

活

— 第17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

労災事故を防ぐには

理事 齋藤 明宏

筑西市で整形外科の無床診療所を開設している齋藤と申します。最近労災事故で当院に通院した2人の患者さんについて報告させていただきます。

2人とも自動車関連の中小企業の工場に働いています。1人はアジア系の外国籍の人で、主に深夜に働いています。夜勤は昼間に比べ、働いている人は少ないとのことですが、事故当日は、同僚が1人休んでいました。昇降機を使って部品を上に掲げる作業をしていました。普段は2人でやる作業を1人でやっていた。マニュアルでは、部品を載せ、扉を閉めてから上昇させることになっているそうですが、その日は、閉めずに上昇させていて、頭部を挟まれてしまいました。大声で助けを呼びましたが、工場内の騒音のため誰も気付いてくれなかったそうです。何とか緊急停止ボタンを自力で押し、その場に倒れているところを同僚に発見され、大学病院に救急車で搬送されました。幸いにも大事に至らずにすみましたが、緊急停止ボタンを自分で押せなかったら最悪の事態になっていてもおかしくない状況でした。

もう1人は、回転する研磨機で示指背部を斜めに切り当院に来院された患者です。傷は伸筋腱を損傷しましたが、骨までは達していませんでした。部品を機械にセット

する際、その部品が通常の部品より大きかったため誤って研磨機に触れてしまったそうです。運が悪ければ切断されていたかもしれません。本来は部品をセットする時は、回転する研磨機を停止させなければならないことになっていますが、実際は回転したままセットしているようです。

2例ともマニュアル通りにやっていたら労災事故を防げたケースです。デフレのため、物の価格はどんどん下がってきました。マニュアル通りにやっていたのでは、数がこなせないため、危険を承知で作業をせざるを得ないようです。安い輸入品に対抗するため、国内の製造業者は安全を犠牲にしています。労災事故を防ぐには、工場内の危険箇所を指摘するだけでなく、物の値段を適正な価格にしていかなければならないと思います。



混合診療全面解禁を阻止するためには 藤田幸久氏と羽生田たかし氏が必要だ

茨城県労災保険指定医協会副会長
茨城県医師連盟委員長

小松 満

昨年12月再び政権交代し安部内閣が発足した。アベノミクス効果で円安株高となり、恩恵を受けている人が多いのか支持率は70%を超えている。

予想通り安部内閣はTPP交渉参加を表明し、7月12日にアメリカとの事前協議に合意した。結果はTPP参加の目玉であった自動車の関税撤廃は限りなくのばされ、かんぽ生命のがん保険への参入も拒否された。マスコミが早期参加を主張し、政権も前のめりになっているため足下をみられ不利な条件を呑まされた事は明らかである。

「TPP 危うい国益」7月13日の朝日新聞の見出しである。読売は7月21日に「TPP本協議へ課題残る 交渉力に不安」の記事を載せている。いずれも多くのTPP反対意見が指摘していた事である。日米保険協議などでアメリカと渡り合い「ミスター円」とよばれた榊原英資氏は、日米交渉において一番つらかったのは、マスコミが後ろから弾を打ってくる事だったと言っている。今回のTPP参加問題においても、読売、日経はもちろん朝日、共同通信も国民をあおりミスリードし、国民の論調をTPP参加賛成多数にしてきた。いままさに参加交渉が始まるときになって、政府の交渉力に不安ありとは卑劣きわまりない。

政府の発表では、現在のところ国民皆保険制度は議題にあがってない。私も皆保険制度は維持されるものと思っている。しかし、アメリカ基準が押しつけられ、アメリカの最大の目的である民間保険への加入が必要となり、世界に冠たる国民皆保険は有名無実になると思っている。

アメリカが日本の医療制度に関して要求するものは、新薬創出加算の恒久化、加算率の上限の撤廃、市場拡大再算定ルールの廃止、外国平均価格調整ルールの改定そして手術方法の特許保護などである。これら

