

第20回透析保険審査委員懇談会報告

太田圭洋

要旨

第20回透析保険審査委員懇談会を、平成27年6月26日（金）18時～20時、ヨコハマグランドインターコンチネンタルホテル、シルクで行いました。事前に行ったアンケート（検討事項：67件、要望事項など：173件）のうち主な討論内容をここに報告します。

はじめに

この懇談会は毎年日本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 回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるもの（診療に係る費用）のうち「人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く」とあり、特定保険医療材料は算定できないと考えられるが、DPCの留意事項通知の費用の算定方法の変更で

H22年4月版より「保険医療材料（材料価格基準別表Ⅱ区分040（1））、H24年4月版より（040（1）及び（5）に掲げる材料）が除かれる」となったことから、回復期リハビリテーション病棟入院料においても040（1）および（5）の算定は可と判断されるでしょうか？ ちなみに、040人工腎臓用特定保険医療材料（1）ダイアライザ（5）へモダイアフィルタ。

- ② 当院では、回復期リハビリテーション病床を有しており、透析患者を積極的に受け入れている、数少ない施設と自負しております。先日、国保で、この回復期リハビリテーション病床に入院加療している透析患者のダイアライザが査定されました。透析療法において、ダイアライザが必要不可欠であることは言うまでもありません。ダイアライザが査定されますと、患者にとって有益な透析を行ってあげることができません。担当者に確認しましたところ、全国的に、このようにしていくとの事でしたが、当院の関連病院のある埼玉県ではこのような査定はされておられません。ダイアライザの請求が可能なように統一して頂けたらと思います。

〔討論内容〕 特定入院料である回復期リハビリテーション病棟入院料と地域包括ケア病棟入院料はともに、「区分番号J038に掲げる人工腎臓並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用」が包括範囲から除外される旨記載されています。療養病棟入院料では、別の書かれ方がされているため、ダイアライザお

よび処置にともなう薬剤等が認められてきましたが、2012年、2014年にあらたに認められた上記二つの入院料にダイアライザの請求が可能かどうか議論されました。

回復期リハビリテーション病棟においてダイアライザが現在、算定できている都道府県は約半数、地域包括ケア病棟では一部の県では認めていないが、多くの都道府県で認めているという状況でした。また、一部の県では国保は認めていないが、社保は認めている等、対応が分かれているとのことで状況は混とんとしておりました。

ある県の国保が、厚労省に聞いたところ算定できないとの話もあり、また国保中央の方で、全国的にこのようにしていくとの方針を聞いた委員もあり、今後、全国的にこの問題がどのように扱われていくか不透明な状況との印象でした。人工腎臓とダイアライザは一体のものと考えられ、今後、厚労省に働きかけを行っていく必要があると思われました。

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、その必要性を適応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ます。やはり厳密に必要性を求める運用を行っている県もありましたが、多くの県では病名で理解可能なものに関しては査定はしていないとのことでした。ただ、最近、審査にコンピュータが入り、事務的にチェックがかかるため、審査委員のところに問題を指摘するケースが多くなってきており、各県で事務共にしっかりと指導していく必要があるとの意見も出されました。

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㊦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㊦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。

ある県では、査定されたとの情報がありましたが、全員に一律に請求している例が査定されたのではとの情報と、主病が慢性腎不全だけの場合には通そうにも通しようがない例があったとの意見がありました。

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、2006：Vol. 21(3) pp. 399-400をご参照ください。

③ 電子カルテにおける慢性維持透析患者外来医学管理料のカルテ記載について、指導監査の視点でどうあるべきか。

(ア) 電子カルテで指導内容をテンプレート入力すると画一的と判断されないか？

(イ) カルテ記載日(指導日)が特定の日に集中すると問題があるか？

(ウ) カルテ記載内容の代行入力は可能か？

〔討論内容〕 今後、指導のさいにはカルテを厳しく確認されるので、しっかりとカルテ記載を行っておく必要があるとの意見では一致しました。慢透を算定している日の記録に指導内容が記載されていないと、厳しい指導官だと問題になる可能性があるとの意見がありましたが、複数の指導官を行っている先生から、そこまで厳しい指導は行っていないとの意見もいただきました。ただ、今後のことを考えると、算定した日に、カルテ上になんらかの指導内容の記載を行っておくほうが無難であるとされました。テンプレート入力、代行入力に関しては今年も議論されませんでした。

④ 社保より慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれない検査(NT-pro BNP)に対して必要性のコメントがもれており、今までは特に指摘はなかったのだが、H27年3月のレセプトより一気に9件返戻された。

