

活

— 第27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

創立60年を迎えて

会長 小松 満

茨城県労災保険指定医協会は今年60周年を迎えます。

当協会は1958年に労災保険指定病院協会として発足し、1971年に労災保険指定医協会と変更しました。ご存知のように労災保険診療の指定は、医師個人ではなく医療機関が指定されます。従いまして当協会に加盟している指定医療機関に勤務する医師はすべて茨城県労災保険指定医協会の会員ということになります。

2018年3月31日現在、茨城県内の労災保険指定医療機関は609医療機関で、その内532医療機関が入会しています。

最初に述べたように60周年になりますが、大げさな記念式典を行う計画はありません。その代わりに、「茨城県労災保険指定医協会 会員医療機関職員功労賞表彰」を創設し記念事業としたいと思っております。ぜひ、多くの会員医療機関からの推薦

をお願いいたします。

昭和の終わりごろから平成にかけて茨城県労災保険指定医協会は、地域特掲料金などの会員の権利を守るために厚生省、日本医師会に要望し、さらには全国組織を作ろうと奔走しました。

しかし、先輩諸先生の懸命の努力にも拘わらず残念ながら全国組織の設立はならず、地域特掲料金も1998年（平成10年）には消滅し現在に至っています。

労働者災害補償保険（労災保険）は、1947年（昭和22年）に労働者の業務上の事由又は通勤による負傷、疾病、傷害、死亡などに対して労働者の保護を目的として制度化されました。迅速な社会復帰を促すために、負傷や疾病に対して十分で手厚い治療を施すことのできる制度になっています。後遺障害が残った場合や死亡した場合にも、被災労働者本人やその遺族にも保険給付が行われます。

労災保険指定医療機関以外で治療を受けた場合には、一度立替えて支払いをした後に労働基準監督署へ書類を提出して現金支給を受けます。立替払いは実費での負担となるので高額となることもあります。

1961年（昭和36年）、労働災害による死亡者数は6,712人、死傷者数は481,696人とピークになります。その後、企業の安全対策が推進され、産業保



健活動にも積極的に取り組む事業所が増え、作業環境等も改善されて労働災害は年々右肩下がりに減少しました。2016年（平成28年）は死亡者数928人、死傷者数117,910人となっています。

産業保健は、労働災害から業務上疾病対策に移ってきています。

2016年におきた電通の女性社員が長時間労働により心身ともに疲弊し自殺に至ったことは過労死として大きな社会問題になりました。メンタルヘルスの不調を早期に発見するためにストレスチェックも義務付けられましたが、過重労働によるうつ病などの精神疾患で労災認定される事例が増えています。

2018年の通常国会では、働き方改革法案が主たるテーマで討議されました。中でも裁量労働制の拡大が過重労働を引き起こす制度ではないかと野党から攻撃され引っ込めざるを得ませんでした。働き方改革法案が労働者の健康被害を減少させるため

の法案であることを期待しています。

また、脳血管疾患や虚血性心疾患などで労災認定される労働者も急増していることが問題になっています。

労働者には定期健康診断が義務付けられていますが、2016年の茨城県の労働者の有所見率は55.9%と全国平均53.8%と比べて2%も高くなっています。健康診断で所見があっても医療機関を受診せず、悪化してから受診する人が数多くいます。労働者の意識改革を進めなければなりません。

このほか、治療と仕事の両立支援がこれからの産業保健で重要なテーマになっています。肝炎も定期的に通院が必要な疾患です。本号で池上先生が述べられていますが、劇的に効果のある肝炎治療薬の登場で、肝炎は絶滅できる病気になったとのことです。職域検診などで肝機能に異常値がある労働者には肝炎ウイルス検査を受けるように指導することが有効とのことです。ご協力をお願いします。