アメリカの要求が実現したならば医療費は高騰し、公的保険でカバーしきれなくなり、必然的に民間保険に加入せざるを得なくなる。貧富により受けられる医療に格差が生じる事は必然である。

参議院選挙は7月21日に予定され100日を切った。茨城県医師連盟はTPP参加反対、混合診療の全面解禁反対の立場から選挙区で藤田幸久氏と上月良祐氏、比例区で日本医師会副会長の羽生田たかし氏を推薦した。

現在の状況では、二人区である茨城県選挙区では2議席目の椅子を藤田幸久氏とまだ候補者の決まっていない維新の会の候補との争いになるであろう。

維新の会は、TPPへの積極的な参加と混合診療全面解禁を声高に叫んでいる。決してわれわれとは相容れない政党である。なんとしても藤田幸久氏を支援し国会に送らなければならない。

また、日本医師連盟の組織内候補である羽生田たかし氏も高得票で上位当選させなければならない。今回の選挙で組織内候補である羽生田氏が多数の支持を得られなければ日本医師会は時の政権から交渉の相手にされなくなる。

6年前、3年前ともに日本医師連盟の組織内候補は落選した。その責任の一端は茨城県医師連盟にある事は明らかである。いま、茨城県医師連盟は日本医師連盟と一体となって運動し羽生田氏を上位当選させる義務がある。

世界に冠たる日本の国民皆保険制度をTPPから守るために、私達は総力を挙げて藤田幸久氏と羽生田たかし氏を支援しなければならない。

アメリカ人のためでもなく中国人のためでもなく、1億3千万人の日本人のために闘わなければならない。

急性期病院における脊髄損傷の治療

水戸済生会総合病院 整形外科 野村 真 船

労災においての頻度は低いですが、脊髄損傷は最も重症な外傷の一つである。その治療は受傷現場での初期対応にはじまり、病院への搬送、診断、急性期の管理と手術、リハビリテーションまで社会復帰にむけて長い期間が必要となる。残念ながら茨城県においては、脊髄損傷に対するすべての治療を単一の医療機関で行える施設は無いため、患者はまず急性期病院に搬送され、初期治療を受けてからリハビリテーション病院に転院となることが多い。本稿では急性期病院である水戸済生会総合病院での脊髄損傷の治療と、いまだ結論の出ていない治療上の問題に対する筆者の意見を述べ、代表症例を提示する。

1. 初期治療

脊髄損傷患者は四肢麻痺あるいは対麻痺となるため、ほとんどの場合救急車で搬送されてくる。労災においては高所からの転落による受傷が多いので、合併損傷があることも多い。当院ではドクターカーやドクターヘリを活用しており、患者の来院前から救急医と整形外科医に脊髄損傷患者の搬送について連絡が入る。来院時はまず複数の救急医が率先して対応し、脊髄損傷と合併損傷の有無につき診察を行うと同時に、Vラインのキープと検査のオーダーが行われる。近年はヘリカルCTの進歩が目覚ましく、わずか数分で全身の撮影が可能である。撮影データを後からコンピューター上で自由に加工できるので、ひとまずCTを撮影して患者を救急初療室に戻し、救急医による全身管理と並行して整形外科医がじっくりと画像を検討することができる。昔は単純X線撮影をないがしろにすると怒られたものだが、現代ではこと脊椎に関してはCTを優先し、単純X線はあとでゆっくり撮影することすらある。その後整形外科医が神経症状を評価し、必要ならば緊急MRIを撮影して治療方針を決める。患者はまず救命救急センターに入院し、合併損傷が重篤な時は救急医が主治医、そうでなければ整形外科医が主治医となる。

