

病理外来の実践

Practice of Pathology Clinic

たに やま きよ み
谷 山 清 己
Kiyomi TANIYAMA

はじめに

病理診断は、腫瘍性疾患などの形態的最終診断となるが、患者等の一般市民にその存在は知られていないのがわが国の現状である。従来病理専門医は、臨床医に専門的な病理診断を伝えることを基本として、例外的な事例を除いて患者に直接会って病理診断を説明することは行っていない。この慣習にはいろいろな背景があるが、最終診断である病理診断が冷静に、できるだけ客観的に行われるためには、患者とは会わない方がよいと言われてきたことが要因の1つと思われる。しかし、近年の患者意識の高まり、知りたいと思う権利の主張を聞くにつけ、病理診断を聞きたいと願う患者には、当事者である病理専門医が直接話すのが良いと考えるに至った。約10年前から、臨床医に私の考えを伝え、希望する患者（剖検例の場合は遺族）がいる場合には、病理診断の説明を開始したが、同じ病院内で臨床医が患者に対して任意にその意向を聞く程度であり、正式な外来としてのシステムではなかった¹⁾。

当センターでは、2002年12月から剖検例を対象として遺族の要望を調査し、要望がある場合に剖検病理診断についての説明を開始した²⁾。その活動実績や実際の患者への説明経験を踏まえ、病理外来の需要を確信することができたので、平成18年2月より、病理外来を開設した（図1）。本稿では、病理外来開設以前に行った乳がん患者を対象とした基礎的検討を報告し、外来開設の意図を説明する。併せて、そのシステムを紹介する。

I. 乳がん患者を対象とした基礎的検討

1. 対象と方法

2004年2～11月までに乳がんと診断され当センター外科にて手術された64例の患者を対象とした。外科医が、病理診断について病理専門医からの説明があることを患者に伝え、病理専門医からの説明を希望する患者に対して術後に病理専門医が病理診断の説明を行った。具体的には、病理専門医ががん細胞と正常細胞の顕微鏡像をテレビモニターで提示して、本人に癌細胞を見てもらった。本人が希望すれば切除臓器肉眼像や顕微鏡像をカラー印刷して手渡した。また、患者担当の看護師が病理外来に立ち会い、その後病棟にて病理外来の効果についてアンケート調査を行った。

2. 結果

64例の患者の中から、時間的調整がつかない、などで対象外と外科医が判断した16例を除いた48例のうち、病理専門医からの説明を希望した乳がん患者は24例（50%）、希望しなかった乳がん患者は24例（50%）であった。それらの平均年齢は、56.8歳と63.6歳であり、病理診断の説明を求める患者は求めない患者より若い傾向が見られた。腫瘍の大きさ、リンパ節転移の有無やセンチネルリンパ節対象の有無では差は見られなかったが、乳房部分切除か全切除かという手術方法では、これら2群間に有意差が見られた（表1）。

病理専門医が提示した内容と患者が質問した内

「病理外来」が始まります

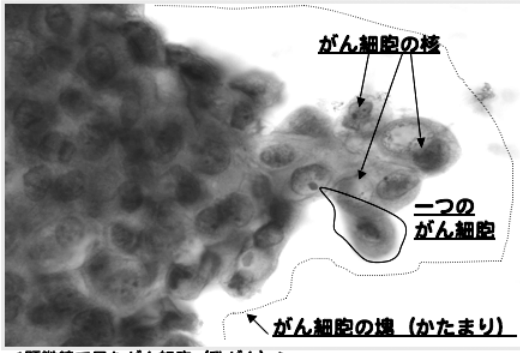
2006年2月から毎週水曜日：10時～12時、15時～17時
国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター

病理診断とは？

(パンフレット「病理診断って なに？」は当センター玄関に置いてあります)

担当の先生が、「ちょっと細胞を取って調べてみましょう」とか、
「手術して病気を調べてみましょう」とか言ったとき、
実際に顕微鏡で細胞や組織を観察して病気の性質（がん、前がん病変、炎症とか）を決める診断のことです。その診断に基づいて治療方法が決まることが多いのです。

