

# 第159回例会を担当して

小島雅彦

こじま皮膚科クリニック

栗原誠一先生が私を第159回例会の幹事に推薦したいと仰せつけになり、いつものように後先を考えずに気軽にお引き受けしたのが2017年の秋のことでした。前々からその年の12月に旅行を予定していたため、初っ端の企画委員会に出席できなくて、翌年3月の企画委員会に初出席しました。幹事の先生方の厳しい（と感じられた）視線の中、例会のテーマを決めることになりました。

私の聞いてみたいテーマなら何でもよいとのことで色々悩みました。

開業して長らく経つと、入院治療を要する皮膚の重症感染症にかかわることもあまりなくなります。そこで、重症感染症の治療の現状がどうなっているか知りたいと提案しました。

また、近年梅毒が増加傾向にあるといわれており、最近私のクリニックでも風俗業と一般女性の2例を経験しました。そこで梅毒を中心とした性感染症について、最新の知見が知りたいと提案したところ、幹事の先生方から即座に演者の候補の名前が挙がり、その中から池田政身先生と齋藤万寿吉先生に演者をお願いすることに決まりました。人選にあたり企画委員会の先生方の人脈の広さ、知識の深さに驚かされました。

ミニレクチャーは幹事会で高須博先生の「『顔面の瘰癧治療を考える』のアンケート報告」に決まりました。

最終的に例会のテーマを「見逃してはいけない皮膚感染症」に決定し、演者の承諾を得たのち演題について次回の企画委員会で議論し、講演1として「見逃してはいけない皮膚の重症感染症」を池田先生に、講演2として「見逃してはいけない性感染症 HIVと梅毒中心に」を齋藤先生をお願いすることとしました。ここまで決まればあとは既存のルールの上をゴールまでひた走るだけとなります。

メールで演者の先生と連絡を取り、委細を詰めました。その他の諸事は共催のポーラファルマ株式会社にお任せ出来ました。講演会の細目が最終的に常任幹事会で報告了承されると、あとは開催を待つのみでした。池田先生は遠方から来られるので時節柄、大雪などの悪天候による交通障害が起きないことを祈るだけとなりました。

当日は朝から冷たい雨でしたが演者の先生方は無事に到着され、ホッと胸をなでおろした次第です。出席者は悪天候にもかかわらず171名に上りました。

講演1の池田先生の演題では、壊死性筋膜炎やフルニエ膿瘍の手術治療の生々しい映像が多数提示され、出席者一同、皮膚科でここまで治療出来るのかと固唾をのんで拝聴しておりました。また、講演2の齋藤先生の講演では、梅毒の最新知見と、AIDSの現状についてお話がありました。AIDSの発見当時の若い患者の平均余命がわずか5年だったのが、現在では40年



---

に伸びたというお話を伺い、医学の進歩の目覚ましさを実感できた次第です。

例会終了後、池田先生、齋藤先生ともに懇親会にも出席され、和やかに歓談し、お礼も申し上げることができました。懇親会終了後、最後の一人までお見送りをすませ、無事に閉会することができて心から安堵いたしました。

例会を終えて、本会が如何に多くの先生方の努力によって質実共に維持され続けてきたか実感した次第です。

例会幹事を終えるにあたり、鎌田英明会長、川口博史幹事長、企画委員会の皆様、お世話になった諸先生方並びに共催のポーラファルマ株式会社に厚く御礼申し上げます。



# 神奈川県皮膚科医会総会・第160回例会 第153回横浜市皮膚科医会例会 第6回日本臨床皮膚科医会神奈川県支部総会

日時：令和元年7月7日（日）14：00～

会場：関内新井ホール

テーマ：腫瘍 ～赤と黒～

1. 開会
2. 総会（日本臨床皮膚科医会神奈川県支部総会を含む）
3. 健保コーナー Q&A
4. ミニレクチャー「『足白癬・足爪白癬の診断と治療』のアンケート報告」  
高須 博（西大沼皮膚科クリニック）  
座長：畑 康樹（横浜市）
5. イントロダクション  
村上富美子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）
6. 講演1「乳児血管腫 Up to Date」  
栗野嘉弘（帝京大学医学部附属溝口病院皮膚科教授）  
座長：馬場直子（神奈川県立こども医療センター）
7. 講演2「悪性黒色腫 Up to Date」  
門野岳史（聖マリアンナ医科大学皮膚科学教授）  
座長：村上富美子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）
8. 情報交換会

## 「足白癬・足爪白癬の診断と治療」のアンケート報告

高須 博

西大沼皮膚科クリニック

近年、足白癬、足爪白癬の治療に対する選択肢が増えてきた。当医会会員が臨床現場においてどのように診断し治療しているかのアンケート調査を行った。神皮学術委員会にてアンケートを作成し、神皮例会参加者164名に配布し、回答者は140名（回答率85%）であった。

