

日医発第285号（総57）
令和2年6月24日

都道府県医師会長 殿

日本医師会
会長 横倉 義武



会員の倫理・資質向上委員会答申の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今般、本会の会員の倫理・資質向上委員会において諮問「『会員の倫理』向上に向けた方策について」の答申が取りまとめられ、本職に提出されました。

つきましては、本答申をお送りいたしますので、ご査収くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

平成 30・令和元年度

会員の倫理・資質向上委員会答申

「会員の倫理」向上に向けた方策について

令和 2 年 6 月

日本医師会 会員の倫理・資質向上委員会

令和2年6月

日本医師会
会長 横倉 義武 殿

会員の倫理・資質向上委員会
委員長 森岡 恭彦

会員の倫理・資質向上委員会答申

会員の倫理・資質向上委員会は、平成31年1月30日開催の第1回委員会において、貴職から「『会員の倫理』向上に向けた方策について」との諮問を受け、鋭意検討を行ってまいりました。

ここに委員会の検討内容を報告書として取りまとめましたので答申いたします。

会員の倫理・資質向上委員会

委員長	森岡 恭彦	日本赤十字社医療センター名誉院長・日本医師会参与
副委員長	樋口 範雄	東京大学名誉教授・武蔵野大学法学部特任教授
委員	岡林 弘毅	高知県医師会会長
	小宮 英美	ジャーナリスト
	佐藤 武寿	福島県医師会会長
	関 隆教	長野県医師会会長
	寺下 浩彰	和歌山県医師会会長
	櫛島 次郎	生命倫理政策研究会共同代表
	町野 朔	上智大学名誉教授・上智大学生命倫理研究所客員所員
	森久保雅道	前 東京都医師会理事

(委員：五十音順)

専門委員	畔柳 達雄	弁護士・日本医師会参与
	奥平 哲彦	弁護士・日本医師会参与
	手塚 一男	弁護士・日本医師会参与
	赤林 朗	東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野教授
	我妻 学	東京都立大学大学院法学政治学研究科教授
	大滝 恭弘	帝京大学医療共通教育研究センター教授・弁護士
	木戸浩一郎	帝京大学医学部産婦人科学准教授
	瀬尾 雅子	弁護士・東京大学医学部附属病院総務課
	外岡 潤	弁護士

オブザーバー	澤 倫太郎	日医総研研究部長
	水谷 渉	日医総研主任研究員

(順不同)

目 次

答申『『会員の倫理』向上に向けた方策について』	1
-------------------------	---

○参考資料「医師の生涯教育・学習の現状と課題～諸外国に学ぶ」

1. 医療倫理教育—アメリカ	1
2. イギリスにおける継続教育と医師免許の更新制 (revalidation)	18
3. フランスの医師継続教育	26
4. ドイツにおける「医師の継続教育」について	31
5. 韓国における生涯教育	37
付) 弁護士会の研修について	39

答申 「会員の倫理」向上に向けた方策について

医学・医療の進歩に伴い、医の倫理あるいは医師の資質の向上は益々重要な課題となっている。その実践となると、医師各自が問題意識を持ち自ら対応することが基本である。

会員の倫理・資質向上委員会は、これまで「医の倫理綱領」を作成し、それを基に「医師の職業倫理指針」を示した。これを会員に周知するべく、その解説としてホームページを開設、ケーススタディ集を作成し、さらに医の倫理に係る重要な問題についての論文を『日本医師会雑誌』などに掲載してきた。

また、都道府県医師会の倫理担当者を集めてワークショップを開催するなどして広く会員に医の倫理として何が問題なのか考えてもらうように努めてきた。

さらに、世界の国々における医師の管理制度と行政処分、医師会の機能、倫理教育の実態などの現状を調査し、我が国における現状と問題点について検討し、改善策を提言してきた。今期も会長の諮問を受けて、主に下記の3つの活動を行った。

1. ワークショップの開催

令和元年5月23日に「ワークショップ 会員の倫理・資質向上をめざして」を例年と同じく日本医師会館・小講堂で開催し、多数の都道府県医師会の代表が参加した。赤林 朗 東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野教授による「生命・医療倫理学の現状と今後の展望」についての基調講演の後、ワークショップ形式によって「悪い検査結果の通知のあり方」、「医療安全」の2つの事例によるケーススタディが行われた。特に後半のケーススタディでは多くの参加者の熱心な討議もみられ、有益な会であったと思われる。さらなる内容の改善に努め、継続されることを願っている。

なお、令和2年のワークショップは、新型コロナウイルス感染予防の観点からやむを得ず中止となった。

2. ケーススタディ集の充実

医の倫理については、医学の進歩、医療の専門化、複雑化に伴い、医師は日頃からケースごとにどのように判断すべきかを勉強しておくことが必要になってきた。本委員会では、平成 29 年に実地の臨床医が遭遇するような倫理的問題について解説するケーススタディ集「医の倫理について考える－現場で役立つケーススタディ」を作成し会員に配付したが、今期はさらに数人の専門委員のご協力を得てワーキンググループをつくり検討を重ね、問題を追加作成し内容の充実を図った。さらなる充実が期待される。

3. 諸外国における倫理を含む生涯教育・継続学習制度の調査と我が国における問題点についての検討

医師の倫理・資質の向上のための実践では、生涯教育、継続学習の果たす役割が大きい。本委員会では平成 20・21 年度に生涯教育における医の倫理教育について諸外国の実情を調査し、我が国での課題について検討したが、今期はワーキンググループをつくり、諸外国における最近の状況を調査し、それを基に我が国での課題について改めて検討した。

日本医師会は早くより医師の生涯教育の重要性を認識し、昭和 62 年に一定のカリキュラムについての学習、研修の実績を自己申告させる生涯教育制度を発足させた。その後、制度改定を重ね、現在も継続されており、一定の評価を受けている。しかし、自己申告率は会員の 60% 台に留まっており、またその内容についても問題が指摘されている。

一方において、我が国でも専門医制度が発展しつつあり、ほとんどの専門医制度には更新制度があって、更新時の要件に専門の学会が一定の研修を義務付けるようになってきた。しかし、その研修内容はまちまちで、特に倫理についての学習はほとんど考慮されていないのが現実であろう。

本委員会は、上述のように平成 20・21 年度に世界の主要国における倫理教育について調査・報告したが、すでに 10 年を経過しており、今般改めてアメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、韓国における倫理を含む生涯教育、継続学習について調査し、また弁護士会の状況なども参考に、我が国での問題点を検討した。

近年、欧米では継続的専門職能開発(Continuing Professional Development ; CPD)という考えが重視され、国もこの政策を推進しており、医師の生涯学習・研修もその枠組みの中で捉えられ、さらなる強化がなされているといえよう。

特にイギリスでは、2012 年に新たに医師免許更新制度が発足し、医師には専門職としての知識・技能の維持と促進、問題のある医師の排除などが推進されるようになった。また、フランスでは 2016 年に上述の CPD の推進のための行政局が創設されるとともに、医師の研修の具体的事項が示され、2019 年には医師を含む医療職の再認証制度の創設が決められている。

医師の倫理の学習は生涯教育において重要な課題で、日本医師会の生涯教育制度でも倫理の学習を重視しているが、なお問題も多い。すでに述べてきたように、諸外国では医師の生涯教育、継続研修が重視され、ほとんどの国が継続学習・研修を義務化していることが指摘されてきたが、最近ではさらに強化される傾向にある。

我が国では、医師の免許の更新制はなく、生涯教育、研修についても義務付けられていない。また、医師全体として行うべき研修内容が明確でなく、履修の評価については問題があり、改善すべき点が多い。特に専門医制度の発展中の我が国においては、日本医師会、日本医学会、専門医制度関連団体が一丸となって、日本全体の医師の生涯教育、継続学習について考えるべき時代と思われる。

「医師の生涯教育・学習の現状と課題～諸外国に学ぶ」

目 次

1. 医療倫理教育—アメリカ・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
樋口 範雄（東京大学名誉教授・武蔵野大学法学部特任教授）	
2. イギリスにおける継続教育と医師免許の更新制（revalidation）・・・・・・	18
我妻 学（東京都立大学大学院法学政治学研究科教授）	
3. フランスの医師継続教育・・・・・・・・・・・・・・・・・・	26
櫛島 次郎（生命倫理政策研究会共同代表）	
4. ドイツにおける「医師の継続教育」について・・・・・・・・・・	31
畔柳 達雄（弁護士・日本医師会参与）	
6. 韓国における生涯教育・・・・・・・・・・・・・・・・・・	37
付) 弁護士会の研修について・・・・・・・・・・・・・・・・・・	39
奥平 哲彦（弁護士・日本医師会参与）	

医療倫理教育—アメリカ

樋口 範 雄

I. アメリカの医療倫理教育

答申でも言及されているように、約 10 年前、本委員会は諸外国における医療倫理教育の調査を実施し、「アメリカにおける医療倫理教育」と題する論文を、『日医雑誌』第 139 巻第 2 号 364-369 頁（2010）に掲載していただいた。そこでは、メディカル・スクールにおいて医療倫理教育が重視されている例として、ユタ大学とウィスコンシン大学の例を紹介した。さらに、卒後の倫理教育としては定まったカリキュラムはないものの、アメリカ医師会の 1 つの取り組みとして、1999 年以来、Virtual Mentor というオンライン・ジャーナル形式で医療倫理に関する諸問題を取り上げ、一般の医師に教育の機会を提供していることも説明した。

本稿は、それから 10 年を経た現在において、アメリカでの医療倫理教育がどのようなになっているかを述べるものであるが、その全体像を捉えるのは容易ではない。

ここでは、アメリカの医師資格が更新制をとっていること、1971 年のニュー・メキシコ州を始めとして¹、CME (continuing medical education ; 医学に関する継続教育) が更新の際に義務づけられていること、そして、その中に医療倫理教育が含まれていることを強調しておきたい（この点は前稿では触れていなかった）。

そこで、本稿では、資料としてマサチューセッツ州における医師資格更新の要件についての手引きを紹介し、その中で、どのような点が重視されているかを見ることにする。

叙述の順番としては、改めてメディカル・スクールでの医療倫理教育について述べた上で、ワシントン州立大学で教えられている内容の一端を紹介する。その後、卒後の倫理教育の例として、マサチューセッツ州における医師資格更新の要件を瞥見する。

II. メディカル・スクールでの医療倫理教育

アメリカでも医療倫理教育の重要性が認識されたのは、高々この半世紀のことに過ぎない。1970 年までは、メディカル・スクールでの医療倫理教育は稀だった。1972 年の調査でも、メディカル・スクールで医療倫理教育を提供していたのはわずか 4% に

¹ David A. Johnson & Humayun J. Chaudhry, Medical Licensing and Discipline in America: A History of the Federation of State Medical Boards 174 (Rowman & Littlefield, 2012).

過ぎないとされる。ところが、1989年には34%となり、1994年段階ではすべてのメディカル・スクールで、必修科目の一部とした。要するに、この四半世紀の間で大きく変化したわけである。その大きな要因となったのは、1985年の論文だとされる²。この論文では、提言として、医療倫理の基礎的な授業を必修にすべきだと論じた。

実際、医学・医療をめぐる状況は、従来のパターンリズムに基づく医師患者関係が維持できないような状況が生まれていた。終末期医療をめぐる場面が典型だが、救命・延命だけが常に医療の目標とすることができなくなり、患者の自己決定(autonomy)の重要性が共感を持って受け入れられるようになった。自己決定を中心とする生命倫理4原則が知られるようになり、それら4つの原則を医療現場でどう調整し、適切な判断を導くかが大きな課題となる時代だった(もちろんそれは現在にまで続いている)。

そこで、1994年までに、すべてのメディカル・スクールで医療倫理が必修科目となったわけである。次の課題は、いかにして医療倫理教育を行うかであった³。

当初とられた伝統的教授法は次のように整理できる。

- ・結論ではなく、医療倫理に関する課題の分析方法、考え方を講ずる→知識と分析方法を伝達する
- ・内容は、倫理に関する基本的考え方(功利主義、規範主義等)、医療倫理原則を教えるほか、重要な宣言(ヒポクラテスの誓い、ジュネーブ宣言、ヘルシンキ宣言等)を知らせ、さらにさまざまな倫理的課題を提示する状況などを理解する
- ・方法は、講義とリーディングとグループ・ディスカッション
- ・形式は、独立の授業、つまり医療倫理と題する授業を行う

だが、このような方法では、知識を伝えることはできても、十分に現場で使えるものにならないとの批判があった⁴。

そこでその後、新たな教育方法の改善が図られた。新たな方法では、次のような点が重視される。

- ・目的をより鮮明にかつ積極的にする
—医療倫理教育の目的は医師としての人格の陶冶・人格形成にある。
- ・方法として、他分野との連携を図る

² Culver CM, Clouser KD, Gert B, et al. Basic curricular goals in medical ethics. N Engl J Med. 1985;312:253-256.

