

2023年3月7日(第4回)

診療報酬「第13部 病理診断」
の告示と通知 その3
＜第2節 病理診断料＞

日本病理学会 社会保険委員長
佐々木 毅

第13部 病理診断

通則

第1節 病理標本作製料（ホスピタルフィー）

第2節 病理診断・判断料（ドクターフィー）

医科点数表の解釈

44
令和4年4月版

前回のセミナーに関していただいたご質問 免疫染色に関して

ご質問「婦人科検体で、p16を免疫染色すると査定される」

「第13部病理診断」の「通則」の「通知」には

2 病理標本作製に当たって使用される試薬は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。

→保険請求を行うためには、「体外診断用医薬品」として承認されたものを使用する必要がある（免疫染色でも）。

→しかし、実際の免疫染色用の抗体では体外診の薬事承認がなされていないものも多数ある。厚労省の医系技官もそのことを十分に認知している。したがって、通常はこれらが査定、返戻の対象となることは少ない。

→ただし、同じ免疫染色抗体で体外診断用医薬品として承認されたものがある場合や「個別に点数がついている場合（HER2、CCR4、CD30など）」「コンパニオン診断薬として承認されている場合」には、体外診として承認された指定された抗体を使う必要がある。

前回いただいたご質問 免疫染色に関して

また

※診療報酬の「原則として」は厚労省が「はば広く解釈できるように」付している

※保険請求を行うためには、「薬事承認」をされた医療機器、体外診断用医薬品を使用することが求められている!しかし、薬事承認されたものがなく、しかもそれを使用しないことで、患者にとって著しい不利益が発生する場合には「黙認している」という現状がある(大きな声では言えませんが…)

※以前、疑義照会で「原則として」は「例外もありと解釈してよいか?」との質問があり、厚労省は「例外を認めるということではない」と回答したことがある。

※このような質問に対して、厚労省が「例外を認めるということ」と回答するはずがない!このような質問は、今後もタブーである!!(藪蛇になる)

※今回の事例…

なぜ、特に婦人科生検検体で p16の免疫染色が査定されるのか

※以前は査定されなかった。平成28年ごろから、近畿厚生局管轄内では、婦人科の「生検検体」で免疫染色を行うと、ことごとく査定される。

※近畿産婦人科学会 社会保険部会が発出した「ローカルルール」に因る。

産婦人科

社会保険診療要覧

平成28年5月版

59. 免疫染色病理組織標本は、**生検材料での算定はできない。**手術摘出標本で、かつ悪性が確定し、組織型の確定や治療上の必要性が考えられる場合に算定できる。胞状奇胎において詳記があれば、p57kip2抗体を用いた免疫組織染色が認められる。

診療報酬の査定と返戻

*査定:レセプト審査側が不適切な保険請求と判断して、診療診療報酬の支払い額をストップさせるもの(質問ができない)

*返戻:レセプトが差し戻されるため、質問等が可能

ローカルルールに対する対応

*返戻の場合:なぜ返戻されているのか、医科(または歯科)診療報酬の解釈のどこに記載されているのか、当該医療機関の医事課を通して、審査側に質問する

*査定の場合:学会等を通して、厚生労働省の保険局医療課に疑義解釈照会をする。

(ただし、この場合は体外診ではないため、疑義照会しても難しいと考える)

近畿産科婦人科学会
社会保険部会

近年、頭頸部の検体でもp16の免疫染色が査定 EBER ISH も査定

※ともに、体外診の薬事承認がなされていない試薬

※一部の地域で査定され出し、某学会が、これらの免疫染色を保険請求を認めるように要望（R4年改定で）

※体外診断薬として認められていないため、個別に診療報酬改定で要望しても、要望は通らない！

※結局、診療報酬改定要望（R4年改定）で認められず
→以後、査定、返戻件数が増えてきている！

上記のようなケースでは、診療報酬改定時に「体外診」として認められた試薬ではないためなどとして、保険収載を認めなかった という経緯があるため、返戻であったも、復活は難しい場合がある

※本来はこのような診療報酬改定要望は避けるべきである

何か疑問があれば、いつでも病理学会社会保険委員会にご相談ください

第13部 病理診断

通則

第1節 病理標本作製料（ホスピタルフィー）

第2節 病理診断・判断料（ドクターフィー）

医科点数表の解釈

44
令和4年4月版

第13部 病理診断 第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料

【①告示・点数表】

N006 病理診断料

1 組織診断料 520点 (450点から70点増点)

