

Osaka Medical Practitioners' Association

2024年9月 No.164

勤務医LETTER

発行 大阪府保険医協会

https://oh-kinmui.jp/ E-mail web@oh-kinmui.jp
〒556-0021 大阪市浪速区幸町1-2-33 ☎06-6568-7721(代) FAX06-6568-2389新規開業・
継承開業など **ご相談は保険医協会へ**ホームページ「勤務医フォーラム」にて、テナ
ント情報、求人、継承者募集など随時更新して
おります。 **soshiki@osaka-hk.org**問合せ先(組織部) ☎ **06-6568-7721**

特別寄稿

医療をより良くするための働き方改革を

日本赤十字社医療センター 第一産婦人科部長 木戸 道子



いよいよこの4月に働き方改革関連法が医師においても施行開始となった。医療提供体制への影響が懸念されたことから一般則より遅れたが、これによって長時間労働がもし是正されれば、心身の健康を保てる、家庭生活と両立しやすくなるなどメリットは大きい。診療を受ける患者さんにとっても、長時間労働で疲弊し集中力を欠いた状態の医師による診療はのぞましくなく、適正な労務管理は医療安全、質の向上にもつながる。

これまで36協定により年間時間外労働は3000時間ですら可能な「青天井」であったことを考えれば、今回、過労死レベルの倍まで許容されるという高い上限規制とはいえ、まずは一歩前進かもしれない。ただ、働き方を本気で「改革」するのであれば、労働時間数のみにとらわれず、少子高齢化など医療を取り巻く社会の変化をふまえて、労働時間を適正化しつつ医療の質をできるだけ保つというより大きな目標をもって、その方策を考え、実行すべきである。せっかくの機会なのに、現状維持ばかりに囚われて必要な改革をせず、結果的に課題を先送りしてしまうのは将来に禍根を残すことになる。

そもそも平成29年に出された政府の「働き方改革実行計画」には、「罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正」だけでなく、「賃金引上げと労働生産性向上」「柔軟な働き方がしやすい環境整備」など複数の施策により抜本的な労働制度の改革を行うことで、一人ひとりがより良い将来展望を持てることを目指す、と明示されている。他の項目にも同時に取り組まなければ長時間労働の是正の改善は難しい。

医療機関の中には、業務の効率化、タスクシフト/シェアや医療機関の役割分担・連携などを着実に進めて改革の成果を挙げているところもあり、そうした好事例は厚生労働省の「いきいき働く医療機関サポートWeb」に数多く掲載されて

いる。そこでは、当直明けに早く帰れるようになった、休みを取りやすくなったなどの声があるが、いまだ有効な取組みが進まない医療機関も少なくない。

宿日直許可の問題点

ここ数年、法令遵守のために何とか「見かけ」の労働時間を減らそうとして、宿日直許可や自己研鑽などの名目で、在院していても労働時間と看做さない時間を捻出しようとする動きがあった。たとえば、宿日直許可があればその間は労働時間に該当せず、翌日もそのまま勤務してよいことになっている。連続勤務時間制限ができればきっと当直明けは早く退勤できるようになるだろうという期待は残念ながら裏切られてしまった。許可を取りやすくするために基準が緩和されたことを受けて、許可件数はここ数年急増している。もちろんほとんど診療を行わないいわゆる「寝当直」もあるかもしれないが、救急患者の診療などに応需する可能性が少しでもあれば、そのつもりで待機しているわけで、家で寝ているとは訳が違う。例えば看護師等から電話で問い合わせがあって口頭指示をするだけでも睡眠は中断される。まして実際に救急患者の診療がけっして稀といえない状況であれば「実際に対応しているところ以外は休憩なので労働時間ではない」という論理にはなかなか納得し難いところがある。さらに、宿日直許可には有効期限がないことも大きな問題であり、例えば50年前に取得したものでも有効とされるが、果たして現状に見合っているかどうかは定期的に見直すべきであろう。

