


平成30年度

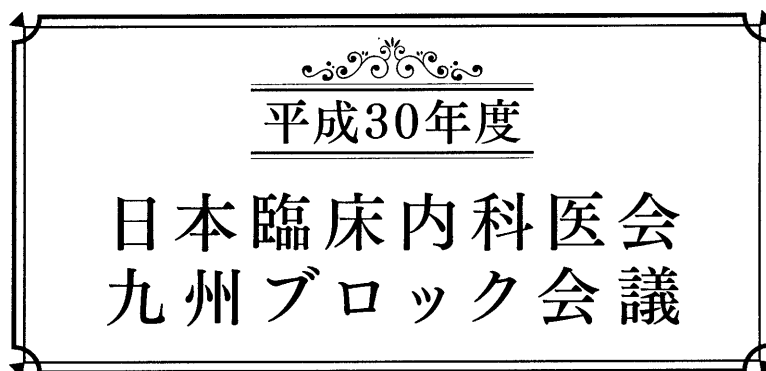
日本臨床内科医会九州ブロック会議
第53回九州各県内科医会連絡協議会
第35回九州各県内科審査委員懇話会

日 時：平成30年10月20日（土）

場 所：城山ホテル鹿児島

（鹿児島市新照院41-1）

担 当：鹿児島県内科医会



日 時：平成30年10月20日(土)午後3時～4時
場 所：城山ホテル鹿児島 4階「アイリス」

平成30年度日本臨床内科医会九州ブロック会議

日時：平成30年10月20日（土） 午後3時～4時

場所：城山ホテル鹿児島

（鹿児島市新照院町41番1号 099-224-2211）

◇提案事項

- | | |
|--|--------|
| （1）開業における標榜科について | （佐賀県） |
| （2）日本医師会でも「外国人医療対策」の議論が始まったばかりであるが、
日臨内としての取り組みは？ | （宮崎県） |
| （3）日本臨床内科医会会費増額に対する各県地元での対応について | （長崎県） |
| （4）会員減少に対する対応は。 | （熊本県） |
| （5）日臨内会長への任期制導入の件 | （福岡県） |
| （6）オーソライズドジェネリック | （鹿児島県） |

日本臨床内科医会執行部に対する
提 案 事 項

(1) 開業における標榜科について (佐賀県)

《 提案要旨 》

内科医以外の先生が開業する場合、開業コンサルタントが患者集めのために、皮膚科、外科、脳外科の他に内科を標榜しなさいとアドバイスしていると思います。営業目的の内科標榜は医師会の患者の利益を考えるポリシーと矛盾していると思います。内科を標榜する場合は、内科学会や臨床内科医会への入会と学習を義務付ける時期が来ていると思いますが、各県のご意見はいかがでしょうか。

提 案 事 項

(2) 日本医師会でも「外国人医療対策」の議論が始まったばかりであるが、日臨内としての取り組みは？（宮崎県）

《 提案要旨 》

訪日外国人が増加する中、保険に加入していない外国人の医療費未払いや自費診療契約、事故、トラブル等、今後予測されます。また、2020年には東京オリンピックも開催されるために、その対策が求められます。日本臨床内科医会としてもその対策についての取り組みが必要と思われます。

（３）日本臨床内科医会会費増額に対する各県地元での対応について（長崎県）

《 提案要旨 》

平成30年4月より日臨内年会費が5千円から8千円に変更となりました。現在の会費のままでは長崎県臨床内科医会は赤字決算となります。

ところで当県では、日本臨床内科医学会開催の折、会費値上げを実施しており、現時点で再値上げは躊躇されます。そこで理事会で協議の結果、出張旅費の削減等で役員自らの経営改善努力を示し、その上で数年後に会費の値上げを会員に提案することとしました。各県の対応はいかがでしょうか。

(4) 会員減少に対する対応は。(熊本県)

《 提案要旨 》

日臨内会員数の漸減傾向が続いており、このことは今更申し上げるまでもなく、本学会の最大かつ喫緊の課題と思われます。日臨内「会員増強委員会」を中心に会員増強と会員の満足度向上のために、種々の施策・活動が行われていますが、会員の年齢構成からみて今後も会員減少は避けられない状況が続きそうです。

そこで、若手に新規入会していただくことが極めて重要ですが、

- ①医師会との関係：県医師会入会時に内科医会にも自動的に入会
 - ②大学の内科学教室との関係・立ち位置
 - ③基幹病院との関係：部長以上の役職者の入会
 - ④その他、会員増強のために取り組んでいる各種の施策
- 等、各県での対応状況をご教示下さい。
-

(5) 日臨内会長への任期制導入の件 (福岡県)

《 提案要旨 》

日臨内の役員に関して常任理事は70歳定年、副会長は75歳定年が導入されている。

また理事、代議員には定年制はない。これは国会[立法]と政府[行政]の関係と酷似しておりまったく納得がいく。しかし会長に任期制がないのは世の中の常識とやや異なっているように感じる。

たとえばアメリカ合衆国の大統領は1期4年2期まで、わが国の総理大臣は1期3年3期までとなっている。長期政権の弊害を防止するものと思える。北朝鮮には定年制などないし、ロシア、中国も最近は怪しい物である。今まで日臨内会長に定年制がなかったのは、これまでの事情を考慮するとやむを得なかったと言えよう。今回、猿田会長が辞任を表明された。これを機会に会長にも任期制を導入すべきと考える。たとえば若い先生が会長に就任される事態を想像すると、数十年に及ぶ会長となられ、日臨内の活動にも大きな支障となることが予想される。1期2年5期までといった任期制の導入を議論すべき時期になったといえる。

(6) オーソライズドジェネリック (鹿児島県)

《 提案要旨 》

平成25年6月より発売されている「オーソライズドジェネリック(以下AG)」は先発品と有効成分・添加物・製造法が完全に同一なジェネリックであり先発品と同等の安全性が見込まれています。AGは先発品メーカーが認証した後発品です。

薬価は発売当初は通常の後発品より高薬価ですが、その後は価格集約ルールにより通常の後発品の価格帯に集約される方向になっています。調剤薬局ではAG納入に際し薬価差益の問題が生じます。今回、AGを含めたジェネリック医薬品に関するアンケート調査を会員へ実施した。回答のあった会員でAGを意識して処方している会員は58%であり、処方理由は先発品より低薬価であること、通常の後発品より安全であることが多数を占めました。

貴県でのAGに対する評価・使用状況は如何でしょうか？

「オーソライズドジェネリック」に関する
会員アンケート結果

鹿児島県内科医会会員各位

「オーソライズドジェネリック」に関するアンケート調査のお願い。

鹿児島県内科医会

会長 中村 一彦

拝啓

麗春の候、先生におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。平素より鹿児島県内科医会へ格別のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて平成25年6月より発売されている「オーソライズドジェネリック（以下AG）」は先発品と有効成分・添加物・製造法が完全に同一なジェネリックであり先発品と同等の安全性が見込まれています。AGは先発品メーカーより認証された後発品です。平成29年8月時点で29品目のAGが発売されています。AG処方により医療機関では一般名加算は算定不可ですが、調剤薬局では後発医薬品調剤体制加算の算定要件の対象です。薬価はAG発売当初は通常の後発品より高薬価ですが、その後は価格集約ルールにより、その他の後発品の価格帯に集約される方向です。院外処方の場合、調剤薬局ではAG納入に際し薬価差益の問題が生じます。

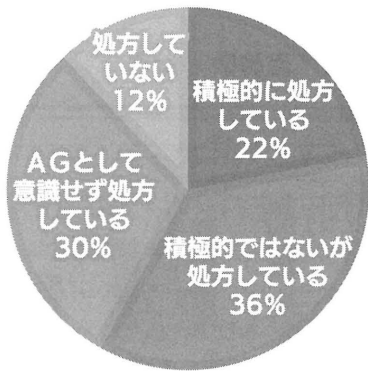
現在、日常臨床でAGがどの程度処方されているか不明です。そこで先生方のAGに関する処方行動につきアンケートをお願いし、内科医会としてAGに関する先生方の御見解を集約することと致しました。ご多忙のところ誠に恐縮に存じますが、ご回答のほど何とぞよろしくお願い申し上げます。

平成30年4月

敬具

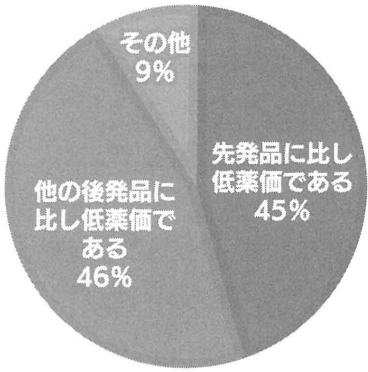
		H30.6.14	18:00現在
	アンケート発送先:鹿児島県内科医会会員441名	回収数	130 29%

AGを処方していますか？



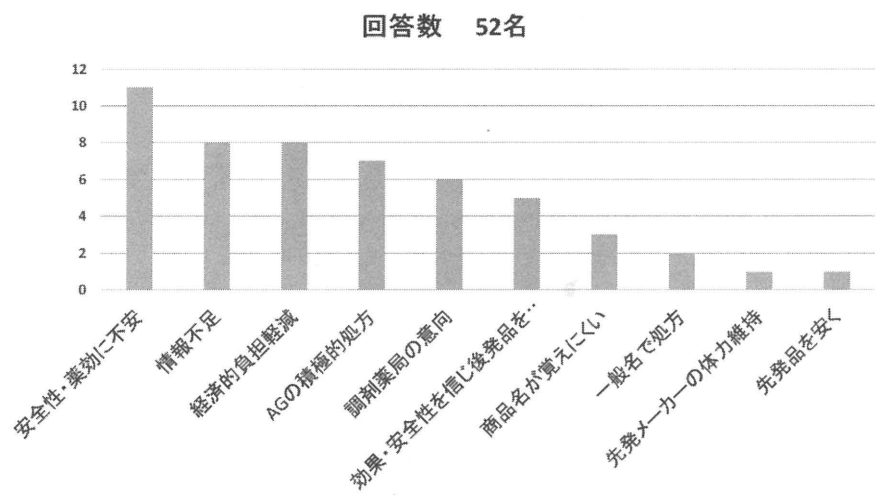
Q1	AGを処方されていますか？		回答数	構成比
	1 積極的に処方している		29	22%
	2 積極的ではないが処方している		47	36%
	3 AGとして意識せず処方している		39	30%
	4 処方していない		15	12%
	・すべて一般名にて処方しております。			
	・薬局に任せている			
	・私は、ほぼすべて先発品を処方していますが門前薬局でジェネリックに誘導するので悩んでいましたが、4月より50%以上ジェネリックにしないと査定されると薬剤師が泣きついてきましたのでオーソライズドジェネリックだったらOKを出しました。バルクはいいしよですので、D、L体の比率、また結晶系は同じと思われますので、先発と同一と思います。薬学では製造過程が違うと結晶系・溶解率・吸収率も違ってくると思います。			
	・ときにPtの希望で処方している			
	・国の方針だから。			

AGを処方している理由



Q2	Q1で「処方している」とご回答頂いた先生への質問です。 AGを処方する理由をお聞かせください。（複数回答可）		回答数	構成比
	1 先発品に比し低薬価である。		65	45%
	2 他の後発品に比し安全である。		66	46%
	3 その他（ ）		13	9%
	・門前薬局の判断で先発品処方をAGに変更している様。			
	・大手メーカーのため安心。			
	・薬局に迷惑はかけられないので、仕方なく処方しています。			
	・問屋との関係で。			
	・患者様に安心してもらえるのですめやすい。			
	・一般名処方として院外処方。AGかどうかは干渉していない。			
	・採用されている、または結果的にそうなっていた。			
	・患者のチョイス。			
	・常に安全性に疑問を感じる。			
	・データがあること。			
	・薬局で後発品に変更されている。一般名での処方が一部あるから。			
	・調剤薬局にまかせている。			
	・他の後発品に比し安心感がある。			

Q 3 AGを含めて後発医薬品に関するご意見をお聞かせ願います。



調剤薬局の都合・患者の都合でAGではなく他のジェネリックへ変更される。先発品同様AGを医師が提示すべきか悩ましい点である。
薬局の監査で院外薬局へのAG処方が少ないと、院外薬局を介して当院の処方の改善を求められたことがあったり、指導された事実があり、問題と思う。

平成30年度
第53回
九州各県内科医会連絡協議会

日 時：平成30年10月20日(土)午後4時～6時
場 所：城山ホテル鹿児島 4階「オーキッド」

第53回九州各県内科医会連絡協議会

日時：平成30年10月20日（土） 午後4時～6時

場所：城山ホテル鹿児島

（鹿児島市新照院町41番1号 099-224-2211）

◇提案事項

- (1) 他院血液検査判断料の新設について (佐 賀 県)
- (2) 今後2020年東京オリンピック開催もあり、訪日外国人は増加傾向であります。各県医師会での訪日外国人の診療に関しての取り組み（トラブルケースなどの報告も含めて）などありましたら、ご意見をお聞かせ下さい。 (宮 崎 県)
- (3) かかりつけ医機能「機能強化加算」80点について (沖 縄 県)
- (4) 機能強化加算について (熊 本 県)
- (5) 他団体との共同研修について (大 分 県)
- (6) ベンゾジアゼピン系薬剤について2018年4月1日以降の処方を対象として、1年以上連続して同一の成分を1日あたり同一用量で処方した場合、処方料、処方箋料に減算規定が設けられました。各県の対応は如何でしょうか？ (長 崎 県)
- (7) 病院スタッフの確保について (福 岡 県)
- (8) 新たな加算の要望について (鹿 児 島 県)

提 案 事 項 及 び
各 県 か ら の 回 答

(1) 他院血液検査判断料の新設について （佐賀県）

《 提案要旨 》

他医療機関に受診中の患者の初診・再診の場合、他院での血液検査のデータを持参して受診するケースによく遭遇する。最近の検査の結果であれば、必要な検査を新たに行わず、他院のデータをそのままコピーし、カルテに保存し、過剰検査の防止を行っている。この診療行為に対し、他院血液検査判断料の新設(生化学検査判断料と同額)を要望したい。循環器科、放射線科では他院の画像診断判断料が認められている。一定の期間以内のデータに関して等の条件、データ保存の義務等の縛りは必要と思えるが。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

提案県

【宮崎県】

基本的に賛成です。「他院血液検査判断料」を新設いただきたく存じます。「最近の検査結果であれば、必要な検査を新たに行わず、他院のデータをそのままコピーし、カルテに保存し、過剰の検査の防止を行っている」ことは、日常診療において、特に診療所ではごく自然に行っている先生が多いと感じています。また、他院で撮影した画像の診断料が青本E001の項に明記されています。以下、具体例を提示します。

1. 初診料を請求の月は、請求しない方が適切かと思います。
2. 例えば、糖尿病をfollow中の場合、「他院での検査結果／職場での検診結果」で治療効果が判定できますし、次なる治療方針を決める上で、大いに参考になります。無論、そのアセスメントをカルテに記載、と求められるでしょうが。当該医療機関では、その月は血液検査は行わないし「検体検査判断料」はレセプト上請求しない訳ですから、「他院血液検査判断料」の良い適応と考えてもらえるでしょう。
3. 判断料について、血液学的検査・生化学的検査Ⅰ／Ⅱ・免疫学的検査等、それぞれ現行の判断料のまま、あるいは積み上げ方式のままでは、政府が容認するとはとても思えません。少しでも受け入れやすくするため、新設「他院血液検査判断料」：単純に検査データの項目数で
簡易なもの＝9項目以下のデータ、△△点、
複雑なもの＝10項目以上のデータ、○○点
などと、提案してみてもいかがでしょうか。

各県からの回答

【沖縄県】

貴県の意見に賛成である。

さらに別のケースとして、現在、国の政策により病院の外来は制限されているため、病院の専門外来に通院中の患者は、次回予約日以前に体調の不調があった場合、病院の主治医に受診できず、診療所に受診することがある。お薬手帳等から病名を推定し、対応することになるが、特殊な症例では、至急検査が行えない診療所は、対応に苦慮する場面がある。一方、診療所に通院中の患者が病院に緊急搬送された場合、病院もこれまでの病状把握に苦慮し、対応が遅れる可能性がある。

当県で進めている、『おきなわ津梁ネットワーク』をご紹介します。これは、県医師会が主体となって、診療に必要な情報を参加医療機関および各保険者等で共有するシステムである。この趣旨に同意した患者には、利用者カードとパスワードが交付され、受診医療機関には、受診歴、処方内容、検査結果などの情報が得られる。現時点での、参加医療施設数は、合計168、県民登録数が35,808名(平成29年11月30日現在)となっている。現在、費用は、医師会や医療施設の持ち出しとなっている。『他院血液検査判断料』が新設されれば、さらに普及が見込まれ、重複検査を避け、緊急時の対応の改善が見込めることから、むしろ医療費の削減が期待できると考える。

【大分県】

患者がどちらをかかりつけ医としているか判断が難しいですが、他の医療機関で検査を行っていただければおそらく当該医療機関で検査判断料を算定していると思われるので重複請求となるのではないのでしょうか。

【長崎県】

他院での血液検査データを持参した場合の検査判断料の新設に同意します。最近、健診も含めて、他院で行った血液・生化学検査成績を持参するケースが増加しており、その解釈と説明及び生活指導にかかる時間は少なくないと思います。

【熊本県】

貴県の提案に賛成である。特定健診などを利用して自院の検査を控え、患者の経過観察、治療に活用していることも多い。ただ、いつのデータや、どこまでの、どのデータが活用できるのか条件の整理は必要と考える。

【福岡県】

この件に関しては以前日臨内より内保連へ要望し、認められなかった経緯がある。しかし改めて提案事項の内容を考える時、いま日臨内より内保連へ提案する良い時期になったと考える。他の施設の画像診断判断料は認められており、血液検査判断料が認められないのは片手落ちといえる。以前内保連へ提案したときはセカンドオピニオンとしての評価を求めたのであり、次回提案するときは改めて具体的な要望事項としたい。

各 県 からの 回 答

【鹿児島県】

制限なしの請求は、現在の医療情勢を考えると難しいように思います。例えば放射線診断に関しても、「初診を算定した日に限り」(平成26年3月5日保医発0305題3号)となっており、一定の制約下に認められています。この意味では、初診時に他院での血液検査結果の判断料を請求することには合理性があるかもしれません。ただ実地臨床では他院での検査結果を参考にして診療を行うことが少なくありませんので、同月の検査料を請求しないなどの制約が必要と思われます。

提 案 事 項

(2) 今後2020年東京オリンピック開催もあり、訪日外国人は増加傾向であります。各県医師会での訪日外国人の診療に関しての取り組み(トラブルケースなどの報告も含めて)などありましたら、ご意見をお聞かせ下さい。(宮崎県)

《 提案要旨 》

訪日外国人が増加する中、現在は地方でも外国人労働者や外国人実習生が増えてきており、中には保険に加入していない外国人もおられます。九州では外国人観光客の多い、沖縄県、福岡県がありますが、医療費未払いや自費診療契約、事故、トラブル等の診療に関しての事例や取り組みなどがありましたら、ご意見をお聞かせ下さい。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

日医では、東京オリンピック・パラリンピックに向けて外国人観光客自身の適切な費用負担を前提に、予期せぬ病気やけがの際、不安を感じることなく医療を受けられ、安全に帰国できる仕組みを構築することを目的に、第1回「外国人医療対策会議(都道府県医師会外国人医療対策担当理事連絡協議会)」が開催され、国や関係機関の取り組みが紹介されたところである。保険加入、未収金、多言語対応が大きな課題であったが、現在、本県では、訪日外国人診療について、特別な取り組みは行っていない。

