

## [保険審査]

## 第7回（平成14年度）透析保険審査に関する懇談会

鈴木 満\* 杉崎弘章\*\* 吉田豊彦\*\* 山崎親雄\*\*

## はじめに

第7回になりました透析保険審査に関する懇談会が、平成14年7月20日の午後7時から、東京で開催されました。北海道から沖縄に至る33都道府県から、約50名の出席でした。

この会は、各県の透析保険審査に関する情報交換の場で、出席者は原則的に各県で国保または社保の審査を担当されておられる（社）日本透析医会会員か、支部長または支部長代理の方となっております。

あらかじめアンケート調査で保険審査に関する問題点や疑問点が集約され、今回はそれぞれの項目に対して、愛知県および千葉県の担当者による審査の現状が示されました。

以下にその概要を報告します。なお、（社）日本透析医会は「透析に関する保険診療ガイドライン」を明示しており、またこれら診療に基づく請求については『医科点数表の解釈』に示されていますが、実際の診療や保険審査は、施設によってまたは県単位によって微妙に異なるものです。この懇談会は、あくまでも各県の審査の現状を認識することを目的とし、各問題点について、（社）日本透析医会として統一した見解を提示するものではありません。したがって、愛知県や千葉県の考え方も、ひとつの見方にすぎないことをご理解ください。

なお、文中に用いた用語のうち、「フサン」や「リクセル」などの商品名や、「青本」など通称で記載されているものも少なくありませんが、理解しやすいた

めそのままとしました。

また、アンケート内容については省略させていただきました。

## 1 診療行為別に見た問題点

診療行為別に見た保険審査上の問題点・疑問点と、それに対する愛知県・千葉県の考え方を、表1～表8に示します。以下1) 2) …はアンケート番号に対応しています。

以下に主なものを抽出し、全国的な審査傾向と、若干の解説を加えてみます。なお、解説には、個人的な考えが入っている場合もあります。

- 1) 基本診療の中では、本年の診療報酬改定で再診料に逓減制が導入されました。この請求がわかりにくかったり、請求間違いもあるようですが、原則的には以下の通りです。
  - ① 透析の来院にしる、透析以外の受診にしる、月初めから順番に再診を数える。
  - ② その1回目は1回目の点数、2～3回目はその点数を算定する。
  - ③ 4回目以降はすべて逓減した点数とする。
  - ④ ただし4回目以降で透析のための受診は2～3回目の点数とする。
- 2) 指導管理料のうち、CAPDの頻回指導については、コメントを必要とする県が見られました。
- 3) 在宅指導料に関しては、問題や疑問点の提示がありませんでした。
- 4) 検査・画像診断では、 $\beta_2$ -MGやhANPについて

表1 基本診療料

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
透析時間フリー化は患者予後にかかわる重大問題なので、是非3, 4, 5時間以上の差別化を復活する必要があると考えます。一般マスコミ、患者団体においてもとりあげられています。透析医会、透析医学会はこの問題について特別声明を出すべきです。	東京都	中医協では、今回の改定に関する問題点として、透析時間区分の廃止を取りあげています。（社）日本透析医会としては、調査をして十分なデータを持って、要望・抗議することを考えています。	
加算の増減はみとめるにしても、初診、再診料の減額は絶対に認められない。	佐賀県		医師の技術料の通減制は、認めることはできないという意見も強く、現在日医が対応を検討中です。
在宅自己腹膜灌流指導料算定時の人工腎臓施行日の再来の算定方法は？	福島県	例外は血液透析に通院する場合であり、CAPDは例外とされないと考えます。	同じです。
当院では祝日も外来診療を行える体制をとっておりますが、休日加算は算定できないのでしょうか。（急性病名が無いとの理由で原点されました。）	兵庫県	休日でも診療することが届け出られている場合や、診療内容が予定されたものでは休日加算の対象とはならないとされています。	同じです。但し、透析の祝祭日夜間加算は別です。
外来透析において、外来管理加算52点が算定できないのはおかしいのではないかと、一般外来より管理が必要であって、すべて慢性維持透析患者医学管理料2670点でまかなうのは極めて無理がある、それならば外来透析看護加算のような点数を設定して欲しい。	奈良県	処置が実施された場合には請求不可とされ、透析日の請求はできないとされています。	同じです。
①今度の改正により、透析にかかわる点数が透析時間にかかわらず一緒というのは理解に苦しむ。多くの施設で短時間透析が行われるようになると患者の余命が短縮するようにならないか、危惧する。②病態に応じた透析時間別点数評価の復活を要望する。③透析日以外の受診があった場合の再診療及び外来管理加算の算定は？	岡山県	「人工腎臓の時間などについては、患者の病態に応じて、最も妥当なものとする。」という保発の一文だけでは、時間の短縮を避けることは難しいでしょう。再診については、透析のための再診だろうとそれ以外の再診だろうと、すべて通減制となるが、通減に該当する4回目以降の透析のための受診は、特例で通減されないというルールです。	同じです。

