

第24回透析保険審査委員懇談会報告

央戸寛治

要 旨

第24回透析保険審査委員懇談会を令和元年6月28日（金）、18～20時、横浜グランドインターコンチネンタルホテルで開催し、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。本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、またその際の討論結果が、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、その場合は討論経過をできるだけ詳しく報告する。

1-1 基本診察料

- ① 通院透析患者に訪問看護の必要性を認めて訪問看護指示書を交付したところ、訪問看護は通院困難なものに対して行った場合に算定できるものなので、通院透析（週3回）患者は算定の原則から外れているとのことで、訪問看護指示料が減点された。週3回通院透析を受けている故、通院が困

難でないと解釈されるのは疑問。

[討論内容]

昨年と同様の報告が多数ありました。透析に通院できるかどうかではなく、日常の状態で判断すべきであり、一律に査定するのはおかしいとの意見が多数でした。今回1件のみですが、その後の対応を県の担当者にうかがいました。通院が困難で、褥瘡があって訪問看護が必要などのコメントがあれば認めているとのことでした。しかし、施設総管や在医総管などの在宅の管理料が必要か否かについては、場合によっては問題になってくる可能性はあり、慎重に検討してほしいとコメントされました。

1-2 医学管理料

- ① β_2 マイクログロブリン（ β_2 -MG）について、透析前後に β_2 -MG検査を、透析効率測定のため実施している。施行理由をつけて診療報酬を請求したところ、社保のみ査定がきた。再審査請求を行い、一部復活した。
- ② 「慢透」が請求できない場合、検査等出来高請求になりますが、 β_2 -MGを透析前後で検査した場合、1回分しか認められないようです。出来高なので2回目も請求を認めていただきたいところです。

[討論内容]

β_2 -MGは「慢透」に包括されていますが、透析歴5年以上の透析アミロイド症に対して、ダイアライザーの選択に当たり、除去効果の確認が必要な場合に限り

算定可能。したがってコメントが必要です。「慢透」に加えて β_2 MGを3カ月に1度、全例に算定してくる施設もあり、算定要件をみたしていないため返戻または査定となります。 α_1 マイクログロブリンは「慢透」に包括されていませんが、 β_2 MGと同様に3カ月に1度、全例に透析前後で算定してくる施設がありますが、 β_2 MGと同様の扱いとしている県が多いようです。

- ③ 感染症（HBV・HCV・HIV等）の把握のための検査において、いわゆるレセプト病名は指導されるのに、つけないと保険審査が通らないのは何故か？
- ④ 透析導入、転院時のABO Rh（D）の算定について
 - 1) 緊急時に必要なため、初回に算定可にしたい。
 - 2) 他施設では減点されていない場合もあるため、統一していただきたい。

[討論内容]

「慢透」包括外の検査を算定する場合は、その必要性を摘要欄に記載とあるので、病名およびコメントの両者が必要です。しかし、感染症、血液型については初診、転入時検査などのコメントがあれば通している県が多いようです。肝炎のマーカーについては、各県で独自ルールが決められているところがあり、通りにくい県も少なくないようです。

1-3 検査・画像

(1) シェントエコー

- ① シェントエコー時のパルスドプラー法について、シェントエコーの際、エコーのみでは血流量（FV）が測れずドプラー法も使用し、PTA・シェント再建が必要か否か判断していますが、保険審査では認められず査定になります。再審査請求も試みましたが、原審どおりの結果でした。FV500以下のみ算定していました。FV量の確認は必要不可欠だと思います。今後認めて頂くことはあるのでしょうか。
- ② 透析シェント部 超音波検査時のパルスドプラー法加算について、シェント狭窄のため、超音波検査・パルスドプラー法を実施し、診療報酬を請求したところ、有用性は認められるが、現在の保険診療では、すべてのシェントトラブルに対するパル

スドプラー法の保険適応は困難と査定を受けた。

- ③ 社保のシェントエコーに対するドプラー加算算定不可。
- ④ PTAが必要と判断した時のシェントエコーの算定が厳しい（国保）。心エコーはほぼ査定されるので、レセプトには申請していないのが現状です。
- ⑤ シェントエコーの月当たりの回数、ドプラーの可否について。
- ⑥ シェント関連超音波検査の件について、他府県での動向を知りたい。
- ⑦ PTA適応か否かを判断するために、シェント全体（広範囲の意に解釈）の超音波検査を行うのはどこまで認めるべきか？
- ⑧ シェントの血流チェックを超音波で行っているが、「末梢血管血行動態検査20点」で算定しているか？
- ⑨ 技術に対し診療報酬が低い（末梢血管血行動態検査：20点）。独立した点数の設定を。
- ⑩ 穿刺困難な患者に対してのエコー下穿刺について：シェント病変で月1回、超音波検査（その他）は認められているが、エコー穿刺としては認められていない。

[討論内容]

過去の懇談会でも何度も議論していますが、シェント手術の適応や結果の評価を行う場合には、ドプラー加算まで認めている県が多いようです。スクリーニングやエコー下穿刺での算定は認めない県が大半で、末梢血管血行動態（20点）への査定は、そのような請求を排除するために行われているようです。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。スクリーニングでの過剰検査を防止するために、シェントエコーの件数が全体の10%を超える施設や、縦覧点検で3カ月に1回以上が多い施設には、シェントマップの添付や詳記を求めるなどの対策をしている県も少なくないようです。手術前しか認めてない県やドプラー加算をまったく認めない県もありました。シェントエコーの適応や回数に関して基準を決めかねている県も多く、今後も検討課題となりそうです。

(2) パルス療法関連検査

① 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定してパルス療法施行時のPTH検査は、月2回以上実施する場合には、月1回に限り管理料とは別に算定できるとありますが、入院する展開になり、PTHが2回/月で算定した場合、1回分は過剰で査定されます。パルス療法施行中のコメントは付けています。再審査請求するも、復活した時もありますが、最近では原審通りで認められません。

② 静注用マキサカルシトールを透析毎に投与し、ビタミンDパルス療法を施行している。パルス療法施行中は、PTHの測定が慢性維持透析管理加算に包括された1回に加えて、もう1回別に算定可能なはずだが、国保で査定される。問い合わせると「(ビタミンD)投与量に変動がない期間が3カ月以上続くとパルス療法とは認めない」とのことで、理解ができない。ビタミンDパルス療法について審査医に周知してほしい。

[討論内容]

規定上は認められていますが、全例に月に2回必要なかと疑問に思っている審査員も少なくないようです。しかし、査定までする県は少ないようです。

③ パルス療法施行時の月2回目以降のCa、Pの算定について、「パーサビブ静注透析用はパルス療法の該当とはなりません」と査定されるが、査定となっているのは社保のみで、保険者によって査定内容に差がある。

[討論内容]