【宮崎県】

提案県

各県からの回答

【沖縄県】

沖縄県を訪れる外国人観光客は右肩上がりに急増し、今後ますます増加することが見込まれております。このように外国観光客が急激に増加する中、県内の多くの医療機関では多言語対応、保険の問題、未収金問題、さまざまな問題が生じております。昨年度から県医師会で「外国人観光客患者受入対応問題検討プロジェクト委員会」を立ち上げ、救急告示病院、診療所での実態調査を行っております。

那覇市医師会、沖縄県医師会、行政の取り組みは下記の通りです。

①那覇市医師会

- ・外国人観光客患者受け入れ実態調査を行い、県医師会「外国人観光客患者受入対応問題検討プロジェクト委員会」へ報告。

②沖縄県医師会

- ・「外国人観光客患者受入対応問題検討プロジェクト委員会」を立ち上げ県内の救急告示病院(27医療機関)に実態調査を行った。・・・資料①
- ・県知事に「観光行政に係わる医療部門を扱う部署の設置」の要望書を提出
- ・自民党政調会(外国人観光客に対する医療PT)で説明

③沖縄県行政支援事業

- ・Be.Okinawaインバウンド医療通訳コールセンター設置
- ・沖縄県総合事務局・・・医療通訳養成プログラム
- ・沖縄OCVB「外国人観光客対応ハンドブック」配布

【大分県】

当県では2019年にラグビーワールドカップが行われ東京オリンピック、インバウンド観光と相まって外国人医療対策は大きな課題となっています。主に会話など言語の問題、医療費支払いの問題、沖縄の麻疹アウトブレイクで明らかとなった感染症の問題などがあると思われ行政とともに県医師会でも対応に追われている状況です。

これらの問題は内科だけでなく広い診療科に関連し、また観光業などと重なるテーマであり行政、医師会レベルでの取り組みが必要と思います。内科医会としては輸入感染症や感染症発症時の対応などの研修を行うことも考慮して良いかと思っています。

【長崎県】

当県では、訪日外国人旅行者が増加している中、医療機関や観光施設向けに、24時間利用可能な多言語コールセンターの電話通訳サービスを本年4月から開始しています。

各 県 からの 回 答

【熊本県】	<p>本県でも医療保険を持たず、受診する人がいるとは聞いている。一応自費診療で対応しているようである。今のところトラブルは聞いている。しかし、医療保険を利用して、高額医療を享受している外国人が増えているとの報道もあり、個々の医療機関レベルで解決できる問題ではないので、早急に国、厚労省で方針を検討し、法整備すべきであると考えます。</p>
【福岡県】	<p>外国人の診療トラブル、特に医療費の未払いに関しては近年問題となっているところです。平成27年に外国人患者を受け入れた1378病院のうち35%で未払いがあったそうです(厚生労働省)。近畿運輸局の調査でも平成28年5～7月の3ヶ月で大阪府内の147病院のうち20病院で27人分の未払いがあり、被害総額は1547万円にのぼっています。ひとりで800万円の医療費を未払いのまま帰国した外国人もいたようです。このすべてが訪日外国人という訳ではなく、我が国在住の外国人も含まれているようですが、パスポートによる本人確認や旅行保険加入の有無、医療費の高額化が予想される場合、早期の支払いを促すなどといった対策が今後の課題といわれています。意思疎通に難のある訪日客への医療通訳の不足もその一因といわれていますが、1人当たり年間約2千万円の費用がかかることもネックとなっているようです。自民党のプロジェクトチームは4月に医療費の未払いを繰り返す恐れのある外国人の入国拒否や保険加入の推進などを盛り込んだ提言を公表しましたが、東京オリンピックまでの実効性は未知数です。</p> <p>福岡県は訪日外国人が多いだけでなく、留学生など在住外国人が多い自治体です。これまで本県における未払いの実態は明らかではありませんが、潜在的にはかなりの件数にのぼり、県内の医療機関が被害を被っていると推定されます。福岡県では医師会と行政の連携による外国人に対しての「外国語が通じる医療機関」などといった案内サービスはありますが、医療機関側をサポートする具体的な動きは残念ながら今のところないようです。</p> <p>我が国が観光立国を目指すのであれば、訪日外国人の医療費未払い問題は東京オリンピックまでに解決すべき喫緊の課題であろうと思われます。灼熱の東京で行われる東京オリンピックでは熱中症などで緊急搬送される外国人が相当数にのぼることは容易に想像できます。現状のままオリンピックを迎えることになれば、東京の医療機関はオリンピックによってかなり経営的なダメージを受けるのではないのでしょうか。</p>

【鹿児島県】

平成28年3月の郡市医師会長懇談会で、訪日外国人旅行者の医療機関受診時のトラブル(言葉の問題・医療費の未払い・医療訴訟などの懸念)について議論され、28年5月に県知事宛に要望書を提出した。要望事項は①訪日外国人旅行者向け多言語コールセンターの設置。②医療機関窓口に掲示する訪日外国人旅行者向けポスター及び医療機関受診の際のパンフレット作成であった。平成29年8月に会員医療機関に対して実態調査を実施した(調査結果概要は下記参照)。平成29年度に県からの委託事業として訪日外国人旅行者向けポスター及びパンフレットを作成し医療機関、市町村観光課、観光地などへ配布した。また訪日外国人旅行者受け入れ可能な40医療機関(病院12・診療所28)を官公庁HPに掲載した。

今後、①医療機関向け多言語コールセンターの設置 ②外国人観光客への旅行保険加入への勧奨が必要と思われる。

〔鹿児島県参考資料〕

○平成29年8月に、会員医療機関に対して実態調査を実施。

(調査結果概要)

- ・県医師会所属の医療機関1,215件を対象に外国人患者受入に対する調査を実施。
- ・回答率は46.5%(病院50.4%、診療所45.6%)
- ・外国人患者を受け入れは、外来では52.4%で受入れ経験がある結果であった。
- ・訪日目的別の受診実績では、在留が最も多かった。
- ・受診者の国・地域では、中国が最も多く、次いでフィリピン、米国、ベトナムの順であった。
- ・十分なコミュニケーションが図れない患者の受け入れ実績は、病院で54.3%が経験あり、有床診療所で60.7%、無床診療所で56.6%であった。
- ・医療費の未収金の有無については、病院1件、診療所7件で未収金有との回答であった。未収額は2千円～約2万円。
- ・外国人患者受入への負担や不安についての質問に対して、「対応に要する時間や労力の増加」、「未収金や訴訟等のリスク」などの意見が多かった。
- ・外国人観光客等受入医療機関が求める制度の質問については、「医療通訳サービス導入支援」「医療を必要とする外国人対応の電話窓口等の整備」など、外国語対応の環境整備の意見が多かった。
- ・次に、事故発生やクレーム対応等、困ったときの専用窓口を求める意見が多かった。

「外国人観光客に対する医療P T」説明資料

外国人観光客患者
受入対応の現状と課題

平成30年3月23日
沖縄県医師会

1/8

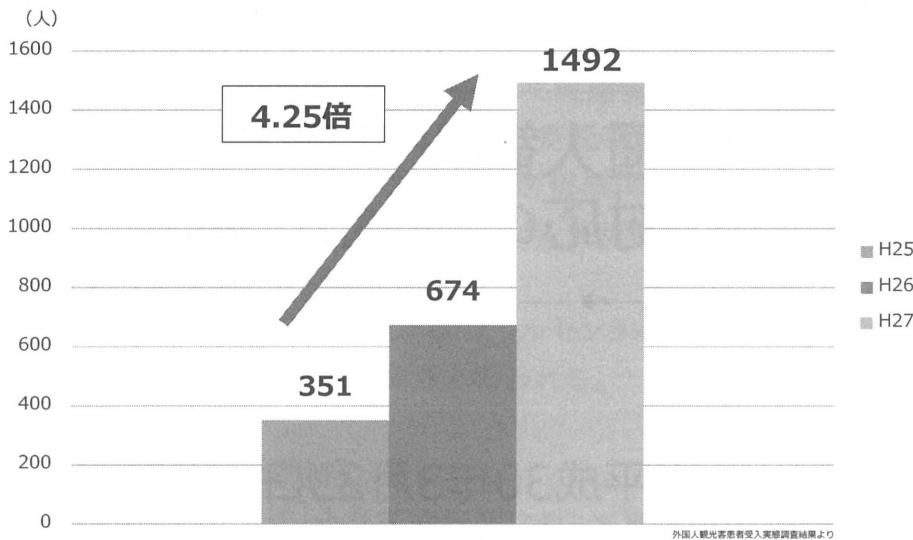
外国人観光客患者受入実態調査結果

- 調査概要：外国人観光客患者の受入体制整備が喫緊の課題となっていることから、救急告示病院における現状や特有の課題等を把握すべく、県内27の医療機関あて実態調査を実施した。
- 調査期間：平成29年2月24日～3月15日（未提出機関への催促につき、3月31日まで延長）
- 回収結果：19施設。回収率は70.3%である。

2/8

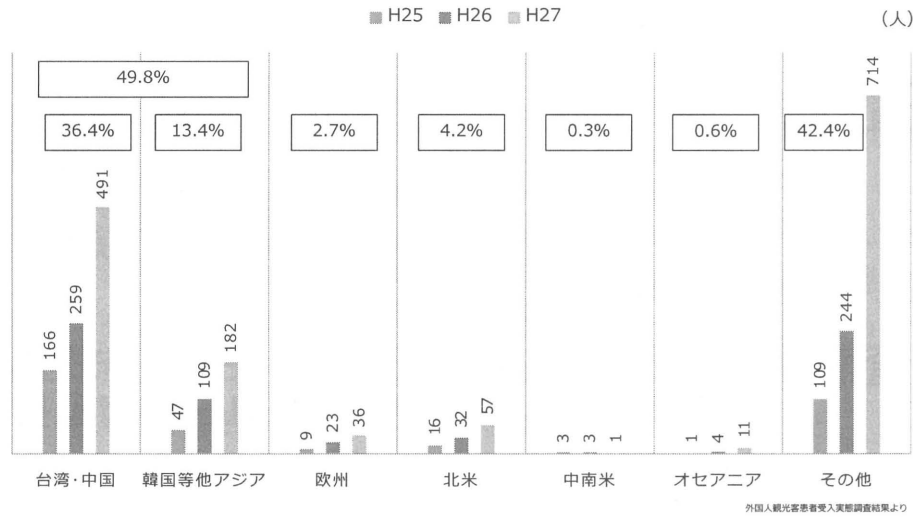
(2)沖縄県回答 資料①

県内19病院で受入れた外国人観光客患者数



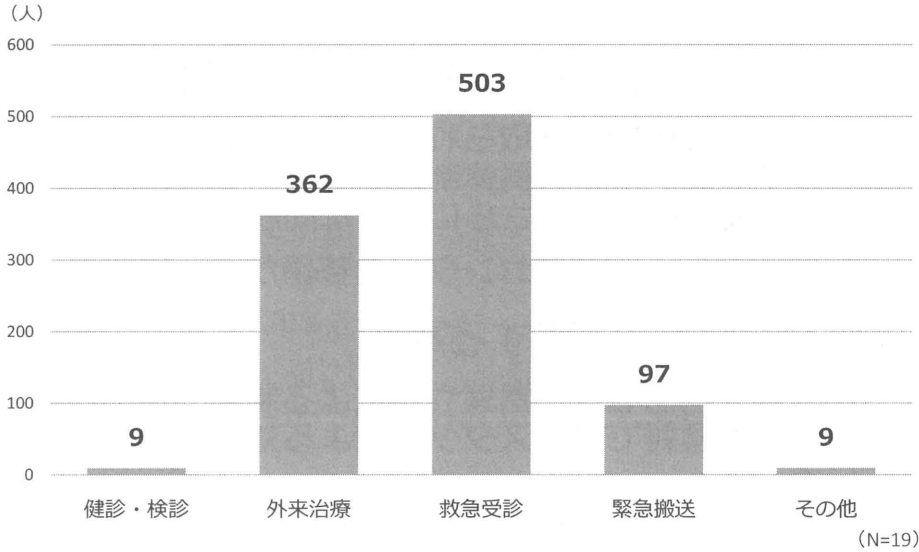
過去3年間の受入数は2年連続で倍増、今後も増加が予想される

県内19病院で受入れた外国人観光客患者数
(圏域別)



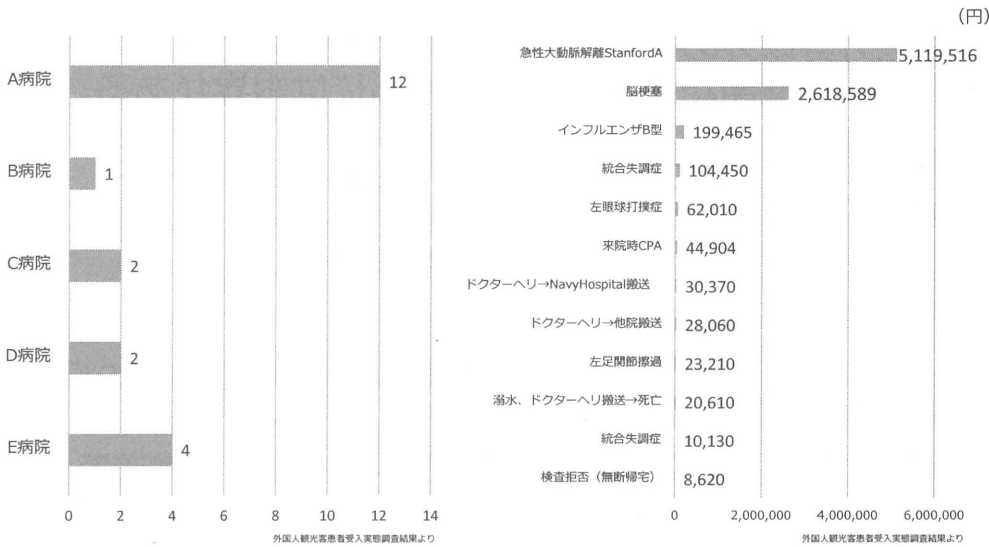
アジア圏が全体の5割を占め、そのうち台湾・中国が7割に上る

平成27年度目的別受診内容



予期せぬ病気やケガで病院を受診している

未収金発生件数及び請求内容



未収金が5施設で21件あり

主な傷病名および請求内容

外国人観光客患者急増に伴う様々な課題

・言葉の問題と診療時間に関する事項

- ✓診察にかなりの時間を取られ、通常診療の大きな妨げになっている。また人員体制の少ない、クリニックレベルでの時間の問題はさらに大きな問題である。
- ✓通訳機器及び通訳派遣センターの整備が必要である。

・公的相談窓口に関する事項

- ✓外国人観光客患者は、言葉や国による制度の違いがあり、調整は複雑で医療スタッフによる対応は難渋を来している。
- ✓様々な問題を抱えた方が受診するため、情報が集積される仕組みや様々な事案に即対処でき、また必要に応じて領事館に繋ぐ「公的相談窓口」の整備が必要である。

7/8

外国人観光客患者急増に伴う様々な問題

医療分野以外の複雑な事例への対応が求められており、個々の医療機関が手探りで対応するには限界がある。

- ✓多言語への対応策
- ✓ビザの延長手続き
- ✓出産した子どものパスポート申請手続き
- ✓未収金回収の問題
- ✓必要に応じて相手国への緊急搬送及び医師・看護師の帯同及び受入病院の手配
- ✓死亡事案によるご遺体の取扱いや火葬手続き、搬送等
- ✓領事館等とのやり取り

様々な手続きや調整が必要となるが、医療機関単独で解決できる問題ではない。

8/8

提 案 事 項

(3) かかりつけ医機能「機能強化加算」80点について（沖縄県）

《 提案要旨 》

今回の診療報酬改定において、かかりつけ医機能を評価する方針が明確に打ち出されました。「機能強化加算」は地域包括診療料・加算などかかりつけ機能に関わる届け出をしている医療機関における初診時の診療機能を評価するために新設されました。

また、一方、地域包括診療料加算1は従来の20点から25点へ5点引き上げられ、「24時間の往診等の体制」の要件については条件が緩和されました。在宅支援診療所以外の診療所は、連携医療機関の協力を得て体制を組むことが認められております。一人開業医にとっては算定のハードルが低くなっているかと思われます。診療所の初診料は282点で据え置きですが、「機能評価加算」80点を加えると合計362点となり30%近くの大幅アップとなります。

貴県での「機能強化加算」の算定届け出の状況は如何でしょうか。また、内科医会として連携医療機関とのマッチング、案内等について検討されていますでしょうか。ご教示ください。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

本県では、8月1日現在、126医療機関が算定届出を行っている。うち、佐賀県内科医会会員医療機関は69医療機関（会員医療機関の24.3%）である。

各 県 からの 回 答

【宮崎県】

「機能強化加算」の位置付けは、厚生労働省の説明では、かかりつけ医機能に係わる診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時に おける診療機能を評価するという観点から、加算を新設するとある。

専門医療機関への受診の要否の判断は昔から日常的に診療所の医師は行ってきた業務である。どうして、かかりつけ医機能に係わる診療報酬を届け出ている医療機関に限定するのかが理解出来ないところである。

平成30年医療保険改訂で

- 1. 地域包括診療加算、地域包括診療料の医師配置基準の変更
- 2. 小児かかりつけ診療料の見直し
- 3. 在宅医療の提供及び24時間対応の施設基準の変更

で要件緩和傾向に変わったものの、宮崎県の一般の外来診療所は一人体制で高齢化率も高く、そう簡単に、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院で在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の施設基準を取る事は出来ない。また、施設基準を取ると、研修や書類作成が増え、時間的人的資源も含めて維持が困難で、まだまだハードルが高い。

一方、すでに地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院で在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の施設基準を取っているところは、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っていることを院内掲示していれば、機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類を出すだけで取れると言うことで、申請は簡単だが、九州医事研究会ニュースの5月7日の速報によると、九州厚生局管轄医療機関のかかりつけ医機能「機能強化加算」算定施設数 福岡県 611施設、佐賀県 114施設、長崎県 208施設、熊本県 218施設、大分県 159施設、宮崎県 106施設、鹿児島県 240施設、沖縄県 55施設である。

宮崎県で例えば、8月6日現在で在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している医療機関は142施設なので、まだまだ、「機能強化加算」の算定届け出をされていない施設も多い。宮崎県内科医会だけでなく、宮崎県小児科医会、宮崎県在宅医療連絡協議会を通じて、周知案内の必要があると考える。また、宮崎市郡医師会は宮崎市郡在宅医会（宮崎在宅ドクターネット）を立ち上げ、在宅医療に関する連携機関の病診連携を進めている。

【沖縄県】

提案県

各 県 からの 回 答

【大分県】

当県の算定状況については調査中で、当日までに回答します。
機能強化加算、地域包括診療料加算等についても施設基準など会員へ内容を理解していただく必要があり研修会を行う予定で準備しています。

【長崎県】

当県の「機能強化加算」の算定届出の状況は以下表のようになっています。
平成 30 年「機能強化加算」の算定届出状況

保険医療機関の数 (診療所または 200 床未満の病院)		診療所	病 院	合 計
		1163件	106件	1269件
届 出 数	269件	(算定要件を満たしているのに届出をしていない) 0.747222 74.70%		
未届出数	91件			
合 計	360件			

算定可能な全医療機関1269件のうち、届出数は269件であり74.7%の医療機関が届出を行っていました。
算定要件を満たしているのに機能強化加算の届出を出していない医療機関が91件(25.3%)ありました。届け出が遅れているだけなのかもしれませんが、届出を出していない理由を調べる事は出来ていません。
また、貴県が述べているように在宅支援診療所以外の診療所は、連携医療機関の協力を得て体制を組むことが認められていますが、特にそのような希望や要請などがありませんでしたので、現状では内科医会として連携医療機関のマッチングや案内などは検討していませんでした。
マッチングや案内など、どのようにすれば上手くいくのか、またその問題点などありましたらお教え願いたい。

