Osaka Medical Practitioners' Association　2022年2月 No.154

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㈹　FAX06-6568-2389

特別寄稿　10面

新型コロナパンデミックの終焉に向けて

東京財団政策研究所・研究主幹　渋谷 健司 氏

コロナ禍は終焉に向かうか 壬寅の2022年に

勤務医部長　原田 佳明

今年の干支は、壬寅（みずのえとら）。陰陽五行説では、陰から陽への華々しい変化の年とされる。コロナ禍は終焉に向かうと予想されたのか、昨年の中医協で、診療側は外来・入院時の診療報酬の特例加算の延長を求めたが、9月末で打ち切られ、6歳未満の外来診療特例加算も点数が半減され、今年3月で打ち切られる。コロナウイルス検査点数も、抗原定量検査は12月31日から600点が300点に、1月1日からPCR院内検査は1350点から700点、外注は1800点から1350点、4月から700点となる。既に購入した試薬や検査キットや契約金額では赤字になり、価格交渉が必要になった。

年始早々から、オミクロン株の爆発的な流行が始まり、第6波が表明された。オミクロン株は、重症化リスクは低いが、潜伏期間が短く、感染力が強い。沖縄・岩国・横須賀など米軍基地が流行の起点となったが、日本の水際対策は日米地位協定により、米軍に適用されない。感染や濃厚接触による医療従事者やエッセンシャルワーカーの欠勤が多数となり、待機期間が見直された。全ゲノム解析では、ウイルス表面のスパイクタンパク質に30以上の変異を認め、ワクチン効果が薄れ、既接種者のブレークスルー感染が多くを占め、治療薬では、「抗体カクテル療法薬」の効果が低下する。

ヒトのかぜの20%が、旧型コロナウイルス感染症とされる。近年の研究で、ヒトコロナウイルス「OC43」を分子時計法で遺伝子変化を調べると、1890年前後にウシコロナウイルスから分岐したと推定された。1889年から1895年頃まで、全世界で、「ロシアかぜ」が流行し、当時の世界人口約15億人の内100万人が亡くなったという。さらに昨年、当時の英独の「ロシアかぜ」医療記録を分析したところ、味覚・嗅覚など神経症状や、肺や胃腸への多臓器への影響など、COVID-19に共通点がある、と報告された。これらの事実を繋ぎ合わせ、「ロシアかぜ」が流行を繰り返し、人類は集団免疫を獲得し、ウイルス自身も変異を重ね、現在の「OC43」に至ったと推論されている。

昨年11月にオミクロン株が発見された南アフリカでは、12月中旬にピークアウトし、その後に感染者数が急減したものの、重症者数は遅れて増加した。本邦の医療の特徴は、フリーアクセスと言われてきた。COVID-19が、2類相当感染症に位置付けられると、設置数も人員も機能も縮減した保健所が関所となり、医療機関にアクセスできないままの自宅死が相次いだ。その反省から、厚労省は、第6波では保健所を経由せず、医療機関で自宅療養者の健康観察が可能との見解を示したり、重症化リスクの低い人は、医療機関を受診せず自宅療養との通知を出すなどの対応が続いた。今年の診療報酬改定で、厚労省と財務省は、コロナ禍を教訓とはせず、病床削減などを推し進める。国民と医療従事者が不利にならないよう刮目の1年が始まった。

a general practitioner

開業して思うこと 84

人格を磨く

医療法人佑諒会　千里中央花ふさ皮ふ科　理事長　花房 崇明（豊中市）

2017年11月に千里中央花ふさ皮ふ科を大阪府豊中市に開院しました。その後ご縁に恵まれ、2021年12月に分院として江坂駅前花ふさ皮ふ科を大阪府吹田市に開院しました。2院ともに「患者さんに信頼され、スタッフがワクワク楽しく働き、クリニック自体が成長し、日本社会に貢献する、4方よしのクリニック」を診療理念とし、「圧倒的に丁寧な皮膚科診療・美容皮膚科診療を通じて、日本社会に貢献する」ことをミッション、「皮膚科診療・美容皮膚科診療で日本一信頼されるクリニックグループを創る」ことをビジョンとしています。