N A S C I S (National Acute Spinal

Cord Injury Study) の報告以来、ソルメドロール大量療法がおこなわれてきた。急性期脊髄損傷患者に適応がある唯一の薬剤であることから、比較的安易に使用されてきた感がある。しかし最近はソルメドロール大量療法の合併症の報告が相次ぎ、肺炎に代表される感染症、消化管出血、高血糖などが有意に増加するといわれている。日本の外傷初期診療ガイドラインであるJ A T E C (Japan Advanced Trauma Evaluation and Care) でも本治療を標準的治療とは位置づけてはいない。私見であるが、本治療は既往症の明らかでない患者や高齢者には行うべきではなく、若年者で特別な既往症を持たず重度の麻痺のある患者に限り、慎重に行うべきと考える。緊急手術を行うような症例には、手術中の高血糖や術後感染のリスクがあるので、本治療を行うべきではない。

2. 頸椎椎間関節脱臼の整復

椎間関節が脱臼しインターロックした症例をどのように取り扱うか、決められた方法は無い。先輩医師からの指導や、各医師の経験にもとづいて治療されていると考えられる。どのような整復法を行うにせよ、受傷からなるべく早く脱臼を整復すべきである。最近の研究で、ラグビー選手の頸椎脱臼骨折を4時間以内に整復できたもの

は、完全麻痺例であっても全例で麻痺が回復したとの報告があり、できるだけ早く脊髓の除圧をすることが重要と考える。

もっとも安全な整復方法は、意識下で神経症状を確認しながら頭蓋直達牽引を行い、ゆっくりと牽引を強めて整復する方法である。筋緊張が強い場合は鎮静薬を使用する。神経症状の悪化を随時確認できるので安全であるが、牽引を強めると患者の苦痛が強くなり、筋緊張のために整復できないことがある。特に片側脱臼は健側が正常なため牽引力が伝わりにくく、またC6/7、C7/T1など下位頸椎は頭蓋骨にかかる整復力が伝わりにくいため、整復できないことがある。この場合は手術による整復が必要である。

当院でも以前は頭蓋直達牽引を行っていたが、現在は患者の苦痛を減らしより迅速な脱臼整復と内固定を行うため、緊急手術を行っている。手術室で麻酔科にファイバースコープで挿管して全身麻酔をかけてもらう。筋弛緩が得られたところでイメージ下に徒手的に頸椎の牽引、屈曲を行い脱臼を整復する。徒手的に整復されない場合は、頭蓋直達牽引を行う。全身麻酔によって筋弛緩が効いているのでほとんどの例で整復できる。本法の欠点は、患者の意識が無いので整復時のヘルニア脱出による神経症状の悪化をモニターできないことであるが、当院では整復の後すぐに頸椎前方除圧固定術を行っているため、たとえヘルニアがあっても手術で摘出できる。

3. 手術

脱臼骨折や破裂骨折など、脊柱が不安定な例や脊髓圧迫が重篤な例に対しては、全身状態が許す限り緊急手術を行っている。脊柱不安定性や脊髓圧迫を放置しておくことは、脊髓の二次損傷を引き起こし、麻痺の改善に悪影響を与える。

当院では頸椎に対する手術法は前方除圧固定術を第1選択としている。症例によっ

ては前方プレートを用いる。完全麻痺例は後日気管切開が必要となることがあるので、皮切を縦切開とする。脱臼が整復できなかった時は、腹臥位または側臥位として後方手術を行う。下位椎の上関節突起を部分切除して脱臼を整復し、椎弓根スクリューか外側塊スクリューを用いて内固定する。棘突起骨折がなければ棘突起ワイヤリングも容易な方法だが、固定性はスクリューより落ちるのが欠点である。

胸腰椎に対する手術は、不安定性が高いと判断した時は緊急手術で後方除圧固定術を行う。このときなるべく固定範囲は短くして、後日前方除圧固定術を併用することで最終的な固定椎間が少なくなるようにしている。不安定性が低いと判断した時は待機手術とし、全身状態を十分評価した上で前方除圧固定術を第1選択としている。

