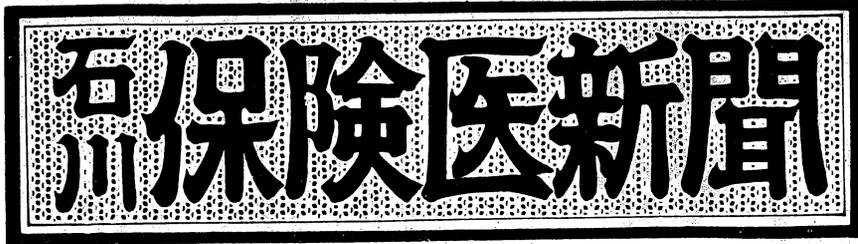


総会のお知らせ

第8回定期総会

日時=5月29日(土)
午後4時~8時
会場=ホリディ・イン金沢
3階会議室



発行所
石川県保険医協会
金沢市尾張町1丁目9番11号
尾張町レジデンス2F
電話 (0762) 22-5373番
発行人 後藤田博之
印刷所 ユーアイ印刷
(会費月額 3,000円)

日医会長選

花岡氏が当選



花岡堅而氏

日本医師会の新会長に四月一日、花岡堅而氏(長野県医師会長)が選出された。二十五年間にわたり日医会長に君臨した武見太郎氏の退陣に伴う会長選挙が同日、東京・神

田の日医会館で行われ、花岡氏が投票総数二百二十七票(欠員一)のうち過半数を越える百二十一票を獲得、対立候補の亀掛川守氏(宮城県医師会長)を十八票差で破って当選した。

今回の会長選は武見前会長の功罪をめぐってかつてなく激しい選挙戦となったが、花岡氏の当選は、「①五段階制が五十五年度から実施されたり、五十六年度六月の医療費改定で実質減収になる医療機関が続出するなど、武見体制

の晩期には下部からの不満が高まっていた。②日医運営面で「武見独裁」批判が浸透していた」(朝日、四月二日付)からである。

日医代議員会に参加した登谷栄作先生(日医代議員、協会顧問)は今回の日医会長選の結果について次のように述べている。

「国民医療の最前線で働いている医師会員の願いを反映した日本医師会をめざしたい」という花岡氏の主張が受け入れられたものと思う。これは

転換期を迎えた医師会

医師会活動の大きな転換であり、従来のような日医依存、執行部まかせの体質では日医自身も強化されない。これからは各県・地区医師会がそれぞれ自覚を高めて活力を強めていかねばならない時代となっている。

今後の

保団連の方向

これからの日本医師会は「対話と協調」を基本に医師にも国民にも開かれた医師会をめざし集団指導体制をとることになります。政府・財界はこうした日医の動向を監視し、いっそう官僚統制を強め

てくることも予想されます。これに対して、保団連・保険医協会は独自の活動をこれまで以上に強めながら政策上の一致点で協力していく両面が求められている。すなわち保団連の活動は武見前会長の時代に比べてやりやすくなった反面、なおいっそう重要な局面を迎えたといえる。

県歯科医師会長に竹内太郎氏

石川県歯科医師会はこのほど選挙会・役員会を開き、五十七年度からの新役員を決めた。新会長には竹内太郎氏、副会長には荒谷穰一、杉村彬の両氏がそれぞれ新任された。役員任期は二年から三年に延長した。新役員は次のとおり。

(会長) 竹内太郎(金沢)

(副会長) 荒谷穰一、杉村彬(以上金沢)

(専務理事) 富岡司郎(小松)

(理事) 野村実、高木治洋、井東克孝、溝口寛、北川宗信、外堀章司、津島邦彦(以上金沢)

(監事) 小西俊一(輪島)、上田典昭、柴山康雄(以上金沢)

