VI. 内科系 20 領域における診療報酬上の課題

11. 神経関連委員会

竹内 恵¹⁾ 内山真一郎^{2) 3)} 荻野美恵子⁴⁾ 鈴木 則宏⁵⁾
亀井 聡⁶⁾

要 旨

内科系学会社会保険連合（内保連）神経関連委員会には 14 の学会が所属しており，神経疾患に関わる広範な領域について関連学会が協力して診療の向上を図っている．診察の技術である神経学的検査が認められたことは画期的なことであった．今後取り組むべき課題として，認知症関連や障害者，難病関連，てんかん医療などが挙げられる．

〔日内会誌 103：3045～3048，2014〕

Key words 神経関連委員会，神経学的検査，内科的診察技術の評価

はじめに

内科系学会社会保険連合（内保連）神経関連委員会には日本神経学会，日本心身医学会，日本心療内科学会，日本神経治療学会，日本リハビリテーション医学会，日本臨床神経生理学会，日本頭痛学会，日本脳卒中学会，日本自律神経学会，日本小児神経学会，日本てんかん学会，日本女性心身医学会，日本高次脳機能学会，日本認知症学会など多数の学会が所属しており，

診療報酬改定に提出する提案書の内容也多岐にわたる．その中で複数学会に共通する項目については，ワーキンググループの作成や検査関連委員会と協力しての作業を行ってきた．これまでの成果と今後の課題について述べる．

1. これまでの活動で収載された主な項目

1) 神経学的検査

神経疾患の診察，特に初診時においては内保連医療技術評価委員会の報告でも示された通り，

1) 東京女子医科大学神経内科，2) 国際医療福祉大学臨床医学研究センター，3) 山王病院・山王メディカルセンター脳血管センター，4) 北里大学神経内科学，5) 慶應義塾大学神経内科，6) 日本大学内科学系神経内科学分野

Technical Evaluation of Medical Practice—Conversion from Things to Skill and Art. Topics: VI. Issues on Fee for Medical Services in 20 Internal Medicine Fields; 11. Neurology Committee.

Megumi Takeuchi¹⁾, Shinichiro Uchiyama^{2) 3)}, Mieko Ogino⁴⁾, Norihiro Suzuki⁵⁾ and Satoshi Kamei⁶⁾: ¹⁾Department of Neurology, Tokyo Women's Medical University School of Medicine, Japan, ²⁾Clinical Research Center for Medicine, International University of Health and Welfare, Japan, ³⁾Center for Brain and Cerebral Vessels, Sanno Hospital and Sanno Medical Center, Japan, ⁴⁾Department of Neurology, Kitasato University, School of Medicine, Japan, ⁵⁾Department of Neurology, Keio University School of Medicine, Japan and ⁶⁾Division of Neurology, Department of Medicine, Nihon University School of Medicine, Japan.

トピックス

他の内科系疾患に比べ、高次機能から自律神経症状まで系統的な診察を要し、診察時間も長大である。平成20年度診療報酬改定において、初めて第3部 検査、第3節 生体検査料 神経・筋検査の中に収載され、300点が認められた。

平成24年度改定に向けて検査関連委員会と協力してコスト調査を行い、1,000点への増点を要望したが、400点への増点が認められた。

神経学的検査の算定が認められたことは、内保連で取り組んでいる、「もの」ではなく「技術」、「ひと」を評価することへの活動において、診療報酬の中で診察の技術が初めて認められたエポックメイキングな事例である。診察の技術ではあるが、診療報酬の骨組みの中には診察技術の項目がないため検査項目に入っていること、欧米と比較して点数が低いことなどに対する批判もあるが、引き続き、増点および施設基準である常勤医だけでなく非常勤医についても算定できるよう提案していく。

2) ヘッドアップティルト試験

ヘッドアップティルト試験はティルト台を用いて被験者を臥位から受動的に傾斜位に保ち、血圧、脈拍、症状の推移を観察する検査である。失神の原因として最も多い神経調節性失神の診断に重要な検査であり、欧州心臓病学会の失神の診断・診療のガイドラインにも必須の検査とされいながら、本邦では認められていなかった。循環器関連委員会と協力して平成20年度、22年度と繰り返し提案し、24年度改定で収載された。ただし、ヘッドアップティルト試験前後で測定する血中カテコラミン3分画測定については1回しか認められておらず、筋交感神経負荷テストとして引き続き、提案を継続する必要がある。

3) 筋電図検査・誘発筋電図(神経伝導速度検査を含む)

神経伝導検査はこれまでは1神経につき150点、3神経までであったが、実際の臨床の間では

運動神経、感覚神経についてそれぞれ検査するため、8神経以上検査している。日本臨床神経生理学会を中心として、日本神経学会、日本神経治療学会、日本リハビリテーション学会、日本整形外科学会などから共同提案し、平成24年度改定で「1神経を増すごとに150点ずつ加算され、加算点数は1,050点を超えないものとする」と変更された。多施設で施行されている基本的な検査であることから大変喜ばしい成果であった。

