

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2-20-20 清光ビル4階 ☎06-6568-7721(代) FAX06-6568-2389ホームページ「勤務医フォーラム」
リニューアルしました。新規開業・
継承開業など
ご相談は保険医協会へ

soshiki@osaka-hk.org

問合せ先 (組織部) ☎ 06-6568-7721



特別寄稿

病院赤字7割

DPCが招く地域医療の崩壊

病院の約7割が赤字に転落している。少数の病院ではなく、過半数の病院が赤字であれば、個々の病院の経営努力不足ではなく、わが国独自の入院診療報酬制度DPC/PDPS(診断群別1日当たり包括払い制度)に、構造的な欠陥があると考えられる。一部与党は病床削減とOTC類似薬の保険適用除外を公約に掲げている。診療報酬制度の欠陥を放置したまま、病床数を削減すると、地域医療の岩となっている中小病院の倒産や、小児や救急など不採算部門の切り捨てに繋がる。

DPC/PDPSとDRG/PPS

日本独自のDPC/PDPSは、世界標準のDRG/PPS(診断群別1入院当たり包括支払制度)の1入院当たり定額とは、似て非なる1日当たり定額支払い制度である。DRG/PPSを採用する欧米諸国では、診断群名毎に、治療内容や入院日数にかかわらず、一定額の診療報酬が支払われ、手術などの報酬も手厚い。病院は「早期診断・早期治療・早期退院」によって経費を圧縮し、利益を生み出し、空いた病床は次の急患のために使われる。DPC/PDPSでは、入院期間をⅠ・Ⅱ・Ⅲ期に区分し、**期間Ⅱの中央値付近まで入院させることが最も利益率が高くなる**よう設計されている。

期間Ⅰ：高密度な医療を行うが、人的・物的コストが報酬を上回る。
期間Ⅱ：診療密度が下がるが、日当点は維持され、経費を回収できる。
期間Ⅲ：報酬が激減し、在院日数が長引くほど赤字となる。

日本の病院では、病状的には退院可能でも、経営的には期間Ⅱの中央まで入院期間を保たないと経営が成り立たず、病床利用率の維持が優先される。この構造が、コロナ禍において、突発的なパンデミックに対応できず、人口当たりの病床数は世界一であるにもかかわらず、急患が入院できないという医療崩壊を招き、多くの救える命が失われる一因となった。

制度が生み出す「構造的赤字」と「診療科敬遠」

DPC/PDPSの矛盾が最も顕著な形で表れているのが、小児科、救急科である。『日本小児科学会誌』2026年1月号に掲載された横浜市立大学伊藤秀一主任教授らの原著論文「小児救急医療の集約化政策と病院小児科の原価計算に関する調査」に依ると、厚生労働省が推進した「集約化

大阪府保険医協会
副理事長、勤務医部長
原田 佳明

を行い、患者数を確保した拠点病院であっても、**施設あたり平均で年間約2億円規模の赤字**を計上している。小児医療は、採血や点滴確保にしても、成人の数倍の人手と時間を要し、高い人件費率となる。しかしDPCの「複雑性係数」や「効率性係数」では、基本点数が低く、この経費を十分に反映できない。伊藤教授らの分析では、現在のDPC単価設定では、どれだけ効率化し患者を集めても、診療すればするほど赤字が拡大することを証明した。

病院救急科は、いつでも急患を受け入れるための空床と人員の確保が必要で、待機経費と呼ばれる。DRG/PPSでは、空床は次の患者のための資源とされるが、DPC/PDPSは空床は「無駄」と見なされる。救急車を断らない病院ほど、予備の人員と病床を抱えるため固定費がかさみ、経営が悪化する。伊藤教授らの分析では、救急応需する病院精神科も、同じ赤字構造にある。

外科領域においても、日本外科学会・病院経営委員会資料等の分析から、ロボット支援手術や新規デバイスなどで、「高度な手術を行うほど赤字になる」現象が起きている。厚労省は令和8年度診療報酬改定で、高難度手術の実施時に新たな加算を設ける方針を中医協に示した。消化器外科・一般外科は業務負担に比べ報われていない診療科と研修医に認識され、専門医の選択肢として敬遠されていると日本消化器外科学会は分析しホームページに公表している。

