

行事予定 (2007年)

- 11月22日(木) 第5回常任幹事会・第3回
全国幹事会(リーガロイヤル
ホテル)・第30回総会・講
演会(大阪国際会議場)
12月14日(金) 第6回常任幹事会

巻頭言

日本臨床検査専門医会
常任幹事 池田 斉

全国の臨床検査医の皆様にはお変わりなくご活躍のこととお慶び申し上げます。
渉外委員会をお預かりして四年目となり、今年も例年のように7月20日(金)、
東京ガーデンパレスで第25回日本臨床検査専門医会振興会セミナーが開催されま
した。

今回のテーマは「臨床検査の新しい潮流」でした。今回も100名近い参加者があ
り、検査の新しい展開に皆様の関心の高いことがうかがわれました。メインのテー
マは、来年度から実施される「特定健診」(メタボ健診)でした。臨床検査医学会を
代表して、渡辺清明理事長、厚生労働省から山本英紀先生のご講演をいただきました。
その他の講演としては、臨床検査振興協議会の活動内容について、鈴木齊事務
局長から報告がありました。最後は、東海大学の宮地勇人教授から「医療保険制度
改革における臨床検査室の役割」と題する、大変夢のある我々を勇気づける講演が
ありました。

ご出席いただいた先生方にはすでにご案内のとおりですが、臨床検査のもっとも
ホットな話題を専門家から直接聴けるとてもよいチャンスだと思います。私事です
が、四年間、この仕事をやらせていただいて、その時々的重要なトピックスを勉強
できましたことはまことに幸せだったと感謝致しております。来年も皆様のお役に
立てるようなテーマを設定したいと思っておりますので、先生方もご参加くださ
ればありがたいと思います。

今年もそろそろ終わりに近づきましたが、臨床検査の世界では、長年の念願であ
った、「臨床検査科」が標榜科として認定される可能性が非常に高まったことが、
もっとも喜ばしいことではなかったかと思います。9月に開催された厚生労働省の
医道審議会医道分科会診療科名標榜部会において承認されたとのことです。これは、
日本臨床検査医学会、日本臨床検査専門医会をはじめ、関係諸団体、そして、会員
の皆様の辛抱強いご努力の賜物であったと思います。これからも“患者さんのため
の臨床検査”としてますます国民の熱い支持が得られるように、一丸となって頑張
ってゆきたいと思えます。皆様のご健勝とともに、来る年がさらに良い年でありま
すようお願いさせていただきます。

【目次】

- p.1 巻頭言
p.2 事務局だより、会員動向
p.3 「検査医」についての雑感、
臨床検査専門医試験に合格し
て
p.4 私がなぜ臨床検査専門医を目
指したか、精度管理教育につ
いて雑感
p.5 インバランスについて
p.6 臨床検査専門医を受験して、
編集後記



秋の草花(具満タンより)

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

事務局だより

【事務局からのお知らせ】

《会員動向》

2007年10月24日現在数689名、専門医538名

《所属・その他変更》(敬称略)

木口 英子:旧 済生会神奈川病院病理科 医長
新 東京北社会保険病院 検査部長・病理科長
萩原 剛:旧 東京ライフクリニック飯田橋診療所
新 目黒メディカルクリニック
山田 佳之:旧 秋田大学医学部臨床検査医学
新 群馬県立小児医療センター
アレルギー感染免疫科 医長
濱中裕一郎:旧 東亜大学医療工学部医療栄養学科 退職

《退会会員》(敬称略)

鎌田 満 岩手県立磐井病院病理科(9月21日)
上田 智 (元川崎医療福祉大学医療情報学科 教授)
(10月4日)

《訃報》

白澤 春之 先生 8月12日 ご逝去
心よりご冥福をお祈り申し上げます。

【総会・講演会のお知らせ】

第54回日本臨床検査医学会学術集会に合わせて、今年度第2回目の総会・講演会が大阪市で開催されます。多数の会員の参加をお待ちしています。

開催予定会場:大阪国際会議場12階 特別会議場
開催予定日時:総会 平成19年11月22日
午後3時50分~4時15分
講演会 平成19年11月22日
午後4時20分より

