

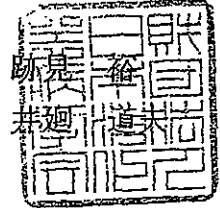
平成 19 年 6 月 21 日

厚生労働省

医道審議会医道分科会診療科名標榜部会

金澤 一郎 部会長 殿

財団法人 日本消化器病学会 理事長  
同 専門医制度審議委員会 委員長



### 標榜診療科名見直しに関する要望書

医道審議会医道分科会診療科名標榜部会で、「患者・国民がより適切な医療機関を選択できる」ように標榜診療科名の見直しの検討がなされておりますが、現在標榜診療科と認められている消化器科（胃腸科）は基本的領域の標榜診療科からは削除の対象とされています。

患者・国民に診療内容が分かりやすいように、適宜標榜診療科名の見直しを行うことは当然のことであり、それに異を唱えるものではありません。しかし、「消化器科」は国民に最も周知された標榜診療科名の一つであり、基本的領域の標榜診療科名からの削除は患者・国民にとって得策とは考えられません。消化器科は腹痛、嘔吐、下痢、便秘、下血といったよくある消化器症状の患者さんがまず訪れる科であり、最も診療内容が分かりやすい診療科名であります。更に重要なことは、消化器科の医師は消化器病を専門とする内科医と外科医からなることです。消化器病を専門とする外科医は消化器病の手術を行うのみでなく、内科医と同様に消化器病一般の診断、非手術的治療にも当たっています。内科の消化器病専門医がいない診療所、病院ではこれら外科医が消化器科で消化器病患者全体の診療に当たっています。

「外科・消化器科」といった表記ですと、手術が必要と感じた患者・国民のみが選択し、手術を必要としない患者は選択しないことが起こります。消化器外科との標榜でも同様です。現在、日本消化器病学会認定消化器病専門医は約 1 万 4 千人いますが、その約 25%が外科医です。このような現状を考えますと、「消化器科」を基本的領域の標榜診療科名から削除すると医療資源の無駄が生じることが予想されます。消化器内科、消化器外科が基本的領域の標榜診療科と認定される場合も、消化器内科は消化器科とも標榜できるような措置を是非お願いしたいと思います。

医療法施行令第 5 条の 11 では、消化器科は広告することができる診療科名となっており、医療法第 70 条 3 項では、診療科名の変更は「学術団体の意見を聞かなければならない」となっております。標榜診療科名の改訂に当たりましては、関係学術団体と十分協議し、患者・国民により分かりやすく、安心かつ効率よい診療体制が整備されることを望みます。

日本学術会議

会長 金澤 一郎殿

特定非営利活動法人  
日本心療内科学会  
理事長 吾郷 晋浩



## 標榜診療科の表記の見直しに関する要望書

謹啓

初夏の候 貴職におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、標記の件につき、去る5月21日の医道審議会医道分科会診療科名標榜部会において審議された内容には、国民にとって、きわめて重大な問題を含んでおりますので、慎重にご審議いただきますようお願い申し上げます。

ご存知のように、「心療内科」は、現代の社会に求められる医療を実践する科として、平成8年政令により認められた標榜診療科名で、当科に受診する患者数は年々増加の一途を辿っております。

このような状況のもとで、「心療内科」を「基本的な診療科名」から削除することは、標榜診療科見直しの基本的な考え方（国民の分かりやすさ）に反し、国民に多大な不利益をたらすものと憂慮いたします。

現代のストレスフルな社会にあつて、その発症と経過にさまざまな心理社会的ストレスが強く関与し、これまでの身体医学的な疾病モデルに基づく医療だけでは慢性化・難治化させてしまう心身症としての身体疾患、いわゆるストレス関連疾病や生活習慣病と呼ばれる疾患が増えてきております。

これらの疾患は、心身医学的な疾病モデルに基づいて、その発症と経過には身体的因子だけではなく、行動的・心理的・社会的・環境的な諸因子が関与していることを明らかにし、それらの関与度に応じて引き起こされる身体的変化の影響を考慮に入れた、心身両面からの全人的医療を行わなければ、軽快・寛解させることが困難な一結果的に医療費を押し上げることになる一身体疾患（心身症）である場合が多く、そのような疾患であることに気がついた患者が受診する科として、またそのような疾患であると診断した医師が患者を紹介する科として、「心療内科」は、必要な診療科名として定着してきております。