2 細胞診断料 200点

【②通知(留意事項)】

【③施設基準】

三 病理診断管理加算の施設基準

【④施設基準通知】

第84の7 病理診断管理加算(=病理診断管理加算の施設基準通知)

は、**第1回を参考**にしてください。

今回は「悪性腫瘍組織加算」について・・・

第13部 病理診断 第2節 病理診断・判断料 悪性腫瘍病理組織標本加算（出来高算定）

悪性腫瘍病理組織標本加算（N006病理診断料の注5）

*平成30年の診療報酬改定で新設

*平成30年診療報酬改定時に病理学会から要望
（既収載要望第1位で要望）

*名称は、「組織標本加算」ですが、そもそもの要望は

・「組織診断料」の再評価であり、悪性腫瘍では、作製された多数の切片を鏡検し、細部にわたる取扱い規約に準じて組織診断報告書を記載して報告しなくてはならないという、病理医の医師としての技術評価を求めたもの

*悪性腫瘍病理「組織標本加算」とあるが、標本作製（ホスピタルフィー）に対する加算ではなく、組織診断（ドクターフィー）に対しての加算！

H30 診療報酬改定要望:病理専門医の技術評価として組織診断料の見直し

【要望理由】

1. 病理専門医の技術評価として組織診断料を見直すことにより、病理医を増やす必要がある。
2. 生検材料の病理診断と複数臓器からなる手術材料の病理診断が同一であるのは著しく不合理である。

【提案の概要】

病理専門医の技術評価として組織診断料を見直す。病理標本作製は臓器数(1臓器、2臓器、3臓器以上)で算定されているのに合わせ、病理診断料も臓器数で算定する。

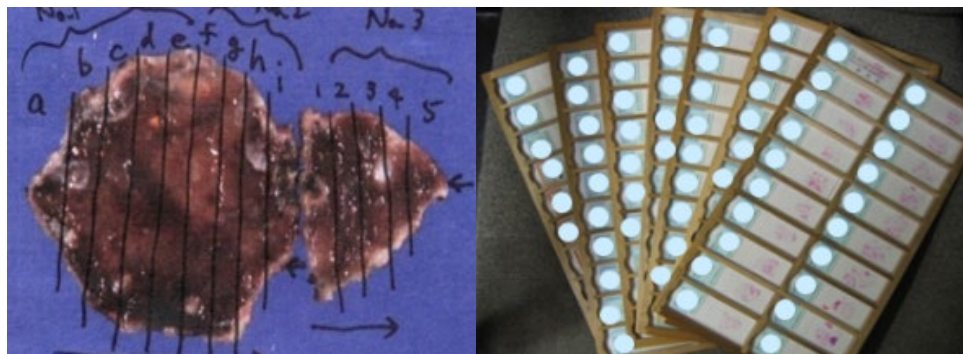
【現在の診療報酬上の取扱】

対象とする患者:病理標本を作製して診断する必要がある悪性腫瘍などを含めた全ての疾患。

【技術内容】

病理診断結果により、良悪の鑑別を含めた病気の本態、治療法が決定する。

点数や算定の留意事項:病理診断には臓器数の評価がなく、1臓器であっても3臓器であっても同じ価格である。特に悪性腫瘍を含む手術材料の多い医療機関では、**病理医業務に見合う診療報酬評価が充分とは言えず、現場の疲弊が著しい。**



病理専門医数、診断数、判断数、検査数等

	年間回数 (万)				病理医1人当 たり年間回数		
	平成 21年	平成 25年	比率 (*)		平成 21年	平成 25年	比率 (*)
病理標本作製N000	523	658	126%		2,547	3,009	118%
細胞診(婦人科)N004-1	443	539	122%		2,158	2,465	114%
細胞診(その他)N004-2	228	269	118%		1,111	1,230	111%
病理診断料N006	277				1,349		
組織診断料N006-1		376	136%			1,719	127%
細胞診断料N006-2		166				759	
病理判断料N007(**)	893	958	107%		4,350	4,380	101%
病理専門医数(名)	2053	2187	107%		2053	2187	107%

厚生労働省統計一覽 社会医療診療行為別調査による

日本病理学会事務局データ(日本病理学会 会報第258号によれば平成21年4月病理専門医数は1995名)

