

## 第15回透析保険審査委員懇談会報告

太田圭洋

key words : 慢透, 人工腎臓

### 要旨

第15回透析保険審査懇談会を平成22年6月19日(土)15~18時、クオリティホテル神戸2階パレンシアで行いました。事前に行ったアンケート(検討事項:67件,要望事項など:84件)のうち主な討論内容をここに報告します。

### はじめに

この懇談会は毎年透析医学会総会時に開催し、全国の透析審査の格差是正に役立てることを目的に行っていますが、お世話する(社)日本透析医会からは、なんの干渉も受けない独立した自由な会であり、またそのさいの討論結果が、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きます。

### 1 検討事項

例年通り診療行為別に討論を行いました。なかには明確な適否の結論が出なかった事項が多く、その場合には討論経過をできるだけ詳しく報告します。

#### 1) 基本診療料

- ① DPC, 人工腎臓「1」, 「2」の区別関連
- ② 「DPCにおいて出来高で算定するものとしてJ038人工腎臓「1」に使用した保険医療材料〔材料価格基準の別表Ⅱ区分040(1)〕とある。つまり人工腎臓「1」を請求する時には、ダイアライ

ザーの請求は可能である。しかし、全麻や腰麻による手術後や敗血症時などには、人工腎臓「2」で請求することになるため、ダイアライザーや透析に関わる薬剤の請求は不可となるが、不合理ではないか?」

- ③ 「DPCの手術処置等2に該当するJ0382は、どのような場合なのか示されてはいるものの、実際に誰が判断しても良いのかご教示いただきたい。」

今回の改定で、DPCにおける透析の扱いが大幅に変わりました。DPC病院においては、改定前は1,000点以上の手技ということで、透析の技術料1,590点のみ出来高請求でき、それ以外の薬剤・透析材料等はDPC包括点数に含まれていましたが、慢性維持透析に関しては、人工腎臓1の包括点数+ダイアライザーが出来高請求できることとなりました。しかし、その詳細が規定されていないため、どのような場合に、人工腎臓1+ダイアライザーをDPC包括点数から外出しできるのか、どのような場合に、人工腎臓2のみの外出しになるのか非常に混乱しています。

日本透析医会はDPCでの請求が混乱している中、厚生労働省担当者に表1の内容に関して確認いたしました。ホームページ上に掲示しておりますが、再掲します。

すなわち、DPCにおいてはJ0382すなわち人工腎臓2に適合する病態の場合は、手術処置等の分岐のある場合には人工腎臓「あり」を選択、それ以外は人工腎臓「なし」の分岐を選択し、人工腎臓1+ダイアライザーで請求することになります。

表1 DPC 病院における請求についての厚生労働省の回答

## 質問

01. 「人工腎臓 1 を実施する場合には、透析あり・なしの選択肢はありませんね。反対に、透析あり・なしの選択肢は人工腎臓 2 の場合のみですね。  
→ (追加) : ウィルス性腸炎と細菌性腸炎に関する「透析あり」は、J038 (1 に限る) とありますが、これだけは人工腎臓 1 ですか?」  
(回答) その通りでございます。告示の記載の通りです。
02. 人工腎臓 2 を選択した場合には、ダイアライザーの外だし請求は不可ですね。  
(回答) その通りでございます。  
念のため、告示の内容を書き下させていただきますが、人工腎臓 1 のダイアライザー代は別途請求可能、人工腎臓 2 のダイアライザー代は別途請求不可能となります。
03. J038 の留意事項 (2) に示される病態の場合には人工腎臓 2 で請求し、施設の選択で人工腎臓 1 を請求することは不可ですか。  
(回答) その通りでございます。人工腎臓 1・2 の請求はその状態でもって判断するものです。恣意的にどちらかで請求することはできません。
04. (→お尋ねがあって変更) DPC の診断群分類において、人工腎臓の分岐がない場合においても、J038 の留意事項 (2) に該当すれば、人工腎臓 2 で算定するのですね。  
(回答) その通りでございます。1 か 2 かはその時の病態でもってご判断いただくものです。
05. DPC 算定病院に入院中の患者が、他院で人工腎臓 2 を実施した場合 (HIT などの場合)、(人工腎臓と→削除) 人工腎臓ありの選択でよろしいですね。  
(回答) その通りでございます。他院で行われた行為も含めて、診断群分類を選ぶこととなっております。
06. 最初の入院は人工腎臓 2 に該当する病態で人工腎臓ありを選択したが、長期入院となってその病態が改善した場合、人工腎臓 1 としての請求になるか。その場合、人工腎臓ありなしの選択肢はどうなるか。  
(回答) まず、入院時の請求方法については、ご指摘の通りでございます。病態に応じて 1 と 2 の請求をご判断いただけます。一連の入院中に一度でも人工腎臓 2 を算定していれば、人工腎臓あり (2 に限る.) の分岐となります。
07. 逆に人工腎臓 1 を選択肢入院していたが、病態が変化し人工腎臓 2 を実施する病態になったとき、最終的には退院時にコーディングが決定するが、前月までにすでに請求が終わっている人工腎臓 1 または人工腎臓 2 の請求、あるいは人工腎臓あり・なしの選択肢はどうなるか?  
(回答) あくまで入院中に 1 回でも人工腎臓 2 が実施されれば、人工腎臓 2 ありの分岐を選択していただけます。DPC の一般ルールで途中で診断群分類が変更となった場合は、最終月で調整を行うこととなっております。

