

第5回徳洲会病理部会学術集会

抄 録 集

日時：平成30年11月18日（日）15:00～17:45

平成30年11月19日（月）9:00～11:10

会場：湘南藤沢徳洲会病院 3階講堂

挨拶

徳洲会病理部会学術集会も本年で第5回目を迎えます。

徳洲会理事長はじめ、幹部会の皆様のご理解とご支援の賜物と感謝するところです。

とりわけ、病理部会の皆様の参加と活発な意見発表が大きな力となってきたことは言を俵ちません。

さて、全国の徳洲会施設で働く専任病理医は27名です。一施設に2名以上の病理医が常勤する施設も4カ所となっており病理機能の向上につながっています。全国の病理技師数は80名です。このようにマンパワーは増加しつつありますが、まだ充分とはいえませんが一層の充実を努めて参りたいと思っております。

皆様ご存知のように徳洲会は病理機能のセンター化を推進しており、現在徳洲会九州・沖縄病理診断センター（Tokushukai Kyushu Okinawa Pathology Center:T-KOP）、大阪病理診断研究センター（Tokushukai Osaka Pathology Center:TOP）、東日本病理診断研究センター（Tokushukai East Pathology Center:TEP）の三センター体制となっています。そして各センターを基幹として、周辺の徳洲会施設の病理診断業務を受託する“保険医療機関間の病病連携による病理診断”の態勢を構築し拡充しつつあるところです。

このような状況の中で筑波大学の野口雅之教授の病理センターへの参加のための準備を進めているところです。病理センターの機能の向上を力として、徳洲会病理部会の構成員にとって外に向けて誇ることのできる実績を重ねていきましょう。

終わりに第5回学術集会会場をお世話いただいた湘南藤沢病院長の宗像博美先生をはじめ病院関係者の皆様にお礼を申し上げます。



平成30年11月18日
徳洲会病理部門最高顧問
病理部会長
青笹 克之

【プログラム】

11月18日（日）

- 13：00～15：00 細胞診委員会主催研修会
- 13：00～15：00 病理部会医師運営委員会 会議
- 15：00～15：10 開会の挨拶 宗像 博美（湘南藤沢徳洲会病院院長）
青笹 克之（徳洲会病理部門最高顧問）
- 15：10～15：55 【一般演題】 座長：丹野 正隆（東京西徳洲会病院）
1. 中平 瑞希（成田富里徳洲会病院）
「腹水細胞診にて乳癌細胞と診断した1例」
 2. 小保方 和彦（湘南鎌倉総合病院）
「当院における甲状腺穿刺吸引細胞診の細胞学的、組織学的再検討」
 3. 下山 夏季（吹田徳洲会病院）
「二段階観察法を用いた尿細胞診判定法の導入と精度の検討」
- 15：55～16：05 休憩
- 16：05～17：05 【特別講演】 座長：徳永 藏（湘南藤沢徳洲会病院）
- 八尾 隆史（順天堂大学医学部病理学）
「胃・大腸の初期癌、高分化癌の組織診断、見方と鑑別」
- 17：05～17：15 休憩

【プログラム】

17:15~17:45 総会

17:45~20:00 懇親会（院外）

11月19日（月）

9:00~9:10 技師運営委員会より報告

9:10~10:10 【一般演題】 座長：江口 光徳（宇治徳洲会病院）

1. 北川 詩織（野崎徳洲会病院）
「原発巣の特定に腹水細胞診が有用だった子宮体部漿液性腺癌の1例」

2. 中嶋 安識（吹田徳洲会病院）
「腫瘍細胞が腹水中に出現した Dysgerminoma の1例」

座長：加藤 拓（成田富里徳洲会病院）

3. 岡崎 健（八尾徳洲会総合病院）
「LBC法を用いた免疫細胞化学的染色が原発巣の推定に有用であった肺がんの1例」

4. 岩崎 由恵（八尾徳洲会総合病院）
「LBC法の自動化（ThinPrep5000の導入）について」

10:10~10:20 休憩

10:20~11:10 【特別講演】 座長：須田 耕一（東京西徳洲会病院）
田中 陽一（東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理）
「口腔癌の病理と細胞診」

11:10 閉会の挨拶 福本 学（成田富里徳洲会病院）

【一般演題】

1. 胸水細胞診にて乳癌細胞と診断した一例

成田富里徳洲会病院 病理診断科

中平瑞希、加藤拓、福本学

【はじめに】

胸水細胞診で癌細胞を認めることはよくみられるが、その癌細胞が肺原発なのか他臓器からの転移なのかを診断することは今後の治療において重要である。今回我々は胸水中の癌細胞を乳癌の転移と判断できた一例を経験することができたので報告する。

【症例】

70歳代、女性。13年前に右乳癌の手術（がん研有明病院にて右乳房切除＋リンパ節郭清術）、化学療法治療を行う。今年5月に右胸水貯留で他院より紹介された。当院での胸部CTで右肺尖部に腫瘤を認めた。その後、血中腫瘍マーカーの検査と胸水細胞診が施行された。