パーサビブはパルス療法ではありませんし、レグパラのように3カ月以内の検査が正式には認められていません。パーサビブ、オルケディアもレグパラと同様の扱いとしている県も多いようですが、医科点数表に記載されるように再度、厚労省に要望します。また、3カ月以内とあるので投薬開始日の記載が必要と思われます。

(3) PAD

① 下肢末梢動脈の血流チェック法につき、ドップラ検査の併施について保険者からチェックが入る、認めるよう検討をお願いしたい。

② PAD指導管理加算で100点加算が認められ、施設基準の届出をし、SPP検査等を行い加算算定

をしているが、平成30年12月診療分において、SPP検査が過剰・重複という理由で7名が査定された。病名も記載し、詳記も記載しているのに何故査定されたのか腑に落ちない。

③ 血流量測定(100点)が超音波検査(20点)に査定された。

[討論内容]

下肢末梢動脈疾患指導管理加算にはABI検査、SPP検査を行うように記載されており、保険医協会の疑義解釈でも「別に算定できる」とされており、当然、以上の検査は認められるべきであると思われます。ただし、最近3カ月に1回、全例に検査する施設も散見され、その場合は査定の対象となると思われます。半年に1回を超えるスクリーニングは過剰と考える審査員が多いようです。

(4) 体液量

① 心不全のさいに、DWを決定するための体液量測定を毎月のように(傾向的に)行うのは過剰?(査定すべきか?)。過剰ならば、何カ月に1回くらいが妥当か(例えば3カ月に1回)。

② 平成31年3月診療分でD207体液量検査が認められなかった。国保連合に確認すると、慢性維持透析患者医学管理料と体液量の併算定不可の保険診療ルールはないが、審査の先生の判断で査定されたとのこと。今後の算定はどうなるのでしょうか?

③ 血流量や体液量を多く算定する施設の対応について、通院透析でのSpO₂算定について。

[討論内容]

体液量(60点)を全例、毎月の算定は過剰と思われます。症例を選択し、3カ月に1度程度が妥当と考える県が多いようです。体液量の測定法に否定的な意見も少なからずありました。SpO₂は酸素投与回数分、また呼吸不全などの病名があれば1回は認めています。複数回や内視鏡検査時のルーチン使用は認めていないようでした。

1-4 投薬・注射

(1) CKD-MBD

① 高リン血症治療薬の併用について、安易な併用処方に対しては査定するというような脅しがい

の意見があるが、透析患者の高リン血症を単剤でコントロールするのは困難であり、併用は当然である。

- ② ホスレノールとリオナ、またはピートルの併用ができないので改善してほしい。
- ③ 金属系の吸着薬（リオナ・ホスレノール）の併用について、院内処方に限って保険で切られるが炭カル処方問題は問題ないとのこと。本来の主旨からすれば炭カルの併用も切られてもいいのに他の金属系のみ併用が許可されない。できれば併用を許可していただきたい。
- ④ リン吸着薬を複数種類投与した場合、添付書にある最大投与量が認められず査定されます。食事指導しても高リン血症が是正されない場合に複数のリン吸着薬を併用し、場合によっては最大量を投与しないといけないケースがあるので、杓子定規で投与量を規定しないでいただきたい。

〔討論内容〕

神奈川県では基金、国保とも、以前から非Ca含有リン吸着薬は2剤まで、Ca含有剤を加えて3剤までに制限していますが、それぞれ最大投与量まで認めています。そのような制限をしている県は以前はあまりないようでしたが、リオナ、ピートルが発売されて鉄補充として多用されるようになり、その併用およびホスレノールとの併用に制限を加えた県（国保）が数県あるようです。他の県では規制の予定はないようです。

- ⑤ 国保の審査にて、パーサビブ静注がA（適応と認められないもの）となり、その患者のその月のパーサビブ注がすべて減点となった。その症例はレグパラ、オルケディアと併用しているわけではなく、副甲状腺機能亢進症の病名はついていて、どういう症例で適応と認めないのか？
- ⑥ 国保の審査にて、ロカルトロール静注がC（A、B以外の医学的理由により認められないもの）として、1名の患者でその月のロカルトロール静注すべてが減点となった。どういう場合にロカルトロール静注がA（適応と認められないもの）、B（過剰・重複と認められるもの）以外で医学的理由で適応と認められないのか？

〔討論内容〕

両薬剤ともA項査定として考えられるのは、透析中であることが不明の場合か病名がない場合（「副

が抜けていることが多い）しかありません。C項（基金）、D項（国保）査定はパーサビブの場合、低Ca血症、ロカルトロールの場合、高Ca血症の病名が考えられます。

(2) ウロキナーゼ

- ① 透析カテーテル関係について、ウロキナーゼの使用について、長期には認められないがどれくらいまで可能か？ ウロキナーゼでなければ維持できない時の対応はどうするのか？
- ② 注射：透析シャント閉塞の病名がついていたにもかかわらず、ウロキナーゼ12万単位が査定されました。毎回コメントが必要なのでしょうか。
- ③ ウロキナーゼ使用：長期留置カテーテルの脱血不良時等に使用したい。

〔討論内容〕

これも過去の懇談会で何度も議論されました。適応外であり認めないとする県、効果がないので認めないとする県が数県ありました。これに対して、有効であり認めるべきであるとシャント専門医でもある審査員からの発言もありました。また、適応外使用のまま使用しているのが問題であり、透析医学会から厚労省に上げて認めてもらうようにすべきであるとの意見もありました。認めている県でも漫然と継続的な使用は認めず、2回、3回ぐらいまでとしている県が多いようです。

(3) カルニチン

- ① エルカルチンFF静注、血中濃度と臨床効果返戻について、カルニチン欠乏症の患者に対し使用したところ、血中濃度と臨床効果について詳記をするように返戻を受けた。血中濃度は測定しておらず、臨床効果について詳記し再提出し、審査は通過した。今後もカルニチン濃度測定が必要か。
- ② カルニチン欠乏症の診断基準につき、保険者よりエルカルチンの検査の有無、病名記載が求められる。医療機関として統一的対応が必要。

〔討論内容〕

昨年2月に血中濃度測定が保険適応となり、日本小児医療保健協議会栄養委員会（透析医学会委員を含む）による「カルニチン欠乏症の診断・治療指針」が改定されました。診断指針としてカルニチン2分画検

査が推奨されています。新規開始には検査を必須とした県や、血中濃度測定により週1回に減量となったとの報告もありました。

カルニチンは当初オフアン指定で高薬価となっており、漫然と大多数の患者に投与している施設や、年余にわたり週3回の投与をしている施設に対する対処が議論されました。透析患者の70~90%がカルニチン血中濃度が低値であり、多数の患者への投与を容認するとの意見や、症候や血中濃度を確認し漫然と投与すべきでないなどの意見が錯綜し、一定の見解が得られませんでした。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は統一見解がなく、医療経済上の問題もあり、今後の検討課題と思われます。亜鉛欠乏症治療薬ノベルジンも今後同様の問題が生じる可能性があります。

