

活

—— 第7号 ——

茨城県労災保険指定医協会

「活」編集委員会

発行責任者 石 島 弘 之

〒310-0852 水戸市笠原町4 8 9

TEL 029-243-5701 FAX 029-243-6530

E-mail : i-roukyo@mito.ne.jp

自分の生活のために意識改革を

常任理事 荒川 重光

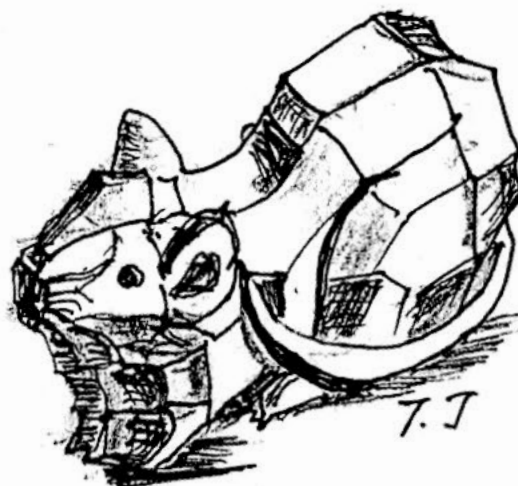
今年4月の診療報酬改定では、後期高齢者の医療制度の新設、再診料の変更、レントゲンデジタル加算の廃止、簡単な処置のマルメ等普通に診療している医療機関にとっては相当のダメージを受けることが予想される。従来、診療報酬が多少下げられても、自分のところは大丈夫とたかをくくっていた医療機関もそろそろ怪しい雲行きになってきたといっても言い過ぎではない。

財務省や厚生労働省の厳しい政策に対し、各々の医療機関はそれをどれだけ真摯に受け止め対応しようとしているか、現在の医師会、医療従事者の動きを見ると疑問である。多くの医師から色々な不満や悲痛な叫びも耳にするが、結局は全くの他人任せで自らは何も行動を起こそうとしない。もちろん日本医師会の活動内容が解り難く、診療報酬決定のプロセスが不透明なこともあり、自分が何をすればよいのかわからないということもあるが、そういう人に限って選挙にも行かない、医師会活動にも参加しない、与えられた医師会活動を忙しいから、あるいは興味が無いからといって拒否することが多いような気がする。

労災保険にしても現在の会員の多くは茨城県労災指定医協会が過去労災保険の茨城県方式を打ち立て、医療機関の経営におおくのメリットをももたらしたこと

すら知らないでいる。自賠責保険での損保会社との茨城県での厳しい取り組みも関心がない。広報不足、好きでやっているのだからでかたづけられては、自分の診療時間を削り頑張っている先生に申し訳ないとも思うのである。

今年茨城県労災保険指定医協会は50周年を迎える。6月には50周年記念式典、50周年記念雑誌の発行も予定している。ぜひ多くの会員に参加していただき、これまでの茨城県労災指定医協会の労災保険問題への取り組みを知っていただくとともに、今後の活動にぜひ多くの力を結集し、より良い組織ができるようになればと期待するのである。それには日本医師会だけが変わるのだけではなく各自の医者が医療政策、医師会活動に対し関心を持ち、自分も積極的に参加しなければならないのだという意識改革が必要だと考える。



平成20年度診療報酬改定について

日本臨床整形外科学会社保等検討委員会委員長 中村 尚

先日、平成20年度診療報酬改定案が示され、その内容は、診療報酬本体+0.38%で、報道では診療報酬がアップしたと言われているが、実は薬剤費-1.1%、医療材料費-0.1%となり、全体で-0.83%のマイナス改定となった。これで平成14年度改定以来4回続けてのマイナス改定である。

昨年来、地方ばかりでなく都市部でも産科、小児科、救急医の勤務医不足による医療危機が報じられ、今回の診療報酬改定でもこれらの点に配慮するとし、診療所から削減した分を勤務医にまわすという触れ込みであった。その注目点は、ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大と過剰労働を強いられている勤務医の負担軽減であった。しかし、その内容は机上の空論ばかりで、実際に改定作業にかかわった中央医療協議会の委員たちも内容は不十分であったと感想を述べている。

