

第12回透析保険審査委員懇談会について

吉田豊彦

key words：慢性維持透析患者外来医学管理料(慢透)，特定疾患療養管理料(特)

要旨

第12回透析保険審査委員懇談会を平成19年6月16日(土)16:00~18:00、大阪大学中之島センター佐治敬三メモリアルホール10階で行った。出席者は54名で、事前に行ったアンケートのうち時間の都合上検討事項についてのみ会議を行った。主な会議の内容と保険改定要望を記載した。

はじめに

この懇談会は、毎年透析医学会総会時に集まり、全国の透析審査の格差是正に役立てることを目的に開く会である。例年申し上げていることであるが、この会はお世話する(社)日本透析医会から、なんの干渉も受けない独立した自由な会であり、また、その際の討論結果が、全国都道府県の社保・国保審査委員会の独立性を損なうものではないことを付記しておく。

1 検討事項

例年通り診療行為別に討論を行ったが、明確な適否の結論が出なかった事項が多かったので、討論経緯をできるだけ詳しく報告することにした。

1) 基本診療料

「病名に「糖尿病性腎不全」をつけてありましたが、社保の審査で糖尿病の治療内容もあるので保険上は「糖尿病」の病名も必要です、という返戻がありました。「糖尿病」の病名が必要なのでしょうか」について、

このレセプトの場合、さすがに「糖尿病」という病名は必要ないと思われ、審査員の裁量範囲内と考えられる。すなわちレナジェルやフォスブロック投与時の「高リン血症」とは異なり、病名は不要である。

2) 検査

① 「透析導入時や他院からの転入時検査で行うHBs抗体精密測定が査定されることがあるが、この検査は感染症の状態把握のために必要なので認めてほしい」

HBs抗原/HCV抗体/梅毒反応までは可とする見解があり、入院時や術前検査でもHBs抗体は不可とする見解もある。

しかしながら本当に感染症を考えると抗原はマイナスだが抗体は陽性だとか、あるいはHBc抗体が陽性であるということはいくらでも起こりえる訳なので、このへんのところは、多分に審査員の裁量によるころだと思われる。

② 「(慢透)に包括されているBNPが、入院した場合出来高となり、レセプトに(慢透)に含まれていると付記しても査定され、再審査請求しても原審通りとされる。どうしたらよいか」

適応となる心不全病名が必須である。(慢透)の包括内容と同様に、外来でEPOが包括化されてから腎性貧血病名がレセプト上削除されたまま入院となり、病名欠のEPOが査定される再審査例が増えている。

③ 「C型慢性肝炎、肝腫瘍疑いでPIVKA IIの査定は？」

α フェト蛋白と併施の場合、査定されることがある。

④ 「厚生労働科学研究費補助金医療安全総合研究事業による「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル」で B 型肝炎ウイルス、C 型肝炎ウイルスは、年 2 回以上定期検査の必要を、また、厚生労働省医政局指導課からも感染防止対策の再徹底 (H 17. 3. 15) について万全を期すように指示が出ているにもかかわらず、年に 1 回の HBsAg, HBsAb, HCV 検査が査定されます。それも毎年査定されます。指導内容と審査のギャップの理由は？」

実施は必要だが、外来では(慢透)に包括された項目である。最近保険者がレセプトを縦覧でみて、毎月必要ですかと再審査請求してくるので、入院で出来高の場合は、一定期間をあけるか、必要性をコメントする。例えば、観血的処置や検査のためなら請求可となると思う。

⑤ 「画像診断：内シャントエコーのカラードップラー加算 200 点が増加してきていて、現在は認める方向ですが、各県の状況をご教示下さい」

通常内シャントの超音波検査は血流測定 20 点のみ可とする見解だが、コメントで近い将来手術や処置に結びつくと思えられる時は 350 点を認め、また、手術前に中枢側で再吻合する時にどのくらいの太さのところか、流量はどれくらいあるかをみる時は当然カラードップラー加算を認めるべきと思われる。循環器系の審査員には、心臓なんかの時に弁膜症もないのにカラードップラーがついていない機械はないくらいであるので、安易に認めるとエコー全部にカラードップラー加算がつくようになるという危惧からうるさくなっているようだ。