他業種で導入進む「ダイバーシティ&インクルージョン」を医療現場にも

さて、当直帯、いわゆる夜間休日における救急対応は対応する人員や検査など医療資源が日中よ

りはるかに少ない状況で難しい判断を迫られることも多い。それでも単なる応急処置を超えた高いレベルの診療を求められがちであり、たとえ最善を尽くしても結果が良くない場合はトラブルとなりうる。そのため、体力的な問題以外にも当直業務の負担感は大きく、当直が辛いために離職や転科など働き方を変えるケースは多々ある。また、育児や介護など家庭責任のため長く家を空けることが難しい場合や、シニア医師などは「当直免除」となることが多いが、代わりに当直回数が増える者にとっては負担感・不公平感が生じ、ともに働きにくさを感じ、双方にとって離職の一因となる。

祝日も増えてきており、平日昼間よりも夜間休日の方が1年を通して圧倒的に多くの時間を占める。病気や怪我の発生は時間帯を選ばない。命に関わる傷病にはできるだけ迅速に対応が必要となるが、現実にはスタッフが手薄な夜間休日の時間帯では受け入れが難しく、いわゆる「たらい回し」となりやすい。夜間休日に待機している医師を「宿日直」として休憩扱いとするよりも、必要に応じて医療機能を集約化し、交代制にする等で時間外診療を充実させ、そこで働く人の待遇を改善することこそがむしろはるかに重要である。

少子高齢化が加速する我が国において、一部の長時間労働の働き手に頼る仕組みは医療のみならず、あらゆる分野において破綻しつつある。長時間勤務が難しい人を排除することなく、年齢、性別、家庭状況などさまざまな背景を持つ人材の多様性を受容し、状況に応じた柔軟な働き方を選択できるようにし業務を上手にシェアする取組みをぜひ進めるべきである。これはいわゆる「ダイバーシティ&インクルージョン」として多くの他産業では既に取組みが進められている。長時間労働の是正はそのために必須であり、働き方改革の本来の目的を見失わず、より良い医療のあり方を見据えながら着実に改革を進めていくことが重要である。

木戸 道子(きどみちこ) プロフィール

日本赤十字社医療センター 第一産婦人科部長
1988年東京大学医学部医学科卒業
東京大学医学部附属病院分院、長野赤十字病院等を経て2002年より日本赤十字社医療センター勤務
日本産科婦人科学会専門医・指導医
社会保障審議会医療部会、医道審議会医師分科会などの委員を歴任

手頃な保険料で先生方の万が一に備える
家族のサポート **グループ保険** (死亡・高度障がい保障)

幅広い保障プラン

保険金額は**300万円~最大6,000万円**配偶者も**最大3,000万円までご加入いただけます!**

●簡単な告知のみ(医師の診査なし)でご加入できるのも忙しい先生方にとって魅力です

*6,000万円以上の保障をご希望の際は、保険医共済会の「新グループ保険(最大6,000万円)」を上乗せでご加入いただけます。

お問い合わせ先 **TEL 06-6568-2230(直通)**

手頃な保険料

加入プラン例①	加入プラン例②
万が一の場合、残された家族の生活が心配… 35歳(保険年齢) 保険金額6,000万円の場合	子どもが独立し、保障を少し減らしたい 50歳(保険年齢) 保険金額2,000万円の場合
月額保険料 男性5,700円 女性3,660円	月額保険料 男性4,700円 女性3,540円

さらに!

配当金の還元により保険料の負担が軽くなります。
直近10年平均約17.4%を配当!※配当金は毎年変動します

保険金額と月額保険料		保険金額と保険料表(一例)			
		35歳まで	36~40歳まで	41~45歳まで	46~50歳まで
6,000万円	男性	5,700円	7,260円	9,840円	14,100円
	女性	3,660円	6,120円	7,500円	10,620円
5,000万円	男性	4,750円	6,050円	8,200円	11,750円
	女性	3,050円	5,100円	6,250円	8,850円
4,000万円	男性	3,800円	4,840円	6,560円	9,400円
	女性	2,440円	4,080円	5,000円	7,080円
3,000万円	男性	2,850円	3,630円	4,920円	7,050円
	女性	1,830円	3,060円	3,750円	5,310円
2,000万円	男性	1,900円	2,420円	3,280円	4,700円
	女性	1,220円	2,040円	2,500円	3,540円

