

兵庫保険医新聞

第1810号

2016年4月5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

新点数Q&A①〈医科・歯科〉 3面

解説 新たな患者負担増④「市販類似薬」の保険外し 2面

研究 歯科定例研究会より 4面
面 迷信と真実、エビデンスに基づく歯周治療

春の共済制度普及

4面に案内 好評受付中!!

グループ保険・休業保障制度・保険医年金・DefL

インタビュー ①

診療報酬改定

—入院から在宅へ?—

急性期病床削減で 内科系重症者の行き場なくなる

17対1の急性期病床を持つ病院にとって、最も大きな変化が予想される改定項目はどれでしょう。

前回改定に引き続き、7対1入院基本料の算定要件が大きく変わったことで、病棟に入院する重症患者の比率がこれまでの15

今改定で、4月から医療現場はどうなるのか。シリーズでインタビューを掲載する。第1回目は急性期病床をもつ大久保病院(明石市)の吉岡巖先生に話を聞いた。

「聞き手は編集部」
実際に、内科系主体の病院がこれまで通り7対1を算定するのは相当難しいのではないのでしょうか。もし、そうした病院が7対1を維持しようと、手術の必要な患者を積極的に受け入れるようになれば、内科系の重症患者の行き場がなくなってしまう。

「先生の影響は、急性期病床を削減しようとする病院が、急性期病床削減の背景には何があるのでしょうか。」

「地域の急性期病床が減少すると、住民は不安ですね。救急や重症、症状の安定しない人など、さまざまな患者を受け入れてきた急性期病床がなくなれば、患者の受け入れ先がなくなるのはもちろんですが、いざという時に在宅医療や診療所の外来医療を支えることもできません。」

「地域の急性期病床がより重症な患者や救急対応を必要とする患者の治療に重点化されるのは、そこで働く医師や看護師の仕事量はさらに増えます。そうすれば7対1でいいのかわかりませんが、より充実した体制が必要になるのではないかと感じています。」



明石市・大久保病院 吉岡 巖先生

「%から25%に引き上げられました。そして、重症患者の定義に救急搬送された患者や手術を受けた患者が加わりました。これは、救急を積極的に受け入れ、数多く手術を手がける病院のみを、急性期病床を持つ病院として認め、それ以外の内科系の重症患者を受け入れてきた病院などは急性期病院(明石市)の吉岡巖先生に話を聞いた。」

「私の病院は外科系なのでこれまで以上に救急や手術の必要な患者を受け入れ、急性期病床を維持する予定です。しかし、医師や看護師の人数が限られているなか、とりわけスタッフの休暇が多くなる年末年始などは、救急受け入れや手術が減り、要件を満たせなくなる恐れもあります。」

「地域の急性期病床が減少すると、住民は不安ですね。救急や重症、症状の安定しない人など、さまざまな患者を受け入れてきた急性期病床がなくなれば、患者の受け入れ先がなくなるのはもちろんですが、いざという時に在宅医療や診療所の外来医療を支えることもできません。」

「地域の急性期病床がより重症な患者や救急対応を必要とする患者の治療に重点化されるのは、そこで働く医師や看護師の仕事量はさらに増えます。そうすれば7対1でいいのかわかりませんが、より充実した体制が必要になるのではないかと感じています。」



4月からの診療報酬がどうなるのか、真剣に解説を聞く参加者(3月26日、医科・姫路会場)



改定のポイントを解説する講師(26日、医科・神戸会場)

マイナス改定に抗議の決議

改定研究会を開催

協会は、3月20日から県下各地で、診療報酬改定研究会を開催。医科は14会場に医師、スタッフら2229人、歯科は7会場に歯科医師ら725人、合計2954人(3月31日現在)が詰めかけた。参加者からは、算定要件の変更や複雑化した点数などへの質問が相次いだ。研究会はマイナス改定に抗議し、診療報酬の大幅引き上げと患者負担の軽減を求める決議を採択した。

