

第17回透析保険審査委員懇談会報告

太田圭洋

要旨

第17回透析保険審査懇談会を平成24年6月22日（金）18～20時、北農健保会館で行いました。事前に行ったアンケート（検討事項：53件、要望事項など：62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（公社）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も多く、その場合の討論経過をできるだけ詳しく報告します。

1-1 基本診療料

(1) 自立支援医療関連

- ① 更生医療の適用範囲について、線引きが難しいため、はっきりとしたガイドラインがあればと思います。
- ② 生保と更生医療の併用の請求が難しい。判別しにくいものもあるし、手間もかかるのでなんとか

してほしい。

〔討論内容〕 従来、文書で出されている透析関連分とは、透析そのものと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いうところで、日本透析医会と厚生労働省の間では了解がとれています。

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。

この問題は、昨年に関続き議論がだされましたが、昨年以降、特に状況に変更はなく、また、他の都道府県でも新たに問題になったところは出ていないとのことでした。

この議論に関しては過去の保険審査委員懇談会でも何回か議論してきました。医会雑誌 Vol. 23, No. 3, 357頁、2008年もご参照ください。

1-2 医学管理等

(1) 慢性透析患者外来医学管理料（慢透）関連

- ① 最近、慢性維持透析患者外来医学管理料以外の検査を行ったときにコメントが必要とのことで、各検査についてコメント数が増加しています。このようなコメントではなく、病名より判断していただきたい。また、骨塩定量検査などは、二次性副甲状腺機能亢進症の病名で判断していただきたい。

〔討論内容〕 病名の記載に関しては、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かったです。

再審請求の場合も、その旨を記載し査定していない県もありましたが、保険者再審でコメントがないことが指摘された場合には、査定せざるをえないとの意見もありました。全体としては、コメントはつけておくほうが無難であるとのことでした。

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。ただし対象は検体検査です。

（2）特定疾患療養管理料

- ① 特定疾患療養管理料の算定について、慢性腎不全と同様（主病は1つとは限らない）の医学管理を行っている特定疾患があり、算定要件に合致していれば算定可能と聞きましたが、算定すると査定されます。レセプト上、なにかコメントがあれば認められるのでしょうか？

〔討論内容〕 昨年の懇談会では数県で認めていないとのことでしたが、今年の会では1県では認めていないが、あとは認めているとのことでした。ただ、やはり今年も主病をどのように考えるかに関して議論がなされました。議論の内容は平成18年の懇談会の時と大きな変化はありませんでした（詳しい内容は日本透析医学会雑誌 Vol. 21, No. 3, 399～400頁、2006年をご参照ください）。

1-3 検査

- ① 体液量管理を目的とする心エコー、体液量測定は認めてよいか？

〔討論内容〕 一昨年の議論では、画一的な検査ではなく、症例を限定して実施している場合には多くの県で認めているという結果であり、今年もほぼ同様でした。

- ② シャント狭窄（疑い）、シャント不全（疑い）でのシャント超音波検査（350点+α）について、昨年の懇談会において原則として認めないという立場に対する反対意見はなかったが、社保支払基金で行った全国調査で約半数の都道府県で認めて

いるとの結果であった。いかがすべきか？

〔討論内容〕 以前の議論では、画一的な検査ではなく症例を限定して実施し、請求に関しては必要性のコメントがあれば認めている県が多かったです。今年の議論でも、やはりスクリーニングとして実施しているものは、認めていない県が多かった。ただ、今年の議論でPTAの90日縛りがでてきたため、もうすこし寛容に認めていいのではという意見も出されました。ただ、全体としては必要性のコメントは不可欠との意見が多く、またドップラーに関しては原則認めないという県と、これも必要性やデータを示せば認めている県に分かれました。

- ③ 慢透に含まれる検査項目は入院等で連月（病名を附記し）することは可能か？

〔討論内容〕 ある県で、慢透に入っている検査（例えば甲状腺機能やフェリチン等）を、病名をつけて毎月だしてくる施設があるとのことでした。これに関しては、すべての都道府県で、やはり必要性が認められると判断できなければ、慢透に入っているという理由だけで、認めるということはありませんでした。

- ④ 慢透に含まれていない検査で、HBc抗体、HCVコア蛋白が、減点されてしまいます（6カ月に1回の検査）。そして、再審査請求しても通りませんでした。

- ⑤ 院内感染対策の一環として、B型肝炎やC型肝炎等の感染症の検査を定期的に行うことを勧めているが、保険審査上は認められていない。

〔討論内容〕 昨年の懇談会では、HBs抗原マイナスでHBs抗体もマイナスの症例でHBc抗体が陽性の患者が、全透析で2割くらいいるとの発言もあり、一部の県では、年1回のHBc抗体がスクリーニングで出てきても通しているが、多くの県では認めていないということでした。肝炎ウイルス関係の保険上の取り扱いでは、肝臓の専門の先生方が、各県の支払基金でのルールを決めておられる場合が多く、今年の議論でも、昨年度と特に状況の変化は、各県で見られないとのことでした。

