

日本病理学会

国民のためのよりよい病理診断に向けた 行動指針2019

平成32年度（2020年度）診療報酬改定に向けた要望項目

- 1) よりよい病理診断を提供するための保険医療機関間連携の促進
- 2) 「病理診断料」の見直し：病理診断料の毎回算定
- 3) 病理解剖への財政的裏付けのための「医療安全対策加算」の見直し
- 4) 「婦人科細胞診」での「細胞診断料」の算定

日本病理学会はこれまで、広く国民の皆様のご理解を得るために「国民のためのよりよい病理診断に向けた行動指針2013」、「同行動指針2015」および「同行動指針2017」を掲げ、鋭意活動してまいりました。平成30年度診療報酬改定はプラス改定となり、第13部病理診断でも病理学会が要望した「保険医療機関間の連携によるデジタル病理組織画像を用いての病理診断」に、病理診断料と病理診断管理加算の算定が認められました。さらに鏡検する標本枚数が多くなる悪性腫瘍手術検体に関して「悪性腫瘍病理組織標本加算150点」が新たに収載され、第10部手術でのKコードの縛りはあるものの、指定された悪性腫瘍手術検体の病理診断料が従来の組織診断料と合わせて600点となりました。このほかにも、「術中迅速細胞診」に「検査中の場合」が追加され「迅速細胞診」と名称が変更になり、術中のみならず超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の検査中の迅速細胞診にも450点の算定が可能となりました。また、働き改革の一環として、「ICTを活用した自宅等の当該保険医療機関以外での病理診断」が収載され、病理診断料と病理診断管理加算の算定が可能となりました。ほかにも、保険医療機関間の連携による病理診断で、プレパラートの標本診断のみならず、いわゆるウェットの検体での病理標本作製から受託できるようになったこと、セルフロック法が細胞診から組織標本作製に移動し、組織診断料と病理診断管理加算

(組織によるもの)が算定できるようになったこと、また液状化検体細胞診が増点されたことなど、非常に大きな改定年になり、病理学会の取り組みに対してご理解と応援をしていただいた皆様に心より感謝申し上げます。

しかしながらその一方で、病理学会の第1位の要望であった「保険医療機関間の連携による病理診断のための「診療情報提供料」の収載」や病理検体を用いて実施される「悪性腫瘍組織検査・悪性腫瘍遺伝子検査」の第3部から第13部への移動は認められませんでした。特に第1位の要望は、国民により質の高い病理診断を提供していくうえで非常に重要であり、「すべての病理診断を医療機関で行う」ことを目指す病理学会にとっては、その実現は不可欠であると考えております。

病理診断の一層の向上を保証するため、このたび「行動指針2019」を策定いたしました。引き続きご支援をお願い申し上げます。

一般社団法人 日本病理学会
理事長
北川昌伸
理事
安井 弥
小田 義直
坂元 亨宇
落合 淳志
森井 英一
田中 伸哉
佐々木 毅
笹野 公伸
伊藤 智雄
増田 しのぶ
仙波 伊知郎

本文内容

1. はじめに：諸問題への取り組みとこれまでの成果

2. 基本的な姿勢

- 1) 「病理診断」の確実、安全な提供
- 2) 病理医の診断および病理診断料の重視
- 3) 医療の相互検証としての病理解剖の実施

3. 短期目標

- 1) よりよい病理診断を提供するための保険医療機関間連携の促進
- 2) 「病理診断料」の見直し：病理診断料の毎回算定
- 3) 病理解剖への財政的裏付けのための「医療安全対策加算」の見直し
- 4) 「婦人科細胞診」での「細胞診断料」の算定

4. 中期目標

- 1) エビデンスに基づいた難易度別診療報酬体系
- 2) 医学生、研修医に対する診断病理実習・研修の奨励
- 3) 病理診断教育センターの設置、デジタルパソロジー診断の整備

