

ISBN978-4-86439-190-0
C3036 ¥4500E



9784864391900

定価： 本体4,500円+税
日本医療企画



1923036045007

2013
年度版

医療白書

在宅医療の進展で日本の医療はどう変わるか

編集委員代表 矢崎義雄
企画・制作 ヘルスケア総合政策研究所

JMP
日本医療企画

医療白書 2013 年度版

在宅医療の進展で 日本の医療は どう変わるか

病院から居宅への移行が新たな医療像を描く

編集委員代表 ● 矢崎義雄 国際医療福祉大学総長

企画・制作 ● ヘルスケア総合政策研究所



医療が変わる、在宅が変える

いま、わが国に求められる新たな医療のかたち——在宅医療。病院医療から在宅医療への転換は、医療をどのように変え、何をもたらすのか。

省庁、業界団体へのインタビューのほか、現場の最前線の声、周辺産業の市場動向も掲載。
2013年現在の、そして未来の在宅医療の姿を知るために必読の書！

永井康徳(医療法人ゆうの森理事長)、広井良典(千葉大学法経学部教授)、苛原実(いらはら診療所院長)、堂垂伸治(どうたれ内科診療所院長)、玉井顯(敦賀温泉病院理事長)、佐々木淳(医療法人社団悠翔会理事長)、鉦裕和(医療法人社団つくしんぼ会理事長)、大磯義一郎(浜松医科大学医学部教授)ほか
現在の在宅医療が抱える課題に向き合う第一人者が語る
現場での取り組みが、これからの在宅医療の羅針盤となる！

「病院医療から在宅医療へ——超高齢社会に向けた挑戦」

矢崎義雄 × 遠藤久夫 × 太田秀樹 × 中村秀一 × 宮崎和加子

収録

座談会

第4章

開業医を取り巻く現状と課題

自由開業・標榜規制は
医師の偏在を解消できる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

勤務医の過重労働は現在も続いている。超高齢化に伴い、患者の数が増えているため人口が減少しても救急車の出動件数は増える一方だ。老年病の大半は地域にあり、問題解決に向けては日本老年医学会や日本プライマリ・ケア連合学会が鍵を握っている。臓器別縦割り教育の限界も近づいており、将来、開業医は専門医か総合医に大別されることになるだろう。本稿では自由開業・標榜規制をはじめ、かかりつけ医と総合診療医の問題、フリーアクセスの制限、そして国民皆保険制度の堅持といった、現在、日本の医療が抱えるさまざまな課題を検証する。

1 勤務医・開業医を取り巻く現状

(1) 勤務医の過重労働は続いている

日本の医療システムは世界一である。患者さんにそう言っても「本当？」と言り返される。患者さんの頭のなかには、医療制度＝3割の窓口負担のイメージが強い。しかし、国家として最低の投資で最高の成果をあげている事実は、紛れもなく52年の歴史を有する国民皆保険制度の功績である。これは医療界では常識であっても患者はほとんど知らない。「TPP参加によって皆保険制度が壊れるかもしれない」などと話しても国民の心には響かない。国民にとって皆保険制度は、もはや空気や水のようにあまりにも当たり前の存在のようだ。世界に誇る成果は、実は勤務医の過重労働によって成り立っていることも、多くの国民は知らない。

筆者は労働衛生コンサルタントでもあるが、もし労働基準法を全勤務医に適用したならば、多くの勤務医は月80時間以上の過重労働に該当し、産業医の面談を受けなければならない(図1)。あるいはそれを怠って過重労働を放置している病院管理者は最悪、処罰される可能性がある。しかし、なぜそんな現実が表立って語られないのだろうか？ それは、もし現実を直視し、法律を正しく適用すると、多くの急性期病院が業務停止に追い込まれるからだ。すなわち、違法状態に置かれながらも、見て見ぬふりをするという異常事

