

会報 JAMT

JAPANESE ASSOCIATION OF MEDICAL TECHNOLOGISTS

発行所
 財団法人日本臨床衛生検査技師会
 発行責任者 小崎繁昭
 編集責任者 蒲池正次、小郷正剛、下田勝二、
 山城元俊、及川雅寛、谷口薫、
 高田欽也
 〒143-0016 東京都大田区大森北4丁目10番7号
 TEL (03) 3768-4722 FAX (03) 3768-6722
 ホームページ <http://www.jamt.or.jp>



「安心と希望の医療確保ビジョン」報告

平成 18 年度の医療制度改革以後、医師不足や救急医療に対する不安など医療に関する様々な問題が指摘されてきた。このため、厚生労働省は、将来を見据えた医療のあるべき姿を示すものとして「安心と希望の医療確保ビジョン」の策定に着手し、平成 20 年 6 月 18 日にとりまとめをおこなった。

その報告書の中で以下のように述べられている。

『医療を取り巻く環境が、少子高齢化の進展や医療技術の高度化等により大きく変化している中で、医療サービスの質を向上させるとともに、その量も増やしてほしいという国民の声も強く、また医療従事者の側からも、厳しい勤務環境に関し改善を求める声は高いものがある。国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう、医療従事者を含めた国民の声にきちんと耳を傾け、多様な意見を集約して政策に反映させていくという現場重視の姿勢を貫きながら、次の原則に沿って、これからも引き続き医療制度改革を行っていく。

◇ 政府・厚生労働省の権限を拡大せず、現場・地域のイニシアチブを第一とする。医療現場の医師・看護師等の医療従事者から、自ずから上がってきた多様な意見を集約して政策とするという、現場重視の方針を貫く。

◇ 改革努力を怠らない。

ビジョンを示した後も、無駄を省く努力を怠らない。例えば、規制撤廃により医療費を削減できる場合は、安全性を確保しつつ、積極的に規制撤廃を推進する。

一方、一定の医療資源の中で質の高い医療サービスを今後とも実現していくためには、国民も、地域医療を自ら支え・守るものであると意識を改革し、医療従事者と連携・協働することが重要となっている。とりわけ医師

数については、現状では総数が不足しているという認識の下で対策を行う必要があるが、単に医師数を増やすのみで課題が解決するものではなく、医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんなで医療を支えていく姿勢が求められる。

また基本的な制度設計を担う国と、現場に直接向き合う地方自治体が、各々その責任を的確に果たすという視点が重要である。医療制度改革を進める上では、将来をしっかりと見据えた長期的なビジョンを持ち、現場の声を聞きながら政策の立案や推進を行うことが必要であり、「安心と希望の医療確保ビジョン」を示し改革を進めていく。医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき行われるものであり、治療(「治す」)のみならず、疾病の予防のための措置やリハビリテーションも含め、人々の生活を「支える」かけがえのない営みであるが、ビジョンを示すことで、患者や家族等、あるいは医師をはじめとした医療従事者、また医療従事者になることを志す人々を含めた国民各位が、将来にわたり医療に関する安心と希望を抱くことを期待する。

なお、医療制度と介護制度の役割分担など、必ずしも十分な議論を尽くすことができなかったテーマもあることを付記するとともにこのビジョンで示した施策を実現するため、今後の具体的な取組の中で、無駄を省くための改革努力を引き続き行いながら、必要な財源の確保を図っていくことが必要である。』

とし、その具体的政策の3本柱として

1. 医療従事者の数と役割
2. 地域で支える医療の推進
3. 医療従事者と患者・家族の協働の推進

を挙げている。 ⇒ 4 ページ

- P01: 安心と希望の医療確保ビジョン…報告書
- P02: 標準化事業解説<1>-1
- P03: 同-2. 各種認定試験実施要項
- P04: 安心と希望の医療確保ビジョン…報告書続き
- P05: 具体化に関する検討会中間とりまとめ
- P06: 環境の変化にどう対応するか-1
- P07: 同-2
- P08: お知らせ・情報-1

- P09: 情報-2・診療報酬検査関連疑義解釈
- P10: マタニティフェスタ 2009・JICA ボランティア募集
- P11: ひとくち英会話・第 28 回 IFBLS 学会開催
- P12: 百均の電卓で解ける“統計入門”-1
- P13: 同-2. 紹介「陸軍衛生兵物語」
- P14: チョット気になるキーワード<ケータイソムリエ>
- P15: 臨検小話<医療廃棄物法>・編集室
- P16: 平成 20 年度会員数<9 月 30 日現在>

標準化事業解説 <1>

精度保障事業部

現在、当会が事業展開している<日臨技臨床検査データ標準化事業>について、実施要領をはじめとする概要を数回にわたり連載します。会員の皆さんは「臨床検査の生命線」である精度管理/標準化について把握され、今後の事業展開への支援と日常業務に活かす努力を期待します。

日臨技臨床検査データ標準化事業の実施概要(1)

1. 臨床検査データ標準化事業の目的

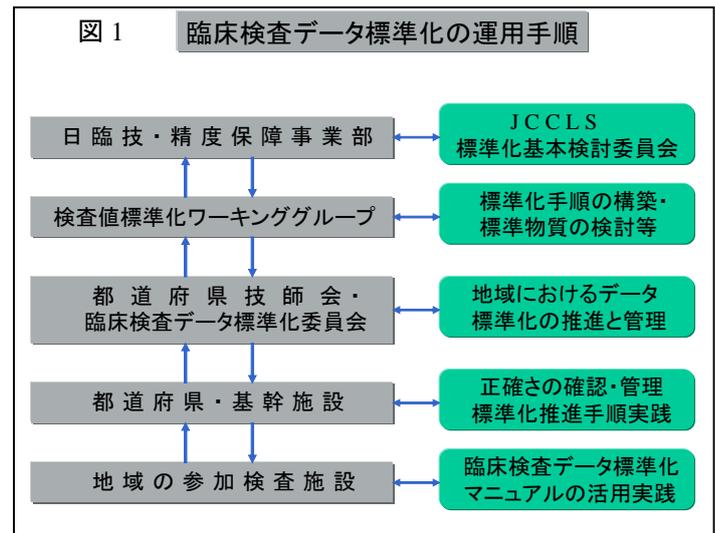
臨床検査データが疾病の診断や予防に活用されるためには、その信頼性が保証されていなければなりません。

しかし、一方で多くの臨床検査精度管理調査結果が示すように、必ずしもすべての検査項目でその信頼性が満足な状態にあるわけではありません。

国民の生活習慣病の減少と予防を目的にメタボリック症候群の概念を導入した特定健診・保健指導プログラムが平成 20 年 4 月に開始され、臨床検査データの標準化は避けて通ることのできない課題となっています。長年にわたるこの難問の解決に向け、社団法人日本臨床衛生検査技師会（日臨技、JAMT）が、国民の疾病予防・健康管理を支える臨床検査データの国家的規模の標準化実現に向けて事業を展開しています。

従来、日臨技と日本臨床検査標準協議会（JCCLS）は共同して、臨床検査が、いつ、どこで実施されようとも、信頼性の高い検査結果が得られるよう、臨床検査の標準化活動を進めてきました。その方法は、地域ごとを単位とする標準化活動をネットワーク化して広域的な標準化を目指す、いわゆるパッチワーク方式です。

平成 19 年度からは、日臨技の主導により、標準化を実現するための基幹施設ネットワークを改めて構築し、血中 33 成分を対象として、全国的な標準化実現のための新たな活動を進めています。具体的には、初年度は全国 43 都道府県の単位技師会の本事業に対する理解と協力を得、地域における標準化活動の中核となる 147 基幹検査室が参加し、日臨技の検査値標準化ワーキンググループ（WG）とともに連携し、臨床検査データの信頼性確保のための活動に取り組みました（図 1）。その内容は、地域の基幹施設を中心に標準物質を活用した全国的な測定値の標準化を進め、またトレーサビリティが確保された適正な値を維持・管理することで、臨床検査データの広域的かつ長期的な信頼性の確保を行うものです。



2. 日臨技臨床検査データ標準化事業の実施概要

臨床検査データ標準化事業は、平成 19 年 4 月開催の全国都道府県代表担当者会議で決定された実施スケジュールに基づき具体的な活動が進められ、多くの会員や参加施設また関係団体のご理解ご協力を得て順調に展開してきた一年間の成果を、平成 20 年 3 月に報告書にまとめ全国都道府県技師会や基幹施設に発送しました。

日常検査データの信頼性を確保するには、全国の臨床検査室において、測定成分ごとのトレーサビリティ連鎖、すなわち標準物質と基準測定操作法から構成される測定体系に対し整合性を確保し、その体系から適切に値が伝達される必要があります。

実際の手順として、基幹検査室では標準物質を用い検査室ごとの正確さを確認し必要に応じて校正します。地域の検査室は、正確さが確認された基幹検査室との間で、マトリックス効果による問題が少ないプール血清や管理血清を介し、測定値の正確さを確認します。標準物質と管理血清を介して標準化された測定値は、一定間隔で実施される地域ごとの施設間精度管理調査を併用し長期的な精度を保証します。

対象項目は、特定健診項目、標準物質が整備されている項目、また測定頻度が多い日常検査項目で、GLU, HbA_{1c}, AST, ALT, GGT, TG, HDL-C, LDL-C, TC, CRE, UN, UA, Na, K, Cl, Ca, ALB, TP, TBIL, DBIL, IP, Fe, CK, ALP, LD, AMY, ChE, CRP, RBC, WBC, Hgb, PLT, MCV の 33 項目です。IgG, IgA, IgM については、標準物質の測定のみ実施しました。

3. 臨床検査データ標準化への基本的手順

都道府県ごとのトレーサビリティ体系を確保する手順は次のステップからなります。

- 1) 参加施設（検査室）では、用いる測定法やキャリブレーションが、標準化対応法またはそれに準じたものであることを確認し、あるいは整備する。
- 2) 都道府県ごとに検査データ標準化委員会および基幹施設を設け、基幹施設の測定値がトレーサブルであることを確認する。具体的には、7 月に標準物質の測定を実施し全国集計する。
- 3) 都道府県ごとに、基幹施設の測定値が日間・月間で安定していることを確認する。具体的には 9 月の 20 日間連続測定の結果をインターネットで収集し集計する。