5. 継続的基盤整備

- 1) 新技術による病理組織診断の当日報告（ワンデイパソロジー）
- 2) 病理診断精度管理の整備
- 3) 病理医再配置、地域格差の是正、コンサルテーションシステムの充実

1. はじめに：諸問題への取り組みとこれまでの成果

「病理診断」は診療の基盤であるが、病理診断、病理診断科、病理医、病理専門医に対する一般的な認知度はまだまだ高いとは言えない。しかし、ここ数年、患者団体をはじめとした市民の方々、内科学会保険連合など医療界の方々、ならびに厚生労働省関係者の方々など多くの人々のご尽力とご配慮により、特に診療報酬面などで「病理診断」に関して以下のような大きな前進を遂げた。

- ◇ 平成20年（2008年）改定：「病理診断科」の「標榜診療科」としての認可、診療報酬改定では実に20年以上ぶりとなる「部」の新設（「第13 部病理診断」として「第3部検査」からの独立）
- ◇ 平成22年（2010年）改定：「細胞診断料」の新設
- ◇ 平成24年（2012年）改定：「病理診断管理加算」の新設および「通則6 保険医療機関間連携による病理診断」の創設
- ◇ 平成26年（2014年）改定：「病理診断管理加算1, 2」を請求できる医師要件として「10年以上の病理診断経験」を「7年以上の病理診断経験」に改定
- ◇ 平成28年（2016年）改定：保険医療機関間連携による病理診断の要件緩和
 - * 委託側：衛生検査所に委託して作製した病理標本が活用可能に。
 - * 受託側：従来の「特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院」に加えて「病理診断科診療所」でも受託可能に
- ◇ 平成30年（2018年）改定：
 - * 保険医療機関間の連携における病理診断でのデジタル病理画像診断の保険収載
 - * 保険医療機関間の連携における病理診断において、検体を受付け、病理標本作製からの受託が可能
 - * セルブロック法の病理標本作製への移動
 - * 迅速細胞診：超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法による検査中の迅速細胞診
 - * 液状化検体細胞診の増点（18点→36点）
 - * PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の新規項目立て
 - * 悪性腫瘍病理組織標本加算（150点）の新規収載
 - * ICTを活用した自宅等での当該医療機関以外での病理診断

病理診断の提供をさらに充実させるため、また「すべての病理診断を医療機関内で行う」を実現するため、我々はここに「国民のためのよりよい病理診断に向けた行動指針2019」を掲げて内外に発信し、将来のよりよき病理診断、ならびに国民に貢献する医療を目指していくものとする。

付言：歯科領域における病理診断も同様の諸問題を抱えている。今後専門医制度上の立場の違いが生ずる可能性があるが、病理専門医、日本病理学会認定口腔病理専門医は本行動指針を共に携えて活動していく。

2. 基本的な姿勢

1) 「病理診断」の確実、安全な提供

平成元年、日本病理学会から厚生省への疑義照会に対し、「病理診断は医行為である」との疑義照会回答が発出された。平成20年には「病理診断科」が診療標榜科として認められ、この時より日本病理学会は「すべての病理診断を医療機関内で行う」「病理医が国民のために病理診断を担当し、責任ある「病理診断報告書」を作成する」ことを目標として活動してきた。しかしながら、現在も病理組織検体の約半数が登録衛生検査所、大学病理学講座などの非医療機関内で扱われ、「病理診断報告書」ではなく「病理検査報告書」が臨床医のもとに届けられている。「病理診断報告書」では、診断した病理医に「病理診断料」が算定され、診療報酬上も診断に対する責任の所在が明確となっているが、「病理検査報告書」では、血液学的検査判断料や生化学的検査判断料と同様の「病理判断料」が算定され、検査報告書の結果を受けて総合的に判断した臨床医に診療報酬上の評価がついている。すなわち、診療報酬上は、病理医が安心して安全な「病理診断」を、責任をもって国民に対して提供するという評価体制にはなっていないのである。日本病理学会は、このような病理診断の体制を見直すことが急務であると考え活動を展開してきた。

