

微生物検査

I. 試料 13

<13 同定検査>

正解 : *Aerococcus urinae*

Aerococcus sp.

正答率 : 88.1 % (37/42 施設)

不正解 : α -streptococcus 2.4 % (1/42 施設)

回答不能 : 9.5 % (4/42 施設)

Aerococcus urinae は、ヒトの皮膚の正常細菌叢として存在し、環境からも分離されることがある。尿路感染症の起因菌となり、特に日常生活動作の低下した高齢者の複雑性尿路感染症で分離されることが多い。また、まれに敗血症や心内膜炎、腹膜炎、リンパ節炎、椎間板炎の原因となる¹⁾。

血液寒天培地上では α 溶血を示し、半透明のコロニーを形成する。カタラーゼ陰性であるが、グラム染色では集塊状を示す点で α 溶血を示すレンサ球菌とは異なる。そのため尿検体でグラム染色を行わなかった場合、血液寒天培地上のコロニー形態から α 溶血性レンサ球菌と誤認される可能性がある。したがって、グラム染色により形態を確認することが重要である。また、尿路感染が疑われる高齢者の尿で集塊状のグラム陽性球菌を認めた場合は本菌を疑うことも重要である。

ヒトに病原性を示す *Aerococcus* 属菌として他に *A. sanguinicola*、*A. viridans* が知られており、*A. urinae* とは PYR や LAP、 β GUR などによって鑑別されるが、同定キットや分析装置によってはデータベースにないものや、誤同定されるものがあるため注意が必要である²⁾。

尿培養にて見逃される可能性がある *A. urinae* についての啓発目的として本設問を出題した。本菌の特徴を再確認していただければ幸いである。

II. 試料 14

<14-1 同定検査>

正解 : *Escherichia coli*

正答率 : 97.6 % (40/41 施設)

不正解 : *Citrobacter freundii* 2.4 % (1/41 施設)

<14-2 耐性機序>

正解 : ESBL

正答率 : 100 % (36/36 施設)

判定カテゴリー: S, Susceptible; I, Intermediate; R, Resistant

表 1. 微量液体希釈法* による薬剤感受性結果

抗菌薬	判定カテゴリー	MIC (μ g/mL)
ABPC	R	> 16
CAZ	S	2
CTRX	R	> 2
MEPM	S	\leq 0.12
LVFX	S	\leq 0.12

* Neg Combo EN 5J パネル (ベックマン・コールター) による測定結果

表 2. ディスク拡散法* による薬剤感受性結果

抗菌薬	判定カテゴリー	阻止円直径 (mm)
ABPC	R	6
CAZ	S	21-23
CTRX	R	6
MEPM	S	28-30
LVFX	S	33-35

* センシディスク (日本 BD) による測定結果

表 3. CLSI M100-Ed35 腸内細菌目細菌の判定基準
微量液体希釈法 (μ g/mL)

抗菌薬	S	I	R
ABPC	\leq 8	16	\geq 32
CAZ	\leq 4	8	\geq 16
CTRX	\leq 1	2	\geq 4
MEPM	\leq 1	2	\geq 4
LVFX	\leq 0.5	1	\geq 2

表 4. CLSI M100-Ed35 腸内細菌目細菌の判定基準
ディスク拡散法 (mm)

抗菌薬	薬剤含有量	S	I	R
ABPC	10 µg	≥ 17	14-16	≤ 13
CAZ	30 µg	≥ 21	18-20	≤ 17
CTRX	30 µg	≥ 23	20-22	≤ 19
MEPM	10 µg	≥ 23	20-22	≤ 19
LVFX	5 µg	≥ 21	17-20	≤ 16

表 5. 薬剤感受性検査 回答数と比率 (%)

抗菌薬	n	S	I	R
ABPC	37	0	0	37(100)
CAZ	37	23(62.2)	0	14(37.8)
CTRX	35	0	0	35(100)
MEPM	37	37(100)	0	0
LVFX	37	37(100)	0	0

： 正解

※CAZ は評価対象外

Escherichia coli の ESBL 産生菌を出題した。

E. coli は腸内細菌目の腸内細菌科に属する菌で、ブドウ糖発酵分解によるガスを産生し、インドール産生陽性、リジン脱炭酸試験陽性である。本設問のように一部の *E. coli* は基質特異性拡張型 β-ラクタマーゼ (ESBL) を産生する³⁾。

