

# 医学臨床検査原価と 検査所(ラボ)の実状

萩野 雅 司

- 〈目 次〉
- 1 検査業務の概要
  - 2 登録種類別ラボの状況
  - 3 ラボを取り巻く状況とその関係
  - 4 むすび

## 一 検査業務の概要

ここ数年間にわたって、わが国の国民医療費の伸び率は低い傾向にある。国民医療費は、公費負担制度負担分、老人保健制度負担分、保険者等負担分、患者負担分等の医療費の合計額であり、この中には差額ベッド、薬局で処方箋なしで購入する医薬品、正常分娩等を含まない。本年4月19日の厚生省発表によると、平成2年度の国民医療費は、実績見込みで20兆6,900億円で、ついに20兆円を越えた。しかし、ここ数年間の国民医療費の伸び率は、5%前後という非常に低い率にとどまっている。特に、昭和40年代頃の30%台という高い伸び率に対し、50年代に入ると、その伸び率も20%台から、10%台そして更に1桁台へと低下して<sup>(1)</sup>きた。昭和49年度の伸び率36.2%に対し、昭和50年度の伸び率は、なんと20.4%へと急激に減少した。それ以後の伸び率の低下は、昭和51年度から53年度までの3年間が10%台を維持していたものの、昭和54年度からは毎年1桁台の伸び率にとどまっており、昭和57年頃を境に、その率自体も更に年々低下の傾向にある。

この頃から東京、福岡、北海道、大阪およびその周辺地域といった大都市圏に病院の倒産が目立つようになってきた。真剣に国民の医療に取り組んでいる誠実な病院までもが、倒産に追い込まれている。もちろん、現在経営されている大部分の病院では、良心的な医療活動が続けられている。しかし、健全な医療活動のためには、財政的に安定した裏付けなしには、質の良い高度な医療活動は望めない。このようなところから、医療と経営を分離し、医療の専門家は医療活動に専念し、経営の専門家が病院経営に専念する、という発想が出てきた。言うまでもなく、国民医療費の伸び率の低下は、臨床検査の業務を受託している衛生検査所（以下、「ラボ」または単に「検査所」とする）業界の経営をも圧迫し、医療関連企業の経営環境を変質させてきている。

ラボは、昭和30年代から40年代にかけて発生してきた業界である。それまで病院内で臨床医自身が検査していたものを、第二次大戦後に帰還してきた衛生兵が、病院から委託を受けて検査業務を業とするようになったことから、検査

所業が発生した比較的新しい業種である。しかし、検査所業が業として営めるようになったのは、昭和40年代の国民医療費の高い伸び率の時代である。当時とは異なり、その後1980年には全国に671ラボが登録され、85年には813、90年は828、そして昨年は857カ所のラボというように増加の一途を辿っており、検査所業界は過当競争気味となっている。

こうした今日の検査所業界の経営環境は、他方で国民医療費の伸び率の鈍化の面からも、検査機器の高額化の面からも、資金的に非常に厳しいものになってきている。このような状況の中で、ラボ業務を健全に維持してゆくためには、思いきった経営方針の改革と経営諸活動の改善とが必要である。病医院や医薬品あるいはラボ等の医療関連業界の健全な経営によって、国民ははじめて質の良い医療が得られるのである。

ところで、医療機関および保健所以外の場所で行なう臨床検査に関し、それを業とする場合には、県に登録することによって営むことができる。その登録の種類は、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査、それに血清分離となっている。

バクテリアやウイルス等、顕微鏡でなければ見えない微小な生物を微生物といい、この微生物に関する検査を微生物学的検査という。この微生物学的検査には、細菌顕微鏡検査、細菌培養検査、細菌同定検査、薬剤感受性試験などがある。細菌顕微鏡検査は、細菌を顕微鏡で見て、診断に必要なデータを準備するための検査であって、非常に見えにくい細菌については、塗抹検査で行なう。グラム染色を行ない、その細菌が青くなるか赤くなるかによって、前者がグラム陽性菌、後者をグラム陰性菌と判定する検査方法である。また、ウイルスのような非常に微細な病原体の場合には、特殊な免疫反応によって判定する。

細菌培養検査は、検体に含まれる病原体が非常に僅かしか存在せず、どのような種類の細菌か判定困難な場合に、その細菌を培地に埋め込み、そこに養分を補給して、その細菌を培養することによって、その細菌の種類を判定する検査方法である。この培養には一昼夜で完了するものから、一週間あるいは何カ月も要するものもあり、その細菌の種類によって検査期間が異なる。

また、細菌同定検査は、細菌を培養してもその微生物を見ただけでは判定出

来ない場合、さらに他の培地に植え替え、その細菌が有する特徴を生化学的・免疫学的に調べることによって行なう検査である。また、薬剤感受性試験は、判明した菌に対して、如何なる種類の抗生物質が効くか、あるいはどれ位の量の抗生物質で、その微生物の繁殖が止まるか等について調べる検査である。この薬剤感受性試験を実施しておけば、患者に対して、いろいろな投薬を試みた結果どの薬が効果があった、というような無駄を除くことができ、患者の肉体的・精神的な負担を軽減することができる。

血清学的検査では、微生物そのものを検出できない場合、採血した血液の中にどのような種類の抗体があるかを検査するものである。この検査は、梅毒反応、ABC式血液型、チフスやパラチフス症の間接検査、動物に赤痢菌などを植え付けて得た抗血清を用いて培養菌塊を凝集させる反応位あるいは肝臓や腸に感染巣がある場合の検査、自己免疫疾患や難病の診断など、数多くの診断のために必要な検査をこの部門で行なっている。

血液学的検査には、血液形態・機能検査と出血・凝固検査とがある。さらに血液形態・機能検査には、血液比重、赤血球沈降速度、血小板数、末梢血液像、血中微生物検査、血液粘稠度測定、動的赤血球膜物性検査、骨髓像、特殊染色加算などがあり、出血・凝固検査には、出血時間、凝固時間、プロトロビン時間、部分トロンボプラスチン時間測定、トロンボプラスチン形成試験、血小板凝集能、線維素分解産物測定、血小板第3因子などの検査がある。これらの検査は、血友病、紫斑病、白血病などの診断・治療に必要である。

