

令和4年度  
第57回  
九州各県内科医会連絡協議会

日時：令和4年11月12日（土） 16時00分～18時00分

会場：オンライン（那覇市医師会館および九州各県会場）

## 第 57 回九州各県内科医会連絡協議会

日時：令和 4 年 11 月 12 日（土） 16 時 00 分～18 時 00 分

会場：オンライン（那覇市医師会館および九州各県会場）

### 次 第

司会・進行 沖縄県内科医会 副会長 田名 毅

#### 1. 開 会

2. 担当県挨拶 沖縄県内科医会 会長 友利 博朗

3. 来 賓 挨 拶 日本臨床内科医会 会長 望月 紘一

#### 4. 協 議

- (1) COVID-19 に対する内服薬の使用について (大分県)
- (2) リフィル処方現状について (長崎県)
- (3) オンライン診療についての要望事項 (熊本県)
- (4) 中医協の形骸化が懸念される (福岡県)
- (5) 「後発医薬品使用体制加算 1, 2, 3」について要件緩和を厚労省に望む。  
(ジェネリック薬品の流通不足に関する問題) (鹿児島県)
- (6) 外来感染対策向上加算について (佐賀県)
- (7) 各県内科医会の運営について (宮崎県)
- (8) 各県の新型コロナ検査方法に関して (沖縄県)

5. 次回担当県挨拶 大分県内科医会 会長 井上 雅公

#### 6. 閉 会

## 提案事項および 各県からの回答

## (1) COVID-19 に対する内服薬の使用について (大分県)

## 《提案趣旨》

本 COVID-19 に対する内服治療薬として我が国では重症化ハイリスク者に対してラゲブリオとパキロビッドパックが適応承認されている。Omicron 派生株が主流となってきたワクチンや抗体薬の効果が弱まっている現在、直接抗ウイルス効果を持つ経口薬は新しく出現する株にも一定の効果が期待されている。

社会活動とウイルス対策の両立のためにも経口薬使用のハードルが下がるべきと考えているが供給量の問題もあるのなかなか現場では処方しづらいという声も聞こえてくる。

皆さんのご意見を伺いたい。

## 各県からの回答

## 【 大分県 】

当県で行ったアンケート結果について報告する予定。

## 【 長崎県 】

COVID-19 に対する内服薬の処方が、インフルエンザ薬の処方ほど簡単であれば使用しやすいのですが、現行では対象患者が限られており、説明その他処方までに手間がかかり、同意書や念書を取ることを嫌がる方がいるなどのため、ほとんどの当会会員は処方していないようです。

オミクロン株になって患者数は激増しましたが、ワクチン接種の効果もあってか、流行初期のような COVID-19 そのものの急速な悪化で死亡するなどのケースがほとんどみられないようで、対症療法で対応しています。

処方の簡便化は望むところで、より有効なワクチンおよび治療薬の出現も希望するところです。

## 【 熊本県 】

パキロビッドパックは、医師が適応と認める患者には、無料で処方できるが、同意書およびチェックリストの薬局送付が義務付けられていて面倒である。

一方、我が国で最も使用されているラゲブリオは、9 月 16 日から一般流通が可能となったため、処方しやすくなった。しかし、患者または代諾者の同意書の取得が義務付けられており、またチェックリストや使用実績登録については追って連絡することになった。ただし、有料となり 5 日間の処方では 9 万 4 千円で、患者にとって負担が増している。もっと安くできないだろうか。あるいは政府の補助はできないだろうか。

## 【 福岡県 】

医療崩壊が各地で叫ばれている現状は、感染の拡大と縮小を繰り返しながら、決定的な感染対策・感染防御策が確立されるまで続くと思われます。それまでの間、地域医療が新型コロナ感染のために機能しなくなるようなことを防ぐ一助として、経口薬の普及は極めて有効な方策の一つと考えます。

有効性の高い「飲み薬」がいつでもだれでも利用できるようなになれば、新型コロナウイルス感染に対する国民の意識も変わり、社会活動に対する制限も大幅に緩和できる可能性があると考えます。

然るに現状では、経口薬に関して登録制の問題があり、使用のハードルが非常に高く、国民にも「これがあるから安心」と認識されるには程遠い状況にあるといわざるを得ません。また、ラゲブリオには有効性が低いという問題が、パキロビッドパックには併用薬の制限が多いという難点もあり、新しい経口薬の開発も待たれるところですが、当面は現在使用可能な経口薬をいかにうまく臨床の現場で活用するかを考えるべきだと思います。薬剤師との連携が非常に重要になると考えます。

地域医療を支える団体として、医師会や内科医会から国へ積極的に情報を発信することも大切でしょう。

## 【 鹿児島県 】

本県ではラゲブリオが症状のある中等症以上や重篤になる可能性のある高齢患者への投与が主になされていました。パキロビッドパックは他の薬剤との併用禁忌が多く、ごく一部の患者しか投与されていないようです。問題点としては厚労省がラゲブリオの供給量を絞っているため、コロナ協力病院でも在庫はほとんどなく、また院外薬局にも在庫ないところも多く、迅速に投与できないことにあります。これが一般診療所ではコロナ診療ができなかった大きな問題といえます。しかし9月16日から一般流通が可能になり、上記の問題点は解決しました。今後新薬の登場も期待されますが、一般診療所等での使用の簡素化を国に求めたいところです。

## 【 佐賀県 】

ハードルとは、処方のための医療機関登録・患者さんからの同意書・その後の報告義務ということであれば、貴見のとおり下がることが望ましいと考える。

ラゲブリオの場合、重症化リスクを持った軽症者・中等症者における重症化予防効果は確認されているが、現在感染が広がっている、若年世代の重症化リスクのない軽症者への投与に、どのような効果があるのか不明確であり、投与に関しては年齢制限や、若年者への投与に際する適応傷病名の設定は必要と考える。

保険点数も設定されたようであるが、1 カプセルあたり 2,357.8 円、1 日で 18,862.4 円となり、一人の治療で 10 万円弱の費用となるため、薬剤費の問題も大きいと思われる。

