

\*\*\*\*\*  
本メールは日本臨床検査専門医会の電子メール新聞 JACLaP WIRE No. 106 です。  
\*\*\*\*\*

=====「目次」=====

- 【事務局からお知らせ】会員動向 (2008年2月21日現在数 694名, 専門医 536名)
- 【新規保険収載項目】
  - B型肝炎ウイルスコア関連抗原
  - ミオイノシトール定量

=====「JACLaP WIRE」=====

巻頭言

日本臨床検査専門医会 会長 渡辺 清明

本年度から森 三樹雄会長の後任として本専門医会の会長を拝命致しました渡辺です。どうか宜しくお願い致します。

ご承知のように、我が国では現在少子高齢化が進んでおります。したがって、高齢者の医療費の増大が大変問題になっていきますし、少子化に関してはそれによる産婦人科、小児科などの医師不足も深刻な問題となっています。その結果、今後は時代に見合った医療の提供が重要になっております。

一方、臨床検査が日常の医療に不可欠なものである事は言を待ちません。しかし、残念ながら臨床検査の評価については必ずしも高いとは言えません。特に、保険点数上は検査実施料の引き下げがここ10年以上続き、検査現場は冬の季節であります。

しかし、最近明るい材料も見えて参りました。例えば、特定健診で臨床検査が重要項目として設定されており、臨床検査が予防医学上重要であるとの認識が具体的に出ております。ここは臨床検査を国民に売り込む最大のチャンスであります。

また、臨床検査の質を評価する動きが出ておまして、国も検体迅速検査、緊急検査、微生物学的検査など臨床的有用性の高いものを評価する機運にあります。やはり、患者さんにとってどのような臨床検査が重要かを専門家である我々が示し、それを国などで適正に評価して貰う努力が重要です。

さらに、遺伝子検査などの高度な臨床検査の医療への適応が拡大してきておまして、先進医療などで認知されつつあります。これは混合診療と関連しておりますが、今後の医療の在り方の中で、臨床検査も十分に未来の医療を支える柱の一つとして認識される必要があります。

こう言う背景の下で、行政の方針に出来るように我々臨床検査専門医も具体的に対応してゆく必要があると思います。

また現在、臨床検査専門医は基本領域のものとして日本専門医認定機構で認知されつつあります。ごく最近、日本専門医認定機構の中では、各学会の専門医はその特徴を明示する事になりました。つまり、国民からみて専門医がどのような者であるかを明確にしないとイケないと言う事です。それでは臨床検査専門医とは何かと言えば、今の所は以下のようになります：臨床検査（血液や尿などを対象とする検体検査と心電図などの人体・生理機能検査）に関する専門的医学知識と技能を有し、臨床検査が適正に実施できるよう管理し、医療上有用な検査所見を医師・患者に提供する医師です。また、新たな臨床検査の研究および開発を行うと共に、臨床検査医学の教育に従事する医師です。つまり、臨床検査専門医はあくまで臨床検査の管理、所見の作成をし、教育や研究を行う医師であります。臨床検査で疾患を診断するなどの行為は今の所、他の臨床領域と重複するため臨床検査専門医の守備範囲外となっています。以上の事は臨床検査専門医が何かを定義づけるのに大変重要です。この点をよくご理解の上、医療の中で業務を行って頂きたいと思っております。

ただし、臨床検査科の標榜に近い将来実現する事が期待されておりますので、その場合はさらに臨床検査専門医の医療における役割が変化して来る事も考えられます。つまり、他の臨床各科の医師ができないような、臨床検査に関する診療を行う事もある程度視野に置く必要も出て来るかもしれません。

いずれにせよ、臨床検査専門医は、まずは検査室で適正な検査結果を臨床医や患者に提供する事が基本ですので、臨床検査専門医が中心となってひとつずつ信頼のおけるデータを作り上げることが肝要です。また、他の医療従事者とも十分情報交換をして、チーム医療に貢献する事も大変重要です。このような事を日夜真剣に取り組む事こそ臨床検査専門医のあるべき姿であり、私としてもそのための方策を追求する所存であります。

ただ、そうは言っても臨床検査専門医が、国民や他の臨床領域の先生方に周知されているかと言えば、なかなか十分理解されていない面もあります。したがって、今からは臨床検査専門医の役割をさらに明確に示す必要がありますので、その点も努力をして行きたいと思っております。

