

第11回透析保険審査委員懇談会について

吉田豊彦

key words：慢性維持透析患者外来医学管理料(慢透)，特定疾患療養管理料(特)

要旨

第11回透析保険審査委員懇談会を平成18年6月24日(土)14:00~18:00、パンパシフィックホテル横浜アンバサダーズボールルームで行った。出席者は56名。事前に行ったアンケートでは、検討事項で43件、要望事項で48件と多くの回答を頂いた。会議の内容については、検討事項と要望事項とに分け記載した。

はじめに

この懇談会は、毎年透析医学会総会時に集まり、全国の透析審査の格差是正に役立てることを目的に開く会である。同様の目的で、他の多数の診療科でも審査委員懇談会が開催されているが、この会も他科のそれと同様に、お世話する(社)日本透析医会から、なんの干渉も受けない独立した自由な会であり、その際の討論結果が、全国都道府県の社保・国保の審査委員会の独立性を損なうものではないことを繰り返し申し述べておく。今年もまた、充実した討論をして頂き、ここに改めて感謝申し上げる。

1 検討事項

診療行為別に検討を行ったが、検討結果が各都道府県の審査委員会で大幅に違い、適応か否かの結論が出なかった事項が多数であったので、討論内容をできるだけ詳しく記載することとした。

1) 特定疾患療養管理料(特)について

従来は、レセプト上一番医療コストが投入されている疾患を主病として捉え、慢性腎不全を主病とする透析では、合併症として(特)対象疾患(高血圧、高脂血症、糖尿病、胃潰瘍等)があっても(特)の併算定を行って来なかった。

しかしながら、今回の保険改定で特定疾患療養指導料が特定疾患療養管理料に改定されたことなどから、(特)の併算定が可能になったのではという意見が多数提出された。以下に主な意見を列挙する。

- ① (慢透)と(特)との併算定はできないという縛りはどこにもない。
- ② 主病とは医療コストが一番投入されている疾患ということであるが、例えば高血圧を主病として治療している人が、風邪をこじらせれば、医療コストは風邪のほうが多くかかるが(特)の算定の問題は起きない。
- ③ 主病は複数あっても良いので(慢透)と(特)との併算定は可能である。

以上が併算定可能とする代表的な意見であるが、当局は以下の如く事務連絡している。

「基金本部審査業務部長」より「都道府県基金幹事長」宛の事務連絡において「当局から連絡があり」という書き出しで始まっている。

平成18年5月10日付では「(慢透)と(特)の併算定は別疾患の場合は算定できる。」と連絡。

平成18年6月16日付では「(慢透)と(特)の併算定については、算定ルール上は、それぞれ要件を満たせば

算定可能であるが、糖尿病、高血圧性疾患等のある透析患者の主病は、実態としては、慢性腎不全となることから併算定できない。」と連絡。

平成18年6月22日付では「(慢透)と(特)の併算定については、それぞれ要件を満たせば算定可能であるが、糖尿病と高血圧性疾患等を有する透析患者の場合は、実態として慢性腎不全が主病となることが相当程度あると考えられる。糖尿病と高血圧性疾患等に対する診療内容と慢性腎不全に対する診療内容とを比較し、その上で糖尿病、高血圧性疾患等が主病とみなしえない場合は算定できない。」と連絡している。

(特)の対象疾患は糖尿病、高血圧性疾患等だけではなく、胃潰瘍、慢性肝炎、癌等々多数あるので、それぞれ要件を満たせば併算定可能ですよとも解釈できる。したがって結論が出せないで、併算定を認めるか否かは、各都道府県審査会で決めてもらって、統一見解は出さないことになった。ただし併算定する場合は、診療の実態として、(特)を算定するに見合うカルテ記載が絶対に必要である。そして、立ち入り検査になった時にも、(特)算定根拠を充分立証できるようにしておくことである。

ここに、特定疾患療養管理料について、(社)日本透析医会としての見解を会長より述べさせて頂く。

〈経過〉

技術料、処置料のない内科系の診療に関する支援点数として新設され、(特)の対象疾患として別に厚生労働大臣が定める主病が提示されました。しかし、管理指導が最も必要な腎疾患については、理由は不明ですが、特定疾患の指定はありませんでした。