調査内容は1 診断、2 治療、3 治療終了の判断についてで、得られた会員の足白癬・足爪白癬に対する診断と治療の現状について報告する。

足白癬、足爪白癬患者は、患者背景、生活環境など症例により異なるので治療を画一化することが難しいと感じた。新薬が多く登場し、治療の選択肢が増えたことは喜ばしいことであるが、外用剤、内服剤の副作用等を集積していくなど今後の課題が多くあった。日頃アンケートにご協力いただいている神皮会員の皆様に深謝いたします。

# 乳児血管腫 Up to Date

栗野嘉弘

帝京大学医学部附属溝口病院皮膚科教授

乳児血管腫は生後2週頃から出現し、その後増大することの多い良性の脈管性腫瘍です。いちご状血管腫とも呼ばれています。生後1歳前後までは増大しますが、その後退縮していくため、従来は基本的に経過観察とすることが多かった疾患です。しかし、退縮後も皮膚に隆起やたるみ、瘢痕や萎縮等が半分以上の症例で残ってしまいます。顔面で大きさのある病変の場合、その後の社会生活に大きな影響を及ぼす可能性も高く、また、小さな病変による後遺症でもかなり目立ってしまう場合もあります。そのため、近年では、醜形が後遺症として残ってしまうと問題となるような場所や大きさの場合には、増殖期に積極的に治療を行うことにより、腫瘍の増大を抑制し、最終的に後遺症がほとんど残らないようにしています。また、眼瞼にできた病変など、合併症のリスクが高い病変も当然積極的に治療が行われています。

以前から行われているレーザー治療は色調の改善効果に優れているのですが、後遺症が残るかどうかに大切な腫瘍の高さを抑制する効果については弱いため、後遺症を残さないことを目指す場合にはプロプラノロール内服（ヘマンジオールシロップ）による治療が必要となります。プロプラノロール内服は2008年にLéauté-Labrèzeらにより報告された治療法で、従来行われていたステロイド内服治療と比べ副作用が少なく、ステロイド内服と同等かそれ以上の効果があると多数の報告があり、数年の間に欧米では第一選択薬になりました。日本でも2016年に発売開始となりました。例えばRCTで内服開始5週の時点で病変が改善傾向を示した割合がプロプラノロール内服群で88%、プラセボ群で5%であったとされるなど、効果の高い薬剤です。Retrospectiveなデータにはなりますが、修正手術に至った患者の割合がプロプラノロール内服群では5分の1になった、もしくは、プロプラノロール治療の導入後、乳児血管腫が原因で手術となった患者数が10分の1になったといった報告もあります。副作用としては、低血糖が重要なものとして挙げられ、その防止のため、患者ご家族への指導が極めて重要になります。

治療や紹介を行う場合、最も大切なポイントは早期の治療、紹介です。大きく腫瘍が膨れあがってから治療を開始した場合、治療により急速に縮小しても、後遺症が残ってしまう場合があります。腫瘍が急速増大してしまう前に治療を開始するのが大切です。どのような場合に専門施設へ紹介してもらいたいかは、専門家間で大きな違いがあったため（施設によっては重症例以外は紹介されると困るところもある）、近年、紹介基準案というものが作られました。要約すると、古くて、小さくて、目立たない場所に少数あるもの以外は全て紹介してもらいたい、といった内容になっています。尚、当科へ紹介する場合は、乳児血管腫は軽症例も含めどのような症例でも紹介していただいて大丈夫ですので、もし当院近くにお住まいの患者さんがいらっしゃいましたら、ご紹介いただけますと幸いです。

# 悪性黒色腫 Up to Date

門野岳史

聖マリアンナ医科大学皮膚科学教授

我が国においても悪性黒色腫の発生数は次第に増加している。悪性黒色腫の診断は視診と触診が基本である。典型例の診断は難しくないが、臨床像および経過像は実に多様であり、まず疑うことが大切と思われる。21世紀に入るとダーモスコピーが登場し、現在は日常診療の一部になっている。ダーモスコピーをもってしても悪性黒色腫を100%診断できるわけではないが、補助的診断として極めて有用である。近年はAIが登場し、適切な臨床写真や病理像で学習させることにより、平均的な皮膚科専門医を超える実力をつけてきている。今後はAIと競争するのではなく、如何に利用するかが重要であり、世界との競合が必至となっている。

悪性黒色腫の治療に関しては、長らくダカルバジンを中心とする抗がん剤の治療が行われてきた。残念ながら、治療効果は高いとは言い難く、暗黒の時代とも言えた。手術手技については、これも21世紀に入った頃よりセンチネルリンパ節生検が活用されるようになった。当時は脚光を浴びたセンチネルリンパ節生検も、エビデンスの蓄積とともにその限界が明らかになりつつあり、現在ではセンチネルリンパ節に転移がみられても、所属リンパ節郭清は行われない流れになりつつある。

