

がん診療連携拠点病院等における 病理医配置・遠隔病理診断の考え方

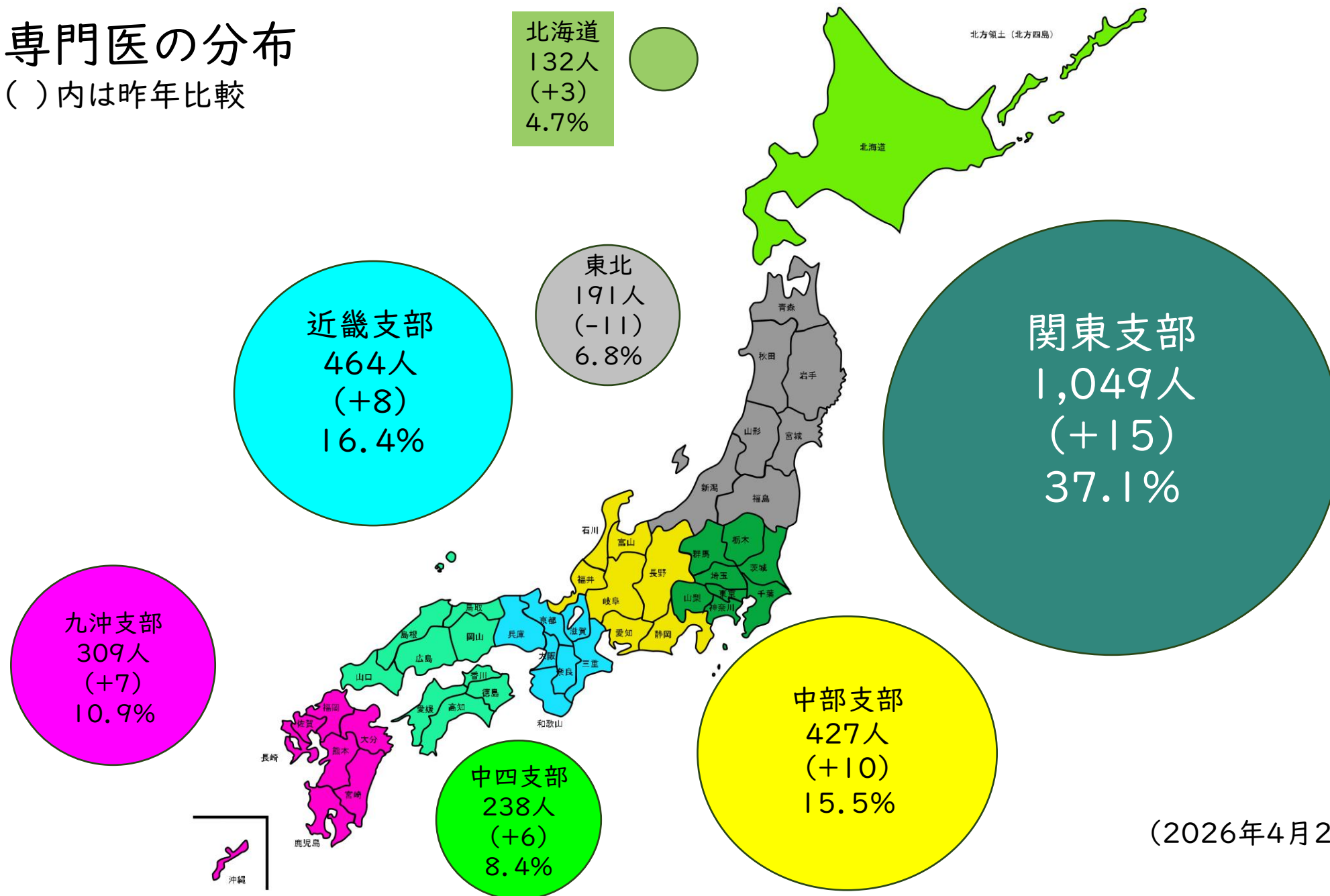
一般社団法人日本病理学会



一般社団法人 **日本病理学会**
The Japanese Society of Pathology

病理専門医の分布

()内は昨年比較



(2026年4月27日時点)

全国病院の病床数に対する 常勤病理医の勤務状況

病床数	総病院数	精神科病院	一般病院数	常勤病理医勤務病院数	常勤病理医不在病院数	非常勤病理医勤務病院
100床未満	2,889	46	2,843	2	2,841	0
100-199床	2,773	453	2,320	24	2,296	53
200-299床	1,004	337	667	73	594	59
300-399床	665	137	528	215	313	47
400-499床	351	58	293	196	97	17
500-599床	153	15	138	111	27	2
600-699床	106	8	98	88	10	0
700-799床	42	2	40	38	2	0
800床以上	77	1	76	69	9	0
合計	8412	1059	7353	712	6641	176

