

## 第27回透析保険審査委員懇談会報告

宍戸寛治 太田圭洋 正井基之 隈 博政 甲田 豊 小林真也 戸澤修平 平松 信  
前野七門 溝渕正英 山川智之

日本透析医学会医療保険委員会

key words : 透析保険審査, 審査基準統一化, 吸着型血液浄化器, 透析時運動指導加算, バスキュラーアクセス

### 要 旨

第27回透析保険審査委員懇談会を令和4年9月10日(土)にweb開催し、100名近い全国の透析審査委員が参加した。事前に行ったアンケート調査をもとに討論した内容をまとめた。

### はじめに

この懇談会は毎年、日本透析医学会総会時に開催していたが、本年の総会も新型コロナウイルス感染症対策によりハイブリッド開催となったため、9月10日(土)の日本透析医学会支部長会後のweb開催となった。事前に行った各支部へのアンケート調査を基に、医療保険委員会で以下の7項目を抽出し、討論した。

- 1 社保、国保での審査基準統一化の動向について
- 2 透析導入時、転入時のHBs抗体、HBc抗体、HIV検査
- 3 透析患者でのトルバブダン(サムスカ)の使用を認めるか?
- 4 PD、HD併用時のHIF-PH阻害薬
- 5 吸着型血液浄化器レオカーナ
- 6 透析時運動指導加算
- 7 バスキュラーアクセス関連

本懇談会は、各都道府県での審査状況を共有し、透析審査の地域間差異の是正に役立てることを目的に行っている。懇談会の討論結果が、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 主要検討事項

#### 1-1 社保、国保での審査基準統一化の動向について

- ① 地域や施設によって保険審査の内容が異なることがあり、全国統一していただきたい。
- ② 国保、社保によって基準が異なることがあり、統一化していただきたい。

神奈川県支払基金審査委員長で、審査統一のための疑義対応委員会委員の戸谷義幸氏より「支払基金の業務効率化・集約化に関する現況と展望」について説明があった。

- 1) 令和元年5月に社会保険診療報酬支払基金法の改正があり、本部のガバナンス機能の強化、各都道府県支部の廃止の方向性が決定された。
- 2) 2022年10月より審査事務は全国6ブロック(東北・北海道、関東・甲信越、中部、近畿、中国・四国、九州・沖縄)に集約する。
- 3) 審査基準の統一化：ブロック内で80%以上の賛同が得られる場合、集約するとともに基金の全国統一見解を作成し、審査の一般的な取り扱いとする。令和6年4月には基金と国保のコンピューターチェックの統合、さらに審査基準の統一化を進める予定である。
- 4) 問題点として、集約化が優先され、細かな議論は後回しにされやすいこと、ブロック間における差異が発生する可能性があり調整が必要であること、および審査基準の統一化は支払基金が先行し、国保が2~3年遅れていることがあげられる。

5) 当懇談会は全国の社保、国保の透析部門の審査員が集まる会であり、貴重な存在と考える。協議会として統一見解を発信していければ、全国統一保険審査基準作成に対する貢献は大きいと思われる。

#### 【討論内容】

この説明と提案に対して多数の質疑があった。5)の提案について、協議会とするためには47都道府県の国保、基金の代表1人ずつで94人の構成とし、80%以上の賛同で決議される会が望ましく、賛否両論があるような案件は無理に統一する必要はないとの回答であった。これに対して、現状支払基金が先行しており、支払基金の解釈が重要視され、1-2で後述するように本懇談会の趣旨にそぐわない統一化が進む可能性を危惧する意見が複数の医会役員からあった。

#### 1-2 透析導入時、転入時のHBs抗体、HBc抗体、HIV検査

① 新規転入患者では、今後を考慮して感染症検査を必ず行っている。HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体定性・定量を行っているがHBs抗体のみ査定がある。転入時は、請求が認められないのか。

#### 【討論内容】

昨年の本懇談会でも議論し、HBs抗原陰性者でもHBc抗体陽性者ではHBVDNA陽性者が存在するのは事実であり、医学的必要性および導入時、転入時のHBs抗体、HBc抗体検査を認める方向で意見が一致した。しかし、本日参加した審査員にアンケートをとったところ、認めている県は数県ですべて国保であった。基金は術前、検査前のスクリーニング検査では抗体検査は認めないことで全国統一見解となっているようである。スクリーニングではなく「B型肝炎疑い」では1回に限りHBs抗原、HBs抗体、HBc抗体の併算定を認めているようである。したがって、スクリーニングではなく「B型肝炎疑い」で請求するか、抗原、抗体同時測定が認められない県ではHBs抗原の陰性確認後、別日に「B型肝炎疑い」でHBs抗体、HBc抗体を検査すれば認められる可能性があると思われる。

HIV検査について、厚労省は依然スクリーニング検査を認めていないし、本年も東京都の支払基金および国保から同様の通知が発出されている。本日もアンケートをとったが認めているのはHB抗体と同様一部の

県の国保だけであった。

1-1 審査基準の統一化に関連して、本項目について全国アンケートをとれば、おそらく80%以上が認めないということになりそうだが、これが全国統一基準となり、現状認めている県も認めることができなくなる可能性がある。このように医学的必要性があるが現状認められていない事項を、認める方向で進めていくことが当懇談会の趣旨であると再確認すべき、との意見が日本透析医会の複数の役員からあった。

#### 1-3 透析患者でのトルバブタン（サムスカ）の使用を認めるか？

- ① トルバブタンを前医より引き続き処方しても適応外とされる。
- ② 現在腹膜透析ではサムスカ OD錠の処方は認められていないが、入院中に導入し、転院してきても継続処方をする事ができない。腹膜透析と併用することが心不全による体液貯留にも効果があり、必要不可欠な患者もいる。

