第11回沖縄県医師会研修医歓迎レセプション

常任理事　田名　毅

第11回沖縄県医師会研修医歓迎レセプション

日　時：平成31年4月5日（金）19:00～21:00
場　所：沖縄県医師会館（3階ホール）

会次第

司会：沖縄県医師会常任理事　田名　毅

1. 開　会　沖縄県医師会副会長　宮里　善次

2. 挨　拶　沖縄県医師会会長　安里　哲好
沖縄県知事　玉城デニー
群星沖縄群より　徳田　安春
女性医師部会部会長　依光たみ枝

3. 沖縄県医師会医学賞（研修医部門）表彰式
沖縄県医師会会長　安里　哲好
沖縄県医師会医学会長　砂川　博司

4. 乾　杯　RyuMIC群より　大屋　祐輔

～歓　談～

5. 新研修医紹介
①琉球大学医学部附属病院、②北部地区医師会病院、③那覇市立病院、④沖縄赤十字病院、⑤中頭病院、⑥中部徳洲会病院、⑦浦添総合病院、⑧ハートライフ病院、⑨大浜第一病院、⑩沖縄協同病院、⑪南部徳洲会病院、⑫豊見城中央病院、⑬県立北部病院、⑭県立中部病院、⑮県立南部医療センター・こども医療センター、⑯県立宮古病院

6. 研修医代表挨拶
県立病院群より（沖縄県立北部病院）　伊藝　真樹

～歓　談～

7. 閉　会　沖縄県医師会副会長　宮里　達也

毎年恒例となった沖縄県医師会研修医歓迎レセプションが平成31年4月5日に、沖縄県医師会館3階ホールで開催された。今年はこれまでで最も多い157名の初期研修医が沖縄で研修を開始するが3名の欠席を除く154名の初期研修医が参加し、また各病院関係者、行政などからの招待者122名の参加があり、合計276名の大変盛大な会になった。左にある会次第にそって、ご挨拶をいただいた。

冒頭、宮里善次副会長による力強いエールのこもった開会宣言の後、当会を代表して安里哲好会長より挨拶があった。夢をもって沖縄で初期研修に臨む若い先生方に歓迎の意を示され、2年間しっかり頑張ってほしいと激励の言葉があった。沖縄県からは玉城デニー知事の代読で謝花喜一郎副知事よりご挨拶をいただいた。会の開始前に執行部から事前にあった情報に基づいて、2年のみならず3年以降の後期研修でも是非沖縄に残ってほしいとコメントされていた。群星沖縄群の徳田安春先生は、挨拶の冒頭でレジナビの沖縄ブースに来た研修医に手を挙げてもらって、これまでの沖縄県・沖縄県医師会の取り組みの成果があることを紹介して下さった。研修医の心構えに関して熱の入ったお話をされていた。女性医師部会の依光たみ枝先生からはご自身で作られた詩を用いて、研修医歓迎の意を表されていた。いずれのご挨拶も前途有望な研修医には大変参考になったと感じた。

その後、沖縄県医師会医学賞（研修医部門）の表彰式が行われた。昨年同様に沖縄県医師会医学会会長の砂川博司先生から、受賞者、受賞演題名の発表があった。当日会場に来られない

研修医のビデオメッセージがあったが、音声の不具合で無声になったところを砂川先生の機転が利いたジョークを交えた進行で和やかに済んだ。アカデミックなカラーが出せる場として今回も有用だったと感じた。2年後のこの場を目指して初期研修医が研鑽されることを願っている。

司会の私から情報提供という形で、最近の外科医専攻を選択する後期研修医の少なさについてスライドを使って紹介した。研修医の進路選択における一助、また指導医の先生方の現場での声かけに参考になれば幸いである。

いよいよ懇親の場に入り、琉球大学医学部附属病院新病院長の大屋祐輔先生より乾杯のご発声をいただいた。その後は大変賑やかに歓談、懇親会が行われた。

会の終盤は各病院の研修医紹介を1病院、3分でお願いし、病院ごとに研修医が壇上に上がって紹介された。研修医指導責任者の先生方が挨拶して、各研修医が出身大学、名前を自己紹介するスタイルでほぼすべての病院が行っていた。短い時間でも研修医一人ひとりに時間をとって自己紹介してもらうことが重要と感じた。研修医代表の伊藝真樹先生の挨拶の際は大学同期の学生が集まって会場から応援している様子が感じられたので、研修医どうしの仲の良さを感じ好感がもてた。

最後は宮里達也副会長に閉会の挨拶をいただき、あっという間ではあったが参加者に印象が残る楽しい時間を無事に終えることができた。

研修医代表挨拶

沖縄県立北部病院　伊藝真樹

本日は私たち、初期研修医のために、このような歓迎レセプションを開いていただき、誠にありがとうございます。

平成から令和へと年号が変わる節目に、初期研修をスタートさせ、医師への第一歩を踏み出せたことは、例年以上に気持ちが新たに引き締まる思いではないでしょうか。そして、同時に不安や期待が入り混じり、何とも落ち着かない気持ちも抱えていることかと思います。

私たち県立北部病院の病院長が研修初日にこのような言葉をかけてくださりました。

「失敗を恐れることなく、チャレンジしてほしい」と。まさにその通りだと思います。

初めから全てがうまくいく研修医などほとんどいないと思います。成功例から学ぶことも多いですが、失敗例からも学ぶこと、身につくことも必ずあるはずです。不安な気持ちもありますが、明日よりよい研修医となるため、今日できること一つ一つに果敢にチャレンジしていきたいと思います。

そして、何年かしたのち、沖縄、日本の医療の前線に立てるよう、知識の取得や技術の研鑽に努めていきたいと思います。

以上、簡単ではございましたが、研修医を代表して挨拶とさせていただきます。

挨拶する安里哲好会長

挨拶する謝花喜一郎副知事

※当日レセプションに参加いただいた研修医の先生３名にインタビューを行いましたので、以下のとおり紹介します。

沖縄県立中部病院　徳田暁拓

質問１．医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

最初に医学に興味を持ったのは、医師であった父が生き生きと働いている姿を幼少期から見ていたことがきっかけでした。医師を目指す決め手になったのは、地域の病院で患者様の心をいたわり、親身に接しつつも日々学習を怠らず進歩を続ける先生と出会い、こんな人生を歩めたらと強く憧れたことでした。

質問２．医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？

まずは症状や疾患自体に対するアプローチを学び、アセスメント・プランを立て、的確なプレゼンができるようになることが目標です。そのためにも上級医の先生方から日々多くのことを学び、それを活かしつつ場数を踏んでいきたいです。

沖縄県立中部病院は、優秀な指導医の方々、厳しく忙しくも得られるものが大きいと感じさせる研修環境、熱い志を持った同期が各地から数多く集まることが非常に魅力的でした。屋根瓦式で上に相談しやすい点にも強く惹かれました。

質問３．将来どのような医師になりたいですか？お聞かせ下さい。

将来的には離島医療に貢献したいと考えています。患者の疾患だけを見るのではなく、患者の家族や身の回りの地域まで俯瞰して診ることができる医師が理想であり、そのために必要な知識と経験は計り知れないと日々感じています。まずは２年間の研修で確固たる実力を身につけ、その次の後期研修に繋げたいです。

琉球大学医学部附属病院　國吉健太

質問１．医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

幼い頃、風邪をひいて近所のクリニックを受診した際に、優しく丁寧に診察してくれる医師の姿に安心感を抱いたのを覚えています。また私の父は薬剤師であるため、自然と医療の分野に興味を持っていました。最終的に、高校生の頃におきなわクリニカルシミュレーションセンターで行われた医療体験セミナーに参加したことで、医師への憧れを抱き、目指しました。

質問２．医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？

患者さんを診療するための医療知識や技術はもちろん、その患者さんに関する情報を的確に他者にプレゼンテーションする力を臨床研修中

挨拶する徳田安春先生

挨拶する依光たみ枝先生

に養いたいと思っています。学会発表にも挑戦してみたいです。琉球大学医学部附属病院は、指導医の数も多く、研修医への指導体制が構築されています。また沖縄県内の数多くの臨床研修指定病院と連携しており、連携病院での研修も含めて自分自身で２年間のローテーションを作成できることに魅力を感じました。

質問３．将来どのような医師になりたいですか？お聞かせ下さい。

ただ疾患を治療するのではなく、患者さん一人ひとりに寄り添い、身体的な問題のみならず精神状態・社会背景まで配慮しながら診療を提供できる医師になりたいです。沖縄の医療の発展に少しでも貢献できるよう日々精進していきたいと思います。

大浜第一病院　八木寿美鈴

質問１．医師を目指した理由についてお聞かせ下さい。

祖父が心筋梗塞を患った際、バイパス手術を受けて無事回復したのを見て、医師という仕事に興味を持ちました。また、命をつなぐ医療現場で最終的に判断を委ねられる、やりがいのある職業だと感じ志望しました。

質問２．医師となった今、臨床研修に何を希望されていますか？また、所属している研修機関を選んだ理由をお聞かせいただけますか？

救急での初期対応や医師としての基本的な知識・技術をあたりまえにできるよう、日々研鑽を積んでいきたいです。大浜第一病院は少数精鋭で手技を多く経験できる点と、上級医の先生にご指導していただきやすいコンパクトな環境が魅力的でした。また、同期を含め外国出身の先生方がいらっしゃることも、外国生活の長い私にとって決め手のひとつになりました。

質問３．将来どのような医師になりたいですか？お聞かせ下さい。

病気を診るだけでなく心理面や社会的な面までケアできる、患者さんに寄り添う医師になりたいです。そのために、患者さんに真摯に向き合い、仲間と切磋琢磨しながら、医師としても人としても成長していきたいです。

会場の様子

平成 31 年度　都道府県医師会
税制担当理事連絡協議会

理事　城間　寛

平成 31 年度　都道府県医師会
税制担当理事連絡協議会

次　第

日　時：平成 31 年 4 月 11 日（木）
午後 2 時～ 4 時
場　所：日本医師会館 3 階 小講堂

司会：小玉　弘之常任理事

1. 開　会

2. 挨　拶
日本医師会会長　横倉　義武

3. 報　告
Ⅰ. 消費税軽減税率制度について

4. 協　議
Ⅰ. 平成 31 年度税制改正について
(1) 控除対象外消費税への対応
①控除対象外消費税問題に係る経緯
②診療報酬への精緻な補てんと検証について
③設備投資への支援措置について
④平成 31 年度予算編成による対応について
(2) 事業承継税制について
①個人版事業承継税制について
②医療法人の事業承継税制について

Ⅱ. 今後のさらなる消費税率引き上げに向けて

5. 質疑応答

6. 総　括
日本医師会副会長　中川　俊男

7. 閉　会

小玉弘之常任理事の司会の下に会は進められた。まず横倉会長の挨拶の後に速やかに議事は進められた。資料 6 つと参考資料 4 つ、それぞれ違うテーマで説明が進められた。今回は資料が多いので、それぞれ詳しく説明することは出来ませんので、各人で関係が有りそうなところに目を通していただきたいと思います。