また、7 月～12 月の月間測定の結果をインターネットで収集し集計する。

7

- 4) 基幹施設と都道府県内の参加施設との間で、プール血清や市販管理物質を独自に用意し、地域内での正確さの伝達と確認を行う。
また、施設間差の状況を、地域内の外部精度評価 (EQA) で把握する。その際、都道府県ごとに実施されている標準化の手順や従来の実績を踏まえ、都道府県でプール血清や管理血清を準備し調査する。それらの集計結果を電子メールにて全国集計する。
- 5) 都道府県内の参加施設は、日常検査の中で独自の管理物質を用いた内部精度管理を実施し、その成績を都道府県データ標準化委員会に提出する。
各都道府県内参加施設の内部精度管理の収集結果を電子メールにて全国集計する。
- 6) 日臨技検査値標準化ワーキンググループは、全国の臨床検査データ標準化の状況を解析しその結果を参加施設に報告する。

4. 日本臨床検査薬協会による製品キャリブレーションの正確さ公開協力

標準的な健診・保健指導プログラムにおいて、健診項目の測定値の標準化として、血液検査については標準物質を用い標準化ができるよう示しています。すなわち、標準物質は測定値の正確さの基準となるもので、基準となる測定法を用い、正確な値が表示されており、この標準物質から試薬キットのキャリブレーションを介して、日常検査測定値に正確さが伝達されます。

また、内部精度管理と外部精度管理を実施し、トレーサビリティも含めた十分な精度管理を定期的に行う必要があります。臨床検査室では、トレーサビリティを確保した測定値を提供するために、適切な測定法とキャリブレーションを用い、測定の不確かさを把握し検査を実施することになりますが、その際に試薬キットのトレーサビリティ体系の確認とキャリブレーションの不確かさ情報が必要となります。

日本臨床検査薬協会に製品キャリブレーションの不確かさ情報をインターネット (www.jacr.or.jp/osirase/uc/index.html) で公開し簡便に得られるよう依頼し、実現に向け迅速な対応を戴きました。臨床検査データ標準化事業に大きく寄与するものです。

5. 本事業の成果の一端とデータ取扱いの原則

平成 19 年度の本事業成果の一端を報告します。全国の基幹施設に 8 種類の標準物質を配布し 26 項目の測定を実施した成績です。標準物質を用い全国 147 基幹施設で正確さをチェックするという本邦では初めて実施されたこの調査は、ほとんどの項目において基幹施設の正確さと施設間差がともに満足な状態にあることが検証できた結果が得られ、今後進展する臨床検査データ標準化の実現の可能性が期待できる成績となりました。

また、本事業で取扱うデータ及び集計結果は、都道府県名や基幹施設名を含んだ状態で参加都道府県代表担当者と基幹施設に報告し、また解析結果を会報・学会・資料等への公表を含め本事業の目的のために使用致します。 この項次号へ続く

各種認定試験実施要項

第2回 「認定心電検査技師」	第3回 「認定一般検査技師」	第2回 「認定臨床染色体遺伝子検査師」
◇ 日時：平成 20 年 12 月 14 日(日)	◇ 日時：平成 20 年 12 月 21 日(日)	◇ 日時：平成 20 年 12 月 21 日(日)
◇ 会場：日本教育会館	◇ 会場：日本臨床検査技師会館	◇ 会場：日本臨床検査技師会館
◇ 受験資格：以下の全てを満たす者	◇ 受験資格：以下の全てを満たす者	◇ 受験資格：以下の全てを満たす者
1) 日本臨床衛生検査技師会の会員で、“日臨技生涯教育研修制度”修了者(平成 7～19 年度に修了証書を受領した者)、又は、受験申請時に平成 20 年度で修了点数を取得している者	1) 日本臨床衛生検査技師会の会員で、“日臨技生涯教育研修制度”修了者(平成 7～19 年度に修了証書を受領した者)、又は、受験申請時に平成 20 年度で修了点数を取得している者	1) 日本臨床衛生検査技師会員の会員で、“日臨技生涯教育研修制度”修了者(平成 7～19 年度に修了証書を受領した者)、又は、受験申請時に平成 20 年度で修了点数を取得している者
2) 日本心電学会会員であること。ただし、受験申請時に日本心電学会への入会も可とする。	2) 一般検査実務歴が通算 3 年以上の者	2) 染色体遺伝子検査実務歴が通算 3 年以上の者
申請締め切り・・・10 月 20 日	申請締め切り・・・11 月 10 日	申請締め切り・・・11 月 10 日

**詳細は、日臨技ホームページ日臨技認定センターの
各種認定技師「認定試験実施要項」をご覧ください**

<http://www.jamt.or.jp/>

「安心と希望の医療確保ビジョン」 <報告書続き>

(1) 医師数の増加

◆ **医師養成数の増加**・・・「医師の需給に関する検討会報告書」(平成 18 年 7 月)では、2004 年の医師数について、医師の勤務時間の現状とあるべき姿とのギャップを「不足医師量」とすると、2004 年においては 9000 人が不足し、将来的には 2022 年に需給が均衡するとされている。一方、医師の需給については、様々な要因が関係しており、医師不足問題に対し主に医学部の定員増で対応した場合、効果が現れるまでに長期間かかるため、同時に短期的な施策の検討も必要である。現状において、医師の勤務状況は過重となっており、適正な勤務状況における必要な医療提供体制を確保するため、総体として医師数を増やす方向とし、同時に医師養成環境の整備を行う。医学部の定員については、平成 9 年 6 月 3 日の閣議決定「財政構造改革の推進について」における、「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」とされていたが、既に、「新医師確保総合対策」(平成 18 年)と「緊急医師確保対策」(平成 19 年)によって医師養成の前倒しという方針の下で最大 395 名の増員が可能となっている。さらに、今回、現下の医師不足の状況にかんがみ、従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。

◆ **コメディカル雇用数の増加**・・・患者・家族にとって最適の医療を効率的に提供する観点から、今後、職種間の役割分担と協働に基づくチーム医療を推進していくことが求められるが、その際には、個々の現場でそうした役割分担を進めるための十分な人員を確保できるよう、看護師をはじめとしたコメディカルの雇用数を増加させる。

◆ **総合的な診療能力を持つ医師の育成**・・・医師の専門分化が進む中、内科、小児科、救急から末期がん、認知症、看取りまで患者の全身の状態を踏まえた診療を行う観点から、総合的に患者を診る能力を有する医師の育成を支援する。

◆ **臨床研修制度の見直し**・・・平成 16 年に必修化された現在の臨床研修制度については、これまでの実施状況を踏まえ、医師不足問題がより深刻な診療科や地域医療への貢献を行う臨床研修病院等を積極的に評価するとともに卒前教育や専門医制度との連携を深める。また、臨床研修病院等における研修の見直しなどを行いつつ、研修医の受入れ数の適正化を図る。

◆ **歯科医師の養成**・・・<略>

(2) 医師の勤務環境の改善

ア **女性医師の離職防止・復職支援**・・・<略>

イ **医師の多様な勤務形態**・・・医師のワーク・ライフ・バランス等に配慮し、特定の医師に過剰な負担を掛けることがないようにする。例えば、公務員である医師を含め、例えば週のうち数日は地方の医療機関で勤務するなど非常勤医師の活用により地域医療を支える多様な勤務形態の導入、コメディカルの活用も含めたチーム医療の徹底、交替勤務制の導入促進などを図る。また、産科医療補償制度の早期実現や、医療事故における死亡の原因究明・再発防止を図る仕組みの構築など医療リスクに対する支援体制の整備を進めることにより、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につなげるとともに、医師等が萎縮することなく医療が行える環境の整備を進めることが重要である。

(3) 診療科のバランスの改善等

医師数の診療科間の適正なバランスを確保するためには、医師総数の増加を前提とする必要がある。その上で、過酷な勤務環境や訴訟リスク等の要因を取り除いていくことが重要である。<中略>また個々の病院において実態に見合った適正な医師数を確保するよう、必要医師数の算定方式の見直しを含め、医療法標準を見直す。

(4) 職種間の協働・チーム医療の充実

職種間での協働とチーム医療の充実を進める際に当たっては、それぞれの職種が、互いに専門性を尊重しつつ、情報の共有を効率的に行うことにより緊密な連携を充実させ協働関係を築くことで、病院勤務医の過重労働の解消を図りながら、全体として患者・家族、医療従事者もともに安全と安心・納得を生み出すという視点が重要である。

ア **医師と看護職との協働の充実**・・・「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成 19 年 12 月 28 日医政局長通知。以下「役割分担通知」という。)で示したように、各職種に認められている業務範囲の下での業務を普及する。また現場の看護師が専門看護師、認定看護師の取得を促進する施策を講じ、その普及・拡大に努める。さらに、医師・看護師がそれぞれの専門性を情報共有や会議等を通じて十分に発揮するとともに、効率的な医療の提供に資するため、チーム医療による協働を進める。その際、これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であることなどから、看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実するとともに、教育の方法や内容、期間について、将来を見渡す観点からの望ましい教育の在り方に関する抜本的な検討を進める。<以下略>

イ **医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実**・・・摂食・嚥下機能等人ノマの生活の基本を支える歯科医療においても、チーム医療の下で、歯科医師や歯科衛生士等歯科医療関係職種と、医師や看護師等との連携を進める。医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。

ウ **医師とコメディカルとの協働の充実**・・・臨床検査技師や臨床工学技士の積極的な活用を図るとともに、医師と作業療法士、理学療法士等のコメディカルとの協働を進めるなど、多職種連携によるチーム医療の普及に努める。

エ **医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク等との協働の充実**・・・患者・家族に最適なサービスを提供する観点から、役割分担通知で示したような物品補充、患者の移動などの看護職と看護補助者の役割分担を進める。また、チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等も含め、看護職と介護職との協働を進める。メディカルクラーク(医師事務作業補助者、医療秘書など)については、書類記載、オーダーリングシステムへの入力などの役割分担を推進するとともに、資質向上の方策について検討する。また、医師等と患者側のコミュニケーションの仲立ちをし、十分な話し合いの機会を確保するといった業務を担う人材の育成が必要である。<以下略>

