

行事予定	(2009年)
1月23日(金)	第1回常任・全国幹事会
3月6日(金)	第2回常任幹事会
4月18日(土)	第73回教育セミナー
4月25日(土)	第6回GLM教育セミナー
4月26日(日)	第74回教育セミナー
5月17日(日)	第75回教育セミナー
6月12日(金)	第19回春季大会 ～13日(土)
6月13日(土)	第3回常任・第2回全国幹事会、第33回総会
7月17日(金)	第26回賛助会セミナー
8月26日(水)	第4回常任・第3回全国幹事会、第34回総会および講演会
10月2日(金)	第5回常任幹事会
12月18日(金)	第6回常任幹事会

巻頭言

日本臨床検査専門医会
常任幹事 佐藤 尚武

医療と経済

経済が世界的に不調で、世界不況の様相を呈しています。ここまで状況が悪くなると、医療もまた経済のコントロールを強く受けていることを意識させられます。医療の効率化や資源・資金の有効活用はもちろん必要なことですが、行き過ぎた経済効率至上主義が、交通や食品など生命に影響をおよぼす分野で大きな社会問題を生んだことは教訓とすべきと考えます。臨床検査を含む医療においてもまずは一定の質を確保し、その上での経済効率化でなければならないと考えます。

私の敬愛する思想家が、「人の悩みの80%以上は、経済的問題が解決されれば解消される。」といったことを述べていました。「お金で全てが解決する。」とは思いませんが、近年の状況を見るとこれは至言だと感じられます。現在、臨床検査を含む医療の分野でも様々な問題が露呈し、『医療崩壊』の危機が叫ばれていますが、その多くは経済が好調であれば解決されるのではないかと感じられます。その意味で『政治と経済』、特に『経済』の現代社会における重要性を痛感いたします。

しかし残念ながら、我々(臨床検査専門医、広くは医療人)の努力によって経済そのものを立て直すことは困難と言わざるを得ません。当会には渡辺清明会長自らが委員長を務める「保険点数委員会」があり、日本臨床検査医学会の「臨床検査点数委員会」と連携して活動しています。また当会、日本臨床検査医学会、日本臨床検査薬協会、日本衛生検査所協会の4団体に、オブザーバーとして日本臨床衛生検査技師会を加えた5団体は「臨床検査振興協議会」を組織しています。この「臨床検査振興協議会」には医療政策委員会が設けられており、臨床検査に対する報酬の確保に向けて活動しています。ただしこれらの活動は、「医療費の総枠における臨床検査への配分を如何に確保するか。」が主な目的となっています。

私は現在のこの時期にこそ、もっと大きな目的に向けての活動も必要ではないかと考えます(もちろん従来の活動も必要ですが)。それは医療人が団結して、医療費総枠の拡大を主張することです。医療の質を確保するためにはどの程度の費用が必要かをevidenceとして提示し、国民的議論をすべき時期に来ているのではないかと思います。「医療費を増やしますか? それとも道路や箱物を建設しますか?」といった選択を争点とした選挙があってもよいと思うのです。医療人自らが、医療費の拡大に向け声を発するべき時が来ている、と感じられる今日この頃です。

【目次】

- p.1 巻頭言「医療と経済」
- p.2 事務局からのお知らせ、平成20年度第二回総会について、講演会報告、平成21年度予算案
- p.3 平成21年度の行事予定のお知らせ、第19回日本臨床検査専門医会春季大会のお知らせ、WASPaLMからのお知らせ、住所変更所属変更に伴う事務局への通知について、今年度会費振り込みのお願い
- p.4 会員の声：臨床検査医学の卒前教育と卒後教育、職人芸
- p.5 これからの臨床検査、放射線科診断医としての臨床検査医
- p.6 編集後記



甲斐犬(具満タンより)

JACLaP NEWS 編集室 金子 誠(編集主幹)

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1 東京大学医学部附属病院 検査部内

TEL: 03-3815-5411 内線 35005/Fax: 03-5689-0495

E-mail: mkaneko-kkr@umin.ac.jp

【事務局からのお知らせ】

《会員動向》

2008年12月1日現在数704名、専門医560名

《退会会員》(敬称略)

小林 佳美：医療法人正館会御野場病院
(2008年9月1日)

高遠 哲也：聖隷浜松病院腎臓内科
(2008年11月21日)