パキロビッドに関しては上記同様の問題とともに、併用禁忌・併用注意の薬剤が非常に多く、そのために処方しづらいという問題もあるようである。

【 宮崎県 】

現在、一般流通（薬価収載）されている経口薬剤はラゲブリオ（モルヌピラビル）とパキロビッド（ニルマトレルビル／リトナビル）である。治療対象者は重症化因子を有する軽症から中等症の患者で、発症後使用までの推奨日数は 5 日以内である。ラゲブリオの入院 or 死亡の相対リスク減少効果は 30%と低い。一方、パキロビッドの相対リスク減少効果は 89%と高いが併用禁忌薬剤が多い。2 剤とも外来での内服治療が可能であり、入手が容易になれば現場で使用のハードルが下がり、患者にとっては有用である。

COVID-19 に関してはワクチン接種が最重要であることは強調した上で、内服薬処方ハードルとしては、以下のことが考えられる。ラゲブリオについては、臨床試験がワクチン未接種者を対象としており、現状に即していないことや、重症化抑制効果が約 30%と低めであること。パキロビッドについては、併用禁忌や腎機能障害では使いにくいなどなどの制約の影響が大きいと考えられる。また、院外薬局への在庫の確認、薬を受け取りに行けないときの配送の確認など煩雑な面も影響していると思われる。

ラゲブリオの供給量に関しては、承認早々は、「安定的な供給は難しいことから、厚労省が所有した上で、選定した薬局＝対象機関からの依頼に基づき、無償で譲渡する。」とされた。その後、供給量が安定し、対象機関も随分増えた。2022 年 9 月 16 日より一般流通を開始。本剤の供給の見通しが立ったことから、薬価基準収載の申請を行い、2022 年 8 月 18 日に薬価基準収載に至った。本剤は、特例承認の COVID-19 治療薬であるため、本剤の処方に際しては、電子添文の「本剤の使用に当たっては、あらかじめ患者または代諾者に、その旨ならびに有効性および安全性に関する情報を十分に説明し、文書による同意を得てから投与すること」の記載に従い、引き続き、担当医師からの説明と患者さんまたは代諾者からの同意書の取得が必要となる。オンライン・電話診療等で実施している等、同意書の取得が困難な場合には、病状説明を実施した医師が患者から口頭にて同意を取得した上で、その日付とともに診療録に明記すること。その際には、処方箋とともに対応薬局に送付する適格性情報等のチェックリストに「患者からの同意を取得した」旨のチェックを入れるように。なお、同意書の原本（患者がサインしたもの。電子署名も含む。）は後日、必ず患者から医療機関に郵送、FAX、もしくは電子媒体等で送付させるようにすること。同意書の代筆は控えること。

宮崎県の登録医療機関 278 施設のうち 176 施設は発注実績が無い。(2022/8/15 現在) 実績が無い機関が 6 割、薬局の発注数はどこも多いよう。

- ①宮崎県では、ラゲブリオは、処方が少ないとのことで、医師会で学習会（WEB）を行い、適応、タイミング、投与方法、同意書、保険請求などの手順について勉強した。学習会の資料を再度 紙ベースで配布した。
- ②配達をしてくださる薬局があるので助かっている。
- ③必要な人に処方されているかが問題か。
- ④ラゲブリオは、禁忌が少ないのもメリットで、中身を注入でき、胃瘻からも投

与できる。介護施設や高齢者でも投与できる。

- ⑤オミクロン株にも有効であるパキロビッドは、併用薬との相互作用があり、内服薬の確認が必要である。また、腎機能のデータが必要で、処方にハードルがある。薬剤師の関与が必須であると思われる。

## 【 沖縄県 】

2022年8月31日までに沖縄県では、ラゲブリオが6,741人（医療機関4,506人、薬局2,235人）に処方されております（九州沖縄8県中、5番目の処方数）。同時期までに8,492人分が沖縄県で用意されており、1,751人分の残薬がある計算になります。また、パキロビッドパックに関しては、8月31日までに沖縄県に1,229人分の用意があり、874人に処方され、355人分の残薬がある計算になります（九州で3番目の処方数）。以上より、沖縄県ではこれら経口薬の供給量不足はなかったと思われます。

沖縄県では各施設に1日に10人までの供給という制限がありましたが、すぐに追加供給も可能であったことより、会員施設からも供給量不足の声は上がっておりませんでした。また、外来処方で院外薬局を利用する場合、処方薬局が不明の際は、沖縄県コロナウイルス感染対策本部「コロナ診療を行う医療機関向けの相談窓口」に問い合わせることより処方可能な薬局を紹介してもらうことも供給不足の声が上がりなかった要因の一つを考えております。

オミクロン株に置き換わり、特にBA.5系統が主になって以降、沖縄県でも大流行したCOVID-19ですが、重症化リスクをいくつか持っているものの診断時に症状が非常に軽い症例も多く、特例承認であること、同意書の取得が必要であったこと等もあり、処方されなかった症例も多かったと印象です。





## (2) リフィル処方現状について (長崎県)

## 《提案趣旨》

2022 年 4 月の診療報酬改定で、既に問題化されていたリフィル処方が導入されました。患者には薬の処方を受けるだけでなく、きちんと診察を受けるように指導することが本来のあり方でしょうが、リフィル処方に応じない医師に問題があるような報道もみられます。

