

活

— 第15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 : ka35248@zf7.so-net.ne.jp

最近の医療保険について

理事 土沢 正雄

最近レセプトの提出で気が付くことは社会保険と国民健康保険の件数が逆転したことである。数年前までは両者同数位であったが、次第に国保の件数が多くなり、現在では国保の件数が社保の3倍位になっている。その原因は色々と考えられるが、その一つは厚生年金に加入している中小企業が社保を辞めたために、従業員が国保に加入せざるをえなくなったことである。

それはバブル経済が崩壊して倒産した企業が多くなったこと、従業員の厚生年金の半額を事業主が負担していることである。景気が良い時はあまり気にしていなかった事業主も景気が悪くなり、企業の収入が少なくなってくると、何故従業員の年金の半額を事業主が負担しなければならないのかと考えるようになったのではないのか。年金の不公平が問題になってきた今日、社保の専業主婦は何故年金に加入していないのか、しかも事業主が主人の年金の半額を負担している。これこそ年金の不公平ではないかと考えるようになったのでしょうか。

国保では20歳以上になると学生を除いて全員国民年金に加入することになっている。そのようなことで社保から脱退する中小企業が多くなります。また高齢者が年々多くなり、厚生年金の収入が年々少なくなっていることが、レセプトの件数に反映されているのでしょう。

政府は厚生年金の減少を補うために、今度はパートの人達を社保に加入させて厚生年金を増加させようとしている。それよりも年金を一本化して、社保の専業主婦も年金に加入していただくと年金の不公平も少なくなり、心配されているこれからの若い人達の年金の負担も少なくなるのではないのか。事業主の半額負担もなくなりその半額分を従業員の給料に加算してやっても良いと考える事業主も出てくると思う。それを専業主婦の年金の支払いに使うようにすれば総てがうまくいくのではないのか。

労災隠しがまだ多い。短期間で治るような怪我は労災扱いにしないで、自費にして全額事業主が支払うと言う。民間の傷害保険に入っているとか、労働基準局の調査があり重症な怪我人を出した時に、労災保険を使うと、保険料が上がるので使いたくないと言う。また下請けの企業が労災の使用が多いと、大企業からの受注が少なくなるそうだ。労働者のための保険なのにもう少し利用しやすいように出来ないものかと思う。



労災保険制度と自賠責保険との関係

～主に労災保険サイドから～

茨城産業保健推進センター労災担当講師 飯塚 克己

労災保険制度と自賠責保険との関係について、主に労災保険サイドから説明いたします。

(1) **労災保険制度**は、労働者が業務災害や通勤災害による負傷や疾病あるいは死亡したような場合に、被災労働者や遺族に対して所要の給付を行うと同時に、必要な援助を行うことを目的として設けられている制度です。

戦後昭和21年に制定された「労働基準法」においては、労働者が業務上負傷し又は疾病にかかり、そのために療養や休業を必要とし、障害を残し、あるいは死亡した時に、使用者に対して、当該労働者に対する療養・休業・障害・遺族補償等の支払いを、罰則付きで規定しました。(業務上の事由に限り。)

労災補償保険法は、労働基準法で使用者に義務付けられているこれらの災害補償の実施を、政府が所掌して担保する制度として、基準法とほぼ同時期に制定されています。

その後、大幅な年金化や、昭和48年にはそれまでの健康保険の枠組みであった通勤災害も保護の対象とするなどの改正を経て、その制度内容は、休業補償の20%加算等の特別支給金制度の導入もあり、労働基準法上の規定より大きく異なる制度となっています。

しかし、法の目的や性質等は本質的には変更なく、労災保険法は労働基準法上の個別使用者の災害補償責任を担保する制度となっています。

事業主の業務災害・疾病への補償責任を担保するため、1人でも労働者がいれば強

制加入が義務付けられており、保険料は事業の種類毎の災害率によって、1,000分の3～103までの54段階に分かれており、全額事業主の負担となります。又、事業に使用される労働者はその名称や期間等を問わず、全てが対象となります。

