

第 26 回透析保険審査委員懇談会

令和 3 年 9 月 11 日 (土)
16 時 20 分 ~ 18 時 00 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) 透析導入時、転入時の HBs 抗体、HBc 抗体検査	1
2) シヤントエコー	1
3) 新型コロナ感染症関連	2
4) HIF-PH 阻害薬	3
5) 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等	9
-----------------------	---

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5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) 透析導入時、転入時のHBs抗体、HBc抗体検査

① 院内感染予防に関する感染ガイドラインで推奨されている透析導入時および転入時のHBs抗体、HBc抗体測定が、常時検定されていることに関して納得が出来ず十分な検討を願いたい。実際、HBs抗原陰性かつHBs抗体陰性でありながら、HBc抗体陽性者を一定数認め、更にその中にはHBV DNA陽性者が存在している。HBV DNA陽性を見逃すことになりかねないものと考え、検定理由を教えてほしい。

(福岡県)

要 Check!!

HBs抗原（-）、HBs抗体（-）、HBc抗体（+）の症例でHBV DNA陽性例を私も経験しております。当院も転入時は全例HBc抗体、HBs抗体を測定しており、たまに検定されています。

過去何度も本懇談会で議論してきましたが、各県の肝臓専門医がルールを決めている場合が多く、変更しにくい状況でした。神奈川県でも術前、内視鏡前と同様HBs抗原しか認められていませんでしたが、少なくとも転入時のHBs抗体、HBc抗体を認めるよう本年要望書を提出しました（国保連合会関東ブロック（10県）会議では認めるとしたのは神奈川県だけだったようです）。医会のガイドラインでも推奨されていますし、認める方向で検討してもよいと思いますが、各県での状況はいかがでしょうか。

2) シヤントエコー

① シヤント部の超音波検査（500点）を検診的に行っている場合はどう判断するか？
PTAが3ヶ月以内の場合は直前の超音波検査は血流測定のため必要だが、この場合と傾向的な検査の区別がつきにくい。
認める場合はドップラー加算をつけるかどうか？

(大分県)

これも過去何度も議論されていますが、昨年の改定で3ヶ月以内のPTAの要件として血流量400ml/分以下、RI0.6以上が採用されましたので、シヤント血流不全の病名及び血流量、RI値が記載されていればドップラー加算を含めて認めざるを得ないと思われます。問題は連月～3ヶ月に1回のスクリーニング検査です。2年前の調査では3

ヶ月以内の PTA は 10-15%程度であり、定期的に 3 ヶ月以内に PTA を必要とする症例はその半分程度と思われます。そのような症例は PTA 施行施設を定期受診していることが多く、その場合透析施設での定期的エコー検査は必要でしょうか。定期受診日より前に脱血不良などの症状があれば検査が必要ですが症状なく定期検査すると、連月または同月複数回の算定となります。

✓ 最近、シャントエコーの算定が非常に増えており、10月より臨床工学技士によるシャントエコー（法的な研修不要）が法的に認められることになりましたのでさらに増加すると予想されます。総覧点検で7ヶ月間に3回以上シャントエコーの算定がある場合、返戻（所見のコピー、検査後のPTAの有無、ドップラー加算があれば血流量、RI値の詳記）またはB項査定を考慮してもよいと考えますがいかがでしょうか。

3) 新型コロナ感染症関連

- ① 新型コロナウイルスの抗原検査 PCR について、通常は陰性の場合に 2 回まで保険診療として認められているが、透析患者は重篤化の危険性も高く、また複数患者と同一フロアにて治療を受けている場合が多く、必要と判断した場合の 3 回目の検査は保険診療として取り扱えるか。
(岡山県)
- ② 透析患者の COVID 発生時にスクリーニングの職員や患者の PCR 検査を保険で認めるとか。認める場合は何回まで認められるか
(沖縄県)
- ③ 当院では、透析患者がコロナの検査をした月は、○長 10,000 円又は 20,000 円からコロナの検査分を差し引いて患者請求している（公費優先の為）。他施設はどのように請求しているのか。
(長野県)

新型コロナ感染症の抗原・PCR 検査については 2 回までは無条件で認め、さらにコメントがあれば 4 回まで認めています（神奈川国保）。他県ではいかがでしょうか。濃厚接触者については従来保健所の認定がないと公費検査の対象とはなりませんでしたが、本年 8 月 13 日の厚労省事務連絡「感染拡大地域における陽性者の家族等への検査について」において、「保健所の判断が無くとも、さらにその家族等の濃厚な接触の可能性のあるものに検査を促すこと」とありますので、患者や職員のスクリーニングは許容されると考えます。当院も陽性患者発生時には 20 人程度スクリーニングしますが、昨年は大半自費でやっていましたが、今年からは保険請求していますが、査定されたことはありません。1 度陰性確認後は健康観察のみで複数回検査することはあまりありません。何回まで認められるかとのことですですが、2 回が限度と思われますが、いかがでしょうか。

