

細胞診指導医会

会報



No.19 Jun. 1998

第39回日本臨床細胞学会総会を担当して

第39回日本臨床細胞学会総会会長 工藤隆一

先に学会誌第37巻第1号にご案内いたしました、第39回日本臨床細胞学会総会並びに学術集会を平成10年6月18日(木)から20日(土)までの3日間に渡り、札幌市厚生年金会館とこれに隣接する札幌市教育文化会館において開催させていただきます。北海道での日本臨床細胞学会の開催は、秋期大会では1987年に札幌市(札幌医科大学産婦人科、橋本名誉教授)さらに1993年に旭川市(呼吸器内科、坂井英一先生)で開催されております。一方春に行われる総会では、1976年に札幌市(北大産婦人科、故松田正二教授)がございしますが、実に22年も昔のことでした。新たに今回の総会を開催出来ますことは、教室、同門一同はもとより日本臨床細胞学会北海道支部にとりまして誠に光栄であり、この上ない喜びでもあります。主催者を代表いたしまして、学会そして指導医会の皆様に心からお礼を申し上げます。

本年は5月に東京で国際細胞学会が開催されましたので、第39回日本臨床細胞学会総会会期は例年よりは2週間ほど遅れました。今回の総会開催を担当させて頂くことが決定された後での内輪話ですが、準備段階の昨年度早々から真っ先にわれわれが心配いたしましたことがあります。それは、先に開催される国際細胞学会の影響を直接受けるため、はたして実り多い学術

集会を行うことが出来るだけの十分な演題数が集まるかどうか?また集めるためにはどのような特別講演などのメインテーマやシンポジウム・ワークショップを企画したら良いか?ということでした。このため第一に細胞検査士会の皆様のご意見をお聞きすべく細胞検査士会と連絡を取り、武智昭和会長を含む主要メンバーとの意見交換を数回行いました。この結果として、検査士会要望教育シンポジウム「早期肺癌(扁平上皮系)の細胞像」、そして検査士会要望スライドセミナー「子宮内膜増殖症の細胞診断—鑑別診断を中心にして」のテーマが初めに決定されました。

このほかのメインテーマに関しましては、先にご案内いたしました学会誌第37巻第1号の記載と重複いたしますが、以下の企画意図により順次決定いたしました。まず招請講演として、学問的基盤に立ったがん検診の意義をご講演頂くため、東北大学医学部部長久道茂教授の「がん検診無用論に反論して」、特別講演Iを、先端的技術を用いた計量細胞学、細胞生物学の集大成のご講演として、岩手医科大学産婦人科学西谷巖教授の「癌細胞の形態変化とその細胞生物学的基礎」、特別講演IIは、癌免疫の世界的な最先端の知見を含んだご講演として札幌医科大学元学長菊地浩吉名誉教授の「癌免疫—昨年、今日、明日—」。このほ

かのトピックス的なご講演として、教育講演の愛知県がんセンター研究所 神奈木玲児先生「細胞接着分子と疾患—基礎と臨床—」、要望講演Ⅰの宝酒造バイオメディカルセンター 畠田雅光先生「遺伝子診断の細胞診への応用」、さらに要望講演Ⅱとして和歌山県立医科大学第2病理 覚道健一教授に乳腺腫瘍と対比した形での「甲状腺腫瘍穿刺細胞診の有用性と限界」を企画いたしました。シンポジウムやワークショップのテーマでは、細胞診断で今後明らかにする必要度の高い臓器、対象細胞に関し、論点を明確にした形での発表・討論を目指しました。この結果、シンポジウムとして「膀胱癌における形態と遺伝子診断」、「早期乳癌診断のための細胞診—採取法と診断基準—」、「卵巣癌、腹腔内細胞の採取法と鑑別診断」、またワークショップとして「胆膵系悪性境界病変の組織ならびに細胞所見」、「胸水中の腺癌細胞同定の新しい試み」をテーマと決定いたしました。また会長講演として、子宮頸部腺癌に関し最近の知見を含めた形で「子宮頸部腺癌の細胞形態と細胞生物学的特性」と題し講演をさせていただきます。さらに学会の最終イベントといたしまして、スライドセミナーを婦人科、呼吸器、消化器、泌尿器、乳腺そして甲状腺の6科目にわたり実施することといたしました。

このようにして企画立案し学会誌に最終のご案内を出した段階では、頭の中では既に平成9年12月26日の演題締切日までに多数の演題が続々と事務局に応募

提出されるはずでありましたが、実際はまったく異なり締切日のわずか数日前で100題程度の応募状況でありました。このままでは大変なことになると心配をいたしました。締切日延長依頼のご連絡を多数いただくとともに、最終的にはメインテーマ以外には427題の一般演題のご応募がありました。この演題数はこれまでになかった記録的な数であり、応募していただいた方々に心より感謝申し上げます。例年に比し結果的に演題数が多くなったため、学術発表期間が2日間の日程では時間の配分からみてギリギリで多少窮屈なスケジュールとなった部分もあるかと思えます。学会担当者としたしましては会員各位の絶大なご指導とご協力をいただくことにより、実り多い学術集会として成功裏に無事終えることができますことを切に願っております。

この文面が皆様のお手元に届くのは会期中の6月20日の指導医会開催時であると思えます。6月の札幌はアカシアやスズランの花の咲く初夏でございますが、北海道には梅雨はなく爽やかな気候であり全道的にも観光シーズンの季節であります。また、ラーメン、焼きトウキビ、じゃがいものバター焼き、ジンギスカン、生ウニ、毛ガニそしてサッポロ生ビールなどが雄大な自然とともに皆様をお待ちいたしております。

最後に、皆様の学会参加が有意義なものであり、また北海道での自然風土や食べ物を満喫され、良い思い出となりますことを祈念いたしまして筆を置きます。



第 37 回日本臨床細胞学会秋期大会を 迎えるにあたって

第 37 回日本臨床細胞学会秋期大会会長 東岩井 久

第 37 回日本臨床細胞学会秋期大会を開催させていただくことになった。プログラムの大すじが決定したのでお知らせしたい。

会期は平成 10 年 11 月 19～20 日。会場は青葉城下の仙台国際センターを使用する。

第 1 日は各種委員会、指導医会を開催する他、検査士会からの要望演題と教育シンポジウム、ワークショップを行う予定である。

要望講演は 2 題で、1 題は自治医大病理の斎藤 建教授に「病理学的立場からみた集団検診の意義」と題しご講演をお願いする。斎藤教授はがん検診無用論を唱えている近藤氏が主張するがんもどき論にするどい反論を行ったことで皆様ご存知の先生で、きわめて時宜を得た要望で喜んで採用させていただいた。もう 1 題は、鹿児島県立短期大学の垣本由紀子先生に「戦闘機の事故とヒューマンエラーの関係」と題しスクリーニングエラーと関連したお話をいただくことになっている。この演題は本年の細胞検査士セミナーで講演予定であったが、垣本先生がこの時期外国出張中とのことで秋期大会でぜひ取上げてほしいということで採用させていただくことになったものである。

教育シンポジウムは「早期癌発見を目的とした喀痰細胞診の精度管理」と題し総会に引つづき喀痰細胞診を取上げさせていただくことにした。司会は国立仙台病院の斎藤泰紀先生と千葉大肺研外科の柴 光年先生をお願いすることになっている。喀痰細胞診の C および D 判定に関しては各施設で微妙に異なり全国的には統一された診断基準が確立されていないように思われるので企画してみたテーマである。

第 1 日目のワークショップには「子宮頸部腺癌をめぐる諸問題」と題し頸部腺癌および関連病変に関する細胞診の問題を香川医大婦人科の半藤 保教授と武田小委員会でこの部門の中心的存在であった中島徳郎先生にまとめていただくことになっている。

第 2 日は特別講演、招請講演、シンポジウム 2 つ、スライドセミナーを主会場で、副会場では腺系の細胞診に関する小委員会の成果を教育講演とワークショップの形で発表していただくことになっている。

特別講演は「21 世紀における細胞診断学の展望」と題し杉森 甫指導医会会長をお願いすることとした。会長はこれからの細胞診のすすむべき道を示して下さい

るものと楽しみにしている。

招請講演は「ジーンターゲットングで発癌の機構を探る」と題して東北大細胞生物学講座の野田哲生教授にお願いした。野田教授は癌研の細胞生物部長を兼務されており、日本を代表する分子生物学者で最新の研究知見の中から細胞診断学とかかわりの深いテーマに関してご解説いただく予定である。

シンポジウムの一つは「臨床細胞学におけるアポトーシス」というテーマで金沢大学中村 忍助教授と国立仙台病院手塚文明病理部長に司会をお願いした。昨年の秋期大会で東北大の笹野教授が基礎的な問題を教育講演されたが臨床各分野でどのような展開がおこっているのかをまとめていただければありがたい。第 2 のシンポジウムは「子宮内膜癌の細胞診」を取上げた。この領域は細胞診の評価に関しても子宮頸癌と比較して問題があり、討論すべき問題が残されているので、岩手医科大学利部輝雄教授と近畿大学井上芳樹教授にまとめていただくことにした。

第 2 会場では教育講演を 3 題企画した。最近検体の増加の著しい臓器の細胞診に関する最近の知見を中心にまとめていただくが、臓器と演者は以下の通りである。

甲状腺；越川 卓先生（愛知県がんセンター病理）
胆，肝，膵；貝原信明先生（鳥取大学外科）
唾液腺；森永正二郎先生（東京都済生会中央病院病理）

演者は各領域で日本を代表する方で、内容にご期待いただきたい。

第 2 会場ではさらに乳腺に関するワークショップを企画し、長野県がん検診センターの土屋真一先生と癌研細胞診断部の都竹正文先生に司会をお願いしている。恒例のスライドセミナーは杏林大坂本穆彦教授と東北大婦人科佐藤信二講師に総合司会をしていただくことになっている。

さらに秋期大会は会員からの示説が学会の一方の中心であるので、数多くの方々から演題を出していただけることを期待している。

11 月の仙台は落葉のふりしきる季節で、青葉城周辺のいちよう並木が学会にいろどりをそえてくれるものと思っている。多くの方々のご来仙下さり、学会を盛上げて下さることを祈念して稿を終える。

公開討論会「細胞診指導医のあり方をめぐって」

細胞診指導医あり方委員会委員長¹⁾、同 書記²⁾
坂本 穆彦¹⁾ 平井 康夫²⁾

司会(坂本穆彦)：それでは、公開討論会「細胞診指導医(以下、指導医)のあり方をめぐって」を開催させていただきます。私は「指導医あり方委員会」委員長の坂本です。本日は「指導医あり方委員会」主催の討論会で、テーマは「指導医のあり方をめぐって」ということで始めさせていただきます。開催にあたりまして、趣旨をご理解いただきご援助いただきました指導医会会長杉森先生、ならびに会場設定を快くお引受けくださいました第36回秋期大会会長の岡島先生に感謝申し上げます。私は今年から指導医あり方委員会の委員長をお引き受けしましたが、このあり方委員会は議決権のない指導医会長の諮問機関です。今回、委員の方だけでなく広く会員の方全員にオープンするような形のもうけさせていただき、そこで皆さんが日頃思われているいろいろなことを述べていただき、問題提起していただきたい。そしてそれを総括して私どもの活動の一助にさせていただきたいという意図で開催させていただきたいと思います。それから、テーマは「指導医のあり方をめぐって」と掲げさせていただきましたが、これはいろいろな問題、すなわち細胞検査士(以下検査士ないしCT)の問題、細胞診全体の問題、臨床細胞学全体の問題とも連動しております。本日は、問題点を抽出するというを最大の目的にしたいと思います。進行は、私坂本が務めさせていただきます。あり方委員会の平井委員が議事録を、団野委員がマイクを持って会場係を担当いたします。本日の議論の内容は、ただいいっぱなしということではなく、指導医会会報に概要を載せることになっていきますので、ご発言なさる方はそのおつもりでご所属とお名前、それからCTの方であればその旨名乗っていただきたいと思います。

それではまず、どなたか口火を切っていただければ幸いです…。

登録指導医・教育指導医とCTの関係

藤田(北大病院病理部 MD)：1年前に指導医会長宛に問題提起に近い形でお手紙をお出しして、お返事はいただけなかったが、今回伊藤先生から指導医会でそれに多少近い意見が出されました。あり方委員会報告の③で「指導医と細胞検査士の1対1の関係が非公開情報であることを公開していく」というようなことが書かれています。この非公開ということに関して、私の地域の特殊なこともかもしれませんが、スクリーナーと

指導医の1対1の関係がほぼ形式化しています。他の地域の状況も聞きたいのですが、まず、私たちの状況をお知らせしたい。今指導医といっているのは登録指導医および教育指導医、あるいは登録されていない指導医も含めてですが、登録指導医ということであれば、スクリーナーの方が古い方であれば最初に登録した指導医がそのまま何十年も、すでに退職されていても登録指導医として残っていて、私も更新の時期になって指導しているスクリーナーを調べてみると4人もいる中で誰ひとり私に登録している人がいませんでした。それでも仕方がないのかもしれませんが、現段階でも4人のすべて退職した指導医の方だけが登録されたままです。どうしたらよいか指導医会だか臨床細胞学会だかに問い合わせたところ、「はがき一枚でいいから変更の手続きを取るよう指導して下さい」といわれたので、そのまま伝えたら4人全員からそんなことはできないといわれ、そのうえ指導医なんかいらないとか、予想もしない答えが出てきました。それでお手紙を書いた次第です。それでも指導医の私に標本をみせてくれているうちはよいのですが、病院によっては指導医の資格を持っていない病理の先生にも、あるいは病理の認定医の資格さえ持っていない先生にみてもらってそれで出している。臨床家の方から問い合わせが来て、私がみていない標本についてもコメントをせざるを得ないことがあります。ともかく指導医にみせないまま、スクリーナーの方が細胞がよくわかるということで、若い病理の先生のサインをもらうだけで臨床に報告しているという状況を、私たちはみてもみぬふりをしてよいのかどうか。そのことも気になっているもので制度が形式化しているといいました。

それから、教育指導医制度ということについて自分の部署のスクリーナーに聞いたところ、そんな話をよく知らないということで、今回すでにスタートしているとはいってもその内容が徹底していないような気もしました。昨日、自分の部署だけの問題だと思い、気心の知れた部外者スクリーナーの方に聞いたところ、非常にいいにくいことだけれども「自分の所に指導医の先生がいなかった場合には、ほとんどの場合指導医にみせないで報告を出している。何か問題があったときにはみてもらうけど」といっていました。そのスクリーナーの方とは、今回登録指導医の手続きをとって、何かあった場合には宅急便で標本をやりとりして意見交換している間柄なので、「先生のいうように厳しくしてくれる先生がいれば助かる」といってくれます。で

すから、このスクリーナーと指導医の1対1の関係というのがまぎれもなく浸透しているのだということを前提とするか、あるいはまったく形式化しているということを前提とするかで討論の内容は随分違ってくるので、まずそのへんのところを問題提起したいと思います。

司会(坂本)：指導医とCTの関係が必ずしも理想的にはいってなくて、形骸化している面があるというご指摘と、教育指導医、登録指導医という2種類の指導医が現在存在しているということの認識が十分でないというご指摘と伺いました。