茨城県労災保険指定医協会 創立60周年記念式典

平成30年、当協会は創立60周年を迎えます。そこで、記念式典を開催し、会員の皆様と共に祝いたいと思います。

日時 平成30年11月10日（土）
18:00～ 式典
第1回職員功労者表彰式
祝賀パーティ
閉会
会場 水戸プラザホテル2階 プラザボールルーム

※会員医療機関職員功労者の推薦につきましては
後日ご連絡いたします。

大きく変わったウイルス肝炎の治療

～効率的な就労支援のために必要なこと

東京医科大学茨城医療センター

消化器内科 教授

池上 正

1975年以降、日本での肝がん死亡者は急速に増加し、現在では年間3万人を超えている。その60～70%はC型肝炎ウイルス感染、20%はB型肝炎ウイルス感染に起因している。推定感染者数は40歳以上に多く、約190～230万人と推測され、その多くが使い捨ての医療器材が普及する1980年代以前の医療行為や、1989年にC型肝炎ウイルス検査が導入される以前の輸血が原因で感染したと考えられる。また、B型肝炎に関しては母子感染についての予防対策が充実してきたとはいえ、感染予防の恩恵を受けられなかったもの（ワクチン摂取不十分やフォローアップ中断）や、過去の予防接種による感染例がいまだに存在する。これらの肝炎ウイルス感染者は自覚症状に乏しく、気づかないうちに慢性肝炎、肝硬変、肝がんへ進行しているケースが多い。そのために、肝炎ウイルス感染を早期発見、早期治療することが重要である。B型・C型肝炎ウイルス感染は、血液検査を行うことで簡便に見つけ出すことができる。

近年、ウイルス肝炎の治療に大きな変革がもたらされた。従来のインターフェロン治療は、強い副作用や注射薬による治療、通院の頻度が高いことなどから、特に就労者には負担の大きい治療であった。その後、2016年にC型肝炎ウイルス(HCV)に対するDirect Antiviral Agents (DAAs)を用いた内服薬による治療、いわゆるインターフェロンフリー治療が登場し、短期間の治療で、

少ない副作用、高い効果が得られるようになった。例えば、夢の新薬と言われたハーボニー（ソフォスブビル・レディパスビル配合剤）では、実臨床においても96%の患者でウイルス排除の成績を得ている（当院データ）。強い副作用に耐えながらも半数程度の患者しかウイルス排除できなかった時代のことを思うと隔世の感がある。今や、C型肝炎は治って当然の感染症となり、米国での予測でも2035年頃には希少疾患の一つになるだろうとすら推計されている¹。また、B型肝炎については、核酸アナログと呼ばれる内服薬を服用することで、ウイルスの増殖を抑え病勢をコントロールすることが可能になっている。また、高額なこれらの薬剤を使用するために、肝炎対策基本法に基づき助成金制度が設けられ、自己負担額は月あたり10,000円（所得に応じて20,000円まで）と設定され、治療が受けやすくなっている。個人負担は減るとはいえ、特にDAAは医療費を圧迫するのではと疑問視する意見も当初見られた。しかし、治療期間が2～3ヶ月間までに短縮されることや、肝硬変や肝臓がんに対する医療費が抑制されることを考慮すると、一部の抗がん剤などに比べて特に高価というわけではない。何より大切なのは、ウイルス感染を早期に発見して排除、あるいはコントロールすることのアウトカムが明確であることで、逆にこれを享受できなかったものの不利益が大きいことである。

