

兵庫保険医新聞

第1682号
2012年3月25日

発行所 兵庫県保険医協会
http://www.hhk.jp/
〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31
神戸フコク生命海岸通ビル5F ☎078-393-1801
(1部350円送料共・年間購読料12,000円)
振替01190-1-2133
(会員の購読料は会費に含まれています)

今号の記事

診療報酬改定 医科・歯科要点	3～5面
歯科審査アンケート結果	6面
研究 保険診療のてびき 薬剤師が関わる肺炎の診断・治療	8面

春の共済制度、普及受付開始！
「保険医年金」「グループ保険」
「所得補償保険」 (8面に広告)



東日本大震災から1年が経過しました。震災で亡くなられた方々のご冥福をお祈りするとともに、仮設住宅にお住まいの皆さまや県外へ避難されている皆さま、全ての被災者の皆さまに、兵庫県保険医協会を代表して心からのお見舞いを申し上げます。協会はこれからも、全国の先頭に立って皆さまを支援させていただく決意です。

昨年10月、岩手県陸前高

で、余震や冬の寒さには十分に見えませんでした。避難所になった高台の中学校では、子どもたちが草花を植えているのが印象に残りました。3月は卒業式の季節です。あの草花は北

支援続け、教訓いかそう

理事長 池内 春樹

ちがふるさを誇りに思うように自然や歴史を教えましょう。阪神・淡路大震災では全園からボランティアが集まり、「ボランティア元年」と呼ばれました。個人補償

東日本大震災では、地震だけでなく巨大津波や原発事故が発生しました。医療支援では、兵庫県医師会を中心とする医療支援チームが活躍しました。地元では、高台に新築移転していた石巻赤十字病院が大活躍

は、高台に新築移転していた石巻赤十字病院が大活躍

関西電力の福井の原発群が放射能漏れを起こせば、近畿の水がめ琵琶湖が汚染されます。子どもたちの未来を守るため、こども病院の現地建て替えや脱原発の世論を広げましょう。



内閣府に住保団連会長(上左)らが福島の子どもの療養費無料化を要請。武村副理事長(下左)と藤森評議員(同右)は山下議員(同中央)に署名を提出した



協会・保団連は3月8日、「税・社会保障一体改革」と消費税増税の撤回、福島の子どもの医療費無料化などを求め、国会要請を行った。兵庫協会か

ら、武村義人副理事長(保団連副会長)と藤森隆史評議員が参加し、患者負担軽減などを求める患者署名6千筆を国会に提出した。

患者負担軽減署名 6千筆を提出

3・8国会要請行動

患者署名「安心して受けられる医療の実現を求める請願(新たな患者負担増反対、患者負担の大幅軽減と消費税増税撤回)」合計6081筆を、高橋昭一衆院議員(民主)、山下芳生参院議員(共産)、田中康夫衆院議員(新党日本)の3氏に提出。山下・田中両議員は請願署名の引き受けを承諾し、高橋議員は党内調整の上、対応することになった。

田中議員からは、大阪で開催する「TPPを考える対話集会」の案内を受けた(報道2面)。また、同集會事務局の梶原康弘衆院議員(民主)からは「TPP、グローバル化の問題点を広く国民に知らせるた

め協会も力をかしてほしい」との要請があり、3月24日の協合理事会で同議員が講演することになった。その他、兵庫以外の議員では、高市早苗衆院議員(自民)や田村智子参院議員(共産)、相原史乃衆院議員(民主)の政策秘書と面談。歯科問題で藤森評議員が「何度もうり直さずに1回で長持ちできる補綴物・義歯を作れるよう、技術料を改善して世界水準に追いつくようにしてほしい」と要請した。

福島の子ども医療費無料化を国へ要請
福島の子ども医療費無料化については、武村副理事長と住江憲男保団連会長、森元主税同理事が内閣府を訪れ、「国の制度で福島の18歳以下の医療費無料」「無理なら独自に実施する福島県に全額補助」の2点を求めた。

武村副理事長は「原発事故後、子どもの健康問題に

ついての親の心配はとてりわけ大きい。経済的事情で受診できないこのこないよう、国の責任で無料にすべき」と訴えた。応対した内閣府の大臣官房総務課調査役・佐野美博氏は「要請内容は報告書にまとめ官邸に伝える」と約束した。

この間、会員の息子弟やご友人に、共済制度への加入や保険請求の問い合わせ、医院経営の相談等でお会いしたいております。お知らせの開業医、勤務医の先生へ、ぜひご入会をお勧めください。

今年の診療報酬改定は、前回総選挙で民主党が公約した「医療費のO E C D並みへの引き上

い情勢ですが、粘り強く、会員の期待をしっかりと受け止めて、身近な要求に応える活動を力強くすすめていく決意です。

先生方の一層のお力添えをお願い申し上げます。

東日本大震災から1年――

震災復興・原発ゼロを

各地で集会



原発ゼロをアピールする林副理事長(左)と山中評議員(3月11日、三宮東遊園地)

東日本大震災、東京電力福島第一原発事故から1年。各地で震災復興や原発ゼロ・エネルギー政策の転換を求める集会が行われ、協会役員らが参加した。

3月11日には三宮・東遊園地で集会「『あれから1年』一緒に考えよう震災復興・原発ゼロの社会」が開催され、林祐介副理事長と山中忍評議員が参加。2500人が集まり、集会後に

は元町駅までパレード。街頭の人々に震災復興と原発ゼロを訴えた。

18日には「ドイツの脱原発・自然エネルギーへの転換を学ぶ交流会」が神戸市内で行われ、ドイツの環境活動家であるエアハルト・シュルツ氏が、原発建設反対運動をきっかけに、市民の共同出資で風力発電所建設を推進している経験を語った。

同日に京都市内で行われた京都協会主催の講演会「福島原発事故のホントのこと」では、小出裕章京都大学原子炉実験所助教が講演。林副理事長、森岡芳雄理事、山中評議員が参加した。

つた。林、川西敏雄両副理事長、口分田勝理事が参加した。10日に行われた、ろうこう医療生協主催の「東日本大震災被災地支援活動報告集会」では、福島中央市民医療生活協同組合の川添隆司理事長が福島の実状を報告し、

TPPめぐり全国で学習会

問題点が一層明らかに



住江保団連会長(右2人目)も出席した21日のシンポジウム

昨年11月に野田首相が交渉参加に向けて関係国との協議に入ると表明したTPPを巡り、全国で学習会や集会が開催されている。協会役員も参加し、問題提起や情報収集に努めている。

2月26日に医療再生フォーラム21が東京で開催した「TPPと日本医療の再生を考える」では、経済評論家の三橋貴明氏の基調講演後、保団連の住江憲男会

長、近森正昭近森病院臨床工学部部長、田林暁一東北大学名誉教授、色平哲郎J-A長野厚生連佐久総合病院地域医療部地域ケア科医長、本田宏済生会栗橋病院院長補佐らによるシンポジウムが行われた。

