

[保険審査]

透析保険審査委員懇談会について

—第8回透析保険審査委員懇談会報告—

吉田豊彦

はじめに

第8回透析保険審査委員懇談会が平成15年6月21日(土)、大阪のリーガ・グランドホテルにおいて出席者34名で開催された。

この懇談会は、全国の透析保険審査委員が年に一度学会時に集まり、日頃の透析審査上の問題点を討論し、少しでも日常の審査に役立たせられたらという目的で始めた会である。(社)日本透析医会の干渉はもとより、ほかからもなんの影響力も受けない独立した自由な会であるということ、討論事項が、各審査会の独立性をなんら拘束するものではないということとを申し述べておく。事前に行ったアンケートは、平成14年4月のドラスティックなマイナス改定の影響によるものか、過去7回には見られなかった多数の回答を得た。その内容は、検討事項、要望事項ともに具体的であり、有意義な会となった。

1 検討事項

検討事項については、当日の会議の議題とし、最近の透析の保険診療上の問題点、疑問点、提案に関する事項を、診療行為別にまとめて討議を行った。以下に

- ① 提出都道府県数
 - ② 問題点・疑問点・提案内容
 - ③ 討議結果
- の順で記載する。

<指導管理料>

- ① ① 1県
 - ② 特定疾患療養指導料または老人慢性疾患生活指導料を慢性維持透析患者外来医学管理料(以下慢透と略す)とは別に請求することは正当であると考えていますが、全国ではどのように請求していますか。
 - ③ 特定疾患療養指導料を算定すべき主病名群に腎不全が入っていないことが算定できない原因となっている。
- ② ① 1県
 - ④ 慢透2,670点を算定時、胸部単純撮影は包括されるが、画像診断管理加算等Iなどは問題なく算定できますか。
 - ⑤ 算定できる。
- ③ ① 2県
 - ⑥ 慢透に包括されない検体検査を算定する場合には、その必要性をレセプトに記載するとあるが、どの程度の説明が必要ですか。
 - ⑦ 大半の県で、レセプトの摘要欄にその検査の必要性を簡単にコメントしてあれば通している。病名欄ではっきりわかっている場合は認めている県もあった。
- ④ ① 1県
 - ⑧ 糖尿病患者における頻回の血糖測定に関する請求をいかにしていますか。
 - ⑨ インシュリン投与中の入院患者では月に90~120回認めている所が大半。60回までと

いう県も2県あった。

<在宅医療>

- ① ① 1県
- ⊕ 初診時に行う検査で査定される下記の項目について、
- ・感染症の有無（梅毒血清反応，HCV抗体）
 - ・PTH精密
- 是非必要かと思いますが，全国ではいかがでしょうか。
- ⊖ 提出県を除いて，全県で通しているが，血型に関しては算定不可が4県ほどあった。
- ② ① 1県
- ⊕ 在宅自己注射指導管理料を算定する薬剤名，加算などに使用する材料の一覧表をつくってはどうか。
- ⊖ 青本 P317 保発（1）に規定されている。

<検査・画像診断>

- ① ① 1県
- ⊕ シェント血管拡張術（PTA）の際の血管造影手技料を認めているか，また血管造影用カテーテル使用時の特殊血管造影加算（640点）を認めているか。
- ⊖ 鎖骨下静脈の拡張以外の PTA は内シェント血栓除去術（3,130点）となったため，K613のしぼりが無くなり，血管造影手技料は請求できるという解釈で問題は無いとしている県が大半。また，E003（P287）保発（3）の特殊血管造影加算（640点）は算定不可としている所が大半であった。
- ② ① 1県
- ⊕ AL-P の骨型アルカリフォスファターゼ（BAP）の算定について。
- ⊖ パルス療法中なら，開始と4～5カ月後に1回位なら認めている県が大半。画一的には認められない。
- ③ ① 2県
- ⊕ 動脈硬化の病名の下で脈波図（PWV）を集局的に施行している医療機関があり，対応に苦労している。
- ⊖ 画一的でなければ，せいぜい6～12カ月に

