

行事予定 (2011年)
11月17日(木) 第三回全国幹事会および
第39回総会・講演会
12月16日(金) 第三回常任幹事会

巻頭言

日本臨床検査専門医会
全国幹事 小田桐恵美

ホルモン測定精度管理

ホルモンのイムノアッセイは Berson と Yalow が 1956 年インスリンの RIA を確立したことをもって嚆矢とする。

イムノアッセイ研究会はイムノアッセイの開発、研究、普及などを期して 1967 年にスタートした。毎回テーマが設けられたが、第 1 回のテーマはインスリンの RIA であった。以来 47 回の研究会が行われ様々なホルモン、サイトカイン、ホルモンレセプター、ウイルス、薬剤、測定法など多くのテーマについて活発な発表と討論が行われた。1969 年には Berson 博士が、1971 年には Yalow 博士が招待され研究会で講演された。Berson 博士は残念ながら 1972 年に亡くなられたが、その後 1977 年に Yalow 博士にノーベル賞が授与されたことはホルモン測定に携わる多くの人々に誇りと勇気を与えた。

研究会が会を重ねる毎に測定値が大きく乖離する項目が多数あることが明らかとなり、1978 年より日本アイソトープ協会内に医学・薬学部会インビトロ委員会が設けられた。

以来 30 回のイムノアッセイ検査全国コントロールサーベイが行われ、毎回イムノアッセイ研究会においてサーベイ結果を発表してきた。第 1 回目のコントロールサーベイは TSH、T3、T4、IRI の 4 項目のみであったが、その後徐々に項目数が増え第 22 回では 40 項目(ホルモン 26 項目、腫瘍マーカーなど 14 項目)であった。

日本医師会のコントロールサーベイは参加施設が約 3,000 と多数であるがイムノアッセイ項目は腫瘍マーカーが AFP、CEA など 5 項目、ホルモンは TSH と FT4 の 2 項目にとどまることからイムノアッセイ検査全国コントロールサーベイがイムノアッセイ検査の精度保証の確立に寄与してきた役割は大きかったと思われる。

当初、イムノアッセイはほぼ 100% RI を用いて行われていたが、その後アイソトープを用いない様々な non-RI 測定法が普及し、全自動測定機に搭載されるようになり、自施設で測定する施設が減少してきた。そのためサーベイに参加する施設が徐々に減少し、更に non-RI が 90%を超えるようになると日本アイソトープ協会が主催するコントロールサーベイとしては成立が困難となってきたために 30 回のサーベイを最後として終了となった。

臨床化学検査の分野では認証標準物質の設定や、勧告法への切り替えなどにより測定間の CV は 2%以下とほぼ標準化された。

しかし、イムノアッセイでは標準品や認証標準物質の開発や供給体制の不備からトレーサビリティが確認できない項目が多い。また測定法が RI から non-RI に変化し、多様化したため基準法や勧告法が設定できない。測定の基本原理が抗原-抗体反応であり、抗体の多様性と長期安定供給が不可能なことから、単一物質を測定している保障すらないなど多くの問題が残されたままである。

近年、新エネルギー産業技術開発機構(NED)から JCCLS と産業技術総合研究所(NMIJ)の共同事業として、ホルモンを含む多くの項目の標準化推進事業が 3 年間行われ、それなりの成果が得られている。現在、臨床の現場ではホルモンは、ルーチン検査として広く測定され臨床生化学に準ずる精度を期待されている。イムノアッセイコントロールサーベイが適切な公的機関で継続され、更なるイムノアッセイの精度保証がなされることを願うものである。

【目次】

- p.1 巻頭言
- p.2 事務局からのお知らせ、第 28 回臨床検査専門医認定試験結果、第 39 回日本臨床検査専門医会総会・講演会のお知らせ、第二回生涯教育講演会のお知らせ、今後の春季大会日程：第 22 回日本臨床検査専門医会春季大会、第 23 回日本臨床検査専門医会春季大会、会費納入について、住所変更・所属変更に伴う事務局への通知について、会員の声：初めての海外生活
- p.3 (会員の声)優れた臨床検査は名医を作る、臨床検査専門医資格は広告できない
- p.4 (会員の声)臨床病理に生きる
- p.5 (会員の声)臨床検査専門医はその存在意義を世に示そう
- p.6 編集後記



