京都保険医新聞

購読料　年8,000円
送料共 但し、会員は会費に含まれる

発行所
京都府保険医協会
〒604-8162
京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637
インターワンプレイス烏丸6階
電話（075）212-8877
FAX（075）212-0707
編集発行人　久保 佐世

主な内容

開業医フォーラムで懸念続出（2面）
考察・マイナンバー「個人番号カード」（2面）
府が地域医療構想を議論（4面）

ご用命はアミスまで
◆医師賠償責任保険
◆休業補償制度（所得補償、傷害疾病保険）
◆針刺し事故等補償プラン
◆自動車保険・火災保険
☎075-212-0303

2016年度改定で厚労省と交渉
医療現場の実態に即した改善を

全国保険医団体連合会（保団連）は8月6日、厚生労働省に対して、2016年度診療報酬改定に向けた改善要請を実施した。要請には保団連から住江会長、武田診療報酬改善対策委員長、中島同委員会担当理事、森社保・審査対策部担当理事が参加し、同省内で行った。また、京都府保険医協会から診療報酬改善対策委員会小委員を務める事務局1人が参加した。厚労省からは保険局医療課の田村課長補佐が対応した。

同一建物居住者の扱い――マンション等は除外すべき

保団連は、同一日に複数の同一建物居住者に在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料等を算定した場合の大幅減額の取扱いについて、マンションやアパートは除外することを求めている。

これに対して厚労省は、「建物に関する評価方法をいきなりなくすのは難しいが、非常に非効率な状況になっており、受け入れる施設側・診療側の不満が大きいことは承知している。団地、アパート、マンションに居住する患者と異なり、有料老人ホーム等の施設の複数の患者については、施設側で管理していることもあり、全く一緒ではないと思う」との認識を示した。

一方、厚労省は患者の状態像に応じた評価の導入について、「中医協では患者の状態に合わせた段階を作る方向で議論されている」と述べた。建物の評価に加えて患者の重症度に応じた評価が検討されており、点数がより複雑になることが懸念される。

内服薬7種類以上の減算――「多剤への風当たりが強い」

保団連は、内服薬を7種類以上投薬した場合の減額規定の廃止を求めている。交渉に参加した京都協会事務局からも次回改定での改善を強く訴えた。これに対して厚労省は、「国会でも多剤投与に対する批判を受けており、そのまま緩和するのは難しい状況だ」との認識を示した。ただし、前回改定で地域包括診療料・診療加算を導入したことに触れ、「（届け出ている）服薬管理を行う主治医は、規制から除外するという方法をとっている。したがって、地域包括診療料等をどうしていくかではない」との認識を示した。

改善要請を手渡す保団連・住江会長

在宅自己注射指導管理料――専門科ごとに算定を求める

在宅自己注射指導管理料について、保団連は「同一患者に対して、同一月に診療科の異なる自己注射の指導管理をそれぞれ実施し、在宅自己注射指導管理料を算定できるようにすること」を求めている。

これについては、京都協会事務局からも重ねて強く改善を要請。問題点について十分に理解を得たものの、厚労省側から明確な回答、意見は出されなかった。

その他、「入院中の他医療機関の受診」に係る減算の廃止、市販類似薬等の保険給付外しの撤回、医療保険による維持期リハビリテーションの評価の継続、有床診療所の入院料の引き上げ等を求め、医療現場の実態に即した改善を強く要求した。

最後に、京都協会がいち早く取り組み、全国的な活動に広がった「退院後1カ月以内の特定疾患療養管理料の算定制限の撤廃」に関して、改めて要請することを伝えて終了した。

京都協会取り組みの要請署名に協力を

現在中医協では、入院医療、在宅医療の議論を経て、外来医療の検討に入りつつある。京都協会では、2016年度改定に対する会員の声、要求を集約して、首相、財務相、厚労相、中医協会長・委員等関係各所に要請するため、会員要請署名運動に取り組む。本紙に同封した「要請書」の趣旨・項目にご理解いただき、ご署名の上、協会までファクスでお送りいただきたい。

主張

総合診療専門医が僻地医療の切り札となりうるのか

2020年度から新専門医が認定される。

真に専門医の質が保証され、意義のある更新制度ができるのであれば有り難い。現在専門医資格を取らず活動している医師も希望すれば資格を取得し、更新できる制度にすべきである。

しかし、資格取得より臨床を優先する医師も多い。同じ仕事をしているなら、専門医と非専門医に制度上、差があってはいけない。選択は患者に任せるべきである。

基本領域専門医に「総合診療専門医」が新たに加わったが、僅か3年の研修で大丈夫なのか？　筆者は僻地診療や専門医としての病院勤務を経て、旧郡部の病院のない町で父の診療所を継承開業して10年少々経つが、いまだに驚きと勉強の毎日である。総合診療専門医を僻地医療対策の切り札と考えているようだが、僻地医療を軽視している。

都市部と異なり、医療を含め社会資源を提供される機会が少なかった僻地は、様々な問題を抱えている。大きな〝異常〟を抱えていても当たり前と思い〝元気〟に生活して〝ピンピンコロリ〟を地でいく方も多い。医師になって5年程度の（強制配置された）総合診療専門医が対応できるのか。

2013年日本学術会議が全員加盟制医師組織「日本医師機構（仮称）」設立を提唱した。「医師の免許権限は従前通り厚生労働大臣が保持するが、日本の医師は、医業をなすために、日本医師機構に登録しなければならない」としている。日本専門医機構は2014年専門医制度整備指針（第1版）で「初期臨床研修を修了した後、医師は19基本診療領域のいずれかの専門医資格を取得することが求められる」としている。

今後、医師国家試験の合格者の大半は、専門医資格取得のために日本専門医機構に所属する。日本医師機構の設立は容易になる。注視していく必要がある。

専門医の数と配置が財政政策として管理され、「家庭医」として配置された総合診療専門医への受診が、政策で誘導されれば、総合診療専門医はゲートオープナーではなくゲートキーパーとなり、患者が希望する医療へのアクセスの障害になる。更に専門医のみならず、保険医の定数管理も加われば、都市部でも医療供給不足となり、健康寿命が過ぎればコロリといく社会がくるであろう。