³ アメリカのメディカル・スクールでの医療倫理教育の現状については、The Essential Role of Medical Ethics Education in Achieving Professionalism: The Romanell Report by Carrese, Joseph A. MD, MPH; Malek, Janet PhD; Watson, Katie JD; Lehmann, Lisa Soleymani MD, PhD; Green, Michael J. MD, MS; McCullough, Laurence B. PhD; Geller, Gail ScD, MHS; Braddock, Clarence H. III MD, MPH; Doukas, David J. MD, Academic Medicine: June 2015 - Volume 90 - Issue 6 - p 744-752.

⁴ その一例として、Rooksby, Jacob H., Ethics Education in Medical Schools: Problems, Practices, and Possibilities (April 20, 2011). Quinnipiac Health Law Journal, Vol. 10, No. 2, 2007. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1817006>

—それらは歴史学・人文科学・心理学・行動科学など多岐にわたる。要するに医学だけでは医療倫理の課題に適切に対応することはできない。人間に関する諸科学の助けを得て、人格的な対応が求められる。具体的には、医学者だけが講師となるのではなく、関連諸科学の専門家に加わってもらうということである。

- ・より実践的な側面を強調する

—一般的な知識では不十分で、具体的な場面でどう行動すべきかが問われる。その際には、患者その他の周囲の関係者といかにコミュニケーションを図るかが重要となり、ロール・モデル、ロール・プレイなどでの実践的授業が重要視される。

その結果、現代における医療倫理教育についての共通理解は、次のような点だとされる。

- 1) 医療倫理教育の重要性
- 2) ケース・メソッドの利用
- 3) 教授陣は医師だけではなく、interdisciplinary（学際的）構成
- 4) 他の医学教育との融合・連携（例えば、内科学の講義に倫理的課題を取り込む）
- 5) 教育学の知見の利用
- 6) 教育の成果についてフィードバック・レビュー

Ⅲ. ワシントン州立大学メディカル・スクールの事例

ここではシアトルにあるワシントン州立大学で提供されている医療倫理・生命倫理のプログラムの例を紹介する⁵。その主要なテーマは次のようなものである。いかに多彩なトピックがカバーされているかが分かる⁶。

なお、見て分かるように、これは重要度の順ではなく、単に ABC 順で並べられているに過ぎない。

- ①アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning ; ACP）
- ②終末期医療に関する事前指示書（Advance Directives）
- ③悪い知らせの伝え方（Breaking Bad News）
- ④臨床倫理と法（Clinical Ethics and Law）
- ⑤補完・代替医療（Complementary Medicine）
- ⑥守秘義務（Confidentiality）
- ⑦小児医療に関する文化的多様性とさまざまな信仰による影響（Cross-Cultural Issues and Diverse Beliefs in Pediatrics）
- ⑧難しい患者との対応（Difficult Patient Encounters）

⁵ <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine>

⁶ なお、このようなテーマの多様性は、樋口範雄「アメリカにおける医療倫理教育」日医雑誌 第 139 巻第 2 号 366-367 頁（2010）でも 20 項目を掲げて例示した。

- ⑨緊急時における蘇生禁止指示 (Do Not Resuscitate Orders during Anesthesia and Urgent Procedures)
- ⑩終末期医療の各種論点 (End-of-Life Issues)
- ⑪倫理委員会と倫理コンサルテーション (Ethics Committees and Consultation)
- ⑫無益な医療 (Futility)
- ⑬エイズの問題 (HIV and AIDS)
- ⑭インフォームド・コンセント (Informed Consent)
- ⑮学際的なチームでの対応 (Interdisciplinary Team Issues)
- ⑯母と胎児の利益 (Maternal / Fetal Conflict)
- ⑰医療過誤 (Mistakes)
- ⑱新生児のICU (Neonatal ICU Issues)
- ⑲親による決定 (Parental Decision Making)
- ⑳医師の幫助による死 (Physician-Aid-in-Dying)
- ㉑プロフェッショナリズム (Professionalism)
- ㉒公衆衛生における倫理 (Public Health Ethics)
- ㉓研究倫理 (Research Ethics)
- ㉔限られた医療資源の配分 (Resource Allocation)
- ㉕霊性・精神性と医療 (Spirituality and Medicine)
- ㉖医学生が直面する問題 (Student Issues)

これらのテーマのうち、いくつか具体例を見る。これらの具体的なケースについて、グループ・ディスカッションやロール・プレイが行われると考えられる。実際、教材として、これらのテーマについて具体的なケースが例示されている。

まず、①と②のACPや事前指示書に関わるケース1は次のような事例である。

「慢性腎炎の女性患者。娘たちに、認知症になった場合、そのような状況では生きていたくないと告げる。数年後、重度の認知症になり、ナーシング・ホームに入所した。患者はすでに娘など家族を認知できなかったが、ホームで新しく知り合った仲間や猫とは仲良くなり、ホームでの生活に満足しているようだ。だが、腎臓の機能が衰えて、ホームのスタッフは、人工透析に入るか否かで悩んでいる。そして、娘たちに透析を始めるか否かを尋ねた」

この設例についての議論のポイントとして、次のような示唆がある。

「娘としては、母親の過去の発言だけでなく現在の最善の利益も考える必要がある。どうすればよいかは実は分からない。というのは、十分なACPがなされてこなかったからである。このような状況では生きていたくないという意味が、実は何を意味するかが分からない。ただし、このようなケースでも、母親がどのような人生観をもって生きてきたかを尋ねることが役に立つ可能性はある。

娘たちは、いったん透析を始めて、その上で患者の人生の質が劣化するような状況になったら、透析を中止するという方法もある」

もちろん、実際のクラスでのディスカッションがこの通りに行くとは限らない。また、この事例について、付加的な条件やより詳しい状況があれば、議論の方向性が変わることも考えられる。ただ、設問の設定者は、丁寧な ACP が大切だったということをポイントとして指摘している。

同じくケース 2 は次のような事例である。

「男性患者。心臓血管病であり、主治医に advance directive を示し、CPR その他あらゆる方法での生命維持治療を求めると明記してあると述べた。これに対し、主治医としてどう対応すべきか」

これに対する示唆は、次のような内容である。

「患者がなぜそのような事前指示をしているのか、その理由を探求すべきである。単純に、患者がテレビの ER などの番組の影響で、CPR が常に有効だと考えている可能性もある。もしそうなら、主治医としては、患者が陥っている状況では、CPR は有効でないことも多いことなどを説明する必要がある。

しかし、患者が生きようとしなないことが自殺に相当する、そしてそれは道徳的に許されないという信念で、そう述べている場合もある。そのような場合であれば、その問題を一緒になって話し合うと同時に、聖職者の助けを借りる道もある」

この設例では、患者ははっきりした意識もあり意思表示もできるから、患者の認識や希望、そしてその裏付けとなっている情報について、まずはそれを理解しようとするのが大切だというわけである。ただ、今やアメリカでは救命・延命第一で、それが患者の希望ならまったく問題はないということにはならない点に留意する必要がある。⑫の無益な医療という論点とも関係するし、何よりもそれが患者本人のためになるかについて、再検討を要するというわけである。

今度はケース 3 である。

「植物状態になったら生きていたくないと常々言っていた患者が、そうなった場合、患者の意思とは何か。植物状態とは」

これについてのディスカッションをする際の示唆は次のようなものである。

「植物状態が意味するのは多義的である。例えば、何であれ過剰な延命治療は拒否するという意思表示であることもあれば、植物状態になったら管を抜いてくれという意思表示である場合もある。

ACP での話し合いで、その内容がそれ以上明確にならなかったとすれば、この言明自体は有用なものではない。植物状態という言葉は、ある人には意識不明のことをいうこともあれば、別の人には読み書きのできない程度になることを意味する場合もある。やさしく患者の真の願いや恐怖は何かを聞き出し、終末期における医療のあり方について、より明確な指示を引き出す必要がある」

なるほど、植物状態は現代ではよく聞く言葉であるが、実際に周囲に植物状態になった人がいることは稀である。一体それが何を意味するか分からずに患者が意思表示

をしている場合もある。ここでも ACP が登場し、その重要性が強調されていることに留意すべきである。

今度は、インフォームド・コンセントというテーマでのケース 1 を紹介しよう。

「64 歳女性。入院中の多発性硬化症の患者である。ケアチームは、いずれ適切な栄養補給のために管を付けなければならないと感じている。ある朝、彼女にこの問題を問うと、それに同意するとの返事だった。ところが、その晩、患者は明確な意思表示のできない状況になり、栄養補給チューブの取り付けについても分からない事態となった。そして管の取り付けはいやだといった。

ところが、次の朝、彼女の意識は清明となり、昨夜のことは覚えておらず、管の取り付けにも同意した。そもそも患者は自己決定能力があるのか。どちらの希望を尊重すべきなのか」

このケース 1 についての議論のヒントは次のとおりである。

「この患者の病気は、意思決定能力に影響を与える種類のものである。意識の清明な時期における決定が一貫して同じなら、この決定が彼女の真の決定と見ることができるかもしれない。しかし、決定能力に疑問がある以上、代理人による決定もあり得る。そしてそれが患者の本当の希望を定めるに役立つこともある」

なかなか難しい。だが、実際のディスカッションでは、これ以外にもいくつもの選択肢が出されて、それらの優劣が議論されるだろう。

今度はケース 2 である。

「55 歳の男性患者。3 ヶ月ほど胸に痛みがあり、ふっと意識を失うこともあった。主治医としては、心臓カテーテル検査が必要と考えている。そのリスクと効用を患者に説明し、それをしない場合の予後についても話した。患者はそれらを十分理解したが、それにもかかわらず検査を拒否した。主治医としてどう対応すればよいか」

ケース 2 についての示唆は次のとおりである。

「この患者は、自らの自己決定の意義を十分に理解している。その能力がある以上、主治医はその決定を尊重する義務がある。ただし、どうしてその決定に達したのかを質して、主治医として勧める方向性について相談することはできる。治療拒否は尊重すべきだが、それで相談や協議が終わりということではない」

以上、いくつかのテーマと具体的なケースを紹介した。アメリカのメディカル・スクールでの医療倫理教育の一端は、これらの事例から垣間見えると思われる。しかし、例えばこれら 26 項目のテーマについて、1 ないし 2 のケースについて議論するだけでも相当の時間を要する。それだけの重要性を、アメリカのメディカル・スクールでは、医療倫理教育に認めていると考えることができる。

IV. 医師資格の更新と医療倫理の学び

1) 医師資格更新要件と医療倫教育

アメリカでは、医師の資格は更新制である。2年ごとに一定の研修を受けたことを証明し、更新料を納めることで更新が認められる。

ここでは、マサチューセッツ州における医師資格更新申請の概要を紹介する⁷。

資格更新申請書は3つの部分、PART A、B、Cに分かれる。資格更新のためには、まずこの申請書を完成させること。その中で生涯教育〔マサチューセッツ州では、従来のCME (continuing medical education) という呼称も使われているが、現在他州ではCPD (continuing professional development) と呼ばれる〕として、2年の間に50時間の研修を受けることが必要とされる。この研修の中に医療倫理教育も含まれる。さらに、更新料として600ドルを支払う必要がある。

