

令和6年度
第59回
九州各県内科医会連絡協議会

日 時：令和6年11月10日（日） 10時40分～12時40分
場 所：ホテルニュー長崎 地下1階 「珊瑚の間」
（長崎市大黒町14番5号 TEL 095-826-8000）

第 59 回九州各県内科医会連絡協議会

日時：令和 6 年 11 月 10 日（日）10 時 40 分～12 時 40 分

会場：ホテルニュー長崎 地下 1 階 「珊瑚の間」

（長崎市大黒町 14 番 5 号 TEL 095-826-8000）

次 第

司会・進行 長崎県臨床内科医会会長 林 郁夫

1. 開 会

2. 担当県会長挨拶 長崎県臨床内科医会 会長 林 郁夫

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 大分県内科医会

5. 協 議

- （1）かかりつけ医制度の構築においては、クリニックでも多職種で医療ができるような診療報酬体系が是非必要である。（熊本県）
- （2）会員減少と物価高騰による支出の増大で昨年単年度赤字決済となりました。各県の現状及び対策はいかがでしょうか？（福岡県）
- （3）ジェネリックの安定供給の現状と各県の対応策はいかがでしょうか。（鹿児島県）
- （4）特定疾患療養管理料の対象疾患について（佐賀県）
- （5）医療 DX への取り組み方（宮崎県）
- （6）診療報酬の改訂：生活習慣病管理について（沖縄県）
- （7）改正感染症法における医療措置協定について（大分県）
- （8）針刺し事故に関しての対応について（長崎県）

6. そ の 他

7. 閉 会

提 案 事 項 及 び 各 県 か ら の 回 答

提 案 事 項

- (1) かかりつけ医制度の構築においては、クリニックでも多職種で医療ができるような診療報酬体系が是非必要である。(熊本県)

《提案要旨》

かかりつけ医制度の推進について、生活習慣病管理料の導入等、内科臨床においては予防的医療の必要性や社会的処方等にみられる診療以外の福祉・介護等に対する相談対応等の必要性を強く感じている。しかし、医師個人が予防医療も含めた総合的な対応を図るにはあまりにも負担が大きいのが現状である。医師の働き方改革等も含め医師の業務負担の軽減、タスクシェアも社会的課題とされる中で、様々な多職種と共にかかりつけ医機能を担う為には、クリニックレベルでも医師以外の職種が配置できるような診療報酬体系が必要である。

かかりつけ医が様々な機能を担う事が出来るためにも、単に包括的医療としてのかかりつけ医制度を構築するのではなく、多職種で医療が実現できるような制度設計を強く希望する。

各県からの回答

熊 本

<提案県>

福 岡

医療全般に関わっているかかりつけ医のさらなる機能を担う体制を希望するという提案ですが、現在、福祉・介護等を相談されることはあるが、それ以上のことはケアマネージャーや地域包括センターが取り扱うところで、院内にそれを配置する時間的、経済的余裕はない。介護施設など経営されているクリニックはまた相違した考えがありそうですが、医師過剰の都市部のクリニックと医師過疎地の医療の展開は違いがあると思われる。多職種とともに医療を行うには、人手不足の折スタッフの確保、敷地建屋の確保など問題が多く、制度化するにしても手上げ方式となるでしょうし、それらを望む医療機関は一部しかないのではないのでしょうか？

鹿 児 島

会員へのアンケート調査の結果、ほとんどの医療機関で同案には賛成であった。ただとくに地方の診療所では現状でも人手不足が深刻であり、実施が難しいとの意見もある。

佐 賀

貴見に同意致します。

今回の診療報酬改定でもわかるとおり、診療報酬アップは期待出来そうにない。国は医療費削減ありきの中で、診療報酬によって医療体制の整備を操作し、ある程度整えば、はしご外しをして診療報酬を削減する事を繰り返しているが、このような手法にいつまでも付き合っていくべきなのか疑問である。

各県からの回答

宮 崎

かかりつけ医として、総合診療医的な多種・多様な疾患に対応する役割を診療所に求めているにも関わらず、多剤投与となると処方箋料が減点されたり、管理する主病は原則一つとされる等、現状で総合診療とは矛盾する診療報酬体系となっているものも存在する。さらに、今回生活習慣病管理料（Ⅱ）の導入により、私たち内科系診療所は大打撃を受けており、医師以外の多職種職員を配置できる状況とはほど遠くなってきていると思われる。

医師の働き方改革も、大病院・中小病院の勤務医に対する改革が主で、私たち、医師一人（経営者の立場）で運営している診療所の医師の働き方には及んでおらず、他医療機関との連携が出来なければ、毎日 24 時間体制での対応を強いる様な算定要件もみられるのが現状である。多職種での医療連携は一つの医療機関内で完結するのではなく、複数の医療機関が連携して実現出来るような診療報酬体系とすべきと考える。

厚生労働省が目指しているかかりつけ医機能が発揮される制度では、これまでの国民・患者ニーズとしての①日常的によくある疾患への幅広い対応、②休日・夜間の対応、③入院先の医療機関との連携、④在宅医療、⑤介護サービスとの連携に加えて、医療機能情報提供制度の強化、かかりつけ医機能報告、患者への説明制度が検討されている。クリニックレベルでこれらに対応するには医師以外にも専門的な人材の養成と配置が不可欠と思われる。されど人材不足の中でなかなか困難である。クリニックにおいては、今働いている職員の中から有能な医師クラーク（医師事務作業補助者）を養成する事が先決かと思われる。

沖 縄

貴県の意見に賛成です。

これまでの医療情報機能制度に加え、医療提供体制を行い、「治す医療」から「治し、支える医療」への制度整備を目的に、令和 7 年 4 月スタートを目標に「かかりつけ医機能」が始まる予定である。それまでにほとんどの医療機関は 1 号機能、2 号機能を G-MIS を介して県に登録し、厚労省が NDB データをずる。そのことで地域での医療機関が相互補完を行い、スムーズに医療を提供できるシステムである。それまでのかかりつけ医療機関の労力は大変なものになる。看護師、保健師、栄養士のコメディカルと機能分担して業務を行えるような診療報酬体系を創設してほしい。

