

アメリカの専門医認定制度と反トラスト法

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/40113

論壇

アメリカの専門医認定制度と 反トラスト法

金沢大学教授 石田 道彦

はじめに

2013年4月22日に公表された厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会報告書」では、現在の学会主導の専門医の認定体制を見直し、中立的で独立した第三者機関の創設によって、専門医の認定体制を整備し、厳格化を図ることが提言された。

同報告書では、かかりつけ医機能を果たす新たな専門医として総合診療専門医の養成、認定という今後の医療提供体制のあり方に大きな影響を与える重要な指摘がなされている。さらに、医師の専門性や地域の分布状況を勘案し、診療科間で均衡のとれた医師の養成を図るといっ

た方策が示されており、特定の診療分野における医師の不足という課題に対して

も専門医の養成を通じた長期的な解決策が示唆されている。これを受けて2013年8月には、日本医学会、日本医師会など5団体により「日本専門医機構」(仮称)の準備委員会が設立されている。

専門医の認定に関わる新たな第三者機関の創設は、医療専門職の自律的な活動を通じて一定の医療水準や医療供給の確保を図るものであり、これまでわが国では希薄であった手法を導入するものとして注目される。他方で、専門職団体の活動が医療保障体制の一翼を担うことにより、民間の専門職団体の自律的な活動に對してどのような公的規律を適用するかという新たな課題がもたらされることに

なる。

アメリカでは、1930年代に専門職団体による専門医の認定制度が誕生しており、専門医の認定と医療の質の維持に一定の役割を果たしてきた。また、教育病院における専門医の養成プログラムに對しても第三者機関が認証評価を行う仕組みが形成されている。小稿では、アメリカにおける専門医認定制度の概要と近年生じた法的課題について紹介したい。

一、専門医認定制度と卒業後医学教育プログラム

1 アメリカにおける医師養成プロセス
アメリカで医師として活動するためには、国内のメディカル・スクールの卒業

生や国外の医学部卒業生は、教育病院においてレジデントとして研修を受ける必要がある。

レジデントは、診療分野に応じて3年から5年の間、卒業医学教育プログラムを受けながら診療活動に従事することが求められる。その後、州ごとに行われる医師免許試験に合格すると医師として診療を行うことが可能となる。しかしながら、医師のキャリアにおいて高い重要性をもつのは、専門医資格の取得である。民間の認定団体から専門医として認定を受けた医師に対しては、安定した地位と高水準の報酬が保証されるため、レジデントの多くが専門医となる道を選択しており、医師の約85%が何らかの専門医資格を取得している。

アメリカの医師数は2011年の時点で約98万人である。今後は、人口増、医療制度改革による保険加入者の増加、医師の高齢化などにより医療サービスに対する需要が増加し、医師不足の発生が予想されている(2020年までに9万1500人の医師が不足するとの予測もある)。とりわけ重要な政策課題となっているのは、高齢化に対応したプライマリケア医(家庭医、内科医など)のかけ医(医)の確保である。現在、プライマリ

ケア医とその他の専門医の比率は1対2となっているが、これを1対1の比率とすることが課題となっている。

2 全米専門医認定機構

アメリカには約200の専門医の認定団体が存在するとされている。その中でも全米専門医認定機構(American Board of Medical Specialties 以下、「ABMS」)が認定する専門医資格は最も権威があり、医師のキャリアにおいて重要なものとなっている。ABMSの認定による専門医資格は、主要な病院において診療活動資格(staff privilege)が認められる条件となっており、民間保険会社と医師との契約や医師が加入する医療過誤保険の保険料額などにも影響することになる。

ABMSは、1933年に4つの専門分野の専門医認定団体によって設立された非営利団体である。診療領域ごとに24の専門医認定機構が存在しており、統一的な認定基準に基づいて、一般的な専門分野と高度な専門分野(subspecialty)を合わせて150の専門医資格を認定している。

ABMSの運営方針は、専門分野ごとに存在する24の専門医認定機構、医学教育認証協議会、卒業医学教育認証協議会、

全米病院協会、米国医師会、全米医科大学協会、専門医学会協議会、外国人医学教育協議会、州医師免許審査委員会連合会などから選出された委員によって決定される。

ABMSの下にある24の専門医認定機構は、関連分野の専門学会から独立した組織として運営されている。認定基準の作成および専門医の認定に関わる認定機構と、専門分野に関わる会員の知識・技能の向上など幅広い利益の拡大を図る専門学会の間には利益相反の生じる可能性があるためである。このように各専門分野の認定機構を専門学会から制度的に分離することで認定基準の厳格化が図られてきた。

ABMSによる専門医の認定資格は、当初は終身有効とされていたが、1970年代より各認定機構の専門医資格には資格有効期間が設けられることになり、認定専門医に対しても継続的な研修と再認定が求められるようになった。さらにABMSは、2000年から資格有効期間(5年から10年)における認定専門医の診療能力の維持を目的とした継続的な教育プログラムを導入した(MOCプログラム)。