- ⑥ 経皮的動脈酸素飽和度測定について、毎回（13回）とれないのは何か必要な条件があるのでしょうか。

〔討論内容〕 今回、初めて議論されましたが、酸素吸入をしている患者に関しては、13回通している県と、

半分にしている県がほぼ半々という状況でした。また、酸素を必要とする基礎疾患が必要であるという県がありました。

13回の半分しか認めない理由として、ある県から、入院で31日実日数で酸素を吸っていても14~15回程度としているため、他の医療とのバランスを見て半分にしているという報告がありました。

- ⑦ 鼻腔 MRSA 検査について、入院透析であれば鼻腔 MRSA が検査でき、バクトロバン塗布による除菌が可能だが、通院透析患者では査定されてしまう。ガイドライン上「透析患者では MRSA を除菌すべき」となっているので、通院患者の MRSA 検査・除菌治療を認めるべきである。

〔討論内容〕 この問題に関しては、外来では認めていないという意見、また診療的に意味がないので除菌は認めていないとの意見がだされました。各県の審査委員個々で判断されている状況のようでした。

- ⑧ β_2 MG を透析前後で計2回、同一患者に施行すると、1回に減査定される。

〔討論内容〕 外来においては、慢透に β_2 MG は包括されていますが、通知において「透析導入後5年以上経過した透析アミロイド症に対して、ダイアライザーの選択に当たり β_2 MG 除去効果の確認が必要な場合においては、その選択をした日の属する月を含めた3か月間に、 β_2 MG 検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。」とされています。

出来高請求においては、前後を測れば月2回実施になるわけですが、これに関しても、そもそも前後を測定する必要があるか、透析前値だけで十分なのではないかとの意見も出され、意見は集約されませんでした。

1-4 投薬・注射

- ① 慢性腎不全患者のビタミン欠乏症（例：ビタミン B 欠乏症、C 欠乏症）の病名に対しどこまで（期間も含め）投与を認めるか？

〔討論内容〕 もともと、ビタミン剤（B、C）の投与に関しては「入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は

代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。」とされていました。

今回の改定では、B、C以外のビタミン剤も同様に扱うとの改定がありました。

各県の状況を確認したところ、今のところ、とくにビタミン剤に関しては、病名が出ていれば、特別な制限をかけているところはないということでした。

- ② 腎性貧血に対する原疾患病名は必要か？ なければ査定か？（慢性腎臓病名、糖尿病性腎症：早期は相当するか、慢性糸球体腎炎、腎硬化症等）

〔討論内容〕 保存期の CKD 患者に対する ESA 投与に関してと思われませんが、腎臓病名がない状態での腎性貧血は病名漏れなので返戻するという県が多数ありました。ただ、ほぼすべての県で、細かな原疾患名ではなくて慢性腎臓病、慢性腎不全でも可としているとのことでした。

- ③ 療養病棟でのカテーテル透析について、前回（平成22年度）の改定で、療養病棟では、パスキヤスや長期留置カテーテル等のカテーテル挿入、留置や中心静脈栄養がまったく請求できないことになりました。現在、なぜか、ポート埋め込み型の留置カテーテルのみ請求可能になっていますが、なぜポート型は請求できるのかも根拠が不明です。また透析用のポート型カテーテルがないので、困っています。

〔討論内容〕 前回の改定で認められた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）005-2の中心静脈注射用カテーテル挿入点数を準用するよう通知が出されたため（「緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（但し、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く）を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。」）、療養病棟では、挿入手技料は認められず、特定医療材料も手技に伴う材料ということで認められなくなったと考えられています。

IVHで使用するポート埋め込み型の留置カテーテルは手術に伴うものであるため、療養病棟でも算定は可能ですが、透析用のブラッドアクセスにはなりません。

- ④ 病院の性質上、急性腎不全やHD以外の血液浄化療法時に、血液浄化用ダブルルーメン（あるいはトリプルルーメン）カテーテルを中心静脈に留置する機会が多いのですが、手技の煩雑さとリスクが高い手技にもかかわらず、いまだに中心静脈カテーテル留置の点数だけとっています。数年前から本手技に対する保険点数に関して話題になっていたと思いますが、現状はいかがでしょうか。

