

臨床検査のガイドライン 2005/2006



語り手

慶應義塾大学看護医療学部 教授

東京大学医学教育国際協力研究センター 教授

昭和大学医学部医学教育推進室 教授

加藤 眞三 先生

北村 聖 先生

高木 康 先生

(五十音順)

聞き手

国際医療福祉大学臨床医学研究センター 教授

川合 陽子 先生

(平成19年4月27日収録)

はじめに

川合 皆様、お忙しいところをお集まりいただき、ありがとうございます。一昨年の11月に「臨床検査のガイドライン 2005/2006」をお出しして、いろいろなアンケート等のまとめも出てきました。本日はそれを振り返るとともに、今後のガイドラインに関してもお話しいただければと思います。

I. 学会の委員活動と“臨床検査のガイドライン”

まず初めに、ガイドラインを作った経緯、背景で

すが、北村先生、加藤先生は最初の委員会の中からご参加いただいているので、ガイドラインを作る当初の目的等について、思い出しながらお話しいただければと思います。

1. 学会の委員会としての活動

北村 最初、包括化が保険で入ってきて、今はDPCを使っていますが、その時はDRG/PPSという名前でしたよね。DRG/PPSというのはアメリカのものですが、それが日本に来て、包括医療になったら検査はどれだけやっても値段が一緒になる。これは検査業界の崩壊につながるというすごい危機感

がありました。

検査業界としてはこれに大反対すべきか、というようなこともありました。逆転の発想というか、これをチャンスにして検査を適正に使うということを書いていこう。あるいは、ある病名をつけるためには、適正な検査が行われていなければ病名もつけられないという主張をしていこう。そうすれば検査がむやみやたらに減るわけでもないし、ちょうどいい使用量の検査になるだろう。もちろん量的な問題だけではなくて、質もいい、診断能力の高い組み合わせで診断されるのではないか。このように考えました。

そのころ慶應義塾大学の教授だった渡辺清明先生に、川合先生も慶應義塾大学ですので、ぜひそういうものを作りませんかと申し上げた記憶があります。そのあと、渡辺先生が厚生労働省に働きかけて研究会を立ち上げていただいたのが最初の経緯のように覚えています。

川合 そのとおりですね。国立病院を含んだ10病院でのDRG/PPSの試行が平成10年頃から始まりました。その時に包括医療は粗悪診療につながるのではないかと。つまり、医療側の経営において、収入源のお金が包括されてしまうと、支出としての検査は少なければ少ないほど検査料を払わなくてもいいので、結局、患者さんが必要な検査をしてもらえず犠牲になるのではないかと。そういうことで、粗悪診療を避けるためには適正な検査、最低限これはやらなければいけないというものを作ろうということでした。

北村 もう1つのバックグラウンドに、日本臨床検査医学会、昔の日本臨床病理学会が1995年ぐらいに、「検査のガイドライン」という冊子を出しています。その中で多くのものが「(案)」をつけたまま5年も10年も放ったらかされていました。それも手に入りにくいし、逆に時代の流れにも遅れているので、あれを見直さなければいけないということも学会ではあったと思います。

高木 あの時は、基本的な検査と各疾患の検査をどうしたらいいか。その検査のガイドラインを学会から提唱しようとしたんですね。しかし、全部の疾患は網羅されていなかったですね。

川合 平成元年に防衛医科大学校の関口進教授と竹村譲先生が事務局になって、「日常初期診療にお



北村 聖 先生

ける臨床検査の使い方小委員会」が発足しました。そこでまず一般診療に必要な基本的検査を作成しました。その主旨は、どの診療科でも最低限必要な検査項目を網羅する基本的検査を設定し、患者が病院に来た時の待ち時間に行っておくと、臨床医が診療するときには検査結果が整っていて診療効率がよくなるというものです。「診療前検査」のさきがけともいえるものです。もう一方で、各論として、各臓器別の冊子を全部作りしました。つまり、各臓器に1冊ずつ全部を小冊子で作っていったのです。結局まとまったのが「基本的検査」と「膠原病」だけで、あとは全部「案」のまま、全然まとまらなかったのです。その理由のひとつとして、各冊子の内容を委員全員で討議して決定していくという手法をとったため、専門医とそうでない立場の医師も含めてディスカッションしていくとこりがなくなっていくというところもあったようです。

その後関口先生がお辞めになったあと、日本臨床検査医学会（旧日本臨床病理学会）の活動としてこの小委員会を引継ぎ発展させて欲しいと任命された記憶があります。そこが基本になりますが、時期がくしくもDRG/PPSの試行と重なって、委員会では包括医療も踏まえて考えなければならないということで、1年間ディスカッションしたと思います。だいたい昔のことですが。

北村 もう1つ、時代の流れで、EBMの時代だったのです。にわかにevidence based medicineというものが取り入れられて、検査はそれに乗ってevidence based laboratory medicineのようなものにわかに夢を語ったのです。エビデンスのある臨床

検査をしようとか、エビデンスを作って診断の正確度を上げようとか、結構盛り上がったのです。あの時は、ガイドラインも EBLM から出て、エビデンスに基づいたガイドラインを作れるのではないかという夢を描きましたね。

加藤 いろいろな分野でガイドラインが作られたというのは、結局、EBM からということですか。

北村 そうです。

川合 そういう意味では作り始めはガイドラインのはしりではあったのです。

高木 いま北村先生がおっしゃった経緯と、あと、日本臨床検査医学会にとっては、どこかでこのガイドラインはいいよと認証してもらわないといけない。一番いいのは厚生労働省だろうということになって、それで厚生労働省の役人が多い慶應義塾大学の川合先生や渡辺先生のところに話きたのではないかと思います。

最初の時は、日常初期診療における臨床検査の使い方についてはどこもオーケーを出していないのです。日本臨床検査医学会だけで作っている。一部の学会には相談しているのだけれども、日本臨床検査医学会の先生が中心になって作っているの、ほかの学会の先生にはこのガイドラインについてあまりご相談もしないで作ったという印象が、かなり多かったかもしれません。

川合 それができているとか、それがどうかという評価の機構があまりなくて、それで埋もれてしまったのかもしれない。

北村 評価の発想すらなかったですね。そして、evidence based medicine が流行った時に、あれを評価しようと思ったのです。一番評価の高いのは、RCT : randomized controlled trial で、このガイドラインが RCT で調べられたとは思えないとか批判をうけました。あれは専門家のコンセンサスのみであって、決して実証されたものではないですね。

2. 発刊の経緯

川合 日常初期診療における臨床検査の使い方小委員会では「臨床検査は検査病態学という学問的立場において診断効率をあげるものであるが、日進月歩の著しい分野である上に臨床現場では保険診療と切り離すことが出来ない。従来過剰検査が問題とされていたが、包括医療が進む中過剰検査による医療

の質の低下も問題視されている。その中で診療の基本となるような最大公約数的なものでかつ診断的付加価値を加えた実用的な必要最小限の検査指針が求められている」というコンセンサスが得られました。すなわち、従来の基本方針である学問的立場だけではなく、包括化や DRG の方針を視野に入れた指針の作成が必要ということとなりました。そのためには 1 冊の臨床検査のガイドラインを作成し、アンケート調査などを中心に臨床現場から広く意見を求め、その意見を反映させるガイドラインを毎年または隔年で改訂し作成することになりました。日本臨床検査医学会（旧臨床病理学会）で承認され、さらに厚生省の研究委託事業として承認され、拡大研究班として活動を開始致しました。平成 10 年度は DRG/PPS の試行が 10 施設で開始され、定額医療を施行するにあたって、検査に関しても問題とならないようにやっていくにはどうしたらいいかということでの調査研究事業が、厚生省社会保険基礎調査委託費「急性期入院医療の定額支払いに関する調査研究事業」で「日常診療における効率的な臨床検査の検討」として補助金をいただきました。その後厚生省が厚生労働省となり、厚生労働省社会保険基礎調査委託費「急性期入院医療の包括的支払い方式の試行調査研究事業」研究「診断群分類を用いた急性期入院医療の検査ガイドライン策定に関する研究」研究班として活動は継続し、結局 5 年間以上継続して活動したことになります。最初は「DRG/PPS 対応臨床検査のガイドライン」としたタイトルも、厚労省が DRG/PPS の試行を終え、平成 15 年度から、特定機能病院や大学病院などを対象として包括評価を行う日本型の DPC を実施するにあたり、「診断群別臨床検査のガイドライン～医療の標準化に向けて～」とタイトルを変更しました。

平成 16 年度からは、日本臨床検査医学会の執行部が交替し「日常初期診療における臨床検査の使い方小委員会」が発展的解散となり、「包括医療検討委員会」として活動することになりました。ガイドラインの作成は継続することになり「臨床検査のガイドライン 2005/2006」として隔年発行となりました。また、ガイドライン発行には費用が発生いたしますので、公益信託臨床病理からは、初期から第 4 次案まで奨励金を頂きましたので、大変感謝しておりました。

ガイドライン1次案作成の取り決めとしては、1) 対象は一般医、2) 急性期入院医療を想定し、「確定診断に要する検査」「経過観察：フォローアップに必要な最小検査」「退院まで施行すべき検査」を執筆する。検査の項目回数・頻度などを明確にし、必要最低限試行されなければならない検査の回数には特に留意する。3) 検査の進め方をフローチャートにする。4) 医療の質を下げないように学問的立場から選択する。また、「入院治療か外来治療家の判断」や「専門医へのコンサルテーションのポイント」も適宜加えることとしました。

対象疾患は、最初は比較的簡単な9疾患から始まって、とりあえず試しに作ってみようということで作りはじめたわけですが、実際は委員の先生方が執筆しようということ、可能な9疾患を取りあげたと記憶しております。9疾患の内訳は、1. 肺炎（一山委員）、2. 胃潰瘍または十二指腸潰瘍（関塚委員）、3. 膵臓（加藤委員）、4. 慢性肝炎または肝硬変（加藤委員）、5. RA または他の炎症性多発性関節症（吉田委員）、6. 膠原病またはその類縁疾患（吉田委員）、7. 糖尿病（石井委員）、8. リンパ腫（北村委員）、9. 出血性疾患（桑島委員）、が担当して執筆致しました。加藤先生なども初期に作っていただいてご苦労が多かったと思います。いかがですか。