三橋氏は「需要が冷え込んでいるため日本はデフレに悩んでいるのに、TPPでさらに供給能力を高め、増税で需要を冷え込ませる政策は絶対に採ってはいけない」と解説した。

参加した川西敏雄副理事長がフロアから「私たち医療者は国民にTPPの問題点を伝えていかなければならない」と訴えた。

3月8日にTPPを考える国民会議が大阪で開催した「TPPを考える対話集会」には、武村義人・川西両副理事長、藤森隆史評議員が参加した。国民会議に参加している田中康夫、梶原康弘両衆議院議員からの参加要請に応じたもの。

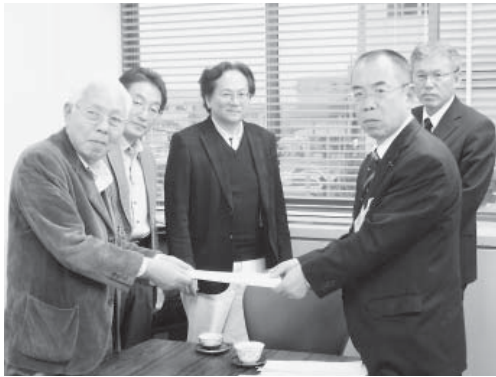
基調講演では、拓殖大学日本文化研究所の関岡英之客員教授が「TPPは、アメリカが日本に構造改革を迫る年次改革要望書の代替手段だ」とTPPの本質を明らかにした。

明石支部が市と懇談

こども病院ポーターアイ移転

小児救急に懸念

県が正式に決定した県立こども病院のポーターアイの移転問題で、協会、請した。明石支部は3月8日、明石支部から、支部長の吉岡



要請書を手渡す吉岡支部長(左端)ら

長、副支部長の西山裕康同理事、支部幹事の辻一城同理事らが参加した。田代修三保険・健康部長と山本徹保険・健康部次長兼地域医療課長が対応した。吉岡支部長は、本庄昭神戸市医師会会長や大橋正伸兵庫県産科側からは、県から説明がなかったとし、小児救急を市外に依存している市として救急の動線が長くなることや災害時の対応についての懸念を県に口頭で伝えたと回答した。

科婦人科学会会長らと懇談したことを紹介し、貴重な医療資源をポーターアイランドに集中させることや災害時のリスク管理に対して、協会だけでなく多くの医療関係者から懸念の声があがっているとした。

主張

今次診療報酬の概要や全体的な評価については、さまざまな分野ですでに行われており、細部にかけての吟味がなされているところである。このたび、少し違った側面から評価したい。

「二体改革」に基づく低医療費政策の強化

新自由主義路線と決別すべくマニフェストを掲げ、政権をとった民主党。しかし、いまや国民との約束を反故にし、これまで以上に新自由主義路線を強化しようとしている。

当時、民主党は「医療

診療報酬改定

国民の期待に背き医療崩壊を加速

崩壊を食い止める」として、医師数の5割増員、医療費をGDP比で先進諸国並みまで引き上げると公約した。その結果は周知のごとくである。今次改定は、「税と社会保障一体改革」路線に沿ったものである。入院から在宅、医療から看護さら

に介護への流れを政策誘導するなど、低医療費政策は変わらず、一層強化されている。私たちは、診療報酬を①国民が受けられる医療の種類、その質と量を規定する②医療機関の収入を全体として保障する③医療の非営利性を保障す

る―と規定している。この間政府は、改定を重ねるたびに加算項目を増やして施設基準を厳しくし、現場の多忙さと人手不足を解消せず、結果として、医療崩壊を進行させるものとなってい

る―と規定している。この間政府は、改定を重ねるたびに加算項目を増やして施設基準を厳しくし、現場の多忙さと人手不足を解消せず、結果として、医療崩壊を進行させるものとなってい

金が話題になる。この間政府は、改定を重ねるたびに加算項目を増やして施設基準を厳しくし、現場の多忙さと人手不足を解消せず、結果として、医療崩壊を進行させるものとなってい

明らかな損税である。これまで医療機関は、厳しい医療経営の中で消費税を納めてきた。「二体改革」で税率を2倍にすることが閣議決定されたが、医療機関のさらなる損税の発生は、地域医療に大きな影響を及ぼすことにつながる。

政府は多段階税率には否定的であり、中医協は増税分を改定点数に盛り込むとしているが、その実態が無に等しいことはすでに体験済みである。私たちの運動の柱である消費税増税は、診療報酬改定との関連でも問題にしなければならない。医療における消費税は、最終「消費者」である患者に転嫁できない、

理事会スポンジ

出席 31人

◇情勢 ①本田宏医師や全

国医師ユニオンの植山直人

医師らが参加する「医療再生フォーラム21」が、シン

ポジウム「TPPと日本医療の再生を考える」を開

催。保団連の住江憲男会長もシンポジストとして参加

し、TPP参加によって混合診療の全面解禁が迫られるおそれがあるとした。②

生活保護制度の見直しで、老齢加算が廃止されたのは

違憲として受給者が国を訴えた裁判で、最高裁は「合

憲」との判断を下した。最

高裁は政府が激変緩和措置を採ったことなどに言及し

「見過ごすことのできない影響を生活に及ぼした」と

では評価できない」とし

(3月10日理事会より)

◇医療運動対策 ①3・3

近畿総決起集会には協会から33人、全体は1053

人、兵庫から83人が参加した

こと、②「消費税増税ス

トップ」4・12国民集

会」に参加し日比谷野外音

楽堂で集会の後、国会請願

デモ、国会議員要請を行う

人事法務コンサル 社会保険労務士 ISR 梨本事務所 労働条件・就業規則 (労働保険事務組合) 経営者会議 労務監査・給与計算

信頼・向上そして社会貢献

ホームページ www.isr-group.co.jp グループ代表 (CEO) 梨本剛久

078-360-6611 大代表

医科

2012年診療報酬改定の要点
強引な退院・在宅誘導で医療費抑制

2012年診療報酬改定案が2月10日の中医協で答申され、3月5日に官報告示、通知等が発出された。4月1日から実施される新点数について、医科、歯科それぞれの特徴や問題点を掲載する。

1. わずかな全体プラスも 実質マイナス改定

改定率は、診療報酬本体+1.379%（医科+1.55%、歯科+1.70%、調剤+0.46%）、薬価・材料価格▲1.375%で、全体で+0.004%とほぼゼロ改定となったが、長期収載薬の追加引き下げ250億円分は今回も改定財源とは別枠とされたため、これを加えると実質マイナスとなった。

改定内容も、「社会保障・税一体改革」の端緒となる改定としての社会保障費の抑制策を色濃く反映したものとなっており、急性期入院からの早期退院、入院から在宅・看取り、さらに医療から介護へと、質を担保する保障をしないままに露骨な点数配分が行われ、地域医療を支える医療機関や患者の実態を考慮しない、医療費抑制ありきの改定となった。

