

# 患者さんに 顔の見える 病理医の独り言

メディカルエッセイ集

6

哀愁の病理学  
～病理診断編～

つつみ病理診断科クリニック  
院長 堤寛

復刻版

# 「患者さんに顔のみえる病理医」の独り言

## メディカルエッセイ集⑥

### 哀愁の病理学 ～病理診断編～

堤 寛 Yutaka Tsutsumi, M.D.

#### 病理診断の話

もの悲しい医者

病理医 vs. 病理学者

日本の病的社会

料理医

最後の診断

アーサー・ヘイリーのプロ意識

恩師の一言

誤診

肺ダニ症騒動

ワムシ騒動

病理医は医者か？

病理診断をどこまで信じるべきか

病理診断病名：その重さと微妙さ——ある病理医の嘆き Part 1

病理診断病名：その重さと微妙さ——ある病理医の嘆き Part 2

病理診断病名：その重さと微妙さ——ある病理医の嘆き Part 3

病理診断病名：その重さと微妙さ——ある病理医の嘆き Part 4

病理診断病名の社会的適応

病理医による病理診断の説明の奨め

病理診断の目的意識とその役割分担

がんの病理診断と病理医へのセカンドオピニオン

私が病理診断報告書を英語で書く理由

上皮内癌は進行癌へ移行するか

術中迅速診断

センチネルリンパ節生検とその落とし穴

Class III

子宮内膜細胞診の信頼性

ダンピング

病理診断に関わる課税の不条理

解剖の意義

突然死

日本の剖検率

死因解明と解剖

「死者に優しい医療」の担い手、解剖医育成の必要性

病理解剖に国費負担を！

ネクロプシーにまつわる問題

病理科の実現へ向けて、今こそ熱いディスカッションを

テレビドラマ「フラジャイル」の広報効果

## 病理診断の話

### もの悲しい医者

病理学は英語でパソロジーpathology という。これは、パトス pathos (広義の病気) とロゴス logos (学問) の合成語であり、病気の成り立ちを追究する学問分野をさす。

パトスはギリシャの哲学者、アリストテレスがエトス ethos (倫理観、徳: ethics) に対応する概念として唱えた。パトスとは、欲情・怒り・恐怖・喜び・憎しみ・哀しみなど、快樂や苦痛を伴う一時的な感情状態 (情念: passion) を指す。そして、恐怖や悲しみを特徴とする病気へと概念が外挿されたのだろう。ロゴスからは logic が生まれた。

エトス、パトス、ロゴスは「説得」の 3 要素としても知られている。エトス (信頼される人柄)、パトス (感情に訴える話し方)、ロゴス (論理性、理屈) が人を説得するのに重要な要素なのである。いいかえれば、病理学は“パッション”をもって学び実践する学問であり、たかい説得力をもつはずである。

一方、pathos は英語でペーソスと読むが、これには“哀愁”という意味がある。病理医、あるいは病理診断という分野は、病院の中では常に裏方。長く医療法の中で医師として正式に認知されてこなかった。病理診断科の標榜が認められたのは2008年だった。そんな変な国は世界の先進国の中で日本だけだった。2年に一度の年末、医師は保健所長宛に「医師届け」を提出しなければならない。2007年まで、従事する診療科名の記述欄に内科、小児科、整形外科、麻酔科、リハビリテーション科といった計 33 科は印刷されていたが、「病理診断科」の文字はなかった。つまり、34 番目の“その他”のカッコ内に「病理」と書き込まねばならなかったというわけ。何とももの悲しい瞬間だった。

従来、病理医はペーソスいっぱいの医者だったといえるが、そう、これからはパッションいっぱいの医者へと変身しなければならない！

### 病理医 vs. 病理学者

病理医と病理学者は、英語ではともに pathologist だ。日本語の病理医は病理診断を業とする病院で働く医者のイメージがあるのに対して、病理学者は病気の学問である病理学 pathology (pathos + logos: 病気+学問の合成語)を追究する研究者のニュアンスがある。

この二重性格、アンビバレンスが私たち pathologist の立場を曖昧にすると同時に、甘えの構造を後押ししている。文部科学省配下では病理学は基礎医学に分類され、患者さんのための病理診断は本業ではないことになる。自分は基礎医学者なので、診断はこの程度でしかたない、と言い訳しながら暮らしている——。事実、普段はねずみばかり触っている「研究者」が、病理診断にも“ついでに”携わっている場合がないとはいえない。一方、厚生労働省の配下では、病理診断は「病理検査」の名のもとに、検査の一部とみなされ、欧米では、いや世界で常識の「病理科」あるいは「病理診断科」が長く認知されてこなかった。病理医はまるで機械の一部のようにみなされていた？ 事実、病理診断の健康保険点数 (診療報酬) は高いとはいえないし、肝心の病理診断に関わる部分の査定が曖昧である。

病理診断は、医師免許をもっていないと行えない「医行為」に含まれてはいるが、「病理医」によって大切な病理診断がなされていることが患者さんにあまり知られていない。病理診断が医行為と認知されたのも、高々十数年前（平成元年＝1989年）のこと。当時まだ若かった小生がこれはおかしい！などとほざいたのがきっかけだった（あまりにも淋しすぎる！）。臨床医学は診断と治療からなっている。診断を本業とする病理部門が、長く（平成20年＝2008年まで）診療部門として認知されてこなかった例外中の例外の国。それが日本。

言うまでもなく、著者は純粋の病理医であり、病理学者とよばれることが嫌いだ。

## 日本の病的社会

病理学は守備範囲の広い学問である。病理医が担う病理診断の「医行為」として重要であることはいうまでもない。つまり、病理診断をするには医師免許が必要なのは至極当然で、何も不思議でない。実は、わが国で病理診断が医行為であると公式に認められたのは、驚くべきことに、平成元年(1989年)12月20日のことだった。日本病理学会が当時の厚生省に対して、正式な“疑義照会”を行った結果だった。つまり、それまでは少なくとも法的には、病理診断をするのに医師免許は不要だった。何と不合理な！というよりも、そのことに気づかなかった情けなさ、後進性。

大変皮肉なことに、日本病理学会の英語名も1989年になってようやく、“日本の病的社会 The Japanese Pathological Society”から“日本の病理学の学会 The Japanese Society of Pathology”に変更されたのだ。むしろ、pathologicalに「病理学の」という意味があるので、本質的な相違はない。事実、英国病理学会は今でも、The Pathological Society of Great Britain and Irelandである。シカゴ病理学会の名称がChicago Pathological SocietyからChicago Pathology Societyに変わるのに10年を要したらしい。しかし、欧米の一般市民に直接聞くと、pathologicalはdiseased、illないしabnormalをイメージするという。

上記2つの内容を学会に提言できたことは、若き時代の著者の“隠れた”（個人名が表立たないために誰も知らない）業績だ、と自分では密かに思っている――。

## 料理医

「こちら、病理学教室ですが――」と、電話で小さなモーターを注文した。一週間後に届いた荷物の宛名には何と「料理学教室さま」とあった。

病理医という医者は、患者さんの目の前に登場しないので、日本では「料理医」と聞き違われるほどなじみが薄い。ある調査では、病理医の存在を知る人は半数以下、病理医の仕事内容に関しては8割以上の人が知らなかった。

病院で胃カメラを飲むと内視鏡医は病変部胃粘膜を摘み取る。外科医は胃がんや肺がんを手術する。乳房のしこりに針を刺して細胞の塊を吸い取るのも外科医。婦人科医は子宮の出口から綿棒で細胞を擦り取る。こうした細胞や組織を顕微鏡でみて最終診断を下すのが病理医だ。医療の最終目的、つまり治療における「病理診断」の重要性に口をはさむ医師はいない。しかし、診断結果は臨床医から聞くので、患者さ

んにとって病理医は黒子的存在だ。

確かに病理医は多くの素材を取り扱うコックに似ている。皮膚を診たと思ったら、次は脳腫瘍。大腸のポリープの次は肝臓。料理を熟知した調理人のように、ありとあらゆる病気（料理法）を知っているプロの診断士が、病理医なのだ。実際、見やすく染めるため、顕微鏡標本に塩や酸を加え、電子レンジや蒸し器、圧力なべで加熱処理することもある。

（朝日新聞夕刊科学欄、連載「病理医の目」第1回、1999.2.3）

## 最後の診断

人気作家アーサー・ヘイリーの「最後の診断」（新潮文庫、永井淳訳）は、病理医の仕事と役割をみごとに描いた小説だ。

1950年代、米国東海岸の一地方病院。新進気鋭病理医のコールマン医師と頑固で偏屈なベテラン病理医のピアスン医師が働く。メインテーマは、看護婦の膝に生じた病変の最終病理診断だ。コールマンの診断は骨折、ピアスンの診断は当時死亡率がきわめて高かった骨肉腫とみる。外部の意見も分かれ、ピアスン医師の最終診断に基づいて片足が切断された――。

プロにしかわからないこの悩みを取り上げたところに、プロ意識を尊ぶ作家の思いを強く感じる。

また、作家は着任早々のコールマン医師に「どうしてこの病院にはクロスファイルがないんだ！」と嘆かせている。

クロスファイルは、患者の名前や病名から過去の標本が検索できるシステムだ。40年後の今は、コンピュータが使われるようになったが、わが国では、まだ検索システムのない地方病院は少なくない。まして、病理医が二人常駐しているなんて！

病理医が一人だと休めず、診断に関する相談もままならない。最近、この問題を国際シンポジウムに取り上げようとして、「一人病理医」に相当する英語が存在しないことがわかった。ああ、そんなばかな。

（朝日新聞夕刊科学欄、連載「病理医の目」第2回、1999.2.5）

## アーサー・ヘイリーのプロ意識

米国人作家アーサー・ヘイリー（Arthur Hailey）氏（1920～2004）の名作「最後の診断」（新潮文庫、永井淳訳）は、病理医の仕事と役割をみごとに描きあげた小説である。舞台は1959年、米国東海岸の一地方病院。新進気鋭病理医のコールマン医師と頑固で偏屈なベテラン病理医のピアスン医師が働く。メインテーマは、若き看護師の膝に生じた病変の最終病理診断。

生検標本に対するコールマンの診断は骨折、ピアスンの診断は骨肉腫。天地がひっくり返るほど違う2つの病態だが、実は顕微鏡的診断は難しい。最終的に、当時死亡率がほぼ100%だった骨肉腫の診断に落ち着く――。そして、婚約者の検査技師は医師になることを決意する――。

プロにしかわからないこの悩みを取り上げたところに、作家のプロ意識を強く感じる。

## 恩師の一言

学生時代、当然病理に入局するなど考えてもいないときだが、恩師、故影山圭三先生の講義内容で印象深い点が2つある（2つしかなくてすみません）。1つ目は、「鼻のメラノーマは白い。」不思議だなあ、本当かなあ、が正直なところだった。2つ目は、ビデオを示されて「結核菌は生きている！」ホルマリン固定後も一定期間は生き続けることができるともおっしゃっていた。最近になって、結核菌による院内感染・業務感染を勉強するにつれ、先生の一言の重みを本当に実感している。

1976年に無事にK大学医学部を卒業し、影山門下に入ることになった。私の歩みの要所要所において、先生からいただいた短い一言一言はとても重みがある。

忘れもしない1976年2月1日の昼休み。この日が入局申込みの最終締切日だった。実は内科に進んで血液カリウマチを勉強したいと決めていた私は、断りの挨拶に影山先生のお部屋へ伺った。考えた断りの理由は「経済的理由」。学生結婚だった私は、経済的自立が進路決定の大前提だった。そのとき影山先生が発した決定的な一言。「まわりをみよ。病理をやっている奴は餓死した奴はいない」。学生時代に病理学教室にたびたび出入りし、病理学教室のようすをよく知っていた私には、この一言に全く返す言葉がなかった。結局、学費免除を条件に先生の手下、大学院生となった。

入局したら細かい指導がある、と思いきや、とんでもない。基本的にはほったらかし、いや失礼、自由放任主義。最初に一言「君は悪性リンパ腫をやいなさい」。おかげで、学会発表もしない、論文も書かない4年間と相なった。大学院の3年目、影山先生が信州大学に特別講義に行かれるときにカバン持ちをした。胃癌の粘液染色をやってみたくて、勝山努先生（現信州大学病院長）に染色法を習いに行く1泊2日が目的だった。リンパ腫をやらねばならない弟子に胃癌の勉強の許可をする。しかも、今、リンパ腫の研究がどうなっているのかなど聞いてもくれない。今から思えば、いかにも影山風。この小旅行は、胃癌や腸上皮化生の研究に首を突っ込み、組織化学的技術に興味をもつきっかけとなった貴重な体験だった。そういえば、みよう見まねで自己流の酵素抗体法（PAP法）を始めるときも、必要な抗体があるなら買いたいだけ買いなさいと言ってくれた影山先生がいた。

そして、最終学年の12月。学位論文を仕上げにかかる季節。某がんセンターに半年間出向して行った白血病・悪性リンパ腫における某酵素活性に関する仕事を学位論文にまとめたいと、影山先生のお部屋に伺った。そのときの一言。「君、この仕事に自信はあるか。何、ない？学位論文は一生残る仕事だ。自信がない仕事を学位論文として認めるわけにはいかない。」厳しい一言だったが、筋は通っていた。納得したのはいいが、それじゃどうするの？むろん、その後はまた影山流で、何の指導もない。

年が明けた1月。必死の思いで、自力でやった研究は、パラフィン包埋されたリンパ組織に対するレクチン染色。カタツムリレクチン *Helix pomatia* agglutinin による染色で、あらかじめシアリダーゼ処理を施したパラフィン包埋切片上でT細胞とB細胞をうまく染め分ける——。まだモノクローナル抗体のない当時としては、少しながら光るものがあったように思う。まあ、染色ならお手のもの。ほぼ1ヶ月で首尾よく仕事を終えることができた。その間、影山先生からアドバイスらしいアドバイスは一切なし。すべて自力で何とかせざるを得なかった。言い換えれば、納得の単名論文だった。そして、5月1日からT大学へ移籍。もっとも、学位論文はT大に移ってからK先生の指導のもとで書き出し、無事に医学博士号をい

ただけたのは2年後のことだった。

現在の私があるのは、基本的に影山先生の指導方針、自由放任主義のおかげであると私は心から信じている。つまり、あれだけほったらかしにされたおかげで、自分でみつけ自分でやる習慣がついた。それに、ターニングポイントにおける重い一言。私にとって他に代え難い貴重な財産である。

## 誤診

ちょっとした誤解、情報不足が痛恨の誤診へつながりうる。具体例を少し紹介したい。

新婚6ヶ月、妊娠3ヶ月の20代女性が乳房のしこりを訴えて受診した。外科医が外来で生検（局所麻酔下でしこりの一部を切り取る）し、病理診断室で迅速診断（組織を迅速に凍結させて薄い標本を作製して顕微鏡診断する）が行われた。臨床診断は乳腺腫瘍、担当病理医によって数分後に下された病理診断は浸潤性乳がん。その場で入院予約され、間髪をおかず手際よく手術予定が組まれた（妊娠合併乳がんはたちが悪いため）。

