

== お知らせ =====

### “国民のためのよりよい病理診断に向けた行動指針2013 (案)”について

日本病理学会理事長 深山 正久

この度、日本病理学会常任理事会、関係委員会では、将来のよりよい医療に向け、診療報酬制度の改革を主眼に、本学会としての短・中・長期目標と行動指針案を策定いたしました。国民の皆様から日本病理学会からの提案として提示することにより、広くご理解を求め、ご支援をお願いしたいと考えております(病理学会ホームページにて、平成25年1月15日までご意見等をお伺いいたしました)。

### 国民のためのよりよい病理診断に向けた行動指針2013 (案)

平成24年10月 社団法人日本病理学会

#### 1. はじめに

病理学は、医学の基盤をなし、医療の遂行に必要不可欠な分野である。日本病理学会は、(社)日本専門医制評価・認定機構の中で「基本領域18学会」の一つに位置付けられていることから、その重要度は明らかである。しかし、患者に直接接する機会がないことから、医師の関与していない検査部門の一つと誤解されてきた歴史的経緯もあり、一般的な認知度は高いとは言えず、ともすれば医療における重要性が軽視されがちであった。

このような状況下で病理学を志す医師を十分確保することは難しく、病理診断を担う病理専門医は慢性的に不足し、病理診断を通じて課せられている社会的責務を果たすことが困難な状況が続いている。

ここ数年、多くの方々の努力、患者団体をはじめとした市民の方々、内科学会保険連合など医療界の方々、ならびに厚生労働省関係者の方々のご尽力ならびに格別のご配慮により、特に診療報酬面などで「病理診断」に関しては飛躍的な前進を遂げている。

具体的には、平成20年度の「病理診断科」の「標榜診療科」としての認可、診療報酬改定では実に20年以上ぶりとなる「部」の新設(「第13部病理診断」として「第3部検査」からの独立)、平成22年度改定の「細胞診断料」の新設、平成24年改定の「病理診断管理加算」の新設および「通則6保険医療機関間連携」の創設などが実現し、診断に携わる病理医のみならず、病理学会全体が非常に鼓舞され、活気づいた。

医療における病理学の諸問題の解決には、病理学会自身の自助努力が必要なことは論を待たないが、国民の理解を得るためのアピール、諸制度の改革や見直しを求めていくことが不可欠である。このような考えのもと、この度、日本病理学会では、診療報酬制度の改革を主眼に、短・中・長期目標を掲げ、将来

のよりよい医療に向け、我々自身の行動指針としてまとめた。

#### 2. 基本的な姿勢

##### 1) ドクターフィーの重視

病理学会ではここ数年、診療報酬の改定要望においては、ホスピタルフィーからドクターフィー重視の立場をとっている。これは、一律な点数設定ではなく、労力に応じて報われるような診療報酬体系を目指しているからである。財源が限られている中ではあるが、このような資金配分の見直しを慎重に進めていく必要がある。

##### 2) 病理診断料の重視

病理診断科の関与を明確化し、これを育成するためにも、すべての病理診断に診断料が算定できるよう、診療報酬の改定を要求する。

##### 3) 病理診断体制の環境整備

平成元年に厚生労働省から「病理診断は医行為である」との疑義解釈があり、平成20年には「病理診断科」が診療標榜科として認められ、「すべての病理診断を医療機関内で行うことを目指す」とされている。しかしながら、現在も、病理組織検体の約7割が大学病理学講座あるいは登録衛生検査所などの非医療機関内で行われていることから、病理診断の体制を見直すことが急務である。これらの施設での病理診断を「医療機関内での病理診断」に移行するには、診断体制の整備、診療報酬上のサポートおよび病理診断精度管理に加えて、医療法や医療法施行規則の改正をも視野に入れる必要があり、抜本的な対策を求めていく。

##### 4) 病理解剖への財政的裏付け

病理解剖は、以前より診療の検証、向上のために必要であり、一定数の実施が望まれてきた。とくに先進医療の普及がめざましい現在の日本では、高度な医療の最終評価として、病変の広がり、治療効果の判定など、臨床面へフィードバックすべき事項が増加しており、「病理解剖は医療の一部である」と言うことができる。しかし、平成12年(西暦2000年)以降、病理解剖数は減少傾向が著しく、研修医教育の面からも危惧すべき状態となっている。日本病理学会は、国民のために日本の医療の質をしっかりと担保していくことが重要であると考えた立場から、病理解剖に対する保険診療上、財政的裏付けを明確に行うよう求めていく。

#### 3. 短期目標(平成26年度診療報酬改定)

～病理医不足の現況下で目指すべき診療報酬体系の整備～

##### 1) 保険医療機関間の連携による病理診断(連携病理診断)の見直し

今日のように病理医の絶対数が足りない状況下では、ある程度、病理医を集約することも必要であり、新設された「連携病理診断」の活用が求められる。しかしながら、現行制度では施

設要件が厳しいために、この制度はほとんど活用されていない。この現状を鑑みると要件の緩和策が是非とも必要である。具体的には下記の2要件である。

ア) 標本の送付側施設要件: 常勤の検査技師要件の廃止(病理標本作製のための検体の送付・委託を可能とする)

イ) 標本の受取側施設要件: 緩和(常勤の病理専門医が勤務する保険医療機関とする)

## 2) 「病理診断管理加算」の見直し

ア) 医師要件の変更: 平成24年度診療報酬改定で新設された「病理診断管理加算」の請求を行うには、医師要件として「10年以上の病理診断経験」が必要とされている。この「10年以上の病理診断経験」を「病理専門医」に改めることを求める。

現行制度では、常勤の病理専門医勤務病院でも経験年数が足りないために病理診断管理加算を請求できない病院がある(このような病院では常勤病理専門医が勤務しているにも関わらず平成24年診療報酬改定で減額改定となってしまった)。現行制度では、医師の専門性を評価する最も適切な基準は、専門医資格の有無である。従って、精度管理を司る医師要件としては、「病理専門医」とすべきである。

イ) 増点: 記載されたことは大いに評価したいが、点数は要望よりかなり低く設定され、新しく要望した本来の意義を十分に発揮できていない。このため増点を求めていく。

ウ) その他の見直し: 今回は、常勤病理医勤務病院のみが対象であるが、非常勤病理医で支えている病院に対する見直しが必要である。多くの保険医療機関では非常勤病理医が診断業務のみならず、剖検、CPCを担当し、医療の精度管理において一翼を担っており、これらの保険医療機関が対象から除外されるのは適切でない。

## 3) 病理解剖への財政的裏付け

病理解剖による医療の質向上に対する評価についてDPC包括評価扱いなどの方策を要望する。

## 4. 中期目標

～病理医増員実現までの過渡期の診療報酬体系の対応～

2012年現在、日本の病理専門医(学会認定)数は約2,100余名である。この数は、アメリカと比較して人口10万人あたりの数で約5分の1に過ぎない。また、2008年に日本医師会が全国の5,540病院を対象に行った「医師確保のための実態調査」でも、不足する医師の第1位として取り上げられている(必要医師数倍率: 第1位病理医3.77倍(不足率73.5%)、第2位産婦人科医2.91倍(65.6%)、第3位救急科2.07倍(51.7%)、全医師平均1.1倍)。しかも、新規病理専門医数はここ数年ほぼ横ばい状態であり、高齢化が進行している。2012年9月現在で病理専門医の平均年齢は約52.4歳で、さらに、今後5年以内に現在の病理専門医の約5分の1にあたる約400名超が定年で保険医療機関の常勤職を離れる可能性がある。

一方、「がん診療」には病理診断が重要な役割を担っているが、現在「がん」を専門に扱う「がん診療連携拠点病院 381病院」であっても、53病院、約14%の病院で常勤病理医が不在という状況になっている。

このような状況では、病理医育成が危急の課題であることは言うまでもないが、現状の中であっても「病理診断」の精度を保ち、患者視点の医療を実現していくために、次のような病理診断体制・診療報酬体系が望まれる。

## 1) 病理医の多様性

～個人(または集団)開業病理医(病院退職後の病理診断)の実現に向けて～

現在、保険医療機関(診療所)として病理診断科の開業を認めている県があるものの、患者受診要件を満たさないために、実際には保険請求はできていない。現実的に病理医には「保険医療機関としての開業」の道はほとんど閉ざされている。病理医が活躍する場を広げ、病理診断を受けやすくする目的で、病理医が他の標榜診療科と同じように「病理診断科」を看板に掲げて保険医療機関として開業することが可能になるような制度・法改正が喫緊の課題であると考えられる。既に始まっている団塊の世代の病理医退職に当たり、勤務先の確保は退職者のみならず、これから病理医を目指す若手医師にとっても重要な関心事であり、病理医を減らさないためにも早急な対応が必要である。

## 2) 病理医のリクルート

病理医が増えない原因としては様々な理由が考えられる。これまで病理学会としては自助努力をしてきたが、もはや一学会だけの努力だけでは如何ともしがたい状況になっている。病理医を増やすためには、多方面からのアプローチが必要と考えられ、関係各方面に援助を依頼する。

ア) 医学部教育の中での見直し: 医学教育の中では、現在、病理は「組織学」の延長上の「基礎分野」としての色合いが濃い。実際には「診断病理」は「病理学示説」の中で扱われることもあるが、疾患をまだあまり理解していない早期に履修することが多く、時期として適正とは言えない。授業コマ数の増加とともに履修時期の検討、教員の増加が必要とされ、文部科学省高等教育局のご理解と援助をお願いしたい。

イ) 初期研修・後期研修の中での診断病理: 初期研修、後期研修で、病院の病理部門を選択する研修医は少なく、基幹型臨床研修病院1,061病院、10,699名の臨床研修医のうち、病院病理部門を選択し、ローテーションした初期研修医の人数は、全国で高々約765名(平成24年実施 日本病理学会アンケート結果より推定)、全初期研修医のうちのわずか7.2%に過ぎない。必修とすることは困難であるが、研修医の時期に診断病理に触れる機会を増やすため、病理を選択しやすい状況をつくりだすことが重要である。病理研修を積極的に奨励し、その実績を提出させるなど何らかの政策を要望する。

