

新春放談

チーム医療における 臨床検査技師の役割



語り手

賀来満夫 先生

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 総合感染症学分野 感染制御・検査診断学分野 教授

北村 聖 先生

東京大学大学院医学系研究科 医学教育国際研究センター 教授

中畑高子 先生

公立学校共済組合関東中央病院 副院長 看護部長

宮島喜文 先生

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 会長 (五十音順)

聞き手

矢富 裕 先生

東京大学大学院医学系研究科 内科学専攻 病態診断医学講座 臨床病態検査医学分野 教授

(2015年12月1日収録)



はじめに

矢富 先生方、ご多忙のところをお集まりいただき、ありがとうございます。本日のモダンメディア座談会では、チーム医療における臨床検査技師の役割について討論をしたいと思います。よろしくお願いいたします。

申し上げるまでもありませんが、医療は高度化、複雑化し、医療＝チーム医療といっても過言でない状況になっています。臨床検査、さらには臨床検査技師も例外ではありません。ICT (Infection Control Team：感染制御チーム)、NST (Nutrition Support Team：栄養サポートチーム)、糖尿病診療、臨床研究支援など、いろいろなところで臨床検査技師が活躍しているのはご存じのとおりです。

また今回、さらに大きな出来事がありました。平成27年4月より改正施行された臨床検査技師等に関する法律において、診療の補助として、採血に加え、一部の検体採取が臨床検査技師の業務範囲として加えられました。新たに加わった検体採取は①鼻腔・咽頭ぬぐい液、鼻腔吸引液等の採取、②膿、表皮、粘膜等の表在組織の採取、③スワブによる便の採取です。

また、平成26年10月に診療放射線技師法施行規則及び臨床検査技師等に関する法律施行規則の一部改正により、①基準嗅覚検査及び静脈性嗅覚検査(静脈に注射する行為を除く)、②電気味覚検査及びろ紙ディスク法による味覚定量検査が追加となっています。

日本臨床衛生検査技師会ではそれらの新たな業務内容を確実かつ安全に実施できるスキルを身につけた臨床検査技師の育成を平成27年1月より厚生労働省の指定講習会の形で全国展開することになりました。2015年9月現在、1万3486人が既に受講されていると聞いています。

本日の座談会ではそのような状況を踏まえ、まず、今回の新たな検体採取拡大のインパクト、さらには、これに関して臨床検査に携わる者の留意すべきこと等に関するディスカッションをさせていただきます。その後でチーム医療全般における臨床検査技師の役割に関して討論したいと思います。よろしくお



賀来 満夫 先生

願いたします。

今日は賀来満夫先生、北村聖先生、中畑高子先生、宮島喜文先生にそれぞれのお立場から話題提供をいただいた後、全員でディスカッションしたいと思います。

I. 臨床検査技師による検体採取の意義

矢富 今回、臨床検査技師が、主には感染症領域の検体採取を行うことになりましたが、その意義、手技の難易度、医療安全や患者さんへの負担などについて、賀来先生から話題を提供していただき、その後、全員で討論をしたいと思います。賀来先生、よろしくお願いいたします。

賀来 よろしく申し上げます。今年度から耳鼻科領域、鼻腔、皮膚、肛門部位などから検体採取を臨床検査技師が実施できることとなりました。私は感染症を専門にしていますので、その観点からあらためて、微生物検査の重要性ならびに臨床検査技師の役割をもう一度見直したいと思います。

感染症を発症している患者さんを見つけ出すサーベイランスのやり方として何が一番いいのかについては、Laboratory based ward liaison (検査室のデータに基づく病棟ラウンド) が最も有用性が高いといわれています。

東北大学では微生物検査室のデータを基に感染症診療チーム、感染対策チームが院内をラウンドしており感染症診療、感染対策を実践しています。病院内でのMRSAの菌血症の死亡率すべてが0%になるわけではありませんが、検査室での質の高い感染症検査がしっかりでき、そのデータを踏まえ、感染

症診療、感染症対策を行うことでMRSAの菌血症の死亡率は低下するというアウトカムが得られています。(図1)

チーム医療ということで、感染対策チームの中で臨床検査技師の果たすべき役割は大きく、原因菌や薬剤感受性成績、疫学情報などのさまざまな病原体情報についてデータの精度管理も含め、報告していくことが重要です。(表1)

すなわち、臨床検査技師の使命としては検査に最適な検体を採取することが大きいと思われまます。(表2)

特に微生物検査検体の採取がとて重要で、検体を採取するところから微生物検査の精度管理が始まっていると言ってもいいわけです。その検体は、上気道、下気道、消化器、泌尿器、皮膚といろいろあり、臨床医や看護師が採取することもあります。検査に携わっている臨床検査技師が自ら検体を取ることの意義は非常に大きいと思われまます。

微生物検査を専門とする臨床検査の方々が多くの会員となり活動をしている臨床微生物学会では、現在、臨床微生物検査の認定技師が659人登録されています。また、感染制御の専門である感染制御認定臨床微生物検査技師は528人登録されています。これに対し、日本感染症学会の感染症専門医は1226人で、ICD (Infection Control Doctor) は8069人登録されています。このように、臨床検査技師の中で微生物検査や感染制御を専門とする方は実際にはそれほど多くないのが現状です。

今回の検体採取等に関する厚生労働省の指定講習会では、具体的な達成目標を置き、検査を受ける患

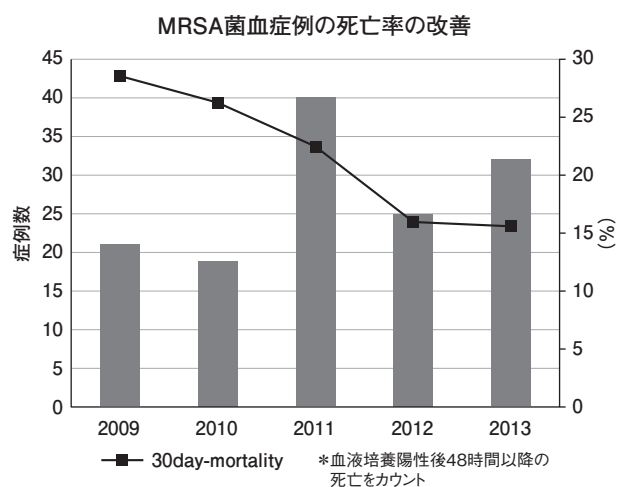


図1 微生物検査室のデータに基づく感染症診療、感染症対策のアウトカム

者の心理や高齢者・女性にも配慮した接遇や肛門とその周囲などについての解剖、患者姿勢、などについての詳細な講義を行っています。(表3)

特に、「スワブを用いた肛門からの検体採取」という点では、鼻腔、皮膚は比較的露出しており、患者さんもある程度慣れていますが、肛門部位は普段見えていないところなので精神的にも不安感や嫌な思いがあります。患者さんの心理として恐怖心、恥ずかしい思い、猜疑心、屈辱感といったものをできるだけ取るようにしようということなど、これまで、臨床検査技師は臨床検体を採取することがなかったので、手技の難易度以上に患者さんの心理状態を理解すること、患者さんへの配慮が今回、求められると思います。