つぎに、寄生虫は他の生物に環境と食物を依存する動物をいうが、医学の分野ではそれらの動物のうち、ヒトや家畜・家禽などの脊椎動物を宿主として寄生する動物を、とくに寄生虫と呼んでいる。寄生虫は宿主の身体の表面に寄生するか、体内に寄生するかによって、外部寄生虫と内部寄生虫とに分けている。寄生虫学的検査は、便の検査によって便中の虫卵を見つけ出すものであり、その検査の方法は、寄生虫の種類によって異なる。便をごく少量の食塩水に溶かし、虫卵を水に浮かせて顕微鏡で見る方法や、夜間に肛門から這い出て肛門周辺に産卵する蟻虫のような寄生虫に対しては、肛門周辺をセロテープで叩くようにして虫卵を集め顕微鏡で見る方法もある。

寄生虫は、口から入る経口感染、皮膚を穿通して入る経皮感染、母親の胎盤から胎児に移行する胎盤感染、母乳から乳児に移行する経乳感染がある。経口感染には、原虫では赤痢アメーバ、トキソプラズマ、吸虫では肝吸虫、横川吸虫、ウエステルマン肺吸虫、宮崎肺吸虫、条虫では広節裂頭条虫、多包条虫、線虫では鞭虫、ズビニ鉤虫、広東住血線虫、回虫、アニサキス、蟯虫、有棘顎口虫<sup>(2)</sup>などがいる。経皮感染としては、吸虫では日本住血吸虫、線虫では糞線虫、アメリカ鉤虫、バンクロフト糸状虫がいる。またトキソプラズマは胎盤感染もする。

わが国では、第二次世界大戦直後寄生虫感染率が70%以上の状態であったといわれているが、その後寄生虫予防協会が、全国の小・中学生を対象に徹底した検便を実施し、同時に生活環境等の改善によって、現在ではほとんど寄生虫卵は見られなくなった。しかし、その反面で食料品の多様化とペットの飼育によって、新たな寄生虫症の問題が出てきたことは軽視できない。

生化学的検査には、酵素検査、血液生化学検査、血液薬物濃度測定などの検査がある。酵素検査とは、心臓の筋肉が壊死すると心筋細胞から酵素が出てきて血液に含まれるが、その酵素を含んだ血液を検査することによって、心筋梗塞の経過や範囲を知ることができる。血液生化学検査は、ナトリウム、カリウム、カルシウムなどの電解質の検査で、人体にとって大変重要な検査の一つである。その他血液中の各種の病原体に対する抗体の検査も含まれる。血液薬物濃度測定は、例えば、ある治療薬が、ある疾病に非常に有力な治療薬であったとする。しかし、その薬の量を少しでも誤ると人体にとって大変な毒物になってしまうという薬の場合、治療域と副作用の値とが非常に近い薬物であるといえる。したがって、このような薬の場合、血中の薬物濃度を血液薬物濃度測定検査によって測定しながら投与することになる。このように生化学的検査には、血糖検査、血中の尿成分の状態を検査する残余窒素検査、肝臓病の高田反応、腎臓病や心臓病のビリルビンを始め、肝臓、胆嚢、膵臓などの機能、あるいは難病診断に役立つ多くの検査がある。

以上のような各種の検査では、検査に際して1台数億円といった高額な分析機を使って検査が行なわれている。もちろん、従来から行なわれていた手作業

に近い方法による検査方法でもよい。しかし、そのような手作業に近い方法では、人件費高騰の今日では不採算的であるばかりか、検査の精度(品質)においても問題が出てくる。そのようなところから、人手や精度の点から優れている高額な分析機に頼らざるを得ないというのが、ラボの現状であるといえる。技術革新の著しい医療機器メーカーも、日に日に新しい分析機を開発しており、他方、ラボの立場から、臨床医に対して、検査結果を迅速に、かつ高精度のデータを届けなければならない。こうしたことから、既に乱立気味の検査所の経営を徐々に圧迫してきているといえる。

ところで、人間の身体から採血した血液は、数分後には寒天のようになり、数時間後には固まってしまう。そのような凝固した血液では、検査のためにいろいろと支障を来すことになる。そこでラボでは、医療機関で採血した血液を遠心分離機で約10分間ほど回転させることによって、血清、フィブリノゲン、血小板、白血球、血餅に分離しておく。このような作業を血清分離という。全国には血清分離のみを行なうラボが70カ所あるが、そのようなラボでは簡単な検査が行なわれているだけで、比較的規模の大きなラボの出先機関のような機能を果たし、血清分離済みのものを、その主たる検査場所まで運び、そこで正規の検査を行なうというものである。したがって、血清分離のみを行なうラボは比較的規模が小さく、簡単な検査設備しか設置していない出張所のようなものといえる。

つぎに病理学的検査であるが、病理学的検査以外の、例えば血清学的検査、血液学的検査、生化学的検査などの臨床検査は、臨床医が診断するに際して必要な、各種のデータを提供するのに対し、病理学的検査の結果は単なるデータではなく「病名」つまり、決定診断を提供する。したがって、ラボで行なう検査であっても、病理学的検査は、それ以外の検査とは性格が異なる。

病理学とは、病気の原因から、その経過・結果に至る疾病の本態を究明する学問分野である。病理医は、患部の細胞や細胞の組織を肉眼あるいは顕微鏡で見て、病気の原因や進行程度などを最終診断する検査の分野である。肉腫や癌腫の診断のためには、胃カメラやレントゲン、CTスキャンなどでは確実な最終診断はできない。その種の診断のためには、どうしても病理学的検査が不可欠

となる。また、肝臓や腎臓あるいは脳や心臓の組織を検査する場合にも、病理学的検査が行なわれている。

したがって、病理学的検査の必要な疾患に関する治療には、臨床医は病理医の診断に従うことになる。それゆえ、病理医の診断には、誤りは許されず、大変に重要な任務を負わざるを得ない。そこで、日本病理学会では、病理学的検査の充実と発展に資するために「日本病理学会認定病理医制度規定」(昭和53年4月施行)<sup>(3)</sup>を設け、同学会で選出された12名の認定病理医制度運営委員会が運営し、<sup>(4)</sup>厳しい認定を実施している。

病理学的検査には、組織検査と細胞検査とがある。組織検査は、病理学的検査の中心に位置づけられている検査で、検査技師が作成した組織標本を、病理医が診断する検査の方法である。ここでは、作成された組織標本の善し悪しが、病理医の診断に大きく影響するので、検査技師の組織標本作成技術も大切である。細胞検査は、一般に「細胞診」ともいわれ、患者の分泌物を検査物として顕微鏡標本とする検査の方法である。したがって、喀痰、胸水、腹水、尿、脳脊髄液、女性性器分泌物などが主な検査物になるが、これらの検査物は、パパンニコロウ染色法、ヘマトキシリン・エオジン染色法、ギームザ染色法等、いろいろな方法で標本を作成する。こうして作られた顕微鏡標本の1つ1つの細胞を病理医が見て診断をくださす。