<了>

この「安心と希望の医療確保ビジョン」報告により、具体化に関する検討会が設けられ「中間とりまとめ」が示された。「中間とりまとめ」序文によると「本検討会は、国民が地域で安心して医療を受けられるよう、医療を守り、質を高めるために必要な具体的な方策について、国民・患者や現場の視点に立って 7 回 16 時間を超える時間にわたり議論を重ねてきた。厚生労働省においては、こうした議論を踏まえて、関係省庁とも協力し、下記の事項及び検討会で出された現場の知恵ともいうべき提案について積極的に取り組むことを要請する。併せて、医療者、特に指導者たる病院長・医学部長等においては、真に国民の信頼を得るため、徹底した情報開示を含めた自浄作用への取り組みが求められる。更に、医療費の対 GDP 比が OECD30 カ国の中でも 21 位と低い水準にあることを踏まえ、より質の高い医療の実現とそれに必要な医療費のあり方について国民的な議論が行われることを期待する。」と述べられている。以下に前文を示す。

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめ 2008.9.22

1. 医師養成数・・・産科や救急などの診療科では勤務医の不足から厳しい状況におかれ、また、地域によってはその他の診療科も含め医師が不足する事態となっている。こうした勤務医等の待遇等の状況を改善するとともに、さらに医療の質を高めるため、医師養成数については増加させるべきである。

◇ 来年度においては、医学部教育・地域医療に支障を来さないよう配慮しつつ、少なくとも過去最大の医学部定員（8,360 人）を上回る程度を目指すべきである。

◇ 我が国の人口 10 万対の医師数は OECD30 カ国中 26 位と低いこと、OECD の平均医師数が我が国のその約 1.5 倍であることも考慮し、医学部教育・地域医療に支障を来さないよう配慮しつつ、将来的には 50% 程度医師養成数を増加させることを目指すべきである。その後医師需要をみながら適切に養成数を調整する必要がある。こうした医師需要を検証する観点から厚生労働省において必要な医師数について推計し直すべきである。その際、少子高齢化の進展や国民の医療に対するニーズや意識が変化していることを踏まえ、あるべき医療の姿もイメージしつつ、高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識の変化、医師の勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方など様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計を行うべきである。

2. 医師の偏在と教育・・・現下の医師不足問題は、診療科の偏在と地域の偏在という「2つの偏在」によって深刻さを増している。国民が地域において確実に必要な医療が受けられるようにするためには、医師の数を増やすだけでなく、こうした偏在の問題に的確に取り組む必要がある。

◇ 診療科の偏在の問題については、特に病院に勤務する医師が減少傾向にある診療科や救急医療においては、時間内でも時間外でも厳しい勤務を求められることが多いことを踏まえて、その働きを評価し、医師が魅力あると思うようなインセンティブを付与することが重要である。外科系の診療科をはじめ医師の技術を適切に評価するため、ドクターフィーについても検討する必要がある。

◇ 地域の偏在の問題については、へき地などで働く医師へのインセンティブの付与、へき地などへ派遣された医師を様々な面でサポートする体制の整備、医学部の定員を増やす場合に地方出身者が地元の医学部に入学しやすくする方策が必要である。また、専門医としての総合医・家庭医の養成とともに、他の専門医が総合医・家庭医となって地域医療を担うようなキャリアパス、再教育のプログラムが必要である。

◇ 当面、上記のインセンティブの一つとして、産科、救急、へき地などで勤務する医師等に対して手当を支給し、その働きを評価すべきである。また、通常の勤務に加え、当直やオンコール対応など厳しい状況に置かれた勤務医の勤務条件を短時間正規雇用などにより改善を図るべきである。

◇ また、2つの偏在の問題に対応し、また、医療の質を高めていくため、現場の意見を十分聴取・検証し、国民・社会特に患者の声を聞きながら、諸外国の例を参考にしつつ、初期臨床研修制度や専門医トレーニング（後期研修制度）のあり方を見直すべきである。

◇ より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について、文部科学省と厚生労働省との合同の検討会を早急に立ち上げ、対策の具体化を図るべきである。

3. コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療・・・よりよい医療を実現するためには、治療にあたるチームを構成する医師のみならず各コメディカルが専門性を発揮していくことが重要である。

◇ コメディカルが専門性をもち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、そうしたことへのインセンティブの付与や支援が必要である。同時に、コメディカルの数を増加させることについて具体的な検討が必要である。

◇ チーム医療を実践することや各職種が専門性を発揮し、患者のためのよりよい医療が行われる体制がとられることを前提にその職種でなくても行いうる業務を他の職種に担わせるスキルミックスを進めるべきである。

◇ 患者の安全性向上のため、4 年制大学への移行も視野に、看護師基礎教育の充実を図るべきである。

◇ 医療者と患者間の真の協働関係を樹立するためには、医療従事者が全体として、患者の立場を十分に配慮するという施設の「文化」を醸成する必要がある。そのためには管理者の姿勢が重要である。諸外国の例を参考にしながら、医療における院内メディエーターの活用も今後の検討課題とすべきである。

4. 地域医療・救急医療体制支援

◇ 地域医療の担い手の一つとして、専門医としての総合医・家庭医のあり方等について検討を進めるべきである。

◇ がんなどの在宅医療や看取りまで行う在宅医療・在宅医の専門性を評価すべきである。訪問看護について、医師の標準的指示書や個別的約束指示の下で看護師の裁量性を認めることや、訪問看護のあり方を検討すべきである。

◇ 地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、診療所医師が病院での診療に携わることを進めるためには、病院における医療に対する診療報酬を、ホスピタルフィーとドクターフィーに区別することを検討する必要がある。 ▶

の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、患者の入退院・転院を円滑に進めるためには、地域の医療機関における電子カルテの情報共有が必要である。また、医療の透明化を図るため患者が無料で明細書（診療内容がわかる領収書）を受け取ることができるようにする必要がある。

- ◇ 救急医療において、患者が適切な医療を受けられるようにするためには、最も重症の者を受け入れる第三次救急の体制を堅固なものとすると同時に、軽症者も含め多くを受け入れている二次救急を支える体制を構築することが重要である。その際、地域医療を現在保っているネットワークを活用するよう、各地域の実情を十分に把握する必要がある。
- ◇ このため、数多く救急患者を受け入れた医療機関・医師を評価すること、地域によっては二次救急が福祉的なニーズを持った患者を相当数受け入れているケースがあることから福祉関係の行政機関をはじめ関係機関が協力して受け止められる体制を構築すること、医師以外にも適切なトリアージができる看護師を養成すること、が必要である。
- ◇ 医療と消防の連携を円滑化し、消防防災ヘリコプターの救急搬送における活用を推進するべきである。

5. 患者・住民の参画

- ◇ 地域の限られた医療資源を活用し、必要な人が必要な医療を受けられるようにするため、かかりつけ医を持つことを呼びかける、病院受診前に自分の状態をチェックするためのフローチャートを作成・配布する、医療に関する住民主催の勉強会を開催する、といった地域住民による主体的な取り組みが行われている。各地のこうした取り組みを支援し、住民とともに地域医療を守ることが重要である。
- ◇ 患者・住民に関わることを決める場合には、患者・住民とともに議論し、考えるという視点が重要である。 <了>

◆厚生労働省による「安心と希望の医療確保ビジョン」さらに「具体化に関する検討会中間とりまとめ」を見てきたが、その提案を受け、文部科学省との合同で医師の卒前・卒後教育を重点とした「臨床研究制度のあり方等に関する検討会」を設置した。これに続き「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医<医師後期研修制度>のあり方に関する研究会」を発足させている。この設置趣旨として『<安心と希望の医療確保ビジョン>具体化に関する検討会において、国民に質の高い医療を提供するために必要な我が国の土壌にあった医師の後期研修のあり方について検討すべきとされたことを受けて、医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期研修制度）のあり方について検討を行い、地域医療を担う家庭医・総合医を含めた専門医の指導、教育研修のプログラム等について、総合病院、大学病院、専門病院、診療所など様々な立場の医療者の協力を得て、幅広く調査検討を行う。』としている。日本学術会議の要望書「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」で、専門医制度を包括する質の保証を行う認証組織を設置すべきとしている。すでに、日本医師会では総合診療医認定制度を平成 22 年 4 月までに開始すると発表、日本医師会内部に認定機構設置の準備に着手した。この厚生労働省の研究会のメンバーは、大学病院をはじめとする医療機関の医師で構成されており、医師研修制度のためとはいえ偏りを懸念する向きもあり、第三者機関の設置、あるいは国費の投入といった意見も出されている。

環境の変化にどう対応するか！

◆中間とりまとめでは“コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療”ものべられており、良質な医療の実現にはチームを構成する医師に加え、コメディカルが専門性を発揮していくことが重要としている。更に、コメディカルの数を増加させることについて具体的な検討についても言及している。また、チーム医療の実践や各職種における専門性の発揮、<患者のためのよりよい医療が行われる体制がとられることを前提に>その職種以外で行いうる業務を他の職種に担わせるスキルミックスを進めるべきとも言う。最後には、「医療者・患者間の協働関係の樹立には、医療従事者が全体として、患者の立場を十分に配慮するという施設の“文化”を醸成する必要がある。」として、「そのためには管理者の姿勢が重要である。」と結んでいる。

◆一方、厚生労働省は平成 19 年 4 月に「**全国医療費適正化計画(案)ー平成 19 年 4 月ー**」を公表した。その位置づけとして「我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた、しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けるためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しながらも、国民の健康の保持、医療の効率的な提供に向け、それぞれ政策目標を設定し、これらの目標の達成を通じて、結果として将来的な医療費の伸びの抑制が図られることを目指すものである。このための仕組みとして、平成 18 年の医療制度改革において、医療費適正化を推進するための計画に関する制度が創設された。」としている。

更にその基本理念には「(1) 国民の生活の・維持及び向上を図るものであること—医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の住民の健康と医療の在り方を展望し、住民の生活の質を確保・向上する形で医療そのものの効率化を目指すものでなければならない。(2) 超高齢社会の到来に対応するものであること—現在は約 1,300 万人と推計される 75 歳以上の人口は、平成 37 年には約 2,200 万人に近づくことと推計されており、これに伴って国民医療費の約三分の一を占める老人医療費が国民医療費の半分弱を占めるまでになると予想される。これを踏まえ、医療費適正化のための具体的な取組は、結果として老人医療費の伸び率を中長期にわたって徐々に下げていくものでなければならない。」と示されている。

