

細胞診指導医会 会報



No.29 May. 2003

目次

細胞診指導医会会長就任のご挨拶	長谷川 壽彦 ● 2
NPO 法人化に向けて——日本臨床細胞学会会長就任ご挨拶を兼ねて	蔵本 博行 ● 3
第 44 回日本臨床細胞学会総会を迎えて	蔵本 博行 ● 3
第 42 回日本臨床細胞学会秋期大会のご案内	篠塚 孝男 ● 4
専門医制度・学会機構検討協議会報告	蔵本 博行 ● 5
わが国における細胞診指導医と指導医会——過去・現在・将来に考えるべきことがら	山片 重房 ● 8

■ 国際交流

近隣諸国との細胞診国際交流	坂本 穆彦 ● 10
第 1 回日韓細胞診ジョイント・カンファレンスに参加して	越川 卓 ● 12
「日中医学大会 2002」に参加して	川本 雅司 ● 13
日・タイジョイントワークショップ	前田昭太郎 ● 14

■ 細胞診の法的責任

座長発言	田中 昇 ● 16
細胞診領域における法的責任	麻生 利勝 ● 16

■ 地方会便り

日本臨床細胞学会神奈川県支部	篠塚 孝男 ● 23
----------------	------------

■ 細胞診断学推進協会便り

日本臨床細胞学会の NPO 法人化と日本細胞診断学推進協会	佐々木 寛 ● 24
-------------------------------	------------

■ 細胞検査士会便り

細胞診の国際協力を考える	小林 忠男 ● 25
--------------	------------

■ 指導医の輪——先輩・同輩・後輩

薄田勝男先生のこと	森谷 浩史 ● 26
-----------	------------

■ 指導医駆け出しの頃——青春を語る

日本臨床細胞学会・細胞診指導医会発足当時の思い出	天神 美夫 ● 27
--------------------------	------------

■ 投稿

インフォームド・コンセントなんて怖くない	垣花 昌彦 ● 29
肴の話——お酒は美味しく飲みたい	山田 喬 ● 31

2002 年第 1 回細胞診指導医会議事録
 日本細胞診断学推進協会平成 14 年度第 2 回代議員会議事録
 指導医会総務・各種構成委員会メンバー
 細胞検査士指導要領
 細胞診指導医会規約
 編集後記

細胞診指導医会会長就任のご挨拶

細胞診指導医会会長 長谷川 壽彦

細胞診指導医各位のご推薦により、図らずも細胞診指導医会会長に就任することになりました。細胞診指導医会会長としてでき得る限りの努力は惜しみませんが、力量不足は否めませんので、細胞診指導医会総務・幹事をはじめ細胞診指導医各位のご協力を心よりお願いし、会長としての責務を全うしていく所存です。

現在、細胞診指導医が関係する懸案事項として、平成14年4月1日施行「医療に関する広告規制緩和」での専門医広告と学会認定の「日本臨床細胞学会施設認定制度」があります。

専門医広告問題は、日本臨床細胞学会が特定非営利活動法人(NPO)の認可を得て広告を行えるようになります。専門医制度については、平成14年秋期大会時に細胞診指導医に係る試験や資格等の諸規約改訂をお示しました。細胞診指導医は、細胞診専門医であり条件により細胞診指導医と称することは確認されており、広告規制緩和の条件に合わせて多少の手直しは必要でしょうが、基本的な事項での変更はないと考えています。

日本臨床細胞学会施設認定制度は、すでにさまざまな専門学会が実施している施設認定と同様に、施設における医療の質を保証するために設けた制度です。具体的には、施設において細胞診の精度管理が行われていることを保証することで、言うまでもなく、精度管理を統括指揮する役割は細胞診

指導医が負い、「細胞診専門医および細胞診指導医の資格認定、責務に関する施行細則」では「登録関係にある無しに関わらず、細胞検査士が判定した細胞診標本の診断を行いながら指導・教育を行っている場合、細胞検査士が判定した細胞診標本に責任を持つ。責任とは、細胞診指導医が関係する細胞検査士が誤判定等を行った場合、関係する細胞検査士の細胞診断能力向上や維持に対する道義的責任である」と謳っています。専門医広告との関係として、広告を行うことは専門分野での責任を持つことを社会に公表していると理解できますので、日本臨床細胞学会の社会的役割の一端として細胞診診断の責任を明確にしておく必要があります。

細胞診指導医会は1,500名を越す集団になり、情報の交換や広報が必ずしも円滑に行われていないようにみえます。日本臨床細胞学会にはホームページが開設されており、学会誌ばかりでなくこのホームページも利用して、情報の伝達や意見の交換に努めたいと思っています。細胞診指導医は、NPO法人では名称として細胞診専門医が前面にでるかと思いますが、直接間接に細胞診診断に責任を持つ存在としての自覚を高め、その責務を果たされることを望んでおります。

以下は、細胞診指導医会総務の氏名と役割分担、幹事氏名です。会誌編集委員会とあり方委員会委員は総務担当者からご推薦いただきお願いしました。

日本細胞診断学推進協会細胞診指導医会総務役割分担・幹事

平成15年1月1日～平成17年12月31日

会 長 長谷川壽彦

	主担当	副担当	幹 事
庶 務：	長村 義之	植木 實	稲山 嘉明
編 集：	覚道 健一	蔵本 博行	木村 英三
渉 外：	安田 允	坂本 穆彦	今野 良
会 計：	佐々木 寛		室谷 哲弥
あり方：	平井 康夫	野澤 志朗	佐藤 之俊
			山下 博

(ABC順)

NPO 法人化に向けて

——日本臨床細胞学会会長就任ご挨拶を兼ねて——

日本臨床細胞学会会長 蔵本博行

本年1月1日から日本臨床細胞学会会長を拝命しております。重責を全うできるよう、くれぐれも宜しくご指導・ご鞭撻のほどお願いします。

この1年間の会長としての目標を、①学会法人化ならびに細胞診専門医の社会的認知の達成、②臨床細胞学、専門職の教育そして国際協力関係のブレークスルー、と定めております。②については第44回総会をきっかけとして、十分に討議していただくつもりです。

①の細胞診専門医の社会的認知については、まず学会法人化に向けて、専門医制度・学会機構検討協議会の答申（別項参照）に沿って、作業を開始いたしました。学会をNPO法人化することにし、同法人化に適した定款改訂を2月7日開催の理事会で決定の上、同日理事を設立発起人として設立総会を立ち上げました。書類を整備の上、3月6日にNPO法人・日本臨床細胞学会の設立を東京都に申請いたしました。許可までに数ヵ月を要するものと判断されます。

NPO法人は全く新しい組織でありますので、本設立総会は正当なもの判断されますが、これまでの歴史ある学会の

継続性から、学会評議員会での合意が必要です。そこで、本学会で定めている多くの細則が、新しい定款と整合性を持つように、「学会機構・学会細則検討委員会」（委員長・加藤治文副会長、副委員長・平井康夫総務委員長）を設けて、鋭意検討中であります。

5月30日開催予定の評議員会に、新しい定款と学会諸細則の改定案を諮り、同意を得る予定であります。改訂の基本概念は、「出来るだけ現行のものを尊重し、法人化に必要な項目のみにする」であります。重要な項目も含まれています。それらは、①理事長制の導入と理事の任期、②評議員の役割と任期、③細胞診専門医の受験資格、④技師会員からの理事への登竜、⑤経理（学術集会経理と学会経理の一体化）などです。

このように、長い伝統を有する日本臨床細胞学会は、今大きく変革しようとしています。この時こそ、会員の英知を集めて一層発展させる絶好のチャンスではないでしょうか。皆様方の積極的なご参加とご提言を期待します。

第44回日本臨床細胞学会総会を迎えて

第44回日本臨床細胞学会総会会長

（北里大学大学院医療系研究科・同医療衛生学部臨床細胞学 蔵本博行
北里大学医学部産婦人科学・兼任）

第44回総会を神奈川県支部の北里大学で担当させていただきます。細胞診指導医会会員の皆様方のご参加を心から歓迎します。

第44回総会のメイン・テーマを「臨床細胞学の新たな展開(Breakthrough in Clinical Cytology)」といたしました。

臨床細胞学は、Papanicolaou博士が開発して以来、主として癌の早期発見に多大な貢献をしてきました。20世紀後半の最も貢献度の高い医学的成果だったのではないのでしょうか。始まったばかりの21世紀には、臨床細胞学はどのように発展していくのでしょうか。未来に向けての発展の方向性を示す革新的な発表と討議が、本総会でなされるよう期待されます。

そこで、特別講演を「わが国の医療改革論と臨床細胞診断学」（坪井栄孝・日本医師会会長）、招請講演を「子宮頸部悪性腺腫を認識する抗原HIK 1083の生まれるまで」（北里大学・石原和彦教授）と「Atypical squamous cells and Bethesda 2001」（Harvard大・Prof. Cibas）、教育講演として「軟部腫瘍細胞診の新たな展開」と「細胞診標本を細胞化学染色へ応用する際の工夫」を、要望講演として「子宮内膜細胞診の新たな展開」、「医療の質と細胞診」を企画しました。4つのシン

ポジウムには、「乳腺、甲状腺、胆道、喀痰、境界病変における細胞診」の、ワークショップでは「術中迅速細胞診、内膜細胞診」のブレークスルーを目指しています。また、「細胞診による遺伝子診断」は秋期大会へ議論を繋げるジョイント・プログラムです。

テーマの一つとして、細胞診専門家の養成を採りあげました。本学会の偉大な努力で、細胞診指導医（専門医）と細胞検査士制度が確立されてきました。今、一般社会では専門医制度の社会的認知が大きな問題となっています。細胞検査士を教育する施設として、大学が担当するようになりました。社会のニーズを満たす細胞診専門職をどのように教育していくのかを討議する機会として、シンポジウム「細胞診指導医・検査士教育の新たな展開」を企画しました。アメリカでの細胞診専門医（Prof. Cibas）と細胞検査士（Thomas Jefferson大・Prof. Greening）教育法についての基調講演から展開します。本シンポジウムには同時通訳を用意します。多くの方に、未来の専門家をどのように育成していくのが良いか、考えていただきたく存じます。

本邦での臨床細胞学が世界水準にあることに、異論を挟む

余地はないでしょう。私たちは一生懸命世界のレベルに追いつき追い越すよう努力してきました。これからは私たちの身につけた能力を、まだこれを享受していない国、特にアジアの国々の人たちに伝え普及させるのは、我々の責務ではないでしょうか。そこで、国際交流を本学会のテーマの一つにし、国際フォーラム「各国における子宮癌検診」を採りあげました。

特別講演「ノーベル賞候補としての山極勝三郎」(Ohio State 大・Prof. Bartholomew)と招請講演「骨はどのようにしてできるかー軟骨分化の謎を探る」(大阪大・鈴木不二男名誉教授)では、堅くなった頭をほぐして下さいれば幸いです。

会長講演「内膜癌細胞と共に」では、一個人の経験を通して、内膜癌細胞についての研究の面白さと有用性を味わって下さいれば幸いです。

「よく学び、よく遊べ！」が小生のモットーでもあります。よく遊べない人は、勉強もできません！開催場所は新宿(東京都)ですが、首都には、まだまだ指導医会会員の方々がご存じない名所が沢山控えています。「世界の名所・ディズニー・シー」、「若者の新名所・お台場」また「東京の下町・柴又浅草」への観光を企画しています。気持ちの上でもリフレッシュされ、ご自分の細胞診指導医としての厳しい仕事をブレイクスルーして下さいれば幸いです。

第42回日本臨床細胞学会秋期大会のご案内

第42回日本臨床細胞学会秋期大会会長 篠塚孝男

第42回秋期大会を、私ども東海大学と日本臨床細胞学会神奈川県支部で担当させていただくことになりました。誠に光栄に存じますとともに責任の重大さをひしひしと感じております。会期は平成15年10月25日(土)・26日(日)で、会場は横浜市にありますパシフィコ横浜を予定いたしております。多数の先生方のご出席を心よりお待ちしております。

我が国における臨床細胞学、細胞診断学の最近の進歩は目覚ましいものがあり、すでに世界トップレベルにまで到達した感があります。これらの学問の究極の目的は、何といっても、“癌の患者を治すこと”にあります。そこで本学会では臨床細胞学・細胞診断学をより広い立場に立って見直してみたいとの考えのもとに、本学会のテーマを“医療の原点に返って”といたしました。

学術集会の内容に関しましては、昨年の下関でのプログラム委員会で行っていただきました数々のご提案やご助言をもとに、わかりやすい内容、明日からの臨床に役立つ内容、ということをお心において以下のように作成いたしました。

特別講演は、神奈川県予防医学協会を母体として、天神・松岡両先生が中心となって昭和43年に開始されました車検診による子宮がん検診受診者が35年間で190万人に達したことから、その成績と考察、子宮がん検診の有効性などについて神奈川県予防医学協会の岡島先生にご講演をお願いいたしました。要望講演としては、子宮内膜細胞診の現状と問題点を内容としたものを、ミート・ザ・エキスパートとして教育講演5題、さらにシンポジウムとしては、癌の診断には細胞診と画像検査は車の両輪のごとく共に重要な役割を担っていることから呼吸器、甲状腺、乳腺、子宮内膜の4つの臓器を対象とした「細胞診断と画像診断」と、細胞検査士要望シンポジウムとして「各種癌の取扱い規約と細胞診」、さらに細胞

診断学ではアジア諸国との交流も大切なことから、演者をお招きしての「アジア諸国における細胞診領域の協力体制」の3つを企画いたしました。5月の総会と秋期大会との連続プログラムとしてジョイント・ワークショップ「細胞診による遺伝子診断・パートII」も計画しております。これらシンポジウム、ワークショップに加えて恒例のスライドセミナーもすべて演者指定となっておりますことから、公募演題として一般演題(示説)のほかに、優れた内容のものを選んで質疑応答も含めて1題15分ほどで発表していただくプレナリー・セッションを設けました。

本学会には癌の臨床医も多数ご出席されておられることから、一般公開講座(入場無料)として、神奈川県と横浜市教育委員会のご後援をいただいて「癌の告知とインフォームド・コンセントはどうあるべきか」を企画いたしました。基調講演のほかに、癌の治療に直接携わっている医師、ホスピス医、患者代表のご講演のあと、フロアの医師や患者とその家族、一般市民を交えた討論の時間を設けました。この講座が医師にとっても、患者とその家族にとっても共に学ぶ場となることを期待しております。

以上のごとく、この秋期大会では難しい内容のものは避けて、医師にとっても、細胞検査士にとってもわかりやすい内容、明日の臨床にすぐにも役立つ内容ということをもっとにプログラムを作成いたしました。詳細は学会のホームページ(<http://www.jscc42aki.com/>)をご覧ください。

横浜市は古くて新しい街、観光名所も数多く、さらに横須賀線に乗って30分程のところには古都鎌倉もございませぬ。多数の先生や細胞検査士の方々の演題のご応募と、学会へのご参加をお願い申し上げます。私のご挨拶とさせていただきます。

専門医制度・学会機構検討協議会報告

専門医制度・学会機構検討協議会会長 蔵本博行

今、各医学会では、それぞれの医師専門職に社会的認知を得ようとする活動が積極的になされています。日本臨床細胞学会では、昭和43年以来、細胞診指導医と細胞検査士の制度を立ち上げ、両者の共同作業により細胞診断業務をより精度の高いものとして運営してきました。細胞診指導医（専門医）制度は、各種専門医の中でも、最も長い歴史を有しているといえるのではないのでしょうか。そこで、われわれの細胞診指導医（専門医）資格を、どのように社会的に対応すべきかについて検討する目的で、本協議会が設けられました。

詳細な検討の結果、昨平成14年12月8日に、本協議会としての結論を、当時の植木 實会長に答申いたしました。この答申書を掲載いたしますので、答申内容につき、協議会設置の趣旨、構成労働大臣が定める基準、検討経過・項目、学会・指導医会への要望ともあわせて、ご精読くださるよう希望します。

なお、本協議会は平成15年2月7日をもって解散いたしました。

記

平成14年12月8日

日本臨床細胞学会
植木 實会長殿

専門医制度・学会機構検討協議会
会長 蔵本博行

答 申 書

「医療に関する広告規制の緩和（厚労省）」に対応する本学会の方針

このことについて、対応策を協議し方向性を示すよう指示を受けておりましたが、慎重に審議の結果、下記のごとく答申します。

答 申 内 容

- 1) 本学会の細胞診専門（指導）医を、専門医として認定を受けるべく、速やかに対処すべきである。
- 2) 認定を受けるべき団体として日本臨床細胞学会（A案）と細胞診指導医会（B案）が想定される。
- 3) 認定を受ける団体として、現時点ではA案が優先される。しかし、両案とも一長一短あり、どちらか一方に絞ることは得策ではない。
- 4) そこで、日本臨床細胞学会と細胞診指導医会ともに、まずは早期に法人化をはかる。
- 5) 法人格として、NPO法人が望ましい。
- 6) 法人化達成の上で、社会情勢を判断して申請母体を決定する。

協議会設置の趣旨

本年3月29日付けで厚生労働省から「医療に関する広告規制の緩和」（資料1）が告示された。これによって、基準さえ満たせば、本学会で資格を付与している「細胞診専門（指導）医」資格が、社会に公表でき、かつその専門性を社会から認知されることが可能となった。そこで、日本臨床細胞学会では4月20日開催の各種委員長会議で検討の上、理事会の承認を得て、これに対応・審議すべき機関として「専門医制度・学会機構検討協議会（以下、協議会）」を設置することにされた（資料2）。

協議会構成員

協議会委員、顧問ならびに幹事は以下のごとくである。

協議会会長：蔵本博行（互選により、会長に選任）

委 員：植木 實、加藤治文、平井康夫、柏村正道、石原得博、金城 満、坂本穆彦、半藤 保、都竹正文、西 国広、山岸紀美江

顧 問：天神美夫、野田起一郎、工藤隆一、野澤志朗、長谷川壽彦、山片重房、武智昭和

幹 事：青木大輔、矢島正純、稲山嘉明、室谷哲弥、植田正嗣、上坊敏子、亀井敏昭、畠山重春

厚生労働大臣が定める基準

- 1) 学術団体として法人格を有していること
- 2) 会員数が千人以上であり、かつ、その八割が医師又は歯科医師であること
- 3) 一定の活動実績を有し、かつ、その内容を公表していること
- 4) 外部からの問い合わせに対応できる体制が整備されていること
- 5) 医師又は歯科医師の専門性に関する資格（以下「資格」という）の取得条件を公表していること
- 6) 資格の認定に関して五年以上の研修の受講を条件としていること
- 7) 資格の認定に関して適正な試験を実施していること
- 8) 資格を定期的に更新する制度を設けていること
- 9) 会員及び資格を認定した医師又は歯科医師の名簿が公表されていること

以上の9項目が定められている。本学会が満たしていない基準は、上記の1)ならびに2)項である。これら2項目をどのようにして充足するかが、鍵となる。

協議会での検討経過

これまで5月29日、7月27日、10月12日ならびに10月31日に4回の協議会を開催し（各議事録参照、資料3、4、5、6）、長時間にわたり慎重かつ詳細な検討・協議を行った。

また、機会を見つけて細胞検査士役員会や細胞検査士研修会に、協議会（医師）委員が出向き議論を重ねた。さらに、協議会（検査士）委員が中心となって、細胞検査士会ホームページあるいは各都道府県支部を通じて、広報ならびに意見の調整をはかった。

検討項目の概要

1) 細胞診専門（指導）医の社会的認知

細胞診専門（指導）医が社会的に認知を得よう、厚労相の基準を満たす体制を速やかに整えるべきとの見解を、全員一致で確認した。

2) 法人格取得の検討

学術団体が取得しうる法人として、社団法人、中間法人ならびに特定非営利活動法人（NPO法人）がある。これらのうち、社団法人は医学会に加盟していることが必要であり、また現在その認定を政府が中断させているところから、実現不可能であることが明らかとなった。

中間法人とNPO法人を詳細に比較した（資料7）。その概略は次のごとくである。

- (1) 中間法人：税制に優遇処置が無く、会費が課税対象となる。日本臨床細胞学会は、現在多額の繰越金を有している。そのため、本法人となれば多額の納税を負担しなければならない。
- (2) NPO法人：収益事業のみに課税され、会費は課税対象外である。そのため、納税負担の軽減には有利である。入会を希望するものには広く門戸を開放すべき法人であるが、目的とする12分野の一つに、「保健・医療又は福祉の増進を図る活動」が挙げられており、本学会の目的はこれに合致している。また、これを目的とするもののみが会員となる。

3) 正会員の80%以上が医師または歯科医師であることの検討

- (1) A案の場合：日本臨床細胞学会の定款を改定し、会員構成を「正会員、技師会員、名誉会員、功労会員、賛助会員、図書会員」とし、「入会」の項に、「医師、歯科医師および細胞検査士は申請して正会員となることができる」旨の条項を加える。これにより、医師・歯科医師が正会員となる。が、細胞検査士も正会員となることができる可能性が残されている。これについては、技師会員がどのような場合に20%の枠内で正会員となるのか否かを検討し、後に別途取り決めることが必要となる。

学会員の大多数を占める技師会員が正会員でないこととなるが、このようなことが可能かどうかについて、激論がなされた。これについて関係省や司法書士に問い合わせも行ったが、可能であろうと判断された。一方、技師会員からは、当初は準会員の的であり、差別待遇になるとの意見がもたらされた。しかし従来通り、技師会員も総会での議決に関与し、評議員への道も変わることはないよう定款を継続することが可能である。また、都道府県支部への調査の結果、約66%の細胞検査士会員の支持が得られていることが明らかになった（資料5、第3回議事録）。

本学会にとって、医学会加盟が長年にわたって希望する懸案であった。聞くところによれば、これまでの加盟不認可の原因が学会員中の医師構成が低率であるためと想定される。そのため、本A案が採択されれば、付加的に、医学会加盟も達成される可能性がある、との意見が出された。

- (2) B案の場合：細胞診指導医会は100%医師・歯科医師の団体であるので、「正会員の80%枠」については、十分に満たされている。しかし、これまで細胞診指導医会が同指導医資格を認定してきたわけではない。実際は指導医が担当してきてはいるが、学会の名の下に認定試験を実施し、学会長が資格を付与してきた。したがって、細

細胞診指導医会が専門医認定の母胎となるためには、定款を「日本臨床細胞学会と細胞診指導医会が共同して細胞診専門（指導）医の資格を認定する」とする内容に改訂する必要がある。しかしこのことは、日本臨床細胞学会と細胞診指導医会の間で合意されれば、改訂可能であろう。

厚労省の定める基準の一つに、「一定の活動実績を有し、かつその内容を公表していること」があるが、これまで指導医会が学術集会の開催など学術活動や学会誌の発刊を実施している訳ではなかった。これが難点となる恐れがある。

