日本臨床検査専門医会
第 21 回春季大会
開催のご挨拶

平成 23 年 3 月 11 日（金）に東北地方太平洋沖大地震が発生し、その後に発生した大津波が東日本の太平洋沿岸一帯を襲いました。東日本大震災の始まりでした。

この震災は国難ともいわれる大被害で、学会・研究会を含む各種催しが次々とキャンセルされ自粛ムードが日本全国に広がりつつある中、第 21 回臨床検査専門医会春季大会の開催も危ぶまれました。しかし、日本臨床検査専門医会の渡辺清明会長をはじめとする常任幹事の先生方のご英断で、本春季大会は予定通り盛岡の地で開催されることが決定しました。

当初の大会テーマは、「臨床検査専門医の新たなる挑戦」と題し、全国で斬新な取り組みを行っている検査専門医の報告をもとに、我々の目指す方向について活発な討論を行う予定としておりました。このテーマに、この度の災害での医療支援の内容も加えることとし、6 月 10 日の特別講演は「東日本大震災における医療支援の現状と問題点」と題した当大学小川彰学長から講演をいただく予定です。また、緊急報告として「東日本大震災における医療支援と検査専門医の役割　～被災地の診療支援に必要な臨床検査を考える～」と題した会長講演を急きょ設定しました。検査専門医としての震災における検査支援における役割を考える契機にしていただければと考えております。

盛岡名物「ちゃぐちゃぐ馬コ」も予定通り開催されることが決定しました。しかし、震災の影響で例年のルートが変更され、会場付近を通過しない可能性があるため、特に見学時間は設けないことにしました。もしどうしても見学したいという参加者は、通過ルートは徒歩圏内ですのでこっそりと会場を抜けだして見学していただければと思います。

今大会は、被災地岩手県での開催ということもあり、会場内には義援金の募金箱を設置するとともに、大会運営費に余剰が生じた場合には全額日本赤十字社に寄付を行うなどチャリティー色の濃い大会にしたいと考えています。また、たくさんの方々に参加していただくことで岩手県の経済が活性化されれば、今後の長期にわたる三陸の被災地支援に貢献できると期待しております。

4 月 29 日には 50 日ぶりに東北新幹線も全線開通し盛岡へのアクセスはまったく問題ありません。お金に余裕のある方はぜひ「はやぶさ」のグランクラスでお越しください（ただし予約できるかが問題ですが・・・）。

検査専門医の皆さん、ぜひ盛岡にお越しいただき、災害復興にまい進する我々や地元の被災者を応援してください！　宜しくお願いします。

平成 23 年 5 月吉日

第 21 回春季大会大会長
岩手医科大学医学部臨床検査医学講座
諏訪部　章

6 月 10 日（金）

18：00～19：00

特別講演

『東日本大震災における医療支援の現状と問題点』

岩手医科大学学長（前全国医学部長病院長会議会長）小川 彰

司　会　諏訪部　章（岩手医科大学医学部臨床検査医学）

特別講演

『東日本大震災における医療支援の現状と問題点』

岩手医科大学学長（前全国医学部長病院長会議会長）
小川 彰

岩手医科大学ホームページ：「学長メッセージ」東北地方太平洋沖地震について（第 4 報）より抜粋

＊＊＊＊＊

岩手県は未だ季節外れの雪にも見舞われ、まだまだ寒く春の訪れは未だ先の様です。避難所での暮らしを余儀なくされている約 20 万名（県内約 5 万名）の皆様に心からお見舞い申し上げます。健康にはくれぐれもご留意されます様お祈り申し上げます。

被災現場の状況は日々変化しています。4 月 5 日宮古、山田、大槌に出向き市長、町長、被災病院、診療所が被災した開業の先生方、また、避難所でお話を伺ってきました。約 350Km の行程です。現在の大学の状況を含めお伝えします。

昨日深夜（本未明 4 月 7 日午後 11 時 32 分）震度 6 強の最大余震があり、8 日朝現在、岩手、青森、秋田は全県で停電中です。その他のライフラインは健在です。大学施設の被害状況は調査中です。

１．本災害の特徴

政府は今回の災害を「東日本大震災」と名付けました。これは大きな間違いです。被災者の生死を分けたのは地震よりその後に襲来した大津波でした。岩手県内だけで 8,000 名を超える死者行方不明者が出ている中でけが人は 200 名弱と僅かであったことがこれを裏付けています。また、被災当日、県基幹災害拠点病院である本学附属病院高度救命救急センターに沿岸部から数百名のけが人が運ばれてくるとの情報があり、医療スタッフを緊急待機させましたが搬送されてきた急患は僅かでした。この様に、今回の大災害は「震災」ではありません。現場から見れば「・・地震大津波大災害」とも命名されるべき大災害です。現場の実情を把握せず現場と乖離している政府の姿勢がこの命名にも表れています。

２．日々変化する災害医療の現場

この様な特異な今回の災害では、第 1 段階である DMAT 等を中心とした初期の救急災害医療の部分は極めて限定的でした。直ちに、第 2 段階である避難所に対する医療救護班の巡回診療に切り替えられました。北海道から沖縄まで日本全国の DMAT や JMAT、各医療団体、病院、大学から参集して頂いた医療救護班によって各地で医療活動が開始されました。この時期の避難所の環境は医療以前の劣悪さであり、救護班の努力にもかかわらず助けられなかった命があったことも忘れてはなりません。極めて重要な初動における遅れによるものです。現場の声と情報を迅速に吸い上げなかった政府災害対策本部の現場感覚からの乖離が緊急政策の実行を遅らせたというべきでしょう。

一方、この時期は県災害医療本部、医療救護班、避難所、病院間の「司令塔」がなく、また、横の連携もなく各チームが独自に動く状況で、効率的な診療活動からは逸脱し混乱していました。そこで、県

の災害医療本部内に「いわて災害医療支援ネットワークセンター」（本部長：高橋智神経内科学講座准教授）を組織し、県、岩手医科大学、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、各医療機関、県警、自衛隊の広範な連携の下、全国から集まった医療救護班の活動を一元的に管理しより効率的な運営を可能としました。官民一体となった組織を早期に立ち上げることが出来たことにより、第 2 段階の避難所の医療救護班の診療体制は飛躍的に改善しました。

現時点では、第 3 段階に移りつつあります。内陸部、県外への被災者の移動で一時より減少したとはいえ、岩手県で南北 200 ㎞の海岸線の約 350 か所の避難所に 5 万名近い方々が生活しています。病院が倒壊し機能していない陸前高田、大槌、山田、田老地区を中心に避難所に拠点救護所（臨時診療所）を開設し各地域の診療の中核として機能させる方向で努力しています。避難所における診療所機能が縮小されれば、久慈、宮古、釜石、大船渡の拠点病院に外来患者があふれることになり、未だ本来の病院機能が回復していないこれらの病院には荷が重い状況です。

