

誰も知らない「病理医」の話

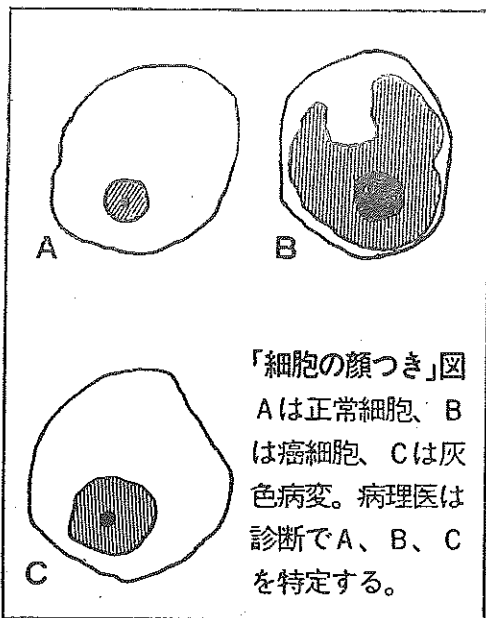
患者と会わず病名診断だけをする医師がいる

もりながしろうじろう
森永正二郎

(済生会中央病院・病理医)



「細胞の顔つき」図
Aは正常細胞、Bは癌細胞、Cは灰色病変。病理医は診断でA、B、Cを特定する。



以前、米国で乗ったタクシーの運転手に職業を尋ねられたことがある。日本にいるときのいつもの習慣で、「きっと知らないだろうと思うけど」と前置きしてから、「病理医だよ」と答えた。すると運転手は、「それなら知ってるさ」と言うやいなや、逆に詳しく病理医とは何かを説明し始めたのである。その

予想外の返事と説明の的確さに私は感動し、同時に、米国では病理医が職業としての市民権を得ていることに驚いた。しかも、誇らしげに説明する運転手の口ぶりからは、社交辞令を差し引いても、病理医が自分たちにとって大切な仕事をしている人であるという認識を、一般市民がもっているという印象を受けた。

医学部を卒業して病院に勤めているという人、人は決って「何科ですか？」と聞いて来る。そこで、内科や外科と答えればすぐに納得してもらえるのだが、「病理医です」と答えると、ポカンとして「料理医？ 何それ？」などと聞き返されるのが常である。麻酔科や放射線科も一般の人には比較的馴染みの薄い科だろうが、そういう科があることくらいはたいていの人が知っている。しかし、ごく一

部の病院関係者を除いて、病理医のことを知っている人に出会った経験は、国内では殆どない。拍子抜けするような聞き間違いをされたことのある同業者は少なくないはずだ。

私の同級生には、卒業以来ずっと大学の研究室で、カエルの腎臓にガラス針を当てて細胞膜の研究をしている生理学者や、カメの眼球を電子顕微鏡で観察している解剖学者がいる。彼らも医師免許証を持ちながら使っていない、いわばペーパードクターである。しかし、基礎医学の研究をしているのだといえれば、それはそれで人は納得する。一方、私たちのように、生身の患者が出入りする病院に勤めていて、医師の資格がありながら患者の前に出てくることのない病理医という医師がいるということは、説明してもなかなか理解してもらえない。

実は私自身、このような職業があることを

知ったのは、医学部を卒業してからのことである。私が医学を志した動機は、他の多くの医者とたいして変わりはない。高校生の時に幼なじみが白血病で倒れたので、自分で医者になってこうした病気をなんとかしてやろうと思いついたからだ。しかし卒業間際になると、顕微鏡を使って病気の仕組みを探ることに強い興味を抱くようになった。皆と同じように、医師国家試験を受けて医師の資格を得た後、病理学教室の大学院生として病理学の勉強を始めることにした。以来、この世界から足が抜け出せなくなり、現在に至っている。学生実習の時に奮発して購入した高級聴診器は、自宅の机の引出しの奥深くに眠っている。

病理医はどこで登場するか

病理医は、病理診断を主な仕事とする医師で、患者を直接診察したり治療したりはしない。主治医に協力して、患者を正しく診断し、適切な治療に導くのが役目で、いわば医師のコンサルタントのようなものだ。病理医がどこで登場してくるか例をあげて説明しよう。

