村上教授に代わった事が紹介され、村上教授が就任の挨拶をされました。その日の夜のギャラパーティは大変盛会で、前会長の森三樹雄教授と McClatchey 氏の代理で出席された McClatchey 夫人に、前会長に与えられる「金の杖」が授与されました。

学会の方は、イスタンブールの高級ホテル内の3会場で、G.M. Kuzey 教授(女医)を大会長に主催されました。彼女の夫君を紹介していただきましたが、国内便のパイロットでした。私は、主に感染症のセッションを聴きましたが、大変ハイレベルで新技術の発表もあり、参考になりましたが、参加者が4~500人といつもの学会に比べ、少ない感じがうけました。

なお、2年後は、マレーシアで、4年後はシドニーで学会が開催されます。

私は、サンパウロでの学会時に、初めて、代議員会に参加させていただきましたが、その時に、IFCC(世界臨床化学学会連合)から要望されていた「病院などの検査部長にMDでなくても、PhDでも良い」と言う議案の承認にでくわしました。以来、アメリカの検査体制の変化に繋がってきたように思えます。このように、WASPALMの代議員会は重要な問題を議論していたのだと驚いています。今回でも、WASPALMのアメリカでの法人化、理事会への日本からの今後の理事の推薦問題などがロビーで噂されていました。次世代を背負う日本の臨床検査医に国際的な活動を期待します。

### 【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6回>、病院における会計・経営の基礎知識(5)  
p.4 検査医の仕事  
p.5 検査専門医と総合診療内科、臨床検査技師養成に携わって  
p.6 私の職場、編集後記



あつもり草

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](mailto:ohitani@med.kitasato-u.ac.jp)

## 【事務局からのお知らせ】

## 《会員動向》

2005年6月25日現在数 687名、専門医 489名

## 《新入会員》(敬称略)

桜井 礼 愛知厚生連 海南病院  
日高 洋 大阪大学大学院医学系研究科生体情報医学  
河野 誠司 神戸大学医学部附属病院検査部

## 《所属・その他変更》

山中 晃 旧 東京医科大学臨床検査医学  
新 新宿東口クリニック  
岡嶋 研二 旧 熊本大学大学院医学薬学研究部  
病態情報解析学  
新 名古屋市立大学大学院医学研究科  
生体防御学分野 教授  
佐竹 宣法 旧 JA 高知病院検査科  
新 香川県立がん検診センター  
置塩 達郎 旧 森本記念検診クリニック  
新 阪急電鉄(株) 西宮診療所  
幸村 近 旧 仁友会石田病院 内科  
新 (独)国立病院機構道北病院循環器科  
松本 一仁 旧 国立弘前病院研究検査科  
新 (独)国立病院機構弘前病院研究検査科  
橋口 照人 旧 鹿児島大学医学部臨床検査医学講座  
新 鹿児島大学大学院医学総合研究科  
先進治療学専攻循環器・呼吸器病学講座  
血管代謝病態解析学  
青木 昭子 旧 三浦市立病院  
新 横浜市立大学附属病院臨床研修センター  
久保 信彦 旧 自治医科大学臨床検査部  
新 あずま通りクリニック  
山鳥 一郎 旧 国立岡山病院臨床検査科  
新 (独)国立病院機構岡山医療センター  
臨床検査科  
毛利 博 旧 慶應義塾大学伊勢慶應病院内科  
新 藤枝市立総合病院  
中山 淳 旧 信州大学医学部附属病院中央検査部  
新 信州大学医学部病理組織学講座 教授  
尾鼻 康朗 旧 近畿大学医学部奈良病院総合診療科  
新 近畿大学医学部奈良病院救命救急科  
清島 満 旧 岐阜大学医学部臨床検査医学  
新 岐阜大学大学院医学系研究科  
病態情報解析医学  
松本 哲哉 旧 東邦大学医学部微生物学  
新 東京医科大学微生物学教室 教授  
藤井 丈士 旧 国立国際医療センター臨床検査部病理  
新 国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部  
川合 陽子 旧 慶應義塾大学医学部中央臨床検査部  
新 国際医療福祉大学  
臨床医学研究センター 教授  
那須 勝 旧 大分大学内科学第二  
新 大分中村病院  
黒川 一郎 旧 (株)エスアールエル北海道  
退職