この細胞検査を行なえる「細胞検査士」の制度もある。この制度は、昭和43年11月にでき、「日本臨床細胞学会会則」に従って運営されている。一定の試験に合格した者に「細胞検査士」の称号が与えられるが、その資格試験には筆記試験と実地試験とがある。

以上のほか、ラジオ・アイソトープ (radioisotope) を利用した精密な検査もある。これはラジオ・アイソトープ (RI)、つまり放射性同位元素を診断に利用した検査の方法である。特にラジオイムノアッセイ (radioimmunoassay) による方法は、放射性免疫測定法とも呼ばれ、医学の分野で広く利用されている。

これらの検査方法は、RIで標識した薬品を体内に入れ、その血液などを採取して放射能を測定する鉄59による血液疾患の検査の方法やヨウ素131による消化管の機能検査、シンチスキャナやシンチカメラなどを用いて体外から臓器内

のRIの分布状態を測定する検査などがある。しかし、これらの検査方法は、放射線による患者の被曝という欠点がある。そこで放射性物質を体内に投入せず、採血した血液などにRIで標識した薬物を加えて分析する方法も開発されている。RIを使用しているラボでは、「放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律」に従って取り扱わなければならないし、また使用済みRIの最終処分においても社会的に大きな問題となっている。したがって、RIを使用しているラボでは、その使用に関して各種の法律に制約されており、それらの法律を遵守するために、ここでも多額の資金や費用が必要になる。

## 二 登録種類別ラボの状況

医学臨床検査の各検査項目を受託して検査することを業とする者は、各検査所所在地の都道府県に登録しなければならない。臨床検査に関する検査の種類別分野には、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査がある。血清分離のみのラボを除くと、正規に検査を行なっているラボが登録している数は、2,898件である。そのうち最も多い検査の分野は、生化学的検査で619件。この数値は、全登録数の21.4%で、血清分離のみを行なう70ラボを除く787カ所のラボ中78.7%、実に8割近いラボで生化学検査が行なわれているといえる。ついで多い検査の分野は血清学的検査の574件（全登録数2,898件の19.8%）、血液学的検査の564件（同19.5%）、寄生虫学的検査の496件（同17.1%）、微生物学的検査の420件（同14.5%）、病理学的検査の225件（同7.8%）という順になっている。

ところで、第1表から第7表までの表は、社団法人日本衛生検査所協会からお借りした資料に基づいて、筆者が独自に集計したものである。第1表は、微生物、血清、血液、病理、寄生虫、生化学の6つの各検査分野と、血清分離のみを登録しているか、それらの検査の他に、RIを使用しているか否か等について、全国857のラボの登録状況を県別に集計したものである。この表によれば、登録件数の多い地域は、東京、北海道、愛知、大阪、福岡、神奈川、兵庫、埼玉、そして鹿児島と新潟、次いで静岡と京都という順になっている。また、登



第1表

都道府県	登録分野別						集計		
	微生物学	血清学	血液学	病理学	寄生虫学	生化学	合計	血清分離	R I
全 国	420	574	564	225	496	619	2,898	70	66
北海道	25	42	44	15	32	47	205	3	6
青森	5	5	5	3	5	5	28	3	-
岩手	4	5	5	3	4	6	27	1	1
宮城	8	10	9	3	10	10	50	1	1
秋田	4	4	6	1	3	4	22	1	-
山形	2	2	3	-	2	3	12	1	-
福島	10	13	15	-	14	13	65	2	-
茨城	5	11	9	4	5	12	46	-	3
栃木	6	10	10	5	8	10	49	1	-
群馬	5	6	6	1	5	5	28	-	1
埼玉県	16	18	19	10	13	18	94	-	2
千葉県	7	11	10	6	10	10	54	-	-
東京都	38	55	40	25	41	53	252	11	8
神奈川県	14	24	21	8	15	24	106	2	5
新潟	16	18	16	7	17	18	92	-	1
富山	4	3	5	1	7	5	25	-	-
石川	8	7	5	6	5	5	36	-	2
福井	6	9	8	1	6	9	39	-	-
山梨	5	5	4	1	4	4	23	-	-
長野	12	12	12	3	12	13	64	3	-
岐阜	11	12	12	5	11	11	62	-	2
静岡県	13	17	17	5	18	21	91	-	1
愛知県	32	34	37	19	32	40	194	5	3
三重	5	10	10	3	9	10	47	1	-
滋賀	4	3	3	2	2	3	17	1	1
京都	11	16	15	13	14	21	90	1	4
大阪	17	36	30	15	24	39	161	5	8
兵庫県	12	21	19	6	14	20	92	3	4
奈良	3	4	3	3	3	3	19	-	1
和歌山	5	5	6	3	6	6	31	-	-
鳥取	6	6	6	3	6	7	34	-	-
島根	3	3	4	3	4	5	22	-	-
岡山	4	8	9	3	6	9	39	-	1
広島	9	12	13	3	16	15	68	3	1
山口	3	2	6	3	7	8	29	2	-
徳島	5	7	6	1	5	7	31	1	1
香川県	5	7	9	3	5	7	36	-	-
愛媛	8	13	14	5	9	13	62	-	1
高松	5	6	6	-	6	5	28	-	-
福岡	20	28	29	9	26	31	143	6	4
佐賀	3	1	1	1	1	1	8	3	-
長崎	6	8	8	4	9	8	43	3	-
熊本	8	15	15	4	13	17	72	1	2
大分	2	2	4	2	4	4	18	2	-
宮崎	4	7	7	-	6	8	32	1	-
鹿児島	12	16	18	4	17	22	89	3	2
沖縄	4	5	5	-	5	4	23	-	-

録件数の少ない地域は、佐賀、山形、滋賀、奈良、大分、島根、次いで秋田・山梨・沖縄、そして岩手・高知という順になっている。この順序は、必ずしも各地域の人口に比例しているとはいえない。また、血清分離のみを登録するラボのない地域は全国に20県あり、RIを設置したラボがない地域は22県である。これら「血清分離のみを行なうラボのない地域」および「RIを設置したラボのない地域」と「登録件数」との間には、何らかの関係があるように思える。つまり、前述した登録件数の多い順に12の地域を並べると、その12地域のなかには、RIを設置したラボが必ずあるということである。登録件数の多い地域とRIを設置したラボの地域とが一致するということは、そのような地域では、検査業界の競争が激しいとか、あるいは比較的大規模なラボがあるために、RIの設備があるのか、その事情については、実地に調査する必要がある。

