北海道保険医新聞

発行所・北海道保険医会
〒060-0042
札幌市中央区大通西６丁目
北海道医師会館３Ｆ
TEL.(011)231-6281
FAX.(011)231-6283
編集発行人　加藤 康夫
●毎月５・20日発行
●定価１部〒共120円
●郵便振替 02790-3-20354
(会員の購読料は、会費に含まれています。)
Eメール info@h-hokenikai.com
本会のホームページアドレス
http://h-hokenikai.com/
是非ご覧ください

―主な目次―

2面…●時論「消費税問題は税制で解決を」
●公開医政講演会要旨
3面…●読者のひろば
4面…●保険診療研究
●保険医こぼればなし

公開医政講演会

地域包括ケアシステムの本質と今後の医療・介護

公開医政講演会を10月6日札幌市で開催し、講師に地域包括ケア時代の地域づくりについて全国で講演する櫃本真聿(ひつもとしんいち)氏（四国医療産業研究所所長・日本医師会総合政策研究機構　客員研究員）を迎えた。「地域包括ケア時代　元気高齢者を育む医療・介護そして地域」をテーマに講演が行われ、道内各地より会員・医療関係者・一般市民など多数が参加した。（講演要旨は２面掲載）

▶挨拶する立花副会長

▲ 司会の伊藤研究副部長

伊藤研究部副部長の司会のもと、はじめに立花副会長より「人生100年時代と言われ、100歳を超える元気な高齢者が増えている。高齢者の占める割合が大きくなる一方、若い世代は減少している。安倍内閣は、全世代型社会保障を唱え『高齢社会対策大綱』において、人生現役で活躍できる社会を目指すと述べた。超高齢・人口減少社会となったわが国における医療・介護を確保し、地域包括ケアシステムを作り上げてゆくために、各地域で様々な取り組みが行われている。今後の医療・介護のあり方をご一緒に考えて頂ければ幸いである」と挨拶があった。

講演に先立ち伊藤副部長から地域包括ケアシステムの概要とその問題点について解説があり「国民皆保険はどこでも自由に受診できるとうたっているが今や怪しい状況である。国民医療費は平成27年の試算で42兆円を超えている。この伸びを抑えることが国の大きな課題となっている。そして団塊の世代が2025年に75歳以上を迎える。このいびつな状況で、地域包括ケアシステムの構築は厚労省において緊急の課題である。かかりつけ医の提唱など、様々な施策が考慮されている。しかし、性急な改革は必ずこぼれ落ちるグループを生み出す。これをうまく調整しなければならない。この方針に正解はない。一つの指針として今回ご講演をいただけると期待している」など、地域包括ケアシステムを取り巻く状況について述べた。

▲ 講演された櫃本氏

続いて、櫃本氏が「地域包括ケア時代　元気高齢者を育む医療・介護そして地域」をテーマに講演を行った。

櫃本氏は講演の中で「高齢化が進む一方で元気な高齢者も飛躍的に増えている。その力を引き出すことで、高齢者が担い手となった新しい地域包括ケアの時代が見えてくる」とし、地域包括ケアシステムの本質は「社会的弱者のケアを重視することではなく、社会的弱者を生み出さず、高齢者がその地域の担い手として自主的に活躍できるネットワークづくりを目指すことである」と述べた。また、医療関係者がすべき取り組みについては「地域包括ケアシステムの本質を理解した上で、高齢者が長期入院等により家族や地域との繋がりが途切れることがないよう、元気な高齢者を地域で育成・支援する意識を持つことが重要」とし、実現に向けた課題等について解説した。

最後に「医療は必要不可欠な生活資源。国民皆保険制度をいかに運用していくかが、今後大きな課題となってくる。高齢化や医療資源の偏在など、地域の特性を踏まえた、ネットワークづくりの取り組みに期待する」と述べ、日本の医療・介護の方向性についての考えを示した。

