

第23回透析保険審査委員懇談会報告

中央寛治 太田圭洋

要旨

第23回透析保険審査委員懇談会を平成30年6月29日(金)、18～20時、神戸商工会議所で開催し、100名近い全国の透析審査委員が参加した。事前に行ったアンケート調査をもとに討論した内容をまとめた。

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、全国の透析審査の地域間差異の是正に役立てることを目的に行っているが、この懇談会は日本透析医会からは干渉を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く。

1 主要検討事項

例年通り診療行為別に討論を行った。なかには明確な適否の結論が出なかった事例も多く、その場合の討論経過をできるだけ詳しく報告する。

1-1 基本診療料

- ① 訪問看護指示料が査定となります。問い合わせをすると通院による療養が困難な患者に対し算定するので、透析に月13回通院できているので査定と言われました。透析は、送迎バスで外来通院をしなくてはいけないレベルで自身で通院できる状態ではありません。訪問看護指示が出せなくな

ると多くの患者が在宅で生活できなくなっています。

- ② 透析患者の訪問看護指示書が査定されてくるが、月に13回通院していても非透析日に訪問看護が必要なケースがあるため考慮してもらいたい。例えば、褥瘡処置やインスリン自己注射困難。

〔討論内容〕

透析に通院できるかどうかではなく、日常の状態判断すべきであり、一律に査定するのはおかしいという意見が多数ありました。これに対して、県の担当者から厚生局と相談したいとの答弁がありました。ただし、施設総管とか在医総管など在宅の管理料が必要か否かについては、場合によって問題になってくる可能性はあるとの意見もありました。

1-2 医学管理料

- ① 慢透と特定疾患療養管理料の併算定について、国保の算定は認められたが社保は今後どうなるのか。

〔討論内容〕

過去の懇談会でも様々議論され、当初少なかったが最近では算定を認める都道府県が大半となっています。これは併算定できるかという議論と同時に、主病は一つなのか複数なのかという議論があります。厚生労働省も複数の主病を容認しているが、高血圧および糖尿病を原疾患とする慢性腎不全の場合は不可とする課長通達があったとの報告もありました。ただし、その他の主病を多数持つ透析患者では、大半の患者で併算定

は可能と解釈されるとの意見が大半でした。しかし、まだ一部の県では、主病は一つであり、現段階では併算定は認めていないところがありました。

1-3 検査・画像

(1) シャントエコー

- ① 透析患者に施行するシャント超音波検査は、支払基金より「シャントに対する超音波検査は手術とともに請求される場合のみ可」と通知があったが、シャント機能低下時にはシャント超音波検査は不可欠と考えているので、手術に至らない場合でも算定できるようにしていただきたい。
- ② シャントの狭窄部位や狭窄度合いを診断するため、時々超音波検査を行っていますが、ほとんど査定されています。透析シャント狭窄という病名に対しての超音波検査は、算定できないでしょうか。
- ③ 上肢シャント部に対する「断層撮影法による超音波検査 (350点)」が「末梢血管血行動態 (20点)」に査定された。理由はシャント狭窄等による診断のためとされた。透析患者特有の病名診断による査定で平等性に欠けた審査内容と考えられ、明確に納得できる理由を頂戴したい。

〔討論内容〕

シャントエコーの請求がここ2、3年かなり増加傾向です。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には350点に加え、ドップラー加算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。

シャントエコーの回数に関しては、手術前後でやっても月1回としている県が多いようですが、一部の県では手術当日も前後のエコー検査を認めているとのこと。しかし、これは、手術当日は一連として認めていない県が多いようです。

また、連月～3カ月に1回のスクリーニングで請求してくる施設も少なくありませんが、これに関しては、全例にやっているような場合は、末梢血管血行動態(20点)でもよいのではないかと、一方で、頻回のPTAを必要とするような症例を選んでやっている場合には、基本的に認めてもよいのではないかと意見がありました。この20点に関しては、検査法として意味がないとの意見も少なからずありました。これに対して、

審査上、症例を選択せずに全例に施行する施設を排除する必要があってやっており、症例を選択してしっかりと評価がされている場合は、ドップラー加算も認めているとのことでした。ドップラー加算に関しては大半の県で認めているようです。

最近、エコー下穿刺も増えているようですが、穿刺は人工腎臓手技料に含まれることから請求できないと解釈され、認められないとの意見が大半でした。

(2) レグパラ・パーサビブ・パルス療法関連検査

- ① エテルカルセチド(パーサビブ)もシナカルセト(レグパラ)と同様に使用開始後、3カ月間のCa・P・PTHの測定・算定は認められてもよいのではないのでしょうか。また、PTHの測定は3カ月間を過ぎても認めてほしい。

〔討論内容〕

パーサビブは、発売時より医学会などから要望書を提出していますが、まだ医科点数表の慢透の項に記載されていませんでした。オルケディアもそうですが、レグパラと同様、開始3カ月間のCa, P, PTHの算定は認めている県が大半のようです。レグパラからパーサビブ、オルケディアへの切り替えの時も変更日から3カ月は算定を可能とするかどうかについては、二重の拡大解釈につながるのだから認めるのはいかなものかとの意見もありましたが、認めている県も少なくないようでした。

また、パルス療法と違って開始から3カ月という制限がついている件、およびパーサビブ、オルケディアが医科点数表に記載されていない件については、医会保険担当理事より、今後、厚生労働省に働きかけていきたいとの発言がありました。

- ② 副甲状腺機能亢進症に対し、パルス療法施行中の患者に対し、PTHを月2回施行した場合、1回に減点されます。必要性もレセプトに記載して請求していますがなぜでしょうか。

〔討論内容〕

2回以上施行した場合に1回のみ慢透に追加で請求できるルールですので、1回への減点は当然だと思われれます。慢透でない出来高請求の場合は2回の請求の必要性が認められれば、認めるべきだと思われれます。