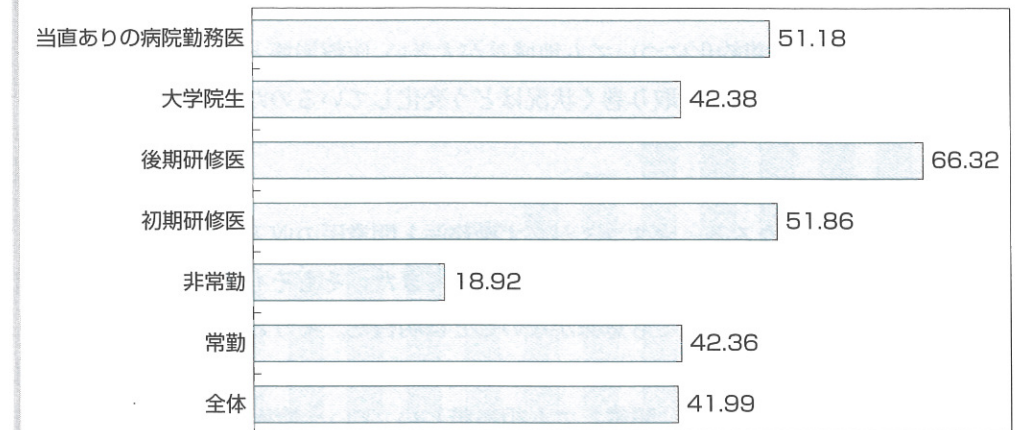


図1 勤務医の1か月当たりの残業時間

出典：「勤務医労働実態調査2012年の集計結果(速報値)」

態が現在も続いているのである。詳しくは拙著『パンドラの箱を開けよう』(エピック)を参照いただきたい。そうした勤務医の犠牲の上に、最高のパフォーマンスが維持されているのだ。

超高齢化に伴い、当然病気の数が増える。人口は減少しても救急車の出動件数は増える一方だ。患者の要求、コンビニ受診も増加の一途で、かかりつけ医のゲートキーパー機能もいまだ国民には周知されておらず、急性期病院の勤務医の負担は本質的には変わっていないと感じる。

(2) 医療崩壊と立ち去り型サボタージュ

小松秀樹^{注1)}先生が“医療崩壊”や“立ち去り型サボタージュ”を提唱されてから、早数年が経過した。過重労働で疲れ果てた勤務医が続々と病院を去り、開業医に転じたり、より労働条件の良い職場を求めて移動した時期があった。民主党政権下での医療政策で、医療崩壊が少し改善され、この事実は関係者の間ではそれなりに評価されている。

しかし、いまだ状況は本質的には解決されていないとも感じる。急性期病院へのフリーアクセスは現在も可能であり、受けた限りはしっかりやらないと訴えられる。一方、手が回らなくて受け入れ不能と言うと、今度は「たらい回し」とバッシングされる。臓器別縦割り医療のなか、全科の当直医を置くことは不可能である。特定の専門科の若い医師が当

注1) 医療法人鉄蕉会亀田総合病院副院長。主な著書に『医療崩壊—立ち去り型サボタージュとは何か』(朝日新聞社)、『医療の限界』(新潮社)など。

直を担当することが多い。また休日夜間の急性期病院の質の担保も大きな課題であるが、医療崩壊と立ち去り型サボタージュのあおりを受けて、解決の糸口がなかなか見えないのが現場だ。急性期病院の集約化についても地域差が大きい。医療崩壊と立ち去り型サボタージュの結果、果たして開業医を取り巻く状況はどう変化しているのだろうか。

(3) 勤務医 VS 開業医の損得勘定

診療報酬改定が近くなると、マスコミが必ず勤務医と開業医の収入差を報じてきた。それが開業医の診療報酬を下げるための口実にもなってきた。そもそもサラリーマンと自営業の経営者の収入を単純比較しても意味がないことは明白だ。そうわかっている、毎回、同じことが繰り返されてきた。真に受けて病院から逃げ出した勤務医は、医療崩壊の一翼を担ってきた。最近はずが「開業しても相当厳しい」という情報が行きわたり、勤務医の大量流出はいったん収まったように見える。しかし、当直明けのまま手術に入る外科医がいまだに普通であるように、医師の過重労働問題はまだまだ解決していない。

一方、開業医の収入もこの10年間、右肩下がりが続いている。診療報酬が右肩下がりであるのに加えて、景気低迷、受診抑制、長期投薬の増加などの影響であろう。新規開業の際、在宅医療や小児科を加えることをアドバイスする経営コンサルタントが多い。病院で担っていた専門分野だけを掲げて開業しても、食べていけない開業医が増えている。彼らは、開業後も経営が安定するまでの数年間は、病院の当直など他の医療機関のアルバイト診療を掛け持ちしているという。