演題:「感染症学分野における分子免疫および分子診断の
進歩について」
演者:神戸大学大学院医学系研究科感染制御学分野
准教授 白川 利朗 先生
司会:森 三樹雄 先生(日本臨床検査専門医会 会長)

【第5回常任・第3回全国幹事会のお知らせ】

第54回日本臨床検査医学会学術集会に合わせて、第5回常任・第3回全国幹事会を開催いたしますのでお知らせいたします。なお、今回は常任幹事会と全国幹事会を合同で開催いたし

ますので常任幹事・全国幹事・監事の先生はご参集をお願いいたします。

開催日時:平成19年11月22日 午後12時~1時30分
会場:リーガロイヤルホテル 6階 羽衣の間

【第18回日本臨床検査専門医会春季大会のお知らせ】

第18回日本臨床検査専門医会春季大会が下記の日程で神戸ポートピアホテル、TRIにて開催されます。詳細が決まりましたら改めてご案内いたします。

開催予定会場:神戸ポートピアホテル、
臨床研修情報センター(TRI)
開催予定日時:平成20年5月30日~5月31日
大会長:熊谷俊一教授(神戸大学大学院医学系研究科生体
情報医学講座臨床病態・免疫学分野)

【会費納入について】

今年度もすでに残り2ヶ月となりました。会費未納の先生には振込用紙をお送りさせていただきましたが、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、既にお届けしてある郵便振り込み用紙を用いて振り込みをお願いいたします。

なお、振り込み用紙をなくされた先生は、
年会費1万円
郵便振り込み口座:00100-3-20509

日本臨床検査専門医会事務局
までお願いいたします。また、ご自身の振り込み状況が不明な先生は、事務局までE-mailまたは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・所属の変更にもなっており、定期刊行物、JACLaP WIREなど電子メールの連絡が着かなくなる会員が多くなっています。

勤務先、住所および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。

勤務先、住所の変更は、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でお送りください。

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 斉、
未来ビジョン検討委員長 大谷直人、保険点数委員長 水口國雄

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 今福裕司
近藤成美

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:03-3293-5221 E-mail:senmon-i@jaclp.org

「検査医」についての雑感

皆さん、水道の蛇口をひねればそのまま飲むことも可能な水が出てくるのが当たり前と思いませんか？ 海外を見れば、それが希有なことで、多くの努力がなされた結果であるのが判ります。医療の現場でも、検査をオーダーすれば短時間で CBC や生化学の正しい数字が並ぶのが当たり前で、その数字の裏側に多くの人の努力が隠れていることはほとんど意識されていないでしょう。それだけでなく、何らかの原因で検査結果が返ってこなかったりしようものなら「遅い！ どうなっているんだ!!」と文句が出ます。その原因の一つに、検査医の認知度が低いことが挙げられるでしょう。臨床現場の医師ですら、その多くは「検査医＝検査技師の元締め」といった感覚しかお持ちでないようです(確かにそういう側面もありますが)。まして世間では、たとえば消化器内科医であるといえば「先生、実はガンマが 200 有るんですけど、お酒控えないといけませんかねえ？」といった反応が返ってくるのに対し、臨床検査専門医というと「へえー。で、何してはりますの？」(>0<;)