1回測定する位なら認めるという県が大半。

- ④ ① 1県
- ⊕ 尿沈渣で染色加算（10点）が認められているが，腎疾患に関してどうしているか。
- ⊖ 尿路感染症の病名があれば全部認めている。そのほかの場合は，症例による。
- ⑤ ① 1県
- ⊕ 鉄欠乏性貧血，二次性副甲状腺機能亢進症で intact-PTH，フェリチンを月1回測定してよいか。3～6カ月に1回しか測定できないと聞いているが本当か。当県では毎月測定しても査定されたことがない。
- ⊖ 入院患者なら毎月測定しても査定している県は1県もない。
- ⑥ ① 1県
- ⊕ CAPD で月2回以上受診する際の検査，画像診断を減点しないでほしい。
- ⊖ 大半の県で査定していない。
- ⑦ ① 1県
- ⊕ 透析医会の提示する（また，厚生労働省版による院内感染マニュアルが提示する）指針通りに半年に1回，HBs抗体をチェックしているが，注釈をいれても減点されてくる。
- ⊖ HBs抗原のチェックなら全県で通しているが，抗体の場合は認めている所が半分，否認している所が半分である。
- ⑧ ① 1県
- ⊕ 骨代謝マーカー（オステオカルシン）の請求について。
- ⊖ 医科点数表の解釈に，手術適応の決定と術後の治療効果判定の場合にのみ算定すとあるので，そのコメントがあれば大半が通している。
- ⑨ ① 1県
- ⊕ 内シェントエコーについて，D215-2 ロの350点を認めているか。
- ⊖ 認めているとした所が8県あったが，ヨードアレルギーのある場合以外，大半は認めておらず，D215-4 イの末梢血管血行動態検査20点として認めていた。
- ⑩ ① 1県
- ⊕ 定期的な検査，特に intact-PTH， β_2 -Mg（特に前後2回やったとき），肝炎ウイルス検

査などが時々査定される。

④ ダイアライザ変更時、前後2回の β_2 -Mgは認めている所が大半。

⑪ ① 1県

② フェリチン、 β_2 -Mgを月1回定期検査に組み込んでいる施設がある。

③ 年に数回程度なら大半が認めている。

<投薬・注射>

① ① 4県

② 外来透析患者の処方回数について、多くの合併症を有するので、投薬の種類、錠剤が多くなるが、これが査定されることがある。

③ 分割処方（たとえば月に14回）は望ましくないが、止むをえないとして大半の所で査定していない。

② ① 1県

② 透析患者の投薬、注射においては、通常認められているより、投与回数、投与量が減る場合が多いので、審査で透析患者の投薬の特性として認めるべきである。

③ 特に抗生物質などの減量投与などは医学的に妥当。

③ ① 1県

② カルタン錠の上限について15錠くらいと考えているが、いかがか。

③ 通常、薬の適宜増減は1.5倍程度であるが、ある県では、12錠までとしている所もあるが、大半は2倍以上まで認めている。

④ ① 1県

② オキサロールまたはロカルトロール投与中の高カルシウム血症に対し投薬中止せず、長期間（数カ月以上）のエルスチニン40単位投与は是か非か。

③ 薬効から考えると意味が無い。また、高カルシウム血症でのOCT投与は矛盾する。大半で認めていない。

⑤ ① 1県

② 透析患者の骨粗鬆に効果判定をほとんどせず、漫然と長期（1～10数年）にエルシトニンを投与することは認められるか。

③ 通常、骨粗鬆の病名がある場合、レセプトは

単月で審査しているので、大半が認めているが、この場合は認められない。

⑥ ① 1県

② 患者が自宅での低血糖発生時の救急処置などにグルカゴンGを処方した場合、皮下注射の手技料は算定できるのか、その際注記が必要か。

③ グルカゴンの自己注射が許されているのかどうか問題点となる。また、自己注射には手技料はつかない。

⑦ ① 3県

② 透析中の、たとえば「5%ブドウ糖液20ml＋フェリコン、生理食塩液20ml＋エルシトニン」などに対して、TZ、生理食塩液の別途請求が認められていないが、これは注釈にある回路の洗浄、充填、血圧低下時の補液、回収に使用される生理食塩液などとは違うと思うが。

③ 平成6年4月20日の日本透析医会ニュースに詳細が載っている。外来透析での局所へパリン化に用いられる硫酸プロタミンや、この溶解剤としてのブドウ糖、生理食塩液あるいは、フラグミンなどに関するブドウ糖、生理食塩液などは算定できないが、透析中に生じた低血糖を改善するためにブドウ糖液を使用した場合や、筋痙攣時の塩化カルシウム液、抗生物質などの溶解液は薬剤料として別途算定できる。したがって、この場合は大半で認めている。