DPC はコーディングありきであるため、病名コード、手術・麻酔コードで人工腎臓 2 にあてはまる場合、「特別な管理」が必要な状態ではなくても、J0382「人工腎臓 2」を選択することになるかと考えます。この人工腎臓 2 の病態の解釈に関しては、処置のところでも議論されました。そちらも参照ください。

## ② 自立支援医療関連

- ① 「どこまでは自立支援 (更生) 医療対象の治療なのか、どれが対象外の治療なのか明確化してほしい。

## 【例】

- 糖尿病足病変患者 (壊疽、皮膚潰瘍) への処置および疼痛緩和に対する透析中の薬剤投与、透析以外での投薬、注射および処置は自立支援医療の対象としてよいか。
- 上気道炎や胃腸炎などへの治療 (投薬、注射薬剤) は自立支援医療の対象になるのか。
- 透析中の臥床による関節痛への治療 (投薬、注射、処置等) は対象になるのか。

- 合併症への治療は自立支援医療の対象になるのか。
- 心疾患の場合はどこまでが対象か。心臓カテーテル検査は対象か。ペースメーカー植え込みは対象か。
- ASO に対する治療 (投薬、注射、処置、検査や手術) は対象か。
- 副甲状腺摘出術は対象か。
- 各種癌に対する治療 (検査、投薬、処置、検査や手術) は対象になるか。また、転移を疑い諸検査を実施した場合、諸検査 (検体および画像検査) は対象か。
- 消化管検査 (胃、大腸カメラ、カプセルカメラ) は自立支援医療対象になるのか。貧血検査の目的で消化管出血を疑えば対象か。それ以外は対象外か。
- そもそも自立支援医療対象と対象外の治療を判別しなくてもよく、すべて対象治療としてよいか。」

従来、文書で出されている透析関連分とは、透析そ

のものやシャントに係わる項目だけで、合併症治療などは障害者医療（更生医療）の対象とならないとされています。それでは患者や施設にとって不都合なことが多すぎるため、主治医の良識的な判断に従って分類すると言うことで、日本透析医会と厚生労働省の間では了解が取れています。

実際には、風邪など、ごく限られた項目（たとえば転倒打撲部位に対するシップ）のみを、医療扶助（生保）として請求することが多いと認識しています。

この議論に関しては第13回の保険審査委員懇談会でも議論しました。医会雑誌 Vol. 23, No. 3, 357 頁もご参照ください。

## 2) 医学管理等

### ① 慢性透析患者外来医学管理料（慢透）関連

① 「透析以外の診療科で慢透の包括外検査を施行した場合、検査コメントは必要となるのか。」

② 「慢透に含まれない検査（透析患者に透析関連疾患以外の疾患の可能性がある場合）一応「疑い」の病名で検査を行うが「注記がない、不適當」で査定される。必ず「注記」が必要なのか、または「疑い」を除いて最初から確定病名とするのか。」