400床以上の一般病院645病院中 常勤病理医勤務病院=502病院
病理医不在病院⇒145病院(400床以上病院不在率 22.5%)
400床以上の病理医不在病院における非常勤病理医対応病院=19病院(13.1%)
 (2024年医療動態調査・2024年日本病理学会年報より)

病理学会認定・登録施設(1,002)における 常勤(専任)病理医の状況(病院数)

病床数	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上
100床未満	0(1)	1(1)	0(1)	1(1)	0(0)	0(0)
100床台	52(54)	18(21)	5(2)	1(0)	0(0)	0(0)
200床台	59(65)	66(21)	12(11)	3(2)	0(1)	2(1)
300床台	47(59)	151(154)	49(47)	12(10)	3(0)	0(0)
400床台	17(16)	101(97)	59(62)	19(23)	9(7)	6(7)
500床台	2(2)	28(32)	52(40)	14(21)	9(8)	8(7)
600床台	0	12(13)	13(24)	19(16)	13(12)	31(27)
700床台	0	4(3)	6(4)	7(10)	3(6)	18(15)
800床以上	0	3(3)	3(1)	6(6)	3(4)	54(57)
合計	177(197)	384(345)	199(192)	82(89)	40(38)	119(114)
割合	17.8%(20.2%)	38.3%(35.4%)	19.9%(19.7%)	8.2%(9.1%)	4.0%(3.9%)	11.9%(11.7%)

都道府県別 病理専攻医 専門医未取得者 (研修年数10年間)

都道府県	専攻医数
北海道	26
青森県	2
岩手県	1
宮城県	9
秋田県	6
山形県	1
福島県	3
新潟県	6
茨城県	11
栃木県	6
群馬県	3
埼玉県	12
千葉県	26
東京都	91
神奈川県	22
山梨県	4

都道府県	専攻医数
富山県	3
石川県	6
福井県	0
長野県	7
岐阜県	6
静岡県	12
愛知県	27
三重県	8
滋賀県	5
京都府	13
大阪府	27
兵庫県	16
奈良県	6
和歌山県	5

病理専攻医:3年間の研修後に、4年目に専門医試験受験

都道府県	専攻医数
鳥取県	5
島根県	3
岡山県	15
広島県	9
山口県	0
徳島県	3
香川県	5
愛媛県	3
高知県	4
福岡県	24
佐賀県	4
長崎県	5
熊本県	2
大分県	5
宮崎県	1
鹿児島県	0
沖縄県	5

専門医機構登録 病理専攻医数	
2018年度	114名
2019年度	118名
2020年度	102名
2021年度	95名
2022年度	99名
2023年度	93名
2024年度	91名
2025年度	109名
2026年度	91名

【参考】「病理診断（診療）の現場では・・・「病理医不足と仕事量↑」

*従来に比較して、病理診断業務の負担が漸増

⇒病理診断分類の細分化による病理診断業務量の増加（分子病理診断）

⇒免疫染色や遺伝子変異解析などによる分子病理診断による病理診断時間の増加（従来の形態学による病理診断⇒形態学+ゲノム病理診断へ）

	病理診断件数*	術中迅速病理診断件数	免疫染色件数	HER2タンパク件数
2017年	3,644,892	178,428	488,412	75,252
2021年	3,665,952	174,036	529,848	81,576
2022年	3,959,892	173,640	765,708	100,824
2024年	4,310,899	234,968	945,468	125,532
増減比較**	118%	132%	231%	167%

*厚生労働省統計局「医療診療行為別調査・統計」

*病理診断には、検査センターにおける病理検査報告数は含まれず

病理医が少ない地域の病理診断支援について

これまで、がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会等において、常勤病理医不在により要件が未充足となり、地域がん診療連携拠点病院から地域がん診療病院に類型変更となった医療機関が複数存在した。これについて構成員より以下の通りバーチャル連携や遠隔病理診断を用いた支援について言及いただいている。

○伊藤構成員 ありがとうございます。病理医のことが大変話題になっておりますが、前回もたしか病理医のことで、どういう形で指針を書いていくかというお話になったと思いますが、ここ重要なのは、やはり病理の専門家、特に病理学会からこういう遠隔診断に関しては質の保証、特に術中迅速だとか様々な診断に関しての質の保証に関して何らかの考え方を御発表いただかないと、我々の中だけで、病理医がいることいないことでもって、病理診断、がんの診断に関しても正確性、品質というのがどういう形になっていくかということは十分に検討し切れなところもあります。それについてはぜひ学会を絡めてこの検討を進めていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○藤座長 ありがとうございます。今、病理診断のことをお話しいただきました。これは地方によっては非常に大きな問題になり続けているというのは我々みんな認識しているところかと思えます。