## 《物故会員》

仁木偉瑳夫 先生：6月15日ご逝去  
ご冥福をお祈りいたします。

## 【教育セミナー報告】

## 第2回 GLM 教育セミナー

平成17年5月15日(日曜日)、都市センターホテルで開催された。

参加者数：19名、その他 森三樹雄会長、吉田浩副会長、玉

井誠一教育研修委員会委員長、石和久情報出版委員会委員長、土屋達行庶務・会計幹事が参加。

「Good Laboratory Managementの実践」について、講演者、参加者の間、参加者同士で活発な討論が行われ、研修の実があげられた。

## 第60回教育セミナー

平成17年5月22日(日曜日)、昭和大学で高木康先生の担当で開催された。

参加者数：31名。

## 第61回教育セミナー

平成17年6月5日(日曜日)、順天堂大学で三宅一徳先生の担当で開催された。

参加者数 30名。

本年度開催予定の教育セミナーは終了いたしました。来年度の教育セミナーは予定が決定次第会員の先生方に通知致します。

## 【振興会セミナーのお知らせ】

第23回日本臨床検査専門医会振興会セミナーが以下の要領で行われます。多数の会員の皆様方のご参加をお待ちいたします。

開催日時：平成17年7月22日(金)14:00~17:00

会場：「東京ガーデンパレス」文京区湯島1-7-5

電話 03-3813-6211

会費：4,000円(情報交換会参加費も含む)

主 題 名：「臨床検査の新展開」

1. 在宅検査と郵送検査の現状と未来

長谷川重夫 先生(株)リージャー副社長)

2. 企業の予防医学と臨床検査

堀川龍是 先生(三菱重工(株)健康管理センター長)

3. 栄養管理と臨床検査

橋詰直孝 先生(和洋女子大学教授)

4. 遺伝子検査の新しい流れ

舩渡忠男 先生(京都大学医学部保健学科教授)

情報交換会：17:30~19:00(会場は同じく東京ガーデンパレス)

## 【総会・講演会のお知らせ】

今年度第2回目の総会・講演会が福岡で開催される第52回日本臨床検査医学会・第42回日本臨床化学会年会 連合大会に合わせて行われます。

後ほど、日程が確定次第、出欠の確認の連絡をいたしますが、御参集をお願いいたします。

開催予定会場：福岡国際会議場・第一会場

開催予定日時：総 会 平成17年11月17日 午後3時~4時

講演会 平成17年11月17日 午後4時~5時

演 題 「専門医制度について」

演 者 日本医師会 常任理事

橋本 信也 先生

## 【会費納入について】

今年度もすでに6ヶ月を過ぎようとしています。多くの会員の先生方からは既に会費の振り込みを頂いていますが、まだお支払い頂いていない先生もいらっしゃいます。

日本臨床検査専門医会の活発な活動は会員の会費によって支えられています。未納の先生はお振り込みをお願いいたします。

会費の振り込み状況の確認は事務局まで E-mail あるいは FAX でお問い合わせください。

## 【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 でご連絡ください。

組織マネジメントの新たな枠組みの潮流  
 ~ 成員の主体性と創造性に軸足を置いた  
 体系的な問題解決活動の継続 ~

これまで一貫して機能的観点で捉えた組織の特質について論じてきたが、組織は「人間の集まり」なのではなくて「人間の活動(行為)の集まり」だということである。ある目的を達成するための活動が、個人では社会的資源の不足のために、その目的を達成し得ない場合、複数個人が分業関係と支配(管理)関係を形成することによって、成果を得ることに合意したところに成立する。

組織は、限定的な目標達成を志向する点において目的合理的であり、「合理性」という概念と非常に関連が深い。ところが、変化の速度が増し、複雑化する経営環境の中、これまで支配的であった合理性追求モデルの後退的傾向につれ非合理性が目立つなど、多様な議論がみられる。組織マネジメントについても、方法論的統一性の欠如、パラダイムの乱立という指摘がなされている。

新たな潮流は、これまでの限界を克服する試みとして、人間の主体性や創造性という要因を扱うべく解釈主義的な見解を取り入れた諸理論に基づく、組織学習アプローチの登場である。成員個人の主観的な観点を積極的に取り込むことを重視している。しかし、他方では不確実で攪乱的な要因を削減していくという、相反する必要性への対応に直面しているということも指摘されている。

