

令和3年度
第56回
九州各県内科医会連絡協議会

日 時：令和3年10月23日（土）16：00～18：00

場 所：宮崎県医師会館及び九州各県会場（Web 会議）

第 56 回九州各県内科医会連絡協議会

日時：令和 3 年 10 月 23 日（土） 16：00～18：00

場所：宮崎県医師会館及び九州各県会場（Web 会議）

次 第

1 開 会

2 担 当 県 挨 拶 宮崎県内科医会 会長 比嘉 利信

3 来 賓 挨 拶 日本臨床内科医会 会長 望月 紘一

4 協 議

1) コロナ禍での各県会員施設の取り組みについてお伺いします（沖縄県）

2) オンライン資格確認への取り組みについて（大分県）

3) 必要な薬剤の安定供給について（長崎県）

4) コロナ禍におけるオンライン診療の現状と問題点（熊本県）

5) サムスカ処方と毎月の採血について（福岡県）

6) リハビリテーションで使用した薬剤の算定について

診療点数においてリハビリテーションの項目における通則でこれについて言及があります。実際にリハビリテーションに用いた何らかの薬剤について、算定を認めている事例はございますか？

※薬剤としては、リハビリに伴う疼痛緩和のための鎮痛剤、湿布類、および抗痙縮薬（ボツリヌス製剤を含む）などです。（鹿児島県）

7) レセプトの病名の主病記載に関して、記載要領の改訂を厚労省に望む（佐賀県）

8) 新型コロナウイルスワクチンの副反応に関する取扱いについて（宮崎県）

5 閉 会

提案事項及び
各県からの回答

(1) コロナ禍での各県会員施設の取り組みについてお伺いします（沖縄県）

《提案要旨》

①発熱外来について

- ・現時点で発熱外来の設置状況について。
- ・その際の通常診療との割り振りの仕方（時間・空間等）について。
- ・小児や高齢者への鼻咽頭ぬぐい液の PCR 検体採取について。
- ・発熱外来での院内感染例はありましたでしょうか。

②新型コロナワクチン接種について

- ・自院での個別接種の予約方法、通常診療との割り振りにについて。
- ・アレルギー、アナフィラキシーの既往がある患者さんへのワクチン接種についてはどのように対応されていますか。
- ・自院における医療従事者の接種率はいかがでしょう。
- ・新型コロナワクチン接種に対して内科医会で何か取り組んだことがありますか。

各県からの回答

【沖縄県】	<p>提案県</p> <p>※当会実施のアンケート調査結果について、当日報告いたします。</p>
【大分県】	<p>①大分県内発熱外来設置件数 4 4 1 件（うち、県内科医会会員 9 3 名）</p> <p>診療所ではスペースの制限もあり時間的に分離（受診時間を指定）したり屋外や車中での対応をしているところが多いようである。</p> <p>小児への対応はケースバイケース</p> <p>②自治体の予約システム、自院での電話予約など自治体によって各自選択されていると思われる。</p>
【長崎県】	<p>①発熱外来の設置については、各施設の自主性に任せており、正確な状況把握は出来ていません。施設の構造上、動線を完全に分けることが困難で実施できない場合もあります。設置医療機関では、一般診療と時間帯を分けたり、時間外に専用時間を設けたり、また、駐車場の一部を専用スペースとして実施しているところもあるようです。各施設いろいろ工夫されています。</p> <p>小児や高齢者について PCR 検査が必要な場合、家族の協力を得て実施されているようです。</p> <p>発熱外来での院内感染の報告は、幸い聞いていません。</p>

②各自治体および医師会の指示に従って、電話または通常疾患での来院時に予約を受け付けています。長崎は予約の時期を細かく年齢区分けしており、一時期に予約が殺到し、混乱することはなかったようです。予約がいっぱいで接種時期が遅くなる場合、県、市等が実施する集団接種を勧めたり、余裕のある他の医療機関にお願いする場合があります。

通常のアレルギー疾患は原則実施。アナフィラキシーについては蜂、ムカデなどの刺虫症、そばアレルギーなどでも実施して特に問題は起こっていないようです。その他のアナフィラキシー歴のある被接種者については説明の上、自己判断として積極的には勧めていません。

自院における医療従事者の接種率は、種々の事情により数パーセントの未接種者はいますが、相当に高いようです。

新型コロナワクチン接種に関して、内科医会としては特別な取り組みをしていません。

【熊本県】

本県の発熱外来は、現時点では、県内約1703医療機関中660の医療機関で、私の地元（八代市）でも市内113医療機関中30医療機関が実施している。内科医系の7割の先生が開設している。

当初、時間的・空間的スペースを設け、指定時間内に、電話予約の上来院することになっていたが、予約なしに、指定時間外にも来院する人がいる為、その都度診療している医療機関も多い。コロナ感染が疑われる場合は、簡易抗原検査を試行し、陽性の場合や再検査が必要と認めた場合は、PCR検査センターや入院病床のある基幹医療機関へ精査を依頼している。

尚、小児のPCR検査に関しては、医師会の検査センターと契約を交わし、契約した医療機関のみ検体を採取し検査センターへ検査を依頼している。また、その他の医療機関では基幹病院の発熱外来へ直接依頼することとしている。

コロナワクチンに関しては、ワクチンの入手状況により、人数と予約電話時間を指定しすべて電話予約とし（市のホームページに掲載・適時医療機関の連絡により変更）、接種も主に午後の比較的外来患者の少ない時間帯に施行している。

接種に関してはガイドラインを遵守し、アレルギー歴のある患者にも試行しているケースが多い。

自院の接種率は100%であり、自院での発症はない。

ワクチン接種に関しては本県内科医会では取り組んでいないが、郡市医師会とワクチンセンターと常時連絡を取り合い、その都度、会員へ情報を提供している。

【福岡県】

大きく分けて2分されると思います。一つは発熱者を全く受け入れずに、前もって連携した施設へ紹介する。会員の方針によるとと思いますが、小さいクリニックで発熱外来を設置できないところが多い傾向にあります。ただ発

