

第28回透析保険審査委員懇談会報告

宍戸寛治 太田圭洋 正井基之 甲田 豊 小林真也 平松 信 前野七門 溝渕正英
大坪 茂 百武宏幸 山川智之

日本透析医会医療保険委員会

key words : 透析保険審査, シャントエコー, 吸着型血液浄化器, トルバプタン,
二次性副甲状腺機能亢進症治療薬

要 旨

第28回透析保険審査委員懇談会を令和5年9月9日（土）にweb開催し、100人近い全国の透析保険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ていたが、本年の総会も新型コロナ感染症対策によりハイブリッド開催となったため、9月9日（土）の日本透析医会支部長会後のweb開催となった。事前に行った各支部へのアンケート調査をもとに、保険委員会で以下の5項目を抽出し、討論した。

- 1：シャントエコー
- 2：透析患者でのトルバプタン（サムスカ[®]）の使用
- 3：二次性副甲状腺機能亢進症治療薬
- 4：吸着型血液浄化器レオカーナ[®]
- 5：バスキュラーアクセス関連

本懇談会は、各都道府県での審査状況を共有し、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。懇談会の討論結果が、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。また、今回よりZoomの投票機能を利用したアンケート（Q1～Q6）を実施し、国保、社保、非審査委員（当会の役員、支部長）別に集計し、記載した。国保、社保審査委員については、同一の県から複数の回答があった場合、1県として集計した。

1 主要検討事項

1-1 シャントエコー

- ① 定期検査ではないシャントエコーは認めてほしい。エコーなどしなくてもシャント不全は分かるとか、シャント不全は動脈穿刺で乗り切れるとか、今時何を言っているのか？みたいな審査員がいるのはいかがなものか。
- ② シャントエコー パルスドプラ法加算について、現在算定は認められていないが、末梢動脈の逆流有無、RI、血流測定する必要があるため認めてほしい。
- ③ シャントエコーでパルスドプラ法を行った場合、社保では減点される。
- ④ 評価に重要なので行っている。社保でも算定できるようにしてほしい。
- ⑤ 透析シャントの血流状態確認のための血管エコーは、どの程度の時間的間隔があれば請求可能か？
- ⑥ シャントエコーについて、経皮的血管形成術（Percutaneous Transluminal Angioplasty; PTA）を施行していない症例で、狭窄の病名あれば毎月算定できるか。

| Q1、シャントエコーについて | 国保 (県) | 社保 (県) | 非審査委員 (人) |
|------------------|-----------|-----------|--------------|
| ①シャントエコーの算定を認めない | 0 | 0 | 1 |
| ②シャントエコーの算定を認める | 23 | 26 | 20 |

Q2, ドブラー加算について

| | 国保 (県) | 社保 (県) | 非審査委員 (人) |
|--------------------|-----------|-----------|--------------|
| ①すべて認めない | 2 | 1 | 1 |
| ②PTA時以外は認めない | 5 | 0 | 2 |
| ③すべて認める (閉塞時以外) | 12 | 26 | 10 |

Q3, 次の場合のシャントエコーを認めますか

| | 国保 (県) | 社保 (県) | 非審査委員 (人) |
|----------------------------|-----------|-----------|--------------|
| ①導入時, 転入時のみ | 2 | 2 | 0 |
| ②スクリーニング検査 (3~6カ月に1回)のみ | 4 | 8 | 1 |
| ③両者とも認める | 12 | 11 | 6 |
| ④両者とも認めない | 5 | 5 | 4 |

【討論内容】

第26回本懇談会でも議論したが、シャントエコーの算定を認めない県が少數みられた。今回は国保、社保とも算定を認めない県はみられなかった。

ドブラー加算については、すべて認めない県が国保2県、社保1県、PTA時以外は認めない県が国保で5県みられた。以前は社保で認めない県が多かったが、今回1県のみであり、緩和されたようである。

検査間隔については、脱血不良などの有症時以外にどこまで認めるかによると思われ、スクリーニング検査を認めると、有症時も含めるとかなり高頻度となる可能性がある。導入時、転入時のみ認める県は国保、社保とも2県、スクリーニング検査のみ認める県は国保4県、社保8県、その両者とも認めない県は国保、社保とも5県と少なく、スクリーニングを含めて認める県が多いようである。ただし、スクリーニングといって全例に3カ月に1回検査するのではなく、症例を選択し、必要性を十分詳記すれば3カ月に1回までは認める県が多いようである。

