

ム」には、生涯教育の自己証明、ないし全国規模の何らかの領域別臨床医会が運営する専門職規範プログラムへの参加を含めても良い。この方法を採用するためには、そのようなことを行なっている臨床医会の会員であることが必要であるが、臨床医会への参加自体は領域別診療医にとって義務ではないものの、多くの雇用者は領域別臨床医会会員であることを雇用の条件としている。現状では、毎年の提出義務の履行は州登録簿への登録継続（すなわち再認定ないし診療妥当性再確認）に直接反映されてはいない。また、一つの領域における例外を除き、専門職規範プログラムへの参加が領域別認定の継続に明確に反映されてもいない。オーストラリアの領域別臨床医会は、実務的な診療規範の設定および専門職開発プログラム（臨床能力、リスク管理、および専門職の真義を含む）の確立を通じ、医師らが常に最新の情報を得る上で主要な役割を果たしている。

ニューサウスウェールズ州の医療審議会（Medical Board）は、欠格医師の取扱いにおいて主要な役割を果たしているが、これは通常苦情の申立てにより同定される。苦情への対応は医療審議会（Medical Board）と医療苦情委員会（Healthcare Complaints Commission）の共同の責務である。どちらの組織が苦情を受け取った場合にも、全ての個々の苦情について協議し、合同で評定することが必要とされている。調査が必要と判断された際には、医療苦情委員会が非医療職スタッフを使い、必要に応じて医療専門家の知識も求めてこの任務に当たる。また、適切と判断した際には、医療苦情委員会は当該医療従事者を医療法廷に起訴することもある。

医療審議会（Medical Board）は、（通常は苦情に引き続き）医療従事者の診療行為ないし品行に関する懸念を認識すると、その苦情が無謀な、非倫理的な、故意の、ないし犯罪的な行為に関係したものであるかどうかを判断する。このような場合、苦情は医療従事者の登録に対する確固たる処分をもたらし、その事例はしばしば（調査を行なう権限を持つ）医療苦情委員会を經由して医療法廷に移管されることもある。これ以外の状況では、非懲罰的な路線が採られることになる。処理手続きの過程の中で、医療審議会が登録の停止ないし抹消が適当との認識に達した場合には手続きは終了となり、正式な再聴取のため医療法廷に移管されることになる。

医療審議会が非懲罰的な路線を選択した場合には、しばしば診療行為評定プログラム（performance assessment programme）が利用される。このプログラムは教育的効果を狙ったものであり、当該医師に対する早期介入と矯正に焦点を当てている。評定は広い範囲にわたるものであり、同業者により行なわれ、通常は職場における当該医療従事者の観察を含んでいる。評定に引き続き、診療行為評価小委員会が当該医療従事者の事例を検討し、教育的ないし保護的処置を推奨する。当該医療従事者は通常そのような処置の実行中は観察対象となり、後日再評価を受ける。当該医療従事者が推奨された処置ないし制約に同意しない場合、彼らは医療法廷に抗告したり、あるいは医療審議会自身が不満の申立てを勧める場合もある。健康上の問題を抱える医師に対しても、障害医師健康プログラム（Impaired Physicians Health Programme）を通じて類似の評定システムおよび小委員会での評価が実施される。

医療審議会が苦情を処理する方法には多くの経路がある。

- 対応の必要なし
- 当事者同士での解決の推奨
- 医療苦情委員会（Healthcare Complaints Commission）へ送致
- 医療調停登録（Health Conciliation Registry）へ送致（全員の同意の下で）
- 医療審議会の小委員会（panel）の一つへ（私的、非公式に）送致
- 医療法廷に移管

医療審議会の小委員会（panel）は様々な種類の措置権限および手段を有しているが、これには診療制限や矯正教育が含まれている。当該医療従事者には医療法廷への不服申立ての権利がある。

医療法廷は、別個の独立した組織である。法廷は法的資格を持つ裁判長、およびもう一人の非専門職メンバーと2名の医療職から構成される。法廷は医療従事者の登録抹消の権限を有している。当該医療従事者は州最高裁へ不服申立てを行なうことができる。

8. オーストラリアの制度は英国とは異なり、連邦制により連邦（国家政府）レベルの組織と州政府レベルの組織との間で役割の分担が行なわれている。州レベルでは、医療審議会（medical board）が医師に診療の免許を交付し、苦情や不適切な診療行為を取扱っている。
9. オーストラリアにおける規制の州単位制の例としてここで選んだニューサウスウェールズ州では、医師の品行や診療行為により患者がリスクに晒される状況を同定するために、苦情に対する徹底的な調査が強く推進されている。苦情に対しては、医療審議会（Medical Board）と医療苦情委員会（Healthcare Complaints Commission）の間で合同で取り組む強固な体制がある。後者は独立した法定組織であり、不適切な診療行為が問われた一連の審判の後に設立されている。

カナダ

10. カナダでは、連邦政府の規定により州および準州の健康保険は、連邦全土で使用可能と認証されるために包括的なものでなければならない。そのような保険は一般税収から公的な財源を得ている。3つの州では、別途保険料も徴収している。加えて州および準州政府は、特定の患者群を対象とした何らかの上乗せの給付（処方薬、救急サービス、歯科診療、在宅診療および作業療法など）を提供している。保険でカバーされない医療サービスの場合、患者に費用が請求される場合がある。大

多数の臨床医はグループないし個人診療を行っており、出来高払い（fee-for-service）で支払いを受けている。

11. 州および準州政府は医療従事者の規制権限を有しており、そのためカナダ国内でも州によって多様な体制が見られている。典型的には、州政府は規範 standards の設定と医療従事者への免許交付を主たる任務とする専門職臨床医会（colleges）に医療者の管理を委任している。