〔討論内容〕 以前の懇談会で、慢透に含まれるBNPではなく、そのN末端であるNT-proBNPが慢透に含まれると解釈するかが議論されました。そのさいには半数くらいの県では査定、半数くらいの県は認めているとの結果でした。ただ、今年の懇談会ではNT-proBNPを慢透の外で認めている都道府県は少数でし

た。

1-3 検査

- ① シヤントエコーでドップラ加算が認められませんが、狭窄の診断時にはパルスドプラーによる血流量測定は必須です。一方で、術前検査でのパルスドプラー加算は認めているとのことでした。こちらも術前検査と同じつもりで行っています（コメントにも記載しています）。
- ② シヤントエコーが保険者ごとに減点の基準が違う。
- ③ 透析シヤント狭窄・閉塞にてシヤントエコーを施行したため、超音波検査はその他で算定したが、超音波（末梢血管血行機能）20点に減点された。血管の状態、血流量などをみている超音波検査であるのになぜでしょうか？

〔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、過去の懇談会では、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200点の計550点を認めている県がほとんどでした。また、その回数に関しては多くの県は、手術前後でやっても月1回としているとのことでしたが、数県では月2回請求がでてきても1連とはせずに両方とも認めているとの結果でした。

今年の懇談会では、手術前ではなくても、必要性の明記がありシヤントマップをしっかりとつけてくるなど、しっかりとした検査を行ったと認められる場合には認めていく方向で検討している県がありました。

- ④ 透析患者の多くはZn値が低下するため、当院では定期的に検査を行っているが、その必要性についての返戻（査定）が多いのはなぜか。

〔討論内容〕 頻度の問題で、あまりにも頻回に画一的にだされるような場合には査定されるとの意見でした。

- ⑤ 末梢血液一般検査は透析患者さんのHITの有無を調べるためにも血小板数等の値を診るための重大な必要検査として、透析前と透析後と施行していましたが、最近では減点となっています。

（出来高の場合）

〔討論内容〕 末梢血液一般検査に関しては、透析前後の採血を認めている県より認めていない県のほうが多いとのことでした。HITの有無を調べるためとしても、透析導入後、何年もしても前後を調べる意味があるのかどうかの判断によるかと思います。

- ⑥ 日本透析医学会のガイドライン（2008年）では「鉄の評価は少なくとも3ヶ月に1回実施することを奨励」と記されているが、最近は鉄動態が安定していない患者にフェリチン測定を2カ月に1回実施しても査定される。ガイドラインでは「少なくとも3ヶ月に1回」であり、審査委員がガイドラインを参考に審査しているのであれば、鉄剤投与を行っている患者に関しては3カ月未満での間隔の測定も認めるべきである。

〔討論内容〕 ある県の国保では、患者1人当たり医療費が高いとのことで、3カ月に1回以上の測定は認めていないとの情報がありました。しかしその県でも社保では認めているとのことでした。多くの県では、3カ月未満でも認めているとの情報でした。

- ⑦ 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定していない月に、同日で同一検査を透析前後で算定すると、1回分を査定される。

〔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。当然みとめられるべきとの意見に異論はありませんでした。

- ⑧ 院内感染対策のガイドラインにHbc抗体に関しても定期的に測定することが記載されたが、認められるか。

〔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、認めていない県が多いとのことですが、今年の懇談会では5県は認めているとのことでした。

1-4 投薬・注射

- ① 骨髄異形成症候群に対してネスプの適応が拡大されたが、骨髄異形成症候群を合併している透析患者に対する使用は、人工腎臓1（慢性維持透析）で請求する場合に出来高で請求可能なのか（同一施設での投与で出来高で請求できるのか、非透析日で投与すれば請求可能なのか等）。現時点での保険審査上の取り扱いはどうなっているのか。

- ② ネスプ注射液プラシリンジがMDS（骨髄異形成症候群）に国内適応追加承認（2014/12/18）された。MDSの外來維持透析患者にネスプを投与した場合、ネスプの出来高請求は可能か？ 具体的に以下の場合どのような請求になるか？