#### 【討論内容】

トルバブタンは無尿では禁忌であるが、尿量のある透析患者では禁忌となっていない。アンケートでは、透析患者はCAPD、HDとも認めていない県は少数であった。CAPDのみ認めている県が多く、両者とも認める県は数県であった。認めている県でも、添付文書上の要件（心不全、入院下で開始、ループ利尿薬等で効果不十分など）を満たす必要がある。また、無尿では禁忌なので、尿量を詳記しておいた方が返戻、査定を避けられると思われる。

基本的に透析患者の体液貯留は透析で是正すべきであるとの考えから、HD患者でトルバブタンを認めている県は少ないようであるが、CAPDではHD併用が20%あり、除水不足による体液貯留に対するトルバブタンの使用をもっと認めてもよいのではないかとの意見が少なからずあった。

#### 1-4 PD、HD併用時のHIF-PH阻害薬

- ① PD+HD時のHIF-PH阻害薬の算定について
- ② C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料（事務連絡）

〔問〕 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等）は別に算定してよいか。

〔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「4」の「その他の場合」で算定する。なお、この場合、在宅自己腹膜灌流指導管理料の「注1」に規定する2回目以降の費用は算定しない。上記について、1回目の手技料を「その他の場合」で算定した場合、アからエまでのどれに該当するのか。

#### 【討論内容】

令和4年診療報酬改訂で人工腎臓1-3算定時の腎性貧血治療薬はすべて院内処方となったので、週1回人工腎臓1-3算定時は、その週はHIF-PH阻害薬は算定できない。したがって毎週1回人工腎臓1-3を算定した場合、HIF-PH阻害薬は全く算定できない。週2回以上人工腎臓を行った場合については、②に記載されているように週1回人工腎臓4（その他）で算定し、薬剤費は別途算定可能である。しかし、人工腎臓4（その他）の算定要件ア～エにこれに該当するものはない。そこで、ア～エに該当しないが人工腎臓4（その他）で算定するようにとの通知が発出されていることから、週1回でも人工腎臓4（その他）を算定してもよいとの解釈が可能であり、認めてもよいのではないかと意見が複数あった。実際に、ある県では国保、社保とも運用上これを認めているようである。疑義解釈上難しいので周知はできないが、黙認してもよいのではないかと意見も少なからずあった。

#### 1-5 吸着型血液浄化器レオカーナ

① 吸着型血液浄化器レオカーナを通常血液透析装置と直列で使う時、ヘパリンなどの薬剤は血液透析の手技料に含めるかどうか。

#### 【討論内容】

人工腎臓1-3では血液凝固阻止剤が包括されており、算定できない。治験でも人工腎臓との同時併用は行われておらず、フットケア・足病医学会の適正使用指針にも同時併用は言及されておらず、不適切と思われる。また、レオカーナではリクセルと異なりK616-8吸着式潰瘍治療法（1日につき）1,680点が算定可能であり、手術中の人工腎臓の手技料の算定は困難と思われる。したがって、直列の同時併用は基本的に認められ

ないと思われる。吸着型血液浄化終了後の人工腎臓の算定は認められると思われるが、レセプト上は同日に実施した場合区別できないので、詳記は必須であり、なければ返戻という扱いにせざるを得ないと思われる。

#### 1-6 透析時運動指導加算

- ① 透析時運動指導加算について「指導を開始した日から起算して90日を限度として」とあるが、一生のうちの90日なのか、1クール90日ということなのか。リハビリの性質上、一生のうちの90日というのは実状に即していないと考える。
- ② 透析時運動指導等加算（人工腎臓）を算定するにあたり、90日を限度としてとあるが、その後、期間をあければ再度算定をしていくことができるのか。または1患者1回のみの算定なのか？
- ③ 透析時運動指導加算は1度90日間算定すると、一定の期間があいていても算定は認められないのか？
- ④ 透析時運動指導等加算の算定に必要な「研修」とはどのようなものを指すのか。
- ⑤ 運動療法指導の資格についての詳細を知りたい。学会や講習会、資格要件など。
- ⑥ 導入期の加算対象となるような、透析専門の指導師とはどういうもので、資格要件はどうなるのか。学会所属が必要か、講習会受講は準備されるのか等。

#### 【討論内容】

「透析時運動指導加算の算定は90日を限度として、その後は算定できない」については、厚労省から正式な疑義解釈通知は発出されていない。2022年3月に病院団体が保険局医療課に問い合わせたところ、算定できないとの回答を得ているようである。この加算の算定要件である指定講習を行っている日本腎臓リハビリテーション学会もそのように認識しているようだが、学会としては今後の診療報酬改定に向けて、改定要望も考えているようである。したがって、少なくとも2024年3月までは1回しか算定できないと考えた方がよいと思われる。これ以外にも「准看護師は不可」「指示をする医師は講習を受けている必要がある」などと地方厚生局が言ったとの話もあるが、厚労省に疑義解釈を求めるとやぶ蛇になりそうである。

算定要件となる指定講習は受験資格に会員・非会員

を問わないとなっているが、導入期加算の算定要件となっている腎代替療法指導士の講習は日本腎代替療法医療専門職推進協会への入会が必須となっている。特定の組織に入会していなければ診療報酬を請求できないという事例は他にないのではないか、これは問題であるとの認識が複数の医会役員から提起された。

#### 1-7 バスキュラーアクセス関連

① シヤントPTAにおける薬剤コーティングバルーン算定条件の一つに、再発を繰り返す症例とある。具体的な数字は書かれていないが、本県では「他院の施行も含め過去1年間に2回以上の施行歴」での運用を考えている。他県での扱いを伺いたい。