資格更新申請書 PART A では、医師の業務状況を申告する。業務を行っている場所や電話番号、メール・アドレス等を記入した後、専門を明記した後、医師賠償責任保険の情報、実際に賠償請求を受けたか否か、それがどのような結果になったかを申告する。

資格更新申請書 PART B では、医師自身が病気になっているか、薬物中毒はないか、EHR (electronic health record) を駆使できるか、児童虐待の通報義務を理解しているかなどが尋ねられる。

資格更新申請書 PART C では、医師の経歴情報などを明記した後、児童虐待、障害者虐待、高齢者虐待の通報、犯罪に関係する情報の通報、強姦や性犯罪の被害者に関する通報、メディケアによる支払い請求のあり方、課税関係での正確な申告、医師が業務に関連して契約する相手方や被用者の情報、子どもへの子どもの扶養費を天引きして支払う義務を履行しているか、利益相反に関わるような情報（関連の事業者について何らかの利益を有しているかなど）、HIPAA 法（医療に関する情報の保護と活用に関する法律）の理解、医師本人の犯罪歴などを記述しなければならない。

2) マサチューセッツ州での医師資格更新—より詳細な情報

以上のように、医師資格更新のためには、医師として生涯教育を受け続けていることの証明を要する。その中に、医療倫理について学ぶことも、マサチューセッツ州では「リスク・マネジメント」の一部として含まれている。

しかし、下記の詳しい情報を見れば、実際には他の点でも医療倫理に関係する事柄が少なくない。メディカル・スクールでの教育のように仮設例ではなく、自らの医療実践の中で、高齢者虐待や児童虐待の通報や自らが犯した医療過誤の申告など、まさに医療倫理と関係する情報を申請書に記載しなければならない。

以下、本稿の付録として、マサチューセッツ州で医師が資格更新申請書を記入する際の手引きを訳した。その内容を見ると医療倫理という観点から見ても、十分に意義があると考えて紹介する。下記の部分に「医療倫理」という言葉は一度しか出てこな

⁷ 以下は、下記による。<https://www.mass.gov/doc/full-license-renewal-instructions/download>

いが、他の部分でも医療倫理に関係するものをいくつも見出すことができる。

なお本稿の末尾に一言だけ付け加えると、アメリカでの継続教育のスポンサーの多くは製薬会社であり、製薬会社が提供するセミナーに出て継続教育の単位を取得することができる。アメリカではこれを問題視して、批判的に紹介する論文がある⁸。

【参考資料】 マサチューセッツ州における通常医師の資格更新手続きの手引き

Part A、B、Cの3つの部分に分けて申告する

正直で正確な申告を求める

虚偽の内容の申告には制裁（資格剥奪などおよび刑事犯罪になるおそれもある）

2年ごとの誕生日の4週間前に申告しなければならない

申告要件

- a. it is PRINTED in a legible manner（活字体で、読める文字での記入）
- b. all data, information, and signatures requested are provided as specified（求められた情報、データ、署名のあるもの）
- c. the proper fee is submitted（and 更新手数料の納付）
- d. the applicant has submitted any additional material the Board has requested（州医師規制委員会を求める付加情報の提示）

Due Date：申告期限は2年ごとの誕生日の4週間前

Renewal Fee：更新手数料は\$600.00（小切手、その他適切な手段で）

Failure to Renew：更新しない場合、誕生日の時点で資格が失効する。その日以後、医業を行ってはない

Name Change：もしも名前の変更があれば申告する

PART A

1) Activity Status：医療を行っている状況の申告。もしも現在マサチューセッツ州において医業を行っていない場合はその旨を申告

医業を行っていない場合、薬の処方もできず、もちろんそれは家族が患者の場合も同様。医業を行っていない場合、continuing professional development（CPD；医師の生涯教育）の義務は免除され、医療過誤保険に入ることもない（ただし“tail” coverage＝医業をしている間に行った医療が医業をやめた

⁸ Rodwin, Marc A., Drug Advertising, Continuing Medical Education, and Physician Prescribing: A Historical Review and Reform Proposal (2010). Journal of Law, Medicine and Ethics, Vol. 38, p. 807, 2010; Suffolk University Law School Research Paper No. 10-36. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1663983>

後で問題ありとされた場合、保険がカバーするケースがあり、それは除く）。それ以外の点では、医師資格規制委員会（medical board 以下、委員会）の規制の下にある。これらの医師が医療実務に復帰する場合、600ドルの更新手数料の納付が求められ、2年後の更新手続が適用される。

ここで「医業（The “practice of medicine”）」とは、Board's regulations at 243 CMR 2.01に定義される行為を指す。病に対する診断、治療、医療器具の使用、薬の処方・服薬などが含まれる。自らを医師または外科医、もしくは“M.D.” or “D.O.”をつけて名乗り、他人の身体的精神的状態について責任を負う者は、医業に従事しているとされる。

Requesting a Change in Activity Status：医療を行っているか否かの状況を変更したい場合、その書式は次でダウンロードできる（www.mass.gov/eohhs/gov/departments/borim/physicians/forms.html）

Non-Renewal：更新しないという場合は、更新申請のしかるべき場所にチェックし、署名の上で委員会に送付すること

Retirement：もしも引退を希望する場合は、引退医師としての地位に置かれる。この場合、次のところに連絡されたい。

2) Address & Contact Information

Mailing Address：現在使っているメールアドレスを記入。委員会からの連絡はこのアドレスにメールで連絡する。

Home Address：住所および郵便番号

Business Address：実務を行っている住所は、私書箱であってはならない

委員会は、医師の住所の公表について次のような方針をとっている。

医師資格のある人が実務を行っている場所は公表する。それに、医師のプロファイルをつけて。医師が、実務を行っている場所を持たない場合、委員会としては、それが医師の家の住所であったとしても、郵送先を公表する。

また、正当な理由を示して医師の家の住所を書面で求められた場合、委員会はそれを開示する。例えば、弁護士が、訴状の送達のために住所を問い合わせてきた場合などである。

なお、委員会の規則によれば、住所変更があった場合、医師は30日以内に委員会に通知すること。書面によることを原則とするが、オンライン上の医師のプロファイルに変更することでもよい。

Telephone Numbers：医師の家の電話番号は秘密事項とする。ただし、医師が実務を行う場所に電話番号がない場合、正当な理由を示して書面による請求があった場合、委員会は家の電話番号を開示する。

3) Email Address：eメールアドレスを記入すること。委員会は、更新がなされた時点でeメールによって通知するほか、医師資格証を郵送する。委員会のサイトでの情報提供にも日常的に留意されたい（www.mass.gov/massmedboard）。

4) Fax Number：ファクシミリ番号も記入すること。それによって委員会から秘密の連絡も可能となる。その番号変更があった場合も委員会に通知すること。

5) Practice Specialty：参考資料1（Reference Table 1）を参照して、医師の専門を記入すること。

6) Board Certification：専門医の資格認定としては参考資料2と3に掲げるAmerican Board of Medical Specialties (ABMS) certificationsまたはAmerican Osteopathic Association (AOA) certificationsだけを提出すること。

7) State Licenses, Current：現在有効な他州の医師資格または前回の更新時以後他州で資格を得た場

合は、それを記述すること。

8) State Licenses, Previous : 以前に医師資格を認められたすべての州を記述すること。

9) Drug Registration Numbers : マサチューセッツ州における規制薬物取扱者の登録があれば、その番号を記入すること。その番号が変更されている場合、新規の番号を記入すること。連邦の登録番号 (all Federal (DEA) registration numbers) があれば、それも記入すること。それに変更があれば新規番号を記入すること。Drug Enforcement Administrationによって規制されるオピオイドの利用や乱用について対応するための番号をもっている場合はそれも記入すること。

10) Work Sites : マサチューセッツ州内の勤務場所 (病院、クリニック、施設など) をすべて記入すること。それには、インターネットによる処方サービスの会社を含む。医療機関のリストは参考資料4を参照。

11) Care of Patients in Massachusetts : Residents and Fellows : 外来と入院患者に分けて、どれだけの診療時間を費やしているか記入すること。直接の診療だけでなく、電話その他の相談、文献検索の時間、記録にとられる時間なども含む。ただし、マサチューセッツ州内での行為に限る。

12) Medical Liability Insurance Information : 医療過誤賠償責任保険の会社名が変更された場合や不正確な場合、それを訂正すること。当該保険の対象となる期間および保険のタイプについて記入すること。また、当該保険が保険会社から直接支払いをされるのか、信用状 (a letter of credit) によるのかを明記すること。後者の場合、委員会の承認を要する。

実務に携わっていない医師の場合でも、“tail” insurance (期限後の賠償請求でも期限内に発生していれば保険の対象とするタイプ) を有している時は、それらの情報を記入すること。

通常の医師 (Full License) で、しかも医療過誤賠償責任保険に加入していない場合、その旨を明記するほか、直接関係の患者の診療に関わっていないこと、または政府の職員であること、その他その正当理由を記述すること。

13) Office-Based Surgery : 外科手術 (Surgery) が何を意味するかはMassachusetts Medical Society (MMS) Office Based Surgery Guidelinesによって定義されている。その中でさらに細分化されて、“Surgery” “Office Based Surgery” “Major Surgery” “Minor Surgery” and “Special Procedure”のそれぞれに定義がある。医師の資格更新に当たり、医師はこれらの定義に当てはまる手術をしているか否かを答えねばならない。それらにイエスと回答した場合、PCA-O “Office Based Surgery”という書式に記述して提出しなければならない。

14) Claims Made : 医師に対する訴訟や苦情申し立ては他州でのものも含めて回答しなければならない。この2年 (前回の更新から今回の時点まで) の間の新規の申し立ても記入しなければならない。

15) Claims Closed : これについても、とりあえず訴訟や苦情申し立てが途中で取り下げられた場合やそれらが他州で行われた場合でもイエスと記入すること。

16) Other Civil Lawsuits : 医師に対して提起された訴訟について、それが医療過誤訴訟といえない場合でも、医業に関連する場合や医師としての能力に関係する場合には記入しなければならない。具体的な例示として、消費者保護に関する訴訟、独禁法関連訴訟、市民的権利に関する訴訟、詐欺や故意による不法行為 (名誉毀損や契約関係に関する不法な介入など) がそれに当たるが、これらに限られない。ただし、医業にまったく関係のない訴訟については報告する必要がない。

もしも14) -16) のいずれかについてイエスと回答した場合、Form Rに記入して提出すること。その

際の留意点は次のとおり。

苦情や訴訟で申し立てられている内容：ここでの記入内容は、詳細であればあるほどよいが、この記入が自白や過失の承認を意味するわけではない。まだ途中段階である申し立てや訴訟についても正確に記入すること。

17) Criminal Charges：医師が犯罪に問われている場合、それを報告しなければならないが、犯罪に問われるとは、逮捕、有罪認否手続、起訴を含み、その後、取り下げられた場合や無罪となった場合も含む。

その結果についても報告義務がある。それらには、保護観察や有罪を起訴づける事実の認定を含む。さらに逮捕状の請求なども。この設問についての回答がイエスの場合、Form Rに記入して提出しなければならない。それには警察の記録や起訴状、告発状などを含む。

18) Other Issues：何らかの秘密保持契約があるからといって、この設問に回答しなくてよいということにはならない。

a)は、医業に関する能力に関連して、さまざまな申請（政府機関への雇用申請、医療機関への雇用申請など）を取り下げたことがあるかを尋ねるものである。

b)は、医業に関する能力との関係で、医療機関その他から休暇申請をしたことがあるかを尋ねるものである。

c)は、医師個人として、政府機関や医療機関などから調査対象とされたことがあるか否かを尋ねるものである。

d)は、医師個人として、政府機関や医療機関などから懲戒処分の対象となったことがあるか否かを尋ねるものである。懲戒処分には、契約の不更新、医療機関で治療を行う特権の制限や廃止なども含む。

18) のいずれかの部分についてイエスと回答した場合、Form Rに記入して提出しなければならない。

19) Restriction of Controlled Substances Privileges：医師が引退する場合、またその理由が規制薬物の違法な処方と無関係の場合にはこの設問にイエスと回答する必要はない。

しかし、この設問にイエスと答えた場合、Form Rにすべて記入する必要がある。後に、それに関する通知が届けられ、それを提供するように求められる。

20) Medical License Application Withdrawn or Denial of Medical License：医師の資格更新の取り下げまたは否認という場合の資格には、full、limited、temporaryその他の資格がすべて含まれる。従前にある州でfull licenseが認められ、期限切れで失効した場合、この設問にイエスと回答した上でForm Rに記入して、関連情報を委員会に提供する必要がある。

21) Medical Liability Insurance Actions：医療過誤賠償責任保険について保険会社は何らかの行動をとったことがある場合、または保険会社の調査や示唆に基づき何らかの行動をとったことがある場合、この設問にイエスと回答しなければならない。さらに、保険会社が医師としての能力に関連して何らの条件をつけた場合、例えば監視、相談その他の条件をつけた場合、それを報告しなければならない。再教育や継続教育などの条件がつけられた場合も同様である。この設問にイエスと回答した場合には、Form Rに記入のこと。

22) Continuing Professional Development (CPD) Requirements (also known as Continuing Medical Education or CME)：継続教育（生涯教育）の要件を満たすこと。そのためには、ウェブサイト (www.mass.gov/massmedboard for additional information on CPD requirements) を参照すること。

AMAによるCMEの指示も、マサチューセッツ州で有効である。Full License Renewal Instructions, AMA. 以下にコンタクトされたい。Massachusetts Medical Society's Department of Medical Education Services at (800) 322-2303, ext. 7306 regarding the availability of CME programs or visit their website at (www.massmed.org)。CPDを履修したとの情報を提供する必要はないが、その調査が入った場合のためにCPD履修の記録を保管すること。

委員会としては、2年の間に、資格更新のためにはCPDのコースを50時間満たすことを要件とする。そのうち10時間はリスク・マネジメントの分野でなければならない。また過半数の時間は、医師の専門分野・主要分野に関係したものでなければならない。

Documentation of CPD : CPDの単位を証明する記録は、医師資格更新申請書に添付する必要はない。手許に記録として保管し、それが求められた場合に提出すること（ランダム・チェックを行う）。

Board Regulations : 医師は、委員会の定めた規則に通暁することが求められる。少なくとも2時間をかけて、規則を読んで理解すること。ウェブサイトでは下記で見ることができる (<http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/borim/physicians/regulations/regulations-guidelines-and-policies.html>)。

Risk Management : 生涯教育のカテゴリー1またはカテゴリー2の中のリスク・マネジメントの項目を10単位取得する必要がある。それには、医療過誤の防止、**医療倫理**、医療の質確保、患者との関係、医療遂行のうちの非経済的要素、医療過誤の生ずる可能性を防止する手段などの内容が含まれる。下記を参照のこと。CPD Booklet on the Board's website at (www.mass.gov/eohhs/gov/departments/borim/physicians/physicians-frequently-asked-questions.html)

Board Certification or Recertification : 専門医研修認定は25単位相当。American Board of Medical Specialties (ABMS)またはAmerican Osteopathic Association (AOA)による専門医研修認定は、カテゴリー1の25単位に相当すると認める。

Medically Related Degrees : 公衆衛生学修士のような医学に関連する専門学位の取得は、カテゴリー1の単位25単位に相当すると認める。

Volunteers for the Board : 委員会でのボランティア活動は、20時間を限度としてカテゴリー1 CPD credit 1時間相当と認める。医師資格更新申請者は、リスク・マネジメントの分野における単位のうち4単位にあてはめることができる。

具体例：2年間の間に、委員会で18時間ボランティア活動をしたとすると、カテゴリー1の単位として18単位が認められる。そのうち4単位をリスク・マネジメントの分野での単位にすることが可能であり、残りの14単位は一般的なCPDの単位となる。

Medical Examiners : 検死官としての業務の重要性に鑑みて、さらに他州での検死官不足に対する支援の意味でも、そのような活動をしている医師にはリスク・マネジメントの分野でのCPD単位として4単位を認める。

Waiver of CPD requirements : CPDの単位取得が更新期限までに間に合わない場合、CPD waiver（猶予期間申請）を求めることができる。これは猶予であって免除ではない。更新期限より30日以内に申請すること。ただし、次の情報を含まねばならない。

- (a) 単位取得ができない理由の説明、(b) すでに取得した単位数、(c) 単位取得のプラン

Grounds for Granting a CPD Waiver : 委員会が猶予を認めるのは次のような場合である。

- (a) 申請者の長期にわたる病気、(b) CPD単位の取得が困難である事情

Exemption from CPD Requirements : 次のようなケースでは、CPD要件を満たす必要はない。

Inactive Status : 医師資格がありながら、医業に携わっていない状況では、CPD要件を免除する。

Residency/Fellowship : 資格更新時期の1年前以内にACGMEの承認した研修プログラムまたはフェローシップに参加している場合、またはACGMEではない機関の承認したフェローシップの1年目または2年目である場合、CPD要件を免除する。

Calculating credits : 研修期間を終えた後、医師として2年の間隔で資格更新を続けることになる。例えば2007年7月1日に研修期間を終えた場合で、医師資格更新が2008年4月30日である場合、2008年4月30日から更新に必要な単位取得が始まる。つまり2年間で必要なCPD単位をその時点から取得して、2010年4月30日までに取得し終わらねばならない。2007年7月1日から2008年4月30日まではCPDの単位を取得する必要はない。

同様に、医師資格の開始から1年未満の期間において、その短い期間についてはCPD単位の取得は不要である。しかし、1年を超えて2年未満の場合には、更新に必要なCPD単位の半分を満たす必要がある。例えば、full licenseを取得したのが2008年1月で、更新が2009年3月に予定されている場合、CPD単位を25単位、リスク・マネジメントで5単位を取得する必要がある。加えて、これらの時間のうち1時間は委員会の規則の学習にあて、26時間は医師の主たる専門領域の研修にあてる必要がある。

PART B

以下の設問23) 24) は、医師としての過去の更新時と現在の間についての設問である。委員会が尋ねる設問には、Americans with Disabilities Act (ADA)によって、雇用前の調査では聞いていけないとされる質問が含まれる場合があるが、それに答えてもらわなければ、資格更新手続きは完成しない。この更新申請は、公表される記録とはならず、医師自身が委員会に許可をした場合を除いて秘密が保たれる。また、法律上、委員会は、情報を法的に認められた機関と共有することが認められている。例えば、他の州の委員会や法執行機関との情報共有である。法によって認められた機関もまた法に従い、これらの情報の秘密を守る義務を負う。なお、医師は医業を安全に行う能力に影響を与えない病状については開示する義務を負わない。

23) Medical Condition : 病状とは、生理学的、および精神的状況や問題を含み、次のように列挙される状態または問題が例示されるがそれらに限定されない。Orthopedic, sensory, cognitive, neuromuscular, neurological, psychiatric, infectious, cardiovascular and metabolic conditions and disorders. また、学習障害や薬物中毒も含む。医業を行う能力とは、適切な医学的診断を行う認知能力、合理的な医学的判断を行う能力、さらに医学の発展について学び、それに遅れないようにする能力を含む。

この設問にイエスと回答した場合、具体的な病状を記述すること。診断日時や担当医師、医療機関など記入。どのような治療をしたかなども。それが医師としての業務にどのような影響を与えたか(専門の変更など)。後日、担当医からの報告書を求められることがある。

24) Use of Chemical Substances : 化学物質とは、アルコールや薬品を含む。薬品の中には、適法に処方された規制薬物はもちろん、違法に取得し使用したものも含む。

この設問にイエスと回答した場合、その具体的内容を記入すること。また、それらの使用に関して治療を受けた場合、その治療の内容や日時、診断名、治療を受けた医療機関等の名称、住所などを記述す

ること。加えて、その影響によって医師としての業務に影響を受けて、何らかの変更を余儀なくされた場合、それについても記すこと。参加した治療プログラムなども。これについても後日、医師を治療した担当医から報告を求めることがある。

なお、この質問に答えることで刑事訴追があると合理的に考える場合、これに答えない権利がある。その場合、医師には連邦憲法第5修正による自己負罪拒否特権（黙秘権；the Fifth Amendment privilege against self-incrimination）が認められる。その場合は、書面によって特権の行使が求められる。更新手続きはその上で進行する。

NOTE TO THE CHEMICALLY DEPENDENT PHYSICIAN：薬中毒の医師に対する注意事項

薬など化学物質に中毒状態にある医師は、まずは自発的に何らかの支援を求めるよう勧告する。委員会が薬中毒やそれによる影響を受けている旨の通知を受け取った場合、基本方針は公衆の安全保護であり、他方で当該医師について認定された治療プログラムの下でリハビリテーションを受けてもらうことである。リハビリの成功のために委員会は関連機関と協力する。

25) Electronic Health Records Proficiency：EHRについて通曉すること

マサチューセッツ州法M.G.L. c. 112, § 2により、更新希望の医師はEHRの利用に通曉していることが求められる。この要件は一度満たせばよいものである。それを証明する点を示すか、または除外規定に当たるようならその理由を示す必要がある。

26) Requirement to Complete Training to Recognize and Report Suspected Child Abuse or Neglect：児童虐待の認知と通報に関する研修を終えているという要件

マサチューセッツ州法M.G.L. c. 119, § 51A(k)によって、児童虐待について通報を法的に義務づけられているすべての専門家は、児童虐待の認知と通報に関する研修を終えていなければならない。医師はその中に当然入る。当初の医師資格を得る際にまずこの要件を満たす必要がある。この研修は、一度満たせばよいものである。ただし、更新に際して、以下の項目のいずれか1つについて研修を終えていることを示す必要がある。

- ☐ 医学部教育または卒後研修の中で、児童虐待の判断・評価に関する研修を受けたこと
- ☐ 児童虐待のサインを見逃さないために病院が提供する研修プログラムを受けたこと
- ☐ 医師の継続研修の中で、児童虐待の認知と通報に関する単位を取得したこと
- ☐ オンライン・プログラムで、このような研修を受けたこと (i.e., The Middlesex Children's Advocacy Center's program "51A Online Mandated Reporter Training: Recognizing and Reporting Child Abuse, Neglect, and Exploitation" www.middlesexcac.org/51A-reporter-training)
- ☐ 児童虐待に関する専門家としての認証を受けたこと (i.e., Child Abuse Pediatrics)

PART C

PHYSICIAN PROFILE：委員会のウェブサイトで、医師のプロファイル欄を見て、自分の情報が正確かを確認すること (<http://profiles.ehs.state.ma.us/Profiles/Pages/FindAPhysician.aspx>)。確認したか否かを適切な欄にチェックして示すこと。訂正がある場合、それを添付して更新申請書類に付加すること。ただし、業務に従事していない医師については、プロファイル欄に掲示されていない。

CERTIFICATIONS：更新の認証について、法律の関連条文は、マサチューセッツ州法のウェブサイト (<https://malegislature.gov/Laws/GeneralLaws/Search>) **を参照すること。**

1) Reporting Child Abuse : マサチューセッツ州法G.L. c. 119, Section 51Aによれば、医師は子どもたちの児童虐待について通報する義務を負う。専門家として、子どもが出生時点で薬物中毒に陥っていると判断した場合、または18歳未満の子が次の事由により身体的または精神的被害を受けていると判断した場合、マサチューセッツ州厚生省（Department of Social Services）に直ちに口頭で通報しなければならない。