本会は、地域医療を守り世界に誇る国民皆保険制度を堅持するため、今後も道民に向けた啓発活動とともに国や行政機関の動向を注視し必要な改善を求めて行く。

“損税”問題、道内の指導について解説

岩見沢支部（石塚竜哉支部長）は10月4日、加藤会長と鈴木研究部長を講師に迎え研修会を開催した。

加藤会長は「医療における消費税をめぐる現状」をテーマに、消費税問題の概説を行った。医療機関が負担している消費税分は診療報酬によって十分に補填されているとは言えず、全体・個別の医療機関への補填不足が問題（損税問題）となっていることを指摘した。

また、来年度に行われる消費税率10％への引き上げに伴い、医療機関への補填として基本診療料の引き上げが議論されていることを紹介。国が基本診療料への補填を議論している中で、保団連をはじめとした医療団体が公表している損税問題への対応方策について内容を比較しながら、年内に与党税制改正大綱をまとめる予定であることを説明した。

鈴木研究部長は「北海道における指導について」と題して、指導の種類や指導と監査の違い、北海道で行われている指導の変更点等を解説した。集団的個別指導は、全ての医療機関を対象にした3年1巡方式は廃止され、高点数の医療機関が対象となることを説明。さらに、指導の際に目安となる平均点数について、開設者等が厚生局へ連絡した場合、自院の平均点数を開示請求できることを紹介した。

講演後の質疑応答では「消費税増税分が基本診療料にどれほど充当されるのか」「患者への指導内容はどの程度記載したらよいのか」などの質問が寄せられた。

新年特集号
原稿募集中!

字　数
600～800字
締切日
11月16日(金)必着

テーマは問いません。
随筆（**暮らしの中での思い、旅行記、趣味紹介、ユニークな視点等**）をお寄せください。**写真**も募集しますので、奮ってご応募ください。

作品は、こちらまで
北海道保険医会　広報部
〒060-0042
札幌市中央区大通西6丁目6
北海道医師会館3階
TEL 011-231-6281
FAX 011-231-6283
E-mail info@h-hokenikai.com

千里眼

この度の胆振東部地震によりお亡くなりになられた方々のご冥福をお祈りするとともに、被災された皆様に心よりお見舞い申し上げます。土砂崩れや道路の陥没、家屋の倒壊が各所で起こりました。液状化によるものも多く、これは人災であるとも言えます▼さらに道内全域でブラックアウト状態となりました。透析現場は大混乱となり、在宅人工呼吸ＨＭＶ、在宅酸素ＨＯＴ、在宅サクションもパニック状態となりました。苦東厚真火力発電所の停止によるものですが、事前に想定すべきです。これも人災の部類でしょう▼今回、ＤＭＡＴ、ＪＭＡＴの派遣は迅速でした。訪問を受けた医療機関は心強く感じました。透析医間の連携もスムーズで、困難を乗りきりました▼人災は人知で克服できます。今年は、豪雨、台風、地震と大災害が続いています。国の広域災害・救急医療情報システムＥＭＩＳもありますが、私たちはこの経験を踏まえ自らの対応、事業継続計画ＢＣＰをしっかり策定し、さらに万全な備えを見直しておかなければなりません。患者さんの信頼に応えるためです。（Ｙ・Ｋ）

公開医政講演会要旨

「地域包括ケア時代」元気高齢者を育む医療・介護

四国医療産業研究所　所長
日本医師会総合政策研究機構
客員研究員
櫃本　真聿　氏

元気高齢者が日本を支え創造する

今の時代に大切なことは、急激な高齢化や人口減少などに注目しながらも、様々な課題に翻弄されることなく、将来の明るい長寿社会をイメージして「参加」と「活用」を重視した地域を創造していく意識と、実現に向けた協働である。生産年齢人口を分母に、高齢者人口を分子に置いた、危機感を煽る図には何の意味もない。