表2 指導管理料

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
慢性維持透析患者医学管理料2670点の点数の引き上げを希望する。それ以外に、透析患者生活指導料のようなものを新設して欲しい（例 高血圧・高脂血症の運動療法指導料）。	奈良県		生活習慣病指導管理料に該当する指導料の新設は無理。
CAPD管理料3回についてはコメントが必要か。	神奈川県	保険者からの指摘も多く、2・3回目は原則コメントが必要。	

表3 検査・画像診断について

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
内シャントの超音波検査はD215の4のイ末梢血管血行動態検査20点の算定でしょうか。	千葉県	愛知県では、原則的にそうしています。	
透析導入初期の $\beta_2$ -MGが査定される。	和歌山県	全く根拠のない査定と考えます。	同じです。
定期でのCT、胃ファイバーなどが今後、マルメにならない様にいまから動いてほしい。	徳島県	個々の病態に合わせて実施する生体検査が包括されることはないと考えます。ただしこれらの検査が、大多数の施設で「一時的・定期的に実施される」こととなりますと、問題となる可能性もあります。	
OCT使用でインタクトPTHの査定が増えてきた。	高知県	パルス療法であり、これにしたがった請求は可と考えます。	同じです。
傷病名のない「定期」と称する検査施行の取扱い例？	宮崎県	梅毒反応や骨塩量など多数見かけますが、原則的には可としています。	同じです。
腎性骨異常栄養症の診断で全身の骨X-Pはどれ位の間隔で、また、 $\beta_2$ -MG、intact-PTHの検査頻度（入院時）。	大分県	全身骨は年1回。入院が継続する場合の $\beta_2$ -MGやPTHは病態に応じて考えますが、原則的に査定はしていません。	同じです。
①包括項目の検査について、急性的疾病や外科、整形など維持透析と関わりのない検査など、注記により請求したいのですがどの程度なら良いのでしょうか。肺炎や気胸のX-P、腸炎やその他の炎症時のCBC、CRPなど。②臨時で画像診断をした場合、コメントは必要でしょうか。③浮腫のため、体液量測定を実施しましたが、減点になりました。レントゲンと併用のため減点になったのでしょうか。④副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のCa、Pの検査は、月2回を限度また、PTHは月1回を限度として、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて、別に算定できるか。Ca、P、PTH共減点された。また、再審査でも通らなかった。⑤同月においてCTとMRIの検査をした場合、減額査定されるのはおかしい。⑥HBc抗体価精密検査、年1回の測定は認められているはずだが減点となった。	兵庫県	たとえ他の呼吸器疾患を合併したとしても、胸部X線検査は包括です。感染症マーカーとしてのCBCやCRPも同様です。ビタミンD <sub>3</sub> のパルス療法中は、保発に明示されている通りです。包括されていない画像診断や生体検査は、病名があればコメントは原則不要です。HBc抗体検査は、HBs抗原陽性患者については1/年程度は可としています。	同じです。
①血液検査がマルメになっているのが納得できない。②長期透析患者さんを診ていく上で必要な $\beta_2$ -MG、PTHなど定期的検査は点数が取れるようにしてほしい。③単独で請求できるようにすべきである。④検査算定時に前回施行日の必要なものについては、青本に記載されていないので返戻という形でなく事前に連絡していただきたい。⑤病名も記載し、年に何回の検査が必要であるという条件がクリアしていると思われるが、減点されているものについては不必要ということだけでなく理由を明記していただきたい。⑥前回の検査の日月を記入しなければならないのが多くなっている。超音波、眼底、骨塩量、 $\beta_2$ -MG、聴力、心エコー、ドプラー、CTなど。	福岡県	愛知県の場合、社保および国保の運営委員会で、透析レセプトについては原則返戻とせず、査定としています。問題があれば再審請求していただくという方式です。	②については、B001の15慢性維持透析患者外来医学管理料の保発（10）のA～Oを参考にしてください。 ④⑤⑥については、福岡県の審査委員会に相談して下さい。