1. 虐待（これには性的虐待を含む）または 2. 放任（これには栄養不良を含む）

口頭での通報後、48時間以内に書面での通報をしなければならない。医師が医療機関やその他の公的私的機関、学校その他の機関に所属している場合、この通報は、それらの機関にするか、または州の厚生省に直接するか、いずれかを選択することができる。もしも上記の虐待または放任の結果、死亡したと信ずる合理的な理由がある場合、その死亡についてそれが生じたカウンティの地区検察官および検死官に直ちに通報しなければならない。これらの通報を怠った場合、最高で1,000ドルの罰金刑に処せられる。

2) Reporting Disabled Persons Abuse : マサチューセッツ州法G.L. c. 19C, Section 10によれば、医師は障害者の虐待または放任について通報する義務を負う。障害者とは、18歳以上59歳までの精神遅滞者または他の要因により精神的もしくは身体的障害を有する者であり、その障害によって日常生活において全面的または一部について他者に依存しなければならない者をいう（なお、60歳以上の人は高齢者であり、高齢者の虐待についての通報義務は、それに関する条文を参照）。

医師が専門家として、障害者が作為または不作為により重大な精神的もしくは身体的被害を受けていると信ずる合理的な理由がある場合、その情報を障害者保護委員会（Disabled Persons Protection Commission）に直ちに口頭で自ら通報するか、または何らかの方法で通報がなされるように計らう義務を負う。その上で、口頭での報告後48時間以内に書面での通報をしなければならない。もしも上記の虐待または放任の結果、死亡したと信ずる合理的な理由がある場合、その死亡について、直ちに書面により、障害者保護委員会、それが生じたカウンティの地区検察官および検死官に通報しなければならない。これらの通報を怠った場合、最高で1,000ドルの罰金刑に処せられる。

3) Reporting Elder Abuse : マサチューセッツ州法G.L. c. 19A, Section 15によれば、医師は高齢者の虐待、放任または経済的搾取について通報する義務を負う。医師が専門家として、60歳以上の高齢者が、作為、不作為により重大な精神的もしくは身体的被害を受けていると信ずる合理的な理由がある場合、または他の人の経済的搾取により相当の金銭的もしくは財産的損害を受け、その他人が相当の金銭的、財産的利益を得ていると信ずる合理的理由がある場合、その情報を高齢者保護庁（Department of Elder Affairs）に対し直ちに口頭で自ら通報するか、または何らかの方法で通報がなされるように計らう義務を負う。その上で、口頭での報告後、48時間以内に高齢者保護庁に対し書面での通報をしなければならない。もしも上記の虐待または放任の結果、死亡したと信ずる合理的な理由がある場合、その死亡について直ちに書面により高齢者保護庁に通報しなければならない。これらの通報を怠った場合、最高で1,000ドルの罰金刑に処せられる。

4) Reporting Treatment of Wounds, Burns and Other Injuries : マサチューセッツ州法G.L. c. 112, Section 12Aによれば、医師が銃によるけがや爆発物によるけが、その他あらゆる銃器によって生じた傷害の治療に関与した場合、もしくは身体の5%以上のやけどを治療した場合、またはこれらの事例を病院その他の機関で治療にあたった場合、関与した機関の管理者その他の人は誰でも直ちに州警察

の警視監 (colonel) および医師や機関が所在する警察に通報しなければならない。やけどによる傷害の場合、直ちに州の消防保安官 (fire marshal) およびやけどによる傷害の起こった町の警察に通報しなければならない。加えて、ナイフその他の鋭利な機器で生じた傷害を治療などで関与した人は誰でも、犯罪行為が関係していると考えた場合、治療にあたった町の警察当局に速やかに通報しなければならない。これらの通報を怠った場合、最高100ドルの罰金刑に処せられる。

5) Reporting Treatment of Victims of Rape or Sexual Assault : マサチューセッツ州法G.L. c. 112, Section 12A 1/2によれば、強姦や性的虐待の被害者を治療その他に関与した医師またはそのような治療に関与した機関の管理者その他の人は、直ちに刑事犯罪者情報システム管理委員会 (criminal history systems board) および強姦や性的虐待の起こった町の警察に通報しなければならない。ただし、通報事項には、被害者の氏名、住所その他被害者を特定する情報を含んではならない。これらの事件が生じた地域の一般的記述を含む必要はある。この通報を怠った場合、最高で100ドルまでの罰金刑に処せられる。

6) Board Reporting Requirements : マサチューセッツ州法G.L. c. 112, Section 5Fによれば、別の医師がマサチューセッツ州法G.L. c. 112, Section 5その他の委員会の規則違反をしたと信ずる合理的理由がある場合、それが法によって禁じられている場合を除き、委員会に通報する義務を負う。

7) Medicare Balance Billing Statement : マサチューセッツ州法G.L. c. 112, Section 2によれば、医師はメディケアの対象者からメディケアが認めた治療費を超えた金額を請求し、取り立てを行ってはならない。この禁止は、メディケアの患者を診療した当州におけるすべての医師に適用される。法律では、メディケアのプログラムへの参加は強制していない。しかし、医師がメディケアの患者を診療した場合、医師は法を遵守しなければならない。

8) Massachusetts Tax Reporting and Payment : マサチューセッツ州法G.L. c. 62C, Section 49Aによれば、医師は課税関係事項、被用者および契約者の報告、子どもの扶養費の控除 (離婚後の子どもの扶養費を給与から差し引く制度に基づくもの) に関する州法を遵守している旨、証明しなければならない。虚偽の内容の場合、偽証罪に問われる。

医師が州税について申告せず、または支払いしなかった場合で提出の猶予や免除も求めているで、課税処分上訴委員会への異議申し立て中でもない場合、証明書に署名することができない。医師が署名をし、州税の申告や支払いをしなかった場合、または猶予を求める申し立てもせず免除の申し立ても課税処分に対する異議申し立てもしていない場合、委員会はその通知を受けて医師の資格を停止、または取り消す手続きを開始する。

9) Reporting of Employees and Contractors : マサチューセッツ州法G.L. Chapter 62Eによる課税関係の義務によって、医師は被用者および契約者の報告に関連して税の申告をし、支払いをしなければならない。医師が源泉徴収すべき税を申告し、支払いを怠った場合で、免除の申請や課税処分に対する異議申し立てもしていない時には、この証明書に署名することができない。

10) Withholding and Remitting Child Support : 医師はマサチューセッツ州法G.L.c. 119Aによる法規制を遵守する義務を負う。この条文は子どもの扶養費を給与から差し引き、扶養費として適切な当事者に支払う仕組みを定める。

医師が医師自身に課されている子どもの扶養費を支払わない場合、または法に基づいて自らの給与から差し引かれるべき子どもの扶養費についてそうしていない場合、医師は、本条に基づく証明書に

署名することができない。

11) Patient Care Assessment : マサチューセッツ州法G.L. c. 112, Section 5および医師資格員規則243 CMR 3.00によって、医師は医師が業務を行う医療機関で作られている「患者の治療に関する評価プログラム」(Qualified Patient Care Assessment (PCA) programs)に参加しなければならない(このプログラムの定義については243 CMR 3.02 and 3.03.参照)。この規則によれば、プログラムに参加する医療機関は委員会に対し「重大インシデント」(Major Incidents)を報告する義務を負う(243 CMR 3.08)。さらに医師の従事する機関に適用されるこのプログラムの規則によって、医師は医師資格委員会に対し「インシデント・レポート」(Incident Reports)を提出することが義務づけられる。この事例には、医師の機関から予定外の患者の移送が行われた場合や、予期せぬ死亡または重大もしくは永続的な身体傷害が含まれる(243 CMR 3.11)。

12) Disclosure of Ownership Interest in Physical Therapy Services : マサチューセッツ州法G.L. c. 112, Section 12AAによって、医師が身体的ケアに関するサービス機関に患者を紹介したり移送する場合、その機関がパートナーシップであれ法人であれその他の法的人格をもつものであれ、医師自身がそれについて何らかの経済的所有関係を有する場合、その利益を委員会に開示しなければならない。開示事項には、その機関を所有する他の当事者の名前や所有関係も含む必要がある。加えて、医師は患者に対してもそのような関係にあることを開示し、患者の住むコミュニティにおいて、別の機関も同様のサービスを提供できることを説明しなければならない。

13) Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) : HIPAA法(医療情報に関する保護と活用に関する連邦法)により、医師はこの法律に基づく義務と責任を知悉しなければならない。それには全国医療提供者番号(National Provider Identifier (NPI) number)を取得し、委員会に対しそれを提供する義務を含む。

14) Compliance with HIPAA : 医師はHIPAA法その他のあらゆる連邦法および州法上医師に課される義務を理解し、それらを遵守する義務を負う。

15) Criminal Record Check : 医師の資格更新にあたり、犯罪履歴の記録をチェックする場合がある。その場合、刑事犯罪者情報システム管理委員会からの情報提供を受けることがある。それによって医師資格更新が拒絶されることがある。

イギリスにおける継続教育と医師免許の更新制 (revalidation)

我 妻 学

I. はじめに

イギリス（イングランドを中心に論じる）では、医師に対する継続的な専門教育および監督などを検討する中で、既に 1970 年代に医師免許と医師の適性を定期的に検証することが議論されていた¹。しかし、更新制の導入は困難であり、医師の能力の維持・向上はあくまでも医師の自発性に委ねられることになった。

その後、1990 年代に一般医が 215 人以上の患者を殺害したとされるシップマン事件²、ブリストル小児病院での心臓手術事件³のように医療従事者および医療に対する信頼を根底から揺るがす重大事件が相次いで発生したため、医療の質を適切に評価する制度がなく、医師の監督機関である General Medical Council（以下、GMC）⁴が適切に機能していないなどの強い批判にさらされた。

患者もより積極的に自分の治療に関わり、リスクや代替的な治療方法の有無など医師の説明を求め、医療の質が定期的に検証されることを期待するように患者の意識も

¹ 1975 年に公開された Merrison 委員会報告書 (The Report of the Committee of Inquiry into the Regulation of the Medical Profession (Cmnd 6018, 1975)).

² マンチェスター近郊で一般医をしていたシップマンが、15 人の患者を殺害したとして 2000 年に終身刑を言い渡された。2002～2005 年に公表された調査報告書では 215 人以上の患者を殺害したとされているが、シップマンが獄中で自殺したため、事件の真相は解明されずに終わった。不審死した患者が多数いたにもかかわらず、コローナによる調査が行われずにシップマン自身が死亡診断書を作成したために事件が発覚しなかったとされている（報告書の一部は、<https://www.gov.uk/government/organisations/shipman-inquiry>から入手できる）。

³ 地方の小児基幹病院で、1980 年代に行われた心臓手術の患者の死亡率が全国平均の 2 倍を示し、1988 年に麻酔医の内部告発がなされたにもかかわらず、抜本的な改善策が取られずに 1995 年まで心臓手術が行われ、53 人の手術患者のうち 29 人が死亡した。2001 年に公表された調査報告書は、医療安全の観点から重大な事故に対する自発的な報告制度と制裁を与えない環境の整備を強調している (*Learning from Bristol: The Department of Health's Response to the Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995*(Cm 5363, 2002) .)。

⁴ GMC は、イギリスにおける医療安全、医学教育および医療の質の維持・向上のため、①適切な職業規範の策定、②医学部教育の監督、③医師の登録、免許の更新などを行う政府から独立した団体である (<https://www.gmc-uk.org/>) 。

変化している。

2006 年に Liam Donaldson 主席医務官⁵ (Chief Medical Officer) が公表した報告書⁶では、医師に対する政府の監督が適切に行われていなかったとの批判に対し、医療制度の中核は医師が担っており、医師の職務規範⁷に依拠して医師を養成し、適切な医療を提供することを周知徹底するとともに、医療安全および国民の医療に対する信頼の観点からパイロットの更新制などを参考にして、より包括的な医師免許の更新制を提案している。

医師免許の更新制は、2009 年から 2011 年までの評価制度などの整備期間を経て、2012 年より施行されている。その後、2016 年に看護師および助産師に関しても更新制が導入されている⁸。

II. 医師と医師免許の更新制

1) イギリスにおける医師の登録と医師免許

イギリス国内において、医師が医療行為をする場合⁹、病院などの勤務医になる場合（常勤か非常勤かを問わない）および死亡診断書を作成する場合には、GMC による登録 (register) および免許 (license) が必要である¹⁰。

医師は、自己の登録・免許に関し、患者および医療機関に告知する義務があり、不実な告知をすると刑事罰に罰せられる。

外国に居住する場合などイギリス国内で医療行為をしていない場合は、医師の職務規範を遵守することは当然の前提であるが、医師免許の更新手続を行わなくてもよい。

2) 医師免許の更新制の目的

医師免許の更新制の目的は、従来の登録段階での規律から、医師が現在行っている医療行為の適合性を審査し（1983 年医療法第 29 条 A(5)）、医療の質の向上を定期的に反映するように支援すること、医療ガバナンスを向上し、医療の質を向上すること

⁵ 政府から任命され、公衆衛生などに関し、政府に助言を与える者である。2019 年に Chris Whitty 教授が任命されている。

⁶ Chief Medical Officer, *Good Doctors, Safer Patients*, London : Department of Health, 2006.

