

第16回透析保険審査委員懇談会報告

太田圭洋

要旨

第16回透析保険審査懇談会を平成23年6月17日(金)19~21時、パンパシフィック横浜ベイホテル東急、アンバサダーズボールルームで行いました。事前に行ったアンケート(検討事項:47件,要望事項など:58件)のうち主な討論内容をここに報告します。

はじめに

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ます。しかし、この会はお世話する(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きます。

1 検討事項

例年通り診療行為別に討論を行いました。なかには明確な適否の結論が出なかった事項も多く、その場合の討論経過をできるだけ詳しく報告します。なお、①②…はアンケートに書かれていた内容です。

1-1 基本診療料

(1) 自立支援医療関連

- ① 生活保護患者の自立支援医療の該当になる、ならないの明確な基準がほしい。
- ② 更生医療の対象、対象外の判断基準があいまい

で、「医師の判断」ということですが、査定され、返戻が来る、更生医療、マル長、身障者医療の負担金がレセプトにうまく表示されないので一本の公費にまとめてほしい。

- ③ 生保と更生医療の併用の請求が難しく、判別しにくいものもあり、手間がかかるので整理してほしい。

[討論内容] 従来、文書で出されている透析関連分とは、透析そのものとシャントに係わる項目だけで、合併症治療などは障害者医療(更生医療)の対象とならないとされています。それでは患者や施設にとって不都合なことが多すぎるため、主治医の良識的な判断に従って分類するというので、日本透析医会と厚生労働省の間では了解が取れています。

実際には、風邪など、ごく限られた項目(たとえば転倒打撲部位に対するシップ)のみを、医療扶助(生保)として請求することが多いと認識しています。

この議論に関しては過去の保険審査委員懇談会で何回か議論してきました。医会雑誌 Vol. 23, No. 3, p. 357 もご参照ください。今年もある県で、この問題が再度問題になったとの報告がありました。

(2) その他

- ① 療養病棟入院中の患者が必要があつてオキサロール注等の注射薬剤を使用した場合、包括されている注射薬剤とのことで減点となった。オキサロール注に関しては透析患者にしか使用しない薬剤なのに、人工腎臓の処置にかかる薬剤としては認

めてもらえなかった。

[討論内容] 療養病床入院基本料は、薬剤に関しては、抗悪性腫瘍薬および疼痛コントロールのための医療用麻薬以外の薬剤は包括しているとされており、透析関連では、純粹に処置に伴うとされる、透析液、生食、ダイアライザー、ESA 製剤以外の薬剤についての請求は認められていません。ほとんどの県では、ペンレスおよびネオヨジン等の消毒薬までは認めていますが、Vit D 製剤、昇圧剤、鉄剤も包括されている薬剤と判断され認めていません。なお、これを人工腎臓処置に関する薬剤と定義すると、外来包括点数に入る可能性があります。

1-2 医学管理等

(1) 慢性透析患者外来医学管理料（慢透）関連

- ① 慢性維持透析患者外来医学管理料の中で、シナカルセット塩酸塩の初回投与から3カ月以内の患者に対するCa、Pの検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月2回に限り別に算定するとありますが、一旦中止し、再開した時も再開3カ月以内なら算定できるのででしょうか。
- ② 透析の請求における「慢性維持透析患者外来医学管理料」外の認められる検査に関し、「PTH 検査は、月2回以上実施する場合においては当該2回目以後の検査について月1回に限り慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する」とある。パルス療法に関してPTHは月1回で十分コントロールできると考えるが、できれば1回目より別に算定できるようにご配慮いただきたい。
- ③ PTHの検査で、1月に3回以上実施した場合、詳記を入れても2回までしか認められていない。

[討論内容] ①については認められそうですが、②については慢性維持透析患者外来医学管理料から外すということで、なかなか困難と思います。③はPTx術直後など特殊な病態と考えますが、現在のルールでは、1回は出来高、2回以上は包括ということです。