##### 【討論内容】

透析医学会から発出された「シヤントDCB適正使用指針」を参考資料として添付した(資料1)。指針には「原則として再狭窄病変に使用」としか記載がなく、具体的基準が記載されていない。上記質問者は、最近DCBの請求が増加し、6カ月前に1回やっただけの症例もあり、上記基準ではゆるいので「1年間に3回のPTA歴かつ直近3カ月以内のPTA歴」としたようである。他県でこのような基準をすでに設定したところはまだないようであった。適応、術者要件など十分に詳記されていない施設も多く、返戻している段階で、今後検討していきたいと考えている県が多いようである。また、DCBは内膜増殖型にのみ有効であり、エコーで確認された症例に限定すべきであるとの意見もあった。

② 当該月のシヤント閉塞等の病名がない場合の経皮的シヤント拡張術の算定について、病名月が何カ月前くらいまでなら認められるか。

##### 【討論内容】

経皮的シヤント拡張術は手術であり、当該月または前月の病名がないと本来は査定となる。しかし、高額であり、レセプトのかなりの部分を占める場合は返戻してもよいとの規程があるので、返戻している県が多いようである。返戻せずに見逃してしまい保険者から再審請求があった場合は、規程上返戻できず査定せざるを得ない。したがって、必ず返戻すべきであるとの意見でまとまった。

るを得ない。したがって、必ず返戻すべきであるとの意見でまとまった。

③ 短期間に複数回シヤント関連の手術を行った場合、2回目以降の手術について、手技料は算定できないが、詳記があれば材料費は認めてもよいか。

##### 【討論内容】

この問題も過去に何度か当懇談会で議論しているが「作製後流れなかった場合は血管結紮術となるが、いったん流れてその後閉塞した場合は認める。2回は認めるが3回は認めない」「2回目は血管結紮術に査定する」などの意見の一方、「原則認める」との県もあり、各県、各審査員によりかなり対応が異なるようであった。今回の質問に対しては、材料費だけでなく手技料も認めてよいのではないかと意見が多くあった。

同日にシヤント手術や血栓除去術に加えてPTAを行った場合は、主たる手技料一つと材料費はすべて認めることで多くの審査員が合意した(ただし、PTAの手技料を算定する場合は算定要件に従う必要がある)。血栓除去術時のPTAバルーンの請求については、PTAバルーンは経皮専用バルーンであり認めない県もあるようだが、治療過程で必要となる場合もあることから、経皮的でなくてもPTAバルーンを認めてもよいとの意見が多数あった。しかし、シヤントPTAの算定要件を逃れるための血栓除去術の算定には注意する必要があると思われる。

④ PTA(K616-4(1)およびK616-4(2))の請求後にバイアバーン挿入した場合、ステントグラフト内挿術を算定可能か?(3カ月以内でPTA2回とバイアバーン挿入時PTAをすべて算定できるのか?)

##### 【討論内容】

ステントグラフトの適正使用指針を参考資料として添付した(資料2~4)。ステントグラフト留置術(12,000点)は経皮的シヤント拡張術のような90日縛りなどの算定要件はないので算定可能であるが、通常同日に行うと思われるので二つの手技料は算定できない(主たるもののみ)。PTAバルーンは90日以内でもステント留置時に必要であり認めざるを得ないとの見解でまとまった。

## 2 参考資料

- シヤント DCB（薬剤コーティングバルーン、Drug-Coating Balloon）適正使用指針等
- 各都道府県からの診療報酬に関する検討事項等

### 資料 1

## シヤント DCB 適正使用指針

### 適応

- DCB を使用する前に、優先すべきその他の治療（再建、ステントグラフト、バルーン拡張、カッティングバルーン、スリッピング防止型バルーン、等）がないか十分に検討すること。
- DCB を使用しても開存期間延長効果が得られないと判断した場合にむやみに繰り返し DCB で治療せず、再建などの適切な治療を行うこと。
- 原則として、再狭窄病変に使用することが望ましい。
- 血栓性閉塞病変には使用しない。
- 狭窄率 50%以上、病変長 10cm 以下の病変に使用する。
- バルーンによる前拡張で 30%未満の残存狭窄で重篤解離が無い病変に DCB を使用する。

### 施設基準

- 合併症が生じた際に、再建等の対応が自施設で可能であること、もしくは対応可能な施設と連携していること
- X線透視装置を備えていること
- シヤント PTA を施行している施設であること

### 術者基準

- CVIT 認定医、IVR 学会専門医、血管外科学会認定血管内治療医、透析医学会認定血管内治療医、日本透析アクセス医学会 VA 血管内治療認定医
- 日本メドトロニック株式会社が行った教育コースを受講していること

### レジストリー

- 施行した症例は 5 学会（CVIT、日本 IVR 学会、日本血管外科学会、日本透析医学会、日本透析アクセス医学会）合同シヤント DCB レジストリーに全例登録する

## ゴア® バイアバーン® スtentグラフトの保険適用に関するお知らせ

### 人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄治療

#### ■ 特定保険医療材料 機能区分

#### 191末梢血管用stentグラフト

##### (1) 標準型

**322,000円**

注:stentグラフト径6~8mmタイプ、stentグラフト長2.5cm~10cmタイプ

#### ■ 関連手技料

**K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の所定点数を準用して算定する**

#### ■ 診療行為コード\*

**150423050 末梢血管用stentグラフト留置術(人工血管内シャント) 12,000点**

令和2年6月1日

### 特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項\*\*

#### 191 末梢血管用stentグラフト

- (1) 末梢血管用stentグラフトは、関連学会の定める適正使用指針(裏面参照)に従って使用した場合に限り、算定できる。
- (2) 末梢血管用stentグラフトの使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (3) 末梢血管用stentグラフトを血管開存治療に使用した場合は、1回の手術につき、標準型については、人工血管内シャント吻合部に対して用いる場合は1本を上限として、その他の場合は標準型については2本を上限として、長病変対応型については1本を上限として算定できる。また、TASC II C/D 病変の、大動脈分岐部病変に対してキッキングstent法が適用される場合にあっては、1回の手術につき、標準型については4本を上限とする。
- (4) 浅大腿動脈のTASC II D 病変に対して標準型を2本のみ使用して治療を行った場合は、長病変対応型1本を使用して治療を行った場合に準じるものとし、長病変対応型1本を算定することとする。
- (5) 腸骨動脈のTASC II A/B病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合に当たっては詳細な画像所見を診療報酬明細書の摘要欄に記載もしくは症状詳記に添付すること。
- (6) 末梢血管用stentグラフトを用いた人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄治療の実施に当たっては、関連学会の定める適正使用指針における術者要件を満たすことを証明する書類の写しを添付すること。また当該術者にあっては、区分番号「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を100例以上実施した経験を有することとし、当該症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を添付すること。