医界寸評

2016年10月5日、マイナンバー制度が施行される。また、番号の利用範囲を拡大する改正法も9月3日に成立した▼マイナンバー制度を初めて聞いて連想したのは、チャップリンの映画「モダン・タイムス」だった。工場の職員として真面目に働く主人公が、生産の能率を上げるために個人が機械の一部にされて、個人の個性や尊厳が尊重されない社会を風刺した映画だ▼全国民を番号付けして、個人レベルの動きを細かくチェックできるマイナンバー制度は、これに似ている。個人を、国家という機械の歯車として扱う制度だ。しかも、国民全員に背番号をつけて、個人の取引や移動がその度に記録できるようになるというのは実に気味が悪い▼人口一億三千万人にも及ぶ日本の行政を、効率良く実施するには便利という面もあるだろうが、人間が名前ではなく番号で認識されるというのは不愉快だ。我々は家畜やペットではない▼このままではいずれそのうち、身分証明書代わりに各人マイナンバーを刺青しなさいとか、家畜やペットのようにマイクロチップを埋め込みなさいという世の中になるのではないか。実際に、全国民に指紋の登録を義務付けている国もあり、とても不安だ▼番号を付けるにしても所轄官庁内での事務の使用にとどめ、個人の使用には義務付けてほしくない。（mykonos）

テーマが変更になりました

第3回 開業医フォーラム

「新専門医制度」が国民皆保険を壊す

究極の医療制度改革としての専門医制度在り方見直し（仮）

とき　10月25日（日）
午後4時～6時
※終了後、会費制懇親会を開催予定

ところ　京都府保険医協会・ルームA～C

※本紙2940号で案内したテーマは11月29日開催予定です

新専門医制度と総合診療専門医の懸念多く

第2回開業医フォーラムで議論

協会は「新専門医制度と総合診療専門医―総合診療専門医とは何か―」をテーマに、第2回開業医フォーラムを8月9日に開催した。医師29人が出席し、意見交換した。開会にあたり垣田さち子理事長は、新専門医制度を通じて開業医を中心に担ってきた地域医療の姿が大きく転換されようとしている。来年10月京都で開催する保団連医療研究フォーラムに向けて我々の側からの検討を進めたいとあいさつを行った。開業医フォーラム（**1面に予定**）で更に議論を深めていきたいので会員にご参加いただきたい。

フォーラムでは、岡所明良会員（与謝）の司会で、吉中丈志理事から新専門医制度と総合診療専門医について、明らかな点を情報提供し、今後懸念される問題について報告した。

管理統制などの強化？
―新専門医制度

新専門医制度に関して懸念される問題としては、▽偏在解消を口実に定数規制や自由開業医制の規制につながらないか▽診療実績を問うことで資格維持のために、人口集積地の大病院集約化と過疎地域での診療維持が難しくならないか、さらに事実上の定年制とならないか▽領域別に過度に特化した専門医をつくり、専門外や複合的な症状に対応できなくなる懸念はないか。むしろ臨床研修制度でプライマリ・ケアを学ぶ機会を増やす方が肝要ではないか▽専門医が大学や大病院に集約化されて大学病院を頂点とした系列化が強まらないか▽全体として医師に対する管理統制とコントロールの強化につながるのではないか―と提起。

国の思惑と現場の期待
―総合診療専門医

総合診療専門医に関しては、▽一体改革の提供体制改革の中で「地域医療の核」と位置付けられているが、「緩やかなゲートキーパー機能」と総合診療医がつながって、フリーアクセスの縮小解釈から制限につながらないか▽厚労省「保健医療2035」の打ち出した「保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直し」「適正配置」が、ゲートオープナー機能をもつ総合診療医のすべての地域への配置とリンクされないか▽同報告にある総合診療医（かかりつけ医）への包括的評価と、他の医療機関との診療報酬上の差別化が想定されていないか▽その先に英国のような人頭払い制を想定していないか▽養成数は数万人とも1万2000人とも言われているがその開きはどこからくるのか▽横倉日医会長の「あくまで学問体系の裏付けとしての専門医であり、医療提供体制とは全く別物であるという位置付け」との評価・方針をどう考えるか▽大学病院等の「総合診療科」と総合診療専門医との関係は別物との見方も示されている。一方で、地域の中小病院が期待する役割はどうなっていくのかーと提起した。

多くの不安や疑問の声が挙げられた開業医フォーラム

疑問や懸念の声が続出

意見交換では、手術実績など更新要件を考えれば外科専門医の開業がなくなるのではないかといった懸念や、総合診療専門医が地域でゲートキーパーの役割を担うのなら、適正配置と結びつけられざるを得ないといった不安の声が出された。また、日医会長の「医療提供体制とは全く別物」との発言は、国の位置づけとは全く逆ではないかとの疑問もあがり、新制度は何の専門医も持たず、あらゆる領域に対応して地域の健康を守ってきた医師の思いを汲むようなものとなっているのか、などの声が相次いだ。

また、専門医制度は質を高めるという意味では大切だが、養成側の都合で人数や配置を決めたり、専門医の強制や管理、診療報酬等による差別などは問題であるとの焦点を明確にすべきとする意見が出された。一方で、良い制度とするために現場の医師の側から、次の時代のかかりつけ医を自分たちが育てるつもりでアプローチすべきとの意見もあった。

議論を受けて協会は、医師制度の大転換であることからしっかり注視して、問題点を発信し医師・患者双方に真に資する制度となるよう貢献したいと締めくくった。

／考／察／

交付を受けてはいけない「個人番号カード」

迫る番号通知（中）

副理事長　鈴木　卓

この10月からマイナンバー法の個人番号「通知カード」が世帯ごとに郵送される。この通知カードと確かに本人であることを証明するもの（運転免許証等）が行政機関の窓口で確認されれば、顔写真入りの「個人番号カード」が交付される。政府は個人番号カードの普及がマイナンバー制度成功の鍵として、郵送またはオンライン申請や、学校・企業内一括申請など色々な手を考えている。更に今後このカードのICチップを利用して保険証代わりや消費増税分還付に使われれば飛躍的に普及すると姑息な手段を捻出している。個人番号カードの情報漏洩や、なりすまし犯罪に対する国民の不信・不安を払拭すべくカードの安全性を強調しているが、例えば脅迫や偽代理による人的・物理的なりすましには解答が出されていない。