⑥ 「(慢透)包括外検査施行時は適応欄にその理由を書けという保発がありますが、病名欄に病名記載があるのに検査目的を記述しなければならないのでしょうか」

例えば今回から包括外になった HbA_{1c} 等のことだが、病名のほうがずっと優先されるべきもので、病名記載があればその必要はない。

3) 投薬・注射

① 「処方回数について傾向的ではなく、やむをえず回数が増えた場合でも減点されるのはいかなるものか (社保のみ 8 回以上の処方はずべて減点された)」

意図的な分割処方については問題とされることもある。処方回数が突出して多い施設は厳しく審査される。

② 「薬の処方量について、保険者から大量の再審査請求がきて問題になっている。当県では降圧薬は倍量までは可としているので、例えば、日本医薬品集にアダラート CR は本態性高血圧症、腎血管性高血圧症に 1 日 1 回 20~40 mg, 20 mg 1 日 2 回が適応となっているが、60 mg 投与でも原審通りとしている。この場合もちろんほかの降圧薬も併用している。他県ではどこまで認めていますか」

「適宜増減」と表示してあるものは、1.5~2 倍まで認めている。ただし投与量に縛りのあるものは認めていない。

③ 「例えば、①炭カル投与には高リン血症、②カリメート投与には高カリウム血症、③骨 X-P には腎性骨異常栄養症、等の病名をつけているが、腎不全で透析療法を行っているのだからいちいち病名をつける必要があるのだろうか？」

噂されているような保険者審査が実施されれば必須である。現段階でも③はまだしも①、②は透析以外の一般審査員には病名やコメントがない限り理解不能である。

④ 「PEIT においてオキサロール、ロカルトロール注の使用量の上限は明確にあるのでしょうか」

本来は適応外使用と思われる。

⑤ 「ビタミン D パルス療法が施設により、頻度が大きく異なるようです。半数を大きく超える施設があり、それに伴い、画一的に追加検査等がされています」

OCT の「内服などによる治療が困難な場合」という縛りは無視されているようだ。「二次性副甲状腺機能亢進症治療ガイドライン」に経口でなく静注からやるということがはっきりと書いてあるので、逆に言えば、このように一生懸命やってもらって PTH をはっきりと月に 1 回、Ca、P は月 2 回(慢透)につけ足して患者をしっかりと診ているなら認められるのではないかという意見もあった。

⑥ 「慢性閉塞性動脈硬化症に対するパルクス、プロスタグランジン、ノバスタンの使用時に病名が古い、という指導を受けるが、透析患者で著しい疼痛がある場合、継続的に使用せざるをえないケースも多いので、使用期間を拡大してほしい」

時間が経つほど、治療することなく症状は悪化する

としてできるだけ通している。しかし漫然と投与しているのではなくしっかり診ているぞというコメントが必要ことが多い。適応期間の延長などはメーカーの責任である。

⑦ 「透析患者に対して、血中濃度をモニタリングしながらバンコマイシンを使用した場合、しばしば使用量、使用期間が査定対象となる」

病名、感染部位、血中濃度測定値等の記載があれば、例えば MRSA 骨髄炎などでは、かなり長期間投与が認められている。

⑧ 「HD や CHDF においてフサンを用いた長時間透析のフサン使用量が査定される場合がある。6 時間を超える場合 5 V (V=50 mg) 使用することもあるが、必要な量は認めてほしい」

- 時間当たり 50 mg が原則と考える。
- 長時間にわたる CHDF では時間当たり 30 mg という見解もある。
- 治療時間の記載を求める県もある。

⑨ 「リクセルを1年使用して、さらに継続が必要な場合、どれくらいのインターバルが必要か。また、注釈はどのようにつけたらよいか」

- 1週間でも1カ月でも。
- 「中止により症状が悪化したから」というコメントが必要。

⑩ 「右下腿切断手術後、術後 MRSA 感染症でバンコマイシンが査定された」

部位の記載がなかったか、褥瘡の MRSA と同じとみられ、使う意味がないとして査定されたかだと思われる。ランタ部の MRSA 感染症なら認められると思う。ちなみに CAPD のトンネル出口部感染は適応外となっているが、ほかに効く薬がなく、出口部感染、トンネル感染、腹膜炎と進行すると診断されて、菌の培養、血中濃度をみながら、1日目、3日目、1週間目と間隔をあけてバンコマイシンを投与しているなら医師の判断で審査してほしいと思われる。