レセプト審査上、当県では今のところ「リフィル以外」の記載しかみないようです。各県の実情ははいかがでしょうか。また、患者からの要求などはございませんでしょうか。

## 各県からの回答

【 大分県 】	ほぼ「リフィル不可」の記載かと思われます。患者さん方へはこの「リフィル処方」という概念自体があまり浸透していないように感じています。
【 長崎県 】	提案県
【 熊本県 】	熊本県も長崎県と全く同じ状況で、レセプト審査上、今のところ「リフィル以外」の記載しかみないようです。
【 福岡県 】	<p>リフィル処方箋はわが国では 3 回まで使用できるようになったが、あくまで医師の同意が必要である。リフィル可にチェックしないと 1 回しか使用できないし、使用期限のある薬剤（ベンゾジアゼピン系など）や湿布剤はリフィル処方できないことになっている。問題なのはリフィル処方になると患者は来院しなくても薬を薬局で購入できることである。従って特定疾患治療管理料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、難病外来指導管理料、生活習慣病管理料、糖尿病合併症管理料などが算定できなくなるのも大きな問題である。保団連のアンケートではリフィル処方に賛成する医師は 3%に過ぎず、どちらともいえないが 5%であった。すなわちほとんどの医師が反対なのであり、その理由は①リフィルでは健康状態の観察ができない、②リフィルでなくても長期処方で十分、③適切な処方管理を患者ができるか疑問などであった。</p> <p>ある出版社が大手主要チェーンに、4 月のリフィル処方の使用頻度についてアンケートを行った結果、0.4～0.9%であり予想を上回る結果であった。今後増加していくと予想され、政府の 6 月 7 日に発表された骨太の方針にも「リフィル処方箋の普及、定着のための仕組みの整備」という文言が盛り込まれた。そもそもリフィル処方は医師法 20 条すなわち「医師は、自ら診察しないで治療をし、もしくは診断書若しくは処方箋を交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書も</p>



しくは死産証書を交付し、または自ら検案をしないで検案書を交付してはならない」に抵触する可能性があるし、療養担当規則 12 条「投与日数は、医学的に予見することができる必要期間に従ったもの、または症状の経過に応じたものでなければならぬ」にも抵触する可能性があることを指摘したい。その上で薬剤の処方権はあくまで医師にある事を強調したい。

現在いえることはリフィル可にチェックしないでいただきたい、に尽きる。なお福岡県ではリフィル処方箋はほとんど認められない。

## 【鹿児島県】

鹿児島県内科医会では、リフィル処方の現状把握のために、8/24 から 9/6 に FAX でアンケート調査を行い、139 名（回収率 40%）から回答を頂き、以下の結果を得た。

### 1. リフィル処方を導入されていますか。

139 名中 15 名（11%）がリフィル処方を導入しており、うち開業医は 10 名、勤務医 5 名であった。

導入している場合に「月に何人程度にリフィル処方をしているか」については、0 人が 11 名、1～2 人が 3 人、6 人が 1 名であり、リフィル処方を導入しているもののリフィル処方を実施している件数は少なかった。

### 2. リフィル処方を患者さんが希望されたことがありますか。

139 名中 21 名（15%）がリフィル処方を希望されたことがあり、うち開業医が 18 名であった。その中で、患者からの希望に応じてリフィル処方を実施したのは 5 名（24%）であり、4 名はリフィル処方を導入している施設であった。

リフィル処方を実施した 5 名のこれまでの実施人数は、1 人が 9 名、2 人が 8 名、5 人が 2 名、10 人が 1 名、30 人が 1 名で、合計 75 人であった。

### <総括>

リフィル処方導入 5 か月の時点では、リフィル処方を導入している施設は 1 割程度と少なく、実際のリフィル処方件数も極めて少ないと思われる。一方、患者からリフィル処方を希望された件数は 2 割程度あり、今後、リフィル処方に対する社会認識が高まるとリフィル処方の希望が増える可能性がある。今回の調査では患者のリフィル処方の要望に対して 75%の医師はリフィル処方を実施しておらず、今後増えるであろう患者のリフィル処方の要望に対してどのように対応するか対策を考えておく必要がある。

【 佐賀県 】

< 社保 >

4・5・6月の支払基金でのリフィル処方算定の状況

4月	39件
5月	59件
6月	51件
合計	149件

(リフィル以外の処方：550,239件で、リフィル処方率：0.027%)

診療科別

整形外科	59件
内科	28件
精神科	27件
外科	18件
皮膚科	4件
耳鼻科	4件
肛門科	3件
婦人科・産婦人科	3件
小児科	1件
泌尿器科	1件
眼科	1件

(特定医療機関が多い)

リフィル処方率0.03%弱で少ないようである。

患者希望はあるが多くはなく、説明の上、通常処方を行っているようです。

< 国保 >

●リフィル処方箋 国保の算定状況(令和4年4月～6月診療分)

令和4年9月1日								
	4月診療分		5月診療分		6月診療分		計	
	機関数	件数	機関数	件数	機関数	件数	機関数	件数
病院	10	15	7	18	4	9	21	42
内科	2	4			2	2	4	6
整形外科	2	45	2	40	2	51	6	136
精神科	1	4	1	9	1	6	3	19
眼科	1	1					1	1
耳鼻咽喉科	1	1					1	1
脳神経内科					1	1	1	1
皮膚科					1	1	1	1
計	17	70	10	67	11	70	38	207

注1) 複数の診療科を有する病院は「病院」で集計。

注2) 複数の診療科を有する診療科はレセプト内容から該当する診療科で集計。

●全処方箋件数に占めるリフィル処方箋の割合（令和4年4月～6月診療分）								
	4月診療分		5月診療分		6月診療分		計	
	リフィル/全処方箋	割合	リフィル/全処方箋	割合	リフィル/全処方箋	割合	リフィル/全処方箋	割合
全診療科	70/225,193	0.031%	67/221,226	0.030%	70/224,988	0.031%	207/671,407	0.030%

< 社保および国保の総計 >

- ・ 令和4年4～6月診療分のリフィル処方箋算定数：356 件
- ・ 同月の全処方箋数：1,221,646 件
- ・ リフィル処方率：0.029%

## 【 宮崎県 】

宮崎県全体でも、審査上「リフィル以外」の記載しかほぼみられず、リフィル処方箋はほとんど行われていない状況です。患者さん方からの要求や質問もほぼないとのことでした。睡眠薬や湿布に対応していないことも原因の一つだと考えられます。ある病院では、基本姿勢としてリフィル処方を勧めておらず、患者さんの要求があった場合のみ、主治医の判断で処方可能となっているそうです。また、個人的な意見として、リフィル処方にはデメリットが多くある一方で、医者・患者の負担軽減や保険料の削減などのメリットもあり、取り扱いを厳密に行えば、ある程度有用なツールになるのではないかと思います。

