

活

— 第30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

「国難」を迎えて

茨城県労災保険指定医協会 副会長
松崎 信夫

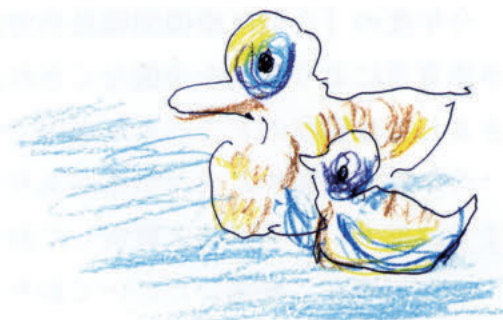
2020年春の今の状況を誰が予想していたであろうか。COVID-19による感染者が世界中で増加しており、まだまだその勢いは衰えていない（全世界感染者数240万371人、死亡者数16万7180人。日本経済新聞「新型コロナウイルス感染マップ」2020年4月21日より）。本来なら今夏に開催される予定であった東京オリンピック・パラリンピックの話題が世の中を賑わし、またゴールデンウィークを迎えて長期休暇の準備をしている時期であっただろう。

労災保険指定医協会の役員として真っ先に思い浮かんだのは、「職員がもし医療に従事している際にCOVID-19に感染した場合、労災扱いになるのか」である。厚生労働省でも明確な指針を出してはいないが、肝炎や結核等の扱いに準じる判断がなされるようである。

今年は診療報酬改定の時期でもあり、各医療機関はこの4月から新たな基準で診療を行っている。労災診療費に関しても、この改定年の5月頃に新たな診療報酬体系が通知される。前回の改定では、労災後の職場復帰について、産業医や職

場の担当者等と労災診療医療機関との情報提供・連携に対し、従来よりも診療報酬で手厚い手当てがされた。

しかし、一昨年、会計検査院が全国の労働局を調査し、「入院時の労災治療計画加算の算定の要件を満たして算定する医療機関が極めて少ない」と指摘したことで、今回の改定において、この加算の動向に注目が集まることになった。私が参画した日本医師会労災自賠責委員会では、この加算を算定する意義を厚労省労働局担当者に繰り返し主張してきたが、どうも加算廃止の方向に落ち着くらしいとの情報を得た。ただし委員会から日本医師会に具申した他の加算等について、引き続き省内で検討が行われており、労



77

災医療機関にとって少しでも算定できる項目が増えるようお願いしたい。

COVID-19の影響で、多くの医療機関は患者来院が減っているときく。国は感染リスクも考慮し、一時的という時限的な措置ではあるが、オンライン診療による初診を認めることになった。これまでオンライン診療を行っていなかった医療機関でも、特例的に電話等の手段を用いて診療が可能になったわけだが、整形外科医としては初診を電話だけで行うのはためらってしまう。もちろん電話で詳細な問診を行う必要があるのだが、会員諸氏はどう対応されるだろうか？

今回のCOVID-19騒動が終息した暁には、これまでの社会と異なり、ますますオンラインでの仕事やテレワークなどでの対応がすすむのではと考えている。会議もほとんどがテレビ会議・Web会議となり、日本独自の「ハンコ文化」もオンライン決済がすすみ、国の進めてきた「働き方改革」にも良い影響を与えるのではないだろうか？

今回の感染拡大により、各国の経済はリーマンショック以上のダメージを受けていると4月になってからマスコミでも報道されるようになった。国内のインバ

ウンド効果で収益増となってきた観光業は軒並み減収し、倒産するところも出てきた。各国を結ぶ航空機も大幅に減便された影響を受け、航空業界は空前の収益減にあえいでいる。航空機が減便された影響で、気象データ数が思うように集まらず、気象予報にも影響が出ているとの報道もあり、様々な業界が大きな影響を受けていると思われる。

海外に医療資材の供給元をおいていた我が国は、現在、感染症対策に必要な資材は感染者増加に耐えきれず、これからの供給体制を国内にも開拓していかなければならないであろう。また全国各地で急激に感染が拡大しても医療供給体制にほころびがでないよう、平時からの方策を考えておく必要もある。近年我が国を襲う自然災害にももちろん対応していかなければならないのだが。