たまたま連休をはさんで通常より時間のかかった永久標本（凍結標本よりずっと美しい形態保持が得られる組織切片）にめぐり合ったのは数日後の夜中だった。一見して病変はがんではなかった。皮膚の汗腺由来の良性腫瘍！祈るようにして主治医に電話すると、何と翌日が手術予定日。当然、手術は即刻中止となったが、人工流産を施されたおなかの子供は帰らなかった。主治医の言。乳腺腫瘍にしては浅い位置の病変だった。ああ、その一言が先にあれば、がんの診断はなかったかも。

納得して退院した若夫婦に半年後、新たな生命が宿ったと聞いたときの安堵感。顔も知らない患者さんなのですが。

病理医と臨床医のコミュニケーションは何より大切な医療の質の支えなのです。病理医にとって電話は宝物。

## 肺ダニ症騒動

感染症の病理診断を専門にしていると、ときに思いもよらない症例の相談を受ける。相当に変わった症例のエピソードを紹介しよう。

50歳台で調理師の日本人男性が、アフリカを含む諸外国に滞在後に帰国した。胸部レントゲン写真で多発する異常陰影を指摘され、最終的に胸腔鏡下肺生検が行われた。その標本に担当の病理医が見いだしたのは、多数のダニ（mite）だった。大きさは1ミリの数分の一程度。脚と思われる構造物が明らかだった。当初、顕微鏡写真が転送されてきたため、アフリカのサルに報告されている肺ダニ症の可能性を考えた。従来、ヒト肺ダニ症の報告はない。ダニに対する炎症反応がまったくなかったため、本物の顕微鏡標本を送付してもらった。

確かに、4枚の肺標本のすべてに小さなダニがいた。しかし、その分布が問題だった。ほとんどのダニは標本の表面に限ってみられる。ごく一部が表面直下の肺実質に分布するが、炎症反応はない。結論は簡単だった。ホルマリン固定された肺組織をホコリのたまった床や引き出しに落としたのだろう。ホコリの



中に棲みつくホコリダニが標本にあとから付着したのだ。ダニのサイズもホコリダニに矛盾はない。患者さんは無症状・元気で、すでに在宅の状況らしい。というわけで、幻のヒト肺ダニ症は藻屑と消えた。

このダニたちは気管支喘息やアレルギー性鼻炎の原因として悪名高い。いわゆるハウスダストだ。アレルギーとなるダニ抗原もよく研究されている。

では、いったい患者さんの病気は何だったのか？ 標本にみえるのは、粘液様基質を有する多角形細胞の小さな増殖巣。通常染色だけでは確定できないが、多発性にみられることとあわせて、転移性腫瘍の可能性がある。こちらの診断が何より大切である旨を、担当病理医に伝えた。決して、ダニごときに惑わされてはならない！

## ワムシ騒動

最近、ユニークな症例を経験した。膀胱癌に対する膀胱内 BCG 注入療法中の 80 代男性の尿細胞診標本だった。パパニコロウ染色された尿検体に、妙に細長いムシがたくさんいた。200 ミクロン前後の大きさで、独特の体形に口と尾部が確認できる。ワムシの可能性を考えた。まわりには尿路上皮や白血球が混在しており、尿の検体であることは間違いない。はて、この虫たちはどこから来たのだろうか？ 患者さんの膀胱で増えているか？

まず、複数のワムシの専門家に顕微鏡画像を送って相談した。池や花瓶の水によく観察されるヒルガタワムシだろうとのこと。この輪形動物（動物性プランクトンの一種）はヒトに感染・寄生するのだろうか？ そんな記載はない。ある専門家のアドバイスを得てよくよく観察すると、ワムシのエサとなるクラミドモナスという丸っこい植物性プランクトンも多数みられた。それ以外にも、藻の仲間のような生物もちらほら。

結論はこうだ。患者さんが尿の量が足りないと思って、水槽あるいは花瓶の水をつぎ足したのだろう。あるいは、尿コップの中に、思いもよらず、すでに花瓶の水が入っていたのかも知れない。とりあえず、くりかえし尿検査をしてもらい、二度と同じ所見が得られない点を確認した。一件落着。

ついでに、ワムシが生物学的にあるいは水産学的にとっても重要な生物であることを学ばせてもらった。まず 1 つめ。ワムシには常にメスしか見つからない。”単為生殖”で長く種の保存ができる例外的な生物なのだ。そのメカニズムの解明に生命科学者を駆り立てる。2 つめ。苔についているワムシが乾燥状態になると完全にひからびることになるが、この状態に水をかけるとみごとに生き返る。ひからびたワムシを液体窒素で凍結しても煮沸しても、放射線をかけても大丈夫。この摩訶不思議な現象はクリプトビオーシス（cryptobiosis）と呼ばれる。同じくクリプトビオーシスを示す”クマムシ”を宇宙ステーションに持参した向井千秋宇宙飛行士（小生の後輩医師）が宇宙空間に露出しても生き返る実験をした。クマムシほどではないが、ワムシもすごい生物なのだ。

もう一つ。魚の養殖にとって汽水性のワムシであるシオミズツボワムシがとても重要な役目を果たしている。つまり、卵から孵化したばかりの魚の稚魚のエサとして与えられる。このワムシの効率的な繁殖技術は日本で開発された。繁殖が容易であることから、海洋の動物性プランクトン研究におけるモデル生物ともなっている。

## 病理医は医者か？

国際線の機内で“Is there a medical doctor?”と声をかけられたとき、“Yes, here is!”といえるか、という点になると病理医はどうも心もとない。

とはいえ、かく言う著者は太平洋上あるいはロシア上空で3度も登場した。1度目はベトナム人の子供の腹痛だった。たまたまもっていたブスコパン錠でうまくおさまってくれた。英語は通じず、身振り手振りでコミュニケーションをとった。2度目は日本人の高齢者男性で、Stanford 大学に留学中の息子に会いに行くというので、張り切ってワインを3本飲んだらしい。意識障害と顔面を含む麻痺があり、やばいと感じた。受け取った聴診器はエンジン音のせいで(?)全く聞こえなかった。とりあえず、ファーストクラスの座席に移して、おじいちゃんに横になってもらった。幸い、しばらく様子を見てみると回復してきたので、一過性脳虚血発作だとわかった。実はその後、あと2回の軽い発作を起こしたので、本当にヒヤヒヤした。とはいえ、サンフランシスコ空港で、老夫婦は無事、自力で息子のところへと向かった。医師としてできたことがもうひとつあった。奥さまに狭心症用の舌下錠を飲ませていいかと質問されたので、意識が完全に戻るまでダメと指摘したことだ。スチュワーデスに“Are you really doctor?”と聞かれたときは往生した。こうした場合、一体どうやって証明したらいいのでしょうか。

3度目はミュンヘンへの国際線。ご主人の退職祝いでスペインへ向かう混み合う機上でのできごと。初老の日本人女性が椅子の上で青ざめ、意識が乏しかった。すわ、脳卒中か、糖尿病性昏睡か。頭を低くして最後尾の床に寝かせると、しばらくして顔色がよくなってきた。麻痺はなさそう。ご主人によく訊くと、特別な旅行だからと、かかりつけ医が気を利かして、飲み慣れた降圧剤から少し強めの薬に代えたばかりとのこと。薬剤性の低血圧発作だった。一件落着。

もう一つ、著者若かりし頃のエピソードを紹介しよう。あるとき、大学病院からずいぶん離れた球場で、病理学教室と検査部の軟式野球の試合が行われた。何回目かの守備中に1,2 塁間のゴロが飛んできた。1 塁手も飛び出している。2 塁を守る著者がボールをつかんだ。こうした場合、ピッチャーが1 塁カバーに入るのが普通だが、みるとピッチャーはマウンド上を動いていない。しかたなく、1 塁ベースまで走った。一瞬の差でアウトにしたまでは記憶にある。そのとき、90 キロの巨漢バッターとベース上で激突したそう。昏倒した2 塁手は意識を失い、けいれんしたそう。まわりは病理医ばかり。検査部チームにも臨床医はいなかった。ある先輩病理医は「こりゃダメだ」とつぶやいたとか。解剖は得意だが、意識障害患者を目の前にビビる病理医たちは「医者をよべ！」を大騒ぎ。到着した救急車に教授が乗り込んでくれたそう。

教授「大学病院へ運んでくれ！」

救急隊員「医師の指示がなければ、それはできません。」

教授「私は医者だ！」

幸いなことに、私の意識は大学病院に着く直前、救急車の中で回復した。念のためと、脳外科病棟に2泊したのはとてもいい経験になった。4 人部屋のベッドには植物状態の患者さんがすでにお二人入院されていた。あのいびきの大合唱はすさまじかった。どんな状況でもよく眠れるのを特技とする著者も、さす

がに寝不足状態と相成った。

著者は、ケニア滞在中に A 型肝炎にかかってナイロビの病院に入院したことがある。当時、JICA の感染症専門家派遣で研究者が肝炎になるのは初めて、とだいぶ冷やかされたものだ。3 週間の入院期間中に 2 人の日本人観光客が入院してきた。一人は、肺炎で呼吸困難となった高齢者男性、もう一人は新婚旅行でひどい下痢をした新婦だった。彼らの入院中、通訳ボランティアとして貢献することができた。死んでもいいから早く帰りたいといていた老人は 10 年後も健在だった。一緒におられた奥さまが文盲だと聞いて死ぬほど驚いたことが懐かしい。新婦さんの方は心配だった。なぜなら、新郎があまり病院に来なかったからだ。むろん、体の方は回復したが、心は回復しただろうか。ちょっと老婆心。

病理医は病気に対する有り余るほどの幅広い知識を持っているので、患者さんのニーズにあわせた病理医なりの役割を果たすことは難しくない。少なくとも著者は、患者さんの立場に立って一緒に考えればいいと思っている。皆さんのご意見やいかに。

## 病理診断をどこまで信じるべきか

病理診断を 100% 信頼してくれる臨床医は、いつも病理医と話し合うタイプと、病理診断室に足を運んだことのないタイプの相反する 2 種の集団に分けられる。その心は？

### 1. 病理診断の目的意識とその役割分担

あるとき、若手病理医から、骨髄穿刺標本に関する相談を受けた。彼は、数日間ほど診断に悩んでいたらしい。鏡検後、言下に彼を叱りつけた。「悪性組織球症の可能性が高いので、即刻化学療法をする必要があるだろう。さもないと、手遅れになるぞ。今すぐ、臨床医に電話しなさい。」電話の回答は、「今、病理解剖をしています」という、笑うに笑えない切ないものだった。ヘマトキシリン・エオジン染色される骨髄の病理組織標本は、メイ・ギムザ染色されるスメア標本に比べて細胞所見がとりにくいため、病理医は、骨髄穿刺材料の診断名に関して、血液検査室の診断に頼る傾向がある。しかし、細胞密度、巨核球数、線維化の程度、局所的異常などは、病理標本の評価のほうがずっと正確である。両者は互いに参照しつつも、独立した診断を速やかに下すべきなのである。かの若手病理医には、迅速性が要求される局面における病理診断の“役割分担”の意識が乏しかったといわざるをえない。

病理医は、その守備範囲の広さと人材不足に基づく忙しさゆえに、病理診断の本当の目的を見失う場合がありうる。もっとも重要な役割の一つが、腫瘍の診断、良悪性の判定であるがゆえに、非腫瘍性疾患においても、「悪性所見はありません」をつい強調してしまうし、それを報告すればとりあえず OK、といった目的意識誤認につながるのである。たとえば、不正性器出血で生検された子宮内膜では、正常周期にあるのか、非機能性内膜なのか、無排卵性周期なのか、はたまた、黄体機能不全なのかの判断が求められていることが多い。腎生検で、IgA 腎症や膜性増殖性腎炎でなく「慢性糸球体腎炎」、皮膚生検で、多形滲出性紅斑や扁平苔癬でなく「慢性皮膚炎」の診断名では、困るのは臨床医であり、患者さんである。肝生検でも、「慢性肝炎」だけの診断では不合格である。肉芽腫性病変や感染性疾患では、原因病原因子の特定が最終ゴールであり、的確な治療へと直結する。これらの例では、診断名に加えて、所見の正確な記述が求められているし、必要に応じた特殊染色が加えられるべきでもある。診断の目的は治療にあるとって

差し支えなかろう。治療の選択が意識されない病理診断を受け取った臨床医は、お互いのため、そして患者さんのために、病理医にその旨をぜひ伝えてほしいものである。

## 2. 病理診断名と「病理学的判断」の微妙な違い

病理診断名の選択肢には、分類により、臓器により、人により、施設により、国により、時代により、そして日により、かなりの幅があることはまぎれのない事実である。たとえば、大腸ポリープのポリペクトミー標本を数人のベテラン病理医がみると、異型の強い腺腫、高度異形成、腺腫内癌、上皮内癌、境界病変などと用いる診断名がばらつくであろう。しかし、この場合でも、「浸潤性発育がなく、追加切除不要、要フォローアップ」といった判断は共通であろう。残念ながら、こうした「診断病名の揺れ」は、病理形態像になじみの薄い臨床医には、理解しづらい点が多いだろう。病理診断を最終診断と信じている立場からすると、この不統一は許しがたいことかもしれない。

何よりも肝腎な点は、患者さんの利益となる的確な判断である。つまり、診断名のみでなく、付記されたコメントや所見の内容が重要なのである。こうした場合、病理医はしばしば、診断に所見参照 "See description" の文字を付け加えるだろう（下記参照）。泣き所は、カルテの記述や臨床医の意識の中では、しばしば、病理診断病名のみが生き残ってしまう事実である。統計学的にデータを処理する場合には、同一病変が腺腫となったり腺癌として扱われたりすることになってしまう。少なくとも著者は、診断は統計のために行うわけではなく、あくまで患者のためであるべきであると信じている。場合によっては、患者の癌保険への加入の有無により、診断名を選ぶことすらありうるであろう。

### 「所見参照」

病理診断名に付記される "See description" のコメントは、病理医から臨床医へのお願いを込めたメッセージである。病理診断報告書の中では、診断名のみが注目され、所見の部分はしばしば読みとばされることを、多くの病理医は経験的に知っている。つまり、"See description" は、「少なくともこの例に関しては中身を読んでください」の意味なのだ。

所見の内容はさまざまである。単に肉眼的・組織学的・細胞学的所見の詳細を羅列するばかりではなく、特殊染色の結果とその解釈、鑑別診断のリストとその可能性、アドバイザーの意見あるいは反対意見、診断の確定に必要な臨床検査や画像診断の依頼、診断が確診されない理由（言い訳）と再検査の依頼、治療方針へのアドバイス、参考文献などなど、臨床医の役に立つメッセージが満載されているだろうし、また、そうあるべきである。病理診断は必ずしも絶対的なものではない。確実な部分と不確実な部分をぜひ読み分けてほしいし、もし疑問があれば、病理診断医と直接話し合う機会を作してほしい。無用な誤解は、誤診そのものに等しいともいえるのだから。