遠隔の病理診断というのはどんどん進んできて質も上がってきているということですが、やはりその質の担保の問題であったり、バーチャルスライドをつくって、送るほうのシステムの問題であったりということも聞いたことがあります。質が高くないと診断もできないという診断する側からの意見も聞いたことがありますし、これはでも、進めていかざるを得ない状況になっているということもあるので、しっかり考えていってもらえたらいいかなと思えます。

病理医が少ない地域の病理診断支援について

1. ネットワークを活用したバーチャル連携

【課題】

- ・インフラ整備に数千万円の初期投資が必要
- ＊バーチャルスライドスキャナー = 3,500万円～9,000万円等

2. 遠隔病理診断

【課題】

- ・働き方改革で今後、他病院の支援は難しくなっている
- ・正しい病理診断のためには、十分な診療情報の提供が前提となる（保険医療機関間の連携による病理診断のための「様式44」の提出）
- ・スライドガラス標本の送付に関しては、搬送業者が限られる

別紙様式44
保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の受取側			
病理標本の受取側の医療機関名:			
担当医	科	院	依頼日 平成 年 月 日
標本の送付側			
病理標本の送付側の医療機関名:			
所在地:			
電話番号	医師氏名	提出医サイン	
標本作製の場合:院内・院外(施設名称) 標本番号: ()			
患者氏名: (フリガナ)		性別: 男・女	
患者住所			
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業: (具体的に) 電話番号:			
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解: 有・無			
病名:			
臨床診断・臨床経過:			
肉眼所見・診断(略図等):			
病理材料のマクロ写真と切り出し図(精子生検等は除く):			
採取日又は手術日: 年 月 日			
提出館票とそれぞれの標本枚数: 1. 2. 3. その他			
居住歴:			
家族歴:			
感染症の有無: 有()・無			
治療情報・治療経過:			
現在の処方:			
病理診断に際しての要望:			
備考:			
病理解剖科使用済 病理解剖科ID			
<input type="checkbox"/> 病理解剖科管理加算 <input type="checkbox"/> 病理解剖科管理加算2 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 病理診断料 <input type="checkbox"/> 免疫染色等()			
※1 病理解剖科管理加算等は、内務省が承認又は厚生労働省の承認を受けたこと			
※2 手術材料等では病理解剖科の写真等を含む病理診断科検査料を添付すること			

病理医の均てん化（がん診療連携拠点病院に関して）

*病理医の均てん化（遠隔病理診断ではなく）：

「がん診療」を主に行っている医療機関に求められる要件
(「がん」に関して高度の医療を展開していることが予測される)。

・病理検体の切り出しを行うこと

検査技師にタスクシフトできる検体とできない検体（病理医が直接に見なくては発見できないような病変がしばしばあり、デジタルカメラ映像ではわからない）

・病院診療情報システム（HIS）へのアクセスが保たれていること

遠隔診断のみでは、カンサーボード等を担当する病理医がHISにアクセスできない

・病理医と臨床医が直接対話できる環境を整備すること

病理医と臨床医とは対面で診断の確認や治療方針に関してしばしば意見交換

・予定外の術中迅速診断等にも対応可能な体制を確保すること

・病理解剖を行う体制を確保すること

⇒上記の体制については、多様な勤務形態を活用しつつ、必要な専門性及び継続性を確保できるよう整備すること。

がんゲノム医療において求められる病理医の体制について

地域がん診療病院においては、がんゲノム医療連携病院の病理医の常勤の要件のため、がんゲノム医療の提供ができない医療機関がある。

がん診療連携拠点病院等	診療従事者(病理)	がんゲノム医療中核拠点病院等	診療従事者(病理)
都道府県がん診療連携拠点病院	常勤の医師を1人以上配置	がんゲノム医療中核拠点病院	がん遺伝子パネル検査の知識及び技能を有する常勤の医師を複数名配置
地域がん診療連携拠点病院	上と同じ	がんゲノム医療拠点病院	上と同じ
地域がん診療病院	常勤の医師を1人以上配置することが望ましい	EP実施可能がんゲノム医療連携病院	がん遺伝子パネル検査の知識及び技能を有する常勤の医師を1名以上配置
		がんゲノム医療連携病院	常勤の医師を配置

がんゲノム医療連携病院においても、多様な勤務形態を活用しながら、がん遺伝子パネル検査の提出の際に、検体の質を確保するために、病院所属の病理医が直接関与する体制を整備することを要件とするのはどうか。(参考:分子病理専門医認定制度(病理学会:895名))