骨傷のない頸髄損傷に対する手術の有効性については、いまだに結論が出ていない。2000年9月から2002年12月に国内で行われた多施設共同研究では、手術群と保存群で回復に差がなかった。その他の文献でも手術群と保存群の麻痺の回復に有意差は無いと結論しているものが多い。しかし、脊髓圧迫があっても無症状であった患者が、軽度の外傷を契機に神経症状を発症することは、臨床上しばしば経験することである。まして脊髓損傷を受傷すれば、脊髓圧迫のために神経症状の回復が悪くなると考えるのは自然である。このような場合には、脊髓圧迫を除圧することが神経症状のより良い回復につながると考える。ただし、脊髓損傷患者は受傷時の脊髓の不可逆的変化が強いので、圧迫性脊髓症と比べて術後の回復は悪いことを十分に説明しておく必要がある。当院で、脊髓圧迫があっても手術を希望せず、保存療法で退院した患者も多い。しかし、回復が悪いため後日手術を希望し、受傷後数か月で手術を行った患者でも神経症状が改善することを何度も経験したことから、脊髓圧迫がある患者は除圧手術を行っ

たほうが、より良い回復が得られると考えるに至った。ただし、手術のタイミングについては、超早期手術の優位性はいまだ証明されておらず、骨傷のない頸髄損傷に対しては緊急手術を行っていない。

4. 術後管理とリハビリテーション

当院では重傷の脊髄損傷患者は術後ICUに入室する。夜中に手術が終わっても、当直の救急医が患者の管理を協力してくれるので、執刀医も帰宅して休むことができる。麻酔科、救急科のバックアップがあればこそ脊髄損傷の治療に専念できる。

リハビリの介入は早いほど良い。最初の関門である座位保持、起立性低血圧の克服のためにも、なるべく早期に離床できる治療を行う必要がある。

5. 症例提示

患者は62歳の男性で瓦職人である。既存障害は無かった。屋根の上で作業中5mの高さから落ち、ドクターカーで搬送された。右半身はMMT1程度、左半身はMMT4程度の麻痺を認めた。頸椎CTにて骨折は認めなかったが、C3、4レベルで後縦靱帯骨化症を認めた（図1）。意識は清明だったが軽度の頭蓋内血腫を認めた。頸椎MRIではC3、4レベルで脊髄圧迫と髄内輝度変化を認め（図2）、麻痺の原因は頸髄損傷と診断した。フィラデルフィアカラー固定としてリハビリを開始したが、麻痺の回復が悪いので手術方針となった。受傷後9日目にC3-6脊柱管拡大術を行った。術後MRI（図3）では脊髄の除圧は良好であるが、髄内輝度変化は残っている。麻痺は徐々に回復し、介助歩行可能となってリハビリ継続のため転院となった。

6. おわりに

当院における脊髄損傷の治療について述べた。脊髄損傷の治療は患者にとっても医療者にとってもつらいことの連続である。

主治医が責任を持つのは当然であるが、役割を分担し、各自の仕事を責任を持ってこなすチーム医療が肝心である。医療者が疲弊せず最善の治療を提供できることが、ひいては患者のためになるのである。

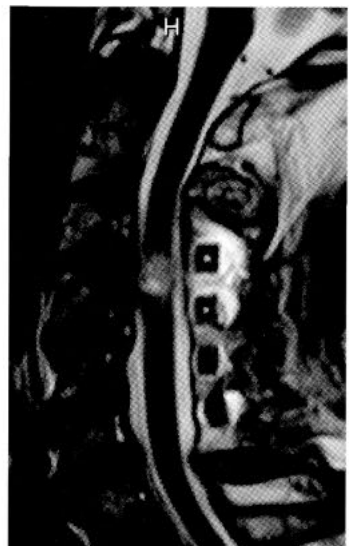
図1



図2



図3



茨城県医師会における 交通事故診療に関する活動

— 平成24年度自賠責保険研修会 報告 —

茨城県労災保険指定医協会常任理事
茨城県医師会常任理事(労災・自賠責担当) 松崎信夫

茨城県医師会労災自賠責委員会は茨城県医師会の会内の組織として、交通事故診療・労災診療の検討・会員啓発事業を行っている。平成24年度は役員改正もあり、委員会の委員長を木村郁夫先生(つくば市)にお願いし、また新たな委員も加わった。啓発事業の一環として、委員会の予算とRICの助成で毎年2回研修会を開催しているが、本稿では、平成25年3月28日に開催した自賠責保険研修会について報告する。