③ 「慢透の中に含まれている検査に対する病名は、慢性腎不全以外に記入する必要はないのでしょうか。例えば慢性腎不全患者に対してBNP検査を行った場合、病名として心不全等を別につける必要があるのでしょうか。慢性腎不全の病名だけでBNP検査は算定可となるのでしょうか。」

各県で対応は異なるものの、多くの県ではコメント（注記）よりも病名のほうが優先すると考え、病名で理解可能なものに関しては、コメントがなくても査定していない県が多い。とのこと。

再審請求の場合も、その旨を記載し査定していない県がありました。疑い病名に関しては微妙なところがあり、いわゆる「保険病名」と間違えられる可能性もあって、必要性を明示したほうが良いとの意見がありました。例にあるBNPに関しては、透析との関係が直接的ではないため、病名が必要と考えます。

ちなみに、必要性を摘要欄に記載することは、平成16年2月の保医発（いわゆる課長通知）で示されています。

### ② PTH 測定に関して（慢透）

① 「i-PTH の測定について：現行では Vitamin D の内服をしても Vitamin D の静注や calcimetics の内服をしていなければ年1回程度しか保険上加算できない。しかし、Vitamin D の内服のみでは1年後には300以上値が上昇している例があり、予後への影響を考えると看過できない。ぜひ最低でも年2回の加算は認めて頂きたい。」

② 「パルス療法時に PTH は月2回測定で1回のみ請求できるが、時に1回のみ測定で1回請求している施設がある。」

③ 「オキサロールの添付文書に、i-PTH 150 未満で中止するようになっているのは、透析医学会の基準と合わなくなっている。」

PTH は、月2回以上測定している場合、月1回分が請求できることになっています。月1回しか実施していない場合は慢透に含まれ請求できません。1回しか実施していないにもかかわらず、別に請求している場合は、指導時などで判明すると、過剰請求として自主返還の対象となることでしょう。

また添付文書上の i-PTH 150 未満中止に関しては、基本的にはメーカーの責任です。ただ保険者からの再審請求では、「中止した場合に再び異常値へ上昇することは必然で、必要な維持量投与は可とする」というコメントをつけ査定していません。

意見として、上記のように月2回の PTH 測定を、慢透では月1回分請求可としているのだから、入院中の出来高のさいにも、（保険者が過剰として切ることが多いが）月2回の PTH 測定は論理的に認めるべきとの意見がありました。

また、パルス療法の定義に関して議論があり、経口パルス療法に関しても、同様に月2回目の PTH や、Ca・P に関しての請求は認めるとの意見が多かった。

また、i-PTH、Ca、P の値に関しては、書かなければならないことにはなっていないので、書けといわれなくてもいいのではという意見がありました。

④ 「毎月、患者全員に集団栄養食事指導料（80）

と外来栄養食事指導料（130）を請求してくる施設がある。」

実施できていないにもかかわらず、請求しているとすれば架空請求に該当するでしょう。ちなみに外来栄

養指導に関しては、15分以上時間をかけてとか、1週間程度の献立などを提示してとか、厳しい条件がありますので、1人の栄養士が実施できる人数には限りがあると考えられます。

### 3) 在宅医療

① 「腹膜透析で週1回のHD併用が算定可能となりましたが、人工腎臓：その他1,580+出来高で請求するのか、HD患者と同じく時間区分の点数で算定するか不明です。」

② 「『医科診療報酬点数表 平成22年4月改定版』（中和印刷株式会社発行）の218頁には「J308人工腎臓（1日につき）注5区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分C102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号J042に掲げる腹膜灌流（1に限る）の実施回数と併せて週1回）を限度として算定する。」と記載されています。この件ですが、無条件にコストとれますか？ それとも患者さんの容態が悪くなって在宅で透析ができず、医療機関で人工腎臓を行った場合にとれるコストでしょうか？」