## 3. 誤診や誤解を防ぐために

いくつかの実際の事例を紹介しよう。

前立腺の経尿道的切除（TUR）標本。ある病理医が腺癌という診断を下した。それに応じた泌尿器科医は、前立腺全摘術ならびに除睾術を施行した。しかし、手術切除材料には、ごく一部にいわゆるラテン癌を認めたのみだった。最初の病理標本にも確かに腺癌が確認されたのだが、それは TURで採取された多数のフラグメントのうちのほんの少数に限られていたのだ。悲劇は、病理医が「ラテン癌」である可能性が高い旨を書き落としていた点と臨床医が真に手術適応のある癌であるのか否かの確認を怠った点に

集約されよう。厳密な意味で誤診とはいえないだろうが、大いなる誤解の代表例である。

病理診断を信じないがゆえのすれ違いも経験される。これもまた泌尿器科の事例でたいへん申し訳ないのだが、尿の細胞診断が年余にわたって class V（移行上皮癌）と診断され続けた症例があった。当然、尿路系の画像診断および内視鏡診断が繰り返されたのだが、腫瘍性病変が見当たらないため、フォローアップされたのだ。病理側からも、精査が繰り返し要望されていた。尿中への剥離細胞には低浸透圧による二次変性が生じやすく、非腫瘍例でもしばしば核の異型化を認めることがあるので、担当医の判断はおそらくこうした経験的事実に寄りかかったものであったのだろう。ところが、再来院した患者の前立腺に、進行した移行上皮癌（尿道周囲の導管由来）が発見されたのだ。たいへんまれな事例ではあるが、とても印象深い経験であった。

乳腺外来から迅速診断に提出された新婚6ヶ月、妊娠3ヶ月の若い女性の「乳腺腫瘍」に対して、浸潤癌の診断が下された。妊娠合併乳癌として、即入院の手続きがとられた。著者がパラフィン切片の標本を見たのは、連休をはさんだ数日後だった。実は、この腫瘍は皮膚付属器（汗腺）由来の良性腫瘍だったのだ。著者が主治医に電話連絡した時点では、すでに人工流産術が施行され、乳房切除術の準備が万端整っていた。この若き女性の乳腺が保存されたのは当然である。半年後には、この夫婦に新たな生命がもたらされたと聞いて、とてもうれしく感じたことは、昨日のこのように思い出せる。この場合、病理診断を信じ過ぎたがゆえの「事故」だったのである。あとで外科医に尋ねたところ、”乳腺腫瘍にしてはずいぶんと浅い位置の病変だった”との言。その一言があれば、迅速診断の時点での正しい判断が可能であったかもしれないのだが――。

病理診断名は、どんな経験深い病理医であっても、臨床診断に大きく左右されるものである。画像や検査の情報がないと最終診断に至りえないのはよくある状況である。あらかじめ臨床医から情報を得られれば、凍結切片による免疫組織化学染色や電子顕微鏡検索、さらには遺伝子解析など、小回りのきいた検討も可能である。十分な臨床情報なしに診断を下す怖さを知らない病理医はいないであろう。病理検査の申込用紙にほとんど何も書かずに提出する臨床医にときに遭遇する。彼らは、病理診断を他の臨床検査と同等にしか考えていないのではないかと思わざるをえない。とても悲しく、ひどく危険な誤解である。いっばう、独善的な病理診断にお目にかかる機会もあろう。膵臓や気管支に多少の単核球浸潤があっても、「慢性膵炎」や「慢性気管支炎」といった診断基準の定着した診断名をそう軽々しく用いるべきではないのは当然である。”慢性炎症があるのは事実だ”と言い張る病理医にめぐり合った臨床医は、互いに十分な議論を戦わせてほしいものだ。

決定的な誤診や誤解は、病理診断医と臨床医の話し合いによって、その多くが防げるのである。病理側からみれば、病理所見が臨床的判断とまったく合わないときが、分岐点となる。検体の取り違いを見抜く極意もこの一点にある。確かに、臨床医がまったく考えていない診断を「ビシッ」と下せたときの爽快感は、病理診断の醍醐味といえるのではあるが――。いっばう、臨床医も、思ってもみない診断名が返ってきた場合、何か変だと感じて、病理医への問い合わせや再評価依頼を申し出てほしい。状況が許せば、再検査をする慎重さもほしいものである。

## 結語

病理医と臨床医が十分に連絡を取り合った結果としてひきだされた病理診断は、相当に信頼度が高いは

ずである（それでも誤ちは完全には防げないのも事実なのだがー）。病理側と臨床側が、互いに一方通行にならないようにする心掛け、これが「病理診断をどこまで信じるか」のキーポイントだといって差し支えなからう。

（医学のあゆみ 176: 253-255, 1996より）

## 病理診断病名：その重さと微妙さ——ある病理医の嘆き Part 1

病理診断医は、おそらく他のだれよりも診断病名の重さおよび微妙さを実感している医者に属するであろう。かくいう筆者も例外ではない。日々使用すべき病名の選択に悩む病理医の悲鳴をたまには聞いて下さい。

病理診断が「最後の診断 *final diagnosis*」として、もっとも重要である領域はいうまでもなく癌の診断である。癌の病理診断を下すさいには、「癌の定義」に対する統一見解が必要である。癌は浸潤・転移してヒトを死に至らしめるからこそ癌である。したがって、浸潤・転移のない、いわゆる「上皮内癌 *carcinoma in situ* (CIS)」は癌とは認めない。この臨床的立場に立った見解は、Morson や Silverberg といった大家による大腸癌や卵巣癌の診断基準に大きく取り入れられている。一方、発癌過程の初期像をとらえ、その早期発見・早期治療を目指す立場からすると、CISこそきわめて重要な早期病変といえる。実際の病理診断名にはこの両者の考え方が入り乱れて使用されている。いや、病理医にとっては使用させられている。そして、そのことを、いったい何人の臨床医がはっきりと認識しているだろうか。

CIS の概念は、子宮頸部癌で確立された歴史的経緯もあって、子宮頸部では AIS (*adenocarcinoma in situ*) さえ現在でも通用するが、子宮内膜では、AIS に相当する病変は「異型増殖症 *atypical hyperplasia*」に包含されることになっている。卵巣の嚢胞性腫瘍で、嚢胞腔内へ増殖する成分に浸潤癌と同様の異型性が認められたとしても、Silverberg によれば、これは境界病変 (*borderline lesion*) なのである。Morson による大腸病変の図譜 (WHO 分類の基礎となっている) をみると、彼らの高度異形成 (*severe dysplasia*) は、日本の標準的基準では、どうみても癌である。上述のように、彼らの癌の基準は、間質への浸潤の一点にあるからである。日本全国で当然のように診断されている I 型の分化型早期胃癌 (m 癌) もアメリカの病理医にとっては、高度異形成にすぎない。

子宮頸部の高度異形成と CIS、胃の異型上皮巢 (管状腺腫: ATP) と高分化型腺癌、粘液嚢胞性卵巣腫瘍の良性と境界病変、これらの形態所見は連続的であり、その識別は事実上、主観的にならざるをえないし、多数の病理医間での診断病名の統一化は不可能にも思える。患者さんにとってもっとも重要な点は、その病変に対する病名の決定ではなく、いかに適切な治療が行われるかにある。この点に対する意志疎通が病理医と臨床医の間に成立していれば、たとえ同一病変に与えられる病名が病理医により、腺腫、異形成、腺癌と分かれようとも、大きな問題とはならないはずである。しかし、困ったことには、いったん下された病理診断のレッテルが、その中身のいかんに関わらず、しばしば一人歩きしてしまい、さまざまな誤解が生じるのである。詳しくは、次回の嘆きをお楽しみに。

（医学のあゆみ 168: 269-270, 1994より）

## 病理診断病名：その重さと微妙さ——ある病理医の嘆き Part 2

最近、癌遺伝子解析で著名なある若い分子生物学者と論じる機会があった。彼いわく、「病理診断名」はまったくあてにならない。よく話を聞くと、大腸の腺腫・腺癌に関する病理診断と癌遺伝子変異の相関性が乏しすぎる。一人の病理医に見直してもらおうと今度はよく相関したとのこと。さもありません。

長年病理診断を専門に勉強しておおいに意識することのひとつは、病理診断に関する業務独占性である。病理診断病名のもつ幅、微妙なニュアンスを本当に理解できるのは、病理診断を専門に生きてきた人種に限られるのかもしれない。この点が病理診断の醍醐味であり、歯がゆさでもある。

白でも黒でもない、灰色の診断名を使わざるをえない場面は数多い。しかも、治療者からは白黒の決着が求められる。以前、脳外科から提出された術中迅速診断に対して、「星細胞腫 (astrocytoma) だと思います」と返事したところ、「思いますとは何事だ。はっきりした返答をしろ」とおしかりを受けたことさえある。灰色を、無理に白か黒かに分けようとするに対するリスク、そして、用いられる病理診断名の個人差または再現性の乏しさ。このことに対する正当性を言い訳したいのは、いったい小生だけだろうか。

病理診断の基準は、時代により、国により、施設により、人により、そして同一の病理医でもその日の気分により、ある程度変わりうるものである。プロの病理診断専門医として強く問題視するのは、この病名を使ったら臨床医はどのような処置を患者さんに対して行うだろうかという点に集約される。逆にいうと、患者さんに対する治療が同一なら、どのような診断名を使おうが許されるともいえよう。結果として残る病名が多少不揃いでも、個々の事例には問題は少ないが、何例かまとめてみると、「病理診断はあてにならない」ことになってしまうのである。前回述べた癌の定義が好例である。病名の選び方の複雑なからくりを少し分かっていたいただきたいが、いかがなものか。

そう。場合によっては、患者さんに適応されるであろう癌保険のことまで念頭において病名を厳選している病理医がいることを知っておいて下さい。今回は、疾病の分類に関する悩みと嘆きについて記します。

(医学のあゆみ 168: 711-712, 1994 より)

## 病理診断病名：その重さと微妙さ——ある病理医の嘆き Part 3

疾病を分類する意義について考えさせられる機会の多い点は、病理診断医のひとつの特徴かもしれない。たとえば、肺癌の分類で重要な点は、小細胞癌か非小細胞癌かにある。気管支鏡生検で大細胞癌、手術材料の診断が腺扁平上皮癌、リンパ節転移巣が腺癌という症例があって、先日、医学生に「これなにか変じやありません？」と質問された。よくある事例なので、病理診断の微妙さを細かく説明させてもらった。そもそも、大細胞癌の基準は、腺癌、扁平上皮癌、小細胞癌のいずれでもない低分化型癌であり、時代により人によりかなりの幅がある。上記の症例は、生検でたまたま低分化な部分が採取されたというだけのことである。肝心なのは、小細胞癌でない点である。なぜなら、非小細胞性肺癌に対する化学療法のプロトコールは同一なのだから。

腫瘍に関しては、現在、ほとんどすべての臓器にわたって臨床と病理の専門家の間で合意された取扱い規約があり、これに沿った診断名と附記事項の記述が、なかば強要されている。なかには、細かすぎる規

定もあり、とてもすべてのチェック項目に関して 100%の再現性を望めない。あえて過激な言い方をさせていただけば、取扱い規約の中味は、**subspeciality** (特定の臓器・疾患を得意とすること) をもつ専門家集団の趣味的な面が否定できない。たとえば、胃癌取扱い規約の **ly1, ly2, ly3**。いったい、なんのためにリンパ節の検索をするのだろうか。異型度 1~3 の **grading** は主観的そのもの。病理医によっては、リンパ節転移 (+) なのだから、最低でも **ly1** と割り切っている。

取扱い規約で欠けているのは、複数の病理医の下す診断病名に、いかにしたら高い一致率が得られるかという視点であろう。診断一致率 (再現性) の低い亜分類をいくら加えても、決してよい分類とはならない (**The simpler, the better** が大原則)。現存する腫瘍の分類のなかで、この視点が加えられたのは唯一、悪性リンパ腫の **LSG (lymphoma study group)** 分類ではなかろうか。筆者は、たまたま **LSG** 分類の成立過程を知りえたが、悪性リンパ腫専門の病理医の間でも、ホジキンリンパ腫と非ホジキンリンパ腫、びまん性リンパ腫と濾胞性リンパ腫の区別といった基本的な点の一致率が予想以上に悪かったことは、かけ出し病理医だった筆者にとって大きな衝撃だった。予後良好なリンパ腫群を拾う視点に立って濾胞性リンパ腫と診断するか、**B** 細胞性リンパ腫をヘマトキシリン・エオジン染色で見分ける立場に立つかで、病名の使い方が違ってしてしまうのである。後者の立場で **vague nodularity** (かろうじてわかる結節性増殖パターン) を示すリンパ腫をも濾胞性と認識すると、びまん性リンパ腫と濾胞性リンパ腫の間の生命予後に差がなくなってしまう点は、象徴的だった。

病理診断病名に再現性の乏しい傾向があることは否めない事実だが、「だから病理医の診断はあてにならない」、と一方的に決めつけないで欲しいものである。

(医学のあゆみ 168: 764-765, 1994 より)

## 病理診断病名：その重さと微妙さ——ある病理医の嘆き Part 4

アーサー・ヘイリー著の「最後の診断」で扱われているメインテーマの一つは、骨肉腫と骨折の病理組織学的鑑別である。病理医以外にはなかなか理解されないこの玄人っぽさに、アーサー・ヘイリーのプロ意識を感じるのは筆者だけだろうか。事実、腫瘍性の骨形成と反応性のその鑑別には、しばしば頭を悩ませるのが、病理医の日常である。

正しい病理診断へのこだわり。これは一見、これまでに 3 回にわたって述べてきた病理診断病名の選択の自由度あるいは曖昧さと矛盾するように聞こえるかもしれない。しかし、プロの病理医はこだわるべきところにはこだわり続けるであろう。たとえ、何人の同僚や先輩に相談したとしても、最後に診断し、サインアウトするのは担当の病理医個人である。では、どうしても白黒の決着をつけねばならない病変に対する診断名はどうするか。もし自分なら、自分の家族ならどうして欲しいかを率直に臨床医に話すことは、よくある状況である。

病理診断を多数決で決めていけない実例の一つを紹介する。中年女性の下顎骨病変。骨肉腫と主張するのは筆者一人。同僚はみな、良性または歯原性腫瘍を考えた。外部の専門家へ相談した結果、骨肉腫が確定され、化学療法と手術が行われた。この間の経緯を知り、じっくり見守ってくれた臨床医との間に心地よい信頼関係が醸成されたのはいうまでもない。



感染症の正確な診断も病理医に課せられた大きな宿題である。病原体の同定は治療に直結するからである。日常もっとも多く遭遇する胃生検においても、ピロリ菌の感染の有無をチェックすることが求められるはじめている。必要に応じて、特殊染色、免疫染色や *in situ hybridization* といった技術を駆使している病理診断部門も決して少なくないことを知って欲しい。

どんなに優れた病理医であっても、見逃し、勘違いや無知による誤診はありうることである。不幸にして誤診してしまった症例をこやしとして、二度と同じ過ちを繰り返さない努力と心がけこそが大切である。診断という臨床医学の重要な一翼を担っている病理診断学。この部門が、「医学部にとって基礎医学、病院にとって検査の一部」とみなされているがゆえの不利益を、医療者全体がもう少し理解して欲しいものです。嘆いてばかりいないで、人材確保のためにも、病理診断の重さ、微妙さ、そして醍醐味を、医学生や研究医にぜひとも伝えねばならないのは、ほかならぬ私たち病理診断医なのですけれど。