口火を切っていただきましたので、このへんから、ご意見をいただきたいと思います。

伊藤(袋井市民病院病理 MD)：私の病院のある袋井は、静岡と浜松の間にあります。さて、先程の教育指導医が浸透していないということについて申し上げます。先程の指導医会では、もうすでにスタートしているとうかがいましたが、検査士の方にうかがった非公式の伝え聞きでは、検査士会としては話はずかしくが受け入れるかどうかは検討中であるとのことを補足させていただきたい。そのように、指導医と検査士の関係というのは現実問題として曖昧になっています。3年くらい前に指導医の試験を受けましたが、私の所にいる細胞検査士3名は、当然私より先に資格を取っているのです。私より年輩の臨床の先生が登録指導医です。それでは、彼らがネガティブの報告を出した場合にその責任は誰が持っているのかと考えたときに、やはり私が病理の責任者ということで、その部門で働いている検査士が出している報告には私に責任があると考えざるを得ないわけです。常勤病理医がいない病院もたくさんあり、そういう検査士だけでやっている病院では院長が最終責任を持っていると思います。患者さんとの医療契約上それ以外の人が入ってくる余地はないと思います。ですから、学会の規定によって登録指導医というのがあるにはあるのですが、对患者に対する責任関係に全く関与していないというのが私がこういう問題を考え始めた動機です。登録指導医というのは、現実もそうですが、その制度自体が持っているねらいや意義が不明であるというのが率直な意見です。ただし、診断に誰が責任を負うべきかという点については、最終的には医者が責任を負うべきという考えを常に持っています。現に、私のところでは検査士から私にコンサルタントされるもの以外は彼らのサインと私の「判子(はんこ)」を押して出しております。「判子」を押しているのは私が最終責任者だという意味と、彼らに渡しているのは、彼らの責仕で出しても大丈夫だという判断を私が責任を持って判断していますという点において全責任を私が負っているという形でやっております。仮に、登録指導医の制度がなくなった場合でもその体制は維持していく必要があると思います。

司会(坂本)：まず教育指導医というのに関して、先生の認識では、検査士会の方が必ずしも公式にまだ認めていないのではないかとご指摘がなされました。それから、登録指導医とCTの関係については、登録指導医の存在意義が明らかではないということ。それからCTが下したネガティブ症例のレポートに関して判子(はんこ)を渡して先生ご自身はご覧にならない。ただそれを先生の責任において容認されているということ。それから、他院のCTが診断したものについて責任が取れないのではないかとご指摘です。一般的に、指導医がCTの業務を統括しながら進めていくというあり方いくつか矛盾点があるのではないかとご指摘いただいたわけですね。

岸川(長崎大学病理 MD)：3点に渡って意見を述べさせていただきますと思います。第1点は、こういふ会を持てたということは指導医会の会長、あり方委員会の委員長のご努力の賜物と思うので深く敬意を表します。初めてではないかと思っていますので。第2点目は、発足後数十年たった指導医というものを、先達たちのご努力の賜物と認めた上で、このあたりでもう一度現実に即したものとしてみなおす時期に来ているのではないかとご指摘です。こうしてポジティブな方向に議論していきたいと思っています。ただ残念なことに、先程の指導医会の時にあり方委員会委員長のお話では二つの部屋をぶち抜いてお借りしているとのことでしたので、これ一杯になるのではないかと期待していましたが(笑)、この程度のものかなと残念な気持ちになりました。第3点目は、現実に伊藤先生からご提言が出されているわけで、これを一つのたたき台として議論をしていきたいと思っています。個人的には病理 PNET^{*1)}です。伊藤先生の意見をきいておりました。ネット上で述べた私自身の意見をここで述べさせていただきます。伊藤先生の意見に賛同するところもありますので、さらにこれをたたき台としてあり方委員会で検討していただきたいと思っています。実際問題として私自身が指導医として5名のCTの方々をあらかじめお呼びしていますが、その内1名だけが大学から非常勤として行っている病院にいて、あとの4名は他の病院です。ですから、実際の診断にはタッチしていないわけですね。現実に即した、患者さんにどうフィードバックしていい医療を与えるか、あるいはそのお手伝いができるかということをご考慮に考えるべきかと思っていますので、そのあたりからの議論の進展を期待したいと思っています。

司会(坂本)：歴史的な経緯はともかくとして、現状に即した制度の根本的な見直しをはかってほしいというような先生からのご意見かと思っています。先生ご自身としては、先程指導医会でご出されました伊藤先生の3

*1) PNET：病理医の有志で構築されているインターネット上のグループ。

点について基本的に賛成であるというご意見でした。伊藤先生の出された3点に関して、指導医会でお聞きにならなかった方もいらっしゃるかと思いますので、ここでもう一度簡単にご紹介いただけますか。

伊藤（袋井市民病院病理 MD）：第1は、検査士の資格更新資格のなかのクレジットとして点数とともに指導医が記入する「更新の可否」の項目があるが、これを削除すべきということ。第2は、登録指導医の見直し。第3は「細胞診指導医」という名称を「細胞診認定医」にあらためる。以上3点です。

武智（東京都予防医学協会 CT）：まず、先程からの発言の中で「スクリーナー」という言葉がきかれますが、これはすでに「スクリーナー」という資格ではなく「細胞検査士」あるいは「CT」にあらためられたのでご注意願いたい。

教育指導医については、検査士会は必ずしも容認したわけではありません。

診断責任の所在

望月（いわき市立常磐病院病理 MD）：実際に即してよく考えてみますと、CTの方がネガティブケースについて自分でみて指導医の承諾なしに診断書を提出するというのは、やはり医師法違反になるのではないのでしょうか。CTが実務でやる内容について責任の所在を臨床細胞学会としてはっきりさせて、きちっとした診断書として高めていくという努力はまた別に必要だと思います。CTの判断だけで診断書が出ることはあってはならないことだと思います。一方、実際問題として資格更新だとかCTの方の個人としての精度管理に関しての登録指導医というのは、最初の設立の段階で開拓された先生方が考えたCTと指導医の関係という初期の考え方というか暗黙の了解というか、そういったものは残念ながら時代の変遷で随分こわれてしまったのではないのでしょうか。それは、指導医だけが悪いのではないが、初期の互いに助け合って高めていこうという、平等な立場での努力がなくなっている。逆に登録指導医ということを楯にして生殺与奪の権利があるような振舞いをしたりとか、あるいはお花の家元ではないですが自分の傘下に入るCTはかわいがり面倒みるけどそうでないものは知らないというようになる。当初先達が設定された理想に反する事態や誤解が生まれている。それは制度そのものが一人歩きしてしまったということ、そうなった時点、つまり誤解が出てきた時点で、これはこういうものであるという記載を条文化していかないといけない。CTと指導医の合意のもとに出てきたものであるから、こういう形で運営すべきであるということ、これをこれだけ会員が増えましたので条文化しないと、先達が設定した内容というのは民主的に運営できなくなっていると感じた次第です。

司会（坂本）：先生からは、CTの資格更新と精度管理は分けて考えるべき。CTと指導医という精度管理を媒介にした関係というのは当初の思想からかけ離れているという認識で、その一つの例として登録指導医がCTの生殺与奪の権利を握っているかのような対応をするときがある。それを正すためには、条文化して制度の再構築が必要だというご意見でした。

また、CTの方が作成したレポートがそのまま臨床家に渡ってしまったのは医師法違反ではないかというご意見をいただきました。伊藤先生からは、先程全幅の信頼をおいてCTの方に判子を渡しているという話をうかがいましたが、それについての先生のお考えはいかがですか。

望月（いわき市立常磐病院病理 MD）：それに関しましては、医師の了解済みであり、最終責任は医師の所に来るわけですから問題ないと思います。医師が知っていて責任を取ればまだいいが、一番問題なのは医師が全く知らないでCTだけで診断書が出ているということだと思う。

武智（東京都予防医学協会 CT）：伊藤先生にお伺いしたいのですが、先程ご自分のところのCTにご自分が認めて判子を許可しているということですが、そのレベルか何かたとえば、ネガティブだからといって判子を任せない、あるいは任せるといった基準がございますか。

伊藤（袋井市民病院病理 MD）：今のような質問を受けると全く想定していなかったもので、答えを準備していませんが（笑）。現在私の所にいるCTには、特に3名のうち最も経験年数の長いCTの方には全幅の信頼を置いております。彼がいなかった場合には、私がチェックすると思います。ですから、人を見て判断しています。

司会（坂本）：どういう基準でみているのかということを具体的にお願います。

伊藤（袋井市民病院病理 MD）：ひとつは、異型細胞を拾うというのは皆さんおやりになることなので最低条件かと思う。そこから鑑別診断として何と何を考えるかということ、その鑑別をするために次に何をやってほしいと臨床家に伝える能力が3人のうち1人には確実にある。他の2人には、その能力があるけれども十分ではない。一緒にやってみてCTの能力を評価していますが、一応そのくらいの目安で今の体制にもっていています。実をいうと、赴任したときには私はまだ細胞診の勉強をあまりしていませんでした。彼らに教えてもらったというのが率直なところ。でも私は病理をやっておりますので細胞診のことを知るといになると、病理全般のことを知っていることがCTとの違いになると思うのです。全体的な見方でみられるという点で私はおそらく優っているだろうと思っています。ただし、スクリーニングの能力は絶対彼らが上だと思っています。だから、こういう症例で

こういう変なのが出たがどうしようかという時に、医師の能力は発揮されると思っております。

武智(東京都予防医学協会 CT)：伊藤先生のお考えは多少わかりますが、そのネガティブ標本を認めるというのが試験制度ではないのでしょうか。試験を合格したということはそれを認めたということになる。ですから、もしそれを否定するならば細胞検査士試験そのものが否定されることになる。

伊藤(袋井市民病院病理 MD)：言葉が足りませんでした。ネガティブは多分チェックしないと思います。要するにIII以上というか疑陽性以上は、3人のうち1人がいなかったらチェックするかもしれないという意味で、ネガティブは自分でチェックすることはしないと思う。現状でもいっぱい抱えている仕事の上にその仕事を自分でやったときの信頼性と、彼らに任せてやったときの信頼性とどちらが高いかを考えたときに、彼らに任せてやった時の信頼性の方が高いと思うのですね。だから、ネガティブについては任せる。

司会(坂本)：すると、先程判子を渡してCTの判定を容認するという話は、陽性、疑陽性を含めてすべてのレポートに関してということですか。

伊藤(袋井市民病院病理 MD)：ただし、いつも一緒に仕事をしているのでわかるのです。これが、いつも一緒に仕事をしている人としていない人の違いなのです。何か出れば自然の流れで、どれどれということと一緒にみるので、それですべてカバーできていると思っております。

武智(東京都予防医学協会 CT)：先生の施設ではそうかもしれません。ただこういう議論をする時、全般的というか、恵まれた施設でない所も考えて討議していただければありがたい。それで、日本で大きなラボだと年間50万件近くやっています。ネガティブ標本が多いですから、それがたとえば45万件あったとすると、全部指導医がチェックするだけの体制が整っているかどうかという問題もあろうかと思えます。それからもう一つ、CTの数と指導医の数うんぬんといっていました。都道府県によってこの比率は高い低いがある。一番比率が低いのが熊本県でCT10に対して指導医1です。老健法なんかで謳われる3対1の関係なんていうのは、やろうと思ってもやれないのですね。ですからその辺をお含みいただいて、討議いただければありがたい。

それから医療行為うんぬんというのを先程おっしゃっていましたが、たとえば「扁平上皮癌」といった場合には医療診断になるのですが、たとえばクラス分類で「クラスV、クラスIV」、それから「異型細胞を認める」というこのあたりは医療行為にはならないと、私は解釈しています。その辺の考えはいかがでしょう。

司会(坂本)：ただ今、ネガティブの標本を技師の診断だけに委ねて実際の診断行為を行うということ自体が、資格試験のひとつの意味であるというお話をいた

いただきました。私も誤解していましたが伊藤先生のところではポジティブもサスペンシブもこれぞと思うCTの方には判子を渡して、対応されているということですが、私はネガティブだけだと受け取ってしまったのですが、そうしますとそこは武智さんが今いわれたことと解離はないと思います。

武智さんからは指導医とCTとの1対3の関係が必ずしも杓子定規にはいかないというのが現実であるということを指摘していただきました。またクラス分類をする限りでは必ずしも医療行為ではなく、病名を記載することが医療行為であるという解釈をご提示いただきました。

地方ごとに違う事情

乾(乾内科クリニック内科 MD)：今度あり方委員会に加えていただきました。指導医No.122番ということで比較的古い方かなと思っております。もう23年たって最初から今でもずっと疑問に思っているのは、指導医というのは一体何なのだろうということです。先程、武智さんから各都道府県によって事情が違うという話がありました。私に全くその通りです。私の所属する群馬県では当初、指導医は1人しかいませんでした。CTは最初は何十人も登録されていたのです。今は指導医が7~8人に増えたので、病院に勤務しているCTに対してはその病院を面倒みている新しい指導医にお願いしています。私の役割は何かといいますと、実際にはCTの仕事をしていないで家庭にいる、あるいは他の仕事をしているCTの方が難しい試験に受かったのだから更新したいという場合、現実に判子を貰わなくてはならないという時に判子を押し出すことです。こういう方が十何人と今登録されています。どうもこれはノーマルな状態ではないと思うのです。特に最初は指導医が非常に少なかったり、CTが少なかったりした時代は何とかなっていたのかもしれませんが、CTにしても何千という数になった現在、このままでよいのかなと率直に感じています。そこで、私の一つの提案としては、他の学会なみにこの学会でも認定医制度をきちんと基準をきめて作って、認定医と実際に業務を指導する指導医というのは分けた方がよいのではないかと。認定医であって指導施設あるいは実際にCTが登録されている登録指導医は、認定医プラス登録指導医である。それから、普通の今いう指導医は細胞診認定医あるいは細胞診認定指導医という方がクリアカットにいくなのではないかと考えております。

司会(坂本)：先生のお立場から指導医の役割をより現実的に展開していくためには、認定医と指導医の二つに分ける形で考えたらいかがかというご発言がございました。

村村(産業医大婦人科 MD)：先程からうかがっておりますと、診断責任ということに重点が置かれて議

論が行われていると思う。私自身、福岡の古い指導医の1人で、現在30人のCTを持っていて、確かに形だけの指導医なのです。そういう意味では診断の責任ということに関しては、確かに先生のいわれる通りです。ただ、私は指導医と検査士との間には別の側面があるのではないかと思います。臨床検査技師でドクターとペアで診断するという立場の検査は細胞診だけなのです。私はCTを30人持っています。適正比率が問題になりました時に、私支部長をしているんですけど、調整を各支部でやれといわれましてそれなりに努力しました。なかなか具体的に難しい問題があります。いろいろな要因があります。先生のいわれたようなケースもありますが、まったく逆のケースもあります。私自身は、この指導医と検査士の関係というのは他の学会に例をみないユニークなシステムだということで、現状に合わないから切り離してしまうという考え方には賛成できない。というのは、逆に切り離してしまうと医師の診断とかはよいのですが、技師の中での検査士の立場というのが逆になくなっていくのではないかと危惧をしているのです。そういう意味で、診断責任ということだけではなくて、特殊な関係なんだということ認識した上で議論すべきではないかと思うのです。具体的な例をいいますと、私のもっている30人のCTのうち私の大学には10人のCTがいます。最初は指導医がいなかったのですが、だんだん指導医ができてきたときの移行がなかなか難しいという問題があったのです。いろんなケースがあるので、診断責任ということだけで議論するのはどうかというのが私の意見です。

司会(坂本)：指導医とCTが一体として活動すること自体にかなりメリットがあり、特殊な関係として認識する必要があるということ、先生ご自身の体験からご提議いただきました。

岸川(長崎大学病理 MD)：伊藤先生の最後のご意見で、診断してめくら印を押すというのはもう少し別の論点として議論を進めないと、今オン・ゴーイングのあり方という議論とごちゃ混ぜになっていくような気がします。伊藤先生の3つのご提案に基本的には賛成と申し上げましたが、CTに判子を預けるということに関しては私は賛成していません。はじめにお聞きしました。私自身は大学におりますので、一週間に2回は実際に出向いてサインをしております。あと2回は運んでもらってサインをいたします。臨床サイドが急ぐ場合は細胞検査士のみによる判断を、それでもかまわないという前提のもとに、臨床家の方に伝えていただくようにしています。最終的には私の責任です。しかし、極端な場合には私はそうは思わないというレポートのことが当然あり得ますし、そういう立場で別個に議論されたらと思います。

司会(坂本)：先生、ネガティブケースはいかがでしょうか。

岸川(長崎大学病理 MD)：ネガティブに関しては、私は関知いたしておりません。II以上でちょっと心配だということをCTの方が持ってこられた場合にはみますし、基本的にはIII以上をみると考えています。

