

大腸癌の病理診断に関わるアンケート調査

アンケートの背景と目的

大腸癌診療における病理診断の役割は大きく、ゲノム医療が発展しつつある今日においても、内視鏡治療後や手術後の治療選択時には最も重要な指標となります。

その病理診断の精度は、検体の取扱いや臨床医から提供される臨床情報の質に左右される一方で、病理診断と紐づけされた臨床転帰が臨床から病理へフィードバックされることにより、長期的にも、真に臨床的に意義のある病理診断体系の構築を可能にすると期待されます。また、臨床現場における病理情報の正確な把握は適切な治療選択に不可欠であると共に、臨床転帰と密接に関連する新たな病理学的指標の登場は大腸癌患者の治療成績向上を導き、病理診断の意義を高める大切な要素になると考えられます。

第106回大腸癌研究会では『大腸癌診療における病理診断体系－今後の発展性』を主題Ⅰのテーマとし、大腸癌の病理診断学をより発展させるための鍵を議論いただく予定です。本アンケートは、病理側と臨床側のコミュニケーションの現状や、病理診断の精度管理への取り組み・新規診断項目の要件に対する医師の意識を明らかにすることを目的とした、大腸癌研究会での初めての試みです。主題Ⅰの議論の資とさせていただく予定であり、多くのご施設からのご回答をお願いしたいと考えております。お手数をお掛け致しますが、ご協力のほど、何卒宜しくお願い申し上げます。

大腸癌の病理診断に関わるアンケート調査

回答方法

回答選択型の設問につきましては、貴診療科での状況やお考えに最も近い選択肢をひとつ選択し、自由記載の設問につきましてはご自由に記載して下さい。

回答期日

2026年12月21日

大腸癌の病理診断に関わるアンケート調査

対象：内科・外科

施設名

所属科

回答者

メールアドレス

病理と臨床のコミュニケーション

問1 貴施設では、病理診断科と臨床科での大腸癌に関する合同カンファレンスを定期的におこなっていますか？

- 回答選択肢：
- ① 行っていない
 - ② 半年に1回の頻度で行っている
 - ③ 2～3か月に1回の頻度でおこなっている
 - ④ 月に1回またはそれ以上の頻度で行っている

問2 ガイドラインにおいて、SM 浸潤度 $1,000\mu\text{m}$ 以上、脈管侵襲陽性、低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌、簇出BD2/3の一因子でも認められるpT1癌には追加手術（リンパ節郭清を伴う腸切除）が弱く推奨されていることをご存知でしたか？

- 回答選択肢：
- ① 知らなかった
 - ② 概ね知っていた
 - ③ 良く知っていた

病理と臨床のコミュニケーション

問3 ガイドラインにおいて、再発高リスクのpStage II 癌には補助化学療法を行うことが弱く推奨され、リスク因子として、①T4、②低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌、③脈管侵襲、④神経侵襲、⑤簇出が紹介されていることをご存知でしたか？

回答選択肢： ① 知らなかった
② 概ね知っていた
③ 良く知っていた

病理と臨床のコミュニケーション

問4 臨床診断と病理診断が異なる場合、貴科ではどのように対応しますか？

例：腫瘍の完全切除を施行したと判断していたが、VM1（内視鏡摘除標本における垂直断端陽性）やRM1（手術切除標本における外科剥離面陽性）と病理診断された場合

回答選択肢： ① 病理医と標本の所見を協議する

上記の例の状況では、標本上の断端陽性部が真の断端部であるかどうか、手術所見や肉眼所見と併せて協議して最終的な結論を得るようにする

② 臨床側の診断を治療方針に反映する

③ 病理診断を治療方針に反映する

病理と臨床のコミュニケーション

問5 病理診断に基づく予測とは異なる臨床的転帰が生じた場合、病理医にその情報をフィードバックしていますか？

例：「リスク陰性のpT1癌と診断されていたが、リンパ節再発が生じた」という臨床側からの情報提供

- 回答選択肢：
- ① 常にフィードバックしている
 - ② 稀にフィードバックしている
 - ③ フィードバックはしていない

病理と臨床のコミュニケーション

問6 貴施設の病理医が臨床的判断に影響を与える病理診断項目の判定に悩む場合、臨床医に「診断の不確実性」が伝えられていますか？

例：「内視鏡治療が行われたpT1癌において、アーチファクトの強い箇所で脈管侵襲陽性・陰性の判断が難しい場合」の病理側からの情報提供

- 回答選択肢：**
- ① はい（病理医から連絡がある）
 - ② はい（病理レポートに記載されている）
 - ③ はい（上記の①および②）
 - ④ いいえ

病理と臨床のコミュニケーション

問7 臨床的判断に影響を与える病理診断項目の判定に関して、自施設の病理診断科が、他施設の病理医にコンサルテーションを行うことをどのように考えますか？

例：「内視鏡治療が行われたpT1癌において、粘膜下層浸潤度の評価方法（表層から測定するか、粘膜筋板を想定するか）に悩む場合」の対応

回答選択肢： ① 賛成
② 反対

病理と臨床のコミュニケーション

問 8 病理組織学的なリスク因子があると診断したpT1癌や、リスク因子がないと診断したpT1癌の転移頻度について、ご施設のデータを把握されていますか？

例：「当施設で病理組織学的リスク陰性と診断した症例では、リンパ節転移/再発頻度が1％である」という施設情報

回答選択肢： ① 把握している
② 把握していない

病理と臨床のコミュニケーション

問9 病理側から提供されるべき情報で、不足することが多いものを記載して下さい。

大腸癌病理の診断基準・診断項目

問 1 大腸癌の病理診断項目について、診断基準の明確化が必要と思う項目はどれですか？上位3位を選択して順位を付けて下さい。

- a. 組織型分類
- b. リンパ管侵襲
- c. 静脈侵襲
- d. 簇出
- e. リンパ節構造のない壁外非連続性癌進展病巣〔EX〕
- f. 神経侵襲
- g. 切除断端
- h. 薬物療法、放射線治療の組織学的効果判定基準
- i. pT1のSM浸潤度
- j. pT4の壁深達度判定