(2) 次に、昭和30年に制定された**自動車損害賠償保障法(自賠法)**について、その概略を述べます。

交通事故を発生させた運転手は、道義的責任の他に刑事上(罰金、禁固)行政上

(免許停止等)民事上(損害賠償等)の責任を負うこととなります。民事責任は、一般に民法の不法行為(民法709条)の規定によって処理され、この規定では加害者が責任を負うのは、故意または過失によって他人(被害者)に損害を与えた場合に限り、しかも、被害者が加害者に故意または過失があったことを立証しなければならない過失責任主義となっています。

しかし自動車のように他人に危害を及ぼす可能性のあるものを利用して社会活動を行って利益を得ている者については、過失がなくても責任を取るべきとの考えから、昭和30年に自賠法が制定され、過失の立証責任を転換し、損害賠償請求の容易化を図ることになりました。

これは、自賠法第3条の規定において、自動車の運行供用者が自動車事故によって他人を死傷させた場合は、原則として損害賠償の責任を負うこととなりますが、一方で①自己及び運転者が運行に関して注意を怠らなかつたこと

②被害者又は運転者以外の第三者に故意ま

たは過失があったこと

- ③自動車に構造上の欠陥等がなかったことをすべて立証しなければ賠償責任を負うこと
となっています。

しかし、実際はこの3条件をすべて立証することは非常に困難であり、事実上無過失責任を負う形となっています。

なお、運行供用者とは、自動車の運行によって利益を有する者ですので、所有が事業主（会社）の場合は、労働者（従業員）が起こした事故についても、事業主（使用者）が賠償責任を負うことになります。

以上のように、自賠法は自動車の運行供用者に事実上無過失責任を負わせると共に、その賠償能力を確保するため自動車損害賠償責任保険等の制度を設けて、自動車の責任保険への加入を義務付けています。

なお、賠償金の最低水準確保のための自賠責保険（強制保険）でてん補されない部分に対する賠償能力を担保するために、契約者の自由意思で契約する自動車保険（任意保険）がありますが、昭和48年以降、自動車保険等取扱会社は事務処理の簡素化を図るため、両保険の保険金等の一括払を実施して、被害者の損害が確定した場合に、自賠責保険等の保険金についても、任意保険取扱会社がこれを一括して支払いに応じ、一括払保険金のうち自賠責相当支払い分を、自賠責に対して加害者請求として請求することになっています。

（3）**自賠責保険の補償の範囲**については、自賠法第3条「他人の生命または身体を害したときは、これによって生じた損害を賠償する」とあり、人的損害を対象にしています。保険金額の請求は、自賠責の特徴として、被保険者（加害者）又は被害者の双方から、保険金額の範囲内で請求することができ、又、被害者救済の為の仮払金制度もあります。保険金額及び保険金の対象と

なる損害の内容は、

- ①傷害の場合、保険金額は総額120万円（後遺障害除き）で、
イ．治療関係費（労災保険の療養給付と同一だが、1日1,100円の入院雑費や診断書料等あり）
ロ．休業損害（1日5,700円～19,000円限度）
ハ．慰謝料（労災保険にない制度で、1日4,200円）等の合計 となります。
②後遺障害の等級は、労災保険の障害等級（1～14級）に同じで、1級3,000万円（慰謝料1,300万円と逸失利益1,700万円）～14級75万円（32万円と43万円）の14通りで労災保険（1～7級は年金）と違い、全て一時金です。
③死亡の場合、保険金は3,000万円まで（葬儀費、逸失利益、死亡本人と遺族の慰謝料等）支払われます。

（4）続いて、**労災保険と民事損害賠償（自賠責保険）との調整・控除**について、簡単に説明します。

労災保険の給付は、業務災害又は通勤災害によって生じた労働者の損害てん補を目的にしていますが、一方、民事賠償についても加害者の不法行為によって生じた損害のてん補を目的とする点で共通しています。