ここ4～5年で進行期悪性黒色腫の治療には大きな変革がみられた。BRAF変異がある悪性黒色腫には、BRAF阻害剤、MEK阻害剤併用による分子標的薬による治療が登場した。また、BRAF変異の有無に拘らず抗PD-1抗体、抗CTLA-4抗体といった免疫チェックポイント阻害薬による治療が可能となり、我々に衝撃を与えた。これらの治療は、一度効果を発揮するとその効果が長期間持続することが特徴であり、進行期悪性黒色腫の治療成績は大幅に改善した。更には抗PD-1抗体と抗CTLA-4抗体との併用療法が登場し、重篤な免疫関連有害事象という問題はあるものの、高い治療効果を示し、患者の福音となっている。



# 第160回例会を担当して

村上富美子

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

第160回例会は若干天候には恵まれていませんでしたが、169名の先生方に参加いただき無事に終了することができました。

この例会は横浜市皮膚科医会例会と共催で、担当幹事のお話は2017年の春に横浜市皮膚科医会会長の増田智栄子先生からいただきました。私は2000年に聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院に赴任してから、神奈川県皮膚科医会、横浜市皮膚科医会に参加していましたが、担当幹事については触れずにそっとしておりましたが、とうとう担当していないことに気づかれてしまったという感じです。

テーマを決めるに当たり、さてどうしましょう、でもまだ時間があるから大丈夫かなと安易に考えておりました。例会に参加しているときは、毎回面白いテーマで担当幹事の先生方に感心していました。改めてテーマを考えてみると最近の演題と重ならないことなど決めるのが難しいことを実感しました。考えた結果、1題は聖マリアンナ医科大学の新教授の門野岳史先生の紹介を兼ねてお願いしようと思いました。そしてもう1題は皮膚科医がかかわっているけれど、ガイドラインは他科から出ていて最近の話題があるものがいいかと思い乳児血管腫をテーマに決めました。演者は $\beta$ -ブロッカー内服とレーザー治療の両方をご自身で行っている先生ということで帝京大学医学部附属溝口病院の榎野嘉弘先生にお願いしました。後になって川崎市の先生に指摘されて気づいたのですが、お二人とも川崎市の先生でした。あらら。お二人とも実臨床の経験が豊富で実際の治療経過を数多く見せていただきとても勉強になりました。会場の先生方も目がキラキラしていました。よしよし。門野先生と榎野先生にお願いしてよかった。担当幹事として自画自賛です。

最後に例会担当にあたり多くの助言をいただきました、会長、幹事長、幹事会の先生方、事務の瀬尾さん、共催いただきましたマルホ株式会社、共催変更前までご協力いただいた佐藤製薬株式会社にお礼申し上げます。

# 神奈川県皮膚科医会第161回例会 第11回鎌倉市医師会皮膚科部会例会

日時：令和元年12月8日（日）14：00～

会場：関内新井ホール

テーマ：接触皮膚炎 ～手湿疹を中心に～

1. 開会
2. 医会報告
3. 健保コーナー Q&A
4. ミニレクチャー「健保の留意事項」  
井上奈津彦（井上医院院長）  
座長：三浦祐理子（鎌倉市）
5. イントロダクション  
浅井寿子（鎌倉市）
6. 講演1「意外と難しい手湿疹の治療 ～ガイドラインに基づいた手湿疹の診療とは～」  
矢上晶子（藤田医科大学ばんだね病院総合アレルギー科教授）  
座長：原 尚道（鎌倉市）
7. 講演2「実践！ 手あれ診療 ～タイプ別にパッチテストを活用する～」  
伊藤明子（ながたクリニック副院長）  
座長：浅井寿子（鎌倉市）
8. 情報交換会

## 意外と難しい手湿疹の治療 ～ガイドラインに基づいた手湿疹の診療とは～

矢上晶子

藤田医科大学ばんだね病院総合アレルギー科教授

第161回例会では、日本皮膚科学会手湿疹ガイドライン（[https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/Hand\\_eczema\\_GL.pdf](https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/Hand_eczema_GL.pdf)）を基に、手湿疹の病型を述べ、発症機序、そして、治療や予防法について解説をさせていただきました。

手湿疹にはさまざまな病因が関連しています。その重症度も幅広く、長期にわたる場合も少なくありません。よって、慢性の手湿疹の治療や管理はしばしば困難であり、患者自身が治療に満足できていないことが多いとされています。難治化する要因としては、“刺激性接触皮膚炎”“化学物質によるアレルギー性接触皮膚炎”“protein contact dermatitis”“アトピー型手湿疹”など、1人の患者に異なる発症機序の湿疹が重なることが挙げられます。また、職業性手湿疹も患者の多くを占め、医療従事者や美容師、飲食店勤務、歯科技工士、試薬や金属を使用する作業員においては離職の要因にもなります。よって、『たかが手湿疹』と捉え、外用薬を処方するのみでは患者のQOLを高めることは難しく、“原因検索と回避”“適切な薬剤による治療”そして“日常生活における継続的なスキンケア”が必要となります。検査や治療の詳細やアルゴリズムは上記、手湿疹ガイドラインをご参照いただければ