4) 処置

① 「CAPD と HD の併算定について、どこまで認めるのか」

- ① CAPD 中の患者が、除水が悪くなり、週に1回または2週に1回 HD を併用する場合。
- ② CAPD 中の患者が、よその施設で HD を行う

場合。

- ③ CAPD 中の患者が腹膜機能が低下し、腹膜炎が怖いので腹膜洗浄をしながら HD を行っている場合。

以上の①、②、③の三つの場合で、一つの施設だけではなく、二つの施設にまたがって行われている場合もある。いずれにしても CAPD 用薬剤が用いられていれば CAPD 管理料しか算定できず、(慢透)や HD 技術料は請求できない。これは青本にきちんと書いてあるルールである。

具体例をあげてみると、①の例で、同一施設で CAPD 中の週1回 HD の請求は、通常の CAPD の算定に加え、週1回 HD の技術料は請求せず、材料費だけ請求するということになる。また HD のみほかの施設で行っている場合は、HD 施行施設は材料費のみの請求になり、(慢透)も算定できない。②の例で、患者の都合により CAPD をしている施設では、夜間 HD ができないので、ほかの施設で夜間 HD をやっている例だが、HD 施設の請求を認めた場合は、CAPD は全査定となり、CAPD を認めた場合は、HD は材料費のみの請求となる。

③の例で、大学で CAPD 管理をしていて、腹膜機能が低下し、腹膜洗浄に CAPD 用(在宅透析用)透析液を使っていて、ほかの施設で HD を行っている場合の請求は、大学が一切請求しなければ、HD 施設が請求でき、大学が CAPD 液を算定する場合は、HD 施設は、HD の材料費のみの請求となる。

④ 「透析時のイソジン等の消毒剤は算定できるか」

昨年4月より9月までは、ペンレス使用時の消毒液請求は不可であったが、10月に青本が改定され不可の文言が消えたので、算定可と思う。量は1回10ml前後が目安と思う。

⑤ 「透析中の呼吸心拍監視は算定できるか」

⑥ 「透析中の O₂ 吸入は算定できるか」

⑦ 「透析中の経皮的酸素飽和度 (SPO₂) の算定はできるか」

- 病態に応じて可。
- コメントは必要か。
- SPO₂ 測定は酸素吸入の回数に対応して。

⑧ 「透析中の昇圧薬として、高浸透圧剤の補液は算定できるか」

- 算定可としている(透析困難症や不均衡症候群の

病名で).

- 保険者再審に対しては、不均衡症候群時の脳圧亢進を根拠に.

5) 手術

① 「PTA の手術料は、都道府県により差があるのではないか」

② 「シャント部の PTA に対する、K-608-3、内シャント血栓除去術 3,130 点の保険請求について、従来から血管結紮術 3,130 点での準用点数請求の指導がありました。いまだ四肢の血管拡張術、血栓除去術 15,800 点の請求ではだめだとの明記はありません。

やっていることは血管拡張術にもかかわらず、血栓除去術、または血管結紮術での準用点数請求をしなければならないのでしょうか、疑問を感じています。ご検討下さい。会員の中にも、疑問を感じている人が多数おりますので」

③ 「PTA は 3,130 点だが上腕以上中枢に近いものは、15,800 点とするよう合同審査会に提出しています。望みは五分五分です」

①②③をまとめると

- Q&A ではっきりと 3,130 点で請求すると書かれている。なにがあらうと、どこの県だろうと 3,130 点である。
- 上腕以上あるいは鎖骨下静脈でもシャント関連は 3,130 点である。ただし、鎖骨下がシャント関連ではなく単独で狭窄した場合は別。
- 血管拡張術には術中の造影は手技料に含まれるとの縛りがあるが、この準用点数には縛りがないので術中造影は請求できると思う。

④ 「PTA 時の微細血管用ガイドワイヤーが、一律適応外として扱われます。一律適応外を見直していただきたい。他県でどうしているか」

- 特殊型だとか、微細血管用ガイドワイヤーとかが単独ででてきた場合は適応外だと査定される。本来標準型と合わせて使わなければならないので、コメントをつける必要がある。