⁷ GMC (Good Medical Practice) 現行の職務規範は、2013 年から施行されている。その後、2014 年にイギリス国内で適切な医療を提供しうる英語の能力を有する要件 (14.1) が追加されている (https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/good-medical-practice---english-20200128_pdf-51527435.pdf?la=en&hash=DA1263358CCA88F298785FE2BD7610EB4EE9A530)。

⁸ [revalidation.nmc.org.uk](https://www.nmc.org.uk/revalidation).

⁹ イギリスは 2020 年 1 月 31 日にヨーロッパ連合から離脱することを正式に決定しているが、ヨーロッパ連合の医師免許によってイギリス国内の医療行為をしている医師は、少なくとも 2020 年 12 月末までの移行期間中は何ら影響を受けない (<https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/brexit---information-for-doctors>)。

¹⁰ 医師登録 (2020 年の登録医師 : 335,111 人) には、一般医か専門医か、医師免許を有しているか、卒業大学などが記載されている。GMC の HP から氏名、性別などから検索が可能である。

により国民の健康を守り、医療安全および福利を維持・促進すること、国民の医療従事者に対する信頼を維持・向上させることである。単に不適格な医師を調査し、処分することが目的ではないとされている。

医療行為に問題があれば、医療ガバナンスの観点から判断される。患者の意見を反映することは重要であるが、更新制は苦情処理制度ではなく、雇用関係をめぐる紛争の解決手段でもない。

3) 医療安全と関連する他の機関

医療安全の観点から、医療のガバナンスを維持・向上するために、一般医、病院などの医療機関および福祉施設が質・安全の基準を満たしているかを認証・格付けする保健・社会保障省の関連機関として、Care Quality Commission (CQC) ¹¹が2009年に設立されている。

医療の質を維持・向上するには、有害事象の報告制度と再発防止が重要である。新たな医療事故調査制度として、医療安全調査部 (Healthcare Safety Investigation Branch; HSIB) が保健省の省令 (2006 年国民保険サービス法第 7 条) に基づいて、2016 年に創設されている。国民健康サービス (NHS Improvement) の一部門であり、財源は、保健・社会保障省の予算に基づくが、厳格な基準に基づいて医療事故の調査を開始し、国民健康サービスの他の機関からは独立している¹²。

III. 医師免許の更新手続

医師は、自分の免許更新日について 3 ヶ月前に GMC から通知される。免許の更新は、医師に対する包括的な評価に基づいて行われ、①毎年度実施される評価人 (Appraisal) による包括的な評価、②5 年ごとに実施される責任者による総合評価・GMC への評価報告、および③GMC による医師免許更新の可否に関する最終判断の 3 段階に分かれている (図：医師免許更新モデル参照)。

1) 評価人による評価

医師免許の更新をするには、日常の業務、継続教育などに関し、医師が自己評価・自己点検を行うとともに、評価人による評価を受けなければならない。ただし、医師が病気や産休の場合は除かれる。

評価人は、第一に評価人として訓練を受けていることが必要である。講習を受講していれば、対象となる医師と必ずしも専門領域が同一でなくてもよい。第二に評価をする直近の 1 年以内に最低 5 件の評価を行っていること、第三に医師と利益相反のないことが必要である。

¹¹ <https://www.cqc.org.uk>

¹² Healthcare Safety Investigation Branch, Annual Review 2017/18 at 5 (2018). 設立過程においては、原因究明および再発防止に専念し、公正な調査をするために、医療保険サービスだけではなく保健省からも独立した組織とすることが勧告されていた (*Report of The Expert Advisory Group*, Healthcare Safety Investigation Branch, p.16, 2016.)。組織の詳細は、<https://www.hsib.org.uk> 参照。

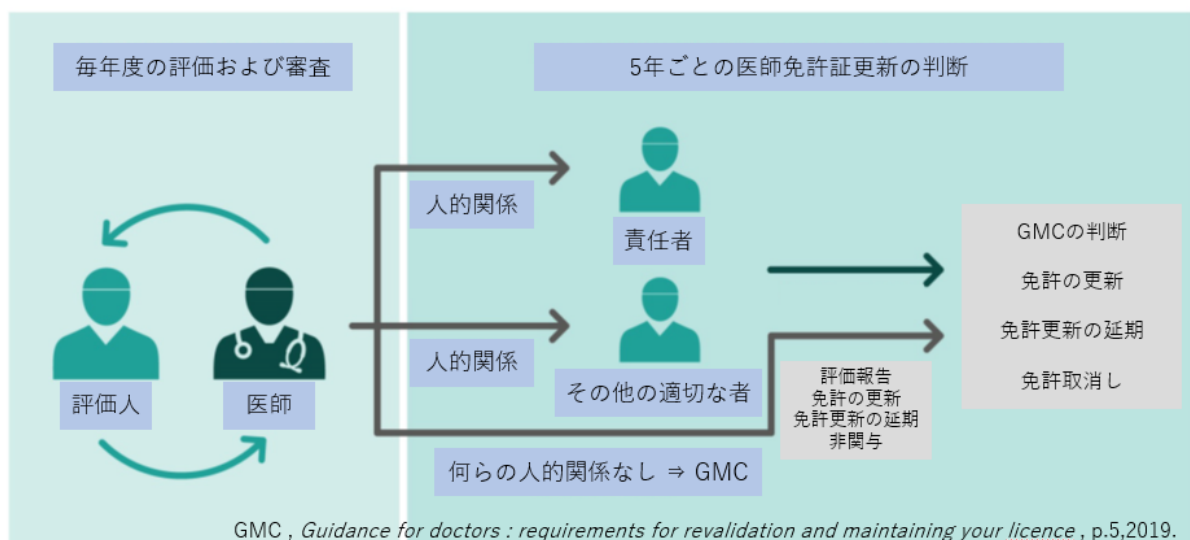


図 医師免許更新モデル

2) 医師の評価項目

医師免許の更新に必要な情報は、イギリス国内の全ての医療行為（任意に行った行為、自由診療も含む）および非医療行為（学術活動を含む）情報である。具体的には、以下の①～⑥である。

①医療倫理¹³など専門領域の知識、技能活動について、毎年度一定の継続的な専門教育（Continuing Professional Development ; CPD）の受講¹⁴

一般医の場合、年間で 50 時間履修することが推奨されている（RCGP、1）。重要な科目だけ筆記も必要であるが、その他の科目では筆記は必要ない。

医師が必要な情報を第一義的に収集しなければならないため、更新制の導入により、更新の準備および継続的な専門教育などを実際に受講する割合が向上しているとされる。

②医療の質を向上する活動

③一人もしくは複数の患者に意図しない、あるいは予想しないで、実際上ないし潜在的に生じた重大な医療事故（significant event）の報告

④患者からのフィードバックを 5 年に最低 1 回行うこと

患者に対するアンケートなどは、別の医師によって実施しなければならない。

麻酔科、精神科、救急科などの専門領域によっては、オンライン調査に対応できない患者、英語が理解できない患者、治療などに不利益に扱われる恐れがあるとして、

¹³ イギリスの医療倫理教育に関し、我妻学「イギリスにおける医療倫理教育」平成 20 年・21 年度会員の倫理・資質向上委員会答申「会員の倫理・資質の向上の実践に向けて」8 頁など参照。

¹⁴ 継続的な専門教育に関し、医師などの医療従事者、弁護士など幅広い業種の専門家に対し、より実践的な継続教育を行うための認証組織（The CPD Certification Service）が 1996 年に設立されている（<https://cpduk.co.uk/>）。

医師に対する消極的意見を示しにくいなどの問題点が指摘されている¹⁵。

⑤同僚（医療従事者だけではなく、医療従事者以外も含む）によるフィードバックを5年に最低1回行うこと

個別の医療機関で指針を設定している場合がある。

⑥医師に対する賛辞（compliments）と苦情（GMC、オンブズマンの評価も含む）の報告

⑥の情報に関し、所属機関は、医師が収集できるように協力しなければならない。これらの評価項目は、GMCの基準に従って統一的行うのが原則であるが、独自の評価基準を設けている医療機関もある。

研修中の医師は、研修の中に以上の評価制度が包含されている。

①～③⑥は、毎年実施しなければならないのに対し、④⑤は、5年に最低1回実施すればよい。

医師の評価事項が標準化されるにつれて、形式要件を満たしたことが強調され、実質的な評価が十分になされていない場合があること、評価に時間がかかることなどの問題点が指摘されている¹⁶。

3) 医師の総合評価・GMCへの報告

医師に対して実施される包括的な評価を5年ごとに総合的に評価し、GMCに報告するのが責任者（Responsible Officer）およびその他の適切な者（Suitable Person）である。ほとんどの場合、特定医療機関が選任する責任者が医師の情報を取りまとめてGMCに報告しており、更新制の中心的役割を果たしている。

(1) 責任者

指定医療機関は、責任者を任命ないし推薦しなければならない。指定医療機関は、医師が1年以内に勤務した病院、クリニックなど医師と関連する医療機関から指定される（指定機関検索アプリおよびリストが公表されている）。医師の希望で指定医療機関を選択することはできない。

責任者は5年以上の医療経験を有する医師であり、医師と利益相反がないことが必要である¹⁷。病院などの勤務医の場合は、病院の上司が行っている。したがって、医師の所属医療機関のガバナンスの観点から、評価人は医師と協議し、問題のある医師を組織的に把握している。

医師は責任者に必要な情報を提供し、医師と責任者が必要な情報を包括的に共有しなければならない。特に、医師に対する苦情が申立てられた場合、懲戒ないし停職処分を受けた場合など医療の適格性に関し、問題があるとされた場合、責任者に報告し

¹⁵ Keith Pearson's Review of Medical Revalidation: *Taking Revalidation Forward*, paras 145-146, 2017; JMBRELLA, *Shaping Future of Medical Revalidation*, p.8, p.34, 2016.

¹⁶ J.Archer et al, *Evaluating the Development of Medical Revalidation in England and its Impact on Organisational Performance and Medical Practice*: Overview Report, p.24, 2018.

¹⁷ The Medical Profession (Responsible Officers) Regulations 2010.