4) てんかん地域診療連携体制整備事業の認定

本年(平成26年)9月に、日本てんかん学会、日本神経学会等から要望していた、「てんかん地域診療連携体制整備事業」が平成27年度予算申請の中に新規に盛り込まれたと新聞報道がなされ、全国で10カ所程度の都道府県とその地域のてんかん3次医療機関を指定する方向で現在、その準備が始まった。今後の展開に注目していきたい。

2. 現在の問題点

これまで繰り返し提案してきたが、未収載、あるいは既収載であっても評価が不十分である項目の主なものは以下の通りである。ここに記載できなかった多数の項目があるが、ごく一部について概略を述べる。

1) 基本診療料関連

(1) 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

平成24年度診療報酬改定において「15歳までに障害を受けた児(者)に対し算定する」とされ、その後「重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、当面の間当該加算を算定できるものとする」とされた。「15歳までに障害を受けた児(者)に対し算定する」という点に関しては削除し、従来通りの算定を継続することを要望する。

(2) 認知症患者救急医療加算

高齢化社会を迎え、救急外来を受診する認知症患者の数も増加している。しかし、認知症患者においては、救急医療に加えて転倒防止のための機器の導入や不穏に対するスタッフの対応など認知症に対する配慮や管理が必要となる。小児加算に準じて200点の加算を要望している。

(3) 難治性頭痛・三叉神経自律神経性頭痛指導管理料

難治性片頭痛・三叉神経自律神経性頭痛は適切な治療、指導が行われなければQOL (quality of life) の阻害、健康寿命の短縮、社会的生産活動の損失を招く。専門的知識を持つ担当医が頭痛ダイアリーなどを用いて適切な診断、治療管理、生活指導を行うことにより、不要な救急外来受診やドクターショッピング、高額な検査を繰り返すことがなくなる。難治性頭痛に対する診療ガイドラインも作成されており、日本頭痛学会による頭痛専門医認定制度も確立されていることから診療報酬への収載を要望する。

2) 検査関連

(1) 全身温熱発汗試験

発汗検査用紙を身体に貼り、ヨード・デンプン反応を利用して温熱負荷による発汗を観察、記録する方法である。発汗障害の分布、程度を検査する方法で自律神経障害を伴う疾患の診断、障害部位に有用である。歴史も古く、検査法として確立している。高額な精密機器などを用いるわけではなく、時間と人手のかかる検査であり、算定が望まれる。

(2) ウィルスDNA検査 (PCR)

特に脳炎、髄膜炎などにおけるヘルペスウィルスDNA検査などは治療のために必須の検査となっているにも関わらず、これまで試薬の薬事承認が障害となって承認されてこなかったが、内保連全体として別途申請することとなった。

(3) 各種神経心理検査

認知症、発達障害、精神機能障害の診断、治

療方針の決定などに有用な神経心理検査があり、心理士や修士を修了した臨床心理士が行っているが、医療職として認められていないため、診療報酬を算定できず、心理士の給与などは病院の負担となり、アルバイトなどで雇用している。医学的な知識を習得した心理士による神経心理検査の収載が望まれる。

3) 医薬品再評価

Parkinson病の内服不能時のレボドパ注射液の1日使用量・使用回数の増加や免疫性神経疾患に対する免疫抑制薬の適応拡大などを要望している。

3. 今後の活動について

平成24年度診療報酬改定においては、神経関連分野では比較的提案が認められたが、平成26年度改定では他の分野同様、大部分が認められなかった。最近の傾向として、提案書の提出に際して種々のエビデンスを求められることが多く、海外での保険承認、ガイドラインでの扱いなど情報の収集やデータの蓄積が今後ますます重要となる。

神経疾患の分野では難病とされる疾患も多く、医科診療報酬点数表の中でもA基本診療料、B医学管理、C在宅医療に関連する問題も多数みられる。これまでの診療報酬改定では、これらの医療技術以外の提案書については医療課長手渡しという形で窓口が不明瞭であったが、ようやく中央社会保険医療協議会（中医協）医療技術評価分科会で検討されることになった。また、内保連に在宅医療関連委員会も設立され、在宅医療に関する呼吸器管理などについて横断的に活動を進めていくことが期待される。

また、別稿で述べられる特定内科診療の中には重症脳卒中、化膿性髄膜炎、重症筋無力症クリーゼ、てんかん重積状態、脳脊髄の感染を伴う炎症（急性脳炎、急性脳症）などの神経疾患

トピックス

があり、今後も各学会が協力して検討する必要がある。

文 献

- 1) 医科診療報酬点数表 2014 年 4 月診療報酬改定.

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし