

活

— 第23号 —

茨城県労災保険指定医協会
「活」編集委員会
発行責任者 小 松 満

〒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

災難は忘れたところにやってくる ～備えあれば憂いなし～

理事 阿久津 貴

「天災は忘れたところにやってくる」は地球物理学者であった寺田寅彦氏の名言である。氏は「人間は何度同じ災害に会っても決して利口にならぬものであることは歴史が証明している」とも述べている。あの大震災から5年が過ぎた。氏の言う通り私のまわりは平穏な日常が戻り、当時また来るかもしれないと備蓄した食料や水、防災用品の管理はすっかりおざなりになってしまっている。

先日所用で福島の浜通りを訪れる機会があった。自宅から僅か一時間半の海沿いの道は、まだ至る所に震災の爪痕が生々しく残っていてあらためて災害の大きさと復興にかかる膨大な時間に身が引き締まる思いであった。

天災など避けようがない災害は多々あるが、気をつければ避けられる災難はいかに予防するか常に考えたいものである。とかくヒューマンエラーが起りやすい医療現場では多くの予防マニュアルが必要となり、そのすべてが事故の回避に役立っている。私は特に受付の患者対応マニュアルが日常診療で起こるトラブルの防止にとっても重要であると思っている。ちょっとした態度・些細な言葉の行き違いが煩わしいトラブルに発展するケースもあり他の安全対策マニュアル同様、職員間で周知徹底を図ってい

る。

話は変わるが、先日、整形外科医会のゴルフコンペで同組のK先生が見事ホールインワンを達成した。ゴルフを始めて40年目の快挙だそうだ。誠におめでたいことではあるが本人にとってはちょっとした災難でもある。豪華な記念品を自腹で用意しなければならぬからだ。心配性の私が聞いてみたら、しっかりホールインワン保険に入っているから大丈夫とのことだった。K先生はきっと日頃の防災にも抜かりはないだろうと思った。



2016.5

平成28年度診療報酬改定について

中村整形外科医院 中村 尚

平成28年度診療報酬改定は、地域医療構想（地域包括ケアシステム）実現に向けての第2弾となる。モノからヒトへと考えから外保連試案を参考に、僅かであるが注射、処置、手術等は増点された。また、かかりつけ医の機能強化、7対1病棟の厳格化及び医療と介護の連携強化（誘導）がなされた。特に疾患別リハビリテーション料が大きく変更された。このうち当協会の会員に関係すると思われる主な項目について説明する。（下線部は変更、追加したところ）

●疾患別リハビリテーション料について

1) 運動器リハビリテーション料の評価の見直し

1. 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 185点

2) 初期加算、早期リハビリテーション加算の算定要件の見直し

【算定対象】疾患別リハビリテーション料の算定患者のうち入院中等のもの（急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪などの患者に限る。）

3) 脳血管疾患リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の標準的算定日数などに係る起算日の見直し

急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者はそれぞれの発症、手術または急性増悪から算定日数以内に限り、その他のものについては最初に診断された時点から算定日数以内に限り所定点数を算定する。

*急性増悪とは、当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM又はBIが10以上低下するような状態等に該当する場合。

*慢性疾患のその他のものについては、起算日が最初に診断された日となり、疾患別リハビリテーション開始日が標準的算定日数を超えている場合は、初めから維持期リハビリテーション扱いとなる。

4) 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

回復期リハビリテーションを有する保険医療機関について、当該病棟におけるリハビリテーションの実績が一定の水準に達していない保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して1日6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。

*リハビリテーションの実績水準に注意が必要である。

5) 廃用症候群リハビリテーション料の新設

1. 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 180点

2. 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 146点

3. 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 77点

【施設基準】廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）につき、それぞれの脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）と同様。

6) 要介護被保険者等の維持期リハビリテーションの見直し

脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料及び運動器リハビ

リテーション料について

1. 維持期リハビリテーションを受ける患者が要介護被保険者等である場合

本則の100分の60を算定

2. 要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合

所定点数の100分の80を算定（100分の48となる。）

7) ・目標設定等支援・管理料の新設

1. 初回の場合 250点

2. 2回目以降の場合 100点

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料の100分の90を算定する。

*疾患別リハビリテーションを行う場合は、患者が要介護保険被保険者等か否かの確認が必要である。

●その他

- 1) 7対1病棟入院基本料の厳格化

7対1病棟の重症患者割合が15%以上から25%以上に引き上げられた。

- 2) 救急医療管理加算の対象患者と評価の見直しが行われた。

・救急医療管理加算 1 (900点)