う。

例えば、胃の具合が悪くて、病院を訪れると、内視鏡という管を飲む検査をされることがある。内視鏡でみると、胃粘膜の病気に①赤くただれている、②へこんでいたり、引きつれている、③盛り上がっている、の三通りがある。たいていの場合は、①は胃炎、②は糜爛(びらん)か潰瘍、③はいわゆるポリープで、いずれも良性である。ただし、胃癌にも同様の形のものがあるので、癌の有無は顕微鏡で調べない限りははっきりしたことは言えない。

そこで、内視鏡の先から胃粘膜の一部が摘み取られ、病理医の元に届けられる。病理医はこれを顕微鏡で調べて、病気が胃潰瘍か胃癌か、癌であればどの様な種類の癌かなどを診断し、主治医に報告するのである。正確な病理診断は、病理医の蓄積された経験と学習と熱心な観察によつてはじめて可能である。主治医は癌とは思わなかったのに、病理医が顕微鏡で癌を見つけていることもあるし、逆に、主治医が内心ではきつと癌だと思つても、病理診断はただの潰瘍であることもある。お腹に手を当てただけで胃癌と診断した内科の名医がいたそうだが、それは伝説的な昔の話

で、現在では病理診断を抜きにした癌の確実な診断はあり得ない。主治医は、この病理医の診断に基づいて、手術をしようかといった治療方針を決定することになる。

このように、体の一部を少しだけ取つて、病理診断を付けることを生検という。

胃生検の場合を例にとつて説明したが、生検は体中のありとあらゆる所から行われる。それは体中至るところに病気が起こるからである。よく生検が行われるのは、胃、腸、子宮、皮膚であるが、このほか、口、鼻、喉、食道、肺、心臓、肝臓、膀胱、前立腺、乳腺、骨、眼、などからも行われる。従つて、内科や外科だけでなく、産婦人科、皮膚科、耳鼻科、泌尿器科、整形外科、眼科など、精神科を除く全ての科の病気が出て来る。

もちろん、脳卒中や心筋梗塞、糖尿病のように、診断のために生検を必要としない病気も沢山あるが、生検をしないと診断の付かない病気もまた沢山ある。その代表格が癌である。それを、一つ一つ診断を付けてゆくのが病理医の役目である。臨床医学は日進月歩で、各科の中でも更に細分化、高度化が進んで来ており、必然的に病理診断に要求される内容も、幅広くかつ高度化してきている。こ

れに応えてゆくためには、病理医側も日々の勉強が欠かせない。

病理学を志して大学の病理学教室に弟子入りすると、まず、病理検査室に集まって来る各科の標本を処理し、病理診断を付ける実務のトレーニングを受けることになる。学生時代に病理学の講義や実習を受けて来ているとはいえ、実際の症例を目の前になると、始めは何がなんだかさっぱり分からない。二人で覗くことができる顕微鏡をはさんで、先輩病理医と差向いになり、矢印で指しながら、「この細胞が何細胞」といった初步的なことから教えてもらうのである。やがて、「この所見はこう読む。従って、顕微鏡所見からはA、B、Cの三つの病気が可能性として考えられるが、患者の年齢や病気の部位、肉眼所見などを考え合わせるとAが最も考えられる」といった病理診断のプロセスを指導されてゆく。

主治医へ報告する病理診断書の書き方も、始めは分からないので、先輩病理医の言うまゝを口述筆記する。少し慣れると、一人で標本を下見し、本を調べた上で自分なりの結論を出し、別の紙に下書きを書いて、顕微鏡標本と共に先輩の所にもってゆく。そこでまた

二人で顕微鏡を見ながら、矯正、指導を受けるのである。

新人の頃は、少しトレーニングを受けると、すぐにもうなんでも診断できるようになったと錯覚しがちだが、先輩の前でその自信があつたという間に打ち砕かれることがある。

私が弟子入りしてしばらくたったころ、ある症例を時間をかけて隈なく調べたつもりで、自信をもって「これは良性で、癌はありません」と報告したところ、先輩は黙って数十秒標本を見てから、「ここに癌があるじゃないか」と言つて、顕微鏡の視野のまん中に癌組織を持ってきて指し示したのだ。おまけに、「もう君の言うことは信用できないよ」とまでいわれてしまった。私はそのときの恥ずかしさと悔しさが今も忘れられない。

