

活

— 第19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489

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

E-mail: ka35248@zf7.so-net.ne.jp

最近思うこと

理事 廣瀬 廣

人生50年と言われたのは、いつまでだったのだろう。

現在日本は、人生80年！と超高齢化社会を迎えている。日本人の生活習慣や食習慣と目覚しい医療の進歩の賜物であろう。しかしその反面健康寿命との格差が大きい。

ある文献によると、現在の日本人の健康寿命を取り巻く状況が複雑で、死亡と障害の主な原因は脳卒中と腰痛であること、最大の危険因子が栄養の偏った食事であること、また若年層では自殺の増加が明らかとなった。

これまで20年間世界一位を誇ってきた日本の健康寿命は、偏った食習慣や心の病、喫煙、高齢化の課題に取り組まなければ、トップの座を維持できない可能性があること、また長寿の分だけ病気や障害に苦しむ年数も増大していることが明らかになったと言われている。男性は約9年、女性に至っては約13年の開きがあり、この間の生活に何らかの支援や介護を要する事が大きな社会問題になっているのは、周知の事実である。

では我々医療人が出来る事はと考えると、個々の疾患をしっかりと治療することは言うまでもないが、もう一步踏み込んだケアが必要ではないだろうか。

現在健康相談や体操教室、転倒防止教室などが病院や自治体で独自に行われていることが多い。しかしこれからは医師会、行

政、各自治体が連携を強化し、統一のツールを用いて情報を共有できるようなシステムを作り、同じ方向性で統一した見解を持って、今健康な人やこれから何らかの支援を受けなければならない可能性のある人の要介護防止のための予防医療（予防医学）を行うことが重要な課題ではないかと強く考える。

私は平成8年に実家のクリニックに戻った。開業57年目、筑波山の麓の小さな町医者である。父親の跡を継ぐためだが、その父親は87歳にも関わらず今だ現役である。週に2～3回の釣り時々ゴルフにも行く。時間があれば絵を書いている。車の運転は普通にして、長野や静岡など遠出もする。母親は79歳でゴルフが趣味である。十数年前に99歳で亡くなった祖母の介護が終わると、多い時には週に2～3回ラウンドする我が家のツアープロである。昨年



7.7

2013.7.17

桔梗

ゴルフを継続するため腰の手術を行い2ヶ月後には復帰した。まさに健康寿命を邁進している。

当初は整形外科医だという思いが強かったが、当地域にはそれぞれのクリニックにかかりつけの患者さんが大体決まっていて何でも診なければやっていけない現実を突きつけられた。整形以外は、父親の指導を仰ぎ、講演会や勉強会に参加して学び大変苦勞した思いがある。

往診や在宅は必要不可欠で、今ではほぼ毎日昼休みを利用して訪問診療をしている。数多くの看取りも行ってきた。大学病院時代は、医局が骨腫瘍の患者さんが多く若い命の最後を目の当たりにし、また自分の専門が外傷であり救命救急の整形スタッフとして勤務したことから、様々な人達の最後を見てきた。

実家に戻ってからも、これまでは在宅の患者さんの救命や延命にばかり気を取られていた。しかし最近思うことは、治療は必要だが本当にそれがその人のためか、家族のためかと疑問を投げかける自分がいる。

一分一秒でも生きたい、生きていて欲しいと願う人もいる反面、何もして欲しくないという人もいる。考えや思いは人それぞれ

である。だから今では、少しでも患者さんの願う家族の納得できる最後の手伝いができればとそう考えるようになった。

私は自分が看取った患者さんには、必ず清拭や綿詰をし着替えのお手伝いをするようにしている。そこまでが人の死と係わる医師としての最後の仕事と私は考えているからだ。

最近、長尾和宏先生の著書「平穏死」10の条件という本を拝読し大変感銘を受けた。

在宅の患者さんが「早くお迎えに来て欲しい」「延命治療は絶対にイヤ」あるいは住み慣れた家で死にたいと願っても、いざその時が来ると入院となり自宅に帰ることは許されず結局、施設や病院で最後を迎えられる人が多くいる。本人が望んでいた最後とは全く違う状態で。

いくら平穏死を強く望んでも、簡単にはかなわない時代に我々は生きているのだという言葉にいろいろと考えさせられた。

野生動物は食べられなくなったら死ぬのが自然の摂理である。しかし人間はそうではない。まして現代社会では。

自問自答しながらこれからも「地域の人達」のため町医者を続けていきたいと考える日々である。



母子島池の桜(筑西市)からの筑波山
父 廣瀬 堯(たか)撮影 (今年4月末)

義肢・装具について

茨城県立医療大学付属病院

リハビリテーション科、整形外科 清水 如代

義肢・装具の処方、リハビリテーションにとって非常に重要である。患者の身体状況、心理状況、社会背景などを総合的に判断し、QOLの向上をめざして処方する、オーダーメイドの治療である。患者中心のチーム医療が必要であり(1)、医師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士等多職種を交えてのディスカッションが有効である。義肢装具の処方を経てリハビリテーションを進めることで、障害受容が進みQOL向上につながる可能性がある(2)。

また、日本における公的給付による義肢装具の支給は、労働者災害補償保険法、障害者総合支援法があり、労災制度が優先される(1, 3-6)。

本稿では、労災制度で義肢(おもに下腿義足、大腿義足)・装具(下肢装具)を処方するためのポイントについて述べる。

1 義肢

1) 切断術におけるポイント

切断術の目的は①病的な組織を切断し創治癒を促進させること②筋肉、神経、血管をできるだけ生理的に残し、義肢装着により残存機能を最大限に引き出すことである(3)。

労災による切断は、糖尿病や閉塞性動脈硬化症による切断と比べて、血流は温存されている可能性が高いと考えられるため、断端の処理には筋肉縫合術、筋肉形成術を行うことで、義肢作製段階でのトラブルの回避を図る。