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
①人工腎臓障害者加算にうっ血性心不全が加わりましたが、心不全の指標としてHANPを毎月1回検査は認められないでしょうか？ ② $\beta_2$ ミクログロブリン値の月2回算定（透析前後）はOKでしょうか？ 透析による除去効果をみるためと注記があります。	鹿児島県	本来は病態に応じて検査すべきかと考えます。 $\beta_2$ -MGについても透析条件が変わらない限り大きく変化するものではないと考えています。しかし入院の場合にはHANPについても $\beta_2$ -MGについても1/月・透析前後で認める場合も多い。	①HANPの毎月1回の検査は認めていません。② $\beta_2$ ミクログロブリン値の月2回算定（マルメ以外での）は、認めていません。但し病状により認めることはあります。
肝炎ウイルス陽性者の $\alpha$ フェト蛋白に関するコメント。	神奈川県	『医科点数表の解釈』では、包括以外の検体検査実施に関しては、その必要性などをコメントすることとなり、コメントなしでは査定する場がある。	同じです。

表4 投薬・注射について

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
維持透析を行っている上で生じる合併症治療を、どこまで病名無しで認めるか。例えば皮膚掻痒症などで抗ヒスタミン薬は可としても抗アレルギー薬は不可など。	埼玉県	例として出された薬剤は、掻痒以外にも使用されるため、やはり病名が必要か。	175円ルールの通知に準じて、強心薬、糖尿病、血管拡張薬、血圧降下薬、副腎ホルモン薬、高脂血症の6種類の薬剤については病名の記載が必要です。
薬剤を溶解するブドウ糖生食の20mlのあつかいについて。	福井県 青森県	他剤溶解用のブドウ糖や生食は認める。ただし使用量（生食100ml）や、溶解剤不要の薬品については査定もあり得る。	
透析アミロイドーシスの病名でエルシトニン注が減点されたが、そうでない場合もあった。	高知県	エルシトニンは薬事法承認の通り、骨粗鬆症または高Ca血症（40U）がないと査定。ただし回路からの投与は40U製剤のみ。RODは骨粗鬆症の病態を含むと解釈。	
①EPOの価格をもっと下げるべき。②透析中の10% NaCl注は算定不可でしょうか。③糖尿病性腎不全でASOを合併している患者に透析終了後、パルクス注を施注したが全額減点（過剰との理由）された。（3カ月以内であった）。④糖尿病性網膜症増悪のためにフラグミンを使用、消化管出血のためにフサンを使用しましたが、入院以外の外来では算定できないのでしょうか？ ⑤薬品メーカーはどこも大増益なのになぜ薬価をもっと下げないのか。	兵庫県	10% NaClは包括されていると考えます。リプル・パルクスはコメントで、ただし全体に占める使用者数が問題になる場合があります。外来での低分子ヘパリンやフサンは、使用回数の問題でしょうか。	同じです。
腎不全には禁忌というだけで、薬（鉄剤など）を査定するのはおかしいのでは。コメントを添付しているにもかかわらず、抗菌薬についても、一方的に半減するのは何故か。	奈良県	禁忌薬剤とされていてもほとんど認めています。	
①投薬日数を減らしてあるときがある。②病名があっても少し長くなるとカットされる。	福岡県 神奈川県	分割処方について指導時には問題とされるが、通常では処方回数を査定することはない。発症日と治療期間の関係については、個々の薬剤により異なる。	

