

第19回透析保険審査委員懇談会報告

太田圭洋

要旨

第19回透析保険審査懇談会を平成26年6月13日（金）18～20時、ホテルパールシティ神戸、パ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：46件、要望事項など：124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が、お世話する（公社）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、またそのさいの討論結果が、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。

1-1 基本診療料

- ① 生活保護の患者のレセプト入力方法について、胸部XP、エコー検査、薬剤に関して、風邪等明らかに透析と関係ない項目以外はすべて更生医療のほうで提出してほしい旨ご連絡がありました。
- ② 更生医療にて保険請求を行った場合、透析以外

の請求は更生医療を使えないと聞きました（投薬など）。いつからになるのでしょうか？ なお、熊本県更生医療マニュアルでは「原疾患（糖尿病性腎症、嚢胞腎、SLEなど）や合併症（骨粗鬆症、皮膚掻痒症、腰痛、貧血、水分電解質異常、高血圧、二次性副甲状腺機能亢進症など）の治療に必要な薬剤は更生医療給付対象外です。」となっています。

[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（将来的には非透析の部分に自己負担が発生したりすることで）、主治医の良識的な判断に従って分類するという一方で、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湿布）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。

逆に、生活保護の医療扶助に関しては、自治体負担率の違いから、一時、極力更生医療でとの自治体からの動きが過去ありましたが、最近落ち着いていると認識していました。しかし今回、熊本県の行政から指摘され、医師会も含め話し合いが行われるとのこと。過去、東京都、千葉県、沖縄県、岡山市等で同じ問題が持ち上がった経緯があります。各自治体の担当者が人事異動や配置転換によって変わったさいに、この問題は繰り返される可能性が今後もあると思われま

す。

1-2 医学管理等

① 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検査を算定する場合に、その必要性を摘要欄に記載しなければいけないとあるが、明らかに病名でその必要性がわかる検査も適応欄に記載しないと返戻や査定があるのはどうにかならないものか。

[討論内容] この病名の記載に関しては、以前も議論されており、各県で対応は異なるもの、多くの県では、コメント（注記）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、コメントがなくても査定していない県が多かったです。

再審請求の場合も、その旨を記載し査定していない県もありましたが、保険者再審でコメントがないことが指摘された場合には、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のことでした。ちなみに、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）で示されています。ただし対象は検体検査です。

② 慢性維持透析患者で慢性腎不全の病名以外の特定疾患に対する特定疾患療養管理料（特）の算定について。

[討論内容] この問題も、過去数回にわたり懇談会の場で議論しました。昨年には数県で特の算定はできないとされていましたが、多くの県では、透析患者に対して特の算定を認めているという結果でした。各県の審査委員の判断によるかと思われます。今年の懇親会での議論も過去の内容とほぼ重複し、あらたな判断はありませんでした。過去の議論についての詳細は、医会雑誌 Vol. 21(3) pp. 399-400, 2006 をご参照ください。

1-3 検査

① 慢性維持透析患者外来医学管理料（慢透）に包括されない検査（免疫学的検査など）で、施行時の静脈採血料が査定にあう。明確な理由があればご教授いただきたい。

[討論内容] 透析患者は、透析時に回路から採血すればよい（なにも患者に別に採血し痛い思いをさせる

必要はない）との考えから、透析日の静脈採血は認められない方向性になってきています。コメントで透析時間帯と離れて採血を行った旨の記載がないと査定している県、透析回数より受診回数が多いと査定している県などさまざまでしたが、全体として査定している県が多い印象でした。

② シヤントエコー時の超音波検査+パルスドプラ加算でパルスドプラ加算を査定されるが、算定不可の理由があれば教えていただきたい。

③ K616-4 シヤントに対するPTA（その他K615・2~K616・3も同様注釈）の注釈で他院よりシヤントトラブルで紹介あったさい、通常であればまず初診され、シヤントエコーを施行し、シヤントトラブル原因診断、次回PTA手術再診予約としますが、再診料、患者負荷など考え、初診時シヤントエコー等で診断後、当日余裕があれば続けて同日PTA加療することがある。そのさいにシヤントエコーの画像診断費用返戻となるのは問題ではないか。経皮的シヤント拡張術・血栓除去術中にともなう透視下などエコー下診断検査費用は算定できないのは理解できるが、確定診断のための検査返戻は改善していただきたい。