図1A: 魚口状切開

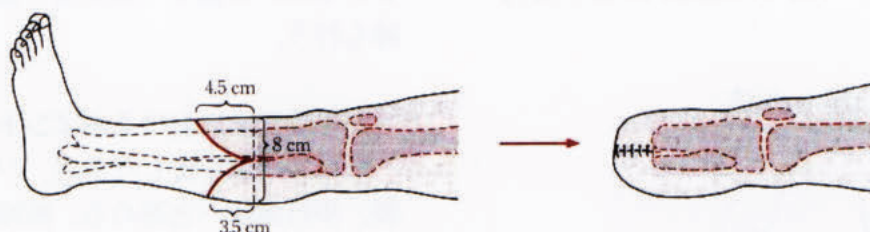
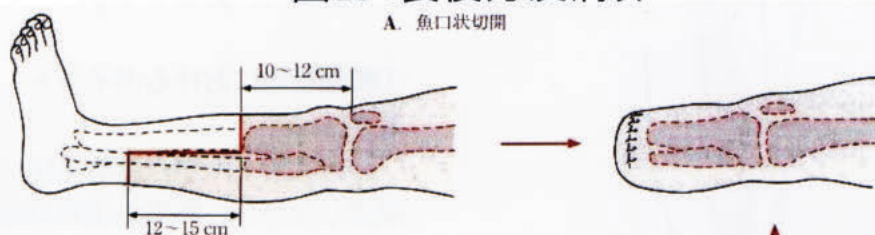


図1B: 長後方皮膚弁

A. 魚口状切開



※参考文献③p.60より改変

■皮膚の処理

外傷の場合には断端長をできるだけ長く残すよう皮膚癒痕の位置にこだわらなくてよいとされ魚口状切開がとられるが（図1 A）、血流障害による切断の場合には、一般に下腿後方の筋肉、皮膚の血流が前方より良好なため、長い後方皮膚弁を用いた切断術（図1 B）が好んで用いられる。

■神経の処理

神経腫の形成予防のために、神経を軽く引っ張り骨端部より約3～4cm上を尖刃で鋭的に切断する。

■骨の処理

義肢装着時に骨性断端が軟部組織で完全に覆われていないと、断端部の皮膚トラブルが起こる。下腿切断では、脛骨遠位前方を45度～60度程度斜めに切離すること、腓骨の後外側を短く切断することが重要である。（図2）

■筋肉の処理

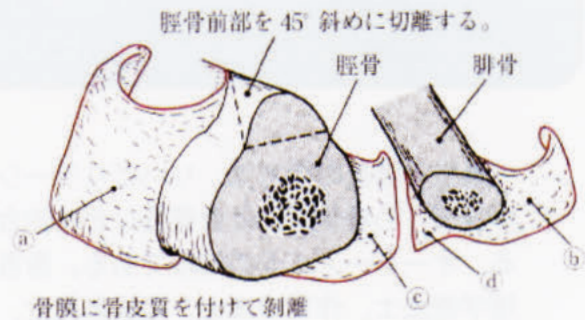
大腿切断では内転筋の切除により断端の外転拘縮が問題となる。大内転筋を大腿骨断端外側へ縫合し、再建（Gottschalk法（図3））することで外転拘縮を予防する（筋肉形成術）。血流障害例では筋肉形成術は禁忌と言われるが、労災制度で対象となることの多い外傷では適応例が多いと考えられる。

図3: Gottschalk法
（大内転筋再建術）



※参考文献③p.63より

図2: 下腿前方のトリミング



骨膜に骨皮質を付けて剝離

※参考文献③p.61より

2) 術後肢位におけるポイント

大腿切断では前項で述べたように、外転拘縮のリスクがある。特に短断端では屈曲外転拘縮のリスクがあるため、術後に断端を枕で拳上しない、両下肢の間に枕を挟まない、という指導が必要である。早期離床は大切であるが、車椅子長時間乗車による股関節、膝関節屈曲拘縮のリスクを患者へよく説明する必要がある。理学・作業療法時のみならず自主訓練としても腹臥位を積極的にとることで、股関節伸展可動域を得られるようにしておく。

下腿切断では、膝屈曲拘縮のリスクがあるため、膝下に枕挿入しないよう指導するとともに、砂嚢等で膝伸展可動域を得る訓練も行う。

3) 義肢処方におけるポイント

断端の成熟を促しながら、ソケットを作製、歩行訓練へと進める。断端での荷重により成熟はさらに進むため、その都度ソケットの修正が必要となる。

①断端管理におけるポイント

■断端成熟

全身状態、断端の感染兆候がないことを確認しながら、断端の成熟を図る。抜糸前は、弾性包帯によるソフトドレッシングを行い、創治癒後はシリコンライナー（図4）

を使用するとさらに成熟は進む。

図4: シリコンライナー



ライナー下端に懸垂のための
キャッチピンを装着

図5: プラスチックキャストでソケット作製



協力: 幸和義肢研究所、大宮義肢研究所



TSBソケットの作製

■皮膚潰瘍

断端周囲は、術後の浮腫や血流障害に伴い、水泡や痂皮が形成され上皮化まで時間がかかることがある。痂皮、落屑の繰り返して治癒が進まない例には、ポリウレタンフォームやフィルムによる閉鎖療法が奏功する。