私は大学病院勤務が長く、開業するまで開業医の仕事がこれほどまでにやり甲斐があり、かつ責任が大きい大変な仕事とは思ってもいませんでした。正直なところを申し上げると、大学病院勤務より開業医のほうが楽だと甘く見ていました。そのため、千里中央花ふさ皮ふ科を開院した当初は診療理念も何も無く、院長として未熟な私は、受診していただく患者さんにただ必死に向き合うことしか考えていませんでした。その結果、たくさんの患者さんに受診していただく一方で、毎月のようにスタッフが退職していく有様でした。またCOVID-19の影響で精神的に余裕が無くなっていた院長の下を去って行くスタッフは更に続出していました。「なんで私は患者さんのこともスタッフのことも一生懸命大事にしようと思ってるのに、スタッフは辞めていくんだろう？」その中で気付いたことは、クリニックを成長させていくために、院長という職は、医師として患者さんに提供する診療技術を高めていくだけではなく、クリニックという組織のトップつまり経営者として、人格を磨くことが必要不可欠だということです。院長の私が周りの人たちに支えられて毎日健康に楽しく診療できていることに感謝することが一番大事だと、失敗を繰り返す中で気付きました。周りの人たちに感謝し、スタッフの物心両面での幸せについて相手の立場に立って本気で考えることで患者さんに丁寧な診療を提供することができ、それがクリニックの成長につながり、クリニック近隣の地域社会そして日本社会に貢献することができることに気付きました。次世代の役に立ちたい、社会貢献したいという気持ちから、母校の高槻中学・高槻高校の学生に講演する機会も頂きました。

開業して4年。クリニックは2院になり、スタッフ数も開院時の約10倍に増えました。まだまだ組織として未熟なクリニックですが、患者さんに「圧倒的に丁寧な診療」を提供し、スタッフの「やり甲斐」「人間関係」「給与」「勤務時間」のバランスを考え、楽しくワクワク働いてもらい、「クリニックを成長」させて豊中・吹田の皮膚のことで困っている患者さんに「花ふさ皮ふ科なら何とかしてくれる」と心の拠り所となる皮膚科クリニックを創ることで「社会貢献」する、4方よしのクリニックを更に発展させることを目指してこれからも明るく楽しく頑張る所存です。

待合スペースにある神棚
健康に楽しく診療できていることに日々感謝

特別寄稿

新型コロナパンデミックの終焉に向けて

東京財団政策研究所・研究主幹
相馬市新型コロナウイルスワクチン接種メディカルセンター・センター長
渋谷 健司

社会経済を維持しながら感染管理にシフトする欧米諸国

感染予防の基本は、1）感染経路の遮断（マスク着用、換気、手指洗浄、社会的距離など）、2）感染源の同定と隔離（検査拡大による早期発見）、3）免疫獲得（ワクチン）の3つだ。日本の新型コロナ対策は、感染経路の遮断を国民の自主努力で行うことが主であり、検査の拡大やワクチン接種の開始が後回しにされ、それが今日まで続いている。ワクチンが導入される前は、感染拡大による医療崩壊を抑えるためには、感染経路を一気に遮断するロックダウンや緊急事態宣言しか策が無かった。しかし、ワクチンの普及により、コロナに感染しても大幅な医療逼迫が起こることを防ぐことが可能になりつつある。また、経口治療薬が認可され、重症化を防ぐことがさらに可能となった。

これによって、ロックダウンをする必要が理論的にはなくなり、世界的にコロナ対策は大きな転換期を迎えている。その傾向は、オミクロン株でより顕著になっている。特に、日本でも菅前総理のリーダーシップでワクチン接種率は11月末にはG7で最も高いものになり、率先して、その方向性を出すべきであった。欧米では、感染拡大が続いていても通常の経済活動の維持に舵を切ったにもかかわらず、日本は国民の自主努力による人流抑制（まん延防止措置など）を継続している。実際、緊急事態宣言、まん延防止措置や飲食制限などの人流抑制的な施策は、第5波で明らかになったように、もはやあまり効果を持たないと考えられる。その代わりに、3回目を含むワクチン接種、検査体制の拡充、経口治療薬、病床の確保が重要となる。

オミクロン変異株下のリスクと対策

オミクロン変異株は感染力が強いが、入院リスクは、英保健安全保障庁の最近のデータによるとデルタより50%低い。感染しても入院や死亡するリスクがさらに下がれば、感染者数に一喜一憂する必要はない。また、急速に感染が広がり収束も早い傾向が見られる。すでにピークアウトしており、重症者や死亡者数も以前よりも大幅に少なくなっている。

オミクロンによる入院リスクは、ワクチン未接種者、あるいは、ブースターが行なわれていない高齢者や基礎疾患のある人に集中している。私がワクチン接種の支援を行った福島県相馬市や南相馬市の実証研究では、抗体価は2回目接種から3カ月を過ぎると低下してくることが示されている。特に高齢者や初期に接種した医療従事者においてそれは顕著だ。感染予防効果は完璧ではないが、英国や米国の最新のデータでは、3回目のブースター接種で、未接種者に比べて、ワクチンによって発症や入院を防止できる効果は90%という結果が出ており、だからこそ3回目の接種をできるだけ急ぐ必要があった。