実際、検体検査を担当する臨床検査技師はこれまで患者さんとあまり接することがなかったのですが、今後は患者さんと接し、患者さんから検体を採取させていただくことになるわけで、これはある意味でパラダイムシフトというか、臨床検査技師にとって非常に大きな変換点になってくると思います。実際には難しい面もあり、患者さんも臨床検査技師もお互いに慣れていないこともあり、患者さん側から臨床検査技師の専門性を高く評価していた

表1 臨床検査技師の感染対策チームにおける役割

医師	診断および治療
看護師	サーベイランス・感染予防処置
臨床検査技師	原因菌や薬剤感受性成績、疫学情報 さまざまな病原体情報の提供
薬剤師	抗菌薬／消毒薬管理・指導

表2 検査室・臨床検査技師の使命

真の原因菌・原因病原体を迅速かつ正確に推定あるいは分離同定すること。
同定した結果を迅速に臨床サイドに報告する。
そのためには、
I 検査に最適な検体を採取すること。
II その際に検査に必要な患者情報を得ること。

表3 検体採取等に関する厚生労働省指定講習会における達成目標

1. 検査を受ける患者の心理や高齢者・女性にも配慮した接遇について説明できる。
2. 肛門とその周囲及び下部消化管に関する解剖を説明できる。
3. 安全に検体を採取するための患者姿勢に関して説明できる。
4. 検体採取において知っておくべき情報について。
5. 感染管理・医療安全対策について。

だくような配慮を医療施設内で高めていけるような配慮も必要になってくるものと思います。

また、臨床検査技師の側も、微生物検査の専門でない方も、検体の取り扱いや感染症診療、感染症対策の重要性を理解しなくてはなりません。そのような意味から、今回、臨床検査技師が検体採取を行うことができることになったのはとても大きな意味があり、感染症の要となる微生物検査の質を高めていく上でも極めて意義深いと思われる。

感染症の専門医は専門性があるため比較的、適切に検体を採取できることが多いと思われませんが、専門外の医師の場合は、検体をすぐに搬送することなく、室温で放置したままにするといったこともあります。ですから、臨床検査技師が検体を採取することは検査の質の向上、精度管理を高めていく意味からも非常に大きいわけで、正しい感染症診断につながっていくとてもいい機会になると思います。

ただし、これまで以上に患者さんの心理を理解するなど、患者さんへの配慮が求められることになるので、臨床検査技師は患者さんへの思いやりを高めていくことに努めるなど、精神的・人間的な部分でも向上しなければなりません。また、先にお話しいたしましたように、患者さんにも臨床検査技師の専門性を十分に理解していただくような説明や情報を、しっかりとお伝えしていくといったような医療施設側の姿勢や対応なども、今後必要になるのではないかと思います。

矢富 ありがとうございます。賀来先生には東北大病院の事例を通して、あらためて、感染症診療、ICTチームにおける臨床検査技師の重要な役割を説明していただきました。また、今回、感染症領域を中心に臨床検査技師による検体採取の業務拡大が行われたことの意義についても説明していただきました。

臨床検査技師は検体検査におけるサンプリングのプロであり、サンプリングのプロである技師が検体採取に関与することは大変意義深いと感じました。これまでは、検体検査のサンプリングといっても採血と検尿ぐらいしかありませんでした。今回の検体採取の拡大は非常に意義深いことと思いますが、同時に、教育面を中心に課題が大きいと理解します。

ところで、ICMT (Infection Control Microbiological Technologist : 感染制御認定臨床微生物検査技師) の数が528人ということですが、そんなに少な

いとは思いませんでした。

賀来 本当は、もっといなくてはいけないのですが。

矢富 賀来先生の理想では何人ぐらいですか。

賀来 今は地域連携加算のシステムがあり、加算1施設に認定されている施設は相当数あります。そのような加算1施設に認定されている施設には、最低でも1人はいないといけないということになると、数をもっと多くなければならないかと思います。

矢富 加算にICMTがいることは……。

賀来 現時点では、ICMTといった具体的な資格などは明記されていません。感染症の専門性の高い医師や感染制御専門の看護師といった具体的な記載はありますが、臨床検査技師の専門性についての記載は明記されていません。臨床検査技師の専門性を明記されるようになると、もっと多くの方が資格を目指していくことになると思います。

矢富 宮島先生、ICMTの数字、加算に関して、どう思われますか。

宮島 日臨技の精度管理調査では、細菌部門に応募するところが1000ぐらいあるので、ICMTが500人というのは決していい数字ではないと思います。賀来先生にはもっと頑張ってもらいたい。私どもにも責任はあると思いますが、その2~3倍ぐらいはあってもいいのではないかと思います。

賀来 このたび、臨床検査技師が検体採取できるようになりましたが、比較的大規模な医療施設では、医師の数も多いので、臨床検査技師が検体を採取する機会は実際には多くないかもしれません。しかし、比較的規模が小さく、医師や看護師も少ない医療施設では、臨床検査技師が検体を採取する機会は今後、多くなると思われますし、チーム医療という観点からもとても意義深いと思われます。ともかく、今回の検体採取の件で臨床検査技師の役割が今後、益々クローズアップされるのではないかと期待しています。

矢富 これまで看護師がされていたことが、臨床検査技師に回ることがあると思います。患者さんへの配慮が重要という話もありました。中畑先生、その点でコメントをいただけますか。

中畑 私は前任が大学病院で、今勤務しているのは450床の地域医療支援病院です。今回、臨床検査技師さんの業務拡大として新たに加わった検体採取として、①鼻腔、咽頭ぬぐい液、鼻腔吸引液等の採取、②膿、表皮、粘膜等の表在組織の採取、③スワブに



宮島 喜文 先生

よる肛門からの便の採取がありますが、当院では、外来での入院する前のチェックとしてのMRSA検査、インフルエンザの鼻腔からの検体採取は看護師が行っています。医師ではありません。大学病院では医師が行うことがほとんどで、今でも臨床検査技師さんは行っていません。

新しく業務になったことを受けて、そのニーズがあればタイムリーに採取することは患者さんにとってもメリットがあると思います。ただ、当院のように外来患者さんが1日に1100人ぐらいのところ、そのうち先の検査をする件数が1日15件程度という状況になると、飛び飛びという状況ですから、臨床検査技師さんと呼んで取ってもらうことまでは現実的でなく行っていません。何か集団でというようなところがあれば有効かと思えますけれど。

今回はこの三点が新たに臨床検査技師の業務として入りましたが、私はまだこれは導入段階だろうと思っています。それを契機に広げる部分を私たちも期待しているし、たぶん臨床検査技師の皆さんもそう考えているのではないかと思います。現状では、業務拡大を受けて病院の中でどう組織的に、業務的に活用するかが一番大きな課題かと思えます。

