

令和5年度

日本臨床内科医会九州ブロック会議
第58回九州各県内科医会連絡協議会
第40回九州各県内科審査委員懇話会

日 時：令和5年11月11日(土)

場 所：ソレイユ(大分県労働福祉会館)

(大分市中央町4丁目2-5)

担当：大分県内科医会

令和5年度

日本臨床内科医学会
九州ブロック会議

日時:令和5年11月11日(土)午後3時~4時

場所:ソレイユ(大分県労働福祉会館)3F「水仙」

令和5年度 日本臨床内科医会九州ブロック会議

日 時：令和5年11月11日（土）午後3時～4時
場 所：ソレイユ（大分県労働福祉会館）3F「水仙」
（大分市中央町4丁目2-5 TEL 097-533-1121）

次 第

1. 開 会
2. 挨拶 日本臨床内科医会 会長 菅原正弘
3. 日本臨床内科医会執行部から現況報告
4. 日本臨床内科医会執行部に対する提案事項
5. そ の 他
6. 閉 会

【提案事項】

- (1) かかりつけ医機能と、地域包括診療料、地域包括診療加算の今後の展開について（熊本県）…… 6
- (2) 九州各県内科医会共同事業の進捗状況に関する報告（福岡県）…… 7
- (3) 若手の日本臨床内科医会員をいかに増やしていくか（鹿児島県）…… 8
- (4) 医薬品の安定供給について（宮崎県）…… 9
- (5) 新型コロナウイルス感染症に対する抗ウイルス薬投与の現状と今後について（沖縄県）…… 10

日臨内執行部に対する
提 案 事 項

(1) かかりつけ医機能と、地域包括診療料、地域包括診療加算の今後の展開について（熊本県）

《提案趣旨》

「骨太の方針 2023」などの閣議決定の中で、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進」と記されていて、かかりつけ医の役割が最重要視されている。本年6月21日の中央社会保険医療協議会でも、2024年度の診療報酬改定に向けて、中長期的な人口減少や高齢化を見据えた地域医療の提供体制を整備するため、診療所などの「かかりつけ医機能」を強化し、医療機関の役割分担や連携を後押しする方向で検討されている。そしてこれまでのそれにとまなう具体的な取り組みが、地域包括診療料や地域包括診療加算などである。しかし、実際の臨床で、施設基準があまりに高いためクリニックレベルで地域包括診療料を届けている施設は極めて少なく、さらに地域包括診療加算でも届け出はほとんどが2であり、それも実際には請求していないクリニックもある。今後これらの加算や管理料には医療連携へのかかわりが重視され、改訂される可能性が高い。日本臨床内科医会としてこれらの加算・管理料についての見解と今後について伺いたい。

(2) 九州各県内科医会共同事業の進捗状況に関する報告 (福岡県)

《提案趣旨》

本年1月28日の九州各県内科医会会長会において、各県独自の活動と並行して共同事業を実施することを提案し、ご了承をいただきました。その後、各県代表をお決めいただき、話し合いを進めているところです(6月に第1回を実施、8月に第2回の予定)。活動はまだ緒に就いたばかりですが、これまでの議論の流れと今後の方針についてご報告申し上げます。

(3) 若手の日本臨床内科医会員をいかに増やしていくか (鹿児島県)

《提案趣旨》

日臨内庶務部会員増強委員会は「かかりつけ医のための WEB 講座」の開催後に入会が増える傾向にあり、非会員の医師との接点が多くできたことが入会数の増加に寄与していると報告されている(日本臨床内科医会第 68 回代議員会:2023 年 4 月 8 日:資料)。同じ資料で総務部 総務委員会の資料では、過去 6 年間に 250 名/年の会員減少が続いている。鹿児島県内科医会での令和 4 年度の会員数は新入会員 6 名に対し、逝去会員 8 名、退会会員 4 名で 6 名減少した(令和 5 年 3 月 31 日現在 371 名)。会員の高齢化が進んでおり、今後もこの傾向は続くと思われ、いかに若手内科系医師の会員を増やしていくかが喫緊の課題である。

鹿児島県内科医会では、会員増強を目指して以下の活動を行ってきた。

- 1) 日本臨床内科医会の活動を多くの医師会員の目に触れることを期待して毎月の鹿児島県医師会報に「かかりつけ医のための WEB 講座」案内を同封してもらっている。
- 2) 鹿児島県内科医会独自のアンケート調査について
リフィル処方アンケート調査結果については鹿児島県内科医会報第 54 号(令和 5 年 1 月 1 日発行)で報告したが、慢性腎臓病に関するアンケート調査結果については、鹿児島県医師会報(第 859 号 令和 5 年 1 月 1 日発行)に報告し、多くの医師会員、特に若手内科系会員の目に触れることで鹿児島県内科医会の活動を認識してもらおうべく努力してきた。
- 3) 鹿児島県内科医会会員に対し、会員メンバー(内科系専門医)による『かかりつけ医へのメッセージ~日常診療の勘所~』と題した WEB 講演会を 3 回シリーズで予定している。医師会報・メーカーを介して内科医会会員以外にも案内し WEB 講演会への参加を呼び掛けている。
- 4) 鹿児島大学医学部の内科系教授には、鹿児島県内科医会総会開催時に特別講演をお願いし、また年 1 回内科系教授と鹿児島県内科医会役員との懇談会を通じ、鹿児島県内科医会への理解・指導また各講座のスタッフへ日本臨床内科医会入会をお願いしてきた。昨年からは鹿児島大学大学院教授 橋口照人先生(血管代謝病態解析学/本年 4 月から大学院医歯学総合研究科科長)、鹿児島大学医学部保健学科教授 宮田昌明先生にも常任理事として参加していただいている。
- 5) 今年度は、内科系教授をお願いして、理解をいただけた教室には若手の医師に対する入会案内を発送することを計画している。

このような試みを通じ若手会員の獲得を目指しているが、日本臨床内科医会新執行部としての今後の計画等ご意見を伺いたい。

(4) 医薬品の安定供給について (宮崎県)

《提案趣旨》

コロナ禍前より供給不安のあった後発品問題が、現在に至るまで解決の見通しなく、さらに悪化しており、第9波の中で日々、鎮咳剤、去痰剤、鎮痛剤等の在庫を心配している。一方で先発品においても糖尿病新薬の供給不足により派生的に市場全体が出荷調整、供給停止を余儀なくされている。医薬品の安定供給は喫緊の課題と思われるが、日臨内としての見解を伺いたい。

(5) 新型コロナウイルス感染症に対する抗ウイルス薬投与の現状と今後について (沖縄県)

《提案趣旨》

令和5年春に新型コロナウイルスの取り扱いが5類への変更後、当県では感染者が著しく増加し、入院医療機関がひっ迫する状況となりました。当県では、新型コロナワクチン接種率の低さが目立つものの、他の都道府県に比べ、新型コロナウイルスに対する抗ウイルス薬の処方率も非常に少なく、急速な感染拡大の一因とも考えられています。

10月からの投薬に対する公費の助成は検討される予定とお聞きしていますが、予想される冬季の流行に備えて抗ウイルス薬使用について、重要な検討課題と考えられます。

つきましては、各県での抗新型コロナウイルス薬の処方の現状についてお聞きし、日臨内として今後どのように対応を検討されているか伺いたい。

可能であれば、九州内科医会として各県で共同アンケート調査などを行い、現状を把握し、今後の検討に活かさないかとも考えます。

令和5年度
第58回
九州各県内科医会連絡協議会

日 時:令和5年11月11日(土)午後4時～6時

場 所:ソレイユ(大分県労働福祉会館)3F「百合」

第 58 回九州各県内科医会連絡協議会

日 時：令和 5 年 11 月 11 日（土）午後 4 時～6 時
場 所：ソレイユ（大分県労働福祉会館）3F「百合」
（大分市中央町 4 丁目 2-5 TEL 097-533-1121）

次 第

司会・進行 大分県内科医会常任理事 伊藤 彰

1. 開 会
2. 担当県会長挨拶 大分県内科医会 会 長 井上 雅公
3. 来 賓 挨 拶 日本臨床内科医会 会 長 菅原 正弘
4. 報 告 前年度九州各県内科医会連絡協議会担当 沖縄県内科医会
5. 協 議

【提案事項】

- (1) コロナが5類に移行後、どのような活動を計画しておられるでしょうか
各県、女性会員・女性役員の現状と増員方法につき御教示下さい（長崎県）…………… 4
- (2) 新型コロナウイルス感染症オミクロン株感染症拡大に対する現状把握と
今後の対応について（熊本県）…………… 8
- (3) 日臨内における会員増強に関する取り組みについて（福岡県）…………… 13
- (4) 外来感染対策向上加算の現状について（鹿児島県）…………… 17
- (5) 髄液中 Aβ42 測定の実施状況と髄液採取にかかる費用の増点（佐賀県）…………… 22
- (6) 抗ウイルス治療薬の使用現状について（宮崎県）…………… 25
- (7) 外来感染対策向上加算について（沖縄県）…………… 29
- (8) 新型コロナウイルス感染症の定点報告について（大分県）…………… 32

提 案 事 項 及 び
各 県 か ら の 回 答

(1) コロナが5類に移行後、どのような活動を計画しておられるでしょうか
各県、女性会員・女性役員の現状と増員方法につき御教示下さい (長崎県)

《提案趣旨》

コロナ対応が2類の間は講演会の開催も困難だったかと思われま

す。5類に移行して2ヶ月あまり、講演会やその他、会の活動に変更な

った点はありますでしょうか。

昨今、女性の役員・議員などの割合を世界標準に近づけるよう推奨されて

おります。各県の現状とその方策について伺えますでしょうか。

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕
提案県

【熊本県】

1. コロナ対応が2類の間も、当県ではWEB又はハイブリッド形式で積極的に講演会を行ってきました。5類への移行後も、ほとんど同じ形式で講演会を行っています。変わった点は、徐々に講演会後の立食の意見交換会が行われるようになったことです。会員の方から、会員間の意見交換の場がとても重要で、できるだけ意見交換会を開催してほしいとの要望がありました。

2. 女性の役員、議員などについて
当県も女性の役員は極めて少なく(2人)、今後は会員数に応じた数の女性役員を増やす方向で検討したい。ちなみに、現在、会員数294名中女性会員は28名です。

【福岡県】

5類に移行した後特に新たな事は計画していない。後援会活動などはほぼコロナ前に戻ったが、メーカーの支援は戻らなかった。すなわち懇親会は開催できなくなっている。おそらく、Web講演会でメーカーが経費節減できた事を継続させたいとの考えであろう。しかし懇親会で会員が情報交換するのは内科医会の親睦につながるだけでなく、組織の団結にもつながるので会費を徴収してでも懇親会を開催したいと思っている。またメーカーに働きかけて懇親会を開催するように説得している。そのほかは例年の業務を継続している。

さて、女性役員についてであるが、医師会・内科医会ともに女性役員は少しずつ増えてきている。しかしスピードが遅いのは問題であり、早く女性役員が増えるように努力しなければならない。色々な縁で勧誘しているのが現状である。

【鹿児島県】

講演会は、会場参加の人数を制限したハイブリッド開催が増えてはいるが、自宅で移動なしで聴講できる利便性などがある web 開催がまだメインとなっている。会議などは現地集合で実施している。

女性役員・議員については県内科医会には現在は0であり、特別な取り組みは実施していない。郡市の全内科医会へ問い合わせたところ鹿児島市内科医会に2名の女性役員がいる以外は0であり特別な取り組みは行われてはいない。

【佐賀県】

大きく変わったところはありません。

講演会・役員会議とも、現地参加・WEB参加ともに参加可能なハイブリッド形式での開催を継続しています。

現在、佐賀県会員数 267名

女性会員 24名

役員 2名

会員数増・女性会員増の対策としては、今まで同様、医師会入会時に内科医会・臨床内科医会への勧誘パンフレットを渡している状況で、新しい対策は行っておりません。

【宮崎県】

講演会やその他、会の活動

特段の規定や制限は設けていないが、オンラインのみでの講演会・会議はほとんどなくなり、ハイブリッド（現地とオンラインの併用）が増加しています。

女性の役員・議員などの割合の現状と方策

宮崎県医師会関連の役員数・会員数（括弧内は女性役員数・会員数）は下記の通りであり、現状は女性会員の割合に比して、女性役員の比率は低い。また、女性役員の割合を世界標準に近づけるような対策は講じられていないのが現状です。

各会の役員数（括弧内は女性役員数とその割合）もしくは会員数（括弧内は女性会員数とその割合）は下記の通り。

—令和4年度宮崎県医師会会員名簿等を参照—

■宮崎県医師会

役員数 26名（うち女性2名；7.7%）

会員数 1,882名（うち女性297名；15.8%）

■宮崎県内科医会

役員数 20名（0名；0%）

会員数 408名（うち女性25名；6.1%）

■宮崎県小児科医会

役員数 19名（うち女性2名；10.5%）
 会員数 139名（うち女性43名；30.9%）

■宮崎県外科医会

役員数 27名（0名；0%）
 会員数 149名（うち女性4名；2.7%）

■宮崎県整形外科医会

役員数 13名（0名；0%）
 会員数 213名（うち女性17名；8.0%）

その他の役員数

- ・宮崎県皮膚科医会 8名（0名）
- ・宮崎県泌尿器科医会 15名（0名）
- ・宮崎県産婦人科医会 22名（うち女性4名；18.2%）
- ・宮崎県眼科医会 24名（うち女性4名；16.7%）
- ・宮崎県放射線科医会 2名（0名）
- ・宮崎県耳鼻咽喉科医会 12名（うち女性2名；16.7%）
- ・宮崎県精神科医会 15名（うち女性2名；13.3%）
- ・宮崎県東洋医会 12名（うち女性0名）
- ・宮崎県透析医会 17名（0名）

今後は県医師会に所属している女性内科医の先生に声がけを行い、県内科医会の女性会員を増やしていく予定です。

【沖縄県】

新型コロナが5類に移行後、完全Webの講演会・会議から対面、対面とWeb、Webのみと多様化しています。Web併用したことで参加人数も多くなっている印象があります。コロナ禍前の状況に完全に戻すのは無理としても、近い形でWebも併用することで多様性のある講演会、会議を企画できると考えています。

女性の役員・議員に関しては、沖縄県でも県医師会、地区医師会も含め理事10～15人の中、女性は1～2人です。理事会役員の構成がメジャー系の構成であったこと、また女性で開業されている先生方がマイナーに多いことで顔が見えにくい印象があります。定期的に家を空けるのが困難なことも要因と思われるのですが、最近はWebでの参加も可能になってきており、環境的にも会議等に参加しやすくなっているのではないかと思います。地道ではありますが、まずは勉強会などでお顔を合わせた際、声掛けから始め、コミュニケーションの場を増やし気軽に参加してもらえる環境づくりをするのも一つの手であると考えています。

【大分県】

5類移行以後は対面の会合が増加している印象です。ただWeb開催に馴染んでいるとその簡便さ故参加者の減少が懸念されます。ハイブリッド開催となると技術面、費用面でハードルが高く感じられます。

女性会員自体が少ない状況でどのようなアプローチが出来るか、アイデアがあれば教えていただきたいです。

(2) 新型コロナウイルス感染症オミクロン株感染症拡大に対する現状把握と今後の対応について (熊本県)

《提案趣旨》

本年 5 月より新型コロナウイルス感染症は、5 類に移行し、感染者の全数把握から定点観測となったが、全国的に感染者数は増加傾向にあり、第 9 波ではないかと危惧されている。特に沖縄では入院患者の調整に困難事例が生じており、その他の九州各県でも患者の増加が著しいことが報道されている。このような状況において、各県の現状と対策を報告し問題点につき検討したい。特に、今後のワクチン接種の在り方については、接種後の死亡者数認定が増加しており、ワクチン接種対象者の再検討も必要ではないかと思われる。さらに、治療薬についても一定の効果が認められており、より簡易な手続きでの処方が望まれるのではないか。また、感染後の後遺症把握や対応についても各県の取り組みを参考としたい。

各県からの回答

【長崎県】	<p>[回答記入欄]</p> <p>定点観測になって正確な数の測定は出来ないが、最大に近い数の今回の波に感じる。重症度は軽いものが多く、入院を要する者は少ないようだ。</p> <p>ワクチンは、1、2回目を打っていない方は除外されるようだ。ただ、打っていない方は確信犯的なので、呼びかけに答えることはないだろう。</p> <p>コロナ治療薬も 2 剤は同意書なしで使用できるようになった。10 月からの有料化後の対応が危ぶまれる。</p>
【熊本県】	提案県
【福岡県】	<p>5 類感染症に移行後、全数把握から定点観測になった事は、保健所等の業務軽減の観点から妥当であると判断している。最近全国的にコロナ感染者が増加しており、特に九州、沖縄での増加が著明である。日常診療でも増加を肌で感じている。ワクチン接種後の死亡例が報告されているのは事実であるが、ワクチン接種者は重症化しないのもまた事実である。毎年 3 0 0 0 名が死亡している子宮頸がんの予防で、HPV ワクチン接種が遅々として進まない事を考える必要がある。先進国で HPV ワクチン接種が広がっていないのはわが国だけであり、WHO から勧告されている。その点を考慮してコロナワクチンでの死亡例等を、世界的規模でデータを集めるべきと考えている。治療薬については全く同じ考えである。後遺症の把握や対応も、まずは全国的なデータを集め分析するところから始めるべきと考える。</p>

【鹿児島県】

鹿児島県では8月末の時点で定点観測ではピークアウトしたかのようなのだが、定点観測では引っかけられない軽症患者も多数存在し、実感ではむしろ増加している印象がある。恐らく他県でも指摘されている変異株 EG.5（エリス株）の影響と考えている。

（ワクチン接種）

鹿児島県では国の方針通り9月20日より初回接種が終了した方を対象にオミクロン XBB 対応ワクチンの接種を開始する。8月22日までの情報では、ワクチン接種率は、1回目（80.85%）、2回目（78.86%）、3回目（69.29%）、4回目（48.81%）、5回目（28.24%）、6回目（16.33%）と下がってきている。なお2023年以降は総計18.87%となっている。