なければならない。

責任者が医師に問題があると判断した場合に、医師の適合性に関する調査・判断を GMC と緊密に行うため、GMC は雇用渉外サービス (Employer Liaison Service) を整備し、責任者と協議している。医師が重大な医療事故に関係している場合、懲戒手続が行われている場合などでは、それらの結果を待ってから更新手続を行うことが望ましいとされている。

医師が所属医療機関の医療安全などの問題を公益上の観点から通報している場合は、責任者は GMC の雇用渉外サービスと医師との利害関係などに関し協議した上で評価をしなければならない。

責任者が評価する勤務医が多数の場合に責任者の負担が重くなることである¹⁸。ただし、形式的な人数よりも医療ガバナンスや組織的評価を重視すべきとされている。

責任者は、5 年ごとに医師免許の更新に関する評価報告を GMC に提出する。評価書の作成に関して、統一的な指針は整備されていない。具体的な評価は、更新の推薦、更新の延期あるいは非関与 (non-engagement) の評価に分かれている。

医師が更新に必要な情報を提供し、更新手続を遵守した場合には、医師免許の更新が推薦される。

これに対し、医師が育児休暇、病欠などで更新に必要な情報を期日までに全て収集できないことに正当な理由がある場合、あるいは懲戒手続が進行中の場合には、更新の延期と評価される。更新が延期されても医師の医療に関する適合性の判断に影響を与えず、公表もされない。

医師が更新手続に十分に関与していないと責任者が判断した場合、あるいは更新に必要な情報を提供していないと責任者が判断した場合は、手続に非関与と評価される。

(2) その他の適切な者

医師が非常勤 (Locum doctor) のため、特定医療機関が決定できない例外的な場合は、その他の適切な者 (Suitable Person) が医師の総合評価を行い、GMC に報告している。

その他の適切な者とは、GMC が推薦人として適合すると評価した医師、医師が以前勤務をしていた医療機関の医師、指導教官 (mentor) などが行っている。医師が適性を有しているか正確に判断できるように十分な監督ができなければならない。

海外で医療行為を行っている場合など責任者ないしその他の適任者がいずれも決められない場合は、医師が GMC に必要な資料を送付し、GMC が評価する場合もある。

4) GMC の最終判断

GMC は、責任者などの医師に対する評価、医師の提供した更新に必要な資料に基づいて、医師免許を更新するか否かの判断をする。具体的には、医師免許更新の承認、更新の延期および非協力の評価である。

¹⁸ 責任者が評価する勤務医の数は 50 人以上が多く、大病院では 100 人を超える場合もあると指摘されている (Pearson, supra note 15 at para113; JMbRELLA, supra note 15 at 18.)。

2012年12月3日から2020年1月30日におけるGMCの最終判断は305,909名で、医師免許の更新承認人数247,611名（全体の80.9%）、更新の延期人数57,527名（全体の18.8%）、非協力の評価人数747名（全体の0.3%）である。2020年1月30日現在、医師免許の更新対象者が252,836名であり、そのうちの241,708名（全体の95.6%）は、責任者ないしその他の適切な者による評価を受けている¹⁹。

延期された内訳は、より詳細な情報収集をする必要性による者が55,360名、地域での懲戒手続など別の手続が進行中の者が2,167名である。GMCから追加の情報あるいは証拠を求められた場合、医師は28日以内に提出しなければならない。育児休暇、休職あるいは病欠のように期限内に提出できない合理的な場合がある場合は、理由を明らかにしなければならない。合理的な理由を示さなければ、医師免許の取消手続を開始する。

更新の延期が決定された場合は、改めて更新期日が通知される。

GMCが医師に関し、更新に非協力的であったと判断すれば、医師免許取り消しを検討し、医師が更新の要件を満たしているかを説明する機会を与える。

医師は、免許取消の判断に対し、28日以内に不服申立て（appeal）ができる。更新とは、独立の委員会が免許取消の是非を判断する。

医師が医師免許の更新手続に非協力的に必要な情報を提供しない場合がほとんどであり、情報を提供すれば、結果的に更新されているようである。

IV. 医師免許更新制度の評価

更新制度は、2012年に導入後、2017年に第1サイクル（5年間）が終了し、医師免許更新諮問委員会およびイギリス医師免許更新共同体が報告書を公表している²⁰。

更新制度の積極的な評価としては、ほとんど全ての医師が毎年度、職務規範などを遵守しているかなどを自己評価し、第三者による定期的な評価によって医療の質の維持・向上に努め、医療機関がGMCと連携して、医師に関する情報の共有・組織的な評価・点検作業が行われることによって医療ガバナンスが結果的に向上していること、問題のある医師を特定し、支援することなどにより医療安全が向上していることなどが挙げられている²¹。

これに対し、消極的な評価として、非常勤の医師、転職を繰り返す医師および専ら自由診療を行っている医師などに関し、勤務医に比較して、更新に必要な資料の収集などに要する時間・労力がかかり、結果的に更新が延期される割合が高いこと、高齢の医師の中には、更新制度の趣旨を必ずしも正確に理解しないで、積極的に協力しない者もいるとされる。都市部と地方で情報へのアクセスの負担が異なることも指摘さ

¹⁹ GMC, Revalidation Operational Data.

²⁰ GMC, *Revalidation: data from the first five years*, 2018; Pearson, *supra* note 15 ;JMbRELLA, *supra* note 15.

²¹ Pearson, *supra* note 15 at 25-26, 32-33 ;JMbRELLA, *supra* note 15 at para 3.2.3.

れている。そこで、非常勤医師に対する支援、情報へのアクセスの支援強化が唱えられている²²。

さらに、医師が黒人・少数民族などの場合に責任者の評価が公正になされているか疑問が示されており、評価人による医師の評価に関する公正さ、統一性などの質の向上および評価に要する時間の合理性も求められている²³。

V. 今後の展望と我が国への示唆

更新制度の第1サイクルの評価を踏まえて、継続教育の質を向上すること、患者のフィードバック方法を改善すること、非常勤の医師などに対する更新延期の原因をより詳細に分析することなどの必要性が唱えられている。

責任者の評価および所定医療機関による医療ガバナンスが更新制度において重要な役割を果たしている。しかし、所定医療機関の規模および能力などが多種多様であり、統一基準を示すことが提言されている。現在のような医師に対する包括的な評価に依拠した更新制度を続けるのか、あるいは将来的には専門領域、労働環境などに応じた個別の評価に基づいて行うのかが問題となる²⁴。

一般医の労働環境は近年過酷であり、引退・退職する医師も増加しているとされている。特に新型コロナウイルスの感染拡大により医師および医療機関の体制を逼迫させる状況において、適正な医療を提供するため、どのように医療の質を維持・向上していくのかも注目される²⁵。

医師免許の更新制度は、医師の継続教育を担保する手段として重要である。イギリスにおいても紆余曲折の末に導入されており、我が国において更新制度の導入を検討する際にも医師および医療機関の理解を得られるように、時間をかけて更新制度の定着を図ることが不可欠である。医療ガバナンスを重視するだけでなく、医師が自発的・積極的に参加するような仕組みが望まれる。あわせて、どのように医師の評価を行うのか、特に誰が評価し、どのような基準で評価していくのか、予算の手当・人材の育成などに関し、今後さらに検討する必要がある。

本報告を作成するに当たって、2019年12月9日にGMCに聞き取り調査（医師の登録・更新部門：Elizabeth Leggatt氏、Clare Barton氏およびLindsey Westwood氏、対外部門のSteve Worrall氏）を行い、同年12月6日に伊原鉄二郎ロンドン医療センター院長への聞き取り調査を行った。記して、厚く御礼申し上げる。

²² Pearson, supra note 15 at 60; JMbRELLA, supra note 15 at 27.

²³ Pearson, supra note 15 at 51-55; JMbRELLA, supra note 15 at 45-46.

²⁴ Archer et al, supra note 16 at 36.

²⁵ 新型コロナウイルスの感染拡大などにより、2020年9月までの医師免許更新は1年延期されている。

フランスの医師継続教育

礒 島 次 郎

I. はじめに

フランスの医師継続教育（生涯教育）について、前回調査報告（会員倫理・資質向上委員会 2010 年 2 月答申）では、以下の点を明らかにしたⁱ。

- ・ 2002 年制定「病者の権利法」において、医師の継続研修を義務化し、研修制度の基盤整備のための国家基金を創設する規定が設けられた。
- ・ 同規定の執行政令が 2005～2006 年に順次公布され、2007 年から医師継続研修制度(formation médicale continue ; FMC)がスタートした。

今回、その後、上記制度に大きな発展、変化がみられたので、以下に報告する。

II. 医師継続研修から専門職能継続開発へ

フランスでは、2009 年「病院、患者、医療と地域法」において、医師継続研修を専門職能継続開発(développement professionnel continu ; DPC)に改編する規定が設けられ（保健医療法典第 L4021-1 条～第 L4021-8 条）、2011 年に執行政令公布、2013 年からスタートした。この改編により、継続研修は医師だけでなくすべての医療職共通の義務となった。対象となる医療職は、医師のほか、歯科医、看護師、助産師、薬剤師、理学療法士などを含む。

次いで 2016 年「医療システム現代化法」において、DPC 制度を整備する規定が設けられ、専門の行政部局として、国家専門職能継続開発局(Agence nationale du DPC ; ANDPC)が設置された。また、当初 1 年ごとだった義務の履行が 3 年ごとに改められた。

さらに 2019 年「医療システム組織化・改編法」において、医師を含む医療職の能力の維持・専門職業務の質・知識の更新とレベルを保証し評価する独立の認証手続きを、政府が行政立法によって設ける規定がつくられた(2019 年 7 月 24 日法律 2019-774 号第 5 条)。この新たな認証手続き制度の創設は、医師の職能の再認証(re-certification)であり、事実上の医師資格免許更新制度と目されている。この更新の要件に DPC が入るとされる。この新制度は 2021 年に施行される予定である。

III. 継続研修改編の背景

フランスにおける医師継続研修改編の背景には、近年の世界的な流れとして、従来の医師継続教育(continuing medical education)を専門職能継続開発(continuing

professional development)に改編、発展させていく動きがある。これにより、医師に求められる生涯教育訓練の内容は大幅に拡大した。従来の医師継続教育は、医学知識と医師の専門的役割の教育に集中していたが、DPC では、医師が医療チーム全体の一員として役割を果たすための、医学に留まらない、様々な知識とスキルの習得が求められる（例：社会的スキル、人的スキル、マネジメントのスキル。医行為以外の職務～教育、指導、管理、研究などを果たすためのスキルの訓練も含む）。

こうした医師継続教育の DPC への発展については、実情の調査と評価などの研究論文が海外で多数出ているⁱⁱ。

IV. DPC 実施の仕組み

すべての医療職者は、3 年ごとに「継続研修、業務の分析・評価・改善、危機管理」から成る DPC に従事したことを証明しなければならない(保健医療法典第 L4021-1 条)。この「3 年間」の期間は、2017 年 1 月 1 日から起算する（2016 年 7 月 8 日の政令第 2016-942 号第 3 条 I）。

保健省令により、DPC で行われるべき指導項目のリストが定められている。その中に「専門職業遂行における倫理の考察」（指導項目 33）が盛り込まれている。また、「重篤な疾患の診断の“告知”」（同 16）という項目もある。

DPC 義務を果たすことができるように、各医療専門職の全国評議会が DPC の複数年工程表を提出する。医師については、専門科ごとに現在 44 の全国評議会がある。

医師は、次のやり方のいずれかで DPC 義務を履行するⁱⁱⁱ。

- ・自分の専門科の評議会が出した工程表に従う
- ・DPC に相当する認証手続きを受ける
- ・ANDPC が認可した組織の提供する DPC プログラムを選んで受ける
（大学での講習受講も可）

医師は、各人が自分の責任で自らの要改善点などを考えて受講科目を選ぶ。

海外在住の医師も在留国によっては受講可能で、日本では 2018 年、2 件のプログラムが行われ 19 人の医療職者が受講している（医師を含む多職種合同型）^{iv}。

V. DPC 履修の実際と履修状況

DPC 履修プログラムには、以下の 3 つのタイプがある^v。

- ・継続研修：講義・セミナー・実習などの参加型／文献レビュー・e ラーニングなどによる非参加型／参加型と非参加型のミックス型
- ・業務の分析・評価・危機管理：ケース分析（単独またはグループによる）、有害事象の分析、オーディット、臨床プロトコルの検討（多職種による会議を含む）。参加型、非参加型、両者のミックス型あり。
- ・上記いずれか 2 種以上の統合プログラム