第13部 病理診断 第2節 病理診断・判断料
N006病理診断料 注5 悪性腫瘍病理組織標本加算

悪性腫瘍病理組織標本加算:平成30年の診療報酬改定で新設

【①告示】

5 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000に掲げる病理組織標本作製の1又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。**

第13部 病理診断 第2節 病理診断料

N006病理診断料 注5 悪性腫瘍病理組織標本加算

【②通知(留意事項)】

「K番号」は第10部手術
の頭につく記号

(5) 「注5」の悪性腫瘍病理組織標本加算については、**原発性悪性腫瘍**に対して「**K007の1**」、「**K031**」、「**K053**」、「**K162**」、「**K394**」、「**K394-2**」、「**K439**」、「**K442**」、「**K476**」、「**K484-2**」、「**K514**」、「**K514-2**」、「**K529**」、「**K529-2**」、「**K529-3**」、「**K653の2**」、「**K653の3**」、「**K655の2**」、「**K655-2の2**」、「**K655-4の2**」、「**K655-5の2**」、「**K657の2**」、「**K657-2の2**」、「**K675**」、「**K677**」、「**K677-2**」、「**K695**」、「**K695-2**」、「**K700-2**」、「**K700-3**」、「**K702**」、「**K702-2**」、「**K703**」、「**K703-2**」、「**K704**」、「**K721-4**」、「**K740**」、「**K740-2**」、「**K773**」から「**K773-3**」まで、「**K773-5**」、「**K803**」から「**K803-3**」まで、「**K833**」、「**K843**」から「**K843-4**」まで、「**K879**」、「**K879-2**」又は「**K889**」に掲げる手術を実施し、**当該手術の検体から作製された病理組織標本に基づき病理診断を行った場合に算定する。**

第13部 病理診断 第2節 病理診断料 悪性腫瘍病理組織標本加算「第10部 手術K」

- K007の1:皮膚悪性腫瘍切除術(広汎切除 28,210点)
- K031:四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術(24,130点 or 12,870点)
- K053:骨悪性腫瘍手術(32,550点~22,010点)
- K162:頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術(36,290点)
- K394:喉頭悪性腫瘍手術(切除 38,800点、全摘 63,710点)
- K394-2:鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(切除 42,200点、全摘 67,200点)
- K439:下顎骨悪性腫瘍手術(79,270点~40,360点)
- K442:上顎骨悪性腫瘍手術(搔爬9,160点、切除34,420点、全摘68,480点)
- K476:乳腺悪性腫瘍手術(すべて含む)
- K484-2:胸骨悪性腫瘍摘出術(43,750点~28,210点)
- K514:肺悪性腫瘍手術(すべて、悪性中皮種含む)
- K514-2:胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術
- K529:食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)
- K529-2:胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
- K529-3:縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術。

第13部 病理診断 第2節 病理診断料

悪性腫瘍病理組織標本加算「第10部 手術K」

K653の2:早期悪性腫瘍胃粘膜下層剥離術

K653の3:早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術

K655の2:胃切除術(悪性腫瘍手術)

K655-2の2:腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術)

K655-4の2:噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)

K655-5の2:腹腔鏡下噴門側胃切除術(悪性腫瘍切除術)

K657の2:胃全摘術(悪性腫瘍手術)

K657-2の2:腹腔鏡下胃全摘術(悪性腫瘍手術)

K675:胆嚢悪性腫瘍手術

K677:胆管悪性腫瘍手術

K677-2:肝門部胆管悪性腫瘍手術

K695:肝切除術

K695-2:腹腔鏡下肝切除術

K700-2:膵腫瘍摘出術

K700-3:腹腔鏡下膵腫瘍摘出術

第13部 病理診断 第2節 病理診断料

悪性腫瘍病理組織標本加算「第10部 手術K」

K702:膵体尾部腫瘍切除術

K702-2:腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術

K703:膵頭部腫瘍切除術

K703-2:腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術

K704:膵全摘術

K721-4:早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術

K740:直腸切除・切断術

K740-2:腹腔鏡下直腸切除・切断術

K773:腎(尿管)悪性腫瘍手術

K773-2:腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術

K773-3:腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術

K773-5:腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

K803:膀胱悪性腫瘍手術

K803-2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

K803-3 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

第13部 病理診断 第2節 病理診断料 悪性腫瘍病理組織標本加算「第10部 手術K」

K833:精巣悪性腫瘍手術

K843:前立腺悪性腫瘍手術

K843-2 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

K843-3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

K843-4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器用いるもの)

K879:子宮悪性腫瘍手術

K879-2:2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

K889:子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)

*「原発性悪性腫瘍」であることが算定の基準!!