ところで、この算定には、当該患者の主病が、指定された特定疾患であることが条件となっており、一般的に言って、透析患者では慢性腎不全が主病と考えられ、原則として請求されない傾向が、毎年の日本透析医会保険審査委員懇談会で見られていました。ただし、落ち着いた透析患者で、悪性腫瘍の治療が必要な場合や、血糖コントロールが不安定でインスリンを用いているような糖尿病や、慢性化が進んだウイルス肝炎などについては、請求を認めている県もありました。

ちなみに、主病に関する定義は、①DPCでは、

主病とは「その月で最も医療資源を使った(高かった)疾患」とされ、②この管理料に関する課長通知(保医発)では「主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患」となっています。

しかし最近では、例えば白内障のある眼科患者の高血圧治療や、変形性関節症のある整形外科患者の高血圧などで、(特)の併算定を認めているばかりでなく、透析患者の合併症で(特)対象疾患の場合、併算定可能としている県もみられています。

ただし、会員に対しての通知では、あくまで、ある特定の県の国保、および社保審査委員会の見解であって、例えば厚生労働省や、会計検査院が全面的に併算定を了解したものではないので、特に主病に関しては、各施設での慎重な判断を求めています。

〈日本透析医会の対応〉

毎年日本透析医学会の時期に実施される保険審査委員懇談会でも問題にされ、結論は出ませんでした。最終的には、各県の判断および各施設の判断に委ねることとしています。

その最大の理由は、かつて、各県審査で通っていた透析液量について、会計検査院が過剰と判断し、厚生省の指導不足を指摘するとともに、多くの県で自主返還が求められました。某県では2年間に亘って数千万円の自主返還となった医療機関もありましたが、もし今でしたら、その金額から考え、保険医あるいは保険医療機関取り消しも考えられることになります。

以上が透析医会の見解です。

2) (慢透)の包括から除外されたHbA_{1c}の算定方法について

- ① インスリン投与中：60番で出来高算定。
- ② 糖尿病：経過観察中等のコメントを入れたほうが良い。
- ③ 糖尿病が無い場合：糖尿病の疑いが必要。

3) 在宅医療：テンコフカテーテル抜去術について現在抜去術の点数が無いのは、K 635-3 連続携帯式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術 12,000点の中に含まれるのではないかという意見もあったが、留置後

長期間経過している症例が多く、カフが付いていて癒着が強くなりタフな手術となるので、K 029 筋肉内異物摘出術 2,840 点で認めている県が大多数であった。例えば、同一日に抜去し反対側に留置した場合でも、レセプトにきちっと明記されていたら、二つの手術は認めてもいいのではないかという意見もあった。

4) C 102 在宅自己腹膜灌流指導管理料[㊦]と人工腎臓の併施について

㊦中は、人工腎臓の費用は算定できないが、薬剤料または特定保険医療材料は別に算定できる。また㊦中の併用人工腎臓は原則週1回が望ましい。長期PD患者が週3回の血液透析に移った後の腹膜洗浄であるが、1日1回の腹膜透析液の算定について、保険者からクレームを付けられるが、命にかかわることだからと丁寧にその必要性を書いて、1日1回腹膜洗浄を認めている所もある。

5) 検査：カラードップラー加算について

「PEIT後のフォローに毎月エコーの請求あり、カラードップラー加算は？ PEITの前後は別にして、エコーの回数は3カ月に1回位が妥当ではないか。」という意見について。

カラードップラーは診断の意義として学術的には認めるべきであるので加算を認めている所が10県、認めていない所が6県で、他の都道府県はケースバイケースであった。

現在、ほとんどの機械にカラードップラーがついていて、カラードップラー加算200点を認めれば、全超音波検査が200点アップしてしまうので、ケースバイケースとしている所が多いものと推察された。

カラードップラー加算については、今後の都道府県の審査におまかせすることになった。

6) 検査：慢性腎不全に含まれる定期的検査

初診時、転入時、定期的検査を「慢性腎不全」の病名でどこまで認めるか。これについては、いちいち疑い病名を入れなくても透析医会の保険診療マニュアルにそって行えば認めている所が多い。ただし、審査員が透析医の場合は問題ないが、他科の場合は疑い病名が必要となる。またアルミニウムであるが、10数年前に禁忌薬になっていて使われていないので、血清ア

ルミニウムの測定をカットしている所もある。CH 50と抗核抗体は認めてもC3、C4はカットしている所もあり、ATLA抗体は初回の導入時検査では認めるが、ATLA抗体のウイルスがB型肝炎のように感染力が高いわけではないので、例え九州が白血病が多いと言っても、全患者のルーチン検査としては認めていない。TSHは甲状腺機能低下症の病名があれば認めている。