《訃報》

藤巻 道男 先生 日本臨床検査専門医会 有功会員
東洋公衆衛生学院名誉学院長(東京医科大学名誉教授)
平成20年11月9日ご逝去
心からご冥福をお祈りいたします。

【平成20年度第二回総会について】

第55回日本臨床検査医学会学術集会時に平成20年度第二回総会が開催されました。

会場：名古屋国際会議場 第一研修室

日時：11月27日(木) 12時50分～13時10分

報告事項

- 平成20年度中間決算報告
- 各委員会報告
 - 資格審査・会則改定委員会
 - 情報・出版委員会
 - 教育研修委員会
 - 渉外委員会報告
 - 保険点数委員会
 - 臨床検査専門医在り方委員会

審議事項

第一号議案：資格審査・会則改定委員会より提案されました。会則改定案は承認されました。

第二号議案：平成21年度予算案(別表)が承認されました。

第三号議案：平成21年度活動予定(別項参照)が承認されました。

第四号議案：資格審査・会則改定委員会より平成20年度名誉会員として河野均也、村井哲夫の両先生が推薦され、承認されました。

【講演会報告】

第二回総会に引き続き講演会が開催されました。

前川真人幹事の司会により、名古屋市立大学大学院医学研究科展開医科学分野教授の岡嶋研二先生に「臨床検査による敗血症の重症化予測－早期治療への応用」をテーマにご講演いただきました。

『臨床検査による敗血症の重症化予測－早期治療への応用－』

名古屋市立大学大学院医学研究科展開医科学分野
岡嶋研二

はじめに

敗血症とは、臨床的に感染症と全身性炎症反応症候群(SIRS)を示す病態で、これに凝固異常や臓器障害が合併する場合は重症敗血症(死亡率：25～30%)、そして、この病態にショックが合併する場合は敗血症性ショック(死亡率：40～70%)と呼ぶ。敗血症に認められる臓器障害の中でも、急性

		項目	平成20年度予算案	平成21年度予算案
収入	会費入金	会費会費	5,700,000	5,700,000
		振興会会費	4,800,000	4,200,000
		雑収入	150,000	150,000
		小計①	10,650,000	10,050,000
	その他入金	広告収入	800,000	600,000
		教育セミナー参加費	800,000	900,000
		利息・雑収入	2,500	10,000
		前年度繰越金	17,571,608	14,789,108
		小計②	19,174,108	16,299,108
	A. 収入合計 ①+②			29,824,108
支出	庶務経費	事務局雑費	250,000	220,000
		通信費(事務局)	250,000	240,000
		人件費	2,200,000	2,200,000
		FAX・電話使用料	60,000	50,000
		会員登録	15,000	15,000
		事務所賃貸料	1,050,000	1,050,000
		設備費	200,000	150,000
		小計①	4,025,000	3,925,000
	必要経費	印刷代	2,400,000	2,200,000
		要覧印刷代	400,000	400,000
		通信費	1,200,000	1,100,000
		春季大会補助金	500,000	500,000
		賛助会セミナー補助金	1,700,000	700,000
		GLM補助金	750,000	800,000
		教育セミナー補助	1,500,000	1,200,000
		会議費	1,300,000	1,200,000
		交通費	50,000	50,000
		原稿料	200,000	200,000
		HP維持費	300,000	300,000
		JCCLS会費	50,000	50,000
WASPALM会費	60,000	60,000		
臨床検査振興協議会	300,000	300,000		
内保連会費	100,000	100,000		
予備費	200,000	200,000		
	小計②	11,010,000	9,360,000	
B. 支出合計 ①+②			15,035,000	13,285,000
収支決算 A-B			14,789,108	13,064,108
次年度繰越金			14,789,108	13,064,108

呼吸促迫症候群(ARDS)は、ショックを合併しやすく、重症敗血症の予後を最も不良にする病態である。いくつかの薬剤や呼吸療法による臨床研究が行われたが、現在のところ、ARDSに効果的な治療法はない。このため、臨床検査により、近い将来のARDS発症を予測し、早期に治療を開始することが重要である。

重症敗血症に認められる臓器障害の発現には、単球やマクロファージから産生される炎症性サイトカインである腫瘍壊死因子が重要な役割を演じる。血管内皮白血球接着分子であるE-セレクトインの可溶性、すなわち可溶性E-セレクトインの血中濃度は、腫瘍壊死因子の産生を反映しており、その測定により、重症敗血症の発症を予測しうる可能性が高い。