支える人と支えられる人を区分する時代は既に終わり、お互いが支え合うことで、地域包括ケア時代を活き抜くことが可能となる。地域の衰退を示す指標のような〝高齢化率〟ではなく、地域で元気に活躍している〝元気高齢者率〟に注目するのであれば、将来を受け止めやすい。私の言う元気高齢者とは「ときどき医療、ときどき介護を受けながらでも、自分らしく生き地域社会のために役立ちたいと思っている高齢者」を指す。高齢者を社会的弱者として決め込んで、そのケア体制づくりに留まっていてはいけない。高齢者こそ今後の地域の担い手であると明確に位置付けて、元気高齢者を育成支援し、活躍のチャンスをつくることを地域の命題とすることと、それは医療や介護にとっても同様に重要である。

地域包括ケア時代の医療・介護

日本の社会保障制度は果たして継続可能なのか、国が出したその答えが、地域包括ケアシステムであり、医療・介護費の抑制といったその場しのぎではなく、日本の将来をどう創っていくか、社会保障制度の在り方を模索する、我が国の存亡をかけた一大チャレンジだ。平成30年の医療・介護報酬同時改正において、〝すべては地域包括ケアシステム実現〟に基づいた明確な方針が出された。一方、急性期病床を減らすことで医療費抑制を前面に打ち出した医療ビジョン（構想）さえも、地域包括ケアシステムに統合されることで、行き詰まりから脱却した感がある。私は〝預言者〟ではないが、結果的に29年7月に出版した「地域包括ケア時代の地域に根ざした医療の創り方」（日創研）に書き込んだ通りになった。地域包括ケアシステム導入の経緯やその真意を知ることで、今後の動きを予測することが可能となったのだ。今後の医療や介護は180度大転換、〝社会的弱者ケア重視から、むしろ社会的弱者を生み出さない、彼らが地域社会において活躍できる〟ように、疾病管理重視から生活支援重視へ、大きく転換させていかなければならない。医療費・介護費は抑制するのではなく、地域を活性化させる〝投資〟としての、積極的な視点が求められる。

疾病管理から生活重視へ

私はこれまで、〝医療を生活資源に〟というフレーズを多用してきたが、まさに今改定の基盤には、〝生活に戻すため〟というマインド（志）がしっかりと位置づいている。これまでは、医療の進歩に伴い、診断・治療による疾病管理が強調され、住民の総合病院・専門医志向を、行政やマスコミあげて促進してきた。予防の分野においてさえも、1次予防（生活習慣病対策）2次予防（早期発見・早期治療）3次予防（悪化・再発予防）といった具合に、疾病管理の視点に限定されているありさまだ。疾病管理を重視すればするほど、高齢化＝不健康化ということになる。健康の定義自体が疾病管理と直結しているようでは、今後高齢者社会の社会保障制度が行き詰まるのは当たり前だ。その人らしい生き方の重視を理解すれば、疾病管理はあくまでそのための一手法といった捉え方ができるはずだ。

今回の改正を象徴するものは、病院経営の根幹となっている〝入院基本料〟の見直しだ。サービス提供体制重視から、患者を生活に戻すといった診療実績というアウトカム評価の方向へ、〝入院は生活に戻すため〟といった結果にコミットしてこそ成果報酬として算定される。つまり看護師7：1体制を確保したからと言って、急性期病院にはなれない。在宅復帰率に留まることなく、生活機能の維持向上が図れるか、いかに生活に戻せるかなどといった指標が注目され、診療報酬に大きく影響する仕組みである。入院させてから退院を考えるのでは、病院機能と期待する成果のミスマッチを招き、病院経営を圧迫することと必至である。〝入院前から退院支援〟を意識して、常日頃から、地域で生活を支えている〝かかりつけネットワーク〟と連携がとれていてこそ、病院は評価され経営が成り立つことになる。