[討論内容] シヤントエコーに関しては、過去にもさまざま議論されましたが、今年の懇談会でも、昨年と同じく、シヤント手術に伴い、その適応や結果の評価を行う場合には、必要性が注記してあり理解可能な場合には、表在性の350点に加え、血流量測定のためのドップラー200点の計550点を認めている県がほとんどでした。

ルーチンに患者を選ばずに行われるような請求には、D215-4-Iの20点とすべきとの意見が多数でした。ルーチン検査に350点を認めるようなことになると、検査技師が患者全員に毎月実施し請求するような医療機関が出てくる可能性もあるためです。

④ 慢透が算定できない透析導入3カ月未満の時期に、生化学的検査（I）（BUN、クレアチニン、UA、カリウム、ナトリウムおよびクロール、カルシウム、無機リン）を出来高算定しています。2週目に透析前後、4週目に透析前の、1月に3回検査をしており、3回算定しています。その中

で2週目の透析後の検査が減点されます。必要性を詳記で書いていますが、それでも「過剰」「不適当又は不必要」の理由で減点され、再審査に提出しても「原審通り」で結果がきます。算定不可なののでしょうか？以前は減点されたことがなかったのですが（国保で減点されます）。

〔討論内容〕最近、生化学検査で、多項目包括規定の適応を審査コンピューターがチェックし付箋がついてくることが多くなりました。多項目包括規定とは「同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査（I）又は生化学的検査（II）に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う2回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。」となっており、透析後半採血に関しては、透析効率等の確認のため必要な検査であり、別途算定可能です。ただ、コンピューターが自動的にチェックをかけるため、透析を知らない先生にレセプトが回ったさいに、査定されている可能性があります。

- ⑤ 大分県ではi-PTHの値を記入するように求められていますので、i-PTH 50以下ではロカルトロールは減量、オキサロールは中止するように求められています。昨年の本会では、i-PTHの値を記入するのは本県だけでしたので対応に困惑しています。

〔討論内容〕現在、大分県では社保・国保の審査委員の会合でこの問題を取りあげていただくよう要望しているとのことでした。また、某県でもi-PTHの値を記入することを求めているとのことでしたが、それは慢透外に出てくるi-PTHが、月2回目かどうかを確認するためであり、その値により静注VitDの査定は行っていないとのことでした。

- ⑥ 慢透を算定しない場合、HBs抗原、HBe抗体、HCV抗体定性・定量の請求は認められています。HBs抗体が査定されることがあります。

〔討論内容〕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く、今年の議論でも、各県で取扱いはまちまちの状況であり変化は見られませんでした。

1-4 投薬・注射

- ① ミルセラ注とエポエチンアルファ併用で返戻された。コメントで査定されていません。

〔討論内容〕今回、ESA製剤の併用に関して議論されました。外来で人工腎臓の包括点数のさいにはレセプト上出てきませんが、出来高請求となったさいに出てくることとなります。複数の県では認めないとのことでしたが、多くの県では、あまりそういう例がなくルールを作っていないとのことでした。ただ、併用の報告は医学会でもいくつか出されており、今後、取扱いを検討していく課題と思われます。

- ② 突然レナジェルとカルタン併用（レナジェル（250）6錠およびカルタン（500）3錠）が査定されました。

〔討論内容〕某県では、高P血症の薬が三つ出ていると保険者からの返戻があるとのことでした。その県では審査委員の先生が通しているとのことでした。上記の併用は認められるべきとの意見が多数でしたが、今回、今後出てくるであろうリオナとホスレノールの併用が少し議論されました。作用機序が非常に近い薬剤に関しては、現在、降圧剤で行われているように同系統は認めないような取扱いがされていく可能性があります。しかし、現在のところ高P血症治療剤に関して、そのような情報はありませんでした。