医心凡語

診察室の机の上の眼にしみる菜の花の黄色い色を眺めながら、春とはいえず、行末の不安が心の底に渦巻く。

打ちつづく不況のせい、上がる諸経費にもかかわらず診療報酬改定はかえって実質値下げとなって首をしめる。

増える老人の増える病気を制約ある医療費でどうやって治療していくのであろうか。進歩する医学が要求する高額治療と経済との妥協点はどこか。上昇する医学水準にともなう治療における社会的要

求水準が上昇し医師の注意義務は益々厳しくなり、心理的経済的圧迫は増加する。その見返りとして何が得られるか。毎年一万人づつ増加する医師とその家族を、限りある医療費の中でどうやって養っていくのであろうか。

矛盾の渦巻く大海へ乗り出す医師会丸よ、何としてもこの荒波を乗り越えてわれわれ医師が安心して病人のために全力を出しきる社会に到達してほしいものである。

持論

日医は四月一日、東京駿河台の日医会館で開いた定例代議員会で武見太郎会長の任期満了、引退に伴う新会長選挙を行った。その結果、反主流派(反武見派)の花岡堅而・長野県医師会長が主流派(武見派)の亀掛川守・宮城県医師会長を退けて当選、第十一代の日医会長に就任した。

われわれ開業保険医は今、五十五年度から実施された医師税制の改正、更に昨年六月一日から実施された医療費の改定と老人保健法案に象徴されているように、政府の行革・臨調路線の医療福祉切り捨てという一大危機を迎えている。

このような情勢に対する日医の対応はきわめて不適切であり、これが今までになく日医下部会員の不満を招いたことと日医運営面で「武見独裁」批判が浸透していたことが開票結果に反映したと考えられる。

新生医師会への期待

石川県医師会ではこの度、新医師会長として永田良作氏が選出された。新しい日医の会長と共に県医師会にも会員からの期待が大きくなり、引退に伴う新会長選挙を行った。その結果、反主流派(反武見派)の花岡堅而・長野県医師会長が主流派(武見派)の亀掛川守・宮城県医師会長を退けて当選、第十一代の日医会長に就任した。

立っている現実からいっても、国民保健、医療の改善、医療経営の安定を計ることを忘れてはならない。

今回の日医会長選の両候補は医師会の民主化、開かれた医師会という言葉を使っていた。逆にいえば医師会の現状は閉鎖的で非民主的な運営が行われていたということであろう。

医師会の運営は民主的であるべきなのは当然のことであるが、ある一部の幹部の意見だけで動かされる、即ちボス支配の医師会であってはならない。このことは日医代議員会にも云えることであって、常に会員のための医師会であることを忘れず、何事も秘密裡にことを運ばず会員に公開し

て医師会のあり方を示して欲しい。県・市医師会は現在いろいろな問題に直面している。相背反しているマスコミとの正常化、協会が真剣に取り組んでいる暖房費の問題や看護婦不足の対策、急病センター等々、数え上げればきりがなく、ここで、こと更に強調したいこと

長野県議会

冬期暖房料

厚相への意見書を採択

長野県医師会（花岡堅而会長）・県病院協議会（小口源一郎会長）と県保険医協会（赤羽栄一郎会長）が二月県議会にそれぞれ提出していた、医療機関の冬期暖房料に関する陳情が三月二十三日相次いで採択された。

長野県医師会と県病院協議会が連名で提出した陳情の要旨は、健康保険診療報酬点数表に冬期間の暖房料新設を求めたもの（別掲）。一方、県保険医協会の陳情は、現在北海道のみで認められている「療養担当手当」（医科外来一件につき一カ月七点、歯科同一二点）を、県病院協議会（小口源一郎会長）と県保険医協会（赤羽栄一郎会長）が二月県議会にそれぞれ提出していた、医療機関の冬期暖房料に関する陳情が三月二十三日相次いで採択された。

