

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

MetLife
メットライフ生命

2019年(平成31年)3月28日

第263号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: <http://www.tmha.net> / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

特別インタビュー

外国人に対する医療提供体制整備の状況について

参議院議員 自見はなこ氏

現在、急増する訪日外国人観光客、在留外国人への医療提供について、持続可能な体制を整備すべく、急ピッチで作業が進んでいる。その進捗状況について、自見はなこ・参議院議員に話を聞いた。

外国人観光客に対する医療提供体制の整備

現在日本では、急速に外国人観光客が増えている。その数は、2017年に2800万人を超え、30年には6000万人に達すると言われているが、それに伴い、こうした訪日外国人観光客に対する医療提供体制の整備の問題も顕在化している。

実は、外国人観光客の約4%が、思わぬけがや疾患で医療機関にかかっているが、外国人観光客のうち、7割は民間医療保険に加入している。民間医療保険では、医療費の支払いのほか、医療通訳のサービスが付帯するタイプもあるなど、現場のニーズに応えた商品開発がされている。

しかし、その一方で3割は未加入であり、それがもとでさまざまなトラブル



自見はなこ氏

ルが発生している。18年1月に厚生労働省、観光庁とともに沖縄県医師会を訪問し、沖縄県の医療現場を視察した際に、この状況を、私は改めて認識した。今後、20年の東京オリンピック・パラリンピックが目前に迫り、外国人観光客が増えるとともに、医療機関にかかる人数も必然的に増加するのは明らかである。

そこで視察後に、自民党内で働きかけ、自民党政務調査会に「外国人観光客に対する医療プロジェクトチーム」(PT)を立ち上げ、対策を練ることにした。座長に秋生田光一衆議院議員、座長代行に丸川珠代参議院議員、幹事長に鶴保庸介参議院議員、事務局長を私が務め、事務局次長として安藤高夫衆議院議員に加入していただいた。

PTでは、医療機関の対策を急がねばならないと、全6回の会議を経て、18年4月に「外国人観光客に対する快適な医療の確保に向けた第一次提言」(第一次提言)を取りまとめた。6月には「経済財政運営と改革の基本方針2018」(骨太の方針18)にも入り、政府の内閣官房の健康医療戦略室から正式な提言として出された。

医療界でも7月、日本医師会で「第

1回外国人医療対策会議」が開催されるなど、関心が高まっていることがうかがえる。

医療機関における訪日外国人観光客の対策

第一次提言の概要について述べておきたい。基本的な原則として、「急病やけがの際、外国人観光客自身の適切な費用負担を前提に、不安を感じることなく、医療までつなぎ、適切な医療を受け、かつ帰国の途に就くまでの体制の整備が必要」であることを謳い、国際観光旅客税などを含めた予算措置の充当も視野に、体制整備について整理している。

このうち医療機関については、18年度中に都道府県ごとに重症患者受け入れの拠点病院と、観光スポットなどがある地域での軽症患者の受け入れ可能医療機関を選定していくべきと提言している。拠点病院では、多言語でのコミュニケーション体制を整備するほか、医療コーディネーターの養成・配置などを行う必要があり、そのための支援も不可欠だ。また、医師の応召義務は基本的に訪日外国人にも及ぶものの、自院で十分な対応が難しい場合には、近隣の拠点病院へ紹介することで、当該義務を果たせるという法的整理を確認するとともに、対応可能な病院の重点的整理を盛り込んでいる。

通訳については、医療専門の通訳が望ましいが、必ずしも診療現場に同席する必要はなく、オンラインでの対応など、柔軟な検討が必要である。希少言語に関しては、国で一元的に管理することになっており、ワンストップのコールセンターによる電話通訳などの

体制整備が予定されている。

支払いでは、外国人観光客への医療は自由診療となるため、その価格は通訳などの付帯サービス分の上乗せが可能である。また、厚労省の「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」でも価格設定の方法などについて議論されており、18年度中に取りまとめられる。