矢富 やはり大きな一歩ですね。

中畑 そうですね。

II. 臨床検査技師の業務拡大にともなう教育のありかた

矢富 新たな業務拡大、新たな検体採取に関与するという一方で、臨床検査技師、そして、臨床検査を

志す学生に対する教育が重要になると思います。

北村先生はどのようにお考えですか。

北村 制度を改定することの一番のモチベーションは医師不足です。研修の必修化、国立の独法化、平成16年に診療報酬が切り下げになり、東北地方を中心に医師不足、特に大学の医師不足が叫ばれるようになりました。それならば医師の手伝いをコメディカルスタッフでやろうということです。

そのころの看護師はナース・プラクティショナー(Nurse Practitioner)、アメリカ的なナースを目指していて、それで何とかしようということでした。その話はどんどん違う方向にいったと思いますが、それは別としても、ナースだけでなく、ほかのコメディカルスタッフも何か医師不足に貢献できることはないだろうか。そのような中、放射線技師が造影剤の静注ができるようになったことは、かなり大きいです。

臨床検査技師にアンケートを実施し、あなたの方でできることは何かと尋ねたところ、出てきたものはこれぐらいでした。これもやりたい、あれもやりたいというのがもっと出てきて、それによってステータス向上につながると思ったのですが、出てきたのは検体採取。そのころは静脈の採血もできていたので、それ以上はなかなか出てこず、それで収まってしまいました。

今後に期待するならば、技師会を中心にいろいろなところでコンセンサスを得ながら、もしもこんなチャンスがあって、技師のステータスを上げるとしたらこれをやりたい、あれをやりたいというのを並べておいて、そこから一つずつでもやっていかないと。そうしないと、急に来たときに何をやりたいかと言われても何もないというのはステータスとして消極的かなと思って聞いていました。もちろん期待したいところですが、期待されるだけの準備もおかないといけないと思います。

矢富 実際は、ドクターが忙しくなったからという受動的な経緯でしたが、本来は能動的関与が必要だと思います。サンプリングに関しては、現在でも臨床検査技師のほうが医師よりもはるかに知識があるし、実際そうあるべきだと思います。例えば、採血のときにクレンジングで血清カリウムが上がるということは多くの検査技師が知っていますが、ドクターはあまり知らないように感じています。

サンプリングに関しては、臨床検査技師が一番のプロであるべきだと思います。

北村 まさにそうですね。

賀来 臨床検査は検体採取から始まっていますので、臨床検査技師が最初から関わっていくことが、やはり臨床検査の基本ですね。

北村 私が検査部にいたころ、15年か、それよりもっと前だと思いますが、当時は、検査センターに届くまでは医者がみんなやってくれていました。届いた検体の値を正確に測ってコンピュータに入れる

のが検査技師の仕事であって、検査技師は検査室から出ないという感じでした。その文化を変えて、患者さんに説明してからやるという文化に変えないといけません。

賀来 ICTもNSTもそうですが、臨床検査技師が臨床現場に出ていく機会はすごく増えています。その意味からも臨床検査技師の心理的な思いも変わってきたと思います。ICT、NSTがないころは、検査室の中だけが自分たちの仕事場という感じでしたが、今は違ってきていますよね。

表4 臨床検査技師の教育内容及び教育目標(案)

教育内容		単位数	教育目標
基礎分野	科学的思考の基盤	14	科学的・論理的思考力を育て、人間性を磨き、自由で主体的な判断と行動を培う。生命倫理、人の尊厳を幅広く理解する。
	人間と生活		国際化及び情報化社会に対応できる能力を養う。
専門基礎分野	人体の構造と機能	7-8	人体の構造と機能を系統的に学び、生命現象を総合的に理解し、関連科目を習得するための基礎能力を養う。 また、微生物学的検査、味覚検査、嗅覚検査に対応して、解剖及び薬理について、系統立てて理解する。
	医学検査の基礎とその疾病との関連	5	医学・医療における検査の基礎を学習し、疾病の成因を系統的に把握、理解する。
	保健医療福祉と医学検査	4	保健・医療・福祉の制度を理解し、予防医学と検査の関連並びに疫学的分析法の理論と技術を学び、医療チームの一員としての自覚を養う。
	医療工学及び情報科学	4	医療分野における工学的手法の基礎と概要及び安全性対策を理解・実践できる能力を養うとともに、情報科学の理論と実際を習得する。
専門分野	臨床病態学	6	各種疾患の病態を体系的に学び、疾患と医学検査との関わりについて理解・評価し、臨床に対して支援する能力を養う。
	形態検査学	9	身体の構造、特に疾病時の臓器・組織・細胞等の形態学的検査についての知識と技術を習得し、結果の解析と評価について学習する。
	生物化学分析検査学	11	各種生体試料に含まれる成分について、遺伝子解析等を含む生物化学的分析の理論と実際を習得し、結果の解析と評価について学習する。
	病因・生体防御検査学	10	病因・生体防御の仕組みを理解し、感染・免疫・遺伝子・輸血・移植に関する検査の理論と実際を習得し、結果の意義及び評価について学習する。
	生理機能検査学	9	生体からの生理機能情報を収集するための理論と実際について習得し、結果の解析と評価について学習する。また、検査時の急変の対応についても学ぶ。
	検査総合管理学	7	医療機関等における医学検査の意義を理解し、総合的精度管理及び機器・情報・運営・安全に関する管理法を習得するとともに、職業倫理を高める。
	医療安全管理学	0-1	臨床検査技師の責任及び業務の範囲を理解し、感染管理及び医療安全に配慮して、適切に検体採取ができる能力を身につける。検体採取に伴う危険因子を認識し、合併症の発生時に適切に対処できる能力を身につける。
臨地実習	7	臨床検査技師としての基本的な実践技術及び施設における検査部門の運営に関する知識を習得し、被験者との適切な対応を学ぶ。また、医療チームの一員としての責任と自覚を養う。	
合計		93→95	

平成26年度 厚生労働科学研究費補助金「医療従事者の業務範囲拡大に関する研究」
診療放射線技師及び臨床検査の業務範囲拡大に係る教育内容について

北村 私の専門で、教育のほうの話をしますと、今まで臨床検査技師になりたい人という、人を見るのは怖いけれど、工学的なものや、機械を扱うことは好きだというような人が多かったと思います。ですから学校でも、患者さんの心理を考えようということは少なかったと思います。生理検査などあって、ようやく学校でも患者さんとの接し方、コミュニケーションの仕方をずいぶん教えるようになりましたよね。やはり学校から変えていかないとはいけません。

実は今回の話題の四つの項目に関して厚生労働省の班会議が立ち上がった際、ひょんなことから座長をすることになりまして、カリキュラムをつくりました。そのカリキュラムは大きく二つの点に分けられます。

一つは学校です。指定規則でどこを変えるか。検査技師になっていない人に対する講義、実習の時間を延ばそうということで、実際に増えたのは人体の

構造と機能、解剖のところでは、鼻の解剖、感染症、微生物学の基礎を少し増やしました。患者さんに直接接触すること、感染管理を含めた安全管理を増やしました。2単位増えて、以前の93単位から合計95単位になりました。