３．被災者が支える被災地医療

地元の医療人もまた被災者です。帰る家は流され親族に犠牲者を出しています。病院、避難所に寝泊まりしながら、被災者医療に奔走しています。約 1 カ月になりますが、この極限の劣悪な環境がこれ以上続けば、医療人の方が先に倒れてしまいます。医療人の健康管理の観点から仮設宿舎の建築を急ぐ様要請しています。しかし、行政の動きは極めて遅いと言わざるを得ません。持続して地域医療を守るためには経過措置としてでもこの環境整備は必須です。また、被災地の開業の先生方も命を落としました。多くの診療所が被災し、一部の先生方は被災した建物の 2 階で診療を再開しています。

その先の第 4 段階では、現在機能を縮小している久慈、宮古、釜石、大船渡の基幹の拠点病院の再整備による機能回復が必要となります。更に、その先に第 5 段階があります。医療は人のいないところに必要があるはずはありません。地域経済の復興とともに町の復興が計られ、新しく再生された地域社会のニーズに応じた新しい医療供給体制の整備が必要です。この第 5 段階までには更に長期のおそらく 10 年、20 年の長い道のりが必要でしょう。

４．災害時地域医療支援室

本学は県基幹災害拠点病院の機能を付加されています。県知事から全県の災害時医療体制のコントロールを含め依頼されています。そこで、避難所の医療救護班の整備と並行して、県内の基幹拠点病院支援を目的として災害時地域医療支援室（室長：肥田圭介外科学講座講師）を立ち上げました。文部科学省のご支援も得て全国の大学病院、その他病院、個人など比較的長期での病院医療を支援できる方々を募り、マッチングを行っています。海外からのお申し出も頂いています。すでに現時点で比較的長期間 6 名の方々に被災地の拠点病院でご協力頂くことになっています。

５．もう一つの支援

現在、岩手県の死亡は 3,668 名（4 月 6 日現在）です。岩手県医師会が司令塔となり、本学法医学講座の支援のもと警察と連携し、大学を含む全県の医師と協力しほぼ 100%検案は済んでいます。しかし、毎日約 50 体の新たなご遺体が発見されている状況であり、今後長くこの状況は続くと考えられます。被災から時間が経ってきており、本人確認はますます難しくなってきています。DNA 鑑定用検体の保存は

もとより、岩手県歯科医師会が中心となり歯式確認による身元確認作業も進めています。

６．被災地の状況（4 月 5 日時点）

宮古市では被災し 2 階部分まで津波被害を受けた市庁舎の上層階で市長中心に災害本部が精力的に活動しています。県立宮古病院は高台にあり幸いにも被害はなく、すでに日常診療が開催されています。しかし、外来は思ったより少なく、ガソリンの供給は改善したものの、津波で車は流され、病院に来る足がないためと思われます。

山田町の状況は更に悲惨です。町はがれきの山です。自宅だったのでしょうか？がれきを前に茫然と佇む住民の姿が忘れられません。山田町は 3 重苦でした。すなわち、「地震」、次に襲った「大津波」、さらに、海面を覆った油に火が付き全域で「火事」に見舞われました。一晩中燃え続けたそうです。高台にある町庁舎の隣のビルをはじめとして広範囲に火事の跡があり鉄骨が解けて見る影もありません。夜になり停電で明かりのない町全体が炎に包まれている光景を見ながら被災者はどの様な気持ちで一晩を過ごしたのでしょうか。

山田病院、大槌病院、高田病院は被災し機能は完全に停止しています。山田町、大槌町の診療所は比較的高台にあった 1 軒を除き全壊しました。歯科診療所は全滅しました。しかし、被災された医療関係者の士気は高く、劣悪な環境の中、臨時の診療所開設に全力を注いでいます。4 月の半ばを目標に臨時診療所開設準備をしている先生もいます。

７．町の再生がなければ医療の再生もない

町の再生が医療再生のカギです。リアス式海岸の三陸には平地はほとんどありません。この僅かな平地に商店街、住宅地が密集し町を形作っていました。この平地が全て被災したのです。再び津波が襲う可能性のある平地に町を再建する「愚」はありません。しかし、高台の僅かな土地はすでに学校、公民館、住宅で占められており余剰地はありません。仮設住宅の立地すらままならず、必要数が建てられない可能性が危惧されています。しかし、今の土木技術からすれば山を切り崩し高台に十分な平地を確保することは可能と考えられます。この高台に町を再生させる以外方法はありません。

後藤新平による関東大震災後の帝都復興（帝都復興院（現場に設置すべき））の前例にならえば、この社会インフラの整備の責任は国、政府にあるはずです。町の再生とともに、家族、家、財産、働き場も生活基盤をも失くした被災者を「災害難民」にならないよう手当てすることが政府に課せられた最も重要な使命でしょう。政府にはくれぐれも現場の声を十分に吸い上げ、被災の現場を見ながらスピードある迅速な政策の立案決定をされることを切に望みます。

８．長く続く地域再生への道

町、地域の再生は 10 年単位の長い道のりです。しかし、被災者医療は待ったなしです。避難所、仮設住宅医療も年単位で続く事が予想されます。全国の皆様には、この間の、避難所医療、臨時診療所医療、基幹病院に対する息の長いご支援を切にお願いします。

平成 23 年 4 月 8 日

岩手医科大学　学長　　小川　彰

6 月 11 日（土）
9：30～11：30

シンポジウムⅠ

「検査専門医による横断的診療支援」

司　会　高橋　伯夫（関西医科大学附属枚方病院臨床検査医学）
一山　　智（京都大学医学部臨床病態検査学）

１、神尾　多喜浩（済生会熊本病院中央検査部）
「当院検査部での BSC および年間行動計画の作成と業績発表会の実施」
２、木村　聡（昭和大学横浜市北部病院臨床検査科）
「電子カルテ『掲示板』機能を活用したコメント記載による診療貢献」
３、橋本　琢磨（公立能登総合病院）
「検体検査管理医としての働き」
４、鈴木　啓二朗（岩手医科大学医学部臨床検査医学）
「輸血業務における検査医の役割」
５、八田　益充（東北大学大学院医学系研究科内科病態学講座感染制御・検査診断学分野）
「感染制御・感染症診療における検査医の役割」
６、総合討論

