

第 21 回透析保険審査委員懇談会報告

太田圭洋

要 旨

第 21 回透析保険審査懇談会を平成 28 年 6 月 10 日（金）19～21 時、大阪大学中之島センター講義室 703 で行いました。事前に行ったアンケート（検討事項：80 件、要望事項など：113 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 平成 28 年の改定より、J038 人工腎臓は、短期滞在手術等基本料 3 の包括の対象とならず、別に算定可能となったが、人工腎臓に使用する特定保険医療材料は、包括対象のままでしょうか。
- ② 短期滞在手術基本 3 の包括でネスプは入ってい

るが、他の ESA が入っていないのは疑問です。エポエチン α などは何故いけないのか。

- ③ J038 人工腎臓の「3 その他の場合」はダイアライザと透析液等の薬剤も算定可能でしょうか。
- ④ 短期滞在手術基本料の算定に PTA 術も今回の診療報酬改定で算定可能となったが、診療所も短期手術①、②も算定可能だが施設基準の麻酔科の医師は手術当日のみでよいか。

[討論内容] 今回の改定で、短期滞在手術等基本料の対象となる手術の拡大にともない、K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術が対象手術に含まれることとなりました（マ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37,588 点）。また、短期滞在手術等基本料の包括とされた部分の出来高実績点数に応じた評価の見直しとして、包括範囲から以下が除外された（人工腎臓、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。））。

特定保険材料であるダイアライザが算定可能かは、ほぼ同じ表現である回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟でのダイアライザの算定が、3 月 31 日の疑義解釈通知により可能となったことから、算定できると解釈すべきと考えられました。実際にその後、支払い基金から出された Q & A において、「短期滞在手術等基本料 3 の包括されない項目に「人工腎臓」とあるが、人工腎臓手技料のみ出来高算定できるのか」

との問いに「特定保険医療材料については算定可能、薬剤については J038 人工腎臓の 1 および 2 の場合には、当該薬剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できないが、J038 の 3 の場合には、算定可能」とされました。

診療所においては、この短期滞在手術等基本料 3 は算定することはできません。

今回の議論において短期滞在手術等基本料の通知の (5) の解釈がさまざま議論されました。(5) の包括からの除外項目に透析関連が書かれており、前述の特定保険材料、薬剤等が出来高で算定できるとの解釈も出されましたが、(5) では第 2 章第 2 部、すなわち在宅医療の項目に限定された除外項目と読むべきと解釈され、これを根拠に包括から除外できるとは読めないとの指摘がされました。

⑤ H 27 年 6 月 26 日に横浜で開催された「第 20 回透析保険審査委員懇談会」のなかでも討論されていましたが、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟における人工腎臓に伴うダイアライザの算定は可能でしょうか。

〔討論内容〕 3 月 31 日の疑義解釈通知により算定可能となりました。

1-2 医学管理等

① 慢性維持透析患者外来医学管理料の通知のなか、「安定した状態にある慢性維持透析患者……」とありますが、導入後 3 カ月以上が経過している患者において、同月中に「HD」と「HDF」が混在している場合、「安定した状態」とはみなされず、当該管理料の算定は不可能でしょうか。

〔討論内容〕 ほほすべての委員の方が、これは算定可能と考えておられました。

② 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定のさい、「診療録に特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点を記載する。」となっているが、具体的にどの程度の記載が必要か示してほしい。また、電子カルテにおいて検査結果は 2 号用紙、3 号用紙にあるため、診療録に記載されていると認められるのか？

〔討論内容〕 今後、指導等で指摘されてくる可能性

があると思われますが、現在のところ具体的に記載内容に関して各県での取り決めはないようでした。また、現在のところ指導等で記載の内容が問題となっているところはないとのことでした。

1-3 検査

(1) シヤントエコー

① 透析シヤント閉塞（疑い）および狭窄（疑い）に対し、パルスドプラ法を用いて超音波検査を行うが、パルスドプラ法加算が社保審査結果は「A 査定」となっている。透析シヤントの閉塞や狭窄の病変では、シヤント肢の血流量や血管抵抗指数を用いた機能評価が非常に重要な指標となり、血流速度波形を描出し計測するため、パルスドプラ法による超音波検査が必要となる。請求を認めていただきたい。

② シヤント狭窄・閉塞に関する超音波検査に関して、「シヤント狭窄」では超音波検査・断層撮影法（その他）350 点、およびパルスドプラ法加算 200 点の計 550 点が認められているが、「シヤント閉塞」ではドプラ法・末梢血管血行動態検査 20 点となってしまう。全国的にはどのようになっているのか。

③ H 25 年「透析保険診療に関する勉強会」では、透析シヤントエコーはシヤントトラブルがあれば D215 (2) 超音波検査（その他）350 点で算定し、なければ D215 (4) 超音波ドプラ法（末梢血管血行動態）20 点で算定するという話でしたが、シヤントトラブルがあったため 350 点で算定しましたが 20 点に査定がありました。

④ シヤントエコーの請求が「超音波（その他）350 点」での査定が続き、「末梢血管血行動態検査（20 点）」で算定しています。

⑤ 内シヤント設置術の術前評価として超音波検査・断層撮影法（その他）を行った場合、コメントがあれば請求は可能か。

〔討論内容〕 シヤントエコーに関しては、過去もさまざまな議論がなされてきました。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ような場合は、必要性が注記してあり理解ができる場合には、表在性の 350 点に加え、血流量測定のためにドップラーの 200 点の合計 550 点を認めている都道府県

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回請求ができて1連とはせず両方とも認めているとの結果でした。

今回の懇談会では東京以北では社保は原則、シャントエコーは認めていく方向になっているとの情報をいただきました。ただ、ある都道府県からは過去の懇談会と同じ解釈で行っているとの指摘が出されました。全体として、シャントエコーに関しては必要性がわかりしっかりとしたシャントエコーが行われている場合には、ドップラーも含め算定を認めていく方向にあるようでした。

- ⑥ 以前、毎回エコーガイド下の静脈穿刺を行っていたが、月に2回以上は認められなかった。(静脈は皮下1cm、直径は約6mmでエコーガイドがなければ困難であった。)

〔討論内容〕 穿刺困難事例だとしても、穿刺の技術料そのものが人工腎臓点数に包括されており、穿刺手技に伴う検査に関しても、基本的には包括され、算定は難しいとのことでした。