10月半ば、実証データをもとに立谷秀清相馬市長が首相官邸に早期の3回目接種を要請したが、11月に突然「原則8カ月」とされてしまった。オミクロンの感染拡大が始まって急に「6カ月」に戻したが、結局、高齢者へのブースターは大いに遅れており、オミクロンのピークには到底間に合わない。これは、科学に基づく国民の安全確保よりも、手続き論を重視した厚労省の護送船団方式の結果であり、まさに行政の不作為と言えよう。

不作為を続ける厚労省 変革を固辞した感染症法改正

こうした行政の不作為は今に始まった事ではない。初期には、「PCRを用いると偽陽性が多発して、医療が崩壊する」という非科学的な議論で検査の抑制を行い、第5波では病床の確保を行うことができずに、250名もの自宅放置による死亡者を出した。日本は病院の多くを民間病院が占めており、また「広く、薄い」非効率的な医療提供体制のため、急激に医療需要の増大するコロナ対応は極めて困難であったことは否めない。しかし、こうした課題は政府内でも当然認識されており、2020年7月には自民党の行政改革推進本部（塩崎恭久本部長）が、120年以上前に制定された旧態然とした感染症法の抜本的改正を提案した。

そこでは、公衆衛生（行政）と医療の分断が我が国の危機対応の根源的な課題であることを指摘している。例えば、PCR検査が拡大しない主因として、「国と都道府県及び民間医療機関、民間検査機関等の位置付けが『感染症法』上明確でなく、『感染症法』に根拠を有する『行政検査』及び『積極的疫学調査』の枠組みのみで判断するという、公衆衛生と臨床医療の上下関係ないし縦割りの弊害の顕在化」によるものと断じている。しかし、感染症法の改正は、これまでの公衆衛生体制に変革を迫るものであり、既得の権限の見直しを嫌った厚生労働省や感染症研究所関係者によって骨抜きにされてしまったと聞いている。塩崎本部長は「自民党の政調審議会も通したのだが、厚生労働省は無視したままだ」「政治家が科学を大事にしないことが一因だと感じる。都合のいいときだけ『専門家』として利用するだけで、その専門家もレベルが低い。」と憤りを隠さない。

入院患者の増加に備えた対策の明示を

そもそも、国立病院機構や尾身茂分科会会長が理事長を務める地域医療機能推進機構（JCHO）の設置根拠法には「公衆衛生上、重大な危害が生じたとき、厚労相が必要な業務実施を求めることができる」という法的根拠がすでにあり、感染症法の改正を行わなくても病床を確保することは可能であった。それにもかかわらず、国家危機であるコロナ禍がはじまって約1年半、被害の大きかった第5波においても、これら公的病院のコロナ病床数は全体の約5%程度と極めて少なく、また実際に稼働していたのは、さらにその確保病床の半分程度だった。

無論、コロナは想定外の事態とも言えようが、医療崩壊状態は多分に行政の不作為とも言えるのではないだろうか。東京電力福島原子力発電所事故調査委員会（国会事故調）委員長である黒川清教授が指摘したように、「入社や入省年次で上り詰める『単線路線のエリート』たちにとって、前例を踏襲する こと、組織の利益を守ることは重要な使命となった。この使命は、国民の命を守ることよりも優先され、世界の安全に対する動向を知りながらも、それらに目を向けず 安全対策は先送りされた」のであった。

現在のペースでは、ブースター接種はオミクロンのピークアウトには間に合わない。検査拡大も遅れて後手に回り検査試薬が過活している。その間にもオミクロン株は急速に感染を拡大している。他に可能な施策がないから政府は、政治判断として、社会経済への影響も大きく効果の限定的なまん延防止措置や時短営業をやらざるをえないように見える。人の流れも大きくは変わっていない中、国民の自主努力のみで感染を阻止することはそう簡単ではない。感染のピークとその後の入院患者の増加に備えて、国は、医療の強化支援や時短に応えた業者や困窮者への補償、そして、根本的な課題としての感染症法改正に取り組むべきだ。世界はパンデミックの終焉を見据えて動き始めている。科学的な施策で、どうしたら社会経済を回していくことができるのかというロードマップを、今こそ国民に明確に示すことが必要だ。

