

第22回透析保険審査委員懇談会報告

太田圭洋

要旨

第22回透析保険審査懇談会を平成29年6月16日(金)18~20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のうち主な討論内容をまとめました。

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

まず包括入院料におけるESA等の薬剤、ダイアライザーの算定が議論されました。

- ① 療養病棟においてESA製剤は算定可であるにもかかわらず、人工腎臓3その他でしか算定できない。人工腎臓1,2が原則としてあるのだろうが、

1.2での算定が(療養で)不可であることが明記されたものがない。

- ② 療養病棟でのESA製剤算定について、投与の必要があり、非透析日に施行し症状詳記もつけたが、査定となった。条件として何が足りなかったのか。
- ③ 地域包括ケア病棟入院医療管理料算定において、エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜還流を受けている患者のうち、腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る)は出来高算定が可能となっているが、人工透析時に同時に注射をした場合、処置算定時の条件が優先され、まるめとなる。患者の立場を考えた場合、透析時に行うことが負担とならない(透析のない日に注射をして算定する場合に比べ)。
- ④ 療養病棟の入院患者に使用した「オキサロール注」「エルカルチンFF静注」が入院基本料に包括されている注射料と判断され、査定されている。このことに関して、透析治療の一環として使用している旨、説明したところ再審査請求が復活した。
- ⑤ 短期滞在手術等基本料や地域包括ケア病棟入院料などの包括入院料から人工腎臓が算定可となりましたが、「人工腎臓」のみで、ダイアライザーや薬剤などは包括のままとなっている。

〔討論内容〕現在の人工腎臓1,2は、ESAが包括されそのコストが含まれています。包括点数の療養病棟や地域包括ケア病棟入院料算定時に、ESAは算定できると書いてあるものの、実際には包括点数での算定が

優先されます。非透析日にESAを投与したとしても人工腎臓1,2を請求していた場合は、請求できないこと、療養病棟入院基本料や特定入院料を算定している場合には、透析中に投与する薬剤（オキサロール、エルカルチン）等は、包括されている注射料に含まれ算定できないこと（あくまで算定できる注射薬は、通常処置に伴う薬剤として40処置で請求する薬剤に限られる）に対して、異論はありませんでした。

また、ダイアライザに関しては、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟での算定は、平成28年3月31日の疑義解釈通知により請求できることが明確になりました。短期滞在手術等基本料3に関しては、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。

今回の議論にさいして、DPCにおける人工腎臓1,2と3（その他）におけるダイアライザの請求が議論されました。以前の本懇談会の議論では、DPCにおいては麻酔のコードがでてくるような場合には、ある期間、人工腎臓3で請求するというようになっており、そのさいにはダイアライザは請求できなくなることになっており、そのルールを厳密に運用している県も複数ありましたが、DPC請求においても、人工腎臓1,2と人工腎臓3（その他）の区別において、主治医の判断で「特別な管理を要しない場合」には、人工腎臓3（その他）で請求してよいとしている都道府県もある程度存在することがわかりました。今後、DPCに関してはコーディングのマニュアルが出てくることになっており、そのさいにまた議論することになると思われました。

1-2 医学管理

医学管理では、今年も慢性維持透析医学管理料と特定疾患療養管理指導料の併算定が議論されました。

- ① なぜ慢性維持透析医学管理料と特定疾患処方管理加算（処方せん料）を併せて算定できないのか。

〔討論内容〕 この質問に対し、特定疾患療養管理指導料が算定されている症例に関しては、指摘が出された県でも特定疾患処方管理加算（処方せん料）は認めているとのことでした。ただ、その県では主病はひとつとの解釈から、特定疾患療養管理指導料はかなり限られた症例にしか認めていない運用になっていると指摘がありました。それに対し、過去、国保の運営協議会で調査をして、ほとんどの都道府県で併算定を認めるようになってきていることから、そのような全国と違う運用はおかしいのではないかと指摘もされました。