2. 改定内容の主な 特徴と問題点

再診料は据え置き

「地域医療貢献加算」を「時間外対応加算」に名称変更し3区分に

前回引き下げられた再診料は、引き上げを求める声が強かったにも関わらず、据え置かれた。

「地域医療貢献加算（3点）」が、「時間外対応加算1～3」と名称変更され3区分となったが、「1（5点）」は原則として自院で診療時間以外に常時対応することを要件としており、入院施設のない診療所においては対応困難なものである。なお、「地域医療貢献加算」を届け出ていた診療所は、引き続き「時間外対応加算2」（3点）を算定できる。「2」は、標榜時間外の夜間の数時間の対応が求められる。

また、同一日に異なる傷病で複数診療科を受診した場合の「2科目再診料（34点）」が新設されたが、「診療継続中の疾病と同一の疾病又は関連のある疾病以外の疾病」に限られ、かつ患者の意思による受診の場合とされており、算定できない場合も少なくないと考えられる。

なお、異なる保険医の診察の場合に限られるため、一人医師の診療所では算定できない。

急性期入院の要件を強化 早期退院を促進

一般病棟の7対1入院基本料の平均在院日数要件を1日短縮して18日とし、看護必要度を満たす入院患者の割合を1割から1割5分に引き上げ、13対1、15対1入院基本料算定病棟については90日超入院患者の取り扱いを、療養病棟入院基本料の算定か、出来高請求で平均在院日数の対象とするかのいずれかを選択することとした。

さらに、午前中の退院が9割以上の場合の30日を超えて入院し午前中に退院する患者の退院日の入院料を92%に減額。金曜入院・月曜退院の患者が4割以上の場合の土・日の入院基本料を92%に減額（いずれも10月実施）や「退院調整加算」を組み替えて、入院当初から退院調整への取り組みを促すなど、入院期間の短縮、早期退院を誘導する項目が多数組み込まれた。

入院患者の他医療機関受診 実態とはほど遠い不十分な改善

入院中の患者の他医療機関受診時の取り扱いについて、結核・精神病棟、有床診療所の入院患者が、透析やPET・光トポグラフィー等の共同利用を進めている検査のみを目的とした他医療機関の受診については、入院料の減額幅が従来より15%分減少することになったが、該当するのはごく一部である。前回改定以後の協会・保団連のたび重なる改善要求にもかかわらず、根本的な算定制限は残されたままであり、実態に見合う改善には程遠い。

なお、透析のみを目的とした受診の場合は、他医療機関側が「慢性維持透析外来医学管理料」を算定できるとされた。

14項目の点数に新たに 「屋内禁煙」を算定要件に

「ニコチン依存症管理料」の施設基準には、敷地内禁煙の要件が設けられているが、今回の改定で、汎用点数である「悪性腫瘍特異物質治療管理料」や「生活習慣病指導管理料」はじめ14項目の「医学管理等」、8項目の「入院基本料等加算」の点数に、「屋内禁煙」の要件が導入された（7月実施。一部の入院料は分煙可）。

届出する必要はないが、屋内禁煙している旨を院内に掲示することが要件になっており、今後、指導等の際には確認されることが考えられるため留意が必要である。

在宅療養支援診療所(病院)を3区分に 在宅での看取りを強引に誘導

今回も、在宅医療に関する点数が大きく組み替えられた。在宅療養支援診療所（病院）を3区分とし、単独あるいは他医療機関（10未満）との連携で、在宅医療を担当する常勤医師3人以上の配置などを基準とした「強化型」の支援診療（病）を新設した。

これに伴い、「強化型」の緊急・夜間等の往診料や在宅時医学総合管理料を、病床の有無によってさらに2区分した上で、「従来型」の支援診療（病）よりも点数を高く設定した。

また、これまで支援診療（病）が算定していた訪問診療料の「ターミナルケア加算（10,000点）」を、「ターミナルケア加算」と「看取り加算」に区分した。算定要件（往診または訪問診療の回数）は緩和されたが、「強化型」の支援診療（病）であっても点数は従来より引き下げられた。

一人医師の場合の「従来型」の支援診療（病）では、在宅で看取った場合でも3000点の引き下げとなった。

一方で、支援診療（病）以外の医療機関でも、訪問診療時に看取った場合は、「ターミナルケア加算」と併せて6,000点となる大幅増で、在宅での「看取り」への誘導が極めて色濃い点数配分となった。

在宅療養指導管理料では、「在宅妊娠糖尿病患者指導管理料」など七つの点数が新設され全部で24項目となり、在宅酸素療法指導管理の「酸素ボンベ加算」等と在宅持続陽圧呼吸療法指導管理の「経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算」が2月に2回算定できるとされた。

さらに、在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）にも、緩和ケア・褥瘡ケアの専門の研修を受けた看護師による場合（1,285点）や夜間・早朝訪問看護加算（210点）、深夜訪問看護加算（420点）等の新設など、在宅重視の点数配分となった。

介護者のリハビリは 2年後に全て介護保険へ移行 新設の外来リハビリ診療料は低点数

疾患別リハビリテーションに初期加算を新設、介護保険のリハビリへの移行期に疾患別リハビリを同時算定できる期間を1月から2月に延長する一方で、算定日数上限を超え改善が期待できない維持期のリハビリテーションについて、要介護・要支援者に対する脳血管疾患リハと運動器リハの算定は原則次回改定までとし、点数を引き下げた。

同時に改定された介護保険の通所リハビリで、退院・退所後あるいは認定日から3月以内の要介護者等で、1時間以上2時間未満の通所リハの場合は個別リハビリの算定回数の制限を廃止しており、あからさまな介護保険への誘導が行われている。

要介護者であっても、患者の病態にあった疾患別リハビリが提供できるようにすべきである。

また、病態が安定している入院外の患者に対して疾患別リハビリを実施する場合に、毎回の診察を必要としない「外来リハビリテーション診療料1、2」が新設されたが、いずれも包括的な診察を評価したものとしては見合わない低点数となっている。

なお、訪問リハビリについては、介護保険優先のためこれまでは、要介護者・要支援者には医療保険の訪問リハビリは行えなかったが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリの必要を認めて特別指示を行った場合は、6月に1回に限り診療を行った日から14日間は1日4単位を限度に医療保険の「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料」を算定できることになった。

後発医薬品の一層の使用促進へ 一般名処方の加算と処方せん様式の変更

今回も後発医薬品の使用を促進するためとして、処方せんの様式が、現在の「すべて不可の場合の署名」から「個々の医薬品について後発医薬品への変更の可否」を表記するものに変更するとともに、一般名で処方した場合の加算（2点）が新設された。

一般名で処方した場合、多剤投与についての薬剤の種類数の計算は、該当する薬剤の最も低い薬価で計算することとされている。

また、現在の処方せんは、9月末までは手書き等で修正すれば使用が可能である。

4月からの算定の場合は 施設基準の届出は4月16日までに

「時間外対応加算1、3」、「在宅療養支援診療所（強化型）」や「疾患別リハビリテーションの初期加算」等の新設点数や、「認知療法・認知行動療法」、施設基準が変更された入院基本料など、算定するに当たってすでに算定している点数についても再度の届出が必要なものも多数あるため、注意が必要である。

届出用紙は、協会ホームページ「診療報酬改定特集」（<http://www.hhk.jp/kaitei2012/>）に掲載している。

(5面からの続き)