オンタリオ州、カナダ

オンタリオ州内では、全ての医療専門職の規制で共通の枠組みが用いられている。法的に多数の専門職の医療行為が規定されており、医療者はそれらの医療行為を実施するためには、その職種に関わる専門職会（college）に登録し免許を受けなければならない。医師の規制を行なう臨床医会はオンタリオ州内科外科臨床医会 College of Physicians and Surgeons of Ontario であり、この組織からの免許により、医師は 13 の定義された専門職行為のうち 12 を行なうことが許される（例外は歯科医療行為に関するものである）。

州政府の権限は、基本的に臨床医会に委任されている。臨床医会による決定に関して議論が生じた場合、医療専門職上訴評価審議会（Health Professions Appeal and Review Board）は正しい手続きが取られているかを決定することができる（もしとられていなければ、再聴取へ回される）。（手続き上の方法論ではなく）決定の妥当性そのものが問題となっている場合には、オンタリオ地区裁判所へ上訴することが可能である。加えて、審議会とは距離をおいた政府機関として医療専門職規制助言評議会（Health Professions Regulatory Advisory Council）があり、ここが監視機能を果たしている。

オンタリオ州内科外科臨床医会は会員制団体であり、その評議員のうち 16 名は会員による選挙で選ばれる。3 名の内科医は、13 名から 15 名の非専門職メンバーと共に州政府に指名される。臨床医会は登録簿へのアクセスを管理するが、これはインターネットを通じて一般からもアクセス可能である。臨床医会はまた、オンタリオ州における専門職規範 professional standards を維持する役割も果たしているが、これは最初の登録後も引き続き臨床医会の会員資格を維持し続けてもらっていることに依るところが大きい。会員資格の維持は強制ではなく、手数料の支払いが一部の、特に総合診療医に対しては阻害要因となる場合がある。

規範 standards の維持のため、臨床医会は同業者評定のシステムを運用している。臨床医は、さまざまな理由、すなわち無作為抽出、年齢が 70 歳超、自己申請ないし臨床医会による懸念の同定により評定の対象となる。評定プロセスは、類似の専門領域出身で、この仕事のために特に訓練を受けた医

師により実施される。評定者は対象となった医療従事者および臨床医会の両方に報告する。報告は適正な診療を確認するものである場合もあるし、特定の教育的矯正ないし、実際詳細な（一般的ないし領域に特定の）評定への送致を提案する場合もある。毎年臨床医会を通じて約 700 件の同業者評定が実施されている。

オンタリオ州の臨床医会への登録の他、全国レベルの領域別診療臨床医会により多数の領域別診療医認定ないし上級会員制度が運営されている。これらの制度では、生涯教育および自己振り返り演習の記録が通常用いられており、また完全に任意である。

オンタリオ州内科外科臨床医会は認定更新ないし診療妥当性再確認過程のための計画を開発中である。これは、医師の診療行為を看視し評価する 3 段階のシステムに基づいており、一部の臨床医のみがより詳細な看視と評価を行なう段階に進むことになる。これらの計画は未だ最終決定してはならず、過去 6 ヶ月の間にオンタリオ州医師会は、このシステムの妥当性と、臨床医たちに課せられるさらなる負荷への懸念から、この過程に反対を表明している。

オンタリオ州は、健康状態に問題のある医師を同定し、補助し、管理するシステムを開発済みである。オンタリオ州医師会医師健康プログラム Physician Health Program は、この分野においてオンタリオ州内科外科臨床医会と協力関係にある。このプログラムは主として精神疾患および薬物依存の問題を持つ医師を取扱っている。臨床医会はプログラムの代表であり、これに対して財政的に出資している。大多数の医師は、このサービスに自ら申し出ている。

オンタリオ州内科外科臨床医会は、それぞれ個別の臨床適性、苦情および懲戒小委員会（苦情分科会から懲戒分科会へ送致される）を有する複数の委員会による複雑な構造を有している。臨床医会により受理された苦情は、この目的のために訓練され雇われた医療専門職により調査される。可能な場合には、苦情委員会に再送致せず解決を得る努力が払われる。懲戒および臨床適性委員会は、診療制限の命令、罰金、免許停止ないし抹消を含む多くの懲罰を自由に下すことができる権限を有している。臨床医会の懲戒委員会の多くで、裁判官や上級弁護士が議長を務める計画が現在進行中である。

12. オンタリオ州の制度を用いて解説したカナダのシステムは、多くの面で英国のシステムに類似している。登録簿へのアクセス管理を含む政府の権限は、選挙で選ばれたり指名を受けたメンバーで構成される組織に移譲されている。委員会の構造は比較的複雑であり、診療適性の評価に用いられている過程は、調査したいいくつかの他の国や州に比べると透明性に劣っている。英国と同様、診療適性の評価過程は、その構造上敵対的な性格を有している。
13. オンタリオ州内科外科臨床医会は、同僚評定のシステムを運用している。このシステムは通常苦情や懸念から動き始めるものではあるが、無作為によりこのシステムを動かすことも可能である。加

えて、臨床医会は定期的な診療妥当性再確認のシステムを導入することを計画している。英国と同様、このシステムの（理念そのものよりはむしろ）手続き過程の立案については、未だに議論や反対が続いている。

フィンランド

14. フィンランドにおいては、医療は強制加入の疾病保険のシステムを通じて国民全員に提供される。これは国家レベルならびに地方自治体レベルの課税により賄われている。特に大きな都市では、補助的な私的医療サービスも受けることができる。
15. フィンランドにおいては、医療従事者の規制は州の役割である。国立医療法規監督署 **National Authority for Medico-legal Affairs**（社会保障保健省の実行機関）が、医師の登録と免許を担っている。加えてこの機関は、患者安全の確保、倫理的に解決の困難な問題（例えば中絶、人工授精、ヒト組織および犯罪精神医学など）における方針の策定、および苦情に基づく死亡の調査において幅広い役割を担っている。