自分で書いた下書きを先輩に添削してもらつた後、病理診断書に消書きし、再び先輩の所に持って行ってサインをもらつて初めて、臨床各科の主治医の元へ報告することになる。

しばらくして、下書きに余り手を加えられないようになる。直接診断書に書くことが許される。それでも、もちろん先輩のチェックは受ける。更に経験を積んでゆくと、今度は自分が新人の指導に当たり、診断に責任を負

う立場になるのである。その後の進路は、そのまま大学に残り研究や教育に従事する者、一般病院の病理医として出てゆく者などいろいろである。

いかにして診断するか

ところで、実際に癌(悪性腫瘍)か否かをどのようにして区別するのかを簡単に説明しよう。それは、細胞の「顔つき」と並び方で決まる。顕微鏡で見ると、多くの場合、良性細胞はきれいな整った顔をしており、反対に、悪性細胞はごつごつしていかにも悪そうな顔つきをしている。並び方も、良性細胞は行儀がよいのに対し、悪性細胞は乱れている。慣れた病理医がみれば、すぐに両者を区別することが出来る。ところが、優しい紳士のように見える凶悪犯人や、逆に恐ろしい顔をした優しい人がいるように、細胞にも、一見よく整つて良さそうな顔をした悪性細胞や、ごついけれども実は良性細胞というものもあつて、判定が難しいこともある。

悪性とも良性とも言えない「灰色」の病変に遭遇すると、特殊な染色をしたり、他の病理医の意見を求めたりして何とか診断を付け

ようとする。それでも決着が付かないときはしかたがない。すぐに再生検をするか、数カ月様子を見てから再生検をするか、場合によってはひと思いに手術をしてしまうか、といった方針を主治医と相談して決めることになる。内視鏡は患者にとって苦しい検査なので、不必要に繰り返すべきではないし、早まった手術をしてはならないのももちろんである。多くの病理医も同じであろうが、私は診断に迷ったとき、これが自分自身あるいは自分の親の体だったらどうするか、と考えることにしている。そうすると不思議なことに答えが見えて来ることがある。そこで、「難しいけれど、もしこれが自分の体だったら、やっぱり手術してもらおうよ」と、主治医に言えば、気心の知れた主治医ならあうんの呼吸で了解し、手術に回す。

手術で胃袋が切除された場合、胃袋を詳しく調べて、癌であればどんな種類の癌か、癌の広がり具合はどの程度か、リンパ節転移はないか、といったことを診断するのも病理医の仕事である。病理医の最終的な診断を受け取ってから、主治医は手術後の治療方針を立てたり、完治する率を予想したりする。例えば病理医が、粘膜内に留まったごく早期の癌であると診断すれば、それは手術だけで完全に治ってしまうことを意味する。一方、進行癌と診断すれば、そのままでは再発の可能性が出て来る。これまでの経験から、癌の進行程度によってどのくらいの確率で治るかということが知られているのである。病気についての結論を直接患者や家族に伝える役目を主治医が負っていることから、患者やその家族は主治医自身が全てを決定していると思ひ込

んでしまいがちだ。自分の会ったこともない医師が、自分の体の一部を子細に観察して、重大な決定をしているということは夢にも知らない。

こんな例がある。何年も前から胃潰瘍がいくつもあり、ずっと通院して内視鏡検査を繰り返して受けてきたサラリーマンがいた。そのつど生検が施行されたが、病理診断は毎度良性であった。ところが、通院し始めてから八年目、実に十四回目の生検で、沢山摘み取られた胃粘膜組織のごく一部に異常な所見が出てきたのだ。私はこれを癌と診断した。内視鏡施行医が覗いてみた限りは良性の潰瘍だけれど、念のためにとまって生検をしたのである。過去の生検標本を引っ張り出してきて、顕微鏡で見直したがやはり良性で間違いなかった。内視鏡施行医と主治医に連絡し、相談