熱者は見ないとの方針を取っておられる会員もあります。

二つ目は大きい小さいにかかわらず、発熱者を見る方針でコロナに向き合っている会員です。広さに余裕のある会員は発熱外来を施設内に設置して、そこで感染防御を行って診療にあたっておられます。広さに余裕のない医院は駐車場など施設外で診療にあたっておられます。我々執行部が会員に対して指導やお願いをする事はほとんどありませんでした。

通常診療との割り振りには多くのエネルギーを必要としたと思われます。しかし明確に線引きできないのでコロナの診療に当たられた会員は、軌道に乗るまでは文字通り右往左往されたと推察します。PCR 検体採取は一般成人と同じように施行したようです。発熱外来での院内感染例の報告は知りえた範囲ではありませんでした。ワクチン接種も軌道に乗るまでは大変でしたが、2～3週間経過すると自然と落ち着いてきました。アレルギーの既往のある患者さんへの対応は、通常の倍の時間院内にて観察する事でほぼ解決しました。医療従事者の接種率は概ね90%でした。ワクチン接種に内科医会で独自の取り組みは行っていません。

【鹿児島県】

①本県の診療・検査医療機関は819医療機関が指定されており、医療機関全体の6割である。また県及び鹿児島市と県医師会との間の締結している行政検査の集合契約は660医療機関で、医療機関全体の約5割（県及び鹿児島市との直接契約の医療機関を除く）となっている。

診療・検査医療機関に対する感染対策では、昨年10月28日に県医師会主催による研修会（名称：鹿児島県医師会医療関連感染対策研修会）が開催され、外来における発熱患者への対応として、受付・診察室での感染対策、時間的・空間的動線の分け方、検体採取方法などの動画を作成し、周知を図ったところである。現在も県医師会ホームページ上に公開している。

なお、現時点で、発熱外来で院内感染が発生したという事例は確認されていない。

②個別接種の予約方法は、自治体が用意したWEBシステムで予約を受ける方法、自治体が予約の割り振りを行う方法、医療機関で個別に電話予約を受ける方法など各医療機関・市町村によって異なる。通常診療との割り振り方法は、予防接種専用の診療時間を設けること（午前と午後の診療の合間など）や休診日を利用するなど、各医療機関が実情に応じて決めている。

アレルギー、アナフィラキシーの既往がある患者については、過去の症状等をもとに問診の際に医師が接種の可否を判断し、接種後30分の経過観察を行っている。

医療機関における接種率は、概ね9割を超えているものと考えている。ワクチン接種に対し、県内科医会で独自に取り組んだ事項はないが、県医師会・郡市医師会と連携して、各会員が接種率向上に取り組んだ。

【佐賀県】

現時点での発熱外来の届出医療機関は佐賀県で 377 ヶ所、時間空間の割り振りは不明。

PCR 検査については、県医師会共同利用施設の検査センターは唾液及び鼻咽頭拭い液により行っている。

【宮崎県】

1. 発熱外来について

- ・現時点での発熱外来の設置状況について

発熱外来を「診療・検査医療機関」として登録されている施設と規定すると、2021 年 3 月 21 日時点で宮崎県内に 379 件あり、県内の施設の 3 分の 1 以上が登録されている。

- ・その際の通常診療との割り振りの仕方（時間的・空間的）について

発熱患者の外来診療・検査体制 確保事業の補助金の関係もあり、すべての施設が発熱外来の時間帯を決めていると思われるが、実際には時間的区別はしていないと思われる。また空間的分離に関しては、駐車場にコンテナを設置したり、一般外来と出入り口が異なる既存の設備（診察室）を利用したりしている。

- ・小児や高齢者への咽頭ぬぐい液の PCR 対応は？

基本的に唾液による PCR を行っているが、採取前に歯磨きやうがい、飲食をしている場合や、唾液採取の困難な小児や高齢者の場合は咽頭ぬぐい液による PCR を行っている。また至急症例に当たっては抗原検査を実施することもある。

- ・発熱外来での院内感染例はありましたでしょうか？

当県ではそのような報告は現時点（2021 年 8 月 3 日）ではない。

2. 新型コロナワクチン接種について

- ・自院での個別接種の予約方法、通常診療との割り振りについて。

地域によって異なるが、延岡市では集団接種と同様に個別接種もコールセンターやネットでの予約制である。宮崎市・都城市の場合、個別接種は電話予約が主であり、特に接種回数の多い施設などでは新型コロナワクチン予約サイトでのインターネット予約が可能である。各施設ともワクチン接種の曜日や時間帯を設定している。

- ・アレルギー、アナフィラキシーの既往がある患者さんへのワクチン接種についてはどのように対応されていますか。

明確な規定がなく、各施設により対応はまちまちだろうと思われる。要注接種者は 30 分の経過観察が行われている。重度のアレルギーやアナフィラキシーの既往がある場合、診療所では対応困難と判断するところもあるかと考える。

- ・自院における医療従事者の接種率はいかがですか？

ほぼ 90%前後と思われる。(A 病院 84%、B 病院 90%台、病院 90%台後半)。

- ・新型コロナワクチン接種に対して内科医会で何か取り組んだことがありますか？

特に取り組みはしていない。

(2) オンライン資格確認への取り組みについて（大分県）

《提案要旨》

国はマイナンバーカード普及の切り札としてマイナンバーカードへの保険証機能の付加を挙げており、そのインフラとしてオンライン資格確認の普及を進めている。

オンライン資格確認の導入には新しい PC の導入などハードルが高いと思われるが内科医会会員の対応状況など現状についてお聞かせ願いたい。

各県からの回答

【沖縄県】

貴見の通り。厚労省は、医療機関受診時のオンライン資格確認を 2021 年 10 月までの早期運用開始を目指してきたが、その際、医療機関側には「アカウント取得、カードリーダーの申し込み、PC 準備、システム改修」などの設備投資が必要となってくる。2021 年 3 月 21 日時点でオンライン資格確認のためのカードリーダーの申し込み状況は医療機関全体で 44.9%（病院：60.4%、医科クリニック：34.6%）であり、準備の遅れが指摘されている。当県においてもオンライン資格確認の導入は十分に進展していないのが現状である。

