

## 病理体制に関する診療報酬加算の取得状況について

研究分担者 森脇睦子 東京医科歯科大学医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・センター  
鳥羽三佳代 東京医科歯科大学医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・センター  
研究代表者 伏見清秀 東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学分野

### 研究要旨

近年、病理に関連した医療事故が注目されている。その内容は多岐に渡り、治療法の選択等に大きな影響を与え患者の予後をも左右する医療事故に発展するものもある。安全体制の確保のため病理部門内での体制整備と診療科との連携の充実が急務である。

一方で、平成 27 年 10 月より医療事故調査制度が発足した。当該制度は、診療行為に関連した予期せぬ死亡事例等の報告を医療法に位置付けるものであり、医療事故調査の 1 つとして剖検を挙げている。これは、医療機関の安全管理において、病理部門や臨床各部門との連携体制の構築強化を示唆するものがある。しかしながら、医療機関内の病理検査に関与する職員数は限られている。このような状況を鑑み、医療機関の病理に関する体制整備を概観する試みとして、診療報酬の視点から病理診断管理加算の算定状況を分析した。

その結果、分析対象 1,133 施設のうち病理診断管理加算 1 を算定している施設は 338 施設 (29.8%)、加算 2 は 212 施設 (18.7%)、加算なしは 583 施設 (51.5%) であった。特定機能病院においては、加算 1 は 7 施設 (8.6%)、加算 2 は 71 施設 (87.7%) であった。病床規模別にみると 200 床以上の医療機関であっても 200 施設に病理診断管理加算が算定されていない状況であった。急性期医療機関であっても常勤の病理医が確保できていない実態が明らかとなった。

### A. 研究目的

近年、病理に関連した医療事故が注目されている。病理に関連した医療事故は、検査の実施から結果が患者に伝えられるまでのプロセスでみると、検体の提出忘れなど検体が病理検査室に届くまでに発生する事例、検体取り違え、判定間違いなど

病理検査室内で発生する事例、検査結果の取り違えや確認漏れなど病理検査室での一連の分析が終わった後に臨床各部門で発生するものなどがある。その他、患者間での取り違えに関連するものや 1 患者の病変の取り違えなども報告されており<sup>1)</sup>。病理に関する医療事故の内容も多岐に渡る。

病理診断に関連したエラーは、治療法の選択等に大きな影響を与え、ケースによっては予後をも左右し患者に対する影響度も大きい医療事故に発展するものもある。安全体制の確保のため病理部門内での体制整備と診療科との連携の充実が急務である。

一方で、平成 27 年 10 月より医療事故調査制度が発足した。当該制度は、診療行為に関連した予期せぬ死亡事例等の報告を医療法に位置付けるものであり、医療事故調査の 1 つとして剖検を挙げている。これは、医療機関の安全管理において、病理部門や臨床各部門との連携体制の構築強化を示唆するものがある。

しかしながら、医療機関内の病理検査に関与する職員数は限られている。日本病理学会の報告によると 2017 年 10 月現在、我が国の病理専門医数 2,405 人となっており、我が国の病院数が 8,000 を越えていることを鑑みると、病院に病理医が存在しない施設も多数ある。国立がん研究センターの報告によると 1985 年以降がん患者は増加傾向にある<sup>2)</sup>とされており、今後の業務増加は容易に想像でき、病理医のニーズは高まるといえる。

このような状況を鑑み、医療機関の病理に関する体制整備を概観する試みとして、診療報酬の視点から病理診断管理加算の算定状況について集計したのでその結果を報告する。

## B. 研究方法

### 1) 分析データ

DPC データ調査研究班がデータ収集している施設のうち、2014 年 4 月 1 日以降に入院し 2015 年 3 月 31 日までに退院した患者を対象とした。

分析にあたっては、「DPC 導入の影響評

価に関する調査」の様式 1 及び統合 EF ファイルを使用した。

### 2) 分析方法

特定機能病院区分（特定機能病院、それ以外）、病床規模別（200 床未満、200－399 床、400－599 床、600 床以上）に病理診断管理加算 1 及び加算 2 の算定状況を集計した（加算 1、加算 2 を区分とした集計）。

病理診断管理加算区分について以下のレセプト電算コードを対象に判定した。判定条件は、病理診断管理加算 1 で細胞診もしくは組織診が年間 25 件以上算定されている施設を「加算 1」とし、「加算 2」も同様の方法で判定した。ただし、加算 1 及び加算 2 が両方算定されている医療機関については、件数が多い区分とした。年間の件数が 25 件を満たさない施設は加算なしとみなした。

〈レセプト電算コード〉

160190370 :  
病理診断管理加算 1（細胞診断）  
160190570 :  
病理診断管理加算 2（細胞診断）  
160190270 :  
病理診断管理加算 1（組織診断）  
160190470 :  
病理診断管理加算 2（組織診断）