藤田(北大病院病理部 MD)：先程CTの方がネガティブをそのまま出しても問題のないようにするのが試験だとおっしゃいましたが、何回も試験を落ちて、何回も勉強しながら受かった人にはそれは通じますけれども、うまい具合に1回ですんなりとうかってしまったCTの方には非常にひやひやで、何回も戻すことがあります。私がすぐ直してもよいのですが納得してもらわないと困りますので、CTの先輩の方のみでもらってきちんと指導してもらって持ってくるようにしてもらっています。試験はいろいろありますから、試験に通ったからいいということはないと思います。

司会(坂本)：試験を通ったからといって、それで100%完璧なスクリーニングができるということは、現実には必ずしもないというお話でした。

猪狩(微研東北中央研究所内科 MD)：私が指導医になった時にはそこにCTは1人もおりませんで、私だけがやっていたわけですが、自分の施設でなんとかCTの資格を取っていただきまして、それから次第に地区が増えてきたわけです。指導医の方がその割に増えませんでした。それで近くの施設の指導医も引き受けていたというわけです。確かに診断をするというのが一番大事な業務ですが、全部の標本をみるというのは不可能になります。しかし、コンサルテーションはできる。それから、問題が起きた時にそのコンサルテーションもできる。医者の仕事というのは診断も非常に大事ですが、CTを育てる、というとおこがましいですが、やはりその地区のニーズに応じて数を増やすとかを含めた話かと思えます。病院に指導医が増えてまいりますと、その施設のCTは全部指導医が彼らの先生になりますが、それが私どもの地区ではうまくいっていると思っております。

司会(坂本)：CTが居られないところから頑張っ今日に到る経緯をお話いただきました。その経験から、指導医の役割の中にCTの育成というものも十分意識すべき問題ではないかというご指摘だったと思えます。

陰性症例のサイン

岸川(長崎大学病理 MD)：先程ネガティブはみないということをお申し上げしましたが、そのかわり判子を押しなさい、サインもしないということです。普通の臨床検査と同じようにそのまま臨床の方に回して、臨床の方が判断料をもらっているわけですから最終的には臨床家の診断の対応責任になると思っています。

司会(坂本)：ネガティブ症例に関しては先生のサインなしに報告として院内で機能しているということで

すね。

柏村（産業医大婦人科 MD）：今の議論は非常に荒っぽいのではないのでしょうか。私は婦人科ですが、婦人科の頸癌のスクリーニングは確かにそれでいいと思いますが、たとえば穿刺細胞診で非常に難しい分野になった時それで通用するかという問題があると思う。婦人科の中でもたとえば内膜の細胞診は非常に難しく、ネガティブでもやはりドクターとペアでやるのが望ましいのではないかと実際には思っているのですね。そのくらい難しい分野があるので、病院によってネガティブを全部細胞検査士に任せるという考えは、ちょっと荒っぽい議論になっているのではないかと危惧しているわけです。指導医会の中でもネガティブ標本をどうするかというのは大きな問題になっていると思う。私自身の考えは、一律にはいえないのではないかとということです。

司会（坂本）：まだ、ご発言いただいている方にお話ししたいと思います。

椎名（杏林大学 CT）：「細胞検査士あり方委員会」の委員長をしている関係で、いくつか出てきた問題でお話したい。私どもの方の「あり方委員会」では、10項目ほどの問題をとりあげています。その中で今ご議論されている、たとえばクラス I、II の問題。これをどうするかというのが大きな問題になっています。岸川先生と伊藤先生のお話の中にもございましたが、現実問題としてクラス I、II を指導医の先生方が目を通す機会はほとんどないと思います。それに対する責任はどこが持つかということで、私自身は指導医と細胞検査士の制度の中で最も大切なのはその責任を誰が取るのかという点だと思うのです。鹿内先生^{*2)}の判断ですと細胞診の成績、評価、診断について最終的な評価するのは臨床医であるとのことでした。そうすると実際その責任というのは最終的に担当した臨床医の先生方がみる。そうなりますと、細胞診は診断ではなくて一つの検査であるということになります。先程クラス I、II の問題で判子を押し押さないという問題がありました。押さないのであればわれわれ細胞検査士側としても、自分たちにも何らかの責任がかかってくるわけで、その辺の責任問題を明確にしないとこの先の議論が進まないと思います。

司会（坂本）：責任問題に関して検査士会の方では、どのような見解がおありでしょうか。

椎名（杏林大学 CT）：まだまとめてはいませんが、少なくともクラス I、II に関してはその責任は私どもが取るとかの問題ではなくて、私個人的には今までの指導医・細胞検査士制度というものがあって I から V までひっくりめたかたちで責任を指導医の先生が取るということで、一番はじめに制度が出来たと理解して

います。確か田中先生が浜松の関東連合会で細胞検査士にすべての責任を負わすのは酷であるということでも最初細胞検査士・指導医制度ができたことによっておられたと思います。最近伊藤先生がお書きになった後田島先生の書かれたものを拝見しました。それによりますと学問的に指導してくれるという内容もふくめた指導医制度の成り立ちと先程の教育指導医とはちょっとニュアンスが離れて、私としてはどちらが本当なのかまだわからない部分がある。いずれにしても、責任を取らなければ検査であるし、責任を取るならば診断になるわけです。その辺を明確にしていかなければいけないと思います。

司会（坂本）：陰性例は実際には指導医が全症例にあたって細かくみることは現実的にはできないわけで、責任をどうするかたちでとるかというのはきわめて大事な問題ですが、学会全体として実際的なコンセンサスがなかなかあるようでないような感じですので、この点は重要なご指摘かと思えます。

望月（いわき市立常磐病院病理 MD）：判定内容のいろいろな責任問題という側面を現行のいわゆる指導医と CT の問題と一緒に考えると無理がある。当初の指導医制度ができた時点でのことですが、責任問題があるからこそ指導医が CT を管理しなくてはならないのだという発想で発足したのではないと思う。伊藤先生からインターネット上でみせてもらったところでは、当初はそういう問題はなかったと思うのです。それから考えますと CT と指導医の人間関係と伊藤先生の考えている登録指導医の制度を変えていこうということが反しているとはとても思えないのです。きちっとやられているところでは CT と指導医の間に責任問題だけでないものが現実にある。当初の理想にしたがってやられているところがあると思うのです。それがやはりうまく分業されていない部分がそろそろ出始めているのではないかとということだと思う。その辺は、責任問題とは切り離して考えてほしい。そうしないと、伊藤先生のいう改正案というものがきちんと理解されないのではないかと思います。

司会（坂本）：先生ご自身は、この判定内容の責任問題を切り離して考えますとどういうご意見になるのですか。

望月（いわき市立常磐病院病理 MD）：施設内で CT が行う診断ないし判定に対してお互いに業務のなかで、臨床に対する態度だとかコミュニケーションの仕方とか細胞学会に対する制度管理に関する努力の問題とかを全人格的に互いに理解しあう必要があると思います。そのうえ信頼できる CT の方が、やはり同じ施設の中で実際にやっている同僚とか仲間として信頼してお互いにチェックしながら最終的には実際に責任を持っているドクターが責任を取るべきであると思う。その施設の中できちっとその人が責任を取るといふことであれば、実際に指導医制度のあるなしとい

*2) 鹿内先生：発言内容は日本臨床細胞学会雑誌 33 巻 2 号 203 頁 (1991 年) に“細胞検査士の法的責任について”と題して掲載されている。

うことではなくて、その時点で解決していくのではないかなと思うのです。指導医が施設にいないで、実際に多くの標本を抱えてチェックする人間がいない、あるいはそれを責任をとる人間がいないということになればそれは別の問題になると思いますが、やはり、全人格的にみられるドクターがいてその人が指導医であれば一緒にみて最終的にはその指導医が責任をとるということで、それは完結しているのではないかと思います。それと登録指導医制度というのは私はちがうのではないかと思います。

垣花 (マイホーム新川・外科 MD) : ちょっと極論を申し上げます。検査士が指導医を決めるのですね。検査士に決められない指導医は指導医じゃない。ですからそこで信頼関係が得られないなら、そこでオタオタいう必要は全くないと私は思います。私は外科医ですから、主に婦人科以外の材料を全部みています。検査士と一緒にずっとみています。柏村先生がおっしゃるようにアスピレーション・サイトロジーというのは未開発の分野ですので一緒に勉強しないといけないというので一緒にみています。技師がネガティブで何も無いといっても、全部それをチェックしています。そうしないとアスピレーション・サイトロジーではちょっと危険なことがあります。それからスクリーニングという考え方は、私はアスピレーションの時には持っていません。

司会 (坂本) : アスピレーション・サイトロジーは違うスタンスでみないといけないというご指摘です。これも担当する症例数との関わりとか難しい問題があるかと思えます。

岸川 (長崎大学病理 MD) : いくつかに分けて考えないといけないと思うのですね。責任問題というのも年間1000例か2000例ならそうでもないのでしょうか、検査科の場合と、外科とか婦人科とか教室でみる場合とでは違うと思うのです。検査科の場合は、私は年間9000例くらいみさせていただいているのですが、その中で検査士がI、IIとしたのを全部チェックするのは事実上不可能です。もう一つは、責任問題ということになりますと法的にもコンセンサスが得られていない面があると思うのです。私自身独断と偏見で、それではよくないかもしれませんが、考えているのは少なくとも私が診断したものに関しては、つまりサインや判子を押したものに関しては私が責任を持つ、それ以外のI、IIについては臨床家が判断する。それは保険点数の中で判断料が認められているので、その判断料にふくまれるというふうに思っています。そのあたりのことは施設によって事情に違いがあると思いますので、一緒にくたにはできない問題も残っていると思います。

猪狩 (微研東北中央研究所内科 MD) : 今検査をする場によって違うという話がありましたけど、確かにそうだと思います。私は前は病院におりまして、ネガ

ティブの症例も点がついていないのはみませんでしたけど、点がついているものに関してはクラスIIでも全部みていました。そのことに関しては、すべての最終責任は私にあるということでやっていたつもりです。現在コマーシャルラボの標本をみているのですが、ここではI、IIに対する考え方が変わってくると思うのですね。コマーシャルラボのクラスI、IIでIは異型細胞がないわけですからそれを見落とすということは余程そそっかしくないとないと思いますが、クラスIIで落としたものの中から癌が見つかったというようなこともありました。これについては非常に問題が大きいのではないかと思います。これをどうするかというのはいろいろな面から考えないといけないのではないかと思います。

指導医とCTの関係のあり方・役割分担

伊藤 (袋井市民病院病理 MD) : 岸川さんのおっしゃった、問題を分けて整理して考えようという話に賛成です。今、診断の責任の所在の問題と、制度をどのように実施していくか、そのために指導医は検査士をどう教育していくかという問題と、検査士にとって登録指導医制度というのはどのような意味があるのかというこの3つの問題が交互に出てきていると思います。私が最初に指導医会で提案したのは、細胞検査士の地位向上というとおかしいですが、基本的にはそういうところから発想しています。制度自体を良心的な人が運営している場合には問題ありませんが、登録指導医が可、不可を○をつける時に、おまえは必要ないといってクレジットの点数が満ちているのに不可をつけたりする場合がありますとすると問題が生じる。世の中すべていい人だという仮説が間違っていたということになる。垣花先生が先程おっしゃっていた指導医に選ばれないものが悪いという面もありますが、この話はその選ぶという制度自体を問題にしているのですから、その辺が誤解されてはいないか。多分理解していただいた上でのお話と思ってはいますが、あとは、分布の数の問題というのでしょうか。学会の発足当初の数に比べれば現在は多い。けれども非常に多い所と全然アンバランスなところとあって、また数によって状況が違うということで、指導医が近くにいない検査士はどうしたらいいんだということになる。そしてさっきの福岡の話になると思います。その辺、一律には議論できないと思います。

森内 (大分医師会立アルメイダ病院病理 MD) : 今述べられた伊藤先生、それから答えられたCTの方、両方にお聞きしたい。混乱してよくわからないのですが、この制度そのものを嫌いなのか、あるいは医者やCTのコミュニケーションを否定しているのか、そこをはっきりしてほしい。それからCTの方は医者や否定して、いらぬといっているのか、あるいは自分た

ちだけでやれるとっているのか、そこをはっきりしてほしい。

司会(坂本)：質問というかたちでしたが、まず伊藤先生、制度自身を否定されているのか、あるいはCTと指導医の関係の中で仕事を展開するそれ自身を否定されているのか、ご説明をお願いします。

伊藤(袋井市民病院病理 MD)：コミュニケーションはすればするほど望ましいと思っています。専門の資格として、細胞検査士と指導医、私は認定医という呼称がいいと思っていますが、両者の専門資格が別個に認定されるこの制度は絶対に必要だと思っています。私が問題にしているのは検査士1人に対して登録指導医1人を決めるということがむしろ現状では、コミュニケーションの妨げになるという点です。それはどういう意味かという、私は若い駆け出しの指導医ということになります、私が一緒に年輩の方と仕事をした場合、その方たちはさらに年輩の方を登録指導医として持っているわけです。その時に早い話が私の立場がなくなってしまう、そういうことなのです(笑)。現実はそのではありません。現実には彼らの指導医の先生と非常にコミュニケーションがとれています。とにかく目的はより緊密でいいコミュニケーションをとって、なおかつ高い診断精度を保って細胞診断の地位が上がる、これが目的です。

司会(坂本)：指導医とCTの関係というのは基本的には必要であって、むしろコミュニケーションを妨げているのが現在運用されている制度ではないか、そしてCTと指導医が1:1で結びつくという制度それ自身が問題ではないか、という先程うかがったようなことですね。それでは武智さんからお願いします。

武智(東京都予防医学協会 CT)：私も指導医、検査士が協力して細胞診を進めていくというのは賛成です。別に指導医を嫌っているとか、そういうことはありません。ただ今までお話を聞いていると、どうも、指導医会、あるいは細胞検査士会、あるいは細胞学会という場で解決すべき問題よりも施設の中の問題というか、そういうのを出しすぎているような気がします。コミュニケーションうんぬんという場合、施設の中で解決していかないといけない問題ではないでしょうか。

椎名(杏林大学 CT)：私もいままでいろいろなところに書いていますが、基本的には先程産業医科大学の先生がおっしゃっていたように、細胞検査士・指導医体制という現状はやはりユニークなシステムであるし、私は賛成です。ただしこの30年間の間にいろいろな問題が出てきていますので、それを整理をしていただけたらと思います。

奥村(鹿児島生協病院病理 MD)：建前論と実態論との問題で、整理してほしいと思っています。私は先達の書いたいろいろな教科書、外国の教科書を読ませていただきました。細胞診の意義というのは診断の補

助手段であると書いてあります。私の立場はすべてみるという立場で、報告は全部チェックしますし、目を通して見ます。かつてはスクリーナーの人と、いや失礼、細胞検査士の方と意見が合わなかった時に私の意見とCTの意見とを付記して出したこともある。そうすると臨床サイドからすごい反発がきます。やはり医者として、病理医としての見解を示せというコメントが返ってきて、私はそれは正しいだろうと思っています。指導医というのはそれだけの責任があるのだということ、指導医会ないしは臨床細胞学会でしっかり教育しないとイケないのではないか。特に、病理学会の若い先生の間では細胞診の素養が必要だということだけで指導医をとる、とりあえず資格としてとるという傾向が非常に強い。それはそれとしてメリットはありますが、本学会として指導医の問題をしっかりとすべきだと思っています。先程、数の問題がでましたが集団検診学会でもそうですが、レントゲン写真などたくさんのものがあってもすべてその専門の先生が判断するわけです。そして技師さんたちのレベルが高ければ診断能率も高くなるし、そのメリットは患者さん側に返ってくるわけです。だから実態に合わせるのか、われわれがそれに適応するのかという面で見れば、これまでの歴史があるわけですから否定はできません。基本的には細胞検査士の診断がついても、それとは別に医師がしっかり目を通すということです。腫瘍細胞だけをみるのが医者の責任ではないので、どういう細胞がどういうところにあったのか、どういう炎症なのかとか、どういうことが推測されるのかとか、そういう総合的な診断として診断すべき問題としてみるべきだと思います。クラスIからVまでだけの問題ではなくて、出ている細胞の条件をすべてみていく。私のところではベセスダシステムをアレンジしたかたちで報告書を書いています。そういう報告書のあり方も合わせて考えていく必要があるのではないかと思います。

