

第 27 回透析保険審査委員懇談会

令和 4 年 9 月 10 日 (土)

16 時 20 分 ~ 18 時 20 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) 社保、国保での審査基準統一化の動向について	1
2) 透析導入時、転入時の HBs 抗体、HBc 抗体、HIV 検査	1
3) 透析患者でのトルバブダン(サムスカ)の使用を認めるか？	1
4) PD、HD 併用時の HIF-PH 阻害薬	2
5) 吸着型血液浄化器レオカーナ	3
6) 透析時運動指導加算	3
7) 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	6
-----------------------	---

III. 別添資料

別添①「診療報酬支払基金の業務効率化・集約化に関する現況と展望」

〔参考資料〕「保険審査支払機関の改革と今後のスケジュール」

別添②「透析時運動指導等加算の算定要件である研修について」

別添③「シャント DCB 適正使用指針」

I. 主要検討事項

1) 社保、国保での審査基準統一化の動向について

- ① 地域や施設によって保険審査の内容が異なることがあり、全国統一して頂きたい。
- ② 国保、社保によって基準が異なることがあり、統一化して頂きたい。

(福岡県)

神奈川県支払基金審査会長で支払基金の審査統一のためのワーキンググループ内科部門委員である横浜市大の戸谷義幸先生に現状と今後の動向について説明して頂き、当懇談会のこの問題への対応を議論する【別添①及び参考資料】。

2) 透析導入時、転入時の HBs 抗体、HBc 抗体、HIV 検査

- ① 新規転入患者では、今後を考慮して感染症検査を必ず行っている。HBs 抗原・HBs 抗体・HCV 抗体定性・定量を行っていますが HBs 抗体のみ査定があります。転入時は、請求が認められないのでしょうか。

(岡山県)

昨年の本懇談会で議論し、HBs 抗原陰性者でも HBVDNA 陽性者が存在するのは事実であり、医学的必要性および導入時、転入時の HBs 抗体、HBc 抗体検査を認める方向で意見が一致し、今後各県の審査委員会で主張していく方針で合意しました。その後の各県の状況はいかがでしょうか。

HIV 検査については厚労省は依然スクリーニング検査を認めていませんし、今年も東京都の支払基金および国保から同様の通達が発出されています。透析患者では導入時、転入時は検査しておきたい項目と思われますが、各県の状況はいかがでしょうか。

3) 透析患者でのトルバズタン（サムスカ）の使用を認めるか？

- ① トルバズタンを前医より引き続き処方しても適応外とされる。
- ② 現在腹膜透析ではサムスカ OD 錠の処方は認められていないが、入院中に導入し転院してきても継続処方をすることができない。腹膜透析と併用することが心不全による体液貯留にも効果があり、必要不可欠な患者もいる。

(愛知県)

①は「前医で入院下で開始、尿量、有効性」などの詳記があったのでしょうか。トルバブタンは無尿では禁忌ですが、尿量のある透析患者では禁忌となっていません。しかし、基本的に透析患者の体液貯留は透析では正すべきとの考え方から認めていない県も少なくないようです。しかし、CAPDでは除水不足による血液透析併用例も多いことからトリバブタンの使用を認めてよいのではないかとの意見もあります。透析患者すべて認めていない県、CAPDのみ認めている県はどのくらいありますでしょうか。

4) PD、HD 併用時の HIF-PH 阻害薬

① PD+HD 時の HIF-PH 阻害薬の算定について（福島県）

② C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料（事務連絡）

[問] 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者が週 2 回人工腎臓を行った場合、2 回の手技は算定できないが、包括薬剤（エリスロポエチン・ダルベポエチノ製剤等）は別に算定してよいか。

[答] 薬剤費は別途算定できる。ただし、週 2 回人工腎臓を行った場合については、1 回目の「手技料」を「4」の「その他の場合」で算定する。なお、この場合、在宅自己腹膜灌流指導管理料の「注 1」に規定する 2 回目以降の費用は算定しない。

上記について、1 回目の手技料を「その他の場合」で算定した場合、アからエまでのどれに該当するのか。

（長野県）

令和 4 年診療報酬改訂で人工腎臓 1-3 算定時の腎性貧血治療薬はすべて院内処方となりましたので、週 1 回人工腎臓 1-3 算定時は、その週は HIF-PH 阻害薬は算定できません。したがって毎週 1 回人工腎臓 1-3 を算定した場合、HIF-PH 阻害薬は全く算定できません。

週 2 回以上人工腎臓を行った場合については、⑮に記載されているように週 1 回人工腎臓 4（その他）で算定し、薬剤費は別途算定可能です。しかし、人工腎臓 4（その他）の算定要件ア～エにこれに該当するものはありません。そこで、週 1 回でも人工腎臓 4（その他）を算定してもよいのではないかとの解釈も可能との意見があります。各県の対応はいかがでしょうか。

5) 吸着型血液浄化器レオカーナ

- ① 吸着型血液浄化器レオカーナを通常血液透析装置と直列で使う時、ヘパリンなどの薬剤は血液透析の手技料に含めるかどうか。 (静岡県)

人工腎臓 1-3 では血液凝固阻止剤が包括されており、算定できません。また、検証的治験でも人工腎臓と併用は行われておらず、フットケア・足病医学会の適正使用指針にも同時併用は言及されておらず、不適切と思われます。プライミングボリューム 250ml であり、返血後に人工腎臓を施行することは許容されると思われます。しかし、「レオカーナ終了後に人工腎臓を施行した」との記載がないと同時併用と審査時区別できないかもしれません。千葉県からも学会発表がありましたが、同時併用は他にもありますでしょうか。

6) 透析時運動指導加算

- ① 透析時運動指導加算について「指導を開始した日から起算して 90 日を限度として」とあるが、一生のうちの 90 日なのか、1 クール 90 日ということなのか。リハビリの性質上、一生のうちの 90 日というのは実状に即していないと考える。 (愛知県)
- ② 透析時運動指導等加算（人工腎臓）を算定するにあたり、90 日を限度としてとあるが、その後、期間をあければ再度算定をしていくことができるのか。又は 1 患者 1 回のみの算定なのか？ (愛知県)
- ③ 透析時運動指導加算は 1 度 90 日間算定すると、一定の期間が開いていても算定は認められないのか？ (岡山県)
- ④ 透析時運動指導等加算の算定に必要な「研修」とはどのようなものを指すのでしょうか。 (千葉県)
- ⑤ 運動療法指導の資格についての詳細を知りたい。学会や講習会、資格要件など。 (熊本県)
- ⑥ 導入期の加算対象となるような、透析専門の指導師とはどういうもので、資格要件はどうなるのか。学会所属が必要か、講習会受講は準備されるのか等。 (熊本県)

④～⑥および算定要件については日本透析医会および腎臓リハビリテーション学会のホームページの記載を参考資料として添付したので参照して頂きたい【別添②】。この中で、腎臓リハビリテーション学会への入会をすすめる文言があり（腎代替療法医療専門職推進協会の研修も入会が必要）、診療報酬の加算の算定要件としての研修に特定の学会や団体への入会が必要となる昨今の現状には疑問を感じます。

「透析時運動指導加算の算定は 90 日を限度としてその後は算定できない」については、厚労省の Q&A は正式に発出されていませんが、全日本病院協会が厚労省に確認したところ、上記の返答だったようです。たしかに再指導の必要性はあると思われますが、今後認められる可能性はあるのでしょうか。

7) バスキュラーアクセス関連

① シャント PTA における薬剤コーティングバルーン算定条件の一つに、再発を繰り返す症例とある。具体的な数字は書かれていませんが、本道では「他院の施行も含め過去 1 年間に 2 回以上の施行歴」での運用を考えている。他県での扱いを伺いたい。
(北海道)

昨年、透析医学会から発出された「シャント DCB 適正使用指針」を再度参考資料として添付しました【別添③】。指針には「原則として再狭窄病変に使用」としか記載がなく、具体的基準が記載されていません。北海道の委員からは上記基準ではあまいので「1 年間に 3 回の PTA 歴かつ直近 3 カ月以内の PTA 歴」としたことですが、各県でこのような基準を決められた県はありますでしょうか。神奈川県では詳記のないまたは術者基準を記載していない施設が多く返戻している段階で、基準を定めてはいません。

② 当該月のシャント閉塞等の病名が無い場合の経皮的シャント拡張術の算定について。
病名月が何か月前くらいまでなら認められるか。
(東京都)

経皮的シャント拡張術は手術であり、当該月または前月の病名がないと認められないと思われます。しかし、頻回に PTA を施行している症例では 3 カ月～1 年前の病名もよくみられます。高額でもありなかなか査定しにくいのですが、皆様どのように対処していますでしょうか。

③ 短期間に複数回シャント関連の手術を行った場合、2 回目以降の手術について、手技料は算定できないが、詳記があれば材料費は認めてもよいか。（静岡県）

原則、手技料の算定のない材料費算定は認められません（例外として人工腎臓 15 回目以降の材料費、薬剤費などは保険発で規定されている）。詳記があつても認めることはできないと思います。