\* 診療報酬情報提供サービス 令和2年6月5日 令和2年度診療報酬改定に係る医科診療行為マスターの一部変更  
出典:厚生労働省ホームページ(<http://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/file/info/smente200605.pdf>)

\*\* 「令和2年3月5日保医発0305第9号 出典:厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000602878.pdf>)、  
令和2年5月29日保医発0529第1号 出典:厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000635152.pdf>)」を加工して作成。

## 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\* (抜粋)

### K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

- (4) 人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄病変に対し、末梢血管用ステントグラフトを留置する場合には当該点数の所定点数を準用して算定する。

## 人工血管内シャントの静脈側吻合部における狭窄又は閉塞に対する ゴア バイアバーン ステントグラフトの適正使用指針 (抜粋)

日本透析医学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本 IVR 学会、日本血管外科学会、日本脈管学会

### 3. 対象患者指針

本製品は、原則、バルーン拡張術では長期開存が期待できない以下のいずれかの病変に使用すること。

- ・ 人工血管内シャントの静脈側吻合部において、術中にリコイルを来す病変
  - 適切な径のバルーンで完全拡張できたにもかかわらず、リコイルし理学的所見が改善しない場合
- ・ 人工血管内シャントの静脈側吻合部における再狭窄・再開塞病変

### 4. 施設・体制

- ・ 血管造影室あるいは、血管撮影装置を備えた手術室があること。
- ・ 治療困難、合併症、不具合等に備え、人工血管内シャント合併症に対する緊急手術が可能、あるいは可能な施設と常時連携できること。

### 5. 術者

- ・ 企業の行う教育コースおよびハンズオンを受講していること。
- ・ 透析専門医、IVR 専門医、心臓血管外科専門医、心血管インターベンション認定医、若しくは日本血管外科学会認定血管内治療医で内シャント PTA100例の経験を有すること、又は浅大腿動脈ステントグラフト実施医資格を有すること。

\*「令和2年5月29日保医発0529第1号 出典：厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000635152.pdf>)」を加工して作成。

厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000635152.pdf>)

関連 5 学会ホームページより「人工血管内シャント吻合部狭窄に対するゴアバイアバーンステントグラフトの適正使用指針 (第2版)」 (<http://www.jsvs.org/ja/info/news/211221000776/>)

## 資料4

## 【重要】ゴア バイアバーン ステントグラフト使用に際してのお知らせ

令和3年2月26日

一般社団法人日本透析医学会  
専 門 医 各 位

一般社団法人日本透析医学会  
理 事 長 中 元 秀 友

### 人工血管内シャントの静脈側吻合部における狭窄又は閉塞に対する ゴア バイアバーン ステントグラフト使用に際してのご注意

本学会事務局のお知らせ欄で2020年5月22日及び2020年6月17日に掲載し注意喚起してまいりました、ゴア社製バイアバーンの上市が本年4月以降に順次行われるとの連絡がゴア社よりございました。

本製品の使用には適正使用指針に記載、対象患者指針、施設体制の基準、術者要件（本学会の専門医かつPTA100例の経験かつゴア社が施行する講習会終了証）が必須となります。

PTA100例の経験につきましては、参考に下記に「JSDT専門医で新規にゴアバイアバーンを使用するにあたりPTA症例100例の登録される先生方へ」の提出フォームを作成いたしましたのでご利用願います。