幸いです。

海外では『手湿疹』に対して様々な取り組みが行われています。手湿疹の防御・対策として、『手湿疹を予防する一次予防（スキンケアや手袋装着の有用性の啓発等）』や『発症者に対する二次予防（スキンケアプログラムの提案やセミナー開催）』などが提唱されています。

新型コロナウイルス（COVID-19）により、今後は、これまで以上に“手洗い”が日常生活の中で励行されていくことでしょう。同時に小児を含め手あれを発症する方も増えていくことが予想されます。“手湿疹の約3分の1の症例では20歳前に発症する”という報告もありますので、特に、学童期～青年期にかけての手あれ予防は非常に大切です。よって、このような時代の今こそ、皮膚科医が『手洗い後の手指のスキンケアの大切さ』を啓発していく必要があるのではないかと考えます。

今回、神奈川県皮膚科医会の先生方には、貴重な発表の場を与えていただいたこと、そして、多くの先生にご参加いただいたことに深く感謝いたします。ありがとうございました。

## 実践! 手あれ診療 ~タイプ別にパッチテストを活用する~

伊藤明子

ながたクリニック副院長

患者が手あれを主訴に受診した場合、手湿疹、異汗性湿疹や掌蹠膿疱症など診断は様々である。対症治療で改善しない難治例に対し、接触皮膚炎や金属アレルギーを疑ってパッチテスト（以下、PT）を検討する。

手湿疹の場合は、患者が日常触れる製品に加えてJapanese baseline seriesを貼布すると、予測外の原因が判明し、製品を用いたPTの偽陰性を補える。例えばイソチアゾリノンミックスが陽性でも、イソチアゾリノン系防腐剤を含有するシャンプーやトリートメントが陰性になる場合がある。治療に用いた外用薬や本人が使用しているハンドクリームも貼布する。異汗性湿疹のなかには義歯や食品に含まれるCoやNiの関与が疑わしい症例を経験する。接触皮膚炎を合併する場合もあり、金属アレルギーに加えて、Japanese baseline series、手に触れる可能性のある製品および外用薬やハンドクリームも忘れずに貼布する。掌蹠膿疱症の病態には金属アレルギーが関与すると考えられている。

一方、扁桃病巣や歯性病巣を有する患者が多いことも報告されている。新潟大学皮膚科で金属PTを実施した掌蹠膿疱症257例のうち7割以上に歯性病巣を確認した。PPPASIを用いて皮疹の改善度を評価した結果、PTが陽性となった歯科金属を除去した群（歯科金属除去群）と口腔内に保有しているPT陽性金属を除去しなかった群（歯科金属非除去群）で、皮疹の改善度に有意差はなかった。治癒例は、歯科金属非除去群や金属PT陰性群にみられたが、歯科金属除去群にはなかった。歯科金属除去群の著明改善例では、Ni含有歯科金属を除去した1例を除いた全例で歯性病巣の治療を同時に受けていた。金属に限らずPTで陽性となったアレルゲンが症状を発症するとは限らない。掌蹠膿疱症において口腔内の環境が改善すれば、金属アレルギーがあっても症状を生じない可能性がある。NiやCoは置換し易いが、Auのように頻用され、置換に時間と費用を要する歯科金属は除去を検討する前に歯性病巣の治療を優先すべきである。



# 健保の留意事項

井上医院院長 井上奈津彦

## 1. 総論

審査員がレセプトを審査する際の基準となるのは、保険医療機関及び保険医療費担当規則、医科点数表の解釈（診療報酬早見表）、日本医薬品集（薬剤添付文書）などで、それらで決定できない事項については各都道府県による審査基準を設定したり、審査員間の合意や審査員個人の裁量に基づいて行われる。審査員の審査はそれら以外に、傾向的診療のチェックが必要である。レセプト1枚1枚では全く問題がなくても、全体で見ると有り得ないような傾向的な例として今回は軟属腫摘除（20例中20例全てが30ヶ所以上）を例に挙げた。

レセプトの病名は審査の基礎となり、原則として1行に1病名を記載することになっている。その病名は具体的に記載する必要があり、総合病名（皮膚腫瘍、真菌症、湿疹）や発疹名（面皰、ヘルペス、びらん）、俗称（イボ、ニキビ）等は適当でない。また古い病名が残っていたり、病名が整理されていない場合、それが原因で返戻や査定の対象になることがあることを解説した。