社会委員会がまとめた厚生大臣あての意見書はつきのとおり。

意見書全文

現在、健康保険法の規定に基づく診療報酬点数表において療養担当手当として暖房料の加算が認められているのは北海道のみとなっております。しかしながら、北海道とほぼ同等の寒冷地帯であるにもか

かわらず、その適用がなされていない本県の医療機関においては、燃料費高騰が続く中で長期間にわたる暖房の使用を強いられ、経営の著しい圧迫を余儀なくされている状況下にあります。よって、政府におかれては寒冷地帯における医療機関の経営の健全化を図るため、健康保険診療報酬点数表に暖房料を新設されるよう強く要請します。

年度予算の中に、国の制度改悪と同内容の有料化を導入しています。すなわち、現行の六十五才から六十九才の老人医療無料制度に本年十月より外来月四〇〇円、入院一日二〇〇円（二カ月間）の一部負担の導入をきめています。兵庫県のように五十七年度予算案には組み入れられないまま、和歌山、群馬、長野、山梨、新潟、石川、鳥取、愛媛の各県が「国の老人保健法案が成立すれば従う」として独自の無料化制度の打ち切りを表明しており、その数は十県に及んでいます。

県単独事業

老打ち切りか

長野県医師会と県病院協議会が連名で提出した陳情の要旨は、健康保険診療報酬点数表に冬期間の暖房料新設を求めたもの（別掲）。一方、県保険医協会の陳情は、現在北海道のみで認められている「療養担当手当」（医科外来一件につき一カ月七点、歯科同一二点）を、県病院協議会（小口源一郎会長）と県保険医協会（赤羽栄一郎会長）が二月県議会にそれぞれ提出していた、医療機関の冬期暖房料に関する陳情が三月二十三日相次いで採択された。

政府、厚生省が本年十月より実施をめぐっている老人医療の有料化を骨子とする老人保健法案が四月上旬から参院で審議されています。もしこの法案の成立をゆるせば、七〇才以上の老人医療のみならず、地方自治体独自で実施

している七〇才以下の老人医療も有料化されようとしています。すでに兵庫県では、五十七

度の予算の中に、国の制度改悪と同内容の有料化を導入しています。すなわち、現行の六十五才から六十九才の老人医療無料制度に本年十月より外来月四〇〇円、入院一日二〇〇円（二カ月間）の一部負担の導入をきめています。兵庫県のように五十七年度予算案には組み入れられないまま、和歌山、群馬、長野、山梨、新潟、石川、鳥取、愛媛の各県が「国の老人保健法案が成立すれば従う」として独自の無料化制度の打ち切りを表明しており、その数は十県に及んでいます。



私が今度、保団連機関紙部の二員として参加することになりました。行ききは、五十六年度機関紙部の活動計画にのっとり、部活動改善項目の一つ、「協会、会員と深く結びついた宣伝推進のため、部員を増強し、又各部員の役割を強めるよう機関紙部会、編集会議を充実する。」との目的により石川協会に白羽の矢が立ったものと理解しております。

私共協会が要請を受けましたことは、編集部は勿論、協

保団連機関紙部員に就任して

理事 木戸哲也

ほとんど大協会中心に構成されていましたが、会員わずか四〇〇名の小協会にもその役割が当てられましたことは、大

十八日、東京保団連本部で開かれました。私共が行なっている協会新聞の編集会議は、和気合々、フリートリーキングで、時にとんでもない方向に脱線するのが常なのですが、

今の医療情勢と保団連機関紙の課題として、老人保健法案の成立は、二兆円減税とのからみで依然として微妙な動きを見せており、健保連、日経連、社・共産党及び保団

連の各団体はそれぞれ異なる主張で反対していると方波部長より報告があった。紙面の改善について、全国紙に時々データとして数字が多く載せられるが、できるだけ数字は少なく、グラフ等の視覚に訴えて見易くすることが提言された。又、地方協会の声を十分取り上げることとか、