(2) その他

- ① 再審査請求をすると復活するが、昨年からは社保で出来高算定時のPTHが2回から1回に査定されている。

〔討論内容〕 慢透包括時でも認められる回数のPTHの採血は、原則、認められるべきものとされました。しかしある県では1回しか認めていないとのことでした。また、本当に2回の検査が必要なのか、漫然と認めていいのかとの指摘も出されました。また慢透算定時には2回目は出来高請求できるわけですが、月1回しか実施していないにもかかわらず、出来高請求されているような場合には、レセプト上はわかりませんが、指導等の時には不正請求とみなされる可能性が高く、そのようなことは絶対に行われぬよう各県で指導していく必要があるとの意見も出されました。

- ② 他院で読影を行った場合、病名をつけないと返戻される場合もあるのでしょうか。

〔討論内容〕 病名は必要との意見が多数でした。

- ③ 透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドラインで推奨しているHBsAb、HBcAbの定期的(6カ月)検査を算定すべきか。沖縄県国保では、いっせいに検査している場合には査定しています。

〔討論内容〕 過去の懇談会では、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、五つの県では、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が、多くの県では認めていないということでした。今年の懇談会でも、認めている都道府県数はほとんど変わらない結果でした。医会の院内感染予防マニュアルにHBc抗体の検査がすす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。

- ④ 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。

〔討論内容〕 初回投与から3カ月間をどう解釈するかだと思います。厳密に解釈すると厳しいですが、縦覧の6カ月を超えて再開され、開始日が再開日として請求された場合には、チェックのしようがないとの意見がだされました。

1-4 投薬・注射

(1) ウロキナーゼ関連

- ① シャント血管内で血液が凝固し血栓閉塞となるため、ウロキナーゼ注60,000単位を投与し血栓を溶解して血液透析を行う場合があるが、「A査定」となっている。ウロキナーゼ注60,000単位に対する病名を血栓塞栓症・透析シャント閉塞で認めていただきたい。

- ② 長期留置型カテーテルを留置しているさいのウロキナーゼの使用量・期間に関してはどこまで認

められるのか、病名はなく、コメントで「頻回の閉塞を認めるため」と記載してある場合等で、透析毎に使用するのには許容範囲なのか。

〔討論内容〕 過去の懇談会でも、留置カテー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。頻回投与が必要な場合にはカテーテル交換するべきであるとの意見がだされ異論はでませんでした。

また、HITの場合、ヘパロックの代わりにウロキナーゼやノバスタンの使用は認めざるをえないとの意見が、ある県から出されました。シャントに対してのウロキナーゼの注入も必要性がわかるようなコメントがあれば認めている県も多かったと記憶しています。

(2) 禁忌関連

- ① アセトアミノフェン製剤（カロナール錠・トラムセット錠）は、高度腎障害では禁忌とされているが、副作用に注意してできるだけ短期間少量で投与している。現在は査定されていないが、今後とも認めていただきたい。
- ② 薬剤に関して禁忌での査定が非常に多い。慢性腎不全があるとNSAIDsも処方できなくなってしまう。明らかな禁忌の場合は仕方がないと思うが、多少は考慮してほしい。
- ③ 甲状腺癌術後（副甲状腺も摘出）で、チラーヂン補充中の透析患者の高リン・低カルシウムに対して沈降炭酸カルシウムを処方していたら、ある時から査定となった。甲状腺機能低下症は沈降炭酸カルシウムの禁忌病名ではあるが、低カルシウム血症を放置しておいてよいのか疑問が残る。コメント付でも再審査でも認められていない。
- ④ 透析患者のアルダクトンAが時に査定される。
- ⑤ 非透析患者だが、腎摘出術後でeGFR 60のため慢性腎不全の病名をつけていたらユリノームが査定されるようになった。再審査やコメント付でも不可であった。病名を「慢性腎臓病」と変えた

ら査定されず、まったく意味がない査定だと思う。

- ⑥ アーチスト 2.5 mg 錠を使うために「慢性心不全」の病名をつけておくと、ある時からメトグルコが禁忌病名で査定となりだした。「心不全」病名を隠したら通るようになったが、アーチスト 2.5 mg 錠には高血圧症の適応がないのに査定されず、頭隠して尻隠さずだと思う。

- ⑦ ボンビバ注の返戻。腎不全患者には基本的に使用不可であり、本剤の使用は認められるか？

〔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、過去の懇談会では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。今年の懇談会では、東京女子医大の事件を背景に、国保では禁忌薬を厳しく事務的にチェックをかける状態になったとの情報をいただきました。NSAID に関しても事務のチェックがかかりますが、事務と話あってその禁忌チェックを外していただいた都道府県もありました。ボンビバは透析患者は禁忌ではないので使用は可能ではないかとの意見がだされました。骨粗鬆症に関してはビスホス以外に、テリパラチドが明らかな副甲状腺機能亢進症の症例に出されている症例があり、これは作用機序からしても意味がないため査定しているとのことご意見をいただきました。

(3) P吸着剤関連

- ① 高リン血症治療薬の選択肢が広がっているが、併用は何剤まで認められるのか。併用する場合に認められる組み合わせ、認められない組み合わせ等教えてほしい。
- ② 高リン血症としてホスレノールおよびフォスブロックの併用などの査定が時にあります。併用の可否およびリンコントロールについて教えてください。

〔討論内容〕 高額な薬剤とのことで議論がされましたが、多くの県ではとくにP吸着剤の併用に関してしっかりとした制限を設けていないとの状況でした。カルシウム非含有薬剤の併用も、ホスレノールとリオナ等の併用も規制している都道府県はありませんでし

た。ただ、リオナとピートルのような非常に近い薬剤の併用は認めがたいという意見が多く出されました。

(4) カルニチン

- ① カルニチン欠乏症の診断のもとに、エルカルチンFFを使用していますが、透析毎の使用は過剰との判断で9回に査定されます。血中カルニチン測定ができないため、不足の判断は臨床症状によると思われます。ただし、過剰症状は不明のため症状では判断不能かと思えます。各医療施設は漫然と使用をしているのではなく、臨床症状をみて使用継続しているものであり、この査定には疑問があります。
- ② エルカルチンが最近審査減となる症例がある。診断名はあるのだが（エルカルチン欠乏症）、審査減になる基準が不明である。
- ③ カルニチン欠乏は施設患者の何%まで使用を承認しているか。