【熊本県】

機能強化加算は在宅医療を促進し、かかりつけ医の機能を評価するために新設された。ハードルが高いのか現時点では、本県の届け出数は 256/1381 (約18.5%)医療機関である。さらなる条件整備が望まれる。

【福岡県】

機能強化加算の算定届け出の状況は、県内の診療所が4500件で、6月末時点で、706医療機関(約15%)が届出されているとのことです。このように非常に少ないのが福岡県の状況です。できる限り算定して頂けるように周知するのが県内科医会の義務と考えています。連携医療機関とのマッチング、案内等については、県内科医会が把握している現状でおそらくやられていないと思われます。郡市医師会レベルではやられているのかもしれませんが、不明です。

【鹿児島県】

鹿児島県届出状況 (平成30年8月1日現在)
地域包括診療料 9、加算 158、機能強化加算 270
算定要件・手続き等、会員への案内について今後推進していきたい。

提 案 事 項

(4) 機能強化加算について (熊本県)

《 提案要旨 》

2018年の診療報酬改定において、機能強化加算が新設された。これは、かかりつけ医機能を評価するということで新設されている。また一方、既存の地域包括診療料・加算は算定要件の見直しが行われている。しかしながら、どちらも算定する為のハードルは高く、全部の医療機関で算定されているわけではない。各県での算定の状況はどうでしょうか？

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】	提案事項(3)で回答。
【宮崎県】	※(3)の回答に同じ
【沖縄県】	<p>沖縄県での算定医療機関は下記の通りです。</p> <p>(2018年7月28日現在)</p> <p>機能強化加算.....64件</p> <p>地域包括診療加算1..0件</p> <p>地域包括診療加算2..8件</p> <p>地域包括診療料1.....0件</p> <p>地域包括診療料2.....1件</p> <p>この数字より沖縄県における「機能強化加算」の算定医療機関は、小児かかりつけ医診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時医学総合管理料のいずれかを算定している医療機関であり一般内科医の算定は少ないと思われます。</p> <p>今回の改定で地域包括診療加算1の「24時間往診体制の確保」の要件で、在宅支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含むと若干緩和されております。かかりつけ医と基幹病院との連携確立で算定医療機関が増加しうる可能性もあり、内科医会または医師会での「マッチング」も必要かと考えます。</p>
【大分県】	算定状況を調査の上、当日回答させていただきます。
【長崎県】	(3)の回答の通り
【熊本県】	提案県 なお、日医のかかりつけ医制度における認定数は本件では21/3094人(約0.7%)である。

各 県 か ら の 回 答

【福岡県】

福岡県では7月現在約750施設(10数%)が算定している。確かに算定要件はまだまだ厳しいが、会員へは算定するように広報している。地域包括診療料。地域包括診療加算の算定要件はかなり緩和されて、常勤医2名から常勤医換算2名となった。すなわち非常勤医が週1回でも勤務していたら算定可能と判断されるので、是非算定されるように広報していただきたい。

【鹿児島県】

(3)の回答の通り

(5) 他団体との共同研修について（大分県）

《 提案要旨 》

現在一般内科臨床ではAMRやポリファーマシーなど薬剤関連のテーマが問題となっている。また多くの診療現場で院外調剤が行われるようになり地域での薬剤師との連携も必要になってきていると考える。医会として薬剤師会と合同講演会など計画しているが同様の取り組み(他団体との合同研修)を行われたり、計画されているところがあればご教示いただきたい。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

他団体との連携は必要であると考えているが、現在、開催の検討は行っていない状況である。

【宮崎県】

宮崎県薬剤師会事務局へ問い合わせたところ、現状では医師会側と協議はしていますが実施に至っていないようで、今後の予定も含めて具体策はないとの回答です。病院薬剤師会も同様、研修会や、今後の予定も含めて具体策はないようです。

厚生科学審議会(厚科審)・医薬品医療機器制度部会において、医薬品医療機器等法(薬機法)の改正に向けて検討されており、「薬局・薬剤師のあり方」や「医薬品の安全な入手」について、「地域における医薬品提供体制を確保するための薬局の体制整備」および「薬局の組織ガバナンスの確保」が求められている。地域に戻る患者は薬局・薬剤師に対応していただきたいと賛同も多く、地域で必要な医薬品が安全に提供される体制を確保するため、抗癌剤など特殊な調剤や退院時支援、在宅医療に対応する高度薬学的管理機能を備えた薬局に位置づけを検討してはどうか。

病院薬剤師が主にチーム医療の中で高度薬学的管理機能を担っているが、退院して地域に戻る患者もいる。その際に病院と薬局の薬剤師は連携し、患者のQOL向上に向けて取り組み、薬局にも同様の機能を備えておく必要がある。そのために今後、医師会と薬剤師会の連携が求められると思う。

【沖縄県】

内科医会として薬剤師会と合同講演会として実施はしていません。
地域ごとで基幹病院もしくは開業している特定分野の専門医の先生を中心に、主に調剤薬局薬剤師を集めて勉強会をすることはあり、その際に地区薬剤師会が関わることはあります。

【大分県】

提案県

各 県 からの 回 答

【長崎県】	長崎県では医師、歯科医師、薬剤師による意見交換会を年1回長崎県三師会協議会として開催している。また、不定期であるが県医師会と長崎県(福祉保健部、福祉保健部こども政策局など)との協議会も開催している。
【熊本県】	本県内科医会では特に連携を意識した講演会や、研修会は実施していないが、各郡市医師会で独自に取り組んでいるところがあるようである。
【福岡県】	本県では泌尿器科医会と合同で講演会形式の研修を行っています。他の専門医会との共同研修も、日常診療においても、他科との顔の見える連携においても意義が高いと思いますが、現在のところマンパワーなどの問題で実施できていないのが現状です。
【鹿児島県】	<p>内科医会では、他団体との共同研修などは実施していないが、医師会では、以下のような取り組みがある。</p> <p>県医師会：三師会(医師会・歯科医師会・薬剤師会)役員懇談会を毎年開催し、団体間での意見交換を実施。また、三師会等の関係団体が主催する研修への講師派遣や広報の協力を行っている。</p> <p>郡市医師会：三師会での意見交換、研修等開催している地域がある。一例として、始良地区医師会では、昨年保健所と三師会の共催で鹿児島大学の微生物学分野の教授を招きAMRの講演会を開催した。また毎年、在宅医療福祉研修会・交流会を開催するとともに、行政と三師会による定期的な協議と年2回の研修会を開催している。</p>

(6) ベンゾジアゼピン系薬剤について2018年4月1日以降の処方を対象として、1年以上連続して同一の成分を1日あたり同一用量で処方した場合、処方料、処方箋料に減算規定が設けられました。

各県の対応は如何でしょうか？（長崎県）

《 提案要旨 》

ベンゾジアゼピン系薬剤の長期処方の減算規定が定められました。不安や不眠の治療で欠かせない薬剤です。同一処方では症状安定している場合や、患者自身が精神科の受診を希望しない場合、訪問診療している身体的・精神的障害を持つ通院困難な高齢者、離島や山岳部などの地理的状态で通院困難な患者に対してどのように処方されていますか。適切な研修を受けた医師が処方した場合は、減算の対象外とみなされます。研修の規定では、医師会の生涯教育制度における研修を2単位習得することとなっていますが、各県の対応は如何でしょうか？研修は届出義務がなく、レセプト上での確認手段もなく、精神科医の助言を受けていてもレセプト上は確認できないため、各県での査定の対応は如何されているのでしょうか？

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

研修には届出義務がないことから、自己申告で記載いただく他ないと考えられる。求められた際に研修修了の旨証明できるよう、各人で管理する必要があると思われる。

【宮崎県】

不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12か月以上連続して同一の用法・用量で処方されている場合、処方料42点→29点、処方箋料68点→40点の減算となります。例外事項として、①十分な経験を有する医師が行う場合、②精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合、とあります。H30年3月30日分の厚生労働省保険局医療課によりますと、②については、「精神科医の助言」とは、精神科のみを担当する医師又は精神科と心療内科の両方を担当する医師による助言と書かれており、個別に助言が必要なのか、文書による助言が必要なのか等の詳細な説明は現時点では全く明らかにされていません。①については、「不安又は不眠に係る適切な研修」を修了した医師とあり、これは現時点では日本医師会生涯教育制度におけるe-ラーニングの「不眠」「不安」の研修を2単位以上取得すればよい事となっております。これは自宅のパソコンで約1時間程度のビデオ講座とその後の簡単な問題を解答することにより、誰でも容易に2単位取得可能となっており、点数が日本医師会ホームページにそのまま記録されます。

また、宮崎市郡医師会会員からは上記2項目を含む研修会の要望もあり、今後は宮崎県医師会代議員会において当該研修会の開催を検討し、県医師会会員全員が速やかに修得出来る方向を目指しております。その後の研修修了の確認等については厚生省からの通知を待ちたいと思います。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】	<p>提案要旨に記載されておりますが、沖縄県も高齢者・離島等精神科受診の困難な患者様が多く各医療機関で対応に苦慮している状況です。</p> <p>クリニックや病院（一般内科）の一部の医療機関ではベルソムラ（MSD）、ロゼレム（タケダ）等ベンゾ系ではない薬剤にて対応し始めている医療機関が散見されています。要旨に示されておりますが研修は届け出義務がなく、レセプト上の確認手段も無く、事例もないため現在のところ国保・社保ともに具体的な対応案は示されていません。</p>
【大分県】	<p>地域の医師会などで日医生涯教育のカリキュラムコードを調整するなどして対応しているところもあるようです。地方在住の医師にとっては日医のe-learningによる方法が利便性が高いと思われますので周知していきたいと思っています。</p>
【長崎県】	<p>提案県</p>
【熊本県】	<p>日医や各種団体で実施している講演会で研修を受けたり、日医のe-ラーニングでも資格を得ることが出来るので、ぜひ是非活用していただきたいと考える。本県では近じか県医師会で研修会を施行する予定である。精神科医の助言に関する項目はまだ検討されていない。</p>
【福岡県】	<p>直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている場合、または精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であれば減算規定に該当しないとのことなので、同処方を行う場合には、患者さんを精神科医へ受診させるか、医師が研修を受ける必要があると思います。</p> <p>「適切な研修」とは、日本医師会の生涯教育制度における研修でカリキュラムコード69「不安」または20「不眠」を満たす研修（日医e-ラーニングを含む）を2単位以上受講したこととなるそうなので、必要に応じて受講をするよう啓発したいと考えております。</p>
【鹿児島県】	<p>鹿児島県では、まだ積極的な対応は取っていません。審査の経過を注目していつ必要であれば医師会のe-ラーニングを受講していつ受けたと表記する位しかないと考えています。</p>

(7) 病院スタッフの確保について (福岡県)

《 提案要旨 》

医療機関では診療所、病院を問わず、スタッフの確保が年々難しくなっています。医師会がドクターバンクを、看護協会がナースバンクを運営したりしていますが、少なくとも当県では十分に機能しているとはいえない状況です。とくに看護師は専門の斡旋会社が仲介するケースが増えていますが、中には悪質な業者がいるとも仄聞します。介護職員の離職率が高いことは従来より指摘されていましたが、最近は事務職員の補充もままならなくなっているようです。貴県における医療スタッフ雇用の実情と内科医会としての取り組みがあればご教示ください。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

病院スタッフの確保については、平成27年に内科医会員にアンケート調査を行っており、132名より回答を得た。4割の医療機関が、看護スタッフが不足気味・不足と回答した。求人の手段としては、「ハローワーク」が47.2%、「職員等による口コミ」が22.4%、「看護協会ナースバンク」が7.2%、「インターネットの斡旋サイト」が4%等であった。

【宮崎県】

・医療スタッフの雇用状況
医療スタッフ、特に看護師については病院で不足しています。
当県でも多くの看護師を養成していますが、医師会立看護専門学校の卒業生は約8割が県内に残り、それ以外の施設では約半数が県外に流出していくのが現状です。各施設とも妊娠・出産などで離職者が多く、それを見込んでの採用に苦労しているようです。
また、診療所ではハローワークに募集をかけるところがほとんどですが、景気の回復のためか売り手市場となって応募が少ない状況です。事務職については看護職ほど異動が多くないのであまり困っていません。

・内科医会としての取り組み
内科医会としては特に取り組みは行っておりません。
県医師会は主にドクターバンクを運営しており、医師の紹介業務を行っています。また日本医師会認定医療秘書養成を県内3教育機関に委託しており、医療事務職員の採用に関してはそれら教育機関からの採用を勧めています。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】	貴見の通り、看護師のみならず、医療事務も募集しても以前のように応募が来なくなっているのが現状です。内科医会としては特に取り組んでおりません。看護学校を卒業すると大多数はキャリア形成のために総合病院に勤務します。女性看護師の場合、妊娠出産を契機に3交代制の勤務が難しくなることがあります。そのような際に家庭と両立しながら地域診療所、中規模病院、介護系看護職にやりがいをもって働く場があることをアピールしていくことは重要かと思います。また、新臨床研修医制度なり医学生が地域医療実習で診療所に来るようになったように、看護学生も地域医療実習が必須化されるように厚労省に要望してみてもいいと考えます。
【大分県】	当県では看護協会がナースセンター事業としてハローワークとも連携を取り看護職員の求職支援や離職情報の登録など行っております。地域差はありますが民間の斡旋業者を利用する看護職も多いようです。看護協会としては協会の事業であるe-ナースセンターの利用を進めていますが、ネットで検索するとどうしても民間業者が目立つようになっているとのことです。
【長崎県】	全国的な有効求人倍率の上昇に伴い、当県でも看護師、受付事務員共にその確保が困難になって来ています。看護師を斡旋する専門の業者が仲介するケースでは、就職しても2～3ヶ月で辞めてしまう例があるとの報告があります。
【熊本県】	医療スタッフの確保には各医療機関が苦心している状況で、特に有床診療所での確保は厳しく、年々病床数が減少している現状である。一部女医バンクがあり活動しているみたいだが、限られた地区、範囲での活動しか聞いていない。看護師や、介護士の確保はいまだに困難である。本県では、特に熊本地震後はその傾向が強まっている。準看の看護学校入学希望者や学校自体も減少傾向にあり、今後、スタッフの確保がますます困難を極めると考えられる。国や日医にも改善の助力をお願いしたいところである。
【福岡県】	提案県
【鹿児島県】	内科医会としての取組はしていない。当県でも看護師の確保に難渋している。特に、有床診療所では当直看護師が不足しており、また訪問看護ステーションも24時間対応に従事できる看護師が不足し閉鎖するステーションが出ている。更に、医療スタッフのみならず介護スタッフ確保にあたり民間の職業斡旋業者を紹介すると高額な手数料が発生し医療経営を圧迫している。

(8) 新たな加算の要望について (鹿児島県)

《 提案要旨 》

- ① 妊婦加算が産婦人科以外の診療科でも算定できるようになっていますが、授乳中の患者さんに対しても、処方が必要な場合、妊婦と同様の配慮が必要であり、「授乳婦人加算(仮称)」みたいな加算の新設を要望したい。
- ② 外来患者さんの高齢化に伴い、玄関から受付→待合室→診察室や検査室への案内・誘導には人手と時間を要し、一人で受診された外来患者さんの介助を医療機関の職員が行った場合、現状は個々の医療機関のサービスとして行っている。現行医療保険での手当となるものではなく、介護度に応じた加算的な仕組み「外来受診支援加算(仮称)」の新設が必要ではないか。コメディカルの待遇改善のためにもこうしたサービスに対する保険診療での手当について、九内協での議論を求めたい。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

貴見の通り。

【宮崎県】

- ① 妊婦加算と比べ、授乳の終了時期の把握が難しく、授乳中の患者に対する加算については、難しいと考える。
- ② 案内、誘導がサービスとなるのか疑問であり、各医療機関のサービスのままで良いと考える。高齢者がますます増加していく中、より医療費を増加させる必要は無いのではないのでしょうか。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】	<p>①かかりつけ医としては、妊婦加算がなくても妊婦を一般診療において診察するのは当然ではあるが、妊婦の場合、どのような薬剤を使用するか、安全性、副作用についても確認、説明が必要で時間が多くかかる。そのような中、妊婦の外来診療について、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点から、初診料等において、妊婦に対して診療を行った場合に算定する妊婦加算を新設した経緯がある。よって、同様な理由から授乳中の患者が産科以外の原因で体調を崩した際、安心してかかりつけ医を受診できるよう「授乳婦人加算(仮称)」の新設に関しては、当県も賛成である。ただし、加算を増やすには、医師側も適切に診療ができるように注意事項等に関する講習会を受けた医師に限定する等の制限をもうけること(一定の診療のクオリティ担保するシステム)も必要ではないかと考える。</p> <p>②「外来受診支援加算(仮称)」について、素晴らしい提案と思う。</p> <p>高齢者人口が増え、1人で来院して介助を必要とする高齢者が増えている。ご提案のとおり、個々の状況に応じて、診察までの支援、行政手続きの支援、患者と家族間の調整等、現在の診療報酬で算定されない支援を行っているのが現状である。今後、地域包括支援システムの中で、そのような状況が増えてくるのも予想される。コメディカルの処遇改善の為に、是非、学会を通じて提案して欲しい。その際、どこまでが無料のサービスで、どこからが加算の対象になるか、具体的な支援項目を予め明示が必要と考える。</p>
【大分県】	<p>他県のご意見をお聞きしたいです。</p>
【長崎県】	<p>①賛同します。</p> <p>②通院に介助が必要な方は、ご家族が介助する以外は介護保険からの通院支援やヘルパー支援を利用して受診されている。</p>
【熊本県】	<p>貴県の提案どおりであるが、財源を伴うサービスに関する新設診療報酬にはさまざまな障害があると思われるので、各種協議会で協議して結論をまとめ、内保連、日医を通じて、中医協の議論にあげてもらいたい。</p>
【福岡県】	<p>①は貴県のお考え通りであり、授乳中の女性を診察した場合には妊婦さんと同様な加算を要望したい。</p> <p>②お考えには納得するが、保険診療上手当てするのは困難と思われる。</p>
【鹿児島県】	<p>提案県</p>

平成30年度
第35回
九州各県内科審査委員懇話会

日 時：平成30年10月20日(土)午後4時～6時
場 所：城山ホテル鹿児島 4階「カトレア」

第35回九州各県内科審査委員懇話会

日時：平成30年10月20日（土） 午後4時～6時

場所：城山ホテル鹿児島

（鹿児島市新照院町41番1号 099-224-2211）

◇提案事項

- (1) 上部又は下部内視鏡検査時の鎮静剤投与について (佐 賀 県)
- (2) 特定薬剤治療管理料及び悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定日について (佐 賀 県)
- (3) 遊離カルニチン及び総カルニチン測定の適応病名について、『イ』及び『ウ』に記載されている疾患以外は認められないのでしょうか (佐 賀 県)
- (4) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランへの対応 (宮 崎 県)
- (5) 外来診療での抗菌薬(注射薬)の「単回投与」に対する審査方針を伺いたい。
現在の取扱い、および将来的な方向性についてお伺いしたい。 (宮 崎 県)
- (6) 緩徐進行型1型糖尿病に対するDPP4阻害剤の適応について (沖 縄 県)
- (7) 外来でのPCT(プロカルシトニン)と血液培養について。 (沖 縄 県)
- (8) プレガバリン(リリカ)の適応について (大 分 県)
- (9) 原審査および再審査における審査結果理由の連絡欄の記載について (大 分 県)
- (10) 甲状腺ホルモン関連検査(FT3,FT4,TSH)の測定頻度について (長 崎 県)
- (11) 大腸内視鏡検査の観察範囲について (長 崎 県)
- (12) DPCの入院料に於ける救命救急入院料、特定集中治療室管理料の
取り扱いについて (熊 本 県)
- (13) 消化管内視鏡検査における静脈麻酔薬の使用について (熊 本 県)
- (14) サムスカについて当県では以下のような取り決め事項を結構厳密に
対応していますが貴県ではいかがですか？ (福 岡 県)
- (15) 漢方エキス製剤の上限規制についてお伺いします。 (福 岡 県)
- (16) 配置医師でない保険医による定期的な往診について (鹿 児 島 県)
- (17) 「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」の病名でのHbA1c測定について (鹿 児 島 県)