まず、今年 10 月には消費税が 8％から 10％に上がります。今回の消費税の引き上げに関しては使途が明確に示されています。「----- 年金、医療及び介護及び社会保障給付並びに少子化に対処するための施策 -----」と言う事で我々医療界が待ち望んでいた施策ではあります。

しかし診療で購入するものにも消費税が掛かり、経営的な負担が発生するところも有りますので、どの部分に軽減税率が適応されるかよく資料をお調べください。今回、これまでの消費税の時と違い、いろいろな仕組みが工夫されていますのでよく調べて頂きたいと思います。その一つに設備投資への支援があります。制度の内容は医師及び医療従事者の働き方改革の推進に資する設備投資には特別消却ができるとか、地域医療構想の実現など、その場合に気を付けないといけないことは、医療勤務環境改善支援センターに計画書を提出し、その確認を受けておかないといけないなど、事前確認が必要な事です。

また、個人立診療所の事業継承の時に生じる相続税あるいは贈与税に関して、現状のままで行くと、事業継承で多額の資金が必要となり、継承を断念する可能性が出てきて、地域医療にも支障が生じる地域があるという事で、日本医師会が積極的に働きかけて、個人事業者の事業

継承を促進するために相続税・贈与税の新たな納税猶予制度が創設されていることです。これは10年間の特例措置なので、関係する医院、クリニックなどは詳細な検討が必要と思われるので、是非資料をお読みください。同様に医療法人の継承に関しても、持ち分ありから、持ち分なしに移行できるが、その時に「認定医療法人制度」が創設されていますが3年間の期間が、さらに3年間延長されています。それも2020年9月には終了するのでよく確認されるべき事と思われます。

この様に、日本医師会は会員と国民医療のために奮闘していることが伺えたが、国にいろいろな施策を提案するためにも、やはり政治の力が必要であり、国とのパイプ役をはたす国会議員が必要であり、医師会活動そして医政活動の必要性を痛感した今回の協議会であった。

※会の内容については上記の通りとなっており、報告書の詳細につきましてはホームページをご参照ください。
URL：http://www.okinawa.med.or.jp/
（その他 関係情報から報告へお進み下さい。）

お知らせ

文書映像データ管理システムについて（ご案内）

さて、沖縄県医師会では、会員へ各種通知、事業案内、講演会映像等の配信を行う「文書映像データ管理システム」事業を平成23年4月から開始しております。

また、各種通知等につきましては、希望する会員へ郵送等に併せてメール配信を行っております。

なお、「文書映像データ管理システム」（下記 URL 参照）をご利用いただくにはアカウントとパスワードが必要となっており、また、メール配信を希望する場合は、当システムからお申し込みいただくことにしております。

アカウント・パスワードのご照会並びにご不明な点につきましては、沖縄県医師会事務局（TEL098-888-0087　担当：新垣・國吉）までお電話いただくか、氏名、医療機関名を明記の上 omajimusyo@okinawa.med.or.jp までお問い合わせ下さいますようお願い申し上げます。

○「文書映像データ管理システム」
URL ： http://www.documents.okinawa.med.or.jp/
※ 当システムは、沖縄県医師会ホームページからもアクセスいただけます。

応募要項

第3回 生命（いのち）を見つめる フォト&エッセー

生命の大切さや
心温まるエピソードを
写真やエッセーで
伝えてみませんか

フォト部門

エッセー部門

審査員（順不同、敬称略）

フォト部門

©Iwago Photographic Office
岩合光昭
動物写真家

松下奈緒
女優／音楽家

他

エッセー部門

養老孟司
東京大学名誉教授／解剖学者

玄侑宗久
作家／福聚寺住職

水野真紀
女優

他

応募締め切り
2019年10月3日(木)必着

公式ホームページ **http://inochi-photo-essay.com**　生命を見つめるフォト&エッセー　検索

主催：日本医師会、読売新聞社　後援：厚生労働省　協賛：東京海上日動火災保険株式会社、東京海上日動あんしん生命保険株式会社

九州各県医師会
診療報酬担当理事連絡協議会

常任理事　平安　明

去る４月７日（日）、鹿児島県医師会館において、標記連絡協議会が開催されたのでその概要を報告する。

挨拶

鹿児島県医師会　野村秀洋副会長より、概ね次の通り挨拶が述べられた。

本日は大変お忙しい中、ご参集いただき誠に感謝申し上げる。ご承知の通り本協議会は、2年に一回の診療報酬改定に向けて、改定年度前年に九州医師会連合会として協議を行っており、今般は、九医連の代表として日医の委員会に出席している大分県医師会、吉賀攝常任理事の依頼により開催させて頂いた。本会議では、事前に九州各県より要望のあった項目について協議を頂き、九州ブロックとしての要望を日本医師会へ提出したい。

さて、先日に本年５月１日からの新元号が「令和」と発表された。人材不足と働き方改革が進められていく中で、医療経営の観点からは厳しい状況が続いている。令和２年度の診療報酬改定が迫っているなかで、地域医療を守っていくことが出来る改定となるよう期待している。限られた時間となる中で、先生方の活発な意見や議論をお願いする。簡単ではあるが、冒頭の挨拶とさせて頂く。

協議

次期（2020 年度）診療報酬改定に対する要望事項について

本協議会が開催されるに当たり、事前に鹿児島県より各県に対し、次期診療報酬改定に対する要望事項の提出の依頼があった。当日は各県から提出された要望事項を鹿児島県にて取り纏めた資料に基づき協議を行った結果、10 項目を選定し、その内の３項目を重点項目として下記のとおり決定した。

今後は鹿児島県にて文言の追加・修正等を行

い、最終案を九州各県に送付、確認を行ったうえで、日医診療報酬検討委員会へ提出することとなった。

九州ブロック要望事項
（10 項目・内 3 つは重点項目）

1　A000 初診料・A001 再診料（重点項目）
…コストに見合った評価の見直し等

2　処置料（重点項目）
消炎鎮痛処置の複数個所の算定
…現行「1 か所」から複数個所へ
J053 皮膚科軟膏処置
…再診料に含まれた 100 平方㎝未満の復活外来管理加算より低い処置料（消炎鎮痛処置、眼処置、耳処置、鼻処置等）の評価見直し
外来管理加算の是正
…処置を行った場合でも同加算の算定を認める

3　在宅（重点項目）
C001 在宅患者訪問診療料、
C002-2 施設入居時医学総合管理料
…複数患者を診察した場合の評価見直し等
C002 在宅時医学総合管理料
…看取り要件の見直し、算定基準の簡素化等

4　かかりつけ医機能
…機能強化加算、B001-2-11 小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和

5　妊婦加算
…妊婦の負担ではなく、公的補助とするなどの検討、算定可能とする診療科や診療内容などを十分に検討し、再度、加算として取り上げていただきたい

6　A002 外来診療料
…コストに見合った評価の見直し、同点数に含まれる検査について、別算定できるようにする

7　入院中の患者の他医療機関受診
…要件の緩和、撤廃

8　A003 オンライン診療料
…対面診療が原則であり、安易な要件緩和はしない、メディカルネットワーク等の評価等

9　B000 特定疾患療養管理料
…月 2 回（225 点× 2）算定を月 1 回（450 点）に変更、対象疾患の追加

10　投薬
…ベンゾジアゼピン系の長期処方減算撤廃、院内処方における「一方化加算」新設、多剤投与減算の廃止等

※詳細な要望内容については、下記を参照

次期（2020 年度）診療報酬改定に対する要望項目（九州ブロック）

	点数項目	具体的内容	参考	
			現行点数	要望点数
1 重点	A000 初診料 A001 再診料	○点数の引き上げ ・初・再診料は医師の技術料の最も基本部分であると同時に、かかりつけ医機能を推進していくためには、医師の技術料の適切な評価、人件費や施設費のコストに見合った点数設定にすべきである。 ・再診料は初診後の経過を見る重要な医療である。点数としては評価が低すぎ、併算定ができない項目もあり改善すべきである。 ・近年は加算の新設が目立つが、算定要件のハードルも高く、加算で増点するのは、もはや限界である。 ・小児科を標榜していない医療機関であっても、小児の受診が多い診療科については、通常の外来においても、医師を含め 3 名以上のスタッフが必要で、そのスタッフの常駐が必要。人員確保に対しても評価して頂きたい。	【初診料】 282 点 2019 年 10 月改定：288 点 【再診料】 72 点 2019 年 10 月改定：73 点	【初診料】 300 点～320 点 【再診料】 80 点～150 点以上
2 重点	処置料	○点数の引き上げ 外来管理加算より低い処置料（消炎鎮痛処置、眼処置、耳処置、鼻処置等）の点数引き上げを求める。		

2 重点	処置料	○外来管理加算と処置料の不合理是正 処置（消炎鎮痛等処置）35 点と薬を処方した場合と薬の処方のみ行った場合、処置を行うと外来管理加算が算定出来ないため、合計点数が処置と処方をした方が低くなるという逆転現象が起こる。消炎鎮痛等処置には機械も使用しておりコストに見合っていない。同様に創傷処置 100 平方 cm 未満と処方をした場合は処方のみした時と点数が同じとなり創傷処置には材料や労力がかかっているが、それが評価されていないように思われる。外科的なことをした場合も外来管理加算が算定出来るよう見直すべきと思われる。患者からも処方だけのほうが高くなるのはおかしいと言われることがある。 ○算定要件の見直し J119　消炎鎮痛等処置：複数箇所の処置には時間と労力を要するため 2 か所ないしは 3 か所まで認めてほしい。 J053　皮膚科軟膏処置：熱傷処置や創傷処置は、100 平方 cm 未満が、皮膚科軟膏処置だけ再診料に含まれてしまったのが不公平。復活をお願いしたい。 J119-2　腰部又は胸部固定帯固定：看護師、理学療法士が巻き直しを行った時にも算定できるようにしてほしい。連日行った場合も算定できるようにしてほしい。	消炎鎮痛等処置 35 点 皮膚科軟膏処置 0 点	消炎鎮痛等処置 35 点×回数 皮膚科軟膏処置 49 点
3 重点	C001 在宅患者訪問診療料 C002 在宅時医学総合管理料 C002-2 施設入居時医学総合管理料	○点数の引き上げ C001 在宅患者訪問診療料： ・大幅な引き上げをお願いしたい。 ・注 5 に規定する、1 時間を超えた場合の加算点数を高く評価していただきたい。 C002 在宅時医学総合管理料 C002-2 施設入居時医学総合管理料： ・月 1 回訪問診療の点数が、月 2 回以上に比べ、かなり低い。月間の管理負担は訪問回数が少なくても、それほど大きく変わらない。自宅だろうが、施設だろうが同じ。 ・1 人から 2 人へと患者が増えると、2 人の報酬合計（C001+C002）が 1 人の際の報酬より下がる。9 名から 10 人に増えた場合も同様であるが、患者の負担額も変わる事で混乱が生じている。特に 2 人から、患者の死去や転居で 1 人になった場合は、負担額が倍増する事になり、理解を得ることが困難である。複数であっても、各々に対して同一建物居住者以外の場合と同等の診療であり、適切に評価されるべきである。 （例）C002-2 1- イ -（2）月 2 回の訪問診療 ①単一建物診療患者が 1 人の場合 3,200 点 +833 点（C001-1- イ）×2=4,866 点 ②単一建物診療患者が 2 人の場合 1,700 点 +203 点（C001-1- ロ）×2=2,106 点 ×2 人 計 4,212 点 ○算定要件の見直し ・強化型在宅療養支援診療所の看取り要件の見直し。 ・在支診以外の診療所に継続診療加算が新設されたが、24 時間体制の構築はハードルが高く、これら在支診以外の診療所の在宅医療への算入を促す在医総管・施設総管の評価を求める。 ・在宅時医学総合管理料の算定基準が複雑なため、平成 24 年改定時に近い形に戻して頂きたい。 ・在宅患者訪問診療料 I の 2 は月 1 回、6 ヶ月以内であり、緩和を求める。 ・在宅ターミナルケア加算に酸素療法加算が新設されたが、死亡月のみならず、死亡前月にも在宅酸素療法を行っていた場合も算定できるよう求める。	在医総管 2- ハ -（1） 2,300 点 在医総管 例：ロの場合 （1）2,600 点 （2）1,400 点 （3）1,000 点 施設総管 2- ハ -（1） 1,640 点 2- ハ -（2） 920 点 在宅患者訪問診療料 203（178）点 2019 年 10 月改定： 213（187）点	在医総管 2- ハ -（1） 2,960 点 在医総管 例：ロの場合 （1）3,000 点 （2）1,800 点 （3）1,400 点 施設総管 2- ハ -（1） 2,080 点 2- ハ -（2） 1,640 点 在宅患者訪問診療料 833（830）点

