

開放型病床 その後・・・と 地域医療連携室の取り組み

おかげさまで、4月1日現在までに開放型病床にご登録いただきました医療機関が26施設となり、稼働率も施設基準を満たすことができましたのでご報告させていただきます。

開放型病床運用開始当初は、「手続きに時間が掛かるばかりでメリットがない。」「掖済会さんに行けないから・・・。」などのご意見を多くいただき、稼働率が思うように伸びませんでした。そこで、委員会の承認を経て受け入れ対応科として救急科を追加し、病床利用手続きも簡易化いたしました。また、いつも当院へお越しいただいている先生方には、これまでと変わらず、病棟での対応ができるよう運用を検討いたしました。

この結果、病床運用実績は、2月延べ20床(14%)であったものが3月延べ40床(26%)となり、病床稼働率は登録ベッド5床に対して施設基準の20%を超えることができました。今回ご協力いただきました先生方に、この場をお借りして御礼申し上げます。

まだまだ、改善されるべき点が多いと思いますので、是非とも奇譚のないご意見を頂き益々の利用増加を期待していきたいと考えております。

このほか、当地域医療連携室では、地域包括ケアシステムの一端を担う急性期病院として、地域の医療機関への紹介・逆紹介について積極的に取り組んでおります。例えば、循環器内科では、「循環器ネット」なるものを作成し、当院循環器内科で年に1回検査などを行い、その他の普段の診察はあらかじめご登録いただいている「かかりつけ医」で診ていただくシステムを構築いたしました。また、地域の施設や医療機関とも定期的な連携の会を設け、より円滑で風通しの良い地域との連携を目指しております。

もちろん、地域の基幹病院として各科緊急入院の受け入れについてもこれまで以上の努力が必要であると実感しております。今年度より、対策を考案中ですので、乞うご期待。

以上、課題山積ですが、私の熱望した事務員の増員も決まり、これらの課題に取り組むべく頼もしい戦力となることを期待しつつ・・・

まだまだ、発展途中の地域連携室ですが、
いつでもお気軽にご意見を賜り皆様のご期待
に沿えるよう努力して参りたいと思いますの
でよろしくお願いいたします。

地域医療連携室
看護師長 片山 綾

■病理診断科の位置付けと現状
○病院の診療レベルの下支え
 現在、医療機能評価や地域がん診療連携拠点病院指定などでは、病理診断科が必須で、医療機関を格付けの要素となっています。臨床検査センターへの外注に頼ることなく、院内で病理標本を作製し速やかに病理診断を行うことは、病院の診療レベルを支えするのに不可欠なものとして位置付けられています。特に、がん診療では重要視されており、術前診断・術中迅速診断・摘出材料検査・治療方針決定・薬物選択・治療効果判定といった各段階で病理医の判断が求められ、臨床・病理間のカンファレンスを通じて、患者様へより良い医療を提供します。

加えて、若手医師の教育といった部分でも重要です。内科学会認定教育施設の認定基準
 教育病院：剖検体数 10 体以上、
 臨床病理症例検討会「C P C」
 5 症例以上
 教育関連病院：剖検体数 1 体以上、C P C 1 症例以上は病理解剖が必要とされ、研修医教育にも不可欠です。決して目立たない病理診

■はじめに
病理診断科は、内科や外科といった臨床各科と同様、院内に独立して設置された標榜科のひとつですが、「どこにあるの?」、「何をしているの?」という声が病院内からも聞こえてきそうです。近年、病理医が患者様に病理診断の結果を報告する『病理外来』を試みる医療施設もあるようですが、実際のところ患者様と病理医が直接お会いすることはありません。

当院では、常勤病理医1名、臨床検査技師3名が、臨床検査部の奥の片隅にある検査室で毎日業務に追われています。



病理診断について

●●●●● 患者様と直接お会いしませんか・・・

榜記している保険機関であること」と
 明記されました。病理医が常駐する
 病院、特に複数の病理医がいること
 でダブルチェックによる高い診断
 精度を保てる病院を優遇していこ
 うという意図が見て取れます。「精
 度の高い病理診断を報告する責任
 が病理医にはある」という期待の表
 れではないでしょうか。