## 3) 病理診断体制の整備

病理医不足、および病理診断業務量の著しい増加に伴い、医療機関内の病理部門の病理医は多忙を極めている。また1人病理医の病院が多く、診断病理医の育成・教育が病院病理部門では十分に行えないのが現実である。さらに、病院の病理部門は手狭なことが多く、インフラ上の問題もある。病理診断は「医療の質の担保」、「患者視点の医療」という意味では、「診断の最後の砦」であり、精度を備えた診断病理医の育成・教育は

病理学会として最重要課題と位置づけている。具体的には、下記の3点の実現を提案する。

ア) 大学の講座における臨床検体を用いた病理診断の実践：病理診断医の教育・育成においては、実際の臨床検体における病理診断に勝るものはない。しかしながら上述のごとく、病院病理部門での教育は現在限界にきている(病院病理部門を有する病院のうち約35%が1人病理医病院)。文部科学省および厚生労働省に跨がる案件と考えられるが、比較的人が多い大学講座で、実際の臨床検体を用いての病理診断が可能となるような着陸点を模索する。

イ) 病理診断施設の構築、ならびに保険医療機関である病理診断科での病理診断医の育成：病理診断に携わってきた病理専門医が退職後等に保険医療機関を立ち上げ、「病理診断科」を看板に掲げるその保険医療機関内で、診断の実践とともに若手病理医の育成・教育の一端を担うようにする。このために、法の改正をも視野に入れた診断体制・診療報酬体系の整備を働きかける。

ウ) テレパソロジー、バーチャルスライドなどの新テクノロジーを用いての病理診断の援助：病理医が充足していない地域で、特に冬期など交通の便が確保できず、非常勤病理医による病理診断もままならない常勤病理医不在病院では、テレパソロジーやバーチャルスライドなどのいわゆるデジタルパソロジーを駆使し、病理診断の援助を行う。ただし、インフラ整備には費用が発生するため、保険診療報酬上の何らかの措置が必要であり、対応を求める。

#### 4. 長期目標

～病理医増員が軌道に乗った段階での診療報酬体系・診断体制～

##### 1) 現行制度の抜本的見直し

現在の病理組織標本作製のための臓器分類には不合理な点が多い。病理組織標本作製の材料費や労力、診断の難易度が様々であるのに対し、全て同じ点数設定となっている。診療報酬上、「第10部手術」では難易度・労力に応じた診療報酬体系に改定されてきているが、その手術に対応する病理検体には、難易度・労力等が全く加味されていない。病理学会では平成16年度診療報酬改定時にすでに、アメリカのMedicare、Medicaidを参考にした「病理診断 診療報酬抜本的改定案」を厚生労働省保険局医療課に提出しているが、長期的視野に立てば、現行制度を抜本的に見直すことが必須である。

##### 2) 病理組織迅速診断の実践

現在「第3部検査」では、「迅速検査」に対して保険点数の加算が認められている。従来は病理組織標本作製するのに、少なくとも一昼夜以上かかっていたが、迅速な組織標本作製を可能にする医療機器が開発され、内視鏡検体などさほど大きくない検体では、検体採取から約2時間で病理組織標本(プレパラート)作製が可能となっている。既に病理学会では、平成22年の診療報酬改定から「ワンデイパソロジー」として保険償還を申請している。この技術を用いれば、病理医が充足している病院では、検体採取と同日内に結果を患者に伝えることが可能と

なる。例えば乳癌患者では、病理組織検体採取から結果を聞くまでの間に、約3割の患者が軽いうつ状態になるというデータがあるが、結果が当日内にわかる上、結果を聞くために改めて医療機関を受診する必要がなくなり、医療費の削減にもつながる。病理医の増員・病理診断体制を整備し、上記技術の保険償還により「当日内迅速病理診断」を目指す。

##### 3) 病理診断の精度向上

現在は、病理学会の認定・登録施設中、常勤病理医が「1人病理医」の施設が全体の約35%を占めている。これらの病院が2人以上の体制となるよう病理医を配置し、病理診断の全症例ダブルチェックや外部団体(USCAPやUK-NEQAS等)による外部評価の受け入れ等により、さらに精度の高い病理診断を目指す。

##### 4) 病理医の再配置、地域格差の是正

病理医が増員された暁には、病理医の配置、地域格差の是正について学会として取り組む。例えば現在、がん診療連携拠点病院中、約14%で常勤病理医が不在であるが、特に東北地方などで不在病院が多いこと等、地域格差が問題視されている。患者が等しく均質な医療を受けるためには、病理医の地域格差の是正は避けては通れない道である。がんの診断を行うためには病理診断が不可欠であり、これらの施設に病理医を配置して、がん診療の精度、均質な医療の提供の実現を目指す。

== 特集 ==

#### 2012年4月の保険診療報酬改定による病理診断への影響

医療法人彰和会 北海道消化器科病院病理部 高橋 利幸  
周知の通り2012年4月から病理診断に関する保険点数の一部改定が行われた。すなわち、従来は組織診断料500点であったものが改定後400点となり、代わって固定、専従の病理医がいる施設では病理診断管理加算が請求可能となった。この管理加算請求の施設基準としては2種あり、専任の病理医が1名の施設では120点、2名以上いる施設では320点が病理診断料の算定1回につき、1回請求できることとなった。当院はいわゆる一人病理医であるので、病理診断1件についてマイナス100点、プラス120点で差し引き20点増となる。これを2011年度の実数に換算すると当院では2011年度(2011年4月～2012年3月)の保険請求ベースでの病理検査件数が3,387件(ちなみに私が診断している実数は他院からの依頼、コンサルテーション等を含め5,000件に近い)であり、20点の増加分は単純計算で20点×10円×3,387件=677,400円の増収となる。また細胞診断料に関しても同様で、従前の細胞診断料240点が200点に減じられ、その分管理加算として60点(2名以上の常勤、専従の病理医がいる施設では160点)の請求が可能となり、マイナス40点、プラス60点で20点増加となっている。ただし当院は消化器の内科・外科に特化した施設のため、細胞診検査件数は少なく、上述の2011年度の保険請求ベースの細胞診件数は213件であり、この分の実数計算では20点×10円×213件=42,600円の増加に過ぎない。このように病理部としてはわずかながら増

収になったようにも見える。

しかし、従前は病理標本作製料として1臓器880点であったが、今改訂では860点に減点された。当院では上述の同期間に病理組織標本作製として保険請求ベースで4,863件を算定している。この点については1臓器として計算すると20点×10円×4,863=972,600円の減であるため、実際には病理部として約30万円程度の減収になる計算である。当院は施設の性格上、いわゆる小物とされるbiopsy(消化管生検)が多く、病理検査全体の約80%を占めている(一般に複数の外科系科を併設する総合病院等では生検7、手術材料3程度が平均といわれる)。消化管生検では1臓器の場合も多いので標本作製料の減点は最小限にとどまるが、2～3臓器を算定する手術材料では1件について20点×2～3臓器分の減点(減収)になるので影響は少なくない。この傾向は総合病院等ではより顕著であろう。

当施設の検査件数が一人病理医にとって多いか、少ないかは判断が分かれるであろうが、実際に勤務する立場ではおそらく適正な数であると感じている。私自身の仕事量だけではなく、専従の病理医を雇っている病院にとっては人件費と材料費を含めても病理部として黒字の決済ができてからで、仮に当院の病理検査件数の規模で二人の病理医を置くことはこれが赤字に転落する可能性を示唆する。管理料320点の上乗せで、1件当たり220点の増加となっても4,000件では年間880,000円の増収に過ぎず、病理医一人増加分はまったくpayしない計算になる。したがって、今後も当施設ではちょっと忙しいけど、まあ何とかやっている一人病理医状態がしばらくは続くことになりそうである。

#### 病理診断管理加算(Ⅱ)による当院の収益状況について

市立札幌病院病理診断科 深澤 雄一郎

当院は北海道大学病院、札幌医科大学付属病院につぐ札幌の中心的病院で810床、32診療科を有する急性期病院(DPC病院)です。病理診断科は標榜科となっており、私を含めて4人の病理専門医が常勤しています。昨年度の実績は、剖検23例、組織診6,141件、迅速診410件、細胞診9,761件でした。

今回の病理診断管理加算の施設基準で一番問題となったのは、病理常勤医の資格が「専ら病理診断を担当した経験が10年以上有する者に限る」ということでした。私には30年のキャリアがありますが、2人目の病理医は卒後12年ではあるものの、病理学教室では実験を中心に仕事をしており、3年は海外留学歴があるので、専ら病理診断を担当した経験が10年以上あると認められるものか心配でした。経歴はそのまま提出しましたが問題なく通過したようです。卒後すぐに病理学教室に所属していたことがよかったのだと思います。

平成24年度上半期の病理検査実施料(各標本作成料)を平成23年度のそれと比較しました。件数合計は平成24年では11,859件で平成23年の12,913件に比べ1054件減少しているにもかかわらず、保険点数は327,940点増加しており、約330万円の増収になりました。

平成24年度上半期の病理学的検査判断料+組織診断料+管理加算2(組織)+細胞診断料+管理加算2(細胞)の保険点数合計は2,557,010点で平成23年度上半期の病理学的検査判断料+組織診断料+細胞診断料の保険点数合計は1,885,290点であり671,720点、すなわち約670万円の増収になりました。したがって、当院の医事課の資料では半年で病理収益は1,000万円の増収になったという結果であり、このままでいけば、年間2,000万円の増収が見込めるということでした。

また、当院は検体管理加算(Ⅳ)をとっています。その施設基準における「臨床検査を専ら担当する医師」は、病理常勤医の一人になってもらっています。実際は検査部会議への出席のみで、ほとんどは病理診断業務を行っています。これから、業務制限が厳しくなるのか見守っているところです。ちなみに、平成24年度上半期の検体管理加算は昨年度と同程度とのことでした。