提 案 事 項 及 び
各 県 か ら の 回 答

(1) 上部又は下部内視鏡検査時の鎮静剤投与について (佐賀県)

《 提 案 要 旨 》

内視鏡検査に関する事務連絡では、「鎮静下を実施する際のモニターとして、心電図、呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定は要件を満たせばそれぞれの所定点数を算定できる」とありますが、モニターに係る検査をしなければ内視鏡検査をしてはならないとの記載はありません。

以上を踏まえて以下の①及び②についてお尋ねします。

- ①鎮静下で内視鏡検査を施行する場合は、モニターなどで患者の全身状態を把握する必要があると思いますが、モニターに該当する検査をしなくても、上記の通りに鎮静下に内視鏡検査を実施してもよいこととなりますが、それでよろしいでしょうか。
- ②鎮静剤の範囲をご教授ください。催眠・鎮静剤・抗不安薬に分類される注射薬は全て対象薬と考えてよろしいでしょうか。特に全身麻酔の導入剤であるミダゾラムはいかがでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

提案県

【宮崎県】

①本県社保において、鎮静剤使用時にモニター使用をした際でも内視鏡検査時のモニター使用の算定は原則認めておりません。(特別、不安定狭心症やCOPDなどの呼吸障害などが基礎疾患としてあり、監視下が不可欠な際は、そのための詳記など記載してもらい、特殊な例の時のみとしております)

②前処置としての鎮静剤の範囲はサイレースなどの催眠薬、セルシンなどの抗不安薬・鎮静剤やオピスタンなどの麻薬系(下部)などは上部・下部での検査のみの場合は1剤まで、手術の場合は2剤までと分けて認めている。ただし、ミタゾラムは麻酔医などのいるような緊急時に対応の出来る施設のみ使用可となっており、それに準じて現時点では一般的に認めていません。ファーストチョイスで使う薬剤ではないと考えております。

【沖縄県】

①モニターに関して

モニターに関しては当県では査定の対象となっている。ただし、状態の悪い患者、肺気腫の重症例、小児の場合などはコメントを見つつ判断している。通常はレセプトに上がることがないため、各医療機関は算定していないものと考えている。

②鎮静剤の投与に関して

同じベンゾジアゼピン系であれば認めている。

各 県 からの 回 答

【大分県】

- ①モニター等で患者の全身状態を行うこととあり、モニターの算定の有無により内視鏡検査の算定の可否はしていない。
- ②催眠・鎮静剤・抗不安薬は対象としている。
ミダゾラムも対象としている。

【長崎県】

- ①モニターなしでの鎮静下内視鏡検査を認めています。
 - ②以下の薬剤のいずれか1錠のみを認めています。併用は認めていません。
また、拮抗剤も認めています。
 - ・オピスタン(塩酸ペチジン)
 - ・ペンタジン(ペンタゾシン)
 - ・セルシン(ジアゼパム)
 - ・ドルミカム(ミダゾラム)
 - ・サイレース(ロヒプノール等フルニトラゼパム)
 - ・プレセデックス
- なお、プロポフォールについては、全身麻酔または静脈麻酔を実施する場合のみ認めています。

【熊本県】

- ①モニターに関わる検査を内視鏡検査の鎮静剤投与の算定要件にはしていない。
- ②認めている鎮静剤はすべてではなく、上部消化管検査では、ベンゾジアゼピン系麻酔薬、ミダゾラム(ドルミカム)、ジアゼパム、(ホリゾン、セルシン)のいずれか一つ、下部消化管検査においては、ジアゼパム、ミダゾラム、に加えてオピオイド系鎮痛剤、ペチジン(オピスタン)のいずれか1剤の使用を認めている。
しかし、検査が長時間になる場合はベンゾジアゼピン系とオピオイドの併用を認めている。
静脈麻酔薬、プロポフォールの使用は認めていない。
* 参考：内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン
(日本消化器内視鏡学会。日本麻酔科学学会、2013年)

【福岡県】

- ①内視鏡検査では、鎮静剤の使用の有無を問わずモニター実施は認めています。
- ②国保では、現在ホリゾンは認めています。が、社保はミダゾラムは認めているので、国保もミダゾラムは認めても良いのではと考えています。
但し、高齢者への使用については個々の症例で勘案する必要があるでしょう。

【鹿児島県】

【国 保】

①鎮静・鎮痛目的の使用の有無にかかわらず

- 1) 心電図 病名より、心電図検査が必要と判断される場合は認める。
- 2) 呼吸心拍監視 重篤な心機能障害を有する患者またはその恐れのある患者に対して、常時監視を行なっている場合は認める。
- 3) 経皮的動脈血酸素飽和度測定

ア)呼吸不全もしくは循環不全または術後の患者であって、酸素吸入もしくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの

イ)静脈麻酔、硬膜外麻酔または脊椎麻酔を実施中の患者に行なった場合
なお 鹿児島県国保審査会では、医療機関に以下の文書を送付している。

消化管内視鏡検査時の鎮静剤については、患者の苦痛の軽減を目的とした使用を認めているところですが、鎮静剤の中には半減期の長短で麻酔の影響が長時間残り、特に外来患者の場合は拮抗剤の使用による危険性も高いことから、鎮静剤及び拮抗剤の取扱いについて下記のとおりとしますので、よろしくお願い致します。

記

- ・フルニトラゼパム（ロヒプノール、サイレース等）の外来患者に対する使用は、必要最小限に止めるべきであり、原則認められません。
- ・上部消化管に対するオピスタン注は原則認められません。
- ・拮抗剤（フルマゼニル、ナロキソン塩酸塩等）は、鎮静剤として認められる薬剤に対して自然覚醒が得られなかった場合に限りご使用ください。単なる薬効の解除のためにルーチンとして使用することは原則認められません。

* 委員の意見

ベンゾジアゼピン

セルシン、ホリゾン半減期が長い、従来、中心的に使用され、副作用も少ないことより認めている。超短時間型のミタゾラムも認めている。

フルニトラゼパムは、半減期が長いので、特別なことがない限り認めない。
(使用する場合は詳記がいる)

❖ 静脈麻酔薬としてのプロポフォール

薬剤的には内視鏡検査の鎮静薬としたら、2013年の内視鏡検査における鎮静に関するガイドラインにもあるように、ベンゾジアゼピン系+鎮痛剤よりも、副作用、効果とも良好とすることがあり、使用は認めてよいと考える。

❖ アネキセート使用時には詳記が必要。

【鹿児島県】

【社 保】

①鎮静剤使用時は酸素飽和度等、モニターすべきであり、殆どの医療機関はそうしていると思われる。「モニターしなくても、鎮静下に内視鏡検査を実施してよいか」との質問であるが、それは主治医の判断になるので、保険診療として内視鏡検査をしてはいけないということではないと思う。

鹿児島県の現状は、前述の通り、殆どの医療機関はモニターをしているはずであるが、大半は保険請求されていない。請求されても「低酸素血症疑い」の病名や詳記等がない場合は査定になっている。

（医学的には安全性の面から、鎮静剤使用時はモニターすべきであり、病名や詳記がなくても認めるべきであり、個人的には矛盾を感じるが・・・）

②現在、内視鏡検査時の鎮静における保険適応を取得している薬剤はなく、各県で取り扱いに差異があるようである。

鹿児島県ではベンゾジアゼピン系[ジアゼパム（セルシン、ホリゾン）ミタゾラム（ドルミカム）、フルニトラゼパム（サイレース）]については、特に詳記がなくても認めている。

(1)佐賀県 九内懇参考資料

提案事項 (1)

日本消化器内視鏡学会雑誌

内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン

小原勝敏¹⁾ 春間 賢¹⁾ 入澤篤志¹⁾ 貝瀬 満¹⁾ 後藤田卓志¹⁾
杉山政則¹⁾ 田辺 聡¹⁾ 堀内 朗¹⁾ 藤田直孝¹⁾ 尾崎 眞²⁾
吉田雅博¹⁾ 松井敏幸¹⁾ 一瀬雅夫¹⁾ 上西紀夫¹⁾

1) 日本消化器内視鏡学会, 2) 日本麻酔科学会

6. 鎮静および鎮静レベルの定義

1) 鎮静の定義

鎮静 (sedation) とは、投薬により意識レベルの低下を惹起することである。一方、鎮痛 (analgesia) は意識レベルの低下をきたさずに痛みを軽減することであり、鎮痛と鎮静は明確に区別されている。なお、オピオイド系鎮痛薬は鎮痛とともに軽い鎮静効果を発揮するので、今回のガイドラインでの鎮静にはオピオイド系鎮痛薬も含めて検討する。

2) 鎮静レベルの定義

本邦で独自に制定した鎮静レベルの定義がないため、米国麻酔学会の鎮静・麻酔レベルとその定義を採用する (Table 3)⁷⁾

Table 3 米国麻酔学会 鎮静・麻酔の分類

軽度鎮静=不安除去 minimal sedation		中等度鎮静/鎮痛 = <u>意識下鎮静</u> moderate sedation/analgesia; conscious sedation	深い鎮静/鎮痛 deep sedation/analgesia	全身麻酔 general anesthesia
反応	問いかけに正常に反応	問いかけまたは触覚刺激に対して意図して反応できる	繰り返しまたは痛みを伴う刺激に反応できる	疼痛刺激にも反応しない
気道	影響なく正常	処置を必要としない	気道確保の処置が必要になることがある	気道確保が必要
自発呼吸	影響なく正常	適切に維持	障害される	消失する
心血管機能	影響なく正常	通常維持されている	通常維持されている	障害されうる

*内視鏡検査および治療の目的で行われる鎮静は主に中等度鎮静/鎮痛 (意識下鎮静) moderate sedation (conscious sedation) である。

■ CQ 6：意識下鎮静は内視鏡診療において至適鎮静レベルか？

ステートメント 6

通常内視鏡検査における妥当な鎮静レベルは中等度鎮静 (意識下鎮静), すなわち『問いかけまたは触覚刺激に対して意図して反応でき、呼吸循環機能と気道防御反射は維持されている状態』である。

Delphi 法による評価；中央値：9, 最低値：7, 最高値：9
Evidence level I, 推奨度 A

- ・ 検索方法：1983 年～2011 年
- ・ 言語：英語
- ・ キーワード：
 - Endoscopy, Colonoscopy, EGD
 - sedation, anesthesia, analgesia
 - randomized, controlled, meta-analysis
- ・ 検索件数：45 件 (英文)

(2) 特定薬剤治療管理料及び悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定日について （佐賀県）

《 提案要旨 》

特定薬剤治療管理料及び悪性物質特異物質治療管理料は、前者は「投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する」とあり、後者は「腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に算定できるものであり、採血実施日に算定している例が認められたため改めること」と注意されます。

そこでお尋ね(提案)します。

- ①薬剤血中濃度又は腫瘍マーカーの採血日には上記治療管理料を算定できないのであれば、この日の採血料は算定できないことになるのでしょうか。
- ②患者さんが、採血日以降に入院されたりあるいは亡くなれたりして結果を聞きに来られなかった場合は、薬剤血中濃度又は腫瘍マーカーの費用は病院が負担することになるのでしょうか。
- ③入院や移転された後に(たとえば1年後)全く別疾患で(たとえば上気道炎など)受診された場合、その日に1年前の検査結果を説明して治療管理料を請求しても果たして患者さんは納得されるのでしょうか。
- ④両検査はいずれも管理料であり、指導管理ではないので、継続して管理していることが分かればいいのではないのでしょうか。
- ⑤大部分の定期薬処方が30日分となった現在、ほとんどの患者さんの最新日は1ヶ月後になります。自院に検査室を持たない一般の無床診療所においては、患者さんへの検査結果の説明は当日の結果ではなく1ヶ月前のデータになるのが一般的です。主治医は採血数日後には結果が分かりますので、異常があれば患者さんに連絡して至急受診していただいて説明しています。したがって、診療録には前回の検査結果に基づいて計画的な治療管理を継続して行っても急変でない限り特に支障はないので、「採血日に当該治療管理料の算定ができるように算定要件の変更」をお願いしたい。

実際に患者さんに伺っても、採血された当日の支払いには抵抗はないが、当日は治療管理料以外の同時に施行した生化学検査等の検査代を支払い、次回受診日には説明を受けただけで採血もしていないのに前回の治療管理料を請求されると、二度払い(過重請求)の感が残り、医療機関に対して不信感を持つようになるといわれています。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

提案県

【宮崎県】

宮崎県では採血を行った当日の算定を認めています。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】	<p>①当日の採血料は請求せず、特定薬剤治療管理料及び悪性物質特異物質治療管理料のみの請求を認めています。</p> <p>②③上記①での請求のため、問題は生じていません。</p> <p>④⑤継続して薬物血中濃度などの検査でのフォローを基本としています。</p>
【大分県】	<p>本件は現時点で審査の段階で問題になったことはなく、当県では個別指導や病院共同指導の際の指摘事項であった。</p> <p>最近では本件に限らず規定の文面を厳格に適応して、検査や報告書の日付と指示日や指導日のわずかなずれを指摘して不適切であるとの指導を受ける事があり、現場では貴県の指摘のように現場の診療実態に合わず、当惑を禁じ得ないという事案が増えている。</p> <p>本件に関しては規定を厳格に適応すれば不適切となるが、貴県の指摘のように現実に即した対応が望まれる。日医からの申し入れが必要と考える</p>
【長崎県】	<p>①認めていません。</p> <p>②当月の管理料算定の場合、前月の検査に基づくのか当月の検査に基づくのか曖昧なため、採血当日の算定でも査定はされていないと思いますが、監査時には指導を受けると思います。次回の来院がない場合、通常は問題になっていないようですが、病院負担の可能性はあると思います。</p> <p>③算定の主旨から1年後などの算定は無理と考えます。</p> <p>その他、貴県の御意見の通り問題があり、現実に則した算定用件への変更を希望します。</p>
【熊本県】	<p>① 出来ない。</p> <p>② 医療機関が負担する。</p> <p>③ おそらく、納得しない。</p> <p>④ 良いと思う。</p> <p>⑤ 望ましい。</p>

各 県 からの 回 答

【福岡県】

- ①当日に提案事項の採血のみだと採血料は算定不可、ほかに生化学1、血算等の採血もしていれば、その採血料は算定できると思われます。
- ②点数表の解釈上、検査結果に基づいた医学管理を行った場合に算定できるとなっていますので、算定はできないと考えます。
- ③1年前の検査結果に対する治療管理料は算定できないと考えます。必要であれば改めて検査を行うことになるでしょう。
- ④ 検査結果や治療計画の要点を診療録に記載する等のことが青本に書いてありますのでそれを満たせば算定可能と考えます。
- ⑤ 同感です。

【鹿児島県】

【国 保】

薬剤血中濃度又は腫瘍マーカーについて自院で検査可能な医療機関は、検査当日確認してカルテに記載、治療管理料を請求することになるが、検査室を持たない一般の無床診療所においては、⑤の判断で良いかと思う。ただし検査結果判明後、異常があれば患者さんに連絡して受診していただき説明したことを記載する必要がある。

【社 保】

何れも管理料なので実日数「1日」でも算定でき、採血当日に算定可である。

特定薬剤治療管理料については、確かに血中濃度の測定結果に基づき・・・とあるが、実際、採血当日に結果が判明している場合は多くないと思われる。しかしながら、レセプトだけでは判断不可能で、結果が判明した後で、診療録に結果と計画的な治療管理内容を記載しているものと考え、実日数1日でも算定可能としている。社会保険研究所の医科診療Q&Aの平成13年度版において、同様の記載があるので参考にされたい。

悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定については厚生局の個別指導あるいは集団指導で注意されることがある。しかしながら、実際は上記管理料と同じで、当日結果が判明することは限られた医療機関のみであり、レセプトだけの判断では、実日数1日でも、月1回の結果に基づく医学管理が行われていれば算定可能としている。

(3) 遊離カルニチン及び総カルニチン測定に適応病名について、『イ』及び『ウ』に記載されている疾患以外は認められないのでしょうか (佐賀県)

《 提案要旨 》

以下は厚労省から通知された遊離カルニチン及び総カルニチン測定に適応(抜粋)です。

「ア」には「関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること」とあります。日本小児連絡協議会栄養委員会が策定された「カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016」では、あとがきに「小児科学会関連学会の委員会により策定されたが、小児患者のみに限定することなく、高齢者を含めた幅広い年齢層のカルニチン欠乏症に適応することを念頭に策定したものである」と記載されています。本書には、肝不全・肝硬変、横紋筋融解症、ピボキシル基含有抗菌薬長期投与患者、その他低栄養・筋肉量が低下している患者、抗がん剤などによりカルニチン欠乏症が疑われる患者等が対象にあげられています。フローチャートも分かりやすく実用的と考えます。

「イ」は、先天代謝異常症の診断補助または経過観察で月に1回を限度として算定する。

「ウ」は、静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー(・・・等以下略)などの患者におけるカルニチン欠乏症の診断補助または経過観察で6月に1回を限度として算定する。

以下の場合における審査上の取り扱いについてお尋ねします。

①日本小児連絡協議会栄養委員会が策定の「カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016」は、「ア」に該当する「関係学会の指針」となるのでしょうか。

②もし該当すれば、本指針に記載されている、肝不全・肝硬変などで測定しても認められますか。

③「カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016」フローチャートでは、血中カルニチン2分画検査で診断することになっています。遊離カルニチンと総カルニチンの同日測定は認められますか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

提案県

各 県 からの 回 答

【宮崎県】

- ①日本小児連絡協議会は、日本小児医療保健協議会(四者協)であり、日本小児科学会、日本小児保健協会、日本小児科医会、日本小児期外科系関連学会協議会の4団体です。カルニチン欠乏症は2016日本小児科学会からお知らせとして通知されていて、当然、関係学会の指針に該当すると考えます。
- ②「ウ」において、肝不全・肝硬変もカルニチン欠乏症の診断があれば認められると考えます。
- ③(血中カルニチン 2 分画検査は、総カルニチン濃度と遊離カルニチン濃度を各々測定し、その差からアシルカルニチン濃度を算出し、総カルニチン濃度、遊離カルニチン濃度、アシルカルニチン濃度を求める検査法です。)フローチャートにおいて、カルニチン欠乏症の診断は、血中カルニチン 2 分画検査で診断することになっていることから、総カルニチン濃度と遊離カルニチン濃度の同時検査は必要であり、認められます。

【沖縄県】

- ①明確な回答は困難。審査員の裁量に任せている。
- ②保険診療に該当し、肝不全・肝硬変などに測定しても認めているが、『カルニチン欠乏症(疑い)』の傷病名を求めている。
- ③治療指針に基づき、遊離カルニチンと総カルニチンの同日算定も認めている。

【大分県】

当県ではカルニチン測定の請求件数が少ないためか、現時点では本検査と病名に関して問題になった事案はなかったようだ。今後、本検査の請求が増えた場合、他県の状況を参考に対処したいと考える。

【長崎県】

- ①関係学会の指針に該当するか否かは不明です。
- ②該当したとしても保険診療上認められるかどうかは別問題であると思います。
- ③2分画検査の同日測定は認めています。
- その他「イ」、「ウ」の記載に従って審査しています。

【熊本県】

- ① 認める。
- ② 認める。
- ③ 認めない。

【福岡県】

小児科連絡協議会栄養委員会は小児を対象としたものであり、成人の肝不全・肝硬変の考え方は異なるため、一律な回答は困難である。

【鹿児島県】

【国 保】

- ①審査委員会では議論になっていない。小児科審査委員も特別の発言なし。肝疾患等では検査することがあるとのことで、「関係学会の指針」と判断。
- ②審査委員の判断
- ③同時測定は認めない

