

第 25 回透析保険審査委員懇談会

令和 2 年 10 月 3 日（土）
18 時 15 分～19 時 15 分
WEB 開催

公益社団法人 日本透析医会

目 次

I . 主要検討事項

1) 投薬・注射

HIF-PH 阻害剤	1
ウロキナーゼ	1

2) 処置

人工腎臓4（その他）の算定	3
---------------	---

3) 手術

バスキュラーアクセス関連	4
--------------	---

II . 参考資料

各都道府県からの診療報酬に関する検討事項・要望事項	8
---------------------------	---

I. 主要検討事項

各都道府県より頂きました検討事項、要望事項を巻末に記載しました。今回は時間の制約、webでの開催を考慮し、以下の4項目を選択しました。討論がしやすいように私見を付記しましたが、あくまでも私見であり、自由闊達な議論をお願い致します。

1) 投薬・注射

(1) HIF-PH 阻害剤

- ①エベレンゾに対する診療報酬改定の説明不足（広島県）
- ②エベレンゾ投薬に関する減点（大阪府）

人工腎臓1-3のイロハに「別に厚生労働大臣が定める患者に限る」とあり、これが分かりにくいのかもしれません。全症例ニホへを算定している施設もありました（その施設はエベレンゾの院外処方なし）。厚労省告示第59号に人工腎臓に規定する患者はHIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者とありますので、HIF-PH阻害剤を院外処方している患者はニホへ、それ以外はすべてイロハとなります。

院外処方を突合している支払基金では容易に返戻、査定が可能と思われますが、国保では原則院外処方を突合していないため審査できません。そこで神奈川国保でエベレンゾの院外処方を抽出したところ、7月請求分9医療機関中5医療機関、8月請求分12医療機関中2医療機関に算定誤りが見られ、是正しました。R2.3.5の保険発人工腎臓(24)にHIF-PH阻害剤の服薬状況を診療録に記載とありますが、院外処方箋からは処方日から服用している症例、次回以降の透析日から服用している症例の判別が困難であり、どの時点からニホへに是正すればよいのか悩むところです。処方回数分是正すればよいのですが、月をまたぐのでこれも結構わざわしくなります。また、副作用などでエベレンゾを中止した場合の人工腎臓の算定はどのように扱っていますか。

(2) ウロキナーゼ

- ①シャント閉塞に対するウロキナーゼを認めるか。 (神奈川県)
- ②シャント血栓に対してウロキナーゼの使用期間は。
添付文書：動脈血栓発症後10日以内 (静岡県)
- ③カフ付き長期留置型カテーテルの血栓症へのウロキナーゼ使用量（回数）について制限を設けているか。（HD毎〈6万単位×13回/月〉請求してくるケースがある） (山形県)

この問題は過去の懇談会で何度も議論されました。近年留置カテーテル患者の増加に伴いウロキナーゼの算定が増加傾向であり、医療機関や審査員からの問い合わせが多いためとりあげました。

シャント閉塞に対しては、ウロキナーゼは末梢動静脈閉塞（発症後10日以内）に適応がありますので認められると思います。問題はカテーテル脱血不良に対する投与です。カテーテルに対しては適応外であり認めないとする県、また適応外使用のまま使用しているのが問題であり、学会から厚労省に挙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。いずれも正論ではありますが、実臨床上手術室でのカテーテル閉塞解除やカテーテル入れ替えはなかなか困難であり、ウロキナーゼ投与は容認せざるを得ないとも思われます。ある県の支払基金ではカテーテルが挿入されている静脈にも血栓があるだろうから、静脈血栓症の病名をつけるように指導しているようです。必ずしも有効でない場合もありますが、体位の変換、フラッシュなどで改善しない場合まずウロキナーゼを投与してみる施設が多いのではないでしょうか。カテーテル閉塞に対してどのように対処していますでしょうか。投与回数については、慢然と継続的な使用は認めず、発症から10日以内という規定もあり2回、3回ぐらいまでとしている県が多いようですがいかがでしょうか。

④最近透析カテーテル症例が増加し、カテーテルが血栓閉塞したために血栓溶解術を行うことが多くなってきました。その手術に合った手術手技料がないため困っています。

（千葉県）

⑤カフ付き長期留置型カテーテルの血栓閉塞に対し、ガイドワイヤーを使用した血栓除去術の施行が増加しているが、どの手技名で算定すべきか。（現在、請求通り四肢の血栓除去術 22,590 点 で認めているが、手技内容に対し過大評価と考えている）

（山形県）

四肢の血栓除去術は、バスキュラーアクセス用以外の末梢血管を拡張した際に算定するものであり、算定不可（蛇足ですが、今回この点数は大幅な減算となっておらず、血管外科、循環器科よりこの算定をしてくる可能性があり、要注意とします）。経皮的シャント拡張術・血栓除去術、内シャント血栓除去術も算定不可で、留置カテーテル閉塞に対する手技料は設定されていません。透視化で行えば透視診断（110 点）、造影剤が算定可能ですが、造影剤注入手技料には該当項目がありません。しいてあげれば K608-2 外シャント血栓除去術（1680 点）が近似しているとも思いましたが、削除されています。

他に何か算定法がありますでしょうか。

2) 処置

人工腎臓 4（その他）の算定

①慢性維持透析の患者について、同日に血液透析（4時間）と ECUM（1時間）を実施した場合の算定方法は「人工腎臓（慢性維持）5時間以上」で良いでしょうか。また、非透析日に ECUMのみ実施した場合の算定方法は「人工腎臓（他の場合）」に選択式コメント「ウ：血液濾過又は血液透析濾過を実施」で良いでしょうか。

（岡山県）

ECUM に関しては元々診療報酬に記載がありませんが、補充液を必要としない血液濾過として人工腎臓 4(その他、算定要件ウ)で算定します。4 時間透析+1 時間 ECUM では主体が透析であり、返血時 5 時間を超過していればハ（5 時間以上）でよいと考えます。維持透析患者では心不全や体液過剰などの病名は必要ありませんが、人工腎臓（その他）を算定するため適要欄にコメントの記載が必要です。救急患者や循環器疾患で行う場合（急性）腎不全+（うっ血性）心不全の病名が必要です。

