

月刊

保険診療

Journal of Health Insurance & Medical Practice

9

2014.Sep.

Vol.69 No.9

Ser.No.1498

特集／医療・介護総合確保推進法（一括法）を考える

～今、医療と介護はどこへ向かっているのか～

視点 自由開業・自由標榜制は守るべきか規制すべきか





自由開業・自由標榜制は守るべきか 規制すべきか

医療法人社団裕和会理事長・長尾クリニック院長 長尾和宏

1 はじめに

自由開業制については、四病協は病院勤務医・開業医の不均衡を是正するために廃止すべしとの声明を出している。一方、日本医師会からは、国による強制配置には反対との立場から、地域での開業医のあり方については医師会と行政が協力して適正な配置を進める必要があるとの考えを示している。

本稿では、日本の医療の現状を踏まえて、自由開業制・自由標榜制がこれまで果たしてきた役割と効用、そしてその限界に触れ、今後規制が必要なのか、もし規制するのであれば、地域医療の確保という観点からどのようなかたちで進めるべきなのか——などについて論述したい。

2 自由開業・自由標榜制の現状

我が国は、現在も自由開業・自由標榜制である。その根拠は憲法に謳われている職業選択の自由に基づいていると聞く。また、適度な競争は質を担保するという側面もある。しかし、専門外の診療科目を標榜することが可能であったり、医師数や診療科から見た場合の適正配置がむずかしいなどの短所も指摘されている。

新規開業の場合、開業後2週間以内に地元の保健所へ開業届を届け出るのであって、許可制ではない。一方、医師会への入会は、市町村医師会の許可制である。親族がその医師会にいる場合や継承事例はフリーパスであるが、新規開業は市町村医師会独自の審査を経る。かつて医師会の政治力は強大であったが、独占禁止法違反に問われた歴史もあり、開業規制に対する実質的権限は年々弱体化している。開業医の医師会入会率を見ると、9割を超える高い数字を維持している市町村医師会が多い一方、都市部では5割を割る医師会もあると聞く。

開業医の自由標榜の実態を見渡すと、カオス状態であると感じる。標榜科目に関しては、従来から医師会が緩やかな自主規制をしてきた。あまりきびしくすると独占

禁止法に抵触するので、抵触しないギリギリのところまで圧力をかけているところが多い。しかし、それが原因で感情的対立が起こり、医師会に非入会になったままという開業医も散見される。

また継承開業の場合、例えば父親が小児科を標榜していた場合、内科勤務医であった息子は、小児科を継承するかどうかが悩むことになる。新たに小児科を標榜する場合は、小児科医会にお伺いを立てることになるが、専門医資格がない場合はやんわりと拒否される。しかし継承の場合は、診療所の既得権益として標榜科目も自動的に継承可能となることが多い。したがって、子どもをほとんど診たことがない小児科標榜医もあり得る。「本物の小児科に行ってください」と説明している小児科標榜医を見たことがある。

現在、ホームページをもつ診療所の場合、ネットで誰でも診療機能を見ることができるようになった。しかしその実態はというと、診療所の情報公開は病院と比較してかなり遅れている。例えば、「経鼻内視鏡します」と書いてあっても、どれくらいの経験がある内視鏡医なのかはまったくわからない。専門医の表記があればある程度の目安になるが、そのような表記がない場合、患者さんは実態を知る術がなく悩むことになる。

また、多剤投薬に悩む患者さんが増えている。歳を取れば病気が増え、病気の数だけ薬が増える。受診する病院や診療所の数ばかりが増える一方で、それらを統制するシステムは存在しない。日本医師会は「かかりつけ医」を謳っているが、国民には到底周知されていない。お薬手帳が唯一の統一ツールであるが、システムとは言いがたい。

このように、患者さん個々の利益のみならず、国益の観点からも自由開業・自由標榜制のデメリットが随所に見られる今、新しいシステムの議論が必要だと考える。

3 フリーランス医師の増加は何をもたらすか

「白い巨塔」に象徴される医局制度が崩壊した結果、新臨床研修医制度を終えたあと、どこかの医局にも所属しないいわゆる「フリーランスのバイト医師」が増えている。しかし、そもそもどの団体にも所属していないため、実態把握は容易ではない。