この研修会は、我が国の交通事故診療の根幹をなしている自賠責保険に対する知識を深める目的で、日本医師会と損保協会の後援・協力のもと、各都道府県で隔年に開催している研修会である。平成24年は茨城県で開催する年度であり、今回は2人の講師に講演をお願いした。

まず1题目的講演は、自賠責講習として「自賠責保険損害調査のしくみ」と題し、檜垣哲雄 水戸自賠責損害調査事務所所長にご講演いただいた。

内容は損害料率算出機構が作成・発刊している同名の冊子の解説で、特に留意することとして①医療機関は患者からの委任がなければ自賠責保険に診療費を請求できない(自賠責保険の請求権は加害者もしくは被害者にある)②平成22年4月1日以降の事案は、傷害・死亡・後遺症請求はその事象が生じたもしくは確定した時から3年以内に請求しなければならない③患者が死

亡してしまう・転居などで関係者もわからない場合は、「事務的管理行為」により医療機関は自賠責保険に請求は可能だが、医療機関は当該事案の事故証明書や患者に診療費を請求することができないことを証明するもの(例えば診療費の督促状など)を用意しなければいけない④患者の合併症に関しては、どの程度事故に因果関係があるか担当医の判断に任せている(もちろん加害者側から減額要請が出されることはある)などの説明がなされた。

この冊子は患者に配布するだけでなく、医療機関としても一度読んでおく必要があり、不明な点は調査事務所または自賠責損害調査センターに照会するとよい。

次に、日本医師会常任理事の藤川謙二先生より「交通事故診療最近の話題 - 自賠責保険の現状等について - 」というご講演をいただいた。藤川先生は平成23年度にも交通事故診療の問題に関して本県でご講演いただいております、今回は2度目の講演会である。

内容は①自賠責保険審議会について②自賠責保険診療算定基準(日医基準・新基準・新自賠などと呼ばれることもある)について③脳脊髄減少症について④日医労災・自賠責委員会について④医業類似行為についてであった。①では、昨今のクルマの保有率減少・クルマの小型化・高性能化で交通事故が減少しているにもかかわらず、保険金の支払いが増えている謎(特に一般

の診療報酬（自賠責の10倍の取り扱い数がある）でかかる事務手数料の8割に相当する額が自賠責保険の事務手数料になっている）など、本来ノーロス・ノープロフィットで運営されるべき自賠責保険への4つの指摘事項（他に医業類似行為への適正化・透明化、健保使用問題・物損事故に扱われているにもかかわらず自賠責保険で支払っている問題）について審議会で明らかになったデータや協議している事項を説明された。これらは藤川先生が日医の担当常任理事をされる前から問題視されてきたライフワークともいえる内容で、日医担当役員としてこの3年間活躍されてきた結果をお話いただいた。②は、山梨県以外の都道府県医師会が導入したため、日医基準が労災診療費のように標準化される日が近くなっていることを説明された。③では、低随圧症候群として近年問題となっている症例が増えていること・特に2年前にガイドラインが出されてから裁判でも認める例が各地で出てきているので、経緯を見守ると同時にさらに検討を続けていくことについて説明された。またこの5月25日に広島で開催される日本整形外科学会において、交通事故診療における低随圧症候群についてシンポジウムが開かれるとの案内もいただいた。④では、交通事故診療に限らず医業類似行為業者特に柔整師の療養費の問題について、講演会前日に開催された厚労省での検討部会の内容も踏まえ説明いただいた。非常に多くの事項について予定時間を超える熱の入ったお話（俗に「藤川節」といわれるテンポのいいお話）をいただいた。最後に、交通事故診療の健保使用を助長するような「第三者行為届け出サポート事業」が4月からはじまること・TPPに絡んで日医総研で交通事故診療保険と公的健康保険の運用について検討を始めているとの話題提供があった。