4) HIF-PH 阻害薬

- ① 人工腎臓ニホへ算定において、院外処方内容が確認できない場合、HIF-PH 阻害薬の処方量等が適正かどうかについて審査できない。一次審査で審査できないのはやむを得ないか？
(北海道)
- ② PD/HD ハイブリッド透析において、HIF-PH 阻害薬の算定がわかる場合、HD は、4 その他（院内処方の場合）またはニホへ（院外処方の場合）にしてもらうべきか？
(北海道)
- ③ 他院において処方された HIF-PH 阻害薬は、当院以外での院外処方とみなすのか、他院においての院内処方扱いとすのか、明確な判断基準が知りたい。
(青森県)
- ④ J038 人工腎臓 1～3 慢性維持透析を行った場合には、HIF-PH 阻害剤の費用は所定点数に含まれているが、4 その他の場合を算定する場合には HIF-PH 阻害剤は別に算定可能である。その際の算定方法を明記いただきたい。
(青森県)

昨年の第 25 回懇談会でもとりあげましたが、まだ混乱があるようです。院外処方を突合していない県では審査できません。神奈川国保では HIF-PH 阻害薬だけ事務局でチェックしてもらっています。昨年 7 月神奈川国保で調査したところ約半数の医療機関で過誤算定が見られ、是正しました。最近よく見られるのは入院中及び退院時処方（院内処方、イロハで算定）のレセプト算定です。ESA 同様全て査定しています。

PD/HD ハイブリッド透析においては、院外処方の場合はニホへの算定になると思われますが、院内処方の場合、算定可能な人工腎臓 4（その他）で算定すべきか、それともイロハで算定し、レセプト請求しない（そうすると主体である CAPD の院内処方権を阻害する？）方式でしょうか。また、その他の場合の算定要件（ア～エ）に摘合する項目はありません。従って、院内処方の場合の請求法が難問です。

他院において院外処方された HIF-PH 阻害薬により、透析施設の人工腎臓の算定をニホへにすべきなかどうかは非常に難しい問題だと思います。他院の院外処方が自施設の治療方針を束縛することは容認できません（他院の治療を是認して自動的にニホへで算定するのは良いとは思いますが、強制されるのは容認できません）。

別件ですが、これと関連してハイブリッド透析時（人工腎臓 1-3 算定）の非透析日のダルベポエチン大量処方もグレーゾーンです（人工腎臓 4（その他）の算定ならまだ理解できますが）。これを認めていますでしょうか。

5) バスキュラーアクセス関連

- △ ① K608-3 内シャント血栓除去術には3ヶ月しばりはあるか？青本ではしばりなしだが、同月に施行したら1回査定された。（もちろん間隔が近すぎなのと、誤ってPTAカテも2回請求してしまったのだが、丸々1回分全部査定された→一部復活で再審査請求中）（栃木県）
- ② 透析のシャントPTAに対して新しい医療材料が保険収載された。
①バイアバーン（ステントグラフト）②インパクト（薬剤コーティングバルーン）だが、使用に際して種々の制約があるので、今後使用が増えたときに注意が必要になると思われる。（千葉県）
- △ ③ PTA カテーテル：認められる本数の基準。詳記があれば何本まで認められるのか。
PTAなどシャント手術：同一系統医療材料における量規定がないこと。（静岡県）
- △ ④ シャント手術や透析後の止血にスポンゼル・微線維性コラーゲンの使用はどのような条件で認めているか？（京都府）
- ⑤ シャント鎖骨下静脈拡張についての請求
K616-4「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」か K616「四肢の血管拡張術・血栓除去術」（22,590点）のどちらになるのか？（沖縄県）
- △ ⑥ K616-4「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」は、3ヶ月以内に再手術した場合のリセットはいつになるか？（沖縄県）
- ⑦ シースイントロデューサー（蛇行血管用）の増加が止まりません。全例これを使用する施設も少なくありません。本来これは大腿血管用なので適応外使用ですが、あまりに多くて査定しきれません。（神奈川県）

①, ③, ④, ⑥については昨年も議論していますので省略します。⑤のシャント鎖骨下静脈の拡張については、シャント関連であれば鎖骨下静脈や大腿静脈でも K616-4 経皮的シャント拡張術での算定になると思われますが、いかがでしょうか。

②新たに保険収載された医療材料については発売元の日本ゴア及び日本メドトロニック及び関連学会より適正使用指針が発出されていますので添付します。適応や術者要件が定められていますので、算定時には適用欄に詳記が必要です。

⑦は私が今回付け加えたものですが、他県でもこのような適応外使用の増殖はありますでしょうか。

また、昨年の改定で3ヶ月しばりが条件付きで解除されてから、K614-6の2（3ヶ月以内）の比率が非常に高くなっている印象があり（2年前の調査の10-15%の2倍以上？）、K614-6の点数の減点が危惧されます。他県ではいかがでしょうか。

シャント DCB 適正使用指針

適応

- DCB を使用する前に、優先すべきその他の治療（再建、ステントグラフト、バルーン拡張、カッティングバルーン、スリッピング防止型バルーン、等）がないか十分に検討すること。
- DCB を使用しても開存期間延長効果が得られないと判断した場合にむやみに繰り返し DCB で治療せず、再建などの適切な治療を行うこと。
- 原則として、再狭窄病変に使用することが望ましい。
- 血栓性閉塞病変には使用しない。
- 狹窄率 50%以上、病変長 10cm 以下の病変に使用する。
- バルーンによる前拡張で 30%未満の残存狭窄で重篤解離が無い病変に DCB を使用する。

施設基準

- 合併症が生じた際に、再建等の対応が自施設で可能であること、もしくは対応可能な施設と連携していること
- X 線透視装置を備えていること
- シャント PTA を施行している施設であること