いずれにしても、臨床検査専門医制度を通じて質の高い臨床検査を実施し、適切な検査情報を提供して患者中心の医療に貢献したいと思っております。どうか臨床検査専門医に対して、医療関連の皆様方のご支援とご鞭撻をお願い申し上げます。

---

#### 【事務局からのお知らせ】

会員動向（2008年2月21日現在数 694名 専門医 536名）

#### 【新入会員】

中野 晃伸 先生：島根大学医学部器官病理

黒川 敏郎 先生：富山県立中央病院内科  
森信 暁雄 先生：神戸大学大学院臨床検査医学分野立証検査医学  
池田 均 先生：東京大学医学部附属病院検査部  
阿保 徹 先生：岩手医科大学臨床検査医学講座  
尾本 きよか 先生：自治医科大学附属さいたま医療センター総合第一講座  
田伏 洋子 先生：大阪医科大学臨床検査医学教室  
鯉淵 晴美 先生：自治医科大学臨床検査医学  
佐藤 孝 先生：岩手医科大学医学部第2病理

#### 【所属・その他変更】

千葉 貴人 先生：旧 秋田大学医学部臨床検査医学  
新 九州大学病院皮膚科 学術研究員  
木下 喜光 先生：旧 大阪市立北市民病院内科  
新 大阪市立大学医学部附属病院血液内科  
山本 洋介 先生：旧 徳島県立中央病院中央検査部  
新 香川県立がん検診センター検査科 部長  
車谷 宏 先生：旧 石川県立中央病院中央検査部  
新 石川県立中央病院病理科  
小原 一葉 先生：旧 防衛医科大学校検査部  
新 自衛隊横須賀病院  
若狭 (八幡) 朋子 先生：旧 大阪市立大学医学部病理部  
新 大阪赤十字病院病理部  
渡辺 伸一郎 先生：旧 東京女子医科大学中央検査部 教授  
新 南千住病院消化器科

(3月より)

×谷 直人 先生：旧 獨協医科大学越谷病院臨床検査部 准教授  
新 国際医療福祉大学 教授

#### 【退会会員】

臼井 敏明 先生：(長崎県立佐世保看護学校) (2007年12月17日)  
山崎 滋孝 先生：(東京臨海病院病理) (2007年12月19日)  
齊藤 直敏 先生：(奈良県立三室病院 中央臨床検査部) (2007年12月26日)  
須田 耕一 先生：(順天堂大学医学部 人体病理病態学講座 前教授) (2008年2月8日)

#### 【訃報】

清水 章 先生：(大阪医科大学臨床検査医学 前教授)

平成20年1月30日ご逝去

心からご冥福をお祈りいたします。

【平成 20・21 年度役員のお知らせ】

平成 20・21 年度 日本臨床検査専門医会の役員が決まりましたのでお知らせいたします。

会 長：渡辺清明（東京臨床検査医学センター）  
保険点数委員会 委員長兼任

監 事：高木 康（昭和大学医学部 医学教育推進室）  
水口國雄（帝京大学医学部附属溝口病院 臨床病理科）

副会長：熊谷俊一（神戸大学大学院医学系研究科 生体情報医学講座臨床病態・免疫学）  
渡邊 卓（杏林大学医学部 臨床検査医学）

常任幹事：

教育研修委員会 委員長：宮地勇人（東海大学医学部基盤診療学系 臨床検査医学）

資格審査・会則改定委員会 委員長：土屋達行（駿河台日本大学病院 臨床検査医学系）

渉外委員会 委員長：佐守友博（日本医学臨床検査研究所）

情報・出版委員会 委員長：矢富 裕（東京大学大学院医学系研究科 臨床病態検査医学分野）

臨床検査専門医在り方委員会 委員長：村田 満（慶應義塾大学医学部 中央臨床検査部）

庶務・会計担当：佐藤尚武（順天堂東京江東高齢者医療センター 臨床検査科）

全国幹事：

市原清志（山口大学医学部保健学科 病態検査学講座）

伊藤喜久（旭川医科大学 臨床検査医学講座）

今福裕司（福島県立医科大学 感染制御・臨床検査医学）

大谷慎一（北里大学医学部 臨床検査診断学）

康 東天（九州大学大学院医学研究院 臨床検査医学）

木村 総（昭和大学横浜市北部病院 臨床検査科）

熊坂一成（日本大学医学部 臨床検査医学系）

小出典男（岡山大学大学院医歯学総合研究科 生体情報医学）

犀川哲典（大分大学医学部 臨床検査医学）

三家登喜夫（和歌山県立医科大学 臨床検査医学）

舘田一博（東邦大学医学部 微生物学）

橋本琢磨（金沢社会保険病院）  
深津俊明（名古屋掖済会病院 中央検査部）  
藤田直久（京都府立医科大学 臨床検査医学）  
前川真人（浜松医科大学 臨床検査医学）  
松野一彦（北海道大学病院検査・輸血部、医学部保健学科）  
満田年宏（横浜市立大学附属病院 感染制御部）  
宮澤幸久（帝京大学医学部 臨床病理学）  
保嶋 実（弘前大学医学部 臨床検査医学）  
山田俊幸（自治医大学 臨床検査医学）

