

平成25年6月

社団法人 日本病理学会

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 2013

内 容

1. はじめに
2. 基本的な姿勢
 - 1) ドクターフィーの重視
 - 2) 病理診断料の重視
 - 3) 病理診断体制の環境整備
 - 4) 病理解剖への財政的裏付け
3. 短期目標
 - 1) 保険医療機関間の連携による病理診断（連携病理診断）の見直し
 - 2) 病理診断管理加算の見直し
4. 中期目標
 - 1) 病理医の多様性
 - 2) 病理医のリクルート
 - 3) 病理診断体制の整備
5. 長期目標
 - 1) 現行制度の抜本的見直し
 - 2) 病理組織迅速診断の実践
 - 3) 病理診断の精度向上
 - 4) 病理医の再配置、地域格差の是正

1. はじめに

病理学は、医学の基盤をなし、医療の遂行に必要不可欠な分野である。日本病理学会は、(社)日本専門医制評価・認定機構の中で「基本領域 18 学会」の一つに位置付けられていることから、その重要度は明らかである。しかし、患者に直接接する機会がないことから、医師の関与していない検査部門の一つと誤解されてきた歴史的経緯もあり、一般的な認知度は高いとは言えず、ともすれば医療における重要性が軽視されがちであった。

このような状況下で病理学を志す医師を十分確保することは難しく、病理診断を担う病理専門医は慢性的に不足し、病理診断を通じて課せられている社会的責務を果たすことが困難な状況が続いている。また本学会により認定される口腔病理専門医も概ね同様の諸問題を抱えている。

ここ数年、多くの方々の努力、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のご尽力ならびに格別のご配慮により、特に診療報酬面などで「病理診断」に関しては飛躍的な前進を遂げている。

具体的には、平成 20 年度の「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 年度改定の「細胞診断料」の新設、平成 24 年改定の「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」の創設などが実現し、診断に携わる病理医のみならず、病理学会全体が非常に鼓舞され、活気づいた。

医療における病理学の諸問題の解決には、病理学会自身の自助努力が必要なことは論を待たないが、国民の理解を得るためのアピール、諸制度の改革や見直しを求めていくことが不可欠である。このような考えのもと、この度、日本病理学会では、診療報酬制度の改革を主眼に、短・中・長期目標を掲げ、将来のよりよき医療に向け、我々自身の行動指針としてまとめた。

2. 基本的な姿勢

1) ドクターフィーの重視

病理学会ではここ数年、診療報酬の改定要望においては、ホスピタルフィーからドクターフィー重視の立場をとっている。これは、一律な点数設定ではなく、労力に応じて報われるような診療報酬体系を目指しているからである。財源が限られている中ではあるが、このような資金配分の見直しを慎重に進めていく必要がある。

2) 病理診断料の重視

病理診断料の関与を明確化し、これを育成するためにも、すべての病理診断に診断料が算定できるよう、診療報酬の改定を要求する。

3) 病理診断体制の環境整備

平成元年に厚生労働省から「病理診断は医行為である」との疑義解釈があり、平成 20 年には「病理診断科」が診療標榜科として認められ、「すべての病理診断を医療機関内で行うことを目指す」とされている。しかしながら、現在も、病理組織検体の約 7 割が大学病理学講座あるいは登録衛生検査所などの非医療機関内で行われていることから、病理診断の体制を見直すことが急務である。これらの施設での病理診断を「医療機関内での病理診断」に移行するには、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に加えて、医療法や医療法施行規則の改正をも視野に入れる必要があり、抜本的な対策を求めていく。

4) 病理解剖への財政的裏付け

病理解剖は、以前より診療の検証、向上のために必要であり、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（西暦 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。日本病理学会は、国民のために日本の医療の質をしっかりと担保していくことが重要であると考えた立場から、病理解剖に対する保険診療上、財政的裏付けを明確に行うよう求めていく。

3. 短期目標（平成 26 年度診療報酬改定）

～ 病理医不足の現況下で目指すべき診療報酬体系の整備～

1) 保険医療機関間の連携による病理診断（連携病理診断）の見直し

今日のように病理医の絶対数が足りない状況下では、ある程度、病理医を集約することも必要であり、新設された「連携病理診断」の活用が求められる。しかしながら、現行制度では施設要件が厳しいために、この制度はほ