無料で継続で県知事に要請 保険医協会

石川県でも、県独自の老人医療無料制度（六十九才、所得制限あり）について、五十七年度予算で受給資格者約七千八百人にに対し、二億五千五百万円が組み込まれて、三月二十三日成立しています。しかし、県議会での質疑の際、中西知事は、老人保健法案が通れば県の無料制度も再

貴社の三月三〇日付社説に老人保健法案をとりあげられたことは真に時宜を得た企画と存じます。しかし拝読いたしますと、その内容は視野の狭さと偏見の意図に終始し、落胆を禁じえず、ここに反論させていただきます。

先ず第一に、新聞というものは全読者にニュースを正確に伝達することを使命とし、それに公平な意見を述べるものではないでしょうか。間違っても誤った方向に世論を誘導することがあってはならないと思えます。

おそらく、あの社説欄を読まれた読者は、老人保健法案というものは医療費抑制のためにのみ作られた法律で、そのためには支払方式の変更がなされなければ目的が達せられないし、又、内容的に見られた保健事業(何の裏付けもない画餅であるが)が大変すばらしいものであり、更に我が国の現在の医療は大変おそまつで、イギリス国営医療(National Health Service)が理想的な医療であるとの印象を持たれたのではないのでしょうか。

そのような国が世界に冠たる長寿の伝統を達成されるでありませんか。もっと戦後の医療の変遷を正確に認識され、諸外国の医療を研究した上で我が国の医療の現状を正確に把握し、批判していただきたいものです。

一、支払方式について
出来高払いこそ医療費高騰の最大の原因であるという論法は、この方式のデメリットのみに目を向け、メリットを全く無視した偏った意見といわざるをえません。

薬づけは現在の点数表が技術料を適正に評価せず、一方

製薬資本と厚生省の癒着の結果、原価をはるかに上回る高価格で薬価基準収載が行われるため必然的に薬価差を生じ、その結果として薬の差益を前提とした経営が行われているためです。

医師の側からは薬の差益(よくいわれている潜在技術料といわれるゆえんである)がなくとも技術料が十分に確保されればその方が望ましいのであって、われわれの常に主

当な需要の喚起は防ぐことが可能であるし、一方、この方式の最大のメリットは医療サービスの向上につながる側面をもっていることです。

たとえば風邪のつもりで受診したのに肝臓や糖尿病が発見されることも稀ではない。更に新薬、新検査法の積極的導入への刺激となって、抗生物質などの普及に大きな役割を果たしてきたメリットも見逃せない。まして多様な病態を持つ老人の場合、多少とも医師の自由な裁量を制限する他の支払方法を導入した場合不幸な転帰をとる老人の出ることは当然予想されることである。

二、保健事業について
推奨されている保健事業についてであるが、これがいかに絵にかいた餅であるかをよく研究していただきたい。

保健事業やリハビリテーションを充実するためのマンパワー、すなわち保健婦やPT、OTの増員確保をどうやって実現するのか、全く具体的な裏付けがないことは、はっきりしておきます。

三、イギリス国営医療について
理想の医療のように御推賞ですが、今、イギリスでは私の医療がブームで、国営医療の存続を脅かす勢いで拡大している事実を御存知なのではないでしょうか。それは非効率性が主たる不人気の原因ですが、現政権の保守党も私的医療をさらに拡大させる政策をとっており、こんな現実が理想的な医療形態と云いうるのでしょうか。(後略)