今回の改定で当指定医協会の会員に関係が深いと思われる項目について述べる。尚、算定要件、施設基準などにおいては今後変更される可能性があり注意が必要である。

【改定内容】

1. 初診料・再診療における夜間・早朝加算の新設 50点

〔算定要件〕

開業時間内であって、以下の時間帯に診療が行われた場合、初・再診療に加算する

- ①平日は 夜間（18～22時）、
早朝（6時～8時）の診療
- ②土曜日は夜間（12～22時）、
早朝（6時～8時）の診療
- ③日曜日は深夜以外（6時～22時）の診療
- *開業時間内では、平日・土曜日などの
上記算定要件時間での線引きが難しい。
実際的ではない。

2. 入院時医学管理加算の新設 120点 (1日につき、14日を限度)

〔算定要件〕

- ①特定機能病院・専門病院入院基本料を
算定する病院以外の病院であること
- ②急性期医療を行うにつき十分な体制が
整備されていること

③病院勤務医の負担の軽減に資する計画
を策定し、職員に対して周知している
こと

④急性期医療に係る実績を相当程度有し
ていること

*問題点は②の中の「精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること」と③の「入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上あること」の算定要件である。特に精神科の24時間対応可能な体制をとっている施設の要件を満たすことは難しい。

3. 医師事務作業補助体制加算の新設 対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数により

- ・25対1補助体制加算 355点
- ・50対1補助体制加算 185点
- ・75対1補助体制加算 130点
- ・100対1補助体制加算 105点

〔算定要件、施設基準〕

この加算を算定できる病院は、第三次

救急医療機関、総合周産期母子医療センター、小児救急医療拠点病院、災害拠点病院、へき地医療支援病院、地域医療支援病院、緊急入院患者を受け入れている病院（年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有すること）である。

4. 400床以上の病院の電子化加算の廃止

5. 200床未満の病院の再診療の引き上げ 現行 57 点 → 60 点

（診療所の場合は、引き続き 71 点）

6. 外来管理加算における病院および診療所の点数格差の是正と時間要件の導入

- ・高齢者の外来管理加算について、診療所の評価を引き下げる一方病院の評価を引き上げ、病院と診療所の点数を一本化する。

（現行） （改定案）

病院 47 点 → 52 点

診療所 57 点 → 52 点

- ・外来管理加算を算定する診療では最低でも5分以上の時間を要すると考え、診療時間の目安とする。

7. 疾患別リハビリテーションの逡減制・医学管理料の廃止と単位数制限の導入

①疾患別リハビリテーションの評価及び標準的リハビリテーション実施日数

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハ料（Ⅰ）	200 点	235 点	170 点	170 点
リハ料（Ⅱ）	100 点	190 点	80 点	80 点
リハ料（Ⅲ）		100 点		
実施日数	150 日	180 日	150 日	90 日

②疾患別リハビリテーション医学管理料は廃止。標準的リハビリテーション実施日数を超えたものについては、1か月当たり13単位まで算定可能とする。算定単位数上限を超えたものについては、選定療養として実施可能。

③早期リハビリテーション加算（30点、1単位につき）新設とADL加算廃止 〔算定要件〕

- ・疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の起算日から30日間に限り算定できる
- ・入院中の患者についてのみ算定できる
- ・入院中の患者に対して、訓練室以外の病棟等において行われたものについてのみ算定できるADL加算については廃止する

④リハビリテーション総合計画評価料は1月に1回を限度として算定できることとする

現行の初月、2月、3月及び6月の各月で算定していたものが毎月算定できるようになった。評価料は480点から300点に引き下げられた。算定要件は同じである。

8. デジタル映像化処理加算の廃止

現行のデジタル映像化処理加算をすべて廃止し、2009年末までの経過措置として15点の加算とする。但し、電子画像管理加算との併算定は不可。

9. 処置の見直し（廃止された処置項目）

- ・皮膚科軟膏処置
（100平方センチメートル未満）
- ・消炎鎮痛処置
（湿布処置、その他のもの）
- ・熱傷処置
（100平方センチメートルで第1度の熱傷）

- ・眼処置（洗眼、点眼）
- ・耳処置（点耳、簡単な耳垢栓除去）
- ・鼻処置（鼻洗浄）

10. 後期高齢者医療制度の新設

- ・後期高齢者診療料 600 点（月 1 回）
〔算定要件〕

現在、7 項目の算定要件と 4 日間の研修事項が決められている。しかし、4 日間の研修を行うのは時間的に無理がある。また、算定要件の中にある「保険医療機関である診療所又は当該病院を中心として半径 4km 以内に診療所が存在しない病院」、「患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う 1 保険医療機関のみににおいて算定する」及び「当該患者に対して行われた医学管理、検査、画像診断、処置は後期高齢者診療料に含まれる。・・・」など非現実的な要件がある。