国際比較と収支構造の可視化

日本のDPC/PDPSがいかに「現場の実態」と乖離しているか、以下の表に示す。

【表1：診療報酬支払制度の国際比較】

項目	DRG/PPS (米英独・韓国等)	DPC/PDPS (日本)
支払い単位	1入院につき定額	1日につき定額
病院の戦略	在院日数短縮、 経費最小化	在院日数の調整
空床の扱い	次の患者のための「資源」	収益を生まない「損失」
メリット	過剰診療抑制、 回転率向上	過剰診療抑制
デメリット	アップコーディング*、 過剰診療	緊急時の受入不能

*アップコーディング：

医事請求業務で、カルテに記載された診療病名を、ICD分類にコード化する際に、診断群分類別包括点数の高い分類を選ぶこと。DPCでも生じる。

【表2：主要診療科におけるDPC別原価計算
収支モデル(2025年度推計)】

診療科	収支状況	赤字の主要因 (DPC構造上の問題)
小児科	大幅赤字	高い人件費率が係数に反映されず、 単価が原価割れ
救急科	大幅赤字	「空床待機」への報酬欠如
外科系	各々多様	材料費の包括化。 早期退院させると利益を取り損ねる
内科系	黒字	検査と処置を少なくし、 入院を継続することで利益を確保

病院係数という名のブラックボックス

本年度の診療報酬改定では、病院赤字対策を病院係数によって行うとされている。入院診療報酬DPCの係数評価は、複雑な数式で構成されるが、実態は「医療費削減の調整弁」である。「効率性係数」は在院日数の短縮を求めているが、日当点制度は長めの入院を促している。重症度係数の評価も不十分であり、手のかかる高齢救急患者や複合疾患患者を受け入れるほど、係数上の効率性が悪化し、病院全体の報酬単価が下げられる理不尽が存在する。

求めるべき「真の改革」

衆議院選挙で叫ばれた「病床削減」や「OTC推進」を、現状のDPC/PDPS包括制度のままで行えば、医療崩壊の起点となることは必定と考える。必要な患者に必要な医療を提供し、かつ病院経営を健全化するために、以下の改革を提言する。

1. DPC/PDPSの廃止と、DRG/PPSへの移行

在院日数に依存しない報酬体系により、過剰な在院を削減し、回転率を高める。

手術に適正な診療報酬を支払い、人的技術的担保を行う。

2. 救急・小児・周産期における

「固定費補填方式」の導入

稼働実績のみならず、地域に必要なインフラを維持するための「待機経費」を、診療報酬とは別枠の補助金または固定報酬で担保する。

3. 係数処理の全面開示と簡素化

ブラックボックス化した係数操作による医療費抑制をやめ、臨床的な重症度と投入資源に基づいた、科学的な単価設定を行うこと。

地域医療は経営的に壊滅的な状況に陥っている。現場の医療者が、この「制度的に設定された赤字構造」に気づき、改善を求めなければ、地域医療は崩壊するだろう。大阪府保険医協会勤務医部会は、国民の生命を守る医療者の団体として、制度の抜本的刷新を求める。

解説

2026年度診療報酬改定・入院分野の特徴

2026年改定における入院分野の特徴として、物価高騰や賃上げへの対応による評価と、従前からの「病棟機能の分化」があげられます。「重症度、医療・看護必要度」等の患者指標や病棟の実績で評価を区分する動きがさらに強まります。

1. 物価高騰・賃上げ

①入院物価対応料の新設

光熱費や食材費等の高騰分を補うため、「入院物価対応料」が新設されました。病棟機能により傾斜配分され、高度な医療機器や手術室を稼働させる「急性期病院 A」には1日最大66点が配分される一方、慢性期病床には17点~45点程度に留められています。2027年6月からは点数が2倍に引き上げられる仕組みで、中長期的な物価高騰を想定した設定となっています。

②ベースアップ評価料の拡充

医療従事者の賃上げを達成する為、「入院ベースアップ評価料」が引き上げられ、区分が細分化(最大165点等)されました。従前通り、ベースアップ評価料による収入は全額賃上げに充てることが要件となります。

