

愛知県外科医会会報

平成 31 年 4 月 25 日 発行

第 115 号

卷頭言

愛知県外科医会 会長 佐藤和郎



平成 30 年度もいよいよ終わろうとしています。また、天皇の代替わりに伴なう改元が近づいてきました。改元一ヶ月前の 4 月 1 日には新しい元号が発表されます。

西暦と元号については、私の祖母が明治 33 年西暦 1900 年生まれ、私は昭和 25 年西暦 1950 年生まれ。これを起点にして患者さんを診るとき、頭の中で西暦一年号の変換をして年齢を計算していました。平成以後は、今年は昭和が続くと 94 年に当たるなどと換算していました。

最近の若いドクターは、履歴書に西暦を用いて学歴職歴を記載しており年号を記しません。それでいて会話の中で大学の卒年に話しが及ぶと“平成何年卒です。”と言うのが何か面白く感じられます。

今年のゴールデンウィークは休みが多くて診療に支障が出そうで大変です。即位の礼が 5 月 1 日施行とされる当年限りの立法により祝日とされました。祝日と祝日に挟まれた日は休日となる為官庁は最大 10 連休となります。ただ、公的病院の多くは、その休日に通常の診療をするところが多いようです。あまり休診が続くと外来の化学療法等診療の継続性が阻害され大迷惑です。それなくとも祝日が月曜日に重なる日は翌月の月曜日が休日となる日が年間多くあります。

間もなく新元号の発表です。

元号と時代状況や精神と関連づけて促えられる事が多いわけですが、さて新しい元号の時代はどのような動きとなるのでしょうか。

(平成 31 年 3 月 20 日記)

目次

●卷頭言	1
●平成 30 年度 救急医療生涯教育研修会	2
●平成 30 年度 日本医師会生涯教育講座	2
●平成 30 年度 第 1 回 救急医療医師研修会	4
●平成 30 年度 第 2 回 救急医療医師研修会	4
●平成 30 年度 愛知県整形外科・外科保険審査員連絡会	5
●平成 30 年度 救急医療特別研修会	7
●平成 30 年度 救急医療施設見学会のご報告	8
●編集後記	8

編集・発行

愛知県医師会館内
愛知県外科医会

〒460-0008
名古屋市中区栄四丁目 14-28
TEL: 052-263-0093
FAX: 052-263-6775
E-mail: geka@med.email.ne.jp

平成 30 年度
救急医療生涯教育研修会

日 時：平成 30 年 7 月 19 日（木）
場 所：愛知県医師会館 地下健康教育講堂

「最近の高精度放射線治療について」

愛知医科大学 放射線医学講座
教 授 森 美 雅 先生

定位放射線治療 (SRS [stereotactic radiosurgery]・SRT [stereotactic radiotherapy])、強度変調放射線治療 (IMRT [intensity-modulated radiation therapy])、画像誘導放射線治療 (IGRT [image-guided radiation therapy]) などの高精度放射線治療は普及が進んできた。特に、早期肺癌など肺腫瘍に対する体幹部定位放射線治療 (SBRT [stereotactic body radiation therapy])、肝腫瘍に対する SBRT、頭頸部癌に対する IMRT、前立腺癌に対する IMRT、脳腫瘍に対する IMRT・SRS/SRT を著者らは多数行っている。

高精度放射線治療機には、様々なものがある。多発性脳転移に対しては依然としてガンマナイフ治療が有利であるが、他の全身の各部の腫瘍に対してはリニアック治療機による IMRT の進化型である VMAT (volumetric-modulated arc radiotherapy) が有効である。サイバーナイフは早期肺癌、全身の各部の再発腫瘍に対し有用である。陽子線・炭素線などの粒子線治療は悪性黒色腫などある種の腫瘍に対し非常な効果が期待できる。

動かない脳・脊髄・脊椎・頭頸部腫瘍や、呼吸とともに規則的に動くだけの肺・肝腫瘍に対するピンポイント照射法は、これまでに既に確立されているが、呼吸に伴う不安定な動きをしたり、不規則な消化管の蠕動に伴って動いてしまったりする腫瘍についてはピンポイント照射は困難であった。最近、新たに MRI ガイドの放射線治療機が開発された。胸部・腹部 MRI をシネ画像的に撮影しながら (MRIdian [ViewRay 社] では照射中に同時に秒 4 枚の MRI 像を撮影し続けられる) X 線照射できる。これまで定位放射線治療が困難であった肺癌 (近接