4	かかりつけ医機能	○算定要件の見直し ・機能強化加算は、ハードルが高く、かかりつけ医療機関の多くが算定できないのが現状であり、要件の緩和を求める。 ・かかりつけ医機能の評価に日医かかりつけ医機能研修制度が加味されるべきである。 ・小児かかりつけ診療料については、かかりつけ医として小児科医療を支える多くの医療機関が算定できるよう要件の更なる緩和を求める。	—	—
5	妊婦加算	○点数の凍結見直し 2019年1月より当面の間凍結となったが、実際の診療の場においては、妊婦や授乳婦が感染症などに罹患した場合、産婦人科や一部の内科で診察を断られて受診されることがある。この場合、レントゲン検査の是非の判断や内服薬・点滴の選択など妊婦には配慮すべき点が多く、この加算が付いた過程は評価されるべきものと考える。また、妊婦の負担ではなく、公的補助とするなどの検討、算定可能とする診療科や診療内容などを十分に検討し、再度、加算として取り上げていただきたい。	—	—
6	A002 外来診療料	○点数の引き上げ 医師の技術料の適正な評価、並びに医療提供に必要な人的、物的コストに見合った点数の見直しを求める。基本診療料において点数の引き上げの検討を求めたい。 ○不合理の是正 外来診療料73点に含まれる検査処置の中には、73点以上のものが含まれており理不尽であると以前から指摘されている。以前当該点数に含まれていて、その後算定可能となったHbA1c49点以上の点数の検査（具体的には以下のD001-6～18,D003-8と9,D005-10と11）も外していただくようお願いしたい。	73点 2019年10月 改定：74点	—
7	入院中の患者の他医療機関受診	○不合理の是正 ・包括病棟の患者が他病院受診した場合、投薬が受診日のみ費用が算定可とあるが、専門的な薬剤なので薬剤の日数を出来高病棟と一緒にしてほしい。 ・入院中の患者の他医療機関受診にペナルティーを科す本取り決めは撤廃されるべきである。患者が高齢化し疾患が多様化するなかで、中小規模の入院医療機関では複数診療科の専門的な医療を完結することは困難な場合が多く、患者の納得も得られがたい。さらに、他科受診時の看護職員の帯同は必須であるにもかかわらず、このことに基づき標欠として入院医療機関がさらにペナルティーを被ることは不合理であり是正されるべきである。	—	—
8	A003 オンライン診療料	○算定要件の厳格化 医師の偏在を解消する等の理由から、オンライン診療の要件緩和が進むことの無いように注意していただきたい。現在、医師の偏在の解消に向けて検討が進められている。この偏在が十分に解決された後に、地域医療の現状を捉えていただき対面診療を原則とした上で、オンライン診療（生体情報等）が可能となるように慎重に検討していただきたい。導入にあたっての要件の厳格化は大変重要と考える。 ○点数の引き上げ 平成30年の診療報酬改定時にICTの活用は評価されたが、メディカルネットワーク等のICT活用の更なる評価が必要と考える。また、留意事項（12）では「情報通信機器の運用の費用やサービス等について別途徴収可能」となっており各医療機関での自由な料金設定が可能である。これは、オンライン診療が自由診療へ繋がっていく可能性があり適切な点数を付けるべきである。	70点 2019年10月 改定：71点	—

9	B000 特定疾患療養管理料	○算定要件の見直し、点数の引き上げ 特定疾患療養管理料は、1回につき225点月2回まで算定可能とある。以前は2週間処方がほとんどであり、225点の2回算定の450点の算定が可能であった。公的病院の長期処方(多くは3か月)の煽りを受け、ほとんどの慢性疾患・生活習慣病の患者は1か月処方となっているのが現状である。 特に、へき地・離島では月1回の受診が常態となっている。月1回の受診で450点算定が認められるようにしてほしい。450点が不可能なら特定疾患処方管理加算の増点を実現していただきたい。 ○算定要件の見直し アルツハイマー型認知症、慢性腎炎、高尿酸血症など、特定疾患療養管理料を算定できる対象疾患に加えて欲しい。特定疾患療養管理料は対象疾患を拡大し、時代に即した特定疾患に見直すべきである。	225点 (月2回)	450点 (月1回)
10	投薬	○向精神薬長期処方算定要件の見直し（撤廃） 向精神薬長期投与を1年以上行った場合の点数が引き下げられている事について、医師がローテーションで派遣されたり、非常勤医師の場合、「不安又は不眠に係る適切な研修」を受講したかの確認が取りづらい。また、医師が1年以上投与した場合、電子カルテでのチェック機能がなく、誤って今までの点数を算定することが考えられる。 ベンゾジアゼピン系を長期処方すると40点に処方箋料が減算されたため、オレキシン系の処方が増加している。オレキシン系は効果が薄いばかりか高価であり、余計にお金がかかっている。そもそも、睡眠障害ガイドラインではベンゾジアゼピン系は正しく使われれば安全な薬であると謳われている。 ○多剤投与減算の廃止 7種類以上の内服薬を投薬した場合における処方料、処方箋料並びに薬剤料減額の廃止を求める。複合的な疾患を有する高齢患者が増加し、現場で治療にあたる主治医は多剤処方を余儀なくされている。多剤は必然性がある時代となり、また、かかりつけ薬剤師の普及も進みつつあり、薬剤の管理は適切に行われている。 ○点数の引き上げ 院内処方と院外処方の点数格差はあまりにも大きく、院内処方の引き上げを求める。 (一包化加算新設、外来後発医薬品使用体制加算引き上げ等) ○算定要件の見直し 現在、転院では投薬が算定出来ない。しかし、急遽の場合など、転院先の病院では同様な薬の提供が困難な場合がある。転院はどの医療機関（入院料算定制限なし）でも14日分に限り投薬の算定可を要望する。	—	—

〈各県の意見交換〉

【A003 オンライン診療料について】

○大分県

この要望に関しては個人的には反対だが、問題提起として出させて頂いた。

現行の「オンライン診療を算定した同一月に医学管理料は算定できない」という条件に対して、オンライン診療を行う医療機関からの要望である。しかしながら、本来、医学管理料は患者との対面診療としての管理料であり、オンライン診療で医学管理料を算定することに違和感がある。今回の要望事項からは取り下げても構わないと考えている。

○熊本県

留意事項（12）では、「情報通信機器の運用の費用やサービス等について別途徴収可能」となっており、今後、オンライン診療が自由診療へ繋がっていく可能性があるため、これ以上増長さ

せない為に適切な点数をつけるべきである。

また、メディカルネットワークを通して、診療情報や画像診断等のやり取りを行う方針だが、財源目的として加算を頂きたい。

〇牧角議長

別途徴収に関しては、診療報酬上にも記載があることから自由診療への扉が開くようで慎重に取り扱うべきである。しかし、離島に関しては、ICT 化のメリットも大きいと感じている。問題提起も含めて提出したい。また、大分県のご意見については、要望事項には含めないこととする。

【B000 特定疾患療養管理料】

〇宮崎県

神経内科の場合、パーキンソン病等の生活指導を行った場合、B001-7 難病外来管理料 270 点を算定する。非常に手間がかかるが、残念ながら月に 1 度しか算定が出来ない。

特定疾患療養管理料の加算が上がるのであれば、難病外来指導管理料も上げてほしい。

〇福岡県

特定疾患療養管理料は指導に厳しい項目なので、今後さらに厳しくなる可能性がある。

現状、月 2 回 225 点算定できるものを 1 回にした場合、単純に 450 点にはならず、下がる可能性が高い。また、さらに厳しい算定要件が付くだろうというのが、中医協の先生方のご意見であった。要望を出すにしても、慎重に検討する必要がある。

〇大分県

元々は月 1 回算定できる項目であったが、月初めの算定となるため、窓口の負担が大きくなる可能性があるのと、患者さんに説明が上手く行えないという事で 2 回に分けてもらった経緯がある。

この点数は、個別指導の場では必ずチェックされる項目だが、現状はカルテに記載があれば認められており、フリーハンドの部分が大きい。見直しを求めることで別の要件を加えられると、厳しくなる可能性がある。本件に関しては慎重に行うべきである。

〇沖縄県

高齢者や離島の患者さんは、月一回の算定がほとんどのケースだと思う。

本件に関しては、地区から必ず上がってくる案件であり、やはり現場の先生方には気になる部分だと思う。このまま出すのが難しいのであれば、別の形で提出するのも方法の一つではないか。

〇佐賀県

薬剤の長期処方に着目し、処方日数を 30 日、60 日、90 日と増やすことで、点数も段階的に上がるような評価を要望してはどうか。

〇長崎県

特定疾患療養管理料の対象疾患に対する長期処方について、加算を新設してはどうか。

〇福岡県

長期処方を行えば調剤は点数が上がる。医科の場合、特定疾患に対する長期処方については特定疾患処方管理加算として 66 点が付いている。

要望事項についてはこのまま日医へ提出し、診療報酬検討委員会で検討していただくのは如何か。

〇牧角議長

現場の先生の要望に応えて、記載の通りこのまま提出することにしたい。

【在宅・ACP について】

〇佐賀県

本県より ACP の評価について提案しているが、時期尚早と考えており、今回は外して頂きたい。

〇牧角議長

ACP については大分県の吉賀常任理事より、平成 30 年度診療報酬改定に対する評価を取り纏めるに当たり、先生方のご意見を参考にしたいとのご要望があるので、各県よりご発言をよろしくお願いしたい。