血中可溶性E-セレクトイン濃度定量による重症敗血症の発症予測

救急外来に搬送され、SIRSを伴う50例を対象に、搬入時の血中可溶性E-セレクトイン濃度を、新たに開発した三菱化学メディエンス社製キットによる迅速検査法を用いて測定した。これらの測定値とSIRS症例の5日以内の臓器障害の発症頻度との関連を検討した。血中可溶性E-セレクトイン濃度が高値の症例では、正常値の症例に比べて、ショック、腎不全、

ARDS、および凝固異常(血小板が 5 万/ μ L 以下)の発症頻度が有意に高いことが判明した。ICU に搬入された症例を対象に同様の検討を行うと、本検査は、ARDS の発症予測に有用であることが判明した(未発表データ)。

血中可溶性 E-セクチン濃度定量の 早期治療開始マーカーとしての有用性

救急外来に搬送され、血中可溶性 E-セクチン濃度高値の SIRS 症例で、急性肺障害を示す症例に、ARDS 治療薬剤であるエラスポールを投与し、早期治療の有用性を検討した。その結果、エラスポール投与群では、非投与群に比べて、ARDS への移行率が低いことが判明した(未発表データ)。

おわりに

重症敗血症の予後を改善するには、早期治療が最も有効で、その開始マーカーとしては、血中可溶性 E-セクチン濃度の迅速測定が適している。さらなる臨床応用のデータの蓄積が必要である。

【平成 21 年度の行事予定のお知らせ】

平成 20 年度第二回総会にて承認されました来年度の日本臨床検査専門医会の行事予定をお知らせいたします。まだ確定していない部分もあり、開催日時、場所の変更もある場合があります。変更があり次第 JACLaP WIRE 等でお知らせします。その都度ご確認ください。

平成 21 年

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| 第 1 回常任・全国幹事会 | 1 月 23 日(金) |
| 開催会場： | 日本臨床検査医学会事務所 |
| 第 2 回常任幹事会 | 3 月 6 日(金) |
| 開催会場： | 日本臨床検査医学会事務所 |
| 第 73 回教育セミナー | 4 月 18 日(土) |
| 「骨髄検査・一般検査・生化学・
免疫電気泳動の実技講習」 | |
| 開催会場： | 慶應義塾大学医学部 |
| 第 6 回 GLM 教育セミナー | 4 月 25 日(土) |
| 開催会場： | 東京ガーデンパレス |
| 第 74 回教育セミナー | 4 月 26 日(日) |
| 「輸血・微生物検査の実技講習」 | |
| 開催会場： | 東海大学医学部 |
| 第 75 回教育セミナー | 5 月 17 日(日) |
| 「精度管理・検査室 management」 | |
| 開催場所： | 昭和大学医学部 |
| 第 19 回春季大会 | 6 月 12 日(金)～13 日(土) |
| 第 3 回常任・第 2 回全国幹事会 | 6 月 13 日(土) |
| 第 33 回総会 | 6 月 13 日(土) |
| 開催場所： | 富山国際会議場 |
| 第 26 回賛助会セミナー | 7 月 17 日(金) |
| 開催場所： | 東京ガーデンパレス |
| 第 4 回常任・第 3 回全国幹事会 | 8 月 26 日(水) |
| 第 34 回総会および講演会 | 8 月 26 日(水) |
| 開催場所： | 札幌コンベンションセンター |

- | | |
|------------|--------------|
| 第 5 回常任幹事会 | 10 月 2 日(金) |
| 開催会場： | 日本臨床検査医学会事務所 |
| 第 6 回常任幹事会 | 12 月 18 日(金) |
| 開催会場： | 日本臨床検査医学会事務所 |

【第 19 回日本臨床検査専門医会春季大会のお知らせ】

第 19 回日本臨床検査専門医会春季大会が下記の要領で開催されます。

開催予定会場：富山国際会議場

開催予定日時：平成 21 年 6 月 12 日(金)～6 月 13 日(土)

大会長：北島 勲 教授

(富山大学大学院医学薬学研究部臨床分子病態検査学講座)

事務局：富山大学附属病院検査部内(事務局長：宇治 義則先生)