【本年度の行事予定のお知らせ】

平成 20 年度、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。  
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 20 年

3 月 14 日（金） 第 2 回常任幹事会  
日本臨床検査医学会事務所 12 時から 15 時

4 月 19 日（土） 第 70 回 教育セミナー  
「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

5 月 11 日（日） 第 71 回 教育セミナー  
「精度管理・検査室 management」  
開催会場：昭和大学 医学部

5 月 24 日（土） 第 72 回 教育セミナー  
「輸血検査・微生物検査の実技講習」  
開催会場：東海大学医学部

5 月 25 日（日） 第 5 回 GLM 教育セミナー  
開催会場：都市センターホテル（東京）

5 月 30 日（金）、31 日（土） 第 18 回日本臨床検査専門医会春季大会  
開催会場：神戸ポートピアホテル（30 日）、 臨床研修情報センター（31 日）  
大会長：神戸大学大学院医学系研究科 熊谷俊一 教授

5 月 31 日（土） 第 3 回常任・第 2 回全国幹事会

開催会場：臨床研修情報センター

5月31日(土) 第31回日本臨床検査専門医会総会

開催会場：臨床研修情報センター

7月18日(金) 第26回日本臨床検査専門医会振興会セミナー

開催会場：東京ガーデンパレス(東京)

\* 25周年記念行事を開催の予定

9月5日(金) 第4回常任幹事会

日本臨床検査医学会事務所 12時から15時

11月27日(木) 第5回常任・第3回全国幹事会

名古屋国際会議場

11月27日(木) 第32回日本臨床検査専門医会総会および講演会

開催会場：名古屋国際会議場(名古屋)

12月19日(金) 第6回常任幹事会

日本臨床検査医学会事務所 12時から15時

【平成20・21年度各種委員会委員のお知らせ】

平成20・21年度 日本臨床検査専門医会の各種委員会委員が決まりましたので  
お知らせいたします。

情報・出版委員会：今福裕司、大西宏明、金子 誠、木村 聡、下 正宗、小柴賢洋、  
近藤成美

教育研修委員会：浅井さとみ、太田善夫、木村 聡、菊池春人、島崎英幸、荻原順一、  
藤田直久、安原 努

資格審査・会則改定委員会：康 東天、諏訪部章、田窪孝行、水口國雄、宮崎彩子

渉外委員会：稲葉 亨、小柴賢洋、佐藤尚武、大谷慎一、宮 哲正

保険点数委員会：狩野有作、佐藤尚武、〆谷直人、東條尚子、松尾収二、三宅紀子、  
宮地勇人、米山彰子

臨床検査専門医在り方委員会：安東由喜雄、菊池春人、佐藤尚武、〆谷直人、  
下 正宗、土屋達行、前川真人、村上正巳

【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・所属の変更にもなって定期刊行物、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。

当会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mailでお送り下さい。

【今年度会費振り込みのお願い】

平成20年度会費振込用紙を2月中旬にお送りいたしました。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。

===== << JACLaP WIRE >> =====

【新規保険収載項目】

平成20年1月1日より適用

肝炎ウイルス関連検査

B型肝炎ウイルスコア関連抗原（HBc r A g）定量

（準用区分先：D023「4」）（区分E3）

保険点数：290点

製品名：ルミパルスHBc r A g

検査目的：B型肝炎ウイルスコア関連抗原（HBc r A g）の測定

製造販売元：富士レビオ株式会社 TEL：03-5695-9210

測定法：酵素免疫測定法（E I A） 定量検査

包装単位：1キット84テスト（最大79テスト）

結果が出るまでの時間：約60分 自動化：可（専用自動分析装置）

検体：血清または血漿

同時再現性：5%以下

測定範囲：3.0-7.0 LogU/mL

参考基準値：3.0 LogU/mL 未満

### 【特徴】

B型肝炎ウイルス（HBV）の感染によって引き起こされる直接的疾患は、一過性の急性B型肝炎と持続性のB型慢性肝炎である。B型慢性肝炎では治療によるHBVの完全排除は困難であり、ウイルス量の異常高値持続が肝硬変さらには肝癌のリスクとなることから、ウイルス量の低減および低値維持が治療の目標となる。

