

病理と病理医と病理の仕事 を徹底的に言語化 してみました

Dr.ヤンデルの 病理

札幌厚生病院 病理診断科
市原 真

トレイル

キミの脳内にブラックボックスができる前に、きちんと伝

病理医は何を見て、
何を考えているのか。
医療という壮大なトレイルで
一体何をしているのか。
その一部始終を
Dr.ヤンデルが語る

臨床医は
全てを見たように語り、
病理医は
局所を語るように見る

えておきたいことがある

001 ————— 序章

無敵の医学生・初期研修医たちへ

なぜ、私が病理診断学を「言語化」しようと思ったか

009 ————— 第1章

君たちはどう医きるか

010 ————— 1 医療人マップ
医療の三角形 [概説]

019 ————— 2 病理医の立ち位置
医療の四面体 [概説]

027 ————— 3 「診断」

036 ————— 4 「診断世界」における、病理医の立ち位置

047 ————— 第2章

病理医トレイル

048 ————— 1 消化管内視鏡医ルート

068 ————— 2 消化管外科医ルート

098 ————— 3 皮膚科医ルート

117 ————— 4 血液内科医ルート

141 ————— 5 「内科医」ルート

149 ————— 第3章

病理診断トレイル

150 ————— 1 手術検体の診断

187 ————— 2 生検検体の診断

229 ————— 3 クリニコ・パソロジカル・カンファレンス

243 ————— 4 研究会と症例報告

262 ————— 終章

くたびれはてた医療人へ

なぜ、私が病理診断学を「言語化」しようと思ったか

266 ———— 文献一覧

269 ———— 索引

イラスト ———— 田中大介

QRコード ———— 本文中でQRコードを付した写真は、
小社ウェブサイトにてカラー版を公開しております。
QRコードを読み込んでご覧ください。

第 1 章

君たちはどう医きるか

冒頭語り

4年目くらいの医学生と話をすることがある。話のタネのひとつとして、私から彼らに「将来どんな科に進みたいか」と尋ねることが多い。そこで具体的なキャリアプランを答えてくれる学生はさほど多くない。なかなかの高確率で「とりあえずは臨床実習をひと通り終えてみないとわかりません」と返答される。ごもつともだ。

だが、「まだわかりません」と答える学生を前にして、私は内心、実習をひと通り終えたところでわかるかどうかは疑問だけどな、とも感じている。医師免許を取得し、レジデントになってもなお、将来の科を決めかねている人もいるわけで、臨床各科をたかだか一巡した程度でそう簡単に自らの将来像が見えてくるものだろうか？

医療現場には「長期間働いてみないと実感できない現場の文脈」がある。まして「自分がどのような医者に向いているか」なんて、誰にとっても一生解けない難問だ。

Aという科を選んだ自分と、Bという科を選んだ自分を比較するためには、パラレルワールドを行き来するようなえげつない行為をいともたやすく遂行する必要がある。こういうことを言うと訳知り顔の医クラがツイッターで「仕事は向き不向きで選ぶものではない」などと説教を垂れてくるが、ある仕事は自分に「向いている」か、「肌に合う」かはわからなくても、「向いていない」「肌に合わない」というのはある程度時間が経つとわかってしまうものだ。これは医療に限らない人間社会の常である。

逆に、4年生どころか1年生くらいの時点で、脳外科医になりたいとか、小児科に進みたいとかいった明確な自分の将来像を心に思い浮かべている

人もいる。自分が医学部を出てやるべきことをすでに長年かけて計画しており、向き不向きなどというものを超越している人たちだ。

でもまあ、そのようなタイプは例外的であろう。医学生の8、9割くらいは、同期や先輩・後輩の前では「なんとなく、俺、外科向きだと思うんだよねw」とか「俺はメジャーよりマイナー向きだと思うw」などとピアジョッキをあおりながら余裕の表情を浮かべているが、内心、「外科系っていくつあるんだっけ……」とあやふやな脳内分類表の前で自信なげに佇んでいるものだ。周囲には困惑の表情を隠してご機嫌に振る舞い、内面では向き不向きという生産性のない問いに直面している。