＊かかりつけネットワークとは…かかりつけ医に限局せず、住民の生活（QOL・QOD）を支援するための医療介護の多職種のサポートチーム。

入院前から退院支援

医療機関とりわけ急性期を自負している病院では、〝してあげる〟サービス提供型の〝良かれ〟医療が先行しがちである。疾病管理最優先により、入院によって患者の機能・体力や生きる意欲を低下させ、地域や家族とのつながりが滞り、結果的に生活を分断することになってしまう。今後は生活に戻せない医療は見直し、入院をできるだけ短期間に絞り込み、地域生活に速やかに戻すことを目的としたチーム医療が期待される。患者や家族等の真の生活ニーズを実現するためのエンパワメント（賦活化）重視へ、着実にシフトさせていかなければならない。

退院支援・地域連携部門が〝入退院センター〟として機能強化が図られているが、入退院を速やかにする役割にとどまらず、病院一体となって生活に戻すチーム医療のマネジメント機能を果たさなければならない。私がセンター長を務めていた愛媛大学病院の総合診療サポートセンターは、〝入院前から退院支援〟を理念に掲げ、入院前から退院後をイメージして、その実現に向けて多職種連携が入院前からスタートするシステムを構築している。

さらに将来的には、住民が地域において日常的に〝かかりつけネットワーク〟に支えられ再び生活に戻すための入院目的を明らかにした上で、その可能性を判断して入院を決定するシステムが構築されることを期待している。

終わりに

高度急性期病院を除いて全ての病院は、地域密着型の立場を明らかにしながら、互いに機能を引き出しあう水平関係の連携が求められる。そしてDPCに代表されるように、今後は病院のデータの提出が当たり前となりその範囲もますます広がり、医療者側の大きな責務となる。生活に戻すことを医療の評価とすることを前提に、自ら積極的にデータを出すことで、患者や家族等への説明はもちろん、地域へ発信することが求められる。診療報酬に追従しながら切り抜けるやり方ではなく、医療本来の役割（QOL・QODの実現）を果たすための、いわゆる〝王道〟を目指すことになり、住民はもちろん、関係機関から信頼されて経営は成り立つはずだ。医療・介護は、地域を活性化する国民にとって重要なインフラ（生活基盤）の一つだという強い意識が、国民も行政も関係者にも不可欠だと確信している。

時論

消費税問題は税制で解決を

9月19日開催の中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」で、2019年10月に予定されている消費税率10％への引き上げに向けた議論が始まった。

2014年の消費税率8％への引き上げに伴う改定では、改定財源を「医療費のシェア×課税経費率」に基づき医科・歯科・調剤で配分。このうち医科の財源については病院と診療所で配分し、さらに入院料間で配分した。これを初・再診料や入院料などの基本診療料を中心に上乗せし、消費税率引き上げに伴う経費増への補填とした。厚労省は、医療機関によって補填率にばらつきや、不足が生じた要因分析をした結果、⑴補填項目への配点⑵財源配分⑶使用するデータ等―の3点について、論点を整理した。具体的には、初・再診料と入院料の配分や初・再診料の設定の工夫、経費負担額を的確に把握するため看護配置などをより細かく検討、一般病棟と療養病棟での補填率の開きに対し収入に占める入院料の割合を考慮する等を示した。使用するデータは、課税経費率は2017年度の医療経済実態調査、補填点数項目の算定回数にはNDBデータの通年の実績データ（2017年度）を用いることを提案した。

国民の命と健康を保障する医療に課税することは適切ではないとされ、保険医療等は非課税とされてきた。医療機関が仕入れで支払った消費税を負担する代わりに、消費税分として診療報酬への上乗せが行われてきたが、これは診療報酬という形で患者に消費税を負担させていることに他ならない。また、公平性に欠けることは各医療機関での補填不足・ばらつきからも明らかである。さらに、いったん上乗せが行われてもその後の改定において各点数の減点や包括化、届出の有無による点数の差別化により補填が適切であったかの検証も困難だ。