ミニチュア・ピンシャー
(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》

2011年10月25日現在数726名、専門医586名

《新入会員》（敬称略）

木村 聡：産業医科大学病院臨床検査・輸血部

《所属・その他変更》（敬称略）

中居 恵子：旧 岩手医科大学臨床検査医学 講師
新 岩手医科大学歯学部総合歯科学講座
歯科内科分野 非常勤講師

黒田 仁：旧 田老町立国保田老病院
新 宮古市国保田老診療所

【第28回臨床検査専門医認定試験結果】

平成23年8月6日、8月7日に、日本臨床検査医学会主催の第28回臨床検査専門医認定試験が慶應義塾大学医学部でおこなわれ、18名（うち日本臨床検査専門医会員17名）が合格いたしました。合格おめでとうございます。今後のご活躍を期待します。

(50音順/敬称略)

赤坂 和美、出居真由美、伊藤 隆史、大瀧 学、
尾形 享一、沖野 毅、加藤 哲子、加藤 博之、
砂川 恵伸、清田 育男、中山 智祥、仁井見英樹、
西村 基、野崎 昭人、原田 健右、細田 和貴、
増田亜希子、山崎 正晴

【第39回日本臨床検査専門医会総会・講演会のお知らせ】

第58回日本臨床検査医学会学術集会に合わせて、第39回日本臨床検査専門医会総会・講演会が開催されます。多数の会員の参加をお待ちしています。

日 時：総 会 平成23年11月17日(木)
13時30分から14時10分
講演会 平成23年11月17日(木)
14時10分から15時00分

場 所：岡山コンベンションセンター
2階 レセプションホール

テーマ：日本の専門医制度の現状と今後の動向
座 長：渡邊 卓教授(杏林大学病理系専攻臨床検査
医学分野)
演 者：橋本 信也先生(医療教育情報センター理事長)

【第二回生涯教育講演会のお知らせ】

第22回春季大会開催に連動させて、平成24年3月23日(金)に第二回生涯教育講演会を開催します(予定)。本講演会は、臨床検査専門医の認定更新に必要な単位のうち、1回以上の出席が必要な「B 日本臨床検査医学会または日本臨床検査専門医会が主催するリスクマネジメントに関する講習会」のひとつとして認定されており、5単位を取得することができます。詳細は追ってご案内します。

第22回日本臨床検査専門医会春季大会

大会長：日野田裕治 教授(山口大学大学院医学系研究科
臨床検査・腫瘍学分野)
開催日時：平成24年3月23日(金)、24日(土)
開催場所：山口大学医学部霜仁会館、宇部国際ホテル

第23回日本臨床検査専門医会春季大会

大会長：渡邊 卓 教授(杏林大学病理系専攻臨床検査
医学分野)
開催日時、開催場所は未定

【会費納入について】

平成23年度の会費の振込が未済の方は、再請求のご案内を順次発送しておりますので、必ずお振込頂きますようお願い申し上げます。

年会費：正会員：1万円（有効会員：5,000円）

郵便振り込み口座：00100-3-20509

加入者名：日本臨床検査専門医会事務局

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

【住所変更・所属変更に伴う事務局への通知について】

住所・所属の変更にもなるとなると定期刊行物、JACLaP WIREなど電子メールの連絡が着かなくなる会員がいます。

勤務先、住所およびE-mail address等の変更がありましたら必ず事務局までお知らせ下さい。変更事項は本年度会費の振り込み用紙に記載するか、ホームページから【会員情報変更届】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。

【会員の声】

初めての海外生活

山口県の小さな町で生まれ育ち、常々一度は県外に出たいと思っていた。最初の機会は山口県立医科大学6年の夏休みに、横須賀の米軍病院でエクスターンとしての研修であった。英文はなんとか読めたが会話はさっぱりであった。しかし慶応大、医科歯科大、東大などからの研修生は英語がペラペラで劣等感を強く感じた。また米国人の医師は初診患者さんを診察する場合、性別を問わず頭から足の先まで全身隈なく診る作法に驚いた。昭和41年に卒業するとインターンに関西医科大学で行い、国試合格後は母校に戻り臨床病理学教室(柴田進教授)に入局した。その頃は多くの友人と同じく海外留学に憧れ、一度は英語圏に行きたいとECFMGの合格をめざした。しかし、教授の転任に伴い岡山の川崎病院に勤務していたとき、ABCC(原爆傷害調査委員会、広島)での「被爆と遺伝子変異の関連調査プロジェクト」に参加しないかと薦められた。昭和47年の夏であった。ボスはミシガン大学のJ. V. Neel教授で遺伝生化学の世界的権威者であった。二つ返事でプロジェクトに加わり、昭和49年8月～昭和50年10月までミシガン大学で研究することとなった。飛行機も国外も初めてで、家族(妻、5歳と3歳の息子)をつれての渡米は期待と不安が半分々々であった。このとき1ドルは300円。