本学会は、目下、(社)日本心身医学会医学会ならびに関連学会と連携し、臨床医学の基本として必要であり重要な心身医学的な疾病モデルに基づく診療能力の向上を目指して、会員だけではなく、臨床各科の医師に対する研修会や講習会を、また国民に対する公開講座の開催などにも力を注ぎ、21世紀のあるべき医療の実現に向けて尽力しております。

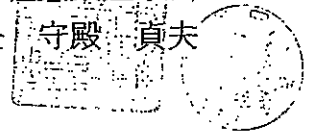
以上のような現状にご配慮いただき、基本診療科として、「心療内科」の標榜をお認め頂きますよう、慎重なご審議をお願い申し上げます。

敬白

JSSTD 第8-1号  
2007(平成19)年8月24日

厚生労働大臣  
柳澤 伯夫 殿

日本性感染症学会  
理事長 守殿 真夫



### 標榜診療科名見直しに関する要望書

本年5月21日より開始されております「医道審議会医道分科会診療科名標榜部会」(以下、「同部会」と略す)の審議に関連しまして、当学会は現在の標榜診療科「性病科」を廃止し、新しく「性感染症科」をご採択いただけますようお願いいたします。

#### 標榜診療科の性病科の見直しについて

5月に公表されました見直し案では「現行の標榜診療科」の一つである「性病科」は廃止するものとされています。また、最近になり、見直し案は再検討されることになったとの新聞報道が見られます。このような状況下ではありますが、当学会は、今回の厚生労働省の「患者に分かりやすい表記を目指す」とした見直し案の是非とは別に、「性病科」を廃止し、新しく「性感染症科」を標榜科にご採択くださいますようお願い申し上げます。

その根拠を申し上げます。

性病科の呼称については、1998(平成10)年に性病予防法がいわゆる感染症法に吸収統合された際に、法律上、性病の表記がなくなった以上、当学会としてはその呼称は変更されるべきであって、その場合「性感染症科」とするのが臨床医学的立場から妥当と考えておりました。また、近年の感染症法改訂の審議過程においても明らかにされましたように、現在、その蔓延が憂慮されている後天性免疫不全症候群(以下、「エイズ」と略す)や性器クラミジア感染症、性器ヘルペスなどの性感染症は、過去の性病予防法にいう「性病」(「梅毒、りん病、軟性下かん及びそけいりんば肉芽しゅ症」の4疾病)には含まれておりません。このようなことから、性病科の名称は現状にそぐわないと判断しております。

従いまして、是非とも標榜診療科としての性病科を「性感染症科」にご変更頂きますようお願い申し上げます。

以上、標榜診療科名見直しに関して、当学会の意見、要望を述べさせて頂きました。言葉が過ぎたかと危惧いたしますが、ご容赦頂くとともに、標榜科名として「性感染症科」をご採択いただきますよう、重ねてお願い申し上げます。

[参考]

当学会編集の「性感染症 診断と治療 ガイドライン 2006」では、性行為による「性感染症」として、次の17疾患を記載しております。

①梅毒、②淋菌感染症、③性器クラミジア感染症、④性器ヘルペス、⑤尖圭コンジローマ、⑥性器伝染性軟属腫、⑦膺トリコモナス症、⑧細菌性膣症、⑨ケジラミ症、⑩性器カンジダ症、⑪非クラミジア性非淋菌性尿道炎、⑫軟性下疳、⑬H I V感染症/エイズ、⑭A型肝炎、⑮B型肝炎、⑯C型肝炎、⑰赤痢アメーバ症

以上



平成 19 年 5 月 25 日

厚生労働省医政局総務課

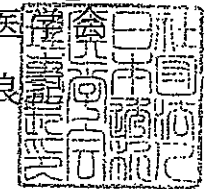
課長 二川 一男 殿

社団法人日本透析

会 長 山崎 親

社団法人日本透析医

理事長 西澤 良



診療科として広告することができる診療  
科名「透析科」に関する要望について

我が国における透析療法は、治療法導入以後、生命予後に対する有効性などが確立され、今や急性及び慢性腎不全領域の疾病に対して専門的治療として広く応用され、顕著な臨床効果を挙げてまいりました。