加藤 ガイドラインを作る時には、エビデンスがあれば、もちろんそれがガイドラインを作る時の根拠になりますが、laboratory medicineではエビデンスはない状況でした。しかもガイドラインを作っているところを見ると、だいたいグループを作って、その中で検討してということなのです。

検査のガイドラインに関して言うと、それぞれの分野が1人の執筆者に任されているというちょっと特殊な形でしたね。特殊な形だけど、年を経て、批判を受けながら改訂していくごとにそれなりに認証を受けたものになるだろうという了解のもとに、最初にたたき台を作ろうということだったと思います。

例えば肝臓の分野ですと、日本消化器病学会とか、専門家が集まってガイドラインを作っていますが、それが一般の臨床医に適用できるのか。専門医の目で診ているガイドラインという印象があったので、一般の臨床医にとってどれくらいの測定頻度が適当かということを考えながら作成した覚えがあります。

川合 その時に保険診療、すなわちDRG/PPSを

一応念頭に置きますが、あまりに保険診療にとらわれるのではなくて、日本臨床検査医学会という学会の委員会が作成していくものですから、学問的にきちっとやるべきだということで「臨床検査医学」という学問が基本になっています。ですから、現在保険診療が認めていない検査項目なども学問的に必要と考えられるなら取り入れていこうということですよ。

加藤 初期はDRG/PPS対応ということで、とりあえず必要最低限のものだけは書いておかなければいけないだろうというかたちで始まりましたが、それが健保のほうでは、それ以上の検査をやっていると削るとか、そういうかたちで利用されたりするとやられて、そういう点にも結構気をつかった覚えがあります。

川合 ガイドラインに掲載されている検査をやっていないと、それはきちとした診療と認められず、訴訟の時に用いられるのではないかとか、いろいろ危惧されてそういう話も出ました。「DRG/PPS対応臨床検査のガイドライン」は、何とか1次案から4次案まで刊行しました。最初、9疾患から始まって23疾患、34疾患と増加し、第4次案では36疾患となり、第5次案では最終案として「診断群別臨床検査のガイドライン2003」とタイトルを変更し、39疾患38項目となりました。

また、ガイドライン発行時、必ず送った人にアンケートを配ったのです。そして、全体の印象と各項目ごとの感想を記載していただきました。必ず質問したのが「実用的であったかなかったか」、「実際に利用したかどうか」などというアンケートをとりながら、具体的なご意見を基に改訂していきました。このアンケートもいろいろな意見がありましたね。すごく良いというものから、やはり教科書的になってしまって、実用的にはどうかという意見もありました。実際の診療に使う場合の感想や、教育に使うのに大変役立つというようなアンケートの回答があったかと思います。

2004年度まで、第4次案まで来た時に、そろそろDRG/PPSという言葉がなくなって、DPCになっていったのですよね。それに対応してこのガイドラインはどうしようかということだったと思いますが、その時はどうでしたか。

北村 わたしの記憶だと、保険のDRG/PPSや



高木 康 先生

DPC から離れて、多くの学会が、自分たちの学会の分野で標準的なものをガイドラインということで公表しようとしていたので、その1つとして日本臨床検査医学会が、臨床検査の使い方の標準的ガイドラインとして位置づけようというかたちになったと思います。だから、当初の保険の包括化とは離れて、学問的に一番適正な使い方とは何かというような方向に行ったのだらうと思います。

川合 そして、この雑誌のタイトルも、「診断群別臨床検査のガイドライン 2003～医療の標準化に向けて～」という副タイトルをつけました。ただし、この時はまだ厚労省からの委託事業を受けていたので、補助金の関係で「急性期定額医療における診断群別疾患における」とつけなければいけなかったのです。本当は「臨床検査のガイドライン～医療の標準化に向けて～」としたかったのですが。

こうした経緯の中、平成 15 年で小委員会の任期が満了し、日本臨床検査医学会の執行部も交替となりました。ここまで活動した委員会は「臨床検査の使い方小委員会」でした。でも、このガイドラインの作成は学会の活動としても重要だと評価され、新執行部から「委員会」としての活動の継続を依頼されるに至りました。その辺りは高木先生、学会の理事としていかがですか。

高木 これは北村先生のほうがいいかもしれませんが。学会としては、こういう活動をしていただいて、広く一般的に臨床検査が啓蒙されて、しかも、適切な使用ができるようになりましたら、一般にも受け入れられるでしょうし、もっと言えば、厚労省がちゃんと保障してくれるでしょうということもあ

りましたので、もっと活動していただきたいという流れがあったと思います。

そして、この辺りから日本臨床検査医学会も多少の補助金を出していると思います。あと、先ほど川合先生もおっしゃいましたが、できたガイドラインは評議員に配布して、検査医としてどう見るかというアンケートもとったように思います。

川合 アンケートの配布先ですが、第 1 次案から 4 次案までの間にだいぶ増やしていきました。基本的には日本臨床検査医学会の評議員全員。日本臨床検査医会（専門医）の全員。DRG/PPS 試行病院 10 施設。関連の臨床系学会 43 学会と 3 団体（日臨技・日衛協・臨薬協）、著者推薦の専門医。医師会にも全部通達しようということで、日本医師会本部と各都道府県 48 の医師会長と学術担当。保険の関係ということで、社保、国保連合会の支払基金にも各 48 施設全部。厚労省、公益信託臨床病理、新聞雑誌社など。途中からですが、北村先生や他の先生方からの案もあって、疑義解釈委員会、都道府県衛生局、各都道府県立病院や国立病院はなるべく網羅して送るようにしました。それと全国医学部図書館。ですから、最初は 1,000 部しか作らなかったのですが、2,000 部、3,000 部、最後は 3,500 部作って全部配りました。もちろん要請のあった団体にも配布いたしました。

高木 リクエストがかなりあったようですね。

川合 そうですね。あとは希望者に送るというようにしました。

北村 多くの学会のガイドラインは有料や学会員にしか見せないホームページをやっている中で、言ってみればこれだけ大盤振る舞いで、意見を吸い上げたいということでやっているガイドラインはありませんね。そういう意味ではディストリビューションが非常によかったのだと思います。

加藤 アンケートは、それぞれの執筆者がその分野の学会とか、著名な先生にも送るということで行ったのですか。

川合 臨床関連の医学関連学会は全部ピックアップして、結局 43 学会の理事長と学術担当に送りました。それと執筆者の方々に、自分の執筆項目に関して評価してもらいたいという先生たちを各自最初は 5 人、後半は 3 人推薦してもらって、その方たちにもアンケートをお願いしました。著者推薦です。

高木 そのときはかなり辛辣な意見が来たのですか。それとも、だいたいこれでいいだろうという感じだったのですか。お聞きするところではかなりよかったですよ、このぐらいだったらいいでしょう、適正でしょうという意見が多かったとお聞きしていますが、そうでもないのですか。

川合 疾患項目別によりますが、一部の項目の書き方に関してはかなり批判の強いものもありました。おおもむね実用的と良い評価をしていただいたと記憶しております。あとは、日本臨床検査医学会の評議員の中にも辛辣な方がいらっしゃるの（笑）。何人かはいつも辛辣なことを……。

高木 それは、検査が少ない、もっと検査してくれとか（笑）。

川合 そういう意味も含めて。

Ⅱ. 「臨床検査のガイドライン 2005/2006」の評価

1. 「臨床検査のガイドライン 2005/2006」の大改訂

加藤 最後のガイドラインはたしかレビューワーをつけたのですよね。それがまたかなり辛辣な言葉があったということでしたね。

川合 そうですね。

そのあとに移りたいと思います。新しい体制になった時に、小委員会から委員会に格上げになりました。そして、委員会となった時に包括医療検討委員会という立派なお名前をいただいて、包括医療に関する検査を全部、いろいろやれということでしたが、実質はガイドラインを継続して、このガイドラインをよくすることにすべての時間をかけたという感じでした。この新しい大改訂に関して、見た目もB5からA4に変えて、タイトルのデザインも全部変えましたが、今度は中身も変えようということで、ディスカッションをいろいろして参りました。

まずは内容の改訂です。39疾患38項目には症候と疾患が入り混じっていたので、それを「症候編」と「疾患編」に分けることにしました。また、「検査編」を新設し、検査に関する項目もいろいろ入れようということになりました。（図1）そこで皆さんがいろいろな意見を出してくださったと思います。今度のガイドラインの基本方針で大きく変えよ

うということで、次に執筆要綱ではないのですが、内容の充実のために、加藤先生が、レビューワーをつけようと提案してくださいました。加藤先生、その辺りについてお話しいただけますか。

加藤 はっきり覚えていないのですが、いままでのガイドラインの作り方は、個人の責任のもとにかなり任されていたという点がありました。少なくともいろいろな学会のガイドラインを見ていると、委員会がつくられて、その中でディスカッションをしながら作っている。検査のガイドラインも、委員会はありますが、その委員はそれぞれの分野でバラバラでして、ちょっと特殊なかたちだろうと思います。そうであれば、レビューしてもらうことが学問的には大事だろうということです。

川合 1つの項目に関してレビューワーを2人つけて、その2人のレビューワーは、執筆者に推薦してもらう場合と、それが無い場合は、委員の人たちにそれぞれ何項目か受け持ってもらって、担当委員がレビューワーを選出いたしました。そしてお願いしたのですが、その時にかなり書き換えというような項目も出てしまいました。

高木 レビューワーがこれは書き換えたほうがいい、書き直したほうがいいと。

川合 はい。基本的には2人のレビューワーの意見を尊重し、著者に書き換えをお願いしましたが、最後は委員会で決定したものもあります。

北村 教科書の作り方にレビューワーを入れるという方法もあります。有名な内科のもので『ハリソン内科学』がありますが、この作り方に興味があったのです。前の版で、『ハリソン内科学』の日本語版が出た時、付録で『ハリソン物語』という新書判が出まして、そこに『ハリソン内科学』という教科書がどうやってできるかということが書かれています。