司会(坂本)：基本的には全症例を診断医がチェックすべきだろうというご意見をいただきました。

小林(大阪厚生年金病院病理 MD)：大体コンセンサスを得られる領域というのが、煮詰まってきたように思います。私自身実際に理解しているところでは、CTがスクリーニングしたものの中で特に所見のないもの、tbcの細胞が出ていないものとか、特異な炎症所見がないものとか、全く正常な細胞だけが出ているとか、喀痰ではダストセルのないような十分な材料が出ていないとか、婦人科のCスメア、Vスメアでは通常に出ている細胞しか出ていないような細胞診で正常とかそういうものについての判定IあるいはIIについては、スクリーナー、いえCTの判定で十分だと思います。これは法的責任がどうかということになって、あるいは検査かどうかといった側面になると思うのです。ABCとか特殊な材料、胸腹水とか髄液とかでは多少変わってくるかもしれませんが、通常非常にたくさん

の材料をみているようなものであれば、血液のスミアをみるような感じで、それは検査といわれるかもわかりませんが、そういうアナリーゼみたいな感覚で報告されていると理解しております。

III, IV, V また II でも特異的な所見があるという時には、一応は診断書つまり医療行為というふうに理解しております。先程いわれたような、ABC とか数の少ないものについては指導医、あるいはサイトパソロジストが診断するという事でコンセンサスが得られると思う。

司会(坂本)：ノーマルの所見のものは CT にレポートを委ねるけれど、それ以外のものは指導医が目を通すべきだろうという意見でした。今までのご経験の中から、現実には陰性例に対してどういう対応をされているか、いろいろなケースのご紹介をいただきました。施設ごとにいろいろお考えになったうえでの対応がなされているのが現状のようです。

根本 (日大病理 MD)：意見を聞かせていただいていろいろ参考になりました。細胞診の業務内容というのは社会的な技術としても定着しているのですね。指導医がどうの CT がどうのという問題ではなくて、臨床の現場では、この検査とっていいのか診断とっていいのか、どちらが正しいのか分かりませんが、この方法というものが実際の医療の現場で非常に大きなウエイトを占めているという認識をわれわれは持たなくては行けない。医者であろうが CT であろうがこの認識を持たなくては行けない。私が思っているのは、CT の持っている使命とフィジシャン、サイトパソロジストの持っている使命とは全く違うと思います。CT の持っている使命というのは、われわれが持っていない何かだと思のです。臨床は非常にスペシャリスタな面を要求しています。細胞診で得られた判定に対する評価というものを、われわれがどのように医療の中に反映していくべきかについてコメントをつけないとこれは診断にはならない。先程どなたかがおっしゃったクラス I とか II とか III とかというものは、これは診断ではない。われわれの施設では、あくまでもクラス分類の評価を用いていますけれども、それに対する評価をつけないと臨床のほうは納得しません。クラス IV あるいはクラス V といっても、あるいはこれは adenocarcinoma ですだけでは臨床の方は納得しない。Adenocarcinoma の中でも metastatic なものか primary のものか、あるいはどういうタイプの adenocarcinoma であるのかということをお必ず要求していきます。これを CT の方にすべて要求するのは間違っていると思います。これはそれなりの専門的な背景を持っている人が、それなりのコメントをつけるというのが今の社会のニーズの中での方向性だと思います。われわれのところでは、少なくともクラス III あるいはクラス IV というようにつけた場合には必ずパソロジスト (指導医の資格を持っていないパソロジストと

いう意味ですが) あるいは指導医が何らかのコメントを付けることを前提にしております。サイトパソロジストと CT の両方が、これからも社会のニーズに合わせた住み分けというものをお互いの中で意見を出し合っていくという、ちょうどいい時期にきていると思っています。

制度管理

クラス I, II の問題が出ましたけれども、われわれの施設では年間 1 万 6 千件くらいの検体を扱っております。これは 1 人の病理医が対処できる量ではありません。したがって、曜日ごとに資格を持っている、あるいは持っていないにかかわらず認定病理医がすべてのその日に出てきたものをチェックします。ただしその中には細胞診の知識に対して非常に深い知識を持っている方もそうでない方もいます。したがって、その評価をどのようにするか、精度管理をどのようにするのかということが問題になります。私はその一週間に少くともクラス III 以上の検体をすべてチェックします。Agree すればそのままですし、違う場合にはもちろん、訂正のレポートを出します。その時点でアスピレーションサイトロジーの検体に対しては、I, II であっても技師さんの方からもう一度目を通してもらいたいという検体があればそれもチェックしています。

また、伊藤先生がいわれた名前の問題ですけど、指導医であろうと認定医であろうとどちらでもいいように思います。医師と CT の関係をどのように持っているのかということは、指導医あり方委員会の中だけで考える問題ではなくて、もっと広い領域の中で考えて答を出していくものだと思います。早急に意見を出すべきではないと考えています。

司会(坂本)：特に、陽性、疑陽性に関しては指導医と CT の使命の違いというのをかなり十分に意識した上で機能すべきであろうというご意見です。特に指導医は CT の判定したケースにプラスして臨床に役立つコメントをつけるべき立場にあるということをお十分認識した上で業務をすべきであろうということをお述べられました。それから精度管理に関して先生の施設での現在行われている方法をお披露いただきました。指導医・認定医という名称に関してはあまりこだわらないということでした。もう少し大事な問題があるだろうということですか。

指導医の名称と歯科医などの扱い

乾 (乾内科クリニック内科 MD)：今、名称にこだわらないという意見がありましたが、私はどうしても指導医という言葉にこだわります。学会というのはこの学会だけではなくていろいろな学会があります。そ

のなかに指導医制度をしている学会がたくさんありますが、指導医というのは後進のドクターを指導して、指導医あるいは認定医にもっていくというのが本来の姿だと思うのです。この会についていうとCTがいて指導医がいて、指導医がCTを指導しているんだというニュアンスが非常に強いのです。ところが実際に、先程伊藤先生がおっしゃいましたが、最初に勉強するときにはベテランのCTの方に、本当に手取り足取り教わって、こういうものかということからスタートしている指導医の方が多いと思うのです。そういう意味でその辺の整合性、他の学会との整合性ということも考えていかなければいけないと思うのです。もう一つは、標榜科の問題で内科とか外科とか消化器科とかいろいろあって、厚生省は標榜するために認定医制度というものを統合化してほしい、ある一定の基準をもってほしいと、各学会ごとにみんな違うのでは困るので日本医学会の分科会の中で十幾つ集まって認定医協議会というものができているのです。しかし、臨床細胞学会にはそういう意味での認定医がないのですね。そういう意味でも将来問題になるのではないかなと認識しています。

もう一つ、責任問題が先程出ましたけれども、これは判定したCTとか指導医というより、むしろそれをどう臨床的に活用したかという臨床医の責任になるのではないのでしょうか。というのは判断料というのは主治医が受け取るもので、これが主治医が臨床データとつき合わせて臨床的に対応するという意味でもうけられているものと考えております。

司会(坂本)：まだ議論されていませんでしたが、さらに本学会の認定医制度が標榜科とどうリンクするかという点まで展望すると、認定医という名前が必要ではないかというお話でした。他に発言していらっしゃる方でご意見ございますか。

吉村(京都、ジャパンサイトロジーリサーチ顧問 MD)：歯科医の認定ということに関してですが、条件付きでいいだろうという報告がございました。私は全く賛成です。問題にしたいのは獣医師の問題です。私自身は獣医師ではありませんが身近に獣医病理学をやっている方がいます。獣医師というのは6年制でありまして、大学があって獣医病理学というものもあって同じ様なシステムで診断が行われています。歯科医師と同じく条件付きで獣医学における細胞診断学を、つまり獣医師の指導医を歯科医の資格と一緒に考えてもらえたらというのが私の意見です。

司会(坂本)：そうしますと、その方が資格を取られるとその対象はアニマルということになるので(笑)、そこまでも私どもで面倒みなくてはならないと。

吉村(京都、ジャパンサイトロジーリサーチ顧問 MD)：民間の検査所にはそういう検体も来ます。自由診療における細胞検査ということで、歯科医の場合と抱き合わせて考えていただきたい。

司会(坂本)：どうもユニークな観点からのご発言ありがとうございました。

現行法体系の中での細胞診

平沢(BML細胞診センター CT)：ここで、厚生省の訴訟専門官の鹿内先生*²⁾が千葉の総会で特別講演なされたあの内容をご存じのない先生がたがたくさんいらっしゃるのではないかと思います。あの時の講演では、もちろん責任問題についてもかなり詳しい解説をされております。それから、細胞診そのものについて、診断の問題がかなりウエイトをおいた形で話されていると思います。是非、この時の論文を先生方に丁寧に読んでいただけたら、かなり考えが集中的に纏まるのではないかと考えております。特に診断について、細胞診の多くの教科書に細胞診は診断であるという記載があると思いますが、これは誤りであると述べられております。それに関するかなり詳細な解説を述べております。それから責任問題についても、日本の法律の体系の中で現実にはどのようなパターンで問われるかというのを、検査の中の誤りの具体的な例を上げて解説されております。結論からいいますと実行行為した方に責任がかかる。施設で何か事故が起きた場合には、その施設の代表者が責任をとる。二次的にその事故を起こした実際の責任者、たとえば外科の手術のミスであればその外科医が施設の責任者からその事故は主としてあなたの責任で起こったので、たとえば1/3だけを病院にお返し下さいと。そのベースに検査技師が誤ったということがあれば、そこまで問わない、あるいはその残りの1/3はあなたが負担して下さい、そういうことはいえるという意味の解説をしています。大変参考になるだろうと思います。日本の法律制度には内閣法制局という内閣改造があると大臣でもないのに名前が出るという特異なお役所がございます。これに連なるものが各省庁にございます。鹿内先生は、厚生省のその代表責任者ですので、これはそう簡単に内容が変わることはないと思います。

司会(坂本)：まだの方で。

垣花(マイホーム新川・外科 MD)：確かに細胞診で誤って癌と診断して子宮とってしまったとすると、その子宮をとった人の責任になるのは確かですが、今度はとったお医者さんと診断した人の間の争いになる。ですから誤診をした人の責任にならないということにはなりません。そういうことを基本においてやらないと、なんでもかんでも出していいんだらうということになると大変ですから、それをお考え下さい。

CTの権利擁護に関する指導医の役割

伊藤(袋井市民病院病理 MD)：2つ申し上げたい。ひとつは、これからも細胞診断を考える上での指導医

なり検査士なり両者で多くの議論をしていこうじゃないかというところが、この会の意義だと思うのですが、念押しということで、確認させていただきたい。結局指導医という立場の先生からある若い細胞検査士が何か理不尽なことをいわれたときに、それに抵抗できないという現実があるわけですね。そういうことはないんだという、大丈夫だよということを検査士の人に保証してあげないと、お互いにフランクな議論はできないのではないかと思います。なんらかのかたちで、指導医のあり方にもそれは通じると思いますので、なんとかしていただきたいということ。もうひとつは、私が指導医会で先程紹介いたしました田島先生のお話ですが、懇親会に出ましてご年輩の先生のお話をうかがいますと、それがすべてではないという話がありました。それと、この議論は過去のことがどうあったかということが目的ではなくて、現在および未来が目的と思うので、過去に捕らわれず未来のことを考えていこうと思います。それと、今日は検査士の方があまり多くはなかったですが、今後こういう機会がありましたら積極的に参加していただきたいと思います。

司会(坂本)：指導医がCTに対して理不尽な対応をした場合に、これは泣き寝入りをせざるを得ないという状況があるかないかというご指摘ですか。

伊藤(袋井市民病院病理 MD)：そうです。

司会(坂本)：これは、どうでしょうか。指導医会の責任のある立場の先生、あるいはCTの方。ご意見ございますか。

齊藤(国立習志野病院 CT)：先程1回で試験を受かってしまったCTは不安だという先生がいらっしゃいましたが、私はきわめてラッキーなことに1回で試験を通っているのですね(笑)。確かに最初千葉大の肺外科におりましたので、最初の1週間は指導医の先生がつきっきりで、全症例をすべてダブルスクリーニングでした。でも、3ヵ月目にはクラスIに関しては全く私の単独のサインでよろしいということになりました。そこまでの信頼関係はその先生も築いてくれましたし私も必死になってついていきました。そういう事実がありますので、1回で取ったからとかの問題ではなくて、信頼関係をつくるのが先生と私たちCTの役目ではないかと思います。そういう意味では、産業医大の先生がおっしゃって下さったユニークな関係のこういう制度は残しておきたいという意見に私も非常に賛成です。臨床検査技師の立場で考えますと、このように簡単に先生方にご相談できるというのは、細胞検査だけなのです。血液でも生化学でもなかなか相談できないのに、私たちは非常に恵まれている。こういう制度はいい方向に持って行って残して行きたいと思えます。それからクラス分類Iのことですが、CTのなかでもいろいろ議論がございまして、制度管理のために、つまりフォールスネガティブを避けるためにダブルスクリーニングが必要ではないかというお考えの方、そ

れから検査士の資格を持ってしまったんだからそれは自分の責任ですべきではないかと、まだ確実に統一見解はないだろうと解釈しています。

それから、今うなずいていたのは決して私のことではございません。私は幸か不幸か指導医の先生にいいことをいわせていただいていますので、ありがたい立場です。私を支えて下さって育てて下さいましたのでありがたいのですが、いろいろ他のところにおりますと、特に地方の方は、「おまえは、CTだから何もいうな」「責任は俺がとるんだからもうよろしい」といわれているとよく聞きます。千葉県の中でも実際にあるという話をきいております。私自身はそういう経験はございません。これは肺外科の名誉のために申し上げます。

司会(坂本)：この点はゆゆしき問題でございます。齊藤さんのお話ではないことはないというような…具体的なお話ではありませんでしたが。

望月(いわき立市常磐病院病理 MD)：具体的な話をいたします。地域の名誉のために、特定の名前は伏せさせていただきたいのですが、実際にあった話です。ある診療科長が自分の施設の技師にCTの資格を当時は取らせたのですが、職場でトラブルがあったようで、気に入らないので、人事権があったその先生は、CTの方を細胞診のない関連病院に飛ばすということがありました。残念ながらあまり遠くないところでありました。内部でいろいろ救済策をとり、事なきを得たのですが、実際は制度自体を非常に誤解して生殺与奪の権利を持っていると誤解している人がいるのは事実と思えます。

それから、CTも臨床検査技師も、非常に労働環境が悪いといえますか、臨床検査全体が厳しい環境におかれているのは事実でありまして、若手のCTを養成することすらなかなかできないのが現実です。やはり、臨床検査技師全体がおかれている難しい問題、特にバックアップの問題などで、細胞検査士はどちらかというところ、病院の理解が受けやすい。しかし特に人事権に関わるようなことでは、CTの方は直接意見をいえないのではないかと、もしかしたら泣き寝入りしているケースがあるのではないかと思います。

司会(坂本)：指導医はCTに対して特別の関係を持っているわけですが、その関係を逆用するような形でCTにもし不利益を与えるような行為があるとしたら、それは学会のしかるべきところに申し出ればそれなりに対応がなされるようになってきていると思えます。ただ、職場の中でたとえば意のそぐわぬCTを細胞診の業務からはずして他に回してしまうとかのことまでも現在の本学会が対応できるかということ、難しい点があるのではないかと思います。