こうした同一損害に対する重複てん補の不合理を調整して、適正な損害賠償を行うため、労災保険は、第12条の4に両者を調整する（第三者の行為による事故）規定を置いています。「政府は、保険給付の原因である事故が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付をしたときは、その給付の価額の限度で、保険給付を受けた者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。」「前項の場合において、保険給付を受けるべき者が当該第三者から同一の事由について損害賠償を受けた時は、政府はその価額の限度で保険給付をしない

ことができる。」第1項では、被災労働者の加害者に対する損害賠償請求権を政府が取得し（求償権の取得）、第2項は、加害者から損害賠償されていれば、その額を差し引いた残りを支給すること（控除）を規定して、同一の事故に対する重複てん補を避けています。

自動車事故により業務又は通勤災害を被った場合は、労災保険及び自賠責保険への請求権が生じますが、仮に、労災保険が療養費等を先に給付をしたときは、その価額の限度で自賠責保険に対し「求償」が行われることになり、逆に、自賠責保険から損害賠償額の支払いが先にあった場合は、その額に達するまでは、労災保険給付は行われないことになります。実際の求償や控除では、特に災害が重篤のケース等においては、複雑になります。労災先行か自賠責

（任意保険を含め）を先行するかは、請求人の判断や監督署や保険会社などの見解もあって、様々なケースが生じます。又、労災保険サイドが調整を行う場合、労災保険と自賠責保険の制度内容の相違もありますので、支払内容の詳細な確認が必要になります。なお、医療機関において業務・通勤災害事故の患者を診療するに当たっては、被災労働者だけでなく、事業主や場合によっては、所轄監督署や保険会社などへの確認等を必要とするケースも生じるものと思われます。

最後に、「調整」の原則について説明し

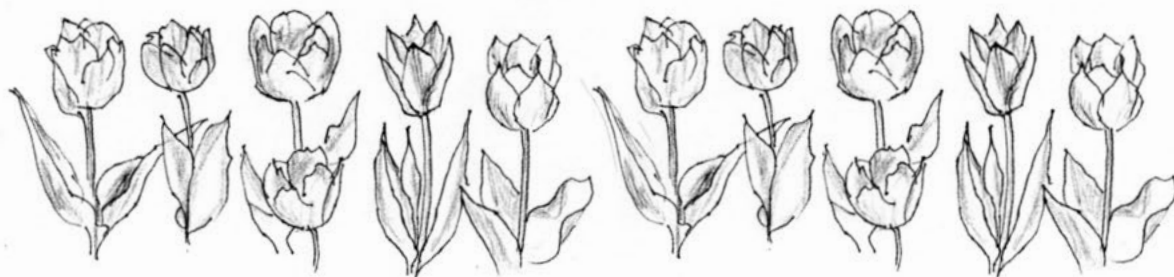
ます。自動車事故による業務又は通勤災害の場合に、労災保険と自賠責保険のどちらの請求権を優先して行使するかは、被災労働者の意志によりますが、両保険とも共通点が多いため、双方で協議し、原則的には自賠責保険の支払いを先に行うこととされています（取決め）。

自賠責を先行すれば、被災労働者が仮渡金制度や内払金制度の利用等で、事実上速やかな損害賠償金支払いがされる利点があり、加えて、慰謝料等労災保険の対象としていない損害についても支払いの対象となるなど幅が広いことから、自賠責の支払いを先に受け、支払いの限度額（傷害事故の場合120万円）に達した場合に労災保険の給付を受けた方が、被災労働者にとって有利な場合が多いためです。（慰謝料が含まれており、休業損害に係る逸失利益も限度内で100%てん補され、療養費についても労災保険対象外のものもみてくれるなど。）

以上のように、自賠責保険先行を選ぶかどうかは、あくまでも被災労働者によることはいうまでもありませんので、先に述べたように、実際の請求に当たって不明な点は、各機関との協議等によることが必要と思われる。