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
<p>①フルスタン錠の二次性副甲状腺機能亢進症に対する適応は、アルファロールと同様と考えて良いでしょうか、パルス療法として使用すれば（例えば2錠を週2回内服など）Ca、Pは月2回を越えて実施した場合、月2回を限度として慢透に加えて別に算定できるでしょうか？ ②昨年の本会で「腎不全に合併する病態に対する投薬・注射の病名は必要か」の質問に査定が6県、通しているが4県でした。透析患者で高血圧症の病名がありエホチールを注射している場合、透析時低血圧症などの病名が必要でしょうか。平成14年3月28日厚生労働省発行の診療報酬請求書などの記載要領などの一部改正に関する問答集に「副傷病については主なものについて記載する必要はないものである」と書いてありますが？</p> <p>③透析患者に対するビタミン剤の投与について、透析患者は高K血症合併者が多く果物、野菜の生食制限のためビタミン不足が起こりがちです。水溶性ビタミンの透析液への溶出も考えられます。神経痛や倦怠感を訴える患者がビタミン投与で症状改善が認められることが多いです。以下点数表の解釈には「患者の疾患や症状の原因がビタミンの欠乏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」算定できると書いてありますが、透析患者のような特殊な病態にたいしては、注記して認めて良いのではないかと考えますが？ 第4回の本会で北海道と大阪は認めているということでしたが、現在の状況はどうでしょうか？</p>	鹿児島県	フルスタンやホーネルなどは、原則的にアルファロールやロカルトロールと同様に経口パルスの対象薬と考えるが、現時点では認めていない。高血圧病名があろうとも、血圧低下時のエホチールの請求は可。	
		透析患者で、水溶性ビタミンのすべてが減少しているということはありません。また標準的な透析患者でビタミンの摂取不足があるとは考えません。したがって、よほど食事摂取量が減少している患者については認める場合もありますが、全体に占める頻度の問題でしょう。	同じです。PとPCRが極端に低い場合は認めることがあるかもしれません。
シャント手術後のプロスタンディン製剤について。	神奈川県	認めていない。	同じです。
グリセリン製剤の使用。	神奈川県	認めている。	同じです。
外来でのフサン。	青森県	外来でのフサン使用は、保発に定められた病態に関して期間を区切って認める。ただしシャント手術後1回など、例外的に認める場合もある。	

表5 処置について

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
①時間制限がなくなり、透析液、抗凝固薬の使用量などどの様な対応をされているのだろうかご意見を伺いたい。当県は最大6時間として対応しようかと考えております。（外来及び入院）注記あればながくても可としてみます。		実使用料の請求と考えます。フサンは50mg/時（CVVHDなどでは最大30mg/時）が目安です。	同じです。
①人工腎臓が困難な障害者として、うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）が新設されましたが、自覚症状のみで算定して良いのでしょうか？心エコーとかHANPなど客観的なデータは必要ではないでしょうか。②人工腎臓が困難な障害者として、透析中頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病患者とは、血糖検査、補液、湿布などを数回行っていれば、算定できるのでしょうか？③人工腎臓が困難な障害者として、結核菌を排菌中の患者、の項目は点数を120点より増額してもらいたい。	鹿児島県	従来の身体障害者に該当する等級表には心電図所見などがついていました。今回のNYHAⅢ度以上は臨床所見のみで判定可能です。糖尿病性腎症については、レセプト内で、透析が困難な様子がわかると望ましいでしょう。ただし、請求されたものは原則的に通しています。問題は指導などが入ったときではないでしょうか。	同じです。
国保で夜間加算が査定される。	神奈川県	就業または就学者以外は夜間加算の必然性がないという判断と聞いているが、愛知県ではない。	同じです。
入院中のフラグミンなど低分子ヘパリンが査定される。	神奈川県	入院中であれば、査定されることはない。	同じです。
EPO750単位製剤の使用が認められない。	神奈川県	信じられない。	同じです。
「著しく人工腎臓が困難な患者」の定義が不明。	神奈川県	主治医の判断と考え査定は少ない。ただし指導に際して問題になることが予測される。	「著しく人工腎臓が困難な患者」で障害者加算が算定できるものは、J038保（15）に限定されていますので、定義を明確にすれば算定対象が激減すると思います。
透析時間は書くべきか。	神奈川県	原則的には不要。ただし透析液使用料などが多い出来高払いの場合には、書いた方がわかりやすいか。特にCVV-HDFなど長時間にわたる場合のフサンなど。	同じです。
透析時の消毒薬剤について。	神奈川県	認めているが大略10ml/回まで。	