【社保(小児科)】

社保の改定説明会の回答では：

- ①日本小児連絡協議会栄養委員会の策定した「カルニチン欠乏症の診断・治療指針2016」は留意事項通知「ア」に該当する「関係学会の指針」となるか、についてはその通り。
- ②該当すれば本書にある肝不全・肝硬変などでも測定して算定できるか、に対しては「算定できない。基本的には留意事項通知に記載がある疾患のみを対象とする。」
- ③本書では血中カルニチン2分画検査で診断することになっている。総カルニチンと遊離カルニチンを同日に測定した場合、それぞれ算定できるか、に対しては「算定できる」と回答を得ている。

また平成30年7月20日、平成30年度診療報酬改定に伴う打ち合わせ会質疑応答で、

- (1)総カルニチンと遊離カルニチンは平成30年3月までは「及び」で結ばれていたが、今回「及び」が削除された。このことから、両者行えば95点X2で算定できるか、に対して「その通り」。
- (2)通知に「6ヶ月に1回を限度」とあるが、総カルニチン、遊離カルニチンそれぞれで6ヶ月を限度とするのか、に対しても「その通り」との回答であった。

これまでのところ、本県小児科の審査では特に話題となったことはないが、総カルニチン、遊離カルニチン検査の適応としては、先天性代謝異常、人工乳もしくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Fanconi症候群の患者などが適応と考えられるが、そのままの病名では査定される可能性がある。やはり、「カルニチン欠乏症(疑い)」病名が必要と考える。また最近ピボキシル基含有抗菌薬投与患者でカルニチン欠乏症を発症する報告が小児科学会雑誌等に掲載されている。小児科領域ではセフテラム(商品名トミロン)、セフジトレン(メイアクト)などピボキシル基含有内服抗生剤はよく処方されるが、一般に長期投与がリスクとなるので、検査を算定した場合は病名に「カルニチン欠乏症」の病名が必要である。

*内科では、カルニチン測定は肝疾患病名だけでは認めない。
カルニチン欠乏症または疑いが必要。

提案事項(3)-1

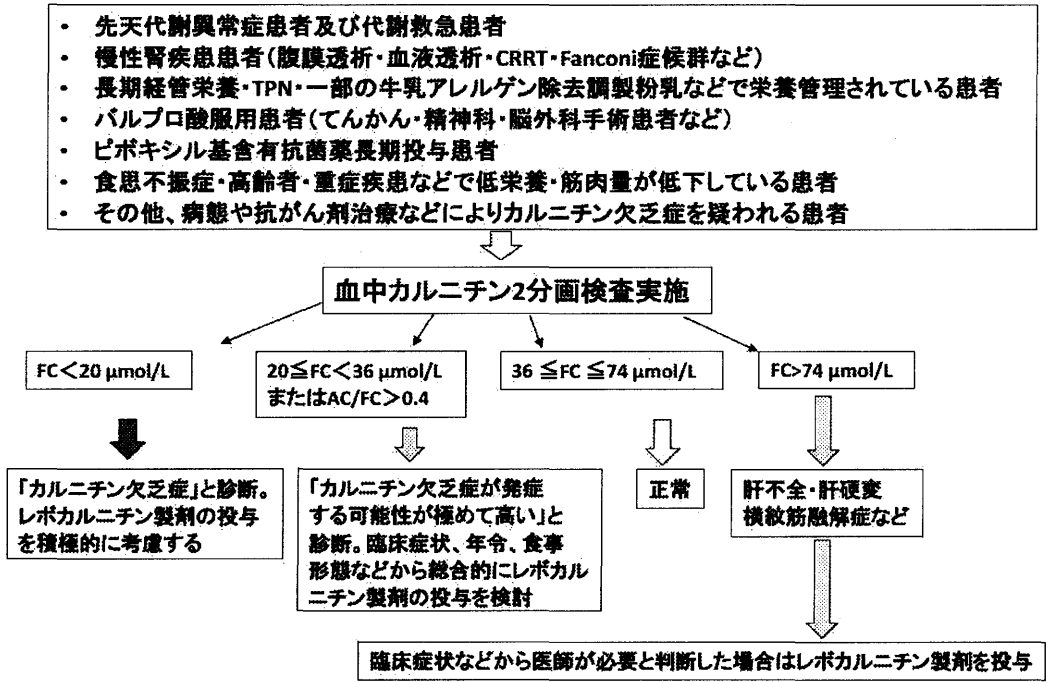
『カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016』

2016 年 11 月

位田 忍*、高柳 正樹、大浦 敏博*、濱崎 祐子、曹 英樹、
内田 恵一*、別所 一彦、鈴木 光幸*、伊藤 節子*、渡邊 誠司、
井ノ口美香子*、奥村 彰久*、菊池 透*、杉原 茂孝*、瀧谷 公隆*、
田中 大介*、原 光彦*、虫明聡太郎*、吉池 信男*、児玉 浩子*、
岡田 知雄*、堤 ちはる*、太田百合子*、塙 佳生*、川上 一恵*、
猪股 弘明*、小國 龍也*、山高 篤行*、尾藤 祐子*、
清水 俊明*、海老澤元宏*

*日本小児連絡協議会栄養委員会委員

以下に血中カルニチン 2 分画検査診断薬を用いたカルニチン欠乏症の診断・治療の流れを示す。



FC: 遊離カルニチン濃度、AC: アシルカルニチン濃度、CRRT: continuous renal replacement therapy (連続腎代替療法)、TPN: total parenteral nutrition (経静脈栄養)

要旨 図 2 血中カルニチン 2 分画検査とカルニチン欠乏症の診断・治療

提案事項 (3)-2

平成30年度診療報酬改定に伴う打合せ会質疑応答（医 科）

No.	点数表	出典	項目	タイトル	質問内容	回 答
1	医科	診療報酬点数表 改正 点の解説 平成30年4 月版 医科・調剤 (社会保険研究所刊)	検査	総カルニチン 遊離カルニチン	<p>1. 総カルニチン及び遊離カルニチン測定について 留意事項通知(18)「ウ」及び「エ」に記載されている疾患以外は認められないのか。 「ア」には「関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること」とあるが、日本小児連絡協議会栄養委員会が策定された「カルニチン欠乏症の診断・治療指針 2016」(別添)では、あとがきに「小児科学会関連学会の委員会により策定されたが、小児患者のみに限定することなく、高齢者を含めた幅広い年齢層のカルニチン欠乏症に適用することを念頭に策定したものである」と記載されている。本書には、肝不全・肝硬変、横紋筋融解症、ピボキシル基含有抗菌薬長期投与患者、その他低栄養・筋肉量が低下している患者、抗癌剤などによりカルニチン欠乏症が疑われる患者等が対象にあげられている。フローチャートも分かりやすく実用的であると考え、 以下の場合における審査上の取扱いについてお尋ねする。 ①本書は留意事項通知「ア」に該当する「関係学会の指針」となるか。 ②該当すれば、本書にある肝不全・肝硬変などでも測定して算定できるか。 ③本書では、血中カルニチン2分画検査で診断することになっている。総カルニチンと遊離カルニチンを同日に測定した場合、それぞれ算定できるか。</p>	<p>①そのとおり。 ②算定できない。基本的には、留意事項通知に記載がある疾患のみを算定対象とする。 ③算定できる。</p>
2	医科	診療報酬点数表 改正点の解説 平成30年4月版 医科・調剤 社会保険研究所刊	投薬	処方料	<p>2. ベンゾジアゼピン系薬剤の長期継続処方減算規定について 今回の改定で、ベンゾジアゼピン(BZ)系薬剤の長期継続処方減算規定が新設された。「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める投薬を行った場合(薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、BZ受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合)」には29点を算定するとされている。また「定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない」とある。 以下の場合における審査上の取扱いについてお尋ねする。 ①「同一の成分を同一の1日当たり用量で連続処方している場合」とあるが ア. 時々用量を加減して1年以上投与している場合。 イ. 何日休薬(一時中止)すれば連続投与に該当しないのか。また、その期間について。 ②対象となるBZ系薬剤については3月30日の疑義解釈資料(その1、問168)によれば、「エチゾラム、ジアゼパム、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩などが該当するが、PMDAのホームページも参考とすること」とされている。 向精神薬のうちBZ系薬ではなく「その他」に分類されるラメルテオン(ロゼレム錠)、タンドスピロンクエン酸塩(セディール錠)又はスプレキサン(ペルソムラ錠)を1年以上同一用量で連続処方している場合。 ③対象BZ系薬に該当するデパス錠には心身症、神経症、うつ病、統合失調症の他に「筋収縮性頭痛・頸椎症・腰痛症における筋緊張」という適応があるので、不安若しくは不眠の記載がなく、傷病名に「筋収縮性頭痛における筋緊張」の記載があり1年以上連続投与されている場合。 ④「定期処方と屯服間の変更は、同一の1日当たり用量には該当しない」とあるが、定期処方と屯服を不定期に交互処方された場合。</p>	<p>① ア 該当しない。 イ 患者の治療状況により、休薬の期間は様々であり、一律にお示しすることは困難である。したがって、具体的な期間は定めていない。 ② 該当しない。 ③ 不安もしくは不眠の症状を有する患者に対して投与されていない場合は、該当しない。 ④ 該当しない。</p>

(4) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランへの対応 (宮崎県)

《 提案要旨 》

当県では急性上気道炎病名での抗生剤投与を内科では認め、小児科では認めていません。大半がウイルス感染症ですので、抗生剤は無効と思われます。急性上気道炎病名に対する抗生剤投与をどのように扱っていますか。

また、各支部では、感染症に対する抗菌剤のマクロライド、キノロン、カルバペネム系抗菌剤使用について何らかの基準を決められていますか？また今後決められる予定がありますか？

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

- ①80%以上がウイルス感染症といわれていますが、菌培養やウイルス抗体価まで検査しなければ細菌性を全て否定できないので、抗生剤の処方認めています。傾向的・画一的でなければ返戻もしません。多数例算定されていれば、添付文書に「耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、最低限の期間の投与にとどめること」とあるので、感受性検査を施行してから処方するように文書か電話で連絡しています。
- ②今のところ特段の取り決めも基準もありません。本県では保険診療の手引きに、下記の(1)～(4)を記載しています。
- (1)ジスロマック錠・細粒・カプセルは3日間、バクシダール錠(小児用)は7日以内(腸チフス、パラチフスでは14日間)、マキシピーム注射、パシル点滴静注、ハベカシン注射などは14日以内としている。パズクロス点滴静注300・500、パシル点滴静注などは、用法関連通知に、細菌学的検査を実施後投与する。投与開始して3日で投与継続の可否を検討し、投与期間は14日以内と限定されているので注意する。
- (2)内服薬と注射の併用など、複数の薬剤を併用する場合には、その必要性が客観的に検証できる指標となる感染症関連検査をすることが望ましいとされている。
- (3)細菌性腸炎(大腸菌、赤痢菌、カンピロバクター、ビブリオ等)には適応を確認して抗菌薬を使用する。
- (4)外傷・熱傷及び術後の二次感染に適応のある抗生剤注射については、適応を確認して使用する。(別表)

【 国 保 】

急性上気道炎のみであっても査定はしていない。

感染症に対する抗菌剤使用についての基準は設けていない。審査上は、個々の症例ごとに判断している。必要に応じ、薬剤感受性検査結果の添付を求めることもある。

各 県 か ら の 回 答

【宮崎県】	提案県
【沖縄県】	<p>○急性上気道炎での抗生剤投与について (社保支払基金)</p> <p>原則認めている。担当医の裁量に任せている。画一的処方の多用が見られる際は、文書連絡や返戻し詳記を求めている。</p> <p>○マクロライド、キノロン、カルバペネム系抗菌剤使用についての基準</p> <p>原則としての取決め基準はなく、診療担当医師・審査担当医師の裁量に任せている。但し、画一的処方の乱用がみられる際には診療施設に文書連絡をしている。</p>
【大分県】	<p>原則、上気道炎での抗生物質は認めていないが、内服薬については、医療機関からの請求状況等を勘案して文書連絡としている。</p> <p>注射薬は認めていない。</p>
【長崎県】	<p>急性上気道炎病名での抗生剤投与は5日分まで認めています。</p> <p>今のところ特に基準は決めていません。今後も未定です。</p>
【熊本県】	<p>急性上気道炎という病名に対して、抗生剤の処方是不認めない。</p> <p>マクロライド、キノロン、カルバペネム系の使用にあたっては適応症を確認して認めているが、AMR対策の観点から今後は基準を決める必要があると考える。</p>
【福岡県】	急性上気道炎病名での抗生剤の投与は基本的には認めている。
【鹿児島県】	<p>1) 基準は決めていない</p> <p>2) 審査委員の判断</p> <p>内科医会では表記タイトルでの研修会を実施した。</p>

提案事項 (4)-1

薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン 2016－2020

1. 2015 年 5 月の世界保健総会において、2 年以内に AMR に対する国家行動計画を策定。
2. 2016 年 4 月本邦でも、AMR 対策を推進するにあたり、今後 5 年間（2016－2020 年）に取り組むべき事項として、「薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン 2016－2020」を取りまとめ。
- 薬剤耐性菌とそれに伴う感染症の増加が国際社会で大き、課題の一つにあげられている。不適切な抗微生物薬の使用に対する対策を講じる必要がある。

日本の AMR の現状と課題

1. 国内の人に対する抗菌薬使用量は他国と比較して少ない。本邦の抗微生物薬使用量の 92.4%が経口抗菌薬。
2. 一方、抗菌薬種類別使用割合では他国と比較して、細菌に対して幅広く効果を示す経口のセファロスポリン系薬、フルオロキノロン系薬、マクロライド系薬の使用が多く、ペニシリン系薬の使用が少ない。→ 風邪や急性上気道炎など抗菌薬が不要な患者にも広域の抗菌薬が用いられるケースが多い。
3. MRSA やバンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) といった薬剤耐性グラム陽性球菌、多剤耐性緑膿菌 (MDRP) や他剤耐性アシネトバクター (MDRA) といった薬剤耐性グラム陰性球菌による医療関連感染症の広がりが問題 → 院内感染対策の充実により、院内では低い出現率を維持。一方、医療機関外での市中感染型の薬剤耐性感染症 (ARI)が増加。

主な成果指標 (ヒトに関して)

指 標	2014年	2020年 (目標値)
肺炎球菌のペニシリン耐性率	48%	15%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	51%	20%以下
大腸菌のフルオロキノロン耐性率	45%	25%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	17%	10%以下
大腸菌、肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1～0.2%	同水準 (0.2%以下)

薬剤と薬価 (2018 年現在薬価)

1. アミノベンジルペニシリン (アモキシシリン水和物：アモリン、サワシリン、パセトシン等)
●アモリン (250 mg) 3Cap → 17.2 円 (後発 8.6) × 3 Cap = 51.6 円/日 (後発 25.8 円/日)
2. 第 3 世代セファロスポリン系 (メイアクト MS、セフゾン、フロモックス、パナン、セフспан等)
●メイアクト MS (100mg)3 錠 → 50.6 円 (後発 35.3) × 3 錠 = 151.8 円/日 (後発 105.9 円/日)
3. マクロライド系 (クラリス、エリスロシン、ルリッド、ジスロマック、ジョサマイシン等)
●クラリス(200mg)2 錠 → 76.1 円 (後発 33.5) × 2 錠 = 150.2 円/日 (後発 67.0 円/日)
4. フルオロキノロン系 (ニューキノロン：クラビット、シプロキサ、オゼックス、スオード、アベロックス、ジェニナック、グレースビット等)
●クラビット (500 mg) 1 錠 → 415.7 円 (後発 169.9) × 1 錠 = 415.7 円/日 (後発 169.9 円/日)

(4)佐賀県 九内懇参考資料

提案事項 (4)-2

急性気道感染症（風邪として受診される病態）

1. 感冒

抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

2. 急性鼻副鼻腔炎

①成人では軽症の場合、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

中等症又は重症の場合のみ：アモキシシリン水和物内服 5～7 日間。

②学童期以降の小児では、原則抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

遷延性、重症の場合は抗菌薬投与を検討。アモキシシリン水和物内服 7～10 日間

3. 急性咽頭炎

①A 群β溶連菌の検出がなければ、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

②A 群β溶連菌が検出されれば、アモキシシリン水和物内服 10 日間。

③IDSA の指針では、ペニシリンアレルギーがある場合は、第 1 世代セフェム系のセファレキシンか、アレルギー重症例ではダラシンを推奨。

4. 急性気管支炎

①成人の百日咳を除く場合は、抗菌薬投与を行わないことを推奨する。

②JAID/JSC 及び CDC の指針では、百日咳にはマクロライド系抗菌薬が第一選択薬。

急性下痢症

1. 急性下痢症（ウイルスに起因する場合と、細菌に起因する場合とがある）

①まずは水分摂取を励行、基本的には対症療法のみ行うことを推奨する。

JAID/JSC の指針では、重症例又は海外渡航歴のある帰国者の急性下痢症を除いては抗菌薬投与は推奨しない。

②小児における急性下痢症の治療でも、抗菌薬を使用せず脱水への対応を行うことが重要とされている。

JAID/JSC の指針では、以下の場合には抗菌薬投与を考慮すること。

①血圧の低下、悪寒戦慄などの菌血症が疑われる場合

②重度の下痢による脱水やショック状態などで入院加療が必要な場合

③菌血症のリスクが高い場合

④合併症のリスクが高い場合（50 歳以上、人工血管、人工弁、人工関節）

⑤渡航者下痢症

（IDSA 米国感染症学会、JAID 日本感染症学会、JSC 日本化学療法学会、CDC 米国疾病予防管理センター）

提案事項 (4)-3

外傷・熱傷及び手術創等の二次感染に適応のある主な抗生剤(注射)

	系 等	略号	一般名	製品名
1	アミノベンジルペニシリン	ABPC	アンピシリン水和物	ピクシリン
2	セファロスポリン系 (第一世代)	CEZ	セファゾリンNa水和物	セファメジンα
3	セファロスポリン系 (第一世代)	CET	セファロチンNa	コアキシ
4	セファロスポリン系 (第二世代)	CTM	セフォチアム塩酸塩	パンスポリン
5	セファロスポリン系 (第三世代)	SBT/CPZ	スルバクタムNa・セフォペラゾンNa	スルベラゾン
6	セファロスポリン系 (第三世代)	FMOX	フロモキシムNa	フルマリ
7	セファロスポリン系 (第三世代)	CAZ	セフトアジウム水和物	モダシン
8	セファロスポリン系 (第三世代)	CPZ	セフォペラゾンNa	セフォビット、セフォペラジン
9	セファロスポリン系 (第三世代)	CZOP	セフォゾラン塩酸塩	ファーストシン
10	セファロスポリン系 (第三世代)	CPR	セフピロム硫酸塩	セフピロム硫酸塩
11	セファロスポリン系 (第三世代)	CMX	セフメノキシム塩酸塩	ベストコール
12	セファロスポリン系 (第三世代)	CTX	セフォタキシムNa	セフォタックス、グラフォラン
13	セファロスポリン系 (第三世代)	CFPM	セフェピム塩酸塩	マキシピーム
14	カルバペネム系	MEPM	メロバネム	メロベン
15	カルバペネム系	DRPM	ドリベネム	フィニバックス
16	カルバペネム系	IPM/CS	イミベネム・シラスタチンNa	チエナム
17	カルバペネム系	PAPM/BP	パニベネム・ベタミブロン	カルベニン
18	ペネム系	FRPM	ファロベネム	ファロム
19	アミノグリコシド系	MSD	ゲンタマイシン	ゲンタシン
20	アミノグリコシド系	AMK	アミカシン	アミカシン
21	アミノグリコシド系	ISP	イセパマイシン	イセパシン、エクサシン
22	アミノグリコシド系	TOB	トブラマイシン	トブラシン
23	アミノグリコシド系	DKB	ジベカシン	パニマイシン
25	アミノグリコシド系	KM	カナマイシン	硫酸カナマイシン
26	テトラサイクリン系	MINO	ミノマイシン塩酸塩	ミノマイシン
27	テトラサイクリン系	DOXY	ドキシサイクリン塩酸塩	ビブラマイシン
28	ニューキノロン薬	CPFX	シプロフロキサシン	シプロキサ
24	ニューキノロン薬	PZFX	パズフロキサシンメシル酸塩	パシル、パズクロス
29	ニューキノロン薬	LVFX	レボフロキサシン	クラビット
30	マクロライド系	EM	エリスロマイシン	エリスロシン
31	その他	VCM	バンコマイシン塩酸塩	塩酸バンコマイシン
32	その他	TEIC	テイコブラニン	タゴシッド
33	その他	DAP	ダプトマイシン	キュービシン
34	その他	PL-B	ポリミキシンB硫酸塩	硫酸ポリミキシンB

