

平成 30 年度診療報酬改定の結果

●DPC/PDPS 関連

1. 「脳脊髄の感染を伴う炎症」 (010080) に新分岐

当該 DPC については、重症度により診療報酬が大きく異なるのではないかと指摘があった。同疾患の重症度を DPC 資料から抜き出すことは困難であるが、年齢 (15 才未満と以上) で分岐を試みると、分岐するに値する有意な差が確認され、新たに「重症度等」として年齢による分岐が加えられた。これにより 同 DPC 病名の精緻化(成人例は増点)が図られたものと理解される。

2. 機能評価係数 II の変更

脳卒中の急性期の診療実績への評価として、体制評価指数が以下の通り変更となった。実際に tPA 静注療法を行っており、A205-2 の加算が可能な体制を持ち、急性期の血管内治療を行っていることを評価する形となっている。

- ・ t-PA 療法の実施(0.25P)
- ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P)
- ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P)

(血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績)

※ いずれか最大値で評価。

●診療報酬改定変更

1 神経学的検査 D239 3

日本神経学会 (共同提案：日本神経治療学会)

450→500

増点および条件緩和(一定の基準で非常勤でも加算可能になった)された。

第 26 の 2 神経学的検査

(2) 神経学的検査に関する所定の研修を修了した神経内科、脳神経外科又は小児科を担当する常勤の医師 (専ら神経系疾患の診療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。) が 1 名以上配置されていること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている神経内科、脳神経外科又は小児科を担当する非常勤医師 (神経学的検査に関する所定の研修を修了し、専ら神経系疾患の診療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。) を 2 名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

*平成20年に初めて認められた時が500点の要求に対して200点であった。今回、ようやく当初の要求額500点になった。

2.認知機能検査・その他の心理検査D285

日本認知症学会（共同提案：日本神経学会、高次脳機能障害学会、老年精神医学会）

実地現場で汎用性のある、長谷川式知能評価スケール、MMSE、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMOC A-Jが追加された。

・検査の各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」、80点

3. 長期脳波ビデオ同時記録検査1 D235

日本神経学会（共同提案：日本臨床神経生理学会、日本てんかん学会、日本小児神経学会、日本脳神経外科学会）

施設基準が緩和された。

・従来、基準の(10)「てんかん診療拠点機関として選定されていること。」とは、「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」（平成27年5月28日障発0528第1号）に定めるてんかん診療拠点機関を指すとされ、これは現在8道府県の8病院しか該当しないこととなり、臨床的に最も望まれている検査が全く反映されていない状況であった。

長期脳波ビデオ同時記録検査1に関する施設基準

- (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜していること。
- (2) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施していること。
- (3) てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施していること。ただし、てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りではない。
- (4) 3テスラ以上のMRI装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影装置を有していること。ただし、これらの装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (5) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (6) 長期脳波ビデオ同時記録検査の経験を1年以上有する常勤の看護師及び常勤の臨床検査技師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (7) てんかん発作の常時監視及びてんかん発作に対する迅速な対応が可能な体制がとられていること。
- (8) 複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。
- (9) 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。（修正）
- (10) ~~（削除）てんかん診療拠点機関として選定されていること。~~

- (11) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (12) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

なお、「関係学会により教育研修施設として認定された施設であること」については、日本神経学会の教育施設、日本臨床神経生理学会関係の教育施設及び日本てんかん学会の研修施設が該当することとし、准教育施設等は該当しないこととする取扱い。施設認定が大幅に改善された。

4. 脳波検査判断料 1 D238

日本神経学会（共同提案：日本臨床神経生理学会、日本てんかん学会、日本小児神経学会、日本脳神経外科学会）

施設基準が緩和された。

・従来、基準の(5)「てんかんに関する地域連携診療計画に二次診療施設として登録…」とは、「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」(平成 27 年 5 月 28 日障発 0528 第 1 号)に定めるてんかん診療拠点機関を指すとされ、これは現在 8 道府県の 8 病院しか該当しないこととなり、臨床的に最も望まれている検査が全く反映されていない状況であった。

1 脳波検査判断料 1 に関する施設基準

- (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) MRI 装置を有していること。ただし、MRI 装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (3) 脳波診断に係る診療の経験を 5 年以上有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
- (4) 脳波検査の経験を 1 年以上有する常勤の臨床検査技師が 1 名以上配置されていること。
- (5) ~~(削除) 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に二次診療施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、連携の拠点となる医療機関であること。~~
- (6) 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (8) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 届出に関する事項

なお、(6)「関係学会により教育研修施設として認定された施設であること」については、日本神経学会の教育施設、日本臨床神経生理学会関係の教育施設及び日本てんかん学会の研修施設が該当することとし、准教育施設等は該当しないこととする取扱い。