志の高いフリーランス医師にとっては、医局制度の崩壊は福音だったであろう。悪いしがらみのない世界で高い研鑽を積んだ結果、指導的立場になり大活躍している医師もいる。しかし一方で、お金儲け目当てだけのフリーランスのバイト医師も増えている。彼らは病院や診療所の常勤医師に比して、圧倒的にノータスクでかつ高収入だという。彼らの多くは経済優先で、職業倫理から遠い位置で医業に従事している。医師になってから一度も上司から怒られたことがない人もいるらしい。上司に怒られるのは通常、常勤医である。これらは新臨床研修医制度が生んだ、負の側面とも言える。

極論であるが、もし世の中がフリーランスのバイト医師だけになると大変な事態になるのではないかと。しかしそうならないのは、常勤の医師がフリーランスのバイト医師のリスクをカバーしているからだ。換言すれば、フリーランスのバイト医師が常勤医師の負担を増やしている医療機関もある。

医局派遣のバイト医師は、言葉は悪いが上司や周囲の目があるため、いい加減な仕事はできない。しかし、フリーランスはその場限りでいいので、職業倫理に乏しい医師が出やすくなる。それでも医師不足に喘ぐ医療機関は多く、その足元を見てフリーランスのバイト医師を紹介する民間人材派遣業者が乱立している。今後彼らのようなライフスタイルの医師が増えるだろうが、そうなる国内の診療の質の低下は否めない。

さらに、より大きな利益を得るために、自由開業・自由標榜制をいいことに落下傘開業する人もいる。もちろん医師会には非入会だ。自己の利益だけを目的とした結果、様々な問題を引き起こし、真面目な医師を含む医師全体の世間の評判を落とすことになる。在宅患者紹介ビジネス、貧困ビジネス、医療過誤……。こうした悪循環を許容している現行システムの改善は待たない、ではないか。

彼らは、病院の勤務医でも診療所の開業医でもない新人类的医師だ。医局制度崩壊、自由開業制・自由標榜制

長尾 和宏 (ながお かずひろ)
1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。市立芦屋病院勤務を経て、1995年長尾クリニック開業。日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事などを務める。著書は「平穏死・10の条件」(ブックマン社)、「がんの花道」(小学館)など多数。



が生み出した新しいワーキング・カテゴリーと言える。医局制度崩壊後の、こうしたフリーランス医師に医師会が医局制度崩壊後のガバナンスを発揮すべきだと考える。今ほど医師会のピアレビュー(同業者による評価・検証)機能が期待される時代はない。自由開業・自由標榜制は、現実的には医師会を通してしか議論、実行できないと考える。ただし、以下の条件を満たしてからの話である。

4 本気で医師会全員加入を目指すべき!

横倉会長が日医会長に再選されたばかりだが、医師会はこの時代だからこそ、強気に自治を確立し、ピアレビュー機能を発揮するときである。そのためには全加入を目指すべきではないか。日医以外に全医師を束ねる職能集団はあり得ない。日本医学会との関係修復、連携は、大同団結の大義のもとで議論すべきだ。

自由開業・自由標榜制に規制をかけるとすれば、行政か職能団体のどちらかしかない。多くの医師は行政による規制よりは同業者による規制を選ぶのではないかと。規制のあり方は今後慎重に議論すべきとして、その前提として医師会が全員加入制でない限りこうした提案は成立しない。

世間的には毀誉褒貶の激しい医師会ではあるが、いわゆる「2030年問題*」に対応すべく地域包括ケアシステム推進を見通したとき、医師会への全員加入は大前提になってくるのではないかと。また、在宅医療だけを切り離して議論するのではなく、外来診療と併せて地域包括ケアシステムのなかで再構築されるべきだろう。大半の開業医は、これから「かかりつけ医」という呼び名に置き換えられるべきだ〔拙書『大病院信仰、どこまで続けますか』(主婦の友社刊)をご参照いただきたい〕。家庭医、総合医、プライマリケア医もほぼ同義となろう。

そして、実際に総合医制度を実施しているドイツの現状を、早急に学ぶべき教訓として次に記しておきたい。

※編注：高齢者・単身者の増加と病院のベッド・医師不足により、人生の最期を病院で迎えられない患者が多発するというもの。

5 ドイツの家庭医制度の現状に学ぶ

以下に今春、ドイツの家庭医制度を視察した梅村聡氏（日医総研特別研究員）のレポートから許可を得て引用させていただく。本稿の命題のみならず、日本の医療の将来構想に大いに参考になる資料である。