日米研究室の違いは、1. ミシガン大学には世界80ヶ国からの留学生がいた。2. 私たちは研究のみしていれば良く、

雑用は全てアシスタントがしてくれた。3. 教授と研究生の会話は地位に関係なくざっくばらんであった。4. 通常 17 時には帰宅するし、土日は休みで、有給休暇は年間 20 日あった(当時を振り返ると、日本では遅くまで非効率に働き、いわゆる雑用が極めて多かった)。

生活環境で驚いたことは、まず、1. 何百キロも続く広大な麦。とうもろこし畑(戦争に勝てるはずがないと感じた)。2. 救急車を呼んだら、後日請求書が届いた。3. 子供には「危険だから止めろ」とは言わず、「注意して試してみなさい」と前向きに背中を押す。4. 国民は政治、経済その他に自分の意見を持ち、積極的に発言する。5. 出産後 5 日目には勤務していた。6. ピストルを持った婦警が珍しくなかった。7. 奨学金で大学に行き、卒後は自分を売り込んであちこち転々とするシステムがなかなか理解できなかった。8. 将来の夢はキャンピングカーと別荘を持ちたいと思っている人が多かった。9. 新聞、テレビのニュースで日本が取り上げられることは殆どなかった。記憶にあるのは、佐藤栄作元首相がノーベル平和賞を受賞された報道くらいである。一年余の米国生活で、世界の政治・経済・文化はアメリカとヨーロッパを中心に動いていることを痛感した。

最近海外留学や海外勤務に行きたがらない若者が多くなったと報道されている。海洋国家としては由々しき事態である。益々グローバルな社会となる今日、垣根の外に出て世界を知り、世界を舞台に活躍していただきたい。現在では BRICs の台頭が著しく、やり甲斐のある仕事はさらに拡大していると思われる。海外に骨を埋めてもよいくらいの気概がほしい。

自分にとって海外生活での最大の収穫は、異国の文化を少し知ったことと、「日本の文化について殆ど知らない」と判ったことで、その後の生き方や趣味に大きな影響を受け、人生の白秋を迎えるにあたり、ついに田舎で生活することとなった。

(医療法人仁保病院内科 上田 尚紀)

優れた臨床検査は名医を作る

筆者が臨床検査医学に足を踏み入れたのは 35 年前に遡る。その当時は臨床検査の自動化、迅速化、さらには標準化が大きく取り上げられていた。さらに検査全体の自動システム化が大病院では進展していった。現在臨床化学検査の全自動測定は、検査機器の発達と相まって、当たり前のこととなった。自動測定が出来なければ、検査の現場で使用されなくなってきている。また殆どの医療施設では電子カルテシステムが導入され、医師の診療体系も大きく変化し、検査システムと一体化し運営されているのが現状である。このような状況のもと迅速全自動測定により、診察前検査の結果を参考に、特に慢性疾患では疾病がより効率的に治療されるようになった。

筆者は大学を定年退官し、臨床検査の現場から離れ、以前から希望していた甲状腺診療一筋に打ち込むべく、現在専門病院で働いている。一つの分野から別の分野に視野を広げると、これまで分かっていなかったことが最近よく見えるようになったと感じている。以下に甲状腺診療の実際の現場から得られた経験をもとに、臨床検査の重要性について述べてみたい。

甲状腺機能異常の診断には、血中遊離 T_4 (FT₄)、遊離 T_3 (FT₃)および TSH の測定が実施される。多くのホルモンはイムノアッセイで測定されるが、開発当初繁用されたラジオイムノアッセイは最早使用されなくなった。化学発光物を用い、迅速全自動測定が現在当たり前になっている。TSH に関しては高感度測定法も樹立され、以前は難しかった低値の測定も

可能となり、健常人の検査値が 30 分で出る時代になった。甲状腺機能異常の把握では、TSH 測定が最も敏感であり、軽度の潜在状態でも、臨床症状が出る前に簡単に診断がつく。経験豊富ないかなる名医であっても、これらの軽症例の病態診断は臨床検査無しには出来ない。例えば TSH のみが軽度上昇し、FT₄、FT₃ が正常範囲にある潜在性甲状腺機能低下症では、積極的なサイロキシン(T₄)治療で、高脂血症や動脈硬化の進展の予防が出来ることが明らかにされつつある。原因不明の不妊症でも、潜在性甲状腺機能低下症の場合には T₄による治療介入で妊娠率が上がるまで来ている。