（ア）同日に透析の有無で違いはあるか？

→非透析日のみ出来高請求可となる場合、頻回通院が懸念材料となる。

（イ）投与手技（皮下注射や回路）や投与量（比較的少量の場合）で違いはあるか？

なお、ネスプを出来高請求する場合はレセプトにMDSの診断根拠記載が必要となるか？

〔討論内容〕 MDSに対してのネスプの適応が認められたことから、今年の懇談会には複数の県から、その取扱いに関して質問がだされました。「本剤は、血液疾患の治療に対して十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤の使用が適切と判断される患者にのみ投与すること」とされており、また「学会のガイドライン等、最新の情報を参考に適応患者の選択を行うこと」とされています。

しっかりと診断根拠がついてきているものには

認めているとのことですが、多くの県がまだしっかりとしたルールはできていないとのことでした。また、人工腎臓1の算定日以外で認めている県と、人工腎臓1の算定日でも認めている県があるとのことでした。

- ③ 高リン血症に対する薬剤の併用（沈降炭酸カルシウム、セベラマー塩酸塩、炭酸ランタン水和物、ピロキサマー、クエン酸第二鉄水和物）についてすべて可能なのか、それとも種類によって査定される場合もあるのか教えてほしい。

- ④ P吸着剤：神奈川県保では、非Ca含有剤は2剤まで、Ca含有剤を含めて3剤まで認めている。他県ではどうか。

- ⑤ 高リン血症に対する薬剤は、作用機序に関係なく、異種であれば何剤でも認められるのか？

〔討論内容〕 高額な薬剤とのことで、二つの県で併用をある程度制限する動きが出てきているようでしたが、多くの県ではとくにP吸着剤の併用に関して制限を設けていないとの状況でした。

- ⑥ カルニチン投与の期間を決めておられる県はありますか？

〔討論内容〕 最近は高額なカルニチンの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。ただ、ある県からは、多くの患者に漫然と使用されている場合、いつでも週3回の使用を続けるのかと返戻することもあるとの意見が出されました。

- ⑦ 医師の裁量が認められない。例えば、透析患者にβ遮断薬を処方する場合、特にアーチストなどは2.5mgを4Tで10mgとして血圧をみながら錠数を管理することは基幹病院でも行われている。それを2.5mgは適応外としてはずされたのでは十分な血圧管理ができない場合がある。また、アダラートCRは1日1回と添付文書にあるが実際は朝夕など分けて内服させる場合も多い。また透析日の通院中の血圧は下げたいが、透析中の血圧は下げたくないときなど、透析日の朝はアダラートL、非透析日はアダラートCRとしても査定してくる。

〔討論内容〕 最近は、用法・容量は厳密に審査され

る傾向にあるようです。ただ、多くの県では審査委員の判断で必要性が認められれば通しているとのことでした。

⑧ ASO に対する PGE₁ 製剤の投与回数（期間）

〔討論内容〕 この問題も過去、何度か議論されましたが、古い病名や、長期にわたる場合も、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。ただ1年以内の病名を必要としている県と、最近、認めなくなった県があるとのことでした。やはり、漫然とした長期投与ではなく、しっかりと評価したうえで必要性の記載が必要と思われました。

1-5 処 置

- ① 人工腎臓（その他）はア～エに該当する場合、必ずその他の点数で算定するのか？（点数が低くなくても）
- ② 人工腎臓その他の場合、ア～ウは必須であるが、エは算定可能と解釈している。この解釈が浸透していないためか、2週間を超えるフサンの算定や、ナファモスタットなどまるめより安価な算定をしてくる施設が非常に多い。

〔討論内容〕 以前にも議論されましたが、今年も人工腎臓1と人工腎臓3（当時人工腎臓2）の区別に関して議論されました。これは青本にJ038-3の人工腎臓「その他の場合」を選択する条件として、エとして様々な病態が（イ）から（ヌ）まで明示してある前に「以下の合併症又は状態を有する患者（（ニ）から（ヌ）については入院中の患者に限る。）に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固薬を使用する場合等特別な管理を必要とする場合」と記載されているわけですが、この文章をどのように解釈するかによります。そのさいには多くの県では、「特別な管理を必要とする場合」ではない症例には、人工腎臓1での請求を認めているとのことでした。

- ③ 「在宅自己腹膜灌流指導管料：A医療機関にて在宅自己腹膜灌流指導管料を算定している患者に対して、B医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても算定できない。」と

あるが、当該患者は一医療機関でしか治療を受けられないということなのか？ また、このような場合、A医療機関とB医療機関にて協議により費用負担が発生するのか？

〔討論内容〕 前回の改定の大きな問題点ですが、現在のところその通りです。現在、医学会、医会ともこれに関しては強い問題意識をもっており改善を促しているところですが、