## 【 沖縄県 】

当県のリフィル処方の現状を調べるため、当県国保審査会の協力により、レセプトよりリフィル処方箋の算定数を調べた。その結果、リフィル処方箋は、5月～8月の4か月で計309件（0.019%）（5月：81件（0.020%）、6月：75件（0.019%）、7月：74件（0.019%）、8月：79件（0.019%））算定されていた。算定施設の内訳は診療所が29／797施設、病院が16／88施設であった。ほとんどの施設が月に数件にとどまっていたのに対し、ある病院1施設のみ4か月とも月に30件以上のリフィル処方箋を算定していたのが目立っていた。また、当県では、今のところ報道でリフィル処方を推奨するものはほとんどない。そのため、一般市民へリフィル処方箋への関心は広まっておらず、受診者からの問い合わせが散見される程度でリフィル処方箋の強い要求等はみられていない。

## (3) オンライン診療についての要望事項 (熊本県)

## 《提案趣旨》

平成 30 年度診療報酬改定で「オンライン診療料」が新設され、同時に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が発出された。現在、認められている初診からのオンライン診療は新型コロナウイルス感染症の拡大防止のための臨時的な対応であり、この特例措置が恒久化することには問題が多すぎる。適切に診療を行うためには、さまざまな症状を訴える患者とのやりとりだけでなく、触診や検査・画像診断による診断や、必要な処置・手術の対応が必要である。

対面診療を軽視し、初診からのオンライン診療を認めることは必要な診断や治療を遅らせることになる。安心・安全な医療の提供、患者との信頼関係の構築のためにも対面診療を原則とすべきである。すなわち初診からのオンライン診療の恒久化は行わないことを強く要望する。

## 各県からの回答

## 【 大分県 】

貴見のとおりと考える。ただ、今後過疎化、高齢化、交通環境の悪化など社会環境が変化してくると地方ならではの遠隔診療のあり方を模索していくことも必要と考える。

## 【 長崎県 】

COVID-19 はじめ、特定の感染症に対しては、オンライン診療は有効と考えますが、貴県のご意見のとおり初診からのオンライン診療は基本的に反対です。

ところで長崎県は有人離島の数が日本一多い県であり、医者のいない島が多数あります。来院困難や往診困難に備えてオンライン診療システムの構築は必要と考えます。薬剤の配送にドローンなどの手段を使うことも必要かもしれません。

## 【 熊本県 】

提案県

## 【 福岡県 】

貴県に同意します。少なくともコロナ禍での特例措置であるので、特に初診は恒久的な診療とは考えられません。

ただ、再診以降のオンライン診療は、患者サイドからは地理的な問題、特定の疾患であること、さまざまな事情で通院が困難なとき等、一方診療所においては従業員確保が困難なとき、医師の患者を診る時間的キャパシティを超えた時、長期投与を余儀なくされたとき等でニーズがあるかもしれません。

## 【 鹿児島県 】

初診からのオンライン診療は触診・打診・聴診・検査・画像診断ができず診療のクオリティが低下し、また患者との信頼関係の構築もされにくいので初診は対面診療を原則とすべきである。一方、再診時は高齢独居世帯・高齢夫婦世帯・認

知症等で通院困難なケースではオンライン診療・リフィル処方導入は有用な手段となり得る。また訪問看護利用時の D to P with N のオンライン診療は医師の負担の軽減となり有用である。

【 佐賀県 】

貴見のとおり。

【 宮崎県 】

貴県のご意見に賛同いたします。

確かにこのコロナ過で、オンライン診療が初診でコロナ自宅療養中の診察に役に立ったケースやドクター自身がコロナに感染して医院の別室からオンライン診療をして有効だった、という話を聞く一方、このまま初診から全ての科でオンライン診療が有効かというところ指摘のとおり問題が多すぎます。初診の場合は、基本的に対面診療が原則と考えます。

会員からは①離島、へき地など地理的アクセスが制限されている場合。②今回のような感染症の流行などで国や自治体の要請がなされた場合。③難病等で診療可能な医療機関が限定される場合。の3条件のみオンライン診療を容認すべき、といった慎重な意見もありました。

【 沖縄県 】

貴県のご意見に賛同します。コロナ禍、沖縄県の特殊な事情（離島が多く、診療難の地域があること。基地がらみでオミクロンだけでなくデルタ株等も未だに散見される等）があり、当時オンライン診療はかなり有効な手法と思われた。しかし、お腹を触らずに腹痛の診断はできない。聴診せずに心肺は診られない。対面診療を軽視し、初診からのオンライン診療を認めることは必要な診断や治療を遅らせることになる。貴県の意見に賛成である。



## (4) 中医協の形骸化が懸念される (福岡県)

## 《提案趣旨》

今回の診療報酬改定で、リフィル処方については中医協で議論された形跡がない。

もちろん日医診療報酬検討委員会でも全く議題に上がらなかった。

中川日医会長によると、12月の「後藤厚生労働大臣と鈴木財務大臣との折衝」でリフィル導入が決まったそうである。

他にも「看護師の処遇改善交付金」など改定率の中に使途を定めた項目があることは大いに問題である。

全ての項目が中医協で議論されるように日医へ要望していただきたい。

## 各県からの回答

## 【大分県】

貴見のとおり。今回のオンライン資格確認義務化も昨年から動きがあったにもかかわらず、十分な議論もなく、唐突に療担規則に組み入れられた経緯があり中医協の形骸化については大いに懸念されるところである。

## 【長崎県】

貴県のご意見に賛同いたします。診療報酬改定が主に経済政策のみで論じられるのは問題です。現場の意見も反映される、より良い医療政策となるように、議論の場の確保と十分な議論が必要と考えます。