○病理医が足りない！
 それにも関わらず、本邦における
 病理専門医不足は改善されず（平成
 27年2月1日現在、2、276
 名）、人口当たりの病理医数はアメ
 リカの5分の1と言われているま
 と、日本医療政策機構の統計による
 と、兵庫県内の病理専門医は83名
 （14.2名/100万人）であ
 り、全国都道府県中37位（全国平
 均17.7名/100万人）で
 す。もちろん、この数字は都道府県
 内の医学部・大学病院の数にも左右
 されますし、東京への一極集中も大
 きな問題です。しかし、全国に約4
 00施設あるがん診療連携拠点病
 院でさえ、14%もの病院で常勤病理
 医は不在の状況。加えて、病理専門
 医平均年齢は52.4歳（平成24
 年9月現在）と高齢で、今後5年

○経済的な面からの病理診断科
診療報酬の保険点数の面からも、
病理診断科の位置付けを読み取る
ことが出来ます。平成24年度の改訂
では、「病理診断を専ら担当する医
師が勤務する病院」での病理診断料
は、
・病理診断料(病理診断料 400
点、細胞診断料 200点)＋病理
診断管理加算
・病理診断管理加算1…常勤病理
医が1名の場合(組織診断 120
点、細胞診断 60点)
・病理診断管理加算2…常勤病理
医が2名の場合(組織診断 320
点、細胞診断 160点)
と算定されていました。しかし、平
成26年度の改訂では、病理診断管理
加算1・2とも「病理診断科を標

断科ですが、この様に「縁の下の力持ち」として病院・医療を陰で支えています。

種々の新術を顕微鏡や特殊機械にかけ、数値として得られる種類の検査ではありません。顕微鏡用には製されたスライドガラス標本を観察し、病理医の目から診断が下されています。患者様から採取された組織に関しては、1つの臓器には必ず1つの診断、1つの臓器でも複数の病変があれば全ての病名を診断、が原則です。

○組織診断（生検標本）…胃・大腸内視鏡検査で認められた発赤や腸リポ腫瘍より採取された組織片、皮膚病変・腫瘤など、小さな検体を手掛かりに病名を決定します。その結果を手掛かりに臨床医は治療方針を決定することになります。

○組織診断（手術前には病理診断による確定診断が必ず必要とされます。皮膚炎などでは病理診断による確定診断にて投薬される薬剤が決定されます。胃カメラ検査にて、極々小さな粘膜内の印環細胞癌を見つけてくる内視鏡医、肉眼で観察できる皮膚科医にはいつも頭が下がります。

○組織診断（手術標本）…外科的に摘出されたがん組織は、どれく

医師確保のための実態調査
（日本医師会平成22年）

必要求人医師

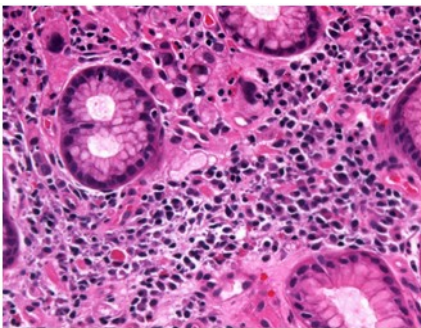
第1位	第2位	第3位
産婦人科医	救急科	小児科医
77倍（不足率73.5%）	91倍（不足率65.6%）	07倍（不足率51.7%）

（全医師平均 1.14倍）

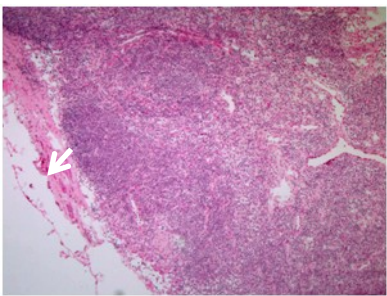
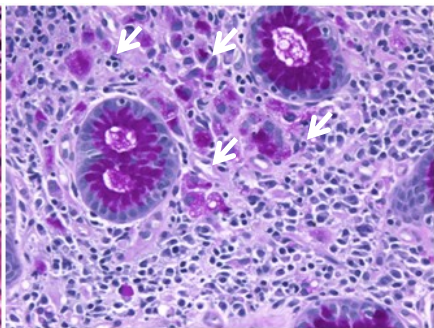
■どんな仕事をしているの？