職務が高難度化して細分化された現代、内科医として10年勤務してから皮膚科医になるのは事実上かなり難しいし、総合病院の外科医として10年勤務してからお産込みの地域医療を担うにはかなりの覚悟がいる。「最初の科選び」如何によっては、少なくとも医者人生の最初の10年、ことによっては40年以上の暮らしぶりが確定してしまう。向いていないかもしれない科で10年？ ……ちょっとした地獄だ。

これだけ大きな選択を、たかだか1年程度の臨床実習だけを参考にして決められるものだろうか？ 私はそうは思わない。だから私は、冒頭の「臨床実習をひと通り回ってから決めます」と言うような医学生に対して、密かに疑義の目を向けるのである。

そもそも臨床実習というのは、医学生にとって医療全体を俯瞰するためのものではなく、むしろ**医療を強拡大する試み**であるということ意識しておくとういだろう。

実習で「ほとんど全部の科を回る」と聞くと、あたかもドローンで医療現場をロングショットするような印象を覚えるが、実際に外来や病棟に足を踏み入れてみると、自分の視野がクローズアップばかりであることに気付く。現場の肌感覚、そこにいる人と人の「間」、病室やナースステーションの断片的映像。自分が将来このような場で働くことになるのかな……という、希望的観測が若干いりまじった映像が、あたかもサムネイル

のように心象に記録される。“医療者のナラティブ”は日替わりのオムニバスドラマだ。何本見たところで、自分がどの主役と似ているのかはわからない。いつまでも自分っぽい役者が出てこない可能性もある。臨床実習とはあくまでその程度のものであるということ。「まだ、自分の見ていない世界があるかもしれないから進路を決められない」という人が、臨床実習でいくら各部署のサムネイル画像を見続けたところで、「まだ視界の届かない部分がありそうだ」という不安を消せるはずもない。

おわかりだろうか。

医学生はクローズアップする機会を豊富に与えられているが、俯瞰する機会は思った以上に少ない。そういう環境で暮らしている。

だから、もっと俯瞰しておいたほうがいい。医学生や初期研修医が自分の行く末を見通そうとすると、臨床実習や初期研修だけでは不十分だ。自覚的に俯瞰するクセをつけないと、卒業しようが研修しようが、いつまでも医療界は見通せない。

「いやいやぼくは俯瞰体質だから大丈夫です」という人は、試しに開業医、リハビリテーション部門、緩和ケア、そして病理医が、それぞれ医療現場においてどのような患者たちのために、何を担当しているのかを説明してみるといい。もし「どれも自分が目指す科ではないから、よく知らないです」と答えたなら、あなたは全く医療現場を俯瞰できていないということになる。

そもそもほとんどの患者にとって、開業医とリハビリと緩和と病理に全く関わらずに人生を送ることは難しい。だからこそ、ほとんどの医者もまた、幾度となくこれらの分野の医療人たちと連携する。何科に勤めていても。まあ、たいていは「患者を送り付けて、結果だけを聞いてそれで終了」となることが多いが、それでも、自分の大切な患者を預ける先であることは間違いない。

……このようなことを言うと、当の現役医師たちから「いやあ、開業医はともかく、リハや緩和、病理とはほとんど関わらないな(笑)」などと軽

口を叩かれたりもする。医者は分業してスペシャライズドされるのだから、他分野には無知でもしょうがないと考える風潮。私はここに強めに異議を唱えておく。言葉が強くなりすぎないように丁寧に書くが、でもここからちょっと辛辣な言い方になることを許してほしい。

医者が分業して専門性に埋没していくのは医者勝手だ。しかし少なくとも、あなたの患者はあなたの知らないところで多くの部門の世話になる。

近年多くの医者は、患者の豊潤で複雑な人生を自分の専門領域という極めて狭い窓からしか覗かないことを決意する傾向にある。私はそういう一芸タイプの医者を批難するつもりはない。タイトに分業して自分の守備範囲を保つことは、尊敬に値するワークスタイルだ。ただし、どんな専門職の医者であろうが、担当患者が人生のどこかで自分とは関係がないリハビリや緩和ケアや病理医の世話になっていることを、自覚すらしないのは怠慢だと思う。他ならぬ患者のために、自分が生息していない領域の医療についても造詣を深めておこうと考えるのは、ごく普通の思考だと思うが違うだろうか。