- ③ 患者に使用したエルカルチン錠、エルカルチンFF静注に対しての診断根拠を返戻された。コメントで査定はされていません。

〔討論内容〕最近高額なカルニチンの内服、注射の使用が増えてきていますが、いまのところ特にルールを決めている都道府県はないとのことでした。

- ④ 腎不全の病名があるだけでザイザル、ユリノーム、アルダクトンA（低カリウム血症の症例に対して）など社保で問答無用で査定された。禁忌薬

ではあるが病態によってはコメント付きで使用可
と考えていたが厳しい。

- ⑤ “腎不全”という表現（慢性腎不全，末期腎不全
……）で，禁忌薬として投与できない薬がありま
す。臨床で困るのは，消炎鎮痛薬です。セレコッ
クスが高価なので使えないのかと思ったら，アセ
トアミノフェン・カロナール 1T 1x 頓/2 回分さ
え，不適とされました。HD 患者の解熱・鎮痛に
は何を使ったらいいか，本当に困っています。同
様に，甲状腺機能低下症の治療をレボチロキシン
で行っていると，カルタンは禁忌と削られました。
よくあることで，いかがなものかと思えます。
- ⑥ カルチコール注射液を「下肢ケイレン」で使用
しております。社保で，禁忌「重篤な腎不全のあ
る患者」という理由で査定となりました。長年使
用しておりますが査定対象でしょうか。
- ⑦ HD 患者に対し VifD とビスホスフェネート製
剤の投与がみられる（30～40%）が，これを認め
るか。

〔討論内容〕 禁忌薬の投与が，審査コンピューター
で機械的にひっかかることが最近増えてきました。昨
年と同様，今年の懇談会でも，多くの県が，たとえ禁
忌薬剤だとしても，必要と判断される場合には認めて
いる県が多い印象でした。また，保険者に対しても薬
事法上の禁忌と，保険請求は別の問題だという考え方
を徹底する必要があるとの意見も出されました。

- ⑧ 降圧薬に関して他施設の先生方にお伺いしたい
のですが，Ca-blocker でアダラートと併用できる
のはガイドライン上ではヘルベッサーだけですが，
実臨床ではノルバスクやコニールを on している
場合が多いかと思えます。こういう場合，注積は
どう書いておられますか？

〔討論内容〕 同系統の降圧薬の問題です。過去の懇
談会では，コメントがついていれば認めている都道府
県が多数でしたが，今年はある県から，全体会議でル
ールが決まり，透析だけ例外というわけにもいなくな
ったとの報告がありました。だんだん厳しくなって
きている印象です。

- ⑨ 長期留置型カテーテルの血流不良にウロキナー
ゼ注入を行っておりますが，不相当と判断されま

した。理由を付けても同じ結果でした。対応に困
っておりますので，何らか教示いただけると助か
ります。

〔討論内容〕 昨年の懇談会に続き今年も留置カテ
テルへのウロキナーゼの充填に関して議論されました。
対応は各県でまちまちでしたが，2 回までは認めてい
る県もありましたし，1 回で十分との意見もありまし
た。しかし，一切認めないと決められた県もありまし
た。また，認める県でもその必要性がわかるようなコ
メントが必要との意見が多数でした。血栓予防のため
に漫然と継続的に使用するようなことは認められてい
ませんでした。

- ⑩ ASO に対するパルクス・リプル注がほぼ査定
されます。（内密に聞いたところでは「閉塞動脈
硬化症」の診断名がはじめて付いた時点から 1 カ
月のみ認めているようです。）診断名が付いてか
ら，1 カ月を越えてからの投与は全部査定すると
の情報がありました。

〔討論内容〕 過去の懇談会では，長期にわたる使用
も丁寧なコメントをつけて請求されたものは多くの県
では査定せず通しているとのことでした。ある県では，
一応 2 カ月が目安だが，きちんとしたコメントがつい
ていれば認めるとのことでした。またある県の審査委
員の先生から，パルクス，リプルの適応症が「閉塞性
動脈硬化症」ではなく「閉塞性血栓性血管炎」になっ
ており，きちんと適応のある病名を記載することが重
要との意見がありました。

1-5 処 置

- ① HDF のさいの補充液の投与量は何リットルま
で認められているか。

〔討論内容〕 サブラットの使用量に関しては，過去
の懇談会で，2 県で 8 L までを上限としているとのこ
とでした。10 年ほど前に指導が入ったさいに 8 L を上
限に返還させられた例があり，以後，その県では 8 L
が上限となったそうです。逆に 20 L も必要性が認め
られれば認めている県もありました。CHDF では中央
で 16 L までと決められているとの情報がありました。