術者基準

- CVIT 認定医、IVR 学会専門医、血管外科学会認定血管内治療医、透析医学会認定血管内治療医、日本透析アクセス医学会 VA 血管内治療認定医
- 日本メドトロニック株式会社が行った教育コースを受講していること

レジストリー

- 施行した症例は 5 学会 (CVIT、日本 IVR 学会、日本血管外科学会、日本透析医学会、日本透析アクセス医学会) 合同シャント DCB レジストリーに全例登録する

ゴア®バイアバーン®ステントグラフトの保険適用に関するお知らせ
人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄治療

■特定保険医療材料 機能区分

191 末梢血管用ステントグラフト

(1) 標準型

322,000円

注:ステントグラフト径6~8mmタイプ、ステントグラフト長2.5cm~10cmタイプ

■関連手技料

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の所定点数を準用して算定する

■診療行為コード*

150423050 末梢血管用ステントグラフト留置術(人工血管内シャント) 12,000点

令和2年6月1日

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項**

191 末梢血管用ステントグラフト

- (1) 末梢血管用ステントグラフトは、関連学会の定める適正使用指針(裏面参照)に従って使用した場合に限り、算定できる。
- (2) 末梢血管用ステントグラフトの使用に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (3) 末梢血管用ステントグラフトを血管開存治療に使用した場合は、1回の手術につき、標準型については、人工血管内シャント吻合部に対して用いる場合は1本を上限として、その他の場合は標準型については2本を上限として、長病変対応型については1本を上限として算定できる。また、TASC II C/D 病変の、大動脈分岐部病変に対してキッシングステント法が適用される場合にあっては、1回の手術につき、標準型については4本を上限とする。
- (4) 浅大腿動脈のTASC II D 病変に対して標準型を2本のみ使用して治療を行った場合は、長病変対応型1本を使用して治療を行った場合に準じるものとし、長病変対応型1本を算定することとする。
- (5) 腸骨動脈のTASC II A/B病変の、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合に当たっては詳細な画像所見を診療報酬明細書の摘要欄に記載もしくは症状詳記に添付すること。
- (6) 末梢血管用ステントグラフトを用いた人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄治療の実施に当たっては、関連学会の定める適正使用指針における術者要件を満たすことを証明する書類の写しを添付すること。また当該術者にあっては、区分番号「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を100例以上実施した経験を有することとし、当該症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を添付すること。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項*（抜粋）

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

- (4) 人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄病変に対し、末梢血管用ステントグラフトを留置する場合には当該点数の所定点数を準用して算定する。

人工血管内シャントの静脈側吻合部における狭窄又は閉塞に対する ゴアバイアバーン ステントグラフトの適正使用指針（抜粋）

日本透析医学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本IVR学会、日本血管外科学会、日本脈管学会

3. 対象患者指針

本製品は、原則、バルーン拡張術では長期開存が期待できない以下のいずれかの病変に使用すること。

- 人工血管内シャントの静脈側吻合部において、術中にリコイルを来す病変
 - 適切な径のバルーンで完全拡張できたにもかかわらず、リコイルし理学的所見が改善しない場合
- 人工血管内シャントの静脈側吻合部における再狭窄・再閉塞病変

4. 施設・体制

- 血管造影室あるいは、血管撮影装置を備えた手術室があること。
- 治療困難、合併症、不具合等に備え、人工血管内シャント合併症に対する緊急手術が可能、あるいは可能な施設と常時連携できること。

5. 術者

- 企業の行う教育コースおよびハンズオンを受講していること。
- 透析専門医、IVR専門医、心臓血管外科専門医、心血管インターベンション認定医、若しくは日本血管外科学会認定血管内治療医で内シャントPTA100例の経験を有すること、又は浅大腿動脈ステントグラフト実施医資格を有すること。

【重要】ゴアバイアバーン ステントグラフト使用に際してのお知らせ

令和3年2月26日

一般社団法人日本透析医学会
専門医 各位

一般社団法人日本透析医学会
理事長 中元秀友

人工血管内シャントの静脈側吻合部における狭窄又は閉塞に対する ゴアバイアバーン ステントグラフト使用に際してのご注意

本学会事務局のお知らせ欄で2020年5月22日及び2020年6月17日に掲載し注意喚起してまいりました、ゴア社製バイアバーンの上市が本年4月以降に順次行われるとの連絡がゴア社よりございました。

本製品の使用には適正使用指針に記載、対象患者指針、施設体制の基準、術者要件（本学会の専門医かつPTA100例の経験かつゴア社が施行する講習会終了証）が必須となります。

PAT100例の経験につきましては、参考に下記に「JSDT専門医で新規にゴアバイアバーンを使用するにあたりPTA症例100例の登録される先生方へ」の提出フォームを作成いたしましたのでご利用願います。