【腫瘍マーカー所見】

血中CEA 111ng/ml、CA15-3 106U/ml、SLX 550U/mlと高値を示し、SCC、SYFRA、ProGRPは正常範囲内であった。

【胸水細胞診所見】

血性及びリンパ球を背景に数個の異型細胞集塊を認めた。N/C比及び核密度が高く、核形不整、クロマチン増量を示し、腺癌細胞と考えた。

細胞診標本作製後の検体にわずかに沈渣の残量がみられた為、セルブロックを作製した。

セルブロックの免疫組織化学的染色にてCK(AE1/AE3)、CK-7、ER陽性。CK-20、TTF-1、PgR、およびHER2陰性を示し、乳癌細胞と判断した。

【まとめ】胸水細胞診陽性検体のわずかな残量を使用しセルブロックを作製し、免疫染色を行い、次の治療へと進展できた有用な症例であった。

2. 当院における甲状腺穿刺吸引細胞診の細胞学的・組織学的再検討

湘南鎌倉総合病院 臨床検査部¹⁾、湘南鎌倉総合病院 病理診断部²⁾

小保方和彦¹⁾、千野秀教¹⁾、野間達也¹⁾、石井彩奈恵¹⁾、程島就¹⁾、岸本賢二¹⁾、工藤まどか²⁾、手島伸一²⁾

【目的】当院での甲状腺穿刺吸引細胞診を3年間にわたり後方視的に調査し、細胞診と手術材料による組織診断を比較し診断精度について検討してみた。

【対象・方法】2014年～2017年の3年間で甲状腺穿刺吸引細胞診326件、患者数281名の甲状腺穿刺吸引細胞診を対象とした。そのうち39名の患者が当院で手術適応となり病理診断が確定した。281名のうち30名は複数回の穿刺が再施行された。2回穿刺：25名、3回穿刺：1名、4回穿刺：3名、5回穿刺：1名であった。手技は、穿刺吸引ピストルを用い、穿刺針は22Gを使用。標本作製は、擦り合わせ標本と洗浄細胞診標本によるpapanicolaou染色とGiemsa染色標本である。報告形式はベセスダシステムを採用した。

【結果】甲状腺穿刺吸引細胞診326件(281名)のベセスダシステムによる判定結果は不適正9件(3%)、良性151件(46%)、AUS/FLUS 11件(3%)、FN/SFN 125件(38%)、悪性の疑い12件(4%)、悪性18件(6%)であった。39例の病理診断を細胞診と比較すると病理診断での良性腫瘍21例のうち、慢性甲状腺炎1例の細胞診はFN/SFN、腺腫様甲状腺腫11例は、良性1例、FN/SFN 9例、悪性の疑い1例、濾胞腺腫9例は、FN/SFN 7例、悪性の疑い2例であった。悪性腫瘍19例のうち、乳頭癌16例の細胞診は、AUS/FLUS 2例、FN/SFN 2例、悪性12例であった。濾胞癌2例はFN/SFN 2例であった。悪性リンパ腫1例は、悪性の疑いであった。

【考察】細胞診と組織診断の一致率を検討すると、甲状腺乳頭癌では16例中12例が陽性を示し一致率は比較的高かったが、その他の組織型でもある程度は推定可能と考える。当院でのFN/SFNのカテゴリーが広く、腺腫様甲状腺腫等の陰性領域とまたがる病変の多くをFN/SFNに加えている傾向が大きい。他院のデータと比べても明らかにFN/SFNが多い為当院のクライテリアを検討し、診断基準を明確にすることにより、今後さらに精度の高い診断をだす必要がある。

【一般演題】

二段階観察法を用いた尿細胞診判定法の導入と精度の検討

吹田徳洲会病院

下山 夏季 (吹田徳洲会病院 臨床検査科)

金城 満 (製鉄記念八幡病院)

岩井 幸子 (産業医科大学 第一病理)

【背景】尿細胞診の診断基準の標準化を目指して、北九州細胞診クラブ (KCC) に参加し、現在検討されている 9 細胞所見をチェックする方法を習得し、当院の過去 2 年分の細胞診標本を再検討し、興味ある結果を得たので、報告する。

【対象】2017 年 1 月-12 月までの尿細胞診 378 症例と 2018 年 6 月までの 222 件で、同時期に採取された対応する組織標本 57 件(2017 年)、30 件(2018 年)である。【方法】細胞診標本は細胞学会細胞診ガイドライン 1 の図 19 に従って、Class I, II を Negative、Class IIIa と III を atypical cells、Class IIIb, IV を Suspicious for malignancy(SM)、Class V を Malignant(M)とした。これらを KCC9 項目法に従って、弱拡大 3 所見 (孤立散在性、核の大小不同、核腫大) のうち 2 所見が陽性であれば、強拡大 6 所見 (N/C>70%、核偏在、核突出、核型不整、核質増量、核質不均等分布) を観察する方法をとった。

【結果】2017 年は N 78%、A 8%、S 3%、M 11%であったが、2018 年は N 72%、A 5%、S 3%、M 20%となった。2017 年は生検結果との一致率が 50.9%、不一致率が 36.8%、感度 0.478、特異度 0.636 であった。一方、2018 年は診断一致率が 73.3%、不一致率 26.7%、感度 0.667、特異度 0.889、陽性尤度比 6.00、陰性尤度比 0.820 であった。