本県も4月16日に他の12都道府県とともに「特定警戒地域」に指定され、COVID-19の拡大に最大限の尽力をすることになった。現時点では全く先行きが見えず、各医療機関は対応で大変な時期ではあるが、なんとかこの「国難」を乗り切っていきたい。

令和2年度会員医療機関職員功労表彰対象者募集

今年度の『会員医療機関職員功労表彰表彰式』がCOVID-19による緊急事態宣言により延期を余儀なくされたことはご承知の通りですが、開催日程につきましては現在のところまだ未定です。

今年度の表彰枠にまだ余裕がありますので、1医療機関につき3名の枠を5名までに拡大し、引き続き募集しております。締め切りは9月末日です。

また、現在ご推薦いただいております職員につきましては、全員表彰を決定しました。引き続きご推薦をお願いいたします。

耳鼻咽喉科に関する労災事例 「騒音性難聴ならびに音響外傷について」

筑波大学 医学医療系 耳鼻咽喉科
日本耳鼻咽喉科学会 産業・環境保健委員
和田 哲郎

1. 音による難聴

一定の許容レベルを超える大きな音は内耳（蝸牛）に障害をもたらす難聴が生じる。そのような音によって生じる難聴は音響性聴器障害と総称され、原因となる音の大きさ（負荷音響レベル）とばく露時間によって、急性と慢性の障害に分けられる（表1¹）。

急性音響性聴器障害は比較的短時間に極めて大きな音にばく露されることにより発症する。明らかな強大音にばく露とその影響として矛盾しない症状、所見が揃えば診断は比較的容易である。治療は通常、急性難聴の代表疾患である突発性難聴に準じてステロイド投与が行われる。ただし、ばく露音が特に大きい（狭義の）音響外傷では、（その他の）急性音響性難聴に比べて回復が不良であることが多い¹。

慢性音響性聴器障害は騒音性難聴として古くから知られている。短時間ばく露で難聴になるほどではないが、ある一定レベル以上の音（85dB(A)）に長時間（1日8時間）、かつ長期間（5～15年以上）ばく露されたとき、騒音性難聴が起こりうる。初期には高音域（4,000Hzなど）のnotch(dip)型の難聴がよく知られているが、聴力型のみで診断確定にはならない。症状、経過、検査結果、既往歴等に加えて騒音ばく露歴を把握し、総合的に

判断する。有効な治療法は残念ながら確立されていない。騒音性難聴に対しては、発症予防（1次予防）ならびに進行予防（2次予防）が重要である。

2. 労災としての音響性聴器障害

急性、慢性のいずれの形の音響性聴器障害も労働の現場で起こりうる。症例によっては、長期間の経過で騒音性難聴をきたしている労働者が、更に強大音にばく露され急性の難聴増悪が加わるというように、両者が複合することもありうる。そのような複雑な難聴を正しく評価するためには、騒音障害防止のためのガイドライン²に従い、雇入れ時の純音聴力検査、ならびに半年に1度の特殊健康診断における定期健康診断で経過がきちんと把握されている必要がある。

障害認定は成書³に従うが、労災の認定に当たっては急性と慢性で以下の点が異なる。

- 1) 急性、つまり騒音性難聴以外では療養効果が期待できることから、症状が固定した後に認定のための検査を行う。
- 2) 慢性、つまり騒音性難聴では騒音業務に従事している限り症状が進行する傾向が認められるので、等級認定は当該労働者が騒音業務を離れたときに行う。また、治療による改善が見込めな

い疾患であるため、療養補償給付は認められない。

検査結果の評価には注意が必要なことがある。聴力評価に用いられる代表的な検査法は純音聴力検査や語音聴力検査であるが、これらの一般的な検査は被検者の応答をもとに行う自覚的検査である。発症の背景に事故や労働災害がある場合、難聴がないのに聴こえないと偽る詐聴や、本来の難聴程度よりも悪く偽る誇大難聴が起こりうる。検査結果に疑義があるときには聴性脳幹反応（ABR）などの他覚的聴力検査を行い、正しく評価することが重要である。

3. モデル事例

50歳代の男性。板金修理作業の際、自分が金槌を使って金属の板をたたく音で両側の難聴を生じたと訴え受診した。受診時、平均聴力（6分法）75dBの水平型感音難聴を両側対称性に認めた。