5. 「指導・審査強化」と 社会保障と税の一体改革

社会保障審議会が示した今次改定の「基本方針」では「社会保障・税一体改革」に沿い、2025年度のイメージへの「第一歩」として入院から在宅、医療から介護への流れを作る改定と位置づけられている。歯科でも前回に引き続き口腔外科、手術関連項目が引き上げられ、周術期の患者の口腔管理など病院歯科への配分と在宅を重視した改定が行われた。

また、歯科医療機関の中では、各種の施設基準の届出の有無による格差が診療報酬の算定にも広げられている。今後、こうした医療機関の機能や役割や分担が強化され、歯科医療機関の淘汰と再編が進められる危険性についても注意が必要である。

中医協附帯意見では「歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料のあり方について別途検討を行な

う」、さらに「診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行なう」など、今後の改定で歯科基本診療料の見直しや、指導・審査の強化が課題とされている点も見落とせない。

支払基金が電子レセプトを対象に「縦覧（じゅうらん）」点検、「突合（とつごう）」点検

・社会保険診療報酬支払基金（支払基金）は、2012年3月審査（2月診療）分から電子レセプトを対象とした「縦覧」点検・「突合」点検を始めた。

・「縦覧」点検とは、当月請求分と過去6カ月分のレセプトを電子的に照合して点検するもので、同一初診中1回に限り算定するもの、隔月に算定するものなど、単月審査では分からなかった病名や診療行為の請求誤りが明らかになる。前月までの診療行為（請求）を基本として、当月分の請求に間違いがあれば査定される。なお、その査定により将来にわたり関連行為が査定されるときは返戻さ

れる場合もある。

・「突合」点検とは、医科・歯科レセプトに記載された傷病名と調剤レセプトに記載された医薬品の適応、投与量および投与日数を電子的に突き合わせて点検するもので、処方せんを発行したすべての電子レセプトが対象になる。

・「突合」点検の結果、医薬品の適応、投与量および投与日数などの不一致があれば査定される。ただし、後発医薬品の使用を促進する観点から、保険薬局で先発医薬品の効能効果と違いがある後発医薬品に変更された結果、不一致になったものは査定されない。この基本的な考え方は、基金の現審査、保険者からの再審査、いずれの場合も適用される。

6. 電子レセプトを対象にした「算定日」記載

・「算定日」記載は、レセプトを電子請求している医科・歯科医療機関を対象に、2012年4月診療分から、請求する各点数の算定日を記録して請求するもの。3月診療分まではその記録を省略する代

わりに、「診療報酬明細書の記載要領」に「摘要欄に算定日を記載する」と定められている点数に限って摘要欄に算定日を記載することになっていた。

算定日を記録することで、義歯管理料（義管）の算定前に義歯調整管理料（義調）が算定されているなど、点数表の算定原則に合わない事例が明らかになる。

電子請求では、診療行為ごとの請求回数や算定日などが請求時点で記録されており、基金や保険者の裁量でどのようにも利用できる。

また、請求する全ての点数の算定日を記録することは、レセプトが「所見のないカルテ」になることを意味し、レセプト情報が流用される時代にあって、個人情報漏えいのおそれが生じている。

協会はこのまでの運動の教訓に学びながら、患者・国民と手を携え歯科医療危機打開に向け「保険でより良い歯科医療」の実現に向けた運動をさらに強化していく。

兵庫県 福祉医療を改悪

対象所得を「世帯合算」に

7月から 5万5千人削減見込み

兵庫県は今年7月から、乳幼児等・重度障害者・高齢重度障害者の各医療費助成制度の所得制限の判定対象を、「世帯の最上位所得者」から「世帯合算」に変更することが明らかになった。

現行の判定方式では、「世帯の最上位所得者」の「市町村民税所得割額が23・5万円未満」が対象。新方式では、世帯の他の所得者も対象に加えられ、市町村民税所得割額の合算額が現在と同額の23・5万円未満が福祉医療の対象になる。

市町村民税所得割額は課税所得に対して6％を積算した額で、税額が23・5万円を超える課税所得を逆算すると392万円。夫婦共働きの場合、例えば夫の課税所得が200万円、妻が192万円を対象外となる計算だ。収入換算では、控除の有無により異なるが、単純に給与所得控除と基礎控除、社会保険料控除だけで試算すると夫420万円、妻400万円程度というもの。

	現 行	今年7月～
対象者	世帯の最上位所得者1人のみ	世帯合算 共働きは夫婦とも
基準額	市町村民税の所得割額が23.5万円未満	市町村民税の所得割額が23.5万円未満

今回の見直しは、兵庫県が昨年3月に発表した第2次行財政構造改革推進方策で盛り込まれ、「平成24年度中の適切な時期から」実施するとしていたもの。方針化にあたって2010年12月に県議会に行った県の説明では、約5万5千人が対象から外れるとの試算を示していた。

ただし、神戸、明石、芦屋、宝塚の4市は独自に財政拠出して「世帯合算は行わない」と表明しているため、4市では住民への直接的な影響は発生しない。今後さらに、6月議会と同様の措置を検討する市町もあるとみられる。

⑧改悪と同じ手法 少子化対策に逆行

井戸県政は、同じ手法でこの間、老人医療費助成事業の対象者削減なども行っている。今回の福祉医療の改悪は、福祉医療全体で所得制限基準を世帯単位に統一したもののだが、少子化対策に逆行する社会保障改悪との批判は免れない。

感想文

身も心もあつたまる 春鹿のおいしいお酒

西宮・芦屋支部は2月26日、奈良県「春鹿」醸造酒蔵見学会を開催し、8人が参加した。参加者の感想文を紹介する。

うことで、大阪平野を乗り換えなしの阪神・奈良直通特急に乗り、約1時間で古都奈良に到着。ならまちを散策しながら春鹿醸造元へ向かいました。

今回、協会から参加の先生方は8人。

他のグループもあって見学会は結構にぎわっていました。スタッフの案内で、酒造工場内へ。まずは週できたばかりの大吟醸新酒を試飲。木の香りが、「おいしい!」この新酒目玉で参



春鹿醸造元の前で

加される方も多いとか。入口には大きく標語が掲げられています。1・米を磨く、2・水を磨く、3・技を磨く、4・心を磨く。自院でも使いたくなるような良い言葉です。

精米率を高くして中心の純粋の澱粉だけのお米でお酒を造ると、よりおいしいお酒になるとか。削った周りの米粉は京菓子になるそうです。

工場内には仕込みの終わった酒樽が整然と並び、日本酒の良い香りが充満していました。

酒作りの工程見学の後、いよいよ利き酒会です。「今から、利き酒の仕方を説明!」「口に含んで香りを確かめてから!」蔵人の親切な解説も上の空、並んだお酒をお猪口で順番に味見していきます。最後に市場に出ない甘酒が振る舞われる頃には皆さんすっかり出来上がって、なかには湯飲みでぐいぐい味見?さ



講師の中山先生

軟部腫瘍は、数は多くないものの、皮下や筋肉、血管、末梢神経などに発生する腫瘍で、体のどこにでも発生し、良性も悪性もあること、そしてきちんとした診断・診療の指針がなく、かつ診療科も多岐にわたる。最後に、参加者よりエコーによる軟部腫瘍の鑑別方法や日常診療で経験された脂肪肉腫の症例について質問があり、会が終了しました。