平成14～18年度には、地方自治体が実施する老人保健法の住民健診の中で40～70歳の0, 5歳時を対象に肝炎ウイルス検査が全国で5年間にわたり行われ（肝炎ウイルス節目検診事業）、850万人以上の国民が検査を受け、約10万人の感染者が発見された。その後も、住民健診での肝炎検査の継続や、保健所や医療機関での無料の検査の実施など肝炎検査の受検機会や利便性が向上した結果、受検者数は確実に増えた。例えばHCVについては、2000年時点で88万人と推計されていた“感染を知らないキャリア”の存在が、2011年時点の推計値は29.6万人まで減少しており、一定の成果を認めている²。ただし、住民が能動的にわざわざ肝炎検査を受けるためだけに医療機関に足を運ぶことをこれ以上期待することは難しいと考えられ、今後は、“受動的”に、もしくは“ついでに”肝炎検査を受検できる体制を整える必要がある。従来から、「職域」での肝炎検査の受検診率が低いことが指摘されている。2012年に厚生労働省が公表した国民意識調査結果では、国民の約半数は「肝炎ウイルス検査を受けていない」という回答だった³。検査を受けない理由として「受検のきっかけがなかったから」が最も多く、「定期的に受けている健康診断のメニューに肝炎検査がないから受検しない」、と続いている。主に大企業従業員が加入する健康保険組合でも、定期健康診断での肝炎検査の実施は約50%に留まっている。職域健診での肝炎検査の実施により、肝炎ウイルス感染を知らない就労者がさらに掘り起こされる余地が大きい。現在、茨城県と産業保健総合支援センターとの共同で県内の職域についての実態調査を行っているので、別の機会にご報告させていただければと考えている。

肝炎検査が職域健診で普及しないことの原因として、肝炎検査が職域で法的に必要とされる一般健康診断の検査項目に含まれていないことが大きい。肝炎検査を行わな

くても、産業保健上は（少なくとも法的には）問題はないため、主として経済的な理由から導入をしない事業所があるのは当然といえる（医療などリスクの高い職域を除き通常の生活では新規感染は稀なので、一生に一度、決まった年齢での受検で十分で、毎年必要はないことを申し添えておく。）。また、普及しない他の理由として、プライバシーの問題がある。ウイルス肝炎についての啓発が進み、一般市民の間でもかなり理解が進んできているものの、肝炎ウイルス感染者に対する差別や偏見が未だに存在する。検査結果は、個人情報保護法の要配慮個人情報に関する規定に従って取り扱い、プライバシーの保護に努める必要があるが、こうした情報取り扱いの煩雑さも肝炎検査導入を躊躇する理由の一つになる。また、一般健康診断に含まれている肝機能検査の結果から、肝炎ウイルス感染者をピックアップできるとの考えもあるが、肝炎ウイルスが感染してもASTやALTなどの肝機能検査データは正常範囲内であることが多く、通常の検査項目だけでウイルス感染をスクリーニングするには限界がある。特に、この傾向は若年層でみられるため、就労世代では注意すべきである。実際に、我々が、HCV抗体陽性の受検者をALT、ASTの値のみでピックアップできているのかどうかを健診施設でのデータで解析したところ、AST/ALT 30IU以上をカットオフ値とすると、男性で25%、女性で50%のHCV抗体陽性者が漏れてしまうことが明らかになった。さらにAST/ALTカットオフ値を下げ、最適化しても一定の割合で漏れが生じる⁴。このことは、AST/ALTの値のみでは、肝炎ウイルス感染者を見落としてしまうリスクが存在することを示している。近年、肥満者の増加に伴い、健診で指摘される脂肪肝の割合が20～30%であるとの報告がある。職域健診を受診し肝機能異常を指摘された就労者の多くがこれに該当すると思われる。脂肪性肝疾患に対する食事・運動療法による体重減少が病態の改善に繋がるという科

学的根拠が示されており、産業保健の場でも、節酒や運動、食事指導などがなされていることだろう。しかし、これらの患者がもしウイルス肝炎を合併していたら脂肪肝に対する生活指導だけで十分だろうか。前述したようにウイルス肝炎の治療法は確立しており、アウトカムがはっきりしている。肝炎ウイルスの有無について明確にしておくことは、就労者にとってはもちろん、産業保健医療者にとっても方針をはっきりさせやすいという点で大きなメリットがあると言える。