今回のエピソードより前から騒音作業に従事しており、当該事業所に勤務開始したのは3年前。雇入れ時健康診断で既に平均聴力42dBの両側感音難聴を指摘されていた。当該事業所に勤務してからは半年に1度の聴力検査を受けており、毎回、選別聴力検査で所見あり、2次検査として気導純音検査が行われ、直近の聴力検査では両側とも平均45dBの高音漸傾型の難聴がみられていた。

騒音性難聴が基礎にあり、今回、急性音響性難聴が加わったと考えられた。急性に難聴が増悪した分の回復を目的にステロイド加療され、治療終了後平均聴力は65dBまで改善したが、それ以上の回復はみられず、経過観察後に症状固定と判断された。

この事例において、難聴に対する労災

申請が提出された。検証の結果、当該作業時の騒音レベルは100dB(A)を優に超えており、作業時間も約2時間であった。急性音響性難聴をきたすばく露レベルとして矛盾しないと考えられた。

4. 判断のポイント

1) 急性音響性聴器障害

本事例で今回急性に認められた聴力低下について、負荷音響レベルからも、発症に至る時間経過からも、急性音響性難聴として矛盾はない。診療の過程で他疾患の否定もなされていた。

今回進行した難聴は、当該作業に伴って生じたものであり、業務起因性、業務遂行性についても疑いはなく、労災と判断できる。急性に変化した難聴の部分は治療による回復の可能性があるため標準的な治療が行われており、療養補償給付の対象となる。固定した難聴についてはその聴力レベルに応じた障害認定が行われ（9級の6の2）、障害補償給付の対象となる。ただし、雇入れ時の検査で明らかとなった既存の聴力障害（11級の3の3）があることから、加重としてその分を差し引いて取り扱うこととなる。

2) 騒音性難聴

本事例では、3年前の当該事業所雇入れ時に既に難聴があった。それ以前は、複数の別の事業所に勤めており類似の騒音作業を行っていたということだが、本人は難聴をあまり自覚しておらず、それまで聴力検査を受けたこともなかった。雇入れ時に既に存在した難聴は騒音性難聴であった可能性は十分考えられるが、過去の聴力検査結果がないために、根拠をもって認定することは困難である。

当該事業所における業務も騒音作業ではあるが、勤務開始から期間が短く、今

回のエピソード以前の定期聴力検査では雇入れ時聴力からの明らかな進行はない。少なくとも当該事業所で生じた騒音性難聴としての労災認定には該当しない。

今後、この作業者が騒音によって更なる難聴進行が起こらないように、事業所では、ガイドラインの聴力レベルに基づく健康管理区分（表2）に従って、防音保護具の使用の励行、騒音作業時間の短縮、配置転換、その他必要な措置を講ずることが求められる。

5. 難聴の予防のために

急性音響性聴器障害ではできるだけ早期にステロイド治療を開始することが重要とされており、強大音にばく露され、何らかの耳の症状（耳閉感や耳鳴りのみの場合もある）が生じた時には早急に病院を受診するように勧める。

騒音性難聴には未だ有効な治療法が確立されていないため、治療の対象にはならない。しかし、その難聴の原因が騒音性難聴であるか否かの診断は今後の予防

のために大切である。半年に1度の聴力検査の結果から産業医が判断するケースが現状では多いと推測されるが、他の様々な耳疾患を除外し、音響による影響も急性と慢性に分けて適切に判断、対応するためには耳鼻咽喉科の専門知識と産業医学的見識の両者が必要となる。そのような研修を受け、一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会が認定する騒音性難聴担当医⁴が全国で916名（2018年4月27日現在）いることから、近隣の騒音性難聴担当医に是非相談していただきたい。

本稿に述べた騒音性難聴防止のための活動は、日本耳鼻咽喉科学会産業・環境保健委員会ならびに茨城産業保健総合支援センターの協力の下、厚生労働省労災疾病臨床研究事業（170601-01）「騒音性難聴による生活の質と労働生産性の低下を防ぐ予防から発症後まで俯瞰したデータ収集と現場の支援」（研究代表者：和田哲郎）の支援を受けて行われ、詳細は「騒音性難聴に関わるすべての人のためのQ&A 第2版」⁵にまとめられているので参照していただきたい。