個人番号カードの管轄は国であり、自治体の交付は法定委託事務とされたこと、カード表面には必ず顔写真が入ることが住基カードと決定的に異なる。10年毎のカード更新（20歳以下は5年毎）に合わせて顔写真データベースも更新されて「地方公共団体情報システム機構」が保有し、実質的には国が照会し得る管理下に入る。マイナンバーは情報分散管理で安全だと宣伝されているが、実際には自治体間等の情報連携の〝共同化・集約化〟を図る口実で、クラウド内に「中間サーバー・プラットフォーム」が作られ、最終的には全自治体の全個人データ副本が収集され集中・一元照会できる裏システムがある。マイナンバー法案「大綱」で第一に取り上げられた国家一元管理に対する国民の強い懸念・不安は、全く解決されていない。

しかも法文「何人も、特定個人情報の提供をしてはならない」の例外規定として、第19条第12項で「…その他政令で定める公益上の必要があるとき」が挙げられ、この政令は2014年の第155号で「少年法、破防法」等々26項目が指定された。主に警察・公安関係には諸情報の提供が可能となる。その上、このような情報提供は「特定個人情報保護委員会」の権限が及ばないこと、その理由で「マイナポータル」にも通知されず本人チェックも不可能であることが国会で言明され、マイナポータルの安心説明と大きく食い違っている。

現在企業は、「パーソナルデータ」が儲かりのネタだとしてポイントカード等を使って諸データ（購買履歴やネット閲覧履歴、スマホGPSの位置・行動データ等々）の名寄せ・紐付け収集に躍起となっているが、このような情報や今後ますます精巧化する顔認証システム情報が「カード」の顔写真や特定個人情報と結びついた時、各個人の詳細なプロファイリングが本人不承知のうちに作られる恐怖社会が出現しかねない。

これを否とする人の個人的対抗策は、先ずは「個人番号カード」の公布を受けないことである。今後も「通知カード」と本人証明の他の何かがあれば、年数回もないであろう行政や税務の手続きは事足りる。不利・不便な面も出てくるが、自己の個人情報を守る戦いの第一歩として行動を呼びかける。

実質引き上げ全くなし

目減りする入院時食事療養費

健康保険制度において入院時の食事は、「入院時食事療養費」として現物給付される仕組みとなっている（65歳以上の患者が療養病床に入院した際は「入院時生活療養費」）。ただし患者には「標準負担額」（一部負担）の支払いが求められ、2016年4月からの段階的引き上げが国会で決定されたのは記憶に新しい。

この「入院時食事療養費」は1994年10月、健康保険法改定により、それまで「療養の給付」として位置付けられていた給食料が廃止されるのに伴い導入された制度。「入院時食事療養費」は2段階に分かれており、厚生労働大臣が定める基準を満たす（Ⅰ）が、1食につき640円、それ以外の（Ⅱ）が1食につき506円とされている。ところがこの「入院時食事療養費」は、導入以来全く引き上げされていない。

入院時食事療養費（Ⅰ）を例に取ると、導入直前の給食料が190点（1900円に相当）に対して、導入時の入院時食事療養が1900円と、制度変更前と同額でスタート。その後、消費税が5％になった1996年4月に1920円となったが、消費税引き上げ分2％にも満たない上乗せとなった。また2006年4月には、1食につき640円と変更されたが、算定の単位が「1日につき」から「1食につき」に変更されただけで、値段が丁度3分の1になったに過ぎない。以来、現在に至るまで変更はない。

2014年4月には消費税が8％になったが、その際も入院時食事療養費の引き上げは行われず、この間の食材料費、光熱費の高騰を勘案すると、入院時食事療養費は目減りしている状況である。入院時食事療養費（Ⅱ）や入院時生活療養費に関しても、同様である。

協会は15年3月、会員病院を対象に入院時食事療養費「標準負担額」引き上げに係るアンケート調査を実施したが、入院時食事療養費が引き上げられていないことを不満とする声が多数寄せられた。この状況を問題視し、会員各位とともに、次回診療報酬改定に向け厚生労働省等への働きかけが必要と考えている。ぜひご協力いただくようお願いしたい。

要請署名にご協力を！

病院長、栄養課責任者を対象に「入院時食事療養費および入院時生活療養費引き上げ」と「入院時食事療養費『標準負担額』引き上げ延期」を求める要請署名を現在実施中です。ぜひ、ご協力下さい！

事故調

制度の成り立ちとポイントを解説 10月の運用開始を前に

第47回産婦人科診療内容向上会が8月1日、京都市内のホテルで開催された。参加者は81人。公益社団法人日本産婦人科医会副会長の岡井崇氏が「医療事故調査制度―紆余曲折の成立とその論点」と題して講演を行った。

産婦人科診療内容向上会レポート

京都産婦人科医会会長の田村秀子氏、協会理事長の垣田さち子氏のあいさつに続けて、支払基金京都支部審査委員の山下元氏から「保険請求の留意事項と最近の審査事情」について解説がなされた。

続いて岡井氏より「医療事故調査制度―紆余曲折の成立とその論点」というテーマで、本年10月よりスタートするこの新しい制度の成立までの過程と実際の運用法、問題点について講演していただいた。岡井氏は産科医療補償制度原因分析委員会の委員長としてもご活躍され、新しい医療事故調査制度の開始にあたっても多大なご尽力をなされており、リアルな情報を散りばめながら、非常に理解しやすく解説していただいた。この制度の内容について岡井氏の講演内容をまとめて以下に記載しておく。

従来の医療法の一部を改正し、新しく導入される医療事故調査制度の整備目的は、医療の安全を確保し、医療事故の再発防止を行うことであって、医療者の責任追及を目的とするものでない。改正された医療法第6条の10によると病院、診療所又は助産所の管理者は、医療事故が発生した場合には、医療事故調査・支援センターに報告しなければならないとされた。報告すべき医療事故とは過誤の有無を問わず医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であり、管理者が予期しなかったものとされる。予期しなかったとは、当該患者に死亡、死産が予期されることについて説明、記録がなされていなかった場合であり、医療受給者の理解を得るように努めなければならない。医療事故が発生すれば病院は、まず医療事故調査を行わなければならない。調査が終了すれば管理者は遺族に報告内容を説明し、遅滞なく結果を医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。報告内容は個人の責任を追及するものではなく、可能な限り匿名性の確保に配慮しなければならない。センターへの報告事案に問題があるときは支援団体（都道府県医師会など）に相談し、最終的に報告するかは管理者が決定する。