また、情報を登録する際に「かかりつけ医機能への登録加算」、またその情報を抽出した際の「かかりつけ医機能からの情報取得加算」等の創設を考えてほしい。

大 分

同感であるが、具体的なデザインについて皆さんとディスカッションしたい。

長 崎

厚労省は地域包括ケアシステムの一端として、かかりつけ医制度を推進している。日本の社会自体が、地域格差が進み多重障害や認知症も持つ高齢者が増加し、少子高齢化で介護者がいないため老老介護で何とか生活している状況である。地域資源も若い世代が都会へ流出するため診療所や介護事業所の看護師などの人材確保が難しくなっている。以前は療養入院が出来たため病気や介護で自宅生活が困難になった場合は病院に長期入院して生活の維持が出来ていた。昨今、地域医療構想で地域のベッド数の制限や入院日数制限が年々厳しくなり、入院して療養することが出来なくなっている。地域での療養生活を推進するにあたって医療と介護の連携を推進されているが、診療所の外部機関との連携で支え合う構図になっており、一般診療をしながらサービス担当者会議や地域ケア会議などに出席しなければならなくなっている。また、訪問看護師、訪問薬剤師、PT、OT、STなどのリハビリスタッフ、ケアマネージャー、通所リハビリ、通所介護などのスタッフへの指示書や説明を求められることがあり、以前に比べて業務が膨大になっている。在宅支援診療所では24時間拘束されることになり働き方改革に逆行している。また、連携に対して指示書以外は診療報酬点数になっていないため、働けど利益還元が出来ていない現状である。各事業所との連携に対する診療所の診療報酬点数の評価や、連携に必要な人材確保に対する補助や診療報酬体系など、地域の人材確保が喫緊の課題と思われる。

提 案 事 項

(2) 会員減少と物価高騰による支出の増大で昨年単年度赤字決済となりました。

各県の現状及び対策はいかがでしょうか？（福岡県）

《提案要旨》

福岡県では会員 2,000 名弱で運営されておりますが、それでも年々会員が減少傾向にあります。

収入が減れば支出を減らす必要がありますが、それ以上に物価の高騰があり、昨年度は単年度赤字に転落してしまいました。当面緊縮財政で乗り切りますが、会費の増額、新会員の発掘などが早急に必要となります。

貴県では会計の状態はいかがでしょうか？当県みたいな赤字転落などは未然に防げられているのでしょうか？妙案などあればご教授願いたいです。

各県からの回答

熊 本

本県も、会員の減少で、毎年赤字が続いています。
令和 4 年度も赤字でしたが、約 10 万円程でした。
（令和 4 年度はホームページ開設をいたしました。）
令和 5 年度は、約 83 万円の赤字です。
目立って高額だったのは、郵送費です。
（主に、受講証明書や講演会案内の送付）
その他、・ホームページ管理費など、固定費が増えた
・人件費が上がった
・会員減（収入減）
・事務費（用紙、インク、封筒代、郵送費など）の値上げ
・銀行の振替手数料の値上げ
が主な理由だと考えます。

今後、切手代が値上がりしましたので、連絡などはできるだけメールを使うなどを考えています。また、News Letter も作るなら、発送はせずに、ホームページに掲載するとか、メールで送るようにしたいと思います。
なんといっても、会員増強が一番かと思います。

福 岡

<提案県>

鹿 児 島

本県でも本年度は赤字が予想されている。その理由として、①新型コロナ感染流行時には Web 会議が主流であったものが、対面に移行し事務経費（日当、旅費、宿泊費など）が増加したこと。②会員の減少などが挙げられる。

日臨内学会等への参加経費の見直し、年 1 回の機関誌の一部ホームページへの移行や広告収入の増加などによる経費の見直し、メーカー共催による講演会の開催などを行っているが、それでも不十分な場合は、一層の経費削減とともに、会費の増額もやむを得ないと考えますが、一方では会員の減少が危惧され、

各県からの回答

佐 賀

より会員との双方向性の情報発信が重要と考えている。また日臨内会議への出張旅費を日臨内で負担してほしいという意見もあった。

佐賀県の会員数は257名（令和6年8月時点）で、10年前に比べ約60名程減少しており、新規入会者の獲得にも苦慮している。

また、運営状況については、平成23年度より単年度収支で赤字が続いたため、平成28年度に年会費の値上げ（1,000円増）を行うとともに、研修会の開催方法の見直し（製薬メーカーとの共催）や、県外会議への出席者数に上限を設ける等、支出を抑えるよう努めている。

平成28年度より会費1,000円増
（佐賀県会費・年額6,000円→7,000円）

宮 崎

内科医会会員数の減少は各県深刻な問題です。宮崎県でも具体的な対策は特になされておらず、各市郡内科医会に委ねられているのが現状です。

そのために2018年3月の総会で経費を見直し、節減策として決定した内容をご報告いたします。

- ①2年ごとに刷新していた名簿作成の外注依頼を廃止し、当事務局での印刷による簡易冊子に変更して、33万円/2年の節減を行いました。
- ②内科医会誌を年2回の発行から年1回としました。これにより、約90万円/年の節減となりました。
- ③総会を年2回から年1回として、年15万円の節減となりました。

また、経費節減策に加え、コロナ禍において講演会などの積極的な活動が出来なかった事や、Web会議により旅費の支出が減少したことで財政面での回復はありましたが、会員数の減少は大変深刻な問題であると考えます。