(医学のあゆみ 168: 833-834, 1994 より)

## 病理診断病名の社会的適応

病理診断の最終目的は「適切な治療方針の決定」にある。最近では、病理診断病名自体の「社会的」重要度が増してきている。

外科医に聞くと、入院患者さんの3人にひとりには「がん保険」に加入している。がん保険が適応されるためには、「がん」であることを証明する病理報告書の写しが必要である。これが、まさに「社会的適応」の理由だ。

病名の選択にかかわらず治療法が変わらない場合に限ってだが、患者さんの利益のために、患者さんのニーズにあわせて、異形成や境界病変といった灰色の診断病名の代わりに、「がん」の病理診断病名を「利用する」ことがある。

主治医に電話をして、患者さんががん保険に入っているか、入っているなら保険を適用したいかどうかを尋ねてもらうことが前提になる。大腸の腺腫内癌は適用外とすると明記されたがん保険があるため、大腸癌では難しい場合があるが、そうした記述のない胃癌や子宮内膜癌では「がん」の術語を使えば保険が適用される。最近では、上皮内癌にも適用されるがん保険が一般化している。したがって、どの会社のどんなタイプの保険かの確認が必要だ。

そう、患者さんと直接顔をあわせることの少ない病理医が、患者さんのためにいろいろと配慮することもあるのです。

ちなみに、日本病理学会は病理医用の医師賠償責任保険の団体加入を斡旋している。患者さんのためだけではなく、自分のための保険も備えておく必要が増した証拠である。誤診して患者さんと争いたくないのだが――。

## 病理医による病理診断の説明の奨め

病理診断が真に「患者さんのための病理診断」であるために、病理医が直接患者さんに病理診断の内容

を説明し、患者さんが自分の病気を納得した上で安心して治療を受けられる手助けを病理医自身の手で行う時期がきていると思います。

病理診断は、臨床医でなく病理医のしごとです。病理所見の詳細は、病理医でなければわからないことが少なくありません。だから、病理診断に関する説明を聞きたい場合は、病理医から直接聞くことをお奨めします。ただし、臨床経過や治療の詳細を知らない病理医と患者本人だけが直接会うのは誤解のリスクが高いし、担当医と患者さんの信頼関係を損なう可能性がありますので、担当医がその場に立ち会うことが大原則です。

病理診断は、プレパラートと称される顕微鏡用ガラス標本を顕微鏡でみて実施されます。もちろん、肉眼診断やレントゲン・内視鏡といった画像診断との併用も重要なのですが、もっとも肝腎な顕微鏡標本は長期間の保存が可能で、いつでも新たにつくれること、簡単に郵送・あるいは画像伝送して別の専門医の第三者評価を受けられる点が大きなポイントです。顕微鏡標本をつくるには、臨床検査技師が標本を数ミクロンの厚さに薄く切ったあと、染色されます。つまり、検査室の倉庫に保存された検体は、いつでも再検査・再チェック可能で、すばらしく客観性を保ってくれます。顕微鏡標本はうそをつきません。

この客観性はもっともっと利用されるべきです。もしあなたが自分の病気の診断を確認したいと思ったときは、まずご自分の病理標本を借りてください。担当医にご相談ください。病理医に面会することも可能でしょう。事情を話せば、きっとあなたの顕微鏡標本が借りられるでしょう。標本枚数が多い場合もありますので、病理医に重要な部分を選んでもらわねばならないかも知れません。施設によっては、標本を余分に切ってもらえるでしょう。ただし、準備に2~3日かかるでしょうし、実費を要求されるかも知れません。

プレパラートは、郵送すればお望みの病理医のセカンドオピニオンが得られるでしょう。この場合、臨床情報と病理診断が書かれた最初の病理診断報告書のコピーがあることが望まれます。標本だけでは、診断がつかないことはよくあります（それほど、臨床的情報は大切です）。知り合いの医師がいれば、その方に紹介してもらうのもいいでしょう。思い切って、病院に勤務する病理医に直接電話してみてください。思いのほか、簡単にみてもらえるでしょう。インターネットで私のような病理医を捜してみるのもいいかも知れません。保険診療外のサービスになりますので、今のところ診断料金はいただきにくく、多くの場合、ボランティア精神で参考意見（つまりセカンドオピニオン）を述べることになります。

私自身が細々と実施してきている経験から鑑みて、病理医による患者さんへの病理診断の説明はそれほど難しいものではありません。同様の趣旨は、国立病院呉医療センター病理の谷山清己先生もおっしゃっておられます。多少時間をとられますが、それもプロの病理医としての大切な業務であると認識すれば、大きな負担と感じなくなるのではないのでしょうか。谷山先生は、病理診断のやりがいを感じるとの心境を吐露されております。日本医科大学付属病院病理部の病理外来で、土屋眞一先生や田村浩一先生らがすでに実施されているように、説明の曜日を固定し、予約制にしておくのも今後の一つのやり方ではないでしょうか。

患者さん自身が病理診断の説明を聞きたい理由はきわめて単純明快です。自分の標本をみて診断を下した病理医から直接説明を聞き、納得した上で次の治療を受けたい、あるいは現在受けている治療を続けたい、というごく自然な感情からなのです。病院や医師を追及したいというような気持ちはないといってい

いと思います。

以前、病理科標榜が実現しなかった理由は明確でした。標榜科は患者さんに対する広告規定として定義されているため、患者さんが訪れない病理部門は切り捨てられたのです。標榜科の定義が機能別に定義されていないための矛盾です。だから、患者さんがどんどん病理医を訪ねてくれば、標榜科の実現も夢ではなくなります。患者さんにわかりやすい病理診断。それが、社団法人としての日本病理学会の社会的役割であると同時に、会員一人ひとりに課せられた大切なテーマであるとも思います。

## 病理診断の目的意識とその役割分担

ある時、若手病理医から、骨髄穿刺標本に関する相談を受けた。彼は、数日間ほど診断に悩んでいたらしい。鏡検後、言下に彼を叱りつけた。「悪性組織球症の可能性が高いので、即刻化学療法をする必要があるだろう。さもないと、手遅れになるぞ。今すぐ、臨床医に電話しなさい。」電話の回答は、「今、病理解剖をしています」という笑うに笑えない切ないものだった。hematoxylin eosin (HE) 染色される骨髄の病理組織標本は、May-Giemsa 染色されるスミア標本に比べて細胞所見がとりにくいため、病理医は、骨髄穿刺材料の診断名に関して、血液検査室の診断に頼る傾向がある。しかし、細胞密度、巨核球数、線維化の程度、局所的異常などは、病理標本の評価のほうはずっと正確である。両者は互いに参照しつつも、独立した診断を速やかに下すべきなのである。かの若手病理医には、迅速性が要求される局面における病理診断の“役割分担”の意識が乏しかったといわざるをえない。

病理医は、その守備範囲の広さと人材不足に基づく忙しさゆえに、病理診断の本当の目的を見失う場合がある。もっとも重要な役割の一つが、腫瘍の診断、良悪性の判定であるがゆえに、非腫瘍性疾患においても、「悪性所見はありません」をつい強調してしまうし、それを報告すればとりあえず OK、といった目的意識誤認につながるのである。たとえば、不正性器出血で生検された子宮内膜では、正常周期にあるのか、非機能性内膜なのか、無排卵性周期なのか、はたまた、黄体機能不全なのかの判断が求められていることが多い。腎生検で、IgA 腎症や膜性増殖性腎炎でなく「慢性糸球体腎炎」、皮膚生検で、多形滲出性紅斑や扁平苔癬でなく「慢性皮膚炎」の診断名では、困るのは臨床医であり、患者さんである。肝生検でも、「慢性肝炎」だけの診断では不合格である。肉芽腫性病変や感染性疾患では、原因病原因子の特定が最終ゴールであり、的確な治療へと直結する。これらの例では、診断名に加えて、所見の正確な記述が求められているし、必要に応じた特殊染色が加えられるべきでもある。

診断の目的は治療にあるとあって差し支えなからう。治療の選択が意識されない病理診断を受け取った臨床医は、お互いのため、そして患者さんのために、病理医にその旨をぜひ伝えてほしいものである。

## がんの病理診断と病理医へのセカンドオピニオン

がん（悪性腫瘍）の最終診断は病理診断です。病理診断によって治療法が変わります。同じ臓器の癌でも、進行度によって治療や予後が大きく異なります。手術中に行われる「術中迅速診断」では、手術するかどうか、どこまで切りとるかが決定されます。乳がんの温存手術やセンチネルリンパ節生検は病理医がその場にいないとできません。術後治療の選択に大きく影響する乳がん細胞のホルモン受容体や HER-2

タンパクの有無も病理医が判定します。当然、細胞診断も病理医の守備範囲です。つまり、臨床所見と肉眼所見を参考に、顕微鏡診断すること、つまり、治療法の選択に重要な情報を病理標本から探りだすことが私たち病理専門医のしごとです。病理診断の精度には、病理医の経験の深さのみならず、臨床医との良好なコミュニケーションが重要な要素になります。

病理診断は機械ではできません。たしかに、私たち病理医は、患者さんと直接接する機会の少ない医師ですが、患者さんの医療にとっても重要な役割を果たしているのです。臨床医のアドバイザー的存在で、ドクターズ・ドクターとも言われます。医療の質を支える役目を演じています。日本の病理専門医は1900人あまり。半数以上は私のように大学に所属しています。(社)日本病理学会の認定試験(すべて実地試験)に合格する新病理専門医は毎年50~70人程度。絶対数不足のため、300床以上の総合病院で常勤病理医がいるのは半分程度に過ぎません。しかも、「ひとり病理医」が多く、休暇もままならないのです。

病理診断は、臨床医でなく病理医のしごとです。患者さんを含めた一般市民は病理医という医者存在すら知らない場合が多く、内視鏡でとられた標本を顕微鏡でみるのは内視鏡医や外科医だと思いでいるでしょう。病理診断は医療の中でとりわけ専門性が高いため、多くの臨床医は顕微鏡所見を的確に評価することができないのです。だから、治療を決定づける病理診断に関する細かい説明を聞きたい場合は、病理医から直接話を聞くことをお奨めします。

病理診断は、プレパラートと称される顕微鏡用ガラス標本を顕微鏡でみて行われます。顕微鏡標本は長期間の保存が可能で、いつでも新たに作れること、簡単に郵送・あるいは画像伝送して別の専門医の第三者評価を受けられる点がポイントです。顕微鏡標本をつくるのは臨床検査技師です。保存してあるパラフィンブロックから数ミクロンの厚さの切片が切られ、染色されます。病理診断部門に保存された検体は、いつでも再チェックが可能で、すばらしく客観性を保ってくれます。顕微鏡標本はうそをつきません。

この客観性はもっと利用されるべきです。もしあなたが自分の病気の診断を確認したいと思ったときには、まずご自分の病理標本を借りてください。担当医にご相談ください。事情を話せば、きっとあなたの顕微鏡標本が借りられます。標本枚数が多い場合もありますので、病理医に重要な部分を選んでもらわねばならないかも知れません。施設によっては、標本を余分に切ってもらえるでしょう。ただし、準備に2~3日かかるでしょうし、実費を要求されるかも知れません。残念ながら、保存してあるパラフィンブロックから標本をたやすくつくれることを知らない臨床医がいるのも事実です。

借りたプレパラートを郵送すれば、お望みの病理医のセカンドオピニオンが得られるでしょう。臨床情報と病理診断が書かれた最初の病理診断報告書のコピーがあることが望ましいです。知り合いの医師がいれば、その方に病理医を紹介してもらうのもいいでしょう。思い切って、病院に勤務する病理医に直接電話してみてください。思いのほか、簡単にみてもらえるでしょう。インターネットで私のような病理医を捜すのもいいでしょう。保険診療外のサービスになりますので、今のところ診断料金はいただきません。

病理医があなたの病院に常勤するかどうかは、病院入口の医師一覧でわかります。現在、病理科が標榜(外部広告)できないため、病理医が所属する科名(院内表示名)は、病理科、病理診断科、検査部、臨床検査科、研究検査科、病院病理部、中央検査部などさまざまです。2003年3月に広告規制が緩和され、病理専門医の広告が可能となりましたが、患者さんにもっとわかりやすい形で表示することが必要ですね。

プレパラートの向こうで待っている患者さん、顔も知らない患者さんのことを考えながら、今日も病理

医は黙々と顕微鏡に向かっているのです。ぜひ、お見知りおきを。

## 私が病理診断報告書を英語で書く理由

私は、病理診断報告書をすべて英語で記載している。患者さんにわかりやすい情報開示の視点から、病理診断は日本語で記載すべきだという議論がかわされている。この論法に著者は大いなる異論がある。病理診断を日本語で記載すれば、患者さんは内容を理解してくれるだろうか。患者さんに直接お話を聞くと、病理所見が英語であろうが日本語であろうが、わからないことには変わりはない。そう、担当医にさえすべてを理解してもらうのが難しいような内容が記されているのだ。間違いなく、患者さんはギリシャ語のようなことばが並んでいると感じるに違いない。患者さんに納得（理解ではない！）していただくためには、医師（できれば病理医）からの噛み砕いた丁寧な説明が必要だろう。一方、国際的に通じることばで病理診断を書き残す視点の重要性は否定できないのではなかろうか。病理画像はIT化に適している。今や、インターネットによる国境を超えたセカンドオピニオンが難しい時代ではない。さて、皆さんのご意見やいかに。

## 上皮内癌は進行癌へ移行するか

あるとき、乳腺の非浸潤癌で乳房全摘術を受けた患者さんから相談を受けた。生命保険についている癌保険が非浸潤癌には適応されない点がどうしても納得がいかないという。「非浸潤癌は転移しないので生命を脅かさない」が保険会社の言い分だ。穿刺吸引細胞診は非浸潤癌であっても Class V（悪性）だし、外科医も「癌」として手術を行っている。非浸潤癌であると確定されるのは、詳細な病理組織学的検索の結果だ。日本でいう胃・大腸の「粘膜内癌」は、欧米では「異形成」と診断される（浸潤しない病変には「癌」という術語を用いないのが欧米流のとらえ方）が、こと乳腺に限っては欧米でもはっきり「癌」の診断病名を使う。それなのに癌保険がおりない。一体、上皮内癌は本物の「癌」ではないのだろうか。

そこで、上皮内癌（非浸潤癌）がどの程度の確率で進行癌へと移行するのが問題となる。ヒトにおける正確な証拠（evidence）は、残念ながらきわめて乏しい。なぜなら、上皮内癌と診断されたら、通常、手術などで病変が取り除かれるため、フォローアップデータがとれないからだ。皮膚の上皮内癌であるボーエン病やバジレット病はめったに浸潤癌に進展しないことは広く知られている。胃の粘膜内癌に関する偶発的長期観察データでは、進行癌への進展は予想以上にゆっくりである（数年程度じっとしている「癌」はまれではない）。食道癌でも、早期癌は食道内に多発性に発生することが多いのに対して、進行食道癌は単発のことが多い。食道早期癌が自然治癒することを想定しない限り、推計学的に「早期食道癌と進行食道癌は別の疾患である」という論理的帰結に到達する。