1-3 在宅医療

ことしは在宅医療として、以下のような質問がされました

- ① 在宅血液透析は1回当たり何時間まで認めているか？ 1カ月に何回まで認めているか？

〔討論内容〕 一部の県で在宅血液透析の回数が問題になったとのうわさを聞きましたが、今回の懇談会では、とくに制限を設けている都道府県はありませんでした。在宅血液透析は長時間透析、オーバーナイト、短時間頻回等さまざまな透析が行われており、それが在宅血液透析のメリットでもあります。極力、保険診療上の制限は作らない方向性でいきたいとの意見がありました。

1-4 検査・画像

(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。請求を認めて頂きたい。

- 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 点となってしまふ。全国的にはどのようにしているのか。

[討論内容] シャ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、シャント手術に伴い、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 回請求ができて月 1 連とはせずに両方とも認めているとの結果でした。

今年の懇談会の意見としても、シャントエコーに関しては、症例を選んで、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り、画一的に漫然と請求されていない限り 550 点を認めている都道府県が多数となってきていました。

(2) レグパラ・パーサビブ関連検査

- ① 新規静注カルシウム受容体アゴニスト・パーサビブの件。レグパラ同様、使用開始 3 カ月間の慢透管管理料外出し Ca, P, PTH 算定を認める運用は可か？
- ② 慢性維持透析患者外来医学管理料について、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し Ca・P・PTH の検査を別に算定できるとあるが、現在レグパラ服用中の患者をパーサビブ投与に変更した場合、パーサビブに変更後を初回投与とみなすことはできるでしょうか。
- ③ 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カルシウム、無機リンの検査について、月 2 回以上実施する場合において、当該 2 回目以後の検査について月 2 回に限り (PTH は月 2 回以上 2 回目以後の月 1 回)、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定できますが、レグパラ錠の初回投与から 3 カ月以内にパーサビブ静注に変更になった場合でも変更月からさらに 3 カ月算定は可能でしょうか？
- ④ シナカルセット塩酸塩・エテルカルセチド塩酸塩

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、血清カルシウム濃度の十分な観察のもと適量を調整して投与するため、一定の期間中止したさいの投与再開の場合を含め、投与期間中の場合は継続した算定を認めてほしい。

- ⑤ パーサビブ、レグパラは開始 3 カ月を過ぎても、コメントをつければ月 1 回の PTH 請求は可能か？

[討論内容] パーサビブ投与時の Ca・P・PTH の検査に関して議論されました。医科点数表の慢透の文書には、エテルカルセチド (パーサビブ) の記載はないことからの質問ですが、シナカルセットと同様に、使用開始後 3 カ月間の Ca, P, PTH の算定は認めるべきとの意見が多数でした。ただ極力早期に医科点数表に追加していただくよう要望していくべきという意見が出されました。

シナカルセットからエテルカルセチドへの切り替えのさいは、さらに変更月から 3 カ月間の算定を認めるかどうかに関しては、現段階では「拡大解釈のそのまた拡大解釈になる」と、否定的な意見が大勢を占めました。ただし、医科点数表にエテルカルセチドが追加された後は、認めることができるようになるとの意見も出されました。

PTH に関しては、エテルカルセチドをビタミン D パルス療法と同じように読み替えるということは難しいという意見が多数で、3 カ月を超えての 2 回目の出来高算定を認める意見はありませんでした。ただ多くの症例でビタミン D 静注と併用されていることから、あまり問題にならないのではないかとの意見も出されました。

これに関連して、以下の質問のように投与回数に関して、厳密に運用すべきかどうか議論されました。

- ⑥ パーサビブの添付文書に週 3 回投与を原則とする記載がありますが、週 1 回ないし 2 回の投与は査定の対象となるのでしょうか。
- ⑦ パーサビブは添付文書に「週 3 回」投与と明記されているが、週 2 回や週 1 回投与では査定となるのか (昨年の懇談会ではオキサロールは週 3 回