表6 手術について

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
PTAで、K163四肢の血管拡張術が認められず、K602血管血結紮術の2.その他のもの3130点となった場合、同時に行う画像診断及び検査の費用は算定可能と思いますが、如何でしょうか。	千葉県	使用されるカテーテルの定義より考え、血管拡張術としています。（*）	
ベンレスを療養型の患者に使用した場合、国保は手術の項目で算定できるが、社保は算定できないが、どうしてでしょうか。	高知県	手術材料に分類され、処置の人工腎臓に際してのシャント穿刺も適応とされていますから、国保も社保も通しています。	同じです。
シャント血管拡張術時のガイドワイヤーバルンカテの算定はどの程度。	福島県	原則1本のみ。	同じです。

表7 特定保険医療材料について

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
PTA バルーンカテーテルの定義 (H14.3.18 保発 0318007 号) で、「冠動脈及び心臓を除く動脈若しくは静脈、またはシャント狭窄部の拡張を目的に経皮的に使用するバルーンカテーテル……」となっているので、それを使用しての手術は K613 四肢の血管拡張術 15800 点が算定可と思われるのですが如何でしょうか。	千葉県	その通りと考えています。 (*)	
シャント PTA 時のガイドワイヤーが査定される。	神奈川県	必要に応じて使用したものについては査定されない。ただし原則 1 本のみ。	
リクセルが査定されることがある。	神奈川県	算定要件が満たされていれば、査定されない。	

(\*) 懇談会後状況が変わったもの

表8 その他

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
フサンなどについて、①「入院中以外の患者」で「その他特に厚生労働大臣が認める場合ア・イ・ウ」に該当しない事例の取扱い。例：生理出血、歯科処置後、鼻血血嚢胞内出血、②上記「ア・イ・ウ」で認める透析回数（従来通り etc?）。	宮崎県	原則的には包括点数です。	同じです。

の質問が複数ありました。いずれも慢性維持透析患者外来医学管理料に包括されている検査ですので、質問は入院時のものかと考えます。県によって様々な見解がありましたが、hANP については心不全の病名がなく、DW 設定のためというコメントでは不可とするところが多かったようです。ちなみに、外来で包括以外の検体検査を実施する場合は、その必要性についてコメントが必要と医科点数表の解釈に書かれています。病名などから必要性も想像できますが、ルールですので遵守することを薦めます。なお、生体検査には原則コメントは不要です。

5) 投薬・注射については、フサンや新しい経口ビタミン D<sub>3</sub> についての質問がありました。外来のフサン使用については毎年たくさんの質問がありますが、原則は『医科点数表の解釈』の記載通りで審査されているようです。なお、平成 6 年の診療報酬改定時に、外来透析技術料に抗凝固薬が包括された時点では、包括点数の中に、一定頻度の低分子ヘパリンやフサンの使用分を組み込んだとされていますが、今回の診療報酬改定に見る技術料は、このこともまったく無視されていると思われる。ただ、県によっては独自のフサン使用基準を設定し、審査側