但馬支部では、今後も公立高医療センターの芦田先生を中心に、系統的に整形外科の勉強をしていく予定です。次回は春・初夏ごろに計画しています。先生方の積極的なご参加をお待ちしております。

【豊岡市 谷垣 正人】

感想文

高齢者の皮下 腫瘍は要注意

但馬支部は2月16日に公立高医療センターで、症例検討会「日常診療に役立つ軟部腫瘍診断のコツ」を開催。4人が参加した。参加者の感想文を紹介する。

軟部腫瘍は、数は多くないものの、皮下や筋肉、血管、末梢神経などに発生する腫瘍で、体のどこにでも発生し、良性も悪性もあること、そしてきちんとした診断・診療の指針がなく、かつ診療科も多岐にわたる。

最後に、参加者よりエコーによる軟部腫瘍の鑑別方法や日常診療で経験された脂肪肉腫の症例について質問があり、会が終了しました。

但馬支部 症例検討会「軟部腫瘍診断」

春鹿の看板をバックに集合写真に収まり現地解散。寒空の中、お酒のお陰で身も心も温まりました。楽しかったので来年もぜひ企画

してほしいとの声も。幹事の先生方、事務局の方、ありがとうございました。

【西宮市・歯科 末武 伸敏】

医院経営研究会 パワーポイントで魅せる

日時 4月28日(土) 14時30分～18時30分
会場 パソコン総合カレッジnoa三宮校
参加費 7000円（医経研会員はPC使用料1000円のみ）
定員 20人（事前申込順）

お申し込み・お問い合わせは、☎078-393-1817 田村まで

歯科

2012年 診療報酬改定の要点 現場の声を一定反映するも、 歯科医療崩壊阻止にほど遠い

はじめに

今次診療報酬改定は、全体改定率は0.004%の引き上げ、診療報酬本体は1.37%引き上げ（医科1.55%、歯科1.7%の引き上げ）となった（長期収載医薬品の引き下げを加味すると実質総枠ではマイナスとなる）。

歯科においては、この間「保険で良い歯科医療」を求める27万筆を超える国会請願署名や、歯科医療の危機突破決起集会、さらに政府、与野党、国会議員への要請行動など精力的な取り組みが一定反映され、歯科診療報酬本体は1.7%の引き上げとなった。

しかし、中医協の医療経済実態調査では、歯科医療機関の損益差額の平均値が初めて100万円を下回り、公表されない最頻値は60万円台と推測され、経営危機に歯止めはかかっていない。歯科医療崩壊を止めるには10%以上の引き上げが不可欠であり、政府に改めて大幅引き上げを求めるものである。

1. 基礎的技術料など一定の引き上げ

間接歯髄保護処置、初期う蝕早期充填処置、抜髄、感染根管処置、根管貼薬処置、歯周基本治療、補綴物の除去、う蝕歯即時充填形成、歯冠形成、印象採得、咬合採得、有床義歯等々が引き上げられ、機械的歯面清掃が加算から独立した項目とされた。

これら基礎的技術料の引き上げは運動が一定反映されたものだが、その上げ幅はわずかであり、その他の技術料で据え置かれたものも少なくない。今後もこれらについては引き上げを求めていきたい。

初期う蝕小窩裂溝填塞処置 120点
→初期う蝕早期充填処置 122点

歯科修復物または補綴物の除去
簡単 15点→16点
困難 30点→32点
根管内ポストを有する鋳造体 50点→54点

歯冠形成（1歯につき）
①生活歯歯冠形成 鋳造冠300点→金属冠306点
②失活歯歯冠形成 鋳造冠160点→金属冠166点
窩洞形成金属歯冠修復 全部金属冠 単純なもの 54点→60点
複雑なもの 80点→86点

う蝕歯即時充填形成 120点→126点
鋳造歯冠修復 全部鋳造冠 445点
→金属歯冠修復 全部金属冠 454点

充 填（1歯につき）
充填1
①単純なもの 100点→102点
②複雑なもの 148点→152点

充填2
単純なもの 57点
複雑なもの 105点
※注1 歯質に対する接着性を付与または向上させるために歯面処理を行う

場合は1により、それ以外は2により算定する。

※注2 充填1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

咬合採得
歯冠修復（1個につき）14点→16点
支台築造印象（1個につき）20点→22点
印象採得
①歯冠修復（1個につき） 連合印象 60点→62点
②欠損補綴（1装置につき） 連合印象 225点→228点
特殊印象 265点→270点

ワンピースキャストブリッジ
支台歯とポンティック合計5歯以下 275点→280点
支台歯とポンティック合計6歯以上 326点→332点
ポンティック（1歯につき） 428点→434点

有床義歯
①局部義歯（1床につき）
1歯～4歯まで 550点→560点
5歯～8歯まで 676点→690点
9歯～11歯まで 900点→920点
12歯～14歯まで 1310点→1340点
②総義歯（1顎につき）2060点→2100点

有床義歯内面適合法
①局部義歯（1床につき）
1歯～4歯まで 205点→210点
5歯～8歯まで 250点→260点
9歯～11歯まで 340点→360点
12歯～14歯まで 540点→560点
②総義歯（1顎につき）750点→770点

歯周基本治療
①スケーリング（3分の1顎につき） 64点→66点
②スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）
イ 前歯 58点→60点
ロ 小臼歯 62点→64点
ハ 大臼歯 68点→72点
③歯周ポケット搔爬（1歯につき）
イ 前歯 58点→60点
ロ 小臼歯 62点→64点
ハ 大臼歯 68点→72点

歯周外科手術（1歯につき）
①歯周ポケット搔爬術 75点→80点
②新付着手術 150点→160点
③歯肉切除手術 300点→320点
④歯肉剥離搔爬手術 600点→620点
⑤歯周組織再生誘導手術
イ 1次手術 730点→760点
ロ 2次手術 300点→320点
手術時歯根面レーザー応用加算 40点→60点

歯髄保護処置（1歯につき）
間接歯髄保護処置 25点→30点
抜髄（1歯につき） 220点、406点、570点
→228点、418点、588点
感染根管処置（1歯につき） 130点、276点、410点
→144点、294点、432点
根管貼薬処置（1歯1回につき）

20点、22点、30点→26点、30点、40点
根管充填加圧根充加算 118点、140点、164点
→128点、152点、184点
歯周病安定期治療（1口腔につき）300点

・2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施した月の翌月から二月を経過した日以降に行う。ただし、以下の場合は、三月以内に算定できるが、実施する理由（歯周外科手術を実施した場合は除く）、全身状態などを診療録に記載する。また、ロまたはハに関しては主治の医師からの文書を添付する。

イ 歯周外科手術を実施した場合
ロ 全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合
ハ 全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合
ニ 侵襲性歯周炎の場合