これでいいのか日本の医療

ドイツの医師養成と供給体制

第20回



かみ まさひろ
上 昌広

特定非営利活動法人
医療ガバナンス研究所
理事長

医療費抑制を目論む財務省の「ドイツ開業規制」論

円安に伴う物価高、人件費上昇、診療報酬削減と医療機関の経営は急速に悪化している。ところが、政府は益々医療費を抑制するようだ。

議論をリードするのが財務省だ。彼らは、医療費抑制には規制強化が有効と考えている。4月16日に財政審財政制度分科会に提出した資料が興味深い。その中で、彼らは「(ドイツは)日本と同様に公的医療保険制度をとる中で、診療化別、地域別の定員を設ける仕組みをとっている」ことを強調する。具体的には、規制当局が「需要計画」を立て、「供給水準が一般比率の110%超」で「過剰供給」として新規開業を制限するそうだ。

このような主張は財務省に限った話ではない。厚労省や「御用学者」の中にも、ドイツの規制を評価する人は多い。

私は、このような主張を聞いて呆れ果てる。現実を無視した暴論だからだ。もし、ドイツを初めとした欧州諸国が「需要計画」に基づく開業規制により、「過剰供給」を防いでいるのなら、なぜ、日独の医師数に大きな差があるのか。2020年現在、ドイツの人口1000人あたりの医師数は約4.5人で、日本(2.6人)の1.7倍だ。日本と比べて、ドイツは医師を「過剰供給」してきたと言わざるを得ない。

この状況は、当面変わらない。それは、医師養成数が多いからだ。ドイツは、人口1000人当たりの医学部学生数は0.30人と日本(0.15人)の2倍だ。

厚労省は、医師過剰論を喧伝してきたが、その

言い分が正しいとすれば、ドイツの医師の将来は絶望的だ。ところが、ドイツの若者はそうは思っていない。ドイツには43の医学部があり、2019年度は9500人の定員に約4万人が応募した。ドイツでは、今でも医師の地位は高く、医学部が人気だ。

財務省や厚労省の議論は破綻している。彼らは、自らの統制を強めたいのだろうが、そのためにドイツの事例を挙げて意味がない。そもそも歴史が違うのだ。我が国の制度を議論する際に、他国を参照するなら、その国の歴史や文化的背景を考慮しなければならない。ところが、医療制度の議論では、この視点が抜け落ちている。

ドイツ医学教育のはじまり

ドイツで、組織的な医学教育が始まったのは、1388年のハイデルベルグ大学とされている。同大学は教皇ウルバヌス6世の指示により、プファルツ選帝侯ルプレヒト1世によって設立された。他の欧州の名門大学と同じく神学校、医学校、法学校から始まっている。

ちなみに、この時期に高等教育が発展したのは、欧州に限った話ではない。1549年来日したフランシスコ・ザビエルは、日本には10余りの大学やアカデミーがあり、「日本国中最も大にして最も有名な大学」として足利学校を紹介した。足利学校は、儒学や兵学などの他に医学を教えている。

足利学校の起源については諸説あるが、その発展には、領主上杉氏や仏教勢力が貢献した。このあたりの状況は、ハイデルベルグ大学と酷似する。残念なのは、足利学校に限らず、中世の日本の大学の多くが江戸時代の宗教統制によって没落することだ。

話をドイツに戻そう。ドイツでは、ハイデルベルグ大学などの卒業生に医師免許が与えられた。『米国医師会誌(JAMA)』の1935年3月30日号に掲載された「医師免許の歴史」という論文には、「医師免許は、特定の機関での訓練を終えたことを証明するものである。このような考え方は中世に始まった」という主旨の記載がある。医学教育が、大学教育という高等教育機関と密接に関連するのは、中世以来の歴史的経緯があるからだ。