②オンライン HDF を施行している患者で、生体不適合のためヘモダイアフィルターが使用できず、やむを得ず透析用のダイアライザーを使用した際に、慢性維持透析濾過加算（50 点）を算定したところ査定されました。青森県透析医会として審査機関に説明したところ、ダイアライザーを使用せざるを得ない理由を記載すれば認めるとの回答を頂きました。

（青森県）

オンライン HDF については、J038-注 13 に「人工腎臓 1-3 までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において慢性維持透析濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に 50 点を加算する。」とあります。「複雑なもの」は施設基準の届出、水質確保加算、ヘモダイアフィルターの使用が必要条件となっているため、通常濾過加算は認められません。一方、人工腎臓 4（その他）のウ（血液濾過又は血液濾過透析（注 13 の加算を算定する場合を除く））ではヘモダイアフィルターの使用は必須ではありませんので、これで算定可能ですが、濾過加算は認められません。青森県では認めるとのことですが、他県ではいかがでしょうか。ECUM 単独の場合ダイアライザーを使用すると思いますが、濾過加算は算定できません。

③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した医療機関で慢性維持透析加算（複雑なもの）を行った場合に算定可能とあるが、4 その他の場合に加算ができないのは疑問に思う。

（青森県）

④導入期 1 月以内のために人工腎臓（その他）で算定している場合、HDF で透析実施したにもかかわらず、慢性維持透析濾過加算が算定できること。
（大阪府）

前項にも記しましたが、J038 の注 13 に「人工腎臓 1 から 3 までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において慢性維持透析濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に 50 点を加算する。」の文言がありますので、算定できません。人工腎臓 4（その他）のウは従来のオフライン HF、HDF の適用であり濾過加算の算定が出来ないのはやむを得ないとしても、2012 年にオフライン HDF（複雑なもの）の新設時に 50 点加点した点数を濾過加算に変更したものであり、人工腎臓（その他）のウ以外では算定を認めては欲しいとも思います。ただ、「複雑なもの」新設時から 1（HD）、2（複雑）、3（その他）を選択する形式となっており、難しいかもしれません。昨年の第 24 回透析保険審査委員懇談会報告（透析医会雑誌）で「算定可能と解釈できる、認めている県が多い」と書いてしまいましたが、その後皆様の県ではいかがでしょうか。

なお、蛇足ではありますが、人工腎臓 4（その他）の算定要件ア（急性腎不全）、イ（導入期）、ウ（HF 又は HDF）は必須ですが、エ（イ）～（ヌ）では選択可能と解釈されます。従って、1) フサン[®]、アルガトロバン[®]、2) 大量の ESA や HIF 阻害薬の院内処方、3) 人工腎臓 2 及び 3 以外では算定することはないと思います。しかし、週 1 回、月 1 回の ESA を投与した日のみ、その他を算定する施設は返戻しています。

3) 手術

バスキュラーアクセス関連

①シャント閉塞に対して、PTA または、血栓除去術を行い、うまくいかず、シャント手術をしたとき、両方の点数を請求できるか？
（山形県）

②シャント手術をしたとき、うまくいかず、対側に再度手術したとき、両方の点数を請求できるか？
（山形県）

③シャント閉塞に対して、血栓除去術と PTA を 2 日に分けて施行した場合、両方の点数を請求できるか？
（山形県）

④内シャント手術を実施したが、残念ながら同月に閉塞してしまった症例をもう一度手術したことがある。その際に「症状詳記」を要求されたが、保険指導には矛盾していないと思う。
（長野県）

シャント造設術には 90 日などの規定はなく、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思われます。しかし、①、③の場合

は、2日に分けて行わなければならない明確な理由が無ければ返戻、査定になると思います。

昨年、支払基金では同月2回以上のシャント手術に関して「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」と通達が出たようで議論となりました。厳しすぎるとの意見が多かったですが、その後この通達を厳密に適用しているのでしょうか。

⑤経皮的シャント拡張術・血栓除去術時、末梢血管用ステントグラフトは人工血管内シャントの静脈吻合部狭窄病変に使用した時のみ算定できるとされている。人工血管内シャントの他部位病変や自己血管内シャントの狭窄病変への使用を認めるか。

(茨城県)

今回初めてグラフト静脈吻合部狭窄病変に限定して認められました。他部位や自己血管内シャントへの安易な使用は認められないと思いますが、認めている県はありますか。

⑥「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、「1」は3月に1回限り算定するとあり、令和2年4月16日の疑義解釈資料問14に「この3月とは算定した日を含め、当該算定日から90日を指す」とあります。特掲診療科通則2の「月の初日から3月の末日までの1ヶ月を単位とする」でなく、90日でよいのでしょうか。

(千葉県)

⑦K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術が初回手から3ヶ月以内の実施が条件付きで認められたが、その次の手技が認められるのはいつか。 (熊本県)

⑧経皮的シャント拡張術・血栓除去術における3か月以内に1回の限度しばりがある。透析患者においてシャント作成は必要不可欠なものであり、なくしていただきたい。(3か月に3回以上行った場合は、特定保険材料も算定不可となる) (鹿児島県)

これは、昨年秋にK616-4の点数を下げるとの情報が透析医会に入り、それならば3ヶ月しばりを撤廃してほしいと厚労省に要望しました。単純な撤廃には難色を示したため、透析医会より3ヶ月以内のPTA件数のデータを示し、一定の要件を満たせば可能となるように交渉をした結果K616-4の2(3月以内に実施)が新設されました。一定の要件についてはかなり甘く設定したつもりですが、そのまま採用されました。K616-4の1は3月に1回(その後の疑義解釈で90日となった)に限る、また2は1回を限度として算定するとあり、90日間で3回算定することはできません(特定保険材料も)。