<参考>

「労災保険と自賠責保険調整の手引き」
（株）労務行政編集・発行版



地域産業保健センターの役割

水戸地域産業保健センター運営協議会会長 皆川 憲弘

地域産業保健センター事業に携わって長いことから、そのことについて何か書くようにと、小松先生から依頼があった。確かにこの分野は色々と問題も多く分かりづらい上に、近年の事業仕分け以来、特に制約や規制が増加して、やる気を殺がれているのが実情である。労働者などに対する産業保健サービスに関連する事業は、本来、国の重要な施策の一つであるべきものである。

茨城県における産業保健センター事業のうち、**地域産業保健センター事業とその開設の経緯**について略記する。

平成5年10月頃、水戸労働基準監督署管内で開設を予定したものを、水戸市医師会で受けてくれるようにと、要請があった。この管内の行政区域は、水戸市をはじめ、3市8町3村におよび、水戸市、ひたちなか市、那珂市、西茨城、東茨城郡の五つの医師会が含まれていた。ここに1ヵ所のセンターを作り、労基署の監督の下に、決まった予算で決まった事業を行うというものであった。

この当時の水戸市医師会は、2年前に開設した水戸市医師会立の看護専門学院が軌道に乗ったのを機に、在宅医療の分野の事業として、県下初の老人訪問看護ステーションの設置を企画して、10月に開設を予定し、準備をしていた。

そこへ突如、「地域産業保健センター事業」への参加要請があったのである。

加えて、労基署管内の全地域を担当すること、水戸市医師会に委託はするが、水戸市医師会のみ運営は認められないというもので、到底受諾できるものではなかった。

行政からの要請は執拗に強くて、結局は受けざるを得ず、当時の医師会長が産業医ではなかった関係上、担当副会長としてセンター長代行を務めるはめになり、

不本意ながら事業は開始された。

五つの医師会が連携して運営に当たるためには、一体感の醸成が必要なところから、その方策として、要項にある運営協議会とは別に、5医師会間の連絡協議会を継続して開催し連携を保ってきた。

また、5医師会の会員に産業保健について多くの関心を持ってもらうために、会員間で産業医研修会をはじめ、さらには、産業医の養成と質の向上を図ることを次の目的にして、日本医師会認定の研修会へと発展させていった。そして平成22年度までは順調に推移してきて、個々の実績もそれなりに評価を得ていた。

この間、全国の地域産業保健センターの代表として厚生労働省の検討会に参加して、現場からの提言をし、その内のいくつかは現在も事業に生かされている。

主なもののいくつかを記しておく。

以前は「簡単でいい」と疎かに扱われていた「雇入れ時健診」の徹底である。これは「定期健診」の基でもあり、労働者の健康管理の指導のためには不可欠であるからである。と同時に、労働者に対する健康管理意識を企業経営者に持たせるためにも必要だからである。

また、「職域保健と地域保健は密接に連携」させるか、一元化すべきである。小規模事業所の労働者の健康確保のためには、これは特に重要なことである。

発足時の地域産業保健センターの業務内容は、産業医選任義務のない労働者数50人未満の小規模事業所の事業主や労働者に対して、健康相談、保健指導などの産業保健サービスを充実させるために、都道府県労働局が地区医師会に委託して、原則として全国の労働基準監督署の管轄区域に1センターずつ開設。したがって、全国では347カ所。利用料は無料。

具体的な業務内容は、

1. 健康相談窓口の開設：健康診断結果に基づいた健康管理。生活習慣病の予防方法。病後における作業との関わり合いなど、日常生活における健康保持・増進の方法。
2. 事業所訪問による産業保健指導：事業所を個別に訪問し、健康診断結果に基づく健康管理等に関して助言・指導。健康問題に関する相談。作業場巡視などにより作業環境管理または作業管理について、改善や助言。
3. 産業保健情報の提供：産業医、精神科医などの情報。労働衛生コンサルタントの情報。労働衛生機関などの情報。 というものであった。