ここで「病理検査報告書」は前述の通り、非医療機関で作成されるため参考意見にとどまり、医行為である「病理診断報告書」として担保されない。そのため、非医療機関での参考意見「病理検査報告書」を「医療機関内での病理診断報告書」に移行するための診断体制の整備、診療報酬上のサポートおよび病理診断精度管理等に加えて、医療法や医療法施行規則等関係法案の改正をも視野に入れる必要があると考えている。

2) 病理医の診断および病理診断料の重視

近年、病理診断件数は増加の一途をたどっている（注1）。がんの治療方針（治療薬）を決定するために、多数切片の鏡検やコンパニオン病理診断の導入など、特に悪性腫瘍手術検体で診断病理医の負担が大きくなっている。一方、現在の診療報酬体系では診断の難易度が報酬に反映されず、病理医の技能を評価するものとなっていない（注2）。また「病理診断料」は「月1回のみ算定」に制限されている（注3）。

- 診断の労力に対応した診療報酬制度を導入し、病理診断における病理診断科の関与を明確化することを要求する。

注1: 2005年と2018年の比較では、病理診断件数は2005年の2,143,452件から2018年は4,614,585と約2.15倍に増加、術中迅速件数は同57,684件から228,754件（約3.97倍）、がんの治療を決定するコンパニオン病理診断である免疫染色件数は同151,248件から426,276件（3.84倍）と急増している（厚生労働省 大臣官房統計情報部 社会医療診療行為別調査より）。

注2: アメリカの公的保険であるメディケアでは、パソロジスト（病理医）による病理診断は、6段階、18項目に分類され、それぞれに診療報酬が決められている。病理診断料の評価は30ドル9セント（107円換算で3,220円）から438ドル89セント（同46,961円）と幅がある。一方、日本では鏡検する標本枚数や診断難易度にかかわらず一律評価の4,500円となっており、アメリカと大きな違いがある（The Physician's Guide Medicare RBRVS 2016）。

注3: 「月1回のみ算定」の具体例：月の初めに「内科」にかかった患者が内視鏡検査を受け、その検体に関して「病理診断報告書①」が作成された場合、病理診断料450点が請求できるが、同じ月に「婦人科」を受診し「病理診断報告書②」が作成されても、また「外科で手術」を受け「病理診断報告書③」が作成されても、①以外の②、③の「病理診断料」はすべて「0点」評価で、診療報酬請求ができない仕組みになっている。

3) 医療の相互検証としての病理解剖の実施

病理解剖は、診療の相互検証、向上のために必要不可欠であり、以前より一定数の実施が望まれてきた。とくに先進医療の普及がめざましい現在の日本では、高度な医療の最終評価として、病変の広がり、治療効果の判定など、臨床面へフィードバックすべき事項が増加しており、「病理解剖は医療の一部である」と言うことができる。しかし平成12年（2000年）以降、病理解剖数は減少傾向が著しく、研修医教育の面からも危惧すべき状態となっている。

日本の医療の質をしっかりと担保し相互検証の医療文化を形成していくため、病理解剖に対する保険診療上、財政的裏付けを明確にするよう継続して働きかける。

3. 短期目標（平成32年（2020年） 診療報酬改定等に向けて）

病理医不足の現況下において、診療報酬体系の様々な不備を早急に補修し、連携病理診断およびデジタル病理画像診断の活用を図る。また診療関連死等では、病理解剖による確認が医療の質の担保、医療安全面の双方から取り上げら

れている。これらの課題を解決するために以下の4点を短期目標に掲げ実現に向けて取り組む。

- 1) よりよい病理診断を提供するための保険医療機関間連携の促進
- 2) 「病理診断料」の見直し：病理診断料の毎回算定
- 3) 病理解剖への財政的裏付けのための「医療安全対策加算」の見直し
- 4) 「婦人科細胞診」での「細胞診断料」の算定