このプログラムは、医療事故対策への

社会的関心の増大を背景に、医療の質の維持に対するABMSの取り組みとして開始されたものである。MOCプログラムでは、医学知識やコミュニケーションスキルなど6つの中核的な能力について認定専門医の診療能力の維持が図られる。2013年の時点では約45万人の認定専門医がABMSによるMOCプログラムに参加している。認定資格の維持のために専門医に対しては定期的な研修や追加的な費用負担が求められており、同プログラムの効果に対しては否定的な見解が現在もみられる。

3 卒後医学教育プログラムに対する認証

レジデントの卒後医学教育プログラムに対しては、卒後医学教育認証協議会(Accreditation Council for Graduate Medical Education 以下「ACGME」)による認証評価が行われており、この制度を通じて教育病院における卒後医学教育プログラムの質の維持が図られている。ACGMEは、ABMS、全米病院協会、米国医師会、全米医科大学協会、専門医学会協議会などが共同で設立した非営利団体である。1950年代から医師会などが設立した認定組織が、教育病院の認証評価を実施しており、1981

年に組織が再編されて現在のACGMEとなった。ACGMEを運営する理事会には、各団体より選出された4名の理事、レジデントの代表2名、一般公衆3名などが参加している。

ABMSが後援組織のひとつとなっているが、ACGMEは、ABMSや関連分野の学会からは独立した組織として運営されている。専門医の認定団体であるABMSが専門医の養成課程に関与する場合には、一種の生産量調整として反トラスト法(独占禁止法)違反とされる可能性があり、これを回避するためである。

卒後医学教育プログラムをもつ教育病院が、ACGMEによる認証評価を受審することは任意とされている。しかし、レジデントがABMSの認定専門医となるためには、ACGMEが認証する卒後医学教育プログラムを修了することが条件とされている。さらに、後述のように、教育病院がメディケアから卒後教育費用の支払いを受けるためにはACGMEの認証を受けることが条件となっている。このため、ほぼすべての教育病院がACGMEの認証評価を受審しており、2011年の時点では約9200の卒後医学教育プログラムが認証されている。

卒後医学教育プログラムの認証評価

は、ACGMEに設けられた28の卒後教育体制審査委員会(Residency Review Committee)が担当する。各審査委員会は6名から15名の医師で構成されており、平均して5年に一度、訪問審査などを行い、卒後教育プログラムが認証基準に適合しているかについて審査する。

ACGMEの認証基準によれば、レジデントの指導を担当する医師数、研修に関わる患者数、卒後医学教育プログラムの内容、レジデントの評価方法などが審査の対象となる。また、レジデントに対して一定水準の報酬(平均的な報酬は年間約5万ドルとされる)が支払われているか、勤務時間の上限規制(週80時間)が遵守されているかなどレジデントに対する処遇も審査の対象となる。

ACGMEの卒後教育体制審査委員会は、教育病院の規模やプログラムの内容に基づいて受け入れ可能なレジデントの上限数を決定する。ACGMEによるこの決定に対して連邦取引委員会が高い関心を払っており、ACGMEが将来の専門医の供給状況を考慮し、レジデント数の上限を調整していると判断される場合には反トラスト法違反とされる可能性がある。このため、ACGMEではこのような調整を行っていない。

4 卒後医学教育プログラムに対するメ ディケアの費用負担

アメリカの卒後医学教育体制の特色のひとつは、卒後医学教育に関わる費用の大半が公的資金によって賄われていることである。メディケア(65歳以上の高齢者を対象とした公的医療保障制度)は、制度が創設された1965年から財源の一部を用いて卒後医学教育プログラムの費用負担を行っており、2010年の時点で年間95億ドル(メディケア予算の1.7%)を支出している。

レジデントに対する卒後教育の費用は年間約130億ドルとされており、メディケアは卒後医学教育プログラムに対する最大の費用負担者となっている。このほかに、連邦政府は、小児専門病院やプライマリケア医養成施設における卒後医学教育プログラムに対してメディケア以外の公的資金による費用負担を行っている(約4億ドル)。また州政府は、おもにメディケイドを通じて卒後教育費用の一部を負担している(約38億ドル)。

これらの教育費用の配分にあたっては、地方への重点的な配分やプライマリケア医養成の重視など政策的な考慮がなされている。

メディケアが支出する卒後教育費用

(約95億ドル)のうち、約35億ドルは直接費用として約11万人のレジデントや指導医に対する報酬のために用いられる。残りの約65億ドルは、間接費用として教育病院における卒後医学教育プログラムの運営費として配分される。