ちなみに、繰り返しますが、PTHは、月2回以上測定している場合、月1回分が請求できることになっています。月1回しか実施していない場合は慢透に含まれ請求できません。1回しか実施していないにもかかわらず、別に請求している場合は、指導時などで判

明すると、過剰請求として自主返還の対象となることでしょう。

(2) 特定疾患療養管理料

- ① 透析患者では特定疾患療養管理料（225点）は算定不可と聞いておりますが、慢性維持透析患者外来医学管理料（2,305点）が算定できない月（導入初期または同一月内の同一医療機関入院）なども、特定疾患療養管理料は算定できないのでしょうか。また、特定疾患処方管理加算（18点）も算定できないのでしょうか。（※主病を●慢性腎不全●高血圧症等の場合）
- ② 透析患者の特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算の査定は透析治療をしているためか。
- ③ 透析導入が月の途中になった場合、その月の透析導入前診療日の特定疾患療養管理料が減点になった。腎不全以外にも特定疾患の主病名があったので基金に問い合わせたが明確な減点回答がなかった。

[討論内容] 慢透と㊦（特定疾患療養管理料）に関しては、ルール上は併算定可能です。某県での指導時に、一旦併算定不可という決定があり、その後可能とする見解が示されました。併算定は可能という見解は、厚生労働省から出ています。

③の、保存療法期の高血圧を主病とする算定は、問題ないのではと思われます。

透析患者の特定疾患療養管理料と処方加算については、平成18年の審査委員懇談会で議論されました（詳しい内容は日本透析医学会誌 Vol. 21, No. 3, pp. 399-400 をご参照ください）。当時の見解では、最終的に各県の判断および各施設の判断にゆだねることとしており、今も変わっていません。

この問題を要約すれば、透析をうけている慢性腎不全と高血圧ではどちらが主病か、あるいはどちらも主病かという問題で、各県の委員会や審査員個人の考えにより異なるということです。最近、某県の指導で、透析を受けている患者では一般的に慢性腎不全が主病で、㊦の算定は不可という結果が出たということを知り及んでいます。

今年の懇談会での確認では、数県で㊦の算定はできないとされているようですが、多くの県では、透析患者に対しての㊦の算定は認めているということで

した。

1-3 検査

- ① HBs 抗原, HBs 抗体価の同時算定にて査定されました。
- ② 院内感染防止のため, 当院では年1回 HBs 抗体, HBs 抗原, HCV 抗体価と合わせ, HBc 抗体価検査を実施している。慢性維持透析患者外来医学管理料の注) 2・リには HBs 抗体価はまるめの対象に明記されていないが, 査定減点される。HBc 抗体価もまるめの対象となるのでしょうか。
- ③ 他院より転院してきた時, 感染症検査 (C 型肝炎・STS 等) を実施したところ査定された。いつの時点で感染したかは大切なことで, 査定されることのないよう要望してほしい。
- ④ 厚労省感染マニュアルには HBc 抗体も定期的に検査するようになっているが, 査定される。コメントを書くべきか。
- ⑤ 透析開始の血液型が査定された。

〔討論内容〕 懇談会に参加の先生から, HBs 抗原マイナスで HBs 抗体もマイナスの症例で HBc 抗体が陽性の患者が, 全透析で2割くらいいるとの発言もあり, 一部の県では, 年1回の HBc 抗体がスクリーニングで出てきても通しているとのことでした。ただ, 多くの県ではスクリーニングとして実施する HBc 抗体は認めていないとのことでした。

医会の院内感染予防マニュアルに HBc 抗体の検査が勧められてはいますが, マニュアルは, できる限り保険診療に見合った形で作成されますが, 現実的には保険診療の適応とならない部分も存在します。

肝炎ウイルス関係の保険上の取り扱いでは, 肝臓の専門の先生方が, 各県の支払基金でのルールを決めておられる場合が多いという印象でした。

初診時の HBs 抗原, HCV 抗体, TPHA は, 社保では申し合わせにより, 全国どこでも可とされています。体外循環を必要とする透析治療では, 初診時の血液型は当然請求可だと思われま