【大分県】

提案県
※資料有

【長崎県】

オンライン資格確認の導入を決めておられる先生方は 1 割程度です。新しい PC の導入やシステムベンダの選定などの煩わしさに加え、マイナンバー取得率が未だ約 30%であるのが現状です。9 月末までがオンライン資格確認集中導入期間でもあり、大方の先生は導入状況を見て、検討されるものと思われます。

【熊本県】

本県内科医会では、特に対応していない。

【福岡県】

オンライン資格確認に対しては特に取り組んでいません。オンライン診療は離島・遠隔地などやむを得ない場合を除き行うべきではないと考えています。特に初診よりのオンライン診療はリスクが大きく避けるべきと思います。日医診療報酬検討委員会で 3 月、5 月の 2 回今村聡副会長、猪口雄二副会長、松本吉郎常任理事に確認しました。中川会長にもメールで確認しております。菅政権は初診よりのオンライン診療を認めるのを目玉公約としており、今はその旗を降ろすわけにはいかないようです。平井デジタル担当相、

	<p>田村厚労相、河野規制改革担当相が中心となって進めていますが、やはり初診よりのオンライン診療は臨床現場では無理があるようです。中医協で議論されて“原則かかりつけ医ならば”という文言が入りました。その後いろいろな縛りを付けて初診よりのオンライン診療は事実上できなくなると予想しています。資格取得は会員のお考えにお任せしたいと判断しています。</p>
【鹿児島県】	<p>本県では10月から取り組みを開始する予定であるが、7月25日現在のカードリーダー申し込みは下記の通りである。</p> <p>病院 196/234 (83.3%)、診療所 585/1131 (55.5%)</p> <p>現状では使用を開始している医療機関は極めて少ない。</p>
【佐賀県】	<p>本会会員に対するアンケート（125回答分）の結果を報告する。</p> <p>導入予定・検討中</p> <p>61/125 48.8%</p> <p>現時点で導入予定ない</p> <p>49/125 39.2%</p> <p>この件を知らなかった</p> <p>4/125 3.2%</p> <p>未回答</p> <p>11/125 8.8%</p>
【宮崎県】	<p>内科医会会員医療機関の現状は把握していないが、厚労省が発表しているデータによると、本県では、2021年7月25日時点で病院の85.7%、診療所の51.5%がカードリーダーの購入申し込みを行っている。</p> <p>現時点では利用者は少ないと思うが、全国でもマイナンバーカードの申請が急増していると報道されており、今後、利用者も増加すると思われるため、医療機関での導入は必要と考える。</p>

(公印省略)

電 推 第 851 号
令和3年8月26日

県内各医療機関・薬局の開設者 殿

大分県総務部電子自治体推進室長

オンライン資格確認の導入状況調査について(依頼)

平素より、県行政にご協力を賜り、感謝いたします。

県では、行政のデジタル化を進めるため、その基盤となるマイナンバーカードの取得を促進していますが、特にマイナンバーカードの健康保険証利用が取得のインセンティブとして大きな役割を果たすと期待されています。

つきましては、ご多忙の中誠に恐縮ですが、下記調査へのご協力を、お願いいたします。

記

1, 調査名

オンライン資格確認の導入状況調査

2, 目的

オンライン資格確認の導入状況と今後の見込み

3, 調査基準日

令和3年8月25日(水)

4, 回答方法

FAXまたはインターネットで回答をお願いします。

【FAX での回答】

裏面の調査項目に回答を記入し、FAX でご回答ください。

【インターネットでの回答】

下記のアドレスからお手持ちのパソコン等で回答してください。

また、スマートフォン等で QR コードを読み取り、回答することも可能です。

<https://www.egov-oita.pref.oita.jp/hiO3bElb>



5, 回答期日

令和3年9月10日(金)

【問合わせ先】

大分県総務部電子自治体推進室

Fax : 097-506-1845

Mail : a11170@pref.oita.lg.jp

オンライン資格確認の導入状況調査

医療機関・薬局名称	
住 所 ※市町村からご記入ください	〒 -
メールアドレス	
区 分	医科 ・ 診療所 ・ 歯科 ・ 薬局

Q 1. 貴医療機関・薬局におけるオンライン資格確認（マイナンバーカードの健康保険証利用）の運用状況を教えてください。

1. すでに導入しており、プレ運用に参加している ⇒ Q 5 へ
2. 今後運用開始する予定 ⇒ Q 2 へ
3. 現在のところ運用開始する予定はない ⇒ Q 4 へ

Q 2. いつから運用開始する予定ですか。（Q 1 で、「2.」と答えた方のみ）

1. 令和 3 年 10 月からの本格運用に合わせて開始する
2. 令和 4 年 4 月 1 日から運用開始する予定
3. その他（令和 年 月 日から）

Q 3. 現在の状況を教えてください。（Q 2 を答えた方のみ）

1. 準備が整っており、いつでも始めることができる
2. マイナンバーカード読込端末は届いているが、
システムの整備ができていない
3. マイナンバーカード読込端末がまだ届いていない
4. 予定はあるが、何も始めていない

⇒ Q 5 へ

Q 4. 運用を予定していない理由を教えてください。（Q 1 で、「3.」と答えた方のみ）

Q 5. 県ではプレ運用している医療機関・薬局、今後運用開始する医療機関・薬局について、県のホームページで県民にお知らせすることを予定しています。

については、ホームページでの公表の可否について回答してください。（Q 1 で「1.」と答えた方、Q 3 を答えた方のみ）

※公表の内容は、名称・区分・所在市町村・住所を掲載予定です。実施予定の各医療機関・薬局については、開始後に公表予定です。ご連絡をいただければ随時変更いたします。

【ホームページへの公表の希望】 希望する ・ 希望しない

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。
送付先 大分県総務部電子自治体推進室（FAX：097-506-1845）

