

歯科病理検査室の改修西診療棟への移転

新潟大学医歯学総合病院 教授 朔 敬
病理部 歯科病理検査室

2012年6月に歯科病理検査室が改修された病院西診療棟に新営移転したので紹介させていただきます。1997年12月1日に、旧歯学部附属病院に同室が整備されたときにも歯学部ニュース（平成9年度第2号、1998年3月31日発行）に紹介記事が掲載されましたので、そのアップデートということにもなりますが、この機会に歯科における病理検査業務と歯学部の病理学臨床教育についてもふりかえてみたいとおもいます。

〈病院内の病理検査部門〉

前記事にもありますとおり、かつて歯学部附属病院には病理検査部門がなく、診断が口腔病理学講座で研究室の仕事としておこなわれていました。病理診断をすることが研究とみなされるような時代認識があったのかもしれませんが。わたしは本学着任時にその状況に驚き、二年後の1992年に歯学部附属病院で非常勤病理技師の配置、翌1993年に20平米の病理検査室を設置してもらいましたが、それでようやく病理検査が口腔病理学講座の研究ではなく、病院の業務として認知されたことになりました。病院のなかに病理検査部門がまったく無いところからの出発でしたので、病院運営委員会で数次にわたってその必要性を説明するこ

とからはじまりました。歯科臨床では病理検査が利用されるのは口腔外科にほぼかざられていたもので、病理診断をするのは技師ではなく歯科医師であるということさえ各診療科長に理解されるのに困難をきわめました。しかし、当時病院長の故原耕二先生のご理解がありましたので、わが国の国立大学歯学部附属病院では最後となる病理検査室が措置されました。1997年には、野田忠病院長のお取り計らいにより80平米の病理検査室と病理診断室が臨床検査室に隣接して整備されることになりました。事務的には1998年8月に院内措置されたと記録されています。

〈病理診断の認知〉

病院内に病理検査部門が開設されたものの、病理診断を担当する口腔病理学講座の教員は歯学部附属病院のメンバーとは機構上認知されませんでした。われわれが附属病院兼任となったのは2002年のことでした。当時の船本事務部長は、「医学部附属病院では当たり前のことから」と理解をしめされ、規程が改正されて、わたしは病理検査室長として附属病院運営委員会のメンバーとなりました。病院内で診断業務という医療行為をおこないつつ、病院の一員とみとめられるまでに12年を要したことになります。わたしは国際共同研究をとおして、アジア・欧米の歯学部病院を見聞してきましたが、病理検査部門が病院内で認知されていないのは、わが国だけのようです。なぜこのような事態になったのかは、わたしにもよくわからないのですが、第一に大学設置基準等々で病理学が基礎科目として設定されてきた歴史的背景がありそうです。中国、韓国、欧米諸国では、病理学は臨床科目として認識されているのは大きな違いがあります。そのうえ、歯科臨床では検査一



西診療棟に移転した新しい歯科病理検査室

般がおこなわれてこなかったので、歯科医師のあいだで病理検査が意識にのぼることもなく、歯学部教育のなかでも病理学の臨床教育がおこなわれたことがなかったのだとおもわれます。2004年にわが国でも病理医の広告が許可されることになったとき、一般病理医は社会での病理医の認知度が低いことを問題にしましたが、わたしからみるとそれは贅沢な悩みにおもえました。なぜなら一般医療界では病理検査はよく認識されているのに対して、歯科では病理検査が歯科医師に認知されていなかったのですから。病理検査は確定診断をえるための唯一の手段です。歯科医療を実践するのに、科学的根拠として病理診断の結果以上のものはないのですが、「科学的根拠にもとづいた歯科医療」が喧伝される足元に病理検査の認知がみえることは少ないのは残念なことです。

〈病理検査室から病理外来へ〉

2003年の医歯学総合病院統合後は、事務機構上、病理部の一部門として歯科病理検査室という名称に変更されました。病院再開発にともなって病理部は病棟三階に移転することが計画されたものの、諸事情によってみおくられ、2012年に改修された西診療棟跡地に移転することとなりました。病理部一体となって病理診断部門の中央化を期待していましたが、これもみおくられ、医科病理と壁をへだてて歯科病理検査室が配置されることになりました。この検査室は、丸山智講師が中心になって、排気等労働環境にも配慮して綿密に設計されたもので、可及的最大の機能が盛り込まれています。2012年6月23～24日に新歯科病理検査室に移転し、6月25日月曜日から通常どおり業務を開始していますが、新しい検査診断室に機器をならべおわったとき、わたしは1993年以来ほぼ20年の歳月をふりかえって感慨深いものがありました。ついで2012年12月には歯科病理・放射線診断室が新外来棟のなかに開設される予定です。同診断室が完成してようやく病理診断が病院内で歯科医行為として物理的にも認知されることとなります。この外来棟の診断室を基地にわたしは歯科病