## 【熊本県】

ご指摘のとおりである。

何のための中医協か。

診療報酬改定は中医協で取り上げられなくても改訂できるのであれば、中医協などいらないのではないか。

厳重に抗議していただきたい。

## 【福岡県】

提案県

## 【鹿児島県】

貴県の懸念のとおりと考えます。2000年になって以降、「規制改革・民間開放推進会議」での議論が医療政策にも強く反映されるようになっており、利便性や経済効率、自由診療の解禁など対抗する日医の力を弱めようとするような動きが加速されているように思います。小泉内閣発足後の2006年には「社会保険医療協議会法」が成立、中医協委員の構成人数の改定と中医協委員の選定に関する団体推薦制の廃止が決まり、診療側委員の推薦の日医の権限が制限されました。このままでは、中医協の主任務である診療報酬の決定や医療技術などの保険適用収

載についても、医療の現場を最もよく知る医療人が示すエビデンスや安全性の評価を軽視した形で、決められる恐れも懸念されます。日本臨床内科医会は、これまで会員が示す診療現場のデータに基づき、内保連の議論にも参加した実績を有しており、日医に現状打破の要望を出すことは重要と考えます。

【 佐賀県 】

貴見のとおり。

【 宮崎県 】

診療報酬の改定は前年度の夏頃から、社会保障審議会の医療保険部会・医療部会が、どのような方向で改定するかについての審議を行い、「診療報酬改定に係わる基本方針」を策定します。令和4年度のそれにはリフィル導入はありませんでした。

全体の改定率は、形式的には厚生労働大臣が財務大臣と折衝して決めますが、その前に、引き上げを求める医師団体や引き下げを求める保険者団体が水面下でさまざまなロビー活動を繰り返し広げているようです。

改定率が決まった後、具体的な点数や算定要件を議論するのが中医協の仕事のためすでに政府がリフィル導入を決定しており、中医協で議論される余地はなかったのではないのでしょうか。

財務省は、今後も規制緩和を推し進めるとしますので日医としては、中医協の議論だけでなく、社会保障審議会や財務省の動向もみながら対応していただきたいと思います。

【 沖縄県 】

ご意見のとおり、今回の診療報酬改定でリフィル処方の問題、看護師の処遇改善の点数等について中医協の外から財務省主導で行われたことは今後の中医協の形骸化につながっていくことが懸念されます。

中医協の場で日医診療側代表委員を通して協議を進めることが前提であったはずですが、このようなことは次回の診療報酬改定でも起こり得ることです。

ぜひ、日本医師会の政治力を発揮して通常中医協体制を維持してもらいたいと思います。



(5) 「後発医薬品使用体制加算 1, 2, 3」について要件緩和を厚労省に望む。

(ジェネリック薬品の流通不足に関する問題) (鹿児島県)

# 《提案趣旨》

ジェネリック薬品の利用率によって加算が上下しますが、現在ジェネリック薬品の流通販売不足によって、利用率を下げざるを得ない状況にあります。

たとえば、昨年まで 90% 以上であっても、今年は 80% 台をやむなくされています。

ジェネリックの管理体制に問題があり、よってこの利用率の見直し（緩和）を要望します。

## 各県からの回答

- |         |  |
|---------|--|
| 【 大分県 】 | 貴見のとおり。医薬品の安定供給を強く望みたい。  |
| 【 長崎県 】 | ジェネリックが供給できないとのことで、先発品に戻さざるを得ないこともしばしばあり、基準の見直しをしていただければと思います。   |
| 【 熊本県 】 | <p>ジェネリック薬品で生産されていないものがあり、中には先発品すらないものがある。全く厚労省の管理責任を問うべきである。</p> <p>厚労省保険局医療課から、“ジェネリック出荷停止などを踏まえた診療報酬上の臨時的取り扱いについて”の事務連絡があり、算定対象から除外医薬品リストを公表しているが、この扱いは 9 月 30 日までである。</p> <p>今のような状況では、今後さらにこの連絡を延長するのは必至の状況である。</p> <p>一方、利用率の見直しについての発表はない。</p> <p>現在の状況からすれば利用率の緩和もぜひ行っていただきたい。</p> <p>同感である。</p> |
| 【 福岡県 】 | <p>鹿児島県の要望どおり、ジェネリック薬品利用率はぜひ見直していただきたいと思います。今回の小林化工や日医工の不祥事でわが国のジェネリック薬品の品質、流通の問題が表面化しました。合法的とはいえ品質に問題のあるコピー商品であることに違いはなく、国民の健康を守るという観点からも憂慮すべき案件とされます。</p> <p>利用率の見直し（緩和）の要望のみならず、全ての先発品をオーソライズドジェネリック化する、あるいは先発品は特許が切れた時点でジェネリック並みに薬価を下げるなどの措置により粗悪なジェネリック医薬品を駆逐して、国民が安心して医療を受けられるように切に要望します。</p>      |

【鹿児島県】

提案県

【佐賀県】

貴見のとおり。

参考

	旧診療報酬 1日数量割合	新診療報酬 1日数量割合
加点1 (5点)	85%以上	90%以上
加点2 (4点)	75%以上 85%未満	85%以上 90%未満
加点3 (2点)	70%以上 75%未満	75%以上 85%未満

【宮崎県】

貴県の意見に賛成です。院内処方におきましては在庫管理の面から特に大きいと思います。

昨年10月の厚生労働省の調査では、前年度より出荷停止の品目、代替品の供給量が14%減少しており、そのため20%以上減少した降圧剤等の増産を指示、医療機関にも最低限の発注を依頼していますが、そのような状況下でも厚労省は2023年度末までの後発医薬品のシェアを全ての都道府県で80%以上とする目標を変更していないと聞きます。

しかし、全品の再開には約2年かかる見通しのようです。国は全国で何の薬がどれくらい足りていないかを把握し、解消の見込みはいつなのか、増産はできるのかなど現状を把握した上で、ジェネリック薬品の製造流通が安定するまでこの利用率の見直し（緩和）を要望することに同意します。