とんど活用されていない。この現状を鑑みると要件の緩和策が是非とも必要である。具体的には、

- ア) 標本の送付側施設要件：常勤の検査技師要件の廃止（病理標本作製のための検体の送付・委託を可能とする）
- イ) 標本の受取側施設要件：緩和（常勤の病理専門医が勤務する保険医機関とする）

2) 「病理診断管理加算」の見直し

医師要件の変更

平成 24 年度診療報酬改定で新設された「病理診断管理加算」の請求を行うには、医師要件として「10 年以上の病理診断経験」が必要とされている。この「10 年以上の病理診断経験」を「病理専門医」に改めることを求める。

現行制度では、常勤の病理専門医勤務病院でも経験年数が足りないために病理診断管理加算を請求できない病院がある（このような病院では常勤病理専門医が勤務しているにも関わらず平成 24 年診療報酬改定で減額改定となってしまった）。現行制度では、医師の専門性を評価する最も適切な基準は、専門医資格の有無である。従って、精度管理を司る医師要件としては、「病理専門医」とすべきである。

増点

収載されたことは大いに評価したいが、点数は要望よりかなり低く設定され、新しく要望した本来の意義を十分に発揮できていない。このため増点を求めていく。

その他の見直し

今回は、常勤病理医勤務病院のみが対象であるが、非常勤病理医で支えている病院に対する見直しが必要である。多くの保険医療機関では非常勤病理医が診断業務のみならず、剖検、CPC を担当し、医療の精度管理において一翼を担っており、これらの保険医療機関が対象から除外されるのは適切でない。

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 DPC 包括評価扱いなどの方策を要望する。

4 . 中期目標

～ 病理医増員実現までの過渡期の診療報酬体系の対応～

2012年現在、日本の病理専門医（学会認定）数は約2,100余名である。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5分の1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、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）。しかも、新規病理専門医数はここ数年ほぼ横ばい状態であり、高齢化が進行している。2012年9月現在で病理専門医の平均年齢は約52.4歳で、さらに、今後5年以内に現在の病理専門医の約5分の1にあたる約400名超が定年で保険医療機関の常勤職を離れる可能性がある。

一方、「がん診療」には病理診断が重要な役割を担っているが、現在「がん」を専門に扱う「がん診療連携拠点病院 381病院」であっても、53病院、約14%の病院で常勤病理医が不在という状況になっている。

このような状況では、病理医育成が危急の課題であることは言うまでもないが、現状の中であっても「病理診断」の精度を保ち、患者視点の医療を実現していくために、次のような病理診断体制・診療報酬体系が望まれる。

1) 病理医の多様性

～ 個人(または集団)開業病理医（病院退職後の病理診断）の実現に向けて～

現在、保険医療機関(診療所)として病理診断科の開業を認めている県があるものの、患者受診要件を満たさないために、実際には保険請求はできていない。現実的に病理医には「保険医療機関としての開業」の道はほとんど閉ざされている。病理医が活躍する場を広げ、病理診断を受けやすくする目的で、病理医が他の標榜診療科と同じように「病理診断科」を看板に掲げて保険医療機関として開業することが可能になるような制度・法改正が喫緊の課題であると考えられる。既に始まっている団塊の世代の病理医退職に当たり、勤務先の確保は退職者のみならず、これから病理医を目指す若手医師にとっても重要な関心事であり、病理医を減らさないためにも早急な対応が必要である。

2) 病理医のリクルート

病理医が増えない原因としては様々な理由が考えられる。これまで病理学会としては自助努力をしてきたが、もはや一学会だけの努力だけでは如何

ともしがたい状況になっている。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と考えられ、関係各方面に援助を依頼する。

医学部教育の中での見直し

医学教育の中では、現在、病理は「組織学」の延長上の「基礎分野」としての色合いが濃い。実際には「診断病理」は「病理学示説」の中で扱われることもあるが、疾患をまだあまり理解してい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。授業コマ数の増加とともに履修時期の検討、教員の増加が必要とされ、文部科学省高等教育局のご理解と援助をお願いしたい。