このようなパラドックスを克服できる特効薬たるマネジメント手法は未確立だが、人間の主体性を重視し創造性や積極的な学習を組織において有効活用していくことは、長期的な観点からみれば組織の合理性にとっても大きな貢献を期待できると考えられる。こうした要件を備えた実効的なマネジメントの枠組みとして期待されている「アクションラーニング」について紹介しよう。

アクションラーニング(Action Learning 以下、A.L.と略す)は、現実の業務上に起きている問題現象を、グループやチームで共有・検討し、メンバーの多様な視点や思考によって真の原因を探索・発見し、解決策を立案し、実際に実施(行動)することで確実に問題を解決していく一連のプロセスをいう。この過程に成員が参画することで組織としての問題解決力を高め、同時に「学習」する能力と個々の成員のリーダーシップを創造する画期的な手法である。

A.L.における「学習」(ラーニング: Learning)の意味は特に重要である。日本語では「お勉強」や「知識の詰め込み」というニュアンスが強調されがちだが、本来の学習には行動が含まれており、座学ではない。人が行動を変えるのは学習があるからであり、学習のないところには変革もないし成長もない。A.L.で経験する実際の行動とそのリフレクション(Reflection=内省)により、組織の目的(価値基準)に応じた成果の創出に最も効果的・効率的な行動を開発し、組織にダイナミックな変革を生み出すプログラムで構成されている。

A.L.が注目される背景には、組織が抱える問題の複雑化、パフォーマンスの高いチームの速成、変化と学習を受け入れる組織文化の醸成、環境変化に即応できる組織の開発、新しいタイプのリーダー育成に対する必要性、個人・チーム・組織における継続的学習の認識の高まりなどがある。A.L.の効用は、問題解決と個人の能力開発、組織開発を同時に可能とする。A.L.の効果は、複雑な問題の創造的解決、個人の学習能力の向上、個々のリーダーシップの育成、レベルの高いソリューションチームの即効構

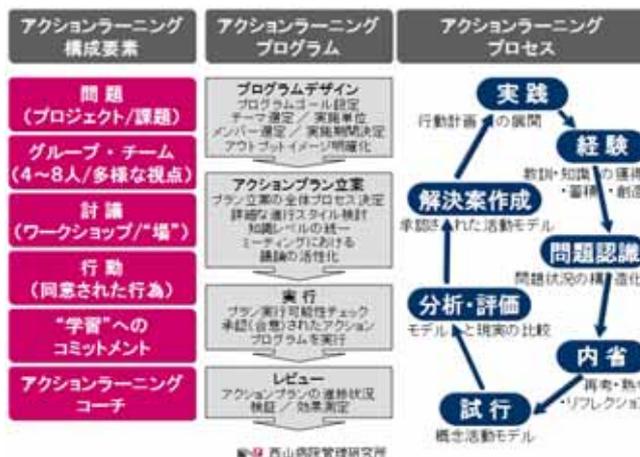


図 アクションラーニングの概念図

築、学習する組織の基盤形成 など、今日の病院組織では欠かせない。

A.L.のアプローチは、現実の問題(緊急度、重要度の高いもの)を取り上げ、チームで問題解決に対処することだが、そのプロセスでは、成員・チームのリフレクションを重視する。A.L.の基本となる構成要素(図)が適切に噛み合っていないと効果は期待できない。プログラム策定の際は、特にこの構成要素を上手く組み込んで企画することが重要である。A.L.は、他の多くの手法と類似点があるが、多くの点で異なっており、単なる問題解決手法ではない。学習に焦点を絞り込むことは単なる問題解決以上の組織成果を創出する。また、生成される問題解決案が他の手法と比べより創造的で本質的(実効的)である。

今、現実の医療現場に目を向けると、診療報酬改定毎に下がる検査料により、多くの検査部門は採算の悪化(?)が問題視され、赤字経営に悩む病院が多い中で、外注化や人員削減など、コスト削減の格好のターゲットにされている。こうした厳しい状況下、近年のDPCへの関心度の高まりなども相俟って、検査部門の未来像について悲観的な意見や前途を危惧する雰囲気漂っている。未来を変えるには、現場の成員一人ひとりが、実務経験を反映したりリフレクションを共有し、未来を明るく熱く語り合い、診断科学や高度先進医療を担うスペシャリスト部門として発展を遂げる創造的解決案を導出する。こうした創造性発揮の「場」を活性化することこそ組織マネジメントの本質だと考える。

(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(5)