当初、メディケアによる教育費用の負担は、実際のレジデント数に応じてなされていたが、1980年代半ばから次第に卒後教育費用支出の抑制が図られるようになり、1997年の財政均衡法(Balanced Budget Act)の制定によって、教育病院ごとにレジデントの受け入れ数に上限が設定されることになった。

卒後医学教育プログラムの維持に必要な費用の大半はメディケアが負担しているため、メディケアによる上限設定は、教育病院におけるレジデントの受け入れ数を規定する実質的な要因となっている。その結果、1990年代後半よりメディカル・スクールは増加したにもかかわらず、卒後医学教育プログラムにおけるレジデントの受け入れ数は増加していないという状況にある。

今後予想される医師不足に対応するため、メディケアによるレジデント上限数の緩和(1万5000人分)が必要であるとの指摘もみられる。しかし、現在、

連邦政府では、財政赤字の削減が優先的な課題となっており、メディケアによる教育費用の一部(間接費のうち35億ドル)を削減する案も浮上している。このような状況の下で、レジデントの増加を実現するための教育費用の拡大については実現のめどがたっていない。

二、専門医認定制度の 法的論点

1 専門医認定と反トラスト法

ABMSによる専門医の認定は、専門職による自主規制の仕組みとしてアメリカの医療制度において定着している。専門医の認定制度は次のような点で競争促進的な機能を果たすとみられている。

第一に、認定制度により専門領域ごとに一定の診療水準が確保されることである。専門性の高い医療サービスの内容を一般の消費者が評価することは困難である。専門職による認定制度は一定水準のサービスを保証しており、これをもとに消費者は医師の選択を行うことが可能となる。

第二は、消費者への情報提供である。ABMSは、州ごとに認定専門医のリストを市民に提供している。認定制度を通じて専門医に関する情報が提供されるこ

とで、消費者の選択が支援されることになる。

他方で、専門職団体による自主規制としての側面をもつ認定制度は、違法な取引制限として反トラスト法上問題とされる可能性を有している。これまでも、医師会などによる自主規制の中には、反トラスト法上違法と判断されるものが存在した(例えば、患者保護を名目としたカイロプラクティック療法師に対する医師会の取引制限は、シャーマン法1条違反とされた。Wilk v. AMA, 719 F.2d 207 (7th Cir.1983))。

しかしながら、専門医の認定を受けられなかった医師がABMSを訴えた裁判例では、これまでのところ違法な取引制限や共謀の存在は認められておらず、反トラスト法上の違法性は否定されている。その要因は次のような点にあると考えられる。

第一に、専門医の認定は、ABMSが専門医の認定試験を合格した医師に対して専門医としての肩書きを与え、その結果を公表する仕組みである。病院や保険会社と認定専門医の取引は個別に行われており、違法な取引制限が問題とされる余地はほとんど存在しない。

第二に、ABMSによる認定は合理的

な認定基準に基づいて行われており、認定審査の手続きにおいても公正さが確保されていると考えられていることである。

第三に、ABMSと認定専門医の関係は、通常の事業者間との関係とは構造的に異なっていることである。ABMSは、医療サービスを提供する事業者ではなく、顧客の確保といった専門医の利害関係から離れた立場にある。このため、認定制度は、取引制限やカルテルが問題となる事業者相互の自主規制とは性質が異なる仕組みととらえられている。

2 マッチング制度に対する反トラスト法訴訟

卒後医学教育プログラムに対しては国内のメディカル・スクール卒業予定者に加えて、アメリカ以外の国の医学部卒業者からも応募がある。2013年は、4621の卒後医学教育プログラム(レジデントの受け入れ総数2万9171人)に対して3万4355人のレジデント希望者が存在した。

レジデントの受け入れ先は、全米医科大学協会が運営するマッチング制度によって決定される(近年、わが国の臨床研修において同様の仕組みが導入されている)。レジデント候補者は、研修を希

望する教育病院で面接を受けた後、希望する研修先に順位をつけて応募する。マッチング制度にはすべての教育病院が参加しており、各病院は候補者受け入れの優先順位を記したリストを提出する。マッチング制度では、応募者が希望する診療分野や教育病院の受け入れ状況をもとに組み合わせを決定し、レジデントの受け入れ先を決定する。

マッチング制度によって、多くのレジデントが自らの希望に沿った研修先に配置されるため、同制度は関係者に好意的に受け入れられていると考えられてきた。しかしながら、2002年2月に、元レジデントによってマッチング制度の反トラスト法違反を理由とした訴訟が提起され、注目されることとなった。裁判では、3人の元レジデントがACGMEや全米医科大学協会などに対してマッチングの差止めと損害賠償を求めた。原告らの主張は次のようなものであった。

①マッチング制度によってレジデントの募集、採用に関わる自由な競争が制限されている。レジデントはACGMEが統一的に定めた雇用条件や研修内容を受け入れなければならず、研修先となる病院と個別に交渉する機会が奪われている。②教育病院がACGMEの認証基準