- (3) 山片案：第2回協議会に山片案が提出された（資料8）。本案は日本臨床細胞学会を医師・歯科医師会員だけのものとし、新たに別名の学会を立ち上げ現在の医師・技師会員で構成されるものとするとの案である。医師会員にとって、両方の学会に入会することが必要であること、またこれまでの細胞診指導医・細胞検査士の緊密な関係が、崩れる恐れがあることから、本案は採用されないことになった。

4) 社会情勢に関する検討

これまでのところ、専門医認定を厚労省から与えられた団体は、すでに社団法人格を有している医学界の中の基幹学会である。横断的な細胞診専門（指導）医と同等の専門医の認定はまだ実現されていない。また、政府による法人格の付与の基準についても極めて流動的である。そのため、もう数カ月間社会情勢を的確に判断する期間を設けてはどうか、との意見が出された。

一方で、日本病理学会は認定病理医の専門医としての認知を得るべく申請準備を進めており、本年度中には認可を受けるであろうとの情報も寄せられた。近い関係にある病理医資格が認定されてしまうと、細胞診専門（指導）医の認定を得るのは困難になるのではないかと危惧する意見が寄せられた。

日本臨床細胞学会ならびに細胞診指導医会への要望

日本臨床細胞学会ならびに細胞診指導医会双方に、協議会は法人格を取得するよう答申したが、より早期での実現が期待される。そこで、協議会では、これまでの協議を通じて得た知識から、法人化に見合う定款案を準備した（資料9、10）。両団体におかれては、これを原案として、早急に検討されるよう期待される。

添付資料

1. 医療に関する広告規制の緩和について（厚生労働省）
2. 「専門医制度・学会機構検討協議会」設立案について
3. 第1回協議会議事録
4. 第2回協議会議事録
5. 第3回協議会議事録
6. 第4回協議会議事録
7. 中間法人・特定非営利活動法人（NPO法人）の比較（表）
8. 専門医制度へ向けての学会再編（山片案）
9. 特定非営利活動法人日本臨床細胞学会 定款（案）
10. 特定非営利活動法人細胞診指導医会 定款（案）

同時答申書送付先

細胞診指導医会 長谷川壽彦会長

わが国における細胞診指導医と指導医会

——過去・現在・将来に考えるべきことから——

石切生喜病院 山片重房

これまで多くの先達が、細胞診指導医会や指導医のあるべき姿について語られました。その後話題提供を命じられた者としては、内在する「問題点」を思い切って、抽出してみることしかありません。指導医各位の意識に何かを訴えることができれば幸いです。

1. なぜ「細胞診指導医」なのか

臨床細胞学会創設期の「スライドカンファレンス」は、細胞診の指導者も教科書も少なかった当時、会員に対する重要な細胞診教授の役割を果たしていました。7年後の1968年、そのカンファレンスを通じて指導的役割を務めてこられた68名の先生方に対して、学会から「細胞診指導医」の称号が与えられました。

したがって、指導医という名称には学会が専門医としての“診断能力”を認定したというだけでなく、細胞診を目指す人々に対する“教育”と、細胞診の実務に関する“指導”を務めるリーダーを委嘱するという意味が込められていました。すなわち、わが国における細胞診の新しいシステム（体制・仕組み）を創設し、医療界・社会全体への浸透を推進した臨床細胞学会内において、「指導医」は自らの使命を自覚している医師に対して与えられた呼称でした。

指導医が出現して初めて、指導医一検査士による細胞診システムが世の中に成立したのです。「指導医」か「専門医」かの論議を空虚なものとしないうためには、指導医が求められた時代背景と、その使命についての理解が必要だろうと思いません。

2. 「細胞診ガイドライン」の欠如

指導医が認定されるようになって12年後の1980年、この間に生じてきたさまざまな問題を討議するため、指導医会内に「細胞診指導医あり方委員会」が設置されることになりました。以来20年余にわたってこの委員会が取り組んできた課題を、頻度の多い順に並べるとつぎのとおりです。

- ①指導医と検査士との関連：登録・指導など
- ②指導医資格更新問題：更新の条件など
- ③細胞診陰性標本の取り扱い：サインなど

これらが長い年月にわたって「課題」であり続けたということは、言いかえれば、それらの問題をいつまでも解決できなかったということです。何故なのでしょう。

これまで臨床細胞学会と指導医会は、必要に応じて細胞診に関する公式見解を表明してきましたが、細胞診全体にわたって、かくあるべきという「細胞診ガイドライン」を制定したことがありません。米国では細胞診に関する法整備が進んでおり、新しい技術が導入されると、すぐさま学会などから「ガイドライン」が呈示され、医師や細胞診従事者がこれらを無視することができません。

わが国では当初、指導医会は少人数の相互信頼の高い集団でありましたから、こと細かな規則など必要ありませんでした。しかし指導医数が増え、組織が大きくなっても、依然として、診断システムの基準となるガイドラインが策定されることがありませんでした。それ故に「指導医あり方委員会」は、法律（指針）のないところで審議（協議）を続けてきたようなものです。

「細胞診ガイドライン」は細胞診従事者にとっての聖書（規定law）であると同時に、行政、社会、医療施設、臨床医へ向けての姿勢表明（spirit）でもあります。その作成は職能団体としての「指導医会」の緊急課題ではないでしょうか。

3. 細胞診は「医行為」ではないのか

わが国ではなぜ「細胞診断」と呼ばずに「細胞診」と呼ぶのだろうか、不思議に思っていました。それは細胞診が医師法に基づく医師の診療行為（医行為）ではなく、血液・虫卵検査と同じ検体検査であるからなのでしょう。

「細胞診ガイドライン」の策定を困難にしている理由の一つに、細胞診従事者の、この問題に関する基本認識の不統一があげられます。

もし、細胞診を「組織診」と同じように「医行為」であると規定するならば、①報告書は「診断書」であり、②報告（診断）者は医師でなければならず、当然ですが、③診断に関する責任の所在は診断医にあって、④医師のサインは不可欠になります。これとは反対に細胞診を検体検査である（医行為でない）と見做すならば、①報告書は検査結果であるために「判定」と記述され、②～④に関する条件はすべて消滅します。

このようにみると、なぜ、ベセスダシステムにおいて、Class分類という“判定”が断固排除され、記述報告（診断）が全面に打ち出されているのか、という理由が容易に理解できるようになります。

細胞診断における細胞検査士の役割は、医療における看護師の役割に似ていると思います。細胞診が医行為であるなら、法的には、細胞検査士は指導医の指導監督下でのみ、スクリーニングに従事することができます。そうであるからこそ、細胞検査士という認定資格のない検査技師にスクリーニングが許可されないのです。

もちろん、指導医が関った細胞診だけが「医行為」に属するものであり、そうでないものは「検査」でよいのだ、とする意見があることを承知しています。それなら、つぎのような状況を想像してみてください。『指導医も細胞検査士も不在で、細胞診自動化装置を設置した「細胞検査所」が、検査の低廉性、迅速性、信頼性を謳って、ユーザー（臨床医・集検業界）の支持を集めました。“検査”であることを明文化しているのに、報告は、“陰性”、“疑陽性”、“陽性”という「判定」でしかありませんが、診断が必要な場合には別途、「専門医」

に依頼するという方式をとって、業務を急速に広げていきました』—こんな事態になると、指導医も検査士も、そして細胞診のシステム（制度）も必要でなくなってしまう。

ばかげた架空の話だと一笑する前に、時代は、規制緩和、効率重視、医療費削減、受診者負担軽減の潮流の中にあることを思い起こしてください。圧倒的に多い「陰性報告」を受けるユーザーの、ちょっとした経済指向が事態を一変するかもしれません。

4. 細胞診「専門医」制度を考える

厚労省が示した“専門医制度”は、ご承知のように、学会群に共通する新しい医療制度へと進展しつつあります。この制度がやがて、診療保険制度などに導入されていくだろうとは、多くの人々が予測するところです。本学会でもすかさず、専門医制度への移行を可能にする学会の機構改革が検討され、2003年総会の開催時には、すでに制度改革が完了していると思われる。

ところで、厚労省より医行為であるとお墨付きが出ている病理診断では、専門医制度の成立が確実視され、その業務内容に細胞診断が含まれると推測されます。一方、医行為であるか否かの共通認識さえ不確かな細胞診の世界では、専門医制度とは何を意味するものなのでしょうか。「細胞診」を医行為とするなら細胞診断担当医は専門医であるべきです。反対に、細胞診を検体検査であるとするなら、それは専門医制度とは関係のないものになってしまいます。

さらに考えねばならないことは、厚労省の「専門医制度」のために、個人的な能力評価（専門資格）のみが重視され、（従来の指導医のような）細胞診の制度を担うという意識が希薄になりはしないか、ということです。そうなれば、細胞診の制度そのものの危機となります。

5. 学術活動への不安

近年の臨床細胞学会の学術活動に疑問を感じる指導医も少なくないと思われます。例えば昨秋の学術集会での研究発表の実体を眺めてみましょう。演題の中に「1例、2例……の症例報告」であることを明記したものが全体の70%を超えていて、そのほとんどが、過去の発表の模倣的復讐にすぎません。

“細胞診”は、すでに確立された診断法であって、これ以上の進展や、飛躍を期待できる研究領域がほとんどないとみる医師もいて、学術活動を顕微鏡下の形態学的細胞診断に限定

すれば、学術団体としての寿命がそろそろ尽きようとしていると言う人もいます。

私たちの学会の名称である「臨床細胞学」とは、形態学的診断学だけでなく、他の領域（発生、遺伝子、分化、再生、移植、免疫、遺伝、癌化など）への広がりをも有する学問体系ですから、今こそ新しい学術団体へと飛躍することを考える時期ではないでしょうか。指導医は、学術活動でも学会のリーダーとして、「専門医」制度への移行問題に並行して、学術活動領域の展開についての関心を高めていただきたいと思います。

6. 「ボボズ」と9・11

高度管理社会に挑戦した革新ボヘミアン Bohemians でありながら、その社会の中でブルジョア Bourgeois 化していった人たちが、アメリカの新上流階級を形成していて、ボボズ (Bobos: 二つの語の頭をとった造語) と呼ばれています。生活の基盤となるコミュニティを重視し、豊かで居心地よい環境づくりを目指すものの全体主義的使命感からは程遠い彼らの生活が、BOBOS in Paradise (2000. 米国出版: 邦訳「ボボズ」2002. 光文社) に詳しく記されています。そのボボズが2001年9・11の同時多発テロによって目を覚まし、ご承知のごとく、今やアメリカンパワーの原動力となっています。

翻って、わが国の細胞診の世界を眺めるとき、先達が営々として築き上げた実務制度の中であって、身辺問題や施設内の居心地だけに視野を向け、社会的使命感などには無関心を装う細胞診指導医の姿が、かつてのボボズと重なって見えるのは、私だけの偏見でしょうか。ある日、細胞診システム(制度)と、臨床細胞学会という、二つの巨大なタワーが突如崩壊して初めて、何が起きたのかに気付いても間に合いません。

7. 必要な細胞診指導医会の構造改革

指導医会は発足当時の100名前後の集団から、34年経過した現在では、総勢2,000名に近づく巨大組織へと変化しました。活動的な組織には会員の勇気呼び起こすようなプロジェクトと、それを実行するのに必要な「制度」と「規定」とが整っていなければなりません。しかし指導医会は、規模の拡大に相応しい機構整備が遅れ、その結果、指導医に対して「危機意識」を与えることも、「帰属意識」を高めることもありませんでした。今必要なことは、個人の「意識改革」を誘発するような組織の「構造改革」ではありませんか。

近隣諸国との細胞診国際交流

日本臨床細胞学会国際交流小委員会委員長 坂本 穆彦

日本臨床細胞学会は、一昨年に改組されてスタートした国際交流小委員会（旧 IAC 小委員会）を中心に、近隣諸国との細胞診に関する国際交流を推し進めています。所期の目的である事業の立ち上げが現在一段落したところですので、この機会に発足の事情と現状につきまとめてみます。会員諸兄弟の国際交流事業への理解の参考になれば幸いです。

1. 初 端

平成 13 年（2001 年）1 月の日本臨床細胞学会理事会にて、細胞診国際試験の実施は以後は学会が直接タッチしないことになりました。このため、旧 IAC 小委員会の主たる業務が消失したことになり、委員会活動の軸を根本的に見直さざるを得ない局面に立たされたこととなります。

実は、その 1 月より私が旧 IAC 小委員会委員長を担当することになっておりましたので急遽、委員会活動および委員会名称の変更を理事会で承認していただき、新しい活動の取り組みをはじめました。

当初、小委員会のメンバーは委員長のほか、3 人の委員と 1 人の幹事というこじんまりしたものでした。小委員会での検討の結果、近隣諸国との細胞診の国際交流を当面の活動の主体とし、名称を国際交流小委員会 Committee for International Affairs といたしました。そして、具体的には、本学会会員が運営の責任ある立場に関与しており、しかも何年にもわたる交流実績のあるタイを当面のターゲットとしました。

2. タイとの国際交流

細胞診の定期的な国際交流は日本医大とタイのチェンマイ大学との間で数年以上にわたって続けられており、わが国からは日本医大のスタッフ以外にも何人もの本学会会員が参加してきたという実績がありました。日本側の中心的役割を担ってきた前田昭太郎先生は、幸い本小委員会委員でもありますので、タイとの案件は前田先生を中心にすすめました。

その結果、タイ側としては以後は 2 大学間の交流ではなく、両国の学会レベルでの交流とするべく、全国規模の学会（タイ細胞学会 Thai Society of Cytology）を早急に立ち上げました。これは、私たちとしては願ってもない動きでした。

早速、平成 14 年（2002 年）1 月 30 日～2 月 1 日の 3 日間、タイ・チェンマイ市のインペリアル・メイピン・ホテルにて、第 1 回目・タイ細胞診ワークショップを開催いたしました。なお、回の数え方は先行していた日本医大・チェンマイ大学共催の細胞診ワークショップをそのまま引き継ぐかたちで、この第 1 回目は第 8 回ワークショップとなりました。このワークショップにはわが国からの約 40 名を含め 100 名ほどが参加しました。

口演、ポスター発表と盛況でした。タイの発表の内容は、実務レベルないし教育的な発表が中心となっています。タイ全体の細胞診事情を考えると先端医学との関連演題よりも、実地医療に即したものが歓迎されるようです。

このワークショップに先だち 1 月 28 日・29 日の両日、チェンマイ大学において、タイの臨床検査技師が、3 月にバンコックで行われる IAC Board Examination for Cytotechnologists の受験希望者約 40 名に対し講習会が開催されました。この講師のひとりに私が招請され、1 時間にわたり細胞診の概説的な講演を行いました。あとで聞くところでは、ほぼ全員が試験に合格したとのことでした。

第 2 回目の学術集会（第 9 回目・タイ細胞診ワークショップ）は本年 1 月 24 日～26 日にタイ・ホアヒンにて開催され、わが国からは昨年を上まわる 60 名を越える参加がありました。

ホアヒンはバンコックから南へ、車で 3 時間ほどのところにある海辺のリゾート地で、山岳地帯のチェンマイとは違ってお国柄がみてとれました。

次回は来年 1 月に開催すべく、すでに下準備をはじめています。

3. 韓国との国際交流

韓国で細胞診の判定に携わる医師は病理医のみと違ってよく、臨床医はほとんどタッチしていません。したがって、韓国では細胞病理医はイコール病理医です。それだけに韓国の一般病理医にとって細胞診に対する理解度は一様に深く、多くの病理医が細胞診に熱意と感心をもっています。

私はこれまでの病理医としてのおつきあいの中で、多くの韓国の細胞病理医を知ることができました。昨年、婦人科病理学の専門家である大韓細胞病理学会（The Korean Society of Cytopathology）の会長・Moon Hyang Park 教授に連絡をとったところ、二つ返事で、日韓交流の話しがまとまりました。

7 月に合意を得たのちに、9 月上旬締切りで、参加者・発表者を募りました。日本サイドとしてはこの広報活動には学会ホームページが大変有効でした。

第 1 回目韓細胞学会合同会議（The 1st Japan-Korea Joint Meeting for Cytopathology）は、平成 14 年（2002 年）10 月 19 日、大韓民国ソウル市・高麗大学安岩病院（Korea University Anan Hospital）にて開催されました。当日は日本からの参加者約 25 名を含め、70 名ほどが出席しました。

この会議は韓国の細胞学会秋期大会にあわせて開かれたもので、次回（今年 11 月 8 日頃）も、やはり秋期大会の会期中に行われる予定です。場所は半島の内地地の Wonju です。現地へはソウルからの移動となります。

4. 中国との国際交流

中国は本土だけでも国が大きく、しかも台湾や香港との関係もあり、国際交流を提唱する公式な窓口を探しあぐねておりました。本学会会員の中には、中国との交流の経験をおもちの方は多数おられます。また、中国からの留学生を常時受け入れている大学や施設も少なくありません。何人かの会員

の方々からは、ご自分の関係のある中国側の人物を紹介できるといってお申し出をいただきました。しかし、それらの多くは施設相互間の、たとえば姉妹校関係などであり、オール中国を相手にせねばならない当小委員会としてはいずれも帯に短し、たすきに長しでした。

ちょうど幸いなことに、昨年（平成14年、2002年）10月に北京で日中国交正常化30周年を記念する諸行事が行われました。この中に医学交流が含まれていることは事前にキャッチすることができました。しかし、その日本側のまとめ役は日本医学会です。日本医学会は、毎年のわが学会の新規加盟の申請について頭をたてにふらない団体です。日本医学会非加盟の当学会としては、はじめから積極的にアプローチすることは控えておりました。しかしながら、機会はめぐってきました。病理学部門を担当する中華病理学会（Chinese Society of Pathology）のカウンターパートである日本病理学会が、不参加と決めてしまったのです。これは千載一遇のチャンスとみて、中華病理学会と共催で学術集会を行う団体として本学会が名乗りをあげました。日本医学会には参加団体が多いほうがよいという思惑もあったのでしょうか、非加盟学会である本学会も参加が認められました。内諾が得られたところで、岡 輝明先生（幹事）に中国担当の委員をお願いし、当小委員会は参加準備にとりかかったわけです。岡先生を6月に北京に派遣し、詳細についての打ち合わせを行っていただきました。

11月5日に北京国際会議センターにて、病理学の学術集会として口演・ポスター発表が行われました。わが国からは15名ほどが参加しました。中国側も含め計50人ほどの会となりました。

中国側代表との話しあいの中で、日中間の細胞診の交流が話題にとりあげられ、日中双方とも積極的に取り組むという基本線で一致しました。

中華細胞学会（Chinese Cytology Society）は中華病理学会内の分科会として例年、学術集会を開催しており、本年9月には第6回年次集会が予定されています。その会期中の1日

（おそらく9月9日）に、第1回日中細胞診合同カンファレンス（The 1st Japan-China Joint Cytology Conference）を開催すべく準備を進めております。このカンファレンスには中国側としては台湾・香港も招請するとのことです。

5. 今後の展望

当小委員会としては、すでに述べましたとおり、結成初年度で委員会業務の再構築を行い、近隣諸国との細胞診の国際交流を旗印にかかげてきました。2年目にはタイ・韓国・中国との間でそれぞれ2国間の学術集会をもつことができました。このうち、タイ・韓国とはこれから毎年定期的に学術集会を開催することになっています。一方、中国に関しては、今年、改めて両国の学会レベルの学術集会を共催し、今後の方針を探る予定です。

当初かかげた、近隣諸国との交流はこの3ヵ国との行事の共催を実施に移せたということではとまずの目標に達することができました。今後これをより実りの多いものにしていくという新たな課題を背負うこととなります。

当面は、物価の格差や出国（出張）のしやすさなどの面で、日本から出向いて学術集会をもつという形態をとらざるをえません。しかし、これによって、本学会会員が外国での見聞を広めるチャンスを得ることができます。当面は、1回につき30万円の拠金を先方に提供することはすでに本学会では予算化されており、先方の会場設営、ハンドアウト作成などの運営の負担のいささかの肩代わりをすることになっています。

これらの企画は医師・技師を問わず、すべての会員に広く門戸を開いております。学会員各位におかれましては、当小委員会が進めております国際交流に是非積極的にご参加くださいますようお願いをします。またこの交流事業についてのご意見をお聞かせください。

（付記）SARS問題のため、本年の日中合同カンファレンスの実施は、現在未定の状態です。

第1回日韓細胞診ジョイント・カンファレンス に参加して

愛知県立看護大学 越川 卓

本年3月末頃、突然、大分医科大学病理の横山教授から電話があり、昨年秋にソウルで行われた第1回日韓細胞診ジョイント・カンファレンスのことを指導医会報に載せる予定なので、4月中に原稿を書いて欲しいとのことでした。よくよく話を聞いてみると、横山先生も杏林大学病理の坂本先生から頼まれて、4月中はとても忙しくて無理だと断ったのだけれども、誰でもよいから代わりを捜して書いてもらうようにということになったのだそうです。おそらく、横山先生もあちこち捜して適当な人が見つからないので私のところに電話がかかってきたのだと思いますが、私は自分がこのカンファレンスに参加したことすら忘れていて（動脈硬化が進んでいるということもあるかもしれませんが、それよりも昨年12月に愛知県がんセンター消化器内科の山雄先生と超音波内視鏡下穿刺細胞診（EUS-FNA）のデモのために台湾に出かけたのが、連日食べ放題の結構な旅行で非常に印象に残っていたため、ほんの数ヵ月前のソウルのことが全くかすんでしまって記憶の彼方となっていたようでした）、何を書いてよいのか分からないのでダメですといったんは、お断りしたのですが、横山先生と電話で話している間に少しずつ記憶が甦ってきて、そういえばカンファレンスの後で高麗大学の隣の素敵なレストランで韓国式家庭料理の昼食会が有りましたよね、古い邸宅をレストランに改装した店で部屋が素敵で庭もとても綺麗で、食事もとても美味しかったですよね、そういえば前日の夜には高麗大学の学食でウェルカム・パーティーがあり、

そのあとビア・ガーデンに招待してくれましたよね、などと話が弾み（恥ずかしながら飲み食いしたことしか覚えていないようですが）、こんなことを書けばよいのかということで、結局、私がこの原稿を引き受けることになりました。