- ④ 在宅自己腹膜灌流指導管料と慢性維持透析患者外来医学管理料：腹膜灌流から人工腎臓へ治療方針を移行する間、二つの治療が重複する。その間、どちらか一方のみを主な治療として算定することとなる。例えば、人工腎臓を主な治療とした場合、腹膜カテーテルを抜去するまでのカテーテルケアはどちらの医療機関負担となるのか？ また創傷処置等にて算定可能か？

〔討論内容〕 洗浄に関しては、腹腔洗浄と薬剤（ダイアニール[®]）を認めている県がありました。抜去に関しては、本来、挿入技術料に含まれるとの解釈ですが、創傷処理を認めているとのことでした。

- ⑤ 連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術を算定している患者において、
 - (1) SMAP法でカテーテルを取り出す時
 - (2) カテーテルを抜去する時
 - (1), (2) について、創傷処理等で手技料を算定可能か。

〔討論内容〕 挿入手技料に含まれるという解釈ですが、過去には、手術難易度等から判断して(1)は皮膚切開術、(2)は筋肉内異物除去での請求を認めている県もありました。筋肉内異物除去で認めている県もありましたが、創傷処理で認めている県が多い印象でした。

- ⑥ 腹膜透析カテ先修正を行った場合の算定はどうか（透視下にてガイドワイヤーを使用し、チューブ交換と廃液を同時に行った場合。ダイアニール、UVフラッシュコネクトセット[®]とキットを使用）。また、そのさいの薬剤の算定はどのようになるのか。

〔討論内容〕 腹腔造影で請求を認めているとの県が

ありました。またバッグ交換を行った場合にはその交換手技料は算定できるとの意見でした。

⑦ (ア)「人工腎臓その他」でオフライン HDF 以外でヘモダイアフィルタ使用請求の場合、(イ)「人工腎臓 4~5 時間」「人工腎臓 5 時間以上」でヘモダイアフィルタ使用請求の場合に、ヘモダイアフィルタの使用を認めるのかどうか疑問である。

⑧ ヘモダイアフィルタを HD 中に使用している時、国保は「人工腎臓 (1 日につき) 3. その他の場合」で算定するようと言われたが、社保は、「人工腎臓 (1 日につき) 1. 慢性維持透析を行った場合イ. ロ. ハ」で請求可能でした。算定の仕方を統一してほしいと思います。

[討論内容] ヘモダイアフィルタを HD に使用することは、薬事法の承認事項違反で認められないと考えます。特に、オンライン HDF を実施し、5 時間透析で請求し、ヘモダイアフィルタの請求は振替請求とみなされると思われます。ほぼ全県で人工腎臓 1 でのヘモダイアフィルタの算定は認めていないとのことでした。

⑨ 最近、4~6 時間、補充液 15-20 L の HF (HDF) を持続緩徐式血液濾過および持続緩徐式血液濾過器で請求する施設 (病院) が少なくない。これは持続緩徐ではないので人工腎臓 3 (その他) およびヘモダイアフィルタで請求するように指導。神奈川県では、持続緩徐は、1.5 L/時 (36 L/日) まで、HF は 20 L まで、HDF は 10 L まで補充液の算定を認めている。

[討論内容] CHDF の C はコンティニュアスの C であり、24 時間以上行うことが原則であるので、最初から 4~6 時間で中止するような事例では認められないとの意見が出され異論はでませんでした。

⑩ リクセルは血液透析に限るとあり、人工腎臓 2 (複雑なもの) は血液濾過透析であり、併用できないと解釈されるが、人工腎臓 2 の患者が増加しており、併用可としたい。これは改定されなくても各県の保険審査上の運用で可とすることも可能ではないかと考えている。

[討論内容] 原則、認められないと考えられるが、一部の審査委員の先生は認めているとのことでした。

各県で対応が分かれている印象でした。

⑪ 人工腎臓 (HD・HF・HDF) と同日に、血漿交換または吸着式血液浄化法または血球成分除去を併算定する件

(ア) 青本では併算定を禁じてはいない (注: 人工腎臓、腹膜灌流、持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する)

(イ) 材料のみ認めて手技は一つ

実際には連続してワンセッションで行われるものであり、道内のレセプトでも (イ) として請求するところが多いが他の都道府県での扱いはどうなっているか?