3年間で資格を取れるのですが、何単位ぐらいやっているかご存じですか。看護師は97単位です。検査技師は93単位だったのが95単位になりました。いまや看護師と2単位しか変わらず、かなり濃密な内容になっています。当然、授業時間としてもかなり増えました。1単位は45時間、1週間ぐらいなので、2週間の授業がそのためだけに増えたイメージです。(表4、5)

もう一つは既に臨床検査技師資格を持っている方に対し、その技能を教えます。冷静になって考えてほしいのですが、その技能を今まで検査技師はやっていませんでした。つまり、検査技師は教員として教えられないということです。

表5 臨床検査技師の追加講習カリキュラム(案)

【一般目標】

- 臨床検査技師の責任及び業務の範囲を理解し、感染管理及び医療安全に配慮して、適切に検体採取ができる能力を身につける。
- 検体採取に伴う危険因子を認識し、合併症の発生時に適切に対処できる能力を身につける。
- 検体採取は医師又は歯科医師の指示の下で行われる事を認識し、責任をもって対応する。

項目	達成目標	時限
法律、倫理に関する知識	1 臨床検査技師法に関する法的知識及びその責任範囲、医療倫理について説明できる。	1
微生物学的検査等(インフルエンザ等)における検体採取 ^{※1} に必要な知識・技能・態度	1 鼻・口腔・咽頭部の解剖を説明できる。 2 舌圧子、口腔・鼻腔吸引器具、スワブ等(以下、「舌圧子等」)の適切な使用方法について説明できる。 3 舌圧子等の使用による合併症及び禁忌について説明できる。 4 感染管理及び医療安全対策について説明できる。 5 鼻・口腔・咽頭部から、適切な器具を用い、疾病や患部の特性に応じて安全に検体を採取できる。(シミュレーション)	4
微生物学的検査等 ^{※2} (皮膚表在組織病変部等 ^{※3})における検体採取(皮膚生検は除く)に必要な知識・技能・態度	1 皮膚組織の解剖を説明できる。 2 疾病や患部の特性に応じた適切な検体の採取方法について説明できる。 3 検体採取に係る器具の使用による合併症及び禁忌について説明できる。 4 感染管理及び医療安全対策について説明できる。(再掲) 5 皮膚表在組織から、適切な器具を用い、疾病や患部の特性に応じて安全に検体を採取できる。(シミュレーション)	4
微生物学的検査等(糞便検査)における検体採取 ^{※4} に必要な知識・技能・態度	1 検査を受ける患者の心理や高齢者・女性にも配慮した接遇について説明できる。 2 肛門とその周囲及び下部消化管に関する解剖を説明できる。 3 疾病や患部の特性に応じた適切な検体の採取方法について説明できる。 4 感染管理及び医療安全対策について説明できる。(再掲) 5 肛門部から、適切な器具を用い、疾病や患部の特性に応じて安全に検体を採取できる。(シミュレーション)	3
味覚検査 ^{※5} 、嗅覚検査 ^{※6} に必要な知識・技能・態度	1 鼻・口腔・咽頭部の解剖を説明できる。(再掲) 2 検査器具の適切な使用方法について説明できる。 3 検査器具の使用による合併症及び禁忌について説明できる。 4 感染管理及び医療安全対策について説明できる。(再掲) 5 鼻・口腔・咽頭部において、適切な器具を用い、疾病や患部の特性に応じて安全に検査できる。(シミュレーション)	3
試験	1	1
合計	1	16

※1 鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液等の採取
※3 膿、丘疹、水疱、膿疱、びらん、鱗屑、粘膜、毛髪、爪等
※5 電気味覚検査、濾紙ディスク法による味覚定量検査

※2 ウイルス、細菌、真菌、スピロヘータ、寄生動物検査等

※4 糞便が採取できない場合にスワブを用い肛門部から便の直接採取

※6 基準嗅覚検査(T&Tオファクトメーターによる検査)、静脈性嗅覚検査(静脈へのアリナミン注射薬の注射行為は除く)

※1時限=50分

看護師がやっていたなら看護師が教員になってもいいのですが、本来的には医師の指示を受けてやっていたことです。ちゃんと教育を受けて、鼻の奥のほうの解剖を知った上で鼻のスワブを取っていたわけでもないし、肛門の静脈叢の解剖を知った上でやっていたわけでもない（これらの解剖生理は看護基礎教育の中で履修します。検体採取の際はこれを踏まえての採取になりますが、実際こういった検体採取は多くは医師の診察時に同時に行われることが多かったのです）。

そうすると、教えられるのは医師ということになります。しかし、普通の医師で教えられる人はいません。ちゃんと取っていませんから。一番困ったのは、誰が教えるのかということでした。

そこで賀来先生のように熱心な先生に、スライドや教科書をつくっていただきました。新しい技術、自分たちがやっていなかった技術を教えるとなると、こうもややこしいのかということ。考えてみれば誰もやっていなかったということで、ちょっとびっくりしました。

その際、到達目標として、検査を受ける患者の心理、女性の羞恥心などにも配慮したことを教えようと書きまして、そこは賀来先生にも褒めていただきました。

ただ、反省点は「説明できる」と書いてしまったことです。実は「説明できる」と書くと、試験では「説明しなさい」でいい。しかし「配慮できる」とした場合、説明はできても配慮できなければ意味がないということになります。最近の医学教育では、「説明できる」が試験用語になっています。「説明できる」をやめて、「患者さんの心理を配慮できる」とすればよかったと、今、思っています。

賀来先生のスライドを拝見したところ、講義だけでなく、実際に患者さん役の人に寝てもらって、これでは取れない、これなら取れる、といったことも含めていろいろされているので安心しました。

16時間の授業と実習、そして試験も含めて1コースになっていて、一万何千人かが既に受けているということですね。私は現場を見に行っていないのですが、本当に16時間もやっているのですか。

宮島 やっています。1時限50分の16時限、800分です。

北村 試験は1時限ですか。

宮島 1時限です。自己採点をして帰るということですが、そこに私が割り込んで、「きちんと現場でやりなさいよ」という話も時々しています。

北村 16時限というと、土日をほとんどつぶして…

賀来 ええ。私たちの教室からも感染症の専門医が中心となって講義を担当させていただいています。

北村 1コース100人ぐらいが限界でしょうか。

宮島 いえ、多いところは500人ぐらいです。

北村 そうすると、実習はできないですね。

宮島 いえ、実習もやっています。

北村 500人ですか。

宮島 はい。全員がすべてということではありませんが、メンバーを用意して、シミュレーションを交えながらやっています。

北村 イメージとしては、100人ぐらいで16時間のカリキュラムをつくったのですが、そうすると1万人で100回になります。

宮島 今言った500人というのは一番多いところで、普通は200人ぐらいです。

賀来 宮島先生をはじめとする多くの方々がいろいろな努力をされており、私たちも協力させていただいています。たとえば、耳鼻科領域などは、耳鼻科の先生に担当していただいた方が良いですし、その意味方はリクルートがなかなか大変です。