- ④ PTA (K616-4 (1) 及び K616-4 (2)) の請求後にバイアバーン挿入した場合、ステントグラフト内挿術を算定可能か？（3 ヶ月以内で PTA2 回とバイアバーン挿入時 PTA をすべて算定できるのか？）
(愛知県)

ステントグラフトの適正使用指針を再度添付します。これによると術中にリコイルし改善しない場合とあり、同日に施行する場合と後日施行する場合が考えられます。同日施行する場合はすでに K616-4 を算定していますのでステントグラフトは認められます、ステントグラフト留置術（12000 点）は認められないと思います。後日施行する場合はステントグラフト留置術が認められると思います。

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	短期滞在手術3.の施設基準がわかりにくい。	千葉県
2. 医学管理料 (慢性維持透析患者外来医学管理料)	「透析時運動指導加算」について、指導出来るのは所定の研修を受けた医師・作業療法士・理学療法士・看護師であるが、准看護師については含んでも良いのか?	栃木県
3	レセプト記載について ・SARS-COV-2核酸検出検査を算定時、レセ電コードにて医学的根拠も記載。 ・慢性維持透析患者外来医学管理にてレセ電コード（管理料に含まれる検査以外の検査を別に算定した場合）その必要性を記載。 上記2点あり、同内容のコメントをしている。 同日上記2点算定した場合、どちらか一方のレセ電コードのコメントでは、査定対象になってしまうか。	千葉県
4	導入期加算2, 3、透析リハビリテーション加算の要件がわかりづらい。 学会加入が必要など、金錢を要求される事が納得いかない。	長野県
5. 検査・画像	1) シャントエコー 緊急でPTAを行った場合、当院ではシャントエコーの所見を残せないので、血流量とRIを提示できない。	長野県
6	2) 新型コロナ 同様に、COVID-19感染後、またはワクチン接種後の方やDダイマー測定を行い、高値かつ症状（DVTや冠動脈疾患）がある場合、ワーファリンや、抗血小板薬を投与しながら、経過を見るが、3か月以内の検査は過剰と査定される。コメントを入れても同様なので、弾力的運用を希望する。	長野県
7	COVID-19の検査の請求時、一部負担金額の表示を社保と国保と同じにはならないのか。	鹿児島県
8	3) その他 胃切除後巨赤芽球性貧血の診断で葉酸の算定は査定なのか?	栃木県
9	アレルギー性皮膚炎（食物アレルギーの疑いだった例）の診断で特異的IgEを測定した例、別の薬剤アレルギー疑い例で非特異的IgEを測定した例の2例で査定され、再審査も通らず。アレルギー性皮膚炎でIgEは査定なのか?	栃木県
10	外来透析を実施している患者に心不全の疑いがあり、経過観察のためにNT-ProBNPを連月実施した。心不全の確定にはいたっておらず、連月の疑い病名になってしまい査定になってしまふ件が発生していた。	栃木県
11	理由があって同日に行われた院内採血と院外採血について、コメントをつけても査定されてしまう。（入院も含めて）	千葉県
12	「算定回数が過剰である」「診療上適当でないもの」を理由に減点されることが多いが、何回ならば適切か、診療上不適当とした根拠を示してほしい。	千葉県
13	新規転入患者では、今後を考慮して感染症検査を必ず行っている。HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体定性・定量を行っているがHBs抗体のみ査定がある。転入時は、請求が認められないのか。	岡山県
14. 投薬・注射	厳密に同種同効薬とは言えない各ESA製剤とHIF-PH阻害薬の併用は許容されるのか?	北海道
15	ロペミンが6cap→2capに査定された。 症状により適宜増減で4capまで処方可ではないのか。	千葉県
16	高リン血症のコントロール不良に対する沈降炭酸カルシウムの査定 (令和3年5月診療分ホスレノールOD錠250mg6錠、沈降炭酸カルシウム錠500mg6錠処方→沈降炭酸カルシウム錠500mg6錠が過剰重複と査定された。)	千葉県
17	CKDや腎不全等の病名が無く、腎性貧血のみでのネスプやミルセラの査定は認められるか。	東京都

分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
18	トルバブタンを前医より引き続き処方しても適応外とされる。	東京都
19	注射薬オキサロールについて、月のiPTHの検査結果により月初めからの使用分全部を査定してしまうのは納得いかない。検査結果が判明したのちの使用分が問題にされるべきである。	神奈川県
20	HIF-PH阻害薬を院内処方にしなければならないこと。院内採用がないとせっかく安定していくても、薬剤変更が必要になってしまう点。	長野県
21	ノベルジン（亜鉛）使用後には、「本剤投与開始時及び容量変更時には、血清亜鉛濃度の確認を行うこと。なお、血清亜鉛濃度を測定するための採血は本剤を服薬する前に行うことが望ましい。」とあるが、COVID-19感染時の味覚異常時の緊急的な処方で、返戻された。	長野県
22	処方と検査の期間に多少ずれがあつても、このような状況では配慮がほしいと思う。	
22	現在腹膜透析ではサムス力OD錠の処方は認められていないが、入院中に導入し転院しても継続処方をすることができない。腹膜透析と併用することが心不全による体液貯留にも効果があり、必要不可欠な患者もいる。	愛知県
23	リオナ錠と炭酸ランタスOD錠の併用処方について、作用機序が違うので査定に該当しないのではないか。	愛知県
24	オキサロール注の週2回投与の査定。パルス療法でのCa、Pの算定。 週1～2回投与について、週3回から減量してゆくために必要と考える。	愛知県
25	ノバスタンは脳血栓溶解が適応症になっているが、シャントの閉塞に使用した場合査定されている。シャントの血栓性溶解に認めてほしい。	愛知県
26	ツムラ紫雲膏の対象病名を「漢方製剤活用の手引き」を参照し請求しているが減点対象となってしまうことが多い。	愛知県
27	カルチコール注射液使用理由として透析中の筋痙攣に対し、生食等でも治まらないときに使用するが、請求としては認められないのか？	愛知県
28	今ごろになって、カーボスターの点数を切り上げるというはどうしてか。	兵庫県
29	自院の短期入所療養介護を利用中の患者で腎性貧血があり透析時にエポジン注を使用したため算定したところ、「告示・通知等の算定要件に照らして、人工腎臓（慢性維持透析1）を算定の場合は算定できない」との事で減点になった。	岡山県
30	告示(7)医療保険と介護保険の給付調整の※4にはエリスロポエチンは算定可能のように記載されているが減点になったのは何故か。	岡山県
31	長期留置カテーテルに対するヘパリンロック 人工血管を含み透析に必要な動静脈シャント作成することができない患者に対してカフ付長期留置カテーテルを用いて脱血・返血ルートを確保している。 カテーテルに凝血塊形成を阻止するヘパリンロック用のヘパリンは透析療法そのものの薬剤ではないため、薬剤料のみ請求しているが毎月査定され受理されない。	広島県
32	5.処置 1) 導入期加算	千葉県
33	導入期加算2の施設基準にある「腎代替療法にかかる所定の研修」とは、日本代替療法医療専門職推進委員会の「腎代替療法指導師の認定」のことか？	岡山県
34	2) 人工腎臓その他	福島県
35	PD+HD時のHIF-PH阻害薬の算定について C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料（事務連絡） 〔問〕在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者が週2回人工腎臓を行った場合、2回の手技は算定できないが、包括薬剤（エリスロポエチン・ダルベポエチン製剤等）は別に算定してよいか。 〔答〕薬剤費は別途算定できる。ただし、週2回人工腎臓を行った場合については、1回目の「手技料」を「4」の「その他の場合」で算定する。なお、この場合、在宅自己腹膜灌流指導管理料の「注1」に規定する2回目以降の費用は算定しない。 上記について、1回目の手技料を「その他の場合」で算定した場合、アから工までのどれに該当するのか。	長野県