1-4 投薬・注射

(1) CKD-MBD薬

- ① ロカルトロール静注+パーサビブ静注について
疑義照会。VitDパルス+パーサビブ静注の留意点などがありますか。ガイドラインに準拠して使用していますが、レグパラ内服をまず考えるべきなど治療法の優先順位等あるのでしょうか。
- ② 二次性副甲状腺機能亢進症の方にマキサカルシトール注とパーサビブ注を併用していることに関し、理由を詳記するよう求められる事が数度あった。ルールを決めていただきたい。

〔討論内容〕

ビタミンD2種（経口を含め）、レグパラとパーサビブの併用は認められませんが、ビタミンDとレグパラ、パーサビブの併用は作用機序が異なり、問題ないと思われま。むしろ、大半の患者で併用となっていると思われま。

- ③ オルケディアは、添付文書上1mgから開始となっているが、高容量のレグパラからの切り替えの場合、3mg以上での開始を認めてはどうか。

〔討論内容〕

用量効果比は、オルケディア1mgはレグパラ12.5mgに相当するとされており、レグパラ75mgは、オルケディア6mgに相当することからの提案と思われま。添付文書上は2mgでの開始は認められていますが、通常1mg開始となったのは2mg開始で低Ca血症が多かったためであり、高容量での開始は注意が必要とは思われま。

しかし、レグパラ高容量からオルケディア1mgに切り替えると、PTH、Caの上昇をきたす可能性があり、これは認める方向で考えているという意見がありました。

また、逆にパーサビブは添付文書上5mg開始となっていますが、2.5mgでの開始を査定している県はないようでした。

- ④ 4月より支払基金は、P吸着剤は透析患者の80%以上に使用されるため、病名なしでも認めることにしたようですが、各県の対応はいかがでしょうか。

〔討論内容〕

支払基金の審査委員から、支部間差異をなくし収斂すべきだとの考え方から本部決定したとの説明があり

ました。国保だけでなく、支払基金の審査員にも病名なしで通すのは抵抗があるという意見が多くありましたが、支払基金は本部決定ですので査定はしないことになったようです。各県内の国保と対応が異なる事態を避けたいということで支払基金と同様にするかどうか、まだ対応を決めかねている国保が多いようです。

(2) Lカルニチン

- ① Lカルニチンの血中濃度の測定が本年より可能となったが、使用基準が明確になっておらず、未だに施設の大多数に使用している施設が見られる。使用開始時には血中濃度が20以下なのか、40以下なのかも明確ではない。それとも臨床症状で決めるべきなのか、他の都道府県でどのような取り扱いをしているかご教示願いたい。

また、血中濃度の測定は1回/6カ月ですが、現在使用中の患者に対しどのように継続し、どのように減量していくのかご教示願いたい。

- ② エルカルチンの投与につきまして、今回の改定で、カルニチンの測定が保険適用されましたが、エルカルチン投与開始にさいし、カルニチンの測定が必須となるのでしょうか。

- ③ 検査「遊離カルニチンおよび総カルニチン」について、平成30年2月1日付で保険適用となりました。同日に両方した場合の算定可否、適応病名、検査間隔（期間）など留意点あればご教示下さい。また、現状としてSRLの検査方法は1項目のみの対応はしておらず、カルニチン分画が代用されるため2項目分の検査代となっている。併算定できないのであれば持ち出しの検査となってしまいます。

- ④ 施設において、エルカルチンを大部分の患者に使用している場合の取り扱いはどうすべきか（全例認めるか？ 注釈が必要か？）。

- ⑤ エルカルチンを多数の患者に年余にわたり、週3回、継続投与している施設がある。返戻すると、まだESAが減量できていない、倦怠感が残るので継続するとの返事。全例で貧血などの症状が改善するわけではなく、そのような施設には査定もしている。

〔討論内容〕

カルニチンの血中濃度については、アシルカルニチ

ンと遊離カルニチンの比率も重要であることから、2項目認めるのが当然であると思われます。投与開始時のカルニチン血中濃度には、明確な基準はありませんが、透析患者では80~90%以上が基準値以下となりますので、この血中濃度だけで投与を開始するとなると大半の患者で投与が必要ということになります。

エルカルチンの適応はカルニチン欠乏症であり、カルニチン欠乏とそれによる症候を確認して投与すべきで、高用量を長期間投与することは避け、期待する効果が得られない場合には漫然と投与を継続しないと記載されています。漫然と多数の患者に年余にわたり週3回の投与をしている施設には、血中濃度や症候の確認をすべきとする意見がありました。血中濃度と臨床症状の相関や維持量、減量、中止の基準についても統一見解がなく、各県でも対応に苦慮しているようでした。

一番の問題は、エルカルチンの薬価であるとの指摘もありました。オプジーボで問題になりましたが、わが国では薬価を下げるシステムがなかったので、オーファン指定のときに出た薬価がそのまま適応拡大されても維持される。エルカルチンも1,000 mgで1,000円の薬価がついており、これが他のビタミン剤や鉄剤のような薬価ならば、これほど問題にはならないと思われます。また、亜鉛（ノベルジン）についても、同様に今後問題となる可能性も指摘されました。

(3) アルブミン製剤、アミノ酸製剤、ブドウ糖

- ① 透析患者でのアルブミン静注について疑義照会。高齢者で食事摂取が十分でなく経口栄養剤、脂質製剤静注、アミノ酸製剤静注を行っても低アルブミンが続き、透析中に低血圧が生じるケースです。月3回までのアルブミン静注をやむをえず行っているが、何か留意点などありますでしょうか。
- ② 担癌患者のHDを行うさい、アルブミン製剤を使用したところ、A査定となった。（血清アルブミン1.4~1.7 g/dlで、HD中の血圧保つためと注記記載していたが）

〔討論内容〕

アルブミン製剤の適応は、Alb値急性期3.0、慢性期2.5 g/dl以下で、胸腹水や循環不全を伴う場合との内規があります。単なる栄養補給や血清アルブミン濃度の維持のための使用は認めず、1回25 g、3日間を