1-5 処置

(1) エムラクリーム

- ① エムラクリームの使用量について、透析患者の場合、1回の使用量は何グラムまで算定可能でしょうか。
- ② エムラクリームについて、使用量(1回分)の上限がありましたらご教授下さい。(国保にて査定あり:1回の使用量は2gが妥当と考える)

[討論内容]

用法・用量上は1g/10cm²ですので、2カ所で2gまで認められると思われます。1本5gですので5g/週までとしている県も数県ありました。1g=190円と従来のテープ剤の2倍以上であり、1回1gに制限している県もありました。

(2) 導入期加算

- ① 導入期加算2の条件は移植の実績が必要であり、地方病院では難しい。血液透析、腹膜透析の両方を管理しているということで加算2とし、移植も管理していれば加算3というように細分化を検討いただきたい。
- ② 導入期加算2の施設基準に関しては、腎移植推進の取り組みは生体腎に限るのでしょうか? 認知症などの障害加算がありますが、対象となる患者の透析中の管理は通常より業務負担が大きいいため、加算点数の増点を要望。

- ③ 実績加算の「腎移植」はどの程度の実績なのかわかりにくい。

[討論内容]

導入期加算2の施設基準で「腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること」の内容がわかりにくいとの質問が多いようです。これは厚労省の疑義解釈通知で、生体腎だけでなく新規の献腎移植登録でも認められていますが、更新は不可です。

透析医学会からこの加算をさらに充実するようにとの要望が出されています。これに対して、この加算の財源は人工腎臓技術料であり、それを下げてまでして進める必要があるのか疑問であるとのコメントが医会役員からありました。

(3) ESA

- ① 骨髄線維症等、240μg承認されている透析患者の場合、全量を認めているか、あるいは透析患者の腎性貧血極量以上を認めているか(本来ESAは包括されている)。

[討論内容]

腎性貧血に対するESAは包括されているが、骨髄線維症の場合は包括外であり、週1回240μg認めてよいと考えます。ただし、乱用をさけるため、ガイドラインに従った適応(IPSS分類、輸血量等)を確認する必要があると思います。逆に、60μg以下の腎性貧血用量を請求してくる施設もありますが、返戻、査定してもよいと思います。

- ② 腎保存期のエポ薬剤使用につき、多くの一般クリニックが総合病院の指示で漫然と投与している現状を改善する必要がある、連携の実績を記載することが必須である。

[討論内容]

近年、開業医、在宅医の不適切な使用が少なからずみられます。これに対して、かかりつけ医との連携がしっかりとれている県では少なく、目標Hb値、鉄代謝などの指導が重要であるとの指摘がありました。腎性貧血の原疾患がない場合は返戻・査定、高齢者への漫然とした投与にはHb値の記載などを求めて返戻する県もあるようです。

(4) リクセル

- ① リクセルの休止間隔の件について、他府県での

動向を知りたい。

[討論内容]

休止期間の規定はありませんが、1カ月休止するように指導している県が多いようです。

② オンライン HDF と吸着型血液浄化器 (β_2 ミクログロブリン除去用) を併用したい。慢性維持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) の併用は認められていないが、実現した場合の治療効果は十分期待できる。特に10年を超え手根管開放術を行った患者が併用できるようにしていただきたい。

③ 国保・社保ともオンライン HDF とリクセルの併用を認めることにした。

[討論内容]

オンライン HDF は30%を超えており、リクセルとの併用を認める県が数県ありました。また、正式には認めていないが査定はしていない県もあり、容認の方向にあるようです。

(5) ヘパリン

① 透析留置カテーテルのヘパロックにつき、透析終了後のカテ・ロック用生食ヘパリンを“まるめ”医療とされないよう検討をお願いしたい。

② ヘパリン使用：長期留置カテーテルのヘパロックを算定したい。

[討論内容]

昨年も討論しましたが、認めている県が多数でした。ヘパロック用のヘパリンのみ認める県もありました。これもウロキナーゼ同様、本来適用外使用であり、透析医学会から厚労省に適用外使用として申請し認めてもらうようにすべきであるとの意見がありました。創傷処置を算定してくる施設もありますが、出口部感染など特別な理由がない限り認められません。

(6) 人工腎臓その他

① 慢性維持透析濾過加算について、「透析液水質確保加算」の施設基準を満たし届け出た医療機関で、慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合に算定可能とあるが、人工腎臓1～3には加算でき、その他の場合に加算できないので疑問に思いました。

② JO38 人工腎臓（1日につき）：人工腎臓（その

他の場合）を算定する際は、慢性維持透析濾過加算の算定ができないが、濾過加算は施設基準を満たしていれば、その他の場合であっても算定は可能ではないでしょうか？

[討論内容]

JO38 の注13に「1-3については……慢性維持透析濾過加算」とあり、人工腎臓4（その他）では認めていないようにとれます。しかし、告示の施設基準の人工腎臓7)で、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の項で「1から7までにより算定する場合（注13の加算を算定する場合を含む）」との記述もあります。(8) 人工腎臓4（その他）の算定「ウ血液濾過透析（注13の加算を算定する場合を除く）」と明記されており、オフラインの HDF 以外では人工腎臓4（その他）でも濾過加算は算定可能と解釈できると思われます。今回質問のあった2県以外では認めているようです。厚労省の記載間違いの可能性もあり、医会保険担当役員から厚労省に訂正を申し入れることも検討しているとのコメントがありました。

③ 人工腎臓（その他の場合）を算定するさい、摘要欄記載事項を、管理番号・コードのついたもので入力するよう平成30年4月より変更となりましたが、以前は連日人工腎臓を実施する場合で（イ）から（ヌ）に該当する理由が無い場合、または他に特別な理由がある場合には摘要欄にコメントを記入し、その他で算定していました（厚生局に確認し、回答をもらっていた）。4月からの記載方法の変更に伴い、該当するコードが無い場合の算定方法を支払基金に問い合わせましたが明確な回答は得られませんでした。

[討論内容]

人工腎臓4（その他）で、イ～ヌに該当しない場合でも算定が認められるという話は初めて聞きました。ECUM は人工腎臓4を準用して算定することはありますが、これ以外他県でも例がないようです。

④ サービス付高齢者住宅に透析施設と同等の透析設備を備えて、高齢者を対象に血液透析を行った際に、家庭透析での請求と透析液を粉末で請求している。明らかに家庭透析とは違った医療行為と考えますが、

[討論内容]