(3) 必要な薬剤の安定供給について（長崎県）

《提案要旨》

厚生労働省の薬剤承認時には薬剤の効果や安全性が高いこと、更に安定供給が必須とされている。先発品が発売されてある年月が過ぎると後発薬品が認可され、市場に出回ることになる。その時に後発品においても安定供給と品質の信頼性が担保されなければ、医師は安心して処方することができない。

厚生労働省は、後発医薬品の使用促進のために、行政、医療関係者、医薬品業界など国全体で取り組む施策として「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を平成 25 年 4 月に策定後、「安定供給ガイドライン」が日本製薬団体連合会により平成 26 年に作成された。

今般、後発品メーカーの不祥事や原末の問題、コロナ禍により治療薬として期待された薬品の安定供給が困難となっている。

医療機関への供給停止案内は、日本医師会の疑義解釈委員会了承後に行うことになっているが、診療に必要な薬剤（例えばオノンやフォイパンなど）までもが供給停止になると十分な医療ができなくなっていると考えられるが、各県の対応や考えについて伺いたい。

各県からの回答

【沖縄県】

貴見の通り。薬剤の安定供給と品質の信頼性の問題は現在の医療の重要な課題の一つであると思われる。しかし、平成 26 年の「安定供給ガイドライン」の作成後も現在まで十分な成果が表れていないようである。この問題への対応は医療機関側からでは難しく、製薬メーカーの自助努力に委ねられているように思われる。また、この問題の背景として、薬価改定のたびに多くの薬剤が薬価を引き下げられていることがあげられる。そのことが製薬メーカーの経営体力の弱体化につながっており、この問題の解決を困難にしていると考ええる。

【大分県】

薬品卸の情報では用量別を含めると 1000 品目くらいが出荷調整になっているとの情報もあり、心不全学会がビソプロロール 0.625mg の供給不足に関する声明 (<http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/topics20210816.pdf>) を発表するなど憂慮される状況となっている。何らかの公的コントロールが必要と思われるので中央での対応を望むところである。

【長崎県】

提案県

【熊本県】

ご提案の要旨の通りと思います。
明らかな厚生労働省の失策ではないかと思います。

	<p>ただし、熊本県内科医会も熊本県医師会も特段の対応は行っておりません。</p>																					
【福岡県】	<p>近年、発売中止、製造工程問題などで医薬品供給不足をよく見かけるようになった。</p> <p>製薬企業は薬剤を国民に対し安全な品質管理と安定供給をしなければならない使命があるが、国は医療費の削減のため薬価切り下げを強く押し出し、後発品使用を推進し、一部のジェネリック製造業者の劣悪な製造工程のため、出荷停止も見られる、それ以外にも天災による製剤の供給不全、海外依存の薬剤では輸出国の諸問題による供給不足など、多くの国が同じような問題があるようである。</p> <p>このような薬剤の欠品を防ぐには備蓄も必要であろう。</p> <p>ただ、県単位でこれらの改善を求めるのは不可能であり、国全体の在庫管理システムの構築や効率的な使用の推進、代替品の対応など対策をすべきで、日本医師会が交渉の窓口とならなければならないのではないのでしょうか？</p>																					
【鹿児島県】	<p>本県でも後発医薬品の安定供給の問題には苦慮しているが、県医師会、内科医会、薬剤師会としての取り組みは難しく行っていない。現状では各施設単位で供給先を変更して対応しているのが現状である。</p>																					
【佐賀県】	<p>後発薬の使用割合は、本会会員に対するアンケート（125 回答分）で</p> <table><tr><td>80%</td><td>48/125</td><td>38.4%</td></tr><tr><td>70%</td><td>36/125</td><td>28.8%</td></tr><tr><td>60%</td><td>20/125</td><td>16.0%</td></tr><tr><td>50%</td><td>7/125</td><td>5.6%</td></tr><tr><td>40%</td><td>5/125</td><td>4.0%</td></tr><tr><td>30%</td><td>1/125</td><td>0.8%</td></tr><tr><td>30%以下</td><td>3/125</td><td>2.4%</td></tr></table> <p>他は当日回答する。</p>	80%	48/125	38.4%	70%	36/125	28.8%	60%	20/125	16.0%	50%	7/125	5.6%	40%	5/125	4.0%	30%	1/125	0.8%	30%以下	3/125	2.4%
80%	48/125	38.4%																				
70%	36/125	28.8%																				
60%	20/125	16.0%																				
50%	7/125	5.6%																				
40%	5/125	4.0%																				
30%	1/125	0.8%																				
30%以下	3/125	2.4%																				
【宮崎県】	<p>日本ジェネリック製薬協会の安定供給ガイドラインに従い 12 項目の手順書を作成している。</p> <p>原薬の安定確保、在庫管理、生産管理、配送、安定供給に支障をきたす案件発生時の対応、品切れ等発生時の対応、供給停止時の対応などが手順書として示されている。各製薬会社なども事業継続計画（BCP）を制定し安定供給の取り組みを行っている。</p> <p>ジェネリック医薬品では原薬の 6 割を輸入に頼っている。新型コロナウイルスの流行により海外でロックダウンが頻発し、工場の操業停止、輸送手段が停止して輸送できない状況が発生した。さらに新型コロナウイルスのワク</p>																					

チンの輸送のため冷凍コンテナが使用され、冷凍コンテナが不足し薬品の物流が停滞している。

また、薬品のリコール問題が多く発生し、原薬製造会社の業務改善命令などにより出荷調整が持続している。

新型コロナウイルスに関する薬剤、レムデシベル（ベクルリー）、デキサメタゾン、バリシチニブ（オルミエント）、トシリズマブ（アクテムラ）、抗体カクテル療法（ロナプリーブ）は最初より規制がかけられている。以上は医療機関側で対処することは不可能である。医療機関で対応できることは診療に必要な薬剤の事前確保ぐらいである。新型コロナ薬候補に挙げられた薬剤、吸入ステロイド薬（オルベスコ）、イソジンガーグル、ナファモスタット（フサン）、イベルメクチン（ストロメクトール）も実績がないと入荷出来ないように出荷調整が行われている。その主たる原因は医療機関からの注文が増加し、足りなくなることを懸念しての処置だそうである。