適応のない抗生剤(注射)

	広域ペニシリン	PIPC	ピペラシリンNa	ペントシリン
	セファロスポリン系 (第二世代)	CMZ	セフメタゾールNa	セフメタゾン
	セファロスポリン系 (第二世代)	CTRX	セフトリアキソンNa	ロセフィン

提 案 事 項

(5) 外来診療での抗菌薬(注射薬)の「単回投与」に対する審査方針を伺いたい。現在の取り扱い、および将来的な方向性についてお伺いしたい。(宮崎県)

《 提案要旨 》

昨年(平成29年6月)厚生労働省保険局結核感染症課から抗微生物薬適正使用の手引き(第一版)が発行され、抗菌薬の使用を、より厳格にすると方向性が打ち出されています。

外来、初診(実日数1日)の感染症傷病名の患者に対し、経口抗菌薬の処方と注射薬の単回投与(初診日のみの投与)の併施が傾向的に実施されている場合があります。

検査内容より重症であることが伺われる事例もありますが、そうではない事例もあり、適応傷病名はありますが、抗菌薬の適正使用の観点からは過剰と思われる場合も多く、審査に苦慮しています。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

4の提案事項に対する回答と一部重複します。

経口抗菌薬と注射薬の併施に対して、必要理由の注記がなければ返戻します。

感染症関連検査(CBC、CRP、必要に応じて胸写、尿細菌培養など)が必要です。初診から査定はしませんが、傾向的に施行している医療機関又は病名から過剰と判断された場合は、注射薬を査定する場合があります。

【 国 保 】

外来における単回投与、経口薬との併用のみを理由に査定はしていない。

傾向的な使用が散見される医療機関には、「審査上の通知」を発出し、注意喚起を行っている。

【宮崎県】

提案県

【沖縄県】

【 社 保 】

診療内容が重症と判断され事例によっては抗菌薬の静脈内投与に経口投与処方をせざるを得ない場合もあり認めていますが、症例の重症度に関わらず傾向的に施行されている場合もあり、その場合は査定ないし文書連絡しております。いろいろなケースがあり苦慮しており、将来的な方向性をつけるところまでには至っていません。

各 県 からの 回 答

【大分県】	経口抗菌薬の処方と注射薬の併施は、医学的判断としているが、傾向的な場合は文書連絡などで対応している。
【長崎県】	適応であれば査定していません。施設により傾向的であれば文書連絡等の対象となります。
【熊本県】	適用疾患が明確であれば認めている。
【福岡県】	内服が困難な例か重症例を除き、明らかな感染症と判断される場合、基本的には内服薬等での治療が優先と考えています。
【鹿児島県】	<p>【 国 保 】</p> <p>審査委員の判断</p> <p>一般的にはレセプト内容等から必要と思われるものは認める。傾向的な場合は、返戻し注意喚起。</p> <p>【 社 保 】</p> <p>本県でも、肺炎や急性咽頭炎などの病名で、上記のような抗菌剤の併用が見られる。特定の病院で同様な処方が頻回に見られる場合は、詳記を求めることになると思う。場合によっては、指導の必要もあると考える。</p> <p>患者さんの合併症や治療内容、検査の結果(細菌検査の結果や画像所見、採血検査所見など)から、単回使用で、あとは内服の理由が根拠のあるものであれば、認められる場合もあると思う。</p> <p>例)検査結果などから、入院治療を勧めるが、患者自身の入院治療の拒否や家族の意向などで入院が困難な場合、初診時に点滴を行い、在宅での内服薬での治療を行う場合など。</p>

提 案 事 項

(6) 緩徐進行型1型糖尿病に対するDPP-4阻害剤の適応について。(沖縄県)

《 提案要旨 》

DPP-4阻害剤は1型糖尿病には適応がありません。緩徐進行型1型糖尿病は最終的にはインスリン分泌能は枯渇するものと考えられますが、初期にはインスリン分泌能が保たれており、同薬剤が血糖コントロールに効果があるとする報告もあります。沖縄県の社保ではコメントが妥当であれば緩徐進行型1型糖尿病に対するDPP-4阻害剤の投与を認めております。貴県ではどのように判断されておられるでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

該当事例は少ないが、食後過血糖がある場合は、αグルコシダーゼ阻害薬とインスリンの併用例は認めています。研究レベルでは、インクレチン関連薬(DPP-4阻害薬)が有効という報告もありますが、現時点では適応がないので査定になると思います。今のところDPP-4阻害薬を算定してくる医療機関はありません。今後注記に妥当性があれば認める場合も出てくるかもしれませんが、現時点では特に取り決めはしていません。

【 国 保 】

認めていない。(薬事承認通り)

【宮崎県】

当県では認めていません。

【沖縄県】

提案県

【大分県】

緩徐進行型1型糖尿病の場合は、2型糖尿病薬を認めている。

【長崎県】

インスリン分泌能の如何にかかわらず、2型糖尿病のみの適応の場合認めていません。効果は有すると思いますが、その後の安全性等現在不明であり、今後の治験・適応拡大を必要と考えます。

【熊本県】

1型糖尿病はDPP-4阻害剤の適応症ではないので認めていない。

【福岡県】

DPP-4阻害薬は、1型糖尿病に対し禁忌であるため当県では認めていません。

【鹿児島県】

【国 保】

SPIDDMは、ラ氏島に対する抗体が存在する1型糖尿病。発見の時期が早ければ、自己インスリンはまだ充分あり、インスリン以外の経口薬でもある期間、良いコントロールが継続出来る病態。SU薬を使用すると、B細胞の目減りは早くなるとの報告があり、SU薬は使用せず、インスリンを早めに使うのが現在のスタンダードの治療。

糖尿病専門医で充分にその病態と予後の経験がある場合は、あり得る治療。しかしそれが有効だとのエビデンスも今のところない。これを保険で認めることには、問題がある。

SPIDDMの場合、必ず近い将来にインスリンは必要になる。患者さんにその病態と治療計画について充分説明をし、血糖が悪化してきたらすみやかにインスリン強化療法へと移行するという同意を得た上で持効型インスリンを併用し、DPP4iを使用する必要がある。これを保険で認めてしまうと、インスリンを拒否する患者さんに、非専門医の先生が充分の説明をしないまま安易にDPP4iで治療し、インスリン導入が遅れてしまう可能性が出てくる。

保険診療は、広く一般の医師を対象にエビデンスに基づいたスタンダードの方法を勧めるべきもの。医師の裁量権でするのであれば、上記の患者説明と同意をしっかりとった上で、2型糖尿病（GAD抗体陽性）として、保険請求するのが妥当と判断。

最近1型糖尿病の病名でインスリン強化療法にDPP4iを使用している例が時々見られます。B細胞が殆ど機能していない場合には、DPP4iは効かないので、これは査定すべき。

【社 保】

鹿児島県では国保・社保とも、認めていません。

他、αGI薬のみ1型糖尿病にも適応があり、ビッグアナイド薬は肥満症合併例などにて容認している。

(7) 外来でのPCT(プロカルシトニン)と血液培養について。(沖縄県)

《 提案要旨 》

外来で感染症治療の際にPCTと血液培養を提出する場合がありますがPCT単独、血液培養単独で提出する場合も散見されます。当県ではPCT、血液培養を提出している場合には査定はありませんが、PCTのみの場合査定としています。貴県での取り決めに関して教えていただけますでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【社 保】

提案要旨について、「感染症治療の際に」とありますが、「感染症診断の際に」ではないでしょうか？

血液培養は菌血症にしか適応はありませんので、「菌血症(疑い)」のみの病名でも査定はしません。本来「菌血症」と「敗血症」の定義は異なり、PCTは敗血症の検査で、必ずしも血液培養での細菌の証明は必要としません。しかし、現在本邦におけるPCTの保険適応病名は「細菌性敗血症(疑い)」であり、敗血症の保険適応取得のためには、血液中での細菌の証明が必要です。PCT単独の場合でも原則査定はしますが、返戻して、他の医療機関での血液培養検査の有無について尋ねています。血液培養検査があり、その結果が陽性の場合には請求通りとしますが、陰性の場合にはPCTが必要であった理由について説明を求めています。

【国 保】

両者の併算定を必須とはしていない。(PCT単独でも認めている)

【宮崎県】

結論:PCT単独での提出でも認めている。

理由:PCTも血液培養も敗血症診断において重要な検査である。しかし、臨床の場、特に外来の場面においては種々の状況が考えられます。(敗血症を疑い、採血をするが、バイタルが悪く血液培養が取れないなど。診療所では、その場合はすぐに高次医療機関への紹介をおこなうなど)

そのため、二つの検査がそろわないと認めない、というのは臨床の現場を反映しない考えだと思います。

【沖縄県】

提案県

各 県 からの 回 答

【大分県】	血液培養をしてPCTを行うものとするが、敗血症の病名がある場合は、今のところPCTのみ認めている。
【長崎県】	PCT単独であっても敗血症の疑い等の病名があれば基本的には認めています。
【熊本県】	適応症が明確であれば、単独でも認めている。
【福岡県】	特に取り決めはありません。個々の症例により判断しております。
【鹿児島県】	<p>【国 保】</p> <p>外来での敗血症疑いでPCT検査実施例で外来通院継続例については、血液培養実施例は殆どない。(血液培養実施例は重症例と思われ殆ど入院となっているのでは?) PCTのみの場合、初回から必要性の詳記記載がある、もしくは頻回受診で検査・治療内容から必要性のあると判断できる例を除くと査定。</p> <p>【社 保】</p> <p>細菌性敗血症早期診断について、その緊急的必要性に鑑み、血液培養がなくても敗血症の判断基準に沿って外来診療でのPCT単独算定は可能と判断している。PCTの測定時間は30分ほどであり、また発熱後2-3時間でPCTの血中放出が起こるので、外来早期診断での算定は妥当と考える。血液培養での菌検出率は高くないこともあるが、臨床症状に応じて細菌検査や免疫血清学的検査を併施することも必要。まだ支払基金での合議はない。</p>

提 案 事 項

(8) プレガバリン(リリカ)の適応について (大分県)

《 提案要旨 》

本剤の適応は神経障害性疼痛と線維筋痛症に伴う疼痛と定められている。最近では内科系および整形外科系の医療機関で処方されることが多くなったが、整形外科系の審査員は、本剤は神経学的疼痛を惹起する疾患がないと、単独病名では査定が妥当との見解である。しかし一方で内科系審査員は帯状疱疹後神経痛や糖尿病性神経障害などの病名を併記あるいはこれらの単独病名でも算定が可能ではないかという意見もある。

本剤の処方において

- ①神経障害性疼痛(その他の病名が無くても)単独で認めるか。
- ②帯状疱疹後神経痛、あるいは糖尿病性神経障害のみの病名でも認めるか
について各県の審査状況をうかがいたい。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【社 保】

神経障害性疼痛とその原因疾患の併記が必要です。

- ①神経障害性疼痛単独の場合は、査定はしないが、返戻して原因疾患の記載を求める。
- ②同じく査定はしないが、返戻して神経障害性疼痛の傷病名の記載を求める。
2011年1月5日にメーカーから「リリカのレセプト請求に関して」という通知が発せられています。それによると、「リリカは原因療法ではなく、対症療法の薬剤であり、その原因疾患があると考えられるので、原疾患名に加えて末梢(性)神経障害性疼痛の併記をお願いしたい。これは支払基金本部の見解として確認している」とされています。

【国 保】

- ①神経障害性疼痛のみでは認めていない。(原疾患が必要と考える)
- ②帯状疱疹後神経痛のみで認めている。(帯状疱疹が原疾患と考える)
糖尿病性神経障害のみでは認めない。(疼痛治療剤であり、神経障害のみでは認めていない)

【宮崎県】

- ①認めている。(原因となる疾患名があることは当然望ましい)
- ②認めている。

各 県 か ら の 回 答

【沖縄県】

- ①神経障害性疼痛単独で認めている。
- ②帯状疱疹後神経痛、糖尿病性神経障害では認めない。

【大分県】

提案県

【長崎県】

- ①原因疾患名を要し、単独では認めていません。
- ②神経障害性疼痛の併記が必要です。糖尿病性有痛性神経障害では判断が分かれています。

【熊本県】

神経症障害性疼痛と神経障害の基礎疾患名の併記を必要とするので、
①、②はいずれも認めない。

【福岡県】

- ①内科では神経障害性疼痛の病名があれば単独病名でも認めているが、本疾患を起こしうる病名の記載を求める方向に進んでいる。
- ②いずれの病名も認めている。

【鹿児島県】

【 国 保 】

(神経内科医)

他の原因となる病名(多発性神経炎、三叉神経痛など)を併記すべきとしているが神経障害性疼痛のみでも査定はしていない。帯状疱疹後神経痛は認めている。糖尿病性神経障害や末梢神経障害のみで疼痛の有無が不明な場合は併記を求めている。座骨神経痛や三叉神経痛でも認めている。

(整形外科医)

神経障害性疼痛とそれを引き起こす原因となる病名を必要としており、神経障害性疼痛のみでは認めていない。

明確な取り決めはないが、帯状疱疹後神経痛あるいは糖尿病性神経障害に最初から本剤を使用するのは問題があり、何らかの注記が必要。

【 社 保 】

国保にほぼ同じ

(8)佐賀県 九内懇参考資料

提案事項 (8)

＜リリカ：ICD-10 対応標準病名マスター・保険請求について＞

- 第 2 版 -

2011 年 1 月 5 日

ICD-10 対応標準病名マスター更新に関する情報が財団法人医療情報システム開発センター (MEDIS-DC) のウェブサイト (<http://www2.medis.or.jp/stdcd/byomei/index.html>) に公開されました。新規追加の病名表記に「末梢神経障害性疼痛」が記載され、同義索引語として「末梢性神経障害性疼痛」が記載されました (更新日：2011 年 1 月 1 日)。

つきましては、ICD-10 対応標準病名マスターに「末梢神経障害性疼痛」 (ICD-10 コード：G64) が登録されたことを、ご担当施設にお伝えして下さい。詳細に関しましては、MEDIS-DC のウェブサイトをご参照頂く様お伝えして下さい。

なお、マスター登録の方法や時期などは、施設毎によって異なりますので、医療機関の方から電子カルテベンダーへ問い合わせをして頂くようお伝えして下さい。

- Q & A -

Q：なぜ、病名表記「末梢神経障害性疼痛」とリリカの適応症「末梢性神経障害性疼痛」が異なるのか？

A：ICD-10 に関する病名表記やコードなどは、財団法人医療情報システム開発センターで決定されるものであり、医学用語、学会用語集など様々な観点から総合的に判断し、病名表記が決定されます。

なお、ペインクリニック用語集 (日本ペインクリニック学会用語委員会編集) において、国際疼痛学会による英語表記である “Peripheral neuropathic pain” の日本語訳は、第 2 版 (L20101221010) では「末梢性神経障害性疼痛」、第 3 版 (L20101221011) では「末梢神経障害性疼痛」と記載されており、「末梢神経障害性疼痛」と「末梢性神経障害性疼痛」は同じ疾患を指しています。

＜リリカ：レセプト・保険請求に関して＞

Q：レセプトへの記載はどのようにすればよいのか？

A：リリカは原因療法ではなく対症療法の薬剤です。[添付文書 使用上の注意 2. 重要な基本的注意 (5) をご参照ください。]

従って、リリカを投与するような患者様は原因疾患があると考えられますので、その原因疾患名に加えて「末梢性神経障害性疼痛」の併記をお願いしております。これは支払基金本部のご見解として確認しております。

(あくまでも保険審査通過の可否の見解ではなく、単純にレセプト傷病名欄の記載方法についての見解です。)

なお、保険審査通過の可否につきましては、各地域の審査支払機関毎に判断が異なる場合があるため、審査支払機関や地方厚生局にご確認下さい。

以上

(9) 原審査および再審査における審査結果理由の連絡欄の記載について （大分県）

《 提案要旨 》

近年、(特に社保において)個々の審査結果について医療機関(査定の場合)あるいは保険者(再審査原審の場合)に理由を連絡欄に記載するよう事務局から依頼されている。下記のように、県によって記載割合に差が生じており、特に当県では記載割合がいずれも低いため事務局から記載割合を増やすよう繰り返し依頼されるようになっている。

事務局によれば年々記載割合は増加しており、目標値に達している県が多いが、今後も目標値を引き上げられる可能性もあるので理由記載はさらに推進したいとの考えである。

実際には限られた時間に審査を行わねばならず、審査員からは個々の例についてすべての記載は不要ではないかという意見や、一つ一つ文書を入力するのも手間がかかり、用意された多くの例文を検索して選択するにも手間がかかるとの意見もある。

いずれにしても、情報開示の考えから審査理由を提供することは望ましいと考えるが、記載割合の高い各県の状況や独自の工夫などがあればうかがいたい。

審査結果理由記載割合（％） 社保・平成30年3月の状況

	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄
(A)原審査で査定	78.8	92.6	87.7	82.7	66.4	88.4	71.4	82.4
(B)再審査で原審	45.7	72.7	54.4	90.5	21.9	63.6	39.5	65.5

※目標値 (A)50% (B)40%

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

二次審査委員会、審査研究会、再審査部会等の際に毎回、部会長、主・副審査委員長が審査委員に対して常に口頭でお願いしています。特に事由記載の少ない診療科の審査委員には、その場で名指しで丁寧をお願いしています。また、時々ですが、各支部の事由記載割合と自支部との比較も報告していて自覚を促しています。

【 国 保 】

- ・原審査、再審査とも査定の場合は記号(A～D)のみ。
- ・保険者再審査での原審理由は定型文から選択。(使用頻度の高い理由を上位に表示し、選択しやすいようにしている)
- ・医療機関再審査での原審の場合、詳細な原審理由を通知している。(理由入力事務局で対応)

各県からの回答

【宮崎県】

医師も結果理由を記入する努力はしていますが時間が限られていることより十分ではありません。

高い記入割合が達成できているのは、医師が記入した理由を事務職員が編集して類似事例に代理記入していることによります。

(補足事項)

現実的には適応外のA査定に、「当該薬剤は傷病名に照らして適応とはなりません。」のような、説明として有用性を持たない文言を記入して記入率を稼いでいるだけの面もあります。

結果理由の記入率が高くても、本当に審査結果の理由を伝えることが必要な事例に対して適切に理由が記入できているか否かは不明です。

基金本部からの指示で、とりあえず内容は問わずに記入率を上げているだけの状態で、記入率が低くても必要な事例に十分な記載があればその状態で良いと思います。

記入率を上げるためだけに、無駄な時間を使用している状態ですので、考え直す時期と思います。

【沖縄県】

【 社 保 】

貴県の提案のとおり限られた時間で審査結果理由の記載をするのには手間がかかり、各委員より不満があるのは事実です。検索システムはありますが手間がかかるのも同様です。当県では審査結果が同じような理由で判断されている場合、事務で処理することを行っております。