つぎに興味深いことは、登録件数の多い地域を多い順に12並べ、同時にラボの多い地域も、多い順に12地域を並べる。この両者の12地域は、北から北海道、埼玉、東京、神奈川、新潟、静岡、愛知、京都、大阪、兵庫、福岡、鹿児島で、偶然にも登録数とラボ数とが全く一致し、その順序もほぼ一致する。その中でも東京、北海道、福岡、神奈川、新潟、静岡は、順位も一致している。また、愛知と大阪は、3位と4位で入れ替わっただけ、兵庫と鹿児島は順位が1つずれただけというように、ほぼ一致している。

以上のことからラボの多い地域は、登録件数も多く、その地域には必ずRIを設置したラボがあるといえる。さらに、その12の地域の中でも、埼玉、新潟、静岡の3県には「血清分離のみのラボ」がないが、他の9地域には「血清分離のみのラボ」がある。これらの間には、何らかの関係があるように思える。また、山形、福島、高知、宮崎、沖縄には、病理学的検査の登録はゼロであり、これら5県には、RIを設置したラボもない。この5県における病理学的検査を除いて、全ての地域で6つの検査部門は、いずれかのラボで登録されている。

つぎに全国のラボは、どのような組み合わせで登録しているのだろうか。その組み合わせの状況を多い順に第9位までを表にしたのが第2表である。さらに、第2表にはRIを設置したラボとRIなしのラボおよび従業員数とを加味して集計を試みた。5位の「病理学」、6位の「微生物学」、8位の「寄生虫学」。

第2表

1位 微生物学・血清学・血液学・  
寄生虫学・生化学

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	3,242	13	249.4
RI無し	3,904	170	23.0
合計	7,146	183	39.0

2位 微生物学・血清学・血液学・  
病理学・寄生虫学・生化学

	従業者数	検査所数	平均
RI使用	2,650	30	88.3
RI無し	5,204	105	49.6
合計	7,854	135	58.2

3位 血清学・血液学・生化学

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	435	4	108.8
RI無し	975	81	12.0
合計	1,410	85	16.6

4位 血清学・血液学・  
寄生虫学・生化学

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	55	2	27.5
RI無し	1,070	77	13.9
合計	1,125	79	14.2

5位 病理学

	従事者数	検査所数	平均
RI無し	643	60	10.7

6位 微生物学

	従事者数	検査所数	平均
RI無し	183	29	6.3

7位 生化学

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	36	4	9.0
RI無し	215	22	9.8
合計	251	26	9.7

8位 寄生虫学・生化学

	従事者数	検査所数	平均
RI無し	153	23	6.7

9位 血液学

	従事者数	検査所数	平均
RI無し	67	14	4.8

9位 微生物学・寄生虫学・生化学

	従事者数	検査所数	平均
RI無し	184	14	13.1

## 第3表

登録数6

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	2,650	30	88.3
RI無し	5,204	105	49.6
合計	7,854	135	58.2

登録数5

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	3,242	13	249.4
RI無し	4,291	184	23.3
合計	7,533	197	38.2

登録数4

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	1,676	4	419.0
RI無し	1,543	104	14.8
合計	3,219	108	29.8

登録数3

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	454	6	75.7
RI無し	1,433	119	12.0
合計	1,887	125	15.1

登録数2

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	73	5	14.6
RI無し	529	69	7.7
合計	602	74	8.1

登録数1

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	89	8	11.1
RI無し	1,152	140	8.2
合計	1,241	148	8.4

以上合計

	従事者数	検査所数	平均
RI使用	8,184	66	124.0
RI無し	14,152	721	19.6
合計	22,236	787	28.4

分離のみ

	従事者数	検査所数	平均
合計	516	70	7.4

総合計

	従事者数	検査所数	平均
合計	22,852	857	26.7

生化学」, 9位の「血液学」と「微生物学・寄生虫学・生化学」の5種類の登録形態のラボには, RIを設置したラボがなく, 1位から4位までと7位の形態のラボには, RIを設置したラボがある。現在, わが国には, 857のラボがあり, その従事者総数は, 22,852人である。したがって, 1ラボ当りの平均従事者数は, 26.7人になる。そのうち, 血清分離のみを登録しているラボは70あり, その従事者数は516人である。したがって, 血清分離のみを行なうラボの平均従事者数は7.4人である。また, 血清分離のみを行なうラボを除いたラボの平均従事者数は28.2人となる。1位の183カ所のラボと2位の135カ所のラボ, それに3位のRIを使用している4カ所のラボと4位のRIを使用している2カ所のラボの合計324カ所のラボは, この全国平均従事者数の28.2人を越えるラボである。この324カ所という数値は, 血清分離のみを行なうラボを除く787カ所のラボのうちの41.2%で, 約4割強のラボが, 平均従事者数を越えており, 6割近いラボの従事者数は平均従事者数に満たないということになる。全国787カ所のラボのうち66カ所のラボでRIを設置している。RIを設置したラボとそうでないラボとの平均従事者数は, 第3表のように, RIを設置したラボの平均従事者数が124.0人で, これは平均従事者数の4.4倍に対し, RIを設置しないラボの平均従事者数は19.6人で, 平均を遙かに下回っている。したがって, 大規模なラボにのみRIが設置されているといえることができる。

### 三 ラボを取り巻く状況とその関係

つぎに, 第4表は, 経営主体別に集計したものである。経営主体は, アルファベットで表示し, Aは道府県市町村など国公立のラボを示し, Bは医師会, 検査技師会, 薬剤師会立のラボ, Cは財団法人, 医療法人, その他の社団法人立のラボ, Dは株式会社 of the ラボ, Eは有限会社と個人のラボ, Fは大学医学部付属あるいは大学研究所付属, 協同組合等のラボを示している。

わが国には857のラボがある。そのうちで最も多い経営主体は, 481の株式会社であり, これは全体の過半数56.1%に相当する。国公立のラボは全体の4.1%, 医師会・薬剤師会・検査技師会立のラボは9.3%, 財団法人・医療法人・社団法

人立のラボは12.4%、有限会社と個人企業のラボは16.3%、大学医学部付属あるいは協同組合立のラボは1.8%という経営主体になっている。これらの経営主体別分類においても、国公立のラボを除いてRIを設置しているラボの方が従事者数が多いことがわかる。すべての経営主体でRIが利用されているが、国公立、財団法人立、医療法人立、社団法人立、大学医学部付属病院立あるいは協同組合立のラボには、血清分離のみのラボは見当たらない。1ラボ当りの全国平均従事者の数は26.7人であるが、この平均値を越えるラボは、医師会立、財団法人立あるいは株式会社立そして大学医学部付属病院立等のうち、RIの設備を有するラボに限られている、という興味深いデータが得られた。