令和2年の診療報酬改定で90日以内のPTAの要件として血流量400mL/分以下、RI(Resistance Index)0.6以上が採用されたこと、および令和3年10月より臨床工学技士による検査が法的に認められたこともあります、いずれも緩和される傾向にあると思われる。

1-2 透析患者でのトルバプタン(サムスカ[®])の使用

- ① サムスカ[®]の透析患者に対する使用について、症状詳記があつても(※以降の記載なし)
- ② トルバプタン(サムスカ[®])の腹膜透析患者への投与が事務レベルで査定されている(疑義照会

として、全例審査している)。血液透析患者の導入期についても同様。

- ③ トルバプタン(サムスカ[®])は尿量のある患者(無尿以外)では認めてよいのではないか。

Q4, サムスカ[®]の使用について

| | 国保 (県) | 社保 (県) | 非審査委員 (人) |
|-----------------|-----------|-----------|--------------|
| ①CAPD, HDとも認めない | 3 | 5 | 3 |
| ②CAPDのみ認める | 12 | 14 | 7 |
| ③両者とも認める | 8 | 13 | 1 |

【討論内容】

昨年の第27回本懇談会でも議論し、CAPD、HDとも認めない県は数県であり、CAPDのみ認める県が多数であった。今回のアンケートでは両者とも認めない県は国保23県中3県(13.0%)、社保32県中5県(15.6%)であった。CAPDのみ認める県がわずかに多いようだが、両者とも認める県が昨年より増加しているようである。治験したが全く無効であり、今後も認めないとする強硬な意見も一部あったが、CAPDでは臨床的に有効例も多く必要不可欠との意見が多数みられた。さらに、トルバプタンは無尿では禁忌だが、尿量のある透析患者では禁忌となっておらず査定は困難であり、認める県が8割を超えるようであれば認める方向で収束していくのではないかとの意見もあった。

認めている県でも、添付文書上の要件(心不全、入院下で開始、ループ利尿薬等で効果不十分)を満たす必要があり、また、無尿では禁忌であり、尿量を詳記しておいた方が返戻、査定を避けられると思われる。

1-3 二次性副甲状腺機能亢進症治療薬

- ① 二次性副甲状腺機能亢進症に対して、内服薬と注射薬の併用は可能か?
- ② 適応病名(二次性副甲状腺機能亢進症)の診断がある患者へのマキサカルシトール投与が査定されたケースがある(約2年間で20件程度)。病名以外にも算定要件があるのか。

Q5, 活性型ビタミンD3とCa受容体作動薬の併用について

| | 国保 (県) | 社保 (県) | 非審査委員 (人) |
|----------|-----------|-----------|--------------|
| ①併用を認める | 18 | 28 | 15 |
| ②併用を認めない | 0 | 0 | 0 |
| ③その他 | 0 | 0 | 0 |

| Q6, iPTH 150 pg/mL 以下でも認めてよい | | | |
|------------------------------|-----------|-----------|--------------|
| | 国保 (県) | 社保 (県) | 非審査委員 (人) |
| ①認める | 17 | 26 | 19 |
| ②認めない | 1 | 2 | 0 |

【討論内容】

現在、本症に認可されている薬剤は活性型ビタミンD3 製剤3剤（マキサカルシトール（注射）、カルシリオール（注射）、ファレカルシトリオール（経口））とCa受容体作動薬4剤（シナカルセト塩酸塩（経口）、エボカルセト（経口）、エテルカルセチド塩酸塩（注射）、ウパシカルセトNa水和物（注射））である。経口、注射に関わらず活性型ビタミンD3、Ca受容体作動薬共に1剤しか認められないが、両者の併用は認めるのが一般的と思われるが、アンケートでは出席者全員が併用を認めた。

プラリア[®]などの骨粗鬆症治療薬の投与に伴う低Ca血症に対して骨粗鬆症、腎不全に適応のある経口活性型ビタミンD3 製剤（エルデカルシトール（エディロール[®]）は骨粗鬆症のみ）の併用がみられ、骨粗鬆症の病名があれば認めてよいのではないかとの意見があったが、添付文書上静注および経口ビタミンD3の併用は認められないとの結論に至った。