多数の会員の参加をお待ちしています。

【WASPALM からののお知らせ】

第 25 回世界病理・臨床検査医学連合学会(XXV World Congress of Pathology and Laboratory Medicine)は 2009 年 3 月 13 日から 15 日の会期で、オーストラリアのシドニーにて Sydney Convention and Exhibition Center(Darling Harbour)を会場として開催されます。

詳細はホームページ(www.waspalm.org)をご覧ください。

【住所変更所属変更に伴う事務局への通知について】

最近、住所・所属の変更に伴って定期刊行物、JACLaP WIRE など電子メールの連絡が着かなくなる会員が多くなっています。

勤務先(所属)、住所、名称の変更および E-mail address の変更がありましたら、必ず事務局までお知らせください。

勤務先、住所の変更は、本年度会費の振り込み用紙に記載するか、できればホームページから会員登録票をダウンロードしてそれに記載し FAX あるいは E-mail でお送りください。

【今年度会費振り込みのお願い】

平成 20 年度の会費納入がお済みでない先生は振込をお願いします。会費振込用紙にはすでに先生のお名前が記入されていますので、勤務先、所属、住所、E-mail address の変更がありましたら通信欄にご記入をお願いいたします。

なお、振込用紙をなくされた先生は、

郵便振込口座：00100-3-20509

日本臨床検査専門医会事務局

までお願いいたします。年会費 1 万円

また、ご自身の振込状況が不明な先生は、事務局まで E-mail または電話 FAX でお問い合わせください。

昨年度より過去 2 年間会費を滞納している先生には、Lab CP、JACLaP NEWS、要覧の発送、JACLaP WIRE の発信を停止いたします。悪しからずご了承下さい。

臨床検査医学の卒前教育と卒後教育

検査の依頼を受け結果を発信する臨床検査医学の修練を経て、ここ数年は検査を依頼し結果を利用する立場として働いている。臨床検査専門医としての視点を持ちながら検査を利用するなかで、卒前卒後の臨床検査医学教育について日々感じていることを書き記してみる。

自分の知る限り、臨床検査医学講座のある大学はいずれも、臨床検査医学の卒前教育に熱心に取り組まれていると思われる。頻りに利用される基本的検査および関連する特異性の高い検査に関して、検体の採取から結果の解釈・適応までを身につける、というのがその目標であろう。どの専門科においても利用され、その後の臨床判断に重要な役割を果たす基本的検査について、十分な卒前教育が必要であるということに疑う余地はない。実際、元気のよい学生達は新しい知識を次々と吸収し、試験をすれば高い達成度を示す。

では卒後教育はどうか。自分は現在も研修医達と一緒に働く機会があるが、彼らがいつも疑問に思っていることは、一度は卒前教育で耳にしたことがあるはずの内容である。「尿潜血が陽性だが、すぐに腎臓内科に紹介した方がよいか?」「肝逸脱酵素上昇に対して考えられる原因を列挙したが、この程度の増加なら経過観察としてもよいか?」「貧血の原因を列挙したが、どこから検査を進めたらよいか?」「PTは基準範囲内なのにAPTTだけが延長しているのはなぜか?」「発熱の原因が分からないので考えつく培養を全て行ってみたが、この菌は起原因菌か?」等々。臨床検査医からすれば、これらはいずれも普遍的な質問であり、「学生時代に教わったでしょ!」という台詞が口から出かけることもしばしばである。しかし、その後研修医達と一緒に患者さんを診察し、検査計画や結果を詳細に検討すると、皆「そういう風に考えればいいのか!」という顔をして目を輝かせている。様々な診療科をローテーションする臨床研修制度が整備される中で、卒前に教育したはずの基本的検査の利用法を、卒後研修を通じて患者さんの診療に適応し実践的に習得することは、いまだに困難なのだなど実感させられる場面である。各診療科の専門分化が進む昨今、臨床検査医が全ての新しい検査項目について詳細に把握するのは非現実的になりつつあり、臨床検査医学全般について一定の水準を達成した後特に詳しい分野を持つという傾向が強まっている。しかし、どの診療科でも利用する基本的検査に関しては、臨床検査医こそが卒前教育と卒後教育の連続性を生み出し、卒前教育の内容を臨床現場で積極的に実践してみせるべきではないだろうか。そのためには様々な方策があると思われるが、何よりも臨床検査医が検査の利用者に近い位置に立ち、積極的に病棟や外来において診療に参加することが必要である。これが長期的視点からみても臨床検査の適正利用につながり、さらには患者さんの利益にもつながると思われる。同時に、検査の利用者に対して開かれたマインドをもつ検査部の存在も大変重要な要素である。現在自分は検査部の外で働いている訳だが、幸いこの医療機関においても、高いプロフェッショナルリズムを持ち、かつ利用者に非常に協力的な検査部に恵まれてきた。今後も臨床検査部との連携をさらに深めつつ、自分なりの立場で地道に卒前教育と卒後教育の橋渡しを務められればと考えている。