◆日臨技では、この計画を重く受け止めるとともに、臨床検査を業とする臨床検査技師としての職能団体の立場から臨床検査データの質の担保並びに臨床検査技師の質的(人的)向上等を目標として、臨床検査精度管理調査並びにデータ標準化事業、認定技師制度を含む総合的生涯教育研修事業を行っており、すでに一定の成果があがりつつある。

また、現在、所謂「郵送検診」が普及しつつあり、国民の目線から考えた場合「いつでも、どこでも、健康診断」は理想ともいえる。しかし、一般人（医療知識の少ない）が医療の自己管理（自己検査・自己診断）を行った場合、結果的にはこの計画に逆行する事例の出現を否定することは難しく、医療の質の担保と国民の健康福祉を守るには憂慮すべきことである。ただし、郵送検診そのものを否定するものではなく、良質のものであればむしろ推奨出来ることである。このため、平成 20 年度臨床検査精度管理調査において、郵送検診事業者をも対象とした事業展開を開始したが、検査データの質を担保するための制度の早期構築を望むものである。しかし、このような一連の事業は“国民の健康福祉を守り、良質な医療を提供するため公益事業”として位置づけてはいるが国民の目線では“…臨床検査の責任として…”という言わば“内向きの大儀”でしかない。 7

◆ 6 月 21 日に開催された厚生労働省の「薬剤師需給の将来動向に関する検討会」においては、薬剤師の職能拡大へと論議が展開された。医師不足、看護師不足という状況にあって、医療の担い手として参加している薬剤師の権限の拡大は、このような状況の緩和となる。座薬の投与や軟膏の塗布などは、薬剤師でも出来る。限られた薬剤の処方も条件つきで出来る可能性もあるというものであった。更に、医療人としての薬剤師を考えると、患者と接する機会がほとんど無い。薬剤師は採血が出来る、血圧のチェックが出来るということで、聴診器を持ち病棟を回れば医療人としての心構えが違ったものとなるという意見もあった。また、現在は認められていない医療行為の一部を研修し、新しい認定薬剤師制度を構築してセレクトした薬剤師を作る。これにより地位向上、職域拡大にも繋がるという提案もなされている。

◆ 民主党厚生労働部会議－医療提供体制・医療の質分科会は、臨床検査技師に視力測定の見眼資格、一部患者の吸痰を、看護師には処方箋の交付やワクチン接種、介護福祉士には胃ろう注入を提案している。その理由としては、病院勤務医の過重労働対策、規制緩和の観点から業務範囲を広げるとしている。薬剤師は 06 年度から 6 年制となり高度な臨床経験を積めるようになることや、他の職種も業務の高度化が見られることを挙げている。

◆ 更に、厚生労働省では、診療報酬改定により「医師事務作業補助体制加算」を認めた。この医師事務作業補助体制加算は、医師の労働軽減を図るもので、現在のところは、急性期医療をともなう病院(特定機能病院を除く。)を限定して行うものである。

その基準の中で、基準(4)として医師事務作業の業務を管理・改善するための責任者を置くこと…同じ(5)として6ヶ月間の研修を義務付けている。その研修内容は、◇医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要、◇個人情報保護に関する事項、◇当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等、◇診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力、◇電子カルテシステム(オーダーリングシステムを含む。)となっている。

この医師事務作業補助に関しては、前述の「安心と希望の医療確保ビジョン」にも盛り込まれていることであり、本来検査技師は広く医療全般についての知識はコメディカルの中でも優れているはずである。検査技師が提唱してきたチーム医療の観点からも、また従来「医行為」とされていた事項も含まれると考えられることなどを考慮すると、検査技師にも対応を迫られる可能性を持つと考えられる。

医療人としての教育・・・

◆ このように、臨床検査を担う立場から考えてきたが、更に、医療に携わるもの(医療人)として、最も重要であり、最も基本的な「教育」を考えなければならない。

医療費適正化計画においても、「3 目標を達成するために国が取り組むべき施策 (1) 国民の健康の保持の増進に関する施策 ① ア 保健事業の人材養成 医療保険者が特定健康診査等計画を策定し、同計画に基づく着実な保健事業の展開を支援するため、各医療保険者における保健事業の企画立案、実施及び実施後評価を行える人材の養成を支援する。特に保健指導の実施者の質的及び量的な確保が重要であり、保健指導の実施に携わる医師、保健師及び管理栄養士等に対する実践的な特定保健指導のプログラムの習得のための研修を支援する。」と示されている。

ここに示される「保健指導」については、臨床検査技師によることは不可能である。それは「保健指導」に不可欠な教育課程の内容と考えられる。これは、臨床検査技師のみならず、医師をはじめとする看護師、薬剤師、その他、コメディカル職種の全般に言えることである。

◆ 日臨技では、臨床検査技師としての知識・技術の向上を目指し総合生涯教育研修制度を立ち上げ実施している。この制度には、所謂「臨床検査技師認定制度」を含むものであるが、これは、臨床検査技師として担保すべき「臨床検査技術認定」である。一定の教育を受けて国家資格を得た臨床検査技師といえども、卒後間もない者に良質な検査技術の担保は難しく、その技術向上を目指すものがこの「認定制度」といえる。

◆ 臨床検査技師のみならず、医療に携わる業種は国家資格による免許を基に業務をおこなっているが、コメディカル職種における国家資格は「技術」を重視したものであり、総合的な「医療」の国家資格ではない。更に、臨床検査国家試験は厚生労働省を所管とする教育施設と文部科学省を所管とする教育施設が混在しており、特に、理科大学卒業者は臨床検査技師の国家試験受験資格が与えられる。このような制度も疑問点の一つと考えられる。

医療(人)としての抜本的な教育制度・・・

◆ 国民(人)の命を預かる者(人)としての「医療」の枠を超えた「人」としての教育をはじめ、数年間医療領域の総合的教育(基礎教育)を行い、一定のレベルに達した者のみを専門課程に進ませるのが望ましいと考える。具体的には、基礎教育の段階を経た専門課程に進む時点ではじめて「医師」「看護師」「薬剤師」「臨床検査技師」等を選択させることにより、医療の現場での職種による知識・技術の格差を防ぐことが、「チーム医療」の本質の実現を可能とすることに繋がることと考える。

そのためには、医療法をはじめ医師法など関係する法整備も必要となる。現在は各職種を規制する法律は職種ごとに整備されているが、「医療」という枠組みでの共通なもの(例えば「医療(人)法」、「コメディカル法」)を整備するのも一案である。

◆ 「国民へ良質な医療を提供するための適正効率化」を考察したが、現在あらゆるものが、所謂、「たてわり」あるいは「パッチワーク方式」により構成されているが、これもまた、「国民へ良質な医療提供」という命題を考えると、その前に横たわる大きな障害とも言えるだろう。

◆ 周囲は急速に動いている。前述の精度管理事業や標準化事業も「臨床検査を担う者としての責任であり、敢えて“公益事業”と位置づけるのは疑問がある。」との意見も聞かれる。周囲のうねりに加え“内向きの大儀”はもはや通用しなくなると考えざるを得ない。このような環境の変化にどのように対応するかが大きな課題となる。

◆ 臨床検査技師は、業務から見ても基礎教育の面からも、臨床に関する知識や診療報酬などを含む事務職からみてもコメディカルの中でも最も臨床に近い職種といえる。この特性を活かし、臨床検査技師自らが“枠”をとりはずし、声を上げる勇気を持つことが「安心と希望の医療確保ビジョン」に近づく道である。それには、臨床検査技師として“心”を一つにした組織の一体化と抜本的改革に向かう手腕が試される時期といえる。 臨床検査のプロとして…臨床検査の牽引車として… <了>

お知らせ

環境問題対策研修会<医療安全・感染症 等> 延期!

会報 JAMT 9 月号にて、来る 11 月 9 日(日)に「臨床検査を取り巻く環境問題」の総合的研修会を開催する予告をしましたが、ご承知のとおり現時点では 11 月初旬<2 日あるいは 9 日>には「衆議院議員選挙」の可能性を否定出来ません。今回企画されている環境問題対策研修会は、これからの技師会と検査技師にとって重要なテーマであり、一人でも多くの受講を望むものであります。このような時期に因らずも可能性とはいえ選挙と重なることは非常に遺憾であります。そのリスクを除くことが最良と判断されます。

会員諸氏には再三の変更にてご迷惑をおかけしますが、ご理解をお願いします。なお、詳細が決定しだい、会報あるいはホームページにてお知らせいたします。

臨床検査技師制度改革議員懇話会<公明党> 9月26日開催

公明党の臨床検査技師制度改革議員懇話会(会長: 榊屋敬悟氏)が9月26日開かれた。この懇話会には、日本臨床検査技師連盟(会長: 小崎繁昭氏)として2009年度予算編成に関する要望を提出したことによるヒアリングが中心となった。現在、当会が推進している“臨床検査データ標準化事業”は、国民の医療を守る観点からの公益事業と位置づけているが、この一大プロジェクトは国家的事業とすべきであることを強調した。会議の中では、精度管理事業についても論議され、前向きな意見が多く理解が得られた。事業の成功が望まれる。

POCT ガイドライン<第2版>作成

自動化学会では POCT ガイドライン第2版を発行した。このガイドラインによると「被検者の傍らで医療従事者がおこなう検査」としている。また、この機器が示す結果の“正しい解釈”は臨床検査医や臨床検査技師など<検査のプロ>が提供すべき情報と位置づけている。一方、POCT コーディネーターのかかわりについては、患者や家族への機器の使用における指導やメンテナンスなどの対応もすべきとしている。更にこれらコーディネーターとなる臨床検査関係者による薬剤師教育にもふれている。