フィンランド

国立医療法規監督署 **National Authority for Medico-legal Affairs** が、医師および他の全ての医療専門職の規制を行っている。登録は合同で管理され、国民は様々な方法でこれにアクセスできる。医療専門職の規制、および特に領域別診療医の訓練において、北欧各国間の協力が 40 年以上にわたり行なわれている。

ヨーロッパでは珍しく、フィンランドの領域別診療医の団体は医師に領域別診療認定を与える権限を有しておらず、代わりに試験の合格者に対して大学が行なっている。

規範 standards を維持するための主たる方策は、医師の組合により強く支持されている生涯学習への参加である。2004 年に、フィンランド政府は雇用者に対して生涯医学教育の提供、出資、看視および評価の義務を課すこととした。この仕組みがどの程度効果的なのかを判断するには、未だ時期が早すぎる。認定更新のシステムはない。

苦情への対処は、フィンランドにおいて医療を規制する重要な仕組みである。苦情は雇用者、州政府ないし国立医療法規監督署により対応がなされ得る。患者仲介官（**patient liaison officer**）が、現場において苦情の吸い上げおよび最も適切な行き先への送付を行なう。最重要な苦情、および死亡に到

ったものは、医師の登録状態に対する権限を持つ国立監督署（他の組織もこれ以外の種々の懲罰は可能であるが）によって扱われる傾向がある。国立監督署はまた、正式に医師の診療行為を評定する権限を持ち、協力を拒否する場合は診療免許の取消に到る場合がある。

診療適性に関する決定は、国立監督署が任命した 5 名の医療専門職による監督審議会 **supervision board** によりなされる。

16. フィンランドの医療規制体制で最も驚くべき特徴は、これが偏に政府によって運営されている点である。フィンランドの遠隔過疎地域では、医師を含む主要な医療従事者の不足が生じているところがある。評論家らは、政府が医療の提供者と規制者の両方の役割を担っていることが利益相反を生じ、その質に悪影響を与えていると指摘している。
17. フィンランドのシステムでは、苦情への対応や生涯教育の提供義務の両方で、雇用者の手に重要な責任が任されている。

オランダ

18. 2006 年の初めより、オランダの医療は強制基礎保険に任意補助保険の枠組みで賄われるようになった。地方税収入と政府の助成により、保険料収入の不足分が穴埋めされている。保険制度には、自己負担 **co-payments** および免責 **deductibles** の形でコスト分担が図られる傾向がある。
19. オランダにおける医療規制では、2 種類の経路が並列で行なわれている。専門職医療従事者中央情報センター（**Central Information Centre for Professional Practitioners in Healthcare**）が、政府に代わって国内での診療資格を与えられた全ての医療専門職の登録を維持している。加えて、中央領域別診療臨床医会 **Central College of Specialists**（専門職団体）が領域別診療医の登録制度を運営しており、この制度には、詳細は現在も発展途上であるが、定期的な登録更新義務が含まれている。

オランダ

保健福祉スポーツ省が、専門職医療従事者中央情報センター（**Central Information Centre for Professional Practitioners in Healthcare**）を通じて医療専門職規制の責を担っている。センターは、オンラインで容易にアクセスできる登録簿を維持している（ただし、過去の診療制約の詳細は含まれていない）。

さらに、中央領域別診療臨床医会 Central College of Specialists がオランダ王立医師会（領域別診療医協会の連盟）に代わって運営する領域別診療医の登録制度が別個に存在するが、これも卒後修練の質の確保を実現するための権限を有している。中央領域別診療臨床医会は、全ての領域別診療医（総合診療医は除く）の義務的登録更新制度を 1991 年から運営している。この制度の正確な構造は年毎に異なるが、現段階では 5 年を単位として、3 つの要素が含まれている。すなわち、該当する領域の診療に週当たり費やしている最低時間数、公認を受けている生涯医学教育を少なくとも 40 時間、および、2005 年より「視察 *visitatie*」プログラムへの参加が加わっている。

「視察」プログラムは、卒後修練の質を確保するために 1966 年に確立されたシステムから発展したもので、現在では領域別診療部門の視察と、同業者による個々の医師（およびより広くチームとして）の 4 つの領域にわたる系統的評価を含んでいる。すなわち、患者の診療、患者の観点、専門職開発 *professional development*、および領域別診療グループとしての機能である。「視察」プログラムは領域別診療医の協会（オランダ総合診療医協会を含む）により運営され、近年は政府により出資を受けているが、この措置は 2007 年に終了することが決まっており、その後の資金は領域別診療医ら自身が支払うことになるものと予想されている。「視察」プログラムは、総じて質確保の肯定的な仕組みではあるが、間隔を短縮したさらなる視察、改善の達成状況報告義務、教育的課題、他の次なる組織への報告、ないし領域別診療医協会の会員資格の停止を含む、多くの種類の懲罰が課せられる可能性もある。関連する領域別診療医協会の会員資格は、現在のところ全ての診療領域において必須とはなっていない。

不適切な診療行為に対応するため、オランダは苦情を取扱う構造化された制度を運営している。各医療機関は、独立した議長による苦情委員会を運営する法的義務を負う。このシステムを通じて苦情を申し立てるための全国電話相談も設けられている。苦情委員会は苦情をオランダ医療監察局 *Dutch Healthcare Inspectorate* や懲戒審議会 *disciplinary board* に送致することができる。法で定められた懲戒の仕組みは、全ての医療専門職について設けられている。医師の場合、これは 6 つの医療懲戒臨床医会 *Medical Disciplinary Colleges* のシステムを通じて運営されている。各臨床医会は、法学および医学の免許を受けたメンバー 5 名の混成チームによる懲戒審議会を設置している。これらの審議会には、医療専門職の全国登録簿からの除名、資格停止、執行猶予付きの資格停止を含む多種類の懲罰を与える権限が用意されている他、診療の制約ないし経済的制裁が課されることもある。