[討論内容] 最近高額なカルニチンの注射の使用が増えてきています。昨年の懇談会では、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が、今年の懇談会では9回で査定している都道府県があるようでした。また、ある県からは、多くの患者に漫然と使用されている場合、施設によって、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。これに対して、実際にカルニチン濃度を測定すると、多くの透析患者が不足の状態であり、使用に制限を加えるのは難しいとの意見も出されました。カルニチン濃度の測定を保険上認めていくように働きかけていく必要があるのではないかと意見も出されました。

(5) PGE1

- ① 透析日のみのリプル etc. (PGE1 製剤) の使用が査定されました。症状詳記で復活しましたが、
- ② 血液透析患者におけるプロスタグランジン注射の投与期間について、現在3カ月使用後、1カ月休薬すべきとの意見が多いようですが、

[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す。

(6) その他

- ① 添付文書では1日1回投与と記載されている薬剤を1日2回の分割投与にした場合、投与量は上限を超えない場合でも査定の対象となるのか。

[討論内容] 最近、用法・容量は厳密に審査される傾向にあるようです。今回の議論では、特にオキサロールの回数に関しても指摘されました。オキサロールは週3回の投与が文書上必要であり、2回以下の場合、査定せざるをえない状況になっている都道府県もあるとのことでした。ただ、直近、アリセプトの3mgの長期投与に関して、医師の裁量権を認める通知が厚生労働省から出されました。今後、流れは変わる可能性はあります。

- ② 6種服用の薬好き透析患者が咳止めを希望。A薬だけが続けると7種に引かかるので、A+B、A+Cと組み合わせを変えて7日ずつ処方した。しかし処方日までチェックされるようになり、A薬が14日続いているから「定期薬」とされてあえなく7種通減でバツサリとやられた。湿布薬、花粉症、風邪薬など透析と関係ないものは自己負担を導入しないと医療費の無駄だと思う。

[討論内容] コンピューター審査になって分割投与による7種通減対策がはっきりとわかるようになりました。必要性のない分割投与は、指導が入った場合、不当な請求と判断される可能性もあり危険と考えます。

- ③ 透析患者が月13~14回来院している。定期薬処方と臨時薬処方合わせて月8回迄で処方箋料が減点されている。9回目からの請求は現状難しいか？

[討論内容] 過去、複数の県で処方箋料の請求回数の上限が設定されているとの報告がありました。各県のローカルルールと思われます。また、認知症患者のため次回分を処方するため、どうしても処方回数が増える場合があるとの指摘もされましたが、その場合でも透析室で患者に渡す時に工夫すればいいのであ

て、毎回処方する必要はないのではないかと意見も出されました。

- ④ 一般病棟入院基本料を算定中の患者で透析日のヘパリンロックが査定されました。

[討論内容] コンピューターチェックで、Wルーメンカテーテルのためのヘパロック要のヘパリンが人工腎臓に含まれると、チェックがかかるようになりました。当然、認められるべきものと考えます。ただ、本数に関しては10単位製剤と100単位製剤があり、それぞれの1日あたり本数が規定されているため、それで切られているのではとの指摘がなされました。また県によっては5,000単位までに制限しているところがありました。

- ⑤ 湿布薬は1処方につき70枚となっていますが、1カ月の最大投与量は？

[討論内容] 今回の改定の大きなトピックです。1回の処方枚数の制限が70枚ですが、月の上限を原則140枚までと決められている都道府県が複数ありました。

1-5 処置

(1) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

a. 対象患者

- ① 下肢末梢動脈疾患指導管理加算について、受け入れ病院である総合病院では当然満たします。慢性維持透析を実施しているすべての患者に対しとあります。総合病院では、サテライトより様々な患者の加療依頼を受けることにより、短期で外来維持透析をしている人もいるかと思えます。一方、固定患者として、常時透析している患者もいます。この「すべての患者」には、短期にお預かりしている患者も含まれるのでしょうか。短期に、一時的に施行する患者の多い総合病院では、「すべての患者」の縛りで算定不可となるかと思えますが？ 解釈に困ります。
- ② 下肢末梢動脈疾患指導管理加算の透析患者全員に対して、リスク評価を行うとなっているが、重度の認知症、下肢切断、寝たきり患者に対しても実施が必要か。
- ③ 患者の協力が得られない等、相応の理由がある

場合は、その旨を診療録に記載していれば全患者に算定可能でしょうか。

- ④ 人工腎臓注10下肢末梢動脈指導管理加算100点について、通知(20)に「……慢性維持透析を実施しているすべての患者に対し算定できる」とあるが、J038人工腎臓3.その他の場合1,580点にも加算できるか。
- ⑤ 下肢末梢動脈疾患重症化予防に関する加算は、すべての慢性透析患者が該当すると思料するならば、急性腎不全患者、導入患者は？
- ⑥ 下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関して、具体的にどこからどこまで請求できるのかが非常にわかりにくい。ABI検査等を行える体制が整っていて届出がしてあり、毎月全員フットケア等にて評価を行ってれば全員に100点加算できるのか(例えば患者が100人いれば、そのうちの有所見患者以外も含めて100人全員加算可能なのか、病名がなくても加算は可能なのか)、ABIまたはSPP等の検査を行えば検査自体は別途請求可能なのか(検査を行う患者に関しては当然病名が必要と思うが)。

[討論内容] 本年新設されたJ038人工腎臓の加算点数です。厚生局への届け出の段階、今後の指導・監査の段階で、上記は問題になりますが、審査の段階で問題になることはないかと思えます。ちなみに保険医協会の疑義解釈として「下肢末梢動脈指導管理加算は、慢性維持透析を実施している患者のうち、算定する患者と算定しない患者を選択できるのか？(答)選択できない。要件を満たして届け出て人工腎臓を算定するすべての患者に算定するか、要件を満たせずすべての患者に算定しないかのどちらかになる。」との回答がでています。

b. 算定条件

- ① 下肢末梢動脈疾患の重症化予防が評価されたが、
- 下肢動脈の触診や下垂試験・拳上試験で異常がなくても算定できるのか、
 - 虚血病変が疑われ、ABI・SPPの検査により評価を行った場合に算定できる。算定条件に関して不明瞭なところがある。
- ② 下肢末梢動脈疾患指導管理加算について、すべての患者にどの程度の間隔で指導を行えばよいか。

