

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



2020年(令和2年)2月27日

第274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：猪口正孝 〒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

地域の病院と 診療所の連携が 超高齢社会を支える カギになる

早春特別対談

尾崎 治夫

公益社団法人東京都医師会会長

×

猪口 正孝

一般社団法人東京都病院協会会長



現在、国の医療政策は地域医療構想、地域包括ケアシステムを両輪とする形で進行しているが、東京都は今後も人口はほぼ維持し、かつ高齢化は進展、さらに全国的に群を抜く土地代や人件費と、運営する上での特殊事情が数々ある。そうしたなかで近年、東京都医師会、東京都病院協会が協働で政策を提言する機会が増えてきた。今回は特別企画として、その協働体制の2トップである尾崎治夫・東京都医師会会長と猪口正孝・東京都病院協会会長に、現在の東京の医療提供の現状と課題、取り組むべき政策の方向性などについて語り合ってもらった。

入院医療の主流は コンビニ型の民間病院

尾崎 国の医療政策は、高齢化がピークを迎える2040年をめどとしたスケジュールで進んでいます、東京都

は全国的に見て特殊な環境にあることを念頭に置かなければなりません。現在でも他の道府県では既に高齢化がピークに達し、人口が減少しているところがありますが、東京都は少なくとも2040年までは現在の人口約130

0万人を維持し、かつ高齢化率は上がっていくにつれます。一方で土地代は高く、住居は狭い。そういったことを前提として、介護予防やフレイル対策といったことが求められるのです。

猪口 地域医療構想の議論も進んでいますが、入院医療と一口に言っても、どのような機能が必要かを突き詰めるければなりません。高度急性期、急性期、回復期、慢性期という機能のうち、とりわけ不足していると言われがちなのが回復期の病床です。患者像を念頭に言い換えると、サブアキュート、つまり高度急性期、急性期級の重厚な医療投入は必要ないけれど、入院してしっかりと治療し、経過を見る必要があるという高齢の患者さんが増えるのです。こうした機能を担っているのは、少なくとも東京都ではほとんどが中小規模の民間病院で、地域の開業医の先生方と協力してサブアキュートの患者さんをバックアップしています。

尾崎 救急車で搬送して命を救うような救急医療の需要は、今後もそれほど増えないでしょう。むしろお年寄りが風邪をこじらせて、このまま家にいてもらうのは心配だとか、転んで骨折しているかもしれないからきちんと病院で診てもらったほうがいい——といった医療が増えています。この担い手は大学病院や特定機能病院よりも民間病院のほうが適任でしょう。

猪口 私は中小民間病院を「コンビニエンスストア」にたとえています。大学病院や特定機能病院が都心部にある高級百貨店、300床以上の中核病院が大型スーパーとするなら、200床以下の中小民間病院はコンビニだろうと。大学病院のような豪華な品揃えは

ないかもしれないけれど、患者にとつて身近な場所であり、24時間、営業している。しかも、ひととおりの品揃えがある。まさに「開いててよかった」と思える病院です。

中小民間病院の 経営努力にも限度

尾崎 民間病院の役割はますます大きくなりますね。地域医療構想を実現するうえでも、民間病院が元気であることは不可欠です。

猪口 入院機能をしつかり果たしていくことで都民の皆様が安心・安全を提供することが第一ですが、そのためには安定した経営基盤が必要です。ところが、経営資源となるヒト・モノ・カネ・情報のいずれも不足しています。先日、福祉医療機構の方々と議論したのですが、東京都の病院の経常利益率を見ると、マイナス1%強で、ほとんどの一般病院が赤字です。精神科病院は数値が悪化しているとのことでした。入院中の食事は1日3食で1920円の入院時食事療養費がつきますが、ある調査によると、食材費などを踏まえると2300円はどうしてもかかるそうです。つまり食事提供において、病院の持ち出しが続いているのです。都民にとつても、全国で最も高額な地方税を払いながら、日本で最もカッカツの状態で運営している病院に入院せざるを得ないと言ひ換えることもできます。

尾崎 全国一律の診療報酬で全国最高の土地代や人件費を支払っているわけですから、病院の経営努力にも限界が来るでしょう。しかも東京都の場合、病院数の9割が民間、かつ200床以下が7割を占める