シンポジウムⅠ　「検査専門医による横断的診療支援」

１、当院検査部での BSC および年間行動計画の作成と業績発表会の実施

済生会熊本病院　中央検査部
神尾　多喜浩

最初に当検査部の概要と組織構築について説明したい。次に当検査部で実施している業績発表会を紹介するとともに、行動計画書と BSC（バランスト・スコアカード）作成への取り組みについて触れたい。

当院では毎年、各部署の内容が記載された行動計画書と年報が作成されている。その資料作成も兼ねて、当検査部では平成 15 年度から業績発表会を実施している。年報の資料となる各部門の業績は、部門責任者に作成してもらう。また、病院提出用の行動計画書作成に関しては、まず部門ごとにスタッフ全員で協議し、前年度の取り組みと反省点、新年度の行動計画をまとめてもらう。最終的に部長が行動計画書と年報の資料を作成し、事務に提出する。業績発表会の実施によって、各部門の学会活動や前年度の取り組みと反省点、新年度の行動計画について、スタッフ全員が認識しあえるようになった。病院に提出する行動計画書には BSC も記載するようになっている。

BSC とは、バランスの取れた成果指標と表現される。複数の視点（顧客の視点、業務プロセスの視点、質の視点、人材の視点、財務の視点など）からバランスの取れた行動目標を設定し、それぞれの行動の進捗状況を数値で確認しながら、ビジョンと戦略を実現していくための道具と言われている。BSC 作成ではマネジメントサイクル（plan-do-see または plan-do-check-act）が重要である。特に see（反省・評価）の部分が重要で、次回に行動計画を企画する際、問題点の抽出につながる。当初の BSC には see の部分が欠けていたので、18 年度から「昨年度の目標値と現状値、達成率」を導入した。

BSC の概略と当検査部で作成している BSC の内容および変遷などを紹介したい。また、BSC の一項目である危機管理体制（ヒヤリ・ハットやインシデントの報告など）についても触れたい。

シンポジウムⅠ　「検査専門医による横断的診療支援」

２、電子カルテ「掲示板」機能を活用したコメント記載による診療貢献

昭和大学横浜市北部病院　臨床検査科
木村　聡

人的にも物的にも、不充分な供給体制のまま、日本の医療は増大する患者の要求に応え切れないでいる。とくに近年、医療安全が声高に叫ばれるに伴い、いかに低コストで安全な医療を提供するかの関心が高い。

23 診療科、664 床をもつ当院は、10 年前の新規開院時から、電子カルテを試行錯誤しながら活用してきた。電子カルテが検査部の発言力向上に役立つ事は、すでに述べてきたが[1)、2)]、ここでは「掲示板」という、スタッフにメッセージを発信できる機能を生かした検査医の貢献について紹介したい。

「掲示板」とは、電子カルテで患者を選択した際、最初に現れる画面である。ちょうど紙カルテの表紙に「ピリン禁」などのメッセージが朱書されるのに相当する。カルテとして法的に残る部分とは異なり、スタッフに注意喚起するのが目的なので、記録に残すか否かは発信者が選ぶ事ができる。このため記載内容は自由度が高く、大胆な指示を、目立つ形で書き込むことができる。電子カルテでは、単なる朱書に留まらず、職種や個人を特定し、期間限定でメッセージを流すこともできる。

ある入院患者から、多剤耐性菌が検出されたとしよう。もっとも早く情報を入手するのは検査室である。直ちに病棟に伝え、全スタッフに対策を徹底するにはどうしたらよいか？当検査部では現場に出向いて指示するだけでなく、「掲示板」に記載する。これにより、その場にいなかった医師、看護師にも、カルテを開くたびに予防策徹底を要求することができる。投与されている抗菌薬が、まったく効果を期待できない種類であれば、検査部のデータをもとに、「お薦めの抗菌薬」を掲示板に記載する。もし主治医が、効き目の薄い抗菌薬をいつまでも続けていると、掲示板で丸見えなので周囲のスタッフから厳しい目が注がれる。

筆者の施設では、医療安全のため「一歩先行くおせっかい」なる標語を尊重している。臨床検査科では、このような「おせっかい介入」を 2010 年はちょうど 400 件行った。「掲示板」を介して検査情報が診療行動に直結、その仲介役を検査医が果たす良いシステムと思われる。院内のどこからでも、「検査医が何をしているか」見ることができるため、臨床検査科への問い合わせや研修志望者も増加している。記載した内容は活動実績として印刷、保存している。

あなたの施設でも、「掲示板」を介した診療への積極介入、いかがでしょうか？

文献

１）木村　聡：電子カルテを導入して良かったこと、悪かったこと
Lab Clin Pract. 2006; 24（2）：107-10.
２）木村　聡：電子カルテを用いた新しい院内感染対策の実施例
日本外科感染症学会雑誌　2004; 1（1）： 33-7.

３、検体検査管理医としての働き

公立能登総合病院
橋本　琢磨

平成 22 年度診療報酬改定により、検体検査管理加算（Ⅳ）が新設された。国の定めた基準を満たす、高品質の検査を行っている検査部を保有する病院は、検体検査管理加算 500 点と DPC 病院ではさらに調整係数 0.0135 がついたことで、検査部の活動が病院収益に反映され評価される様になった。この増収を得るためには、「臨床検査を専ら担当する常勤の医師」を置くことが必要であり、多くの病院で新しく臨床検査専従医師を配置したと聞く。
私は偶然、この制度改定に遭遇し、検体検査管理医として働く機会を得たので、個人的な経験ではあるが実態を報告したい。

私が勤務する公立能登総合病院では、検査部管理業務として毎月 1 度、「臨床検査適正化委員会」を開いている。委員として医師、技師、事務部の代表が集い、内部精度管理実施状況の検討、検体検査と生理検査の適正実施の確認、外部精度管理での成績、検査システム稼働状況、学会発表状況等を審査し、医局連絡会議で報告している。さらに、毎週 1 回、検査部部内連絡会を開き、いろいろな業務連絡、インシデント、アクシデント報告を行い解決している。人事では技師長が検査部を統括している。技師長の上に検査部長が配置されており、現在は循環器医師が部長を兼ねている。
検体検査管理医としての私の仕事は、これらの会議に出席し発言することを基本として、検体検査の内部精度管理、外部精度管理を副技師長とともに責任を持って遂行している。金沢大学臨床検査医学講座教授であった頃は、研究、教育が専らであったが、それが無い分、余裕をもって検査部の活動を見ていくことが出来ている。

これまでのことを振り返って、臨床検査管理医になるのに 3 大必要条件は、①基準値作成の理論と実際を教えることが出来る、②精度管理について技師指導が出来る、③機器・試薬の検討とその評価を指導出来ることである。