*悪性腫瘍病理組織標本~~作製~~加算ではない!→悪性腫瘍の病理診断料の加算
→ドクターフィーであるために、DPCの包括に含まれず出来高払い
上記の悪性腫瘍手術の原発性悪性腫瘍の組織診断料の合算=
520点+150点+(管理加算320点or120点)=990点or790点

*悪性腫瘍病理組織標本加算は連携病理診断でも算定可能か??

診療報酬点数表の見方

悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準

【③悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準】

【特掲診療料の施設基準 第十四の二 病理診断】

- 一 保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準
- 二 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製及び迅速細胞診の施設基準
- 二の二 病理標本のデジタル病理画像による病理診断の施設基準
- 三 病理診断管理加算の施設基準
- 三の二 悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準
- 四 口腔病理診断管理加算の施設基準

診療報酬点数表の見方

三の二 悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準

【③施設基準】

三の二 悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に病理診断を専ら担当する医師が一名以上配置されていること。
- (2) 病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された保険医療機関であること。

診療報酬点数表の見方

第84の8 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準通知

【④施設基準通知】

第84の8 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準

病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であるか、以下の全てを満たす施設であること。

ア 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

イ 専ら病理診断を担当した経験を7年以上有する医師が1名以上配置されていること。(病理診断管理加算Iの5年以上ではない!←改定要望で検討!)

ウ 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

エ 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

2 届出に関する事項

悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

診療報酬点数表の見方

第84の8 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準通知

病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であるか、以下の全てを満たす施設であること。

→病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設
=常勤の専ら病理診断を担当する医師が勤務する保険医療機関

ア 病理診断科を標榜している保険医療機関であること

→=常勤の専ら病理診断を担当する医師が勤務する保険医療機関



保険医療機関間の連携による病理診断で、委託側（依頼側）医療機関に、常勤の病理医が不在である医療機関では、算定できない！

委託側医療機関（病理医不在）で行われたPD（膵癌）

→保険医療機関間の連携による病理診断では悪性腫瘍病理組織標本加算150点は算定（請求）できない

第13部 病理診断 第2節 病理診断料

007 病理判断料(出来高払い)

【①告示・点数表】

N007 病理判断料 130点

注1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 区分番号N006に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。

【②通知】

N007 病理判断料

病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料の含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を算定することができる。

第13部 病理診断 第2節 病理診断料

007 病理判断料(出来高払い)

【①告示・点数表】

N007 病理判断料 130点

注1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 区分番号N006に掲げる**病理診断料**を算定した場合には、算定しない。

【②通知】

N007 病理判断料

病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料の含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を算定することができる。

病理判断料はどんな時に算定される??

第13部 病理診断 第2節 病理診断料

007 病理判断料(出来高払い)

N007 病理判断料の算定

- (1) 婦人科細胞診すべて(婦人科細胞診では細胞診断料が算定できない)
- (2) 婦人科以外の細胞診で、細胞診断料を算定しない場合
 - 医師が見たものは細胞診断料が算定できる
 - 医師が見てもいないのに、婦人科以外の細胞診で全症例「細胞診断料」を請求していると、共同指導、特定共同指導で、自己点検を要求される
- (3) 組織診断料を算定しなかった際の病理組織検査報告
 - * 衛生検査所の病理組織検査報告では、この病理判断料が委託元の医療機関で算定される。

第13部 病理診断 第2節 病理診断料

007 病理判断料(出来高払い)

N007 病理判断料の算定

- (1) **婦人科細胞診すべて**(婦人科細胞診では細胞診断料が算定できない)
- (2) **婦人科以外の細胞診で、細胞診断料を算定しない場合**
 - 医師が見たものは細胞診断料が算定できる
 - 医師が見てもいないのに、婦人科以外の細胞診で全症例「細胞診断料」を請求していると、共同指導、特定共同指導で、自己点検を要求される
- (3) **組織診断料を算定しなかった際の病理組織検査報告**
 - * 衛生検査所の病理組織検査報告では、この病理判断料が委託元の医療機関で算定される。

* 衛生検査所では全体で何件くらいの病理組織報告書が作成されているの？

衛生検査所での病理組織報告件数=病理組織での病理判断料の件数

*病理判断料が組織で算定されている件数は?(試算→正確な数値は出せない!)

