第１３回徳洲会病理部会学術集会

抄　録　集

日時：2026 年 11 月 23 日（月）14:00～17:30

2026 年 11 月 24 日（火）　9:20～12:35

会場：イオンコンパス幕張会議室

挨　拶

今年で第１３回目を迎える徳洲会病理部会学術集会は多忙な病理部会員の時間と経費を考慮して秋期細胞診学会の際に開催してきました。本年はイオンコンパス幕張会議室で開催しますが、勤務等で現地参加の困難な会員にも参加の機会を開くために初のハイブリッド開催としました。準備に関わられた病理部会事務局及び本部の関係者に感謝申し上げます。

集会プログラムは学術委員会を中心に準備されました。これまでの腫瘍に係る演題ではなく、特別講演１では国立循環器病センターの畠山金太先生による「心血管疾患の病理：基本的な病理像と最近の話題」としました。剖検例などの検討の際に役立つ知見が得られるものと期待されます。特別講演２の大河戸光章先生による「HPV 単独検診時代に細胞診は何を見るのか- HPV 遺伝子型別リスクと細胞診トリアージの課題-」も感染症を扱ったものです。この他にミニレクチャー、シンポジウムと多彩な内容となっています。

本年８月初旬の執行理事会において徳洲会沖縄病理センター（南部病院）と西関東病理センター（東京西病院）の設置が承認されました。この結果、２０２７年４月には徳洲会病理部会は全国に８病理センターを運用することになります。病理センターは”保険医療機関の病病（診）連携による病理診断“を推進しています。現在の６病理センターは全国の７０を超える医療機関と連携病理診断を行っていますが、今後連携施設の一層の増加が見込まれます。この様に徳洲会病理部会はわが国の病理診断体制の中核的位置を占めるに至っています。

病理部会は病理業務と並んで、学術面の一層の向上、充実を目指しています。詳しくは年報の「学術業績」の項をご覧ください。第１３回学術集会に際して、２０２５年に部会員が行った学術発表を学術委員会で評価して、坪佐朱莉技師（岸和田病院）の「脂肪滴が充満する中皮腫細胞が胸水中に多数出現した悪性中皮腫の１例」（日臨細胞会誌; 64(3): 148-154, 2025.）を最優秀賞、島袋貴子技師（南部病院）の「扁平上皮分化を伴い，多彩な細胞像を示した甲状腺未分化癌の 1 例」（日臨細胞会誌; 64(2):94～101.）を優秀賞として選定しました。集会の場で表彰式をおこないます。”量より質“といいますが、普段の活動の中から、質の高い発表ができてくるものです。会員の皆さんの一層の努力を期待しています。

最後に本学術集会の関係者をはじめとして、医療法人徳洲会の変わらぬご支援に対して、部会員を代表して厚くお礼を申し上げます。

2026 年 11 月 23 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 23 日（月）

14：00～14：05　開会の挨拶
青笹　克之（徳洲会病理部門最高顧問/病理部会長）

14：05～14：20　新任病理医師・技師紹介
司会：中島　明彦（徳洲会病理部会副部会長）

14：20～14：40　【一般演題】
座長：北村　幸郷（徳洲会山陰病理副センター長）
1. 瀧澤　克実（福岡徳洲会病院）
「UAB（University of Alabama at Birmingham)で経験した
POLE 変異子宮体癌１１例の臨床病理学的・組織学的検討」

14：40～15：40　【特別講演１】
座長：鍋島　一樹（徳洲会九州病理センター長）
畠山　金太（国立循環器病研究センター病理部部長）
「心血管疾患の病理：基本的な病理像と最近の話題」

15：40～15：50　休憩

15：50～16：50　【特別講演２】
座長：桝澤　容子（徳洲会北関東病理センター長）
大河戸　光章（杏林大学保健学部臨床検査技術学科教授）
「HPV 単独検診時代に細胞診は何を見るのか
― HPV 遺伝子型別リスクと細胞診トリアージの課題 ―」

16：50～17：05　2025 年学術的情報発信の総括と学術奨励賞表彰
中塚　伸一（徳洲会大阪病理センター長/学術委員会委員長）

17：05～17：15　技師運営委員会より報告
永田　麻水（東京西徳洲会病院）

17：15～17：30　総会

【プログラム】

11 月 24 日（火）

9：20～10：00　【ミニレクチャー】
座長：石川　典由（徳洲会南関東病理センター長）
1. 山城　勝重（日鋼記念病院病理診断科科長）
「Cytopathology Case Videos, CCVs の紹介」
2. 岩﨑　由恵（徳洲会病理部会事務局部長）
「病病連携と診療報酬について」

10：00～10：40　【一般演題】
座長：丸山　理留敬（徳洲会山陰病理センター長）
1. 丸山　理留敬（出雲徳洲会病院）
「乳腺 tall cell carcinoma with reversed polarity の一例」
2. 鈴木　正章　（千葉西総合病院）
「病理報告書の既読管理の試み」

10：40～11：20　【一般演題】
座長：長島　美幸（羽生総合病院）
3. 手塚　穣之介（湘南鎌倉総合病院）
「当院病理検査室内で未然に防ぐインシデント対策について」
4. 中島　歩　　（八尾徳洲会総合病院）
「特発性肺胞蛋白症の一例」

11：20～11：30　休憩

11：30～12：30　【シンポジウム】実践 EUS-FNA
座長：樋口　佳代子（沖縄協同病院病理診断科部長）
1. 伊藤　仁　　（湘南藤沢徳洲会病院）
「膵 SPN の細胞診」
2. 安藤　暢崇　（千葉西総合病院）
「LBC を用いた EUS-FNA の検体処理方法」
3. 西川　裕子　（八尾徳洲会総合病院）
「ROSE の現状について」

12：30～12：35　閉会の挨拶　中塚　伸一（学術委員会委員長）

【特別講演１】

心血管疾患の病理：基本的な病理像と最近の話題

国立循環器病研究センター 病理部
畠山　金太

循環器領域の疾患には、心疾患、大動脈・冠動脈疾患、血管炎・血管奇形、弁膜疾患に大きく分類される。これらの疾患の中で日常的に遭遇するもの、あるいは稀ではあるが病理医として知っておくべき疾患を中心に、最近の知見を踏まえて概説する。心疾患では肥大型心筋症、拡張型心筋症、拘束型心筋症の臨床病理について簡潔に述べた後、新しい治療法の開発により注目されている二次性心筋症の心内膜心筋生検の診断ポイントについて詳述する。心筋炎については従来より使用されているダラス基準の問題点を説明して、最新の考え方や分類を紹介する。さらに拡張型心筋症の進展機序の原因として近年注目されている慢性炎症/慢性活動性心筋炎(2023 年改訂日本循環器学会ガイドライン分類)について我々の施設における臨床研究データを概説して、心筋生検における CD3 陽性 T リンパ球の浸潤程度が予後推定に重要で治療介入の根拠となる可能性を示す。心筋炎については 150 例以上について国立感染研との共同研究で PCR 法（MR-Multiplex RT-qPCR 法）にて 200 種類以上の病原体検索を行ったが、その結果についても提示する。近年、がん治療の進歩によりがんサバイバーが増加しているが、反面、がん治療関連心機能障害 CTRCD が問題となっている。病理からみた CTRCD/Oncocardiology について自験例を提示しながら、その発症機序についてヒストン蛋白のアセチル化と p53 過剰発現の関与について説明する。さらに免疫チェックポイント阻害剤関連心筋炎についてコンサルテーション 45 例のまとめを紹介する。大動脈・冠動脈疾患については大動脈瘤、大動脈解離、大動脈炎、冠動脈血栓症を提示して、最後に稀な疾患ではあるが臨床的に重要な疾患で強く印象に残っている剖検例について提示したい。