必要な薬剤の安定供給のためには事前に正確な情報を把握できる体制と実績がない医療機関にも必要であれば薬剤を供給する体制が必要である。

(4) コロナ禍におけるオンライン診療の現状と問題点（熊本県）

《提案要旨》

厚生労働省は、コロナ禍の現在において、オンライン診療をなお一層拡大する方針と思われるが、臨床現場における実地医家レベルでのオンライン診療はなかなか進展していない。その一つに、診療は対面診療が原則であり、PC/スマホの画面越しでは患者の状態を把握しにくい。通信状況や撮影環境で診察の質に影響がでる。必要な検査がすぐにできない。病状が不安定な方には適さない。しかもかかりつけ医以外ではなじまないのではなどの意見もある。

各県におけるオンライン診療の現状と、考え方、さらに問題点につき検討いただきたい。

各県からの回答

【沖縄県】

貴見の通り。厚生労働省は、オンライン診療を推進しているが、医療現場には、なかなか進展していない。オンライン診療はその仕組み上、以下の問題点がある。
①問診や視診に基づく追加の検査ができないため、医療情報が不十分で適格な診断や治療が困難であること、②対面の診療に比べて、診療報酬が低額なこと、③初期投資が必要なこと等の理由が、オンライン診療普及の妨げとなっていると思われる。当県のオンライン診療実施医療機関は65施設（7.4%）と全国のオンライン診療実施医療機関の割合である約15%よりかなり低いのが現状である。オンライン診療を進めていくためには、上記の問題点の解決が必要であると思われる。

【大分県】

大都市を中心とする爆発的なCOVID-19感染拡大に伴い診療所レベルでの医療においても災害時に準ずる対応が求められる地域も出てきている。COVID-19の自宅療養者の場合画像を通じたコミュニケーションは患者に心理的に安心感を与えることは確かであろう。あくまで臨時的なものであるとは考えられるが今回のコロナ禍をきっかけとしてTelemedicineについてしっかり検討する必要があると考える。

当県では日常的にオンライン診療を行っている医療機関は限定的であると思われる。

【長崎県】

提案要旨に述べられているような問題があり、ほとんど実施されていません。新型コロナ感染者の宿泊療養の場合、電話のみで対応しています。

長崎県は離島が多く、新型コロナ感染に限らずオンライン診療は有力な手段となる可能性があります。機器の購入、運用に、高齢患者にあっては簡単ではないと思われます。島にオンライン共用施設を設け、そこまでは出向いてオンライン診療を受けるなどは一つの方法かと考えますが、寝たきりの方への対応など困

	難な問題が多々あると思います。									
【熊本県】	当県の提案です。									
【福岡県】	<p>福岡県の現状：5000 医療機関のうち約 6%にあたる 300 医療機関が届出を行っている位で、ほとんど行われていない。</p> <p>（２）オンライン資格、、、のところでも書かれているがオンライン診療は離島・遠隔地などやむを得ない場合を除き行うべきではないと考えられる。特に初診よりのオンライン診療はリスクが大きく避けるべきと思われます。</p> <p>他方コロナ禍では、医療従事者が充足しない状況や安全を考える場合は再診のみオンライン診療を行うメリットがあるのかもしれませんが。基本的には提案県の意見と同様に内科では行わないというスタンスがよろしいかと考えています。</p>									
【鹿児島県】	<p>当県では「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて(令和 2 年 4 月 10 日事務連絡)」に基づく対応を行っている医療機関数は、180 医療機関（全医療機関の 13.2%）です。</p> <p>オンライン診療は検査・触診・打診・聴診が実施できず診療のクオリティが担保されないこともあり「初診からのオンライン診療は、有事における緊急の対応」であり、「現行の時限的・特例措置の検証結果を踏まえて安全性・有効性について確認しつつ検討すべし」との日医の立場を支持します。オンライン診療を含めた遠隔医療はメリットも多く今後、推進して行くべきと考えます。</p>									
【佐賀県】	<p>本会会員に対するオンライン診療に関するアンケート（125 回答分）で、</p> <table><tr><td>行っている</td><td>8/125</td><td>6.4%</td></tr><tr><td>行っていない</td><td>94/125</td><td>75.2%</td></tr><tr><td>検討中</td><td>17/125</td><td>13.6%</td></tr></table> <p>年代毎の割合、問題点は、当日資料として提示する。</p>	行っている	8/125	6.4%	行っていない	94/125	75.2%	検討中	17/125	13.6%
行っている	8/125	6.4%								
行っていない	94/125	75.2%								
検討中	17/125	13.6%								
【宮崎県】	<p><宮崎県の現状></p> <p>オンライン診療の届け出医療機関数は現在（令和 3 年 7 月 7 日時点）37 件となっている。</p> <p>レセプト請求は直近 3 か月では 5 件程度で積極的に行っている医療機関は非常に少ない状況である。</p> <p><問題点></p> <ol style="list-style-type: none">1. 医師は対面診察に慣れているためパソコンやスマホ越しの診療では診察の精度が落ちる可能性が大である。2. オンライン診療に関する受付業務が増え、通常の受付業務が滞る。 <p>（患者さんの予約、本人確認、診療費の支払い方法、処方箋を渡す方法など電話対応時間が増える。）</p>									

3. オンライン診療システムの導入費用（パソコンなどの通信機器）がかかる。
4. オンライン診療システムからの個人情報漏洩のリスクがある。
5. 診療に手間や時間がかかる割に保険点数が低い。