ESBL は、Class A β-ラクタマーゼ産生遺伝子の突然変異により、ペニシリン系薬に加えて第三・四世代のセファロsporin系薬やモノバクタム系薬を分解する酵素である。ただし、セファマイシン系薬、オキサセフェム系薬、およびカルバペネム系薬には作用せず、クラブラン酸 (CVA) などの β-ラクタマーゼ阻害剤によってその酵素活性は抑制される。また、ESBL 産生遺伝子はプラスミド上に存在し、他の腸内細菌目細菌にも伝播するため、院内感染対策上重要である⁴⁾。

CLSI では M100-S19 までは、ESBL 確認試験が陽性と判定された場合、ペニシリン系、セファロsporin系、モノバクタム系薬を全て耐性として報告するよう記載されていた。しかし、M100-S20 以降は判定カテゴリーを変更せずそのまま報告するよう変更され、現在

に至っている。本設問では、上記変更を理解しているかを確認するため、最新のドキュメントである CLSI M100-Ed35⁵⁾ に従って判定するよう指示していたが、セフトジジム (CAZ) の判定カテゴリーを S (感性) から R (耐性) に変換した回答が約 4 割あった。判定カテゴリーを変換している施設は、最新の基準ではなく独自の施設基準を採用していることに留意する必要がある。なお、本薬剤は正答率が 80 %未満となったため、評価対象外とした。

III. フォトサーベイ

【設問1】

<問題 1-1 推定微生物名>

正解 : *Bordetella pertussis*

正答率 : 97.6 % (41/42 施設)

不正解 : *Bordetella parapertussis* 2.4 % (1/42 施設)

<問題1-2 行政への対応>

正解 : 5類感染症全数把握、診断後7日以内に最寄りの保健所に届け出る。

正答率 : 97.6 % (41/42施設)

不正解 : 5類感染症定点把握、週単位で翌週の月曜日に最寄りの保健所に届け出る。2.4 % (1/42施設)

百日咳菌 (*Bordetella pertussis* 以下 *B. pertussis*) は、2017 年までは感染症法上の 5類感染症小児科定点把握対象疾患だったが、2018年1月1日以降よりすべての医師が届出を行う 5類全数把握対象疾患へと変更された。2018 年の報告数が年間12,117例に対し、2025年は第27週 (6 月30日 1年間の約半分) の段階で43,728例と爆発的な感染増加を認め⁶⁾、社会的な問題となったため、感染症法における取り扱いの確認を含め、本年の出題とした。今年度の流行は本邦だけの問題ではなく、世界的 (特に中国) に *B. pertussis* の流行が先行しており、それが本邦に持ち込まれ感染が拡大したと考えられている。

届出のために必要な検査所見は、①分離・同定による病原体の検出、②核酸増幅法による病原体の遺伝子検出 (PCR法/LAMP法/その他)、③イムノクロマト法による病原体の抗原の検出、④抗体検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意な上昇、又は単一血清

で抗体価の高値)となっている⁷⁾。①の分離培養法では、ボルデージャング培地等の分離培地の準備が必須であるが、市販品の生培地は有効期限があまり長くない、市中病院検査室にボルデージャング培地を常備しておくことは容易ではない。また、ボルデージャング培地はジャガイモの浸出液を主とした培地であるが、選択物質は入っておらず、多数の口腔内常在菌の中から*B. pertussis*を分離する事は比較的難しい。*B. pertussis*の培養はボルデージャング培地を約1週間培養すると、弱いβ溶血を示し真珠様光沢のある隆起した微細な集落を形成する。*B. pertussis*の検査法については日本臨床微生物学会から「百日咳の検査について」⁸⁾がダウンロード可能なので参照されたい。