#### 病理診断管理加算(Ⅱ)の適用

東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 中村 直哉

東海大学医学部付属病院病理診断センター(病理診断科)は病理専門医になって10年以上の者が複数在籍しているので、病理診断管理加算(Ⅱ)の適用を受けることになった。年間、病理診断を18～19,000件、細胞診断を16～17,000件、剖検を60～70件をこなしているが、DPCや同月に複数の検体提出などを差し引き病理診断管理加算(Ⅱ)の恩恵を受けるのは病理診断およそ16,000件、細胞診断は年間4,000件程度と見込まれる。病理診断科の増収分は病理診断3,500万円、細胞診断500万円程度、合計で年間4,000万円の収入増を見込んでいる。さらに4種類以上の抗体を用いた免疫染色により1,600点を加算できることで7～800万円程度の増収もある。

ただし、病理診断科で数千万の増収になると発言してもあまり感心して貰えなかった記憶がある。年間300億円を超える付属病院の収入の内訳はおおよそ外科系2、内科系1の割合で、これまで外科手術件数の増加が直接の収入増につながった。そのために正確かつ迅速に病理診断を下すことが病院から求められている。病理診断センターに技師は常勤15人、秘書は非常勤2人が配置されているし、病理診断センターの経費についてとやかく言われることはなかったようである。病理は儲けなくても(多少の黒字赤字程度は関係なく)、しっかり診断してくれば臨床で稼ぐとのメッセージと理解している。とはいうものの病理診断に金銭的な価値も認められ、病理診断の意義が広く認知されるようになると素直に喜んでいる。ご尽力いただいた先生方に深く感謝します。

#### 病理診断管理加算(Ⅰ)は病院収益には全く寄与しない!

岐阜市民病院中央検査部 山田 鉄也

平成24年度診療報酬改定において病理診断管理加算(以下、加算)が新設された。加算(Ⅱ)を算定している病院では収益

向上に大きく寄与しているものと想像されるが、加算(Ⅰ)を算定している当院においては逆に減収となっている。その実情を紹介する。

当院は609床のDPC対象病院であり、臨床研修病院、がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院などを掲げる中核病院として位置づけられる。平成23年の病理組織検体は5,436件であり、病理診断歴10年を越える常勤病理専門医1名が配置されている(1名欠員の状態)。病理医は検査部の長として、検査部全体のマネジメントや院内業務(各種の会議、研修医や学生の教育など)のみならず、学会活動などの対外活動も精力的に行わざるを得ない状況に置かれている。月平均120時間に達する時間外業務を行っているにもかかわらず、そのしわ寄せは病理診断業務に大きく及んでいる。日替わりパート病理医だけでは日常の病理診断を行うことは極めて困難な状況にあり、約2年前より過半数を超える病理診断を外注業者に依存している。パート病理医および外注の病理診断を全てダブルチェックしているが、見解が大きく異なる場合を除いて、外注の病理診断書に対して常勤病理医はサインしないため(外注の病理診断について最終責任を負わないため、顧問看護師のアドバイスによる)、加算(Ⅰ)の算定を院内掲示しているものの、大部分の患者に対して加算(Ⅰ)を請求していない。病理診断料+加算(Ⅰ)を患者に請求する時点(臨床医が病理診断を依頼する時点)では、どの検体をパート病理医とともに常勤病理医が検鏡するか、外注によるかが不明であり、加算分を後日に追加請求ができないことから、一部の例外を除いて、加算(Ⅰ)を放棄している(全検体に加算(Ⅰ)を請求しておいて、常勤病理医のサインがなければ、医療監査では多額の返納が命ぜられることとなる)。

当院の昨年1年間の実績(病理診断料算定数4,944件)をもとに概算すると、(400点-500点)×4,944件=▲494,400点(▲4,944,000円)の減収となる。さらに、標本作製料が1臓器あたり20点減点されたことから、(-20点)×4,468件[1臓器]+(-40点)×580件[2臓器]+(-60点)×242件[3臓器]=▲127,080点(▲1,270,800円)の減収となる(病理診断料算定数と標本作製総件数が一致しないのは病理診断料の算定が月1回に限られるため)。両者を併せ、6,214,800円の減収となる(免疫組織染色や細胞診の評価については割愛。ちなみに、昨年度1年間のパート病理医の件数と外注経費は併せて1,800万円を優に越えている)。

仮に当院が加算(Ⅱ)の病院であったなら、(720点-500点)×4,944件-127,080点=960,600点(9,606,000円)の増収となる(増減収の差は15,820,800円!)。今回の改定は加算(Ⅱ)を算定できる病院にとっては大きな増収となるが、加算(Ⅰ)では複数臓器の標本作製料分がマイナス査定となり、必ずしも増収には結びつかない。また、加算(Ⅱ)病院が近隣の中規模病院と連携すれば、連携した近隣病院も720点を算定することができ、それを両病院で折半することも可能性となった。大規模の加算(Ⅰ)病院が中規模の加算(Ⅰ)病院の病理医をヘッドハンティングし、中規模病院で作製した病理標本を大規模病院で診断すれば、両病院とも加算(Ⅱ)の算定が可能となり、両病院の収益

向上のみならず、複数の病理医が病理診断に係わることによって病理診断の質の向上や病理医の労働環境の改善にも繋がり、さらに新たに病理医を目指す医師も大規模病院に集中するものと思われる(机上では中規模病院の術中迅速病理診断や病理解剖は病理医派遣で十分担保できる)。病理医が思うように増えない現状では、うがった見方をすれば、少ない病理医を拠点病院に集約化することが厚生労働省の狙いの一つかも知れない。

なお、いくつかの一人病理医の病院がそうであるように、当院においても常勤病理医を検査医として届け出て、検体管理加算(Ⅳ)を算定し、病理診断料を放棄すれば、両者の差額で約2,500万円の収益増になるが、断固として拒否している。この点からも病理診断加算の増点を切望したい。

## 当院における病理診断管理加算(Ⅱ)の実績

石川県立中央病院病理診断科 車谷 宏

平成24年度診療報酬改定では病理診断に係る評価体系の見直しが行われた。その目玉は病理診断管理加算の新設であり、施設基準により管理加算(Ⅰ)と管理加算(Ⅱ)が設けられた。当施設は認定病理医が3名常勤医として確保され、以前からダブルチェック体制を実施しており、かつ病理学会認定病院に指定されていることから管理加算(Ⅱ)の算定に問題はなかった。しかし、新たにダブルチェック体制を導入しなければいけない場合、特に年間の組織検査件数が5,000~6,000を超える規模の施設では、その導入には相当の困難が予想される。

当院の病理検査規模は組織検査7,200~7,400件、婦人科細胞診2,700~3,800件、その他細胞診2,900~3,150件である。今回の改定では病理診断管理加算が新設されたが、同時に病理診断料が減点(組織500→400点、細胞診240→200点)されており、その影響は管理加算1を算定する施設と管理加算2で算定する施設では大いに異なる。仮に年間6,000件の組織検査管理加算、2,000件の細胞診管理加算が算定されたとして(当院の平成24年6~11月算定件数は組織管理加算3,142件、細胞診管理加算1,151件)、管理加算1では160万円の増収、管理加算(Ⅱ)では1,560万円の増収となる。当院では、ほぼ検査件数が同じである平成22年と比較して半年間で900万円の増収となっており、年間1,800万円の増収が見込まれている。その主な原因が管理加算(Ⅱ)によると考えられる。

ここで、改めて管理加算の施設基準に注目してみると管理加算(Ⅰ)はこれまで常勤病理医が1名であった施設では特別な対応が必要でなく、実質的に診断料の加点(20点)となる。しかし、一方では病理標本作製料の減点(20点)があるため、今回新設あるいは増点されたコンパニオン診断を積極的に取り入れない限り、実質的には病理収入は減少することが予測される。がん診療連携拠点病院強化事業の一環として平成23年度から病理医養成等事業が予算化されている。病理専門医養成のための病理医雇用や病理診断業務の軽減を図るための病理診断補助員雇用に対する補助であり、国の施策として基幹病院での2

人以上の常勤専門病理医の確保が求められていると思われる。今回の改定で1人病理医と2人以上の病理医が常勤する病院とが差別化されたともみられるが、その差は年間収入ベースで1,400万円(組織管理加算6,000件、細胞診管理加算2,000件の場合)である。とても1人の病理医を確保する費用には及ばないのが現状である。今後、一時的な強化事業に頼らない病理部門の経営改善がさらに求められるものと感じている。

## 検体管理加算(Ⅱ)を取り損ねた病院より

大阪赤十字病院検査部副部長(病理部副部長兼務)  
若狭 朋子

当院は臨床研修指定病院、地域がん診療連携拠点病院であり、23年度の病理診断検体数は12,000件、細胞診13,000件でした。この症例を部長と二人で診断しています。仕事はきちんと1:1で分けています。二人とも10年以上の病理診断のキャリアを有しています。私は臨床検査専門医も持っているため、検査部副部長も兼任しています。

このような状況で、当院は病理診断管理加算(Ⅱ)がとれていません。それは「私が検査部の副部長を兼任しているため」だそうです。また検査部としては(私が臨床検査専門医なので)検体検査管理加算(Ⅳ)がとれるはずなのですが、検体検査管理加算(Ⅱ)になっています。なぜならば、「私が病理診断をやっているから」なのだそうです。現在、私はどちらの管理加算にも貢献していません。

ちなみに23年度の病理診断管理加算の総額は(Ⅰ)の場合で1,500万円(細胞診込み)、もし(Ⅱ)を取得すると4,000万円。一方、検体管理加算(Ⅱ)の総額は1,600万円、検体管理加算(Ⅳ)ならば8,000万円。

私が臨床検査専門医を持っていなかったら、検査副部長をする必要はないはずですが。でも昔の話かもしれませんが、多くの病院で病理医が臨床検査部長を兼ねることが多かったことから、病理医が臨床検査専門医を取得した経緯があります。臨床検査医学会もそのように勧誘していました。私も、市中病院に出たときのことを考えて、少なからぬ努力と周囲の協力を得て、臨床検査専門医を取得しました。

実際に、少し古いデータですが、平成16年度の専門医の重複調査では、臨床検査専門医502人のうち、他の基本領域の専門医を持っている方は163人(32%)。病理学会はというと、専門医1843人中188人(10%)が他の基本領域の専門医を持っているという結果が報告されています。重複しておられる163人が全部病理との重複ではないのですが、名簿を見る限り現在も100人程度の臨床検査専門医は病理出身の方だと思います。私と同じジレンマを抱えている先生も相当数おられると思います。市中病院では、兼任部長が多いことを想定して、検体管理加算の要件を決めて欲しかったとつくづく思います。