（ワクチン副反応）

ワクチンの副反応に関しては、2023年8月7日までに医療機関からPMDAに届出があったのは、副反応 548：うち重篤 147、死亡 23（64才以下 440、65才以上 108）となっている。死亡例ではワクチンとの因果関係ありと結論づけられたものはないと報告されている。

（治療薬）

鹿児島県でもラゲブリオは4月末から、パキロビッドは8月から同意書の取得は不要だが、ゾコーバは同意書が必要となっている。これらは一般流通が開始されており、どの医療機関でも使用可能となっている。ゾコーバも同意書不要が望ましい。

（感染後の後遺症把握と対策）

鹿児島県医師会では、2022年6月6日～20日にコロナ感染後遺症の実態調査を15医療機関で行い、その結果をもとにコロナ後遺症患者の受け入れ医療機関リストの作成と相談センターの設置の必要性を提言した。その結果、後遺症外来に関しては、症状別に診療可能とした届出医療機関を県ホームページに掲載している。それによると、呼吸器症状 75、循環器症状 50、味覚嗅覚症状 50、神経症状 43、精神症状 41、皮膚症状 31、痛み 61、小児 21の医療機関がリストアップされている。なお県への患者数の届出は必要なく、各医療機関で独自に対応している。また各市町村単位で相談センターも設置されている。

【佐賀県】

本県では、7月以降、8月中旬にかけて定点あたりの感染者報告数が大幅に増加し、全国で最多となった。全国的に見ても九州の増加が顕著であったが、9月現在、本県においては減少傾向にあり、ピークアウトに向けて推移しています。しかし、並行してインフルエンザの定点当たり報告数が九州を中心に増加しており、このまま流行シーズンに突入すれば、インフルエンザ・新型コロナへの同時対応に予断を許さない状況です。

県医師会では、県行政で備蓄されている新型コロナ抗原検査キット、新型コロナ・インフルエンザ同時検査キット、PPE等の医療資器材について、医療機関へ随時提供を実施しています。

感染後の後遺症については、本県では対応可能な医療機関を「後遺症紹介先医療機関」として取りまとめ、承諾を得た上で公表しています。

なお、ワクチン接種後の健康被害については、予防接種健康被害調査委員会において8月18日時点で県内において60件の申請があっており、そのうち死亡事例は5件で、1件が認定され、4件が審査中となっている。

コロナ治療薬の同意書については、現状、ラゲブリオ、パキロビッドが不要、ゾコーバが必要とされている。引き続き、安全性に関するデータの適切な評価を基に、処方しやすい環境整備が望まれます。

【宮崎県】

宮崎県の現状は、8月28日から9月3日までの県内の定点当たりの報告数は19.10で高止まり傾向にある。入院患者は209名、うち重症者2名である。年代別割合は10歳未満25%、10代15%、20代から80代まで10%前後と小児に多い印象である。変異株はほぼXBB系統であった。

5類移行後、外来医療は幅広い医療機関で診療を行うことになっている。県内の外来対応医療機関となるのは460施設に上り、全体のおよそ7割程度とのことであった。

入院体制については全病院が入院受け入れを整えることになっていた。入院は医療機関同士の調整となっているが、第9波が進行して軽症の患者が多い中、中等症以上の患者の入院受け入れ先を見つけるのに苦労している。宮崎県は県独自に各保健所が医療機関からの相談に対応するとのことであった。しかし、実際に連絡するとG-MISで確認してくださいと言われるだけであまり機能しておらず、今後も入院調整は検討課題と思われる。

高齢者施設等への対応について、宮崎県独自の対応として高齢施設等へ往診を行う医療機関への補助を当面継続している。高齢施設のクラスターは現在も散発しているが、すでに隔離されている陽性患者からの二次感染はまれで、感染の発生源は職員、未診断の入所者であるとの報告もあり、感染対策の取り組みの継続が重要である。

宮崎県はインフルエンザの流行も依然として高く、8月28日から9月3日までの県内の定点当たりの報告数は287人(5.0)で、前週比156%と増加した。例年同時期の定点当たり平均値の約37.5倍であった。このため、周囲の状況が不明なときは、鑑別のためインフルエンザ、コロナ同時検査を要することが多いが、新型コロナウイルス感染症はインフルエンザより明らかに感染力が高い。

治療に関して、最新の新型コロナウイルス感染症診療の手引きによると、重

症化リスクの高い患者に対して、早期の抗ウイルス薬投与で入院や死亡の減少が期待できるとして抗ウイルス薬を選択するが、重症化リスクの低い患者に対しては、経過観察のみで自然に軽快することが多いとして、対処療法を第一選択に示した。しかし、慢性的な感冒薬、鎮咳剤、去痰剤等の不足により対処療法も制限されるため一刻も早く、安定供給に努めて頂きたい。また、抗ウイルス薬も10月以降、無料継続が困難でも安価な費用で処方できるようにして頂きたい。

ワクチン接種について、宮崎県では4回目以上のワクチン接種率は43.4%と半分以下である。原因は副反応への不安がある。対策として死亡者や重篤な副反応の分析、さらに速やかな補償、それらの公表が必要と思われる。昨今、新たなエリス株も出現してきたが、秋に提供される次期ワクチンはエリス株にも有効性があるためワクチン接種対象者には納得の上、積極的にワクチン接種を勧めたい。

コロナ感染後遺症把握には、後遺症対応医療機関からの速やかな情報の集計が重要で、それには何らかのインセンティブが必要と思われる。宮崎県の後遺症対応医療機関は内科系診療所のうち、11.7%の50施設しかなく、今後、後遺症外来の拡充が望まれる。

【沖縄県】

・入院調整について

沖縄県の新型コロナ患者の新規入院患者のピークは7月3日の週平均59人/日、入院患者数1,020人を超えた。受け入れ病院を探すのに10ヶ所以上の病院へ電話をして調整することもあった。5類になって沖縄県でコロナ対策本部のような担当部署を設けてベッド調整することはできなかったが、G-MISや県では独自のシステムであるOCAS (Okinawa COVID-19 Outbreak Assessment System : 各医療機関の入院患者陽性者の早期発見ができる) を参考にベッド調整を各医療機関で行って第9波を乗り越えた。軽症または入院できない中等症の患者は新型コロナ感染者ケアステーション (25床) を準備した。または、訪問診療を受け、そのまま施設や在宅で酸素を導入してみることで対応をした。

・ワクチン接種

市町村及び地区医師会での集団接種と各医療機関での個別接種で対応している。接種対象者については、国の接種対象者に準じて行っている。

・抗ウイルス薬

抗インフルエンザ薬のように簡単に処方できることを望んでいる。ラゲブリオ、パキロビッドパックに同意書が不要となり、8月10日以降、処方がしやすくなった。ゾコーバは同意書が必要だが、院外薬局でも処方できるため、沖縄県では混乱は生じていない。

・感染後の後遺症把握

かかりつけ医がいる場合は、かかりつけ医を受診するようにする。または、直接、身近な診療所を受診することになっている。かかりつけ医がない場合、受信先が見つからない場合は、沖縄県が運営する新型コロナウイルス感染症相談窓口（発熱コールセンター：24時間対応）へ電話して、登録している63ヶ所の医療機関リスト（沖縄県のホームページで公開されている）に基づき案内をしている。

【大分県】

Omicron株になってから肺炎などの重症例が率として減少傾向にあり貴見のようにワクチン接種についてハイリスク群を重点に行うという考え方もあるかと思われるが、ワクチンに関してはあくまで本人の選択によるものであることを考えると希望者に接種できる体制は維持すべきと考える。

治療薬についてはモルヌピラビルとパクスロビドに関しては同意書の取得が要件から外されており処方ハードルは下がってきていると思われる。当県においては入院調整はほとんど医療機関間で行われており特に大きな問題となったり医療逼迫といった状態にはないと理解している。

(3) 日臨内における会員増強に関する取り組みについて (福岡県)

《提案趣旨》

日臨内の会員数はご存じのごとく、2017年に15,000人の会員数であったものが2023年には12,817名(85%)まで減少し、長期的漸減傾向が続いています。

九州各県では下記表のごとく

会員数	2022年			全内科診療所数 (件)	日本臨床内科医会入会率	対2017年度比較(%)
	開業医	勤務医	合計			
福岡	1,655	360	2,015	2,701	61.3%	97.4%
鹿児島	215	159	374	951	22.6%	85.0%
佐賀	220	49	269	451	48.8%	90.3%
宮崎	271	138	409	570	47.5%	95.6%
沖縄	94	43	137	518	18.1%	92.6%
大分	100	54	154	640	15.6%	79.4%
長崎	229	82	311	806	28.4%	84.3%
熊本	208	97	305	1,002	20.8%	88.7%

いずれの県も減少傾向ではありますが、全体としては九州では92.6%と微減に留まっています。これらの結果は明らかな原因は解りませんが、会員及び新規入会希望者が各県活動を含めた日臨内の活動を評価していないと考えられます。比較するものではないですが、日本内科学会会員は119,322名と10倍にも上ります。

今後会員増強のためには貴県ではどのような対応を考えられるか、増員は考えなくてもよいのか、過去に何か問題点があったか、今後の前向きな施策をお聞かせ願えますと幸いです。

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

内科学会は認定医・専門医制度で数を増やしている。日臨内でもそれに匹敵するような権威ある「総合診療医」などの制度を作り、臨床に則した、しかし厳しい試験を課して行うことで、臨床内科医会の会員数も増加できるだろう。

【熊本県】

当県も以前は350名を超える会員数がありましたが、近年は高齢で引退される会員が増加する一方、新規会員が少なく、会員減少が続いている。そこで以下のような対策を行っています。

1. ホームページの作成：各種講演会や日臨内の行事などをタイムリーに連絡することや、県内科医会や日臨内を理解していただくためのホームページ (<https://www.kumamoto-naikaikai.jp/>) を本年1月に立ち上げました。かなり高額になりましたが、立派なものができています。今後さらに改善していく予定です。
2. 製薬メーカーと共催の、会員に役に立つ講演会を増やしています。昨年度は約10回でしたが、今年度は20回程度になりそうです。また、講演会では、県内科医会の共催であることをアピールするために会長の開会の挨拶及び副会長の閉会の挨拶を必ず行うようにしています。
3. 各種講演会の座長は、原則会員としていますが、会員でない方が座長をされる場合は、講演会後に内科医会への加入をお願いしています。
4. 新規開業の先生方で、内科系を標榜されている方や、県内の医師会を移動される方で未加入の先生方には、毎月入会案内を送っています。
5. 日臨内のかかりつけ医のためのWEB講座のお知らせは県医師会雑誌に掲載してもらっています。

【福岡県】

提案県

【鹿児島県】

当県では会員の高齢化による会員数減少に歯止めがかかりません。会員が望む方向に保険診療を展開するためにも会員増強は最重要課題です。

Web講座「日常診療の勘所」シリーズ・アンケート調査（CKD診療・内科眼科連携・保険診療）を実施し内科医会会員以外にも発信して内科医会活動をアピールしています。昨年より大学との連携・会員の臨床力向上を目指しお二人の教授に常任理事としてお努め頂いている。また大学病院若手医師へ「内科医会の紹介」と「入会お願い文」の発送を準備しています。

【佐賀県】

増員は必要と考えるが、現時点で、新たな対策は行っていません。勤務医の入会への働きかけが必要（有効）と考えています。

【宮崎県】

おそらく、若い内科医師は、日本臨床内科医会（日臨内）という医会自体を知らないと思われます。そのため、日臨内の活動なども当然のごとく知らないでしょう。さらに、医師会にからむ先生方でないと、なかなか日臨内を認知していないと思われます。また、認知していたとしても、一般的に、内科系の医師の場合、日本内科学会とサブスペシャリティの学会、さらに場合によっては日本プライマリケア連合学会などに入会していることが多いと思いますので、さらなる日臨内の入会というのは、経済的にも少しためらうのは仕方ないと思われれます。

やはり、日臨内の会員数増加の方法としては、地道な周知が大切ではないでしょうか。宮崎県では、宮崎県内科医会のホームページを刷新しました。そこで、日臨内の「かかりつけ医のためのWEB講座」を大きく紹介しています。この講座で日臨内への興味を持っていただければと思っています。そのホームページから日臨内への入会を勧めています。さらに、年1回発行の宮崎県内科医会誌でも日臨内への入会を勧めています。

他方、内科以外の他科の先生方にも日臨内へ興味を持っていただくことは、一つの方法と考えます。日臨内の「かかりつけ医のためのWEB講座」は開業を目指している他科の先生方にも有効ではないでしょうか。また、県内科医会や郡市内科医会の講演会を他科とのコラボ企画として、日臨内を広くアピールすることも有効と思っています。

最後に、経済的な面として、日本医師会が進めているように卒後5年間は無料にするなども考慮すべきことかもしれません。

【沖縄県】

各県の内科医会も同じかと思われれますが、会計状況からしても増員は必要出ると思われれます。

現在、日臨内の方向性として内科の専門性のある分野の情報提供、学会開催、保険診療に関する知識の提供があります。

増員を考えるのであれば、まず若い先生方がどのような知識を欲しているのかをリサーチし、同時にもう一つの方向性として内科の分野を飛び越えた総合医としての知識を提供する分野もあってもいいかと考えています。

当県では現行の講演会に加え、介護との連携をどのようにとるのか、その他、内科以外の科の疾患も含め、幅広い知識が得られる講演会を企画していこうと考えています。

【大分県】

当県では積極的な取り組みに悩んでおり正直耳の痛いテーマである。
郡市レベルのネットワークの充実が課題と感じている。

提 案 事 項

(4) 外来感染対策向上加算の現状について (鹿児島県)

《提案趣旨》

昨年佐賀県より同様の主旨の提案がなされたが、1年経過してその後の状況と課題について知りたい。

鹿児島県では昨年の状況は、201/1196 医療機関 (16.8%) であったが、今年度 (令和5年7月1日) で 251 医療機関と微増に留まっている。

届出医療機関側には、必要な設備の整備、スタッフの教育研修、他の医療機関との連携など負担が多く、カンファレンスを行う医療機関側は、昨年は Web 開催が主体であったものが、対面開催になるととても手が回らないという声も聞かれる。

各県ではどのような現状であるかを伺いたい。(別添アンケート調査結果資料あり)

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

2022年9月1日時点で 164/1236 医療機関 (13.3%) であったが、2023年9月1日時点で 178/1218 医療機関 (14.6%) と微増に留まっている。

算定要件は、以下の3項目である。

(1) 専任の感染症管理者が配置されていること。(2) 感染対策向上加算1を届け出ている他の医療機関または医師会が主催する、院内感染対策に関するカンファレンスに年2回参加しなければならないこと。また、新興感染症の発生等を想定した訓練に年1回参加することが定められている。(3) 新興感染症発生時に都道府県の要請を受けて発熱患者の外来診療を実施する体制を有することと自治体のホームページで公開している。

内科開業医では煩雑で時間や労力がかかり敬遠されている。新興感染症発生時は、感染症の特徴や毒性に加え地域や各診療所の事情で対応が変わると思われるため、一律な協力は現実的に無理があると思われる。現在も新型コロナウイルス感染症に対して予防接種や診療を各医療機関で行っているため、再診料を引き上げる方が望まれる意見が出された。

【熊本県】

熊本県では、令和4年9月1日時点で、239/1404 医療機関 (17.0%)、令和5年8月1日時点で、252/1404 医療機関 (17.9%) と、やはり微増であり、鹿児島県とほぼ同じ傾向です。

熊本市などの都市部で大きな病院があるところは、病診連携が図られていることより、カンファレンス・訓練などへの参加も特に問題ないようです。従って、この加算の届け出が少ないのはクリニックの先生方の意欲の問題もあるのかもしれませんが。しかし、時間帯の設定などに来年4月からの働き方改革導入に伴う課題が生じる可能性があります。郡部でも基幹病院を中心にクリニック

の先生方の都合に合わせて便宜が図られてくるように思います。

【福岡県】

外来感染対策向上加算 6点/月1回について回答する。

福岡県は2023年7月現在届出数440件/2052件(21.4%)である。

診療所の届出は (: 以下は県内科からのコメント)

1. 院内に専任の感染管理者配置 : 院長してください
2. 医師会等主催するカンファランスへの年2回の参加 : 福岡県内科医会主催するwebカンファランスへの参加を利用、加算1医療機関のカンファランス参加、厚労省が行う院内感染対策講習会等への参加 色々あると思われます。
 - ・他医療機関との連携 : 基幹病院との連携を行う (自院で要検討)
 - ・スタッフ教育研修年2回 : 福岡県内科医会ホームページ (県内科HP) から資料をダウンロードし院内研修
3. 発熱外来を実施する事 : してください、自治体HPに載せて頂く
4. 発熱患者導線を分離する体制の整備 : 補助金等を利用した整備を

届出添付書類

5. 感染防止対策部門の設置と組織上の位置づけが確認できる文書 : 県内科HPよりダウンロード
6. 感染防止対策部門の業務指針 : 同上
7. 院内感染管理者の業務内容の明記された文書 : 同上
8. 標準予防策等の内容を入れた手順 : 同上

以上のように県内科医会ではできる限り算定して頂くように2.5.6.7.8.の点でサポートしている。

【鹿児島県】

提案県

【佐賀県】

令和4年10月1日 時点

外来感染対策向上加算算定届出：149件 （登録医療機関数：712）

令和5年8月1日 時点

外来感染対策向上加算算定届出：156件 （登録医療機関数：711）

*登録医療機関数には廃止後、登録未取消の医療機関数も含む

数としては微増の状態であるが、算定要件を満たすための院内研修や、連携医療機関とのカンファレンスが診療時間内での開催となっている所も多く、要件維持が困難のため、届出取り下げを行った医療機関もある様です。