[討論内容] ほとんどの県では、併算定を禁じていないため、両方の手技料を認めているとのことでした。

⑫ 兵庫県では、当院では心機能が低下し慢性心不全状態の患者や透析困難症の患者に週 4 回の治療をしていますが、「15 回以降の薬剤費」の内ダルベポエチンが査定されることがしばしばあります。

[討論内容] 以前の懇談会で議論されましたが、暦日のルール上は、算定可能と思われませんが、本来 14 回までの手技料に ESA コストが含まれている以上、認めていないという県も複数ありました。また 15 回目以降に月 1 製剤のミルセラが使用される場合には、月末に使用しなければならない理由はないため、算定は難しいかと思われまます。

⑬ O₂ 算定時、経皮的動脈血酸素飽和度を O₂ 実施回数分請求しているのですが、減点されてしまいます。なぜでしょうか。

[討論内容] O₂ を算定している日には経皮的動脈血酸素飽和度をすべて認めているとの県もありましたが、一部の県では、半分までしか認めていない、毎回同じ酸素量なら月 2~3 までに査定している県もありました。各県で対応は分かれているようでした。

1-6 手術

① シャント手術回数の件について、PTA では 3 カ月ルールがあり制限があるが、シャント設置術の再手術に対しての請求回数に制限はないが、短

期間（たとえば7日以内）での再手術の算定を査定している県はあるか？ 北海道（国保）では短期間（7日以内）にシャント設置術 18,080点および同点数の類似手術（K610-5等）や K614-6 血管移植術・バイパス移植術 30,290点が行われた時は一連とみなし、主たるものの一つを算定するとの提案を考慮中。

- ② シャント PTA 施行月の翌月に内シャント血栓除去術を行った場合、異なる術式だが短期間での実施のため、算定に制限はあるのか。

〔討論内容〕 一部の県では、1週間以内の手術は、必要性が詳記で認められない例は査定しているとのことでした。ただ多くの県では、手術料は成功報酬ではないため、算定可能としているとのことでした。

- ③ 手術の部で、動脈に吻合された人工血管の抜去について、準用点数を明確にしていきたい。人工血管を抜去する症例では、重症感染症を合併していることが多く、抜去到手間がかかることが多いですが、現状では創傷処理の準用で、実際の手技に見合っていないと考えます。

〔討論内容〕 以前の懇談会では、動脈側を完全にとる場合には、動脈形成を行うこととなることから、動脈形成術を認めてはという意見があったが、3,130点という意見もあり、意見の集約には至りませんでした。今年の懇談会では、グラフト全抜去を行い動脈もいじるような場合には、手技的にはかなり大変な手術であるので、動脈形成術（18,080点）を認めるとの県がおおくありました。

- ④ 血栓除去後の拡張術について、血栓除去後の造影で、狭窄が認められたため拡張を行い、使用した PTA カテーテルを請求すると適応と認められない理由で査定されることがある。血栓除去後の拡張術に使用した医療材料は算定不可なのかどうかを明確にしていきたい。

〔討論内容〕 血栓除去術（3,130点）に PTA カテを使用する場合、前回 PTA 点数算定後3カ月以降であれば認められるとの意見もありましたが、3,130点と PTA カテの算定は認めないと決めている県も複数ありました。もし3カ月以内に PTA を行っていないのであれば PTA の点数でとればよいとの意見でした。

- ⑤ PTA 3 カ月ルール。3 カ月は 90 日として考えるのか？（2 月は 28 日しかないのでは）

〔討論内容〕 暦月の考え方の問題ですが、11月30日に前回 PTA が実施された場合、2月は30日はありませんので、3月1日からとなります。また2月1日が前回 PTA の場合、5月1日からになります。

- ⑥ PTA 時にシースイントロデューサが狭窄血管を通過せず、シースイントロデューサを更新して検査・治療が可能となっているのですが、2本以上の請求は差戻しされます。（コメント欄に2本目以降のロット番号を記載しています。）シースイントロデューサの使用本数の限度はあるのでしょうか。またどのようなコメントがよろしいでしょうか。

〔討論内容〕 必要性が詳記されていれば認めている県が多かったと思います。ただ、血管蛇行用シースが必要以上に使用される傾向のある場合には査定、返戻している場合もあるとのことでした。

2 要望事項

今回も 173 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) 入院基本料関連

- ① 急性期病棟と慢性期病棟を担う病床機能分化のため、療養病棟における透析患者の受入を促進するために新設された、慢性維持透析管理加算（1日つき100点）が病院のみで認められている点について、有床診療所においても療養病床において、透析患者の長期療養を担っており、ある程度評価していただきたい。また、療養病床における在宅復帰機能を評価する観点から、在宅復帰機能強化加算（1日つき10点）が新設されましたが、これについても、基準を満たせば、有床診療所療養病床においても、算定できるよう評価していただきたい。