今回は、病院経営の道具としてのバランスト・スコアカード(balanced scorecard, BSC)の利用を考察する。

BSCの誕生と進化

BSCは、ハーバード大学経営大学院のKaplan教授と経営コンサルタントのNorton氏によって1990年代初頭に開発され、初めて論文として示されたのが、Harvard Business Review, 1992年である。当初は、管理会計の範囲内での話題であったが、経営戦略論あるいは業績測定・評価・経営改善など様々な経営領域に拡大し、現在では非営利組織、営利組織を問わず、戦略的経営システムのツールとして認識されている。

1992年の論文発表以後、しばらく、BSCは「業績評価システム」として議論されてきた。同時に、企業を中心とした、実務家やコンサルタントあるいは管理会計の研究者や経営学の研究者達によって、幅広く試され、検証され、改善され、応用されてきた。

当初は「業績評価のツール」として開発され、その特徴は、業績をいくつかの視点から正確に認識し、測定する手法として示された。これまでの業績評価の考え方は、財務主体で、財務の専門家によって構築されてきたが、そこにはトップマネジメントがあまり関与してこなかった弊害があるというものであり、BSC は、組織のビジョンを中心として、組織としての優先順位をトップマネジメントが示すことで BSC 作成に関与し、従業員が統制されるのではなく、自ら考えてビジョンの達成に向かっていくように方向付けしていることに特徴がある。

その後、様々な調査や応用・実験などを踏まえて、多くの企業では、全社的な PDCA サイクルを実践していく中で、BSC という手法は、業績目標と実践の実績のギャップを分析することで、「日常のオペレーション部分で起こっている様々な課題」や「業績が達成されない原因」を探ることが可能になったのである。

1996 年から、BSC はビジョンや戦略とからめたマネジメント・システムとして機能していることを示した。ここでは、BSC を利用して戦略を成功裏に導くには、ビジョンおよび戦略の明確化、戦略目標と成果尺度の周知と関連、計画、目標値の設定、および実施項目のベクトルの調整、戦略のフィードバックおよび学習の強化という 4 つのプロセスを通じてマネジメントを行うことを示したことで、戦略的マネジメント・システムとして機能することを示した。その後、4 つの視点の再考を行って、現在の標準的モデルになっている。

2002 年ごろからは、組織変革のフレームワークとして有効であるということまで進化してきている。それが戦略マップであり、それに対応するスコアカードの精緻化である。これによりそのプロセスでのコミュニケーション向上ツールとしての BSC が新たな機能として再認識されてきたのである。病院におけるわが国の BSC 利用状況

2004 年 8 月に日本大学商学部 高橋淑郎研究室と日本能率協会総合研究所との共同で調査を行った。わが国の病院で地域性を考慮しながら、アトランダムに 2,169 件発送し、440 件の回収(回収率 20.3%)で、わが国の病院での BSC の利用状況をおよび利用の目的などを調査した。その結果を単純集計レベルで簡単にまとめると以下ようになる。BSC について大まかな意味や名前を知っているという病院は 45.2%であった。さらに、回答数 440 の 5%の病院がすでに BSC を病院経営に導入していた。さらに、セミナーを受講したり、文献を読んだりしながら導入を検討しているという病院が 14.8%あった。したがって、わが国では、予想以上に医療での BSC の導入が進み、さらに、おおよそ約 65%の病院が BSC について何らかの意味を知っていたことが分かった。これはわが国で、2004 年 1 月 10 日に日本医療 BSC 研究会の第 1 回の総会が開かれてから(参加者約 300 名)、半年の状況を考えて一般の企業の BSC 導入よりも早いことが判断される。

例えば、日本能率協会総合研究所の企業に対する同様の BSC 調査で、「全社で導入済み」「部門で導入済み」「導入計画あり」までを考えると、2002 年に N=210 で、導入済みが、6.4%であり、導入計画まで含めると 20.9%だった。その後、2003 年に N = 388 の同様の調査で導入済みが、10.3%であり、導入計画まで含めると 19.8%であった。1992 年のキャプランらの論文が出て以来、企業では 1998 年ごろからわが国でも導入議論が盛んになってきたが、企業の進捗度から見て、病院への BSC 導入速度が速いと判断できる。

病院の調査では、何のために BSC を導入するかという調査項目では、「病院組織の意識改革・活性化」および「目標管理の充実」が主たる狙いとなっている。また、全体的には組

