



2020年12月28日放送

「第119回日本皮膚科学会総会 ⑩ 教育講演25-1

我が国におけるフットケアのこれまでとこれから」

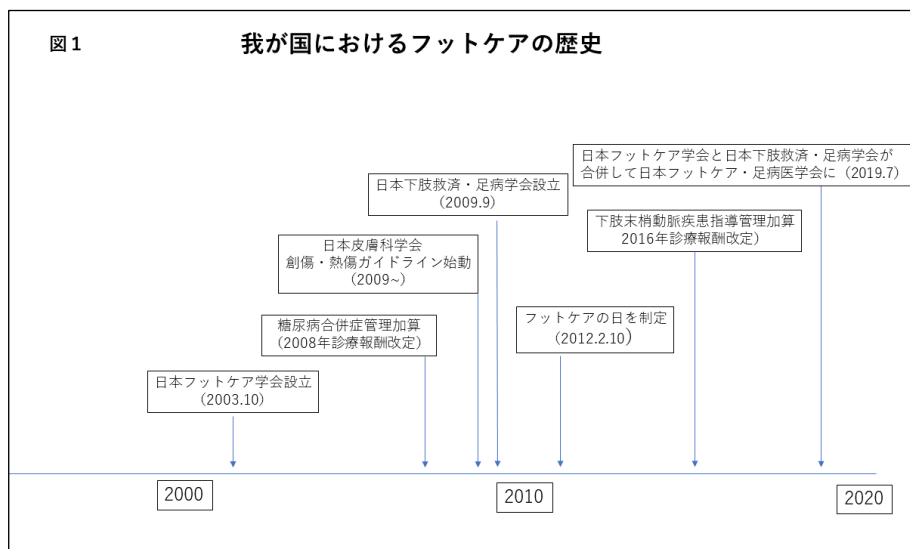
滋賀医科大学 皮膚科
病院教授 中西 健史

はじめに

本日は、「我が国におけるフットケアのこれまでとこれから」というタイトルで、お話をさせていただきます。フットケアという言葉が定着し、フットケア外来が病院内で開設されるなど、この20年ほどの間にわが国でもずいぶんこの分野が整備されてきました。褥瘡と同様に、多職種が関与し、チーム医療を進めていく必要性のある領域ですので、知らない者同士が集まってまとめあげていくという、特殊な状況のもとで現在のような形が出来上がりました。我々皮膚科医も、フットケアチームの一員にすぎませんが、重要なポジションであることは間違いありません。我が国におけるフットケアの歴史的背景をご存知ないお若い先生方も増えてきたかと思しますので、振り返る機会をいただいたことに感謝いたします。