後期高齢者の診療報酬体系は全く別なものを新たに創設するとなっていたが、いまだに何の発表もなく平成 21 年度から開始となるのかもしれない。

【最後に】

平成 20 年度診療報酬改定もマイナス改定であった。医療危機や医療崩壊が叫ばれているが、肝心の医療費を決める場では医療費抑制政策を続けている。現在の医療崩壊は、絶対的な医師不足、医療費抑制政策

の継続による低医療費と臨床研修医制度による大学医局の医師派遣制度崩壊によるものである。

政府与党内からも、これ以上の医療費抑制政策維持は無理だとの意見や超党派の議員による「医療を考える会」設立など、ようやく医療崩壊に対する政治家の取り組みが始まろうとしている。しかし、一度くずれてしまったものは元に戻りそうにもない。医師不足に対しても医学部の定員を増やしても一人前の医師が増えるには入学から最低 15 年の期間が必要である。低医療費に対しても大幅な医療費の増大を図らなければならないが、官僚主導の日本では強力なリーダーシップをもった政治家が出てこなければ無理であろう。

また、地方の大学医局は崩壊寸前である。卒後臨床研修制度により、地方の大学医局の入局者は激減し、教育・臨床・研究を同時に行うには人手不足となっている。さらに、外科系の入局志望者が大きく減っており手術医療や救急医療の危機が予想される。今回新設された後期高齢者医療制度は、75 歳以上の高齢者の医療費削減目的に作られた更なる医療費抑制政策である。昨年は医療機関の倒産件数が過去最高であった。今後も、医療費抑制政策が続けば、医療崩壊と医療機関大量倒産の時代が同時に進行する。なんとも悲惨な状況である。

高林良文先生が新理事に！

～平成 19 年度定期総会～

平成 19 年度定期総会が 3 月 19 日（水）に開催されました。平成 18 年度の事業・決算報告、平成 20 年度の事業計画・予算案等が審議され、全議案について提案どおり承認されました。

また、昨年からの継続案件となっておりました新理事に、高林良文先生（高林眼科クリニック院長：北茨城市）が推薦・承認されました。

本年 6 月には協会創立 50 周年の記念式典を開催しますが、今後の新たな方針なども立てていこうということが確認されました。

交通事故による通勤災害

ー自賠責保険と労災保険ー

常任理事 小松 満

通勤途中に生じた交通事故は労災事故として、労災保険の適用になります。全交通事故の内の3割程度が交通事故労災ではないとも言われています。

さて、通勤災害としての交通事故労災はどの保険を使うのが正しいのでしょうか。通常の交通事故診療と同じように、法的に規制はありません。労災保険を使うか、自賠責保険を使うかは患者の自由意志に任されています。

厚生労働省は昭和41年に「労災保険の給付と自賠責保険の損害賠償額の支払いとの先後の調整については、給付事務の円滑化をはかるため、原則として自賠責保険の支払いを労災保険の給付に先行させるよう取り扱うこと」と通達しています。

自賠責保険から保険金を先行して受ける場合には、仮渡金制度や内払い金制度を利用することによって損害賠償額支払いがすみやかに行われること、労災保険では給付されない慰謝料が払われること、療養費の対象が労災保険より幅広いこと、労災保険では6割しか払われない休業補償が10割でん補されることなどから患者に多くのメリットがあります。

労災保険を優先した方が良い場合は、患者が加害者である場合、加害者が自賠責保険にも加入していない無保険者の場合、加害者が任意保険に加入していない場合、過失割合でもめている場合、裁判になった場合などがあります。

加害者が自賠責保険にしか加入していない場合は、自賠責優先で治療費だけで120

万円を使い切ってしまうと労災保険には慰謝料がないので慰謝料はまったくもらえなくなります。

損保会社は労災保険を使うメリットとして「休業特別給付金」支給制度を説明しているようです。しかし、特別給付金は自賠責保険から事故前3ヵ月の平均賃金の全額を休業補償として受けた場合でも申請すれば別途受け取ることができるものです。休業補償は労災保険では3ヶ月平均の6割と2割の特別給付金の計8割しかもらえないことを患者に説明して下さい。

損保会社は健康保険使用と同様に、単価切り下げによって任意保険への食い込みを防ごうとしています。

北海道新聞によると2006年に交通事故診療で国保を使用した患者の損害賠償請求を損保会社にしなかったために回収されなかった金額は10億円に達するということです。全国では莫大な額になるでしょう。

