

第25回透析保険審査委員懇談会報告

中央寛治 太田圭洋

要旨

第25回透析保険審査委員懇談会を令和2年10月3日（土）にweb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ていましたが、今年は新型コロナウイルス感染症対策により総会が延期となったため、10月3日（土）の日本透析医学会支部長会後の開催となりました。Web開催、時間の制約もあり、①HIF-PHD阻害薬、②ウロキナーゼ、③人工腎臓4（その他）の算定、④手術（バスキュラーアクセス関連）の4項目について討論しました。

本懇談会は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ますが、日本透析医学会からは干渉を受けない独立した自由な会です。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きます。

1 主要検討事項

1-1 HIF-PHD 阻害薬

- ① エベレンゾ®に対する診療報酬改定の説明不足
- ② エベレンゾ®投薬に関する減点

〔討論内容〕

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、この文言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-PHD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-PHD阻害薬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。

このような文言になった経緯については「当初の中医協答申の段階ではイロハはESA使用患者となっており、ESAを使用していない患者はニホへの算定となってしまうため、透析医会が厚労省と交渉し、このような文言になった。」と太田常任理事より説明がありました。

また、いつからイロハからニホへに変更するかについても混乱があるようです。当初2月7日の中医協資料では「イからハマでを算定した週においては、ニからハマでを別に算定できない」との文言がありました。3月5日の官報では削除されていました。透析医会から厚労省に通知を出すように申し入れをしていますが、未だ正式な通知は出ていません。したがって、HIF-PHD阻害薬を服用開始した日からニホへに変更し、院外処方が切れた日からイロハに変更するのが妥当であるとの意見で落ちつきました。副作用などで中止した場合でも処方期間はニホへで算定することになりますが、そのコストを全部医療機関が負担することになり、いかなるものかという異論もありました。この点についても正式な疑義解釈通知が厚労省から発出されることを要望したいと思います。

1-2 ウロキナーゼ

- ① シヤント閉塞に対するウロキナーゼを認めるか。
- ② シヤント血栓に対してウロキナーゼの使用期間は、添付文書：動静脈血栓発症後10日以内
- 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。

〔討論内容〕

この問題は過去の懇談会で何度も議論されましたが、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。

シヤ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。過去の懇談会でも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。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。

今回、改めてウロキナーゼの投与を一切認めていない県を確認しましたが、数県のみでした。また、投与回数に関しては添付文書に発症後10日以内とありますので2~3回までとしている県が多いようでした。

- 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。
- 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）

〔討論内容〕

カテーテルの血栓除去術に該当する手術手技料について議論しました。四肢の血栓除去術、内シヤント血

栓除去術は算定不可で、しいてあげればK608-2外シヤント血栓除去術（1,680点）が近似しているとも考えましたが、令和2年の診療報酬改定で削除されました。この点数に近似するものとしてK0002創傷処置（1,680点）の提案もありましたが、準用は困難と思われまます。したがって、現時点では準用する手術手技項目がないため算定困難と思われまます。しかし、近年長期留置カテーテルが増加しており、各都道府県で検討し、情報を頂きたいと思われまます。

1-3 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。

〔討論内容〕

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。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。

〔討論内容〕

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、他県からは同様の報告はありませんでした。しかし、ダイアラライザーはより安価であり、この場合認めてもよいのではないかとの意見がありました。ECUM 単独の場合ダイアラ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。
- 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ないこと。

〔討論内容〕

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、所定点数に50点を加算する。」の文言がありますので、算定できないと解釈せざるを得ません。しかし、オンラインHDFが30%を超えている現状を考慮すると、人工腎臓4（その他）を算定する場合も一定数あると思われ、この矛盾を解消する方向で厚労省に要望していきたいと思います。

1-4 手術（バスキュラーアクセス関連）

- ① シヤント閉塞に対して、PTAまたは、血栓除去術を行い、うまくいかず、シヤント手術をしたとき、両方の点数を請求できるか？
- ② シヤント手術をしたとき、うまくいかず、対側に再度手術をしたとき、両方の点数を請求できるか？

