

# がん 治療の水先案内人 病理医

患部が腫瘍か否か、腫瘍だとすれば良性か悪性か、こういった判断をするのが病理診断。今回は、患者に見えないところで、医療の質を大きく左右している人たちの話です。

編集／医師35人の合同編集委員会  
事務局／ロハスメディア  
監修／松谷暁司 N T T 東日本関東病院病理診断部顧問  
イラストレーション／徳光和司

一般に、がんはできるだけ早く治療しないと再発するので、全滅を狙う必要があります。一方で、その治療は体にも心にも大きな負担を与えるので、必要最小限にしたいものです。手術の範囲が大き過ぎず小さ過ぎず、薬の投与も強過ぎず弱過ぎず、ちょうどよいところで治療を行うことが求められています。ポイントには、「ちょうどよいところ」。手術の腕や薬のさじ加減だけでなく、どのようにとどこまで治療すべきかの診断がとても大事です。まず主治医が臨床診断を行った後で、病理診断で確定されます。その病理診断を担当しているのが、病理医です。

臨床診断と異なる病理診断が出ることは珍しくありません。治療方針は、必ず病理診断に基づいて立てられます。外科や内科の主治医がポートを漕いでいるとすれば、病理

医は双眼鏡で周囲を見渡して方向を示すような分担になります。主治医が怪しいとらんで採取した部位の細胞や組織を標本化し、顕微鏡で見て、肉眼所見と総合して、がんか否かを判断します。がんであれば治療開始です。

外科手術が選択された場合、手術の際に切除した組織の断端（一番外側の部分）やリンパ節などがん細胞が存在しないかの判断もします。断端にがん細胞があったら腫瘍の中にメスを入れてしまったことになり、がん細胞を取り残したことになります。リンパ節にがん細胞があったら、既に転移していることになりま

す。他に、がん細胞が、どの程度タチの悪いものか判断するのも病理医の仕事です。質の高いがん医療には、的確な診断を行う病理医が不可欠です。米国などでは、小学生でも病理医の存在を知っているといえます。しかし日本の場合は、医療チームの一員というより、基礎的学問として発展してきた歴史的経緯もあって、社会的な認知度が高いとは言えません。原因か結果か分かりませんが、専門家である病理専門医（コラム参照）の数も、需要に比べて圧倒的に不足しています。

## 病理専門医は約2000人

医師免許取得後、5年の病理医経験を積み、50件以上の剖検を手掛けると、専門家として日本病理学会が認める「病理専門医」の資格試験を受けることができます。資格を得たらおしまいでなく、その後も研鑽を積み診断精度を上げるよう努力を続ける必要があります。その専門医数は今年8月時点で2055人とどまっています。生涯のうちに国民の2人に1人ががんになるということを考えると、めまいを覚えるほどの少なさです。