(順天堂大学医学部感染制御科学/総合診療科 上原 由紀)

「職人芸」と聞いて、何を今更とお感じになる先生方もいらっしゃるかも知れません。医業に携わっていれば多かれ少なかれ、このことを意識せずにはいられない瞬間は少なくないでしょう。しかし医業の中でも検査医学に分野を限ると、ぐっと身近かつ限定的な話になってまいります。そもそも職人芸が不可避な医業の中にあつて、臨床検査はこれまで積極的に標準化や自動化が推進されてきたという点で特色のある分野のように思います。しかし、すべてが自動化されているわけではありません。未だに自動化から取り残された職人芸の点在は、それが推進されてきた分野の中にあつて、なおさらコントラストを際立たせているように私には見えます。採血作業や検査器具の扱いといった手技的なものにも要求される職人芸はあるでしょうが、ここでは「読み」というキーワードで括れるような職人芸が念頭にあります。

検体検査ですと鏡検を伴うような作業がこれに相当するでしょう。生理検査ですと、一方で基本的な読みまでは既に自動化されている心電図などがありますが、超音波などの画像検査はこの範疇に入るものとして数えられるかも知れません。私が教員を務める神経生理分野にも脳波という難物があります。これらの検査に共通する特質として、個々人の技量が許容レベルに達するまでに相当期間の修練を要することが挙げられます。脳波の場合ですと、過呼吸・光刺激・睡眠といった賦活法によって脳波像がリアルタイムで変化しますが、その変化の内容に応じて以降の記録の進め方が変わってきますので、脳波検査を施行するにはある程度脳波が読めることが前提になります。先生方のご専門領域にも、このような職人芸の余地を残した検査が思い当たるのではないかと思います。

検査法の修練に相当期間を要するという事は、裏を返せば、技量レベルのばらつきをある程度許容することで成り立っている分野であるともいえます。先生方の分野における職人芸の技量のばらつきは、果たして許容範囲内にあるのでしょうか?脳波検査およびその判読に関しては、一検査室内におけるばらつきから施設間のばらつきへと、検査を施行する技師サイドから判読する医師サイドへと広がり、それぞれのレベルで問題を抱えているように思えます。前者の例としては、全国的に展開されている精度管理の出題問題と解答にその一端がみてとれます。正答率が低かった問題等で、時々、誤答とされた特定の選択肢が圧倒的に支持されていることがあります。出題者も精度管理の対象外ではないことを示した例ですが、施設毎の方言にも似た技量・知識の偏りは、職人芸の残る分野の標準化や判読の自動化の将来に影を落としているように思えます。最近、脳波をよく扱う臨床科の医師ですら脳波の判読能力に陰りがみられつつあるようです。この背景には、脳波が脳機能を診る唯一の検査法ではなくなり、限られた時間の中で判読の訓練が十分に行われなくなってきたという事情がありそうですが、脳波以外の検査では診断が困難な病態がある限り、どこかで歯止めがかけられるべきことと思われまます。

元々患者の診察は、ヒトの五感(ただし味覚を除く)を総動員して行われる行為でした。視診(視覚)、聴診(聴覚)、打診(聴覚・体性感覚)、触診(体性感覚)等で成り立っていた患者を「診る」行為に、心電図・脳波等の電気生理学的検査法や超音波をはじめとする画像診断機器の進歩により「見る」要素が増加してきた流れは、カルテを含む書類文化の一覧性に依拠しているようにみえて、最も根源的にはヒトの情報処理上、視覚が最もコンパクトに脳内に情報を保存できることに基づく生物学的帰結かも知れません。さて、先生方の職人芸

に任された「視る」を「診る」に脳内変換する過程は、果たして標準化・自動化の俎上にいつ載ることになるのでしょうか？

(東京大学医学部付属病院検査部 湯本 真人)