つきましては、使用をご希望で適正使用指針に準ずる会員におかれましては添付のワークショップのご案内を確認の上、ご自身でご準備を願います。

なお本件への問い合わせはゴア社へお願ひいたします。本学会へ問い合わせ頂きましても対処しかねますので、ご注意をお願いいたします。

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等

検討事項

分類	内 容（支部からのコメント）	都道府県
1. 基本診療料	点数が低い	長野
2. 医学管理料 (慢性維持透析患者外来医学管理料)	透析患者は6ヶ月に1回(はHBs抗原、HBs抗体、HBc抗体、HCV抗体を検査することがガイドライン上推奨されているが、HBs抗原と、HBs・HBc抗体の同時測定は保険審査上認められないのか。	長野
3.	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は、レセプトコードを使用して必要性の記載を記入しているが、その対象は検体検査のみで良いのか。	岡山
4.	院内感染予防に関する感染ガイドラインで推奨されている透析導入時および転入時のHBs抗体、HBc抗体測定が、常時検査されていることに関して納得が出来ず十分な検討を願いたい。実際、HBs抗原陰性かつHBs抗体陰性でありながら、HBc抗体陽性者を一定数認め、更にその中にはHBV DNA陽性者が存在している。HBV DNA陽性を見逃すことになりかねないものと考え、検査理由を教えてほしい。	福岡
5.	B001-15慢性維持透析患者外来医学管理料（2,250点）について、他院入院中（認知症治療病棟入院料算定）の患者様が当院にて外来維持透析を実施する際、この医学管理料は算定できるのか。 入院料は、入院中の患者の他医療機関受診時、診療情報提供書以外の医学管理料は算定出来ないとあるが、B001-15慢性維持透析患者外来医学管理料については、この入院料に入院患者について算定出来るとなっている。算定可能か不可か解釈しづらい。	鹿児島
6. 検査・画像 1) シヤントエコー	シヤント部の超音波検査（500点）を検診的に行っている場合はどう判断するか？ PTAが3ヶ月以内の場合は直前の超音波検査は血流測定のため必要だが、この場合と傾向的な検査の区別がつきにくい。 認める場合はドップラー加算をつけるかどうか？	大分
7. 2) 新型コロナ	新型コロナウイルスの抗原検査PCRについて、通常は陰性の場合に2回まで保険診療として認められているが、透析患者は重篤化の危険性も高く、また複数患者と同一フロアにて治療を受けている場合が多く、必要と判断した場合の3回目の検査は保険診療として取り扱えるか。	岡山
8.	透析患者のCOVID発生時にスクリーニングの職員や患者のPCR検査を保険で認めるか。認める場合は何回まで認められるか。	沖縄
9.	当院では、透析患者がコロナの検査をした月は、○長10,000円又は20,000円からコロナの検査分を差し引いて患者請求している（公費優先の為）。 他施設はどのように請求しているのか。	長野
10. 3) その他	アミカシン血中濃度（抗生素血中濃度） 本来入院適応の患者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。	東京
11.	高度の腎性貧血患者（保存期・透析）に輸血後同月にフェリチン、Fe、TIBCを測定することを保険審査上認められないのか。	長野
12.	心筋シンチを多くの症例で半年から年1回オーダーする施設がある。もちろん病名はある。一度返戻で対応した。施設の1割以上の患者でオーダーされた場合、査定の対応でよろしいのか。どの程度まで認めているか？	京都
13.	現在の検査では鉄の利用率がわからないため困難な部分がある。	広島
14.	月1回の採血でのCRP、末梢血液像の検査が査定されており、再審査の復活もしくはられない時がある。維持透析患者であれば妥当な検査と考えるが、査定される理由を具体的に教えてほしい。	福岡
15.	インピーダンス法を使った体液量測定が査定されている。透析患者のドライウエイト評価に信頼性のあるデータであり有用性が高いことが示されているが、査定の基準を示してほしい。	福岡
16.	HIV検査：HD導入時や転入時認めるか (沖縄県はHIV検査は輸血の場合のみ認める)	沖縄