2. 在宅「20分の時間要件」一部見直し

在宅では「常時寝たきりの状態等」の表現が削除されたが、「通院が容易なものに対して安易に算定してはならない」との文言が追加された。また、20分以上の時間要件は、現場の実態に即して「治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等やむを得ず治療を中断した場合」は算定が認められるなどの例外規定が設けられた。

なお、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が同行して行う診療補助が加算として評価されたが、「歯援診」自体が複雑な施設基準もあって、全国4000カ所に止まっている。施設基準による医療機関格差をやめさせ、在宅歯科の一層の充実に向けた運動を今後も強化する必要がある。

在宅患者等急性歯科疾患対応加算が1回目、2回目による点数格差から、同一建物居住者1人のみ、同一建物居住者5人以下、同6人以上の場合と人数による点数格差に変更され、歯科訪問診療2が実質引き下げられた。『『在宅医療ビジネス』など不適切な訪問診療への規制』が目的と言われているが、在宅歯科は改定のたびごとに評価の引き下げや算定要件の変更が続いており、在宅歯科への意欲をそぐと言わざるをえない。

歯科訪問診療科
・在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。なお、この場合、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。

歯科訪問診療1 830点→850点
2 380点→据え置き
在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者を

除く）であって通院が困難な者に対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においてはこの限りでない）を行った場合に算定する。

・訪問診療時の器具携行を評価する在宅患者等急性歯科疾患対応加算が、1人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なっていた評価から、「同一建物居住者以外」と「同一建物居住者」による評価に変わり、同一建物居住者の場合は引き下げられた。

〈現 行〉
在宅患者等急性歯科疾患対応加算（1日につき）
イ 1回目 232点
ロ 2回目以降 90点
〈改 定〉

在宅患者等急性歯科疾患対応加算（1日につき）
イ 同一建物居住者以外 170点
ロ 同一建物居住者（5人以下）85点
ハ 同一建物居住者（6人以上）50点
介護保険では居宅療養管理指導費が歯科訪問診療料と同様に、同一建物居住者1人のみ、同一建物居住者2人以上と、人数による点数格差の導入が行われた。また、歯科衛生士が行う口腔ケアが評価され、介護保険施設が算定する口腔機能維持管理加算として新設されたが、歯科衛生士を派遣する歯科医療機関に対する評価も求めたい。

3. 困難多い「医科歯科連携」

周術期の口腔管理の評価として、周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料（ⅠⅡⅢ）が新設された。また、歯周病安定期治療は、歯周病に対するリスクが高い患者は算定期間が短縮されたほか、歯科治療総合医療管理料の対象疾患が拡大された。しかし、実際の運用では医科医療機関との間で現実的でない文書による情報提供なども算定要件とされており、全国的には医科歯科の連携が不十分な現状では、積極的な活用に疑問が残る。もっと弾力的な運用が行えるよう改善を求めたい。

4. 新規技術、先進技術の評価・導入

新規技術では接着ブリッジの適用範囲が臼歯部まで拡大され、接着冠の算定が5分の4冠に準じて算定するとされた。また、口腔外科分野では、上顎洞洗浄、歯科ドレーン法が新設されたほか、先進医療で評価されていたインプラント義歯が、開業医が自費診療で行っているインプラント義歯と区別するため「広範囲顎骨支持型装置埋入手術」の名称で、施設基準を満たす病院でのみ実施できるものとして導入された。

（4面に続く）

歯科

審査、指導についてのアンケート結果

協会歯科部会は、審査、指導の現状を明らかにし、会員の声を集め、改善に向けた取り組みを強化する目的で、歯科会員1,812人を対象に「歯科・審査、指導についてのアンケート」を実施、139人から郵送での回答を得た。回答率は7.7%。実施期間は2011年12月2日～12月28日。

〈回答会員の内訳〉

①開業歴

開業歴では、10年以上が69.1%と最も多く、3年以上10年未満が22.3%、6カ月以上3年未満が6.5%、6カ月未満が0.7%だった。

②年齢

40歳代が34.5%と最も多く、50歳代が28.8%、60歳代が20.9%、30歳代が15.1%、70歳以上が0.7%であった。

③レセプト提出方法

レセコン使用の紙出力が58.6%と最も多く、フロッピーやCD-R等の電子媒体が28.6%、手書きが5.0%、オンラインが4.3%であった。レセプト提出方法は32.9%がオンラインもしくはデジタル媒体ということで、厚労省が発表した今年1月の普及率36.0%に近い。また、年齢層的にも30歳代から60歳以上まで幅広い分布で、ほぼ現状を把握できるデータと考えられる。

④カルテの使用

カルテコンピュータ使用が77.0%、手書きカルテ使用が23.0%であった。

1、9割近くの会員が査定（減点）を経験

過去1年間に査定（減点）を受けたことが「ある」と回答したのは、社保89.9%、国保84.2%で、「ない」は社保9.4%、国保15.8%に過ぎず、特に社保でほとんどの会員医療機関が査定を経験している。（図1）

査定が納得できるかについて、「納得できない場合が多い」が社保41.0%、国保28.1%である。返戻でも、社保33.8%、国保47.5%が「納得できない場合が多い」と回答している。

2、再審査請求で6割を超える会員が「復活」

再審査請求をしたことが「ある」と回答したのは、社保32.4%、国保20.1%にとどまっている。

しかし、「再審査請求をしたことがある」との回答の中で、再審査請求の結果は「一部復活」と「全て復活」をあわせると社保64.3%、国保61.5%となっており、再審査請求すれば復活する可能性が高いことを示している（図2）。

再審査請求をしない理由としては「面倒だから」「目をつけられるような気がする」が多数寄せられている。実際には目をつけられることもないので、納得できない減点には面倒がらずに再審査請求

していただきたい。

また、審査についての改善要望は、「減点理由は記号でなく具体的に明記してほしい」「審査基準（内規）を公表してほしい」等に多くの回答が寄せられた（図3）。

3、6割が高点数を選定理由とする集団的個別指導に反対

集団的個別指導が高点数であることを選定理由とすることについて、「賛成」は5.8%、「反対」は58.3%となっており、6割近い会員が反対している（図4）。

集団的個別指導について対象者の選定基準や実施方法を、「よく理解している」「だいたい理解している」が54.7%となっている。

しかし、無断で欠席すると個別指導の対象となることを「知らなかった」は52.5%（図5）、翌年も上位4%の高点数の場合、個別指導の対象になることが今後実施される可能性が示唆されていることについて、「知らなかった」が64.0%にのぼっている。

集団的個別指導を受けたことが「ある」は、43.9%である。一見、指導経験者が偏って多い集団のようにも見えるが、8%×3年つまり24%を基本として計算し、その何割かが委縮診療などで交代し、新たな対象者が加わっている（平均点は年々下がっている）ため、高い数値となっている。

集団的個別指導を受けた感想では「高点数がいけないような感じがして納得いかない」「単に点数を上げるなどというだけで筋が通っていない」「点数を気にしながら診療している」などが寄せられている。

4、9割近くが個別指導の内容に納得していない

個別指導を最近5年以内に受けたことが、「ある」は5.8%（8人）である。「ある」のうち、87.5%（7人）の会員が保険医協会に相談しているが、誰にも相談しなかった先生が1人おられた。