20. オランダのシステムでは、（州によって運営される）拘束性のある登録と、実務的な領域別診療医登録（専門職組織が運営）とを並存する方法が特記すべき点である。
21. オランダの制度には、2 つの土台があり、それは「視察 *visitaties*」と、独立した、医療機関レベルでの苦情対応である。「視察」は診療妥当性再確認の興味深いモデルとなっている。

22. 現在、「視察」のシステムは政府により多額の助成を受けている。オランダにおける医療規制の真のコストは同定困難である。

ニュージーランド

23. ニュージーランドの医療システムは一般税により賄われている。財源は地域医療審議会 district health boards により分配される。非常に広い範囲のサービスが提供されている。プライマリケアおよび非入院処方を含む) いくつかのサービスでは、相当な割合の国民が所得に応じた自己負担金を支払っている。ニュージーランド人のおよそ3分の1は、自己負担金、必須ではない手術、および外来での臓器別診療医受診のコストをカバーする民間保険に加入している。

24. 厚生大臣は医療規制の責を担っており、医療評議会 Medical Council を指名することでこの義務を果たしている。評議会は診療領域を定め、規範 standards を設定して登録簿を維持する。領域別診療臨床医会 specialist colleges には生涯専門職開発 continuing professional development プログラムの設計と提供の役割があり、このプログラムへの参加は登録の維持の前提条件である。裁定の責は別組織の法廷が担っており、ここでは民事レベルの証拠基準が適用される。

ニュージーランド

ニュージーランド医療評議会は7名の専門職および3名の非専門職メンバーにより構成されている。2003年より、全ての医療専門職の規制に共通の枠組みが導入された。また医療従事者懲戒法廷 Health Practitioners Disciplinary Tribunal は、登録に影響する可能性のあるような事例に係る裁定の責を担う独立組織である。

医療評議会は、3つの「診療領域」を定義しているが、これは、総合、科目別（領域別診療医）、および特殊目的である。医師は、これらの一つ以上の領域に登録することができる。登録手続きには、対象に当てはまる場合には、医療従事者が直近3年間にわたり登録した全ての当局からの優良状態の証明の提出も含まれる。登録簿はオンラインでアクセス可能である。

登録の維持に加え、医療評議会はまた、総合医療評議会 General Medical Council の Good Medical Practice に一部準拠した規範 standards と専門職指針 professional codes の設定も行なっている。登録を維持するために、医師は医療評議会に対して毎年の申告書を提出しなければならない。申告書には、診療能力の維持、適切な健康状態、および生涯専門職開発 continuing professional development プログラムへの参加が含まれる。毎年申告の10%が監査を受ける。10時間の臨床監査活動、20時間

の同業者評価、および 30 時間の生涯専門職開発に参加していないことが明らかとなると、360 度のフィードバック演習が行なわれる。これにより何らかの懸念の元となる原因の存在が示唆されると、その医療従事者の件は正式な診療能力評定に持ち込まれることになる。

領域別診療臨床医会は、しばしばオーストラリアの同一領域臨床医会と合同で活動し、規範の設定および認定生涯専門職開発の提供において重要な役割を果たしている。ニュージーランド総合診療臨床医会は、医療評議会の要件を満たすよう企画された、3 年サイクルでポイント収集制の制度（蘇生術のトレーニングは必須の要素である）を運用している。

不適切な診療に関する懸念は、様々な情報源から医療評議会に提供され、また多くの組織はいかなる懸念も医療評議会に情報提供する法的責任がある。医師に関する患者からの苦情は、必要ならば調査が行なわれるよう、まず第一に健康と障害検査官事務所 Office of the Health and Disability Commissioner へ回さなくてはならない。医療評議会は登録者をいつでも「診療能力の行動評定」を受けよう命令する権限が与えられているが、これは通常は寄せられた懸念への反応として行なわれる。医療評議会により出資を受けた評定は、2 名の適切な医療専門職を含む 3 名のメンバーによる小委員会により実施される。評定の間、小委員会メンバーは典型的には診療現場で 1 日を使い、専門職の一人が医療者を観察し、もう一人が医療記録の点検を行なう。可能な限り、標準化した評定手法が用いられる。評定小委員会は医療評議会および医療者への報告書を作成する。医療評議会は、教育的活動への参加命令と、その後のさらなる診療行為評定の実施を含む、種々の手段を進めることができる。

医療者に関する懸念が主として健康問題に関するものである場合、健康委員会が医師の健康状態を評定するため招集される。この委員会の最重要の優先事項は患者の安全である。通常の結果は、医師と交渉し、どのような手段ないし制限が必要かについての合意を得ることである。医療評議会では健康委員会を「穏やかな仕組み」とみなしているが、懲戒手続きないし正式な登録への処置へ進むことが稀であり、通常は効果的であるとしている。

医療評議会の専門職行為委員会は、2 名の医師と 1 名の非専門職委員で構成され、いずれも評議会のメンバーではない。専門職行為委員会は医療従事者に対する懲罰の方向へ進めるかどうかを決定することができる。

ニュージーランドの規制制度における重要な構成要素は、事故補償委員会 Accident Compensation Commission（医療事故をカバーする無過失補償の制度）と健康と障害検査官事務所 Office of the Health and Disability Commissioner の存在である。健康と障害検査官事務所は全ての患者の苦情その他を受け取り、全てを分析し、学習する雰囲気促進の上での個人とシステム双方の役割を調べる。検査官は苦情の調査を進める（臨床的な性質の全ての苦情はこちらに相当する）か、あるいは現