いわゆるハイブリッドに関しての扱いの変更に関してですが、今改定により週1回の透析分が、透析材料だけではなく透析技術料が算定できることになりました。特に条件は規定されていないため、人工腎臓を実施していれば週1回は技術料を算定できると考えます。点数は慢性維持透析と考えられ、外来包括点数（人工腎臓1）と考えられました。

しかし、HD併用患者のESA製剤の請求に関して議論になったところで、人工腎臓1であるべきか人工腎臓2であるべきかで、さまざま意見が出され統一されませんでした。

すなわち、週1回のHD併用患者は、たぶん透析実施日にESA製剤の投与を受けていると考えられ、透析手技料を人工腎臓1で請求するとすれば、ESA製剤は含まれ、ESA製剤の請求がされることはありません。そうなるとHD併用CAPD患者でESA製剤の請求は認められなくなります。

また、週2回HD併用した場合の扱いに関して、今

回の改定にさいして3月29日付けで出された疑義解釈その1の間122が議論されました。そこでは、「在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者が週2回人工腎臓を行った場合、2回の手技は算定できないが、包括薬剤（エリスロポエチン・ダルベポエチン製剤）は別に算定してよいか」の問いに対して「（答）薬剤費は別途算定できる。ただし、週2回人工腎臓を行った場合については、1回目の「手技料」を「2」の「その他の場合」で算定する」と記載されていることから、CAPD患者で週2回以上HDを併用した場合の請求方法に関しては、1回目のHDの手技料は人工腎臓2で請求し、2回目以降は算定しないと読めます。そこから類推すると、週1回併用のさいも、人工腎臓2で請求すべきではとの意見もあり、先に述べたように意見の統一はなされませんでした。

### 4) 検査

① 「毎年8月に施行のHCVコア蛋白質は、慢透に包括されていないと思うが毎回減点される（コメントを色々変えてもダメ）。点数表にHCV抗体価に関するものは包括となっているが、コア蛋白質もそれにあたる検査項目なのか。」

② 「『透析医療における標準的な透析操作と院内感染防止に関するマニュアル（三訂版）』では、B型肝炎ウイルスのサーベイランスに関して、HBs抗原、HBc抗体を年2回以上定期的に行うと記載されています。

- 慢透には、HBs抗原、HBs抗体は包括されていますが、HBc抗体を慢透とは別に算定しましたが、査定となりました（社保）。HBc抗体の算定に関しては、今後どのようにしたらよいでしょうか？

- 透析導入時や入院時には、検査は出来高算定とありますが、HBs抗体やHBc抗体の算定は認めているのでしょうか？」

③ 「転入時の血液型と感染症検査が査定されたのはおかしいのではないか。」

④ 「転入時の慢透未算定者の検査に対する減点が多い。」

マニュアルは、できる限り保険診療に見合った形で作成されますが、現実的には保険診療の適応とならない部分も存在します。臨床的にはHBs抗体が陽性の

場合、HBc抗体が検査されますが、全員にスクリーニングとして実施することは保険診療にはそぐわないという意見があります。

HCV抗体陽性患者や、C型肝炎の初期感染が疑われる場合は、HCV-RNAやHCVコア蛋白（HCV抗原）が検査されますが、スクリーニングとして実施された場合は、保険請求は難しいのかと考えられます。

初診時のHBs抗原、HCV抗体、TPHAは、社保では申し合わせにより、全国どこでも可とされています。体外循環を必要とする透析治療では、初診時の血液型は当然でしょうか。残りの項目は、腎不全となった原疾患や、合併症病名などと併せて審査されるものと思えます。

ただ、最近、HBs抗原マイナス、HBs抗体マイナスにもかかわらずHBC抗体陽性という症例が10%ほど存在し、そういう症例の感染対策の必要性が議論されていることから、今後の保険診療マニュアルの見直しの中でも議論していく必要があるという意見がだされました。

また、HIV抗体のスクリーニング検査に関しては、ある都道府県で働きかけをなされた先生から、「術前検査、内視鏡検査の前のスクリーニングにHIV抗体は認めない」という事務連絡がだされているため、関係学会から厚労省・社保への働きかけがないと請求できるようになることは難しいという意見がありました。