分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県	
36	吸着型血液浄化器レオカーナを通常血液透析装置と直列で使う時、ヘパリンなどの薬剤は血液透析の手技料に含めるかどうか。	静岡県	
37	人工腎臓（その他の場合）の透析導入期の間の1か月の間に患者の状況に応じて血液ろ過透析を実施している場合、ヘモダイアフィルターの算定はできないのか。	愛知県	
38	人工腎臓が急に39点も減量するのは如何なものか。 かえって、透析のqualityに影響するのではないか。	兵庫県	
39	適応に従ってダイアライザー積層型を使用しているにも関わらず、査定の対象となっている（再審請求にても同様）。査定基準についての明確化が必要。	福岡県	
40	透析時運動指導等加算の算定に必要な「研修」とはどのようなものを指すのか。	千葉県	
41	透析時運動指導加算について「指導を開始した日から起算して90日を限度として」とあるが、一生のうちの90日なのか、1クール90日ということなのか。リハビリの性質上、一生のうちの90日というのは実状に即していないと考える。	愛知県	
42	透析時運動指導等加算（人工腎臓）を算定するにあたり、90日を限度としてあるが、その後、期間をあければ再度算定をしていくことができるのか。又は1患者1回のみの算定なのか？	愛知県	
43	透析時運動指導加算は1度90日間算定すると、一定の期間が開いていても算定は認められないのか？	岡山県	
44	運動療法指導の資格についての詳細を知りたい。学会や講習会、資格要件など。	熊本県	
45	導入期の加算対象となるような、透析専門の指導師とはどういうもので、資格要件はどうなるのか。学会所属が必要か、講習会受講は準備されるのか等。	熊本県	
46	厳密に同種同効薬とは言えない各ESA製剤とHIF-PH阻害薬の併用は許容されるのか。	北海道	
47	透析用ダブルルーメンカーテールの挿入手技がDPC包括対象なのはおかしく、注射ではなく出来高での算定とすべきである。	東京都	
48	心拍モニターについて：循環器疾患や老衰を含めた透析中急変リスクある患者に対し透析中に心拍モニターを装着し続ける事は医療行為として必要であるから実施しているのに実施回数が多いという理由で保険点数を認めないということは、その必要性を重視していない、もしくは理解していないのか。	東京都	
49	消化管出血等の場合に使用した、ナファモスタットが算定可能数以下でも査定されることが多い、相当な理由を症状詳記に記載していても査定されてしまうが、どのようにしたら査定されないのかお聞きしたい。	神奈川県	
50	障害者加算の項目（工）にインスリン注射だけでなく持続性GLP-1受容体作動薬が含まれないのはなぜか？	岡山県	
51	人工腎臓の下肢抹消動脈疾患指導加算について、全ての患者に対してリスク評価を行った場合に算定できますが、患者による強い拒否や、下肢抹消動脈疾患について他院通院中に同月に評価が行われている場合、他院にて維持透析中で当院へ一時的の短期入院等の場合、当院での評価は必ず必要か。	岡山県	
52	新設された下肢創傷処置の算定ですが、期間制限の記載が無いようですが、処置を行った分の請求は可能か。	岡山県	
53	下肢創傷処置に部位及び潰瘍の深さの入力は必須となっていますが、それ以外にコメントを入力していただけたら教えてほしい。	岡山県	
54	透析中、急性膀胱炎の症状あり、ナファモスタットメシル酸塩10mg×2を使用し、「急性膀胱炎（脱水を伴う）」の病名をつけて請求したが査定された。この場合の適応病名は何か？	岡山県	
55	6.手術 1) バスキュラーアクセス関連	シャントPTAにおける薬剤コーティングパレーン算定条件の一つに、再発を繰り返す症例とある。具体的な数字は書かれていませんが、本道では「他院の施行も含め過去1年間に2回以上の施行歴」での運用を考えている。他県での扱いを伺いたい。	北海道

分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
56	グラフト血栓除去術が1回で不成功で、月曜日・水曜日と連続で方向を変えて行ったが、2回目は丸々査定だった。手術=成功報酬という考え方であれば仕方ないが、いずれも血栓除去+PTAを行っており、3ヶ月特例とも考えられないのか?	栃木県
57	当該月のシャント閉塞等の病名が無い場合の経皮的シャント拡張術の算定について。病名月が何か月前くらいまでなら認められるか。	東京都
58	短期間に複数回シャント関連の手術を行った場合、2回目以降の手術について、手技料は算定できないが、詳記があれば材料費は認めてもよいか。	静岡県
59	シャント手術時に使用した血栓回収カテーテルやバルーンなどの材料については、算定するかどうか詳記を求めているがそれでよいか。	静岡県
60	シャント手術や腹膜透析カテーテル挿入時に全身麻酔で行った場合、算定するかどうか詳記を求めているがそれでよいか。	静岡県
61	PTA (K616-4 (1) 及びK616-4 (2)) の請求後にバイアバーン挿入した場合、ステンドグラフト内挿術を算定可能か? (3ヶ月以内でPTA2回とバイアバーン挿入時PTAをすべて算定できるのか?)	愛知県
62	2) その他 K688 内視鏡的胆道ステント留置術 → 使用するステントは何本まで可能か。 内規集への記載を希望する。	千葉県
63	7.その他 K721-4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 → 注入する薬液の本数は何本までか。 内規集への記載を希望する。	千葉県
64	処方薬に関し過剰と判断され、薬剤を減量されることがある。治療上必要であるとの詳記を作成すれば減量を回避できるのか教えてほしい。	千葉県
65	入院のデーター提出について 入院基本料によって包括される薬剤も出来高ベースで提出しなければならない。そこで電力では回路から投与した薬剤をシステムを変更して注射薬としてオーダーされるようにした(注射として請求はせず)が、国保連合会はあくまでも処置としてレセプトするようにとの指示だった。そのために医事課では会計ソフトのみ注射薬を処置薬に診療区分を変更する負担が発生している。データー提出と支払い側の要件の食い違い、電力の基準の曖昧さが余計な現場負担になっている。	石川県
66	1、地域や施設によって保険審査の内容が異なることがあり、全国統一して頂きたい 2、国保、社保によって基準が異なることがあり、統一化して頂きたい	福岡県

保険指導情報

分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
67 1.検査・画像	シャントエコーについて、国保では算定可能だが、社保では条件付き(3か月以内にシャントOPEがある患者等)で算定可能となっている。	愛知県
68	臨床工学技士が実施した血管エコーの算定方法は超音波検査その他350点での算定いいか?	愛知県
69	腫瘍マーカー検査を更生医療で算定していたが、透析に関わる検査ではない為更生医療以外で算定をするよう岡山市障害福祉課より連絡があった。(生活保護受給者)	岡山県
70 2.投薬・注射	メマリーOD錠5mgを更生医療で算定していたが、透析に関わる薬ではない為更生医療以外で算定をするよう岡山市障害福祉課より連絡があった。(生活保護受給者)	岡山県
71 3.その他	在宅酸素療法治療管理料・酸素濃縮装置加算・酸素ボンベ加算・呼吸同調式デマンドバルブ加算・在宅酸素療法材料加算を更生医療で算定していたが、透析に関わる管理料及び加算ではない為更生医療以外で算定をするよう岡山市障害福祉課より連絡があった。(生活保護受給者)	岡山県

要望事項

分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
72 1.基本診療料	入院基本料加算 医師事務作業補助体制加算 医師事務作業補助体制加算について、施設基準の要件を緩和し小規模病院や無床診療所などでも算定できるようにしてほしい。	宮城県

分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
73	これ以上下げられると質の担保が厳しい。人員削減するほかなくなると思われる。	東京都
74	後期高齢者の加算を希望する。	広島県
75 2.医学管理料 1) 慢性維持透析患者外来医学管理料	「慢性維持透析患者外来医学管理料」に包括されていない検査を施行した場合の検査判断料は包括ではなく出来高にならないか。	千葉県
76	慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれる検査について見直してほしい。	千葉県
77	慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検体検査を算定する場合には、その必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。とあるが、傷病名を記載するのでその必要はないのではないか。	長野県
78	慢性維持透析患者外来医学管理料に包括されていない単純撮影（胸部を除く）を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に撮影部位を記載する。とあるが、傷病名を記載するのでその必要はないのではないか。	長野県
79 2) その他	近い将来、DT (destination therapy) で植込型補助人工心臓を使用している患者が透析療法を要する時が来ると思われる。そのような高度なデバイスの管理をしながらICUではなく透析室で透析を行う際は特別な加算が望ましいと考える。	千葉県
80	透析見合わせに向けての地域連携会議(地域包括ケア会議)・医療連携(在宅療養を担当する医療機関と)を評価する管理料？あるいは加算？	東京都
81	後期高齢者の加算を希望する。	広島県
82 3.検査・画像	血液検査の包括化をなくしてほしい。	福岡県
83 4.投薬・注射	G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 →レントゲンやエコーを使用したり、局所麻酔を十分に使用し、手術室で行う必要があるにもかかわらず「注射」の扱いとなっているため、DPC病院に入院すると保険点数を算定することができず、病院の持出しとなるので「手術」に入れてほしい。	千葉県
84	HIF-PH阻害薬を院外処方でも認めてほしい。	東京都
85	ESAやHIF-PH阻害剤の包括化をなくしてほしい。	福岡県
86 5.処置 1) 人工腎臓	血液透析の診療報酬の減額は厳しすぎるのではないか。	青森県
87	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患者数が多いからと言って点数が下げられるのは法律違反ではないか。評価が高く患者数が多い医療機関が点数を下げられるのは如何なものか。令和4年の改定においてもこの点には改善されなかつたことは問題である。	青森県
88	人工腎臓の手技料に包括される生理食塩水について、血圧低下時に使用した場合でも包括される。使用目的により出来高算定を認めてほしい。	宮城県
89	透析診療の増点	千葉県
90	J038 人工腎臓 の障害者加算(140点/日) について 要介護状態(例えば要介護2-3以上) はそれだけで(認知症・脳血管疾患でなくても)認めて頂けるとありがたい。	東京都
91	包括薬剤の納入価がさがっていることは事実だが、その下がり幅以上に人工腎臓の手技点数が下がっているため、改めていただきたい。	愛知県
92 2) 透析回数	人工腎臓15回目以降は手技料及び加算点が算定できません。時間外・休日加算について算定を認めてほしい。	宮城県