した結果、手術を勧めることになった。患者さんはすぐに納得し、胃の三分の二を取る手術が行われた。通常、切り取られた胃袋は、病理検査室に運ばれ、切り開かれて「のしいか」の様に板に張り付けられる。これは粘膜面をよく観察できるようにするためである。

私はこの胃を眺めて思わずうなってしまう。確かに潰瘍は沢山あるが、どれが癌だかよく分からない。もし最終的に癌がなかったら、私は生検で大き過ぎる診断をしたことになる。怪しそうな所を全部顕微鏡標本用に切り出した。出来上がった標本を、端から端まで丹念に顕微鏡で見ながら、胸が高鳴った。あった。五十個余りの標本のうちのたった一個の、しかもごく一部に明らか癌があったのだ。自分の生検病理診断は間違っていないかった。こういう場合、病理医は正直いって、内心ほっとする。結局癌は大きさが二ミリメートルの、出来たての早期癌であった。もちろんリンパ節転移はない。この患者さんの癌は間違いなく手術で治ってしまう。このように早期に発見できた理由は、患者さんが主治医の言いつけをきちんと守って、検査を受け続けたこと、内視鏡施行医が丹念に見て生検をしたこと、病理医が注意深く顕微鏡で観察したこと、など全てが関係している。命が助

かる段階で癌を発見できたことに、病理医も医師の一人としての喜びを感じる。

なぜすべてを調べるのか

癌のような重大な病気ではなくても、手術で切り取られた体の一部は、すべて一つ残らず病理検査室に運び込まれ、病理医によって調べられる。虫垂炎（俗に言う盲腸炎）で取られた虫垂、胆石症のために取られた胆嚢、痔のために取られた肛門、子宮筋腫のために取られた子宮なども例外ではない。それは、術前の臨床診断を確認するためである。胆石症として胆嚢を取ったのに、病理医が調べたら、胆石の他に胆嚢癌も見つかったというように、別の大きな病気が発見されることもあるからである。

例を一つ上げよう。ある主婦が過多月経で婦人科を受診した。子宮筋腫という臨床診断のもとに子宮全摘が行われた。子宮筋腫はありふれた良性腫瘍で、毎週沢山扱っている。摘出され、ホルマリンに漬けられた子宮は、手術の翌日病理検査室に届けられる。握り拳大のこの患者さんの子宮を、他の子宮筋腫の場合と同じようにナイフで切り分けた。普通の筋腫はころころした塊で、周囲の組織との

境界がはっきりしているものだが、この患者さんの境界がやや不明瞭であった。少し変だなと思いつながら、いつものように顕微鏡標本に数カ所を切り出した。出来上がった標本を顕微鏡でみると、それは普通よくみる筋腫ではなかった。あまり見たことがないの、専門書を調べ、きわめて珍しい型の悪性の肉腫と診断した。

一口に悪性とはいっても、悪さの程度はいろいろである。この患者さんの腫瘍は悪性の程度が軽く、すぐに遠くへ転移するようなものではない。じわじわと周辺へ連続的に広がってゆくたちのものであった。従って、完全に取ればよいのだが、取り残せば局所で再発する。そこで、ホルマリンに漬けて保存してある子宮をもう一度引っ張り出してきて、いつもとは違った向きに切ってみた。驚いたことに、腫瘍が切除断端まで細長く伸びてきているように見えるではないか。私は、その部分も顕微鏡標本にして、腫瘍が確かにそこまですべて来ていることを確かめた。ということは、取り残しがある可能性がある。主治医にすぐに連絡し、再度手術をした方がよいだろうと伝えた。主治医は患者さん本人とそのご主人に事情を説明し、納得してもらった上で、初回の手術から二十日後、再度開腹術を行った。

子宮の周辺部分を追加切除したのである。その後、患者さんは幸い元気で、ときどき検査のため外来に通院している。

臨床的に一見なんでもない良性腫瘍と思われる場合でも、すべてきちんと病理医が調べることがあることをこの例が示している。

「術中迅速診断」とは？

通常、手術は診断が確定してから行われるが、確定しないまま手術せざるを得ないことがある。また、手術中に予想外の病気が見つかることもある。そういう時、手術の途中で急いで病理診断を付けようというのが、「術中迅速診断」である。この術中迅速診断は、病理医が最も活躍すると同時に、病理医の実力が試される場でもある。診断のスピードと正確さが同時に要求されるからである。