と明記されているため、週2回や週1回投与では査定される可能性もあるとのことだったが)。

[討論内容] 最近、用法・容量は厳密に審査される傾向にあります。パーサビブに関しては、減量の過程で週1、週2回の投与となることもあるため、常習的に週1、週2回投与が行われている以外は、認めるべきだという意見が多数でした。また昨年議論したオキサロールの回数に関しても、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県もあるとのことでしたが、多くの県ではオキサロールに関しても週1回、週2回の投与を認めているという県が今年も多数でした。

(3) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関連する検査

- ① 末梢動脈疾患等の重症度等の評価のABI測定は3カ月に1回ということで、3カ月に満たない場合の減点
- ② 下肢末梢動脈疾患指導管理加算が創設され、それに伴う検査の算定が増加している。特にSPPを頻回(毎月)に算定する施設がある。スクリーニングとしては半年に1回が限度と考える。

[討論内容] 下肢末梢動脈疾患指導管理加算の新設後、その条件からABIやSPPが測定されることが多くなってきています。今年の懇談会では、検査の頻度に関して議論されました。スクリーニングに関しては、多くても半年に1回くらいが限度ではないかという意見がだされました。しかし、それよりも短い間隔で測定していく必要がある場合には、症例を選んでコメントがついている場合には認めているという県が多数でした。

また、これに関連して下肢末梢動脈疾患指導管理加算の算定方法に関しても議論がなされました。全員に行わなければならないかに関しては、厚生局と話し合いを行い、施行できた人とか患者が拒否した場合などの場合にはどうするかを質問したさいに、厚生局から「一人くらい評価・指導を行わないひとがいてもしょうがない」と回答を口頭でいただいた県がありました。

カルテ記載に関しては、指導や監査がはいった場合、算定した日にカルテ上に何も記載がないと返還とせざるをえないので、なんらかの記載は必要という意見が出されました。実際に東北のある県では1年間の返還

命令がだされた例があることが報告されました。あまり厳しく算定要件を解釈するべきでないという意見が多数でしたが、記載に関しては身を守るためにも、何らかの記載をカルテ上に残しておくべきということになりました。

- ③ 腹膜機能検査のように、排液および血液を用いた数回の生化学検査を包括請求すべきであるとして減点されます。全国的にはいかがでしょうか?

[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。」となっています。

今年の懇談会では、ほとんどの県では、違う時間の検体の状況を、腹膜機能評価のために検査している等のコメントがついていれば、多項目包括規定を適応せず、別々に算定を認めているとのことでした。

1-5 投薬・注射

(1) 禁忌関連

- ① 甲状腺機能低下症例へのチラージン投与と沈降炭酸カルシウム同時投与の査定。
- ② 薬剤の禁忌に対する対応について：ロキソニンの禁忌項目に「重篤な腎症状」がありますが、透析患者には、禁忌項目のある薬剤は使用できないでしょうか？ 肝硬変脳症に対するアミノレバン注や経口摂取不十分のビーフリード輸液当等も「重篤な腎障害」に対して禁忌となっています。病態に応じて使用はできないでしょうか？ ご教授よろしくお願ひ致します。※当院において「重篤な腎障害」が禁忌となっている薬剤⇒アクトスOD、アマリール錠、カフコデN配合錠、カロナ

ール錠 200, キャベジン U コーワ配合, トラムセ
ット配合錠

- ③ 高度の腎機能障害には禁忌と, ワーファリン
(慢性心房細動), 消炎鎮痛剤を査定された.

[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加しています. 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数
でした. 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基金
等の事務方に徹底する必要があるとの意見も出されて
います.

複数の県の社保の委員の先生から, 審査のさいに
「禁忌薬ではあるが, 主治医の判断で使っているので
問題ありません」というチェック項目があり, それを
審査委員がチェックして通していただいているとの報
告がありました. 今後も, 各県で透析患者への投薬が,
非現実的な基準で制限されないように, がんばってい
く必要があるとの結論になりました.

- ④ 長期留置カテーテル使用時のヘパリンが査定さ
れる. 透析治療の一連としてみるため人工腎臓の
手技に含まれるとの回答だった. 社会保険には請
求はしていません. 国保はだいたい通っている.