理外来を開設したいと各方面に働きかけてきましたが、現在のところ実現できていません。2008年に医療法が改正され、病理診断は医療行為であることが法的にも認知され、病理科の標榜が可能となり、ようやくアジア欧米諸国のレベルに到達する基盤ができてきました。病理外来は、前述のとおり日本以外の国々では当たり前におこなわれているのですが、わが国ではあるいは新潟大学では障害が多く実現できていません。なぜ院内で賛意がえられないかということ、馴染みがないものは受け入れにくいということのほかには明確な理由を説明されたことがありませんので、そのことが残念です。

〈病理検査室の充実〉

歯学部附属病院病理検査室の鈴木誠講師が定年退職後、歯科病理検査室には依田浩子講師（2008～09年）、ついで丸山智講師（2010年～）が同室主任として採用されて、病理検査運営が円滑化され病理診断精度も格段に向上してきました。さらに、小林孝憲医員（2008～09年）、阿部達也医員（2012年～）が同室専任として採用されました。専任職員の配置については、宮崎秀夫前病院長、齋藤力・興地隆史両副病院長はじめ関係各位のご高配があって実現したもので、そのご努力に深く感謝しています。病理標本作製等の実務については、1992年以来堀内志津子・臨床検査技師にパート職員として引き続き尽力してもらっています。同技師の正職員化を15年以上にわたって毎年申請してきていますが、まだ採択されません。海外の病理検査の実情を見聞するにつけ、わが国のあるいは新潟大学の技術職員の待遇は人権に関わるレベルであることを実感しています。関係各位のご理解を期待するばかりです。また病院事務部のみなさんのご協力によって、病理検査収益も明示していただけるようになり、最近では歯科診療収入のうち約1%をしめることがわかってきました。

〈病理学の臨床教育〉

前述のとおり、「臨床としての病理学」の教育を

うけた歯学部教官が少ないことに気づいてきましたので、わたしは、〈科学的根拠にもとづいた歯科医療〉の実現には学生に対する教育しか方策がないとかがえるようになりました。

新潟大学に着任して最初にはじめた教育は、CPC（臨床病理検討会）実習でした。当初は病理学のカリキュラム内で実施しましたので、三年生、四年生が対象でしたが、カルテを解読するところからはじめたので、学生教官ともにたいへんでしたが、深夜までがんばってもらいました。この方法は、わたしの恩師佐藤栄一教授（鹿児島大学）からおそわったもので、たぶん、ウルヒョウ→アショッフ→赤崎→佐藤→と五世代にわたってひきつがれてきた教育方法にちがいありません。しかし、残念なことにこの実習は新カリキュラムでは実践不可能となりました。その後教員および医員のためのCPCを病院内で開くようになったと同時に、臨床実習の一環としても六年生で病理実習を実施することになりましたが、これを実現する

ためには口腔外科の大橋靖・中島民雄両教授のご支援がありました。そのうち何例かは六年生のCPC実習にもとりあげました。CPC発表のなかには優秀なものがあり、その一部は症例報告または原著論文として学会発表され報文となったものもあります。それを機会に病理学に興味をもち、さらに専門的に勉強するために大学院に進学してきたひともあります。いっぽう、院内のCPCには臨床医の参加が少なくなり、病理側の人手不足もあり、終止を余儀なくされました。

現在は、臨床予備実習で病理診断の流れを理解してもらい、細胞診の実技を習得後、臨床実習では病理検査1例を課題としています。新しい病理検査室に移転して、学生のみなさんにとっても、ポリクリ・臨床実習の環境は格段に良くなったと思いますので、「病理検査のオーダーができる」という到達目標めざして修練されることを期待しています。