税制における問題点は税制の中で解決すべきであり、その方策が医療へのゼロ税率の実現である。政府には医療におけるゼロ税率導入の検討を望む。

2団体と合同懇談会を開催

歯科医療について 活発な意見交換

9月29日、本会歯科部は北海道歯科衛生士会、札幌歯科技工士会と合同懇談会を開催した。北海道歯科衛生士会から小林元子札幌支部支部長ほか3名、札幌歯科技工士会から道垣内茂樹会長ほか3名、本会から野川哲義副会長ほか8名の役員が出席した。

はじめに野川副会長より「医療制度改善のため医療現場や患者さんの声を運動の力としているが、市民集会を通して多くの市民に現状を知ってもらいたいと考えており、ご協力をお願いしたい」と挨拶した。

▲ 道歯科衛生士会、札幌歯科技工士会に協力を要請

北海道歯科衛生士会からは「歯科衛生士の歯科衛生士会入会について」をテーマに歯科衛生士会の活動内容や入会の現状について説明があった。また、歯科衛生士として障がいを持っている方への口腔ケア、インプラントを入れている高齢者へのサポートについてどのように接していけばよいか等、活発な意見交換が行われた。

札幌歯科技工士会からは「歯科技工士の仕事をより多くの人に認知してもらうためには」をテーマに周知活動等について以下の提案があった。「学校卒業後3年未満の女性の離職率の高さが問題となっており、技工士離れ、技工士不足が今後問題となる。認知度を上げて学生を取り込むためには、学校、技工士会、歯科医師の協力の下で歯科技工士を増やしていくことが今後の課題につながる」とした。

本会からは10月20日開催予定の「第8回歯科市民集会」の企画説明および開催に向けた協力要請を行った。

みんなでストップ! 患者負担増

請願署名にご協力を!!

本会では、全国の患者・国民、医療関係者が一体となって取り組む「患者負担を増やさないことを求める（みんなでストップ！患者負担増）」請願署名運動を実施しています。また、今回は、患者さんにクイズを解きながら考えてもらう「クイズで考える私たちの医療」のクイズチラシもご用意いたしました。こちらもご活用いただき、署名運動へのご協力をお願いいたします。

また、署名用紙が不足の場合は、事務局（TEL 011-231-6281）までご連絡頂ければお送りいたします。

読者のひろば

弘前公園の桜

岩見沢支部　大川内科医院　大川　岩雄

私には、年上のお友達がいます。

D先生は昭和5年生まれの88歳の小児科医です。弘前大学医学部を1期生として卒業されました。そのD先生が一緒にお酒を飲むと「弘前公園の桜は日本一だよ」と、言うようになりました。ここから私の独りよがりの思い違いが始まりました。「ここは友達孝行でD先生のお元気なうちに、もう一度弘前公園の桜を見せたい」。

今年3月に94歳で他界したI先生と3人で、6年前に弘前公園の桜を見に行きました。残念ながら花が咲く前でした。私は今まで、I先生の故郷の松前の桜や静内の桜など有名な桜を見ましたが、綺麗だなと思う程度で大きく感動することはありませんでした。

3年前に再度弘前公園の桜をD先生と私の妻と3人で見に行きました。内堀に花弁が残っていましたが、ソメイヨシノの花は見ることができませんでした。そして、今年4月29日にD先生と2人で弘前公園の桜を見に行きました。外堀の桜は5分ほど散っていましたが、外堀は一面花筏（いかだ）となり花吹雪も続いていました。公園内に入ると、桜の匂いが立ち込め、見たことのない風景が待っていました。大きな桜の木々が密集し、ソメイヨシノの真っ白い花が満開で、花吹雪の下を歩いて、内堀に行くと薄く紅色に染まった花筏がお堀を埋め尽くしていました。私は感動のあまり「このような美しいものを見たことがありません。この世のものとは思えない美しさでした」と、D先生にお話したところ、D先生は「良かったね」と言ってくださいました。