宮島 会場を押さえることも問題ですが、それ以上に講師の先生を確保するのが大変でした。

北村 張り切りすぎて四つの手技で16時間は長すぎるかなと思いました。

宮島 講義の先生方から、2日目は「時間が長い」と言われていたこともあります。

北村 これはきっかけだと思ってください。新しい手技が増えたら既にライセンスを取っている人も講習会をきちんとやって、受けたら新しいことができるということです。

その仕掛けがうまいことって、今回は4項目だけでしたが、生理検査など、いろいろなことで今後とも増えると思います。そのたびに16時間はなくてもいいでしょうけれど、何らかの研修体制をやることができれば、おそらく世間、社会の臨床検査技師ならびに臨床検査技師の協力に対する信頼はアップすると思います。それが試金石となって、うまくいってほしい。5万人が受けたら本当に素晴らしいなと



北村 聖 先生

思っています。

矢富 受講者の反響というか、実際に受けた方々の実感などの情報はありますか。

宮島 実際に受けた人からは、2日間は長いという声が多かったです。放射線技師の場合は義務になっていませので、なぜ臨床検査技師は、ということもありました。私には診療の補助といっても医行為に手をつけるものに関してはきちんとした教育をすべきという考えがありました。

それで看護師さんは十分にやっていないかもしれないが、私どもは義務化でもいい、義務化をしてもきちんとやると、訴えてきました。厚生労働省も「日本医師会がそんなにきちんとやるならば認めよう」という話になってきたと思います。

矢富 診療放射線技師の造影剤、点滴の件に際してはいかがでしたか。

北村 同じ16時間のコースを用意したのですが、受けない人もいます。臨床検査技師は足りないのか、余っているのか、どちらですか。

宮島 臨床検査技師は大病院や公的病院では大方充足しているが、検査センターでは、慢性的に不足していると言われています。

検体検査へ魅力を感じる臨床検査技師が少なくなってきました。患者さんと接する生理検査に志向が強くなってきていると思います。

この制度そのものがおかしいという考えもあります。更に専門性は高まるし、一方では領域がどうしても広がるわけで、これを何とかしなくてはいけないと思っています。現在の教育のカリキュラムで本当にいいのかと問題視しています。

北村 保健学科の臨床検査技師コースならいいのですが、理学部で臨床検査の資格も取れるというのがあります。あそこは単位が増えると嫌なので反対しています。

矢富 教育しづらいですからね。

賀来 臨床検査技師の教育内容のところで医療安全管理学が新しくなり、人体のところも新しくなりました。医学部の学生、看護学部の学生は臨床実習という形で患者さんに接します。臨床検査技師は臨床地実習という形で、検査室の中で実習をしますが、大学によっては臨床現場に出すこともあります。

患者さんのところへ行って、たとえば医学部の学生と一緒にチームで回るのは、このカリキュラムの中では専門分野の中の臨床病態学、あるいは医療安全管理学あたりになるのですか。

北村 一番下です。

賀来 隣地実習ですね。

北村 7単位です。7、8週ぐらいが臨床実習です。オン・ザ・ジョブということで行った病院のところで対応します。必ずしも大学病院ではなく、大きな病院、あるいは中規模な病院にも行っていて、そこで学びます。そこに感染のプロがいるかないかで、感染関係の学ぶことはずいぶん変わると思います。

賀来 学生のときから患者さんに直接触れ合う機会が多くなれば講習も無理なく受けられるところも出てくるのかなと思いました。

北村 将来の将来かもしれませんが、医師の臨床研修、ライセンスを取ってからの研修がありますが、臨床検査技師もライセンスを取ってからの、半年あるいは1年の研修はあったほうが良いように思います。

隣地実習は見学型で、何もさせません。「ライセンスがないからやり方を見ておけ」というような感じですが、「ライセンスを取って1人でやれ」と言われても何もできないわけです。その中間のような臨床研修があれば、もっと安全にいろいろなことができるようになると思います。

賀来 なるほど。

矢富 ありがとうございます。教育関係の話をいただきました。今回の指定講習会に関しては4年間で5万人の受講完了者が目標ということですが、達成できそうですか。

宮島 何とか達成したいと思っています。4年前、私が会長になったときには4万9000人でしたが、

毎年 1500 人ぐらい増えて今、会員は 5 万 6000 ～ 5 万 7000 人ぐらいになりました。

北村 ライセンスの合格者は何人ですか。

宮島 3000 人ぐらいです。

北村 ライセンスが毎年 3000 人は増えると。

宮島 新しく入る方がいる一方で、実際にはやめる方もいますので、長い目で見て、5 年ぐらいやって 6 万人になるだろうという見方をさせていただくのがよろしいかと思えます。来年すぐに 6 万人というのは無理です。

矢富 ありがとうございます。これまで、今回の検体採取に関する業務拡大を中心に話を進めてきました。

Ⅲ. 臨床検査技師のさらなる チーム医療への関与

矢富 ここからは話題を少し広げて、臨床検査技師のさらなるチーム医療への関与ということで議論していただければと思います。

まずは中畑先生から、臨床検査技師の業務拡大による医師・看護師の業務負担軽減への寄与について、さらには、検体採取に加え、チーム医療の視点で臨床検査技師に看護側から期待することについて、話題提供いただければと思います。よろしくお願いたします。

中畑 私は 40 年ほど、教育も含めて臨床でやってきました。病院の同じ屋根の下で、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師等、長く一緒に働いているのですが、他職種に比べどちらかというと臨床検査技師さんとは接点が少なく感じます。前任の大学病院でも、アンケートを取ると「日常業務で関わるのが少なく、業務内容がよくわからない」、「接点が少なく、協力して仕事をしている感覚が薄い」といった意見があがっていました。ようやく近年になって関係が強くなって私たちにも見えてきたのが ICT の活動です。専門的になり欠かすことのできないチームの一員となりました。

その前は外来採血の現場です。当初、外来患者の採血は看護師が行っていたところがほとんどでしたが、看護師と臨床検査技師さんが協働して外来患者の採血を行っているところや、臨床検査技師さんだけで行っているところなど、現状はさまざまです。



中畑 高子 先生

以前は看護基礎教育の中で「検査と看護」を学びました。今のカリキュラムでは、症状・生体機能管理技術として検査とそれに伴う看護を学ぶようになっています。そこですべての検査について学習することはできませんが、中心的なものを学習し、勤務するようになって採血をし、あるいは喀痰検査で痰を採取しそれを運んだ先が検査科でした。

「検体の量が少ない」、「調子が悪いから、もう一回取ってくれ」と言われることもありましたが、パニック値、異常値があったときには即、連絡がありました。あるいは生理検査のところで連絡があり、患者さんを搬送し、検査が終わったら迎えに行くということもありましたが、そういう、本当に限られた接点でしかありませんでした。たぶん、それは今も変わっていないのではないかと思います。