すべての患者に毎月行う必要があるのか。

- ③ フットケアに点数がつくようになったが、ABI等の検査を毎月すべきなのか。まして施行した場合、毎月その施行料を算定できるのか、もしだめなら年何回までならOKなのか不明。
- ④ 下肢末梢動脈疾患指導管理加算について、基準が明確でなく苦慮しています。ABIやSPPによる評価が記されていますが、機械を購入しなければならないのか。シャントなどを考慮して、実施が難しい場合があり、どのように評価するのか。下肢動脈の触診、下垂拳上試験等を実施して、下肢末梢動脈の虚血性疾患が認められない場合は、実施した試験だけでも算定してよいのか、などの疑問が残ります。
- ⑤ フットケアの点数の計上はカルテ記載日でしょうか？カルテ記載はスタッフの記載を含め、医師が指導方針のコメントを記載するのが条件となるのでしょうか？計上するには毎月でも足を診ることになりますか？

[討論内容] 同じく保険医協会の疑義解釈として「指導管理等やカルテ記載は、リスク評価の結果、リスクありとされた患者のみが対象か？(答)リスクの有無にかかわらず、慢性維持透析を実施している患者の全ての患者に行っている必要がある。」、「ABI検査やSPP検査の費用は別に算定できるか？(答)別に算定できる。」と出されています。あくまで、ガイドラインに基づいて各施設が行うことが重要で、現段階で参考資料以上の情報はありません。

c. 連携先医療機関

- ① 紹介先施設とは事前に、その施設(病院)に連絡しておく必要があるか。
- ② 下肢末梢動脈疾患指導管理加算で、届け出た連携医療機関以外の医療機関に紹介しても問題ないか。
- ③ 地方厚生局へ届け出る書類とは、文書による契約または病診連携の証明となるなんらかの資料が必要か。または患者を適切に紹介しているという実績のみで届けを出してもよいか。

[討論内容] 特に書類により連携を証明できる文書を作成する必要まではないと思われます。また、連携先以外の医療機関へ患者を紹介することも問題ないと

思われます。今回、新規で作成された加算であり、必要時、医会としても厚生労働省に照会することが可能ですが、厳しい解釈が示される可能性もあり、現段階では行っておりません。

以下、現段階までに、保険医協会、日本フットケア学会が示している疑義解釈等を列挙します。

保険医協会

- 下肢末梢動脈指導管理加算は、いつ算定するのか？
(答) 人工腎臓を算定する際に月1回を限度に加算する。
- 下肢末梢動脈指導管理加算は、慢性維持透析を実施している患者のうち、算定する患者と算定しない患者を選択できるのか？
(答) 選択できない。要件を満たして届け出て人工腎臓を算定するすべての患者に算定するか、要件を満たさずすべての患者に算定しないかのどちらかになる。
- 指導管理等やカルテ記載は、リスク評価の結果、リスクありとされた患者のみが対象か？
(答) リスクの有無にかかわらず、慢性維持透析を実施している患者のすべての患者に行っている必要がある。
- ABI検査やSPP検査の費用は別に算定できるか？
(答) 別に算定できる。

日本フットケア学会

- 末梢動脈疾患(PAD)の発症進展から下肢切断を回避するため、透析患者を診療している施設として継続的に一定の間隔で常に全員の透析患者を、これら全員について基本的な診療を行っていること(足に関する問診・理学所見でリスクの評価と指導管理)が大切です。
- このうえでABI(感度30%で低い)あるいはSPP(感度80%と高い)を行い(透析学会ガイドライン8章ステートメント)(全員にABIあるいはSPPをやっている必要はないが全員に足の一般診療を行っている前提が必要)、ABIなら0.7、SPPなら40mmHgを下回る(以下)患者が出た場合に、院内であれ院外であれ患者の同意を得たうえでPADの診療(治療)体制(循環器・血管外科・皮膚科・形成外科・整形外科など血行再建や創傷治療ができると考えられる診療科)をとれ

る一定の施設で紹介している施設で患者ひとりについて（100人透析患者がいればそういう施設であればこの100人全員に）、1カ月1回限度として100点を算定できるということです。

- また、施設は施設基準についての問いに（様式49の3の2）答えるべく地方厚生局長にあらかじめ届け出が必要になります。
- 他院クリニック等の維持透析患者が足の治療のために該当の病院へ紹介した場合には、紹介した側のクリニックで算定でき、その治療を行う病院では算定できない。
- しかし、その病院で、腎臓・透析科でその患者を透析医療として維持しながら足の治療のため、同病院内の形成外科あるいは循環器内科で治療を継続され長期に及び、月が変わればその病院の腎・透析科で算定できる。
- この場合にはもともとの紹介元のクリニックでは算定しない事になる。場合によって厚生局に問い合わせる。
- 大病院でも維持透析を行っている施設で、同じ院内で形成外科や血管外科・循環器などへ紹介した場合には100点を、その病院の維持透析を行っている科で100点算定できる。
- クリニック側はしたがってあらかじめ連携を取っている、あるいは今後虚血肢の治療を行ってもらえる施設をあらかじめ地方厚生局へ届け出しておく必要がある。

(2) 抗凝固薬

- ① 眼底出血を発症し、眼科医よりフサン使用を指示され、発症後2週間を超えても使用しなければならない場合も査定されて非常に困っている（当院「眼科医よりフサン使用の指示あり」とのコメントを入れている）。
- ② 血液透析（その他）を算定時に、メシル酸ナファモスタットが使用されていることはよくあります。術後や眼底出血等の後はよいのですが、CVカテ挿入後というコメントを見ることがあり、その時は、出血性合併症の病名なしでは査定としています。この対応はよいでしょうか。

[討論内容] 以前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で対応を）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。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。CVカテ挿入後だけでは、ナファモスタット使用の理由にはならないと考えます。

(3) ESA

- ① 透析回数が15回目以降は、人工腎臓または持続緩徐式血液濾過は算定できない。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）または特定保健医療材料は別に算定できると明記されているにもかかわらず、15回目以降に算定した造血剤が査定されるのには疑問がある。基本的には、1カ月間の血液浄化回数の制限はなく、病態に応じた対応が認められていると思います。造血剤のみの査定には疑問があります。
- ② 同様に、ネスプ120 μ g投与日のみ週1回その他で算定してくる施設もある。