③入院時食事療養費の引き上げ

前回改定で低い引き上げにとどまった入院時食事療養費は1食につき40円引き上げられました。

2. 急性期医療等の再編

急性期医療の指標となってきた看護配置(7対1看護配置など)による区分であった「急性期一般入院基本料1」が再編され、診療実績に基づく選別が実施されます。

①「急性期病院 A」と「急性期病院 B」への区分

高度な急性期医療を提供する病院は「急性期病院 A 一般入院料」、地域を支える中核的な急性期病院は「急性期病院 B 一般入院料」へと再編されます。

②「A」の高いハードルと評価

「急性期病院 A」は、「年間救急搬送2,000件以上」「全身麻酔手術件数1,200件以上」等、高い実績要件が求められます。この基準をクリアした病院は、高い入院基本料と前述の高い区分の物価対応料の対象となります。

③「B」の評価

要件を満たせない従前の7対1病院は「急性期病院 B」等へ移行せざるを得ず、点数は実質的に引き下げとなります。「A」の要件に該当しない病院は「B」を算定するか、地域包括医療病棟入院料等への移行を迫られることになります。

3. 慢性期医療の厳格化

慢性期医療では長期入院の厳しい評価と、在宅移行の方針が強く出ています。「医療区分」も見直され、一定の患者層の評価引き下げや医療処置の必要性が低いとされる「医療区分1」の患者が多い病棟の減算が強化されます。

4. 働き方改革、医療DXと「質の向上」

人材不足の深刻化等を理由に、ICTやAIを活用した業務効率化が、入院料の「施設基準緩和」や「加算」により影響する仕組みが導入されます。

① ICT 活用による看護配置の柔軟化

見守りセンサー、AIによる看護記録入力システム等を導入している病棟では、看護職員の配置基準が夜間等において1割程度下回ってもよい特例が設けられます。

②医師事務作業補助者の AI 活用評価

医師事務作業補助者について、音声認識 AI や RPA (事務自動化ソフト) を活用している場合、実際の配置人数に1.2~1.3倍の係数をかけて「より多く配置している」とみなす計算式が導入されます。

③身体拘束最小化

身体拘束最小化の未実施に対するペナルティが強化(減算幅が40点へ拡大)され、拘束を減らす取り組みに対する「身体的拘束最小化推進体制加算」が新設されます。

5. 重症度看護必要度など患者指標の変更

前回改定では「重症度、医療・看護必要度」の「救急患者の受入」の評価が引き下げられ、高齢者の急性期医療を担う内科系の急性期病院が評価の引き下げとなりました。今回は更に「重症度、医療・看護必要度」の基準値引き上げがされる一方、病棟実績の評価等が導入されます。

①急性期一般病棟の「該当患者割合」引き上げ

「重症度、医療・看護必要度」の基準値(該当患者割合)が、一律に大きく引き上げられます。これにより、要件を満たせない病院の「下位区分への移行」が推し進められます。

「急性期病院 A」・「急性期病院 B」・
「急性期一般入院料1」

必要度 I は「21%かつ28%」が「28%かつ35%」へ、必要度 II は「20%かつ27%」が「27%かつ34%」へ引き上げ

急性期一般入院料2~5

急性期一般2では、必要度 I が22%から28%へ、必要度 II が21%から27%へ引き上げられるなど、4~6%程度の引き上げが行われます。

②看護現場の負担軽減：B 項目の評価頻度の緩和

「B 項目(患者の状況・ADL 等の評価)」の測定ルールが緩和されます。測定頻度が変更され、入院初日から4日目までは「毎日測定」が必要ですが、5日目以降は「少なくとも7日ごとに1回以上」の測定でよいこととなります(退院日は必ず測定)。代替評価の導入として、測定を行わなかった日は「直近の測定日における評価」を代替データとして用いることが認められます。

③地域包括医療病棟の基準見直し

高齢者の救急等を受け入れる「地域包括医療病棟」についても、必要度 I は16%から19%へ、必要度 II は15%から18%へ引き上げられます。

④「救急搬送」の評価等について

A 項目関連

・個人単位から病棟単位への移行

これまで個別の患者の A 項目で評価されていた救急搬送症例や手術なし症例について、個別スコアに代わり、病棟毎の「病床当たりの年間救急搬送受入件数」に応じた「救急患者応需係数」が算出され、それを全体の「該当患者割合」に加算する仕組みが導入されます。

・対象コードの見直し

医療技術の実態に合わせ、A 項目(処置等)において対象となる診療報酬コード(処置等)の追加や見直しが行われます。

新型コロナウイルス感染以後、病床の稼働率維持が困難な病院が増える中、このような選別を強く推し進める方針と物価対応や賃上げ対策という性格の全く異なる方針がどのように作用するのか未知数です。勤務医や医療労働者の立場からは「少ない人数でも回る病棟」の構築を求められることが、働き方の改善に繋がるのか甚だ疑問です。次号は、施設基準の改定を踏まえて解説します。