放射線技師さんの方は非常にインパクトが強く、毎日のように多くの CT や MRI 検査などがあります。必要な血管確保は看護師が行いますが、造影剤の注入フラッシュは前任の大学病院では今まで医師が行っていました。このあたりは、病院によって多少違うかもしれませんが。それが今回、もちろん学習を修めてからになるのですが、器械のそばにいる、患者さんのそばにいる放射線技師がやれると看護師、医師に対する業務負担軽減は非常に大きなものになると思います。

その一方で、今回の三点のことは確かに日々あるのですが、件数的には限定されています。臨床検査技師さんと呼んで採取するというのが病院のシステムになるのはこのままではなかなか厳しいだろうと思っています。

これらの業務拡大のために指定の講習会を開き、今後多くの質を担保した人材を育成していくわけですが、あとは実際に病院の中でどう活用するのかという、次のことを考えておかないと難しいだろうと思います。

今まで臨床検査技師さんと私たちは接点が少なかったのですが、看護から見ると業務の内容がよく分かりませんでした。これまでも、新たな検体採取の方法や不適切な検体採取で患者さんに迷惑をかけた例がある時には、検体の取り方やその際の注意点を教えてほしいということで連絡を取り合い、勉強会をするなど、各部署で行うことは日常的にありました。看護の立場からするとそばに患者さんがいるわけですから責任を果たすために私たちが知っておかなければならないことを教えてと臨床検査技師さんに要請する訳です。でも、私たちがもっと期待しているのは、病棟での検査説明や検査のときに特段おかしきことを感じたならチェックをし、検体の正しい取り方、保管方法の知識などを部署にフィードバックするなど積極的に教えていただきたいと思っています。医師や看護師に対するこういった研修ニーズは高いものがあります。

人員的な問題もあって全ての病棟に配置までとはいえないと思いますが、全部の病棟でなくてもいいのでこういったこともあっていいのではと思います。

賀来 病棟担当の臨床検査技師というか、薬剤師の場合の病棟薬剤師みたいな感じですね。

中畑 そうです。午前中だけとか。たとえば糖尿病の患者さんがたくさんいるような病棟では、OGTT（Oral glucose tolerance test：経口糖負荷試験）など、いろいろな検査があるので、そういう検査に入ってもらい、検査の説明に入ってもらい。そうすると、検査を通して質のいい医療もできるのではないかと思います。

また、病棟では簡易式の血糖測定、尿糖測定など、多くの検査を行っています。身近に医療機器が病棟にも、外来にも、たくさんあります。そういうものの精度管理も必要になってくるのではないのでしょうか。

賀来 マネジメントですね。

中畑 そうです。このようなことに手を出す余地はまだあるのではないかと思います。気持ち的にはもっと患者さんの前に出てきてほしいと思っています。やっていることを可視化し、ちゃんと見せ続け

ることで、やっていることの価値が他の医療従事者や患者さんに伝わり、持っている力がもっと発揮できるのではないかと思います。今の時点ではもったいないと思います。

賀来 皮膚科、消化器外科、呼吸器科、耳鼻科などの臨床科への派遣は、実際には人数の関係で実践されてはいないのですが、もしも病棟担当の臨床検査技師という形で配置され、病棟で患者さんと接する機会が多くなれば、積極的に検体を採取し、微生物検査を自ら行っていく技師も増えていくと思います。やはり、患者さんに役立つ検査を行うことができるといやりがいや動機も、患者さんと接することで高まり、意欲もわいてくることになるでしょうね。

中畑 前任の大学病院では専属の検査技師が病棟に配置されているところもありました。

矢富 それは各科単位ですか。

中畑 そうです。一部の診療科ですが、当初は診療科雇用で始まったことが今は病院雇用になり切っています。そうすると身近にいますので、いろいろなことがその場で聞けます。医師も看護師も聞いて、しかも対応が早い。そここのところは非常にいい点で、彼らがいることによって、みんなが仕事をする上でとてもスムーズなチーム医療につながっていると感じます。やはり、やり方の部分が非常に大きいかなと思います。

矢富 よく分かりました。20年前頃までは、臨床検査技師は検査室だけで仕事をするが多かったのが、ICTの活動、採血などでどんどん活躍するようになりました。しかし、今回の検体採取に関わる業務拡大があってもまだインパクトが足りない、検査室を超えて、さらに頑張りたいという激励と受け取りました。おそらくこの10年ぐらいでどんどん変わるだろうと思います。

私たちの施設の外来採血室では毎日約1000人の外来患者さんの採血を担当しています。大部分が臨床検査技師の担当で、看護部から2～3人の応援をいただいています。たとえば患者さんが迷走神経反射を起こしたときの対応など、看護師の方々にはたいへん活躍していただき、とてもいいコラボレーションができています。

私たちの施設では、年に1回、検査部が、適切な採血と検体採取に関する講習会を開催しています。例年、約100人以上の看護師が出席し、勉強されて

います。ごく最近、同様の趣旨のeラーニングも始めました。研修医と看護師を対象に適切なサンプリングに関して問うものです。先程のクレンジングのことも問題に入れていきます。

おそらく、今後どんどん変わるのでしょけれど、現時点では中畑先生のおっしゃったとおりだと思って聞いていました。

中畑 患者さんにとって安全で適切な検査をするために臨床検査技師さんの持っている知識を出し惜しみせず積極的に他職種に広げ、自ら交流し協働していけるとまた違ってくるのではないかと期待しています。



矢富 裕 先生

IV. 臨床検査技師の新たな役割

矢富 宮島先生のご意見はどうですか。

宮島 いろいろご指摘していただき、ありがとうございます。検査、測定する領域、測定部門だけをきちんとやるという時代ではないということでしょう。これまでは確かに測定の方法、測定の仕方だけに責任を持ちますということでした。

検査に責任を持つと言っていたのですが、ただ、検体採取から臨床の先生が診断にどう使うのかというところまでの視点がなかったと思います。

今回、チーム医療という視点で国が動き出したのは看護師、医師の不足をどうするかということからです。医療を考えた場合、専門化し、分化し、複雑化している中でそれぞれの職種が専門的な立場で強調し、本当の専門性を発揮しなければいけないという考えがあったと思います。

そうすると、臨床検査技師は検査の指示が主治医から出たときから、私たちの仕事としてきちんとスタンスを持たなければいけません。患者さんにも検査の説明をきちんとし、検体を取って分析します。

今までは結果を出せばいい、結果を整理するかは医者がすればいい、ということでした。それも本当はおかしいのではないのでしょうか。診断で使えるようにまでするべきでしょう、また、診断をするのは医師ですが、検査の説明は臨床検査技師がやらなければいけないのではないかと思います。

医療スタッフの一員として全体の診療体系の中で検査を考えることが必要です。チーム医療の原点はそこにあるのではないのでしょうか。今、臨床検査技

師にはパラダイムシフトを起こそうと呼びかけています。病棟、外来、オペ室、集中管理室、救急救命の現場に出ていくか否かで、これからの課題になると思います。

横浜にある、300床のある病院では循環器系の患者が多かったのですが、10月に1人の臨床検査技師を病棟に入れました。そこで何をやるのかという調査を2週間やりまして、拾い出してみると驚くべきことに、検査に関わる仕事が5時間ぐらいありました。

