

セミナー I 九州における肺癌検診の現況

集検喀痰細胞診検査 18 年間の歩み

井手律子¹・西村祐司¹・古賀純子¹・
森内真由美¹・岡 智子¹・栗田幸男²

要旨 目的．昭和 59 年度より開始した集検喀痰細胞診検査 18 年間の実績の検討を基に現在の問題点を明らかにし、今後の課題を考察する．方法．18 年間の受診対象者の分析(性別、年齢、喫煙指数、ハイリスクグループの割合)と成績・追跡調査結果の検討．結果．18 年間の受診者総数は、延べ 30,019 名で、発見された癌は、15 件、癌発見率は、10 万対 50 であった．対象者の内訳は、性別では、「男性」、年齢では、「50 歳以上」が多かったが、喫煙指数 B.I. では、「600 未満」が過半数を占め、ハイリスクグループ以外の受診者も少なくなかったことが示唆された．成績は、判定 A 348 件(1.16%)、判定 B 29,390 件(97.91%)、判定 C 253 件(0.84%)、判定 D 25 件(0.08%)、判定 E 3 件(0.01%)であった．結論．今後の課題は、①喀痰細胞診検査の対象をハイリスクグループに絞ること、②見落としのない、スクリーニングに適した標本作製技術の習得、③早期肺門部肺癌の細胞像に習熟すること、④精度管理にフィードバックできるフォローアップ体制づくり、⑤福岡県全体をカバーする精度管理体制の構築と思われる．(肺癌．2002;42:835-845)

索引用語 肺癌検診、集検喀痰細胞診検査、ハイリスクグループ、追跡調査

Eighteen Years Sputum Mass Screening

Ritsuko Ide¹; Yuuji Nishimura¹; Junko Koga¹;
Mayumi Moriuchi¹; Tomoko Oka¹; Yukio Kurita²

KEY WORDS Lung cancer, Mass screening, Sputum cytology, Quality control

(JJLC. 2002;42:835-845)

集検喀痰細胞診検査の現況と課題

当センターでは、昭和 59 年度より喀痰細胞診による肺がん検診を実施してきた。平成 13 年度までの 18 年間に個別検診を除いて延べ 30,019 件の集検喀痰細胞診を実施した(表 1)。その結果、発見癌は全部で、15 例あり(表 2)、癌発見率は、10 万対 50 であった。この結果は、良い精度管理の指標である 10 万対 100(目標は 150)をクリアしていないが、今回この結果を基に現在の問題点を明らかにし、今後の課題を考察したい。

まず、これまでの集検喀痰細胞診検査実施総数を図 1

にグラフで示した。平成 5 年度までは年々増加していったが、平成 5、6 年度をピークにその後急速に減少し、平成 10 年度からは、年間 700 件前後で横ばい状態となっている。これは、がん検診費用の一般財源化の影響だけでなく、多数の検診機関や検査機関の競争がみられる福岡県の状況にも因るものと思われる。

次に集検喀痰細胞診検査実施集団の内訳をみてみると(図 2)、各事業所集団、各住民集団ともに単年度の実施は少なく、過半数の集団が、数年から最長 18 年までの経年的な実施であった。

また検査の対象となった受診者の性別、年齢、喫煙指

¹福岡結核予防センター臨床検査課；²国立小倉病院呼吸器科。

¹Fukuoka Tuberculosis Prevention Center Laboratory, Japan;

²Respiratory, Kokura National Hospital, Japan.

© 2002 The Japan Lung Cancer Society

表 1 . 集検喀痰細胞診検査実施総数

	年度	住民	事業所	合計
1	1984 (昭和59)	98	256	354
2	1985 (昭和60)	185	239	424
3	1986 (昭和61)	417	237	654
4	1987 (昭和62)	1,266	168	1,434
5	1988 (昭和63)	1,384	181	1,565
6	1989 (平成元)	1,801	190	1,991
7	1990 (平成 2)	2,338	283	2,621
8	1991 (平成 3)	2,351	288	2,639
9	1992 (平成 4)	2,649	328	2,977
10	1993 (平成 5)	2,755	398	3,153
11	1994 (平成 6)	2,793	333	3,126
12	1995 (平成 7)	2,474	361	2,835
13	1996 (平成 8)	1,836	171	2,007
14	1997 (平成 9)	1,452	167	1,619
15	1998 (平成10)	490	148	638
16	1999 (平成11)	475	127	602
17	2000 (平成12)	492	227	719
18	2001 (平成13)	478	183	661
合計		25,734	4,285	30,019

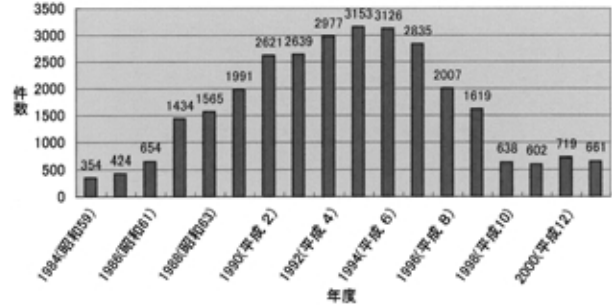


図 1 . 実施総数グラフ .