少子高齢化が進むにつれ、熟練した労働力を長期に渡り確保することが我が国の産業維持のためにも必要であり、この背景から疾病を持った就労者に対する治療と職業生活の両立支援が叫ばれるようになり、政府もガイドラインを作成し事業所に周知を呼びかけている。このガイドラインは当初はがん患者や身体障害者を想定して作成されたが、のちに、肝疾患患者についても、その特徴を踏まえた上で就労支援を行うように指導がなされるようになった。現在は、就労者が自らの肝疾患を理解し、事業者に申し出る事で肝疾患の治療を継続しながら就労を行なえる環境の整備が進んでいる。

ウイルス肝炎の治療のためには、まず、就労者が自身の肝炎ウイルス感染の有無を知ることが必要であり、このために肝炎検査を受検することが前提になる。感染が判明した場合でも、現在のウイルス性肝炎治療は就労に対する影響が少なく、治療しながらも長期に就労を継続できる。このことは事業所、就労者の両者にとって大きなメリットがある。これを実現するために、職域での定期健康診断のメニューに、最低一回でも肝炎検査を受検できるようにし、感染が見つかった場合に就労を支えるための支援が産業保健の場においてワンストップで行われることが理想であり、今後それぞれの職域の事情に合った、肝炎検査・治療普及のための方策を確立する必要がある。

参考文献：

1. Kabiri M et al. Ann Internal Med 2014, p170-180
2. 田中 純子 平成26年 第12回肝炎対策推進協議会資料
3. 厚生労働省 平成23年度肝炎検査受検状況実態把握事業 事業成果報告書
4. Miyazaki T et al. Hepatology Research 2009, p664-674

理事会・定期総会報告

平成30年4月19日（木）水戸京成ホテルにおいて18：00から理事会、19：00からは平成29年度定期総会が開催され、32会員医療機関の代表者が参加、357医療機関からは委任状が届きました。平成28年度の事業報告、決算報告、会計監査報告等報告事項に続き、平成30年度の事業計画案、予算案、役員の補充、創立60周年記念事業等について審議され、お

おむね原案通り承認されました。ご意見をいただいた労災レセプトの審査の予算については執行部に一任されました。

昨年退任された水戸ブレインハートセンター院長の畑山徹先生の後任として、筑波学園病院院長の原田繁先生が選出・承認されました。

議案書の詳細および議事録につきましては、別冊にてお届けいたします。

平成30年度診療報酬改定（労災関係）

労災保険診療費指導委員 中 村 尚

平成30年度診療報酬改定で労災保険に関係すると思われる項目を記載する。今まで問題となっていた創外固定器加算の取り扱いで、今年度から「一時的創外固定骨折治療術」が新設され、疑義が解消されている。総じて検査点数は微減、手術点数は微増している。

【基本診療料】

- ・初診料妊婦加算 75点（新設）
- ・再診料妊婦加算 38点（新設）
妊婦に対して初診・再診を行った場合に加算（産科・産婦人科標榜等の場合を除く）
- ・妊婦時間外加算 200点（新設）
- ・妊婦休日加算 365点（新設）
- ・深夜妊婦加算 695点（新設）

【医学管理料】

- ・診療情報連携共有料 120点（新設）（3月に1回）
保険歯科医の求めに応じ検査結果、投薬内容等の情報提供を行った場合
- ・療養・就労両立支援指導料
診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）との併算定不可
産業医がいる事業所に就労中のがん患者の病状、治療計画、就労上の配慮等について、産業医あてに文書で情報を提供し、医師または指示を受けた看護師・社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導、さらに産業医連携が行われている場合に算定
- ・相談体制充実加算（要届出） 500点（新設）
相談窓口を設置、専任の看護師又は社会福祉士を配置、就労を含む療養環境の調整について相談に応じる体制があることを周知等が要件