今回保険収載される方法は、血清または血漿中のB型肝炎ウイルス関連抗原（HBcrAg：HBcore-related antigen）を測定する試薬である。HBcrAgにはHBe抗原、HBc抗原およびHBVプレコア蛋白質（p22cr）の3種類が含まれる。この試薬はHBcrAgを網羅的に捕捉する3種類のモノクローナル抗体を固相とし、2種類の酵素標識モノクローナル抗体を組合せた2ステップサンドイッチ法を測定原理とするものであり、全自動化学発光酵素免疫測定装置を用いて1時間程度で測定される。これまでのB型肝炎ウイルス関連測定試薬（例えばHBe抗原、HBe抗体あるいはHBc抗体測定試薬）とは異なり、検体を界面活性剤で前処理することにより、HBV粒子、不完全ウイルス粒子、HBe抗原抗体複合体、HBc抗体などを破砕することにより、HBcrAg量を正確に測定できることが特徴である。これまでの研究では、核酸アナログ剤を未だ投与していない症例ではHBcrAg濃度は血中HBV DNA量と良好な相関を示すこと、核酸アナログ剤投与症例では、血中HBV DNAが検出感度以下に低下した場合であっても血中HBcrAgは陽性を示し、その濃度は肝組織中の残存ウイルス量を反映している可能性が示唆されている。このため、核酸アナログ剤を投与していない患者ではHBV DNA測定法の代替となりえるとともに、核酸アナログ剤投与患者では経過観察、特に血中HBV DNAが陰性化した後の経過観察に有用と考えられる。また、肝組織中のウイルス量を正確に測定するためには肝生検によるHBV DNAあるいはcccDNA（covalently closed circular DNA）の測定が望まれるが、簡便性などに課題のある現状においては、血液を検体とするHBcrAg測定は汎用性の観点からも適していると思われる。さらに、HBV DNA遺伝子検査で手技的に問題となる検体のクロスコンタミに起因する測定トラブルもないと考えられる。なお、HBcrAg濃度の経時的な測定が核酸アナログ剤の投薬休止判断あるいは薬剤耐性株の出現予測に有用とする報告もあり、今後の更なる検討が期待される。

### 【保険請求上の注意】

ア B型肝炎ウイルスコア関連抗原（HBcrAg）定量は、区分「D013」肝炎ウイルス関連検査に準じ、区分「D026」検体検査判断料の「5」の免疫学的検査判断料を算定する。ただし、検査料については、区分「D023」微生物核酸同定・定量検査の「4」のHBV核酸同定精密測定に準じて算定できる。

イ B型肝炎ウイルス感染の診断の補助及び治療効果の判定の目的で、血清



または血漿中の B 型肝炎ウイルスコア関連抗原 (HBcrAg) を測定した場合に 1 月に  
回に限り算定する。なお、HBV 核酸同定精密測定、HBV 核酸定量測定、DNA ポリメ  
ラーゼを同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

平成 20 年 1 月 1 日より適用

尿中特殊物質定性定量検査

ミオイノシトール定量

(準用区分先: D001「12」) (区分 E3)

保険点数: 120 点

製品名: ルシカ M1

検査目的: 尿中のミオイノシトールの測定 (耐糖能診断の補助)

製造販売元: 旭化成ファーマ株式会社 TEL: 03-3259-5875

測定法: 酵素サイクリング法 定量検査

包装単位: 前処理液、反応液 各 30mL × 2 本

結果が出るまでの時間: 約 10 分 自動化: 可 (汎用自動分析装置)

検体: 尿

同時再現性: 5%以下

測定範囲: 10-1500  $\mu$ mol/L

参考基準値 ( $\Delta$ UMI として): 10mg/gCr 未満

#### 【特徴】

ミオイノシトールは環状糖アルコール構造を有し、穀物、柑橘類、豆類などの  
植物、哺乳動物の筋組織や牛乳などに含まれる水溶性のビタミン様作用物質の一種  
である。主に生体組織に、遊離ミオイノシトールあるいはフォスファチジル  
イノシトールの構成成分として存在し、フォスファチジルイノシトールが分解  
されて生成するイノシトール 3 リン酸は細胞内のセカンドメッセンジャーとして  
働くことが知られている。糖尿病状態では、神経系において細胞内ミオイノシ  
トールが減少し、神経伝達障害をもたらすとされる一方で、糖尿病患者尿中に  
ミオイノシトールが高濃度に排泄されていることが古くから知られている。