場での矯正に差し戻すかの方向付けを行なう。調査により専門職がその義務を果たしていないと結論づけられた場合には、検査官は勧告を行い、これは通常医療従事者により受け入れられている。しかしながら、検査官は医療者を医療従事者懲戒法廷（Health Practitioners Disciplinary Tribunal）に告発する（医療評議会を飛び越えて）決定を下す場合もある。

医療従事者懲戒法廷は、ニュージーランド医療評議会ないし医療と障害検査官から持ち込まれた告発について裁定を行なう。法廷は独立しており、法律家の裁判長と、厚生大臣により維持される小委員会からなる。審問は通常公開で行なわれ、証拠にはよりハードルの高い刑事レベルの水準ではなく民事レベルの水準が適用される。法廷は、ニュージーランド医療評議会にある医療者の登録に対し様々な処置を取ることができるが、これには登録取消し、停止、ないし（診療上の）制約命令の発動がある。また、医療者への戒告、罰金ないし必要な費用の負担を命ずることもできる。決定に不満な場合は、高裁ないし人権審査法廷へ抗告することができる。

25. ニュージーランドにおける医療規制のモデルは、オーストラリアで運用されているものと極めて類似したものとなっている。指名制の医療評議会は登録の責を担っており、独立した法廷が裁定機能を分担している。診療行為評定のシステムは良く発達しており、医療評議会の手続きを補助する役割を果たしている。独立した裁定機関の存在により、医療評議会は敵対的な役割よりも改善措置を講ずる役割を担うことが可能となっている。
26. ニュージーランドでは苦情対応は徹底的に行われ、苦情の全ての側面が、個人によるものであれより広いシステムに関するものであれ調査され、合わせて取扱われる。このことが、学習と持続的改善の意義深い機会を提供している。

アメリカ合衆国

27. アメリカ合衆国における医療サービスでは、公的医療保険と民間医療保険による支払いが混在しているが、2004年には4,500万人が無保険であった。保険の枠組みによって支払われる内容や受けられる医療は異なり、自己負担の仕組みも異なる。メディケアは高齢者と一部の慢性疾患を持つ若年者をカバーする保険制度であり、連邦政府が管掌し、所得税と連邦政府の一般財源および保険料の組み合わせにより賄われている。この保険の枠組みでは、最近外来処方薬にも保険の適用範囲が拡大された。メディケイドは、連邦の指針に沿って州により管掌される保険プログラムであり、社会的弱者の一部をカバーし、虚弱高齢者および障害者にとってしばしば死活的な医療費の支払い財源である。民間保険は凡そ1,200の独立した機関によって提供されている。数多くのマネージドケア（総合的健康管理）プランが、高騰する医療費を抑制するための試みとして開発されている。
28. 医療従事者の規制は州のレベルで行なわれるが、州医療審議会連盟 Federation of State Medical

Board はある程度の調和を図るような指針を公表している。米国領域別診療医審議会 American Board of Medical Specialities は、領域別診療医の認定（および認定更新）に重要な役割を果たしている。領域別診療認定はそれ自体は強制ではないが、保険者および医療機関側は認定の維持をしばしば求めている。

ニューヨーク州、アメリカ合衆国

アメリカ合衆国の医師は、複数の州で診療免許を持つ場合がある。連邦および全米レベルの関連機関は、全国レベルの基準と規範の設定に関与している。全米医療試験者審議会 National Board of Medical Examiners は医学部の規制を行い、米国の学校の卒業生が初めて州の免許を受ける時点でのスタンダードという意味で公平な条件を提供している。州医療審議会連盟 Federation of State Medical Board はいくつかの機能を有し、次の事項を運用している。

- （免許停止の後の再登録、ないし、州の懲罰手続きにより必要な場合の）評価システム
- （懲罰情報を共有するための）データセンター
- 生涯医学教育の認定サービス
- 連邦全体をカバーする資格認定照合サービス

連盟は州審議会に対して免許と懲戒に関する指針を示している。この中で連盟は、免許更新に生涯医学教育および生涯専門職開発の定期的評価を義務化することを推奨している。

全米医療従事者データバンクは、複数の情報源からの全ての医師に関する情報（肯定的なものも否定的なものも）を保持している。データバンクには州審議会はアクセスが可能であり、また病院の雇用者が医師に対して患者を入院させる権利（privileges）の付与を行なう際にも、データバンクの記録を確認することが求められている。また、診療従事者が関与した医療事故に関する情報を記録する医療保全保護データバンク Healthcare Integrity and Protection Data Bank も設置されている。しかし、報告が不十分であることによる全国レベルのデータの質が懸念されている。個々の医師に関するデータを記録・収集し、患者その他に対して有料で公開している商業ベースの民間企業もある。

米国領域別診療医審議会 American Board of Medical Specialties は、24 の異なる診療領域に渡る領域別診療認定の重要な役割を全国的に担っている。認定更新は名目上は任意であるが、認定は今では時限性であり、また認定の維持は患者を入院させる権利を維持し割増支払いを得る上で不可欠である。

すなわち、医療保険者および医療機関は医療規制に間接的に大きく貢献していることになる。種々の診療領域では、それぞれに「認定維持プログラム maintenance of certification program」を運用している。このようなプログラムは、コンピュータを用いた、指定資料読解と複数選択肢問題を含む試験が典型的である（失敗した際には再度受験できる）。異なる診療領域が異なる方法とプログラムを採用しており、その成熟度はまちまちである。

ニューヨーク州自身では、ニューヨーク州医療審議会が医師の登録簿を管理している。審議会は 24 名の指名されたメンバーから成っており、うち 2 名は非専門職である。医療規制の責を担っている機関は 2 つあり、州の教育局の一部である専門職室 Office of the Professions が免許と登録を任されている。州医療審議会を任命するのはこの部署である。一方、懲戒機能は州厚生局に属する専門職医療行為室 Office of Professional Medical Conduct が担っている。