## 2. 各論

### ①初診料

初診料は審査の結果査定された項目の中でも常に上位を占めている。その理由は様々だが、今回は1傷病の診療継続中は初診料が算定できない例として、長期処方の内服継続中に他の疾患で受診した場合は初診が算定できない例を解説した。

### ②再診料

再診料（A001）の注8に外来管理加算の記載（表1）があるが、外来管理加算は計画的な医学管理（表2）を行い、さらにそれを診療録に記載することで算定できることになっている。一時期5分ルールなるものが導入されたことがあるが、本来それに値するほど煩雑なものである。同じ程度の点数ならばむしろ処置の方が負担が少ないかもしれない。再診料に漏れなく付いてくるものではない。

#### A001（注8）

入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。

表1 外来管理加算について

#### 計画的な医学管理とは

外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。

また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

表2 計画的な医学管理

### ③創傷処置

創傷の定義は『外傷のうち機械的エネルギーによって形成される損傷』であり、対象は切創・割創・刺創・挫創・咬創・擦過創などである。創傷処置の対象としてはそれら創傷以外に熱傷（化学熱傷を含む）・凍傷・切開後・

手術後の処置を含み、さらに広義に解釈して褥瘡・皮膚潰瘍・陥入爪で認めている。

単なる感染症、毛包炎・癬・よう・爪囲炎・ひょうそう・眼瞼炎・口唇炎・口角炎・臍炎・粉瘤・虫刺症・二次感染などでは認めていない。これらは皮膚科軟膏処置で認めている。

#### ④軟膏処置に必要な薬剤量

軟膏を塗布しての処置の際に使用する薬剤量の目安について1FTUを基準に考え方を示した（表3）。皮膚科軟膏処置1（100～500cm<sup>2</sup>）の審査で1gは普通に認めているが、本来必要とする薬剤の量は0.1g～0.7gとなる。

	1FTU（両手掌）	全身	皮膚科軟膏処置1
面積（cm <sup>2</sup> ）	360	18,000	100～500
比率	1	50	0.3～1.4
軟膏量(g)	0.5	25	0.1～0.7

表3 軟膏処置に必要な薬剤量

貼付の場合は塗布の10倍程度の軟膏量が必要になるが、〈適応症〉に「びらん及び潰瘍」があり、〈用法・用量〉で「患部に貼付する」の記載があるものが対象となる。アズノール軟膏<sup>®</sup>は〈適応症〉に「びらん及び潰瘍」があるが〈用法・用量〉は「塗布する」のみである。しかし、薬剤の性質や適応から貼付も認めている。

#### ⑤面皰圧出法

面皰圧出法は通知（表4）により「顔面、前胸部、上背部等」に限られている。下半身の面皰には適応とならない。

また創傷処置の通知（3）（表5）にあるように同一部位の場合皮膚科軟膏処置と併せて算定できないため、尋常性ざ瘡で皮膚科軟膏処置と面皰圧出法を同一部位に行っても、どちらか1つしか算定できない。

##### J057-2 面皰圧出法-通知

面皰圧出法は、顔面、前胸部、上背部等に多発した面皰に対して行った場合に算定する。

表4 面皰圧出法

##### J J000 創傷処置-通知（3）

同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合は、いずれか1つのみにより算定し、併せて算定できない。

表5 創傷処置

#### ⑥鶏眼・胼胝処置

鶏眼・胼胝処置は、同一部位について、その範囲にかかわらず月2回を限度として算定できるようになった。鶏眼・胼胝処置とは削る事とは限らない。

#### ⑦排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

皮膚科では白癬菌など真菌の顕微鏡検査の事であるが、D017通知（2）（表6）の記載の通り、部位・検体数に係わらず1日に1回の算定となる。

D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 通知（2）

染色の有無及び方法の如何にかかわらず、また、これら各種の方法を2以上用いた場合であっても、1回として算定する。

表6 細菌顕微鏡検査

⑧簡易培養

細菌培養同定検査（D018）は部位により1～5まであり、6に簡易培養（60点）がある。通知の（1）-イの記載の通り、菌を同定せずに菌の有無のみをみる検査は簡易培養で算定する。

D018 細菌培養同定検査

6 簡易培養 60点

通知（1）細菌培養同定検査

イ（途中略）あらかじめ培養により菌の有無のみを検索する場合は、検体の種類にかかわらず、「6」の簡易培養により算定する。

表7 簡易培養

⑨ダーモスコピー

ダーモスコピーは「検査の回数又は部位数にかかわらず、4月に1回に限り算定する」となり、通知（表8）で下記のようになった。

通知

ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断又は経過観察の目的で行った場合に、検査の回数又は部位数にかかわらず4月に1回に限り算定する。なお、新たに他の疾患で検査を行う場合であっても、前回の算定日から1月を経過していること。