日医 総合診療医認定機構を設置 2022 年開始

日本医師会は、学術推進会議と生涯教育推進委員会との連携により、認定制度を含むシステムやカリキュラムの総合的検討を進めてきた。この秋には完成させ、認定制度を 2022 年 4 月までに開始するとしている。これは、地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師を認定するもので、日臨技が予定している「認定総合監理検査技師制度」に匹敵するものである。厚生労働省では、医師不足のための臨床研修制度の見直しにも着手しており、コメディカルを含む教育の再構築が望まれる。

平成 19 年 度臨床検査技師平均年収

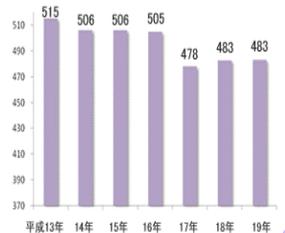
平均年収: 483.3 万円 平均年齢: 38.2 歳

過去 7 年間の平均年収推移

厚生労働省「賃金構造基本統計調査」より

注意: なお、この調査は抽出調査となっています。

http://nensyu-labo.com/sikaku_rinsyou_kensa.htm



10月の花 りんどう

“良薬口に苦し”で、根が苦く、竜の胆汁にたとえて“竜胆”と書きます。根は苦味健胃剤として重宝されます。

花言葉:

あなたの哀しみに寄りそう

施設基準等の届け出・指導監査業務 移管

施設基準等の届け出・指導監査業務が社会保険庁の組織変更に伴い、十月一日より地方厚生局(厚生労働省地方部局)へ移管されました。業務は、施設基準等の届け出関係業務をはじめ保険医療機関の指定、保険医の登用、保険医療機関への指導・監査、などである。

厚生労働省は、現在すでに届出が行われている診療報酬施設基準などは再提出の必要はなしとし、指導・監督に関する要綱は、移管に伴う技術的な改正にとどめるとしている。

この改正に伴い、地方厚生局単位に地方社会保険医療協議会総会が設置され、その中で協議されることとなる。それにより各県には協議会部会が設置される。保険医療機関指定に係わる審議は部会が行い、取り消しについては地方医療協議会総会で行うことになる。

地方厚生局は、北海道(札幌市)、東北(仙台市)、関東信越(さいたま市)、東海北陸(名古屋)、近畿(大阪市)、中国四国(広島市)、四国(支局)(高松市)、九州(福岡市)の八局となる。

臨床研究に関する倫理指針改定

2003年に制定された「臨床研究に関する倫理指針」が厚生科学審議会専門委員会の見直しにより改定され、来年4月1日より施行される。この度の改定では、臨床研究のための倫理性確保のため研究者や研究機関長の責務が厳格に明記されている。また、医薬品・医療機器などの侵襲性を有する研究責任者は一般に登録内容が公開されている臨床研究登録データベースに登録するなどの透明性が求められる

「政管健保」が「協会けんぽ」に変わります

社会保険庁が保険者として運営していた「政管健保」が10月1日より全国健康保険協会が運営しています。このため、保険料や医療費が各都道府県により差が出ることは必須であるが、医療費の適正化の推進を課題として検討されてきた結果、平成20年事業計画・予算によると、2011年よりレセプトの原則オンライン化の点検体制の検討が挙げられている。

都道府県別診療報酬が可能? この検討が終了した後、2013年以降では、実績評価により各県毎に特別措置の承認が可能になり、県別の診療報酬設定も可能になる仕組みとなっている。

10 月 1 日厚生労働省から以下の通知が発出されました。＜関係資料 8 ページ＞

「平成 20 年 10 月 1 日以降の診療報酬の施設基準に係わる届出等の取り扱いについて」

＜<http://www.haisin.mhlw.go.jp/mhlw/C/?c=131635>＞

「平成 20 年度診療報酬に係わる通知等について」

＜<http://www.haisin.mhlw.go.jp/mhlw/C/?c=131631>＞

これは、地方社会保険事務局に対して行っていた届出が、平成 20 年 10 月 1 日より地方厚生(支)局長に対しておこなうことになったものである。移管にともなう、事務的な変更には止めておき、検体検査管理加算や輸血管管理料に関する届出の書式に変更はない。

診療報酬・検査関連疑義解釈

厚生労働省

- ◆ 「D239-3」神経学的検査について、例えば、意識障害のため検査不能な項目があった場合、検査が出来なかった理由(「意識障害のため測定不能」など)を記載すればよいか。
⇒ (答)その通り。
- ◆ 検体検査管理加算について、微生物学的検査が常時実施できることとあるが、どのような検査ができればよいか。
⇒ (答)「排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査」の「その他のもの」が常時実施できることが必要であり、具体的にはグラム染色等である。
- ◆ 区分番号「D012」感染症免疫学的検査の31「白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原」については、免疫染色法により、骨髄移植後、臓器移植後、臍帯血移植後若しくは同種末梢血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者に対して行った場合にのみ算定できるとされているが、悪性腫瘍の患者など、高度免疫不全であることが明らかな患者も算定できるのか。
⇒ (答)算定できる。ただし、骨髄移植後、臓器移植後、臍帯血移植後若しくは同種末梢血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者以外の患者について算定する場合には、高度免疫不全患者であり、当該検査が必要であった理由について、白血球数などの検査結果を用いて診療録に記載すること。また、診療報酬明細書の摘要欄にも同様の記載を行うこと。
- ◆ 検査の通則10に「定性又は定量の明示がない検査については、定量検査を行った場合にのみ当該検査の所定点数を算定する。」と規定されているが、区分番号「D007」心筋トロポニンTの定性検査を行った場合には算定可能か。
⇒ (答)算定可能。
- ◆ 外来迅速検体検査加算は別表の検査の中で一つでも検査実施目に情報提供を行わないものがあつた場合には算定はできないのか。
⇒ (答)その通り。
- ◆ 甲状腺自己抗体検査は、サイログロブリン抗体の検出及びマイクロゾーム抗体の検出を含むとあるが、これらをそれぞれ行った場合は、別々に算定可能か。
⇒ (答)算定可能。
- ◆ 区分番号「D239-3」神経学的検査の所定の研修とはどのような研修か。
⇒ (答)日本神経学会又は日本脳神経外科学会が主催する研修であつて、神経学的検査を実施する上で必要な内容を含む研修。なお、日本脳神経外科学会の専門医試験における研修についても含むものとする。
- ◆ 在宅療養指導管理材料加算は要件を満たせば、別に算定できるとなつたが、インスリン投与中ではない患者に対しても、血糖自己測定器加算等は算定できるか。
⇒ (答)できない。
- ◆ グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定の対象となるウイルスのうち、ヘルペスウイルスにはどのようなウイルスが含まれるか。
⇒ (答)水痘・帯状疱疹ウイルス、単純ヘルペスウイルス1型、単純ヘルペスウイルス2型が含まれる。
- ◆ リンパ球幼若化検査について、薬疹について実施する場合とはいかなる場合か。
⇒ (答)リンパ球幼若化検査を薬疹の原因と考えられる非疑医薬品を用いて実施した場合のことをいう。
- ◆ 検体検査管理加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている医療機関が、外来にて検体検査管理加算(Ⅰ)を算定する場合、検体検査管理加算(Ⅰ)を届出るのは必要があるのか。
⇒ (答)必要ない。
- ◆ D215超音波検査の注1及び注2の加算の対象となる「断層撮影法」とは、「3 UCG断層撮影法及びMモード法による検査」の断層撮影法も含むのか。
⇒ (答)含まない。「2断層撮影法」のみである。
- ◆ 神経学的検査において、神経学的検査チャートの検査項目を満たすために、眼振や眼底等を検査した場合、別にD250平衡機能検査やD255精密眼底検査を算定できるか。
⇒ (答)神経学的検査と一連のものとして実施された検査については、別に算定できない。



2009 3/7(土) 10:00~17:30 8(日) 10:00~17:00
 2009 4/25(土) 10:00~17:30 26(日) 10:00~17:00
 2009 5/9(土) 10:00~17:30 10(日) 10:00~17:30

日臨技の参画が決定!

今年で5回目となる「マタニティ&ベビーフェスタ」の「3D 超音波体験コーナー」に公益事業の一環として日臨技が参画することになりました。このフェスタは、日本最大級の体験型イベントです。昨年までは東京1会場で2万人が参加しました。今年度は、東京に福岡と仙台会場が加わり3回開催されます。

日ごろ、超音波検査をおこなっている技師の皆さんに協力いただくことになります。詳細が決定しだいお知らせいたします。

26,000人のママ・パパ・ベビーが集まる

日本最大級の体験型情報発信イベント!

あのマタニティ&ベビーフェスタがまたやって来る!!
 2009年は福岡・仙台・東京の3ヶ所で開催!

ただいま参加申込受付中!!

ケータイからお申し込みの方は
 最新DVDを抽選でプレゼント!

申込方法



ケータイでQRコードを読み取るか
 festa3@mb2009.mjmk.jpに空メールを送ってください。
 もしくは携帯サイトにアクセス <http://mb2009.mjmk.jp/>



日本マタニティビクス協会のホームページをごらん下さい。 <http://www.mb-kyokai.com/mbf2009/>

青年海外協力隊 ・ シニア海外ボランティア 募集中

- ◇ (独) 国際協力機構<JICA>では、青年海外協力隊・シニア海外ボランティアを募集しております。
- ◇ 募集期間は、10月1日から11月10日となっております。詳細は JICA ホームページをご覧ください。
- ◇ ホームページ: <http://www.jica.go.jp/>
- ◇ 問い合わせ先: JICA ボランティア募集選考窓口
 〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-2-24 JICA 地球ひろば内
 TEL: 03-3406-9900 FAX: 03-3406-9160

募集中!