[討論内容] 今年の懇談会ではヘパロックが議論さ
れました. ヘパロックで使用するヘパリン製剤が, 最
近, 人工腎臓に含まれる抗凝固薬とみなされ, 事務チ
ェックがかかることが多くなってきました. 多くの県
では, ヘパロックに使用したヘパリンおよび生食は,
請求を認めているということでした.

しかし, 厳密にいうと, ヘパリン製剤とヘパロック
用のシリンジは適応が違い, ヘパリン製剤そのもの
には留置カテーテルへの使用の適応がないとのこと
で, ある県の社保では厳密に適応, 使用量をチェッ
クして査定しているとのことでした. ヘパロックシ
リンジが市販された時からそのような扱いとなった
とのことで, 今後全国に波及していく可能性がある
と感じられました.

- ⑤ オキサロール 2.5~5.0 μg , ロカルトロール 0.5
 μg 2A で毎回, 多数例で常習的に請求する施設
がある. 大学, 病院など口座数に制限があり, や

むをえず小数例での使用は認めるが, 多数例での
常習的な使用は認められない. 人を介して調査し
たところ, そのほうが薬価差が大きく儲かると言
ってのけた施設あり.

[討論内容] 本来, 複数規格が存在する薬剤は, 必
要な規格の薬剤を使用し請求すべきです. しかし, 医
療機関の採用薬の口座数の問題から, 複数規格を組み
合わせたり, 複数アンプルでの請求がされる場合はあ
りえます. 過去 ESA でエポを 1,500 単位を 2 本使用し
てきた場合に 3,000 単位の製剤 1 本の薬価に査定した
例があったと, ある県の委員から報告されました. し
かし現在のところは, 多くの県ではあまり問題になっ
ていないようでした.

1-6 処 置

(1) ESA

- ① 週 4 回, 月に 14 回を超える透析をしないと生
命予後が危うい心不全患者がいます. 14 回を超
えての手技量の請求はしていませんが, エポジン,
ネスプが過剰で査定されます. これは, 「保険点
数表」に矛盾していますが, どのように受け止め
たらいいのでしょうか.
- ② 人工腎臓技術料, 別表第十の三 人工腎臓に規
定する注射薬におきまして, ESA 製剤との標記
ではなく, ○エリスロポエチン, ○ダルベポエチ
ンで記しているのはなぜか. エポエチンベタペゴ
ルは別途請求可能か.
- ③ 月 15 回を超える人工腎臓は材料費, ESA のみ
請求可であり, その 15 回目として. また, 出血
傾向などあいまいな病名でフサンを使用し, 月
1~2 回だけ人工腎臓 3 (その他) で算定し, ネス
プ 180 μg ミルセラ 200~250 μg を算定する施設
が少なくない.

[討論内容] 医科点数表には, 包括される注射薬と
して, エリスロポエチン, ダルベポエチンのみが別表
第十の三に規定されていますが, エポエチンベタペゴ
ルおよびエポエチンカップも, 当然, 点数改定が行わ
れてきた経緯から包括範囲に含まれるとの解釈に異論
は出されませんでした.

暦日で透析回数をカウントするルールから, 14 回目
以降の手技料を請求しない透析時に使用した ESA は
請求は理論上可能となりますが, これも包括化された

人工腎臓点数がESA分を含んでいることから、査定か「医学的に理解しがたい」とのコメントをつけて返戻をしているとの意見が多くいただきました。訴訟を起こされる可能性もあるかと心配される審査委員の先生もおられました。多くの都道府県の審査委員の先生は適切に請求されるよう頑張っておられました。

- ④ 骨髄異形成症候群 (MDS) の病名でネスプ 10~20 μg 、Hb 11.5 g/dl で別算定する施設が少なくない。添付文書には週 1 回 240 μg で開始、Hb > 11 g/dl で半量に減量と書かれており、これは MDS に対するネスプとしては不相当と考え、査定している。

[討論内容] MDS に対する ESA の低用量使用に関しては、多くの県では査定しているとのことでした。ただネスプ 60 μg 位の微妙な量の場合には返戻して、診断の根拠等を確認しているとの意見がありました。