本県の会員数・財政状況の推移は図のとおりです。

		宮崎県内科医会 会員数・財政状況推移						
		2019/3/31	2020/3/31	2021/3/31	2022/3/31	2023/3/31	2024/3/31	2019と2024比較
県内科医会 会員数		431	420	413	409	408	408	-23
内 訳	A	274	272	264	261	260	258	-16
	B	114	111	118	113	112	109	-5
	A免除会員(80歳以上)	11	12	9	12	11	13	2
	B免除会員(80歳以上)	32	25	22	23	25	28	-4
会費収入		5,700,600	5,686,200	5,608,800	5,524,200	5,486,400	5,430,600	-270,000
繰越金		2,976,307	4,739,623	8,379,056	11,013,745	12,669,514	14,008,869	11,032,562

なお、新規会員獲得のために、以下のような取組みを実施し、会員数の減少に歯止めをかけている郡市もあります。

- ・新規開業の先生には必ず声をかける（既知の間柄の先生もしくは会長から直接）。
- ・内科を標榜している皮膚科や耳鼻科等の先生を勧誘。

各県からの回答

沖 縄

貴見の通り、会員の減少や物価の高騰等による県内科医会の会計状況の悪化は避けて通れない深刻な問題です。現時点では、有効な手立ては困難かと思われます。幸い当県の会計は、なんとかやり繰りできています。

会計を改善する案として、会費の値上げが考えられますが、会費の値上げは会員の反発を招く恐れがあり難しいと思われます。平成30年4月に日臨内の会費が3,000円値上げされ、県内科医会の会費はさらに困難になりました。

大 分

財政的には当県もギリギリのところでの運営です。10月から郵便料金の値上げもあり通信費削減のためにはネットを使った情報伝達などで少しでも経費節減を図ろうかと考えています。

長 崎

長崎県も、年々会員が減少傾向にあり収入も減少傾向です。収入源である県会費は開業医10,000円、勤務医2,000円で徴収している。また、市会費は開業医6,000円、勤務医6,000円で徴収している。平成30年度に日本臨床内科医会の会費が5,000円から8,000円に増額されたことにより、臨床内科医会の会費合計が、開業医24,000円、勤務医16,000円の徴収となった。会員が年々減少傾向のため県会費と市会費は据え置きとなっている。会計の繰越収支差額の減少があり、支出の検討が行われ旅費による支出が大きいことが判明している。コロナのパンデミックで学会が中止になり出張旅費が削減されたことにより会計は持ち直している。近年はWEBによる学会・会議の参加が多くなり出張も必要人数に絞るようになり、出張旅費を極力抑えるようにしている。また、物価高騰があるも事務費を据え置くことで会計を維持しています。いずれにせよ会員が増加しないと会計負担が大きくなり会費を上げなければならなくなると思われる。

提 案 事 項

（３）ジェネリックの安定供給の現状と各県の対応策はいかがでしょうか。（鹿児島県）

《提案要旨》

医薬品は、国民の健康及び生命を守る重要な物資であり、その供給が減少もしくは途絶えてしまうことは、国民生活に重大な影響を及ぼしかねない。これまでは品質の確保された医薬品が安定的に供給されてきた。

政府の累次の使用促進策、医療保険者、医療機関・薬局等関係者の協力もあって、後発医薬品は今や取引数量では医薬品全体の約半数を占め、後発医薬品がある医薬品における使用数量では約８割と、国民の健康・生命を守る医療の重要な基盤として成長した。

しかし近年、後発医薬品を中心に出荷停止や限定出荷が広がり、国民の医薬品のアクセスという観点から極めて深刻な事態となっている。

供給不安の背景として、後発医薬品の産業構造上の課題、薬価基準制度上の課題、サプライチェーン上の課題と、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による一部医薬品への需要増加が指摘されている。

このような中、当県もジェネリックの安定供給が充分でない状況にある。

他県の状況、及び検討策があれば御教示を頂きたい。

各県からの回答

熊 本

厚生労働省において、ジェネリックの安定供給の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会（「医療用医薬品の安定確保に関する関係者会議」、９月２日に第１５回が行われた）が開催されており、国を挙げて解決に向けてのアクションが行われているように見えるが、実情は依然として深刻である。

最初に問題になったのは、上気道炎に使用する去痰剤、鎮咳剤などであったが、その後セフェム系の抗菌薬も入手困難となり現在は多くの薬剤が入手困難である。

基幹病院でもメロペンなどの抗菌薬が入手困難となり、院内で抗菌薬の使用を制限したこともある。特に困窮するのが、後発メーカーで採算が取れないのか突然製造をやめる場合がある。

熊本県では、２０１９年以降後発品の使用は８０％以上を支持しており、全国平均より高い。また、令和４年１月から２月にかけて後発品の流通及び対応について県内薬局のアンケート調査を行い、９割以上の薬局で調剤業務に支障が出ている。対応としては、先発品への変更や、後発品メーカーの変更、患者ごとに後発品メーカーの使い分けなどを行った。一方、後発品の品質確認検査も毎年１～２剤について発売メーカー数社の買い上げ試験を行っている。

熊本県のホームページでは、特に解熱鎮痛剤の供給で問題がある場合、厚労省の解熱鎮痛剤薬品の供給相談窓口などを紹介している。

各県からの回答

福岡

福岡県でもジェネリック医薬品の出荷停止や制限による供給不足は深刻な状況です。特に感冒や胃腸炎など、ありふれた疾病に対する医薬品不足は日常診療に支障をきたしており、一刻も早く是正されるべき案件かと思われます。かかる問題は医療政策あるいは産業構造的な問題に起因しており、その末端・下流に位置するわれわれ医師には成す術がないのが現状かと思われます。対策としては調剤薬局などに可能な限りのストックを依頼し、常に在庫の確認に基づいて処方を工夫するしか方法はないように思われます。

鹿児島

<提案県>

佐賀

コロナ禍による風邪薬一般の不足は一時より改善されてきているように思われるが、漢方薬も含めて不足状態は続いている。さらにジェネリック医薬品の急な製造中止や製薬メーカーの不正による供給不足等、他県同様の薬剤不足が起こっていますが、我々医療機関として可能な対応としては、一般名処方として薬局での在庫確保に任せるしかないのが現状です。