⑨シャント PTA について、エコー評価での RI 値が要件となっているが、評価者によるさじ加減で変動するため、適切でない。 (長野県)

⑩シャント PTA 等の治療適応診断のため超音波検査 D215-2-ロ-(3)+ドプラ加算 150 点が必要だが、今まで社保にてドプラ加算が算定できないでいます。今回シャント PTA 適応判断の際、FV、RI 測定が必須となっており、ドプラ法が必要であるのに加算がとれないのは疑問です。 (奈良県)

⑪PTA を当月にするか、翌月でも日にちが決まっていないとドプラ加算は認められず、請求してないですが、他府県で違うと聞きましたので如何なものでしょうか。

(奈良県)

シャント PTA の適応の診断をエコーで行っている施設が多いため、血流量 400ml 以下、RI0.6 以上（甘い基準としたつもりです）としましたが、シャント造影で高度狭窄があれば、審査の運用上認めてほしいと思います。ドップラー加算についても各県で事情があるかとは思いますが、少なくとも PTA 適応の診断時は認める方向で検討して頂きたいと思います。

⑫PTA バルーンカテーテルの使用本数 (広島県)

⑬経皮的シャント拡張術に対して、バルーンを複数本使用する場合、複数本請求することは可能でしょうか。

①徐々に血管を広げるため、先に小さいバルーン⇒次に大きいバルーンを使用する場合

②2 か所つまりがある場合

③1 回では広げきれず、2 本を使用する場合 (広島県)

この質問も毎年出ていますが、シースイントロデューサー、ガイドワイヤー、PTA バルーンカテーテル、血栓除去用カテーテルについては 1 個の使用は認めますが、それ以上の使用には詳記が必要で、無い場合は返戻又は査定するのが一般的と思われます。シース 2 本（末梢側と中枢側）、ガイドワイヤー 2 本、PTA カテ 2 本（病変が複数で内径が異なる場合）の請求がよく見られますが、⑬の場合常習的に 2 本以上の使用となり、いかがなものでしょうか。シャント PTA を多数施行している施設では 2 本の請求はほとんどありません。

⑭シャント PTA に際して、

- ・微細血管造影用ガイドワイヤー
- ・血管造影用今井黒カテーテル
- ・異物除去用カテーテル

の使用を認めるかどうか、認めるなら何本までか（京都府）

⑯マイクロカテーテルや貫通用カテーテルなどの使用を詳記があれば認めていますか？（京都府）

⑰アクセス手術時、フィブリン糊やデンプン由来糊の使用は、詳記があれば全例に認められていますか？または AVG 時にのみ認められていますか？（京都府）

⑯シースイントロデューサー（蛇行血管用）の使用を認めるか？（神奈川県）

⑭の微細血管造影用ガイドワイヤーは PTA カテーテル（特殊型）使用時に用いられることが多い、詳記があれば認めていますが、それ以外は冠動脈やシャント以外の末梢動脈の治療時に使用するものであり、ここまで適応外使用を認めると際限が無いとも思われます。基本的に詳記のないものは返戻、査定としていますが、私のようにシャント PTA をやったことのない審査員には詳記を読んでも必要性が理解できかねます。皆様どのように対処されていますでしょうか。

II. 参考資料

各都道府県からの診療報酬に関する検討事項・要望事項

項目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について	都道府県
I. 検討事項		
1. 基本診療料		
	救急医療管理加算の1と2とがあるが、1と2の請求を認める基準を設けている県はあるか。 (1と2の差は何か)	京都府
2. 医学管理料		
(慢性維持透析患者外来医学管理料)	透析導入時または転入時にガイドラインにて推奨されているスクリーニングの感染症検査(B型肝炎、C型肝炎、HIV)について、病名記載(HIV疑い等)を求めているか。 同様に、感染予防に関するガイドラインにて6ヶ月ごとのHBs抗原、HBs抗体、HBc抗体、HCV抗体の測定が推奨されているが、病名記載やコメント記載を求めているか。 (1、2ともに通常病名なしでも認めているが、合議には至ってない)	山形県
	透析15回目以降の外来管理加算の算定について人工腎臓の点数を算定しない日であって、医師へ直接の診察等要件を満たしても算定できないのか。	長野県
	慢性維持透析患者外来医学管理料について、同月に転医等で2ヶ所の診療所に受診があった場合、主たる透析回数にて判断するものなのか基準とある例を頂きたい。	大阪府
	α1-マイクログロブリン(140点)は慢性維持透析患者外来医学管理料に包括されず出来高で算定可能かと思いますが、請求時の注意事項などありますでしょうか。(定期検査に組み込む場合、年に何回まで請求可能でしょうか)	岡山県
3. 検査・画像		
1) シヤントエコー	(シヤント血管エコー) 今回ドップラー加算が引き下げになりましたが、シヤント血流量、血管抵抗指数の評価に必要なものであり、点数引き下げを見直すべきだと思います。 シヤントPTA等の治療適応診断のため超音波検査D215-2-□-(3)+ドプラ加算150点が必要だが、今まで社保にてドプラ加算が算定できないでいます。今回シヤントPTA適応判断の際、FV、RI測定が必須となつており、ドプラ法が必要であるのに加算がとれないのは疑問です。 PTAを当月にするか、翌月でも日にちが決まっていないとドプラ加算は認められず、請求してないですが、他府県で違うと聞きましたので如何なものでしょうか。 内シヤント狭窄に対するエコードドップラー加算はどのくらいの間隔をあければいいか? 血流量(20点)に査定されることがある。	大阪府 奈良県 奈良県 大分県
2) パリス療法関連検査	慢性維持透析患者外来医学管理料を算定している患者のCa, Pの月2回以上の測定の算定を可能とする「パリス療法」の定義は	静岡県
3) PAD	下肢末梢動脈疾患の評価に適宜検査としてABIやSPPを行いますが、定期検査としてABIとSPPを併用する場合、検査間隔はどの程度開けるべきでしょうか。(しげい病院) 大分県社保ではABI(通常の下肢血流量の評価のみ)は130点ではなく、血管抵抗性(100点)で査定するとの情報がある。本来ABIの130点は心機能と合わせての検査であるとの意見です。	岡山県 大分県
4) その他	コロナの事もあり、SaO ₂ を毎回算定することは可能でしょうか(現在、毎回算定) 「慢透」で胸部X-Pが透析とは別の疾病(肋骨骨折、肺炎など)でも算定できないこと 血管伸展性検査やHCV抗体検査が病名にあるのに減点された。 検体検査の血液学的検査 D006 出血・凝固検査のうち、D006-2 プロトロビン時間(PT)検査について、国保連合会からの査定があった。理由は、同検査は月2回(2週間に1回)を限定とするとのことであった。社保支払基金からの査定や点数記載はない。 末梢血液一般検査は、透析患者様の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ですが、減点になります。減点になる理由を教えてほしいです。(初診患者) 他医療機関より転医にて、ABO血液型RH(D)検査は、血液透析初診時に必要な検査です。減点になりますが、理由を教えてほしいです。	大阪府 大阪府 大阪府 奈良県 奈良県 奈良県
4. 投薬・注射		
1) ウロキナーゼ	カフ付き長期留置型カテーテルの血栓症へのウロキナーゼ使用量(回数)について制限を設けているか。 (HD毎<6万単位×13回/月>請求してくるケースがある) シャント閉塞に対するウロキナーゼを認めるか。 シャント血栓に対してウロキナーゼの使用期間は。添付文書:動脈血栓発症後10日以内	山形県 神奈川県 静岡県
2) カルニチン	Znの検査は3ヶ月のスパン、カルニチン分画は6ヶ月のスパンでの検査が認められていますが、カルニチンについては臨床的には3ヶ月程度での検査が必要な場合があります。3ヶ月での検査を認めていただけないでしょうか。	千葉県