また、東京都と町田市は症状固定後に国保を使用した治療費を損保会社に請求しているとのこと。厚生労働省は「国保と症状固定はそもそも関係ない。しっかりと請求すべきだ。」とコメントしていますが損保会社は払う気はないようです。

交通事故診療における健康保険使用の場合必ず、交通事故によるものであることをレセプトに明記することを忘れないで下さい。

知らず知らずのうちに損保会社の利益追求体勢に協力するようなことの無いようにしましょう。

(P8：北海道新聞抜粋参照)

口腔外科に関する労災診療事例

顎骨骨折による咬合異常、咀嚼障害

水戸医療センター 渡邊千秋

昭和59年、私が国立水戸病院に赴任して以来、顔面外傷は入院手術症例の中、圧倒的多数を占めるものであり、またその中受傷原因としては交通事故がそのほとんどでありました。

近年、当科の統計では顔面外傷は減少の一途をたどっており、その原因としては自動車の安全装置の充実、普及があげられるのではないかと思います。その中、労務災害によるものは数こそ少ないけれど依然として存在していることは事実であります。

顎顔面を構成している骨は複数多岐にわたっていますが、当科での治療範囲は上・下顎の顎骨を中心に、頬骨、頬骨弓、眼窩底、鼻骨骨折など広範囲に及び、また受傷時、軟組織の損傷をともなう事も多く形成的な要素も含んでおります。

それでは、比較的頻度の多い顎骨骨折について述べていきたいと思えます。

顎骨は上顎骨、下顎骨に分かれ、各々その上に歯牙が存在し歯列をつくっています。その上下の歯列が接触することによって咬合が成立します。顎骨骨折ではその位置関係に狂いが生じることにより、歯牙の接触関係にもずれが生じ、咬合異常、咀嚼障害を認めるようになります。

顎骨骨折治療の場合、正確に骨を戻す必要があるのはもちろんのこと、この咬合の回復が求められるのが特殊性といつてよいかもしれません。

【下顎骨骨折について】

下顎骨は長管骨がU字型に曲がったような形態をしており、側頭骨による関節窩に関節突起で連結され顎関節を構成しています。

骨折の好発部位として前歯部、下顎角部、関節突起部（下顎頭頸部）があげられます。注意しなければならないのが関節突起骨折で直接外力が加わらないが介達骨折として生じていることがあり、通常の頭部P-A、側位では見落とされがちで、そのため下顎が偏位したままになってしまったり、後に顎関節強直症を発生してしまうケースもあります。（骨折が両側関節頭に及んでおり、また下顎の偏位が著しいもの以外は保存的に対処することが多いようです。）

下顎骨にはいろいろな方向に筋肉の付着があり、折れ方によっては筋に引かれて骨片の偏位をきたすことが多くみられます。

上顎骨体骨折、及び中顔面骨折はおおよそLe Fort I、II、III型骨折、縦正中骨折にわけられます。

総じて鼻出血を伴うことが多いです。

【治療について】

1) 応急処置

受傷時には出血、変形などで一見凄惨な印象を受けがちですが、出血の制御と気道の確保がしっかり行えていれば、顔

面外傷単独で致命傷に至るケースはまずないと思われます。よってまず脳損傷などの救命処置が優先されるべきであります。脳損傷により応急処置のみで変治骨折となり、半年後異常癒着部分を切離し再固定を行った症例などもあります。

手術のゴールデンタイムとしては受傷直後、または創部の腫脹が引く1～2週間後といわれていますが、複雑な症例ほど初期治療は止血、気道の確保のための大まかな徒手整復、仮固定、裂傷部縫合などの応急処置にとどめておいて、資料取りをした後、治療計画を立てて手術に望んだほうがより良い予後が得られるように思います。最近は3DCCTの普及で、より正確な診断・治療が可能になりました。

2) 整復固定

手術適応なものとしては

- ①機能障害が生じるもの
- ②審美障害が生じるもの

の2点が考えられます。

①に関しては顎骨骨折などでは咬合不全、咀嚼障害など、また眼窩周囲の骨折では複視などの症状が生じたりします。

②に関しては、顔は始終外界に露出し、また人としての尊厳を維持するもので、審美障害は手術適応になりえます。

【整復後の固定法として】

顎内固定

(固定点を上顎または下顎の一方に求める方法)