最初の「事業仕分け」の後では、労基署は統廃合によりその数は減少したが、地域産業保健センターの数はそのまま維持されていた。ところが平成21年度の「事業仕分け」の際に、費用対効果の観点からか、「地域産業保健センター事業の見直し」という問題が浮上し、347カ所のセンターが各県に1カ所、すなわち47カ所に縮小された。そして、都道府県の労働局が1つの企業体に委託すること、手上げ方式で選抜の上で委託先を決めるという方法に、何の予告もなしに突然の発表の下で変更になった。さらに、産業医の研修は日本医師会にのみ委託されて、直接傘下の各県の医師会が開催が

認められるが、市郡医師会主催の開催や他の企業のものについては認められないことに変わったのである。

産業医を常時掌握し、県内全域にわたり配置・調整などの出来る団体・企業体といわれるものは、本県では県医師会以外には見当たらないので、何とか県医師会を説得して受けてもらい、現在は「茨城県地域産業保健センター」として県医が運營業務を行い、従来の地域産業保健センターがサテライトとしてその地区を担当して実務を行っている。名称は従前通りである。

平成24年度に関しては、いまだ何の知らせもないのが現状である。

さらにいくつかの問題点を記しておく。

1. 時間外労働や疲労蓄積度などで、地産保センターの窓口へ相談を依頼してくるのは、大部分が大企業の出先の営業所などからであること。
2. 近隣の小規模事業所からの相談はまだごくわずかで、有病率・有所見率が高いものが多く、かつその後の医療機関への受診率が低いこと。
3. 健診の受診率は上がってはきているが、健診の結果がその後の生活に生かされていないこと。
4. 禁煙に対する意識がまだまだ低いこと。（受動喫煙による健康被害で裁判になり、管理者が敗訴している東京都の事例） など。

近年急増している精神科疾患に対する対応は、産業保健推進センターに委ねることになったが、職場での最初の気付きや配慮に対するものは、いまだ地域産業保健センターの業務の中にも残っている。

従って、地域産業保健センターが行うべき役割は、まだ終わってはいない。

（平成24年2月29日記）

平成24年度診療報酬改定の概要

常任理事 中村 尚

以下、2月10日に中央社会保険医療協議会から厚労省に提出された答申の要旨です。今後、通達やQ & Aが出され、詳細な部分がはっきりします。これが最終決定ではありませんので、参考資料としてください。

1. 基本診療料

1) 同一日の初・再診料の評価

＊同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を初・再診として受診した場合。2つ目の初診料は135点、再診料は34点とする。

2) 地域医療加算の見直し

- イ. 時間外対応加算1 5点 (自院での24時間対応)
- ロ. 時間外対応加算2 3点 (自院での準夜帯対応)
- ハ. 時間外対応加算3 1点 (連携医療機関数3以下で準夜帯対応)

3) 有床診療所入院基本料の改正 () 内は旧点数。

1. 有床診療所入院基本料 1

- イ. 14日以内の期間 771点 (760点)
- ロ. 15日以上30日以内の期間 601点 (590点)
- ハ. 31日以上期間 511点 (500点)

2. 有床診療所入院基本料 2

- イ. 14日以内の期間 691点 (680点)
- ロ. 15日以上30日以内の期間 521点 (510点)
- ハ. 31日以上期間 471点 (460点)

3. 有床診療所入院基本料 3

- イ. 14日以内の期間 511点 (500点)
- ロ. 15日以上30日以内の期間 381点 (370点)
- ハ. 31日以上期間 351点 (340点)

2. 医学管理料

1) 外来リハビリテーション診療料 新設 (診察なしでのリハ、申請が必要で施設認定)

1. 外来リハビリテーション診療料 1 69点

外来リハ診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハ実施に係る再診料、初診料及び外来リハ診療料2は、算定しない。