⑧ ① 5県

② エリスロポエチン投与基準について、Ht>30%でも投与可能か。エスポー、エボジン3,000単位×週3回投与は認められるか。

③ 全県でエポを査定している所はなかった。ただし、レセプトに開始時と当月のHt値を記載させている県が7つあった。

⑨ ① 1県

② フルスタン®の投与が2/週または3/週投与であれば、VDパルス療法とみなされるか。

③ 内服なので、パルス療法としては認めていない所が多く、認めている県は2つであった。

⑩ ① 1県

② HDFの補液量はどれくらいまで許されるか。

③ 薬事法上の規定量。ただし、適宜増減を考え、1回20lくらいまでか。

- ⑪ ① 1 県
 ㊦ 院外処方での特定疾患処方管理加算 15 点（月 2 回まで、診療所、200 床未満の病院）は算定できないか。他府県では認めている所がある。
 ㊧ 腎不全は、特定疾患療養指導料の対象主病名ではないので、併せて算定できない。
- ⑫ ① 1 県
 ㊦ 透析回路よりの注入か、別の注射か判断できず手技料が査定される。
 ㊧ 透析回路以外の静脈注射手技料は、透析以外での投与の必要性などのコメントが必要である。大半が認めている。
- ⑬ ① 1 県
 ㊦ ノルバスク（5mg）2 錠は、査定されることがある。
 ㊧ 注記があれば、2 倍量まで認めている所が大半である。ただし、蓄積性があるので、その分考慮しながらの使用方法が必要である。
- ⑭ ① 1 県
 ㊦ 禁忌薬剤について、国保では原則として認めていないが、腎不全には禁忌となっている薬剤が多く、今後透析患者に使用できる薬剤の選択範囲が狭くなっていくのではないかと心配している。腎不全に禁忌となっている薬剤が使用されている場合の取扱いについてお尋ねします。
 ㊧ NSAID を胃潰瘍に使用している場合、NSAID を透析前の腎不全に使用している場合、NSAID を透析患者に使用している場合。
 ㊨ 出血性胃潰瘍やプロトンポンプ阻害薬投与中の場合は査定するが、落ち着いていると思われる状況なら認める。透析前の腎不全や透析患者に使用している場合も大半は認めている。

<処置>

- ① ① 1 県
 ㊦ CAPD と HD の併用例について HD がメインの場合の CAPD 算定の対処。
 ㊧ ルールに従い、併用を認めている所が大半である。
- ② ① 1 県
 ㊦ 外来透析の出来高での抗凝固薬（フサンなど）

の使用を、生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血）と重大な視力障害にいたる可能性が著しく高い、進行性眼底出血以外に認めているか。

- ㊦ コメント（ATⅢ欠乏症、シックハウス症候群等々）があれば、止むをえず認めているとした所が大半。

- ③ ① 1 県
 ㊦ フラグミン、フサンなどの抗凝固薬が 1 瓶に減点されたことがある。ほかはどうしているか。
 ㊧ フサン透析は、フサン 30~50 mg/時間、1 日 24 時間で、最大 50 mg×16 瓶認めている所が大半。4 時間透析の場合、実用量 50 mg×4 時間認めている所が大半である。
- ④ ① 1 県
 ㊦ 外来透析で、下肢壊疽のガーゼ処置を毎回行っても、算定できないがどうしているか。
 ㊧ コメントがあれば通しているのが大半。制限を設けている所は無かった。
- ⑤ ① 1 県
 ㊦ 透析時間の条件撤廃に伴う透析液量の制限は行っているか。
 ㊧ 透析液の請求量は、実用量が原則である。今のところ、大半の所で透析液量算定の変更はみられていないので、思ったより短時間透析に移行していないのではないか。

<手術>

- ① ① 1 県
 ㊦ シェントトラブル時の PTA 複数回施行間隔をどのくらいとしているか。
 ㊧ PTA の手技料が 3,130 点になってからは、症状詳記が妥当なら特に制限していない所が大半である。下手だからという理由で月に 2 回までとしている所が 2 県あった。
- ② ① 1 県
 ㊦ ネックレスの手術点数は何点にしているか。
 ㊧ 症例により、K611 の 4 または 5 としている。主として心臓血管外科での手術で、透析施設では行われていない。
- ③ ① 1 県

- ㊦ 透析患者さんの各種手術の祝日施行の割増について、
 - ㊧ 大半が認めていない。
- ④ ① 1 県
 - ㊦ シェント造設術と血栓除去術とが同一月に、複数回におよぶと減点される。
 - ㊧ 複数回行ってコメントが妥当なら査定している所は無かった。
- ⑤ ① 8 県
 - ㊦ PTA の算定方法が血栓除去術 3,130 点となったが、項目名としても妥当でないので、四肢の血管拡張術 15,800 点で算定するようにしてもらいたい。だめなら、新点数の設定を。
 - ㊧ 今年より四肢の血管拡張術では算定できなくなったが、血栓除去術ではあまりに不合理だと大半の所で思われている。

2 要望事項

アンケートの要望事項については、平成 15 年 6 月 13 日（金）に開かれた（社）日本透析医会常任理事会と第 4 部会と第 7 部会との合同会議において討議し、基本的考え方についての合意を得て、具体的要望事項について取りまとめた。さらに、これを平成 15 年 6 月 21 日（土）の（社）日本透析医会支部長会議にかけ、そのほかの要望も加えてまとめ、（社）日本透析医会の具体的要望事項とした。