〔討論内容〕 G（注射）005-2の中心静脈注射用カテーテル挿入の1,400点で請求するものと思われます。

- ⑤ 外来透析患者でオキサロール注（2.5μg）とレグパラ錠25mg1錠を併用している患者のレグパラ錠が減点された。なにが問題か？

〔討論内容〕 病名が記載されているなら、当然、認められるものと考えます。特に各県で減点しているところはありませんでした。なにか特殊な原因があったものと考えられます。

- ⑥ 重度の腎障害がある場合、禁忌となる薬剤がかなりあるので、透析患者には投与できない薬と注射がある。投与すると必ず審査機関のコンピューターにかかり減点される。ラジカット、ハベカシン、フルカリック等。

〔討論内容〕 禁忌薬の投与が、審査コンピューターで機械的にひっかかることが最近多いです。委員によっては、禁忌薬でも認めている方もおられましたが、返戻をかけている先生もおられ、各県というよりは、各委員でばらばらな対応のようでした。ただ、各県の運営協議会のようなところで正式にルールとなると従わざるをえないとの意見でした。

- ⑦ 処方箋の回数を一律に8回までということには日頃より疑問を感じている。

〔討論内容〕 昨年、ある都道府県では9回以上で一律査定されているとの情報がありましたが、多くの県では、必要で実施した場合には認められていました。

ただし定期投薬を分割投与し、処方回数が増加することは問題であると認識しています。とくに分割処方により一度に処方する薬剤を7種類以下とし、減点を免れるというやり方は、この4月から審査現場で日計表表示がされ、容易に見つかることとなったため、今後、厳しい処置がありそうな気がします。

1-5 処置

- ① 人工腎臓「3, その他の場合とは」について。

点数解釈本に「(エ) 以下の合併症又は状態を有する患者に対して行った場合であって、連日人工透析を実施する場合や、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」とありますが、敗血症を合併していても、連日人工腎臓を実施していなかったり、特別な抗凝固剤を使用していない場合には、人工腎臓1での算定は不可でしょうか？

〔討論内容〕 一昨年の懇談会において、人工腎臓1と人工腎臓3（当時人工腎臓2）の区別に関して議論されました。これは青本にJ038-3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（(二) 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。

多くの県では人工腎臓1での請求を認めているとのことでした。

- ② 社保の保険審査で、ここ最近問題となっている事項がある。眼底出血や、消化管出血のときフサンを使用し、人工腎臓「その他」での算定が14日できられることが出てきている。以前は、それなりの理由があれば通っていた。他県ではどういう傾向になっているのでしょうか？

〔討論内容〕 前回の改定で14日間という日数が明記されたものの、昨年は詳記があって、必要性がしっかりとわかる場合には2週間を超えても認めているという県が半数くらいありました。ただ、後発品も出てきているため、2週間と決められた以上は、それらを使用するなど工夫して、人工腎臓1で請求してくださいという意見も半数ほどありました。今年も、とくに変化はありませんでした。

- ③ CAPD療法における診療報酬請求書の記載要項について。診療報酬請求書等の記載要項の中で、「在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤または特定保険医療材料を請求した場合は、摘要欄に薬剤の支給量及び、支給日数などを記載すること

(中略)」となっていますが、腹膜透析液の処方内容や交換回数などの変更があることから、正確な日数は困難であると考えられますが、各県の状況をお尋ねいたします。

[討論内容] 記載要領には薬剤の使用量、使用日数を記載することになっていますが、多くの県では、記載がなくても認めているとのことでした。ただある県では、非常に多量の請求が散見されたため、昨年から各医療機関に指導して記載するようにしたとの報告がありました。

- ④ ESAについて、PDで週1HD併用療法を行った場合、月1回ミルセラ投与は認められるのでしょうか(PDのための受診日とHD日が重なった場合)。
- ⑤ 人工腎臓をCAPDと併用する場合の人工腎臓の算定について。
- (i) 人工腎臓(その他)+薬剤費など
- (ii) 人工腎臓1

人工腎臓を週1回で算定する場合は(i)、(ii)のどちらで算定すべきか?

週2回の場合は、週1回の人工腎臓+薬剤費となっているが、この場合の人工腎臓もどちらで算定すべきか?

