

終夜睡眠ポリグラフィーに関する診療報酬について



Point! 令和6年度診療報酬改定に伴い、終夜睡眠ポリグラフィー(PSG)関連では以下の項目について改定がございました。

新設

- D237-3 覚醒維持検査 5,000点

改定

- A400 短期滞在手術等基本料
- 2 短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合)
 - イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合
 - イ 安全精度管理下で行うもの 9,537点
(生活療養を受ける場合にあっては、 9,463点)
 - ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合
 - ロ その他のもの 8,400点
(生活療養を受ける場合にあっては、 8,326点)
- ハ D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT) 12,676点
(生活療養を受ける場合にあっては、 12,602点)

*赤字部は改定又は内容が変更された箇所です。

| | |
|---|--------|
| D237 終夜睡眠ポリグラフィー | |
| 1 携帯用装置を使用した場合 | 720点 |
| 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 | 250点 |
| 3 1及び2以外の場合 | |
| イ 安全精度管理下で行うもの | 4,760点 |
| ロ その他のもの | 3,570点 |
| 注 3のイについては、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限り算定する。 | |

⇒ 終夜睡眠ポリグラフィー

- (1) [1 携帯用装置を使用した場合]
 - ア 問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。
 - イ 鼻呼吸センサー又は末梢動脈波センサー、気道音センサーによる呼吸状態及び経皮的センサーによる動脈血酸素飽和状態を終夜連続して測定した場合に算定する。この場合の「D214」脈波図、心機図、ポリグラフ検査、「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び「D223-2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。
 - ウ 数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。
 - エ 診療録に検査結果の要点を記載する。
- (2) [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]
 - ア 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用する場合は、パルスオキシメーターモジュールを組み合わせを行い、問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用し、解析を行った場合に算定する。
 - イ 「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。
 - ウ 「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び「D223-2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。
 - エ 数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。
 - オ 診療録に検査結果の要点を記載する。
- (3) [3 1及び2以外の場合]の「イ 安全精度管理下で行うもの」
 - ア 次のいずれかに該当する患者等であって、安全精度管理下に当該検査を実施する医学的必要性が認められるものに該当する場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度として算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に下記(イ)から(ハ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。

- (イ) 以下のいずれかの合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者
 - ① 心疾患、神経筋疾患(脳血管障害を含む。)又は呼吸器疾患(継続的に治療を行っている場合に限る。)
 - ② BMI35以上の肥満
 - ③ 生活に常時介護を要する認知機能障害
 - (ロ) 以下のいずれかの睡眠障害の患者
 - ① 中枢性過眠症
 - ② パラソムニア
 - ③ 睡眠関連運動障害
 - ④ 睡眠中多発するてんかん発作
 - (ハ) 13歳未満の小児の患者
 - (ニ) 「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者であって、(イ)~(ハ)で治療の効果を判定するため、安全精度管理下にCPAPを用いて当該検査を実施する医学的必要性が認められる患者
 - (ホ) その他、安全精度管理が医学的に必要と主治医が認める患者
- イ 当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)までに掲げる検査の全て(睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ)を、当該患者の睡眠中8時間以上連続して当該保険医療機関内で測定し、記録すること。また、当該検査は、専ら当該検査の安全及び精度の確保を担当する医師、看護師又は臨床検査技師の下で実施することとし、原則として当該検査の実施中に他の業務を兼任しないこと。
- (イ) 8極以上の脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図
 - (ロ) 鼻又は口における気流の検知
 - (ハ) 胸壁及び腹壁の換気運動記録
 - (ニ) パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定
- ウ 脳波等の記録速度は、毎秒1.5センチメートル以上のものを標準とする。
- エ 同時に行った検査のうち、「D200」スパイログラフィー等検査から本区分「2」までに掲げるもの及び「D239」筋電図検査については、併せて算定できない。
- オ 測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。
- カ 診療録に、検査結果の要点を記載し、検査中の安全精度管理に係る記録を添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)、検査中の安全精度管理を担当した従事者の氏名、検査中の安全精度管理に係る記録及び検査結果の要点を記載又は添付すること。また、合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合は、当該患者の継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的必要性についても診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (4) [3 1及び2以外の場合]の「ロ その他のもの」
 - ア 他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度として算定できる。当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)までに掲げる検査の全て(睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ)を当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録する。
 - (イ) 脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図
 - (ロ) 鼻又は口における気流の検知
 - (ハ) 胸壁及び腹壁の換気運動記録
 - (ニ) パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定
 - イ 脳波等の記録速度は、毎秒1.5センチメートル以上のものを標準とする。