表 2 . 発見癌一覧

	年度	性別	年齢	BI	自覚症状	X-P 所見	喀痰細胞診	手術	部位	大きさ	組織型
症例 1	昭和62年度	男	55 歳	600	無し	有り	D 判定	切除不能	右下葉	T2N2M0	Sqca
症例 2	昭和63年度	男	65 歳	900	無し	有り	E 判定	切除	右下葉	T2N1M0	Adca
症例 3	平成 1 年度	男	61 歳	630	無し	無し	C 判定	切除	左上葉	T1N1M0	Sqca
症例 4	平成 1 年度	男	57 歳	1,350	無し	不明	C 判定	不明	不明	不明	Sqca
症例 5	平成 1 年度	女	77 歳	0	有り	不明	C 判定	切除不能	不明	T4N2M0	Adca
症例 6	平成 1 年度	男	58 歳	1,520	無し	無し	C 判定	切除	左下葉	T1N0M0	Sqca
症例 7	平成 2 年度	男	65 歳	675	有り	有り	E 判定	切除	肺門	T2N0M0	Sqca
症例 8	平成 2 年度	男	63 歳	840	無し	無し	D 判定	切除	肺門	TisN0M0	Sqca
症例 9	平成 2 年度	男	63 歳	645	無し	有り	C 判定	切除	肺野	T2N1M0	Adca
症例 10	平成 3 年度	男	67 歳	740	無し	不明	D 判定	切除	肺野	T1N0M0	Sqca
症例 11	平成 3 年度	男	66 歳	920	有り	不明	D 判定	不明	不明	不明	Sqca
症例 12	平成 5 年度	男	62 歳	840	無し	無し	D 判定	切除不能	肺門	Ⅲa期	Sqca
症例 13	平成 6 年度	男	81 歳	560	無し	有り	D 判定	切除不能	不明	不明	Sqca
症例 14	平成 8 年度	男	76 歳	1,232	無し	無し	E 判定	切除	左肺野	T2N1M0	Adca
症例 15	平成 8 年度	男	78 歳	0	無し	無し	D 判定	切除不能	肺野	T3N0M0	Sqca

数 (BI) の各内訳 (図 3 および図 4) をみると、各年度とも性別では「男性」、年齢では「50 歳以上」の割合が、また喫煙指数 (BI) は、「600 未満」の割合が高く (図 5)、ハイリスクグループ以外の受診者も多く含まれていたことが示唆された。ここでハイリスクグループの対象を「年齢 50 歳以上」かつ「喫煙指数 (BI) 600 以上」だけに絞ると、年度別の「ハイリスクグループ」の占める割合はグラフ (図 6) のように、若干の増減を繰り返しながらも、平成 8 年を過ぎた頃よりやや増加傾向が認められ、全体的にはハイリスクグループへの絞り込みの努力が覗われ

る。

一方検査成績 (表 3) は、判定 A が 348 件 (1.16%)、判定 B は 29,390 件 (97.91%)、判定 C 253 件 (0.84%)、判定 D 25 件 (0.08%)、判定 E 3 件 (0.01%) であった。又発見癌 15 例の内訳 (表 2) は、肺扁平上皮癌 10 例 (うち上皮内癌 1 例)、肺腺癌 4 例、喉頭癌 1 例であった。18 年間の癌発見率は、10 万対 50 であったが、癌発見率を 5 年ごとに区切ると、2 つ目の期間即ち、6 年目から 10 年目の期間が、4 つの区切りの中では一番高く、10 万対 74 であった。この期間は、実施件数が右肩上がりに増加