②ソケット作製におけるポイント

■下腿義足

外傷による切断の場合には、受傷前の活動性が高いことが推測され、TSB (Total Surface Bearing全面接触) 式ソケットの処方機会が多い。以前主流であったPTB (膝蓋靱帯荷重) 式と異なり、体重を断端表面全体で分散させる形状である。シリコンやポリウレタンゲル製のライナーを使用し、断端皮膚と密着させ、ライナーの遠位にキャッチピンをつけることで懸垂を行うため、非常にシンプルである (図4、図5)。

前述のとおり、歩行訓練が進むと断端は成熟するため適宜修正が必要となってくる。そのため、処方早期には骨折時などのギプス固定に用いられるプラスチックキャストでソケットを作製することがある (図5)。

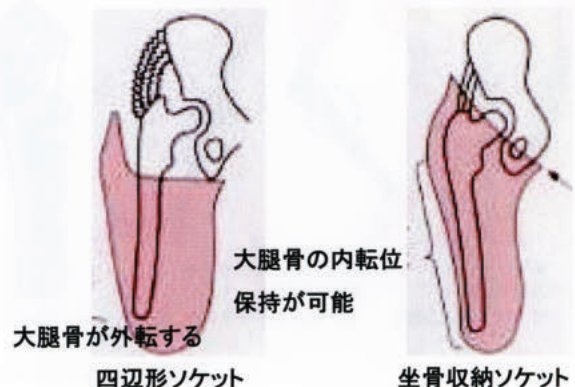
本方法では、採型日に義足歩行を開始することができるため、早期の歩行訓練が可能となる。

■大腿義足

大腿義足では、ソケットの形状が二種類ある。一つは、四辺形ソケットであり、断端が落ち込まないように坐骨結節で支持をし、前後径が狭く、横径が広いソケット形状である。大腿骨が外転するという欠点がある。

現在主流となっているのが、坐骨収納式 (IRC) ソケット (図6) である。坐骨結節をソケット内に収納し、大腿骨を内転位に保つことにより、義足歩行時の側方安定性が得られる。四辺形ソケットに比べると作製が困難である。

図6: 大腿ソケット



※参考文献⑧p.139より

③部品選択のポイント

足部、膝継手といった構成部品については、厚生労働省が認可した完成用部品から選択する。

■膝継手

大腿義足においては、膝継手の選択が重要である。膝継手に必要なのは荷重時に膝折れしないこと（立脚相制御機構）と下腿が振出しやすいこと（遊脚相制御機構）である。

分類をすると、以下のようになる。

①立脚相制御機構：

固定、荷重ブレーキ、イールディング、バウンスング

②遊脚相制御機構：

流体〈空圧、油圧〉、コンピュータ制御
荷重時に膝折れしないことは必須であるが、生理的歩行では荷重時に膝は軽度屈曲位となる。生理的歩行に近づけるために開発されたのが、バウンスング式・イールディング式膝継手で、立脚期に膝屈曲を許しながら膝折れを防止する動的安定機構である。バウンスング式は、立脚期に一定の角度まで膝屈曲を許すもの、イールディングタイプは、ゆっくりと膝屈曲を許すものである。イールディング式膝を使いこなすのは困難であり、下り坂や階段降段がスムーズに行える症例では適応となる。

下腿の振り出しやすさ（遊脚期制御）は歩行速度に関わるものであり、コンピュータ制御により、歩行速度を検知して足部の

振出速度を自動的にコントロールすることが可能である。自由な速度で歩く事が可能となる（図7）。

必ずしも高価なものがよいとは限らないが、外傷による切断の場合には、反対側が健常肢ではない可能性がある。活動性の高い症例では、イールディング式、コンピュータ制御式等の高機能膝継手も選択肢となる。

2013年4月には、部品として選択が可能である完成用部品の種類が増え、コンピュータ制御式も採用された。選択肢が増えたことで、処方医が患者の身体状況、背景から部品の適応を考えて処方をする必要性がさらに高まったと考えられる。

■足部

足部で一般的に処方されるのはSACH（Solid Ankle Cushion Heel）足であり、ゴム製の足部とクッションを持った踵からなる足部である。活動性の高い症例では、エネルギー蓄積型足部を選択することが多い。足部に内蔵されたカーボンなどの弾性体が荷重により変形し、元に戻ろうとする反力を利用して前方への推進力を発揮するものである。

4）義手処方に関する最近の動向

上肢切断の原因は、陳ら（3, 10）が兵庫県で行った調査によると、業務上の事故が72.9%と圧倒的に多い。

川村ら（7）は日本で製作される義手の80-90%は装飾義手（図8）であり、能動・

図7: 大腿義足



※ナプテスコ社 ホームページより

図8: 装飾義手



反対側に合わせた皮膚の色を選択することが可能なものもある。手背部の血管も再現されている。

佐藤技研・大宮義肢研究所製作

作業義手の製作割合は十数%、筋電義手に至っては2%と報告している。労災保険法では、2008年度から両側上肢切断者への限定ではあるが、筋電義手が支給種目となった。

2013年3月までの5年間の片側上肢切断者への筋電義手の研究用支給制度を経て、2013年4月からは、片側上肢切断者に対しても、装着訓練、適合判定後に、筋電義手が支給されることとなった(7)。

今後、筋電義手の使用希望者が増加することが見込まれるため、処方医は筋電義手を選択肢として考える必要がある。2014年3月現在、筆者も処方歴はなく、今後の課題である。