③ シヤント閉塞に対して、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？

④ 内シヤ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。

〔討論内容〕

シヤント造設術には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回以上のシヤント手術に関して「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。しかし、この通達は全国の支払基金に発出されたものではなく、一部の県の支払基金の独自解釈だったようです。この点も踏まえて再度月2回以上のシヤント手術に関して議論しました。「作製後、流れなかった場合は血管結紮術となるが、一旦流れてその後詰まった場合は認める。2回は認めるが、3回は絶対認めない。」「2回目は血管結紮術に査定する」などの意見の一方、「原則認める」との県もあり各県、各審査員によりかなり対応が異なるようでした。

⑤ 経皮的シヤント拡張術・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ヤ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。人工血管内シヤントの他部位病変や自己血管内シヤントの狭窄病変への使用を認めるか。

〔討論内容〕

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ヤントへの使用について議論しました。必要性が分かる詳記があれば認める県と絶対認めない県に二分されましたが、認めない県の方が多く印象でした。しかし、鎖骨下静脈など中枢側へのステント使用は医学的に認めてもよいのではないかとの意見が少なからずありました。

⑥ 「K616-4」経皮的シヤント拡張術・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「月の初日から月の末日までの1カ月を単位とする」でなく、90日でよいのでしょうか。

- ⑦ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術が初回手から3カ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。
- ⑧ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術における3カ月以内に1回の限度しほりがある。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カ月に3回以上行った場合は、特定保険材料も算定不可となる)。

〔討論内容〕

これは、昨年秋にK616-4の点数を下げるとの情報が入り、それならば3カ月しほ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カ月以内の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。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)。⑥の通則との関係についてはその通りであり矛盾していますが、疑義解釈で90日という暦日に変更したものと思われる。

- 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。
- 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。
- ⑪ PTAを当月にするか、翌月でも日にちが決まっていなくてドプラ加算は認められず、請求していませんが、他府県で違うと聞きましたので如何なものでしょうか。

〔討論内容〕

3カ月以内のPTAの要件として、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以上としました。シャント造影で高度狭窄の件も要望したのですが採用されませんでした。したがって、この文言だけで解釈するとエコー所見がないと認められませんが、審査の運用上PTAが必要と認められる詳記があれば認める方向で検討して頂きたいと思います。また、シャントエコー、ドプラ加算については、少なくともPTA適応の診断と書かれていなければ認めざるを得ないと思われま

最後に、常任理事より以下の要請がありました。「今回、中医協でこの問題が議論された時に月間のPTA件数が発表されており、3カ月しほりを緩めたことによりPTA件数が著増するようだと問題になる可能性があります。各都道府県で適切なPTAが実施されるよう指導していただきたい。」

- ⑫ PTAバルーンカテーテルの使用本数

- 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。(i)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、(ii)2カ所つまりがある場合、(iii)1回では広げきれず、2本を使用する場合

〔討論内容〕

この質問も毎年出てきますが、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る。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)の請求は詳記があれば認めている県が多いようです。⑬の場合、常習的に2本以上の使用となり、不適切と思われる。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、(i)微細血管造影用ガイドワイヤー、(ii)血管造影用今井黒カテーテル、(iii)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。

- ⑮ 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？
- ⑯ 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？
- ⑰ 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。

〔討論内容〕

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く、詳記があれば認めています。それ以外は冠動脈やシャント以外の末梢動脈、大血管の治療時に使用するもので、適応外であり認めない県が多いようです。⑯のフィブリン糊なども大血管手術時に使用するものであり、人

工血管手術時も認めないとする県が大勢を占めました。シャント手術時のパパベリン塩酸塩[®]、プロスタグランジンの使用は認めている県が多いようです。

最後に、今回のバスキュラー関連の改定に関して外科系の医師より「PTA の点数切り下げは納得できるが、内シャント設置術の切り下げや、動脈表在化（5,000 点）が低いままなのは納得しかねる」との発言がありました。私も同感ですが、これは外保連マターであり、簡単ではありませんが、昨年透析医学会も外保連に入会しましたので、働きかけていきたいと思ひます。