1) よりよい病理診断を提供するための保険医療機関間連携の促進

国民によりよい病理診断を提供するためには、保険医療機関間の連携による病理診断（以下連携病理診断）を促進する必要があるが、その推進には下記に掲げる2つの課題がある。

①「病理診断のための診療情報提供料」の算定

病理医の絶対数が足りていない現況において（注4）、国民に責任ある「病理診断報告書」を提供するためには、医療機関に病理医および「病理診断」を集約化することが必要である。平成28年（2016年）診療報酬改定では「保険医療機関間の連携による病理診断」の「施設要件等の規制緩和」および「診療情報提供（様式指定）が義務化」され、ようやく「すべての病理診断を医療機関で行う」ための診療報酬上の体制が整備された。しかしながら様式指定の「診療情報提供書」に対して、他の「診療情報提供」を行った際に請求できる「診療情報提供料（I）250点」の算定が記載されなかった（注5）ために、平成30年（2018年）8月時点でも連携病理診断への移行がほとんど進んでいない。連携病理診断を推進するために「（病理診断）診療情報提供料」の記載を目指す。同時に、病院の施設規模（病床数）による要件を追加し（注6）、さらに「連携病理診断」を押し進め、「すべての病理診断を医療機関に移行する」ことを押し進める（注7）。

②病理医のドクターフィーである「病理診断料・病理診断管理加算」の診療報酬適正配分

病理診断料および病理診断管理加算は内科医や外科医等の診察、治療、手術などに相当する医師の技術料の評価そのものであり、ドクターフィーである。しかしながら連携病理診断では、この病理医による医師としての技術料が「病理診断を委託した医療機関」と「病理診断を行う医療機関」とで「合議によって按分する」ことが診療報酬点数表に明記されている。この病理医としての技術料を委託側医療機関と按分することに関しては、病理学会としては到底納得できない仕組みである。技術料の正当な評価、診療報酬の適正な扱いなくして

は、連携病理診断は進まないと考える。診療報酬上の齟齬を適正に改定することを要望項目にあげ平成32年（2020年）改訂で推し進める。

③受託側（病理診断を行う側）医療機関内での診療報酬の適正配分

連携病理診断では、受託側（病理診断を行う側）医療機関に大きな負担が発生する。すなわち、当該医療機関の病理診断に加えて、新たに他院の病理診断業務が発生することになる。しかしながら多くの医療機関においては医療機関の医業収益増にはなるものの、診断に貢献した病理部門への還元は何もない状況となっている。さらに平成30年（2018年）改訂においては、あらたに「病理検体を受付け、病理組織標本作製からの受託が可能」となったが、病理標本作製には病理検査技師の協力が不可欠であり、精度の高い病理診断を国民に提供するためには、研究費等として病理部門への還元、病理検査技師の増員や病理部門の機器等の更新あるいは病理診断医の増員等が必須である。このために連携病理診断の収益が、病理部門の充実に適正に使用されるよう日本病理学会として提言を作成し、連携病理診断を行う医療機関に対して積極的に働きかける。

- 「第13部 病理診断」の「別紙様式44」に「病理診断診療情報提供料250点」の算定を平成30年（2018年）診療報酬改定要望に引き続き、平成32年（2020年）改訂でも要望する。

注4：平成28年（2016年）の医療動態調査および平成28年（2016年）日本病理学会事務局年報によると、400床以上の一般病院710病院中、202病院（28.5%）に常勤病理医が不在である。

注5：平成28年（2016年）診療報酬改定では、連携病理診断にあたり「診療情報提供が義務化（様式指定：別紙様式44）」された。しかしながら他の「診療情報提供」の際に保険診療上評価されている「診療情報提供料（250点：点数表番号B009）」が請求できない状況にあり、連携病理診断推進の妨げとなっている。平成30年（2018年）診療報酬改定でも病理学会の第1位の要望として申請したが、正確な診療情報提供の促進、連携病理診断の推進のため、および国民へ精度の高い病理診断を届けるために診療報酬での評価を目指す。