臨床検査専門医試験は、基本領域の学会にふさわしく、幅広い病気・病態の知識はもちろん、グラム染色やクロスマッチなど基本的な検査技術を習得していることが要求されます。今年の合格率は 7 割を下回るという厳しさであり、日本全国でも 500 名強しか認定されておらず、日本専門医認定機構の基本領域重複調査によれば最少です。しかし、基本領域の学会の専門医資格は原則的に 1 つしか名乗れないにもかかわらず、臨床検査専門医は Subspecialty の学会専門医資格申請においては要件を満たさず大抵は内科学会認定医や外科学会専門医が要求されます。また検体検査管理加算施設基準にある「臨床検査を専ら担当する常勤の専門医」とは「臨床検査部で働く専任医師(診療科との兼任医師は不可)で、仕事のうち臨床検査部の仕事を 80%以上占めている場合」を言うとのこと。すなわち、学会認定の専門医資格は必須ではありません。まして、専門医でなければオーダーできない検査があるとか検査の保険点数が変わるといったこともありません。

こうした状況を鑑みると、一般医家にとっては、「検査部長」は検査で困ったときに頼りになる存在として認知されていたとしても「検査医」にはなじみがなく、また「臨床検査専門医」資格を取得したとしても、それによる経済的貢献につながり難いというのが現状でしょう。そのためもあってか、医療費削減の旗印のもとで臨床検査にかかわる部分の保険点数の削減が診療報酬改定の度に繰り返され、ますます経済的貢献につながりにくくなるという、いわばデフレ・スパイラルに陥っています。

現状を一朝一夕に変えることは困難でしょうが、検査医学なくして臨床医学は存続しえないことも自明であり、検査医や検査部の力量が医学的にも経済的にも誰の目にも見える形で発揮されるようなシステム作りが望まれます。そのためにはチーム医療の一員として検査医・検査技師が臨床現場に出て行くことで臨床各科の医師や看護師、そして患者さんにその存在を認知してもらうことから始める必要もあるかもしれません。ようやく標榜科として認められるようですし、さらに広告が可能になり診療報酬にも反映されれば認知度が高くなり、専門医を目指す医師も増えるのではないのでしょうか。他方、さまざまな加算の存在や検査部の努力によるコストダ

ウンの成果など、現状での病院経営に対する具体的な貢献を病院全体に広く知らしめることも大切でしょう。詳細は省きますが、私共は 2006 年 10 月に検査体制を一新し、相当額の収支改善に寄与したと自負しています。個々の病院でこうした「実績」を一つずつ積み上げていく一方で、学会を中心に専門医や管理医といった資格を取得することによる(自己向上以外の)メリットを目に見える形にしていくことが「検査医」の地位向上のために必要であろうと思います。

(兵庫医科大学臨床検査医学 小柴 賢洋)

臨床検査専門医試験に合格して

久留米大学医学部血液内科の金地泰典と申します。

臨床検査専門医の試験は、普段直接的に検査に関わっていない私のようなものにとっては大変難しい試験でした。とにかく解答用紙を空欄にしない様に努めた為何とか合格することができましたが冷や汗ものでした。血液内科医としては感染症などについて勉強し直す良い機会となりました。

私は平成 2 年の九州大学医学部の卒業で第一内科に入局しました。広島日赤、大学、松山日赤で内科医、血液内科医として働いた後に、研究生として大学に戻り血小板、凝固の先天異常症の解析を行いました。その後検査部に移り、血小板の研究を続けると共に濱崎教授(現長崎国際大学教授)の始められた血栓症スクリーニングにも参加させていただきました。私が第一内科研究生時代に見出した血液凝固第 XII 因子の遺伝子多型についても臨床検体を用いて血栓症との関連を調べる事ができました。またそのときに血栓症スクリーニングのレポートも少し書かせて頂きましたが、まさかこれが後に専門医試験に役立つとは当時は全く考えておりませんでした。

その後米国 Scripps 研究所留学を経て佐賀大学医学部分子生命科学出原教授の研究室に加わり、血小板の研究を続けておりました。出原教授が検査部部长を併任していた事もあり、このように患者さんの遺伝子解析や病態解析を検査部技師の方々と一緒に行っておりました。現在も佐賀大学医学部検査部の臨床協力医として遺伝子解析や血小板の機能解析のお手伝いをしております。私は九州大学、佐賀大学、久留米大学と渡り歩いて来てそれぞれの大学で検査技師さん達と関わって来ましたが、そのプロフェッショナルな仕事ぶりにはいつも感銘を受けると共に助けられてきました。