- ⑥ 定期スクリーニング検査については, 病名・コメントがなくても算定可としてほしい。
- ⑦ 慢性維持透析患者医学管理料に包括されていない検査について注釈が必要とあるが, すべての検査に必要か, 疑問である。

- ⑧ 慢性透析患者外来医学管理料に含まれない検査のコメント記載は不要にして欲しい。例えば糖尿病の病名があるのにコメントに糖尿病のためと記載する必要があるか。

〔討論内容〕 多くの県では, コメントよりも病名のほうが優先すると考え, 病名で理解可能なものに関しては, 査定はしていません。ただ, 必要性を摘要欄に記載することは, 平成16年2月の保医発 (いわゆる課長通知) で示されており, 最近, 保険者再審でコメントがないことが指摘され, その場合には査定せざるをえないとの意見もありました。全体としては, コメントはつけておくほうが無難であるという印象でした。

- ⑨ シヤント狭窄の診断のための造影撮影後, PTA 術を施行。施行中の造影撮影が査定されますが, 一連の流れと判断されてでしょうか。

〔討論内容〕 透視診断料は認められませんが, 造影剤使用撮影は, 実際に撮影が行われていれば認められると考えます。特に PTA は内シヤント血栓除去術あるいは血管結紮術が準用されますので, この場合の造影は請求可です。

- ⑩ シヤントエコーで血流評価をしておりますが, パルスドップラー加算が認められないのはなぜでしょうか。

〔討論内容〕 厚生労働省は, 通常の透析時の観察や, 触診などで, 血流量の評価は可能と考えているようです。なおシヤントエコーは, 「D 215 の4 ドプラ法 イ 末梢血管血行動態検査 20点」で十分という見解のようです。

ただ, 手術が実施された場合に, 画一的でなく症例を選んでエコー検査が実施され必要性がコメントに記載されているような場合, 認めるという県が半数ほどありました。

1-4 投薬・注射

- ① 血液透析中の注射薬投与について, 人工腎臓「1」の場合, 生食, ぶどう糖液等は別に算定できないと青本にありますが, 粉末の薬等を溶解する場合は別に算定が認められると思います。イノバン等の微量注入が必要な薬剤やフエジン, パルクス等緩徐に注入したほうがよいと効能書きに書いてあるものについては, 溶解や希釈用の生食等を

別に算定しても良いのではないのでしょうか。

〔討論内容〕 透析中における透析が関連した血圧低下などの合併症では、電解質補液などは包括となり別々に算定はできませんが、薬剤の投与に伴う希釈に必要な薬剤は、別に算定できると考えます。平成6年の透析液等が包括された診療報酬改定に際し、日本透析医会からの質問に対する医療課担当官の回答では、低血糖改善のためのブドウ糖液や抗生剤などの溶解に使用した溶解液を別途請求できるとしています（透析医会ニュース 94-1）。そのさい、投与の必要性がレセプト摘要欄に記載されているほうがわかりやすいともされています。

- ② 透析時低血圧症の病名で、透析毎にサヴィオゾール輸液 500 mL 使用しています。効能書きには長期連用を避ける（できるだけ短期間投与にとどめ5日以内）と書いてあります。生食等で対応できない場合、低分子デキストラン等の使用は、5日くらいの短期間であれば認められるのでしょうか。

〔討論内容〕 低分子デキストランは、適応として、（急性出血、急性大量出血）の代用血漿、（外傷、熱傷、出血）の外科的ショックの（予防、治療）、手術時の輸血量の節減、手術中の（体外循環灌流液、併発症の危険を減少）とされています。透析毎に透析低血圧症に対して認めている県はありませんでした。

- ③ 腎性貧血に対するエリスロポエチンだが、現在包括されている。ネスプは週1回投与として保険上使用できるが、同じようにエポジン 6,000, 9,000, 12,000, 24,000 単位も透析患者に使用したいが、包括化されており薬価の問題はないか。適用病名が腎不全（透析前）等のため使用しにくい面があり、取扱いが難しい。
- ④ 腎不全病名なしで腎性貧血のみの病名で EPO 製剤の使用は認めるか。