茨城県医師会も「交通事故診療は原則自動車保険を活用する」という姿勢は崩していないが、ひき逃げ事故や無保険車の事故の場合など日本の国民皆保険制度で交通事故の被害者が救済されている面もある。この「皆保険制度」の大切さ・TPPに日本が参加したとき日本の医療制度がどうなってしまうかを、もう少し国民に啓発していく必要があると感じた。平成25年度は、「精神障害に関する労災認定」と「交通事故診療における留意点」に関して、それぞれ講演会を企画しているので、詳細が決まり次第公告したい（後者はつくばで開催を検討中）。

なお、昨年夏に新版が上梓された「Q&Aハンドブック交通事故診療」（創研舎 定価5,600円）は、藤川先生のご尽力で日本医師会からの推薦もいただき、現在好評発売中である。

この新版では、従来触れられなかった「医業類似行為に関する問題」も扱っており、先生方の交通事故診療はもちろん、医療機関の事務方の皆様に役立つと確信している。小職も執筆者の一人として加わっているが、新版は茨城県医師協同組合で取り扱うことになり、会員価格での購入も可能である。是非ご一読をお願いしたい。



茨城労働局から

労災かくしの排除について（お願い）

茨城県労災保険指定医協会及び会員の皆様方には労災保険の円滑な運営について、深いご理解と、ご協力を賜り感謝申し上げます。

すでにご承知のとおり、労働者が労働災害によって負傷した場合は、労災保険で治療を受けていただくことになっております。しかしながら、労災保険で治療を受けると、「監督署の調査が入るから」、「健康保険に比べ手続きが面倒だから」、「保険料が高くなるから」、さらによく聞く話では、建設業において下請けの労働者が負傷した場合、「元請けに迷惑がかかるから」、「入札に参加できなくなるから」、あるいは「発注者に迷惑がかかるから」などの理由から、労災保険を使わず健康保険で治療を受けさせるというような事案が見受けられております。休業を伴う労働災害が発生した場合、事業主は労働基準監督署長に「労働者死傷病報告」を提出し、労働災害が発生したことを報告しなければならないことになっておりますが、当然、このような場合には事業主から労働基準監督署長に報告されることはありません。

労働災害によって負傷したものの、労災保険で治療を受けず、健康保険を使って治療を受けることを「労災かくし」と思われているようですが、本来は、労働者が労働災害で休業を伴う負傷をした場合に、事業主が労働安全衛生法の規定に基づく「労働者死傷病報告」を労働基準監督署長に提出しないこと、あるいは、提出しても虚偽の報告を行うことを、いわゆる「労災かくし」と呼んでおります。

なぜ、労働災害で負傷した場合に労働基準監督署長に「労働者死傷病報告」を提出しなければならないかと申しますと、労働基準監督署長は提出された「労働者死傷病報告」をもとに災害発生の原因等を把握し、事故を発生させた事業主に対し再発防止の指導を行うとともに、同じ業種の事業主に対する同種災害の発生防止のための指導を行うことを目的としているからです。

いわゆる「労災かくし」は、事業主が故意に労災事故を隠すという意思のもとに行われるため、その事案の発見が難しいのが実情です。労働局では貴協会の協力をいただき、労災指定医療機関に「労災かくし」排除のポスターの掲示をお願いして、負傷労働者に労災かくし排除の周知を行うとともに、労働基準監督署では事業主団体に対する集団指導等において労災かくしの排除について周知・啓発に努めているところです。