要件緩和とともに算定点数の増点を強く望みます。

【宮崎県】

【宮崎における合同カンファレンス及び合同訓練】

基幹となる加算1病院は、通常診療業務に加え、流行している感染症診療や院内感染対策を行いながら、加算2・3病院や地域診療所と連携をとり、合同カンファレンスや合同感染対策訓練を企画・開催することは難しく、保健行政や医師会組織の十分な支援や連携無しには、感染対策向上加算の要件は取得できない。この為、県医師会、県福祉保健部、各保健所に何度となく働きかけ、宮崎市郡医師会会長、理事会、事務局の同意と後押しを頂き下記の体制を構築し、宮崎大学医学部附属病院、県立宮崎病院、古賀総合病院、宮崎市郡医師会病院が中心となり、Webや各都市医師会等の施設を利用して企画、運用を開始した。

《3次医療圏：宮崎県域の取り組み》

3次医療圏単位で年1回（令和5年1月23日開催済）、県下加算1の全12施設、加算2の全15施設、加算3の全20施設、外来加算の全112診療所が、県医師会、県福祉保健部・保健所と連携し、全県下でWebを駆使し、感染対策に関連した研修（国立感染研砂川センター長の講演）と情報交換、Web、動画を用いた合同訓練（PPE着脱訓練）。

《2次医療圏：宮崎県央部の取り組み》

2次医療圏として年1回（令和5年2月13日（月）開催済）、県央部（宮崎市・綾・国富、西都児湯）の加算1病院7施設、加算2病院4施設、加算3病院12施設、外来加算診療所66施設が、宮崎市郡医師会、宮崎市・中央・高鍋保健所と連携してWebと市郡医師会館で感染対策に関連した研修（宮崎大学内科宮崎教授の講演）と情報交換と合同訓練（PPE着脱訓練）を行った。

*県央部加算1病院（7施設）

宮崎大学医学部附属病院、県立宮崎病院、宮崎市郡医師会病院、古賀総合病院、宮崎東病院、宮崎江南病院、潤和会記念病院

《1次医療圏：宮崎市・県央部各地区の取り組み》

1次医療圏で県央部の各加算1病院（7施設）がそれぞれ近隣の加算2病院（1-3施設）、加算3病院（1-4施設）、外来加算診療所（6-11施設）と連携し

年2回の合同カンファレンスを行う。

【今後の展望】

宮崎県医師会、県央部・宮崎市郡医師会の支援と協力をもとに県・保健所とも強力に連携し、病院と診療所が一体となったこの診療体制は、全国でも類を見ない大規模な診療連携である。この連携が十分に機能すると医療資源の乏しい地域医療が補完され、Web等の通信技術を利用し、双方向の顔が見える医療提供と国が目指す施策に合致する体制が構築できるものと思われる。この感染対策診療連携が基盤となり、すそ野が広がると、宮崎県の感染症対策以外の様々な医療分野、福祉分野の活性化に繋がる可能性があり、今後の展開が期待される。

【懸念される点】

- ①郡市によっては感染対策向上加算1（以下、加算1）の届出を行っている医療機関がない地域もあるため、他の郡市の加算1医療機関と連携しなければならず、連携に苦慮している状況がある。
- ②院内感染管理者は少なくとも年2回程度連携する医療機関（加算1届出医療機関又は地域の医師会）が定期的開催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。また連携医療機関が主催する新興感染症の発生などを想定した訓練について、少なくとも1回/年参加していること。

これらを保証するためには、WEBでの講演会、カンファレンスの活用、参加できる時間帯の検討が必要である。

《届出医療機関数》（2023/9/1現在：九州厚生局HPより）

■外来感染対策向上加算

⇒114 医療機関 ●宮崎県の状況は届出数 114/診療所数 599 で19%。令和4年9月1日時点での集計では届出数 107 で昨年から微増。ただし、令和4年度以降に取り下げたところと、新たに届出たところが見受けられ、結果的には「昨年と不変」となっている。

■連携強化加算

⇒33 医療機関

■サーベイランス強化加算

⇒2 医療機関

【参考】

■感染対策向上加算1

⇒22 医療機関

■感染対策向上加算2

⇒38 医療機関

■感染対策向上加算3

⇒49 医療機関

【沖縄県】

沖縄県で外来感染対策向上加算の届け出医療機関は、61/700件（8.7%）である。

沖縄県でも、施設基準を満たすための準備が難しいと声が上がっている。感染対策向上加算1を取得している病院も1,1連携、1,2連携、1,3連携だけでも余裕がないため、多くの外来感染対策向上加算を取得したいクリニックと責任を持って連携するのは厳しいとのこと。

クリニックとの感染対策向上加算連携は多くとも3施設が限界という病院が多い。クリニック側も主に日中に行われる感染対策向上加算1の病院の感染対策カンファレンスに参加するのは難しいのが現状である。

そこで、去年より地区医師会主催にて、年に2回のカンファレンスと新興感染症を想定した訓練1回をハイブリッド形式で19時から行い、出席者へ参加証と議事録を配布している。医師会が主催し、感染対策向上加算1を届けている病院のCNICとICDが講師となり運営している。

【大分県】

当県では外来感染対策向上加算については185医療機関が届け出ている。研修内容や、実地訓練など要件について内容が充分伝わっていないようにも思えるので医師会レベルで周知など必要と考える。

(5) 髄液中 A β 42 測定の保険収載と髄液採取にかかる費用の増点 (佐賀県)

《提案趣旨》

アルツハイマー型認知症の診断に際して、髄液採取が必要になってくることが多い。

ただ、算定できる点数はかなり低額で、時間と費用のバランスが悪いうえ、Dr 手技時間 15 分程度、看護師 30 分程度はどんなに上手だとしてもかかるので、人件費も合わせると完全に赤字の検査となっています。

処置のための機材費用は、腰椎穿刺 317 点の中に包括されているとした場合、穿刺技術に対する技術料が 50 点程度になり低い様に思われるため、別途判断料を増設する等の対応を要望します。

【髄液採取にかかる費用：合計 2,676 円】

- ・ ルンバールセット (1 セット) 1,820 円
- ・ 滅菌済みシート 2 枚 520 円
- ・ 滅菌済み手袋 200 円
- ・ 5cc ディスポスピッツ 1 本 10 円
- ・ ピンク針 1 本 3 円
- ・ ブルー針 1 本 3 円
- ・ 消毒用綿棒 (イソジン) 1 本 68 円
- ・ キシロカイン 5ml 1 本 52 円

【算定可能となる点数：合計 413 点】

- ・ 髄液一般検査 62 点
- ・ 尿糞便頭検査判断料 34 点
- ・ 腰椎穿刺 317 点

【長崎県】

〔回答記入欄〕

腰椎穿刺の点数は、以前より低額であり増額の要望には賛同します。無床診療所で一人開業医の場合は、外来で髄液検査は腰椎穿刺の合併症や手間の問題から、行っている医療機関はありません。

脳髄液検査は、脳炎、髄膜炎、神経免疫疾患などで行われ、基幹病院で検査を行っている。本年11月頃からアルツハイマー型認知症の治療薬である「レカネマブ」が承認される予定である。軽度認知障害または軽度認知症の患者でアミロイドβの脳内の蓄積が確認された症例が保険適応となることが報告されている。脳内の蓄積の確認方法が、脳脊髄液検査とPET-CT検査であるが、長崎県では大学病院が行う予定であるが、他の医療機関では現時点では施行予定はない。

【熊本県】

米国FDAで治療薬、レカネマブが承認されましたが、日本でも承認されると思われれます。そうなりますと、アルツハイマー型認知症の初期を診断するために、髄液のアミロイドβ検査が認められと思われれます。また、同様にPETも診断のために必要で認められと思われれますが、本県でも現時点では、貴県のご意見に全面的に賛同いたします。

【福岡県】

脳内のAβの蓄積を反映するバイオマーカーとして、抗Aβ抗体を用いたイムノアッセイ法により、CSF中のAβ42とAβ40の比を求める体外診断用医薬品が承認されているが、保険適用はされていない。CSF中のリン酸化タウ蛋白質とタウ蛋白質とをサンドイッチELISA法により測定する方法は保険適用されており、アルツハイマー病患者の脳で認められる病理所見と関連することから、この検査が行われることがある。ただし、CSFの採取の手技が煩雑なことや、侵襲性が高いこと、さらにご指摘のように採算性が低いことなどから、医療現場で実施されることは少ない。

日本においては、島津製作所が質量分析計(MS)を用いて血中のアミロイドペプチドを測定する「血中アミロイドペプチド測定システム Amyloid MS CL」を開発し、2020年12月に管理医療機器(クラスII)として製造販売承認を取得している。ただし、保険適用はされておらず、2022年度の診療報酬改定時に日本認知症学会が診療報酬上の取り扱いとして5500点を要望したが保険適用は見送られた。また、シスメックスが化学発光酵素免疫測定法(CLEIA)を測定原理とする全自動免疫測定装置を用い、血液中のAβを測定する検査試薬を2021年12月に製造販売承認申請している。今後はこれらの非侵襲的なバイオマーカー測定がアルツハイマー病の診断で重要になるものと予想される。

- 【鹿児島県】 現在、ADの診断のための体液バイオマーカーは、髄液リン酸化タウ値のみが保険適用ですが「 β -アミロイド1-42/1-40比」等のバイオマーカーが保険適応になりますと髄液検査の頻度は更に高まると予測されます。現在、腰椎穿刺317点であり、必要物品の費用はご意見の通り（最低でも）2,700円相当となりますので、技術料は50点未満となります。判断料等の加算のご提案は妥当と考えます。
- 【佐賀県】 提案県
- 【宮崎県】 髄液中のA β 42の測定は現在、保険では検査できず、患者自己負担となっている。一部研究用に測定されているのが現状ではないかと思われる。今後アルツハイマー型認知症に対する治療薬の登場により、より早期の診断が期待される。血液で診断ができるよう現在研究が進んでいる。できるだけ早いタイミングで血液検査が実用化し、保険で認められるよう期待している。
また、腰椎穿刺の技術料の評価がリスクに見合っていないと感じる。貴県の要望の通りさらに評価が上がることを望まれる。
- 【沖縄県】 現在、髄液中A β 42検査を実施している施設は少ないと考えられる（沖縄県）。
髄液採取は認知症検査として行うことは一般的ではなく、認知機能低下が若年性アルツハイマー型認知症か、脳炎・髄膜炎などに因るかを判断する場合に限られていることが現状である。また、開業医では髄液検査自体を実施することが難しい。
ただし、今後は認知症における新薬を処方する場合など、アミロイドPET検査や髄液中A β 42といった髄液採取の必要性が高まる可能性がある。そうなればアミロイドPET検査を撮影できる施設は限られることから、認知症検査として髄液中A β 42を必要とする機会が増えることが予想され、検査の必要性・重要性から判断料増設など髄液中A β 42測定に関わる費用の増点が望まれる。
必要な検査が行われず診断が遅れ、治療薬があるにも関わらず軽度認知障害の段階で治療ができなくなることは避けたい。
- 【大分県】 専門医療機関で行われることが多いと理解しており、実地医家での同様の要望は今のところ把握していない。

(6) 抗ウイルス治療薬の使用現状について (宮崎県)

《提案趣旨》

現在 7 月下旬でコロナ感染症の再流行に突入した時期となりました。内科クリニックでは抗ウイルス治療薬として、①ニルマトレルビル・リトナビル (パキロビット) ②モルヌピラビル (ラゲブリオ) ③エンシトレルビル (ゾコーバ) の処方が可能となりましたが、未だに推奨順番がガイドラインでも記されていません。文献的には有効率が一番高いパキロビットが推奨されていますが、薬剤相互作用の問題や承諾書の提出などの煩雑さもあり本邦ではあまり使用されていません。

一方で有効率は低いとされているが使用しやすいラゲブリオが主流となっている現状があります。また、コロナ後遺症軽減の目的でデキサメタゾンの常用投与や中高校生へのゾコーバ投与例などクリニックによって処方内容が様々であります。抗ウイルス治療薬の公費負担が 9 月一杯とされるなかで、今後の治療のために、各地域での抗ウイルス治療薬の使用現状や治療薬の統一性などありましたら、ご提示頂きますと参考になります。よろしくお願いたします。

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

医療機関で処方傾向は異なる。9 月時点ではラゲブリオが最も処方数が多く、ゾコーバの処方がそれに続き、パキロビットが最も少ない傾向がある。

ラゲブリオは、65 歳以上の高齢者や基礎疾患をもつ者で処方されることが多い。薬剤相互作用などの禁忌事項が少なく、4 月 25 日以降、同意書も必要ないため処方数が多いと思われる。カプセルが大きいのが脱カプセルして内服しても効果が落ちないことで、高齢者にも処方しやすくなっている。18 歳以上が保険適応のため、16 歳にラゲブリオを処方し査定された例が報告された。

ゾコーバは、12 歳以上の小児や基礎疾患のない成人に対して処方できる薬剤である。しかし、説明書による説明と同意書が必要なため手続きが煩雑である。コルヒチン内服中の肝機能障害や腎機能障害のある人や妊婦は保険診療上禁忌になっている。また、薬物相互作用があり、他の内服薬との併用禁忌が多い欠点がある。重症化予防のエビデンスがないため軽症例に処方が限定されている。

パキロビットは、重症化予防のエビデンスがあり小児や基礎疾患のない成人でも処方でき、8 月 1 日、同意書不要になった。コルヒチン内服中の肝機能障害、腎機能障害のある人や妊婦は保険診療上禁忌になっている。また、薬物相互作用があり、他の内服薬との併用禁忌が多い欠点があり、処方が少ない傾向がある。

8 月 21 日、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部より「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引第 10 版」が公開された。それによると軽症～中等症 I の患者で重症化リスクのある患者は、パキロビットが第一

選択となり、腎機能障害で使用出来ない時はベクルリー点滴を行い、点滴治療が困難な場合はラゲブリオを投与するようになっている。軽症～中等症Ⅰの患者で重症化リスクが低く、高熱、呼吸困難、強い倦怠感がある場合にゾコーバの処方をするように提示してある。今後、保険診療の絡みもあり、パキロビットの処方が増加すると思われる。

いずれの抗ウイルス薬も、公費負担が9月末までといわれており、10月より一部自己負担が発生し薬剤費が高額なため、重症化リスクが低い人は内服を希望しないと思われる。

【熊本県】

2023年6月時点でのコロナ治療薬の国内シェアの推移（塩野義製薬、MSD、ファイザー製薬提供）では、1月時点では、ラゲブリオが圧倒的に多く使われ、ついでゾコーバ、パキロビットの順でありましたが、その後ゾコーバの使用が増え続け、6月にはラゲブリオを超えてトップとなり、ラゲブリオの使用は対照的に減少しています。パキロビットは、これらの2剤より少なく、使用量もほとんど変化はありません。

熊本県の使用量の調査はありませんが、塩野義製薬のMRの話では、全国的な傾向とほぼ一致しているようです。

また、ご指摘の通り、効果、薬価などを考えて、推奨順番などをガイドラインで示すべきと思われます。また、本県でも治療薬の統一した考え方などの共有はありません。

【福岡県】

8月によりやく抗ウイルス治療薬について治療指針が出されましたが、どの程度実効性があるのか不明です。福岡県として統一された治療指針はありませんが貴県の提案への回答として、小倉内科医会に所属する北九州市小倉北区、小倉南区の会員にアンケート調査を行いましたので参考までに報告致します。

小倉内科医会会員数 162 人、回答 110 人（回答率 67.9%）

①回答は、無床診療所 93%、有床診療所 2%、病院勤務 5%

②COVID-19 に対して抗ウイルス治療薬を積極的に使用している 34%、中等度以上の場合に限る 41%、使用していない 25%

③症状や重症度によって抗ウイルス治療薬を臨床症状に応じて薬剤を選択している 56%、特に意識していない 44%

④使用頻度：第一選択薬はラゲブリオ 72 人（81.8%）、ゾコーバ 10 人（11.4%）、パキロビット 6 人（6.8%）（ ）は処方施設のみの比率

⑤後遺症軽減目的でデキサメタゾン積極的に使用している 1%、症例に応じて使用している 15%、使用していない 84%

公費からはずれる事になり、保険診療での負担額を軽症患者が受け入れて、処方望むかどうかも疑問である。

【宮崎県】 提案県

【沖縄県】 沖縄県でもモルヌピラビル、ニルマトレルビル・リトナビル、エンシトレルビルの順で処方されています。6月5日～9月2日までの統計ではモルヌピラビル：ニルマトレルビル・リトナビル（パキロビッド300、600合算）：エンシトレルビル＝10890：2157：1371（1包装単位）となっています。

<6月19日～24日>

モルヌピラビル：ニルマトレルビル・リトナビル（パキロビッド300、600合算）：エンシトレルビル＝1494：245：171

<8月28日～9月2日>

モルヌピラビル：ニルマトレルビル・リトナビル（パキロビッド300、600合算）：エンシトレルビル＝328：124：57

パキロビッドについて

①8月1日に承諾書が不要になったこと

②新型コロナウイルス感染症 診療の手引き第10.0版46ページ
世界保健機関、米国NIHの強い推奨と記載された。

①、②にて他の二剤に比し、相対的に処方が増えていく印象を受けます。

【大分県】 COVID-19抗ウイルス薬については10月から全額公費負担から一部公費負担に変わり薬剤費の自己負担が生じるようになっている。今後は重症化リスクを画一的にあるなしとするのではなく、ワクチン接種歴や重症化因子の内容によって抗ウイルス薬投与を判断することが望まれる。

最近ラゲブリオ投与により伝搬力のある変異ウイルスが誘導されたという報告があり抗ウイルス薬の使用にも十分な配慮が必要と考える。

当県ではCOVID-19診療の手引き・第10.0版から24p「成人の外来診療における抗ウイルス薬の選択」を基本に県庁、県医師会から抗ウイルス薬の使用について情報提供している。

(7) 外来感染対策向上加算について (沖縄県)