分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
93	人工腎臓の上限回数（14回/月）を緩和することは出来ないか。	千葉県
94	人工腎臓の上限回数が14回となっているが、相当な理由がある場合は15回を認めてほしい。	神奈川県
95	長時間透析の有効性、有用性は認識されているが、単純に時間に比例した型での請求にすべきではないか。6時間、7時間、8時間等	愛知県
96	透析回数14回の制限の緩和。	岡山県
97	3) 障害者加算 障害者加算の条件に介護度の高い患者も加えて頂きたい。	宮城県
98	人工腎臓の障害者加算について項目を増やしてほしい。	千葉県
99	人工腎臓障害者加算の対象項目（要介助者等）を増やしてほしい。	岡山県
100	障害者加算項目について COVID-19感染や、HIV感染症は、「重症感染症に合併しているために入院中」で該当になると考えますが、外来通院の陽性者でも該当項目を増やしてほしい。	岡山県
101	4) 運動指導等加算及びリハビリ 透析時運動指導等加算が新設されたが、指導開始から90日を限度となっている。高齢な患者さんは短期間でもADL等に変化が見られ、適宜、指導が必要と思われるが90日の縛りは如何なものか。	青森県
102	「透析時運動指導加算」について、せっかく運動療法を頑張ってやっている准看護師や臨床工学技士、検査技師にも指導する資格を与えてほしい。	栃木県
103	透析時運動指導等加算について（開始した日から起算して90日を限度、75点） 疾患別リハビリテーション料（運動器リハビリテーション料）と同等の算定日数及び点数にならないのでしょうか。	千葉県
104	透析中の運動（リハビリ）は永続的に継続するものであって期間の設定はなくすべきではないか。	愛知県
105	透析中運動指導加算が新設されるも算定期間が限られており、理学療法士の雇用やスタッフ教育などに費用を掛けることが出来ない。従って算定期間の再検討をお願いしたい。	福岡県
106	透析中のリハビリのみならず口腔ケアも算定して頂きたい。	福岡県
107	5) その他 高齢フレイル、四肢合併症によるADL低下の患者さんが増加しており、スタッフの負担増加が大きく、今後ますます状況が厳しくなると予想されます。要介護度の高い方について報酬加算をお願いできないものか。	青森県
108	バスキュラーアクセスの一つとして長期留置型カテーテルを選択する機会が増加している。G005-4 カフ型緊急時ブレッドアクセス用留置カテーテル挿入は、DPC請求において出来高算定ができない。挿入に手間がかかる上、カフ型カテーテルは高価であるため、手技および材料費を出来高算定できるよう、要望してほしい。	茨城県
109	急変リスクのある透析患者に対し透析中心心拍モニタ-管理の回数制限の中止を求めます。保険点数を切らないで頂きたい。	東京都
110	現在、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になっているが、同じ医療行為を行っているのにも関わらず、来院数によって点数が引き下がる事はどうなるか。今回の診療報酬改定でも見直しが行われなかつたが、次期診療報酬改定では見直してほしい。	神奈川県
111	長期留置カテーテルの処置料等を算定出来る様にしてほしい。	神奈川県
112	包括病棟におけるバスキャスカテーテル挿入にかかる材料費や診療行為について請求できるようにしてほしい。	愛知県

分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
113	スタッフも臨時に出勤し、病院側も休日手当を出しているので、入院患者についても休日加算請求できるようにしてほしい。	愛知県
114	CAPDカテーテルの抜去の手技料の評価新設。	愛知県
115	緊急時ブラッドアクセス用カテーテル挿入について、現状ではカフ型を除き中心静脈カテーテル挿入に準じた取り扱いとなっている。しかしながら血管にカテーテルを挿入するという点を除いては両者に共通点は認められず、カフ型以外のカテーテルを挿入した場合を別個の処置ないし手術として算定することが妥当であると思われる。	岡山県
116	長期留置カテーテル処置に加算、指導料を付けてほしい。	福岡県
117	長期留置型透析用カテーテルの一部部品は1年ほどで交換となっている。この部品について、保険適応にしてほしい。	宮崎県
118 6.手術	K608 内シャント血栓除去術 →近年カフ型カテーテル挿入症例でカテーテル内血栓を発症し、透析施行が困難となることが多いが、カテーテル血栓除去術に保険点数がないので付けてほしい。	千葉県
119	今後増加が予想される『動脈表在化』の点数を見直してほしい。 (通常のAVFよりも時間も手間もかかる手術です。)	千葉県
120	腹膜透析カテーテル抜去の手術を創傷処理で請求しても、留置時の点数に含まれるものとして査定されしまうが、認めてもらいたい。	長野県
121	カフ付透析用カテーテル抜去で皮膚切開したときは、創傷処理の請求を認めてもらいたい。	長野県
122	経皮的シャント拡張術・血栓除去術の算定について 他医院にて3か月以内に2回PTAを行ってきて、その後シャント閉塞。3回目のPTAを当院にて行わなければならぬケースがありました。こういった場合は「算定できる」というルールに変更してほしい。 紹介患者のPTAを3か月以内に3回目を行わなければならぬケースが多々ある。	長野県
123	PTAが一部施設で短期間に定期的に繰り返されている。以前の3か月ルールに戻すべきではないか。	愛知県
124	シャントPTAに使用する材料だけは制限なしにしてほしい。	鹿児島
125 7.その他	COVID-19患者、あるいは濃厚接触者の隔離透析を行った場合などに「隔離透析を実施した患者への透析については1透析当たり何点」と、何らかの加算を認めて頂けるとありがたい。将来的には、感染症全般(インフルエンザ含む)への対策としての隔離透析に対する評価として。	東京都
126	透析患者治療に係る、感染対策加算等の検討をお願いしたい。	千葉県
127	更生医療の意見書の廃止もしくは料金の設定	千葉県
128	レセ電コードによるコメント記載を減らしてほしい。	千葉県
129	透析の医療費について、基本点数が細切れになって、条件について請求しにくくなっている。大学や大病院などを含める大規模チーンに有利な仕掛けもしてきた。多くの施設には実質的な減点。基本点数を上げてゆかないと、収拾がつかなくなる。安全針や高性能な装置、人件費の高騰、諸物価の値上がりを考慮してほしい。腹膜透析をしている施設への加算には不道徳な面があることを心配している。	東京都
130	人工腎臓、透析管理料が年々大幅に下がってゆく点数では、患者の送迎車利用サービスなどの継続は非常に負担に感じる。利用者は年々多くなり、患者側も紹介医側も送迎車の利用は当然のものとして要求される。通院送迎について評価をお願いしたい。	愛知県

分類	内 容 (支部からのコメント)	都道府県
131	コメントのコード入力はこれ以上増やさないで頂きたい。システムコードの数が多すぎて分かりづらい。	愛知県
132	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、2医療機関の名称を記載して、都度の機関変更なしで使用できるようになってほしい。	岡山県
133	認知はない方でも寝たきりの方にかなり手がかかるので、寝たきり度ランクB以上の方などが障害者加算対象になることを希望する。	岡山県
134	2類感染症で入院待機中等の患者送迎加算の新設を願う。	福岡県
135	感染対策として個室透析室設置、逆流防止弁付き穿刺針の全面採用、リネンの毎交換などを評価してほしい。	福岡県

診療報酬支払基金の業務効率化・集約化に関する現況と展望

1. 審査事務の6ブロックへの集約

- 審査委員会は47都道府県におくが、審査事務は全国6ブロックへ
- 東北・北海道 関東・甲信越 中部 近畿 中国・四国 九州・沖縄
- 2022年10月より開始

2. 審査基準の統一化

- ブロック内は統一基準作成へ
(診療科別ワーキンググループ 内科、外科、その他医科、歯科)
- 80%以上の賛同が得られる場合、少数意見は考え方直していただく方向。
- 同時に可能な場合は、基金の全国統一見解も作成し、審査の一般的な取り扱いとする。
(本部検討委員会 本部疑義対応委員会)

3. 問題点

- 先ずは、集約が優先され、細かな議論は後回しにされやすい。
- ブロック間における差異が発生する可能性があり、調整が必要。
- 国保より支払基金が先行している。国保と支払基金の審査基準統一スピードは遅い。