発癌過程がよく研究されている子宮頸癌でさえも次のような疑問が残る。子宮頸癌は性行為によるヒトパピローマウイルス感染によってひきおこされる。前癌病変としての「異形成」の重要性が指摘され、異形成→上皮内癌→浸潤癌のモデルが教科書を飾っている。異形成や上皮内癌の発生部位は、子宮頸部の扁平上皮・円柱上皮境界部粘膜（SCJ）である。SCJは女性ホルモン依存性に年齢とともに移動する。女性

ホルモンが低下する閉経後には、SCJ は子宮腔部から子宮頸管内部へと移動し、腔鏡検査で確認できなくなる。そして、高齢女性の子宮頸癌（進行癌）は子宮頸管の奥深くに発生することが教科書に堂々と記載されている。前癌病変は腔鏡で観察できる子宮腔部に生じるのに、進行癌は違う場所にみられる。何かおかしい。前癌病変と進行癌は別々の病気である可能性が残される？

確かに、進行癌はすべからず上皮内癌の時期を経ているはずである。しかし、上皮内癌の多くは上皮内にとどまり続ける可能性が高い。そもそも、上皮内癌は子宮頸部で確立された概念だが、子宮体部では使用されず、その代わりに「異型増殖症」とよばれる。英語では、*atypical hyperplasia* である。*Hyperplasia* は「過形成」であり、病理学総論では腫瘍とは別の概念だ。それを日本語化するとき、「異型過形成」でなく、わざわざ異型増殖症と訳している。トリックのようだ。こうなると、「癌」の定義がそもそも曖昧なのだともいえよう。最近では、「がんもどき」まで登場している。

さてさて、皆さん。既成概念を超えた *evidence-based medicine (EBM)* の出番ですよ。

## 術中迅速診断

病理医がその場にいないとできない医療行為の代表が術中迅速診断だ。手術中に提出された組織片や細胞を数分以内に診断し、手術方針の決定に関与することが主な役目。外来手術の結果をすぐに患者に報告して、時間をおかずに手術予定を立てる目的にも利用される。高い医療の質を保証する手段だ。

肺の病変ががんか結核か。卵巣腫瘍が良性か悪性（がん）か。脳腫瘍ではグリオーマかリンパ腫か（前者なら手術続行、後者なら手術は終了で薬物治療）。がんが取りきれているか（切除断端にがん細胞がないか）。リンパ節転移があるか否か（あれば切除範囲を広げるか、切除不能と判断され手術そのものが中止となる）。腹水や胸水にがん細胞がばら撒かれているか否かが迅速診断される場合もある。いずれも、診断の担い手である病理医がその場にいないと診断行為が成立しない。常勤病理医がいない病院では、非常勤病理医がカバーしている場合も少なくない。

最近、画像転送技術を駆使した遠隔地診断が可能となりつつある。病理医のいない病院で作られた標本の顕微鏡画像が病理医のいる中央の病院に送られ、診断結果は電話で伝えられる。送られなかった画像の中にがん細胞があったときの責任体制をどうするかは解決されねばならない問題だ。

## センチネルリンパ節生検とその落とし穴

乳癌は、腋窩リンパ節に転移を生じることが多く、従来、このリンパ節群をごっそり取り除く（リンパ節郭清）ことが治療上重要と考えられてきた。リンパ節郭清を行うと、約 20% の患者に術後のリンパ浮腫やしびれを認め、QOL を大きく損じる。一方、廓清したリンパ節のリンパ節陰性率は、60-70% に達していた。最近、リンパ節郭清を行わずに、リンパ節転移の有無を知る方法として、センチネルリンパ節 (sentinel lymph node : 見張りリンパ節) 生検と称する手法が登場した。センチネルリンパ節生検の適応はしこりの大きさが 3 cm 以内で臨床的に腋窩リンパ節転移を認めない原発乳癌である。

センチネルリンパ節は、最初に転移が生じるリンパ節を指し、このリンパ節に転移がなければ、他のリ

リンパ節に転移もないと考えられる。センチネルリンパ節を同定するには、術前日にアイソトープ（ガンマ線を放出する  $^{99m}\text{Tc}$  スズコロイドなど）を腫瘍周囲に注射し、微量なガンマ線をリンパシンチグラムで感知する。術中に色素（インジゴカルミンなどの青い液体）を腫瘍直上部皮下に注入して5分ほどマッサージすると、リンパ管を通して流れた色素がリンパ節を青く染色する。いずれか、あるいは2つの方法で同定された腋窩リンパ節をセンチネルリンパ節とよぶ。センチネルリンパ節は、1~2個のことが多い。手術中に、センチネルリンパ節を術中迅速診断に提出すると、病理検査部門の病理医が顕微鏡検索して、10分程度で手術室に転移の有無を返答する。もし転移がなければ、リンパ節郭は省略される。

乳癌における本法の適応が、臨床的に腋窩リンパ節腫大を欠く症例のため、リンパ節に大きな転移はまずみられない。病理医の重要な役割は、リンパ節切片内の小さな転移を顕微鏡的にみつけることにある。直径2mm以下の転移巣は「微小転移」とよばれる。微小転移の臨床的意義は確定しておらず、微小転移の有無は予後を左右しないと見る見解もある。病理医としては微小転移を見逃すわけにはいかない。しかし、術中迅速診断に提出される未固定（生）のリンパ節の取り扱いとその中に微小転移を証明するにあたっては、留意すべき点がある。細かいことだが、この悩みを少し紹介してみたい。

癌細胞が流れ着くのは、輸入リンパ管が流入する被膜直下の辺縁洞に位置する。実は、リンパ節の切り方（断面の入れ方）によって、この部位の微小転移が一見陰性となってしまうことがある。通常、生のリンパ節はメスで半割され、急速凍結されたのちに断面からクリオスタット（凍結切片作製機）を用いて顕微鏡標本（HE染色標本）が作製される。切片作製は、通常、臨床検査技師の役目だ。実はこのとき、リンパ節実質部分（細胞成分が多いため組織内圧の高い）と線維成分の多い被膜近くの辺縁洞で組織の盛り上がり方が異なるのだ。断面の表層部から薄切された切片では、肝心のリンパ節の辺縁洞が全周性に出ないことがしばしば経験される。このような状態では、辺縁洞にある微小転移は偽陰性化する恐れがある。つまり、リンパ節の凍結切片をつくる際に、辺縁洞が全周性に出るまで深切りすることが必要である。おわかりかな？

いいかえれば、手術室から病理診断部門にリンパ節を提出する際には、リンパ節をまるごと提出することが重要なのである。手術室で外科医によってあらかじめ割が入れられてしまうと、病理医はリンパ節のオリエンテーション（どこが辺縁洞なのかの判断）がつかなくなってしまう、病理診断の精度が低下してしまう。

もし十分にわかりにくくて、でももっと知りたいと思う諸君は、ぜひぜひ、病理診断室に見学に来てほしい。術中迅速診断はほぼ毎日行われているでしょう。百聞一見にしかず。

### Class III

Class IIIとは、細胞診パパニコロウ分類の“疑陽性”を意味する用語である。今回は、診断を下す側からみたClass IIIの中身をすこし紹介したい。

細胞診断は、病理診断医に科せられた重要な業務のひとつである。乳腺や甲状腺の穿刺吸引細胞診が生検に代わる有力かつ迅速な診断法として確立した現在、細胞診断の集中的トレーニングは、病理診断医の育成に必須条件となっている。穿刺吸引細胞診で採取される組織深部の細胞は、剥離または擦過細胞診（子

宮腔部、喀痰、体腔液など）における表層細胞に比べて、ずっと生きがよく、組織構築をまねた形をとるのが大きな特徴である。胸腹水という培養液中の細胞は、のびのびとした形態を保っているのに対して、尿・髄液・胆汁中の細胞は、低浸透圧や細胞膜傷害による二次変性の結果、細胞形態の傷みがひどい場合が多い。このようにみえてくると、パパニコロウにより確立された婦人科細胞診の判断基準を他の材料に無理矢理あてはめることの危険性が理解されよう。

子宮腔部の擦過細胞診では class IIIa=軽度または中等度異形成、class IIIb=高度異形成、Class IV=上皮内癌を意味しており、それゆえ、パパニコロウ分類を用いる代わりに、推定病変をきちんと記述すべきであるとの意見が、現在では主流となっている。

一方、子宮腔部以外では class IIIa=良性の可能性を考えたい境界病変、class IIIb=悪性の可能性を考えたい境界病変をいった“イメージ”で両者を使い分けることもあるが、通常は、たんに class IIIと診断されることが多いようだ。

婦人科以外の細胞診における class IIIの意味するところのうち、もっとも頻度の高い使い方は、“わからない”あるいは“明らかな良性とも明らかな悪性ともいいきれない”ではなかろうか。class IIIには、“たぶん良性であるが、念のため”といった場合から“まず悪性であると思うが、細胞数が少なかったり、細胞の変性が強くて無理できない”と判断されたものまで、かなりの幅があることを、ぜひ知ってほしい。尿や胆汁では、必然的に class IIIが多くなる傾向がある。繰り返し検査の可能な尿では、class IIIは再検査してください”といった気楽な”メッセージととらえてほしい場合も多い。再検査が容易でなく、しかも細胞変質の強い胆汁や髄液の細胞診断は本当に診断医泣かせである。乳腺や甲状腺では、class IIIは、通常、“要生検または要術中迅速診断”のメッセージである。乳癌は、核異型に乏しいことが多いため、慣れないと乳腺の細胞診断は class IIIだらけになりかねない。

一方、授乳期乳腺の細胞は核腫大がめだち、もし、授乳中であるといった単純な情報が申込み用紙に記載されていない（驚くなかれ、この程度は実にしばしばあることなのです）と、class V と誤認 [overdiagnosis] されうる。

忘れがたいのは、胆汁細胞診の誤診例。結果的に、総胆管閉塞をきたした腫瘍形成性膵炎だったのであるが、膵頭部癌疑いという臨床診断に合わせるかのように、小型の異型細胞を一度だけ class V と診断したのだ。手術切除された膵を全割して検索したが、どこにも癌はみあたらない。“あのおじいちゃん、黄疸がとれて、とても喜んでるよ”、“良性疾患の膵頭十二指腸切除術の術後成績は良好だよ”といくら主治医に励まされても、なかなか心は晴れません。class IIIに留めるべきでした。くよくよ。

すこしだけ、遊び心をもって診断を下したこともある。前立腺肥大の診断で健康チェックを受けた政界のある重要人物の尿細胞診。本音は、class IIだったのであるが、あえて class IIIとして報告した。2時間ほどして、主治医でもあるその病院の院長から早口の内線電話。予想どおりのすばやい反応に思わずにやりとして、“おそらく問題ありません。これからも定期的にチェックしてください”と答えさせていただいた。このエピソードのあとすでに数年が経過しているが、その著名人はいまだ健在である。

(医学のあゆみ 173: 985, 1995 より)

## 子宮内膜細胞診の信頼性



衛生検査所（検査センター）で子宮内膜細胞診 class III あるいは擬陽性と診断されて紹介入院となり、1〜2週間後に生検された内膜組織が正常の組織像を示す事例は、決して珍しくない。なぜだろう。どこに問題点があるのだろうか。持説を紹介したい。

第一に、顧客である病院側の姿勢とそれの対応する営利企業としての衛生検査所の「営業方針」があげられる。病院が衛生検査所に求めるのは、偽陰性を限りなく少なくすることだという。したがって、偽陰性が多くて病院の信頼をなくすことを恐れ、衛生検査所は従業員であるサイトスクリーナーにそのように指導するのだそうだ。その結果、疑陽性の増加には目をつぶる姿勢が生まれる。「怪しきは罰する」のが正義となる。

通常、子宮内膜癌は不正出血を伴う。まして、40歳代で不正出血のない女性の内膜に癌が発生する確率は著しく低い。にもかかわらず、こうした状況で検査された「内膜検診」の検体に疑陽性の診断がつけられることが繰り返されている。

第二に、内膜細胞診断の根拠となっている「所見のとり方」を見直してみる必要があるのではなかろうか。極端な言い方をすれば、内膜生検診断の精度が極端に低い点に、肝心の細胞診断を専門としている人たちが気づいていない。つまり、あてにならない組織診断をもとにして、細胞診断の診断基準がつくられているといっても決して言い過ぎではない。

第三に、診断病名のつけ方が問題である。性熟女性によくある不正出血は、無排卵性周期に基づく剥離性出血が多い。女性ホルモン（エストロゲン）過剰状態による子宮内膜の過形成（英語で **hyperplasia**）が本態である。日本ではこの病態を「単純性内膜増殖症」（嚢胞状腺性内膜増殖症）と名づけられている。英語では、**simple endometrial hyperplasia (cystic glandular hyperplasia)**と診断される。嚢胞状に拡張する腺管を覆う上皮はむしろ萎縮性で、増殖能は低く、しばしば線毛上皮化生を生じている。間質成分が先にくずれるために腺管成分が一見多くみえるだけのことである。つまり、この“過形成性”病変は、細胞学的にみると過形成（細胞増殖がつよい所見）すら示さないことが少なくない。

言うまでもなく、単純性内膜増殖症は癌化することはない。真の腺性過形成（病名は「腺性増殖症」）の頻度は低い。過形成はあくまで良性変化であり、病理総論的に腫瘍性病変と明確に区別されるべきである。**Hyperplasia** を増殖症と翻訳するのは子宮内膜に限った例外だ。内膜「増殖症」とネーミングされることで、前癌病変としての意義づけのニュアンスが生じるために、細胞診断が class III（擬陽性）とされる場合が少なくないし、こうした過剰診断が正当化されている。間質細胞がくずれる月経期の内膜細胞が「増殖症」と誤認される恐れすらある。日本独特のこの診断名は一刻も早く修正する必要があると筆者は主張し続けている。

明らかな前癌病変である「異型内膜増殖症（**atypical endometrial hyperplasia**）」と除くと、内膜細胞診で「増殖症」（過形成）の診断はできないし、してはならない、が筆者の持論。実際に class III＝擬陽性と診断された内膜細胞診検体をレビューすると、良性の剥離性内膜や単純な増殖期内膜の所見であることが多いのは、紛れもない事実なのである。

結果的に不必要な入院をして、「何でもなくてよかったね」といわれている患者さんが全国にいったいどれくらいいるのだろうか。よしんば、異型増殖症を基盤とした内膜癌の発見が多少遅れ、おっとり刀で治療

を開始したとしても決して遅くはない。分厚い子宮筋層が浸潤を防いでくれるために、子宮内膜癌の予後は悪くはないからだ。

内膜細胞診断の現状に疑問をもつのはおそらく筆者だけではないだろう。患者さんのためにも、むだな医療費の削減のためにも、みなさん、何とかしませんか。

## ダンピング

病理医のいない小さな病院や診療所で採取された病理検体はどうなっているのだろうか。

地元医師会立病院の病理医が診断する例もあるが、ふつうは地域の大学病院の病理学教室に持ち込まれるか、検査センターが集配して、大学や病院の病理医たちがアルバイトで診断する。全国的にみると、検査センター経由で診断されるのは全病理検体の半数近い。