これからの臨床検査

大学卒業と同時に順天堂の臨床病理学講座に入局し、はや16年が経ちました。その間に臨床病理学講座は臨床検査医学講座と名前を変え、臨床検査部の状況も変わりました。これからも変わり続けていくと思います。様々な形で個別化医療が進み、診断、予後予測から治療効果判定に関わる先進的な臨床検査が求められていくであろう中で、検査部と検査医学講座が役割分担を明確にしながら連携して臨床検査業務の充実と研究実績を積み上げていかなくてはならないと思います。そうでなければ、将来の日本の臨床検査は、米国をはじめとする世界の検査関連企業の一市場となり、学問的貢献を必要とされない現地工場のような場になってしまうのではないかと、という気がします。病院検査部としては、それを良しとする選択もあると思いますが、大学や大学院講座は、経済効率とは切り離し得る存在価値を研究分野で発揮し、それを持って後進を育成する役割を果たさなければなりません。

私は、1998年から2002年に米国テキサス州ヒューストンのMDアンダーソン癌センター(MDACC)で、2006年から2008年には米国ワシントンDCのNIHの中にある国立癌センター(NCI)で研究をする機会を得ました。そこで、垣間見た臨床検査の研究分野についての印象を以下、簡単に述べてみたいと思います。

日本と米国とは、医療経済のシステムが大きく異なります。自由競争下にある米国医療市場の中では、優良で先進的な検査を実施できる臨床検査部は、一般的な検体検査の他にも独自に開発した特殊検査や検査コンサルテーションなどで収益を計上することができます。これに成功した検査部は、病院経済に貢献しながら、検査設備・サービスの向上、基礎・臨床研究の充実とそれに続く先進的検査の開発・導入を支えることができます。一方で、病院によって高収益を上げられる検査部と収益難に陥る検査部という格差も生じているようで、私が見聞きしたMDACCの検査部は、典型的な勝ち組でした。印象的だったのは、MDACCの臨床検査部が業務と研究を組織的に独立させていることでした。是非の論議はあったようですが、一見、臨床検査とは結びつかないような基礎的な研究が検査部直属の研究室で行われており、その研究業績をもって、収益と研究の両輪の稼働を実現していました。もう一方のNCIは、米国の癌研究を取り仕切る政府機関であると同時に、将来一線働く臨床医の育成機関としての役割も果たしていましたが、収益性には無頓着でした。そして、ここでも、NIH内の病院および全国から送られてくる標本の検査診断業務と国内外から集まるレジデントやフェローの教育を行うClinical sectionと純粋に実験、研究のみを行うResearch sectionでの仕事内容やスタッフは明確に独立していました。相互の交流は、勉強会や共同研究を通じて行われていました。Clinical sectionでも一部のスタッフが、診断業務の傍ら検査法や診断基準に関する研究を行っていましたが、潤沢な資金と人材をもってしても、この方法で単独で成果をあげるのは、非常に困難な様子でした。これは、大学病院の検査医が感じる困難に共通する部分があると思います。NCIのClinicalスタッフの多くは、基礎研究を行うResearch sectionとの共同研究の中で研究活動を行っていました。

以上のようなことは、おそらく、日米の医療経済やシステ

ムの違いが大きく、日本の臨床検査になじむ部分は多くないかもしれませんが、ある部分では、日本の臨床検査のこれからの姿を暗示しているような気もします。私は、今、以下のようなことが実現するといいな、と考えています。

1. 先進検査や特殊検査を行っているまたは、研究している検査室や大学の検査医学教室や検査センターの協力を得て、臨床検査医学会が中心となって、分野別または検査別のセンター網を構築し、特殊検査の依頼やコンサルテーションを有料で引き受けてもらえるシステムをつくって、先進検査の普及や臨床検査研究の横のつながりを強化する。

2. 臨床検査医学会総会などの機会に、臨床検査医学会の若手会員を中心に、共通する研究分野の小グループを作り、各自の研究内容や共同研究の可能性をディスカッションしたり、親交を深めたりできるチャンス(時間と場所)を提供する。