コーヒー派

苫小牧市　木の花歯科　佐藤　和重

コーヒーを毎日飲むようになって、3年くらいたちます。それまでは、お茶派で、紅茶緑茶問わず飲んでいました。ある日、患者さんから「コーヒーを通販でとって飲んでいますが、おいしくて、豆を自分で挽いていれる朝の一杯が至福の時です」と聞いて、早速通販でとって飲んでみました。最初の感想。いい香りだけど味普通。コーヒーってこんなもんだな。お茶みたいにごくごくとは飲めないし、苦いし、えぐみもある、酸っぱい、ミルクと砂糖を入れれば、まあ飲めるかな？といったところでした。

当初は、しっかり抽出しようと、細かく挽いて、熱湯で時間をかけていれていました。ある時、コーヒーをおいしくいれるには、との記事をネットで見る機会がありました。細かく挽きすぎないこと、熱湯でなく90度くらいで抽出時間をかけすぎない、少し多めの豆を使い、最初の2分くらいのドリップの濃い部分を熱湯で倍に薄めて飲むと良いと。やってみました。いつもより多めの豆を荒く挽き、2分くらいで抽出したコーヒーを倍に薄めて飲んでみると、しっかりコーヒーだけど、すいすい飲める。あれ？今までのコーヒーと違うかもしれない？

それから、やや高級な豆、スタンダードな豆、浅煎り、中煎り、中深、深煎りなど、産地もいろいろ試してみました。深煎りだとみな似た感じで酸味は無いが苦い。比較的浅煎りのほうが、酸味もあるが、甘みもあり、個性があっておいしい。と自分の好みがわかってきました。特に、いれたてではなく、たまたま冷めてから飲んだ時に「あ、おいしい」と感じました。以前は、コーヒー、ブラックではいまいちだと思っていましたが、ミルクは無いほうがおいしいなあ、と。

自分には、オークション豆などの高級豆でなくてもスタンダードの豆でやや浅煎りで、焙煎したてであれば、多めの豆でさっといれれば十分おいしい。財布にも優しい。ということで、すっかりコーヒー派になってしまいました。

そうです、私はその時に初めて、大きな思い違いに気づきました。D先生は自分が弘前公園の桜を見たかったわけではなく、自分が元気な間に私やI先生に弘前公園の桜を見て、感動して欲しかったのだと。みなさんも弘前公園の桜を見てください。そしてこの世のものとは思えない美しさにぜひ感動してください。

文化講演会

楽しく踊って筋力運動

●講師：西川 右近　氏

（日本舞踊家　西川流総帥）
一般社団法人日本舞踊（おどり）スポーツ科学（サイエンス）協会代表理事
日本舞踊の振付、出演、指導等の他、ラジオ、テレビ、新聞など幅広く活動。2001年文部大臣表彰。

●日 時：10月27日（土） 16:00～17:30
●会 場：札幌東急REIホテル（札幌市中央区南4条西5丁目1）
●定 員：100名【先着順】参加費無料（どなたでも参加できます。事前にお申し込みください。）

会員忘年会

楽しいひとときをお過ごしいただけるよう、景品抽選会なども予定しています。お子様には一足早いクリスマスプレゼントも！
お誘い合わせの上、多数ご出席ください。

日 時：12月1日（土） 午後5時 ～ 7時
場 所： 札幌パークホテル　2階パールルーム（札幌市中央区南10条西3丁目）
対 象： 会員および会員が同伴する家族
会 費： 会員1人 5,000円
家族1人 3,000円（小学生以下1,000円）

保険診療研究

特記事項の変更点と北海道医療費給付事業

■ 70歳以上の診療報酬明細書記載の変更点

2018年８月１日からの高額療養費制度の見直しに伴い７月13日、記載要領通知が一部改正されました。これにより、70歳以上の患者については高額療養費制度の適用対象とならない場合も、診療報酬明細書「特記事項」欄への適用区分の記載が求められるようになりましたのでご注意ください。なお、11月審査分までは特記事項が未記載であっても、一律に返戻しないなどの対応が取られていますが、12月審査分以降は、未記載の場合に返戻となる可能性がございますのでご留意ください。