つきましては、使用をご希望で適正使用指針に準ずる会員におかれましては添付のワークショップのご案内を確認の上、ご自身でご準備を願います。

なお本件への問い合わせはゴア社へお願いいたします。本学会へ問い合わせ頂きましても対処しかねますので、ご注意をお願いいたします。

## 各都道府県からの診療報酬に関する検討事項等

## 検討事項

分 類	内容（支部からのコメント）
1. 基本診療料	短期滞手術 3. の施設基準がわかりにくい。
2. 医学管理料 （慢性維持透析患者外来医学管理料）	<p>「透析時運動指導加算」について、指導できるのは所定の研修を受けた医師・作業療法士・理学療法士・看護師とあるが、准看護師については含んでもよいのか？</p> <p>レセプト記載について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SARS-COV-2 核酸検出検査を算定時、レセ電コードにて医学的根拠も記載。</li> <li>• 慢性維持透析患者外来医学管理にてレセ電コード（管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合）その必要性を記載。</li> </ul> <p>上記2点あり、同内容のコメントをしている。 同日上記2点算定した場合、どちらか一方のレセ電コードのコメントでは、査定対象になってしまうか。</p> <p>導入期加算 2, 3, 透析リハビリテーション加算の要件がわかりづらい。 学会加入が必要など、金銭を要求されることが納得いかない。</p>
3. 検査・画像	<p>1) シャントエコー</p> <p>緊急で PTA を行った場合、当院ではシャントエコーの所見を残せないで、血流量と RI を提示できない。</p> <p>2) 新型コロナ</p> <p>同様に、COVID-19 感染後、またはワクチン接種後の方や D ダイマー測定を行い、高値かつ症状（DVT や冠動脈疾患）がある場合、ワーファリンや、抗血小板薬を投与しながら、経過を診るが、3 カ月以内の検査は過剰と査定される。コメントを入れても同様なので、弾力的運用を希望する。</p> <p>COVID-19 の検査の請求時、一部負担金額の表示を社保と国保を同じにはならないのか。</p> <p>3) その他</p> <p>胃切除後巨赤芽球性貧血の診断で葉酸の算定は査定なのか？</p> <p>アレルギー性皮膚炎（食物アレルギーの疑いだった例）の診断で特異的 IgE を測定した例、別の薬剤アレルギー疑いで非特異的 IgE を測定した例の 2 例で査定され、再審査も通らず。アレルギー性皮膚炎で IgE は査定なのか？</p> <p>外来透析を施行している患者に心不全の疑いがあり、経過観察のために NT-ProBNP を連月施行した。心不全の確定にはいたっておらず、連月の疑い病名になってしまい査定になってしまう件が発生していた。</p> <p>理由があって同日に行われた院内採血と院外採血について、コメントをつけても査定されてしまう。（入院も含めて）</p> <p>「算定回数が過剰である」「診療上適当でないもの」を理由に減点されることが多いが、何回ならば適切か、診療上不適当とした根拠を示してほしい。</p> <p>新規転入患者では、今後を考慮して感染症検査を必ず行っている。HBs 抗原・HBs 抗体・HCV 抗体定性・定量を行っているが HBs 抗体のみ査定がある。転入時は、請求が認められないのか。</p>
4. 投薬・注射	<p>厳密に同種同効薬とは言えない各 ESA 製剤と HIF-PH 阻害薬の併用は許容されるのか？</p> <p>ロペミンが 6 cap→2 cap に査定された。 症状により適宜増減で 4 cap まで処方可ではないのか。</p> <p>高リン血症のコントロール不良に対する沈降炭酸カルシウムの査定 （令和 3 年 5 月診療分ホスレノール OD 錠 250 mg 6 錠、沈降炭酸カルシウム錠 500 mg 6 錠処方→沈降炭酸カルシウム錠 500 mg 6 錠が過剰重複と査定された。）</p> <p>CKD や腎不全等の病名が無く、腎性貧血のみでのネスプやミルセラの算定は認められるか。</p> <p>トルバプタンを前医より引き続き処方しても適応外とされる。</p> <p>注射薬オキサロールについて、月の iPTH の検査結果により月初めからの使用分全部を査定してしまうのは納得いかない。検査結果が判明したのちの使用分が問題にされるべきである。</p>

分 類	内容（支部からのコメント）
	<p>HIF-PH 阻害薬を院内処方しなければならないこと。院内採用がないとせっかく安定していても、薬剤変更が必要になってしまう点。</p>
	<p>ノベルジン（亜鉛）使用後には、「本剤投与開始時及び容量変更時には、血清亜鉛濃度の確認を行うこと。なお、血清亜鉛濃度を測定するための採血は本剤を服薬する前に行うことが望ましい。」とあるが、COVID-19 感染時の味覚異常時の緊急的な処方で、返戻された。 処方と検査の期間に多少ずれがあっても、このような状況では配慮がほしいと思う。</p>
	<p>現在腹膜透析ではサムスカ OD 錠の処方は認められていないが、入院中に導入し転院してきても継続処方をする事ができない。腹膜透析と併用することが心不全による体液貯留にも効果があり、必要不可欠な患者もいる。</p>
	<p>リオナ錠と炭酸ランタン OD 錠の併用処方について、作用機序が違うので査定に該当しないのではないか。</p>
	<p>オキサロール注の週 2 回投与の査定。パルス療法での Ca、P の算定。週 1～2 回投与について、週 3 回から減量していくために必要と考える。</p>
	<p>ノバスタンは脳血栓溶解が適応症になっているが、シャントの閉塞に使用した場合査定されている。シャントの血栓性溶解に認めてほしい。</p>
	<p>ツムラ紫雲膏の対象病名を「漢方製剤活用の手引き」を参照し請求しているが減点対象となってしまうことが多い。</p>
	<p>カルチコール注射液使用理由として透析中の筋痙攣に対し、生食等でも治まらないときに使用するが、請求としては認められないのか？</p>
	<p>今ごろになって、カーボスターの点数を切り上げるというのはどうしてか。</p>
	<p>自院の短期入所療養介護を利用中の患者で腎性貧血があり透析時にエボジン注を使用したため算定したところ、「告示・通知等の算定要件に照らして、人工腎臓（慢性維持透析 1）を算定の場合は算定できない」との事で減点になった。</p>
	<p>告示（7）医療保険と介護保険の給付調整の※ 4 にはエリスロポエチンは算定可能のように記載されているが減点になったのはなぜか。</p>
	<p>長期留置カテーテルに対するヘパリンロック 人工血管を含み透析に必要な動静脈シャント作成することができない患者に対してカフ付長期留置カテーテルを用いて脱血・返血ルートを確認している。カテーテルに凝血塊形成を阻止するヘパリンロック用のヘパリンは透析療法そのものの薬剤ではないため、薬剤料のみ請求しているが毎月査定され受理されない。</p>
5. 処置	<p>1) 導入期加算 移植後に透析再導入の場合、導入期加算は再導入施設で算定可能と考えてよいのか。</p>
	<p>導入期加算 2 の施設基準にある「腎代替療法にかかる所定の研修」とは、日本代替療法医療専門職推進委員会の「腎代替療法指導師の認定」のことか？</p>
	<p>2) 人工腎臓その他 PD+HD 時の HIF-PH 阻害薬の算定について</p>
	<p>C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料（事務連絡）</p>
	<p>〔問〕 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等）は別に算定してよいか。</p>
	<p>〔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「4」の「その他の場合」で算定する。なお、この場合、在宅自己腹膜灌流指導管理料の「注 1」に規定する 2 回目以降の費用は算定しない。</p>
	<p>上記について、1 回目の手技料を「その他の場合」で算定した場合、アからエまでのどれに該当するのか。</p>
	<p>吸着型血液浄化器レオカーナを通常血液透析装置と直列で使う時、ヘパリンなどの薬剤は血液透析の手技料に含めるかどうか。</p>

