

3. 遊離コレステロール

- ◆保点区分：D007 1 11 点
- ◆検査項目：遊離コレステロール
- ◆廃止理由：日常的に測定されていない。疾患特異性に乏しい検査

4. リン脂質

- ◆保点区分：D007 2 15 点
- ◆検査項目：リン脂質
- ◆廃止理由：日常的に測定されていない。疾患特異性に乏しい検査

5. 遊離脂肪酸

- ◆保点区分：D007 3 16 点
- ◆検査項目：遊離脂肪酸
- ◆廃止理由：日常的に測定されていない。疾患特異性に乏しい検査

6. 前立腺酸性フォスファターゼ

- ◆保点区分：D007 4 17 点
- ◆検査項目：前立腺酸性フォスファターゼ
- ◆廃止理由：前立腺癌の主要マーカーとして用いられていたが、前立腺癌に特異性の高い PSA 検査が一般化されたこと。
- ◆代替検査：PSA
- ◆その他：採血後の検体保存温度に対して不安定である。

7. カタラーゼ

- ◆保点区分：D007 15 60 点
- ◆検査項目：カタラーゼ
- ◆廃止理由：日常的に測定されていない。疾患特異性に乏しい検査

8. 有機モノカルボン酸定量

- ◆保点区分：D007 12 48 点
- ◆検査項目：有機モノカルボン酸定量
- ◆廃止理由：日常的に測定されていない。疾患特異性に乏しい検査

	病棟出張 平均検査時間 (回答率合計)	検査室での 平均検査時間(回 答率合計)	差 (平均)	人件費単価 (円)
心電図	15~20 分 (82.4%)	3~5 分 (83.9%)	12~15 分 (13.5 分)	421
脳波	60~90 分 (43.5%)	45~60 分 (61.1%)	15~30 分 (22.5 分)	702
心エコー	30~45 分 (54.2%)	20~30 分 (67.0%)	10~15 分 (12.5%)	390
心以外のエコー	30~45 分 (53.0%)	20~30 分 (58.8%)	10~15 分 (12.5%)	390

<関連資料>

生理検査の病棟出張

アンケートに高回答率を示す項目別人件費比較

9. シスチンアミノペプチダーゼ (CAP)

- ◆保点区分：D007 20 100 点
- ◆検査項目：シスチンアミノペプチダーゼ
- ◆廃止理由：日常的に測定されていない。特異性が高く簡便な HCG 定性検査がある。
- ◆代替検査：HCG 定性 (妊娠反応)

10. クレアチニン (ヤッフエ法)

- ◆保点区分：D007 1 11 点
- ◆検査項目：クレアチニン (ヤッフエ法)
- ◆廃止理由：ヤッフエ法は化学反応法であるが故、妨害物質に影響されやすく、

特異性が乏しいことが指摘されており、標準化の観点からも削除したい。  
◆代替検査：クレアチニン (酵素法)  
◆その他：平成 20 年度日本臨床衛生検査技師会の精度管理調査によると酵素法が 2815 施設 97.6%、ヤッフエ法は 69 施設 2.4%であった。

<了>

パンデミック・インフルエンザ(H1N1)2009  
本格的流行に備えて…

新型インフルエンザの患者が神戸・大阪で発生し、大きな混乱を招いたが、その後沈静化し不気味な漣状態が続いている。

9 月 20 日現在、世界 191 の国と地域から WHO へ 30 万例を超えるパンデミックインフルエンザ感染例と 3917 例の死亡者が報告されている<国立感染症感染症情報センター>。

一方、国内の状況は、9 月 7 日から 9 月 13 日の 1 週間では 15,382 例の感染が報告されている。1 週間の 1 医療機関当たりへの受診患者数<定点あたりの報告数>は 3.21 となっており増加傾向にある<感染症発生動向調査>。多くの国は、軽症例の報告を中止しており、報告数は明らかに実際の症例数よりも低くなっている。そのため、実際の流行を反映しない報告数という状況の中で、WHO は協力体制を強化するとともに複数の情報源により、パンデミックの進行を積極的に追跡している。

通常、パンデミック対策を論じる場合は、毎年の所謂季節性インフルエンザの罹患率 10%程度を超えるものを想定する。日本で言えば人口の 30%、人数にして 3,000 万人を上回る規模の場合である。WHO では、すでに 6 月 11 日にフェーズ 6 を宣言した。このパンデミックは 1918 年の 5,000 万人の死者を出したスペイン風邪のようなものではないが、季節風インフルエンザのような穏やかなものでもないという意味から moderate という表現を用いている。即ち、季節風インフルエンザよりも罹患率は高く、広範囲を想定するものとして重要視するべきであろう。

当初、感染者の多くは若年層であり、高齢者は免疫を持つため

重症例は少ないとされていたが、ハイリスクを持つ高齢者は養護施設などへの入居者も多く隔離状態であったことの可能性もある。日本では、学校閉鎖などによる、感染の機会を可能な限り抑えるという基本的な対策を進めたため神戸・大阪でも大火を避けることが出来たわけである。それに比べアメリカなどでは、学校閉鎖を早く取りやめたことで感染が拡大しているという。

まだまだ対策が万全とはいえない日本は、初期段階で押さえ込み時間稼ぎの状況が続いている。感染が一定の段階に至った場合は抑えることは不可能となり、神戸・大阪の感染は小さな漣状態と見るべきで、必ず大きな波が来ると予想される。

予防対策は公衆衛生の観点が重要

日本においては、欧米と異なり公衆衛生的な予防対策に理解を示す社会構造がある。その例が先に示した学級閉鎖の対策と考える。欧米では学級閉鎖はめったに実行されない状況が感染から死亡例の増加している要因といわれる。我々コメディカルもその観点からの協力体制を積極的に行うべきである。

今後、公衆衛生的対策の限界を超えた時点では医療の現場が力を試されることになる。現在、各医療機関での外来患者が急増しており、地域格差による医療崩壊状況も深刻な様相を呈している。報道によると医師不足のための ICU 削減や人工呼吸器の不足により、重症患者の増加にどのように対応するかが問題と言われる。

臨床検査の現場では、PCR 検査試薬の確保も重要ではあるが、マンパワーの不足にどう対処するかが深刻な問題となるであろう。地域の連携はもとより、技師会としてのバックアップ体制も考えるべきである。先の会報でも紹介したが、医療行為による弊害、賠償保険では担保出来ない問題も含めての話である。⇒