### 3) 診療報酬における施設基準

病理診断において一定の施設基準を満たした施設に対し病理診断を行った場合に加算される診療報酬であり、病理診断管理加算 1 の場合、組織診断 120 点、細胞診断 60 点が、病理診断管理加算 2 の場合、組織診断 320 点、細胞診断 160 点が加算される。その施設基準は以下のとおり。

- (1) 病理診断管理加算1の施設基準
- イ 当該保険医療機関内に病理診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上(経歴7年以上)配置されていること。
- ロ 病理診断管理を行うにつき十分な体制が配置された病院であること。

- (2) 病理診断管理加算2の施設基準
- イ 当該保険医療機関内に病理診断を専ら担当する常勤の医師が2名以上(経歴7年以上が1名以上と10年以上が1名以上)配置されていること。
- ロ 病理診断管理を行うにつき十分な体制が配置された病院であること。

### C. 研究結果

1,133施設を対象とした集計を行った。全体では、加算1は338施設(29.8%)、加算2は212施設(18.7%)、加算なしは583施設(51.5%)であった。特定機能病院においては、加算1は7施設(8.6%)、加算2は71施設(87.7%)であった(図1)。病床規模別にみると200床以上の医療機関であっても200施設に算定がなく、また400床以上に注目すると22施設で算定なしという状況であった(図2)。

### D. 考察

今回の分析結果から、急性期医療を担う医療機関であっても、常勤の病理医を確保できていない状況が明らかとなった。

我が国の癌患者の増加<sup>2)</sup>からみても今後の病理診断等を初めとした診断業務の増加が見込まれる中、医療安全の観点からも医療機関内で臨床部門のとの連携を強化していく上で、病理に関連する業務等を把握する医師をはじめとした職員の配置もしくは複数配置について、今回の

結果はその検討に資するものとする。

分析対象としたDPCデータはわが国の急性医療を提供する医療機関が参加するDPC精度に基づくものである。平成27年度の時点でデータ提出病院も含めて1863施設が当該制度に参加しており、同意の得られた施設のうち1,133施設のデータを使って分析した結果である。DPCデータは患者ごとのデータが集積されたものであり、施設単位の情報は保有しているものの情報量は限られている。

今回の分析では病理診断管理加算の施設基準を満たす施設か否かは、患者の算定状況から判断した。そのため、実態と完全には一致しない。

### E. 結論

DPC参加施設のうち1,133施設から病理診断管理加算の算定状況を明らかにした。その結果200床以上の急性期医療機関であっても常勤の病理医が確保できていない医療機関が200施設あることが明らかとなった。

### 参考文献

- 1) 財団法人日本医療機能評価機構:医療事故情報収集等事業第21回報告書
- 2) 国立がん研究センター がん登録・統計 [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/annual.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/annual.html) (2018年1月18日アクセス)