- ② 地域包括ケア病棟において、手術料が包括になってしまうため、シャントトラブルがあった時に、一般病棟に転棟せざるをえなくなっています。高い点数の手術料は算定できるようになればよいと

思います。

- ③ 回復期，地域包括ケア病棟における，透析患者のオベのマルメ対象外。
- ④ 短期滞在手術基本料3の算定について，透析の技術料が包括されます。透析患者様の日帰り手術はリスクがあるため，入院が必要となります。包括されないよう改善をお願い致します。
- ⑤ 入院中に他の医療機関受診は合併症予防や早期治療等大切な事なので，基本料の減額はしないでほしい。
- ⑥ 当直医師を配置し，比較的重症患者をかかえる有床診療所の入院基本料に対する，評価をお願いしたい。
- ⑦ 療養病棟に入院している透析患者を退院させると，行先が透析施設併設の老健になる事が多々あります。在宅復帰率の分母に入り，分子に入らないため苦慮しています。ADLの悪い透析患者を退院させる先は何処になるべきでしょうか？
- ⑧ 超・準重症児（者）加算の算定条件に「脳卒中の患者又は認知症患者を除く重度の肢体不自由者」となっているが，脳卒中の患者または認知症患者も対象に入れてほしい。

(2) DPC

- ① 透析患者が癌手術目的で入院した時に，透析で算定できる諸費用が過少である。
- ② 持続緩徐式血液濾過はDPCにより包括されてしまうが，材料の単価が高いため，点数の検討をお願いしたい。

(3) 特定除外制度廃止

- ① 「長期入院の除外項目から透析実施が削除されたこと」の改善。

(4) 自立支援医療

- ① 市町村の福祉課から，自立支援医療費更生医療の誤請求についての確認依頼がありました。（受給者証の「医療の具体的方針内容」欄に記載があるもののみ更生医療として算定可能）
- ② 91の障害を持たず15の更正医療と保険の人の内容を打ち分けしないといけないのが大変。入院の時，すべてを15で，今迄通りみてほしい。打

ち分けしたレセプトの記載方法等を国保とかに尋ねても，わかりにくい。

2-2 医学管理等

(1) 慢性透析患者外来医学管理料

- ① 慢性維持透析外来患者医学管理料。HbA1cが包括化されたのにマイナス改定になったのが疑問。
- ② グリコアルブミンが糖尿病コントロールの指標として最も重要ですが，患者さんが糖尿病について受診している内科医がHbA1cを知りたがります。その内科医の影響で患者さんも知りたがります。今回HbA1cマルメになり困っています。
- ③ 慢性維持透析患者外来医学管理料について，転院するときは2以上の医療機関（紹介先と紹介元）両方で，特例として算定できればと思う。（常時透析を行う医療機関を同月内に変更する場合に限る，などの特例的な措置として設けていただければと考えている）
- ④ （医学管理等）透析導入後1カ月を経過したのうち「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。
- ⑤ 慢性維持透析に包括されている注射薬剤，検査等で出来高請求できる項目を増やしてほしい。
- ⑥ 緊急検査（採血，心電図）などは，包括から外して認めてほしい。
- ⑦ 「慢性維持透析患者医学管理料」を算定している患者さんにおいて，HD以外の日に体調不良により受診され，検査をしたが，包括検査のため算定できない。以前は，レセプト記載した場合算定できたがレセプト電算になり，すべて包括だと算定できないのはいかがなものでしょうか。（CBC，CRP，BS等）

(2) その他

- ① 在宅のPD患者で病院での定期的な診察を，往診での診療所による日常管理をしたさいに，両方で一定の指導管理料が取れるような制度はできないか。
- ② 栄養指導の診療報酬が低いので，次期改定時その点について検討できれば幸いです。

2-3 検査

- ① FGF23 および IL-6 の保険適応を早急に求める。
- ② シナカルセト塩酸塩について、現在、初回投与から3カ月間はカルシウム、無機リンの検査が月2回以上実施される場合月2回まで、PTHの検査が月2回以上実施される場合月1回まで算定可能だが、一定の期間中止したさいの投与再開の場合もこれを認めてほしい。
- ③ 腹膜透析で、腹膜炎を発症したさいに、診断と治療方針決定の有力な検査法である、排液細胞数検査の保険点数設定がありません。現在、細菌培養同定検査に準じて請求しています。適切な請求項目・保険点数設定を要望致します。