さて、前置きが長くなりましたが、昨年10月19日に高麗大学で行われた第1回日韓細胞診ジョイント・カンファレンスは、杏林大学病理の坂本先生と高麗大学病理のキム先生との友好関係から立案され、日本臨床細胞学会からの助成を受けて実現したもので、学会ホームページでも紹介され、日本からも多くの会員が参加されました。講演4題（日本側2題、韓国側2題）と示説26題（日本側15題、韓国側11題）の発表があり、ジョイント・カンファレンス終了後、参加者全員で記念写真を撮り、そのあと近くの韓国式レストランで昼食会が行われたのは、すでに書いたとおりです。日韓友好という視点だけでなく細胞診の発展という意味においても有意義なものであったと思います。通常、外国とのジョイント・カンファレンスというと、1年ごとに行ったり来たりという形式が多いのですが、このジョイント・カンファレンスは、韓国の細胞学会が開催される際にサテライト・ミーティングのような形式で毎年韓国で行われることになるそうです。これには、日本からできるだけ多くの人に参加するようとの意図があるようです。韓国の細胞学会に合わせて毎年韓国の色々な所を旅行することができそうですから、韓国に興味のある方には是非ともお勧めの学会といえそうです。



The 1st Korea-Japan Meeting for Cytopathology
2002.10.19 Korea University Hospital

「日中医学大会 2002」に参加して

日本医科大学病理学第一 川本雅司

日中国交正常化 30 周年にあたる 2002 年、中華医学会と日本医学会・日本歯科医学会の共同のもと日中医学大会 2002 が平成 14 年 11 月 2 日～6 日の 5 日間、中華人民共和国北京市・北京国際会議センターで開催されました。表記会議には日本から 42 学会が参加し、われわれ日本臨床細胞学会は 11 月 5 日に中華医学会病理学分会と合同で分科会を開催しました。演題等は本会および日本臨床細胞学会のホームページならびに日臨細胞誌 42(1)、2003 の国際交流小委員会報告に掲載されているので、併せて参照していただければ幸いです。以下はその(私的)参加記です。

11 月 2 日、下関での秋期大会終了後、旧交を温める宴会もこれからというとき、後ろ髪を引かれつつ席を立ち、小倉経由で新大阪に向かうためひとりローカル線に乗込んだ。翌朝の関西空港発北京行きには、同じように 2 学会継続出張のため下関から集まった 10 名と、東京から参加した 1 名が乗込んだ。北京ではこのメンバーに加え、和歌山医大のグループが発表に臨むこととなる。

建築ラッシュに沸くにぎやかな北京の街並みをホテルの部屋から見渡しつつ、一息ついた後、夕方のレセプションに向かった。多数の参加者でごった返す北京国際会議場では、同じ大学から別の分科会に参加するメンバー、呼吸器学会等でいつもはお会いする方々、あるいは細胞診指導医であるが今回は他の分科会に参加される先生方にお会いした。「北京は何の学会の関係で来たの?」という問いが、計らずも北京で会った挨拶代わりにとなり、また楽しい会話のきっかけにもなった。日本臨床細胞学会も各臓器・分野の専門家が臨床細胞という名のもとに参集したユニークな学会と感じているが、日中医学大会は、日本と中国の医学・医療に係わる人々が一同に会するという、普段の学会では味わえない特色をこの会場で実感させてくれることとなった。レセプションでは、万里の長城の向こうに富士山を仰ぐというプログラムの表紙と同じ合成写真を背景に、日中双方の役員挨拶に続き雑技や歌謡が催された。なお、このときの「荒城の月」は見たこともないような日本舞踊であり、いささかの北京ショックを日本人観客に与えてくれたのだったが…。

われわれのセッションは 11 月 5 日であるので、2 日目は有志?(実は関空から同じ便で来た 11 名全員)が故宮、万里の長城などの観光に向かった。まさに「よく学び、よく遊べ」である。今回の学会は人民大会堂でのレセプションが予定されていたが、共産党大会準備のため直前になり会場が変更になってしまった。そんなこともあったので、人民大会堂前では 10 年前の日中医学大会 '92 に参加された坂本理彦先生から堂内での華やかなレセプションの様子を嘆息まじりで伺った。夜は北京ダック。これは昨年 6 月の第 43 回総会における、国際交流小委員会委員長である坂本理事からの「秋には下関でフグを食べて、北京でダックを食べましょう」というアナウンスのもと参集したわれわれの命題である。奇しくもその



写真 北京国際会議場を背景に、発表を終えて一段落

アナウンスのあった総会の事務局を担当して下さった大阪医大産婦人科の植田先生(日産婦学会として本大会に参加)と前日にお会いし、手配をして下さったお陰で、来店した各国首脳の写真がかかる高級料理店(といっても日本から来た訪問者にとっては驚くほど安い)で舌鼓を打つこととなった。

3 日目の 11 月 5 日、いよいよ本番である。何処の国際会議場も同様で、広い会議場の中から目指すフロアを見つけるのに苦労し、大急ぎでポスターを貼り終えてオーラルセッション会場に向かうと、すでに坂本先生と中華医学会病理学分会長の Sun Gengtian 先生の共同座長のもと、上坊先生(北里大学)の講演が始まっていた。オーラルはこの後日本から坂本(杏林大学)、堀内(NTT 関東病院)、柴(君津中央病院)、椎名(杏林大学)の各先生と中国からの 3 題の計 8 演題の発表があった。中国側の演題では子宮頸癌の高発生地域に関する研究や細胞診教育に関するもの等、中国の特色を反映した発表のほか、FNA の際に簡単なフックを細工した注射器を使用する工夫(アプリーケーターを使わないので病変の感触がつかみやすく、かつ非力な施行者でも満足のいく採取量が得られるというもの)などユニークな発表があった。おのおのの演題発表時に加え、Coffee Break の際も盛んな意見交換が行われ、盛会のうちにセッションが終了した。なお FNA 用の注射器は、製品化されたもの(一次性持続負圧穿刺器)を何人かの日本側参加者が分けていただいたので、興味のある方はお問い合わせをいただきたい。ポスター発表は全 18 題中 8 題もの演題を和歌山医大が提供し、セッションを大いに盛り上げていただいた。

発表の後は北京の銀座通りともいえる王府井に夕方出かけお土産を買い、近くの食堂で地元料理を堪能したが、ここも植田先生と、同行された中国からの留学生の先生のお世話をいただいた。この紙上を借りて感謝いたします(謝辞!)。なおオーラル発表の面々は、この晩中国の病理学会員の先生方と会食をされ、日中相互の細胞診交流を深めようと大いに盛り上がり、ある約束をしてきたのだった。

翌 6 日早朝、帰国のためバスに乗り込むと、「来年、新教ウ

イグル自治区の学会に行くことになったから参加するように」とのお返し。中国には臨床細胞学会に相当する学会がないため、今回の中国側担当は病理学会であったのだが、実は、細胞診に関する集会は定期的で開催されているとのこと。その会議が2003年には上記で行われるとのこと、「それならば日本側からも是非参加しましょう」といういきさつだった。今回は下関に連続して北京の学会に参加し、学問に加えて

代表的な美味を堪能し、お互いの親交をも深めたという、あわただしくも楽しく実り多き1週間であった。さらには次年度の新教ウイグル自治区に加えて次期IACにもみんなで行こうということになり、フグ(フク)、北京ダックに引き続き、今度は羊料理(かな?)の皿とイースター島のモアイが、Papanicolaou染色標本を覗く者たちの、その同じ網膜に焼きつくことになりそうである。

国際交流

日・タイジョイントワークショップ

日本医科大学付属多摩永山病院 前田 昭太郎

第9回タイ・日本細胞診ワークショップが平成15年1月24～26日にタイ国のビーチリゾート、フアヒンで開催されました。総勢約200名が参加し、盛大に行われました(写真1)。日本からは御家族を含めて67名の方々が参加され、また日本臨床細胞学会会長の蔵本博行先生も講演して下さり、参加者全員のお陰でワークショップも盛り上がりしました。

今回はタイ国、日本のみならず、カンボジア、ラオス、シンガポール、マレーシア、韓国、オーストラリア、アメリカ、ドイツなど各国の方々も参加し、国際色豊かに開催されました。講演、示説の多くが日本の発表者(医師、細胞検査士、医学部学生)で、そのレベルも高く、好評でした。学会の間には、参加者の皆さんは海水浴、観光、象乗り、スパ、マッサージ、ショッピングなどに出かけ、充実した時間を過ごされたようです。また、懇親会では各国の参加者の方々が一緒にカラオケ、ダンスをし、楽しい一時を過ごされ、国際交流を深めました。

思い起こせば第1回ワークショップは1995年8月に総勢約30名が参加し、タイ国チェンマイ大学で開催されました。本ワークショップの主旨ですが、日本医科大学、チェンマイ大学医学部が1966年以来、共同研究を行ってきた、という実績に基づき、日本医科大学、チェンマイ大学医学部がスポン

サーとなり、日本の細胞診(主として穿刺吸引細胞診)をタイ国に広めようというものでした。

最初は臨床医、病理医、細胞検査士が一堂に会し、実際に患者に対して穿刺吸引細胞診を施行し、画像、細胞像を検討し迅速診断を行いました(写真2)。この迅速診断と同時に教育講演、鏡検も行われました。

年を重ねるごとにタイ国各地から多数の若い医師、検査技師の方々が参加され、日本医科大学だけでは対応しきれなくなり、日本医科大学以外の細胞診指導医および細胞検査士の方々に協力していただき、さらに昨年の第8回ワークショップからタイ国細胞学会、日本臨床細胞学会後援のもとで開催されることになりました。日本臨床細胞学会後援に関しましては、国際交流小委員会委員長、坂本穆彦先生にご尽力いただきました。

タイの参加者は非常に熱心で、飛行機を利用せず、1、2日かけて列車、バスを乗り継いで参加する人が少なくないことを知り、また「来年のワークショップに参加するために明日からまた貯金をします」という熱心な参加者の言葉を耳にし、講義するにも身が引き締まる思いがし、また学問する上でつい忘れてしまいがちなハングリー精神を思い出させてくれました。



写真 1

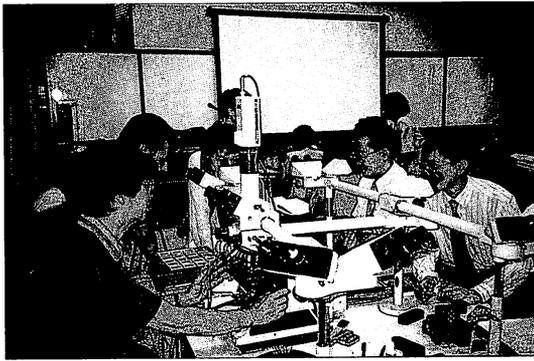


写真 2

本ワークショップが今後とも継続され、タイ国、日本の細胞診領域のみならず、多少なりともアジア諸国間の国際交流の掛け橋となることを願うこの頃です。

来年は第10回の記念すべきワークショップですので、盛大に行われる予定です。開催地としてはチェンマイ、開催予定

日としては2004年1月9・10日が現在候補としてあげられています。多くの方々にご家族連れで参加していただきたいと思っております。詳細が決定しましたら、日本臨床細胞学会ホームページに掲載しますので、ご覧ください。なお不明な点につきましては前田のメール (s-maeda@nms.ac.jp) に気軽にお問い合わせください。

最後に、第9回ワークショップで、講演者、示説発表者、座長として、タイ国・日本両国の国際交流を深める上でご尽力くださいました方々のお名前を感謝の気持ちを込めて紹介させていただきます。(あいうえお順、所属・敬称略)

磯部宏昭、長村義之、尾花ゆかり、片山博徳、金子千之、鎌田裕子、河合俊明、金城 満、工藤玄恵、蔵本博行、小林忠男、小林美智代、斉藤まゆみ、坂本穆彦、佐々木寛、佐野誠、柴 光年、社本幹博、菅 泰博、田島康夫、辻本直樹、長尾 緑、流田智史、根本則道、橋本明美、林 紀乃、広井禎之、舟橋正範、前田純一、前田昭太郎、三浦弘之、メルニェイ マリア、望月裕夫、森野英男、森谷卓也、山田 博、横山宗伯、劉 愛民、渡辺真智子、横井豊治。



BML 顧問 病理・細胞診センター名誉所長 田 中 昇

近時医療に関する事故裁判が頻発している中で細胞診の絡んだ事例も例外ではない。今回、主題の件について大会長、プログラム委員から演者の推薦依頼の相談を受けた。私が日赤中央病院に在籍した当時、大変な幼児死亡医療事故があり、院長により若い看護婦が告訴された。その弁護を依頼し無罪を勝ち取ることができたのが麻生弁護士で、以来 40 年の親交があり、医療面でも十分な経験、実績のある麻生利勝弁護士を推薦申し上げた。

氏は慶応大学で法学博士の学位を取得された。法理論を踏まえた実践、大義派(正義は紛争双方が共に正義を主張する。神の立場に立つ大義) 弁護士で、氏の事務所は東大出身の壮年、青年の弁護士を擁し、多方面にわたり活躍しておられ、細胞診のシステムについても理解が深く、私どものラボの顧問弁護士としてリスク・マネージメント、事故の対応などにお世話になっている。法廷内の実態は、原告、被告(多くは医療関係者)の代理人としてそれぞれ素人(失礼な表現で申し訳ないが)の弁護士が議論し、これを素人の裁判官が聞いて判断し、専門的なことはそれぞれから鑑定人を選んで意見を聞くが、鑑定人もそれぞれの立場で有利なことだけを主張し、不利なことは言わない。これを素人の裁判官が聞いて判

断する。この間にあって裁判官は、原告を被害者としてとらえてこれに同情するなど個人的な感情に支配され判断を誤る可能性がある。裁判官の育つ背景は社会人とはかけ離れ、彼らの常識はわれわれとはかけ離れたものと言われている(週間新潮 裁判官がおかしいよ 02.11.24~12.26 に、6 連載。秋山賢三:裁判官はなぜ誤るのか。岩波新書 809 02/10/18)。数ヵ月前に検察出身で最高裁判事に就任した方が、“万人が納得する常識をもって…”と述べている。“日本の常識は世界の非常識”に通じる現象である。理不尽な判決に泣かされるケースが多い。納得のゆく裁判の基盤を得るためにも本会のような専門学会が、事故の原因究明などのために裁判官に対し公正な判断資料を提供すべきであるとの麻生博士の提案はただちに実現すべきであると主張したい。あわせて学術集会の会長は精度管理 risk-management を含めてこの件に関してしばしばワークショップ、セミナーなどを開催し十分検討しておくことをお願いしたい。仮にエラーが起こったとしても、risk-management の十分な態勢のもとであったか、そうでなかったかでは結果的に大きな差があるので、当然学会としても施設認定条件の設定の際に考慮の対象とすべきであろうと思われる。

細胞診領域における法的責任

弁護士・法学博士 麻 生 利 勝

はじめに

細胞診領域における法的責任とその問題点に関しては、三つの課題が解決されねばならない。一つは、臨床医と病理医ならびに検査技師との専門家としての棲み分け問題であり、二つには、医療過誤における失敗情報の共有システムの確立であり、三つ目は、医療過誤における被害者の社会的救済制度の新たな構築である。いずれの課題も第 41 回日本臨床細胞学会での要望講演で述べた内容に手を加え、一部は本稿で追加したものである。

第一 細胞診検査の法的性質と特徴

1. 細胞診検査と医行為

平成元年 12 月 28 日付けの厚生省健康政策局医事課長の回答書は、「結果として人体に危害を及ぼすおそれのある行為」を医行為と定義付けている。これに「報酬を伴う」ことを条件付ける見解もあるようだが、医行為と報酬は不可分の関係にあるものではない。報酬は、原則として、医師と患者との任意の契約によって生じる。現行の健康保険制度に基づく報酬給付システムは、法律に準拠するもので任意報酬契約の例

外といえよう。

医行為は医師資格を有する者のみが行える。細胞診検査における検査自体は人体に危害を及ぼすものではない。したがって、細胞診における検査は医行為ではない。被検体の採取は、人体に危害を及ぼす虞があるので医行為と解される。現在でも穿刺吸引細胞検査における穿刺吸引自体は医行為に該当し、検査技師は穿刺吸引できない。医師と看護師との業務区分に関する諸問題や医師と救急救命士の業務区分問題は、徐々にではあるが進展してきているのに、医師と検査技師との業務区分は今始まったばかりといえよう*1。

因みに、人体に危害を及ぼし、或いは及ぼす虞のある行為は、刑法上では傷害罪または殺人罪ないしはその未遂罪を構成する。医師資格を有しない者は、例えそれが治療に有益な行為であっても原則として処罰される。医師が処罰されないのは、医行為を法律によって正当な業務行為と認めているからである。業務行為でない業務範囲を超えた行為は、処罰対象になることはいうまでもない*2。

検査技師は、穿刺吸引など検査に不可欠な行為であっても、医師資格を有しないので、現行法で厳しく禁止されている。しかし、患者にとって何がベストな治療なのかという視点か

ら、医行為ならびに看護行為およびこれに付随する検査行為等の総合的システムを再構築すべきであろう。関係者間における業務の棲み分けと相互補完機能を重視して、より安全で救急にも効果のある医行為であるかを見極めることが必要である。

2. 細胞診検査に関する法的紛争事例と特徴

この種の紛争は、がんを巡る事例が多いので、始めにその特徴を纏めておく*3。

1) 高齢者の場合、医療過誤と身体の脆弱性や自然死との競合が問題となる。細胞診に何らかの過ちがあったとして、その過誤と死亡との因果関係の有無が問われる。換言すると、医療従事者側の過誤が患者にいかなる損害を与えたのが争点となる。死亡するに至った場合にその死亡原因としてその過誤がどの程度関係しているのか、過誤がなかったとしても、その患者は早晩がんで死亡、すなわち病死（これもその患者にとっては自然死と解される）したのではないか、医療行為は延命効果の有無として考慮すれば足りるのか、などが争われる。

2) 若年者の場合、がん発見時から進行の早さが問題とされる。がん治療の可能性、延命利益喪失の有無、適切な医療機会喪失の有無、適切な医療を受ける期待権侵害の有無などが問題となる。死亡と医療過誤との因果関係が争点となる。若いだけに、がんの進行が早く医療過誤がなかったとしても病死を免れ得なかったとの主張もみられる。

最高裁判決は、死亡による損害と医療過誤との因果関係を否定し「適切な医療の機会を失わせた」として慰謝料のみを認めた高裁判決を破棄し、死亡と診断の遅れとの因果関係を認め、損害賠償を容認した*4。

高裁判決と最高裁判決に食い違いがでるといえることは、それだけ医療訴訟に関する法的判断に普遍的絶対性が存在しにくいことを意味している。裁判では絶対的な真実が求められているのではなく、法的手続きに従った証拠調べにより裁判官の心証を形成した事実を真実と見なしている。前者を絶対的真実と呼ぶならば、裁判上の事実「法廷内真実」と呼ぶことができよう。裁判は、絶対的真実に限りなく近づく努力を怠るものではないが、刻々と変化する人体の一時期を捉えて、その変化の原因を特定することは、極めて困難な作業を余儀なくされ、医療裁判に内在する誤判の可能性の大きな要因になっている。医療過誤に限らず、裁判ならびに裁判官に対する信頼性が問題化している*5。

信頼に関する問題の本質を見失うと、悪戯に裁判への不信を高めるなど法的正義の枠組みを破壊することになりかねないので注意を要する。

第二 患者と医療従事者との法的関係

1. 患者と臨床医ならびに細胞診指導医・検査技師との法的関係

1) 患者と臨床医（主治医）または医療機関との間では、委任、請負、或いはこれら類似の無名契約、などの法的関係が成立すると考えられている。患者と検査機関との関係は、当事者間に直接的な法的関係が存在しているか否かにより異なる。

2) 臨床医の単独もしくは所属する医療機関が検査機関を有しないとき、検査は外注される。この場合、患者と検査機関

との間に法律関係の存在を考えるのは困難である。患者は、あくまでも臨床医との診療契約に基づく責任を追求する。医療過誤の結果に関する医療機関と検査機関との法的関係は求償関係という内部処理になる。医師と検査技師ないし検査機関との間で包括的な検査契約が存在する場合でも、患者との契約を介在させることには疑問が残る。また、検査の外注や包括契約において、関係者の法的所在を明らかにする条項を明記し、紛争を事前に予防することが不可欠である。この際、関係者の責任のみを強化するのではなく、権利に相応しい義務を明らかにしなければならない。義務ばかりを強調し、権利をなおざりにしてはいかなる契約も実効性が乏しいからである。検査技師の権利は患者の利益の視点から検討されるべきであろう。医師の補助者としての立場と医師にはできない或いは譲るべき領域における専門家としての権威との整合性を図る必要がある。病理医と検査技師との関係においても同様であろう。要するに、患者と医師ならびに検査技師などの医療関係者間を法的に評価することは大切だが、人の生命・身体・精神という崇高にして代え難きものを如何に価値付け対応すべきかを改めて検討するとともに、一人の人間の技量や知見には自ずから限界があることを確認し、より完成度の高いチーム医療を目指すべきである。

2. チーム医療と責任

1) 臨床医が所属する医療機関内部に検査機関を有している場合には、医療機関全体としての法的責任が追及される。いわゆる患者とチーム医療としての責任問題が発生することになる。前項の外注ないしは包括契約かにおける検査に関しても、医療チームとしての法的責任論が相応しいものと解する。チーム医療にも欠陥は存在するが、絶対的に無欠陥システムを構築できない限り、より完成度の高い手法としてチーム医療を採用する必要がある。

2) 新生児脳性麻痺事件

札幌地裁判決が、C臨床病理センターとAB両医師の共同不法行為と認定した事例である*6。

A医師は、C臨床病理センターのRh式血液型判定を信じ、母親の血液型を母子健康手帳に記載した。転医先病院のB医師がその記載を信じて、母子血液型不適合を疑わなかったため、新生児が核黄疸による脳性麻痺などの障害を被った。C病理センターが負担した損害金は、ミスを行った検査技師に対してその全額を求償する。或いは、検査システムに何らかの問題があれば責任割合に従ってセンターと技師とが分担して負担することになる。

B医師の責任を認めた本判決には、いささか疑問がある。本判決は医師の専門性と検査技師の専門性を区別することなく、過剰な二重検査を求めている。医師には患者の血液型を正確に把握する法的義務はあるが、その義務違反の有無と血液型の把握手段として他の医師ないしは検査技師の判定結果を信用することの是非とは、別個に評価すべきである。すべて自ら検査しなければならないとすることは、他の医師の技量や検査技師の専門性を否定するのと同じになるからである。検査技師の能力や検査技術の進展からして、今日の検査機関の専門性は、医師の専門性に勝っても劣ることはない。むしろ検査に限って言えば、検査技師の知見は信頼に値するといわねばならない。そもそも今日の医療体制は専門性を深めることと他の専門的知見を統合することによって成り立つ