《提案趣旨》

外来感染対策向上加算が令和4年度の診療報酬改定において新設された。その算定要件に「少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること」という施設基準がある。クリニックの医師からは、主に平日に行われる「感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関のカンファレンス及び訓練」に参加するためには休診をしないと参加が難しいとの声が少なくない。

そこで、沖縄県のいくつかの地区医師会が外来終了後の夕方に院内感染対策向上加算に関するカンファレンス及び訓練を行っている。また、感染対策向上加算1を取得している病院では、多くのクリニックとの連携には限界があるのが現状である。

現在、沖縄県にて外来感染対策向上加算を届け出しているクリニックは55施設と少ない。他県の外来感染対策向上加算届け出の現状と、その届け出を増やすために地域で行っている工夫をお伺いしたい。

さらにハードルの高い「連携強化加算」(沖縄での届け出25施設)、サーベイランス強化加算(沖縄での届け出3施設)に関しても、地域にて働きかけがあるのであれば、教えていただきたい。

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

長崎県では、2023年9月1日時点で外来感染対策向上加算を届出ている医療機関は178施設で14.6%（178/1218）に留まっている。連携強化加算を届出ている医療機関は54施設で4.4%（54/1218）とさらに少ない。サーベイランス強化加算を届出ている医療機関は8施設で0.7%と極わずかである。

感染対策向上加算1を届出ている病院は、15施設であった。長崎県では、県内の各地域の実情に合わせるため、各郡市医師会がその地域の届出病院と連携して開催するか、届出病院が単独で開催しているのが現状です。また、算定要件や施設基準に講習会やカンファレンスを義務化する事例が多すぎるため、日常診療業務に支障が出ている意見がみられる。診療所の施設基準維持の講習会（医療安全対策、感染症対策など）、麻薬の講習会、難病の講習会、薬剤処方に関する講習会（ベンゾジアゼピン系薬剤など）、産業医の講習会、肺癌検診に係る講習会、かかりつけ医認知症対応力向上研修会、地域包括ケアシステム構築の講習会、介護保険意見書の講習会、学校医研修会、内科専門医等の各科専門医維持のための講習会など、かかりつけ医に関する講習会が多くなりすぎている指摘がある。臨床内科医会の学会などで一括して受講できれば幸いである。24時間体制在宅支援診療所や、離島や僻地の診療所では講習会に参加出来ないため、少なくともOn DemandのWEB配信での講習会にしてほしいとの意見が出された。

【熊本県】

（4）の鹿児島県と同様の提案事項である。従って回答も同じです。

【福岡県】

鹿児島県からの提案されたところに記載した。

補足として

さらにハードルの高い「連携強化加算」（沖縄での届け出25施設）、サーベイランス強化加算（沖縄での届け出3施設）に関しても、地域にて働きかけがあるのであれば、

回答：残念ではあるがハードルが高く見送られるところが多い。大病院などで抗生剤を大量に使い耐性菌などが発生するところの点数と考える。一般診療所での必要性を見いだせない。

【鹿児島県】

本県からも同様の提案をしているので、そちらを参照してほしい。

届出を増やすための工夫は各地域医師会で行っている。

鹿児島市では感染感染対策向上加算1を取得している病院は12と多く、さほど問題にはなっていないが、地方では各地区1~2医療機関と少なく、連携に問題がある。ある地域の医師会では、加算1の感染対策合同カンファレンスに

担当理事が参加して、その内容を医師会員に伝達講習を実施して、その参加により加算要件を満たす事としている。令和5年3月の講習+実技では19施設31名が参加、同年6月の講習では17医療機関25名が参加している。この中には加算を取っていない医療機関も含まれている。

鹿児島県では、連携強化 85件(7・8月)、サーベイランス強化加算 8件(7・8月)となっている。とくに働きかけは行っていない。

【佐賀県】

令和4年10月1日 時点

外来感染対策向上加算算定届出：149件 (登録医療機関数：712)

令和5年8月1日 時点

外来感染対策向上加算算定届出：156件 (登録医療機関数：711)

*登録医療機関数には廃止後、登録未取消の医療機関数も含む

数としては微増の状態であるが、算定要件を満たすための院内研修や、連携医療機関とのカンファランスが診療時間内での開催となっている所も多く、要件維持が困難のため、届出取り下げを行った医療機関もある様です。

要件緩和とともに算定点数の増点を強く望みます。

外来感染対策向上加算・連携強化加算・サーベイランス強化加算算定に対して特に対策はたてていないが、連携医療機関とのカンファランスを診療終了後の時間に行うなどの対応は必要と考えます。

【宮崎県】

(4) の回答と同様

【沖縄県】

提案県

【大分県】

施設の要件についてより具体的かつ現場で対応可能なものに改めて頂かないと現状ではなかなか手挙げが難しいと考える。一部の地区では加算1の施設スタッフが地域の医療機関を巡回して感染対策の指導を行っていると聞いているがごく限られたケースと思われる。

当県におけるサーベイランス強化加算の届出は5施設に止まっており、当該加算の周知についてはこれからの検討課題と捉えている。

(8) 新型コロナウイルス感染症の定点報告について (大分県)

《提案趣旨》

新型コロナウイルス感染症の感染症法の位置づけが五類に変わり感染状況は定点報告となり実数の把握は事実上行われなくなっている。当県ではいくつかの医師会で独自に医療機関から感染者数の報告を受け情報を共有している。各県で同じような取組があればお聞かせ願いたい。

各県からの回答

	[回答記入欄]
【長崎県】	<p>長崎県でも、大村市医師会、西彼杵医師会では自発的に全例、毎日集計をしているという。</p> <p>定点観測では実数が分かりづらく、ニュースでも報道されない。</p>
【熊本県】	<p>当県の医師会で独自に感染者数の報告を共有している事例はありません。</p>
【福岡県】	<p>定点報告は貴県と同じであるが、まずは定点全体の構造を把握する必要がある。</p> <p>コロナ定点はインフルエンザ定点が兼ねている。県全体で内科定点 78 医療機関（全内科医療機関の 3%）、小児科 120 機関からのデータが毎週会員に報告される全例報告と週 1 定点患者数見ることができ情報共有されている。このデータの広報活動は週報の他に月報、県ホームページ、新聞、テレビ、ラジオなどで行われている。福岡県は 4 ブロック分割であり、各地区の状況はすべて掌握できていないが、以前インフルエンザは毎週全例報告を群市医師会で行っているところもあった。現在、新型コロナ感染に関しては一部の群市の内科医会メイリングリストで当番医報告、医師会では当番医の内科、小児科外来数とコロナ発生数を会員に報告している。すべての医療機関での報告はされていない。</p>
【鹿児島県】	<p>各県で定点報告による数を参考に発生数の推計が出されているが、定点医療機関の設定や検査数が一律でなく、また定点医療機関が当番医の週は数が急に増えたりすることがあり不正確である。地域に 17 医師会にアンケートを実施したところ 4 医師会で感染者の集計を行い各医療機関へ情報提供を行っている。</p>

【佐賀県】

本県では、唐津東松浦医師会でLINEによる感染報告、鳥栖三養基医師会及び多久市ではFAXによる感染者報告を行い、実数の把握を試みているとの事であるが、

- ①全医療機関が登録して感染確認報告を行う事は、各医師会の規模によっては（規模が大きい程）困難が考えられる。
- ②5類となり、登録が必須ではなくなったため、登録医療機関からの報告が、全例もれなく登録されるのかの問題あり
- ③セキュリティが保たれるかの問題（この問題が大きい）あり
- ④感染者も、5類となった事で？必ずしも医療機関に受診せず、解熱剤のみで経過をみている例も一定数存在すると思われる。

これらの理由で、佐賀市では定点報告以上の感染状況把握は出来ていないのが現状です。

【宮崎県】

当県では新型コロナウイルス感染症と診断された者の報告数については、県内58カ所の定点医療機関からの報告を基に集計している。入院患者数については、県内の医療機関からの報告を基に集計している。医師会で独自に医療機関からの報告を受けることはしていない。ただし延岡市医師会では、市内の80%の医療機関の協力の元、5類移行後の新規コロナ感染者数を独自集計しており、ほぼ全数把握に近い状況である。毎週木曜日に前週の感染者数を公表している。

【沖縄県】

当県では、県内でも地域によりますが、感染者数の把握は主に保健所、クラスター等緊急対応は県の担当部所職員、ワクチンは各市町村の健康推進課で行っています。

5類変更後の定点報告は県が行っており、他県との比較、増減による流行の予測等で参考にしていますが、もともと沖縄県は基地関連・国内外の観光客・離島等特殊な環境であるため地域ごと、特殊環境ごとに対応しています。

【大分県】

提案県

令和5年度
第40回
九州各県内科審査委員懇話会

日 時:令和5年11月11日(土)午後4時～6時

場 所:ソレイユ(大分県労働福祉会館)3F「牡丹」

第40回九州各県内科審査委員懇話会

日 時：令和5年11月11日（土）午後4時～6時
場 所：ソレイユ（大分県労働福祉会館）3F「牡丹」
（大分市中央町4丁目2-5 TEL 097-533-1121）

次 第

司会・進行 大分県内科医会常任理事 生山 祥一郎

1. 開 会
2. 担当県挨拶 大分県内科医会常任理事 吉賀 攝
3. 協 議

【提案事項】

- (1) 糖尿病内服薬の併用について（長崎県）…………… 4
- (2) 腎機能低下または、腎不全がある症例で、腎生貧血が疑われる場合の「エリスロポエチン（EPO）」測定について（長崎県）…………… 6
- (3) 「C型非代償性肝硬変」に対して、マヴィレット配合錠の投与について
傷病名「C型非代償性肝硬変」「低アルブミン血症」に対し、マヴィレット配合錠とヘパアクト配合顆粒が併用投与されていることについて疑義が生じている（熊本県）…………… 8
- (4) 同一手術野で2以上の手術を行う場合の費用の算定について
K546 経皮的冠動脈形成術1 急性心筋梗塞 36,000点と
K549 経皮的冠動脈ステント留置術 34,380点の場合（熊本県）…………… 11
- (5) 糖尿病性腎症重症化予防を推進するにあたり、尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度を増やすためには、どのような工夫が必要でしょうか（福岡県）…………… 15
- (6) 新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合のPCR検査の併算定について（鹿児島県）…………… 19
- (7) ビソノテープの適用について（鹿児島県）…………… 21
- (8) 生体腎移植ドナーに対する術前の上部内視鏡検査、胸部～骨盤CT、常用負荷試験の算定について（佐賀県）…………… 23
- (9) 妊娠糖尿病における在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1及び血糖自己測定器加算の算定について（佐賀県）…………… 28
- (10) FISH検査や染色体分析などの遺伝子検査は、何回位可能でしょうか（宮崎県）…………… 31
- (11) リクシアナ（エドキサパン）とワソラン（ベラパミル）の併算定について（宮崎県）…………… 33
- (12) 新規抗がん剤使用時の血液検査について（沖縄県）…………… 36
- (13) 血管径3.0mm以上の新規冠動脈病変に対する薬剤塗布バルーン（DCB）の使用の詳記について（別添資料あり）（沖縄県）…………… 38
- (14) アレルギー性鼻炎・花粉症に対する抗アレルギー薬の複数投与について（大分県）…………… 41

提 案 事 項 及 び
各 県 からの 回 答

(1) 糖尿病内服薬の併用について (長崎県)

《提案趣旨》

昨年は糖尿病内服薬の多剤併用制限について各県の御意見を伺いました。薬剤の組み合わせについて、スルホニル尿素薬とグリニド薬、DPP-4 阻害薬と GLP-1 受容体作動薬の併用を認めないことは共通の規準となっていますが、一部類似作用を有するイメグリミン塩酸塩（ツイミーグ）とビグアナイド薬の併用については認めておられるでしょうか。ビグアナイド薬極量にイメグリミンの併用についてはいかがでしょうか。

各県からの回答

	[回答記入欄]
【長崎県】	提案県
【熊本県】	併用を認めている。
【福岡県】	ビグアナイド薬とイメグリミン塩酸塩（ツイミーグ）の併用については、ビグアナイド薬極量を投与していても認めています。
【鹿児島県】	<p><社保></p> <p>当県の社保においては、ツイミーグとビグアナイドは作用機序が異なるため、両者の併用は認めています。同じ理由により、ビグアナイドの最大投与量にツイミーグの併用も認めています。</p> <p><国保></p> <p>糖尿病専門委員の意見</p> <p>Imeglimin は、メトホルミンから合成されていますが、その主たる作用は異なっており（前者が肝臓からの糖放出抑制、後者が食後高血糖抑制）、併用療法は病態上からも意義あるもので、両者の併用は保険診療上も認められるものと思います。</p> <p>両者共に腎排泄性ですが、Imeglimin は作用機序からも乳酸を増やす事はないので、腎機能に問題なければメトホルミン極量との併用も可能とは思いますが、しかし両者の併用では、腹部症状（下痢など）が出やすく、今のところメトホルミン極量との併用が審査で上がって問題になったことはないようです。</p>

【佐賀県】

<社保>

- ・ビグアナイドとイメグリミンの併用は認めている
- ・ビグアナイド極量との併用に関しては、併用禁忌ではないが、消化器症状が出やすく、注意が必要とされている。又 eGFR 45 未満の腎機能障害では非推奨とされている事にも注意が必要。

<国保>

イメグリミン塩酸塩（ツイミーグ）とビグアナイド薬の併用に関する取決めはない（認めている）。

【宮崎県】

イメグルミン塩酸塩とビグアナイド薬の併用についてはビグアナイド薬が極量であっても認めています。

【沖縄県】

作用機序が異なるので、イメグリミンとビグアナイド製剤の併用を認めています。

【大分県】

ビグアナイド薬とイメグリミンの併用投与については取扱いを定めていません。ツイミーグの添付文書の併用注意に、ビグアナイド系薬剤は「低血糖及び消化器症状の発現に注意すること。」とあることから、慎重投与であれば問題ないと考えます。

提 案 事 項

(2) 腎機能低下または、腎不全がある症例で、腎生貧血が疑われる場合の「エリスロポエチン(EPO)」測定について (長崎県)

《提案趣旨》

近年、高齢化に伴い腎機能悪化、貧血の増悪がみられる症例が増加している、更に、最近は従来のエリスロポエチン、ダルベポエチン等の注射薬に加え、HIF-PH 阻害薬など経口薬での治療が増加して来ています。治療に際し、腎性貧血診断のためエリスロポエチン(EPO)測定の機会も増えると思われます。長崎県では、エリスロポエチン検査については、「重度の慢性腎不全患者、又は、エリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者」となっています。

その為、診断名に慢性腎不全の病名および腎性貧血疑いの病名だけでは査定の対象となり状態の詳記が必要のようです。各県のご意見はいかがでしょうか。

各県からの回答

各県からの回答	
【長崎県】	〔回答記入欄〕 提案県
【熊本県】	腎不全による腎性貧血がわかれば、詳記の必要はない。
【福岡県】	エリスロポエチンの検査については、赤血球増多症(多血症)、腎不全、骨髄異形成症候群等の病名が必要です。
【鹿児島県】	<p><社保></p> <p>当県の社保においても長崎県と同様、算定要件どおり、「重症の慢性腎不全患者、又は、エリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者」としてしています。</p> <p><国保></p> <p>内科系審査委員の意見</p> <p>慢性腎不全患者又はエリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル若しくはHIF-PH阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断(疑いを含む)に対して算定するとしています。</p>

- 【佐賀県】
- ＜社保＞
慢性腎不全・腎性貧血の疑いで認めている。
- ＜国保＞
下記の留意事項通知に従い、慢性腎不全と腎性貧血の疑いの病名があれば認めている。状態の詳記は必要としていない。
- ＜留意事項通知＞
重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン、ダルベポエチン若しくはHIF-PH阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断の目的で行った場合に算定する。
- 【宮崎県】
- 慢性腎不全が確定しており、腎性貧血の疑いの場合は詳記がなくても認めています。
- 【参考】支払基金の全国統一取り決め（令和4年8月25日）
次の傷病名等に対するD008「41」エリスロポエチンの算定は、原則として認められない。
- 1) 腎不全疑い
 - 2) 慢性腎不全疑い
 - 3) 慢性腎臓病
 - 4) 慢性貧血 となっています。
- 【沖縄県】
- 慢性腎不全と腎性貧血（疑いを含む）の病名あれば、腎機能などの詳記を問うことはなく、認めています。腎性貧血治療後は認めておりません。
- 【大分県】
- 「重度」等の病態については傷病名に記載する必要がないため、慢性腎不全と腎性貧血の疑い病名があれば認めています。

(3) 「C型非代償性肝硬変」に対して、マヴィレット配合錠の投与について

傷病名「C型非代償性肝硬変」「低アルブミン血症」に対し、マヴィレット配合錠とヘパアクト配合顆粒が併用投与されていることについて疑義が生じている (熊本県)

《提案趣旨》

マヴィレット配合錠の効能又は効果

C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善

ハーボニー配合錠の効能又は効果

セログループ1 (ジェノタイプ1) 又はセログループ2 (ジェノタイプ2) のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善

エプクルーザ配合錠の効能又は効果

C型慢性肝炎、C型代償性肝硬変又はC型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善
ペパアクト配合顆粒 (イソロイシン、ロイシン・バリリン顆粒) の効能又は効果

食事摂取量が十分にもかかわらず低アルブミン血症を呈する非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症の改善

「症状詳記」非代償性肝硬変であったが、リーバクト (ヘパアクト) 配合顆粒等の治療により代償性肝硬変に改善した。

「本部の苦情相談に寄せられた照合内容」(本部回答日 令和3年10月13日)

「ハーボニー配合錠の適応外について」

傷病名：C型慢性肝炎、低アルブミン血症、非代償性肝硬変

投与内容：ハーボニー配合錠、リックル配合顆粒が併用投与

【本部回答】

ハーボニー配合錠及びリックル配合顆粒の効能・効果等から、それぞれの治療目的があり、ハーボニー配合錠の投与は原案通りが妥当と考える

リックル配合顆粒を投与したことについては「ウイルス治療とは異なり、低アルブミン血症が生じることにより起こりうる全身のむくみや腹水、胸水等の抑制のための投与。

リックル配合顆粒をハーボニー配合錠投与後も持続的に安定させるために必要な投与を判断し、それぞれ異なる治療効果を目的として投与されたものであり、医学的妥当適当なものとして審査決定したものと史料される。

