

- 15) Furusato, M.: Recent situations of Japanese prostatic cancer from pathological standpoint of view. Round Table Conference 14th International Cancer Congress(Budapest), 1986.
- 16) Azumi, N. et al.: Primary prostatic carcinoid tumor with intracytoplasmic prostatic acid phosphatase and prostatic specific antigen. Am. J. Surg. Pathol., 8, 545~550, 1984.

- 17) Matsumoto, I. et al.: Prostatic carcinoma with melanosis. Cancer, 1987(in preparation).
- 18) 田代和也, 他: 非特異性前立腺炎の免疫組織化学的検討. 日本泌尿器会誌, 77, 642~645, 1986.

病理医の現場から

われわれが病理学教室に入った昭和32年頃には、まだ生検・手術摘出材料の病理組織検査の特別の設備もなく、外科など臨床講座か病理学教室で私的に処理する以外に方法はなかった。2~3年後、中央検査部(中検)の誕生とともに病理検査科が発足した。以来二十数年、気がつくと、内視鏡の発達、病理診断基準充足の必要性などから生検は膨大な業務量になっていた。生化学検査・映像検査が総がかりで推定する病名をわずか1回の組織検査で最終断定する病理診断の重みと、経済性を医療関係者はもっと重視してほしいものである。

200~300ベッド以上の病院でも病理医を置かず、あるいは定員を十分にとっていない病院が多い。このような病院に認定病理医が命がけで奉仕する〈不見識〉を、ぼつぼつやめたらどうかとさえ考えるときがある。諸外国を見ると、わが国の病理学が業務に比べて最も定員が少ない。病理医の悩みは、仕事が多いことではない。限られた定員で専門分化の進んだ臨床各分野に対して満足な対応ができない点である。病理側の努力にもかかわらず臨床側に不満の声が絶えない現状が、このことを如実に示している。

病理医側の立場が満たされていない例が、このほかにもある。各種の「取扱い規約」は臨床治療上の必要から進められたものである。臨床と連動する病理活動として、海外でも前例のない、詳細で論理的な優れた試みである。しかし、組織分類は基本的にはWHO分類に準じている。前回の病理学会での議論どおり、いろいろの問題を含む、私的に近い形で研究会が成立して規約ができたものもある。規約というからには強制

こぼれ話

力が働く。病理学会、病理医の現場の意見を反映し、文章を簡単明瞭にしてWHO分類の改変理由を明確にし、英文版を作成して世界に問う必要がある。この過程を経ずに病理医に規約を強制するのはどうかと思う。国際性を欠く「規約」に従って、わが国の病理医がみな国際舞台で路頭に迷うとすれば、作る側には大きな責任がある。

病理学会では、浦野東大教授の尽力で剖検輯報の電算化の方向も決まっている。生検に関しても、①各施設での回答・登録・検索、②症例の全国登録、③画像解析の三つの方向での電算化が必要である。①と③は各施設で種々の方式が試みられており、いずれ共通項が出てこようが、②を考えると①の過程で全国規模で何か考えておいたほうがよい。電算機や通信手段が発達してくると、各施設の貴重症例を学会で示説する代わりに現場から臨床記録、病理記録、マクロ画像、ミクロ画像、コメントなどを登録し、いながらにして調べたり電話会議をしたりすることも可能になるだろう。専門家のチェックを加え、引用先も記録する。この症例登録は病理医の実績を示すことになる。こうなると希少症例が自由に閲覧参照できる。また、日本にもAFIPのような病理標本センターが必要である。進行癌はあと10年もたつと入手しにくくなるだろう。標本収集は今のうちである。また登録症例の保存は癌治療の進展をも反映する貴重な材料となろう。

病理学会も絶えず先を読み現場の改善に工夫をしないと、多くの分野に追い越され、踏み台にされる心配がある。

(神戸大学教授・病理学 杉山 武敏)