## 5) 投薬・注射

① 「療養病棟において、緊急時ブラッドアクセスカテーテル挿入に関わる手技料および特定医療材料は算定可能か？（注入手技料は、注射の項目G005-2、G005-4にあるため）」

今回の緊急時ブラッドアクセスカテーテル挿入の手技料は、G（注射）のため療養病棟では認められないと考えます。特定医療材料も手技に伴う材料ということで療養病棟では認められなくなったと考えられます。

② 「国保で透析時下肢クランプで10%生理食塩液を使用すると、すべて査定されています。透析中の血圧低下の使用は認められていませんが、下肢痙攣・クランプは病態が異なり、算定可能と思いきり請求していましたが、すべて査定され、最近では使用しているが、レセプトには記載していません。」  
透析中における透析に関連した血圧低下などの合併

症では、電解質補液などは包括となっており、下肢筋肉の痙攣時の食塩水も、別に算定はできないと考えています。

③ 「透析中に皮下・筋肉注射を行った場合、手技料は算定可能か。減点されるケースとされないケースあり。」

実際に必要で実施した場合には認められるべきものと考えます。ただ、その注射薬剤が、回路からの投与も可能な場合には、なぜ皮下注射や筋肉注射としたかを明示することが望ましいと思います。透析後の点滴・静注手技に関しては、ただ透析中に入れ忘れたからという理由で、点滴・注射料が認められるかは疑問です。

④ 「〇県では、国保での透析患者でのリプル、パルクス注に関して、非常に厳しい査定があります。社保ではそういうことがないのですが、審査員による偏りなのでしょうか。他県ではいかがでしょうか。」

現在は、社保でも重点的な審査項目となっているようです。古い病名や、長期にわたる場合も、丁寧なコメントをつけて請求されたものは多くの県では査定せず通しているとのことでした。

また、ASOに対するアフエーシスを実施している場合には、査定します。その根拠は、「ASOに対する血漿交換（アフエーシス）は、従来の薬物療法では十分な効果が得られないもの」と規定されていることによります。

⑤ 「有床診療所で（査定・減点が）ありました。透析医療で言われたことは、「高血圧」で何故「リズミック」を投与しているのかというものだったそうです。」

当然、透析困難症、透析時低血圧で認められるべきものと考えます。

⑥ 「透析患者の痙攣症に対するミノファーゲンやノイロトロピンの使用量の上限は。」

薬事法上の承認範囲内（適宜増減も含めて）と考えます。

⑦ 「以前に透析中の循環不全防止目的でグリセリン（商品名グリセリンF）を使用していましたが、査定されたため、現在はヘスパンターを使用しています。グリセリンF200mlの薬価が214円に対し、ヘスパンター500mlの薬価は820円です。」

経済的にはグリセリンのほうがいいと思われ  
ますが、このまま使用していいものなのか  
教えていただければと思います。」

多くの県では、透析困難症や不均衡症候群の病名があれば、グリセリン製剤を査定することはないようでした。

ある県では、保険者からの再審査請求では、「不均衡症候群や透析困難症では、BBBを経由する溶質移動から考え、脳圧亢進状況を呈すると考えられており」などのコメントを付記し、原審通りとしています。

㊦ 「透析患者の便秘や不眠に対する投薬がある時、病名は不要か。透析患者において一般的な症状では？」

病名なしでも良しとする場合も数多くありますが、保険者は容易に容認しません。今後、オンライン請求や自動審査となった場合には、さらに厳しくなることも考えられます。便秘症、不眠症の病名は記載したほうが無難かと思われ

① 「インフルエンザ患者に対し、タミフル 75 mg の1回投与を行ったが、予防投与とみなされ返戻されたことがあった。」

当然認められるべきものと考えます。ただ、予防投与とみなされないよう、インフルエンザキットでA型マイナスとなった場合でも、臨床診断として「インフルエンザの疑い」ではなく「インフルエンザ」と確定病名にすべきであったという意見がありました。