望月(いわき市立常磐病院病理 MD)：確かにそう思います。そこまで学会が対応するのはなかなか難しいとは思いますが、しかし、指導医として責任を持つ

てCTの要求に対して答えるべき立場にあるというのは、紳士協定としてあるのではないかと思うのです。もちろん規定はありませんし、事実関係がどこまでシビアなものであるのかという点に関してもその判断が難しく、学会が対応しづらいのは事実です。

司会(坂本)：それは明文化されてはいませんが、指導医個々の人間的対応の問題ということが大事になりますよね。ですから、そのCTと指導医の関係を逆手にとって悪用しているという認識がありましたら、学会のしかるべきところにきちんと申し出ただけであれば適切な対応がなされるシステムになっていることをご理解いただきたいと思います。

おわりに

司会(坂本)：大体よろしいでしょうか。指導医のあり方をめぐってという非常に漠たるテーマで議論をお願いいたしました。活発にご意見いただきましてありがとうございました。同じような意見が重なって出たところもありましたが、強調しなければいけない点ということで発言されたのだと解釈させていただきます。結局は指導医とCTをめぐる関係を現実はどういうかたちで再構築していくかというところにしぼられる感じがいたします。ご意見では基本的にはこの両者の関係を適当な形で、ふさわしい形で維持していきつつ問題を解決したいという気持ちがにじみ出ていたよ

うな印象を受けました。具体的な診断行為に関しては、陰性例の扱いとそれに伴う責任問題が重要なポイントであるというお話でした。皆様方が日頃お考えになっている問題点がそのあたりに集約されているのではないかと思います。

今日いただいたご意見は、冒頭に申しましたように指導医会報に発言いただいた方のお名前を記しながらまとめさせていただきたいと思います。

発言されたイメージと違う風にまとめられて迷惑だということであれば、ゲラ刷りの段階でみせてくれというリクエストを書記平井先生宛に書状でお伝え下さい。そうでない方は私どもの責任でまとめさせていただきますと思っています。

さらに、検査士会で会報に載せたいということであれば同時に掲載というかたちをとらせていただきたい。そしてこの記事を今後ご議論いただく上でのたたき台として機能させていただきたいと願っています。

あり方委員会の委員長を抑せつかった私としてはあり方委員会の運営にあたり、今日お集まりいただきました方々の熱心なご意見を十分に参考にさせていただきます。そして、これをもとにして現実に出ている諸問題に対応していきたいと思っています。

折りをみて、またこのような会を催させていただくかもしれません。本日は遅くまで熱心なご意見いただきましてまことにありがとうございました。(拍手)

(1997年11月2日 横浜市・パシフィコ横浜にて)



細胞診指導医制度の発足時の意図

——細胞検査士との関係も含めて——

名古屋大学病理学教室 田 嶋 基 男

I. はじめに

「病理と臨床」1997年8月号に伊藤氏の細胞診指導医と検査士との関係について、種々の建設的意見が掲載された。氏の心配する各種の事象は、まことにごもつともであるが、事実の誤差または、未知の事実を基礎にした推論希望である部分があるので、この際、指導医と検査士という2つの制度の発足時の経過を事実に基づいて説明する。両制度ともに、発足施行時にタッチし、実行した者で生存しているのは、田中 昇、高橋正宜の両先生と私の3人のみであるので、正しい歴史を残すのは義務の一つかと考え、あえて伊藤氏に答える内容で書いた。

II. 細胞診指導医発足の歴史

日本臨床細胞学会は昭和36年に発足し、私が入会したのは39年春で、6月の総会に出席して驚いたことは、座長をする先生方は皆、高い地位の先生ばかりで、細胞診の効能を認めるが、ご自分では、細胞をご覧にならないという先生ばかりで、投影される細胞のSlideがみるに耐えない誤りが多く、それに誰も異議を唱えないことであった。若手で少し張り切って学会を取り仕切っているつもりの人達の細胞学のレベルも決して評価に値するものではなかった。

これでは、この学会は駄目だということで、ひそかに、大阪府立成人病センター 服部正次先生、東北大学石岡国春先生、順天堂大学 信田重光先生はじめ幾人かが、「何とかしよう」と陰で憂いていた。結局、私は服部さんに相談して、「学会の中核にいる超大家はあのままでもいいから、本当に細胞を読む人間は別にグループを作ろうではないか」ということで、築地のスエヒロに20人程の当時の若手が集まり、「何とかしよう」と気焰を上げた。この時、癌研から藤井純一先生が来ておられ、癌研婦人科部長で学会の実務を牛耳っていた増淵一正先生の耳に入った。早速、私は仕掛人として呼びつけられた。増淵先生は、怒るどころか、「よくやってくれた。若手の決起を待っていたのだ。本当に細胞を読み研究しこの学会を推進する実力者のグループを作ろうではないか」と激励された。

増淵先生は、「急いで始めよう」ということで、癌研の会議室に集められたのが当時の国立東京第一病院研

究検査科長 大橋成一先生、日赤中央病院病理部長 田中 昇先生、癌研婦人科副部長 藤井純一先生、鉄道中央病院病理部長 高橋正宜先生と国立がんセンターから私であった。増淵先生が議長になり、副議長に水野潤二先生が坐られた。討議されたのは、

1) 臨床細胞学の研究、学会討論など実際的な仕事を担当する人達をある名称にして、学問的研究と実務の先頭に立ってもらおう。これは全員、必要性を認め異議なし。

2) 始めは grandfathers rule で依頼し、洩れた人は2回目に網羅する。

3) 3回目から、実力試験で認定する。

4) 名称については、仲々、名案がなく、高橋君が「アメリカの臨床病理に active member という制度がある」ことと、その内容を説明し、全員、その線に近い性質で良いのではないかと同意。ただし、英語でなく、日本語でどうすれば良いか長時間かかった。

最終的には、増淵先生も大橋先生も近衛歩兵第一連隊の軍医として従軍され、田中先生は陸軍予備士官学校教官であられ、高橋君は陸軍経理学校出身。私は海軍軍医委託学生であったという奇妙な一致があり増淵先生と大橋先生が「たしか陸軍では、実技の模範を示す者を指導員とっていたな」といわれ、海軍にも「指導員」という用語もあったので、何となく「指導医」という名称が決ってしまった。

当時、他の学会には一切、こういう制度はなく、後から考えれば、新井氏の指摘されるごとく「認定医」で良かったと思う。ただ、当時、そういう日本語はなかったし考えることもできなかった。責任者の一人として不明を恥じるのみである。指導医という名称は誤りであった。

5) 指導医の受験資格

医師免許証取得後5年以上、研究歴3年以上、人間の細胞についての原著論文(なるべく光顕レベル)3篇以上が最低条件で学会発表筆頭者として10回以上。増淵先生の強い希望もあり全員賛成で「症例報告は論文と認めない」ことを確認し、電頭や、培養細胞についての論文は受けなかった。また、いくら長い原著論文(もちろん筆頭者)でも委員が読んで内容が良くないものは遠慮なしに不適とした。

6) 試験

書類審査に合格した者は、次の総会の全会員のいる会場で、試験委員の投影する4枚のSlideについて、要

を得た所見のとり方と説明と診断を行い、認定委員6名が陰で採点し、後に別室で合否を決めた。したがって、指導医に認定される人は、クダクダ説明しないで、要点をピシピシと説明して正診できる「成程できる」と全会員が納得する人が指導医になった。この方法は5年間続いた。

ところが、教授が会場でシドロモドロになり弟子の前で恥をさらすに忍びないという、社会的風土を背景に、この最も説得力のある方法は廃止され、別室で行うことになった。この頃は、指導医の仕事の一部に検査士の指導という項目が加わっていたので、スクリーニング能力のない者は指導医として不適ということ、標本はスクリーニングしてないものを出題し、スクリーニングの実力、細胞判定の理由を筆記することなど行い、年によっては、指導医の合格率は10%台であったこともしばしばあった。

III. 指導医制度を顧みて

私は指導医制度発足時から65歳の役職停年までの間、3年間の学会運営担当理事を除いて、25年の役職中の大部分を指導医認定だけで過ごした。この中、9年間は認定委員長を勤めた。

「指導医」は本来の研究の先頭を切って進むという中隊長(これも戦後の人には分からないかも知れないが、中隊長とは兵隊と一緒に泥水をすすり、草を噛み、苦楽をともにして目的達成の現場の指揮者で返り血を浴びて戦う)みたいな研究の主軸者としての意識からコロコロ変り、現状は参謀か作戦課長みたいな気持の人までいる。大別すると、①民間ラボへバイトに行く時、必要なライセンス(病院内でも同じ)。②検査士の生殺与奪の権利を握る女郎屋のオヤジか、芸者の置屋の女将みたいな存在。③老健法をタテに取って地位を叫ぶ。の三者が問題である。私は法治国の国民として法律に従うが、老健法は、当時の厚生省の一課長が自分の業績にしたもので、少しマシな所もあるが、なくても良いし、それ程守らなくても、検診の実務には困らない程度で法律で、本来の臨床細胞学とは何の関係もない。大体、厚生省の役人とグルになる医者で、ロクなことをした人はいない。

職種集団の利害を法律にからませて、学問の場で口にするのはお門違いで、老健法に関する題は学会のプログラムから追放すべきである。ああいうことは指導医会の中での担当者だけやればよい。

また、芸能界のお披露目でもあるまいし、合格者を壇上に並べて顔見せするのは、恥であり、即刻やめるべきである。名前を印刷して配ればよい。信田先生が指導医会長の時「バイトに行くためのライセンスではない」と正論を述べられたことを思い出す。

IV. 提 案

英国細胞学会は、乳腺細胞診医のライセンスは3年ごとに実力試験を行い、30位までの人に与えられる。3年間、不勉強で次の試験で落ちれば失格である。試験官は、イギリスと最も関係の薄い外人にやってもらって、情実のない様に留意している。

日本でも、各臓器ごとにやったらどうであろうか。それが駄目なら、検査士と同じ試験問題で80点以上をとること(5年に1回位)。あるいは、検査士会の出す10人の検査士と、1人の指導医が同じ標本をみて、検査士の平均より点が低かったら資格を失うことにする。このくらいのことができなければ、専門医としての内容は無い。それと筆頭者としての研究発表が4年間に5つくらいは必要。

なお、増淵先生、水野先生は「細胞診の意義と立場と発展に全力を盡すが、自分達は検鏡の実力が乏しいから」と指導医を辞退され、橋本敬祐先生は、grandfathers rule を辞退され、「認定病理医」が講習を受けて「指導医」になれる移行措置も辞退され、自費で夏のセミナーを受講され、一般受験者として受験合格し指導医になられた。先生は、第1回の検査士試験の実施委員長から、ずっと試験委員をして来られて、なおかつ、すべての優遇措置を辞退され、正々堂々と指導医になられた。この様な、爽やかな先輩のおられることを書き残したい。両制度とも、発足からタッチしたのは、田中 昇、高橋正宜両先生と私の三人であるが、お二人とも、医療関係の大企業の要職にあつて、立場上率直に物を言い難いと思われるので自由な立場の私が書いた。

V. 細胞検査士制度発足の歴史

「細胞検査士」は細胞学会の意志でできたものではない。この点、指導医と違う。考え出したのは臨床病理学会で、昭和41年頃である。その頃、日本臨床病理学会は各種資格試験の体制が着々と整備され、病理、血液、生化学、細菌学その他、一級試験、二級試験が発足していた。この当時、臨床病理学会は、東大の緒方富雄先生が実権を握っておられた。先生は、これら、一級、二級と別に、梅毒反応と血液型と細胞診は別の意味で資格試験をすべきだといわれ、この3つの検査は、GOT 35 を 55 と誤るとの意味が違うという明確なコンセプトを持っておられた先見者である。この中で、細胞検査士に関する件は、東大中央検査部、榎田良精教授に一任された。田中 昇先生と高橋正宜先生と、東一の病理(後に日本医大教授)金子 仁先生と私が教授室に呼ばれ、5人で具体的にどういう試験をするか、いろいろと意見を出し、大体まとまった所へ緒方先生が来られ、「レベルは一級と二級の間で、一級に

近く」という点と、「一つでも癌細胞を見落したら落第」と指示された。かなり厳しいことになった。一同なるべく、緒方先生のご希望に沿う様な線を考え直した。

そのこととこの資格は、臨床病理学会だけの問題ではなく、細胞学会にも連関するので整合する必要があるということで増淵先生に内容を申し上げた。先生は水野先生と電話で話し合われたが、お二人とも中央検査室とか、臨床検査技師についての細かい事情は当時ご存知なく、それぞれお二人ともご自分専属の screener を持っていて、仕事は少しも差障えないということで、中検システムの中の諸事情をご理解頂くのに少し骨が折れた。しかし最終的には了解され、婦人科に属さない技師も試験に合格すれば仕事をしてよいこと、婦人科でスクリーニングをしていた人も試験にパスすれば他の検体もみてよいことを認め、臨床細胞学会も、この制度に加わるようになった（臨床病理同学院が加わったのはその後のことで、その事情は省略する）。

試験委員は両学会協議の上、田中 昇、金子 仁、藤井純一、高橋正宜、多賀須幸男と私が任命された。正式試験は昭和 44 年からである。

当時の認定証をみると、試験実行委員長 橋本敬祐（順天堂教授）、認定委員長 緒方富雄（東大）のお二人の名前で試験に合格したことを証明するという文言と印があり、その下に、日本臨床病理学会会長 橋本寛敏（聖露加病院長）、福田 保（東大教授）のお二人の署名と印がある。昭和 44 年である。

第 1 回の試験は受験者が 8 名で小人数だったこともあり試験後、受験者と試験委員の反省会を行い、出題の中に意味の曖昧なものがあったことを受験者が指摘し、緒方教授ご自身が「たしかにそういう設問は悪かった。済まない」と率直に詫げる場面もあった。

現在、検査士の試験問題をみると出題者の頭をテストしたくなる様な不適問題が多いが、出題者になったことで、ステータスを得たと認識している人もいる。少しは反省すべきである。検査士の試験問題に臨床知識を問うものは不当で、もっと技術や細胞学の問題が軸になるべきであり、公開問題集を作って、その中から出せばよいと思う。去年と今年と同じ問題が出てもよいではないか。検査士の合格後のケアは指導医が担当することは、第 2 回の試験の時決った。その時の内容は指導医委員会で決めたもので、「指導医は検査士から、標本の診断を依頼された時、之を拒否してはならない」という文言であった筈である。

VI. その後の両制度の変化

検査士の試験委員会を、私はずっと初回からやってきたが「癌細胞一つでも見落せば不合格」から「癌細胞のある標本を陰性とすれば零点」に妥協し、次いで、どの科目でも 50 点以下が一つでもあれば不合格が数

年続き、今は総合点で決める。すなわち合格者のレベルは明らかに低下している。

それと指導医と検査士との人間関係の不透明性が顕在化してきたことで、伊藤氏がいろいろ心配しているポイントである。指導医の指導で指導医になった人はいいい。検査士に教えて貰って指導医に合格したとたんに、急に偉くなりたがる人が問題である。これは、人間性の本質に関することで多言はしない。これは本来は個々の問題であるが、これだけ、両者の間に心情的な間隔ができたなら、規則を変えればよい。私の提案は、次の 5 つである。

①検査士の認定は検査士会で行う（指導医の認定を指導医会で行っているのと同じである）。点数は workshop の点数を主体にする（そのためには検査士会の運営は現状のままでは、少し改良を要する部分がある）。

②どうしても、茶道、華道みたいな家元制度にしがみつきたいと思う指導医は、検査士がどの家元を選ぶか変えるかその自由を保証し、日常業務で意地悪しない。

③検査士がなくても、老健法がなくても、がんの集検がなくとも、指導医は必要である。それは指導医設立の主旨が、研究の指導にあるからである。

④止めて欲しいこと（特に病理医の指導医）。つまらない症例報告の発表を許さないこと。この 10 年位の症例報告は、30 年前の雑誌をみれば 80% は済んでいる問題で、稀少例ではない。電頭と免疫染色を加えただけで、組織診断に責任者として登場するだけである。細胞診で最初につけた診断が、後から出て来た組織の所見と一致し、その診断の思考過程が、疾病の本質を理解する上に何かプラスするものがあり、日本なら 5 例以内であることを文献をつけて出すのが最低条件である。