個別指導当日の厚生局の対応について、「概ね丁寧」と「威圧的」「官僚的」は同数だが、個別指導の内容について「納得できない点もあった」「全く納得できなかった」が87.5%（7人）となっている。

このことに対して協会では、録音や弁護士帯同を勧めているが、それを権利だと知っていることについて「知っている」は27.3%に過ぎない。一方で、録音や弁護士帯同を「したい」は58.3%にも及ぶ（図6）。今後の協会運動の参考にしたい。

5、自由意見欄に多数の改善求める声

そのほか、行政指導のあり方等についての自由意見欄には、「指導大綱の通り丁寧な指導をしてほしい」「制約ばかり厳しくて少ない患者でギリギリのところ

でやっているのに、さらに委縮させて正当な請求にも遠慮するようなやり方は間違っている」など多くの内容が寄せられた。

審査・指導問題は保険医協会の根源的な活動であり、引き続き、審査支払機関に対する改善要望や協会活動を強化したい。

図1 過去1年間に査定（減点）を受けたか

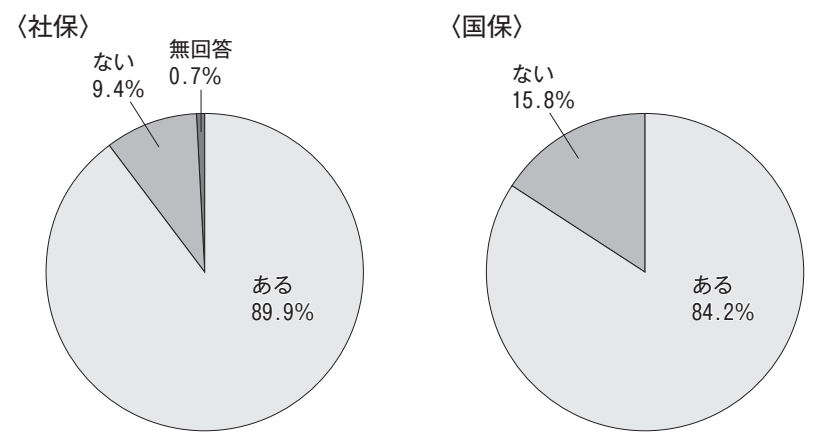


図2 再審査請求の結果

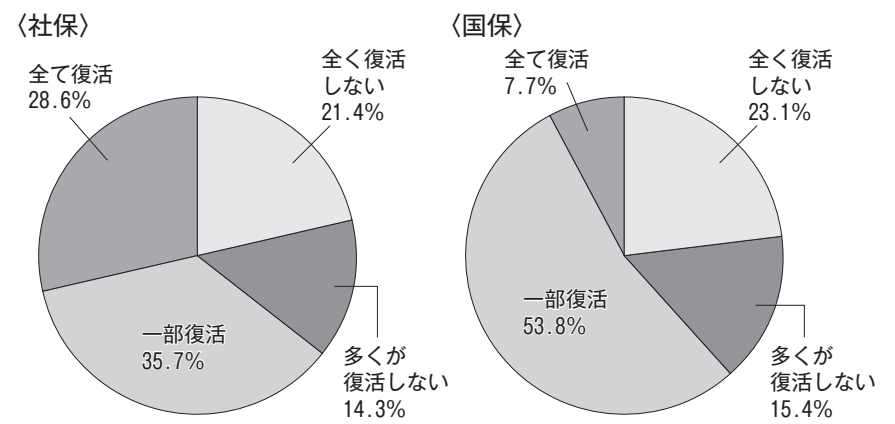


図3 審査改善要望（複数回答）

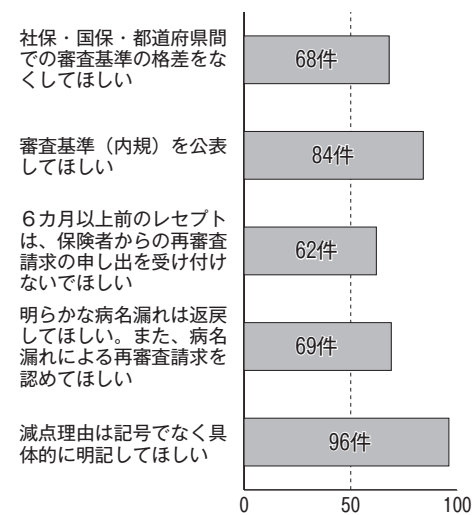


図4 集団的個別指導について

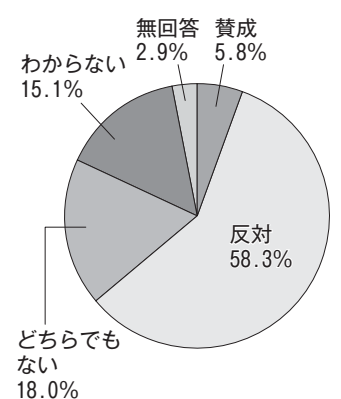


図5 集団的個別指導の無断欠席は個別指導になることについて

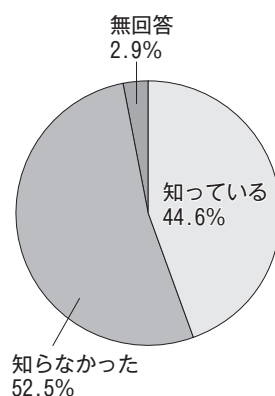
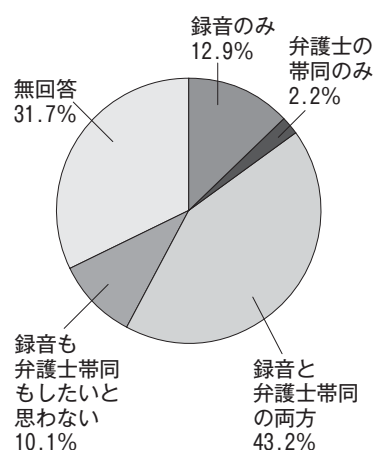


図6 個別指導時の録音や弁護士帯同の希望



保険診療 のてびき

—654—

薬剤師が関わる 新しい肺炎の診断と治療

大阪大学医学部附属病院感染制御部教授 朝野 和典先生講演



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

はじめに

感染症の診断と治療は、大きく変わってきている。これまで、医師が診断と治療を行ってきた。検査技師、薬剤師、看護師は、それぞれに医師の指示や処方を実施してきた。しかし、複雑化する医療の中で、いったいどれほど感染症に詳しい医師がいるだろうか？

一方、感染症は抗菌薬が治すと考える医師もいる。抗菌薬がどんどん開発され、感染症で困ることはないという希望的な考えが、20年前までは確かにあった。しかし今、感染症は抗菌薬で治るという楽観的な考えをしている感染症専門医はいない。

感染症は、どのような患者にも起こる。自身の専門分野以外の病気を、今ではあまり頼りにならなくなった抗菌薬で治せるのだろうか？ 感染症の専門家でも難しいのに、専門以外の医師にとっては、大変困難な状況になってきた。もちろん感染症の専門家は、それ以外の疾患には素人同然だからお互い様ではあるが。