研究会の冒頭では協会役員が、今次改定は薬価引き下げ分の財源を技術料に振り替えておらず、1.44%のマイナス改定になっており、病院から在宅への誘導を強引に押し進めるといった内容となっていると問題点を訴えた。

その後、各支部・歯科部会役員が講師を務め、改定内容のポイントを解説。参加者は、マークをひく、

「患者負担増ストップ! 署名2千500筆」
研究会では、医療費抑制と同時に政府が進めようとしている、受診時定額負担や市販類似薬の保険外しなどの患者負担増計画についても役員が解説し、新たな「ストップ! 患者負担増! 請願署名への協力を訴えた。」

「最新の情報は協会ホームページへ」
協会「2016年度診療報酬改定特設サイト (http://www.hhk.jp/kaitei2016/)」では、改定に関わる施設基準等の届出様式やテキストの正誤表、よくある質問や行政関係資料へのリンク、各種書籍の発行予定等、最新情報を随時掲載。ぜひご覧ください。

新点数にとまどいと怒り

県下各地21会場に3千人

付箋をはるなどして、熱心に耳を傾けた。
7対1病棟や療養病棟の要件が厳格化される一方で、患者の受け皿となる在宅医療の点数は、さらに複雑化。また、「かかりつけ医」機能を推奨するとして、認知症患者と小児に対して、認知症地域包括診療料、「小児かかりつけ診療料」が新設され、包括点数が拡大している。

参加者からは、複雑化し在宅時医学総合管理料の算定の仕方や湿布薬の処方枚数の制限などについて、多数の質問が寄せられた。歯科では、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」など、高いハードルの

参加者から多数の協力があり、合計2493筆が集まっている。

燭心

4月1日から、診療報酬改定が行われた。本体は全体で0.49%、医科では0.56%のプラス改定だそうだが、在宅医療の面では、患者の状態などによって細かく分類された点数が算定できるようになっている。わが国の優秀な官吏たちが作成したものであるから、複雑、巧妙で、決して容易にこれまでと同じように報酬を算定することはできない▼40歳代や50歳代の元気な頃なら、在宅訪問診療も積極的に行うことができたが、八十路に近い身では在宅医療は細々とするのが精一杯である。考えてみると、われわれ医師は少しだけ割のいい肉体労働者のようなもの。身体を動かしただけの収入しか入っていない▼今回の改定のもう一つの特徴は、処方薬削減を減らすこと、後発医薬品の使用へのなりふりかまわぬ誘導である。先発品と後発品とが全く同じ効能があるなどとは、誰も思っていない。後発品の間にもかなりの差があることを、医師たちは使用した経験から知っている。より良い処方薬を願って処方箋を発行しているのに、調剤薬局が仕入れている別の後発品にすり替えられる。これを是としない場合、理由を明記せよというのはいかがなものか。己の信じる医薬品を選んで処方すると、今回の改定のわずかばかりの恩恵さえも受けられず、処方理由を明記することで審査時に目をつけられる恐れもある。医師の裁量権はどこへ行行ったか などと振りかざす気はないが、この憂鬱をなんとしようか(硝子)

3・17中央要請行動

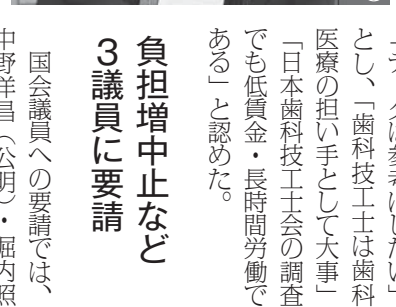
新たな「ストップ!患者負担増」署名 全国で大きく広げよう!!