第4表の経営主体別ラボの状況を、さらに地域別に集計したものが、第5表、第6表、第7表である。第5表は、従事者数を集計し、第6表にはラボ数を、第7表は第5・6表から割り出した平均従事者数を集計したものである。以上の表から、次のようなことがわかる。

(1) 第7表から、各経営主体別の地域別ラボ当り平均従事者数で、全国平均の26.7人を越える経営主体を挙げ、例えば北海道はBCD、岩手はCD、福島はC、茨城はD、群馬はCというように集計してゆくと、各地域において、どの経営主体においても全国平均を越える部分がない地域は、青森、宮城、秋田、山形、栃木、新潟、富山、福井、長野、岐阜、三重、鳥取、島根、広島、香川、愛媛、高知、佐賀、長崎、大分、宮崎、沖縄の22県である。一方、第6表からラボが8カ所以下の地域を挙げると、北から青森(8)、秋田(7)、山形(5)、群馬(6)、富山(7)、山梨(5)、滋賀(5)、奈良(5)、和歌山(8)、鳥取(7)、島根(5)、高知(8)、佐賀(6)、大分(8)、沖縄(6)の15県になる。このラボの少ない15の地域と前述の平均従事者数を越える経営主体のない22の地域とを比較すると、一部分を除いてほぼ一致する。一致しない地域は、群馬、山梨、滋賀、奈良、和歌山の5県である。この比較から、ラボの少ない地域は、ラボ当りの平均従事者の数も少ない傾向にあるといえる。

(2) 第7表から、各地域のうち、RIを有するラボがない地域は、青森、秋田、山形、福島、栃木、千葉、富山、福井、山梨、長野、三重、和歌山、鳥取、島根、山口、香川、高知、佐賀、長崎、大分、宮崎、沖縄の22県である。この22

第4表

経営主体	A	B	C	D	E	F	合計
------	---	---	---	---	---	---	----

従事者数	RI 使用	5	234	406	7,353	41	145	8,184
	RI 無し	738	1,191	2,466	8,490	1,106	161	14,152
	分離のみ	-	9	-	469	38	-	516
	合計	743	1,434	2,872	16,312	1,185	306	22,852

検査所数	RI 使用	1	5	4	51	3	2	66
	RI 無し	34	73	102	368	131	13	721
	分離のみ	-	2	-	62	6	-	70
	合計	35	80	106	481	140	15	857

従事者数 検査所数	RI 使用	5.0	46.8	101.5	144.2	13.7	72.5	124.0
	RI 無し	21.7	16.3	24.2	23.1	8.4	12.4	19.6
	分離のみ	-	4.5	-	7.6	6.3	-	7.4
	合計	21.2	17.9	27.1	33.9	8.5	20.4	26.7

従事者数 従事者総数	RI 使用	0.0%	1.0%	1.8%	32.2%	0.2%	0.6%	35.8%
	RI 無し	3.2%	5.2%	10.8%	37.2%	4.8%	0.7%	61.9%
	分離のみ	-	0.0%	-	2.1%	0.2%	-	2.3%
	合計	3.3%	6.3%	12.6%	71.4%	5.2%	1.3%	100.0%

検査所数 検査所総数	RI 使用	0.1%	0.6%	0.5%	6.0%	0.4%	0.2%	7.7%
	RI 無し	4.0%	8.5%	11.9%	42.9%	15.3%	1.5%	84.1%
	分離のみ	-	0.2%	-	7.2%	0.7%	-	8.2%
	合計	4.1%	9.3%	12.4%	56.1%	16.3%	1.8%	100.0%

第 5 表

都道府 県名	営 体 別 従 事 者						合 計	割 合
	A	B	C	D	E	F		
全 国	743	1,434	2,872	16,312	1,185	306	22,852	100.0%
北海道	-	135	80	1,237	42	-	1,494	6.5
青森	-	76	9	35	-	-	120	0.5
岩手	-	19	301	163	8	-	491	2.1
宮城	20	92	10	210	11	-	343	1.5
秋田	-	-	70	38	-	-	108	0.5
山形	-	-	-	27	21	-	48	0.2
福島	-	-	242	160	11	-	413	1.8
茨城	-	-	6	511	-	-	517	2.3
栃木	-	9	43	26	3	-	81	0.4
群馬	-	-	64	78	-	-	142	0.6
埼玉	60	20	76	1,668	15	-	1,839	8.0
千葉	-	20	170	312	23	-	525	2.3
東京	194	63	361	2,968	48	32	3,666	16.0
神奈川	79	3	181	1,555	29	-	1,847	8.1
新潟	12	78	132	102	71	12	407	1.8
富山	-	13	-	25	12	-	50	0.2
石川	8	35	51	176	1	-	271	1.2
福井	-	11	21	12	11	6	61	0.3
山梨	29	44	47	25	-	-	145	0.6
長野	6	8	36	64	87	-	201	0.9
岐阜	3	23	6	56	11	-	99	0.4
静岡	-	106	96	126	37	-	365	1.6
愛知	103	153	89	456	99	138	1,038	4.5
三重	-	35	38	132	15	-	220	1.0
滋賀	6	-	5	285	-	-	296	1.3
京都	139	-	245	824	54	33	1,295	5.7
大阪	-	4	89	1,785	70	-	1,948	8.5
兵庫	-	-	23	468	75	68	634	2.8
奈良	52	-	-	35	16	-	103	0.5
和歌山	-	45	-	85	63	-	193	0.8
鳥取	-	4	45	51	7	-	107	0.5
島根	-	7	-	5	-	3	15	0.1
岡山	-	57	-	203	7	-	267	1.2
広島	-	37	28	294	17	-	376	1.6
山口	-	-	6	30	33	11	80	0.4
徳島	4	16	-	375	-	-	395	1.7
香川	23	19	39	84	-	-	165	0.7
愛媛	-	36	37	45	4	-	122	0.5
高知	-	6	35	44	28	-	113	0.5
福岡	-	77	51	882	134	3	1,147	5.0
佐賀	-	-	10	29	10	-	49	0.2
長崎	-	-	5	132	41	-	178	0.8
熊本	-	94	64	166	34	-	358	1.6
大分	-	-	-	83	8	-	91	0.4
宮崎	-	-	25	96	-	-	121	0.5
鹿児島	-	89	36	92	17	-	234	1.0
沖縄	5	-	-	57	12	-	74	0.3