4. 提案

全国の国保および支払基金の透析部門審査委員が集まる会合として、当懇談会は貴重な存在と考える。協議会として格上げし、統一見解を発信していければ、全国統一保険審査基準作成に対する貢献は大きい。賛否両論がある場合は無理に統一する必要はないが、80%以上の意見集約がある場合は歩み寄るべきと考える。

社会保険診療報酬支払基金神奈川支部審査委員長
関東・甲信越ブロック内科ワーキンググループ委員
審査統一のための疑義対応委員会委員 戸谷義幸

保険審査支払機関の改革と今後のスケジュール

1. 見直しの背景 (規制改革推進会議 医療・介護WG 資料より)

- ① 社会保険診療報酬支払基金において審査に要する費用は保険料で賄われており、国民負担の軽減の観点から業務効率化を進める
- ② 支部間の審査結果の不合理な差異の存在が指摘されており、医療を受ける国民の公平性の観点からその解消を図っていく

2. 見直しのスケジュールと改正の主なポイント

令和元年 5月 社会保険診療報酬支払基金法の改正

- ・ 本部のガバナンス機能の強化(支部の有する権限を本部に集約)
- ・ 各都道府県の支部を廃止

令和3年 9月 支払基金の審査支払新システムの運用開始(AIを活用した人によるレセプト審査の有無の振分け機能の実装等)

令和4年10月 レセプト事務点検業務の実施場所を審査事務センターに集約
全国で6カ所、経過措置として10カ所(審査委員会事務局は47都道府県にに置き、審査補助業務を実施)

- ・ 中核審査事務センター6カ所(宮城県仙台市、東京23区内、愛知県名古屋市、大阪府大阪市、広島県広島市、福岡県福岡市)
 - ・ 審査事務センター4カ所(埼玉県さいたま市、北海道札幌市、石川県金沢市、香川県高松市)
 - ・ 審査事務センター分室4カ所(岩手県盛岡市、群馬県高崎市、鳥取県米子市、熊本県熊本市)10年間を目途の経過措置(人事ローテーションの定着状況等を勘案)として設置
- 令和6年度末までに職員定員の20%を削減

令和6年 4月 支払基金と国保連のコンピューターチェックの統合

○ 支払基金と国保連の審査委員を同じ者が担う → 双方の審査委員の併任化を順次実施

○ 審査委員の委嘱

3者(診療担当者代表、保険者代表、学識経験者代表)から同数を委嘱

↓ (機動的な審査委員の確保が可能となる)

診療担当者代表と保険者代表のみ同数とするように見直し

○ 審査事務センターに診療科別WGを設置(本部の参画) → 審査結果の差異の調整を加速化

社会保険診療報酬支払基金法の改正①

(2019年5月15日成立、2021年4月1日等施行)

※ 規制改革実施計画（平成30年6月15日閣議決定）においては、「支部の最大限の集約化・統合化の実現」を前提に集約化の在り方を検証し、それを踏まえた法案提出を行つ（平成31年措置）こととされている。

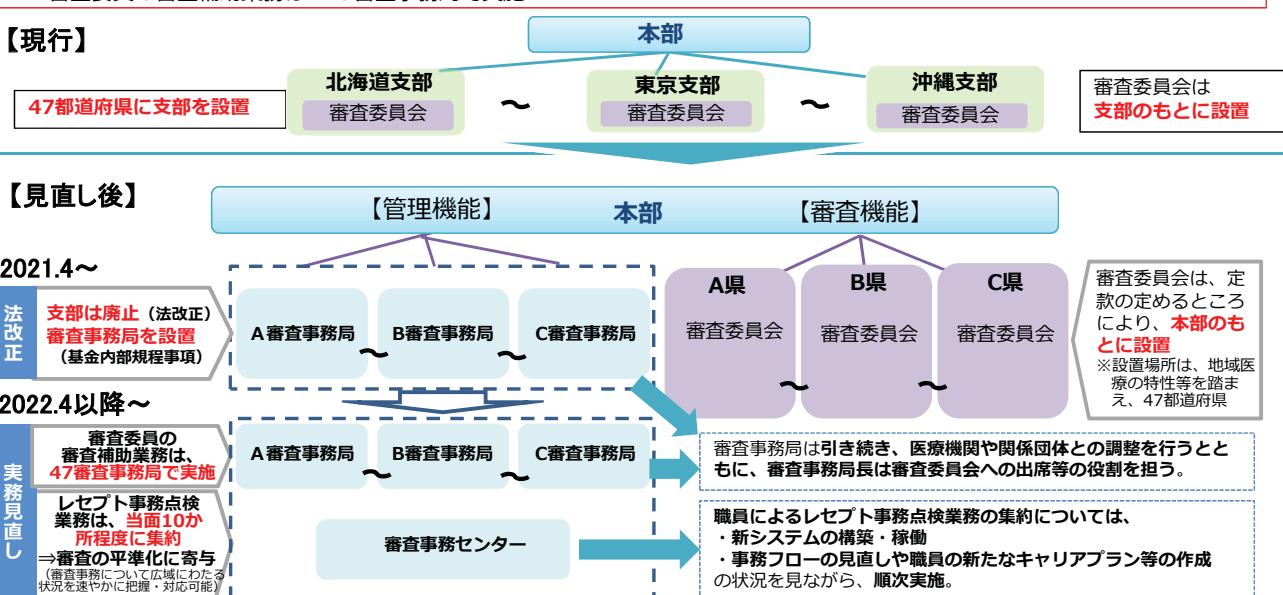
- ① **支部長が担っている権限を本部に集約し、本部によるガバナンスを強化** [法改正事項：2021年4月1日施行]

 - ・現行法上の支部の都道府県必置規定を廃止 [法改正事項]
※本部の事務執行機関（権限は理事長から委任）としての審査事務局（仮称）を設置 [基金内部規程事項]

② **職員によるレセプト事務点検業務の実施場所を全国10か所程度の審査事務センター（仮称）に順次集約**
[基金内部規程事項：2022年4月以降～] ⇒ **審査結果の不合理な差異の解消に向けた取組を加速**

③ **審査委員会は、本部のもとに設置（現行は支部のもとに設置）** [法改正事項：2021年4月1日施行]

 - ・地域医療の特性等を踏まえ、設置場所はこれまで同様、47都道府県 [基金内部規程事項]
 - ・審査委員会の審査補助業務（ナレッジの審査事務局）を実施



社会保険診療報酬支払基金法の改正②

- ① **基金の業務運営に関する理念規定の創設**〔2020年10月1日施行〕

 - 支払基金の業務運営に関する基本理念として、以下を規定
 - ・公正・中立な審査の実施やデータ分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進
 - ・情報通信技術（ICT）の活用による業務運営の効率化
 - ・業務運営の透明性の確保
 - ・適正なレセプトの提出に向けた医療機関等への支援
 - ・国保連との有機的な連携の推進

等

② **データ分析等に関する業務の追加等**〔2020年10月1日施行〕

 - 支払基金が実施できる新たな業務として、「レセプト・特定健診等情報その他の国民の保健医療の向上及び福祉の増進に資する情報の収集、整理及び分析等に関する業務」を追加。目的規定についても所要の見直し。
 - データ分析等に関する業務の実施に当たり、情報通信技術やデータ分析等の専門家の意見を聞く仕組みを新設

③ **手数料の階層化**〔2021年4月1日施行〕

現 行：保険者が支払基金に支払う手数料は「レセプトの枚数」を基準に設定

改正後：レセプトの枚数や審査の内容等を勘案し設定

※新システムの稼働に伴い、コンピュータチェックのみで審査が完結するレセプトが増加すること等を考慮し、例えば審査の内容に応じて単価を変えることなどを今後検討

④ **審査委員の委嘱に関する事項**〔公布日施行〕

現 行：審査委員は、三者（診療担当者代表、保険者代表、学識経験者代表）から同数を委嘱

改正後：診療担当者代表と保険者代表のみ同数とするよう、見直し
⇒機動的な審査委員の確保が可能となる。

組織見直しの目的

- 支部完結型の業務実施体制から全国統一的な業務実施体制への転換
 - ▶ ICTの最大限の活用により審査業務の効率化・高度化の推進
 - ▶ 審査結果の不合理な差異解消の取組みを充実

集約拠点設置に係る基本方針

- 集約拠点では、審査委員会事務局の統括、診療科ごとに組織を構成し電子レセプトの審査業務を実施

中核審査事務センター（6か所）

○ 不合理な差異解消の中心的役割（本部と連携）

- ▶ 差異解消のための診療科別WG（仮称）設置 < 不合理な差異解消の取組み >
 - （設置場所）宮城県仙台市、東京23区内、愛知県名古屋市、大阪府大阪市、広島県広島市、福岡県福岡市

審査事務センター（4か所）

○ 中核審査事務センターと連携し審査結果の不合理な差異解消のために一次的集約の役割

- 中核センターの規模が過大なため地域を分割して事業運営を行うため設置
 - （設置場所）埼玉県さいたま市
 - 地理的な独立性が高く審査結果の一次的集約をすることが効率的な地域に設置
 - （設置場所）北海道札幌市、石川県金沢市、香川県高松市