今後、専門医の取得、更新は専門医制評価・認定機構が一括管理するようになるかと聞いています。病理専門医と臨床検査専門医はどちらも、基本領域の専門医です。一人の専門医は一つの基本領域の専門医しか標榜できない建前となっている

ので、近々私は、どちらの専門医を捨てる決断を迫られるのでしよう。少なくとも二つの専門医を維持することは今後かなり難しくなって、一つを捨てるを得なくなると思います。もしかしたら、現在の管理加算の施策は、重複している専門医のどちらかを捨てるなさい、という誘導なのかもしれません。

そのとき、今の制度では、病院の収入と、検査部の50人の部下のことを考えると、私は病理専門医を捨てる決断してしまうかもしれません。でも、研修に明け暮れた頃を思うと、捨てられる訳がありません。苦勞して取得した専門医資格が、自分の首を絞めているようで、悩む毎日です。

## 診療報酬改定に伴う病理診断部門の収入状況の変化

独立行政法人労働者健康福祉機構 関西労災病院病理科  
中塚 伸一

まず当院の基本情報について簡単に記す。当院は阪神南医療圏に属する基幹病院(病床数642床)である。地域がん診療連携拠点病院に指定されており、DPC対象病院でもある。常勤医は3人おり、うち2人は専門医でかつ病理診断歴10年以上であるため、病理診断管理加算(Ⅱ)を請求している。この数年の実績では平均で組織診件数約6,700件、細胞診件数約7,300件である。

平成24年度の診療報酬改定後の収入の変化について述べる。平成24年4月～11月における病理診断部門の総収入は約6,700万円(前年同期間5,790万円)であり、約910万円(16%)の増収となり、年間では1,000万円以上の増収が見込まれている。これには件数の変動による影響も若干含まれているため、同期間の収入を旧点数制度で試算したものと比較すると、標準作製料は約32万円減、組織診断料は383万円減、細胞診断料は65万円減であり、病理診断管理加算(Ⅱ)によって組織診が1,257万円増、細胞診が238万円増となり、総額1,015万円の試算上の増収となった。この期間内で算定対象となる検査件数は、同月算定のしほりによる重複を除くと、組織診4,000件、細胞診1,600件程度であった。加算は1件あたりに請求できるものであるから、もちろん件数が増えれば増えるほど収入は大きくなる。人件費等の問題はあるにせよ、管理加算請求の認められた施設にとって恩恵は大きい。

今回の診療報酬改定の目的は病理診断の質の向上を目指したものと考えられる。病理診断管理加算の新設によって、病院が経験の豊かな質の良い常勤の病理医を雇用する動機を向上させるねらいがあると思われる。病院は次々と高度先進医療を導入し、診療単価を上げていく意欲を見せるが、本来それらと並行してバランス良く充実を図らねばならない病理診断部門の整備は現実には遅れている。その意味では今回の改定は病院に対して病理診断部門に目を向けさせる良いきっかけになったかもしれない。しかし、果たして病院が必要としている病理医の数を満たすだけの病理医が実際に充分供給されているだろうか? 今回の改定は標準作製料、診断料の点数引き下げと引きかえの加算の新設であり、もともと病理医の数が充足している

恵まれた大病院がますます優遇されるかわりに、ベテラン常勤医を満身に派遣してもらえない小規模病院が犠牲を払っている。病理医の数の増加という前提がなければ、本改定は医療機関間の格差を拡大させるおそれはないだろうか。「10年以上」という要件の設定を含め、新設された管理加算の施設基準には再考を要するだろう。大局的には、現状の限られた数の病理医の再配分に頭を痛めるよりも、病理診断に流れ込む新しい人材を増やすために、その入り口の間口を広げていく工夫をし、そこに限られた資金を投入するのが先決だと考えられる。ありきたりな結論に至ってしまうが、最終的なゴールとして病理診断の質の向上を目指す過程で、まずその礎となる病理医の供給を確保することが最優先課題であると考えられる。

---

### 病理診断管理加算の効果と不安

四国がんセンター病理科 寺本 典弘

四国がんセンターでは管理番号ベースで組織標本件数約8,000件、細胞診検体数約10,000件程度の症例を、常勤病理医3人、2人/週の非常勤病理医で診断しています。

保険点数的には、24年4月から7ヵ月間のデータで、病理診断管理加算(組織診)320点が、約3,600件弱、(細胞診)160点が1,800件弱です。合計1,400千点強(1400万円強)、月あたり200千点強(200万円強)の売り上げとなります。その代わり組織診断料100点分、組織標本作成料20点分が減額されているので、差し引き概算で150万円/月程度の増収と推定されます。多くのDPC病院やICUのある病院のように当院でも入院・手術して提出される病理診断に関わる経費は診断料・管理加算以外すべて『まるめ』になるので、診断料・管理加算があるのは望ましいと思います。病理部門の存在はいろんな加算の要件になるので、病理には目に見えない売り上げもありますが、前回の改訂で導入された病理診断管理加算を加えると病理の見える部分の売り上げもかなり増えてきたと思われます。

経済的な理由で一人病理医を強いられていた施設の場合、2人目の病理医を確保するにあたって大きな追い風になったでしょう。一方、副作用もあります。現実には既にある副作用は病理医の二人目をほしがる病院が増えたため、4人目確保を目指していた当院にとっては大きな障害となります。

懸念されるのは施設基準の『もっぱら病理診断を担当する医師』という文言です。『もっぱら』というのは勤務時間の8割以上という意味だそうです。病理医の病院での仕事は病理診断だけではありません。長く病院にいと、様々な部門とつきあいがあり、患者が相手ではないので時間的縛りが弱い病理医には院内でいろんな仕事が増えてきます。検体検査管理加算(IV)をとるにあたっては、臨床や病理診断はもちろんのこと検査以外の会議、出張、管理業務などを行うことすら障害になると聞いたことがあります。まだ現実にそのような要因で病理診断管理加算の施設認定を外されたと言うことは聞いたことはありませんが、『もっぱら』と言う言葉が、病理医を顕微鏡に縛り付け病理以外の業務へ関与することへの障害になったり、あるいは病理医が

院長・副院長などの管理職への昇進や臨床研究センターなど研究職の併任の妨げになるようなことがあれば、病院における病理医の地位は低下し、キャリアパス上の大きな問題になるでしょう。病理学会が関与して欲しいポイントです。厳密に言えば週1外勤すれば『もっぱら』の要件に引っかかります。大学の病理部ではアルバイトへの制限はすでにかかっているのでしょうか？

また、通常管理加算同様月一回算定で、加算点数を分けるのは単に病理医の数のみ、しかも『1か、それ以上』です。これですと、一症例当たりの病理診断数や診断に要する労働量の多いうちのようながん専門病院は不利です。必ずしも病理の業務に見合った制度とは言えません。現在の加算は『念のため生検、検鏡2秒、所見ワンクリック』が多い病院向けです。もう少し、病理の仕事量や質に合わせてクラス分けした管理加算区分がいます。元来管理加算というのは、支出する側にとっては、出来高で経費が膨大になるのを防ぐためのものです。現在、DPCやがん登録データを用いたQuality indicatorが盛んになっていますが、私が見るところQI研究にあたって病理診断のQualityに注意が一切払われていません。おそらく言うQI研究が元になって今後管理加算一般のClass分けが測られると思いますが、厚生労働省の目にとまったQIが全く病理医の立場を無視したもので、それによって病理利益がなくなったりしないよう注視する必要があるでしょう。

---

### 2012年病理診断管理加算に関して

福岡赤十字病院病理診断科 栗原 秀一

私達が勤務する福岡赤十字病院は福岡市のほぼ中央に位置しています。九州最大の商業地・福岡市天神のメインストリートは「渡辺通り」ですが、渡辺通りをしばらく南下すると道路の呼び名が変わって「日赤通り」となります。日赤通りはしばらく前に道路が拡張され、交通渋滞もなくなりましたが福岡名物とも言える天神行き西鉄バスの数珠つなぎはしばしば目にします。病床数は約500床で地域医療の中核としての役割を担っております。2012年5月に外来や手術室、放射線など主だった部門や病棟の半分以上は新病院へ移転しました。病理を含む検査部門も新病院へ移転し、充実した設備に恵まれています。病理診断科は常勤医師2名で業務にあたっております。年間の組織診断の検体数が約6,500件、細胞診が約8,000件となっております。年間の剖検数は約15～20例です。

新設された病理診断管理加算を含む2012年の診療報酬改訂に関する話題ですが、2011年の診療実績をもとにした試算をおこないました。診療報酬点数表の「第13部 病理診断」に記載されている項目に関しての計算ですが、試算によりますと1年間の保険点数の合計は改訂前と比較して改訂後ではマイナス78.8万点となります。そこに新設された「病理診断管理加算」による加算点数を足しますと、「病理診断管理加算(I)」であれば1年間の保険点数の合計は改訂前と比較して改訂後がプラス2.6万点となり、「病理診断管理加算2」によると改訂後がプラス

138.4万点となります。上記はすべて出来高方式による試算ですが、当院はDPC制度を採用しておりますので実際に請求する保険点数の改訂前後での変動はこれらの値よりも小さいのではないかと考えられます。

当院のような規模の病院における病理部門の収支としましては、「病理診断管理加算1」を届け出ますと、改訂前後ではほぼ増減なし、「加算(Ⅱ)」では増収というのが大まかな印象ではないかと思われま。現在当院の常勤病理医は病理診断の経験10年以上が1名、10年未満が1名となっておりますので「病理診断管理加算(Ⅰ)」を届け出しています。

日常の業務において、限られたマンパワーの中で不必要な仕事を増やさないように気をつけたり、消耗品を節約したりすることはあっても医療経済を意識することはなかなかありませんでした。この原稿を作るにあたり診療報酬、医療保険等について少し知識が得られました。医療に関する行政や経済に関しても、院内の事務職の方とも話ができるくらいに勉強しようと思えます。