また、未払い問題については、入院に至る場合には、窓口でのパスポートによる本人確認を実施し、加入している民間保険会社から支払い確約書を用意してもらうだけでも、大幅に未払い件数が減少すると言われている。そのほか、来日後でも加入できる民間保険もあり、これらの情報を宿泊施設の窓口などで周知することも重要だろう。しかし、それでも民間保険に未加入で来日する外国人観光客への対策として、診療の前に医療コーディネーターが価格設定について交渉し、十分に説明をして合意を形成しておくなどが求められる。こうした対策のうえで、悪質な未収金がある場合には、本人の再入国を禁止するといった対応を、関係省庁と調整し提言に練りこんだ。

また、キャッシュレス決済比率向上への環境整備を進めることで、外来ベイスの未払いは圧倒的に減ることもわかった。ただ、現状の課題は、日本ではキャッシュレスは手数料の高いクレジットカードが主流であり、たとえば、クレジットカードのようなより安価で利用できるキャッシュレス決済の仕組みを取り入れていくことが重要ではないかと考えている。

さらに、厚労省の「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討

「会」では、外国人患者の受け入れ体制を整備する際に参考とする知識や情報、体制を整備する際のポイントをまとめたマニュアルのとりまとめを、今年度末を目途に進めている。マニュアルでは、前述した応召義務や医療通訳、価格設定、交渉まで詳細に記載しており、各医療機関の体制整備に活用するべく、ぜひ熟読してもらいたい。

ただ、マニュアルのみで、直ちに各医療機関の体制整備が進むとは考えにくい。そのため、たとえば、早期に医療機関へ向けた、厚労省や観光庁も交えた説明の場を開催したいと考えている。関係者全員でマニュアル上の疑問点や問題点を検討し、東京都における外国人観光客に対する医療提供体制の整備を促進させてもらいたい。

在留外国人に対する医療 70年越しに法改正

在留外国人に関する医療提供については、第一次提言の取りまとめ後の18年7月より、「在留外国人に係る医療ワーキンググループ」を設けて取り組んでおり、昨年末に次のような事項について対応することを提言した。

- ①被扶養認定における国内居住要件
- ②国民健康保険の適正な利用の確保
- ③国民健康保険への加入促進策
- ④出産育児一時金対策等
- ⑤なりすまし対策

〈被扶養認定における国内居住要件〉

わが国のように社会保険方式を採用する国において、いわゆる被扶養者に原則として国内居住要件を課していないのはきわめて稀なケースである。これは、1948年に改正された国民健康保険法で健康保険の被扶養者認定に

あたって居住地を問わないとしたまま、約70年間見直されてこなかったことが背景にある。日本に居住し保険料を払っている在留外国人は、日本人と平等に社会保障サービスを受けられるべきだが、海外に居住する被扶養者まで来日時に日本の社会保険が適用される現行の形は、見直されるべきだ。そこで、日本においても、健康保険の被扶養者や国民年金第3号保険者の認定において、原則として国内居住要件を導入することとしている。

〈国民健康保険の適正な利用の確保〉

日本人を含む被保険者の資格管理等の観点から、市町村が関係者(例えば、留学先である日本語学校等や経営管理を行う企業の取引先等)に報告を求めること等ができる対象として、被保険者の資格の得喪に関する情報を追加し、市町村における調査対象として明確化する。

〈国民健康保険への加入促進策〉

保険料を一定程度滞納した場合、在留期間更新許可申請などを不許可するといった法改正を行う予定だ。

〈出産育児一時金対策等〉

現行制度では被保険者であれば、出産した場所を問わず一律42万円を受け取れるが、この42万円とは、あくまで日本で生活していることを前提とした金額であり、物価の異なる海外に住む人にも一律で支払う必要性については検討の余地があるだろう。そのため、不正受給の防止の観点から、請求に必要なとなる書類の統一化を図り、審査の厳格化を行うものとしている。

〈なりすまし対策〉

基本的に日本の医療機関では病院の窓口での本人確認が行われておらず、

他人の保険証を提示されたとしても、確かめるすべはなかった。これは、不適切な医療受診だけではなく、患者の取り違えによる事故につながるケースもあり、医療安全の観点からも重要だ。そこで、医療機関が必要と判断した場合、被保険者証とともに本人確認書類の提示を求めることができるようにした。ただ、留意しておきたいのは、本人確認書類がないのを理由に保険給付を否定することはできないことだ。