2006 年には第一内科在籍中の上司であった岡村孝先生が久留米大学教授に就任し、開設したばかりの血液内科に異動しました。臨床では主に止血、血栓関係の患者の診療を行い、一方で研究室を立ち上げ大学院生の指導を行っています。赴任当初は実験器具もほとんどなく、大変苦労しましたが、最近になってフローサイトメーターを購入でき、シーケンサーも近々入ることになり、ようやく研究ができる形になってきました。現在は ES 細胞から分化させた巨核球、血小板を用いた研究と、患者さんの検体を用いた臨床検査に関わる研究を行っています。久留米大学血液内科には福岡県南部の患者さんだけでなく佐賀県東部、熊本県北部、大分県西部からも多く患者さんが来院されます。この点を活かして最近明らかとなった骨髄増殖性疾患(真性多血症、血小板増多症、骨髄線維症等)に高頻度に認められる JKA2 変異(V617F)変異について PCR 法を用いた同定を行うと共にこの病気と血栓症の

関わりについて何かよいマーカーがないか大学院生と共に研究を始めております。また恥ずかしながら実際に患者さんを診療して、検査をオーダーして初めて気づいたことがあります。比較的若年者の深部静脈血栓症の患者さんが来院され、検査のオーダーを試みました。九大での血栓症スクリーニングの結果から明らかになった事です。深部静脈血栓症の血栓性素因としては日本人では Protein S が一番多く Protein C と共にまず調べる必要があります。日本人ではスクリーニングが一番適しているのは Protein S 活性値であるにも関わらず抗原量しか保険に適応がありません。これでは日本人が一番多く(一般人の 1.5~3%)かつ患者対照研究からもリスクファクターである事が明らかとなった Protein S 徳島が見逃されているのではないかと感じています。

10年ぶりに臨床の現場に戻ると研修システムが変わったばかりの過渡期で、大学に若い医者が不足しており、医者も仕事は増えるばかりで大変疲弊しています。また医学生も臨床指向が大変強くなっているように感じます。私のように臨床、研究、検査の間をふらふらとさまよって来た者としては、臨床から研究へさらにそれを明日の検査へと橋渡しする事が私のミッションだと思っております。今後ともよろしくお願ひ致します。

(久留米大学医学部血液内科 金地 泰典)

私がなぜ臨床検査専門医を目指したか

私は、平成 19 年度の臨床検査専門医認定試験に再々挑戦でようやく合格し、末席に名を連ねさせていただくことになりました。本学会の入会は研修医時代の平成 4 年ですが、その当時は専門医の試験を受けることは想定していませんでした。

私が専門医試験を受けることになったいきさつを書いてみたいと思います。

私は、だいぶ前になりますが、本学会の学会誌「臨床病理」に投稿し、掲載して頂いた原著論文を母校の学位審査に提出しました。ところが、公開審査の場で副査の一人は「この論文の掲載されている『臨床病理』は検査技師が読む雑誌で、『臨床病理』のレベルが低い。」などと発言をし、挙げ句の果てには、興奮した副査がドン！と机を叩いて「君の方法論はでたらめだ！」と発言したため、あまりの激高ぶりに恐くなった私はそれ以上の反論が出来なくなってしまいました。また、遺伝子も染色体も理解していないで、「俺がだめだからだめだ」という副査もいました。結局、学位審査会はこれらの副査の発言で、中断しました。

それらの副査は、私を指導された先生が教授選に出ることを恐れ、「喜友名を指導した助教授は指導力がない。」など明らかに政治的な意図で学位の取得を妨害しようとしたとしか考えられません。また、「教授会や学会などに訴えたりすると君の将来はない」と恫喝されたりしました。