②については、マキサカルシトールは添付文書上週3回投与、iPTH 150 pg/mL 以下で中止と記載されているため、査定されたと思われる。しかし、マキサカルシトールはCa非含有P吸着薬やCa受容体作動薬もない時代の2000年上市であり、iPTH 150 pg/mL 以下では高率に高Ca血症が発現したため、このように規定されたものと思われる。この算定要件は緩和してもよいのではないかとQ6で質問したところ、国保1県、社保2県を除いて大半が賛成した。反対意見の3県に確認したところ、iPTH値の記載を求めていないので査定はあまりないが、かなり低値を記載されれば査定せざるを得ないとの意見であった。許容されるPTH値については60以上との意見が多かったが、100以上との意見もみられた。週3回投与については、マキサカルシトールは半減期が短いために週3回投与と規定されたのである、週1回投与は不適切であるとの意見があり、参加者の賛同が得られた。

1-4 吸着型血液浄化器レオカーナ[®]

- レオカーナ[®]の算定について、1クール24回終了後、2クール目の算定についてどのくらい間隔を空ければよいのか？
- 包括的高度慢性下肢虚血（Chronic Limb-Threatening Ischemia; CLTI）時の血管内治療（EVT）後3カ月の再狭窄率は70%であり、再度レオカーナ[®]治療を必要とする患者も少なくないと思われるが、2クール目導入までの間隔について、3カ月？

【討論内容】

レオカーナ[®]上市から2年以上経過し、有効性、有用性が多数報告され、使用症例が増加している。昨年の当懇談会で「透析との同時併用」について議論し、基本的に同時併用は認められないとの結論に至った。

CLTIは再発が多く、CLTI時のEVT後3カ月の再狭窄率は70%であり、再度レオカーナ[®]治療を要する患者も少くないと思われる。しかし、1クール24回（3カ月）で300万円近い医療費となり、3カ月間という期限が設定されていることから、3カ月程度のインターバルがあれば認めるとの意見が多かった。また、3カ月以内に下肢潰瘍が再発した場合、1カ月以内は不可であるが、1~3カ月以内でも十分な必要性の詳記があれば認めざるを得ないが、有効性が十分得られない症例に頻回に治療を繰り返すような場合は返戻すべきであるとの意見があった。

1-5 バスキュラーアクセス関連

- 薬剤コーティングバルーンカテーテル（DCB）の算定において、詳記に頻回再発などの条件を必須とされているのか。
- カッティング型、DCBなどのバルーンについては全例詳記を求めるという対応でよいのか。

【討論内容】

第26回、第27回の懇談会でも議論したが、関連学会および発売元から適正使用指針が発出されており、術者要件や適応について詳記が必須であり、詳記がない場合返戻となる。しかし、適応基準については、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、具体的な基準が記載されていない。最近、DCBの請求が増加し、なかには半年~1年以上PTA歴がない症例も散見される。そこで、昨年の本懇談会にお

いて、ある県から「1年間に3回のPTA歴かつ直近3カ月以内のPTA歴」という基準が提案された。今回もこの基準について議論したが、基準を設定している県はなく、基準の設定は困難であり、詳記により個別判断するしかないという意見が多かった。また、血栓性閉塞病変には不可であり、内膜増殖型であることをエコーで確認された症例に限定すべきであるとの意見もあった。

DCB以外でも、ステントグラフト、カッティング型、

スリッピング防止型などのバルーン使用時はすべて詳記が必要であり、詳記がなければ返戻する方針に異論はみられなかった。保険者からの再審査にあがると原則返戻不可であり、原審で返戻すべきである。

2 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を以下に記載する。

各都道府県からの診療報酬に関する検討事項等

I 検討事項

| 分類 | 内容（支部からのコメント） |
|-----------------------------|---|
| 1. 医学管理料 1) 慢性維持透析患者外来医学管理料 | 慢性維持透析外来医学管理料につく選択式コードの必要性。 2年ごとの減点（マイナス改定）の根拠、意図不明である。 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、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なくしてほしい。 |
| 2) その他 | 医学管理料に関わるカルテ記載の方法について。 |
| 2. 検査・画像 1) シャントエコー | シャントエコーについて、PTAの施行をしていない症例で、狭窄の病名あれば毎月算定できるか。 定期検査ではないシャントエコーは認めてほしい。エコーなどしなくてもシャント不全は分かるとか、シャント不全は動脈穿刺で乗り切れるとか、今時何を言っているのか？ みたいな審査員がいるのはいかがなものか。 シャントエコーでパルスドプラ法を行った場合、社保ではドプラを減点される。評価に重要なので行っている。社保でも算定できるようにしてほしい。 透析シャントの血流状態確認のための血管エコーは、どの程度の時間的間隔があれば請求可能か？ |
| 2) その他 | 定期的に行われる心エコーは、病名があれば、年何回認められるか。 D215超音波検査 2断層撮影法 口その他の場合 (2) 下肢血管 450点 パルスドプラ加算 150点 下肢静脈瘤の検査にて 600点で算定する施設がある (3) その他 350点で算定すべきではないか。 弁膜症を有する症例で年1回の心エコーが査定されているが、算定できるように検討してほしい。 同日の血算、透析前後で、2回算定できるか？ PTHについて、月2回の検査を行った場合、慢性維持透析患者外来医学管理料を算定したら1回請求できているのに、慢透が算定できない場合には、月2回請求できるはずなのにやはり1回しか請求できないのは納得できない。 「算定回数が過剰である」「診療上適当でないもの」を理由に減算されることが多いが、適切な範囲を明示してほしい。 シスタチンCの算定について、慢性腎臓病ステージ3aは算定可能か？ 算定可能な病名は？ |
| | 腎移植患者に対するサイトメガロウイルスpp65抗原の算定回数について、症状詳記があっても月2回までとするのか。 梅毒トレポネーマ抗体定性検査を1回/年実施しているが、「医学的不適当」等で毎年指摘される。対象保険は国保（後期高齢者）。感染管理上で必要検査として実施しているが不要であるか検討してほしい。 SpO2測定の測定回数酸素吸入した際に算定しているが毎回減らされる（7回→4回）。 |