〇大分県

平成 30 年度診療報酬改定の評価の取りまとめを行っているが、その中で ACP が入院基本料に組み込まれている。問題なのは、患者の意思を尊重して、意思決定を行っていく行為が評価項目に入ったことである。ACP を診療報酬の加算要件や算定要件に加えるのは次期尚早ではないかと思う。社会的なコンセンサスを得るべきではないだろうか。この加算のために

ACP を始動させるのは、誤った方向やメッセージを伝えることにならないだろうかと懸念している。各県のご意見をお伺いしたい。

〇佐賀県

一般の方の準備は遅れている。逆に言えば、点数化することによって浸透するのかなという思いもある。両方の意見を進めていければと思う。

〇宮崎県

日本においては始まったばかりであり、診療報酬で評価されることによって取り組みが加速することもあるだろうが、全体に周知してからでも遅くはないのではないか。

〇沖縄県

全くコンセンサスが得られていない状態で、医療機関も先駆的に行えていない。意識しないうちに施設基準に組み込まれている。国民目線で議論を見つめ直す必要がある。診療報酬の中では使用する言葉ではないと感じる。

〇長崎県

一生懸命取り組んではいるが、世間がまだ追い付いていない状態。加算を付けてしまうと社会的問題に発展する可能性がある。

〇熊本県

医療機関が死にゆく過程を決めるものではないと感じる。

〇福岡県

10 年前に後期高齢者終末期支援加算があったが、すぐに廃止された。その後、厚労省、日医で協議されて、答申も出ており、早すぎることはない。周りが追い付いていないだけで、実際に点数の要件に入ってきている。逆に医師会が取り組むべきところと感じている。

〇鹿児島県

積極的に取り組んでいかないといけない分野だと感じる。福岡県の意見に賛成で進めていった方がいいと感じる。

〇牧角議長

各県からのご意見を参考にしていただき、吉賀常任理事には評価を取り纏めて日医へご提出いただきたい。

印象記

常任理事　平安　明

平成 31 年 4 月 7 日、鹿児島県医師会担当で次期診療報酬改定要望案取りまとめの会議が開催された。各県から事前に要望事項を取りまとめ、その中から要望の多かったものを 10 項目抽出し、さらにその中から重点事項 3 項目を決定する会議である。

診療報酬の一丁目一番地と言える再診料、外来診療料は、各県とも重要であるとして認識し重点事項に取り上げた。毎回中医協で審議されているが、基本診療科は全体に影響することもあり、なかなか十分な評価がなされていない。かといって議論の俎上に乗せないと検討すらなされなくなることを危惧し、毎回要望事項にあげている項目である。

在宅関連は当県を含めて最も要望が多かった事項である。当県では中部地区から具体的なデータを添えて現行の不整合点を指摘して頂き、そのままの内容で重点事項に入れてもらった。

その他にも重要な事項はたくさんあり、可能なら全ての事項を再検討して頂きたいところであるが、あくまでも中医協で協議すべき優先順位として選択したものである。今後全国から上がってきた事項を日医執行部で取りまとめ、それらを重点的に中医協で協議することとなる。前回改定の際の付帯事項とされた、入院医療の様々な問題やオンライン診療、医薬品の適正使用に関すること、医療と介護の連携、そして働き方改革の具体的な進め方等、次期改定に向けて検討すべき課題は山ほどある。消費税問題もまたしかり。日医の担当理事の先生方には大変なご負担があるであろうが、是非とも医療の未来のために頑張って頂きたい。

平成30年度下半期における個別指導・新規指定個別指導の主な指摘事項について

常任理事　平安　明

平成30年度下半期に実施されました個別指導・新規指定個別指導における主な指摘事項について、九州厚生局沖縄事務所にて下記のとおり纏められましたのでお知らせいたします。

毎回、同じような事項が指摘されていますので、ご確認いただき、日常診療にお役立ていただければ幸いです。

Ⅰ　診療に係る事項

1 診療録等

(1) 診療録への必要事項の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。

診療録は、保険請求の根拠となるものなので、医師は診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行うこと（特に、症状、所見、治療計画等について記載内容の充実を図ること)。

診療録について

医師による日々の診療内容の記載が乏しい。

(2) 紙媒体の記録について、次の不適切な例が認められたので改めること。

記載内容が判読できない。

(3) 保険診療の診療録と保険外診療（予防接種等）の診療録とを区別して管理していない。

2 傷病名

(1) 傷病名の内容について、次の不適切な例が認められたので改めること。傷病名は診療録への必要記載事項であるので、正確に記載すること。

①実際には「疑い」の傷病名であるにもかかわらず、確定傷病名として記載しているもの（例：甲状腺機能低下症、橋本病、肝機能障害、出血傾向）

②長期にわたる急性疾患等の傷病名（例：急性上気道炎、急性気管支炎）

③主病の指定が適切に行われていない。

(2) 傷病名を適切に整理していない例が認められた。傷病名には正しい転帰を付して、適宜整理すること。

整理されていないために傷病名数が多数となっている。

3 基本診療料

初・再診料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

①初診料

初診について理解が誤っている。

再診相当であるにもかかわらず、初診料を算定している。

②加算等

ア　夜間・早朝等加算

受付時間の記載がなく、算定の根拠が明らかではない。

イ　外来管理加算

患者からの聴取事項や診察所見の要点の診療録への記載が不十分である。

4 医学管理等

(1) 特定疾患療養管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

①死亡直前の診察について算定している。

②治療計画に基づく、服薬、運動、栄養等の療養上の管理内容の要点について診療録への記載が不十分である。

(2) 特定疾患治療管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

①特定薬剤治療管理料
ア　治療計画の要点について、診療録への記載がない。
イ　抗てんかん剤又は免疫抑制剤の投与を行っている患者以外の患者について、4月目以降も所定点数で算定している(減算していない)。
②皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）
診療計画・指導内容の要点について、診療録への記載が画一的である。

(3) 診療情報提供料（Ⅰ）について、次の不適切な例が認められたので改めること。
①単なる問い合わせにおいて算定している。
②特別養護老人ホームから診療情報の提供を依頼され、それに回答したものについて算定している。
③交付した文書の写しを診療録に添付していない。
④定められた様式に準じていない文書で算定している。

(4) 薬剤情報提供料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
診療録に薬剤情報を提供した旨の記載がない。

5 在宅医療

(1) 在宅療養指導管理料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
在宅自己注射指導管理料
月27回以下の場合で算定すべきところを、月28回以上の場合で算定している。

(2) 在宅療養指導管理材料加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
血糖自己測定器加算測定記録が確認できない。

6 検査・画像診断・病理診断

検査について、次の不適切な実施例が認められたので改めること。
経管栄養カテーテル交換後の確認に使用した在宅での内視鏡検査

7 投薬・注射、薬剤料等

投薬・注射、薬剤料等について、以下の不適切な例が認められた。
処方箋料　特定疾患処方管理加算
算定対象の疾患が主病でない患者について算定している。

8 リハビリテーション

(1) 疾患別リハビリテーションについて、次の不適切な例が認められたので改めること。
適応及び内容
医学的にリハビリテーションの適応に乏しい患者に実施している。

(2) リハビリテーション総合計画評価料1について、次の不適切な例が認められたので改めること。
リハビリテーションが開始されてから評価ができる期間に達しているとは考え難い場合で算定している。

Ⅱ　管理・請求事務・施設基準等に係る事項

1 診療録等

(1) 診療録の様式が、定められた様式（療担規則様式第一号（一））に準じていないので改めること。
診療録第3面（療担規則様式第一号（一）の3）が作成されていない。

(2) 電子的に保存している記録の管理・運用について、次の不適切な事項が認められたので改めること。
「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版」に準拠していない。
①定期的に職員に対し個人情報の安全管理に関する教育訓練を行っていない。
②パスワードの有効期間を適切に設定していない。パスワードは定期的（2か月以内）に変更すること。
③パスワードが推定しやすい例が認められた。
パスワードは英数字、記号混在させた8文字以上の文字列が望ましい。

④端末から離席する際、他の者による入力ができないよう、クリアスクリーン等による防止策が講じられていない。(講じられているが不十分である。)

2 基本診療料

(1) 初・再診料について、次の不適切な算定例が認められたので改めること。

①深夜加算について理解が誤っている（時間外加算と算定すべきものを深夜加算として算定している。)

②基本診療料の施設基準に係る事項

再診料　明細書発行体制等加算

明細書発行体制等加算について、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に交付していない。

また、その旨の院内掲示を行っていない。

(2) 入院基本料について次の不適切な事項が認められたので改めること。

①院内感染防止対策委員会の開催が月１回程度でない。

②安全管理のための委員会の開催が月１回程度でない。

3 投薬・注射・薬材料等

使用していない薬剤を算定している例が認められたので改めること。

ニコリン H 注射液 1g1 管、点滴注射

4 保険外負担等

保険外負担等について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

①実費徴収（診断書料）に当たって、患者、家族に同意を得ていない（徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書への署名)。

②保険請求すべきものについて、実費徴収することとしている。(例：療養費同意書交付料)

③療養の給付とは直接関係がないサービスとはいえないものについて患者から費用を徴収している。

5 掲示・届出事項等

(1) 掲示事項について、次の不適切な事項が認められたので改めること。

①入院基本料（看護配置）に関する事項を掲示していない。

②施設基準に関する事項を掲示していない。(例：がん治療連携指導料、精神科デイ・ナイト・ケア)

③施設基準に関する事項の掲示が誤っている(既に届出が不要となった施設基準を掲示している。)

④施設基準に関する事項の掲示について、届出事項を確認のうえ、整理すること。

⑤保険外負担に関する事項を掲示していない。(例：診断書料、病衣)

⑥保険外負担に関する事項の掲示が誤っている。

⑦明細書の発行状況に関する事項を掲示していない。

⑧明細書の発行状況に関する事項の掲示について、一部負担金等の支払いがない患者に関する記載が不十分である。

(2) 次の届出事項の変更が認められたので、速やかに九州厚生局沖縄事務所に届け出ること。

①診療日、休診日、診療時間の変更

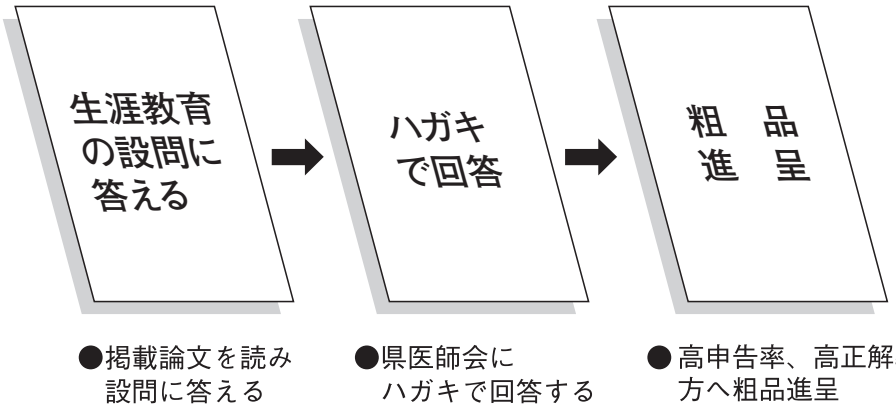
②保険医の異動（非常勤)

沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品（年に1回）を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



沖縄県における小児上肢骨折（肩関節から手関節）の疫学調査

大久保宏貴、仲宗根素子、大中敬子、金城政樹、當銘保則、金谷文則
琉球大学　整形外科

【要旨】

小児骨折は小児を取り巻く環境や流行するレクリエーション・スポーツなどに大きく影響を受ける。沖縄県における小児上肢骨折の疫学調査結果を報告する。【対象と方法】2015・2016年の2年間、県内13病院で肩関節から手関節までの骨折と診断された15歳以下の1,302例を対象とし、性別・年齢別・部位別・月別の頻度、頻度が高かった年齢･部位別の受傷原因を調査した。【結果】10歳が最多で、男女比は2.5:1であった。手関節、肘関節骨折がそれぞれ44％、37%を占め、未就学児の肘関節、小学生の肘関節・手関節、中学生の手関節の割合が高かった。月別では5月が最も多く、8月が最も少なかった。スケートボード、キャスターボードによる小学生の手関節･肘関節骨折が各々15%、17%、サッカーによる中学生の手関節骨折が30%で、それぞれ最多の受傷原因であった。【まとめ】スケートボード・キャスターボードによる手関節・肘関節骨折、サッカーによる手関節骨折の予防が重要と考えられた。

【はじめに】

小児骨折は増加しており[1,2]、原因として小児の骨折回避能力の低下や骨強度の低下などが挙げられる[2]。また、上肢骨折は下肢骨折に比べ3.8倍の頻度があると報告されている[3]。小児を取り巻く環境や流行のスポーツ・レクリエーションが上肢骨折の受傷原因や頻度に影響を与え、骨折予防の観点からも疫学調査は重要である。当科では近年流行しているキャスターボード（スケートボードに似た乗り物で自走が可能）による上肢骨折を多く経験しており、受傷原因として頻度が増加している可能性がある。本研究の目的は沖縄県における小児上肢骨折の疫学調査結果とスケートボード・キャスターボード骨折の詳細を報告することである。

【対象と方法】

対象は15歳以下で沖縄県内の救急部と整形外科を有する13病院で2015年1月1日から2016年12月31日の2年間に鎖骨を含む肩関節から手関節の骨折と診断された1,302例1,310骨折（男子935例943骨折、女子367例367骨折）とした。病的骨折、分娩時骨折、疲労骨折、受傷6か月未満の再骨折は除外した。性別・年齢別・部位別・受傷月別の頻度、治療内容（手術の有無）、頻度が高かった年齢・部位別の受傷原因、スケートボード・キャスターボード骨折の詳細を検討した。なお、本研究は当施設の倫理審査委員会の承認を得て施行した。

【結果】

性別・年齢別頻度を図1に示す。0歳を除くすべての年齢で女子よりも男子の骨折数が多く、男女比は2.5：1であった。年齢では10歳の頻度が最も高く、単峰性であった。部位別頻度を図2に示す。全体では肩関節、上腕、肘関節、前腕、手関節骨折がそれぞれ13%、1%、37%、5%、44%であった。未就学児の肘関節骨

折、小学生の肘関節・手関節骨折、中学生の手関節骨折の割合が高かった。月別骨折数では5月が最多で、8月が最少であった（図3）。全体の32%に手術が施行され、肘関節、前腕骨折の手術率はそれぞれ42%、41%であった。（図4）。

骨折数が多かった未就学児の肘関節骨折、小学生の手関節・肘関節骨折、中学生の手関節骨折について受傷原因を調査した。未就学児の肘関節骨折（258骨折）では4歳未満では椅子やベッドなどからの屋内転落が、4歳以上は滑り台、うんてい、鉄棒などの遊具事故の頻度が高かった（図5）、小学生の手関節骨折（342骨折）はレクリエーションや遊びでの受傷が多く、その中でもスケートボード・キャスターボードによる骨折が50骨折と全体の15%を占め最多であった（図6）。小学生の肘関節骨折（219骨折）

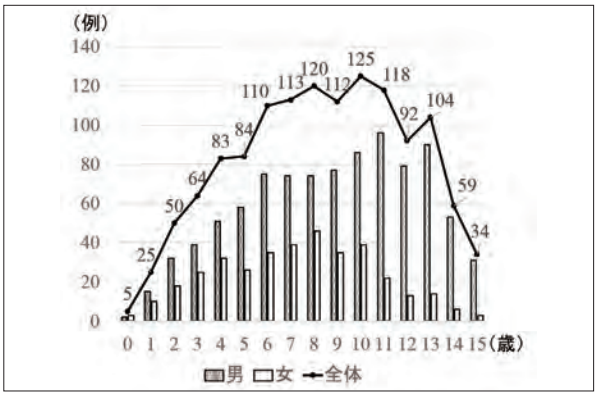


図1　性別・年齢別の頻度

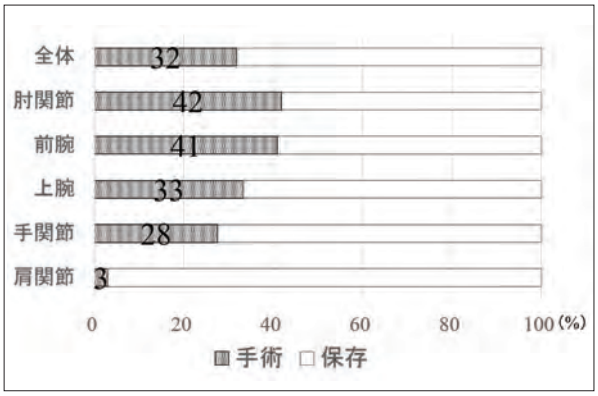


図4　全体、部位別の手術の割合

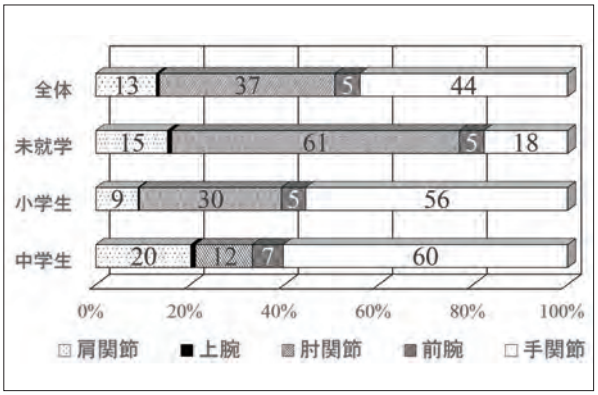


図2　全体、未就学、小学生、中学生の骨折部位別頻度

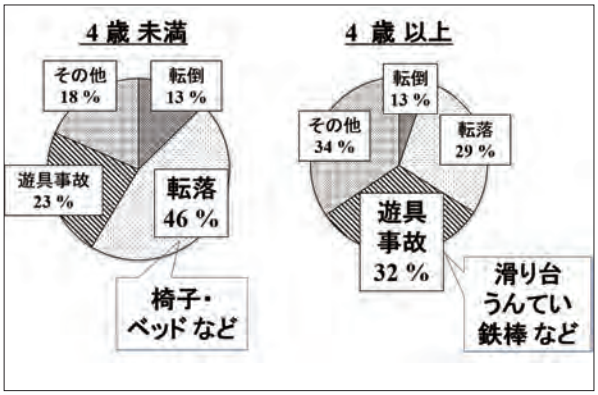


図5　未就学児の肘関節骨折258例の受傷原因

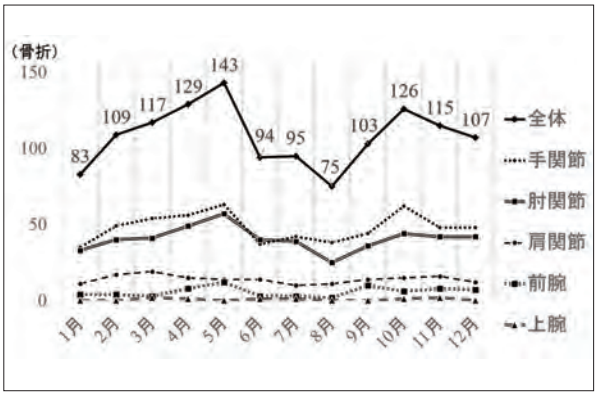


図3　受傷月別の骨折頻度

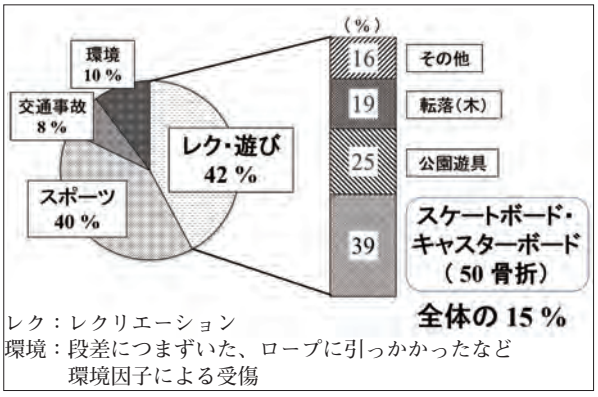


図6　小学生の手関節骨折342例の受傷原因

も手関節骨折と同様にスケートボード・キャスターボードによる骨折が 37 骨折と全体の 17% を占め最多であった（図 7）。一方で中学生の手関節骨折（118 骨折）ではスポーツ中の受傷が多く、サッカーによる骨折が 35 骨折と全体の 30% を占め最多であった（図 8）。

スケートボード・キャスターボード骨折 109 骨折の性別・年齢別頻度を図 9 に示す。男女比は 1.5：1 で上肢全体の男女比（2.5：1）に比べ女子の比率が高かった、8 歳が最多で、小学生（6 ～ 12 歳）が大多数を占めていた。部位別件数と治療法を図 10 に示す。手関節、肘関節骨折の頻度が高く、手関節、前腕、肘関節骨折の手術率はそれぞれ 30%、33%、36% であった。

【考察】

本調査の好発年齢、骨折部位（低年齢に肘関節骨折が多く、年齢が高くなると手関節骨折の頻度が高くなる）は本邦の過去の報告[4, 5]と同様の傾向を示した。カナダやデンマークの小児肘関節骨折の疫学調査では夏に頻度が高いと報告され[6, 7]、これは日照時間が長く、夏季休暇の期間で小児の活動性が上がることが影響していると述べている。一方で、本調査結果では 8 月に骨折の頻度が最も少なかった。沖縄は寒冷地とは異なり、温暖な気候で年間を通して屋外活動が可能であり、高温になる夏はかえって小児の活動性が低くなり、骨折の頻度が減少すると思われた。

当科では、2014 年ごろからキャスターボードによる転倒で小学生の手関節および肘関節周囲骨折を経験しており、中には緊急手術を要する開放性モンテジア骨折などの重症例もあった。キャスターボードとは連結した 2 枚の板それぞれにキャスターが 1 つずつ設置され、板の上に立ち前後の足を捻ることで自走することが可能なスケートボードに似た乗り物である（図 11）。2008 年本邦で発売が開始され、小学生を