(4) 自由開業・自由標榜の長所と短所

さて、わが国は、自由開業・自由標榜制である。本稿の主題でもあるが、その長所と短所を考えてみた。自由開業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。また適度な競争が質の担保をもたらしている。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難しいなどの短所がある。

開業届けは、開業後10日以内に地元の保健所に届け出ることになっている。すなわち「開業」とは許可制ではなく届け出制である。一方、医師会への入会は許可制である。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。かつては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っている。開業医の医師会入会率を見渡すと、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割を切る医師会もあると聞く。

(5) 時代は開業医の労働問題へ

国は多死社会がピークを迎えるいわゆる“2025年問題”を乗り越えるために、地域包括

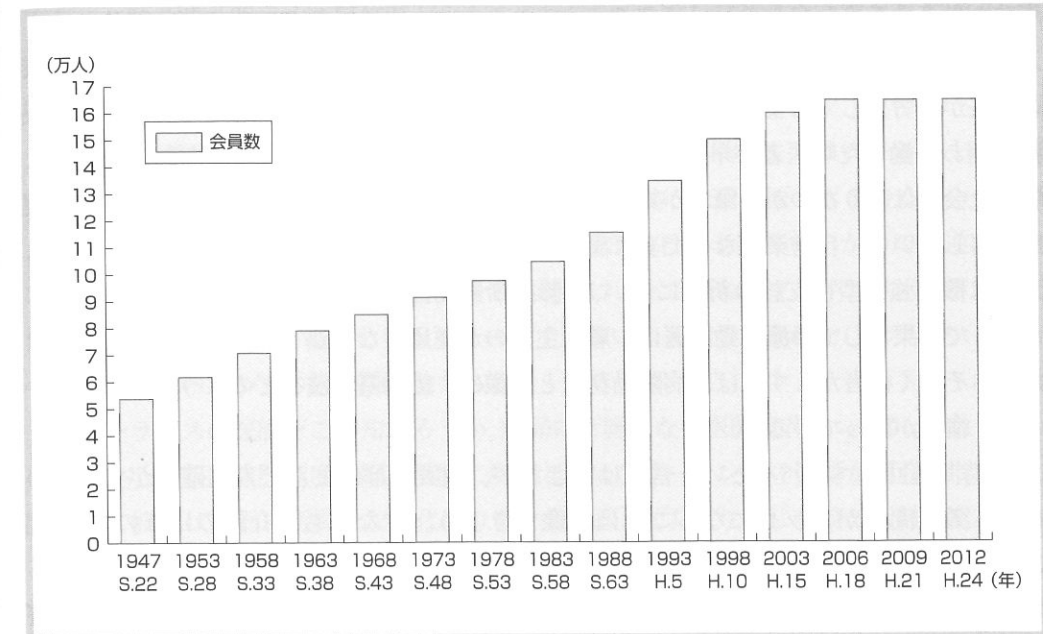


図2 日本医師会会員数の推移

出典：「日本医師会の紹介パンフレット」(日本医師会)
参照URL(4頁目です) <http://www.med.or.jp/jma/about/pamphlet.html>

ケアシステムを推進している。税・社会保障改革の核心とは、地域包括ケアシステムである。かかりつけ医と地域拠点病院や療養病床との連携強化、介護を含めた多職種連携が謳われている。そのなかで中心的役割を果たすのが、在宅医療である。かかりつけ医は自分が診ている患者さんが通院できなくなれば、往診し、在宅医療のなかで看取りまで行うことが期待されている。

2006(平成18)年に在宅療養支援診療所(在支診)制度が創設され、2012年には機能強化型在宅療養支援診療所制度に進化した。現在、在宅医療は3類型で提供されている。すなわち、機能強化型と従来型の在宅療養支援診療所、そして何も届けていない診療所だ。前2者には高い診療報酬がついているが、その要件の一つに、24時間365日対応がある。患者から見れば、大変安心できるフレーズではあるが、労働問題の観点からは大きな課題をはらんでいる。病院の当直も基本的には勤務時間である。同様に在宅医の待機時間も厳密には当直に準じる。緊急コールを受けて必要な往診ができないと、最悪の場合、重大な過失を問われる可能性がある。

週40時間という一般労働者の労働条件をそのまま適用するならば、1人の患者を24時間365日管理するためには、計算上、3~4人程度の常勤医が必要であることがわかる。機能強化型在支診の3人の常勤医が3日に1回、携帯電話を回せば、計算上は、労働基準法に定められた労働時間問題はクリアできる。その意味では3人という数字はそれなりの

意味があるのかもしれない。

しかし、診療所経営者は自営業者であり、現実には労働基準法は適用されない。自営業の社長が過労死してもまったくの犬死にだ。かつては開業医の労働問題など存在せず、昼夜を問わず働いた町医者が高齢で早死にしてきた事実があった。それはあくまで昔の話であり、現代社会ではどうなのか。筆者が知っている在宅看取り数の多い在宅医は、ほぼ全員、健康を害している。自営業者なので表に出ることは少ないが、直視すべき現実であると思う。さらに機能強化型在支診の新設に伴い、“診療所勤務医”という新しいカテゴリーが生じたことで、果たして診療所勤務医は、雇用主なのか雇用者なのかという新たな命題ができた。おそらく後者だとすれば、病院勤務医と同様に、労働基準法をどのように適用するかという宿題が待っている。

24時間巡回型ヘルパーという言葉はできたが、現実にはほとんど人材確保ができていない。労働問題がネックになることは想像できよう。すなわち、介護のほうの24時間365日がまったく担保されないまま、医療のほうのみ24時間365日が強いられているという極めてアンバランスな現実をどう考えるのかが課題だ。笛吹けど踊らずで、在宅医療に参入する医師が思うように増えない背景には、こうした事情も影響していると想像する。無論、そのために機能強化型が新設されたはずだが、成果はまだ見えてこない。いずれにせよ、地域包括ケアシステムを推進すればするほど、病院勤務医より在宅医の労働条件が悪くなるという逆転現象が起きる。そして開業医の労働問題という新たな課題も生じることになる。

(6) 新研修医制度は何をもたらしたのか？

筆者が医学生るとき、日野原重明先生をお招きしてプライマリケア医の勉強会を主催していた。専門医に対する総合医(General Practitioner: GP)の必要性は、30年以上前から学園祭などを通じて啓発してきた。果たして新臨床研修医制度として実現したが、その成果は出ているのだろうか。

新臨床研修医制度の創設は、医局制度の衰退を招いた。そして関連病院への人材派遣は、従来の医局から民間医局などの人材派遣会社に移管されてきた。かつて医局に上納されていたわずかな御礼は、今では人材派遣会社への年収の2割という成功報酬に置き換わった。年収1,000万円の医師を紹介してくれた人材派遣会社に、その2割に相当する200万円の御礼を支払っている病院は少なくない。そうした新研修医制度の“余波”を病院経営者は痛感するものの、経営者の怠慢のように見られ歯がゆい思いをしている。

新研修医制度は、優れたプライマリ・ケア能力を有する医師を養成する目的で創設された。その発想は正しいのだが、研修医のモチベーションが充分についていない。医学生の延長のような3年間の研修医生活を送っている者もいる。当院は、いくつかの研修病院の研修医を受け入れ、在宅医療や地域包括ケアを教えている。研修医に労働環境を聞

くと、9時5時を明言する研修医が少なくない。「やることがないので夕方からはゴルフの打ちっ放しで時間を潰しています」と屈託のない笑顔で話す研修医の横顔を眺めながら、「この国の医療はどこへ行こうとしているのか」とため息をついた。

私の夜の訪問診療が終わるのは午後10時過ぎであるが、最後までついてきてくれた研修医はこれまでたった1人だけだ。通常は午後5時、熱心な研修医でも7時くらいには帰る。9時5時の研修医を教えているのは、24時間365日の老医……。かつては逆であったはずだ。やはりどこかおかしい。新研修医制度によって優れたプライマリ・ケア医、総合医、在宅医が生まれる姿がとてもイメージできない。もちろん優れたGPの卵もいるが、そうした状況のなかでの総合医議論である。