(大阪府保険医協会 事務局次長 大谷 学)

勤務医の労働実態調査 アンケートご協力をお願い

2024年4月施行の「医師の働き方改革」以降、医療労働者の労働条件の整備が進んでいます。しかしその一方で、勤務医の過重労働、過労死や自死報道が相次いでいることや、「宿日直許可制」、「自己研鑽と労働時間の取扱い」等、勤務医を取り巻く環境が一層厳しくなっているなどの実態も報道されています。

大阪府保険医協会勤務医部では上記の状況を踏まえ、勤務医の労働実態についての調査をお願いいたします。

回答期間) 5月15日(金)まで

回答方法) グーグルフォームにて回答をお願いいたします。

(短縮 URL)

<https://qr.paps.jp/WmDEI>



勤務医 LETTER (169号) 掲載記事訂正のお知らせ

前号(169号)の12面、勤務医に役立つ医療情報(第23回)「OTC 類似薬の保険外し問題について」の内容に誤りがございましたので、訂正させていただきます。「OTC 類似薬の保険外しで考えられる2つの手法」において、OTC 類似薬の薬価収載を残したまま、保険給付の割合を変える方式を採用した場合の取扱いに関する記述について、下記の通り訂正し、お詫び申し上げます。

(訂正前) この方式を日本で採用した場合は、患者の自己負担割合との差額分(自費分)を選定療養費制度として患者から徴収することが可能になります。

(訂正後) この方式を日本で採用した場合は、患者の自己負担割合との差額分(自費分)を選定療養とは別の新たな制度により患者から徴収しなければなりません。

これでいいのか 日本の医療

私とAI、ChatGPT

第26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

AIの臨床応用が急速に進んでいる。米国では、脳卒中・肺塞栓・頸椎骨折などの画像解析などで、AI医療機器の承認が進み、臨床現場での使用が増加している。英国国民保健サービス(NHS)でも、脳卒中診断でのAIを用いたCT解析が導入され、臨床転帰を改善した。

今後も、様々な領域でAIの臨床研究が進むだろう。日本も例外ではない。臨床現場は様変わりするはずだ。

ただ、本紙の読者の多くは研究者ではない。関心は日常診療でAIを如何に活用するかなだろう。まず議論すべきは、ChatGPTなど生成AIとの付き合い方だ。

日常診療とChatGPT

私は、日常診療でChatGPTを愛用している。診療補助として実に有用だ。たとえば、他院への紹介状や保険会社への報告書を作成する際、ChatGPTは大きな力を発揮する。電子カルテから病歴をコピーして入力するだけで、医学的に整合性の取れた、自然で簡潔な文書が迅速に作成できる。電子カルテの記載が箇条書きや簡潔なメモ程度であっても、問題はない。

もちろん、この際、個人情報の保護には留意する。名前やプライバシーに関する情報は提示しないし、アップロードしたデータは学習に使用できないように設定する。

英語で紹介状を作成する際には、さらに力を発揮する。「アメリカの医療機関向けに紹介状を作成し

て」と指示すれば、医学的に正確で、私の語学力では到底及ばないほど流暢な英文を出力してくれる。

日本で広く使用されている解熱鎮痛薬「カロナール」も、ChatGPTは自動的に国際的に通用する一般名「acetaminophen (またはparacetamol)」に変換し、海外の医師にも正確に伝わるよう記載される。ハルシネーションも最近では、随分と減少した。

こうした機能は、臨床医にとってありがたい。これまで英語の紹介状作成は、ネット検索や『今日の治療薬』などの専門書を引ながら進める煩雑な作業だった。それが、ChatGPTの登場によって大幅に効率化されたのである。

さらに、手書き書類の取込みでも、ChatGPTは大きな力になる。外国人患者が、海外でのワクチン接種歴を手書きの書類で持参した場合など、ChatGPTで画像ファイルとして取り込めば、即座に過去のワクチン接種歴を表形成で提示してくれる。私には判読しづらい手書き文字でも解読する。文字認識の領域の進歩は凄まじい。