さらに今年4月より施行される入管法に基づく在留資格として新設される「特定技能」については、法務省の入管法の改正に関わる省令改正のパブリックコメントを集約した3つの政省令案の修正にて、「特定技能外国人の上陸時の基準として、健康状態が良好であることを明記」し、健康診断書の提出を求めるところまで法務省が踏み込んでくれた。

今後、在留外国人労働者のさらなる増加が予想されるなか、適切な医療提供体制を整備することは、持続可能な社会保障制度構築のため不可欠だ。誰もが安心して適切な医療を受けられる体制を次世代に残していくためにも、やり遂げなくてはならないだろう。

多様な生活習慣・受療行動を 見据えた診療体制づくりをめざせ

医療法人社団小林国際クリニック院長 小林 米幸氏



小林米幸氏

在留外国人数は年々増加を続けており、2018年6月末で263万人を超えた。それに伴い、医療提供のあり方もこうした人々とのコミュニケーションや受療行動を踏まえた体制づくりが求められるようになっていく。

1980年代から外国人医療に従事してきた小林米幸・医療法人社団小林国際クリニック院長に、医師、医療機関、そして政策立案者が踏まえるべき

ポイントについて、話を聞いた。

外来患者の20%を 外国人患者が占める

小林国際クリニックにおける外国人への医療提供体制について教えてください。

1990年に神奈川県大和市鶴間で開業し、消化器科と外科、小児科を標榜しています。1日の外来患者は通常

こばやし・よねゆき

1974年、慶応義塾大学医学部卒業。同大学病院外科研修医。同大学外科学教室専修医、栃木県厚生連佐野厚生総合病院外科医長、内視鏡室長、神奈川県大和市立病院外科医長、内視鏡室長などを経て、90年、小林国際クリニック開設。85年、インドシナ難民大和定住促進センター嘱託医療情報センター設立の構想を立ち上げ、所長に就任。

外国人の患者さんほどのように貴院での受療にたどり着くのですか。

口コミが多いです。たとえばフィリピン人スタッフがいることがフィリピン人ネットワークで広まっているように、かなり患者が増えています。ペルー人の方々も同様です。特に周辺にペルー人を多く雇う企業があったり、コミュニティがあつたりするわけではないので、やはり口コミなのでしょう。

またインターネット上では、「英語の通じる医療機関」に関する外国人向けサイトがあるし、アメリカ大使館のサイトにある英語の通じる医療機関リストには、当院の名前が載っています。

ベトナム人、カンボジア人、ラオス人はインドシナ難民大和定住促進センター時代からの知り合いや、その紹介が多いです。

外国人患者に医療提供の際に気をつけていることはありますか。

言葉の問題です。冒頭で「外国人患者」

の時期でおおよそ50人から70人くらい。もともとインドシナ難民大和定住促進センターの嘱託医を兼任していたことから外国人患者は多く、開業以来、患者の15%くらいを占めていたのですが、この5〜6年は20%を超えています。今やクリニック経営においても外国人患者は無視できない「患者層」になっています。

医師は私と小児科医の妻で、受付にフィリピン人スタッフがいます。このほか月1回、ベトナム人通訳に来てもらっています。これにより、言葉は英語、韓国語、タガログ語、ベトナム語、スペイン語に対応できるようになっています。

と言いましたが、配偶者が日本人なので日本国籍を持っているけれど、日本語はわからないという人もいます。つまり国籍自体はさほど問題ではないのです。さらに外国出身の母親が日本国籍の子どもを連れてくる場合があります。こうなると、子どもの診療と同じくらい、母親への説明が大事になりますので「外国人の診療」と同じこととなります。日本語がわからない母親に対して入念なコミュニケーションが必要だからです。

専門医療機関への橋渡し役という面も認識しています。患者さんのなかには専門医療機関へのアクセスがよくわからないために、当院に来たという人もいました。また専門医のなかには言葉の通じない外国人患者の診療に苦手意識を持っている人もいます。当院である程度見立てを行い、それから次の医療機関へつなぐことで、専門医にも安心してもらうことができるのです。