㊧ 「ホスレノール、フェリコンが査定された。(病名はつけていなかった)」

高価なホスレノール、レナジェル等の薬剤は保険者からの再審査の請求が非常に多い薬です。「高リン血症」の病名は必須と考えていただいたほうがよいと思います。

㊨ 「高リン血症に対しレグパラを査定されるのはなぜか？」

高価な薬剤のため、かなり厳格に審査され、適応症である二次性副甲状腺機能亢進症の病名は必須と考えてください。

## 6) 処置

### ① 導入期に関して

① 「急性腎不全で定期的に透析を行い、その後慢性期になった場合、透析導入期(1カ月)のカウ

ントは透析開始日からか、慢性期になってからの1カ月なのか？」

㊩ 「透析導入初期1カ月間は人工腎臓を2)で算定しなければならなくなっていますが、1)あるいは2)のどちらかで任意に選択できるようにはならないか? 手がかかる透析導入初期に対する人工腎臓が今までより点数が低くなるケースも出てくると思います。(たとえば、ヘパリン透析でエリスロポエチンが少ないケースなど)」

㊪ 「慢性維持透析患者外来医学管理料の慢性維持透析患者は、透析導入後3カ月以上を経過した場合を対象としているのに対し、今回の人工腎臓の慢性維持透析は透析導入期(1カ月に限る)の患者に対して行った場合というのは、慢性維持透析の定義が曖昧ではないか。」

慢性維持透析とは、症状が固定し、引き続き透析治療が必要になった時期から始まるという考え方で、急性腎不全で発症しても、いったん透析から離脱することなく、そのまま引き続き透析治療が必要となった場合は、最初の透析から1カ月が導入期と考えられます。

導入期で「特別な管理」を必要としない場合に、人工腎臓2ではなく人工腎臓1(包括点数)で請求可能かどうかは不明です。しかしそのときは、導入期加算が請求できなくなると考えられます。導入期加算を請求しなければ人工腎臓1での請求を認めている県もありました。

### ② 人工腎臓1と人工腎臓2の区分に関して

① 「平成22年4月より人工腎臓が1(慢性維持透析)と2(その他の場合)に区分けされたが、緊急透析の場合には、慢性維持透析よりも資源を費やすケースが多いため、なぜ「その他」の点数が低く設定されているのか。また、透析手段を「1」と「2」に分けるのはなぜか。」

㊫ 「慢性腎不全の診断がついていて、透析導入前の患者に緊急で透析を行った場合(維持透析ではなく、一時的に施行した場合)は手技は「2」のその他でよいのか。その場合、「2」の施行理由はどのようにコメントしたらよいか。」

㊬ 「一番の問題は、透析を維持透析とするか、その他とするかの線引きである。1と2の混在はありえないとするならば、麻酔の前日~2Wの間は

「その他で算定するという事が矛盾となる。」

人工腎臓2が人工腎臓1より点数が低いのは、出来高で薬剤等が請求できるためです。今回のDPC病院での扱いに関しては、いろいろ問題があることは前述のとおりです。

日本透析医会は人工腎臓2の適応病態を考えると、「慢性腎不全の急性増悪」を急性腎不全と同様の扱いでと提案しましたが、最終的には適応から外れました。そこで⑤の場合、「2」で、「慢性腎不全の急性増悪」についてのコメントをつけるのでしょうか？

ここで人工腎臓1と人工腎臓2に関して議論されました。これは青本にJ038-2の人工腎臓その他の場合を選択する条件として、エとして様々な病態が（イ）から（ヌ）まで明示してある前に「以下の合併症又は状態を有する患者（（ニ）から（ヌ）については入院中の患者に限る。）に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合」と記載されているわけですが、この文章をどのように解釈するかによります。

DPCではコーディングが最優先される請求方法であることから、病名コード、治療コードが（イ）から（ヌ）の病態にあたる場合には、特別な管理の必要性うんぬんに関係なく、人工腎臓2になると解釈すべきという意見でしたが、DPC以外では、特別な管理が必要ではない場合には、たとえ病名、麻酔等が（イ）から（ヌ）の病態にあたる場合であっても、人工腎臓1での請求を認めていいのではという県も多く、各県により、解釈はまちまちであり、さまざま議論はなされましたが、本会では意見は集約化されませんでした。