[討論内容] 両質問は関連します。一昨年の懇談会でも議論されましたが、PD+HDの併用療法のさいのHDの請求は、人工腎臓1か人工腎臓3(その他)かの議論になります。人工腎臓1での請求の場合には、同日に投与されるESAは認められないと考えられます。

一昨年の議論では、併用療法のさいの人工腎臓は、人工腎臓3にすべき条件に当てはまらないため、慢性維持透析と考えられ、外来包括点数(人工腎臓1)で請求すべきとの意見がありました。そのさいには、同日でのESA投与は認められないと解釈されます。

しかし、週2回HDを併用した場合の扱いに関して、平成22年3月29日付けで出された疑義解釈その1の間122において、「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」との問いに対して、「(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」と記載されています。

すなわち、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3で請求し、2回目以降は算定しないということであり、そこから類推すると、週1回併用のさいも、人工腎臓3で請求すべきではとの意見もあり、統一されませんでした。

PDとHDの併用療法におけるHDを人工腎臓3「その他」で請求するのであれば、当然ESA製剤は請求できることとなります。

今年の議論では、PDに週1回のHD併用の時は、やはり人工腎臓1で請求すべきとの意見がいくつか出されました。理由は人工腎臓3で請求するには書いてある要件を満たさないとダメだからでした。ただ、議論は今年も統一されませんでした。

- ⑥ 予定されていない、具合が悪くなった場合に臨時で時間外等に行った透析に対して、再診料や処置の時間外加算等が査定されました。そのかわりに透析処置に夜間透析加算や休日加算が加算されてしまいました。なにかコメントでも入れれば算定通りに認められるのでしょうか。

[討論内容] 深夜帯で、完全に通常診療を行っていない患者への透析に関しては、処置の時間外加算(8割増し)でいいという意見が多かったのですが、たとえば月水金患者が、土曜日の通常夜透析を実施している時間帯に臨時で透析を行うような場合には、通常の透析点数+夜間加算等で対応すべきであるという意見が多数でした。

- ⑦ 人工腎臓その他の場合、(ア)急性腎不全の患者には、慢性腎不全の保存期から急性増悪で緊急透析の場合は含まれますか? また数日で離脱した場合、(イ)の透析導入期の対象とはならないですか?

[討論内容] J038-3の「その他」の場合には、保存期からの急性増悪が含まれると考えられます。数日で離脱した場合には、導入期加算の対象にはなりません。

なお関連質問として、導入期加算が急性増悪の時にとってあり、一度離脱し、再導入になった時の2回目も導入期加算をとっている症例での保険者再審請求があった例があり、その場合、最初の月のものを査定するのが正解と考えます。

- ⑧ 「透析液水質確保加算2」の施設基準で、血液透析濾過用の置換液を作成し使用していること、とありますが、置換液を作成していないところは算定してはだめでしょうか。
- ⑨ 「透析液水質確保加算2」について、当院ではオンラインHDFは行っていませんが、水質検査（エンドトキシン・生菌）に関しては条件をクリアしています。その場合は加算の2がとれるのか、とれる場合は厚生局への提出内容でさらに必要なものがあるのか教えていただきたい。
- ⑩ on-line治療を行っていない患者（水質が「水質確保加算1」の水質しか担保できていない装置）においても、「水質確保加算2」の申請ができる回答と理解できるがいかかなものか？ メーカーにおいては、1台on-line用の装置を購入すれば全台「水質確保加算2」が申請できるとの主張があるが、正しいか？

〔討論内容〕 今回の改定で新しくできた加算なので、これら以外にもさまざまな質問が出されました。施設基準によると「血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること」と示されている一方、厚生労働省保険局のQ&Aでは、「人工腎臓の慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行っている患者がいない場合も、体制が整っている場合には、透析液水質確保加算2を算定して差し支えない」と書かれています。

このQ&Aの「体制が整っている場合」とはなにを指すかに関して、さまざま議論されましたが、少なくとも1台はオンライン用の機械がなければダメという意見が多数でした。ただ、施設基準であるので、施設基準を申請して認められれば、すべての患者に請求できるということに関して異論は出されませんでした。

- ⑪ オンラインHDFで使用できるヘモダイアフィルターの種類が3メーカーからしか出ていないのに、HDFにヘモダイアフィルター使用を制限すべきではない。

〔討論内容〕 4月以降、HDFにはヘモダイアフィルターの使用が必要となると考えられています。ただ今年の懇談会の時点で、厳密に運用されているのは3県に限られ、他の県では過渡期として、ダイアライザーが出てきても認めているとのことでした。

- ⑫ HDF（人工腎臓3・その他）は出来高計算をしますが、人工腎臓1で計算した場合と、さほど変

わらないのですが区別していったほうがよいのでしょうか（現在、区別して請求していますが）。

〔討論内容〕 オフラインHDFを実施し、人工腎臓1で請求し、置換液代は請求しないということかと思われませんが、通知において、人工腎臓3「その他」で請求する条件として「ウ.血液濾過又は血液透析濾過を行った場合」と記載されていますので、人工腎臓3で請求するべきと考えます。

オンラインHDFを5時間実施した場合、人工腎臓1の5時間以上のほうが、人工腎臓2「複雑なもの」より請求金額が高くなりますが、人工腎臓2「複雑なもの」で請求すべきとの意見に異論は出されませんでした。