負担増計画を知らせ、署名を集めるように発言する加藤副理事長



厚労省(1)手前と懇談、中野(2)左・堀内(3)左2人目・山下(4)左 各議員に要請



保団連は3月17日、「ストップ!患者負担増」署名を全国で広げよう、議員会館内で「署名キックオフ集会」を開催した。あわせて行った中央要請行動では、患者負担増計画の中止などを兵庫県選出の国会議員に要請し、歯科技工問題について厚生労働省と意見交換を行った。

加藤副理事長が、兵庫協会のアンケートで署名の存在を知らなかったこと、宣伝が多かったことから、宣伝を上げ、会員参加率を高めることが大切と強調し、署名を集め、大きな運動として発言した。

厚労省からは保険局医療課課長補佐の小椋正之氏、医政局歯科保健課歯科衛生課長の大平貴士氏、同歯科口腔保健専門官の高田淳子氏が出席した。

中野議員は「患者負担が増え、苦しい状況は重々承知している」などとし、5月に協会でやられる歯科技工問題を考える懇談会へ出席すると回答した。

山下議員は、TTPについて「国会での批准を許さないため、ともにかんばりたい」と述べた。

会員計報
上田 正登先生
加古郡 皮膚科
1月24日 享年59歳
飯村 昭朋先生
中央区 歯科
3月24日 享年69歳
内田 敬止先生
長田区 外小:放射線科
3月27日 享年87歳
ご冥福をお祈り
申し上げます

解説 新たな患者負担増

ねらわれる「市販品類似薬」の保険外し

昨年、閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針(骨太の方針)」では、「市販品類似薬に係る保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、患者や医療現場への影響等を考慮しつつ、見直しを検討」との文言が盛りこまれた。

「市販品類似薬」とは「OTC(over the counter)の略称、薬局で買える医薬品」という意味だ。要するに、薬局で買える医薬品は、保険から外してしまおうということである。

Table with 3 columns: 区分, 市販品類似薬 (価格), 医療用医薬品 (薬価, 自己負担). Rows include 湿布, 漢方薬, 目薬.

第1の「論点」は、「市販品」と同一の有効成分の薬でも、医療機関で処方されるよりも、自己負担で購入可能なケースがある」というもの。

第2の「論点」は、「諸外国と比較しても、わが国における市販品使用割合は低位であり、セルフメディケーションが十分進んでいない」というものである。

「ストップ!患者負担増」署名にご協力ください
目標3万筆 7月まで 現在3265筆
署名用紙
署名付ポケットティッシュ

理事会 スポット
◇出席 29人
◇情勢 厚生労働省は、社会保険診療報酬支払基金のあり方を見直す検討会を省内に設置する方針を決めた。

医学部受験
「one and only」受験の最強サポート
幼児教育から最難関医学部受験
医学科入試へのアドバイス
Go 中央受験センター
0120-880-199

新点数 Q&A

医科 その1

〈一般名処方加算1〉

Q1 どのような場合に算定できるのか。

A1 交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方された場合に算定できます。ただし、後発医薬品のある医薬品が2品目以上処方された場合に限りです。

Q2 従来の一般名処方加算に変更はあるのか。

A2 従来の一般名処方加算は加算2となりましたが、算定要件に変更はありません。

〈70枚を超える湿布薬の処方〉

Q3 湿布薬は70枚を超えて処方することができなくなったのか。一月で70枚を超えてもだめなのか。

A3 1処方で湿布薬が70枚を超えて投薬された場合、調剤料、処方料・処方せん料、薬剤料(70枚超過分)は算定できないとされました。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及びレセプトに記載することで請求できるとされています。1処方で70枚を超えていなければ、一月に70枚を超えていても請求できま

す。

Q4 1処方で種類の異なる湿布薬を投薬した場合、種類ごとに70枚を超えていなければ請求できるのか。

A4 異なる種類の湿布薬でも、合計で70枚を超えるかどうかで計算します。

〈訪問診療料〉

Q5 同一日に同一の建物に居住する複数の患者を訪問診療した場合、どの点数を算定するのか。

A5 従来通り「同一建物居住者の場合」の点数を算定します。なお、「特定施設入居者」と「それ以外」が廃止され、203点に統一されました。

〈在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料(在医総管・施設総管)〉

Q6 どのように改定されたのか。

A6 「同一建物居住者」と「それ以外」による点数区分が廃止されました。同一月に在医総管または施設総管を算定している患者の人数(単一建物診療患者の人数)によって、点数が「1人」「2~9人」「10人以上」と区分されています。また、「別に定める状態の患者」と「それ以外」「訪問診療の回数が月2回以上」と「月1回」でも区分されました。