◆ 保健医療 <シニア海外ボランティア>

- ラオス 保健省国立マホソット病院、新規<派遣2年>、実務経験15年以上、英語必須
 臨床検査の精度向上を目指し、正確な検査結果を得るための検査方法を指導。各検査ユニットを巡回し、問題点の洗い出しや標準検査手順書の改訂を支援する。
- ミクロネシア コスラエ保健サービス局コスラエ州立病院、新規<派遣2年>、実務経験5年以上、英語必須
 スタッフに対し細菌検査と交差適合試験について指導し、病院の医療サービスや診断能力の質を向上させる。
 検体検査の適切な検査について指導し、検査結果の信頼性を向上させる。

◆ 臨床検査技師 <青年海外協力隊>

- パラオ 保健省パラオ国立病院 交替<派遣2年>、実務経験5年以上の臨床検査技師。
 検査業務を実施しながら、正式な教育・訓練を受けていない検査技師に対する業務上の支援を行う。
- ボツワナ 保健省国立中央検査研究所 交替<派遣2年>、大卒(保健医療)実務経験5年以上の臨床検査技師・細胞検査士。
 病理検査室において、免疫組織化学染色による検査手法の指導を行う。組織病理診断や細胞塗抹標本のためのパパニコロ染色とスクリーニングなどの作業をサポートする。標本作製の質の向上に貢献。
- ケニア 医療サービス省ケニア中央研究所微生物研究センター 新規<派遣2年>、実務経験5年以上の臨床検査技師。
 長崎大学熱帯医学研究所と連携し、振興・再興感染症の研究をおこなう拠点設置に取り組む。現地臨床検査技師と協力し、P2及びP3ラボを中心にBSL3レベルの病原体も含め、安全かつ効率的な検査業務実施に向けて指導と協力を行う。

※ 上記以外にも「追加要請」が逐次 JICA ホームページに公開されますのでご覧ください。

《 Tympanometry 》

- ❖ Now we are getting ready to check up tympanic movement. Please, sit down here.
→ これから、鼓膜の動きをみる検査をします。この椅子にお座りください。
- ❖ Stuff an earplug on the side to be examined, please.
→ 検査をする耳に耳栓をします。
- ❖ Air will be put in with high pressure then gradually released.
→ 空気で圧を加えてから空気を抜いていきます。
- ❖ The hearing device will be set up on the contra-lateral ear.
→ 反対の耳にはヘッドホンを付けます。
- ❖ While examining them, please refrain from swallowing down saliva or giving a yawn.
→ 検査中につばを飲み込んだり、あくびをしたりしないでください。
- ❖ Let us begin with the right(left) side.
→ まず、右耳(左耳)から始めます。
- ❖ Let us move on the other side.
→ 反対側の耳を検査しましょう。
- ❖ I am going to do a carotid Doppler.
→ 頸動脈のドップラー検査をします。
- ❖ It will show us if there is any blockage in your arteries.
→ この検査は動脈につまっているところがないかどうかを調べることができます。

《 Taking Vital signs 》

- ❖ I would like to check your blood pressure.
→ 血圧を測ります。
- ❖ Please roll up your sleeve.
→ 袖をまくってください。
- ❖ Please take an axillary temperature.
→ 脇の下で体温を測ってください。
- ❖ Let me hold your wrist and count your pulse.
→ 手首で脈を測ります。

❖ひとくち英会話は、会員の皆様からの要望を参考にしております。お便りお待ちしております

【小松京子】

第 28 回 IFBLS 学会... インドにて開催!

IFBLS 理事報告

8月24日にインド・ニューデリーにて IFBLS 2008 World Congress of Biomedical Laboratory Science が予定通り開催された。今回のトピックスは、日本臨床衛生検査技師会 (JAMT) 前会長であった岩田進氏が、長年の国際貢献が世界で評価され、Past President Award を受賞したことである。

今回日本人の一般演題の参加者は少なく、ポスター4題、講演3題であった。学会のプログラム中で最も活気があったのは、student forum であり、インドの学生達の明るい姿が印象的であった。

日本の東広社がスポンサーを引き受けているポスター賞は、今回も残念ながら日本からは選出されなかった。受賞者には東広社に代わり、JAMT の小崎会長より賞状と副賞が授与された。

最終日に 2008 年～2010 年の新役員選挙が行われ、小松理事が再選を果たした。評議員 5 名のうち、アジアから 4 名が選出されるという結果を見ても、IFBLS におけるアジアの果たすべく役割は更に大きなものとなる。

President : Gry Andersen (Norway)、Past President : Lena Morgan (Sweden)、President Elect : Vincent Gallicchio (USA)、Council members : Kyoko Komatsu (Japan)、Tom Srowe (Canada)、Manindra Chaudhuri (India)、Eddy Han San Ang (Singapore)、Chuan-Liang Kao (Taiwan)

学会に引き続き新役員での会議が開かれた。

委員会は、Management Committee, Biomedical Laboratory Science Committee, Information Committee に分けられ、さらに小委員会が設けられ、小松理事は Biomedical Laboratory Science Committee に所属し、Expert Group の chair を担当することとなった。



【小松】

**次回の第 29 回 IFBLS World Congress は、
2010 年 6 月にケニア・ナイロビで開催予定である。**

百均の電卓で解ける 統計入門

数学的な厳密さよりも直感的に理解することに
重点を置いています・・・

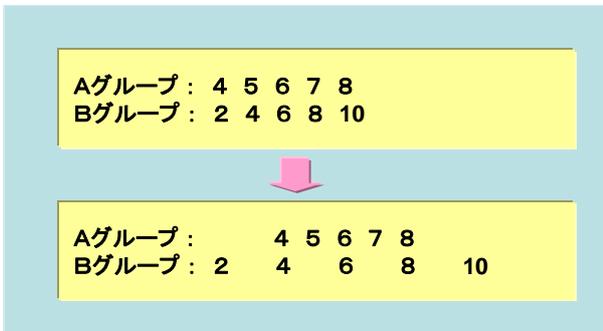
散らばり? - I -

前回までに、データが数値的に広がって存在していて、その広がりの中から「全データを代表する数値」として**平均値**のお話をしてきました。

データたちは、平均値の周辺にどのように分布しているかを見るのが**ヒストグラム**でしたね。

しかし、平均値やヒストグラムでは、データがどのくらい広がっているのか、あるいは散らばっているのかはわからないのです。

で、そのデータたちが、どのくらい広がっているのか、ばらついているのかを考えていきましょう。



(1) 平均値からの距離?

皆さん、第 1 回で「図の 2 つのグループを比べると、どちらがどのくらいバラツキが大きいと思いますか? 並べ変えると・・・多くの方が『BはAより 2 倍ぐらいばらついているかなあ』と感じるのではないのでしょうか。」というお話をしたことを覚えていますか?

これを例題に考えていきましょう。

前号までに平均値の求め方はやりましたので、2 つのグループはともに平均値が「6」であることはすぐに理解できると思っています。

では、各データが平均値からどのくらい大きいのか、あるいは小さいかを見てみましょう。

A グループ	-2	-1	0	1	2
--------	----	----	---	---	---

B グループ	-4	-2	0	2	4
--------	----	----	---	---	---

$$A \text{ グループ} : \{(-2)+(-1)+(0)+(1)+(2)\} \div 5 = 0 \div 5 = 0$$

$$B \text{ グループ} : \{(-4)+(-2)+(0)+(2)+(4)\} \div 5 = 0 \div 5 = 0$$

このように、平均値より大きいときはプラス、小さいときはマイナスで表した数値を統計学では『**偏差(deviation)**』と呼びます。私たちが知りたいのは、この 5 つの偏差を 1 つの数字で代表させたものですね。しかし、単純に算術平均(足して個数で割ったもの)を求めると・・・

実は、どんなデータに関しても、単純に偏差の算術平均をとると「0」になってしまうのです。ここでは、その証明は割愛しますが、算術平均を使う方法がうまくいかないことは、直感的にわかってもらえると思います。

では、どうしたらよいのでしょうか?

(2) 符号をなくす?

こういった、不具合が起こる原因が符号であることに気付きましたか? 平均値より大きいときはプラス、小さいときはマイナスで表した数値をそのまま使ったので打ち消し合いが起きてしまったのです。

そこで、マイナス側の偏差とプラス側の偏差を同等に扱うためには、絶対値にするかわりに二乗するのです。つまり、偏差の二乗和の平均をとるわけです。

$$A \text{ グループ二乗和の平均} = \frac{(-2)^2 + (-1)^2 + (0)^2 + (1)^2 + (2)^2}{5} = 2$$

$$B \text{ グループ二乗和の平均} = \frac{(-4)^2 + (-2)^2 + (0)^2 + (2)^2 + (4)^2}{5} = \frac{40}{5}$$

ここで出てきた数値量を『**分散(variance)**』と呼びます。

ただ・・・これでは、ここの偏差より大きな数字となってしまう、「全データを代表する数値」とは言いにくいですね。

また、この例では単位がありませんが、m とか、分であったら、単位も二乗になってしまいます。cm であったら、面積になってしまいますね。

そこで、第 2 回で述べた「**二乗平均**」を思い出してください。それぞれの差を二乗して足し、個数で割り、さらにルートする方法です。



$$A \text{ グループ二乗平均} = \sqrt{\frac{(-2)^2 + (-1)^2 + (0)^2 + (1)^2 + (2)^2}{5}} = \sqrt{2}$$

$$B \text{ グループ二乗平均} = \sqrt{\frac{(-4)^2 + (-2)^2 + (0)^2 + (2)^2 + (4)^2}{5}} = \sqrt{\frac{40}{5}}$$

この統計量を「**標準偏差(Standard Deviation)**」と呼びます。この英語の頭文字を取って、「**S.D.**」と略されるのです。

この項 ⇒

【一口メモ】

標本数 n で割る代わりに自由度 $n-1$ で割って、『不偏分散(unbiased variance)』という値にすると、標本データから母集団の分散を推定するのに使えます。よく、医療統計で用いられていますね。

$$V = \sigma^2 = \frac{\text{データの偏差平方和}}{\text{データ数}-1} = \frac{(X_1 - \bar{X})^2 + (X_2 - \bar{X})^2 + \dots + (X_N - \bar{X})^2}{N-1}$$

これをルートすると、S.D.になります。

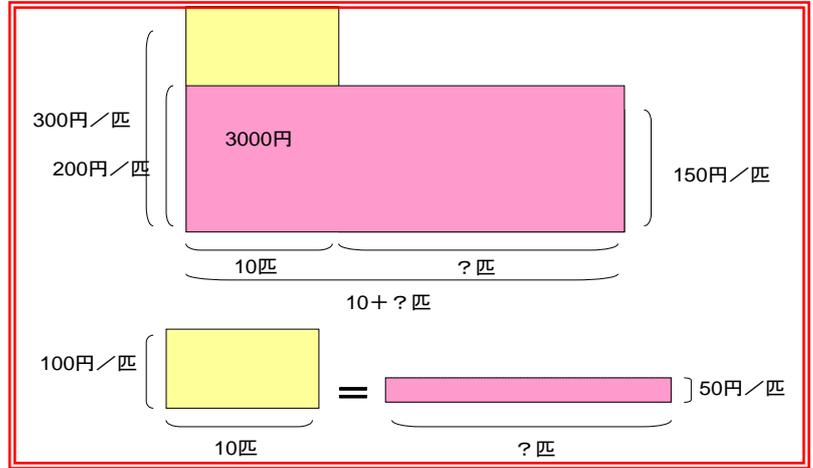
【町田】

この項次号へ

◀前号の問題は出来ましたか？

答えは、30匹です。

考え方は図のとおりです。▶



この本は、

七つ森書館 から発売されています。

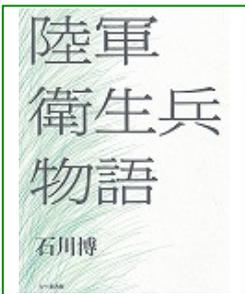
Tel: 03-3818-9311,

Fax: 03-3818-9312

Email: nanatsumori_mail@pen.co.jp



「石川さんですね?…私、麗子よ」 今、甦る「失われた青春の一頁」!