問題点をあげてみる。まず、価格のダンピング。請負額が正規の診療報酬（通常1件あたり 8,800 円）の半額なら、病院は半額の儲けになる。細胞診の検体にいたっては無料サービスをうたう業者もある。もともと、病理検査はもうからないのでサービスに徹して、代わりにドル箱の血液検査や生化学検査をいただくという戦略だ。

むろん、精度管理のしっかりした大手業者もある。それでも不安なのは、情報不足があるからだ。病理医には臨床情報が少なく、臨床医も見も知らぬ遠く離れた病理医には質問しづらい。最も重要な病理医と臨床医のコミュニケーションが成立しにくい。

対人口比あたりの病理医数があまり変わらない英国では、病理検査を取り扱う検査センターがない。命に直結する病理診断を安易に扱わない姿勢がうかがえる。

（朝日新聞夕刊科学欄、連載「病理医の目」第6回、1999.2.15）

（コメント：検査センター＝衛生検査所に提出される病理検体は実に年間数百万件に及び、日本全体の病理診断件数の半数以上にのぼる。病理診断の保険診療点数は1臓器あたり 860 点＝8,600 円だが、多くの場合その半分以上は検査センターに検体を提出する医療機関の取り分になっているのが現状である。内科が外科に診療を依頼するとき、半額でやってくれということはある得ない。本来、このダンピングはあってはならない。つまり、現状は、診療行為としての「病理診断」ではなく、あくまで「病理検査」に過ぎないのが開業医や小規模病院の認識と言わざるを得ない。もし医療機関の取り分を少なくしようとすると、医療機関は別のもっと安い検査センターに依頼先を代えてしまう……。やれやれ、いたちごっこ。）

## 病理診断に関わる課税の不条理

医療法人の法人事業税の計算に際して、社会保険診療に対応する利益については非課税扱いとなる。そのほかにも、医療法人にはさまざまな優遇税制が実践されている。医師会長、武見太郎氏（“武見天皇”）の1960年代の戦略により、開業医や小規模病院に対しては、さらに特別な優遇税制が設定されている。通常、課税対象をなる事業所得は、収入から必要経費を差し引いたうえで算出されるが、開業医や小規模病院の場合は、実際に使用した必要経費に代えて概算経費を設定することができる（実際に使用した費用

より高い金額が申告可能！)。

筆者は毎年1月になると気が重くなる。毎年恒例の確定申告で重い税金を算出しなければならないからだ。勤務先である大学からの「給与」に加えて、週に1日通って病理診断を行っている一般病院（外勤病院）からも「給与」が支給される。実は、筆者は毎週、名古屋から横浜の総合病院まで通っている。これらごまかしの効かない収入には、避けられない国税、さらに住民税が課税される。そのほか、検査センター（衛生検査所）から依頼される病理診断を毎日続けている。検査センターに病理診断を依頼する医療施設の大部分は、開業医か病理医のいない小規模病院である。こちらは給与ではなく、「報酬」として収入を得ている。報酬分（雑収入）には必要経費が設定できる。実は、必要経費を除いた報酬が1,000万円を超えると消費税が課税される。筆者は結果的に、消費税をとっていない報酬分に対して、毎年黙々と消費税を支払い続けてきた。そのため、多額の税金を支払うこととり、懸命に働き続けている割に振込先の銀行口座の残高はいつもゼロに近い。

地元の商工会議所に相談したうえで、2017年から遂に個人事業主としての「青色申告」をはじめた。そして、個人事業主の味方、商工会議所の税理士に驚かれた。税金を支払いすぎです！ 計算してみると、年間に支払っている税金総額は1,000万円近い。

商工会議所からのおもなアドバイスは3つ。

まず、報酬分に対する必要経費を逃さずに申告するために、経費として申告できる支出をなるべく増やすこと。結果的に、雑収入を課税対象額以下に抑えること。

今ひとつは、週に一日だけ通う病院からの支払いが「給与」である点がおかしい。これを雑収入として算出できるように「報酬」の形に代えるように交渉すべき。

3つめは、もし外勤病院からの「給与」を「報酬」に代えることが難しい場合、名古屋から横浜まで通う交通費（おもに往復の新幹線料金で、年間軽く100万円を超える）を別に算定して、課税対象となる給与から差し引けるように病院からの証明書をもらうこと。この病院からの給与には、勤務当初から30数年来、交通費が込み込みだったのだ。

多くの勤務医は、週1日程度は、外勤をしているはずだ。外勤先からの収入が「給与」であるのは当然だと筆者は信じていたし、おそらく多くの医師たちも同じだろう。しかし、国税局の見解では、社会保障の恩恵を受けない勤務先から給与の形で支払われるのはおかしいとのこと。新鮮でかつ衝撃的な見解だった。

よく考えてみると、優遇税制を受けている外勤病院からの支払いが給与である場合、その収入はすべて個人の課税対象額となり、何の優遇措置もない。病理診断という医療行為の結果の見返りなのにもかかわらずである。

検査センターからの報酬についても、病理検体を提出する開業医や病理医のいない小規模病院では、病理診断に関わる診療報酬の半分以上をピンハネしているうえに、税制上の圧倒的な優遇処置を受けている。いっぽう、黙々と病理診断しているしもじもの病理医には多額の税金がかかる。よくよく考えたら、とても納得できない。

国税局発行の納税のしおりには、医療行為に“関連した”収入には消費税をかけないとある。この点を国税局に問い合わせると、検査センター（営利企業）から依頼される病理診断の仕組みがあること自体を

知らなかった。現状では、営利企業が介在する病理診断行為を非課税とすることはできないとのこと。何とも歯がゆい。

確かに、医行為である病理診断を行うのは、本来医療機関であるべきである。つまり、厳密な意味では、検査センター経由の病理診断は違法状態なのである（病理診断科が認定された 2008 年までは「病理検査」でまかり通っていた）。しかし、検査センター経由の病理診断がなくなると日本の地域医療は動かないのが現状である。そのことをよくわかっている厚生労働省は、すぐには問題解決へ動けない。こうした社会システムの矛盾が、善良な一医師に重い税金という形でのしかかっている。

現在、地元商工会議所の適切なアドバイスに従って、少しでも節税ができるように努力中。気づくのが遅すぎた。でも、正論を貫きたい思いは強い。

## 解剖の意義

病理解剖は病理医の重要な仕事だ。亡くなった患者さんの病気の診断、進行度、治療効果を判断し、死因を追及して、次の診療に生かす。医学生や研修医への教育的な意義は大きい。思いもよらない重大病変が見つかることもある。

50 代の男性が末期胃がんで亡くなった。背骨への転移で下半身まひとなり、看護婦や家族がおむつの世話を続けていた。病理解剖では、がん細胞の全身転移だけでなかった。伝染病のアメーバ赤痢が見つかったのだ。聞けば、血の混じった下痢がひどかったそうだ。幸いにも感染者はいなかった。

脳死臓器移植でも、ドナーの病理解剖ができないだろうか。脳死に相当する所見が科学的に証明できるからだ。

病理解剖率や数は、厚生省や日本内科学会が指定する研修・教育指定病院の基準の一つだ。しかし、最近では数より内容を重視すべきだとの声が、臨床医側だけでなく病理医側からもあがっている。本当に患者や遺族のために還元できる解剖業務になっているか、見直すべき時期かも知れない。

メント・モリ（ラテン語で、死を忘れるな）は、人の死と日常的に接する医療者が忘れがちな格言である。年に一度の解剖慰霊祭ではこの言葉をかみしめたい。

（朝日新聞夕刊科学欄、連載「病理医の目」第 20 回、1999.3.19）

## 突然死

肥満気味の A さんは子宮筋腫の手術後、順調に回復していた。明日退院という日の夜中、ベッドの脇に倒れているところを巡回看護婦に発見された。すでにこと切れていたが、30 分ほど前の回診では異常なようすはなかった。翌朝の病理医による病理解剖で、死因は肺塞栓症と判明した。血の塊が肺の血管に急激にかつ大量に詰まって突然死したのだ。

入院中に生じたり、あるいは病院に運び込まれてきた事故死や突然死の遺体は、多くの場合病理解剖され、傷や病変と死因の因果関係が追求される。医療事故や入院中の突然死の場合は、ふだん共同作業をしている医者仲間の医療行為に対する客観的判断が求められるため、病理医は医療の質の番人に変身する。

当然、病理医が労災保険や医療裁判に関わる機会が増える。上の事例は死因が明らかで問題なかったが、死因不明もありうる。

病院外で発生した事件や事故で亡くなった方や死因不明の突然死・不審死に対しては、通常、法医解剖が行われる。法医解剖と病理解剖の境界線上にある入院中の突然死では、病理医にも法医学的知識と経験が要求される。米国では、法医学は病理診断のトレーニングに続く選択コースとなっている。日本では残念ながら、両者の交流は少ない。法医学専門医が増えるためには、まず病理医の確保から始めるのが筋なのだが――。

## 日本の剖検率

病理解剖（剖検）の目的をあげてみよう。

- ① 疾患の性質や発生・進展の過程を理解する。
- ② 新しい疾患や既知の疾患の変貌をみいだす。
- ③ 臨床診断の正確度を判定する。
- ④ 患者ケアの質を評価する。
- ⑤ 治療効果を判定する。
- ⑥ 臨床的、基礎的研究を促進する。
- ⑦ 公衆衛生・人口動態統計に正確な情報を提供する。
- ⑧ 医療訴訟に対して事実に基づいた正確な証拠を得る。
- ⑨ 医療者に生涯学習の場を提供する。

「臨床医学は不確実性のサイエンスであり、確率のアートである」とされる。画像診断の発達した今日にあっても、臨床診断と病理解剖診断の不一致率は、副病変を含めると 20～30%にのぼるとされる。病理解剖には遺族の承諾が必須であるため、この承諾を得るためには、医療者と患者および遺族との良好なコミュニケーションが決定要因となる。

わが国における病理解剖は、残念ながら、数・率ともに減少し続けている。(社)日本病理学会が昭和33年(1958)以来毎年発行している日本病理剖検輯報によれば、1982年における登録施設(n=472)剖検率33.5%、国民総死亡数に対する剖検率5.5%に対して、1995年にはそれぞれ14.4%(n=654)、3.1%とほぼ半減している。1996年における世界22ヶ国における剖検率をみると日本は最下位である(このWHO統計は、病理解剖と法医解剖の総計であり、わが国の数字4%には法医解剖の約1%が合算されている)。世界の解剖率第1位(約50%)であるハンガリーは、亡くなった国民は解剖されることを原則としている。病理解剖の減少が嘆かれている米国でも剖検率は10%程度である。

日本の剖検率が世界の最低レベルにあるのは紛れもない事実である。韓国やタイなどのアジア諸国では成人の病理解剖が極端に少ないし、日本でも沖縄の病理解剖数は明らかに少ない。これらは宗教的・因習的要因に規定されるため、横並びの比較は意味がないかも知れないが、近年の剖検率の減少は宗教的・因習的要因とは無関係だろう。剖検率低下には以下の要因があげられる。① 臨床医の多忙さ、② 入院期間の短縮に伴う遺族とのコミュニケーション不足、③ 画像診断の進歩に伴って病理解剖を重視しなくなっ

たこと、④ 臨床医の専門分化により、医師の興味の幅が減少したこと。

2004年4月に開始された新医師臨床研修制度の中で、CPCレポートが必修化された。研修期間中におけるCPCレポートの作成と症例呈示がすべての研修医に義務づけられた。CPCとはclinical pathological conference（臨床病理カンファレンス）の略である。CPCは「病理解剖から学ぶ」ことを目的に、従来、多くの病院で実践されてきている。これを卒後臨床研修に利用しようとする新しい試みである。剖検例の臨床上の疑問点・問題点を抽出し、病理解剖所見を参考に理解・解釈をひきだす過程が研修医に課される。そして、聞き手にわかりやすい説明する「症例発表能力」を磨くこともまた要求される。病理解剖は、特定の臓器の所見のみならず、諸臓器の相関性が明らかとなるため、総合的な見地から疾病の成立・進展過程や死因を判断できる大きな教育的利点がある。いいかえれば、「全人的医療」の訓練の場が提供される。

この画期的な制度改革を機会に、病理解剖の意義が再考・再評価され、医療の質の向上に有効な病理解剖へと変身したい。「Memento mori（死を忘れるな）」は著者が大切にしている座右の銘である。

## 死因解明と解剖

解剖には、①医系大学で献体による解剖実習として行われる系統解剖（解剖学担当：費用は大学負担）、②病院で病死した患者さんに対して、遺族の同意を得て行われる病理解剖（病理学担当：費用は病院負担）、③死因不明の異状死体に対して行われる法医学解剖（法医学担当）の3種がある。法医学解剖はさらに、a)事件性がある場合に警察を介して強制的に行われる司法解剖（医系大学の法医学講座で解剖される：国費負担）、b)監察医制度のある地域（東京都区部、大阪市、横浜市、名古屋市、神戸市）で監察医によって強制的に行われる行政解剖（地方自治体負担）、c)監察医制度のない地域で行われている承諾解剖（費用は警察あるいは地方自治体負担）の3つに区分される。

病院で死亡した場合、病理解剖と承諾解剖の区別は曖昧となり、多くは病理医による法医学的病理解剖に委ねられている。ただし、日本の病理剖検率は2%と、先進諸国と比較して著しく低い数字であり、十分に機能してはいない。

検死制度は国の安全に必須のしくみだが、先進諸国の中で日本が最も貧弱である。米国では、不審死体を検死・解剖する監察医は病理出身である。法医学は病理学のアドバンスコースに位置づけられる。一方、日本では、病理医、法医医師はともに決定的に不足している（病理専門医数は1900人、全国80医学部の法医医師数は120名程度）。東京都監察医務院では、東京都23区を対象に、10名の医師によって毎年1万件以上の検死と約2500の行政解剖が行われている（病死が7割：費用は都が年間約10億円を負担）。大阪と神戸でも監察医制度は機能しているが、横浜と名古屋では名ばかりの制度に形骸化している。

日本では年間約15万人が不審死を遂げ、そのうち専門の検視官（特別にトレーニングを受けたベテラン検察官）が検視しているのは1割強に過ぎない。多くは、慣れない警察官が検視し、地元の開業医が検死しているのが現状である。不確実な検案で病死と判断された異状死体は司法解剖、行政解剖、承諾解剖に廻されない。先日問題視された時津風部屋事件のような、臨床医や警察官に見抜けな事件が埋もれている可能性が少なくない。事実、東京都監察医務院で行われる解剖（専門の監察医が現場で事件性なしと判断された症例）の1000例に1例ほど（年間2～3件）が大学での司法解剖に回されている。平成16年、警察庁が発

表した異状死体総数は 136092 人で、司法解剖は 4969 体である。明らかに犯罪による判断された死体は 1528 体、犯罪が疑われる死体は 12448 体だった。

検死制度の充実に関する法律の整備は必須だが、それは行政解剖や承諾解剖を含む検死制度の意義を国民やマスコミがどの程度重視するか依存する。本来、検死事業は地方自治体に責任を転嫁すべきでなく、国家予算で全国に普及させるのが筋である。