| 分類 | 内容（支部からのコメント） |
|------------------------|---|
| 3. 投薬・注射 1) HIF-PH 阻害薬 | <p>転院時の感染症・血液型チェック検査の減点。</p> <p>透析患者の定期検査等について、すべて公費ではなく、一般患者と同様に一部負担する必要があるのではと考える。</p> <p>透析前後の採血を査定される。2回を1回とか、4回を3回とかにしてくる。</p> <p>HIF-PH 阻害薬が、人工腎臓に包括されるのはいかがなものか。</p> <p>HIF-PH 阻害薬の院内処方原則をやめてほしい。必要な症例に処方時不便である。</p> <p>HIF-PH 阻害薬を院内処方した場合でも算定をする医療機関がある。</p> <p>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ても、薬剤変更が必要になってしまう点。</p> |
| 2) その他 | <p>内服薬7種通減の運用が厳しくなっている。特に月3回定期処方日があると透析日のみ処方が6日分×3回=18日分=1種とカウントされると厳しい。</p> <p>慢性腎不全におけるペルサンチン[®]の使用で査定された。</p> <p>薬剤の選択式コードの必要性。</p> <p>過剰と判断され薬剤を減量されることがある。治療に必要である根拠を示すため症状詳記を作成する機会がほしい。</p> <p>サムスカ[®]の透析患者に対する使用について、症状詳記があっても（※以降の記載なし）。</p> <p>DPC病院において長期留置カテーテル挿入手技・コストの算定ができないことは問題である。</p> <p>処方内容の査定基準が臨床とズレがある。</p> <p>トルバプタン（サムスカ[®]）の腹膜透析患者への投与が事務レベルで査定されている（疑義照会として、全例審査している）。血液透析患者の導入期についても同様。</p> <p>透析低血圧に対するグリセオール[®]使用時の適切な病名について。</p> <p>透析1回につきキンダリー[®]1組の請求は多いと思われるがいかがか。</p> <p>ダルベポエチンアルファ注[®]など人工腎臓に包括される製剤が多く、薬剤料が病院持ち出しになっている。</p> <p>透析患者の投薬について、すべて公費ではなく、一般患者と同様に一部負担する必要があるのではと考える。</p> <p>HDFの際のサブラッド[®]を慣例と言って8pまでしか認めてくれない。</p> <p>適応病名（二次性副甲状腺機能亢進症）の診断がある患者へのマキサカルシートル投与が査定されたケースがある（約2年間で20件程度）。病名以外にも算定要件があるのか。</p> <p>二次性副甲状腺機能亢進症に対して、内服薬と注射薬の併用は可能か？</p> |
| 4. 処置 1) 人工腎臓 | <p>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い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いかがなものか。令和4年の改定においてもこの点が改善されなかつたことは問題である。</p> <p>この2年で透析を行うのに必要な出費が著しく増えている。ダイアライザー、透析回路、穿刺針など、あればきりがないがどれも値上げが続く。特にダメージが大きいのが透析液の薬価の上昇（改定の度に20%アップ）と電気代である。後者は当院の規模（患者50人）で年450～500万程度であったものが、今年は800～900万、それ以上に増えそうな勢いである。ESAに加えHIF-PH 阻害薬のマルメへの追加は経営側にとってはデメリットでしかない。次回の改定で間違っても人工腎臓の点数が減ることは考えられない。</p> <p>DPC入院ではHD、CHDFの際の人工腎臓手技以外すべて包括されるが、透析回路の点数までもが包括となることには、疑問がある。回路は算定を認めてもらいたい。</p> |