フリーランスの医師をご存知だろうか。医局に所属しない医師は昔もいたが、少数であった。しかし、新研修医制度以降、医局に所属しないフリーランスの医師が明らかに増加している。彼らは医局に所属しない代わりに、民間医局(ずばり同じ名前の人材派遣業者も存在する)に登録し、割の良いアルバイトをまるでサーフィンのように乗り換えて行く。常勤医になるとそれなりの責任や時間外労働が生じるが、そうした煩わしさとは無縁の職場を探し歩く。医師の場合は、非正規雇用のほうが得をする場合が大半だ。そんな医師でも雇わなくてはやっていけないという現場の事情もある。

新研修医制度はそうした損得勘定で動く医師を量産しているという側面もある。もちろん、そうした医師はまだ少数だろう。しかし、かつては医局制度という風土のなかで自然に培われていた医師の倫理が欠落した医師が生み出されていると感じる。経営コンサルタントがみつめてきた条件の良い開業を選択するが、そこに専門性はもちろん総合性は期待できない。20年後の日本の地域医療のレベルは先進医療、専門医療以外では、確実に低下しているものと想像する。

(7) 患者紹介ビジネスに見る“医の倫理崩壊”

そんな新規開業医に、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)の入所者を在宅医療として斡旋する業者が積極的にアプローチしている。在宅患者さんを紹介する代わりに、診療報酬の2割をキックバックするという密約を交わした上で患者さんを紹介しているのだ。経営が安定していない新規開業医は、その無料登録に応じている。こうした患者紹介ビジネスが違法であるか否かについては、2013年2月20日の参議院予算委員会で議論された。田村厚生労働大臣は、「それを規制する法律がなく、想定外の出来事である」との認識を述べ、実態調査を行うことを明言した。

現実には、常に想定を超えている。患者紹介ビジネスは、サ高住ですでに常態化しているが、実態を表すデータはない。キックバックが表に出にくいからだ。上納している紹介料は、開業医が「コンサルタント料」として税務申告しているであろうから、その一点でしか捕捉できず、医療行政と税務行政の縦割りがその実態解明を拒んでいる。

また、そうした患者紹介ビジネスに登録している医師は、「患者を紹介してもらって見返りに、2割の御礼を払ってなぜいけないのか」と開き直る。世界医師会の倫理規定でも、患者紹介でお金を払ってはいけないことがちゃんと謳われている。ちなみに調剤薬局と開業医の関係も同様だ。キックバックの出所は、診療報酬。すなわち保険料と税金、公金である。風俗営業の客引きへのキックバックとの違いが理解できない程度の社会常識しか持たない医師が開業しているのも一部ではあろうが現実である。患者紹介ビジネスが直ちに違法とは言えなくても、医師の倫理規定に反していることは明白である。しかしそれを理解できない若い医師が増えていることを看過してはいけない。臓器別縦割りの医学教育はもちろん大切だが、医の倫理養育を早急に見直す必要があるだろう。

2 医療界は自己変革を遂げられるか

(1) 臓器別縦割り教育・医療の限界

臓器別縦割り教育・医療の限界が指摘されて久しい。しかし現実には、ほとんど是正されていないように感じる。多愁訴^{しゆうそ}を有する高齢者に対しても旧態依然とした専門医療を提供するのみの大病院の実態がそれを象徴している。90歳の高齢者が、大病院の5～6つの診療科をハシゴして20種類以上の多剤投薬を受け、さらにその半分以上は飲んでいないという現実を直視することから改革を始めたい。そうした現状を見ずに勤務医の労働問題を論じてみても本末転倒かもしれない。あるいは対症療法にすぎない気がする。

高齢者医療が日本の医療の半分を占めるのに、全国80の医学部のうち約20にしか老年医学講座がないという現実がある。しかもそこで研究されていることは、“高齢者の臓器別縦割り医療”が中心であって、高齢者が求めている総合診療とは解離している。すなわち、多くの老年医学講座が、あまりに高齢者医療の実態から遊離しているのである。老年病の大半は地域にある。老年医学会が、病院老年医学からの脱却を本気で試みない限り、臓器別縦割り教育・医療から脱却する道筋は見えてこない。