する十二指腸を避けて照射することが必要) や子宮癌、大腸癌、腎癌、尿管・膀胱癌、副腎腫瘍、腹部・骨盤リンパ節転移などを周囲臓器には当たらないようにして高線量の放射線照射して治療可能となることが期待される。

平成 30 年度
日本医師会生涯教育講座

日 時：平成 30 年 8 月 16 日（木）
場 所：愛知県医師会館 地下健康教育講堂

「乳がんの画像診断における最近の情報」

独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院
放射線科診療部長・乳腺科診療医長 遠 藤 登喜子 先生

乳がん検診にマンモグラフィの全面的導入から 14 年が経過した。マンモグラフィ検診の普及により乳がんへの関心も高まってきており、また、マンモグラフィに押されて乳房超音波検査やその他の乳房の画像診断も進歩している。

マンモグラフィでは、トモシンセシスの開発・普及が進んでいる。通常のマンモグラフィ (2D-MG) では、正常乳腺に隠されていた腫瘍や構築の乱れがトモシンセシスによって発見されることは珍しくない。トモシンセシスで発見されやすい所見は腫瘍・構築の乱れのほか石灰化周囲の乳腺のふくらみの有無が挙げられており、これらの所見は生命予後に影響しやすい病変に多いことから、トモシンセシスの意義が広く認識されてきている。

乳房超音波検査は、精密検査に使用される検査法としては必須であり、日本では多用してきた。精密検査には、B モード画像のみならず、エラストグラフィやドプラ法を併用することが通常であり、より組織学的考察が求められるようになっている。一方、高濃度乳房への対応に乳房超音波検査が採用されることへの期待感から、最近では任意型検診にも

多用されるようになっており、超音波検査の精度管理が求められている。また、検査者の知識や技術レベルに左右されず画像が収集できる3D-US装置も、見直されているが、日本での有効性を示すデータはまだない。こうした装置は従来のhand-held装置とは異なった検査とも位置付けられる。

乳がん検診への関心の高まりは、乳房検査へのPET(Positron Emission Tomography)の導入としても登場している。乳房のみを対象とした専用装置による情報収集(PEM)では、全身PETに比較してより感度が高いことが報告されている。PEMでは、従来の画像診断では検出が難しかった小悪性病変の発見に貢献する一方、良性病変でも集積があり、適切な使用法・判定法が提案されることが求められている。

乳房の画像診断で必須なのはMRIである。従来、病変の広がり診断を主とした術前診断として使用されてきたが、前記のように検診レベルの上昇によって、病変の精密検査に必須検査法として使用せざるを得ないようになってきている。また、遺伝性乳がんを考慮したhigh risk者のスクリーニング法としても注目されている。

こうした画像診断を駆使してのIVR(細胞診・針生検組織診)は確定診断に必須であり、より高度な位置決め法が求められるようになっている。その一方、「過剰診断」の概念も広まり、「生命予後に影響しない病変」には経過観察という方法も提案されるようになっており、乳がんの診療に乳がんの自然史を考慮することが求められるようになってきている。



「乳癌外科治療の現状と将来」

名古屋第一赤十字病院 乳腺・内分泌科
乳腺センター長 岩瀬 拓士先生

20世紀の後半から乳癌の外科治療は大きく様変わりした。それまで定型的と表現されて來たいわゆるHalsted手術は終わりを告げ、胸筋温存から乳房温存まで一気に変化、標準治療として定着した。同時にリンパ節の手術についても検討が加えられ、センチネルリンパ節生検の登場により、少なくともこれが陰性なら郭清の必要はないというところまではコンセンサスが定着している。

その後もリンパ節郭清が明確に予後を改善しているという証拠は得られず、センチネルリンパ節に転移があっても微小転移であれば郭清を省略する、またはセンチネルリンパ節にマクロ転移があっても1-2個なら乳房温存の患者に限って郭清を省略してもよいとの意見が主流となってきている。

国内での大きな変化で忘れてならないものに、人工物再建の保険承認が挙げられる。承認後この数年で、これまで温存手術を希望していたかなりの患者さんが乳切+再建にシフトした。もともと温存が困難と思われた患者さんばかりでなく、温存が可能と思われる患者までシフトしていることが新たな問題となっている。

その他、以前には見られなかった手術としてリスク低減乳房切除術が登場した。いわゆる予防切除のことであり、遺伝性乳癌と診断された患者さんの対側や、同様の遺伝子変化が認められた家系員の発症前の乳房に対して行われるものである。乳癌が他の癌よりも家族集積性が高いことは以前より知られていたが、米国の女優が予防的にこの手術を受け、この疾患の存在と治療法が日本でも社会的に認知されるようになった。