◎ この文書は協会理事會名にて北国新聞編集局長及び論説委員長に送付したものです。

北国新聞(3月30日付・社説)に反論

老人保健法案と支払い方式

診療なんでも懇談会
3月26日
関節リウマチの診断と治療

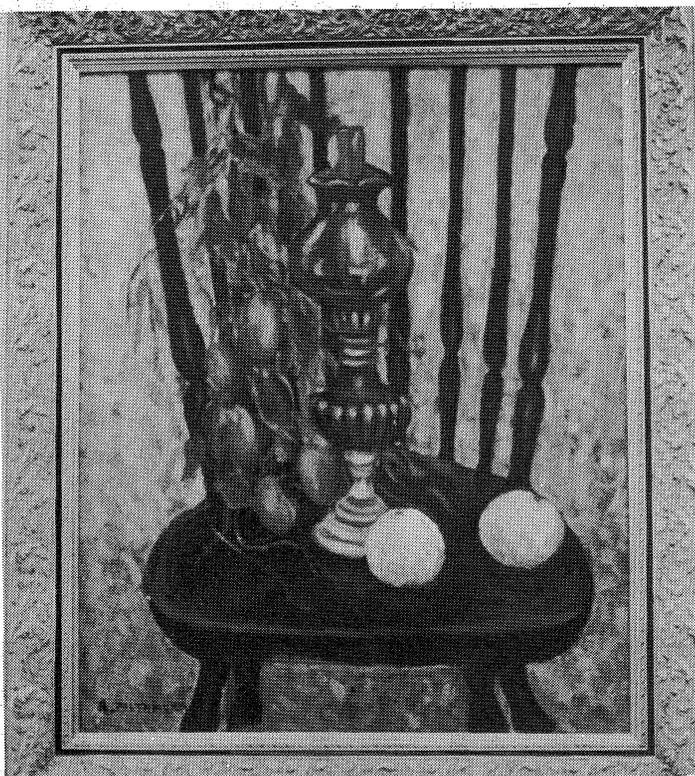
先ずリウマチという概念であるが、アメリカリウマチ協会(A・R・A)の分類ではリウマチ熱は勿論、種々の膠原病や痛風、変形性関節疾患など余りにも広範な疾患が含まれており混乱を招く。ここでは(慢性)関節リウマチ(R・A)についてのみディスカッションを行うこととする。

RAの診断基準は「朝のこわばり」をはじめとして十一項目があり、このうち七項目以上をみたすとき「classical」、五項目以上「definitive」、三〜四項目は「probable」とされる。stageについてはIからIVまで分類されている。臨床検査ではRA試

験が意義あるものであるが、その陽性率はstageにより異なり、stage Iでは四九・八%にすぎず、RA全体でも約八〇%である。一方、健康者で約〇・三%、強皮症五〇%、肝硬変五三・八%、肝癌二七・八%、ウイルス疾患五七・一%と非特異的陽性出現があることされている。

なおRAとは一応別の疾患とされている指のD・I・P関節のみ罹患するHeberden結節、男性に多い強直性脊椎炎のレ線像、又、RAで最も侵襲しやすい手関節の強直レ線所見を併発した。

次に治療について検討する。RAの治療は、①ステロイド、②非ステロイド性抗炎症剤で



第31回北国アマチュア美術展・最高賞
「椅子の上の静物」
宮村明子 作

choiceとされているが、胃腸障害などの副作用のため日本人には大量投与が出来ず、徐放性インドメサシンや、最近のフェンブフェン(ナパノール)、サリンダック(クリル)等、副作用防止のためのプロドラッグが開発されている。免疫抑制剤(イムラ

歯科会員懇談会

とき 4月16日(金)午後7時
ところ センチュリープラザ3階戸室
参加費 三、〇〇〇円(懇親会費)

診療なんでも懇談会

とき 4月23日(金)午後7時半
ところ 石川県医師会館3階相談室

講師 眼底の見方―糖尿病性網膜症
田辺 謙二 先生

従業員のための講習会

講師 看護の心
金沢聖霊総合病院総務長
大島 喜代子 先生

(金沢会場) 4月26日(月)午後7時〜9時
石川県教育会館2階

(小松会場) 4月30日(金)午後7時〜9時
小松市医師会館2階

大腸疾患における診断と治療 (最終回)