注6：病院の規模による患者に果たすべき役割を考慮し、中規模以上の病院では、「病理診断室の設置」および「常勤の臨床検査技師の配置」を義務付け、「病院内で標本作製を行うこと」を必要条件とする。一方、小規模医療施設（100床未満、診療所）では衛生検査所等に委託して作製した病理標本により連携病理診断を行うことを推進する。

注7：「病理診断を医療機関で行う」ことをさらに推進するため、日本衛生検査所協会との連携を密にし、連絡協議会を組織する。なお、日本衛生検査所協会（会長 江川洋氏）と日本病理学会（前理事長 深山正久氏）との間で会談が行われ、医療機関における「病理診断報告」と衛生検査所における「病理検査報告」を区別することに関して合意形成が得られている（2016年9月13日）。その内容は「医療機関内で医師が病理標本を観察した場合の報告書は「病理診断報告書」

であり、診療報酬上も病理診断料が算定され、その診断責任は診断医に帰属する。一方で衛生検査所等、非医療機関で行った場合は病理学的検査という検体検査の中での位置づけであり、その報告書は「病理検査報告書」であり、この場合病理検査報告書に基づいて臨床医が最終判断することから、第3部検査同様、検体検査判断料に相当する病理判断料が算定される」としている。すなわち、「病理検査報告書」はあくまで「検査報告・助言」ということになる。この合意形成をもとに登録衛生検査所では「病理診断報告書」という報告書上の標記を止め「病理検査報告書」に改善する旨の回答を行ったと共に、実体としても書面報告書、電磁的報告書ともに「病理検査報告書」に改善されている。

2) 「病理診断料」の見直し：病理診断料の毎回算定

病理医のドクターフィーである病理診断料に関しては、現在は一律に組織診断料が450点、細胞診断料が200点で、ともに1患者につき月1回のみの算定に限られている。一方で、ホスピタルフィーである「N000病理組織標本作製」に関しては、1臓器につき860点、最大3臓器までの請求が認められており、なおかつ、毎回算定となっており、整合性が取れていない。さらに他の診療行為、例えば基本診療料の再診料が毎回算定されることと比較しても、医師としての技術評価が病理医の場合は月1回のみで他は0点というのは、そもそも大問題である。前述の注3のように月の初めに「内科」にかかった患者が内視鏡検査を受け、その検体に関して「病理診断報告書①」が作成された場合、病理診断料450点が請求できるが、同じ月に「婦人科」を受診し「病理診断報告書②」が作成されても、また「外科で手術」を受け「病理診断報告書③」が作成されても、①以外の②、③の「病理診断料」はすべて「0点」評価で、診療報酬請求ができない仕組みになっている。このように医師としての技術料が診療報酬上全くされないという診療行為はほかの分野にはなく、また病理診断報告書を受け取る国民も全く知らないところであろう。この毎回算定に関して、平成32年（2020年）診療報酬改定では関係学会等の理解を得ながら強力に押し進めていく。

- ドクターフィーである病理診断料において、N006病理診断料の毎回算定を強く要望する。

3) 病理解剖への財政的裏付け

病理解剖による医療の質向上に対する評価について、医療安全対策加算の見直しを提案する。医療安全対策加算は「第1章 医学管理料」に属するため、日本病理学会単独で診療報酬改定を要望することはできないが、内科保険連合会等に働きかけ、保険診療報酬により支援する体制を作る。

- 具体的には、診療報酬「第1章 医学管理料」の中にある「A234 医療安全対策加算」を見直し、「病理解剖を行い、臨床病理検討会を開催したことに対する」評価を盛り込むことなどを要望する。