審査事務センター分室（4か所）

- 今後実施する職員の意向調査等によるニーズやICT化、業務の効率化を踏まえつつ、人事ローテーションが定着するまでの経過措置として設置設置都道府県を含め少なくとも複数都道府県の審査業務を担うことができる場所に設置
 - （設置場所）岩手県盛岡市、群馬県高崎市、鳥取県米子市、熊本県熊本市
 - ※おおむね10年を目途に人事ローテーションの定着状況を見ながら廃止を検討

審査委員会事務局（47か所）

- 各都道府県に審査委員会を設置することからその審査補助業務を実施
 - ・ 審査委員会の補助事務、再審査を含めた紙レセプトの審査業務
 - ・ 適正なレセプト提出の取組、医療機関及び保険者等関係団体の窓口業務

集約に向けた工程

審査支払新システムの構築：令和3年9月

- クラウドコンピューティングによるセンターサーバー元化
 - ・ 他の都道府県であっても審査業務が可
 - ・ 審査委員と職員間で同時にレセプトを閲覧できる機能を整備
- 審査事務集約や業務変化に柔軟な対応が可能なモジュール化
- AIによる振分け機能実装、稼働2年以内にレセプト全体の9割程度CCTで完結目指す

- ▶ 既存のコンピュータチェックの見直し：既存の支部独自チェックは本部集約
- ▶ 自動的なレポーティング機能の導入：審査結果の見える化
- ▶ 統一的なコンピュータチェックルールの設定：再審査等から分析後CCTへ
- ▶ 医療機関等において請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組みの導入
- ▶ 審査結果の不合理な差異解消の取組み：診療科別WGの設置（本部の参考）

業務棚卸し等による効率化の推進：令和4年10月までに

- ▶ 業務処理の標準化：審査支払新システムに対応した業務処理標準マニュアルの策定
- ▶ 業務改善プロジェクトチームによる徹底的な既存業務の棚卸しの実施
 - 無駄な業務の廃止、業務改善による効率化、周辺業務の外部委託を推進可能な業務は本部・センターに集約

集約の実施：令和4年10月

- 職員に対して意向調査と面談を実施：令和2年4月以降
- 審査支払新システムの安定稼働を確認し一斉に集約：令和4年10月

- ▶ 集約時の人事配置方針：業務に必要な能力や適性と家庭の事情を考慮し決定
 - 実際に転勤が困難な者が多い都道府県に対して定員を超えた人員配置を措置
- ▶ 人事制度・労働条件の見直し：人事制度改革や柔軟な勤務時間制度の検討