[討論内容] 暦日のルール上は、算定可能と解釈されますが、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す。

(4) ダイアライザ

- ① 血液透析時、回路内で血液が凝固した場合ダイアライザを交換する場合があります。そのためダイアライザは計2個の使用となるが、1個だけ認められている。ダイアライザ2個の請求を認めていただきたい。
- ② 透析途中で回路・ダイアライザ凝固により透析継続が困難となり回路・ダイアライザ交換を行った場合、2本目のダイアライザ請求はできないのか。

〔討論内容〕最近、血液が凝固した場合でも、ダイアライザの2本目が請求できなくなってきました。今年の懇談会では、コメントがあれば認めている県が5~6県ありましたが、多くの都道府県では、コメントがあっても認めなくなってきたとのことでした。

(5) その他

- ① 長期留置型カテーテルを留置しているさいのカテーテル出口部の処置に関して、創傷処置としてその面積はどの程度まで認められるのか（面積によって点数が異なるため）。

〔討論内容〕挿入手技料が、注射の点数の準用になっているため、別に感染等あって処置をしている等、特別な理由がない限り、イソジン等の消毒剤等の材料だけしか認められないとの意見が多数でした。

- ② HD/PD 併用療法でPDを中止しHDへ移行した場合、HD施行と別施設で腹膜洗浄の透析液の処方算定可能か。

〔討論内容〕過去の議論では、他に接続できる適切な洗浄液が存在しないため、多くの都道府県で認めていました。

- ③ 腹膜透析を開始し血液透析を併用、その後血液透析へ移行された患者さんへ導入期加算を算定する場合は、血液透析移行日より1カ月の考えでよいか。

〔討論内容〕腹膜透析から、血液透析へ一気に移行する場合、そのさいから1カ月間、人工腎臓（その他）+導入期加算となると思われますが、多くの場合、週1回のHD併用等を経て血液透析に完全に移行します。その場合、週1回の透析の時は、慢性維持透析の包括点数での算定となっていますので、週3回になった時点で導入期加算をとることは、人工腎臓その他での算定が必要なため点数も低くなるため、現実的ではないとの意見が出されました。

- ④ 人工腎臓の障害者加算「I」の頻回の検査・処置とは、どのようなことなのか、明確な定義が知りたい。

〔討論内容〕障害加算が今回の改定で大きく見直されるとの情報がありましたが、結局見送られました。

ただ、今後、これは大きな問題になっていく可能性を秘めています。今回の懇談会では、障害加算の算定条件に関して、具体的に規定している都道府県はいまのところありませんでした。

- ⑤ J038 人工腎臓の注1（300点）の加算について、予定された透析を日曜等に行った場合、算定可能か（処置の通則の加算とは解釈が別かどうか）。

〔討論内容〕たとえば、隔日に月水金日火木土での透析の場合、日曜日の透析での休日加算の算定は認められないとの解釈に異論はだされませんでした。

- ⑥ 貼付用局所麻酔剤（ユーパッチ）について、現在1日につき2枚まで算定するように透析医会からの指導があったが、正当な理由があれば使用した枚数を請求できるように認めてほしい。（透析開始時の患者の容態急変により午前中の透析を中止し、夕方再来院にて透析を行った場合など）

〔討論内容〕上記状況では、詳記により請求可能かとも思われます。

1-6 手術

- ① PTAを行ったさいに、バルーンカテーテルやガイドワイヤー、シース等を複数請求する可能性があるが、コメントや詳記があれば認められるか。バルーンカテーテルなどは何本までなら認められるのか。

- ② シェントPTA時に請求される保険材料について、各県の意見を伺いたい。

i PTAバルーンカテーテル（一般型・標準型）	¥50,300
ii 血管造影用ガイドワイヤー（一般用）	¥2,410
iii 造影用シースイントロドゥーサーセット	¥2,820
iv 血管造影用カテーテル（一般用）	¥2,540
v 血管造影用ガイドワイヤー（微細血管用）	¥15,500
vi PTAバルーンカテーテル（スリッピング防止用）	¥111,000

上記のi~iiiについては、当県では各1本までは、

必要なものとして認めている。

また、これら i~iii が複数個請求された場合は、詳記を求めて認める事としている。

iv, v, vi については、多くの PTA 術者からの意見では、必要とする場合が少ないとの声が聞かれる。当県においては、iv, v, vi においては、詳記の内容にて認める場合もあるが、その原審頻度は少ない。他県において、iv, v, vi を認める場合があるならば、その状況・条件を伺いたいと思います。宜しく願いいたします。

- ③ シヤント PTA 時の材料をどこまで認めるか (2 本以上の PTA カテーテル/血管造影用カテーテル (蛇行血管用)/カッティングバルーン, スリッピング防止型カテーテルの使用)。

[討論内容] PTA カテの本数に関しては、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。シースやガイドワイヤーに関しても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。血管造影用カテーテルは、ガイドワイヤーの誘導に使用することが多く認めているとの意見が多数でした。またカッティングバルーン, スリッピング防止型カテーテルの使用に関して、初回だとしたら返戻することもあるが、必要性が詳記されていれば認めているとの意見が多数でした。ただ、さまざまな特殊型のバルーンカテやガイドワイヤーも、他の医療機関と比較し明らかに多いところに関しては、査定・返戻等で対応しているとのことでした。

1-7 その他

(1) 自立支援医療

- ① 院外処方分はなぜ更生医療適応とならないのか。それは全国ではどの程度実施されている状況なのでしょうか。他県では院外処方でも更生医療適応となっている所もあるようですので。

[討論内容] 昨年、熊本県で、院外処方における自立支援医療が問題になっているとの情報がありました。また、今年は東北の県で問題になりつつあるとの情報があります。従来、文書で出されている自立支援医療

としての透析関連分とは、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事で、日本透析医学会と厚労省の間では了解が取れていました。生保と更生医療だけの時は、主治医の判断でしっかりわかるべきです。