医師免許をとっても医師は一人前ではない。先輩医師の下で「徒弟制」の訓練を受けた。このような医師の集まりが、医師会の雛形となった。

ここで注目すべきは、大学医学部や医師会の在り方が、近代国民国家が誕生する前に確立していたことだ。中世以降、大学や医師会は、世俗および宗教権力との軋轢を経験し、学問の自治や、医師としての職業規範を確立していった。このあたり、明治維新で、欧米の大学をモデルに、官立の

東京大学を設立し、その卒業生が主導する形で、医師を育成していった日本とは対照的だ。

このような歴史は、現在も影響している。日本では、財務省や厚労省が医師の偏在を問題視し、様々な規制を設けるが、ドイツで医師の開業を許可するのは、基本的に地域の医師会の権限だ。日本では、ドイツの医療統制の長所として、「様々な規制のため、自分が希望する地域で必ずしも開業できない」ことが挙げられるが、これは必ずしも正しくない。過当競争を避けたいという医師会のエゴを反映することも珍しくない。

このようなエゴを食い止める上で大きな役割を果たすのが職業規範だ。ヒポクラテスの誓いは言うまでもないが、ドイツ固有のものとして、私は二つの歴史的イベントに注目している。

歴史を踏まえて発展したドイツの医療制度

一つは、プロイセン王国、ドイツ帝国時代の栄光だ。プロイセン王国は、普墺戦争、普仏戦争などで勝利し、1871年にドイツ諸邦を統一した(ドイツ帝国)。ビスマルク首相が力をいれたのが、社会保障政策だ。彼らがつくった老齢年金、傷害保険、医療保険、失業保険の雛形が世界に拡散する。ドイツの医師たちは、先人たちが近代福祉国家の発展に大きな貢献を果たしたことを知っている。

もう一つはナチスの戦争犯罪だ。ニュルンベルグ裁判では、人体実験などに関わった23人の医師が起訴され、16人が有罪となり、7人が処刑されている。1947年、ドイツ医師会は戦争犯罪に関わった医師への問責を決議し、1950年、1988年にも反省や犠牲者への追悼を表明している。現代にいたるまで、この問題は繰り返し主要医学誌でも取り上げられており、ドイツ人医師は忘れることはない。必然的に醸成される贖罪意識が、ドイツの医師の行動に自己規律をもたらしている。

第二次世界大戦後、米国を中心とした戦勝国が主導する形で、西ドイツは連邦制度の枠組が強化された。バイエルン州ミュンヘンの地域政党だったナチスの暴走を許したドイツ帝国への反省があるのだろう。こうやって、地域をベースにしなから、中央政府が全体的な方針について方向性を示す現在のドイツ医療が確立した。

近代以前の歴史をもたず、旧内務省警保局の流れを汲む厚労省が、全国一律に統制する我が国の医療制度は、ドイツとは全く違う。財務官僚は、どのような思いで、財政審でドイツ医療を賛美したのだろうか。歴史的経緯を知らなければ余りにも無学だし、知っていながら、曲解したのなら悪質だ。もっと合理的な議論が必要だ。

開業医の先生方を力強くサポート 新規開業講習会

会場 大阪府保険医協会 会議室
(浪速区幸町1-2-33 TEL 06-6568-7721)

申込 組織部 FAX 06-6568-2389
FAXでお申込みください。

参加費 無料 ※事前にご予約ください。

主催 大阪府保険医協会 組織部



これからの予定

雇用管理編

よりよい医療の提供は
最適な雇用管理から

10月19日(土) 14:30~16:30
講師 桂 好志郎 社会保険労務士

新規個別指導編

新規開業医が
知っておくべきポイント

12月7日(土) 14:30~16:00
講師 保険医協会役員・事務局

保険診療編(内科を中心に)