そこで、これからの時代、感染症専門の薬剤師が大きな役割を果たす時代であることは自明である。感染症の専門薬剤師とは何か？ PK-PDを理解し、抗菌薬の副作用を熟知した薬剤師だろうか？ そうではないと思う。

感染症の専門薬剤師に求められるのは、専門医のいない状況で、感染症の診断から治療まで助言できる薬剤師であ

る。そのような薬剤師が求められるとすれば、今の薬剤師に何が欠けているのか、何を習得すべきかは自ずから明らかとなる。

そこで今回は、呼吸器感染症の診断、治療の現場での考え方を研修し、薬剤師として何が求められるか考えてみたい。

呼吸器感染症の診断治療

実は、呼吸器感染症の診断治療は、とても難しい。血液培養が陽性であれば、汚染菌を除けば原因菌である。ところが、呼吸器感染症の原因菌が分からない。原因菌を決定することは、極めて難しい。というか、いまだに決定的な原因菌の確定方法がないのである。

それでも、治療をしなければならぬ。そこで、呼吸器感染症の治療には、総合的な検査成績の解釈が求められる。ここでは、肺炎について考えてみたい。

1. 病歴聴取

既往歴、症状が重要である。年齢、喫煙の有無、基礎疾患の有無とその治療状況を最初に聴取する。肺炎の場合、さらにペットの有無、周囲に同様の症状の人がいないかどうか、海外、国内旅行の有無、誤嚥の有無を聴取する。

症状では、発熱等の症状の出現時期、咳嗽の程度、喀痰の有無、喀痰の性状、先行する呼吸器感染症の有無などを聴取し、病態と原因微生物に迫っていく。

また、呼吸困難の有無、意識障害の有無を鑑別し、直ちに治療が必要か、検査を行う余裕があるかを判断する。

2. 診察所見

呼吸数、チアノーゼおよび脱水の有無、血圧、体温を測定し、聴診等の診察を行う。

痰の貯留した状態か、間質性の病変を示唆しないか、などの鑑別を行う。

3. 細菌学的検査

喀痰が採取できれば、喀痰の検査を行う。高熱があれば血液培養も同時に行う。

尿中抗原にて肺炎球菌の検査、必要があればレジオネラの検査を行う。喀痰が膿性であれば、グラム染色を行い、喀痰の品質評価および原因菌の推定を行う。

さらに、喀痰の炎症細胞の形態や線維成分の混じり具合などによって病態の推定もできるが、これは高度な経験が必要である。

4. レントゲン画像の解釈

胸部レントゲン写真は極めて重要であり、1枚の写真に多くの情報が詰まっている。薬剤師の方にもぜひ、必ず抗菌薬の処方が出たら、レントゲンをチェックしていただきたい。そして、呼吸器あるいは放射線科の先生にその所見の読み方を確認してもらっていただきたい。

肺炎の診察に、レントゲンなくして興味をもつことは絶対にできない。これまで、肺炎の診察に薬剤師として抗菌薬のみで関与していたとすれば、それほど面白くない診察はなかったと思う。

レントゲンをみて、熱の経過をみて、かつ検査結果をみて、可能であれば患者さんの診察に付き添ってこそ診察であ

ると思う。感染症専門の薬剤師とは、そこまで行って初めて専門と言えるのではないだろうか？

5. 抗菌薬選択

抗菌薬の選択は、患者を診てこそ可能である。年齢、性別、体重、腎機能、肝機能、基礎疾患を知り、症状、診察所見から感染症の重症度を判断し、推定される微生物を狭域あるいは広域にカバーする抗菌薬を選択する。

医師の処方する抗菌薬ではなく、医師と一緒に選択する抗菌薬である。

6. 抗菌薬の調整

経過観察を行い、抗菌薬を変更あるいは追加することも、患者病態を知ってこそであり、発熱、食欲、尿量、栄養状態、腎機能、炎症反応などを日々チェックし、抗菌薬の調整を行う。

食欲が増し、解熱し、炎症反応が改善すれば、抗菌薬の中止時期を指示し、観察をオフにして、次に感染症が発生するまで基礎疾患の治療に専念してもらう。

薬剤師も感染症診療に参加を

このように、感染症は治療開始時の診療に始まり、毎日の観察を怠らず、抗菌薬を調整していかなければならない。それを薬剤師であるあなたが行うのである。

感染症とは何か、どう向かい合うのか、薬剤師であるあなたの医療が変わるチャンスです。今日からでも、ダイナミックな感染症診療に参加しませんか？

(1月14日・薬科部研究会より)

* 共済部だより* 「休業保障制度」ご加入の先生へ

休業されたら、
すぐ共済部までご連絡ください

☎ 078-393-1805

- 必ず第三者の医師に受診してください。(受診後の休業に対し保障します)
- 柔道整復師(はり・きゅう)等による施術は給付対象外です。
- 休業中は診療行為はせず、完全にお仕事を休んでください。
※自宅療養、代診をおいても給付されますので、忘れず申請してください。



* 共済部だより*

「保険医年金」ご加入の皆さまへー

『年金融資』をご活用ください

協会では、「保険医年金」ご加入の先生向けに『年金融資』を取り扱っています。急な資金ご入用の場合など「保険医年金」を解約することなく、最高1000万円まで(但し、「保険医年金」積立金残

高上限)融資を受けることができます。

※適用利率：5年まで 2.075%

6～7年 2.175%

(据置期間2ヵ月、変動型)

手続きの概要

①まず、協会へお電話ください→②協会から融資申込書をお送りします→③印鑑証明・収入印紙をご用意いただき、申込書類に必要事項ご記入のうえ、協会に持ち込み、または、郵送ください→④兵庫県医療信用組合の窓口で制度説明を受けていただきます→⑤審査後、融資実行となります(毎週木曜締切・翌週金曜実行)

お問合せは共済部まで ☎ 078-393-1805

医師・歯科医師の老後設計に最適です

(拠出型企業年金保険)

保険医年金

- ・月 払：10万円～ (通算30日まで)
- ・一時払：1050万円～ (毎回40日まで)

自在性が
魅力！

- ・急な出費にも10単位で解約可能
- ・払込が困難なときは掛金中断、余裕ができたなら掛金再開

預貯金等の満期になった資金は「一時払」をご利用ください。

万一のためのコストは安さが魅力です！

(団体定期生命保険)

グループ保険

■毎年高配当を継続

2011年度は**63%**、2010年度は**42%**

■団体保険だから断然安い保険料

■最高5000万円の高額保障

■配偶者1000万円のセット加入あり

■ライフプランに合わせていつでも増額・減額可

■医師による診査はありません



病気やケガによる休業に備えて。自宅療養も補償されます

所得補償保険

うつ病、認知症による就業不能や、地震等の天災によるケガも／入院は1日目、自宅療養は5日目から／再発も含めて通算1000日まで補償

ご家族、従業員もご加入いただけます

医師賠償責任保険

・医療上の事故、医療施設の事故を補償

春の共済制度普及 4月1日受付開始です！ お問合せは共済部まで ☎ 078-393-1805