点数	オンライン診療（電話、パソコンなど）	通常の対面診療
初診料	214 点▲	288 点
再診料	73 点	73 点
処方箋料	68 点	68 点
特定疾患療養管理料	100 点▲	225 点

6. オンライン診療後に悪化した時、きちっと follow できるかが問題である。

(5) サムスカ処方と毎月の採血について (福岡県)

《提案要旨》

福岡県では心不全に対するサムスカ処方の条件として総ビリルビン、AST、ALT、 γ -GT、血清ナトリウム・カリウム・クロールの測定が毎月必要です。サムスカを必要とする患者は重症心不全の中でも限られており、かかる重症患者を専門医以外の医師が診療する可能性は低いと、病態把握に関しては主治医の裁量に委ねても良いのではないかと思います。治療が奏効している患者にとって毎月の採血は過剰かと思われます。皆さんの県ではどうですか？

各県からの回答

【沖縄県】	<p>ご提案の福岡県の先生のご意見に大賛成です。もともとサムスカ自体、1) 心不全における体液貯留、2) 肝硬変における体液貯留、3) SIADH における体液貯留、4) 常染色体優勢多発性嚢胞腎と特殊な病態が対象であり、容量も病態により最大値で 7.5 mg から 120 mg と多岐にわたるため専門医以外で処方されることは無く、実際、事前に研修プログラムまで要求されるため、貴県の提案通り主治医の裁量にまかすべきと考えます。この点に関し、国保・社保でも特に疑義に上がってはいないようです。</p> <p>リーバクトに関しては、毎月アルブミン測定しても大きな変化がある訳ではなく、病態に応じて専門医が処方しているので専門医の裁量に任せるべきと考えますが当県でも、毎月ではありませんが、血清アルブミン値の把握はしっかりと要求され、コメントが必要なこともあります。</p>
【大分県】	<p>本剤の処方当初は電解質失調（高ナトリウム血症）などを来す恐れがあるため頻回の採血が求められていますが、最近では条件付きで外来でも継続可能となっており使用が広がっています。現在、当県では入院時の使用開始数ヶ月を除き、毎月採血を求めておりません。</p>
【長崎県】	<p>サムスカに関して毎月の採血は特に求めているのが現状です。特に問題にはなっていないようです。</p>
【熊本県】	<p>サムスカ処方の件については、ご意見の通りと考えますが、当県におきましては能書通りに行われています。</p>
【福岡県】	<p>提案県</p>
【鹿児島県】	<p>病診連携で、専門医がサムスカ処方を開始し、非専門医が引き継いでサム</p>

スカを処方するケースもあります。サムスカ処方に際し、血清 Na 等に注意を払うことは必要ですが、当県では、毎月検査しないことでサムスカを査定されることはないようです。

【佐賀県】

サムスカについては、添付文書の「警告」において肝機能や血清ナトリウム等を月 1 回測定する旨記載されているため、貴県のような取扱いをされていると思われるが、本県においては、数ヶ月にわたり検査もなく処方されている場合は査定又は返戻の対象としているが、患者の状態等により検査の間隔は変わってくるものと考えるため、毎月の検査は必須とはしていない。

【宮崎県】

●添付文書から

〈心不全及び肝硬変における体液貯留〉

1.1 本剤投与により、急激な水利尿から脱水症状や高ナトリウム血症を来し、意識障害に至った症例が報告されており、また、急激な血清ナトリウム濃度の上昇による浸透圧性脱髄症候群を来すおそれがあることから、入院下で投与を開始又は再開すること。また、特に投与開始日又は再開日には血清ナトリウム濃度を頻回に測定すること。

〈常染色体優性多発性のう胞腎〉

1.5 特に投与開始時又は漸増期において、過剰な水利尿に伴う脱水症状、高ナトリウム血症などの副作用があらわれるおそれがあるので、少なくとも本剤の投与開始は入院下で行い、適切な水分補給の必要性について指導すること。また、本剤投与中は少なくとも月 1 回は血清ナトリウム濃度を測定すること。

1.6 本剤の投与により、重篤な肝機能障害が発現した症例が報告されていることから、血清トランスアミナーゼ値及び総ビリルビン値を含めた肝機能検査を必ず本剤投与開始前及び増量時に実施し、本剤投与中は少なくとも月 1 回は肝機能検査を実施すること。また、異常が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。

●添付文書からは、1 か月に 1 回の採血は、過剰とは言えないと考える。

落ち着いている患者さんでは、主治医の裁量で期間を延ばしても可能である。

- (6) リハビリテーションで使用した薬剤の算定について。診療点数においてリハビリテーションの項目における通則でこれについて言及があります。実際にリハビリテーションに用いた何らかの薬剤について、算定を認めている事例はございますか？

※薬剤としては、リハビリに伴う疼痛緩和のための鎮痛剤、湿布類、および抗痙縮薬（ボツリヌス製剤を含む）などです。（鹿児島県）

《提案要旨》

通則2 リハビリテーションにあたって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。このように定められており、リハビリテーションに使用した薬剤算定は可能と考えます。ところが、“リハビリに使用した”が具体的にどのような使用を示すのかもはっきりしません。貴県において認めている薬剤がございましたら情報提供をお願いいたします。

※前号とは通則1であり疾患別リハビリの点数について記載。

※第2節とは、薬剤料について記載されている。

各県からの回答

【沖縄県】

沖縄県では、リハビリ中に使用した薬剤（経口鎮痛剤、湿布、経口抗痙縮薬：ダントリウム、エペリゾン、エチゾラムの場合）を保険請求した事例はないようです。請求されたとしても算定は認めないということになっております。

リハビリと同日であっても、痙縮に対して行うボツリヌストキシンや局所麻酔による神経ブロック注射やトリガーポイント注射の局所麻酔は算定を認めています。

類似の例として、物療（消炎鎮痛等処置）を行うために来院された方に経口鎮痛剤、湿布等の薬剤を院内で使用される場合があります。それらを薬剤算定してくる先生は沖縄県でも散見されるようですが、この場合もリハビリと同様に薬剤の算定は認めないことになっております。