しかしながら、レベルの件に関しては、それまでも母校の他の講座で、学内の紀要や査読制度の確立していない学会誌に投稿した論文で学位を取得した院生も何人もいました。この件に関して、本学会の何人かの理事の方に直訴したので、記憶されておられる方もいると思います。しかし、自分の学会が侮辱されても何のアクションも起こせないばかりか、編集後記で自分の雑誌のレベルが低いことを認めるようなこと

を書いておられたのは大変残念でした。私の用いた研究方法は日本病理学会で宿題報告をされた活発な研究を行っていた病理学教室で用いられたものでした。その研究を指導してくれた先生も激怒していました。また、私の書いたその論文を査読された某大学の病理の教授(現在は退官されています)もかなり怒っておられました。

私はこのような理由にならない理由で学位を拒否し、またこの件でいろいろ訴えかけても無視するような母校に嫌気が差し、民間病院に就職し、大学院も満期退学しました。

私は学位を拒否されて以来、母校の教授を見返そうと病理専門医、細胞診専門医、そして臨床検査専門医と公平な試験で取れる資格を受験し、いずれも取れたことを誇りに思っています。

また、以前から日本病理学会と日本臨床病理学会の間にはいろいろな問題があったために、日本臨床病理学会が学会名を日本臨床検査医学会に変更したことは学会の独自性を出すために大変良いことだと思いました。もう少し、日本臨床検査医学会には学会としてのプライドや威厳を持つて欲しいと思います。

ところが、私の母校には専門医の資格を持たず、学会から受験するよう勧められても受験しない教授がいます。教授と言う役職に就いているというだけで、技師には威張って講座や検査部を自分一人に都合の良いように予算や人事などやりたい放題、いわゆるアカデミックハラスメントみたいなことをして、権力を振り回す教授がいるのも大変残念です。

近い将来、正当な資格を持つ人が指導者となって、真の医療のために貢献できるような時代がくることを切に希望しています。

(中部徳州会病院臨床検査部 喜友名正也)

精度管理教育について雑感

本年の専門医試験に合格したばかりでここに書かせていただくのは時期尚早とは思いますが、御指名を頂きましたので、最近感じたことを書かせていただきます。私は卒業以来高血圧、特に血管作動物質の研究や、臓器障害症メカニズムを専門に研究を行ってまいりました。この分野では最新の情報を得られる米国心臓病協会(AHA)の高血圧部会に出席するのを例年の行事としております。この学会は基礎的研究の発表がほとんどで、いわゆる大規模臨床試験など臨床的な話題は取り扱われないのですが、今年は珍しく高血圧臨床の第一歩とも言うべき血圧測定についてのレクチャーがありました。いまさら血圧測定というとなにか新しいデバイスでも開発されたのかと思って出席しましたが、なんと、外来での血圧測定の精度管理のためになにができるかというものでした。血圧を正確にはかり、高血圧症を診断し、治療することは心血管障害の予防のために重要であることは当たり前ですが、医学部教育のなかで、正確な血圧測定に割かれる時間はせいぜい 10 分程度でしょうか。実際、数名の医師、看護師に血圧を繰り返し測定させると最大 30mmHg の誤差が出るとのデータも紹介されました。つまり、同一の患者でも 160mmHg の高血圧と診断されるか、130mmHg の正常血圧と診断されてしまうかの違いが出るそうです。そこにビデオを用いた正しい血圧測定法の講義を繰り返し入れていくとその差は 5mmHg まで減らすことができるそうです。また、水銀血圧