「肝硬変診療ガイドライン 2020(決定第3版)日本消化器病学会 日本肝臓学会編(2020.11.15) P2」

肝硬変の機能的分類

1) 代償性肝硬変

○肝機能がよく保たれており、臨床症状はほとんどない。

○肝脾腫、クモ状血管腫、手掌紅斑、食道静脈瘤などが存在していても、無症候性の場合は代償性とする。

2) 非代償性肝硬変

○肝性脳症、黄疸、腹水、浮腫、出血傾向など、肝不全に起因する症状が出現する。

○治療を行わない状態で分類し、治療後に無症候性となった症例も非代償性とする。

○現在あるいは以前に非代償性であることを次のいずれかの基準で判断する。

・Child-Pugh score7点（分類B）以上

・「非代償性の対象医療行為」#の治療歴を現在あるいは以前に有する

#腹腔穿刺、胸水・腹水濾過濃縮静注法、内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術などの肝不全および肝硬変合併症に対する治療（腹水・肝性脳症・低栄養に対する内服薬治療などを含むものとする。）

以上より、非代償性肝硬変は治療後に検査データにより、代償性肝硬変に改善しても非代償性肝硬であることに変わりはないと判断し、マヴィレット配合錠適応外である。

貴県に於ける御判断をお聞かせください。

各県からの回答

各県からの回答	
【長崎県】	〔回答記入欄〕 非代償性肝硬変の傷病名では、適応のないウイルス血症改善剤は査定。一方、代償性肝硬変では通常へパアクト配合顆粒は査定。この場合、必要性のコメントにより認められることはあるが、非代償性肝硬変がへパアクト投与により代償性に改善しているとの理由であれば、非代償性に適応のないウイルス血症改善剤の併用は認められない。
【熊本県】	提案県
【福岡県】	非代償性肝硬変にはマヴィレット配合錠は適応外であり、むしろ「重度（Child-Pugh分類C）の肝機能障害のある患者」には禁忌となっています。薬剤の選択は慎重に行われるべきであり、非代償性肝硬変にも適応があるエプクルーザ配合錠がある現在、マヴィレット配合錠は処方されるべきではないと考えます。しかしながら薬価が高額なだけに査定は躊躇されます。同様なケースがあった場合、原審査の段階でできるだけ拾い上げ、その段階で返戻して病名の確認を行うことで対応します。
【鹿児島県】	<社保> C型非代償性肝硬変患者が治療後に代償性肝硬変に改善した場合には、臨床

状況を確認し、患者さんへの治療効果メリットを鑑み、マヴィレット配合剤の算定を認めています。

<国保>

肝臓専門委員の意見

マヴィレットは代償性の肝硬変が適応ですが、開始時の肝予備能が代償性であれば、その投与は許容できます。一方で、リーバクト等のアミノ酸製剤は「食事が十分にもかかわらず低アルブミン血症を呈する非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症の改善」を目的に開始されますが、開始後にアルブミンが改善した後も、継続投与が必要な場合があります。リーバクト投与により肝予備能が保たれ、マヴィレットの投与対象になりうる場合があります、査定の対象にはならないと思われます。

なお、リーバクト以外のその他の併用薬により肝予備能の低下が強く疑われる場合には、疑義照会の対象になりえます。

【佐賀県】

<社保>

令和3年 第38回内科審査委員懇話会に提案事例と思われます。
貴見のとおり、適応外と考えます。

<国保>

請求事例なし。

なお、それぞれの薬剤の適応からして両薬剤を併用投与することは認められないと考える。

【宮崎県】

非代償性肝硬変は治療後で代償性肝硬変に改善しても非代償性肝硬変であることに変わりはないと判断し、マヴィレット配合錠の算定は認めていません。

【沖縄県】

ヘパアクト配合顆粒投与に伴う経過の如何に関わらず、C型非代償性肝硬変に対してマヴィレット配合剤の処方認めていません。

【大分県】

「非代償性肝硬変患者の低アルブミン血症」に適応となるヘパアクト配合顆粒が投与されている場合は、「代償性肝硬変」の患者が対象であるマヴィレット配合錠の算定は認めていません。

(4) 同一手術野で2以上の手術を行う場合の費用の算定について

K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞 36,000 点と

K549 経皮的冠動脈ステント留置術 34,380 点の場合 (熊本県)

《提案趣旨》

令和2年の点数改正で【K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞】の点数が32,000点→36,000点へ改定。

このことから【K549 経皮的冠動脈ステント留置術】34,380点より高額な手術手技になった。緊急入院で急性心筋梗塞に対して形成術を行い、引き続きステント留置術を行った場合の主たる手術の算定について

医科点数表の解釈

手術 通則

14 同一手術又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合[複数手術に係る費用の特例]は別に厚生労働大臣が定めるところ[複数手術に係る費用の特例]により算定する。

同一手術野又は同一病巣における算定方法

(1) 「通例14」の「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

「複数手術に係る費用の特例について」

複数手術に係る費用の特例の一部改正に伴う実施上の留意事項について(令4.3.18 保医発0318第1号)

(4) 「主たる手術」とは、同一手術野又は同一病巣に行った手術のうち、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいうこと。なお、別表第一及び別表第三の上欄(左)に掲げる手術が必ずしもこれに該当するものではないことに留意されたい。

審査に関する疑義照会に対する本部回答(審査に関する情報(抜粋版)R5.6月)

経皮的冠動脈形成術について

令和2年の点数改定により【K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞】32,000点が36,000点に改正されました。これにより【K549 経皮的冠動脈ステント留置術】34,380点より高額な手術手技となったことより、緊急入院で急性心筋梗塞に対して形成術を行い、ステント留

置術を行った場合、従前のステント留置術での算定ではなく形成術で算定する医療機関があります。同一手術野で2以上の手術を行った場合、主たる手術手技で算定する扱いですが、ステント留置術をもって手術完遂と考える場合、ステント留置術で算定すべきとの意見もあり審査見解に差異が生じていることから、形成術とステント留置術を行った場合はどちらの点数で算定すべきでしょうか。

また、一般的に形成術を行った後にステント留置術を行うものと考えますが、主たる手術を点数設定の高い形成術を考える場合、【K549 経皮的冠動脈ステント留置術】34,380点を算定する場合とはどのようなケースを想定しているのでしょうか。

当該事例については、基金本部審査統括部で検討した結果、次のとおり回答します。

【本部回答】

第10部手術の通則14に「同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。」と示されていることから、K546及びK549を同一手術野で実施した場合は、手術の通則14に基づき、主たる手術の所定点数で算定するものと考えます。

なお、令和2年度診療報酬改定により、K546経皮的冠動脈形成術「1 急性心筋梗塞」32,000点が36,000点に増点され、K549経皮的冠動脈ステント留置術34,800点を上回る改正がされたことについては、厚生労働省の告示で示される点数設定につき、本照会において回答できないことを申し添えます。

以上より、K546及びK549を同一手術野で実施した場合は、手術の通則14に基づき主たる手術はK546経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞と判断します。

貴県に於ける御判断をお聞かせください。

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

同時に実施した場合、規定通り主たる手術である K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞 36,000 点のみを認める。急性心筋梗塞を発症していない症例では、冠動脈狭窄に対する手術として K549 経皮的冠動脈ステント留置術 34,380 点でいいのではないのでしょうか。

【熊本県】

提案県

【福岡県】

基本的には、基金本部審査統括部の考えのように、「同一手術野又は同一病巣につき、2 以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。」と考えますが、経皮的冠動脈形成術と経皮的冠動脈ステント留置術を同時に行なった場合、ステント 1 本でも使用していれば、K549 経皮的冠動脈ステント留置術の算定を認め、PCI 治療の最終手段としてバルーンカテーテルで終われば K546 経皮的冠動脈形成術を、ステント留置で終わればステント留置術を算定することを認めています。

K549 経皮的冠動脈ステント留置術の請求点数が K546 経皮的冠動脈形成術「1 急性心筋梗塞」36,000 点より減じる点は、今後の課題と考えます。

【鹿児島県】

< 社保 >

当県の社保としては、急性心筋梗塞症例において K546 と K549 を実施した場合、K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞の算定で問題ないと考えます。

< 国保 >

循環器専門委員の意見

両者を実施した場合、K546 経皮的冠動脈形成術 急性心筋梗塞の算定と判断。

急性心筋梗塞例に対しステント留置しているが、K546 経皮的冠動脈形成術で算定している施設があり、経皮的冠動脈ステント留置術に査定しています。

【佐賀県】

< 社保 >

貴見の通りと判断します。

本部の回答と同意見です。

K546 の急性心筋梗塞での手技は、ステント留置前に閉塞部位の形成術や血栓吸引等が必要で、その後、再閉塞・再狭窄に対してステント留置を行うものと考えます。

一方、K549 の手技は、前拡張を必要とする程の狭窄が無い場合に、ダイレクトにステントバルーンを通過させてステント留置を行うものと考えます。

<国保>

K549.1 経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）34,800 点での算定が妥当としている。

点数の逆転現象が起きているが、最終的に冠動脈の拡張はバルーンカテーテルではなくステント留置をもって行っているため、上記点数が妥当と考える。

【宮崎県】

ステント留置術で算定すべきとの意見と経皮的冠動脈形成術で算定すべきとの意見がありました。

医学的な問題ではなく請求ルールの問題ですので、社保、国保を問わず九州として扱いを統一すべき内容と考えます。

【沖縄県】

通達通り、ステント留置があれば、冠動脈ステント留置術での算定としている。（審査員の中では、冠動脈形成術での算定を認めてよいのではとの意見も多くみられる。）

【大分県】

PTCA カテーテルの算定があり、形成術が行われていると判断される場合には、2 以上の手術を同時に行った場合の主たる手術（点数の高い手術）の「K546 経皮的冠動脈形成術 1 急性心筋梗塞」での算定を認めています。

(5) 糖尿病性腎症重症化予防を推進するにあたり、尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度を増やすためには、どのような工夫が必要でしょうか (福岡県)

〈提案趣旨〉

平成 28 年 3 月に、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、行政と医療関係者が連携体制を構築し、その取り組みを全国に横展開するため、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結しました。目的は、透析導入原因の第一位が糖尿病性腎臓病であることから、適正な医学的介入により腎機能の可逆的改善が見込める早期糖尿病性腎症 II 期を早期に発見し、生活習慣の改善と必要な治療を開始し、腎不全、人工透析への移行を防止することです。一方、その重要なマーカーと認められている尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度少ないと言われていきます。2019 年の全国レセプトデータで検討した国立国際医療研究センターのデータで、診療を受けた患者の内、尿アルブミンまたは蛋白の定量検査を受けたのは 19.4%にすぎませんでした。さらに、厚生労働省による第 2 回 NDB オープンデータの解析で、HbA1c 測定件数に対する尿アルブミン/尿クレアチニン比測定件数の割合が、全国平均でもわずか 2.62%で、最も高い北海道でも 4.6%ほど。九州の中で、全国平均を超えていたのは大分県、沖縄県、佐賀県、鹿児島県のみで、福岡県は 1.9%程でした。全国的に糖尿病性腎症重症化予防の取り組みがなされているにもかかわらず、その重要な指標である尿アルブミン/尿クレアチニン比測定がなされていない背景は、かかりつけ医の認知度にも原因があると思われそうですが、保険診療における査定の厳しさにも問題があるように思われます。糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを持続し、腎不全への移行を少しでも少なくするため、今後どのように尿アルブミン/尿クレアチニン比測定件数を増やしていくのかご教示いただければ幸いです。

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

HbA1c は糖尿病の診断があれば連月定期検査として他の血液検査と共に実施しやすく抜けが少ない。一方、尿中微量アルブミン検査は、糖尿病性早期腎症の発見に重要な検査であるとの認知度は実際の検査実施割合よりずっと高いと思われるが、適応傷病名記載の問題、認められる測定間隔の問題等より抜けが生じている可能性が大きいと思います。尿中タンパク定量/クレアチニン比では傷病名の縛りは少ないので代替検査して施行しやすいかもしれません。

また、尿中アルブミン定量を最低年 1 回、誕生月に検査するなどが主治医の習慣付けとなれば、確実な実施につながるのではないのでしょうか。

【熊本県】

糖尿病の診断名があれば、初回の尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定を認める。以後、定期的な測定が必要な場合は、早期糖尿病性腎症の診断名を必要とする。

【福岡県】

提案県

【鹿児島県】

尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度を増やすためには

尿アルブミン/尿クレアチニン比は、2型糖尿病腎症 II 期までの診断に有用であることの臨床的意義と早期診断の必要性を周知させることが重要と考えます。また、尿アルブミン/尿クレアチニン比で評価できる糸球体異常は、血管内皮障害も反映することから血管内皮障害の早期診断に繋がることもアピールすれば、糖尿病専門医以外の先生方にも使って頂けるのではないかと考えます。

尿アルブミン/尿クレアチニン比の測定頻度の当県内科医会アンケート調査結果を紹介します。

アンケート調査名	尿アルブミン/尿クレアチニン比測定頻度
鹿児島県糖尿病大規模実態調査（H27年）	専門医 66% 非専門医 39%
鹿児島県 CKD 診療実態調査（R4 年）	23.1% （尿蛋白定量実検査施率 38.8%）
JDOME2022	専門医 57.2% 非専門医 35.2%

全国調査（JDOME2022）と比較して当県の測定実施率は高率であった。

アンケート調査は自己の日常診療を振り返り、身近な他医の診療実態に触れるまたとない機会となります。アンケート調査実施は測定頻度増加につながるだけでなく、腎症重症化予防に益すると考えます。

糖尿病腎症 1・2 期では 3 か月に 1 回の測定頻度であれば査定されない。（1 期では「早期腎症の疑い」病名の記載が必要）。

【佐賀県】

< 社保 >

件数を増やす事に関しては、各都道府県や糖尿病学会の取り組みにおいて行なわれるべき事案と思われま。

審査の上では、現在特に審査を厳しく査定している状況にはないと考えます。

審査上の対応として考えられる対応は、腎不全の傷病名のない糖尿病の傷病名にて適応とする事や、3 ヶ月に 1 回の縛りを無くす事等が考えられます。

<国保>

内科の審査から外れると思いますが、個人的な意見とします。

検査を増やす手段として

- # 1 定期的に忘れずに外来で検査するには、患者の誕生月に尿アルブミン検査の予約を入れる。
- # 2 尿アルブミンの保険点数を検尿並みに下げて、外来迅速検査の保険請求ができるようにする。
- # 3 糖尿病専門医の先生に地域の講習会や研究会で尿アルブミンの検査の目的と陽性になった場合、具体的にどうしているのかレクチャーしてもらおうと非専門医の先生も検査するようになると考えます。

【宮崎県】

本県では、糖尿病性腎症重症化予防のために、県内科医会や各郡市内科医会などで糖尿病性腎臓病に関する講演会を開催し、その中で尿中アルブミン測定の重要性を強調し、検査を推奨しています。また、保険診療においても、糖尿病の診断のみで尿中アルブミン測定を認めるようにしています。しかしながら、福岡県と同様にかかりつけ医での検査は少ない状態が続いており、なかなか妙案がないのが実情です。行政の方では、この検査の重要性を理解しており、一部の自治体では、糖尿病があれば、特定健診の二次検査として尿中アルブミン検査を自己負担なしで行っているところもあり、また、医療機関に二次検査としてこの検査を保険診療で行うことを依頼している自治体もあります。

【沖縄県】

沖縄県における糖尿病性腎症重症化予防プログラムについては、現在、各地域医師会、行政等を通して推進・展開しております。その中で尿アルブミン/尿クレアチニン比測定の啓蒙はできていると思われれます。また、市町村によっては特定健診後に拾い上げた受診勧奨者に対する2次検診に尿中微量アルブミンの測定項目を付け加えており、このような方法で受診した医療機関での認知度も上昇していると考えられます。

国保の審査に関しては、3ヶ月に1回以上測定すると査定されます。ご提案の件については、尿中アルブミン/尿クレアチニンは検査精度が不安定で、複数回測定し平均することが望ましいとされています。

従って連月で測定しても査定されなければハードルが下がり、測定する医療機関が増える可能性はあります。尿蛋白、クレアチニン比を利用することで早期の治療介入が期待でき、その有用性をアピールすることで普及を図ることができるものと思われれます。

【大分県】

尿アルブミン/尿クレアチニン比の算定回数については取決めは行っていません。必要性により認めています。

(6) 新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合の PCR 検査の併算定について (鹿児島県)

《提案趣旨》

新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合、PCR 検査の併算定が査定された事例があります。新型コロナウイルス感染症診断の手引き (9.0 版) において、有症状者の場合には新型コロナウイルス抗原検査陽性のみで確定診断できるとなっています。そのため、新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合、PCR 検査の併算定を認めない審査員もいます。新型コロナウイルス抗原検査の偽陽性は 0.05%と報告 (JAMA, 2022; 327:485) されており、極めて低い確率ですが、臨床現場では、新型コロナウイルス抗原検査陽性の場合でも確定診断のために PCR 検査も同時に行うことが多いようです。各県のご対応をお伺いします。

各県からの回答

各県からの回答	
【長崎県】	<p>[回答記入欄]</p> <p>COVID-19 を強く疑うケースで抗原検査(-)の場合、PCR 検査の併算定での確認は意味があると思いますが、感度の低い抗原検査(+)の場合、さらに PCR 検査を実施する必要性は低いと判断されますので認めていません。偽陽性率 0.05%は無視されうると考えます。</p>
【熊本県】	<p>抗コロナウイルス薬を使う場合を除いて、COVID-19 の診断を厳格に行う必要はない、また PCR にも擬陽性があるので、確定診断のために PCR 検査を行う必要はない。</p>
【福岡県】	<p>抗原検査で陽性の場合、その時点で診断確定となるので追加で行われた PCR 検査は認めておりません。</p>
【鹿児島県】	<p>提案県</p>
【佐賀県】	<p><社保></p> <p>抗原陽性の結果をレセプト記載されていれば、PCR は不要と考えますが、抗原検査の結果記載のないレセプトが大部分であるため、併算定について、査定は行っていない。</p> <p><国保></p> <p>抗原検査と PCR 検査の併算定は認めている。</p>