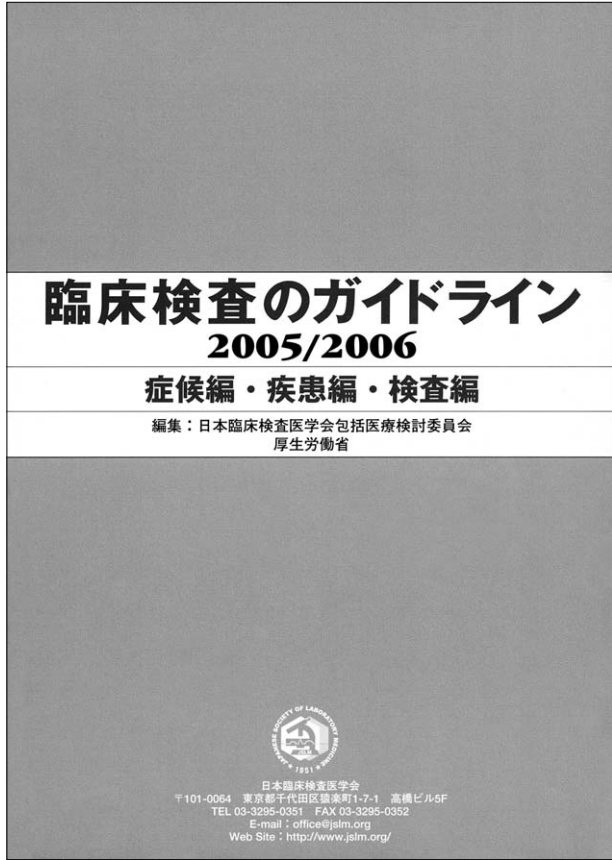
エディターが集まって、1週間ぐらいリポートで缶詰めになって、執筆者を決めて、それにこういうことを頼むということと、レビューワーを決めるのです。執筆者はだいたい大家です。

加藤 まあ、そうですね（笑）。

北村 レビューワーは若手のバリバリの……。

加藤 いま実際に臨床の最前線にいる人ですか。

北村 そういう人を入れて作るのだとありました。レビューワーを入れるやり方は、いい線を行く



2 ガイドライン 2005/2006

第2章 疾患編

神経

1. 脳梗塞・脳出血…………… 濱田 潤一・97

呼吸器

2. 気管支喘息…………… 諏訪部 章・103
 3. インフルエンザなど感冒関連疾患…………… 三田村敬子・109
 4. 肺炎…………… 一山 智・113
 5. 肺結核…………… 一山 智・118
 6. 慢性閉塞性肺炎…………… 川本 仁・123
 7. 原発性肺癌…………… 下方 薫・130

循環器

8. 急性心筋梗塞…………… 平井 忠和・135
 9. 心不全…………… 吉田 友紀・141
 10. 不整脈…………… 杉 薫・147

消化管

11. 胃潰瘍・十二指腸潰瘍…………… 関塚 永一・152
 12. 胃の悪性新生物…………… 関塚 永一・158
 13. 潰瘍性大腸炎…………… 細田 泰雄・164
 14. 大腸癌…………… 上野 文昭・170

肝胆臓

15. 慢性肝炎又は肝硬変…………… 加藤 眞三・175
 16. 胆石症…………… 加藤 眞三・181
 17. 膵臓の疾患…………… 加藤 眞三・185
 18. 膵臓癌…………… 加藤 眞三・190

免疫・リウマチ

19. 関節リウマチおとび他の多発性関節炎…………… 大田 俊行・194
 20. 膠原病またはその類縁疾患…………… 赤星 透・198

アレルギー

21. アレルギー性鼻炎…………… 今野 昭義・203

乳腺

22. 乳癌…………… 福富 隆志・210

内分泌

23. 甲状腺機能亢進症・機能低下症…………… 池田 斉・214
 24. 甲状腺の悪性腫瘍…………… 岩崎 博幸・219

1

「臨床検査のガイドライン2005/2006」

目次

序文…………… 中村健二・i
 発刊の経緯について…………… 包括医療検討委員会委員長 川合陽子・v
 日本臨床検査医学会の立場から…………… 日本臨床検査医学会会長 渡辺清明・vii
 著者・査読者一覧…………… viii

日本の包括医療の現状について…………… 松田 晋哉・1

第1章 症候編

一般

1. 不明熱…………… 新保 卓郎・9
 2. 浮腫…………… 内山 聖・14
 3. 体重減少…………… 新保 卓郎・20

呼吸器

4. 異常呼吸…………… 諏訪部 章・24

循環器

5. 意識障害…………… 並木 洋・29
 6. 一過性意識障害…………… 宮武 諭・33
 7. 胸痛…………… 平井 忠和・41

消化器

8. 腹痛…………… 加藤 眞三・48
 9. 黄疸…………… 加藤 眞三・54
 10. 下痢…………… 細田 泰雄・59

筋骨格

11. 関節痛…………… 熊谷 俊一・63
 12. 腰痛・背部痛…………… 新保 卓郎・70

腎

13. 多尿・頻尿…………… 富水 真琴・74
 14. 蛋白尿・血尿…………… 吉田 治義・77

血液

15. 貧血…………… 川合 陽子・84
 16. 出血傾向…………… 川合 陽子・90

目次 3

代謝・栄養

25. 高脂血症…………… 芳野 原・225
 26. 糖尿病…………… 富水 真琴・231

腎・尿路

27. 高血圧性疾患…………… 高橋 伯夫・238
 28. 尿路感染症…………… 荒川 創一・242
 29. 原発性ネフローゼ症候群…………… 島田 久基・247
 30. 慢性腎不全…………… 島田 久基・251
 31. 前立腺疾患…………… 石戸谷淑人・255

女性生殖器

32. 卵巣または子宮付属器の悪性新生物…………… 青木 大輔・260
 33. 子宮癌…………… 八杉 利治・265

血液・造血器

34. 慢性白血病…………… 北村 聖・268
 35. リンパ腫…………… 北村 聖・272
 36. 多発性骨髄腫および免疫増殖新生物…………… 桑島 実・277

第3章 検査編

1. 初期診療の検査オーダーの考え方…………… 桑島 実・285
 2. 検査データの読み方と考え方…………… 熊谷 俊一・288
 3. 検査データの意義：基準値パニック値について…………… 深津 俊明・293
 4. 腫瘍マーカーの見方…………… 大川 二郎・298
 5. 法律家からみた検査のインフォームドコンセント…………… 古川 俊治・307

付録

参考基準値表、キーワード索引…………… 311

図1 「臨床検査のガイドライン 2005/2006」表紙・目次ページ

なと思いますが、日本は村社会のようなところがあるから、そこの折り合いが難しいですね。

加藤 面子がありますからね。

北村 だから、レビュワーというか、「先生の手書いたご原稿に新しい文献を足していただきます」とか何とか、大家の面子をつぶさないように、かつ効率よくレビューするシステムが必要なのでしょうね。

加藤 そのためには、たぶん間に編集者がいて、うまく取り持たないといけない。このガイドラインではその専任の人がいなかったですからね。

川合 査読者に査読していただいて、それを執筆者に、査読者からこういうコメントがありますのでお願いしますと戻して、それを受けてとなりますが、ただし、査読者がそう言っても、執筆者が、「いや、これはこれでいいというところは尊重してやったつもりです」と言われる場合もあります。査読者にはなるべく臨床医を入れることにしたのですが、検査医の方がなっている場合もあるし、いろいろでした。

それから、今回ではないのですが、以前各項目に関する意見が述べられているアンケートの意見をそれぞれ執筆者に戻したのです。そうしたところ、「心筋梗塞」で、「検査項目が多すぎて実際の臨床的ではない」というアンケート回答が参りました。そのまま執筆者にその回答を戻して、「全面的に受け入れなくても結構ですけどもこういう意見があります」とお出ししたら、「考え方が異なる」ということで執筆を降りてしまわれたという経緯があります。しかし、その項目の後任の先生もその先生とほとんど同様の検査項目で書かれていました。実際に、大学病院とか詳細な検査を行う専門的な病院ではそのようにやっていたのです。ですから、一般の野戦病院的な前線と、大学病院のようなところでやる時の、検査項目や回数を選択が難しいと思います。

高木 そうすると、先生がどこの施設の医師なのか。特定機能病院か、大学病院か、ベッド数が500以上の病院か。そうではないような野戦病院的な施設の先生がこれをご覧になった時、川合先生がおっしゃったように、いや、うちはこんな検査はしてないよということがあるとしますと、このガイドラインにはこれだけ書いてあるのに、私はどうしてこの検査をしてもらえなかったのかということがあってもいい。それがうまい方向に行けばいいでしょ



加藤 眞三 先生

うけれど、もしも何か事故があった場合、ここにはこう書いてあるのに私はしてもらえなかった、それでこういう具合になったということで、先ほど北村先生がおっしゃったように訴訟になるとか、そういうことが怖いかもしれませんね。

川合 それで何回も、対象は何かという再確認を委員会でも行いました。再確認しコンセンサスを得られている対象は「一般医」です。今回も特に卒後臨床研修の研修医を対象として考え、ガイドラインのマニュアル本を配布することになりました。また、アンケートを、国立病院だけではなくて、県の中規模以上の基幹病院に全部送付したのです。その一般医の人たちがどうかというところが本当は基本なのです。

高木 そうでしょうね。

北村 特殊な機器がいるとか特殊な技能がいる検査は置いておいて、単に採血だけする検査がありますよね。その時に例えば心筋梗塞で、これとこれがあれば基本的にできるのか。心筋梗塞で認められている検査を全部やらないと心筋梗塞と診断できないのかという考えの違いだと思います。

大学の場合、心筋梗塞で認められている検査のほとんどをやっていますよね。ただし、それが予後とか治療方針の決定に有意義かという検証がされないで、営業的な意味もあって新しい検査がどんどん増やされている。いままでの検査に上乘せされることで、患者にどれだけのメリットがあったかということを検証しないで、新しい検査がどんどん増えている。大学は研究的な意味もあるし、将来、患者をレビューした時に、これはやっていないとまずいとい

うことでやりますが、臨床医は経営もあるから、根拠はないけれど、メリットを感じないと思ったらきつとやめてしまうでしょうね。そこをたぶんこういう学会がきちんと交通整理をしていかなければいけないのではないかと思います。

高木 北村先生と川合先生にやってもらえないのかもしれないですね。

北村 そのつもりでこのガイドラインを作ったのです。ただし、それが執筆者に伝わっていないから、大学の人は大学の人の発想、あるいは大学でやっている現実を、科学的根拠がないままに、うちの大学ではこうやっていますよと。一般病院の人は、そんなことをやらなくても、うちはちゃんとした診療ができていよという対立になってしまっている。本当は皆さんが集まって、患者のために必要最低限はどれで、オプションはどれだとディスカッションすれば片づくのですが、なかなか集まれないですし、個人的批判ととってしまう人もいて……。