【検査】

- ・検体検査

Dダイマー	141点	⇒	137点
生化学Ⅰ包括項目：10項目以上	115点	⇒	112点
NTX	160点	⇒	156点
TRACP-5b	160点	⇒	156点
BAP	165点	⇒	161点
ucOC	167点	⇒	162点
OC	170点	⇒	165点
PTH	180点	⇒	175点
DPD（尿）	196点	⇒	191点
ABO血液型	21点	⇒	24点
Rh（D）血液型	21点	⇒	24点

HCV抗体定性・定量	114点	⇒	111点
嫌気性培養加算	118点	⇒	115点
・超音波検査等			
断層撮影法(心臓超音波検査を覗く)			
ロ 下肢血管	450点	(新設)	
ハ その他(頭頸部, 四肢, 体表, 末梢血管等)	350点	⇒	350点
・神経・筋検査			
誘発筋電図(神経伝導速度測定含み1神経につき)	150点	⇒	200点
・内視鏡検査			
関節鏡検査(片側)	600点	⇒	720点

【投薬】

・外来後発医薬品使用体制加算(院内処方)の区分点数の見直し(詳細略)			
・一般名処方加算(院外処方)の見直し			
イ 一般名処方加算 1	3点	⇒	6点
ロ 一般名処方加算 2	2点	⇒	4点

【リハビリテーション】

・リハビリテーション総合計画評価料(介護保険への移行が見込まれる患者)の分離			
リハビリテーション総合計画評価料 2	240点	(新設)	
・リハビリテーション総合計画提供料(介護施設へ提供した場合)の分離			
リハビリテーション総合計画提供料 1	275点	(新設)	
電子化連携加算(電子媒体で提供した場合)	5点	(新設)	
・運動器リハビリテーション算定日数上限の除外対象患者の追加			
軸索断裂の状態にある末梢神経損傷(発症から1年以内のもの)			
外傷性の肩関節腱板損傷(受傷後180日以内のもの)			
回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者の退棟後			

【処置】

・創傷処置 1 (100cm ² 未満)	45点	⇒	52点
・熱傷処置 3 (500cm ² 以上3,000cm ² 未満)	225点	⇒	270点
4 (3,000cm ² 以上6,000cm ² 未満)	420点	⇒	504点
5 (6,000cm ² 以上)	1,250点	⇒	1,500点
・四肢ギプス包帯 6 体幹から四肢(片側)	1,700点	⇒	1,840点
・体幹ギプス包帯	1,250点	⇒	1,500点

【手術】

・内視鏡下椎間板摘出術(後方摘出術)複数椎間加算(50/100) 2 椎間まで (新設)			
・創傷処理 3 筋肉、臓器に達する(長径10cm以上)			
イ 頭頸部(長径20cm以上に限る)	7,170点	⇒	8,600点
ロ その他のもの	2,000点	⇒	2,400点
・腱剥離術	11,430点	⇒	13,580点
・腱滑膜切除術	7,550点	⇒	9,060点