組織診断で珍らしかったものが、隅々スメアがあったので、いろいろの染色をならべるといのは、細胞診の方法論としてのアドヴァンテージではなく、最も恥づべき出題である。

⑤学会の会則の中に、「指導医は検査士を指導する」という文章があるが、検査士の仕事の中には、検体処理、染色、スクリーニングがある。それらについて指導能力の有無を指導医の試験でテストしているという事実はない。ハンドルを握ったことのない人が、タクシーの運転手の運転能力を指導するのと同じで全く内容のない笑い話である。文章を訂正すべきである。

以上、指導医、検査士両制度発足時からの生存者 3 名の中の一人として記録する。検査士については橋本敬祐先生のご意見も聞きたい。

社会は刻々に変化する。30 年前と、すっかり同じでなければならぬことはない。ただ変化の方向がレベルの低下に向いているのが残念だし、医師と技師が、汗水たらして新しいことを勉強していた職場の空気が、妙に別の職種と割り切って、学会の会員なのに、

役職とか、名声とか、経済に向けるエネルギーの方に重心が傾いているのは事実である。会員が増え、組織が肥大化し、諸制度が増えるにつれて、内容が低下するというパーキンソンの方則は、この学会にも該当して来た様である。

なお、私はヨーロッパ細胞学会、イギリス細胞学会、ドイツ細胞学会にも籍をおいているが、いずれも「症例報告はなし」4日間に2会場で、100題位だから1題に30分はかける。技師はその間、ギッシリとworkshopが組まれていて、その出席と正診率でクレジットが決まる。こういう運営も参考にして欲しい。もちろん、技師にも研究発表は許されているし、workshopには医師も出る。これらの学会には、どういうわけかIACの幹部Wied, Kossらが大概出席している。日本の細胞学会も少し眼を大きく開いてもらいたい。

出発時の、烈々とした研究意欲の所持者の集団であることを思い起して欲しい。特に、病理医で指導医である人達は、人間の細胞についての研究発表の先頭を切って欲しい。セネカは問う。「学者は、学問をするた

めに生きているか、生きるために学問をしているか、答えなければならない時がある」と。

先生方は、

①細胞学を研究するために生きているか。

②生きるために細胞学をやっているか。

①ですか②ですか？

私はセネカと違って、①でも②でも、まだ許せると思う。細胞学をやっているのであるから。許せないのは、日常、細胞学を研究していないのに、役職にいたり、学会の運営に口出したり金銭を使う人々である。

指導医と検査士との人間関係など、こういう基本問題から考え直せば、何のこともない現象である。

(歴史的事実には誤記のない様に、緒方富雄先生、榎田良精先生のご逝去後の追悼文集を読み直し、事実関係を確認したつもりである。なお、すべての事実についてすべて、テープや、文書の記録があるわけではないが、節目節目の大切な事柄については、間違っていないつもりである)



細胞診の責任体制の明確化と細胞検査士の地位向上のために、登録指導医制度の見直しを

袋井市立袋井市民病院病理部 伊藤 以知郎

1. はじめに

拙文「細胞診の責任と細胞検査士の地位」¹⁾を発表して以来、細胞診の責任論から端を発して、医師と細胞検査士との関係はどのようなものであるべきか、検査士の専門性の尊重はどういう形で行うべきかを考えてきた。その一応の結論として、97年の横浜での指導医会に於いて、いくつかの提案をさせていただいた。また、これらの趣旨を内容とした投稿を、指導医会報および検査士会報にしたところ、もう少しわかりやすく書き直すようにのご指示を頂いた。そこで、問題点を整理するためと、指導医会での提案の趣旨をご理解いただくために、指導医会報および検査士会報の誌上をお借りして、問題点の整理をできる限り解りやすく(すなわち単刀直入に)、試みてみたい。関係者の議論の材料にして頂ければ幸いである。

なお、歴史的に私たち病理医は、細胞診断学を軽視してきた経緯があることを率直に認めた上でこれを反省しなければ、一病理医としての筆者の発言は本学会の先達の先生方にとって鼻持ちならないたわごとでしかないでしょう。そのことを厳粛に受けとめ、また、この場をお借りし、先輩の先生方の築き上げた細胞診断学のご功績に敬意を表したいと存じます。その上で、現在および将来の細胞診断学、とくに細胞検査士とともに診断に携わる共同作業の現場をどのように運営していくかという切実な問題を解決することが、特に私たち若い病理医にとっては非常に重要であると考えがゆえに、敢えてこのような問題を真正面から議論せざるを得ないことを、どうかご理解賜りたいと切に願うものであります。

また、細胞診断学の黎明期と現在とでは、細胞検査士や指導医の数、細胞診断学の普遍化など、大きく異なる状況があり、筆者の議論は、あくまで現在の状況から未来を考える立場であることを、併せてご理解頂ければ幸いです。

II. 問題点の概要

ご承知のように、細胞診は、病変の診断をし治療方針を決定する上でたいへん重要であることは言を待たない。それゆえに、その責任の所在は明確であるべきものとする。しかし、率直に申し上げて、この責任

問題については今まで明確にされていないと思われる。これが第1の問題である。

責任の所在が明確でない以上、細胞検査士の診断への関与と位置づけも、それぞれの医療機関によってさまざまな形をとっているのが現実であろう。さらに、登録指導医制も、登録指導医がどのように各医療機関の診断責任に関与するのか明確でなく、そもそも「指導にあたる医師」とは、細胞検査士(以下、検査士)および後輩医師の生涯学習の機会を確保するためのものなのか、検査士の診断の最終責任を負うことを意味するのか、曖昧である。教育的な指導に当たるだけのものであるならば、登録指導医としての立場では診断責任はとる必要はないのか。検査士の所属する当該施設に、どんな形の職員としても全く所属しない登録指導医(施設外登録指導医)と、患者さんの診療に直接関与する施設内指導医との関係はどうなるのか。このように、指導医、とくに登録指導医の役割が不明確であることが第2の問題である。

このように権限の不明確な登録指導医であるにもかかわらず、検査士の資格更新の際に、更新の可、不可を登録指導医が学会に先んじて決定するかのような申請書の書式になっている。指導医個人に更新可否の決定権限がない(このことは、指導医会でも役員の方によって確認された)にも関わらず、更新の書類にあたかも権限があるかのような表記がされているのである。この表記は、改善の方向で検討されているようなお話を伺ったが、いずれにしても、検査士の資格更新には登録指導医の了承が少なくとも必要であるという仕組みは今のところ廃止される状況にはないようである。このように、検査士に対し、優位な立場を登録指導医が制度として確保している。これが、筆者が考えるに第3の問題である。

最近の教育指導医制についても、制度の妥当性を検査士会が納得し承していないにもかかわらず、指導医会のほうはすでに制度は発足したものと捉えていたりする(横浜の夜の討論会で両者の食い違いが図らずも認められた)。このまま何の制度的再検討もなしに、今後もこれまでと同様の制度の下で数十年経過するとは考えにくい。

最後に検査士の地位に関する問題がある。これが第4の問題である。細胞検査士の地位向上を願わない方は学会関係者にはおられないと思うが、では具体的にどのようにしていくべきか。一つの目標として国家資

格化の道が考えられるが、そのためには何が必要か。国家資格化以外に地位向上の道はないのか。

III. 筆者の指導医会での提案

以上述べたいくつかの問題を少しでも解決する具体案として、筆者は横浜の指導医会で次のような提案をさせていただいた。

提案1. 検査士の資格更新手続きについて、creditの点数と資格更新審査委員会の審査のみで更新できることを確認し、登録指導医も含め、一指導医が、可、不可を決定する権限のないことを確認する。同時に、更新手続きの書類から、指導医の意見の欄を削除する(現行の規定と矛盾しない)。

提案2. 検査士の登録指導医制を廃止し、現在検出中の教育指導医制度を中止する。

提案3. 細胞診指導医という名を、細胞診認定医に改める。

これらの趣旨は、冒頭に紹介した拙文とほぼ同じである。

IV. 提案の意図 一指導医を認定医に一

まず、「指導医」という名称であるが、これには実質的に2つの意味が含まれている。他の多くの学会が採用している「認定医」と同様な、その道の専門能力を有する医師という意味、もうひとつは、技師、検査士あるいは後輩医師を指導する立場の医師という意味である。診断責任は、より直接的に患者さんにかかわった医師にあることは自明のことであり、医師自ら自分の能力を適正に評価し用い、あるいは他の医師に必要なに応じて委ねることも医師の責任の範囲内であるから、診断責任については「認定医」だけで十分かつより明瞭に表現されるし、専門能力についても然りである。また、医師であれば、医学、医療の中ではそれだけで指導的立場であることが含まれている。ところが「指導医」制度は、かえって診断責任の問題を曖昧にしているといえるのではないだろうか。

V. 検査士との関係 一登録指導医制をめぐって一

端的に申し上げて、「指導医」制度の意図は、検査士に対しての優位な立場を手続きとして規定していることが制度本来の目的と捉えられよう。しかし、それが個別の一検査士と一指導医の個人間の従属関係を規定しているがために、診断業務の現場に、不要な人間関係の複雑化を招いているのが現状であるし、診断責任

についてもかえってわかりにくくしている。

登録指導医制は、検査士の学習機会を守る目的とは逆に、検査士に不利益を生んでいる現実がある。たとえば、ある検査士が資格更新を希望し同じ職場の登録指導医に署名を求めたところ、部署の人事の都合上、更新の必要はないと却下されたという事例を聞き及んでいる。検査士の資格はあくまで個人の努力で獲得したもののなのに、本人の意思に反して登録指導医から更新を拒まれることが現実におきていることだけでも、登録指導医制を見直すには十分な理由であるが、より問題なのは、このような場合、若い検査士などは、学会に善処を求め資格を守ることができるといわれてもそう簡単に対応できるものではないという現実を認知せず、学会に駆け込めばよいから登録指導医制度は存続させても検査士の不利益にならないという発想ではないだろうか。

登録指導医は検査士が自由意志で選ぶものだから、上記のような議論は不要だとするご意見もあるが、それならば、検査士にいつでも別の指導医に一方向的に登録を変更してよいという完全な自由を保証すべきである。しかし、これではますます無意味な摩擦を生むだけである。細胞診断学の勃興期には重要であった制度であろうが、もはや、登録指導医制は、歴史的にその役割を終えたといつてよいのではないか。

VI. 検査士の専門性と国家資格化をめぐって

では、検査士の業務をどう位置づけるか。これは診断責任の所在とも密接に関連してくるし、検査士の地位向上のあり方とも絡んでくる。「臨床検査技師、衛生検査技師に関する法律」の資格の定義に関する文言に、「医師の指導監督の下に」うんぬんとある通り、細胞検査士を含む技師の業務は、すべて医師の監督責任の下に行われることになっており、これは最近新たに国家資格になった救急救命士も、「医師の指示の下に」処置を行うことになっている点で同様である。医師は、どんな場合でも業務の監督責任は免れないし、細胞検査士が医師とは全く独立して業務を行うことはできない(前項では、どの医師が検査士の監督責任を負うか不明確であるという問題の捉え方をしていることをつけ加えておきたい)。しかし、細胞診という専門能力を、他の職種にはない独立した能力として評価すべきであることは当然であり、臨床細胞学会が行っている検査士の資格認定制度が現在のかたちである。

それ以上に国家資格として身分法制定にまで漕ぎつけるかどうか。拙文「細胞診の責任と細胞検査士の地位」には、細胞診断を医行為として位置づけないと国家資格化は無理ではないかと書いたが、これは救急救命士のように医師の指示に基づいた代替医行為を行う専門職として細胞検査士を想定したがゆえであった。一方、鹿内論文²⁾では、医師の職域侵害意識が「細胞診

の報告書は診断書である」とこだわることによって、細胞検査士の国家資格としての独立を阻んでいる、言い換えれば、診断であるとするのがすなわち検査士の国家資格化を否定している、との解釈が書かれている。上記拙文は、まさにこれに相当すると捉えた方もあるいはおられたかも知れない。

この国家資格化問題については、本論では議論を尽くせないで別の機会に譲りたいが、筆者の申し上げたいことは、この問題の前に、もっと基本的な解決すべき問題があるのではないかとということである。

Ⅶ. 細胞検査士を独立した専門職として扱うべきであり、登録指導医に個人として従属させるべきではない

V項で触れたように、登録指導医制は、指導医と検査士の従属関係を個人対個人の関係で保つようになっていて、心ない指導医に巡り合った場合には理不尽なことが行われる可能性があるといわざるを得ず、現に実例があった。しかし、学会の中に於いて、検査士が多数を占める以上、医師側としては数以外の面で何らかの優位を保つ必要があるという意図はあるだろう。筆者はそれをあながち不要なことだとは思わない。もしそうであるならばむしろ、学会としての意志決定の仕組みの中に、医師の判断が最終決定権を握っているように工夫すべきで、それは医学、特に医療の中で一般には医師が指導的で責任の重い立場にあるのだから、個人関係の中で従属させるよりも健全ではないかと思うが、いかがか（診断推進協会法人化の問題もあるので、難しい面もあるでしょうが…）。そのかわり、資格更新の規定も含めて検査士の個人としての立場をもっと独立したものとすべきである。

また一方、診断業務から離れて科学に携わる者として各人が評価される場合、資格の種類や有無には何の意味もない。全く同等な個人として自由にいろいろな学会に参加し、論文を発表すればよいと思う。

細胞診報告書（診断）の責任については、当該医療機関により直接関わる医師、できれば認定医が負えばよいが、どういう責任者をどう配置するかは、施設長の責任であろう。細胞検査士が資格取得ないし更新の際に配られる「施設長ならびに所属長の先生方へのお

願い」には、検査士の指導と研修のことが述べられているが、報告書の責任については触れられておらず、さらにこの文章は施設長へ学会が直接送付するのではなく、検査士個人へ送られている。これを、報告書の責任について明確にした文章に変え、施設長に学会から直接送り、学会が施設長に、責任体制の確立を直接お願いするという形を将来的にはとるべきではないか。検査士個人が自分の面倒をみってくれる指導医を頭を下げてお願いにいくのが現状だが、本来は、公的な立場で診療の責任者である施設長が責任体制の確保と職員の資格維持への援助は行うべきであろう。細胞診業務のあり方を、もっと公的なものにしていき、細胞診と検査士の地位向上を併せて図っていくのがよいのではないだろうか。

Ⅷ. おわりに

私たち病理医にとって、立場上は細胞検査士は部下であり、医師として監督責任は負ってはいるが、診断作業の中ではあくまで同僚であり、毎日朝から晩まで一緒に仕事をする仲間であり、よい病理標本を作ってくれる最良の助手でもある。また、細胞診断を行う中で、彼らに教えられることも少なくない。細胞検査士の質の向上と維持、お互いにより関係を保つことは、病理医にとって非常に重要なことである。やや辛辣なことも書いたが、今後いろいろな場面でお互いに議論し合い、よりよい未来を協力して築いていきたいというのが、細胞検査士諸氏に一番申し上げたいことである。

また、学会の先輩の先生方には、過去に全く非協力的であった病理医が、いまさら何をかいはむやお怒りのことと存じます。しかし、若い未熟者が何を考え、どう行動するかで、将来のかたちが変わるのもまた事実です。細胞診に携わる若者たちの未来に免じて、ご寛容のほどをお願い申し上げます。

文 献

- 1) 伊藤以知郎. 細胞診の責任と細胞検査士の地位. 病理と臨床 1997; 15: 744.
- 2) 鹿内清三. 細胞検査士の法的責任. 医療の広場 1991; 10: 8~16.