上限としています。各県もこのような基準でやっているようでした。Alb値の記載と胸腹水や循環不全の病名が必須と思われます。

- ③ 腎不全にて透析中の患者へのエンシュア処方査定されています。高齢で、るいそうが強く、栄養状態不良の患者に対して、体重増加・水分摂取を抑制しながら改善をはかるためには必要です。薬価の適応にも腎不全患者は対象とあります。禁忌対象の末期腎不全の患者とは、透析導入前の末期の患者と認識しています。

- ④ 嘔吐・食欲不振による体重減少・終末期の透析患者へ、栄養改善目的にてブドウ糖50%、200 ml施注したが査定された（入院・外来）。

※減点事由：D判定 前各号の他不適当又は不必要と認められるもの

〔討論内容〕

アミノ酸製剤やブドウ糖、経口栄養剤は、近年栄養障害の患者が増加しており請求が結構みられますが、病名があれば認めているようです。ブドウ糖単独の場合、生食などと同様、手技料に包括されるとされて査定された可能性があります。イントラリポスなどの脂肪製剤については、高脂血症、DICなどで禁忌となっていますが、高脂血症もスタチンなどでコントロールされていれば容認している県が少なくないようでした。

(4) 静注プロスタグランジン製剤

- ① パルクス連続投与は、何か月認めるべきか。
- ② 静注プロスタグランジン製剤が切られることがあるので注意しています。

〔討論内容〕

この問題も過去何度も議論されましたが、古い病名や長期漫然投与は査定されることも少なくないようです。適応は、慢性動脈閉塞症における四肢潰瘍、安静時疼痛（Fontaine分類III、IVに相当）や糖尿病性皮膚潰瘍であり、糖尿病性皮膚潰瘍では、4週間連日投与し効果が認められない場合には他の適切な治療に切り替えることと記載されています。原則として1カ月までの県や2カ月を超えての長期連用は返戻または査定という県もありますが、およそ半数の県では特に規制していないようです。

(5) 降圧剤

- ① 重症高血圧の治療のさいに降圧剤多剤併用が必須となる。副作用、禁忌等の問題で、Ca拮抗剤の2~3剤併用が必要となる例もある。Ca拮抗剤の併用を認めてほしい。

〔討論内容〕

Ca拮抗剤2剤はいかなる場合も認めない県が1県ありましたが、大半の県は、Ca拮抗剤以外の降圧剤が投与され、重症、悪性、薬剤拮抗性などの病名・コメントがあれば2剤までは認めているようです。

(6) サムスカ

- ① 透析患者に対するサムスカ治療は認められるか。

〔討論内容〕

eGFR<15(多発性嚢胞腎)、無尿では禁忌ですが、尿量のある透析患者では禁忌とはなっていません。基本的に透析患者の体液貯留は透析で是正すべきと考え、認めていない県も少なくないようです。

(7) ワーファリン

- ① ワーファリン：不相当で査定。病名は「心原性脳梗塞」「多発性脳梗塞」。再審査請求中。
- ② ワーファリン処方への査定に関して：透析患者へのワーファリン処方が、「不相当又は不必要と認められるもの」として、平成29年5月分(国保)より突然査定されています。病名は、慢性心房細動あるいは発作性心房細動の患者です。透析患者へのワーファリンの適応については、医学的にも議論のあるところと承知していますが、循環器内科医へのコンサルトのうえ、PT-INRを厳密に1.6~2.0程度へコントロールしながら処方しています。ワーファリン処方についてのルールを明確にしていきたいと思えます。

〔討論内容〕

ワーファリンは添付文書上禁忌となっており、コンピュータ審査で機械的にチェックされることが最近増えています。しかし、代替薬がなく、必要と判断される場合には、禁忌薬剤でもほとんどの県が認めているようです。NSAIDsに関しても事務チェックがかかりますが、事務と話し合っただけでチェックを外して頂いた都道府県もあるようです。

(8) 緊急時ブラッドアクセス留置カテーテル

- ① 緊急時ブラッドアクセス留置カテーテル挿入手技料が、「中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する」となっていることから、療養病棟は注射項目が包括となっているため手技料は算定できない。ただし、カテーテル費用は、透析処置の医療材料として算定していたが、平成29年10月診療分から査定されるようになった。支払基金に問い合わせたところ、医療材料においても透析処置材料ではなく注射項目とするとのことだった。手技料はともかく、処置で使用する医療材料なのですが、なぜ認められないのでしょうか。

〔討論内容〕

緊急時ブラッドアクセス留置カテーテル挿入は、G005-2中心静注用カテーテル挿入に準じて算定する(平成30.3.5保医発)となっており、処置ではなく注射項目となっているためであり、認めている県はありませんでした。しかし、緊急時ブラッドアクセス留置カテーテルは、処置に使用するものであり、処置料で算定できるように保険局医療課に働きかけていきたいと医療保険委員会委員より発言がありました。

- ② 長期留置カテーテルでウロキナーゼを漫然と投与してくる医療機関があります。当県ではやむなく月3回までは認めています。他県ではどのような取り扱いになっているのでしょうか。

〔討論内容〕

この問題は、2016年にも討論されました。2回まで認めている県、1回で十分との意見もありました。一切認めない県もありました。認めている県でもその必要性がわかるようなコメント、病名が必要との意見が多数でした。漫然と継続的な使用は認められず、2回、3回あたりで線を引き、それ以上は過剰ということで査定している県が多いようでした。

1-5 処置

(1) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

- ① 「下肢末梢動脈疾患指導管理加算(100点)」は、慢性維持透析を実施している患者全員に対し、評価、指導管理を行っていることとなっていますが、評価予定日以前に、急な転院等で評価ができなかった場合は、1人の患者ができなかったがために、他の患者の点数も算定できなくなるのでしょうか。