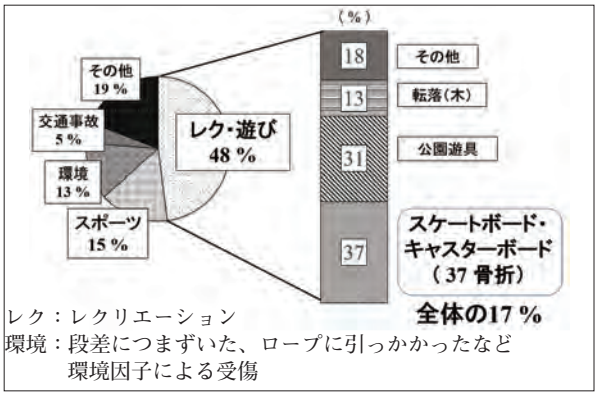


図 7　小学生の肘関節骨折 219 例の受傷原因

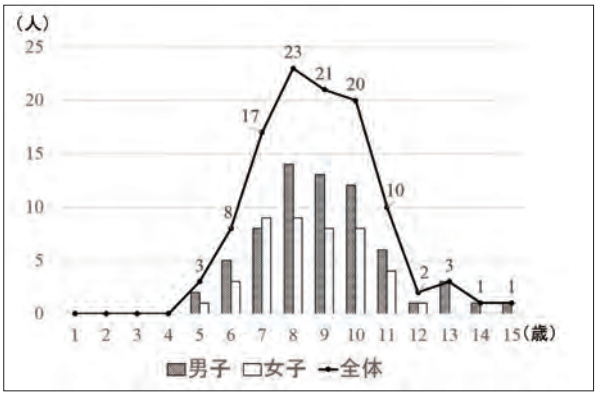


図 9　スケートボード・キャスターボード骨折 109 例の性別・年齢別頻度

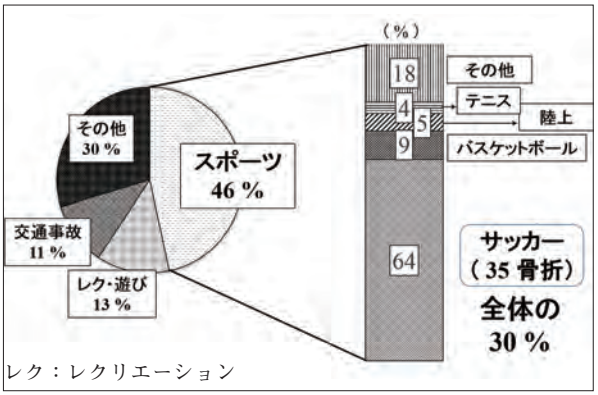


図 8　中学生の手関節骨折 118 例の受傷原因

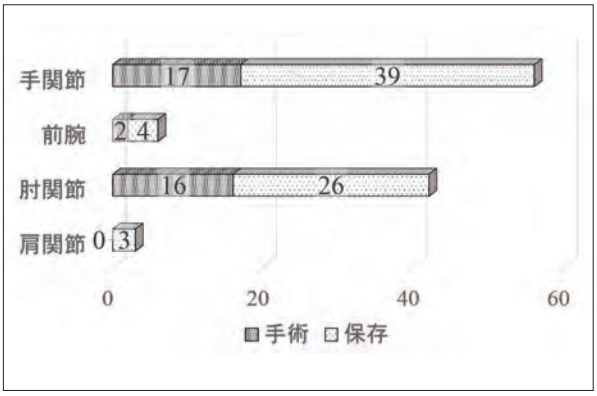


図 10　スケートボード・キャスターボード骨折 109 例の部位別の手術治療および保存治療の件数

図 11　キャスターボード（RIPSTIK®）の外観

中心に流行しており、私たちが 2017 年に行った小学生の子を持つ医療従事者 50 名のアンケート調査では小学生の所有率は 53% でスケートボードの 2.3 倍であった。これまでスケートボードによる外傷・骨折の報告は複数編あったが[8]、キャスターボード骨折についてまとまった報告はなかった。本研究にて小学生の手関節および肘関節骨折の各々 15%、17% を占める最多の原因であり、治療として手関節・前腕・肘関節骨折において 30% 以上に手術が行われていることが判明した。沖縄県は積雪がなく、年間を通じで屋外活動が可能なため、他県に比べキャスターボード骨折の頻度が高いかもしれない。本調査からその頻度・重症度ともに軽視できない程度と思われ、プロテクターの着用や乗り方の講習などを義務化するなど、骨折予防の対策が必要と考えられた。

スポーツによる骨折は 15 歳以下の顔面骨骨折を除く 646 骨折において 25% を占め、種目では男子においてサッカーが突出して多いと報告されている[5]。高橋らは 15 歳以下のサッカーによるスポーツ障害及び外傷 1,666 例の調査で下肢が 87.8% を占めているのに対して上肢は 1.6% と頻度が低いと報告している[9]。また財団法人日本サッカー協会が発行する「FIFA 医学評価研究センター（F-MARC）サッカー医学マニュアル」には手関節骨折に関する記述はなく、予防の観点からは下肢外傷に重点が置かれているようである。本研究では中学生の手関節骨折の 30% がサッカーによる受傷で、サッカー競技中の手関節骨折が多いことが明らかとなった。日本中学体育連盟の報告では平成 29 年の加盟生徒数では中学生男子でサッカーが最も多く、2 位の軟式野球に比べて 1.2 倍の人数であり、軟式野球の加盟生徒数との差は経年的に大きくなっている。このことから今後サッカーによる手関節骨折の頻度は増加すると思われ、啓発および予防の対策が必要と考えられた。サッカーによる手関節骨折はスライディングされたときやヘディングなどでジャンプした後に他の選手とぶつかり不意に手をつく動作で受傷することが多い。骨折予防の一環として中学生のサッカー選手を対象に「受け身」の指導を行っている施設があるが、このような指導も予防に有効かもしれない。

【まとめ】

- 沖縄県における小児上肢骨折 1,303 例の疫学調査を行った。
- 小学生のスケートボード、キャスターボードによる肘関節・手関節骨折はそれぞれ全体の 15%、17% を占め、受傷原因として最も多かった。
- 中学生のサッカー中の手関節骨折が全体の 30% を占め、受傷原因として最も多かった。

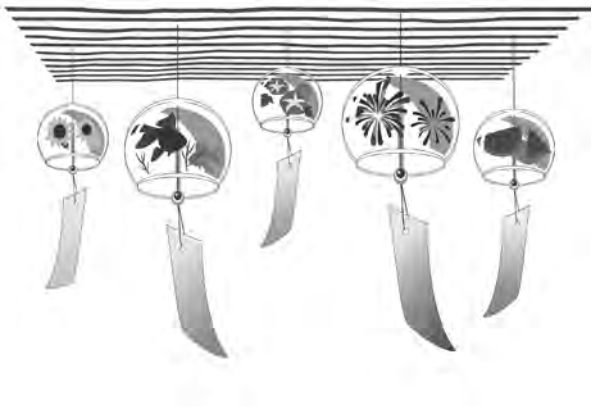
【引用文献】

1) 大森豪 : 小児骨折の疫学 .CLINICAL CALCIUM 2010; 20:881-886.
2) 鳥居俊 : 小児骨折の疫学的検討 . 日小整会誌 2005; 14:125-130.
3) 小久保吉恭、他 : 小児骨折の実態調査 . 整形外科 2004;55:1621-1626.
4) 尾上英俊、他 : 当院における小児骨折の発生頻度と治療法の検討 . 日小整会誌 1999;8:64-68.
5) 高木知治、他 : 外傷性小児骨折全件調査 単一施設 5 年間における 646 例の検討 . 臨整外 2014;49:1001-1006.
6) Khoshbin A, et al: The epidemiology of pediatric supracondylar fracture fixation: a population-based study.
Injury 2014; 45: 701-708.
7) Houshian S, et al: The epidemiology of elbow fracture in children: analysis of 355 fractures,
with special reference to supracondylar humerus fractures. J Orthop Sci 2001; 6: 312-315.
8) Forsman L, et al: Skateboarding injuries of today. Br J Sports Med 2001; 35: 325-328.
9) 高橋佐江子、他 : スポーツ医科学センターリハビリテーション科におけるスポーツ外傷・障害の疫学的研究－第 2 報－サッカー . 日臨スポ会誌 2012;20:286-290.

問題

小児上肢骨折について、次の設問１～５に対して、○か×でお答え下さい。

問 1. 女児の方が男児より上肢骨折が多い。
問 2. 上肢骨折は未就学児に頻度が高い。
問 3. 部位別では肘関節骨折と手関節骨折の頻度が高い。
問 4. 中学生では肘関節骨折の頻度が高い。
問 5. 沖縄県では 8 月に上肢骨折の頻度が高い。



CORRECT ANSWER! 4 月号(Vol.55)の正解

沖縄県における外国人の医療
～観光客と長期在留者への対応の現状及び課題～

問題

次の設問１～５に対して、○か×でお答え下さい。

問 1. 沖縄県における入域観光客数は 958 万人に達した。
問 2. 沖縄県の訪日外国人観光客は 172 万人で観光客数の 18.0% を外国人観光客が占めている。
問 3. 外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）で認証された病院が沖縄県内にはない。
問 4. 沖縄県内に多言語対応可能な医療機関が 100 カ所以上ある。
問 5. 沖縄県は 2009 年 3 月に『おきなわ多文化共生推進指針』を公表した。

正解　1.○　2.×　3.×　4.○　5.○

問 2. 沖縄県の訪日外国人観光客は 269 万人で観光客数の 28.0% を外国人観光客が占めている。
問 3. 外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP）で認証された病院が沖縄県内に 2 カ所ある。

ご 注 意 を ！

沖縄県医師会理事　徳永義光

１.【金銭交渉について】

医事紛争発生時に、**医師会に相談なく金銭交渉を行うと医師賠償責任保険の適用外となります。**

医事紛争発生時もしくは医事紛争への発展が危惧される事案発生時には、必ず地区医師会もしくは沖縄県医師会までご一報下さい。

なお、医師会にご報告いただきました個人情報等につきましては、厳重に管理の上、医事紛争処理以外で第三者に開示することはありませんことを申し添えます。

２.【日医医賠責保険の免責について】

日医医賠責保険では**補償されない免責部分があり100万円以下は自己負担となります。その免責部分を補償する団体医師賠償責任保険があります。**この団体医師賠償責任保険は医師の医療上の過失による事故だけでなく、医療施設の建物や設備の使用・管理上の不備に起因する事故も補償いたします。

詳細については、沖医メディカルサポートへお問い合わせ下さい。

３.【高額賠償責任保険について】

最近の医療事故では高額賠償事例が増えていることから、日医医賠責保険（1億円の限度額）では高額賠償にも対処できる特約保険（2億円の限度額）があります。特約保険は任意加入の保険となっております。