一方、今回の26年度診療報酬改定の検証で、看護師長たちに看護師の業務軽減についての調査では、「検体採取を病棟に出てやってもらいたい。」「説明をしてもらいたい。」ということをしていました。これはかなり高い数字で、現場のニーズは高いのだろうと強く感じました。(図2)

5時間ぐらい……。だいたい「病棟薬剤業務実施加算」での薬剤師の要件と同じぐらいです。診療報酬上は専従まではいかなくても専任ぐらいはということでしょうか。きちんと整理すれば診療報酬上、臨床検査技師の病棟業務実施加算も認められる可能性は高いと思います。

いかに臨床検査技師が変わるか、患者さんに喜んでもらえるような臨床検査技師になってもらわないといけないだろうと思います。そんな方向性を考えているところです。

中畑 ありがとうございます。

北村 さらに検査の後ろもぜひやってほしいですね。検査計画を立てて採血をしますが、結果が出た後、それを説明する。診断はできないにしても、こ

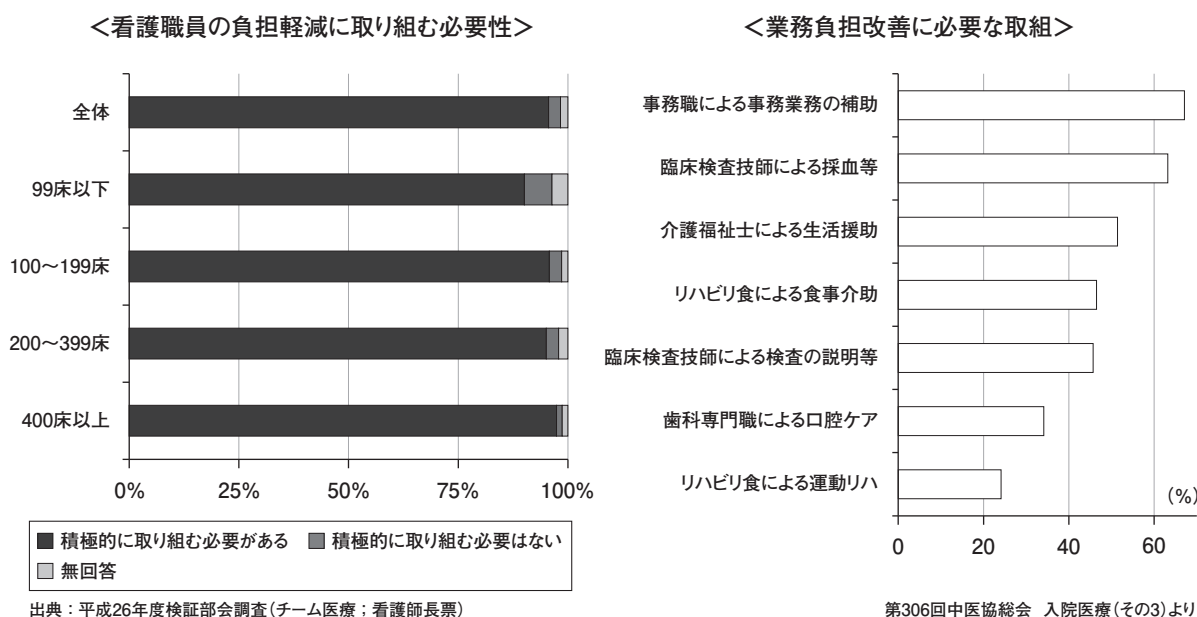


図2 看護師の勤務状況について

多くの看護職員が負担軽減に積極的に取り組む必要あると考えており、具体的な取組としては、事務職による事務業務の補助や臨床検査技師による採血等の業務が挙げられた。

の結果はこういう意味で、正常値はこうだから、あなたはこうですよ、というようなことですね。

福井県立中央病院では、技師が白血病患者に、あなたのプラストはこれですとって写真を見せて説明しているそうです。寛解で消えたというようなことを説明していて、これがとても好評だそうです。写真で見せてもらい、その場で説明してもらおうと病気と戦う気にもなるそうです。

OGTTをやっても、こういうカーブでうんぬんということは、医者はあまり言いません。「あなたは糖尿病のパターンです」で終わりです。どういうパターンで、1時間値がこうで、こうなってこれが普通こうだと、30分ぐらいかけて話をしてくれたら患者さんも満足しますし、頑張って数値を下げようと思うようになりますよ。時系列のカーブもつくって、今回は悪くなっているという話をすれば、患者さんの姿勢も違ってきます。検査の説明にとどめて、診断にまでいかない範囲でやれば、採血から患者の満足度までつながって、これは大変素晴らしいと思います。

宮島 ありがとうございます。日臨技の「検査説明・相談のできる臨床検査技師育成講習会」も2年目に入っています。厚生労働省、日本医師会、日本看護協会が後援してくれています。

検体採取が今回、法律で認められましたが、これが一つの手段として私たちに与えられた。それを使って病棟や救急室などで、私たちがどうできるか。全員の意識も変わりつつあると思います。

このことをきちんと実施することで、医師の診断が的確にできる、患者さんの満足度を上げることができれば、すなわち医療への貢献になりますね。この段階を踏まえた教育制度をつくらなければいけないだろうと思っています。ぜひ、応援をお願いします。北村 よろしくお願ひしいます。よく思うのは、臨床検査技師はプロだから、心電図を見て正常だと思えば正常と言えはいいのに、「器械が正常と言っています」と言うわけです。「器械がこう言っているし、私が見ても正常だと思います」と言ってくれたらいいのにと、いつも思います。

中畑 分かっているけど、今までそういうことはなかなか言えなかったですからね。

矢富 なかなか難しいです。

宮島 臨床検査技師側は、そこは手を出す必要がない、してはいけないという考えがあり、判断は「それは医者がやることだ。やらなくていい」と言われてきたこともあると思います。

現場で「先生、このデータはおかしいです」「この検査項目は違うのではないのでしょうか」と、たま

には言っています。そういう意味ではなく、情報を共有し、患者さんの治療に有用な検査情報を適宜提供するために臨床検査技師自らが医療スタッフとしての役割を自覚するうえで、電子カルテは大きいと思います。今まで情報がないから言えなかったわけです。患者情報を共有することも出来ず、話す材料がなかったのです。

厚生労働省のある人に言わせると「カルテに書き込まないのは放射線技師と臨床検査技師だ」と。

北村 確かにそうですね。

宮島 それを私たちはやらなくてはいけない。検体を採取したときにこういう訴えがあった、検査の結果を説明したらこういう話があったとか。

矢富 電子カルテの時代です。将来的には、臨床検査技師も書き込めるようになることは重要と思います。もちろん、カルテ以外にも、臨床上緊急の連絡が必要な場合、電話等で迅速かつ積極的に診療側に知らせることはたいへん重要で、今も、多くの施設でなされていると思います。例えば、末梢血液像で破砕赤血球が認められた場合、電子カルテを確認し、「血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）が疑われるので、ADAMTS13を測ったらどうか」という程度のことは今でも多くなされていると思います。それをもっと広げて、将来的にはそういう検査に関する専門的コメントを電子カルテに書き込めるようになるといういいですね。