- ② 午後 6 時以降に CHDF を開始した場合，終了
が翌日午前 5 時 59 分までの場合，1 日として算

定すると規定されています。午後5時に開始し、翌日の0時01分に終了した場合、2日として算定してもいいのでしょうか。

〔討論内容〕 J038-2には、「CHDFを夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する」、「CHDFを夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間にCHDFを開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する」とあります。

この文章からは、上記の場合、2日で請求してもいいようにも読めます。ただ、ある委員の先生から、上記の文書は、日をまたいだ場合12時間以上行っていれば2日分請求できるという趣旨であり、質問のように7時間1分で2日と考えるのは不合理であるため認めるべきではないとの指摘がありました。

③ 重篤な急性出血性合併症の患者に抗凝固薬を使用するうえで、発症後2週間に限るという条件を除外してほしい。出血が2週間以上続いてしまう患者もいて、抗凝固薬を中止する訳にはいかないため（抗凝固薬を人工腎臓1の含まれる点数で使用するとコストの面で使用ができなくなってしまう）。

④ レセプト上も明らかに出血病変があるにもかかわらず、「ナファモスタット塩酸注」を査定される。審査機関に問い合わせをしても、明快な回答を得られることが少ない。

〔討論内容〕 2010年の懇談会でも議論されました。そのさいには、2週間と限定されている以上、人工腎臓3+ナファモスタットは難しいとの意見（後発医薬品も出てきているためそれに対応を）もありましたが、きちんとしたコメントがあれば1カ月くらいまで通すという県も多く存在しました。今年も状況の変化はないようでした。

また、人工腎臓3+ナファモスタットでの請求を、医科点数表に記載のある、①進行性眼底出血、②急性出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血）以外の出血性病変に関しても認めているかとの質問には、ほとんどの都道府県で認めているとのことでした。

⑤ リクセル投与に関して、投与1年間終了後、再開の目安はどれ位でしょうか。（日付を変更してすぐに再開してもよいか？）

〔討論内容〕 過去の懇談会では中止後の状態悪化を確認し、それを確認できるコメントがあれば、すぐの再開を認めている県もありましたが、1カ月間の休止が望ましいとの意見もありました。今回、社保の中央本部から47都道府県にアンケートが来ましたが、ある県でリクセルを継続的に使用していたため2年分を査定され、訴訟を提起されたため、全国の状況を確認されたようです。

多くの都道府県では1カ月くらいの休止と、そのさいの状況のコメントを求めています。1カ月以内の休止でもコメント（病状の変化等）の記載があれば認めている都道府県もありました。漫然となんのコメントもなく継続使用を認めている都道府県はありませんでした。

また、今回、適応に関しても議論されました。リクセルの使用には手根管手術に加え、アミロイド沈着の組織証明が必要ですが、どちらもなしでリクセルの使用を認めている都道府県はありませんでしたが、他の部位からのアミロイドの組織証明があり、手根管手術がない条件でも認めている県が1県ありました。

⑥ 穿刺部の止血困難に対して使用しているスポンゼル、国保は使用部位を入れれば算定可能ですが、社保は認められていない。

〔討論内容〕 過去、画一的ではなく、コメントがある場合には、多くの県で使用を認めているとのことでした。今年確認したところでは3県では認めていないとのことでした。

1-6 手術

① 3カ月以内にやむをえず経皮的シャント拡張術・血栓除去術を実施した場合、上肢造影剤使用撮影と、動脈造影カテーテル法（E003・3）で算定しています。平成25年9月分のレセプトで提出しましたが、現在までは減点通知は来ておりません。どう算定するのがよいかご教授ください。

〔討論内容〕 今年は、3カ月以内のPTA施行時の造影手技料の請求の是非に関して、さまざま議論がなされました。PTA手技にシャントの造影は含まれる

ので、PTA 手技料そのものが請求できないわけだから、それに伴う造影剤等は当然請求できない。それを造影検査を行ったとして、造影手技料+造影に必要な薬品・材料費を請求するのは振替請求ではないか、との指摘がありました。