線副子、
床副子

金属プレート

囲繞結紮法

Kirschner 鋼線法等

顎間固定

(固定点を上下顎の両方に求める方法)

線副子等

顎外固定

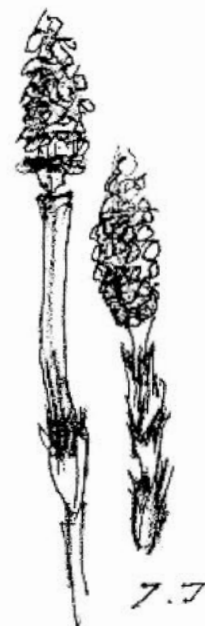
(固定点の一方または両方を顎外に求める方法)

懸垂固定

骨釘法等

症例に応じて上記のものを使い分けて対応します。粉碎骨折などで骨欠損が生じる場合には自家腸骨、肋骨、肋軟骨等の骨移植を実施します。

以前は顎間固定6週間、その間は咀嚼不能などという例もありましたが、現在は患者のQOLを考慮し積極的に観血処置を実施、チタンのミニプレート、マイクロプレート(症例によっては撤去不要な吸収性プレート)を使用、できうる限り顎間固定期間を短くし早期の社会復帰をはかっております。



7.7

交通事故における公的保険使用

従来、国保組合から自賠責保険、あるいは任意保険会社への求償に漏れはないと、国保協会は言っていましたが、2月4日北海道新聞の記事によるとかなりの額の未請求と未集金が存在することが判明した。記事の一部を抜粋し掲載する。（荒川記）

交通事故治療、国保一時給付

10億円規模の未回収

(02/04 07:12)

北海道新聞

国民健康保険（国保）の加入者が、主に交通事故で加害者からけがを負われ医療機関で保険を使って治療を受けた場合、国保を運営する市町村が行うべき加害者への損害賠償請求が道内では十分に行われず、相当の額の保険給付が回収されていないおそれのあることが道の推計で分かった。額は年間十億円規模にのぼる可能性もあり、道は各市町村に請求に積極的に取り組むよう呼びかけ始めた。

届け出がなくても、医療機関から出た診療報酬明細書（レセプト）を市町村が点検する際に、疑わしいケースについて加入者に直接問い合わせる方法もあるが、「怠っている市町村が多い」（同課）という。実際、ある自治体の担当者は「他業務に追われ、求償事務は片手間にやっている」と打ち明ける。

損害賠償請求で回収できた額の一件

当たり平均は約三十六万円だったことから、未回収金額は単純計算で約三十億円に達するおそれもある。実際は保険を使わずに全額自費で医療費を支払い、加害者に直接請求した加入者もいるとみられ、すべてが未回収とは考えにくい。道は「求償事務が十分に行われていない実態が分かった」（同課）という。

国保会計の赤字に苦しむ道内市町村は多く、道によると〇六年度の市町村国保の実質収支は約百三十三億円の赤字。不十分な求償事務が赤字の一因となっている可能性もある。道は昨年十一月三十日付の通知で各市町村に求償事務に積極的に取り組むよう要請。さらに国保加入者にはホームページ（HP）で、交通事故の被害者になった場合は市町村窓口に必ず届け出るよう呼びかけ始めた。道は「無駄な給付を減らし、市町村国保の安定につなげたい」（同課）としている。

◆新規指定医療機関◆

医療機関名	所在地	代表者	診療科目	指定日
佐々木整形外科	八千代町	佐々木浩之	整外	19. 11. 1
なかむらクリニック	那珂市	中村欣久	内、泌	19. 11. 1
東郷クリニック	土浦市	東郷孝男	内、外、小、循、呼、リハ	19. 12. 1
水戸うちはら内科 クリニック	水戸市	松永 肇	内、小、消、循、呼、アレ 心内	19. 12. 1
医) 社団尚仁会クリニック	ひたちなか市	及川 舜	内、消、循、泌、外、整外 皮、リハ、アレ	20. 1. 1
医) 社団 同仁会 常南医院	潮来市	松崎弘明	内、外、整外、循、胃腸 放射線科	20. 3. 3

◆指定取消医療機関◆

医療機関名	所在地	理由	取消日
日立工機(株)佐和診療所	ひたちなか市	廃止	15. 2. 28
青木医院	龍ヶ崎市	閉院	19. 12. 31
医) 晴生会常南病院	潮来市	統合	20. 3. 2