集検サコマ/集計	(1) 1984 昭和59年	(2) 1985 昭和60年	(3) 1986 昭和61年	(4) 1987 昭和62年	(5) 1988 昭和63年	(6) 1989 平成元年	(7) 1990 平成2年	(8) 1991 平成3年	(9) 1992 平成4年	(10) 1993 平成5年	(11) 1994 平成6年	(12) 1995 平成7年	(13) 1996 平成8年	(14) 1997 平成9年	(15) 1998 平成10年	(16) 1999 平成11年	(17) 2000 平成12年	(18) 2001 平成13年
A	1	187	149	85	78	63	89	107	113	120	80	89	66	88	20	46	38	26
B	56	52	37	42	39	28	34	27	25	*	*	*	*	*	*	*	*	*
C				27	22	23	11	20	17	17	19	20	19	17				
D				5	6													
E				28		65												
F					34	11	149	144	184	207	184	196			6	5	111	90
G				*	*	*	*	*	9	20	31	32	32	26	31	*	*	*
H				*	*	*	*	*	*	19	19	19	20	22	*	*	*	*
I				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
J				*	*	*	*	*	*	18	15	18	15	23	7	26	23	21
K										7	17	7	17	38	35	8	*	14
L										7	7	7	7	5	5	4	40	32
M										10	10	10	7	7	7	*	15	
N													3	2	4			
O																		
P																		
AA	88	88	180	76	88	75												
BB		116	78	75	63	75	184	210	110	207	178	137						
CC			40	122	74													
DD			110	238	224	314												
EE				97	70	472	884	775	948	1018	1220	1107	536	446	443	429	444	439
FF				382	390													
GG				275	380	548	824	1149	1240	1288	1265	1084	1158	901				
HH					122	18												
II					112	61	81	85	67	71								
JJ					74	57												
KK					112		131	101	110	126	105	107	71	63				
LL							87											
MM								31	41	38	25	29	30	22	35	28	30	29
NN									53									
OO																		
PP																		
合計	354	424	654	1434	1565	1991	2621	2639	2977	3153	3126	2835	2007	1619	638	602	719	661

30019

図2. 集検痰細胞診検査実施集団の内訳.

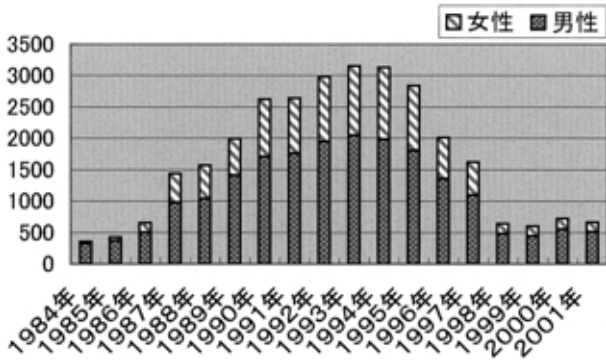


図3. 検査実施対象者内訳「性別」.

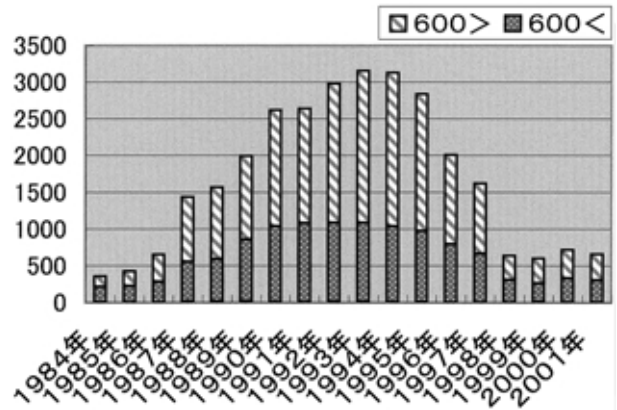


図5. 検査実施対象者内訳「喫煙指数 BI」.

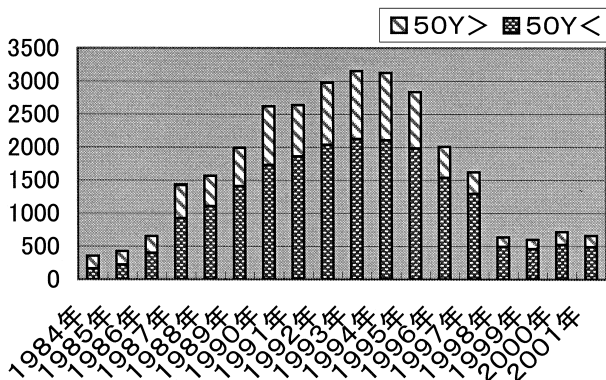


図4. 検査実施対象者内訳「年齢」.

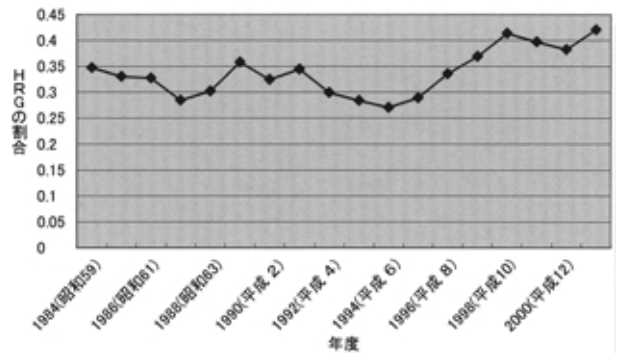


図6. ハイリスクグループの割合.