一方、日本の慢性透析患者数は、社団法人日本透析医学会の統計調査によりますと、平成 17 年 12 月 31 日現在で、257,765 人に達しています。

このことは、日本国民の約 460 人に 1 人が慢性透析患者であるという割合になります。

この治療に当たる国内の透析施設は、全国で 3,940 施設あり、このうち、透析医療を専ら受け持つ私的病院および診療所は 2,977 施設あり、慢性透析患者の 80.8%の診療に携わっています。(資料参照)

しかしながら、主として透析医療を受け持っている診療施設には、正当に広告できる診療科名が存在していません。

既に「透析」は、透析療法の適正普及に伴い、その名称も国民が周知し、一般化していることと理解しています。

現状では、個々の施設において「透析室」「人工腎臓室」「腎センター」或いは「血液浄化センター」等々、施設内限りの名称を呼称しています。このような外部への標榜ができないことと、名称の不統一は、医療関係者、患者、患者家族及び一般国民に少なからず混乱と不安を与えるばかりかと考えています。

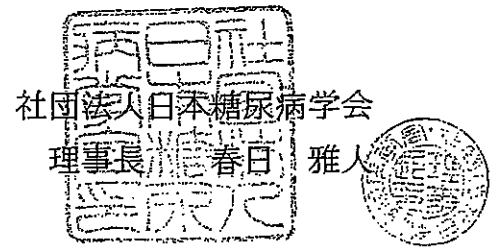
また、危機管理の面からも、標榜されていないことと名称の不統一は、緊急時の現場での混乱を招きかねません。

さらに保険審査においても、多くの地域で透析部門の審査担当者が常任され、さらに集団的個別指導に際しても、透析部門は独立して指導対象が選択されています。このように、保険を含む厚生行政においても、透析部門の専門性の特化の進行が認められているものと考えられます。

以上のことより、日本透析医会並びに日本透析医学会は、かねてより「透析科」の標榜許可について要望してまいりましたが、このたび、あらためて、医療法第70条及び医療法施行令第5条の11に基づく「透析科」の標榜をお認めいただきたく、切に要望いたします。

ご事情ご賢察のうえ格別なるお取り計らいをお願い申し上げます。

厚生労働省医政局  
総務課長 二川 一男 様



### 標榜診療科名の見直しに関する要望書

目下、貴職において検討が進められている「標榜診療科名の見直し」につきまして、日本糖尿病学会理事会として下記要望いたします。

今回の見直しは、医療機関の広告制度が緩和されたことなどから、標榜診療科を患者・国民にとってより分かりやすくし、その選択を支援する目的で行なわれるものであると聞いております。

我国における糖尿病患者数は、平成 14 年に実施された糖尿病実態調査において、糖尿病患者数 740 万人、その予備群 880 万人と報告されています。糖尿病による失明は年間 3000 人、血液透析導入は 14000 人を超える事態となっています。その後患者数はさらに増加したと推測されます。また、糖尿病は全世界的にも急増しており、世界人口の 5~6%にも達しているといわれております。国際連合はこれを人類の脅威と認識し、世界を挙げてその対策に取り組むための決議を昨年 12 月に採択し、11 月 14 日を「世界糖尿病デー」と指定し、糖尿病の予防、治療、療養を喚起する啓発運動を推進することとしました。

このような状況に鑑み、我が国におきましても糖尿病は、「健康日本 21」、それに引き続いて「新健康フロンティア」においても、早急の対策が必要な重大な疾病のひとつとして取り上げられております。このような点からも「糖尿病」という名称が国民に深く浸透・認識されているのは明らかであります。

また全国の大学医学部附属病院の内科においては、糖尿病・代謝内科あるいは糖尿病・内分泌代謝内科等、「糖尿病」の表示をするところは、北は旭川医科大学から南は琉球大学まで、既に 38 箇所もあります。

病院の何科を受診したらよいのか、どこに相談したらよいのか、国民に迅速な判断と行動を起させ、適切な治療を受けさせる、という観点からこの見直しが行なわれるのであれば、「糖尿病・代謝内科」の標榜はもっとも適切であると考えますので、特段のご配慮を御願います次第です。

平成19年6月26日

厚生労働大臣  
柳澤伯夫 殿

日本乳癌学会  
理事長 園尾博司



### 標榜診療科の見直しに関する要望書

貴省では、従来の標榜診療科名が「患者・国民から見て必ずしもわかりやすいものとはなっていない」ことより診療科名の標榜の見直しが検討されております。本年6月20日に開催された日本医学会臨床分科会において示された貴省の診療科見直し案のなかで、「乳腺外科」の標榜が新たに加わる可能性がある旨の報告を受けました。この件は、我が国の乳がん患者に大きな影響を及ぼす重要事項と判断し、以下に中間法人日本乳癌学会（本学会）の意見を述べさせていただきます。