第6表

都道府 県名	経 営 体 別 検 査 所						合 計	割 合
	A	B	C	D	E	F		
全 国	35	80	106	481	140	15	857	100.0%
北海道	-	5	3	44	5	-	57	6.7
青森	-	3	1	4	-	-	8	0.9
岩手	-	1	2	5	2	-	10	1.2
宮城	1	4	2	7	1	-	15	1.8
秋田	-	-	3	4	-	-	7	0.8
山形	-	-	-	3	2	-	5	0.6
福島	-	-	5	10	2	-	17	2.0
茨城	-	-	1	14	-	-	15	1.8
栃木	-	1	2	7	2	-	12	1.4
群馬	-	-	2	4	-	-	6	0.7
埼玉県	2	2	3	15	1	-	23	2.7
千葉県	-	1	3	6	4	-	14	1.6
東京都	13	2	8	58	7	1	89	10.4
神奈川県	4	1	3	21	3	-	32	3.7
新潟	2	5	7	8	3	1	26	3.0
富山	-	1	-	2	4	-	7	0.8
石川	1	1	3	3	1	-	9	1.1
福井	-	2	4	2	1	1	10	1.2
山梨	1	2	1	1	-	-	5	0.6
長野	1	1	3	5	10	-	20	2.3
岐阜	1	2	1	7	3	-	14	1.6
静岡県	-	7	3	10	4	-	24	2.8
愛知県	2	11	3	21	14	1	52	6.1
三重	-	3	2	6	2	-	13	1.5
滋賀	1	-	1	3	-	-	5	0.6
京都	2	-	5	14	5	4	30	3.5
大阪	-	1	5	45	6	-	57	6.7
兵庫県	-	-	2	18	6	1	27	3.2
奈良	1	-	-	2	2	-	5	0.6
和歌山	-	1	-	4	3	-	8	0.9
鳥取	-	1	2	3	1	-	7	0.8
島根	-	2	-	2	-	1	5	0.6
岡山	-	2	-	5	2	-	9	1.1
広島	-	2	4	13	2	-	21	2.5
山口	-	-	1	5	6	4	16	1.9
徳島	1	1	-	7	-	-	9	1.1
香川	1	1	3	8	-	-	13	1.5
愛媛	-	3	4	7	1	-	15	1.8
高知	-	1	3	2	2	-	8	0.9
福岡	-	2	5	27	11	1	46	5.4
佐賀	-	-	1	4	1	-	6	0.7
長崎	-	-	1	9	4	-	14	1.6
熊本	-	2	2	9	5	-	18	2.1
大分	-	-	-	6	2	-	8	0.9
宮崎	-	-	1	8	-	-	9	1.1
鹿児島	-	6	1	10	8	-	25	2.9
沖縄	1	-	-	3	2	-	6	0.7

第7表

都道府県	道名	平均従事者数						平均
		A	B	C	D	E	F	
全	国	21.2	17.9	27.1	33.9	8.5	20.4	26.7
北海道	道	-	27.0	26.7	28.1	8.4	-	26.2
	森	-	25.3	9.0	8.8	-	-	15.0
	手	-	19.0	150.5	32.6	4.0	-	49.1
北青岩宮秋	城	20.0	23.0	5.0	30.0	11.0	-	22.9
	田	-	-	23.3	9.5	-	-	15.4
山福茨栃群	形	-	-	-	9.0	10.5	-	9.6
	島	-	-	48.4	16.0	5.5	-	24.3
山福茨栃群	城	-	-	6.0	36.5	-	-	34.5
	木	-	9.0	21.5	3.7	1.5	-	6.8
埼千東神新	馬	-	-	32.0	19.5	-	-	23.7
	玉	30.0	10.0	25.3	111.2	15.0	-	80.0
奈	葉	-	20.0	56.7	52.0	5.8	-	37.5
	京	14.9	31.5	45.1	51.2	6.9	32.0	41.2
富石福山長	川	19.8	3.0	60.3	74.0	9.7	-	57.7
	鴻	6.0	15.6	18.9	12.8	23.7	12.0	15.7
岐静愛三滋	山	-	13.0	-	12.5	3.0	-	7.1
	川	8.0	35.0	17.0	58.7	1.0	-	30.1
京大兵奈和	井	-	5.5	5.3	6.0	11.0	6.0	6.1
	梨	29.0	22.0	47.0	25.0	-	-	29.0
鳥島岡広山	野	6.0	8.0	12.0	12.8	8.7	-	10.1
	取	3.0	11.5	6.0	8.0	3.7	-	7.1
徳香愛高福	根	-	15.1	32.0	12.6	9.3	-	15.2
	山	51.5	13.9	29.7	21.7	7.1	138.0	20.0
佐長熊大宮	重	-	11.7	19.0	22.0	7.5	-	16.9
	賀	6.0	-	5.0	95.0	-	-	59.2
鹿兒島	都	69.5	-	49.0	58.9	10.8	8.3	43.2
	阪	-	4.0	17.8	39.7	11.7	-	34.2
鹿兒島	庫	-	-	11.5	26.0	12.5	68.0	23.5
	良	52.0	-	-	17.5	8.0	-	20.6
徳香愛高福	山	-	45.0	-	21.3	21.0	-	24.1
	取	-	4.0	22.5	17.0	7.0	-	15.3
佐長熊大宮	根	-	3.5	-	2.5	-	3.0	3.0
	山	-	28.5	-	40.6	3.5	-	29.7
鹿兒島	島	-	18.5	7.0	22.6	8.5	-	17.9
	口	-	-	6.0	6.0	5.5	2.8	5.0
徳香愛高福	島	4.0	16.0	-	53.6	-	-	43.9
	川	23.0	19.0	13.0	10.5	-	-	12.7
佐長熊大宮	媛	-	12.0	9.3	6.4	4.0	-	8.1
	知	-	6.0	11.7	22.0	14.0	-	14.1
鹿兒島	岡	-	38.5	10.2	32.7	12.2	3.0	24.9
	賀	-	-	10.0	7.3	10.0	-	8.2
鹿兒島	崎	-	-	5.0	14.7	10.3	-	12.7
	本	-	47.0	32.0	18.4	6.8	-	19.9
鹿兒島	分	-	-	-	13.8	4.0	-	11.4
	崎	-	-	25.0	12.0	-	-	13.4
鹿兒島	島	-	14.8	36.0	9.2	2.1	-	9.4
	纒	5.0	-	-	19.0	6.0	-	12.3