話を戻そう。医学生は、学生の間には医療界を俯瞰することができない。そもそも時間が足りない。高学歴人間の常として、取り組む時間が足りない場合には弱拡大の俯瞰よりも強拡大の接写に重点を置きたがる。早く自分のアイデンティティに合った武器を見つけたいから無理もない。そこで、あえて本書では、まず医療界を俯瞰するところから始めようと思う。

医療全体を見通し、どこにどのような仕事があるかを把握するための地図作り。地図の中でも、特に地が必要である。図のほうは、いずれ、あなたが縁をつないだ順番に描いていくことになるだろうから、後回しでいい。まずは文字通り、地固めだ。

本論

これより、「医療人マップ」なるものをお目にかける。医療業界に生息する専門職たちが職務に用いるスキル・パラメータを3つ抽出し、三角形の頂点に配置した。

例：放射線科医

画像診断中心だが、しばしばIVRなどの治療にも携わる。病棟管理などは少なめ

例：内科系の開業医

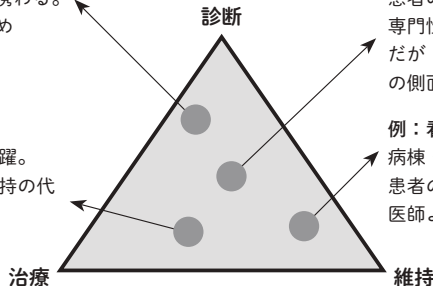
診断・治療をそれぞれ行い患者の生活指導なども行う。専門性は低いと思われがちだが「総合診療医」としての側面あり

例：理学療法士

治療・維持で主に活躍。リハビリは治療+維持の代表格と言える

例：看護師

病棟・外来の維持業務。患者の体調維持については医師よりも専門性が高い



医療の三角形（職種によって3要素のバランスが異なる）

私はこれを「医療の三角形」と呼んでいる。頂点には3要素、診断・治療・維持。

たいていの人は、「維持」に対する思いが希薄な気がするので、ぜひ着目してほしい。医療はこの3要素の組み合わせで行われる。「治療」だけでも、「診断」だけでも、「維持」だけでも成り立たない。チームワークが大事だ。

世間の人はそもそも「治療」だけが医療だと思込んでいるふしがある。そして医療者の間でも「治療」の魅力は抗いがたいものがある。なぜこんなつらい仕事をしているのですかと問われて、「患者が治って喜ぶ顔を見たいからだ」と答える人は多い。一般に、医者的心にとって一番の癒やしは「治療」という「施し」の快感であろう。

私の友人で循環器外科に進んだ男はかつてこう言っていた。「息も絶え

絶え、歩くこともできない状態で病院に担ぎ込まれた患者に心臓手術を施すと、退院時には独歩でニコニコ帰って行く。患者の生きるか死ぬかを自分の手で左右する。これぞ医者 of 醍醐味だ」。

なるほど、まことに猛将タイプの考え方であり、まっすぐとして、まぶしい。

ESD¹⁾ によって外科要らずで癌を治療する消化器内科医にとっても、IVR²⁾ を駆使して血を止めたり癌を治療したりする放射線治療医にとっても、「治療」は生き甲斐であろうと思う。医者はあらゆる医療職の中でも、治療に関する権限が強い。抗がん剤だって抗生剤だって、医者 of 指示なくしては投与できない。これを甲斐と呼ばずしてなんとする。

その一方で、いわゆる西洋医学的に“cure”を試みる治療だけではなく、医療の世界においては“care”、すなわち維持管理が重要であることは論を待たない。看護師という職種は、医者よりもはるかに患者のコンディションおよび生活を維持することに長けた存在である。病棟内の医者と看護師の人数比率を見れば、本来医療において一番手間と時間をかけるべきなのが care であり、treat であることはおわかりいただけるであろう。医療の世界には「維持」の要素が極めて豊富に存在する。