初期研修・後期研修の中での診断病理

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、全国で高々約 765 名（平成 24 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わずか 7.2%に過ぎない。必修とすることは困難であるが、研修医の時期に診断病理に触れる機会を増やすため、病理を選択しやすい状況をつくりだすことが重要である。病理研修を積極的に奨励し、その実績を提出させるなど何らかの政策を要望する。

3) 病理診断体制の整備

病理医不足、および病理診断業務量の著しい増加に伴い、医療機関内の病理部門の病理医は多忙を極めている。また 1 人病理医の病院が多く、診断病理医の育成・教育が病院病理部門では十分に行えないのが現実である。さらに、病院の病理部門は手狭なことが多く、インフラ上の問題もある。病理診断は「医療の質の担保」、「患者視点の医療」という意味では、「診断の最後の砦」であり、精度を備えた診断病理医の育成・教育は病理学会として最重要課題と位置づけている。具体的には、下記の 2 点の実現を提案する。

大学の講座における臨床検体を用いた病理診断の実践

病理診断医の教育・育成においては、実際の臨床検体における病理診断に勝るものはない。しかしながら上述のごとく、病院病理部門での教育は現在限界にきている（病院病理部門を有する病院のうち約 35%が 1 人病理医病院）。文部科学省および厚生労働省に跨がる案件と考えられるが、比較的人が多い大学講座で、実際の臨床検体を用いての病理診断が可能となるような着陸点を模索する。

病理診断施設の構築、ならびに保険医療機関である病理診断科での病理診断医の育成

病理診断に携わってきた病理専門医が退職後等に保険医療機関を立ち上げ、「病理診断科」を看板に掲げるその保険医療機関内で、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。このために、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。

テレパソロジー、バーチャルスライドなどの新テクノロジーを用いての病理診断の援助

病理医が充足していない地域で、特に冬期など交通の便が確保できず、非常勤病理医による病理診断もままならない常勤病理医不在病院では、テレパソロジーやバーチャルスライドなどのいわゆるデジタルパソロジーを駆使し、病理診断の援助を行う。ただし、インフラ整備には費用が発生するため、保険診療報酬上の何らかの措置が必要であり、対応を求める。

4. 長期目標

～病理医増員が軌道に乗った段階での診療報酬体系・診断体制～

1) 現行制度の抜本的見直し

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。病理組織標本作製の材料費や労力、診断の難易度が様々であるのに対し、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。病理学会では平成16年度診療報酬改定時にすでに、アメリカの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が、長期的視野に立てば、現行制度を抜本的に見直すことが必須である。

2) 病理組織迅速診断の実践

現在「第3部検査」では、「迅速検査」に対して保険点数の加算が認められている。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。既に病理学会では、平成 22 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。この技術を用いれば、病理医が充足している病院では、検体採取と同日以内に結果を患者に伝えることが可能となる。例えば乳癌患者では、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が、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。病理医の増員・病理診断体制を整備し、上記技術の保険償還により「当日内迅速病理診断」を目指す。

3) 病理診断の精度向上

現在は、病理学会の認定・登録施設中、常勤病理医が「1 人病理医」の施設が全体の約 35% を占めている。これらの病院が 2 人以上の体制となるよう病理医を配置し、病理診断の全症例ダブルチェックにより、さらに精度の高い病理診断を目指す。

さらに、病理診断や新しい診断技術への対応(遺伝子検査など)の精度向上を目指し、外部団体 (USCAP や UK-NEQAS 等) による外部評価を受け、あるいは国内における外部精度管理機構の確立を目指す。

4) 病理医の再配置、地域格差の是正

病理医が増員された暁には、病理医の配置、地域格差の是正について学会として取り組む。例えば現在、がん診療連携拠点病院中、約 14% で常勤病理医が不在であるが、特に東北地方などで不在病院が多いこと等、地域格差が問題視されている。患者が等しく均質な医療を受けるためには、病理医の地域格差の是正は避けては通れない道である。がんの診断を行うためには病理診断が不可欠であり、これらの施設に病理医を配置して、がん診療の精度、均質な医療の提供の実現を目指す。