血中甲状腺ホルモンが高値を示す甲状腺中毒症の原因の 70%はバセドウ病であるが、25%は無痛性甲状腺炎であり、残り 5%は亜急性甲状腺炎である。これら 3 疾患は治療法が異なるため正確な鑑別は必須である。バセドウ病は、TSH 受容体に対する自己抗体(TRAb)が産生され甲状腺を過剰刺激するために甲状腺機能亢進症が発生する疾患であり、TRAb は最近の高感度法でバセドウ病の 97%に証明される。一方、無痛性甲状腺炎は慢性甲状腺炎が急性に増悪し、甲状腺が破壊され甲状腺ホルモンが血中に漏出してくる甲状腺中毒症であり、TRAb は陰性である。亜急性甲状腺炎は発熱、疼痛を伴うことから、前 2 者との鑑別は臨床的に容易である。問題は前 2 者の鑑別である。従来その鑑別には甲状腺放射性ヨード摂取率検査が基本であったが、一般病院ではこの検査はできない。

TRAb は自己抗体であり、血中ではポリクローナルでヘテロジニアスな存在であることから、標準化は無理ではないかと考えられてきた。しかし筆者らは 20 年前からその国際標準化の必要性を強調してきた(Clin Chem 34: 1662, 1988)。やっと最近その測定値が IU/L で表示されるようになり、標準化が可能となった。さらに最近 R 社がモノクローナル抗体を用いた迅速高感度 TRAb 測定法を開発し、その基礎的および臨床的検討を筆者らも担当した。従来自己抗体の測定は、診断に重要であるとはいうものの、他の臨床検査と同じような迅速性はあまり要求されていなかった。しかしこの新しい迅速 TRAb 測定法は 30 分で結果が出るため、上記 2 者の迅速な鑑別に非常に有用であることが判明した。なおかつ活性値が単位で正確に数値化されるので、鑑別診断とともにバセドウ病の病勢を確実に把握でき、極めて有用な検査として診察前検査にも導入されている。さらに筆者らは超音波を用い甲状腺の血流量測定法を開発し、10 分間でバセドウ病と無痛性甲状腺炎の鑑別が出来るようにした。診療を開始して 1 年目の臨床医でも、これらの検査の登場により、何十年もの経験を有する専門家と同等に正確な診断を下すことが出来るようになった。正しく「優れた臨床検査は名医を作る」ものであると実感している。

(医療法人神甲会限病院 学術顧問 網野 信行)

臨床検査専門医資格は広告できない

(1)平成 19 年 6 月 18 日に厚生労働省医政局総務課長から「広告が可能な医師等の専門性に関する資格名等について」という文書が発出されました。ここに日本臨床検査医学会の名前も臨床検査専門医の称号もありませんから、医師岡村一博(日本臨床検査医学会認定 臨床検査専門医)と広告はできません。リストされている学会は 57 学会、平成 14 年 7 月 17 日受付の整形外科専門医に始まり、平成 21 年 11 月 10 日の一般病院連携精神医学専門医まで 57 資格があります。何回も読み返して臨床検査専門医の資格名を探しましたが、ありません。

それなら日本臨床検査医学会の専門医が社会的に認められていないのかというと、社団法人 日本専門医制評価・認定機構のホームページに基本領域の学会として登録されています。これに登録されているのに臨床検査専門医の名称を広告できないのは何故なのでしょう。何故 57 学会のうちに入れないのでしょうか。日本臨床検査医学会幹部のご意見を承りたいです。

(2) 内科専門医資格取得のための研修施設には内科指導医が必要なのですが、日本臨床検査医学会は内科学会指定 13 学会に含まれませんから、臨床検査認定医(専門医)であっても内科指導医にはなれません。

(3) 臨床検査専門医資格は診療報酬の検体検査管理加算を取るためにしか役立つのではないのでしょうか。あれっ、検体検査管理加算は臨床検査専門医でなくても、専任医師であれば誰でも取ることができますね。臨床検査専門医資格は無用です。加算は検査技師数で区分されていますが、検査室の常勤医師数は 1 名で十分の設定です。

これらの三つの事実からすると、臨床検査専門医の称号は殆ど紙切れのようです。

(2) の件で、日本臨床検査医学会に 2011 年 6 月 21 日、「臨床検査医が総合内科をしりする状況なので、臨床検査認定医の地位向上のためにも、内科学会指定 13 学会を 14 学会とし、臨床検査認定医(指導医)が内科指導医となれる道を開いて頂きたい」とメールをお願いをしました。早速に翌日、日本臨床検査医学会総務担当の先生からお返事を頂きました。「本学会の臨床検査専門医は、日本専門医制評価・認定機構で認定されている基本領域学会の専門医であり、お申し出いただいた件の実現は難しいと思われま。ご理解の程、よろしくお申し上げます」。ああそうなのか、でもどうして臨床検査が基本領域学会なのだろうと思いました。