現在、我が国の乳がん罹患率は1994年以降、女性がんの第1位を占め、死亡率も30歳～64歳では第1位となり大きな社会問題となっております。従来、標榜診療科のなかに乳腺の名称がないために乳房に異常を認めた女性の6割は産婦人科医を受診するといわれています。しかし、一部の産婦人科医を除き、ほとんどの産婦人科医は乳がん診療のトレーニングを受けていないのが現状です。

本学会は、現行の診療科標榜のなかで、誤診などの乳がん診療上の問題を避けるために、2004年にご承認頂いた乳腺専門医の広告をもって対応して参りました。しかし、乳房に異常を感じた女性はどこに乳腺専門医がいるのか分からず、とりあえず産婦人科を受診することが多く、専門医広告のみでは十分な対応ができていないのが実情です。

現在、乳腺専門医の構成は外科医95%、放射線科医3.1%、内科医1.2%、産婦人科医0.6%、となっております。ほとんどが外科医であります。外科医のすべてが乳腺を専門的に診療できるわけではありませんが、一般外科の修練中に乳がん診療の基本と実際を学び、他科の医師よりも乳がんを適正に扱うことができます。

以上より、本学会は今回の貴省の診療科名見直しで「乳腺外科」の標榜が新たに加



わることは現状の問題点の解決に役立つものと評価し、ご英断に敬意を表すものであります。

本年4月から施行されました、がん対策基本法（基本理念）にありますように、がんの克服を目指し、がんに関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進し、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながん医療を受けることができるよう、がん医療を提供する体制の整備がなされるためには、罹患率第1位の乳がん対策が、正にわが国におけるがん対策の要（かなめ）になると信じております。

今後とも本学会は、我が国の乳がん患者の療養生活の質の維持向上を目指し、そのための医療体制の整備に努力致す所存であります。「乳腺外科」の標榜は、患者・国民から見て判りやすく、乳がん診療の「均てん化」に不可欠と考えます。

何卒よろしくご指導、ご鞭撻のほどお願い申し上げます。

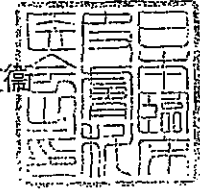
平成19年7月12日

厚生労働省 医政局長  
松谷 有希雄 殿

日本皮膚科学会 理事長 玉置邦彦



日本臨床皮膚科医会 会長 加藤友衛



### 標榜診療科の表記の見直しに関する要望書

謹啓

時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は、日本皮膚科学会ならびに日本臨床皮膚科医会に対して格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、さる5月21日の医道審議会医道分科会診療科名標榜部会において審議が開始されたところでありますが、極めて大きな問題が含まれております。審議される案では、厚生労働大臣が許可する診療科として「総合科」の新設が謳われていますが、総合的な診療能力を備えた医師が未だ十分とはいえず、その養成が急務とされる現状において、拙速な「総合科」の新設は、国民の期待を裏切る結果になりかねません。また、医療の質を担保するためには、患者のフリーアクセスを堅持する体制整備が必要で、これに向けた慎重な審議と、患者の視点に立った十分な対応をお願い申し上げます。

謹白

「総合科」に期待されることは、地域医療において「かかりつけ医」機能を充実させ、病診連携や医療機関の機能分化を図ることであると思われませんが、その背景にあるのは、

- (1) 専門医中心の現代医療において、過剰勤務に起因する勤務医の偏在や不足への対応
  - (2) 後期高齢者医療制度の創設にともない、高齢者を総合的に診る医師の必要性
- などをあげることができます。こうした社会的要望に十分応えるためには「総合科」を標榜する「総合医」の質の担保が必須条件になります。しかし、現状をみますと、平成16年4月に開始された卒後臨床研修制度をもって診療科全般にわたり高い診療能力をもつ医師の輩出を期待するには時期尚早と思われまして、日本医師会やその関連学会においても、これから「総合医」の養成に本腰を入れて取り組もうとしている段階であります。

患者が何科を受診したら良いか分からない場合や合併症など複数の疾患を抱えた患者にとっては「総合科」を受診し、必要に応じて専門医のいる病院を紹介してもらうことは決して悪いことではありませんが、我々が懸念するのは以下の項目です。