余談だが、私は「ニューヨークタイムズ国際版」を紙媒体で定期購読しているが、ChatGPTに写真として取り込み、「日本語で1000文字以内に要約して」と指示している。概要を理解するには、これで十分だ。

最近では、NEJMや『ネイチャー』などで、従来はタイトルしか目を通さなかった専門外の記事はChatGPTで要約してフォローするようにしている。視野が広がったと感じている。

日本における活用の実状

話を戻そう。我が国では、残念なことに、多くの医療機関ではChatGPTを活用できていない。主な理由は、電子カルテがクラウドに接続されていない、あるいは外部サイトへのアクセスが制限されているためだ。クラウド型電子カルテであっても、セキュリティ上の理由から外部接続を禁止しているケースが大半である。

日本の病院の多くは、患者の個人情報漏洩リスクを懸念し、このような自主規制を行なっていると考えられる。クラウド型電子カルテを導入する以上、情報漏洩のリスクを完全にゼロにすることはできない。多くの職員が勤務する病院では、不正行為を働く者がいても不思議ではなく、外部との接続を厳しく制限しようとするのは当然の対応だろう。

一方、例外的にChatGPTを柔軟に活用できるのが個人診療所だ。職員数が少なく、院長の判断ひとつで外部接続の可否を決められる環境にある。私自身、茨城県の個人診療所で月に2回診療しており、そこではChatGPTを日常業務において積極

的に活用している。

この診療所では、エムスリー社が提供するクラウド型電子カルテ「エムスリーデジタル」を導入している。Google Chromeなど一般的なブラウザ上で稼働するため操作性に優れ、CT検査や他科の診療予約といった総合病院向けの機能はあえて省かれている。その結果、動作は軽快でスムーズだ。

また、自分のGメールやFacebookメッセージも参照できるため、クラウド上に蓄積された自身の経験を診療に活かすことができる。かつて先輩医師から受け取ったメールやメッセージのやり取りを検索し、必要に応じてカルテに反映させることも可能だ。

ChatGPT活用の実例

こうした環境下では、ChatGPTの活用は強力な武器となる。たとえば、先日私の外来に来院した40代の女性患者は、20代から花粉症に悩まされていたが、「今年は特に症状がひどく、皮膚までヒリヒリする」と訴えていた。

この患者は花粉症による鼻炎や結膜炎に加えて皮膚炎も合併しており、単にアレルギー症状を緩和するだけでなく、皮膚へのダメージを最小限に抑えるという美容的観点からも、適切な治療が求められた。採血を行ってアレルギー検査を実施し、正確な診断のうえで症状に応じた薬剤を処方する必要がある。

これまでは、こうした内容を外来で口頭で説明してきたが、患者が十分に理解するには、比較的長い説明が必要になることが多かった。言語情報だけでは、どうしても伝えきれない部分があるのだろう。

このような場面で、ChatGPTの活用は大いに役立つ。最近では、「花粉症による皮膚炎について、患者向けに医師が説明する際に役立つ画像を教えてください」とChatGPTに尋ねるようにしている。「40代女性の場合」営業職として人前に出る機会が多い場合など、具体的な条件を付けて検索することも可能だ。

このような問いかけに対し、ChatGPTは複数のホームページや医療情報サイトを推薦してくれる。私はその中から、患者の状況に最も合ったサイトを選び、診察中に患者に見せて説明している。そこに掲載されている写真や模式図は、私の口頭説明よりもずっと直感的で、説得力がある。

これが、私のAIとの付き合い方だ。私にとってChatGPTは、日常診療を支える「秘書」のような存在だ。皆様の参考になれば幸いである。

新規開業講習会

会場 大阪府保険医協会
仮事務所 大会議室

(浪速区幸町2-2-20 清光ビル4階)

申込 組織部
TEL 06-6568-7721

参加費 無料 ※事前にご予約ください。

開業予定の先生も
ご参加いただいております



webまたはお電話で
申込ください。

今後の予定

雇用管理編

よりよい医療の提供は
最適な雇用管理から

3月28日(土) 14:30~16:30

講師 桂好志郎 社会保険労務士

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

6月27日(土) 14:30~16:30

講師 審査委員・保険医協会役員

新規個別指導編

新規開業医が
知っておくべきポイント

5月23日(土) 14:30~16:00

講師 保険医協会事務局



協会会員の ための 共済制度 まもなく受付開始!

