

第13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)

要旨

第13回透析保険審査委員懇談会を、平成20年6月21日(土)16:00~18:00、クオリティホテル神戸2階バレンシアで行った。出席者は54名で、事前に行ったアンケートのうち検討事項のみについて討論したので、その主な内容をここに報告する。同時に、この会議では未検討であったが、アンケート中の主な保険改定要望の要旨も報告する。

はじめに

例年申し上げているが、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る。したがって、お世話する(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、またその際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 検討事項

例年通り診療行為別に討論を行ったが、保険改定年に当たり、明確な適否の結論が出なかった事項もあり、討論経緯をできるだけ詳しく報告することにした。

1) 基本診療料

①「当院は一般外来診療時間を毎週木曜日1日と土曜日午後とを休診として届け出ていますが、透析は月曜日から土曜日まで毎日行っています。土曜日の夜

間・早朝加算50点は算定できるでしょうか？」

夜間・早朝等加算は、地方社会保険事務局に届け出た診療所が、午後6時(土曜日にあっては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く)にその診療所が表示する診療時間内において、初診または再診を行った場合に50点を加算するものです。したがって、この場合算定できません。算定できるようにするには、外来診療時間を外来維持透析時間に合わせて木曜日1日も土曜日午後も診療していると届け出て、なおかつ土曜日の午後透析の受付時間が正午を過ぎている必要があります。

②「生保と更生医療の併用請求について；更生医療の適応の範囲を決めるのが難しい？」

生保と更生医療の区分開始時点(平成19年4月)に、東京都と千葉市とで行政からの強い介入がありました。また、平成20年に入ってから沖縄県で同様に介入がありました。各地区の行政と地域の透析医会、日本透析医会と厚生労働省での話し合いで、原則は主治医の判断ということになっています。

ちなみに、上記の問題となった地域での行政の考え方、すなわち、障害者自立支援法の対象となる医療(更生医療)の範囲は、透析とシャント手術関連のみで、透析合併症の治療や透析の原疾患の治療は対象外とするものでした。たとえば、原疾患が糖尿病でインスリンを使っている、更生医療の対象外であるということでしたが、一方、二次性副甲状腺機能亢進症や腎性骨症のような透析合併症を、治療分野で区別するのはほとんど不可能なので、主治医の良識的な判断に

まかせるということになりました。

2) 医学管理料

① 「維持透析をしていた方が、一時透析を離脱して再度透析を開始した場合、(慢透)は再開してすぐ算定可能でしょうか？」

(慢透)は、導入後3カ月以上経過し、安定した患者で、定期的に透析を必要とする患者に算定するとなっていますので、離脱できた維持透析中は請求できなかったのでは？ また、今回は本当の維持透析でしょうから、3カ月経った時期からの算定ではないでしょうか。

ついでに導入期加算の算定方法について、皆さんの考え方について聞かせてもらいます。

たとえば、CAPDをやっていた方が、血液透析に導入された場合に、血液透析の導入加算がとれるか否か、また反対に血液透析をずっとやってきた方が、CAPDに導入された場合にCAPDの導入加算がとれるかどうかについて聞いたところ、とれないと審査しておられる県は少数で、とっていいですよと審査しておられる県のほうが多かった。

② 「本年4月改定より、(慢透)の保発に「同一の保険医療機関において同一月内に入院と入院外が混在する場合、または人工腎臓と自己腹膜灌流療法を併施している場合は、本管理料は算定できない。」という条件が付加されたが、このことは他院に腎不全以外の疾患(たとえば肺炎など)で入院し、透析だけは自院へ通院し外来維持透析を行った場合は、(慢透)が算定可能となったと理解してよろしいか？ またその場合、他院(たとえば精神科単科の病院)に長期入院中の患者が、自院に外来通院維持透析をしている場合も(慢透)が算定可能になったのか？ だとすると今までは人工腎臓の「2 1,590点」で請求していたが、当院にとっては外来維持透析なので、マルメの人工腎臓の「1 2,267点(4時間以上5時間未満の場合)」を算定してよいのか？」