③ 抗凝固薬の2週間という期限に関して

① 「半減期の短い抗凝固薬は2週間に限定されているが、それ以上の期間については病院の持ち出しになるのか、コメント次第で認められるのか？2週間では短すぎるのではないのか？」

② 「持続性消化管出血などにより、血液透析時に続けてナファモスタットメシル酸塩を使わざるをえない患者さんへの2週間のみの出来高算定となりましたが、これも問題ではないでしょうか。」

④ 「フサンHDの出来高算定（その他）の条件を緩和してほしい。」

2週間と限定されている以上、人工腎臓2+フサンは難しいという意見がありましたが、きちんとしたコメントがあれば1カ月くらいまで通すという県も存在しました。

④ その他

① 「当院の透析機器は、オンラインHDFでの使用可能機器としての認可が下りております。透析液水質基準も満たしており、保険請求可能になるようにしてください。」

オンラインHDFに関しては、透析装置が製造承認を得た以上、日本透析医会としては、

- 承認を得た透析装置で施行
- ヘモダイアフィルターを使用（一部、必須ではないという意見もあります。）
- 人工腎臓2で請求
- HDFの算定要件（適応症など）を満たす

の4条件を満たす場合には、保険請求が正式に可能となったと考えます。逆に上記の条件を満たさず人工腎臓1で請求されることは、かなり危険な状況になってきたと思われます。オンラインHDFを上記条件で施行した場合、通常透析よりも安価になってしまう可能性が高いですが、現在のところ保険診療上認められるオンラインHDFは上記と考えます。

従来のオフラインHDFについては、日本透析医会は、外来包括点数+置換液での請求とするよう提案しましたが、今回は認められませんでした。

② 「透析液水質確保加算の届出にあたり、透析液の水質は日本透析医学会のガイドラインが基本とされているが、ガイドラインのなかの標準透析液の基準値と超純粋透析液の基準値のどちらかの水質まで求められるものなのか。」

③ 「透析液水質確保加算10点に関して、水質検査費用に対し、加算点が低い。施設によりどのように検査を行うか統一されていない。」

日本透析医学会のガイドラインが基本とQ & Aで出ております。超純水透析液ではなく標準透析液が加算要件と考えます。

④ 「維持透析患者全員について透析日の記載は必要なのか？」

今回の通知で、人工腎臓算定日の記載が必要となりました。人工腎臓算定患者全員に対してレセプト上記

載する必要があると考えます。

⑥ 「障害者加算の算定比率に上限はあるか？」

明確な基準はありませんが、おおむね30%程度が上限と考えております。また、毎年実施される日本透析医学会の外来点数調査では、20%前後の算定となっています。

⑦ 「閉塞性動脈硬化症患者にLDLアフェレーシスを行った場合、LDLコレステロール値が正常範囲であっても、レセプトの症状詳記をきちんと書けば（患部の写真等付けて）審査は大丈夫なのでしょうか。」

ASOに対するLDLアフェレーシスは、

- フォンテイン分類Ⅱ度以上
- 薬物療法でTCH 220またはLDL-CH 140以下に下がらない
- 外科的治療困難でかつ薬物療法では効果不十分のいずれにも該当する必要があります。脂質の値がすべて正常範囲であった場合にLDLアフェレーシスは認められないと考えます。

⑧ 「血液ろ過で人工腎臓「その他」を算定する場合、「透析アミロイド症」または「透析困難症」のコメントは必要となるのか。」

血液ろ過を実施する必要性に関しては、本来は病名で考えますが、コメントしたほうが無難かと考えます。

⑨ 「パッチの取扱いについて、いままでは麻酔の部において算定していたが、使用薬剤として算定不可の形となった。外用薬として算定してよいか、または人工腎臓等の処置に含めての請求（算定）は可能か。」

⑩ 「ペンレステープなどが処置での請求に変わり、「麻酔ではない」との文書連絡を受けたが、厚労省から通知は目立たないものであったので、透析医学会からも情報を流してほしかった。」

現在、処置に伴う薬剤として請求するようになりました。外用薬としての算定は不可と考えます。処置での請求は根拠が不明で、日本透析医学会としては正して行きたいと考えます。