支払基金の人員体制のスリム化：令和6年度末

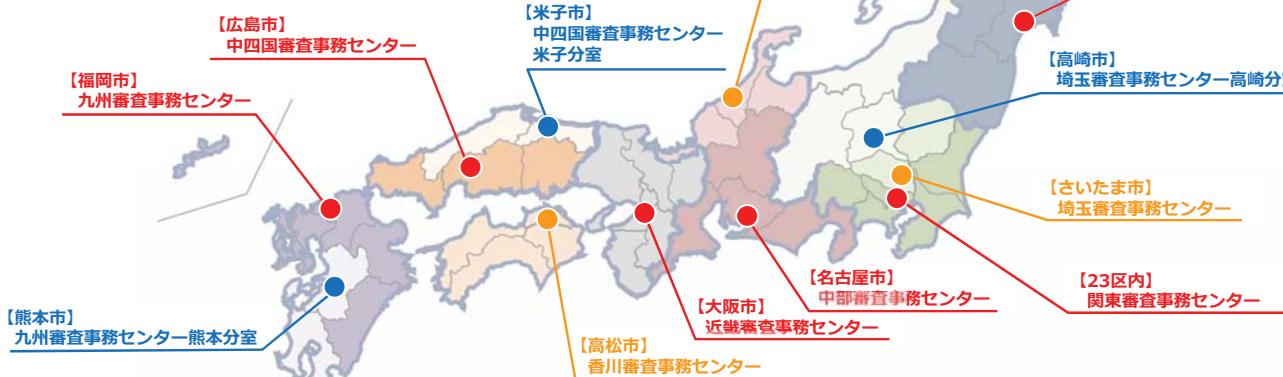
- 平成29年度から令和6年度未段階で約20%（800人程度）の定員を削減

費用対効果の見込み：令和3年度

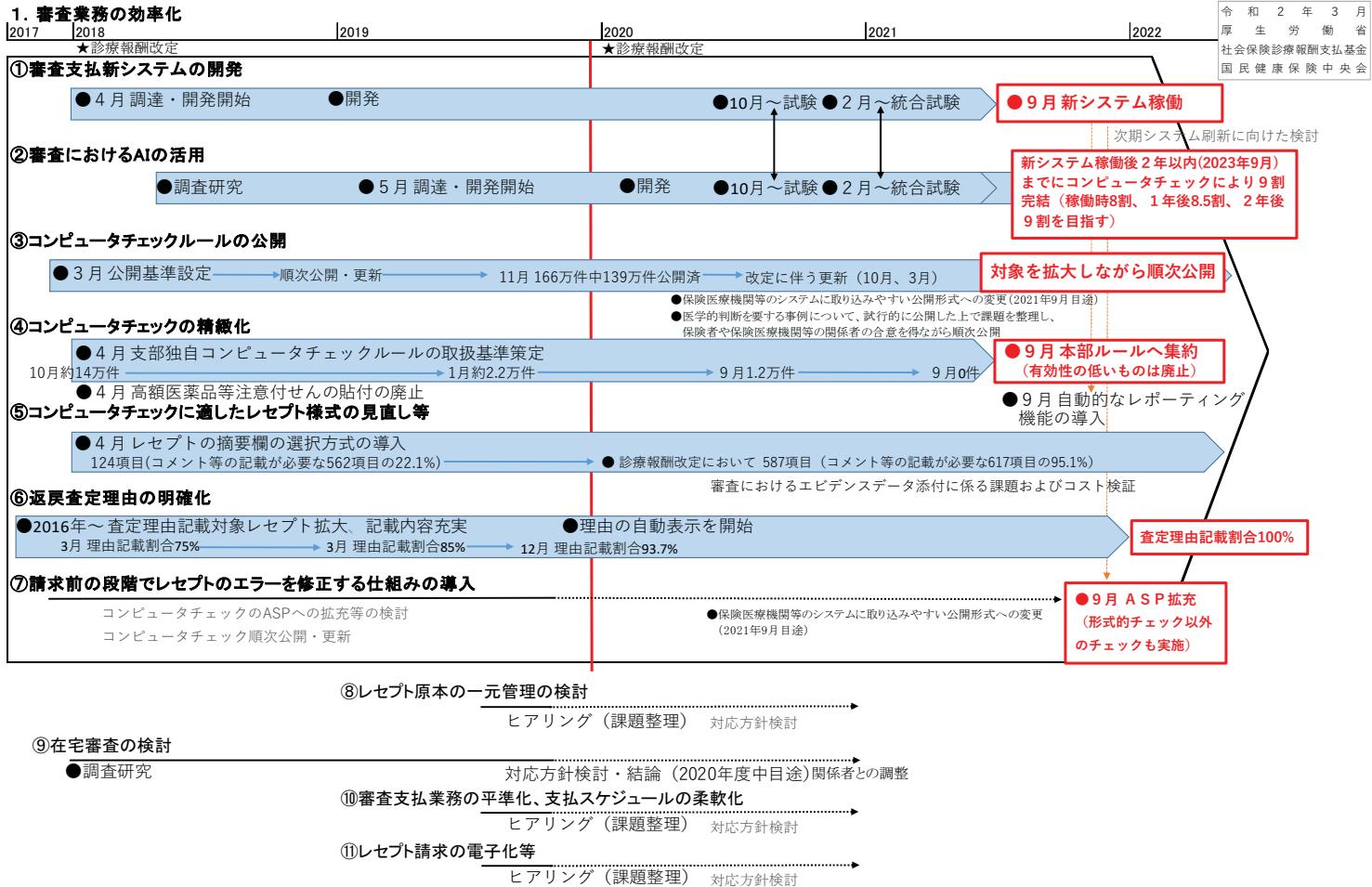
- 既存事務所の活用：事務所の貸付や売却などの活用方策に関する計画書を策定

審査事務センターの設置場所

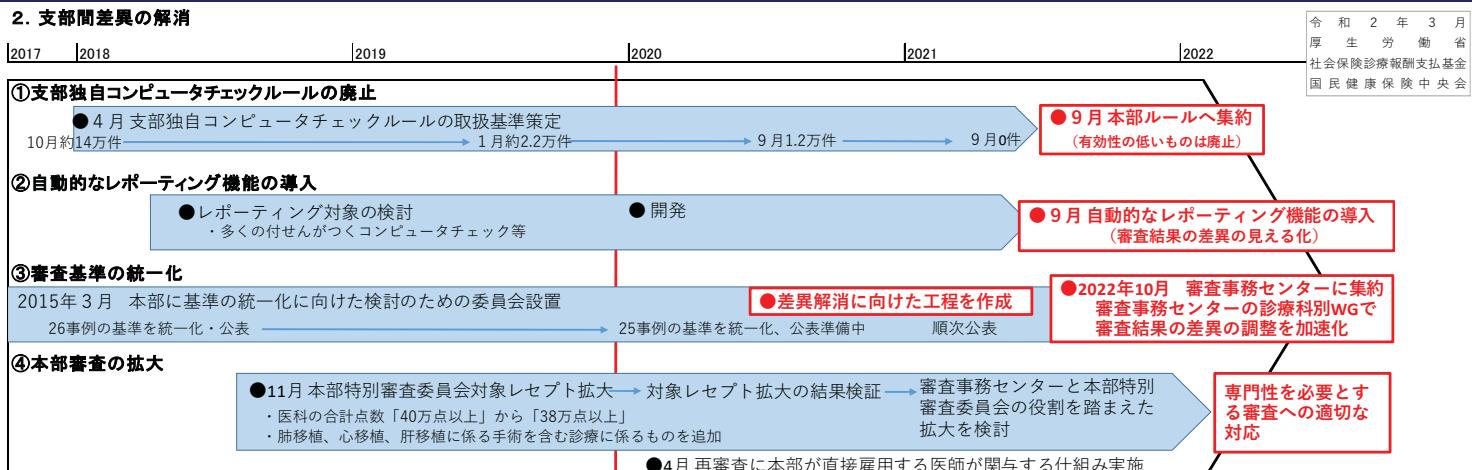
ブロック区分	中核審査事務センター	地域審査事務センター	審査事務センター分室	審査委員会事務局
東北ブロック	宮城	北海道		北海道
		岩手(盛岡)	青森・岩手・秋田	
			宮城・山形・福島	
関東ブロック	東京	群馬(高崎)	群馬(前橋市)・新潟・長野	
			栃木・埼玉	
			茨城・千葉・東京・神奈川・山梨	
中部ブロック	愛知	石川	富山・石川・福井(近畿ブロックから編入)	
			岐阜・静岡・愛知・三重	
近畿ブロック	大阪			滋賀・京都・大阪・兵庫・奈良・和歌山
中国四国ブロック	広島	鳥取(米子)	鳥取(鳥取市)・島根	
			岡山・広島・山口	
		香川	徳島・香川・愛媛・高知	
九州ブロック	福岡		福岡・佐賀・長崎・大分・宮崎・沖縄	
		熊本(熊本)	熊本・鹿児島	



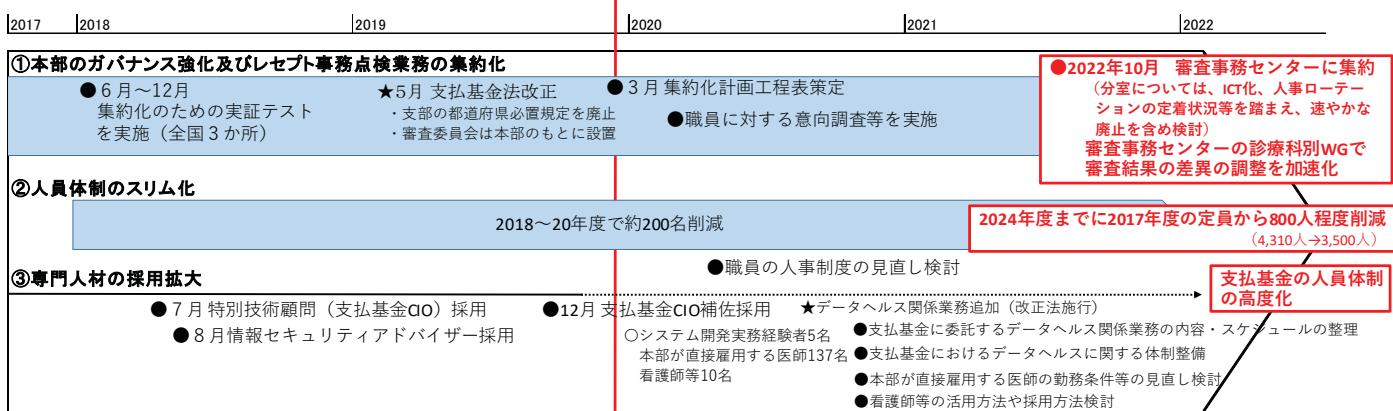
審査支払機関改革における今後の取組



審査支払機関改革における今後の取組

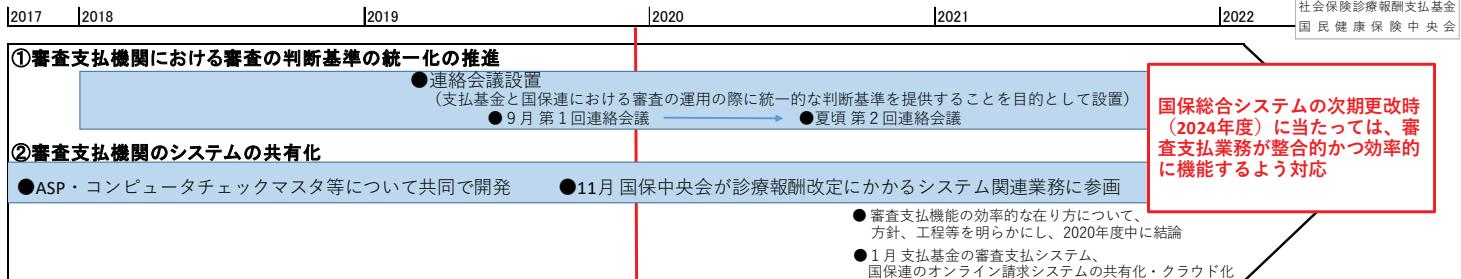


3. 組織の在り方の見直し



審査支払機関改革における今後の取組

4. 審査支払機能の効率的な在り方



5. その他



令和4年6月9日

会員各位

公益社団法人日本透析医会
会長 秋澤 忠男

医療保険委員会
委員長 太田 圭洋

透析時運動指導等加算の算定要件である研修について

日頃より当会の運営につきまして、ご協力ご支援いただきありがとうございます。

令和4年度診療報酬改定において、人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価「透析時運動指導等加算（75点）」が新設されました。

算定要件の一つとして、「透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的な指示を受けた当該研修を受講した看護師」が療養上必要な指導等を行った場合に算定できるとされております。

この研修については、現時点では、日本腎臓リハビリテーション学会が開催する「腎臓リハビリテーションに関する研修」が該当し、「腎臓リハビリテーションガイドライン講習会」として実施される予定で、その概要については、次のとおりホームページに掲載されております。

なお、詳細については、今後、日本腎臓リハビリテーション学会のホームページを注視していただきますようお願いいたします。（<https://jsrr.smoosy.atlas.jp/ja>）

腎臓リハビリテーションガイドライン講習会を開催します

2022/06/01

2022年7月31日(日)AM9時よりWEBにて、第1回腎臓リハビリテーションガイドライン講習会兼 腎臓リハビリテーション指導士試験受験講習会を1日規模で開催予定です。

尚、詳細は早々にHP上にてお知らせいたします。

日本腎臓リハビリテーション学会 HPより（<https://jsrr.smoosy.atlas.jp/ja/notices/news0601>）

(参考)

透析時運動指導等加算の算定要件の概要

- ・人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して 90 日を限度として、75 点を所定点数に加算する。
- ・透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的な指示を受けた当該研修を受講した看護師が 1 回の血液透析中に、連続して 20 分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定できる。 実施した指導等の内容を実施した医師本人又は指導等を実施した理学療法士等から報告を受けた医師が診療録に記録すること。入院中の患者については、当該療法を担当する医師、理学療法士又は作業療法士の 1 人当たりの患者数は 1 回 15 人程度、当該療法を担当する看護師の 1 人当たりの患者数は 1 回 5 人程度を上限 とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1 回 20 人程度、1 回 8 人程度を上限とする。
- ・指導等に当たっては、日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参考すること。
- ・指導を行う室内に心電図モニター、経皮的動脈血酸素飽和度を測定できる機器及び血圧計を指導に当たって必要な台数有していること。また、同室内に救命に必要な器具及びエルゴメータを有していることが望ましい。
- ・当該加算を算定した日については、疾患別リハビリテーション料は別に算定できない。