1-6 手術

- ① DPCの時ペンレステープ50（手術）での請求の場合、認めるかどうか？ ご検討下さい。

〔討論内容〕 現在、40の処置に伴う薬剤として請求するようになりました。ただ50の手術で出てきた場合も査定している県はほとんどないとのことでした。

- ② シェント拡張術時の血管造影用ガイドワイヤーが減点された。術時必要な物であるが、請求不可か？

〔討論内容〕 シェントPTA時の材料に関しては、アクセス研究会での各県のアンケート結果をご報告いただきました。その結果では、バルーンに関しては、特殊型を使って全部認めるところはまだ比較的少なく、全部認める県もあるし、バルーンの本数に関しては原則1本のところが多いです。2本以上使っても詳記があればOKという県が4~5県あります。何本でもOKという県も1県ありました。それから、特殊型はやはり詳記があったほうがいいという県が多かったです。ガイドワイヤーの本数に関しても、必要があってガイドワイヤー2本、シースを2本使用した場合、きちんとした詳記があればOKという県が多かったが、シースもバルーンも原則絶対1本しかダメという県もあったとのことで、かなり県によってバラつきがあるとのことでした。総論として、複数使用せざるをえない場合には、きちんと詳記を書くべきだとのことになりました。

- ③ PTA術で、経皮的シェント拡張術・血栓除去術18,080点を算定する患者と、頻回に実施される可

能性がある患者で血栓除去術 3,130 点を算定する患者が混在してもよいのか。

- ④ シヤント PTA (K 616-4) の 3 ヶ月ルールについて、「内シヤント血栓除去術 (K 608-3) で手技料、材料費、薬剤費の請求を行った場合には、3 ヶ月以内であっても再度の請求は可能であるが、病状詳記が必要と思われる」という九州厚生局からの回答あり。いわゆる抜け穴であるが、根本の PTA (K 616-4) 診療報酬規定がおかしい。サテライト⇔基幹病院の病診連携に重大な支障を生じる。
- ⑤ シヤント PTA の 3 ヶ月とれないということは、間で従来の PTA を加算してもよいのか？〈補足：文章が意味不明確ですが、「3 ヶ月に一回に限り算定する。」新点数を取った時、翌月に施行した PTA は従来の点数 (K 607-2 血管結紮術、その他のもの、3,130 点) を取ってよいか？あるいは、PTA を施行した時に従来の点数で算定した場合、翌月も従来の点数を取ってもよいか？という意味でしょうか？〉
- ⑥ 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術について、
(i)平成 24 年 2 月 17 日 PTA 実施、平成 24 年 5 月 9 日 PTA 実施、(ii)平成 24 年 4 月 診療報酬改定で新設された算定条件「3 ヶ月に 1 回の限り算定」とあるが、起算月を 4 月からとし、5 月 9 日の PTA は算定できると考えてよいか？

〔討論内容〕 その他にも、今年設定された K 616-4 (経皮的シヤント拡張術・血栓除去術) 18,080 点の運用に関して、多くの質問が出されました。新しい K 616-4 (経皮的シヤント拡張術・血栓除去術) 18,080 点での請求を行った場合、3 ヶ月以内に PTA が必要になった場合、18,080 点の手技料も、カテーテル代も請求することはできません。ただし、K 616-4 (経皮的シヤント拡張術・血栓除去術) 以外の手術料 (例えば血栓除去術 3,130 点や血管移植術 23,300 点等) は従前と同様請求できるものとなっています。

今回、PTA を実施して、今まで準用していた 3,130 点の血栓除去術+PTA カテでの請求が可能かどうか議論されましたが、新規に PTA に手術料が設定された以上、血栓除去術の 3,130 点は、あくまで血栓除去をすることに対する手術料となり、いままでどおりの請求をすることは認められないということで意見は集約されました。したがって、3 ヶ月以内に頻回に PTA

を実施する場合に、3,130 点+PTA カテ代で請求するという (⑤) は認められません。

また PTA を実施し 18,080 点の請求をして 3 ヶ月以内にシヤント閉塞をきたしたさいに、血栓除去術 (3,130 点) を施行し、そのさいに狭窄部位があり PTA カテを使用し血管拡張を行った場合、血栓除去術に伴う手術材料ということで、カテが請求できるか議論されました。これに関しては、血栓除去術は請求できるがカテ代は無理だという意見や、経皮的ではなく (シース等使用せず) 行っている場合には K 616-4 に当たらないため、血栓除去術に伴う手術材料として認めていいのではないかという意見も出されました。

