

細胞検査士の将来を憂う

藤田保健衛生大学医学部病理学 堤 寛

日本臨床細胞学会は、細胞診専門医は、そして細胞検査士は、時代とともに、どのように変化・変身すればよいのだろうか。まさに今、変革の波のなかにいる日本臨床細胞学会にとって、時代の方向性を読む指導者層のバランス感覚が求められている。

方向性の決定に当たる今現在、目先の目標ではなく、将来をじっくりシュミレーションすることが重要だろう。その意味で、新潟での先の学会で示された方向性は、少なくとも病理専門医兼細胞診専門医の私には、強い違和感が残った。

日本臨床細胞学会に期待される最重要な命題は、何よりも、質の高い細胞診断の普及であるはずである。理想的には、医療の質を担保した上で、医療費の削減にも貢献できればいいだろう。しかし、後者の方が優先される方向性は学会として決してとってほしくない。

今さら言うまでもなく、細胞診断は、日本の津々浦々で高品質の状況で実践・サービス提供されている。これは、細胞検査士たちが全国各地で営々と積み重ねてきている地道な努力の成果と言っても過言ではない。検診業務については、とくに衛生検査所（検査センター）が主役を演じているとあっていいだろう。

現時点で、学会指導者層から提示された施策・方向性を私なりに批判的に整理すると、以下のようなだろう。

1) 日本臨床細胞学会は細胞検査士に優しくない

細胞診専門医が社会的にアプルーブされることを目的として、学会は数年前、医師会員を正会員として残し、細胞検査士・臨床検査技師会員は原則として技師会員（いわば準会員）扱いする方向で機構改革した。「医療に関する広告規制の緩和」（平成14年3月）に伴って、医師の専門職を社会に知らせしめるための改革だった（医師会員数が80%以上で、かつ法人格をもつことが条件）。さらに、2012年8月、「専門医の在り方に関する検討委員会」（厚生労働省）の答申で、来年度に「専門医認定を担う第三者機関の設置」が決定された。そこでの専門医の認定基準にあわせる目的で、（近く認定・移行予定の）公益社団法人日本臨床細胞学会の定款にいくつかの修正案が提示され、総会で承認された。

重要変更項目のひとつに、細胞診専門医資格取得の前提条件として、基本領域の学会（日本産婦人科学会、日本病理学会など）の資格を有していることが提唱された。言い替えば、細胞診専門医は専門性の高い特殊領域を担う資格であり、いわば、二階建ての二階に相当すると位置づけられる（専門医の2段階制への再編）。つまり、医師にとって、絶対的に必要な資格とは言い難い側面が否定できない。細胞診専門医資格の公益性を優先的に確保するために、臨床検査技師を準会員に格下げして、細胞検査士資格を置き去りにするかのようにもみえる。細胞検査士にとって、医師の場合と異なり、この学会はまさに1階部分に相当するため、細胞診断の普及のために優先すべきは、むしろ実務の多くを担う、実力的にも申し分のない細胞検査士の資格の方であると私は思う。細胞検査士のためにならない今回の決定は、正会員たる医師会員の勝手（横暴）とはいえないだろう。

2) ベセスダ分類の全面導入の問題点

日本の細胞診断のレベルは間違いなく世界一だと私は信じる。細胞検査士たちの努力の賜物であるといってもいいだろう。少なくともがん検診では、その業務は細胞検査士にほぼ完全に依存していると言っても言いすぎでないだろう。子宮頸部細胞診に関して、従来の日母分類による診断は十分に再現性が高く正確であり、変革する必要性のないレベルに達していたといえる。現在、ベセスダ分類が導入・併記され、診断の現場が無用に混乱しているのは紛れもない事実である。その上、来年度からはベセスダ分類に一本化するという。大多数の会員はこの決定に満足していないだろう。従来の診断レベルが保てなくなる可能性があるからである。

思うに、ベセスダ分類は高度異形成と上皮内癌を識別できない(米国の)低い診断レベルに合わせた分類といえる。何より、液状細胞診を基本として、あくまでHPV 遺伝子検査と併用することを前提とした分類である。日本の現状にあっていないことは歴然としている。きっと、そう感じている会員が大多数ではなかろうか。世界各国、実力も医療体制も違うのに、世界標準と称して米国のレベルにあわせるのが最良かどうか、ぜひ、アンケート調査を実施してほしい。