ドイツ国民の約9割は公的医療保険に、約1割は民間医療保険に入り、どちらかに加入しなければならない。実際に「民間医療保険」に入っているのは、自営業者、公務員、高額所得者であり、この3つのカテゴリーの国民は、公的医療保険、民間医療保険のどちらに入るかを選択できる。その他の国民は「公的医療保険」に入ることになる。

「公的医療保険」と「民間医療保険」で給付に差はほとんどないが、医療機関へのアプローチに若干の優劣が生じる。例えば、「公的医療保険」の患者さんは、開業医（家庭医または専門医）の紹介状がないと緊急以外の病院への入院は難しいが、「民間医療保険」の患者さんは、自分で直接病院に電話をして、教授や部長に手術や入院を予約できる。

医師が開業するときには、保険医協会という組織と「保険医契約」を結ばないといけない。日本と違って、ドイツでは診療報酬は疾病金庫（日本の保険組合）から一旦全額、州保険医協会に入り、そこから、各開業医に診療報酬が分配される。よって「保険医契約」が非常に重要な意味を持つ。まず、開業するにあたって2つの選択に迫られる。すなわち「家庭医」として「保険医契約」するのか、「専門医」として「保険医契約」するのかを判断しないといけない。ちなみに民間医療保険の患者さんしか診ない、あるいは全額自費の患者さんしか診ないという開業医は保険医契約する必要はなく、自由に開業できるという。

では、どうやって「家庭医」になるのか、それとも「専門医」になるのかを判断するのだろうか？ それは、その地域に定員の空きがあるか否かで決断するそうだ。全国を395の地域に分けて、それぞれの地域で、定員制が敷かれている。これは日本の2次医療圏に近いと考えて良い（皮膚科〇〇人、眼科△△人、整形外科□□人、内科☆☆人、家庭医××人……）。診療科目に空きがなければ開業できないが、定員に空きがあれば開業できる。その調整を行っているのが、「州保険医協会」である。その上部に「ドイツ連邦保険医協会」があるのは医師会と同じだ。よって保

険医協会は、医師会と同等か、それ以上の絶大な権限を有している。開業の許諾権だけでなく、診療報酬の配分を決める権限も握っている。日本の中医協にあたるのが、ドイツではGBA（連邦委員会）であるが、ここへ診療側委員として参加しているのは医師会ではなく、「保険医協会」である。

地域にもよるが、収入は「専門医>家庭医」となることが多い。そして、若い医師の間で「家庭医」の人気の非常に落ちている。また国民の間でも必ずしも、「家庭医」に人気があるとは言い難い。地域によっては「家庭医」開業医の定員割れが起きている。よってこれまでドイツの開業医（保険医）の定年制が68歳であったが、2007年からこの68歳定年制が廃止された。

ドイツではイギリスやオランダのように、「家庭医」に強力なゲートキーパー機能を持たせていない。よって国民は自由に「開業医」にも「専門医」にも直接かれる。政治的にも、世論的にも、イギリスのような強いゲートキーパー機能を持たせようという動きはない。むしろ、若い医師の間では、開業の形態が変わってきた。複数人の専門医による「共同クリニック」で開業することが増えてきた。また、これまで「外来=開業医」「入院=病院」と厳格に分けられてきたが、近年、病院が外来業務を行うようになり（これを医療供給センターと呼ぶ）、開業医にとっては脅威となってきた、いろいろな面で摩擦を生んでいる。

以上で引用を終えるが、参考にすべき点と教訓とすべき点が混在している。個人的にはドイツにおいても家庭医に人気がない点が最も気になる。医学教育と国民教育という土台がないと醸成できないのが医療システムなのであろう。

6 「在宅診療科」と「地域包括診療所」の新設を！

2006年に在宅療養支援診療所制度が誕生して、現在は機能強化型在宅療養支援診療所に進化している。充分とは言えないまでも一定の成果は出ていると評価する。今後の地域包括ケアシステムの推進にあたり、二点提案したい。

まずは「在宅診療科」の新設だ。在宅診療を行うとレセプト点数が高くなり、集团的個別指導はもちろんのこと、場合によっては個別指導に呼ばれることになる。そのストレスから在宅医療をためらう医師もいると聞く。私はかねてから「在宅診療科」という診療科目を新設し、「透析科」と同様、レセプト審査も別枠でやるべきであ