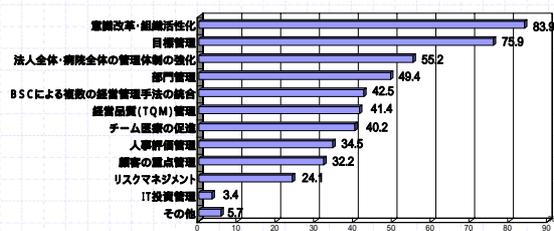
織のマネジメントの手法として使用をねらっていることが分かる。加えて、BSC の利用においてその汎用性が広いことから、様々な項目、例えば、リスクマネジメント、チーム医療、複数の経営管理手法の統合、品質管理、IT 投資管理などがあげられている。したがって、病院単体での様々な利用目的、あるいはグループ経営、法人本部のマネジメント手法として考えられていることが判る。

## 調査結果(2)- 導入・活用目的

### ◆意識改革・組織活性化や目標管理が狙い

- 意識改革・活性化 重要な経営課題
- 全体マネジメントシステムの強化も視野に

図 BSC を導入・活用する場合の期待・狙い(n=87)  
(該当する項目全部を複数回答)



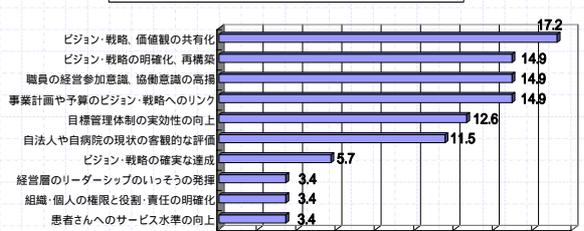
Copyright © 日本大学商学部高橋淑郎研究室 & JIMAR, 2004

BSC の導入のメリットは何かという設問項目では、「ビジョン・戦略の明確化と共有化」に BSC の効果を求め、ビジョンを達成するための既存の目標管理や事業計画との相乗効果を求めている利用ということが明確になった。

## 調査結果(2)- 導入メリット

- ◆ビジョン・戦略の明確化と共有化に効果大
- ◆またビジョン・戦略と事業計画のリンク、MBOの実効性向上も期待できる

図 BSC を導入・活用しての効果・変化(n=87)  
上位10位まで(該当する項目を3つまで複数回答)



Copyright © 日本大学商学部高橋淑郎研究室 & JIMAR, 2004

BSC 導入のメリットを聞いたところ、結果として、最も多かった回答が、ビジョン・戦略の共有化であった。病院の描くビジョンの達成のための戦略の実行と成功に向けた経営管理手法として重要となることがこの調査で裏付けられた。したがって、「当たり前のことを当たり前に行う経営管理手法である」ということを理解されつつあると思われる。

(日本大学商学部 高橋淑郎)

### 検査医の仕事

検査医の業務が、保険点数になかなか結びつかない面もあり、皆さんがご苦労されている様子が伺えます。しかし、臨床検査の内容は、診断に治療にエビデンスは提供されており、それらの整理と普及が新しい時代で重要なポイントになっていると思います。この検査医の業務の一つは、臨床検査をもっと広く理解していただくことであり、地域の特性に応じて、多種多様に考えられると思います。大学で教育という場を介して活躍する他に、大都会で、大病院という場で活躍されて

いる方々もあるでしょうし、地方で中規模以下の病院で仕事をされている方々もおられると思います。地域医師会の先生方に、臨床検査をもっと理解していただく仕事は、検査の底上げに充分寄与できると思います。

外部精度管理の充実に伴い、施設間の計測値の差は臨床化学領域ではほとんど解消しております。精度管理で中に向けたエネルギーを今度は外に向けるべきです。しかも、利用している基準範囲は、健診の領域を含めて、上下限値がまちまちです。同じ尺度で検査データが評価される環境が整っているのに、活用されていない現実があります。それには、健診の現場など、検査値を利用・活用する現場に検査医が存在しなかったり、医師会の生涯教育の場に検査医がかけたりするからであると思います。各地域にキーパーソンを作り、そこに情報を集中し、教育・研修の場を作ることは重要であると思います。また、それを支援する教育・研修プログラムを検査専門医会が用意することも重要であると思いますし、派遣講師を地域別に整理することも重要であると思います。