項目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について	都道府県
3) その他	続発性副甲状腺機能亢進症の病名を付けているにもかかわらず、オキサロールが査定されることがあります。再審査に提出しても、なぜだめなのかの回答がないため、対応に困ることがあります。 甲状腺機能低下症でチラージンを投与している患者に、沈降炭酸カルシウムを併用している症例の査定が1例ありました。他県ではどのような状況でしょうか。 クレナフイン爪外用液を爪白癬の診断から2年後に再処方したところ、鏡検していないとの理由で査定された。 薬剤溶解用の生食が査定されることがある。現在、ブライミングも透析液使用であることを書いて再審査に提出すると復活することが多いが、時間の無駄 透析時に使用する注射薬剤について、透析回路を使用せず、（抜針後）投与した生食は算定可能であるか。 エペレンゾ投薬に関する減点 アルプロスタジル注の4ヶ月目以降の長期投与について、全身の高度閉塞性動脈硬化症のため長期投与必要な場合、注釈添付のうえ請求しても査定となる。 長期療養目的に入院されている方が院内発症の感染症、誤嚥による肺炎などのため、割と長期間補液投与を行わなければならない状況が起こります。その際、審査が通らないことがあります。 検査・投薬等が患者様によって又は月によって減額されたり、されなかつたりするのはどうしてでしょうか？何か基準となるものがあるのでしょうか？ エペレンゾに対する診療報酬改定の説明不足	青森県 宮城県 栃木県 栃木県 大阪府 大阪府 兵庫県 奈良県 広島県 広島県

5.処置

1) 導入期加算	(導入期加算2の施設基準の腎移植に係る取組の状況) 前年に腎移植に向けた手続きを行った患者数3人以上は厳しいのでは…	大阪府
2) リクセル	onlineHDFとリクセルの併用は認められるのか、認められないのか統一見解は？ 透析アミロイドーシスに対して、オンラインHDFとリクセルの併用は可能か	栃木県 東京都
3) 人工腎臓その他	J038人工腎臓には医療機関の規模や効率性を踏まえた評価とするため、慢性維持透析を行った場合1・2・3と点数の区分がされているが、その他の場合になると点数が一律1,580点になっている。 何故その他の場合は、医療機関による評価がされないのか。	青森県
4) 慢性維持透析濾過加算	オンラインHDFを施行している患者で、生体不適合のためヘモダイアフィルターが使用できず、やむを得ず透析用のダイアライザーを使用した際に、慢性維持透析濾過加算（50点）を算定したところ査定されました。青森県透析医会として審査機関に説明したところ、ダイアライザーを使用せざるを得ない理由を記載すれば認めるとの回答を頂きました。	青森県
5) 人工腎臓その他	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加算（複雑なもの）を行った場合に算定可能とあるが、4その他の場合に加算ができないのは疑問に思う。 導入期1月以内のために人工腎臓（その他）で算定している場合、HDFで透析実施したにもかかわらず、慢性維持透析濾過加算が算定できないこと 別部位・別疾患に対して、同一疾病また起因する病変ではない処置なのに査定されてしまう。 慢性維持透析の患者について、同一日に血液透析（4時間）とECUM（1時間）を実施した場合の算定方法は「人工腎臓（慢性維持）5時間以上」で良いでしょうか。また、非透析日にECUMのみ実施した場合の算定方法は「人工腎臓（その他の場合）」に選択式コメント「ウ：血液濾過又は血液透析濾過を実施」で良いでしょうか。 人工腎臓という「処置」中に行われる（必要に応じて）心拍監視は「処置」の中に含まれるとの解釈が成り立つかどうか？	青森県 大阪府 奈良県 岡山県 宮崎県
6) その他	J039血漿交換療法について、ABO血液型不適合間の同種腎移植において、実施回数は一連につき術前4回、術後2回を限度として、二重濾過法のみ算定可能とあるが、支払基金より単純血漿交換法も算定可能の傾向があるとのことだったので、その詳細を診療報酬に明記してほしい。 穿刺時にリドカインテープ等の貼付用局所麻酔剤を使用しておりますが、稀に効果不十分で、キシロカイシンゼリーを使用する場合があります。その際、キシロカイシンゼリーは併せて算定可能でしょうか。 吸着式血液浄化法の評価の見直しがされ、算定用件アで次のいづれかの項目を満たすことあるが、①②は抗菌薬が投与されている場合は同定できないことがあり、また、③はDICになるまで待つことになる。患者救命の観点から疑問がある。 (参考) ① 細菌感染症を疑つてから当該治療が終了するまでに、エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法の開始前までに行った区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液血液（血液に限る。）において、グラム陰性桿菌の陽性が確認されている場合。 ② 細菌感染症を疑つてから当該治療が終了するまでに、他の保険医療機関においてグラム陰性桿菌の感染が疑われ抗菌薬投与が行われていたことが証明されている患者であって、当該医療機関において初回に実施した区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液血液（血液に限る。）が陰性である場合。 ③ 細菌感染症を疑つてから当該治療が終了するまでに、当該医療機関において初回に実施した区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液血液（血液に限る。）が陰性であるものの、グラム陰性桿菌による敗血症性ショックであることが区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液血液（血液に限る。）以外の細菌培養同定検査において強く疑われ、日本救急医学会急性期DIC診断基準が4点以上の場合又はこれに準ずる場合。	青森県 千葉県 東京都