保険医年金制度 **受付期間** 4月1日から6月25日まで (制度発足 2026年9月1日)

加入者は全国で約4万8千人!
積立金は1兆3千億円を超える日本有数の私的年金制度です。



保団連
「保険医年金」

予定利率
1.225%
(2026年1月1日現在)

資金計画や老後プランに合わせて自由に積み立て

- 1口(1万円)単位で、「増口」、「減口」が可能です。
- また、月々の払込を一時中断することも可能です。

積立プラン

(20年加入/1.225%で計算)

① 基本「月払」を利用

毎月5万円(5口)
掛金総額 1,200万円

一時金受取総額 **1,328万円**

10年間で受取 毎月 **11万6,260円**

15年間で受取 毎月 **7万9,845円**

② プラス「一時払」を利用

掛金総額 500万円(10口)

一時金受取総額 **618万3,000円**

10年間で受取 毎月 **5万4,130円**

15年間で受取 毎月 **3万7,180円**

※15年通増、20年通増の受取方法もございます。

加入資格
・新規加入は満74歳、増口は満79歳まで加入できます。
※満期は80歳です。

いつでも受取可能です

- 受取時に、受取方法をお選びいただけます
- 「一時金受取」もしくは「4つの年金受取プラン」(10年確定、15年確定、15年通増、20年通増)をお選びいただけます。
※短期のご利用では積立金が掛金を下回ることがあります。

加入口数
・毎月積立ての「月払」(1口1万円・通算30口《30万円》まで)
・1口50万円からの「一時払」(申込毎40口《2,000万円》まで。但し、月払の加入が必要です)



万一の場合も全額給付

- 積立頂いた保険医年金は、遺族が全額を受取できます。

運用のリスク分散

- 運用は生保6社にリスク分散しています。1968年の制度発足以降、積立額が一度も削減されたことはありません。
- 積立頂いた保険医年金には、保護措置(セーフティーネット)が図られています。

保険医休業保障 **受付期間** 4月1日から5月25日まで (制度発足 2026年8月1日)

病気やケガによる休業時に、給付金をお支払いする制度です。
保険料は満期まで変わりませんので、若いうちからの加入をお勧めします。

加入資格
1. 加入日現在、加入年齢が満59歳までの保険医協会会員 ※満期は75歳です。
2. 保険医であること
3. 1つの主たる医療機関等で、週4日以上かつ16時間以上業務に従事していること
※上記の就業状況を満たす場合は、非常勤勤務医も申込みができます。
4. 加入日現在、健康であること
※現症のある方、服薬中、治療中の方は原則として加入できません。
※申し込み後、加入可否の審査があります。

給付例 (いずれも3口加入時)

10日間入院、30日自宅療養	30日入院、180日自宅療養、再発後180日自宅療養	死亡、高度障害の場合
78万円 (いずれも、傷病休業給付金、入院給付金)	720万円 (いずれも、傷病休業給付金、入院給付金)	150万円 (弔慰給付金又は高度障害給付金)

9つのおすすめポイント

短期間も長期間も、もしもに備えてしっかり保障

- ①入院は1日目から給付(自宅療養は4日目から)
- ②有休や病休扱いでも給付
- ③最長730日の充実保障
- ④同一疾病でも、傷病休業給付金の給付日数限度までは何度でも給付が可能。
- ⑤他制度(勤務先での傷病手当金など)の受給にかかわらず受取 OK
- ⑥万一の場合は、遺族が受取可能
- ⑦高度障害時・死亡時の場合は各種給付金があります。
- ⑧脱退時には脱退給付金が給付されます。(※3年以上加入の場合)
- ⑨転出・転勤でも加入継続が可能。
※京都協会を除く。



休保共済会「休業保障」

保険料

・勤務医会員は3口まで加入が可能です。(開業医会員は最大8口まで*)
(月額保険料)

加入年齢	1口	2口	3口
～29歳	2,500円	5,000円	7,500円
30～39歳	2,800円	5,600円	8,400円
40～49歳	3,000円	6,000円	9,000円
50～54歳	3,300円	6,600円	9,900円
55～59歳	3,700円	7,400円	11,100円

※加入年齢は加入日現在の満年齢で計算します。
1年未満の端数月が6ヵ月を超える場合は1歳切り上げます。
※一定の要件があります。

こちらで案内した内容は、制度の概要を説明したものです。詳しくはパンフレット・申込書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