〔討論内容〕 エポジンに関しては、薬事法上の適応は血液透析では 3,000 単位製剤までとなっています。ただ維持透析レセプト上は包括化され現れませんので、施設の自己責任での使用は可能と考えます。HDF 等で出来高算定される場合には、以前はコメントがあれば1回 4,500 単位まで認めていた県もありましたが、現在は、ESA 製剤としてネスプやミルセラが使用可能になってきているので、そちらを使用するよう指導しているとのことでした。

腎性貧血は ESA 製剤投与に必要な病名と考えますが、慢性腎不全も透析患者には必須の病名と思われる。現在こうした病名がないために、保険者からの再審請求が急増しています。

- ⑤ 処方せん料は、国保のみ1月に9回以上は「B 過剰と認められるもの」との理由で減点される。

〔討論内容〕 実際に必要で実施した場合には認められるべきものと考えます。ただし定期投薬を分割投与し、処方回数が増加することは問題と認識しています。とくに分割処方により一度に処方する薬剤を7種類以下とし、減点を免れるというやり方は、指導時に発見されると厳しい処置がありそうな気がします。ただ、出席された委員の方からは、ある都道府県では9回以上で一律査定されているとの情報がありました。

- ⑥ 皮膚そう痒症に対して抗ヒスタミン薬・エバステル OD (5 mg) 1錠/日とレミッチ (2.5 μg) 2 CP/日を処方していましたが、保険適応内投与量にもかかわらず、レミッチ 1 CP/日しか認められなかったことがありました。高価な薬剤であることは理解していますが、投与量が保険適応内にもかかわらず、保険請求で切られたことが納得できません。

〔討論内容〕 実際に必要で実施した場合には認められるべきものと考えますが、初回で 2 CP は認められないという県は多かったです。今回の例が初回かどうかは不明です。

1-5 処置

- ① 慢性腎不全急性増悪に対する透析導入について、慢性腎不全患者の急性増悪時に一時的に透析導入（1カ月程度）となる場合がある。この場合、手技料の算定は「J038 人工腎臓（2 その他の場合）」でよいのでしょうか。

〔討論内容〕 そのとおり（J038-2）と考えます。なお関連質問として、導入期加算が急性増悪の時にとり、一度離脱し、再導入になった時の2回目も導入期加算をとっている症例での保険者再審請求があった例があり、その場合、最初の月のものを査定するのが正解というのが議論の結論でした。

- ② 透析患者の止血困難ケースにスポンゼルの使用は可能か。
- ③ スポンゼルの使用は認められますか。最近ワー

ファリン等の抗凝固薬を使用している高齢者が増えており、ヘパリンをフサンに変更しても内シャント穿刺部位が止血困難なケースがあります。トロンビン使用でも止血困難な場合、スポンゼルの使用は認められないでしょうか。

〔討論内容〕 画一的ではなく、コメントがある場合は多くの県でスポンゼルの使用を認めているとのことでした。ただ、透析止血時のスポンゼルに関しては、現在、ある県で問題になっており、国保で全国的に調査が行われるとの情報がありました。薬事法上では適応と考えることは難しいものの慣例的に多くの県で認めてきたという状況であり、今後の状況がどうなるかには注意していく必要があります。

- ④ サブラッド血液ろ過用補充液の使用料について、国保の中央審査では上限8Lで査定されておりますが、持続緩徐式血液ろ過等で長時間使用する場合等8Lを超えて使用する場合もあります。効能書きには1回のろ過型人工腎臓治療では15~20L、透析型人工腎臓と併用する場合5~10L使用すると書いてあります。1回8Lが限度でしょうか。

〔討論内容〕 2県で、HDFの場合8Lを上限として対応しているとのことでした。10年ほど前に監査が入ったさいに、8L以上の使用に関して返還させられる例があり、以後、その県では8L上限で対応しているとのことでした。ただ、それ以外の県では薬事法の承認上限まで認めているとのことでした。