2. 外来リハビリテーション診療料 2 104点

外来リハ診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハ実施に係る再診料、初診料及び外来リハ診療料1は、算定しない。

3. 画像診断

1) コンピューター断層撮影 (CT撮影：一連につき)

イ. 64列以上のマルチスライス型の機器による場合	950点
ロ. 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ. 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	780点
ニ. イ、ロ又はハ以外の場合	600点

2) 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影：一連につき)

イ. 3テスラ以上の機器による場合	1400点
ロ. 1.5テスラ以上3テスラ未満の場合	1330点
ハ. イ又はロ以外の場合	950点

4. リハビリテーション

1) 算定日数 (150日) 超えの運動器リハビリテーション料

イ. 運動器リハビリテーション料(I)	158点 (1単位)
ロ. 運動器リハビリテーション料(II)	149点 (1単位)
ハ. 運動器リハビリテーション料(III)	80点 (1単位)

・現在、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらを原則次回改定までとする。

・要介護保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が医学的に判断されない場合においては、上記の点数を算定する。

2) 早期リハビリテーション加算 (45点→30点) と初期加算

早期リハ加算を45点から30点に減点するが、手術又は急性増悪から14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点をさらに所定点数に加算する。

5. 手術料

(新設項目)

1) 観血的整復固定術 (インプラント周辺骨折に対するもの)

・肩甲骨、上腕、大腿	21710点
・前腕、下腿	17090点
・手、足、指 (手、足)	10940点

2) 難治性感染性偽関節手術 (創外固定器によるもの) 48820点

3) 関節鏡下自家骨軟骨移植術 16190点

4) 関節鏡下関節内骨折観血的手術

・肩、股、膝	25200点
・胸鎖、肘、手、足	18910点

・肩鎖、指（手、足）	11970点
5) 関節鏡下肩関節唇形成術	32160点
6) 手掌、足底腱膜切離・切除術のうち 体外衝撃波疼痛治療術（一連につき）	5000点
7) 腫瘍脊椎骨全摘術	93300点
8) 脊椎制動術	16810点
9) 経皮的椎体形成術	19960点

(項目の追加及び見直し項目)

1) 関節鏡下靱帯断裂形成手術 内側膝蓋大腿靱帯	17550点（追加）
2) 肩腱板断裂手術（見直し） 1. 簡単なもの	18700点
2. 複雑なもの	24310点
3) 神経剥離術 1. 鏡視下によるもの	14170点（見直し）

(注の見直し)

- 1) 同一術野又は同一病巣につき、2つ以上の手術を同時に行った場合の費用の算定について、算定できる手術に動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、粘膜移植術若しくは筋膜移植術が加わった。
- 2) 超音波骨折治療法（一連につき）
対象が、骨折観血的手術が行われた後に行われた場合に限り算定すると見直された。

*外来でのビタミン剤の使用の厳格化

- ・ビタミンB群及びビタミンC製剤について、従来から「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可となっているが、この考え方は他のビタミン製剤についてもあてはまることから、全てのビタミン製剤について同様の対応とする。ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可とする。

*電子レセプトにおける算定日の記載について。

- 全ての医療行為について算定日を記載した一覧表の添付要。
(平成24年4月より、平成22年度改定で決定済事項)



労働局からのお知らせ

治療用装具料の請求と診療様式の入手先

労災保険における

治療用装具料の請求について

原則、医師が治療上必要であることより傷病労働者に装用させた治療用装具（例 頭部・頸部・軀幹固定用・四肢固定用として装用する伸縮性包帯、療養上必要とするコルセット等）などの費用は、指定医療機関より作成されたものや支給されたものは他の一般診療費と同様に療養の現物給付扱
治療用装具に該当する主なもの