と了解を得ているところもあり、たとえば愛知県では、致命的な出血が予想されるとは思われないシャント手術でも、1 回を限って出来高請求+フサンを認めているようです。なお、外来での抗凝固薬の問題では、たとえば眼底出血時の低分子ヘパリンやフサンをいつまで認めるかという問題と、最近では HIT に対してフサンやアルガトロバンが長期にわたり使用される例も出てきているようで、今後審査上の問題となることも予想されます。

新しい経口ビタミン D<sub>3</sub> 製剤については、パルス療法として認められるか（包括以外に PTH や Ca の検査が請求できるか）という質問がありましたが、現実的には注射薬剤の使用で十分とされ、このことに関しては愛知県の見解のみが示されました。

また、技術料に包括されている生理食塩液以外に、他剤溶解用の生食やブドウ糖液が取り上げられましたが、最近では他剤と併用して 100 mL・500 mL の生食や 10% の NaCl 液が請求されることもあるようです。多量の補液などで溶解を必要とする薬剤以外は不可のようです。

6) 処置については、身障加算の対象となるインスリンを使用する糖尿病性腎症の解釈が問題となりま

した。特に、「頻回の検査や処置」に関しては、たとえば毎回血糖の検査が必要であったり、週3回の透析で、1回や2回の透析では血圧が低下し、補液や除水設定を一時期止めるなどの処置が必要なものは対象となるという見解が示されましたが、おおむね全県で了解されたようです。

7) 手術, 8) 特定保険材料では、シャントに関するPTAに話題が集中しました。ここでは、後日談も加えて解説します。

今回の懇談会開催時点では、シャントPTAを血管拡張術で請求する県は千葉県や愛知県、血栓除去術で請求する県は福岡県などでした。手技としては、あるいは使用するカテーテルから、血管拡張術であってもなんら問題はないものと考えられます。

しかし、この件に関しては、平成13年に某県の国保審査会から疑義解釈照会が提出され、同年10月5日付でこの回答が出ていました。以下にその内容を紹介します。

疑義解釈照会：血管拡張術（血栓除去）の手技料について

〈照会〉

慢性腎不全、シャント狭窄病名で血管拡張術（血栓除去術）を行った場合の手技料の算定は次の①、②のどちらで算定するのか。

① K602 血管結紮術 2 その他のもの  
3,130点

② K613 四肢の血管拡張術・血栓除去術  
15,000点（当時）

（イントロデューサー、脈管造営カテーテル、ガイドワイヤー、PTAバルーンカテーテルなどの保険医療材料の使用あり）

〈回答〉

医療用具について薬事法承認内容にしたがって使用されていることが前提であれば、①の血管結紮術で算定する。

ここで考えて見ますと、回答が出た当時は特定保険医療材料の機能分類が行われている最中でした。その後、平成14年3月18日付の保医発第0318007で、課長通知として、PTAカテーテルに関する以下の定義が示されました。

特定保険医療材料の定義について

・PTAバルーンカテーテル

① 定義 イ 冠動脈及び心臓を除く動脈若しくは静脈、またはシャント狭窄部の拡張を目的に、経皮的に使用するバルーンカテーテル……であること。

はたして「シャント」が透析のブラッドアクセスを意味するものか不明ですが、上記2つの文章からは、「カテーテルの定義から考え、透析のシャントに対するPTAは、血管拡張術で請求可」と読み取れます。これが、疑義解釈では血管結紮術とされたにもかかわらず、愛知県・千葉県で血管拡張術として請求する根拠でした。

懇談会の席上では、血管拡張術として当然という声と、シャント手術よりも点数が高いのは問題とか、カテーテルを含めて総点数が透析医療費を押し上げ、最終的には透析そのものの技術料が引き下げられる要因となる…などの議論があった上で、疑義解釈について日本透析医会から確認をとる要望もありました。しかし、この問題は各県によって審査が微妙に異なっているため、必要に応じて各県から確認をすることで議論は終わりました。