定年退職後も技師とともに進歩していける検体検査管理医ではあるが、医師としての使命感を考えた場合、もう少し、医療活動が出来ることを希望する。つまり専従（80%）の語彙解釈の緩和である。平時においては臨床検査管理医でよいとしても、震災などの災害時に即戦力医師として働けるように、日頃から臨床を離れないような時間的配慮が必要である。

４、輸血業務における検査医の役割

岩手医科大学　医学部臨床検査医学
鈴木　啓二朗、諏訪部　章

輸血治療は現代の医療に欠かせないものであり、あらゆる医療行為に関連する。現在の社会が要求する輸血治療の安全と輸血製剤の適正使用のために、輸血治療を行うすべての医療者は輸血治療に精通する必要がある。現代の医療は高度に細分化・専門化されているため、それらに代わり輸血治療全般を管理・監督する人材が必要とされる。輸血療法を行う医療機関はこれらの要求に応えるため、輸血業務全般に関する責任者（責任医師）と輸血を専門的に扱う輸血部門の設置が求められ、輸血管理料算定の条件ともなっている。検査医は幅広い臨床医学のバックグラウンドを有することから、様々な臨床領域と関連する輸血業務は恰好の活動フィールドである。

責任医師が管理・監督する主な輸血業務は、輸血検査、輸血管理、細胞治療に分けることができる。輸血検査は主に血液型検査、不規則抗体検査、交差適合試験であり、業務の主役は臨床検査技師である。責任医師は亜型・不規則抗体陽性患者等の輸血について、臨床的見地に基づいた助言を治療担当医に行うことが主な業務となる。

輸血管理で重要な業務は院内における輸血療法委員会の開催である。輸血療法委員会は各医療機関での輸血療法全般を議論・決定する場である。委員会では血液製剤の使用状況とそれを基にした適正使用の推進、輸血関連検査の精度管理、輸血副作用の報告とその遡及調査、自己血輸血の推進、院内における輸血に関する取り決め等々、毎回様々な問題を討論する。責任医師はこれらの問題を調整し、医療機関の輸血医療の向上に取り組むことを求められる。

細胞治療では、自己血、および、末梢血造血幹細胞の採取と管理が主な業務となる。医療機関によっては細胞プロセッシング業務を行っている。自己血輸血は輸血後感染症・GVHD 等を防止できることから推進する必要がある。責任医師は自己血の安全な採取、および、血液製剤の適切な管理を行う。末梢血造血幹細胞採取はアフェレーシスにより採取する。アフェレーシスは何らかの合併症を起こすことが多く、安全な採取のため責任医師は重要な役割を担っている。

本発表では演者が実際に行なっている業務を紹介しながら、検査医が輸血業務に関わる場合の今後の展望と問題点を提示する。

５、感染制御・感染症診療における検査医の役割

東北大学大学院医学系研究科　感染制御・検査診断学分野
八田　益充

東北大学病院では、2000 年 7 月に検査部内に感染管理室が発足し、2005 年 10 月から病院長直属の部門として、所属する医師や看護師、検査技師を中心に、ICT による病棟・院内ラウンド、感染対策の手引きの作成、サーベイランスの実施、針刺し切創・曝露に対する対応、診療科との感染症カンファレンスや個別の相談事例を含めた各種コンサルテーション活動などを行ってきた。

2009 年 3 月以降、従来の診療科からの診察依頼に加えて、微生物検査室と連携した検査部発信型の感染症コンサルテーションを新たに開始した。具体的には、毎朝、その曜日当番医グループが、微生物検査室からのリアルタイムの微生物検出情報（血液・髄液培養陽性例、薬剤耐性菌検出例）をもとに症例のディスカッションを行う。その後引き続いて行われる病棟ラウンドにて、抗菌薬の適正使用や感染対策などに関して、主治医および看護スタッフを含めてディスカッションし、必要時には助言を行っている。また個々の症例について、初回ラウンド以降も定期的にフォローアップを行っている。

2011 年 3 月までに検査部発信型の感染症コンサルテーションとして、のべ約 1,400 名をフォローアップした。今後も医療施設における感染症診療・感染管理の質の向上を目指す上で、データに基づいたより効率的なコンサルテーションシステム構築の重要性は増していくものと考えられる。今回のシンポジウムでは、感染制御・感染症診療における検査医の役割の一例として、血液培養陽性例の検討や実際のラウンドでの具体的な対応事例など、当院での感染症コンサルテーションの現状を紹介する。

6 月 11 日（土）

11：30～12：30

ランチョンセッション

「検体管理加算（Ⅳ）は病院運営に貢献できたか」

司会　宮澤　幸久（帝京大学医学部名誉教授、帝京大学医療技術学部）

１、池淵　研二（埼玉医科大学病院中央検査部、輸血・細胞移植部）

「私立医大のアンケート調査から」

２、齋藤　勝彦（富山市民病院中央研究検査部）

「研修指定病院（市中病院）の立場から」

３、東條　尚子（東京医科歯科大医学部附属病院検査部）

「次期診療報酬改定と検体管理加算（Ⅳ）」

ランチョンセッション　「検体管理加算（Ⅳ）は病院運営に貢献できたか」

１、私立医大のアンケート調査から

埼玉医科大病院　中央検査部
池淵　研二

【目的・方法】

平成 22 年度検査専門医会で報告された国立大学病院・公立大学病院に対する「検体検査管理加算についてのアンケート」と同じ書式を用いて、平成 22 年 12 月末までに全国私立医科大学病院６２施設に対してアンケートを依頼し、46 施設から回答を得た（回収率 74%）。国立大学病院で集計されたものに対して比較可能な範囲で結果を報告する。なお括弧内は国立大学病院データを示す。

【結　果】

１．検体検査管理加算の区分について。管理加算（IV）は 74%（81%）が取得し、管理加算（II）が 24%（5%）となった。

２．専ら担当する常勤医師数について。平均 1.6 名（1.5 名）であり所属は検査部 97%（91%）であった。

３．専ら担当する常勤医師の診療従事について。診療に従事してない 65%（69%）、診療に従事している 35%（31%）とほぼ同等であった。

４．診療に従事している場合、具体的にどのような体制で施設基準を満たしているか？外来診療 4 時間～半日～1 日。20%を越えない範囲で外来診療。勤務時間の 20%以下の診療業務。常勤医 2 名で相互に補充している。など共通の回答が寄せられた。

５．専ら管理を行う医師の役割は？検査部長 49%（37%）、検査副部長 6%（20%）、准教授 10%（10%）、講師 23%（10%）、助教 10%（20%）、の構成であった。