まず、手術室で執刀医が病変部を一部切り取り、係の人が大至急病理検査室に運ぶ。待機していた病理医は、これを受け取り次第、更に一部をメスで切り、検査技師に渡す。技師は、この小片を瞬間的に凍結させ、薄く切って染色した標本を病理医に戻す。病理医は、標本を顕微鏡で調べ、即座に診断を下し、インターフォンで手術中の執刀医に伝える。こ

こまでに要する時間は、平均すると約十五分である。その間執刀医は、手術を中断して病理医の診断を待っている。腹部の手術であれば、患者のお腹は開けられたままである。だから、迅速診断の時は、一秒でも早く報告できるように病理検査室の中はビリビリと緊張した空気が張り詰める。

結果を受けた執刀医は、これによって手術の方針を決定する。不十分な手術も、過剰な手術も許されない。例えば、乳腺の手術の場合、迅速診断の結果が良性であればそれで手術は終わり、傷口は閉じられる。悪性であれば、取り残しがないように更に広く切除するわけである。爪先の皮膚病変の場合、指を切断するかどうかが、病理医の診断次第で決定される。

病理医にとっては、待たなしのいわば真剣勝負の瞬間ともいえる。私の先輩の一人は、「迅速診断をするときは、懐に辞表を忍ばせ、診断を間違えたらすぐにそれを病院長の所へもってゆくつもりでやれ」と、その心構えを教えてくれた。慣れるとひと目顕微鏡を覗いただけで診断がつく場合が多いのだが、中には難しくすぐに結論が出せないこともある。そんな時は、顕微鏡を見ながら、手術室でまだかまだかと待っている執刀

医や、麻酔をかけられたままの患者の姿が頭に浮かび、焦りで腋の下が汗で濡れて来ることもある。病理医の決断の重大さを考えれば、慎重にならざるを得ないのだが、実際、ゆっくり考えたり調べたりしている猶予はないのである。時には、急いで着替えて手術室まで行き、病変部を自分の目で確かめることもある。

癌であることが術前に分かっている場合でも、何処まで広がっているか執刀医が目で見ても分からない場合にも、迅速診断が行われる。胃癌、胆管癌、肺癌などの手術で、切断端に癌があるかないかを顕微鏡で調べるのである。病理医が癌ありと返事をすれば、もつと切り足す

必要があり、癌なしと返事をすれば、そこで縫い合わせることになる。胆管癌の場合など大変悩ましい。なぜなら、癌か癌でないかの判定が難しいことがしばしばあり、また、余裕をもって充分に取ることが難しいデリケートな場所であるからである。病理医は安全率を見込んで充分に取って欲しいと思うが、外科医は最小限の手術で済ませたいと思うのである。執刀医がインターフォンの向こうから、「どうでしょうか。先生がもっと切れというなら切りますよ」と言ってくると、頼りにされている有難み以上に、プレッシャーを感じてしまう。一人でやっているとかかなりのストレスだ。一日に迅速診断がいくつも続くと、終わったときにはどっと疲れが出てくる。

なぜ病理医が必要とされるか

不幸にして患者が病院で亡くなると、主治医は遺族に対して病理解剖の許可を求めることがある。病理解剖は、生前の診断や治療が適当であったかどうかを確かめ、今後の診療に役立てるために行うものだ。これを実際に行い、最終的な診断を下すのも病理医の役目である。ともすれば、この仕事のみが人に知

られ、病理＝解剖といった固定観念が一般に浸透しているようだ。開業医や看護婦などの医学関係者でさえ、このような認識をしている人が多いように思われる。従って、病理医と言えば、「浮世離れた死体の好きな変な医者」といった印象をもっている人が多いのではないだろうか。病理医は、別に死体が好きだから解剖するのではない。ただ、患者の病気がどうなっていたのかを調べるのが医学のために重要であると考え、使命感によって行っているのだ。