クローン病のX線診断

金沢大学がん研外科教授

磨伊正義

クローン病は、潰瘍性大腸炎とともに、原因不明の炎症性大腸疾患で、慢性の経過をたどり治療に難渋することが多い。近年本邦においても、これら炎症性大腸疾患への関心が高まっているが、しかし、いまだにクローン病の疾患概念は必ずしも明確ではなく、



〈症例2〉18才 女性、上行結腸にskipした2個の病変を認めそれぞれの内肛の狭小化、敷石 (cobble stone) 像を伴なう。更に回腸末端の多発性のびらん形成を認め、大腸及び小腸ともinvolveされたクローン病である。



〈症例1〉44才 男、12年前盲腸部の潰瘍性病変にて回盲部切除を受けている。今回腹部腫瘍と発熱で来院、吻合部より横行結腸側にかけて炎症性ポリポシス、辺縁のspicula形成、一部小腸との瘻孔を伴なう。

潰瘍性大腸炎、虚血性大腸炎、更に本邦に多い腸結核との鑑別診断に混乱を招いているのが実情である。

さて、今回提示するクローン病の診断上重要な所見は、腸管に区域性 (Segmental) に発生する全層性病変で、X線、内視鏡的に特徴ある敷石像 (cobble stone appearance)、縦走潰瘍、裂孔および瘻孔形成などがあげられる。病変部位により、小腸型、大腸型、小腸大腸型などに分類されるが、好発部位は回腸末端部と右側結腸である。主症状は発熱、腹痛、下痢など腸管の炎症に伴う下腹部症状 (潰瘍性大腸炎と異なり、あまり出血は認めない)、便通異常が多い。また高頻度に肛門病変 (痔瘻) を合併し、この肛門病変が初発症状で、潜在したクローン病が発見されることもある。

〔症例1〕は、四十四才、男性にみられた大腸クローン病で、十二年前、盲腸部に発生した潰瘍性病変により、回盲部切除を受けている。提示したX線写真は、再発時切除された大腸レントゲングラムで、吻合部より結腸側十三センチにわたりハウストラは完全に消失し、内面の凹凸が蜂巣状に描出されている。所謂炎症性ポリポシスを伴ったクローン病で、腸管の狭窄、辺縁のspicula形成が著明であり、一部に小腸との瘻孔形成がみられる。本例は大腸再切除を行ない、五年経過した現在は健康で、仕事に従事している。

〔症例2〕は、十八才、女性にみられた大腸小腸型のクローン病 (富山市民病院・広野博士例) で、発熱、腹痛、貧血、痔瘻にて来院した。図2は、大腸全切除された切除腸管のレントゲングラムであるが、上行結腸に限局性に二つの病変が正常粘膜にべだてられて存在 (skip lesion)、個々の病変は内腔の狭小化、深堀れの不整潰瘍形成、典型的なクローン病の所見を呈する。更に回腸末端も不整

新連載

必須の日常臨床検査 (その1)

患者の一般状態を知るために

金沢医科大学教授 寺畑喜朔

赤血球指数と恒数から予測できる貧血の型

貧血の型	赤血球指数		平均赤血球恒数			代表的貧血
	CI	VI	MCV	MCH	MCHC	
大球性 高色素性 貧血群	>1.1	>1.1	>99 μ^2	>35 μg	>36%	悪性貧血、VB ₁₂ 欠乏、葉酸欠乏症、再生不良性貧血、肝硬変
正球性 正色素性 貧血群	0.9~1.1	0.9~1.1	89~99 μ^2	29~35 μg	31~36%	溶血性貧血、急性失血による貧血、腎性貧血等いわゆる二次性貧血の大多数
小球性 低色素性 貧血群	<0.9	<0.9	<89 μ^2	<29 μg	<31%	鉄欠乏性貧血、サラセミア、鉄芽球性貧血

直接、患者との対応で医師は視診、問診などにより、その患者の一般状態を十分に知りうる。その評価は良、もしくは不良となる。医学は科学的であるから、この評価は論理的でなければならない。そのことを臨床病理学的に云えば次のようになる。