==私の趣味=====

#### 趣味？プロレスですけど

大和市立病院病理診断科 小野田 登  
某週刊誌で長年、連載対談を持っておられる阿川佐和子さんによりますと人の会話の半分以上は愚痴と自慢話だそう(なるほど)。となるところで趣味を語るということは原稿用紙約2枚分の自慢話をすることでしょうか。私は多趣味の人間の印象をもたれているようですが、どれにしようかなとなると... 絵画はもう20年以上絵筆(油彩)を握っていないし、マラソンはこのところ棄権続きで不調だし、収集癖はあるけどすぐ飽きるし、観葉植物も好きだけど手入れは不十分でインテリアのセンスも無いし... って、うわ〜愚痴ばかり！。となると残ったのは小学校6年生から周囲の影響で見始めて今も続いているプロレスしかないじゃないか。というわけで私の趣味としてのプロレスをなるべく愚痴らず語らせていただきます。

小学6年生といえば1969年。あのころは大人も子供も日常会話で普通にプロレスも話題に上っていた頃でした。“高度成長時代のヒーロー”ジャイアント馬場の活躍を中心に、柔道日本一の坂口征二がプロレスに転向したとか、アントニオ猪木が台頭してきて新必殺技“卍固め”を開発したとか、チャンピオンの“荒法師”がやって来る... などなど。その年の5月16日、プロレスには興味が無かった私が第11回ワールドリーグ戦決勝戦で血染めのアントニオ猪木が新必殺技卍固めで悪役外人(死語)を下して優勝した試合に感動したのが今で言うところのハマッてしまったきっかけでした。それからは周りもあきれほどの熱中ぶり。ピークは高校3年の期末試験の前の週の土曜日に学校を欠席して夜行列車(死語?)で(福島から)武道館に猪木とモハメド・アリの格闘技世界一戦を観に行ったこととおもいます。90年代まではテレビ、専門雑誌、新聞はもとより一般誌にも多く取り上げられていたので情報収集にも事欠かなかったですね。試合も武道館、国技館、東京ドーム、後楽園ホールなどよく

観に行きました。ここでレスラーや試合の話になるとキリがなくなるので、とにかく記録よりも記憶に残るスポーツ(あえて言わせてもらう)として40年余のリアルタイムで出会ったレスラーと試合の感動と記憶は自分の中で豊かなコレクションとして残っています。ちなみに好きなレスラーは三沢光晴(故)とドリー・ファンク・ジュニア。

プロレスのどこがいいの?とよく聞かれますが、個人的には単純に面白いから。いろいろ悪く言われがちなのですが、昔よりもスケールが小さくなったとしても、少しでも楽しませてくれるうちは観続けていく(=趣味であり続ける)とおもいます。

== 支部報告 =====

#### ―北海道支部―

北海道支部編集委員 深澤 雄一郎

#### 学術活動報告

第156回日本病理学会北海道支部学術集会(標本交見会)が鹿野 哲先生(北海道勤労者医療協会中央病院)のお世話で11月24日(土)北海道大学医学部学友会館フラテ大研修室において行われました。検討された症例は以下の通りです。日程が名古屋での日本病理学会(11/22-23)翌日でIAPスライドセミナー(11/24)と重なっていたにもかかわらず、会場では熱心な討論が行われました。

- 番号/演題/出題者/年齢、性別/最終診断
- 12-19/大腸腫瘍の1例/伊丹弘恵、石井保志、柳内充、辻隆裕、深澤雄一郎(市立札幌病院 病理診断科)/40歳代、男性/Intestinal perineurinoma
  - 12-20/食道粘膜下腫瘍の1例/永田真莉乃1、松田佳也1、熊井琢美1、青木直子1、佐藤啓介1、木村昭治2、櫻井宏治3、長谷川匡4、小林博也1(1旭川医科大学病理学講座免疫病理、2旭川医科大学看護学講座、3旭川厚生病院病理部、4札幌医科大学附属病院病理部)/50歳代、男性/Osteoclast-rich tumor of the gastrointestinal tract (Clear cell sarcoma like tumor)
  - 12-21/子宮内腔に隆起性増殖を示した腫瘍の一例/立野正敏(釧路日赤病院 病理診断科)、櫻井宏治(旭川厚生病院病理診断科)、青木直子(旭川医科大学病理学講座)、柳内充(市立札幌病院病理診断科)/50歳代、女性/Endometrial stromal tumor with sex cord-like elements (ESTSCLE)
  - 12-22/性分化異常症に発症した性腺腫瘍の1例/高桑恵美、畑中佳奈子、藤田裕美、中智昭、三橋智子、松野吉宏(北海道大学病院病理部)/20歳代 男性/Dysgerminoma and gonadoblastoma of the right ovotestis

#### ―東北支部―

東北支部編集委員 増田 友之

#### 第75回日本病理学会東北支部学術集会

2012年7月21-22日、秋田市秋田総合保健センター  
学会長 平鹿総合病院病理診断科 斎藤昌宏先生

#### 演題番号1

演者名:吉田 誠(秋田大学大学院医学系研究科器官病態学講座)

演題名:重症筋無力症を伴う胸腺腫瘍の一例

演者診断名: Combined thymic epithelial tumor (thymoma B2>B3>small cell carcinoma)

最終診断名: Combined thymic epithelial tumor (thymoma B2>B3>small cell carcinoma)

#### 演題番号2

演者名:遠藤 祐子(山形県立中央病院中央検査部病理)

演題名:右足底部軟部腫瘍

演者診断名: Mixed tumor of the soft tissue

最終診断名: Mixed tumor of the skin/soft tissue



演題番号3

演者名: 西田 浩彰(新潟県立がんセンター新潟病院病理部)  
演題名: 胸壁腫瘍の1例  
演者診断名: Osteosarcoma extraosseus  
最終診断名: Osteosarcoma extraosseus

演題番号4

演者名: 金居 李紗(福島県立医科大学医学部6年)  
演題名: 発熱後のけいれん発作をきっかけに発見された脳腫瘍の一例  
演者診断名: Angiocentric glioma with signet-ring cell ependymoma component  
最終診断名: Angiocentric glioma

演題番号5

演者名: 岡崎 悦夫(立川総合病院病理科)  
演題名: てんかん治療剤・カルバマゼピンによる尿細管間質性腎炎の剖検例  
演者診断名: 薬剤性尿細管間質性腎炎(薬剤性多臓器障害の一部として)  
最終診断名: 薬剤性尿細管間質性腎炎

演題番号6

演者名: 寺田 倫子(長岡赤十字病院初期研修医)  
演題名: 自己末梢血幹細胞移植後死亡したAML?M3の一例  
演者診断名: 1) 心: サイトカイン異常による心筋障害。2) 肺: サイトカイン異常によるdiffuse alveolar damage。  
最終診断名: 1) 心: サイトカイン異常による心筋障害。2) 肺: サイトカイン異常によるdiffuse alveolar damage。

演題番号7

演者名: 日下部 崇(会津中央病院病理部)  
演題名: 乳腺腫瘍の一例  
演者診断名: Malignant phylloides tumor + carcinoma  
最終診断名: Malignant phylloides tumor + carcinoma

演題番号8

演者名: 渋谷 里絵(仙台市立病院病理診断科)  
演題名: 精巣腫瘍の1例  
演者診断名: Seminoma with syncytiotrophoblastic cells (STC)  
最終診断名: Seminoma with syncytiotrophoblastic cells (STC)

演題番号9

演者名: 高橋 さつき(秋田県厚生連平鹿総合病院病理診断科)  
演題名: ビスホスホネート内服中の骨粗鬆症患者に発生した大腿骨骨幹部非定型骨折  
演者診断名: ビスホスホネート内服による非定型骨折  
最終診断名: ビスホスホネート内服による非定型骨折

演題番号10

演者名: 近都 正幸(弘前大学医学部医学科 6年生)  
演題名: 胃隆起性病変の一例  
演者診断名: A型胃炎を背景としたECMを伴うカルチノイド  
最終診断名: 「カルチノイド+Endocrine cell micronest +A型胃炎」

演題番号11

演者名: 工藤 和洋(市立函館病院中央検査部臨床病理科)  
演題名: 大腸癌の一例  
演者診断名: 髄様型低分化腺癌  
最終診断名: 大腸髄様型低分化腺癌  
背景: マイクロサテライト不安定が関与の可能性  
予後: 比較的良好

演題番号12

演者名: 柳川 直樹(山形県立中央病院中央検査部病理)  
演題名: 重複癌の一例  
演者診断名: 重複癌(胃癌・Adenocarcinoma (por1>tub2) with lymphoid stroma, (食道癌・扁平上皮癌←配布標本はなし)およびホジキンリンパ腫  
最終診断名: 胃癌+Lymphoproliferative disorders

演題番号13

演者名: 板倉 裕子(東北大学大学院医学系研究科総合地域医療研修センター)  
演題名: 低血糖発作を契機に発見された後腹膜腫瘍の一例  
演者診断名: Renal cell carcinoma, unclassified (IGF II-producing)  
最終診断名: Renal cell carcinoma, unclassified (IGF II-producing)

演題番号14

演者名: 大江 倫太郎(山形大学医学部病理診断学講座)

演題名: 多発性腸間膜腫瘍の1例  
演者診断名: Infarcted appendices epiploicae  
最終診断名: Infarcted appendices epiploicae

演題番号15

演者名: 吉岡大雅(新潟大学大学院医歯学総合研究科分子細胞病理学分野)  
演題名: 小腸の腸間膜腫瘍が疑われた1例  
演者診断名: Desmoid tumor  
最終診断名: Desmoid tumor

演題番号16

演者名: 上杉 憲幸(岩手医科大学病理学講座分子診断病理学分野)  
演題名: 稀な組織像を示した卵巣腫瘍の一例  
演者診断名: Endometrioid adenocarcinoma with sex-cord like variant  
最終診断名: Endometrioid adenocarcinoma with sex-cord like variant

演題番号17

演者名: 長沼 廣(仙台市立病院病理診断科)  
演題名: 卵巣腫瘍の一例  
演者診断名: 微少明細胞腺癌+境界悪性型明細胞腫瘍  
最終診断名: 微少明細胞腺癌+境界悪性型明細胞腫瘍