計、自動血圧計の精度管理も必要で、最低でも6か月に1度
は行うべきであるとの講演でした。臨床検査医学では当たり
前になっている精度管理が実は患者診察の第一歩である血圧
測定においては極めてないがしろにされている現実を知り驚
きを隠せませんでした。おそらく、血圧計に限らず、体温計、
体重計から輸液ポンプなど精度管理がされずに放置されてい
る医療機器は病院内にたくさんあるのではないのでしょうか。
また、精度管理についての医学部教育、卒後教育も十分なさ
れていないのではと感じる次第です。病院職員のほとんどは
精度管理されたことが前提の臨床検査結果、診療デバイスの
ユーザーです。ユーザーに精度が管理されたデータを扱って
臨床業務を行っていることを認識させる教育が必要かと思
います。臨床検査医学の講義のみならず、病院職員の教育の中
で取り上げるべき課題かと思えます。

さて、ユーザーではなく作成者側の検査部ではどうでしょ
うか。私は趣味で楽器演奏をするのですが、楽器の調整には
常に悩まされております。ピアノの調律や楽器の部品の交換
など、楽器をやる方なら、プロでなくても知らず知らずのう
ちに精度管理が身に付いているでしょう。特に昨今電子機器
の発達とともに、音程の調整はチューナーを使うためやりや
すくなりました。しかし、自分の耳、体に聞くアナログな部
分はまだまだ難しいし、それがあからこそ楽しいと感じる
部分もあります。今回臨床検査医学の専門医試験を受けるに
あたり、改めて精度管理について勉強をしましたが、より真
の値に近い生体情報を得ることの難しさを認識し、自動化さ
れていない部分の精度管理について考えさせられました。楽
器の調整は演奏者だけでなく専門の職人に頼む部分も多いの
ですが、演奏する側の好みと合致する職人と出会えるかが重
要で、職人芸が光る世界です。この場合、ユーザーは職人
を選ぶことができます。そして、お互いに高めあうこともよ
くあることです。しかし、臨床検査では、楽器演奏者に相当
する患者、あるいはオーダーを出す医師は職人に相当する検
査する医師、技師を選ぶことはできません。データを供給す
る側の弛みない努力と高い意識が必要なんだと思うことし
りです。

あ、そんなこといつているそばから今日の自分の健康診断、
朝食食べてきちゃいました。。。まあ、食後血糖もリスク
といわれているから、まあいいか？

(東京大学医学部附属病院検査部 下澤 達雄)

インバランスについて

周囲で改革の叫び声が押し寄せる昨今、ふと一息ついた時
に、自分は、我々は、今経過していく時間の中で、どんな状
態にあるのか、流されるのか流れに乗るのか、あるいは流れ
を作る側に与するのかと不安を感じることがあります。一人
の人間としてのみならず、一つの組織としても、少なくとも
流れに巻き込まれないで水面上で生き残るためには、その意
欲を持ったうえで、5感を働かせ判断し、そして波を切り進
むための櫂、オールを持たなければいけません。

最近の政府の財政改革の中心命題は経済効果対人員数の追
求です。大学病院検査部への要求に即座に反応して、一部の
大学病院では、検体検査を中心にランチ・ラボの採用に踏
み込んだところも出てきました。そうこうするうち、財政改
革の炎は広がり、大学間の統廃合、国立大学の法人化、大学

病院への運営交付金の削減、国際競争力を持つベスト 30 大
学選定のための COE プロジェクトによる大学の格差付けの
動き、医療保険の改革そして一部の特区では営利企業による
公的病院の運営など、実にたくさんの改革が政府主導で一度
に始められました。このような改革の嵐の中で国立大学法人
の検査部が、生き続けるためには、当然ながら検査部の存在
価値を主張することが求められます。検査業務の観点からは、
検査の迅速性、正確性に加えて経済性を主張することは的を
得ており大切です。しかし、4つ目の特性として先進性を合
わせ持つことこそ大学病院らしさであることを忘れてはいけ
ません。大学病院の中での検査部の存在意義を問うと、臨床
研究活動の場としての検査部でありたいと思います。また、
専門医教育への技師の参加も欠くことができない大切なこ
とです。我々の検査部を例にあげると、自己評価制度が技師、
医師にも導入されはじめた中で、専門家としての個人の資質
の向上が評価される時代になったことから、全員に資格試験
を受けることを推奨しております。それゆえ、旗を振る私が
臨床検査医学の専門医でなければいけないのは自明のことで、
今回の60の手習いに至った次第です。