在宅血液透析管理料については「関係学会のガイド

ラインに基づいて……十分な教育を受け……」との保
医発が平成 28 年より出ており、サ高住における在宅
血液透析管理料は断じて認められないので査定してい
ただきたいと、医会担当役員からコメントがありまし
た。また、ある保健所から、在宅血液透析の排水をそ
のまま流すのは不可との指導があったとの情報があり
ました。これに対して医会透析排水担当役員より「下
水道法および条例の排水基準は事業者に対して適用さ
れるもので、家庭排水には適応外である。しかし、下
水道法に下水道設備の損傷は原因者負担の条文があり、
損傷が確認された場合は問題となる可能性はある」と
のコメントがありました。

(7) CAPD

- ① 腹膜灌流のうち、APD（自動腹膜透析）は「連
続携帯式腹膜灌流」で算定するとされているが、
「その他の腹膜灌流」で算定できないか。また、
「その他の腹膜灌流」はどの腹膜灌流で算定して
よいのか。

[討論内容]

自動腹膜灌流（APD）は連続携帯式腹膜灌流（330
点）を適用し、外来患者では APD 装置加算、APD セ
ットも請求します。その他の腹膜灌流（1,100 点）は、
緊急時などに行われる間歇的腹膜灌流（IPD）などが
該当します。

- ② 現状 PD→HD に治療変更になった際、長期間
の PD 歴がある場合、腹膜洗浄をしながら、EPS
のリスクを軽減しながら抜去のタイミングをつか
んでいます。使用する PD 液は持ち出しとなってい
るようなので、洗浄液としての腹膜透析液を算
定できるように変更できませんでしょうか？

[討論内容]

CAPD 中止後の洗浄のための腹膜透析液の算定は認
めている県がほとんどようです。管理料は算定でき
ません。

1-6 手術

(1) CAPD

- ① 連続携帯式腹膜灌流用カテーテルを SMAP 法
で留置した場合、出口部形成は別に創傷処理等で
算定できるか。また、同カテーテルを抜去する場
合も創傷処理で算定してよいのか。

- ② PD→HD へ移行する際など腹膜透析用カテー
テルを抜去する際に、国保は創傷処理にて算定可能
だが、社保は PD カテ腹腔内留置術の一連とみな
され算定が認められていないため、社保において
も国保同様算定を認めて頂きたい。

- ③ PD カテ抜去術の件について、他府県での動向
を知りたい。

[討論内容]

PD カテ抜去はグラフト抜去同様、適用項目はあり
ません。PD カテ腹腔内留置術の一連と解釈し算定を
認めない県もあるようです。しかし、PD カテ抜去術
は、K-0003 創傷処理、筋肉・臓器に達するもの（長径
10 cm 以上）の口（その他、2,400 点）または K-0002
（長径 5 cm 以上 10 cm 未満、1,680 点）、また PD カテ
出口部変更術およびカフ型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、850 点）、SMAP 法でのカテー
テル出口部形成は K-001 皮膚切開術（長径 10 cm 未満、
470 点）を適用している県が多いようです。

(2) バスキュラーアクセス関連

- ① 人工血管や CAPD カテーテルの抜去は創傷処
理の算定でよいのか。
- ② 通常の緊急時ブラッドアクセス用留置カテー
テル抜去は手技料を算定できないが、カフ型緊急時
ブラッドアクセス用留置カテーテル抜去は創傷処
理等で算定してよいのか。
- ③ 古く使用しなくなった人工血管の感染に対して
除去を行っても、単なる創傷処置程度しか算定で
きないのはどのような経緯で取り決めたのか。

[討論内容]

人工血管抜去術の適用項目はなく、通常 K-607 血管
結紮術のその他 3,750 点、または K-607-2 血管縫合術
（簡単なもの）3,130 点が適用と思われます。動脈形成、
吻合を伴えば K-610 動脈形成術、吻合術のその他
（21,700 点）、さらに動脈を摘出しバイパスを置いた場
合は K614 バイパス移植術（その他）30,290 点が算定
可能と思われます。

- ④ 内シャント下流の PTA に対して、K616 の四肢
の血管拡張術・血栓除去術 22,590 点で算定して
くるが、妥当か。K616-4 経皮的シャント拡張術・
血栓除去術 18,080 点ではないでしょうか？

〔討論内容〕

四肢の血管拡張術は、バスキュラーアクセス用のシャント以外の末梢血管を拡張した際に算定するものであり、当然査定です。循環器、血管外科での算定がよくみられますが、なかにはこれと経皮的シャントPTAを3カ月以内に交互に請求してくる悪質な例もあります。

- ⑤ シャントPTA後、再び閉塞したため、新たにシャント造設術を施行した際のシャント造設術が査定されました（シャント造設術はシャントPTAとは別日に施行しております）。
- ⑥ 同日、同側に閉塞により2度のシャント造設を行った場合、査定をされていますか？ また、閉塞により同日に対側に造設を行った場合はいかがでしょうか？

〔討論内容〕

シャントPTAは3カ月の一連の行為を評価したものであり、算定は3カ月に1回（保医発）ですが、シャント造設術にはそのような規定はなく、別日であれば算定可能と思われます。同日では対側に行っても一連とみなされ算定不可とおもわれます。しかし、支払基金（社保）から、同月2回以上のシャント手術（PTAを含む）に関して「術後1回も透析できない場合は一連とみなし、高額の1回のみ認める」という通達が出たようで、議論となりました。基本的に診療報酬は成功報酬ではなく、実際に行った医療手技に対しての対価の支払いであり、厳しすぎるとの意見が多数寄せられ、社保の審査員も対応に苦慮していたようです。

- ⑦ ガイドワイヤー、シース、バルーンカテーテルなど2本以上使用した際、レセプトにコメントをつけて請求を出しているが認められないことが多い。
- ⑧ 血管アクセスのPTAにおいて、1回の手術あたりバルーンカテーテルを毎回2本用いている施設があり、保険指導対象の懸念がある。
- ⑨ 多発狭窄に対するシャントPTAについて、吻合部近位と静脈流出路の狭窄部位それぞれにPTAカテを使用した場合、カテ2本使用の症状詳記を付けて請求するも1本分が査定、請求不可なのでしょうか（国保）。
- ⑩ PTAの3カ月ルールを撤廃して頂きたい、PTA必要時期については詳記、画像、透析記録を提出

しレセプトで評価のうえ、認めて頂きたい。PTAの際にカテーテル2本使用したが査定された（理由を詳細に記載済）。

- ⑪ PTA時のシース2本の請求について、

〔討論内容〕

第21回（2016年）でも討論され、PTAカテーテルは原則1本で、必要性が理解できるコメントがあれば認めるという県が多数でした。シース、ガイドワイヤー、血管造影用カテーテルについても、必要性が詳記されていれば認めている県が多いようです。シース2本（末梢側と中枢側）以外は一切認めない県もありましたが、大多数は詳記の無い場合は返戻・査定するが、審査員が納得できる詳記があれば認める県が多いようでした。ステントなど適用外の保険医療材料については、基本的には認めていない県が多いようですが、必要性が十分理解できる詳記があれば認める審査員が出席者の1/3ほどありました。