今回、3 ヶ月以内に実施した場合には技術料のみならず、材料費も請求できない事に関して、特に二つの医療機関にまたがる場合に大きな問題が起こり、地域の医療連携に障害が起こっていることが報告されました。

ただ、二つの医療機関にまたがる場合には合議で配分を決めることとされ、大阪のように折半にするようなローカルルールを作成した都道府県もありました。しかし公的病院の場合、そういうお金を受け取る口座もなく運用が難しいという報告もあり、そのさいには、前に K 616-4 を施行した医療機関がレセプトを取り下げ、後で実施した公的病院で請求したらどうかとの、請求方法に関する工夫も提案されました。

今現在、各地域で試行錯誤がされているという状況のようでした。

- ⑦ シヤント血管に対するステント留置について認めていますか？

〔討論内容〕 一昨年の議論では、多くの県では、しっかりとコメントがされていれば認めているとのことでした。ただ特定保険材料として認可されているのは末梢の動脈であることから、本来的には難しいのではという意見も出されました。しかし、どうしてもステントを留置せざるをえない必要性がわかるような詳記があれば認めているという県が多いようでした。

これに関連して、シヤントの吻合部を超えて橈骨動脈そのものが狭窄しているような症例に対して、PTA を行った場合は、四肢の末梢動脈の点数で請求してよいか、との質問も出されました。それに対しては、明らかに動脈であるということがわかれば、四肢の末梢動脈の点数で良いのではないかという意見が出され、

特に反論は出されませんでした。

- ⑧ リクセルの使用に関して手根管症候群の手術を行っている必要があるかどうか。

〔討論内容〕 特に「透析アミロイド症という病名がついていれば、1年ルールをしっかりと守っているのであれば認めているという都道府県がありました。全国的には、やはり手術がされており β_2 MGの沈着が認められる等、記載されている条件を満たす必要があるとの意見が大半でした。

2 要望事項

今回も62件という多数の要望がありました。以下に診療行為別に記します。

2-1 基本診療料

- ① 90日を超えての入院について（一般病棟13:1, 15:1）。今まで透析を施行している事により除外の扱いで入院料を算定してきたが、10月からは除外が廃止され、2択より選ぶ事になった。しかし、長期入院が必要な患者の自宅や施設での受け入れは難しく、そのまま入院されている方が多いのが現状であるので、2択どちらにしても減算になるのは必須である。

2-2 投薬・注射

- ① 処置薬剤の点数（イソジン液 5cc以下）が低く、算定されなくなってしまったので復活してほしい。

2-3 リハビリテーション

- ① 現在介護保険と医療保険が同日に請求できないこととなっています。そのため、介護保険でリハビリを受けている患者（介護認定を受けている）は、透析日に通所リハビリなどの介護サービスによるリハビリが受けられないため、非透析日にしか、リハビリができません。

2-4 処置

(1) ESA

- ① エリスロポエチン製剤を出来高に。
② 人工腎臓1の包括項目からエポジン注をはずしてほしい。

(2) 人工腎臓1と3の区分

- ① 人工腎臓「3」その他の場合に、透析導入期（1月に限る）の患者に対して行った場合という項目が2010年4月の点数改定により追加されました。「その他の場合」を算定時は、透析液、血液凝固阻止薬、生理食塩液およびエリスロポエチンの費用は別に算定できます。しかし、ミルセラ投与日のみ時間区分ありの人工腎臓点数を上回りますが、それ以外の日では透析液などを別に算定しても時間区分ありの点数より下回ります。よって導入期加算を算定しても意味がありません。以前のように、人工臓器「3」その他の場合から、「透析導入期の患者」という項を外してほしいと思います。

(3) 透析時間区分

- ① 透析施行時間について、基本4時間透析ではあるが、高齢化に伴い、長時間透析についても診療報酬改定の問題として早期に考えておくべきである。
② 透析時間に応じた点数（over 6 hrs など）。
③ ある程度の時間を超えた透析は、加算されることを継続していただきたい。

(4) 透析回数

- ① 透析15回目の上限廃止、または上限増（月によっては3回/週で14日あるため、臨時、変更が出ると15回を超えてしまう）。
② 1/月しかHD回数の増が認められてないのはおかしいと考えます。必要であるから透析を行うのですから認めてほしい。
③ 透析回数上限の撤廃。できれば4~5回/週まで請求可能にしてもらえればと思っていたところですが、透析医会から16回/月の変更の要望があるので、詳細は省きます。