【特別講演２】

HPV 単独検診時代に細胞診は何を見るのか
― HPV 遺伝子型別リスクと細胞診トリアージの課題 ―

杏林大学保健学部臨床検査技術学科　大河戸　光章
国際医療福祉大学保健医療学部医学検査学科　岡山　香里
金沢医科大学産婦人科学　笹川　寿之

子宮頸がん検診は、細胞診を中心とした検診から HPV 検査を起点とする検診へと大きく変化しつつある。HPV 検査は高い感度を有する一方、HPV 陽性女性のすべてが高異型度病変を有するわけではなく、その後のリスク層別化が重要となる。特に、HPV 遺伝子型による発がんリスクの違いをどのように捉え、細胞診トリアージに結びつけるかは重要な課題である。

われわれは、HPV 陽性女性を対象として、HPV 型と CIN2+の病変との関連を検討してきた。高リスク HPV をα種別に解析すると、HPV16/18 以外においても CIN2+リスクには明らかな差が認められ、α9 に属する HPV 型では高いリスクを示す一方、HPV56 を含むα6 では低い傾向が認められた。また、一般的な高リスク HPV 検査の対象外の possible high-risk HPV について検討したところ、HPV 型によって CIN2+との関連は一様ではなく、HPV82 では高いリスクが示された。これらの結果は、「HPV 陽性」を一括して扱うのではなく、遺伝子型ごとのリスクを考慮する必要性を示唆している。

一方、HPV 単独検診では、HPV 陽性者から精密検査対象者を選別する細胞診トリアージの精度が検診全体の有効性を左右する。そこでわれわれは、HPV 陽性女性の細胞診標本を用い、経験豊富な 3 名の判定者による再評価を行った。組織学的に CIN2+であった症例においても、ASC-H 以上と判定する割合には観察者間で差が認められた。現在、こうした判定不一致例について細胞像の詳細な再検討を進めている。その過程で、目立つ細胞集塊の異型度のみならず、標本中に少数かつ孤立性に出現する小型異型細胞の認識が、CIN2+症例を拾い上げるうえで重要である可能性が示唆されている。これらの所見を含め、細胞診判定の差を生じさせる形態学的背景について検討している。

本講演では、HPV 遺伝子型別の CIN2+リスクと細胞診トリアージにおける観察者間差およびその形態学的背景を紹介し、HPV 単独検診時代に高リスク病変を見いだすために細胞診は何を見るべきかを考えたい。

膵 SPN の細胞診

湘南藤沢徳洲会病院　病理診断科
伊藤　仁

超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）は、経消化管的に超音波で病変を確認しながら穿刺により病理検体を採取する手技である。対象は消化管から EUS で描出および穿刺アプローチが可能な臓器・病変であるが、現在、最も一般的な臓器は膵で、膵癌の確定診断や膵腫瘤の鑑別診断に利用され、ROSE にも応用されている。

充実性偽乳頭状腫瘍（SPN）は、一般的に若年女性の膵尾部にみられる比較的予後良好な膵腫瘍とされる。EUS-FNA を用いた SPN の術前診断は良好であり、近年では診断だけでなく縮小手術（腹腔鏡下手術など）の治療方針決定にも大きく貢献している。臨床上、最も重要視されているのが神経内分泌腫瘍（NET）との鑑別であるが、両者は通常の画像診断や細胞診だけでは区別が難しい場合がある。特に SPN は若い女性に多いとされる腫瘍のためか、男性では FNA（組織診・細胞診）の正診率が低い傾向を示したとの報告がある。

SPN は、組織学的に円形核と弱好酸性～淡明な胞体を有する腫瘍細胞が胞巣状に増殖し、硝子化した線維性間質を示す。腫瘍の先進部では，膵実質との間に炎症細胞浸潤を伴わない像を呈し、腫瘍内に取り残された小葉が島状に散見され、周囲膵実質へ置換性に進展する特徴的な像を示す。免疫組織化学的にβ-catenin が核内に陽性を示すことが特徴的である。細胞像は、比較的均一で大小不同に乏しい小型の細胞が散在性あるいは血管間質にまとわりつくように認められる。細胞質はライトグリーン好性の泡沫状で、類円形、有尾状～突起状を示し、核小体は小型のものが 1 個か、あるいは目立たないものが多い。また、しばしば特徴的な硝子様間質がみられる。SPN は小型均一な腫瘍細胞、毛細血管など NET の細胞像と類似するが、有尾状～突起様細胞質や硝子様間質がみられた場合は、性別年齢は考慮し過ぎないことが肝要である。

SPN の細胞診について、前職の東海大学医学部付属病院での知見を参考に概説する。

【シンポジウム】

LBC を用いた EUS-FNA の検体処理方法

千葉西総合病院
安藤 暢崇，神林 な奈絵，鈴木 みのり

【はじめに】
超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）は、膵・胆道疾患をはじめとする深部臓器病変の確定診断に不可欠な検査法である。適正検体採取の確認や確定診断率向上のためオンサイト迅速細胞診（ROSE）の有用性が知られているが、当院では直接塗抹標本の作製や ROSE は行っておらず、LBC 法（BD SurePath 法非婦人科材料の用手法）を運用している。EUS-FNA 検体における LBC 法の有用性および手技を紹介する。
【方法】
当院では EUS-FNA 時に技師 1 名が赴き検体処理を行う。内視鏡医が 22G～25G の針で EUS-FNA を行い、検体を時計皿上に押し出す。生理食塩水で針管をフラッシュし噴出された細い組織検体をろ紙に貼り付け 10%中性緩衝ホルマリン固定し組織標本とする。時計皿に残った血性液状物をスポイトでサイトリッチ RED 固定液に移し細胞診検体とする。噴出された検体に白色調の組織が採取できたか内視鏡医と共に肉眼で観察し不十分と考えられた際には上記の手順で再穿刺を行う。
固定した細胞診検体を遠心し上清を捨て沈渣に精製水を加え攪拌する。2 回目の遠心後、上清を捨て沈渣に精製水を 300μl 加え攪拌、セットしておいたチャンバー内へ分注し 10 分間静置する。スライドトレイを逆さにして過剰な水分を捨て 95%エタノールで 2 回洗浄する。逆さのまま 10 秒程度置いた後、95%エタノールにスライドを入れパパニコロウ染色を行う。
【結果（有用性）】
標本の適正化や高い細胞回収率があげられる。直接塗抹法では実施者の技術によって標本の出来栄えが左右されるが、LBC 法では即座の固定により乾燥や挫滅が回避され、均一で細胞の重なり合いの少ない標本が作製可能である。また、組織検体がほとんど採取されず、液状検体のみの場合でも検体を余すこと無く回収し標本作製が可能である。
【まとめ】
当院における LBC 法（BD SurePath 法非婦人科材料の用手法）による EUS-FNA 検体処理は直接塗抹や ROSE を行えない体制下においても標本の適正化・検体回収率の向上を可能にする有効な手法である。

ROSE の現状について－気管支鏡検査を中心に－

八尾徳洲会総合病院　病理診断科
西川 裕子，中島 歩，室木 魁人，岩﨑 由恵
南部 尚子，久保 勇記，寺田 信行，中塚 伸一

ROSE(rapid on-site evaluation)は、気管支鏡検査または内視鏡検査中に採取された細胞をその場で迅速に染色・鏡検し、診断に必要な細胞が採取されているのか、追加採取が必要かを判定し、その結果を臨床医に口頭で報告する手法である。当院の気管支鏡検査時の ROSE の運用と現状について紹介する。