それに対して、PTA 施行時には造影という部分と血管拡張手技という部分に分かれ、シャントの造影手技部分に関しては、実施しているのであるからシャント造影に準じて手技料（点滴等）+造影剤は請求してもいいのではないかと、との二通りの意見に分かれました。いくつかの県では、後者のように解釈され、また出てきたレセプトを見ても造影検査と同じ内容しか出てこないわけだから、普通のシャント造影と区別できないなら認めるしかないではないかとの意見で、認めている県も複数存在しました。しかし、動脈造影カテーテル法に関しては、認められないとの意見が多数でした。

- ② K616-4 経皮的シャント拡張術、血栓除去術（シャント PTA）施行後に、別部位（反対側など）に内シャントを造設した。しかし前回のシャント PTA より 3 カ月以内に別部位の内シャントもシャント PTA が必要になった。この場合 K616-4 の請求は可能か。

〔討論内容〕 これは、認めてもいいのではないかと、の意見も何人かの審査委員の先生から出されましたが、シャント PTA が 18,080 点になり、3 カ月縛りがついたさいに、厚生労働省の担当者に確認したところでは、場所が別だからといって算定できないとの返事だったとの医会会長コメントがありました。

- ③ シャント PTA 時、何本までカテーテル使用ができるか。

〔討論内容〕 昨年と同様、PTA カテの本数に関して議論されました。原則 1 本のところが多かったですが、2 本まで認めると決められている県が複数ありました。必要性の理解できるコメントがあれば、さらに多くても認めているという委員の方もおられました。

- ④ PTA シャントに使用する PTA バルーンカテーテルの減点。
⑤ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術（18,080

点）で使用する PTA カテーテルについて（手術）、当院では特殊型を使う症例が多く、その度に詳記をつけてはいるが何度か査定になっている。特殊型はどのような症例で使用するべきものなのか具体的に示してほしい。

〔討論内容〕 一般型のカテーテルでは PTA が困難な状況の狭窄である必要があります。一律の基準はないものの、他の医療機関と比較し特殊型の使用が明らかに多い場合には、必要性を説明するより詳しいコメントが必要との意見が出されました。

- ⑥ 同月に 2 回以上シャント作成した場合認められるか。

〔討論内容〕 過去の懇談会での議論では認めていない県がありましたが、多くの都道府県では、手術の診療報酬は成功報酬ではなく技術料であるので認められるべきと考えておられました。

ただ、ある県から、消化器外科との比較でだんだん厳しく考えざるをえなくなっているとのコメントがありました。消化器外科の手術では、以前は胃の手術をして、縫合不全等で 1 週間以内に再手術した場合、前は試験開腹で請求できていたものが、創傷処理の点数に制限されるようになってきているとのことで、他科との比較で問題視されはじめているとのことでした。

2 要望事項

今回も 124 件という多数の要望がありました。今年の改定における HbA1c の慢透への包括にからみ、HbA1c の再度の外だしおよびグリコアルブミンの外だしに対する要望や、PD と HD の併用のルール変更に関しての緩和の要望等も複数の県から出されました。以下に診療行為別に要旨を記します。

2-1 基本診療料

(1) 自立支援医療

- ① 更生医療の医療機関の変更手続きなく、どの医療機関でも使えるようにしてほしい（せめて市内）。
- ② 前回の要望にもありましたが、更生医療が届出医療機関しか使用できないことを、せめて県内だけでも変更届け無しで使用できるようにしていたらと思います。基本、患者、患者家族が市

役所等に医療機関変更申請をするものですが、急な転医、独居他により医療機関にも手続きに関する負担があり煩雑なのが現状です。

(2) DPC

- ① DPC 対象患者については、CHDF 時に使用する持続緩徐式血液ろ過器が包括となってしまいます。DPC 診断群分類の分岐で、CHDF の分岐があるものは、ろ過器の値段も評価されているが、CHDF の分岐がないものも多々あるため、病院の持ち出しが多くなります。持続緩徐式血液ろ過器を包括対象外としてほしいです。
- ② DPC における人工腎臓（その他）および持続緩徐式血液濾過の材料の請求を可能に。
- ③ DPC 請求においては、透析の実施が想定される診断群分類のみ樹形図に分岐があり、透析に係る薬剤費が DPC 単価に反映され、透析手技と一部の材料について出来高算定できるしくみとなっている。しかしながら、透析の実施が想定されない診断群分類では樹形図に透析の分岐がなく、透析に係る薬剤費が DPC 単価に十分に反映されているとはいえない。どのような診断群分類においても、併存病名に腎疾患があり透析を行うケースは想定されるため、一部の診断群分類の樹形図のみに分岐を設けることは出来高請求と DPC 請求の乖離を発生させる大きな原因となっている。特に緊急的に持続緩徐式血液濾過、吸着式血液浄化法を実施するような重症患者については、透析に係る薬剤費がかなり高額になるため、乖離はさらに大きくなっているのが実態である。
- ④ 手術と同様に透析に係る手技、薬剤費、材料費を出来高算定とすることが、これらの不均衡を解消する最善の方策と考える。