開始を目前に事故調制度をわかりやすく解説する岡井氏

産婦人科訴訟は福島の大野事件（前置胎盤での死亡例）の後、産科医療の危険性がクローズアップされたこともあって減少していた。さらに産科医療補償制度が創設されて減少傾向である。各事例において第三者機関で原因分析報告書が作成され家族へも送付、通知されるようになったことがその一因ではないかと考えられる。同様に医療事故調査・支援センターも調査の結果は管理者と遺族に報告することになっている。まずは遺族の気持ちに寄り添って事実の説明を行うことが重要であると考えられる。センターに報告する事案は警察へは届け出る必要はないが、医療過誤がどのような場合に刑事事件化されるかといった点については今後の成り行きをみていく必要がある。

以上、いよいよ今年10月に迫った医療事故調査制度の開始前にタイムリーな講演をしていただき、理解を深めることができた。

（左京・藤田 浩平）

世論無視した川内原発再稼働

事故直視しない姿勢に強い憤り

8月11日、九州電力は川内原発1号機の再稼働を強行。8月31日にフル出力運転へと入ったとの発表があり、9月10日に通常運転へと移行した。この再稼働を受け、協会は福島第一原発事故のもたらした惨苦をなかったことにするものと強く批判。安倍首相、宮沢経産相、電力会社に8月19日付で抗議声明を送った。

声明では、福島第一原発事故による直接死はないとされているものの、避難および不自由な生活でのストレスなどによる死亡や、将来を悲観して自死した事例など、関連死とされる件数が1232人にのぼっていることを指摘。また、これまでに行われた福島県県民健康調査では、「悪性ないし悪性疑い」の甲状腺がんの子どもたちが112人となり、「県民健康調査」検討委員会の中間とりまとめでも「こうした検査結果に関しては、わが国の地域がん登録で把握されている甲状腺がんの罹患統計などから推定される有病数に比べて数十倍のオーダーで多い」と言及せざるを得ない状態となっていると述べた。

脱原発弁護団全国連絡会、原子力資料情報室などさまざまな団体から、火山リスクの観点から川内原発はそもそも「立地不適」であり、また、福島第1原発事故以降の新規制基準で、個々の火山の影響評価の前提として「火山活動のモニタリング」と「火山活動の兆候把握時の対応」を求めているものの、この基準を満たすための判断基準そのものが存在していないと指摘されている。

世論調査では、全国で約6割の人たちが再稼働に反対している（NHK調べ）にもかかわらず、再稼働に向かって突き進む安倍政権・九州電力には、深刻な原発事故を起こしてはならないという姿勢が根本的に欠けており、強い憤りを覚えると断じた。

また、そもそも原発は、徹頭徹尾、他者に犠牲を押しつけるもので、平常運転時の労働でも下請け・孫請け労働者が被曝を強いられている。発電所や核燃料サイクル施設は、決して都会には作ることができず、過疎地に押しつけられている。なおかつ、原子炉が生み出す放射性物質は現在の科学では無毒化することができず、放射性廃棄物の処理方法も定まっていない点などを挙げ、このような発電方法を選択すべきではなく、我々の脱原発を求める主張の根源には、この問題があることを強調。

あらためて福島第1原発事故を直視し、脱原発を求める多数の声に耳を傾け、脱原発政策に舵を切ることを求めた。

再生可能エネルギーについて考えよう！

環境対策学習会

「再生可能エネルギーの可能性について」（仮）

講　師　気候ネットワーク代表・弁護士　浅岡 美恵氏

日　時　11月12日（木）午後2時～4時

場　所　京都府保険医協会・ルームA～C

参加無料 要申込

お申込は協会まで

文化ハイキング

秋の蹴上・南禅寺の史跡を巡る

今回の文化ハイキングは、蹴上・南禅寺方面の史跡を訪ねて、案内人とともに秋の一日を、のんびりと過ごします。

蹴上インクライン、琵琶湖疏水記念館、金地院、南禅寺本坊、水路閣、永観堂などを巡り、「南禅寺順正」での昼食をはさんで、蹴上・南禅寺界隈の史跡を巡ります。

なお、雨具のご用意とともに軽装で歩きやすい靴でご参加下さい。

日　程　10月25日（日）午前9時30分～午後3時頃（雨天決行）

参加費　会員6,000円、会員外7,000円（拝観料、昼食代含む）

集　合　午前9時30分　地下鉄「蹴上」駅 改札口前（現地解散予定）

※お申し込み・お問い合わせは文化担当まで。（先着20人、要申込）

主　催　有限会社アミス

協　賛　京都府保険医協会

医療安全担当者交流会

医療現場で日常発生しやすいコミュニケーションエラーや医療者と患者側との意識の違いから生じる誤解や些細な医事紛争もあろうかと思います。

そこで今回は、医療メディエータとして活躍されている舞鶴共済病院医療管理課長の南達也氏をお迎えし、豊富なご経験の中から、成功例も失敗例も含めて「ここだけの話」をお伺いできればと企画しました。ぜひ、ご参加下さい。

日　時　11月5日（木）午後2時～4時

場　所　京都府保険医協会・ルームA～C

テーマ　医療メディエータとしての経験～成功例・失敗例について～

講　師　舞鶴共済病院　医療管理課課長　南　達也氏

参加費　無料

申込み　10月30日（金）までにFAX（075-212-0707）にて、地区・医療　機関名・電話番号・参加者氏名をご記入の上お申し込み下さい。

なお、この交流会は、医療法上年2回義務付けられている医療安全管理のための研修となります。参加者には参加証を交付します。

第657回 社会保険研究会

日常臨床における呼吸器疾患と保険上の留意点

日　時　11月7日（土）午後2時30分～4時30分

場　所　京都府保険医協会・ルームA～C

講　師　三菱京都病院　院長補佐兼呼吸器外科部長　山下 直己氏

日常診療においてしばしば遭遇する呼吸器疾患は、気管支喘息、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、肺がん、呼吸器感染症の4大疾患です。これら4大疾患は、喫煙や大気汚染など環境要因の悪化や急速に進む人口の高齢化と密接な関係がみられ、今後ますます増加すると予想されています。