参考文献

- ¹ 日本聴覚医学会編：急性感音難聴診療の手引き2018年版，96-104頁，金原出版，東京，2018.
- ² 労働省：騒音障害防止のためのガイドラインの策定について．基発第546号 平成4年10月 <https://www.jaish.gr.jp/anzen/hor/hombun/hor1-33/hor1-33-17-1-0.htm>（令和2年3月4日確認）
- ³ 部位別障害等級の認定方法．第2節 耳（内耳等及び耳介）労災補償 障害認定必携第16版．109-124頁，労災サポートセンター，東京，2016.
- ⁴ 日本耳鼻咽喉科学会：認定騒音性難聴担当医名簿 <http://www.jibika.or.jp/members/nintei/souon/index.html>（令和2年3月4日確認）
- ⁵ 一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会産業・環境保健委員会編：騒音性難聴に関わるすべての人のためのQ&A 第2版．茨城産業保健総合支援センター，水戸，2018.
https://ibarakis.johas.go.jp/info_document/oh/nancho（令和2年3月4日確認）

表1：音響性聴器障害の分類

分 類	負荷音響レベル	原因となる音	暴露時間
急性音響性聴器障害（広義の音響外傷）			
（狭義の）音響外傷	130 dB(A) ～	銃火器、爆発など	瞬間的
（その他の）急性音響性難聴	100～120 dB(A)	コンサートなど	数分～数時間
慢性音響性聴器障害			
職業性騒音性難聴	85 dB(A) ～	職業性騒音	5～15年以上
非職業性騒音性難聴	不明	音楽など	不明

（日本聴覚医学会編 急性感音難聴診療の手引き 2018年版¹より引用）

表2：聴力検査に基づく管理区分

平均聴力レベル		区 分	措 置
高音域	会話音域		
30dB未満	30dB未満	健常者	一般的聴覚管理
30dB以上 50dB未満		要観察者 （前駆期の症状が認められる者）	第Ⅱ管理区分に区分された場所等においても防音保護具の使用の励行、その他必要な措置を講ずる。
50dB以上	30dB以上 40dB未満	要観察者 （軽度の聴力低下が認められる者）	
	40dB以上	要管理者 （中等度以上の聴力低下が認められる者）	防音保護具の使用の励行、騒音作業時間の短縮、配置転換、その他必要な措置を講ずる。

備考 1 高音域の聴力レベルは、4,000Hzについての聴力レベルによる。

2 会話音域の聴力レベルは、3分法平均聴力レベルによる。

（騒音障害防止のためのガイドライン²より引用）

令和2年度診療報酬改定

労災保険診療費指導委員 中村 尚

【改定率】

1. 診療報酬本体 +0.55% (国費600億円程度)
 - *消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 (+0.08% (126億円)) を除くと+0.47%の改定となる
 - 以下、各科改定率にも (+0.08%) が含まれる
 - 各科改定率 医科 +0.53%
 - 歯科 +0.59%
 - 調剤 +0.16%
2. 薬価等
 - 薬価 -0.99% (国費-1,100億円程度)
 - 材料 -0.22% (国費-30億円程度)

以下、点数表で労災保険に関すると思われる主な改定内容を示す。

第1章 基本診療料

《入院料等》

〈第1節入院基本料〉

A109 有床診療所療養病床入院基本料

- ・算定可能な入院基本料等加算に以下を追加

A207-2 医師事務作業補助体制加算のへ・ト・チ

A251 排尿自立支援加算 (今回新設)

〈第2節入院基本料等加算〉

A205 救急医療管理加算

- 1 救急医療管理加算 1 900点→950点
- 2 救急医療管理加算 2 300点→350点

*算定要件から「重篤」の文言が削除された。

*加算2に(コ)その他の重症な状態が追加

*加算1、2について該当する状態と一部状況に関するレセプト記載を義務付ける

第2章 特掲診療料

《医学管理等》

B001-9 療養・就労両立支援指導料 (要届出)