(2) 拡大が止まらない医療者サイドと国民ニーズのかい離

巷に広がる医療不信、医療否定は、医療者サイドと国民ニーズが解離した結果である。たいへん厳しい表現になり恐縮であるが、あえて言わせていただければ、総合性という指向を見失った医学教育の当然の帰結と言えよう。日野原重明先生がウィリアム・オスラ^{注2)}先生から学ばれた時代から、すでに40年以上経過しているのに、医学界、医療界

注2)アメリカの医学教育の基礎をつくり、日本にも多大な影響を与えた内科医(1849年7月12日 - 1919年12月29日)。

が日野原医師から本気で学んでこなかったツケであるようにも思える。医療者サイドと国民ニーズのかい離を埋める戦略が必要だ。本稿のテーマに沿うならば、自由開業制にある程度の規制はあり得ると思う。自由標榜制の規制に関しては、専門性と総合性に大別されるだろう。すなわち、開業医も専門医と総合医に大別されるべきであり、その上でのスペシャリティであろう。医学会の専門医との連動性が議論されようが、単にポイント制ではなく、開業医の年齢や実績も考慮されるべきであろう。

(3) 医療否定からは何も生まれない

医療否定ブームは、国民を幸せにしないと思う。しかし現在の日本の医療内容は、国民から背を向けられても仕方がないのかなとも感じる。筆者は、2013年8月に『「医療否定本」に殺されないための48の真実』(扶桑社)という本を世に問うた。しかし書きながら、非常に悩んだ。現状のままであるなら医療否定もある程度は仕方がないのかな、とも感じるからだ。しかし、私は医学、医療の可能性を信じている。それらが国民の幸福に寄与できるものであると信じている。医療界は自己変革できるものであるという期待をこめて本書を書いたのが本当のところだ。

日本慢性期医療協会は、「良質な慢性期医療がないと日本の医療は成り立たない」をスローガンに掲げているが、そのとおりであると思う。慢性期医療を高齢者医療に置き換えても、大意は変わらないだろう。ここで言う“良質”とは、医学的に正しいことは当然として、高齢者のニーズや実情に即しているという意味である。裏を返せば、まだ多くの課題が残されているということであり、医療界の自己変革を期待したい。

(4) 専門医制度は何を指向するのか

私も専門医資格を有している。昔、開業するときに必要なだろうと言われた記憶がある。あるいは、診療報酬が専門医の有無で違ってくるのでは、とも言われた。しかし30年間臨床医をやってきて、専門医の資格が必要であった局面は幸か不幸か一度もなかった。それなりの労力をかけて取得し、維持してきた専門医ではあるが、私の医者人生となんに関係もないまま今日まで来た。強いて言うなら、資格更新に必要な単位を得るために忙しいなかをぬって、わずかな時間でも学会場に足を運んだことが、専門医の唯一の功績(?)だった。もっとも、24時間365日対応があるので、後ろめたい気持ちなどがどこかにあった。

先日、先輩在宅医から、「お前もそろそろ専門医を捨てる年齢が近くなってきたぞ」と肩をたたかれた。聞くと、その先輩は毎年、資格等を一つずつ“身じまい”しているそうだ。先輩のありがたい忠告を聞きながら、ああそのとおりだなと思うと同時に、これからの専門医にはこうした想いをさせたくないとも思った。

(5) 総合診療専門医の近未来

総合診療専門医という資格ができるが、病院内の話であって開業医には関係ないものと眺めている。病院総合医の勉強会に行くと、「ジェネラリストのアイデンティティ」という言葉がやたら出てくる。裏を返せば、それだけアイデンティティがないということだ。そうした病院総合医には、専門医の称号が新設されることは大歓迎である。しかし、総合医という専門医が、どこまで市民権を得るのかは不明である。第三者機関として新設される予定の日本専門医機構(仮称)での本格的な議論が待たれる。

一方、日本医師会(日医)はあくまで「かかりつけ医」という言葉にこだわっている。それぞれの専門性を維持しながらもゲートキーパーの役割を果たし、地域連携や在宅医療にも参画する開業医をイメージしている。考えてみれば開業医とはそもそもそういったものであった。それが病院の専門分化のあおりを受けて、あまりにも専門医志向になったことを是正しようという反動である。決して新しいものではなく、開業医のあるべき姿であろう。したがって、日医は「患者を総合的に診て……」など、「総合」という言葉はあまり表に出て欲しくないようである。