病理判断料の算定回数:773,172回/月(令和元年社会医療診療行為別総計,6月審査分 以下*印データはすべて同様の出所)

病理判断料の算定回数は、①衛生検査所等に病理組織検査を委託した場合、②婦人科細胞診を行った場合、③婦人科以外の細胞診で病理医が鏡検を行わなかった場合 の3項目で算定される。このうち②婦人科細胞診での判断料の算定回数の推算:婦人科細胞診回数=416,271回/月* このうち約8%が同月内に同一人で行われているという実態調査結果から(日本病理学会アンケート調査より,詳細は割愛) 婦人科検体での病理判断料の算定推定回数は $416,271回/月 \div 1.08 = 385,436回/月 \dots$ (ア)

③婦人科以外(その他とする)の細胞診での判断料の算定回数の推算:

その他の細胞診回数=226,554回/月* 同様に推定回数は $226,554回/月 \div 1.08 = 209,772回/月$ このうち細胞診断料が算定されている回数は $140,699回/月$ * より,その他細胞診で病理判断料が算定される回数は $209,772回/月 - 140,699回/月 = 69,073回/月 \dots$ (イ)

①の衛生検査所等に病理組織検査を委託した場合の回数(件数)は(ア)、(イ)より:

$773,172回/月 - 385,436回/月(ア) - 69,073回/月(イ) = 318,633回/月$

したがって現在の衛生検査所等での年間組織検査報告実施推定回数は

病理検査報告書作成数= $318,633回/月 \times 12か月 = 3,823,956回/年$

(cf.:医療機関での病理診断料の算定件数=4,057,176回/年)

第13部 病理診断 第2節 病理診断料

007 病理判断料(出来高払い)

N007 病理判断料の算定

- (1) 婦人科細胞診すべて(婦人科細胞診では細胞診断料が算定できない)
- (2) 婦人科以外の細胞診で、細胞診断料を算定しない場合
 - 医師が見たものは細胞診断料が算定できる
 - 医師が見てもいないのに、婦人科以外の細胞診で全症例「細胞診断料」を請求していると、**共同指導、特定共同指導**で、自己点検を要求される
- (3) 組織診断料を算定しなかった際の病理組織検査報告
 - * 衛生検査所の病理組織検査報告では、この病理判断料が委託元の医療機関で算定される。

* 共同指導、特定共同指導とは？

共同指導・特定共同指導とは？

その目的・指導大綱

厚生労働省保険局医療課 医療指導監査室

【目的】

保険診療の取扱い, 診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させること

【健康保険法第73条】

保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し, 保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し, 厚生労働大臣の指導を受けなければならない。

⇒ 厚生労働大臣の指導を受ける義務がある

保険診療における「指導」の種別

1. 集団指導：制度改定や対象サービスの取扱い、診療報酬の内容などについて、保険事業者に周知徹底させることを目的として、講習等の方法で実施するもの

2. 集団的個別指導：保険医療機関等の機能、診療科等を基準とする類型区分に応じて、診療（調剤）報酬明細書（レセプト）の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等を一同に集めて講義形式等で行う指導。具体的には、レセプト1件当たりの平均点数が次の都道府県の平均点数の1.1倍（医科医療機関）を超える施設が対象

3. 個別指導

- ① 都道府県個別指導
- ② 共同指導
- ③ 特定共同指導

保険診療における「指導」の種別

1. 集団指導

2. 集団的個別指導

3. 個別指導

①都道府県個別指導

②共同指導

③特定共同指導

3. 個別指導

- *一定の場所に集めてまたはその保険医療機関に向いて個別面接方式で行う
- *実施主体等により、都道府県個別指導、共同指導
特定共同指導の3つに分けられる
- *診療報酬の「自主返還」という経済措置が取られる
可能性を伴う指導

① 都道府県個別指導

地方社会保険事務局と都道府県が合同で, 支払基金・保険者・被保険者などからの情報により, あるいは過去の集団的個別指導・個別指導などの結果に基づき対象医療機関を選定して行うもの