昨今、コロナ禍におけるPCR装置の普及が、この*B. pertussis*の検出向上にも寄与したと考えられる。2025年の検査別検出率 (n=4,200) では、遺伝子検出 (PCR法/LAMP法/その他) が59.1% (2,481例) 抗体検出が27.4% (1,149例)、イムノクロマト法が10% (420例)、臨床決定は2.2% (94例) であった⁹⁾。自施設のPCR装置に*B. pertussis*の試薬キットがない場合でも複数社よりイムノクロマト法が販売されており、検査体制の検討が望まれる。

*B. pertussis*は三種混合ワクチンまたは四種混合ワクチン (2025年からは五種混合ワクチン) の接種にて高い予防効果が得られると報告されている。*B. pertussis*の感染は一般的に新生児や乳児に多い印象であるが、国立健康危機管理研究機構 感染症情報提供サイトの届出例の年齢分布¹⁰⁾によると9~10歳をピークに多いと報告されている。ワクチンの免疫効果は、接種後時間が経つにつれて免疫力が低下するため、7~8歳前後をピークに感染しやすいと考えられている。ワクチンを4回接種した人でも感染することや、成人や高齢者でも感染者がいることも念頭に置かなければならない。

B. pertussis 治療に用いられる第1選択薬はマクロライド系抗菌薬であり、エリスロマイシン・クラリスロマイシン・アジスロマイシン等が用いられる。しかし、近年は中国を中心とした諸外国でマクロライド耐性百日咳菌 (macrolide-resistant *B. pertussis*, MRBP) の出現と拡大が問題となっていた。日本ではマクロライ

ド感受性株 (macrolide-susceptible *B. pertussis*, MSBP) が多いとされてきたが、2025年は大阪府でMRBPが3例検出される報告¹¹⁾があり、現在の百日咳の国内流行の多くはMRBPとMSBPの混合流行となっている。2025年4月現在、9都道府県からMRBPの検出報告が寄せられている。MRBPについての検査法は病原体検出マニュアル 百日咳 第4.0版¹²⁾にE-test法の検査法が記載されているので参照されたい。また遺伝子検査法ではマクロライド耐性に関するSNP変異を検出する方法が国立感染症研究所から報告されている¹²⁾。

各施設においては自施設で実施可能な検査体制を整備し、早期診断と適切な対応を行うことが重要である。

【設問2】

正解 : 5類感染症全数把握、診断後7日以内に最寄りの保健所に届け出る。

正答率 : 100% (42/42施設)

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌 (carbapenem-resistant *Enterobacterales* : CRE) 感染症は、カルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対して耐性を示す腸内細菌目細菌による感染症で、5類感染症の全数把握対象疾患として診断後7日以内に最寄りの保健所に届出する必要がある。2025年4月7日の改正で、届出のために必要な検査所見が変更された。イミペネムとセフメタゾールの基準が削除され、メロペネムのMICが2 μg/mL以上 (またはディスク拡散法の阻止円径が22 mm以下) であること、あるいは薬剤感受性試験でこの基準を満たさない場合でも、イムノクロマト法によるカルバペネマーゼ産生やカルバペネマーゼ遺伝子が確認されることが届出基準となった¹³⁾。

本設問では、無菌材料から腸内細菌目細菌が検出され、メロペネムのMICは1 μg/mLであり感性だが、mCIM陽性かつイムノクロマト法にてIMP型カルバペネマーゼが確認されたことから、CRE感染症の届出対象である。

国内のカルバペネマーゼ産生腸内細菌目細菌

(carbapenemase-producing *Enterobacterales* : CPE) におけるカルバペネマーゼ遺伝子型は、IMP 型が多くを占めるが、KPC 型やNDM 型も増加傾向にある。明確な海外渡航歴のない患者からの検出例も多く、国内の複数の地域に定着、拡散しつつあると考えられ¹⁴⁾、日常的に遭遇する可能性がある。また、MIC が感性域でもカルバペネマーゼを産生する株が存在し¹⁵⁾、これらは、薬剤感受性試験のみでは見逃されるリスクがある。本設問は、「MIC に依存せず、カルバペネマーゼ陽性で届出対象となる」という改正後届出基準の再確認と、検査体制整備を促すことを目的とした。EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) では、メロペネムの MIC が $\geq 0.25 \mu\text{g/mL}$ を示す場合、各種確認検査で CPE の遺伝子型の同定を行うことが推奨されている¹⁶⁾。メロペネムの低濃度測定やカルバペネマーゼ検査が未対応の施設については、検査体制の整備を進めていただきたい。

【設問 3】

正解 : *Fusarium* sp.