渋谷健司氏：プロフィール
東大医学部卒。米ハーバード大で公衆衛生学博士号取得。世界保健機関（WHO）、東大教授を経て英国キングス・カレッジ・ロンドン教授、公衆衛生研究所所長。WHO事務局長上級顧問、ワクチン開発促進に向けた世界的な官民連携「CEPI（感染症流行対策イノベーション連合）」科学諮問委員を務める。

これでいいのか日本の医療

岸田政権のコロナ対策

第11回

上（かみ）　昌広（まさひろ）
特定非営利活動法人
医療ガバナンス研究所
理事長

オミクロン株の感染が拡大している。政府は1月6日の沖縄、広島、山口県を皮切りに、13都道府県にまん延防止重点措置を拡大した（1月22日現在）。私はこのような規制強化に賛同できない。

経済協力開発機構（OECD）加盟国38カ国の1月17日の感染者数（人口100万人あたり、一週間平均）を示す。日本の感染者は149人で、ニュージーランド（12人）、韓国（82人）に次いで少ない。もっとも多いイスラエル（4,444人）の30分の1、英（1,447人）、米（2,104人）と比べても10分の1、14分の1だ。

このような国では厳格な措置は実施されていない。12月27日、米バイデン大統領は「備えはできている。学校と経済は動かし続ける」、1月4日、英ジョンソン大統領は「学校と企業活動を継続させ、コロナと共に生きていく方法を見いだす」と発言している。

2020年の第一波では世界中でロックダウンなどの強い措置が採られた。それから二年が経過し、オミクロン株対応では、感染者が多い欧米諸国が規制を強化せず、感染者数が少ない日本でまん延防止重点措置が発令されている。滑稽と言わざるを得ない。

なぜこんなに差がついたのだろう。それは、コロナ対策の法的根拠となる感染症法に問題があるからだ。感染症法では法定の感染症患者に対して、知事は「入院させるべきことを勧告することができる」とある。この条文があるのに入院させずに自宅で死亡すれば、知事が責任を追及される。この結果、知事は全感染者を入院させる。軽症で感染力が強いオミクロン株でも、当初、全感染者を入院させたのはこのためだ。

ところが、こんなことをしているとすぐに病床はいっぱいになる。感染力が強いオミクロン株感染者を入院させれば、院内感染は避けられない。この段階で初めて強制入院の方針は緩和され、同時に病床が逼迫するためまん延防止宣言を出す。これが日本では少数の感染者で社会が麻痺してしまう理由だ。

早急に感染症法を改正しなければならない。感染症法の問題は、社会の防疫のために隔離を優先し、入院しなければ治療できないという前提にたっていることだ。対照的に感染者の検査や治療体制の強化は軽視する。明治時代に内務省衛生警察が所管した伝染病予防法の影響を残している。

医学の進歩は急速だ。コロナパンデミックで世界は「非接触」を希望し、在宅検査が発展した。例えば昨年3月、米食品医薬品局（FDA）は、米キュアヘルス社が開発した簡易核酸検査に緊急使用許可（EUA）を与えた。この検査は医師の処方箋が不要で自宅で検査が可能だ。所用時間は約20分で、PCR検査との陽性一致率は97%だ。

欧米で検査数を増やすことができたのは、このような自宅で簡単に実施できる検査が開発されたからだ。だからこそバイデン大統領は昨年12月、全国民に無料で検査を受けることができると宣言することができた。

厚労省は患者の利便性を軽視する。市販されている検査キットを「自己判断で使用すべきでない」とネガティブ・キャンペーンを繰り返した。この結果、1月16日の日本の人口1,000人あたりの検査数は0.81件で、OECD38ヶ国の中でメキシコ（0.33件）についで少ない。

オンライン診療も同様だ。昨年11月、米ジョンソン・エンド・ジョンソンは、糖尿病治療薬カナグリフロジンの心不全に対する効果を検証した第三相臨床試験を被験者が医療機関に通院することなく、全てバーチャルでやり遂げたと発表した。オンラインで治験ができるのだから、多くの一般診療も移行できる。

このような技術はコロナパンデミック後の医療のあり方を変えるだろう。医師不足や偏在問題への対処法も変えるだろう。残念ながら日本ではこのような変化の萌芽は感じられない。

何が間違っているのか。それは前述した感染症法に象徴される感染症対策の基本的姿勢だ。最優先すべきは空理空論に陥りがちな国家の防疫ではない。国民の権利だ。検査、治療、さらに隔離を受ける権利があることを感染症法で保障すれば、官民を挙げて研究開発が進む。世界は国民の健康重視を貫き、二年間でコロナ対策を一変させた。その結果、オミクロン株の流行でも社会規制を要しない「強い」社会を築き上げた。いまこそ世界から学ぶべきである。

