

精度管理プログラムとしての提示症例は、必ずそれと診断できる組織領域を含んでいるのが原則で、求められるのは診断名だけです。ところが、ルーチンで接する症例では、いろいろな採取法や条件で得られた材料がありますので、求められるものは診断だけではありません。否、病変が採取されていなかったり、病変が含まれていても診断困難な場合や臨床医へのコメントあるいは彼らから求められた疑問点に答えることが重要である場合も多くあります。前者のような場合、どのようなコメントをつけるか、言い換えればどこまで踏み込んで診断に迫るべきなのか、正しい診断を付けるためにさらにすべきことは何なのか、患者管理や治療に対してどのように臨床医に依頼や指示を出すのが大切になります。

先日、あるところで発生した事例に関してコメントを求められました。それは、生検標本で癌と診断され、他院に紹介されて摘出術を受けて頂いた、中年を迎えたばかりの女性の症例についてでした。摘出材料では、どこを探しても癌はなかったので、生検材料をもう一度再検討して欲しいと問い合わせがあり、再検討の結果「微小病変であり、異型上皮あるも癌との診断は困難なものでした。訂正いたします」と返答したとのことでした。診断書をみると、診断欄には診断名のみが記載され、またコメント欄にも、臓器や採取手技の確認は明記されていませんでした。余程、付けられた診断には自信があったものと思われました。

医療の現場、病理診断実務中の現場では、診断者も人ですので、いろいろな日常生活での条件に左右され、判断や対応を誤ることもあり得ます。ずいぶん昔のことになりますが、筆者が診断病理についての著作活動を始めた時に、100%の病理学との言葉で表現した病理医の姿勢について記述したことがあります。そこでは、『診断に際して「疑わしきは罰せず」の消極姿勢と合わせて「疑わしきは明らかになるまで検索する」の積極的姿勢を取る必要があることである。』ここで言う「明らかになるまで」は病理側だけの問題ではなく、臨床側を含めてのことです。さらに『特に悪性腫瘍の判定を下す時には、それが自分の心の中で100%確かだと確信し、しかもクライテリアを満足していると認め得るものでなければならない。絶対に“どちらかと言えば悪性である”と言った曖昧な主観的判断や賭博的判断で悪性の診断を付けるべきではない。明らかになるまで検索し、あるいは検索してもらい、確診できなければ「悪性像なし」、あるいは「分からない」とすべきであろう。「分からない」ということをためらってはいけない。ただその場合、どうすべきかを臨床医と話し合うべきであろう』と述べました。勿論、病理組織学は主観の学問です。だからこそ、体調や精神状態にも大きく左右されます。その時に、歯止めとなる措置を施しておくことが大切だと思っています。多施設の病理診断書や病理検査報告書の診断欄をみせて頂くと、しばしば診断名のみしか書かれていないものに遭遇します。筆者は、今まで、この欄には採取臓器、その採取部位、採取方法をも記載すべきだと主張してきま

したし、所見欄にもこれらを記載するとともに採取組織片の個数を書き確認するように推奨してきました。また、必ず患者の年齢と性別は診断名を記入する時にもう一度振り返るようにとってきました。診断欄に採取臓器や採取部位を記載するという事は、検者は組織学的にそれらであること、正しい標本であることを確認したという証であるし、採取方法の記載は、病理医にも臨床医にも、その診断にどの程度の信頼性が置けるものか、を再確認させる手段です。言い換えれば、生検時の診断と切除摘出材料での全体をみての診断が多少異なることがあり得るということであり、生検時の微小病変では深切り切片を得たり他の手段を追加したり、あるいは少し遜った解釈や診断とせざるを得ないこともあるということです。従って、この診断欄記載時にこれらのことを記入、確認するのは、病理医に、判断が難しい症例では生検時に敢えて患者に不都合を与えるような診断名を与えても本当に大丈夫かをもう一度考えさせる効果を持っています。一種のリスクマネージメント、精度管理の一手段と言えらると思っています。今回、相談を受けた症例でも、その本質が何であったにせよ、一步引いて确实性を求める手段を採っても良かったのではないのでしょうか。日常業務には、精度管理標本の診断とは異なった対応が求められると言えます。