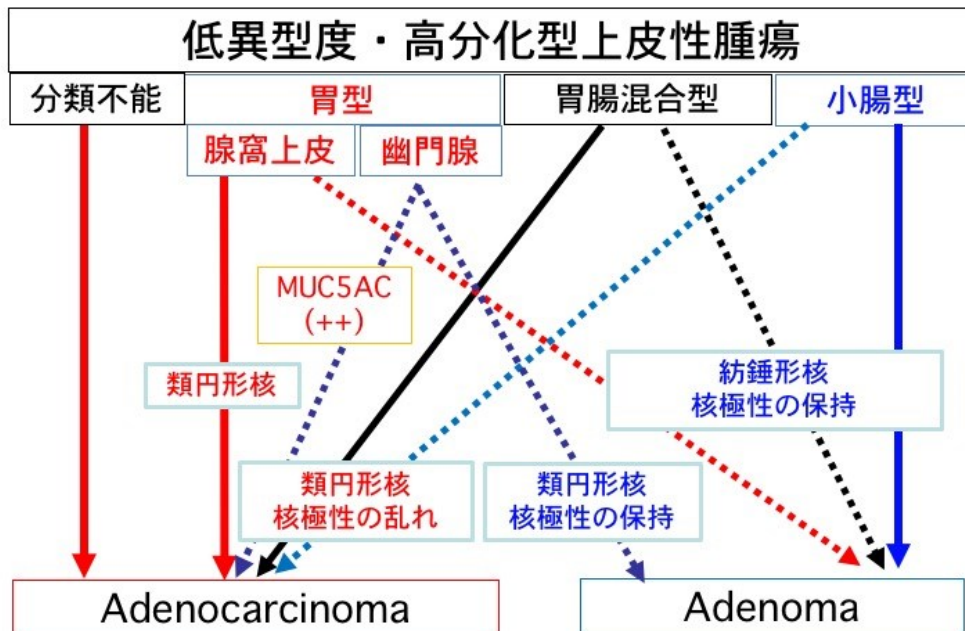
【考察】2018 年度は経験の浅い検査士が中心となって診断を行ったにもかかわらず、KCC の 9 細胞所見法を用い、ある程度の精度を保てたのではないかと考えている。

【MEMO】

欧米では、胃および大腸の粘膜内上皮性腫瘍のうち低分化腺癌は癌と診断されるが、高分化腺癌は dysplasia という用語を用いて癌とは診断されない。本邦では多くの粘膜下層浸潤癌の経験により、浸潤癌成分と粘膜内成分の腫瘍細胞の共通した組織学的特徴を捉えることで、粘膜内でも高分化腺癌と診断するようになってきた。欧米の High-grade dysplasia は本邦では高分化腺癌と診断されるが、切除すべき病変という点では臨床的取扱いには違いはないので、これは単に用語の違いのみである。しかしながら、Low-grade dysplasia の中には腺腫と低異型度（低い N/C 比）の高分化腺癌が含まれており、これらは厳密に区別する必要がある。すなわち、腺腫と癌の鑑別のポイントを理解していないと、低異型度の高分化腺癌が Group 3 病変として経過観察され、進行癌へ伸展してしまうことになりかねない。

胃では低異型度の癌がしばしばみられるためとくに注意が必要である。最近、これまでの経験と文献的エビデンスに基づいた低異型度の上皮性腫瘍の診断アルゴリズム（図）を提唱しているが、実際の症例を提示しながらその診断のポイントを解説する。また、胃においては腫瘍性か再生異型かの鑑別が問題となる症例もしばしば存在するため、これらの鑑別診断のポイントも理解しておく必要があり、実例を示しながら解説する。

大腸では腺腫と癌の鑑別は比較的単純であり、とくに隆起型病変に関しては細胞異型と構造異型が高度になるにつれ低異型度腺腫～高異型度腺腫～腺癌という Adenoma-carcinoma sequence に沿って診断すればよい。ただし、平坦陥凹型（とくに小腸型形質）腫瘍においてはしばしば低異型度の高分化腺癌が混在しているので注意が必要であり、胃形質を有する病変である Sessile serrated adenoma/polyp (SSA/P) に発生する癌は、胃形質を有する胃癌に準じて診断する必要がある。大腸に関しても実際の症例を提示しながら、診断のポイントを解説する。



図：低異型度の上皮性腫瘍の診断アルゴリズム

【MEMO】

【一般演題】

1.原発巣の特定に腹水細胞診が有用だった子宮体部漿液性腺癌の1例

野崎徳洲会病院検査科

北川詩織

【はじめに】 子宮体部原発の漿液性腺癌は比較的まれな組織型であり、筋層浸潤がなくとも腹腔内など子宮外への転移を来すことが報告されている。今回、原発不明癌性腹膜炎が疑われ、腹水細胞診を契機に原発巣の特定に至った子宮体部漿液性腺癌を経験したので報告する。

【症例】 71歳女性。排便時痛と腹部膨満感を主訴に当院受診。CA125高値、画像上に明らかな原発巣は指摘できないものの癌性腹膜炎が疑われた。卵巣・子宮MRI、CF、GIFによる精査でも原発と思われる腫瘍は認めず。腹水細胞診施行。その後、子宮体部生検、単純子宮全摘術および両側付属器切除術+腹膜播種巣生検により、子宮体部原発漿液性腺癌の腹膜播種と診断された。

【細胞所見】 悪性 (class V)。大型核小体を持ち、細胞質に空胞変性を伴う細胞が小乳頭状あるいは小集塊で多数出現。子宮由来腺癌が疑われた。Ki-67(70%),ER(+/-),PAX-8(+),CK7(+),CK20(-),WT-1(-),CEA(-),P53(90%),Vimentin(-),GCDFP-15(-),TTF-1(-)