短期入院後の再転入時検査は、通常の転入時検査一式とは違いフルに検査する必要はないが、各都道府県でどの範囲までという基準を持っている所は無かった。支払者側から必要ないのではという厳しい注文がついてくるようになった。

7) 検査：腎のクリアランステストについて

腎のクリアランステストが保険請求不可になった問題。内因性クレアチンクリアランスを施行しても保険請求ができなくなったというだけで、導入データ等に必要な場合は実施せざるをえない。

8) 検査：シャントの超音波検査について

シャントの血流を検査するだけなら20点である。流出路の狭窄を診るのは20点だが、シャントをつくる時、血管が無く静脈撮影できない時で、血管の太さを測るといような情報収集のためのエコーなら350点を認めている。

また人工血管の場合、流出路の狭窄のため3~6カ月に1回位PTAを繰り返さなければならないが、その際、アンギオやDSAの代わりに行うエコーなら350点認めている。パルスドップラ加算は、動脈の太さのどの辺で吻合するかわからない時は認めている。

9) 投薬・注射：アリセプトについて

アルツハイマー型認知症に対し、アリセプト5mgを1カ月28日分処方したのが14日に査定された、という問題があった。これについては、アリセプトは初回投与5mgで14日間投与後、効果判定してから以後の投与を決める縛りがあるために査定されたのであって、通常5mgなら査定されない。

10) 投薬・注射：アーガメイトゼリーについて

「アーガメイトゼリーを2日に1個に削られた」と

いう点については、透析の2日空きの日に飲むという考え方をしているが、1カ月で42個まで認めている所もある。

11) ASOに対するリプルやパルクスの使用について

通常の使い方は、3カ月位使って、その後内服に切り替える投与方法であるが、透析患者の場合、四肢切断を避けるため長期にわたって使用している例が多く、透析患者のパルクスやリプルの使用の特出を保険者のほうが大問題にしている。すなわち、保険者よりみれば縦に並べてみると、6カ月以上何のコメントも無く使われている場合が多く、せめて効果判定とか、写真を添付するとかしたほうが良いという意見があった。

12) 処置：ユーパッチ等の局麻ハップ剤について
ユーパッチ2枚×透析回数という縛りは付ける必要はない。いろいろな所に穿刺する場合があります、また30分以上前に貼ったほうが効果があるので、処方量が常識的なら全部認めて良いと思われる。しかし院外処方箋では請求できないという縛りがある。

13) 処置：アルガトロパンについて

「HIT抗体陽性患者に対して、AT-IIIが70%以下でなくてもアルガトロパンが使えるように認めて頂きたい」との意見。

欧米ではすでにII型HITに対しては、first choiceとなっている。II型HITとはっきりしていれば認めている。ノバスタンは全例。ただし、必ずHIT抗体のデータを一度出すことを条件に認めている。しかし発生率からみて、一施設より、例えば100件のレセプトから3例も4例もノバスタン投与例が出て来たら、疑義で返戻し査定している。

14) 処置：ダブルルーメンカテーテルについて

緊急時ブラッドアクセスとしてのダブルルーメンカテーテルの算定については、脱血不良等の理由で、1週に1本以上、2~3本使用せざるをえなかった場合、コメントがしっかり書いてあれば認めている所が多かった。理由としては、手技料は透析の処置料に含まれていて、この特定保険医療材料を査定すると全損になるため、ただし1カ月入院していて6本も7本もと

いうのは認めていない。

15) 処置：障害加算のアンケート結果

- ① 導入加算と障害加算との重複加算は全国で認めている。
- ② 障害加算の(15)のエ：“透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者”検査、処置内容についてのコメントが無くても透析回数分認めている所が、検査、処置内容の記載が無ければ認めていない所より多く、2:1であった。

以上のアンケート結果を今後の審査に生かして行きたい。

16) 手術：人工血管内シャント設置術について

人工血管内シャント設置術で、K614-5、血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）23,300点の算定が、K610-3、内シャント設置術10,700点に減点されることがある、という問題について。

人工血管の穿刺目的でグラフトを入れるのではなく、ブリーチのために、人工血管をちょっとだけ、例えば2~5cm位入れる時に減点されることがある。しかし人工血管を穿刺に使わないという条件設定を、レセプトで評価することは難しいので、普通は査定できないのではないか。