労災かくし事案の把握方法として、労働災害により負傷した労働者または関係者からの相談・通報、あるいは、健康保険協会からの情報提供があります。健康保険協会では、診療報酬明細書の「職務上の事由」、「傷病名」などから労働災害ではないかと疑義が生じた場合には、被保険者（労働災害により負傷した労働者）に対し負傷原因の調査を行い、その結果、健康保険協会が業務上（労働災害）と判断した場合に、労働局に業務上の事由によって健康保険が不支給になった被保険者の情報が提供されます。

提供を受けた労働局は、当該労働者の労災保険への請求状況を確認し、労災保険未請求の労働者に労災保険への請求意思等の確認を行い、その結果を所轄労働基準監督署長へ送付し、送付を受けた労働基準監督署長は労災保険請求の案内、さらに、休業している場合は「労働者死傷病報告」の提出指導を行って労災かくしの把握、排除に努めているところです。

このように、健康保険協会からの情報提供は「労災かくし」事案の把握のための重要な端緒となっております。

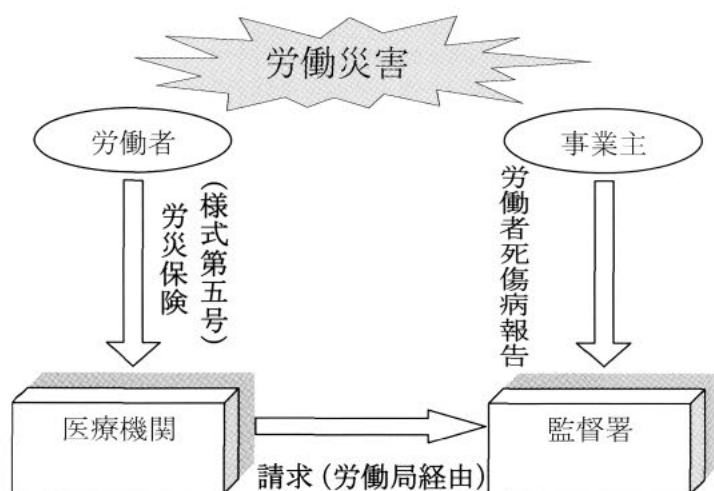
つきましては、

- ①負傷の経緯から労働災害が疑われる患者さんを診察される場合
 - ②労働災害により負傷した労働者から健康保険で治療を受けたいと申し出があった場合
- 等には、大変お手数とは存じますが、患者さんから負傷の原因等を確認していただき、診療報酬明細書に「負傷原因」を記載くださいますようお願いいたします。

また、厚生労働省において「労災かくし」排除を呼びかけるポスターを改めて作成しましたので、会員皆様方の医療機関に掲示くださいますようお願いいたします。

「労災かくし」排除の趣旨をご賢察のうえ、ご協力賜りますようお願いいたします。

労働災害が発生した場合の手続き



※事業主が労働基準監督署に「労働者死傷病報告」を提出しない場合には、いわゆる「労災かくし」として罰則を受ける場合があります。

【問合せ先】

茨城労働局 労働基準部 労災補償課
電話 029-224-6217

労働災害に 健康保険は使えない、使わせない

かねてから「労災隠しの排除」については茨城労働局の要請に協力してきました。しかしながら、相変わらず労働災害にも係わらず健康保険で診療を受ける事例が後を絶ちません。

労災隠しが起こる大きな理由は、労働災害を起こすと公共事業の入札に参加できなくなるというペナルティーがあることのようにです。

労働災害は労災保険で治療することが当然であり、健康保険を使用する事は健康保険財政に負担となるとともに、健康保険には後遺症の制度などがないために労働者にとって不

利になります。

保険者は、傷病名などから労働災害の疑いがある場合は負傷原因の調査を行っています。がなかなか大変なようです。

私達労災指定医協会会員の医師は、他の医師より労働災害に関する知識ははるかに高いものがあります。患者を問診することで負傷原因が労働災害によるものか否かは比較的容易に判断が出来るものと思います。