宮崎

本県も貴県同様ジェネリックの安定供給は十分でない状況です。
現在は、2、3年前のような限定出荷や出荷停止による影響は緩和している状況であります。
メジコン、アスベリンなどの鎮咳去痰薬、セフェム系、アモキシシリンなどの一部の抗生剤は引き続き、入荷困難な状況が続いておりますが、以前より少しずつ改善しているような状況です。
供給不安の背景は貴県がご指摘されている通りではないかと考えております。

★対応策

クリニック、薬局間

- ・ 出荷規制品に関しては、クリニック、門前薬局とが連携を取り、薬局の在庫情報を共有して、処方している。
- ・ 供給ストップがあれば、代用品を処方医に提案する。
- ・ 処方日数などを少なめに調整する。

薬局間

- ・ 入荷困難なものは、グループ薬局間で在庫情報共有を行い、分譲、譲渡を行い、地域の薬剤師会の運営する薬局に相談して分譲をしてもらったりしている。
- ・ できる限り複数のジェネリックメーカーを採用し、複数卸から購入している。
- ・ 入荷できる時に数ヶ月分まとめて発注する。
- ・ ヒート包装が入荷規制中でも、バラ包装が入荷する場合もあり、一包化する頻度が多い薬剤に関しては、バラ包装も発注指定する。
- ・ 同一薬品でも、規格違いで供給状況に差が出ている場合もある。2倍規格の

各県からの回答

	<p>ものを0.5錠で対応している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日頃より、供給状況の情報収集に努めている。医療用医薬品供給情報データベースなどで。 <p>★抜本的な解決策は、やはり国レベルでの後発医薬品の産業構造上の課題の解決が望まれると考えております。</p> <p>しかし、ジェネリック医薬品は、品質、安全性が先発医薬品と同等であることを国が審査しており、品質、安全性を疎かにできないこともあり、解決するのには時間がかかるのではないかと考えております。</p>
沖 縄	<p>当県でも医薬品の供給不足が問題になっており、不足した薬を薬効の類似した薬で代替する、先発品に変更することで何とかやりくりしているのが現状です。</p> <p>厚労省は医薬品の供給不足への対応として、今年5月、ジェネリック医薬品メーカーの多くが中小企業で製造能力に余力がないなどの課題があるとして、専門家会議でメーカー間での業界再編などを促す必要があるとの意見をとりまとめました。また、7月には、厚労大臣が医薬品メーカーに業界再編を要請しています。この方策での医薬品の供給不足の改善を期待します。</p>
大 分	<p>後発品に限らず何がいつ出荷調整になるか解らない状態で、半ば諦めムードです。先日も突然キシロカインゼリーが限定出荷になるといった具合です。</p>
長 崎	<p>いくつもの薬品が欠品あるいはミリ数限定などの支障が生じている。</p> <p>先発品のパテントが切れた時点で、ジェネリック医薬品の価格設定と同様にしていいただければ、不安定なジェネリック頼りにならずに済むと思います。</p>

提 案 事 項

(4) 特定疾患療養管理料の対象疾患について (佐賀県)

《提案要旨》

今回の診療報酬改定では、特定疾患療養管理料から糖尿病・高血圧症・脂質異常症の3疾患が対象疾患から外され、新たにギランバレー症候群とアナフィラキシーショックという新たな対象疾患が追加されました。どのようないきさつで、後者の2疾患が追加となったのかは不明ですが、治療薬の進歩により、胃潰瘍・十二指腸潰瘍等を長期にわたって管理する機会が減少したのに対し、逆流性食道炎について服薬や生活指導を行いつつ慢性に管理する患者が増えています。また、人工透析導入予防という観点から、慢性腎臓病の治療管理も重要性が叫ばれている現状があります。

このような疾患に対して、しっかりと治療・管理を行って行くためにも、逆流性食道炎・慢性腎臓病の両疾患を特定疾患療養管理料の対象疾患として追加していただきたい。

各県からの回答

熊 本

慢性腎臓病に対しては、慢性腎臓病透析予防指導管理料が新たに創設されています。慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、施設基準は、医師、看護師又は保健師（少なくとも1名以上が常勤）及び管理栄養士による慢性腎臓病透析予防診療チームが設置される必要がありハードルは高い。

逆流性食道炎は、以前より特定疾患管理料の対象疾患ではない。

確かに難治性逆流性食道炎は服薬や生活指導を行いつつ慢性に管理する必要がある特定疾患管理料の対象疾患に追加していただきたいと考えます。

福 岡

貴県のご意見に賛同します。

・特定疾患療養管理料は、特定の慢性疾患を持つ患者さんに対して、継続的かつ包括的な管理を行うことにより、病状の悪化を防ぎ、患者さんの生活の質を向上させることを目指している。逆流性食道炎や慢性腎臓病はその頻度の高さ、患者のQOLや健康寿命に及ぼすインパクト、生活指導の重要性などの面からみて、本管理料の対象疾患として認められて然るべきであると考えます。

鹿 児 島

特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価されたものである。貴見のとおり、治療薬の進歩により継続管理の低い対象疾患もあることから、逆流性食道炎・慢性腎臓病を含め、日臨内で精査した上で、国へ要望すべきと考える。

各県からの回答

佐 賀

＜提案県＞
(追加希望の対象疾患は会員から希望のあったものから選択しています)

宮 崎

本算定はプライマリー機能を担う地域のかかりつけ医が、計画的に服薬・運動・食事・栄養などの療養上の管理を行うことを評価する点数とされており、対象疾患として逆流性食道炎と慢性腎臓病の追加は妥当と考え、貴県の提案に賛成します。その上で、対象疾患のうち呼吸器疾患などの傷病名の整理と、甲状腺疾患、脂肪肝、肝硬変、高尿酸血症、痛風等の追加は必要と考えます。