日本専門医制評価・認定機構のホームページを見ますと、「基本領域の学会」と言うセクションがあり、そこは日本内科学会、日本小児科学会、、、日本臨床検査医学会、、、と 18 の学会が見られます。「基本領域の学会」とは基礎医学の学会という意味ではなく、日本医学会の基本を構成する学会という意味と思われま。基本領域の学会で日本臨床検査医学会は内科学会と同列にいるのですから、「基本領域学会の専門医であり、お申し出いただいた件の実現は難しい」というのはおかしいですね。内科学会の指導医になれる【指定 13 学会】とは日本消化器病学会、日本循環器学会、日本内分泌学会、日本腎臓学会、日本呼吸器学会、日本血液学会、日本神経学会、日本アレルギー学会、日本リウマチ学会、日本感染症学会、日本糖尿病学会、日本老年医学会、日本肝臓学会です。日本内科学会に、日本臨床検査医学会も協力させて欲しいと働きかけて戴きたいと思われま。

古い話ですが、昭和 45 年頃、私は天理病院の臨床病理部にいました。内科専門医制が始まり、当時の内科部長から内科指導医になるように言われ、指導医になりました。Grandfather's rule による臨床病理専門医を戴き、時代を経て、臨床病理専門医で残るか、内科専門医に移行するか選択するようなことがありました。内科専門医の方が美味しそうでしたが、ずっと臨床病理をしてきたことだし、少人数の学会なので、一人でも多い方が良くだろうと臨床病理専門医を選択しました。専門医の書き換えが 2 年程前にあり、昔と同じようにどこの専門医を希望するかという欄があり、内科専門医へ印をつけましたが、送られてきたのは臨床検査専門医でした。内科学会から断られたのかと思われまが、なにも説明の書類はついていませんでした。

永年、論文も書いていませんから内科学会の専門医になっ

ても内科指導医になるのは難しいでしょうが、それでも内科専門医のタイトルがあれば、指導医になるために論文でも書こうかという気になるかも知れません。

申し遅れましたが自己紹介です。1969 年山口大学卒業、柴田進先生に師事、天理病院、米国留学で AP、CP の board eligible です。以後転々として、1988 年に岡村一心堂病院を開業しました。152 床の救急病院で、内科診療、がん診療をしています。病院は 320 列 CT、1.5T MRI、ペット CT、ガンマナイフ、定位照射ライナック、電磁波温熱治療装置、高気圧酸素治療装置などがあり、毎日の診療は楽しいです。日本臨床検査同学院の功労会員(老齢会員)になった 68 歳ですから、ペーパー専門医もまもなく消えてしまいます。自分の医学の基本は臨床病理学だと思っていますから、いろんな知識は古ぼけてきましたが、臨床検査医学会には輝いて欲しいと希望しています。

臨床検査をやってきたが、内科へ転向してみようかという方はご来院下さい。こんな臨床検査医の生き方もあるという一つを見て戴けるかと思われま。

(医)岡村一心堂病院 理事長 岡村 一博

臨床病理に生きる

私が臨床検査～病理診断部門で働くようになって五十数年、この間の私の環境つまり私が育てられた学界の進展は目覚ましいものがあります。病理診断に軸足を置く臨床検査医学を志向し続けている私は今も医師会立検査センターの業務に携わっています。

ここに自己紹介をかねて簡単に私の歩みを振り返り、現在の心境に触れたいと思われま。

そもそも私の名前は高柳尹立(タカヤナギ ノブタツ)、難読する名前です、まず正確に読んで貰えませぬ。尹は漢和中辞典の人名読みで確かにノブの記載がありますが、尹の意味するところは？ 最近偶然目にしたのでありますが、日本医事新報 2010 年 6 月 26 日号の中田力氏のフィロソフィア・メディカに紹介がありました。尹とは古来医療の象徴となっている「神の杖：アスクレピオスの杖」を持つ者を指して作られた漢字に相当し、天と地を調和させ、乱れを起こさないようにする人という意味を持つとのこと。医学に関連した納得できる解釈をこの歳になってはじめて知った次第で、いささか悦に入っています。