分類		内 容(支部からのコメント)	都道府県
17	4.投薬・注射 1) ウロキナーゼ	長期留置カテーテルの充填について、ヘパリンでは血栓形成の恐れがあるためウロキナーゼ静注用を使用した場合、保険請求は可能か。	岡山
18	2) グリセオール	透析困難症の患者にグリセオールを使用することがあるが、詳記を求められることがある。これに対する保険病名はあるのか。	長野
19		グリセオール注について、肝硬変による腹水貯留あり、透析中も血圧低く透析困難な状態で血液中の水分量を保持し、不均衡症候群による脳浮腫を予防するために、透析中の脳圧亢進抑制目的で使用。保険請求は可能か。(病名:透析困難症、上記を詳記もA項目査定)	岡山
20	3) その他	適応に則っていても認められないことがある。	東京
21		副甲状腺機能亢進症におけるパルス治療:期間および随伴する検査算定可能期間	静岡
22		人工腎臓の手技料に血液凝固阻止剤の費用は含まれるが、ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)の患者について、スロンノンHITを使用した場合に別で保険請求は可能か。	岡山
23		透析終了(抜針済み)し透析室を離室後、院内にて気分不良となつたため点滴注射を実施した場合、点滴注射の手技料は算定可能か。 (査定あり、再審査するも原審)	岡山
24		シロスタゾールの投与が下肢末梢動脈疾患で減点されたケースがあるが、閉塞性動脈硬化症を重複病名として付ける必要があるのか?	福岡
25		プロスタグランジンのASOに対する週3回透析時の漫然投与をどこまで認めるか?数か月投与して中断して再投与している場合は認めていいと考えるがいかがか?また、1年以上投与し続けている場合は査定か?	大分
26		リン吸着剤やK吸着剤に病名を求められるか。	沖縄
27		腎移植後のカルシウム受容体作動薬(カルシミメティクス)は認めているか。	沖縄
28	5.処置 1) 導入期加算	腹膜透析から血液透析へ併用期間を経て移行する場合、導入期加算はいつから算定となるのか。また、併用期間中、週2回人工腎臓を行った場合は、1回目の手技料は「その他の場合」で算定するが、その理由のレセプトコードはどれが該当になるのか。	岡山
29	2) リクセル	エンドトキシン吸着の適応について、血液培養でグラム陰性桿菌の検出が条件となっているが、敗血症性ショックの治療で結果を待つ間にいかず、実態に合っていないと思う。	長野
30	3) 人工腎臓その他	人工腎臓二ホルム加算において、院外処方内容が確認できない場合、HIF-PH阻害薬の処方量等が適正かどうかについて審査できない。一次審査で審査できないのはやむを得ないか?	北海道
31		PD/HDハイブリッド透析において、HIF-PH阻害薬の算定がわかる場合、HDは、4その他(院内処方の場合)または二ホルム(院外処方の場合)にしてもらうべきか?	北海道
32		他院において処方されたHIF-PH阻害薬は、当院以外での院外処方とみなすのか、他院においての院内処方扱いとするのか、明確な判断基準が知りたい。	青森
33		J038 人工腎臓1~3慢性維持透析を行った場合には、HIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれているが、4その他の場合を算定する場合にはHIF-PH阻害剤は別に算定可能である。その際の算定方法を明記いただきたい。	青森
34		ヘパリン注5千単位について。透析時のヘパリンは人工腎臓に含まれているため算定できませんが、シャント閉塞のため頭部へ留置カテーテル挿入している患者の透析終了後のヘパリン固定使用時の算定はいかがでしょうか。	沖縄
35	4) その他	ASOに対する新しい吸着型血液浄化器であるレオカーナの適応に係る詳記はどの程度の内容が必要か? 傾向的な場合はどのように審査すべきか?	北海道
36		J039 血漿交換療法の適応について、ABO型不適合間の同移植において、実施回数は一連につき術前4回・術後2回を限度として、二重濾過のみ算定可能とあるが、支払基金より単純血漿交換も算定可能の傾向にあるとのことだったので、診療報酬点数早見表に詳細を明記してほしい。	青森

	分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
37	5.処置 4) その他	血液透析施行時、穿刺困難なケースが多い為、局所麻酔剤を多めに使用せざるを得ない場合があり、症状詳記するも減点されている。	宮城
38		東京ではOHDFとリクセルの併用がまだ査定されるようだが、全国の現状はどうか？この処置に対する共通の取り扱いの周知を望む。	東京
39		DPC病院における透析用カテーテルについて。注射コードに分類されており、カテーテルの物品代および留置・メンテナンスの保険請求ができていない。	静岡
40	6.手術 1) パスキュラーアクセス関連	K608-3 内シャント血栓除去術には3ヶ月しばりはあるか？青本ではしばりなしだが、同月に施行したら1回査定された。 (もちろん間隔が近すぎないと、誤ってPTAカテーテルも2回請求してしまったのだが、丸々1回分全部査定された→一部復活で再審査請求中)	栃木
41		透析のシャントPTAに対して新しい医療材料が保険収載された。 ①バイアーナン(ステントグラフト) ②インパクト(薬剤コーティングバルーン)だが、使用に際して種々の制約があるので、今後使用が増えたときに注意が必要になると思われる。	千葉
42		PTAカテーテル：認められる本数の基準。詳記があれば何本まで認められるのか。 PTAなどシャント手術：同一系統医療材料における量規定がないこと。	静岡
43		シャント手術や透析後の止血にスポンゼル・微線維性コラーゲンの使用はどのような条件で認めているか？	京都
44		シャント鎖骨下静脈拡張についての請求 K616-4「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」か K616「四肢の血管拡張術・血栓除去術」(22,590点) のどちらになるのか？	沖縄
45		K616-4「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」は、3か月以内に再手術した場合のリセットはいつになるか？	沖縄
46	7.その他	診療報酬を減点することだけでなく、医療費助成額を減らし少し患者負担を増やす議論が必要ではないか？	福岡

保険指導情報

	分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
47	1.検査・画像	腹膜透析患者の排液検査（末梢血液一般検査）の一次審査での査定が多い。	宮城
48		ワーファリン投与にあたっては、PT-INRの検査を適切に行い管理することとなっている。一週間処方の透析患者へ適切な投与量管理のため、検査を実施しているが、査定が多い。検査実施の具体的な回数を提示してほしい。	宮城
49		出来高請求で静注バルスのコメントを入れても、PTHが2回が1回に査定された。 再審査で復活したが、複数回同じことがあり、大変面倒である。	栃木
50		シャントエコー時のドプラ加算について シャント血流障害にてエコーを実施し、血流の状態を観察するためドプラ法もあわせて実施、その後PTAを実施することとなっている。 詳記記入しているが、査定される。査定の理由を教えてほしいと思う。	千葉
51		転入、導入から半年後の血液型検査 ABO 24点、Rh 24点が減点された。	東京
52		腎臓以外に持病がある患者に対し呼吸心拍監視を行い、全身状態を観察していくも査定となる。	東京
53		患者の透析前と後の状態を比較するために2回実施した検査について、過剰とされて減点になったケースがあった。	長野
54		入院した患者に行った糞便中ヘモグロビン検査について、複数回実施したものが過剰とされて減点となったケースがあった。	長野
55		昨年の全国の審査懇談会でシャントエコーはそれで診断して早期にPTAが行えたとか、次につながる検査なら良いということだった。兵庫県はそれでも査定てくる。詰まれば動脈穿刺で切り抜ければいい。というのが理屈のようである。	兵庫
56		年に1回の腹部エコー検査が査定されているが、年1回は良いのではないか？ また、シャントエコー検査は全て査定されている。	福岡