ている。自己の持つ専門領域に関する結果に責任を持つ専門家が、相互に相手を信じていくことができなければ、チーム医療体制そのものが崩壊する。医療従事者の専門化とその知見の統合なくして、先端医療はいうまでもなく、医療そのものの進化はあり得ないのである。これを否定しかねない先の判例は、昭和57年当時の医療水準を念頭に解釈しなければ妥当性を失うであろう。

3) チーム医療による脳性麻痺事件

横浜地方裁判所は、当直医、准看護師（現在は看護師）各自の過失を、病院の診療体制において評価すべきであるとして否定し、「病院として一連の組織的な活動の過程に、全体として不十分な点が存したという意味において、（使用者責任を問うまでもなく）法人たる被告病院自身に民法709条の不法行為が成立する」と判示している*7。

後述するが、医療過誤の責任のあり方として、極めて正しい方向性を示した判決といえる。医療従事者の各自が故意または重過失による医療過誤を引き起こした場合には、従前のように各自の過失を厳しく追及するのが筋である。しかし、医療過誤の根絶を図るには、失敗から学ぶ工夫が必要がある。そのためには、医療従事者の通常過失による損害に関してはこれを免責し、患者の損害に関しては、医療機関としての責任を問い、それに医療機関の支払い能力を確保する社会的・公的保障制度を構築すべきである。医療従事者だけを優遇する保障制度は公費の無駄だとか、医療従事者に対する通常過失の責任を問わなければ、医療過誤がいつそう増加するなどの批判が予想される。しかし、医療過誤の根絶を法律上の処分強化や医療過誤当事者の対立を煽るだけでは不毛な結果しか生まれない。医療行為の原点を再吟味し、より高度な医療システムの実現を図るには、関係者の感情的対立を避けた議論が不可欠である。

3. 細胞診検査と乳がん誤診乳房切除事件

国立大学病院において、左乳房のしこりに気づき受診した患者に対し、病理部は穿刺吸引細胞診でクラス4と判定したものの、「要組織診」とコメントを付した。担当外科医は、触診、マンモグラフィ、超音波検査、穿刺吸引細胞診の所見を総合して乳がんを診断した。組織診を経ることなく乳房切除術を施行した。がん保険金の請求に際しての病理検査では、乳がん細胞が発見できず、「壊死性乳管炎」と診断された。

東京地方裁判所は、がん治療として乳房切除を受けながらがん保険金を受領できなかった患者が国に対する損害賠償請求訴訟を提起したところ、これを棄却した*8。

その理由とするところは、当時のがん診断に関する一般論（医療水準のことか？）に従えば、上記診断には不相当な点がなく、外科的生検を行わなかった判断にも合理性が認められ、術後の病理検査によりがん細胞が発見できなくても、患者の病変部にがんがなかったと断定することはできないとして、外科医の過失を否定した。これに反する鑑定医の意見は採用できないとして一蹴している*9。

本件は、最終的判断がなされていないので、裁判の是非より、「乳房切除手術後にかんでなかった例が山ほどあるのに、闇から闇に葬られてきた」ことに重大な関心を抱かざるを得ない*10。

闇に葬られてきた反省から、外科医は可能な限りがんであるとの確証を得て手術に踏み切るべきだとする見解は理解で

きるが、なぜ闇に葬ってきたのか、その原因の究明と他に解決策があり得ないのか、患者の立場に立った対応を真剣に検討すべきであろう。闇に葬らないで失敗を生かす手法の研究こそ医療過誤根絶の方向ではないだろうか。その対応を考えるためには、次項の医療過誤事件における判例から学ぶ必要がある。

第三 医療過誤を巡る裁判の問題点

1. 医療水準の功罪

1) 医療水準について、輸血梅毒感染事件の最高裁判決*11、ならびに水虫皮膚がん事件の最高裁判決*12は、「医師が負担する高度な注意義務」としている。つまり、医療水準とは、高度な医療と医療の現場との調和をはかるための道具概念であり、臨床の現場における医師の注意義務の判断基準となると判示した*13。

医療水準の概念を提唱したのは、一連の未熟児網膜症事件を背景にした松倉豊治教授である*14。

同教授は、1974年に「学問としての医学水準」と「実践としての医学水準」とを区別して、医師の法的な注意義務の基準は後者とすべきだと主張した。この主張に対しては、批判*15もあったが、昭和57年以降の最高裁判決が「医療水準」の用語を使用し、一定の流れを形成したように思える。

2) 判例の流れは、古くは医療水準の定義をせずに、「全国一体のものとして定着しているか否か」を基準としていた。平成に入ってから流れは、(i) 医師の知見としての水準、(ii) 医行為の規範としての判断水準（主観説）*16、(iii) 定着、確立していなくても十分な知見として普及しているか否かの基準（客観説）*17、など分かれている。概していえば、医師の責任に対する患者の過剰な期待を排してきた流れを、診療契約に基づく具体的な医療水準と定義することで、医療従事者には研鑽義務を課し、患者の期待権に一定の歯止めをかけることにより両者の権利義務の整合性を図る流れに変わってきたといえる*18。

3) しかし、この流れでは医療水準が個別化、細分化されるため、統一的概念としての規範性が失われる虞がある。医療水準から規範性を抜き取ると、医療従事者の倫理的な自己規律が逆に強く求められ、逆にその責任が過大になりかねない。これを防ぐには、後述する失敗から学ぶ社会的システムの構築が不可欠の前提とされなければならない。読売新聞2002年12月14日朝刊は、厚生労働省の医道審議会は、これまで刑事処分を受けていない医師への行政処分の見送りを止め、医療提供体制や医療水準に照らし、「明白な注意義務違反が認められる場合」には、行政処分の対象とすると報じている。医療水準のコンセプトを巡り、或いは何をもって明白な注意義務違反とするかの判断基準、刑事処分を受けていない事案での正確な情報収集が可能なのかなど、問題を多く抱えているが、医療従事者側の真摯な対応がなければ処分を恐れて失敗情報はいつそう闇に葬られることになるであろう。

要は、「言葉の缶詰」をやり取りするのではなく、医療従事者と患者との医療紛争を公平かつ迅速に解決し、再発防止に徹するシステム作りが先決である。

2. 裁判官と医療過誤

1) 裁判官は医行為の専門家ではない。しかし、「法的な紛争解決」に関しては、公平で透明性を確保して、しかも法律に

準拠した判断ができる専門家である。従って、医療従事者と同様な意味での医療の専門家でないことを理由にして、裁判官の医療紛争に関する判断を非難することは正しくない。この種の非難は裁判制度ならびに裁判手続法に関する誤解に起因していると思われる。裁判は紛争の前提となっている事実の認定とその事実を法律を適用して最終的には紛争を裁く(解決する)作業に分かれる。多くの批判は前者の事実認定に関するものである。人と人の組織により運営される裁判の誤りを完全に排除することはできない。事実認定と法令の解釈・適用によって紛争を裁く裁判官と裁かれる紛争当事者の両面に誤判要素があるからである。

2) 事実認定における誤判要素は、現状における裁判所の司法行政ならびに裁判官の実務的問題と当事者側の実務的課題に包含されているが、詳細は本稿では触れない*19。

医療過誤事件に限定されたことではないが、かなりのウェイトを占める誤判事由として、裁判官に事実に関する「正しい情報」が「正確に伝達」されていないように思える。そうであれば、裁判官が誤った判断をするのは当然の成り行きといわねばならない。「正しい情報」とは、科学的な意味における間違いのない情報を意味する。医療過誤事件の起きる医療機関では、正しい情報を保全する意識の欠如ならびにシステムに不備があるといわねばならない。救急患者への対応などでは、詳細な保全は極めて困難であろう。人の意図的保全ではなく、ビデオ撮影など機械的かつ自動的に記録されるシステムの開発が望ましい。

「正確に伝達」されるとは、医療現場における関係者の記憶が正確で、かつ、ありのままに伝達されることを意味する。しかし、人には記憶の間違いや希薄化を避け得ず、また自己保身などの事情から意図的ないしは潜在的に不正確な伝達になる可能性が高い。記憶違いや記憶の希薄化を防ぐためにも自動記録システムの考案が必要である。事故発生後に経過を記録するだけでは不十分であり不正確になることを回避できない。医療現場での経過記録の保管理は急務であるはずだが、医療従事者の責任追求の根拠となりかねないために遅れが目立っているように思える。後述する医療従事者の責任軽減措置を並行して進められるべきであろう。

3) 注意すべきことは、専門的知見を十分に持たない者は必然的に誤った判断をするという偏見である。特定の領域における専門家は、公正に代わって「先入観」を抱き、透明性や合理性に代わって「不透明な閉鎖性と身鼻頂」に陥りやすい傾向を持つ。専門家は専門領域を同一にする過誤に関して却って誤判を起しやすいためである。比較論ではあるが、裁判官は、公正かつ透明性・合理的な判断の訓練がどの職域の者より卓越していると思う。勿論、医療過誤における原因の追及には優れた専門家の知見は不可欠である。そのために裁判所は医療過誤に関して医療鑑定人を多く採用する。公正と透明性・合理性に加えて科学的視点を求めているからである。畢竟すると、公正かつ透明性・合理性を確保しながら正しく判断できる裁判官に、医療従事者側が責任軽減と引き替えに正しい情報を正確に伝達するシステムを構築する必要があるといえよう。

4) 海難審判制度や航空機事故調査委員会制度は専門家による海難や航空機事故の原因究明を目的としている。その結果として、海難や航空機事故の原因者と一般人との紛争解決に

大きく貢献している。

これらの制度のあり方は医療過誤の原因を探求する制度を創設する際に参考となる。医師は医行為の、検査技師は細胞診など検査の専門家である。医療過誤の再発防止には、過誤原因の究明を目的とした専門家による医療過誤原因説明組織が必要である。その原因に関係した有資格者への行政処分までも裁決できるシステムとするかは、医道審議会との絡みから検討を要する。現状の司法的判断による医療過誤原因の究明と、これに基づく監督官庁の行政処分制度だけでは、医療過誤再発の防止にどれほど寄与しているか疑問である。また、医療過誤による被害者への迅速にして十分な損害填補に貢献しているとは思えない。その意味においても、あるべき医療と患者の社会的制度として、医療過誤原因調査機構を早急に立ち上げるべきである。前述した医道審議会の、刑事処分を受けていない医師に対する行政処分の実施に後れを取ってはならない。

5) 裁判外紛争解決(ADR: Alternative Dispute Resolution)が注目されている。あくまでも裁判外の制度であるから、最終的には裁判所による解決を求める権利を奪うことはできない。詳細は省くが、医療過誤の原因調査機構に法律家を含めることで、或いは仲裁制度として別個の医療過誤紛争解決機構を立ち上げれば、裁判外紛争解決制度に格上げすることが可能になる。医療過誤事件を患者と医療従事者側との熾烈な戦いと位置づけず、科学的に原因調査することにより、患者の救済や損害保障に平行して再発防止に寄与する絶好の機会と発想の転換を求めたい。

3. 当事者の立証責任

1) 医療の現場に、医療全般にわたってのあらゆる情報が集中している。患者は医療従事者側の過失を立証しようにも、徒手空拳に近い立場にある。だから、はじめから勝ち目がなく、不公平だとする意見がでる。これは民事訴訟法の立証責任に関する問題だ。実務的には、立証責任の転換だとか、責任の推定法理を用いて患者の負担軽減を図っている。したがって、心理的不公平感に残るだろうが法律上の不公平さは少なくなっている。

2) 何よりも、裁判の前提事実は、「科学的真実」というより「法廷内真実」といった方が解り易い点を理解しなければならない。法廷では、証拠に基づいた事実認定しかできない。証拠なき事実の主張は裁判に関する限りその主張事実は存在しないものとして扱われる。逆に証拠に裏付けされた事実的主張は、その証拠が捏造か、或いは虚偽であることが反証されない限り、真実として扱われることになる。神が事実を証明するわけではなく、裁判官という「人」が法律の枠組みに支えられた裁判制度に従って事実の認定を行うのだから、誤判は払拭できない。どの国の裁判制度も例外なく三審制など判決を再考するシステムをとっていることが、このことを裏付けている。科学者でもある医療従事者からの医療過誤に関する批判は、事実認定の誤りに集約できる。証拠と事実認定に関係する法律を知れば、裁判官の素質や裁判制度への批判の大半は沈黙することになるだろう。もっとも、証拠に基づき事実認定するといってもそう簡単ではない。当事者のそれぞれが主張する事実は、各自が提出する証拠を調べると、どちらも真実のように見え、或いはどちらも嘘のように思えることが少なくない。こんな場合でも、相撲の行司と同じく、裁

判官は引き分けを宣言できない。民事裁判での和解が成立しない限り、どちらかに軍配を上げねばならないので、裁判官は難しい選択を迫られる。以下で、民事事件と刑事事件との相違を中心に、その選択基準を簡単に述べる。

3) 民事裁判では、「証拠の優越」で判断することを許している。原告と被告の提出する各証拠を比較して、より本当らしく思える証拠を提出した方の主張を事実と認めて判決すればよいと規定する。また、裁判官には紛争の一回的かつ最終的な解決のために、法的正義の実現という難しい課題が与えられている。裁判官は、紛争に関する事実を認定するにあたり、できるだけ客観的真実に近い事実を認定すべきであり、その事実法律を適用するだけでなく、法の適用が法的正義になっているかを自ら検証しなければならない。紛争は社会的な生き物であり、ある程度の普遍性を持つ法的正義に裏打ちされた解決でなければ、再燃しかねないからである。事実認定は法律の解釈や適用と同様に重要な裁判官の職務である。前述したように医療過誤事件における不平不満は、法律の適用や解釈に対するものではなく、事実認定にある。医療従事者側が保持する正しい情報を正確に伝達しなければ、自ら主張する事実は裁判官に認められないことを知る必要がある。その法的背景を知った後になお残る不満は、前二項2号ならびに4号記載の医療過誤に関する原因究明制度を立ち上げるしかないと思う。

4) 刑事裁判では、検察官と弁護人の提出する証拠を裁判官がその優越度で判断することを許していない。検察官の提出する証拠が被告人側の証拠より少し本当らしいだけで、被告人が死刑や懲役に処せられることがあってはならないからである。裁判官は、検察官の提出する証拠で「合理的な疑いを入れない程度の犯罪事実が証明された」との心証を得たときのみ有罪をいい渡し、それ以外は無罪をいい渡さねばならない。灰色は無罪である。真っ黒でなければ有罪にできない。裁判から誤りを完全に払拭できない以上、真犯人を無罪として放免する誤りを許容し、無罪の者を有罪とする冤罪を許さない趣旨である。医療過誤事件における被告人も例外ではない。民事事件で有罪になった医療従事者が刑事事件では無罪になることが決して希有ではないのも肯けるはずである。その意味で、先に述べた医道審議会の刑事無処罰者に対する行政処分は慎重でなければならない。

第四 医療過誤を生かす

1. 医療の失敗から学ぶ

1) 医療に失敗はつきものである*20.

その再発を防止するため、海難審判制度のような裁判外制度として、事故原因究明制度や医療過誤に基づく紛争の自主的解決制度を検討すべきである。しかも、純粋に事故原因の究明に徹するために、医療従事者の責任軽減を、場合においては免責にすることが検討されねばならない。医療過誤において、医師の責任の追及が厳しくなればなるほど、その原因となった事実は隠蔽される。事実を隠蔽した医師の倫理的責任を問うのみでは問題の解決に至らない。

2) 失敗情報を明るみに出し、二度と同じ失敗を繰返さないために、失敗情報を医療従事者や患者など関係者が共有できるシステムを開発すべきである。それには、国家賠償法の規定が参考になろう。すなわち、公務員である医療従事者によ

る医療過誤事件での賠償責任は、国家もしくは自治体が責任の主体となり、公務員個人は故意または重過失があるときのみ求償を受けると規定されている。この法条をすべての医療機関とその医療従事者にも適用できるように法改正すべきである。現行法は逆の規定になっている。公務員である医療従事者の責任が一般の民間の医療従事者より重いならば理解できるが、軽くなっているのは理解できない。いわゆる「お上」偏重ないしは「官尊民卑」思想の残骸であろう。一部ではあるが、公務員の所為が国益に反し或いは一般国民の信頼を如何に裏切ってきたか、昨今の報道により明らかになっている。至急に国家賠償法の趣旨を一般医療関係者にも拡大すべきである。

3) 前号の主張は国家組織に関する基本的認識論に基づいている。本稿の目的ではないので詳論を避けるが、行政と私企業と国民との三者が、三角錐的な社会構成の側面的要因であると捉え、それぞれの権利・義務は棲み分けした上で、対等かつ公平であるべきとする国家体制私論を前提にしている。戦後の混乱期には、行政主導で功を奏してきたが、21世紀に向け、かつ、多くのシステムがグローバルな展開を余儀なくされつつある今日では、もはや無用であるばかりか有害というほかはない。一部を除き、行政主導が先行き不透明な社会不安を惹きさせているといっても過言でない。

2. 医療過誤と内部告発

昨今の内部告発を考えておきたい。告発者を保護する法案がやがては成立する。内部告発は組織への裏切りであり、我が国の善良な公序に違背する恐れがあるとして反対者も少なくない。しかし、時代は内部告発者を歓迎するムードに満ちている。問題は、内部告発の是非ではなく、気密性、閉鎖性、仲間意識の高い組織内の多くの不祥事が、これまで隠蔽されてきたことである。人の生命、身体、健康に関わる不祥事は、官民を問わず、むしろ官庁など公益機関においてこそ、惜しみなく公表されるべきである*21。

プライバシーの保護に配慮した公表が不可欠であるが、残念ながら、これまでの医療過誤に関する情報が惜しみなく公表されてきたとはいえない。公表される情報がない限り多くの関係者の情報の共有はありえない。失敗情報が医療過誤の再発防止に不可欠であるのに、隠蔽され続けるのであれば、内部告発者を保護しながら告発を待つしかない。これでは医療従事者として誇れたものではない。

医療従事者が自ら立ち上がり、自己の持つ失敗情報の公表と他の情報の共有による失敗防止策を構築すべきである。

3. 賠償制度から保障制度へ

医療過誤による損害は、患者のみならず医療機関ならびに医療従事者の三者に発生する。いずれの関係においても加害者と被害者の対立構造から脱皮しなければならない。被害の社会的保障を制度的に確立し、医療過誤における原因の精緻な解明による事故再発防止への具体的対策の樹立と実行に心血を注ぐべきである。そうすることにより、現行の健康保険制度に被害保障制度を付加することの社会的合意の形成が可能になるであろう。もちろん、官民を問わず、故意や重過失に該当する医療過誤の関係者に対する民事・刑事責任の追及は当然である。

第五 細胞診検査の問題点

1. 検査数値と病歴との関係

被検査者の病歴などの個人的情報と検査結果のリンクならびに検査者の個人的事情ならびに検査システム自体等に起因する誤差の回避性を否定できない。臨床医からの検査依頼書に検査技師へのコメントを記載したり、過去の検査結果をも参考にできるような配慮がなされているはずである。但し、検査技師がこれらの参考データの利用方法を誤るとかえって誤差を生む要因をつくりかねないので注意を要する。先入観或いは予断が検査結果の精度を左右しかねないからである。

検査と署名の法的関係に触れておかねばならない。検査技師は陰性と判定したとき、署名すべきだろうか^{*22}。検査結果として陽性なのに陰性と誤って報告書に記載した場合には、患者に重大な危険を与えるおそれがあるので事態は深刻である。これを受けて、いわゆるスクリーニング・システムを導入して、陰性結果の10%以上のスライドについて再検査を実施しているようである。しかしながら、再検査は他の検査技師が行うのか、細胞診指導医が行うのか明らかにされていない。後者による再検査が望ましいが、少なくとも他の検査技師によるダブルチェックは実施すべきである。重要なことは、精度管理の手法として、再検査による初期検査の誤謬率を数値化することにより検査精度を公表することである。このことは検査結果の絶対性を否定することになるが、むしろ科学的にそれが正しいことではないだろうか。臨床医が検査結果を鵜呑みにして患者に被害を与えることのないように、検査精度ないしは検査限界を数値化して伝達すべきであろう。検査精度の向上技術の開発や検査技師の能力向上のための方策が樹立されることになるに違いない。検査精度が公表されていれば、検査結果を利用する臨床医の慎重な取り扱いが期待される。よって、検査技師は自己の責任を明らかにするために検査報告書に署名するのを躊躇う必要がなくなる。

では、検査を実施していない細胞診指導医は検査技師の作成にかかる検査報告書に署名すべきであろうか。細胞診指導医といえども、自ら検査していないのに、検査報告書に署名するのは避けるべきである。対外的な影響力に配慮して署名する場合には、署名欄の下に「細胞診指導医は本検査実施者である検査技師を指導したことを明らかにするために署名する。検査結果に対して無条件で責任を負担するものではない」と記載しておく必要がある。細胞診指導医または検査技師が、報告書に無条件で署名した以上は、検査結果に対する誤り(実は陽性であったことが判明し、適切な医療を受ける機会を喪失したと判断されるなど)の責任を免れ得ないからである。患者の適切な医療を受ける期待権を侵害したものと、法的責任が問われる。だからといって、責任の追求を恐れて署名を拒めば、検査に対する信頼を喪失し、検査制度自体の崩壊を招きかねない。法的責任を負担する要件を備えた者のみが署名し、それ以外の者の署名には条件を付しておく必要がある。

陰性なのに、陽性と判定した場合はどうか。検査の結果として、がんを宣告された患者が、死を覚悟して営業を中止した。その後、がんでなかったことが明らかになった。この場合、営業中止または廃業による損害の賠償問題が浮上する。

必ずしも損害の全額を賠償する責任があるとはいえないが、損害賠償を覚悟しなければならない。個別的な検証が必要である^{*23}。いずれにしても、前述したように検査精度の数値公表が周知されれば、臨床医の慎重な取り扱いと相俟って検査機関への期待が高まっても過小評価されることはなくなるであろう。

検査が外注される場合には、細胞診指導医ならびに検査技師が患者を直接みることはない。検査機関従事者は被検体を検査手法に従って検査するのみである。そこには患者への先入観や偏見はないので、正確・冷静な検査が実施できる。しかし、臨床医からのコメント以外には患者の病歴を知悉しているわけではなく、自らの知見と五感に頼る診断ができないため、検査数値のもたらす意味・効果を検証できない。やはり検査数値と症例との相互関連性の研究が急務であろう。

2. セカンド・オピニオン

それにしても現行では、検査数値と患者の固有の現症状や病歴とのリンク情報が不足していると思う^{*24}。

患者は重大な病名診断を聞かされたとき、セカンド・オピニオンを求めるのが常識になりつつある。医療従事者にしてもセカンド・オピニオンを求めることを積極的に指導ないしはアドバイスすべきであろう。医師個人の威厳や自尊心より、患者に対するより正しい医療行為の実践のためにと頭を切り換えることが大切である。初めに担当した医師の見解と他の医療従事者の意見が食い違ったからといって、それが極めて初歩的な誤り或いは医療水準に著しく反するものでない限り、恥じることはない。また悪戯に責任を問うべきではないと思う。薬剤感受性情報研究会のように検査数値と症例との相互関係の研究が進展することを期待したい。