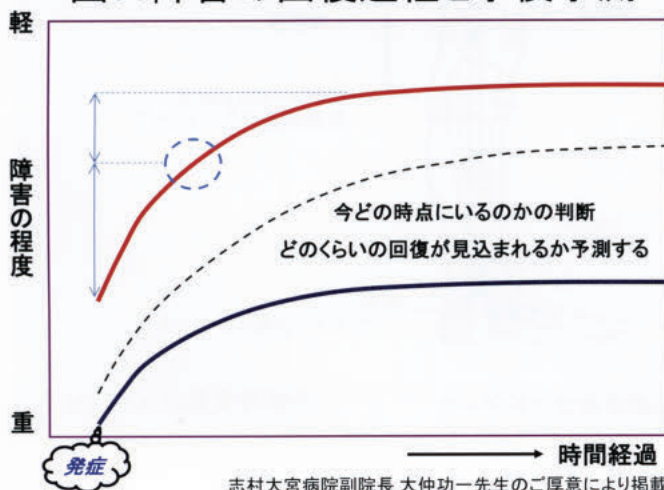
2 装具

補装具には、義肢装具に加えて車いす、座位保持装置など労災法では23種類があるが、本稿では下肢装具について述べる。

1) 装具処方のポイントー予後予測ー

装具の処方をする際に重要なのは、身体状況、生活背景に加えて、予後予測である。患者がリハビリテーションの経過中のどの段階にいて、どのような経過を取るのか、どのくらいの回復が見込まれるのかということ予測した上で処方をする(図9)。また、作製する装具をどのような時に、どのような場所で使用するかを考えることも

図9: 障害の回復過程と予後予測



重要である。症例毎の検討が必要であるため、模擬症例を提示する。

【症例1 30歳台男性】

オートバイ乗車しアルバイト先に向かう途中、交差点で乗用車と衝突。脊髓損傷をきたし第3腰髄残存の完全麻痺を呈した。膝伸展可能だが、足関節遠位は完全麻痺、膝関節屈曲、股関節伸展は不可であった。

本症例は、ロフトランド杖及び短下肢装具(図10)を装着することにより、屋内歩行が可能になると予測して、短下肢装具を処方した。足関節以遠の麻痺では、尖足をきたす可能性があるため、良肢位を保持することも装具作製の目的とした。装具の装着は、終日の予定である。

処方のポイントとして、初回に作製する装具では、足関節角度を調整できるように、

図10A: 短下肢装具採型



良肢位を保持して採型することが重要である。

図10B: 短下肢装具



ダブルクレンザック足継手

ダブルクレンザック足継手を用いることで足関節角度を調整できるようにしている。

大宮義肢研究所製作

ダブルクレンザック足継手（2本のロッドにより足部の底背屈方向の制限をする）を選択すると有用である。

【症例2 20歳台男性】

通勤災害、頭部外傷による右片麻痺をきたし、膝伸展困難である。発症より2年が経過し、膝の屈曲拘縮をきたしている。本症例に対し、膝関節の安定のために、長下肢装具を作製した（図11）。屈曲拘縮の改善をねらって角度調整のできるダイヤルロック継手を選択、尖足に対してダブルクレンザック継手、歩行時に踵接地するために靴底部に補高をした。装具の装着は終日ではなく、歩行訓練のために使用予定である。