していた時期に当たる。発見癌 15 例の内、判定 C からの発見は 5 件あり、判定 C の約 2% に当たる。検診開始後しばらくの間は、集検喀痰細胞診の細胞像に全く不慣れであったため、判定 C からの癌発見が生じた。同様に判定 D からの発見は 7 件(判定 D の約 28%)、判定 E では 3 件(判定 E の 100%)であった。

ここで再び、この 30,019 件を、前述のハイリスクグループ(年齢 50 歳以上かつ BI 600 以上)だけに絞ってみると、喀痰細胞診検査の実施総数は 9,604 件となり(表 4)、また各判定結果は、判定 A 64 件(0.67%)、判定 B 9,411 件(97.99%)、判定 C 122 件(1.27%)、判定 D 15 件(0.16%)、判定 E 3 件(0.03%)となる。癌発見は 12 件となり、癌発見率は、10 万対 125 となった。(一番高い 5 年区切り期間では、10 万対 212 となる。)以上の結果からも、ハイリスクグループへの絞込みの重要性が示唆されている。

喀痰細胞診検査においては精度管理上重要な点は、見落としの無い、鏡検し易い標本の作製技術と早期肺門部肺癌の細胞像の習熟である。早期癌の細胞像の習熟には、追跡結果情報からのフィードバックが重要であるが、情報の入手が困難な場合が少なくない。また返書が送られ

てきたとしても、情報量が不十分なことも多い。「放置して良い」病院を紹介する」などの場合には、その後を知ることは大変困難となる。その上昨今は「個人情報」の取り扱いが、非常に難しい情勢となってきたため今後の大きな課題と思われる。

要精検率(表 5)は、判定 D では 93%、判定 E では 100%であった。

また判定 C (BIIIa の返書発行分を含む)の追跡結果は、74% に何らかの返書があったが、返書の届かなかった分と、その時点では不十分な返書だった分の中から、特に細胞像より疑わしいと思われた 82 件については、平成 10 年 8 月にアンケート調査を実施した。調査票(図 7)を郵送し、その後の受診状況や喫煙状況などを調査した。その結果、34 名(41%)からの回答があり、その中に癌症例が全部で 7 件(21%)あった。内訳(表 6)は、肺扁平上皮癌 2 例、肺腺癌 2 例、組織型不明の肺癌 1 例、咽喉癌 1 例、食道癌 1 例であった。

以下当施設における発見癌症例(上皮内癌症例)と追跡アンケート調査によって発見された癌症例 2 例を報告する。

表3. 肺癌検診・喀痰細胞診検査実績

	年度	間接実施総数(学校他を除く)	喀痰検査総数(含間接無)	A判定	B判定	C判定	Cからの発見癌	D判定	Dからの発見癌	E判定	Eからの発見癌	発見癌	うちX-P・SP両方からの発見		
1	1984(昭和59)	79,667	354	12	336	6		0		0		0			
2	1985(昭和60)	74,291	424	30	389	3		2		0		0			
3	1986(昭和61)	72,103	654	5	640	7		2		0		0			
4	1987(昭和62)	74,098	1,434	12	1,408	13		1	1	0		1	(1)		
5	1988(昭和63)	72,544	1,565	12	1,540	12		0		1	1	1		2	45/10万
6	1989(平成元)	77,073	1,991	19	1,944	27	4	1		0		4			
7	1990(平成2)	78,315	2,621	47	2,536	35	1	2	1	1	1	3	(2)		
8	1991(平成3)	88,174	2,639	32	2,585	18		4	2	0		2			
9	1992(平成4)	94,346	2,977	46	2,908	22		1		0		0			
10	1993(平成5)	75,970	3,153	47	3,090	14		2	1	0		1		10	74/10万
11	1994(平成6)	79,866	3,126	48	3,030	46		2	1	0		1			
12	1995(平成7)	79,234	2,835	16	2,792	23		4		0		0			
13	1996(平成8)	77,296	2,007	8	1,984	10		4	1	1	1	2			
14	1997(平成9)	74,720	1,619	6	1,606	7		0		0		0			
15	1998(平成10)	72,026	638	0	637	1		0		0		0	(3)	3	29/10万
16	1999(平成11)	72,612	602	3	595	4		0		0		0			
17	2000(平成12)	77,037	719	5	714	0		0		0		0			
18	2001(平成13)	75,837	661	0	656	5		0		0		0		0	0/10万
合計		1,395,209	30,019	348	29,390	253	5	25	7	3	3	15	【6】		
			100%	1.16%	97.91%	0.84%		0.08%		0.01%					
			うち癌発見				2%		28%		100%		【15】		50/10万