2-4 投薬・注射

- ① 当院は療養病床を主体とする病院です。外来通院透析困難となった患者さんを受け入れております。したがって、ブラッドアクセスの維持・作成が困難な方が多く、また、心機能も悪いために、最終的にはカテーテルによる透析に移行せざるをえません。車椅子座位保持が困難な方が多く、他院での処置が困難なため、当院にて手術を行っております。長期留置型カテーテル挿入、(短期型)ダブルルーメン挿入に関しては、G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入と、G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入で算定となっておりますが、前述の通り、療養病床ですので、注射は算定できません。しかしながら、このような手技は、療養病院に入院している患者にとってこそ必要な手技であり、近年、ブリッジユースと言ひ、急性期病院で挿入している施設に比べれば、明らかに、患者に対する必要度・メリットはこちらのほうが高いと考えます。できましたら、注射から手術への移行を検討して頂きたいと存じます。
- ② 短期型ダブルルーメンカテーテル挿入、およびカフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入を、注射から手術に移行していただけることを望みます。

2-5 処置

- (1) PD+HD
 - ① 当院へは県内広い地域から腹膜透析患者が通院しているが、HD 併用が必要となったさいに週1回のHDを地元で受け、2~4週ごとに当院でのPD管理ができればと思う。
 - ② PD…HD 使用において、「同一施設でなければ点数算定不可」となったこと、HD+PD 使用の利点が損なわれる改悪であると思います。→別施設での算定が可能となることを希望します。
 - ③ 腹膜透析管理料の患者に対して、週1回の他院透析が不可能となり、お困りになった方がみえるのではないのでしょうか？
 - ④ 当院の事例として、奈良県在住、平成26年の改定以前より、腹膜透析と血液透析を併用されておられる患者様がいらっしゃいます。腹膜透析の管理は大阪吹田市の医療機関で行われ、遠方(2時間程度通院に要する)のため、依頼にて当院で血液透析を継続しております。
改定以降、患者様の状況を踏まえるとお断りもできず、当院で血液透析を施行しておりますが、人工腎臓は算定できておりません。本邦の腹膜透析の管理の状況から、併用療法は有効な治療法の一つであり、今後も継続されるべき治療法かと愚考しますが、現状の制度であれば、少なからず療法選択に影響を与えかねないと考えます。改善されるべき案件かと愚考し、御提案させていただきます。
- (2) オンライン HDF
 - ① 血液透析濾過法(複雑なもの)にも時間区分が必要です。
 - ② 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を時間別に評価して頂きたい。オンライン透析が普及してきたなかで、5時間以上の場合が通常の透析より低い点数設定は不合理である。
 - ③ オンライン HDF の点数を上げてほしい。
 - ④ 長時間透析に関して、HD 同様に HDF についても加算できるように。
- (3) 透析回数制限
 - ① 維持透析患者の溢水で当院紹介、入院となることが多々あります。呼吸状態不良で緊急透析を行

い、以後、目標体重調節および心不全改善のために透析を行うと週4日透析となることがあります。特殊事情により回数増加について保険の配慮をお願いします。

- ② 暦月によっては、通常の月の透析回数が（週3回で）14回になる時がありますが、このような月に臨時透析があった場合、15回目の「人工腎臓」の点数が算定できない。暦月によって、透析回数の緩和ができないか。
- ③ 人工腎臓を15回以上算定可能な対象者（現行は妊娠中の患者のみ）の拡大。
- ④ 心不全等の影響で週4回透析をする場合があり、月14回以上の透析に関して、減額でもよいので、算定できるようにしてほしい。
- ⑤ 急性期のCHDFとHDの回数、現在14回であるが延長あるいは分けて請求できないか。

(4) 時間区分

- ① 人工腎臓（1日につき）の点数が、(i)4時間未満、(ii)4時間以上、(iii)5時間以上となっていますが、これに30分単位くらいの加算ができるようをお願いしたい。
- ② 心不全などの合併症があり、6時間以上の長時間透析のほうに安定している患者や、週4回透析が安定している患者がいる現状から、透析時間や透析回数について、区分の新規設定あるいは変更をしてほしい。
- ③ 人工腎臓に「6時間以上」の点数設定を、慢性維持透析濾過に時間区分を。
- ④ 長時間透析に対する点数の引き上げ。