また人工血管の使用量について、減点される所があるが、使用量の制限または基準があるのかどうか。現在制限とか基準はない。手術室に人工血管全部の長さおよび太さを揃えていれば、丁度適切な量を使用できる。しかしそうでない場合は、やむをえず50cmのもので必要な量だけ使わざるをえないので、レセプトに使用量と残量破棄（残量の再消毒、再使用は禁止されている）と書けば、査定されることは無いとの意見であった。

17) 手術：移植術とPTAの技術料について

内シャント手術で責任病変が複数あり、「(前腕)人工血管移植術」と「(上腕)PTA」を同日に行った場合、「(前腕)人工血管移植術」のみの算定で、PTAのほうは保険医療材料のみ認めている、との指摘について。移植術とPTAの両方の技術料を認めている所はなく、上記の通りであった。

18) 手術：PTAのカテーテル本数について

シャントの血流量低下の原因部位が2カ所以上あり、肘関節の上下ともにある場合、穿刺の向きが異なり、シャントPTAを2方向に行わざるをえないことがある。

また、そのうちの1カ所が動脈あるいは動静脈吻合（シャント）部である場合は、使用するカテーテルが異なる（動脈へガイドワイヤーを挿入するためにカーブタイプが必要）ことから、なおさら2本使用せざるをえないので、コメントがきちんと書いてあれば、複数本認めるのが自然で、全国的に認めているとのことであった。ただし、最初から特殊型を使われる場合は、しっかりコメントを付けて頂くことにしている。

2 要望事項

保険改定されたばかりなのに、沢山の要望があった。貴重な意見なので全部掲載したかったが、紙面の都合上一部掲載となった。

① 休日・夜間加算を300→400点にしてもらいたい。同時に土曜日も休日扱いとし400点付けて欲しい。

② 今回の改定はあまりにも医療への配慮に欠けているので、元の点数に戻して欲しい。今回は食費の削除、今回は夜間、そのほかの多額な削除がされたため、今後十分な透析が行えず、人員の削減、給与のカット、夜間透析の中止になって行くものと危惧している。

③ ダイアライザーが β_2 -MGのクリアランスのみで分類されたことは残念である。今後は公平な第三者機関が同一の検査法と審査基準で判定し分類し直して欲しい。

④ シャントPTAについての統一が必要であり、またシャントエコーはカラードップラー加算を全例認め、保険請求は(350+200)とすべきである。

⑤ シャントPTAの現行保険点数3,130点はいかにも安過ぎる。せめて8,000点前後の新設をお願いしたい。

⑥ 最近、高齢透析者の増加とともに、認知症を伴った透析患者が著増している。現行の障害加算では対

応しきれないケアが増え、さらなる加算を要求したい。

⑦ 現在透析と合併症を一括して透析医療費として扱っているが、透析特有の合併症以外は他の疾患と同様に3割負担とし、透析医療費の引き下げを止めるべきである。

⑧ エポと時間の包括化は、透析の病態を無視した改定で、いずれ医療荒廃を招くと思う。

⑨ 透析審査の地域格差是正の要望。例えば、京都では、アルブミンや新鮮凍結血漿を使用しても査定されないが、神戸では出血性合併症があってもメシル酸ナファモスタットがすぐ査定される。このため、よく査定される薬剤、物品等、どの程度の使用、どういう病名であれば認められるかを統一して、透析医会としての指針を示して欲しい。

⑩ 透析医会として「尊厳死」の問題を議論していないと、患者増による診療報酬の引き下げが患者負担の増大と萎縮医療の増加を招くだけではと懸念している。

⑪ 透析液清浄化による貧血の改善は明らかであるので、透析液の細菌数やエンドトキシン値を報告させ、基準値以上の施設には加算の新設をして欲しい。

⑫ 透析医療費の引き下げが、深刻な透析医不足を招いている。透析医の高齢化が進み、現在の産科や小児科のように、将来腎不全を診る医者が激減してしまう危惧がある。

⑬ 透析の合併症が多様化する現状では、月14回の透析回数を増やすことが、医療効果が大きいと聞いているので、条件付でもよいから、算定上限を緩和して欲しい。

⑭ 高齢化が進み、早朝透析の需要が増加しているので、夜間・休日加算と同等の加算点数を新設して欲しい。

⑮ 透析時間区分による点数の復活と臨床工学技士に対する評価加算新設を要望する。

⑯ 緊急時ブラッドアクセス留置料の新設をして欲しい。