項目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について	都道府県
6) その他	長期留置カテーテルの挿入部の処置料算定は、国保では認められているが、社保では認められず減点されることが多い（査定されない場合も稀にあるが）。統一してほしい エンドトキシン吸着について、グラム陰性桿菌の検出が要件となっているが、処置開始時を要する時点での判明している訳がなく、現実的でない。 リドカインテープの使用枚数について3枚以上が査定となる。	東京都 長野県 兵庫県

6.手術

1) バスキュラーアクセス関連	シャント閉塞に対して、PTAまたは、血栓除去術を行い、うまくいかず、シャント手術をしたとき、両方の点数を請求できるか？	山形県
	シャント手術をしたとき、うまくいかず、対側に再度手術したとき、両方の点数を請求できるか？	山形県
	シャント閉塞に対して、血栓除去術とPTAを2日に分けて施行した場合、両方の点数を請求できるか？	山形県
	カフ付き長期留置型カテーテルの血栓閉塞に対し、ガイドワイヤーを使用した血栓除去術の施行が増加しているが、どの手技名で算定すべきか。（現在、請求通り四肢の血栓除去術 22,590点で認めているが、手技内容に対し過大評価と考えている）	山形県
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術時、末梢血管用ステントグラフトは人工血管内シャントの静脈吻合部狭窄病変に使用した時の算定できるとされている。人工血管内シャントの他部位病変や自己血管内シャントの狭窄病変への使用を認めるか。	茨城県
	「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、「1」は3月に1回限り算定するとあり、令和2年4月16日の疑義解釈資料問14に「この3月とは算定した日を含め、当該算定日から90日を指す」とあります。特掲診療科通則2の「月の初日から3月の末日までの1ヶ月を単位とする」ではなく、90日でよいのでしょうか。	千葉県
	シャントPTAについて、エコー評価でのRI値が要件となっているが、評価者によるさじ加減で変動するため、適切でない。	長野県
	内シャント手術を実施したが、残念ながら同月に閉塞してしまった症例をもう一度手術したことがある。その際に「症状詳記」を要求されたが、保険指導には矛盾していないと思う。	長野県
	シャントPTAに際して、 ・微細血管造影用ガイドワイヤー ・血管造影用今井黒カテーテル ・異物除去カテーテル の使用を認めるかどうか、認めるなら何本までか	京都府
	アクセス手術時、フィブリン糊やデンプン由来糊の使用は、詳記があれば全例に認められていますか？またはAVG時にのみ認められていますか？	京都府
	マイクロカテーテルや貫通用カテーテルなどの使用を詳記があれば認められますか？	京都府
	PTAならびに内シャント設置術の点数が2/3まで低下したことは、経営的にも非常に厳しい。	大阪府
	PTAバルーンカテーテルの使用本数	広島県
	経皮的シャント拡張術に対して、バルーンを複数本使用する場合、複数本請求することは可能でしょうか。 ①徐々に血管を広げるため、先に小さいバルーン⇒次に大きいバルーンを使用する場合 ②2か所つまりがある場合 ③1回では広げきれず、2本を使用する場合	広島県
	経皮的シャント拡張術を実施する方で、術前（手術日より前）に超音波検査にてシャント血流量400ml以下又はRI0.6以上を認め、その後経皮的シャント拡張術を施行し、術後（手術より後の日）に再度超音波検査を行い、状態を確認する。この場合、術後の超音波検査についても医学上の必要性を追記等すれば保険請求時の審査は可能でしょうか。	広島県
	k616-4経皮的シャント拡張術・血栓除去術が初回手から3ヶ月以内の実施が条件付きで認められたが、その後の次の手技が認められるのはいつか	熊本県
	シャント狭窄、人工血管血栓におけるシャントPTAが頻回に必要な事例が増えている。	鹿児島県
	経皮的シャント拡張術・血栓除去術における3か月以内に1回の限度しばりがある。	
	透析患者においてシャント作成は必要不可欠なものであり、なくしていただきたい。 (3か月に3回以上行った場合は、特定保険材料も算定不可となる)	

7.その他

無料送迎は許されているのかどうか疑問です。	長野県
①診療録3号用紙に患者からの徴収する一部負担金の徴収額が適正に記載されていない。 ②電話再診について治療上必要適切な指示をした内容を診療録に記載していない。	大阪府