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。次ページより診療行為別に記します。

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
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)
2. 医学管理料	
(慢性維持透析患者外来医学管理料)	<p>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 カ月ごとの 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、合議には至っていない)</p> <p>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。</p> <p>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なる例を頂きたい。</p> <p>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)</p>
3. 検査・画像	
1) シヤントエコー	<p>(シヤント血管エコー)</p> <p>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。</p> <p>シヤント PTA 等の治療適応診断のため超音波検査 D215-2-ロ-(3)+ドブラ加算 150 点が必要だが、今まで社保にてドブ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 測定が必須となっており、ドブラ法が必要であるのに加算がとれないのは疑問です。</p> <p>PTA を当月にするか、翌月でも日にちが決まっていなくてドブ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。</p> <p>内シヤント狭窄に対するエコードップラー加算はどのくらいの間隔をあげればいいのか？血流量 (20 点) に査定されることがある。</p>
2) パルス療法関連検査	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「パルス療法」の定義は。
3) PAD	<p>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。</p> <p>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。</p>
4) その他	<p>コロナの事もあり、SaO₂ を毎回算定することは可能でしょうか。(現在、毎回算定)</p> <p>「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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>末梢血液一般検査は、透析患者様のヘパリン起因性血小板減少症 (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ください。(初診患者)</p> <p>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、理由を教えてください。</p>

項 目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について
4. 投薬・注射	
1) ウロキナーゼ	<p>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）</p> <p>シャント閉塞に対するウロキナーゼを認めるか。</p> <p>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：動静脈血栓発症後10日以内</p>
2) カルニチン	<p>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。</p>
3) その他	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>クレナフィ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。</p> <p>薬剤溶解用の生食が査定されることがある。現在、プ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。</p> <p>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。</p> <p>エベレンゾ投薬に関する減点</p> <p>アルプロスタジル注の4ヵ月日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が必要な場合、注射添付のうえ請求しても査定となる。</p> <p>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えます。その際、審査が通らないことがあります。</p> <p>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、されなかっ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？</p> <p>エベレンゾに対する診療報酬改定の説明不足</p>
5. 処置	
1) 導入期加算	<p>（導入期加算2の施設基準の腎移植に係る取組の状況）</p> <p>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…</p>
2) リクセル	<p>オンラインHDF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？</p> <p>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</p>
3) 人工腎臓その他	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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たつのかどうか？</p>
4) 慢性維持透析濾過加算	<p>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。</p> <p>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。</p>

項 目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について
	<p>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。</p>
	<p>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。</p>
5) その他	<p>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。</p> <p>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、キシロカインゼリーを使用する場合があります。その際、キシロカインゼリーは併せて算定可能でしょうか。</p> <p>吸着式血液浄化法の評価の見直しがされ、算定要件アで次のいずれかの項目を満たすこととあるが、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)</p> <p>① 細菌感染症を疑っ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「D018」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。</p> <p>② 細菌感染症を疑っ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「D018」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。</p> <p>③ 細菌感染症を疑っ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「D018」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「D018」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。</p> <p>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。</p> <p>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判明している訳がなく、現実的でない。</p> <p>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。</p>
6. 手術	
1) バスキュラーアクセス関連	<p>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？</p> <p>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？</p> <p>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？</p> <p>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）</p> <p>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。</p> <p>「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。</p>

項 目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について
	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。
	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。
	<p>シャント PTA に際して、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>の使用を認めるかどうか、認めるなら何本までか</p>
	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 時にも認められていますか？
	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ていますか？
	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。
	PTA パルーンカテーテルの使用本数
	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
	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 400 ml 以下又は RI 0.6 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。
	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、その次の手技が認められるのはいつか。
	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。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。
	<ul style="list-style-type: none"> 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。
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。
	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。
	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。
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。体重測定にリフトスケー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。