さて、病院の総合診療専門医と地域の「かかりつけ医」の近未来はどうなるのであろうか。病院の総合診療専門医はやがて地域の「かかりつけ医」として活躍するのであろうか。将来は、地域総合診療医などの資格もできるのであろうか。興味はつきないが、私見を述べるなら、地域においては「かかりつけ医」という多少ファジーな存在で良いと思う。日本医師会生涯教育制度をもう少しわかりやすいものに改善して、効力を強めることを期待する。

いずれにせよ、将来、自由開業・標榜規制と「専門医制度」、「かかりつけ医制度」は密接な関係になると予想している。ある程度の将来指針が発表されると、病院の総合診療専門医の人気は上がるだろう。それは日本の将来のためには望ましい姿だと思う。自由開業・標榜規制に対して、「専門医制度」と「かかりつけ医制度」のどちらが優先されるのかについてはわからない。今後、地域包括ケアへの貢献度の高いほうの資格が開業の要件になる可能性があると考え。生涯教育は、資格更新のために必須化される可能性もある。そのための、日医は加入率を高めておく必要がある。

(6) 実践的な老年医学の推進のために何をすべきか

実践的な老年医学教育の実施が急がれる。今後の人口動態を勘案するならば、医学教育のスキームの中心に老年医学を位置づけるべきである。実践的な老年医学は、現場から発信されている。在宅医学がまさにそうである。今後、大学の老年医学はより実践的なものになるだろう。いや、国民のニーズを考えたら、やり遂げないといけない。そのためには、大学関係者の意識改革から始めないといけない。医学部での教育に、地域の老年医学や在宅医療のエキスパートを採り入れるべきである。彼らは教育についても即戦力となるだろ

う。さらに、医学部の臨床を教えている教員は必ず一定期間、地域に出るべきである。開業医の多くは大学病院を知っているが、大学病院の教授は開業医をほとんど知らない。

私は、1年間、大学教授と経験のある在支診の院長が入れ替わるべきだと話す。するとみんな笑うので、「では、1週間だけならどうですか?」と問いなおしてみるとシーンとなる。多死社会における医療に対応するためには、それくらい斬新、大胆な発想が必要だろう。まして、もし自由開業・標榜規制を論じるならば、医学部教職や学識経験者は一定期間、地域の空気を吸うべきであろう。そうしないと自由開業・標榜規制の意味が薄れると考える。

(7) 急がれる死生学、終末期医療学講座の新設

筆者は「死」に関する書籍を何冊か出している。『「平穏死」10の条件』(ブックマン社)はベストセラーになった。2013年度の秋田大学医学部保健学科の入学試験の小論文はこの本のなかから出題されたが、どんな答案が寄せられたのかたいへん興味がある。入試で死を問うことは聞いたことがないので、秋田大学関係者の勇気に敬意を表する。

医学部に死を教える講座がほとんどないことは異常だと思う。人間の死亡率が100%である限り、死生学や終末期医療についての教育がないと医学部とは言えない。医療改革は、死生学、終末期医療学講座の創設から始まると考える。死生学、終末期医療学講座の新設は、自由開業・標榜規制の土台となるべきである。

3 問題山積のなかで迫られる選択

(1) 開業医は、専門医か総合医に大別される

近い将来、開業医は専門医か総合医に大別されるであろう。専門性の高い開業医も必要だ。重症の睡眠時無呼吸症候群の管理やブリットル型(不安定型)のI型糖尿病の管理は、専門性の高い開業医が適任である。外来抗がん剤治療も、場合によっては、地域の専門医のほうが患者さんには便利だろう。こうした考えは、当然、自由開業・標榜規制と大いに関係がある。

(2) 在宅医療に参画するのか、しないのか

開業医は、在宅医療に参画するのか、しないのかでも大別される時代が来る。高い専門性を有していながら、在宅医療にも参入する医師も増えるであろう。開業医の基本的スタンスとして、在宅医療に参画するのか、しないかについては、できるだけ早くから考えておくべきだろう。筆者は、医学部1年のときに、地域の総合医になることを決めていた。