分類	内 容（支部からのコメント）	都道府県
57 2.投薬・注射	低カリウム血症で経口摂取困難な患者に対し、透析中（セントラル方式）にカリウム製剤を持続注入（エスロンB注+アスパラカリウム注3A）していたところ、アスパラカリウムは1Aしか認めないとされた。以前は個人用透析装置で透析液にアスパラカリウムを適宜混入していたが、特に指摘はされなかった。	青森
58	包括化の流れが複雑化している。	東京
59	同一抗生剤14日以上の投与が（同一月内であれば、非連続投与の場合でも合計が14日以上であれば）疑義の対象になっていると思います。一方で、抗生剤A×14日投与後、引き続き抗生剤B×14日の投与の場合は疑義対象になっていないと思われる。培養結果やその効果を見極めて使用するのが通常だと思うが、日数で規定されているのは如何なものか？他府県の動向を聞かせてほしい。	京都
60	オフラインHDFにおいて、透析困難症の病名を付けていなかったためか、サブバッグが減点されてオフラインHDFが成り立たない。	福岡
61 3.処置	透析中の消炎鎮痛処置が透析日数の半分しか認められない。	兵庫
62 4.手術	シャントPTA同日以外の超音波検査についても一連とされ査定されてしまう。	東京
63 5.その他	自立支援医療（更生）について、過去の透析保険審査委員懇談会でも、「従来、文書で出されている透析関連分野とは、透析そのものとシャントに係る項目だけで、合併症治療などは障害者医療（更生医療）の対象とならないとされている。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ことで、日本透析医会と厚生労働省の間では了解が取れてる。」となっているが、先日ある市町村より、7名で20種類以上の内服・外用薬が更生医療に該当するかどうかの問い合わせがあり、該当しない場合は遡って返戻する、とのことだった。判断基準を公式に提示依頼してもそれはできない、上記にあるとおり、「医師の良識的な判断」と言われた。各県の市町村ごとに対応が異なるのは納得がいかないが、やはり医療機関ごとに判断するしかないのか。	岡山
64	令和3年4月より、6年毎にある自立支援医療（更生）の指定更新に際して、新たに自己点検表の提出が必要となった。点検項目にある以下2点についての確認である。	
65	①点検項目「受給者証に記載された医療と記載されていない医療を合わせて提供した場合、記載されていない医療を自立支援医療に含めて請求していないか。」について、受給者証には「慢性透析療法（人工透析）」等の記載があるが、自立支援医療の対象の是非の判断は医師に委ねられていると考えて良いか。	岡山
66	②点検項目「負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか、また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。」について、適宜必要となった患者についてのみ記載している場合は「はい」に該当するか。	
67	コロナのせいで昨年から個別指導は新規以外は行われていない。	熊本

要望事項

分類	内 容（支部からのコメント）	都道府県
68 1.基本診療料	外来管理加算の算定が不可となっている。長時間にわたり治療をおこなっている状態である。算定はできないか。	埼玉
69	効率区分の撤廃	東京
70	台風接近時に日曜日に休日振替した場合の休日加算を認めてほしい。	沖縄
71 2.医学管理料 1) 慢性維持透析患者外来管理料	慢性維持透析患者外来医学管理料にて、シナカルセト塩酸塩、エテルカルセチド又はエボカルセトの初回投与から3か月以内の患者に対する、カルシウム・無機リンの検査を管理料に加えて算定するとあるが、初回投与だけでなく一度長期間中止後、投与再開時にも算定できるようにしてほしい。	青森
72	【慢性維持透析患者外来管理料の算定について】透析導入後三ヶ月以上経過後、算定可となっていますが、期間の短縮はできないか。	埼玉
73	慢性維持透析患者外来医学管理料の加点及び入院患者も対象	広島