【沖縄県】

貴見のとおり。ここ数年、医薬品の安定供給がままならない状態が長く続き、後発品の使用を希望しても流通が不可能な状態の品目が多々ある。そんな中、今回の改訂で「後発医薬品使用体制加算1,2,3」の要件は厳格化され、より厳しい状況になっている。

それに対し、厚生労働省保険局医療課は、一部の供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品について、後発医薬品使用体制加算等における実績要件である後発医薬品の使用（調剤）割合を算出する際に、算出対象から除外しても差し支えないものとする取り扱いを講じている（令和4年3月4日 事務連絡「後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和3年9月21日厚生労働省保険局医療課事務連絡））。しかし、供給停止品目のリストの更新が半年以上かかる等の理由で、この取り扱いの効果が有効かどうかは疑問である。

## (6) 外来感染対策向上加算について (佐賀県)

## 《提案趣旨》

今回、外来感染対策向上加算 6 点が新設された。算定要件として、少なくとも年 2 回程度、感染対策向上加算 1 の届け出を行った医療機関または地域の医師会が主催する新興感染症対策に関するカンファレンスに参加していること。また、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されているが、小さな郡市医師会や近隣に感染対策向上加算 1 を算定している大病院がない地域の医療機関は、感染対策を実施可能であっても、これらの要件のために届出を出すのが困難な状況が見受けられる。各県のカンファレンスや訓練の開催状況をお伺いしたい。

併せて、これらの算定要件の緩和をお願いしたい。

## 各県からの回答

【 大分県 】	当県では地域医師会がカンファレンスなどを開催する予定で準備を行っている。開催が困難な医師会では県で対応することも考慮中である。
【 長崎県 】	実際には算定しているところはない。医師会ないし大病院のカンファレンスがないのが長崎県の現状です。
【 熊本県 】	まだ外来感染対策向上を算定する医療機関、特に診療所は極めて少ないようです。算定されている診療所は、地域医療で感染症医療の必要性を強く感じておられるからだと思います。診療所の参加が少ないのは、感染症に対する関心やカンファレンスの必要性が十分に認識されていないからではないでしょうか。また、感染対策向上加算 1 の届け出を行っている医療機関とのカンファレンスでは、Zoom を使われるところが多く、熊本市以外の小さな郡市医師会の先生方も参加されているようです。
【 福岡県 】	<p>当県では 8 月 15 日現在カンファレンスや訓練の開催のお知らせなどはありません。</p> <p>今後そのような開催は行われると思われるが、郡市医師会など規模が小さいところでは日本医師会が行う Web カンファレンスなどの参加ができるようになるのではないのでしょうか。厚生局届出内容を見てもビデオ通話による実施でも差し支えない記載あり、「医師会主導の開催を待つ」で問題ないと思われます。</p> <p>ただ、算定要件の中に、都道府県の要請を受け発熱患者の診療等を実施することを自治体のホームページに公開されている診療・検査医療機関であることと記</p>

載があり、実際は全ての医療機関で感染対策が行われているところでありますので、対象拡大と基準の緩和が望まれます。

## 【鹿児島県】

本県においても感染対策向上加算 1 が不在の地域においては、カンファレンスや訓練の実施が進んでいない。貴見のとおり、小さな郡市医師会においては専門職や事務局のマンパワーも不足しており、実施は難しいのが現状である。

本県では、郡市医師会が主催するカンファレンスなどの実施方法などについて、県医師会が感染症専門医と協議し示す予定とのことである。

ちなみに、本県の外来感染対策向上加算の届出状況は、8月1日現在で 1,196 医療機関のうち 201 医療機関（全体の 16.8%）にとどまっている。

＜本県の届出状況＞本年 8 月 1 日時点

- ・加算 1          25 医療機関
- ・加算 2          11 医療機関
- ・加算 3          44 医療機関
- ・外来加算   198 医療機関

＜課題＞

○加算 1 の医療機関の届出基準が厳しいことから、加算 1 が不在となる地域がある。

○外来感染対策向上加算の施設基準において、年 2 回以上、加算 1 の医療機関または地域医師会が主催するカンファレンスの参加が認められるが、加算 1 が不在の地域は、地域医師会がカンファレンスを主催しなければならない。

（小規模の医師会では対応が難しい＝外来感染対策向上の届け出ができない）

○施設基準の割には、診療報酬が低い。

## 【佐賀県】

提案県

## 【宮崎県】

本県では、外来感染対策向上加算の届出が受理されているのは 110 医療機関（令和 4 年 8 月 1 日時点）となっており、診療・検査医療機関に指定されている 426 医療機関（令和 4 年 8 月 30 日時点）においては 109 医療機関が算定している。また県内の会員診療所の約 16%にあたる。

令和 4 年度診療報酬改定で新設された外来感染対策向上加算（以下、外来加算）を診療所が算定するためには、感染対策向上加算 1（以下、加算 1）の届出医療機関等と連携をする必要がある。本県では、4 月の時点では、どの医療機関が加算 1 に届け出るのか分からない状況であったため、窮余の策として「加算 1 医療機関または郡市医師会との連携が難しい場合には、届出様式の『連携保険医

療機関名または地域の医師会』の欄に『宮崎県医師会』と記載して届け出をするよう」案内をしたところである。その後、加算1 医療機関が主体となり、「宮崎県医師会」を連携先として外来加算を届け出た診療所も含め、連携の組み合わせやカンファレンス・訓練の開催について検討されている。また、一部の郡市医師会でも検討がなされているようである。

本加算の施設基準に「地域の医師会」の役割として、院内感染対策に関する定期的なカンファレンス、新興感染症の発生を想定した訓練、抗菌薬適正使用に関する助言等が記載されている。新型コロナウイルス感染症まん延もあり、地域の医師会にとってはハードルが高いと考える。また、この加算は、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画をさらに推進する観点から創設されたものであり、できるだけ多くの診療所が届け出ることが重要と考えるが、要件の厳しさや、点数の低さもあり、届出は多くなく、さらに会員からは届出を取り下げたいという声も聞いている。貴県のご意見のとおり、算定要件についての緩和をお願いしたい。