【大分県】

リハビリテーションに使用される薬剤は想定していません。大分では、実際の請求もありませんでした。

【長崎県】

リハビリテーションを行う前に医師の診察を行い、理学療法士、作業療法士、言語療法士に指示を出すため、その時に必要があれば鎮痛剤や湿布などの薬剤処方を行うことが多くリハビリテーションで薬剤を使用することは少ないと思われる。痙縮剤や鎮痛剤などの注射剤も診察所見で痙縮や疼痛の

	<p>状態を判断して治療するためリハビリテーションで注射することはない。そのため、今回の通則で改訂されたリハビリテーション料と薬剤料を合算して請求することは少ないと思われる。</p>
【熊本県】	<p>本県では、特にそのような事例はありません。</p> <p>『提案要旨の「通則2…」』のとおり、「リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、…算定する。」とあり、「第2節 薬剤料」もあることから、算定できますが、実際のレセプトでの請求は見ません。</p>
【福岡県】	<p>リハビリテーションの通則によると「リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する」となっております。これに鑑みると消炎鎮痛処置に用いた薬剤は算定、請求できる事になりますが、これはリハビリテーション中に生じた急性疼痛に対して処方した薬など緊急処置的なものに限られ、定期的に服用、外用されている薬剤は対象外との認識です。したがって、回復期リハビリテーション病棟や地域包括病棟などに入院中の患者に関して薬剤の請求が上がってくることはあまりないようです。外来診療ではあえてこの方法で請求するより、薬剤は別に処方箋から請求している医療機関がほとんどであろうかと思われます。ご質問のような事例がどの程度あるのか把握することは難しいようです。</p>
【鹿児島県】	<p>提案県</p>
【佐賀県】	<p>モーラステープやロキソプロフェン Na ゲルなどが請求されている事例があるが、認めている。</p>
【宮崎県】	<p>外来での患者さんには、全て算定可能です。</p> <p>鎮痛剤、湿布類は、その診断名が必要ですが、変形性関節症、関節拘縮などの診断名があれば問題なく算定出来ています。</p> <p>ボツリヌスは、認定を受けた Dr であれば、痙縮の診断をつければ、算定につきまして問題はありません（しかし、ボツリヌスは3か月程度で、再投与が必要なことが多く、その場合、リハビリの上限期間を過ぎた方が対象となる方が多く、何度も繰り返しリハビリを算定し、査定されることなく認定されるかはどうでしょうか？リハビリの方が査定、削減される可能性があると思います。）</p> <p>一方、入院中の患者（回復期、地域包括ケア病棟、医療療養病棟）につきまして薬剤は、ボツリヌス製材含め、一切認められていません。</p> <p>参考までに、医科点数表の解釈令和2年4月版の記載ページを列記します。</p> <p>回復期病棟：P18、地域包括ケア病棟：P18、医療療養病棟：P88～89</p>

上記病棟は、包括医療で薬剤は上記ページに記載されている除外薬剤のみ請求（病棟の種別で微妙に変わります）できます。

それ以外は請求できません。

急性期病棟に関しては、請求可能と思いますが、ボツリヌスを急性期病棟で使用しているかは不明です。

<補足>

（診療点数 第7部 リハビリテーション 通則より）

1. リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数により算定する。
2. リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
3. 第1節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なものの費用は、同節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。

(7) レセプトの病名の主病記載に関して、記載要領の改訂を厚労省に望む（佐賀県）

《提案要旨》

令和2年3月27日付の厚労省保険局医療課長通達にも記載されていることであるが、主病は原則として一つ、副傷病は主なものについて記載、主傷病が複数ある場合は主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病が区別できるようにすること、と記載されている。

かかりつけ医としての役割を担う内科医にとって、一人の患者さんを長年、一生に渡り関わっていくにおいて、病気は経年的に増え、主病対象が増加していくのが当然である。主病が問題になるのは特定疾患療養管理料の問題と絡んでくる。レセプト審査会のレベルでは問題は発生していないようだが、厚生局の個別指導で主病の数は原則1つ、とのことからカルテの内容に対し、主病に対する記載ではないことでの問題、例えば主病を糖尿病とし脳梗塞の合併がある場合に、その月に脳梗塞に対しての指導のみを患者さんに行ったことをカルテに記載した場合、主病の糖尿病に対しての指導記載でないので管理料は算定できないので返還との指導があっている。実診療とかけ離れた通達文書通りの指導であり、改善を望む。通達の主傷病は1つが原則の記載を、実診療にあった記載、生涯のかかりつけ医に即した改訂を望みます。

各県からの回答

【沖縄県】

貴見の通り。主傷病を原則一つとの通達は実臨床では、不都合が多く改訂すべきと思われる。

この問題の背景として、主傷病を明確にすることを国保連合会や社会保険支払基金から再々要求があり、その都度、医師会が反対してきた経緯があるようである。それが、今回正式に厚生労働省からの通達となったことになる。また、国にはレセプト記載情報を用いて、より現実の医療現場を反映した統計調査を行いたいという思惑もあると思われる。