表4. ハイリスクグループ(50歳以上・BI 600以上)の喀痰細胞診検査実績

	年度	喀痰検査 総数	A 判定	B 判定	C 判定	C からの 発見 癌	D 判定	D からの 発見 癌	E 判定	E からの 発見 癌	発見癌	うち X- P・SP 両 方からの 発見		
1	1984 (昭和59)	123	2	118	4	0	0	0	0	0	0			
2	1985 (昭和60)	140	4	133	2	0	1	0	0	0	0			
3	1986 (昭和61)	214	5	205	2	0	1	0	0	0	0			
4	1987 (昭和62)	408	1	403	5	0	1	1	0	0	1	< 1 >		
5	1988 (昭和63)	473	0	464	9	0	0	0	1	1	1		2	147/10万
6	1989 (平成元)	712	3	693	18	3	1	0	0	0	3			
7	1990 (平成 2)	850	13	824	11	1	2	1	1	1	3	< 2 >		
8	1991 (平成 3)	909	8	889	9	0	3	2	0	0	2			
9	1992 (平成 4)	890	7	871	12	0	1	0	0	0	0			
10	1993 (平成 5)	894	7	881	7	0	1	1	0	0	1		9	212/10万
11	1994 (平成 6)	844	8	817	19	0	0	0	0	0	0			
12	1995 (平成 7)	820	3	805	10	0	2	0	0	0	0			
13	1996 (平成 8)	673	1	665	4	0	2	0	1	1	1			
14	1997 (平成 9)	597	1	593	5	0	0	0	0	0	0			
15	1998 (平成10)	264	0	263	0	0	0	0	0	0	0		1	31/10万
16	1999 (平成11)	239	0	237	2	0	0	0	0	0	0			
17	2000 (平成12)	276	1	275	0	0	0	0	0	0	0			
18	2001 (平成13)	278	0	275	3	0	0	0	0	0	0			0/10万
	合計	9,604	64%	9,411	122	4	15	5	3	3	12	< 3 >		
		100%	0.67%	97.99%	1.27%		0.16%		0.03%				【12】	125/10万
		うち癌発見				3.3%	33.3%		100%					

表 5 . 追跡結果 (返書)

	要再検 計 (返書発行分)	判定 C 数 (BIIIa 含む)	返書あり	判定 D 数 (見直し後の D 判定含む)	返書あり	判定 E 数	返書あり	備考
S59	8	8	7	0	0	0	0	
S60	5	3	3	2	2	0	0	
S61	9	7	4	2	2	0	0	
S62	16	15	8	1	1	0	0	
S63	14	13	10	0	0	1	1	
H 1	32	31	28	1	1	0	0	
H 2	44	41	38	2	2	1	1	
H 3	22	18	13	4	4	0	0	
H 4	26	25	13	1	1	0	0	
H 5	18	16	12	2	2	0	0	
H 6	48	46	30	2	1	0	0	
H 7	27	22	17	5	5	0	0	
H 8	15	9	7	5	4	1	1	
H 9	9	9	5	0	0	0	0	
H10	1	1	0	0	0	0	0	
H11	4	4	1	0	0	0	0	
H12	0	0	0	0	0	0	0	
H13	5	5	5	0	0	0	0	
合計	303	273	201	27	25	3	3	
			74%		93%		100%	

表 6 . 追跡対象リスト

	年月日	所属	細胞診判定	再・精検受診	年月日	結果	手術	備考
2	昭和62年 9 月	S	BIIIa	有り	平成 6 年 4 月	肺腫瘍	有り	
11	平成 3 年 8 月	O	C	有り		肺癌		<死亡>
16	平成 4 年12月	K	D	有り		肺癌	有り	<死亡>
18	平成 5 年 7 月	O	C	有り	平成 8 年10月	肺癌	有り	
20	平成 5 年 8 月	S	C	有り		口腔底腫瘍		<死亡>
25	平成 6 年 9 月	S	D	有り	平成10年 5 月	肺腫瘍		H10 年 8 月
30	平成 7 年 6 月	S	C	有り	平成 9 年 5 月	咽喉がん		

症 例

【発見癌症例 (肺上皮内癌例)】(写真 1)

年齢: 63 歳 (平成 2 年検診時)

性別: 男性

BI: 840

自覚症状: 無し

X-P 所見: 無し

切除手術: 実施あり

肺門部扁平上皮癌 TisN0M0

細胞診結果: D 判定

標本中に散在性に出現していた細胞は、ライトグリーン好染性のものと OG 好染性のものの両方であった。どちらも細胞質には厚みがあり、層状構造もみられた。核

は類円形が多かったが、クロマチンはやや粗く、不均等分布が認められた。

【追跡症例 1】(写真 2)

年齢: 60 歳 (昭和 62 年検診時)

性別: 男性

喫煙指数 (BI): 720

既往: 40 歳頃より喘息あり

自覚症状: 以前より咳・痰あり

細胞診結果: C 判定

細胞像は、細胞質の厚みがやや少ないが、核クロマチンは濃縮状で、若干増加していた。異型の程度の様々な細胞が標本中に散見された。背景には炎症細胞が多数みられた。返書による再検結果は異常なし判定であったが、7 年後肺扁平上皮癌が発見され切除手術が実施された。

☆☆＊喀痰細胞診検査受診者対象その後調査☆☆＊

(記入欄が小さいようでしたら、この用紙裏にご記入下さっても結構です。)

(氏名 様 さま) (年齢 才)

(住所)

(〒番号) (電話番号)