要件、点数の見直し

- ・1,000点→初回800点、2回目以降(3月に限る)400点(初回と2回目は同月でも可)
- ・相談体制充実加算500点→相談支援加算50点
- ・対象疾患の追加: 脳梗塞、脳血管疾患、慢性肝疾患、指定難病等

B009 診療情報提供料(I)

算定要件の追加

- ・電話再診の場合も条件を満たせば算定可能

B 0 1 1 診療情報提供料(Ⅲ) 150点 (新設) (要届出)

(3月に1回、診療情報提供料(Ⅰ)との同月併算定は不可)

以下の条件で紹介元に診療状況を提供した場合が対象

- ・紹介先医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ提供
- ・かかりつけ医機能を有する医療機関が紹介元へ提供

《検査》

D 0 0 7 血液化学検査

6 2 25-ヒドロキシビタミンD 400点→削除(30の同名検査117点に統一)

- ・その他検体検査の実勢価格に基づいた点数変更は省略する

D 0 1 8 細菌培養同定検査

3 血液又は穿刺液 210点→215点

D 0 1 9 細菌薬剤感受性検査

4 薬剤耐性菌検出 50点 (新設)

5 抗菌薬併用効果スクリーニング 150点 (新設)

D 2 1 5 超音波検査

2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く)

イ 訪問診療時に行った場合 400点(月1回)(新設)

- ・パルスドプラ法加算 200点→150点

*検査で得られた画像を診療録に添付することが追加された。

D 2 3 6 脳誘発電位検査(脳波検査を含む)

1 体性感覚誘発電位 804点→850点

2、3、4 省略

D 2 3 9 筋電図検査

1 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき)) 300点→320点

4 単線維筋電図(一連につき) 1,500点(新設)(要届出)

D 2 9 5 関節鏡検査(片側) 720点→760点

D 4 0 0 血液採取(1日につき)

1 静脈 30点→35点

D 4 1 9 その他の検体採取

3 動脈血採取(1日につき)

乳幼児加算 15点(新設)(他省略)

《画像診断》

*撮影部位のレセプト記載は選択式に変更

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MR I 撮影)

全身MR I 撮影加算 600点(新設)(要届出)

《投薬》

F 0 0 0 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬 9点→11点

ロ 外用薬 6点→8点

F 4 0 0 処方箋料

イ 一般名処方加算 1 6点→7点

ロ 一般名処方加算 2 4点→5点

《注射》

*通則の追加: 特殊な注射は最も近似する注射として準用が通知された算定方法の所定点数により算定する(新設)

G 0 0 4 点滴注射(1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの 98点→99点

2 1以外 97点→98点

《リハビリテーション》

※実施計画書は疾患別リハ算定開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する。当該計画書の作成前に行われる疾患別リハは医師の具体的な指示の下で行われる場合に限り算定可能

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

H002 運動器リハビリテーション料

※要介護被保険者等の患者に対する外来での標準算定日数超えリハビリテーションは適応外（入院中は通減点数で算定可能）

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

運動量増加機器加算 150点（月1回）（新設）

（対象：脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（運リハは適応外））

《処置》

J007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺 264点→317点

J116 関節穿刺（片側） 100点→120点

（注射・検査の穿刺は据え置き）

J129、J129-2～4 義肢装具採型・採寸（点数項目見直し）

J129 義肢採型法

1 四肢切断の場合（1肢につき） 700点

2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき） 1,050点

J129-2 練習用仮義足又は仮義手採型法

1 四肢切断の場合（1肢につき）

700点

2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき） 1,050点

J129-3 治療用装具採寸法（1肢につき） 200点

J129-4 治療用装具採型法

1 体幹装具 700点

2 四肢装具（1肢につき） 700点

3 その他（1肢につき） 200点（足型採取器で採型の場合）

※義肢装具採型・採寸は、処置項目に入っている。この為、医師等の当処置行為への関与が強く求められている。

《手術》

K001 皮膚切開術

1 長径10センチメートル未満 470点→570点

2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 820点→990点

3 長径20センチメートル以上 1,470点→1,770点

K002 デブリードマン

1 100平方センチメートル未満 1,020点→1,260点

2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 3,580点→4,300点

3 3,000平方センチメートル以上 10,030点

「5回に限り算定の要件」に全身の20パーセント以上の熱傷に加え、A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎も追加。