他院に入院中の患者が、自院に外来維持透析に来ている場合は、今まで通り外来の包括点数も(慢透)もとれません。

今回保発に付加された条件は、同一の保険医療機関(特別な関係にある保険医療機関も含む)において、同一月内に入院と入院外が混在する場合ですので、他

院に入院中の患者が自院に外来維持透析に来た時は、出来高の1,590点だけの算定となり、(慢透)も算定できませんし、また検査も他の入院先の包括に入っていれば算定できないと考えられます。すなわち入院中の患者が退院して、外来維持透析患者となった場合に、(慢透)がとれるかどうかという縛りです。この場合1日でも外来になった場合、とれるかどうかという問題が生じますが、保発では1日だけ外来透析となり、その際、採血を行い必要な検査に基づいて指導管理を行った場合でもとれるというふうに読めます。すなわち、必要な検査に基づいた指導を明確に行っていなければ、(慢透)は算定できません。たとえば、週1回透析の患者で、月4回のうち3回が他院に入院中で、退院後自院に1回外来維持透析に来られた場合などがこの例に相当します。

今回、この付加された保発の趣旨は、透析施設側では外来維持透析患者が、同一月内に他院に2~3日入院していたのを知らずに、例月の透析と(慢透)とを算定してしまうレセプトが保険者の所に集まり、入院が混在するので(慢透)算定不可で返戻となり、保険者からの返戻の再審査請求が多数となったため、煩雑さ解消を目的としたものと聞いています。

③ 「医療機器安全管理料50点の算定できる生命維持管理装置とはなにかを具体的に教えてほしい。透析用監視装置や個人用透析装置は生命維持装置の中には入らないのでしょうか？」

保発に「生命維持管理装置とは、人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置(人工腎臓を除く)、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう」とあり、HD装置のほか、HDFおよびHF装置と自動腹膜灌流装置は対象となりません。

④ 「糖尿病合併症管理料170点を算定する場合、医師の経歴とはどういうものでしょうか？(たとえば、日本糖尿病学会会員であるとかでしょうか。)」

当該管理料を算定する専任の常勤医師の資格要件は明示されていませんので、自己申告でよいのでは！透析をやりながら一定の年数診療していれば必ず足病変の患者は診ますので、経歴はほとんどクリアできると思いますし、またそれ以上の条件はないのではないかと思います。

⑤ 「糖尿病合併症管理料の施設認定で、看護師の資格に研修を終了した者とあるが、いろいろ調べても

糖尿病セミナー等資格のとれる研修会等がない。医会で考慮していただきたい。」

以下の三つの研修が厚生労働省から提示されていません。

- ① 認定看護師 糖尿病看護（(社)日本看護協会）
- ② 認定看護師 創傷・オストミー・失禁（WOC）看護（(社)日本看護協会）
- ③ 慢性疾患看護 CNS プログラム：サブスペシャリティ糖尿病看護（コース設定されている看護系大学院）

⑥ 「介護老人保健施設に入所中の患者は、人工腎臓の2で算定することになっているが、通院してHDしていることに変わりはないと思うが、人工腎臓の2で算定するのはなぜでしょうか？」

青本（医科点数表の解釈 平成20年4月版）の1,452頁に「8人工腎臓等に関する留意事項について 介護老人保健施設の入所者について、人工腎臓の1を算定する場合には、エリスロポエチン及びダルベポエチンの費用は当該点数に含まれており、別に算定することはできない。」とありますので、平成20年4月より人工腎臓の1で算定可となりました。

3) 在宅医療
なし。

4) 検査

① 「慢透にまるめられていない検査を出来高請求できるのは当然ですが、摘要欄に施行理由を記載しているにもかかわらず査定されることがあります。特に同月に行った請求で社保はOK、国保はNGの場合には納得がいきません。なにか根拠があるのでしょうか？」