医療提供を工夫することで 未納リスクを軽減させる

外国人医療に関して議論になっているのが、医療費の未納問題です。

私は「本人の負担能力と医療費のアンバランスをどう解消するか」が解決のカギと理解していますが、対応策の方向性は2つ考えられます。

まず前者は保険加入を促進することで負担のハードルを下げるのが主眼で、専ら国の政策の課題になります。

一方、医療現場を預かる医師は、後者、つまり本人の負担能力の範囲内で提供できる医療をできるだけ追求することで、未納を防ぐことも考えるべきです。たとえば、胃の痛みを訴えてき

た場合、日本人の患者であれば、がんの疑いも視野に入れながら内視鏡検査等につなげるでしょう。しかし、これでは全財産が日本にあるというわけではない外国人にとって費用が高くなります。それよりは、患者さんの話をじっくり聞いたうえで、空腹時痛だと言うなら、十二指腸潰瘍を疑い、プロトンポンプインヒビターのジェネリック医薬品を処方してまずは数日、様子を見るといったこともできます。もし痛みが治まらないなら、検査するけれど、そのときはこのくらいの費用がかかる」と伝えるわけです。

言うまでもありませんが、これは事前にマニュアル化する類いの話ではありません。患者さんと相対している医師が、患者さんの状態を見極めながら判断するしかありません。

そうした医療を提供する医師を、病院はどう支えるべきですか。

どのような医療を心がけるべきかという研修は必須でしょう。また外国人は医療へのかかり方も日本人と少し違うところがあり、そうした受療についての考え方もある程度は知ってもらう機会を用意していただきたいです。

どこの医療機関でも安心して 外国人患者を診療できる体制を

制度的な支援も必要になりそうですね。

コミュニケーションの支援体制はぜひ整備していただきたい。現在検討されている政策は、医療通訳も拠点病院に集約化させる方向性のようなのですが、プライマリ診療まで拠点病院が担うというのは非効率です。一次医療の拠点診療所をつくるというのも外国人の医

療機関へのアクセスを狭めるものだと思います。むしろ、近くにあるどこの医療機関でも安心して外国人、日本語の通じない患者さんを診られる体制づくりこそ検討すべきです。

また、外国人患者に対する支払いや医療制度の仕組みについての説明やクレームの相談なども受け入れ医療機関や医師にはかなりの負担になりますから、患者と医療機関や医師との間に立つて両者のコミュニケーションを支援

医療体制の維持

「適正利益水準」に基づいた 報酬や医療費の設定を考慮すべき

衆議院議員

東京都病院協会副会長 安藤 高夫

医療法人社団永生会理事長

医療提供体制の維持には経営の安定や適正な利益が必要なのは言うまでもないが、診療報酬改定ではあまり顧みられない。東京都病院協会副会長で衆議院議員を務める安藤高夫・医療法人社団永生会理事長は、医療機関の「適正利益水準」を設け、それに基づいた診療報酬改定を行うべきと訴える。問題意識や具体的内容について話を聞いた。

診療報酬改定の進め方は 見直す時期に来ている

従前、私は診療報酬改定や介護報酬改定の作業のあり方に疑問を感じてい

する相談機関があると助かります。相談機能は、医学的な側面からも求められます。国内外をこれだけの人が行き来するということは、病氣も行き来すると考えるべきです。なかには日本の医師があまり見聞きしたこともない感染症等もあるでしょう。それらに遭遇したとき、的確なアドバイスができる機関を、たとえば、学会などが運営していただけると、さらに医療提供体制は充実するでしょう。

る。基本的に改定率は、医療機関や介護事業所の経営状況を見て、利益率が高い機能、サービス、事業種類の点数(単位数)は下げる、あるいは特定のサービスを手厚くするために上げるといった具合に、かなり恣意的というか、エビデンスに基づかない手法で決められているからだ。

「一般企業と比べて介護施設は経常利益率が高いから報酬を下げましょう」といった議論を聞いて唖然としたこともある。医療機関や介護施設と一般企業は、経営の前提条件がまったく