講演では、乳癌外科治療の現在に至るまでの変遷をたどり、その現状とそれらが抱える問題点を提起したい。

平成 30 年度

第1回 救急医療医師研修会

日 時：平成 30 年 9 月 13 日（土）

場 所：中日パレス クリスタル

平成 30 年度

第2回 救急医療医師研修会

日 時：平成 30 年 11 月 15 日（木）

場 所：愛知県医師会館 地下健康教育講堂

「チーム医療における形成外科の役割」

名古屋大学大学院 医学系研究科 形成外科学
教 授 亀 井 譲 先生

近年、集約学的治療が進む中で、形成外科多くの部分でチーム医療にかかわっている。癌治療においては、欠損部を充填して早期に創閉鎖を行うことにより、化学療法や、放射線療法に移行できるようになっている。また、頭頸部腫瘍や骨軟部腫瘍切除後の再建では、可能な限り機能的再建を目指し、乳癌切除後の再建では、QOL を目指して整容的再建を行っている。さらには頭蓋底再建のように、再建することが可能になったことで今まで切除不可能であった頭蓋底腫瘍の切除が可能になるというように手術適応を拡大するようにもなった。褥瘡治療においては、薬剤部、リハビリテーション部、栄養科、ウォックナースなどとチームを編成し治療に取り組んでいる。軟膏治療から、外科的処置、手術による治療もできることから、形成外科の果たす役割は大きい。また、糖尿病性足潰瘍では、糖尿病内科、リハビリテーション部、また装具作成士などの協力により治療にあたっている。本講演ではチーム医療における形成外科の実際を報告する。

「痙縮治療」

～なぜ治療するのか、どう治療するのか～

名古屋セントラル病院 脳神経外科
主任医長 竹 林 成 典 先生

脳神経外科が対象とする疾患は主に脳血管障害、外傷及び脳腫瘍だが、古くからパーキンソン病などの不随意運動疾患も外科的に治療してきた。その特殊な分野は『機能的脳神経外科』と言われ、脳・脊髄に外科的にアプローチする事により機能の回復または改善をはかる分野と定義されている。

現在はパーキンソン病や本態性振戦等の不随意運動症、難治性疼痛及び痙縮を対象としている。ただ、これらの疾患に対する治療は 2000 年以降に保険認可となったものが多く、普及しているとは言い難い。

今回、上記疾病のうち様々な神経疾患やその後遺症として頻繁に生じる『痙縮』に対する治療の必要性と方法、具体的にはボツリヌス療法および髄腔内バクロフェン投与 (ITB) 療法について紹介する。



平成 30 年度

愛知県整形外科・外科保険審査員連絡会

日 時：平成 31 年 1 月 19 日（土）

場 所：名鉄グランドホテル 11 階

1) 救急医療管理加算の算定要件について（確認事項）

①救急医療管理加算 1 (900 点) の対象となる患者とは、主に次に挙げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

- ア 吐血、喀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・検査又は t-PA 療法を必要とする状態

②救急医療管理加算 2 (300 点) の対象となる患者は、①のア～ケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

発症から 24 時間以内に緊急手術を行った場合は、部位や手術の内容にかかわらず救急医療管理加算(1) 900 点の算定を認める。

手術を行わない緊急入院については、コメントがない場合、救急医療管理加算(2) 300 点での算定とするが、(1)で算定する場合は必ず症状詳記してもらう。なお、高齢者の大腿骨近位部骨折で合併症などにより緊急手術を行うことができない場合においても救急医療管理加算(1)の算定を認めるが、その場合、算定要件を通知(2)のケ（緊急手術）ではなく、(2)のク（外傷、破傷風等で重篤な状態）としてもらう。

救急医療管理加算 1 を「ケ」で算定している場合は問題ない。本来、緊急手術が必要だが合併症などにより手術を延期せざるを得ない場合も加算 1 を認める。「ク」の重篤な状態と考えられる病名とは、多発骨折、脊髄損傷、骨盤骨折の重傷例等が該当すると考えられる。

一方、加算 2 については単純な脊椎圧迫骨折、四肢の単純骨折、腰部挫傷などが該当すると考えられるが、整形領域で緊急入院すれば少なくとも加算 2 は算定できる。

2) 透視診断料(E000)について（確認事項）

透視により疾病・病巣の診断を評価するものであり、消化管の造影剤撮影に際しては算定できる。撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。整形領域では脊髄造影では算定を認めるが、椎間板造影、関節造影では認められない（なお、労災では長管骨骨折手術の一部において透視診断料が認められている）。