分類	内容 (支部からのコメント)
	<p>人工腎臓 (その他の場合) の透析導入期の間の1か月の間に患者の状況に応じて血液ろ過透析を実施している場合、ヘモダイアフィルターの算定はできないのか。</p> <p>人工腎臓が急に39点も減量するのはいかがなものか。 かえって、透析の quality に影響するのではないか。</p> <p>適応に従ってダイアライザー積層型を使用しているにも関わらず、査定の対象となっている (再審請求にても同様)、査定基準についての明確化が必要。</p> <p>3) 透析時運動指導加算</p> <p>透析時運動指導等加算の算定に必要な「研修」とはどのようなものを指すのか。</p> <p>透析時運動指導加算について「指導を開始した日から起算して90日を限度として」とあるが、一生のうちの90日なのか、1クール90日ということなのか。リハビリの性質上、一生のうちの90日というのは実状に即していないと考える。</p> <p>透析時運動指導等加算 (人工腎臓) を算定するにあたり、90日を限度としてとあるが、その後、期間をあげれば再度算定をしていくことができるのか。または1患者1回のみ算定なのか？</p> <p>透析時運動指導加算は1度90日間算定すると、一定の期間があいていても算定は認められないのか？</p> <p>運動療法指導の資格についての詳細を知りたい。学会や講習会、資格要件など。</p> <p>導入期の加算対象となるような、透析専門の指導師とはどういうもので、資格要件はどうなるのか。学会所属が必要か、講習会受講は準備されるのか等。</p>
4) その他	<p>透析用ダブルルーメンカテーテルの挿入手技がDPC包括対象なのはおかしく、注射ではなく出来高での算定とすべきである。</p> <p>心拍モニターについて：循環器疾患や老衰を含めた透析中急変リスクある患者に対し透析中に心拍モニターを装着し続ける事は医療行為として必要であるから実施しているのに実施回数が多いという理由で保険点数を認めないということは、その必要性を重視していない、もしくは理解していないのか。</p> <p>消化管出血等の場合に使用した、ナファモスタットが算定可能数以下でも査定されることが多く、相当な理由を症状詳記に記載していても査定されてしまいが、どのようにしたら査定されないのかお聞きしたい。</p> <p>障害者加算の項目 (エ) にインスリン注射だけでなく持続性 GLP-1 受容体作動薬が含まれないのはなぜか？</p> <p>人工腎臓の下肢末梢動脈疾患指導管理加算について、すべての患者に対してリスク評価を行った場合に算定できるが、患者による強い拒否や、下肢末梢動脈疾患について他院通院中で同月に評価が行われている場合、他院にて維持透析中で当院へ一時的の短期入院等の場合、当院での評価は必ず必要か。</p> <p>新設された下肢創傷処置の算定だが、期間制限の記載が無いようだが、処置を行った分の請求は可能か。</p> <p>下肢創傷処置に部位および潰瘍の深さの入力は必須となっているが、それ以外にコメントを入力していたら教えてほしい。</p> <p>透析中、急性膀胱炎の症状あり、ナファモスタットメシル酸塩 10 mg×2 を使用し、「急性膀胱炎 (脱水を伴う)」の病名をつけて請求したが査定された。この場合の適応病名は何か？</p>
6. 手術	<p>1) バスキュラーアクセス関連</p> <p>シャント PTA における薬剤コーティングバルーン算定条件の一つに、再発を繰り返す症例とある。具体的な数字は書かれていないが、本県では「他院の施行も含め過去1年間に2回以上の施行歴」での運用を考えている。他県での扱いを伺いたい。</p> <p>グラフト血栓除去術が1回で不成功で、月曜日・水曜日と連続で方向を変えて行ったが、2回目は丸々査定だった。手術=成功報酬という考えであれば仕方がないが、いずれも血栓除去+PTAを行っており、3カ月特例とも考えられないのか？</p>

分 類	内容 (支部からのコメント)
	当該月のシャント閉塞等の病名がない場合の経皮的シャント拡張術の算定について、病名月が何カ月前くらいまでなら認められるか。
	短期間に複数回シャント関連の手術を行った場合、2 回目以降の手術について、手技料は算定できないが、詳記があれば材料費は認めてもよいか。
	シャント手術時に使用した血栓回収カテーテルやバルーンなどの材料については、算定するかどうか詳記を求めているがそれでよいか。
	シャント手術や腹膜透析カテーテル挿入時に全身麻酔で行った場合、算定するかどうか詳記を求めているがそれでよいか。
	PTA (K616 - 4 (1) および K616 - 4 (2)) の請求後にバイアバーン挿入した場合、ステンドグラフト内挿術を算定可能か? (3 カ月以内で PTA 2 回とバイアバーン挿入時 PTA をすべて算定できるのか?)
2) その他	K688 内視鏡的胆道ステント留置術→使用するステントは何本まで可能か、内規集への記載を希望する。
7. その他	K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剝離術 → 注入する薬液の本数は何本までか、 内規集への記載を希望する。  処方薬に関し過剰と判断され、薬剤を減量されることがある。治療上必要であるとの詳記を作成すれば減量を回避できるのか教えてほしい。  入院のデーター提出について 入院基本料によって包括される薬剤も出来高ベースで提出しなければならない。そこで電カルでは回路から投与した薬剤をシステムを変更して注射薬としてオーダーされるようにした(注射として請求はせず)が、国保連合会はあくまでも処置としてレセプトにするようにとの指示だった。そのために医事課では会計ソフトのみ注射薬を処置薬に診療区分を変更する負担が発生している。データー提出と支払い側の要件の食い違い、電カルの基準の曖昧さが余計な現場負担になっている。  1, 地域や施設によって保険審査の内容が異なることがあり、全国統一していただきたい 2, 国保、社保によって基準が異なることがあり、統一化していただきたい