表8 ダーモスコピー

ダーモスコピーの審査で多いのが、「色素性母斑疑い」のように疑い病名でダーモスコピーを請求してくる場合で、ダーモスコピーは多くの場合その場で診断がつく検査なので、「ダーモスコピーは確定した診断名で請求ください」と返戻することがある。それで改善が見られないときは「診断がつかなかった場合、ダーモスコピーの所見を記載ください」となる。

⑩間違いやすい処方例

1) 蕁麻疹に対してステロイド外用剤の処方

審査結果—適応がないので査定。

2) 伝染性膿痂疹に対してリンデロンVG軟膏<sup>®</sup>の処方

審査結果—適応がないので査定（効果も無い）。

3) 凍瘡に対してリンデロン-V軟膏<sup>®</sup>の処方

審査結果—ステロイド外用薬の中でリンデロンV軟膏<sup>®</sup>のみ凍瘡に適応があるので認めます（効果は疑問だが）。

4) 慢性蕁麻疹に対してレミカット（2mg）<sup>®</sup>4カプセルとゼスラン<sup>®</sup>2錠の処方

審査結果—レミカット（2mg）<sup>®</sup>は「年令、症状に応じて適宜増減する」の記載がないので2カプセルに査定。ゼスラン<sup>®</sup>は本来第二世代の抗アレルギー薬だが、現在神奈川では併用を認めている。ただし今後は

認められなくなる可能性があるので御注意いただきたい。

さらに、初診時からコメント無く抗アレルギー薬2剤の併用投与は、保険医療費担当規則第一章、第二十条、二-ロ（表9）の規則に違反しているとも考えられる。

保険医療機関及び保険医療費担当規則

第一章 保険医療機関の療養担当

（診療の具体的方針）

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

二 投薬

ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。

表9 保険医療機関及び保険医療費担当規則

⑪手術に関して

手術の部位記載に上肢または下肢と書かれたレセプトを見かけることがある。手術の部位については、K000創傷処理の（4）（表10）に記載がある。部位が上肢または下肢では露出部か非露出部か不明のため返戻または査定となる。

手術に関連して行う注射の手技料は算定できない事。手術に通常使用される外皮用殺菌剤（イソジン液<sup>®</sup>・イソジンゲル<sup>®</sup>など）は手術の所定点数に含まれる事（表11）。皮膚欠損用創傷被覆材は手術縫合創に対して使用した場合は算定できない事（表12）、などを解説した。

K000

創傷処理（4）

「露出部」とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。

表10

手術 通則 通知

- 4 手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。
- 5 手術に当たって通常使用される保険医療材料（チューブ、縫合糸〈特殊縫合糸を含む。〉等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏等）、外皮用殺菌剤、患者の衣類及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用は手術の所定点数に含まれる。

表11

5.5 材料価格基準

101 皮膚欠損用創傷被覆材

皮膚欠損用創傷被覆材の算定

ウ 皮膚欠損用創傷被覆材は以下の場合には算定できない。

a 手術縫合創に対して使用した場合

表12

⑫抗ウイルス薬の併用に関して

単純疱疹、水痘・帯状疱疹に対する抗ウイルス薬の注射、内服、外用それぞれの併用は認めていなかったが、

2020年1月から带状疱疹に対しての注射又は内服と外用の併用を認めることとなった。ビダラビン含有軟膏が対象であり、アシクロビル含有軟膏は単純疱疹しか適応がないため使用できない。

### 3. おわりに

レセプトは国保連合や健保組合に出す請求書であるから、過剰な請求や、間違いがあってはならない。現在、提出されたレセプトは完成形として扱うため、病名を付記してもらうための返戻ができなくなっているため、必ず確認してから提出していただきたい。

最後にレセプトは常に見られているということを意識していただきたいと結んだ。

(注) この本が発刊される時は令和2年度診療報酬改定の後になりますので、文中の記号や番号は変わっている可能性があります。記号番号は平成30年度発行の医科点数表の解釈又は診療報酬早見表をご参照ください。





# 第161回例会を担当して

浅井寿子

鎌倉皮膚科クリニック

第161回例会は第11回鎌倉市医師会皮膚科部会例会を兼ね、2019年12月8日に開催されました。当日は師走とも思われぬような暖かな晴天で、176名と多くの先生方にご参加いただきました。

担当が決まった当初、まずテーマについて検討いたしました。たくさんありすぎて困っておりましたが、やはり私が一番興味があった「接触皮膚炎」に決めたら、トントン拍子に話が進みました。かねてより講演のたびに感銘を受けておりました伊藤明子先生にお願いしたところ、快く承諾してくださり、伊藤先生のご紹介で矢上晶子先生もお引き受けくださいました。今回の「接触皮膚炎、手湿疹」という大きいテーマに関して、お二人の先生方で話し合っただけで講演内容を分担してお決めいただけたという幸せ者の例会担当をさせていただきました。