- ② 適時調査で下肢末梢動脈疾患指導管理加算の算定要件として、全患者に評価しているかを詳しく確認されました。

〔討論内容〕

維持透析患者全例にというのは、昨年、一昨年も本懇談会で問題になりました。保険医協会の疑義解釈として、リスクの有無にかかわらず全例に算定、算定する患者を選択できないとなっています。しかし、転院や短期入院の場合は継続的に透析を実施する医療機関が算定するか、慢透と同様、両医療機関の話し合いにより決めることになると思います。また、どうしても下肢チェックを拒否する患者もいると思いますので認めるべきとの意見がありました。また、この加算はすべての患者の足に注目して診ましようという趣旨で認められたものであり、画一的に検査、チェックするのではなく、個々の患者の事情を踏まえて足の所見をカルテに記載しておけば、問題はないとの意見もありました。

- ③ 病院の適時調査のさいに、下肢末梢動脈疾患管理加算の返還命令があった。理由は電子カルテ上の記載者が医師ではなく看護師であったため。

〔討論内容〕

個別指導や適時調査では、この下肢末梢動脈に限らず、指導管理加算の算定要件、カルテ記載を重点的にチェックします。2号用紙の医師の記載が必須となります。

(2) ESA

- ① 月に14回を超える透析に関して、エリスロポエチン・ダルボポエチンが過剰で査定されます。診療報酬の点数表に認めるとありますが、「過剰」として認めないのであれば、その理由を開示して頂きたい。
- ② 他透析施設から転院した患者で、エポジン、ネスプの併用事例あり。

〔討論内容〕

以前も何度か議論されてきました。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コストが包括されており、週3回製剤なら週4回目になる可能性があり、15回目以降に月1~2製剤の高容量のミルセラを請求してくる施設も少なくなく、認めていない県が大半のようです。

同月のレセプトに複数のESAが使用されている場合、ミルセラ投与日から2週以内、ネスプ1週以内の他のESAは認められません。

(3) ダイアライザ

- ① オンラインHDF+フサンを施行。フサンの注記を入力し、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教えてください。

〔討論内容〕

オンラインHDFを人工腎臓（その他）で算定するとHDFと理解されず、ヘモダイアフィルターが査定されたものと思われます。算定法はこれで正しいと思います。本年の改定から維持透析濾過加算50点を算定することになったので、誤解されにくいと思います。ただ、ヘモダイアフィルターが算定できるのは、人工腎臓1~4で慢性維持透析濾過加算を算定した場合と、人工腎臓4でのオフラインHDFとなります。したがって、慢性維持透析濾過加算の算定を忘れるとヘモダイアフィルターが査定される可能性があり、注意が必要です。

- ② 凝血した場合、1日に2本使用することがありますが。この場合、1本しか算定できないのでしょうか。また、患者都合で破棄した場合、算定はできないでしょうか

〔討論内容〕

これも毎回のように出てきます。コメントがあっても認めない県が多いようですが、少数の県では認めているようでした。後者は認めている県はありませんでした。

(4) 障害者加算

- ① J038（注3）障害者等加算の「エ」について、最近、インスリン以外の注射を行っている透析患者も増えており、インスリンを使用していなければ「エ」に該当しないとのことであるが、各委員の意見を聞きたい。
- ② 人工腎臓の障害者加算「エ」の適応を明確にして頂きたい。
- ③ 人工腎臓の障害者加算（120点/回）対象に「エ透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリ

ン注射を行っている糖尿病の患者」の場合算定できますが、「ヒト GLP-1 アナログ製剤」はどのような判断になりますでしょうか。当該製剤も血糖自己測定に基づく指導を行うために血糖測定器を使用し、インスリン製剤の自己注射を行っているものに準じて血糖自己測定器加算を算定可とあります。この場合でも加算を算定できるでしょうか。

〔討論内容〕

GLP-1 アナログ製剤は、血糖自己測定器加算は算定可となっていますが、頻回に検査を必要とする障害者加算に該当しないとのことで、算定を認めていない県が大半のようです。

頻回の検査・処置に関しては明確な定義がありません。1回ではなく、少なくとも2回以上でしょうか。審査上はわかりませんので、指導のさいに問題となります。これに関して明確なルールを定めている県はありませんでした。

- ④ 今回の改定を受けて3月頃より障害者加算の算定が増加している。外来患者で心不全、透析アミロイド、認知症、入院患者で心不全、胸水貯留、認知症など算定基準があいまいな項目が多い。
- ⑤ 障害者加算の算定に施設ごとのバラツキが大きすぎる。
- ⑥ 障害者加算について、高齢の認知症、糖尿病の患者が増え、障害者加算が必要なケースが増えていきます。施設当たり何パーセントまで等、上限はありますか。

〔討論内容〕

障害者加算の算定率が地域、施設により大きなバラツキがあるとの指摘が会計検査院よりあり、平成28年の改定時に問題になるかとの情報がありました。今回の改定でも算定要件の検討の依頼が医会にありましたが、今回の処置料に関する大改定のうねりの中で、結局、算定条件の厳格化なしの増点となっており一応おさまっています。

しかし、今後また大きな問題となる可能性を秘めており、算定要件を検討しておく必要があるかもしれません。

(5) CAPD

- ① 腹膜透析と血液透析を併施している場合、血液透析にて来院時に出口部洗浄を行ったさいに使用

する生理食塩液の査定が多く見られます（国民健康保険にて）。

〔討論内容〕

生理食塩液は、人工腎臓に包括されているため査定されたものと思われます。最近、コンピュータ審査でヘパリンや生食がチェックされます。コメント記載すれば認められると思われます。

(6) その他

- ① Wルーメンより透析している患者のヘパリン（血液凝固）が減点されます。再審査で復活するのですが、しないケースもあります。（Wルーメンが必要な症状詳記記載あり）

〔討論内容〕

長期留置カテーテルの患者が増加し、コンピュータ審査でヘパリン、生食が事務チェックされるため増加しています。ヘパリンロック用のヘパリン、生食、シリンジ、消毒液は認めている県が多数でした。また、創傷処置を請求してくる施設がありますが、出口部感染などがあって処置をしているなど特別の理由がない限り認められないと思います。