正答率 : 100 % (42/42 施設)

Fusarium 属菌は、子囊菌門に属する糸状真菌であり、土壌や植物など自然界に広く分布している¹⁷⁾。本属菌は植物病原菌としても知られているが、ヒトにおいても感染症の原因となることがある。特に免疫抑制状態、造血幹細胞移植後や急性白血病の化学療法中で好中球減少を伴う患者において予後は極めて不良なため、早期に治療介入を行うことが重要である¹⁸⁾。分離頻度としては *Fusarium solani* (*Neocosmospora solani*) が最も多い¹⁷⁾。

本菌は培地上での発育が比較的早く、ポテトデキストロース寒天培地などにおいて初期には白色綿毛状のコロニーを形成する。培養が進むとコロニーは青緑色から褐色を帯びた巨大集落を作ることが多い。顕微鏡観察では、隔壁を有する鎌形の大分子子が特徴的であり、これが *Fusarium* 属菌の形態学的同定における決め手となる¹⁷⁾。

抗真菌薬感受性の面では、フルコナゾール

(FLCZ) に対して自然耐性を示すため、治療薬としてはポリコナゾール (VRCZ) やリポソーマルアムホテリシン B (L-AMB) が用いられる^{18,19)}。FLCZ は予防的に使用されることが多いため、予防投与が行われている状況下でも本真菌による感染症には注意が必要である。

免疫抑制状態など前述の背景を有する患者で皮疹や発熱を認めた場合には、本菌による感染を念頭に置き、菌種の迅速な同定・報告が求められる。

【設問 4】

正解 : *Aeromonas hydrophila*

正答率 : 97.6 % (41/42 施設)

不正解 : *Plesiomonas shigelloides* 2.4 % (1/42 施設)

Aeromonas 属菌は、淡水域の常在菌で、河川、湖沼、その周辺の土壌および魚介類等に広く生息するグラム陰性桿菌である。河川水のみでなく、沿岸海水からも分離され、本菌に汚染された自然環境への曝露や、食品の摂取等により感染する。1982 年に、*A. hydrophila* および *A. sobria* (現在の *A. veronii* biovar. *sobria*) が食中毒菌に指定され、腸管感染症では下痢症状を引き起こす。また、腸管外感染症としては、皮膚軟部組織感染などの創傷感染症が多い。*Aeromonas* 属菌による腸炎は、平均 12 時間の潜伏期の後、多くは軽症の水様性下痢や腹痛を主訴として発症し、通常 1~3 日で回復する。しかし、下痢が長期間持続することもあり、激しいコレラ様の水様性下痢を起こすこともある²⁰⁾。軽症例では自然治癒することが多いが、重症の場合には抗菌薬治療が必要となり、キノロン系薬や ST 合剤、感受性があれば第 3 世代・第 4 世代セファロスポリン系薬等が使用される^{21,22)}。

Aeromonas 属の中で、臨床的によく分離され重要であるのは、*A. hydrophila*、*A. caviae*、*A. veronii* biovar. *sobria* の 3 菌種である。*Aeromonas* 属菌は、ヒツジ血液寒天培地では β 溶血を示すコロニー、SS 寒天培地では無色半透明のコロニーを形成するが、TCBS 寒天培地には発育しない。ブドウ糖を発酵して酸を産生し、生化学的性状で腸内細菌目細菌と区別しにくいのが、オキシダ

一ゼ試験陽性が重要な鑑別点となる。臨床的に重要な3菌種の鑑別性状として、VP反応やエスクリン加水分解、ブドウ糖からのガス産生等が重要となる²³⁾。また、リジン、オルニチン脱炭酸反応陰性という点で、*Plesiomonas shigelloides* と鑑別できる²⁴⁾。