(3) 特定除外制度廃止

- ① 90 日超入院患者について、平均在院日数を対象外として療養病棟入院基本料を算定するか、引き続き一般病棟入院基本料を算定して、平均在院日数の計算対象にするか選択するというのは改善してほしい。入院透析患者は重症の患者が多く、透析以外の治療が必要になることもあり、長期の入院になってしまうため、以前のように厚生労働

大臣が定める状態にあるものとして、平均在院日数から除外するべきだと思います。

(4) その他

- ① 透析患者の多くは、多くの合併症を有している。透析患者の入院中の他医療機関受診時にさいし、入院基本料減額は、早期発見や早期治療の妨げになると思うので、廃止にしていきたい。

2-2 医学管理等

(1) 慢性透析患者外来医学管理料

- ① 糖尿病性腎症の患者が増え続ける中、血糖コントロールは重要である。透析を受けている人すべてが糖尿病があるわけではないので、HbA1c が包括になる事は理解できない。合併症予防のためにも定期的検査が必要と考える。
- ② 改定後の HbA1c 枠外は問題である。
- ③ DM 患者増加による合併症の増加、軽度の感染症など、入院を必要としない病態に対する検査も必要となっている現在、慢性維持透析患者外来医学管理料の引き下げは厳しい処置であると思われる。
- ④ HbA1c の測定点数を認めてほしい。
- ⑤ グリコアルブミン (GA) の測定点数を認めてほしい。
- ⑥ HbA1c について請求できないうえ、GA についても改善されない。
- ⑦ GA を請求できるようにしてほしい。
- ⑧ 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検査を算定する場合に、特に摘要欄への記載は不要としていただきたい。
- ⑨ 慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれない検体検査の必要性の記載に手間がかかる。
- ⑩ 慢性維持透析外来医学管理料に包括される項目が多すぎる。免疫学的検査等は、はずしてほしい。

2-3 検査

入院時の HIV 検査を認めてほしい。

2-4 投薬・注射

- ① 今回の改定でも変更がありませんでしたが、注射での手技のカフ型緊急時ブラッドアクセス用留

置カテーテル挿入が、前回の改定でも処置または手術に変更になればと思われます。当院のように療養病棟で透析の患者を受け入れている場合、注射の手技では入院料に含まれるため算定できません。やっている事は、処置・手術に値すると思われます。

- ② 包括薬剤の価格や ESA 製剤の点数の見直しは、評価できない。
- ③ 内服薬 7 種類以上減点制度の廃止。
- ④ 後発医薬品の使用促進のために、透析医院での処方に加算をつけていく。または後発品処方がまったく含まれなければ減点する等して、透析患者の薬剤料を減らす方向に改定していただきたい。
- ⑤ 高価な薬剤が増加し、透析の医療費を押し上げている。時機をみて、薬剤は“まるめ”にするべきである。

2-5 処置

(1) PD+HD

- ① 遠隔地で PD を行っている患者は月 1 回の通院は可能であっても、週 1 回の HD のための通院は不可能な場合も多い。今まで通りの HD のみサテライトで断行できるように戻してほしい。
- ② HD と PD のハイブリット透析について、HD と PD を別施設で行うことが今までは認められていたが、4 月以降は同施設でしか認められなくなり、ライフスタイルを見直さざるをえなくなってしまう患者がいます。(強い不満がありました)
- ③ すでに問題となっているかと思いますが、腹膜透析+血液透析併用について、両者を異なる施設で施行した場合の算定方法について要望があります。当院につきましても、他府県での腹膜透析を管理されている患者の週 1 回の血液透析併用を施行しており、今回の改定で人工腎臓が算定できず、実質マイナス収入で施行している状況です。実臨床を逸脱した改定と思われます。現場に合った改定となるよう要望します。宜しくお願いします。
- ④ 「併用療法算定基準変更」については、患者が急に施設を変更する必要がある場合も考えられ、猶予期間を設けてもよいかと考えます。
- ⑤ 当院のハイブリット療法をしている患者です。昨年大阪に転居され、PD は当院で、併用の HD