日本における2014年度の死亡原因の1位は悪性新生物で、このうち肺がんの割合が最も多くなっています。3位は呼吸器感染症で10位がCOPDになっています。世界的にみるとWHOは2020年度の死亡原因を、3位COPD、4位呼吸器感染症、5位肺がんと予測しています。

これら4大呼吸器疾患を中心に当院で診療を行った症例を提示し、解説いたします。先生方の今後の実地臨床のお役に立てましたら幸いです。

政策解説

京都府が地域医療構想策定部会を初開催

二次医療圏毎の医療需要推計データ（厚労省）示す

京都府は８月20日、医療審議会に設置した地域医療構想策定部会（部会長・福居顯二京都府立医科大学大学院教授）の第１回会合を開催した。同部会は、2014年に国会成立した医療・介護総合確保推進法に基づく地域医療構想（従前の都道府県医療計画に盛り込む）策定を担う。地域医療構想について国が「法律上は2018年３月までであるが、2016年半ば頃までの策定が望ましい」としたことを受け、概ね２カ月に１度の頻度で開催される模様。

病床機能をめぐって進む改革

国の医療制度改革は、都道府県に医療費管理・抑制を担わせる仕組みづくりであり、医療・介護サービス提供体制改革と国保都道府県化を通じてそれは進められる。地域医療構想はその一環として、重要な位置を占める「2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに」「医療需要と病床の必要量を推計し、定める」構想である。

14年10月には策定作業の一環である第１回病床機能報告が実施された。病床機能報告では、毎年７月１日を基準日に一般病床・療養病床を持つ全病院・有床診療所が都道府県に対し※1、自ら持つ病床の機能を現在と６年後について、報告するもの。**（表１）**

さらに15年６月には政府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」（座長・永井良三自治医科大学学長）が「第１次報告」を公表。政府自身が全都道府県の「必要病床数の推計」を発表した。

府の病床数すでに「過剰」

都道府県は必要病床数推計と病床機能報告の結果を見比べつつ、地域医療構想策定にあたることになる。今回、初会合となった策定部会では、府当局（所管は医療課）が厚生労働省によるデータクリーニングを終えた病床機能報告の結果を公表。府全域だけでなく、各医療圏の状況を示す資料も配布した。※2

これによると、医療機関が自己申告した６年後の医療機能は、高度急性期が全体で＋404、急性期▲1,113、回復期＋1,282、慢性期▲574となった。

また部会では同時に、国の提供した2025年の病床機能別医療需要推計も医療圏別に公表した。国の医療需要推計は医療資源投入量＝診療報酬額で計算され、府計で13年の４万6,557人／日から、25年には６万5,490人／日、差し引き１万8,933人／日の増大が見込まれている（在宅医療含）。ただし、丹後医療圏では在宅医療を除くすべての機能が需要減とされる等、地域差がある。

以上の需要推計を（在宅医療を除き）病床数推計に置き換える時に、国は全国一律に設定した病床稼働率（高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%）で割り戻している（国はこの方法で推計した2025年の病床数推計を示しており、京都府では最大900床のマイナスとされた）。

2013年に比べ、全体としては需要が伸びているのに、病床数推計で減少ということは、国が開発した医療需要推計方法でみれば現在の病床数は全体として「過剰」であると国は推定していることを意味する。

京都市は個別新組織立ち上げ

策定部会では、京都府が「地域医療構想策定の進め方について」の考え方を示した。

府では、医療圏ごとの「地域保健医療協議会」が設置され、「2007年６月から、二次医療圏を基本とする単位で、保健所が事務局となり、圏域内の保健・医療・福祉の関係団体、市町村、消防組合等を構成員とした『地域保健医療協議会』を設置し、新しい保健医療計画の重要課題である主要な疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）や小児医療等医療事業に係る連携のあり方と対策をテーマに検討」※3している。この組織を医療・介護総合確保推進法に定められた地域医療構想実現のための「協議の場」に位置付け直す。

ただし、京都・乙訓医療圏の協議会に京都市は参加していない（つまり260万9,084人の府民のうち146万8,768人、56%の人口※4を擁するにもかかわらず、京都市は府が設定した医療の在り方検討の場に参加していない）。そのため、新組織を設置し、乙訓地域と分離して議論を進めるという。

また、会議では「将来推計に当たって、各団体から提供いただけるようなデータがあれば事務局へお知らせ願いたい」との趣旨の発言があった。これは協会も本紙等を通じ繰り返し指摘しているように、レセプトデータに基づく推計で医療需要が正しく見込めるのかとの疑問が込められたものではないか。

さらに部会では、地域医療構想区域について、二次医療圏を基盤としつつも、国が「高度急性期は」「必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない」との考えを示していることから府での対応を協議した。

18年から都道府県主体の抑制策が本格化

2018年が地域医療構想を練り込んだ第７次医療計画（６カ年計画）のスタート年である。同時に都道府県化した国保が動きはじめ、市町村では第７期介護保険事業計画（３カ年計画）が策定される。そして、都道府県は医療計画・地域医療構想に基づく提供体制管理と都道府県化した国保の財政運営と整合する形で第３期医療費適正化計画（６カ年計画）をスタートさせる。医療費適正化目標と地域医療構想における医療需要推計をリンクさせ、都道府県を主体とした医療費抑制政策は本格化するのである。

最近、国保改革や提供体制をめぐり、骨太の方針にもみられるように国は「地域差」の是正を強調している。医療費の少ない都道府県を標準的な集団に、標準を超える都道府県に医療費抑制努力を課す手法の開発が危惧される。それは次のようなロジックで展開されるのではないか。

> 都道府県間で、入院受療率がなぜ違うのか？
> →それは、都道府県の努力が足りないからだ。
> 不要な病床が多すぎるのではないか？
> 都道府県間で、平均在院日数がなぜ違うのか？
> →それは、都道府県の努力が足りないからだ。
> 入院させる必要のない人を入院させているのではないか？