2) 下肢装具の適合判定

図12に下肢装具のチェックポイントの

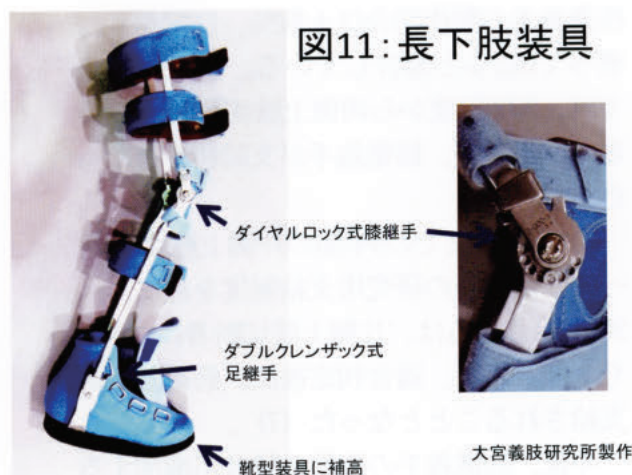
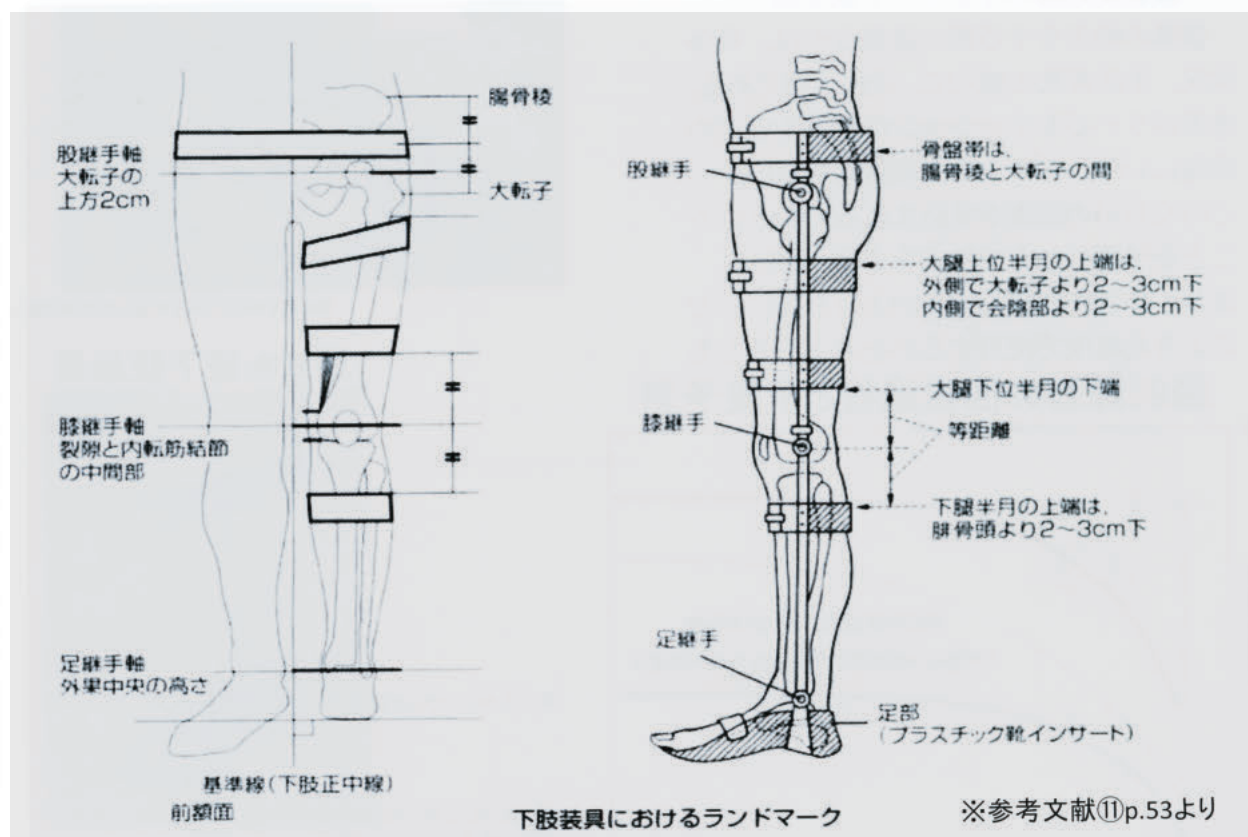


図11: 長下肢装具

せておく。褥瘡などの皮膚障害や関節痛が起こらないために基本的に押さえておかななくてはならないポイントである。これに加えて、装具を作製したことによって、患者のQOLが向上したかを確認することも重要である。

図12: 下肢装具のチェックポイント



おわりに

下腿義足、大腿義足及び、下肢装具を中心とした処方ポイントを簡単に述べた。義肢装具について全般的な内容を網羅することは困難であったが、処方する際に、筆者自身が大切にしていることを中心に述べた。

今回載せた装具は、当院で処方したものであり、ユーザーである患者の希望したデザインに仕上がっている。義肢装具は、ADLのみならずQOLの向上に必要であり、その処方はリハビリテーションチーム一丸で行うチームプレーであることを追記して本稿の結びとする。

参考文献

- 1) 義肢装具療法の外来診療におけるポイント 浅見豊子 The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine Vol. 51 (2014) No. 3 p. 635-648
- 2) 上肢切断者に対するリハビリテーションの実態と問題点 中島咲哉 リハ医学34 (1997) p. 60-69
- 3) 義肢装具のチェックポイント第8版 日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会監修 医学書院 (2014. 3)
- 4) 切断と義肢-最新の臨床 総合リハビリテーション41 (2013). 6 Page. 517-545
- 5) リハビリテーション科専門医はもっと義肢医療に関わろうー義肢医療の実際の現場から 檜本 修、木下 篤、河津隆三、豊永敏宏ーThe Japanese Journal of Rehabilitation Medicine Vol. 50 (2013) No. 8 p. 635-648
- 6) 義肢学 第2版 日本義肢装具学会監修 澤村誠志編 医歯薬出版 2010. 3
- 7) 義肢等補装具費支給制度のご案内 厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/dl/040325-10.pdf>
- 8) 義肢装具学 第4版 川村次郎 陳隆明ら 医学書院 (2009. 3)
- 9) 上肢切断者の現状と動向 - 近畿地区におけるアンケート調査からー川村次郎ほか リハ医学36 (1999) p. 384-353
- 10) 上肢切断に対するリハビリテーションアプローチとリハビリテーション目標 陳隆明ら 日本義肢装具学会誌Vol. 29 (2013) No. 4 p. 203-205
- 11) 装具学 第4版 日本義肢装具学会監修 飛松好子ら 医歯薬出版 (2013. 1)



フロッカス
2013. 3. / 7

義肢装具処方を含む『リハビリテーション』についてご指導いただいた、志村大宮病院副院長大仲功一先生、茨城県立医療大学付属病院院長和田野安良先生、補装具外来でともに診療にあたる当院の理学、作業療法士、大宮義肢研究所・幸和義肢研究所・双葉義肢の義肢装具士の皆様に、この場をお借りして深謝いたします。

清水 如代

平成26年度診療報酬改定の概要

中村整形外科医院 中村 尚

平成26年3月5日に平成26年度診療報酬改定の内容が公示された。今回の改定は、消費税増税への対応、2025年問題に対しての在宅医療の充実及び医療と介護のシームレスな連携を目的とした。今後もこの方針は続いていくものと思われる。この内、労災診療に関係する項目について抜粋した。