⑪ 「透析毎に算定しているイソジン液5mLが1mLに減らされ減点（特に日野市後期高齢者から）。審査のばらつきを是正していただきたい。」  
逆に1mLではイソジンの価格上算定は不能かと

……。1点でしょうか？ イソジンは過量でない場合（10mL程度）は、認めている県もありますが、認めていない県も多数ありました。処置に伴う消毒液ということで通している県と、行為自体が包括の中に入っているから認めていないという県があるようでした。

7) 手術

① PTA 関連

① 「シャント不全の場合、上腕に対してはK 616の「四肢の血管拡張術」15,800点、前腕に対してはK 608-3「内シャント血栓除去術」3,130点で算定するようにとの通達があったが、なぜ部位に対して点数の差があるのか。」

② 「PTAの同月複数回の算定は可能か、手術の場合1週間以内は算定不可という認識だが。」

③ 「シャント手術時の血栓除去カテーテルは複数本の算定は可能か？」

④ 「シャントPTAを内シャント血栓除去術として請求するのはおかしいのではないか？」

シャントPTAは、部位とは関係なく、内シャント血栓除去術の準用として疑義解釈が出ています。ただ、中枢側（鎖骨下静脈）のPTAではK 616の15,800点を認めている県もあるようです。また、上腕動脈の表在化動脈をPTAする場合は、15,800点でいいのではという意見もありました。

新設または作り直しや、血栓除去術、PTAも含めて回数に制限はありません。ただし、同一日に2回も3回も認めるということはありません。

血栓除去時のカテーテル本数は、コメントがあれば2本まで認めているところと、そうでないところがあるかと思えます。

ステントの使用に関しても議論されましたが、多くの県ではしっかりと理由がコメントされていれば認めているということでした。

② その他

① 「シャント用の人工血管が閉塞したさいの抜去術の算定についてですが、抜去術の算定は何に準じて算定できるのか？」

② 「抜去術を施行した同一日に、抜去術と同側に再設置したときには抜去術は算定できるか？」

③ 「抜去術を施行した同一日に別部位（反対側）



に再設置したときに抜去術は算定できるか？」

人工血管抜去、CAPDカテーテル抜去、緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル抜去などについては、中心静脈カテーテル抜去到点数がないように、手術点数や挿入点数に含まれると考えられています。ただ、感染が生じた場合には、異物除去などを準用して認める県もありました。

また、動脈側を完全にとる場合には、動脈形成を行うこととなることと、かなりの労力がかかる手術であることから、動脈形成術を認めてはという意見がありました。ただ、3,130点という意見もあり、意見の集約には本会では至りませんでした。

## 2 要望事項

今回も84件という多数の要望がありました。以下に診療行為別に要旨を記します。

### 1) 基本診療料

- ① 地域医療貢献加算について、透析部門は体制が整備できているが、施設全体での体制整備が必要とのことで却下された。病院全体だろうと、各科だろうとも、きちんと提示し、24時間緊急体制であると示し、地域医療に貢献しているのだから、今回の場合でも受け入れてほしい。

### 2) 医学管理料

- ① 慢透からグリコアルブミンをはずしてほしい
- ② 緊急時の検査は、慢透からはずしてほしい。

### 3) 投薬・注射

- ① 緊急時ブラッドアクセス留置の手技料をGの注射からJの処置へ。
- ② 療養病棟でも緊急時ブラッドアクセス留置の手技料を請求できるようにしてほしい。

### 4) 処置

- ① ESAを包括から外してほしい。
- ② 入院患者におけるESAの包括は厳しい。
- ③ 障害者加算に透析時低血圧、壊疽等を加えてほしい。
- ④ 夜間加算の増点。
- ⑤ 水質確保加算の増点。
- ⑥ 月14回の限度について、対象者を拡大してほしい（心不全でのECUM等）。
- ⑦ 月単位での透析回数制限は、重症患者に対して不合理。少なくとも入院患者については見直しを。
- ⑧ オンラインHDFの点数設定。

### 5) 手術

- ① PTAの点数新設。
- ② CAPDカテーテル抜去時の手技料の新設。

### 6) 材料

- ① ダイアライザー価格をこれ以上上げないでほしい。