- ⑤ ペンレスは透析を開始する数時間前に貼っておく必要があるため、事前に処方して患者に持ち帰ってもらう必要がある。そのため、外来にて処方することになるが、処置薬として請求（算定）するために院外処方箋などによる複数日（14日分など）の処方ができずに他の薬（内服薬など）と処方箋を分ける必要が生じている。内服薬は院外処方、ペンレスは院内処方として対応し、ペンレスの算定は透析の都度、その日分を処置薬として算定しているため、処方枚数を覚えておく必要がある。ペンレスについて外用薬として請求（算定）できることにより院外処方箋などが可能になるようにしてほしい。

〔討論内容〕 現在、処置に伴う薬剤として請求するようになりました。外用薬としての算定は不可と考えます。処置での請求は根拠が不明で、日本透析医会と

しては正して行きたいと考えます。

- ⑥ ひと月14回超えのHDの0点手技に対して、またHD・CAPD採用の0点手技に対して、休日、時間外加算の算定はいいのか。

〔討論内容〕 手技料（人工腎臓）の加算点数ですので、認められないと思われま。

- ⑦ 人工腎臓は月15回以上行った場合、薬剤料も査定された。再審査請求で復活したが。

〔討論内容〕 15回以上の場合、手技料は認められないものの、薬剤とダイアライザーは認めることになっています。ただ、この問題の議論で15回目以上の透析の時にESA製剤を使用し、それが請求された場合に、どのように扱うかに関して議論されました。

例えば、週4回透析を施行している患者で月18回透析が実施された場合、15回目以降に週1回投与のネスプ等が使用されることがあるわけですが、そのESA製剤の請求を認めるかという問題です。現在、透析日をレセプト上に記載することになっており、透析回数は暦日で前からカウントすることが青本で示されていますので、理論上は手技料が請求できない15回目以降でも、使用薬剤であるESA製剤は請求できるということになります。ただ、当然それまでの14回は、ESA製剤のコストを含んだ包括点数で請求されているわけだから、認める必要がないという意見もありました。

これに関しては、各委員の意見としては認める、認めないが半々というところでした。施設全体で画一的に請求してくるような、悪意を感じるような例に関しては認めないという意見や、今後ミルセラが出てきた場合に関しては、月の初めに使用すればいいのだから、当然認められないという意見がありました。

- ⑧ 大腸穿孔で手術後PMXを2日連続で施行した方が縫合不全、壊死等でショック状態になった場合、再度PMXを実施してもよいか。

〔討論内容〕 詳記により、審査委員が判断することになると思います。現実的には一連か、一旦治療後改めて新しい病態と見るかによります。ただ参加した委員の多くは、詳記がいろいろ書かれていても再度のPMXを認めるのは難しいということでした。

- ⑨ 人工腎臓を「その他の場合」で請求したときに、詳記を入れても透析液やエリスロポエチン・生理食塩液を減点されることがある。

〔討論内容〕 詳細不明ですが、当然認められるべきものと考えます。

- ⑩ 血液凝固のため、ダイライザー 2 本使用はコメントを付けても査定される。認めてほしい。

〔討論内容〕 ある県ではコメントがあれば認めているということでしたが、ほとんどの県では認めていないということでした。

1-6 手術

- ① PTA について 前腕→608・3「内シャント血栓除去術」3,130 点、上腕→K 616「四肢の血管拡張術」15,800 点、部位を入力してこのように打ち分けているがいいのでしょうか。
- ② 内シャント設置術のさい、血栓除去用カテーテルを使用した場合、病名またはコメントが必要か。
- ③ シャントの血管拡張術を行っても、血管結紮術に査定されるのはなぜか。
- ④ 「血管拡張術」がなぜ「血管結紮」になるのか疑問。
- ⑤ 内シャント血管拡張術について、血管結紮でも血栓除去でもない症例がある。(バルーンカテーテルを用いたら血栓除去と理解していいのか)。