現時点では、子宮頸部からの細胞採取法自体が統一されていない。ベセスダ分類を導入しても、採取法が綿棒だと標本不適正率が高まる。ブラシで大量の粘膜をはぎ取ると、生検診断に支障をきたす例もある(病理診断レベルの低下につながるだろう)。その上、液状細胞診用の標本作製装置の普及度はまだまだ低い。

現在、地方自治体で使用されている検診結果の記載用紙には、所見を記載する欄がきわめて乏しいのが現実。こんな状況の中で、記載がベセスダ分類だけになったとしたら、医療レベルの著しい低下と実感されることになるのは、まず確実である。

3) 子宮頸癌検診への HPV 遺伝子検査の全面導入

学会の中でくり返し示されたように、HPV 遺伝子検査の精度・実用性は十分に高く、細胞診断はその穴埋めをする形で併用される方向性が提示された。主従関係の逆転である。効率のいい検診、経費削減を優先するなら、国家にとってはそれが望ましい形といえるだろう。しかし、その結果、細胞診断の必要性が実質的に目減りし、ベセスダ分類の全面導入と相まって、細胞検査士のモチベーションが下がるやもしれない。細胞診断のレベルが下がり、経費削減と称して細胞検査士の削減へと加速するのは容易に予測できる。どうやら、「トキ会館」で行われた学会らしい決定と言えそうである。

3年(5年)に一度のHPV検査を子宮頸癌検診に導入するとしよう。毎年検診にきていた人が同じ人が多いとするなら、HPV 遺伝子検査の導入によって、2年目には受診者が激減するだろう。それに伴って、自治体や国からの補助金がカットされる(それが目的だから当然である)。そして、このじり貧状態はもはや止められなくなるだろう。現場の人間が共通して抱く危機感といえる。

HPV 遺伝子検査だけでスクリーニングするようになっていく欧州やニュージーランドでは、事実、検診における細胞診のニーズが大きく減少する方向に加速されている。遺伝

子検査は経済性がずっと高いし、簡便である。信頼度も十分に高い。長年のトレーニングを要し、それなりの給与を支払い続けねばならない細胞検査士は、遺伝子検査にとっても太刀打ちできないだろう。

学会中に、ニュージーランドで働いていた日本人細胞検査士の中に、解雇されて帰国している人がいるという話をうかがった。どうやら、細胞診自動スクリーニング装置の導入が、細胞検査士解雇に拍車をかけているらしい。その通りのことが、もうすぐ日本でも起こりかねない。

2012年11月13日に開催された厚生労働省の「がん検診のあり方に関する検討会」では、有効性を確認する国内データが少ないことから、“HPV 遺伝子検査の導入は時期尚早”と判断されたのは、細胞検査士にとってラッキーだったといえよう。検診受診率が低い現時点でさえ、細胞診断を担う衛生検査所は手一杯の状態であり、国の目指す検診率 50%の目標にとっても対応できないのも事実である。検診率をあげつつ、併用検診によって検診間隔を開ける“綱渡り”をいかに実現するのか、明確な展望がほしいところである。

4) 内膜細胞診への礼賛

世界的に普及していない内膜細胞診に対する礼賛も相変わらず声高だと感じられた。たしかに、高次医療機関であるがん研や大学病院のデータとしては正しいのだろう。しかし、あくまでこれば「都会の論理」に過ぎないように思う。どろどろした地方の現場では、患者いじめに過ぎない側面があることも事実だろう。内膜細胞診を提出された衛生検査所（検査センター）は極力「偽陰性」を避けるようにしているため、結果的に「疑陽性」が量産されている。Endometrial hyperplasia を「内膜増殖症」と呼称することで、判定が疑陽性へと誘導されているように感じるのは私だけだろうか。Hyperplasia は過形成であり、病理総論的に、あくまで良性病変であるはずである。疑陽性と判断された患者さんは、無用な内膜生検を受けることとなる。無用な痛みと医療費の無駄遣いともいえよう。

こうした重大な大変革をオブラートに包むような形で推進（助長）する学会指導者層に対する違和感を、私は強く感じざるをえない。たしかに、医療費削減、効率のよい検査の導入は社会的な視点から重要である。行政側がそのように考えるのはある程度仕方ないけれど、いつもいっしょに働いている学会や病院の仲間である細胞検査士を、細胞診専門医の集団が知らん顔で切り捨てているようさえみえる。そんな自虐的な方向へと嬉々としておしすすめている学会指導部は、本当に現場のことをみて、考えてくれているのだろうか。現場の悲鳴を吸いあげようとしているだろうか。