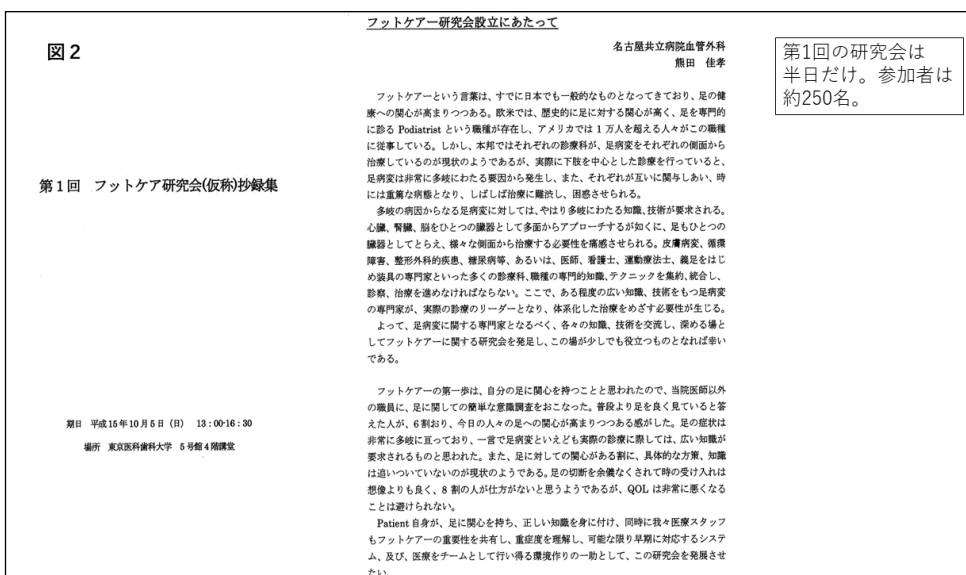
学会設立の経緯

さて、我が国におけるフットケアを年表のような模式図にしてみました(図1)。ここではスタート地点を2003年の日本フットケア学会設立としますが、それ以前から各



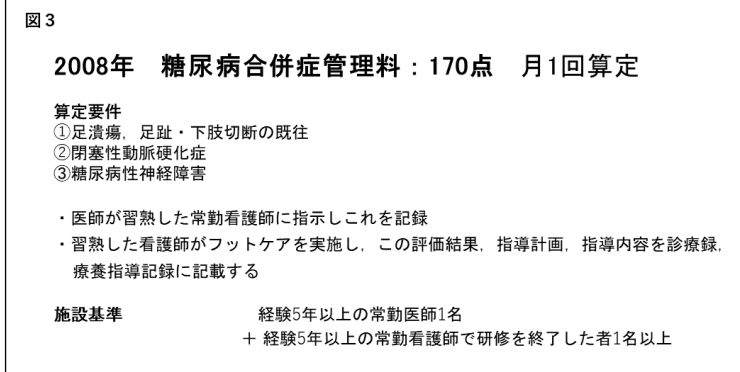
地で足の切断を要する患者さんが徐々に増え始め、医療者側が立ち往生するケースが問題になっていました。足に潰瘍や壊疽を呈する患者さんは、「血管が詰まっているから皮膚科では治せない」「バイパス手術はしたからあとの傷の管理は皮膚科で」「いや、もう切断するしかないので整形外科へ」といった感じで、患者さんがたらい回しになっているのが当時の状況でした。米国には足を専門に診療する「足病医：podiatrist」がいますが、わが国には総合的な知識をもったドクターはほとんど存在せず、自分のフィールド以外のことはどうすればいいかわからなかったわけです。日本フットケア学会設立の経緯は、以前から知り合いだったドクターやナースが立ち話で、「最近足が腐っている人が多くて」という井戸端会議が出発点だったと伺っています。その頃、私が当時所属していた大阪市立大学でも、増え続ける糖尿病足病変の患者さんに特化した研究会を1999年から年に2回開催し、「大阪」「皮膚科」というごく狭い領域で活動していました。このように、各地でそれぞれの集団が独自の勉強会を行っていたところに、フットケア研究会（仮称）なる案内のFAXが届いたわけです（図2）。2003年10月に東京医科歯科大学の講堂で開催された研究会には、全国から250名の参加者が集まったとのことで、その中に私もおりました。代表を務めている熊田先生に「私も皮膚科で同じように足のことで困っているんです」と、名刺を渡して挨拶をしました。お互いに全く初対面で専門分野も異なる者同士とはいえ、共通した悩みを抱えていることは驚くような連体感につながっていきます。この偶然の集まりと出会いがなければ、いま私たちフットケアに携わっている多くのメンバーは、また違う形で活動していたのでしょう。

の勉強会を行っていたところに、フットケア研究会（仮称）なる案内のFAXが届いたわけです（図2）。2003年10月に東京医科歯科大学の講堂で開催された研究会には、全国から250名の参加者が集まったとのことで、その中に私もおりました。代表を務めている熊田先生に「私も皮膚科で同じように足のことで困っているんです」と、名刺を渡して挨拶をしました。お互いに全く初対面で専門分野も異なる者同士とはいえ、共通した悩みを抱えていることは驚くような連体感につながっていきます。この偶然の集まりと出会いがなければ、いま私たちフットケアに携わっている多くのメンバーは、また違う形で活動していたのでしょう。



保険算定などへの働きかけ

さて、これとは別に糖尿病看護に関係する看護師の方々を中心とした働きかけで、2008年診療報酬改定では糖尿病合併症管理加算が認められるようになりました（図3）。つまり、糖尿病足病変に対するフットケアが、保険算定されるようになったわけ



です。また、次の年である 2009 年には日本皮膚科学会でも創傷・熱傷ガイドラインが開始することになります。この年には、日本フットケア学会とは別に日本下肢救済・足病学会が設立されるという出来事もありました。この学会は、どちらかという虚血肢を治療して大切断を回避するというコンセプトに重きを置いていたので、専門性の高い集まりである点が特徴でした。両学会はその後共同して、2012 年にはフットケアの日を制定したり、2016 年診療報酬改定では下肢末梢動脈疾患指導管理加算の働きかけなどを進めてきました（図 4）。日本フットケア学会では「フットケア指導士」、日本下肢救済・足病学会は「認定師」といったそれぞれ独自の専門資格を制定し、このことがどちらの資格を取るのがいいかという現場の疑問を含めて 2019 年の両学会合併にいたる流れになっていきます。