病理診断科で行われる検査は、患者様の体の一部より採取した組織・細胞を顕微鏡で検査する

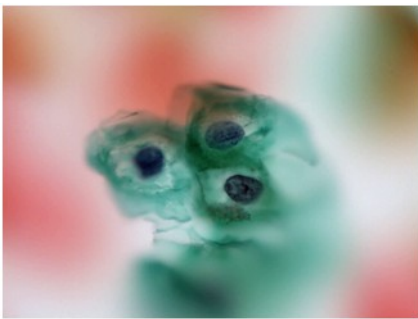
以内に病理医の5分の1に相当する約400名超が定年を迎えると言われています。魅力ある病

[illegible]

胃粘膜生検（右：H. E. 染色／左：PAS 染色）
超初期の印環細胞癌の赤色粘液を持つがん細胞（矢印）



乳癌センチネルリンパ節 (H.E. 染色)
極一部に癌細胞 (矢印)



子宮頸部扁平上皮（パパニコウウ染色）
HPV 感染によるコイロサイトーシス

ける。細胞を培養し、悪性の細胞に關する病理性による確認作業が行はれます。子宮がん検診で子宮頸部は細胞をこすり取つてきます。穿刺・吸引して細胞の採取の際、比較的、患者様の痛みが少なく、細胞の診断の特徴です。細胞の良・悪性診断に用いられる特徴で、細胞の良・悪性診断の判定のみならず、細胞の特徴から疾患名を決定し、類推することも出来ますし、ある種の感染症（ウイルス・細菌・真菌）についても同定も可能です。

○術中迅速診断・手術中に10〜15分程度で行われます。病変の良性・

生じ得るという点は大きな問題です。昔の大学教授は、「俺が“がん”といえば“がん”だ!」と言っていたね。

しかし、近年の分子生物学的研究成果により、病理診断も大きく様変わりしています。特に、分子標的薬の登場は病理サイドに求められる情報を一変させてしまいました。ご存知のとおり、乳癌では、エストロゲンレセプター・プロゲステロンレセプター発現に加え、がん遺伝子産物HER2発現が、抗ホルモン療法やトラスツマブ（ハーセプチン）治療のために重要となり、古典的な組織分類はすっかり陰を潜めてしまいました。また、消化管間質腫瘍（gastrointestinal stromal tumor [GIST]）では、イマチニブ（グリベック）投与のため、c-kit遺伝子産物過剰発現の有無、転移性大腸癌患者にEGFR阻害薬を投与するためには、大腸癌原発巣部分のKRAS遺伝子に変異の有無が重要となってきました。将来の病理診断には、形態学的診断プラス分子生物学的エビデンスを融合させたものとなりそうです。

■やぐら

■新たな病理診断
時折、病理医でも見解が分かれてしまうような困難な症例にぶつかることもあります。ある中年女性に発生した乳腺腫瘍。術中迅速診断にて「良性」と診断し、外科医は腫瘍部分をくり抜くだけの手術にとどめました（悪性なら乳房切除術に切り替わる可能性もありました）。後日、念のため他施設の病理医に意見を求めましたところ、「悪性を疑う」とのこと。冷や汗をかきましたが、結局のところ乳腺腫瘍を専門とする病理医にコンサルトし、「良性に間違いはない」との判断をいただいて決着。胸を撫で下ろしました。この様に、顕微鏡下にて細胞・組織の形態、いわゆる「細胞の顔つき」から判定する形態学的診断は客観性を欠くため、病理医間の判定の差異を

の病気を検証することは、将来のより良い医療の発展に貢献します。

たいただきます。生前の診断が正しかったか、病気の進行具合や治療が適切であったか、死因は何であったかを検討します。ご家族のご理解・ご協力の下、ご遺体に失礼のないよう敬意を払い、全身の臓器を検査します。病理専門医は、その受検資格に「屍体解剖資格を有すること」と規定されていますので、病院で病気が原因で死亡した患者様に限り、病院での病理解剖が可能です（屍体解剖保存法にて、ご遺体にメスを入れますことは厳しく制限されています）。

きました。スライドガラス標本を介してしか患者様と接することのない我々ですが、若い患者様のご病気には心を痛め、悪性腫瘍の外科的手術ではリンパ節転移が無いことを祈りながら、目を皿の様にしてがん細胞を探します。「がん告知されるのは辛いだろうな」「ご家族も心配だろうな」などと想いを巡らせた「早期のがんだから大丈夫ですよ」と心の声で励ますこともありま

す。病理診断科では患者様と直接お会いしませんが、患者様のためを思いながら診断することを心がけています。

検査部・病理診断科
部長 仙波 秀峰

介護保険受給者証