おざき・はるお●1977年、順天堂大学医学部卒業。79年、同大学医学部循環器内科学講座入局。84年、順天堂大学浦安病院勤務。90年、おざき内科循環器科クリニック開設。東久留米医師会会長、日本医師会代議員、東京都医師会副会長などを務め、2015年6月、公益社団法人東京都医師会会長に就任。16年6月、公益社団法人日本医師会理事に就任。

とされています。民間なくして東京の地域医療は成り立ちません。介護報酬のように地域によって「1点11円」のような制度ができれば理想ですが、簡単ではないでしょう。地域に対する貢献度に応じて補助金を設けるといった政策が必要ではないでしょうか。

開業志向の若手医師は民間病院で助走期間を

猪口 もう一つの重要な経営資源である人材の不足も深刻です。医療機関において特に大きな課題になっているのが医師不足。大学病院など医療機関に無給医局員があふれかえっているというのは昔の話で、現在は派遣先から引き揚げなければならぬほど。民間病院の医師不足はさらに深刻なのです。

尾崎 後期研修のマッチングで東京都はシーリングがかげられましたが、理不尽です。人数自体は多いかもしれませんが、人口対比、さらには地域医療を担う医師数は本当に足りません。

猪口 そこで現在、尾崎会長と新たな仕組みを検討しています。民間病院が総合診療医のような人材を育てる一翼

を担うというものです。総合診療医が新たな専門領域として生まれましたが、実際には、後期研修を終えた後に大学病院で10年ほど勤務し、それぞれの地域に戻って開業するパターンが多く見られます。東京都でも例外ではありません。しかし、従来のような専門医教育しか受けていないと、開業した時に総合診療医的な素養がないので、困ることがあるはずです。それならば、

民間病院に5年間くらい在籍して地域の実情を見ながら総合診療医として必要なスキルやノウハウを身につけてもらい、それから開業するという道筋をつくる。2020年度内に検討し、21年度あたりには都に提言する方向に持っていきたいと思っています。

尾崎 特に在宅医療を担うならそれらのノウハウが必要で、大学病院の時には異なる視点も必要です。それに病院ならば「他科の患者さんは診られませんが、たとえば整形外科の開業医の先生が脳卒中の軽症や認知症、肺炎の患者さんも、まずは診療所で診て、必要に応じて病院を紹介するという役割を



いのくち・まさたか●1984年、日本医科大学卒業。同年、同大第二外科学教室入局。94年、日本医科大学大学院外科学第二卒業、医学博士。2002年、平成立石病院を開設、院長に就任。04年、南町田病院を開設。05年、医療法人社団直和会を設立、理事長に就任。09年、東京リバーサイド病院を開設。11年、社会医療法人社団正志会を開設。13年、花と森の東京病院を開設。2019年6月、東京都病院協会会長に就任。現在、東京都医師会副会長、全日本病院協会常任理事、東京都災害医療コーディネーター等を務める。

担ってもらえると、救急医療の負担も大きく軽減されるでしょう。

猪口 専門領域を集中的に学ぶ現在の教育を受けている医師が、そうした課題を抱えた患者さんをいきなり診るのは難しいです。そこで民間病院でそういう患者さんを診て、経験を積んでから、開業してもらおうというわけです。

民間病院にいる間に地域の医師会に参加してもらえば、データには表れない生の地域ニーズを知れることもできます。私自身、2002年に平成立石病院を開設しましたが、これは葛飾区が私の地元で、かつそれまでの医療活動もこの土地で行ったことが大きい。近隣の医療機関や患者さんの生活背景があらかじめ頭に入っていたからこそ、スムーズに開設できたと思います。

尾崎 開業する前からある程度、地域で馴染んでおけば、地域とのつながりもあるし、何より病院との連携もそのまま使えます。私は特に縁のある地域で開業したわけではなかったのですが、苦労したことを覚えています。私は循環器内科が専門なので、心不全の兆候が見られる患者さんがいた場合は近くの病

院に検査を依頼するのですが、「本当に心不全ですか」といぶかれるところから始まったものです(笑)。

病院から独立開業しても引き続き連携体制を維持

猪口 自分が担当していた患者さんは開業する時にそのまま自分で連れて行っていたことを推奨していきま。診療所にとっては開業時のハードルが低くなるでしょうし、外来機能をその医師が引き続いて担ってくれば、病院としても患者さんの入院ルートを確認できるようになります。

尾崎 二人主治医制のようなかたちで、普段は外来や訪問診療、半年に一度くらい、病院で定期的に診てもらう仕組みがあれば、病院にとっても患者さんを追跡できるわけですからいいですね。