６．専ら管理を行う医師の管理内容は？（複数可）検査部運営に関する病院組織の委員 23%（31%）、検査部における検査精度管理 26%（25%）、検査における検査機器管理 20%（17%）、試薬の決定や購入・経済性に関する管理 21%（20%）、とほぼ同等であった。

７．増収見込み額。記載のあった 27 施設平均では国立大学集計平均の約 1.5 倍の増収が見込まれていた。同じくらいの病床規模の病院間でも金額にかなりの幅が認められた。病床数の違いに加えて、数字を医務部が集計したか検査部が独自に集計したかで算定率が異なっている可能性、など考えられた。

【まとめ】

検査部体制が整備されることで算定ができ、病院内での共通部門としての検査部の存在価値を主張できる良い保険制度だと考えられる。そのため各病院でどのように算定率を高める努力をしているか、お互いの情報交換は有意義であると考えられた。

ランチョンセッション　「検体管理加算（Ⅳ）は病院運営に貢献できたか」

２、研修指定病院（市中病院）の立場から

富山市民病院　中央研究検査部
齋藤　勝彦

【はじめに】

平成 22 年の診療報酬改訂で検体検査管理加算が見直された。その大きな変更点は、新たに検体検査管理加算Ⅳが設けられ、点数が大幅に引き上げられたことと、DPC に対応し機能評価係数として明記されたことである。これが病院運営に与えたインパクトは非常に大きく、病院経営上、収支改善への貢献度はきわめて高かったと思われる。今回、検体検査管理加算Ⅳを取得できた一市中病院の立場から、検体検査管理加算Ⅳ取得による経営改善効果を、DPC 病院での一具体例として検証してみたい。

【当院の概要と病院経営背景】

当院は許可病床数 595 床、常勤医師数 81 人の急性期病院で、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、臨床研修病院、救急病院指定（二次救急）等、地域の中核病院としての役割を担っている。一方、慢性的赤字経営解消のため「公立病院改革ガイドライン（総務省通知）」 に基づいて富山市民病院経営改善計画を平成 21 年度から施行中で、平成 22 年度診療報酬改訂に対しては、必要な対応や人員配置などを早くから検討し、DPC における機能評価係数の増加等に取り組んできた。

【検体検査管理加算取得の経緯と検体検査管理加算Ⅳ取得の経営改善効果】

当院では制度施行当初より検体検査管理加算を取得してきたが、平成 20 年度の改訂では医師要件のため検体検査管理加算Ⅱに変更した（300 点→100 点）。今回の改訂では、臨床検査を専ら担当する常勤医を新たに配置し、検体検査管理加算Ⅳ（500 点）を取得した。これによる収入は、件数ベースで年 4,000 万円以上､DPC での実収入にすると年約 6,000 万円に相当する｡検体検査管理加算Ⅳに付与された 0.0135 という DPC の機能評価係数がいかに大きな値であるかが理解できよう。おかげで平成 22 年度は赤字から脱却して単年度黒字化を達成できる見込みであり、いうまでもなく病院運営への貢献度は高い。

【考察とまとめ】

検体検査管理加算Ⅳにおける臨床検査を専ら担当する常勤医の配置要件は、院内での検査専門医の必要性や認知度向上、地位向上への追い風であり、検査医を増やすよいチャンスである。また、これを機会に臨床検査部門の人材育成や設備投資にも期待されるが、その反面、病院経営戦略上手っ取り早い増収源として、臨床検査の現場と乖離したところで病院運営・管理部門の経営判断が働くことが懸念される。検体検査管理加算Ⅲの取得病院がほとんど無いことを考えると、常勤医を確保できたか否かでⅡとⅣの格差が拡大（400 点、係数で 0.0108）したことになった。常勤医の配置要件には検査の専門性は問われておらず、名目的な常勤医の配置が増えるとすれば、水増し的に膨れあがった費用はその反動として検査実施点数の減少や加算そのものの減額につながるのではないかと危惧される。他方、実質的に検査部門の管理運営に携わっていても、専任・兼任の検査専門医の場合は要件を満たすことができず、過小評価になっているのではないだろうか。検体検査管理加算Ⅳは病院運営への貢献度は高いが、常勤医の専門性や検体検査管理体制等の具体的な要件盛り込みが望まれる。

ランチョンセッション　「検体管理加算（Ⅳ）は病院運営に貢献できたか」

３、次期診療報酬改定と検体検査管理加算（Ⅳ）

東京医科歯科大学　医学部附属病院　検査部
東條　尚子

検体検査管理加算は、平成 8 年度、「検体検査、画像については診断の専任医師による診断等を評価する」という診療報酬改定方針に従い、100 点（入院中の患者につき月 1 回）で新設され、その後、改定が繰り返された。そして、平成 22 年度診療報酬改定において、「各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。」という考えのもとに、検体検査管理加算（IV）が 500 点として新設された。また、急性期入院医療に係る「診療群分類」（DPC: Diagnosis Procedure Combination）にもとづく 1 日当たり定額報酬算定制度（DPC/PDPS：DRG/Per-Diem Payment System）においては、従来包括項目だった検体検査管理加算が機能評価係数 I として係数化された。特に、新設された検体検査管理加算（IV）の係数は 0.0135 で、該当する大規模病院における増収効果は大きい。これは、高度な医療の提供のため、検査の質を確保し、より充実した体制で検体検査を実施する場合が高く評価された結果である。

次期診療報酬改定に向けては、各学会からの提案書が内保連へ提出された段階にある。その提案内容について解説する。

検体検査管理加算の算定点数の推移

<table>
<tr><th>平成 8 年</th><th>平成 10 年</th><th>平成 12 年</th><th>平成 14 年</th><th>平成 16 年</th><th>平成 18 年</th><th>平成 20 年</th><th>平成 22 年</th></tr>
<tr><td rowspan="4">100 点</td><td rowspan="4">200 点</td><td>（Ⅰ）
25 点</td><td>（Ⅰ）
30 点</td><td>（Ⅰ）
40 点</td><td>（Ⅰ）
40 点</td><td>（Ⅰ）
40 点</td><td>（Ⅰ）
40 点</td></tr>
<tr><td rowspan="3">（Ⅱ）
220 点</td><td rowspan="3">（Ⅱ）
250 点</td><td rowspan="3">（Ⅱ）
300 点</td><td rowspan="3">（Ⅱ）
300 点</td><td>（Ⅱ）
100 点</td><td>（Ⅱ）
100 点</td></tr>
<tr><td rowspan="2">（Ⅲ）
300 点</td><td>（Ⅲ）
300 点</td></tr>
<tr><td>（Ⅳ）
500 点</td></tr>
</table>