〔討論内容〕 シャント PTA は、部位とは関係なく、内シャント血栓除去術の準用として疑義解釈が出ています。ただ、都道府県により、胸郭内に関して K 616 で認めている都道府県はあるようです。上腕で K 616 を認めている県があるかは不明です。

なお、内シャント作成時の血栓除去用カテーテルの算定に関しては、愛知県ではコメントなしで認めています。保険者再審では問題としてくることも少なくありませんが、血栓除去後にシャントを作成したり、いったん血流を遮断するため、血流再開にさいして血栓除去が必要という理由で、査定することはありません。

- ⑥ 昨年の懇談会で結論が出ませんでした。血栓除去術と新規内シャント設置術を同日に行った場合の請求方法を明示してほしい。

〔討論内容〕 昨年、シャント手術時の同一視野という概念が議論されました。同じ日に連続で同じ上肢にシャントの手術を 2 回行った場合(例えば、内シャント血栓除去を行ったが開通せず、内シャント再作成を続けて行った場合)、多くの委員の先生は、同一視野であるので、高額であるほうの内シャント設置術の点

数しか請求できないという解釈でしたが、ある先生が、数センチでも手術視野がずれていたら、両方とも請求できると言われた先生がおられました。しかし、これに関しては多くの先生は認めていないという結果でした。

また、同一日に左上肢の血栓除去が失敗し、右で新規に内シャント設置を行った場合に関して、一部の県では、左の血栓除去が失敗しているのだから、右の内シャント設置術しか認めていないという意見がありました。ただ、これに関しても診療報酬は成功報酬ではないので、両方とも必要性のコメントがあれば認めているという県が多かったです。

さらに、同一日に、まず内シャント血栓除去(または PTA)を行って、その後透析を回すが、再度詰まってしまうと、同じ腕で内シャント作製を行った場合、すなわち同日、同一視野ではあるが、二つの手術の間に透析を回すような時間が空いている場合に、どのように取り扱っているかに関して議論されました。この例に関しては、認めていいのでないかという意見が多数でした。

しかしながらシャント手術の請求に関しては、各県でさまざま取り扱いが異なるということがわかりました。ある県では、1 月に 1 回のシャント手術しか認めていないというところがあることもわかりました。

2 要望事項

今回も 58 件という多数の要望がありました。以下に診療行為別に要旨を記します。

2-1 基本診療料

- ① 入院中の患者が他科受診で入院基本料の 30% カットは納得できない。総合病院ではないので、入院中の患者は眼科等の受診が必要。30% カットされるのであれば、診療情報提供料 250 点は算定できるようにしてほしい。
- ② 透析のクリニックで一般病床の場合、1 日の入院基本料が低すぎます。外来で急変して入院する場合、これが長期になる場合(軽度→中度)病院がとってもらえない場合が多く、やむなく入院しています。このままでは病棟は止めざるをえなくなり、透析クリニックの場合、外来のみでは、診療は続けられない。

- ③ 療養病棟入院基本料に包括されている皮膚科軟膏処置を算定できるようにしていただきたい。
- ④ 療養病棟入院基本料を算定している患者で、人工腎臓に係る注射薬剤（オキサロール注等）は処置にかかる薬剤料として認めてほしい。
- ⑤ 診療報酬の改定とは少し異なりますが、DPC病院での「人工腎臓，その他の場合」についてもご検討いただきたいと思います。DPC病院でも人工腎臓が出来高算定できるようになったのですが、まったく透析を想定しない病名（整形外科疾患など）での入院手術の場合、「人工腎臓，その他の場合」は基本の点数1,580点を算定するのみで、ダイライザーも算定できず、薬液も算定できません。慢性維持透析のほうが点数が高く、ダイライザーも算定できます。手術などの管理を行う「その他の場合」のほうが点数が低いという矛盾を感じています。この件もご検討いただければ幸いです。