演題番号18

演者名: 廣嶋 優子(秋田大学医学部医学系研究科器官病態学講座)  
演題名: 子宮腫瘍の一例  
演者診断名: Ewing sarcoma of uterus  
最終診断名: PNET/Ewing sarcoma

学生・大学院生発表

演題番号(R1)

演者名: 高橋 芙美(福島県立大学医学部学生)  
演題名: 肺癌におけるS100A14発現の臨床病理学的意義と分子機能の解析

演題番号(R2)

演者名: 三浦 慎平(岩手医科大学腫瘍生物学)  
演題名: 悪性黒色腫におけるH3K9メチル化の免疫組織学的検討

演題番号(R3)

演者名: 西成 悠(岩手医科大学腫瘍生物学)  
演題名: 超高磁場7ステラ磁気共鳴装置によるラット大腸粘液エンハンズメント法の確立

――関東支部――

第57回日本病理学会関東支部学術集会 開催報告

東京女子医科大学病理学第一講座 柴田 亮行

2012年12月15日(土)、東京女子医科大学弥生記念講堂において、第57回日本病理学会関東支部学術集会をお世話させていただきました。当日は、あいにくの雨模様と他学会との重複という悪条件にもかかわらず、110名の支部会員に御参加を頂きました。今回は、少し視点を変えて傍腫瘍神経症候群の臨床から基礎にまたがる2つの特別講演を企画しました。症例の絶対数は少なくとも、アプローチの仕方を知らないと現場では困るような実践的な話に加え、自己免疫的な病態メカニズムについてもお話を伺うことができました。5つの一般演題につきましても、活発なディスカッションが交わされ、有意義な会であったと存じます。

【一般演題(前半)】

<1> (No. 824) 骨髄移植後急速に進行する多臓器不全を認め、剖検でトキソプラズマ症と診断した一例

演者: 江本 桂(慶應義塾大学医学部病理学教室)ほか  
座長: 渋谷和俊(東邦大学 病院病理部)

<2> (No. 825) 髄膜炎治療中に辺縁系脳炎、全身性水痘帯状疱疹ウイルス(VZV)感染症にて死亡した一例

演者: 桐村 進(東京医科歯科大学 病理学教室)ほか  
座長: 船田信頭(東京都立駒込病院 病理科)

【特別講演 I】

『がんに伴う神経合併症の臨床と病理』
演者:大原慎司(独立行政法人国立病院機構まつもと医療センター中松本病院)
座長:山本智子(東京女子医科大学病院病理診断科)

【自己抗体がガイドする傍腫瘍神経症候群】
演者:田中恵子(金沢医科大学神経内科学/総合医学研究所生命科学研領域)
座長:柴田亮行(東京女子医科大学病理学第一講座)

- 【一般演題(後半)】
<3> (No. 826) びまん性レバー小体病の1剖検例
演者:李 治平(聖路加国際病院 病理診断科)ほか
座長:福田隆浩(慈恵会医科大学 神経病理学部門)
<4> (No. 827) 若年発症の Vater 乳頭部～膵頭部の癌腫で死亡した Shwachman-Diamond症候群の1剖検例
演者:仲矢丈雄(東京医科大学分子病理学)ほか
座長:内藤善哉(日本医科大学病理学講座(統御機構・腫瘍学))
<5> (No. 828) ワルチン腫瘍と慢性リンパ性白血病/小細胞リンパ腫が合併していた耳下腺腫瘍切除例
演者:宮永朋実(群馬大学医学部附属病院病理部)ほか
座長:宮内 潤(東京歯科大学市川総合病院臨床検査科)

第62回埼玉病理医の会

期日:2012年10月19日(金)
会場:埼玉協同病院 世話人:石津英喜 参加人数:20名

症例検討:出題者所属・氏名/年齢・性別/臓器・臨床診断/病理診断・検討内容など

- 1) 埼玉協同病院・石津英喜/60歳代・男性/転移性肺腫瘍/悪性中皮腫(上皮型)
2) 済生会川口総合病院・伴慎一/60歳代・女性/上行結腸からの生検組織/特異性腸間膜静脈硬化症・内視鏡的に右側結腸粘膜の浮腫と多発びらん・潰瘍,腹部CTで腸管壁肥厚と壁に沿った石灰化像。生検粘膜の血管・陰窩周囲に線維化
3) 埼玉県立小児医療センター・岸本宏志/男児/腎癌・組織学的にはclear cell carcinoma 類似 / Renal cell carcinoma associated with Xp11.2 translocation/TFE3 gene fusions・免疫染色でTFE 3の陽性を腫瘍細胞の核に確認。分子生物学的にASPL-TFE3キメラ遺伝子を確認
4) 埼玉医科大学国際医療センター・山口絵理子/70歳代・男性/脳腫瘍/Chordoid meningioma, WHO grade II.通常の髄膜腫成分に混在する脊索腫様髄膜腫成分の病変についての議論

中部支部

中部支部編集委員 森谷 鈴子

第70回日本病理学会中部支部交見会が下記の通り開催されました。

平成24年12月15日 9:00～
世話人 名古屋第一赤十字病院病理部 藤野雅彦先生
会場 名古屋第一赤十字病院 内ヶ島講堂
参加人数 180名

- 1. ランチョンセミナー 胃癌のtrastuzumab投与に関わる HER2検査
国立がん研究センター東病院 臨床開発センター 臨床腫瘍病理分野 分野長 落合淳志先生
2. 検討症例
1227 名古屋市立大学臨床病態病理学 山田勢至 57歳 男性 脊髄
視神経脊髄炎類縁疾患 比較的急激に神経症状の悪化を来した。視神経炎は見られず、視神経脊髄炎の診断基準を完全には満たさないが、血中

- NMO-IgG/AQP4-Ab陽性であった。
1228 松本歯科大学歯学部口腔病理学 中野敬介 85才 女性 上顎歯肉
Mixed in situ and invasive melanoma. Clark level V, Stage IB. 術中迅速標本と摘出標本で腫瘍の厚さが異なったが、最終的に病期はStage IBと考えられた。
1229 金沢医科大学臨床病理学 木下英理子 10才 男児 鼻腔
Inflammatory myofibroblastic tumor. FISH法でALK遺伝子再構成が確認された。
1230 愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部 細田和貴 62歳女性 肺
Sclerosing hemangioma. 広範な壊死、細胞異型、two cell populationが不明瞭、多彩な組織パターンに欠如といった非定形的な所見を伴っていたが、このような所見も硬化性血管腫の morphological variationであることが示された。
1231 名古屋医療センター臨床検査科 岩越朱里 70代 男性 胸膜
Desmoplastic mesothelioma. 1年後に骨転移を来したが、初回生検は中皮腫と確定しうる所見が乏しく、fibrous pleuritisとの鑑別が極めて困難であった。
1232 岐阜市民病院中央検査部 久松憲治 30代 男性 縦隔
Primary granulocytic sarcoma. HE所見ではリンパ腫様であったが免疫染色パターン、染色体検査より未熟な顆粒球系細胞の腫瘍であることが証明された。
1233 佐久総合病院病理部 塩澤哲 50代前半 男性 胸腺
Mediastinal goiter and seminoma. Goiterの周囲胸腺組織に顕微鏡的サイズのseminoma細胞胞巣が散在性に認められた。MIB-1陽性率が通常よりはるかに低く、真の腫瘍と言えるか否かが問題になった。
1234 諏訪赤十字病院病理部 酒井康弘 10代半ば 女性 胃
Low-grade myofibroblastic sarcoma. 小児の腹腔内発生で、非常に稀な症例。Cellularityが低く、inflammatory myofibroblastic tumorとの鑑別が難しいと考えられた。
1235 福井大学腫瘍病理学 長沼誠二 15才 男性 肝臓
Embryonal sarcoma. 比較的典型例。本腫瘍に特有のfusion gene が最近見つかったとのコメントがあった。
1236 金沢大学分子細胞病理学 中村律子 85才 女性 肝臓 骨髄
Myeofibrosis. JAK2V617F変異陽性で、無治療に近い状態で経過を見られた典型例の剖検症例。巨核球の異型が目立ったが、leukemic stageにはなっていなかった。
1237 金沢大学形態機能病理学 佐藤保則 60代 女性 肝臓
Steatohepatitis-like change with copper deposition, susp. of Wilson's disease. 高齢発症で臨床像も非定形的ではあるが、D-ペニシランに反応傾向を示している。Wilson病の組織像の多彩性や他疾患における銅沈着など詳細に説明された。
1238 長野市民病院病理診断科 大月聡明 30代 男性 膵臓
Aciner cell carcinoma. 主膵管内に浸潤して塞栓様の腫瘍塊を形成していたことが印象的で、最近の多数症例の報告も紹介された。
1239 福井大学医学部附属病院病理部 川崎公美恵 63才 男性 腎臓
Multiple renal cell carcinoma, clear cell and chromophobe. CTにて肺に多発性嚢胞が認められ、Birt-Hogg-Dube症候群の可能性も考えられ、現在臨床的にも検討中である。
1240 富山大学医学部病態病理学 濱島丈 82才 女性 腎臓
Chromophobe renal cell carcinoma, oncocytic variant. 形態的にはoncocytomaを考える像であるが、免疫染色、FISHのパターンはchromophobe RCCを示唆する結果であった。
1241 藤田保健衛生大学医学部病理診断科 岡部麻子 60代 女性 副腎
Adenomatoid tumor. 断面の色調が通常より黄色調であることについて様々な意見が出た。
1242 市立砺波総合病院病理科 杉口俊 50代後半 女性 子宮
解決困難 子宮内腔に巨大なポリープ状の発育を呈し、筋層への入り方は間質肉腫に似る。免疫染色ではvimentin以外は陰性。Leiomyosarcomaともendometrial stromal sarcomaとも分類し難く広義のundifferentiated sarcomaとせざるを得ないか?悪性度についても問題となった。
1243 磐田市立総合病院臨床検査科 鈴木潮人 62才 女性 子宮
Epithelioid angiosarcoma. 稀な症例であり、更にEndometrial stromal sarcomaの一部で報告されているYWHAЕ-FAM22 fusion geneが検出された。
1244 公立陶生病院病理部 村瀬陽太 40代 女性 卵巣
Malignant mucinous tumor with foci of anaplastic carcinoma. Mural noduleの組織型について詳細な検討がなされた。