違うことに留意していない乱暴な論理と言わざるを得ない。まず、医療・介護はサービス単価が公定価格で自らの支出を踏まえた値付けができず、施設基準や人員配置要件も厳しく、効率運営が難しい。たとえば、少数精鋭主義などはとりにくい。さらに、病院数は都道府県ごとの医療計画、介護事業所数は介護保険事業計画に基づいて開設の可否が決められており、施設や事業所を法人や事業者の一存で建てるのができない。つまり経営の自由度がかなり低いのだ。

仮に、これらの条件を課したまま病院や介護事業所の運営を求めるのであれば、その裏づけとなる利益水準についても国が責任を持って設定すべきと言うのが、私の考えだ。地域で医療機関が「拡大」「再生産」はできなくても、せめて「再生産」くらいはできる。建物のメンテナンスを定期的に行ったり、30年に一度は建て替えられたりする資金を蓄えられるだけの利益を「適正利益水準」として設定し、各医療機関、介護施設にはそれに向けて運営していくことを求め、診療報酬や介護報酬もその水準と照らし合わせて改定率や点数(単位数)を決めていくのだ。

病院機能別利益水準案 「7・5・3の法則」

借入金の返済や納税を考えると、一定の経常利益は必要で、たとえば、慢性期病院であれば、経常利益は医業収益比で10%以上がないと、事業はうまく回っていかないのでないかというのが、いち経営者としての率直な思いだ。ただ、現行の診療報酬のもとでこれを実現するのはかなり難しい。



安藤高夫

そこで私が考えたのが、「7・5・3の法則」である。経常利益率について、慢性期病院は7%、回復期病院は5%、急性期病院は3%をめざすというものだ。病院機能にに応じて適正利益水準を定めているのは、それぞれの経営実態を踏まえたからだ。慢性期病院は急性期病院に比べて診療単価が低い、ため、実収入も大きくはならない。ということ、高い利益率が必要になる。

私の医道

野中 博
前東京都医師会会長

医療機関を取り巻く環境が大きく変化すなか、特に診療所や中小病院の経営は年々非常に大変になってきている。そうした状況では、診療報酬の点数が高い医療を重視しがちになってしまいう気持ちもわかるが、今一度、地域の実情を見つめ、自院の存在理由を考えることが大切ではないだろうか。

たとえば、救急医療の技術は徐々に発展してきているが、必要なときに、必要な救急医療を、速やかに受けられるかという視点で考えると、まだまだ体制

第13回

地域を守り、患者の尊厳を守る

としては十分とはいえない。そういう意味で、中小病院の存在理由を改めて考えることが大切だ。特に東京都は中小病院が多く、東京都病院協会はそれを束ねている立場でもある。先端医療を行うだけではなく、地域のニーズを合わせて考える必要があると思う。

さらに重要なのは診療所との連携だ。診療所と病院が競合するのではなく、担うべき役割をもっと理解し合うときに来ていると思う。

古い話であるが東京都病院協会会長である河北博文先生が、1986年頃

たとえば100床規模で2〜3%の経常利益率があったとしても、実額にすれば微々たるもので、医師1人と看護師数人を雇用するくらいの残高にしかならない。

病院という事業体単位で考えるならば、本来は機能別、規模別、地域別に基本料を設定すべきで、東京都病院協会の河北博文会長が提唱する「東京都入院基本料」の設定はまさにそれをも

に厚生省(現・厚生労働省)のモデル事業の一環として河北総合病院の病診連携事業「杉並地域医療システム」(通称・河北方式)を立ち上げた。特定の地域の診療所と密に情報を共有したうえで、診療所が患者に入院が必要と判断したとき河北総合病院で引き受け、病状が安定したら診療所に戻すという試みだった。

私はすごい取り組みだと思つたし、そうした連携を広めてほしいと考えていた。診療所と病院が連携をして地域を守ることで地域医療構想であり、地域包括ケアシステムにつながるのでは