- ② 在宅透析の患者で1カ月に25～27回の透析を施行している医療機関があり、請求もすべて認めています。当県では1カ月のダイアライザ分のみ認めています。他の県の取り扱いをご教示ください。

〔討論内容〕

質問者に確認したところ、ダイアライザ以外の透析液、生食なども認めているようです。在宅血液透析で回数や材料費の制限をしている県はありませんでした。以前、ある県で透析回数に関して議論になりましたが、在宅血液透析は頻回透析が可能な唯一の治療モードなので、ぜひ認めていただきたいとの意見が出されました。

1-6 手術

(1) CAPD 関連

- ① PDカテ抜去について、現在PDカテ抜去を施行したさいには、その都度厚生局へ内議し回答を得て請求を行っているため、手術または処置項目にPDカテ抜去術が新設されることを希望する。

〔討論内容〕

県によっては、K-0003 創傷処理—筋肉、臓器に達するもの（長径 10 cm 以上）または（長径 5 cm 以上～10 cm 未満）を適用しています。CAPD カテーテル出口部変更術および長期留置カテーテル抜去術は、K-0005 創傷処理—筋肉、臓器に達しないもの（長径 5 cm 以上 10 cm 未満）を適用しています。各県でも同様の対応のようでした。

(2) シヤント

- ① シヤント PTA の間隔を 3 カ月以上空けなければいけないこと。

〔討論内容〕

これは 3 の要望事項にも多数みられます。

- 1) 手術は外保連マターである。
 - 2) 3 カ月以上のしばりをなくすこととひきかえに点数が大幅に下がる可能性がある。
 - 3) 透析業界での方向性の合意形成ができていない。
- 以上の理由により、日本透析医会としてはこの点に関して中医協、厚労省に要望事項は出していませんでした。シヤント PTA は 3 カ月に 1 回を 1 連として認める考え方があったから、逆に点数を下げられなかったので、3 カ月に 1 回はやむをえないとの意見、どこの施設も 10% 程度は 3 カ月以内の PTA が必要な患者がいるが、それでも現在の点数ならば損はないとの意見が出され、今後もこれに関しては触れないことが得策との意見が大勢でした。しかし、次のような情報提供がありました。手術料は、外保連試算を元に改定が行われるが、今回 K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術が新設され、四肢の血栓拡張術よりかなり安価なコストが出ていました。今回の改定では点数の見直しがなかったものの、今後下げられる可能性があり、そうなれば当然回数の件について厚労省に働きかけが必要である。

2 今回の改定に関する問題点

2-1 施設基準による点数設定

- ① 今回の改定で、透析用監視装置の台数とそれに対する患者数に応じた点数設定となった。同じ医療行為を行っているにもかかわらず、患者数によって点数が下げられるのは不合理である。これを布石に今後、他の医療行為も同様の点数設定になりかねない。診療報酬削減のためにあらゆる手段

を使う国のやり方は、医療を行っているものへの侮辱であり、患者生命を脅かすものと危惧される。

- ② 慢性維持透析 1, 2, 3 の設定については、都道府県単位での透析施設数を把握したうえでの設定なのでしょうか。地方は透析施設が少ないため、透析監視装置 1 台あたり、3.5 人未満というのは公的施設以外では厳しいところが多いと予想されます。当然、どの施設でも、点数の高い方法を選択したいのは周知のごとくと思われますが、この考え方は“要治療患者を引き受けなくてもよい”の方向への指導なのでしょうか。“慢性維持透析 1 でいきます”という施設は、余裕があったとしても透析依頼があっても「当院はいっぱいの状況です。」の“受け入れ拒否”の発生が危惧されます。
- ③ 慢性維持透析に関わる施設基準で、患者数÷透析ベッド数 3.5 以下の基準はおかしい。社会復帰推進のため、火土日の夜間透析を行うと 4 となり、処置料が減額されてしまう。
- ④ 透析台数別に、その使用回数に応じて基本料金が変わるのは暴挙である。工場での生産と異なり、一人一人対応が異なり、いわゆるスケールメリットなどの考えは医療に当てはまらない。
- ⑤ 透析コストの複雑な変更、大幅な減算が問題点であると考えます。
- ⑥ 人工腎臓の届出が新しく加わり、施設基準管理や事務処理に時間を要することが多くなりました。その割に一番点数が高い人工腎臓 1 を算定することとなっても、改定前よりも点数が下がり減収となっているため、せめて点数を維持してほしかった。
- ⑦ 今回、規模の大きな施設、治療の回転のよい施設の透析手技料が下がった。多くの透析治療を必要とする患者に医療を提供している施設に対して適正な改定ではないと感じた。この改定では規模を縮小する施設が増えて透析を近くで受けられなくなる患者が発生するのではないか。
- ⑧ 災害時に被災透析患者を数週間以上に渡り受け入れるようなケースで、透析ベッド 1 台あたりの患者数が増えて、その後 1 年に渡り、透析手技料が下がってしまう恐れがある。
- ⑨ 人工腎臓 1 の届出における施設基準が今回以上

に厳しい内容とならず点数の評価を下げないでほしい。

- ⑩ 新しく届出項目を設定するのであれば、施設基準の解釈を曖昧なものせず具体的に理解できる内容としてほしい。
- ⑪ 今回の改定で大きな見直しが行われ、施設基準となり、点数が引下げとなった。患者への医療費自己負担について影響はないが、患者数が多く、回転率の高い透析クリニックなどでは、大きな減収が予想され、人員などの環境に影響が生じるのではないかと懸念する。
- ⑫ 透析機器台数に対しての患者数での点数設定のため、受け入れ患者数に制限が懸かってしまうのではないか。
- ⑬ 透析監視装置台数に対する患者割合を増やしてほしい。夜間透析を行っている医療機関にとっては平成30年度改定での減点は厳しい。(どうしても台数に対する割合が高くなってしまう)
- ⑭ 人工腎臓に係る点数が減算されているのは疑問。原因の多くは生活習慣病であり、その対策が整い透析導入件数が減少傾向であれば理解できるが、まだまだ効果がでない(透析患者が減っていない)なか、減算するのはあまりにも早計ではないでしょうか。この度、医会の先生方が頑張っていたお陰で「この程度」の減算ですんだと聞きます。
- ⑮ 効率よく透析を施行する病院・クリニックの点数が低く設定されているのかはどのように解釈すればよいでしょうか。