最後になりましたが、MDACCのDr. Michael Andreeffの研究室(白血病の分子標的療法の基礎的と臨床的研究を行っています)とNCIのDr. Mark Raffeldの研究室(悪性リンパ腫の分子シグナルに関する研究を行っています。研究の傍ら、Dr. Elaine Jaffeの血液病理部で悪性リンパ腫の病理診断についても学ぶことができます)では、意欲のある日本人ポスドクに門戸を開いています。関心のある先生方、いらっしゃいましたら、ご一報ください。お待ちしております。

(順天堂大学臨床検査医学講座 田部 陽子)

放射線科診断医としての臨床検査医

私は現在、放射線科診断医として甲府脳神経外科病院PETセンターで画像診断業務に携わっています。臨床検査医業務は行っておらず、ペーパー検査医であるのが現状で、臨床検査医の中でも、放射線科を専門科とする方はかなり珍しいのではないかと思います。検査に関わる科の医師としては他の臨床科の中では比較的近い職種ではないでしょうか。

当センターは甲府脳神経外科病院内に併設され、自施設内にサイクロトロンを有しPET 1台、PET/CT 1台で診療を行っています。PETでは主に認知症診断の目的の脳FDG検査、PET/CTでは他施設の各診療科から依頼された、腫瘍の良悪性の鑑別や癌の病期診断、治療後の再発診断といった診断と癌検診を行っています。ご存じの通り、PETはブドウ糖類似のF18-FDGという放射性薬剤を静注し、薬剤の病変への集積を画像化し、その有無や程度で病変の良悪性度やviability、病変の広がり(浸潤やリンパ節転移・遠隔転移)などを診断します。CTやMRIといった形態的な診断を行う従来のモダリティとは異なり、糖代謝を反映した機能的診断が可能であるため、従来の画像診断に新たな情報を付与することができ、さらにPET/CTによるPETとCTの融合画像を得ることでより詳細な病変分布や小病変の検出が可能です。しかし保険適応疾患がまだ限られていること、当初マスコミでもはやされたような「万能」な検査とは言い難いこと、検査料が高額なこと、被爆の問題など、さまざまな理由で検査数自体は伸び悩んでいるのが現状です。また、当センターのようにサイクロトロンを持たない施設ではデリバリーのFDGを購入し診断に用いていますが、半減期が110分と短いため、検査予定を組むのもなかなか苦勞の多い検査です。

しかし癌の再発診断において(癌の種類にもよりますが)、他のどのモダリティでも再発を指摘できない症例で、PETで再発病巣が指摘できることもよく経験されます。また治療後、CT上は瘢痕組織が残存しているためにPR(あるいは

good PR) としか判定できない場合も、PET で完全に集積がない場合、“CR”と判定できます。一方、原発不明癌(リンパ節転移や腹膜播種などで)は、PET でも原発巣が指摘できないことも多く、まだまだ力の及ばない領域があることを痛感させられます。まだ発展途上のモダリティであることは、難しさ楽しさ、両者を持った検査です。

私が普段心がけているのは、「異常あり」もしくは「異常なし」だけの報告書の作成にとどまらないようにしよう、ということです。指摘をするだけなら機械でもできるでしょう。しかし個々の患者の背景や現在の状況(既往歴や治療歴を含む)を知れば、この所見がその患者にとってどのくらい異常なのかを考えることができます。次の受診まで待てる状況なのか緊急を要する事態なのか、次に何の検査をすべきか、治療効果の有無(レジメ変更の必要性)などを適切に臨床科に提言できるようにと考えて診療に当たっています。これは臨床検査科を標榜されていらっしゃる先生方も同じお考えだと思います。

また臨床検査医と放射線科診断医に共通しているもう一つの点は、広い視点で患者を診る、ということだと思います。医療の細分化が進み、依頼科ごとに目的とする疾患が分かれてはいますが、実際に PET の画像診断に携わっていると目的とする疾患のほかに、思わぬ別の病気や病態に遭遇することがしばしばあります。依頼科の予期しない病態(例えば肺癌の術前診断目的に PET を施行したものの、頸椎転移があり早急な放射線治療が必要である、また喉頭癌の病期診断で大腸癌が見つかる、など)を発見することがあります。この場合、依頼科のみならず、次の検査・治療をふまえた報告書の作成が必要になります。