回答選択肢： 1位〔 〕
2位〔 〕
3位〔 〕

大腸癌病理の診断基準・診断項目

問2 大腸癌の病理診断の精度管理を目的とした、下記の取り組みについてご回答下さい。

Q1 取扱い規約における診断基準の記載は十分だと思いますか？

回答選択肢： ① 十分である
② 不十分である
③ わからない

②と回答されたご施設に伺います。

特に不十分な診断項目をひとつ挙げて下さい。

Q2 診断困難症例の対応を含む病理アトラス・解説資料があるべきだと思いますか？

回答選択肢： ① 作成するべきである
② 不要である
③ わからない

Q3 病理診断の講習会・診断困難症例の検討会があるべきだと思いますか？

回答選択肢： ① 企画すべきである
② 不要である
③ わからない

大腸癌病理の診断基準・診断項目

問3 新しい病理診断項目を規約の項目に含める際に、重視すべき条件は何ですか？ 1位～5位まで順位を付けて下さい。

- a. 診断基準が明確である
- b. 臨床的意義が明確である
- c. WHO分類やTNM分類で導入されている
- d. 診断基準を理解するための病理医の負担が少ない
- e. 日々の病理診断に要する病理医の負担が少ない

回答選択肢：

1位	〔	〕
2位	〔	〕
3位	〔	〕
4位	〔	〕
5位	〔	〕

大腸癌病理の診断基準・診断項目

問4 病理領域に関して、現行の大腸癌取扱い規約で今後追加・削減・改訂すべき項目は何ですか。（自由記載）

大腸癌病理の診断基準・診断項目

問5 WHO分類に記載されている低分化胞巣 (poorly differentiated cluster) についてお伺いします。

参照 大腸癌研究会ホームページ「病理関連の情報・病理アトラス」
https://www.jscrr.jp/pathology_info/pdf/pathology_02.pdf

回答選択肢：

- ① 低分化胞巣を知らない
- ② 低分化胞巣を知っており、診断項目としても良い
- ③ 低分化胞巣を知っているが、診断項目とすることに反対である

③と回答されたご施設に伺います。その理由を順位を付けて選択して下さい。

- | | | | | |
|---------------------------|--------|----|---|---|
| a. 診断基準が不明確である | 回答選択肢： | 1位 | 〔 | 〕 |
| b. 臨床的意義が不明確である | | 2位 | 〔 | 〕 |
| c. TNM分類で導入されていない | | 3位 | 〔 | 〕 |
| d. 診断基準を理解するための病理医の負担が大きい | | 4位 | 〔 | 〕 |
| e. 日々の病理診断に要する病理医の負担が大きい | | 5位 | 〔 | 〕 |

大腸癌病理の診断基準・診断項目

問 6 大腸癌取扱い規約に掲載されていた間質量分類（med/int/sci）は第9版より廃止され、現在がん間質を評価する指標はありません。前向きな多施設研究*などにおいて分別能の高い予後指標であることが示されている、新たな癌間質の分類であるDR（desmoplastic reaction）分類についてお伺いします。

* Br J Cancer 2021 Mar;124(6):1088-1097. Prognostic value of desmoplastic reaction characterisation in stage II colon cancer: prospective validation in a Phase 3 study (SACURA Trial)

回答選択肢：

参照 大腸癌研究会ホームページ「病理関連の情報・病理アトラス」
https://www.jsccr.jp/pathology_info/pdf/pathology_03.pdf

- ① DR分類を知らない
- ② DR分類を知っており、診断項目としても良いと思う
- ③ DR分類を知っているが、診断項目とすることに反対である

③と回答されたご施設に伺います。その理由を順位を付けて選択して下さい。

- | | | | |
|---------------------------|--------|----|-----|
| a. 診断基準が不明確である | 回答選択肢： | 1位 | 〔 〕 |
| b. 臨床的意義が不明確である | | 2位 | 〔 〕 |
| c. TNM分類で導入されていない | | 3位 | 〔 〕 |
| d. 診断基準を理解するための病理医の負担が大きい | | 4位 | 〔 〕 |
| e. 日々の病理診断に要する病理医の負担が大きい | | 5位 | 〔 〕 |

大腸癌研究会への期待

問1 貴診療科では、大腸癌研究会学術集会にどの程度参加されていますか。
最も近いものを選択してください。

- 回答選択肢：
- ① 年2回
 - ② 年1回
 - ③ 2～3年に1回
 - ④ ほとんど参加していない

大腸癌研究会への期待

問2 臨床医のお立場から、病理診断項目に関して、大腸癌研究会に望むことは何ですか。（自由記載）