1 初・再診料

【初診料】

- ・初診料 282点(改正+12点)
- ・初診料(同一日2科目) 141点(改正+6点)

【再診料】

- ・再診料 72点(改正+3点)
- ・再診料(同一日2科目) 36点(改正+2点)
- ・外来診療料 73点(改正+3点)

2 入院料等

【有床診療所入院基本料(1日につき)】

1. 有床診療所入院基本料1

- イ 14日以内の期間 861点(新設)
- ロ 15日以上30日以内の期間 669点(新設)
- ハ 31日以上期間 567点(新設)

2. 有床診療所入院基本料2

- イ 14日以内の期間 770点(新設)
- ロ 15日以上30日以内の期間 578点(新設)
- ハ 31日以上期間 521点(新設)

3. 有床診療所入院基本料3

- イ 14日以内の期間 568点(新設)
- ロ 15日以上30日以内の期間 530点(新設)
- ハ 31日以上期間 500点(新設)

*有床診療所入院基本料1, 2, 3、は地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所で算定する。

4. 有床診療所入院基本料4

- イ 14日以内の期間 775点(改正+4点)
- ロ 15日以上30日以内の期間 602点(改正+1点)
- ハ 31日以上期間 510点(改正-1点)

5. 有床診療所入院基本料5

- イ 14日以内の期間 693点(改正+2点)

ロ 15日以上30日以内の期間 520点(改正-1点)

ハ 31日以上 469点(改正-2点)

6. 有床診療所入院基本料6

イ 14日以内の期間 511点(変更なし)

ロ 15日以上30日以内の期間 477点(改正+96点)

ハ 31日以上 450点 (改正+99点)

*従来の1.2.3.が4.5.6.に名称変更

【施設基準】

有床診療所入院基本料1. 2. 3

① 看護配置に係る施設基準に適合していること。

② 以下の2以上に該当すること。

・在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。

・過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。

・夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。

・時間外対応加算1を届け出ていること。

・過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。

・過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。

・過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数があわせて30件以上であること(分娩を除く)。

・医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。

・過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護を実施した実績があること、又は居宅介護支援事業所であること。

・過去1年間の分娩件数が30件以上であること。

・過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。

*有床診療所入院基本料4. 5. 6. は従来通り

【救急医療管理加算 改定】

・救急医療管理加算1(800点) 従来の規定ア〜ケに該当するもの。

・救急医療管理加算2(400点) ア〜ケの項目に準ずるもの。年に一度概要について報告する。

3 医学管理等

・外来リハビリテーション診療料1 72点(改正+3点)

・外来リハビリテーション診療料2 109点(改正+5点)

4 画像診断

【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 1,000点(改正+50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(変更なし)

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 770点(改正-10点)

ニ イ、ロ又はハ以外の場合 580点(改正-20点)

【磁気共鳴コンピューター断層撮影(MR I 撮影) (一連につき)】

1. 3テスラ以上の機器による場合 1,600点(改正+200点)
2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点(変更なし)
3. 1又は2以外の場合 920点(改正-30点)

5 リハビリテーション

- ・心大血管疾患リハビリテーション料(I) (1単位) 205点(改正+5点)
- ・心大血管疾患リハビリテーション料(II) (1単位) 105点(改正+5点)
- ・運動器リハビリテーション料(I) (1単位) 180点(改正+5点)
- *運動器リハビリテーション料(I)の算定要件として入院中の患者が削除されました。
- ・運動器リハビリテーション料(II) (1単位) 170点(改正+5点)
- ・運動器リハビリテーション料(III) (1単位) 85点(改正+5点)
- ・呼吸器リハビリテーション料(I) (1単位) 175点(改正+5点)
- ・呼吸器リハビリテーション料(II) (1単位) 85点(改正+5点)
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位)
 - イ. ロ以外の場合 245点
 - ロ. 廃用症候群の場合 180点(改正-55点)
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位)
 - イ. ロ以外の場合 200点
 - ロ. 廃用症候群の場合 146点(改正-44点)
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位)
 - イ. ロ以外の場合 100点
 - ロ. 廃用症候群の場合 77点(改正-23点)

【外来における早期リハビリテーションの評価】

脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算(45点)、早期加算(30点)を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能とする。但し、地域連携診療計画管理料または地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者に限る。それぞれ発症、手術又は急性増悪から初期加算14日、早期加算30日に限る。

6 処置

【処置の時間外加算】

処置の所定点数が1,000点以上の場合(新設)

- (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (2) 時間外加算1 所定点数の100分の80に相当する点数
- (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

*1,000点未満は変更なし

7 手術

【手術の時間外加算】

*従来の2倍の加算となった。

-(1) 休日加算 1 所定点数の100分の160に相当する点数
-(2) 時間外加算 1 所定点数の100分の80に相当する点数
-(3) 深夜加算 1 所定点数の100分の160に相当する点数

.....【創傷処理・小児創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）】
(解釈の明確化のため通知に追加)

.....なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、
臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

.....【手術料】

.....点数の改正

.....・超音波骨折治療法 (5,000点→4,620点)

.....・骨移植術

.....1 自家骨移植 (14030点 変更なし)

.....2 同種骨移植 (生体) (16730点→20770点)

.....3 同種骨移植術 (非生体) (14770点→18300点)

.....4 自家培養軟骨移植術 (14030点 新設)

.....・関節脱臼非観血的整復術 (肩、股、膝) (1580点→1500点)

.....・関節鏡下半月板切除術 (16,390点→15,090点)