都道府県の中でも、市町村同士が、「地域差」を理由に、競争をさせられる。

> 市町村間で、保険料に違いがなぜあるのか？
> →それは、市町村の努力が足りないからだ。
> 住民にむだな医療費を使わせているのではないか？　不健康な住民を放置しているのではないか？

地域性・個別性に基づく需要推計を

国の制度設計は、地域とは遠い場所でなされる。病床数推計や医療需要推計にみられるように、画一的な手法でなされてしまう。しかし、言うまでもなく地域における医療の提供とは、医療者が医学的専門性に基づき、患者一人ひとりの個別性（身体条件だけでなく、地域的・経済的要因も勘案して）に基づいてなされる。その需要は、レセプトデータだけでは到底導き出せない。ましてや、医療にアクセスできない住民の存在を無視した需要推計に、地域の医療を押し込んで矮小化することは許されない。

表１　京都府における病床機能報告結果　　京都府ホームページ掲載のデータから作成

二次医療圏	高度急性期			急性期			回復期			慢性期		
	現状	６年後	増減	現状	６年後	増減	現状	６年後	増減	現状	６年後	増減
丹後圏域	16	16	0	851	851	0	99	99	0	233	233	0
中丹圏域	89	197	108	1,437	1,284	−153	149	251	102	544	487	−57
南丹圏域	0	0	0	786	734	−52	47	157	110	439	381	−58
京都・乙訓圏域	5,192	5,488	296	7,081	6,340	−741	1,340	2,083	743	6,195	5,896	−299
山城北圏域	104	104	0	1,835	1,725	−110	477	747	270	1,199	1,039	−160
山城南圏域	0	0	0	480	423	−57	50	107	57	65	65	0
京都府計	5,401	5,805	404	12,470	11,357	−1,113	2,162	3,444	1,282	8,675	8,101	−574

単位：床
回答のない医療機関があるため、合計数は実際の許可病床数と一致しない。
2014年７月１日時点から６年経過した時点の機能の予定として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況。

※１　都道府県に報告といっても、実際には国が設置した共通サーバーへの報告である。なお、データ集約はみずほ情報総研株式会社に業務委託。
※２　京都府はホームページにより詳細な結果を掲載。医療圏別に病院名も公表された。
※３　京都府ホームページの解説文より抜粋・引用。
※４　京都府の人口推計および世帯数　2015年８月１日現在より。

保険医協会の医療安全対策はサポート力が違います
安心して医師賠償責任保険にご加入下さい

医事紛争を円満、かつ迅速に解決

最近、保険医協会の医師賠償責任保険についてのお問い合わせが増えています。中には「保険医協会の保険に加入し続けて大丈夫？」といった声も聴かれます。

保険医協会は全国に先駆けて医療安全対策に注力し、1968（昭和43）年に医師賠償責任保険を損保ジャパン日本興亜（当時の安田火災海上保険）とともに創設しました。これまで数千件を超える医事紛争に対応した豊富な経験に基づき、ほとんどが解決に至っています。紛争期間も短く、かつ最小限の労力と費用で患者側と話し合えるノウハウをお伝えすることも特長の一つです。

今後も引き続き保険医協会の保険にご加入下さい。万が一、医療事故が生じた時、患者さんとのトラブルになった時などは、全力でサポートいたしますのでご安心下さい。ご不明な点などお気軽にお問い合わせ下さい。

10月1日実施の医療事故調査制度に対応
医療事故調査費用保険を創設

10月1日から実施の「医療事故調査制度」は、医療機関の管理者にとって予期せぬ医療事故（死亡・死産）が発生した場合に、遺族への説明とともに、医療事故調査・支援センターへの報告、院内調査が求められます。また調査に伴う費用は医療機関の負担となります。

そのため保険医協会では、「医療事故調査費用保険」を10月1日より創設します（損保ジャパン日本興亜引受）。本保険の対象は、①開設者・管理者が日本医師会A1会員でない診療所・病院②100床以上の病院です※。

対象医療機関には8月下旬に案内資料をお送りしています。資料のご希望、お問い合わせは保険医協会事務局まで。

※開設者・管理者が日本医師会A1会員の診療所と99床以下の病院は、日本医師会の保険の対象となります。

医師が選んだ 医事紛争事例 25

骨折診療後の拘縮に徒手矯正をしてまた骨折！

〈40歳代後半男性〉

〈事故の概要と経過〉

スキー滑走中に転倒し受傷し、当地の医療機関で受診した後紹介され、翌日に医療機関の整形外科を初診した。膝CT、MRI等で精査し、左膝後十字靱帯（PCL）裂離骨折、左膝前十字靱帯（ACL）裂離骨折、左膝内側側副靱帯裂離骨折と診断、数日後に全身麻酔下で靱帯縫合術（PCL、ACL）を施行した。患者の希望もあっていったん退院し、リハビリ目的に通院加療を行ったが、膝関節拘縮を認め、再入院となり、鏡視下に関節授動術を施行した。屈曲70°、伸展マイナス35°であった。その後CPM（持続他動運動療法機）を開始するとともに、硬膜外麻酔下にて2回目の関節授動術を施行、継続して硬膜外麻酔を行った。屈曲80°、伸展マイナス25°、その後に屈曲の徒手矯正を行ったが、翌日MRIで左脛骨近位端骨折を確認したため、前日の矯正によるものと判断し安静を指示した。その後、腫脹が軽減したため創外固定術を施行。更に全身麻酔下で裂離骨折部の観血的骨接合術を行った。

患者側は、今回の骨折事故は故意によるものでなく、治療中の出来事でありやむを得ない。主治医を信頼しており、障害者になりたくないので治してほしいとの意見であったが、今回の事故により家計が圧迫され始めたことから訴訟を申し立てるに至った。

医療機関側は、今回の左脛骨近位端骨折は医療過誤であったと判断した。

紛争発生から解決まで約4年6カ月間要した。

〈問題点〉

靱帯縫合術（PCL、ACL）の適応・手技に問題はない。屈曲矯正の際には、術後の癒着があることを予測しながら、拘縮を十分に確認して行うべきであり、矯正時の骨折は医療機関の過誤と考えられた。患者は医療機関に対して強い怒りを覚えての訴訟ではなく、経済的にやむを得ない訴訟であったと述べているが、結果も患者側が請求した額とは大きく差があり、極めて残念な裁判例だったと言える。