(5) 水質確保加算

- ① 水質の浄化のためのコスト（カットフィルターの手技間隔等）を考慮してほしい。

(6) 障害加算

- ① 障害者等加算の引き上げ。スタッフの労力が多くかかるため、現行の点数では不十分と考えます。

② 現在、透析患者の平均年齢も上昇し、多種多様な問題のある患者がいます。以前以上に透析中に手を取られるようになっていきます。障害者等加算(120点)の枠を広げるか、点数を増点していただきたい。

(7) 夜間加算

① 以前に比べて、時間外加算が下げられ、このままでは、夜間透析施行にも問題が生じるかと思われます。現在では、透析患者も多様な職場で働き、仕事帰りに透析を行う方が増加傾向にあります。この状況を踏まえ、特にご一考下さい。

(8) 療養病棟の透析

① 高齢者、重症者が多くなってきている状況において、療養型病棟においては、検査薬剤等に制限があり十分な治療ができないので考慮してほしい(重症患者は一般病床に移して治療するようにしているが、病棟が空いていないので苦慮している)。

(9) 他院・他科受診

① 他科受診について、今回一部透析に関わる内容で改定がありました。ほとんどの医療機関は関係なく、今まで通り減算して入院料を算定しています。次期は他科受診の制度をもう少し軽減していただきたいです。

(10) その他

① 持続低効率血液透析(SLED)の位置づけ、身障加算の項目の見直し、透析患者急性疾患を受け入れる施設のインセンティブを高めるようなシステム、についてご検討いただければと思います。

(11) 慢透

① 緊急の検査は包括から外し、算定できるようにしてもよいのではないのでしょうか？
 ② β_2 MG月2回(透析の前1回・後1回)を認めてほしい(せめて3~6カ月に1回くらい施行できるように)。
 ③ アルミニウム・亜鉛は病名がついていれば、査定せずに認めてほしい。

(12) オンラインHDF

① オンラインHDFに関する解釈基準を早期に明確に提示してほしい。
 ② オンラインHDF算定についてですが、薬剤料が丸めのために、3時間・4時間または5時間施行での点数は同じになります。維持透析のように時間での点数格差をつけていただきたい。今回も透析手技料および、ダイアライザーは点数が下がっています。供給装置・RO装置、コンソールなどの多くの機械を使用しており、機械コストやメンテナンスコストなどが多額にかかっています。今後ご一考下さい。
 ③ オンラインHDFに対する診療報酬増。
 ④ オンラインHDFの時間区分がないのはおかしい。これでは3時間HDFが4時間透析の点数を上回り透析時間の短縮につながる。
 ⑤ オンラインHDFにも時間区分をつくり、HDと同等かそれ以上の点数をつけてもらいたい。
 ⑥ オンラインHDFにヘモダイアフィルターが合わない患者がいるのと、今後も種類が増えるとも思えないので、フィルターは自由に使用できるようにしてほしい。
 ⑦ 慢性維持透析濾過(複雑なもの)の実施のさいには、ヘモダイアフィルターを使用した場合でないと算定できないとあるが、ヘモダイアフィルターの種類が少ないことや、患者の状態によってはダイアライザーのほうが適している場合があるので、ダイアライザーを使用して、on-line HDFを施行した場合も手技を認めてもらいたい。

(13) 地域連携に対して

① 仮称「地域連携人工透析診療加算」を新設すること。連携パスに従い、二次医療圏内での病院同士が、透析患者の紹介・逆紹介を文書で行ったとき、医学管理料もしくは人工腎臓処置料への加算として評価されたい。空床情報の交換をしている病院には、さらに手厚い加算をお願いしたい。

2-5 手術

(1) シャントPTA

① 「PTA手術の3カ月間のしぼりは厳しい。経験では、症例によって2カ月半ぐらいでPTAをす

る必要のある例もあります。一切の手術手技料と材料代をとれなくなるとバルーン代が大変高価なため持ち出しが大きい。せめて、使用した材料代をとれるようにしてほしい。」との意見がありました。

- ② PTA（経皮的血管拡張）が18,080点と想定以上に上がりすぎた結果、3カ月間はPTA請求を認めないことになりましたが、これは「生存権の侵害」にあたる問題で、患者会にも活動を促す必要があります。
- ③ シヤントPTAの新設（報酬点数）の評価は、当事者としては喜ばしいですが、少し高評価のような気もしますが、いかがでしょうか。
- ④ シヤントPTAが3カ月に1回となっているが、内シヤント作製困難患者に対しては、もう少し頻度が多くても、保険診療を認めてほしい。
- ⑤ PTAの施行間隔について、シヤントPTAが1回施行後、3カ月間を空けないとできないのは困る。もう少し近い間隔で施行しても認めてほしい。
- ⑥ K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術について、3カ月に1回に限り算定、2回目以降のPTA費用の保険算定不可ですが、PTAを繰り返す患者においては保険算定を認めていただきたい。どうしても無理な場合は材料費だけでも保険請求可能を強く要望したい。
- ⑦ シヤントPTAの間隔（月が替われば、次の月でも直ぐに施行できるようにしてほしい）。
- ⑧ シヤントPTAの3カ月ルール改善を。
- ⑨ PTAのさいの3カ月ルールで、材料・薬剤だけでも算定できればと考える。
- ⑩ PTAの3カ月しぼりについては、患者が直接不利益をこうむる事なので、問題だと考える。
- ⑪ 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術の算定について、3カ月に1回限り算定とあるが、患者によっては、3カ月以内に経皮的シヤント拡張術・血栓除去術が必要になる場合もある。手技・材料費共に認められないのは困る。また、他施設へ依頼する場合の費用負担を両者で話し合うというのも、非常に煩雑であるため、算定ルールを見直してほしい。