K009 皮膚剥削術

1 25平方センチメートル未満 1,490点→1,810点

K017 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

- 2 その他の場合 92,460点→94,460点
- K020 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付のもの） 127,310点→131,310点
- K025 股関節内転筋切離術 5,290点→6,370点
- K029 筋肉内異物摘出術 2,840点→3,440点
- K037 腱縫合術（複数縫合加算の新設）
前腕から手根部の2指以上の腱縫合を実施した場合1指につき100分の50加算
1側当たり3指を超えない
- K045 骨折経皮的鋼線刺入固定術
- 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他 1,660点→1,990点
- K050 腐骨摘出術
- 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 3,420点→4,100点
- K054 骨切り術
患者適合型変形矯正ガイド加算 6,000点→9,000点
- K057 変形治癒骨折矯正手術
患者適合型変形ガイド加算（上腕又は前腕） 6,000点→9,000点
- K061 関節脱臼非観血的整復術
- 1 肩、股、膝 1,500点→1,800点
- 2 胸鎖、肘、手、足 1,300点→1,560点
- 3 肩鎖、指（手、足）、小児肘内障 800点→960点
- K075 非観血的関節授動術
- 1 肩、股、膝 1,320点→1,590点
- K079-2 関節鏡下靱帯断裂形成手術
一期的両靱帯形成加算（前・後十字靱帯） 5,000点（新設）
- K082-5 人工距骨全置換術 27,210点（新設）
- K082-6 人工股関節摺動面交換術 25,000点（新設）
- K083 鋼線等による直達牽引（初日1局所につき） 3,010点→3,620点
- K084 四肢切断術
2指（手、足）項目削除（K087 断端形成術（骨形成）7,410点あり）
- K089 爪甲除去術 640点→770点
- K134-3 人工椎間板置換術（頸椎） 36,780点（新設）
注 2椎間板加算として、100分の50に相当する点数を加算
- K134-4 椎間板内酵素注入療法 5,350点（新設）（要届出）
《複数手術に係る費用の特例の追加の件》
- ・K182-3 神経再生誘導術（手指、中手骨又は手関節に限る）が新たに追加された手術は以下のものである。
 - K034 腱切離・切除術（関節鏡視下によるものを含む。）（手指、中手骨又は手関節に限る）
 - K035 腱剥離術関節鏡視下によるものを含む。（手指、中手骨又は手関節に限る）
 - K035-2 腱滑膜切除術
 - K037 腱縫合術（手指、中手骨又は手関節に限る）
 - K038 腱延長術（手指、中手骨又は手関節に限る）
 - K039 腱移植術（人工腱形成術を含む。）（手指、中手骨又は手関節に限る）
 - K040 腱移行術（手指、中手骨又は手関節に限る）
 - K046 骨折観血的手術（手指、中手骨又は手関節に限る）
 - ・K054 骨切り術2前腕、下腿（下腿に限る）とK068-2 関節鏡視下半月板切除術、K069-3 関節鏡視下半月板縫合術が追加された（脛骨高位骨切り術と関節鏡視下半月板切除術又は関節鏡視下半月板縫合術）。

労災保険診療費指導委員会 令和元年疑義事案意見交換会報告

労災保険診療費指導委員 中村 尚

令和元年12月12日、労災保険診療費指導委員及び茨城県労働局関係者の出席のもと、労災保険診療費請求における疑義事案の検討を行った。その結果を報告する。

【議題1】手指の骨折観血的手術（内固定材料なし）の算定について

疑義提案理由

指尖部開放骨折において開放創で末節骨が露出していたため、局所麻酔で十分洗った後に爪を整復し、その時に骨片を直接外して整復し、内固定はせずに、副木固定を使って固定した手技を骨折観血的手術（手）で算定した事例がある。

問題点は処置に対して手技料が高額になっており、実際に手技に見合った点数なのか疑義があり、検討して欲しい。

検討結果

実際に臨床ではよくある外傷で、デブリ洗浄し、爪が外固定の代わりになるので、内固定しないことが多い。骨折観血的手術は整復・内固定という一連の手術であり、内固定していなければ算定は困難と思われる。K0001創傷処理の臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）1,250点の算定が妥当と思われる。