| 分類 | 内容（支部からのコメント） |
|--------------|---|
| 2) 導入期加算 | 血液透析導入期（導入後1ヶ月に限る）で人工腎臓（その他）を算定している場合、透析時に使用する透析液や抗凝固剤は出来高請求が可能かと思うが、当該患者が地域包括ケア病棟入院料の算定病棟へ入院している場合は当該薬剤（診療区分40：処置薬剤）の請求は可能か（国保で査定あり）。 |
| 3) 透析時運動指導加算 | 透析離脱後に再導入となった場合、導入期加算は離脱からどの位の期間が空いていれば算定可能か。 腎代替療法指導管理料につき、指導時間（30分以上）制限の緩和。 |
| 4) その他 | 透析時運動指導等加算について、90日限度とする根拠は？ 「人工腎臓」に加算される「透析時運動指導加算」について 運動療法、運動指導を実施している施設は多数あるが、実際にこの加算を請求している医療機関は20～30%程度とも聞いている。 具体的な算定可能な例および減点の例、注意点等を教えてほしい。 透析時運動指導等加算について 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」を参照することとなっており、そこには「指導時は医師が医療機関にいる必要があります」と記載されている。この件について審査機関に問い合わせたところ、算定用件や疑義解釈に「医師が医療機関内にいる必要がある」と明記されているわけではないため、医師が医療機関内にいない場合でも指示があれば、算定しても問題ないのではないかとの見解だった。当院では講習会を受講した看護師が医師不在時に指示を行っているが、腎臓リハビリテーションガイドラインに記載があるため、算定していない。請求上問題ないのであれば、その旨を明記してほしい。 HD患者の運動療法は90日で終了となるが、人によっては継続した方がよい場合があると思われるが、90日で算定終了となるのはなぜか。 透析時運動指導加算の90日縛りをなくしてほしい。継続できないとADLの維持・向上に繋がらなく通院困難患者が増加すると思われる。 エムラクリーム [®] 2.5g透析毎が2gに査定された、やはり多いのか？ しゃ血について、透析患者に対して、しゃ血を行うこと、また、透析療法同日に実施することの2点で査定された、まったく理解できない。 レオカーナ [®] の算定について、1クール24回終了後、2クール目の算定について間隔を空ければよいのか？ CLTI時のEVT後3ヶ月の再狭窄率は70%であり、再度レオカーナ [®] 治療を必要とする患者も少なくないと思われるが、2クール目導入までの間隔について、3ヶ月？ リクセル [®] とOHDFの併用を認めていない県も少なくないようだが、2021年末の透析医学会統計ではOHDF52%となっており、リクセル [®] の治療目的から考えて実状とあわない。当県では4時間未満やβ2-mクリアランスの低いダイアライザーを用いたHDとリクセル [®] の併用では返戻している。 透析用カフ付きカテーテルにて維持透析をしていた患者が離脱後、経過観察のため、カテーテル留置中の血栓予防のためのヘパリン充填は算定可能か。 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。 透析中のリハビリについて、総合病院では算定ができない点（すでに整形外科や脳神経外科などでリハビリがあるため） 薬剤コーティングバルーンカテーテルの算定において、詳記に頻回再発などの条件を必須とされているのか。 消炎鎮痛処置が奏功して整形外科に通院せずすんでいる患者がいるのに、なぜ消炎鎮痛処置を削るのか？（整形外科にかかるほうが費用としては大きいが） 血液透析の穿刺時における疼痛緩和目的で透析シャント肢に使用する薬剤（リドカインテープ [®] ・エムラクリーム [®] 等）の請求について、診療区分は「40：処置」「50：手術（54：麻酔）」のどちらで請求するのが望ましいか。 |