加藤 ありますね。

北村 それが面倒ですね。

川合 高木先生は心筋マーカーの検査のご研究をなさっていますが、一時期いろいろな検査項目がたくさん出てきて、心筋梗塞の時期と病期と診断との兼ね合いで組み合わせていたものが、実際には最近だいたい収束されてきましたよね。

高木 ご存じのように今はヨーロッパとアメリカの心臓学会では決まっています。トロポニンとCKMBだけです。ほかの検査はもう診断的意義がほとんどないと判定されているのです。日本は例の心臓型脂肪酸結合タンパクとかいろいろありますが。

高木 けれども、グローバルにはまずトロポニンを検査して、トロポニンを測っておくと予後の判定になるということもありますし、あと測定するとしたらCKMBでしょう。この2つが優れた心筋マーカーとして認知されています。ただし、日本では、トロポニンは普通の病院では測れませんから、そうするとCKMB活性しかないとなります。あと、ミオグロビンを測れるところがあるかどうかですね。

川合 大学病院だとできるけれども、普通はなかなかできない。

高木 一般医を対象にすると、血液検査よりまず心電図だと思います。あとは患者様の訴えだとか、理学所見ですね。

北村 カテーテルのほうが一般化していますね。だから、画像診断が血液診断などを凌駕してしまっています。

川合 しかし、POCTが少し発達してくれると、cardiac readerのようなものがわりと一般的に……。

高木 出てくるでしょうね。

川合 それと、またそういうものも可能になってくるので、時代とエビデンスと実際の現場での機器とのトータルで、このガイドラインもだんだん変わっていくのでしょうか。

高木 先生がおっしゃったようなところでいきますと、POCTでパネル方式の、イムクロマトを利用してトロポニンとか脂肪酸結合タンパクが測定されるようになると、一般の、研修医がどこかの病院へ当直に行く時に、それを1つ持っていけば、心電図を読めなくても、POCTでトロポニンや脂肪酸結合タンパクを測って陽性となれば、関連の専門の病院に送れる。

川合 検査がそのように変わっていくかもしれないですね。

高木 ええ、変わってくるでしょうね。それをこちらのガイドラインに書いていただけたらなれば、だんだんよくなるかもしれません。

川合 エビデンスとして絶対必要なものだったら、逆にそうなる可能性もある。

高木 あと、一般医の施設でも、いい装置を持っているか持っていないかということもあります。病院の規模、あるいは検査機器の保有している規模も考慮したガイドラインを作っていただくと、一番いいのかもしれませんが。

川合 検査のメーカーの人とか機器を入れる人たちがこれを読んで、この疾患に関して必要だとなれば、それでまた普及するかもしれない。

高木 ただし、そうすると、これはいいよ、あれもいいよとなって、検査が増えるかもしれません(笑)。

川合 加藤先生は肝炎のガイドラインを書かれています。肝臓学会でやっている肝炎項目はものすごく多いですね。

加藤 そうですね、頻回にウイルスの量を測るとか。専門家の目で見ると、これぐらいは測りたいということが出ているような気がします。

川合 先生は、一般医だったらこのぐらいのとこ



川合 陽子 先生

ろというポイントを選択して書いていらっしゃるんですね。

加藤 そこを考えながら書いたつもりです。

それと、保険で検査項目が何項目以上だとまるめというものがありませんでした。例えば術後の肝障害をスクリーニングする時に選ばなければいけないものが、一般の外科医はGOT/GPTばかりに目がいて、ビリルビンを測っていなかったり、胆道系を測っていなかったりということが結構あるのです。そうすると、一般医のほうこそもっとガイドラインが必要なのではないかと。選ぶというのはかなり難しい。検査というのはたくさん測る分には安心ですが、絞るほうが難しいですから。

川合 抜けてしまうんですね。ドゥー検査で行くから全くノーケアになってしまう。

加藤 そして、範囲の違うものをうまく組み合わせることが必要になってきますでしょう。そういうかたちのガイドラインは実はあまりないのではないかと思います。

それと、外来もDPCになるのですか。

北村 それはたぶんないと思います。

川合 包括医療の方向性ですか。

加藤 今年の3月24日の「日経新聞」の朝刊に、来年4月から75歳以上の高齢者を対象として外来診療も包括払い方式を導入する方針であることが書かれていました。

北村 平成20年改訂では、まだいろいろ話はあってもいいかもしれませんが、聞いていないです。

川合 DPCは、最初は大学病院だけでしたが、次には一般病院も手上げをして参加するようになり

ました。それが今どんどん増えつつありますね。今いくつぐらいありますか。

高木 かなり増えていますね。もう1,000に近いです。

加藤 診療患者数でも相当なパーセントになるわけですね。

川合 それはみんな入院ですが、外来の包括のようなものは今どうなっているのでしょうか。

高木 外来は包括していません。

北村 再診料が包括になっています。

川合 そのぐらいですか。

このような医療を取り巻く現状を踏まえて、このガイドラインは、最初は「急性期入院定額医療」が対象でしたが、現在の「臨床検査のガイドライン2005/2006」は、最終的には外来から入院まで、あらゆる状況を設定して一般医がわかるように編集しております。すなわち「外来治療か入院治療かの判断」や「一般医が専門医にコンサルタントするポイント」も含めて書かれています。

特に外来には症候編が役立つであろうということで「症候編」を16項目として充実させています。疾患編はいままでの項目をさらに充実させ、36疾患が挙げられています。そして検査編では、「検査データの読み方と考え方」、「基準値・パニック値」、「腫瘍マーカーの見方」、「検査のインフォームド・コンセント」なども取り入れたわけです。また初期から継続している「初期診療の検査オーダーの考え方」もはずさず掲載いたしました。

それでは高木先生、研修医にお配りしたマニュアル本「臨床検査のガイドライン 症候編・疾患編・検査編 ハンドブック」に関しての研修医の反応はいかがですか。アンケート結果などをお話願いたく宜しくお願いいたします。

2. 実際にガイドラインを使用して

1) アンケート調査結果に関して

高木 日本臨床検査医学会と日本臨床検査専門医学会と日本衛生検査所協会と日本臨床検査薬協会、臨床検査振興協議会をつくっています。この臨床検査振興協議会から「ハンドブック」を検査の啓蒙のために頒布することにしたのです。指導医の先生方は専門性が強いので、初期臨床研修医に的を絞りました。若い医師に検査とはこういうものだ、この疾

患・症候群あるいは症候にはこの検査が必要だということ認識してもらいたいと考えました。ご存じのように1年間で8,000人ぐらいが医師になりますので、初期臨床研修医の2年分だけ。ですから、1万4,000部ぐらいですね。昨年の10月と11月に897施設中の756施設、1万4,502部、初期研修医全員に配ったのです。

一応コンセンサスを得られている検査ですから、これぐらいの検査はしなければいけない。特に臨床研修医としてはこのぐらいしなければいけない。一般医・上級医はもう少し違う情報を入手する診察ができるのでいいでしょうが、研修医はこのぐらいの検査をしていただきたいということがありましたので、これを2年間の初期臨床研修医にお配りしました。

同封したアンケートはあまり返ってきていませんが、このハンドブックの大きさはいいですかという項目で、57人中43人はいい、ちょっと大きいという回答が14人いました。あとは文字が少し小さいのですが、研修医はまだ若いですから、十分に読める。ちょうどいいが45人です。小さいという回答は11人しかいない。変わった医師かもしれませんが、大きいという回答が1名いました。

内容については、ほかの項目を付け加えていただきたい、どの項目を付け加えたらいいですかというアンケートです。症候群については、14人いましたが、頭痛、めまい、嘔吐、倦怠感と汎血球減少などが付け加えてもらいたい項目でした。特に多かったのは頭痛です。疾患群ですと、肺梗塞とかALLとか小児疾患、小児の急性期疾患の検査のガイドラインを作ってもらいたいという回答がありました。検査については、超音波とか基準値の一覧を作ってもらいたいという回答やアイソザイムはどういう具合に選んだらいいかということを検査編に書いてもらいたいという回答がありました。

このハンドブックは「臨床検査のガイドライン」を少し変えていただいて、図をちょっと多くしてもらって、1つのものについては要約、要旨をまとめてコンパクト版にしています。

加藤 基準値は、臨床検査のガイドラインに出ているのですよね。

高木 ええ、親本には出ていましたが、ハンドブックには載っていないのです。ですから、基準値

を載せてもらいたいというような回答がありました。

あとは、全体的に見ますと、自由に書いてくださいとした欄では、コンパクトでよいという回答が9人。あとは、検索しやすいようにしてください、ごちゃごちゃしている。かなりコンパクトになっていますが、要旨をもう少しコンパクトにしてもらいたい、3色刷りにしてもらいたい、文献を付けてくださいという回答がありました。文献を付けているものもありますが、付けてないものもありますので。抄読会とか医局会で、これはどこから引っ張ってきたのか、どの文献かと聞かれた時に、これこれしかじかの文献ですと言いたいのだと思います。あと、自分で書きこみたいところがあるらしくて、白紙のところを付けてもらいたいという回答がありました。そこに自分でメモって、こことここは大事だと書けるので。

ホームページに親本を掲載してくださいという要望もありました。もう載っているはずですが、このハンドブックにはhttpが書いていないので。この親本はここですよという、ここを検索してもらえば全部わかりますよという記載がないので、それを言っているのだと思います。総じて返ってきたのは、いいでしょうという回答が多かったように思います。ですから、今年もまたお配りしようと思っています。3～4年はやりたい。いまのところは無料で配布していますので、研修医に見ていただいて、どのぐらい浸透するかわかりませんが、臨床検査の振興協議会の活動としてしばらくやってみようと思っています。

北村 きつい言葉かもしれませんが、1万4,000部で50人の返事でしょう。

高木 そうそう（笑）。

これは去年の10月にお配りして、まだ半年です。今使用している最中でしょうからもう少ししたら、もう少し多くのアンケートが返ってくるかもしれません。

北村 いや、もう返ってこないでしょう。アンケートの取り方の工夫だと思います。それと、どういうシーンで一番使うか。カンファレンスの時に使うのか、目の前に患者がいた時に使うのか。そういうシーンとか。