但し、スクリーニング的に両検査を併用している事例が散見されるため、2類相当から5類に移行されたこともあり、今後は一定の基準を設けることも検討している。

【宮崎県】 抗原検査が陽性の場合には、原則としてPCR検査の併施（追加実施）は認めていません。臨床的に擬陽性である可能性が強く疑われる場合に限り（注記等の記載）認めています。しかしながら、現実的に査定することはありません。

【沖縄県】 新型コロナウイルス抗原検査結果の如何に関わらず、PCR検査との同時実施は査定の対象とならない。

【大分県】 通知に、「COVID-19が疑われる者に1回に限り算定する。ただし、結果が陰性であったものの、診断がつかず再度実施した場合は、さらに1回に限り算定できる。」とあることから、抗原検査であっても陽性になった後の検査は認めていません。

(7) ビソノテープの適用について

添付文書にてビソノテープ 2 mg は、頻脈性心房細動に適応が限定されている。高血圧症に対して 4 mg または 8 mg を使用していて、血圧の低下を来してきた場合、2 mg まで減量することもあり、査定される医療機関があった。（鹿児島県）

《提案趣旨》

高血圧症にて治療中、ビソノテープの減量が必要と思われた症例の場合、高血圧症でも 2 mg ビソノテープの使用は認めてもいいのではないのでしょうか。

各県からの回答

	〔回答記入欄〕
【長崎県】	適応通りビソノテープ 2 mg の高血圧症への投与は認めていません。4 mg を 2 分の 1 にカットして使用することも、使用上の注意より基本的に認められません。コメントで認められるか否かは不明です。
【熊本県】	適応症は添付文章にしたがう。
【福岡県】	ビソノテープ 2 mg に、高血圧症は適応ではありません。適応外使用で査定と考えます。
【鹿児島県】	提案県
【佐賀県】	<p>< 社保 ></p> <p>原則として適応傷病名以外での使用は認めていません。2 mg が適量と判断されれば、4 mg テープを半分にして貼付しても良いと考える。</p> <p>製薬メーカーはテープの単位面積あたりのビソプロロールの濃度は一定としている様です。</p> <p>< 国保 ></p> <p>原則、規格ごとの適応病名がない場合は認めていない。但し、コメントが記載されている場合は医学的判断としている。</p>

【宮崎県】

原則として認めていません。

【沖縄県】

国保社保の審査で以下のような差異がある。

<国保>

ビソノテープ 2mg の高血圧への使用は認めない。

<社保>

4～8mg ; 高血圧で認めており、現時点では 2mg も認めている（投与量調整は主治医の裁量と考えています）。

【大分県】

規格単位により効能・効果が異なる医薬品については適応どおりとしているため、高血圧症に対し 2 m g が処方された場合は認めない扱いとしています。

(8) 生体腎移植ドナーに対する術前の上部内視鏡検査、胸部～骨盤 CT、常用負荷試験の算定について (佐賀県)

《提案趣旨》

末期腎不全の患者に対して生体腎移植術を行う場合、医科点数表の解釈では、『①日本移植学会の「生体腎移植ガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。②組織適合試験は所定点数に含まれ別に算定できない。③臓器提供者に係る(指定された)感染症検査を行った場合は1回に限り算定する。』と記載されています。ガイドラインでは、ドナーに悪性腫瘍がないこと、糖尿病がないこと等の8項目の適応条件が記載されていますが、提案事項に記載した検査の算定については言及されていません。ドナーの保険で請求するのか又は自費とするのか貴県ではどのように取扱われていますか。

(参考)

- A. 年齢は 20 歳以上で 70 歳以下(*1)
- B. 以下の疾患、または状態を伴わないこと
全身性活動性感染症
HIV 抗体陽性
クロイツフェルト・ヤコブ病
悪性腫瘍(原発性脳腫瘍および治癒したと考えられるものを除く)(*2)
- C. 血圧は 140/90mmHg 未満
- D. 肥満がない BMI は 30Kg/m² 以下。高値の際は 25 Kg/m² 以下への減量に努める(*3)
- E. 腎機能は、GFR(イヌリンクリアランスまたはアイソトープ法、クレアチニンクリアランスで代用可)が 80ml/min/1.73m² 以上(*4)
- F. タンパク尿は 24 時間蓄尿で 150mg/day 未満、あるいは 150mg/gCr 未満、またはアルブミン尿が 30mg/gCr 未満
- G. 糖尿病(耐糖能障害)はないこと。早朝空腹時血糖値で 126mg/dL 以下で HbA1c(NGSP)値で 6.2%以下、(*5)。判断に迷う際には 0-GTT 検査を行い評価することが望ましい
- H. 器質的腎疾患がない(悪性腫瘍、尿路感染症、ネフローゼ、嚢胞腎など治療上の必要から摘出された腎臓は移植対象から除く)

注記

- *1 日本人の平均寿命と欧米人の平均寿命の差を考えると基本基準は 70 歳以下が適正。
アムステルダムフォーラムでは若年者を 18 歳以上だが日本では 20 歳以上とした。
- *2 悪性腫瘍に関しては腫瘍により事情が大きく異なる。原発性脳腫瘍でも転移の可能性が皆無でない腫瘍もあるなど今後論議が必要である。今回は悪性腫瘍の各論に関する詳細な記述はしていない。今後、各領域の腫瘍専門医の意見を求め、より適正なガイドラインを目指

すことが望ましい。

- * 3 日本人と欧米人の肥満評価で BMI 差が 5 程度とする意見が多いことを反映させた。
- * 4 腎機能評価法として日本人のための eGFR 推算式 (194 式) は eGFR 高値でのばらつきが大きいため使用しない。
- * 5 日本では空腹時血糖での糖尿病評価ではなく HbA1c が定着していることを反映した。
- * 6 腎提供後に単腎となり CKD 患者となるドナーでは CKD 患者の管理目標が条件となることから目標血圧を設定した。少量降圧薬内服中の高齢ドナーでは家庭血圧測定値なども考慮して決定することが望ましい。
- * 7 日本人の肥満者は増加しているが BMI<35Kg/m² は緩すぎるため設定した値では根拠ない。BMI が 30Kg/m² 以上の肥満に対しては適正に減量指導して 30Kg/m² 未満に下降してから手術が行われるべきである。
- * 8 糖尿病患者は原則としてドナーとすべきではないが、糖尿病専門医のこのレベルに管理されていれば将来にわたるリスクが少ないと考えることができると HbA1c 値を参考に、より厳格なレベルを目標値として設定した。アルブミン尿のないことが重要である。

「参考文献」

両角國男, 市丸直嗣, 片山昭男, 他. 生体腎移植ドナーガイドライン。日本移植学会ホームページ

【生体腎移植ガイドライン】 平成 20 年 5 月 18 日の日本移植学会理事会で承認

I. 腎移植希望者 (レシピエント) 適応基準

1. 末期腎不全患者であること

透析を続けなければ生命維持が困難であるか、または近い将来に透析に導入する必要性に迫られている保存期慢性腎不全である

2. 全身感染症がないこと

3. 活動性肝炎がないこと

4. 悪性腫瘍がないこと

II. 腎臓提供者 (ドナー) 適応基準

1. 以下の疾患または状態を伴わないこととする

a. 全身性の活動性感染症

b. HIV 抗体陽性

c. クロイツフェルト・ヤコブ病

d. 悪性腫瘍 (原発性脳腫瘍及び治癒したと考えられるものを除く)

2. 以下の疾患または状態が存在する場合は、慎重に適応を決定する

a. 器質的腎疾患の存在 (疾患の治療上の必要から摘出されたものは移植の対象から除く)

b. 70 歳以上

3. 腎機能が良好であること

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

腎移植は地方審査ではなく特審対象ですので審査の判断は正確なところ不明です。生体腎移植実施医療機関の医師に問い合わせたところ、請求はレシピエントで提出し、悪性腫瘍の有無の検査に上部消化管内視鏡検査、胸部～骨盤CTはルーチンに実施されており、糖尿病の有無はHbA1cおよび血糖値より判断して疑わしい場合、糖負荷試験を行っているとのこと。コメント記載して提出しているようですが、査定されることがあるようで、再審査請求での復活はないようです。

【熊本県】

保険診療では難しい。

【福岡県】

ドナーの診療は全てレシピエント側の保険で請求することとされています。ドナーのレセプトに保険病名をつけて請求することは認められません。また、検査費用を自費とすることも混合診療に抵触し認められないと考えます。したがって、検査費用は実施する医療機関で負担するしかないのではないですか。

【鹿児島県】

<社保>

当県の社保では、生体腎移植のドナーに対する術前検査のうち、保険診療で認められている検査項目は、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に記載したものを認めています。ご質問の悪性腫瘍がないことを証明するための上部消化管内視鏡検査、胸部～骨盤CT検査などの算定方法については、上記の項目にあてはまらず、ドナーの個人負担で検査して頂いており、症状がある場合には保険診療、症状がない場合には自費で検査をしています。

<国保>

国保における生体腎移植例の保険請求は極めて少ないのが現状。

泌尿器科専門医委員の意見

移植チームに現状を確認しました。

「ドナーの糖負荷試験 HbA1c が基準値以下など、糖尿病でないことが明らかかな場合、糖負荷試験は不要。

胸腹部骨盤CT、上下部内視鏡検査は必要（ドナーが女性の場合、乳がん、婦人科癌なども）だが、移植病院では行わず市中病院での検査となっており、請求は実施医療機関からドナー本人に行われており、自費か保険かは相応の症状の有無などにより、先方の医療機関で判断している」とのことです。

【佐賀県】	提案県
【宮崎県】	ドナーが適応で無い場合は原則として自費となります。ドナーに検査を必要とする医学的事項がある場合は保険請求も容認しています。
【沖縄県】	<p>腎機能評価や術前評価に関わる部分はレシピエント請求にしている。「HLA や適合検査、腎血流シンチ、腹部造影 CT、24 時間蓄尿検査、術前の一般的採血と採尿」などがこれにあたると思われる。</p> <p>原則疑い病名があれば認めている。</p> <p>CTは、疑い病名があれば術前術後に1回ずつは認めている。しかし、MRI との併用は認めない。</p> <p>上部内視鏡や負荷試験は、疑い病名があれば認めている。</p>
【大分県】	<p>移植に必要な検査であればレシピエントでの請求、ドナー本人の個別の状態に必要があつて行われる検査であればドナーでの請求と考えます。</p> <p>ご質問の上部内視鏡検査は認めていませんが、胸部～骨盤 CT、常用負荷試験については特に定めていません。</p> <p>以下の検査について、腎移植術（提供者の療養上の費用）として認めていません。</p> <p>（肝炎ウイルス）</p> <p>HBe 抗原、HBe 抗体（HBs 抗原陽性（キャリア）は認める）</p> <p>HA 抗体（IgM-HA 抗体）</p> <p>HCV 抗体、HCV 核酸定量、HCV 核酸同定</p> <p>（ウイルス等）</p> <p>アデノウイルス、コクサッキーウイルス、エコーウイルス、ヘルペスウイルス、インフルエンザウイルス（A・B）、ムンプスウイルス、風疹ウイルス、パラインフルエンザウイルス（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）、RS ウイルス、麻疹ウイルス、ポリオウイルス（1・2・3）、マイコプラズマ</p> <p>（生化学的検査）</p> <p>アンモニア、エンドトキシン精密、ヒアルロン酸、CPK・アイソザイム</p> <p>（腫瘍マーカー）</p> <p>AFP、PIVKAⅡ、CA19-9、CEA 以外の腫瘍マーカー</p> <p>（自己抗体）</p> <p>抗核抗体、抗 DNA 抗体</p> <p>（甲状腺関連検査）</p>

T3、T4、FT3、FT4、TSH

(その他)

アルブミン定量、(1→3)- β -D-グルカン、CH50、補体蛋白 (C3・C4)、クームス試験 (間接・直接)、ASO、免疫グロブリン (IgA、IgG、IgD)、胃・十二指腸ファイバー、負荷心電図、胃造影、注腸造影、大腸ファイバー

(9) 妊娠糖尿病における在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1 及び血糖自己測定器加算の算定について (佐賀県)

《提案趣旨》

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1 の対象は、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下のア又はイに該当する者となっており、ハイリスクな妊娠糖尿病である者に属さない妊娠糖尿病の患者では対象になりません (たとえば 75gOGTT で 1 項目のみ該当して非妊娠時の BMI が 25 未満のかた)。

ハイリスクな妊娠糖尿病である者に属さない妊娠糖尿病の患者においては、自己血糖測定で血糖経過を見る場合には算定できません (病院負担か自費負担になります)。管理目標はすべての妊娠糖尿病患者で同じでありますので、できればすべての妊娠糖尿病患者で算定できることを望みます。

各県ではどのように審査されていますか。

<妊娠糖尿病の診断基準>

ア 以下のいずれかを満たす糖尿病である者 (妊娠時に診断された明らかな糖尿病)

- (イ) 空腹時血糖値が 126mg/dL 以上
- (ロ) HbA1c が J D S 値で 6.1%以上 (N G S P 値で 6.5%以上)
- (ハ) 随時血糖値が 200mg/dL 以上
- (注) (ハ)の場合は、空腹時血糖値又は HbA1c で確認すること。
- (ニ) 糖尿病網膜症が存在する場合

イ ハイリスクな妊娠糖尿病である者

- (イ) HbA1c が J D S 値で 6.1%未満 (N G S P 値で 6.5%未満) で 75gOGTT2 時間値が 200m g/dL 以上
- (ロ) 75gOGTT を行い、次に掲げる項目に 2 項目以上該当する場合又は非妊娠時の BMI が 25 以上であって、次に掲げる項目に 1 項目以上該当する場合
 - ① 空腹時血糖値が 92mg/dL 以上
 - ② 1 時間値が 180mg/dL 以上
 - ③ 2 時間値が 153mg/dL 以上

各県からの回答

【長崎県】	<p>〔回答記入欄〕</p> <p>妊娠糖尿病すべてに自己血糖測定は求めておらず、定期検診でフォローアップしているようです。ハイリスクに該当しないケースはそれで特に問題ないようです。</p>
【熊本県】	<p>貴見のとおり。</p>
【福岡県】	<p>妊娠糖尿病の病名があっても、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1の基準には当てはまらない症例では、インスリン療法が行われていなければ血糖自己測定器加算の算定は認めておりません。</p>
【鹿児島県】	<p><社保></p> <p>当県の社保では、妊娠糖尿病における在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1と血糖自己測定器加算に関しては、既定の通り、ハイリスクな妊娠糖尿病において認めています。規定以外の場合には、自費あるいは医療機関による血糖自己測定となります。約80万人の妊娠者うち、7～9%に妊娠糖尿病を発症しており、全ての妊娠糖尿病患者に血糖自己測定を施行すると多額の費用が生じるため、ハイリスクな妊娠糖尿病患者のみを保険診療の対象としています。</p> <p><国保></p> <p>糖尿病専門委員の意見</p> <p>妊娠糖尿病における在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1及び血糖自己測定器加算についてはハイリスクな妊娠糖尿病患者についてのみ認めています。症例数から見ても、適応拡大はかなりの医療費増加につながると考えます。</p>
【佐賀県】	<p>提案県（通知通りの審査が行われています）</p>
【宮崎県】	<p>審査においては、算定要件についてレセプトへの記載義務がないため、「妊娠糖尿病」の傷病名があれば在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1および血糖自己測定器加算は認めています。</p> <p>医療機関においては、すべての妊娠糖尿病患者で算定できることを望みます。</p>

【沖縄県】

妊娠糖尿病に関して特に問題となったことはなく、いずれも算定しています。

【大分県】

血糖値等の記載要領が定められていないため「妊娠糖尿病」の病名に対して算定を認めています。要件を満たさないことが判断できる場合は、現状認められないと考えます。

提 案 事 項

(10) FISH 検査や染色体分析などの遺伝子検査は、何回位可能でしょうか (宮崎県)

《提案趣旨》

血液や組織などを用いた染色体や遺伝子検査の内容は表示されず、複数種の検査をしても、同様の検査をしている様に表示されてしまいます。そのため、複数回必要か？との確認が入ります。回数で区切るしかなければ、何回まででしょうか。また、項目の表示はできないので、どうされていますでしょうか。

各県からの回答

【長崎県】	<p>[回答記入欄]</p> <p>検査回数に対する取り決めは特にありません。診断時と治療後に必要性が認められれば認めています。</p>
【熊本県】	<p>治療効果の確認や経過観察のために、遺伝子検査が複数回必要な場合もあり、検査回数の制限は設けていない。</p>
【福岡県】	<p>何回までという回数の決まりはありません。疾患・診療内容によっては同月複数回あるいは連月の検査を行う必要もあると考えられ、そのような場合は詳記を求めています。</p>
【鹿児島県】	<p><社保></p> <p>当県の社保としては、遺伝子検査は、原則、患者一人につき1回に限り算定を認めています。治療効果判定や経過観察での遺伝子検査を繰り返す場合には、その検査の算定基準に準じて判断しています。そのため、単なる回数ではお答えできません。保険診療上は、コメントや詳記で遺伝子検査項目を記載するのが必要と考えます。</p> <p><国保></p> <p>内科系審査委員の意見</p> <p>遺伝子検査は患者一人につき1回が原則です。経過観察、治療効果の判定、再発診断等で必要であればコメント、詳記が必要であり記載がなければ返戻して記載を求めています。</p>