【大分県】

提案県

【長崎県】

審査研究会時等に各審査員にお願いし、それぞれ努力されています。同じ施設で運用に渡って同じ査定事例を繰り返す場合があります、そのような場合全例に実施できていません。

【熊本県】

熊本県の場合

・・・審査結果理由の記載：現審査査定については H30年6月 81.5%
：再審査原審については H30年6月 87.5%

で、目標値 80% に達しています。

職員から審査委員に記載をお願いしています。

各 県 からの 回 答

【福岡県】	原審査、再審査でも審査結果の理由や連絡(連月同様査定の時)は記載し、医療機関への注意点となるようにしています。
【鹿児島県】	<p>【 国 保 】</p> <p>原審査の場合、A B C D等の記載、再審査では定型文での記載が主。具体的な記載はしていない。</p> <p>保険者再審査で原審の場合 殆ど定型文で記載されているが、審査委員の判断で、原審理由を補記。</p> <p>医療機関再審査で原審の場合 定型文で記載されているが、医療機関から詳細な理由を求められた場合は審査委員がコメントを記載している。</p> <p>【 社 保 】</p> <p>定型文のみでは、医療機関や保険者を納得させる審査理由になりにくい場合が多く、個々のケースに応じてわかりやすい審査結果理由を記載するように努めている。</p>

(10) 甲状腺ホルモン関連検査(FT3,FT4,TSH)の測定頻度について (長崎県)

《 提案要旨 》

- 以下の基準で審査をしています但貴県はいかがでしょうか。
- ①長期安定例では原則、甲状腺機能亢進症で月1回、甲状腺機能低下症で2ヶ月に1回
 - ②ただし、免疫チェックポイント阻害剤(オプジーボ等)投与時は上記の限りではなく、審査員の判断とする。

各 県 からの 回 答

【佐賀県】

【社 保】

- ①特に取り決めはしていませんが、連月の場合は返戻して必要理由を説明していただいています。
- ②貴見の通り。オプジーボの添付文書の基本注意として、「甲状腺機能障害（機能低下症が6.6%、機能亢進症が1.4%）」が起こることがあるので、投与開始前及び投与期間中は定期的にTSH、FT3、FT4の検査を実施する」と記載されていますが、検査の頻度に関しての記述はありません。

【国 保】

- ①長期安定例では亢進症、低下症とも月1回を基本とし、個々の症例による医学的判断。
- ②月1回。毎月の算定を認めている。

【宮崎県】

- ①宮崎県医師会で作成した保険診療の手引きでは、「FT3とFT4とTSHを初診1カ月は2～3回、それ以降は月1回までとするが安定期になれば3カ月に1回で十分である。妊婦、バセドウ病の手術前後やバセドウ病クリーゼの場合はその限りではないが、注記が必要」となっています。
- ②具体的取り決めはありません。

【沖縄県】

【社 保】

- ①長期安定していると思われる症例では3ヶ月に1回程度が妥当と思われます。
- ②ただし甲状腺ホルモンの変化が予想される場合(オプジーボ投与等)においては認められるものと思います。個々の取り決めはなく審査員の判断によります。

【国 保】

- 甲状腺ホルモン関連検査(FT3, FT4, TSH)の測定頻度について、明確な取り決めはない。傾向的な場合は返戻を求める。
- 注釈：ちなみに甲状腺機能亢進症におけるTSHレセプター抗体の測定は維持量投与期において3～4ヶ月に1回の測定で十分とされている(取り決めあり)。

各 県 からの 回 答

【大分県】	<p>①6ヶ月までは月2回まで認めている。6ヶ月以降は原則、月1回としている。</p> <p>②医学的判断としている。</p>
【長崎県】	<p>提案県</p>
【熊本県】	<p>①認めている、②審査員の判断とする。</p>
【福岡県】	<p>①頻度は取り決めていません。審査員の多くは3カ月に1回ぐらいの方が 多いようです。甲状腺機能亢進症では上記3項目、低下症ではFT3以外の 2項目を認めています。</p> <p>②取り決めはありません。必要と思われる検査については、審査員が個別に 判断しています。</p>
【鹿児島県】	<p>【 国 保 】</p> <p>①甲状腺疾患の確定診断後、1年間はFT3 FT4 TSHの3項目を認める。 1年経過して安定している例では、FT3 もしくはFT4とTSHの2項目を認める。 3項目必要な場合は、詳記を求めるとしていたが、内分泌専門審査委員から 以下の提言があり、合議の結果決定となった。</p> <div><p>甲状腺疾患においては診断確定後の期間にかかわらず、FT3 FT4 TSHの 3項目同時測定を認める。測定の間隔については、バセドウ病、甲状腺 機能亢進症、亜急性甲状腺炎の場合には連月測定可。それ以外の疾患、 病態において診断確定後または病態変化後1年を経過して連月測定の場合には該当する病名及び註記が必要。該当する病名及び注記があれば測定を認める。</p></div> <p>②免疫チェックポイント阻害剤(オプジーボ等)投与時は上記の限りではなく、 審査委員の判断。</p> <p>【 社 保 】</p> <p>甲状腺機能異常(亢進・低下)を来す診断確定病名にて、連月算定を認めて いる。疑い病名に対しては、3か月毎算定可としている。</p>

(11) 大腸内視鏡検査の観察範囲について （長崎県）

《 提案要旨 》

大腸内視鏡検査は傷病名の部位までとし、直腸がんでは直腸ファイバーで、またS状結腸がんの傷病名では全大腸検査を認めていません。S状結腸がんであっても全大腸の観察は当然であるとの意見があります。貴県での対応はいかがでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

提案要旨に「傷病名の部位までとし」とあるので、今回の大腸内視鏡検査の前に既に部位が分かっていると考えてよいのでしょうか？今回が2回目の内視鏡検査であれば傷病名の部位まででもいいと思いますが、注腸造影やCTなどの画像診断による大腸癌の疑い病名では、大腸の他の部位にも病変があるかもしれないので、病名がS状結腸癌であっても全大腸内視鏡検査を認めています。

【 国 保 】

直腸がん、S状結腸がんでも全大腸検査を認めているが、傾向的な請求がなされている場合は査定する場合もある。

【宮崎県】

再審査で保険者側から最近そのようなコメントが来ておりますが、検査前から病変部位が判っていて、その部位のみ検査処置するのであれば、その対応で良いと思われるが、一般的には全大腸を検査し、結果として病変が直腸にあたり、S状結腸にあたりしているので全大腸検査施行したのであれば、その請求を認めて良いと考えます。

【沖縄県】

当県では直腸癌、S状結腸癌であっても上行結腸及び盲腸で算定している。ただしコメントにて癌にて全周性病変であり病変部を超えることができないなどとあればその部位に準じて読み替えている。

【大分県】

S状結腸がんであっても全大腸の観察を認めている。

【長崎県】

提案県

各 県 からの 回 答

【熊本県】	<p>疾患名が検査を規定する必然性はないと思われる。S 状結腸がんの病名であっても全大腸検査は認めている。粘膜上皮の腫瘍はどこにでも発生するので全大腸検査が望ましい。</p>
【福岡県】	<p>直腸がん、S 状結腸がん、であっても他の部位に病変の可能性があります。従って、TCS（全大腸鏡検査）は行うべきだと考えます。</p> <p>また、直腸ファイバー、あるいはS 状結腸ファイバーを準備しておられる施設は少ないと思います。</p> <p>実際、福岡県内の大きな基幹病院では、TCSしか行っていない施設がかなりあります。</p> <p>ただし、「大腸がん疑い」などTCSを必要とする傷病名があるのが望ましいと考えます。</p>
【鹿児島県】	<p>【 国 保 】</p> <p>消化器内科審査委員 全大腸の観察は当然である。</p> <p>【 社 保 】</p> <p>大腸内視鏡検査においては、通常、盲腸まで挿入し、観察している。</p> <p>その結果として「直腸がん」、「S 状結腸がん」の病名になったとしても、他の部位に何も異常がないことを確認した上での診断であるので、全大腸内視鏡検査としての請求は当然認められる。</p> <p>特殊な場合（狭窄等、あるいは検査医師の技術の問題で深部大腸に挿入できなかった時）は到達部位までの請求になる。</p>

(12) DPCの入院料に於ける救命救急入院料、特定集中治療室管理料の取り扱いについて
傷病名：①MRSA敗血症

②急性肺炎(市中肺炎、A-DROPスコア：1)

③症候性てんかん (熊本県)

《 提案要旨 》

DPCの入院料の加算として、救命救急入院料、特定集中治療室管理料が設定されているが、その算定対象となる患者は通知で規定されています。(参考資料あり)

上記の①②③の場合、入院区分は緊急入院であっても算定が認められないのではないかと考えています。

又、認められない場合はそれに伴う加算は認められず、包括される救急医療管理加算1又は2が認められることとなりますが、1又は2のいずれを認めるか、貴県に於ける取り扱いについて御教示ください。

各 県 から の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

①、②、③の全てに症状詳記を求めて返戻します。②のA-DROPscore1の場合は、外来でも入院でもよいレベルなので査定する場合があります。包括の場合も同様に返戻しています。

【 国 保 】

個々の症例により医学的判断。治療内容等から判断しかねる場合は症状詳記を求めている。

①～③とも救急医療管理加算1の要件を満たすと考えするため、振り替える場合は、救急医療管理加算1としている。

【宮崎県】

重篤な急性呼吸不全や意識障害等の救命救急の算定対象の病態が明確でなければ、① MRSA敗血症②急性肺炎③症候性てんかんの傷病名だけでは算定は難しいと考えます。救急医療管理加算1または2は、医師の判断であり明確な基準はありませんので、詳記次第と考えます。

② 急性肺炎A-DROPスコアー1)は、外来または入院治療のレベルであり、該当しない。

救命救急入院料が認められない場合はケースバイケースでの判断になります。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】

＜救命救急入院料＞
⇒施設基準に適合して届け出た医療機関(■救急救命センター)で算定可能
＜特定集中治療室管理料＞
⇒施設基準に適合して届け出た医療機関(■ICU)で算定可能
＜救急医療管理加算＞
⇒施設基準を満たす医療機関において救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者で算定可能
救急医療管理加算1の対象となる患者は、
ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック
カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査またはt-PA療法に必要とする状態
救急医療管理加算2の対象は、ア～ケまでに準ずる重篤な状態にあって医師が診察の結果、緊急に入院が必要と認めた重篤患者となっています。
従って、①MRSA敗血症、②急性肺炎(市中肺炎、A-DROPスコア:1)、③症候性てんかんの疾患に関しては、ア～ケに準ずる状態として、救急医療管理加算2で算定しています。

【大分県】

貴県の指摘通り、①②③のいずれの場合も救命救急入院料、特定集中治療室管理料の算定は認められないと思われる。本件に関しては当県では独自の厳格な規定はなくケースバイケースで審査員の判断に委ねられているが、一般的に医学的必要性や病状から考慮して救急医療管理加算2が相当と思われる。

【長崎県】

病名だけではなく、レセプト内容から審査員の判断により審査しています。

【熊本県】

提案県 (1)に準ず。

各 県 から の 回 答

【福岡県】

①②③の病名だけで判断せず、診療状況や詳記にて判断している。

【鹿児島県】

【 国 保 】

救命救急入院料の算定対象となる重篤な救急患者とは、次に掲げる状態にあって、医師が救命救急入院が必要であると認めた者であること。

ア 意識障害又は昏睡

イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

キ 広範囲熱傷

ク 大手術を必要とする状態

ケ 救急蘇生後

コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

との条件から① ② ③については緊急入院であっても算定が認められないと判断、返戻している。

救急医療管理加算1又は2いずれを認めるか病態を判断して決定。

審査委員会で検討予定

【 社 保 】

救命救急入院料や特定集中治療室管理料の算定要件に該当すれば算定可能と思われる。

①MRSA敗血症は重症度をレセプトに記載する必要がある。

②急性肺炎(市中肺炎、A-DROP1)は中等度ですが算定は不可能と思われる。

③症候性てんかんは算定不可能です。

救急医療管理加算については、①は生命に関わるようなことがあれば1であるが、通常であれば2と思われる。

②、③は救急医療管理加算は認められないのではないか。

重症度によると思われる。

提 案 事 項

(13) 消化管内視鏡検査における静脈麻酔薬の使用について （熊本県）

《 提案要旨 》

熊本では一般に消化管内視鏡検査ではペチジンとエチゾラム等のベンゾジアゼピンの併用は査定の対象になりますが、最近ではプロポフォール等の新しい静脈麻酔薬がガイドライン等により多用される所も現れています。

これらの静脈麻酔薬について、各県ではどのように対処されていますか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【社 保】

提案事項1と重複しますが、上部消化管内視鏡検査では、原則静脈麻酔は認めていません。ただし、精神神経疾患を有しており、検査が困難な場合は、注記があれば認めています。上部消化管内視鏡検査の全患者に対して麻酔しなければできないのであれば、手技(技術)が未熟であり、検査はすべきでないと考えます。麻酔後の覚醒が異常に遅い患者や、車を自分で運転して来院した患者さんには検査を延期する等の配慮が必要です。万一を考えて挿管の準備をし、自院で入院設備のない医療機関では検査の度に急変時の転送病院との連携をとっておく必要があります。そこまでの準備ができていなければ、静脈麻酔は控えるべきと考えます。

下部消化管内視鏡検査では、上記に加えて開腹手術の既往があり、癒着のため前回検査ができなかったとの注記があれば認めています。

支部間差異検討委員会でも認める方向であり、いずれは上部・下部とも静脈麻酔を認めることになると思われます。

【国 保】

鎮痛剤、鎮静剤の併用を認めている。ただし、両者とも必要性の注記が必要との取り決めをしている。

プロポフォールについて、現状、請求事例はない。使用を認めるかについては、今後検討が必要であると考えます。

各 県 から の 回 答

【宮崎県】	<p>静脈麻酔剤を消化管内視鏡検査の前処置剤としては認めていません。宮崎県医師会で作成した保険診療の手引きでは、前処置剤に関しては 上部消化管検査では原則として1剤のみ認められる。2剤（オピスタン・セルシンなど鎮静剤）併用する場合には詳記が必要。内視鏡による手術時には2剤併用も認められる。さらに麻薬を第一選択としないこととあります。下部消化管検査でも同様となっていますが、現実的には2剤OKです。</p> <p>但しプロポフォールは静脈麻酔剤ですので認められないと思います。（使用例にあたったことはありません）</p> <p>（ちなみに添付文書におけるプロポフォールの使用上の注意には、一般の全身麻酔剤と同様、麻酔開始より患者が完全に覚醒するまで、麻酔技術に熟練した医師が、専任で全身状態を注意深く監視。集中治療の鎮静に利用する場合においても、集中治療に熟練した医師が取り扱うとなっており、ベンゾジアゼピン系の鎮静剤とは異なる扱いです。）</p>
【沖縄県】	<p>【 社 保 】</p> <p>当県では併用の細かな取り決めはありませんがプロポフォールも認めております。</p> <p>【 国 保 】</p> <p>プロポフォールを内視鏡の鎮静として使用したレセプトは当県では経験がありません。他のベンゾジアゼピン系に関して覚醒の点で早く有用であるとは考えますが、適切なコメントがない場合、高価であるあるため査定の対象になります。</p>
【大分県】	<p>「体動抑制」等のコメントがある場合は、認めている。</p>
【長崎県】	<p>提案（１）に対する回答通りです。鎮静剤１剤のみは認めますが併用は認めません。またプロポフォール等は麻酔の必要性和それが実施された場合に認めています。</p>

各 県 からの 回 答

【熊本県】	提案県
【福岡県】	当県でも併用は査定していますが、プロポフォール、ミタゾラム等の使用は認める方向で検討していきたいと考えています。
【鹿児島県】	<p>【国 保】</p> <p>提案事項(１)とほぼ同じ</p> <p>【社 保】</p> <p>ベンゾジアゼピン系とペチジン(オピスタン)の併用については、上部消化管内視鏡検査においてはペチジンを査定、詳記があれば認めている。</p> <p>大腸内視鏡検査においては、詳記が無くても両者の併用を認めている。</p> <p>プロポフォールについては、最近、使用している医療機関がでてきているが、ベンゾジアゼピン系よりも効能が限られている薬剤であり、現時点では特に詳記が無い場合は、査定している。</p>

提 案 事 項

(14) サムスカ:心不全に対する体液貯留;一日一回15mg 経口投与
肝硬変における体液貯留;一日一回7.5mg 経口投与
について当県では以下のような取り決め事項を結構厳密に対応していますが貴県ではいかが
ですか? (福岡県)

《 提案要旨 》

- ①本剤は他の利尿薬と併用されていなければ算定は認められない。
- ②本剤の投与開始に当たっては原則入院で行わなければならない。ただし一時中止後の再投薬については、7.5mgのみ外来でも認められる。
- ③一回の投与日数は30日分までを認めるが、本剤の投与開始にあたっては血液検査(血清電解質:Na,K,Cl および肝機能検査:AST,ALT,ガンマGTP,ビリルビンなど)を行う必要があり、同月に血液検査の算定がない場合、本剤の算定は認められない。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

- ①サムスカの添付文書の「重要な基本的注意」及び「警告」として、他の利尿剤と併用して使用することと記載されています。従って併用されていない場合は返戻して、他の医療機関でも利尿剤が投与されていなければ査定しています。
- ②添付文書の警告に、「入院下で投与を開始又は再開すること」とされているので、中止後の再投与の場合でも入院下での投与が必要です。投与期間は特に制限していません。1回の投与期間は30日分まで認めているとのことですが、添付文書には、肝硬変、心不全のいずれも2週間を超える使用経験はないとされています。また、2週間でも効果がなければ中止、目標体重に達したら漫然投与しないとされています。従って、1回の投与期間は2週間が妥当と考えます。
- ③添付文書の警告に検査のスケジュールが定められており、開始月に電解質及び肝機能検査がなければ、他医で当月検査されているかどうかについて返戻確認し、検査がなければ査定しています。

【 国 保 】

社保回答と同様である。

各 県 からの 回 答

【宮崎県】

宮崎県(社保)では原則として添付文書を遵守する扱いとしています。

①他の利尿剤と併用されていない場合はD査定としています。

②一時中止の後の再投薬については、7.5mg錠の場合であっても、外来での再開は認めていません。外来で再開され、継続している事例に対しては、外来での再開時の初回処方分はD査定とし、次回以降の継続処方分からは認める扱いとしています。

③投与開始は入院以外は認めていないので、血液検査がない事例は存在しません。外来で継続処方をするときには、血液検査を処方の条件とはしていません。

【沖縄県】

サムスカはバソプレシンV2受容体拮抗薬という新しいタイプの利尿薬です。普通の利尿薬と異なり、ナトリウムなどの電解質排泄を増やさないで水分だけを排出させるのが特徴です。電解質の排泄増加を伴わないので、ラシックス等のような低ナトリウム血症や低カリウム血症を起こすことはありませんが。一方で、それらの血清濃度が異常に上昇してしまう(⇒とくに高Na血症)おそれがあるため、開始当初は必ず入院し、電解質の測定(特にK)を数回行うことが必要です。

①利尿薬との併用は必須です。薬剤の添付文書の<<効能・効果に関連する使用上の注意>>に記載されています。

http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/2139011D1022_1_02/

②投薬開始は、上記のごとく入院が必要です。

(⇒導入最初は頻回に電解質チェックが必要)