参 考

医療関係質疑応答集（平成28年9月 厚生労働省労働基準局補償課）

12 手術料

Q19 K046 骨折観血的手術については、内固定材料を使用しなかった場合は算定できないのか。

A 算定できる。

ただし、観血的手術が必要となるような骨折については、内固定材料が必要となる場合が多いと考えられるため、手術内容を確認のうえ判断されたい。

【議題2】手指の骨折に対する一時的創外固定骨折治療術の算定について

疑義提案理由

一時的創外固定骨折治療術が保険収載された経緯について

手指以外の創外固定器の実勢価格が273,400円で、これまでの創外固定器加算の点数（10,000点）では、医療機関の持ち出しが大きい。また、創外固定器は、ほとんどは単回使用（シングルユース）である。この為、34,000点という点数が設定された。要望は部位別に行い、四肢とは前腕までと想定していた。しかし、保険収載されたときには、部位が消えていた。手指の既成の創外固定器の実勢価格は、5万円から10万円である。

疑 義

労災保険では、手指の骨折を扱う場合が多く、一時的創外固定骨折治療術の扱いが問題となる。自作での創外固定を行ったものをどう評価するか？手指の既成の創外固定器を使った場合に、実際の点数との大きな乖離があり、どう考慮するのか？

検討結果**(1) 自作の創外固定を行った場合**

手術の方法にもよるが、骨折観血的手術（手）K046-3 11,370点、又は骨折経皮的鋼線刺入固定術 K045-3 1,660点が妥当であろう。

(2) 既成の創外固定器を用いて行った場合

平成30年に一時的創外固定骨折治療術が認められ、医科点数表に部位の特定はないため、現段階では既成の創外固定器を用いている場合は認めざるを得ない。一時的創外固定術はあくまでも一期目に創外固定器を装着しダメージコントロールを行い、二期目に骨折観血的手術を行うことが前提である。骨癒合が良くて、結果的に一期的で終わってしまった場合は仕方がないが、二期的に手術が計画されていなければ算定はできない。審査においては、術後のレントゲンを確認することや二期的手術の計画の有無を照会することが必要である。

【議題3】 私病にかかる治療の算定について**疑義提案理由**

私病にかかる治療の算定については、薬剤の投与理由、検査を必要とした理由、特別食の内容及び労災の治療をする上で特別食を必要とした理由等を医療機関に確認をし、疑義付箋を作成して指導委員会に付託としているが、審査をする上での注意事項及び算定範囲の統一見解の検討をお願いする。

検討結果**(1) 糖尿病**

基本的には労災による負傷で入院をしているため、私病の糖尿病がある場合は糖尿病食程度の食事は認める。手術がある場合は、感染を考慮し入院中のみ糖尿

病の治療は認める。

(2) 骨粗鬆症

骨粗鬆症の検査・治療は原則認めない。

参 考

医療関係質疑応答集（平成28年9月 厚生労働省労働基準局補償課）

9 投薬・注射

Q5 骨折にて治療継続中の傷病労働者に対して、骨癒合を促進するためにオステン、エルシトニン等の骨粗鬆症治療剤を投与した場合、これらの薬剤は算定できるのか。

A 算定できない。オステン、エルシトニン等の骨粗鬆症治療剤は、骨癒合を促進するために投与した場合、健康保険では保険適用外となるため、労災保険においても算定できない。ただし、私病である骨粗鬆症の治療が業務上疾病である骨折の治療上明らかに必要であると医師が認めた場合には、骨粗鬆症治療剤を算定できる。

【議題4】 サインバルタカプセルの処方について**疑義提案理由**

サインバルタカプセルの効能・効果は、「うつ病、うつ状態、次の疾患に伴う疼痛/糖尿病性神経障害、慢性腰痛症、変形性関節症」と記載されているが、最近では鎮痛剤として処方されている請求が多く見受けられる。今後のサインバルタカプセルに係る算定について検討して欲しい。

検討結果

レセプト傷病名にサインバルタカプセルの適応疾患名があるか、適応疾患の慢性腰痛症、変形性関節症と判断された経緯、サインバルタカプセルが処方された以前の当該傷病に対する薬剤歴を確認し