昭和 28 年金沢大学卒業後、病理学教室に入り、石川太刀雄丸教授の指導の下、実験病理に明け暮れました。免疫化学的手法で臓器分化における蛋白動態を調べることになり、折しも開発された Coons の蛍光抗体法、Grabar の免疫電気泳動法を原著のコピーを片手に試薬の合成、装置の組み立てから始める苦労を重ねながら何とか軌道に乗せることができました。実験病理にはそれなりの張り合いと喜びがありましたが、何か充たされぬものが胸に残り、医師である以上、少しでも臨床に役立つ、直接診療に反映する仕事をしたい、の願いが次第に強くなりました。折しもかの有名な Ackerman 教授が講義に巡回され、米国における臨床病理学の素晴らしい Activity を知ったのも大きなきっかけとなりました。石川教授に再三お願いし、倉敷中央病院へ紹介いただくことになりました。

倉敷ではまず各科の協力を得て臨床検査の完全中央化が実現し、将来ともこの道で働く以上、臨床診療の体験が必要と思われ、入院患者も受け持ちました。不幸にして亡くなられた方の病理解剖を許可いただき、臨床像と病理像の一体化した勉強ができました。全く多忙、若さに任せて走り回りました

が、最も充実した8年間を過ごしました。

昭和43年、家庭の事情もあって郷里に帰り、富山市民病院の勤務が始まりました。当時の北陸は私が検査部専任医師の第1号であったように臨床病理活動はかなり遅れていた印象でした。院内のみならず、大学、医師会、技師会に積極的に働きかけ、検査の解説、CPCなどを通して臨床病理の充実、活性化に微力を尽くしました。十数年にわたる副院長、最終的には院長として病院運営にも当たりましたが、重圧に何とか耐えながら病理診断・検査管理を続けることができました。

その定年退職の翌日から富山市医師会健康管理センターに移りました。第一線の診療医を対象とした検査センターの使命は何か？的確な検査結果を個々の顧客のニーズに応じて迅速に明解に報告し、疾患の方向付けを急ぐこと、病院勤務時代に経験できなかった新たな緊張感と感激を覚えています。

近年、医学の専門分化が進み、臨床検査専門医と病理専門医がそれぞれの立場からきめ細かく診療を支えています。私のように両者を並立させている臨床病理医は絶滅危惧種いや絶滅予定種と云えます。私たちの機関誌に「臨床病理」の名称が残されていますが、検査があって病理診断があり、病理があって検査が威力を増すことを肝に銘じておくべきでありましょう。古い昔、恩師石川教授は「形態と機能の全一性」を熱く説かれました。これからの臨床検査専門医は本来の専門性に磨きをかけ、さらに病理学的素養も活用して疾患診断に当たられることを望んでいます。

(富山市医師会健康管理センター 高柳 尹立)

臨床検査専門医はその存在意義を世に示そう

喜寿を越えると特別な人を除き自他共に影響力も少なくなり好き勝手なことを発言することが許されるメリットが生まれてくるような気がする。いわゆる「老人のたわごと」と余り問題にされないからである。

先輩の多大なご尽力で日本医師会の承認も得てか、臨床検査専門医が本来の得意とする医療分野で活動できると思われる臨床検査科が標榜科として認められたが、その後はどうもぼつとしないためか標榜科として表記されていない場面によく出会う。会員としては誠に残念なことである。先輩の長年の努力を無駄にしてはならない。なぜこんなことになるのだろう。臨床検査専門医がそれなりにやっているようでもその存在意義をしっかりと社会にアピールすることができていないからではないのだろうか。従来の下積みのあり方を繰り返しやっているだけで、それはそれなりに意義あることなのだが、無くてはならない分野としてアピールする何か欠けているのだろう。これでは病理診断科のように直接医療と関連のある部門は多少よいとしても今のままでは若い人には魅力に欠け、会員増強はおぼつかない気がする。

昨今メタボリックシンドローム、生活習慣病に国民的関心が高まって来ており、LDLコレステロールや中性脂質に関する検査値が日本動脈硬化学会と日本脂質栄養学会の論争の一件がある。臨床検査値の問題でもあり、やはりここで臨床検査専門医の学会でもある。本会が臨床検査値のあり方や考え方を示し両学会の論争に本学会の学術的見解を示すことが必要ではなかったのか、それでこそ本学会の存在を世にアピールする機会があったのではなかろうか。実績を示さなければ世の中にも認めてくれない。いろいろと攻撃的意見にも出会おうが、試練なくして臨床検査専門医の存在を強くアピールすることはできないであろう。

最近では日本医事新報に記載されているようにLDLコレステロール高値の方が長生きするとある。これは総コレステ

ロール値が高い方が明らかに肺炎とインフルエンザで入院する人が少なかったからで、これはどうも感染症抵抗性増強能力がこれまでと全く悪玉にされてきたLDLコレステロールにはある。また19世紀のオランダにおける家系図調査から家族性高コレステロール血症の人達の死亡率が一般の人よりはるかに低かったなどと順天堂大学大学院医学研究科アトピー疾患研究センター長が述べている。また最近のLancetではBMIと腹部肥満の指標、心血管疾患リスクの予測への付加価値低いと報告している。この様にデータの評価は刻々と変化する。