【組織所見】 体部生検：類内膜腺癌 (G1)

子宮+卵巣：子宮体部に径5cm大の子宮内膜ポリープを認め、その遠位端部に径2.5cmの癌巣が見られる。80%は漿液性腺癌成分、20%はG1相当の類内膜腺癌成分からなる。筋層浸潤や脈管侵襲は認めない。両側付属器に病変を認めない。

腹膜播種巣：同時提出の子宮材料と類似した漿液性腺癌の浸潤性増殖が見られ、子宮体部由来が疑われる。免疫染色の結果は細胞診と一致。

【考察】 子宮体部の漿液性腺癌は萎縮内膜に生じ、子宮外病変を来すことも多い。本症例も画像上は指摘されていなかったが、子宮内膜ポリープに生じた漿液性腺癌が筋層浸潤や脈管侵襲を伴わずに腹腔内に広がり、腹水細胞診を契機に発見された。

【まとめ】 子宮体部原発の漿液性腺癌は比較的まれな組織型であるが、臨床所見等に記載がなくとも常に可能性を考慮する必要がある。

2.腫瘍細胞が腹水中に出現した Dysgerminoma の一例

中嶋 安識 (吹田徳洲会病院 臨床検査科)

久保 勇記 (八尾徳洲会総合病院 病理診断科)

岩崎 由恵 (八尾徳洲会総合病院 臨床検査科)

岡崎 健 (八尾徳洲会総合病院 臨床検査科)

【症例】 19歳女性。既往歴なし。2018年4月に発熱と腹痛を主訴に来院。診察時 CTにて下腹部腫瘍と右水腎症を指摘された。後日、生化学的検査でLDH 3118 U/L、hCG 11.39 ng/mL、MRI所見より右卵巣腫瘍と診断、同月に卵巣腫瘍摘出術を施行された。

【CT所見】 腹部～骨盤内にかけて 113×182×205mmの軟部腫瘍。内部は不均質の成分から成り、一部石灰化や Hair ball 様の所見を伴う。

【MRI所見】 子宮との連続性に乏しく脂肪成分は明らかでない。Gd 造影にて充実性部分は全体に造影されている。右卵巣腫瘍、悪性リンパ腫、硬化性間質性腫瘍、卵黄嚢腫瘍、未分化胚細胞腫、未熟奇形腫等が考慮される。

【術中所見】 右卵巣腫瘍 2436g。腫瘍は漿膜への浸潤なし、癒着なし。腹水黄色透明少量。腹膜病変なし。

【術中採取腹水細胞所見】 赤血球と多数のリンパ球を背景に大型の異型細胞が孤立散在性に出現。上皮性結合は見られない。細胞質は豊富で辺縁明瞭、核は中心性で大型、軽度の核形不整と核縁の不整肥厚を伴い、クロマチンは顆粒状～網状で増量、明瞭な核小体を認める。

【手術組織所見】 肉眼的に 220×140×100mmの病変を認め壊死を伴う。円形～多角形で淡明な細胞質と大型の核小体を持つ大型の異型細胞が敷石状、胞巣状、索状構造をとって増殖し、少量の結合織性間質を伴う。間質にはリンパ球浸潤を伴う。Dysgerminoma と考えられる所見。

【考察】 Dysgerminoma は悪性胚細胞腫瘍の中では比較的頻度が高いが、悪性卵巣腫瘍全体では 1~2%を占める程度である。今回、腹水材料にて組織同様に背景に多数のリンパ球を伴った Dysgerminoma を経験した。腹水中の腫瘍細胞と背景のリンパ球について組織像と対比し、細胞学的、免疫組織化学的に考察を加え報告する。

【一般演題】

3.LBC法を用いた免疫細胞化学染色が原発巣の推定に有用であった肺癌の一例

八尾徳洲会総合病院 臨床検査科病理

八尾徳洲会総合病院 病理診断科

○岡崎健(C T)、岩崎由恵(C T)、久保勇記(MD)

【はじめに】当院では婦人科細胞診は従来法とLBC法との併用、髄液細胞診はLBC法により検査を行っている。今回LBC標本の免疫染色で肺癌子宮転移、癌性髄膜炎を推定しえた症例を経験したので報告する。

【症例】30代女性。倦怠感で近医受診。胃癌の多発肝転移を疑い、精査のため当院受診。肺に異常陰影を認め、EBUS-TBLB、擦過細胞診を行ない、両方に異型細胞を認めた。細胞診ではN/C比大、クロマチン増量を示し、核網は微細顆粒状で不均等分布。核は偏在性で小型核小体を認め、細胞質は泡沫状。腺癌を疑った。免疫染色でCK7(+), CK20(-), TTF-1(+), NapsinA(+), CDX-2(-)の結果より肺腺癌と診断。画像診断にて多発肝転移、多発骨転移も認めた。EGFR遺伝子変異陽性であったため、EGFRチロシンキナーゼ阻害薬を用い治療が行なわれた。治療開始から8ヶ月後、排尿後や歩行時に膣付近の違和感を認め、子宮頸部・内膜細胞診が施行された。内膜細胞診から、きれいな背景の中に通常とは印象の異なる腺癌を疑う細胞を小型集塊で認めた。LBC標本で免疫染色を行ない、TTF-1(+)の結果が得られ、肺腺癌の転移と推定した。さらに治療開始から2年後に、頭痛の症状があり、徐々に増強してきたため髄液細胞診検査を行ない、悪性を疑う細胞を認め、同様に免疫染色を行ないTTF-1(+)であった。