Q7 従来のように、訪問診療料の「同一建物居住者」(833点)を算定している場合と算定していない場合で点数が異なるのか。

A7 異なります。「同一建物居住者以外の場合」(203点)のみを算定している場合でも、点数は同じです。

Q8 「単一建物診療患者」の人数は、どのようにカウントするのか。

A8 在医総管・施設総管を算定している人数をそれぞれカウントします。「別に定める状態の患者」と「それ以外」「訪問診療の回数が月2回以上」と「月1回」で区別はしません。

Q9 従来は在医総管を算定していた、特定施設でない有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅(サ高住)、認知症グループホームに入居する患者は、在医総管・施設総管いずれを算定するのか。

A9 施設総管を算定します。ただし、上記施設の入居者のうち、2016年3月31日時点で在医総管を算定していた患者は、2017年3月31日までは引き続き在医総管を算定できます。

Q10 ユニット数が3以下の認知症グループホームにおいてユニットごとに患者数をカウントする取り扱いは、上記経過措置の間、在医総管でも同様の取り扱いとなるのか。

A10 経過措置期間中は、在医総管においても同様の取り扱いとなります。

Q11 在医総管について、「在宅医学管理を行う患者が当該建築物の個数の10%以下の場合」「戸数が20戸未満の建築物であって在宅医学管理を行う患者が2人

以下の場合」は、それぞれの患者について単一建物診療患者「1人」の点数を算定できる取り扱いがあるが、施設総管でも同様の取り扱いとなるのか。

A11 在医総管のみの取り扱いです。

Q12 院外処方せんを交付する場合とそうでない場合の点数区分は廃止されたのか。

A12 廃止され、新たに「処方せん未交付加算」(300点)が新設されました。当月に処方せんの交付がない場合に同加算を算定します。ただし、投与期間が30日を超える薬剤の処方せんが交付されている場合、その投与に係る期間中は算定できません。

〈在宅療養支援診療所(支援診)〉

Q13 施設基準に「在宅医療を提供した患者が95%未満であること」が追加されたが、改めて届出を行う必要があるのか。

A13 強化型の支援診も含め、2016年3月31日時点で支援診の届出を行っている診療所が2017年4月1日以降も引き続き支援診の点数を算定する場合は、施設基準を満たした上で2017年3月31日までに改めて届出を行う必要があります。

〈新規届出は4月14日までに〉

Q14 届出が必要な新設点数や施設基準が変更された点数などは、いつまでに届出を行えばよいのか。

A14 4月14日までに近畿厚生局兵庫事務所へ届出を行い受理されれば、4月1日にさかのぼって算定することができます。(次号につづく)

新点数 Q&A

歯科 その1

〈施設基準の届出について〉

Q1 施設基準の届出について、4月は4月14日までに届出れば4月1日から算定可能と聞いたが、方法は。

A1 近畿厚生局兵庫事務所に、封筒の表に「(歯科)施設基準届出書在中」と記載の上、「届出書」基本診療料:別添7、特掲診療料:別添2に開設者印を押して、それぞれの施設基準の「添付書類」を記載の上、正副2通郵送でお送りください。4月14日以降は、通常の扱いとなり、月末に届出書が受理されれば、翌月1日から算定が可能です(ただし、新規開業の先生が「外来環」を開業と同時に届出される場合のみ、算定開始時期が1カ月遅れとなります)。近畿厚生局兵庫事務所の住所:〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1-4-3 神戸防災合同庁舎2F ☎078-325-8925

Q2 様式49の8に、「手術用顕微鏡加算」と「歯根端切除手術の注3」の届出添付書類が1枚にまとまっているが、両方の届出をしたいときは添付書類1枚で両方に○をつければよいのか、それとも、2枚に分けてそれぞれ届出書も分けて記載が必要か。