川合 今の意見は非常に貴重ですね。

今後もう少しアンケートが上手に上がってくると、次の改訂に生かせるのですごくいいですよ。

2) 現場・研修医からの評価

加藤 もっと薄いほうがいいかもしれません。ちょっと分厚い感じです。

高木 ちょっと分厚いです。ただし、図表を多くしてもらったり、用紙もコンパクトにさせていただいたので、研修医は見やすいと思います。初期臨床研修医が研修中に書かなければならないレポートがありますが、その疾患と症候を主に載せると、それについて、どういう具合に書いたらいいかということも出てくるかもしれませんので、いいかもしれませんね。

川合 初期臨床研修に必須の症候と疾患に印をつけていって。

高木 症例と症候がありますから、それを書いてもらうと、もう少し違う展開が開けるかもしれません。

川合 その必須項目が全部網羅されていないですよ。

高木 全部は網羅されていません。

川合 かなり多くなりますか。

高木 いや、そんなことはないです。実際にレポートを書くのは10の症例と20の症候かな。ですから、それが網羅されていればいい。

川合 それはぜひ今後に。

北村 経験すべき疾患は88ですから。

高木 その中の10個は書いてくださいと。

川合 はい。88はちょっと大変ですね。

加藤 このガイドラインは日本臨床検査医学会のホームページに出ていて、それがダウンロードできる場所が良いですね。ダウンロードして、自分のコンピューターに取り込んで、それを見ているという人がいました。学会などに行くと、わたしの全然知らない人でもそういうのがいて、意外と利用されているなと思いました。ダウンロードして使えるようなこういう資料はなかなかないのではないかと思います。

川合 本当に大盤振る舞いですよ。

加藤 それは知識の普及にはすごくいいことだと思います。

川合 厚労省からお金をもらっているのだから、皆さんからお金を取らないでお配りして、ぜひ普及していただきたいというすばらしいものですよ。

高木 ただ、お金はかかりますね。

川合 お金はかかります。厚労省もだいたいお金がきつくなってきたので、今は日本臨床検査医学会のほうからかなりの補助をいただいています。

高木 これ自体は臨床検査振興協会にお金を持っていただいています。

加藤 先ほど頭痛などが出てきましたが、何回も話題には出たと思いますが、臨床検査と結びつきにくいので、わざと避けていたようなところがあるのですよね。

川合 いままでは、そうです。

次の2007/2008には頭痛は入れることになったのです。検体検査では頭痛はあまり関係がないのではないかということで、いままではいつも案に上がっては却下され、案に上がっては却下されていたのです。一応、画像も含めてなるべく網羅するということなので、特に頭痛は大切なので、画像中心のガイドラインになってしまうかもしれませんが、今回は入れようということになっています。

高木 このアンケートを見ますと、臨床検査とうたっているのだから、超音波も入れてくれとかのリクエストが出てくるとは思います。

川合 いままでのガイドラインも画像診断や超音波も含めて画像で必要なものは最低限記載するというお作りはしていますが、画像が中心になってしまう疾患や症候に関しては、いままでは避けてきましたね。

高木 それはもう十分わかっています。

川合 ですから、今後は入れていきたいと思っています。

北村 教育の面からいうと、検査前を充実しようとしています。例えば頭痛でも、どんな頭痛で、どこが痛くて、どういう時に起きるかということで、考えるべき頭痛はずいぶん違います。めまいも、どういう性状のめまいで、どういう時に起きて、併発する症状は何かということはずいぶん違います。

そういうことを一生懸命言って、そこで検査の選び方が変わるのだということを教えているはずですよ。ですから、ぜひそこまで踏み込んでいただきたい。検査を始めますというところから始めるのではなくて、目の前に頭痛の患者さんが来ましたが、何を聞いて、どこまで考えるか。頭痛などはそこでずいぶん振り分けられるはずですよ。内科の教科書にかなり近づいてしまうかもしれませんが。

加藤 診断学の教科書になってしまう。

北村 ええ、診断学の教科書になります、やはりそこを強調しないと。検査から始めてもね。

加藤 そうかもしれませんね。

川合 今回のガイドラインは、各項目の記載の仕方をなるべく統一しようということで編集しております。その統一の中で、いきなり検査を記載するのではなくて、実際の臨床現場に即した流れで書くようにしております。実際、まず医療面接と身体所見のチャートを記し、その上に成り立って、今度はその症候や疾患に対する基本的検査と、もう少し特殊な鑑別すべき検査というような流れで掲載してあります。項目によっては書いていない先生もいたのですが、編集時に私たちが内容からピックアップして、全項目に医療面接や身体所見のチャートなどを含めるようにしました。

特に臨床症状や身体所見から、どういう検査を振り分けていくかというところは、疾患や症候によってはそこがメインになるものもあって、そういうものはそこでまた別チャートを作成してもらうようにしていただいています。もし少し足りないようなものがあつたら、そこはまたお願いして書いていただくという方向にすると、なお充実するかもしれません。

北村 どんどん分厚くなる方向でいいのですか。

川合 そこがね、そうですね、分厚いですね。

高木 作っていただく時にお願いしたのは、今の学生もしくは研修医は文字を読むのがいやなので、できるだけ図にさせていただきたいということはかなり図にさせていただいています。ガイドラインも、親本もいいのですが、こちらのほうもかなりおもしろい本になっています。

川合 チャートの抜粋などはそうですね。わかりにくいことはないですか。

高木 先ほど北村先生が、悪いことは言わないんだよとおっしゃったけれど、悪いことはあまりなかったと思います。ごちゃごちゃしているというのが1つあつただけで、ほかはそんなにないと思っています。

加藤 図にしようとする、無理やりクリアカットにしなければいけなくて、そこに少し語弊が生じる可能性はあります。

北村 臨床検査もホームページに載っているの

で、ウェブ検索がずいぶんやれるようになっていきます。本としては厚くなっても、そのほうがいいのではないですか。ウェブ検索で必要なところだけ見てもらえばいい。逆にホームページの載せ方も注意して、症候を入れるとバツと出るとか、検索機能を充実した載せ方がいいですね。これをPDFファイルで、ただ置いておくだけではなくて。

高木 親本は厚くしていただいて、配布版、携帯版は薄くしていただいて、このことについて詳しく知りたい場合は親本を見るとわかりますよ、というかたちにしていただくといいかもしれません。これ以上、厚くするとポケットに入れられないので。

北村 最近、Wikipediaという辞書があるでしょう。どんどんいいことを書いていって、あれは優秀だと思えます。「検査 Wikipedia」のようなものがこれから出てきたらいいと思います。検査の項目を入れても、症候を入れても、何を入れても、バツと出てくる。読んで、場合によっては名前付きで訂正してもいいし。

川合 研修医はそうでしょうが、一般のほうは、3,500冊配布して、アンケートの回答は273、約8%です。最初のガイドラインの時は回答が12%ぐらいあったのですが、それがだんだん減って。

加藤 結構あるほうですよ。

川合 そうですか。

今回のアンケートに関しては、皆さん、わりとお答えいただいたと思います。まとめを資料としてお配りしています。勤務先としては、大学が63、300床以上の病院が98、300床以下の病院が35、クリニックが20です。あと検査センター、メーカーなどです。大学だけに偏ってなくて、小さな中小病院からも回答を頂いております。医者が149人、技師が87人。専門分野もそれぞれ書いていただきました。(図2, 3)

そのあとにガイドラインの全般的な批評があります。とてもよかったというのが81。よかったというのが138。合わせて219。かなりの方がよかったという回答になります。普通という回答も33あります。思っていたのと違うというご意見もありました。思っていたのと違うというのは、もっと保険診療とかDPCに特化したガイドラインではないかと期待していたが、保険診療のことをそんなに細かく記載してあるわけではなく、また、保険診療にのっ

とってやっているわけでもなくて、学問的体系を基本としているので、その辺りがちょっと違うという批判がありました。これは毎年承るご批判です。それはこの本の本当の趣旨とは異なるということをご理解いただこうと思っています。あと、やはり教科書的だとおっしゃる人もいます。(図4)

図表はいかがですかという質問には、わかりにくいという意見はほとんどなかった。(図5)どこまで読みましたかという質問には、全部を利用する人はそんなになくて、14%で、興味のある編のみとか興味のある章のみを用いる方がほとんどです。ガイドブックの使い方としてはそうだろうという感じです。

内容について役立つことは何ですかという質問では意外と意見が割れまして、症候編、疾患編、検査編、それぞれ利用の仕方があるのではないかとということです。(図6)

関心の高かった章は何ですかという質問で50人以上というのは検査編の腫瘍マーカーの見方として、これが一番多かったと思います。30人以上というのは同じく検査編の検査データ、パニック値とかその読み方と考え方とか、この辺りはいままであまりガイドラインにないせいか、比較的好評だったと思います。症候、疾患では、一番ご批判のある急性心筋梗塞が31で、一番多く利用され読まれているようですね。新しい症候編のほうでは、不明熱が33と多く、貧血も31と良く利用されているようです。体重減少、意識障害、胸痛も多いですが、腹痛は36で多いですね。タンパク尿、血尿なども多い。インフルエンザなどの感冒関連疾患。心不全、不整脈。慢性肝炎、肝硬変は頻度が高い疾患ですから、多いですね。膠原病とか、高脂血症、糖尿病、この辺りが20代。20以上利用されている項目は大変多く、各項目がそれぞれ利用されているようですね。(表1)

やはり頻度の高い疾患や症候が多い。それと、検査編が独特で利用価値があったようです。そういうことで実際にガイドラインを利用しているのは、診療に疾患編を利用しているとか、教育には検査編を利用しているとか、あとクリティカルパスに利用しているとか、いろいろな利用法があるようです。(表2)

アンケートでは他に、ガイドラインにふさわしくないと考えた章は何かとかいろいろ質問しています。(表3)また、今後掲載して欲しい疾患や症候

について結構ご意見が挙がってきています。(表4)症候、疾患ということでは、症候編では頭痛、嘔吐、めまい、その他があります。疾患編でもたくさんあります。この間の委員会で話し合った時に、次回は頭痛を載せる。排尿障害、排尿困難はどうしようかという意見がありました。疾患編でもいくつか載せることになっています。