3) 外来患者に対するビタミン剤注射の投与について (2018/ 1/20 議事録)

外来患者における整形外科的疾患(末梢神経障害等)に対するビタミン剤(メチコバール注射薬、ネオラミン・スリービー液等)の投与については、漫然投与等、療養担当規則に該当しないと判断できる場合は認めないと扱いとする。

なお、このことについては医療機関単位の傾向審査として取り扱うこととする。傾向的な医療機関においては、3カ月間文書連絡を行う。

文書連絡

ビタミン注射(メチコバール注、ネオラミン・スリービー液等)の投与については、療養担当規則(第二章保険医の治療方針等 第二十条 第四項注射)に示されている(1. 経口投与をすることができないとき、又は経口投与によって治療の効果を期待することができないとき。2. 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。3. その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。)場合に投与ができるものであり、当該投与例は療養担当規則に該当しないと判断します。ご留意願います。

- ・社保では、原則、全査定している。
- ・国保では、返戻ならびに週に3回以上は2回に査定。
- ・全査定については他科にわたるため今後の検討。

4) 昨年本会で検討された間欠的洗浄処置付き局所陰圧閉鎖処置について

- ① J003 局所陰圧閉鎖療法 + J040-2 局所灌流の併算定を毎日認める。
- ② 上記併算定は初日のみ認め、2日目以降はJ003のみ認める。
- ③ どちらかのみ認める(材料費は別に認める)。
- ④ J003のみ認める。

注:局所灌流は悪性腫瘍と骨膜・骨髄炎にのみ適応

のうちどれかになると思いますが、昨年の時点では岐阜県では国保が①で基金が②とのことでした。岐阜県が国保と基金で異なっている理由はわかりません。私の個人的な意見としては岐阜県の基金の判断である②が妥当ではないか、と考えます。

- ・頻繁に出てくることはないが、原則として、②初日のみ認め、2日目以降はJ003のみ認める方針とする。

5) 多数の鎮痛剤投与が行われているので規制が必要? (労災から提案)

例えば、NSAID + リリカ + トラムセットの漫然とした長期投与

- ・初診日からトラムセット投与の場合は、査定とする。
(リリカ、サインバルタについては今後の検討とする)。
- ・経時に NSAID が効果なき場合は、適応症があれば上記を認める。
- ・処方の期間や、多剤併用は、症例ごとに判断する。

6) 外科で、20分強の手術にもかかわらず、頻繁に全身麻酔の算定を行う病院があるが、過剰ではないか?

- ・返戻して、手術記録、麻酔記録等を提出させて判断してはどうか。

平成 30 年度
救急医療特別研修会

日 時：平成 31 年 2 月 16 日（土）
場 所：キャッスルプラザ 3 階「孔雀の間」

「不眠患者に対応する
～睡眠障害オーバービュー～」

「不安患者に対応する
～不安障害オーバービュー～」

愛知医科大学大学院 医学研究科
臨床医学 睡眠医学・主任教授 塩見利明先生

睡眠障害の二大疾患は、不眠症と睡眠無呼吸症候群である。この 2 つの睡眠障害はとても身近な話題のため、習わなかったから気づかなかつたでは、もうすまされない時代が到来している。先ず、運動習慣と同様に睡眠習慣の獲得法についても早急に学ぶべきであろう。次に睡眠障害とは何かを詳しく「知ること」、また睡眠障害を正しく「診る（診察する）」こと、そして睡眠障害を適切に「治す」ことを系統的に学び直すことから始めるべきである。

24 時間型社会とも呼ばれる現代では、インターネットや多様なメディアの普及、コンビニなど深夜営業の増加などにより、夜の光環境（LED 照明等）が急激に変化している。睡眠不足の人や夜型（睡眠相後退型）の人が増え、老若男女を問わず、「現代は誰でも不眠になりうる時代（現代の不眠）」である。不登校の中高生の背景には、長時間睡眠に伴う概日リズム睡眠覚醒障害が存在することも徐々に明らかとなってきた。

睡眠医療が予防医学に果たす役割は少なくない。不眠の治療はうつ病と自殺の予防に、また睡眠無呼吸症候群の治療は居眠り事故および、高血圧や心血管病発症の予防に有益である。レム睡眠行動障害の早期診断と治療は、レビー小体型認知症への進行を阻止できる可能性が期待されている。