| 分類 | 内容（支部からのコメント） |
|--------|---|
| 5. 手術 | <p>長期留置カテーテル充填にしようしているヘパリンは請求不可か？（基金で査定あり）</p> <p>1) パスキュラーアクセス関連</p> <p>シャント閉塞症例で、血栓除去の翌日にPTAを行い、血栓除去術+拡張術のコストを算定できるか。</p> <p>シャントPTAで当月のシャント狭窄または閉塞の病名がないと不可と言われた。国保で全国の基準で2021年9月からと言われた。つまり5月の狭窄病名では6月のPTAがダメというもの。そんなことはあるのか？</p> <p>PTA、シャント手術の減点（マイナス改定）の根拠不明である。</p> <p>血栓除去不成功の場合、手術料は算定せず材料費のみ算定という考え方よいのか。</p> <p>カッティング型、DCBなどのバルーンについては全例詳記を求めるという対応よいのか。</p> <p>内シャント増設術（単純なもの）について、増設後、発達不良、後日閉塞の場合、増設しなおすが、同月内など短期間で行った場合、症状詳記を添付しても2回目の手術手技料が査定される。治療のために代替法がなくやむを得ず実施しており、必須の医療行為のため、手術手技料の算定を認めてほしい。</p> <p>PTAについて、現在、3カ月以内に条件を満たせば2度請求できるが、その際の、材料費、特にバルーンカテーテルは何本まで請求可能か？</p> <p>短期滞在手術基本料3に通常の経皮的シャント拡張術・血栓除去術は適応されているが、バルーン拡張型ステントグラフト内挿術が含まれていないのはどうしてか？</p> <p>短期滞在手術基本料1にシャント造設術や再建術、血管結紮術が含まれていないのはなぜか？</p> |
| 6. その他 | <p>自立支援医療（更生医療）について患者本人がどのようなものかわからっていないため（理解していない）窓口対応が大変。</p> <p>ADLが低下している患者、視覚障害のある患者への加算がないこと。</p> <p>世の中の入件費高騰、物価高などに対応するには、5割増しの収益が保証されないと困難である。</p> |

II 保険指導情報

| 分類 | 内容（支部からのコメント） |
|----------|---|
| 1. 検査・画像 | <p>シャント血流エコー。</p> <p>狭窄、脱血不良に対して施行した症例や頻回に他施設でPTA施行症例に対して定期的に血流エコーは査定されている。問題症例であり、評価してほしい。</p> <p>HITの患者の透析初回にD-ダイマーを実施したが、医学上適切ではないと査定された。</p> |
| 2. 投薬・注射 | <p>トルバズタン（サムスカ[®]）は尿量のある患者（無尿以外）では認めてもよいのではないか。</p> <p>別の患者に内服薬として処方している薬剤を、他患者に注射薬で投与していると、なぜ内服薬にしないのかといって注射剤を査定される。</p> |
| 3. 処置 | <p>J041吸着式血液浄化法2,000点、外来透析のクリニックで敗血症の病名をつけてエンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法を毎月数名単位で行っていた施設があった。⇒材料で362,000×2計上されていた。</p> <p>当県では、国保がHDFとリクセル[®]併用を認めているが、社保は認めない状況である。見解を統一できないものか。</p> <p>当県は積層型ダイアライザーの適応が狭い（低アルブミン血症がないと使用できない（ローカルルール））。</p> |