【まとめ】転移を疑う場合、肉眼的細胞所見のみで推定可能な場合もあるが、困難なことも多い。LBC法を用いた免疫染色は、特殊な前処理が必要なく、少量な検体でも対応でき、より早く、客観的根拠に基づいた結果が得られる。他の分野でも検証を重ね、LBC法を用いた免疫染色を活用していきたい。

4.LBC法の自動化 (ThinPrep5000の導入)について

八尾徳洲会総合病院 岩崎由恵

【はじめに】当院は2017年11月に、ThinPrep5000プロセッサーを導入し婦人科、泌尿器、口腔を中心に液状化細胞診(LBC)自動化を図った。自動化導入後の業務運用比較や導入メリットならびにデメリットを報告する。

【施設概要】2017年の年間細胞診件数は9,251件(うち術中迅速細胞診42件)で、婦人科検体比率29.2%である。専任臨床検査技師1名(うち細胞検査士1名)、兼任臨床検査技師6名(うち細胞検査士1名)、一日に配置される臨床検査技師4名である。

【自動化導入メリット】ThinPrep5000プロセッサーはバーコードによる検体バイアルとスライドガラスの自動照合を行い、検体の取り間違いによる医療事故を防ぐことができる。20検体が約40分で自動塗抹され、そのまま自動染色機に装填できるため作業効率は良い。

婦人科は用手法から自動化へ変更となり、塗抹する手間が省けた。口腔は自動化に伴い開始したが、外来で採取後、直接バイアル内でブラシを漱ぐだけで医師による煩雑な塗抹操作は不要である。尿は直接塗抹からLBCに変更し、直接塗抹時のサンプリングや伸展・固定操作などの人為的作業によるバラツキやミスが防止でき概ね標準化された標本が誰でも効率よく作製できるようになった。

【自動化導入デメリット】費用は1件当たり、従来の用手法LBCプレップでは265.6円、ThinPrepではバイアルとフィルターで非婦人科566円、婦人科578円と高い。

尿では血尿、膿尿、結晶尿など細胞量が多いものでは溶血操作や、希釈が必要となる。

【ThinPrep細胞像】婦人科や口腔の扁平上皮病変では背景所見が少なくなり、とても見やすい細胞像になる。

線形異型細胞は直接塗抹に比べやや立体形に見える場合もあるが判定には困らない。胆汁、膵液、胆管擦過など変性が強くすぐに塗抹しなければならない材料にも応用が可能である。

【まとめ】LBC法の自動化について報告した。いろいろな材料をLBCで検討し精度向上に繋げたい。

【MEMO】

抄録

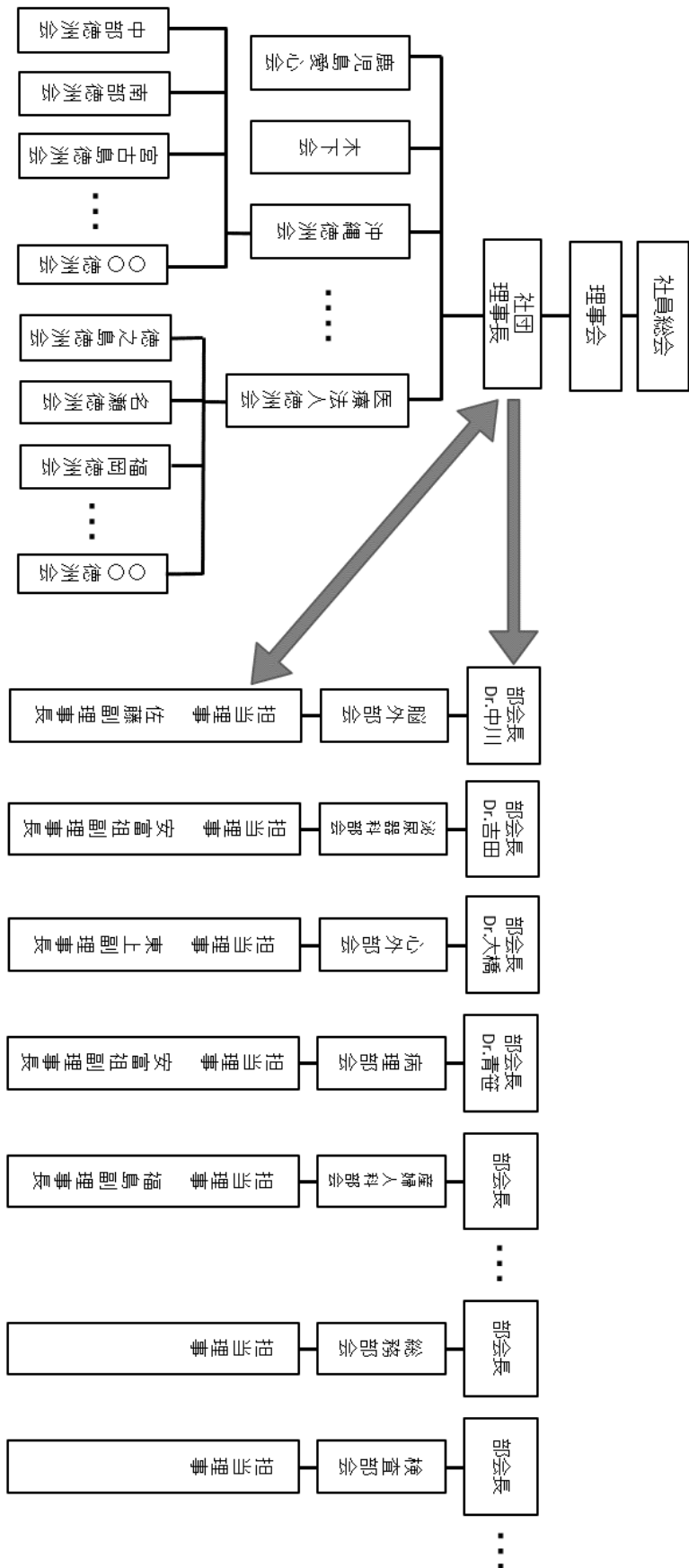
口腔がんは、発生頻度や専門医の数などから稀少癌に分類され、小児がんや軟部腫瘍と同様に扱われているが、それらに比べると認知度という点でははるかに劣っており、対策も遅れている。口腔咽頭癌の我が国での死亡者数は 7800 名を超え、子宮頸がんのそれを大きく上回っている事実は意外と知られていない。診断サイドでも、病理診断や細胞診断には変遷が多く、正しく理解されるためには様々な障害があると言わねばならない。長年、口腔がん早期発見の運動や口腔細胞診の普及に努力してきたが、口腔病理学会でさえ意識が高いとは言いがたい。しかしながら、2015 年に日本臨床細胞学会が細胞診ガイドラインを上梓し、口腔領域も、第 5 巻で従来の Class 分類に変わる新たな報告様式を発表した。これは Class II とされた症例中に「癌」が発見されることが少なからずあり、信頼性、精度の点から疑問視されてきた為である。上皮内腫瘍性変化のうちに発見し、早期発見に結びつけようという試みである。上皮内腫瘍性病変以上を OLSIL と判定し、高次医療機関などで早期に確定診断できれば 5 年生存率も上昇すると思われる。幸い、近年全国の歯科医師会や大学病院などを中心とした「口腔がん早期発見」の動きが高まっている。一般歯科クリニックから依頼される細胞診も増加傾向にある。また口腔外科を経験した歯科医が開業することも多く、口腔領域の生検や細胞診も増加傾向にあり、今後も増加すると予測される。