② 共同指導

*都道府県と厚生労働省が共同で行うもの

*都道府県個別指導でも改善されない場合や集団的個別指導後も特に高点数である場合などが対象

*厚生労働省のいわゆる「保険Gメン(医療指導監査官)」が出動

(共同指導は厚生労働省主導となる)

③ 特定共同指導

*臨床研修指定病院, 大学附属病院, 特定機能病院, 複数の都道府県にまたがった同一開設者の保険医療機関などの比較的大規模な病院, その他特に緊急性を要する場合などに都道府県・厚生労働省が共同で行うもの

個別指導（特定共同指導）の流れ

- ①出席者の紹介
- ②医療機関の名称・所在地・開設者名などの事務的
事項の確認
- ③指導医療官によるレセプトとカルテを突き合わせな
がらの質問・指摘等の指導
- ④病院では上記に先立って通常は「院内巡視」が行わ
れる

*院内掲示, 標榜科目・診療時間, 診察室, 薬局,
リハ室や病棟等書類と相違ないかあるいは運用上
問題がないか等確認

個別指導（特定共同指導）の評価

評価は次の4段階

- ① **おおむね妥当**：ほぼ適切として指導終了
- ② **経過観察**：適正を欠くものの軽微であり改善が期待できるとして、半年から1年にわたりレセプトの経過観察が行われ、改善がみられれば指導終了、改善されなければ再度個別指導
- ③ **再指導**：妥当・適正を欠く部分が認められ、改善状況を判断するためにおおむね1年以内に再度個別指導
- ④ **要監査**：監査要綱に該当すると判断された場合に後日監査もしくは明らかに不正・不当が発見された場合、直ちに指導を中止し切り替えて監査。また、受療状況から患者からの聞き取り調査が行われ監査に移行する場合もあり

自主返還

- *指導の結果, 算定要件を満たさない請求と指摘された事項について医療機関が自主点検を行い指摘事項に該当する部分の診療報酬を保険者に返還するもの
- *請求間違いはもとよりカルテ上の根拠が乏しいもの, 不必要と判断された検査・投薬なども対象
- *返還はその症例のみならず全症例に適応が多い
- *厚労省通知では指導月の前月から1年以上と定めているが, 「通常のケースは1年分・特に悪質な場合5年分」などと取り決めている都道府県もあり
- *平成30年度, 指導, 適時調査, 監査により返還を求めた金額は約124億4千万円

第13部 病理診断 第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料の増点とN007 病理判断料の減点

N006 病理診断料

- 1 組織診断料 520点 (450点から70点増点)
- 2 細胞診断料 200点

N007 病理判断料 130点 (150点から20点の減点)

*N006に関してもN007に関しても病理学会含め他学会からも、増点や減点の要望はなかった。

*増点となった患者への配慮と「別紙様式44」に関する診療上の評価・・・

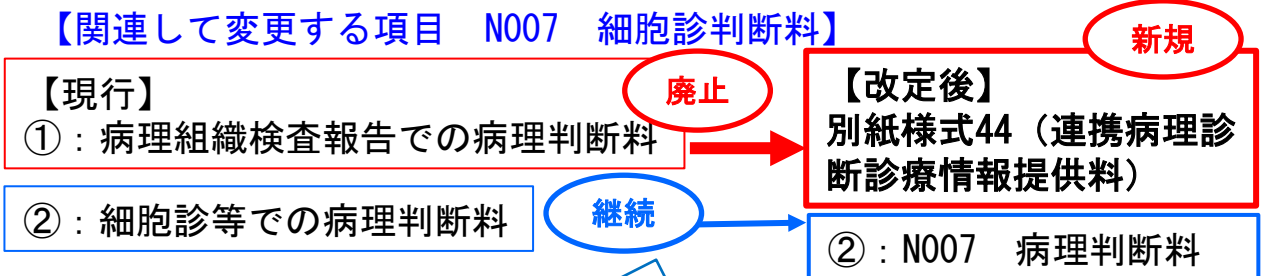
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
712101	連携病理診断診療情報提供料	日本病理学会

【要望】 保険医療機関間の連携病理診断の際の（別紙様式44）に「連携病理診断診療情報提供料」を算定

【要望理由】 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）の際、送付・送信側に「別紙様式44（診療情報提供書に該当する内容）」の発行が義務化されているが、現在診療報酬上の評価がない。連携病理診断では患者の詳細な診療情報情報を得る方法はこの別紙様式44しかなく、病理診断の質を担保するためには必要不可欠である、しかしながら、診療情報提供書には**診療情報提供料Iとして250点の保険収載**があるにも関わらず、別紙様式44には評価がなく、それが障害となって、連携病理診断が全く普及していないため、移行が進まず患者に不利益が生じている。