III 要望事項

| 分類 | 内容（支部からのコメント） |
|-----------------------------|--|
| 1. 基本診療料 | <p>透析療法の基本診療報酬の維持をお願いしたい。</p> <p>診療報酬を下げないでほしい。</p> <p>血液透析患者の重症合併症に関しての加算。</p> <p>人工腎臓の遠隔診療に関して診療報酬を算定できるようにしてほしい。</p> <p>透析にかかる経費が高騰していることを考慮してほしい。</p> <p>認知症の患者に対する管理料を認めてほしい。</p> <p>物価高、光熱費上昇などの考慮をしてほしい（管理料や基本診療料を上げてほしい）。</p> |
| 2. 医学管理料 1) 慢性維持透析患者外来医学管理料 | <p>慢性維持透析患者外来医学管理料について検査等のコメントの紐づけを見直してほしい。</p> <p>「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。」</p> <p>「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。」</p> <p>傷病名を付けて請求するため、上記の記載は必要ないのではないか。</p> <p>透析本体の点数引き上げ、オーバナイト加算を要望。</p> <p>透析時間の4時間以上は4時間30分、5時間、5時間30分、6時間と区分してほしい。腰痛症、うつ病などの精神疾患などにて長時間透析に耐えられない患者がいるため、1時間刻みではなく30分刻みを要望する。</p> |
| 2) その他 | <p>透析患者はコロナに感染した場合であっても週3回の透析を止めることはできないため、通院する。病院は他の患者に感染させないために個室を用意したり、防護服を着用したりと感染対策を行っている。現在、診療報酬点数として「特定疾患療養管理料（療養指導）（特例）147点」のみである。透析患者の感染対策は診療報酬点数でもっと評価される必要があるのではないか。</p> <p>電気代の急上昇やADL低下患者の送迎負担など（タクシーチケット）、クリニックの負担は大きくなっている。さらに治療期間が長く、その間の愁訴のサポートなどにはスタッフの手厚いサポートが不可欠であり他の診療科との差別化が必要と思う。管理料のアップなどで支えてほしい。</p> <p>透析液やヘパリンなど包括化された薬品の値上げ、光熱費の上昇、感染対策費用、高齢化によるサービス送迎など様々な要因にて治療1回あたりの利益が減少している。透析自体の質の向上と従業員の賃上げ等の両立が困難化しており点数の引き上げが必要である。</p> <p>透析施設では体外循環という性質上、感染対策も厳重に行わなくてはならず、それに係る人件費や材料費も他の診療より負担が大きい。また、感染者の個室透析にも加算が必要。</p> |
| 3. 検査・画像 | <p>シャントエコー パルスドプラ法加算について、現在算定は認められていないが、末梢動脈の逆流有無、RI血流測定する必要があるため認めてほしい。</p> <p>技術料のプラス改定。</p> <p>エコーについて、同日に同一方法によるエコーの場合は部位に関わらず1回のみの算定になる。同日検査したすべて算定できるように希望する。</p> |
| 4. 投薬・注射 | <p>HIF-PH 阻害薬院内処方の院内処方料、調剤料の請求を認めてほしい。</p> <p>「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」2,500点。カテーテル挿入は外科的手術手技が必要であるが、注射（G）に分類されている。→手術（K）に変更してほしい。</p> <p>長期留置型カテーテル留置を手術へ変更してもらうことは可能か。</p> <p>短期留置型カテーテル留置を処置コードでとれるようにしてDPCでも算定可能になればよい。</p> <p>HIF-PH 阻害薬を元通り院外処方に戻してほしい。クリニックでの在庫管理や用量調整が難しく、一包化しにくいため。</p> |

| 分類 | 内容（支部からのコメント） |
|-------|--|
| 5. 処置 | <p>1) 人工腎臓</p> <p>ウロキナーゼが使用できない状況になっており代替の薬剤もしくは早期にウロキナーゼの供給再開を要求してほしい。</p> <p>高齢者の透析導入が増え、ADLの低下や認知症の方も多くなっている。ADLの低下や認知症の患者に対して、介助が必要とされ、対応のため看護助手等の人員が必要とされる。人員を確保するためには、コストがかかるため、対象者の人工腎臓手数料に加算を与えてよいのではないか。</p> <p>人工腎臓を行うためには、電気や水が必要とされる。現在、光熱費が増加しているため、病院の経営を圧迫している。人工腎臓の手技料の増点を求める。</p> <p>人工腎臓（1日につき）について、障害者加算について。</p> <p>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てほしい。</p> <p>人工腎臓について、透析液や石油の値上がりにより材料費が上がっているが包括点数に全く反映されていないこと。</p> <p>人工腎臓の点数の引き上げ。</p> <p>物価高、患者の高齢化に伴い、手がかかるなど、これ以上の引き下げはやめてほしい。</p> <p>人工腎臓の点数 up（人件費・物価の高騰のため）。</p> <p>透析時間4.5時間の加算を付けてほしい（高リン・高カリウム症例など4.5時間で対応できる場合もあり、アドヒアランスも得られやすい）。</p> |
| | <p>2) 透析回数</p> <p>人工腎臓回数を月14回から15回にしてほしい。年々点数が引き下げになっているなか、透析回数が月に14回ある月は患者の状態が増悪のため、臨時HDすると月15回になってしまう。施設側が損害を被る。また、外来・入院別にしてほしい。</p> <p>人工腎臓上限回数の撤廃。</p> <p>15回以上も算定可としてほしい。</p> <p>14回/月の透析では対応しきれない患者がいる。人工腎臓を必要があって月に15回以上施行した場合は、詳記を付ける等すれば認められるようにしてほしい。</p> |
| | <p>3) 障害者加算</p> <p>障害者等加算について、高齢者HD患者が増加のなか、体動困難、体調管理を一人では困難の場合、また、難病の患者だけでなく介護を必要としている状態の場合は、介護度など設定で追加してほしい。障害加算（シ）、末期癌に合併、（ス）腹水・胸水を外来にも追加してほしい。</p> <p>寝たきり度が高い患者の移動に人手が取られる。車いすはスタッフ1人、ストレッチャーは2人必要。入院の患者は病室との往復、外来の患者は玄関の車に乗るところまで介助が必要。透析スタッフは透析業務を行うので他部署スタッフが応援している。障害者加算に追加をしてほしい。</p> <p>人工腎臓（慢性維持透析）の障害者加算の範囲拡大。</p> <p>障害者等加算について、入院中だけ胸水、腹水貯留している方の算定が認められている。外来でも認めてほしい。</p> |
| | <p>4) 透析時運動指導加算</p> <p>透析時運動指導等加算について、年1回3カ月（90日）算定できるようにほしい（特定保健指導と同じ）。</p> <p>透析時運動指導等加算の日数制限をなくしてほしい。</p> <p>透析患者に対する透析時運動指導等加算が、90日限定ということに大きな疑問がある。運動療法は継続することに意義があるため、期間の限定を撤廃してもらいたい。</p> <p>透析時運動指導等加算について、現状では臨床工学技士が指導をした場合は算定不可となっているが、患者に接する機会は臨床工学技士も多々あることから算定可能としてほしい。</p> <p>透析時運動等指導加算の点数増を要望する。</p> <p>透析時運動指導等加算につき、「指導開始90日に限る」の期間のしづりを外してほしい。</p> |