図4 2016年 下肢末梢動脈疾患指導管理加算：100点 月1回算定

算定要件
慢性維持透析患者の下肢末梢動脈疾患について、下肢の血流障害を適切に評価し、他の医療機関と連携して早期に治療を行うことを評価する。

施設基準
①慢性維持透析を実施している患者全員に対し、下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行っていること。
②ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。
③連携を行う専門的な治療体制を有している医療機関を定め、地方厚生局に届け出ていること。
(※届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行うこと。)

学会の合併

次に、私は合併に際して日本フットケア学会側の窓口を務めておりましたので、学会の成長について触れてみたいと思います。2003年10月に第1回の研究会が開催されたあと、すぐに研究会は学会へ昇格します。しかも2回目はわずか4ヶ月後の2004年2月に学会として開催されました。この時も一般演題の募集もなく、時間も半日だけではありませんが400名の参加者があったと聞いています。表は学会の会員数ですが、設立時2003年は221名、その後順調に会員数は増え、またフットケア指導士の資格を制定した2008年あたりから急速に増加し合併直前の時点では3,879名となりました（図5）。2018年度の会員内訳は医師512名、看護師2,878名、その他472名であり、この構成比率は日本褥瘡学会と類似したものと思われます。一方の日本下肢救済・足病学会は、合併直前1,971名と日本フットケア学会の半分程度の規模でしたが、構成比率は同じようにパラメディカルが多かつ

図5 日本フットケア学会の会員数・指導士数

年度	会員数	フットケア指導士数
2003	221	
2004	256	
2005	344	
2006	468	
2007	675	
2008	1591	
2009	1777	46
2010	1934	114
2011	2213	181
2012	2599	270
2013	2686	365
2014	2908	511
2015	3242	668
2016	3426	857
2017	3579	990
2018	3862	1242
合併直前	3879	(下肢救済は1971名)

2018年度内訳	
医師	512
看護師	2878
その他	472

たようです。合併後は両学会に重複して所属していた会員もいたと思われ、2020年6月現在で正会員4,050名、賛助会員16社となっています。

現在の学会の運営

現在の日本フットケア・足病医学会の運営についてですが、理事24名、監事2名、評議員172名、総務・渉外、財務、学会誌編集、学術、認定、広報、社会保険、倫理、将来構想、評議員等選出、国際、ガイドライン、教育・研修、補装具、リハビリテーション推進、地方会・セミナー運営の16にわたる委員会で活動をしています。委員会によってはメンバーが不足している等、まだ未整備な部分も残っていますが、議論を重ねてよい方向に進んでいくことを願っています。学術集会は年に1回ですが、同様に各地方会も年に1回開催されることになりました。関東地方会だけは日本フットケア学会が実施してきたセミナーを引き継いで、実技等の講習会を同時開催することになっています。両学会の合併後、第1回目の学術集会は2020年12月4日から2日間の日程で開催されていますが、新型コロナウイルスの影響で、全員が学会場に足を運ぶことは難しく、臨場感に乏しくなってしまうのは非常に残念です。今後看護師の特定行為研修が進んでいくと、在宅でのフットケアが重要になってくると予想されます。実技を学ぶ機会は最も参加者のニーズが高いだけに、学術集会の機能が十分に発揮されないこの状況が1日も早く元どおりになることを祈るばかりです。

皮膚科の重要性

さて、フットケアの領域において皮膚科の重要性は言うまでもありませんが、特に他科が不得意な「診断」という点をカバーしていく立場にあることを痛感します。その際たるものは、皮膚癌の診断がついていないケースであり、足を失う以前に命を失わないよう啓蒙していくことは喫緊の課題と言えるでしょう。足に生じる悪性腫瘍の代表格は悪性黒色腫ですが、ダーモスコピーの登場により疑い症例を鑑別することが容易になってきました。その反面、赤い色を呈することのある有棘細胞癌、エクリン汗孔腫、Spitz母斑などは、肉芽と誤診され、悪性腫瘍にb-FGF製剤が噴霧されていたという症例に遭遇したこともあります。また、何度も植皮を繰り返したが、その都度脱落するので、内科の先生に相談したら膠原病だった、という他科の発表も目にすることがあります。われわれ皮膚科医からすれば普段見慣れている臨床像でも、診療科によっては初めて遭遇する皮膚潰瘍なのかもしれません。「診断」は地味かもしれませんが最も重要であることを、他科の先生方に理解していただくことが、今の皮膚科にとって進めていくべきことなのだろうと思います。もちろん、今年の4月に保険収載となった「多血小板血漿による難治性皮膚潰瘍の治療」という、「治療」分野においても皮膚科の働きかけが大きな原動力になったことは先生方もご存知でしょう。

この領域で皮膚科医が埋めていかなければいけない弱点は多いと言えます。先生方の積極的なご参加を心よりお待ちしております。