・救急医療管理加算 2 (300点)

対象患者

ア〜クは同様

ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

- 3) 在宅自己注射指導管理料の見直し

- 1 複雑な場合 1230点

- 2 1以外の場合

イ 月27回以下 650点

ロ 月28回以上 750点

「2」については、難病外来指導料と併算定を可能とする。

注2 導入初期加算 580点

- 4) 外用剤（湿布）の処方について

外来患者に対する湿布薬投与は、1処方につき用法にかかわらず計70枚が限度。1処方につき70枚を超えて湿布薬を処方した場合は、処方料、処方箋料、調剤料、調剤技術基本料、超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能。湿布薬の処方時は、処方箋及び診療報酬明細書に、全投薬量のほか、一日分の量又は何日分に相当するか記載すること。

- 5) 硬膜外自家血注入（800点）の新設

脳脊髄液減少症に対する処置で、施設基準、ガイドラインがある。

- 6) 超音波骨折治療法

当療法は、骨折観血的手術、骨切り術又は偽関節手術を実施した後に、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を実施した場合に算定する。

7) 難治性骨折電磁波電気治療法

対象は、四肢（手足を含む）の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術、骨折非観血的整復術、骨折経皮的鋼線刺入固定術又は超音波骨折治療法等他の療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に算定する。

8) 運動器不安定症の診断基準の改定

運動器不安定症とは、高齢化に伴って運動機能低下をきたす運動器疾患により、バランス能力および移動歩行能力の低下が生じ、閉じこもり、転倒リスクが高まった状態。診断基準は指定された11の運動器疾患または状態の患者で、日常生活自立度がランクⅠまたはAに相当（要支援＋要介護1，2）し、ならびに運動機能が機能評価基準1（開眼片脚起立時 間15秒未満）または2（3m Timed up and go test 11秒以上）に該当する者。



脳脊髄液減少症について

平成28年度診療報酬改定で、脳脊髄液減少症に対する硬膜外自己血注入療法（ブラッドパッチ療法）が保険収載されました。脳脊髄液減少症は外傷性のものと非外傷性のものがあり、外傷性のものには交通事故や転倒・転落等が原因のものが多くあります。特に、交通事故が原因と考えられるものの中には、医療訴訟となった事例が報告されています。しかし、脳脊髄液減少症の症状は多彩で、また主症状の頭痛、倦怠・易疲労感及び座位、立位での症状悪化等の症状出現時期にはばらつきがあり、また、確定診断には特殊な検査が必要でその診断確定までに約42か月要したと報告されています。この為、医療訴訟が今後増える可能性もあり、これらを考慮し交通事故や転倒・転落等の外傷患者を扱う場合には下記の点に御注意ください。

1. 初診時の頭痛、倦怠・易疲労感、吐き気の有無を確認し、頭痛、倦怠・易疲労感のある場合は座位、立位で3時間以内に悪化するかどうかカルテに記載する。
2. 初診時に頭痛、倦怠・易疲労感がなくても、時間がたってから出現する場合は多く、再診時にも頭痛、倦怠・易疲労感及び3時間以内での座位・立位で悪化するかどうかを確認する。また、症状があった場合は定期的に症状の推移を確認しカルテに記載する。
3. 症状が続く場合は、脳脊髄液減少症の可能性について説明し、脳神経外科や整形外科の脊椎専門家に早期に紹介する。

（記 中村 尚）

労災事例

職業関連腰痛

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター
茨城県厚生連総合病院水戸協同病院

整形外科講師 辰村正紀

今回は腰痛、とりわけ職業関連腰痛に関して述べさせていただきます。

定義・分類

腰痛の分類は原因別に脊椎由来、神経由来、内臓由来、血管由来、心因性に分けられる。一方で明らかな原因が同定できなくて画像所見と必ずしも一致しない非特異的腰痛が存在する。非特異的腰痛は非常に多く、その頻度は85%にもものぼるとされている¹⁾。

重篤な特異的腰痛と関連の深い因子はred flagsとされている。発症年齢20歳未満または55歳超、時間や活動性に関係のない腰痛、胸部痛、癌・ステロイド治療・HIV感染の既往、栄養不良、体重減少、広範囲に及ぶ神経症状、構築性脊柱変形、発熱がred flagsとして挙げられており、これらを見逃さないように注意することが必要である。またストレスを代表とする心理的・社会的要因はyellow flagと呼ばれており、腰痛の原因として近年着目されている。