これまで、私は、自分は腎臓内科専門医で充分だと思っ
ており、腎臓内科医として診療、研究、教育活動に携わって
おり、腎臓内科学を通して検査部長の職責を果たしたいと思
ってきました。今春には、新型の検体検査自動化機器の導入に
伴い、検査部長の立場から検査部内のスペースと人員の合理
化をすすめると同時に、検査部の一部120m²を割いて、9床
の血液浄化療法部を設置することができました。その結果、
地域の腎不全医療のニーズに答えることが可能になり、腎臓
内科の診療、教育、研究の基盤を固めることができました。
さらに、検査部が新しい臨床研究の場となるよう「細胞機能
検査室」を設置したところでした。しかしながら、自分で検査
部振興の旗を振りながらも、腎臓の上に乗ったまままでの
ので、次第に、不安定でどうも足元が定まらない感じがし
てきました。ついには、腎臓内科に理解を示してくれている
技師諸君に対する感謝の念が募ってくるほど、臨床検査医学
の専門性を自分で体感せずにはいられない心境になり、その
バランスの悪さが気になってきました。

専門医の勉強をし試験を受けることによりわかったことは
実に沢山あります。臨床検査医学を発展させ、また、検査部
の運営改善を指導する原動力は専門医であるからこそ、学会
を主導されている先生方の専門医育成に対する意気込みは非
常に大きいことがよく伝わりました。実習や実技試験では、
試験官の先生方の受験生への愛情は特記されなければいけ
ません。単に専門知識を伝授するのではなく、検査医学の面白
さを体感させるべく工夫されたプログラムと設問が目白押し
でした。試験が終わってから受験勉強をもっとしておけばよ
かったと思うのは、受験生の常ですが、私もその一人です。
しかし、日頃じっくりと話すことが少ない検査部の技師の方
々に専門的質問をし、繰り返し指導を受けることにより、
検査技師の見識に感心し、信頼感を深めることができたのは、
大きな収穫でした。

振り返ってみて、バランスの悪さ、すなわちインバランス
は変動の時代の不安をかきたてるものですが、見方を変え
ると萌芽の温床でもあり、進歩への誘いでもあります。落ち着
かないからといってしゃがみ込まないで、足元をよく見て立
ち上がり、自らの手で櫂をつかむことが、次のウィンドウを

開くことにつながるように思います。

(福井大学医学部病態解析医学講座検査医学 吉田 治義)

臨床検査専門医を受験して

今年度ようやく臨床検査専門医になりました。卒後研修の2年目で病理学の研修を受けたのをきっかけに病理医への道を歩むことになりましたが、その頃より、病理解剖をするたびに、「剖検診断にはその患者さんがたどった病歴を臨床検査等のデータから解釈しながら、病理診断をするように、」と再三言われ続け、臨床検査専門医になるように指導されてきました。しかし、今までその機会を逃して、いや、避けてきたような気がします。今回の認定試験受験は所属する講座の名称が病理学第一から臨床検査医学と改名されたのがきっかけでした。

今までに認定試験を受けられた先生方からのコメントと同様に、今さらながら大変な試験だと痛感しました。試験準備の過程で病院中検の微生物検査室と血液検査室に2ヶ月間という短い期間ではありましたが、ローテーションで計4ヶ月の間研修させていただき、さらに本校で臨床検査専門医の資格を持っておられる先生方が綴ってくれた過去問も見せていただきました。過去問を見せてもらった時、これは適当にやっていて合格する試験ではないな、と改めて感じ、真剣に研修をさせていただきました。微生物検査室でははるか彼方に追いやってしまった基礎知識、さらにはグラム染色から同定の過程を指導していただき、臨床検査専門医の試験に必要な検査報告書も20枚以上書かせていただきました。血液検査室ではマンツーマンで検鏡を指導していただき、現在でも1週に1度ではありますが、検鏡を続けさせていただいています。その過程の中で中検の先生や技師の方々からいろんなアドバイスを受け、なんとなく中検の業務の様子(血液を採取してからの検査データの出る流れ、精度管理のあり方、検査室の管理方法等)をおぼろげながら理解し始められた気がしています。