① 持続的な貧血はないか。これを知るためには、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値をみて、赤血球恒数 (MCV、MCH、MCHC) を読み、貧血の型を予測すること。

② 低タンパク血症がないか。血清タンパク濃度 (65~8.0g

な辺縁像を呈し、浅い多発びらん形成を伴ない、小腸をもinvolveした広範なクローン病であり、予後も樂觀できない。

最後に、クローン病の治療に関しては食事の管理 (成分栄養、高カロリー輸液)、低残渣食が必要であり、薬物療法としては、サラゾピリン、

重症例ではステロイド投与が必要となる。一方、難治性瘻孔、高度腸管狭窄などの合併症のある時は、腸切除またはバイパス手術などが行われるが、再発の危険性は絶えず存在し、その適心には慎重を期する。

(おわり)

返戻レセプトのコピーを

お送り下さい

協会保険部では返戻レセプトについていろいろな角度から検討を加えて先生方のお役に立ちたいと考えています。遠慮なく協会保険部までお送り下さい。

CRPが陽性を示す代表的疾患

呼吸器疾患	肺感染症 (特に細菌性)、悪性腫瘍、肺結核、肺梗塞、肺膿瘍、膿胸など
循環器疾患	亜急性細菌性心内膜炎、心膜炎、心筋梗塞など
泌尿器疾患	腎盂腎炎、腎盂炎、腎膿瘍、悪性腫瘍など
血液疾患	悪性リンパ腫など
その他の疾患	アレルギー、膠原病の活動期 (リウマチ熱、慢性関節リウマチなど)、感染症、敗血症、外傷、その他の悪性腫瘍など

CRPをみて低値を示した場合、ほとんどが低アルブミン血症で、その原因を追求する必要もある。もちろんタンパク分画も参考にしなければならぬ。

③ 病態の重度を知る。つまり、軽症なのか、重症かを判別することである。このために役立つ臨床検査は、CRP

と赤沈値である。両者は一般に相関性が高く、広く炎症性疾患や組織崩壊性疾患によく反映し、これらの病態の改善に際しても (経過・予後) 有用な判定が得られる。

以上の三項の検査は、患者の一般状態を知るために必須である。

(つづく)

掛金すえ置きで

本年度よりグーンと給付改善

休業保障共済にご加入を

年1回の大募集・57年4月1日～5月25日

ねんごでも「わくわく」安心
最高月額115万円保障

制度の特色

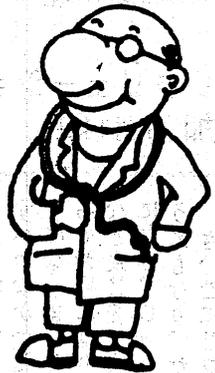
▶ 加入者代表の手で運営・改善される自家共済制度

▶ 少ない掛金(1日500円)で1日30,000円、最高月額115万を保障(1ヶ月入院・五口加入)

▶ 代診おいても全額給付 ▶ 自宅療養でも給付

▶ 給付日数、通算450日+6ヶ月長療給付金 ▶ 掛金は、加入時のまま75才まで不変

▶ 給付金は、すべて非課税



加入資格

加入日現在健康で正常に診療している64歳(大正7年2月2日以降に生れた方)までの保険医協会々員。(勤務医は院長が会員であること)

(開業医の方は、どなたでも協会へ入会すれば加入できます。)