組織診に関しても WHO の改訂が 2017 年に出版され、従来の dysplasia system を踏襲しているものの、上皮内腫瘍性病変の概念が見直された。かつてから、我が国の口腔領域では「表層分化型のがん」が多いことは認識されており、いまさらの感もないではないが、WHO 分類が整理されたことで使用しやすい面も出てきたと思われる。これを受け、口腔癌取扱い規約も、本年度末には第 2 版が予定されている。第 1 版にあった「OED」も、今回の WHO との混乱をさけるため見直される。今回は、WHO2017 と口腔細胞診の新報告様式を対比する形で解説したい。

口腔がんを含む粘膜疾患は多岐にわたり、手術で切除されるとその修復は容易ではない。なにより早期発見早期治療が望まれる。そのためには臨床医にもさらなる専門的な知識が要求されると共に、診断サイドも細胞診を含む病理診断が重要な意味をもつ。最前線のクリニックから送られてくる検体の処理が、患者さんの予後を左右することになる。

【MEMO】

表 II 社団からみた組織図(鈴木理事長および執行理事会の認識)



徳洲会グループ 病理部会規約

(名称)

第1条

当部会の名称を『徳洲会グループ病理部会』と称する。

第2条

部会は徳洲会病理部門に働く職員をもって構成される。事務局を部会代表者(部会長)が所属する施設に置く。

1. 部会事務局の事務担当者は部会長が所属する施設に於いて選任する。
2. 部会事務担当者は第3条(目的および活動)に関わる全ての部会運営事務管理業務全般を行う。

(目的および活動)

第3条

当部会の目的は、徳洲会グループの病理診断部門の質の向上を図るとともに、当グループに所属する病理医(専攻医、専門医取得後医師)および技師の研修と育成を円滑に行うこと及びグループ内病理医、技師の連携を深めることにある。また、T-KOP(徳洲会九州沖縄病理診断研究センター)をはじめとする徳洲会病理部門の一層の体制整備のために円滑かつ透明性のある運営体制を確立する。具体的には病理部会の連携及び活性化を図ることを目的として次の活動を行う。

1. 病理医師に係わる件

- (1) 病理専攻医、専門医の募集活動に係わること
- (2) 学会の定める専門医取得研修の円滑な運営に係わること
- (3) 学会の定める指針及び徳洲会グループの方針に則った専門研修プログラムの構築・運営の監督と指導
- (4) 病理医、および病理診断科後期研修医の勉強会
- (5) 病理専攻医研修修了後のスタッフ採用への移行に係わる事
- (6) 病理医の指導に当たる指導医養成に関する事

【病理部会規約】

- (7) 病理専攻医研修の実施に関する本部（幹部会等）への提言。
- (8) 病理部会メーリングリストや、病理部会の集まりなどを通したグループ内の病理医の情報および人的交流
- (9) 徳洲会グループ病理診断研究センターを主要な推進エンジンと位置付け、その指導にあたる
- (10) その他