項目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について	都道府県
II.要望事項		
1.基本診療料		
	改定後の点数減少傾向に対し、大変厳しく感じています。 消費税増税に伴う材料の償還価格が十分に反映されていない。	大阪府
	手技料について、改定の都度、引き下げが行われているが、減収の影響が多大となっているため、引き上げを要求する。加算が多様化しており、出来高算定と包括算定を整理の上、届出や算定方法の簡素化を検討していただきたい。	奈良県
	透析患者人数に対する透析職員人数の基準を設け、報酬を行って頂きたい	広島県
2.医学管理料		
1) 医学管理料	今後、高齢者の増加が予想されます。介護の必要な患者も増加しています。認知のない高齢者、介護の必要な高齢者も加算の対象とする等の検討をお願いします。 下肢末梢動脈疾患指導（月1回100点）について、管理や指導に要する時間に対しての評価があればよいと思います。 感染症対応加算が必要。新型コロナウイルス感染症をはじめとする指定感染症に対応した場合に加算が必要と考えます。（疑い例を含む） 追加の機器が必要な場合の加算が必要。体重測定にリフトラベルが必要な場合など、機器も高価であり安全確保のためスタッフも複数名で対応する必要があることから加算が適切だと思います。 標準的PPE使用が可能な対COVID-19感染対策加算が必要。ガイドラインに従えば、感染対策費は加算の必要性大。 一般的の透析室において、人工呼吸管理中の患者やカテコラミン投与中の患者を透析した際の加算を検討頂きたい。HCU並みの看護師数を確保するなど、コストがかかっている。 COVID-19に罹患した患者が、結核、麻疹、水痘などの感染症患者の透析に関して加算を検討して頂きたい。また、陰圧透析室などの対策をとっている場合は評価される仕組が望ましい。 災害時に備え自家発電装置や給水車などを有するクリニックに対する評価があつてもよいと考えます。 CKDG5期の指導管理料が算定できるよう申請をお願いしたい 週1回・週2回透析に対する指導管理料を新たに申請をお願いしたい。 透析室、コロナ対策実施時の、点数加算などご検討などご検討頂きたい。 高齢透析患者が増加傾向にあり、介助が必要な患者が多い。ADL評価等により、介助量の必要な方への加算の新設又は、障害加算の見直しをしていただきたい。又、介護施設等へ入所中の患者も増えており、介護施設等へ入所中の患者も増えており、介護施設入所の家族において医学管理料等を算定できるようにしていただきたい。 コロナ等指定感染症等の患者がいる際に、加算等の新設を検討してほしい。 下肢末梢動脈疾患指導管理加算を算定する際、慢性維持透析を実施している全ての患者に対し、リスク評価・指導管理を行った場合に算定できるとあるが、旅行透析やシャント手術のために短期間の透析施行の患者にも評価・指導管理を行っているが、「全ての患者の条件」を緩和できないか。また、拒否や暴言などでスムーズに検査できないことが多く、5～10点の点数増をお願いしたい。 慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合にその必要性について記載しているが、病名もついていることから、必要性の記載を無くしていただきたい。 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査の見直し。肝炎ウイルス関連検査（HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量）は外してもよいのではないか。 慢性維持透析患者外来医学管理の加点及び入院患者も対象とする。 透析導入のICにおける診療報酬を新規に申請したい。	奈良県 奈良県 宮城県 宮城県 栃木県 千葉県 千葉県 千葉県 東京都 東京都 長野県 鹿児島県 鹿児島県 青森県 宮城県 千葉県 広島県 東京都 長野県
2) 導入期加算	腎代謝療法実績加算など、腎移植に向けた要件をこれ以上厳しくしないで欲しい。	長野県
3.検査・画像		
	臨床工学技士のシャントエコー実施について、医療行為としての確立。定期的なシャントエコーも含めて点数があるとスムーズかと思う。 心疾患がある患者に対して透析中、呼吸心拍監視の減点 転入・導入時の感染症・血型チェックの血型のみ算定になります。 自院の透析患者に対するCOVID-19抗原検査を特別な契約なしに保険請求できるようお願いしたい。来院してしまった発熱患者（透析患者）を全て隔離対応はできないため、新型コロナ・インフルエンザの除外診断を自院で行いたいため。 穿刺困難な患者に対してのエコ下穿刺の算定を可能にしてほしい。 心不全予防の体液量確認に、NT-proBNPを3か月に一度はできれば認めてほしい。急性期を作らないための検査をさせていただければ。	長野県 奈良県 奈良県 奈良県 奈良県 岡山県
4.投薬・注射		
	血液透析患者で、甲状腺機能低下症を発症した方にチラーゼンSを投与開始し、甲状腺機能をコントロールした。カルタラン錠を継続投与していたが、甲状腺機能低下症にカルタラン錠は禁忌との指摘があった。カルタラン錠を認めてもらえないか。	宮城県

項目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について	都道府県
	ニューブロパッチ（9mg）に対する対象疾患が現在パーキンソン病のみだが大柄な患者様（100kgを超えているなど）への特別な場合での下肢静止不能症候群への処方も認めて頂きたい。 DPCではカフなしカフ型カテーテル挿入は注射の項の為包括となり、材料費 手技料が算定できない。手術の項に入れるべき。	千葉県
	入院患者の透析における薬剤について 例えばマキサカルシートル静注透析用やフェジン静注など透析による二次性疾患に対する薬剤は、その患者に算定している入院料にかかわらず、算定可能としてほしい。 同様にリドカインテープなどの円滑な透析の実施に寄与する薬剤や「4その他の場合」で算定できる透析液や血液凝固阻止剤についても入院料に左右されることなく算定を認めてほしい。 アミカシン血中濃度（抗生素の薬剤血中濃度）、本来入院適応の方で諸事情によりあえて在宅療養、通院管理としている事例において、保険請求が認められない。	千葉県
	降圧剤について、通常の投与量上限を超えた処方もコメントで認めてほしい。度々難治性高血圧がある。 点滴ルートの取れない血液透析患者にはメドレニック2A/日の投与を認めてもらえれば。低亜鉛血症や低血清銅の治療に時間がかかる場合が多い。	東京都
	亜鉛補給薬であるノベルシンの適正使用を透析医学会から発信できないか 貧血の治療に関して、内服と注射の点数について今後（近々）変更があるかどうか？	宮崎県
		宮崎県