是非ともこの機会に、良い睡眠と生活リズムの重要性を見直していただけたら幸いである。

平成 30 年 4 月診療報酬点数表の改定に伴い、（向精神薬多剤投与以外の内服薬多剤投与／処方料 29 点、処方箋料 40 点）と変更されました。

本研修会は、「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薬剤の投薬を行った場合」、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剤のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を 1 年以上にわたって、同一成分を同一の 1 日当たり用量で連続して処方している場合（向精神薬長期処方）をいいますが、【不安又は不眠に係る適切な研修を終了した医師が行っている処方】については、「向精神薬長期処方（多剤投与以外の内服薬多剤投与／処方料 29 点、処方箋料 40 点）に該当せず、「処方料 42 点、処方箋料 68 点」を算定することができる研修でした。

日本医師会の生涯教育研修制度によるカリキュラムコード 69「不安」、20「不眠」を満たす研修であり、2 単位取得しております。

外科医会会員以外に内科系等医師を含めて 188 名が本研修会に参加されました。



平成 30 年度 救急医療施設見学会のご報告

平成 30 年度も恒例の救急医療施設見学会を、7 月 28 日（土）に訪問先を名古屋大学減災連携研究センター内の減災館として予定しておりましたが、当日「逆走台風」として話題になりました台風 12 号の直撃を受ける予報となりましたので、安全のためにやむを得ず訪問中止とさせていただきました。訪問日程の変更も検討しましたが、ご尽力いただきました名古屋大学減災連携研究センター教授の鈴木康弘先生のご都合と当方の調整がつきませんでしたので、今年度の施設見学会は中止と決定しました。本稿ではその代わりに、訪問できませんでした名古屋大学減災連携研究センター及び減災館の概要を会員の皆様にご紹介させていただきます。

名古屋大学減災連携研究センターは、南海トラフ巨大地震や伊勢湾台風再来などが懸念される中、被災の中心に位置する基幹大学として減災のための取り組みを進めるため、2012 年 1 月に正式発足しています。現在、19 名の専任教員、28 名の兼任・協力教員、11 名の客員教員、4 名の研究員、38 名の受託研究員が所属しており、研究連携部門、社会連携部門および強靭化共創部門の 3 部門体制により、産官学民と連携しながら減災のために研究・普及・啓発にあたっているとのことです。

また、名古屋大学減災館は 2014 年 3 月に完成した施設ですが、この建物は、減災研究の拠点としての役割に加え、名古屋大学東山キャンパス初の免震建物として災害時の対応拠点になるそうです。平時には、減災について学ぶ場として、1-2 階が広く社会に開放され、一般公開日には、多彩な設備や資料で学ぶことが出来、日々専門家によるギャラリートークも実施されています。夏休みには子供向けイベントも行われているようで、開館から 4 年間で 5 万人以上の来館があったそうです。

地域やご自身の施設、家庭での減災、防災の参考のために、会員の皆様には是非一度、名古屋大学減災館の見学をされることをお勧めいたします。

愛知県外科医会 副会長 細野二郎

名古屋大学減災連携研究センター 減災館

〒 464-8601 名古屋市千種区不老町

TEL 052-789-3468 FAX 052-789-5023

<http://www.gensai.nagoya-u.ac.jp/>

開館時間 火～土曜日 13:00 ~ 16:00(第 2・4 火曜日、祝日を除く)



❖ 編集後記 ❖

外科医会では毎月、医療安全委員から問題症例についての報告があります。ここに出される症例は医事紛争に進展する恐れがあると考えられた場合に医療安全委員会で審議して「有責」「無責」「無責とは言えない」の 3 つに分類しています。医事紛争になった場合は医師会の委託した弁護士と協力して問題を解決しています。これとは別に県医師会の「苦情相談センター」に、患者側から毎月 70 件から 100 件の様々な苦情が寄せられています。この中で問題になりそうな事例にはその分野の専門の医師が問題解決に当たっています。医師側にも患者対応や健康保険請求に問題がある場合も多いのですが、患者側の医療側に対して過剰で非常識な要求も多く見られます。医療を単なるサービス業としか見ていない世相や社会の変化があるように感じています。医療側と患者側双方とも「医は仁術」であるとの認識を取り戻して欲しいと思っています。

愛知県外科医会 副会長 山内晶司

編集・広報委員 山内晶司、間瀬武則、大浜寿博、中島克昌、長谷川満