【佐賀県】

< 社保 >

当該事例の経験がありません。

複数種の検査を行っている可能性も考えられるのであれば、返戻して確認するのではないかと思います。

同じ内容で複数回なら査定でしょうか。

< 国保 >

回数を取決めは行っていない。

【宮崎県】

提案県

疾患にも寄りますが、染色体検査の結果が予後因子になっている物では測定する必要はあると思われます。診断時についてはFISH検査で3回、分染法で2回までは可能としています。

治療開始後は、治療効果判定のため、いずれかの検査1, 2回まで可能としています。

【沖縄県】

悪性腫瘍（含む増血器腫瘍）の場合

①診断時に1回認めている。

②再発（再燃）時に1回認めている（コメントなどで再発が確認できること）。
なお、造血器腫瘍のなかには確定診断のために3回まで可となっているものもある。

③「分子標的薬の適応を決めるため」などの記載があれば認める。

【大分県】

通知に、「びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断目的では、確定までの間に3回算定できる」とあるため、原則は3回までと考えます。ただし、濾胞性からびまん性に変化することもあるため、コメントにより医学的判断としています。

(11) リクシアナ（エドキサバン）とワソラン（ベラパミル）の併算定について（宮崎県）

(1) 質問

問1：68歳、男性、非弁膜症性心房細動、高血圧、うっ血性心不全、頻脈性不整脈、血栓塞栓症の患者にリクシアナ60mgとワソラン240mgの併用を認めるか。

○ リクシアナ60mgを認める。

× 当該事例は認めない。

問2：上述の患者で、もしワソランが240mgではなく120mg以下の投与の時にリクシアナ60mgの併用を認めるか。

○ ワソランが120mg以下であればリクシアナ60mgを認める。

× ワソランの量に関わらず併用していれば30mgまでしか認めない。

《提案趣旨》

問1：リクシアナの「用法及び用量に関連する注意」に、「キニジン硫酸塩水和物、ベラパミル塩酸塩、エリスロマイシン、シクロスポリンと併用する場合には、本剤30mgを1日1回経口投与すること。」との記載があるため、保険者より「ワソラン併用時にはリクシアナは30mgまでしか認められない。」とする再審査請求がなされる一方、医療機関からは「脳梗塞等のリスクを上げるのでリクシアナの減量は出来ない。」との申し出があり、苦慮している。

問2：リクシアナの添付文書にはワソランとの併用と記載されているが、ワソランは「通常成人、1回1～2錠（ベラパミル塩酸塩として1回40～80mg）を、1日3回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜減量する」となっており、投与量は60mg～240mgと幅があり、少量投与でもリクシアナを減量しなくてはならないか、判断に迷う内容である。

宮崎県としてはワソランが120mg以下の時にはリクシアナ60mgを認めている。ワソランが120mgを超える時には、リクシアナ60mgの必要性の詳記を求めている。
各県の扱いについてお伺いしたい。

各県からの回答

〔回答記入欄〕

【長崎県】

ワソラン併用の場合、120mg、240mg 共にリクシアナ 30mg までとしています。ヘルベッサ（ジルチアゼム）であれば、リクシアナ 60mg の併用を認めます。出血性副作用増加等を考慮して、用法、用量に関する注意通りとしてリクシアナ 60mg を認めることには消極的です。

【熊本県】

問1：×、 問2：×

用量に関わらず、リクシアナとワソランの併用は認めない。

【福岡県】

問1、2一緒に回答いたします。リクシアナの「用法及び用量に関連する注意」に、「キニジン硫酸塩水和物、ベラパミル塩酸塩、エリスロマイシン、シクロスポリンと併用する場合には、本剤 30mg を1日1回経口投与すること。」との記載がありますので、ワソランの用量にかかわらず、リクシアナ 30mg までの処方と考えます。

【鹿児島県】

<社保>

当県の社保としては、問1は×、問2は×と判断します。添付文書の記載通り、ワソランの投与量に関わらず、ワソラン併用時にはリクシアナは 30 mg に減量すべきです。もし、リクシアナ減量による脳梗塞のリスクの上昇を危惧されるのであれば、保険診療上は、減量なしにワソランと併用できる他の DOAC かワーファリンと併用投与すべきと考えます。

<国保>

循環器専門委員の意見

基本的にはワソランは重症心不全には禁忌ですが、レートコントロールのために必要な患者がいます。また、ワソラン併用時のリクシアナは添付文書どおり 30mg までしか認めていません。それ以外の場合は、基本的には詳記が必要です。

問1 × 問2 ×

【佐賀県】

<社保>

問1 ×

添付文書に則って投与すべきと考える。ワーファリンと異なり、薬剤投与量の適正な指標がない現状では、出血傾向に対する懸念が常に存在する。医療機

関からの“脳梗塞のリスクが上がる”という根拠より、メーカー側の根拠が科学的に実証済と思われる。もし、脳出血・消化管出血などの major side effect があつた場合には、訴訟のリスクが増大するのではと懸念される。

問2 × 同上

<国保>

薬事承認事項のとおりベラパミル等と併用している場合はリクシアナは 30mg までしか認めていない。

【宮崎県】

提案県

宮崎県としては血栓のリスクを踏まえて、ワソランが 120mg 以下の投与量の時にはリクシアナ 60mg の併用を認めている。ワソランの投与量が 120mg を超える時には、リクシアナ 60mg の必要性の詳記を求めている。査定の扱いにはしていません。

【沖縄県】

(ワソラン 120mg 以上の併用の症例は経験ないが) 原則、主治医の裁量として減量査定はしていない。

【大分県】

問1 ×

問2 ×

リクシアナの添付文書の用法及び用量に関連する注意に、「ベラパミル塩酸塩と併用する場合は、リクシアナ 30 mg を 1 日 1 回経口投与すること。」となっていることから併用投与の際、リクシアナは 30mg までしか認めていません。ワソランが頓服処方の場合はリクシアナを減量せず 60mg でも問題ないとしています。

(12) 新規抗がん剤使用時の血液検査について (沖縄県)

《提案趣旨》

近年、悪性腫瘍の化学療法は分子標的薬の出現により各段の進歩を遂げています。従来の抗がん剤に加え、これらの新薬でも致死的な副作用が報告されています。薬剤により副作用の種類、頻度が異なっているにも関わらず一律また頻回に検査されているのが現状です。

当県では別紙のように検査に関して目安を定めようと考えています。各県での状況がどのようになっているのか教えていただけますでしょうか。(別添資料あり)

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

特に取り決めはありません。薬剤によりそれぞれ異なる規準を設けることは審査の實際上、繁雑になると思いますが、ある程度の規準は審査の統一性から必要と考えます。貴県の目安を参考にさせていただきたいと思います。

【熊本県】

決めていない。

【福岡県】

抗がん剤使用時の血液検査について

検査を算定する場合の疑い病名については、提出県と同様にCBC、生化学、CRP、尿沈渣等の基本的な検査は病名を求めています。それ以外の検査については「疑い病名」を求めています。

KL-6、SP-A、SP-D（胸写が必要）：間質性肺炎の診断として、3項目のいずれかを3か月に1回認めている。ただし、抗悪性腫瘍剤全般、免疫抑制剤等の投与開始や増量時には連月の算定を認める。(数値を含むコメントが必要)

BNP、NT-proBNP：原則、6か月に1回まで。頻回に検査を必要とする場合は、必要性についてコメントを記載。(傾向的な場合は認めない)

以上が取り決め事項となります。

その他として、血液検査については各薬剤の添付文書に検査頻度の記載があるものは、記載に沿って審査が行われており、「定期的に行う」と記載があるものは医学的判断になると思われま。

【鹿児島県】

<社保>

CBC や生化学や尿検査は月に1回であれば問題ありませんが、月に複数回の場合にはコメントや詳記の必要があると考えます。CRP や凝固系のその他の検査は、疑い病名を含めた適切な病名が必要で、算定の頻度に関しては、それぞれの新規抗がん剤の副作用出現頻度とそれぞれの検査項目により、個別の判断になります。上記理由により、一律の基準を設けることは難しいと考えます。

<国保>

内科系審査委員の意見

末梢血、生化学、検尿あるいはCRP等の月1回の算定は認めています。新規抗がん剤による有害事象には、免疫チェックポイント阻害薬のように内分泌異常を呈するものもあります。新規抗がん剤による多岐にわたる有害事象チェックのための検査内容、検査頻度に一律の基準を設けることはかなり難しいと考えます。また現在、社保・国保審査会ともに審査格差解消のための作業が進行中であり、審査会独自の審査基準を新たに設定することも難しいと思います。現状は詳記・治療内容等を見て各審査委員の判断としています。

【佐賀県】

<社保>

特に取り決めは行っていない。

頻回と考えられるような事例では症状詳記を求める事もある。

<国保>

検査回数の取決めは行っておらず、事例ごとに審査委員の裁量で審査を行っている。

【宮崎県】

化学療法中の検査の回数に関する取り決めはありません。

患者の状態、治療開始からの時期、医薬品の種類等、変化する因子が多く、新薬の薬価収載などもある事より、一律の審査は難しいと考えます。

今回ご提示戴いた目安は、今後の審査の参考とさせていただきます。

【沖縄県】

提案県

【大分県】

化学療法時の血液検査については肝炎ウイルス検査（HBs 抗原、HB s 抗体、HB c 抗体は認める。）以外、特に定めていません。個々の薬剤の添付文書に記載された内容より必要性を判断しています。

(13) 血管径 3.0 mm 以上の新規冠動脈病変に対する薬剤塗布バルーン (DCB) の使用の詳細について (別添資料あり) (沖縄県)

《提案趣旨》

(日本心血管インターベンション治療学会より)

冠動脈インターベンション治療において薬剤塗布バルーン (DCB) の適用範囲の拡大が進み、薬剤溶出性ステント (DES) に加えて DCB での治療も一つの選択肢となってきました。このような状況の中、DCB の適用拡大のためには更なるエビデンス収集が必要であり、CVIT として、国内のリアルワールドエビデンスを構築することによって、その流れを推進及びサポートしたいと考えています。従来、DCB では 3.0mm 径以上の新規病変はオフラベルの状況ですが、今般薬事承認された DCB 製品では、行政と相談の上、3.0mm 径以上の新規冠動脈病変における成績に基づいて一定の条件下での使用が可能となりました。しかしながら、そのエビデンスはまだ十分ではありません。そのため、DCB 製品の 3.0mm 径以上の新規冠動脈病変での使用については、DCB Real World Registry (研究代表医師：中村正人先生) への登録を、行政からの指導を受けて一定条件が付されている期間必須といたします。使用条件及び DCB 治療が考慮される症例及び病変については下記のとおりです。なお、当該レジストリーのプロトコルに記載の症例数を目途に、リアルワールドデータの収集を実施し、リアルワールドエビデンスを用いて、当該企業からの一変申請の承認後に 3.0mm 径以上の新規冠動脈病変への一般使用が可能となる予定です。ステント再狭窄と小血管については当該レジストリー登録と関係なく通常の臨床使用が可能です。

記 1. 使用条件・DCB Real World Registry への登録

2. DCB 治療が考慮される症例及び病変

- ・出血リスクが高い患者又はステント留置に伴う長期の抗血小板療法が困難と考えられる患者
- ・ステントの成績が十分確立していない病変 (回旋枝入口部、分岐部側枝等)

ただし、DCB 治療時の前拡張において重度の解離が発生した場合は、急性冠閉塞のリスクがあるためステント留置を考慮する。

以上を踏まえて 3.0mm 径以上の新規冠動脈病変に対して DCB に使用の際に、

①現時点で、3.0mm 径以上の新規病変に対して DCB に使用を認めていますか？

(認められている場合)

②症例のレジストリー登録の有無の確認をしていますか？

③DCB が考慮される病変の詳細を求めていますか？

各県からの回答

【長崎県】

〔回答記入欄〕

- ①3.0mm 径以上の新規病変に対して DCB の使用を認めています。
- ②症例のレジストリー登録の有無の確認はしていません。
- ③DCB 実施の場合、血管径の表記は求めています。

【熊本県】

当県では、該当例がない。

【福岡県】

- ①3.0mm 径以上の新規病変に対して、DCB の使用を認めています。
- ②改正通知で、症例のレジストリー登録をレセプトに記載することまでは求められていないため、登録の有無の確認はしていません。
- ③DCB が考慮される病変の詳記について、PCI 算定時には、DCB の使用如何にかかわらず下記事項の記載を求めています。
 - ・PCI 対象病変と各々の狭窄度
 - ・急性心筋梗塞と不安定狭心症に対する PCI を算定する場合はその要件
 - ・PCI の成否
 - ・上記の記載がない場合には原則、事務で返戻とする
 この詳記の内容を確認し、DCB の使用が適切か否かの判断をしております。具体的な記載事項については現在検討中です。

【鹿児島県】

(社保) 当県の社保では、血管径 3mm 以上の新規病変に対する DCB の使用に関して、令和 5 年 1/31 の通達に準じ、血管径 3mm 以上の新規病変に対する DCB を算定する場合には、CVIT の DCB Real World Registry への登録が必要で、詳記あるいはコメントでの記載を求めます。もし、記載がない場合には、返戻で確認します。現時点では、CVIT の DCB Real World Registry への登録がなければ、血管径 3mm 以上の新規病変に対する DCB の算定は認められません。

(国保) 循環器専門委員の意見

血管径 3.0mm 以上の新規冠動脈病変に対する薬剤溶出バルーン (DCB) は認めていません。

これまでは、「SeQuent Please Neo ドラッグ イルーティング バルーンカテーテル」を対照血管径 3.0 mm 以上の新規冠動脈病変へ使用する際は、認めていません。しかしながら、今般、ニプロ株式会社の「SeQuent Please Neo ドラッグ イルーティング バルーンカテーテル」が、国内治験の結果を元に対照血管径 3.0 mm 以上の新規冠動脈病変への使用について適応拡大の製造販売承認を受けました。今後、要件がそろえば認める方針です。

「Agent パクリタキセルコーティッド バルーンカテーテル」の場合は、対照

血管径 3.0 mm 以上の新規冠動脈病変への使用については、DCB Real World Registry (Alliance Registry) に登録する症例のみに使用が可能です。鹿児島では登録施設はないため認めていません。

【佐賀県】

(社保)

①原則として対象血管径 3.0mm 未満としているが、症状詳記がある場合は、認める事例もあると考える。

②レジストリー登録の有無確認は行っていない。

③求めている。

(国保)

取決めは行っていない。登録の有無や病変の詳記も求めている。

【宮崎県】

①認めている。

②確認していない。

③詳記は求めている

【沖縄県】

提案県

【大分県】

① 血管径が 3.0 mm 以上と明確に判断できる場合は認めていない。

②現状は確認していない

② DCB に限定した詳記は特に求めていない。

PCI に使用したデバイスについては詳記を求めています。血管径を記載している医療機関はないため DCB3.5 mm サイズを使用している場合も認めています。血管径が 3.0 mm 以上と記載がある場合はレジストリー登録の有無の確認が必要と考えます。

(14) アレルギー性鼻炎・花粉症に対する抗アレルギー薬の複数投与について (大分県)

《提案趣旨》

アレルギー性鼻炎・花粉症に対して複数の抗アレルギー(抗ヒスタミン)薬を処方しているケースがしばしばみられる。抗ヒスタミン薬は鎮静作用・抗コリン作用が強い第1世代抗ヒスタミン薬と、脳血液関門の透過性が少なく鎮静作用や抗コリン作用の弱い第2世代抗ヒスタミン薬に分類され、現在では後者が汎用されている。さらに、第2世代抗ヒスタミン薬は化学構造上、ピペリジン/ピペラジン系と三環系の2種に分類される。

これらの抗ヒスタミン薬の併用を認めるか、また認めるのであれば、どのような組み合わせで何剤まで認めているか、診療科(例えば内科、耳鼻咽喉科など)における差異がないかなどについて、各県の判断をお尋ねしたい。

【参考】第2世代抗ヒスタミン薬の化学構造による分類

・ピペリジン/ピペラジン系

オキサトミド(セルテクトR)、エバスチン(エバステルR)、フェキソフェナジン塩酸塩(アレグラR)、ベボタスチンベシル酸塩(タリオンR)、セチリジン(ジルテックR)、レボセチリジン(ザイザルR)

・三環系

ケトチフェンフマル酸塩(ザジテンR)、アゼラスチン塩酸塩(アゼプチンR)、エピナスチン塩酸塩(アレジオンR)、ロタラジン(クラリチンR)、オロパタジン塩酸塩(アレロックR)

各県からの回答

	〔回答記入欄〕
【長崎県】	<p>抗ヒスタミン剤+抗アレルギー剤の併用は認めています。 系統の異なる抗アレルギー剤の併用も認めています。 内服薬と点鼻薬など投与方法の異なる併用は認めています。</p>
【熊本県】	<p>認めない。</p>
【福岡県】	<p>特段の取り決めはありませんが基本は抗ヒスタミン薬単剤ですが、症状に応じて抗ヒスタミン薬に加えて抗ロイコトリエン薬等の併用は認めています。花粉症、鼻アレルギーのガイドラインを参考にしています。診療科（耳鼻咽喉科、内科など）による差異はおおむねありません。</p>
【鹿児島県】	<p>（社保）当県の社保では、耳鼻科、内科、皮膚科とも抗アレルギー薬の2剤併用は認めており、組み合わせに関する縛りは設けていません。以前は、科による差がありましたが、現在は、統一しています。</p> <p>（国保）耳鼻咽喉科審査委員の意見</p> <p>アレルギー性鼻炎に対する抗ヒスタミン薬の2剤併用については、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会の保険医療委員会全国会議でも何度か議題として取り上げられています。最近では、2021年の全国会議で質問事項に上がりましたが、抗ヒスタミン薬の2剤併用は原則として認められないとの見解でした。鹿児島県においても同様に、抗ヒスタミン薬の2剤併用は認めておりません。なお、抗ヒスタミン薬以外の薬効の異なる抗アレルギー治療薬との併用は可能です。</p> <p>内科系審査委員</p> <p>アレルギー性鼻炎に対する抗アレルギー剤の併用について審査基準は設けていません。同効薬（抗ヒスタミン薬）の2剤併用については、その必要性についてコメント・詳記等があった方が望ましいと考えます。</p>
【佐賀県】	<p>（社保）</p> <p>「全国統一取り決め事項」により以下を認めている。</p> <p>(1) 抗ヒスタミン作用を持つ第1世代1種類と第2世代1種類</p> <p>(2) 抗ヒスタミン作用を持つもの1種類と抗ヒスタミン作用を持たないもの1種類</p> <p>(3) 抗ヒスタミン作用を持たないもので、作用機序の異なる2種類</p>