第 8 表

都道府 県名	医 師 数 AZ	必要病床数 NB	既存病床数 BB	人 口 EZ	最低賃金(円) ML	従事者当り 病床数 AB
全 国	193,682	1,158,230	1,263,347	123,253	3,960	55.3
北海道	8,462	77,476	85,712	5,670	3,958	57.4
青森	2,037	13,684	15,425	1,502	3,788	128.5
岩手	2,022	14,777	15,623	1,419	3,738	31.8
宮城	3,442	19,476	19,068	2,236	3,820	55.6
秋田	1,657	12,359	12,763	1,234	3,738	118.2
山形	1,694	12,463	10,708	1,260	3,743	223.1
福島	2,924	20,932	24,337	2,099	3,775	58.9
茨城	3,057	20,609	24,777	2,821	4,013	47.9
栃木	2,792	15,075	16,433	1,915	4,008	202.9
群馬	2,869	16,543	18,221	1,955	4,007	128.3
埼玉	5,873	43,674	46,463	6,290	4,214	25.3
千葉	5,685	34,802	40,701	5,471	4,212	77.5
東京都	25,492	104,819	105,996	11,885	4,357	28.9
神奈川県	10,663	52,340	59,896	7,846	4,357	32.4
新潟	3,315	22,700	22,759	2,481	3,988	55.9
富山	1,830	14,290	14,631	1,121	4,016	292.6
石川	2,277	14,867	16,795	1,161	4,023	62.0
福井	1,209	9,988	9,621	823	3,993	157.7
山梨	1,173	8,678	8,306	849	4,028	57.3
長野	2,914	18,692	18,065	2,157	4,023	89.9
岐阜	2,610	16,139	17,223	2,059	4,167	174.0
静岡県	4,813	27,588	30,155	3,652	4,173	82.6
愛知	9,204	46,968	58,153	6,628	4,246	56.0
三重	2,521	15,396	16,181	1,784	4,167	73.6
滋賀	1,694	11,250	10,375	1,208	4,022	35.1
京都	5,378	27,144	30,691	2,606	4,213	23.7
大阪	15,971	71,751	99,310	8,747	4,357	51.0
兵庫県	8,587	48,919	49,855	5,380	4,194	78.6
奈良	1,908	12,478	11,629	1,370	4,009	112.9
和歌山	1,887	11,819	12,500	1,081	4,022	64.8
鳥取	1,225	6,934	6,066	618	3,788	56.7
島根	1,381	9,914	8,662	789	3,776	577.5
岡山	3,741	21,148	24,132	1,931	3,962	90.4
広島	4,982	32,411	29,941	2,853	3,979	79.6
山口	2,751	18,357	21,798	1,588	3,952	272.5
徳島	1,777	12,136	12,630	834	3,796	32.0
香川	1,896	14,460	13,094	1,027	3,796	79.4
愛媛	2,596	20,538	18,550	1,525	3,796	152.0
高松	1,676	13,405	16,521	832	3,796	146.2
福岡	9,381	54,457	67,141	4,790	3,796	58.5
佐賀	1,526	10,628	10,944	880	3,738	223.3
長崎	2,966	17,584	20,085	1,577	3,738	112.8
熊本	3,451	24,798	26,054	1,848	3,738	72.8
大分	2,080	14,921	14,637	1,243	3,738	160.8
宮崎	1,711	13,013	14,294	1,176	3,737	118.1
鹿児島	2,986	24,537	23,907	1,810	3,737	102.2
沖縄	1,596	11,293	12,519	1,222	3,738	169.2

県と前述のラボ当りの従事者数の全国平均を越える経営主体のない22県とを比較すると、宮城、新潟、岐阜、広島、愛媛を除く地域で一致している。このことから、比較的規模が大きく、従事者数も多いラボで、かつラボ自体の数の多い地域のラボにRIを使用するラボが集中しているものと思われる。

つぎに、ラボを取り巻く諸状況とラボとの関係について検討する。まず、ラボ当りの従事者数 (Arbeiter pro ein Laboratorium) をAL (第7表「平均」欄) とし、1988年の医師数 (Arztzahl) をAZ (第8表)、必要病床数 (notwendige Krankenbetten) をNB (第8表)、既存病床数 (bestehende Krankenbetten) をBB (第8表)、人口 (Einwohnerzahl) をEZ (第8表)、最低賃金 (Minilohn) をML (第8表)、登録の数 (Registrierungszahl) をRZ (第1表「合計」欄)、ラジオ・アイソトープを設置したラボをRI (第1表)、その地域の従事者数 (Arbeiterzahl) をAR (第5表「合計」欄)、その地域のラボの数 (Laboratoriumszahl) をLZ (第6表「合計」欄)、株式会社 (Aktiengesellschaft) をAG (第6表「D」欄)、従事者当りの既存病床数 (bestehend Krankenbetten pro) をAB (第8表) とする。

これまでに利用した第1表および第5表から第8表までの資料の諸関係をまとめると、次のようになることがわかる。

- (1)  $AZ=BB=AR$ の地域を数値の多い順に並べると、上位の10地域は、東京、大阪、神奈川、埼玉、北海道、京都、福岡、愛知、兵庫、千葉と、多少の順序の入れ替えはあるが、全く同地域である。
- (2)  $AG=RI$ の地域も、東京、大阪、神奈川、埼玉、北海道、京都、福岡、愛知、兵庫、茨城と、同一の地域が上位を占めた。
- (3) 上記(1)と(2)は、(1)の千葉(2)の茨城を除くと、他の9地域はすべて同じである。
- (4)  $AB \neq AR$ の関係は、ABの上位10地域とARの下位が、島根、山形、佐賀、富山、福井、沖縄、山口、栃木、大分、岐阜であり、これらはすべて同一の地域である。
- (5)  $LZ \cdot RI \cdot AG$ の関係は、東京、大阪、北海道、福岡、愛知、神奈川、兵庫、京都の8地域で同一であり、80%の関係がある。RIとAGは100%同一である

が、LZとRIは90%、LZとAGは80%が同一地域という関係が認められる。

- (6) RZとEZは、東京、北海道、愛知、大阪、福岡、神奈川、埼玉、兵庫、静岡の9地域で同一である。
- (7) AZ=BB=ARは100%同一地域であるが、この関係にAGが加わると、DA=BB=ARの千葉とAGの茨城が入れ替わることになるので、90%の関係になってしまう。
- (8) NB・EZ・RI・AR・AGの関係は、東京、北海道、大阪、福岡、神奈川、兵庫、愛知、埼玉の8地域で同一である。RIとARとAGとは、90%同一地域であり、ARとAGとは、下位の10地域も90%同一地域である。
- (9) AZ=BB=ARは100%同一地域であるが、これにNB・RZ・LZ・AGが加わると東京、大阪、神奈川、福岡、愛知、兵庫、北海道の7地域で同一の関係にある。このうちAZ・AGは90%の関係にある。
- (10) ML・RZ・AR・LZは、東京、神奈川、大阪、愛知、兵庫が同一地域であり、京都、埼玉、福岡、北海道の地域がそれぞれ3項目ずつ複雑に関係している。