審査委員、先輩開業医が
わかりやすく解説

11月9日(土) 14:30~16:00
講師 審査委員・保険医協会役員

医院経営・スタッフ育成編

経営コンサルが指南する

2025年1月を予定
講師 株式会社621メディカル

新規開業のご相談は 保険医協会まで

相談料は
無料



新規開業個別相談ご希望の方には、「新規開業医の手引」を
進呈いたします。

Column

病院の 診療報酬を 読む

第2回

2024年度の診療報酬改定では、「医師の働き方改革」に対応し、外来や多職種連携、また入院料の点数や施設基準が新設・改正されました。

第2回の今回は、「特定集中治療室管理料等の変更点と医師配置」についてです。

ICU等の評価

診療報酬点数表では、入院医療を評価する点数として、「入院基本料」と「入院基本料等加算」と「特定入院料」の3つの区分において、それぞれの病棟や治療室の機能に応じた点数を設定するとともに、算定要件や届出のための施設基準を設けています。

いわゆるICU(特定集中治療室)など、重症患者や手術直後の患者を受け入れる病床は、「特定入院料」の節の前半部分において、A300救命救急入院料(三次救急医療機関のICU・広範囲熱傷対応の評価なども)、A301特定集中治療室管理料(ICU)、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料(HCU)、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)、A301-4小児特定集中治療室管理料(PICU)、A302新生児特定集中治療室管理料(NICU)、A303総合周産期特定集中治療室管理料(周産期母子センターのMFICUとNICU)、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料(GCU)などの評価として設定されています。

重症者を受け入れている病床が必ず、これらの

入院料の届出病床とは限りませんが、病院を運営する側は人員配置等のコストに見合った診療報酬を請求するために、施設基準を満たしたうえで、これらの届出を行う場合が多いかと思えます。

人員配置等の要件

これらの入院料は病棟単位でなく、治療室の病床群として届出を行い、看護配置については、特定集中治療室管理料1の2対1など、一般の病棟と比べて集中的な看護配置(一般病棟入院基本料等では7対1看護配置が最上位)、「傾斜配置」を認めない常時配置(入院基本料等では、日勤帯と夜勤帯での傾斜を認め、月の平均値として患者対看護師の配置割合を満たせば良いとされる)などを特徴としています。

また、人員配置だけでなく、相応の重症患者を受け入れることが要件とされ、特定集中治療室管理料では、「特定集中治療室用の重症度・医療、看護必要度評価票」に基づく該当患者割合やSOFAスコア、ハイケアユニット入院医療管理料でも、「ハイケアユニット用の重症度・医療、看護必要度評価票」に基づく該当患者の割合、新生児集中治療室では一定の重症新生児の受入実績などの要件が設定されています。

医師の配置要件

医師の配置要件として、一定の要件を満たす担当医師を当該治療室の患者の病態管理や急変への対応のために、常時配置する要件が設定されています。実際の要件としては、治療室配置や院内配置など、当該入院料の区分に応じて異なっています。

2024年度改定において、これまで、病院全体の宿日直要件との兼ね合いが明確化されるとともに、入院料の区分により、当該治療室の担当医師に求められる要件も区分されました。

図1のとおり、A301特定集中治療室管理料は、3段階に区分され、「2」は、「1」の区分のICUの「広範囲熱傷対応の場合」の評価です。「3と4」、「5と6」の関係も同様で、施設基準としては、3段階となっています。

図の一番下の区分である「5と6」が新設された区分ですが、医師配置の要件が病院内配置と

なっています。これまでも短時間の治療室からの出入り等は疑義解釈通知等で限定的に認められてきましたが、特定集中治療室の評価でありながら、治療室内配置の要件が緩和されています。

宿日直の医師との兼務

この変更とともに、「1と2」、「3と4」において、治療室内に配置される専任の医師は宿日直の医師でないことが明確化されました。一方で新設の「5と6」においては、保険医療機関内に配置が必要な専任の医師は宿日直の医師でもよいことと明記されました。

病院全体の要件として、宿日直の医師の配置が要件となっていますが、その宿日直の医師との兼務の可否についても明確にされたこととなります。

医師の働き方改革との関係で、厚生労働省に質問が寄せられたのか、医師の宿日直許可との扱いについて疑義解釈通知が出されています。

2024年3月28日付「疑義解釈資料の送付について(その1)」の問83では、A300救命救急入院料や、A301特定集中治療室管理料の「1」から「4」等の施設基準において、「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと」とされているが、当該保険医療機関が宿日直許可を取得していないことが求められるのか、との設問に「当該要件は、保険医療機関が宿日直許可を取得していないことを求めるものではなく、当該治療室に勤務する専任の医師が、宿日直を行う医師ではないことが求められるものである。」と回答しています。