詳細については、沖縄県医師会へお問合わせ下さい。

【お問い合わせ先】

沖　縄　県　医　師　会：TEL（098）888-0087

沖医メディカルサポート：TEL（098）888-1241

くりぬき法による粉瘤の治療
ー当院の工夫ー

医療法人こころ満足会
形成外科ＫＣ
新城　憲

【はじめに】

粉瘤は、表皮成分で裏打ちされた嚢腫性、良性の皮下腫瘍だが、角質が貯留し徐々に増大すること、時に感染を来たすことから、外科的処置が必要である。形成外科のみならず、皮膚科あるいは外科系診療所で日常的に治療する機会がある。体表面のあらゆる部位に生じるが、特に顔面、頚部などの露出部では、腫瘍の全摘出はもとより、術後瘢痕が目立たない方法で行うことも重要である。

粉瘤の本体は、病理学的に毛嚢漏斗部の拡張と考えられるので、毛嚢の出口が皮面の小孔ないし小陥凹、つまり“へそ”として認められることが多い[1)]。くりぬき法（以下本法）とは、その“へそ”周囲を円形にくり抜いて、粉瘤を摘出する方法である。

今回、過去11年間に当院で行った2,000例余の本法による治療経験から得た手術方法の詳細と工夫を紹介する。

【手術手順と工夫】（図1）

1. 必要に応じ、術前に超音波検査で大きさ、形、広がりを確認する。
2. エピネフリン入り1%リドカイン麻酔液を、嚢腫壁周囲に、丁寧に局所注入（Hydrodissection）することで、術中の剥離操作が行いやすくなる。
3. “へそ”を中心に2から4ミリの円形に皮膚をくり抜く。
4. くり抜いた小孔を鉗子で広げ、鋭匙で内容物を掻爬する。嚢腫が大きな場合には、徒手圧迫しつつ注射器で内容物を吸引し、さらに鋭匙で可及的に内容物を除去する。
5. 鉗子で嚢腫縁を把持・牽引し、小剪刀で剥離して摘出する。その際に、手術用ルーペとヘッドライトを使用すると操作が容易である。
6. 嚢腫が大きい場合や、不整形ないし膿瘍形成を伴う場合は、最小限の補助切開を追加する。
7. 嚢腫摘出後は、圧迫固定する。

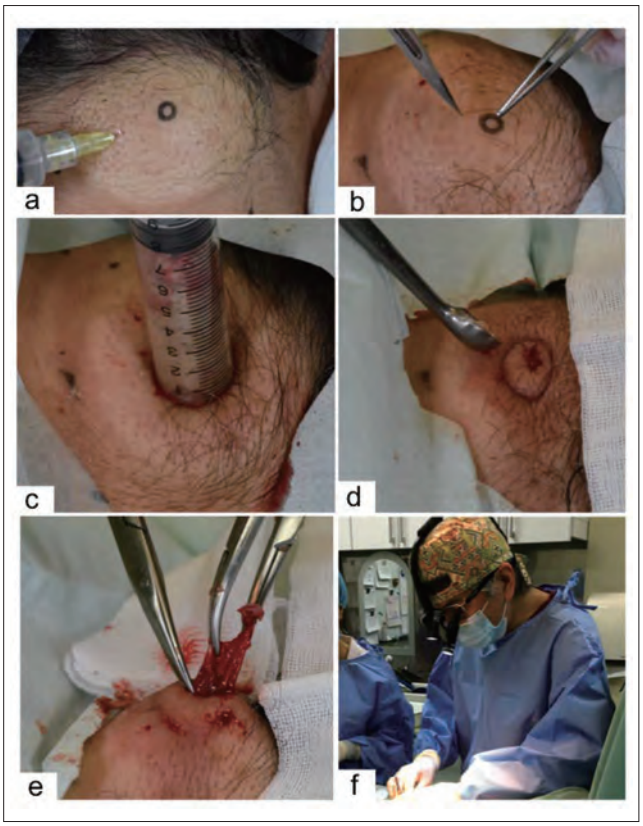


図１：手術手順
a：エピネフリン入り麻酔液の局所注入
b：11番メスで“へそ”周囲をくり抜く
c：大きな粉瘤は内容物（角質）を注射器で吸引
d：鋭匙で内容物を除去
e：剪刀で嚢腫を剥離・摘出
f：手術用ルーペとヘッドライトを使用

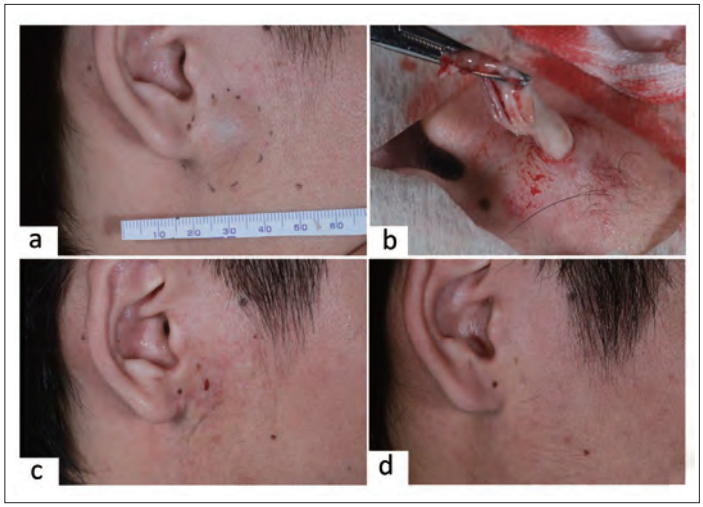


図２：症例１、22 歳、男性
ａ：右耳前部粉瘤術前
ｂ：くりぬき法で切除中
ｃ：術後１週間
ｄ：術後２ヶ月

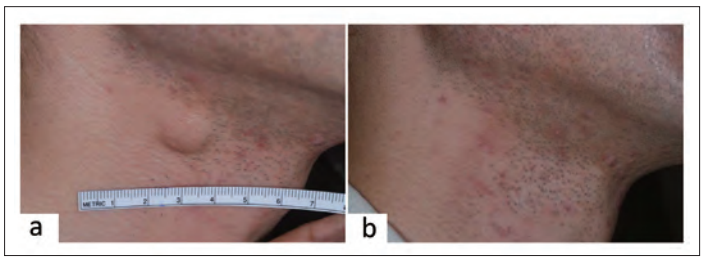


図３：症例２、25 歳、男性
ａ：右頚部粉瘤術前
ｂ：くりぬき法術後３ヶ月

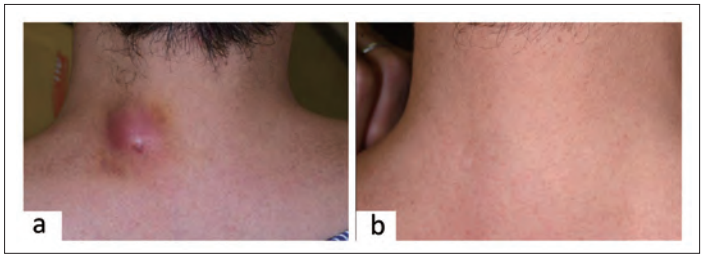


図４：症例３、50 歳、男性
ａ：後頚部粉瘤術前
ｂ：くりぬき法術後２年６ヶ月

【症例】

症例供覧（図２～４）

【考察】

粉瘤の手術方法に関しては、今も昔も、外科の教科書には、再発予防の観点から“へそ”を含めて紡錘形に皮膚を切開して嚢腫を摘出するように記載されている[2,3]。粉瘤の摘出自体は容易であるが、露出部位では、最小限の目立たない手術瘢痕で治癒するように留意すべきである。当院では、粉瘤のほぼ全例を本法で治療しているが、特に、顔面や頚部の粉瘤は、多くの場合に嚢腫壁が平滑で摘出し易いので、本法の良い適応部位である。なお、嚢腫が比較的大きく、皮膚が薄く伸展されている症例に本法を適用すると、術後に切開部周囲の皮膚が壊死し創治癒が遷延することがあるので注意が必要である。感染例にも本法を用いるが、破綻した嚢腫壁の全摘出が困難な場合があり、その際は再発に留意しながら経過観察する必要がある。

【結語】

本法は、術後瘢痕を最小限にできるので粉瘤治療の第一選択になり得る。

【引用文献】

1) 泉　美貴：みき先生の皮膚病理診断 ABC、2 付属器系病変．第 1 版．学研メディカル秀潤社、東京、2010; 66-77.
2) 武藤輝一・相馬　智編：標準外科学．第 3 版、医学書院、東京、1982; 43-44.
3) 岡崎　睦：外傷処置・小手技の技 & Tips －はやく、要領よく、きれいに仕上げる極意．第 1 版、メディカルビュー社、東京、2016; 74-75.

インタビューコーナー

泌尿器科疾患は急増しています。これからも、泌尿器科医会会員同士で連携しながら、県内の泌尿器科疾患に対応していきます。

泌尿器科医会　会長
大城　吉則　先生

質問 1. 泌尿器科医会会長に就任されてからこれまでを振り返ってみてどのような感想をお持ちでしょうか。

沖縄県泌尿器科医会は、当初は皮膚泌尿器科医会として設立されたようですが、昭和 59 年に泌尿器科医会として独立し、新垣皮膚泌尿器科医院の新垣居朗先生が初代会長に就任されました。その後、各病院の泌尿器科部長に会長が受け継がれ、平成 29 年 4 月に私が 11 代目の会長として就任し、2 年が経過しました。あまり活発な活動が出来ているとは言えませんが、これまで行った主な任務としては、年 2 回開催される沖縄県医師会医学会の座長を泌尿器科医会会員から選任、同学会雑誌の査読業務、そして県内で開催される泌尿器科関連研究会の協賛のとりまとめなどです。

最も大きなイベントとしては、年一回の沖縄県泌尿器科医会総会の開催です。総会では日頃の泌尿器科診療で困っている点、保険診療における問題点などが議論され、さらに県内泌尿器科医によるそれぞれの専門領域あるいは最新の話題に関する特別講演が行われ、会員の知識の向上に努めております。今年は、沖縄協同病院泌尿器科部長嘉手川豪心先生が、『泌尿器科による働き方改革－排尿障害診療と多職種連携を通して－』を講演され、活発な質疑・応答もあり、非常にためになる特別講演でした。総会後の懇親会では会員同士の近況報告や紹介患者の情報交換などを行い、会員同士の親睦を深める機会となっております。

質問 2. 大城先生が目指す分科会運営の方針、今後の展望、課題等についてお聞かせ頂けないでしょうか。また、泌尿器科医会において特に力を入れている活動があればお聞かせ下さい。

沖縄県内には泌尿器科医師が属する日本泌尿器科学会沖縄泌尿器科地方会と沖縄泌尿器科医会があります。沖縄泌尿器科地方会は琉球大学腎・泌尿器科学教室に事務局があり年 1 回の沖縄泌尿器科地方会学術集会を主催され、そして多くの研究会を開催しています。泌尿器科医会も泌尿器科地方会と協力しながら、これらの学術集会・研究会をサポートし、会員の知識および技術の向上に努めてきましたが、これからも同様に泌尿器科地方会と二人三脚で活動が出来ればと考えています。