さらに有症期間別に分類すると急性腰痛（発症からの期間が4週間未満）、亜急性腰痛（発症からの期間が4週間以上3ヵ月未満）、慢性腰痛（発症からの期間が3ヵ月以上）と定義されることが一般的である。

疫学

腰痛は平成25年厚生労働省国民生活基礎調査によると有訴者率の男性の第1位（人口千人対92.2人）、女性は肩こりに次いで第2位（人口千人対118.2人）を占めており非常に一般的な疾患である。同調査によると腰痛症による通院者は男性の第4位（人口千人対42.2人）、女性の第2位（人口千人対58.4人）と多くの患者が存在していることがわかる²⁾。

職業関連腰痛は国内外問わず医療経済にも大きく影響しており、2011年に本邦でかかったコストは外来で55.66億円、入院で26.48億円であった³⁾。これらは2002年に比べ増加傾向であり、今後のさらなる増加が危惧されている。

誘因

職業関連腰痛の国内における有訴率は建設業29%、技能職39%、保安業42%、事務職42~49%、看護職46~65%、介護職63%、清掃業69%、運輸業71~74%と報告されている⁴⁾⁵⁾⁶⁾。物理的な発生要因として、腰部前屈・回旋や重量物挙上を伴う作業など肉体的負荷の大きい重労働が腰痛発症の危険因子⁶⁾⁷⁾であるとともに、定期的に姿勢を変えることをできない作業でも腰痛は増加する⁸⁾。また国内の調査では、物や人を持ち上げる動作が腰痛新規発生の危険因子として多く挙げられ、

過去の腰痛歴の存在、職場内でのストレス、単純作業といったものが挙げられてい（9）。

職業関連腰痛は物理的負荷だけではなく心理的要因により発生することが知られており、職場における心理社会的因子が将来の腰痛発症と強く関連していると指摘する報告もある¹⁰⁾。腰痛が3ヵ月以内に起こった患者を対象とした調査では、腰痛の予後不良因子として、年齢、下肢痛以外に、腰痛の既往、うつ状態、仕事上の問題、仕事上の不満などを挙げている¹¹⁾。

また職業性腰痛を調査した系統的レビューで心理社会的因子が腰痛の遷延化とその治療成績に影響を与えるとされており、腰痛の慢性化にも心理面が影響している¹²⁾。さらには国内の労働者を対象とした調査で、腰痛が慢性（遷延）化する因子として、満足度が低く、不安感があり、労働意欲が低下しているなどという心理的要素が大きく影響するとされている¹³⁾。

肉体面及び心理面合わせて腰痛の慢性化の危険因子として国内の調査では喫煙、低学歴、家族の腰痛歴、職業性腰痛、交通事故、労災事故、放散痛、腰部手術、安静治療が挙げられている¹⁴⁾。

診 断

前述のred flagsを有する患者にはすみやかな画像検索が望まれる。特に危険信号をもつ腰痛患者および神経症状を合併する腰痛患者の画像検査としてMRIは推奨される。

一方で重篤な基礎疾患のない腰痛患者に画像検査を行っても臨床成績を改善させないといわれている¹⁵⁾。

治療法

急性腰痛に対しては非ステロイド抗炎症薬やアセトアミノフェン投与といった薬物療法が有用である。

神経症状を伴わない非特異的腰痛に対する治療として安静療法は活動性維持療法よりも痛みの改善が乏しく機能的回復も乏しいという結果であった¹⁶⁾。

職業関連性の非特異的腰痛の休業期間は長くなれば長いほど職業復帰の可能性が低くなる¹²⁾と報告されている点からも活動性を保つように指導する必要があると考える。

可能な限り腰痛は脊椎単独の障害としてとらえるのではなく、生物学的・心理的・社会的疼痛症候群として扱う必要があるとされている¹⁷⁾。

上記のように職業性腰痛には様々な原因が考えられ、それにより治療法が異なることを理解しておく必要がある。

Reference

- 1) Deyo RA, et al. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA. 268(6):760-5. 1992
- 2) 平成25年厚生労働省国民生活基礎調査概況
- 3) Itoh H, et al. Estimates of annual medical costs of work-related low back pain in Japan. Ind Health. 51(5):524-9. 2013.
- 4) 帖佐 悦男ほか. 職業性腰痛の疫学. 日腰痛会誌 7(1): 100-104. 2001
- 5) 吉川 徹ほか. 清掃労働者における腰痛の訴えと腰痛に関連した欠勤状況. 労働科学 84(2):33-42. 2008