項 目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について
	<p>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。</p> <p>一般の透析室において、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。</p> <p>COVID-19 に罹患した患者、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。</p> <p>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ってもよいと考えます。</p> <p>CKD G5 期の指導管理料が算定できるよう申請をお願いしたい。</p> <p>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。</p> <p>透析室、コロナ対策施行時の、点数加算などご検討頂きたい。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</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。</p> <p>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。</p> <p>透析導入の IC における診療報酬を新規に申請したい。</p>
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。
3. 検査・画像	<p>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。</p> <p>心疾患がある患者に対して透析中、呼吸心拍監視の減点。</p> <p>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。</p> <p>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にお願いしたい。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。</p> <p>穿刺困難な患者に対してのエコー下穿刺の算定を可能にしてほしい。</p> <p>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。</p>
4. 投薬・注射	<p>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ジン S を投与開始し、甲状腺機能をコントロールした。カルタン錠を継続投与していたが、甲状腺機能低下症にカルタン錠は禁忌との指摘があった。カルタン錠を認めてもらえないか。</p> <p>ニュープロパッチ (9 mg) 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 (100 kg 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。</p>

項 目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について
	<p>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。</p> <hr/> <p>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トー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。</p> <hr/> <p>アミカシン血中濃度（抗生剤の薬剤血中濃度）、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。</p> <hr/> <p>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。</p> <hr/> <p>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。</p> <hr/> <p>亜鉛補給薬であるノベルジンの適正使用を透析医学会から発信できないか。</p> <hr/> <p>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？</p>
5. 処置	
1) 人工腎臓	<p>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だきたい。</p> <hr/> <p>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。</p> <hr/> <p>人工腎臓の処置料を下げないでほしい。</p> <hr/> <p>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。</p> <hr/> <p>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（送迎や転倒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。</p> <hr/> <p>HIF-PHD 阻害薬の発売およびエリスロポエチ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。</p> <hr/> <p>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と思います。</p> <hr/> <p>人工腎臓の点数のこれ以上の細分化はしてほしくない。</p> <hr/> <p>病院 通常の透析についても点数を確保してほしい。</p> <hr/> <p>下肢末梢動脈疾患指導管理加算の加点</p> <hr/> <p>O-HDF に対する水質加算の加点</p> <hr/> <p>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。</p>
2) 透析回数	<p>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。</p> <hr/> <p>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。</p> <hr/> <p>併用療法（PD+HD）の週 2 回 HD までの診療報酬を申請したい。</p> <hr/> <p>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。よろしく願います。</p> <hr/> <p>15 回以上の透析手技料の算定の緩和</p> <hr/> <p>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。</p>

項 目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について
3) 障害者加算	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>「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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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。
5) CAPD	<p>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。</p> <p>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。</p>
6) ESA, フサン	<p>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。</p> <p>リクセル・フサンなどの使用期間の見直し。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
7) その他	<p>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）</p> <p>ダイアライザーの償還価格が低すぎるのではないだろうか。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。</p> <p>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。</p> <p>療養病棟入院基本料を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。</p> <p>IHDF・オンライン HDF とリクセル併用について、必要な症状詳記の下で算定を認めるよう要望したい。</p> <p>オンライン HDF で置換液を多く使いたいの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。</p>
6. 手術	<p>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。</p> <p>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。）</p> <p>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。</p> <p>「PTA」3 カ月ルールの撤廃、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。</p> <p>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。もとの点数に戻していただきたいです。</p>

項目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について
	PTA時の3ヵ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、手技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 ロ 静脈転位を伴うもの 15,300点での静脈を長さ15cm以上遊離とあるが、現実的ではない。削除等をお願いしたい。
	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PTA3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」12,000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。
7. その他	
	患者都合による急な透析日の変更にもとない、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。
	現在の透析の算定ルールがあまりにも複雑すぎるので、ルールの単純化・明確化をしてほしい。
	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) 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 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すぎるので、とにかく月1回まで、とするなど)
	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。
	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)
	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、
	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。
	上記(3)に関連して)
	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。 →特別な点数評価(最低2倍)が必要と考えます。
	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な旨の確認をとり4月分は請求しております。

項 目	問題点・疑問点・提案・保険指導等について
	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。
	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。
	算定・減点理由について具体的に記載してほしい。
	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。
	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。
	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。