服薬指導、生活指導、リハビリ、社会支援、スピリチュアルケア、家族との連携、児童相談所との連携、あるいは麻酔、ペインコントロール、食事療法や運動療法……。 「維持」に含まれる医業は極めて多いのだが、あなたは果たしてそれをどこまで理解しているか？ 全部が全部コメディカルの独壇場というわけでもない。リハビリ科、麻酔科、緩和ケア科、あるいは外来で腰痛や膝の痛みを「手当て」する整形外科（人呼んで、「整形外科」）などは、まさに「維持」のプロが活躍する場所だ。地方医、家庭医、総合診療医も維持型パーソンである。これらは、メス一本・カテー一本でズバーッとビフォーアフター形式に患者が回復する科ではないので脳筋型



1) ESD : Endoscopic submucosal dissection ; 内視鏡的粘膜下層剥離術

2) IVR : Interventional Radiology ; (放射線科的) 画像下治療

医学生には人気がない。しかし、これはこれである意味「医の王道」というイメージがある。

ところで、あなたも勤務医になればすぐわかることだが、医者というのはとかく書類を書く仕事である。レセプトやサマリー、紹介状を書くことに忙殺され、思わず「俺はこんな事務仕事をやるために医師免許を取ったんじゃないねえ」などと毒づく医者をよく見る。しかし、医者が何かを書かなければ治療が回らない仕事というのは確かにあるし、医者を書くことではじめて効力を持つ文書というのものもある。あまり臨床実習では目にしない話であるが見過ごせない点であり、誰もが関わる「維持」業務と言える。

例えば、あなたが中堅病院の勤務医だとして、病診連携³⁾の相手である地方診療所の開業医に情報の少ない手紙を送ってしまうと、患者に思いの外、大きな迷惑をかける。文書はバカにできない。

医者が患者に治療を施すのは基本的に自分の所属する病院の中だけであるが、患者にとって病院の中にいる時間はあくまでハレの場(?)であり、それ以外の大半の時間は自宅をはじめとするケの場で過ごしているのだということに意識的でありたい。服薬は家で。フォローアップは地域で。**自分の病院にいないときの患者**に想像力を働かせ、紹介先の医者に情報を申し送りすること。これは極めて医者らしい医療行為のひとつだ。手紙をはじめとする書類作成は立派に「維持的な医療」の一環なのである。「事務仕事が嫌いだ、俺は医者しかできない治療がしたい!」という偏執的な文句を垂れる前に、医療の3要素をもう一度よく考えてみると精神衛生上もいいことがある。

私がこのように医療の三角形の3要素のうち、特に「維持」を強調するのは理由がある。医学生が大学病院という西洋医学の粋を極めた場所で実習をするとき、その見学内容は医療の三角形でいうところの「治療」と「診断」にかなり偏っていると感じるのだ。「維持」については、かなり積極的に情報を取りに行かないと何もワカラナイ。

例えば地域医療。あるいは緩和ケア。ときには炎症性腸疾患の外来診療。

小児科から成人内科へどう引き継いでいくか。精神科診療。

このような診療科の持つ診療のニュアンスは「維持」として捉えることで輪郭が極立ってくる。しかし、それを確かに促えるためには、長期間にわたって患者や他職種と連携し続けることがカギとなる。短期間の実習で医師の背中越しに風景を見ようとしてもうまく見えない。黙って手術室で突っ立っているときの気分で病棟見学していても、ケアのありようなんて見えてこない。

医学生も初期研修医も、「維持」に関しては見る機会があまり多くない。だからこそ、このバランスは意識的に取っておきたい。大事なのは、診断・治療・維持という3要素を知って医療現場を俯瞰することだ。将来的にどこに肩入れするのもあなたの自由。ただし、自分の目が向いていない方向にも医療はあるということを知ってほしい。

ここで、あなたが今思い付く科、思い付く医業を、次々と医療の三角形に代入してみてほしい。例えばこんな風に――

「循環器内科医は診断と治療の間くらいかな。マスト・ルールアウトしなければいけない疾患が多いから診断はかなり重要だし、カテを自分で操るから治療もすごいだろう。でも、外来で高血圧や脂質異常を見続けるタイプの働き方をすれば維持とも呼べるか……。となると三角形の真ん中あたりだなあ」