さて「臨床検査専門医の仕事とは、」と自問しますと、1. 検査部全体のマネージメント、2. 臨床医より検査データの解釈の間合せに対するアドバイス、3. 日常検査データの精度管理、等の言葉が受験を終えた今も、すらすらと出てきます。これらの業務は患者さんの診断や治療に関わる適切な検査を安全にかつ正確に実施することにあると考えます。しかしながら、日本の臨床検査専門医の約4割が病理医で占められ、病理診断業務に多忙のせい、いわゆる、ペーパーライバーになっている先生が多いと聞きます。また、臨床検

査専門医の資格を取った後のいわゆる卒後教育システムは今のところ充実しているとはいえないようにも思われます。さらに臨床各科とは異なり、業務内容が理解されにくい等の点を考えると、今後、臨床検査専門医の役割を果たしていくためには中検の先生方や技師の方々と打ち解けてあい、少しずつですが中検の各種検討会に参加し、中検の先生方から検査室の管理手法を学び、臨床検査医として中検の仕事の一環を担えるように心がけることが最も大切なことのように思われます。

私は50歳を過ぎてから、臨床検査専門医としての一步を歩き始めました。今までと違う医療分野へ業務することにより、医療レベルの向上への貢献や新しい素材を使った臨床研究等、魅力ある分野への仲間入りができたことを感謝しつつ、少しでも病院の業務に貢献できればと考える次第です。

(防衛医科大学校臨床検査医学講座 中西 邦昭)

【編集後記】

11月に入り、各地で紅葉の見ごろを迎えている。我が家でも白樺の葉っぱが黄色く色つき始めております。また、今年山椒の木の花の枝にカマキリが産卵をしておりスポンジの様な卵囊の中に卵を産んでおりました。つい先日まで、この山椒の木にアゲハの幼虫がいましたが、同時にカマキリも発見してしまい食べられてしまったのではないかと自然界での生存競争の激しさを憂いでおりました。四季の移り変わりを肌で感じている今日この頃です。

平成20年度の診療報酬改定に対する案件がいよいよ本格的に動き出す事と思います。臨床検査の点数削減の波を食い止め、国民に安心、安全な臨床検査を受けて頂けるようになる事を期待しております。

臨床検査における査定対策として第一弾を6月に導入した出来事は書きましたが、その後の検証についてはまだでした。結果としては、病名漏れであるA項査定が60件減少しました。大変、効果的であると考えております。第二弾として8項目を10月中旬に導入し、さらなる査定削減に取り組んでおります。

今号は、第24回臨床検査認定試験合格した23名の先生方の中から7名の先生に「会員の声」としてご執筆頂きました。これだけ多くのフレッシュな専門医の先生に原稿をお書き頂き、紙面が埋まりましたのは企画として初めてであります。まだまだ、フレッシュな先生方の原稿をお待ちしております。今までの思いの丈や斬新なご意見をぜひお送り下さい。

(編集主幹 北里大学医学部臨床検査診断学 大谷 慎一)

【新規掲載検査項目】 (訂正事項)

「新規掲載検査(80)」文書に以下の誤記がありました。

P5

誤 淋菌核酸増幅同定精密検査

血清中抗 BP180NC16a 抗体(SDA(Strand Displacement Amplification)法)

正 微生物核酸同定・定量検査

淋菌核酸増幅同定精密検査(SDA(Strand Displacement Amplification)法)

慎んでお詫び申し上げますとともに、ご訂正くださいますよう、よろしくお願いいたします。