この問題は会計検査院の指摘もあり、財源の出どころとも関係するので、各施設対応すべき問題とします。しかし、一般の患者までこの問題が拡大すると、患者負担 (償還払いや施設ごとの上限金額) の問題等、複雑に絡み合い対応が困難となります。行政側も解決するためには法改正が必要となり対応が難しく、問題を拡大させないことが重要と考えます。今後とも、自立支援 (更生) 医療関係での問題が発生しましたら、ぜひ日本透析医学会まで情報提供をお願いします。

2 要望事項

今回も 113 件という多数の要望が各都道府県支部から出されました。以下、代表的な要望に関して診療行為別に記します。

2-1 基本診療料

(1) 短期滞在手術

- ① 短期滞在手術基本料 1 に該当する手術を、無床診療所で一般的に言われている日帰り手術を実践しているが、短期滞在手術基本料 1-(4) 「短期滞在手術基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること」は、現実的には困難 (経皮的シャント拡張術、血栓除去術で麻酔科医は必ずしも必要でないため) である。麻酔科医の常駐している保健医療機関では、実際に麻酔科医が「経皮的シャント拡張術、血栓除去術」に係っていないと思われるが請求できるため、不公平感を感じる。

短期滞在手術基本料 1-(4) を削除、無床診療所でも 1-(1) に定める「術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、該当病床は必ずしも許可病床である必要はない」ことから請求できるように改善してほしい。

(2) DPC

- ① DPC および地域包括ケア病棟入院料において、人工腎臓用特定保険医療材料の算定を認めてほしい。
- ② DPC 包括算定方法時「J038 人工腎臓 (3) その他の場合」となる時、保険医療材料が算定できないことについて、もともと慢性的に行っている患者が急な手術等により、「(3) その他の場合」の算定になることもあり、保険医療材料が算定できるようになるとよいと思う。
- ③ DPC 病棟での吸着型血液浄化器の算定。
- ④ DPC 病院において、人工腎臓の所定点数に含まれるものの取り扱いについては、ダイアライザ・透析液・抗凝固薬・生食・ESA 製剤の費用は所定点数に含まれており別に算定できないとなっているが、償還可、出来高算定への変更をお願いしたい。

(3) 療養病棟入院基本料・回復期リハビリ病棟入院基本料

- ① 長期の入院患者の算定について検討をしてほしい。
- ② 療養型病棟などで人工腎臓・腹膜透析手技料は認められているが、材料費、ESA 製剤なども請求できることの確認。老健での慢透算定可能に、また、ESA 以外の薬剤は請求できないが、鉄剤、静注ビタミンD 製剤などへの範囲拡大（レミッチ、エルカルチンなどは拡大したくない）。
- ③ もう一つ、これは当院の実情ですが、MDS 患者が入院してきた場合、ESA が算定できない状況に苦慮しています。金額的にも非常に高価で、抗がん剤に類するものとして算定可能になればと思います。
- ④ 回復期リハビリ病棟入院中に経皮的シャント拡張術・血栓除去術を行う場合、転棟の必要なく算定を認めてほしい。

2-2 医学管理等

(1) 慢性透析患者外来医学管理料

- ① 維持透析に必要な心胸比の確認で月1回撮影している胸部X-Pは、慢性維持透析患者外来医学管理料2,250点を算定している場合は、写真診断お

よび撮影料は包括とされています。急性的な呼吸器疾患を疑う場合で撮影しても包括になるので、その場合の出来高算定を要望します。

- ② 慢性維持透析患者外来医療管理料に含まれる検査を減らしてほしい。他科にて手術等を実施するため。

2-3 在宅医療

- ① アシストPDの手技。

2-4 投薬・注射

- ① 入院90日を超える透析患者のシャント閉塞に対し、カテーテル挿入の手技料と材料費が請求不能となったので請求できるようにしてほしい。

2-5 検査

- ① シャントエコーに対するドップラ加算の見直し。

2-6 処置

(1) 透析時間等

- ① 透析時間は点数がつけられていますが、高齢者の方が多く、透析時間が長いと患者さんの負担が大きい。
- ② 1回あたりの透析の点数を下げるのは不当。長時間透析の場合は点数を上げるほうがいいと思う。
- ③ 兵庫県の透析時間は全国的にみても短時間なので、時間区分だけは変えないでほしい。
- ④ 深夜血液透析に対する評価（深夜加算の新設や長時間透析の点数化等）。
- ⑤ 夜間・休日加算の引き上げ。
- ⑥ オーバーナイト透析を施行しているが、算定項目が5時間以上の手技料と夜間管理料のみなので、手技料の7時間以上、夜間加算を新設してもらいたい。

(2) 透析回数

- ① 現在、隔日透析を実施している症例が増加傾向にあります。保険請求では14回までしか手技料の算定ができません。患者に対するメリットも多い隔日透析を継続していくためにも、15回以降も手技料が算定できるよう変更をお願いします。
- ② 人工腎臓の算定における14回上限制限の緩和。