猪口 従来は病院の周囲にサテライト診療所のようなかたちで開業するのは、地区医師会にとってはかならずしも歓迎というわけではなかったでしょうけれど、今後は地元の病院と診療所がいかに仲良くして連携し、患者さん

の暮らしを支えていくのが大事ですから、その意味でもこうしたつながりは重要です。

診療所の承継にも貢献できる

尾崎 もう一つ大きいのは、現在の診療所の承継の受け皿にもなりうるということです。開業医も高齢化が進んで、引退を考えているけれど、承継相手がいないためになかなか辞められないところがたくさんあります。そんなとき、

「〇〇診療科の▽▽クリニックの▽▽先生がそろそろ引退を考えている」という情報を病院で診療している〇〇診療科の開業志望の先生に伝えられたら、もともと地域内で顔なじみだし、患者像や地域ニーズも頭に入っているので、承継もスムーズに行くと思うのです。

猪口 じつは今でも病院は近隣の開業医の先生から「ウチを引き継いでくれないか」というご相談をいただくことがあります。しかし、現在の病院はギリギリの人数で回していますから、とてもそこに回せるゆとりはありません。加えて民間病院の勤務医はそれほど開業志向が強いわけではない。それよりも、開業志望の若い先生方に医療機関から開業に至る過程で民間病院を経由していただくことで、マッチング機能も果たせると思います。現在、政策として推進されている外来医療計画にも貢献できるでしょう。

都医と都病協が揃って政策提言する流れが定着

尾崎 医療政策も横目に見ながら地域医療体制を整えるという流れは完全に

定着しました。故・野中博先生が東京都医師会会長になった頃から、都病協と都医で協働する体制が整備されていきました。これによって、東京都の政策担当官の姿勢も変わったように思います。かつては「医療政策は都が作成するので、診療所や病院はそれに従ってこればいいです」というのが東京都の姿勢で、こちら側もそれに甘んじていました。しかし、都病協の先生方に都医の役員に加わってもらい、私たちの政策提言としてまとめ、示すという流れができ、東京都側もそれに耳を傾けてくれるようになってきました。

猪口 東京都の医療行政では、病院の事情が勘案されていない政策がたびたびあったし、それを申し入れてもなかなか理解してもらえませんでした。現在の体制になって都の行政担当と膝詰めで話ができるようになりました。これはとてもありがたいです。また都医として都に対して申し入れてほしい事項があったとすると、尾崎先生は「わかった、いろいろ難題が出てくるかもしれないけれど、とにかく伝えてみるよ」と言ってくれるように動いてくれます。頼もしいですよ。

尾崎 以前から都医には病院経営者の理事がいましたが、あくまで「自分のところの病院」の事情を起点に提言するので、全体的な状況を踏まえたものにはなりにくかった面があります。それに地域医療構想が出てきて地域包括ケアと両輪で進めるという大きな流れがあるなかで、診療所と中小民間病院が手を取り合っただけでなく、地域の方々に安心してもらえる体制は敷けません。その路線に則っている現

在の方向性には、都医の先生方も賛同してくれています。

猪口 2016年にまとまった東京都の地域医療構想が好例です。構想では「グランドデザイン」を示し、病床整備区域と事業推進区域にわけて病床機能を議論する仕組みになっています。これは尾崎会長と都病協の河北博文前会長が福祉保健局を揃って訪ねて交渉してできたのです。保健医療計画も同様で、東京都の医療政策は都医の意見を十分踏まえて立案、遂行されるようになりました。

都立病院の独法化は 民間病院との共存が前提

尾崎 同じ考え方は、都立病院、東京都保健医療公社(以下、公社)病院の独立行政法人化でも貫かれています。都立病院は独法化し、経営の自由度を高めるからといって、そこで何をしてもいいということにはなりません。公的なお金が投入されていることに変わりはなく、地域の民間病院とどういう形で役割を果たしていくかを考えていく必要があります。

猪口 じつは都立病院、公社病院が地域内において特定分野の大半を担っているというケースはほとんどありません。感染症や神経病、あるいは小児科のほとんどを支えているといったことはありますが、それ以外は救急医療、がん、心疾患といった政策医療も含めて、ほとんどは民間が大半を支えています。これを度外視した運営はあってはならないでしょう。多額の税金を投入して機能を備え、周りの病院と競合して苦しめるようなことをしても、結局、それは地域の医療体制を損なわせ