3. 検査数値と臨床医

検査数値を臨床医が無条件で信頼することは間違っている。検査数値を一人歩きさせてはならない。臨床医が知悉しているべき患者固有の情報と総合して再吟味するのは当然である。前述した検査制度の限界値を参考にして、慎重に判断すべきだからである。だからといって、すべての検査結果をことごとく再度自ら確認すべきとする見解は支持できない。再度の確認を怠ったとして注意義務を尽くしていないと判断するには、それだけの合理的理由がなければならない。先の乳房切除事件では、病理医の「要組織診」とのコメントを無視した外科医の独断と専行が後施術に結びついていると指摘する見解がある。他方には、裁判官が大学病院の医師に誤りはないものとする偏見を抱いているのではないかとする見解もあろう。勿論、現行の医療水準からして、外科医の判断には誤りがなかったとして、一番の判断を支持する見解もある。難しい問題だが、これ以上は踏み込まないでおきたい。ただ、これまでこの種の医療過誤の多くが「闇から闇に葬られてきた」ことに重大な問題が潜んでいるというべきであろう。

臨床医の過失の有無に関する合理的理由につき今少し触れておこう。臨床医は、検査に立ち会うことなく、検査数値を報告書で知ることになる。自らの知見に基づく診断に検査数値を参考にする。血液型判定義務が臨床医にあるとしても、検査機関ならびに転医前の医師を信頼し真偽を確認しなかったとしても、ただちに該義務違反に当たるとはいえない。自己の診断に検査数値をも加味して病名診断することは当然に許されるからである。すべての検査数値の真偽を確認する義

務は臨床医にはないと解する。医師の資格と能力を必要以上に高く評価し、それに比例するかのよう医師の責任を過大に見積もり、何でも医師責任とすることは誤りである。他方で、患者の安全という大義名分をかざして医師以外の者に対する能力と信頼を低く見積もり、徒にその業務範囲を制限すべきとする見解は、ギルド的偏見との批判を受けねばならない。こうした誤った見解の中では、現行の医療システムならびに医療過誤に関する諸種のスタンスは失敗から学ぶどころか、これを繰り返す不毛な姿勢しか生まれない^{*25}。

4. 患者救済制度の構築

これらの悪弊を除去するには、患者の損害を社会的に保障する制度を確立し、他方で医療従事者に対する責任軽減の法的手当が不可欠である。かつて、自動車事故が急激に増加し、しかも一定の割合で不可避的に発生していることが判明した時点で、事故による被害者救済を目的とした自動車損害補償法が制定された。これは被害者の救済のみならず、加害者の経済的負担軽減と社会的に自動車の有用性（自動車産業の発展育成）との整合性を図ったものと理解できる。この制度の背景と医療過誤による被害者救済ならびに医療機関の社会的有用性ととの整合性を図る背景とが酷似している。

がん保険金の支払い条件に、医療水準からがんと判断されていれば、その後の病理解剖などによりがんではないとされても支払うとの特約を付けるのも一案である。それだけでは、乳房を切除された患者の肉体的苦しみや精神的苦痛が、完全に癒されることはないが、金銭的慰謝でしか解決手段はない。人間の行為から、過ちを完全に払拭できない厳然たる事実を受け入れるべきである。患者自身がセカンド・オピニオンを求めるとか、社会的に合理的な解決策があればそれで満足するしかないように思える。社会的有用性と個人的利益のバランスは、社会的事情により変動することも承認すべきである。

第六 細胞診における法的危険管理 (Legal Risk Management)

1. 証拠の重要性

医療機関は日頃から、診療記録、看護記録など、検査機関は検査記録の整備と保管が大切である。チーム医療の責任者を事前に明らかにし、その他の者は責任者の指示に従って、より完全な医療行為を遂行する。その過程を各証拠により明らかにする。人間の言動は過去に遡れば上るほど曖昧になる。紛争の「回避性」と「法廷内真実」を合わせ読むと、「紛争は顕在化した時点で、すでに勝敗がついている」とする原理を知ることができる。紛争が発生してから慌てて証拠集めをするのでは、法的紛争での勝ち目が少ない。日常的な法的危機或いは危険管理が必勝の条件である^{*26}。

2. 医療機関の法的危険管理

第三項1号で医療従事者の責任の有無につき判断基準となってきた医療水準に関して、裁判所の流れが、個別的、具体的な医療従事者の規範基準性を失っていると述べた。専門家によるチーム医療の推進と医療機関の法的危機管理体制の確立が不可欠である^{*27}。医療従事者の責任判断基準に関して再総合化を図る必要がある。公務員として医師の責任と同じく、個人的責任の要件は故意ないし重過失に制限し、他方では公務員による賠償責任に関する法律と同じく、社会的費用の負担で患者の被害を保障する制度の構築を提唱したい。最

先端医療の進展と患者の生命、身体の保全との整合性を重視した医療行政改革が望ましいからである。医療機関における法的危険管理の詳細は省略する。

以上

- * 1 2002年12月12日読売新聞朝刊は、救急救命士が一定の条件下で「気管内挿管や除細動」ができるように省令改正が行われると報じている。現行法では固く禁じられている上に検査技師の知見からしても現実性のない時期ではあるが、これと同様に検査技師が医師に公認された特別研修を受けて知見を重ねるなど一定の条件下で、危険のない状況が保障されて被検体を採取できるようになれば、医師も患者も緊急かつ精密な検査を迅速に受ける利益があるだけに、チーム医療の実効性を高めることが可能になるであろう。
- * 2 刑法35条「法令または正当な業務による行為は、罰しない。」の適用があるのは、医師の医行為の他、正当な逮捕監禁や武器の使用、教員の懲戒権などがある。医師法17条参照。安楽死が医行為として許容されるかの問題は、刑法35条に定める正当な業務行為に該当するか否かにかかっている。横浜地方裁判所判決(平成7年3月28日判例時報1530号28頁)は、医師による安楽死が許される条件として、①患者が耐え難い肉体的苦痛に苦しんでいること、②死が避けられず、死期が迫っていること、患者の苦痛を除去・緩和する他の手段がないこと、③生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること、などを必要としている。
- * 3 手嶋 豊「がん患者に対する諸問題」太田幸夫編・新・裁判実務体系1医療過誤訴訟法(青林書院)399頁以下参照。
- * 4 最高裁判所平成11年2月25日判決=民集53巻2号235頁。原審は、福岡高等裁判所平成8年6月27日判決=民集53巻2号297頁である。
- * 5 秋山賢三「裁判官はなぜ誤るのか」(岩波新書)ならびに週刊新潮の平成14年度連載記事「裁判官がおかしい!」参照。新潮が指摘するのは事実であろうが、すべての裁判官がそうではないことも事実である。むしろ、最大の問題点は、役所の多くがいまだ官尊民卑の思想を強く保持していることである。役所の建物に出入りする一般人への処遇がその証左といえる。廊下に椅子を配置して一般人をして待機させることをいっこうに憚らない感覚は官尊民卑の典型であろう。
- * 6 札幌地方裁判所昭和57年12月21日判決=判例タイムズ492号136頁。
- * 7 横浜地方裁判所昭和58年5月20日判決=判例タイムズ506号167頁。
- * 8 東京地方裁判所平成10年第11321号損害賠償請求事件:平成13年1月30日判決(控訴中)
- * 9 京都地方裁判所昭和55年4月25日判決=判例時報979号97頁は、「乳腺繊維腫」を「乳がん」と誤診し、乳房切除を実施したところ術後感染症を起こした事例で賠償を命じているのと比較して、いささか前記注6記載の判決には疑問が残る。
- * 10 <http://homepage2.nifty.com/MECON/judgment/judgment02.htm>「医学鑑定と判決の研究～乳房切除術後に乳がんできなかったと告げられたケース」参照。
- * 11 最高裁昭和36年2月16日判決=民集15巻2号244頁。
- * 12 最高裁昭和44年2月6日判決=民集23巻2号195頁。
- * 13 飯田隆「注意義務の程度(2)―医療水準の重層構造と注意義務」根本久編・裁判実務体系1(17)医療過誤訴訟法(青林書院)58頁以下参照。
- * 14 松倉豊治「医学と法律の間」(判例タイムズ社)。
- * 15 新美育文「医療過誤―その現代的論点」ジュリスト828号151頁以下(1985年)、畔柳達雄「未熟児網膜症裁判の現状」判例タイムズ618号184頁以下(1986年)、滝井繁男・藤井 勲「『医療水準論』の現状とその批判」判例タイムズ629号12頁以下(1987年)。
- * 16 山田卓生「医療水準と医療慣行」判例タイムズ447号41頁以下参照。
- * 17 前掲松倉・134頁。
- * 18 西野喜一「医療水準と医療慣行」太田幸夫編・新・裁判実務体系1医療過誤訴訟法(青林書院)108頁以下参照。
- * 19 前掲秋山賢三「裁判官はなぜ誤るのか」岩波新書147頁以下参照。
- * 20 L. コーン/J. コリガン/M. ドナルドソン編・米国医療質委員会/

医学研究所著・医学ジャーナリスト協会訳「人は誰でも間違える一より安全な医療システムを目指して」(日本評論社・2000年11月10日) 59頁以下参照。

*21 前掲「人は誰でも間違える」31頁, 134頁以下参照。

*22 日本臨床細胞学会 支部長会議 資料のうち, 精度管理に関する小委員会「細胞診検査施設への要望事項」3項に「細胞検査士はスクリーニングの結果陰性と判定したのもので, 多少とも疑念があれば指導医の判定を得てから報告しなければならない。」とあり, 平成12年 日本臨床細胞学会「細胞診精度管理に関する会告」2項には, 「細胞診報告書には陰性報告においても, 細胞検査士の署名を行う。また, 一定の割合で細胞診指導医の判定と署名を受けるように努めること。」とある。検査結果が陰性であってもなお疑わしき結果が皆無でないことを前提としたもので, 正しい方向を示している。

*23 悪性リンパ腫と誤診した場合, 検査結果が判明した時点で治療を

中止すべき」とする東京地方裁判所平成4年4月10日判決=判例時報1452号60頁, 東京高等裁判所平成6年1月24日判決=判例タイムズ873号204頁各参照。

*24 薬剤感受性情報学会による野村武則他5名「糖尿病における腫瘍マーカーの意義—とくにCEAおよびCA19-9について」(総合臨床 Vol 42 No 10, 1993:10)の報告は今後さらに進展されることを期待したい。

*25 前掲「人は誰でも間違える」188頁以下参照。

*26 第二東京弁護士会小海正勝他二名【二弁フロンティア】特集座談会「医療過誤」参照。

*27 麻生利勝「企業犯罪抑止の法理」(成文堂), 「企業犯罪」(泉文堂)等参照。人並びに人的組織は不可避免的な法的危険に遭遇し, 遭遇したことを知った時点で, 既に法的な勝敗がついているとの認識を根元に置き, 法的危険を事前に管理する手法の重要性を説く。



地方会便り



日本臨床細胞学会神奈川県支部

日本臨床細胞学会神奈川県支部長 篠塚孝男

昭和57年, 松岡規男先生を支部長として発足した日本臨床細胞学会神奈川県支部は, 現在では会員総数496名, 医師会員151名(うち細胞診指導医102名), 技師会員345名(うち細胞検査士342名)を擁する東京に次ぐ大所帯の支部であります。歴代支部長も桔梗辰三先生, 岡島弘幸先生, 蔵本博行先生ら全国でも有数の蒼々たる顔ぶれが歴任されており, 当会の繁栄と発展はまさにその先生方のご尽力の賜であります。このような歴史も古く, 活動も活発な支部の支部長を, 平成14年4月より北里大学蔵本先生にかわり神奈川県支部長を拝命させていただきました。現在の事務局は東海大学医学部付属病院病理診断科に設置しております。神奈川県支部の主な活動としては, 年1回の学術集会と年2回の講習会の開催, 年2回の支部会誌の発行があります。

学術集会は平成14年で21回目を数えました。毎年200名以上の会員が一同に会する学術集会は, これまで各学術集会長が工夫を凝らして企画してまいりました。内容としては, 全国的にも第一線でご活躍中の先生方に特別講演, 教育講演をお願いし, 一般演題12~15題, スライドカンファレンス, と全国学会に比べても遜色ない内容となっております。そして, 地方会特有のアットホーム的な勉強の場という雰囲気も兼ね備えており, 学術集会の後に行われる懇親会は会員同士の親睦をはかると同時に情報交換の場ともなっています。また, 本年度平成15年の第22回支部学術集会においては, 神奈川県支部で初めて細胞検査士が学術集会長を務めるとこと

になり, 新しい風が吹いてきております。

年2回行われる講習会おきましては, 一方は細胞検査士育成のための基礎的な講習会, 他方は卒業教育的な最新内容の講習会を開催しています。後者は県内外を問わず第一線で活躍中の講師を招請し, その題材に合わせたスライドカンファレンスを企画しております。本講習会は常に出席者が100名を越える盛況ぶりです。スライドカンファレンスでは常に熱いディスカッションが交わされております。

神奈川県支部会誌は, 学会抄録号と論文掲載号があり, 年2回発刊されております。学術集会において特別講演, 教育講演をされた先生方の論文と症例報告を中心とした内容であります。英文写真解説, 英文抄録と全国誌と同様の体裁を整えております。また, スライドカンファレンスの解説も併せて掲載し, 学会に出席できなかった会員に対しても情報が行き渡るようにしております。

終わりになりましたが, 本年平成15年は神奈川県支部にとって, これまでに経験のない大きな年を迎えております。北里大学の蔵本博行教授が第44回日本臨床細胞学会総会を, 不肖私が第42回日本臨床細胞学会秋期大会を主催させていただくことになりました。総会を京王プラザホテルで, 秋期大会をパシフィコ横浜で開催する予定です。神奈川県支部の会員一同, 全力でこの2つの学会が成功するよう鋭意準備中で, 皆様方の多数の参加を心よりお待ち申し上げます。

日本臨床細胞学会のNPO法人化と 日本細胞診断学推進協会

日本細胞診断学推進協会会計担当常務理事 佐々木 寛

現在、日本臨床細胞学会は、NPO法人化の認証を東京都庁へ申請し着々と法人化に向かって進みつつあります。定款、定款細目の案を蔵本博行会長の下、学会機構・学会細則検討委員会で練りつつあります。従来、日本臨床細胞学会と日本細胞診断学推進協会とは、学会が学問、協会が収益事業と役割分担を行い円滑に両者が働き発展を遂げてまいりました。学会のNPO法人化に伴い、協会の今後のあり方についてさまざまなご意見があり、学会の細目検討委員会でも議論になっております。協会の半藤 保理事長が細目検討委員の一員として十分な議論をしておりますが、その方向として、「日本臨床細胞学会がNPO法人化したとしても、日本細胞診断学推進協会との関係は、当面できうる限り従来と同じ関係を保つ」ことであります。その根拠としては、学会がNPO法人化する理由が、「専門医資格」を認定される学会となるために学会の法人格が必要だからであります。すなわち2002年3月29日「医療に関する広告規制の緩和の告示」が厚生労働省より公示され、この告示によると、広告が可能となる「専門医資格」が認定される学会の要件に「法人である」ことが明示されています。専門職を維持してきた実績のある日本臨床細胞学会がさらに発展するためにも、専門医資格を得ることがぜひ必要と考えております。協会としても学会の発展のために協力を惜しまない方向で考えております。

現在、国会で論議され、学会・協会に影響がある動きとしては「日本専門医認定機構」であります。「日本専門医認定機構」とは、専門医認定制協議会に参加する学会が中心となって、昨年12月に設立された有限責任中間法人で本年度より本

格的な活動を開始しております。これは専門医制度の適切な運用を目指し、各学会間の調整、制度の整備、生涯教育制度などのチェック等を課題とすると聞いております。広告規制緩和以後、要件を満たす学会専門医資格の広告が認められるようになったため、国民向けの広報を充実する目的で、ホームページも公開する予定です。

平成15年5月6日時点で厚生労働省の認定専門医で専門医名の広告が認められた学会は15団体であります。

また、NPO法人についての税制の論議が国会でなされております。この論議はNPO法人の名の下に税を払わない団体があり、NPO法人の本来の目的を逸脱しているとの論点があると聞いております。現在この論議は進行中で今後2～3年間のうちに国会での方針が決定されるようです。このため、税制上の不利が日本臨床細胞学会にかからないようにすることを主な目的として設立された日本細胞診断学推進協会は、今後とも学会を側面から支えるために、重要な役割を担えると考えられます。

現在は、社会制度の変革がなされ、流動的である点から、学会・協会の関係は従来どおりを維持し、変化を十分見定めたいうえで、対応することが最も安全な姿勢と考えられます。今後の「協会のあり方」については、委員会を設立し、皆様の英智をいただき進む方針であります。

話は変わりますが、協会の平成14年度の会計決算は黒字を確保し健全財政であります。これは一重に、事業に携わった会員の皆様のご努力の賜物であり、この場をお借りし御礼を申し上げます。次第です。

細胞検査士会国際委員会委員長 小林 忠 男

細胞検査士会の国際委員会は前委員長の時代から IAC (International Academy of Cytology) などを中心とした主に欧米諸国との国際連携の窓口として活動してきた。しかし、日本臨床細胞学会 (以下細胞学会) の IAC 小委員会が、国際交流小委員会 (坂本穆彦委員長) と名称を改め、細胞学会とアジア諸国との連携にその力点が移されるに至った。勿論、IAC に対する協力や活動は引き続き行われていることは言うに及ばない。そのような意味から我々も開発途上国を含めたアジアの保健医療福祉の広い分野における、国際協力や推進のあり方を模索して、2年目を迎えようとしている。ここでは平成 14 年度の主としてアジア諸国との交流活動を振り返って細胞診の国際協力を考えたい。

細胞学会で現在のようなアジア諸国を含めた、国際フォーラム形式で、シンポジウムがもたれたのは多分、1999 年に小塚正雄会長が開催された第 38 回秋期大会 (名古屋市) が最初であったように思える。その時に講演されたタイからの報告「肝臓癌の細胞診断」は、大変 Quality の高いものであったことを今も記憶している。それもそのはず Dr. Rangdaeng (チェンマイ大学) は 1995 年以来日本医大の前田昭太郎先生らから国際交流の事業として指導を受けているとのことであった。本来のアジアフォーラムはその 2 年後の 2002 年大阪で開催の第 43 回総会で植木 實会長が企画された「アジア諸国における細胞診の現状と将来像」であった。本会では筆者も野田 定先生と司会役としてアジアの仲間とご一緒させていただいた。このセッションでは中国、台湾、タイと韓国からの各シンポジストと、交流をもつことができ、それぞれの国に温度差はあるものの細胞診への意欲と教育・システム作りに努力されている姿がよく理解できた。この大阪学会の 10 日ほど後に筆者は北京 (中国) の日中友好病院 (中日友好医院) で開催された日中国交正常化 30 周年記念の日中医学学术交流会に招かれ、北京を訪問する機会を得て多くの関係者にお会いした。ご承知のとおりこの病院は政府援助 (ODA) によって 1984 年に建てられた中国厚生部直轄の病院で、病床数 1,300 床 (医師数 680 名、看護師 750 名) とまさしく中国を代表する病院に思えた。また、臨床検査部に配置されている機器や装置については、いずれも近代化されてそのシステムにも驚かされたが、階下の病理部が余りにも装置やスタッフなどの点で貧弱であったのにはもっと意外であった。また、日本で研修を受けた病理医の Dr. Tong も非常に予算的に厳しく研修もままならないと愚痴をこぼされていた。細胞診も勉強したい意欲も強く示されていた。日本の ODA による病院の病理部としてはいささか貧弱でもっと、モノやヒトづくりへの支援ができないものだろうかというのが筆者の率直な感想であった。中国の医療保険制度も 50 年代初頭のソ連モデルだそうで、種々の弊害が医療費高騰に繋がっていて今まさに「混沌」としているのも事実である。

平成 14 年 11 月には第 41 回秋期大会 (下関市) が石原得博

会長のもとで開催され国際シンポジウムが計画された。ここでは韓国、タイ、中国、シンガポールとさらにオーストラリアからの参加もあった。面談した Dr. Wee (National University Hospital of Singapore) からはシンガポールとオーストラリアなどとの教育連携が活発であることをお聞きし、さすがアジアの優等生ぶりを感じさせた。また、中国の Dr. Sun (Peking Union Medical College) はシンポジウムで Liquid based cytology の話題を示されたが、同年 6 月に見学した日中友好病院での印象が、脳裏から離れずそのギャップの大きさに少し戸惑った。引き続き 11 月 5 日には「日中医学大会 2002」が北京国際会議センターで開催され、細胞学会は中華病理学会と合同で学術集会をもった。ここでは椎名義雄教授に「日本における細胞検査士教育の歴史」の講演をお願いした。さらに、本年の 1 月には第 9 回「タイ・日本細胞診ワークショップ」が日本の細胞学会が後援をしてタイ Hua-Hin にて開催された。この会には多数の日本人の参加もあり 2 日間の日程では少し厳しいものがあつた。この国際協力をここまで育てられている前田昭太郎先生や関係者の皆さんのご努力に敬意を表したい。また、この会場では細胞学会からの推薦で現在プノンペン (カンボジア) に国際協力事業団 (JICA) から細胞診の技術支援で派遣されている旧知でもある桑畑雅子氏とお会いし、カンボジアでの細胞診や近況を聞くことができた。聞かされる話はいずれも驚きばかり、国民の 9 割が貧困層で、ごく一部の裕福な人のみ病院に行き検査を受けることができる現実、カンボジア人の病理医はただ一人、厳しい状況での国際支援活動である。一体自分に何ができるのか、無力さを強く感じるとも彼女は話していた。勿論アジアをひと括りには語ることはできないこともよく承知している一しかしこれもアジアの現実である。なお、Hua-Hin のワークショップには Dr. Wee も参加されていた、下関学会以来の再会である。また、細胞診の技術支援の話題では昨年 11 月にワシントン大学から発表された「HPV ワクチン臨床応用の成功」の話は意外に盛り上がった (N Eng J Med 2002; 347: 1645~1651)。開発途上国に対する保健医療の立場からすると子宮癌に対する細胞診の普及よりも前に、HPV ワクチン開発のチームがヒトを対象とした試験を現地では始めるほうが早いのではないかと感じた。