●但し、脳波検査判断料1についての通知(平成30年3月5日 医発0305第1号より)は以下の記載がありました。

#脳波検査判断料1は、脳波診断を担当した経験を5年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託した場合は算定できない。

5. 脳波検査 D235

日本臨床検査医学会（共同提案：日本臨床神経生理学会、日本神経学会、日本てんかん学会）

増点された。

600→720

6. 誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む。）（1神経につき）

日本臨床神経生理学会(共同提案：日本神経学会、日本臨床検査医学会等)

増点された。

150→200

しかし、3/5付けで 厚生労働省から告示(平成30年厚生労働省告示第43号)がでて、2神経以上に対して行う場合には、複数神経加算として、1神経を増すごとに150点を所定点数に加算する。ただし、加算点数は1,050点を超えないものとする。

つまり、最初の1本目は200点にするけど、あとは今まで通りで、上限も追加1050点で7神経分ですので計8神経までというのも同じということ。

7. 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図 D239-3

日本神経学会（共同提案：日本臨床神経生理学会）

増点された。

400→800

8. 体性感覚誘発電位 D239 3

増点された。

670→804

9. 視覚誘発電位 D239 3

増点された。

670→804

10. 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査 D239 3

増点された。

670→804

11. 聴性定常反応 D239 3

増点された。

800→960

12. 終夜睡眠ポリグラフィーD237

増点された。

- 1 携帯用装置を使用した場合
 - 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
 - 3 1 及び 2 以外の場合
- 3 の場合 3300→3960

13. 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作成 N002—6

日本神経学会（共同提案：日本リウマチ学会、日本小児神経学会）
筋ジストロフィー又は筋炎がみとめられた。

(8) 【注 2】に規定する「確定診断のために 4 種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）、消化管間質腫瘍（GIST）、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水疱症（天疱瘡、類天疱瘡等）、悪性黒色腫、筋ジストロフィー又は筋炎が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても 3 種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該当加算は算定できない。

14. 組織判断料 N0006—2

日本神経学会

当該保険医療機関において組織診断料を算定できるようになった。

組織採取（生検術）のみは自施設で行い、標本作成と病理診断は他施設に依頼されることが多い。そのような場合にも、当該保険医療機関において組織診断料を算定できる。

15. 組織試験採取、切採法（筋生検術） D417

日本神経学会（共同提案：日本リウマチ学会、日本小児神経学会）

筋肉 1500(新設)

*従来は、皮膚 500 として算定されていた。

16. 組織試験採取、切採法（末梢神経生検術） D417

日本神経学会（共同提案：日本リウマチ学会、日本小児神経学会）

末梢神経（神経生検のこと） 620→1620

17. 人工呼吸 鼻マスク式補助換気法 J026-2

日本神経学会（共同提案：日本神経治療学会、日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会）

65→160

18. 難病指導管理料に人工呼吸器導入についての意思決定相談加算

難病外来指導管理料 注5（注の追加）

新規で500点 日本内科学会

人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等についての話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文章により提供した日の属する月から換算して1月を限度として、1回限り500点を所定点数に加算する。

（内保連 IC study での請求が認められた）

19. 単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 D023

日本神経学会（共同提案：日本感染症学会、日本神経治療学会）

増点された。

287→450 ただし、まだ1回のみ。

20. サイトメガロウイルス核酸検出 D023-14 48

新設 850点

21. 抗特異的チロシンキナーゼ抗体 D014

日本神経免疫学会（共同提案：日本神経学会）

複数回可能になった。

RIA法により重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察を目的とした場合に算定できる。

22. 頸椎、胸椎または腰椎穿刺 J007

増額された。

220→264

23. 内視鏡下嚥下機能検査 D298-2

増額された。

600→720

24. 群発頭痛に対する在宅酸素療法 C103(317)

日本頭痛学会（共同提案：日本神経学会、日本神経治療学会）

群発頭痛の在宅酸素療法でも 2400 点が算定できるようになった。

(4)「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧 55mmHg 以下の者及び動脈血酸素分圧 60mmHg 以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの、慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例及び関連学会の診断基準により群発頭痛と診断されている患者のうち、群発期間中の患者であって、1日平均1回以上の頭痛発作を認めるものとする。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。

25. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 A301-3

診療報酬は変わっていませんが、重症度、医療・看護必要度の測定が要件として追加となっている。

26. オンライン診療科 A003

新規 70 点（月 1 回）

1 回/月算定可、3 か月に対面診療 1 度は必要

対象はオンライン診療料が算定可能な患者は、区分番号「B000」特定疾患療養管理料、「B001」の「5」小児科療養指導料、「B001」の「6」てんかん指導料、「B001」の「7」難病外来指導管理料、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」認知症地域包括診療料、「B001-3」生活習慣病管理料、「C002」在宅時医学総合管理料又は「I016」精神科在宅患者支援管理料（以下「オンライン診療料対象管理料等」という。）の算定対象となる患者。