Aeromonas 属菌の薬剤耐性については、誘導型染色体性β-ラクタマーゼとして、セファロスポリナーゼ、ペニシリナーゼ、メタロβ-ラクタマーゼを産生する可能性がある²⁴⁾。薬剤感受性検査は、CLSI M45 3rd Edition に方法および判定基準が記載されており、これを機に再確認して頂きたい²⁵⁾。

【設問5】

正解：*B. thetaiotaomicron*,

B. fragilis group

正答率：100% (42/42 施設)

Bacteroides thetaiotaomicron はヒトの腸内細菌叢を構成する主要な偏性嫌気性グラム陰性桿菌であり、腹腔内感染症や術後感染症の原因菌として *Bacteroides fragilis* に次いで頻繁に分離される菌種である。

グラム染色所見では多形性の桿菌であり、BBE 寒天培地への発育と黒変の所見から *Bacteroides* spp. を推定する。最もよく分離される *Bacteroides fragilis* とはインドール産生陽性が菌種鑑別のポイントとなる。*B. thetaiotaomicron* をはじめとする non-*B. fragilis* は、*B. fragilis* と比較し、より多くの抗菌薬に対して耐性を示す傾向にあり^{26,27)}、特にセフメタゾールについては *B. thetaiotaomicron* における感受性の低さが顕著である^{28,29)}。本設問のように、セフメタゾール使用中のブレイクスルー感染として *B. thetaiotaomicron* が検出されることや、経験的治療のためにも正確に菌種同定を行い『*B. fragilis* group』ではなく『*B. thetaiotaomicron*』として報告できることが望ましい。

IV. 参考文献

1) 吉田 敦, 他. 2013. *Leuconostoc* spp. と心内膜炎、*Aerococcus urinae* と尿路感染症. 臨床と微生物 49 (増刊号) : 499-501.

- 2) 八木澤瞳他. 2023. 血液培養から検出された *Aerococcus* 属菌の同定-当院で経験した *Aerococcus* 属菌による菌血症の報告-. 医学検査 72 (4) :643-648
- 3) 松本哲哉. 2021. 臨床微生物学第5版 医歯薬出版 p131-134
- 4) 西 順一郎. 2022. グラム陰性桿菌-ESBL. 医学と薬学 79: 629-634.
- 5) Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) . 2025. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing, M100-Ed35, CLSI, Clinical and Laboratory Standards Institute, Wayne, PA.
- 6) 国立健康危機管理研究機構. 感染症週報 (IDWR) 2025 年第 27 週.
<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/idwr/jp/idwr/2025/idwr2025-27.pdf>. 2025 年 12 月 18 日現在
- 7) 百日咳 感染症法に基づく医師及び獣医師の届出について . 厚生労働省 .
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou11/01-05-23.html> 2025 年 12 月 18 日現在
- 8) 百日咳の検査について 2025 年 7 月 29 日 作成 2025 年 8 月 28 日 改訂 日本臨床微生物学会
- 9) 百日咳の発生状況について 国立健康危機管理研究機構 感染症情報提供サイト
https://id-info.jihs.go.jp/diseases/ha/pertussis/020/2504_pertussis_RA.html?utm_source=chatgpt.com 2025 年 12 月 18 日現在
- 10) 全数報告サーベイランスによる国内の百日咳報告患者の疫学 (更新情報) -2023 年疫学週第 1 週~第 52 週- 国立感染症研究所 感染症情報提供サイト
<https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/idwr/article/pertussis/040/index.html> . 2025 年 12 月 18 日現在
- 11) 谷口公啓他. 2025. マクロライド耐性百日咳菌を検出した大阪府の小児 3 例. 病原微生物検出情報 (IASR) 2025 年 2 月号 46:43-45.

