

脳波検査に関連する診療報酬改定についてのまとめ（2016年4月）

D235 脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。) 600点 (変更なし)

注 1 検査に当たって睡眠賦活検査又は薬物賦活検査を行った場合は、これらの検査の別にかかわらず 250 点を加算する。

注 2 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、1 回につき 70 点とする。

D235-2 長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき) 500点 (変更なし)

注 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出した保険医療機関において、長期継続頭蓋内脳波検査を実施した場合に算定する。

* 1 長期継続頭蓋内脳波検査に関する施設基準

- (1) 脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 脳神経外科の常勤医師が 1 名以上配置されていること。

* 2 届出に関する事項

長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 25 を用いること。

D-235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき) (変更あり)

1 長期脳波ビデオ同時記録検査 1 3,500 点

2 長期脳波ビデオ同時記録検査 2 900 点

注 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行われる場合に算定する。

* 1 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 MR I 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) 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拠点施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、地域における連携の拠点となる医療機関であること。
- (10) 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。

#上記(10)における「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。

* 2 届出に関する事項

- (1) 長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準に係る届出は、別添2の様式25の2を用いること。
- (2) 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の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

D238 脳波検査判断料（変更あり）

1 脳波検査判断料 1 350点 2 脳波検査判断料 2 180点

注1 脳波検査等の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。

注2 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行われる場合に算定する。

注3 遠隔脳波診断を行った場合については、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間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料 1 の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料 1 を算定することができる。

* 1-1 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) 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。

#上記(6)における「関係学会により教育研修施設として認定されている施設であること。」

とは、日本てんかん学会認定研修施設、日本神経学会認定施設、日本脳神経外科学会専門研修施設、日本小児神経学会小児神経専門医研修認定施設及び日本臨床神経生理学会認定研修施設を指す。

* 1-2 届出に関する事項

- (1) 脳波検査判断料 1 の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 27 の 2 を用いること。
- (2) 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の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。

*2-1 遠隔脳波診断に関する施設基準

(1) 送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有していること。

イ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) 受信側（脳波検査の結果について診断が行われる病院である保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア脳波検査判断料1に関する届出を行っている保険医療機関であること。

イ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。

*2-2 届出に関する事項

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式27の3を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

様式4

様式25

様式25-2

様式27-2

様式27-3

様式 4

[] に勤務する従事者の名簿

No	職種	氏名	勤務の態様			勤務時間	備考
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		
			{ 常勤 非常勤	{ 専従 非専従	{ 専任 非専任		

[記載上の注意]

- 1 [] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 25

長期継続頭蓋内脳波検査
脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)

2 常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 「1」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。
- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

長期脳波ビデオ同時記録検査 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		科
3 長期脳波ビデオ同時記録検査の実施件数		例
4 てんかんの治療を目的とする手術の実施件数		例
<連携保険医療機関において実施している場合>		
(名 称)		
(所在地)		
5 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ー断層撮影装置の名称、型番、メーカー名等		
MRI装置 (機種名) (型番) (メーカー名) (テスト数)	ポジトロン断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)
<連携保険医療機関において実施している場合>		
(名 称)	(名 称)	(名 称)
(所在地)	(所在地)	(所在地)
6 当該診療科の常勤医師の氏名等 (1名以上)		
常勤医師の氏名	診療科名	てんかんに関する診療の経験年数
	科	年
	科	年
7 常勤の看護師の氏名		
8 常勤の臨床検査技師の氏名		
9 専門的で高度なてんかん医療の実施内容 (例：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、外科治療との連携 等)		
10 てんかんに関する地域連携診療計画への拠点施設としての登録		有 ・ 無
11 てんかん診療拠点機関への選定		有 ・ 無
12 地域医療従事者への研修の実施		有 ・ 無
13 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「4」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においててんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施しておらず、当該手術を年間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に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 「5」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI装置等を有しておらず、MRI装置等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に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

- 3 「6」については、てんかんに関する診療について5年以上の経験を有する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「10」については、地域連携診療計画の内容を示す資料を添付すること。
- 5 「11」については、選定されていることが確認できる資料を添付すること。

脳波検査判断料 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科		
2 MRI装置の名称、型番、メーカー名等 （機種名） （型番） （メーカー名） （テスラ数） <連携保険医療機関において実施している場合> （名称） （所在地）		
3 脳波診断に関する診療について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（1名以上）		
常勤医師の氏名	診療科名	脳波診断に関する診療の経験年数
	科	年
	科	年
	科	年
4 常勤の臨床検査技師の氏名		
5 てんかんに関する地域連携診療計画への二次診療施設としての登録		有 ・ 無
6 地域医療従事者への研修の実施		有 ・ 無
7 関係学会による教育研修施設としての認定 学会名： 認定年月日：		有 ・ 無
8 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI装置を有しておらず、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に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 2 「3」については、脳波診断に関する診療について5年以上の経験を有する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」については、地域連携診療計画の内容を示す資料を添付すること。
- 4 「7」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

様式 27 の 3

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 脳波検査の実施及び送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（脳波診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 脳波検査判断料 1 の届出年月日 （ 年 月 日）
3 脳波検査の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

[記載上の注意]

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。