当センターには、病理診断を専門に行う病理専門医が常勤しています。




* 病理外来では *

病理診断を病理専門医から、直接聞くことができます。
他の施設で受けた病理診断を、当センターの病理専門医から改めて説明してもらえます（セカンドオピニオン）。
ご自身の病気を写したカラー写真や顕微鏡写真をもらうことができます。
病理専門医から説明を聞くと、病気に対する理解が深まり、治療に積極的になることが期待されます。

病理外来を申し込むには？

病理外来を受診するには予約が必要です。
当センターで行われた病理診断の説明には、通常診療と同様な手続きが必要です。
他施設で行われた病理診断のセカンドオピニオンには、当センターで取り決めた経費が別途かかります。
他施設での病理標本と病理診断書は、ご自身で借り出してください。
当センターでの病理診断については主治医を通して、そして他施設の病理診断については地域医療連携室を通して、予約を行ってください。

図1 病理外来開始を公示したポスター

表1 病理専門医による説明と患者諸因子の関係

病理 説明	症例数	平均 年齢	手術方法		pT		リンパ節転移		センチネルリンパ節	
			部分	全体	Tis,1	2 以上	陽性	陰性	対象	非対象
諾	24	56.8	18	6	14	10	10	13	16	8
否	24	63.6	11	13	13	11	8	13	11	13
他	16									

*p=0.06(NS)； **p=0.04； pTis、上皮内癌； pT1、早期がん； pT2 以上、進行がん

表2 病理専門医からの提示・譲渡と患者からの質問

病理 または 患者	内容	症例数 (n=21)
病理からの提示・譲渡	顕微鏡像	21 (100%)
	臓器肉眼像	16 (76%)
	印刷・顕微鏡像	2 (10%)
	印刷・肉眼像	1 (5%)
	病理診断書	0
患者からの質問	乳がん病巣	7 (33%)
	リンパ節転移	4 (19%)
	切除断端	2 (10%)
	術後転移	3 (14%)
	予後	2 (10%)
	治療	10 (48%)
	病気の原因	5 (24%)

表3 病理専門医からの説明を聞いて感じたこと
(看護師による病棟でのアンケート)

内容	症例数 (n=22)
説明を聞いたことで、安心した	18 (82%)
説明を聞いて今後が不安になった	0
不安はあるが、説明を聞いたことで治療を頑張ろうと思った	15 (68%)
説明を聞いて不安が強くなった	0
説明を聞きたくなかった	0
自由記載 (良く理解できた、大変参考になった、聞いて良かった)	3 (14%)

容について記録が残っていたのは21例であった(表2)。顕微鏡像はテレビモニターで全員に提示したが、切除肉眼写真は5人が提示を拒否した。また、一部の人が肉眼写真や顕微鏡写真の印刷を希望した。病理診断書のコピーを希望した人はいなかった。病理専門医からの説明が終わった後に患者からでた質問では、治療についての質問が最も多く48%、次いで病巣について33%、病気の原因24%であった。病棟で看護師が22人の患者に行ったアンケートでは、安心した18人(82%)、治療を頑張ろうと思った15人(68%)であった(表3)。

3. 考察

がん告知に対する精神的反応としては、第一期：初期的反応(一時的否認)が1週間以内、第二期：苦悩・不安の時期が1～2週間、第三期：適応の時期が2週間以降といわれている³⁾。筆者は、病理診断を正確に知りたいと願うがん患者は、第三期：適応の時期に病理からの説明を求めることが多いことを報告した¹⁾。これらの人は、臨床医が立てた治療方針に対して自ら考慮することができる人であり、

正確に病状を知った上で次の治療を考えたいという論理にたっている。そのように論理的になれるのは、精神的苦悩・不安からある程度立ち直った状態であろう。また、病理診断を正確に知りたいと思う人は比較的若い世代の人に多いことも以前に報告¹⁾しており、今回の乳がん患者に於いても同様な傾向が見られた。また、年齢以外に乳房切除方法が患者の意向と関連することが明らかとなった。この心理的背景はまだ不明であるが、乳房全摘という状況が患者予後に関係するリンパ節転移や腫瘍の大きさなどより患者にとってより重大な状況であり、心理的影響が強いために病理専門医からの説明に立ち向かえない可能性が考えられた。現在は、心理療法士や精神科医にもチームに加わってもらい、その背景の解析を行っている。Maunsellら⁴⁾は、がんについて家族、友人、医師などに打ち明けることがよりよい予後に関係することを報告し、Watsonら⁵⁾は、早期乳がん患者では、診断後4～12週の悲観・絶望的な反応の強さが5年以内の再発や死亡と関連すると報告している。また、乳がん患者に対する30時間の行動療法、精神療法や認知行動療法が生存期間を数カ