#### 四 むすび

以上、ラボを取り巻く諸状況に関し、いろいろな角度から検討を試みた。これら検討した事柄をまとめると、次のようになる。

- (1) ラボ自体の数の少ない地域では、ラボ当りの従事者数も少ない傾向にある。
- (2) 比較的規模の大きく、従事者数の多いラボのある地域には、RIを設置したラボが集中する傾向がある。
- (3) 医師の多い地域には、既存病床数も多く、ラボ関係に従事する者も多い。さらに、そのような地域には、株式会社組織のラボが多い。
- (4) 株式会社組織の多いラボの地域には、RIを設置したラボも多く、ラボ自体の数も多い傾向にある。
- (5) ラボ関係に従事する者の多い地域には、ラボ従事者1人当りの既存病床数が少なくなる傾向にある。
- (6) 人口の多い地域には、検査の登録数も多い傾向にあり、さらに必要病床数

やRIを設置したラボも多く、ラボに従事する者も多い。

- (7) 最低賃金の高い地域と、登録数の多い地域、ラボ関係者の多い地域、ラボ自体の多い地域との間には深い関係がみられる。

今回は、医学臨床検査原価の計算に関して、以上のようにラボ自体を取り巻く環境の諸関係をいろいろな角度から検討してみた。適正な検査原価の計算に当たっては、単に1つ1つのラボの原価を計算するばかりでなく、ラボを取り巻く環境にも大いに関係してくる。次回は、ミクロな側面からラボ自体の財務状況について論じ、適正な臨床検査原価の計算のために、一步近づいて検討する予定である。

〔注〕

(1) 国民医療費の動向

1965年（昭和40年）	1兆1,224億円	
1970年（昭和45年）	2兆4,962億円	
1974年（昭和49年）	5兆3,786億円	伸び率=36.2%
1975年（昭和50年）	6兆4,779億円	伸び率=20.4%
1976年（昭和51年）	7兆6,684億円	伸び率=18.4%
1977年（昭和52年）	8兆5,686億円	伸び率=11.7%
1978年（昭和53年）	10兆 42億円	伸び率=16.8%
1979年（昭和54年）	10兆9,510億円	伸び率= 9.5%
1980年（昭和55年）	11兆9,805億円	伸び率= 9.4%
1981年（昭和56年）	12兆8,709億円	伸び率= 7.4%
1982年（昭和57年）	13兆8,659億円	伸び率= 7.7%
1983年（昭和58年）	14兆5,438億円	伸び率= 4.6%
1984年（昭和59年）	15兆 932億円	伸び率= 3.8%
1985年（昭和60年）	16兆 159億円	伸び率= 6.1%
1986年（昭和61年）	17兆 690億円	伸び率= 7.0%
1987年（昭和62年）	18兆 759億円	伸び率= 5.9%
1988年（昭和63年）	18兆7,554億円	伸び率= 3.8%
1989年（平成元年）	19兆7,290億円	伸び率= 5.2%
1990年（平成2年）	20兆6,900億円	伸び率= 4.9%（厚生省実績見込）

1991年(平成3年) 21兆6,800億円 伸び率 = 4.8% (厚生省推計)

1992年(平成4年) 23兆1,700億円 伸び率 = 6.9% (厚生省推計)

厚生白書 昭和62年版

厚生白書 平成4年版

- (2) 原虫とは、最も下等な単細胞の微生物で、これで運動・消化・呼吸・排泄などすべての生活作用を行なう。吸虫とは、1センチメートル以下の小さな扁平の寄生虫で、主に腹の吸盤で宿主の消化器官に固着する。条虫とは、脊椎動物に寄生するもので、体が平たく、長いものは数メートルにもなる。さなだひものように長いので、別名サナダムシとも呼ばれている。線虫とは、体が筒のような状態で、環形動物のような環節はない。その多くのは雌雄の違いがある卵生の寄生虫をいう。
- (3) 日本病理学会認定病理医制度規定には、次のような目的がある。  
「現代の医療における病理学の重要性にかんがみ、日本病理学会は認定病理医の制度を設ける。この制度は能力のすぐれた専門病理医を認定することにより、わが国の医療の内容の一層の充実と発展に寄与し、併せて病理の進歩に資することを目的とする」
- (4) 日本病理学会での認定病理医の認定基準は次のようになっている。
- ① この制度により認定病理医の認定を受けようとするものは、この規定にもとづき、日本病理学会が行なう資格審査ならびに認定試験に合格しなければならない。
  - ② 認定出願の資格は次のとおりとする。
    - (イ) 日本国の医師免許を取得していること。
    - (ロ) 死体解剖保存法による死体解剖認定を取得していること。
    - (ハ) 出願時3年以上継続して日本病理学会会員であること。
    - (ニ) 日本病理学会の認定する研修施設において5年以上人体病理学を実践した経験をもち、その期間中に次の各項の研修を修了していること。
      - (a) いちじるしく偏らない症例について、みずからの執刀による病理解剖を行ない、病理解剖的診断を附したものの七十例以上経験していること。
      - (b) いちじるしく偏らない症例について、みずから病理組織学的診断を附した生検三千例(若干の迅速診断を含む)以上を経験していること。
      - (c) 細胞診の基礎的能力を習得していること。
    - (ホ) 人体病理学に関する学会報告または原著論文が三篇以上あること。
    - (ヘ) 人格見識に関する研修指導者の推薦があること。
  - ③ 資格審査は出願者が提出した書類により日本病理学会認定病理医制度運営委

員会資格審査委員会が行なう。

- ④ 試験は日本病理学会認定病理医制度運営委員会試験委員会が行なう。試験は資格試験とし、筆記試験および実地試験を課する。
- ⑤ 資格審査および試験についての細則は別に定める。
- ⑥ 認定病理医に的確でない事由を生じた場合、日本病理学会は認定を取り消すことがある。

〔参考資料〕

- (1) 「社会保障統計年報」総理府社会保障制度審議会事務局編，平成3年版。
- (2) 「国民衛生の動向」厚生統計協会編，1989年版，1990年版。
- (3) 「厚生統計要覧」厚生統計協会編，平成2年版。
- (4) 「厚生白書」昭和62年版，平成3年版，平成4年版。
- (5) 「巨本国勢図絵」国勢社，1991年版。

〔付記〕 本稿の執筆に際しては，社団法人衛生検査所協会常務理事，塩地薫氏から多大なご指導とご助力がありました。