ウ 同時に行った検査のうち、[D200]スパイログラフィー等検査から本区分[2]までに掲げるもの及び[D239]筋電図検査については、併せて算定できない。
 エ 測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。
 オ 診療録に検査結果の要点を記載する。

特掲診療料の施設基準等

第五 検査

ハの二 終夜睡眠ポリグラフィーの安全精度管理下で行うものの施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

別添1 特掲診療料の施設基準等

第26の1の2 終夜睡眠ポリグラフィー

1 安全精度管理下で行うものに関する施設基準

- (1) 睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験を5年以上有し、日本睡眠学会等が主催する研修会を受講した常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関の検査部門において、常勤の臨床検査技師が3名以上配置されていること。
- (3) 終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1及び2以外の場合を年間50症例以上及び反復睡眠潜時試験(MSLT)検査を年間5件以上実施していること。
- (4) 当該保険医療機関内で、睡眠検査に関する安全管理マニュアルを策定し、これを遵守すること。
- (5) 日本睡眠学会から示されている指針等に基づき、当該検査が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

終夜睡眠ポリグラフィーの安全精度管理下で行うものの施設基準に係る届出は、別添2の様式27の2の2及び様式52を用いること。

改定

A400 短期滞在手術等基本料

2 短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合)

イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

イ 安全精度管理下で行うもの 9,537点

(生活療養を受ける場合にあつては、9,463点)

ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

ロ その他のもの 8,400点

(生活療養を受ける場合にあつては、8,326点)

ハ D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT) 12,676点

(生活療養を受ける場合にあつては、12,602点)

⇒ 短期滞在手術等基本料(抜粋)

- (2) 短期滞在手術等基本料を算定した後、当該患者が同一の疾病につき再入院した場合であつて、当該再入院日が前再入院の退院の日から起算して7日以内である場合は、当該再入院においては短期滞在手術等基本料を算定せず、第1章基本診療料(第2部第4節短期滞在手術等基本料を除く。)及び第2章特掲診療料に基づき算定する。
- (5) DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3を算定できない。
- (6) DPC対象病院及び診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。

D223-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)

100点

⇒ 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定

- (1) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は、睡眠時呼吸障害の疑われる患者に対して行った場合に算定し、数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。
- (2) 「C103」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)の費用は算定できない。

注意 2024年3月5日現在の情報をもとに作成しております。点数算定される場合は、必ず厚生労働省の告示、通知をご確認ください。

【参考資料】

診療報酬の算定方法の一部を改正する件
 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)
 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件
 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)

D237-2 反復睡眠潜時試験(MSLT)

5,000点

⇒ 反復睡眠潜時試験(MSLT)

- (1) 反復睡眠潜時試験(MSLT)は、ナルコレプシー又は特異性過眠症が強く疑われる患者に対し、診断の補助として、概ね2時間間隔で4回以上の睡眠検査を行った場合に1月に1回を限度として算定する。
- (2) 関連学会より示されている指針を遵守し、適切な手順で行われた場合に限り算定できる。
- (3) 本検査と「D237」終夜睡眠ポリグラフィーを併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

新設

D237-3 覚醒維持検査

5,000点

⇒ 覚醒維持検査

- (1) 覚醒維持検査は、過眠症状を伴う睡眠障害の重症度又は治療効果の判定を目的として、概ね2時間間隔で4回以上の覚醒維持検査を行った場合に1月に1回を限度として算定する。
- (2) 関連学会より示されている指針を遵守し、適切な手順で行われた場合に限り算定できる。

D238 脳波検査判断料

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に1回に限り算定するものとする。

注2 1については、別に厚生労働省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健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。

⇒ 脳波検査判断料

- (1) 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(「注3」の遠隔脳波診断により算定する場合を除く。)
- (2) 遠隔脳波診断を行った場合、脳波検査判断料1は、受信側の保険医療機関において、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送信側の保険医療機関における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。この場合、当該患者の診療を担当する医師は、報告された文書又はその写しを診療録に添付すること。
- (3) 遠隔脳波診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において「D235」脳波検査及び本区分の脳波検査判断料1を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

その他関連項目

D210 ホルター型心電図検査

1 30分又はその端数を増すごとに

90点

2 8時間を超えた場合

1,750点

注 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。