いつも出てくる難しい問題ですが、個々のレセプトを見てみないと回答不能です。また、国保と社保との格差や、各都道府県の格差が存在することに対する正答は不明です。

② 「シャント血流状況を知り、PTAの適応を判断するために超音波（カラードップラー）による検討は有効不可欠と考えて、指針に従い「D215超音波検査2断層撮影法 ロその他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）350点、パルスドプラ法200点加算計550点」で請求しているが、予告なしに査定されます。全国的にはどうでしょうか？」

全国的に「D215の4ドプラ法 イ末梢血管血行動態検査 20点」です。

③ 「低酸素血症の患者に1日何回までの血液ガス分析が認められるのでしょうか？」

ICUなどの場合は、必要に応じてと考えていますが、酸素吸入もなしにこの検査だけがされている場合は査定されるかもしれません。酸素吸入しながらの透析では、常識的範囲内の回数であれば査定されないと思います。

④ 「シナカルセット塩酸塩の投与開始後3カ月間は、月に2回以上i-PTHを検査した場合、出来高で1回ずつ算定できますが、投与開始日をレセプトに記載する必要がありますか？」

投与開始日が記載されていたほうが審査には便利ですが、義務ではないようです。検査を2回以上実施したということレセプトへ記載する必要もないと考えます。

⑤ その他、例年繰り返し出てくるHBsAbの査定問題や、末梢血液一般検査とCRPの回数および画像診断等については、第12回までの報告と重複するので割愛した。

5) 投薬・注射

① 「レグパラとオキサロールの併用時に、オキサロールの使用が制限される条項（i-PTH<150pg/ml）はそのまま生き続けるのでしょうか？」

生き続けるとは考えます。しかしi-PTH検査結果を記載する必要はないと考えます。医師の裁量権ということで、あまり機械的に余計なことは書かないほうが良いと思います。

② 「ペンレス使用を特定保険医療材料費一括として査定されました。県によって見解が異なるのですが、どうなっているのでしょうか？」

ペンレスの請求を手術の項で請求すれば、まったく問題がないと考えます。請求は2枚×13とするべきかと思います。また処方する薬剤ではないので、院外処方箋でペンレスを出しても通らないと思います。

③ 「ペンレスを4枚使用した場合、2枚にB査定されてしまう。3枚以上使用の場合はコメントが必要でしょうか？」

やはり3枚以上は必要性をコメントするべきだと思います。

④ 「透析患者の場合、血圧の薬が規定の量以上になることがよくあるが、注積がないと削られる。いちいち注積がないといけないでしょうか？」

薬事法承認事項に適宜増減という条件がある場合、1.5倍から2倍程度の量までを認めるところは多いと思います。しかし薬事法承認事項で最大〇〇までという薬剤は、これを超えての請求はコメントで良しとされる場合とやはり査定とされる場合があります。

6) 処置

① 「透析の時間区分が復活しましたが、レセプトに透析時間を記載する必要がありますか？」

レセプト上に時間の記載は不要となっております。ただしそれぞれの県で異なり、記載が必要とするところもあるかもしれません。

② 「人工腎臓の回路を通して行う注射料は算定できないが、抜針後で回路を通してない旨のコメントを記載しているのに点滴の手技料が査定されることがある。対策は？」

透析中にできなかった理由などを詳記することが必要かもしれません。ただし、透析中に注射し忘れたから等の理由では通るかどうかわかりません。

③ 「ECUMを2~3回して、同月内に血液透析を開始した場合、導入期加算は血液透析を開始した時から1カ月算定して良いのでしょうか？ レセプトにその旨コメントが必要でしょうか？ またこの場合の(慢透)算定は、血液透析を開始してから3カ月経ってからの算定になるのでしょうか？」

導入期加算は、その後維持透析が必要となった時点から1カ月となっており、ECUMが定期的実施され、引き続き透析が定期的実施された場合は、最初のECUMからの算定になります。(慢透)算定についても同様にECUM開始後(導入後)3カ月経ってからです。この際、ECUMも透析として算定するのは了解されておりますし、導入期加算の請求は、導入年月日の記載が望ましいと考えます。

④ 「更生医療もなく、身体障害の証書も持っていない(長)のみの方が、同月で外来では透析をしていたが、入院になってから患者が勝手に透析を中断した場合、入院は透析がないため(長)扱いにはならないのでしょうか？」