最初の登録と免許には、必要な学位、適法な住民権、および適切な教育・試験・経験の完了の証明が必要である。特に、州医療審議会は小児保護および感染管理に特化したトレーニングの終了を課している。スタンダードを維持するために、最初の登録の後は 2 年ごとの免許更新を義務としている。医師が生涯医学教育に参加することが期待されているが、認定更新との明確な関連付けは行なわれていない。2000 年以降、州医療審議会は生涯医学教育を義務化する方法や、同業者評価プログラムを含む診療適性の維持確保の他の仕組みを検討している。現段階までには、決定には到っていない。

州専門職医療行為審議会 State Board for Professional Medical Conduct（州医療審議会とは別組織）は、苦情の調査と裁定を行なう。審議会は 168 名の任命されたメンバーからなり、うち 107 名は指名された医師である。医療監督官 Commissioner of Health が、州知事に代わって審議会メンバーを任命する。免許への権限を持つのはこの審議会である。46 の違法行為のカテゴリーが定義されており、うち一つに同僚に関する懸念の報告を怠る行為が含まれている。苦情はまず選別審査を受け、さらに調査に続いて調査委員会 Investigation Committee（2 名の専門職と 1 名の非専門職メンバー）にかけられる。調査委員会は苦情を却下する場合もあるし、もう一つの組織（ニューヨーク州医療協会 Medical Society of the State of New York の医師健康委員会のような）あるいは懲戒委員会へ送致する場合もある。懲戒委員会（同じ構成）は、ニューヨーク州医療審議会に医師の登録に対して措置を講じるよう指示することがある。免許について種々の処置を行なう他、委員会は戒告、罰金、ないし 500 時間までの地域ボランティアを義務づけることすら可能となっている。ニューヨーク州は、診療免許に対して取られた全ての措置について、2 つの全国データベースに情報提供を行う義務を負っている。

29. アメリカ合衆国における医療規制は、他の国や州とは対照的である。個々の州による大きな多様性に加えて、医療提供機関や保険者のような組織の役割が重要であるが、認定を維持する真の圧力は、このルートを通じてかかっている。州の境界を跨いで医療規制を行なうことには、明らかに困難が

伴っている。これは、拡大したヨーロッパ連合を跨ぐ医療規制との間に興味深い類似性が認められる。

30. より詳細な分析のために選ばれたニューヨーク州では、調査と裁定の、登録の責務を負っている機関との分離は顕著である。

共通の課題と傾向

31. 過去においてはより伝統的な自己規制のモデルを運用していた国においてさえ、近年では規制者側の中核となる目的を患者安全の確保に置く方向への決定的な方向転換が起こっている。自己規制の概念は、専門職がリードした規制の一つへと移りつつあり、共同規制ないし協調規制の形がより一般的になっている。
32. 医療が個人ではなくチームで提供されることが多くなったこの時代においては、多くの国や州が異なる医療専門職グループに共通の規制の枠組みを作っている。これは機関レベルで行なわれることもあり、登録簿を管理するそれぞれの組織が類似の構造と司法権を有することになる。全ての医療専門職を対象として規制者が適用できるよう特異的な規範 **standards** を設定したり、独立した裁定組織を確立する場合もある。全般的に、規範 **standards** の設定、登録簿の維持、調査、起訴、および裁定の全てを一つの組織の権限とすることは避ける傾向が認められる。
33. 規制組織が政府から独立している程度は国によって異なるが、通常政府に対する説明責任の極めて明確な筋道が設定されている。多くの規制機関は、政府に対して決められた内容を含む年報を提出する義務を有する。医療規制の資金源は世界中でほぼ共通しており、年間手数料を支払うことで登録者が費用のほとんどを賄っている。注目すべき例外は、州が規制の中心的役割を果たしているフィンランドである。オランダでは、「視察」プログラムを通じた診療能力評価のコストは、現在の開発段階では政府の補助により賄われている。
34. 調査した全ての規制機関は、医師らが診療に必要な能力を維持していることを国民に保証するために活動していた。これを立証するために、生涯医学教育への参加、コンピュータに基づく知識試験、360度フィードバックおよび同業者評価など、幅広く異なった方策が採用されている。これらの方策は多くの国や州で開発の初期段階にあり、このような活動が認定更新と結びつけられていることは稀であり、ましてや免許更新と結びつけられていることはさらに稀である。
35. 診療能力の維持における領域別診療医協会 **society** および臨床医会 **college** の役割は広く認識されている。このような仕組みが規制機関により認定されているケースもある。協会や臨床医会の会員資格継続が臨床医個人にとって義務ではない場合、これは特に総合診療医にあてはまるが、問題が生

じる。国によっては、雇用者と保険者が患者を入院させる権利 **privilege** や支払いの条件とすることで、診療領域別の認定（および、認定更新が必要な場合には関係する協会や臨床医会の会員資格）を事実上義務づけている。