月延長する報告⁶⁾や血液悪性腫瘍患者では、教育的介入が6カ月後の予後改善に関連することも報告されている⁷⁾。このように、患者が正確な情報を冷静に受け止めることとそれを医療者が丁寧に説明することが上手く組み合わせると、患者の精神状態改善のみならず、予後改善にも関連することが期待される。

患者は、知りたい情報を得る権利とともに知りたくない情報を知らないでいる権利も有している。病理専門医からの説明を聞くという判断をしたのであるから、顕微鏡像提示を拒んだ人はいなかったが、肉眼像提示については一部の人が拒否した。他方、提示された画像を印刷して持ち帰るほど強い関心を示す人もいた。関心の強さ、提示内容の受け止め方は人によって異なるのであり、知りたいことを知らせるという姿勢を保っている。しかし、説明の後に病理診断書のコピーを希望する人は今までいなかった。説明内容から当方を信頼して安心したと思われる。このことは、看護師が行ったアンケートでも明らかとなった。すなわち、説明により多くの人が安心し、そして治療への積極性がでたと答えた。

以上の結果より、病理外来は患者から必要とされることを確認したので、患者が主体的に判断できるように病理外来開設を公表した。

II. 病理外来の実践

病理外来は、毎週水曜日の午前2時間、午後2時間とし、30分一枠としている。当センター患者の場合は、主治医から院内コンサルトシステムを用いて申し込みがあり、他施設からの申し込みあるいはセカンドオピニオン依頼の場合は地域医療連携室を通して。いずれも電子カルテ上に設定されている病理外来枠に申し込むシステムであり、病理側はその内容を見て標本等を受診前に準備している。現在までに3カ月弱が経過した。院内からは依然として乳がん患者が主体であるが、他には、消化器手術患者が術前診断の確認に受診したり消

化器内視鏡後の患者が内視鏡的ポリープ摘出術の結果とその後の対応について聞きたくて受診したりと、患者自身が積極的に病理受診を希望している。他院からの病理外来紹介や病理診断へのセカンドオピニオンも申し込まれている。具体的な説明内容は、前述した乳がん患者の場合とほぼ同等であるが、質問内容は、病理診断や治療に対するもの以外に生活習慣や保険に関するものまで広がってきた。これらの質問に対しては、専門外であっても医療者として常識の範囲で答えている。一部で危惧されている、病理医が話すと思患者が混乱する、ということはないのである。

以上述べてきたように、病理専門医による病理診断の説明は、患者の納得につながる。このシステムは主治医との連携が大切であり、信頼関係を保ちながら続けていこうと思っている。患者が納得したり、喜んだりする場面に立ち会うのは医師としての基本的な喜びである。

文 献

- 1) 谷山清己, 佐々木なおみ. インフォームド・コンセントへの病理医の参加. 病理と臨床, **16**: 639-643, 1998.
- 2) 谷山清己. 剖検診断報告に対する遺族の要望. IRYO, **60**: 106-111, 2006.
- 3) 山脇成人, 内富庸介, 渋谷昌彦. サイコオンコロジー (Psycho-oncology). In: 有吉 寛, 上田龍三, 西條長宏, 哲哉 峠, 福岡正博, (編)臨床腫瘍学第3版 東京都: 癌と化学療法社, p. 1189-1196, 2003.
- 4) Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Social support and survival among women with breast cancer. Cancer, **76**: 631-637, 1995.
- 5) Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. Lancet, **354**: 1331-1336, 1999.
- 6) Grossarth-Maticek R, Frentzel-Beyme R, Becker N. Cancer risks associated with life events and conflict solution. Cancer Detect Prev., **7**: 201-209, 1984.
- 7) Richardson JL, Shelton DR, Krailo M, Levine AM. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. J Clin Oncol., **8**: 356-364, 1990.