これまで開発途上国への細胞診技術援助は主に JICA や各自治体 (あるいは民間団体) を通じての、国際支援事業やボランティアとして日本の細胞検査士がすでにブータン、中国、チェルノブイリ、カザフスタン、ラオス、カンボジアなどへ参加している。しかし、これらの国際的協力は残念ながらいずれも「点」でけっして「線」に繋がった継続的技術援助とはなりえていない。細胞診の国際的技術支援の第一義的な役割は「細胞診技術の有効な利用法を広めること」であり、そしてそれが相手国の持続的発展に寄与することである。我々も JICA や国際医療技術交流財団または、各種の特定非営利

活動 (NPO) などの国際協力機関に対して、専門医や細胞検査士の派遣や受け入れの、プロジェクトの立案・評価に参加できないものなのだろうか。NOP 法人として新生スタートする細胞学会にもご支援いただき、いろいろなレベルでの細

胞診の国際支援活動を発展させたいものである。是非とも指導医会員からの、ご協力をお願いする次第である。

(kobayashi@v7.com)

指導医の輪

先輩・同輩・後輩

薄田勝男先生のこと

福島県立医科大学医学部放射線医学助教授 森谷浩史

私は放射線科で細胞診指導医を持っている数少ない医師の一人です。もちろん大先輩は坪井栄孝医師会長です。研修医時代に経気管支的末梢病巣擦過の習得のため2年間坪井病院にお世話になりました。自分で採取した検体の細胞診断を日常行っておりますが、現在はX線CTの機械が大変進歩しており、私の診療もCTを用いた肺癌診療にシフトしてきております。また、最近、放射線関連学会が細胞学会とぶつかることが多く、細胞学会に出席できずにおります。細胞学会における放射線科医は極めて少数派ですので、これも致し方ないことかなあと思っています。

前回、懇意にさせていただいている富田健先生からご紹介していただきましたが、そういうことで最近では放射線診断関連の仕事にかまけており、細胞診指導医としての役割を果たしていないと反省しています。そんな折に富田先生からご紹介され、もう少し細胞診を見なさいと叱責されたように感じておりました。

さて、今回、私は富山医科薬科大学の薄田勝男先生をご紹介させていただきます。薄田先生は私と同じ福島県立医科大学のご出身です。先生は1984年にご卒業後、東北大学抗酸菌病研究所(現 加齢医学研究所)、呼吸器再建研究分野に研究生として進まれました。

当時、福島医大では卒後に他大学へ進むことは珍しいことでしたので、薄田先生が抗酸菌病研究所にお進みになられたと聞いて、卒業時点で自分の進路を明確にお持ちで素晴らしいなあと感じたことを覚えております。(学生時代、私や周囲のグループは目の試験をクリアするための即席の勉強ばかりで、いかに遊びの時間を作るかに知恵を絞っていたように思います。そんなことですので卒後も取りあえず大学にいたいが、さて何科にしようか? といった曖昧さでどこかの医局に籍を置くという流れがほとんどでありました)

当時、私は坪井病院で喀痰直接塗沫法とサコマノ法との比較の成績をまとめていましたが、なかなか肺門部早期癌に遭遇できずにいました。加齢研で独自の容器を用いた肺がん検診が精力的に行われ、多数の肺門部早期癌症例が報告されはじめた頃でした。ちょうどその頃、同級生の結婚式で薄田先生にお会いしたときに、肺癌の話題で話がはずみ、肺癌学会の状況や気管支鏡や細胞診の教科書は何かいいのかなどと話

していたら、「ぼくたちのところからこれからたくさん論文がでます」と、熱っぽく語られたことを覚えています。そして、そのとおりに、加齢研の肺癌グループから、肺門部早期肺癌アトラスをはじめ、たくさんのテキストブック、そして肺癌、気管支学、臨床細胞学会誌におびただしい数の論文が発表されました。それらはすべて肺癌臨床と直結した論文であり、まさに臨床現場にすぐに利用できる内容のものばかりでした。いまはやりの言葉で言えば、肺門部肺癌の臨床を行う上でのevidence集とでも言えるものでした。

福島県でも喀痰細胞診を併用した肺癌検診を行っており、富田先生や保健衛生協会のスクリーナの方々といっしょに勉強会を続けていました。1990年ごろ、集検細胞診では陽性でありながら気管支鏡で病巣が特定できない症例に続けざまに遭遇しました。CTや気管支鏡観察では病巣が検出できないのに、気管支鏡下の回収分泌物には癌細胞が検出されるのです。すでに薄田先生たちのグループが全気管支擦過法を報告なさっていましたので、こういう時にあの方法を使うのだろうと、論文を参考に検査をすすめ、病巣が特定できたときは感激でした。なるほど肺門部早期癌は1例経験するまでなかなか実感としてわからないものだと実感させられました。1例捕まえると連続して見つかることも実感いたしました。改めて、先生方の論文を読んでいくと、それまで現場で感じていた疑問が氷解していくのを感じました。

薄田先生はその後、仙台厚生病院外科、いわき市立総合磐城共立病院呼吸器外科に勤務なされた後、2000年7月から富山医科薬科大学附属病院光学医療診療部助教授としてご活躍中であります。つい先日私も私どものところで行っている肺癌研究会で肺門部早期癌についてご講演いただきました。気さくな先生で、気管支鏡のノウハウから技術的な詳細に至るまでわかりやすくご説明いただきました。また、臨床上遭遇するさまざまな事象について、研究者の視点から地道に整理して論文化していく先生の態度を総括してお示しいただいたような、すばらしいご講演であり多に刺激させられました。

富山に行かれたと聞いて、ちょっと寂しい思いをしました。今後とも、わが国の肺癌臨床細胞学をますます発展させていかれることと思います。ますますのご活躍をお祈りいたします。

日本臨床細胞学会・細胞診指導医会発足当時の思い出

日本臨床細胞学会名誉会員
日本細胞診断学推進協会理事
佐々木研究所附属杏雲堂病院名誉院長

天神美夫

日本の細胞診断学は昭和35年(1961)に日本婦人科細胞診談話会として始まり、すぐに日本臨床婦人科細胞学会となり、医療全領域をカバーする現在の日本臨床細胞学会に発展してきた。学会発足当時から米国の細胞診システムを念頭に置いた形式が考えられていた。そのためには、アメリカの cytologist に当たる細胞診の専門医の必要性が叫ばれていた。

当時のアメリカは勿論のことヨーロッパでも病理診断学から発展してきた経緯もあり、病理医の中から細胞診専門医が生まれてきている。したがって、細胞形態の特徴をとらえる表現が多い、病理標本上の細胞所見との対比に主眼をおいている。病理標本は顕微鏡下でみると組織の側面を観察する機会が多い、細胞診材料は細胞そのものの表面を観察することになるため、血液標本的なイメージとなる。

学会発足当時の日本での病理学者は、細胞診に対する認識は低く興味を持つ研究者は少なかったようである。太田邦夫先生(当時癌研、病理部長)のような著名な病理学者もおられたが、アメリカでの臨床検査システムの中で研究された方以外は臨床診断との対比の上で患者の正確な病状把握するというような環境でなかった。特に、がんの早期診断の上でその現象が目立っていた。臨床診断は臨床の問題、病理診断は病理の範疇と分離していた、ここで私個人のエピソードを紹介する。

子宮頸部がんのレベルでは、早期の第Ⅰ期がんの前に当たるがんやさらにその前駆として前がん状態の時期があるのではないかとの議論が世界的に婦人科レベルでは起こってきていたため、米国・ヨーロッパ・グループで会議を開き浸潤まえのがんを ca. in situ (上皮内がん、第0期がん)と表現することになり、その研究が臨床レベルで盛んに行われていた。

特に、頸部がんの治療法の選択に役立つためである。コルポスコピーの発達がこれに拍車をかけることになる。コルポでの20倍レベルでの所見で子宮頸部の異常所見の状態は、かなりのことがわかり始めたことにもよる。

当時、私は癌研の婦人科にいたある日、外来患者の細胞診で異常な細胞をみつけた。従来の頸がん細胞のような面付きではなく核内構造には異常が少なく核は大きくいわゆるN/C比が大きい異常細胞である。これが臨床的な最初の決め手となって上皮内癌と診断できた。

増淵一正先生(当時癌研婦人科部長)に相談すると先生は大変喜び、これこそ0期がんの細胞に違いないということになり、学会で発表することになった。

そして日本癌学会で発表することになり、準備を始める。現在の癌学会は大きくなり会員数も増加しているが、その当時は会員も少なく会場は東大の講堂であった。



写真 昭和30年4月 癌研婦人科にて

私は内心得意であった、なにしろ日本で最初の細胞診による上皮内がん症例の報告である。細胞の写真を示しこれが上皮内癌細胞と考えてよいとした。

ところがである、200人ばかりの会場から一斉に20人くらいの手が挙がった。よく見ると当代一流の病理学者や大学の病理教授の先生方である。これは大変なことが起こる。「上皮内癌を癌であると認めた訳ではない」「病理学的には細胞1個で癌と診断するわけではない」「細胞の組織構築や側方浸潤、基底膜との関係はどうなっているか」「細胞1個や2個で癌と診断するのは無謀である」等々、質問が山のごとく殺到した。

私はろくに返答できずただおろおろとするばかり、冷や汗が頭のとっぺんから足にかけて流れ落ちる。座長も困って会場を見渡すばかり、私も演壇から降りることもできず棒立ちのまま、発表のやり方がまずかったかと反省しきり。

その時、吉田富三先生(当時、東大病理学教授)がやおら手を挙げた。また叱られるかなと思っていると「こんな若い研究者が真剣になって調べていることだから、何年かたって振り返ると癌細胞と認識できる可能性もないとはいえない。現在の病理学の常識とはかけ離れているが、長い目で見てやるうではないか」と言われた。やっと壇上から降りられた。

吉田先生には大変感謝している。吉田先生に報いるためにも上皮内癌の細胞所見の解明に情熱を注ぐことになる。28歳当時の苦い思い出である。

また、一見ありえないような研究内容でも実験基盤がしっかりしていれば長期的にみる必用があることも悟った。これは、大きな人生の指針にもなった。

臨床医は一日でも早くがんを診断し一人でも多く治すことができればとの思いが細胞診に打ち込むことになる。これが

アメリカと違う方向の発展形式をたどる事になった。

細胞診を発展させるためには、細胞診を専門とする医師や細胞診のよくわかる臨床検査技師を必用とする。米国のようなシステムを作らなければ日常の臨床検査の中には組み込まない、cytologist と cytotechnologist によるチーム診断システムが必要となるが日本ではそのような慣習は全くなかった。

そこで35歳前後の急進的な仲間が集まって議論に入った。大学でいえば講師クラスの人たちばかりであることもあって、議論はかみ合わない。いっぺんにその制度に持ち込むには無理がある、まずアクティブメンバーを作って偉い先生方を口説くことから始めようとなり活動を開始した。その当時の学会理事はほとんど臨床系大学教授であった。

メンバーはまず自分の教室の教授にこの制度の必要性を説いたが、反応は極めてよくない。一般的な答えは君が専門医になると教授の上に立つ事になるのかとの危惧があり、うちの教室では必要ないと返答になる。そこでA大学の講師はB大学の先生を口説く、Cメンバーはほかのがんセンターのボスに説明するというような戦略に変え、臨床検査技師教育が主な仕事である旨の理解を得ることができるようになった。臨床系の教授ははるかに大きな権限と力を持っていた時代のことである。

次に問題になったのは、ネーミングである。「細胞診専門医」の名称に人気があった。しかしこれだと誤解を招く恐れがあることから、仕事の内容をよくあらわす「細胞診指導医」のほうがよいとの方向でまとまった。麻酔科が指導医の名称で仕事を開始しており、名前が定着していたのを参考にした。

次は、細胞診業務の内容である。病理系の先生はジェネラル細胞診こそ専門医の仕事であることを強調する、臨床系のメンバーは他の領域の細胞は診断できないのだから臓器別とする意見が出され、紛糾したが臨床系のメンバーが多いせいもあって現在の形となった。

臓器別名称は頭につけず「細胞診指導医」とした。これも将来の変化に対応しやすい事を念頭に置いたためでもある。しかし、その結果2つの傾向がめだった、がんの診断に携わっている若手の医師が学会に多数参加してきたが、病理系の医師の増加率は少なかった。ネーミングとは難しいものである。

次は最初の指導医メンバー選出の問題である。基準は無い、学会に演題を出している医師でよいとの意見やそれでは実力を示したことになるなどの意見が多く出され、結局、学会の会場でテストを行い実力のあるところを示し会員に認めてもらう方式がよいとなった。これが現在行われている「スライドカンファレンス」のはしりである。

当然私にも順番が回ってきた、確か5例の細胞診標本のスライド写真が出たように思う。会場の諸君の目が一斉にこちらに降り注ぐ。間違えたら満座の中で恥をかく、久しぶりに緊張が走る。

全問正解であった。典型的な症例であったためでもある。

試験が終わって後ろを振り返ると、よかったねと微笑む目や、旨くやったなと冷たく見つめる顔があった。とにかく私

はホッとした。

昭和43年1月に細胞診指導医制度と細胞検査士制度が制定され、昭和43年11月に指導医65名、昭和44年3月に細胞検査士8名が誕生した。

当時の学会長福田 保先生、増淵一正先生、水野潤二先生の後援に深く感謝するものである。

最近の細胞診専門医の問題と課題

最近の医療を取り巻く情勢は大きく変化しつつある。患者が病院、医療機関を選ぶ時代となってきた、それはむしろ当然の事でもあるといえる。

患者が自分の病気を治してくれる最も信頼できる病院に行くことになる。最近までは知人、友人同士の口コミで医療機関の内容や診療する医師の評判を調べ病院を選択しているのが一般的であったが、ここ2、3年で選択方法が変わってきた。インターネットが普及してきたため、自分自身や家族が病院のホームページから病院の専門性や臨床医の特徴をつかもうとする、ある所の調査では約5割の人がこれを利用しているとの報告もある。都会ではこの傾向が強い。そうなると病院もホームページを重要視せざるを得ない。

病院の規模や設備内容、患者さんに対するサービスは勿論のこと、医師のレベルを表示したくなる。そこで専門医が重要な課題となった。

各学会が指導医とか、専門医を名乗るのは勝手だが、厚生労働省が認めた専門医ではない。厚生労働大臣が認めるための条件をクリアし専門医の承認を受けた学会は現在のところ麻酔科、産婦人科等8学会がある。

その条件の中に学会は法人格を持つ必要があり、法人格には公益法人(財団、社団法人)中間法人、NPO法人等がある。また政府内では、公益法人法の改正が議論され間もなくその大綱が示されることになった。公益法人は従来、関係省庁の認可制であったものが、届出制に変わる方向にある。

日本臨床細胞学会は現時点でNPO法人化を進めているようである。

しかし学会とは学問の進歩発展に寄与する場所を提供することが本来の目的であるべきものである。制度そのものも大切だが、学会機関誌や学術集会に発表される研究内容がより重要となる。最近の細胞学の進歩は目覚ましいものがあり、遺伝子、染色体、たんぱく質等の研究の内容は月レベルで変わってきているといっても過言ではない。これらの新しい事実を形態学の一種である細胞診断学にマッチングさせ、診断効率をさらに高める研究を進めることは現在の本学会の大きな使命の一つでもある。症例の検討も重要だが、細胞内の最近の情報を細胞診上の細胞所見にフィードバックする研究はより重要となる。

新しい研究テーマに基づいた論文や講演が多数発表されることを期待してやまない。学会が会員と共にさらなる発展をとげることを祈るものである。

2003年3月末

の大量の無差別の治験（日本でも同様なことが行われていたかも知れない）に対する批判から始まったといわれるが、これは人間を断りもなく試験動物にしていたのである。最近のもう一つの怪物 EBM (Evidence Based Medicin) は、治療を必要とする同じ条件の病気を持った患者を集め、治験薬を投与する群と治療効果のない偽薬投与群の 2 つの群に分ける。しかも患者にはなにを服用するか知らせずにブラインドで投薬して実験・研究を行うのであるから、偽薬群の患者の病気はほったらかしにされる事になる。恐ろしい事だ。被験者の IC が必要なのは当たり前である。実地臨床の IC とは別のものであろう。実地臨床で、医師の保身のために同意を要求された患者も家族も大変である。医師でも専門外では理解が困難な疾患のすべての治療法、その治療法の危険率について熟知した上で自ら治療法を選択し、治療を受ける事を同意しなければならない。患者が治療法の選択に迷うのは当たり前で、適切な治療を選ばず放棄することもある。また、突然に死の宣告を受けると、準備の暇もなく生きる希望が消えてしまうのである。嫌な世の中だ。

そして医師は保身のため説明された同意を患者から取ることが必要になってきたので、患者に最良の治療をするためには、訴訟を起こされないような、そして患者を突き放さないような、一見相反する困難な説明法を考えねばならないだろう。嫌な世の中だ。

日本で癌の宣告やそれに関する IC の論説の多くは、癌専門病院の院長の論文、癌患者とは表面的な付き合いしかしていない門外漢の評論家のコメント、あまり直接には患者と接しない偉い大学教授の論説が殆どである。これ程ナンセンスなことはない。なぜなら、癌専門病院を受診した患者はすでに自身で癌の疑いを持ち、覚悟を決めてきているから、何を言われようとも、それなりの反応ができる人が多いと思われる。だから、今後の治療方針を決めるために、何でもさらけ出すのは極めて楽な話である。そんな偉い人の話は一般の医師には何の役にも立たない。我々が日頃苦労しているのは、如何にして、患者の心理状態を不安定にさせないように真実を告げる事ができるかという事なのである。通常の患者は、精密検査が必要だから癌専門病院へ行きなさいといわれただけでショックに陥ってしまうのが大部分である。たかだか精密検査でも、個々の患者の心理状態を十分にみながら言わねばならないだろう。最近、小学校以来の友人が検診で肺野の異状を指摘され、精密検査を受けるように某大病院を紹介された。彼はその時愕然とし、嫌々ながら検査を受けたのだそうだ。その検査直後に私と会う機会があったのだが、出てくる言葉は医者への悪口ばかりであった。病気の予感に対する恐れが医者に対する悪口が変わったのであろう。その後、癌として手術を薦められたので、私が某病院を紹介し入院はしたのだが一晩で自己退院してしまった。癌と宣告されたための不安と絶望感から来た拒絶反応としか思えない。先日、我々の大学の医局同窓会で、乳癌にかかった高名な評論家の講演会が開かれた。その中で、この講演者は「癌とは宣言してもらいたいが予後については言うて欲しくない」と講演された。進歩的な方でも予後を聞くのは怖いのである。私の大学以来の畏友鈴木莊一博士が、ターミナルケアについて優れた著書を著されているが、その中に、米国の臨床心理学者キューブラー・ロス女史の「死に至る過程のチャート」について引用

しておられるので、孫引きしてみると、「死病を宣告されると、その直後第一に患者に『否認』が訪れる、第二は『怒り・憤り・元気な人への羨望』、第三段階は『取引』、第四段階は『抑鬱』、それを経て第五段階の『受容』となる。そしてこれらの段階を通じ最後まで希望を持ち続けている」というのである。癌の宣告は患者にとって死の宣告に等しい。死の宣告は患者に恐ろしい反応と結果を起こすので予後に対する患者の複雑な心理的反応に対処するような十分な準備と配慮を整えて行わなければならない。

能面のように無表情で、ぶっきらぼうで何の説明もしない不親切丸出しの医師がいるかも知れない。このような医師が悪いという論説はうなずける。だが、患者と医師との間のぎくしゃくは本当に「患者に説明しない」だけで起こることだろうか？

私の師匠は優れた外科医で、ご自分の仕事には自信をもっていらした。師匠の患者に対する病状の説明は簡単で、細かいことは説明しなかった。師匠のところへ来る患者は、はじめから絶対的な信頼を持って受診する患者ばかりであった。当時は、何の問題も起こらず、患者は減らず、師匠の外来では患者のカルテが山を成していた。

多くの医師は患者に癌の宣告ができるためにはどうすればよいだろうかと考えてきた。その一つがなおる癌を発見する事であった。それなら平気で患者に宣言できる。子宮頸癌、乳癌の検診による早期発見もそうだし、昭和 30 年代、私自身もほかの方々と共にその頃の日本では死亡率の高かった胃癌の早期の発見法に取り付かれ、胃カメラ、胃の細胞診にのめりこんだ。

さらに、最も重要であるが、「自ら信ずる最善の治療を行い、患者が可能な限り安定した人生を過ごせるように努力する」のが医師の使命であろう。それには、患者に信頼され、治療を任せられる医者になる努力をすることであろう。

日本の IC を推進する論説は、医者を悪者にする周囲に享けるので、患者の知る権利のみを強調し、すべてを説明しない医師は悪者だと規定し、患者が心理的な不安になる事を配慮した説明を行う従来型の医師を悪徳医師と非難している。患者の心理状態に対する配慮が欠けているのではないか。だから、恐れをなした医師による立派であるが恐ろしい IC があちらこちらで起こっている。それで良いであろうか？

医者にとって…インフォームド・コンセントなんか怖くない!!