ミニレクチャーは神皮における健保委員の井上奈津彦先生に「健保の留意事項」というタイトルでレセプト上において日頃見落としがちな要点などをわかりやすくご解説いただきました。

講演1は藤田医科大学ばんだね病院総合アレルギー科の矢上晶子先生に、「意外と難しい手湿疹の治療～ガイドラインに基づいた手湿疹の診療とは～」というタイトルでご講演いただきました。限られた時間の中で診断と治療について詳しくご説明いただきました。

講演2では、「実践！ 手あれ診療 ～タイプ別にパッチテストを活用する～」という内容で、膨大な症例数のスライドをご紹介ご説明いただきました。パッチテストをすることで原因を解明し、根治できる手湿疹が多いという喜びが伊藤明子先生の熱意とともに伝わってきました。

終了後の懇親会で、神皮の先生方からパッチテストの意義が再認識された、講師の先生方のお話が症例数も豊富で非常に楽しく勉強できた、などご好評をいただき、今回の例会担当のご指名頂戴以来、私でいいのだろうかと不安だらけでしたので無事終えることができ、心からほっといたしました。

3名の演者の先生のほか、準備の段階からご指導いただいた神奈川県皮膚科医会の先生方、事務局の瀬尾さん、共催の関係で担当回を交代してくださった村上富美子先生、座長をお願いした原尚道先生、三浦祐理子先生、共催くださった佐藤製薬株式会社の皆様に深く感謝申し上げます。

# 神奈川県皮膚科医会第159回例会 第80回平塚市医師会皮膚科部会例会

日 時：平成31年3月3日（日）14：00～

会 場：関内新井ホール

テーマ：見逃してはいけない皮膚感染症

1. 開会
2. 医会報告
3. 健保コーナー Q&A
4. ミニレクチャー「『顔面の痤瘡治療を考える』のアンケート報告」  
高須 博（西大沼皮膚科クリニック）  
座長：小島雅彦（平塚市）
5. イントロダクション  
小島雅彦（平塚市）
6. 講演1「見逃してはいけない皮膚の重症感染症」  
池田政身（高松赤十字病院副院長 皮膚科部長）  
座長：木花 光（平塚市）
7. 講演2「見逃してはいけない性感染症 HIVと梅毒中心に」  
齋藤万寿吉（東京医科大学皮膚科学分野講師）  
座長：大蔵光裕（平塚市）
8. 情報交換会

## 「顔面の痤瘡治療を考える」のアンケート報告

高須 博

西大沼皮膚科クリニック

近年、痤瘡に対し抗菌外用剤以外にアダパレン外用剤、過酸化ベンゾイル外用剤、またそれぞれの混合剤が登場してきたため治療が大きく変わった。そこで、当医会会員が臨床現場において、顔面の痤瘡に対してどのように考え、治療しているかを調べるために神皮学術委員でアンケートを作成し調査を行った。神皮会員にアンケートを平成28年11月に発送し、無記名での郵送による回答を求めた。会員数は535名（開業医373名（69.7%）、勤務医134名（25.0%）、無所属28名（5.2%））。回答者は207名で回答率38.7%であった。抄録では興味あるデータを示す。

### 1. 内服治療について

#### 1) 抗菌剤の内服を開始する重症度について

抗菌剤の内服は、痤瘡の重症度が中等度から処方する先生が約60%（123名）であった（重症度は『尋常性痤瘡治療ガイドライン2017』を参照）。抗菌剤の内服期間は、多くの先生が1ヶ月以内と回答している。

#### 2) よく使用する抗菌剤の内服2剤

ミノサイクリン (61.8%)、ロキシシロマイシン (58.9%)、ドキシサイクリン (26.1%)、クラリスロマイシン (14.5%)、ファロペネム (6.3%)、レボフロキサシン (3.9%) の順であった。

### 3) 処方される漢方薬

十味敗毒湯、荊芥連翹湯、清上防風湯、桂枝茯苓丸加ヨクイニン、桂枝茯苓丸の順であった。

### 2. 初診時に処方する外用剤について

抗菌外用剤 (22.7%)、抗菌剤／過酸化ベンゾイル配合剤 (14.0%)、過酸化ベンゾイル外用剤 (10.1%)、アダパレン外用剤 (9.2%)、イオウ製剤 (2.4%)、非ステロイド系抗炎症外用剤 (1.0%) であった。

### 3. 内服・外用抗菌剤の耐性菌について

多くの先生が耐性菌を意識しており、耐性菌による効果減弱を感じている先生が80名 (38.6%) だった。耐性菌は、長期投与が問題だと考えている先生が154名 (74.4%) であった。