そもそも人体は無数の反応系や相反する制御系の上でバランスを取りながら生命維持がなされているものであって、症状はそれらの包括的バランスが限界を越えたときに病状として発現すると考えるべきで、しかもその発現要因は単一ではない。生物において生命維持され、いわゆる健康と言う状態ならば、母集団と必ずしも同じでなくても、それは自然で、異常とはいえないのではないか。個性である。基準値内にないと即異常と考えることに問題があり、基準値の表記Mean±2SDにおいてもそもそも5%近くがその範囲に入らないのである。つまりこの基準範囲に入らなくても健康な人はいるということになる。生物体は限りなく変化に富んだ集団であり、想定する母集団の基準値に入らないからといって異常としたり、特例に近いものをすべての基準に当てはまらないからといってその論理は正しくないと言いつけるのは無理でなかろうか。これまで得られた比較的単純化された系からの知識の演繹、拡大解釈で症状のすべて明確に説明できるようなものではない。現代の医学はこのことであたかもすべての生物現象、医学の法則のようにいささか拡大解釈しているのではないであろうか。現代の医学や医療を過信してはならない。不完全なものである。この過信が歴史が語っているように医療的過誤を生み、特に行政面での指導の過誤が大きな犠牲者を生み出し、しかもそれを性懲りも無く繰り返しているのが医療の現状である。それだけ医療は単純ではないことを物語っており、他学会の意見に素直に耳を傾ける謙虚さが必要とされるのではなかろうか。そもそも各専門分野の学会が単独では十分に適応できない医療範囲があることに気づきメタボリックシンドロームなる概念が生まれてきたのではなかったのか。論争があるのはまだこのことがよく理解されていないのではとさえ思われる。

エビデンス、エビデンスとまるで金科玉条のようにそれではなければサイエンスでないような風潮があるが、多くの人の目で見ただけ現在受け入れられている統計学的にも納得できる事実らしきものを表現したものがエビデンスだ。それに越したことはないが症例が少なくてもエビデンスと言われる以上に正しいものもある。エビデンスともてはやされているものでもよく考えてみればそれは過去ないし近い過去の時代に言えたことであり今のように急速に変化している医療や社会的通念の変化でいつまでもそれが言えるのであろうか。病気は世につれ、人につれ、質的にも量的にも刻々変わるものであり、いつまでも同じように言えるものは少ない。余りエビデンスという言葉に惑わされないで観察や条件を厳格にし、それぞれが現場から今現在の最適と思われる真実を見つけ出したいものだ。検査の基準値はそもそも診断のための1データに過ぎず診察という病状総合判断行為のもとに病態は判断、診断される。基準値の値のみで診断されるのではなく、あくまで参考資料の一つなのである。この様な見地から見ると両学会で主張していることは生物の多様性を考えるとそれぞれ一面では正しいと思われること、これは後世の人が決めることだが、を言っているのだから論争するほどのことで

はないような気がする。要は多様性に富む生物としての人における今の臨床検査の基準値の判断、適用には限界があるのでこれらの点に気をつけながら診療しましょうというだけのことである。

それにしても日本の医学は臨床現場での基礎的な研究、調査や検討に価値観をおいていない気がしてならない。ヨーロッパではもっとこの様なことに価値観をおき自然現象こそが先生であるという認識が強い。医学の原点は痛みや苦しみからの解放が基本要項でその重要性がわからないでもないが、人は今の医療では人に定められた DNA に従って必ず死ぬ。本人に苦痛を与えてポンコツ車に新しいタイヤとかエンジンを換え、ほんの一時的な走行距離を伸ばすだけのような医療を永遠に走れる対策かのような錯覚を与える医療を行っているようなその場のみの対症療法ばかりではなく、治療とはなんぞや、正常とは、異常とは何ぞや、出生から死にいたる生物の生命過程におけるそれぞれに望まれる医療とは、などなど医療哲学とでも言うような分野にもっと医療の本質・基本として価値観をおくべきではなからうか。

ところでかような現状下にあっても臨床検査専門医はどうしたらよいだろうか。「年寄りのたわごと」と思って聞いて欲しい。まずは、臨床検査専門医会は臨床検査の専門医と名乗るのだから、基準値の生まれる現状と実態、その解釈と適用限界を臨床医をはじめとして医療従事者、一般の人に分かり易く説明、その意義の理解を世に啓蒙しなければならないような気がする。