は大阪のクリニックで実施していましたが、今年の改定で、一施設のみでの保険請求に変更になり、大阪の HD クリニックでは PD 管理は難しいということで、ハイブリットができる新たな透析施設を紹介することになりました。患者から、保険関係といわれても理解できないし、患者の気持ちも理解してほしいと不満を言われ対応に苦慮した症例がありました。

(2) オンライン HDF

- ① on-line HDF を人工腎臓「1」のように透析時間で分類してほしい(人工腎臓「2」イ、5 時間未満、ロ、5 時間以上のような形で)。on-line HDF を長時間施行する症例での点数を考慮してほしい。
- ② HDF にも時間区分を。
- ③ on-line HDF に時間区分の設定を、3、4、5 時間で時間区分をしていただきたい。

(3) 透析回数制限

- ① 1 カ月の保険請求可能な透析回数(月 14 回)の撤廃または回数増。
- ② 透析回数制限の緩和(週 4 回あるいは月 15 回以上を認める)。
- ③ 透析回数、月 14 回までの制限を緩和してほしい。

(4) 時間区分

- ① 認知症増加(体動抑制)、長期骨折による合併症への配慮、高齢者などへの緩徐な除水の実施で 6 時間以上のケースもでてきている。透析時間による点数を単に時間分けによるものへの変更してほしい。(5 時間まで枠でなく、それ以上の枠)
- ② 長時間透析に対する評価をもう少し上げてほしい。
- ③ 長時間透析の今後の発展を考慮し、人工腎臓(1 日につき)の請求を 1 時間当たりの請求へ変更するのもよいかと考えます。

(5) 障害加算、および ADL 低下患者への加算新設要望

- ① 近年、高齢者や認知症の透析患者が多く、意思疎通が難しいことが多々あります。過度な身体抑

制も難しく、見守りも含め、看護度が高くなっている事が多いです。このような看護に対する加算はないのでしょうか？ もし、ないのであればほしいです。透析現場では、看護師の人数もベッド数や患者の状況に規定はなく、元気な外来患者のみのクリニックと療養病棟に長期入院をしながら透析を受ける場合では、大きく看護度に違いがあると思います。