上 昌広氏：プロフィール

1993年 東京大学医学部医学科卒業、1999年 東京大学大学院医学系研究科修了、医学博士。
2010年7月～2016年3月 東京大学医科学研究所特任教授、2015年12月～星槎大学客員教授、2016年4月～特定非営利活動法人医療ガバナンス研究所理事長。
〈専門〉
医療ガバナンス論、血液・腫瘍内科学、真菌感染症学

開業医の先生方を力強くサポート
新規開業講習会
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

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または右のQRコードより
お申込みください。
申込フォーム

2022年3月以降の予定

雇用管理編	新規個別指導編	保険診療編（内科を中心に）	医院経営・スタッフ育成編
よりよい医療の提供は最適な雇用管理から	新規開業医が知っておくべきポイント	審査委員、先輩開業医がわかりやすく解説	経営コンサルが指南する
3月12日（土）	5月21日（土）	6月18日（土）	7月23日（土）
14:30～16:30	14:30～16:00	14:30～16:30	14:30～16:30
講師	講師	講師	講師
桂 好志郎 社会保険労務士	保険医協会役員・事務局	審査委員・保険医協会役員	株式会社メディカルアシスト

医学部受験セミナー
日時　3月6日（日）
10：00～13：00
会場　保険医会館2階 会議室

中学受験	医学部受験
10:00～11:00	11:00～12:00

●個別相談会あります
お問い合わせ先
TEL 06-6568-7721（組織部）

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
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
月額保険料　男性5,460円　女性3,420円
加入プラン例②
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4,620円　女性3,460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3年平均 約20%を配当！※配当金は毎年変動します

保険金額と保険料表（一例）

保険金額と月額保険料		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	5,460円	7,020円	9,600円	13,860円
	女性	3,420円	5,880円	7,260円	10,380円
5,000万円	男性	4,550円	5,850円	8,000円	11,550円
	女性	2,850円	4,900円	6,050円	8,650円
4,000万円	男性	3,640円	4,680円	6,400円	9,240円
	女性	2,280円	3,920円	4,840円	6,920円
3,000万円	男性	2,730円	3,510円	4,800円	6,930円
	女性	1,710円	2,940円	3,630円	5,190円
2,000万円	男性	1,820円	2,340円	3,200円	4,620円
	女性	1,140円	1,960円	2,420円	3,460円

協会会員のための共済制度　まもなく受付開始！

保険医休業保障共済保険　受付期間 4月1日から（制度発足日 2022年8月1日）

先生方からの要望に応え、制度改善しました！

入院は1日目から給付
免責期間も3日に短縮

●自宅・入院ともに一律5日としていた免責日数を入院0日、自宅3日に大幅短縮しました。

加入申込み資格

1. 加入日現在、満59歳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。

▶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。

たよりになる8つのポイント

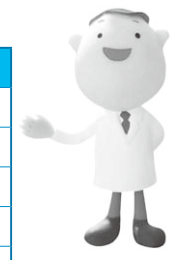
① 最長730日の充実保障！
② 掛金が満期（75歳）まで変わりません
③ 掛け捨てではありません
　＊加入3年以上経過後に脱退した時に脱退給付金をお支払いします。
④ 入院はもちろん、自宅療養も給付
⑤ 同一疾病でも給付日数限度までは何度でも給付
⑥ 有給・病気休暇扱いでも給付
⑦ 他所得補償との重複受給OK！
⑧ 異動・転勤でも加入継続できます　※京都協会を除く

新型コロナ感染症も対象！

～病気やケガでの休業に安心保障～

▶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。

保険医年金制度　受付期間 4月1日から（制度発足日 2022年9月1日）

～会員の老後・将来設計を支えます～

自在性が魅力！6つのポイント

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

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

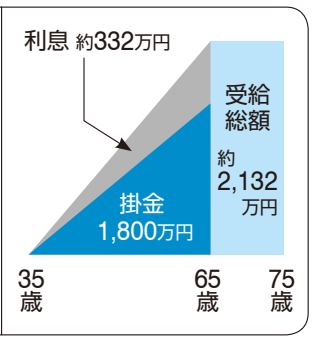
加入口数
●「月　払」／1口1万円　通算30口
●「一時払」／1口50万円　毎回40口

予定利率 1.140%

※2022年7月1日から適用（6/30まで1.259%）

短期のご利用では積立金が掛け金を下回ります

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17万円
受給総額　約2,132万円
【掛金総額 1,800万円】



生命保険会社6社（大樹・明治安田・富国・日本・太陽・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。

※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、TEL 保険医協会共済部 06-6568-7721まで