☆☆ 要再・精密検査の結果を受け取られた後、受診されましたか？ (はい いいえ)

★「はい」と答えられた方へ……………受診された病院名 ()

受診年月日 年 月 (頃)

その時の結果は？ 1. 心配ないと言われた 2. 次の検査等を勧められた

3. その他 ()

その後の検診等受診状況及び結果 (可能な限り全部についてご記入下さい)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

★「いいえ」と答えられた方へ…………… その後の検診等受診状況及び結果

(可能な限り全部についてご記入下さい)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

()年受診あり 異常なし 異常あり (結果:)

☆☆ 現在タバコは吸っておられますか？ (はい いいえ)

★「はい」の方へ…………… 1日あたり ()本、吸い始めからの年数 ()年間

< 才から < 才まで

★「いいえ」の方へ…………… 現在、禁煙後 ()年経過、又は もともと喫煙無し 等

ご協力どうもありがとうございました。

福岡結核予防センター

図7. アンケート調査用紙.

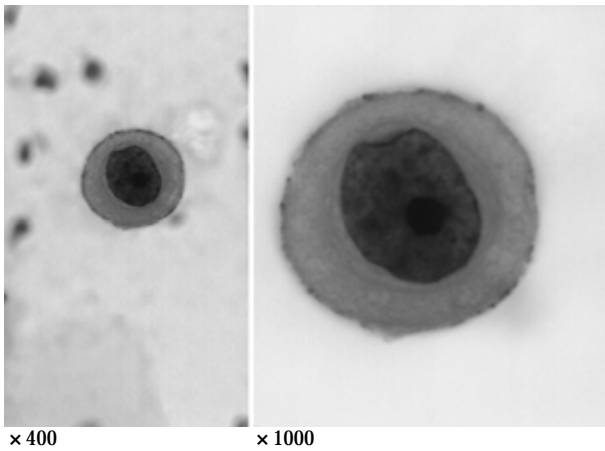


写真1.【発見癌症例】肺扁平上皮癌（上皮内癌）.

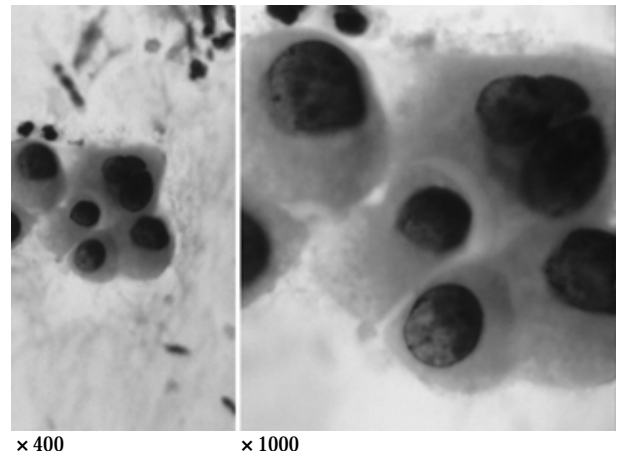


写真3.【追跡症例 その2】3年半後に肺腺癌発見.

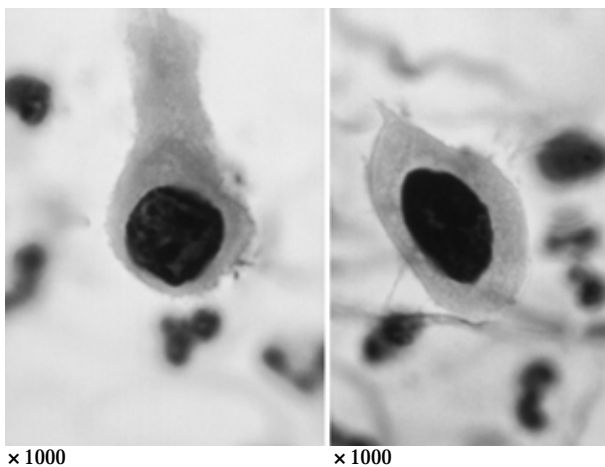


写真2.【追跡症例 その1】7年後に肺扁平上皮癌発見.

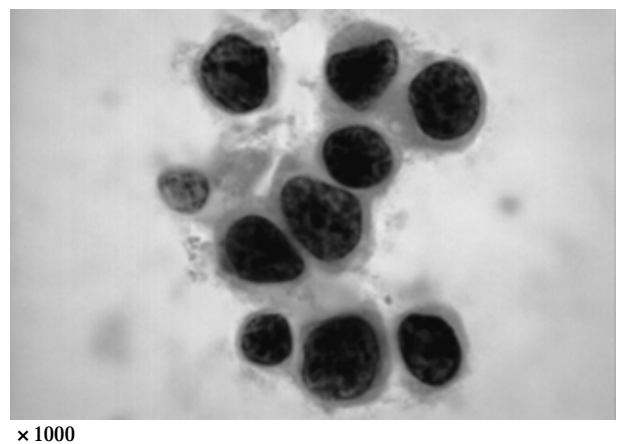


写真4.【福岡県メディカルセンター症例】肺小細胞癌.