懇談会以後の後日談となりますが、数県から疑義解釈の確認が出されたようですが、回答は疑義解釈通り、「透析シャントに対するPTAは、血管結紮術での請求」というものであったと聞き及んでいます。

表の中で、愛知県と千葉県の見解には\*が付されています。これは、懇談会時点での見解が、後日談として示したその後の確認で、状況が変わったことを意味しています。

## 2 保険指導の内容・点数表の解釈・その他保険診療、審査についての問題点

懇談会のためのアンケートには、各県で実施された保険指導の内容（表9）や、『医科点数表の解釈』（表10）、そのほか保険診療、審査についての問題点（表11）についても含まれています。

この中でペンレスの請求が問題となっているようです。ペンレスは透析患者内シャント穿刺時の疼痛を緩和する局所麻酔剤として薬事法で認められています。ただし麻酔薬ですので、レセプト上は50.手術欄で請



表9 各県で実施された保険指導内容

指導内容	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
7月まで主病の取扱いについては、今まで通りとする、となりましたが、以後については厚労省よりの返事を待つとのこと。	埼玉県	本来、厚労省の意図は、指導管理料などを算定する患者の、該当する主病名を明記ということであったようです。愛知県も、国保と社保の話合いで、当分は凍結することとなっています。	千葉県も同じです。主病については、DPC (Diagnosis Procedure Combination=診断群分類:日本版 DRG) に使いたかった様ですが、今のところデータ集めはしていません。
透析移行前の腎不全患者に対するエポジン注の長期投与について。	福井県	保存期のEPO投与期間が問題になったということは聞いたことがありません。	同じです。
麻酔処置になっていたペンレスを処方箋として出していたが、処置として変更になった。過剰として査定されても請求できなくなった。	高知県	ペンレスは50手術での請求です。40処置の項で請求することもあるようです。したがって請求方法は使用枚数(2枚)×透析回数となります。処方欄での請求や、処方料・処方箋料の請求は認められません。	同じです。
最近、当院で健康保険の患者のうち、わずか4~5名に投薬したペンレスが全部減点された(全て1人あたりつき20枚しか投薬していない)。	兵庫県	毎回の使用分を請求するのが原則です。26枚×1は不可とされることもあります。	20投薬での請求が問題となったのでしょうか。

表10 『医科点数表の解釈』について

問題点・疑問点・提案	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
①解釈が不十分。②PTAをはじめ動脈表在化など診療に該当する点数がないこと。透析患者への投薬は少量多種となり現在の7種類超に対する逡減のシステムは透析分野には不当な減点となっている。対象からはずすよう交渉していただきたい。③後発医薬品のチェックが難しい。特に院外の場合。	福岡県	PTAに関しては別回答。シャント表在化手術はK-602-「2」に準じて3130点。(*)	
厚生労働省は「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について」(平成14年3月25日保医発第0325002号)により、傷病名の記載に関し、主傷病、副傷病の記載をする決定をしましたが、社会医療診療行為別調査の手引き(平成12年6月審査分)によれば、主病の決定について、客体明細書の傷病名欄において、傷病名が2つ以上ある場合は、次の基準で主傷病を選択する、1、診療内容を見て、診療点数が多いほうの傷病を主病とする。2、診療点数に差がないときは、医学的に重篤な疾病を主病とする。なお、主病の選択に当たっては、なるべく病態または症状は除外する、としております。この考え方で行くと、透析患者が大手術を受けたり、癌の合併などで診療点数が透析より多くなった場合は、そちらを主病と考えて、特定疾患療養指導料は算定できると言うことになるのでしょうか?	鹿児島県	診療報酬の多い方を主病とするという考え方は初めて知りました。検討してみる必要はあると考えます。ただ、通常の外來透析の場合では、慢性腎不全として請求される透析費用を凌駕するものは少ないと考えます。慢性腎不全は病態名であって病名ではないとも考えますが、ICD分類には存在します。	同じです。