(国保)
併用に関する取決めは行っていない。

【宮崎県】 作用機序が異なる薬剤の組み合わせであれば2剤までの併用を認めている。
内科と耳鼻咽喉科での差異はありません。

【沖縄県】 同世代薬剤の併用は原則認めてはいませんが、異世代薬剤（第一世代のセレス
タミンと第二世代の抗アレルギー薬など）は、作用機序が異なるため査定し
ておりません。内科、耳鼻科においても差異はありません。

【大分県】 提案県

令和5年度

日本臨床内科医会
医療・介護保険委員会への要望事項

日本臨床内科医会医療・介護保険委員会への要望事項

【提案事項】

- (1) 介護事業所の人員基準の緩和を要望する（鹿児島県）…………… 2
- (2) 合剤の適応を単剤と同様にしていきたい（宮崎県）…………… 4

(1) 介護事業所の人員基準の緩和を要望する (鹿児島県)

《提案趣旨》

・介護事業の2022年の倒産件数は通所系を中心に過去最多143件で、主な原因はコロナ禍の影響、コスト高、人員不足などである

・2024年は6年に1度の医療・介護・障がい福祉トリプル改正で、科学的介護の推進として根拠あるケアマネジメント(LIFE活用など)で自立に向けた改善結果(アウトカム)に対する報酬付けや、生産性の向上として介護職の業務負担軽減による人員不足解消を目指す(例:IT・ロボット活用で記録書類を減らすなど)となっている

・物価、光熱費高騰、他分野に比べて賃金の伸び悩み等の背景を受けてかR5.5.26加藤厚労大臣は経済財政諮問会議で診療・介護報酬の大幅引き上げが必要との認識を示した。一方で岸田政権は少子化対策に重きを置いており、医療・福祉の財源が削られかねないのが実状である

・2024年介護保険法改正の審議の進捗状況は、利用者負担の引上げや、新設サービスの創設や、要支援者のケアマネジメントが居宅介護支援事業所の指定対象となることなどの見込みである

・介護事業所に至っては人員確保の解消が急務で、更なる賃金の向上、人員配置基準の緩和は必須、対して外国人雇用は介護の質の担保が困難であり主力にできないという評価が主流となってきた

・介護職員の人員確保は容易でなく、人がいない以上、あらゆる手立ては講じつつも、まずは人員基準の緩和により現状を乗り切るしか今の選択肢はない

各県からの回答

[回答記入欄]

【長崎県】 貴県の御意見に賛同いたします

【熊本県】 貴県のとおり

【福岡県】

【鹿児島県】 提案県

【佐賀県】 貴県のとおり

【宮崎県】 貴県の御意見に賛同いたします

【沖縄県】 貴県のとおり

【大分県】 貴県のとおり

(2) 合剤の適応を単剤と同様にしていきたい (宮崎県)

《提案趣旨》

合剤については、適応症、投与量について添付文書に記載されている内容が、単剤であれば認められるが、合剤になると認められない内容があり、合剤にしたために査定される事例がある。一般的に合剤の方が単剤の合算より薬価が安いにもかかわらず、薬価の高い方を処方しないと保険診療として認められない状態は、合剤の普及を妨げる内容なので是正していただきたい。

具体例

① 狭心症と難治性逆流性食道炎の傷病名で

バイアスピリンとタケプロン OD (15) を投与 (合計薬価 42.6 円) すると認められるが、同一医薬品の合剤である。

タケルダ配合錠 (薬価 36.9 円) は胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往がないと認められない。

※バイアスピリン : 5.7 円、タケプロン OD (15) : 36.9 円、タケルダ配合錠 : 36.9 円

同様にバイアスピリンとタケキャブ (10) の投与 (合計薬価 111 円) は認められるが、キャブピリン配合錠 (106.7 円) は認められない。

※バイアスピリン 5.7 円、タケキャブ (10) 105.3 円、キャブピリン配合錠 106.7 円

② 高血圧の傷病名でザクラス HD の 2 錠投与、若しくは初診時の投与

現在は審査上認めるとしているが、添付文書の (1) 効能・効果に関連する注意に「本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと」、(2) 用法・用量に「1 日 1 回 1 錠で適宜増減の記載がないこと」より、説明を何度しても、保険者からの再審査請求が繰り返し行われている。

ザクラス LD アジルサルタン 20mg アムロジピン 2.5mg (単剤合計薬価 150.3 円)

ザクラス HD アジルサルタン 20mg アムロジピン 5mg (単剤合計薬価 151 円)

※ザクラス LD : 102.7 円、ザクラス HD : 103 円

アジルバ 20mg : 140.2 円

アムロジピン 2.5mg : 10.1 円、アムロジピン 5mg : 10.8 円

※アジルサルタンの 1 日最大投与量は 40mg、アムロジピンの 1 日最大投与量は 10mg

各県からの回答

	[回答記入欄]
【長崎県】	貴県の御意見に賛同いたします
【熊本県】	貴県のとおり
【福岡県】	
【鹿児島県】	貴県のとおり
【佐賀県】	<p><社保></p> <p>①に関して</p> <p>効能・効果に、“胃潰瘍・十二指腸潰瘍の既往のあるものに限る”と明記されており、逆流性食道炎の病名のみでは認めていない。</p> <p>製薬会社から適応拡大の申請が必要な問題では？</p> <p>②に関して</p> <p>問題となった事例はないが、初診時については、返戻として前医からの継続投与ではないか確認する事になると思われる。初診からの投与であれば必要性詳記がなければ査定となると考える。降圧剤増量に伴ってのザクラスHD2錠の投与は、それぞれの最大投与量を超していない事から査定とはしないと思われる。</p> <p><国保></p> <p>薬事承認事項を遵守した審査を行っている。</p> <p>①タケルダ配合錠は胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往歴がない場合は認めていない。</p> <p>②ザクラス配合錠は1日1回1錠までしか認めていない。</p> <p>なお、第一選択薬に関しては、他施設での服薬歴等が不明のため、初診であっても認めている。</p>
【宮崎県】	提案県

【沖縄県】

貴県のとおり

【大分県】

貴県のとおり

《付 録》

九州各県内科医会連絡協議会規則

(名称および事務所)

第1条 本会は、九州各県内科医会連絡協議会と称し、事務本部を当協議会の担当県の事務局内に置く。

(目的)

第2条 本会は、九州各県内科医会の相互の親睦と情報交換を図り、日本臨床内科医会および日本内科学会九州地方会（九州地方会と略す）に連携協議する。

(構成および役員)

第3条 本会は、九州各県の内科医会会員を以て構成し、各県の会長を夫々代表世話人とする。

第4条 本会に次役員をおく。
会長1名、副会長1乃至2名。

第5条 会長は主催年度の担当県の内科医会会長を委任し、副会長は会長が選出する。

第6条 各県の内科医会は、会員より各2名の日本内科医学会地方評議員を選出する。但し原則的に会長または副会長とする。

(合議)

第7条 毎年1回九州医師会医学会開催地において定期連絡協議会を開く。
2. 当定期連絡協議会の運営その他は担当県会長が行う。
3. 担当県会長が必要と認めたときは、臨時連絡協議会を開くことができる。

第8条 当連絡会議の各県負担金は、担当県会長と前年度会長とで決める。

附 則

本規約は、昭和49年12月13日より施行する。

昭和51年11月13日一部改正

平成11年1月21日一部改正

平成12年4月21日一部改正

九州各県内科医会の現況について

(令和5年7月1日現在)

	長 崎	熊 本	福 岡	鹿 児 島
会の名称	長崎県臨床内科医会	熊本県内科医会	福岡県内科医会	鹿児島県内科医会
発足年月日	昭和52年7月	昭和51年6月	昭和28年12月	昭和40年6月26日
事業所所在地	〒852-8532 長崎市茂里町3-27 長崎県医師会館内	〒860-0806 熊本市中央区花畑町1番13号 熊本県医師会館内3階	〒812-1611 福岡市博多区博多駅南 2-9-30 福岡県医師会館 3 階	〒890-0053 鹿児島市中央町8番地1 鹿児島県医師会館内
TEL	095-844-1111	096-288-2125	092-431-4845	099-254-8126
FAX	095-844-1110	096-288-2178	092-431-4811	099-257-1816
メールアドレス	naika@nagasaki.med.or.jp	kumamotoken-naikai@white.plala.or.jp	fppa@fukuoka.med.or.jp	ken_naika@kagoshima.med.or.jp
会長名	林 郁 夫	藤 山 重 俊	江 頭 芳 樹	福 元 良 英
住所	〒852-8002 長崎市弁天町11番22号 医療法人社団康仁会 林医院	〒862-8655 熊本市中央区大江3-2-65 くまもと森都総合病院	〒810-0074 福岡市中央区大手門2-5-15 社会福祉法人桜花会	〒891-0401 指宿市大牟礼1-32-24 福元医院
TEL	095-861-6262	096-364-6000	092-726-6333	0993-22-3053
FAX	095-861-4210	096-362-5204	092-726-6336	0993-22-6679
メールアドレス		fujiyama@k-shinto.or.jp	y.egashira@sakurahp.or.jp	hotspringcli@po4.synapse.ne.jp
担当者	古香・山田	内 山 裕 子	國 友 浩 美	医師協同組合(植村・芝崎)
会員数	307名	294名	1,998名	364名
開業医数	217名	197名	1,648名	212名
勤務医数	90名	97名	350名	152名
年会費	開業医 10,000円 勤務医 2,000円 (日臨内会費は別途徴収)	開業医 6,000円 勤務医 3,000円 (日臨内会費は別途徴収)	開業医 8,000円 勤務医 8,000円 (日臨内会費は別途徴収)	開業医 12,000円 勤務医 6,000円 (日臨内会費は別途徴収)
助成金がある 場合はその金額			助成金(県医より) 100,000円	
運営について 役員の名称と数	会 長 1名 副 会 長 3名 理 事 12名 監 事 2名 評 議 員 21名 顧 問 9名	会 長 1名 副 会 長 3名 理 事 36名 監 事 2名 顧 問 1名 名誉会長 1名	会 長 1名 副 会 長 4名 専務理事 1名 理 事 8名 監 事 3名 評 議 員 55名 顧 問 2名	会 長 1名 副 会 長 2名 常任理事 6名 理 事 12名 監 事 2名 評 議 員 16名 顧 問 2名
役員会等の開催回数(年間)	理 事 会 約4回 評 議 員 会 1回 総 会 1回	理 事 会 2回 必要時随時 役 員 会 4~5回 総 会 1回	理 事 会 5回 5 役 会 7回 評 議 員 会 1回 総 会 1回 社保・国保審査委員懇談会 1回 医報編集委員会 3回	常任理事会 随時 理事会 1回 評 議 員 会 1回 総 会 1回 学術委員会 1回 会報編集委員会 1回 保険研修会 1回
その他	会 報 年1回 学術講演会 年約4回	ニュース 年1回 学術講演会 年6回	医 報 1回 ニュース 年3回 学術講演会 1回 ホームページ	会報 年1回 医学会・講演会 数回 ホームページ

	佐 賀	宮 崎	沖 縄	大 分
会の名称	佐賀県内科医会	宮崎県内科医会	沖縄県内科医会	大分県内科医会
発足年月日	昭和36年7月	昭和37年8月	昭和40年4月	昭和34年4月26日
事業所所在地	〒840-0054 佐賀市水ヶ江1-12-10 佐賀県医師会館内	〒880-0023 宮崎市和知川原1-101 宮崎県医師会館内	〒900-0034 那覇市東町26-1 那覇市医師会事務局内	〒870-8563 大分市大字駄原2892-2 大分県医師会館内
TEL	0952-37-1414	0985-22-5118	098-868-7579	097-532-9121
FAX	0952-37-1434	0985-27-6550	098-867-3750	097-537-4764
メールアドレス	naika@ bukai.saga.med.or.jp	k-yuge-staff@ miyazaki.med.or.jp	k-nishimura@ naha-med.or.jp	fukusi@ oita.med.or.jp
会長名	中山利浩	比嘉利信	宮城政剛	井上雅公
住所	〒849-0921 佐賀市高木瀬西4-6-14 中山内科クリニック	〒880-0911 宮崎市大字田吉4374-1 (独)国立病院機構 宮崎東病院	〒902-0065 那覇市壺屋1-2-16 新川クリニック	〒876-0836 佐伯市西谷町6番24号
TEL	0952-36-5439	0985-56-2311	098-863-1511	0972-22-4800
FAX	0952-60-5635	0985-56-2257	098-863-1493	0972-22-4811
メールアドレス	nacli200712@ tkz.bbq.jp	higa.toshinobu.pk@ mail.hosp.go.jp	marty2829@yahoo.co.jp	inoue.masaki@ gmail.com
担当者	佐古倫乙	弓削圭介	西村和高	経理課(重石・坂田・姫野)
会員数	267名	408名	134名	151名
開業医数	218名	272名	90名	97名
勤務医数	49名	136名	44名	54名
年会費	開業医 15,000円 勤務医 15,000円 (日臨内会費を含む)	開業医 18,000円 勤務医 7,200円 (日臨内会費は別途徴収)	開業医 15,000円 勤務医 15,000円 (日臨内会費を含む)	開業医 12,000円 勤務医 2,000円 (日臨内会費は別途徴収)
助成金がある 場合はその金額		助成金(県医より) 240,000円	助成金(県医より) 150,000円	助成金(県医より) 150,000円
運営について 役員の名称と数	会 長 1名 副 会 長 2名 理 事 7名 評 議 員 8名 監 事 2名	会 長 1名 副 会 長 3名 常任理事 1名 理 事 13名 監 事 2名 評 議 員 15名 顧 問 4名	会 長 1名 副 会 長 2名 専務理事 1名 理 事 11名 監 事 2名 顧 問 4名	会 長 1名 副 会 長 2名 常任理事 4名 理 事 7名 監 事 1名 評 議 員 16名 顧 問 3名
役員会等の開催回数(年間)	役員会 年2回 理事会 必要時随時 総 会 1回	理事会 3回 評議員会 2回 総 会 1回 会誌編集委員会 2回 医療保険委員会 2回 学術委員会 2回 各郡市内科医会会長会 1回	理事会 約10回 総 会 2年1回	常任理事会 随時 理事会 1～2回 評議員会 1回 総 会 2年1回
その他	講演会・研修会	会 報 年1回 会員名簿 2年1回 ホームページ	ニュース 年1回(予定) 会員名簿 2年1回 学術講演会 年2～4回	ニュース 年1回(予定) 学術講演会 2回(予定)

日臨内九州ブロック会議
 第 58 回九州各県内科医会連絡協議会 } 出席者名簿
 第 40 回九州各県内科審査委員懇話会 }

県名		氏名	役職名	ブロック 会議	九内協	九内懇	懇親会
来賓	日本臨床内科医会	菅原 正弘	会長	○	○		○
		江頭 芳樹	副会長	○	○		○
		小田 弘明	副会長	○		○	○
		和田 一穂	副会長	○		○	
		近藤 太郎	常任理事	○	○		○
長崎県	長崎県臨床内科医会	林 郁夫	会長	○	○		○
		中西 俊明	副会長	○		○	○
		大津留 泉	副会長		○		
		江口 圭介	副会長			○	○
		増元 秀雄	理事		○		○
熊本県	熊本県内科医会	藤山 重俊	会長	○	○		○
		河野 文夫	副会長	○	○		○
		那賀みち子	理事			○	○
		澤田 知宏	理事			○	○
福岡県	福岡県内科医会	江頭 芳樹	会長	○	○		○
		高野健太郎	副会長		○		○
		猪口 哲彰	副会長		○		○
		上野 俊幸	副会長	○		○	○
		岩見 元照	副会長			○	○
		長尾 哲彦	専務理事	○	○		○
		山路浩三郎	庶務理事			○	○
鹿児島県	鹿児島県内科医会	福元 良英	会長	○	○		○
		有馬 新一	副会長	○		○	
		花田 修一	副会長	○		○	○
		佐藤 昭人	常任理事		○		
		有村 公良	常任理事		○		○
		森内 昭博	常任理事			○	
		橋口 照人	常任理事		○		
		宮田 昌明	常任理事			○	○

県名		氏名	役職名	ブロック 会議	九内協	九内懇	懇親会
佐賀県	佐賀県内科医会	中山 利浩	会長	○	○		○
		石井 善智	副会長			○	○
		佐藤 智丈	理事			○	○
		陣内 嘉和	理事		○		○
		古賀 貴文	前会長		○		○
宮崎県	宮崎県内科医会	比嘉 利信	会長	○	○		○
		石内 裕人	副会長	○	○		○
		玉置 昇	常任理事	○		○	○
		石川 正	医療保険委員長			○	○
沖縄県	沖縄県内科医会	宮城 政剛	会長	○	○		○
		中村 義人	副会長	○		○	○
		島尻 佳典	専務理事	○		○	○
		湧上 民雄	理事			○	○
		玉城 清酬	理事		○		○
		伊佐 勝憲	理事			○	○
		玉城 仁	理事		○		○
		小禄 雅人	理事		○		○
		奥間 裕次	理事		○		○
大分県	大分県内科医会	井上 雅公	会長	○	○		○
		吉賀 攝	常任理事			○	○
		友岡 和久	常任理事		○		
		木下 昭生	常任理事			○	○
		渡部 純郎	理事			○	
		生山祥一郎	理事			○	○
		伊藤 彰	理事		○		○