・ 腱縫合術	11,320点	⇒ 13,580点
・ 腱移植術(人工腱形成術を含む)		
1 指(手・足)	15,650点	⇒ 18,780点
2 その他のもの	19,890点	⇒ 23,860点
・ 腱移行術 1 指(手・足)	13,610点	⇒ 15,570点
・ 骨折観血的手術		
2 前腕・下腿・手舟状骨	14,810点	⇒ 15,980点
3 鎖骨・膝蓋骨・手(舟状骨を除く)・足・指(手・足)その他	9,480点	⇒ 11,370点
・ 観血的整復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)		
1 肩甲骨・上腕・大腿	21,710点	⇒ 23,420点
3 手・足・指(手・足)	10,940点	⇒ 13,120点
・ 一時的創外固定骨折治療術	34,000点	(新設)
・ 骨切り術 3 鎖骨・膝蓋骨・手・足・指(手・足)その他	7,930点	⇒ 8,150点
・ 偽関節手術		
1 肩甲骨・上腕・大腿	28,210点	⇒ 30,310点
3 鎖骨・膝蓋骨・手(舟状骨を除く)・足・指(手・足)その他	14,500点	⇒ 15,570点
・ 骨長調整手術 2 骨短縮術	14,960点	⇒ 15,200点
・ 骨移植術(軟骨移植術を含む)		
1 自家骨移植	14,030点	⇒ 16,830点
2 同種骨移植(生体)	23,890点	⇒ 28,660点
3 同種骨移植(非生体)		
イ 同種骨移植(特殊なもの)	24,370点	⇒ 39,720点
ロ その他の場合	21,050点	⇒ 21,050点
4 自家培養軟骨移植術	14,030点	⇒ 14,030点
・ 関節鏡下自家骨軟骨移植術	18,620点	⇒ 22,340点
・ 肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 3,600点 (項目の見直し)		
観血的に行うもの		⇒ 8,640点
関節鏡下で行うもの		⇒ 12,720点
・ 関節内骨折観血的手術 3 肩鎖・指(手・足)	10,370点	⇒ 11,990点
・ 関節鏡下関節内骨折観血的手術		
2 胸鎖・手・足	18,910点	⇒ 22,690点
3 肩鎖・指(手・足)	11,970点	⇒ 14,360点
・ 観血的関節授動術 3 肩鎖・指(手・足)	8,460点	⇒ 10,150点
・ 関節鏡下関節授動術		
1 肩・股・膝	46,660点	(新設)
2 胸鎖・肘・手・足	33,850点	(新設)
3 肩鎖・指(手・足)	10,150点	(新設)
・ 観血的関節制動術 2 胸鎖・肘・手・足	15,560点	⇒ 16,040点
・ 観血的関節固定術		
2 胸鎖・肘・手・足	18,590点	⇒ 22,300点
3 肩鎖・指(手・足)	7,200点	⇒ 8,640点

・関節鏡下靱帯断裂形成手術		
3 指(手・足)その他の靱帯	16,390点	⇒ 8,250点
4 内側膝蓋大腿靱帯	20,180点	⇒ 24,210点
・関節形成手術 3 肩鎖・指(手・足)	13,740点	⇒ 14,050点
・人工骨頭挿入術 3 指(手・足)	9,070点	⇒ 10,880点
・人工関節置換術 3 肩鎖・指(手・足)	13,310点	⇒ 15,970点
・人工関節抜去術		
2 胸鎖・肘・手・足	22,680点	⇒ 23,650点
3 肩鎖・指(手・足)	13,950点	⇒ 15,990点
・自家肋骨肋軟骨関節全置換術	91,500点	(新設)
・鋼線等による直達牽引(初日)	2,510点	⇒ 3,010点
・四肢関節離断術 1 肩・股・膝	28,630点	⇒ 31,000点
・手掌屈筋腱縫合術	11,090点	⇒ 13,300点
・指癒痕拘縮手術	6,880点	⇒ 8,150点
・母指対立再建術	19,150点	⇒ 22,740点
・脊椎, 骨盤内異物(挿入物)除去術	12,770点	⇒ 13,520点
・脊椎固定術, 椎弓切除術, 椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む)		
6 椎弓形成	23,870点	⇒ 24,260点
・内視鏡下椎弓形成術	30,390点	(新設)
・歯突起骨折骨接合術	23,750点	(新設)
・腰椎分離部修復術	28,210点	(新設)
・神経縫合術 1 指(手・足)	12,640点	⇒ 15,160点
・神経再生誘導術(項目の見直し)		
2 その他のもの	12,640点	⇒ 21,590点

《輸血》

・輸血に伴う患者の血液型検査(ABO及びRh)	48点	⇒ 54点
・輸血に伴う間接クームス検査加算	34点	⇒ 47点
・輸血に伴うコンピュータクロスマッチ加算	30点	(新設)
・術中術後自己血回収術(回収器具による) 4,500点	(項目の見直し)	
1 濃縮及び洗浄を行うもの		⇒ 5,500点
2 濾過を行うもの		⇒ 3,500点