ROSE は基本的に予約制とし、悪性腫瘍または腫瘍性変化が疑われる症例を対象としている。依頼時には症例の臨床情報や臨床的に疑われる疾患を確認する。検査開始時には、必要な機器・試薬を搭載した ROSE カートを検査場所に搬入し、迅速染色の準備をする。気管支鏡検査では臨床医または臨床工学技士が検体の塗抹を担当し、検体採取の連絡を受けてから、細胞検査士２人が検査場所に出向く。1 名が迅速染色を行い、もう 1 名が鏡検して目的細胞の有無を確認し、結果をその場で臨床医へ報告する。非小細胞癌が疑われる場合は残検体を AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル用に前処理して保存し、悪性リンパ腫が疑われる場合には表面マーカー検査用に培養液中に保存する。

ROSE の利点としては診断に必要な細胞量を確認することで不適正標本を減少させ、追加採取の必要性を判断できるため、気胸や出血など検査に伴うリスクの低減につながることが挙げられる。また、遺伝子検査や表面マーカー検査の為に腫瘍を含む適正な検体を確保でき、迅速な検体処理が可能となるほか、担当医の採取技術の向上や治療方針決定の迅速化にも寄与すると考えられる。一方、迅速な対応による細胞検査士の精神的負担、通常標本とは異なる条件で判定することへの不安、検査室外での標本作製・鏡検による負担、検体採取終了までの拘束時間が長く通常業務に影響することなどが課題となる。

本発表では、当院における ROSE の実際の運用に加え、ROSE で判定している細胞像や迅速標本と永久標本における細胞像の違いについても実例を提示しながら報告する。

【ミニレクチャー】

Cytopathology Case Videos, CCVs の紹介

日鋼記念病院　病理診断科
山城　勝重

Cytopathology Case Videos, CCVs は 2-4 分程度の長さのインターネット上のビデオで（vimeo.com に収載）、主に細胞検査士が、鏡検、マークしたスライドを、顕微鏡下に焦点を変えて観察している視野を再現している。その目的は 1) 細胞標本に実際に接する時間がとれない医師、臨床検査技師の教育、研修のためであり、2) 学術集会の症例検討、外部精度管理での利用も考慮し、3) 従来の細胞診の平面的理解から立体的解釈を行えるツールにまで高めることも展望する。2024 年 10 月に当院の倫理委員会で審査され公開の承認を得ている。

作成方法は Windows 11 環境下で Panoptiq(Views IQ 社)を使ってパノラマ画像と焦点を変えた顕微鏡ビデオ撮影を行い、Macintosh 環境下で Keynote を使って編集し、自動再生のビデオに書き出す。マニュアル操作が主体であり、1 例の作成に 3 時間ほどかかる。

現状、本年 9 月末には CCVs は 600 例以上の upload が完了している。検体種別では泌尿器系、子宮頸部/体部、体腔液、リンパ節、膵/胆道が多く、甲状腺/唾液腺が続く。CCVs の長さは平均 192 秒、焦点の変わるビデオは平均 15.1 視野であった。ポータルサイトを当院のサイトに立ち上げた。
https://www.nikko-kinen.or.jp/ccv/ccv.html

CCVs の認知は十分と言えず、今後組織として取り上げるなどの活動が必要と思われる。

【ミニレクチャー】

病病連携と診療報酬について

徳洲会病理部会事務局
岩﨑　由恵

徳洲会病理部会では、病理診断センターがグループ内外の医療機関と連携し、適切かつ質の高い病理診断の提供を推進している。病理領域における病病連携では、連携先医療機関において、連携する病理診断センターの診断体制に基づき病理関連診療報酬を算定することが可能であり、その報酬は両者の協議により適切に配分される。

病理関連診療報酬は、標本作製料と病理診断料・判断料に大別される。2026 年度診療報酬改定では、病理診断管理加算の見直しや特殊染色加算の新設など、病理診断の質向上と適正評価を目的とした改定が行われた。病理診断では診断前後に追加検査が行われることがあり、算定漏れを防ぐための運用体制の整備が重要となる。

本発表では、2026 年度改定のポイントを踏まえ、病病連携における病理関連診療報酬の実務上の留意点について整理し解説する。

【一般演題】

UAB（University of Alabama at Birmingham)で経験したPOLE変異子宮体癌１１例の臨床病理学的・組織学的検討

福岡徳洲会病院　徳洲会九州病理センター
瀧澤 克実，鍋島 一樹

【はじめに】

子宮体癌は、POLE-ultramutated、dMMR、p53abn、no specific molecular profile（NSMP）の４つの分子サブタイプに分類されることが知られている。なかでもPOLE-ultramutatedは予後良好群に分類されるが、本邦ではPOLE変異解析を日常診療として実施することが容易ではない。今回、米国アラバマ州のUABに半年間留学し、NGS検査を自施設で実施している大学病院におけるPOLE変異解析の実際を経験した。そこで抽出したPOLE変異子宮体癌11例について、臨床病理学的所見および組織学的特徴を検討したので報告する。

【症例】

2023年から2025年にUABで切除された子宮体癌613例（子宮肉腫を除く）を対象とし、NGS検査によりPOLE変異を認めた11例を抽出した。これらについて、臨床病理学的所見、組織像、tumor-infiltrating lymphocytes（TIL)、p53免疫染色所見を検討した。

【組織所見】

11例中8例はhigh-grade morphologyを示し、いずれも特定の組織型への分類が困難な、いわゆるambiguous morphologyを認め、POLE変異に特徴的とされる所見を認めた。残る3例はFIGO grade 1またはgrade 2の類内膜癌であり、POLE変異を予測することは困難であった。それらの病期はpT1が2例、pT2が1例であった。脈管侵襲は著明なものを3例、その他に軽度～中等度の脈管侵襲を3例に認めた。各症例におけるTIL、p53免疫染色所見についても併せて検討した。

【まとめと考察】

POLE変異子宮体癌には､既報のとおりhigh-grade morphologyやhigh tumor-infiltrating lymphocytesなど、特徴的な組織像を示す症例が存在する。一方で、組織像のみからPOLE変異を確実に予測することは困難であり、low-grade類内膜癌では組織学的にPOLE変異を疑うことが困難な症例も認められた。しかしながらPOLE変異子宮体癌は予後良好であり、特にFIGO stage I～IIでは分子分類を加味することで低リスク群として扱われ、術後補助療法の省略が考慮される。患者の治療方針決定に有用な情報となるPOLE変異を組織学的に疑い、適切な分子検査へつなげることができるのは病理医であり、病理診断において分子分類を意識することは重要と考える。

【一般演題】

乳腺 tall cell carcinoma with reversed polarity の一例

出雲徳洲会病院 病理診断科[1)]　ひゃくどみクリニック[2)]

丸山 理留敬[1)]，北村 幸郷[1)]，百留 美樹[2)]

【はじめに】

乳腺の tall cell carcinoma with reversed polarity (TCCRP)は WHO 分類第 5 版と乳癌取り扱い規約第 19 版から掲載されている、極めて稀な腫瘍である。我々はその一例を経験したので報告する。

【症例】

71 歳女性。父が AFP 産生胃癌で死亡しているが、他に特記すべき家族歴なし。自覚症状もない。健診のマンモグラフィー等で右 C 領域に 1.5cm 大の乳腺腫瘤を指摘され、マンモトーム生検で悪性と判明し、右乳房部分切除と術中センチネルリンパ節生検が施行された。最終病理診断は TCCRP，pT1c，pN0，切除断端陰性。術後は放射線治療のみで、現在約 1 年再発なし。

【組織所見】

豊富な線維性間質を背景に不整な形状を示す腫瘍胞巣が増生しており、腫瘍胞巣内では篩状腺管の形成や充実乳頭状構造が見られた。腺腔内には好酸性分泌物を容れていた。腫瘍細胞の核には甲状腺乳頭癌類似の所見が見られ、核の極性が反転した部分も目立った。一部には泡沫組織球の集簇も見られた。免疫染色ではいわゆる triple negative (TN)で basal-like であったが、組織学的グレード 1，Ki-67 LI は 3%で核分裂像もごく少数であった。腫瘍細胞は thyroglobulin と TTF-1 陰性。Calretinin，anti-mitochondria Ab、IDH2(poly)が陽性で、S-100，CEA，c-kit，pan-TRK は陰性であった。