- ② 整形領域疾患（脊柱管狭窄症、圧迫骨折、変形性関節症など）で入院に至らないケースが多く、ADLの低下から要介助者が増加。障害者加算などの枠にて加算を検討してほしい。
 - ③ 透析治療中の高齢者、認知症患者が増加している。4時間の透析で、カニューレ抜去、急な起き上がり等、危険行為があるため、危険防止行為加算・認知症加算等を設けてほしい。
 - ④ 高齢前の要介護者（見守りも含む）も多く、補助者が果たす役割は大きい。地方病院は看護師不足が特に深刻であり補助者は不可欠。補助者設定人数による加算もほしい。
 - ⑤ 高齢者（例：80歳以上）や手間のかかる患者（例：要介護I～IV等）に対する加算を新たに加えてほしい。
 - ⑥ 毎年要望としてお願いしていますが、長期合併症患者や高齢患者が増えているので、障害者加算の項目や加算点の検討をお願いします。
 - ⑦ 障害者等加算について、認知症患者は特に著しく透析が困難なため、介護保険における要介護度に対応して評価を引き上げてほしい。
 - ⑧ 障害者加算について、看護必要度に応じた傾斜的な加算をお願いしたい。
 - ⑨ 障害加算に、HIV感染者、B・C肝炎ウイルス陽性患者、認知症患者を入れてほしい。
- (6) 夜間・休日・時間外加算
- ① 近年、診療報酬の改定の都度、透析にかかる診療報酬の低下傾向が続いていますので、できましたら夜間透析に対する診療報酬の手当ての充実を希望します。
 - ② 人工腎臓の時間外・休日加算の点数で、夜間透析の時間外加算を500点にもどしてほしい。
- (7) 水質確保加算
- ① 人工腎臓透析濾過（複雑なもの）の算定要件に「透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師または専任の臨床工学技士が1名以上配置されている」とある。透析機器安全管理の評価として、ほかの場合にあっても、同様に委員会および人員を配置したさいに加算として、算定できるよう新設していただきたい。
 - ② 透析液水質確保加算1、8点での施設において、エンドトキシン補足フィルターは最低、年1回以上の交換が望まれ、それを推奨させるためにもエンドトキシン補足フィルターを材料費としての請求を認めていただきたい（請求は年1回を限度とする、として）。透析液水質管理レベルの底上げとして。
- (8) ESA 包括の撤廃
- ① 人工腎臓やダイアライザー等の点数が改定のたびに減額している。エリスロポエチン等は包括にしないでほしい。
 - ② ESA 製剤に関する費用は包括から外していただければ幸甚です。
- (9) その他
- ① 透析患者にとっては食事も大切な治療なので、透析中に提供する治療食は保険請求できるように働きかけてほしい。
 - ② 透析看護認定看護師、血液浄化専門臨床工学技士等、透析分野において専門の資格取得者が業務している場合、何らかの加算が付加されればいい。
 - ③ 透析看護認定看護師のいる入院施設には、プラス算定をしていただきたい。
 - ④ 人工腎臓や慢性維持透析患者外来医学管理料を算定するうえで、検査や注射薬などが所定点数に含まれてしまうのは、患者のことを考えても改善すべきだと思います。
 - ⑤ 眼底出血などによるナファモスタット使用限度日数の見直し。
 - ⑥ 出血病変に対するナファモスタットメシル酸塩の使用期間の延長。
 - ⑦ 透析導入後1カ月を経過したのち「人工腎臓1慢性維持透析を行った場合」を算定する慢性維

持透析患者外来医学管理料についても3カ月経過後ではなく、1カ月経過後で算定可能としていただきたい。

2-6 手術

(1) シヤント PTA

- ① 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術について、3カ月以内に拡張などの必要が生じて、保険が適用されない（DM患者などの血管拡張をしても再狭窄をおこしやすい事例などがあるため）。
- ② VAVTの3カ月ルールのために、当病院からの多額の持ち出しが発生しています。経営上大問題となっています。
- ③ PTAの3カ月ルールは症例により緩和してほしい。（できれば2回目以降の材料費だけでも認めてほしい。）
- ④ 経皮的シヤント拡張術、血栓除去術（18,080点）は3カ月に1回に限り算定するとあるが、他にVA作成ができず、PTAを3カ月以内に繰り返し行っている患者がいる。条件付（他にVA作成できない等）で3カ月以内に治療（PTA）を行った場合でも少しでも算定できればよい。
- ⑤ 頻回に閉塞する患者を考慮し、要件の緩和（期間の短縮あるいは特定医療材料のみの請求）を御検討いただきたい。
- ⑥ シヤントPTAに対する点数が高止まりしているのは望ましくない。

2-7 医療材料

① 人工腎臓特定保健医療材料（ダイアライザー）

の価格について、市場調査による価格等を参考に設定しているものと思われませんが、30年前7,000円前後の価格が、現在に至っては、強度、効率の向上にもかかわらず1,000円台に落ち込んでいることは考えられない。しかも、血液回路を含めての価格であればなおさらである。価格は温存いただき、血液回路の価格を別途設けていただきたい。

- ② ダイアライザーの償還価格は膜面積・機能分類に沿った逆転のない設定が理解しやすいので御考慮したい。

2-8 その他

(1) 消費税関連

- ① 消費税が上がったにもかかわらず、保険請求できる材料価格が下がっている。増税を考慮した材料価格にしてほしい。
- ② 消費税8%への引上げ、平成27年10月には消費税10%への引上げが予定されており、透析材料等における消費税負担が増加している。また、薬価（エリスロポエチン製剤）引下げ分、各々検査の引下げ分も反映されている。

(2) 審査・請求事務

- ① 病名漏れでの再審査を通してほしい。
- ② 高点数医療機関として、集団個別指導を受けるのですが、入院透析をしていると必然と高点数になってしまうので、集団個別指導の対象から外してほしい（透析をしている病院と、していない病院とで分けてほしい）。