4) 「婦人科細胞診」での「細胞診断料」の算定

N004細胞診は「婦人科材料等によるもの」と「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの」に大別されている。細胞診の診断では、医師が鏡検したものについてはN006病理診断料の細胞診断料200点が請求できるとされているが、実際に診療報酬上、細胞診断料が算定できるのは「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの」だけであり「婦人科材料等によるもの」では医師が診断しても細胞診断料が算定できない（一律に病理判断料の算定となる）。これは明らかに矛盾しており、不合理であるといわざるを得ない。医師が鏡検したものに対して婦人科検体であっても診断料が算定されるべきであり、日本臨床細胞学会と連携して平成32年（2020年）改定で要望する。

- 具体的には、「婦人科材料等によるもの」で、医師が鏡検し、所見ありとした症例のうち、まずはベセスダシステムでLSIL以上の症例、内膜細胞診ではATEC-A以上の症例では、細胞診断料200点が請求できるようにするなどを検討する。

5) このほかに「保険医療機関間の連携による病理診断」および「遠隔医療」を活用して、国民に「病理診断報告書」を発行するために、平成30年（2018年）に実現したデジタル病理画像による病理診断の適応検体の拡大や委託元および病理診断受託側医療機関における医療機器として認められたバーチャルスライドスキャナーや高精細モニター等のインフラ整備・維持管理に必要な経費等の拠出のため、平成30年（2018年）診療報酬改定に引き続いて、保険点数の収載を要望する。なお、デジタル病理診断を高い精度で行っていくための環境整備に関しては、日本病理学会として、専門医試験でのデジタル病理画像の出題などでこれまで人材育成に取り組んできた（注8）。さらに、政府の2015年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」いわゆる「骨太の方針2015」にも沿っている（注9）。

また、社会的問題となっている「病理診断報告書の患者への未伝達」に関しては、日本病理学会として「病理診断報告書 患者伝達のためのマニュアル（注10）」を作成し、2018年3月30日に公開した。本マニュアルでは電子カルテシステムによる対応が必要としているが、システムのみならず病理診断報告書の内容を理解できる人員（病理検査技師等）による病理診断未報告のチェックも必

須である。本件に関して病理部門に「定期的に未報告をチェックし臨床医等に連絡をする人員」を配置するための診療報酬上の担保を求める。

- 連携病理診断に対する「遠隔連携病理診断デジタル化加算 350点（送信側に250点、受信側に100点）」を要望する。
- 病理診断報告書の患者未伝達をチェックし臨床医等に伝えるための検査技師の雇用に関して「A234医療安全対策加算」で要望する。

注8：デジタル病理画像を活用した病理診断に関しては、生検に関しては診断精度のエビデンスが得られており、日本病理学会として2016年に「デジタル病理画像を用いた病理診断のための手引き」を刊行した。また2016年の病理専門医試験より、デジタル病理画像を用いた病理診断の出題を開始している。さらに、生涯教育の一環として、デジタル病理画像を用いた病理診断や2018年からは厚生労働省の国庫補助金事業として「希少がん診断のための病理医育成事業」において、希少がんデジタル病理画像のビッグデータベースの構築に取り組んでおり、デジタルパソロジーの推進に努めている（<https://rarecancer.pathology.or.jp/>）。

注9：「骨太の方針2015」の「医療等分野のICT化の推進等」では「遠隔医療の推進、医療等分野でのデータのデジタル化・標準化の推進や地域医療情報連携等の推進に取り組む」とある。

注10：「病理診断報告書 患者伝達のためのマニュアル」

URL http://pathology.or.jp/pdf/manual_180413.pdf

4. 中期目標

病理医の労力や技術を評価した診療報酬体系を整備し、病理医の雇用を推進する。同時に病理医育成が喫緊の課題である（注11）。

- 1) エビデンスに基づいた難易度別診療報酬体系
- 2) 医学生、研修医に対する診断病理実習・研修の奨励
- 3) 病理診断教育センターの設置、デジタルパソロジー診断の整備