分類		内容(支部からのコメント)	都道府県
74	2.医学管理料 1) 慢性維持透析患者外来管理料	人工透析開始後、3か月以上の慢性維持透析患者に対し慢性維持透析患者外来医学管理料(2,250点)の算定が可能となっているが、特定疾病療養管理料(225点)との同時算定を可能にしてもらいたい。理由として、腎不全患者に、対して検査の結果に基づき計画的な医学管理料を行っているが、特定疾患を併発している患者が9割を占めており腎不全に対する検査の他に特定疾患に対する検査、指導、治療計画の負担も避けられない状況であるため。 こういった現状を踏まえて2つの管理料の併用算定を可能にしてもらいたいです。	鹿児島
75	2) 導入期加算	人工腎臓の導入期加算として、導入期1ヶ月に限り1日につき所定点数に加算するとあるが、慢性維持透析患者外来医学管理料を算定するまで、遅減点数等で算定できるようにしてほしい。	青森
76	3) その他	B00127糖尿病透析予防指導管理料350点 医師・看護師・管理栄養士の最低3職種が関わっているので、点数を増点してほしい。 当院は、薬剤師(糖尿病療養指導士あり)が入っており、薬剤師の介入の加算点数や看護師の代わりに糖尿病療養指導士の資格を持つ薬剤師でも算定ができるようにならないかと考えている。	千葉
77		透析用カテーテル管理加算の新設をお願いしたい。	静岡
78	3.検査・画像	超音波検査・CT・MRI撮影等の同月内において、2回目以降の減算の見直しはできないか。	埼玉
79		シャントエコーを月1回算定可能にしてほしい。	広島
80		心エコー法による下大静脈径測定も体液量評価に必要性のある検査と考えるが、心エコーの点数と切り離した検査料を算定してほしい。	福岡
81	4.投薬・注射	G005-4 カフ型緊急時プラッドアクセス用留置カテーテル挿入について これは、処置に含まれるため、現在DPC請求では出来高算定できない。しかし、実質的には永続的バスクュラーアクセスであり、処置の煩雑さも考慮すると他のバスクュラーアクセス作製手術と同列に扱われるべきである。是非、DPCでも手技料と材料費を出来高算定できるようにしてもらいたい。	茨城
82		カフ型カテーテル挿入G005-4は注射(G)となっています。DPCでは手技料も材料費も請求できないため、手術(K)に変更を要望します。	千葉
83		手術や急性疾患の合併時には必要なESA製剤の量が急増するため、主に急性期疾患を診療している施設においては過度の負担になっている。	千葉
84		特定疾患処方管理加算を算定できるようにしてほしい。	千葉
85		透析日以外の注射や、点滴の手技加算可能にしてほしい。	千葉
86		ブドウ糖や生食等の算定も可能にしてほしい。	千葉
87		公費更生医療(15)生活保護(12)内訳の定義を示してほしい。	千葉
88		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。たびたび難治性高血圧がある。	東京
89		・便秘に対して、ピラーレシロップ、ソルビトール液の使用について ・むずむず脚症候群に対して、リボトリール・ランドセンの使用およびニュープロパッチ投与量の上限について ・エルカルチン注射製剤の長期投与について	東京
90		留置カテーテルへのヘパリン注(いわゆるヘパリンロック)が必要なのに、社保で査定されてしまうのを認められるように明記してほしい。	東京
91		現在、注射は透析診療と一包化しているかと思うが、可能なら別に算定できるようにしてほしい。	東京
92		包括の入院料を算定している透析患者が緊急時プラッドアクセス用留置カテーテルを挿入した場合、包括されてしまうが、「人工腎臓」の処置にかかるものとして算定を認めてほしい。	長野
93		入院中のエポエチン製剤の使用を出来高としてほしい。	広島
94		HIF-PH阻害薬を使用での保険請求が複雑化しており、もう少しどうにかならないか。	熊本

分類		内 容 (支部からのコメント)	都道府県
95	5.処置 1) 人工腎臓	平成30年度の改定で人工腎臓に係る点数が、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。同じ医療行為が行われているにも関わらず、来院する患者数によって点数が下げられるようなことは、それまでには無かった。今後これを布石に、他の医療行為にも、同様の条件設定になりかねない。例えば、初・再診料等も件数に応じて点数が下げられる可能性がある。令和2年の改定においてもこの点には改善されなかったことは問題である。	青森
96		HIF-PH阻害剤の処方の有無により、さらに複雑な算定方式になり、点数も引き下げられた。	青森
97		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為、慢性維持透析を行った場合、1・2・3の点数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。なぜその他の場合は、医療機関の規模による評価がされないのであるか。	青森
98		慢性維持透析濾過加算について、透析液水質確保の施設基準を満たし届出した医療機関で、慢性維持透析濾過加算（複雑なもの）を行った場合に算定可能となるが、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は疑問である。	青森
99		人工腎臓の上限回数（14回）について、外来と入院で合わせて15回が認められるにも関わらず、入院、外来のみでは認められない。せめて入院患者については上限を撤廃してほしい。	青森
100		人工腎臓の算定回数上限が14回となっているが、急な状態悪化など、特に必要があり施行する場合があるので15回目以降も算定できるようにしてほしい。	青森
101		【人工腎臓の施設基準において】透析監視装置の台数・透析患者数による算定基準及び透析をおこなった時間による算定基準の見直しができないか。	埼玉
102		J0386 導入期加算2（人工腎臓）施設基準 以前：過去2年で1人以上腎移植に向けた手続き 現在：前年に3人以上腎移植に向けた手続き 今後も基準がより厳しくなるのか？	千葉
103		人工腎臓の処置料を下げないでほしい。	東京
104		1月に算定できる「人工腎臓」の回数について、相当な理由があったと判断される場合は、15回以上の算定を認めてほしい。（詳記を添付することを条件として）	長野
105		人工腎臓の時間について、4.5時間～5時間未満を作つてほしい。	広島
106		高齢者や腰痛症、精神障害者などでは、1時間毎の区切りでは対応が難しいケースが多い為、透析時間の区切りを、4時間、4時間30分、5時間、5時間30分、6時間と30分ごとにしてほしい。	福岡
107	2) 透析回数	人工透析、妊娠中の患者以外でも患者の状態により15回以上算定できるようにしてほしい。	東京
108		高齢・基礎疾患の多い患者に対する透析回数の制限について。基準を満たせば、1か月当たりの回数制限を緩和してほしい。	静岡
109		腹膜透析を行いながら血液透析を併用する患者が増えているが、週1回まで血液透析ならば算定可能となっている。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る。あくまでも腹膜透析を補完する血液透析であるので、週2回まで認めてほしい。	静岡
110		透析回数制限の緩和	岡山
111		透析患者の状態によっては1ヶ月の透析回数がやむを得ず14回を超える場合がある。15回以上は薬剤や材料費のみ算定可能となっているため、複数人実施すると医療機関の負担も大きくなるので、回数制限を緩和してほしい。	広島
112	3) 障害者加算	障害者加算 「ス. 入院中であつて腹水・胸水が貯留しているもの」について、外来患者でも腹水・胸水が貯留している人が多くいるため、入院中に限らず外来患者も算定可能でよいのではないか。	青森
113		末期がん、重症感染症、胸腹水等在宅管理となつてゐ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	東京