- <https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/iasr/46/540/article/140/index.html>. 2025年12月18日現在
- 12) 病原体検出マニュアル 百日咳 第4.0版 国立感染症研究所 2024年3月版
<https://id-info.jihs.go.jp/relevant/manual/010/Pertussis20240327.pdf>. 2025年12月18日現在
- 13) カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症 感染療法に基づく医師及び獣医師の届出について. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-05-140912-1.html> 2025年12月18日現在
- 14) 日本化学療法学会, 日本感染症学会, 日本臨床微生物学会, 他. 2017. カルバペネムに耐性化傾向を示す腸内細菌科細菌の問題 (2017) -カルバペネマーゼ産生菌を対象とした感染対策の重要性-. <https://www.jscm.org/uploads/files/guideline/189.pdf> 2025年12月4日現在
- 15) 国立感染症研究所. IASR. 2025, Vol. 46 No.2 (No.540). <https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/iasr/46/540/540.pdf> 2025年12月4日現在
- 16) European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). 2017. EUCAST guidelines for detection of resistance mechanisms and specific resistances of clinical and/or epidemiological importance, Version 2.0.
- 17) 山口英世 内田勝久. 真菌症診断のための検査ガイド. p.205-211, 栄研化学株式会社
- 18) Nucci M, Anaissie E. Fusarium infections in immunocompromised patients. Clin Microbiol Rev. 2007;20 (4) :695-704.
- 19) Alastruey-Izquierdo A, et al. Susceptibility of Fusarium species to antifungal agents: the European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) data. Antimicrob Agents Chemother. 2017;61 (8) :e00415-17.
- 20) 国立感染症研究所: エロモナス・ハイドロフィラ/ソブリア感染症. <https://idinfo.jihs.go.jp/surveillance/idwr/topics/070/index.html> 2025年11月25日現在
- 21) 菊池賢, 橋本正良 日本語版監修. 日本語版 サンプル感染症治療ガイド2025 (第55版). P.32. ライフサイエンス出版, 東京.
- 22) 堀井俊伸監修 犬塚和久, 他. 2016. 微生物検査ナビ 第2版. p.96-97. 栄研化学株式会社, 東京.
- 23) 川上由行, 小穴こず枝. 2010. *Aeromonas* 属菌の分類と同定 -臨床微生物学ではどこまで必要か?- . Medical Technology 38 (7) :731-735
- 24) 日本臨床衛生検査技師会監修. 2024. 臨床微生物検査技術教本. p.172-173. 丸善出版, 東京.
- 25) Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). 2015. Methods for Antimicrobial Dilution and Disk Susceptibility Testing of Infrequently Isolated or Fastidious Bacteria, M45 3rd Edition. p.16-17.
- 26) Veloo AC, van Winkelhoff AJ. 2015. Antibiotic susceptibility profiles of anaerobic pathogens in The Netherlands. Anaerobe 31:19-24.
- 27) ajdács M, Spengler G, Urbán E. 2017. Identification and Antimicrobial Susceptibility Testing of Anaerobic Bacteria: Rubik's Cube of Clinical Microbiology? Antibiotics (Basel) 6.
- 28) Yunoki T, Matsumura Y, Yamamoto M, Tanaka M, Hamano K, Nakano S, Noguchi T, Nagao M, Ichiyama S. 2017. Genetic identification and antimicrobial susceptibility of clinically isolated anaerobic bacteria: A prospective multicenter surveillance study in Japan. Anaerobe 48:215-223.
- 29) Vu H, Hayashi M, Nguyen TN, Khong DT, Tran HT, Yamamoto Y, Tanaka K. 2021. Comparison of Phenotypic and Genotypic Patterns of Antimicrobial-Resistant *Bacteroides fragilis* Group Isolated from Healthy Individuals in Vietnam and Japan. Infect Drug Resist 14:5313

V. 問い合わせ

微生物検査研究班研修会では本サーベイの出題内容に触れることもありますので、是非、研修会をご活用いただき、検査精度の向上に努めてくださいますようお願いいたします。

なお、精度管理調査の改善に繋がるようなご意見、ご提案などございましたら、私どもまでご連絡くださいますようお願いいたします。

<精度管理事業委員 微生物担当者の連絡先>

加藤 亮介 (安曇野赤十字病院 検査部)

TEL : 0263-72-3170 (代表)

E-mail : kattiy84mt@gmail.com

フォトサーベイ設問 担当者
高見沢 将 佐久総合病院 佐久医療センター 臨床検査科
井原 彩夏 飯田市立病院 臨床検査科
中原 剛 株式会社ミロクメディカルラボラトリー
清水 貴浩 長野市民病院 臨床検査科
名取 達矢 信州大学医学部附属病院 臨床検査部