5.処置

1) 人工腎臓	診療報酬改定の度に透析医療機関にとっては厳しくなりつつあるのが現状ですが、消費税引き上げに伴い人工腎臓の手技料に包括されている透析液等の薬剤料を補填するためにも透析の技術料を引き上げていた みたい。 人工腎臓の点数の引き上げ。透析液水質確保加算の引き上げ。 人工腎臓の処置料を下げないでほしい。 施設内以外の水質汚濁の場合の水質加算の増額をご検討頂きたい。 今回「人工腎臓」が大幅に引き下げられたが、患者の高齢化に伴い透析のみ実施していれば良いという時代ではなくなっている（送迎や点等の危惧あり院内エスコートスタッフの雇用も必要となっている）。これ以上の引き下げは止めていただきたい。 HIF-PHD阻害薬の発売およびエリスロポエチニン製剤等のバイオ後発品発売を踏まえた人工腎臓の点数の見直し 人工腎臓のHIF-PHD阻害剤を院外処方時に技術料引き上げを行った点数がわかりにくい。一律に点数設定を高くすべきだと思います。 人工腎臓の点数のこれ以上の細分化はしてほしくない。 病院 通常の透析についても点数を確保してほしい。 下肢抹消動脈疾患指導管理加算の加点 O-HDFに対する水質加算の加点 これ以上技術料を下げるのは止めてほしい。透析患者が減少に転じるまで下げ続けるのでしょうか。	青森県 千葉県 東京都 長野県 京都府 大阪府 大阪府 大阪府 大阪府 大阪府 広島県 広島県 大分県
2) 透析回数	人工腎臓は、妊娠中の患者以外は14回に限り算定可能であるが、妊娠中の患者以外でも患者の状態により15回以上も算定できるようにしてほしい。 人工腎臓の上限回数（14回）について 「月・水・金」又は「火・木・土」で暦月で14回/月の月については、上限回数15回/月としてほしい。 併用療法（PD+HD）の週2回HDまでの診療報酬を申請したい。 透析の15回目 使用薬剤は請求していますが、処置に関しては自費で請求はしていません。自費で15回いくらと決めてい る病院があると聞きます。教えてください。よろしくお願いします。 15回以上の透析手技料の算定の緩和 改定毎に、慢性維持透析の点数が引き下がっており、加算に関する点数を引き上げていただきたい。	青森県 千葉県 東京都 奈良県 奈良県 千葉県
3) 障害者加算	人工腎臓の障害者加算について、「ス. 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの」とあるが 外来患者も対象にしてほしい。 末期癌、重症感染症、胸水腹水等在宅管理となっている人が通院透析を受ける場合、障害者加算の対象に してほしい。 「HD手技」障害者加算の要件を増やして頂きたい。寝たきり患者や末期癌患者（外来も）など管理が大 変な患者へ付けて欲しい。 高齢者透析が増えていて看護も手がかかる。高齢者加算など配慮が求められる。 介護の必要な方の点数をつけてほしいです。障害者加算の項目を増やして欲しいです。 高齢者への援助加算を設けて頂きたい。又は障害者加算の加点。	青森県 東京都 長野県 宮崎県 岡山県 広島県
4) リハビリ	透析中、又は後のリハビリテーションを診療報酬に入れて欲しい。	宮崎県
5) CAPD	腹膜透析を行なながら血液透析を併用する患者が増えていますが、週1回まで血液透析ならば算定可能と なっています。ただ、週1回では不足で2回行っている患者も少なくなく、現在は仕方なく、腹膜透析は 管理料なしに材料の処方のみ算定しています。あくまでも腹膜透析を補完する血液透析ですので、週2回 まで認めていただきたいです。 腹膜灌流について、在宅腹膜灌流指導管理料を算定している患者が同月内に入院した場合、週1回に限り 算定。→実施時はすべて算定できるよう要望する。	静岡県 兵庫県