交通事故診療の健康保険使用に際しては、レセプトに第三者行為であることをレセプトの特記事項欄に記入しています。

労働災害による負傷である可能性が高い事例には、ぜひ、

レセプトの特記事項欄に「負傷原因」を記載 してください。
(小松記)

◆新規指定医療機関

医療機関名	代表者名	所在地	診療科目
ひかりクリニック	田代 勝己	神栖市	内科、外科、整形外科、皮膚科、小児科
川尻整形外科	折野 陽一	日立市	整形外科、内科、リハビリテーション科
医療法人社団豊智会 つくば画像検査センター	茅野 文利	つくば市	内科、放射線科
医療法人優光会 さくらい眼科	櫻井 健司	牛久市	眼科、形成外科
東京医科大学 茨城医療センター	田中 慶司	阿見町	内科、精神科、神経内科、循環器科、外科、 整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、 耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、 歯科口腔科、麻酔科、小児科、産婦人科
大洗そのお眼科	園尾純一郎	大洗町	眼科
さとう整形外科クリニック	佐藤 理行	常陸大宮市	整形外科、リハビリテーション科

◆指定取消医療機関

医療機関名	所在地	理 由
医療法人社団温心会 ヒヨドリ医院	ひたちなか市	閉 院
東京医科大学 茨城医療センター	阿見町	

編集
後記

編集後記を書くときは、いつも何かしらの選挙をやっている。今回は参議院選挙とTPPの参加とが重要な事柄で医政のほうでも何人かの議員を当選させるべく頑張っている。日医としても上位に当選させなければ意見が通らないことは明白の理である。皆さん！積極的に応援しましょう！◆長い連休の後で筆を執っているが気分が乗らないこと？怠け癖がついてしまったようだ。◆先日から円安における企業の実績が発表されているが、輸出と輸入の差がはっきりと出ており、何千億単位の差が出ている。我々としても輸入物は値上がりして来るだろう。◆最近の世の中(特に中小企業関連)ではインフレ2%目標とかで、無理をするところが出てきている。巻頭言の齋藤先生が経験されたのもその一つの事例と思う。世の中の政治の貧困さが我々国民にしわ寄せされてきている。(労災関係もしかり！話すと長くなる)◆小松先生の意見は正に正確を得た論で、医師たちの未来における舵取りのための選対かと思われる。現在の日本は四面楚歌の様で、狭い日本で頑張るには対外的に強い日本を見せつけなければならない。一步一步と目を光らせアメリカ頼みの世の中から脱却して行こう。野村先生の脊損の問題は最近のips細胞の移植等で有名になっているが未だず

っと先のことになりそうだが、将来の希望は少しずつ明るくなってきている。二次的な損傷を回避するための固定術は事情が許せば積極的に行うべきと思う。◆近くの問題として毎日のように来院する交通事故の自賠責の話は何時ものことながら松崎先生の御苦労には頭が下がる思いである。◆本日保健所に一医療人として質問に行ってきた。同じ土俵(保健)で仕事をしている柔整は開院の時には保健所に届け出ることが義務付けられている。但し(ここが問題で)届を受け取るのみで、許認可権は保健所にはない。(看板には何を書いても違反にならない)従って我々が皆苦労している監査や指導といったものは受け取ることがないし、保健所としてもその義務はない!!(他県では指導?らしきものは遣っていると聞いた)会計検査院から不明瞭な支払があるという厚労省への通達は途中でなし崩し的に無くなっているし、診断とか急性と慢性との区別も適当な解釈?部位たるや三ヶ月経つと変わってくる?そんなに同一人が上手い具合に捻挫するわけがない!今日はあきれて少し愚痴っぽくなってきた。

(小松崎記)

題 字 石島弘之 先生
イラスト 高木俊男 先生