A2 施設基準の通知が別に分かれているため、受理番号が別々に付与される関係で、2枚に分けてそれぞれ届出が必要です。

Q3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(か強診)が新設されたが、施設基準の研修要件の内容で、すでに「外来環」「歯援診」の届出をしていれば、再度の研修は不要か。

A3 不要です。研修の取り扱い:①現在、外来環、歯援診の両施設基準とも未届出で、今回か強診の届出を行う場合は、いずれの研修についても届出日から3年以内のものをいう。②現在、外来環及び歯援診の両方を届出済みで、研修の要件を満たしている場合は、年数を問わない。なお、外来環・歯援診の研修受講者が、か強診届出と同一の場合は、受理番号が付された届出の副本のコピーを添付して提出してもよい。③外来環または歯援診のいずれかを届出済みで研修の要件を満たしている場合は、届出を行っていない施設基準の研修についていずれも届出日より3年以内のものとする。

Q4 歯科訪問診療料を来年4月以降も算定するためには、来年2017年3月31日までに、在宅専門でないことを示す「歯科訪問診療料の注13に規定する基準」の施設基準の届出が必要とされたが、届出前1月間の実績は延べ人数で良いのか。

A4 良いです。届出添付書類は、様式21の3の2。届出書の別添2のタイトルは「歯科訪問診療料の注13に規定する基準」と記載して提出してください。

また、「歯援診」の届出をすでに行っている先生についても、様式18の届出添付

書類の様式が変更され、在宅専門でないことを示す項目が増えていますので、1~8までを記載して、来年2017年3月31日までに再提出が必要です。

Q5 歯科治療総合医療管理料(医管)が、医管(I)となり、新たに医管(II)が追加されたが、すでに医管を届出済みの場合は再度の届出は必要ないか。

A5 すでに届出をしている場合は、再度の届出は不要です。

〈処置〉

Q6 咬合調整は、有床義歯の新製だけでなく、義歯修理でクラスプなどの追加の場合でも算定できるのか。

A6 算定できます。

Q7 残根削合について、新義歯製作または義歯修理の必要上だけでなく、訪問診療時などで残根歯の削合を必要があって行う場合も算定できるか。

A7 治療上必要があれば、デンチャーに関係なく1歯1回につき18点算定できます。

Q8 サホライド塗布が、乳幼児に限らずう蝕歯に対して算定できるのだが、残根歯を削合後に塗布した場合も算定できるか。

A8 算定できます。う蝕に対し、軟化象牙質等を除去して充填等を行わず、フッ化ジアンミン銀の塗布を行った場合、1口腔1回につき3歯まで46点、4歯以上56点算定します。

Q9 加圧根管充填処置(CRF)で、妊娠中のため同意が得られない場合は、歯科エックス線撮影による確認なしでも算定できるのか。

A9 算定できます。カルテとレセプト摘要欄に「妊娠中のため同意が得られず

確認のX線撮影なし」などと理由を記載してください。

Q10 CRFの加算として「手術用顕微鏡加算」が新設されたが、施設基準の要件に歯科用CTの設置についての要件がないが、他の歯科医療機関にCT撮影を依頼してその結果を踏まえて、4根管や槌状根に対し手術用顕微鏡を用いた根管治療を行った場合でも算定できるのか。

A10 算定できます。歯科用CTは自院・他院を問いません。

Q11 歯周病安定期治療のSPT(I)は、歯管を算定していて、4ミリメートル以上の歯周ポケットが1歯でもある患者さんの歯周基本治療後の3回目の歯周病検査で、4ミリメートル以上の歯周ポケットが1歯でもあれば(一時的な症状安定)、SPT(I)に移行できるのか。