.....8 麻酔

.....・長時間麻酔管理加算 (7500点 新設) : 対象手術の制限あり。

.....指定する手術のマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超
える場合。

.....以上

平成25年度定期総会

平成25年度の定期総会が4月3日
 午後7時から水戸京成ホテルで、出席
 者24名、委任状367名、合計39
 1名で開催されました。

平成24年度の事業報告および会計の
 決算・監査報告、平成26年度の事業
 計画および予算案について審議され、
 疑義事案はすべて満場一致で原案通り
 承認されました。

総会後の懇親会ではご出席くださっ
 た基幹病院の院長先生方を囲み、県内
 における医療に関する様々な問題や情
 報などについて、意見を交わしながら、
 交流を深めることができました。

県中支部長交代

当協会では県内を4支部に分け、支部ごと
 に地域性に合わせた活動を展開してきました。

田崎喜昭先生が長い間県中支部の支部長を
 努めてこられました、「そろそろ交代を」
 とのお申し出があり、今年度からは中村尚先
 生にバトンタッチすることになりました。

近年は大きな問題もなく、支部活動も選挙
 支援等にとどまっております。

今後地域に特質した問題等が発生した折に
 は、それぞれの支部長を中心に活動していけ
 ればと思います。

<支部長の紹介>

県北 山本 修先生	県中 中村 尚先生
県南 大柰廣伸先生	県西 大木 勲先生

労災診療費指導委員会(労災診療費審査会)

疑義事案検討会

審査員間での審査の公平性を図るため、年に1～2回疑義事案について意見を交換する検討会を開催しています

【検討課題1】

指(趾)に対する創傷処理(筋肉・臓器に達するもの)について

いくつかの考え方

- 1 一般的には皮膚の下には脂肪・筋肉等の皮下組織があるが、手指については指を曲げる筋肉や腱は手掌や前腕にあり指にないため、(筋肉・臓器に達するもの)ことは無いと思われる。(2011年版診療報酬 Q&A:医学通信社発行)
- 2 手指には一般的に筋肉はないと言われているが、傷が腱に達している場合であってその部位に対する縫合等の処置を行っている場合は、(筋肉・臓器に達するもの)とみなして差し支えない。(厚生労働省主催の研修会にて)
- 3 骨も臓器と同様、傷が骨に達している場合も(筋肉・臓器に達するもの)として取り扱う。

検討結果

指にも腱、腱膜、骨とあり、そのいずれかを処置していれば(筋肉・臓器に達するもの)の処置として扱えると思われる。

単なる切創での皮膚縫合のみでは(筋肉・臓器に達しないもの)として扱うが、挫滅創、挫創等で、腱・腱膜・骨膜・骨に対し何らかの処置(縫合)等行っていれば、原則創傷処理(筋肉・臓器に達するもの)としての請求を認める。

【検討課題2】

「糖尿病」や「心臓疾患」等の私病(基礎疾患)を有する者が業務上負傷した場合、その私病に対する治療や検査の範囲について

労災保険の考え方は、業務上疾病の治療上必要と認められる私病の治療については私病に対する治療が業務上疾病の治療上明らかに必要と認められた場合は私病に対する治療も給付の対象となるものとなっています。

また、骨折にて治療継続中に、骨癒合を促進するために骨粗鬆症治療剤を投与した場合の薬剤の算定の考え方は、原則、健保同様算定できないこととなっています。

ただし、骨折が骨粗鬆症と業務上の事由が相俟って発生した場合であって、骨折治療を目的とし、骨癒合を促進させるために骨粗鬆症治療剤を使用することが必要であると医学的に認められる場合は算定できるとなっています。

検討結果

労災傷病治療のために私病の治療を合わせて行う必要がある場合には、労災保険で認める。

骨折手術のために麻酔を実施する場合患者が糖尿病であれば血糖コントロールが必要で、検査と治療も合わせて認める。血糖コントロールを労災で認めるかは個別に判断する。

骨粗鬆症についても、骨折治療のために合わせて治療が必要であれば認める。年齢については個別に判断する。

なお、労災治療が終了すれば従来の私病(糖尿病や心臓疾患、骨粗鬆症など)は国保なり健保なりで治療すべきである。

【検討課題3】

皮膚欠損用創傷被覆材の算定について

皮膚欠損用創傷被覆材の算定について、適応疾患名は「裂傷」「挫傷」の病名に更

に「皮膚欠損創」が付いている場合算定可としています。単に「切創」の傷病名だけでは査定としています。ただし、手術縫合創に対して使用した場合には査定できないこととなっていますので、レセプト上で手術の算定と皮膚欠損用創傷被覆材の算定があった場合は、手術縫合創に対して使用したと判断できるものは（対象傷病名は一つでそれに対して被覆材を使用している）査定をしています。

しかし、創傷処理でも必ずしも創部を縫合するのではなく、創部を切除し、その後に被覆材で覆い上皮化を待つ場合、また創部を部分的に縫合しても一部縫合しきれずに被覆材を使用する場合もあると思われ、これらの場合にもレセプトだけでは読み取れません。

平成25年度に行われた指定医協会主催の医療機関対象の研修会では、術後の被覆材を使用する場合は算定の理由を傷病欄等に記入するよう伝えましたが、上記のケースはごく稀な使用方法でしょうか。一般的に術後であっても被覆材の算定を認められる場合について検討をお願いします。