沖 縄

貴県の提案に賛成です。逆流性食道炎が短期の内服加療で完治し再発なしの症例はほとんど無く、服薬・生活指導を慢性的に必要としています。さらに、慢性腎臓病に関してはもっと深刻で治療管理は当然必要なものと考えられます。
また、今回の特定疾患を外すという行為が、レセプト件数の多い内科 3 大疾患になっていることを考えると、医療費削減を主眼とした改革と感じました。特定疾患管理料外しがこれ以上の疾患に及ばないように注意していくことが日臨内のスタンスとして大切ではないかと思いました。

大 分

貴見の通りであるが、余り疾患を広げると「いっそのこと包括で」という話にもなるのではないかと懸念します。

長 崎

特定疾患療養管理料は、200 床以下の小規模病院や診療所においての外来診療で算定可能である。治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に月 2 回まで 1 回 225 点で算定される。まさに、かかりつけ医で行う疾患管理に対する管理料を思われる。内科診療所では特定疾患療養管理料の算定は事業的に生命線に値する管理料であったが、今回の診療報酬改定で高血圧、糖尿病、高脂血症が算定不可となり窮地に追い込まれることになった。疾患としては、主に様々な医学的管理が必要な慢性疾患で算定されるものと理解される。実臨床では、指導や管理に時間を要する一般的な Common disease が対象疾患に無いことが以前より指摘されている。慢性腎臓病、痛風、逆流性食道炎、過敏性腸症候群、機能性頭痛、更年期障害、アレルギー性鼻炎、慢性蕁麻疹、過活動膀胱などの疾患でもかかりつけ医に受診するケースがあり、実臨床に即する疾患選定の拡大をして欲しいと思われる。

提 案 事 項

(5) 医療 DX への取り組み方 (宮崎県)

《提案要旨》

医療 DX に関して政府の方針では、マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速、全国医療情報プラットフォームの構築のため電子カルテの標準化、電子処方箋・電子カルテ情報共有サービス等を推進するようですが、医療を取り巻く環境変化にどう対応していくべきでしょうか？

各県からの回答

熊 本

内科医会において、勉強会開催の企画をしてみたいかでしょうか？

熊本市医師会では、今回の診療報酬改定は、医療 DX 推進をにらんだ改訂が含まれており、このため医療 DX 検討会が開催された。その中で、熊本市のマイナンバー取得率は 8 割程度であり、電子処方箋発行のための医師の HPKI カード（医師資格証）の発行も 7 割程度である。ただ、次年度 10 月までに電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を整備していく必要がある。本年 3 月に行った医療 DX に関する会員のアンケート調査によると、マイナ保険証を用いたオンライン資格確認システムの利用は 7 割の医療機関で 10%未満と低率であった。また各医療機関のホームページは 8 割が開設済で、電子カルテの導入は 7 割であった。今後医師会事務局が会員医療機関に個別に対応可能な情報を周知していくことにしている。

AI の活用で、診断支援が実際に可能となっている。特に胸部レントゲン AI 画像診断支援は使用されているようである。今後は、さらに AI の診断支援などが広範に活用される時代となると思われる。

マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速の問題は、2024 年 12 月から健康保険証がなくなり、マイナンバーカードに一体化しないと医療が受けられないとの誤った認識を国民に与えていることが問題である。従来の健康保険証は、2024 年 12 月 2 日から最長 1 年の間、有効である限り使用できる。また、マイナンバーカードを取得されていない場合、本人の被保険者資格の情報などを記載した「資格確認書」が無償交付される予定である。資格確認書を提示することで、引き続き医療を受けることができる。以上のことを、一般の患者に丁寧に説明することが必要である。

福岡

医療 DX とは、保健・医療・介護の各段階において発生する情報やデータを、クラウド化し、国民自身のより良質な医療を受けられるように変えることで、と書いてあります。医療機関に関しては、以下のことを義務化してきています。元々医療・福祉分野は IT 化が遅れていること、それは個人情報保護が大きな足かせとなっているので時間を十分使い検討が必要と思われます。

1. マイナンバーカードの健康保険証化→現在約 8%前後の利用率で 2024 年末までには到底間に合わない。すでに 1 年猶予を持たせている。安心できるベンダー等への依頼を進めるべきでしょう。ちなみに福岡県国保の 7 月における医療 DX 推進体制整備加算医療機関は病院で 44.84%、診療所で 33.5%と意外と算定医療機関は多く、この位が導入に向けて進めている割合ではないでしょうか？
2. 電子処方箋→マイナンバー保険証化と電子カルテ導入が実現できれば、これはさほどハードルは高くない。
3. 標準化電子カルテ→国が提供する電子カルテを待つが最良、2030 年までといわれているので、まだ時間はある。ゆっくり対応を検討するがよいと思われる。時間猶予がない方は企業が販売するクラウド化電子カルテの導入を補助金など利用して行うこととなるでしょう。

AI による診断、医療従事者の負担軽減、ビッグデータ解析から疾病発症リスク、治療法の開発等医療業界に大きな影響が期待されるため IT 化は避けられない。しかしデータの安全性、プライバシー保護、技術の公平な普及など解決すべき課題も多く、今後の環境の変化を見守りたい。

鹿児島

本県では特に県医師会としての動きはなく、日本医師会からの伝達事項を医師会員へ流している状況です。現在のところ各医療機関でそれぞれ対応しているのが現状です。

佐賀

医療 DX によって医療機関が容易に他院との情報共有が出来るようになることは、重要と思われるが、自然災害の頻発する日本において、全てを電子化された体制のみとする事は、多大な危険を伴うものと思われる。災害時に迅速に対応可能となるのはアナログ体制であり、その方法も残していくべきと考える。

電子カルテに対するサイバー攻撃に対しての対応ばかりが強調されており（もちろんそれも重要ではあるが）、自然災害時に停電すれば、一時的な自家発電が可能であったとしても、電子カルテの継続した診療・処方是不可能に近く、医療機器が水没すれば全く使用出来なくなってしまう。自然災害時に対応可能なアナログ方式による診療体制・診療報酬請求の体制も残しつつ、医療 DX を進めるべきと考える。