摂食・嚥下リハビリテーション学分野・加齢歯科診療室

摂食・嚥下リハビリテーション学分野教授 井上 誠

摂食・嚥下リハビリテーション学分野は、平成9年に加齢歯科学講座として開設されました。高齢化が進み、疾病構造や歯科に求められる医療体制が変貌を遂げる中で、歯科医学教育、歯科医療を担う講座として、さらに歯科にとどまらず加齢に伴う生体の機能・構造の変化を科学する講座として、加齢歯科診療室とともに新潟大学歯学部第19番目の講座として産声をあげました。平成14年の大学院改組後には摂食・嚥下障害学分野と名前を変え、平成16年には当時の学部長であった山田好秋現新潟大学理事を兼任教授として迎えて分野名を現在の摂食・嚥下リハビリテーション学分野とした後、平成18年4月からは現在の体制となり、臨床、研究、教育に励んでいます。

人口の高齢化がもたらす疾病構造の変化のひとつとして、日本人の死亡原因の第3位が脳血管疾患から肺炎に変わったことがあげられます。肺炎で死亡する患者様の90%は高齢者であるといわれており、その数は今後ますます増えていくことが予想されます。肺炎の主たる原因のひとつは咀嚼や嚥下機能の低下により、食物や唾液をうまく処理できずに口腔内や咽頭内に残留させ、やがてそ

れを誤嚥することによって起こされる感染症のひとつ、すなわち誤嚥性肺炎です。わたしたちの分野が掲げるテーマは、摂食・嚥下機能の解明を目指した研究と嚥下障害の臨床です。さらに、加齢や様々な疾患が原因となって引き起こされる咀嚼や嚥下機能の障害を診断し、その回復を図るだけでなく、失われた機能にマッチした食事を提供する一いつまでもおいしく、楽しい食生活を続ける一ことの手助けとなるべく、外来では加齢歯科診療室、病棟では摂食・嚥下機能回復部を運営しながら日々臨床に勤しんでいます。

平成24年8月現在、新潟大学大学院医歯学総合研究科 摂食・嚥下リハビリテーション学分野は、教授1名、准教授1名、講師1名、助教4名の教員陣、3名の医員、その他レジデント1名、大学院生14名から構成されています。また、これ以外に、病棟・外来における臨床補助を目的として1名の歯科衛生士、食支援を目的として病院内に設置された食の支援ステーション勤務のスタッフ（歯科衛生士）2名からなります。このうち、堀一浩准教授と辻村恭憲助教は平成21年に、中村由紀助教は平成22年に、真柄仁助教は平成24年に新



たなメンバーとして加わってもらった新鋭たちですが、今日ではすっかり分野の中核として、なくてはならない存在となっています。そして、当科スタッフの仕事に対する思いの熱さはどの分野にも負けていません。研究、学部・大学院教育、外来業務は勿論のこと、入院患者様の摂食・嚥下リハビリテーションについては、朝食の始まる朝7時半から夕方6時過ぎまで、さらに土日の往診と、日夜駆けずり回っています。

ここで私たちが担当する病院内の専門外来をご紹介します。

1. くちのかわき外来・味覚外来 (主担当：伊藤加代子)

「味覚外来」は平成11年10月に、「くちのかわき外来」は、平成15年8月に国立大学初の口腔乾燥症専門外来として加齢歯科診療室内に開設されました。口腔のQOLに大きくかかわる疾患を扱っており、歯科の中では比較的新しい分野であるといえます。くちのかわき外来に来られる患者様が訴える口腔乾燥は、その診断基準や治療方法が医療機関によって異なっているのが現状です。唾液分泌低下は、シェーグレン症候群を含む全身疾患や、薬剤の副作用によって生じることがあり、治療にあたっては、内科や耳鼻咽喉科、眼科といった他科との連携が必要です。そのため当外来では、現在、診断を正確かつ簡便に行うための診断シートの作成、および連携を補助するドライマウス手帳の作成に取り組んでいます。また、唾液腺マッサージや薬剤などについてのパンフレットの提供、患者待合での書籍閲覧など、患者様への情報提供にも努めています。加えて、画像診断診療室、予防歯科診療室のスタッフと症例検討会および勉強会を毎月行って情報共有および研鑽に励んでいます。

2. 摂食・嚥下リハビリテーション外来、 摂食・嚥下機能回復部 (主担当：谷口裕重、辻村恭憲)