検討結果

医師は欠損創という病名を使用しないことが多いため、挫創や擦過創（真皮に達するもの）であれば皮膚欠損創の病名がなくとも認める。単なる切創は認められない。

従来通り手術創（縫合創）に被覆材を貼ることは認められないが、縫合とは別の部位に被覆材を貼るのは手術とは別の病名があるか、あるいはレセプトでのコメント付きで手術後の欠損創等があれば認める。

【検討課題4】

リハビリの算定について

脳血管リハ、運動器リハ、呼吸器リハ、また脳血管リハに廃用症候群がありますが、それぞれのリハの適用について検討をお願いします。

リハを専門としているような病院があり、

請求は骨折の病名に対して、関節の拘縮が出現し、脳血管リハ（廃用）にて請求する場合もあります。

このようなケースでは、そもそも拘縮しないようにリハを行うのだから、廃用性の拘縮が起こることはない。運動器リハで算定することと聞いております。

これに末梢神経障害性疼痛の病名が追加となった場合など、それぞれの疾患名に適應するリハビリの請求名について、また早期リハの適用が無理な疾患名等がありますか。

検討結果

関節の拘縮に対するリハビリは、運動器リハで請求すべきである。末梢神経障害性疼痛の病名に対しても、運動器リハで請求すべきであり、脳血管リハで請求すべきではない。

現疾患に脳血管障害があるとか、中枢神経の障害があれば別ではあるが、骨折後の拘縮や末梢神経障害に脳血管リハや廃用性リハで請求すべきではない。

早期リハについては、現在は早期よりリハビリを行う傾向にあり、頸椎捻挫等で数日経っていたり、頸髄損傷や骨折でも固定がしっかりしていれば、早期リハの算定は可能である。

各委員からの確認事項

● 骨折手術後のピンを抜くとき、骨内異物除去術でよいのか。

- 皮膚や筋肉を切開してピンを抜くのであれば骨内異物除去術。表に出ているピンを抜くときは創傷処理で、切開のコメント、麻酔の有無、挿入物を勘案して審査する。

● 半月板損傷にヒアルロン酸の関節内注射は認められるか。

- 変形性膝関節症（外傷によるもの）の病名がないと査定する。

◆新規指定医療機関

医療機関名	代表者名	所在地	診療科目
清宮眼科	清宮民彦	つくば市	眼科
鶴見脳神経外科	鶴見有史	古河市	内科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科、放射線科、救急科
おおもり幸町クリニック	大森 斉	筑西市	内科、胃腸内科、外科、整形外科、リハビリテーション科
医)幕内会 山王台病院附属第1クリニック	幕内幹男	石岡市	内科、神経内科、老年内科、リハビリテーション科、疼痛緩和内科、外科、放射線科
医)幕内会 山王台病院附属第2クリニック	幕内幹男	石岡市	内科、外科、消化器内科、腫瘍内科、糖尿病内科、腎臓内科、人工透析内科、消化器外科、乳腺外科
芳州園歯科医院	岩田英樹	那珂市	歯科、矯正歯科、歯科口腔科、小児歯科
長倉内科・外科クリニック	長倉成憲	筑西市	内科、消化器科、外科、肛門科
医)社団博陽会 サトウ眼科	大竹博司	つくば市	眼科

◆指定取消医療機関

医療機関名	所在地	理由
三浦胃腸科外科医院	東茨城郡	休院
医)左山会 太田内科眼科医院	古河市	辞退
秀村医院	筑西市	辞退
かぼちゃクリニック	那珂市	辞退
医)花澤耳鼻咽喉科	水戸市	辞退

編集
後記

第19号も充実した素晴らしい内容をお届けする事が出来ました。

巻頭言は、廣瀬廣先生が担当です。「最近思うこと」と題して、急激に移り行く超高齢社会に対処する地域医療の方向性が示唆されており大変興味深い内容でした。顔の広い編集委員により、県内で活躍されている先生方に労災に係わる事柄の執筆をお願い致しております。今回は「義肢・装具について」茨城県立医療大学附属病院リハビリテーション科・整形外科清水如代先生に稿を戴きました。装具が重要な事は誰もが認める所ですが、装具屋に任せきり或いは進化装具を知らない事が多いのが現状です。オリンピック後にパラリンピックが開催されますが、装具の出来不出来で勝敗が左右される現状を目の当たりにします。



クリスマス・ローズ
2013.3.17

多くの写真・解説図提示がなされた説明を有り難うございました。

今年度は、医療点数改正が為されました。会員が感心の深い点数変化箇所について、中村尚先生より報告を戴きました。アメーバーの様に変異し増殖を繰り返しながら医療の方向をコントロールしている厚生省の意図が窺えます。

次回は、いよいよ節目の20号となります。石島弘之会長自らの毛筆により表された協会機関誌「活」のエンブレムが鋭くそして優しく見下ろしています。

題 字 石島弘之 先生
イラスト 高木俊男 先生

私たちは
笑顔を支える
仕事をしています



常勤・非常勤医師募集

ご友人やお知り合いの方で、お手伝いいただける先生がいらっしゃいましたら、是非ご紹介ください

事業内容：各種健康診断

業務内容：巡回健診／立会い

勤務場所：各事業所（県内全域）・茨城県メディカルセンター

勤務日：月～金

給与：当センター規定による

勤務時間：8：00～16：30（時間については応相談）

※週1回、半日でも結構です。

お問合せ先



～すこやかな心と体は家族の願い～

一般財団法人 茨城県メディカルセンター

〒310-8581 茨城県水戸市笠原町 489

TEL 029-243-1112

担当：総務部総務課 浅野



廣瀬 廣先生撮影（2013.4 常陸海浜公園）