死体解剖保存法は公衆衛生の向上を図り、医学研究・教育に資することが目的であり、死因調査の結果を社会へ還元し、再発予防に資す視点が希薄である。その名の通り、司法解剖は検察・警察に依存する。行政解剖、承諾解剖は警察が関与するものの、主に自治体の医務関係と結びついており、司法との連携は薄い。監察医制度のない地域での承諾問題と財政援助問題も解決されねばならない。欧米では、日本で決定的に不足する移植臓器を解決するため、社会的コンセンサスのチェック機関として検死制度を捉えられている。

現在、厚生労働省によって診療関連死に関する解剖施設の設置が法制化されようとしている。一方、民主党を中心に、診療関連死以外の不審死を解剖する法医解剖センター構想が提案されている。私としては、この解剖の分断化は歴史の一コマとしては容認せざるを得ないかも知れないが、永続的なシステムではないと信じる。両者を統合した形の検死制度を全国に普及させ、その中の一部が診療関連死であるとよい。そもそも人材が不足しているし、予算の無駄となるリスクが高く、診療関連死か否かは解剖前にわからない（だからこそ解剖する）のが理由である。解剖が必要かどうか、屍体に対する画像撮影（オートプシーイメージング）の積極活用も視野に入れるべきである。

たとえ、法整備が整い、専用の建物が完成しても、そこで働く医師を養成するには長い時間が必要である。したがって、日本の社会の安全を確保するための人材育成がもう一つの柱として重要となる。全国に監察医制度を拡大する場合、法医医師が約 1000 人（現在の 8 倍に相当する数字）必要と試算される。多くの医学生・研修医が法医医師を目指すよう誘導する必要がある。医師は生きた患者を救うのみならず、死亡者の死因を究明する役割も重要である点を再認識できるような社会環境をつくりたい。不審死の多くが病死のため、米国式に、病理解剖学的な素養を身につけた法医医師が望ましい。日本病理学会と日本法医学会の連携プレイが切望される。

解決のための具体策として、卒後臨床研修 2 年の中に法医ローテーションを必修化し、死因究明の重要性を認識できるプログラムを組む。可能なら、法医をめざす人材に何らかの経済的特典を与える。現状のままでは、法医を志す医師数が増える見込みがたたない。

全国規模で監察医制度を導入するなら、それは国家政策である。解剖医が何人必要か、10 年、20 年後をめざした明確なビジョンが求められる。

（患者の権利オンブズマン東京ニューズレター第 31 号：5-6, 2008 より）

## 「死者に優しい医療」の担い手、解剖医育成の必要性

わが国では毎年約 15 万人が不審死している。検死制度は国の安全に必須のしくみだが、先進諸国の中で日本が最も貧弱である。事実、専任の検視官が検視しているのは 1 割に過ぎないし、大学の法医学講座で行われる司法解剖は、予算上、年間 5,000 件に限られている。不審死の多くは、慣れない警察官が検視

し、地元の開業医が検死している。不確実な検案で病死と判断された異状死体は、司法解剖、行政解剖、承諾解剖に廻されない。戦後、大都市に設けられた監察医制度による行政解剖が現在でも機能しているのは東京、神戸と大阪のみである。名古屋と横浜では制度そのものが形骸化し、最近になって横浜市は廃止を決めた。医療関係機関で生じた不明死（医療関連死）は、原則として病理専門医によって病理解剖される。この数年間、第三者による客観的解剖制度としての「モデル事業」が試行されてきた。そして、2015年10月にいよいよ医療事故調査制度（事故調）がスタートする。日本医療安全調査機構が第三者機関としての医療事故調査・支援センターに指定された。解剖の位置づけ、「解剖医」のリクルートをはじめ、さまざまな問題点がある中での新制度である。

死因究明制度は、防衛（国防）と並んで、社会の安全を守るための必須要項といえる。死体解剖は死因究明の基本となる社会性の高い業務である。医師は生きた患者を救うのみならず、死亡者の死因を究明する役割も重要である点を再認識できるような社会環境をつくりあげるべきである。言い換えれば、「死者に優しい医療」の実践といえよう。この制度の担い手が「解剖医」である。解剖は医師あるいは歯科医師にしか許されておらず、死体損壊罪が適応されない。不審死の2/3以上は病死であるため、米国式に、病理解剖学的な素養を身につけた法医医師、法医学的知識・経験をもつ病理医の育成が望まれる。ちなみに、日本の病理剖検率は2%（総数約2万例前後）と、先進諸国と比較して著しく低く、その数は減少し続けている。一方、法医医師の頑張りにより増加傾向にある法医解剖は、現在、病理解剖を上回る数字となっている。

わが国で絶対的に不足している解剖医の育成は重要課題である。解剖医とは、病理解剖を担う病理医と法医解剖を担う法医医師を指す。病理専門医は全国に2200人あまり、法医医師は200人に満たないのが状況であり、解剖医の人材育成はまさに焦眉の急である。現在、卒後臨床研修を終了した人材の大多数は臨床各科の医師を担うため、病理学講座／病理診断科および法医学講座を選択する人材は乏しい。何らかの手だてを講じないと、解剖医の育成を促進することは至難の技といえるのが残念な現状である。

ちなみに、病理診断科における病理医の主たる業務は、生きている患者さんのための生検組織診断・細胞診断で、この事業の重要性は言うまでもない。全医師に占める病理専門医の割合は0.8%と極端に低い（厚生労働省統計）。また、2011年11月現在、病理専門医の平均年齢は52.4歳であり、他のどの診療科より高い（若手の病理志望者の不足を反映）。日本医師会による必要医師数調査（2008年）によると、最低必要医師数倍率は3.77倍（不足率74%）と第1位である（産婦人科医は2.91倍、不足率66%）。法医医師（法医学会認定医）の不足はより深刻と言わざるを得ない。

解剖医育成のための戦略・行政主導の事業の必要性はあきらかである。解剖医の育成には最低でも5年、通常、10年程度が見込まれるため、継続的支援施策が強く求められる。

## 病理解剖に国費負担を！

**提言：（社）日本病理学会は病理解剖の国費負担を厚生労働省に要求すべきである。**

病理解剖は従来、費用全額を病院負担の形で営々と積み重ねられ、病態解明、病理学的研究、死因追求、正確な死因統計など、さまざまな側面で国民の医療の向上に大きく貢献してきた。死後の検案であるため、



診療報酬は適応されず、厚生労働省からの財政支援も一切ないのが現状である。数年前まで文部科学省から国立大学にのみ供出されていた解剖体経費は、研究・教育の名目だった（独立行政法人化を期に、項目指定がなくなり、教育関連費用として、現在、各大学はそれぞれの考えに従って、病理解剖を含めて分配できる）。医療・公衆衛生に多大な貢献を果たす病理解剖が「病院のボランティア」の形で成り立つのはとても健全とはいえない。

先進諸国の中での我が国の“剖検率”は最低レベルにあるうえ、画像診断の進歩を背景に、病理解剖は年々減り続けているのが現状である。臨床医の病理解剖に対する意欲の減少は否めないところである。病理解剖をこれ以上減らし続けても本当によいのだろうか。

新医師卒後研修制度の中に、病理解剖症例を利用した CPC レポートの作成が必修化されているし、日本内科学会も内科専門医や研修病院の指定に一定の病理解剖を義務化している。病理解剖が病態を全身的・統合的に捉える研修の場として最適であることに異論はなかりう。

いっぽう、厚生労働省は「診療関連死」の死因究明のための新制度（医療安全調査委員会）を立ち上げようと模索しているが、原則として、病理解剖として行われた結果を、法医医師、臨床医や第三者が客観的に判断することが念頭に置かれている。この解剖は病理解剖と法医解剖の中間的意義をもつといえる。当然ながら、この解剖には財政支援がある。

法医解剖のうち、司法解剖約 5,000 体は国が財政保証している。行政解剖（監察医制度のある地域）および承諾解剖（監察医制度のない地域）は、原則として、地方自治体ないし警察が剖検費用を負担している。しかし、法医医師の人材不足と法医解剖実施の場が大学の法医学講座に限られる現実を背景に、ことに大都市圏以外の地方では、救命救急部門での死亡例を中心に“行政解剖的病理解剖”が実施されているのも現実である。この場合は、費用は病院負担となっている。

こうしたアンバランス・不公平感・不合理を是正し、国民の健康と安全の増進に貢献し、医療の質の担保・向上に資する病理解剖を促進する」ために、(社)日本病理学会は、今こそ、病理解剖の費用負担（年間 2 万體 x 25 万円 = 50 億円）を国家（厚生労働省よりは、より横断的な内閣府が適切か？）に要求すべきである。

<http://pathology.or.jp/news/whats/kokuhifutan-020807.html>

（日本病理学会 HP「論壇」より、堤寛、井内康輝の共同提案 2008）

## ネクロプシーにまつわる問題

ネクロプシー(necropsy)は剖検（解剖）と同義に使われることもあるが、現実的には、死後にベッドサイドで針などを体内に刺入して臓器の一部を採取する「死後組織病理診断」に用いられることが多い。生検(biopsy)に対応する用語である。わが国の法律を字義通り解釈すると、生検は医師法で許される「医療行為」だが、ネクロプシーは医師法の範囲外であり、刑法第 190 条に規定される「死体損壊罪」の対象になりかねない。医学的に死体を損壊できるのは死体解剖保存法に基づく解剖に限られる。日本病理学会は最近、「死後針病理組織診断」の医学的意義を認める見解を発表したが、メスを使う組織採取は病理解剖室で病理解剖として行う方がいいかも知れない。

## 病理科の実現へ向けて、今こそ熱いディスカッションを

現在、私たち病理医は激動期の中を生きているといえよう。本年（1988年）1月15日ないし16日付の三大新聞社会面に“福島県立医大でエイズ感染者の病理解剖拒否”のニュースが報道された。さらに、2月2日付毎日新聞の一面トップ記事として、“日本の医療機関の25%がエイズ病理解剖を拒否”という日本病理学会が行ったアンケート調査の結果が取り上げられた。これら記事によれば、厚生省や有識者は、“研究機関でもある大学病院の病理医が解剖を拒否するなど前代未聞だ。医学者の常識として理解できない。学問に対する情熱が足りない。病理医にも感染症に対する知識はあるはずだ。無責任だ”等々とコメントしている。日々、真摯に病理診断業務を行っている病理医として、病理医を一方的に悪者扱いしたこうした報道に対して強い憤りを覚えるのは、私だけではあるまい。

一方、2月10日付各社新聞朝刊に、厚生省と日本医師会で構成される「診療科名等の表示に関する検討会」で推し進められてきた診療科（標榜科）の見直し、すなわち、医療法第70条の改訂作業に対する答申が発表された。この中で、医師からの紹介で“受診”する第三診療科群に属すと考えられる“病理科”は、その妥当性について、実際に医療法の改正が行われるはずの2～3年後までの間に、さらに検討されることとなった。つまり、病理科は、未熟児科、リハビリテーション科、臨床検査科など20科とともにペンディング状態に置かれたわけである。

この間、私自身は、新聞社および厚生省（保健医療局感染症対策室）への投書を行い、2月末には、毎日新聞の記者と厚生省の当該室長と面談し、議論をかわすことができた。議論してみて、改めてしみじみと感じたことどもを以下に記してみたい。

毎日新聞社は現在、「血友病患者のエイズウイルス感染は薬害である」とする全国ヘモフィリア友の会の主張を全面的に支援するキャンペーンを行っている。マスコミ的な見地からすると、“病理学者”はエイズ患者に対して、死んだあともなおかつ差別するののかという主張につながるようである。一方、厚生省の持っている病理に対する固定観念は、基礎医学であり、病理解剖は研究的色彩の強い業務であるというものである。また、標榜科を掲げようとする医師たちが病理解剖を拒否するのはけしからん、ということにもなるらしい。一言で言うと、私たち病理医が現在かかえているさまざま矛盾や利益を、両者ともほとんど理解していないし、病理医がどれだけ標榜科を必要としているか理解しようとしなないといえよう。

しかし、よく考えてみると、認定病理医の間で標榜科の必要性と、標榜科でない（すなわち、法的に認知されていない）ために私たちの被る不利益について、十分な議論が行われてきたのだろうか。認定病理医個人個人が、こうした自らの死活問題について、一体どれだけの問題意識をもって意見を述べ、行動してきたのだろうか。奇しくも、麻酔科出身の若手厚生技官が私に述べたことだが、麻酔医が麻酔科という“特殊標榜科”を勝ち取るまでに払った血の滲むような努力を病理医も知るべきであろう。つまり、全国の麻酔医が一丸となって、個々の施設で学会全体として、自らの必要性を訴えたのだそうである。振り返って、日本病理学会を、またその会員である認定病理医の場合を考えると、従来はほとんどすべてを総務幹事や石河利隆先生にまかせっきりで、私自身を含めて皆、待ちの姿勢であり過ぎたのではなかろうか。厚生省の係官の言葉どおり、行政の決定に過度の期待をして黙って黙って黙って待っていたのでは“話にな

らない”のであろう。それでなくても、新聞による病理医のマイナスイメージは強い。しかも、医療法改正までに残された期間は2~3年しかないのである。今こそ、認定病理医個人個人の問題意識を高揚させ、総務幹事を皆で盛り立てていくべきではなからうか。

病理科の標榜がなぜ必要なのか。私なりの見解を述べてみたい。

最も肝心の点は、病理医に対する法的な意味での市民権の確立であろう。皆さん、病理診断（とくに生検診断）をするのに、法的には医師免許など必要としないという寂しい事実を知っていますか？病理診断業務は、誰が行っても、たとえ機械が行っても、法的には罰せられないと思われる。何しろ、“病理検査”は、臨床検査の一部であり、しかも、臨床検査の中では常に不採算のお荷物部門に過ぎないのだから。いいかえれば、私たち病理医は自らの行った病理診断に責任をもたなくてよいのである。一体、こんなにひどい不合理がまかり通ってよいものか。

病理科が診療科、すなわち臨床科、として認められれば、認定病理医＝病理診断医という図式が現在以上に明らかにされ、診断という医療行為を専門に行う医師としての自覚と責任が要求される。当然の結果として、病理診断レベルの向上がもたらされるであろうし、また、そうでなくてはならない。認定病理医とは、今さら言うまでもなく、組織診、細胞診、剖検の三業務を本来業務とする診断専門医であり、その使命は、医療の中で人体病理学を実践することにあるはずである。

病理科の実現は、人体病理学の実践を目指す若い人材の確保につながる。現状では、医学部にあつては、病理学は基礎医学に位置づけられ、医学教育の中で、臨床医学としての病理診断学の醍醐味を医学生に伝えるチャンスが少ない。病院にあつては、病理は臨床検査の一部と見なされている。これでは、医学生が人体病理学、病理診断学に興味を示さず、病理医は慢性的人材不足から脱却できずにもがき続けることになろう。さらに追い打ちをかけるかのように、病理診断医の卒後教育を病理研修医の形で行おうとするとき、厚生省からの研修医補助金はカットされてしまうのが現実である。病理科が診療科でないための矛盾といえよう。同等の診断業務を行っていても、病理診断学と放射線診断学のいかに違うことか。これは差別にほかならないのではないか。