手術材料を用いた遺伝子検索で IDH2 p.Arg172 の変異が証明された。ETV6-NTRK3 融合遺伝子は検出されなかった。

【考察】

低グレードの TN 乳癌を見た際には TCCRP を鑑別に挙げ、形態を充分に把握した上で甲状腺癌の転移と乳腺分泌癌を除外することが肝要である。TCCRP は TN ながら非常に予後良好とされているが、本邦の症例数は少なく慎重な経過観察が望まれる。

【一般演題】

病理報告書の既読管理の試み

千葉西総合病院　病理診断科

鈴木　正章

【はじめに】
当院では 2021 年 8 月 1 日から既読管理を開始した、その後問題点を抽出し、管理のレベルを高めることになった。その経過を紹介したい。
【方法】
1. 組織診、細胞診で、確認ボタンを押すようにする。
   病理と放射線で、同じようにボタンを設定する。右上、黄色
2. 悪性、悪性疑にアラート通知を開始する。
3. 『良性でも確認ボタンを押すように』、お願いする。
4. 代理確認ボタンの開始
   カルテをみて、担当医が確認していることが明らかな症例で、確認ボタンを押していないだけの症例は、病理で確認ボタンを押す。
5. 放置代理確認ボタンの開始
   死亡例、転院例、受診なし、終診で、良性であり、未確認でも差し支えないものは、各科の部長の許可のもと、代理で確認ボタンを押す。
6. 次回予約日の管理を行う
   全症例の次回予約日を、所見メモに入れて、未読症例に加えないようにする。
   次回予約日後、予約日の再設定、代理確認、放置代理確認を行う。
7. 組織診で受診後の未確認症例には、追加アラートを出す。
8. 細胞診で受診後の未確認症例は、追加アラートを技師が反対し、■技師管理とする。
9. 本日の受診予定患者の中で病理の未読リストがある例をリストアップし、毎朝外来に配布する。

【結果】
1. アラート例は確実に確認されたが、半年後、良性例 6000 件が未読であった。
2. 当初悪性、悪性疑にアラートを付けたが、後日、細胞診のⅢ、Ⅲb にもアラート送付を始めた。
3. 未読例が一定数までは減ったが、底をついた。次回予約日前の症例が減らないことが分かった。
4. 5. 代理確認ボタン、放置代理確認ボタンが約 8%で、5000 件になった。
6. 次回予約日前の症例が 450 件位あり、これらは未読症例に入れないことにした。
   修正後の未読症例は減った。特に泌尿器科分、産婦人科分が減少した。
7. 組織診の放置がほぼなくなった。
8. 細胞診の放置は、■技師管理とし、22 例。様子を見ている。
9. 科別の未確認症例リストを、外来へ配布開始後、代理確認、放置代理確認が減少した。一人で 1000 件の代理ボタンを生じさせていた臨床医（産婦人科）も、確認ボタンを押せるようになった。

【考察】
1. 病理（医師、技師）、臨床の都合を聞きながら、問題点を検討しつつ、徐々に既読管理の内容を強めていった。現時点で、未確認が 22 例（■技師管理）、未読率 0.01%位になった。
2. 病理支援システムで、次回予約日の検索ができないので、すべての症例の次回予約日を所見メモに転記する必要が生じている。今後、病理支援システム内で、＜10 月 10 日の受診予定患者で、確認ボタンがブランクの症例＞の検索ができるようにして欲しい。将来的には、AI 機能も利用できるようになるとありがたい。
3. 別扱いの■技師管理は現在 22 例となったが、今後の技師のより積極的な活動が期待される。

【一般演題】

当院病理検査室内で未然に防ぐインシデント対策について

湘南鎌倉総合病院　検査部　病理診断部
手塚 穣之介，島村 幸一，小保方 和彦，菅原 隆，程島 就，髙橋 洋一郎，赤間 咲月，
髙野 美瑠，青山 泰士，岸本 賢二
國分 直仁，上野 悠，内藤 航、野口 雅之，髙屋敷 典生

【はじめに】

病理検査は、検体の受付から切り出し、包埋、薄切、染色、標本作製、外注依頼に至るまで多くの工程を手作業に依存しており、ヒューマンエラーに起因するインシデントが発生する可能性がある。特に病理検査は、癌の確定診断やコンパニオン診断など、患者の治療方針決定に直結する重要な検査であり、インシデントの発生は診療に重大な影響を及ぼす可能性がある。そこで当院では、過去 1 年間に発生したインシデントを分析し、発生状況と原因を明らかにするとともに、再発防止策を検討した。

【方法・結果】

2025 年 9 月から 2026 年 8 月までに当院病理検査室で発生したインシデント 19 件を対象とし、発生状況、原因および対策について分析した。19 件のうち、技師および病理医に起因するものは 15 件であった。発生状況では、切り出し・包埋時が 7 件、外注依頼時が 5 件であり、その他に標本整理時のラベル貼付間違いやホルマリン払い出し時の確認ミスなどが認められた。原因としては、作業中または作業後の確認不足が大半を占めていた。対策として、作業終了時の確認手順の明確化や、作業者以外によるダブルチェックを実施するとともに、外注依頼書の作成など、機械化可能な業務についてはコンピューターを活用し、手作業を削減する方策を検討した。

【まとめ】

インシデント分析から、再発防止には「確認工程の確実な実施」と「手作業の削減・業務の自動化」が重要であると考えられた。多忙な業務環境においても、作業の節目に確認工程を組み込み、必要に応じてダブルチェックを行うことは、エラーの早期発見に有用である。また、人的確認のみならず、コンピューターによる業務支援を積極的に導入することで、ヒューマンエラーそのものを発生させにくい仕組みづくりが可能となる。今後もインシデントを継続的に分析し、個人の注意力に依存しない安全な病理検査体制の構築を目指したい。

【一般演題】

特発性肺胞蛋白症の１例

八尾徳洲会総合病院　病理診断科
中島 歩 (CT), 坪佐 朱莉(CT), 室木 魁人(CT), 西川 裕子(CT), 岩崎 由恵(CT),
南部 尚子(MD), 久保 勇記(MD), 寺田 信行(MD), 中塚 伸一(MD)

【はじめに】
肺胞蛋白症（pulmonary alveolar proteinosis：以下 PAP）は、末梢気腔内にサーファクタント由来物質である顆粒状蛋白様物質が異常に蓄積するびまん性肺疾患であり、特発性（自己免疫性）、続発性、先天性がある。PAP の多くは無症状で発症し、緩徐に進行する呼吸困難感、低酸素血症、二次感染、および肺線維症などを引き起こすことがある。今回、血清中に抗 GM-CSF 抗体が陽性となった特発性肺胞蛋白症の症例を経験したため報告する。
【症例】５０歳代、男性
【主訴】発熱、咳、痰、労作時呼吸困難
【家族歴】兄弟全員小児喘息あり
【既往歴】胃潰瘍、左大腿骨頭壊死、高血圧、アルコール性肝炎、胆石、小児喘息、COPD、慢性鼻炎、座骨神経痛
【現病歴】上記主訴にて近医受診し、当院紹介となった。CT より肺野全体にびまん性陰影を認め、COPD 悪化のため加療目的で入院。肺胞蛋白症の疑いであったが、バイタル良好のため経過観察の方針となり退院となった。しかし、画像上改善を得ず、確定診断目的で気管支鏡検査を行い、細胞診、組織診にて肺胞蛋白症と診断。
【気管支肺胞洗浄液の肉眼所見】乳白色調
【細胞診所見】パパニコロウ染色で、ライトグリーン好性の無構造物を認めた。PAS 反応を施行し陽性を示す無構造物を認め、肺胞蛋白症と診断。
【組織診所見】肺胞腔が拡張し、肺胞内に好酸性物質を認めた。好酸性物質は PAS 陽性で、ジアスターゼ抵抗性を示し、肺胞蛋白症と診断。
【診断後経過】クラリスロマイシン、ムコダイン開始。全肺洗浄を検討中。
【結語】
今回、血清中に抗 GM-CSF 抗体が陽性となった特発性肺胞蛋白症の症例を経験した。肺胞蛋白症は非常にまれな疾患であり、多くは無症状で発症し、軽症であれば経過観察で寛解することもある。しかし、重症化すると低酸素血症などを引き起こすことがあるため、確定診断を早期に行い、重症度にあわせた治療を開始する必要がある。