【複数手術に係る費用の特例(改正案)】

*同一術野・同一病巣での複数手術が認められたもの

- ・関節鏡視下靱帯形成術(十字靱帯) + 関節鏡視下半月板縫合術(50%)
+ 関節鏡視下半月板切除術(50%)
- ・椎間板摘出術 + 脊椎固定術(50%)
+ 椎弓切除術(50%)
+ 椎弓形成術(50%)
- ・内視鏡下椎間板摘出術 + 内視鏡下椎弓形成術(50%)

*脊椎手術の50%加算は、高位の違う部位に行った場合に算定できる。

◆新規指定医療機関

医療機関名	所在地	診療科目
かしま眼科	鹿嶋市	眼
おいかわ腎泌尿器クリニック	つくば市	内、外、泌
医) 若竹会 セントラル総合クリニック	牛久市	内、神内、呼、消、外、整外、脳外、皮、泌、放、麻、小、産婦
医) 大森病院 ひたち太田家庭医療診療所	常陸太田市	内、小
戸頭クリニック	取手市	内、整外
見和中央クリニック	水戸市	内、消、胃腸、外、肛
ひたち野ファミリークリニック	牛久市	内、消、外、皮、小、他
えのもと皮フ科	牛久市	アレ、皮
水戸心臓血管クリニック	水戸市	内、循、心血外
きむら内科クリニック	茨城町	内、呼、循、アレ、他
かのう整形外科	土浦市	内、リウ、整外、リハ
医) 徳洲会 古河総合病院	古河市	内、消、循、外、整外、形外、脳外、呼外、心血外、皮、泌、眼、リハ、放、歯口、麻、小、美外、婦、他
医) 清風会 ホスpital坂東	坂東市	内、精、神内、消、循、外、整外、脳外、皮、リハ、歯口
医) 三星会 茨城リハビリテーション病院	守谷市	内、整外、脳外、神内、リハ
医) 社団創知会 メモリークリニック取手	取手市	精、神内
いきすの森クリニック	神栖市	内、整外
鹿嶋眼科クリニック	鹿嶋市	眼

編集
後記

新緑の季節を迎えたところですが、今年も天候は予測がつかず、5月のゴールデンウィークの後半は各地で真夏日という「暑い」初夏でした。

近年、様々な疾患が医学の進歩で「治る」時代になってきました。本号で解説いただいた肝炎もその一つです。しかし、それらに使われる高額薬剤の問題があります。少子高齢社会の我が国で、多くの健康な就労者を確保するために様々な対策を進めるべきであると考えます。

さて、この4月に6年ぶりとなる「医療・介護同時改定」が行われました。新たな地域医療構想が策定され、また地域包括ケアシステムの構築が進む中、これからますます医療連携を進めなければいけないこと、医療から介護への動きも加速されることが浮き彫りにされました。さらに、増え続けるがんに罹患された就労者に対する産業医との連携に焦点があたりました。

◆指定取消医療機関

東京製綱(株)土浦工場診療所	廃止
竹尾医院	閉院

一方、労災関連では、イメージ加算の適応拡大等の改定が行われました。我々の取り組みが少しでも評価されるよう、茨城県医師会・日本医師会に先生方の声を、これからは届け続けなければならないと思います。

昨今、通勤労災に絡んだ交通事故の対応の相談が増えています。昨年当協会では、交通事故の際の窓口での基本対応を解説した「交通事故診療コミック版」を会員医療機関に配布いたしました。労災が絡む交通事故の場合、対応が難しいこともあります。お困りの際には、当協会まで是非ご相談ください。

松崎記

題 字 石島弘之 先生
イラスト 高木俊男 先生