『第1章 青春 失われた青春のひとつま…私は帯広市西二条に九階建ての内科脳外科を標榜する帯広第一病院の検査技師長であった。こうして病院の検査業務に従事していたのも、軍隊で衛生兵としての勉強が役立っているからである。…終戦の翌年、中国南部から帰還し、北海道農業協同組合連合会帯広厚生病院で二十八年間勤務し、満五十五歳でこの年の十一月定年となり…』

氏は、定年後すぐに、第一病院で働くこととなった。

『私も定年者と言われぬよう、今日も仕事を始めていた。すると問もなく電話が鳴り、看護婦詰め所からの連絡と思い、分析中の手を休めて受話器を取った。その耳元に甘い優しい声が聞えてきた。

“石川さんですね?…私、麗子よ” …遠い思い出の音が囁きかけてきた。』

頭をよぎるあの想い出…出征の日、雪が残る3月の帯広駅…『…駅の入り口を振り向くと、いつの間に来たのだろうか、赤いコートに身を包んだ麗ちゃんが立っていた…』

“忘れるものか…” この”陸軍衛生兵物語”の筆者、石川 博氏が捧げた<失われた青春のひとつま>である。

石川氏は、大正8年北海道標茶町に生まれ昭和15年に召集され、衛生兵としてその身を国に捧げた一人である。活躍の場は、台湾、中国広東省、仏領インドシナにまでおよんだ。その後、潮州に療養所を開設するにあたり、最前線におもむきマラリア患者やコレラ患者をはじめ負傷者の看護に費やした。昭和20年8月15日、支那大陸広東省地区の海岸線にアメリカ軍を迎え撃つべく渡された1本の槍を手に終結した…とある。

「衛生兵」は検査技師の前身であり、はじめは「看護兵」とされていた身分である。

「 醫第二九五號 看護兵教程別冊ノ通検定ス、大正四年醫第一五二號及大正十三年醫第五四號ハ之ヲ廃止ス、昭和三年十二月十二日 陸軍省醫務局長 山田弘倫 」が、昭和7年9月30日に「本書中看護兵トアルヲ衛生兵ト改称ス」とされ、衛生兵として出発した。

その衛生兵(看護兵)教程は、“第1編 衛生兵の本分”にはじまり、人体の構造及びその作用、外傷及び疾病の救護法、器械・材料の消毒法、出血処置及び止血法、主要伝染病の解説、更に、按摩法、マッサージの方法と所謂「医療行為」までも詳細に記載されている。

終戦後、医師、看護師などとの業務が整理され現行の業務体系となっているが、現在、医療行政は「医師不足」を理由にコメディカルや事務職による「医療行為」を求めている。その枠組みさえ変化させようとしているかに感じられる。この氏の物語を読むと、医療に携わる者としての本来あるべき姿を再認識させてくれる思いがする。非常に貴重な味わい深い著作である。

氏は、検査技師の法律制定に向けて、検査技師会の前身である“細菌技術者協会”を創り、衛生検査技師の誕生に奮闘した人でもある。今、臨床検査技師があるのは、このような先輩の存在と努力なしには考えられないのである。

『それもこれもみんな夢の一こまである。最後まで胸に抱き続けた麗ちゃん…電話の声を最後としてその消息はわからない。』…この物語は、衛生兵として、検査技師として活躍された氏の“愛の物語”ともいえる。 【高田】

チョット気になるキーワード

ケータイソムリエ

◇ 年々複雑になる携帯電話サービス

ここ 10 年あまりの間に、ほぼゼロ%から 100%へと一気に普及率（※世帯普及率）を伸ばしてきた携帯電話。当初、通話と電話帳だけで構成されていた端末は、ショートメッセージから Eメール、写メール、i-mode などのネットワークサービス、フルブラウザ、着うた、ワンセグまで、年々機能の追加を重ね、もはや電話というよりもネットワーク端末と呼んだほうがよいほどに進化してきた。

おサイフケータイなどの決済機能まで備えた現在の携帯電話だが、自分の持っている機種機能をすべて知っていて、必要な機能を使いこなしているという方のほうが少ないのではないだろうか。実際問題、どの端末を購入すべきか、どのようなサービスが自分には必要なのか、といったことを店頭で自分自身で判断することは、一般のユーザーには不可能に近いレベルにまでサービスは複雑化してきている。こうした複雑な携帯電話サービスをわかりやすくするために、総務省の後援のもとに新設されるのが「ケータイ実務検定（仮）」である。

ちなみに、本資格については総務省が創設するケータイソムリエという名称で報道されたのを記憶されている方も多いかと思われる。しかし、ケータイソムリエという呼称は総務省の公式な制度の名称ではなく、検定試験の名称は原則的に主催する団体が任意に決定することができる。本記事で使用する「ケータイ実務検定（仮）」という名称は、総務省への申請一番手となったモバイルコンピューティング推進コンソーシアム（MCPC）が用いている試験の名称である。

◇ キャリア横断の新しいケータイ検定

携帯電話の各キャリアも、サービスの複雑化に対応する努力は行ってきた。各種サービスから各端末の機能、料金プランまでを熟知した販売員を育成すべく、キャリア独自の販売員資格制度を設けて、スキルの向上を図り、顧客サービスの向上に取り組んできたのだ。しかし、キャリアに依存する資格制度だけに、キャリアを横断してサービスを説明できる販売員を認定するものではなかったのも事実である。

この問題に対する解決策として総務省は、2007 年秋、「携帯電話サービス等の販売員等に係る検定試験に対する総務省後援の運用方針」を公表した。これは同省が主催するモバイルビジネス研究会の最終報告書を受けて策定された、「モバイルビジネス活性化プラン」に基づき発案されたもので、キャリアに対して中立的な民間団体が携帯電話の販売員に関する資格試験制度を主催することを、総務省として後援していこうという趣旨のものである。

意外なようだが、この総務省後援の検定試験にはキャリア固有の料金プランなどの知識は含まれていない。前述したように、各キャリアにはそれぞれの販売員資格制度が存在しているため、これら既存の試験との重複を避ける必要もあるためだ。ちなみに料金の複雑さについては、さきのモバイルビジネス研究会の報告書では「料金比較手法に係る認定制度の認定」という別アプローチでの検討も提言している。

本検定試験が求める知識としては次のような項目が検討されている。

※ 以下は、申請第一号となるモバイルコンピューティング推進コンソーシアム（MCPC）の検討している出題範囲

1. モバイルの概念と市場背景
2. モバイルで提供されるサービス
3. 通信・通話の仕組み

4. モバイル端末の特徴とユーザー環境
5. モバイルコンテンツの特徴
6. モバイルにおけるセキュリティ
7. 移動体通信契約における個人情報保護
8. 消費者保護等（フィルタリングの利用、迷惑メール対策、携帯電話機のリサイクル等を含む）

◇ 背景となるのは、ケータイを取り巻く様々な問題

携帯電話にまつわるニュースを聞かない日がないほど、携帯電話には様々な問題が発生、提起されている。主なものとしては、次のようなものがあげられるだろう。

■ 販売モデルを巡る問題

日本独自の携帯販売モデルとして、販売奨励金を背景とした端末の低価格販売がある。しかし、このモデル下では、端末コストがユーザーにとって不透明なため、高性能端末ばかりが市場に流通することになり、低価格化という面でのメーカーの国際競争力を奪う結果になったとの見方も存在している。いまでは端末の代金を割賦の形で通話料とは別に請求する販売モデルへと移行する方向に進んでいるが、こうした新しい販売モデルでは、これまでの契約との違いの説明不足から、解約時のトラブルにつながるケースも少なくないという。

■ 有害コンテンツの問題

出会い系をはじめとする有害なコンテンツは、とくに未成年の利用と併せて大きな社会問題となってきた。迷惑メールなども大きな問題である。こうした問題について、コンテンツに対する規制も検討されているが、端末サイドでのフィルタリングも対策のひとつである。携帯電話自体は、緊急時の通報や安否の確認、位置情報の把握など、安全上のメリットも大きいだけに「特に子供にとって、携帯電話は有害である」というイメージが先行してしまうのはモバイルビジネス事業者とユーザーの両方にとって、大きなマイナスであろう。

■ サービス利用の混乱

着うた、動画、テレビ電話などの利用にともなう予期せぬ高額なパケット代の請求に戸惑ったり、割引条件として契約時に加入したサービスを利用しないまま放置して不要な料金を払い続けてしまったり、自分の利用状況にあわない料金プランを選択して余計な通話料を支払っていたことに気づいたり、自分の加入するサービス内容の理解不足や、購入時の説明不足から生じるこうした不都合は、経験したことのないひとのほうが少ないのではないだろうか。多岐にわたるサービスが提供され利便性が向上してきた一方で、サービス内容や端末の機能についての説明ニーズも高まる一方だといえるだろう。