- (1) 初期診療を「総合科」に限定することになれば、患者から医療機関を自由に選ぶ権利を奪うことになり、その結果として、最適な医療を受けられないことになる。
- (2) 地域で信頼される医師が、必ずしも「総合科」の認定を受けるとは限らない。
- (3) 「総合科」の認定に関して、厚生労働大臣の認可とすることが本当に適切か。
- (4) 国が認定する方式によって、官僚の権益拡大、医療統制につながる懸念がある。

今回の「総合科」の問題は、後期高齢者医療制度の創設が大きな影響を及ぼしています。後期高齢者医療においては、総合的に診る医師の必要性が論じられ、厚労省から「在宅主治医」の構想が打ち出されているなかで、「総合科」を特別扱いし、国が認定する仕組みを作ることは、患者の初期診療を「総合医」だけに限定する口実になりかねません。また、このことは「総合医」に登録した後期高齢者の数に応じた人頭払い制度導入を主張する保険者団体の考え方と結びついて、フリーアクセスの阻害のみならず、医療費削減によって医療の質の低下は免れない事態となるものと危惧しております。

「総合医」がゲートキーパー機能を発揮することで、病診連携や機能分担が進むと期待されていますが、開業している各診療科の専門医であってもゲートキーパー機能は備えているわけで、医療機関の機能分担に必要なことは、患者が地域の開業医をファーストアクセスするか否かです。そのためには「総合医」ばかりでなく、地域医療を支える開業医が一緒になって医療の質を担保する仕組みを作ることが最も重要であると考えます。

患者が「総合科」を受診することも、皮膚科などの専門医を受診することも患者の自由な選択でなければ、患者の多様なニーズに応えられないばかりか、医療の質の低下は避けられません。初期診療を「総合科」のみに限定すれば、患者は適切な医療を受けられない状況に陥りやすく、逆に無駄な検査や投薬の長期化、頻回受診や通院期間の長期化を招く恐れがあります。皮膚科に限って考えても、皮膚科専門医とそうでない医師の質の差、専門分野における力量の差は歴然であり、皮膚科専門医を直接受診した方が、最適で効率的な医療を受けられることは明らかです。また、主治医が、自分では加療せずに、それぞれの専門科への単なる振り分け作業に終始すれば、これも医療の無駄といえます。さらに、フリーアクセスの制限は、患者から医療機関の自由選択権を奪うばかりでなく、医療機関側の医療提供サービスを向上させるモチベーションを著しく低下させる結果になり、確実に医療の質が低下するものと考えます。

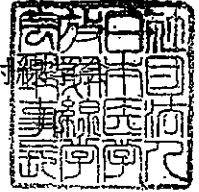
以上のことから、「総合科」の新設にあたっては、拙速な議論は避け、患者が適切で最良の医療を受けられるよう慎重に対応して頂きますようお願い申し上げます。

日医放庶務19-6-6

平成19年6月25日

医道審議会医道分科会診療科名標榜部会  
部会長 金澤一郎先生 御机下

社団法人 日本医学放射線学会  
理事長 大友



拝啓

貴家におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平成19年6月20日に開催されました第1回日本医学会臨床部会にて、提示されました「標榜診療科（医科）の見直し後のイメージ（案）」について、日本医学放射線学会として要望書を提出させていただきます。

1. 「放射線科」の分類について

放射線科を“内科系”ではなく、“その他”に分類していただくことを要望いたします。

放射線科は診断・治療・核医学のいずれの分野においても全診療科を対象とする“中央部門的役割”を果たしております。その意味でまさに救急科、リハビリテーション科、病理診断科、臨床検査科とともに内科系・外科系とは異なる“その他”に分類していただくことが妥当かつ必要と考えるからです。

2. 「放射線科」の細目について

産婦人科（産科、婦人科）と同様に放射線科（放射線診断科、放射線治療科）としていただくことを要望致します。

医療を受けられる方々に各施設の放射線科の専門性・役割をより正しく理解していただくために必要な選択肢と考えるからです。

なお厚生労働省医政局（総務課）の内諾をいただき、日本医学放射線学会では放射線科診断専門医と放射線科治療専門医の分離認定と分離広告を進めており、診療現場の受け入れ体制も整っていることを申し添えさせていただきます。