編集
後記

今年茨城県労災保険指定医協会は創立五十周年を迎え、6月に記念式典を予定している。

設立当初から我が労災保険指定医協会は、県労働局と度重なる折衝の末、茨城方式と呼ばれる独自の労災診療請求制度を勝ち取って来た。巻頭言では、今は無き茨城方式のことに触れていて興味深い。

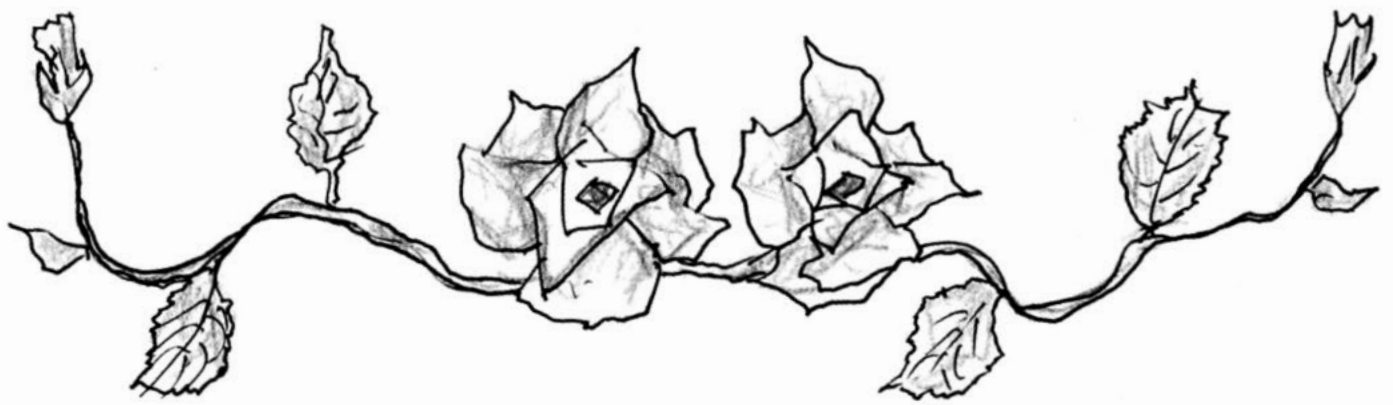
究極的に日本内科医師会だ！と陰口を叩かれる日本医師会は、外科を主体とした労災保険に対して真剣に取り組んで来なかった。交通事故診療請求制度の一つである日本医師会新基準なども、損保側の意見が強く反映されたものだ。来月に迫る4月診療報酬改定は机上の空論に相応しく、後期高齢者医療制度の導入など改悪はあっても実質上の改革を伴わない。報道の字面では診療報酬微増とあるが、デジタル映像化処理加算廃止など診療報酬はかなりのマイナスになる事が確実であり、カテゴリー5ハリケーン襲来の如く医業経営は壊滅の危機に晒されている。巻頭言「自分の生活のため

に意識改革を」が示すように、医療機関は背に腹は代えられぬ状況に追い込まれ、将におしりに火が付いた感がある。

交通事故患者が国保を使って治療を受ける事例が増えつつある。国保が大きな赤字に苦しんでいるにも拘わらず市町村の役人達は、交通事故加害者へ請求すべき損害賠償医療費を未回収のままにして片目を瞑っている。行政の盲点を突いた損保会社の悪智恵の勝利なのか、役人の怠慢のせいなのか解らないが、何れにしても腹が立つ。「自賠責について＜交通事故における公的保険使用＞」の実態提示は、鋭い切り口で指摘されていて、自賠責に携わる当会員の啓発になる。

「交通事故による通勤災害」の稿で提言があったが、知らず知らずのうちに損保会社の利益追求体勢に、我々医療側が協力することの無い様にしたい。(大祢記)

題 字：石島弘之先生
イラスト：高木俊男先生



茨城県労災保険指定医協会 **創立50周年**

平成20年3月当協会は創立50周年を迎えます。そこで、記念式典を開催、記念誌を発刊し、会員の皆さまとともに祝いたと思います。会員の皆さまのご出席とご協力をお願いいたします。

記念式典 平成20年6月19日(木) 水戸京成ホテル

17:30～ 受付

18:30～ 式典

18:40～ 記念講演会

講師 鹿島労災病院院長 守屋秀繁氏

演題 「教授から横綱審議委員へ」

19:30～ 祝賀パーティ

20:30 閉会

協会創立50周年記念事業実行委員会

委員長 小松崎 睦