高木 そうすると、汎血球減少も入れたほうがいいということですか。

川合 それは書いてありました。もっと改訂して、もっと増やしてという方向のアンケートかと思いますが、今後どうしたらよいか。今後に関して、北村先生、何かご意見はありますか。

北村 疾患とか症候が増えてくるのは大変いいと思います。

いまガイドラインの時代と言っても過言でないぐらい、世の中、ガイドラインが出ています。1つの疾患であっても、欧米のものがあったり、日本の学会のものがあったり、それが毎年のように改訂されたりしています。どんどん細かくもなっています。そこで、それとの整合性がどうなのだろうと思います。

このガイドラインだとこの検査をやるけれども、学会のガイドラインだとこの検査はしないということがあるので、各学会に呼びかけて、検査の部分だけ見せてもらうなり、出してもらうなり、あるいは自分たちが調べるなりして、欧米のガイドラインはどうか、日本の学会のガイドラインはどうか。それとこのガイドラインの整合性がある程度とれるといいですね。ただ、全部が変わっているのだから、この時の整合性はとれていても、1年もすればずれてしまうのも事実だろうと思います。

逆にいうと、今は学生たちに、ガイドラインもいろいろあるから、ガイドラインを見ていてもたいした診療はできない。ガイドラインでは極めて典型的な患者さんで、合併症や、あるいは年齢など、目の前の患者の特殊事情を考えるのが臨床医のやり方です。ガイドラインを知っていることはいいことだけれども、その通りにやるのはロボットでもできることだからということをお伝えしますので、このガイドラインの使い方が大事なんでしょうね。

高木 修正・加筆が必要な疾患と症候は当然あると思いますが、これに付け加えるかたちにするのですか。それとも毎回毎回新しく、修正しないところ

質問：あなたの主たる勤務先は？

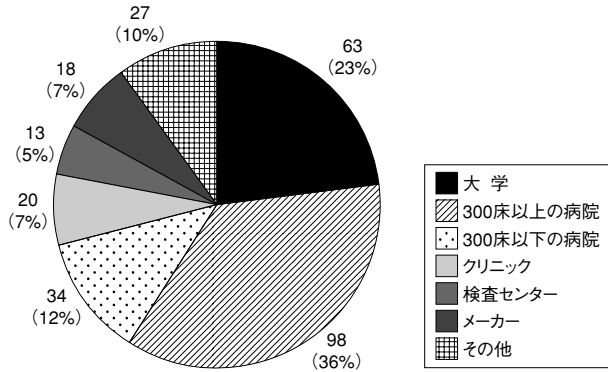


図2 回答者の勤務先内訳

質問：あなたの職種は？

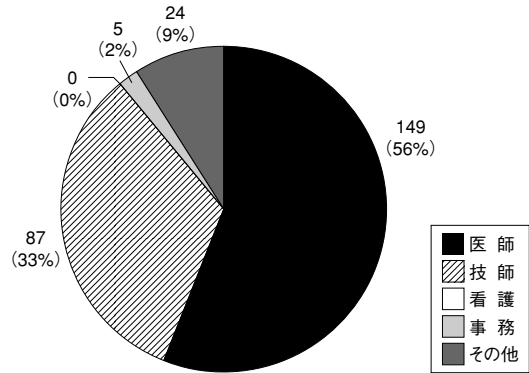
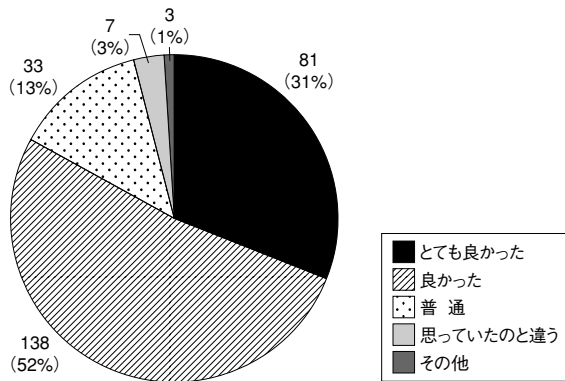


図3 回答者の職種内訳

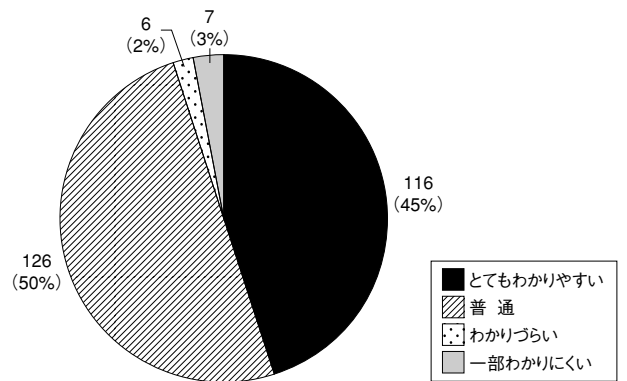
質問：全般的にはいかがでしたか？



とても良かった	保険診療上の注意が記載されたこと
良かった	ガイドラインとはほど遠く、学生の教科書同様のところが多い
普通	次回において一部の内容についてclinical questionを設定して問題点を浮き彫りにしていただく
思ったのと違う	ガイドラインとはほど遠く、学生の教科書同様のところが多い
その他	あまり意味がない

図4 全般的な印象

質問：図表はいかがでしたか？



普通	ほぼ満足 やや小さい 前回からのガイドライン2003の方が大きく良い 力作とは思うが
わかりづらい	ボリュームが多すぎるかと存じます p179~180表6肝炎ウイルスマーカーの選択基準を1ページにまとめて下さい
一部わかりにくい	研修医の興味を引きづらい 色が明るくない

図5 図表に関する印象

質問：役立つ編は何ですか？

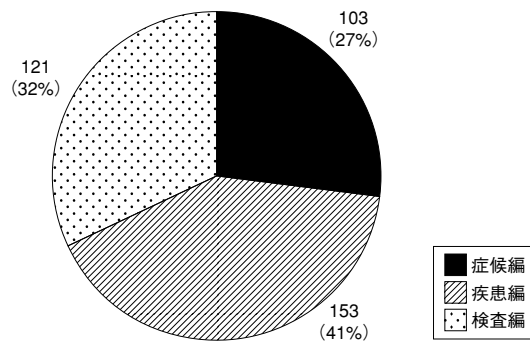


図6 実際に役立つ内容

表1 関心の高かった内容

質問：関心の高かった章は何ですか？

A. 症候編		20
1	不明熱	33
2	浮腫	18
3	体重減少	20
4	異常呼吸	11
5	意識障害	20
6	意識消失：一過性意識障害	18
7	胸痛	28
8	腹痛	36
9	黄疸	14
10	下痢	24
11	関節痛	15
12	腰痛・背部痛	8
13	多尿・頻尿	16
14	蛋白尿・血尿	24
15	貧血	31
16	出血傾向	24
B. 疾患編		23
1	脳血管障害	3
2	気管支喘息	9
3	インフルエンザなど感冒関連疾患	20
4	肺炎	15
5	肺結核	17
6	慢性閉塞性肺疾患	13
7	原発性肺癌	14
8	急性心筋梗塞	31
9	心不全	28
10	不整脈	26
11	胃潰瘍・十二指腸潰瘍	12
12	胃の悪性新生物	14
13	潰瘍性大腸炎	14
14	大腸癌	14

15	慢性肝炎又は肝硬変	26
16	胆石症	17
17	膵臓の疾患	14
18	膵臓癌	19
19	関節リウマチおよび他の多発性関節炎	16
20	膠原病またはその類縁疾患	25
21	アレルギー性鼻炎	11
22	乳癌	7
23	甲状腺機能亢進症・機能低下症	19
24	甲状腺の悪性腫瘍	17
25	高脂血症	20
26	糖尿病	29
27	高血圧性疾患	9
28	尿路感染症	12
29	原発性ネフローゼ症候群	8
30	慢性腎不全	13
31	前立腺疾患	9
32	卵巣または子宮付属器の悪性新生物	4
33	子宮癌	3
34	慢性白血病	11
35	リンパ腫	8
36	多発性骨髄腫および免疫増殖性疾患	12
C. 検査編		29
1	初期診療の検査オーダーの考え方	19
2	検査データの読み方と考え方	35
3	検査データの意義：基準値パニック値について	39
4	腫瘍マーカーの見方	50
5	臨床検査におけるインフォームド・コンセント	23
付録		3

コメント

2003より疾患が増加していない。増加すべき。技師が一番足りないと思える臨床症状と疾患検査の関わりがやさしく説明されているのが良い。

も収載して厚くしていくのですか。それが一番気になっています。

2年たつと医学は古くなると言われればそれまでですが、すでに記載されているのも収載して、新しいものも収載するのか。1集、2集、3集などとして、10年たったらもう1回新しくするのか。我々は研修医に配っていますので、研修医に配るのはそのまま、毎年毎年、付け加えていただかなければ困りますが、こちらのほうはどうするのか。

川合 いままでは修正して、修正のないものもそのままにして増やしていくというスタイルです。改訂のあるものは、保険診療の問題も踏まえて、アン

ケートの意見も踏まえて書いていただいて、あとレビューワーの意見も聞いてというようにして、いつも項目は捨てない、そのまま継続して増やしていくとしていましたが、どうなのでしょう。

加藤 どんな分野であっても、2年ごとの修正はあってもいいように思います。

北村 修正であって、内容をちゃんと見て少しずつ書き直せばいいのではないのでしょうか。常にまっさらから書き起こす必要はないように思います。

高木 それはそうです。

加藤 最初は1年ごとでしたよね。

川合 そう、最初は1年ごとで結構厳しかったの

表2 ガイドラインは実際にどのように利用されているか

質問：実際に利用されていますか？

はい	A. 診療に	62	診療科セット作成に使用する予定 1章 8 2章 16 3章 5
	B. 教育に	75	研修医、実習生などに 1章 7 2章 7 3章 13
	C. その他	61	検査部マニュアルの改訂に 2 クリティカルパス作成の参考資料 2 営業ツール 2 勉強のため 3 保険審査の参考、レセプト審査 セット化 異常値出現時の追加検査の提案 2 研修 2 医療相談 2 診療で必要な所を A編を臨床薬学の教育に 今後、社員教育やDr. との話の中で利用したい 医師のコンサルテーション 異常検査データの検査用の参考書として セット検査の見直し レセプト審査の参考にする 5 審査に1、2、3章 各部署に配布し各自活用 ユーザ対応 日常の検査に 緊急時セットに応用 他科について最低レベルを思い出すのに使用（簡便である） クリティカルパスやマニュアルづくりに 日常管理業務 保険請求上 診療報酬明細書の審査 知識習得 保険審査の参考に 4 検査結果の読み方 set化に 医療機関からの問い合わせ クリティカルパス作成に伴う検査キット作成 2 調べもの Drからの問い合わせに 4 参考に見る程度 症候や疾患毎に検査の意味等がわかりやすく説明されており、参考になる 臨床からの問い合わせに答えるとき 検査データの特異度と感度
いいえ		63	