この問題は、検査医学会、臨床衛生検査技師会とも連携し、診療支援グループの再構築を考える必要もあると思います。分析をした当人が、医師に対してデータの読み方、考え方を支援する検査の構造は、失われたのか、始めから存在しなかったのか本当に疑問です。分析をした当人でなくては持てない検査データの考え方を育成し、人材のプールを作成して行くことは、県単位では人材に限りがあります。ブロックを構成し、そのブロックで人材を共同利用する考え方をもちたいと思います。このような問題は、血液形態学、病理形態学などの形態学の領域に始まり、感染症領域、蛋白分画、アイソザイム、免疫化学領域などに広くまたがると思います。特に、日当直の問題で検査技師のローテーションを実施することで検査技師の専門性が著しく損なわれつつあります。診療支援の部分が欠如しかかっているのです。ここで、診療支援グループの再構築を図って行くことを積極的に検査専門医会が考えていくことはきわめて重要です。

人材が少なく、手持ちの駒が不足しているのですから、数を指標とするのではなく、質を指標とし、戦略的な考え方に立って検査医の業務を整理し、支援グループを補助し、検査に日の当たる環境を作り上げる必要があると思います。DPCが普及しつつある現場で効率よい検査の工程を立案することなどは、電算システムを利用することも視野にいれ考える必要があると思います。困難なときほど知恵が湧くのだという信念で仕事を探し、医療に貢献する姿勢が重要だと思います。

(浜松市医療公社 菅野剛史)

#### 検査専門医と総合診療内科

20年前に入局したのは所謂ナンバー内科で、研究のオーペンは中央検査部の講師でしたので、生化学検査室のミーティングルームで研究カンファレンスをしており、生化学検査室に度々出入りしていました。そのオーペンが6年前臨床検査医学講座の教授となり、縁あって市中病院から臨床検査医学講座の一員としていただき、生化学検査室の担当教官となりました。顔見知りの技師さん達もおられましたので検査室にはすんなり溶け込めました。そして時期が来れば専門医試験を受けるつもりですぐに臨床病理学会に入会しました。認定検査専門医資格があれば検体検査管理加算がとれて大規模病院では相当収入に貢献でき、検査医の存在意義を主張できると考えたからです。ただ、資格の有無にかかわらず生化学検査担当の教官が検査医として診療(臨床)にどう貢献できるかと自問し続けてきました。講義や技師の研究発表の指導はしているが、もう一つの柱である診療への貢献は非常に小さいと思っていました。生化学検査は高度に自動化され、検査医

のコンサルテーションの出番はほとんどありません。オーダーリングが進み、報告書に教官の印鑑を押していた時代はるか昔の話です。ICTを引っ張る微生物専門の先生や輸血部の先生などと比べ臨床への貢献度は傍目にも低いと思えます。葛藤を内に秘めつつ、地道に研究をしよう、専門医資格を取れば将来役立つだろう、とマイペースで行くことに決めました。

一昨年検査専門医の受験資格が得られたときに、各種セミナーを受講し、検査の世界の奥深さを感じました。専門医試験を何とか通して頂きやっと専門医になったのも束の間、世の中の変動は予想を超えて早く、検査医の世界にも風雲が立ちこめてきました。まずは大学病院でのDPCの採用です。包括となって大きな収入源である入院の検体検査管理加算がとれなくなりました。これはいずれ市中の大病院にも波及することは必至です。検査医としての就職先がなくなる不安が出てきました。さらに国立大学では検査医学講座が専門内科の受け皿となるところもみられ、講座がいつまでも安泰である保証はなくなりました。まさに「検査は冬の時代」です。