2-2 医学管理料

- ① 透析に伴わない病気に対して服薬、栄養上の指導を行った場合、特定疾患療養管理料が算定できてもいいのではないかと。

2-3 検査

- ① エリスロポエチンの使用により腎性貧血の治療が可能となり輸血の頻度が減っているが、HBs抗原 HCV抗体陽性が時々みられる。過去に報道されたようにウイルス（肝炎）感染等の危険があり、定期的に肝炎ウイルスをチェックする必要があると思われる。定期的に肝炎ウイルス HBs 抗原、HCV抗体の定期的スクリーニング検査を無条件で認めていただきたい。

2-4 投薬・注射

- ① 透析患者に合併症も多く、治療に多くの内服薬を必要とするため、7種類以上の投薬で、薬剤料が90/100減算、処方料13点減算あるいは処方せん料28点減算になってしまう。とくに透析中の糖尿病患者および高血圧症患者については除外規程を設けてほしい。入院患者におけるESAの包括は厳しい。

2-5 処置

(1) ESA 製剤

- ① エリスロポエチンを算定できるようにしてほしい。
- ② エリスロポエチン製剤、患者によってはネスプなど60 μ g、80 μ gを必要とする人がいます。高額であるため、診療報酬に多大な影響があります。ネスプ、エボジンの使用量の多い人（一定の量以上の人）は算定できれば助かります。
- ③ 平成22年4月以降、入院中の患者に対しても慢性維持透析を行った場合（その他の場合を除く）包括という扱いになった。入院加療を行う必要がある患者であるのに、エリスロポエチン・ダルベポエチンについては処置料に包括されてしまうのはいかなるものか。入院患者に関しては以前どおりの算定方法がよいのでは。

(2) 障害者加算

- ① 透析中に血圧低下があり処置する患者（透析時低血圧症患者）について、「障害者加算」の算定を認めてほしい。
- ② 介護が必要となっている高齢の透析患者について、「障害者加算」の算定を認めてほしい。
- ③ 透析患者の高齢化が進み、看護においても外来透析中の対応が難しくなっている。このことを踏まえ、看護体制加算を外来透析にも導入できないでしょうか。
- ④ 高齢化に伴い認知症患者が増えている。障害者加算とは別に認知症加算を創設していただきたい。
- ⑤ 長期合併症患者や高齢の患者が増えているので、障害加算の項目を増やすか、加算点を検討してもらいたい。

(3) 夜間加算

- ① 夜間、休日透析に対する点数アップが無いと今後当院も含め多施設で行わない（行えない）状況になると考えます（マンパワーの不足、医療従事者の疲弊、経営困難、他にて）。
- ② これ以上、透析治療における診療報酬が下がらないようにしてほしい。特に夜間透析を行っていますので夜間加算が減ったり、無くなったりしないようにしてほしい。

③ 夜間、休日透析の加算の増点を希望します（夜間や休日でも、昼間・平日と同じ業務内容であるため）。

④ 「時間外又は休日加算」を維持して欲しい。

⑤ 夜間透析における「時間外又は休日加算」について、始まりが17時からではなく16時から算定できないか。当院では夜間の患者は16時から17時に来院し、21時まで終了するため、夜間体制でチームを組んでいるにもかかわらず加算点数がとれない。

(4) 水質確保加算

① 透析液水質確保加算の点数が低すぎる。

② 透析液水質管理加算の点数を継続していただきたい。

(5) HDF

① on-line HDFの点数が低すぎる。

② on-line HDFの点数設定。

③ on-line HDFの保険適応に対する適正な点数設定を、急務！！です。

④ HDF療法に加算点を付けて欲しい。

⑤ 今年度、on-line HDF承認機器導入を予定しておりますが、現在の診療報酬について検討いたしますと、off-line HDFに比べて非常に厳しいと思われました。透析液水質確保加算10点では、定期的な透析液の検査費用を賄うにも十分ではありませんが、さらにon-line HDF機器に付随するエンドトキシンフィルターを定期的に交換する費用が診療報酬にはありません。次期診療報酬改定の要望にもなりますが、on-line HDFの場合には、「人工腎臓、その他の場合」より高い診療報酬を算定できるようお願いいたします。