表3 ふさわしくないと考えた内容

質問：ふさわしくないと考えた章は？

・症候編

- ・1.-14.：簡単すぎる

・疾患編

- ・エビデンスの有無が明示されず、臨床家の習慣で行っている検査をそのまま記載している
- ・各学会で出しているガイドラインとの整合性が明示されていない
- ・高血圧の章、一次性と二次性の分離からのほうがよいのでは
- ・高血圧性疾患の項目：微量アルブミン尿について、糖尿病症例に限定されているものと理解しておりますが
- ・疾患数が少なすぎる 例えば内分泌では、下垂体副腎疾患がない
- ・慢性肝炎又は肝硬変の項目：執筆の頁数制限のためか、最新の情報が入っていない
- ・2.-7：簡単すぎる

・検査編

- ・全体的にわかりづらい 実際のデータを沢山あげてある方が良いかも
- ・検査編はいらぬのでは
- ・足りないと思っております

・その他

- ・保険診療と医業的必要性は違います
- ・必要とする検査のなかにまだ不必要な検査もある
- ・症候編に特化しては？
- ・エビデンスの有無が明示されず、臨床家の習慣で行っている検査をそのまま記載している
- ・各学会で出しているガイドラインとの整合性が明示されていない
- ・エビデンスの記載がない

です。

加藤 2年ごとだったら、書き直すということがあってもいいような気がします。書き加える。

高木 これはあまり言いたくないのですが、経済的な問題になります。無料配布しておりますので。

加藤 むしろ親本はインターネット版にしてみればいいかもしれませんね。そうすると、お金はそんなにかからないし、必要な時にパッと引ける。そして、ハンドブックを出版物とする。あまり分厚くなると、みんな持たないだろうから（笑）。

高木 そうそう。

川合 たしかにそうですね。必要なところだけを利用している人が多いので、それはそうですね。しかし、置いておいて、診療の合間にちょっと見るのにはいいですね。

加藤 特に自分の専門外のところを見たい時などには便利ですよ。

川合 そうそう、すごく便利なのでいいのではないかと。

北村 ある出版社に聞くと、ウェブ検索でちょっと見てくれる人が多くなって、最近は大きな本はもとより、CD、DVDすら少なくなってきた。も

うウェブ検索で、ウェブの中でやる、インターネットの中でやるほうが多いのではないですかと言っています。診療の合間にちょこっと見るにしても、ウェブに乗せておけば有効に使われるのではないのでしょうか。

川合 アンケートにあったかどうかわかりませんが、病院のウェブに乗せたいので、これをCD-ROMでくださいという意見がありました。でも、ダウンロードできるので、どうですか。

加藤 必要ないのではないですか。

川合 いいですよ。

加藤 ダウンロードしてくださいと言えどどうでしょうか。

川合 病院のLANは外に通じないではないですか。だから、それを乗せ換えれば。

加藤 ダウンロードしたものをCDに入れて、それで自分のところでやればいいですから。

川合 それは可能ですよね。診療の合間にそのように使っていただくといいのですかね。そうすると、臨床検査のガイドラインにのっとることが、適正な検査をやっていると認知されているのでしょうか。

加藤 ずいぶん改訂を繰り返してきましたから、

表4 今後掲載して欲しい内容

質問：今後掲載を希望する項目は？

症候編	疾患編
ウイルス、寄生虫、など世界的に	1型糖尿病の診断ガイドライン、痛風（高尿酸血症）
ウイルス性肝炎	HIV
エイズ	MDS
かゆみ	SAS
フローチャート	STD
めまい	TTP、DIC、HUS、後天性血友病
下血	アトピー性皮膚炎
咳嗽	アルツハイマー病、パーキンソン病
感染学	アレルギー性結膜炎、はやり目
感染症学	エイズ
感染症全般について（新興感染症）	クローン病
胸水	サイトカイン
劇症肝炎	じんましん
高血圧	たばこ
耳鳴り	メタボリックシンドローム
腫れ	炎症についての内容
重要視されているもの	下垂体副腎疾患
出血、帯下	感染症、細菌ウイルス検査・キット
出産	肝臓
小児	間質性肺炎
睡眠時無呼吸	癌一般
電解質バランスが崩れた時の	癌性疼痛
頭痛	急性期の腎障害および初期腎障害からのフォローを含めた 手順のフローチャート
妊娠	急性白血球病
排尿障害、排尿困難	急性白血球病（AML、ALL）や血小板
無尿・血尿	劇症肝炎
嘔吐、頭痛	甲状腺良性腫瘍
疼痛性疾患	高尿酸血症
頸部リンパ節腫脹	骨代謝（骨粗鬆症）
	食物アレルギー
	心筋梗塞
	神経疾患
	性感染症
	精神疾患
	精巣疾患
	臓器移植
	帯状疱疹後痛
	腸閉塞
	内科疾患以外について
	肺癌の治療
	反射性交感神経性ジストロフィー
	皮膚炎
	不妊症
	婦人科疾患
	副腎疾患
	薬剤の副作用
	薬剤性肺障害
	卵巣疾患
	膠原病
	クローン病
	腸閉塞
	骨代謝（骨粗鬆症）
	マラリア等外来性感染症

レセプト請求の注意点

検査について、出来るだけ多く索引を設定して、多方面からの索引が可能としてもらいたい

内科疾患以外についても掲載して欲しい

検査編をもっと増やしてほしい

疾患、症候ではないが、患者様のデータの取り扱いについて（個人情報保護法）

それだけの重みが出てきているのだと思います。毎回批判を取り入れて、それを書き換えるというかたちで来ていますから。

川合 そうすると、これをもっと普及したほうがよろしいでしょうか。

北村 医師国家試験に使ってもらいますか（笑）。

加藤 もっと普及しますね（笑）。

川合 そういう意味では研修医がこのマニュアル本を利用することで普及していくという可能性は。

高木 それが我々の狙いです。少なくとも5年間は頒布を行いたい。たしかに北村先生がおっしゃるような厳しいご意見もありますが、5年間やって、どのくらい普及するかを見極めたいです。

それと、アンケート調査ではうまくできませんでしたが、われわれ臨床検査専門医が直接、研修医に意見を聞く、聞き取り調査のようなかたちで行えば、このままやっていかどうかということがわかると思います。やってみて、本当に啓蒙できていれば、これで浸透すればいいのではないかと思っています。

うちの病院でも、上級医の先生もただでくれるならば、ちょうだいと言っています。でも、全員に配るのは大変なので。

川合 これは研修医と指導医にも配られているのですか。

高木 研修医だけです。

全国の800施設ぐらいに配っていますが、これは全部マッチングシステムでの結果を参考にしました。2人とか1人というところにも全部配っています。

そのような小さな施設に配る時は、検査センター、検査所協会にお願いしてお配りし、多くの研修医がいる場合は日本臨床検査医学会から検査専門医を介して直接送っています。いろいろな状況が生じてきます。もらった先生がそのまま自分で使ってしまうとか、指導医に配ってしまうとかいろいろあります。研修医に浸透しているかどうかというのは、もう1回検証しなければいけないかもしれません。

川合 5年間ぐらいかけて普及度を見てということですね。

北村 臨床検査の専門医への誘いのようなページも書いていただいたら、後期研修に選んでくれるかもしれません。専門医の試験を受けてくれるかもしれません。

高木 それは非常にうれしいですね。

北村 学会の啓蒙にも使いたいですね。臨床検査医の啓蒙もそうだけれども、学会とか専門医の啓蒙にも使えたらいいですね。話は飛びますが、検査の専門医を目指す人がやはり少ないですね。

高木 少ないです。

北村 本来いるべき数より少ないですね。

高木 専門医機構で、臨床検査医は何人いればいいのかを割り出したのです。ほかの専門医も、脳外科は何人いればいいのか、整形外科は何人いればいいのかという適正な専門医数がありますが、それを割り出したのです。そうしたら、1,200～1,300人ぐらいは必要だろうという結果でした。

川合 臨床検査専門医が1,200～1,300人も必要ということですか。

高木 ええ。まず検査センターがありますよね。ある程度大きくてしっかり活動しているところは400ぐらいなのですが、そのうちの半分には専門医が必要として200人ぐらいとか、特定機能病院には2人ぐらいは必要だとか、そういう計算をずっと積み重ねていくと、1,300人ぐらいは要るだろう。これが臨床検査医の最低必要人数ではないか。

川合 その根拠は。

高木 根拠は、全部出してありますが、先ほど言いましたように……。

川合 臨床検査医でも、いわゆる管理という面とか、診療支援の面とか、学問的とか、教育とか、いろいろありますので。

高木 検査管理ですね。検査専門医は現在500～560人ぐらいですから、少なくともあと倍ぐらいは必要だろうと思っていました。その根拠と必要専門医数が専門医機構のほうから質問して来ましたので、一生懸命計算しまして500床以上の病院がこのぐらいあって、そのうちの3分の1には必要だとか、そうやって計算するとそのぐらいの専門医が必要なのです。

加藤 そういう数え方をすると、ほかの専門医はどのぐらいなのか。やはり2倍ぐらいになるでしょうね。

高木 例えば心臓のバイパス手術をやっている心臓血管の外科医は何人必要かという、すごく少なくてもいいのです。だって、年間にやっているバイパスの手術ってたいしたことはないですから。

北村 ある県の試算だと、胸部外科は2チームあ

ればいい。そのチームがいい訓練をされる、年間の手術数もいい訓練になると思います。脳外科もそうです。手術数からいうと脳外科の数は10分の1ぐらいでいい。ところが日本の脳外科は脳卒中医を兼ねているので、1人あたりのオペ数は非常に少なく、むしろ脳卒中管理をやっている脳外科医が多いです。