## 保険指導情報

分 類	内容 (支部からのコメント)
1. 検査・画像	シャントエコーについて、国保では算定可能だが、社保では条件付き(3 カ月以内にシャント OPE がある患者等)で算定可能となっている。  臨床工学技士が実施した血管エコーの算定方法は超音波検査その他 350 点での算定でいいか?  腫瘍マーカー検査を更生医療で算定していたが、透析に関わる検査ではないため更生医療以外で算定をするよう市障害福祉課より連絡があった。(生活保護受給者)
2. 投薬・注射	メモリー OD 錠 5 mg を更生医療で算定していたが、透析に関わる薬ではないため更生医療以外で算定をするよう市障害福祉課より連絡があった。(生活保護受給者)
3. その他	在宅酸素療法治療管理料・酸素濃縮装置加算・酸素ボンベ加算・呼吸同調式デマンドバルブ加算・在宅酸素療法材料加算を更生医療で算定していたが、透析に関わる管理料および加算ではないため更生医療以外で算定をするよう市障害福祉課より連絡があった。(生活保護受給者)

## 要望事項

分類	内容（支部からのコメント）
1. 基本診療料	<p>入院基本料加算 医師事務作業補助体制加算 医師事務作業補助体制加算について、施設基準の要件を緩和し小規模病院や無床診療所などでも算定できるようにしてほしい。</p> <p>これ以上下げられると質の担保が厳しい。人員削減するほかなくなると思われる。</p> <p>後期高齢者の加算を希望する。</p>
2. 医学管理料	<p>1) 慢性維持透析患者外来医学管理料 「慢性維持透析患者外来医学管理料」に包括されていない検査を施行した場合の検査判断料は包括ではなく出来高にならないか。 慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査について見直してほしい。 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検体検査を算定する場合には、その必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。とあるが、傷病名を記載するのでその必要はないのではないか。 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括されていない単純撮影（胸部を除く）を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に撮影部位を記載する。とあるが、傷病名を記載するのでその必要はないのではないか。</p> <p>2) その他 近い将来、DT（destination therapy）で植込型補助人工心臓を使用している患者が透析療法を要する時が来ると思われる。そのような高度なデバイスの管理をしながらICUではなく透析室で透析を行う際は特別な加算が望ましいと考える。 透析見合わせに向けての地域連携会議（地域包括ケア会議）・医療連携（在宅療養を担当する医療機関と）を評価する管理料？あるいは加算？</p>
3. 検査・画像	血液検査の包括化をなくしてほしい。
4. 投薬・注射	<p>G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 →レントゲンやエコーを使用したり、局所麻酔を十分に使用し、手術室で行う必要があるにもかかわらず「注射」の扱いとなっているため、DPC病院に入院すると保険点数を算定することができず、病院の持ち出しとなるので「手術」に入れてほしい。</p> <p>HIF-PH 阻害薬を院外処方でも認めてほしい。</p> <p>ESA や HIF-PH 阻害薬の包括化をなくしてほしい。</p>
5. 処置	<p>1) 人工腎臓 血液透析の診療報酬の減額は厳しすぎるのではないかと。 平成30年度の改定で人工腎臓に係る点数が、透析用監視装置の台数とそれに対する患者数に応じた点数設定となった。同じ医療行為が行われているにも関わらず患者数が多いからといって点数が下げられるのは法律違反ではないか。評価が高く患者数が多い医療機関が点数を下げられるのはいかがなものか。令和4年の改定においてもこの点が改善されなかったことは問題である。 人工腎臓の手技料に包括される生理食塩液について、血圧低下時に使用した場合でも包括される。使用目的により出来高算定を認めてほしい。 透析診療の増点 J038 人工腎臓 の障害者加算（140点/日）について 要介護状態（例えば要介護23以上）はそれだけで（認知症・脳血管疾患でなくても）認めていただけるとありがたい。</p> <p>2) 透析回数 包括薬剤の納入価が下がっていることは事実だが、その下がり幅以上に人工腎臓の手技点数が下がっているため、改めていただきたい。 人工腎臓15回目以降は手技料および加算点が算定できない。時間外・休日加算について算定を認めてほしい。 人工腎臓の上限回数（14回/月）を緩和することはできないか。 人工腎臓の上限回数が14回となっているが、相当な理由がある場合は15回を認めてほしい。</p>