- 1245 聖霊浜松病院病理科 江河勇樹 36才 女性 胎盤  
Hemorrhagic endovasculitis. 類似症例2例も呈示され、死産の場合と生存の場合の所見の比較もされた。
- 1246 焼津市立総合病院病理科 久力権 40代 男性 皮膚  
Kaposi's sarcoma. 非AIDS患者の例で、患者の出身地が南米であり、いわゆる classic type (sporadic) である可能性が考えられた。
- 1247 小牧市民病院病理科 桑原恭子 40代前半 女性 恥骨上腹壁  
Proximal type epithelioid sarcoma. 転移性腫瘍は確実に除外され、免疫染色も矛盾が無かったが、estrogen receptorが陽性であった点が興味深い症例であった。
- 1238 福井大学医学部附属病院病理部 堀江直世 80代 男性 大腿軟部  
Extraskeletal myxoid chondrosarcoma. 臨床所見、組織像共に典型例と考えられた。FISH法にてEWSR1領域のbreak apartが確認された。

## 次回学術集会の予定

### 第16回スライドセミナー

日程 平成25年3月23日

会場 富山県民会館

世話人 富山県立中央病院 石澤伸先生

テーマ リンパ節の非腫瘍性病変

## 東海病理医会

### 第279回

(平成 24年8月18日 参加者14名 於:藤田保健衛生大学)

症例番号 病院名 病理医 年齢(歳代) 性 臓器 臨床診断  
病理組織学的診断

- 4436 名古屋記念病院 西尾知子 60男 肋骨 肋骨腫瘍 Xanthomatous lesion
- 4437 トヨタ記念病院 北川 諭 60 女 子宮 子宮体部腫瘍 Lipoleiomyoma
- 4438 トヨタ記念病院 北川 諭 70 男 肺 肺腫瘍 Malignant melanoma
- 4439 六輪病院 黒田 誠 60 女 結腸 結腸ポリープ  
Colonic mucosa-submucosal elongated polyp
- 4440 鈴木病院 黒田 誠 30 女 卵管 卵管妊娠  
Tubal pregnancy (non-ruptured)
- 4441 光生会病院 黒田 誠 10 男 軟部 皮下腫瘍  
Tumoral calcinosis like calcifying epithelioma
- 4442 藤田保健衛生大学 桐山論和 60 男 胃 粘膜下腫瘍 Schwannoma
- 4443 藤田保健衛生大学 桐山論和 40女 左乳房 乳癌 Metaplastic carcinoma
- 4444 諏訪中央病院 浅野功治 70 男 結腸 腸間膜静脈硬化症  
Mesenteric phlebosclerosis
- 4445 名古屋大学附属病院 立松明子 60 男 大脳 脳腫瘍  
Progressive multifocal leukoencephalopathy
- 4446 鈴鹿中央総合病院 村田哲也 20 女 腹膜 骨盤内腹膜腫瘍  
Multicystic mesothelioma of the peritoneum
- 4447 小牧市民病院 栗原恭子 60 女 リンパ節 悪性リンパ腫  
Pleomorphic sarcoma, high-grade, NOS
- 4448 小牧市民病院 栗原恭子 10 男 大脳 放射線治療後肉腫  
Radiation-induced sarcoma with rhabdomyosarcomatous component

### 第280回

(平成24年9月15日 参加者13名 於:藤田保健衛生大学)

- 4449 蒲郡市民病院 浦野 誠 70 女 乳腺 乳腺腫瘍  
Metaplastic carcinoma with chondroid differentiation
- 4450 蒲郡市民病院 浦野 誠 60 女 副腎 両側副腎腫大  
ACTH independent macronodular adrenocortical hyperplasia
- 4451 蒲郡市民病院 浦野 誠 60 女 子宮 子宮肉腫疑い  
Endometrial adenocarcinoma, G3
- 4452 藤田保健衛生大学 浦野 誠 60 女 子宮 変性子宮筋腫  
Leiomyosarcoma

- 4453 藤田保健衛生大学 浦野 誠 70 男 肺 肺癌 Pleomorphic carcinoma
- 4454 藤田保健衛生大学 浦野 誠 70 女 耳下腺 耳下腺腫瘍  
Basal cell adenoma
- 4455 藤田保健衛生大学 黒田 誠 60 男 甲状腺 甲状腺腫  
Carcinoma showing thymus like differentiation
- 4456 辻村外科病院 黒田 誠 40 男 皮下 鎖骨下皮下腫瘍  
Ectopic hamartomatous thymoma
- 4457 鈴鹿中央総合病院 村田哲也 70 男 膝 膝頸部癌 Carcinosarcoma
- 4458 鈴鹿中央総合病院 村田哲也 70 男 肺 肺癌 Carcinosarcoma

### 第281回

(平成24年10月27日 参加者19名 於:藤田保健衛生大学)

- 4459 愛知県がんセンター愛知病院 浦野 誠 20 男 頸骨 頸骨悪性腫瘍  
Osteofibrous dysplasia like adamantinoma
- 4460 辻村外科病院 黒田 誠 80 男 皮膚 前頭皮下腫瘍  
Mixed tumor with ossification
- 4461 名古屋記念病院 西尾知子 60 女 軟部 大腿軟部腫瘍 Myxoid tumor
- 4462 トヨタ記念病院 北川 諭 60 男 皮膚 陰囊皮下腫瘍  
verruciform xanthoma
- 4463 トヨタ記念病院 北川 諭 30 男 肺 左肺腫瘍  
Inflammatory myofibroblastic tumor
- 4464 静岡赤十字病院 桐山論和 60 男 縦隔 前縦隔腫瘍  
Micronodular thymoma with lymphoid stroma
- 4465 大同病院 桐山論和 40 女 乳腺 乳癌 Metaplastic carcinoma
- 4466 飯田市立病院 尹 漢勝 60 女 縦隔 前縦隔腫瘍 Thymoma type C
- 4467 飯田市立病院 尹 漢勝 60 女 縦隔 前縦隔腫瘍 Thymoma type B3
- 4468 小牧市民病院 栗原恭子 40 女 腹壁 腹壁腫瘍 Epithelioid sarcoma
- 4469 小牧市民病院 栗原恭子 60 男 歯肉 歯肉腫瘍  
Peripheral ameloblastoma
- 4470 鈴鹿中央総合病院 村田哲也 70 男 肺 悪性リンパ腫  
Burkitt lymphoma
- 4471 鈴鹿中央総合病院 村田哲也 60 女 気管 気管腫瘍  
Granular cell tumor
- 4472 名古屋大学附属病院 立松明子 40 男 十二指腸 十二指腸腫瘍  
Gangliocytic paraganglioma

### 近畿支部

近畿支部編集委員 伊東 恭子

近畿支部の最近の活動および今後の活動予定をお知らせいたします。

1-1. 第59回日本病理学会近畿支部学術集会在下記の内容で開催されました。

日時:平成24年12月8日(土) 場所:京都府立医科大学

世話人:岡部英俊 先生(滋賀医科大学)

テーマ:甲状腺/唾液腺腫瘍

モデレーター:廣川満良 先生(隈病院)

以下にプログラムを掲載いたします。

(なお、検討症例、画像等につきましては  
(<http://jspk.umin.jp/H24-/gakujyutushu-kai/57th/program%2057th.html>) で閲覧可能です。)

なお、今回も託児所を開設いたしました。

#### 症例検討

座長:岸本光夫 先生(京都府立医科大学)

808 右背部軟部腫瘍の1例

粕雄一朗 先生, 他(兵庫県立がんセンター 病理診断科, 他)

809 骨軟部組織に多発性転移を来した原発不明腫瘍の1例

後藤孝吉 先生, 他(関西労災病院 病理科, 他)

座長: 富田裕彦 先生(大阪府立成人病センター)

810 脾臓原発悪性リンパ腫の1例

高橋祐一 先生, 他(神戸大学医学部附属病院 病理診断科)

811 耳下腺腫瘍の1例

田村裕美 先生, 他(大阪大学医学部附属病院 病理部, 他)

812 甲状腺腫瘍の1例

平井千浦子 先生, 他(神戸大学医学部附属病院 病理診断科, 他)

座長: 村田晋一 先生(和歌山県立医科大学)

813 胃粘膜下腫瘍の1例

松崎直美 先生, 他(京都大学医学部附属病院 病理診断科)

814 皮膚腫瘍の2例

山内 周 先生, 他(東大阪市立総合病院 病理診断科, 他)

815 咽頭腫瘍の1例

原田博史 先生, 他(生長会病理センター 府中病院 病理診断科, 他)

座長: 岡部英俊 先生(滋賀医科大学)

特別講演: 『放射線と甲状腺癌』

伊東正博 先生 (国立病院機構 長崎医療センター臨床研究センター  
機能形態研究部)

座長: 田中昭男 先生(大阪歯科大学)、廣川満良 先生(隈病院)

病理講習会: 『若年者の唾液腺・甲状腺腫瘍』

1. 若年者の唾液腺腫瘍 I. 総論

伊藤良子 先生(大阪医科大学 総合診断・治療学講座 病理学教室)

2. 若年者の唾液腺腫瘍 II. 各論

原田博史 先生(生長会病理センター 府中病院 病理診断科)

3. 小児甲状腺癌の特徴とびまん性硬化型乳頭癌

菅間 博 先生(杏林大学医学部 病理学)

4. 篩状・モルラ型乳頭癌

廣川満良 先生(隈病院 病理診断科)

5. 充実型乳頭癌と低分化癌

中村靖司 先生(和歌山県立医科大学 臨床検査医学)

II. 今後の学術集会の予定です。

II-1. 第60回日本病理学会近畿支部学術集会

日時: 平成25年2月16日(土)

場所: 神戸大学

世話人: 横崎 宏 先生(神戸大学)