名物指導医

高橋亨正先生

大分県立病院副院長 谷 口 一 郎

名物指導医シリーズ第1回登場の栄誉を与えられた大分県立病院の谷口です。

「前回に書かれてしまった者が次回を引き継ぐ」というルールについて、昨年の岡島弘幸先生が開催された秋の学会の懇親会の席上で蔵本編集委員長、長谷川副委員長から言いわたされ、少し変ではないかと思いつつ、妙に納得させられ書かされる羽目になりました。

もし書くことになるなら、同学会の懇親会で、フルバンド（日本医大ミッドナイトサウンズ）をバックにプロ顔負けのすばらしい「マイ・ウェイ」を披露された高橋亨正（こうせい）先生しかいないと考えていました。

高橋先生、この度は秦野赤十字病院院長ご就任誠におめでとうございます（平成10年4月1日付）。

先生は昭和41年昭和大学医学部を卒業され、同大の産婦人科に入局されました。先生と細胞診との係わりは昭和44年9月、山形県米沢市の大学関連病院に出張された際に、米沢市立病院産婦人科部長 岩淵慎助先生に出会われた時に溯ります。その当時、東北大方式で地域婦人科バス検診を行い、その検体を検鏡されていました。その同時代にバス検診車に乗っていたのは、2、3年後輩である東北大学から派遣されていた現福島医大教授でありまた指導医としても著名な佐藤章先生であったということです。山形時代は佐藤先生とよく酒を飲み交わし、少しは(?)勉強もされたと聞いております。また音楽方面では岩淵先生の主催する米沢市民オーケストラにティンパニストとして参加、夢多き時代だったと述懐されております。

昭和47年東京癌研に入局、増淵一正先生の門下生となられました。本人の口癖によれば、癌研婦人科の中で1番出来の悪い「髭の高橋」愛称“とっつあん”の誕生であったとのこと。私は昭和52年12月から癌研に勤務させて頂きましたが、その当時伝説の人“とっつあん”はすでに退局されており、その伝説だけが一人歩きしていました。その伝説の一端をご紹介致します。

1. “とっつあん”は本来医者になる人ではなく、音楽のプロである。特にトランペットは全日本クラスであったが、医者勉強と両立しないので、父親がトランペットを川に捨てたそう。先生はマウスピースだけを大切に保管し音楽への道は断念したそう。

2. 増淵親分はお酒は飲まれなかったが(上機嫌の時には極少量のワインは飲まれた)、われわれ医局員が酒を飲んでる雰囲気は決して嫌いではなく、いやむ

しろその雰囲気が好きで介入したがっていました。しかし、酒の上の失敗や、失言は許してくれませんでした。その当時、癌研婦人科において飲酒をして当直することはご法度でした。ある日、先生はその教えが守れずベテラン看護婦に注意されました。先生は「お前達に指図される筋合いはない」と激怒し、当直室に鍵をかけ立てこもり、翌朝まで出て来られなかったとのこと。

3. 親分に怒られた時?? 二日酔いの時?? 要するに増淵先生の広汎の第2助手に入りたくない時には、出勤途中の大塚駅付近の立ち食いそば屋で「ネギを大量に入れたそば」を食べて出勤。または当日の朝医局で「大量の生ネギ」を食べていたとか。親分は「ニンニク」「ネギ」の臭いが大嫌いなので“とっつあん”は計算通り無事Ope室に入らずに済んだとか。

等々。

私が伝説の“とっつあん”に初めてお会いできたのはホテルニューオータニで開催された「なごった喜びの会」(癌研婦人科で治療され、5年治癒された方々の会)において先生がピアノの弾き語りで日本の歌曲を歌われた時です。鳴り止まぬ拍手、あまりの迫力に圧倒されたことを鮮明に記憶しております。その時以来癌研婦人科関係の集まりではいつも先生の歌をリクエストさせて頂いたものです。

その後先生とお酒を飲む度に少しずつ聞き出したところによりますと、先生はNHKの「こどものど自慢」で鐘を鳴らし、また栃木県芸術祭では優秀賞を獲得し、音楽家を目指していましたが、高校卒業の時に挫折を味わい医学一本に絞られたとのこと。

また、もう一つのプロ級の趣味である「蝶の採集・収集」は子供の頃より採集を始め、現在では日本で採集できるほとんどの種類を標本箱に納めておられるとのこと。夜帰られて眺めては目を細められていらっしゃるそうです。昨年の横浜の第36回秋期大会の会場に展示されていたのは記憶に新しいところでありましょう。

先に述べましたごとく、先生は今年4月秦野日赤の病院長になられ、副院長時代に実質的な責任者として設計された新病院の建設に多忙な毎日と聞いております。先生、今後もわれわれ細胞診に携わる者達へ、あのすばらしい歌声とバイタリティを与えてくださいますようお願い申し上げます。

(伝聞に基づく表現もあるため、真実かどうか定かではない不明な点がありますことをお詫び致します。)

ぶち壊し形態学=細胞診

—artifact Morphology—

マイホーム新川医務部 垣花昌彦

「なんだこれ、アーチファクトじゃないの！」

私の後ろから鋭い声が聞こえてきた。

もう十年近く前のことであつたろうか、細胞検査士試験委員会でのことである。すべての試験官が集まってスライド試験問題の検討を行っていたとき、後ろから非難めいた声が聞こえてきたのである。消化器問題の担当であつた私が、結腸の管状腺腫の鉗子生検塗抹標本を提示していた。軽度異型管状腺腫の典型的な細胞像で、細長形の細胞質と核を持つ細胞が、丁度、竹竿の束をばらまいたように配列している像である（写真1a, 2a）。私はこれが典型的な軽度異型の管状腺腫の塗抹像と考えており、良い標本と考えていた。ところが、これをみた別の領域の担当であつたX先生が、「なんだこれアーチファクトじゃないの」といわれたのである。その口調は、決して、緩いものではなかつた。病理の標本作成にあたっては、アーチファクトを嫌うのは良く知っている。特にX先生は標本作成の権威の一人であつた。

近代形態学（病理学）はアーチファクト（人工的損傷）を軽蔑する。昭和38年代、早期胃癌診断講座の細胞診の共著者となって症例を提示したことがあつた。編集を担当された先生がわれわれの胃の切除標本の写真をみてこの標本は悪いといわれたことがある。伸展の仕方が悪くピンの打ち方が悪いから標本が壊れてしまっているというのであつた。胃の早期ガンが今ほど多くなかつたので結局は採用されたけれど、その言葉は心に深く残つた。その後伝え聞いたところでは、その先生は胃癌の胃切除の時、血管を結紮しないで切らないと鬱血が起こって良い標本にならないのだという持論の方と聞いた。したがって、良い標本を取るために、結紮しないで血管を切り離してから止血するので

出血の多い手術であつたと聞いた。本当かどうか知らないが、それほど病理学にはアーチファクトの加わつた材料では診断できないという信念がある。私のスライドについての発声は、まさにその軽度の声であつた。

だがこの叫び声を聞いたとき、私はこのアーチファクトこそが逆に細胞診断の基本であり心髄ではないかと、ふと思ひ当たつた。剝離細胞診そのものも考えてみれば、自然に、もしくは暴力的に生きている組織から剝脱した細胞を検査の対象にする。したがってもはや、自然のままの組織にある状態ではない。

さらに、穿刺吸引細胞診はまさに破壊そのものである。細い針を使うから腫瘍本体の損傷は少ないが、逆に採取してきた材料は細い針で切り取つたものであるから、組織の形態の損傷は著しい。とても組織診に耐えられる標本を作ることはできない。さらに、これをスライドに吹き付けて、さらに、圧挫をするのであるから（その程度が大きいかわ少ないかの差があるにしろ）、まさに破壊行為である。これがアーチファクトでなかつたら何だろうか。細胞診は、その始めから生きた組織から細胞の塊をもぎ取り、組織の周囲との連携を外してしまい、その時に起こる変化をみる。そのことができるのではないだろうか。細胞診の基本は、この採取という手段すなわちアーチファクトから始まるという認識から出発しなければならない。

むしろ問題は、このアーチファクトから何をj得ることができるだろうかということである。ここで、写真1b, 2bをみていただきたい。これは最初に示した管状腺腫の生検の組織像である。細長い核を持ち、同様に細長くなつた細胞質が、基底膜にキチンと底を付けてぎっしりとならんでいる。このような増殖が、腺腫と

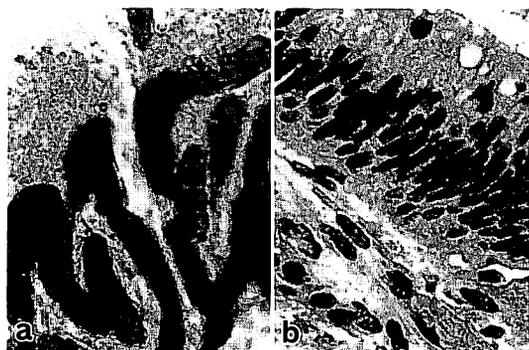


写真 1

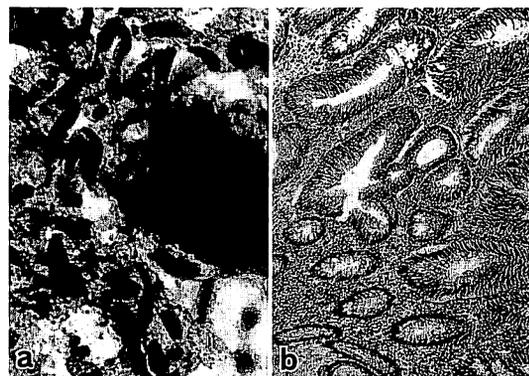


写真 2

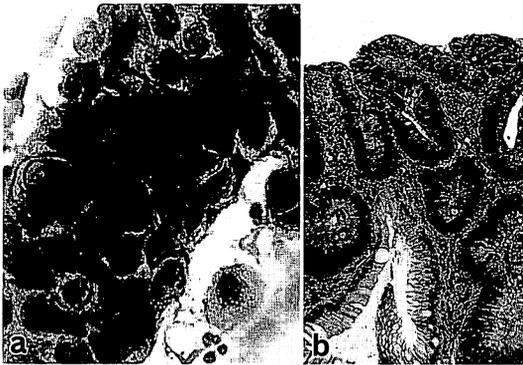


写真 3

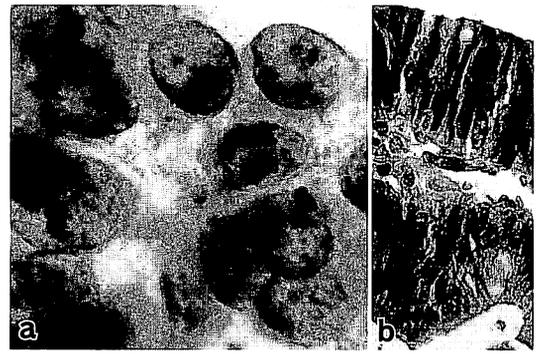


写真 4

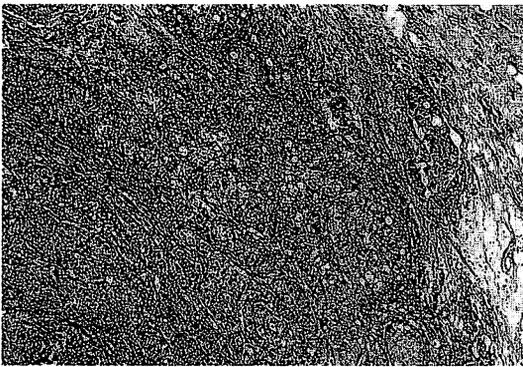


写真 5

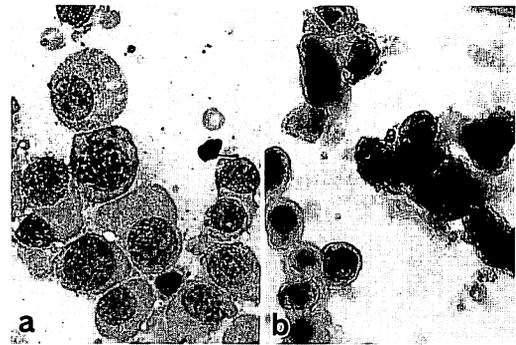


写真 6

いわれる増殖の像である。一定の面積の上に、あたかも押しくら饅頭をしているように見える。増殖はするが浸潤しない良性腫瘍の特色である。そして、その押しくら饅頭の力で自らの細胞体が細長く押しつぶされているようだ。それが塗抹という作業によって、その圧迫から解放されて勢い良くバラケるという機序がその細胞像を作り出すと考える方が判りやすい。そして、その圧力のため細胞質は弱くなっているから壊れやすく、原形を止めるものが少ない。核も押しつぶされたままに終わる。初めに示した写真をみていただきたい。これが軽度異型の管状腺腫の塗抹細胞所見である。この細胞群は核は棒状に細くなり、濃染して、核内構造は分からなくなっている。細胞質も壊れて細胞膜や境界は不鮮明である。そして、先にも書いたように細い竹の束を崩してばらけたように配列している。平滑筋細胞に似ていることもなくはないので、知らない人はよく平滑筋腫と間違える。これが試験問題となるゆえんである。実は、このばらけの剝離細胞パターンが軽度異型の管状腺腫の特徴なのである。ところが、異型が中等度、高度と進むに従って、剝離された細胞の核は膨らんで類円形、類円形になってくる。核内構造も読めるようになる。この現象は異型が強い細胞の核内には多くの核物質が充満してつぶれにくく、またつぶれても圧力がなくなれば元に戻る力を持っているのではないかと疑わせる。この能力が細胞異型の指標であり、剝離細胞像がこれを表現しているといえる。すなわち、塗抹によって生じた細胞像の違

いが細胞異型の程度を示すものといえるのではなからうか。写真3, 4は高度異型ないし境界領域病変とされた管状腺腫の細胞所見と組織像である。この2つの例は、細胞の持っている機能を細胞診が良く現すことができることを示している。

写真5は乳腺の充実腺管癌とされた組織像である。ご覧のように、密に細胞が集合しており、まさに充実している。この組織像で、細胞の結合性をみることはできない。ところが、これを穿刺しガラスに吹き出し塗抹すると(写真6)、小さい細胞集塊、single file状、さらに2~3個の固まりや単離性の細胞になってしまう。集塊の周囲のほつれも著明である。すなわち、細胞はバラバラになってしまい組織の構造を想像することが困難である。しかし、別の観点からみると、充実腺管癌は細胞の結合性が緩く、この弱い細胞結合性のために起こる細胞像こそが充実腺管癌の剝離細胞像の特徴であり、遠隔転移を起こしやすいという細胞の機能を示しているのかもしれない。そして、このような細胞膜の特徴は組織診より細胞診のほうがより良くみることができる。細胞の結合性をみるには、組織像ではできない。細胞診によってのみみることである。これは塗抹という暴力すなわちアーチファクトを受けたときの変化の差が現れているといえる。そういう風に考えると、細胞診の方法は今までの組織形態学とは違う次元の方法論をも設立しなければならないのではないだろうか。そして、細胞診のほうが細胞と腫瘍の本質に迫ることもあるのではないだろうか。それが理

解できないと、細胞診に対する理解ができないであろう。

断っておくが、破壊的形態学といっても現在の染色法で染まらなくなり判定できないほどに破壊された標本は対象の問題外であることはいうまでもない。

ほぼ40年程前になるだろうか、昔われわれが胃の細胞診を始めたころ、高名な病理学の泰斗を歴訪して教を請いご意見を頂いたことがあるが、そのほとんどの方が、「細胞一つでガンがわかるか」といわれ、細胞診に否定的であった。アメリカでもこれに類する病理学者の意見が多くあったらしく、Dr. Frableがその著書の中で記している。また、いまでもこのような考え方の病理学者も多くおられるのも事実である。われわれは、これに反発するように細胞診に取り組み、のめり込んできたものである。

同じように組織を取ってきて染色し、細胞、組織の形態を顕微鏡でみるのではあるが、組織診断学と細胞診断学は基本的に方法論が違うことを理解してかからないとお互いに誤解が起こるのではないだろうか。その点で、われわれが古典的な（といっても高々19世紀