平成 22 年の改定により、常勤臨床検査技師 10 名以上の配置などを要件とする検体検査管理加算（Ⅳ）が新設された。

6 月 11 日（土）
13：00～15：00

シンポジウムII

「臨床検査科はどうなった？
～実践施設の検査専門医に聞く～」

司　会　村田　　満（慶應義塾大学医学部臨床検査医学）
　　萱場　広之（秋田大学大学院医学研究科感染・免疫アレルギー・病態検査学講座）

１、和田　英夫（三重大学大学院医学系研究科病態解明学講座検査医学分野）
　「血栓・止血異常診療センターの役割について」
２、安東　由喜雄（熊本大学大学院生命科学研究部病態情報解析学分野）
　「検査カフェと臨床検査科」
３、末広　寛（山口大学大学院医学系研究科臨床検査・腫瘍学分野）
　「遺伝診療外来と臨床検査科」
４、村上　正巳（群馬大学大学院医学系研究科病態検査医学）
　「術前スクリーニングにおける臨床検査科の役割」
５、菅野　剛史（三菱化学メディエンス、浜松医大名誉教授）
　【特別発言】「検査専門医と広域診療支援」～医師会とのネットワークの必要性～
６、総合討論

１、血栓・止血異常症診療センターの役割

三重大学附属病院
三重大学大学院医学系研究科　病態解明学講座検査医学分野
血栓・止血異常症診療センター長
和田　英夫

近年、静脈血栓塞栓症（VTE）の発症頻度が著しく増加してきていることから、循環器内科、神経内科、産婦人科、救急・救命センター、輸血部、血液腫瘍内科、小児科、肝胆膵・移殖外科、中央検査部、検査医学、オーダーメイド医療部などの医師が集まり、三重大学に血栓・止血異常症診療センターが設立された。当センターでは、上記の医師や技師に加えて、研修医や学生なども参加して、以下に示す血栓症の診療、研究ならびに啓蒙活動を行っている。

当センターの業務としては、1）血栓症や止血異常症の診断ならびに治療、2）特発性血栓症の診断、3）血栓症や止血異常症に対する予防、4）術後ならびに抗血栓療法中のモニター、5）止血系異常に伴う不育症に対するヘパリン自己注射療法などである。それぞれの患者の診療においては、循環器内科、神経内科、血液内科などの各診療科が個別に対応し、カンファランスや血栓症外来などでそれぞれの診断や治療法が検討・評価される。院外からの数多くのコンサルテーションやセカンドオピニオンの依頼にも対応し、血栓症外来診療数は年 2,500-3,000 人に至っている。

特発血栓症の診断のために、血栓症外来を行うとともに血栓性素因に対する啓蒙活動を行っている。特に、高度先進医療として血栓性素因のアンチトロンビン（AT）、プロテイン C（PC）、プロテイン S（PS）などの遺伝子診断を行っている。血栓症 200 例について、レトロスペクティブに血栓性素因の頻度を調べると、AT、PC、PS などの先天性血栓性素因の遺伝子異常が同定されたのは 12.5%であった。しかし、遺伝子異常によらない AT、PC、PS の異常も 23.5%にみられ、特に PS の異常は高頻度にみられた、

また、三重大学附属病院の VTE 予防マニュアル作成に指導的役割を果たした。VTE 予防マニュアル施行前後を比べると、施行後に肺塞栓症（PE）の発症頻度は有意に低下した。一方、DVT の発症頻度は逆に VTE 予防マニュアル施行後に増加した。DVT に対する関心が高まり、逆に無症候性 DVT 診断率が増加したことや、この予防マニュアルが理学療法主体なので、軽症の DVT までは予防できなかったことが推測される。抗凝固療法モニターについては、外科術後に D-dimer や可溶性フィブリン（SF）の測定を行い、抗凝固療法の適応を検討している。近年では、有害事象の発生を防ぐためにも、フォンダパリヌクスやエノキサパリン投与患者の抗 Xa 活性なども測定され、その有用性が検討されている。また、人工弁置換術患者や血栓症患者などで、ワルファリン治療関連遺伝子多型である VKORC1、CYP2C9、GGCX を測定し、ワルファリン投与量の決定の目安にできないか、検討中である。また、産婦人科と共同して、不育症患者の止血系異常を検討し、その異常が著明な妊婦に対してアスピリン療法ならびに少量ヘパリンの自己注射を行っている。

2、「検査カフェ」と臨床検査科

熊本大学大学院医学薬学研究部　病態情報解析学
安東　由喜雄

近年の空前の「健康ブーム」に加え、一昨年から開始されたメタボ検診によって、未病の段階で病気を発見し、かからないでも良い病気を未然に防ごうとする意識が、国民の間に急速に広まりつつある。

こうした状況下で、市中の病院が行っている検診やドッグは更に需要が高まり、受信者が一段と増えてきているが、それらの活動は大掛かりなものが多く、時間とお金がかかるし、受診まで数ヶ月間を要する病院も少なくない。安価で気軽に健康状態を検査でき、しかも的確に（over talking せず）検査結果を知らせるシステムの構築が必要であった。

熊本大学医学部中央検査部では、平成 21 年 2 月 1 日、自由診療枠で、「検査カフェ」を開設し、好評を博している。受診するには保険証は不要である。簡単な問診表に記載していただいた後、券売機で十数項目ある検査項目から、気になる検査項目を選択し券売機で購入、その後採血まで十数分の行程で完了することになっている。検査結果はその日のうちに報告可能なものがほとんどであるが、検査結果の示す意味と限界を受信者に的確に伝えるため、週に一度、検査専門医、技師による判定会議を開催し、厳格に検査結果を判定した後、文書で結果を郵送することとした。

立案から開設まで 2 年の月日を要したが､それには､1. 大学病院が安易に自由診療を提供してよいか、2. 採血から報告まで大学病院の中で、誰がどのような体制で運用していくか、3. 責任体制をどう構築するのか、4.券売機を購入するだけ投資しても回収できるのか、5. 各券の値段をいくらにするか、などの議論が持ち上がり、それを根気強く解決する必要があったからである。

当院には標榜している臨床検査科はないが、これに替わるものとして、検査「知」外来を設置している。本外来は検査カフェで異常値を呈した受診者の受け皿として設置し、好評を博している。
券売機は 120 万円ほどかけて購入したが、その投資に余りある収益を上げているばかりでなく、大学病院の敷居を下げ、臨床各科受診の門戸を広げた効果もあると考えている。