Perspectives （将来展望）

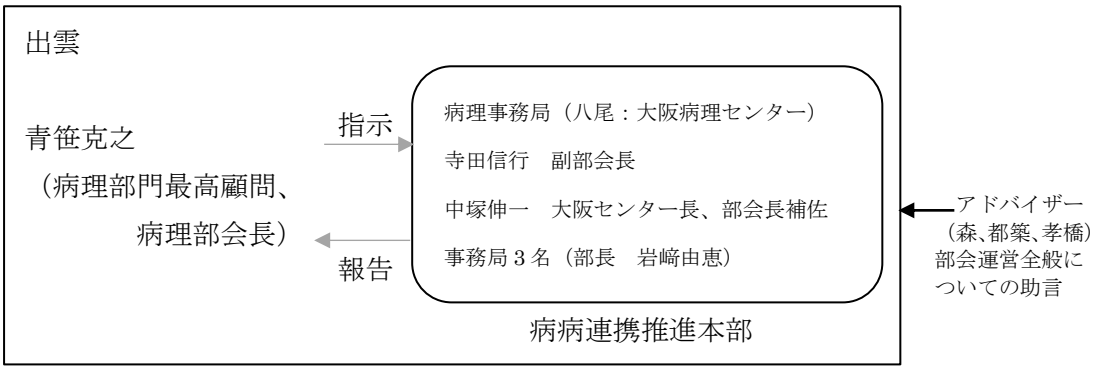
徳洲会病理診断研究センターを中心とする病理業務実施施設は徳洲会の医療、特にがん医療の重責を担うとともに、わが国の病理分野の発展に寄与することを目指す。この目標達成の一環として病病連携を通じた徳洲会病理診断研究センターの拡充を推進する。自由、闊達な運営を通じて病理医師、技師の成長を支援する。

Structure （組織）

病理部会事務局は病理部会幹部会と連携して活動する。会員の徳洲会の医療施設及び病理部会員の声に耳を傾け風通しの良い運営を行う。

徳洲会病理部会管理運営表

管理体制
－幹部会－
部会長：青笹克之（病理部門最高顧問）
副部会長：寺田信行（大阪病理センター）、中島明彦（西関東病理センター）
アドバイザー：森秀樹（大垣徳洲会病院顧問）、都築豊徳（愛知医科大学教授）、
孝橋賢一（大阪公立大学教授）



運営担当分担	担当者	
財務、庶務	寺田信行	損益管理
機器	中島明彦	機器選定
学術、インターネット	中塚伸一	学術集会企画・運営、IT 環境整備
研修	石川典由	施設認定等
病病連携推進　事務局	事務局	病病連携の拡充 連携条件、状況の検討と改善

担当者は病理部門最高顧問（病理部会長）の指示、あるいは自らの判断で案件について意見や提案を行う

Contents　（構成）

病理部会幹部会の指導のもと、運営委員会、学術委員会、細胞診委員会などの委員会活動を活発に推進し、開かれた活動を目指す。病理業務の点検、総括を通じて病理機能の質的、量的な向上を目指す。

【病理部会管理運営】

運用

管理運営（幹部）会議

運営全般についての検討、点検	春・秋病理学会および徳洲会学術集会の際に適宜開催 青笹克之、寺田信行、中島明彦、鍋島一樹 森秀樹、都築豊徳、中塚伸一
事務局運営会議	毎月　病理事務局 青笹克之、寺田信行、中塚伸一 事務局員
機器選定会議	毎月　機器選定委員会（WEB 会議）
病理センター運営会議	年一回　各センター
学術集会	年一回　秋期細胞診学会の開催地
各種委員会、総会	年一回　学術集会の際に
その他	課題についての部会長の指示により会合をもつ

病理センター構想：着想の背景、意義、現状及び将来について

背景

わが国の一般病院における病理診断体制の歴史

1. わが国では大学病理学教室は主に形態学を基盤とする病気の成り立ちの研究を本務としてきた。このため、1970 年代以前には研究を終了した多くの医師は臨床科へ移動していき、ごく少数の病理医が例外的に病院に勤務し、病理診断業務を行っていた（一人病理医)。
2. 1970 年代後半に入ると一般病院の病理業務が増加して、一人病理医では十分な業務対応が困難となったため大学医局から病理医が派遣されて診断業務の補助を行うようになった。やがて二人の常勤医体制を取る病院も出現してきたが、主流は一人病理医であった。
3. 一人病理医は休みが取れない、診断に苦慮する時に身近な相談相手がいないなどの問題点を抱えていた。二人病理医体制では当番制や診断内容に関する相互の思惑や意見の相違などにより、病理医が協調して業務を遂行する環境にない場合が多々見られた。
4. 歴史的にみて一人あるいは二人の常勤病理医体制は事前の十分な検討と計画・準備のもとに実施されたものでなく、上述した無計画な”自然の成り行き“の結果であるため本来受け身の体制である。このため当初より多くの課題を孕んでいたが、最大の問題はマンパワーの不十分な中で計画的な業務運営ができないことであった。
5. 米国ではわが国とは異なり病理医がグループを形成して集団として病理業務を受託してきた。

保険医療機関間の病病（病診）連携による病理診断の導入（厚生労働省）

病理診断はがん医療の出発点として位置づけられる重要なものであり、わが国の医師免許を有する病理専門医によって担われる。しかしながら、わが国では病理専門医の数が少なく、多くの医療機関では常勤病理医が不在である。このため、厚生労働省は平成 17 年（２００５年）に総務課長名で”保険医療機関間の病病連携による病理診断”に関する通知を出した。常勤病理医の勤務する地域の基幹病院は病理医不在の医療施設より病理診断業務を受託することができるというものである。

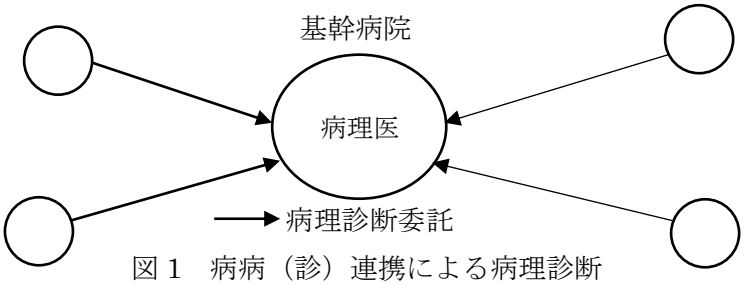


図１　病病（診）連携による病理診断

病病（診）連携による病理診断体制の整備

従来、病理医不在の小規模医療施設（A）は”病理標本”を作成のうえ病理医の常勤する基幹病院（B)に病理診断を委託することになっていた。このため A は病理検体を民間検査会社に送付して、病理標本を作成のうえ B に病理診断を委託しなければならない。