③同意見です。

各 県 からの 回 答

【大分県】	①～③ 医学的判断としている。
【長崎県】	① 貴県の通り、他の利尿剤の併用がなければ認めません。 ② 同様な場合、15mgでも認めています。 ③ 1回の投与日数は30日、投与開始時には諸検査が実施されているようで特に問題になっていません。
【熊本県】	同様だが、投与開始はすべて入院を原則としている。
【福岡県】	提案県
【鹿児島県】	【 国 保 】 審査委員の判断 【 社 保 】 本県の社保の審査会では、問題に上がったことがなく、合議等はない。篆書文書通りの警告に従った使用方法で対処しており、貴県のような取決め事項は設けていない。

提 案 事 項

(15) 漢方エキス製剤の上限規制について伺います。（福岡県）

《 提 案 要 旨 》

福岡県では社保・国保審査員の申し合わせ事項として、下記のような取り決めを30年程前から行っています。

「漢方エキス顆粒（医療用）は用法・用量の1日量を上限とし、複数処方を行う際には満量2剤までとする。3剤以上を併用する場合はそれぞれ減量して満量2剤を越えないようにする。（例：ツムラ葛根湯7.5g＋ツムラ小柴胡湯7.5gは可。これに桔梗湯を加える場合にはツムラ葛根湯5g＋ツムラ小柴胡湯5g＋ツムラ桔梗湯5gとそれぞれ3分の2として、総量を満量2剤以下とする）」

最近、国保審査会の漢方担当部門より、「適宜増減の文言があるので、1剤処方では倍量まで認めてよいのではないか（例：ツムラ葛根湯15g／1日まで可とする）」との意見が出されていますが、倍量投与では麻黄や甘草の過量による副作用の懸念もあり、従来通り、1剤に関しては1日量を上限とする方針を社保側は維持したい考えで、今後調整して行く予定です。

各県では漢方エキス顆粒（医療用）の投与量、複数処方について、上限をどのように決めておられますでしょうか。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【 社 保 】

貴県の申し合わせ事項と同じ取り決めで審査しています。

本県では、保険診療の手引きに、単剤の場合は、原則的に厚生労働大臣が承認した範囲内で処方する。エキス剤の多剤併用又は生薬の浸煎薬（全体としてエキス剤の1剤とみなす）を併用する場合は、配合生薬の用量が過剰にならないように注意する。エキス顆粒製剤の多剤併用の場合も成分生薬の適正投与のため、併用注意に留意して、1日量は、製剤の満量2倍相当量（15～18g/日）程度を目安とする。漢方製剤処方時のいわゆる裏処方についても適応傷病名がないものについては認めていないと記載しています。

【 国 保 】

満量2剤相当量を基準としている。（貴県と同じ）

1剤処方の場合であっても、倍量は認めていない。

【宮崎県】

取り決めはありません。ケースバイケースで判断します。

各 県 からの 回 答

【沖縄県】	漢方エキス顆粒は2剤までしか併用を認めていません。3剤以上の併用は原則として査定しています。定期外来で漢方薬2剤併用の患者が急性疾患、例えば急性上気道炎になり葛根湯等を処方している場合や、どうしても3剤併用が必要で貴県のご指摘のように用量を加味している場合はコメントにより認めているケースもあります。
【大分県】	医学的判断としている。
【長崎県】	基本的に2剤のフルドース相当量まで認めています。3剤以上の場合貴県と同様です。葛根湯15gはそれだけで2剤相当と考えられると思います。ところで当県では問題になってはいませんが、ツムラ大建中湯は常用量が15gとなっていますが取り扱いはいかがでしょうか。
【熊本県】	漢方薬は2剤まで、3剤以上は用量に関わらず査定の対象としている。 1剤の上限は明記された用量とする。
【福岡県】	提案県
【鹿児島県】	【国 保】 上限等については審査委員の判断 【社 保】 合議での取決めはない。複数のエキス剤の処方の際、保険者から再審査依頼が時々あり、再審査では、それぞれの薬剤に含まれる乾燥エキス組成量を計算し、重なりのある成分について処方量から合算し、その量が適宜増減の範囲内にあれば、算定可とし、過量であれば、許容範囲内に薬剤を減量査定している。

(16) 配置医師でない保険医による定期的な往診について （鹿児島県）

《 提案要旨 》

かかりつけの患者が特別養護老人ホームに入所し、配置医師へと主治医が自動的に変更になった場合、平成18年4月24日医療課事務連絡において、緊急の場合や配置医師の専門外にわたるものの場合、配置医師でない保険医が入所者からの求めに応じて往診を行うことは妨げない、とされているが、これを定期的に行った場合は審査上どのように扱われておられますか？患者本人や家族から要望があれば、定期的なものでも往診または在宅訪問診療でできるようにしてほしいとの会員からの要望あり、各県での対応をお伺いしたい。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】

【社 保】

患者又はその家族からの要望であったとしても、保険医が定期的に行った場合は往診とは認めていません。

往診は患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるもので、定期的に診療した場合は算定できないとされています。配置医師でない保険医は、特に診療を必要とする場合を除きみだりに診療してはならない。定期的な医学管理を目的として診療を行った保険医は配置医師とみなすとされています。配置医師、保険医にかかわらず、患家の求めが定期的にあっても、定期的に診療すれば往診とはみなされないと考えます。

【国 保】

レセプト審査上は認めている。

指導の範疇になると考えるが、定期的な往診等の算定は認められないと考える。

【宮崎県】

配置医師でない保険医が定期的に往診を行った場合には査定されます。患者本人や家族からの要望はありませんが、現時点では困難かと思います。

各 県 から の 回 答

【沖縄県】	<p>【社 保】</p> <p>貴県の提案されたような事例は当県では報告がありません。解釈上複数の医師に定期的な往診、在宅診療は認められないものと思われます。</p>
【大分県】	<p>患者本人や家族からの要望であっても、定期的なものは往診料の算定要件に該当しないため、算定できないと考えます。</p> <p>在宅訪問診療料は、配置医師、配置医師以外のいずれも算定できない項目のため、算定できないと考えます。</p>
【長崎県】	<p>定期的なものは認められません。配置医師の要請があれば認めています。</p>
【熊本県】	<p>定期的な往診はありえないと思われるが、訪問診療は配置医師のみ認めている。</p>
【福岡県】	<p>往診を行うことは妨げないが、定期的に行った場合は査定となる。</p>
【鹿児島県】	<p>提案県</p>

(17)「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」の病名でのHbA1c測定について（鹿児島県）

《 提案要旨 》

「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」の病名でHbA1cを測定すると当県国保では、査定されます。「糖尿病疑い」病名として、3か月に1回であれば認めるとのことです。社保では今のところ査定されていません。「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」病名でも、高血圧症や脂質異常症があれば、2型糖尿病への進行抑制目的でのベイスン0.2mgの使用が認められています。治療目的での薬物使用が認められるのであれば、効果判定などのために検査を認めてもいいのではないのでしょうか。貴県ではいかががされていますか。

各 県 からの 回 答

【佐賀県】

【社 保】

添付文書には、ベイスン0.2mg投与開始後1～3ヵ月毎を目安に、空腹時血糖・随時血糖、HbA1cなどの検査を実施するとあるので、効果判定の目的で毎月HbA1cを検査されても査定はできない。連月検査の場合は、必要理由について返戻することもある。この場合、食事療法、運動療法を3～6ヵ月間行っても改善されなかった旨の注記及び高血圧症、脂質異常症、肥満（BMI25以上）又は2親等以内の糖尿病家族歴のいずれかの診断名をレセプトに記載する必要があります。

【国 保】

糖尿病疑いの併記が望ましいが、査定はしていない。
※国保の全国調査で87%が「境界型糖尿病でのHbA1cを（原則）認めている」との結果が出ている。

【宮崎県】

当県では「耐糖能異常」、「境界型糖尿病」、「糖尿病疑い」のいずれの病名でも3ヵ月に一回の測定を認めています。

【沖縄県】

「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」は糖尿病疑いと同じような病態と考えられます。ゆえに当県では3ヶ月に1回の測定を認めております。当県でも「耐糖能異常」「境界型糖尿病」にベイスン0.2mgの使用は認められています。

【大分県】

「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」の病名でHbA1cを認めている。

【長崎県】

「耐糖能異常」や「境界型糖尿病」でのHbA1cの測定は認めています。
「糖尿病の疑い」では診断を確定するために2ヶ月連用までは認めますが、3ヶ月以上の連用検査は認めていません。一旦中止にして3ヶ月以上の間隔を空けた場合、それから2ヶ月の連用までは認めています。

各 県 からの 回 答

【熊本県】	耐糖能異常や境界型糖尿病の場合は、3ヶ月の1回のHgbA1c測定を認めている。
【福岡県】	初回であれば、グルコースと共に「耐糖能異常」「境界型糖尿病」もしくは「糖尿病の疑い」でHbA1c測定は認めています。しかし、3ヶ月に1度は頻回と思われます。当県では、大旨6ヶ月に1回程度です。
【鹿児島県】	提案県

平成30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

平成30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

◇提案事項

(1) 境界型糖尿病患者に対する栄養指導の保険適応

(宮 崎 県)

提 案 事 項

(1) 境界型糖尿病患者に対する栄養指導の保険適応（宮崎県）

《 提案要旨 》

ベイスン0.2は耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制に保険適応とされているが、境界型糖尿病に対する栄養指導は保険査定されることがある。糖尿病発症予防という点では同じと思われますので、保険適応としていただきたい。

各 県 か ら の 回 答

【佐賀県】	本件について、本年7月18日に支払基金本部より各都道府県支払基金宛てに、境界型糖尿病に対する外来栄養食事指導料等の取扱いについて、外来栄養食事指導料等については算定できない旨、厚労省保健局医療課より回答があったとして、通知が出されているようである。
【宮崎県】	提案県
【沖縄県】	貴県の意見に賛成です。
【大分県】	<p>当該項目の請求について経験がなく以下提案事項と相違があればご容赦ください。</p> <p>外来栄養食事指導料については対象患者が「特別食を必要とするもの」となっていますので「糖尿食」の指導が必要と判断されれば病名はあまり関係ないのではないのでしょうか。</p> <p>境界型糖尿病で算定できそうですが必要性についてのコメントは必要と思われます。</p>
【長崎県】	外来、入院共に認められない（適応とならない）との通達が来ましたが、糖代謝異常は存在しており、適切な指導を行わなければ、糖尿病に移行する危険が大きく、患者のためにも医療経済的にも認めて頂きたいと考えます。境界型糖尿病患者が、特定健診を受診しても指導対象となるかどうか不明で、放置されたら問題です。
【熊本県】	貴県の通り。
【福岡県】	貴県通り。
【鹿児島県】	ライフスタイル(食事療法を含めた)介入群が対照群に比し境界型糖尿病からの糖尿病発症を抑制したとの成績(DPPOS)が出されている。患者さんのため、更に今後の医療費抑制に資するので耐糖能異常を栄養指導対象疾患として頂くよう希望する。



《 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

(平成30年7月1日現在)

	鹿 児 島	佐 賀	宮 崎	沖 縄
会 の 名 称	鹿児島県内科医会	佐賀県内科医会	宮崎県内科医会	沖縄県内科医会
発 足 年 月 日	昭和40年6月26日	昭和36年7月	昭和37年8月	昭和40年4月
事業所所在地	〒890-0053 鹿児島市中央町8-1 鹿児島県医師会館内	〒840-0054 佐賀市水ヶ江1-12-10 佐賀県医師会内	〒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
T E L	099-254-8126	0952-37-1414	0985-22-5118	098-868-7579
F A X	099-257-1816	0952-37-1434	0985-27-6550	098-867-3750
メー ル ア ド レ ス	ken_naika@ kagoshima.med.or.jp	naika@ bukai.saga.med.or.jp	ayokoyama-staff@ miyazaki.med.or.jp	k-nishimura@ naha-med.or.jp
会 長 名	福 元 良 英	古 賀 貴 文	比 嘉 利 信	友 利 博 朗
住 所	〒891-0401 指宿市大牟礼1-32-24 福元医院	〒840-0034 佐賀市西与賀町 大字厘外859番地15号	〒880-0806 宮崎市大字田吉4374-1 (独)国立病院機構 宮崎東病院	〒900-0032 那覇市松山2-23-13 八重洲クリニック
T E L	0993-22-3053	0952-24-0541	0985-56-2311	098-861-8618
F A X	0993-22-6679	0952-23-7468	0985-56-2257	098-861-9857
メー ル ア ド レ ス	fukumotodmcl@ po4.synapse.ne.jp	TAKADRUM@ po.saganet.ne.jp	higat@hosp.go.jp	yaesu@io.ocn.ne.jp
担 当 者	洵 脇 憲 幸	吉 田 慎 太 郎	横 山 葵	西 村 和 高
会 員 数	436名	292名	425名	155名
開 業 医 数	254名	230名	286名	106名
勤 務 医 数	182名	62名	139名	48名
年 会 費	開業医 12,000円 勤務医 6,000円 (日臨内会費は別途徴収)	開業医 11,000円 勤務医 11,000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) 助成金(県医より) 240,000円	開業医 15,000円 勤務医 15,000円 (日臨内会費を含む) 助成金(県医より) 150,000円
助成金がある場合はその金額				
運営について	会 長 1名 副 会 長 2名 常 任 理 事 5名 理 事 11名 監 事 2名 評 議 員 17名 顧 問 4名	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 12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 7名 監 事 2名 顧 問 5名
役員会等の開催回数(年間)	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	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 3回 医療保険委員会 3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
そ の 他	会 報 年1回 医 学 会 数回 ホームページ	講演会・研修会 年5回	会 報 年1回 会 員 名 簿 2年1回 ホームページ	ニ ュ ー ス 年3回 会 員 名 簿 2年1回 学術講演会 年2～4回 ホームページ

	大 分	長 崎	熊 本	福 岡
会 の 名 称	大分県内科医会	長崎県臨床内科医会	熊本県内科医会	福岡県内科医会
発 足 年 月 日	昭和34年4月26日	昭和52年7月	昭和51年6月	昭和28年12月
事業所所在地	〒870-8563 大分市大字駄原2892-2 大分県医師会館内	〒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3F
T E L	097-532-9121	095-844-1111	096-288-2125	092-431-4845
F A X	097-537-4764	095-844-1110	096-288-2178	092-431-4811
メールアドレス	hokenka@oita.med.or.jp	naika@nagasaki.med.or.jp	kumamotoken-naikai@white.plala.or.jp	fppa@fukuoka.med.or.jp
会 長 名	井 上 雅 公	中 西 俊 明	藤 山 重 俊	江 頭 芳 樹
住 所	〒876-0836 佐伯市西谷町6番24号	〒850-0037 長崎市金屋町2番10号 中西内科	〒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
T E L	0972-22-4800	095-820-2350	096-364-6000	092-726-6333
F A X	0972-22-4811	095-820-2351	096-362-5204	092-726-6336
メールアドレス	inoue.masaki@gmail.com	musogre56otigoc@jewel.ocn.ne.jp	fujiyama@k-shito.or.jp	y.egashira@sakurahp.or.jp
担 当 者	会員福祉課(重石・坂田)	荒 木 優 一	内 山 裕 子	古 藤 泰斗恵
会 員 数	192名	361名	318名	2,058名
開 業 医 数	127名	246名	225名	1,681名
勤 務 医 数	65名	115名	93名	377名
年 会 費	開業医 12,000円 勤務医 2,000円 (日臨内会費は別途徴収)	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
助成金がある場合はその金額	助成金(県医より) 150,000円			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 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	会 長 1名 副 会 長 3名 理 事 14名 監 事 2名 評 議 員 28名 顧 問 9名	会 長 1名 副 会 長 3名 理 事 44名 監 事 2名 顧 問 3名	会 長 1名 副 会 長 4名 専 務 理 事 1名 理 事 9名 監 事 3名 評 議 員 57名 顧 問 2名
役員会等の開催 回数(年間)	常任理事会 随時 理 事 会 1~2回 評 議 員 会 1回 総 会	理 事 会 約4回 評 議 員 会 1回 総 会 1回	理 事 会 3回 必要時随時 総 会 1回	理 事 会 6回 5 役 会 9回 評 議 員 会 1回 総 会 1回 郡市区内科医会会長会 1回 社保・国保審査委員懇談会 1回 医報編集委員会 2回
そ の 他	ニュース 年1回(予定) 学術講演会 2回(予定)	会 誌 年1回 学術講演会 年約4回	会 報 2年1回 ニュース 年3回 会 員 名 簿 2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

日本臨床内科医会九州ブロック会議
第53回九州各県内科医会連絡協議会
第35回九州各県内科審査委員懇話会

} 出席者名簿

県 名		役 職 名	出 席 者 名	会 議 ク ロ ッ ク	九 内 協	九 内 懇	懇 親 会	宿 泊
来 賓	日本臨床内科医会	会 長	猿 田 享 男	○				
		副 会 長	望 月 紘 一	○	○		○	
		副 会 長	菅 原 正 弘	○	○		○	○
		副 会 長	江 頭 芳 樹	○	○		○	○
		常 任 理 事	山 本 晴 章	○				
佐 賀 県	佐賀県内科医会	会 長	古 賀 貴 文	○	○		○	○
		副 会 長	二 宮 冬 彦			○	○	
		理 事	瀬戸口 洋 一			○	○	○
		理 事	石 井 善 智			○		
		理 事	中 山 利 浩			○	○	○
宮 崎 県	宮崎県内科医会	会 長	比 嘉 利 信	○	○		○	
		副 会 長	弘 野 修 一			○	○	○
		副 会 長	重 平 正 文			○	○	
		副 会 長	石 内 裕 人	○	○		○	○
		常 任 理 事	光 川 知 宏	○	○		○	○
		理 事	松 岡 均			○	○	
沖 縄 県	沖縄県内科医会	会 長	友 利 博 朗	○	○		○	○
		副 会 長	湧 上 民 雄	○		○	○	○
		副 会 長	田 名 毅	○	○		○	○
		専 務 理 事	宮 城 政 剛			○	○	○
		理 事	玉 城 清 酬		○		○	○
		理 事	仲 本 昌 一			○	○	○
		理 事	大 城 康 一			○	○	○
		理 事	久手堅 憲 史		○		○	
		理 事	伊 佐 勝 憲			○	○	○
		理 事	中 村 義 人			○	○	○
		理 事	玉 城 仁		○		○	

県 名		役 職 名	出 席 者 名	会 議 ブ ロ ッ ク	九 内 協	九 内 懇	懇 親 会	宿 泊
大分県	大分県内科医会	会 長	井 上 雅 公	○	○		○	○
		理 事	生 山 祥一郎			○	○	○
長崎県	長崎県内科医会	会 長	中 西 俊 明	○		○	○	
		副 会 長	川 原 健治郎		○		○	
		副 会 長	大津留 泉	○	○		○	
		副 会 長	江 口 圭 介			○	○	
熊本県	熊本県内科医会	会 長	藤 山 重 俊	○	○		○	
		副 会 長	大 柿 悟	○	○		○	
		理 事	那 賀 みち子			○	○	
		理 事	野津原 昭			○	○	
		理 事	澤 田 知 宏			○	○	
福岡県	福岡県内科医会	副 会 長	中 岡 幸 一			○	○	○
		副 会 長	高 野 健太郎		○		○	○
		副 会 長	上 野 俊 幸	○		○	○	○
		副 会 長	猪 口 哲 彰		○		○	○
		専 務 理 事	長 尾 哲 彦	○	○		○	○
		会 計 理 事	牧 角 和 宏			○	○	○
		庶 務 理 事	山 路 浩三郎		○		○	○
		評 議 員	権 藤 公 和			○	○	○
鹿児島県	鹿児島県内科医会	会 長	福 元 良 英	○	○		○	
		副 会 長	有 馬 新 一	○		○	○	
		副 会 長	花 田 修 一	○		○	○	
		常 任 理 事	林 芳 郎		○		○	
		常 任 理 事	佐 藤 昭 人		○		○	
		常 任 理 事	有 村 公 良		○		○	
		常 任 理 事	森 内 昭 博			○	○	
合 計				22	25	26	50	27