ないだろうか。本連載でも患者に寄り添う医療、支える医療について話してきたが、地域での連携、つながりがあつて初めて患者に寄り添う医療が実現すると考えている。

私はこれまで、透析医療や在宅医療を通じて患者の話を聴き、そしてその日常生活について知るなかで、患者に寄り添うことの大切さを学んできた。そういう点から、透析治療の中止により患者が亡くなったという最近の報道を聞き、悲しく感じている。もちろん、医師にもさまざまな事情

現化するものである。診療ごとへの報酬については、現在の個別原価積み上げ方式が良いが、病院の報酬という視点で見れば、それだけに固執することはないだろう。

医療機関の経営を適正に把握するために

ただし、これを進めるうえで、もう一つ重要な課題がある。病院経営に関

があつたと思うが、もう一度考えてほしいのは、人間の生死を決めるのは医師ではないということだ。

東京都医師会理事のとき、世界医師会で体験したことである。そこでイスラエルの医師がドイツ医師会の医師を攻撃するのを見た。そのとき、ドイツ医師会がヒトラーの時代、経済的に無駄という理由で率先して障害者や重病者

者を切り捨て、それがホロコーストにつながつていったという歴史を知つた。医師という職業は人間の生死を左右できる面を持っている。だからこそ

もつと患者に寄り添つてほしいと思うし、経済的な利益より生きるこのことの尊厳や大切さを語ること、この尊厳を果たしてほしい。

私自身、透析医療に携わるなかで、治療を拒否する患者、別の疾患により治療を中止せざるを得ない患者にも出会つた。最終的な中止の指示をするのは医師だが、それまでに患者とたくさん話して、一緒に考えることこそ医師がすべきことではないかと思つてい

る。それが、人間の尊厳を守ることにつながると思うからだ。

「医療がやるべきことは何か」をいつまでも自分自身に問いかけながら、これからの医療を考えていつてほしい。

するデータの精度である。昨年末、厚生労働省による毎月勤労統計の不適切な調査が発覚し、日本の統計に対する信頼が揺らいでいる。データの重要性についての認識の甘さが露呈した形だが、医療についても同様の懸念が広がっているのだ。昨年7月、医療機関の負担する控除対象外消費税に関する、診療報酬での補てん状況について、厚生労働省の統計に誤りがあつたことが発覚したことは記憶に新しい。

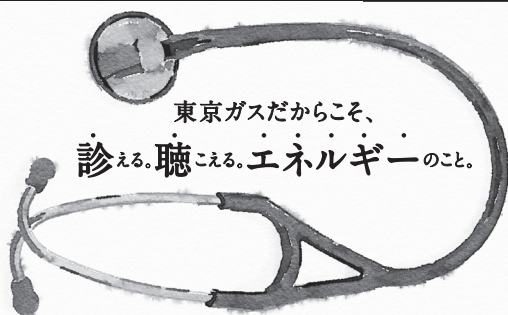
厚生省自身では調査しきれないために外部のシンクタンクに委託し、そのシンクタンクもカバーしきれなかったために別の業者に委託し——といったことが起きており、データが本当に実態を反映しているのか検証しにくい状況になっている。

同様のことは、医療経済実態調査(実調)、介護事業経営実態調査にも当てはまる。病院経営の状況については、2つの実調のほかに、福祉医療機構(WAM)や病院団体がそれぞれ集計しているが、必ずしも一致しているわけではない。

本来ならば、データを突き合わせて正確性を追求すべきだが、そういつたことは現在、行われていない。より現場の実態に即したデータ収集が求められる。厚生省だけでなく、財務省や経済産業省、全日本病院協会、日本医師会も参加し、議論していく必要がある。こうした取り組みを進めていき、医療・介護の収益構造を理解していく風土が浸透していけば、エビデンスに基づかない報酬改定は見直され、ひいては健全な医療提供体制が実現されていくのではないだろうか。

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。



東京ガスの電気は顧客満足度第1位!

2017年度JCSI(日本版顧客満足度指数)調査
電力小売部門
※調査対象5社(ENEOSでんき・auでんき・大阪ガス・J:COM電力・東京ガス)

ぜひ、下記までお問い合わせください

東京ガス株式会社
都市エネルギー事業部 公益営業部
東京都港区海岸1-5-20

TEL.03-5400-7735