これまで、沖縄県内には泌尿器科の開業医が他県に比べて非常に少なかったのですが、近年、泌尿器科開業医が増加しておりますので、今後は開業医のニーズに即した勉強会および研究会の開催なども出来ればと考えております。

質問 3. 会の運営にあたってご苦労があればお聞かせ下さい。また会の構成、会員数等を教えて頂けますでしょうか。

泌尿器科医会は会長1名、副会長1名、会計1名そして監査1名で構成され、会員は約60名前後ですが、実際の泌尿器科医会の活動に参加されているのは、開業医や総合病院の勤務医を中心とした30～40名程度です。ここ10年以上会員数が増えていないことが悩みの種で、特に卒後10年以内の若手泌尿器科医の会員が増えていないのが大きな課題です。これは、泌尿器科のサブスペシャリティ領域が拡大・細分化し、学ぶべきこと修練すべきことが増えていることに加え、また書類業務の増加など、以前に比べて若手泌尿器科医が多忙になっていることが大きな要因かと考えます。若い泌尿器科医師にとって魅力ある泌尿器科医会の活動を再考する必要があると考えております。

質問4. 県医師会に対するご要望等がございましたらお聞かせ下さい。

若手泌尿器科医の会員が増えないのは、若手医師の沖縄県医師会の入会率が低いことも関連しているかと考えます。年2回開催される若手の登竜門でもある沖縄県医師会医学会への泌尿器科医の参加人数および腎・泌尿器科領域への演題数が少なく、寂しい思いをしております。6月および12月に開催される医師会医学会の直前には、それぞれ日本泌尿器科総会、西日本泌尿器科総会、そして日本泌尿器内視鏡学会などの泌尿器科関連の大きな全国学会が開催されることもあり、沖縄県医師会医学会に演題を作成して発表する余裕がないことも、県医師会および医学会への関心が低くなっている要因の一つでもあります。せっかく、全診療科の医師で構成される県医師会ですから、沖縄県内の医療における課題、例えば『長寿沖縄県の危機』、『医療資源の不均衡』、『女性医師の働き方』など各診療科が横断的に議論する機会（特に若手医師によるパネルディスカッションなど）があれば、他診療科および他施設間の垣根を超えた連携も深まり、泌尿器科などを含むいわゆるマイナー科も県医師会および県医学会に関心が持てるようになるのではと考えます。

質問5. 大変ご多忙の身でありますが、日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせください。

日頃の健康法および趣味としては、数年前から始めたスイミングを継続していることです。週に4～5回はトレーニングジムで約1時間程度泳いでいます。おかげで、20代の頃の体重を維持でき、以前に指摘された高血圧および血糖値異常は改善しております。座右の銘は特にありませんが、『日々是精進』をモットーにして、診療を行っています。私が医師になった30数年前と比べ、昨今の泌尿器科の診療内容は目まぐるしい勢いで変化し、進歩しております。特に手術領域では手術支援ロボットのda Vinciを用いた低侵襲内視鏡手術が前立腺がん、腎がん、膀胱がんに適応が拡大され、さらに泌尿器科がんの薬物治療においても従来の化学療法から分子標的治療薬、そして昨年、京都大学の本庶教授がノーベル賞を受賞した事でも話題となった癌免疫治療薬剤が次々に開発され、これまで治療に難渋してきた転移性腎がんおよび膀胱がん患者にも使えるようになり、治療成績も改善してきております。時代は『平成』から『令和』へと新しく移り変わり、医療もこれまで以上に急速な技術革新が予想されます。さらに新しい知識・技術を取得して、より良い医療を患者さんに提供することが、我々医師の務めと考えております。

インタビューアー：広報委員　古堅 善亮

肝炎ウイルス感染者の掘り起こし及び専門医との連携

ハートライフ病院　肝臓内科　佐久川　廣

はじめに

我が国では 130 ～ 150 万人の B 型肝炎ウイルス（HBV）感染者、150 ～ 200 万人の C 型肝炎ウイルス（HCV）感染者が存在すると推定されている。多くの感染者は無症状であるため検診等の偶然の機会に発見されることが多い。現在、ほぼ全ての病院で術前あるいは輸血前検査として HBs 抗原と HCV 抗体を検査している。しかしながら、その検査結果が患者さんに説明されずに放置している場合もある。B 型、C 型慢性肝炎は内服薬で簡単に治る時代になったため、スクリーニング検査で発見された症例をきちんと管理することが重要になっている。

術前スクリーニング検査

医療従事者を肝炎ウイルス感染から守るために観血的治療を行う症例に対して術前に肝炎ウイルスのチェックを行っている。肝炎ウイルス持続感染者であることが分かれば、当該患者さんの体液の扱いはより慎重になり、汚染事故があった場合は速やかに感染予防対策が施される。その結果、医療従事者の感染は稀にしか起こらなくなった。

一方、患者さんが肝炎ウイルス陽性であってもそのことを患者さんに説明したり、肝臓専門医受診を勧めることがおろそかになるケースも多々ある。また、患者本人も肝炎ウイルス検査を受けたことを知らないことが多いため、検査結果を主治医に問い合わせることは稀である。このような状況を鑑み、厚生労働省から「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」（平成 23 年 5 月 16 日厚生労働省告示第 160 号）において、医療機関に対し手術前に行われる肝炎ウイルス検査の結果を受験者に適切に説明するよう要請している。

院内連携システム

スクリーニング検査で発見された HBs 抗原陽性者や HCV 抗体陽性者に検査結果をもれなく報告するために大学病院を中心に電子カルテで自動表示されるシステムが運用されている。肝臓専門医と非肝臓専門医の院内連携により肝炎ウイルス感染者をきちんと評価し、治療やフォローアップ体制に組み込む作業が行われている[1)、2)]。このような取り組みにより、これまで見逃されたり、肝炎ウイルス陽性であっても放置されていた症例が専門医の診療を受け、適切に治療されるようになっている。

ハートライフ病院でも肝炎コーディネーターの研修を受けた看護師が中心になって電子カルテのデータを使用して肝炎ウイルス感染者の掘り起こしを行っている。先ず、数か月分の HBs 抗原陽性者と HCV 抗体陽性者のリストを作成し、その中から肝臓内科が関与していない症例を抽出する。その後、肝臓専門医がこれらの症例のカルテをチェックし、慢性肝炎や肝硬変が疑われる症例を検索し、主治医に連絡し、受診勧奨するという流れである（図 1）。これまでに C 型慢性肝炎（1 例）、C 型肝硬変（1 例）が見つかり、抗ウイルス剤による治療でウイルスが消失した。肝硬変でみつかった症例は 5 年前にも術前検査で HCV 抗体陽性であったが、主治医が気付かずに放置されていた。幸いにも初期の肝硬変で、治療に対する反応も良好であった。現在当院では 3 か月毎に症例を抽出して治療対象例の拾い上げを行っている。

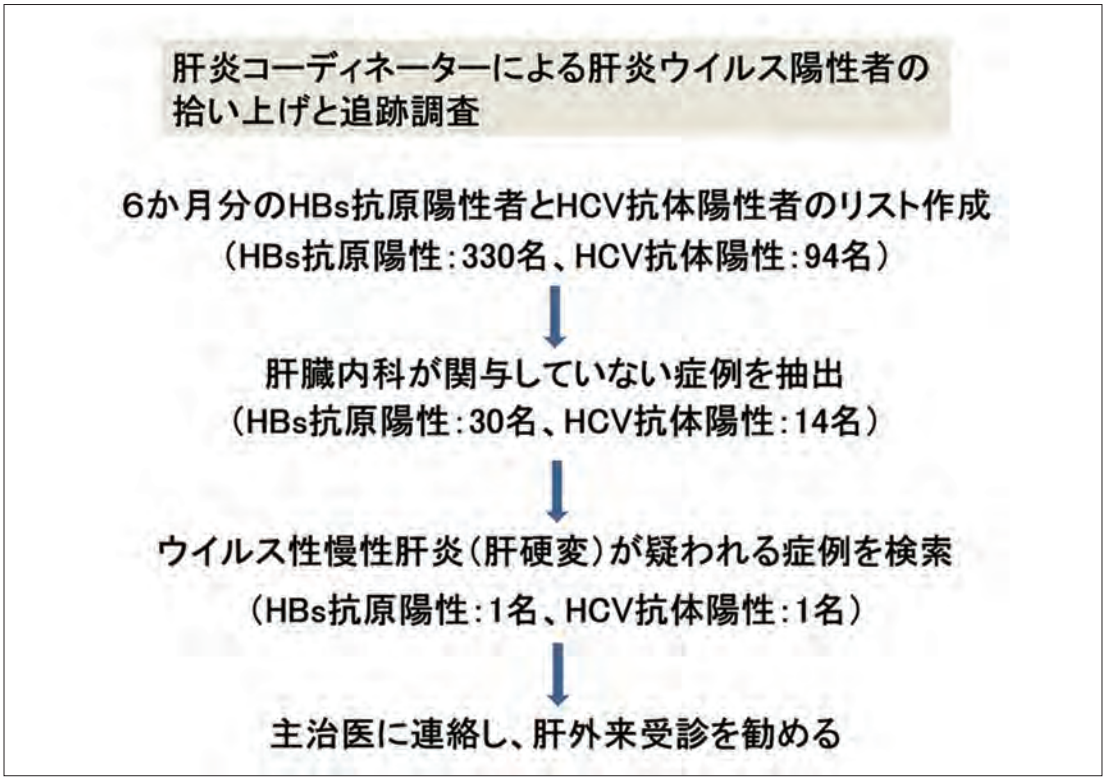


図 1 肝炎ウイルス陽性者の抽出と要受診症例の絞り込み

HBs 抗原陽性者と HCV 抗体陽性者を全例肝臓専門外来で診るのが理想と思われるが、陽性者の中には、データ上慢性肝疾患は否定される症例も多く存在する。たとえば、HBs 抗原陽性者の場合、HBs 抗原量が 1000 IU/mL 未満で肝酵素が正常、更に血小板も正常であれば、慢性肝疾患は否定的である。但し、このような場合でも年 1 回のフォローは必要と言われている。また、HCV 抗体陽性者の場合、抗体価のカットオフインデックスが 5 未満（低力価と評価される）のケースは偽陽性が多く、HCV-RNA は例外なく陰性である。

おわりに

高齢化にともない高齢者の手術も年々増加傾向にある。65 歳以上の高齢者は 65 歳未満の集団と比較して肝炎ウイルス感染者が多い。このような感染者はその多くが肝癌のハイリスクグループに属するため、肝炎ウイルス検査陽性者を適切にフォローする体制作りが必要である。

参考文献

1) 下村泰之、他 . 肝炎ウイルススクリーニング検査陽性患者に対する検査報告システムの構築による肝臓専門医受診率向上への取り組み . 肝臓 2015;56:137-143.
2) 打田（小林）佐知子、他 . 当院における肝炎ウイルス検査の実施状況と陽性者に対する受診勧奨システム構築による院内連携の変化について . 肝臓 2016;57:7-16