(6) 時間区分

① 透析時間区分のさらなる見直し（5時間以上も）。

② 透析時間区分、夜間休日加算の現状維持をお願いします。

(7) フサン等

① 維持透析患者がフサン透析をせざるをえない場

合、透析その他で算定を考慮してほしい。

② フサンも後発品が出ているので、今までのようにまるめを開かないといけないような請求法でなく、自由に使用させて欲しい。日数も限度も設けずに、低分子ヘパリンも同様。

③ 高額な薬剤の包括化からの撤廃。

④ フサン透析の出来高算定（2その他）の条件を緩和して欲しい。

(8) 透析回数

① 心不全などで14回/月を超えて透析に入る場合の加算を希望します。

(9) 点数全般

① 地方の個人病院での透析治療は、患者の高齢化や長期治療患者の増加に伴い、介護の必要性が高くなっている。また、安全な治療のための患者や環境の管理事項も増えている。安心・安全で治療の質を担保する診療を目指せるよう下記の診療報酬の増点と加算の追加を要望します。人工腎臓、慢性維持透析患者外来管理料、人工腎臓用特定保険医療材料の材料価格（1）ダイアライザー、エリスロポエチン製剤包括の廃止、別途加算の追加。

② 透析手技本体の点数に生食の費用が包括されていますが、生食が値上がりしているにもかかわらず、本体点数が下げられるのは厳しいので改善を要望致します。

③ 透析手技点数アップを望みます。以前と比べ、透析医療機器の高度化、また生活習慣の多様化による透析開始時間のバラつきからのスタッフ負担増を考えると、点数アップが望ましいのではないかと。

④ これ以上、下げないでほしい。

(10) 食事加算

① 透析時の食事について、支払いが難しいとすることで食事を摂らない患者さんが散見されます。せめて、半額の30点ほどでも加算点があればと思います。

(11) その他

① 急性血液浄化療法で、トレミキシンを2時間以

上やると効果の上乗せが期待できるが、フサンが2時間迄しか使用できない。HFでサブラットの制限があるが、もっと high flow にしたい症例がある。

2-6 手術

(1) シェント PTA

- ① 透析シェント狭窄に対して、PTA バルーンカテーテルを用いて行う「経皮的血管拡張術」を評価してほしい。
- ② 血管結紮術だけではなく、ほかに保険点数を作ってほしい。点数も低いし、結紮しているわけではない。
- ③ シェント PTA に伴う血管内ステント留置の手技料の算定、ラージシェントに対する血流減少術の算定。
- ④ PTA 手技料（内シェント血栓除去術 3,130 点）を上げて欲しい。

(2) その他

- ① CAPD カテーテル抜去術を評価してほしい。
- ② CAPD カテーテル抜去時の手技料の算定。

2-7 材料

- ① ダイアライザーの償還価格を下げないでいただ

きたい。

- ② ダイアライザーのリークが見られたさいに、交換材料費の請求ができるように希望します。
- ③ これ以上ダイアライザーの減額の無い事を望みます。

2-8 その他

- ① 「透析シェント血栓症」を傷病名（ICD-10）として新規登録してほしい。
- ② 東日本大震災を理由に、国民の健康に関する予算（保険点数）を減額しない事！
- ③ 消費税の患者負担あるいは保険点数引き上げなど、診療材料費の負担転嫁はできないか。
- ④ 社保の注射薬の請求の仕方が、使用した薬剤毎でなく、使用した日毎の薬剤でまとめるよう指導された。非常に煩雑。
- ⑤ 東北大震災を契機に、自家発電装置を兼ね備えている施設には、稼働時の加算を希望します。
- ⑥ マルメ（採血、エリスロポエチン製剤）、必要な検査、治療を個々にある程度自由にさせてほしい。
- ⑦ 審査の簡素化をはかるべき。
- ⑧ 減点事由は A~D の分類でなく詳細を知りたい。