27. 在宅経腸投薬指導管理料 C117（通知その 2-1 P226 在宅 P52） 306

パーキンソン病の患者に対し、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行った場合に算定する。

新設 4000 点

28.経腸投薬用ポンプ加算 C152-3(通知その2-1 P229 在宅P55)

経腸投薬用ポンプ加算は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与することを目的とした場合に2月に2回に限り算定できる。

新設 2500 点

29.遺伝カウンセリング加算(注5)D026

増額された。

500→1000

30. 遺伝学的検査 D006-4(通知その2-1 P248 検査P14)

PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるものとPCR法による場合に算定できるものに区分され明記された。一部増点。

容易なもの 3880(変更無し)、複雑 3880→5000 (増点)、極めて複雑 3880→8000 点 (増点)

ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの

① デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び家族性アミロイドーシス

② 福山型先天性筋ジストロフィー及び脊髄性筋萎縮症

③ 栄養障害型表皮水疱症及び先天性QT延長症候群

イ PCR法による場合に算定できるもの

① 球脊髄性筋萎縮症

② ハンチントン病、網膜芽細胞腫及び甲状腺髄様癌

ウ ア、イ及びエ以外のもの

① 筋強直性ジストロフィー及び先天性難聴

② フェニルケトン尿症、ホモシチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、隆起性皮膚線維肉腫及び先天性銅代謝異常症

③ メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP(LCHAD)欠損症、色素性乾皮症、ロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離

エ 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(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

① ライソゾーム病(ムコ多糖症I型、ムコ多糖症II型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)及び脆弱X症候群

② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、

5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群

③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゼン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群

(5) 「1」の「処理が容易なもの」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

(6) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

(7) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

31.神経疾患関連(脳血管障害・神経難病・認知症など)に関する地域包括ケアおよび在宅診療関連の変更点

1) 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料

入院料が細分化され、入院料1は**2,558点→2,738点**へ増点された。
サブアキュートの受入れが施設基準要件化され、直近3ヶ月間の平均で10%以上の受入れ実績及び実数で3人以上の受入れ実績が必要とされた。

また、サブアキュートの受入れは評価され、以下の項目が新設された。

在宅患者支援病床初期加算 1日につき(14日限度)300点

加えて、在宅復帰率の計算式が見直された。

[新計算式]

(分子) 自宅、居住系介護施設等(介護医療院を含む)、有床診療所(介護サービスの提供が必要) ※療養病棟・老健は分子から除外する

(分母) 地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡・再入院患者は除く

上記の通り、在宅系が主に評価されることとなった。

2) 退院時共同指導料・・・**神経難病患者は月2回まで算定可能**

算定要件が緩和された

医師の指示があれば、看護師主導でカンファレンスを開催でき、退院後通院先と共同指導すれば病院側は400点算定できる(退院後通院先は1,500点)

3者以上で共同指導できれば、病院側は更に2,000点加算できる。

入院先病院、退院後通院先、訪問看護ステーション、歯科クリニック、調剤薬局、居宅介護支援事業所のそれぞれで算定できる項目があり、介護報酬にまで広がっているため、なにを算定するか十分な確認が必要と思われる。

●平成30年2月26日付け 医薬品の適応外使用に係る保険診療上の取り扱い変更

1. クロピドグレル硫酸塩 審査情報提供事例 N0.315

原則として、「クロピドグレル硫酸塩【内服薬】」を「非心原生脳梗塞急性期」、「一過性脳虚血発作急性期」の再発抑制に対して「通常、成人には、投与開始日にクロピドグレルとして300mgを1日1回経口投与し、その後、維持量として1日1回75mgを経口投与」した場合、当該使用事例を審査上認める。

2. ガバペンチン審査情報提供事例 N0.316

原則として、「ガバペンチン【内服薬】」を「神経障害性疼痛」に対して「通常、成人には、ガバペンチンとして300mg～900mgを1日3回分割経口投与」として処方した場合、当該使用事例を審査上認める。

■検査の微減

D004 IgG インデックス 439→426, オリゴクローナルバンド 543→548, ミエリン塩基性蛋白 601→593, リン酸化タウ蛋白(髄液) 660→641、タウ蛋白(髄液) 660→641, D009 s IL-2R 451→438, D012 52 HTLV-1 抗体(ウエスタンブロット法及びラインブロット法) 432→425、D0014 AcR 抗体 856→847

2018.3.30.日本神経学会 診療向上委員会編