ると提案してきた。

もう一つは、「かかりつけ医」の進化版である「地域包括診療所」の新設だ。今春の診療報酬改定を「地域包括ケア改定」と勝手に命名させていただいたが、今後、「かかりつけ医」と在宅医療をセットで考えるべきであり、「地域包括診療所」のようなイメージの診療所を地域単位に配置すべきと考える。もちろん地域包括ケアにおいて中心的機能を果たすためだ。そうなるに従来の自由開業・自由標榜の診療所とは位置づけがかなり異なってくる気がする。こうした新しい発想のもとで議論をしたい。

地域包括ケアシステムへの参画・推進はもちろん、研修医などの教育義務も負うため、公益性が高い診療所として位置づけるべきだ。あるいは既存の社会医療法人の診療所版でもいいし、財団法人の診療所版でもいい。さらには非営利型ホールディング法人のように、地域の病院や社会福祉法人とタッグを組んでもよいだろう。とにかく公的な責務を負う診療所を増やしていくシステム作りが大切だろう。その場合、行政が許認可権をもつ。対象は、地域医療計画に合致するすでに実績をもっている診療所から公募して、認定してはどうか。

そうすると、本稿の自由開業・自由標榜制の議論は、二つの診療所形態を想定して行うことになるだろう。すなわち、従来の開業医と「非営利型・地域包括診療所」のようなものに分けて議論すべきではないか。

7 待ったなしの、自由開業・自由標榜制議論

以上、勝手な私見を並べたが「自由開業・自由標榜制は守るべきか規制すべきか」という命題についてまとめた。

(1) 自由開業・自由標榜制からの転換

少子・超高齢・多死社会が今後、数十年間進行するなか、医師の偏在の是正の道筋もみえず、地域包括ケアシステムの推進の具体的構想さえもいまだ不明瞭な現状を考えると、従来からの自由開業・自由標榜制の存続はあり得ないだろう。本稿に与えられたテーマのような改善策を早急に議論すべきだ。それは社会的利益だけでなく、今後の地域ニーズに合致しない無謀な開業であとで泣くことになる医師個人の利益にもなる。

(2) 行政と医師会による医療の適正配置

今後の医療資源の配置は、あまりにも地域差が大きい。住民にとって市町村行政に任せられる地域包括ケアであるのと同様に、診療所にとっては都道府県の地域医療計画に基づく適正配置を本気で検討すべき時代に入った。市区町村の行政と医師会で作る協議会のような機関で検討された方向性を市民にも公開していくべきだろう。すなわち、こうした地域医療計画を含めての地域包括ケア「システム」なのである。

(3) 医師会への全員加入の徹底

医師会全員加入制を急ぐべきである。そのためには、医師会がまずは公益性を高めることだ。単なる仲良しクラブから上手に脱皮しながら、一方では法律の後ろ楯も得ながら、諸外国のように全員加入制の実現に向けて、強く舵を切るべきだ。

(4) 自由標榜制の規制のあり方の検討

ゆるやかでいいから、「専門医認定機構」の充実と呼応して、自由標榜制の規制のあり方の検討を始めるべきだ。現行の専門医至上主義のままだと、地域では「地域包括ケア」の精神にそぐわない点が多々出てくる。すべての医療システム構築は、専門医療は当然として、地域包括ケアが両輪であることを医療者のみならず、全国へ周知するべきだ。

(5) 日本における家庭医制度の創設

今こそドイツの現状に学ぶべきだ。家庭医の人気のない家庭医制度は、国民にとっても医師にとっても幸せとはいえない。ましてやイギリス型家庭医は日本にはなじまない。イギリスやドイツの先例を充分参考にしながら、日本版の家庭医制度創設を真剣に検討すべき時期に来ている。その前提として国民皆保険制度の堅持に、全力を挙げるべきである。

(6) 日本型医療システムの再構築

医療を巡る社会情勢が逼迫するなか、自由開業・自由標榜制の見直しは避けられないと考える。日本医師会、日本医学会、病院団体、専門医認定機構、そして行政が「まじくった」フラットな議論が急務であろう。真に国民の幸福に寄与できる日本型医療システムの再構築は、国民皆保険制度存続の最大の条件であると認識している。