| 分類 | 内容（支部からのコメント） |
|--------|--|
| 5) その他 | <p>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、エコー化穿刺を行っている。加算等の新設を希望する。</p> <p>遠心式血漿交換療法の回路を算定できない状況が続いている、改善を要望する。</p> <p>後期高齢者や要介護者に対する加算を増やしてほしい。</p> <p>介護をする患者も障害者加算の算定対象となるよう要望する。</p> <p>非透析日に来院した場合の透析以外の処置料算定（転倒外傷に対する処置もしくは抗生素の投薬が算定されないため）。</p> |
| 6. 手術 | <p>「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」12,000点。 血栓除去は拡張術に比べて技術的にも難しいが、同点数に設定されている。 →単純な拡張と血栓除去の点数の較差を作ってもらいたい。</p> <p>「K608-3 内シャント血栓除去術」3,130点、K608-2が削除されているが、この項目に「透析用カテーテル血栓除去術」を加えてほしい。点数は3,130点。</p> <p>血流減少術に対する診療報酬をアップしてほしい。</p> <p>内シャント手術料を上げてほしい。</p> <p>シャントトラブルに対する手術の点数が手術の難易度に比して低いと思うので、適切な評価をお願いしたい。</p> <p>VAIVT以外のバスキュラーアクセスの診療報酬を元に戻してほしい。</p> <p>経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、他院から3回目のPTA依頼で紹介された初診患者は、紹介先を起算日として算定させてほしい。</p> <p>シャントPTAについて。 短期間でシャント狭窄や閉塞を繰り返す患者に対して、柔軟に対応できるよう条件の検討をしてほしい。</p> <p>カフ型カテーテルを手術コードにしてほしい。</p> <p>PTAに関しては、閉塞症例に対しては、もう少し規制を緩和できればよいと考える。</p> <p>長期留置カテーテルの手技料が低く、上げてほしい。</p> <p>短期滞在手術等基本料1にシャント造設術や再建術、血管結紮術を入れてほしい。</p> |
| 7. その他 | <p>超低心機能や急性期の人工呼吸器装着患者を一般透析室で透析した際の加算がないので検討してほしい。</p> <p>災害や流行性感染症に対する備えを日常的に行っている（設備投資含め）病院、クリニックに対する評価をしてほしい。</p> <p>電気ガス水道をはじめとしたエネルギー価格が高騰するなか、特に電気、水道を多く消費せざるを得ない血液透析療法にあってはその影響が深刻で、厳しい収益環境に置かれている。また、材料費や人件費も高騰しており、各診療所のコスト削減だけでは限界がある。コスト上昇分を適切な価格転嫁できるような社会的気運が高まっており、医療分野においても同様の対応が望まれる。</p> <p>日本透析医会より調査依頼があった「透析患者の送迎サービス」に関して、今後保険算定することなどができるないか？</p> <p>透析時の薬剤や検査等を使用・施行した際に必要なコメントを選択式にする等、簡略化してほしい。</p> <p>透析患者がコロナ陽性になり、自院で透析する場合の院内トリアージ、救医加算は陰性確認まで算定できるのか。また、疑い患者についても同様だが、5類になんでもそれらの算定、検査回数等情報があればと思う。</p> <p>消耗品や透析液の金額が値上がり、さらに光熱費の高騰など経営を圧迫している。</p> <p>より良い医療、人材確保、設備投資ができるよう透析技術料のアップを要望したい。</p> |