【追跡症例2】写真3）

年齢：73歳（平成6年検診時）

性別：男性

喫煙指数（BI）：0

既往：無し

自覚症状：咳・痰あり

細胞診結果：D判定

やや大型の細胞で、核の偏在、核クロマチンの増加がみられた。核は類円形で、核小体も認められた。

近医を受診したが、痰が出ずに再検査できなかった。その後は放置。そして検診から3年半後に血痰があり、検査の結果肺腺癌が発見された。

追跡アンケート調査の結果、フォローアップの重要性と共に、そこからのフィードバックの大切さが改めて示されたと思う。

登録細胞検査士による検査制度

最後に福岡県メディカルセンターにおける「登録細胞検査士による喀痰細胞診検査制度」について述べる。福岡県メディカルセンターでは、昭和60年より県からの委託を受けて登録細胞検査士による喀痰細胞診検査（標本の鏡検）が開始された。登録細胞検査士になるには、約3ヶ月間の講習を受けることが必要で、これまでに4回の講習会が実施され、現在は県内の細胞検査士の約31%にあたる94名が登録されている。検査は、各人の都合に合わせて昼夜それぞれに時間が組まれ、県メディカルセンターに集まって標本をみるというシステムである。県メディカルセンターにおける鏡検標本の検体数は、図8に示した。平成10年、11年に急増したが、ここ数年は検体数が急速に減少している。

県メディカルセンターにおける平成2年度からの喀痰

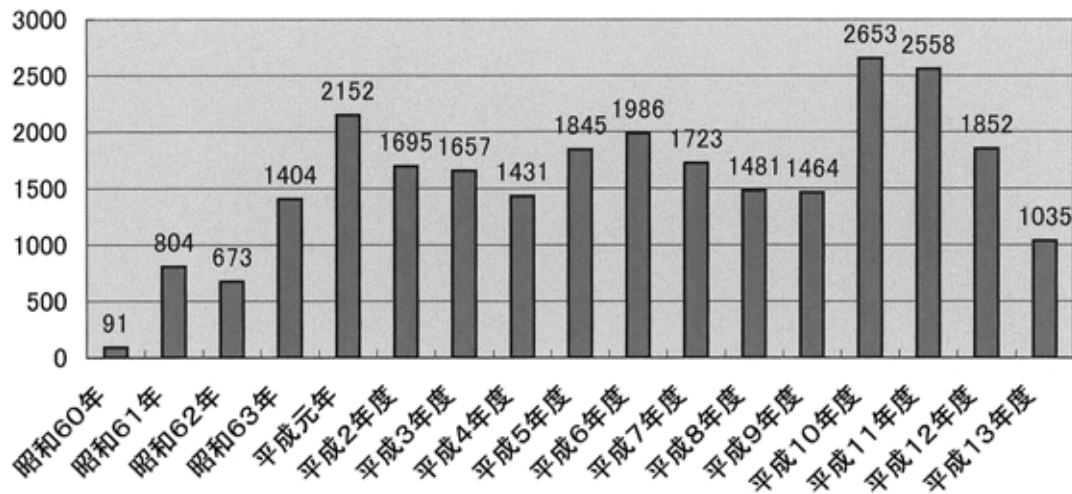


図8. 県メディカルセンター検査実施総数.

表7. 県メディカルセンター成績

	判定 A	判定 B	判定 C	判定 D	判定 E	合計
平成3年度	34	1,604	18	1	0	1,657
	2.1	96.8	1.1	0.1	0	100%
平成4年度	23	1,391	13	3	1	1,431
	1.6	97.2	0.9	0.2	0.01	100%
平成5年度	44	1,785	16	0	0	1,845
	2.4	96.8	0.9	0	0	100%
平成6年度	36	1,922	22	6	0	1,986
	1.8	96.8	1.1	0.3	0	100%
平成7年度	38	1,628	53	4	0	1,723
	2.2	94.5	3.1	0.23	0	100%
平成8年度	17	1,428	26	9	1	1,481
	1.1	96.4	1.8	0.61	0.1	100%
平成9年度	28	1,413	22	1	0	1,464
	1.9	96.5	1.5	0.07	0	100%
平成10年度	39	2,582	30	2	0	2,653
	1.5	97.3	1.1	0.08	0	100%
平成11年度	57	2,488	11	2	0	2,558
	2.2	97.3	0.4	0.08	0	100%
平成12年度	52	1,782	14	3	1	1,852
	2.8	96.2	0.8	0.16	0.1	100%
平成13年度	21	1,007	6	0	1	1,035
	2	97.3	0.6	0	0.1	100%