1-7 リハビリ

- ① 療養病棟に入院中の透析患者の疾患別リハビリテーションの提供において、透析日、同日に実施されたりハビリが以下のように査定されていることについて、他病院の状況やご意見等をお伺いできればと考えております。

- 1) 脳血管リハビリ：1日4単位まで算定可、それ以上は減点
- 2) 運動器リハビリ：1日3単位まで算定可、それ以上は減点

〔討論内容〕

通常リハビリは9単位まで認められていますが、県によっては6単位、7単位までとしているところもあるようです。また、回復期リハビリ病棟や若年者では透析日も6単位まで認めてよいと思いますが、高齢者で4時間以上の透析後の4単位を超えるリハビリは困難との意見もありました。

2 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。

2-1 基本診療料

- ① 消費税の扱いについて、消費税値上げに対して、再診料を1点(10円)上げるとのことだが、透析診療は1回2,000~3,000点(2~3万円)と高額であり、再診料1点では足りない。今後も消費税は上がると予想されるため、根本的な対策が必要。医療費も消費税をかけるべきである。
- ② 透析施設の閉院が始まった。これ以上の点数引き下げは、やめてほしい。診療点数全体が低すぎる。思い切った改善を期待したい。
- ③ 人工腎臓の報酬をこれ以上上げないでほしい。
- ④ 毎年点数が下がっているため、現状維持もしくは手技点数を上げて頂きたいと思います。
- ⑤ その他、全体の診療報酬につき、これ以上の引き下げを阻止してください。
- ⑥ 専門医管理であれば点数の加点、もしくは非専門医での減点。
- ⑦ 透析専門医、非専門医で透析点数に差がないのは専門医である意味を感じない。
- ⑧ 疾病連携加算の充実につき、高齢重症患者が増加し、1施設で対応できない現状があり、透析患者に焦点を当てた連携加算を要望する。
- ⑨ 老人保健施設入所透析患者への医療機関から保険請求できる薬剤に制限がある。一般外来透析患者と同様に保険請求できることを要望いたします。
- ⑩ 療養病棟において手技と材料費を請求できるようにしてほしい。
- ⑪ 人工腎臓で使用する薬剤につき、地域包括ケア病棟の場合、特定保険材料は算定できるが薬剤料については認められていないため、療養病棟と同様に手技料・ダイアライザー以外も算定できるようにしてほしい。

2-2 医学管理料

(1) 管理料の新設

- ① 透析施設における自家発電設備および貯水槽の設置はBCPにきわめて有効と考える。災害発生時に透析患者の施設間大移動を最小限にするためにもBCP加算を新設し、透析施設が自力で継続できるように促していただきたい。
- ② 災害に備え、自施設の災害対策が整備されていること、地域の透析施設間で共助体制が準備され

ていることは、透析患者の命を守るために重要と考えます。南海トラフ地震や首都直下型地震をはじめ、さまざまな災害への対策を整えるために加算を新設し、施設が協力し合う体制を作り災害に備えることが必要ではないでしょうか。

- ③ 他施設の透析患者の臨時透析を引き受けた場合、透析条件の設定や治療中の管理、さらに治療ベッドの確保など多くの対応が必要です。透析患者にとって検査や治療のため、仕事や旅行のための透析は必要です。患者が他の施設で治療を受ける場合は、加算が適切と考えます。
- ④ 慢性維持透析患者の治療において常勤医師が継続的に経過を把握し、最適な治療を提供することは患者が元気に長生きするために大切です。常勤の透析医師が確保できていない施設にも常勤医師が配置されるように「透析常勤医師確保加算」を提案します。
- ⑤ 10, 20, 30, 40年以上の長期透析患者の透析技術料を加算してほしい。
- ⑥ 高齢社会となり、現在、当病院の透析患者75歳以上が10名である。75歳以上の高齢者の透析管理はかなりリスクがあり、今後、診療報酬での加算を検討していただきたいと思います。
- ⑦ 認知症患者について、居宅支援事業所や介護老人保健施設等、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対しても認知症連携加算を新設してほしい。
- ⑧ CKD外来指導管理料に点数をつけていただきたい。指導を行って、透析導入時期を遅らせるといった効果がでている事に対してコストをつけて頂きたい。
- ⑨ 糖尿病合併症管理加算を算定できない糖尿病患者以外の患者も足病変に罹患するリスクが高いため、透析患者におけるフットケアの点数の要望。
- ⑩ 慢性維持透析において、HBVやHCVなどの感染症患者は、日本透析医学会のガイドラインに従い「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」「職員のワクチン接種」など多くの対策を必要としている。感染症対策の加算を新設していただきたい。
- ⑪ 糖尿病患者に対する針加算・血糖測定器加算に

ついて、1カ月単位のまるめではなく、処方数に応じてコストを取るべき。

- ⑫ 糖尿病透析予防指導管理料を取得できる看護師資格に、腎臓病療養指導士、地方の糖尿病療養指導士などを加えて、指導できる看護師の幅を広げて頂きたい。

(2) 慢性維持透析患者外来医学管理料

- ① 慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査等の見直しを希望します。
- ② グリコアルブミン (GA) の測定点数を認めて頂きたいです。
- ③ 慢透に含まれる検査のうち、糖尿病関連検査・甲状腺関連検査・心不全マーカーに関しては包括外にしてほしい。
- ④ 血液検査において、ガイドラインに推奨されている感染症関連の血液検査が保険請求できない。同様に T3, T4, TSH など原疾患に対する薬物調整のための検査が請求できない。
- ⑤ 骨粗しょう症評価目的での骨塩定量, TRAP-5b, 骨型 ALP について6カ月～1年に1回の測定を認めて頂きたい。検査マルメ項目から甲状腺ホルモン検査を除外して頂きたい。
- ⑥ BNP・ANP について、療養 HD では3カ月に1回しか認められず、何時でも認められていないが、高齢心不全 HD 患者の場合は月に1回は認めてほしい。
- ⑦ 慢性維持透析外来患者医学管理料について、レグパラ/シナカルセト塩酸塩の初回投与から3カ月以内の患者 Ca・P・PTH の記載はあるが、オルケディア/エボカルセトについては新薬であったため記載がなく、現時点では Ca・P・PTH は同様の取り扱いとされない旨の回答であった。明記して請求可能にしていきたい。
- ⑧ 現在、シナカルセト塩酸塩初回投与から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は月2回まで、PTH の検査が月2回以上実施される場合は月1回まで算定可能である。同じ二次性副甲状腺機能亢進症治療薬のエテルカルセチドやエボカルセトを投与した場合、添付文書に基づき、血清カルシウム濃度の週1回もしくは週2回測定と、定期的な PTH 測定（投与開始から3カ月は月2回、値が安定したら月1回）を行い慎重投与している。検査の算定についてシナカルセト塩酸塩と同様にこれを認めてほしい。
- ⑨ シナカルセト未投与の副甲状腺機能亢進症に対し、エテルカルセチドにて初介入するさいの月2回の PTH 費用は、シナカルセト導入期と同様に保険請求できるようにしてほしい。少なくともシナカルセトとの扱いの差に妥当性を感じえない。
- ⑩ 患者の高齢化も進んでおり、維持管理にかかる業務量も増えているので慢性維持透析管理料の増点を要望。
- ⑪ 慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれない検査を施行した場合、病名をつけている。病名がついた場合は、レセプトへの説明文をなくすようにしていただきたい。
- ⑫ 透析導入後1カ月を経過したのち「人工腎臓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。
- ⑬ 感染症関連 (HIV を含む) 血液検査の保険請求、甲状腺機能検査の保険請求。
- ⑭ 転入時から認めていた著しい電解質異常で、生命をおびやかす低 Ca 血症などに対する頻回採血も制限付でよいので、ある程度認めてほしい。
- ⑮ HBs 抗体半定量, HBc 抗体半定量・定量について、年1回の検査が義務付けられていますが査定されます。慢透に含まれていますか？
- ⑯ 患者の症状把握のための血液検査、12誘導心電図検査、CTR 測定胸部 X-P 検査については透析患者の状態把握に必須であるため、償還できるようにすべきではないか。