本講演では、「検査カフェ」の開設に至るまでの問題点や開設後の実情を詳しく報告する予定である。

シンポジウムⅡ　「臨床検査科はどうなった？～実践施設の検査専門医に聞く～」

３、遺伝診療外来と臨床検査科　～山口大学医学部附属病院遺伝診療部の紹介～

山口大学大学院医学系研究科　臨床検査・腫瘍学分野
末広　寛、日野田　裕治

山口大学医学部附属病院遺伝診療部は平成 16 年 1 月に検査部が中心となり設立された。同年 8 月に臨床遺伝専門医研修施設認定を受けている。以下に遺伝診療部の概要を述べる。

【スタッフ】

臨床遺伝専門医 3 名（うち臨床検査専門医は 2 名）、検査技師 3 名、看護師 3 名から構成されている。

※必要に応じて、臨床遺伝研修医、臨床心理士、診療科主治医とチームを組んで対応している。

【診療内容】

□遺伝病とその遺伝形式、発症リスクに関する説明。

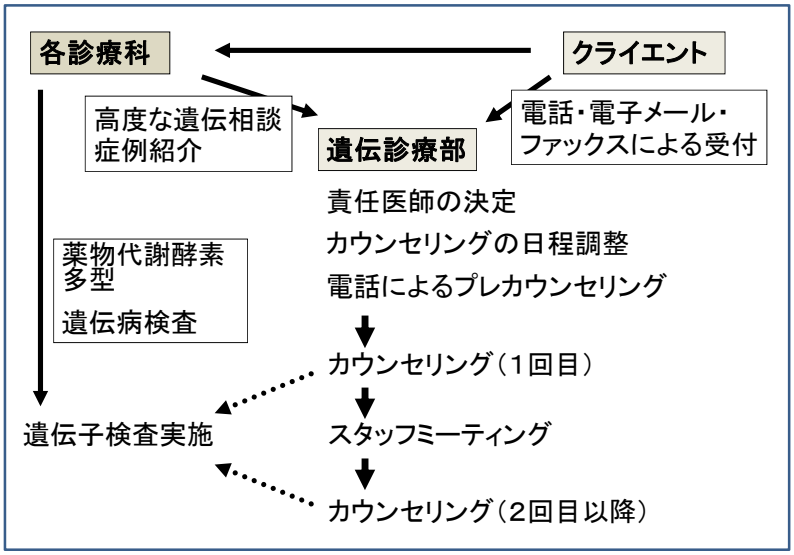
□最新の遺伝子検査関連情報の提供と検査の実施。

□遺伝子検査前後の心理的・社会的サポート。

【診療日時】

平日午後 2 時から午後 5 時（予約制）

【診療の流れ】



遺伝診療外来設立後 7 年が経過した。本大会では、我々のこれまでの取り組み、問題点、今後の展望について発表する予定である。

４、術前スクリーニングにおける臨床検査科の役割

群馬大学大学院医学系研究科　臨床検査医学
群馬大学医学部附属病院　検査部
村上　正巳

群馬大学医学部附属病院検査部では、平成 14 年 7 月より検査部外来として検査部医師による診療を開始し、平成 18 年 7 月より総合診療部、救急部とともに検査部（診療部門）として診療統計を報告している。毎週、火曜、水曜、金曜の午前中に 9 名の検査部医師が交代で診療に従事しており、翌週の月曜午前中に初診患者のカンファレンスを実施している。このカンファレンスには検査部医師全員に加えて臨床実習の医学科学生も出席し、教育にも貢献している。診療業務内容としては、生活習慣病、循環器疾患、内分泌代謝疾患、感染症など内科全般、検査に関するコンサルテーション、手術前や造影検査前のスクリーニング検査と診察などを行っている。検査部外来の初診患者は約 200 人／年、再診患者は約 1,700 人／年となっており、診療収益も年々増加している。臨床検査科の標榜については、病院内の他の部門の標榜と併せて病院全体として現在検討中である。

当院では眼科の手術件数が多いという特徴があり、眼科からのスクリーニングの依頼が多い。眼科からの紹介は、平成 21 年は初診患者 236 人のうち 91 人（38.6%）であったが、平成 22 年には初診患者 201 人のうち 132 人（65.7%）と増加している。眼科からの診察依頼の主な理由は、硝子体手術などの眼科的手術や蛍光眼底造影検査前のスクリーニング検査の評価などである。当院の他科に通院している患者やかかりつけの医療機関がある場合は、それぞれの主治医に眼科的処置の可否についてコンサルトすることとなっているが、それ以外の患者について検査部外来に紹介されている。眼科では緊急の手術が行われることも多く、必要に応じて外来時間外も対応している。検査部医師が詳細な問診と身体診察、検査結果の解釈を行い、眼科的処置の可否についてコメントし、患者や眼科医師からの評価が高い。このような検査部医師による診療により、それまで指摘されていなかった糖尿病、脂質異常症、高血圧症、心疾患、血液疾患や肝疾患などの存在が新たに発見されることが多く、そのような例は近医に紹介するか、引き続き検査部外来において眼科的処置後にも経過観察を行っている。

本シンポジウムでは、術前スクリーニングにおける検査部医師の役割を中心に当院の検査部外来の取組について紹介する。

５、【特別発言】検査専門医と広域診療支援

三菱化学メディエンス、浜松医大名誉教授
菅野　剛史

多くの臨床検査専門医の先生方が、検査センターなどデータを点検しているようだ。しかし、検査センターで取り扱うデータは幅の広いものであるから、必ずしも自分の専門の領域とは一致しないことが多い。しかし、長年の経験から、何処に関連領域の専門家がいるかは見当が付いている。しかし、これとても、個人的なものであり、組織的なものではない。今日、私が提案したいのは、臨床検査の専門医会で組織的に取り組める樞を作り上げることである。そのためには、取りあえず二つの要件を満たしていく必要がある。

ひとつは、検査センターの存在は臨床医がどこででも必要な検査データが得られるようなセッチングが確立されている一方で、検査の依頼は医師によって行われる前提が確立されていることであり、医師が不勉強であると大事な症例が見過ごされてしまうことになる。この点を検査医のグループが、何処まで支援できるかという問題と、検査依頼の中間に営業という組織があり、担当医との間で一つの別世界が出来上がっていることである。その症例が、学問的に重要な例である以前に、そこで検査される項目が保険適用になっているかどうかの問題である。すなわち、自費での検査が要求されるのである。