昨今の臓器別診療体制の流れで、大学病院でも臓器別体制へ変わり、中央検査部教官を中心に総合診療内科外来が一昨年からはまりました。当初外来だけでしたが、卒後研修必修化という制度の大きな変化への対応と言うことで総合診療内科病棟を設け、高度な内科疾患を扱う臓器別診療科ではなく総合診療内科病棟で内科初期研修を行うこととし、総合診療内科外来からの患者や臓器別内科から研修医向けの症例を入院させ、臓器別内科の支援のもと研修医への指導を行う様になり、正式に診療科の仲間入りをしました。実際に始めてみますと、スタッフが検査部出身、また検査専門医である事が非常に役立つという事実がわかりました。総合診療内科の患者は多岐にわたっており、複数臓器にまたがる合併症を抱えていることも多く、また他院や臓器別科で診断がつかずに紹介される症例も少なからずあります。色々な検査に精通しているメンバーの集まりであることがこういった症例の診療に力を発揮します。オーダーした検査の検査部からのフィードバックも当然スムーズです。研修医にグラム染色や、検尿、血液のスミア等の指導をするのも容易です。自分自身が外来で初診の患者を診療するときにも検査専門医の勉強で学んだことが役立ちますし、検査部とのスムーズな連携は初診患者にできるだけその日のうちに結果説明をして差し上げる事に有用です。若い研修医と日々接していると彼らからエネルギーをもらえる気がしますし、臓器別科で見たことがなかったような疾患を診て診断をつけていくことは自分にとって大変エキサイティングです。「臨床検査医の存在価値をどうやったら高められるか」という問題が繰り返し提起される中、従来の臨床検査医の業務とは異なりますが、一つの選択肢として良いモデルではなからうかと思っています。

(岡山大学医学部・歯学部附属病院中央検査部 真治紀之)

#### 臨床検査技師養成に携わって

3年制の医療技術短期大学から4年制大学になって、最初の卒業生を出した。1期生とあって、何かれと不十分で彼らにはずいぶんと迷惑をかけたに違いない。それにも関わらず、笑顔で巣立って行った卒業生に感謝の念でいっぱいである。4年制となって、教員の意識も徐々に変わってきた。いわゆる技術者を養成するだけでなく、以前にもまして医学的知識や研究マインドを有した人材を輩出せねばならない、との意識が強くなってきた。その中であって、臨床検査医の役割はむしろ大きくなってきているかもしれない。

臨床検査技師は、言われるまでもなくチーム医療を以前からやっている。その中であって最近とみに「チーム医療」とい

われる風潮は面白くはないが、逆風下にある検査技師にとっては、これを逆に利用して臨床現場から以前にも増して頼りにされる存在になるチャンスであるかもしれない。その新しい？技師像を作り上げる工場は養成学校にあるとも言える。そこで我々教員は次の目標を立てた。それは、英語力の向上、もっと深い臨床医学知識の獲得、現場で生じたテーマにアプローチできる力の養成、キャリア・アップの心構え、である。

英語力はカルテの専門用語(英語)や英語文献を読みこなすためには是非必要である。そこで、解剖・組織の部位名、医療英語はかなり厳しくチェックしている。共通教育でのTOEICの導入(4単位)により、全員400点以上をクリアしているが、まだ授業を含めて学生が英語(会話だけでなく英文も)に触れる機会が少ない。週1回の英語の授業ではさほどの進展は望めず、1日に20分でもよいので毎日英語に触れる機会が必要であることが分かってきた。そこで0時限(8:10~8:30)に英語 advanced class(選択1単位)を開講することを検討している。

Reversed CPCなどで検査値の読み方は教えているが、いま一つ乗らない。ケース・スタディーも取り入れているが授業では10数症例をこなすのが精一杯である。そもそも疾患の知識が少ない状態で検査データを解釈せよ、と言ってもナンセンスである。ところでこの疾患の知識を最も獲得しやすいのは「病理学」ではないかと個人的には思っている。ところが授業で学ぶ病理学では浅くて学生は面白くない、と言う。ある程度深く学ばないと面白さが分からないのではないだろうか。そこで試みに、病理学の先生から勧められた「Essential Pathology(原書)」の論読を上記の0時限に始めた(単位なし)。参加した学生はTOEICの点数が更に上がった。しかし、「毎日」というのは若者にとってはなかなか難しいことのようなのだ。やはり、単位という縛りがないと一部の学生を除いて難しいようだ。

ポリクリに準じた1週間の病棟実習は看護、医師など他の医療職種に役立ち、多少なりともチーム医療の進展に寄与できているかもしれない。臨床検査の現場で日々発生する問題検体(症例)に対するアプローチは、病院実習や卒業研究で行っている。学生にとっては最も楽しいひとときであるようだ。一方、検査関係以外の出身の教員は寧ろ「研究」を志向している。研究も将来研究者として育つ可能性のある学生には貴重な経験と思われる。最近、在学中に積極的に学会発表を経験させるように教員が配慮し始めている。ところが不思議なことに、臨床検査技師学会関係は学生を排除しており、残念である。