- ③ 一月の透析回数制限の緩和。
- ④ 透析回数制限の撤回。
- ⑤ 人工腎臓算定回数上限の撤廃。お盆休等の時間外加算。
- ⑥ 月に15回まで透析をできるようにしてほしい(除水困難な患者に対応するため)。
- (3) HD+PD 併用療法
- ① HD+PD 併用療法:「同一施設でHD, PDを施行しなければならない」ことは、「週に1回のHD」は近所で受けて、「月に1回のPD」は遠方の基幹施設で診療する、という併用療法の利点を損なうものと考えます。是非、HD・PDを異なる施設でもそれぞれ管理料を算定できるようにしていただきたいと思います。
- ② 現在、在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対し、他の医療機関で人工腎臓または連続携行式腹膜灌流を行っても、所定点数は算定できない、とされているが、緊急に他医(旅行等)で処置が必要となる場合があり、認めていただきたい。
- (4) オンライン HDF
- ① オンライン HDFを時間区分での点数設定にしてほしい。
- ② HDFにも時間による点数加算をしてもらいたい。
- ③ 長時間オンライン透析を人工腎(複雑なもの)で請求すると5時間透析よりも低い算定となる。この矛盾を解消するため、オンライン透析は加算の形にしてほしい。
- ④ 慢性維持透析濾過(複雑なもの)および血液透析濾過と吸着型血液浄化器(β_2 ミクログロブリン除去用)の併用を認めてほしい。
- ⑤ オンライン HDFは、手間がかかる割には慢性維持透析5時間以上より点数が低いのは何故でしょうか。
- (5) ESA
- ① 「エリスロポエチン」と「ダルベポエチン」の注射薬は、包括点数ではなく出来高点数にしてほしい。
- ② ESA製剤の出来高請求。
- ③ エリスロポエチン製剤の出来高算定。
- (6) 障害加算
- ① 穿刺困難患者に対して、現在エコー下穿刺を行っている。エコー下に対する加算、または穿刺困難者として、障害者加算等に追加をお願いしたい。
- ② 高齢の透析患者が増加しているため、障害者加算には該当しない患者でもスタッフの手助けの必要な患者が増えている。そのため、別の加算についても検討をお願いしたい。
- ③ 障害者加算の算定要件の緩和。
- ④ 患者の高齢化に伴う通院困難に対して、送迎補助(点数)の設置。
- ⑤ 障害者等加算について、一律120点ではなく病態等により段階的な点数設定にしてほしい。また、高齢者への看護必要度に対する加算を設置してほしい。
- ⑥ 障害加算に認知症があるが、高齢者の日常生活自立度が高い患者に対しての加算点数の新設を希望。
- ⑦ 「著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合」の1日につき120点の加算について、特に精神疾患や認知症を有する患者の透析は管理が大変なので加算料を引き上げてほしい。
- ⑧ 透析患者のADL通院困難な方が多くなり送迎を行う人が増加してきているので、診療報酬に反映させてほしい。
- ⑨ 感染症患者に関する加算を新設してほしい(専用エリア、専用透析装置、対応消毒剤、セーフティ針、防護具、スタッフのワクチン接種など多くの対応策をとる必要があり、加算が必要です)。
- (7) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算
- ① 下肢末梢動脈疾患の指導管理加算の、患者の下肢の評価期間を明確にできないか。
- ② 下肢末梢動脈指導管理加算についても保医発では具体的な明示がありません。将来的に個別指導や適時検査にて難癖つけられやすい項目だと思えます。もう少し具体的なQ&Aがあってもよいのではと思います。どうも最近の保医発は抽象的でどうとでも解釈できる記載が多いような気がし

ます。結局、保険者や審査機関のフリーハンドの解釈を診療側に押しつける結果になっていると思います。

- ③ 取得するためにはABIや循環血流量の測定・フットケアを行ったり、他の医療機関と連携して早期に治療を行うなど色々条件があり、手間がかかる割に月100点しか算定できないため、もう少し評価をしていただきたい。
 - ④ 全員の透析患者に毎週評価する点ですが、足背A、触知、Ratschow試験、ABIなど行っていくのですが、具体的にどの方法で行ってよいか。方法は適切な方法を随時変更してよいのか悩みました。実務的な方法の明記をしてほしい。
 - ⑤ 下肢末梢動脈指導管理加算に関する施設基準において、「専門的な～診療科名称」の胸部外科または血管外科の部分が若干実情にそぐわない気がする。胸部外科は心臓、肺が主体で末梢血管を必ずしも見ないし、心血管外科とひとくくりで標榜しているところも多いと思う。
 - ⑥ フットケア等の加算について明確にし、業務量に見合った点数をお願い致します。
- (8) その他加算
- ① 水質確保加算を引き上げるなど、一定水準をクリアしている場合の加算をお願いしたい。
 - ② 夜間休日透析加算料を引き上げてほしい。
- (9) 新たな加算点数
- ① 当院の透析センターでは、外来透析も精神科が主体の病院にあって、精神病や認知症を合併している患者が多数おられます。よって、マンパワーが基準以上に必要であり、精神科患者に対しては、精神科加算等をお考えいただければと願います。
 - ② 認知症患者について、居宅支援事業所や介護保健施設等、他施設への綿密な情報提供を丁寧に1カ月に何回も行っていることから、医療機関以外への診療情報提供書についても認知症連携加算を新設してほしい。
 - ③ 今回の改定において、医療資源の少ない地域(特定地域)が追加されております。当院も特定地域に所在する医療機関であり、当院では夜間透析を実施しており、透析医療に従事する医師・看

護師等の確保が困難な状況が続いております。従事職員の処遇改善を図るために、次期診療報酬改定では、人工腎臓等の技術料に特定地域加算を新設していただきたい。

(10) その他

- ① リドカイン使用枚数(保険請求枚数)の緩和。

2-7 手術

(1) PTA 3カ月ルール

- ① 無理な要望とは思いますが、PTAの3カ月ルールをなんとかしてほしいです。
- ② 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について3カ月に1回のみ算定となるが、2回実施する場合があります。2回実施した場合の点数評価をいただきたい。
- ③ 経皮的シャント拡張術は再手術しても3カ月経過していないと算定できないので、100%でなくてもある程度の手技料の評価をしてほしい。
- ④ シャントPTAの3カ月ルールで材料費のみは認めてほしい。
- ⑤ シャント閉塞した患者は当院では処置できず、他病院に紹介しています。血管状態の悪い方が多く、3カ月以内の処置は請求できなくなっているため、他病院への紹介がしにくいです。
- ⑥ シャントPTAの3カ月の縛りをなくしていただきたい。
- ⑦ シャントPTA 3カ月ルールの再考。
- ⑧ PTAについて、3カ月ルールによって、PTAができずに結局閉塞してしまうことがあり、血管の状況によっては3カ月以内のPTAも算定していただけたら助かります。
- ⑨ ごく限られた患者ではあるが、シャントPTAを3カ月以内に繰り返し実施しなければ維持できない場合もある。なんらかの救済措置が望まれる。
- ⑩ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3カ月に1回の算定の縛りを外していただきたい。
- ⑪ PTAの3カ月しぼりがあると、やはり治療に影響します。点数が下がってもしぼりをとれると嬉しいです。
- ⑫ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3カ月に1回の算定の縛りを外していただきたい。