怖いのは、利益のために訴因を探るアメリカ流の弁護士、IC の意味と起源をわざと取り違えている評論家、そして、IC を闇雲に使う、患者に対する思いやりを失った空洞化した医者の心だ。

文 献

- 1) 鈴木莊一：人間らしく死にたい。主婦と生活社 1998。
- 2) (特集) 癌におけるインフォームド・コンセントの実践。癌治療と QOL Vol.1 (2) April, 1995
- 3) 森岡恭彦：インフォームド・コンセント。日本医師会雑誌 128(10) 1528~1529, 2002。
- 4) 水澤亜紀子：末期癌患者の家族への告知義務。日経メディカル 422号 92~94。



獨協医科大学 山田 喬



日本人の寿命は大変長くなった。それには理由があり、生活様式や食べ物が50年以前に較べて、画然と改善されてきたことが大きな原因であろう。統計的な成績をみると長寿の人々は、とくに男性の人々は毎日お酒を飲む人が多い。勿論、その量は決して多くないのであるが、永生きのためには、お酒も役に立ち得ることは確かなようである。アルコールにより血液循環を促進し、精神的な安らぎを得られるためであろう。

今回は、この酒を美味しく飲むための酒の肴にこだわって書いてみたい。ただし食べ物についての話しは、多少とも主観が入ることをお許しいただきたい。

1. 塩の味

最も単純であり、けれど日本の伝統的な肴は塩である。それも酒を入れた杓の縁に塩を盛って、これを舐めながら味わうのが“通”の飲み方であるといわれる。

日本酒は、多少とも糖分が混入しているから、これは当然の味合せということになるが、それも純粋な塩化ナトリウムではなく、マグネシウム、カルシウムの塩類その他が適当に入っていると、味に膨らみが出て美味しくなる。

事実、この混合物が入った特製の塩が、最近やたらに各地で売り出されるようになった。石垣の塩（沖縄・石垣）、海水塩（沖縄・糸満）、伯方の塩（愛媛・大三島）、海人の藻塩（広島）、木浦の塩（神奈川、横浜）等であり、これ以外にも多数あるだろう。しかしこれらの味は精製していない昔の塩の味と同じで、特に最近造り出した味とは思えない。

面白いことに、メキシコでも、塩を舐めながら酒を飲むのが伝統的な習慣のようである。酒はサボテンの一種、竜舌蘭（Century plant）の樹液を醗酵させて作るテキーラ（tequila）*という強力な蒸溜酒で、メキシコの国民酒といわれている。しかも海水から作られる普通の塩ではなく、グサノマゲイという、同じ竜舌蘭に寄生する昆虫の尿から析出させた塩を手の中につけておいて、舐めながら、レモンをすすり、一気にテキーラを飲むのが本格的な飲み方だそうである。

スペイン語でグサノ（gusano）は、蝶や蛾の幼虫の総称であり、マゲイ（maguey）は竜舌蘭属の植物名である。しかし尿から塩を析出させるのは大変だと想像されるのだが、実は一般に昆虫は幼虫から蛹に変態する直前に、それまで溜めてきた水分を尿として大量に排出するので、その塩を集めるのは、そう難しくないとの事である（図1）。このことは、日本でも蚕を飼ったことの縫針がある人なら誰でも思い当たるに違いない。蚕も蛹に変態する直前に、大量の尿を放出するからである。

テキーラを飲む場合には、同じ竜舌蘭に寄生する昆虫の尿を用いるところが重要なかもしれない（図1）。これと同じ発想を日本の酒を飲む場合に当てはめるならば、それは稲に寄生するイナゴの尿から採取する塩がそれに当たる。しかし、イナゴは蛹に変態しないから、尿採取は難しいであろう。でも一度は試みたいものである。



図1 竜舌蘭に寄生する昆虫

2. 日本海に獲れる“のどぐろ”と夏の岩ガキが良い

塩の次の肴は塩分の多い塩辛であろう。なかでも鰹の内臓の塩辛は“酒盗”といわれているように、正に肴の代名詞ともいべきものであろう。塩分に加えて、アミノ酸や蛋白質の混った味は塩の味に円味を加えている。

この塩辛の次の肴は何といっても醤油を添えた魚の刺身や生のアワビ、ウニ、ナマコ等の生肉である。この生の味は日本特有だと思っていたが、外国でも意外に食べられているのに驚く。その代表は生ハムであり薫製のサーモンであろう。カキも生で食べられ、以前日本のカキが災害により、全滅に近く減った時に、フランスから取り寄せたと聞くから、むしろフランスの方が本家かもしれない。

中国では、南部の海鮮料理屋で“広東魚滑”という生の魚の刺身を入れた料理があり、これは日本でも広東中華料理店で味わえる。酢漬けの魚は北歐のスモルガスボードといわれるバイキング料理でも、またロシア料理でもお馴染みであろう。オランダでは屋台で、玉葱のみじん切りをかけた酢漬けのニシンを売っている。したがって魚や肉の生食は決して日本特有な料理ではない。

この種の肴の料理は数多くあり、その味を紹介したらきりが無い。しかし次の二つの味はぜひ書いておきたい。

それはいずれも日本海の夏のみ獲れるノドグロと岩ガキである。新潟で、そのように呼ばれるノドグロはスズキ科のアカムツ（赤鮭）で、その体表はタイのように赤い。口腔から喉の粘膜そして腹膜までメラニンが沈着しているためにノドグロと呼ばれている。刺身にすると一番美味しい。この魚

* メキシコでは数カ所の会社で製造して発売しているが（El TORO, Jose Cvevo 等）、その名称はテキーラというメキシコの町の名に由来している。

の収穫量はあまり多くなく、関東地方まで送られることは極めて少ない(図2)。岩ガキは冬の太平洋岸で獲れるカキに較べると2倍あるいはそれ以上に大きい。その味は濃く、1個食べれば満足し、それ以上食べられない。

けれど、これらの味よりもさらに肴として美味しいのが“ホヤ”である。その味は正に美しき悪女の深情けのような味である。そのことを次章で、少し詳しく書くことにしたい。ホヤはまた生物学的にも興味深い。



図2 その中は真黒な魚ノドグロ

3. ホヤ—海蛸—は肴の王様

ホヤの産地が東北の三陸沿岸にあるので、以前は、関東でも、関西の街の魚屋の店頭でも見かけなかった。しかし最近その養殖に成功したので、出回るようになった。したがってその外観を知っている人も多いであろう(図3)。

ホヤは海の岩に付着して成長する。松笠のような形をした生物で、その表面は、多数の紅褐色の大型の鱗のような突起で覆われている。普通は手拳大の大きさ(図3)。このホヤには種類が多く、約250種位もあるといわれる。しかもその多くは岩に付いて多数が合体して生活する合体型であり、われわれが食べられるのは個々に生きる単体型で、マホヤとアカホヤの2種のみである。一般に食べられているのは前者で、後者は北海道の海に棲み、その専門の料理店が札幌にあるとのことである。

ホヤ(Halocynthia)は生物進化の過程で、脊椎動物が出現する直前の生物である。脊椎動物に限りなく近い原索動物で、自己、非自己を認識できる(免疫能のある)最も下等な生物でもある。しかも、マホヤの外皮は一般には植物しか造らないといわれるセルローズから形成されている。大変面白い生物である。このホヤから、外殻を除き、その内にある赤い身を取り出し、刺身にして食べるか酢醤油漬けとしてキュウリと一緒に食べるのが普通。

小生が、このホヤを初めて食べたのは仙台市のある寿司屋であった。一口食べた時、強烈なアルカロイドとでも表現したくなるような(磯の香りかもしれない)、刺激が口から鼻に通り返り、さらに脳髄に金棒を挿入されて、かき回されたような感じがした。不覚にも涙が零れた。とても食べられず吐き出した。そして、その後の数年間は、たとえ“ホヤ”が食卓に載せられても、決して食べることはなかった。

しかしある機会に、「そんな烈しい味はない」と説得されて食べてみた。そのとおりで、はじめてその味の魅力を知った。前記の強烈な味があったのは、ホヤの鮮度が落ちて、その一部が分解したためであった。しかしこの強烈な味のごく微量が存在しており、それがかえって、ホヤの味の中心的内容となり魅力になっていることも発見した。ホヤを食べていると、身体が暖かくなり、酒の味が美味しくなり、いくらかも飲めるような感じが湧いてきた。

調べてみると、ホヤには多くのミネラルがあり、抗菌作用もあることがわかった。さらにタウリンも含まれており肝保



図3 ホヤの写真図

護作用があり、酒を飲み過ぎると体内に溜ってくる活性酵素の作用を抑える作用もあることを知った。

しかし、ホヤは、その鮮度が落ちればやはり強烈な味となることには変りない。とても耐え難い。この危険性があるということは“ふぐ”を食べる時と似たスリルがあるともいえる。またそれは、一つ間違えば、とてもやりきれないことになる可能性を含む、いわば美しき悪女の深情けのような一面もある。しかしその美しさ(美味しさ)を忘れ難く、またしても近づきたくなるのだ。

こんなホヤを食べるのは、日本人だけではないかと、以前随筆に書いたことがある。しかしそれは誤りであることを指摘する友人が現れた。

「韓国ではホヤをキムチ漬の調味料として使うこともあるし、また地中海沿岸の人々もホヤを食べる民族がある」といわれた。やっぱり美味しい物は人種を越えて理解されるものだと感心した。

4. 老 饕

酒の肴は下戸の人には口に合わないこともあり得る。しかし酒を飲むことにより肴の味も、相互に引立つことも確かである。しかも肴のなかには、珍味といわれるものも含まれる。

世界の三大珍味といわれるフォアグラ(鶯鳥の脂肪肝)、キャビア(蝶鮫の卵)、燕の巣も、この部類であろう。

そこで、味を作り出す天才的な人々の住む中国での8つの珍なる味(八珍)を最後に紹介したい。勿論これらは種々味つけして味わうのであろう。それは、

りゅうのきも おおりのずい ひようのほらご こいのしつぽ うおたかのまるやき
 童肝、鳳髓、貌胎、鯉尾、鶚炙、
 ようじようのくちびる くまのてのひら せみのちちづけ
 猩唇、熊掌、酥酪蟬

である。これはかなり以前に伝えられた八珍であるが、最近中近東からの味が流入し、次のようなものになったそうである。

よーぐると なれしかののど らくだのひずめ しかのくちびる あひるのまるやき
 醍醐、麋吭、野馳蹄、鹿唇、天鵝炙、
 むらさきらくだのこぶにく しうんしよう げんぎよくしよう
 紫駝峰、紫雲漿、玄玉漿

このなかにはその内容がわからないもの、またその味を想像できないものもあるが、これらも酒の肴になる味も少なくないと思われる。

これらの味を酒と共に楽しむことを知っている人が、いわゆる老饕といわれる人かもしれません。

文 献

- 山田 喬:羊族でない悲しみ, ミクロスコピア 13: 60~61, 1996.
- 寺門 潔:ホヤ—脊椎動物のご先祖さま—ミクロスコピア 14: 27~31, 1997, 同誌 15: 34~37, 1998.
- 岩永敏彦:ホヤで盛り上がる学生街の居酒屋. ミクロスコピア 17: 136~137, 2000.
- 江部達夫:冬は日本海のノドグロ, ミクロスコピア 19: 70~71, 2002.
- 新版・世界の銘酒:食品産業新聞社, 1976.

2002 年第 1 回細胞診指導医会議事録

日 時：2002 年（平成 14 年）6 月 1 日（土）
13 時 30 分～15 時 30 分

会 場：グランキューブ大阪（大阪国際会議場）メインホール（第 I 会場）

出席者：1,004 名

議題に先立ち、2001 年（平成 13 年）第 2 回細胞診指導医
会議事録（案）が承認された。

司 会：野澤志朗 細胞診指導医会会長

A. 新細胞診指導医紹介

平成 13 年度新細胞診指導医 79 名が、野澤志朗細胞診指導
医会会長より報告、紹介された。

B. 報告事項

I. 庶務報告（野澤志朗 細胞診指導医会会長）

全会員数：9,869 名

（医師 4,125 名、技師 5,697 名、図書 47 件）

細胞診指導医数：1,704 名（認定 1,876 名うち 2001 年新指
導医 79 名）

FIAC：153 名

MIAC：98 名（申請中含む）

細胞検査士数：5,502 名

（認定 6,203 名うち 2001 年合格者 153 名）

CT (IAC)：4,211 名

（物故会員）

細胞診指導医 No. 470 青木 正先生（赤心堂病院）

細胞検査士 No. 1436 根井加奈子氏

（宮崎県健康づくり協会）

細胞検査士 No. 3071 春原 剛氏（健康保険東濃病院）

黙禱

II. 2001 年（平成 13 年度）細胞診指導医会会計報告

（坂本穆彦 細胞診指導医会会計担当）

（会計年度：平成 13 年 4 月 1 日～平成 14 年 3 月 31 日）

前年度より繰越金 7,356,253

本年度（平成 13 年度）の総収入 3,881,196

本年度（平成 13 年度）の総支出 3,401,081

翌年度（平成 14 年度）への繰越金 7,836,368

1) 平成 13 年度細胞診指導医会費納入率は 99.0%で昨
年度を大きく上回った。

2) 細胞診指導医会監査報告

（杉森 甫 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終了したことを認めた。

以上が報告、承認された。

III. 2001 年（平成 13 年度）細胞診指導医資格更新報告

（石原得博 細胞診指導医委員会委員長）

更新該当者：714 名中 655 名が条件を充たしたので更新を
認めた。

更新可：655 名 条件付更新可 30 名（次回の更新で条件を
充たす）

留学中：2 名 外国人：4 名 保留：5 名

辞 退：18 名

IV. 2002 年（平成 14 年度）細胞診指導医資格更新について

（石原得博 細胞診指導医委員会委員長）

更新該当者：309 名（実数 外国人 2 名含む）

指 No. 594～683 指 No. 1006～1101

指 No. 1309～1386 指 No. 1588～1646

更新締切日：平成 14 年 12 月 10 日とする

（日臨細胞誌 41 巻 4.5 号公示）

※細胞診指導医は細胞学会の支部会員でなければならない
ことが理事会で承認されているので、平成 14 年度の更新
から同時に通知する。

V. 2001 年（平成 13 年度）細胞診指導医資格認定試験報告

（根本則道 細胞診指導医試験実施委員長）

日 時：平成 13 年 12 月 16 日（金）

会 場：全共連ビル

99 名が受験し、79 名が合格した。（合格率 79.79%）

総合科 婦人科 呼吸器科 乳・甲状腺

受験者数 53 名 38 名 6 名 2 名

合格者数 45 名 30 名 3 名 1 名

合格 率 84.9% 78.5% 50.0% 50.0%

VI. 2002 年（平成 14 年度）細胞診指導医資格認定試験案内

（根本則道 細胞診指導医試験実施委員長）

資格審査申請期間：平成 14 年 7 月 1 日～9 月 6 日

審査料 20,000 円+1,000 円（消費税 5%分）

試験実施日：平成 14 年 12 月 8 日（日）

受験料 50,000 円+2,000 円（消費税 5%分）

試験会場：全共連ビル

（日臨細胞誌 41 巻 3 号公示）

※細胞学会理事会で施設認定制度案が承認され、施設認定
を受けるためには必ず細胞診指導医が何らかの関与をし
ていなければならなくなったので、本年度と次年度の細
胞診指導医認定試験では病理専門医の受験が望まれる。
※本年度から日本病理学会認定病理専門医および口腔病理
専門医に対する細胞診指導医の受験資格が緩和され、受
験者の増加が見込まれる。

VII. 2001 年（平成 13 年度）細胞検査士資格更新報告

（馬場雅行 細胞検査士資格更新審査小委員会委員長）

更新該当者：1,466 名

更新可：1,404 名（うち条件付 13 名次回の更新で条件を充
たす）

更新延期：2 名（海外在住者）

更新保留：3 名

更新不可：57 名（退会者含む）

VIII. 2002 年（平成 14 年度）細胞検査士資格更新案内

（馬場雅行 細胞検査士資格更新審査小委員会委員長）

更新該当者：1,190 名（実数）

No. 69～137 No. 273～363 No. 589～759

No. 1061～1146 No. 1558～1829

No. 2458～2692 No. 3458～3666

No. 4453～4725 No. 5350～5618

※細胞診指導医が指導している細胞検査士に対して、点数

が充たされていなくとも更新を認める捺印をする場合には、その理由、状況説明等を記してほしい。また、細胞検査士にはきちんと条件を充たして更新の手続きをするように指導する。

IX. 2001年(平成13年度)第33回細胞検査士資格認定試験報告 (工藤隆一 細胞検査士委員会委員長)

(第一次試験)

日時:平成13年11月12日(日)

場所:東京,大阪,福岡

523名が受験し,266名が合格した。(合格率50.9%)

(第二次試験)

日時:平成13年12月8日(土)・9日(日)

場所:東京医科大学

一次試験免除者 114名

一次試験合格者 266名

計380名受験し156名が合格した。(最終合格率24.5%)

X. 2002年(平成14年度)細胞検査士資格認定試験案内 (工藤隆一 細胞検査士委員会委員長)

(第一次試験)

日時:平成14年11月10日(日)

場所:東京,大阪

(第二次試験)

日時:平成14年12月14日(土)・15日(日)

場所:東京医科大学

※昨年度までは東京,大阪,福岡の3会場で行われていたが本年度は東京と大阪の2会場のみとなる。

XI. 国際細胞検査士資格認定試験日程

日時:2003年7月6日(日)

場所:砂防会館別館

受験資格:平成14年度の細胞検査士資格認定試験合格者も受験が可能である。(学会誌に公示する)

XII. 日本臨床細胞学会委員会報告

1. 渉外委員会報告

(金城 満 渉外委員会委員長)

1) (財)日本医療関連サービス振興会中央委員会出席報告

・日本医療関連サービス振興会に当学会から62名の衛生検査所立ち入り調査員を推薦していたが、任期満了に伴い59名の継続委員と6名の新規委員を新たに推薦した。理事会で継続は2回までという承認を得た。(任期:平成14年4月1日~平成16年3月31日)

・新任委員に対する研修会が予定されている。立ち入り調査員に関するチェックリストを国際基準に合わせ新しく作成することになった。

2) 認定検査技師制度機構協議会が設立され、当学会の渉外委員会がその窓口にあたることになった。内容については現在進行中で具体的なことは決定していない。

3) 細胞診検査結果の報告書の署名捺印について会員から質問があったが、それに対する当学会の公式見解として、細胞診陰性例に対するダブルチェックの必要性ならびに署名の励行をホームページに公表している。ホームページを参照に再度確認をお願いしたい。質問状に対しては渉外委員長と総務委員長の名前で返事をした。

2. 国際交流小委員会報告

(坂本穆彦 国際交流小委員会委員長)

1) 第8回日本タイ細胞診ワークショップ報告

開催日:2002年1月30日~2月1日

開催国:タイ・チェンマイ

日本からの約40名を含め、100名ほどが参加した。当学会はこれからもワークショップに積極的に協力していく。次回は平成15年1月、タイ・バンコクで開催される予定であるので、詳細が決定しだいホームページに掲載する。プログラム等は前回同様、前田昭太郎先生を中心に進めていく。

2) 第15回国際細胞学会案内

開催日:2004年4月11日~15日

開催国:チリ・サンチャゴ

プログラム委員会から招請講演のスピーカーの候補者リスト提出依頼を受けており、学術委員会、理事会等と検討の末、23名を推薦しそのうち12名が決定したので委員会より通知した。追加人員については秋期大会で報告する。

3) 日中医学大会2002案内(日中国交回復30年を記念して)

開催日:2002年11月3日~6日

開催国:中国・北京

日本医学会が日本の主催団体となっており約40数学会が参加する予定。当学会は中華病理学会(Chinese Society of Pathology)の紹介を受けたので、連絡をとりながら参加する話を進めていく。会期が秋期大会の直後となっているが下関から直接北京に向かうコースを設定するので、積極的に参加してほしい。参加・抄録の締切りは7月末日。詳細は学会のホームページに掲載する。

4) 第15回国際細胞学会(2004年4月11日~15日)と日本産科婦人科学会の会期が重なっており、会員から会期変更を希望するメールを受けているが、以前から決定されており変更は不可能であるので了承してほしい。

3. 編集委員会報告 (蔵本博行 編集委員会委員長)

1) No.27細胞診指導医会報が出版された。平井康夫先生の「2001年ベセスダ・システムについて」、垣花昌彦先生の「点と線と面と」など注目すべき投稿がある。

2) 前々回の細胞診指導医会における指導医専門医フォーラムの議事録、および今回から日本細胞診断学推進協会代議員会議事録を掲載することになった。

上記のことから以前より出版費が増したため紙を薄いものに変えた。次号については「国際交流」をテーマとした記事を掲載する予定である。

C. 協議事項

1. 細胞診指導医会総務の選挙について

(野澤志朗 細胞診指導医会会長)

本年度12月末日の細胞診指導医会総務任期終了に伴い、次期総務選挙を行う。

8月中旬に書類を送付し、9月中旬に投票を締切り下旬に開票。11月2日秋期大会時に新任総務10名の互選により指導医会会長を選出する。細胞診指導医会会則(第7条)により被選出者は65歳を超えないこと。

2. その他

1) 厚生労働省の医療に関する広告規制の緩和について

(天神美夫 日本細胞診断学推進協会理事)

医療の変革期を迎え総合規制改革の中で、医療法と健

康増進法改正案のうち、医療に関する広告規制緩和が4月1日より都道府県に到達された。この中で専門医の広告が可能となり、この点が問題となっている。専門医とは何かという明確な規定はないが、今回話題となっているのは厚生労働大臣が認める専門医の話である。従来から「外科学会認定医」などのように専門医を名乗っていたところもあったがこれを認定している団体が社団法人等であり、管轄は文部科学省であるので、今後更に厚生労働省の認可を上乗せするというかたちになるのが一案としてある。

厚生労働省が出した専門医資格を認定する団体の基準は9つある。このうち特に問題となるのは団体が法人格を有しているという条件であるが、法人格については従来の公益法人だけでなく、中間法人、あるいはNPO法人でも認められる。医療法の改正案の附則に、保険点数について様々な改正が盛り込まれており、専門医と名乗ることは非常に有利となる可能性が高い。細胞学会、細胞診指導医会、診断学推進協会ともに以上のことを真剣に考え、指導医＝専門医という図式となるにはどのように対応すればよいかを検討していかなければならない時期にある。

※指導医専門医制度にいう「専門医」と広告規制の緩和に出てくる「専門医」は言葉は同じだが完全に別のものであることに注意してほしい。

2) 学会機構検討・専門医制度検討協議会について

(蔵本博行 学会機構専門医制度検討協議会会長)

医療に関する広告規制の緩和に伴い、学会の機構改革を検討するために当協議会は発足した。1月の理事会で長谷川前会長の諮問機関であった、学会運営・活動あり方検討委員会(山片重房委員長)からの答申案を学会の運営機構としてどのように反映させるかという問題もあわせて検討することになっている。

広告規制の緩和によって具体的には専門医というものを社会的に表明できるようになるということである。細胞学会で認可している細胞診指導医は、学会内部だけで表明が認められる専門医にすぎないが、厚生労働省の告示に沿うように改革すると、社会的に学会外でも名乗ることが可能となり、細胞診指導医の社会的認知を高める絶好の機会である。

告示された条件は9項目あり、7項目は現状で満たしているが、他の2項目は該当しない。

(問題1) 法人格を有すること。長年社団法人化に努力し続けているが難しい状況である。

本年4月1日に施行された中間法人法に基づく中間法人であれば、比較的学会が法人化しやすいことから、中間法人化を検討している。

(問題2) 団体の正会員の80%以上が医師または歯科医師であること。現在学会の会員約1万名のうち医師は約4,200名であり、80%には到底満たない。これを達成できるよう改革するために細胞診指導医の先生方からいろいろな考えや知恵を寄せてくださることをお願いする。改革にあたっては長年築いてきた細胞学会の会員1人1人に決してデメリットにならないだけでなく、一層会員個人が学会活動を通して利点を享受し社会的に認知され、細胞診指導医と表明できることが大切である。このことが達成されれば必然的に細胞検査士も社会的に認知されるのではないかと考えている。

3) 細胞診指導医あり方委員会報告

(長谷川壽彦 細胞診指導医あり方委員会委員長)