☆過去に本制度から脱退(減口脱退)された方は再加入できません。

加入口数

59歳までの方は今までに加入している分を合算して5口まで。

60歳から64歳までの方は今まで加入している分を合算して3口まで。

勤務医の方は2口まで。

加入日と責任開始日

昭和57年8月1日

疾病休業給付金・入院給付金の責任開始日は、加入日から3ヶ月以降の疾病原因による休業日からです。

保障期間

満75歳に達した後に到来する8月1日の前日まで。

月額掛金

掛金は加入時のまま75歳まで

年 令	5 口	3 口	1 口
39歳まで	14,000円	8,400円	2,800円
40歳から54歳まで	15,000円	9,000円	3,000円
55歳から59歳まで	16,500円	9,900円	3,300円
60歳から61歳まで	—	9,900円	3,300円
62歳から64歳まで	—	10,500円	3,500円

★加入年齢は8月1日現在の満年で計算します。

加入審査

告知書により審査委員会で加入の可否を決定します。

この制度への加入は加入者の告知書による書面審査ですので、告知書は正確にお書きください。告知の内容が事実と相違した場合は加入の取消し、または給付金が支払われないことがあります。

給付金に対する税金

傷病休業給付金・入院給付金・長期療養給付金・廃疾給付金

所得税法第9条、第1項、第21号により非課税となります。

弔慰給付金

生命保険金として取扱われ、相続人1人につき、250万円まで非課税となります。

中途脱退給付金

一時所得となりますが5口加入で、15年以内の場合は課税関係は生じません。



＜保険医休保と類似所得保障との比較＞

比較事項	保険医休業保障共済制度	損保所得補償保険
加入条件	64才まで。75才まで継続可。協会の募集時のみ。	69才まで、原則として1年契約。
掛金	加入時の年齢により満期(満75才)まで不変。 ▶ 月掛 15,000円(5口の場合) 早期加入程有利!!	年齢により5才さざみで変更。 ▶ 月掛 33,000円 (100名以上の団体加入 29,700円)
傷病休業給付金	8日目～360日間。月90万円月間所得額に関係なく、全額給付する。同一原因による休業は360日間限度。別原因で通算450日	8日目～12カ月間、月50万～200万円各タイプ有り。ただし、就業不能直前1カ年間の加入者の平均月間所得を給付限度とする。ただし、神経症による休業は、保険金を支払わない。特定の既往症のある場合は該当疾病による休業については支給対象としない。
入院給付金	傷病により30日以上連続して入院したとき、25万円。連続でも、別病でも3回。	なし。
長期療養給付金	傷病休業給付の日数限度を超え、さらに連続して15日以上休業したとき15日を1単位として(ただし通算12回が限度) ▶ 入院 375,000円 ▶ 自宅 250,000円 自宅療養も可	なし。
弔慰給付金	傷病により死亡したとき。 ▶ 250,000円+中途脱退給付金	災害により180日以内に死亡したとき。 ▶ 450,000円 廃疾による死亡は給付しない。
廃疾給付金(後遺障害)	傷病により廃疾状態になったとき。 例: 両眼の視力を全く永久に失ったとき。 ▶ 250,000円+中途脱退給付金	災害により180日以内に後遺障害が残ったときはその程度に応じて ▶ 1,350,000円～45,000,000円
中途脱退給付金	加入後3年以上経過後脱退したとき。ただし加入期間中の受給状況により支給。 例 { 10年 600,000 } 受給0 { 15年 1,110,000 } の場合	なし。
満期給付金(無事故祝金)	中途脱退給付金+満期祝金(満75才時) (無事故の場合、満期時に掛金の30%以上、給付満了者でも満期祝金は支給。)	無事故の場合 保険料の20%
給付金の決定と支給	毎月加入者を含めた審査委員会で、主治医医療証明書及び委員の休業状況報告をもとに決定。決定後2週間以内に支給。	損保会社の査定委員会で調査決定し、請求手続きの完了した日から30日以内に支給する。
他の制度との関係	他の制度の給付状況にかかわらず、全額給付	他の制度の給付額を合算して、平均月間所得まで給付
代診の可・不可	代診をおいても、全額給付	代診をおくと差額のみ給付

◎お申込み、お問合せは保険医協会 (☎0762-22-5373番) まで

