

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 A $\beta$ 42 測定保険収載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、会の活動に変更なされた点が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ますが、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望まれるのではないかと。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】

〔回答記入欄〕

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。

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。

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。

【熊本県】

提案県

【福岡県】

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。



## 【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から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。

## 【宮崎県】

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。かかりつけ医がいない場合、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

	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 (%)
会員数	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ない。  
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る。

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ますが、会計状況からしても増員は必要出ると考えられます。

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、再診療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）が定期的に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 $\beta$ 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

## 各県からの回答

## 【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  $\beta$  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  $\beta$  検査が認められと思われます。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 A $\beta$  の蓄積を反映するバイオマーカーとして、抗 A $\beta$  抗体を用いたイムノアッセイ法により、CSF 中の A $\beta$  42 と A $\beta$  40 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 A $\beta$  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】	<p>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「<math>\beta</math>-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。</p>
【佐賀県】	<p>提案県</p>
【宮崎県】	<p>髄液中の <math>A\beta 42</math> 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。</p> <p>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。</p>
【沖縄県】	<p>現在、髄液中 <math>A\beta 42</math> 検査を実施している施設は少ないと考えられる（沖縄県）。</p> <p>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。</p> <p>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 <math>A\beta 42</math> 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 <math>A\beta 42</math> 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 <math>A\beta 42</math> 測定に関わる費用の増点が望まれる。</p> <p>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。</p>
【大分県】	<p>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。</p>



## (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を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%

⑥抗ウイルス治療薬の公費負担がなくなれば処方に多いに影響ある 71%、少なからず影響ある 25%、影響ないと思う 4%

【参考】小倉北区+小倉南区の人口 387,458 人。

主な医療施設は小倉記念病院（656 床）、北九州市立医療センター（636 床）、九州労災病院（450 床）、健和会大手町病院（449 床）、小倉医療センター（400 床）、北九州総合病院（360 床）、新小倉病院（300 床）。

【鹿児島県】

抗ウイルス薬の使用状況については県のデータはなく統一した使用もされていないが厚労省のホームページによると２０２３年３月３１日現在のゾコーバ使用状況は、当県では医療機関４１５人、薬局４７３人であり九州内では福岡に次いで多くなっている。

また独自に始良地区医師会（会員約３２０名）の医療機関に７月と８月の使用状況のアンケート調査を実施したところ以下のような結果であった。

○抗ウイルス薬 処方状況について（始良地区医師会管内）

対象医療機関：159 医療機関

### ○処方状況

処方している : 70 医療機関

↳ 処方薬                      ラゲブリオ                      : 60 医療機関

パキロビッド：12医療機関

ゾコーバ : 4 1 医療機関

処方していない：68 医療機関

未回答 : 21 医療機関

○7月・8月の処方数

	ラゲブリオ	パキロビッド	ゾコーバ
7 月	641 名分	50 名分	629 名分
8 月	638 名分	60 名分	614 名分

## 【佐賀県】

支払基金調べ

(1 治療当り費用)	4 月	5 月	6 月
ラゲブリオ (¥94, 312)	4 6 件	7 8 件	2 1 3 件
パキロビット (¥99, 027. 5)	0 件	0 件	3 件
ゾコーバ (¥51, 851. 8)	3 件	2 6 件	9 0 件

治療薬の選択については統一された基準はなく、各医療機関の判断による。

又非常に高薬価の薬剤であり、5類に変更され、毒性も低下している事や、感染対策も緩和されて、感染者数も第8波程度に増加している事が予想される事から、抗インフルエンザ薬と同様に安易に使用するべきか否か疑問が残る。

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。

【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

## 【長崎県】

〔回答記入欄〕

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。

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。

## 【熊本県】

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。

## 【福岡県】

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。

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。

## 【鹿児島県】

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。



【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セキュリティーが保たれるのかの問題（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