改正による主な変更点

●患者の自己負担割合が３割の場合
- 限度額適用認定証の提示がない場合→26区ア
- 限度額適用認定証の適用区分が「現役並みⅡ」又は「現役Ⅱ」の場合→27区イ
- 限度額適用認定証の適用区分が「現役並みⅠ」又は「現役Ⅰ」の場合→28区ウ

●患者の自己負担割合が２割又は１割の場合
- 限度額適用認定証の提示がない場合→29区エ
- 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担減額認定証「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合→30区オ

※　限度額適用認定証を交付されている患者であるにもかかわらず、医療機関等の窓口等にて当該認定証の提示がなかった等の場合は、高齢受給者証等の一部負担金等の割合が３割の場合は「26区ア」、２割又は１割の場合は「29区エ」と記載する。

この場合において、上限額を超えて支払われた一部負担金等の額については、後日、患者が各保険者に払戻しの申請を行うことができる。

■ 北海道の医療給付事業の公費レセプト併用について

また、2018年８月診療分より、北海道の医療給付事業（重度心身障がい者・ひとり親家庭・乳幼児等）がレセプト併用で請求可能となったことから、北海道国民健康保険団体連合会（国保）より、レセプト請求のＱ＆Ａが出されております。抜粋して掲載いたしますので、ご確認ください。

Q　**重度心身障がい者、ひとり親家庭等、乳幼児等の優先順位を教えてください。**

A　優先順位は、①重度心身障がい者②ひとり親家庭等③乳幼児等の順となります。

Q　**ひとり親家庭等と乳幼児等の２つの受給者証を提示された場合、両方とも請求してよろしいですか。**

A　ひとり親家庭等と乳幼児等の併用はできません。優先順位は①ひとり親家庭等②乳幼児等ですが、患者が優位な方で請求してください。

ただし、ひとり親家庭等で発生する自己負担額を乳幼児等で助成する市町村がありますので、その場合は、第一公費（93）、第二公費（92）で請求いただくことで、ひとり親で発生した自己負担額を乳幼児で助成することとなります。

Q　**重度心身障がい者と特定疾患（83）はどちらが優先ですか。**

A　特定疾患（83）が優先となります。

国公費→（83）→重度心身障がい者→ひとり親家庭等→乳幼児等の優先順位となります。

Q　**国公費との併用はあり得ますか。**

A　全ての国公費との併用が可能となります。

国公費で負担すべき自己負担額を重度心身障がい者・ひとり親家庭等・乳幼児等で負担することとなりますので、国公費優先の併用レセプトとなります。

Q　**重度心身障がい者・ひとり親家庭等について、平成30年８月診療分以降で従来の医療費請求書で請求した場合はどうなりますか。**

A　返戻となります。

レセプト併用で請求していただくことになりますので、レセプトについては依頼返戻をしていただきます（社保分については、支払基金へ依頼返戻をしていただくことになります）。

Q　**重度心身障がい者と他公費の併用で計算した結果、他公費で負担することにより、重度心身障がい者の公費負担者における負担金額が発生しない場合（重度における０円請求）、レセプトの重度心身障がい者の公費負担者番号及び受給者番号の記載は必要でしょうか。**

A　記載されていても問題ありません。

なお、市町村において受給者の決定情報を全て把握したいため、負担する金額が無い場合でも、記載して欲しいとの要望が市町村からあります。

重度心身障がい者にかかわらず、ひとり親家庭等及び乳幼児等についても同様の取扱いとなります。

Q　**重度心身障がい者・ひとり親家庭等・乳幼児等における対象外の保険者はありますか。**

A　道内在住の受給者であれば、全ての保険者が対象となりますが、受診可能な医療機関等は道内医療機関等の限定となります。

保険医こぼれば話なし

古老の話

北海道で生産活動をする限り、アイヌ語は切っても切り離せない。以前アイヌの血を引くという古老の患者さんから伺った話であるが、その方は言語学者で、色々教えていただいた。