摂食・嚥下リハビリテーション外来は、加齢歯科診療室の開設と共にスタートしました。当初は入院および外来患者様を対象として、嚥下機能評

価から摂食・嚥下機能における問題点の抽出、嚥下内視鏡検査・嚥下造影検査を通して食形態・姿勢・嚥下法を決定し、実際の食事場面における指導や様々な嚥下訓練の実施により「食べるリハビリ」を展開してきましたが、現在では外来業務がその中心となり、病棟入院患者様は摂食・嚥下機能回復部の担当となっています。しかし、実のところ、両者のスタッフは全く同一です。

摂食・嚥下障害の原因となる対象疾患は、脳血管疾患・脳および口腔腫瘍術後・認知症・神経筋変性疾患・先天疾患など多岐にわたり、昨年度の新患は約300名でした。入院患者様の紹介元は口腔外科をはじめとして、医科からは神経内科・脳神経外科・内科・外科が多く、近年はICU・小児科・耳鼻科など様々な診療科からも依頼を受けるようになりました。また、入院患者を対象とした主治医・病棟スタッフとの嚥下合同カンファレンスおよびリハビリ医・言語聴覚士とのカンファレンスを定期的に行うことで、院内における多職種連携を図る機会を設けています。従来は食事開始後に誤嚥性肺炎を発症して紹介されるケースが多かったものの、最近は食事開始前に紹介されるケースが増え、病院全体として摂食・嚥下リハビリに対する認識が高まってきているのを実感しています。一方、外来患者様の紹介元は院内の他診療科のほか、医科・歯科を問わず個人医院・病院などからの紹介が増えております。このことは院内のみならず地域においても嚥下障害への対応が急務であることを裏付けており、今後はより地域に眼を向けていくことが重要であると考えています。

3. 顎補綴外来 (主担当：堀一浩)

わが国における全癌に対する口腔癌の割合は約1.7%であり、年間約9,000症例と報告されています。口腔癌に対する治療成績の向上に伴い、術後のQOLを回復するためのリハビリテーションの重要性が注目されるようになってきました。当外来では口腔にできる腫瘍(良性腫瘍、悪性腫瘍)によって顎や舌を切除された患者様が、もう一度食べる機能や話す機能を取り戻し、より早く社会復帰していただけるように、特殊な補綴装置(顎義歯、舌接触補助床、軟口蓋挙上装置など)を用

いて、咀嚼・嚥下・構音機能の総合的なリハビリテーションを行っています。当院口腔外科や耳鼻咽喉科で手術を受けられた患者様に対しては、手術前や入院中から診療を行っており、周術期の摂食嚥下リハビリテーションから一元的な対応が可能です。一方、これらの装置は、交通事故などの外傷や、先天的に口やあごの組織が欠損している方、脳卒中や神経疾患による摂食・嚥下機能障害のある方にも有効な場合があります、そのような症例に対しても補綴装置の適用の試みを行っています。

私たちの分野のすべてのスタッフは摂食・嚥下機能に関わるいくつかの研究テーマをもっています。個人レベルでの文部科学省・日本学術振興会補助の科学研究費獲得のみならず、介護・福祉関連の食品、商品を扱う企業との共同研究、科学技術振興機構の研究補助金獲得、介護食や介護用品の試食、試用と評価を行う場として病院内に設置された食の支援ステーション計画が新潟県健康関連ビジネスモデル推進事業に採択、第四銀行が支援する産学連携事業第1号である新しい舌ブラシの開発と実地調査研究の開始など、独自のプロジェクトをもちながら社会のニーズとマッチした

多くの基礎・臨床研究を推し進めています。また、摂食・嚥下の機能研究を進める諸外国との交流も盛んで、平成24年8月現在、谷口裕重講師は米国ジョーンズホプキンス大学に留学中、さらに平成24年度後期には、辻村恭憲助教が米国への留学を予定しています。

日本はますますの高齢化が進み、医療・福祉両面での対応が叫ばれています。その中で歯科に何ができるかを考える時、私たちの分野が担う責任は決して小さくないと思っています。摂食・嚥下リハビリテーション学分野は、歴史も浅く、臨床分野としてはさほど大きくありません。また、多くのスタッフが本学出身でないことから、なじみのない方も多いかと思えます。しかしながら、野村修一先生(現包括歯科補綴学教授)、植田耕一郎先生(現日本大学歯学部教授)、山田好秋先生(現新潟大学理事)と、加齢歯科学や摂食嚥下障害の臨床の世界では著名な先生方が牽引されてきた分野を今後もよりいっそう盛り立てていくべく、医局員一同一生懸命頑張っています。学内で顔を見かけた際にはどうぞお気軽に声をかけてください。