36. 審議会全体で規範 **standards** を改善することを目的としたシステムから、不適切な診療行為の同定を主たる関心事とするシステムまで、あるいは、より懲罰的な精神を持つ規制者から、学習と更正の促進を目指す規制者まで、医療専門職規制の数々の異なるモデルが存在する。学習を奨励し、審議会全体で改善を促すモデルがより一般的になりつつあるが、多くの国では、登録制限の発動は極めて敵対的で立法主義的な過程として維持される傾向にある。
37. 少数の国や州では、刑法水準の証拠基準よりも民法水準基準を現在採用し、これらを合わせると、世界中で相当な範囲の懲罰が行なわれている。
38. 医療規制におけるもう一つの共通の課題は、診療能力を客観的に評定する方法の開発である。多くの国で現在そのようなシステムが運用されているが、それらの主たる目的は多様である。一部の国では、大多数の臨床医がこれらの測定を受ける（オランダにおける「視察」プログラムなど）。他の国では、臨床医の診療のいくつかの面で懸念があったり、あるいはリスク群に属すると見なされたりした場合に測定を受ける場合（カナダのオンタリオ州における高齢医師など）もある。
39. 調査したほとんど全ての国で、診療適性審査は主として苦情申立てにより開始されていたが、多くの国では苦情の取り扱いにおける注意深く系統的な対応と、そこからきちんと学ぶべきを学んで広く伝える努力を怠らない姿勢を貫いている。
40. この研究で遭遇した「優れた実践 **good practice**」には、領域別診療医の認定更新に用いられる同業者評価の「視察」プログラム（オランダ）、ニュージーランドやオーストラリアで見られる苦情の積極的な取扱い、およびカナダのオンタリオ州における健康に問題のある医師に対する規制者と専門職組織のきめ細かい合同管理、などが挙げられる。

結 論

41. 調査を行なった国々では、医療規制の主たる目的は現在では患者の保護と安全に明示的に焦点が当てられている。
42. 他の明らかな傾向として挙げられるのは、全ての医療専門職の規制に共通の枠組みを用いること、および、いわゆるアングロアメリカンモデルの「純粹な」自己規制からの離脱である。後者は、州ないし保健サービス側と、専門職規制組織によるパートナーシップないし共同規制のモデルに置き

換えられつつある。表1および2に、国や州ごとの種々の特徴をまとめた。

43. 一部の国では、政府への説明責任が強化されてきており、定期的な報告が義務づけられ、政府は専門職規制組織の監査権限を保持している。
44. 懲戒機能を登録ないし免許組織から切り離す傾向も認められている。
45. 調査した全ての国で、診療適性の維持を目的とした取組みがなされており、主要な役割を果たして来たのは一般に領域別診療臨床医会（medical specialty colleges）ないし同審議会（medical specialty boards）である。
46. 医療規制のシステムは、次の二つの考え方のいずれかに重点を置く傾向がある。
 - 診療の水準向上を目的とした、信頼、協力、および同業者評価に基づく「学習主体型」アプローチ
 - 医師らが診療上の異なる側面を通して能力を有することを保証するための評価機能に焦点を当てた「診療能力評定型」アプローチ
47. これまでに開発された、現在用いられている医師の評定方法の中で、完全に満足できるものはない。医師らは時代と共にますます領域別に細分化する傾向があり、医師の仕事の主要部分は非常に狭い範囲に焦点が絞られている。このため、評定方法のデザインにおいて大きく進歩をもたらしたのは、一般に領域別診療医協会（societies）と臨床医会（colleges）である。このことにより、全ての国や州では、このようなグループのメンバーではない医師らをどのように取扱うのが最善かという課題を投げかけられている。
48. 英国での提案に対して比較対照として用いる、評価されてコスト計算も行なわれた認定更新（診療妥当性再確認）のモデルが存在する訳ではない。そのようなシステムの要素として含まれる必要があるのは、
 - 診療のどの側面が評定される必要があるのかを明らかにすること
 - 特定の診療領域における規範 standards の設定、および、それをどのように、そしてどの方法で評価するのかを明らかにすること
 - 許容される診療能力の下限を決定すること
 - 評定者の募集とトレーニング

- 規範 standards を下回る医師の扱い（再トレーニングおよび矯正を含む）
- 必要とされる総資源とその確保

49. 必要とされる医療規制のパターンは、当該国の成り立ちや伝統、また、その国の保健医療システムの仕組み、財源、および説明責任を反映している。とは言うものの、医療規制の傾向にはいくつか注目すべき類似点がある。特に目立つのは、国民への説明責任の増大、純粋な専門職の自己規制モデルの衰退、および、苦情および臨床不適格事例の取扱い方法（調査と懲罰の分離）である。最も違いが大きいのは、認定更新のモデルであり、これを全ての医師に適用すべきなのか（あるいはより選択的に行なうか）、法的強制力を持たせるべきなのか、さらに当てはめる規範 standards、および用いられる方法である。

表 1: 医療規制制度の国際比較

場所	免許交付機関 (と規制単位)	登録機関が裁決も 行なうか?	領域別診療医の認 定機関	実施中の免許更新 制度	評価の方法 (免許 更新)	診療適性審査の手 続き	コメント
ニュージャージー州、オーストラリア	ニュージャージー州ウェールズ医療審議会 (Medical Board) (州)	No (独立した医療 法廷)	全国レベルの臨床 医会 (Colleges) (義務ではない)	毎年の診療適性に 関する自己申告、 ただし登録しない 領域別診療医認定 への明確な反映な し	生涯医学教育への 参加しないし全国 レベル臨床医会の専 門職規範プログラ ムへの参加	苦情の申立てによ り手続き開始、医 療苦情委員会と共 同で取扱われる。 医療法廷が裁決。	手数料年 275 オー ストラリアドル
オンタリオ州、カナダ	オンタリオ州内科 外科臨床医会 College of Physicians and Surgeons of Ontario (州)	Yes	全国レベルの臨床 医会 (Colleges) (義務ではない)	計画されたがオン タリオ州医師会か ら強い反対に直面	3段階モデル、高 い段階へ進む必要 があるのは一部の み	苦情申立てにより 手続き開始。 College の理事會 メンバーが裁決に 参加	College の年会費 895 カナダドル (初回登録以降は 随意)。同業者評定 を使用。
フィンランド	国立医療法規監督 署 National Authority for Medico-legal Affairs (国)	Yes	大学	No	n/a	苦情申立てにより 開始。州が任命し た監督委員会によ り取り扱いは大部 分は雇用者の責 務。	多職種間で高レベ ルの調和。専門職 規範の維持は大部 分は雇用者の責 務。