A11 できます。骨吸収の要件がなくなり、歯周ポケットの深さのみが要件になりました。

Q12 SPT(I)の算定月は、機械的歯面清掃処置(歯清)が算定できなくなったのか。

A12 その通りです。SPT(I)の算定月は、異日でも歯清が算定できなくなりました。

Q13 補管の事前承認について、変更があったのか。

A13 3/31付で通知の訂正がありました。外傷、腫瘍等(P原因除く)でやむを得ず、①補管中の歯②補管中のブリッジ支台歯③隣在歯④隣在歯と補管中の歯⑤隣在歯と補管中のブリッジ支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合とされ、つまり、補管中の歯についても加わり、こういうケースでも事前承認が可能になりました。(次号につづく)



迷信と真実、エビデンスに基づく歯周治療 80点の治療を目指すGPのために①

岐阜県瑞穂市・美江寺歯科医院 院長 小牧 令二先生講演



兵庫県保険医協会

☎ 078-393-1801

Fax 078-393-1802

http://www.hhk.jp/

はじめに

EBMは患者のためのものであり、歯科医のためのものではありません。しかし、EBMに関する正しい認識が広まらず、時折、歯科医自身の診療を正当化するために論文を引用することを見かけます。

そこで、私自身がGPとして論文の結果をどのように日常臨床に取り入れているのかを、メンテナンスに関しての一例を挙げて解説します。

“メンテナンス=PMTC”ではない

メンテナンスを行うにあたり、最もよく引用される論文の中にKarlstad Study (Axelsson Pら、1978、1981、1991、2004) と呼ばれる一連の研究があります。この研究では30年間のメンテナンスの結果、口腔内の健康が長期にわたり維持されることが示されています。当初6年間は定期検診群とメンテナンス群を比較し、その後30年目まではメンテナンス群のみを観察しています。

定期検診群に対し、良好に経過したメンテナンス群の際立った違いであるPMTCを引用し、“メンテナンス=

PMTC”と解釈されることが多く見受けられます。しかし、私の知る限りでは、歯周基本治療時にPMTCの効果が認められる研究はあるものの、メンテナンス時にPMTCの効果が認められる質の高い研究はありません。これらのことから、この研究におけるPMTCの効果はいわゆる“モチベーション効果”であろうと推測します。

この研究の被検者のメンテナンスを研究終了後引き続き担当した、Dr. A. Skoglundはある雑誌のインタビューに、クリーニングの行き届いた二つの症例写真を提示し『PMTC前の来院時の口腔内写真である』と述べています。このことから、PMTCでプラークを除去しなくても良好なプラークコントロールを維持できていることが重要ではないかと思えます(表1)。

PCRの結果に注目

ここで、私がこの研究で一番注目するところは、結果のPCRです。6年間の結果を見れば、定期検診群は平均してPCR50~60%台であるのに対して、メンテナンス群は20%以下でした。メイン

表1 Karlstad Study におけるメンテナンスと定期検診の比較

対象者	メンテナンス群 手紙で研究の目的を説明し、同意を得た患者	定期検診群 リコールリストの患者 (詳細な検査をすることを通告)
観察期間	30年間	6年間
リコール間隔	当初、2~3カ月 その後リスクに応じて、 12カ月(60%) 6カ月(30%) 3カ月(10%)	12カ月
主な処置内容の違い	モチベーション 口腔清掃指導 PMTC フッ化物塗布	traditional dental care
PCRの変化	60~70%→10~20%	60~70%→50~70%

Axelsson P, et al. J Clin Periodontol 1978, 1981, 1991, 2004

テナンス群はその後30年間良好なPCRの結果を維持しています。このことは、口腔内の健康が維持されたという結果は、良好なホームケアでのプラークコントロールを維持していたという結果に支えられていたと考えることもできます。

研究開始時点の両群の差に注意

次に注目するところは、誰を対象にするかということです。この研究はRCT(無作為化比較対照試験)ではなく、両群の対象者はそれぞれ違った方法で個別にリクルートされており、研究開始時点で既に差が存在します。定期検診群は来院時に研究のためにデータを使用させてもらう了解を得るのみであるのに対し、メンテナンス群は定期検診のリコールリストの中から手紙で内容を説明し同意を得た患者を対象としています。