〈解決方法〉

裁判所からの和解勧告に従って和解した。なお、和解金額は訴額の6分の1程度であった。

保険診療Q&A

処方せんや薬品紛失の際の投薬料について

Q、患者が医療機関より持ち帰りの途中または自宅において薬品を紛失した場合は、天災地変その他やむを得ない場合を除き、再交付した薬剤料は患者の自己負担となる。一方、以下の場合はどうなるのか。

①患者が調剤薬局で薬剤を受け取る前に、処方せんを紛失した場合。

②患者が調剤薬局で薬剤を受け取った後で、薬剤を紛失した場合。

A、①処方せんの再交付に係る費用は自費となりますが、薬局での調剤は保険適用されます。

②調剤報酬の通知に「被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため（天災地変その他やむを得ない場合を除く）、再交付された処方せんに基づいて保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は被保険者の負担とする」とあり、処方せんの再交付に係る費用、調剤および薬剤の費用は全て患者の自己負担となります。なお、この場合、調剤薬局では、薬剤の交付前か交付後か判断できない可能性もありますので、処方せんの記載注意事項通知には書かれていませんが、処方せんの「備考」欄に「薬剤の紛失による処方せんの再交付」等を記載した方が良いでしょう。

憲法を考えるために 50

70年、そして8年

戦後70年、そしてこのコラムを書き始めて8年。現政権下で情勢は大きく変化し、第1回を書いた頃に比し、憲法を取り巻く状況は本当に厳しくなってきた。この記事は新聞原稿であり今日（9月7日）が締め切りだが、参議院で審議中の安保法制は本号が発行されるときには、おそらく国会における決着がついているだろう。安保法制＝戦争法案（この命名は社民党・福島みずほ議員、その本質を突いた命名は政権側を慌てさせ、国会での発言を削除しようとしたが、失敗に終わっている）について、系統的にその問題点を指摘・批判するにはこのコラムは余りにも短いので（筆者の能力は棚に上げてだが）、思いつくままの1、2を。そして、もしもこの戦争法案が国会で成立したとしても、平和を守る戦いは終わったわけではない。法案の具体化・運用への批判と阻止、この戦争法案を「お試し改憲」にさせない、改憲に結びつけさせない運動こそが大切になる（戦争法案はなぜ改憲しようとするのか、その意図を我々に知らせる一面を持っている）。

核抑止論、核廃絶への国際的な運動では、核保有・非保有の不平等から、（テロも視野に）核を保有するより核を廃絶する方が安全が高まるとの認識を経て、それは安全保障の問題から、人道上の問題へ大きくシフトしているが、その中で核抑止論はその正当性を失いつつある。

抑止論は「こら、ごたごた言うたら、いてもたるぞ」（やくざにこういわれると確かに怖い）がその本質であり、最終的手段は核でしかないが、最近の知見では、その使用は自国にも壊滅的な被害を及ぼしてしまうと予測されている（沖縄・海兵隊など抑止力になり得ない）。中国脅威論、中国が日本を軍事攻撃してきたら（その想定自体が平和を脅かすが）、私は軍事的防衛より市民的防衛と思うものだが、よしんば前者だとしても、それは個別的自衛権の問題であり、戦争法案の目指す集団的自衛権の問題ではない。また大国・アメリカとパートナーシップを組むのはよいとして、シニアパートナーどころか、ジュニアパートナー、さらにはまるで独立国かと疑いたくなるようなパートナーはもはやパートナーではない。

自国の主権者・国会を軽視し、立憲主義をないがしろにし、多くの市民が違憲と考える法案を、ただひたすら数の力を民主主義といいたて押しつけるなど、将来にわたってこれを認めるわけにはいかない。

（理事・飯田 哲夫）

医・歯学部受験セミナー　要申込

日　時　10月15日（木）午後2時～4時
場　所　京都府保険医協会 ルームB・C
テーマ　2016年度受験動向と対策

※セミナー終了後、ご希望により医・歯学部（中学）受験個別相談を開催

中央受験センターの講師より、医・歯学部入試に向けての〈合格プランニング〉を行うとともに、合格への必須アイテムである「本物の完璧な基礎学力」について解説します。

中級コース

「医院・診療所での接遇マナー研修会」

日　時　10月21日（水）午後2時～4時
場　所　京都府保険医協会・ルームA～C
定員50人 要申込

研修内容
仕事の進め方・仕事の管理の基本・個人の目標と組織の目標との調和、患者さんとのコミュニケーションの取り方についてなど、ゲーム形式を取り入れて体験しながら楽しく学びます。

講　師　茂木 治子 氏（元日本航空客室乗務員）
協　賛　有限会社アミス　　主　催　京都府保険医協会

※申込み後にキャンセルする場合もご連絡をお願いします。

府が中学生まで医療費助成

府内14市町が拡充を実施

京都府が9月から子育て支援医療助成制度の対象を中学生まで拡充したことにあわせて、京都市など14市町が独自制度の拡充を実施した。これで全26市町村において中学生まで、3市町（南丹市、伊根町に京丹波町が加わる）において高校生までを対象とすることとなった。

住民の根強い要望を汲んで積み重ねた広範な運動に自治体が応えたかたちだ。

国がペナルティ見直しも露骨な政策誘導

厚生労働省は、9月2日に「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」の初会合を開催し、子どもの医療費について見直す検討を開始した。

市町村が独自助成をすると、〝ペナルティ〟として国からの国保補助金が減額される仕組みがある。この仕組みが助成普及の妨げであるため、その撤廃が、国による助成制度創設とともに長らく求められてきた。

検討会では、この補助金減額について見直す。ただし、「コンビニ受診」の防止のため、その対策に取り組む自治体に減額緩和を限ることや、かかりつけ医を決めて受診される方策も検討するとされる。2016年夏ごろ報告を取りまとめる予定だ。

９月から拡充した各地の子育て支援医療助成制度

（対象）		３歳未満	就学前	小学生	中学生	高校生
京都府	入院	現物給付（200円負担）				
	通院		償還（月3000円控除）			
京都市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院		現物給付（3000円負担）			
向日市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
長岡京市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
大山崎町	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
宇治市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
城陽市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
久御山町	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
木津川市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
精華町	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
亀岡市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
南丹市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院		償還（800円控除）			
京丹波町	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
綾部市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院					
舞鶴市	入院	現物給付（200円負担）				
	通院		現物給付			