ご高配のほど、よろしく御願ひ申し上げます。

敬具

平成19年5月31日

厚生労働大臣  
柳澤伯夫殿

有限責任中間法人  
日本リウマチ学会  
理事長 小池 隆夫



### リウマチ科標榜撤廃に反対する意見書

貴職におかれましては、常日頃から日本のリウマチ医療に対してご理解をいただき  
深謝申し上げます。

現在わが国には70万から100万人のリウマチ患者様がおられます。10年前にリウマチ科の標榜が認可されるまでは、患者様方は専門医もわからずにリウマチ診療を受けることを余儀なくされておられました。そうした不都合な状況を受けて、1996年にリウマチ科の標榜が認められたのは、患者様及びリウマチ専門医からの強い要請とともに、リウマチ診療の高い専門性と国民に対する厚生行政の観点からも、「リウマチ科標榜の必要性が高い」という極めて優れた見識の結果と認識いたしております。

現在リウマチ科を標榜している多くの医師は、日本リウマチ学会が認定しているリウマチ専門医であります。リウマチの診療は日進月歩であり、適切な診断と治療により10年前には望むことすら出来なかった、リウマチの寛解や治癒すらも可能になってまいりました。それを支えているのがリウマチ専門医の資格を有するリウマチ科標榜医です。それを単に「患者の利便性」という理由でリウマチ科の標榜が撤廃されることは、リウマチ科の標榜によって飛躍的に発展してきたわが国のリウマチ診療の流れに逆行するものであり、日本リウマチ学会としてはリウマチ専門医を教育・認定している立場からも、到底受け入れがたいことです。

リウマチ科の標榜が出来なくなることにより、多くのリウマチ患者様は、どの施設で適切な診療を受けたらよいのか判断するのが困難になってしまいます。適切な診断と治療の遅れは、関節破壊や臓器障害の進行をもたらし、不可逆的な関節や臓器の機能障害を残すことになり、患者様のみならず医療経済にも大きな不利益をもたらすことになります。

上記の理由から（中）日本リウマチ学会はリウマチ科標榜撤廃に反対致します。

平成19年6月19日

厚生労働大臣  
柳澤 伯夫 殿

日本臨床検査医学会 有限責任中間法人  
理事長 渡辺 清明



## 標榜診療科名見直しに関する要望書

謹啓

麦秋の候、貴職ますますご盛栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のお引き立てを賜り、ありがたく厚く御礼申し上げます。

さて、「患者・国民から見て必ずしもわかりやすすくない」とされます診療科名を見直しするという今回の厚生労働省の決定は的を射た施策であると賛同致します。

基本的な診療科名とより専門性を高めたスペシャリティ診療科を併記する今回の案は大変わかりやすい標榜科名になることは疑いございません。

日本臨床検査医学会は日本専門医認定機構の基本領域の学会の一つであり、実技試験を含む専門医試験をパスした多くの専門医を構成会員とする、わが国における臨床検査領域を代表する学会であります。現在、医道審議会医道分科会診療科名標榜部会の場で新規標榜科の一つとして「臨床検査科」が取り上げられましたことは当学会におきまして大変歓迎致すところでございます。

医療の根幹をなす精度保証された臨床検査が現実に医療機関の中で実施され、その恩恵が患者・国民に還元されている医療の現状をようやくご認識いただいたものと高く評価致します。病院内組織としてのきちんとした臨床検査ができる事を標榜することは、患者・国民だけでなく臨床医にとって安心と信頼の象徴として大変重要でございます。

ただ、6月11日開催の医道審議会医道分科会診療科名標榜部会の資料では、臨床検査科につきましては、表記方法の見直し（案）で「病理診断科(又は臨床検査科)」とされています。これについては若干の誤解が生じる可能性があります。

一つには、他の基本領域の学会はすべて独立した形で標榜科になっていますが、臨床検査科のみがカッコ内に記載されています。

二番目には、臨床検査の実態としては、生化学検査、血液検査、微生物検査、免疫血清検査、輸血検査、生理検査などの他、病理検査および診断も含んでおります。つまり、通常は病理検査あるいは病理診断が臨床検査の中に含有される事はあっても、臨床検査科が病理診断科に含有される事はありません。

したがって、標榜する場合は「臨床検査科および病理診断科」か、あるいはそれぞれを独立した形で標榜する方がより実態に沿った分かり易い形になると考えます。

以上、この要望に沿って見直しがなされることで臨床検査領域の診療が患者・国民により理解しやすくなるものと信じるものでございます。

謹白