⑤ 「早期穿刺を可能にするために 2 種の人工血管を継いで使用した場合や、通常より長く人工血管を使用する場合に査定対象となることがある」

- 実使用量は当然請求可能である。
- 残量破棄というコメントも必要な場合がある。

- できたら図示してほしい。

⑥ 「内シャントのステント使用は、適応外として現在査定していますが、他県状況を知らせて下さい」

- 本来末梢血管用ステントは、動脈への使用で部位にも指定がある。
- 中心静脈に使用する場合は認めていく方向にある。
- ステントに動脈用という縛りがあるが、シャントの静脈は動脈化していると考えて、透析の場合も認められる可能性がある。

2 要望事項

平成 20 年 4 月の保険改定に対し、実に 163 件の要望事項（後期高齢者医療制度に対する要望事項を除く）があった。貴重なご意見なので、この会の出席者にはまとめや省略をせず全文を配布した。しかしここでは紙面の都合上一部掲載となることをお許し下さい。

- ① 透析の質を担保するために、透析時間を 4 時間以上と 4 時間未満とに区分する時間区分復活の要望。（要望事項中最多）
- ② 透析時間 4 時間以上の加算。
- ③ 夜間・休日加算を元の 500 点へ。
- ④ 夜間透析加算の削減による夜間透析中止クリニックの多発。原因は夜間シフトの Ns 確保が困難なため。
- ⑤ PTA 手技料のアップまたは新設。
- ⑥ 頻回透析の保険収載。
- ⑦ 透析医療機器の保守管理と透析液の清浄化に要する透析技術料のアップ。
- ⑧ 高齢化による要介護透析手当の新設。
- ⑨ 障害者加算の対象範囲の拡大とアップ。
- ⑩ 感染症患者対策費の新設。
- ⑪ 透析包括化反対。
- ⑫ 障害加算を ADL スコアにより多段階化。
- ⑬ 緊急時ブラッドアクセス（ダブルルーメンカテーテル）留置手技料の新設。
- ⑭ エンドトキシカットフィルターの保険収載。
- ⑮ ダイアライザー包括化による点数アップ。
- ⑯ 人件費アップ分に相当する技術料のアップ。
- ⑰ 透析の質を担保するため、①時間区分の復活、②水質管理区分による加算、③医師・透析スタッフ数対患者数による加算、④感染対策リスクマネジメントに対する加算。

- ⑱ CHDF と HD 併せて1カ月14回までの縛り解除。
- ⑲ 同一月内に、入院と外来が混在する場合(慢透)は算定不可だが、透析施設のない病院に入院中の患者が、ほかの透析施設で外来透析を行う場合は(慢透)を算定可とすべき。
- ⑳ 透析患者増に比例して、透析単価を下げればよいという国の現場を顧みない医療政策の撤回を。
- ㉑ 透析施設の透析ベッド数による診療報酬の差別化。(維持透析の場合、透析ベッド数の多寡と看護師配置数は一致せず、小規模施設閉鎖が進行)
- ㉒ 認知症患者、精神疾患患者の抜針事故防止加算の新設。
- ㉓ on-line HDF の認可。
- ㉔ 透析室の看護師配置数による看護加算の新設。(病棟の看護基準加算に準じて)
- ㉕ 内シャントのステント使用の認可。
- ㉖ (安全機能付) 穿刺針の特定保険医療材料化。

3 後期高齢者医療制度について

60 件にも及ぶ貴重なご意見をいただいた。その主

なものを掲載する。

- ① 年齢で治療を区別するのは妥当ではない。
- ② 高齢化は、通院援助、誘導介助等透析医療以外の人件費並びに設備投資を必要とし、包括により医療費を削減すると質の低下と事故の増加を招くため、包括化は絶対反対。
- ③ これ以上の包括化は医療ではなくスーパーマーケットになる。
- ④ 透析患者の後期高齢者が増加し、事故発生や合併症リスクが高く、透析医療は基本的に包括化になじまない。
- ⑤ 包括化は粗診・粗療を招くので反対。
- ⑥ 透析医会に、透析医療施設をスムーズに閉院する方法を検討する委員会を立ち上げ、会員になるべく早く提示してほしい。
- ⑦ 地方での透析施設では高齢者が多く、この医療制度が導入されると医療費削減が施設負担となり、質の低下、生命予後不良、施設閉鎖を招く。
- ⑧ 包括化をやめ、時間区分の復活を。