注11：2018年8月時点で、日本の病理専門医数は2,483名である。この数は、アメリカと比較して人口10万人あたりの数で約3分の1以下に過ぎない。また、2008年に日本医師会が全国の5,540病院を対象に行った「医師確保のための実態調査」でも、病理医は不足する医師の第1位として取り上げられている（必要医師数倍率 第1位：病理医 3.77倍（不足率73.5%）、第2位：産婦人科医 2.91倍（65.6%）、第3位：救急科 2.07倍（51.7%）、全医師平均 1.1倍）。新規病理専門医数はここ数年は漸増しているが、それでも高齢化が進行している。2018年8月時点で病

理専門医の平均年齢は54.6歳で、今後5年以内に約300名以上が65歳以上となり、定年で保険医療機関の常勤職を離れる可能性が指摘されている。

1) 難易度別診療報酬体系の導入

現在の病理組織標本作製のための臓器分類には不合理な点が多い。実際には病理組織標本作製の方法や材料費や労力、診断の難易度が様々であるのに対し、一律に全て同じ点数設定となっている。診療報酬上、「第10部手術」では難易度・労力に応じた診療報酬体系に改定されてきているが、その手術に対応する病理検体には、難易度・労力等が全く加味されていない（注12）。

- 日本におけるデータベースを構築し、エビデンスに基づいた難易度別診療報酬体系を実現する。

注12: 病理学会では平成16年（2004年）診療報酬改定時にアメリカの公的保険であるMedicare、Medicaid を参考にした「病理診断 診療報酬抜本的改定案」を厚生労働省保険局医療課に提出している。

2) 医学生、研修医に対する診断病理実習・研修の奨励

病理医を増やすためには多方面からのアプローチが必要である。医学生教育の中では、現在、病理は「組織学」の延長上の「基礎分野」に分類されている。疾患の理解が十分でない早期に履修することが多く、時期として適正とは言えない。また、初期研修、後期研修で病院の病理部門を選択する研修医は7%余りとなっており、医師生涯教育として未だ不十分である（注13）。

- 医学生教育における診断病理関連の授業コマ数の増設とともに履修時期の検討、新たな教員の配置を要望する。
- 初期研修・後期研修教育において、研修医の時期に診断病理に触れる機会を増やすため、積極的な奨励政策を要望する。

注13: 初期研修、後期研修で病院の病理部門を選択する研修医は少なく、基幹型臨床研修病院1,061病院、10,699名の臨床研修医のうち、病院病理部門を選択し、ローテーションした初期研修医の人数は、全国で765名であり（平成24年（2012年）実施 日本病理学会アンケート結果より推定）、全初期研修医のうちの7.2%である。

2) 病理診断教育センターの設置、デジタルパソロジー診断の整備

病理診断医の教育・育成のためには、実際の臨床検体における病理診断の経験に勝るものはない。しかし、病院病理部門での教育スタッフは極度に不足している（注14）。大学病理学講座、あるいは病理診断施設で実際の臨床検体を用いた病理診断教育が可能となるよう、これらを病理診断教育センターとして位置づけ、診断の実践とともに若手病理医の育成・教育の一端を担うようにする。また、テレパソロジーやバーチャルスライドなど、いわゆるデジタルパソロジーを利用した病理診断支援を可能とする環境を整備する（注15）。法の改正をも視野に入れた診断体制・診療報酬体系の整備を働きかける。

- 病理診断教育センターの設置を要望する。
- デジタルパソロジーを利用した病理診断支援を可能とする診療報酬制度の改定を目指す。

注14： 病院病理部門を有する大学病院の約35%では、教育スタッフの定員は1名である。

注15： 日本病理学会ではデジタルパソロジー検討委員会を設け「デジタル病理画像を用いた病理診断のための手引き」を作製した（http://pathology.or.jp/news/pdf/digitalimage_guide_161201.pdf）。また技術面では、病理学会でデジタルパソロジー検討委員会およびデジタルパソロジーを担当する企業を含めた「デジタルパソロジー技術基準検討会」を組織した。「デジタルパソロジーシステム技術基準」を作製し、公開している（<http://pathology.or.jp/jigyuu/pdf/kiijun-20190326.pdf>）。