### 4. 日皮会のガイドライン

165名 (79.7%) の先生が参考にしていた。

## 見逃してはいけない皮膚の重症感染症

池田政身

高松赤十字病院副院長 皮膚科部長

皮膚細菌感染症は浅在性と深在性に分けられるが、深在性のものに重症感染症が多い。今日はその中で、癬、癬腫症、よう、丹毒、蜂窩織炎、壊死性軟部組織感染症について述べる。

癬、癬腫症、ようは毛包の深在性感染症で、原因菌は黄色ブドウ球菌であるが、最近では耐性菌である市中感染型メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (CA-MRSA) が増えている。その中でも Panton-Valentine leukocidin / パントンバレンタインロイコシジン (PVL) 陽性の CA-MRSA が問題となってきた。臨床的には発赤腫脹がより大きく、深い潰瘍を形成する。抗生剤感受性ではゲンタマイシン感受性、レボフロキサシン耐性のことが多い。治療はミノサイクリンやST合剤が必要。

丹毒、蜂窩織炎は真皮および皮下脂肪織の炎症を主座とする感染症で、両者の厳密な鑑別は困難なことが多い。原因菌は連鎖球菌や黄色ブドウ球菌である。連鎖球菌では耐性菌がないため、治療はペニシリン系薬剤でよいが、黄色ブドウ球菌では ABPC / SBT やセフメタゾンなどで奏功するが、MRSA のこともあり、その時はバンコマイシンなどが必要となる。

壊死性軟部組織感染症には壊死性筋膜炎、フルニエ壊疽、toxic shock like syndrome などがある。高熱や強い全身倦怠感などがあり、皮膚の発赤腫脹、水疱や血疱形成を認め、皮膚が壊死に陥る。症状は急激に悪化する。死亡率は30～50%と言われている。診断には修正LRINEC scoreなどが役に立つ。壊死性筋炎となることも



あり、この場合は皮膚の圧痛などはあるが、発赤などは目立たないため、発見が遅れることがある。原因菌は連鎖球菌、ガス産生嫌気性菌、vibrio vulnificusなどがあり、複数菌感染のこともある。外陰部のものをフルニエ壊疽と呼ぶ。治療は全身管理が必要となり、早期のデブリドマンが推奨される。抗生剤は感受性のあるものを大量投与するが、連鎖球菌では大量のPCG、複数菌にはカルバペネム系やABPC / SBTとクリンダマイシンの併用を行う。

## 見逃してはいけない性感染症 HIVと梅毒中心に

齋藤万寿吉

東京医科大学皮膚科学分野講師

梅毒の流行に歯止めがかからない。梅毒報告数は2000年から2012年までは600から800例程度であったが、2013年ころより右肩上がりに増加し、2018年は7,001例（暫定値）と近年まれに見る大流行となっている。

梅毒は一般的には感染成立後数週間の潜伏期間を経て、局所症状（第1期梅毒）から始まり、数ヶ月の潜伏期間を経て多彩な全身症状（第2期梅毒）を呈するようになり、その後、症状の寛解と増悪を繰り返しながら進行し、数年の経過で晩期症状（晩期梅毒）として心血管症状や肉芽腫様の皮下結節を呈するようになる。しかし、梅毒に感染したとしてもすべての患者が顕症梅毒となるわけではなく、無症候性の潜伏梅毒となる場合もある。

本来、感染症の診断は菌の直接証明をもってされるべきであるが、今日でも *Treponema pallidum* (TP) は試験管内で培養が困難なため、一般的な検査法では分離培養はできず培養検査は意味をなさない。また梅毒は症状を有さない潜伏期があるため菌の直接証明は困難な場合が多い。そのため梅毒診断・治療効果判定には今日でも血清学的検査が主流である。

血清学的検査は、大きく分けて自己抗体をみる脂質抗原法（RPR法）と、TP抗体を測定するTP抗体法がある。これらの検査はそれぞれ短所をもつため、基本的に両者を同時に測定し、短所を補って感染の有無や病勢の判断、治療効果判定を行う。

現在、RPR法およびTP抗体法は、従来の手動による半定量法ではなく自動化法が普及しつつある。なおTP抗体法の自動化法は従来のものにくらべTP-IgM抗体をよりよく検出できるようになったため、RPR法より早期に陽転化することがあり、早期の梅毒診断において血清法の解釈が難しくなっている。

梅毒の治療は、ペニシリン系抗菌薬が著効し第一選択である。世界的標準であるペニシリンの筋注は本邦で使用できないため、本邦ではペニシリン内服治療が行われている。ペニシリンアレルギーの場合はドキシサイクリンまたはテトラサイクリン系を用いる。一時期、アジスロマイシンによる治療も試みられていたが、現在ではアジスロマイシン耐性株が多く、マクロライド系抗菌薬は用いないほうがよい。

なお梅毒は終生免疫が成立せず、一旦治療後も再感染することがあるので患者には十分な啓発が必要である。