メンテナンス群の患者は今まで定期検診を受けていたにもかかわらず、メイ

ンテナンスの効果が何も分かっていないどころか、メンテナンスという言葉自体ないこの時点で、自分自身の健康を守るために未知の行動を起こすという健康意識の高い集団であることが推測されます。国民性の違いもあるのかもしれませんが、定期検診も定着していない日本において、一律にこの研究で行われた方法を実施しても、同じような成果は得られないかもしれません。

目の前の患者や集団が研究対象者と同じ、あるいは似たような状況であるかを確認することは論文を読む上で大切なことです。例えば、フッ化物の集団洗口の効果は多くの論文で証明されていますが、それらの論文のほとんどは触罹患率の高い集団を対象としています。現代の触罹患率の低い集団に適用しても、同じような効果が得られるかどうかは疑問です。

(次号につづく、小見出しは編集部)

審査・指導相談日

- 4月14日(木) 15時~
- 協会5階会議室

※ 医科は事前予約制 ☎078-393-1803まで 歯科は随時 ☎078-393-1809まで

※ 「指導通知」が届いたら、まず保険医協会にご連絡ください。

※ 『月刊保団連』同封の「保険審査相談用紙」をご利用ください。

協会の新しい積立年金

『DefL』誕生!

6つのポイント!

1 制度タイプは一般型と個人年金型の2種類。併用OK!

2 掛けやすい少額単位の「月払」。1口5,000円~600口300万円まで

3 まとまった資金は「一時払」で。毎回1口10万円~1,000口1億円まで(年2回受付)

4 一般型は積立金の一部払い出し、掛金払込の全口中断OK!

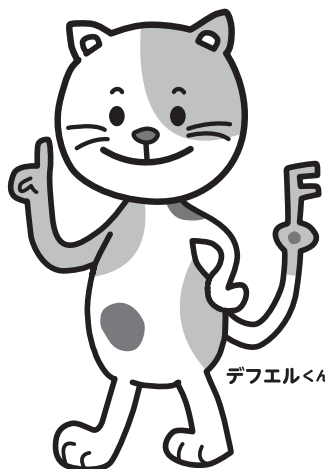
5 事前に満期日の指定は不要。豊富な受取方法は受給時に選択。

[一般型] 15・10・15・20年確定年金、10年保証期間・15年保証期間付き終身年金。または一括受取。
[個人年金型] 10・15・20年確定年金、10年保証期間・15年保証期間付き終身年金。または一括受取。

6 会員医療機関のスタッフも加入OK!

会員医療機関で業務に従事されている奥様方、個人年金保険料控除をとっていない会員の皆さま、医院スタッフの皆さまもご加入ください。

4月1日
受付開始
(9月1日発足)



デフェルくん

協会の3大共済制度を 組み合わせてご利用ください

医師・歯科医師の資産形成に最適
(拠出型企業年金保険)

保険医年金

- 月払: 1口1万円~ (通算30口まで)
- 一時払: 1口50万円~ (毎回40口まで)

- 自在性が魅力!
・急な出費にも1口単位で解約可能
・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
- まとまった資金は「一時払」で上乗せ

加入者が5000人を超えました。保険の見直しに効きます!

グループ保険

- 毎年高配当を継続
過去7年の平均配当率46%
- 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
- いつでも増額・減額できます
- 医師による診査はありません

病気やケガの休業に備えて、高い保険料を払っていませんか?

休業保障制度

- 最長75歳まで、730日の充実保障
- 割安な掛金が満期まで上がりません
- 掛け捨てではありません
- 弔慰・高度障害給付あり
- 自宅療養、代診をおいても給付
- うつ病等の精神疾患、認知症も給付

※ 休業保障制度は、営利会社の掛けや高額な代理店手数料を含まない、非営利・助け合い共済です。

所得補償保険

休業保障制度の上乗せに。自宅療養も補償されます

精神疾患による就業不能や、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/連続休業は最長2年補償

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 好評受付中! お問い合わせは共済部まで ☎078-393-1805