あり方委員会および細胞診指導医会総務で作成した原案については細胞学会の理事会で承認を得たので、諸制度審議小委員会へ会則等の変更の案文を送った。可能であれば秋期大会時の理事会と来年度総会時の評議員会で承認を得て正式に発足させたい。いずれにしてもある程度の周知徹底期間は必要であるが、一刻も早く急がねばならないので、1年後にはかたちのあるものにしていく予定である。

細胞診指導医会会長 野澤志朗 閉会の辞

講演 『これからの細胞診指導医・細胞診指導歯科医像』

国立栃木病院院長 長谷川壽彦

細胞診専門医・細胞診専門歯科医および細胞診指導医・細胞診指導歯科医は、以下専門医および指導医と表現する。

1. 専門医・指導医制度における専門医認定は、専門医資格認定試験に合格した者をいい、そのうち一定の条件を充たしたものを指導医と認定している。専門医と指導医は、相互に移行可能である。

2. 指導医会会員への専門医・指導医制度アンケート結果報告(回答率:全指導医1,631名中767名回答47.03%)

質問1「専門医・指導医制度で指導医になられますか」

指導医を継続するという回答が82%

質問2「指導医資格認定試験を専門医資格認定試験にする」

賛成:89% 現状のままで良いと考える者が多数であることがうかがえる。

質問3「専門医資格更新の条件—学術および学会参加単位4年間合計200単位以上」

賛成:79%

3. 指導医・指導歯科医のあり方について

1) 指導医と細胞検査士の社会的認知

2) 細胞診指導医会の矛盾点

3) 細胞診専門医の責務

4) 現行の規約を廃止し、専門医と指導医を並称した規約を新設する。

試験、資格、資格更新、更新の実施、専門医・指導医の名称変更に関する事項について定める。これについては、細胞診指導医総務会で承認を得た。

5) 細胞診指導医の責務—「細胞学会の担う責務」

臨床細胞学への学術貢献

細胞診診断の質保証—そのためには細胞検査士の教育・研修、一定割合のダブルチェックの必要性

6) 陰性標本の取り扱い

7) 細胞検査士の仕事量

8) 細胞診指導医の役割

9) 細胞診専門医・細胞診指導医制度のまとめ

①細胞診専門医の定義と専門医認定の条件

②細胞診指導医登録の条件

③更新業務

④細胞診専門医・細胞診指導医の相互移行

⑤道義的責任の問題

上記についてスライドにて報告された。

(詳細は細胞診指導医会会報 No. 28 に掲載)

以上

日本細胞診断学推進協会平成14年度第2回代議員会議事録

日時：平成14年11月1日 15時00分～16時00分

場所：海峡メッセ下関 9階 海峡ホール

出席者数：77名 委任状38名

本代議員会は、日本細胞診断学推進協会会則第37条に従って、代議員数200名の2分の1以上の出席と委任状（出席77名+委任状38名=115名）により成立であると認められたので、本代議員会が開催された。

議長に上坊敏子代議員が選出された。

議題に先立ち、東岩井久、及川洋恵両氏が議事録署名人に選出された。

理事長挨拶：半藤 保理事長

今回は本協会最終決議機関が総会から代議員会へ移行後初の代議員会である。本協会は法人化および会則改定について各々ワーキンググループを設置、活動してきた。法人化に関しては、様々な種類があり複雑であるが専門医制度との関係上緊急性が求められている。また他方では医療関連法案等、行政の動向も看過できない。したがって本協会は、方向性の決定が困難な状況にある。

会則改定に関しては、前代議員会で継続審議となった細胞診指導医会規約と細胞検査士会規約との整合性について検討する。

議 題

1. 庶務報告 (平井康夫 専務理事)

会員数：7,193名

細胞診指導医会員数：1,692名（認定1,876名）

細胞検査士会員数：5,501名（認定6,203名）

（物故会員）

細胞診指導医 堀江昌平先生

（医療法人中山会 宇都宮記念病院）

細胞診指導医 横山 泰先生

（横山産婦人科病院）

細胞診指導医 高山泰子先生

（日野市立総合病院）

細胞診指導医 北村忠久先生

（国立舞鶴病院）

細胞検査士 近藤明人殿

（名古屋市立城西病院）

細胞検査士 中野ミチエ殿

（宮崎県延岡病院）

黙禱

2. 平成14年度（2002年）事業進捗状況

（佐々木 寛 会計担当常務理事）

（平成14年度終了事業）

講習会・試験地・実施日 受講(験)者 収 支

1) 第44回細胞検査士ワークショップ 80名+講義 120,216
4月13日・14日 のみ44名

2) 細胞検査士養成講習会 38名 37,032
7月1日～13日

3) 第27回医師の細胞診断学セミナー 60名 2,589,290
8月22日～25日

4) 第43回細胞検査士教育セミナー 986名 3,577,676
8月24日・25日

5) 第44回細胞検査士教育セミナー 424名 △429,731
8月31日・9月1日

6) 第45回細胞検査士ワークショップ 80名+講義
9月21日・22日 のみ55名
（平成14年度未終了事業）

1) 細胞診指導医資格認定試験 205名
12月8日

2) 第35回細胞検査士資格認定試験 661名
11月10日（第1次）
12月14日・15日（第2次）

3) 細胞診指導医資格更新業務 約300名
12月末日

4) 細胞検査士資格更新業務 約1,480名
12月末日

現時点で420万円強の利益があり、本年度は黒字の見通しである。次理事会で詳細を報告する。

以上が承認された。

3. 日本細胞診断学推進協会会則改定について

（青木大輔 会則改定担当幹事）

細胞診指導医会規約と細胞検査士会規約との整合性について検討し、それぞれ改定案（修正案）が報告、承認された。

＜細胞検査士会規約改定案＞

文言の変更であり、内容は概ね従来どおりである。

＜細胞診指導医会規約改定案＞

日本臨床細胞学会における専門医・指導医制度の導入、細胞診指導歯科医及び細胞診専門歯科医新設の2点の制度変更に対応するようにした。

1) 会員の構成

細胞診専門（歯科）医、細胞診指導（歯科）医の両方で構成される。

2) 役員の選任

「細胞診専門医の中から選出され」⇒「細胞診指導（歯科）医の中から会員の選挙により選出され」

被選挙人を細胞診指導（歯科）医に限定した。

なお、「会員の選挙により…」の「会員」には細胞診専門（歯科）医、細胞診指導（歯科）医の両方が含まれることが確認された。

3) 会 議

「細胞診指導医会」を「総会」へ変更。「総会」の位置付けを明確化した。また、第1項は削除する。

4) 規約の変更

「細胞診指導医会」を「総会」へ変更。

翌日の細胞診指導医会にて報告、承認を求める。

以上のことが承認された。

4. 日本細胞診断学推進協会法人化について

（長谷川壽彦 副理事長）

数年前から本協会は委員会を設置し、どのような法人格を取得すべきか検討してきた。しかし、専門医制度問題の浮上により日本臨床細胞学会の法人化を優先し、本協会はその動向を見守ることにした。したがって、現在本協会法人化は継続審議中である。

5. その他

- 1) 次年に予定している本協会役員選挙に備え、選挙管理委員会委員長に長谷川壽彦副理事長が選出、承認された。次代議員会で他の選挙管理委員選出結果について委員長から報告する。
 - 2) 細胞検査士健康管理委員会より、資料の分析結果が論文にまとめられ日本臨床細胞学会誌に投稿された。
 - 3) 北海道、宮城県、熊本県にて行っている定点観測は長期的視点が必要なので今後も協力を求める。
6. インターネット等による医療情報に関する検討会及び臨床検査技師、衛生検査技師に関するあり方等検討会について (天神美夫 理事)

1) インターネット等による医療情報に関する検討会

様々な学会が「専門医」あるいは「指導医」を認定しているが、各大学、病院などが公表する場合には厚生労働大臣認定の「専門医」、即ち公的主体の情報を最優先事項として掲載できる。現在、厚生労働大臣の私案(平成14年9月末)の中で、医療報酬等をドクターフィーとホスピタルフィーに分けることが提案されている。ドクターフィーは医師の取り分であるが、「専門医」とその他の一般医では異なるとの意見があり、詳細については11月末までに厚生労働省が見解を示す予定である。

しかしこれまでの内容は不十分な部分が多い。一つは、日本医師会が主張する高齢者独立保険と厚生労働省が主張する年齢リスク構造調整型保険との整合性である。もう一つはドクターフィーの範囲が明確でないことである。

以上のことは専門医の問題と密接な関係にあるので今後の検討会の動向に注目すべきであるが、現段階では病院等が公示する「専門医」は常勤医師でなければならないという点に大きな比重がある。

2) 臨床検査技師、衛生検査技師に関するあり方等検討会

日本臨床衛生検査技師会ではかねてから、臨床検査技師の業務等改正の要望を国に対して行ってきたが、このたび厚生労働省内で上記の検討会が持たれる事となった。この中で「臨床検査技師が行う業務」として明記することを期待する項目の(4)に細胞判定に関わる検査の項目がある。細胞診断の部分に、この検査は専門的知識、技術を有した臨床検査技師が行うことが適任であると述べている。これは専門的知識、技術さえあれば細胞検査士でなくとも細胞診業務可能とも取れる内容になっていることから、細胞診断については日本臨床細胞学会の認定した細胞検査士がこれに相当することを再確認しておく必要がある。そのための積極的な行動が必要である。

そこで、当協会理事長名で日本臨床細胞学会会長宛に上記問題に対する早急な対応依頼の文書を提出する必要がある。

以上のことが承認された。

注(日本臨床細胞学会の見解)

上記の協会提案について承諾した。総務委員会幹事が学会長名で桜林検討会議長に文書を送付し、同検討会の臨時委員として金城 満渉外委員長を推薦する。

平成14年第1回代議員会議事録(案)が承認された。

議長は以上を以って日本細胞診断学推進協会平成14年度第2回代議員会の議事を終了した旨を述べ16時00分閉会した。

平成14年11月1日

議事録署名人

細胞診指導医：東岩井久

細胞検査士：及川洋恵

以上

指導医会総務・各種構成委員会メンバー

会 長 長谷川壽彦
総 務 長谷川壽彦 長村 義之 植木 實 覚道 健一 蔵本 博行 佐々木 寛
坂本 穆彦 安田 允 平井 康夫 野澤 志朗
担当
(主) (副)
庶 務： 長村 義之 植木 實
渉 外： 安田 允 坂本 穆彦
会 計： 佐々木 寛
会報編集： 覚道 健一 蔵本 博行
あり方委員会：平井 康夫 野澤 志朗
幹 事 佐藤 之俊 室谷 哲弥 稲山 嘉明 今野 良 山下 博

指導医会あり方委員会

主担当・委員長 平井 康夫 担当 野澤 志朗
副委員長 馬場 雅行
委 員 秋田 弘俊 山下 幸紀 本山 悌一 方山 揚誠 前田昭太郎 鈴木 光明
青木 大輔 佐藤 之俊 石原 明德 宇田川康博 覚道 健一 中泉 明彦
石原 得博 池田 徳彦 広岡 保明 日浦 昌道 岩坂 剛 金城 満
幹 事 今野 良 渋谷 潔 田村 浩一

会報編集委員会

主担当・委員長 覚道 健一 担当 蔵本 博行
副委員長 上坊 敏子
委 員 寒河江 悟 竹島 信宏 横山 繁生 馬場 雅行 中泉 明彦

細胞検査士指導要領

正しい細胞診断を行うために、細胞診指導医(以下指導医)と細胞検査士(以下検査士)とは共同して細胞診業務を遂行すべきである。指導医は検査士の要請に応じ、その検査士の登録細胞診指導医として学会に登録される*1。

この場合、指導医はその検査士の教育・指導監督を行う義務がある*2。

両者は常に信頼と協力のもとに密接な連絡体制を確立し、技術の向上とともに、よりの確な細胞診の実施をはからねばならない。

1. 指導の実際

1) 検査士と同時鏡検による対話的交流を行うことが最も効果的であるので、できるだけこのような機会を作るように努める。

2) 細胞標本の作成技術、細胞形態の鑑別や細胞学的診断について指導するのみでなく、臨床事項や他検査所見も含む総括的考察にも努め、細胞診の占める役割と意義についても正しく理解させる。

3) 細胞診の過小評価(見落とし、誤陰性など)および過大評価(誤陽性)はともに責任が大きいことを十分留意せしめる。指導医に連絡させる症例は各検査士の能力に応じて決定すべきであるが、原則として疑陽性(class III)以上の症例はすべて指導医の判定を受けさせるべきである。これ以外の症例でも癌、非癌を問わず問題所見については、つとめて指導医に連絡させる。指導医は検査士の疑問症例の単なる相談相手としてのみではなく、その検査士のスクリーニングした全標本の判定結果に対して、道義的責任を有していることを十分認識しておかなければならない。

2. 他機関に対する指導医の立場

指導医が他機関の検査士を指導する場合は検査士の所属する施設の施設長と十分連絡し、次のいずれかの形式をとることが望まれる。

- 1) 指導医がその機関の非常勤医師になる。
- 2) 検査士所属の施設長より細胞診指導の依頼を受ける。
- 3) 検査士所属の施設長より当該検査士が指導を受けることについての了解を得る。とくに当該機関に認定病理医が所属している場合には、綿密な連絡が必要である。

指導医はさらに当該機関関係者に対しても細胞診の判定法、精度管理、検査伝票、設備、検査料金の設定など種々の面において助言勧告をすることが望ましい。

3. その他の注意事項

1) 診断を訂正する場合や診断に関連した臨床側とのトラブルの場合には、相互に連絡しあい標本を再検討するとともに指導医の責任において対策を講ずる。

2) 指導医を依頼された場合には、前述の責任と業務の遂行が可能であるか否かを考慮し、適当と判断した場合に引き受ける。

施設や地域の特殊性などを考慮に入れねばならないが、一般的には10名程度が指導できる限度とみなされ、これを越える場合には他の適当な指導医を紹介することが望ましい。

3) 必要に応じ、教育指導医として他の専門分野の指導医を紹介するなど、他の指導医との協力、さらには集団指導システムの導入などの検査士が全科的指導を受けられるような体制を考慮することが望ましい。

4) 学会や研修会への参加の奨励などにより検査士の能力の維持・向上に努め、細胞診標本の保管整理、検査伝票、設備、技術などの細胞診の合理的運営に必要な事項についても適宜助言する。

5) 細胞診に関する研究発表についても積極的に指導し、学問的批判に十分耐え得る内容のものを発表できるようにする。

6) 検査士の資格更新、転居、指導医更新に際しては学会の規定に従って的確に申請するように指導する。

*1 細胞検査士の業務および資格更新に関する施行細則 2. 2)

*2 細胞診指導医資格、業務および申請に関する施行細則 4. 1) 2)

日本細胞診断学推進協会細胞診指導医会規約

第1章 総 則

(名 称)

第1条 この会は、日本細胞診断学推進協会細胞診指導医会と称する。

(事務所)

第2条 この会は、事務所を、東京都豊島区上池袋1-38-5 アサマビル 204号室日本細胞診断学推進協会事務所に置く。

(目 的)

第3条 この会は、細胞診断実務に関する医師、歯科医師ならびに技師の教育・指導に当たることを目的とする。

(事 業)

第4条 この会は、前条の目的を達成するために、次の事業を行う。

1. 細胞診専門医、細胞診専門歯科医（以下、細胞診専門（歯科）医）および細胞診指導医、細胞診指導歯科医（以下、細胞診指導（歯科）医）が業務を円滑に遂行できるように支援する。
2. 細胞診専門（歯科）医および細胞診指導（歯科）医による細胞検査士指導の実態を把握し、調整する。
3. 集会の開催。
4. 会報の発行。
5. 日本臨床細胞学会細胞検査士資格認定試験委員会委員長および細胞検査士委員会担当理事と協議の上、日本臨床細胞学会細胞検査士資格認定試験運営委員会の委員を推薦する。
6. 日本臨床細胞学会細胞検査士委員会委員長の要請により、日本臨床細胞学会細胞検査士資格更新審査小委員会の委員を推薦する。
7. その他この会の目的を達成するために必要な事業。

第2章 会 員

(会員の構成)

第5条 この会は、日本臨床細胞学会会長が認定した細胞診専門（歯科）医および細胞診指導（歯科）医で構成される。ただし、細胞診指導（歯科）医とは、細胞診専門（歯科）医であり且つ日本臨床細胞学会の定める条件を満たし、同学会の定める所定の手続きを経て、細胞診指導（歯科）医を称するものを意味する。

(会員の移動)

第6条 会員は、退会または転勤などの移転があった場合、事務所に届け出なければならない。

第3章 役 員

(役員の種類別)

第7条 この会に、会長1名および総務若干名および監事2

名の役員を置く。

(会 長)

第8条 会長は、総務の互選により選出され、日本細胞診断学推進協会理事長がこれを委嘱する。

2 会長は本会を主宰し、これを代表する。

3 会長の任期は3年とし、再選を妨げない。

(総 務)

第9条 総務は、細胞診指導（歯科）医の中から会員の選挙により選出され、会務に関する重要事項を協議し実行する。

2 総務の任期は3年とし、再任を妨げない。ただし、選出時、被選出者は満65歳を越えないこととする。

(監 事)

第10条 監事は会長が候補者を推薦し細胞診指導医会の承認を経て決定される。

2 監事はこの会の会計および会務を監査する。

3 任期は3年とし、再任を妨げない。

(幹 事)

第11条 この会の業務を処理するため必要な幹事をおく。

第4章 会 議

(総 会)

第12条 この会の総会は、日本臨床細胞学会総会および秋期大会時に開催する。

2 総会の議事は、出席会員の過半数をもって決する。

3 会長は、総会開催時に、講演会等を行うことができる。

(細胞診指導医総務会)

第13条 この会は、日本臨床細胞学会総会および秋期大会時に、細胞診指導医総務会を開催する。その他必要に応じて会長は臨時細胞診指導医総務会を開催することができる。

第5章 顧 問

(顧 問)

第14条 会長は、満65歳以上の総務経験者のうち、細胞診指導医会に特に功績のあったものに対し顧問の称号を与えることができる。顧問は、細胞診指導医会、細胞診指導医総務会へ出席できるものとする。

第6章 会 計

(事業計画・予算書)

第15条 この会の事業計画およびこれに伴う予算書は、会長が作成し、細胞診指導医総務会の承認を経て毎会計年度開始前に、日本細胞診断学推進協会理事長に提出しなければならない。これを変更する場合も同様とする。

(事業報告・収支決算書)

第16条 この会の事業報告および収支決算は、毎会計年度終了後、会長が事業報告書、収支決算書を作成し、日

本細胞診断学推進協会理事長に報告しなければなら
ない。

(会長年度)

第17条 この会の会計年度は、4月1日より翌年3月31日ま
でとする。

第7章 規約の変更

(規約の変更)

第18条 規約の変更は総会出席会員の過半数の賛同を得て決
定される。

附 則

1. 本規約は昭和60年5月30日から実施する。
2. 昭和62年5月21日一部改定。
3. 平成4年11月12日一部改定。
4. 平成7年6月10日一部改定。
5. 平成8年6月1日の日本細胞診断学推進協会の発足に伴
い、平成9年5月30日までは移行措置とし、従前の細胞
診指導医会規約を適用する。
6. 日本細胞診断学推進協会細胞診指導医会の本規約は平成
9年5月31日より実施する。
7. 平成14年11月2日一部改定。

編 集 後 記

29号より、指導医会報の編集を担当することになりました覚道健一です。皆様の情報誌として、ご利用いただける指導医会報にいたしたく存じます。是非、皆様のご意見、ご要望またご投稿をお寄せいただきますようお願いいたします。細胞診指導医は、現在1,800人を超える集団となり、その団結と情報交換に指導医会報のような媒体が必要です。この29号でも、ご覧になるとお分かりのごとく、診断学推進協会のNPO法人化申請、学会人事や総会日程だけでなく、話題の専門医制度と現存する指導医制度の移行についての、学会の取り組みや見解、それに対する議論などホットな内容が取り上げられています。この議論では山『片』先生のご意見を掲載しないのでは『片』手落ちとなると思いますので、石切生喜病院院長の山片重房先生に、山片案の背景についての寄稿をいただきました。山片先生の細胞学とその構造改革への思い入れを感じていただきたく存じます。委員会報告として、国際交流委員会より、4篇の原稿をいただき、委員会報告と、日中、日韓、日タイそれぞれの二国間交流についてのご紹介と、指導医各位への国際交流への誘いがまとめて報告されています。また同時に、細胞検査士会便りとして、検査士会国際委員会委員長小林さんより、『細胞診の国際協力を考える』として、アジアの現状についての分析と、また抱負がまじめに述べられています。この29号を国際交流特集号とできたのではないのでしょうか。国際交流を学問や研究の目的にすることは大変難しいと申さざるを得ませんが、第44回総会会長の蔵本先生の文章の中にもありますように、『よく遊べない人は、勉強もできない』と申します。細胞診断学を面白くするために、また変化を与えるために、国際交流はよい方法ではないのでしょうか。『仕事を遊びに、遊びを仕事に』のためにも、細胞学を楽しくするための情報収集に、この指導医会報をご利用いただき次の交流会にはより多くの会員のご参加を期待しております。

『地方会便り』、『指導医の輪』、『指導医駆け出しの頃—青春を語る』なども、回を重ねるにつれ、面白い話題をご提供いただき、それぞれの会員が、何を考え、何を目指して努力してきたか、また重要と考えているかを訴えています。今までは、編集委員会よりお願いしてご寄稿いただいているのですが、タイムリーに話題をご提供いただくためにも、投稿による原稿も歓迎させていただきたいと存じます。投稿では常連山田 喬先生の食通談義に加え、垣花昌彦先生のインフォームド・コンセントの問題点と理想の医師患者関係との葛藤は皆様への話題提供となることを願うものであります。投稿ではありませんが、第41回総会要望講演より、弁護士麻生利勝先生より、『細胞診領域における法的責任』を掲載いたしました。例外的に長い記事であります。引用を含め全文を掲載いたしました。我々指導医が精度管理を考えるにあたり専門家の観点を取り入れていただきたいと願うからであります。

(覚道健一)

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。
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、随筆など細胞診に関係のない内容でも結構です。

原稿送付先：〒170-0012 東京都豊島区上池袋1-38-5
アサマビル204号室
日本細胞診断学推進協会事務局

新 細胞診指導医会会報編集委員会

主担当・委員長：覚道 健一 副担当：蔵本 博行
副委員長：上坊 敏子
委 員：寒河江 悟、竹島 信宏、横山 繁生、馬場 雅行、中泉 明彦

旧 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：覚道 健一
委 員：阿部 庄作、上坊 敏子、諏訪 敏一、寒河江 悟、竹島 信宏、横山 繁生