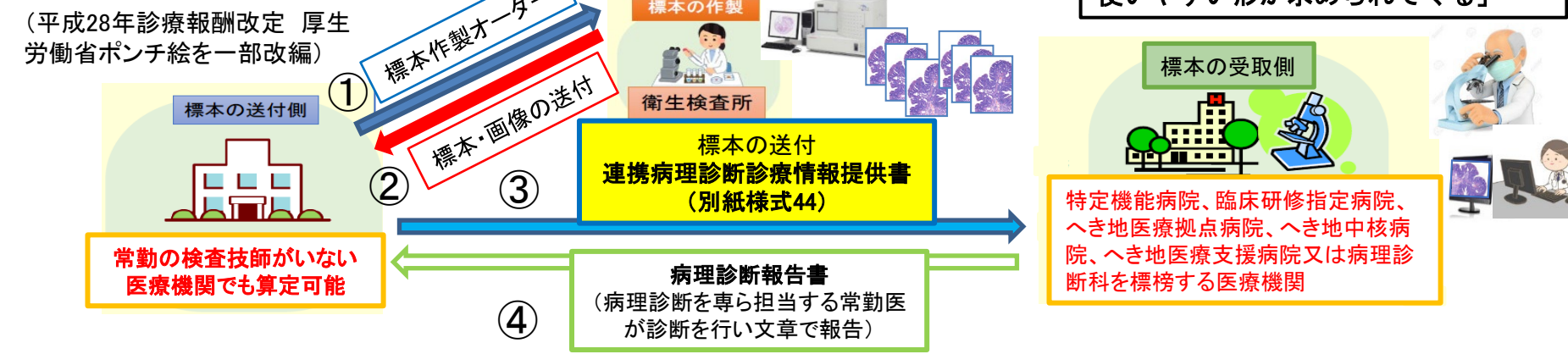
【点数告示と通知】 N006 病理診断料 の 告示 「3」 に以下の項目を追記する

3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。なおこの際、標本の送付側または送信側が別紙様式44あるいはこれに準じる様式で詳細な病理診断のための診療情報提供を書面で行った場合、送付・送信側保険医療機関において、連携病理診断診療情報提供料として250点を算定する。



連携病理依頼書:かつて【病理処方箋】として質疑「直接受診しない場合の診療報酬の取扱い」
（第179回国会 参議院厚生労働委員会会議録 第二号（秋野公造氏質疑）

保険局長（当時）外口崇氏答弁「より使いやすい形が求められてくる」



患者負担を増やさずに別紙様式44を評価

N006 組織診断料 450点 → 520点(増点)

N007 病理判断料 150点 → 130点(減点)

水面下でこんな
やり取りが厚労省
とありました

改定の背景(増点・減点の背景) →

*連携病理診断で患者負担を増やしたくない

*連携病理診断では、委託側の医療機関で、病理診断料(520点)+病理診断管理加算(120点 or 320点)が算定できる。

*連携病理診断の際に、「病理診断料と病理診断管理加算」の中から別紙様式44の評価を行うことは可能か?(患者負担を増やさない)

*厚労省の考え方:臨床医の詳細な「情報提供」により、精度の高い「連携病理診断報告書」を患者に提供:連携病理診断報告書は臨床医と病理医のコラボにより作製してほしい(し、また病理の先生方にもそう考えていただきたい)

(例)・委託側:別紙様式44の評価 病理診断料+管理加算から150点(>病理判断料130点)

・診断側(診断料+管理加算2=840点)-150点=690点

∴特に病理診断管理加算=病理診断全般に関する管理的な意味合いの報酬=病理解剖の実態、CPCの開催、カンサーボード、診断のW-チェック体制などを含む。連携病理診断の際にはこれら病理管理加算に含まれる「管理的な側面」は必ずしもサポートしていないのでは? その分の評価を連携病理診断の際の「別紙様式44」の評価できないだろうか?

2023年3月7日(第4回)

診療報酬「第13部 病理診断」
の告示と通知 その3
＜第2節 病理診断料＞

お疲れ様でした・・・本日はここまで
次回、第5回は3月14日(火)になります。