兵庫県尼崎市では看護教育で、新入生はまず真っ先に在宅医療に預けられる。こうした

強烈な体験をすることで、プロ意識が高まるそうだ。一方、医学部には在宅医療について教える講座はない。臨床実習や研修で、在宅医療を少しかじる程度だ。その点は、看護学校のほうがかなり進んでおり、医学部でもアーリーエクスポージャー（早期臨床体験学習）を実践すべきだ。

（3）地域包括ケアに参画するのか、しないのか

在宅医療に参画しても地域包括ケアには無関心な医師がいるが、これは本来の趣旨に反している。地域包括ケアの一部が在宅医療であることを理解できない医師は、今後は自由開業・標榜規制の網にかかる可能性がある。地域包括ケアと言えば、医師より歯科医のほうが熱心である。厚労省の会議を聞いていると、地域包括ケア推進の障害になっているのは誰かと言えば、医師であるというのが共通認識である。一方、歯科医は非常に熱心である。「口腔ケア、摂食・嚥下リハビリの重要性はますます大きくなるので、在宅医療はこれから歯科医のほうにお願いしようか」という半分冗談の意見を何度も聞いた。

自由開業・標榜規制を考えるときに、歯科医はどうなるのかも考えておく必要がある。すなわち、地域包括ケアに熱心な歯科医は重宝される可能性がある。歯科医の周辺には、歯科衛生士、栄養士、薬剤師もいて、それぞれ地域包括ケアに対して医師よりも熱心である。医療従事者を対象に、地域包括ケアの勉強会を開催しても、医師の参加は1割以下である。本来イニシアチブをとるべき医師の自由開業・標榜規制には、ぜひ、地域包括ケアへの参画を評価すべきである。

（4）地域包括ケアの推進者は誰なのか

地域包括ケアの推進者は誰なのか？ という問いに対する回答は、「誰でも良い」である。できれば地区医師会や市町村行政が音頭をとるべきだ。実際、医師会長や首長が、在宅医療の旗を振っている市町村の地域包括ケアは、順調に始動しつつある。問題は、医師会長や首長が熱心でない場合だ。その場合、医療法人や民間企業が推進しても良いという意見が公表されている。もちろん介護者を支援しているNPOや訪問看護ステーションでも良い。仮に、一般の医療法人や医院が地域包括ケアの推進者となる場合、医師会との関係性が懸念される。

（5）スタンスの明確化を迫られる日本医師会

さて、自由開業・自由標榜に対する市町村医師会のスタンスはさまざまだ。地域性重視の観点からは、多様性は決して悪くない。すべてはその医師会のスタンスにかかっている。しかし、会員の既得権益と憲法で保障された職業選択の自由の狭間で悩んでいる市町村医師会の幹部（新規開業担当）も多い。すなわち、既得権益に固執すると「欲張り村の村長さん」になってしまう。一方、既得権益を損ねると、既存の会員から「何のための医師会な

のか」と突き上げをくらう。極論すれば、医師会は地域を向いているのか、会員を向いているのかがより明白に問われる時代になってきた。答えは当然、「両方を向いている」なのだろうが、自由開業・自由標榜に関する日医の力強い発信を待っている。

（6）大同団結で日本医療の危機に立ち向かう

日本医師会は、開業医が中心の職能団体であると世間には認識されている。しかし実際には、勤務医も多く含んでいる。一方、両者の仲が良いかと問われたら何と答えたら良いのか知らない。開業医と勤務医の大同団結が、医師会の今後の大きな課題だ。そこにもって、日本医師会と日本医学会の分裂なる噂話を聞いた。日本医学会が日本医師会から脱退、独立しようとしているという噂だ。歴史的に見ると、日本医学会は日本医師会に包含されてきた。開業医と勤務医の大同団結を願う一人としては、日本医師会と日本医学会ができるだけ仲良くしてもらわないと、目指すところから遠ざかってしまう。

日本の医療界はさまざまな意味で危機に瀕している。かかりつけ医と総合診療医の問題、フリーアクセスの制限、地域包括ケアシステムの推進、そして国民皆保険制度の崩壊……。それらの危機に対峙するためには、さまざまな方面での大同団結が必要だ。そんな時局において、それに相反する動きを耳にして将来を案じている。こうした噂が杞憂であることを祈り、稿を終える。