続いて、問84では、同様の前提から、「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと」とされているが、当該治療室に勤務する医師が、宿日直を行う医師ではない医師であって、宿日直許可を取得している業務に従事する場合について、どのように考えればよいか、との設問に「宿日直許可を取得している業務に従事するかにかかわらず、専任の医師が当該治療室に勤務している間、宿日直を行っていないことが求められる。」と回答しています。

これらの疑義解釈の意図は、あくまで診療報酬における病院全体の宿日直配置と特定集中治療室管理料の医師配置との区別のみを説明する主旨ではありますが、病院を運営する側としては、医師の働き方改革における宿日直許可との関係がみられるのではないかと気になるところです。

病院への適時調査(地方厚生局による定期的な施設基準の確認のための立入検査)では当該治療室の担当医師の配置状況は常に重点的に確認されますが、これからも、当該医師の配置状況や病院全体の宿日直要件との兼ね合いはしっかりと確認されることになりそうです。

(大阪府保険医協会事務局次長 大谷)

	看護配置	重症度、医療・看護必要度(該当患者)	SOFAスコア(患者割合)	専任の医師常時配置	研修要件(医師)	研修要件(看護師)	臨床工学技士配置	治療室内面積(m ²)
1と2	2対1	Ⅱ(8割)	5以上(1割以上)	治療室内	あり	あり	あり	20
3と4		Ⅱ(7割)	3以上(1割以上)		—	—	—	15
5と6			—	病院内	—	あり	—	

(図1) A301特定集中治療室管理料の施設基準より(保国連発行『点数表改定のポイント2024年6月』P598より)

大阪府保険医協同組合の皆さまの

『**ゴルファー向け保険**』のご案内

団体割引 さらに 大口割引
30% + **10%** 適用

保険料 年間**3,500円**から

趣味でゴルフをされている皆さまへ
組合員・賛助会員だけでなく、
ご家族も加入できます

- ▶ ゴルフ中に他人に損害を与えた
- ▶ ご自身がケガをした
- ▶ ゴルフ用品に損害があった
- ▶ ホールインワン・アルバトロスを達成した

大保協商事株式会社(大阪府保険医協同組合・保険共済部内)
TEL 06-6568-2230(担当:森田)までご連絡ください。

引受保険会社
三井住友海上火災保険株式会社

保険医賠償責任保険

● 制度内容の詳細につきましては、パンフレット等を必ずご確認ください

個人の責任問われる時代、診療に専念できる心のささえ

ご加入セット ☆標準的な加入プランは『Aセット』になります。

セット型		A	B	C
てん補限度額 (保険金支払 限度額)	医療行為	1事故 期間中	1億円 3億円	5,000万円 1億5千万円
	建物設備	身体(1名)	5,000万円	4,000万円
		身体(1事故)	1億円	8,000万円
		財物	500万円	400万円
(年間)保険料	個人診療所	65,520円	55,770円	50,490円
	勤務医	43,210円	36,750円	33,270円

協会会員のための 共済制度 申込み好評受付中!

保険医休業保障共済保険

受付期間 **12月末まで** (制度発足日 2025年4月1日)

- ① 最長730日の充実保障!
- ② 掛金が満期(75歳)まで変わりません
- ③ 掛け捨てではありません
* 加入3年以上経過後に脱退した時に脱退給付金をお支払いします。
- ④ 入院はもちろん、自宅療養も給付
- ⑤ 同一疾病でも給付日数限度までは何度でも給付
* 精神疾患や認知症、妊娠、出産に起因する併発病、帝王切開も対象
* 新型コロナウイルス感染症も対象
- ⑥ 有給・病気休暇扱いでも給付
- ⑦ 他所得補償との重複受給OK!
- ⑧ 異動・転勤でも加入継続できます * 京都協会を除く