現在、“病理検査”に関する保険点数には、診断料がまったく規定されていない。私たち病理医が身を粉にして研鑽を積んでいる病理診断能力に対する金銭的評価が適正になされていない。標榜科になれば、この不合理の解消を堂々と要求できるし、当然解消されねばならない。病理検査=不採算部門として病院内で肩身の狭い思いをしなくてすむように要求する権利も得られよう。現状では国立大学に対してのみ文部省から学生教育用経費として支給されている病理解剖に対する援助（一体につき3万円強）は、むしろ病理医のみならず臨床研修医の卒後教育用経費として、私立大学や一般市中病院にも拡大して厚生省が面倒をみるべきではないだろうか。何しろ、病理解剖は一体につき40~44万円の経費がかかると計算されているし、厚生省の指定する研修指定病院の基準の一つに病理解剖（最低20体、解剖率30%）がとり上げられているのだから。また日本内科学会も自らの決めた教育病院の基準に、常勤病理医の有無にかかわらず、病理解剖率（40%）を挙げているのである。考えてみれば、病理解剖が医師の卒後教育に果たす重要性は、私たち病理医のみでなく、厚生省や内科学会も公認しているのだといえよう。

現代の医療にとって、病理診断の重要性を否定する臨床医はまずいないだろう。医療訴訟の日常化、生検診断の発展、医療の専門分化・分業化に伴って、病理診断の重要性は今後ますます増してゆくものと想像

される。病院病理医は、診療チームの一員として、診療レベルの向上になくてはならない存在なのである。臨床各科（全科といってもよい）と密接な関連をもつ病院病理医は、その重責を果すため、生涯にわたって弛まざる自己研修を続け必要がある。私たち病理医が存分に活躍できるためには、病理科の標榜こそが求められよう。

蛇足になるが、私たちは何も「病理科」なる看板を掲げて金もうけをしたいわけではない。病理科の標榜を突破口にして、私たちの抱える矛盾や不合理の多くが解消され、認定病理医に当然与えられるべき権利と果たさねばならない義務や責任が明確になると信じる。繰り返すが、病理科は患者を直接診療することこそないが、診断という立派な診療業務を専門とする臨床科といえよう。何しろ、病院における医療行為は、「診断」と「治療」に大別されるのだから。

一方、日本病理学会が標榜科の実現を前提にして努力しなければならないことも多い。

臨床科としての病理科の業務の三本柱は、言うまでもなく組織診、細胞診、病理解剖である。現状では、前二者を中検病理ないし病院病理部が、後者を基礎医学教室である病理学教室が行っている大学が多い。病理科が実現した暁における病理学教室のあり方はことさら十分に討議されねばならない。大学病院の病理部も、一般病院と同じように、上記三業務の一体化が望ましい。実験的アプローチを主に行っている大学講座も多いこと、学生教育における基礎医学としての病理学の大切さ、および認定病理医の大多数が大学に所属している現状を考えると、とくに大学における病理学講座や病理医・病理学者のあり方について、今から対応策を練っておくことが切望される。

認定病理医に対する卒後教育をいかにシステム化・標準化するかという点もきわめて大切である。現在の大学講座の多くは、人材を大学院に頼っており、少なからぬ大学院生は基礎医学としての病理学を目指していると考えられる。また、4年間の大学院教育と5年間の研修を要する認定病理医とは相容れないし、まして、研究者（病理学者）指向型の人材が大学院生として、4年間実験的アプローチばかりを行っていたとしても、あと1年間人体病理に時間を割けば認定病理医受験資格が得られる現行の制度は部分修正されるべきであろう。当然のことながら、認定病理医は人体病理学を医療の中で実践する医師のことを指し、決して認定病理学者ではないことは再確認されねばならない。したがって、この点では、欧米のシステムを見習って、人体病理学を目指す病理研修医制度を確立することが求められる。基礎研究のための大学院制度との二本立てが望ましい姿ではないだろうか。大学の壁を乗り越えた研修システムの確立と研修内容の標準化・査定を行う機関の設立は不可能だろうか。

病理科の独立に伴って、臨床検査技師における病理専任者の資格認定に日本病理学会が参画することも求められてこよう。

病理診断の難しい症例に関して、気軽に相談でき、かつ迅速な回答の得られるコンサルテーションシステムの運用は、病理診断のレベルアップに是非とも必要である。米国ワシントンDCにある米軍病理研究所（AFIP）に相当する機能を日本に望むのは高望みなのだろうか。

それでは、具体的に今すぐにもできることは何だろうか。きわめてヘテロな集団である日本病理学会会員の足並みをただちにそろえることには無理が多い。しかし、医療法の改正を控えて、できることから少しずつでも動いてゆかねばならないことは確かである。そうでないと、病理科の実現自体が危うい、病理科が実現した時に戸惑うのは日本病理学会であり、その会員である私たちなのである。

何はともあれやらねばならないことは、日本病理学会会員個人個人の問題意識を高めることだろう。そのため、日本病理学会のサテライトあるいはナイトセッションとして、標榜科にまつわる諸問題に関して自由討論を交す場を設けてほしい。現場で働く病理医たちの強い要望が実際に折衝を行う学会トップ陣を勇気づけ激励することにつながると信じる。

「病理学は基礎医学だ」と思い込んでいる厚生省の人たちや臨床医に対して、私たち病理医が病理解剖や病理診断業務をどのように捉え、どのような立場で日々の業務に臨んでいるのかを、日本病理学会の公式見解として公表することがとても大切である。病理解剖は患者に対する最後の医療行為であるといえよう。可能なら、病理科の標榜に伴うメリットに関する合意を得たいところである。アンケート調査もよい方法であろう。

エイズ病理解剖拒否うんぬんを介して浮き彫りにされたバイオハザードの問題に関しては、日本病理学会解剖検委員会により感染防止のためのマニュアル作りが行われている。日本病理学会はさらに病理業務に伴うさまざまな危険から身を守る、病理医のための医療保険を斡旋することをやるべきだと思うがどうか。たとえば、現に日本消化器病学会等では、会員に医師保険を斡旋している。

奇妙なことに、現在の日本病理学会の中に、病理科に向けた専門の検討部会が存在しない。たとえば保険点数の問題（本年4月から、他の検査料の切り下げと同時に病理検査の保険点数も切り下げられてしまった！）など、標榜科に伴って当然検討すべき課題を議論する場がない。現在は、これらは石河利隆先生を長とする日本病院病理医協会（会員は重複している）が代行しているが、機構上は別組織であり、日本病院病理医協会の名では公的になかなか活動しにくい場合も多いと聞く。そこで、日本病院病理医協会を発展的に解散し、日本病理学会内部に総務幹事を代表とする認定病理医部会（仮称）なるものを発足させることはできないだろうか。

病理科という診療科、すなわち臨床科を目指すことは「病理は基礎、病理は検査」という古いイメージを、各臨床家から、厚生省から、そして私たち自身から振り払うことともいえる。学生教育がある限り、基礎医学としての立場を絶対に捨てるわけにはいかない大学の病理医にとって、これからはさまざまな試練や軋轢が待ち受けていることが予想される。すなわち、病理医と病理学者、そしてその中間的な立場の人たちがいかにうまく共存してゆくかが、大きな課題といえよう。私たちは今、激動の時代に生きているのである。

（病理と臨床 6(5)：609-612, 1988 より）

（これは1988の文章=檄文である。その後、私の提案の多くが実現した。2008年4月、ついに「病理診断科」の標榜も実現した。これより20年さかのぼる若き筆者の提言に対して、先輩病理医から病理科実現への“バイブル”と褒められたこと、そしてこの論文のあとすぐに米国ボストンに2年ほど留学した筆者に対して、“責任をとらずに逃げるのか”とおしかりを受けたことがとても懐かしい。）

## テレビドラマ「フラジャイル」の広報効果

2016年の1月～3月にかけて、病理医を主役とするテレビドラマ「フラジャイル」が計10話、毎週水曜日の夜10時からフジテレビ系で放映された。原作は、講談社アフタヌーンに連載中の同名の漫画（原

作：草水敏、漫画：恵三朗）である。おもな配役は、主役病理医の岸京一郎が長瀬智也、若手病理医の宮崎智尋が武井咲、臨床検査技師の森井久志が野村周平、女性外科医の細木まどかが小雪、大学の病理学教授の中熊薫が北大路欣也だった。病理医、岸の病理診断に対するモットーは「100%の病理診断」。”君が医者である限り、僕のいうことは絶対だ！”が決まり文句だった。

番組制作スタッフとして参加された東京通信病院の田村浩一先生の求めに応じて、番組制作スタッフへのお礼の手紙をしたためた。番組の打ち上げで手渡してくれる予定。

#### フジテレビ「フラジャイル」番組スタッフ一同さま、プロデューサー殿、監督さま：

藤田保健衛生大学医学部病理学教授（診断病理医）の堤寛（つつみゆたか）と申します。

原作者、草水敏氏の友人で、ものがたり全体の方針・信念を提唱させてもらった協力者の一人です。田村浩一先生には長年お世話になっております。

「100%の診断」のアイデアを出させてもらった病理医であり、治療を意識した病理診断の重要性を描くよう、お願いし続けてきました。白衣を着ない（そしてネクタイもしない）姿も提案しました（ネクタイの件は実現しませんでしたけれど）。草水さんいわく、私は岸先生のモデルになった病理医でもあります。

長瀬くんのようなダンディーな病理医は日本にはいないかもしれません。

私は10回とも、毎週欠かさず、みさせてもらいました。

内容的には、医学的な誤りがたくさんあったし、院内ではあり得ない状況は数多かったのですが、それでも、ドラマ的にはとても新鮮で面白かったです。

病理医の存在、病理診断の重要性を十二分に訴えていましたね。

臨床検査技師の働きが明確だったのもとてもうれしいです。

患者さんに近い病理医の姿もよく描かれていました（私のモットーは、「患者さんに顔のみえる病理医」なのです）。

これまで、（一社）日本病理学会がどんなに努力しても達成できなかった広報活動を、軽々とこなしていました。テレビの力を実感しました。

日本中の病理医と病理検査技師が注目し、心を強くしていたと信じます。

本当にありがとうございました。

近いうちに続篇ができることを、こころより祈っております。感謝。

## あとがき（病理診断編）

これまでにこつこつ書きためたエッセイ風の書き物のうち、「病理診断・病理医」に関する作品をまとめてみた。

1988年に「病理と臨床」（文光堂）という業界専門誌に若き筆者（36歳）が投稿した「病理科の実現へ向けて、今こそ熱いディスカッションを」と題した檄文をあえて最後に掲載させていただいた。筆者にとって原点となる大切な作品である。多くの同僚や先輩にお褒めの言葉をいただいたことが懐かしい。

それから28年たった2016年はじめ、病理医を主役とするテレビドラマ「フラジャイル」が全国放映された。視聴率は10%とまずまずだったそうだ。病理医の存在、病理診断の重要性を広く世間に知ってもらうのに、これまでにない重要な働きを果たしてくれたといえよう。感謝。逆に言えば、私たちの努力がいかに足りなかったかが改めて思い知らされた。「フラジャイル」に関するエッセイは、その1「市民のみなさんへ」（病気のプロ、病理医からのアドバイス）に詳しく記述したので参照されたい。「フラジャイル」の主人公、“100%の病理診断”を主張する岸京一郎氏は、実は、若かりしころの筆者がモデルなのですー。

## 堤 寛 (つつみ ゆたか) プロフィール

e-mail : pathos223@kind.ocn.ne.jp

1951年9月，横浜生まれ（浜っ子、乙女座）。

1976年3月，慶應義塾大学医学部卒。

1980年3月，同大学大学院（病理系）修了。

1980年4月，東海大学医学部（神奈川県伊勢原市）病理学講座に移動して21年間在籍）。

2001年6月，藤田保健衛生大学医学部（愛知県豊明市）病理学Ⅰ・教授に就任。

2017年3月，同大学定年退職（65歳）。

2017年4月，長崎大学病院遠隔病理診断センター・教授に就任（医療法人清須呼吸器疾患研究会、はるひ呼吸器病院病理部長を兼任）：はるひ呼吸器病院で遠隔病理診断を中継

2017年4月，同時に「つつみ病理相談所」開設（豊明市名鉄線前後駅前）。



趣味はオーボエ演奏。日本病理学会学術評議員・病理専門医，日本臨床細胞学会評議員・細胞診専門医，日本組織細胞化学会評議員，日本感染症学会 Infection Control Doctor，医療の安全に関する研究会常任理事など。本業は病理診断と医学教育。

「患者さんに顔のみえる病理医」をめざして、患者さんのニーズにあった支援活動を模索している。免疫染色を病理診断に導入したパイオニアと自負している。感染症の病理のほか、院内・職務感染防止，医療廃棄物適正処理，安全教育や「日本の常識，世界の非常識」を見直す提言を続け，他の人がやらない「穴埋め病理医」，「社会派病理医」を目指す。

### 一般書：

「病理医があかすタチのいいがん悪いがん。最新診断治療ガイド」（双葉社、2001）、「病院でもらう病気で死ぬな。現役医師が問う 日本の病院の非常識度」（角川新書、2001）、「父たちの大東亜戦争 戦地シンガポール・スマトラの意外な日々」（幻冬舎ルネッサンス、2010）、「堤先生、こんばんは o(^-^o～若き女性がん患者と病理医のいのちの対話～」（三恵社、2011）、「患者さんに顔の見える病理医からのメッセージ ～あなたの“がん”の治し方は病理診断が決める！～」（三恵社、2012）。

### 単著教科書：

「感染症病理アトラス」（文光堂、2000）＊、「感染症の病理 web 版」（英語、2004）＊、「画像詳解完全病理学総論」（医学教育出版、2005）、「完全病理学各論（全 12 巻）」（学際企画、2007）、「element 版



完全病理学各論」(同 2008)、「完全病理学 DVD 版」(同 2009)、「Pathology of Skin Infections」(Nova、NY、USA)\*、「クイックマスター病理学」(サイオ出版, 2015)、「パワーアップ問題演習病理学」(同 2015)。

(\*の 3 つは全編 web site で閲覧可能)

#### 心機一転：

2017 年 4 月、長崎大学病院遠隔病理診断センター教授に就任し、「はるひ呼吸器病院（愛知県清須市、齊藤雄二院長）」を拠点に、バーチャル顕微鏡による全国をつなぐ病理診断・若手病理医の教育に携わる。名鉄本線「前後」駅前のマンション（パルネス前後）の 1 室に事務所「つつみ病理相談所」を開設。病理診断とともに「患者さんに顔のみえる病理医」を実践する。音楽を通じた交流も大いに活用してゆく。

#### 「つつみ病理診断科クリニック」

〒492-8341 愛知県稲沢市矢合町三吉跡1551-1

電話：0587-96-7088、FAX：0587-96-7098

e-mail：pathos223@kind.ocn.ne.jp

URL：http://www.pathos223.com

当相談所 HP には、患者さん向け・学生・研修医向けの情報を多彩に公開する。訪問あれ。