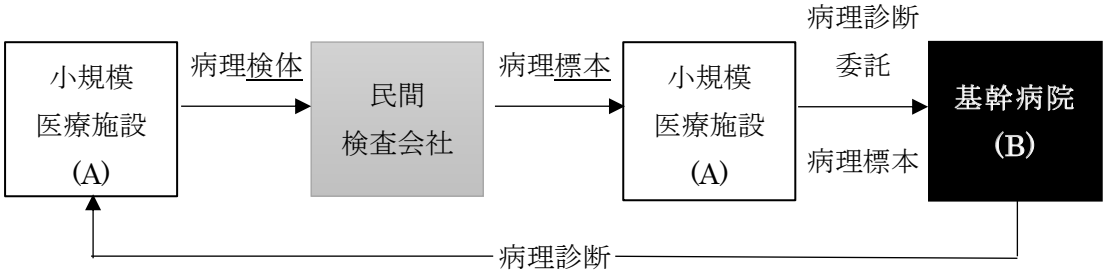


図 2　病理診断委託には基幹病院に標本を送付しなければならなかった

このシステムは病病連携を普及させるうえで大きな障壁となっていた。このため、２０１７年６－８月に厚生労働省保険課（課長補佐、主任）を訪問し、以下の要請とその根拠を説明した。「病病連携における病理診断において“病理標本”に加えて“病理検体”そのものを受託施設へ送付し、病理診断依頼ができるように制度を整えていただきたい」。その結果、２０１８年４月より、“病理検体”を送付して病理診断を委託することが可能なように制度が改善された。これにより病病連携による病理診断への道が大きく開かれることになった。

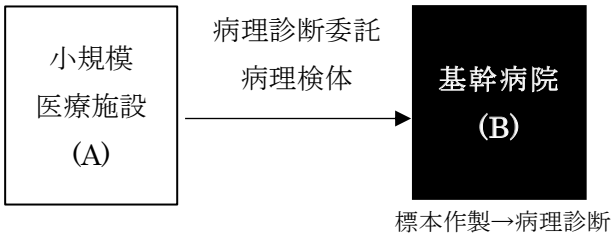


図 3　病理検体による病理診断委託

徳洲会病理部門の整備

徳洲会医療施設の状況

徳洲会は全国に７０以上の一般医療施設を展開するわが国を代表する医療集団であるが、小―中規模の施設が大半で、病理業務量も一般医療施設より少ない。しかしながら、がん医療への対応策の一環として病理機能を整備する必要があった。規模が小さいこと、伝統的に救急が医療の中心であることなどのため、剖検を除く病理業務量は少ない。このため一人病理医体制が常態化して病理機能の維持、充実が困難な状況にあった。

病理センターの設立と展開

徳洲会は鹿児島離島に多くの小規模病院を運営しており、いずれも病理検体は民間検査会社に提出されていた。福岡徳洲会病院には常勤病理医が一名の技師とともに勤務していたが、一人病理医であり、年間の病理組織診断件数は 3,000 件に満たないものであった。

そこで２０１６年、福岡徳洲会病院に徳洲会九州・沖縄病理診断研究センターを設置し、鹿児島離島及び沖縄の宮古島、石垣島からの病理診断の受託を開始した。その結果、業務量、人員ともに増加し、現在は大学病院に匹敵する十分な病理診断体制を敷くに至っている。

九州・沖縄病理センターの良好な運営状況に確信を得て、その後、大阪、藤沢、出雲、名古屋に病理センターを設置して病理業務、人員ともに拡充させている。

表１　徳洲会病理センター（2025 年）

センター名	所在地	常勤 病理医	非常勤 病理医	病理 技師	病理組織 診断件数	細胞診 件数	剖検数
九州	福岡	4	6	9	15,851 件	7,328 件	5 例
山陰	出雲	3	1	4	5,150 件	2,131 件	1 例
大阪	八尾	4	8	12	13,423 件	22,015 件	12 例
東海	名古屋	2	1	3	2,350 件	2,133 件	4 例
南関東	藤沢	3	0	8	10,554 件	15,570 件	7 例

病病連携の拡充

病理センターの人員増大、設備の充実は病理機能の向上につながり、病病連携は当初の徳洲会病院のみでなくセンター周辺に位置する一般医療施設へと拡大している。常勤病理医不在の周辺医療施設の生検や手術標本の病理組織診断、細胞診、術中迅速診断、剖検の委託を受け入れることにより、地域医療に貢献している。

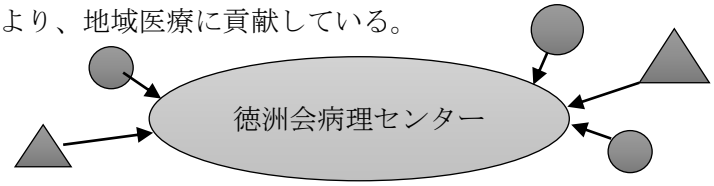


図 4　徳洲会病理センターは徳洲会施設●のみでなく周辺の一般医療施設▲の病理業務を受託している。

病理センターのメリット

徳洲会は２０１６年以来、人員、機材などを集中させた病理センターを全国の５地区で運営している。人員と業務量の増加とともに収支状況も安定的な運営を可能としている。病理センターのメリットを表２にまとめた。

表２　病理業務のセンター化によるメリット

業務の集中による診療報酬の増加（安定した運営）
人員の集中による余裕ある柔軟な病理業務運営
設備の充実
学会参加や研修機会の増加
豊富な症例を用いた臨床研修の実施

病理業務体制の new paradigm としての病理センター

大学病理学教室、病理診断科で病理経験を積んだ病理医の多くは人員規模の小さい市中病院（大学関連病院）に勤務することが通例である。関連病院の少ない大学に在籍中の病理医にとって勤務場所の選択の幅は狭い。また、関連病院病理診断科では一人病理医が依然として主流で、数少ない人員で時間的制約の多い勤務の中では夢のある次のステップは描きづらいのが現状である。病理センターを中心とする病理運営には以下のメリットがある。

◉大学間の壁に左右されない自由な勤務空間
◉充分な人員のもとでの計画的な運営
◉余裕のある勤務条件の設定
◉研究、研修機会の増加

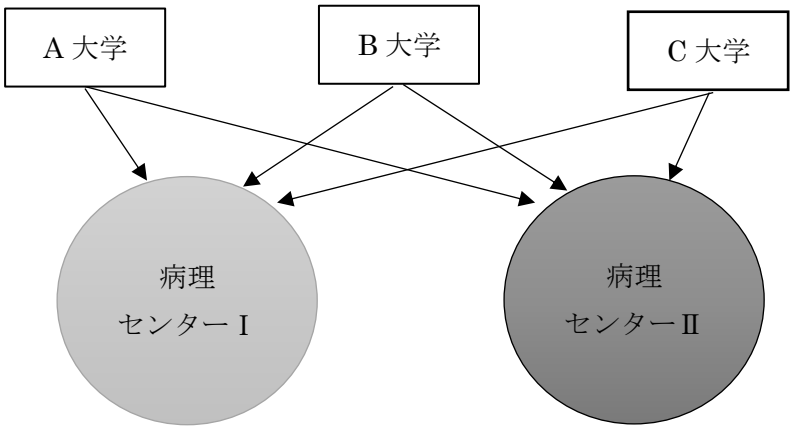


図５　病理センターは大学横断的な運営

以上に述べた分析と経験により、病理センターを基幹とする病理診断体制の整備と運用はわが国の実情に即したものと確信し、その普及に期待したい。

【病理部会管理運営】

医療法人徳洲会は創設者の徳田虎雄先生の方針のもと、大学医学部および附属病院との良好な関係を築き協力や指導を受けているが、一般の大学関連病院とは異なり人事面等では自律的運営を続けている