2-6 材 料

- ① ダイアライザーの材料価格には回路分も含まれているので、別途算定してほしい。OFFラインHDFまたはオンラインHDF施行時は補液回路も必要となります。

2-7 その他

(1) 患者負担

- ① 社会保障費増大のためにこのような事になったと思いますが、このような些細なことですむ問題ではありません。そろそろ患者負担増（受益者負担）の論議をすべき時が来たと思います。

(2) 人員配置基準

- ① 高齢化が透析通院者でも多く、介護・支援・看護度が高く、人員の不足があります。適正な人員配置基準に関する項目について検討していただきたい。

(3) 全般的

- ① 今回の改定により人工腎臓のみに関しても1%強の減点により、外来患者（透析患者外）を含めて、5~8%の減点となり、将来の展望がない状況にあります。
- ② 種々の加算（透析液水質確保、その他）が提示されているが、それらの加算を得るための障壁が高く、病院運営でペイしないといけな症例が増えている。
- ③ 透析液の水質管理を始めとし、ダイアライザー、回路、各種フィルター類など多くの消耗品があり、加えて電気代、上下水道代など大きな負担となっている。これ以上診療報酬が下がると、透析医療の質の低下にもつながる。透析時間3時間を基本とし、診療報酬を見直していただきたい。
- ④ 請求が面倒くさくなってきておりますが、諦めております。
- ⑤ これ以上、透析本体の点数は下げないでほしい。
- ⑥ 生食が上がって、さらに人工腎臓が下がって、重症の管理を必要とする患者が増えて、ますます経営上厳しくなっていると感じる。
- ⑦ 生食の薬価が高くなったのに対して、人工腎臓の点数も下がったわけですから、実際には30点

以上の下がりとなっている。

- ⑧ 透析本体の点数の引き下げは、経営上ダメージが大きい。その他、生理食塩液の価格が上がったことによるダメージもあるので、配慮してほしい。
- ⑨ 人工腎臓の点数と透析液水質確保加算2の新設により、改定後の保険点数が当クリニックでは1人1回あたり32点下がり、月額約40万円の減収となっている。ダイアライザーも使用頻度の少ない(1)、(2)の点数が上がり、実際に使用数の多い(3)~(5)の点数が下がるのは疑問である。
- ⑩ どちらの施設の方もお考えと思いますが、包括についてエポ製剤の薬価変動だけが反映され、透析液の変動分がまったく反映されていないと思います。
- ⑪ 包括薬剤の価格変動の範囲内に引き下げをとどめ、一方で手技料の増額をはかること。
- ⑫ 総論ですが、診療のコストに見合う診療報酬であるべきと考えます。
- ⑬ 良質な透析医療を提供するための必要なコストを正しく評価してほしい。
- ⑭ 患者に質の良い医療を提供するための加算(水

質2)は評価できるが、透析手技自体の評価を下げることは医療の質の低下につながる。

- ⑮ 透析はいわゆる「血液浄化療法」であり、HF、CHDF、CAPD、apheresis等々のため、搬入される救急患者が多い。要するに体液のホメオスタシス異常は数々の疾患の末期病状でありMOFの状態で搬入されるが、それらに対応した時の診療報酬を考慮してもらいたい。最近、当県の新聞に「医療費を押し上げる人工透析の患者」という表現がありましたので、厚生労働省に実情を十分に説明してもらいたい。
- ⑯ エリスロポエチン製剤が包括化され、結果としてEPO投与量は減少しているが、検査頻度の増加、エンドトキシン検査等、費用と労力は増加している。単純にEPO費用圧縮分をそのまま診療報酬に反映させないでいただきたい。
- ⑰ 医療費の支払いについて、支払いが滞る患者さんがいて困っている。医療機関が患者負担分を直接、国や県・市に請求し、取り漏れのないようにできないでしょうか。