(3) 導入期加算

- ① 腹膜透析の生命予後はさほどよくない。腹膜透析の実施は、必ずしも良好な血液透析を保障しておらず、実態に即していない。数名の腹膜透析患者がいることにより、施設全体の透析技術料が上昇するのは不合理である。
- ② 腹膜透析の加算は、腹膜透析を熟知していない施設の増加につながり、医療の質が下がり、患者の益にならない。都心部で腹膜炎に対し、迅速な

排泄検査や、日曜日や夜間対応のできないクリニックでわざわざ腹膜透析の管理をするのは患者に対し不利益である。

③導入期加算の細分化。

2-3 検査・画像

① 胸部XPでは判明しにくい胸水の状態にCTは認められるようにしてほしい。

② 画像診断における電子画像管理加算（単純撮影）について、他医療機関にて慢性維持透析外来患者外来医学管理料を算定している患者に、電子画像管理加算（単純撮影）のみを算定したところ、「単純撮影（デジタル）の回数を超えて算定されています」とのことで、返戻がありました。他医療機関にて管理料を算定しているため、当院では算定していない旨のコメントを表示させましたが、それだけでは不足しておりますでしょうか。

③ 一部の病院等が透析患者に毎月のようにエコーを行ったことから、エコー（心エコー、腹エコー）がほとんど国保で認められなくなった。減点されるのは上記の施設であって良心的な我々ではないと思う。

④ 超音波検査について、シャントトラブルに対するパルスドップラー法の保険適応。

2-4 投薬・注射

① 入院患者の投薬処方回数の査定（転院時）について、透析患者は定期の処方があるため考慮して頂きたいと思います。

② 「1処方あたり」のルールで、同一月の湿布処方回数に制限はないと理解していますがよろしいでしょうか。また透析クリニックで週3回通院していますが、その都度、最大量70枚処方する事は減点の対象にはならないのでしょうか。

③ 透析患者は合併症も多く、投薬処方種類も多くなるため、投薬7種以上通減の緩和をできないでしょうか。（別日に算定していても同日処方として通減されてしまう）

④ 調剤に対する審査が請求月から半年以上経過したのち通知が来るので、早急な対応をお願いしたい。

⑤ 透析患者においては、透析に係る薬剤だけでな

く、その他の処方薬（抗凝固薬、抗コレステロール、心不全、降圧薬、抗不安薬など）も多く必要となるケースがあり、7種類以上にならざるをえないこともあるため、7種類以上の定義見直しを要望。

⑥ 水質加算における指導、支払っているという意識が低い人も中にはいる。特に湿布薬や塗り薬、目薬などがあげられますが、薬剤に対する患者負担の再検討を要望。

⑦ 腎移植後の二次性副甲状腺機能亢進症に対するレグパラ投与を認可してほしい。

⑧ プレドニゾロンやメチルプレドニゾロンなどを、生食100mlで溶解しての点滴で生食が査定となった。かつては生食は包括だったが、現在は透析液を用いた自動プライミングなので生食は用いていない。生食を査定する意味がなくなっているの、時代に合わせて審査基準を改定する必要がある。

⑨ プラビックスについて。

1) 虚血性脳血管障害後の再発抑制

2) 経皮的冠動脈形成術（PCI）が適用されてる虚血性心疾患

3) 末梢動脈疾患における血栓、塞栓形成の抑制（1日1回75mg）

3) の適応について、度々のシャント閉塞を認めるために、血栓、塞栓形成の抑制のための投与であるも（コメント付記）、狭窄がないという事は適応外と判断し査定。抑制の投与として認められないでしょうか。

⑩ リドカインテープやリズムックなど、透析を安定して行えるよう使用する薬剤を処方と認めてほしい。

⑪ 腎疾患禁忌の薬剤の多くが透析患者に使用されている実態につき、原則として透析患者は薬剤記載の腎障害禁忌の対象とならないよう保険者側に検討をお願いしたい。

⑫ 褥瘡処置の際に、軟膏塗付、皮膚欠損被覆剤をよく使用する。症状に応じて面積も広がったりするが、長期的に使用すると査定対象となる。使用した分に関してはすべて請求はできないでしょうか？

⑬ タミフルについて、透析患者のインフルエンザ

に1C1TD処方したところ、査定されました（理由C）。日本腎臓学会の「薬剤性腎障害診療ガイドライン2016」では、透析患者がインフルエンザを発症した場合、タミフルの用法・用量は1日75mgの単回投与が推奨されていますが、保険審査には反映されていないのでしょうか？

- ⑭ リリカについて、25mg1Cで査定されました（理由D）。透析患者で認められる、用法・用量は？

2-5 処 置

(1) 人工腎臓

- ① J038-4 人工腎臓（1日につき）その他について、当該点数が1,580点と低いため、増点をご検討いただきたい。導入期においても、その他の場合で算定になるが、点数が低く導入期加算がついても4時間未満の点数とほぼ同じです。
- ② 「慢性維持透析を行った場合1〜3」が新たに設けられました。同じ医療行為を行っているにもかかわらず、患者数が多いからといって点数が引き下げられるのは不合理ではないでしょうか。透析施設数が限られる地方において、監視装置の台数に対して患者割合が高くなる場合があります。また、災害等で他からの患者を受け入れる場合など想定しているのでしょうか。今後、このような手段が、一般外来患者の再診料など他の診療料の通減にも使われるのではないかと危惧されます。
- ③ コンソール1台あたりの算定患者の基準がさらに引き下げにならないことを望みます。
- ④ 前回改定によって施設基準が追加されることとなったが、今後、今以上に基準を厳しくすることなく基準を緩和していただきたいと思います。
- ⑤ 施設規模、患者数で診療報酬が区分されるのはおかしいのでは。施設規模（透析監視装置台数）、患者数の区分をなくし、評価を引き上げていただきたい。
- ⑥ かえって現場に混乱を与えるような制度にはしてほしくないです。
- ⑦ 患者高齢化に伴い送迎が必要な患者割合が増加。それに伴い、送迎にかかる費用も増加（主に人件費）しているのが現状です。これ以上、J038：人工腎臓点数の引き下げは避けていただけるとあり