同一レセプトに透析がない場合は、(長)での請求は

してないようです。ただし、透析を行っている施設で、白内障手術などの短期入院で透析を伴わないレセプトでは、その旨のコメントがあれば(長)扱いになるようです。

⑤ 「J038-(6)の規定により、「1月に15回以上人工腎臓を実施した場合は、15回目以降の人工腎臓は算定できない。ただし、薬剤料(透析液、血液凝固阻止剤、エリスロポエチン、ダルベポエチンおよび生理食塩液を含む)または特定保険医療材料は別に算定できる」となっているが、ここでいう15回目は次のどちらでしょうか？」

① 暦日に従って数えた15回目。

② 定期の人工腎臓の施行に追加して行った分。

ちなみに①と②では薬剤の用法上、算定の適正さに差が生じることがあると思われませんか？」

②と考えます。週3回透析の月当たりの回数は暦上14回が最大ですが、肺水腫等止むなく頻回透析を必要とする場合のためにつくられた保発ですので②となります。①とした場合、作為的に15回目以降にエリスロポエチン等を算定することもできて、適正さに差が生じることになります。

7) 手術

① 「血栓除去術中にカテーテルのバルーンが破れ、1回の手術に2本のカテーテルを使用した場合、2本とも請求可能ですか？」

黙って2本までは可とする県と、コメントがあって可とする県があるでしょう。高価なものですので、コメントがあったほうが望ましいと思います。

② 「内シャント造設術(動脈形成術)時にアビテシントを使用したところ査定されました。現在再審査に提出中ですが、全国的にはいかがでしょうか？」

微繊維性コラーゲンはかなり限られた部位での使用となっております。末梢血管を用いる内シャント手術が適用となるかは疑問です。

2 要望事項

保険改定されたばかりであるにもかかわらず65件の要望事項があった。貴重なご意見なので、この会の出席者にはまとめや省略をせず、たとえ内容が重複していても全文を配布した。しかしここでは紙面の都合上一部掲載となったことをお許し下さい。

- ① 今回のダイヤライザー引き下げは異常で、回路代を入れると逆ざやになる。次回改定での善処を望む声が一番多数あった。
- ② 現在の医療費抑制政策は医療崩壊を招くものであり、即刻見直しをしてほしい。
- ③ 透析全体での診療報酬の引き下げをこれ以上続けると人件費や設備投資に重大な影響を及ぼし、健全な医療サービス提供ができなくなるので下げ止まりとしてほしい。
- ④ 次期改定では、包括点数中のエリスロポエチンの値下がり分が引き下げられることは確実です。今から対策を考えておく必要があります。
- ⑤ 看護師や臨床工学技士の確保が大変厳しいので、せめて祝祭日加算だけでも300点から以前の500点に戻してほしい。
- ⑥ 夜間透析加算が500点から300点に引き下げられたことにより、夜間透析を縮小する施設が増加している。患者の社会復帰を支援する意味でも元に戻してほしい。
- ⑦ 透析患者の高齢化により介護の必要度が増加し、人手がかかるようになってきているので、なんらかの対策をしてほしい。たとえば、送迎加算とか看護必要度に応じた加算とかの新設を希望する。
- ⑧ 月内透析回数（現状月14回まで）の緩和を要望する。
- ⑨ 採算が合わないのでPTAの点数を上げてほしい。
- ⑩ 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル設置手技料の新設要望。
- ⑪ 特定保険医療材料について、特に高価な医療材料（PTAバルーンカテーテル、人工血管等）のコストの低減化を要望する。
- ⑫ CAPDカテーテル抜去術の手術項目と点数設定してほしい。
- ⑬ 人工腎臓の2も時間区分復活すべきではないか。
- ⑭ オンラインHDFに対する人工腎臓の加算点数の要望。オンラインHDFには設備と管理を必要とし、また消耗品やエンドトキシン測定のコスト等もかかるので保険適応の際考慮してほしい。
- ⑮ 一般クリニックでは対応できない透析患者の重症患者加算の新設。