テーマ: 肝臓の炎症性疾患

モデレーター: 伊藤智雄 先生(神戸大学)

特別講演1 『PBCやAIHとその類縁疾患』

鹿毛政義 先生(久留米大学先端癌治療研究センター)

特別講演2 『肝炎の活動性評価』

若狭研一 先生(大阪市立大学)

<移植病理シンポジウム>

「移植医療の現場から」 古川博之 先生(旭川医科大学)

「移植病理診断学の基礎」 伊藤智雄 先生(神戸大学)

「移植病理の最先端」 羽賀博典 先生(京都大学)

III. 市民公開講座の予定です。

日時: 平成25年1月12日(土) 14:00-16:00

場所: 京都府立医科大学 図書館ホール

モデレーター: 三上芳喜 先生(京都大学)

テーマ: 乳癌の早期発見と治療

講演1 『乳癌ってどんな病気?』 森谷鈴子(名古屋医療センター病理診断科)

講演2 『知っておきたい乳癌の診断と治療』

杉江知治(京都大学医学部附属病院乳腺外科)

講演3 『乳癌の新しい治療』 佐治重衡(京都大学大学院標的治療腫瘍学講座)

講演4 『検診を受けましょう』 森口喜生(京都市立病院乳腺外科)

講演5 『乳腺診療をささえる病理医がいます』

若狭朋子(大阪赤十字病院臨床検査科)

---中国四国支部---

中国・四国支部編集委員 串田 吉生

A. 開催報告

1. 第109回学術集会

開催日: 平成24年10月27日 場所: 広島西医療センター講堂

世話人: 広島西医療センター 立山義朗先生

恒例のスライドカンファレンスでは18演題が集まり、活発な討議が行われました。発表スライドや投票結果は<<http://csp.umin.ne.jp/pctindex.htm>>から見る事が出来ます。また、子宮癌の規約が改訂されたのを機に教育講演が行われました。

教育講演 「子宮癌取扱い規約改訂のポイントー頸癌と体癌ー」

頸癌: 山口大学大学院 分子病理学分野 河内茂人先生

体癌: 岡山大学病院 病理診断科 柳井広之先生

一般演題

演題番号/タイトル/出題者(所属)/出題者診断/最多投票診断

S2418/「臨床診断: 脳腫瘍」の1例 / 西村広健(川崎医科大学病理学1) / Subcortical hemorrhage/ Infection

S2419/ 耳下腺腫瘍/ 石井文彩(山口大学大学院医学系研究科病理形態学) / Lymphadenoma/concord

S2420/ 心筋病変の1例/ 亀井敏昭(山口県立総合医療センター病理診断科) / Fabry's disease/concord

S2421/ リンパ節病変/ 中本周(鳥取県立中央病院病理診断科) / Langerhans cell sarcoma/ Malignant lymphoma

S2422/ 脾臓腫瘍/ 倉岡和矢(呉医療センター・中国がんセンター病理診断科) / Splenic marginal zone (B-cell) lymphoma/concord

S2423/ 乳癌腫瘍/ 田中梓菜(高知赤十字病院病理診断科) / Encapsulated papillary carcinoma, apocrine type/ Intraductal papillary carcinoma

S2424/ 急速な乳房腫瘍の腫大をきたした1例/ 野坂加苗(鳥取大学医学部器官病理学) / Malignant lymphoma, T-cell rich B-cell lymphoma/ Malignant lymphoma

S2425/ 仙骨部腫瘍/ 林俊哲(香川大学医学部附属病院病理部) / Myxopapillary ependymoma/ Chordoma

S2426/ 骨病変/ 坂谷暁夫(広島赤十字・原爆病院病理診断科) / Hemangiopericytoma/concord

S2427/ 大腸腫瘍/ 香川聖子(徳島大学医学部人体病理) /  $\alpha$ -fetoprotein producing adenocarcinoma/ Hepatoid adenocarcinoma

S2428/ 肝臓腫瘍/ 石川典由(島根大学医学部器官病理学) / Myofibroblastic tumor, low grade myxofibrous/ Angiomyolipoma

S2429/ 左卵巣被膜面腫瘍及び腹腔内腫瘍/ 荒木亜寿香(島根大学医学部器官病理学) / Diffuse malignant peritoneal mesothelioma/concord

S2430/ 子宮頸部病変/ 中山宏文(広島鉄道病院臨床検査室) / Adenoid basal carcinoma/concord

S2431/ 子宮頸部腫瘍/ 堀田真智子(倉敷中央病院病理検査科) / Mesonephric adenocarcinoma/concord

S2432/ 子宮病変/ 松浦博夫(広島市立広島市民病院病理部) / Adenocarcinoma in situ of gastric phenotype + Lobular endocervical glandular hyperplasia/ Adenocarcinoma

S2433/ 子宮腫瘍/ 藤井将義(岡山大学医歯薬学総合研究科) / Carcinosarcoma arising from adenosarcoma/ Carcinosarcoma

S2434/ 子宮腫瘍/ 浦岡直礼(広島大学大学院医歯薬保健学研究院分子病理学) / Undifferentiated carcinoma/ Small cell carcinoma

S2435/ 子宮体部腫瘍/ 西阪隆(県立広島病院臨床研究検査科) / Adenosarcoma/concord

B. 開催予定

1. 第110回学術集会

開催日: 平成25年2月16日 世話人: 広島大学 武島幸男教授

## 2. 第111回学術集会

開催日:平成25年6月22日

世話人:島根大学 丸山理留敬教授

### 九州・沖縄支部

九州・沖縄支部編集委員 相島 慎一

1) がん診療連携拠点病院機能強化事業(病理医養成事業)主催・病理学会九州沖縄支部・若手病理医の会後援「初心者の為の病理診断講習会」が開催されました。

日時:平成24年11月17日

演題:「子宮頸部生検の病理診断;細胞診とのコラボレーション」

演者:林 透 先生(潤和会記念病院病理診断科)

場所:佐賀大学医学部 臨床小講堂

2) 九州沖縄支部学術講演会が開催されました。

日時:平成24年11月17日

演題:「肝腫瘍性病変の病理一針生検診断と鑑別診断を含めて」

演者:中島 収先生(久留米大学病院臨床検査科)

場所:佐賀大学医学部 臨床大講堂

3) 第330回九州・沖縄スライドコンファレンスが開催されました。

日時:平成24年11月17日

場所:佐賀大学医学部 臨床大講堂

世話人:佐賀大学医学部病因病態科学講座

診断病理学分野 徳永 藏

臨床病態病理学分野 戸田 修二

症例番号/出題者/所属/患者年齢/患者性別/部位/出題者診断  
/投票最多診断(投票数 44)

- 1/渡辺次郎/公立八女病院/50代/男/肺/Giant cell carcinoma/Adenocarcinoma
- 2/野口紘嗣/産業医科大学第二病理/70代/男/肺  
/Basaloid carcinoma/Squamous cell carcinoma
- 3/神尾多喜浩/済生会熊本病院/70代/女/肺  
/Lymphoepithelioma-like carcinoma/ Lymphoepithelioma-like carcinoma
- 4/宮原聡/福岡大学医学部病理/4歳/女/胸腔  
/Pleuropulmonary blastoma, type II/ Pleuropulmonary blastoma
- 5/鍋島篤典/産業医科大学第二病理/70代/男/食道胃粘膜下  
/Lymphoepithelial cyst/Lymphoepithelial cyst
- 6/頼田顕辞/宮崎大学腫瘍再生病態学/60代/女/胃  
/AL amyloidosis, MALToma or Plasmacytoma suggestive/Amyloidosis
- 7/三浦史郎/長崎大学原研病理/90代/女/S状結腸  
/Benign mature teratoma of the colon/Mature teratoma of the colon
- 8/瀧澤延喜/九州大学形態機能病理/70代/女  
/IgG4 related sclerosing mesenteritis/IgG4 related sclerosing mesenteritis
- 9/梅田幸希/済生会八幡総合病院/60代/男/肝臓  
/Carcinosarcoma, hepatocytes and sinusoidal stellate cells  
/Hepatocellular carcinoma
- 10/松延亜紀/佐賀大学臨床病態病理学/70代/女/肝臓  
/Giant cell hepatitis/ Giant cell hepatitis
- 11/小森陽子/大分大学診断病理学/70代/男/膵臓  
/Pancreatoblastoma/ Mixed acinar and endocrine carcinoma
- 12/増田正憲/佐賀大学診断病理学/60代/女/乳腺  
/Malignant lymphoma, diffuse large/Malignant lymphoma
- 13/木戸伸一/唐津赤十字病院診断科/30代/女/右第2指  
/Giant cell tumor of tendon sheath, localized type, hyalinized form  
/Sclerosing perineurioma
- 14/内橋和芳/佐賀大学臨床病態病理学/50代/女/鼠径部皮下/Solitary fibrous tumor/Solitary fibrous tumor

15/安井春奈/長崎大学病院病理/50代/男/骨(右手背)

/Bizarre paraosteal osteochondromatous proliferation (Nora's lesion)

/Bizarre paraosteal osteochondromatous proliferation (Nora's lesion)

16/鮫島直樹/宮崎大学構造機能病態学/30代/男/右脛骨嚢胞

/Adamantinoma of long bone/Intraosseous epidermoid cyst

17/黒濱大和/長崎医療センター/60代/女/脳

/Astroblastoma, high grade/ Glioblastoma

18/中村普彦・杉田保雄/久留米大学病理学/70代/男/脳

/Desmoplastic infantile astrocytoma/ganglioglioma

/Desmoplastic infantile astrocytoma/ganglioglioma

病理専門医部会会報は、関連の各種業務委員会の報告、各支部の活動状況、その他交流のための話題や会員の声などで構成しております。皆様からの原稿も受け付けておりますので、日本病理学会事務局付で、E-mailなどで御投稿下さい。

病理専門医部会会報編集委員会:村田哲也(委員長)、望月 眞(副委員長)、深澤雄一郎(北海道支部)、増田友之(東北支部)、中村直哉(関東支部)、森谷鈴子(中部支部)、伊東恭子(近畿支部)、串田吉生(中国・四国支部)、相島慎一(九州・沖縄支部)