札幌の語源って何？サッ・ポロ・ペッ（sat・poro・pet　乾く・大きい・川）が一般的。琴似は？（kotune-i　低処、kot-ne-i　凹地・になっている・もの）手稲山の東斜面から湧き出る泉池川の水系の名前がkotomi　で、手稲山の南斜面から平和の滝を下り東向きに流れ、三角山の西岸壁にぶつかり北に向きを変えて新川に注ぐ琴似発寒川は、その昔、中の川と呼ばれ琴似を通って北西に手稲（teine-nitat　濡れている・低湿地）を流れ、今の手稲駅付近で直角に東北に向きを変え発寒川本流（shi-hacham-pet　桜鳥が多い・川）と合流し茨戸付近で石狩川に注ぐ。そう今の北一条宮の沢通りが琴似発寒川を渡る元の大野病院のある山の手橋から上流を眺めると、左の右岸土手は断崖になっている。昔、ここをオペッカウシ（o-pet-ka-ushi-i　尻を・川の・上〈岸〉・につけている・もの）と呼んでいた。前述のように三角山の尻が断崖絶壁になって琴似発寒川に突き出している（この名は道内各地にもある）。

じゃ藻岩山は？良い質問。藻岩（mo-iwa　小さい・霊山）は、アイヌ時代は円山を指す言葉だった。後人が誤ってその南の山を藻岩山と呼んでしまった。藻岩山は、アイヌ語で山名はインカルシペ（inkar-ush-pe　眺める・いつもする・処）と呼んでいた等々、大変勉強になった。素敵な患者さん今はいない。

（菱川）

保険医会の動き

〈９月〉
15日　街頭宣伝行動
25日　第５回理事会
29日　北海道歯科衛生士会、札幌歯科技工士会との懇談会

理事会だより

■第５回理事会
日時　９月25日（火）
場所　本会会議室
協議事項
①10月度の主な活動について
②北海道胆振東部地震に関する被災支援について
③団体定期保険の受託生保会社の委託割合について
④共済制度の掛金徴収業務における対応について
⑤難病医療費助成制度に関する取組について
⑥その他

会員訃報

高橋　尚志先生
９月12日ご逝去（83歳）
謹んでご冥福をお祈りいたします

老後の年金だけでなく、いざという時にも役立つ　保険医年金

●月払は1口1万円（最高30口まで）
●一時払は1口50万円（一度に40口まで）
募集締切　10月25日(木)まで　締切間近

1　予定利率1.259%（昨年度は配当を含め、運用実績1.356%）
毎年の引受生命保険会社の決算実績によっては、予定利率に配当が上乗せされます。

2　掛金の払込中断も可能
掛金の払込が困難になった場合には、払込を一時中断することもできます。

3　年金開始年齢は自由に設定
加入後5年経過すればお好きなときに受給を始めていただくことが可能です（満期年齢は80歳）。

4　1口単位で解約することも可能
急な出費でお金が必要なときは1口単位で解約することもできます。

申込月の翌々々月1日加入　グループ保険受付中
死亡時・高度障害時にお支払いする保険

2018年10月1日更新分より
●すべての年齢区分で保険料が下がりました！
●会員本人の最高保障金額が増額されました！（4,000万円→6,000万円に）
●剰余金が生じた場合には配当金としてお支払いします！

新月額保険料［例：会員本人 男性の場合］

保険年齢	1,000万円	3,000万円	5,000万円	6,000万円
30歳	950円	2,850円	4,750円	5,700円
40歳	1,210円	3,630円	6,050円	7,260円
50歳	2,350円	7,050円	11,750円	14,100円

（※その他、500万円、1,500万円、2,000万円、4,000万円の保障金額もございます）

お問い合わせは、本会事務局まで。　Tel 011-231-6281　Fax 011-231-6283