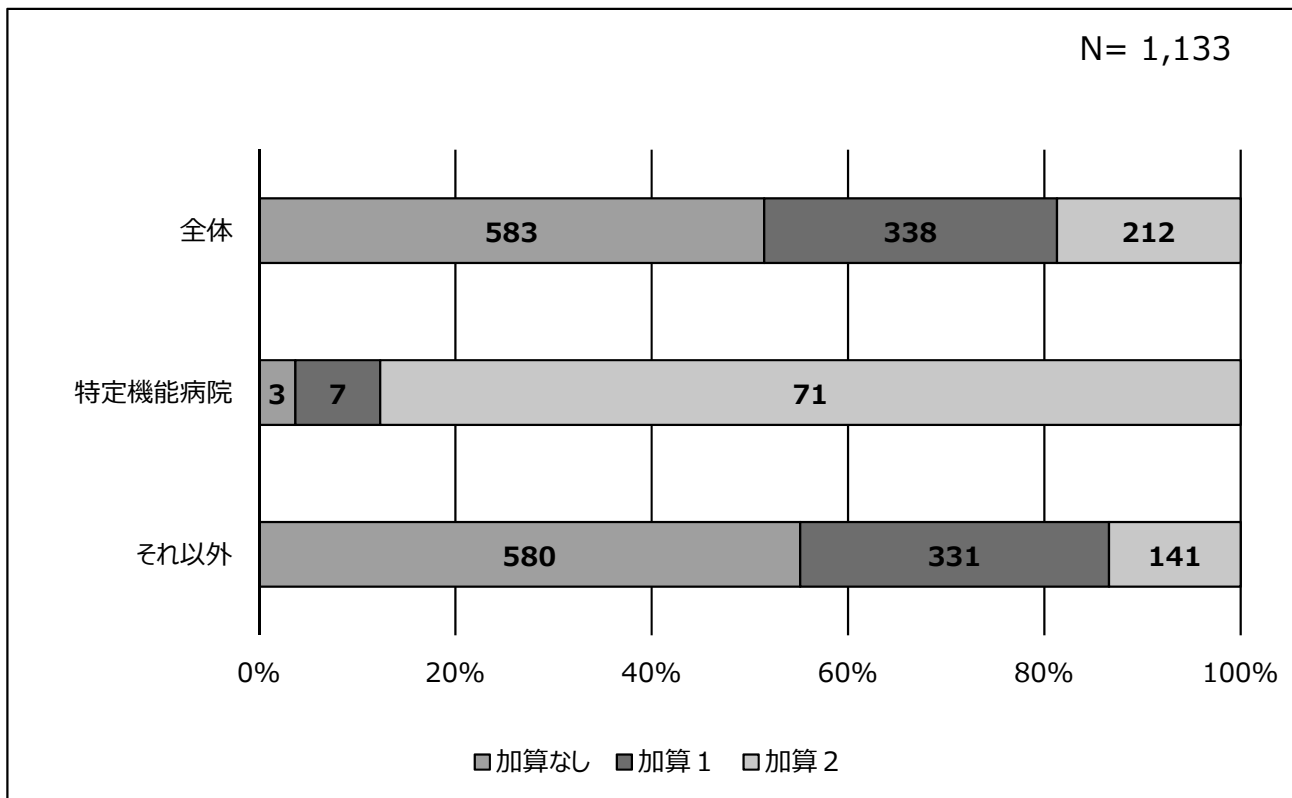


図 1 病理診断管理加算算定状況

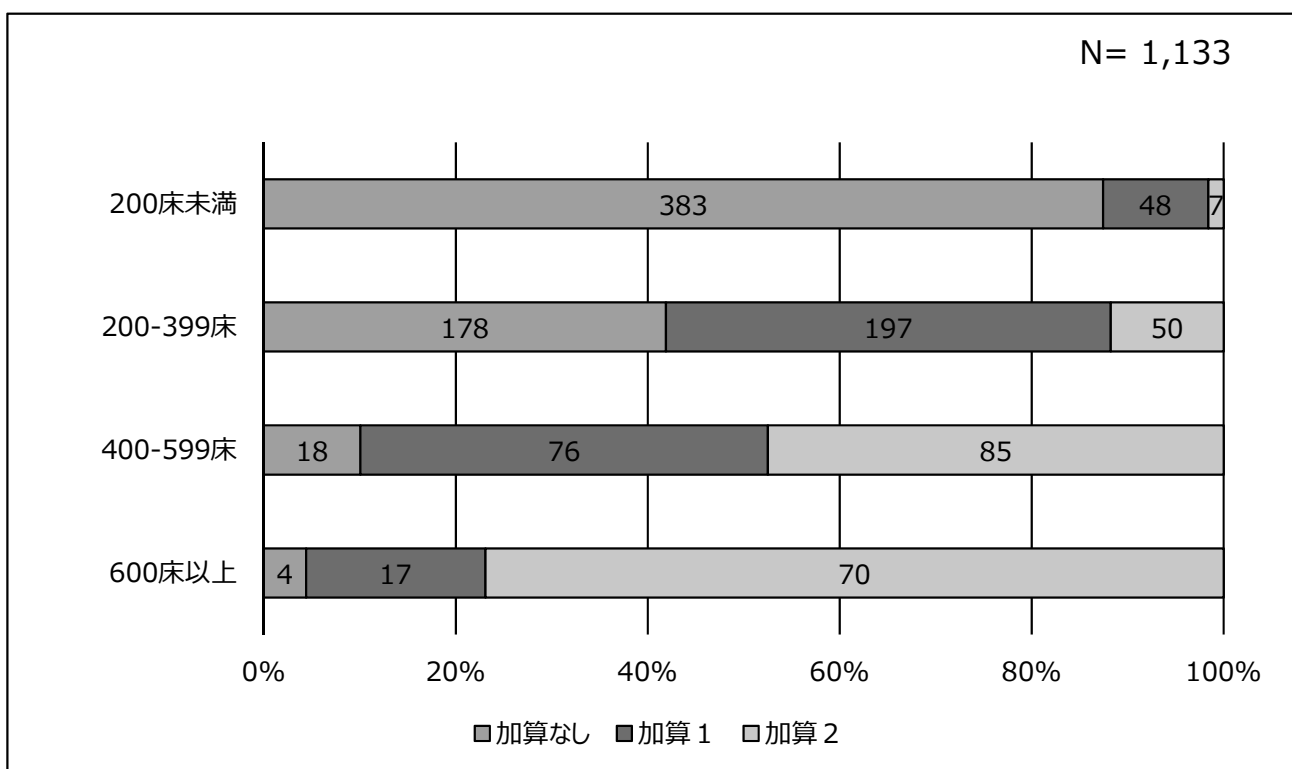


図 2 病床規模別病理診断管理加算算定状況