るだけです。地域は困るし、税金は余計にかかるしと、良いことは一つもありません。

尾崎 独法化した病院の具体的な運営体制はこれから検討することになりますが、経営委員会ができるなら、そこには当然、都医や都病協の先生方が参画して意見を言うようにしなければならぬでしょう。

猪口 独法化の話は都立病院経営委員会です。答申を出す際に、1病院あたり50億円という繰入金と、その費用対効果の問題視されたことが発端ですから、運営する際にもそれを十分認識しなければなりません。

尾崎 その方向性についてはすでに東京都の福祉保健局、病院経営本部にも申し上げていますし、ご理解いただいています。それに、運営が効率化されて繰入金を減らすことができれば、冒頭の議論であつた頑張っている民間病院を支える施策の財源にもなります。さすがに一律にばらまくことは難しいでしょうが、地域の人々の暮らしを支えてくれる民間病院が元気になつてもらえる状態に持つていく必要があることは確かです。

患者を支える医療に 病診連携が不可欠

尾崎 以前は診療所に来る患者さんは高血圧や糖尿病、心不全と、1つか、せいぜい2つの疾患を抱える患者さんが大半でしたが、現在の患者さんの大半は70〜80歳代で、高血圧で糖尿病を抱え、心臓も悪くて目は白内障で——と、疾患も3、4つ持っているのが当たり前。3分診療で済む患者さんはほとんどいません。さらに介護予防やフレイ

ル予防を必要としています。これらすべてに診療所単独で対応するのは不可能で、どうしても地域の病院との連携が必要です。都病協会員の先生方にもぜひ、そうした役割を果たしていただくことをお願いしたいです。

京都医師会は医師の職能団体であると同時に、医療機能を代表する立場でもあります。ぜひ、地域医療においてリーダーシップを発揮していただき、これから一緒に頑張っていきたいと考えています。本日はありがとうございました。

解説 2020年民法改正

個人の根保証契約は 「極度額」の定めが必須に

宮澤潤法律事務所パートナー弁護士 柴田 崇氏

2020年4月1日より、改正民法が施行され、保証に関するルールが大きく変更される。それに伴い、入院治療時などに作成する契約書も見直しが求められる。そこで今回、東京都病院協会の研修会でも講演している宮澤潤法律事務所パートナー弁護士柴田崇氏に、具体的な変更点や留意点等について解説いただいた。

根保証契約にあたって 「極度額」の明示が必須に

4月1日からの民法改正で特に留意する必要があるのが「個人の根保証契約」についてのルール変更です。根保証契約とは一定の範囲に属する不特定の債務について保証する契約をいいます。保証人となる時点では、現実にと

れだけの債務が発生するかははっきりしないなど、どれだけの金額の債務を保証するかわからない場合の契約になります。

今回の民法改正で、個人が保証人になる根保証契約については保証人が支払の責任を負う金額の上限となる「極度額(上限額)」を定めなければ、保証契約は効力を生じないことになりました。金額は書面または電子的記録で明記しなければなりません。保証人は、この極度額の範囲でのみ支払いの責任を負うことになります。

4月1日以降に締結する保証契約については、「極度額○○円を限度とする」「入院1か月目から3か月目までの極度額は○○円」といった形で、疑



柴田崇弁護士

義の無い形で明記しなければならず、不確定な要素が入っていると「極度額」とは認められません。

入院契約における(連帯)保証人による保証は、まさに、この根保証契約です。入院契約書の「連帯保証人」欄も、変更が必要になります。現行法に基づいた入院契約書をそのまま使用すると、保証人に対して請求ができなくなってしまう。かならず具体的な金額を明記するようにしてください。

「極度額」未記入の契約は更新の場合でも無効?

民法改正は4月1日から施行されるので、基本的に同日以降に締結された契約が対象になります。ただし、まれに介護施設などでは1〜2年ごとの更新になっている場合があります。そういう施設を持つている場合は留意が必要で、これまでの法改正については、契約の更新については、契約の同一性が保たれている場合には新法の適用がないことが多かったのですが、改正民法については事情が異なります。契約の更新の場合でも、4月1日以降に更新契約書を締結すると新法が適用されることになると思われます。つまり、契約の内容は同じでも、4月1日以降に、署名・捺印をしたか否かで結論が異なることになります。

極度額の具体的金額は「署名・捺印」も念頭に

極度額の具体的な金額については、私たち弁護士仲間の間でも議論がありました。結局、まとまらなかったというのが正直なところです。たとえば極度額を1億円に設定しておけば、よ