- 6) Kaneda K, et al. An epidemiological study on occupational low back pain among people who work in construction. *J Nippon Med Sch* 68:310-317. 2001
- 7) Hoogendoorn WE, et al. High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 59: 323-328. 2002
- 8) Hartvigsen J, et al. Ambiguous relation between physical workload and low back pain: a twin control study. *Occup Environ Med* 60:109-114. 2003
- 9) Matsudaira K et al. Potential risk factors of persistent low back pain developing from mild low back pain in urban Japanese workers. *PLoS One*, 9(4).2014.
- 10) Linton SJ. Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review. *J Occup Rehabil* 11:53-66. 001
- 11) Kent PM, et al. Can we predict poor recovery from recent-onset nonspecific low back pain? A systematic review. *Man Ther* 13(1):12-28. 2008
- 12) Waddell G, et al. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med(Lond)* 51(2):124- 135. 2001
- 13) Matsudaira K, et al. Assessment of psychosocial risk factors for the development of non-specific chronic disabling low back pain in Japanese workers-findings from the Japan Epidemiological Research of Occupation-related Back Pain (JOB) study. *Ind Health*. 53(4):368-77. 2015
- 14) Fujii T, et al. Prevalence of low back pain and factors associated with chronic disabling back pain in Japan. *Eur Spine J*. 22(2):432-8. 2013
- 15) Chou R, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 373:463-472. 2009
- 16) Hagen KB. *Spine* 30(5) :542-546. 2005
- 17) Kikuchi S, et al. New concept for backache: biopsychosocial pain syndrome. *Eur Spine J*. 17 Suppl 4:421-7. 2008



平成27年度第2回理事会・定期総会報告

去る4月21日(木)午後6時から水戸京成ホテルにおいて、平成27年度第2回理事会および定期総会が開催されました。

総会に先立って開催された理事会では定期総会の付議事項について話し合われました。定期総会では提案された7つの議案、平成26年度事業報告、平成26年度一般会計決算報告、平成26年度特別会計決算

報告、平成28年度事業計画、平成28年度一般会計予算、平成28年度特別会計予算、理事の補充について、すべて原案通り承認されました。

新しく理事になられたのは小豆畑丈夫先生(小豆畑病院：那珂市)です。

その他詳細は議案書・議事録をご覧ください。

労災診療費算定実務研修会報告

平成27年10月22日(木)、23日(金)の両日、水戸会場(ホテルレイクビュー水戸)土浦会場(霞浦の湯)で労災診療費算定実務研修会が開催され、水戸では101名、土浦では73名が受講しました。

主催者を代表して、水戸会場では茨城県医師会長で茨城県労災保険指定医協会の会長でもある小松満先生が、土浦会場では当協会副会長の大柰廣伸先生がそれぞれあいさつされました。

研修では「労災診療費算定にあたっての留意点等について」を茨城労働局労働基準部労災補償課の横田労災医療監察官、「基本診療料等の算定について」を鶴田主任審査員、「リハビリ・処置料の算定について」を鎮目主任審

査員、「手術料算定について」を磯前主任審査員がそれぞれ講師を務めました。



水戸会場であいさつする小松会長と受講生



金沢にて移動理事会がありました

理事 浦川 圭二

11月22日～23日に移動理事会のため家内と金沢に行って来ました。常磐線にて東京へ行き新幹線かがやき509号で金沢へと向かいました。新幹線内では塚田先生よりボジョレーヌーヴォーと美味しい白ワインが振る舞われました。塚田先生いつもすみません!!