[医療保険委員会より]

総じて、なぜこのような訳のわからない区分が診療報酬に入ったのかという意見が多く、日本透析医会としてもまったくその通りと思います。今後、撤廃に向けて動いていきます。

支部長会において各都道府県に事前アンケートを行いました。想定した以上に首都圏で3.5以上の施設が出ていました。東京で22施設、神奈川でも10施設が確認されています。また、東北地方のある施設では、3.95であり、あと1人患者が来たら、4.0になってしまうのでしたらよいのかというような悲痛な訴えもありました。関東地方のグループ施設間で患者の移動を行っているとの情報もありました。このように、

患者に不利益となるような影響が出ていることが確認されましたので、この点数区分を撤廃する方向で動いていきたいと思っております。

2-2 導入期加算・慢透加算

- ① 「導入期加算 2. イ. 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指管理料を過去1年間で12回以上算定していること」に対して基準が厳しい。
- ② 腹膜透析の実績のない医療機関にとってとても厳しい改定となった。
- ③ 療法選択外来の設置を導入期加算の必須条件とするというのが、次期診療報酬改定における既定路線であると聞いております(H30年4月改定の方向性をさらに進める形です)。
- ④ 療法選択算定(100点)のPD療法説明案件、移植療法説明案件の具体例、同じく導入期加算(400点)の移植説明案件が不詳不備です。
- ⑤ 保存期腎代替としてのCAPDをすすめるのはおかしいのではないか。
- ⑥ 導入期加算2の施設基準要件として、腎移植に向けた手続きを行った患者への具体的なサポート内容(相談内容など)が明記されておらず曖昧な届出項目となっている。
- ⑦ 慢性維持透析患者・外来医学管理料導入加算に対する施設基準について、腹膜透析を施行できる施設であるにもかかわらず、過去1年間に腹膜透析患者がいらないというだけで、加算が算定できないのはいかなるものでしょうか。
- ⑧ 当院では、数百メートル離れた二つの施設で保存期外来と透析専門クリニックを分けているが、同じ建物ではないので、腎代替療法実績加算が算定できないという解釈でしょうか。
- ⑨ 腎代替療法説明外来自体への点数をつけていただきたい(透析に関する点数はありませんが)。

2-3 時間区分・長時間加算・夜間加算

- ① HD時間による診療報酬が頻回に変更されるのが困る。
- ② HD時間の長さによる区別はコストに対して適当であるのか。
- ③ 患者希望で短時間となるケースも多々あるため、長時間のみ有利になる改定はいかなるものか。

- ④ 6時間以上の透析に対する評価が不十分.
- ⑤ オーバーナイト透析についてもそれなりの評価を希望.
- ⑥ 夜間透析の加算が少し上がったが、まだ不十分である.
- ⑦ 6時間以上HDを行った場合、長時間加算(150点/1回)が算定可能ですが、この場合6時間を必要とした理由を摘要欄に記載する必要はありますか.

2-4 水質確保加算

- ① 水質確保加算の減点. 無菌かつ無エンドトキシンは重要であり、水質管理には検査費用やETRFの交換が必要.
- ② 水質加算Iがなくなったこと.
- ③ 水質確保加算が一律10点になったので、以前の20点に戻してほしい.

2-5 障害者加算

- ① 今回の改正で以前より要望していた障害者加算や管理困難な患者への加算点が見直されてよかったです.

2-6 その他

- ① ダイアライザの償還も下がり、診療報酬も30~35点減となり、水質も10点減となっていて、月8%の減収となる.
- ② ダイアライザとヘモダイアライザの薬価差が大きすぎる.

3 要望事項

今回も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。医療保険委員会で協議し、次回改定要望の参考としたいと思います。

3-1 基本診療料

- ① DPC入院において、JO38人工腎臓3その他の場合において、保険医療材料の算定を認めていただきたい.
- ② 入院の包括のため、新薬をはじめ、ロカルトロールなどの点数が高いため考慮してほしい.

- ③ DPC・急性期病棟での算定は、人工腎臓(その他)による分岐にて算定を行っていますが、地域包括病棟では、人工腎臓(その他)算定時の材料および薬剤が包括の対象となっているため、材料・薬剤の出来高算定を要望します.
- ④ 看護必要度の基準値をさげていただきたい.
- ⑤ 地域包括診療料の要件のハードルはまだ高いように感じます.

3-2 医学管理

- ① これ以上、慢性透析管理料・人工透析処置料を下げないこと.
- ② 糖尿病合併症管理料170点について、糖尿病患者に限らず透析患者も足病変に罹患するリスクは高く、透析患者に対するフットケアが算定できるようにしていただきたい.
- ③ 同一の保険医療機関において、同一月内に入院と入院外が混在する場合、または人工腎臓と自己腹膜灌流療法を併施している場合、慢性維持透析患者外来医学管理料を算定できないことになっており、「安定した状態にある慢性維持透析患者」に含まれる要件の緩和を要望致します.
- ④ 別の疾患(肺炎等)にて撮影した胸部X-Pは、写真診断・撮影も算定可にしてほしい.

3-3 検査・画像

- ① パーサビブ投与時のCa, P, PTHの検査について、医科点数表の慢透の文書にはエチルカルセチド(パーサビブ)の記載がなく、今回改定より該当項目を選択しなくてはならなくなったため、医科点数表に追加していただきたい。シナカルセット同様に使用後3カ月間のCa, P, PTHは認めていただきたい.
- ② シャントエコーに対するドップラー加算の見直し.
- ③ 透析医療における感染対策の観点から、透析患者に対する感染症検査(HIV・ATLなど)の保険適用を認めていただきたい。現在は、病院負担で行っている.