本来病理医は、主治医に協力して正しい診療に導くのが役目だが、主治医にとっては、時に煙たく目障りな存在となることもあるかも知れない。なぜなら、万一おかしな診療が行われるようなことがあれば、いやおうなしに、生検や手術標本の病理診断や、病理解剖を通して病理医の目に入ってしまふからである。しかし見方を変えれば、病理医は医療が適正に行われるように、第三者の立場から患者と主治医の関係を見守る役割をも負っているといえる。

従って、常勤の病理医において発言力を与えている病院は、自浄機構の備わった、良心的で精度の高い病院ということが出来るだろ

う。王様のような主治医に対して、時には苦言を呈するかも知れないレフェリー役の病理医を、進んで常勤させるかどうかは、ひとえにその病院の医師たちの成熟度、医療に対する姿勢にかかっていると思われるからである。

米国では確固たる地位を築いている病理医が、日本では受け入れられない裏には、国民性の違いが大きく関係していると思う。病名告知に関する両国民の受け止め方を比較すれば分かりやすいだろう。米国民は何事につけ白黒を付けたがる、真実を知りたがる傾向が強い。そこでは、主治医の他に、病気の白黒を付ける病理医の出る幕は自ずと多くなる。手術で取られた臓器を、患者の家族にみせて説明をするのは、日本では執刀医の仕事だが、米国のある有名病院を訪れたとき、これを病理医が日常的にやっているのを見て驚いた事がある。

一方、日本人は曖昧を好み、真実を知りたがらない傾向のある国民だ。病名は何であっても、治りさえすればよいと、患者はもちろん、医者までも思っているのではないかと感じることもある。また、仮に死亡すれば、もう死んでしまったのだから、今更病気がど

うなっていたのかなどということはどうでもよい、と思う人が多いのではないだろうか。冷たい事実よりも、暖かい曖昧さを好むのは日本人の人情というものかも知れない。従って、日本のような国では、病名を決定するだけで、患者の治療に当たらない病理医は表舞台に登場する機会はない。しかし、こうした国民性も、時代とともに少しずつ変化していくに違いない。きちんと客観的事実を踏まえた上での、暖かい血の通った、行き届いた医療、言い方をかえれば、科学性と人間性の融合した医療が、これから患者一般市民側からも問われて来るだろう。

私たち病理医は、常に患者の病気の事を考えて仕事をしており、私たちの決定はすぐに患者の治療に結び付く。従って、病理診断学は診療に直結した臨床医学の一分野なのである。しかし現状では、厚生省は病理医の存在

基盤となる病理科を臨床科の一つとして認めてはいない。私たちは「科」のない「その他」の医師として登録されているに過ぎないのである。人に知られていない上に、国にも認可されていない職種に医師が集まるはずがない。現在、日本全国の病理医の数は千六百人前後。数年前の統計では、日本の医師総数に対する病理医数は、〇・七%で、米国の二・六%を大きく下回っている（ちなみに米国では、耳鼻科医よりも、泌尿器科医よりも病理医の数の方が多い）。しかも日本の場合、病理診断に携わる医師の多くが大学に籍を置き、研究を主、診断業務を副とする立場に立つ病理学者であり、病院に勤めて診断に情熱を傾けている病理医ははるかに少ない。病院全体からみれば、常勤病理医のいない病院の方が多く、そのような病院では、病理診断をパートの病理医や外部の民間検査所に委託し

ているのが現状である。

志望者の少ない病院病理部門は、慢性的に人手不足の状態にある。一方では、近年の医療の高度化に伴い病理医の仕事量は増加するばかりだ。病理医が、良心的に丁寧な仕事をしようとすればするほど、当然の事として更に仕事に追い回されることになる。日本でも、少しでも早く、病理科が臨床科の一つとして認定され、各病院の病理診断部門が充実することを強く望む次第である。更に、病院の規模や診療内容に応じた一定数の病理医の常勤を義務付ける、というような積極的な政策が今後は必要になるのではないだろうか。これは、日本の医療水準を向上させるために、是非必要なことと思う。病理科が認定されることによって、孤軍奮闘している病院の病理医も救われようが、何よりも一番恩恵を被るのは患者一般市民なのである。