たよりになる
8つのポイント

～病気やケガでの休業に安心保障～
入院は1日目から / 自宅療養は4日目から 給付

□ 給付内容 (1口につき)

給付金の種類	受給資格	給付内容・日数など
傷病休業給付金 入院給付金	疾病、傷害を原因に休業したとき	①入院は休業1日目から ②自宅での休業は4日目から(3日免責) 1日につき 自宅6,000円 入院8,000円 【通算給付日数500日まで】
長期療養給付金	傷病給付金の限度日数(500日)を超えて、引き続き連続して休業したとき	1日につき 自宅3,000円 入院6,000円 【連続1回限り230日限度】
弔慰給付金	傷病により死亡したとき	500,000円 (+脱退給付金)
高度障害給付金	傷病により高度障害状態になったとき	500,000円 (+脱退給付金)
脱退給付金	加入3年以上経過した後、脱退したとき	別に定める脱退給付金表により給付金額を確定

*ケガによる休業は加入日から、疾病による休業は加入日から3カ月経過後に発病したものから、保障開始となります。

加入申込み資格

1. 加入日現在、満59歳(誕生日がS40年10月2日以降)までの保険医協会会員
2. 保険医であること
3. 1つの主たる医療機関などで週4日以上かつ週16時間以上業務に従事していること(非常勤勤務医もお申込みできます)
4. 加入日現在、健康であること
* 現在、健康に異常のある方(現症がある方、服薬中の方、治療中の方)は、原則として加入できません。

□ 拠出金 (月額) ※満期まで変わりません

加入年齢	1口	3口
～29歳	2,500円	7,500円
30歳～39歳	2,800円	8,400円
40歳～49歳	3,000円	9,000円
50歳～54歳	3,300円	9,900円
55歳～59歳	3,700円	11,100円

* 加入年齢は加入日現在の満年齢で計算し、1年未満の端数月が6カ月を超えるものは1歳繰り上がります。
* 勤務医は3口まで加入いただけます。

□ 給付額

例) 【35歳で加入した場合の給付額】

加入口数	掛金額 (1カ月)	休業して30日分の給付を受けた場合	
		自宅療養	入院
1口	2,800円	18万円	24万円
2口	5,600円	36万円	48万円
3口	8,400円	54万円	72万円



詳しくはこちら



手ごろな掛金で安心保障!
若いうちからの加入がオススメ!

保険医年金制度

受付期間 **9月1日から10月25日まで** (制度発足日 2025年1月1日)

～会員の老後・将来設計を支えます～

- ① コツコツ貯める月払制度
- ② ドカンと貯める一時払制度
- ③ 急な出費にも1口単位で解約可能
- ④ 払い込みが困難なときに掛金中断、余裕ができたときに掛金再開
- ⑤ 事前に満期日の指定は不要。受取方法は受給時に選択
- ⑥ 万一の時はご遺族に全額給付

自在性が魅力!
6つのポイント

予定利率 **1.202%**

(2024年9月1日現在)

短期のご利用では積立金が掛金を下回ります



35歳から加入

65歳から10年確定で受給の場合

月払 5口

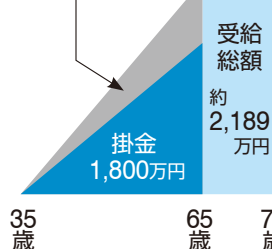
加入

受取月額 約18万円

受給総額 約2,189万円

【掛金総額 1,800万円】

利息 約389万円



生命保険会社6社(大樹・明治安田・太陽・富国・日本・第一)が受託し、リスク分散を図ることで安全性を高めています。



詳しくはこちら

加入資格

満74歳までの協会会員

* 月払増口・一時払申込みは79歳まで

加入口数

- 「月払」 / 1口1万円 通算30口
- 「一時払」 / 1口50万円 毎回40口

*ここでご案内した内容は、制度概要を説明したものです。ご加入条件、お支払い条件については、パンフレット・申込書等を必ずご確認ください。

※休業保障・年金のお問い合わせは、☎ 保険医協会共済部 06-6568-7721まで