# 常勤のメリット 質はまた別の話

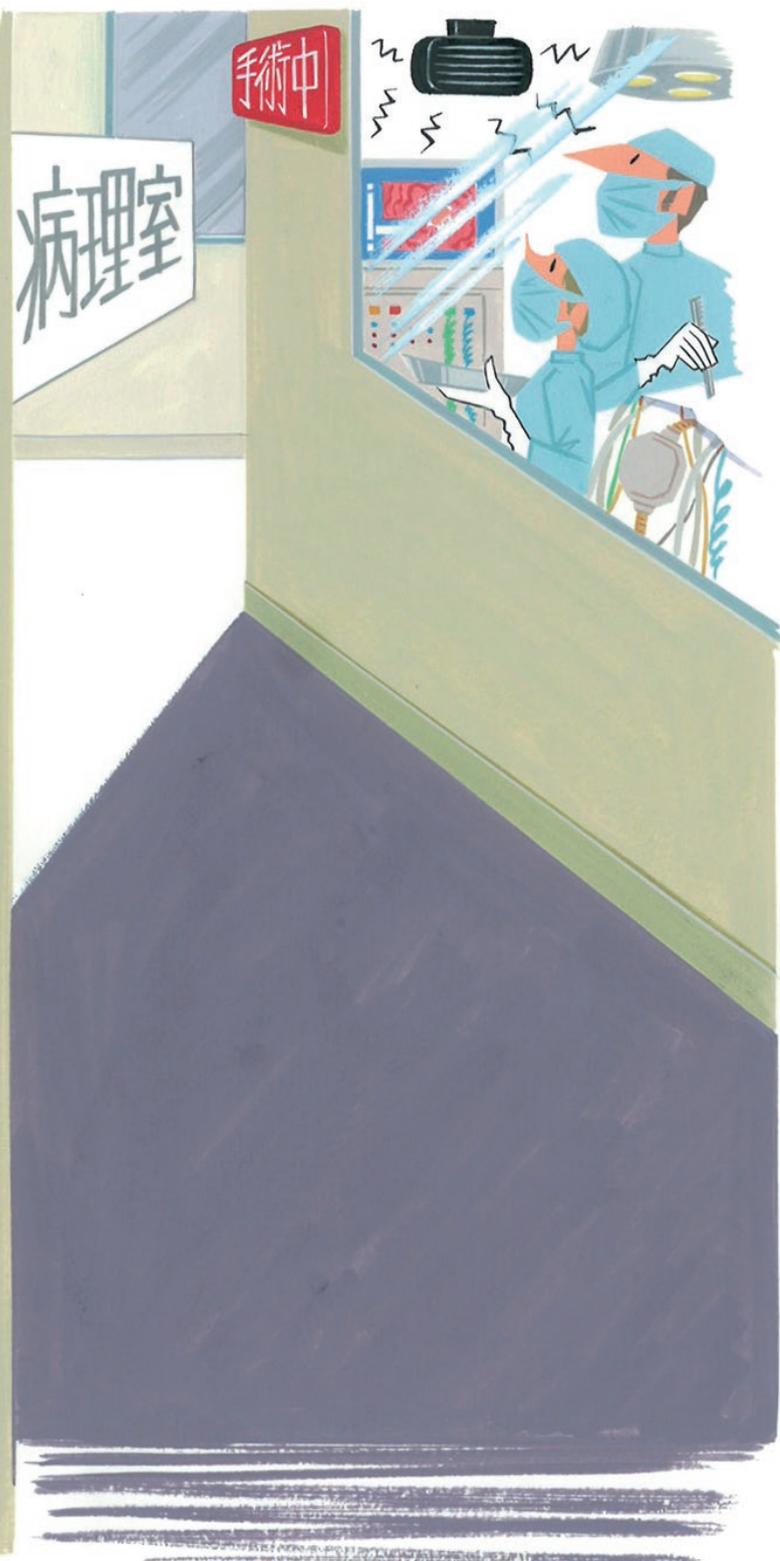
**病** 理医が大事な役割を担っていることは何となくご理解いただけたと思いますが、その病理医が必ずしも病院に常勤で存在するとは限りません。あなたの受診病院は、いかがでしょうか。

がん診療連携拠点病院ですら、その指定要件（09年8月

号指定病院特集参照）では、1人以上の専従病理診断担当者原則として常勤で置くということになっています。現実問題として病理医が足りないために、専門医や常勤医を確保するのは大変困難です。病院に常勤の病理専門家がいないと、どういうメリットが

あるか考えてみます。まず挙げられるのは、診断までの日数が短いことです。常勤医がいなければ、非常勤医の勤務日まで待つか、検査会社に外注するしかありません。臨床診断と病理診断の結果が同じになるなら、少しぐらゐの時間差も気にならないかもしれませんが、食い違ったらどうでしょうか。特に、臨床医ががんを疑っていない時に病理診断でがん細胞を発見したら、すぐ患者に連絡して対応する必要があります。

また、臨床医が病理診断に確かな組織を採取しなかったり、確かな取り扱いをしなかったりしたことによって、病理診断不能となることもありまゝす。これでは診断が確定するまでに、時間のロスが生じます。病理医が常勤で存在すれば、臨床医にフィードバックすることで、直ちに改善が見込めます。必要最小限の治療にしたいという観点からは、さらに常勤医のいるメリットが高まります。体の奥深い所に病巣があるなど、手術をしないと標