それだけでなく立場の弱い臨床検査技師たちは、ますます何も言わなく（言えなく）なるだろう。事実、学会期間中、細胞検査士からは何の反論もなかったようである。へたをすると、学会の中で、医師（細胞診専門医）と臨床検査技師（細胞検査士）との溝が深まり、結果的に、そして不幸にも、無用な医療の質の低下につながる可能性がある。そして、そうであることに気づいてか、いや気づかないのか、この学会の向かう方向性はやはりどこかで間違っているのではないだろうか。

いったい、「学会」は何のためにあるのだろうか。日本臨床細胞学会の定款には、「わが国

における臨床細胞学の学術研究の発展を図るとともに、細胞診断実務に従事するものに対して、細胞診断の教育指導に関する事業を行い、国民の医療と福祉に寄与することを目的とする」と謳われている。どうやら、学会が会員を教育指導するのが筋のようである。「学会」とは、たとえば広辞苑では、“学者相互の連絡、研究の促進、知識・情報の交換、学術の振興を図る協議などの事業を遂行するために組織する団体”と定義されている。また、「学者」とは、①学問にすぐれた人、②学問を研究する人をさす。こうした点からみると、細胞検査士は学会にこれまで何も貢献してこなかったかのようにも捉えられる？

日本臨床細胞学会は、現時点では、「付加価値の高い、社会に求められる、かつ担当者のやる気が高まる、魅力ある業務としての細胞診断を模索し、そして、弊害の生じる前に改善策を講じる」のが筋だと私は信じる。学会員は、プロ意識に高い職能集団であり続けるべきである。このプロの職能集団を守ることも学会の重要課題であるべきである。

細胞検査士の諸氏に問う。今こそ、声をあげてほしい。学会に本音を伝えるべきである。みえない溝が急激に深まり、モチベーションが低下し、あるいは人材が払底してしまっただけでは遅すぎる。



「日本臨床細胞学会理事長に送付した提言・要望」

1. 細胞診専門医・細胞検査士という2つの職能集団をかかえる学会が社会的に重要な活動を実践する前提条件として、会員の権利・立場を保護・尊重することがまずありきである点を再確認していただきたい。
2. 公益社団法人臨床細胞学会における細胞検査士資格ならびに職能集団としての細胞検査士会の位置づけを、細胞診専門医ならびに細胞診専門医会と対等であることを明言してほしい。
3. 来年以降、子宮頸部細胞診の診断システムをベセスダ分類に一本化することの是非・対策などに関する会員へのアンケート調査を実施してほしい。
4. 子宮頸部細胞診検体の採取法の実態、液状細胞診用標本作製装置の普及度に関する全国調査を実施してほしい。
5. 現在、自治体単位で微妙に異なる子宮頸癌検診の検診用紙の統一を図るとともに、ぜひ、コメント欄を十分に確保するように学会として指導してほしい（現在、コメント欄のない用紙を使用している自治体がある）。
6. 検診率向上なしに3～5年に一度のHPV遺伝子診断を導入すると、2年目以降検診受診者が激減し、自治体からの補助金カットにつながり、結果として、衛生検査所の細胞検査士の雇用が危うくなるかもしれないリスクに関する学会としての見解をいただきたい。
7. HPV遺伝子診断単独の検診がすでに導入された欧州あるいはニュージーランドといった国々における細胞検査士の雇用状況、仕事に対するモチベーションないし細胞診断の質の維持に関する現状調査をぜひ実施していただきたい。

8. 子宮内膜細胞診の疑陽性率ないし偽陽性率に関する全国（あるいは支部単位の）調査を実施していただきたい。
9. 細胞検査士がスクリーニングの際に提示した診断を細胞診専門医が修正する確率に関する調査をしたらいかがでしょう。最終診断、所見欄それぞれに対する修正率をきちんとだしてみると、細胞検査士の細胞診業務における重要性・信頼度がより明確となるでしょう。できれば、細胞診専門医が修正した場合、最終診断と照合した正診率もだしてみたい。こうした基礎的なデータはこれまでほとんどなかったのではなかろうか。
10. 現場で働く細胞診専門医や細胞検査士の声を直接取り上げることのできる（気楽に意見の言える）仕組みを充実させていただきたい。

2012年11月21日

堤 寛 Yutaka Tsutsumi, M.D.

藤田保健衛生大学医学部病理学、教授

細胞診専門医#768、病理専門医#885

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

電話：0562-93-2439、ファックス：0562-93-3063

e-mail: tsutsumi@fujita-hu.ac.jp

URL: <http://info.fujita-hu.ac.jp/pathology1/>