2.病理技師に関わる件

病理診断精度を高め、施設内の病理科の信頼性を向上させる上で、病理技術の基盤を担う病理技師の質の確保は必須である。良質な病理技師の確保と研修体制の確立を目指して次の活動を行う。

- (1) 病理技師の教育、研修に係わること
- (2) 病理技師の採用に係わること
- (3) グループ内の病理技師の情報および人的交流
- (4) その他

(部会総会、委員会および委員の構成)

第4条

当部会は徳洲会病理業務の円滑な遂行を目的として、各種委員会を設置する。部会長の指示のもと病理部会総会および臨時総会、各種委員会を開催する。また、必要に応じて年度限りの常設の委員会を持つことができる。

第5条

病理部会総会は、原則として『日本臨床細胞学会学術集会』時に集会開催地に近い徳洲会施設で開催し、その年度の活動方針を討議し決定する。病理部門の非常勤医師または他科医師、及び施設関係者、研修事務担当者はオブザーバーとして参加できる。緊急の決議を要する場合、各種委員会で解決できない事項が生じた場合、病理部会長は病理部会臨時総会を招集できるものとする。

第6条

部会内に学術委員会、研修委員会をおく。又、必要に応じて委員会を適宜設置

【病理部会規約】

できるものとする。

第7条

委員会は、部会長より推薦された若干名の委員からなり、病理部会総会の決定事項に従って、運営にあたる。

第8条

病理部会長の選任は、徳洲会理事長または幹部会等からの推薦や指名による。任期は2年とし、再選は妨げない。

第9条

病理部会長は、病理部会総会を代表し、第3条に掲げる目的及び活動を、第4条に掲げる会議の決定に従って執行する。

第10条

各種委員会委員は、病理部会総会の決定に従い各施設において第3条に掲げる目的および活動を促進する。委員会委員は、病理部会委員の中から互選され、任期は2年とし、病理部会総会で承認される。再選は妨げない。

(招集)

第11条

病理部会長は、必要に応じて、第4条から第6条に定める委員会を招集し、その議事を運営する議長を指名する。

第12条

第4条から第6条に定められた委員以外でも、議長が必要と認めたときは、関係者を委員会に出席させ、意見を聞くことができる。

(議事)

第13条

病理部会総会および臨時総会は、委任状も含み、構成委員の過半数の出席のも

【病理部会規約】

と、会議を開き議決することができる。

第14条

病理部会総会および臨時総会の議事は、出席者の過半数をもって決するものとする。なお、可否同数のときは、議長の決するところとする。

第15条

本規約の各条は総会出席者の過半数の賛成によりこれを改廃できるものとする。

尚、本部会活動を円滑ならしめるために、別に内規を設ける。

附則：

この規約は、平成28年10月24日より施行する。

徳洲会病理部会内規

徳洲会病理部門に働く者は病理業務内容の向上、学術活動の活性化を不断に追及して、わが国の医療に貢献しなければならない。このためには、グループ病院の病理部門は連携して活動する必要がある。全国の徳洲会グループ病理部門の業務の円滑な運営と改善を図ることを目的として病理部会内に病理運営委員会を設置することとし、ここに内規を定める。

1. 運営委員会は徳洲会病理部門に働く常勤職員をもって構成される
2. 運営委員会内に病理医会と病理技師会を置き、両会は部会長の指示のもとに会の運営にあたるものとする
以下の委員を置く
委員長（部会長が務める）
委員（若干名）
3. 委員の人選は委員長がこれを運営委員会に諮り、総会出席者の過半数の賛成により承認される
委員の任期は2年とし、重任は妨げない
4. 委員会は原則として年一回開催する
5. 委員会は委員長が招集する
6. 委員会において討議、議決した案件は学術集会時に参加者に報告するものとする
7. 運営委員会のもとに学術委員会を置く、会則は別に定める
8. 内規は委員の過半数の賛成によりこれを改廃できる

附則：

この内規は平成28年10月24日より施行する

【将来構想委員会】

将来構想委員会

目的 徳洲会病理体制の刷新、充実についての方策を探り、病理部会、本部へ提言する。委員会の意見、提案は部会長を通じて病理部会、理事会へ通知する。

任命 委員の任命は部会長あるいは病理部門最高顧問からの推薦とする

委員 青笹克之
張ヶ谷健一
福本学
手島伸一
笹栗靖之

任期 任務の重要性に鑑み3年とし、重任可とする。

徳洲会病理部会学術委員会会則

1. 病理部会のもとに学術委員会（以下、本委員会）を設置する。
2. 本委員会は、以下に述べる事項を遂行する。
 - 1) 病理グループ学術集会
 - 2) その他学術に係る事項
3. 学術委員長は病理部会運営委員会にて選任する。
4. 本委員会は、学術委員長と以下の委員で構成する。
 - 1) 学術委員長
 - 2) 病理部会委員医師 4 名
 - 3) 病理部会委員技師 4 名
 - 4) 該当年度の学術集会会長
5. 委員の任期は 2 年とし、再任は可とする。
6. 委員会の業務遂行を円滑にする為に幹事を置くことが出来る。幹事は、本委員会委員のなかから委員長が指名する。
7. 会則の変更は、病理部会運営委員会の議決による。