4. 継続的基盤整備

病理医増員が軌道に乗る段階を見据え、長期的展望に立って、学会として以下の課題について継続的に取り組みを行っていく必要がある。

- 1) 新技術による病理組織診断の当日報告（ワンデイパソロジー）
- 2) 病理診断精度管理の整備
- 3) 病理医再配置、地域格差の是正、コンサルテーションシステムの充実
人工知能病理診断支援システムによるWチェックの推進

1) 新技術による病理組織診断の当日報告（ワンデイパソロジー）

従来は病理組織標本作製するのに少なくとも一昼夜以上かかっていたが、迅速な病理組織標本作製を可能にする医療機器が開発され、内視鏡検体などさほど大きくない検体では、検体採取から約2時間で病理組織標本（プレパラート）作製が可能となっている（注16）。この技術を用いれば、病理医が充足してい

る病院では検体採取と同日内に結果を患者に伝えることが可能となる。結果が当日内にわかる上、結果を聞くために改めて医療機関を受診する必要がなくなり、医療費の削減にもつながる（注17）。診断の迅速化を目指すことは重要な課題である。

注16：乳癌患者では、病理組織検体採取から結果を聞くまでの間に、約3割の患者が軽いうつ状態になるというデータがある。

注17：病理学会では、平成22年（2010年）の診療報酬改定から「ワンデイパソロジー」として保険償還を申請している。

2) 病理診断精度管理の整備

病理診断、あるいは病理技術の精度管理が重要である。がん個別化治療に対応したコンパニオン診断あるいは層別化治療に対応したパネル検査を確実なものとする（注18）とともに、病理医生涯教育を含めた病理診断精度管理の体制を整備していく必要がある。

注18：平成26年（2014年）4月に日本病理学会および第3者機関による「NPO法人 日本病理精度保証機構」が設立された。これは「より精度の高い病理診断を国民に提供する」ことを目的に、指導・管理にあたる専門機関である。「日本病理学会認定施設」の施設認定には、この「日本病理精度保証機構」の病理精度管理への参加を必須要件とする予定である。

3) 病理医再配置、地域格差の是正、コンサルテーションシステムの充実

現在、病理専門医の約36%が関東地区に勤務しているが、その一方で、特に東北地区では病理専門医不足が深刻である。2017年の人口10万人当たりの病理専門医数は、岩手、山形、福島で、10年前の2006年の病理専門医数を下回っており、病理医の偏在が問題となっている。病理医再配置を可能にする地域循環型の病理医教育・研修システムの構築が必要である。

また、常勤病理医が勤務する病院のうち約40%は1人しか病理医がいない「1人病理医病院」となっている（平成28年（2016年）医療動態調査および平成28年（2016年）日本病理学会事務局年報より）。これらの病院では病理診断の精度を高める「病理診断のWチェック」が難しく、精神的にも1人病理医の大きな負担となっている。より精度が高い病理診断を国民に届けるために、現在日本病理学会が、国立研究開発法人日本医療研究開発機構の研究費を活用して国立情報学研究所と共同で開発を進めている「人工知能病理診断支援システム」を活用してWチェックを行った際に診療報酬が請求できるよう、新たな病理診断管理加算等での対応を要求していく。

また、日本病理学会「病理情報ネットワークセンター」、「日本病理学会コンサルテーションシステム」を活用して、一人病理医支援体制を充実させる必要がある。希少がん等の病理診断支援にもこれらのシステムを応用することが可能で、病理医の積極的な参加、および国の理解と支援を求める。