(2) PTA その他

- ① 経皮的シャント血管拡張術 (PTA) は、単なる狭窄症例も閉塞で血栓吸引除去+狭窄部拡張を併せて行う症例も手技料は 18,080 点で同一である。血栓吸引デバイスについて材料費は別に請求可能であるが、手技の煩雑さを考えると閉塞で血栓吸引除去も行う症例は手技料のアップを検討していただきたい。
- ② シャント閉塞症例で血栓除去を経皮的治療でなく観血的に行う症例もあり、このような症例は単に血栓を血栓除去カテーテルで摘出するだけでなく、閉塞の原因となった狭窄病変を拡張する必要がある。このようなケースは術中にバルーンカテーテルで PTA を行うケースも増えているが (この場合は PTA の 18,080 点を請求)、バルーンカテーテルでなく血管拡張子で狭窄部拡張を行う症例もある。この場合、血栓除去術の 3,130 点しか請求できず、術者としては報われない印象である。新たに「血栓除去術 (狭窄部拡張を伴う)」などの項目を設けて PTA に遜色のない点数を付けていただきたい。

2-8 ダイアライザ等

- ① ダイアライザの旧機能分類 IV 型・V 型の改定による下げ幅が目立つが、I, II, III 型 (新分類 I 型) への誘導なのか。
- ② ダイアライザの IV 型, V 型 (改定前)、大膜面積のダイアライザ区分の削減、材料価格が下がっているの、医療機関側は差益減による経営への影響や、メーカー側は新しいダイアライザや医療機器の研究・開発が遅滞するのではと思います。
- ③ 今回、透析手技料、ダイアライザの材料費が低下しましたが、消費税が 5% から 8%、のちには 10% になる事についての考慮がなされていないのが疑問です。
- ④ ダイアライザとヘモダイアフィルターの償還価格を引き上げてほしい (納入価と償還価格との差額で、血液回路の価格が吸収できるぐらいの価格設定が必要?)。

2-9 その他

(1) 人工腎臓点数

- ① そろそろ下げ止まってほしい。
- ② 無理な要望とは思いますが、これ以上人工腎臓を下げないでほしいです。
- ③ 次回の改定では、もう少し緩和した改定をお願いしたい。
- ④ 質の高い透析には高い評価、報酬を確保していただきたい。
- ⑤ 人工腎臓手数料および材料の増点。
- ⑥ 今回、人工腎臓が下がったが、透析液 (キンダリー等) の価格は上がったため、今以上は下げないでいただきたい。
- ⑦ 総合病院には、厳しい改定が続きます。病院内の実質透析部門の収益が下がるため、人員の削減に繋がっております。労働環境が厳しくなるばかりです。労働実態に沿った報酬改定を望みます。
- ⑧ 人工腎臓の点数の引き上げ。
- ⑨ 人工腎臓の手技の引き上げ (透析を必要とする患者さんは年々増えていると思われます)。
- ⑩ 透析単価の増額。
- ⑪ 慢性維持透析の点数を今後維持してほしい。
- ⑫ 人工腎臓手技料の点数アップ。
- ⑬ 診療報酬改定の度に透析手技の点数が下がっているが、患者が高齢化しており、糖尿病・心疾患・認知症患者の増加に伴い透析中の看護が以前より難しくなっている。今後ますますこの傾向は強くなることから、これ以上の点数の減額は食い止めていただきたい。
- ⑭ 人工腎臓の減算ストップ。
- ⑮ 本体の透析治療の点数の評価をお願いしたい。
- ⑯ 包括薬剤の実勢価格の定価に比べ人工腎臓手技の減点が大きいため見直しをお願いしたい。
- ⑰ 技術料のこれ以上の減額はありえないと思います。現在でも薬価や特保の減額による収入減もあり、相対的に医療機関は経営が厳しい状況下だと思っています。透析医療機関は随分前の右肩上がりの成長分野であった頃の給与水準が残っており、今後これ以上の減額があれば給与を下げざるをえないと考えます。もとより透析分野へ進む医療従事者は少なく、今後、労務的に人材不足による休診もありうると考えます。

- ⑱ 内服薬の一部自己負担を導入し（あるいは、一部マルメ）、透析本体の診療報酬削減を抑制すべきである。
- (2) 保存期指導料
- ① 透析医療ではなく、保存期の問題でもあるが、DMでは運動生活指導が腎症でも認められているが、その他の腎疾患についても認められないか。
- ② 糖尿病透析予防指導管理料があるが、CKD予防管理加算がほしい。
- ③ 慢性腎炎・慢性腎不全で、高血圧・糖尿の慢性疾患のように指導料が取れるようにしてほしい。
- ④ 透析予防腎不全期患者指導加算の施設基準の緩和、および糖尿病透析予防指導管理料の点数増額改定をしていただき、透析予防に対する積極的評価を求めます。
- (3) 包括関連
- ① VTDを包括にされると厳しい。
- ② リン吸着薬までESAのように包括にしていたきたくない。
- ③ 包括となっている手技の増点を望む。
- ④ 透析の診療報酬についてマルメ化が進むのは仕方ないが、リン吸着剤についてはマルメから外してほしい。（レミッチやエルカルチンはマルメ化されても仕方ないと思いますが）
- ⑤ 静注 VitD 製剤が包括化されるかが気になります。
- (4) 腎臓リハビリ
- ① 透析予防の糖尿病性腎症に対する運動指導の評価のハードルが高すぎる。
- ② 透析中に行っている運動療法を、予防医療の一つとして評価対象にならないか。
- ③ 血液透析施行中の患者にもリハビリテーションを行うことは、早期の在宅あるいは施設復帰を促すことにつながります。腎臓リハビリテーション料をつけてほしい。
- ④ 腎臓リハビリも評価していただきたい。
- (5) 消費税
- ① 診療報酬の減額と消費税増税が重なるのが厳しいです。今後も消費税が上がると思うので根本的な解決をしてほしいです。
- ② 透析医療は、水・電気・医療材料費・薬剤費等コストが大変かかる。このため消費税の影響がとて大きく、診療料でこの制度を早く是正してほしい。
- (6) その他
- ① 自立支援医療の必要性。
- ② 施設基準として、スタッフ（看護師、ME）の患者数に対する配置基準を新設してほしいです。今日の震災でスタッフも疲弊していました。
- ③ 増減点連絡書の事由を詳しく教えていただきたい。
- ④ 支払基金・国保連合会の査定内容が異なっているが、同じ査定基準にならないのか？
- ⑤ 透析患者は処方薬の種類が多いため、「薬剤総合評価調整管理料」に該当することもあると思いますが、種類の数え方などの管理面での詳細がわかりにくいです。