細胞診鏡検成績を、表7に示した。県メディカルセンターでは、精度管理に努め、年1回の反省会や講習会を実施し、また標本を見る前には、ティーチングマップの陽性標本に目を通すこと、標本の出来具合のチェックを文書に残し、標本作製の際の参考にするなど精度管理に努め

ることが前提とされている。また中等度以上の異型細胞がみられた場合は、幹事の細胞検査士が最初の標本と追加作製の標本の両方を鏡検してから更に指導医に廻して最終的な判定となる。県メディカルセンターにおけるこの「登録細胞検査士制度」は、本来大変期待される存在

でありながら、実際にはいろいろな面で理想通りには
 っていない。まず、経費節減のため自施設での検査を
 選択する検診機関や検査機関が圧倒的であり、また追跡
 調査にしても県メディカルセンターの場合、検診機関や
 検査機関を通しての検査であるため、追跡調査からの
 フィードバックは一層困難さを増している。県内すべて
 の集検喀痰細胞診検査が、県メディカルセンターで行な
 われ、追跡結果を含めた県全体の集検喀痰細胞診検査に
 よる肺がん情報が把握できることが理想であるが、現状
 はその理想からは程遠い。

以下福岡県メディカルセンターで見つかった小細胞癌
 症例を報告する。

症 例

【県メディカルセンター症例】写真3)

年齢：84歳（平成13年検診時）

性別：男性

BI：1280

細胞診検査結果：E判定

標本全体に、数個ずつの小さな集団になった、多数の
 異型細胞が散見された。核クロマチンは増加し、小型で、
 N/C比の大きな細胞であった。小細胞癌の特徴であるイ
 ンディアンファイル配列も認められた。

まとめ

喀痰細胞診検査は、肺門部肺癌の早期発見には不可欠
 な検査であり、禁煙対策が進み、肺癌が減少するまでは、
 やはり「検診」として実施する必要があると思われる。
 喫煙者への禁煙予防のPRとともに喀痰細胞診検査を勧
 奨して肺門部肺癌の早期発見に努めることが大変重要
 と思われる。

稿を終えるにあたり、今回発表の機会を与えて戴きました
 国立病院九州がんセンター呼吸器科 一瀬幸人先生に厚く感

謝申し上げますとともに、集検喀痰細胞診検査スタート時よ
 り親身に御指導戴きました国立病院九州がんセンター臨床検
 査科の西 国広先生、そして宮城県対ガン協会の佐藤博俊先
 生、同検査科 中島隆太郎先生はじめ、故中尾 清先生、勝田
 弥三郎先生、国立療養所筑後病院臨床検査科 園田文孝先生、
 国立南福岡病院臨床検査科 篠原利光先生、国立東病院 臨
 床検査科 添田恭弘先生、当センター名誉顧問 城戸春分生
 先生、御高閲戴きました当センター長 水原博之先生に心よ
 り深謝申し上げます。

REFERENCES

1. 佐藤雅美, 斉藤泰紀, 鈴木隆一郎, 他. 喀痰細胞診を用いた肺癌検診の精度管理の成績. 日本臨床細胞学会誌. 1997;36:568-575.
2. 佐藤雅美, 斉藤泰紀, 鈴木隆一郎, 他. 肺癌検診喀痰細胞診判定基準に関する検討. 日本臨床細胞学会誌. 1997;36:490-497.
3. 佐藤雅美, 斉藤泰紀, 佐川元保, 他. 男性集検喀痰細胞診C判定のその後の癌発生リスクからみた喀痰細胞診C判定の意義. 肺癌. 1995; 35: 1-6.
4. 中嶋隆太郎, 白鳥まゆみ, 佐藤博俊, 他. 肺癌集検における喀痰細胞診C判定に対する再塗抹の有用性とその細胞像. 日本臨床細胞学会誌. 1996;35:65-70.
5. 松田 実, 鈴木隆一郎, 中山典子, 他. 大阪肺癌集検研究班による肺癌検診第2報 喀痰細胞診の成績. 肺癌. 1995;35:715-725.
6. 井手律子, 西 国広, 篠原利光, 他. マルチプレNDERを用いたサコマノ氏法による喀痰細胞診について. 日臨細九州連合学会誌. 1985;16:21-25.
7. 西村祐司, 井手律子, 西 国広, 他. 肺癌検診における喀痰細胞診の問題点. 日臨細九州連合学会誌. 1986;17: 59-62.
8. 井手律子, 古賀純子, 勝田弥三郎, 他. 喀痰細胞診による集検報告その1. 日臨細九州連合学会誌. 1991;22:69-73.
9. 岡 智子, 井手律子, 勝田弥三郎, 他. 喀痰細胞診による集検報告その2. 日臨細九州連合学会誌. 1996;27:95-99.
10. 井手律子, 森内真由美, 栗田幸男, 他. 喀痰細胞診による集検報告その3. 日臨細九州連合学会誌. 2000;31:105-112.