がたいです。

- ⑧ 透析患者人数に対する透析職員人数の基準を設け、報酬加算してほしい。
- ⑨ 入院中の透析は外来より点数を高め設定してほしい。
- ⑩ 人工腎臓での手技料の増点。
- ⑪ 患者の社会復帰を目的とした診療行為に対しての評価。6時間以上の加算要件の撤廃。
- ⑫ 人工腎臓の手技料は現在1時間単位での点数設定がされている、しかし現状は、クレアチニン上昇・体重増加が見られるも、透析中の不均衡症候群様の体調不良出現などにより4時間透析が困難であるため、3.5時間透析を行うことが多い。また浮腫などの状態がみられるも心不全などがある場合に、5時間透析は心臓への負担を考慮すると困難であるため、4.5時間透析・除水を行うケースが増えてきている。このことから、0.5時間単位でのきめ細やかな点数設定を行うよう見直しを行っていただきたい。
- ⑬ J038 人工腎臓：人員配置加算をつけてほしい。人工腎臓を行う医療機関の規模や効率性等を踏まえた評価となっているが、人員配置についても評価してほしい（専門的スキルを要するため）。

(2) 透析回数

- ① 過度の体重増加による透析不足のため、臨時透析を施行する機会があり、人工腎臓1、月14回までの縛りをなくして頂きたい。
- ② 疾患別に透析回数の上限設定をなくしてほしい。
- ③ 透析回数制限14回を緩和して頂きたいです。
- ④ 透析回数制限の緩和。
- ⑤ 人工腎臓は1カ月に14回に限られていますが、やむをえず緊急で上限回数を超えた場合も理由を付して請求した場合は認めてほしい。
- ⑥ 臨時透析：月に14回までが算定可能と回数がかきめられている。患者自身の自己管理はもちろんだが、症状によっては臨時で透析を行っている状況。病院施設が負担を持つのはどうなのか。ほかの方法はないのか検討を希望する。

(3) 障害者加算

- ① 当院では、体外受精による妊婦がいますが、妊

娠当初からの薬剤の選択、ホルモンの検査によるHDFの調節、透析時間の延長などがあり、心音確認以降の障害者加算はできないでしょうか。具体的には8週程度を想定しています。ただ、「妊婦を障害者」としているのは問題になるかもしれませんが。

- ② 転倒・骨折に対する運動療法および栄養介入に対する評価をお願いしたい。GLP-1投与の糖尿病患者の場合も、人工腎臓障害者加算（エ）の算定を可能にして頂きたい。
- ③ 人工腎臓治療を受けている患者の中には、担癌患者が高齢化等により多くなっていると思います。末期癌患者であっても通院で透析を受ける機会は多く、注3障害者加算において、「次に掲げる状態の患者であって著しく人工腎臓が困難なもの」に該当する項目で、「シ 末期癌に合併しているために入院中の患者」の「入院中」を入院・外来問わずに算定できるようにならないでしょうか。
- ④ 入院中に限らず、胸水・腹水貯留の患者、末期がんの患者にも算定できるよう見直しをして頂きたいです。
- ⑤ 慢性維持透析における障害者加算の算定条件に「認知の無い高齢者にも加算」をお願いしたい。要観察・要介助のケースが多くなっております。
- ⑥ 透析患者の高齢化により介助・見守りが必要な患者が増加している。送迎時・着替え・院内移動・ベッドへの移乗などを一人で行うことが困難なADL状態であるケースも増えてきていることから、ADLの低下に対する加算を加えていただきたい。
- ⑦ 高齢者等介助が必要な患者に対して、障害者加算等の算定項目を増やしてほしい。介護必要度等の障害者加算の充実。
- ⑧ 透析患者の高齢化に伴い介助の必要な患者が増えている。高齢化ADLに伴う評価など加算の新設または、障害加算の見直しをしていただきたい。
- ⑨ 患者の高齢化により手がかかるため、点数を上げてほしい。障害者加算の項目には入らないが、手がかかる患者がとても増えています。
- ⑩ 現在の介護援助ではすべての透析通院を賄えません。今後の病院から通院サービスが提供困難となった時に備えて、高齢者で介護が必要な患者に

対する管理料などの、医療費からも補助的支援を検討してほしいと思います。

- ⑪ 透析困難な患者でありながら障害者加算が算定できない。認知の無い高齢者（認知症等の決定病名までついていない）、末期癌の外来患者等の検討。

(4) リハビリ

- ① 透析患者の高齢化によりADL低下傾向にある患者が多く、転倒による骨折で入院するケースが増加している。当院ではすでに腎臓リハビリテーションを行い、透析を受けている人に少しでも長く健やかな生活をして頂きたいと考えている。今後も腎臓リハビリテーションを続けていきたいと思っているので、これを評価し点数を新設していただきたい。
- ② 透析患者のリハビリ加算の充実。クリニックに通院できなくなる患者が増加する中、回復期リハビリテーションの対象疾患に透析を加えてほしい。
- ③ 腎臓リハビリテーションに点数をつけていただきたい。効果があるというのがわかっているけど、コストがつかないと導入することができない。
- ④ 腎臓リハビリテーションについて、理学療法士の指導のもと、透析中リハビリテーションの診療報酬の算定確立。
- ⑤ 腎臓リハビリ：早く保険点数をつけてほしい。
- ⑥ 腎リハの算定項目がない。介護保険との関係で日数が定められている。

(5) CAPD

- ① 2施設にまたがり、腹膜・血液透析がそれぞれ行われる場合、管理料（腹膜透析施設）の算定がなされるように願いたい。
- ② 他院で腹膜透析を管理している患者で、自院にて透析を行った場合の透析処置料の算定を可能にしてほしい。
- ③ 腹膜透析用カテーテル抜去に伴う手技料が新設されることを希望します。
- ④ 手術手技がないので、現状は創傷処理で算定しています。抜去手技が設定されるとありがたいです。