項 目	取 り 扱 い
装着式収尿器 （人工膀胱）	尿路障害者に支給
人工肛門受便器 （ペロツテ）	人工肛門造設者に支給
浣腸剤	せき髄損傷等神経系の障害による便秘症のある患者で、自力による排便管理の訓練を行っている者に支給
ソフトコンタクト レ ン ズ	外傷性角膜損傷、外傷性緑内障および眼部の熱傷または薬傷の治療において、薬液を含ませて使用する度を有しないソフトコンタクトレンズは支給
義 眼	眼球摘出後眼窩保護用として支給
コルセット	療養上必要あるコルセットは療養の給付として支給すべき治療材料に属するものとして療養費として支給
伸縮性ホウタイ	頭部・頸部・軀幹固定用・四肢固定用として装用する伸縮性包帯は支給。なお、バストバンド、トラコバンド等は軀幹固定用伸縮性ホウタイに含める
ポリネック	療養上必要なものと認められる場合は支給
フローテーション パッド	自力による体位変換が不可能もしくは困難な状態が長時間にわたると見込まれる傷病労働者に対して一人につき1枚を支給。

診療費を労災保険に対して請求 するための診療様式の入手先

現在、診療費を労災保険に対して請求するための診療様式の入手は茨城労働局労災補償課に申し出てください。労働基準監督署に問い合わせても様式を所有していません。

いとなります。このため、医療機関がその費用を診療費と同様にレセプトにて請求することが可能となっております。

ただし、同じ治療用装具でも、医師が治療上必要と判断し、外部の製作者に依頼して作成したものや、外部より購入したものは費用を負担した傷病労働者への療養の費用払い扱いとなります。

なお、様式は無料ですが、送料はご負担をお願いします。

問合せ：茨城労働局労災補償課医療係
〒310-8511 水戸市宮町1-8-31
Tel.029-224-6217

或るお話

最近或る所で話をする機会があったので少し勉強をしてみたところわが身につまされる所が多々あったので、良く知っていることだが紙面を埋めてみようと思う。(後半は箇条書きとなったので、自分で文章を作って、埋めて読んでください。)

“サルコペニアの問題” sarcopenia

～加齢の筋肉減少症～

1989年 Rosenbergにより提唱され転倒の原因、寝たきり予防に大いに関係すると論を張った。1)高齢者のQOLの維持、2)健康余命の延長と世論も盛り上がっている。割り切っているとは思いますが、自分の馬齢が積み重なっているととんと自覚していない自分に驚くと共に、おのれ自身の姿を鏡で見て“何処のジジイが立っているのか！歩くpostureの悪いこと！”とガッカリする。

原因；原発性サルコペニア

「加齢以外に原因なし」(筋肉量、筋力、収縮のスピード低下)；加齢による再生能力の低下、高齢者のfaily虚弱性慢性に緩やかに進行し不可逆的、(脂肪化、繊維化) type II 速筋(白筋)の変化が診られる。特に筋束の太さの変化がはっきりしている。

30歳台をピークに筋肉量は10年で5%ずつ減っていく。60歳台で30%、80歳台で50%減る。従って一つの目安として歩行スピードが0.8m/sec以下、握力が♂で30Kg以下、♀で20Kg以下の場合、で歩幅が50cm以下の場合にサルコペニアと診断する。；此处で計算をする。以前はゴルフボールは250ヤード飛んでいたボールは70歳の今、40%の筋肉量の減と考えると150ヤードの筈、然し200ヤードは飛んでいる。これはなんだ？

そこで出てくるのが、技術と経験だろう。又、ヘッドスピードは無理をすれば少しはカバーできるのか？(腰を痛める)最近OBがなくなってきたのはボールに曲がるほど力が無くOBラインの手前で敢え無くストップ！！クロスバンカーが全然気にならないのは其処まで飛ばないから距離も聞かないことにして

いる。ショートホールでwoodを持ち出しても皆が気にしなくなった。

(woodでもグリーンに止める技術がある)