川合 全国の医者が機能別になって、また集約、再編成されていく可能性があるということですね。

高木 専門医機構はそれを狙っているのですよね。

加藤 話はずれますが、例えば脳外科はおそらく2人ではやっていけないでしょう。1つの病院に当直とかそういうものを含めて相当の数がいないと。

北村 だから、やはり集約して、その病院である数の手術数をこなしていくということです。

高木 日本で1年間にされているオペ数と1人の医者が1年間にできるオペ数から算出するわけです。1つの病院に3人も4人もいなくていい。集約すればいい。2チームあればいいとか。

検査専門医はそれぞれの検査センターにいないといけないし、検査室がある病院にはいなければいけないでしょう。そういうことからすると、そのぐらいの数ですということが算出できるわけです。

Ⅲ. 臨床検査の現状と対策

1. 臨床検査は適性に使われているか

— 包括医療におけるガイドラインの役割 —

川合 いま医療の再編成が行われているとすると、この臨床検査のガイドラインは医療再編成の中での役割としては大変有意義ということが言えるでしょうか。

高木 いいのではないのでしょうか。

北村 この出だしとしては経済があって、例えば検査にはこれだけのお金が払える、それをどうやって有効に使うかという発想で、この第1編が使ってきたと思います。小泉内閣や竹中改革もおそらく、国民にはこういう医療費が使えます。そのためには医療はこう変えなさい、こうしなさいという経済に医療を合わせる時代だったと思います。

しかし、この前の日本医学会総会で宇沢弘文さんという経済学者・東京大学名誉教授が話されていた

のは、医療は水が出るとか電気がつくとか、人間にとって必要最低限の部分だから、必要な医療はこれですと出して、それに経済を合わせる。そのために税金をどうするのか。そのために新幹線は我慢する、アクアラインは要らないとか、医療に経済を合わせていかなければいけないという発想でした。これを検査で言うと、ちゃんとした医療をやるにはこれだけの検査が要る。その検査のためにはこれだけの医療費を出しなさいというガイドにもなるのではないのでしょうか？

この本の出だしは、DRG/PPSのためにこういう検査で行きましょうということだったのだけれども、今度は違って、ちゃんとした医療にはこれだけの検査が要ります。そのためには検査の専門医は何人要ります、医療費もいくら要ります。そのためにちゃんと準備しなさいという、行政を指導するような方向まで考えてもいいくらいです。

加藤 ただし、ちゃんとしたという判断自体が結構難しい。アメリカの一部の超一流の病院をちゃんとした医療と考えてしまうと、必ず医療経済は破綻しますから、何らかのかたちで、どこで妥協するかという発想は……。

北村 ですから水道水の部分ですよ。おいしい水は我慢してもらうけれど、飲める安全な水というレベルの医療です。

川合 しかし、このガイドラインの最初から、たとえ経済的な枠ができて最低限必要な検査、患者にとって必要なものは絶対やりましょうということの基本として発足して、それは踏襲してきているはずですよ。

高木 先ほどのアンケートにちょっと反論したいのは、DPCに即してないかとありましたが、これはDPCのことをあまりわかっていない方ではないですか。DPCこそ適切な医療、もしくは標準化された医療をやらなくてはいけない。DPCだからこの検査を削っていいとはならない。逆にDPCだから、この検査をしてください。そうでないと適切な医療はできません、標準化された医療はできませんというのが本当のDPCの目的だとこの前、どこかの先生がおっしゃっていました。

川合 その解釈ですね。ただし、病院によっては、DPCの入院の間はこの検査はなるべくやらないようにというお達しが出る病院もあるらしいです。

私は一昨年、一番読まれている急性心筋梗塞に関して、ガイドラインの指針と実際の医療現場の実情を比較検討してみました。K病院にいた時に実際のレセプトを全部出してもらって評価したのです。心筋梗塞のガイドラインでは、入院1日目から7日目まで、血液検査を始めとしてエコーもレントゲンなどの画像検査、心カテ検査も含めて、検査すべき回数まで記載してありますので、全部ガイドラインどおりになっているかどうか実際のレセプトと照らし合わせたのです。そうしたら、検体検査はほぼガイドラインどおりに行なっていますが、画像やエコーとかは全部、退院後に施行していました。つまり外来でやっていました。レントゲンも最初の4日間撮るようになっていますが、実際は1回しか撮っていません。

この結果は何を示しているかというのと、DPCでは、今は入院DPCですから、入院前にやれるお金の取れる検査は入院前の外来で、入院後にできるお金の取れる検査は退院後の外来で行うのが実際の医療現場だということです。外来から入院・退院までを含めた包括医療になるとまた異なるのですが、現在のDPC包括医療ではこれが現実です。実際、それで患者のための診療がうまくいくのであれば、ガイドラインとしては、入院前から退院までを全部網羅・包括した患者の外来から入院、退院また外来の流れの中での検査のガイドラインが必要だと痛感しました。

高木 川合先生がおっしゃっていることもわかりますが、逆にいうとそれが厚労省の狙いですよね。このぐらいに検査を削っても、適切な診療ができるでしょうと。それで検査を削っているわけです。

川合 スリム化。

高木 それを狙いなのです。各病院が適切な検査を適切にしておいてくれれば下がらなくていいのですが、こんなに検査を削っても、患者様にとってはそんなに変わらない医療になっているでしょうということを狙っているわけです。

DPCの基本からすると、検査を削るとそれがそのまま調整係数に反映されて低くなるんです。適切な検査を適切にしなければいけないことを院長が理解していない。普通の病院は院長先生が、おれの2年間だけは赤字にしないよとか、業績がよければいいよということで、人件費はあまり削れないから、

検査を削りなさいというところに来るわけです。そこが問題ですよ。タコが足を食べているようなかたちになってしまうと、将来的に患者さんにとってのいい医療ができているかどうかは問題ですよ。

川合 実際はどうですか。皆さん、かなり削ってやっていますか。

加藤 例えば入院前にできる検査は外来でやっておくとか、そういうことはやっています。

川合 でも、一応基本的には適正な検査をやっているわけですよ。

高木 大学病院はほとんど変わってないと思います。うちでも検証してみました。検査の件数、点数も減ってはいません。人数は減っていますが、件数自体は減っていません。いろいろな大学病院にお聞きしても同じようなことを言っていますので、極端に減っているということはないと思います。

加藤 でも、クリニカルパスができた時点で、これは入院前にやっておく検査に入れようとか、そういうことは議論されましたからね。

高木 入院の検査から外来の検査にシフトすることはあります。このために検査の実数が減っていることはたしかです。

北村 DPCというのは、7～11月までの実績を見て、検査件数を積み上げてやるから、それをやれば次年度は下がるのですよね。

高木 そうなのですが、それがよくわかっていないのです。

加藤 だから、タコ足を食べていると（笑）。

高木 そうそう。院長は、おれの2年間だけは、赤字にならないでねと。

IV. 新ガイドラインに望まれること

川合 いろいろご意見が出ましたが、最後に皆さんに一言ずつ、新しいガイドラインに望まれること、もしくは、いままでで言い足りないことがありましたら、特に新しいガイドラインに対しての希望とか抱負などをお願いします。

北村 このガイドラインができて、検査を一般医に知らせるいいものができたと思っています。量的にも質的にももちろんこのまま充実したらいいと思います。そこで、これを知らしめる方法ですね。インフォメーション・テクノロジー、ITを活用し、

例えば検索ソフトであれば一番上に出てくるとか、出てきたら常に「日本臨床検査医学会提供」と出るとか、そういう工夫が要る。そして、先生方の努力がもっともっと広まるのが一番の課題ではないかと思えます。

加藤 いま言われたとおりです。情報がインターネットによって相当変わってきているので、このガイドラインがインターネットからダウンロードできるようなかたちにされたのは、画期的なことではないかと思えます。だからこそどんどんアップデートもしやすい。先ほどおっしゃっていたように最終的には Wikipedia のような、全国の専門医が持ち寄って書き足す、そして、膨大な量の情報を作れば一番いいだろうと思えます。その1つの核になりうるようなものではないかと思えます。

川合 では、研修医へ普及を。高木先生。

高木 いい本を作っていただいて、ありがとうございます。あと我々がやることは、それぞれの研修医に浸透してもらいたい。研修医が一番柔らかい頭ですし、医療経済ということをあまり考えなくて、患者様にとって一番いい検査はどうするのか、医療をどうするのかを真剣に考えていますので。

その場合、このハンドブックに記載されているとおりにしなくてはいけないのではなくて、患者さんを見ながら取捨選択していただければいい。その1つの指標・基準になるように使っていただければいいと思えます。ですから、あと2、3年は頒布して、ハンドブックに記載された検査を行うことでいい医療ができてきたということであれば、振興協会ももう少し続けてみようかなということになります。

それについては、研修医が文字離れをしていますので、診断フロー方式などを取り入れていただいたり、漫画チックにさせていただきたいと思えます。また、インターネットを使って、ここを調べるともう

少し詳しいことが記載されてなどの情報を記載して頂ければと思います。

川合 いまでも少し詳しくすぎるので、もっと抜粋というか。

高木 アンケートを見ますとそうでもないかもしれませんが、コアな部分だけを抜粋していただければ。北村先生もおっしゃいましたけれども、初期臨床研修医が最低限必要な項目をまず行う。だいたい網羅されていますが、付け加えていただくと、研修でもっと利用価値があるのではないかと思えます。

川合 研修医と一般医は基本的に同じと考えていいのでしょうか。

高木 ぼくは、研修医には少し教科書的なぐらいでいいのではないかと思えます。一般医は、そのほかの情報を探取して診察ができる、診断ができますから、多少違ってても良いかもしれません。

川合 わかりました。

加藤 研修医が全部読んでいくことを期待するものですか。それとも引いていくものですか。

高木 最初は興味があるところを引いていただく。もしくは、いま持っている患者さんはどういう検査をしたらいいのかというかたちで調べていただくのがいいのではないかと考えています。

北村 スーパーローテにすると、そういう使い方をすれば、全部読み終わった時にちょうど研修が終わるということですね。

おわりに

川合 それがいいですね。理想的です。

本日は貴重なお時間をありがとうございました。このガイドラインがますます普及して、本当に活用されることを期待して、本日の座談会を終わりたいと思えます。