ほどのことがないかぎり連帯保証人に不足なく請求できますが、「極度額1億円」が記載された保証契約書に署名・捺印する人は、あまりいないと思います。

病院ごとに未収金の金額を精査していただき、設定することが望ましいのですが、私見を述べるなら、最大100万円が一つの目安になるのではないかと考えています。未収金の相談は、10万円くらいの案件も多数あります。病院の規模によっても違います。長期入院で金額が高くなるころは高めに設定する必要がありますし、短期入院ばかりであれば金額が大きくなるリスクは低くなるので、金額を下げていいと思います。

いずれにせよ、署名捺印してもらうことを考えておく必要があります。保証人が署名捺印しないなら、入院させません」とは、医療機関は言えませんが、未収金の分布を見て、できるだけ低めに設定しておくのが妥当だと考えています。

契約締結後の情報提供義務

もう一つ重要なのが、契約締結後の情報提供義務です。ある日突然、「1年分の入院費用を滞納しています。遅延損害金も発生しています。」という請求が来ても保証人が困るからです。保証人から、支払い状況についての問い合わせがあった際はきちんと回答する義務があります。

ただし、気を付けなければいけないのは、個人情報保護法との兼ね合いです。この未払い等に関する情報自体が「個人情報」なので、保証人にのみ、

伝えなければなりません。電話での回答は保証人の本人確認に難がありますので、保証人宛に封書で親展の記載をした上で回答するくらいの配慮は必要となります。

今すぐ必要な見直しについて

根保証の範囲は、主債務者が死亡した時に元本が確定します。元本が確定すると、その後に発生するものについては、保証は及びません。病院でいえば入院患者が、介護施設では入所者が主たる債務者になっていますので、お亡くなりになった時点で元本が確定してしまうため、その後に発生した費用については保証人に請求することはできません。

そのため、保証契約の条項とは別に、「退所時に発生する費用については責任をもつて支払います。」といった条項をいれておくなど、工夫が必要になります。

もう一つ、留意していただきたいのが、「身元保証人」「身元引受人」という表記です。「保証人」の趣旨で、これらの表現を使用している病院や介護施設もありますが、そもそも「身元保証人」「身元引受人」という言葉は、民法上の用語ではありません。そのため、契約書に、主たる債務者の債務を保証する旨の記載が無いと、医療機関側が保証人のつもりで「身元保証人」「身元引受人」欄を設けていたとしても、「患者の身元を保証しても、お金は保証しませんよ」という主張が成り立ってしまうので、注意が必要です。この機会に契約書の見直しをして頂ければと思います。

(記事内容は2019年10月24日開催の「事務管理部会研修会 病院事務における2020年法改正への対応策」民法改正、働き方改革関連法を中心に)の講演内容を抜粋、再構成したものです)

■お詫びと訂正■

本会報第273号4ページ「私の医道」文中、「日本の医療が保険診療の中でしか医学・医療を考えなくなることを憂える」とあるのは「日本の医師が保険診療の中でしか医学・医療を考えなくなることを憂える」の誤りでした。お詫びして訂正いたします。

編集部

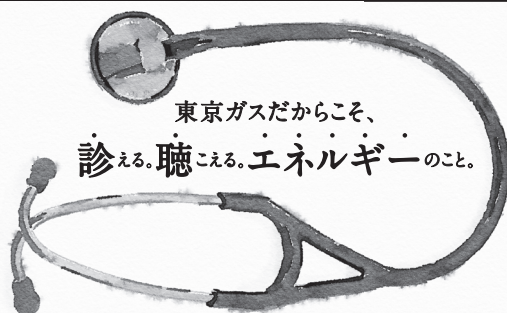
会報270号で結果を発表した「指差し唱和運動標語コンテスト」では、残念ながら入賞はなかった作品の中にもすばらしいものが多く寄せられましたので、会報で紹介しします。

あいさつ 笑顔は 安全守る 第1歩! (いすゞ病院)
 確認は 自分のためと みんなのため
 (社会医療法人社団愛有会 久米川病院)
 「まあ いいか」慣れと過信の落とし穴
 (医療法人社団隆靖会 墨田中央病院)
 確実に!! 指の向こうに見える安全!! ヨシ!
 (社会医療法人社団森山医会 森山記念病院)

指差し唱和運動標語のご紹介

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