徳洲会病理部会の人員

常勤医　47 名
非常勤医　59 名
病理技師　139 名　（CT：85 名　MT：54 名）

徳洲会病理センター

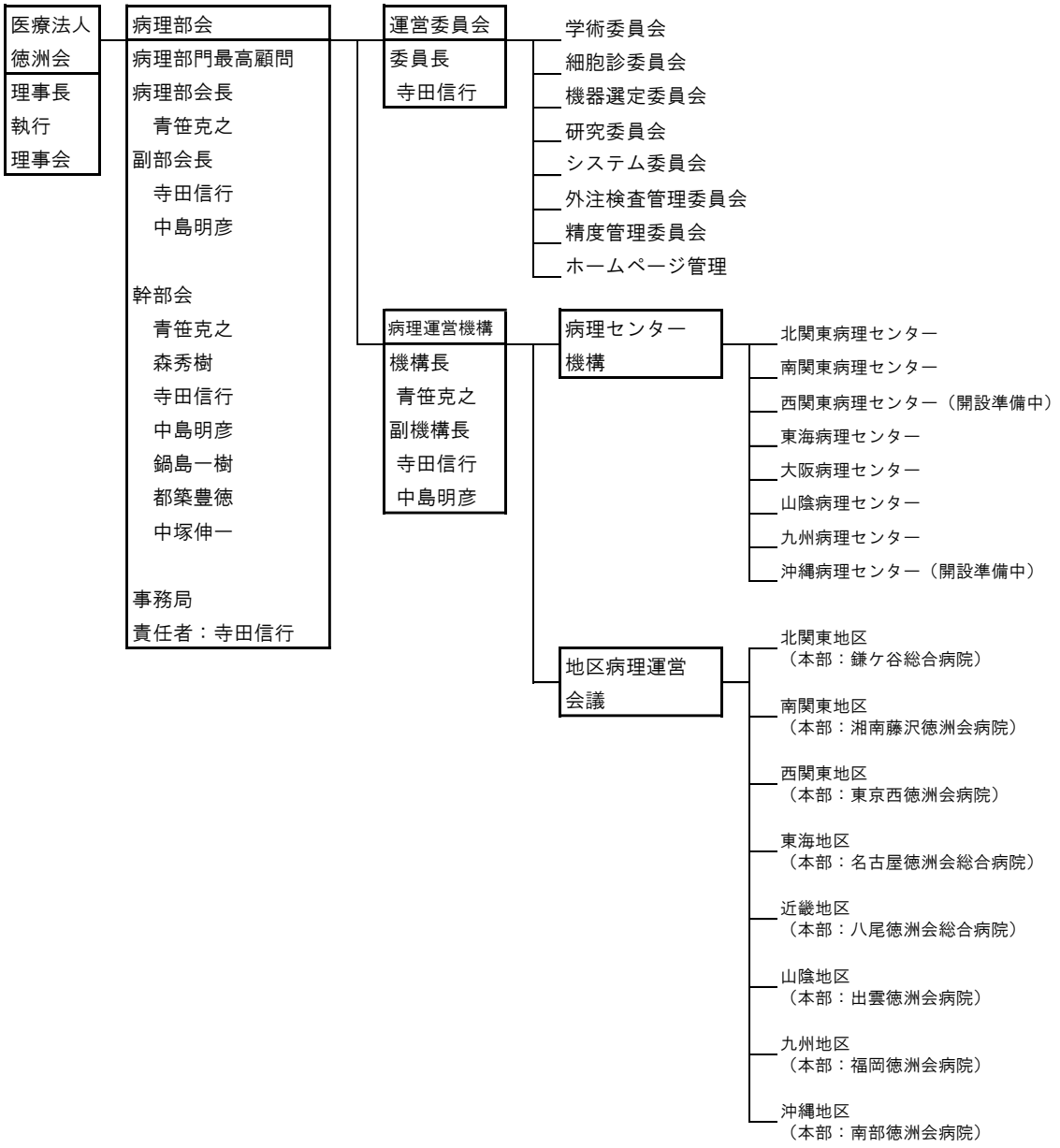
	所在地	参加施設　(*)病理解剖のみ (**)術中迅速診断のみ (***)免疫染色のみ
九州・沖縄	福岡	長崎北、二日市、屋久島、笠利、徳之島、沖永良部、与論、名瀬 石垣島、宮古島、鹿児島、大隅鹿屋、中部、南部
山陰	出雲	宇和島、高砂西部、斐川生協病院、松江生協病院、雲南市立病院** 出雲市民病院、公立八鹿病院、藤井政雄記念病院、松江記念病院 吉野産婦人科、おおつ内科クリニック、ひゃくどみクリニック ふちわき耳鼻咽喉科クリニック、松江歯科口腔外科クリニック たばら医院
大阪	八尾	生駒市立、松原、神戸、近江草津、六地蔵、東大阪、東佐野 阪南中央、厚生会第一、恵生会、厚生会第一、正和、貝塚記念 菊池内科、新井クリニック、元林産婦人科内科 なかたに歯科、Taka デンタルクリニック、中井歯科医院 八尾市立病院**、城山病院**、医真会八尾総合病院***、 愛染橋病院*、森之宮病院*、中部
南関東	湘南藤沢	茅ヶ崎、白根、湘南大磯、湘南厚木、山内葉山ハートセンター 新家クリニック、大船中央病院、湘南慶育病院、湘南病院
東海	名古屋	準備中
北関東	鎌ケ谷	四街道、古河、館山、皆野、さいたま記念

徳洲会関連施設の病理組織診断業務は従来の衛生検査会社中心から、病理センターに集約中で、現在病理組織診断の約 9 割以上が集約済み。現在、東北地区の徳洲会 4 病院の病理業務も北関東病理センターに集約中である。今後も拡大すべく人員を補充中で、当面常勤医 50 名程度を確保する。

2026 年 4 月、新たに北関東病理センターが加わり、全国で 6 病理センターが稼働している。現在、沖縄地区、西関東地区もセンター開設に向けて準備中である。

徳洲会病理部会は、わが国の主要な病理集団として病理学分野の発展に寄与する。

徳洲会病理部会機構図


医療法人
徳洲会
理事長
執行
理事会
病理部会
病理部門最高顧問
病理部会長
青笹克之
副部会長
寺田信行
中島明彦
幹部会
青笹克之
森秀樹
寺田信行
中島明彦
鍋島一樹
都築豊徳
中塚伸一
事務局
責任者：寺田信行
運営委員会
委員長
寺田信行
学術委員会
細胞診委員会
機器選定委員会
研究委員会
システム委員会
外注検査管理委員会
精度管理委員会
ホームページ管理
病理運営機構
機構長
青笹克之
副機構長
寺田信行
中島明彦
病理センター
機構
北関東病理センター
南関東病理センター
西関東病理センター（開設準備中）
東海病理センター
大阪病理センター
山陰病理センター
九州病理センター
沖縄病理センター（開設準備中）
地区病理運営
会議
北関東地区
（本部：鎌ケ谷総合病院）
南関東地区
（本部：湘南藤沢徳洲会病院）
西関東地区
（本部：東京西徳洲会病院）
東海地区
（本部：名古屋徳洲会総合病院）
近畿地区
（本部：八尾徳洲会総合病院）
山陰地区
（本部：出雲徳洲会病院）
九州地区
（本部：福岡徳洲会病院）
沖縄地区
（本部：南部徳洲会病院）