その意味で、保険証は残し、紙カルテ・紙の処方箋・紙レセプトでの診療報酬請求等の方法も残していくべきと考える。

各県からの回答

宮 崎

<提案県>

沖 縄

時代の流れから対応せざるを得ないのかなと思いますが、もっと強力で安全性の卓越したシステムの構築が必要かと思われます。台湾有事、自衛隊の北朝鮮のロケット対応等、当県の特殊事情からすると、情報管理に不安を感じてしまいます。導入有りきではなく納得できる説明と対応を先にお願したい。

また、DXに関しては、貴県の危惧されている通りと思いますが、事前の相談もなく施行された印象で手探りの状態だった先生方も多く、ITに疎い会員の先生方は大変な思いをしたのではないのでしょうか。DXは時代の流れとして大切ですが、制度を現場で施行する場合のフォロー、ITに疎い会員のフォローをも考えるべきというスタンスが大切であると感じました。

大 分

貴見の通りこうも矢継ぎ早にDX関連の対応を迫られては現場はとても追いつけないのではないのでしょうか。国には目指すべきビジョンを明確にいただき、細切れではなく一つ一つの施策を着実に実施していただきたい。

長 崎

DX：デジタルトランスフォーメーションは今後どんどん進められていくだろうが、医療スタッフへのサポートやトレーニングなしには困難。講習会、説明会を催していただき、無理のない推進をしていただければと思います。

提 案 事 項

(6) 診療報酬の改訂：生活習慣病管理について（沖縄県）

《提案要旨》

令和 6 年度の診療報酬改定において、生活習慣病管理について、生活習慣病の特定疾患管理料の減点ありきでの対応と考えられる。必要な計画書の内容も十分とはいえず、医療従事者の負担増となり、医療を受ける患者側に複数の選択があり、混乱を招いている。

今後、他の特定疾患管理についても、同様な対応があるのではと予想され、今後の内科医会の対応について伺いたい。

各県からの回答

熊 本

特定疾患療養管理料は計画書の交付や署名による同意が不要であった。
生活習慣病管理料は療養計画書の交付と署名による同意が算定要件になっているので、患者が納得する療養管理・指導を行えば同意は得られると思われる。しかし、中には負担金のことを考えて同意しないとする患者が一定数出ると思われる。
また、問診と説明及び療養計画書などに時間がかかるので、診療ガイドラインの内容と数値の自動計算機能を備える、リーズナブルな対応ソフトウェアが必要とされる。この点について各県での対応を伺いたい。

福 岡

今回の改定は明らかに内科系開業医を狙い撃ちにしたものであります。生活習慣病の 3 疾病が対象となりましたが、ご指摘の様に今後気管支喘息や慢性胃炎など、今回の抜け道とも言える疾患が次回の改定でターゲットにされる可能性は大きいと思われます。内科医会には今後日本医師会や医系議員への働きかけを強くお願いしたいところです。一方、生活習慣病の療養計画書は医療関係者が中心となって作成されたものとは到底考えられない稚拙な内容ですが、以前の愚策と異なり今後も継続される可能性が高く、個々の医療機関で増収アップに繋がる工夫をするしか生き残る方法はなさそうです。

鹿 児 島

本改定は、「骨太の方針 2023」での“社会保障関係費を高齢者による増加相当の伸びに抑える”の方針をはじめ、中医協における支払い側からの生活習慣病管理料や特定疾患管理料、外来管理加算、地域包括診療加算の整理を求める主張から、通院者の上位 3 疾患である高血圧症、糖尿病、脂質異常症が適正化の対象とされたものとする。特に令和 5 年 12 月 20 日の厚生労働大臣と財務大臣との大臣折衝において、改定率と併せて、4 事項の一つとして、“生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編の効率化・適正化 ▲0.25%”が、中医協での審議前に決定してしまったことの影響が大きい。
日臨内としてもしっかりとエビデンスを持って国と要望することは当然であるが、平時よりロビー活動を積極的に行い、我々の現状を理解してもらう必要があると考える。

各県からの回答

佐 賀

生活習慣病管理料（Ⅰ）について、算定開始した医療機関から、高齢の1割負担の患者さんへの算定であるにも関わらず、負担が増えたとのクレームを受け、以後来院が途絶えてしまったとの情報があった。

管理料（Ⅱ）に関しては、改定前より10点減点となった特定疾患療養管理料（外来管理加算＋特定疾患処方管理加算を併せて）と同じ点数に設定されている。初・再診料のわずかな増点では補えず、データ提出加算や外来感染対策向上加算・医療DX加算等の算定でようやく補えるものとなる。しかし、これらの加算は、医療機関にかなりの負担を強いる算定要件となっているのも事実である。さらに悪性腫瘍特異物質治療管理料とは併算定が出来ないため、悪性腫瘍に対して腫瘍マーカーを測定する場合は、併存する特定疾患療養管理料の対象疾患とともに算定せざるを得ないのが現状である。

これらの問題点を改善してもらうと共に、今後さらなる特定疾患外しや、特定疾患療養管理料を月1回しか算定できない様にする等の提案が中医協に出される様であれば、断固として反対の態度をとっていただきたい。

現在、皮膚科特定疾患指導管理料等の算定項目もあるようですが、今回の大幅な減点を補填できる様な内科特定疾患療養指導管理料等の新設を提案していただきたい。

宮 崎

糖尿病、高血圧症、脂質異常症の3疾患は、比較的算定が容易であった特定疾患療養管理料での算定が出来なくなったこと、算定方法が2通りになり複雑になったこと、計画書策定・説明・同意と医療従事者の負担が増加したことは明らかです。貴県の主張通りで、生活習慣病管理は、生活習慣病の特定疾患管理料の減点ありきでの対応であると考えます。計画書に関して、医療従事者の負担を減らすために、さらなる簡略化が望まれます。また、今後、他の特定疾患管理に関しても、同様な対応があることが予想されることも貴県の主張通りであると考えます。今回、特定疾患管理料に新たに二つの疾患が加わっており、これをもっと疾患を増やしていくことと、生活習慣病管理の適応疾患をこれ以上増やさないように主張していくことが大切だと考えます。