3-4 投薬・注射

- ① ノバスタンHI注は、現在の適応が脳血栓とな

っていますが、シャント血栓の溶解剤としても非常に有効です。適応拡大をお願いします。

- ② 湿布と軟膏をできる限り多くほしがる患者にたいしては、一定以上は自費にするなどの対応が必要と思われる。当院では一定以上は自費にしているが、他の医療機関との差が出てしまっている。
- ③ リクセル、パルクスなどの使用期間について明文化を願いたい。
- ④ 投薬7種制限の緩和。
- ⑤ 内科医が1年間にわたり同一眠剤を同一処方で処方したときにペナルティを課せられるのは理不尽。患者にあった処方であれば問題ないはずである。
- ⑥ 副甲状腺機能亢進症治療薬は将来包括化しないでほしい。

3-5 処置

(1) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

- ① 下肢末梢動脈疾患指導管理加算について、管理・指導に要する時間に対して評価が低い。
- ② 下肢末梢動脈疾患指導管理加算について、現在月1回100点の点数となっていますが、下肢末梢動脈疾患重症化予防のため、下肢の炭酸浴等も行っており、保険点数の考慮もしくは下肢の炭酸浴の保険点数化の検討をお願いしたい。
- ③ 下肢末梢動脈疾患指導管理加算の評価をあげてほしい。

(2) ESA

- ① ESAは患者によって使用量が違うため出来高に戻してもらいたい。
- ② 貧血の患者がとても多い。エリスロポエチンの包括をなくしてほしい。
- ③ 透析日のエリスロポエチン・ダルベポエチン製剤の算定を可能にしてほしい。
- ④ 人工腎臓の手技料に透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、エリスロポエチン製剤およびダルベポエチン製剤の費用を包括していることに関して：前3項目（透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液）は血液透析において必須の材料であり包括を理解できるが、エリスロポエチン製剤は全例に用いるものでなく、これを包括してしまうことに

常々疑問を感じている。現場でエリスロポエチンの使い控えが起きて患者に被害が及んでいないかと危惧する。また、腎性貧血同様に末期腎不全で問題となる二次性副甲状腺機能亢進症に対しては、静注ビタミンD製剤や静注カルシミメテックス製剤が算定できるのに、腎性貧血に対するエリスロポエチン製剤が包括されてしまうのは整合性を欠くと考えている。エリスロポエチン製剤のバイオシミュラーも普及している現在においては、手技料に合併症治療薬の費用を包括するのはやめるべきと考える。

(3) ダイアライザ

- ① ダイアライザには血液回路を含むとなっており、改定毎の引き下げによりダイアライザ・血液回路の差額が狭まってきております。ダイアライザ・血液回路を別とした価格の設定をお願いします。
- ② 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。メーカーが新製品を開発できるように価格に反映させてほしい。
- ③ 人工腎臓用特定保健医療材料（回路を含む）について、ダイアライザと回路を合わせると保険点数より実際の納入価格のほうが高くなっているため、次期改正にて保険点数の考慮をお願いしたい。

(4) 障害者加算

- ① 今後、高齢者増加が予想されている。認知症など手のかかる患者も増加すると考えられるので、障害者加算の点数を上げてほしい。
- ② 認知症のない高齢者も加算の算定をお願いしたい。
- ③ 胸水、腹水貯留、末期癌合併の患者は、入院に限らず外来でも算定できるようにしてほしい。
- ④ 感染症患者の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、セーフティー針、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る。
- ⑤ 高齢者の透析導入が増えているため、導入するさいのリスク等を考え、導入期加算とは別に加算を検討してほしい。
- ⑥ 近年、高齢者の透析導入、認知症関連の増加等、現場の管理が非常に大変となってきている。認知

症患者については障害者加算が算定できるようにはなっているが、ADLが低下している患者や多くの疾患を抱え自立できない患者が増えており、大変さだけが増えてきている。このような現状を踏まえ点数に反映していただきたい。

- ⑦ 著しく透析困難な状況であるにもかかわらず、可能理由から算定できない患者もいる。今回点数はあがっているが、介助等が必要な患者等、具体的算定可能範囲を広げてほしい。
- ⑧ 患者の高齢化、合併症等によるADLの低下で、通院困難者が増加している問題があるので、その取り組みに関する加算を検討してほしい。(障害者等の加算の該当項目へADL評価点数での条件追加等)
- ⑨ 障害者加算の算定要件のひとつである末期癌の合併について、末期癌の定義があまりないので、例えばステージIV以上など、はっきりした条件を示してほしい。
- ⑩ 障害者加算に介護認定度を加えてほしい。認知症ではないが、高齢や長期透析患者の身体介護を要する患者に対する加算を新設してほしい。

(5) CAPD

- ① PDバッグ交換の適応拡大(ヘルパーにも許可)と、併用療法のPD/HDの別施設での施行を算定可能としたい。HIV感染患者に加算をつけてはどうか。
- ② 当院には、維持血液透析がなく、腹膜透析の併用療法のさい、PD・HDが同一施設でもなくとも保険請求ができるようにしていただけると助かります。

(6) リハビリ

- ① 腎臓リハビリテーションに対する診療報酬をわずかでもいいので認めてほしい。
- ② 慢性腎臓病および血液透析患者に対する腎臓リハビリテーション加算を認めてほしい。現在は、糖尿病透析予防指導管理料、高度腎機能障害患者指導加算(100点)である。
- ③ 透析中の廃用予防運動器リハビリテーションに対して、保険点数を認めていただきたい。

(7) 水質加算・慢性維持透析濾過加算

- ① 慢性維持透析濾過加算(50点)の増点、通常の血液透析とは異なり、特殊な機械を使用しているため、100点位でもよいのではないか。
- ② ETRFエンドトキシン捕捉フィルタの費用が請求できるように加算を要望する。
- ③ 水質加算を復活してほしい。
- ④ 透析液水質確保加算の点数をこれ以上上げずに、もう少し上げて頂きたい。水質管理の検査をするにあたってコストがとてもかかるため、割に合わないと感じている。
- ⑤ HDF加算を50点から100点に増やしてほしい。