表 1: 医療規制制度の国際比較 (続き)

場所	免許交付機関 (と行政単位)	登録機関が裁決も 行なうか?	領域別診療医の認 定機関	実施中の免許更新 制度	評価の方法 (免許 更新)	診療適性審査の手 続き	コメント
オランダ	専門職医療従事者 中央情報センター Central Information Centre for Professional Practitioners in Healthcare (国)	No (懲戒臨床医学会 Medical Disciplinary Colleges の 制度あり)	オランダ王立医師 会の各分科会	領域別診療医の認 定更新が必須	生涯医学教育およ び同業者評価によ る「視察」プログ ラムへの参加	領域別診療医認定 更新により領域別 診療の質を担保。 苦情申立てにより 政府任命の懲戒審 議会が活動開始。	手数料年 50 ユー ロ。領域別診療医 認定更新は現段階 では政府が補助。 領域別診療医認定 と医師・政府間協 力の強力なモデル。
ニュージーランド	ニュージーランド 医療評議会 (Medical Council of New Zealand) (国)	No (別個の独立した 医療法廷)	全国レベルの臨床 医学会 Colleges (総 合診療医は任意)	全医師に毎年の申 告義務	生涯専門職開発 continuing professional development の自 己申告 (申告書の 抽出チェック)	独立組織による裁 定。2 種の組織が 訴追権を有する。	手数料 年 485NZ\$。健康と 障害検査官の役 割。独立した裁定。
ニュージーランド州、 アメリカ合衆国	ニュージーランド州医 療審議会 (州)	No (2 つの異なる州 政府の部局が関 与)	米領域別診療審 議会 American Board of Medical Specialties	州が免許更新、た だし生涯医学教育 のないし専門職開発 の明確な反映な し。領域別診療医 の設定更新は多く の雇用者および保 険者が要求	州の再免許は現在 は手数料で運営。 診療適性の維持担 保の他の方法につ いて議論あり。領 域別診療医認定更 新にコンピュータ を用いた教育・試 験が用いられる場 合あり。	ニュージーランド州で は苦情申立てによ り調査開始。懲戒 関係は別組織が裁 定。懲罰として罰 金や地域ボランテ ィアを含む。	手数料 年 735US\$。登録に は全国一律の水準 が定められている が、その水準を維 持し、懲戒活動を どのように実施す るかには州により多 様。

場所	審議会ないし評議会は選挙制か指名制か	全ての医療従事者の規制に共通の枠組みが用いられているか?	規制担当組織の基本的な目的
ニューサウスウェールズ州、オーストラリア	指名	Yes	住民の健康と安全の保護
オンタリオ州、カナダ	選挙	Yes	オンタリオ州住民のために最善の質の医療を達成
フィンランド	政府が運営	Yes	患者の安全を看視し促進する
オランダ	政府が運営	Yes	医療分野における質の推進と看視
ニュージーランド	指名	Yes	住民の健康と安全の保護
ニューヨーク州、アメリカ合衆国	指名	Yes (医師および医師助手 physician assistant)	住民の保護

参考文献

1. Allsop J and Jones K. Quality assurance in medical regulation in an international context. University of Lincoln, 2006.
(<http://www.lincoln.ac.uk/policystudies/Research/default.htm>)

訳語注 :

College	臨床医会
Medical Association	医師会
Board	審議会
Council	評議会
State, Province	州
Professional	専門職
General Practitioner	総合診療医
Specialist	領域別診療医
Panel	小委員会
Assessment	評定
Professional	専門職
Jurisdiction	国や州、国(州)
Fitness to practice	診療適性
Competence	診療適性
Poor performance	不適切な診療行為
Performance	診療行為
Register	登録簿
Peer assessment	同業者評定
Revalidation	診療妥当性再確認

【研究業績3】

プロフェッションの役割: 英独米日比較

野村英樹 (金沢大学医学部付属病院総合診療部)

	英	独	米	日
国家試験	なし (医学部の卒業試験合格で医師となる: 医学部では留年は認められず放校となる)	有り (第1部、第2部)	有り (USMLE step 1-3)	有り (共用試験、医師国家試験)
医師免許・医籍登録	医籍 General Medical Council	州単位	State Medical Boards	厚生労働省医政局
医師免許ないし医籍更新制	なし	(CME 義務化はあるが、医師免許更新制は恐らくないものと思われる)	3~4年で board 登録を更新	なし
医師の定年制	GP は 70 歳で定年 (?)	68 歳定年制	なし (以前は一部にあったが撤廃された?)	なし
医師年金	NHS Pension Scheme	医師老齢年金保険制度 (州医師会単位)	公的なものはなし	日医師年金制度はあるが、国民年金や厚生年金、共済年金が主
標榜・専門の選択	Specialist/GP Run Through Training Programmes (2007年9月導入) 定員制、GP ないし Specialist Consultant 資格がないと NHS 内では診療はできない	専門医資格がないと診療はできない	Residency program 、 Fellowship program 定員制 - National Resident Match Program	自由標榜制、専門の選択も自由、専門医認定は診療に必須ではない
認定医 (専門医)	Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB)	卒後研修 (専門医コース) 修了時に指導医評価 + 30 分の口頭試験	24 medical specialty boards - National Board of Medical Specialities	専門学会 - 日本専門医認定制機構 、GP は プライマリケア学会 ないし 家庭医療学会 (いずれも日専門医機構に非加盟)
認定医更新制	年間 50 単位 (2005 年導入) をクリアしないと次年度より監査の対象となり、改善されないかと GMC に連絡	(CME 義務化はあるが、認定医の更新制は恐らくないものと思われる)	6-10 years (?) : Maintenance of Certification (MOC) process	日専門医機構では 5 年