補 1-1

徳洲会病理部会規程

［病理部会活動に係わる包括的規程］

一、病理部会は医療法人徳洲会理事長の監督、指導のもと適切な運営を目指す。

一、病理部会は、徳洲会グループ病院（以下「グループ」という）の病理医、病理検査技師、その他グループ病理部門の職員により構成される。

一、病理部会長は、部会幹部会での協議を基に、病理部門最高顧問より指名される。

一、病理部会長は病理部会の運営、指導にあたる。

一、病理部会長は病理センター運営機構（以下「運営機構」という）を組織し、その最高責任者（以下「機構長」という）を兼務する。

一、運営機構は、機構長、副機構長、アドバイザー、及び病理センター機構事務局（以下「事務局」という）で構成され、病理センター運営会議（以下「運営会議」という）を主催し、各病理センターを統括管理する。

一、病理部会長は、部会幹部会より提案された年度運営方針・計画及び実績、その他重要事項等を執行理事会に諮り承認を得る。

一、病理センター管理・運営規程は下記に定める。

徳洲会病理センター管理・運営規程

［概括］

徳洲会病理部会は 2026 年 11 月時点で 7 病理センターを運用することになった。九州病理センター（Tokushukai Kyushu Pathology Center）、大阪病理センター（Tokushukai Osaka Pathology Center）、山陰病理センター（Tokushukai San-in Pathology Center）、南関東病理センター（Tokushukai Southern Kanto Pathology Center）、東海病理センター（Tokushukai Tokai Pathology Center）、北関東病理センター（Tokushukai Nothern Kanto Pathology Center）、沖縄病理センター（Tokushukai Okinawa Pathology Center）である。この病理センターを基軸として徳洲会病理システムの更なる充実、発展を計っていくにあたり、病理センターの管理、運用規定をここに定める。

［**運営機構及び病理センター運営会議**の機能・役割］

一、運営会議は、運営機構、および各病理センター長で構成する。

一、運営会議では、運営機構が策定するグループの病理システムの充実・発展を企図した全体の年度運営方針・計画を審議（決議）されるとともに、各病理センターの運営実績が報告される。**年度運営方針・計画には、各病理センターの業務量・人員配置・教育・設備投資にかかる事項を含むものとする**。

一、その他病理センター運営に係る重要な事項を審議する。
一、運営会議は、各病理センターの運営管理・監督を行う。
一、病理センターに所属する職員の人事については、徳洲会グループの就業規則等に則るが、病理センター最高責任者（機構長）は、上記年度運営方針・計画に基づき、各病理センターの構成員、病理医の採用及び運営体制等に関し、意見を述べることができる。
一、病理センターの設備投資の執行は、徳洲会グループの手続きに則るが、機構長は、上記年度運営方針・計画に基づき、設備投資に関し、意見を述べることができる。
一、運営機構は、各病理センターの業務実績の（下記(五)、(六))報告様式を制定する。

［地域病理センターの活動と管理・運用規程］
一、病理センターの運営は、病理部会活動の一環として位置づけられる。
一、各病理センターは、機構長の監督、指導のもと、センター長が運営に当たる。
一、病理センターには副センター長を置くことができる。副センター長はセンター長を補佐してセンターの円滑な運営に当たる。
一、センター長は責任を持って所属センターの以下の任務に当たる。
(一) 病理診断体制の構築、運営
(二) 病理診断の精度管理
(三) センターの年度方針・計画を立案・申請
(四) 運営計画・業務の適切な執行
(五) 各週月の病理業務実績の把握および管理
(六) 各月の病理センターの損益の把握および管理
一、病理センター長は病理センター運営会議において病理業務の遂行状況を報告しなければならない。

2022 年 6 月 18 日確定

病理運営委員会（任期2年）

委　員　長：	寺田　信行	（八尾）
病理医会：	丸山　理留敬	（出雲）
	石川　典由	（湘南藤沢）
	柳内　充	（札幌）
病理技師会：	長澤　光久	（主任　　福岡）
	永田　麻水	（東京西）
	西川　裕子	（八尾）
	伊藤　仁	（湘南藤沢）

研 究 委 員 会（任期２年）

委　　員　　長　：鍋島　一樹　（福岡）

委　員　　医　師　：丸山　理留敬（出雲）

中塚　伸一　（八尾）

石川　典由　（湘南藤沢）

委　員　　技　師　：坪佐　朱莉　（岸和田）

精度管理委員会（新設）

委　　員　　長　：北村　幸郷　（出雲）

委　　員　：丸山　理留敬（出雲）

遠山　祥子　（宇治）

徳洲会病理部会学術委員会

委　員　長	中塚　伸一	（八尾）
委員　医師	久保　勇記	（八尾）
	石川　典由	（湘南藤沢）
	北村　幸郷	（出雲）
	桝澤　容子	（鎌ケ谷）
	山城　勝重	（日鋼記念）
委員　技師	長島　美幸	（羽生）
	足立　穂美	（名古屋）
	室木　魁人	（八尾）
	程島　就	（湘南鎌倉）

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. 学術委員長の選任は病理部会長の指名による。
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 5 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。

令和 8 年 6 月 11 日改訂

徳洲会病理部会細胞診委員会

顧　　問	樋口　佳代子	（沖縄協同病院）
委　員　長	島袋　貴子	（南部）
	北川　詩織	（野崎）
	岡﨑　健	（岸和田）
	知花　宗仙	（中部）
	長坂　祥朗	（東京西）
	藤川　純子	（湘南藤沢）
	岩谷　幸	（出雲）

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。

この会則は平成 31 年 4 月 1 日より施行する。

徳洲会病理部会機器選定委員会

委員長	中島　明彦	（東京西）
技師会	伊藤　光洋	（千葉）
	長澤　光久	（福岡）
	神林　な奈絵	（千葉西）
	中谷　翔喜	（名古屋）
	古川　朋美	（福岡）

病理部会 機器選定委員会規約

委員会の任務：病理業務に関わる機器の適切、適時の購入を調整する。

委員の選任：病理部会長が選任し、徳洲会理事長に報告し承認を受ける。

委員の構成：委員長１名　　委員５名
　　委員長は病理医師、委員は病理技師を持ってこれに充てる。

任期：委員長、委員共に１年とし、再任可とするが、人員の流動性を確保する。

2023 年 4 月 1 日
徳洲会病理部会

【システム委員会名簿及び規約】

システム委員会

委員長	中塚　伸一	（八尾）
委員	後藤　優子	（福岡）
	鈴木　雄太	（札幌）
	新井　直子	（千葉西）
	岩﨑　由恵	（八尾）
	青山　裕一	（出雲）

システム委員会規約

＜委員会の設置＞

１．徳洲会病理部会にシステム委員会（以下、本委員会）を設置する。

＜委員会の目的＞

２．病理業務の効率化、業務実績管理、データの蓄積と適正な管理を目的として、システムの適正な運用と改善について協議する。

＜委員の構成＞

３．本委員会は徳洲会施設の病理部門に所属する職員で構成し、委員長１名を病理医師、委員若干名を病理医師および臨床検査技師によって充てる。

＜委員の選任＞

４．委員長は病理部会長が選任する。委員長の推薦により、委員を病理部会長が選任する。

＜委員の任期＞

５．委員の任期は 2 年とする。再任は可とする。

＜委員会の開催＞

６．委員会は原則として２ヶ月に１回定期的に開催し、必要に応じ追加開催する。

７．委員会には TIS、SSI の代表者が参加する。

付則．この規約は 2023 年 2 月 1 日より施行する。

イオンコンパス幕張会議室アクセス

〒261-0021 千葉県千葉市美浜区ひび野2-4　プレナ幕張6階



JR 京葉線「海浜幕張駅」南口 徒歩 1 分

懇親会会場「個室居酒屋 和ノ音 海浜幕張店」

日時 ： 2026 年 11 月 23 日（月）午後 6 時～

会場 ： 千葉県千葉市美浜区ひび野１-14 aune 幕張 2F



ＪＲ京葉線「海浜幕張駅」北口 徒歩 1 分

学術集会会場から徒歩 10 分