複雑化の一途をたどる携帯電話サービスにおいて、単一のキャリアに寄ることなくサービスを横断的に説明し、ユーザーの目的に合ったサービスを適切な料金で提供できる環境を整え、トラブルを未然に防ぎ、トラブルの相談窓口の役割も果たす存在が必要なのは間違いない。「ケータイ実務検定」の目指すのはそうした人材に行政のお墨付きの資格を与えることで、職業的な誇りを持ったケータイのプロフェッショナルを育成し、消費者保護策の充実を図ることなのだ。

【記事参考】

キーマンズネット

【参考 URL：総務省報道資料】

「携帯電話サービス等の販売員等に係る検定試験に対する総務省後援の運用方針」の公表

http://www.soumu.go.jp/s-news/2008/080225_2.html

「モバイルビジネス活性化プラン」の公表

http://www.soumu.go.jp/s-news/2007/070921_1.html

投稿

臨検小話 < =その8= >

新屋 博 明 (エムティー法務研究会)

医療廃棄物法

病理検査に従事している技師さんたちから「廃棄物」に関する御質問をいただいたので、廃棄物処理法^{注1)}における廃棄物の概念や判断基準について述べてみたいと思います。

1. 「客観的」から「総合的」へ

廃棄物処理法が施行された翌月に「廃棄物とは、ごみ、粗大ごみ、汚でい、廃油、ふん尿その他の汚物又はその排出実態等からみて客観的に不要物として把握することができるもの～云々」という通知^{注2)}が出されました。しかし、この解釈は 10 日もしないうちに変更され、新たに「廃棄物とは、占有者が自ら利用し又は他人に有償で売却することができないために不要になった物をいい、これらに該当するか否かは、占有者の意思、その性状等を総合的に勘案すべきものであって、排出された時点で客観的に廃棄物として観念できるものではない」という通知^{注3)}が出されました。この通知を受けて、日常生活や事業活動に伴って排出された物が廃棄物に該当するか否かは、総合的に判断するようになりました。ちなみに廃棄物処理法違反の判例を調べてみると、最高裁判所も「その物の性状、排出の状況、通常の見取り形態、取引価値の有無及び事業者の意思等を総合的に勘案して決するのが相当である」^{注4)}と述べています。

2. 愛玩動物（ペット）の死体とヒトの中絶胎児

「動物霊園事業における動物の死体は、廃棄物に該当しないものと解するがどうか」という地方自治体からの照会に対し厚生省（当時）は、「動物霊園事業において取り扱われる動物の死体は、廃棄物処理法第 2 条第 1 項の廃棄物には該当しない」と回答^{注5)}しています。

廃棄物処理法第 2 条第 1 項には、廃棄物として「動物の死体」が挙げられているのですが、これは「廃棄物として取り扱われる蓋然性の高いものを代表的に例示し、社会通念上の廃棄物の概念規定を行った」^{注3)}だけと解されているので、動物の死体がすべて廃棄物になるわけではありません。そもそもペットの葬儀は、ペットを弔うためのものであって廃棄物を弔うためのものではありません。従って、動物霊園事業において取り扱われる動物の死体は廃棄物には該当しない、ということになります。

一方、市町村長（特別区や政令指定都市の区長を含む）への届出義務がなく、墓地埋葬法^{注6)}上の死体に含まれない妊娠 4 か月未満の死胎について環境大臣官房廃棄物・リサイクル対策部長は、「捨てられてしまえば残念ながら廃棄物でございます」と述べています^{注7)}。墓地埋葬法上の死体に含まれない妊娠 4 か月未満の死胎であっても家族が引き取り、弔いをするのであれば、廃棄物処理法の出る幕はないのですが、家族が死胎を引き取らず、その処分を病院側に委ねた場合は、廃棄物処理法の出番ということになるのではないのでしょうか。

3. まとめ

廃棄物処理法の条文には枝番が多く、さらに枝番の枝番までついている条文もあるので、まるで迷路のようになっています。法改正を重ねるうちに枝番がいっぱい付いてしまったということは、取りも直さず「廃棄物処理」の難しさを物語っているように思います。

廃棄物に該当するか否かは、「客観的」ではなく「総合的」に判断するようになったわけですが、そもそも客観的に判断できないものを総合的に判断できるのでしょうか（廃棄物の定義や判断基準を定めるのは、意外と難しい問題だと思います）。

ところで、民法の 703 条から 708 条に定められている不当利得という制度を「財産法のゴミ処理場だ」^{注8)}と揶揄する学者もいますが、裏を返せば「財産法がゴミ処理場的な規定を必要としている」と考えることもできます。同様に、私たちの社会が行き場のなくなった不要物の始末をするために必要としている法律が廃棄物処理法だと思うのです。

注 1) 廃棄物の処理及び清掃に関する法律（公布は昭和 45 年 12 月 25 日、施行は昭和 46 年 9 月 24 日）

注 2) 昭和 46 年 10 月 16 日環整 43 号

注 3) 昭和 46 年 10 月 25 日環整 45 号

注 4) 最高裁判所平成 11 年 3 月 10 日第二小法廷決定

注 5) 昭和 52 年 7 月 16 日環整 125 号

注 6) 墓地、埋葬等に関する法律（昭和 23 年 5 月 31 日法律第 48 号）

注 7) 平成 16 年 10 月 28 日の参議院環境委員会の会議録から引用

注 8) 内田貴：民法Ⅱ（債権各論）、519、東京大学出版会、2003

編集室

- ◇ 今号は“盛りが多い”会報になってしまいました。しかし、私たちを取り巻く周囲の動きから見た場合は、まだまだ“上げ底”かもしれません…秋の夜長に活用して下さい。
- ◇ 早いもので、もう秋か…こんな時間の流れでは、あっという間に…「あれ！今年度も終わりか」という反省や懺悔の時を迎えてしまいます…時の流れに身をまかせるのは、歌の世界だけにしたいものです。
- ◇ エジプトの「ハスキーなクフ王」としてピラミッドで有名なクフ王を知っていますか？これを漢字で書くと「萩・薄・桔梗・撫子・葛・藤袴・女郎花」となり、山上憶良が、万葉集で選定したとされる“秋の七草”になるそうです。
- ◇ ロマンですね…ロマンが欲しいなんて思うのは私だけでしょうか…

【TAKADA】

平成 20 年度 会員数 < 9 月 30 日現在 >

	技師会	19 年度会員数	会員数	継続	新入会	C 会員	退会数	転入	転出	未入金者数
1	北海道	2,824	2,838	2,685	153	5	0	0	2	0
2	青森県	581	575	559	16	0	0	0	1	0
3	岩手県	544	548	524	24	0	0	1	0	16
4	宮城県	911	911	880	31	0	1	0	0	27
5	秋田県	608	607	592	15	0	0	0	0	10
6	山形県	561	575	556	19	0	0	0	0	3
7	福島県	972	996	937	59	0	4	1	0	20
15	新潟県	1172	1224	1160	64	0	0	0	0	4
東北地区		5,349	5,436	5,208	228	0	5	2	1	80
8	茨城県	988	996	931	65	0	1	0	0	37
9	栃木県	774	789	766	23	0	1	0	0	5
10	群馬県	839	855	814	41	5	1	0	1	21
11	埼玉県	1943	2012	1868	144	2	2	2	3	54
12	千葉県	1504	1517	1418	99	0	0	2	1	73
13	東京都	3962	3916	3661	255	0	3	7	1	259
14	神奈川県	2578	2615	2416	199	4	2	1	2	116
19	山梨県	395	386	370	16	0	0	0	0	10
20	長野県	1114	1135	1077	58	0	0	0	0	20
関東甲信地区		14,097	14,221	13,321	900	11	10	12	8	595
16	富山県	512	525	508	17	0	0	0	0	8
17	石川県	630	637	607	30	0	4	1	0	9
21	岐阜県	720	740	684	56	1	0	1	0	34
22	静岡県	1406	1460	1375	85	0	1	0	1	9
23	愛知県	2356	2450	2289	161	4	0	1	2	56
24	三重県	583	596	561	35	0	1	0	1	18
中部地区		6,207	6,408	6,024	384	5	6	3	4	134
18	福井県	372	375	350	25	1	0	0	1	7
25	滋賀県	505	529	490	39	1	1	0	1	10
26	京都府	911	934	852	82	0	1	2	3	38
27	大阪府	2962	2987	2780	207	12	0	4	4	161
28	兵庫県	1925	1978	1863	115	0	6	6	2	45
29	奈良県	507	534	492	42	1	0	0	0	13
30	和歌山県	331	329	315	14	0	0	0	1	9
近畿地区		7,513	7,666	7,142	524	15	8	12	12	283
31	鳥取県	282	288	277	11	0	0	0	0	6
32	島根県	419	416	400	16	0	0	0	1	1
33	岡山県	1110	1125	1057	68	0	4	0	0	17
34	広島県	1429	1462	1381	81	0	1	0	0	30
35	山口県	700	712	675	37	5	0	0	0	13
中国地区		3,940	4,003	3,790	213	5	5	0	1	67
36	徳島県	353	374	348	26	2	0	0	0	0
37	香川県	524	543	513	30	0	0	0	1	3
38	愛媛県	694	703	674	29	0	0	1	0	24
39	高知県	564	566	529	37	1	1	0	0	13
四国地区		2,135	2,186	2,064	122	3	1	1	1	40
40	福岡県	2495	2528	2370	158	1	1	5	2	86
41	佐賀県	285	277	262	15	0	0	0	2	17
42	長崎県	660	679	633	46	0	0	2	2	17
43	熊本県	909	884	832	52	0	1	2	0	74
44	大分県	612	644	590	54	1	0	0	3	18
45	宮崎県	389	347	341	6	0	0	0	1	38
46	鹿児島県	455	458	411	47	0	0	1	1	33
47	沖縄県	560	555	507	48	0	0	1	1	52
九州地区		6,365	6,372	5,946	426	2	2	11	12	335
< 合 計 >		48,430	49,130	46,180	2,950	46	37	41	41	1,534

平成 20 年度 9 月 30 日現在の会員数を示します

昨年度からの継続会員 1,534 名の方が平成 20 年度会費未納となっております。会員としての権利において不利益になることもありますので、至急会費の納入をお願いします。また、都道府県技師会での会員管理をお願いします。