項目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について	都道府県
6) ESA、フサン	エリスロポエチン製剤のバイオ後発品等の実勢価格を踏まえ人工腎臓の点数が下げられましたが、ダルベポエチンの薬価は据え置きとなり、実質かなりの減収となっています。 リクセル・フサンなどの使用期間の見直し 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。 入院中のエポエチン製剤の使用を出来高として頂きたい。	大阪府 奈良県 奈良県 広島県
7) その他	現在、腎瘻カテーテル交換は、J043-5 尿路ストーマカテーテル交換法（画像診断等を用いた場合）で算定しているが、今後、腎瘻カテーテル交換（拡張を含む）として新規項目を設定していただきたい。 (100点以上希望) ダイアライザーの償還価格が低すぎるのではないかと思う。回路を含む価格が約1500円に設定されているが、性能に見合った価格を設定しより良い透析を目指した新製品の開発が進む状況を作っていただきたい。 感染症対策として発熱等の症状のある患者様に対し手厚い看護などを行った場合、障害者加算のような加算が算定できるように検討頂きたい。 療養病棟入院基本料算定している透析患者のオキサロールが査定された。包括外処置である透析治療の一環として算定可とするべきである。 IHDF・OHDFとリクセル併用について、必要な症状詳記の元で算定を認めるよう要望したい。 onlineHDFで置換液を多く使いたいがコスト的に難しい。特に出来高請求の場合は、透析液を多く認めるべきだと思う。またマルメの場合は、透析液使用量が多くなっていることをアピールする必要がある。	青森県 宮城県 千葉県 千葉県 東京都 栃木県
6.手術	K616-4 経皮的シャント血管拡張術・血栓除去術について、3か月に3回以上実施した場合、3回目以降の手術に伴う薬剤料・特定保険医療材料の算定を認めてほしい。 シャントPTA時にステント留置した場合の明確な手技を設けてはいかがでしょうか。（経皮的シャント拡張術や四肢の血管拡張術とは別に評価された点数の設置。） 最近透析カテーテル症例が増加し、カテーテルが血栓閉塞したために血栓溶解術を行うことが多くなってきました。その手術に合った手術手技料がないため困っています。 「PTA」3ヶ月ルールの撤廃。30日へ変更して欲しい。より算定基準を厳しくしてもよいと思う。 内シャント作成術の値段が安くなっているが、準備から片づけも含めると手術室を占拠する時間はたとえ30分の手術でも1.5~2時間はかかり、医師の占有時間も1-1.5時間以上となります。よほど簡素化した手順で効率よくこなすクリニックならば引き下げ後の値段でも経営上成り立つかもしれませんが、病院のような大きな施設では不可能です、ものと点数に戻していただきたいです。 PTA時の3ヶ月ルールは撤廃されたが、アクセス関連の診療報酬が大幅に引き下げられた。患者への負担は少ないが、手的には他の血管手術と大きく変わらず、これ以上の引き下げは止めていただきたい。 内シャント設置術の点数の改善、せめて手術（AVF）の点数UPをお願いしたい。 PTA、シャント手術に対しての点数が下がりすぎだと思います。 経皮的シャント拡張術、血栓除去術について、初回実施後、3ヶ月以内1回のみ算定では、血管狭窄および閉塞を生じやすい患者への算定時マイナス面が多い。 PTA、シャント手術の点数の是正を希望します。 内シャント造設術の増点、経皮的シャント血管拡張術の期間3ヶ月の撤廃 経皮的シャント拡張術、血栓除去術の3ヶ月の撤廃及び点数見直しによる評価をしていただきたい。今回のマイナス改定は、収益に影響します。 長期留置カテーテル挿入の手術への編入 K612-1 内シャント造設術 イ 単純なもの 12,080点 K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 12,000点 これらがほぼ同点であることは、外科手技軽視ではないか。外科手技料のUP見直しをお願いしたい。 K612-1 内シャント造設術 口 静脈転位を伴うもの 15,300点での静脈を長さ15cm以上遊離があるが、現実的ではない。削除等お願いしたい。 腹膜透析カテーテル留置についてはK635-3があるがカテーテル抜去手術が設定されていない。カテーテル抜去術の新設をお願いしたい。 (経皮的シャント拡張術・血栓除去術) シャントの狭窄・閉塞を繰り返す患者として、今回の改定でシャントPTA 3月に1回算定可となったが初回の点数がかなり下がった。「改定前」18,080点→「改定後」12000点 次期の改定では、これ以上の引き下げは行わないでいただきたい。	青森県 宮城県 千葉県 長野県 静岡県 京都府 大阪府 大阪府 大阪府 大阪府 奈良県 奈良県 熊本県 鹿児島県
7.その他	患者都合による急な透析日の変更にともない、ダイアライザー等を廃棄した場合の取り扱いをどのようにしていますか。（同一患者が頻回に起こす場合を含む。） CAPDを実施していない医療機関は差別されていると思います。夜間透析をしている方が働いている透析患者のために役立っていると思います。	宮城県 茨城県

項目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について	都道府県
	<p>現在の透析の算定ルールがあまりにも複雑だったので、ルールの簡単化・明確化をしてほしい。</p> <p>例1 手技料と共に算定できる薬剤の明確化（二次性疾患など）</p> <p>例2 入院料ごとにばらつきのある包括除外薬剤の統一と明確化</p> <p>例3 検査・画像の算定ルールの簡略化（必要性の記載とか管理料に包括されるとか複雑だったので、とにかく月1回まで、とするなど）</p> <p>令和2年度の診療報酬改定での点数減の影響がたいへん大きいので、点数増を強く要望する。</p>	千葉県
	<p>1. 可能なら、月1回のPCRを、患者もスタッフも行う。 行政検査でなく、通常の保険医療で可能 (ただし、国保、社保にはその旨の連絡をしておかないと返戻されます)</p> <p>2. 新型コロナウイルス感染患者受け入れ病院は、 時限的にすべての診療点数（新型コロナウイルス感染患者毎でなく）を2倍に。</p> <p>3. 新型コロナウイルスの行政検査を行う医療機関は、 時限的にすべての診療点数を医院は1.2倍、病院は1.5倍に。</p> <p>上記（3）に関連して）</p> <p>4. アビガンの効果は？自宅待機、宿泊施設での観察になった場合、 アビガン投与の必要性はないのか？ その場合、どこで透析をするのか？ →新型コロナウイルス専門病院が必要ではないのか</p>	長野県
	<p>厚生労働省からのコメントマスターにより作成されたレセコンソフトが必要のないコメント記入を指示する例があり、国保連合会と支払基金に必要のない旨の確認をとり4月分は請求しております。</p>	大阪府
	<p>人件費や設備等の経費は変わらない中、透析関連の診療報酬が改定のたびに下がり経営を圧迫するので、たまには引き上げてほしい</p>	大阪府
	<p>働き方改革を進める中で人員補充分の診療報酬が確保できないどころか点数がさがってしまった。次期改定には透析職員の特別な勤務を考慮した改正を要望したい。</p>	大阪府
	<p>算定・減点理由について具体的に記載してほしい。</p>	奈良県
	<p>新型コロナの対応で備品の入手が難しく割高になっている。現在ランニングコストがどうなるかの見通しが立てにくく、ある程度状況が安定するまでは無理な点数削減を控えてもらえれば。</p>	岡山県
	<p>コメント電算コードについての要望です。この度の2020年度改定で大量にコメント電算コードが追加され、その内容は単に算定した日付記載のコードや他医療機関の入院期間等を入力する内容が見受けられます。オンライン上でレセプトを照らし合わせればわかるであろうものであり、にも関わらず、このコメント電算コード入力義務に関して、全国の医療機関は大変苦慮しています。レセプト上わかるもの、フリーコメントでわかるであろう内容に関しては削除見直しをどうかお願いします。</p>	岡山県
	<p>事務作業の繁雑化の軽減、点数が下がると運営が困難となる。</p>	鹿児島県