2022年診療報酬改定 透析関連疑義解釈資料

● 疑義解釈資料の送付について（その1）（令和4年3月31日）

【人工腎臓】

問 214 区分番号「J 0 3 8」人工腎臓について、「1」から「3」までの場合（「注 13」の加算を算定する場合を含む。）については、「H I F – P H阻害剤は当該保険医療機関において院内処方することが原則である」とあるが、欠品等のやむを得ない事情がある場合は、保険医療機関から保険薬局に対してH I F – P H阻害剤の供給を依頼し、患者に対して使用してよいか。

（答）差し支えない。なお、その場合、当該薬剤の費用については、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

【導入期加算（人工腎臓）】

問 215 区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の注2に規定する導入期加算の施設基準における「腎代替療法に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

（答）現時点では、日本腎代替療法医療専門職推進協会「腎代替療法専門指導士」の研修が該当する。

問 216 区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の注2に規定する導入期加算について、「導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること」とあるが、「定期的に受講」とは、具体的にはどのくらいの頻度で受講する必要があるのか。

（答）年1回以上の受講が必要である。

【透析時運動指導等加算（人工腎臓）】

問 217 区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の注14に規定する透析時運動指導等加算について、他院で指導が行われていた患者を自院において引き続き指導する場合、透析時運動指導等加算は算定可能か。

（答）算定可。ただし、その場合、算定上限日数の起算日は他院での初回指導日となることに留意すること。

問 218 区分番号「B 0 0 1」の「31」腎代替療法指導管理料並びに区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の注2に規定する導入期加算2及び3について、「腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、（中略）腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう」とあるが、腎臓移植希望者として日本臓器移植ネットワークに登録されてから1年以上経過した患者であって、当該登録を更新したものについても、「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれるか。

（答）含まれる。

【透析時運動指導等加算（人工腎臓）】

問 219 区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の注 14 に規定する透析時運動指導等加算について、「医師に具体的指示を受けた」看護師が療養上必要な指導等を実施した場合に算定できることとされているが、ここでいう具体的指示とは、具体的にどのようなことか。

(答) 個別の医学的判断による。なお、当該指示の内容については、指示を行った医師が適切に診療録に記載すること。

問 220 区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の注 14 に規定する透析時運動指導等加算について、「連続して 20 分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定できる」とこととされているが、① 1回の指導は同一の医師等が実施する必要があるか。② 「患者の病状及び療養環境等を踏まえ」た療養上必要な指導とは、具体的にはどのような指導か。

(答) それぞれ以下のとおり。① そのとおり。② 日本腎臓リハビリテーション学会の「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参照して実施すること。

問 221 区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の注 14 に規定する透析時運動指導等加算について、人工腎臓を算定している患者に対して、療養上必要な運動指導等を実施した日に限り算定できるのか。

(答) そのとおり。

●疑義解釈資料の送付について（その 8）（令和 4 年 5 月 13 日）

【透析時運動指導等加算】

問 8 区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の注 14 に規定する透析時運動指導等加算について、「透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師」とあるが、「透析患者の運動指導に係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、日本腎臓リハビリテーション学会が開催する「腎臓リハビリテーションに関する研修」が該当する。

●疑義解釈資料の送付について（その 19）（令和 4 年 7 月 26 日）

【導入期加算（人工腎臓）】

問 8 区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の注 2 に規定する導入期加算 2 及び 3 の施設基準について、それぞれ「導入期加算 3 を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること」、「導入期加算 1 又は 2 を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施」とあるが、「腎代替療法に係る研修」とは、どのようなものが該当するか。

(答) 次の要件を満たすものが該当する。 (イ) 導入期加算3を算定している施設が主催する研修であること。 (ロ) 当該研修を実施又は受講する各施設に配置されている「腎代替療法に係る所定の研修を修了した者」が参加していること。 (ハ) 在宅血液透析、腹膜透析及び腎移植に関する基礎知識、腎代替療法の特性に応じた情報提供、腎代替療法に係る意思決定支援等の内容が含まれる研修であること。

●疑義解釈資料の送付について（その23）（令和4年8月24日）

【慢性維持透析患者外来医学管理料】

問4 区分番号「B001」の「15」慢性維持透析患者外来医学管理料について、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）、有床診療所入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料及び地域移行機能強化病棟入院料を算定する場合において、入院中の患者が他の医療機関へ受診し透析を行い、当該他の医療機関において検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合は算定可能か。

(答) 可能。



[トップ](#) > [腎臓リハビリテーションガイドライン](#) > [第1回腎臓リハビリテーションガイドライン講習会について](#)

第1回腎臓リハビリテーションガイドライン講習会について

第1回腎臓リハビリテーションガイドライン講習会

(兼腎臓リハビリテーション指導士試験受験講習会)

開催要領

1. 趣旨（目的）

このたび令和4年度診療報酬改定により透析時運動指導等加算が新設されました。この加算算定のための指導を行うのは日本腎臓リハビリテーション学会が作成した「腎臓リハビリテーション ガイドライン」をもとにした透析患者の運動指導研修を受講した医師、看護師、理学療法士、作業療法士によるものとされました。本講習会に参加し、修了試験に合格して修了と認められる事が、加算の対象条件となります。また同時に、腎臓リハビリテーション指導士試験受験者に対しての講習会を兼ねております。

腎臓リハビリテーションは、腎疾患や透析医療に基づく身体的ならびに精神的影響を軽減させるとともに、症状を調整し、生命予後を改善して、心理社会的ならびに職業的な状況を改善することを目的とした、運動療法、食事療法と水分管理、薬物療法、教育、および精神・心理的サポートを行う、長期にわたる包括的なプログラムです。従って単に運動療法のみを行っていれば事足りるものではなく、包括的リハビリテーションを目指すべきであり、そのためには、医療専門職間の連携や共同作業（チーム医療）が必要となります。また、チームが円滑に機能するためには、腎臓リハビリテーションに関する共通認識と知識や用語の共有化、定期的なカンファレンスやミーティングなども行う必要があります。その手技、手法は日夜進歩するため、継続的な学習が必須です。

今回、この講習受講のみを目的とされている方も、包括的リハビリテーションである腎臓リハビリテーションを深くご理解いただき、早々に腎臓リハビリテーション指導士資格を取得し、腎臓リハビリテーションについての最新の情報・知識の拡充をお願い致します。

2. 開催日・開催方式

(1) 開催日時 : 2022年7月31日（日）9時～17時（6の受講プログラム参照）

尚、2022年10月30日（日）に同内容で再度行うことも検討中です

(2) 開催方式 : 遠隔方式（ライブ配信、ストリーミング方式）

*受講者側の通信環境による切断やその他PC機器の不具合については、主催者では責任を負いかねますので、予めご了承下さい。また、オンディマンドによる動画配信は予定しておりません。

3. 受講資格

医療施設等において腎臓リハビリテーションを実施している、あるいは今後実施を予定している施設に所属する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師、栄養士（管理栄養士）、薬剤師、臨床工学技士、臨床心理士（公認心理師）、健康運動指導士等の資格を有する者（日本腎臓リハビリテーション学会の会員、非会員を問わない）。

なお、本講習会を受講し、受講修了証を取得できても、この度の令和4年度診療報酬改定に基づき、透析時運動指導等料を算定（加算）できる職種は医師、看護師、理学療法士および作業療法士に限られます。

4. 定員 特に定めない

5. 受講料

1) 日本腎臓リハビリテーション学会 会員 : 10,000円（施設会員含む）

2) 日本腎臓リハビリテーション学会 非会員 : 20,000円

*会員の方が申し込む際には会員番号が必要となります。非会員の方が新たに会員になられる場合は、会員手続き上2022年6月30日までに入会手続きを完了してください（会員番号を持っていない限りは会員料金での申し込みは出来ません）。

入会申請についてはこちらの入会案内（<https://jsrr.smoosy.atlas.jp/ja/admission>）をご参照ください。

施設会員料金の適用については、2022年6月13日現在の登録施設とさせていただきます。こちらの施設会員一覧（https://jsrr.smoosy.atlas.jp/ja/facility_members）をご参照ください。

6. 受講プログラム

1. 腎疾患の動向と腎臓リハビリテーション

2. リハビリテーション総論

3. 慢性腎臓病の病態生理と治療

4. 運動療法（運動処方）の理論

5. 身体機能評価（ADLを含む）

6. 食事・栄養療法

7. 看護・患者教育/指導

8. 透析時運動指導等加算（新設）について

9. 透析中の運動療法の適応と禁忌とリスク管理
10. 透析中の運動処方1：有酸素トレーニング
11. 透析中の運動処方2：レジスタンストレーニング
12. 透析中の運動療法の実際（管理運営・前後評価）
13. サステナブルな運動介入のための工夫（心理支援など）

*プログラムの詳細は[こちら](#)を参照ください。

*講義資料は予め配布いたします（配布の方法は後日お知らせいたします）

7. 受講修了証の授与（発行）

全ての受講プログラムを受講し、受講修了後（当日）にオンラインで実施する修了試験に合格した者に受講修了証を発行する。修了試験の受験方法の詳細については、後日、発表いたします。

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。