附則

この会則は、平成 27 年 11 月 22 日制定施行する。

徳洲会病理部会細胞診委員会

顧問	金城 満（製鉄記念八幡病院）
委員長	岩崎 由恵（八尾）
副委員長	福田 有志（札幌東）
委員	立津 千絵（南部）
	小保方 和彦（湘南鎌倉）
	下山 夏季（吹田）
	加藤 拓（成田富里）

会則

1. 徳洲会系の医療機関の細胞診業務の充実を目的として、徳洲会病理部会内に細胞診委員会をおく。
2. 本委員会は徳洲会病理部門に所属する者により構成される。
以下の委員をおく
委員長
副委員長
委員 若干名
3. 委員の人選は運営委員、細胞診委員の推薦により、部会長が総会に諮り総会出席者の過半数の賛成をもって承認する。委員の任期は2年とし、重任は妨げない。
4. 委員会に顧問をおくことが出来る。部会長による任命とする。
5. 細胞診業務の性格上、委員会は委員長の指示によって適宜開催できるものとする。
6. 委員会において討議、議決した案件は総会に報告する。
7. この会則の改廃は部会長により総会に諮るものとする。

附則

この会則は平成29年7月1日より施行する。

発表原稿の準備

口頭発表

- ・発表時間の厳守
- ・略語は最初の使用時に説明する
- ・図は明瞭なもの
- ・表の文字は大きく

論文発表

雑誌毎に所定のフォーマットがあるため、これに準拠して作成する

要約 (Abstract) : 文字制限数厳守

はじめに (Introduction) : ①これまでに明らかになっていることを整理

②これまでに用いられてきた方法、症例の説明

③この研究発表において用いる方法あるいは症例等の新しさ

症例と方法 (Patients and Methods) : 症例の出所、選択の基準

検討方法を示す (読者が再現できるように)

結果 (Results) : 要点のみを明確に述べる

図、表は必要最小限に、特に図は厳選、同じ内容の図の繰り返す使用は厳禁 (主張したい内容を示すものに限定)

考察 (Discussion) : 結果についての考察を加える。結果に示していないものについて言及することは厳禁

①得られた結果を要約する

②得られた結果の意義を従来知見と比較する中で述べる

③本研究の意義と将来的な展望 (課題) を示す

全般的な注意事項

- ・発表は節 (paragraph) よりなる。
各節では一つのことを取り上げる
- ・雑誌は一般的には各種の学会 (例: 日本病理学会、アメリカ病理学会、日本癌学会、米国癌学会等) の依頼により出版社より発行される。この際の雑誌発行費用は学会の負担になるが、その額は膨大なものであり、学会財政に重くのしかかる。このため学会 (雑誌社) は発表内容を簡潔にまとめることを強く要求してくる。Compact and concise
- ・雑誌に投稿された論文は担当の編集員を通じて通常 2 名の審査員 (referee, reviewer) による査読に付される。

Reviewer のコメントに基づき、担当の編集員が採否を決定する

受理 (accept)

小修正の上、再投稿 (minor revision) accept を前提

大修正の上、再投稿 (major revision) accept を前提とせず再査読の結果否決 (reject) の可能性がある

否決 (reject)

発表内容要約（症例研究）

担当者

施設名

連絡先：メール

電話

タイトル

研究の概要（全体で 400 字以内）

目的 （何を明らかにしようとするかを従来の知見と比べて述べる）

対象

方法

結果

考察

結論 （得られた新しい知見とその意義）

コメント（助言者）

発表内容要約（症例報告）（例 1）

担当者 施設名 連絡先：メール 電話

タイトル

Catheterized urine cytology of mucinous carcinoma arising in the renal pelvis : A case report (Acta Cytologica 44:442-444, 2000)

研究の概要（全体で 400 字以内）

年齢,性：81 才,女性

臓器：膀胱

臨床所見：6 カ月間持続する無症候性血尿で受診

逆行性腎盂造影、CT で腎盂、腎杯に腫瘍

自然尿の細胞診では悪性細胞なし、カテーテル尿で腺癌疑い

病理所見：腎摘標本で mucinous adenocarcinoma の診断

尿細胞像：球状の細胞集塊 好塩基性胞体内に空胞を見る

発表のポイント

興味のある（強調したい）点（50 字以内）

腎盂の mucinous carcinoma はまれで細胞診断基準はない。一例の mucinous carcinoma の細胞像を詳細に検討した。

新しい知見（具体的に）（50 字以内）

カテーテル尿を用いた細胞診所見と臨床所見を総合して mucinous carcinoma の術前診断が可能であることを示した。

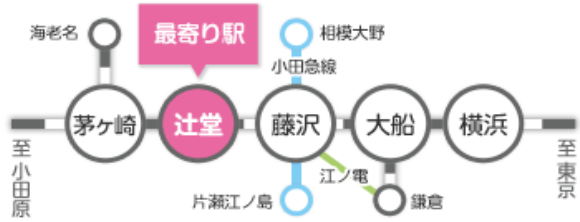
コメント（助言者）

湘南藤沢徳洲会病院アクセス

〒251-0041 神奈川県藤沢市辻堂神台 1-5-1
 JR 辻堂駅から徒歩約 8 分



電車をご利用の場合



動画「辻堂駅から湘南藤沢徳洲会病院までの歩き方」<http://fujisawatokushukai.jp/access/map.html>

【MEMO】

【MEMO】