【大分県】

貴県のとおり。

【長崎県】

通達直後は、審査側、診療者側共にしばらくは注意を払っていたようですが、現状は猶予期間としての扱いなのか特に問題としていません。

個別指導では問題になった可能性もありますが、返還指導があったとの話は聞いていません。

貴県の御意見のように、実地診療に則した改訂を望みます。

【熊本県】

ご提案の通りと思います。

【福岡県】

貴県のご意見は臨床現場で働く者としては至極もつともと思います。患者指導は主病一つに対して行えばよいというものではなく、関連する疾患を踏

	<p>まえて患者ごとに広く健康維持増進の助言を与えるべきものと考えます。</p> <p>主病名を複数認めたとしたときに、レセプト審査上変わってくるのは、難病外来指導管理料と特定疾患処方管理加算の併算定（可能なのは、原発性胆汁性胆管炎やもやもや病など少数の疾患に限られる）が、より多くの患者で併算定可能になるということでしょう。また、ビッグデータ収集の上からも主病名は一つとしておいた方が管理側には好都合と推察されます（データの信頼性は別として）。かかる状況を鑑みれば、複数の主病名を認めることに對する反発は少なくないと予想されます。</p> <p>内科医会・日臨内としては、複数の主病名を認めることを求めると同時に、例えば糖尿病患者において脳梗塞や心筋梗塞の予防について指導する必要性を主張するなど多面的に活動を展開する必要があるように思えます。</p>
【鹿児島県】	<p>本県でも同様に、厚生局の指導は厳格であり、主病名の変更は困難な状況である。</p> <p>対処法として主病名に固有な指導ではなく、より一般的な指導をカルテに書いておくことで対応している施設があるように聞いている。</p>
【佐賀県】	<p>提案県</p>
【宮崎県】	<p>貴県の意見に賛成です。</p> <p>補足：患者にとって重大な傷病が複数ある場合は現実的に多数存在し、診療時点で、そのうちのどの傷病に対する指導が一番必要な状態にあるかは、常に一定ではなく、変化する内容です。そのような現実に対応した傷病名の整理の仕方を認めるべきと考えます。</p>

(8) 新型コロナウイルスワクチンの副反応に関する取扱いについて（宮崎県）

《提案要旨》

現在、各医療機関におかれましては新型コロナワクチン接種が粛々と行われていると存じます。それに伴う副反応疑い報告例も厚労省ホームページや製薬会社市販直後調査にて事例報告が公表されておりますが、実際臨床の現場では副反応か否か悩ましい症例が多々あると感じます。多くの副反応は接種後1週間以内の報告例が多く、例えば他施設で接種後2週間を過ぎて脳梗塞症状で来院した初診の方や、2週間を過ぎて突然全身の類天疱瘡が発生した初診例など、いずれも副反応として報告すべきか否か悩ましくその判断は全てその時診察した医師に委ねられますので、報告されていない症例の数は実際多いような印象を受けます。また全国では死亡例も報告されておりますが、各県内科医会にて副反応についての報告会、独自の症例検討会、など取り組みがありましたら教えてください。

また、特に印象に残る症例などありましたらご呈示ください。

各県からの回答

【沖縄県】

ご提案の宮崎県の先生のご指摘のように当県でも同様に悩み、対応に苦慮しております。郡市医師会レベルで専門医を交え少しずつ対応してはおります。厚労省ホームページ、製薬会社の報告等参考にしておりますが実臨床に完全に追いついている感は無く、おまけにインターネットによるありえない内容の副反応風評（被害）等、混乱事例満載です。加えて、沖縄県は基地内の感染状況の把握が困難で、ワクチンの種類、人種の違い、副反応等把握できるはずもなく、戦争状態地域からの帰還後 PTSD をワクチンの副反応としてネットで流す基地従業員もいて困っています。現在のところ厚労省ホームページ情報に頼っているところで残念ながら副反應對応の具体案は持ち合わせていません。

【大分県】

特に医会として取り組みはありません。
県下の医師会担当理事とのオンライン会議で接種後くも膜下出血を発症したケースが2例報告されました。

【長崎県】

長崎県では重大な副反応の可能性として、ワクチン接種数日後、脳血管障害（くも膜下出血）で中年～初老の2名の医療従事者が死亡する事例がありました。直接の因果関係は不明ですが、注意すべき症例です。その後、死亡に至るような重篤なケースの報告はないようです。副反応の判断は基本的には診察医師に委ねられており、また、それほど重篤でないと判断されれば報告がなされない症例は多いと思います。副反応についての報告会、検討会な

	<p>どは特に実施はしていません。重篤な例は別にして、副反応を取り上げ過ぎると、これからワクチン接種の対象となる若者の恐怖感をあおり、接種率の低下を招きかねず、取り扱いが簡単ではないと思います。</p>
【熊本県】	<p>県内で、ワクチン接種の 2 日目に 80 歳くらいの男性が亡くなり、新聞に掲載された例がありましたが、解剖などがなされず、原因不明とされ、副反応との因果関係は不明となったようです。そのような例は確かにありますが、本県内科医会や県医師会でも副反応についての報告会、独自の症例検討会などの取り組みは行っておりません。</p>
【福岡県】	<p>本県では内科医会、医師会ともに新型コロナワクチンの副作用に関する特別な取り組みは行っておりません。</p> <p>印象的な症例として、特発性血小板減少症がありました。患者は 85 歳女性。5 月 7 日血小板 33.9 万と正常であったが、6 月 14 日血小板 18.5 万と低下傾向でした。6 月 23 日新型コロナウイルスワクチン（コミナティ）接種 1 回目後、嘔気、食欲低下あり、ファモチジン 10mg 2T 5 日間内服。6 月 30 日、血小板数は 7.4 万とさらに減少。薬の副作用も疑い 7 月 12 日タよりメトグルコ 500mg、レパミピド 300mg 中止。7 月 13 日よりアトルバスタチン錠 5mg 2 錠を内服中止としたが、その後も血小板低下が続きました。7 月 14 日 2 回目接種予定であったが、血小板数低下のため中止としました。コミナティ筋注の副反応として血小板減少症 14 例、血小板減少性紫斑病 21 例、血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）3 例との報告があり、ワクチン接種の副反応の可能性も疑われましたが、因果関係は不明です。最終的に血小板は 1.7 万まで低下し、血液内科に転院。ITP との最終診断でした。</p>
【鹿児島県】	<p>本会主催の副反応についての報告会、独自の症例検討会など取り組みはない。</p> <p>本県では、新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応を疑う症状について、被接種者が必要に応じて専門的な医療機関に円滑に受診できる体制を確保するため、県行政が様々な症状に総合的な対応ができる専門的な医療機関を各医療圏に 1～3 か所指定している。</p>
【佐賀県】	<p>特に行っていない。</p>
【宮崎県】	<p>提案県</p>