今回保険収載される方法は、75 g OGTT によるブドウ糖負荷を行って負荷前尿、  
負荷後 2 時間尿のミオイノシトール濃度を測定し、同時に測定した尿中クレアチ  
ニン値 (市販の体外診断薬 (酵素法) で測定) で補正して 2 時間値 - 負荷前値  
( $\Delta$ UMI) を算出するものである。これまではミオイノシトールの測定には  
ガスクロマトグラフィーマスマスペクトル法 (GC-MS) などが用いられてきたが、  
今回申請された測定法は、特異的酵素と 2 種類の補酵素を組み合わせた酵素  
サイクリング法を用いており、新たに開発されたものである。

大規模臨床試験である DECODE スタディ や舟形スタディにおける 75gOGTT 解析

結果から、空腹時血糖値よりも負荷後 2 時間血糖値が高いほど大血管障害の発症のリスクが高いことが示され、食後高血糖の判定が重要であることが明らかになっている。

75gOGTT を実施した 362 例において併せて測定された本検査の結果では、尿中ミオイノシトールは耐糖能の低下の程度に応じて増加し、負荷後 2 時間にピークを示した。本検査においては、2 時間値単独で見るとよりも  $\Delta$ UMI を用いる方が正常型と境界型、糖尿病型との差が大きくなること、 $\Delta$ UMI は空腹時血糖よりも負荷後の血糖値と強く相関することから、 $\Delta$ UMI が適用されることになった。カットオフ値を 10mg/gCre とした場合、一般的に 75gOGTT の対象とされる群（空腹時血糖 110-126mg/dl、N=122 例）における  $\Delta$ UMI の感度は空腹時血糖異常（IFG；46 例）で 54%、耐糖能異常（IGT；48 例）では 81%であり、糖尿病型（28 例）では 100%を示した。今回の尿中ミオイノシトール定量検査により求められる  $\Delta$ UMI は、負荷後血糖値上昇を反映しており、耐糖能診断の補助に有用である。

高齢化社会の進行に伴い生活習慣病、とくに耐糖能異常者が急増している。これら患者予備群の早期検出において、本検査は採血を要さない簡便な尿検査であることから患者および医療スタッフの負担が軽減され、さらに一次健診と糖負荷試験の間の二次検査に位置づけられることから無駄な糖負荷試験を回避するための患者振り分けが可能となり、QOL の改善、さらには医療経済効果につながるものと期待される。

#### 【保険請求上の注意】

ア ミオイノシトール定量は、区分「D001」尿中特殊物質定性定量検査の「12」のアルブミン定量精密測定に準じて算定する。

イ 空腹時血糖が 110mg/dl 以上、126mg/dl 未満の患者に対し、耐糖能診断の補助として、尿中ミオイノシトールを測定した場合に 1 年に 1 回に限り算定できる。ただし、既に糖尿病と診断されている場合は、算定できない。

（文責 帝京大学 宮澤幸久）

=====

JACLaP WIRE No. 106 (2008 年 3 月 1 日発行)

☆発行：日本臨床検査専門医会 [情報・出版委員会]

☆編集：JACLaP WIRE 編集室 編集主幹：今福裕司

福島県立医科大学臨床検査医学 TEL:024-547-1350・FAX:024-548-6016

☆本 WIRE の記事購読(配信・停止)・広告等に関するお問い合わせ先 uys-com@umin.ac.jp

☆日本臨床検査専門医会事務局(入会・退会)に関するお問い合わせ先 senmon-i@jaclap.org

☆日本臨床検査専門医会ホームページ <http://www.jaclap.org/>

☆JACLaP WIRE バックナンバー <http://www.jaclap.org/wire/index.html#TOP>

\*\*\*\*\*

会員の皆様からの寄稿をお待ちしております！

\*\*\*\*\*

メーリングリスト配信先の変更には

1. 氏名, 2. 現行登録アドレスと 3. 変更希望メールアドレスを添えて  
uys-com@umin.ac.jp まで「配信先の変更希望」としてお送り下さい。

\*\*\*\*\*