沖 縄

<提案県>

大 分

貴県の通り内科医会のお考えを伺いたい。

長 崎

特定疾患療養管理料からDM、HT、脂質異常症が外され、生活習慣病管理料ⅠとⅡに移行したことで経理上困難が生じている。

逆食やCKDも治療・管理のためには特定疾患もしくは生活習慣病のいずれかの指定が望ましい。

提 案 事 項

(7) 改正感染症法における医療措置協定について (大分県)

《提案要旨》

感染症法が本年 4 月に施行され、県との間に医療措置協定(以下「協定」)を結ぶことが求められている。本協定は猶予期間を経て外来感染症対策向上加算要件となるとされているが、各県の協定締結状況や協定に対する医師の反応などをお聞かせ願いたい。

各県からの回答

熊 本

熊本県においては、協定締結は現時点(9月)で、診療所で46%程度となっている。コロナ感染流行時に対応した施設の多くが協定を結び、そうでない施設が協定を結んでいないようである。

福 岡

9月3日現在、本県において医療措置協定を県と締結した無床診療所は1,174件(1.2%)、病院+有床診療所は365件(43.4%)であり、無床診療所で締結が遅れているのが実態である。締結が遅れている理由についての詳細な調査はなされていない模様であるが、本協定に関する認識が低いことが一因のように思える。本会としても制度の周知に努めることが求められるであろう。

鹿 児 島

鹿児島県では、令和6年8月28日時点で496医療機関が医療措置協定を締結している。このうち、第一種協定指定医療機関(病床確保)は83医療機関、第二種協定指定医療機関(発熱外来)は482医療機関、第二種協定指定医療機関(自宅療養者等への医療の提供)は228医療機関である。

鹿児島県感染症予防計画では、第二種協定指定医療機関(発熱外来)の目標値を流行初期(発生公表後3か月まで)800機関、流行初期以降(発生公表後6か月まで)876機関としており、協定締結医療機関数は目標数には達していない。

目標数に達していない背景には、新興感染症の特徴(感染性、病原性等)がはっきりしないなかで予め協定を締結することへの抵抗感があるものと考えられる。

佐 賀

外来感染対策向上加算の届出件数は以下のとおりとなっており、今回の診療報酬改定により40件ほどの増加が認められた。

- ・令和5年9月時点：156件 加算新設年度と殆ど増加無し
- ・令和6年8月時点：195件

佐賀県での協定締結状況は以下のとおり、必ずしも外来感染対策向上加算を算定している医療機関が協定締結を行っている訳ではないと思われる。

- ・令和6年8月時点：137件 (県内医療機関数：743施設)

医師の認識状況に関しては把握出来ていないが、新興感染症の発生時にどのような対応が求められる(義務づけられる)か等、あまり認識出来ていないのではないかと思います。

各県からの回答

宮 崎

宮崎県のHPで協定締結医療機関一覧表（令和6年7月29日現在）を確認すると病院数は101施設で、令和元年の一般病院数120施設あり、84%の協定率であった。

有床診療所では43施設、無床診療所246施設で、令和元年一般診療所数は899施設あり、32%の協定率となる。

新型コロナ時の外来対等医療機関が453施設であったことからそのうちの9割弱の施設が移行しているようである。

しかし、この協定が外来感染対策向上加算とリンクしているため連携カンファレンスの参加が必須となるので煩わしいと思われる方がいるかもしれない。

また、協定を締結することで災害時に派遣されるのではないかと危惧される方もいたので運用に当たっては適宜、必要な情報開示を行うことが求められる。

沖 縄

沖縄県では、2024年8月1日の時点で、病院：63病院（締結率76.7%）、有床診療所：6施設（11%）、無床診療所：143施設（16%）が医療措置提供の締結を行っている。

病院はほとんどが6月までに締結を行っている。診療所は、5月、6月、7月でそれぞれ、124施設、12施設、7施設で締結が行われており、今後とも締結する医療機関は増えてくると考えている。

それぞれの地区の基幹病院、発熱外来を行っているクリニックで締結がなされているため、特に問題は起こっていない。

※沖縄県、地区医師会にて、病院の役割を明確化して、パンデミックに備える準備をしている。パンデミックになった際には、病床はすぐに満床になる可能性もあるため、訪問診療・看護とのシームレスな構築が次の課題となっている。

大 分

<提案県>

長 崎

2023年5月公示され2024年4月から施行となっているが、よく承知しているとは言えない現状である。

(8) 針刺し事故に関しての対応について (長崎県)

《提案要旨》

針刺し事故対応など業務上曝露（針刺し、切創、粘膜曝露など）を医療従事者が被った場合に各医療機関で対応マニュアルを作成し対応されていると思われる。昨今、HIV や梅毒の罹患が増加し感染曝露対策が必要になってきている。業務用上曝露（針刺し、切創、粘膜曝露）に対し HIV 感染リスクが考えられる場合もしくは感染源が不明の場合は、曝露後 2 時間以内に可及的速やかに抗 HIV 薬の予防内服を開始することが推奨されている。しかし個人の開業医では HIV 抗体検査を外注しなければならない結果が判るまで 3～4 日を要する。また、予防内服薬も高額なため殆どの地域の薬局には在庫がない状態である。個人の診療所で常時準備するには経済的負担が大きく副作用の管理など専門的な知識が必要と思われる。地域包括ケアシステムの構築が推進される中、訪問看護ステーション、介護施設、歯科医院、鍼灸院なども尚の事対応困難と思われる。今年度より HIV 患者の多い東京都、大阪府では HIV 基幹病院と診療所が連携して対応するようにガイドラインが作成されている。梅毒は針刺し感染の報告例がなく局所対応のみであるが、理論上は感染の可能性も否定できない。また、労災事案となり臨床研究や疫学調査が行いにくく実態が把握できていないのが現状と思われる。各県の対応は如何でしょうか。