このまま、平和に移動理事会が始まるは

ずでしたが、2時間ほど新幹線に乗ってもうすぐ金沢駅に到着というところで突然のドクターコール!さすが小松会長が進みで、会長を先頭にぞろぞろと家臣が続きました。

急病人のいる授乳室に行くとき全身の発疹を発症した40才代の女性が横になっていました。聞くと昨日も同様の症状で近医で点

滴治療を受けたらしい。ここで気が付いたのですが、私が意識やバイタルを見ていると、病人の周りに誰もいないんです。我々のメンバーとあと2〜3人のお医者さんが遠まきに車掌と話しているんですよ。あと場違いな、おじいちゃん先生らしき人が黄門様の印籠のように自分の名刺見せてうろうろしているだけで、アレ僕ですか？なんかゾッとした感じ！（ダチョウクラブの上島竜兵状態）まあ意識もしっかりしているしバイタルも安定していると本人を安心させ、駅で救急隊と旦那さんが待っていたので、申し送りして座席に戻りました。その後車掌が来てなんか聞いていたけど、そのままスルーしていたら金沢駅に到着して美味しいお昼御飯になりました。なんかモヤモヤしてたけどビールを飲んだらもうハッピーになり、お腹いっぱいでも重くなった体で兼六園の美しさに見とれながら散策しました。偕楽園もすごいと思いますが、兼六園も素晴らしいです。松の太木に縄で雪吊りがしてあり、雪が積もっていたらさぞかし綺麗だろうなと想像してしまいました。少しして近くの21世紀美術館に行きましたが、20世紀生まれの古い人間なのか余り理解できず、一人ぶらぶら歩いていました。その後バスでホテルに向かいチェックインしました。ちょっとしたパッケージトラブルはありましたが、少しゆっくりして楽しみにしていた夕食のためタクシーで金

茶寮本店に行きました。加賀料理は美味しく、器も素晴らしく、また私たちのアレルギーや苦手な食材にいろいろ気遣いを頂きました。美味しいお酒もあり、理事会の難しい話は忘れてしまいましたが、皆さんとほろ酔い気分で楽しい時間を過ごすことができました。

その後は旧友に会いに行く人、夜の金沢の町に繰り出す人を見送り、私たちはホテルに戻りのんびりとさせていただきました。

翌朝は、ゆっくりと朝食を済ませてから、尾山神社にお参りして、ひがし茶屋街をゆったりと散策し金箔やお菓子のお土産を見てまわりました。最後は、お土産の本命の近江町市場に行き高価なカニに目を奪われつつ、いろいろなお土産を手に入れました。

お昼は仕入れの関係でブリしゃぶは無かったけど、美味しいお寿司をいただきました、またお酒もはいいり少し疲れも伴い新幹線では寝てしまいました。

帰りは金沢駅から新幹線かがやき528号に乗り上野駅へ向かいましたが、乗る前に少し余裕があったので、金沢駅の正面に行き、表玄関の立派さに感激して記念写真を何枚も撮りました。

今回も楽しい時間を過ごすことができました。ありがとうございました。また楽しみにしています。



◆新規指定医療機関

医療機関名	代表者名	所在地	診療科目
医) 社団いばらき会 いばらき診療所みと	照沼 秀也	水戸市	内科
医) 社団仁誠会 脳と心のクリニック	山村 一仁	阿見町	内科、小児科、外科、 脳神経外科
ひたちなか中央クリニック	桑原 大樹	ひたちなか市	形成外科、皮膚科、美容外科
医) 社団英正会 潮来眼科クリニック	高橋 英敏	潮来市	眼科
医) 社団ゆびきたす ユビキタスクリニック HINODE	内田 薫	潮来市	内科
おかざき内科クリニック	岡崎 洋雄	常陸大宮市	内科、外科、呼吸器内科、 呼吸器外科
ジュン整形外科クリニック	鈴木 淳	ひたちなか市	整形外科、リハビリテーション科、 リュウマチ科

◆指定取消医療機関

医療機関名	所在地	理由
医) 社団長生会 上久保医院	常陸大宮市	労災の取扱いがないため
小泉胃腸科外科医院	日立市	院長逝去により閉院
大津町クリニック	北茨城市	開設者の都合により辞退

編集
後記

東日本大震災から5年。今年4月に熊本地方で大きな地震が発生しました。地震の揺れやその周期が大きい為、8万棟以上の家屋が損壊し、今だ1万人以上の人々が避難生活を余儀なくされています。熊本県のシンボルである熊本城も損壊し、熊本が元の姿になるには20年、30年かかるといわれています。巻頭言で阿久津先生が述べておられますように、災害は忘れたころにやってきます。その防災、減災の準備が常に必要と改めて感じました。

労災事例では、辰村先生に「職業関連腰痛」について、定義・分類から治療法まで解りやすく説明していただきました。腰痛は二足歩行を開始した人間の宿命と言われていますが、個人のみならず社会（経済）的損失を伴う重大な疾患です。新しい治療法や新薬も出てきており、知識を刷新し、その治療・予

〆）
〇〇・〇・〇



防に取り組む必要があります。

その他に、平成28年度診療報酬改定の労災関連事例の簡単な説明、いつも和やかな雰囲気の移動理事会報告等があり豊富な内容となりました。

最後に、1日も早い熊本地方の復興を祈って、がまだせ熊本！

(記 中村 尚)

題 字 石島弘之 先生
イラスト 高木俊男 先生