の終りにマイクロームの開発によって始まったのであるが) 病理学者に教を乞うたのは誤りであったかも知れない。現在は、酵素抗体法や分子遺伝子学の導入により、むしろ細胞機能病理学の方に進んでいっているように見え、ヘマトキシリン・エオシン形態学との discrepancy が大きくなってきているように外からはみえる。たとえば、同じ癌の組織の中で隣同士の細胞が、機能的に異なっているのが当たり前のようになっている。ヘマトキシリン・エオシン形態学では同じ診断名でも、その構成細胞が違う機能をしめしているものが続々出ている。また、肉腫と癌腫の基本的な定義にも例外がぼちぼちと出ているらしい。このことは、むしろ細胞診断学の方法に明かりがみえてきたように思える。今後は、細胞診の採取法、標本作成法の適正化を行うとともに、それによるアーチファクトの変化をより細かく調査することによって組織学ではみられない細胞の機能と形態学的変化を捕らえるような基本的方法論を確立していく必要があるであろう。

アーチファクト万歳。



1997年(平成9年度)第1回細胞診指導医会議事録

日時:1997年(平成9年)5月31日(土)

午後1時00分より

会場:サンメッセ香川

出席者:677名

議題に先立ち、1996年(平成8年度)第2回細胞診指導医会議事録(案)が承認された。

司会:杉森 甫 細胞診指導医会会長

議題

A. 報告事項

1. 総務各種委員会担当についての報告

(杉森 甫 細胞診指導医会会長)

指導医会総務改選により新総務10名が決定した。総務各種委員の分担は、下記の通りである。

会長:杉森 甫

学術担当:矢谷隆一 庶務担当:加藤治文

会計担当:野澤志朗 渉外担当:杉下 匡

細胞検査士担当:長谷川壽彦, 柴田偉雄

紛争相談担当:東岩井久 会報編集:蔵本博行

あり方委員会委員長:坂本穆彦

2. 庶務報告 (加藤治文 庶務担当)

会員数:9,215名(医師4,149名, 技師5,004名, 図書62件)

指導医数:1,419名(実数)

FIAC:111名 MIAC:101名(申請中を含む)

CT(IAC):3,675名 CT(JAC):4,786名(実数, 1996年試験合格者193名)

(物故会員)

名誉会員:太田邦夫先生(東京都老人総合研究所)

名誉会員:鈴木忠雄先生(前 神奈川県立がんセンター)

指導医:岸喜代三先生(埼玉県立がんセンター 臨床病理)

指導医:小森昭人先生(小森産婦人科医院 院長)

指導医:升田 博先生(吉野町病院)

医師会員:河野秀昭先生(太田西の内病院 産婦人科)

細胞検査士:梅原清子氏(京都微生物研究所福知山支所)

細胞検査士:葎田 久氏(栃木県衛生研究所)

黙 禱

3. 平成8年度(1996年)細胞診指導医会会計報告

(野澤志朗 会計担当)

前年度(平成7年度)より繰越金 6,291,990

本年度(平成8年度)の 総収入 2,748,905

本年度(平成8年度)の 総支出 3,336,961

次年度(平成9年度)への繰越金 5,703,934

1) 平成8年度の会計より収支決算は日本細胞診断

学推進協会へ移行する。

2) 本年度は支出が収入を上回った。

(その理由)イ. 総務改選年にあたり、印刷費、通信費が増加した。

ロ. 指導医印鑑の在庫がなくなり、500個を制作した。

細胞診指導医会会計監査報告

(信田重光 細胞診指導医会監事)

指導医会会計台帳、収支報告書、銀行預金残高証明書等を監査の結果、適正に業務が行われたことを認めた。

以上が報告され承認された。

4. 平成8年度(1996年)指導医資格更新報告

(杉森 甫 細胞診指導医会会長)

更新該当者:196名 指 No. 774~No. 899

指 No. 1,171~No. 1,241

更新可:192名(条件つき更新可9名を含む)

保留:2名(海外留学中)

失格:2名(単位不足, 更新辞退)

(留学中の指導医資格更新の取扱について)

留学中の資格はその間を凍結する。帰国後、その年の更新該当者と一緒に便乗して行うことがあり方委員会で決定した。但し、指導医会会費は払って頂くことを前提とする。

5. 平成9年度(1997年)指導医資格更新について

(杉森 甫 細胞診指導医会会長)

更新該当者:766名 指 No. 1~No. 593

指 No. 900~No. 1,005

指 No. 1,242~No. 1,308

更新締切日:平成9年12月15日

指導医会への出席が2回しかない場合は、合計単位225単位を満たして申請すること。

6. 平成8年度(1996年)細胞診指導医資格認定試験報告

(坂本穆彦 試験実施委員長)

日時:平成8年12月18日(日)

場所:国立教育会館

83名が受験し、67名が合格した。(78.3%)

(うち2名は既に指導医)

	受験者数	合格者数	合格率
総合科	38名	28名	73.7%
婦人科	36名	30名	83.3%
内科・外科系	9名	7名	77.8%

・平成8年度の試験から、試験問題の内容を公表することになり、細胞学会理事会の承認を得て学会雑誌36巻2号に掲載した。平成9年度からは、原則として毎巻1号に公表する。

7. 平成9年度(1997年)細胞診指導医資格認定試験

日程報告 (坂本穆彦 試験実施委員長)

日 時：平成9年12月7日(日)

場 所：国立教育会館

資格審査委員会：平成9年9月13日(土)

資格審査料：20,000円 受験料：50,000円

- ・本年度の試験より大幅に改正されているので受験希望者には教えてあげてほしい(日臨細胞誌36巻3号掲載)。

8. 平成8年度(1996年)細胞検査士資格更新報告
(長谷川壽彦 細胞検査士担当)

細胞検査士資格更新業務が平成8年度より細胞学会の中の検査士委員会へ移行された。

更新該当者：1,086名

更新可：1,056名(97.2%)

更新不可：30名(退会・死亡・単位不足)(2.8%)

9. 平成9年度(1997年)細胞検査士資格更新について
(長谷川壽彦 細胞検査士担当)

更新該当者：1,293名

更新締切日：平成9年12月15日

該当者は細胞学会事務局より通知を受け所定の手続きを行う。

10. 平成8年度第29回細胞検査士資格認定試験報告
(長谷川壽彦 検査士委員会委員長)

(第一次試験)

日 時：平成8年11月17日(日)

場 所：東京・大阪・福岡

727名が受験し、266名合格した(合格率36.6%)

(第二次試験)

日 時：平成8年12月14日(土)、15日(日)

場 所：東京医科大学講堂

受験者：一次試験免除者139名+本年の合格者265名(1名欠席)=404名が受験した。

合格者：193名

(合格率47.8% 最終合格率22.3%)

11. 平成9年度第30回細胞検査士資格認定試験について
(長谷川壽彦 検査士委員会委員長)

(第一次試験)

日 時：平成9年11月16日(日)

場 所：東京・大阪・福岡

(第二次試験)

日 時：平成9年12月13日(土)、14日(日)

場 所：東京医科大学講堂

12. 日本臨床細胞学会渉外委員会報告
(杉下 匡 渉外委員会委員長)

- 1) (財)社会保険健康財団より、各支部長宛に成人病予防検診結果Class III B 以上の場合でも患者にはClass IIIとして知らせるように通達があったが、この件につき日本細胞診断学推進協会 天神美夫理事長に社会保険庁と交渉をお願いし、この文章は削除していただき問題解決した。

- 2) (財)日本臨床衛生検査技師会からの要望書について

日本臨床検査技師法の改正に伴い、1月23日付で厚生大臣宛に提出した要望書の中に、臨床検査技師が細胞診の診断を行えるようにしてほしいとの内容に細胞学会へ協力を要請してきた。かねてより、昨年11月に第1回の会合を開き、要望内容につき話し合いをしていこうということになっていたにも関わらず、「医療法改正に関する要望書」と「臨床検査技師・衛生検査技師に関する法律の一部改正に関する要望書」が既に提出されたことに対して、細胞学会の渉外委員会、総務委員会、各種委員長会議、理事会の議を経て、現状を誤認し否定していると判断せざるを得ず容認できないことを申し入れた。

13. Cytopathologist 資格認定試験について
(山内一弘 IAC 小委員会委員長)

日 時：平成9年6月15日(日)

会 場：東京医科大学病院

受験者：13名が受験する予定。

14. 国際細胞検査士資格認定試験について
(長谷川壽彦 検査士委員会委員長)

日 時：平成9年6月15日(日)

会 場：東京医科大学臨床講堂

受験者：321名が受験する予定。

15. その他

- 1) 1998年第13回国際細胞学会 Tokyo Congress について (加藤治文 国際細胞学会会長)

日 時：平成10年5月10日(日)~14日(木)

会 場：東京 京王プラザホテル

指導医出席点数：50単位

CT (JSC) 点数：50単位

CT (IAC) 点数：50単位

多くの方々に参加して戴き実りある学会にしたい。

- 2) 第39回(平成10年)細胞学会総会について

(工藤隆一 第39回細胞学会会長)

日 時：平成10年6月18日(木)、19日(金)、

20日(土)

会 場：札幌教育文化会館、北海道厚生年金会館

指導医会の開催日について要望が多かった土曜日に設定しているのは是非多数の方の参加をお願いしたい。

- 3) 細胞検査士へのアンケート調査について
(猪狩咲子 細胞検査士健康管理委員会委員長)

平成8年度の試験合格者と、平成8年度の資格更新者を対象に細胞検査士の健康管理に関するアンケート調査を行ったが回収率が低かった。

指導している先生方から提出するよう助言してほしい。

アンケートの調査結果は次回の指導医会にて報告する予定である。

4) 指導医会会報 No.17 が会場にて配布された。

B. 協議事項

1. 細胞診指導医会規約改定について

(杉森 甫 細胞診指導医会会長)

本指導医会の日本臨床細胞学会から日本細胞診断学推進協会への移行に伴い、日本細胞診断学推進協会細胞診指導医会（名称変更）規約改定（案）がスライドにて説明された。

日本細胞診断学推進協会の法人化を目指し、その中の細胞診指導医会として本則を改定することが承認された。

秋の細胞診指導医会にて最終報告をする。

2. あり方委員会報告並びに提案事項

(坂本 穆彦 あり方委員会委員長)

1) 施設の認定について：指導医の向上、指導医受験資格等のからみの中で施設認定をした場合、どのようなメリットがあるか具体的に検討していく。

2) 指導医試験の受験資格について：なるべく多くの先生方に受験していただきたいという趣旨から、歯科医師へも門戸を広げてはどうかとの意見があり、細胞学会指導医委員会でも取り上げられた事もあるので前向きに検討していく。

会場でも歯科医師の受験に賛同を戴いたので早急

に検討していきたい。

3) 指導医と細胞検査士との関係について：従来、指導医と細胞検査士の（1対1）の関係は非公開情報であったが、この度九州地区では、指導医と細胞検査士との間に諸問題が起こった場合の解決の糸口の一つになればという考えから公表するという動きがある。公表された場合、双方の関係がどのように推移していくか注目していきたい。

4) あり方委員会では、指導医のあり方や新しい事態に対応するために今後も検討していく。

3. その他

・指導医会顧問の推薦について

指導医会総務経験者で指導医会に貢献し65歳になられた下記2名の先生を指導医会の顧問として推薦することが承認された。

森脇 昭介 先生（国立病院四国がんセンター）

野田 定 先生（大阪がん予防検診センター）

平成9年秋期大会時の細胞診指導医会会場にて推戴状が授与される。

C. 新細胞診指導医紹介

平成8年度新指導医63名中、本指導医会出席者が壇上にて紹介された。

閉会の辞 細胞診指導医会会長 杉森 甫



編 集 後 記

爽やかな、心地よい風とライラック、アカシア、スズランの咲き乱れる札幌で、細胞診指導医の皆様は細胞診指導医会会報第19号をお届けすることができました。

第39回日本臨床細胞学会総会会長として工藤隆一先生より、第37回日本臨床細胞学会秋期大会会長として東岩井久先生より学会開催の挨拶と歓迎のご寄稿をいただきました。学会は臨床細胞学の進歩、発展とそれに貢献する学問的価値がなければなりません。学会の発展を目指す仲間、特に細胞診指導医と細胞検査士の友情と親睦を深めて戴くことも大切であると考えます。

本号は例年の会報と若干異なり、最近、一部の指導医より指摘されています細胞診指導医制度の問題点についての論文を掲載いたしました。岡島弘幸先生のもとで開催されました第36回日本臨床細胞学会秋期大会の際に坂本穆彦先生の司会で行われた公開討論会の記録「細胞診指導医のあり方をめぐって」、田嶋基男先生の「細胞診指導医制度の発足時の意図—細胞検査士との関係も含めて—」、伊藤以知郎先生の「細胞診の責任体制の明確化と細胞検査士の地位向上のために、登録指導医制度の見直しを」の投稿論文です。細胞診指導医と細胞検査士との関係についての問題点、疑問点があげられ、細胞診指導医とはなにか、どうあるべきかについて言及されております。

臨床細胞学は指導医と細胞検査士の緊密な連携があって、はじめて成り立つ学問であることは確かですが、問題視されていることが個々の施設、個人の問題であると処理する訳にはいかないようです。本号に掲載された記録集と論文から問題点がどこにあるか、その解決方法を考え、意見交換する時がきていると思われまます。

会報編集者の一人としてお許しを戴き、私の不可解な点を挙げたいと思います。第一に、聞きなれない名称であります「登録指導医」「教育指導医」という名称が公然と使われていること。第二に、どうして最近になってこのような問題がおこってきたのかということです。細胞検査士が自分の指導医を指名するのは、臨床細胞学を確実に進めて行くために、指導医と緊密な連携をとるためと認識していました。それが一部で別の方向に進んでいる。「教育指導医」について、武智細胞検査士は必ずしも容認したわけでないとして述べています。田嶋先生が論じているように、臨床細胞学は患者に侵襲の少ない検査手技で、臨床診断率の向上を目標とした研究からはじまりました。それゆえ、当初は各臓器の専門医が多くかかわっていたように思われます。臨床細胞学は診断学として発展し、悪性腫瘍の確定診断法となっています。細胞診指導医には最終診断しているという良い意味での自負がありました。先人の努力により、臨床細胞学の臨床的有用性が高く評価され、広く普及するとともに、商業化されてきました。商業化されると臨床細胞学は臨床検査の一つと考えられるようになり、責任の所在が問題視されてきました。同時に臨床検査医学も発展し、その精度向上、責任性から医師が必要となり、多くの医師、特に病理医が担当するようになってきています。臨床検査にかかわる医師は検査士との連携で成り立つことを肝に命じるべきである。いずれにしても、このような流れは臨床細胞学の進歩、発展であり、なんら問題とするところではない。それなのに、どうしてか、確かに、細胞診指導医の資格を取得したことを周囲（細胞検査士）に異常なほど虎の威を借りて誇示する人はいます。商業化すると金銭も絡んでくるので目の眩む人もいます。そこに信頼関係が失われる素地がある。臨床細胞学が斯くも臨床診断学に貢献し得たのは指導医と細胞検査士とが緊密に連携し、同じ立場で研鑽してきたことが大きいことを再認識すべきでありましょう。

垣花昌彦先生の「ぶち壊し形態学=細胞診」も細胞診断学の特異性、深さ、組織診断学と異なる面白さを示していただきました。この論文も病理医に限らず、臨床細胞学に携わる指導医に対して自分のおかれた立場の重大性、責任性を感じさせてくれます。

(阿部庄作)

投稿原稿募集

細胞診指導医会会員の投稿を歓迎致します。

原稿送付先：〒170-0012 東京都豊島区上池袋1-38-5

細胞診指導医や細胞診断に関する提言、細胞診指導医相互の親睦を深める内容であれば、随筆など細胞診断に関係ない内容でも結構です。

アサマビル204号室
日本細胞診断学推進協会事務局

細胞診指導医会会報編集委員会

委員長：蔵本 博行

副委員長：長谷川 壽彦

委員：阿部 庄作, 覚道 健一, 柴田 偉雄, 上坊 敏子, 諏訪 敏一, 山内 一弘