(5) 障害加算、およびADL低下患者への加算新設要望

- ① 「障害者加算」について、常時低血圧ではないが、透析中に急激に血圧が低下する患者等、「障害者加算」の適応と考える患者がまだ多くいるのが現実にある。現在、適応は18項目あるがこのまま適応拡大を要望し続けるのか、点数の見直し等を検討していただきたい。
- ② 障害者等加算の(ア)～(ス)項目の充実があればと思います。
- ③ 高齢者が増加し車イスの使用がなければ移動が

困難な患者が多い。障害者加算の適応項目を増やしてほしい。

- ④ 透析治療における認知症の患者増加に伴い、危険防止行為の加算の適用があればよい。
- ⑤ 年々高齢化が進み、透析中に監視が必要な患者が増えています。年齢などで透析の加算を付けるなど対応してほしい。
- ⑥ 障害者加算の要件を緩和し、対象者を増やして頂きたい。
 (例) インスリン注射を行っていない糖尿病患者やB型、C型肝炎患者など。
 特に認知症の方は、職員が1人付き添うようになるので、点数を上げて頂きたい。

(6) 夜間・休日・時間外加算

- ① 夜間休日透析加算料を引き上げてほしい。
- ② オーバーナイト透析を評価してほしい。
- (7) 水質確保加算
 - ① 水質確保加算の点数を引き上げてほしい
 - ② 水質管理加算である医療機器安全管理料の増額。
- (8) ESA包括の撤廃
 - ① 包括になっている薬剤（ESA製剤）において、質の低い後発品を使用しなければならない現状を改善してほしい。
 - ② 人工腎臓は改定ごとに減額になるため、エリスロポエチンは包括からはずしてほしい。

(9) その他

- ① 出血病変に対する「人工腎臓3.（その他の場合）」の算定期間の延長。
- ② ペンレス[®]は、透析開始する数時間前に貼る必要があり、外来患者については受診してからでは開始が遅れるため、院内で数枚を処方し自宅に持ち帰る。保険請求は処置薬として算定することとなっているが、院内で処置することはない。投薬として、院外・院内処方を認めてもらいたい。

2-6 手術

(1) 全般

- ① 内シャント設置術と上腕動脈表在化の点数に関

題あり(18,080点と5,000点)。内シャントは20～40分のできる手術であるが、使用に堪える表在化は約50分の時間を要する。内シャント設置術と動脈表在化は同程度の点数としてほしい。

- ② 腹膜透析を施行している看者様に対して施行する、カテ出口部変更術やカテ抜去術に対する手術料の項目を設けていただきたいです。

(2) シャント PTA

- ① PTA 期間制限が入ったことにより、閉塞のリスクも高まり、シャントの予後不良となっています。保険制度により患者様の予後が悪化することは納得できません。ご配慮をお願いします。
- ② シャント狭窄・閉塞に対する PTA は3カ月以内での実施は不可という規範は非現実的。PTA 施行の理由が正当であれば認めるべき。
- ③ PTA は、明らかに AVF、AVG 寿命を延長させ、低侵襲的な、VA 管理に不可欠な手術手技です。にもかかわらず、3カ月に1回しか保険請求を算定できない制約があります。また、3カ月未満で行った場合には、手技料のみならず、薬剤料、材料代の算定もできません。せめて、制約期間の短縮(3カ月→1～2カ月)と、制約期間での薬剤料、材料代の算定ができるよう、要望致します。
- ④ 月に1回以上の PTA 施行時に材料費だけでも認めてもらえないか。

2-7 リハビリテーション

- ① 透析患者に対する運動療法やリハビリ(腎不全

リハ)の保険収載を望みます。

- ② 腎臓リハビリテーションの算定を認めていただきたい。

2-8 医療材料

- ① 時々ダイアライザが透析中に凝固のために使用できなくなり2本目を使用することがありますが請求が通らない(コメント記入しても通らず)。
- ② リクセル[®]の使用基準がもっと緩和されると患者様への福音になると思われれます。
- ③ 「人工腎臓」が減額されているにもかかわらず、包括されている透析液(キンダリー 4E[®])薬価が引き上げられている。
- ④ ダイアライザとヘモダイアフィルタの償還価格を引き上げてほしい。

2-9 その他

- ① 消費税8%への引き上げ、平成29年4月には消費税10%の引き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)引き下げ分、各々検査の引き下げ分も反映されている。透析医療における診療報酬を評価していただきたい。
- ② 消費税が上がり、病院側の医療コストが増えても、診療側への反映がない現実をどうにかしてほしい。これ以上の医療コスト削減は確実に医療水準低下を招く。