中畑 ただ、そこは先生方の考え方を変えないと、なかなかできません。そこが一番大きい気がします。検査結果の説明はとてもいいと思います。検査をするときの説明ももちろんそうですが、検査結果の説明は先生方が診察するところではフォローができる範囲のところではないかと思っています。

その一面があったときにいつも考えるのですが、先生がどう考え、どう思っているのかのすり合わせができていないときに結果だけを言う、そこでの痛い思いを私たちはずっとしてきました。そこがなかなか踏み出せないのが、役割分担をするのであればルールをきちんとしておかないといけない部分があるかと思っています。

宮島 その通りですね。私の経験では、電子カルテが入る前はエコーの所見を書いても伏せておいて、聞かれても患者さんには「医者から聞いてください」ということで、一切答えませんでした。でも、電子

カルテを導入してから、自分の検査した患者さんから聞かれた場合は、画像の所見のみ答え、レントゲンと血液検査も併せて、きちんと診断を受けてくださいと言うようにしました。どこまで、言及するかは患者の背景や状態をみて判断する必要がありますが、主治医との価値の共有化が大切です。

症例ごとに入ることのカンファレンスに、臨床検査技師はまだ十分に入っていませんが、病棟に入る、外来と一緒にやると……。どこまで言っているのか、どこまで言えば患者さんは……。医師にどの段階でつなげばいいのかを検査の中でもできると思います。それができなければいけないのではないかと思います。

中畑 前任の大学病院の調査では病棟の看護師から「可能な時にカンファレンスに臨床検査技師の立場として出席してほしい」という要望はとても高かったです。それでいろいろな角度からの話をしてこそ、チームとして動いているということも実感できるし、患者さんを中心にそれぞれの役割が分かってくるというのはありました。

単発的でもいいので、何かのときに、放射線技師もみんな一緒ですが、いろいろな角度から見られるのはとても大事なことかなと思います。

矢富 可能ならそういうことをやりたいと思っている臨床検査技師は多くいます。それはもちろん必要ですが、依頼された検査を検査室での確に行い、精確な検査結果を返すことがなにより重要です。本質的な仕事をおろそかにしてまで病棟に出ていくことはできないというところもあります。

宮島 検査部門は今まで集中化するとか、効率化を図ってきたが、医療システムとして、患者サイドで見た場合にどうなのかと思うと、そういうことが果たしてどうなのかということです。

たとえば採血は、早朝採血、早朝空腹時でがんじがらめになっていますが、必ずしもやらなくていいものもあるわけです。

中畑 早朝空腹時でなければならぬ検査は別として、採血時間と検査値の関係で今は早朝採血というのは、あまり聞きませんね。

宮島 でもまだ残っています。その日の患者さんを見て、個別化対応など、もっと多様性を含んだ患者さんへの接し方、接する方法を考えなければいけないと思います。

検査室から病棟に臨床検査技師は忙しいから行かせられないというのではなく、そこに需要があり、患者サービスになり、医療の効率化、向上につながるのならば、人員増は人員配置を見直す、診療報酬などで誘導すること、このような視点での話をしないといけないのではないかと考えます。

中畑 どんな価値を可視化するかというところですね。

宮島 そのとおりです。

北村 その話が出ると思って待っていたのですが、今、病棟に臨床検査技師をとという話がありました。それを自宅と置き換えてほしい。

これから在宅医療が中心になります。病棟に出てくると同じ感覚で家へ行って採血をし、帰ります。心電図が必要と思えば心電図の器械を軽自動車に積んで、心電図をとって、帰ります。エコーもやります。エコーはスマホぐらいのものでできますからね。場合によっては「怪しい影は見えませんね。診断は後で先生からいきますが、ひとまず安心してください」と言ってあげられます。

老健施設などでの健診も含めて、心電図をとりに行って、あちこちずっと回って全部をとって帰る。すごく広くなります。2025年問題、2035年問題も見据えた上で、どこまでできるかです。

鳥取県の日南病院 (<http://nichinan-hospital.jp/>) は院長がとても優れています。「ご自宅は病院の個室で、町の道は病院の廊下だと思ってください。病院はICUです。町のどこでも皆さんが普通に生活をしている、入院していると思ってください。医者も、看護師も、臨床検査技師も、みんな行きます。悪かったらすぐに入院させます」と。そんな田舎で平均在院日数は8日です。

宮島 それは次の課題として考えています。病院から在宅にシフトするのは目に見えています。国の政策ではそうなります。慢性的な病態を持ちながらの在宅の方が多くなります。全部が病院に来る必要もなくなります。そういうところに必要です。

在宅検査の概念はどうやってつくるかです。臨床検査振興協議会にお願いして、勉強会をやっています。

在宅に持っていく器械をつくらないといけません。去年でしたか、日本臨床検査薬協会の会長が在宅の提言を出しましたよね。在宅の機器を開発するという決意表明を。人材づくりは日本臨床衛生検査

技師会の仕事になります。

診療報酬上でも医師の具体的指示があれば、訪問看護ステーションの看護師等が検査をした場合でも算定できるように検討されています。

北村 そちらのほうが医療費は安くなりますよ。入院させて悪くするよりは、医者が行かなくても臨床検査技師が必要な検査をしたほうが医療費は安くなると言っていたのであれば、すぐにうまくいくと思います。

宮島 そうなると良いですね。在宅医療は今、看取りの医療の考えから入っています。看取りの医療も当然ありますが、看取りではなく、それまでにたどる過程で検査が必要だというのが私の考えです。

北村 看取りのほうも、心電図とかモニターをつけておいてください(笑)。いろいろなシーンで、今の医療で臨床検査技師が関係ないところは一つもないでしょうからね。

宮島 そういう話をすると、病院勤務の人が行くのかとって臨床検査技師は反対する人がいます。もちろんそうではないと言っています。例えば未就業の臨床検査技師をトレーニングして養成し、派遣するのも一方法であると思います。

北村 よく言っておいてください。保険点数がいたら検査センターが行ってしまうと。医者が検査センターにオーダーしたら検査センターの技師が行って採血し、帰ってきて、自分のところで検査し、返してしまいます。

宮島 いろいろな問題はあります。いずれにしても多方面で活躍することを考えないといけません。

北村 特に在宅でしょう。

宮島 2025年まではそこをキーワードに考えなければいけません。2035年になるとまた考え方は違うと思いますが。2025年のターゲットは患者サイドに立って、きちんと正面から患者さんを受け止めるような臨床検査技師をつくりたい。もう少し頑張りますので、ぜひご支援をください。

矢富 最後は話が大きく広がりましたが、臨床検査技師は検査室での検査に関与するだけでは駄目で、検査の前も重要だし、検査の後も重要だし、検査室を飛び出して病院中で働くことも重要だし、最終的には病院の外でも活躍すべきということかと思っています。

先生方、きょうは長時間、ありがとうございました。