検査に従事している医師として、やはり“患者さんの役に立つ診療がしたい”、という思いがあります。私が臨床検査専門医を取得した頃(6年ほど前でしょうか)は、まだまだ臨床検査医として専門性を生かして仕事ができる環境が少なかったのを覚えています。少しずつではありますが、臨床検査科で専門医として働く機会が増えていることを見聞きするにつれ、大変喜ばしく思っています。現在、当たり前のように画像診断は放射線科医が診断するように、検査一般は当たり前のように臨床検査医が診断する、という流れができればよいのでは、と思っています。

(甲府脳神経外科病院 PET センター 佐藤葉子)

【編集後記】

あけましておめでとうございます。今年も JACLaP News とともによろしくお願ひ申し上げます。予定では No. 102 は

昨年中に出版し、新年には No. 103 より年 4 回という目標で頑張っ参りましたが、早くからご寄稿下さいました先生方やご関係者の方々に、準備が延び延びとなり発行が遅くなってしまい、ご迷惑をおかけしてしまいましたことをお詫びいたします。きっちりと 4 ヶ月おきの出版を本年の目標として、心新たに努力を続けていきたいと思ひますので、引き続き長い目で温かく見守っていただきたくお願ひいたします。

今回の編集後記では、昨今世の中をにぎわせている大きなトピックスとして、冒頭でも佐藤尚武常任幹事が述べられている経済不況に触れながらちょっと書いてみたいと思ひます。不況であるがゆえ、いろいろな無駄をカットして節約することがあちこちで行われており、ちょっとインターネットを開いて見てみると、重要なことでも必要最低限のことしかお金を使われていない、不採算部門は人員削減などを大々的にしている、生き残りはどうすべきか、など暗い話ばかりです。考えてみるとこの状態は、ちょっと前に自主運営してきた検査部に降り掛かってきたことが今になってあちこちで起きているという気がしました。これに対しては、質的な向上やサービスの拡大を行い地道な努力をしないと生き残りは厳しいという事は検査専門医の先生方にとっては周知の事実で、すでに検査部運営にご尽力されておられるかと思ひます。先日、出版された新生 LabCP は、「よりよい検査室管理をめざして」というテーマのもとに、これらに携わる第一線の先生方の原稿が掲載されており、大変興味深く精読させていただきました。同様に何か新しい技や方法を実践されている先生方がいらっしゃいましたらご連絡くださいますようお願いいたします。ご意見が集まり次第、改めて JACLaP News など特集を組んでみたいと思ひます。

まだ 2 度目の編集後記となりますが、今後毎回何を書いたら良いのやら、とちょっと途方に暮れています。ネタとして私が知っている程度の医学やそれにまつわるニュースのことなどを書いた場合には、これをご覧になっておられる先生方からすれば、釈迦に説法もしくはインターネットからのコピペのようなもの、と思われてしまうのだろうと考えると意気消沈してしまいます。今も勇気を振りしぼって編集後記を書いてみましたが、その内容について間違っているなどのご指摘、追加コメントや違ったご意見などがございましたら、どしどし JACLaP News 会員の声や LabCP へのご寄稿をお待ちしております。また、もしお書きいただく文章は短くても、掲示板・回覧板のようなコーナーを作成して掲載していきたいと思ひますので、気兼ねなさらずご意見をお寄せいただけますようよろしくお願ひ申し上げます。

(編集主幹 東京大学医学部附属病院検査部 金子 誠)

日本臨床検査専門医会

会 長：渡辺清明、副会長：熊谷俊一、渡邊 卓

常任幹事：

庶務・会計 佐藤尚武、情報・出版委員長 矢富 裕、教育研修委員長 宮地勇人、資格審査・会則改定委員長 土屋達行、渉外委員長 佐守友博、
保険点数委員長 渡辺清明、臨床検査専門医在り方委員長 村田 満

全国幹事：市原清志、今福裕司、大谷慎一、康 東天、木村 聡、熊坂一成、小出典男、犀川哲典、三家登喜夫、館田一博、橋本琢磨、
深津俊明、藤田直久、前川真人、松野一彦、満田年宏、宮澤幸久、保嶋 実、山田俊幸

監 事：高木 康、水口國雄

情報・出版委員会 会誌編集主幹：矢富 裕、要覧編集主幹：木村 聡、会報編集主幹：金子 誠、情報部門主幹：今福裕司

日本臨床検査専門医会事務局

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-1-19 アルベルゴ御茶ノ水 505

TEL・FAX：03-3293-5221 E-mail：senmon-i@jacpl.org