(6) ESA, フサン

- ① 透析中の患者が血液疾患（骨髄異型性症候群）に罹患し、補助療法としてネスプの週1回240 μ 皮下注が必要とされた。患者は施設入居中のため送迎が必要であったが、施設としては週3回の透析以外の送迎はできないとの回答であった。そのため腎性貧血でもネスプは使用するが、今回のように明らかに他疾患での使用の場合は透析日であっても別算定していただきたい。
- ② エリスロポエチン製剤をまるめ算定より外して頂きたい。
- ③ ナファモスタット使用：ope 後出血がある場合は使用可だが、ope 前や抜歯前にも使用したい。
- ④ フサン：消化管出血が明らかではない原因不明の急遽な貧血の進行、外傷後、眼底出血時、ケナコルト硝子体内注射後、眼科手術後、抜歯前後でナファモスタットの使用は認められますか？ 認められる場合は、何回まで使用可能ですか？
- ⑤ オンライン HDF 実施時のフサン使用について、フサンの薬剤費を算定できるようにしてほしい。

(7) その他

- ① 慢性維持透析患者に関する「吸着型血液浄化器（ β_2 -MG 除去用）償還価格 22,200 円」の適応は手根管開放術を行った患者に限定されているが、手根管症候群の発症予防の方が将来的には医療コスト削減効果が期待できるものと考えます。全員を対象にすることは医療経済上困難であることは明らかのため、せめて「40 歳未満の導入者に限る」などの条件で使用を認めていただきたい。
- ② 透析排液について自治体から指導が来ました。回収が必要との旨ですが、多額の費用負担となり、補助金、もしくは診療報酬による加算などが必要かと思えます。（都内のビルに入っている透析施設などはどうしているのでしょうか）
- ③ 今後、水道料金が上がっていく場合に、保険において点数に加味されることはないのでしょうか。
- ④ エコー下穿刺に対しての加算について、穿刺困難者に対して、エコー下穿刺を行っています。加算等の新設を希望します。
- ⑤ 傷や創の処置に対し、診療報酬が取れるようにしてほしい。

- ⑥ その他カニューレの材料費、もともと点数がついていたのに、いつの間にか消えてしまった。近年、安全針が普及して価格が上昇、経済的な負担が膨らんでいる。治療に不可欠な材料代が医療機関の持ち出しになっているのは、おかしい。

2-6 手術

- ① 慢性維持透析患者のシャント PTA は3カ月に一度のみ算定可能となっている。しかし、この方法では適切な時期に PTA 治療を受けられずに血液浄化療法に必要な血流量が確保できなくなった場合、緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルの挿入が必要となり入院となってしまう。適切な時期の PTA 治療により外来通院を続け、いつもと同じ日常生活を送っていただきたい。3カ月に一度の算定について見直しが必要と考えます。
- ② K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、シャント不全で当該手術に関する依頼を多数受けている。他医療機関で3カ月以内に実施されている患者も多く、手技、医療材料等の持ちだしが非常に多い。医療機関ごとに不平等が生じており、是正していただきたい。
- ③ PTA の算定が3カ月に1回となっているが、現状においては高齢化が進み、また動脈硬化の進行が著しく、3カ月待てない患者が大勢いる。期限の短縮を検討していただきたい。
- ④ 3カ月以内に PTA を2回施行することがある。2回目の請求がまったくできないので、特定保険医療材料および薬剤料の請求だけでもできるように検討していただきたいです。
- ⑤ PTA で使用している器材について、サイズ変更等で新たに別の器材を使用した場合、コメントをつけても認められないことがあります。使用した器材に関してはすべて請求できないのでしょうか。
- ⑥ PTA の3カ月ルールの検討。
- ⑦ PTA の3カ月ルールを撤廃してほしい。
- ⑧ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3カ月に1回の算定縛りの廃止をご検討いただきたい。
- ⑨ 2カ月ごとに行わなければならない症例もあるのでその場合は特例で認めてほしい。患者の高齢化に伴い血管荒廃、心機能低下が進みシャントト

ラブルは増加、回数制限を見直していただけないと病院負担が益々増加します。

- ⑩ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3カ月ルールが導入され、3カ月ルールよりも早く再度PTAを行わなければならない症例もあり、そのさいは診療報酬を算定できないだけでなく、医療費が病院負担となってしまう。他院へPTAでの紹介・逆紹介の場合も同様で、一連の診療とみなされるため紹介・逆紹介がしづらい状況となる。3カ月ルールの見直しを検討していただきたい。
- ⑪ 3カ月以内に施行した場合に、薬剤・特定保険材料の算定を認めて頂きたい
- ⑫ 3カ月ルールをせめて、材料だけでも請求できるようにしてほしい。
- ⑬ PTAの3カ月ルールを撤廃して頂きたい。PTA必要時期については詳記、画像、透析記録を提出しレセプトで評価のうえ、認めて頂きたい。

2-7 その他

- ① LDL低値の透析患者に対しての検査施行について、糖尿病が原疾患による透析患者が多数を占めているが、重症ASOの患者に対してDFPPおよびアフエレーシスによってLDL分画の除去を施行する場合に、透析患者のLDLが低値であることが理由で施行できない場合がある。透析患者は食事制限等のためLDL値が低値であり、しかし重症ASOに対してLDL分画の除去を施行すると壊疽や潰瘍が劇的に改善する。LDL低値の透析患者に対して施行できるように保険改正すべきである。
- ② 透析時エスカルゴを患者に使用していただいている。保険診療点数で何か請求できないでしょうか？（下肢末梢動脈疾患指導管理加算の請求は

しています。）

- ③ フットケア、足浴に対しての保険請求は何かできないでしょうか。
- ④ 休日加算の大幅アップをお願いします。即位の10連休を見ても、議員や公務員の取得率の高いものの、透析は休むことが基本的にはできません。この調子で休日ばかり増えるようだと、職員の負担が増えることになり、休日加算を2倍程度にさせていただくか、透析も減診にすることも検討が必要になるとおもいます。
- ⑤ 基本的には、清浄化と時間区分は現状のままが適正と思います。夜間透析をする施設が減っている現状ですが、その加算は残すべきだと思います。
- ⑥ 長時間透析患者の透析施行について、患者本人の独自の解釈で、健康保険で許される範囲であれば、最大の回数透析を受けて良い。この考え方と健康保険の使い方は間違っていないでしょうか。例えば、旅行で時間が短い透析を受けた場合には、今月であと1回保険でみとめられているからとのことで、自己判断で日をまたぎ別の病院で透析を受けてしまう。本来の健康保険の目的は、溢水などによる重篤な状態が発生した場合にかぎり、月あたり1~2回の余分な透析が認められているのではないのでしょうか。この患者のような考え方で健康保険の枠を広げて透析を受けられては、本来透析を必要としている患者に不利益で不公平ではないのでしょうか。このような健康保険請求は規制すべきではないのでしょうか。
- ⑦ 透析と別ルートでの点滴手技が査定されました。再審査請求の結果も原審通りでした。
- ⑧ 返戻、減点時にもう少し詳細な理由を明記して頂きたい。