(2) 月の透析回数

- ① 自身が保険審査委員をしていることもあり、支払基金青森県支部より本部へ質問をした。

- ・入院と外来では自院であってもそれぞれ 14 回まで算定可能
- ・入院と入院では自院と他院であっても通算 14 回まで

これは全く算定根拠が不明である。実際に急性期病院より紹介される場合、前医で透析を何回実施したか不明のことが多く、入院透析が通算で 15 回を超えるケースがある。自院（または関連施設）での回数制限は理解できるが、他院から転院の場合は、病態等を考慮して通算 15 回を超える請求はやむをえないと思われる。この支払基金本部の回答に正当性があるとは考えられず、ぜひ厚労省で検討して頂きたい。

[討論内容] これに関しては医科点数表上、上記のようなルールになっているので、2カ所の病院で透析が行われた場合、14回より後に行われた透析に関しては、後の病院のほうが査定されるということでした。しかし、ある県では、後ろの医療機関が困るので、医療費に関して医療機関の間で協議していただいているとのことでした。ただ国保では通しているという県もありました。

- ② ECUM は透析時間として換算してもいいのか？
例：4時間透析と1時間 ECUM は、ハ. 5時間以上の場合 2,225 点となるのか？

[討論内容] ECUM だけをした場合、人工腎臓（その他）で請求すべきとのことでしたが、例のような 4 時間透析 + 1 時間 ECUM のような場合、透析の開始・終了時間は脱血から返血までと決められているため、5 時間透析で請求するという意見でまとまりました。15 回目に ECUM だけを行った場合には、技術料の人工腎臓（その他）は請求できないので、透析液のないダイアライザや、生食、抗凝固薬だけの請求になるとのことでした。

- ③ オンライン HDF + フサンを施行。フサンの注記入力し、人工腎臓（その他）で算定したところ、ヘモダイアフィルターが査定された。どのような算定の方法で提出したらよいか知っていたら教えてください。

[討論内容] 人工腎臓 2 でない時に、ヘモダイアフィルターが請求された時に、保険者が機械的にヘモダイアフィルターを査定する風潮があるようです。しかしオフライン HDF の場合も、人工腎臓（その他）で請求することから、人工腎臓（その他）算定時はヘモダイアフィルターを認めないという単純なルールではありません。上記のような場合、ヘモダイアフィルターの算定は当然認められるべきとの意見に異論は出されませんでした。

1-7 手術

- ① シェント PTA の請求に関して教えてください。
広島県では昨年夏頃より国保に関してのみ暦月 3 カ月で請求しています。今のところ査定されていません。他県では、国保に関してのみ暦月 3 カ月で請求されていますか？ していれば査定は受けましたか？ また、社保は以前のように暦日 3 カ月（4/30 なら 7/31 以降請求可）以上ですか？

[討論内容] 当初、PTA 点数が診察された時に、山崎前会長が厚労省担当者にお問い合わせのさいには、暦日とのことでしたが、現在は国保も社保も暦月（4/30 なら 7/1 以降請求可）になっています。ほぼすべての都道府県で暦月の請求を認めている状況が確認できました。

② シヤント鎖骨下静脈ステントは保険適応になるのか。他施設では保険で認められたとのことだったが、当院で実施したら保険で認められず材料費20万近く自己負担になった。審査基準を明確にしていきたい。

③ シヤントPTAでのステント留置は査定しているが、他地域ではどのようにになっているか。

[討論内容] 第17回(2012)の懇談会においてもステントの使用に関して議論がされました。そのさい

には、特定保険材料として認可されているのは末梢動脈であることから、本来的には算定を認めるのは難しいという意見でしたが、どうしてもステントを留置せざるをえない必要性がわかるような詳記があれば認められている都道府県が多い印象でした。

今年の懇談会でも2県では、やはり適応の問題からステントは認めない方針とのことでしたが、それ以外の都道府県では、だれもが必要性を認めるような詳記があれば、請求を認めているという状況でした。