これらの問題をクリアーして、ようやく問題の有る症例の検査が可能になるのである。検査依頼を受ける立場からと営業の立場からと二つの面から話題を提供したい。

6 月 11 日（土）

15：00～15：30

会長講演

【緊急報告】

「東日本大震災における医療支援と検査専門医の役割」
～被災地の診療支援に必要な臨床検査を考える～

諏訪部　章（岩手医科大学医学部臨床検査医学）

司　会　渡辺　清明（日本臨床検査専門医会　会長）

会長講演

【緊急報告】「東日本大震災における医療支援と検査専門医の役割」
～被災地の診療支援に必要な臨床検査を考える～

岩手医科大学医学部　臨床検査医学
諏訪部　章

平成 23 年 3 月 11 日（金）午後 2 時 46 分、東北地方太平洋沖大地震が発生。その後に発生した大津波が東日本の太平洋沿岸一帯を襲い、東日本大震災の幕が切って落とされた。三陸沿岸からほど遠い内陸の盛岡市では、地震によりライフラインが丸 24 時間止まったのみで、病院や検査部は大きな被害を受けなかった。しかし、津波の被害が甚大な三陸沿岸地区の基幹病院では手におえない数百名規模の外傷患者が、当院をはじめとする内陸の基幹病院に救急搬入されるのではないかという緊張感が走り、当院では医師をはじめとする医療スタッフの待機や輸血製剤の確保など非常態勢が敷かれた。しかし、我々の予測に反し、多少の怪我人の搬送はあったものの、多数患者が搬送される事態には至らなかった。それは、津波にのまれて死亡するか、津波から逃れて生き延びるかのいずれかであり、今回の震災はまさに「all or none（生か死か)」といえた。このことは、地震と津波による急性期被害を乗り切った後に、おびただしい数の死者に対する検案業務と生き延びた高齢者に対する慢性医療の提供が長期にわたり大きなウエイトを占めることを意味していた。

こうした津波災害における臨床検査への影響は多方面に及んだ。地震直後の問題点としては、激しい揺れによる検査機器の破損や故障（当院では無事)、停電による検査機器を維持するための非常用電源確保、オーダーリングから紙ベースの運用への切り替えなどがあった。また、当院では三陸出身の検査技師も多く、家族の安否が懸念材料であったが、携帯電話など通信手段の遮断などで地震後 3～4 日ほど確認ができなかった（最終的には実家は津波に流されたが生存は確認された)。

地震後 2～3 日経過し、震災被害の全容が次第に明らかになり、新幹線や高速道路の復旧の見通しが立たない状況で、採血試験管や検査試薬の供給上の問題が浮上した。いずれも一定量の在庫は確保していたものの、特定の試験管や検査試薬は在庫数量が少なく、メーカーからの供給の見通しが立つまでは検査を必要最低限に抑えてもらうべく、検査項目ごとの試薬在庫状況を毎日臨床側に提示して協力を求めた。特に、血液製剤に関しては、東北では製剤化を一極集中していた仙台の血液センターが地震の影響で機能が停止し、輸血用製剤の供給が不安視され、出血を伴う待機手術はすべて原則的に延期し、緊急手術のみに備えることになった（結果的にはそのような事態にはならず、他地域センターからの血液製剤の供給も十分あり、大きな問題には至らなかった)。

地震後 1 週間を経過する頃より、山田町、大槌町、陸前高田市など三陸の主要基幹病院が津波により機能が失われたという情報が入り、当院として医師・看護師・薬剤師などからなる医療支援チームが結成された。この時期の医療支援は、津波により内服薬をすべて失った高齢の慢性疾患患者への薬剤の処方がメインであった。演者自身も避難所へ医療支援に出向いたが、たくさんの患者さんが薬を求めて群がってくるかの状況であった。

陸前高田市は岩手県でも最大の死者・行方不明者が出て、基幹病院である県立高田病院も津波で壊滅

し、病院職員は市街地から外れたコミュニティーセンターに診療拠点を移していた。震災 10 日目に演者が訪問した際には、検査技師は常駐していたものの、検査は一切できる状態ではなく、かろうじて心電図機器が搬入されたところであった。どうしても必要な検査は 1 日 1 回、北に隣接する大船渡病院（高台にあり病院は無傷）に送って依頼していた。インターネットや FAX も使えない状態では検査結果の返却にも時間がかかっていた。

こうした現場視察を受けて、POC 検査機器・試薬の必要性を感じ、関連メーカーに呼びかけ当面必要と思われる、インフルエンザ、レジオネラ、肺炎球菌、ノロウイルスなど感染症、D ダイマーやトロポニンなど救急医療現場で使用される心血管系疾患の簡易キットを集め、各拠点の仮設診療所に配備させていただいた。その後、日本臨床検査医学会（宮澤幸久理事長）に東日本大震災対策委員会（坂本秀生委員長）が立ち上がり、日本臨床検査薬協会の協力を得て、組織的な検査支援体制が確立され、簡易キットの他に、血算や CRP、生化学検査（ドライ機器）、尿検査などの簡易検査装置が供給され配備されるようになった。仮設診療所での検査は件数こそ 1 日 20 件前後と決して多くはなかったが、必要な検査が迅速に行えることは臨床医にとっては非常にありがたいことであり、また検査技師が常駐することで次第に気軽に検査をオーダするようになっていた。

4 月 19 日には、東日本大震災対策委員会の主なメンバーが岩手県に乗り込み、岩手県最大の被災地である陸前高田市内を訪問し、仮設診療所と避難所に併設する救護所を訪問した。その結果、震災以来無休で勤務し疲弊している検査技師の支援の必要性ありと判断し、4 月 27 日からは兵庫県技師会の協力を得て、2 名体制で当地での検査支援が開始された。今回の震災では東北の被災者は我慢強く不平を言わないことが特徴と言われたが、検査技師も同様で「検査支援をお願いしたい」とはなかなか口に出せない状況であったと推測される。「必要がないから検査支援を行わない」は誤った判断であり、検査技師の支援があれば、現場の検査技師も休めるし長期的検査体制に備えられる。また、交通手段がなく仮設診療所に来られない多くの被災者に対する POC 検査機器・試薬を携えての訪問診療なども可能になる。さらに、今回の震災からの復興は年余に及ぶと推定されている。震災後当面は全国各地の DMAT をはじめとする医療チームの支援を受けることは可能であるが、今後の継続的な支援にはやはり地元の大学病院や東北地方の技師会などが中心になった支援体制を構築する必要がある。

今回の震災における医療支援を経験して、まさに医療の原点・検査の原点を垣間見た感がある。また、遮断されて初めて検査においてもライフライン、物流、情報網、人材などの確保の必要性を実感した。検査専門医の立場から、今回の震災における医療支援の問題点を詳細に解析し、近い将来発生が予測される東海地震などにおける検査体制の保持に役立てることが重要と考えられた。