(8) 透析回数・時間区分

- ① 時間区分を30分ごとにしてほしい。
- ② 透析時間加算をやめること(ただし、最低の透析時間のラインは設定する。4時間以上など)。
- ③ 血液透析の月当たりの回数を増していただけると幸いです。週4回(中1日の透析)を必要とする方が多くはないですがいます。
- ④ 15回以上の透析手技料の算定の緩和(妊婦中の患者しか認められていない)。
- ⑤ 月の回数制限の撤廃。

(9) その他

- ① 長期生存患者(例えば30年以上)に関する加算を新設してほしい。
- ② 今後も透析関連、特に人工腎臓の点数を下げられると、診療を維持するものままなくなるのではないかと危惧しています。
- ③ 重症患者・導入期患者に対する加算をさらに手厚くしてほしい。
- ④ フサン使用範囲の緩和(他院眼科等の指示で長期使用)。
- ⑤ 病棟と同様に、人数の定数(看護師、臨床工学士)を設けて、それに対し報酬があるべきではないでしょうか。

3-6 手術

- ① PTAの短期入院の変動幅が大きすぎる。
- ② AVG(人工血管を用いたアクセス)に、血管内ステント挿入をしたさいの手技料を設けてほしい。

- ③ シヤント PTA 3 カ月以内の再手術時に手術費はだめでも材料費は認めてもらいたい。
- ④ 経皮的シヤント血管拡張術の3 カ月縛りを撤廃すべきである。高齢透析患者が大部分を占めている現在、動脈硬化のために内シヤントの狭窄・閉塞は頻繁に起こっている。シヤントが閉塞した場合に、医療現場では、前回の血管拡張術施行から3 カ月目を待ち、その間はカテーテルを留置するなどして対応することも少なからず起きており、留置カテーテルの管理のために多くの場合は入院となっている。カテーテル留置に伴う合併症リスクを負わせるばかりでなく、患者の生活を大きく制限してしまっており、医療費ばかりでなく社会的な損失も大きい。経皮的血管拡張術の手技料を下げても3 カ月縛りを撤廃し、日帰り手術でシヤント修復術を行った場合に加算ができるようにしていくべきである。
- ⑤ PTA 算定の3 カ月ルールについて、当院で維持透析中の患者のシヤントが閉塞し、肘部～腋窩静脈の PTA が必要になりました。当院では治療困難なためにセンターの血管外科に依頼しましたが、2 カ月前に当院で PTA を施行しているため、2 カ月前の当院のレセ請求を取り下げよう申し出がありました。このような例は年間依頼 60 例で 1~2 例ありましたが、これまでこのような申し出はありませんでした。他院で3 カ月以内に PTA を施行されていて、当院で追加 PTA を行った場合、当院から他院に取り下げ申し入れを行ったことはありません。お互い様と思っています。シヤント・PTA を多数依頼されているセンター病院、シヤント・PTA 専門医療機関はこのような問題をどのように取り扱っておられるのでしょうか。提案として、医療機関ごとに3 カ月ルールを適応する、すなわち他施設からの依頼は3 カ月ルールから除外する、あるいは材料費は請求できるなど、ルールを改変していただければ病診連携を脅かすこのような問題の解決になるのではないのでしょうか。
- ⑥ ブラッドアクセス適正管理加算、スコアリング・圧測定・エコーでの評価や、週5日以上シヤント PTA やシヤント手術が行える施設への加算。
- ⑦ シヤント PTA の3 カ月ルールにおける期間の

短縮、高齢化などに伴い、シヤントトラブルも増加し、シヤントメンテナンスや再形成が困難になっています。特に、他院でのシヤント PTA がうまくいかず紹介された場合、3 カ月経過していないと対応が困難な場合があります。

3-7 その他

- ① 査定・減点理由について具体的に記載がないのでわかりづらい。
- ② 高齢者他、ADL 低下による通院困難者の交通費負担の増大が問題となる予想。介護保険では福祉タクシー費用を賄いきれず、在宅療養のうえで家族の負担が多大になっている。今後、要介護者への通院費用支援が望まれる。現状では、併設の施設へ入所せざるをえない患者が増える一方である。
- ③ 収入に応じて、ある程度の透析療法以外の患者負担はやむをえないと考えます。
- ④ 患者送迎費用を介護保険でまかなってもらいたい。
- ⑤ 透析に至る原疾患別に患者負担をさせるべきと考える。特に自己管理をできない糖尿病性腎症の患者は少なくとも何割かは負担をするべきだと思う。
- ⑥ 透析施設の今後の在り方（地域包括ケアシステムとの連動性）を明確化してほしい。
- ⑦ 福祉医療助成制度の変更についての説明がわかりづらく、直近まで患者へ説明がはっきりできませんでした。
- ⑧ 医療従事者の負担軽減につながる取り組みに対し評価する仕組み、もしくは経営者側が負担軽減をしないと損をするような仕組みをつくるべきと考える。
- ⑨ 消費税の取り扱いについて考慮してほしい。変更点をわかりやすくあげてほしい。急激なマイナス改定は避けてほしい。安全に透析医療を提供できる点数設定をしていただければと思います。
- ⑩ 介護や看護の必要度加算。高齢者導入による介護必要度に応じた加算。以前に比べ、明らかに車椅子利用者が増加し、看護師やヘルパーまたは事務員の負担が増加しています。また、合併症増加による看護必要度が高い患者への加算もあればと

願っています。

- ⑪ 透析施設感染対策加算。感染対策委員会を設け、肝炎や流行性感染症に対する勉強会を開催し、感染対策を講じている施設への加算。プレフィルド製品の積極的な導入。
- ⑫ 身体障害者手帳申請において Ccr 値が 10 ml/分以上、または血清 Cr 濃度が 8.0 mg/dl 未満であっても透析療法を必要とする患者がいるので、詳しい病状詳記などを条件に認定していただきたい。