「循環器外科医はかなり治療寄りだろうなあ。診断がついた人をとにかく手術して生かすことに精魂を込めるんだもん」

「腫瘍内科医は診断というよりステージング、さらには gene profile を時代に合わせて細かく追究していく仕事。さらに化学療法や他の治療を患者



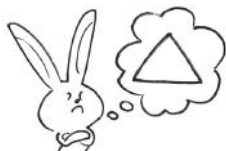
3) 病院と診療所とが連携すること

に合わせて細かく調整することもやるし、最新の治療エビデンスを収集し続ける根性が必要だな。自分で緩和ケアまで携わるなら維持管理もしなきゃいけないか。あとはがん患者の支援において bio-psyco-socio-spiritual サポートをしようと思うことは維持だな」

「メジャー科の一般外科、あるいは消化器や呼吸器の内科などと違って、耳鼻科や婦人科、乳腺外科あたりは、内科的な診療も外科的なアセスメントと治療も両方やるよな。となると、実は循環器内科と同じように三角形の真ん中あたりにあるのかな」

こういうことを一人脳内でチマチマとやっているうちに、あなたの中で、「診断」の立場がどのように変化していくかに私は興味がある。「治療」と「維持」という医療現場での二大エースの話をさんざんしてきたが、そろそろ「診断」がじわりと存在感を増してきていけばうれしい。

何せ私は、これから病理医の話をしようとしているのだ。病理医とは、生涯をかけてほぼ「診断」しか行わない特殊な医者である。





● トレイルルート俯瞰

ちょっとした着想を得た。

先ほどのことである。序章と「1 医療人マップ」を書き終えたところで、担当編集者F（敬称略）に原稿を見せて、「こんな感じでどうでしょう」と相談した。すると、Fがふと、このようなことを口にした。

（市原の）原稿を読む前に、依頼者として想定していたのは、読者をゴンドラに載せて“病理山”のふもとから山頂までを楽しく案内するような本でした。

しかし、序章と「1 医療人マップ」を読むと、読者に本気でトレランする姿を見せるような感じの本になるのだなと思いました、それならそのほうが絶対良いと思いました。

トレラン！ なるほど！ 体がのけぞった。それだ。私はこの本をトレランの精神で書き、読者にもトレランの精神で読んで……伴走してもらおう。

半年くらい前に、長距離走者スコット・ジュレクのノンフィクション『NORTH 北へ』（NHK 出版）を読んだ。まさに一気読み。素晴らしい読書体験であった。編集者Fがトレランの話を出したとき、私は『NORTH』を読了した直後の、自室に居ながら北米の山岳の冷たい空気を感じたときのことを思い出していた。名作を追憶し、ジュレクの猛り狂った情動をミ

[著者プロフィール]

市原 真 (いちはら しん)

JA 北海道厚生連札幌厚生病院病理診断科 主任部長

Twitter : @Dr_yandel

1978 年生まれ。2003 年北海道大学医学部卒、2007 年北海道大学大学院医学研究科分子細胞病理学博士課程修了。医学博士。国立がんセンター中央病院（現国立がん研究センター中央病院）研修後、札幌厚生病院病理診断科。病理専門医、病理専門医研修指導医、細胞診専門医、臨床検査管理医。日本病理学会学術評議員。

共著に『上部・下部内視鏡診断マル秘ノート 2』（医学書院）、『臨床が変わる！画像・病理対比へのいざない「肝臓」』（金芳堂）など多数。単著に『症状を知り、病気を探る』（照林社）、『Dr. ヤンデルの臨床に役立つ消化管病理』（羊土社）など多数。

Dr. ヤンデルの病理トレイル

「病理」と「病理医」と「病理の仕事」を徹底的に言語化してみました

2021 年 4 月 15 日 第 1 版第 1 刷 ©

著者 …………… 市原 真 ICHIHARA, Shin

発行者 …………… 宇山閑文

発行所 …………… 株式会社金芳堂

〒 606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町 34 番地

振替 01030-1-15605

電話 075-751-1111 (代)

<https://www.kinodo-pub.co.jp/>

制作 …………… 清塚あきこ

組版・装丁 …… HON DESIGN

印刷・製本 …… モリモト印刷株式会社

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan

ISBN978-4-7653-1826-4

JCOPY <(社) 出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。