各県からの回答

熊 本

- 厚生労働省の針刺し事故マニュアルの中には、梅毒の項目は含まれていない。
- HIV については、個人開業医では、HIV 緊急検査キットや予防内服薬の準備など行われていない。
- 熊本県では、HIV について、熊本県針刺し切創・皮膚粘膜暴露後の抗 HIV 薬服用マニュアルがあり、熊本大学病院の他、玉名、八代、阿蘇、人吉、天草、水俣の基幹施設にも抗 HIV 薬が配置されており、時間外でも対応できるようになっている。ただし、針刺し後の梅毒についての対策はない。
- 針差し事故での梅毒感染は理論的には考えられるが、一般的には感染は起こらないと考えられているようである。
- 熊本市消防局の針刺し等汚染事故対応マニュアルには、対応施設として、熊本市民病院、国立病院機構熊本医療センター、熊本大学病院、受傷時の検査項目に梅毒が入っている。(梅毒 RPR、TPHA) 経過観察は、6～8 週間後とされている。

各県からの回答

福岡

提案の中で最も迅速に対応が必要なものはHIV検査であるので、それに対する対応を記載する。

福岡県では8施設が抗HIV薬整備医療機関です。

県のマニュアルどおりに、事故が起きた場合は緊急マニュアルどおりの対応を行って頂き、HIV感染の可能性が高い場合は上記医療機関に受診・内服等の対応をお願いするということになります。

迅速検査（事故よりできれば2時間以内）は保健所なども行いますが、日程が決まっており迅速とはならないことが多いです。

針刺し事故時のHIV検査受診・HIV薬の投与にかかわる費用は、陽性の場合には労災保険の適応があることを申し添えます。

鹿児島

HIVの業務上曝露（針刺し、切創、粘膜曝露など）に対する予防薬の配置について、これまで鹿児島県と製薬会社が契約締結を行い、予防薬30回分を県内6つの各拠点病院に配置しておりました。県内で業務上曝露が起きた際は、当該施設が最も近い拠点病院から予防薬を入手する計画で進められておりました。令和元年度～令和6年度現在において業務上曝露による予防薬使用実績は9件であり、配置された予防薬の殆んどは破棄されている現状です。そこで、鹿児島県では、予防薬の購入、分包、配送を（製薬会社ではなく）薬局に業務委託して、各離島の医療機関、訪問看護ステーションを含めHIV患者さんのケアをしていただいている施設等に広く2～3回分の予防薬を配置することを現在検討しています（未だ素案の状況であることをご理解ください）。また、これまでHIVの迅速検査に活用しておりましたHIV抗原・抗体キット「ダイナスクリーンTM HIV Combo（アボット社）」が受注停止及び出荷制限となる情報が入り、特に市中病院での迅速検査への対応はご指摘の通り早急に対応が必要な状況であると考えます。

佐賀

労災案件となるため、全く対応は行っていない。

件数に関しては、各病院毎のヒヤリハット等、医療事故報告を元に調査が行われるべきものと思われますが、労災案件である上、各種感染症に対しては、専門的知識も必要となってくるものと思われ、対応困難な診療所も多いのではないかと推察する（東京・大阪のガイドラインは確認していない）。

各県からの回答

宮 崎

- ・宮崎県針刺し事故後の HIV 感染防止体制整備事業実施要項が令和 6 年 8 月 1 日に施行され、医療機関等は針刺し事故等の発生時に速やかに対応するように求められている。
- ・暴露源が HIV 感染者と判明している場合、感染源不明で陽性が強く疑われる血液の暴露の場合は、宮崎県では各地域のエイズ治療拠点病院、もしくは抗 HIV 薬配置病院（合計 5 病院）に協力をお願いすることとなっている。
- ・梅毒に関しては、予防内服の必要性を各医療機関で判断する。

沖 縄

2022 年の沖縄県の HIV 感染者は人口 10 万あたり 0.61 人で全国 6 番目に、エイズ患者は人口 10 万あたり 0.61 人で全国 1 番目に多く、依然として感染が拡大している状況にある。

診療所で針刺し事故が発生し、自院で HIV 検査、HBs 検査が難しい場合は、地域の救急医療を担っている各地域の基幹病院において 24 時間体制で検査対応が可能となっている。

また、自院、外注検査機関ですぐに検査結果が得られる場合は、沖縄県より指定を受けた 24 か所の HIV 予防薬配備医療機関より HIV 薬が手配できる。予防内服した場合は、エイズ治療拠点病院へ紹介する。沖縄県のホームページにその手続きの流れ、注意事項、同意書がダウンロードできるようになっている。

HIV、B 型肝炎に関しては、針刺し事故の対応をしている全てに病院で採血、確認をしているが、梅毒に関しては検査を行っていない病院が多い。

大 分

針刺し事故については何よりも予防が大切であり、リキャップ禁止や適切な廃棄ボックスの使用、誤刺防止のデバイス使用などが基本と考えます。

暴露源が特定されていれば速やかに暴露源の HIV 検査を行います。貴見の通り検査結果を得るまで時間がかかることが問題です。確かに予防薬投与は 2 時間以内が効果が高いとされていますが、既知の HIV 感染者からの受傷以外はなかなか難しいと思われます。ガイドラインでは 72 時間までの受傷後予防を許容しているようですのでこちらが現実的ではないでしょうか。

梅毒に関しては血液を介して感染するリスクは極めて低いとされており活動性以外は感染リスクは殆どないので暴露源の病態に従い対応すれば良いと思われます。（RPR 陰性なら感染リスクはないと考えます）

長 崎

<提案県>