判断すること。適応病名がなく難治性疼痛のみでは処方認められない。

【議題5】結核感染検査に係る取扱いについて

疑義提案理由

潜在性結核感染症は結核に「感染」はしているが「発病」はしていないものの発病しやすい状態にある。そのため、「治療」が必要となる。「潜在性結核感染症」は積極的な治療を要する。

結核予防法は2007年3月31日で廃止され、「感染症法」に組み入れられ、ほかの感染症は、結核のように、従来の薬を予防的に投与するというのではないため、結核だけ、別扱いで予防内服、化学予防という名称が使えないため、「潜在性結核感染症」という名称が発生した。

接触者検診としては、従来のツベルクリン反応検査では、過去におけるBCG接種の影響を受けるため、陽性になった人が必ずしも感染しているわけではない

ことから、クオンティフェロン検査が一般的であるが、コストが非常に高い。

保健所に公費負担の申請書を提出し認められれば、健康保険の個人負担分の通常3割分が2割5分もどされることになるが、受診する医療機関はあらかじめ手続きを受ける必要がある。

また、県においては、一般の事業場で結核が発生した場合、検査料金の補助を支出しているが、医療機関で発生した場合は県では負担せず、医療機関に対応してもらっているとのことである。

労災保険での取り扱いについてはどうなっているのか？

検討結果

労災保険では、結核を発症していることが判明した者を除く結核にかかる検査の費用は保険給付の対象とならない。疾病を発症したという事実が医師の診察により確定する以前に行われる医療行為については、一般的に療養の給付の対象外である。

編集後記

編集後記

松崎先生も書いたように、2020年は東京オリンピック、パラリンピックイヤーであり、国中がおおいに盛り上がるものと多くの日本人が期待していたはずである。また、4-5月のゴールデンウィークに向けて人それぞれが楽しいプランを練っていたはずである。

1月末から始まったコロナウイルス騒動は、これらの期待を、あっけなく打ち破るどころか、今や多くの人が感染による命の危機、人の移動制限による経済破綻を身近に感じていると思われる。

自然災害でなく、感染症という日本では一時忘れ去られたような疾患でこんなにも急に危機が訪れ、そして長い期間不安感を抱えて生活するのは誰も経験するどころか、予想だにしなかったことと思う。しかし現に危機は我々のすぐ近くまで迫っている。政府の落ち度や、中国の情報隠蔽を批判してももはや何の足しにもならない。我々一人一人が身を守るべく、行動を慎み、自分は感染しない、他人を感染させないよう行動をとることが大切なことと考える。

(荒川 記)

◆新規指定医療機関

医療機関名	所在地	診療科目
医療法人社団 大伸会 松葉歯科医院	龍ヶ崎市	歯科、矯正歯科、歯科口腔科、小児歯科
医療法人社団 仁誠会 楓クリニック	つくば市	内科、外科、その他
山王歯科	桜川市	歯科、歯科口腔科、小児歯科
たかだ脳神経外科・内科クリニック	笠間市	脳神経外科、内科、外科
木田歯科	水戸市	歯科
医療法人 緑風会 こじま内科クリニック	水戸市	内科、消化器科、アレルギー科、皮膚科
メディカルケアクリニックかさま	笠間市	整形外科、リハビリテーション科、放射線科、内科
中高津クリニック	土浦市	内科、呼吸器内科、外科
はねもと眼科	水戸市	眼科
医療法人 博仁会 フロイデ水戸メディカルプラザ フロイデクリニック水戸	水戸市	内科、呼吸器内科
社会福祉法人 恩賜財団済生会 済生会土合クリニック	神栖市	内科、外科、整形外科
ふじえだクリニック	笠間市	内科、消化器内科

◆指定取消医療機関

病院（診療所）名	所在地
医療法人社団 源信会 網野クリニック	ひたちなか市
東光台内科胃腸科クリニック	つくば市
医療法人 水戸会 金成整形外科	水戸市
医療法人 博友会 菊池内科クリニック	つくば市
鎗木クリニック	桜川市
楠瀬医院	つくば市
ちかつクリニック	つくば市
並木内科クリニック	つくば市
片野外科胃腸科医院	常総市



題 字 石島弘之 先生
イラスト 高木俊男 先生