## 【 沖縄県 】

沖縄県では、これまで医師会、内科医会が主催・共催をして、外来感染対策向上加算に関するカンファレンスは、現在のところ行っていません。

沖縄県には、感染対策向上加算1 の届け出を行っている病院が19 病院あります。そのうち5 つの医療機関に問い合わせたところ、1 か所の病院が数か所から依頼があり、相談に乗っていると話がありました。その他の医療機関は具体的に連携をしていないということでした。それ以前に、外来感染対策向上加算を取得したいとクリニックから、相談自体が無いとの話が多かったです。

また、感染対策向上加算1 の医療機関は、実際にクリニックより外来感染対策向上加算の連携依頼があっても、新型コロナ対策やすでに行っている感染対策向上加算2、3 の医療機関との連携もあるため、クリニックと連携して責任をもって運営する余裕が無いという返答が多かったです。

沖縄県で外来感染対策向上加算の届出は18 医療機関しかありません。二つのクリニックでは医師会や感染対策向上加算1 の届出医療機関が行う感染症に関する講演会に出席することをカンファレンスの参加と解釈し、訓練に関しては曖昧な理解のところもありました。

以上より、沖縄県では外来感染対策向上加算を申請している医療機関が少ないことが分かりました。そのため、沖縄県内科医会としては、今回の佐賀県から質問を受けて検討したところ、地区医師会ごとに感染対策向上加算1 の医療機関と連携して、年に2 回のカンファレンス、新興感染症等を想定した訓練を年1 回開催できるように準備する必要があるという結論に至ったところです。

## (7) 各県内科医会の運営について (宮崎県)

## 《提案趣旨》

コロナ後に学会はオンライン学会（ハイブリッドを含む）が主流となってきました。これまで各地区での内科医会の主な行事は、学会会場の手配、講師の依頼やその後の懇親会でしたが、今はそのほとんどの手間がなくなりました。会費も頂きながら、どのように会員に還元されているのか、また今だからこそできる活動などありましたらその内容をお聞かせください。

## 各県からの回答

【 大分県 】	COVID-19 に関連した資料など印刷配布して会員に好評であったので、今後他の分野でもメーカー紐付きでない医療情報の提供ができないか検討している。
【 長崎県 】	ハイブリッドで施行中。コロナ前は毎年赤字でしたが、諸経費が少なくなって内部留保ができた。現状では還元する予定はない。
【 熊本県 】	<p>会員増強のためにホームページの作成を行っている。</p> <p>専門の H.P. の会社に依頼しているので結構な価格である。</p> <p>また今後、県医師会新規入会者への本会への入会案内を郵送で行うことにしているので、今まで以上に通信費がかかることになる。</p> <p>通常の総会（ハイブリッド）などに相当の経費が掛かり、収支は今年度に限ると通年よりマイナスになると思われる。</p>
【 福岡県 】	<p>当県では従来から、会員にとって非常に有益な活動として、保険診療に関する情報発信を積極的に行ってまいりました。その具体的な活動内容についてご紹介いたします。</p> <p>① 社保・国保内科系審査員との懇談会</p> <p>なぜ査定されたか納得がいけないレセプトを会員から集めて、1 年に 1 回、社保・国保内科系審査員と会員との間で意見交換を行う会です。実際に査定されたレセプトをもとにディスカッションを行い、査定を受けないための注意事項を会員にフィードバックしたり、不当と思われる査定については審査会側に申し入れをしたりして、保険診療が円滑に進むよう調整しています。</p> <p>また、一部の郡市区内科医会が主体となり、同様の保険診療懇話会を各地で開催しています。</p> <p>② 保険診療お悩み相談</p> <p>上記の懇談会が年に 1 回開催のため、日頃の保険診療に関する悩みや疑問を</p>



タイムリーに相談できる仕組みが必要と考え、始めた活動です。会員から寄せられた保険診療に関する質問（査定されたレセプトに関する質問が主体）に対して、当県内科医会5役が協議して個別にお答えするというもの。その結果は要約してホームページに掲載し、会員間で内容を共有できるようにしています。

### ③保険診療一口メモ

当県の内科医会ニュース（年3回発刊）に上野副会長が長年にわたって連載している人気コーナーです。保険診療上、査定が多い検査や治療について注意を喚起するもので、会員はその内容（過去の記事も含めて）をホームページから閲覧することができます。郡市区内科医会の会報に転載するなど、有効利用している地域もあります。

#### 【鹿児島県】

コロナ禍の主な内科医会活動はWeb（一部ハイブリッド）での講演会である。またアンケート調査を行い、会員参加型の活動を行っている。現在、CKDに関する会員の意識調査を実施中である。当日はアンケート結果の一部を紹介する予定。（別添資料あり）

#### 【佐賀県】

コロナ禍により講演会等についてもオンライン開催が多くなり、本会でも昨年度よりハイブリッドによる講演会を実施している。

会議等についてもオンラインでの実施が可能となり、経費が削減されていることから、今後も講演会開催や最新のトピックに係るアンケート調査・報告その他を通し、会員への還元が行えればと考える。

#### 【宮崎県】

提案県

#### 【沖縄県】

ご指摘のように製薬会社が主催する講演会に内科医会として共催する形式が多くなっており、講演会に関する出費が無くなっています。定期的に会報を作り、その中で審査に関する新しい情報（コロナ関連、コロナ以外）を会員に提供することが会員のモチベーションを維持するには重要と考えます。コロナの流行が我々理事者の精神的、時間的ゆとりを減らしている状況がありますが、ご指摘のように会員への適切な還元を目指し、会員に役立つ会報づくりに今後取り組んでいきたいと考えます。