注1　京都市、亀岡市の月3000円現物給付部分はそれを超える額の償還も適用
福知山市の中学生通院の部分で償還（月3000円控除）も適用

注2　変更した部分　現物給付（200円負担）　現物給付（3000円負担）　償還（月3000円控除）

保険医年金

秋の加入申込受付中！

保険医年金が多くの先生方から支持されるのは
医師みずからが、将来に向けた生活設計を考え
作り上げた制度あることが大きな理由です！

制度設計の着眼点は！

- 着実な積立 —— 十分な責任準備金の確保
- 安定した運用 —— 予定利率（最低保証利率）で保証
- 加入者の資産を守る —— 生命保険契約者保護機構の保証対象

普及期間　9月1日～10月20日まで

加入日　2016年1月1日付

2014年度 実績利回り　1.603%

（予定利率 1.259%（2015年９月１日現在））

ご加入・増口をご検討の場合は、協会事務局までご連絡下さい。
保険医年金パンフレットをお送りします。

見つめ直そう Work Health 22

吉中 丈志（中京西部）

産災の量産機

「韓国で職業病という言葉が一般的に使われたのは1980年代からである」と朴賢緒氏（源進職業病管理財団理事長、元漢陽大学史学科教授、1999年当時）は語っている。韓国内の労働者の側から見た経緯を氏の論文（**民医連医療No.323・324、1999年6月7月**）を踏まえて紹介する。

朴正熙、全斗煥と続いた政権は経済成長を強引に進めたため、環境性疾患である水銀、カドミウム、鉛などの中毒が発生した。しかし、軍事独裁政権下では産災（韓国では産業災害、略して産災＝労災職業病）という言葉は長い間禁忌視されていた。

1988年夏、文松勉という15歳の少年が電気製品工場で二カ月働いた後に水銀と有機溶剤中毒（ソウル大学病院で診断）で死亡する。当初、会社も行政も産災と認めなかった。ソウルオリンピックの直前であったこともあり、マスコミが大きく取り上げて市民運動が盛り上がる。政府はやむなく対策をとると表明した。産災が医学的にも法的にも認定されるようになったのはこの時からだという。1987年6月の民主化大闘争（大統領直接選挙制）と結合した運動による変化でもあった。

二硫化炭素中毒についても同様のことが言える。労働者たちは源進レーヨン産業災害労働者協議会を、退職者たちは同職業病被害者および家族協議会を結成した。会社との交渉、青瓦台への陳情を繰り返し、当時の野党平民党（金大中総裁）事務所を占拠して悲惨な実情を訴えたりもした。1988年には25の市民団体によって源進職業病対策委員会が結成され支援の輪が広がる。聖火リレーを源進レーヨンの前で実力阻止する計画が発覚するにおよび、政府は抑えきれず二硫化炭素中毒産を産災として認定した。第一次闘争と呼ばれ、認定患者は146人に達した。

第二次闘争が前回紹介した葬礼闘争である。これを通じて恒久的な組織として、源進職業病対策協議会が結成される。労働組合と協力して、源進職業病に関する公聴会開催、職業病認定基準の改正運動などに取り組み、全面改正を勝ち取っている。これが第三次闘争である。その後源進レーヨンは閉鎖に至る。政・労・使の協議が重ねられ、会社の解体後の補償金の管掌と支給を司る機関として源進職業病管理財団（非営利公益法人）が設立された。朴氏が理事長を務める。

源進破産管財人の銀行は債務弁済に必要な資金を確保するためすべての資産を売却することにした。40年近く稼働した件のレーヨン製造設備は古鉄として払い下げられる予定であった。入札したのは羅田毛紡という会社だ。国際入札の資格がなかった中国の業者と事前に商談を成立させており、購入後レーヨン製造設備として売却した。滋賀の東レから設備が運び出された時と同じことが繰り返された。50人余りの中国人労働者が工場内の寄宿舎で技術伝授された。源進レーヨンの労働者たちは産災量産設備であるこの機械を中国へ輸出することに反対した。羅田毛紡にも在韓中国大使館にも中止を申し入れ、もし操業するなら安全保護装置が必要という文書を渡そうとした。北京の天安門まで出かけて訴えようとしたほどだった。しかし、聞く耳を持ってもらえなかった。

結局、この機械は中国遼寧省の丹東市の繊維会社に輸出され稼働した。1996年のことである。工場で稼働していることは確認できた。現在は北朝鮮国内にあって稼働しているという。しかし詳細は不明である。労働者の健康を守るためには国際連帯が必須であるとの思いを新たにする。

源進職業病対策協議会の集まり　家族が陰で支えた　1993年　中村梧郎氏

明洞の教会前に座り込んだ源進の労働者たち　1994年　中村梧郎氏

ぜひ、ご利用下さい！

各種相談のご案内

協会は専門家対応による各種相談を、随時受け付けています。事務局までお申込み下さい。30分間無料。

▽法律▽税務▽雇用管理▽建築▽資産運用▽廃棄物処理

※専門家は複数人の中から、ご希望の方をお選びいただけます。

※先生のご都合の良い日で日程調整します。

※相談は無料（ただし、1事案1回かぎり）。1事案につき、1回の無料相談を超えてのご相談は、個別相談に移行し有料になります。

❖会員投稿のお願い

本紙では常時、会員投稿を募集しています。随筆・詩・短歌・写真、なんでも結構です（800字程度）。

投稿者にはお礼として、図書カードをお送りします。ぜひ投稿下さい。

訃報

松浦理三郎氏（享年82、山科）6月23日ご逝去。協会理事：1991～94年。

下村百合子氏（享年87、宇治久世）8月6日ご逝去。

謹んで哀悼の意を表します。

10月のレセプト受取・締切

基金国保	9日（金）	10日（土）	労災	10日（土）
	○	◎(※)		◎(※)

○は受付窓口設置日、◎は締切日
受付時間：基金　9時～17時30分
国保　8時30分～17時15分
労災　8時30分～17時15分
（※）オンライン請求　5～7日　8時～21時
8～10日　8時～24時