分類		内 容（支部からのコメント）	都道府県
114	5.処置 3) 障害者加算	高齢者、介護が必要な方も加算の対象としてほしい。	東京
115		人工腎臓の障害者加算、GLP-1受容体作動薬を使っている人でも算定できるようにしてほしい（在宅自己注射管理料は算定できているから）。 管理が大変な患者（寝たきり、末期がん、診断がつづいていないが、明らかな認知症）も算定できるようにしてほしい。	東京
116		高齢者等介助が必要な方に対して、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。	岡山
117		慢性維持透析における障害者加算について、高齢者等介助が必要な方に対しての項目を増やしてほしい。	岡山
118		高齢者への援助加算を設けて頂きたい。または障害者加算の加点。	広島
119		障害者加算「セ、妊娠（妊娠中期以降）」リスクが大きいので、中期以降としなくても良いのではないか。	青森
120	4) リハビリ	【腎臓リハビリの保険適用について】長期間にわたり、人工透析治療を施行している患者様及び高齢患者様の筋力の低下・歩行困難等の症状がある患者様にとって、リハビリの施行により、少しでも回復できるのではないか。当院において、患者の希望により、無償でリハビリを実施している。リハビリ施行により、歩行距離が延び、心肺機能等の改善が現れている。	埼玉
121		透析中のリハビリが算定できるようにしてほしい。	長野
122	5) その他	下肢末梢動脈疾患指導管理料を算定する際、慢性維持透析を実施している全ての患者に対し、評価・指導を行うこととなっている。当院では旅行透析やシャント手術のために短期間の透析を要する患者にもフットチェックを行っているが、「全ての患者の条件」を緩和できないか。	青森
123		下肢抹消動脈疾患指導管理加算の加点	広島
124		透析施設における感染対策は、厳重に行わなければならず、それに係る人件費や医療材料も他の診療より負担が大きい。特に今般の新型コロナの感染症や疑似症の場合における、個室透析の加算が望まれる。	青森
125		O-HDFに対する水質加算の加点	広島
126		長期留置カテーテルの処置料や材料費が算定できるようお願いしたい。	沖縄
127	6.手術	K616 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、3月以内3回目施行に対する評価の新設、または薬剤料・特定保険医療材料のみ算定があつてもよいのではないか。	青森
128		カフ型カテーテル血栓閉塞は以前K608-2外シャント血栓除去術1,680点で算定できましたが、2020年の改定で削除された。復活を要望する。	千葉
129		シャント造設術K612の点数が2020年から12,080点に引き下げられましたが、シャントPTA12,000点と同等であり、技術が認められていないので、以前の18,080点への復活を要望します。	千葉
130		シャント作製の静脈転位を伴うの区分がわかりにくい。	長野
131	7.その他	COVID-19・結核・水痘など特殊な感染症、血友病・HIVなどの特殊疾患に対する透析医療を行う場合は、一定の資源を投入しているので、診療報酬に反映すべきである。	千葉
132		行政のCOVID-19対策が情けなく、透析患者を自院で透析することになった。普通の診療なら何らかの点数がつかず、補助金とか出るのに出ない。隔離室に入ったスタッフのPCRは自費で時間的隔離もしたので時間外も手出して。何をしてるのだろう?と思った。	兵庫
133		新型コロナ対策に伴い、従来から使用していた衛生材料などの消耗品が高騰しており加算対象にしてほしい。	福岡
134		外来において、入院の「医師事務作業補助体制加算」的な医師の事務作業補助についての点数を設けてほしい。	宮城
135		透析室で人工呼吸器が必要な患者の透析・アフェレシスを実施した場合、ICUに準ずるマンパワー技能を注力しているので、加算を設定すべきである。	千葉
136		高齢者が増加傾向があるので、現在クリニックが無償提供している「送迎サービス」に加算をつけてほしい。	兵庫

分類	内容(支部からのコメント)	都道府県
137 7.その他	<p>更生医療について 透析関連で、どうしても他院での定期的な診察が必要な場合、医療機関変更をその都度行っている。患者と医療機関の手間を考慮し、透析関連であれば機関変更なしで使用できるようになってほしい。</p>	岡山
138	透析患者数に対する透析職員人数の基準を設け報酬を行ってほしい。	広島