## (8) 各県の新型コロナ検査方法に関して (沖縄県)

## 《提案趣旨》

新型コロナ感染症に関しては診断の方法も抗原定性・定量、TRC、NEAR 法、LAMP 法から PCR まで多彩な検査方法になってきました。患者さんからは PCR 検査を強く要望されるのですが症状、重症度に応じて説明し適切な検査をしています。それぞれに結果を得るまでの時間に差があります。

当県では午前中には PCR、午後には抗原定量、また高齢者や有症状患者には抗原定性と使い分けています。PCR、抗原定量ともに午前中の提出なら夕方に、午後なら翌日朝までには結果は届いています。検査試薬の供給問題などたくさん問題もあり、検査できるか否かで発熱外来を開くかどうかの問題にも関わっていると思いますが、各県の状況を教えていただけますでしょうか。

## 各県からの回答

## 【大分県】

PCR 検査は結果判明までの時間もあり、当県においては抗原定性検査（ラテラルフローテスト）が多くを占めていると理解している。一時抗原検査キットの不足が問題となったが、現在は流通も安定してきており、今冬はインフルエンザキットとの同時検査の適応などが課題となると思われる。

## 【長崎県】

県医師会より各医療機関には発熱外来設置への協力依頼が届いていますが、ビル開業が多く、導線の確保ができないなどの理由で応諾は4割程度にとどまっています。そのような状態でも駐車場を利用して抗原定性検査、唾液採取して検査センターに PCR 検査を依頼するなどを行っています。

長崎市医師会では週4日間午後、県庁裏の広場を利用したドライブスルー方式の鼻腔ぬぐい液 PCR 検査を実施。申し込みは医療機関を通じて有症状者について受け付け、結果は検体採取日の20時頃までには患者本人と申し込み医療機関に電話で報告されています。

長崎市は、感染者増加による検査希望者の増加に伴い、市立病院駐車場に臨時抗原定性検査場を設置しましたが、予想以上の来場者で近隣の交通渋滞を来すなどの問題が発生し、予約不要から予約制へ切り替え、その後終了しています。

ところで、インフルエンザ流行時にもみられますが、休日や夜間の当番医に、職場出勤のための陰性証明を取るために受診するケースがあり問題となっています。また、抗原定性検査で陰性の場合に、自由に行動して感染を拡大させるケースがあるなどの問題が起こっているようです。

最近、有症状者に対して直接医療機関を受診する代わりに、保健所へ連絡して、保健所から患者宅へ抗原定性検査キットを郵送する方法も取られています。

以上のとおり、各所種々努力していますが、感染者数が減少しないことには通常の診療が円滑に実施できない状況です。

【 熊本県 】 当県では、各医師会で、検査を行う民間会社や医師会検査センターが異なりますので、時間による検査法の使い分けは、統一しては行っておりません。PCR 検査に限れば、医師会検査センターは、正確度は民間会社より勝るようですが、検査数および返事までの時間で民間会社に劣るようです。結果として、検体数が多い場合は民間会社を利用する頻度が多いようです。

【 福岡県 】 福岡県は県として一定の方針はなく、SARS-CoV-2 感染の診断方法はあくまで各医療機関の判断に任せられている状況です。PCR 検査ひとつとっても検体の全てを検査センターに外注している医療機関、あるいは自院に ID NOW のような測定機器を所有、その両方を患者数や重症度などに応じて臨機応変に使い分けている医療機関もあり検査体制は一樣ではありません。感染者の急増に伴い外注検査が著増し判定結果が出るまで数日を要するケースが多々みられており、かかる場合、通常は PCR 検査を外注していても（PCR 検査の結果報告に時間を要する場合）すぐに判定可能な抗原キットに変更している施設も多いようです。

内科や小児科、耳鼻咽喉科と診療科目が違えば検査外来の対応は異なってくると思われます。受け入れ患者数のキャパシティの問題など、各医療機関の特性に合わせた検査法の選択が望ましいと考えます。むしろ一律に検査の体制や様式を決めつけるのは一見効率が良いように見えてかえって非効率なのではないでしょうか。

【 鹿児島県 】 本県では自前で検査できる一部の指定医療機関を除き、これまで医師会検査センターや民間の検査機関で PCR 検査を行ってきました。しかしながら患者数の急増により、PCR 検査結果の判明に 2～3 日を要することもあり、現在は抗原検査と PCR 検査を併用しているところが多くなっています。現在のところ抗原検査キットの不足はあまり問題になってはいません。

【 佐賀県 】 統一された検査法での運営はなく、各医療機関の実施に任されている。  
医師会より、登録された診療検査医療機関に対して、少しずつではあるが、検査キットが数回無料配布されている。

【 宮崎県 】 宮崎県においては、公立系の病院（宮崎大学と県立病院 3 病院）では独自に PCR 検査が実施できる状況です。また、民間の検査センターが県下に 5 施設あり、医療機関からの PCR 検査などの依頼を請け負っています。その他、NEAR 法による測定機械を採用している施設が少なくとも 38 施設（病院 28 施設、クリニック 10 施設）あります。抗原検査は簡便であり、クリニックを含め多数の医療

機関が自施設で行っていると思われますが、実数は不明で、抗原検査陰性の患者で新型コロナウイルス感染が強く疑われる場合は、PCR 検査を追加することが多いと思います。

宮崎県では、検査方法については、特に取り決めはなく、医療機関ごとに異なっています。民間の検査センターに PCR 検査検体を提出した場合は、午前中提出時には当日の夕方、午後からの提出時には午後 10 時前後に結果報告されることが多いようです。また、医師会の検査センターでは午前 11 時と午後 4 時に集配があり、PCR 検査が混んでいなければ、当日に検査結果が出ます。

発熱外来を行っている施設は多数あると思いますが、実数は不明で、発熱外来を行っている施設でも対応できる患者数はかなり制限されているのが現状です。

その他、空港と駅には民間の PCR 検査センターがあり、無症状者、旅行で移動する方などが利用しています。検査結果は翌日に判明することが多いようです。また、移動式 PCR 検査（バス）を在宅医の時に利用された医療施設がありました。

【 沖縄県 】 提案県