(\*) 懇談会后状況が変わったもの

表11 その他保険診療・審査についての問題点

問題点	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
病名の整理をいわれているが、疾病名慢性腎不全で高血圧、貧血、腎性骨異常栄養症などの記載は必要か？ 病名がないと降圧薬、エリスロポエチン、鉄剤、V Dの投与がOKにはならない。	和歌山県	今は、保険者からの返戻を考慮、病名やコメントをつけるように指示しています。ただし、一次審査では、主病名から推測できるものは、できる限り通すようにしています。	

表12 次回の診療報酬改定に対する要望

要望	都道府県	愛知県の考え方	千葉県の考え方
看護料（ケア）の設定：一定の看護師・臨床工学技士の配置条件を満たしていることに対する点数の設置。	東京都-2	基準の設定が必要と思われる、透析医会では基準策定の準備を開始しました。	
エリスロポエチン製剤の自己注射を認めてもらえる様をお願いしたい。	徳島県	メーカーサイドからの働きかけが重要です。また、インスリン自己注の場合の自己血糖測定のような、自分でできる効果判定法がないことも問題とされています。	
①エンドトキシンカットフィルター購入費の認定。 ②水処理管理費——エンドトキシン測定料など。 ③食事料の算定について改定前にもどしてほしい。 ④透析時間の算定について改定前にもどしてほしい。	高知県		エンドトキシン処理加算の新設を今回改定で要望しましたが、認められませんでした。
①透析回数のしばりをなくして欲しい（コメントをつける）。②夜間透析加算を算定できる時間を短縮して欲しい。③基本的に技術料のアップを。 ④フサン使用の要件の拡大。	奈良県	透析回数に原則縛りはありません。技術料でしょうか？	

求することになります。この際、手術そのものはありませんので麻酔薬のみの請求となり、わかりにくいいため、「シャント穿刺時に使用」などのコメントがあると良いかもしれません。また請求は使用方法に従って行われるべきで、2枚×13などと書かれるべきです。時に処置欄での請求も見ますが、愛知県では施設へ連絡した上で、査定はしないということです。処方料を請求しなくても、20処方欄での請求は間違いです。

主病の問題と、病態から推測可能な合併症病名をレセプトに明示する必要があるかという問題は、どの県でも混乱しているようです。愛知県も千葉県も、現時点では必ずしも主病名を明示しなくても、保険審査には影響を与えないことになっているようです。副病名や、当然と思われる合併症については、愛知県では一次診査で認める場合もありますが、保険者からの再審査請求は多くなり、県によってあるいは審査員によって若干の差があるようです。鹿児島県から指摘のありま

した診療行為別調査の手引きにある主傷病名に関する基準「傷病名が2つ以上ある場合は、1. 診療報酬が多い方を主病とする、2. 診療点数に差がない場合は、重篤な疾病を主病とする」は、透析の場合、特定疾患療養指導料を算定できるか否かに関係し、重要と考えます。

### 3 次回の診療報酬改定に際しての要望

表12に示しました以外にも、それぞれの項目で多数の要望をいただきました。診療報酬点数を新設するものや、価格のアップを要望するもの、『医科点数表の解釈』の記載内容を変更するものなど多岐にわたります。ここでは掲載しませんが、今後これらの要望を検討したうえで、次回の診療報酬改定に反映させるつもりでいます。

## おわりに

第7回透析保険診査に関する懇談会の内容について、その概略を報告しました。出席された方は容易にご理解いただけるとは思いますが、診査の内容は各県によって様々です。特に、審査員として透析専門家が担当しているか否かで、診査が大きく変わる可能性を示

唆しています。たとえば国保の場合、審査員は保険医代表（主として医師会推薦の開業医）・保険者代表（国保の場合には市町村立病院の医師）・公益代表（大学などの医師）からなっており、各県の医会支部は透析医療に造詣の深い審査員と情報の交換ができる体制を作ることが望ましいと考えます。