もう一つ年で感じたことがある。70歳の声を聞くと途端に距離の問題に気付く。アプローチで誤魔化していたのが誤魔化しが効かなくなった時が危ない？

；二次性サルコペニア

「活動＝ 廃用、無重力」「栄養＝エネルギー摂取不足、飢餓」「疾患＝侵襲、悪液質、神経筋疾患」 廃用性筋萎縮症、(ギプス固定、type-I 遅筋(赤筋)、可逆的)

引き起こされる悪循環としては

- 1) 転倒、転落 (骨折、寝たきり)
- 2) 低栄養 (体力不足) 気力の問題、維持力の低下
- 3) アミノ酸減少の為病気からの回復が遅れる。

筋の再生；機械的刺激(レジスタンストレーニング) その他のtriggerによって筋(肝臓、骨芽細胞、他)よりIGF-I(他)の分泌が始まり、筋サテライト細胞(筋前駆細胞)に伝わり筋の増殖が始まる。「この時加齢による分泌機能の低下=可塑性が失われる。筋繊維は細く、疎となる。筋間には脂肪組織が入り込み、いかにも霜降り？の筋となる。

筋肉は体重の40%、その内20%が脂肪で残りの半分が筋肉、筋繊維は細長い紐状のもので細胞数は生まれた時から変わらない。筋束は細胞が多くなることで太くなる。

筋力低下；躓く人 立ち上がりに手を付いて立つ人

リハビリテーション(運動療法)

最大筋力の80%の運動・スロートレーニング、(ストレッチ)

例；太極拳、中腰歩き、大腰筋、下半身の鍛え、ウエストを絞る。

有酸素運動；脂肪燃焼、心肺機能のアップ、血液、血管の機能向上、動脈硬化の予防改善

例；マラソンのアスリート「スラリとした体型」

無酸素運動；筋力、筋肉量の維持強化、基礎代謝のアップ、骨密度のアップ

例；短距離のアスリート「筋肉質の体型」

◆新規指定医療機関

医療機関名	代表者名	所在地	診療科目
守谷メディカル クリニック	塚越 芳久	守谷市	内科、小児科、外科、皮膚科
茨城県立こころの 医療センター	土井 永史	笠間市	精神科
医) 社団 梨生会 ヨークファミリー歯科	中山 耕	坂東市	歯科、矯正歯科、歯科口腔科、 小児歯科
医) 社団 梨生会 牛久駅西口歯科	中山 耕	牛久市	歯科、矯正歯科、歯科口腔科、 小児歯科
のぐち内科クリニック	野口 佳子	つくば市	内科、呼吸器内科
医) 社団 桜悠会 いそはらクリニック	大曾根 健	北茨城市	内科、小児科、外科、皮膚科

◆指定取消医療機関

医療機関名	所在地	理 由
医) 社団 三田医院	土浦市	閉 院
コミュニティ クリニック・つくば	つくば市	辞 退
坪井整形外科医院	土浦市	辞 退
医) 社団 青洲会 神立眼科	土浦市	同一法人の 病院に吸収
医) 篠原医院	大洗町	閉 院

編集
後記

今回の「活」の巻頭には、土沢先生が、日本の国勢から見た医療保険の現状を、詳しく述べている。平成24年度は、診療報酬が改定の年である。その概要を中村先生が分かりやすく記述している。労災保険制度と自賠責保険の関係を、飯塚先生が主に労災保険のサイドからみて述べている。日常の診療に役立つ記事である。地域産業保健センターに最初からかわった皆川先生はその変遷について書かれている。労働局からのお知らせは、

今回は治療用装具の請求についてである。

☆☆☆☆☆☆

今年の梅は開花が遅く偕楽園の人手も例年に比べ減っているようだ。私たちの機関紙「活」はいつも力のこもった原稿が集まり、百花繚乱である。「活」の題名は小松崎先生が最近の日本は元気がないから、せめて我々だけでも前向きで行こうと力を込めて名付けたものである。この会報を今後も大事に続けていくことを期待している。 (高木記)

題 字 石島弘之 先生
イラスト 高木俊男 先生