臨床検査が專業種化され、検査機器が自動化、特殊化されブラックボックス化され、医師が基準値を出す現場に直接関わる機会が極めて少なくなっている。多様性に富む生物の統計学的に出されたデータなのでその適応にも限界がある事に気付かず、基準値が独り歩きし、それだけで病気が決まるような風潮は戒めたいものである。

今、私は介護老人保健施設の施設長で臨床医をしている。基礎医学に時間を費やしたほうが長い。臨床をやって、特に老人医療をやって医学・医療と言うものの本質に触れたような気がしている。もっと大袈裟に言えば生き物としての人間の生き様とは何かということである。今や超高齢化社会が予測だにできない速さで到来している。医療における高齢者対策は大きな社会問題である。今までは学問を縦の見方で深く分子の世界まで進む見方であったが、いまや横の広大な視野を一度に見ながらマクロ的のだが実効的で大局的にバランスを取りながら進まねばならない医学がそこにある気がする。そこには老年医学がある。出生から死に至る生物としての宿命、定めを負いながらどちらかといえば自然の掟に逆らった行為をしている人間社会がある。この行為と自然をいかに融合させるかが今後の医療の課題と言えよう。高齢化と社会の複雑化により個人差がますます著明となり、これまでの医学

の通念では説明できないことがいくらかでも散見できる時代である。この新しい未知の世界でもあるが華やかさに乏しいためか見過ごされてきた老人医学の解明のため、検査の現場で活躍する臨床検査専門医が共通のテーマを全国的に企画し少しずつでもデータを持ち寄り、臨床検査専門医としてのこの現代医療において効果的実質的検査法の仕分けとその方法の現代的発展的解釈と適用範囲と限界を具体的に示すことにより限りある医療財源抑制を含めた問題打開のための学術的貢献を学会として世に示すことで本会の発展に寄与してはと考える。これからは個体差、例外的事例が多くなる時代、特に高齢化社会ではこれらの対応が求められるが、エビデンスと騒がれるご時世、それぞれではデータも少ないので協同作業が求められる。

もともと生物は個体としてそれぞれ異なっている、だから医療のあり方もその個体に最適なものには見方が異なっていて当然である。共通な集団医療とは別に、オーダーメイド医療、個別医療の見方もまた益々必要である。現在それぞれの医療施設で医療を受けている人がその医療が本当に、現在に知識レベルで言えることだが、個人の潜在能力も考慮して最適な医療を受けているのか、総合臨床決断分析、費用効果分析(医療経済分析)を含めて包括的に判断の出来る医師グループからなる診療科が臨床検査科であってもよいのではないか。これには臨床検査専門医がリーダー的存在となり、生物学的プロセスや個体の残存能力、薬効への対応能力など、また精神的対応能力、生命倫理や医療経済分析などが総合的に判断できる専門家の集団で構成されるべきであろう。臨床検査科が臨床検査専門医のもと個人が生物体として生から死にいたる過程において如何に充実した人生を送るための健康管理のお手伝いする科として世に必要とされ発展することを夢見る昨今である。

(介護老人保健施設アイアイ 猪川 嗣朗)

【編集後記】

JACLaP NEWS No. 113 をお届けいたします(もうすぐ、岡山での総会・講演会ですが、その前にお手元にとっていました…)。前回に引き続き今回の JACLaP NEWS にも、たくさん先輩会員の先生方からの会員の声を掲載することができました。本号にご執筆いただきました先生方には心より厚く御礼申し上げます。新規に専門医になられた先生方も、忌憚のないご意見やご活躍に関しまして「会員の声」としてご寄稿していただけますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

(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：佐守友博、渡邊 卓

常任幹事：

庶務・会計 東條尚子、情報・出版委員長 矢富 裕、教育研修委員長 山田俊幸、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、専門医広告・啓発促進ワーキンググループ委員長 村田 満

全国幹事：安東由喜雄、尾崎由基男、小田桐恵美、康 東天、北島 勲、木村 聡、熊坂一成、幸村 近、小柴賢洋、三家登喜夫、諏訪部章、田窪孝行、日野田裕治、船渡忠男、前川真人、松尾収二、三井田孝、満田年宏、宮澤幸久、盛田俊介

監 事：高木 康、水口國雄

情報・出版委員会 会誌編集主幹：池田 均、要覧編集主幹：木村 聡、会報編集主幹：金子 誠、情報部門主幹：大西宏明

日本臨床検査専門医会事務局

〒101-0027 東京都千代田区神田平河町1番地 第3東ビル908号

TEL・FAX：03-3864-0804 E-mail：senmon-i@jaclp.org