要望事項についても診療行為別にまとめて報告する。

- ① 提出都道府県数
- ㊦ 要望内容

<基本診療料>

- ① ① 1 県
 - ㊦ 6 月からの再診料逡減制廃止に伴い、点数が下がったことは理解し難い。一人当たり 2,400 円/年の減収となった。
- ② ① 1 県
 - ㊦ マルメは止むをえないとしても、適正職員数（ドクター、ナース、技師、補助など）を明記できないか。
- ③ ① 1 県
 - ㊦ 入院透析患者の選定療養非該当条件の「寝たきり度」ランク B 以上を A 以上としてほしい。

- ④ ① 1 県
 - ㊦ 特定長期入院に人工腎臓（2/W 以上）は認めているが、CAPD 患者は認められていない。合併症のため通院不能の者もいるので、同様に認められるようにしてほしい。
- ⑤ ① 1 県
 - ㊦ 透析患者の高齢化が進み、より手間がかかるようになってきているので、スタッフの人件費も考えて上げてほしい。

<指導管理料>

- ① ① 1 県
 - ㊦ 慢透は、減算方向でしか認められていないが、むしろ増点方向で考えていくべきでは。
- ② ① 1 県
 - ㊦ 慢透に包括されている検査が多すぎる。

<在宅医療>

- ① ① 1 県
 - ㊦ 透析の通所サービスで、外来透析が維持されている患者が益々増加しているのに、診療報酬面でのバックアップはできないか。
- ② ① 1 県
 - ㊦ CAPD におけるナースの役割に対する点数の設定。
- ③ ① 1 県
 - ㊦ 高齢透析者の介護保険 1 割負担の軽減処置はできないか。
- ④ ① 1 県
 - ㊦ CAPD は点数が上昇しているが、在宅血液透析は見直しが無い。在宅血液透析は今後無くなるのでは？
- ⑤ ① 1 県
 - ㊦ 新しいオートプライミングシステム（返血の生理食塩液も透析液の輸液として使用し、安全性とクリーン度が、より高まる帝人の在宅透析システム）の点数設置。

<検査>

- ① ① 1 県
 - ㊦ 慢透に含まれない検査が査定されるケースが多いので、もっと包括範囲を広げるべきでは。

<処置>

① ① 3県

- ⊕ 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（ダブルルーメンカテーテル）を設置する手技料の新設。（IVHの手技料：G005-2：1,400点と変わらないはずですが。）

② ① 10県

- ⊕ 改定前の透析時間制復活を強く望む。

<手術>

① ① 5県

- ⊕ 難しいシャントや人工血管を用いた内シャント作成術が急増しているため、手術料を年々下げるのでなく、逆に上げていくべきだ。

② ① 4県

- ⊕ PTAが3,130点では余りにも低い。看護師、X線技師、フィルム代、シース、インデフレータなどが全部赤字になるので、適正な新点数設置を希望する。

<特定保険医療材料>

① ① 3県

- ⊕ ダイアライザーのPS膜以外は3型にまとめ、新点数を設定してはどうか。また、血液回路と分け、各々価格を設定してはどうか。

② ① 3県

- ⊕ とにかく高すぎる。医療費に占める保険医療材料費が多すぎる。

③ ① 1県

- ⊕ シャント作成時のフォガティカテーテル、インデフレータが請求できないので、算定可となるようにしてもらいたい。

<その他>

① ① 1県

- ⊕ 透析医療費は莫大となっており、同様に集中治療室の医療費も巨額となってきているので、年齢によって対処の仕方が異なってもよいのではないかという考え方もある。透析の導入年齢についても検討されて然るべき状況になってきているのではないか。尊厳死の選択が許されてもよいのではと思う。

<次期改定の要望事項>

① ① 12県

- ⊕ 透析の時間制の復活。ただ、経済的理由のみでの透析の短時間化は、極端に透析の質を低下させるので、時間制を復活すべきである。

② ① 2県

- ⊕ ダイアライザーの再使用禁止。

③ ① 3県

- ⊕ 前回の改定での下げ幅が大きすぎたので、人工腎臓処置料の見直し。

④ ① 2県

- ⊕ 感染廃棄物処理費用、事故防止対策費用、感染防止対策費用を明確に診療報酬に反映させてほしい。

⑤ ① 2県

- ⊕ エンドトキシン処理費用の新点数設置。

⑥ ① 1県

- ⊕ 介護度2以上には、障害加算をつけてほしい。

<その他の要望事項>

① ① 2県

- ⊕ 審査委員による査定基準のばらつきが大きすぎる。特に、エリスロポエチンについて統一していただきたい。

② ① 2県

- ⊕ 透析の食事加算の復活。