臨床検査技師の就職状況が厳しい昨今、嫌が上にもキャリア・アップの姿勢を学生に持って貰わないと道は切り拓かれない。少しでも価値の高い資格(本学は細胞検査士の養成校となっている)を幾つか提示しているが、これはすでに多くの検査技師養成学校が実施しておられる。一方、本学では今年から大学院が設置されたこともあって、卒業生36名中、本学修士課程に4名、他学修士課程に4名が進学した。将来は、母校に戻って教鞭を取ることを思い描いている者、企業や研究所への就職や更に博士課程進学を目指すつもりの方などさまざまである。さらに、就職を選んだ学生の中にも、現場を2,3年経験後、社会人として修士課程へ在学する意図を持っている者が少なくない。高学歴の波は明らかに到来しつつあるようである。このような状況下で、将来の検査技師の活躍の場が少しでも広がれば、と祈るような思いである。

最後に、新しい臨床検査技師像といっても、今までにも多くの臨床検査技師がそれを実現してきている。従来の良いところに重点を置いて臨床検査技師の全体像として捉え直すに

過ぎないことを付け加えておく。

(山口大学医学部保健学科病態検査学講座 服部幸夫)

## 私の職場

岡山大学医学部・歯学部附属病院の病床数は約900、一日平均外来患者数は約1900で、年間に約7400件の手術、約50件の造血幹細胞移植が行われています。手術には多くの生体肺移植、肝臓移植、小児心臓手術が含まれています。また、臍帯血バンクネットワークの認定移植施設、骨髄バンクの移植施設・採取施設となっており、臍帯血、末梢血幹細胞、骨髄を用いた多様な造血幹細胞移植が種々の疾患に対して行われています。輸血部は、検査部長と総合診療内科長が兼任する輸血部長(臨床検査専門医)のもと、副部長(輸血学会認定医・臨床検査専門医)1人、医員2人、看護師1人、技師3人(輸血学会認定技師2人と検査部から派遣されている1人)のスタッフで、年間約10000件の血液型検査、約400回の自己血採取、約50回の末梢血幹細胞採取・保存などを行っています。院内では、年間約10000単位の赤血球、22000単位の血小板、13000単位の凍結血漿が使用されています。

私は、1980年に岡山大学を卒業し、1984年まで自治医科大学で一般内科と血液科の研修を行い、1985年から米国のMemorial Sloan-Kettering Cancer Center(New York市)へ留学した後、1987年から香川大学医学部で血液内科の診療と研究に携わり、1990年から輸血部の講師となって、病院全体の輸血と造血幹細胞の採取・処理にも関わるようになりました。その後、1997年に母校の岡山大学に戻り、血液疾患の診療と輸血医療に関わっています。

1997年に私が着任した時点では、輸血業務は電子化されておらず、院内各所に血液製剤が備蓄され、血小板製剤は各診療科が直接血液センターに発注するというシステムで、病院内の血液製剤の購入量、使用量、廃棄数などが容易には把握できない状況でした。1997年以降、輸血記録の10年間保存の義務化をきっかけに、まず輸血部内の業務が電子化され、現在では、輸血に関しては、検査や製剤の依頼のみならず、自己血や造血幹細胞の採取・保存や払出も各診療部門の端末からのオーダリングとなり、現場での照合や実施入力に携帯端末が導入されています。また、検査部技師と輸血部技師との合同で、日当直体制が整備され、現在では検査部1人と輸血部1人の合計2人の日当直体制がしかれ、遅まきながら、医師が交差適合試験を行うことはなくなりました。仕事量やスペースの問題から、厚生労働省が望ましいとしている輸血検査検体の凍結保存は、目途がたっていません。

病院としても、人員とスペースの不足が大きな問題ですが、病院は、前述の先端医療に平行して、多くの診療科からの人員支援によって救急部の充実に取り組み、輸血部とは全く独立して遺伝子・細胞治療センターが設置されるなど、病院や大学として何を目標として、具体的にどうやって目的を達成しようとしているのか、見えにくく、輸血部としても、個人としても、向かうべき方向性を明確にすることに困難を感じています。

以上、私と私の職場について、とりとめない紹介をさせていただきました。

(岡山大学医学部・歯学部附属病院 池田和真)

## 【編集後記】

梅雨で雨が降るといよりも記録を更新しそうな猛暑が連日続いております。四季の風情が感じられない日本になりつつあります。西山信之先生の「臨床検査専門医のための組織マネジメント」が連載終了となります。本当に有難うございました。(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷慎一)