本採取できないような場合に、ちよつとだけ取つてがんかどうか判定したり、がん細胞がどこまで広がっているか判定したりする術中迅速診断というものがあつます。その結果を踏まえて、手術中に最終的な治療方針を決めるものです。病理医がいない時には迅速診断できないので、「取り残したら怖い」と、切除範囲を必要以上に広くして、入院期間が長引いたり術後の患者の負担が大きくなつたりしがちです。

いずれにせよ病理医は責任重大なので、その診断精度の維持に細心の注意を払う必要があります。誤りの確率を減らすため、また互いに技量を向上させていくためには、一つの病院にできる限り大勢の病理医がいて相互チェックす

るのが望ましいとされています。

しかし日本病理学会の07年時点でのまとめによれば、全国に9千弱ある病院のうち病理専門医が常勤で働いているのは596施設に過ぎず、うち365施設は1人しか常勤医がいません。複数勤務していたとしても、同じく学会が05年に実施したアンケート調査では、全検査に対して2人以上の病理専門医がチェックしているのは、対象427施設中84施設に過ぎませんでした。

# だから少ない その中で質も模索

**医**

療の中でも、病理というのは特殊な専門性の高い分野ですから、外部の人間が質を評価するのは困難です。結局は専門家どうしでチェックし合うしかないわけで、質の担保をするうえでも、まずその絶対数を増やす必要があるということになります。なぜ病理医は少ないのでしょうか。

まず真っ先に挙げられるのが、病理医という職種・職掌に対する社会的認知度の低さです。医学部に入るまで、ほとんどの学生は存在を知りません。当然のことながら「病理医になるんだ」と言って医学部に入ってくる人もいません。医学部教育の中で志望者を育てる必要があります。

しかし、大学教育では病理学が基礎医学に位置づけられてきたため低学年のうちに履修が終わってしまいます。志望を真剣に考え始める高学年では臨床医学のカリキュラムが増えますので、医学生も自然と臨床医をめざして勉学することになります。

そんな医学生にやり甲斐を伝えられるとしたら病院の現役病理医ということになりますが、なかなか接点がありません。医師免許を取得後に最終的な志望先を決めるまでの2年間を過ごす臨床研修でも、病理は必修科でなく、接点の少ないままです。

臨床の最前線である病院の中でも、診療報酬上は病理が検査の一部門として扱われてきたことも影響して、存在感を発揮できずにいました。常勤病理医が担当しても、外注しても、請求できるのは同じ「病理組織標本作製料」（現在は880点）という時代が長く続いたのです。

ようやく06年4月に、病理



医が診断した場合には病理診断料を患者1人1カ月あたり410点請求できることになりました。さらに08年4月からは、「病理診断料」を標榜できるようになり、また病理診断料が急性期入院の際の包括払い対象から外れました。病院経営者から見ると、常勤病理医がいれば、それを患者に宣伝できるし、収入も増えるという構造になったわけです。この効果は、今後徐々に現れてくるのではないかと期待されています。

## 「尊敬」で質確保

病理医の数がすぐ劇的に増えることは望めそうもないので、現実問題としては現有戦

力でどうやって質を担保するかという話になります。

現在、病院の機能評価の中に病理部門に関する外形的基準があるにはあります。また学会としてISOのような手順管理の仕組みも導入が進んでいます。しかし診断が合っているかどうか精度管理する仕組みはありません。施設ごとに管理する必要があり、それには前述のように複数の病理医が常勤することが近道と考えられています。

また病理医は全身の病態を診断しなければなりません。難解なケースもあります。そういった場合でもきちんと診断できるよう、その分野に関する実力者のもとへ標本や画

像を送って意見を聴くコンサルテーションが行われています。人数の少ない分、誰がどの分野を得意としているか、お互いに知っています。個人の手で行われる場合もありますし、学会の用意した公式の仕組みで行われることもあります。実力を認められ頼まれる構図なので、特定の専門家に集中する欠点がありコンサルテーションされる側が、ほぼ無償奉仕になってしまいう点は問題として残っています。以上、駆け足で病理医という存在と、その抱える課題をご紹介してきました。病理医の存在と役割、そして圧倒的に足りないことを認識していただけると幸いです。