分 類	内容（支部からのコメント）
	<p>長時間透析の有効性，有用性は認識されているが，単純に時間に比例した型での請求にすべきではないか．6 時間，7 時間，8 時間等</p> <p>透析回数 14 回の制限の緩和，</p>
3) 障害者加算	<p>障害者加算の条件に介護度の高い患者も加えていただきたい．</p> <p>人工腎臓の障害者加算について項目を増やしてほしい．</p> <p>人工腎臓障害者加算の対象項目（要介助者等）を増やしてほしい．</p> <p>障害者加算項目について COVID-19 感染や，HIV 感染症は，「重症感染症に合併しているために入院中」で該当になると考えるが，外来通院の陽性者でも該当項目を増やしてほしい．</p>
4) 運動指導等加算およびリハビリ	<p>透析時運動指導等加算が新設されたが，指導開始から 90 日を限度となっている．高齢な患者さんは短期間でも ADL 等に変化が見られ，適宜，指導が必要と思われるが 90 日の縛りはいかがなものか．</p> <p>「透析時運動指導加算」について，せっかく運動療法を頑張っている准看護師や臨床工学技士，検査技師にも指導する資格を与えてほしい．</p> <p>透析時運動指導等加算について（開始した日から起算して 90 日を限度，75 点）疾患別リハビリテーション料（運動器リハビリテーション料）と同等の算定日数および点数にならないのでしょうか．</p> <p>透析中の運動（リハビリ）は永続的に継続するものであって期間の設定はなくすべきではないか．</p> <p>透析中運動指導加算が新設されるも算定期間が限られており，理学療法士の雇用やスタッフ教育などに費用を掛けることができない．したがって算定期間の再検討をお願いしたい．</p> <p>透析中のリハビリのみならず口腔ケアも算定していただきたい．</p>
5) その他	<p>高齢フレイル，四肢合併症による ADL 低下の患者さんが増加しており，スタッフの負担増加が大きく，今後ますます状況が厳しくなると予想される．要介護度の高い方について報酬加算をお願いできないものか．</p> <p>バスキュラーアクセスの一つとして長期留置型カテーテルを選択する機会が増加している．G0054 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入は，DPC 請求において出来高算定ができない．挿入に手間がかかる上，カフ型カテーテルは高価であるため，手技および材料費を出来高算定できるよう，要望してほしい．</p> <p>急変リスクのある透析患者に対し透析中心心拍モニター管理の回数制限の中止を求めます．保険点数を切らないでいただきたい．</p> <p>現在，透析用監視装置の台数とそれに対する患者数に応じた点数設定になっているが，同じ医療行為を行われているのにも関わらず，来院数によって点数が引き下がることはどうなのか．今回の診療報酬改定でも見直しが行われなかったが，次期診療報酬改定では見直してほしい．</p> <p>長期留置カテーテルの処置料等を算定できるようにしてほしい．</p> <p>包括病棟におけるバスキュラスカテーテル挿入にかかる材料費や診療行為について請求できるようにしてほしい．</p> <p>スタッフも臨時で出勤し，病院側も休日手当を出しているのに，入院患者についても休日加算請求できるようにしてほしい．</p> <p>CAPD カテーテルの抜去の手技料の評価新設．</p> <p>緊急時ブラッドアクセス用カテーテル挿入について，現状ではカフ型を除き中心静脈カテーテル挿入に準じた取り扱いとなっている．しかしながら血管にカテーテルを挿入するという点を除いては両者に共通点は認められず，カフ型以外のカテーテルを挿入した場合を別個の処置ないし手術として算定することが妥当であると思われる．</p> <p>長期留置カテーテル処置に加算，指導料を付けてほしい．</p>

分 類	内容 (支部からのコメント)
6. 手術	<p>長期留置型透析用カテーテルの一部の部品は1年ほどで交換となっている。この部品について、保険適応にしてほしい。</p> <hr/> <p>K608 内シャント血栓除去術 →近年カフ型カテーテル挿入症例でカテーテル内血栓を発症し、透析施行が困難となることが多いが、カテーテル血栓除去術に保険点数がないので付けてほしい。</p> <hr/> <p>今後増加が予想される『動脈表在化』の点数を見直してほしい。 (通常のAVFよりも時間も手間もかかる手術です。)</p> <hr/> <p>腹膜透析カテーテル抜去の手術を創傷処理で請求しても、留置時の点数に含まれるものとして査定されしまうが、認めてもらいたい。</p> <hr/> <p>カフ付透析用カテーテル抜去で皮膚切開したときは、創傷処理の請求を認めてもらいたい。</p> <hr/> <p>経皮的シャント拡張術・血栓除去術の算定について 他医院にて3カ月以内に2回PTAを行ってきて、その後シャント閉塞、3回目のPTAを当院にて行わなければならないケースがありました。こういった場合は「算定できる」というルールに変更してほしい。 紹介患者のPTAを3カ月以内に3回目を行わなければならないケースが多々ある。</p> <hr/> <p>PTAが一部施設で短期間に定期的に繰り返されている。以前の3カ月ルールに戻すべきではないか。</p> <hr/> <p>シャントPTAに使用する材料だけは制限なしにしてほしい。</p>
7. その他	<p>COVID-19患者、あるいは濃厚接触者の隔離透析を行った場合などに「隔離透析を実施した患者への透析については1透析当たり何点」と、何らかの加算を認めていただけるとありがたい。将来的には、感染症全般（インフルエンザ含む）への対策としての隔離透析に対する評価として。</p> <hr/> <p>透析患者治療に係る、感染対策加算等の検討をお願いしたい。</p> <hr/> <p>更生医療の意見書の廃止もしくは料金の設定</p> <hr/> <p>レセ電コードによるコメント記載を減らしてほしい。</p> <hr/> <p>透析の医療費について、基本点数が細切れになって、条件がついて請求しにくくなっている。大学や大病院などを含める大規模チェーンに有利な仕掛けもできてきた。多くの施設には実質的な減点。基本点数を上げていかないと、取捨がつかなくなる。安全針や高性能な装置、人件費の高騰、諸物価の値上がりなどを考慮してほしい。腹膜透析をしている施設への加算には不道德な面があることを心配している。</p> <hr/> <p>人工腎臓、透析管理料が年々大幅に下がっていく点数では、患者の送迎車利用サービスなどの継続は非常に負担に感じる。利用者は年々多くなり、患者側も紹介医側も送迎車の利用は当然のものとして要求される。通院送迎について評価をお願いしたい。</p> <hr/> <p>コメントのコード入力はこれ以上増やさないでいただきたい。システムコードの数が多すぎて分かりづらい。</p> <hr/> <p>透析関連でどうしても他院での定期的な診察が必要な場合、医療機関変更をその都度行っている。患者と医療機関の手間を考慮し、2医療機関の名称を記載して、都度の機関変更なしで使用できるようになってほしい。</p> <hr/> <p>認知はない方でも寝たきりの方にかなり手がかかるので、寝たきり度ランクB以上の方などが障害者加算対象になることを希望する。</p> <hr/> <p>2類感染症で入院待機中等の患者送迎加算の新設を願う。</p> <hr/> <p>感染対策として個室透析室設置、逆流防止弁付き穿刺針の全面採用、リネンの毎交換などを評価してほしい。</p>