履修にかかる費用は、各プログラムのタイプ別に、受講者が 1 時間あたりに支払う費用と国からの償還額が定められている。医師は 1 年間に 21 時間まで（うち非参加

型は最大 10 時間まで) 償還を受けられる(例: 医師の継続研修参加型で 3 時間以上 7 時間までのプログラムでは、1 時間あたり 92.5 ユーロ、償還額 45 ユーロ^{vi})。

DPC プログラムは、国が認可した組織によって提供される。医師については、各専門科医学会が DPC 組織をつくっている。2019 年 6 月 30 日現在、全国に 2,316 の組織が認可され、14,348 のプログラムが登録されている(全専門職合わせて)。

そのうち ANDPC のサイトに公表された 10,355 プログラムの内訳を以下に示す^{vii}。

- ・ 6,521 (63.0%) が単独職種のもの、3,834 (37.0%) が複数職種のもの
うち医師を含むものは以下のとおり
医師+看護師=202、医師+助産師=149、医師+看護師+介護士=99、
医師+理学療法士=79、医師+薬剤師=61、医師+薬剤師+看護師=44
- ・ 継続研修=9,437 (91.1%)、業務評価=285 (2.8%)、危機管理=19 (0.2%)、
2 種以上混合=614 (5.9%)
- ・ 参加型=7,700 (74.4%)、非参加型=1,072 (10.3%)、両者混合型=1,583
(15.3%)
- ・ 開業者のみのプログラム=655 (6.3%)、勤務者のみのもの=2,319 (22.4%)、
両方を含むもの=7,381 (71.3%)

制度開始の 2013 年から 2019 年 6 月 30 日までに、353,708 人の医療職者が国の補助を受けられる DPC 個人口座を登録(姓名、生年月日、職種などの個人情報と履修した DPC に関するデータが登録され公開される)、うち 29.0%が医師、29.2%が看護師だった。

2017 年から 2019 年(6 月 30 日現在まで)の 3 年間で、全医療職 242,160 人が何らかの DPC を履修した。そのうち医師は 71,671 人(DPC 登録医師数の 55.7%)。

2019 年には 6 月 30 日までの半年間で、186,437 の履修が届けられた(1 人の医療職者が複数届けられる)。うち 77,046 件が医師で、職種別では最多だった(看護師 54,994 件がこれに次ぐ)。

医師履修のうち 69,568 件(90.3%)が単独職種プログラムで、この比率も職種別で最多だった(看護師 86.5%がこれに次ぐ)。

医師履修プログラムの 34.2%が非参加型、24.5%が参加型、41.3%が混合型だった。同じく医師履修プログラムのうち 79.3%が継続研修、2.3%が業務評価、0.003%が危機管理、18.4%が 2 種以上混合だった。ちなみに、危機管理プログラム履修割合が最も多いのは助産師で 0.21%、看護師は 0.0%。業務評価プログラム履修割合が最も多いのは言語療法士で 8.0%。医師は 2 番目に多い。看護師は 1.3%。

VI. DPC 義務違反に対する処分

DPC は医療職法上の義務だが、その義務違反に対し直接の罰則規定はない。しかし、法的な拘束力のある「医師職業倫理規程」2012 年改訂版で、第 11 条に「すべての医師は DPC 義務を遵守して自らの知識を保ち改善する」と明記された。したがって、DPC 義務の不履行は、職業倫理規程違反として医師会評議会による懲戒処分の対象になり

うる。

ANDPC 局長は、義務不履行でも医業停止にまではならないだろうと言明しているが、医師法に導入された「職能上の瑕疵による医業停止処分」が問われる場合、DPC 義務を履行しているかどうか処分の検討の上で勘案されるだろうともコメントしている^{viii}。

法定の義務履行期間 3 年が終わるのが 2019 年末日なので、義務の不履行に対しどのような対応がなされるのか明らかになるのは、まだ先になると思われる。

Ⅶ. 運営上の問題点：会計検査院による行政監査

このように新設された DPC 制度は、運営において様々な問題点を抱えた。2019 年 4 月、会計検査院が行政監察の結果を報告書にまとめ、「DPC の運営と財政には、深刻な機能不全がある」と指摘している^{ix}。以下、その要点を示す。

- ・ ANDPC が本来なすべき DPC プログラムの内容、質と効果の評価を十分にできていない。
- ・ DPC プログラム提供組織が製薬会社から運営資金提供を受ける利益相反状況が改善されていない。
- ・ 国が定めるプログラム受講費用額が実際の費用よりかなり高く設定されている。償還もかなりルーズに行われ、予算が増える一方である。2018 年は ANDPC に 1 億 9 千万ユーロ（約 250 億円）の予算が充てられた。2022 年には 2 億 4 百万ユーロに増額される予定。

以上の問題点に対し、以下の改善勧告が保健省に対しなされた。

- ・ DPC で指導されるべき項目を、各専門職団体などと協働してきちんと定義すべき（現行のものは数が多過ぎ、不明確で、実施不能の観がある）。
- ・ 製薬産業と DPC 提供組織が結ぶ契約を公開し、ANDPC がその内容を監督できる権限を法定化すべき。
- ・ 医療職による DPC 受講を、効果を監督して制限し、DPC 受講の支払い者が複数になる場合はきちんと監督し、二重払いがないようにすべき。

Ⅷ. 医師の受け取り方

DPC に対し、当事者である医師はどのような受け取り方をしているだろうか。『日刊医師新聞』が特集を組んで受講した医師の声を紹介しているので、以下に要点を示す^x。

- ・ 従来の継続研修と異なるコンセプトの DPC にはなじみがなく、複雑でよく分からないとの声あり。
- ・ 時間的、金銭的負担（国からの償還額のあり方など）への不満もあり。まじめにやろうとすれば負担は大きいものと思われる。
- ・ 国からの償還の予算が今後十分につくのか不安視する声もあり。会計検査院からの厳しい監査を受けてのことか。
- ・ 個々のプログラム履修の前に必要な ANDPC からの承認の連絡が直前まで来ないで

困る、事務が遅いとの苦情多し。局長は改善を約束。

- ・受けたテーマのプログラム受講を拒否されることがあるとの苦情もあり。DPC 提供組織と受講希望者の属性のミスマッチ（一般医対象で専門医向けでないなど）が往々にしてある模様。
- ・「観光」を兼ねた外国で受ける DPC プログラムの勧誘が増えているとの指摘あり。それは違法ではないが、観光が目的の「アリのバイ的 DPC」でないかどうか、ANDPC も注意すること。個々の医師への提供組織からの DPC 勧誘メールは相当多い模様。

IX. まとめ：国家の関与と医師の責務の兼ね合い

以上のように、フランスでは医師継続研修について国家が法律で義務づけ、制度を設け、履修すべき項目を指定し、財政支援をするなど、深く関与している。これは、国民に適正な医療を提供することは社会保障の一環として国家の責務であり、医師継続研修は、医療の適正な質の確保に不可欠であるとの認識に基づくものであると考えられる。

だが一方、研修義務違反に対し、法律による罰則は設けられていない。医師身分団体による懲戒^{xi}の対象になりうるとされているだけである。つまり、国家の責務は医師が継続研修を受けることができる環境を整えることまでで、研修義務を履行するのは個々の医師の専門職としての責任に委ねられている。言い換えれば、継続研修は医師のプロフェッショナル・オートノミーに属す事柄であるが、その専門職としての自律を、社会保障の観点から国家が補完し支えるという構図になっているものと考えられる。この、フランスにおける医師継続研修に対する国家の関与と医師の責務の兼ね合いのあり方は、日本でも大いに参考にすべきものと思われる。

ⁱ 櫛島次郎・奥田七峰子・早川眞一郎「フランスにおける医療倫理教育」『日医雑誌』第 139 巻第 2 号, 2010 年 5 月, 374-377.

ⁱⁱ Filipe, HP et al *Continuing professional development: progress beyond continuing medical education*, Annals of Eye Science 2:46, 2017.

ⁱⁱⁱ Fédération des spécialités médicales: *L'abc du DPC*.

^{iv} Agence nationale du DPC(ANDPC): Rapport d'activité 2018.

^v Conseil national de l'Ordre des médecins: *Se former tout au long de sa carrière*, le 15 mai 2019.

^{vi} ANDPC: Forfait médecin 2019.

^{vii} ANDPC: Chiffres clés: Situation au 30 juin 2019.

^{viii} Le Quotidien du médecin: *À quoi sert le DPC? Posez vos questions à Salfati (ANDPC)*, le 20 septembre 2019.

^{ix} Cour des comptes *S2019-0798 : L'agence nationale du développement professionnel continu(ANDPC)*, le 15 avril 2019.

^x Le Quotidien du médecin: *À quoi sert le DPC?*

^{xi} 櫛島次郎「フランスにおける医師の規律のあり方」『日本医事新報』No. 4313, 2006 年 12 月 23 日, 75-79.

ドイツにおける「医師の継続教育」について

畔 柳 達 雄

I. はじめに

筆者に与えられた課題は「ドイツにおける『医師の継続教育』について」である。この問題については、平成 20・21 年度会員の倫理・資質向上委員会答申「会員の倫理・資質向上の実践に向けて」（平成 22（2010）年 2 月）に添付された参考資料「医師の資質向上について－世界各国に学ぶ－」4. ドイツにおける医療倫理教育（筆者著）中で、当時調査した結果を報告している。今回の報告は、それから 10 年経過後の状況を、極めて限られた資料に基づき再調査したものである。

本稿では第一部で前回の調査結果を若干、文章あるいは順序を変えて引用し、第二部で今回の調査結果を補完するという構成をとることにした。

II. 前回の調査結果について

1) ドイツの医師会について

中央集権国家である日本とは異なり、ドイツ連邦共和国は 16 の Land（州・国家）の連合体で、連邦法と州法の 2 種類の法律が存在する。医療に即していえば、連邦法による資格である医師免許を取得した医師が医業を営むためには、州法で設立された各州の医師会（16 の州に 17 医師会－歴史的経緯からノルトライン・ウェストファーレン州だけ 2 つの医師会が存在する）のいずれかに加入することを要し（強制加入）、医師会員として様々な公的義務を負担している。医師免許の管理・監督権は連邦政府ではなくて州政府にあるが、現実には医師専門職団体である州の医師会が、会員医師資格の実質的な管理監督を行っている（拙稿「ドイツの医師免許制度と医師に対する懲戒制度」）。その意味で、ドイツでは、ラントの医師会および充実した社会保険制度との関係でラントの保険医協会が加わりドイツの医療制度運用の中核を担っている。

これらのラントの医師会を統合する全国組織としてドイツ連邦医師会がある。連邦医師会は非営利組織であり、役員は 17 医師会の会長が就任し、連邦保険医協会が分担する経済（保険診療報酬の分配など）問題、マールブルガー・ブント（ヨーロッパ最大の医師労働組合）が分担する労働（勤務医の賃金）問題以外の医療問題、例えば医療に関する各種ガイドラインの作成、医師職業規範など各種規則（統一モデル）などの作成、全国的な医療統計の作成、世界医師会参加を含めた国際関係の処理などを行っている。

ドイツは 1990 年以降、東ドイツの統合で発生した経済的危機の中で、国是である社会福祉国家体制を堅持し、ヨーロッパ共同体加盟国としての域内国家の法的制度を統一化するために国を挙げて取り組んでいる。医療も例外ではなく、教育を含めた制度の大幅改革が目下積極的に進められている。

本稿の課題に即していえば、2004 年 6 月からラント医師会が実施する「継続教育 (Fortbildung)」制度が大幅に改善され、5 年間という期間を定めて、全会員の研修参加義務が、制裁付きで課されることになった。

2) ラントの医師会と会員の教育・研修制度

ラントの医師会の設立根拠は各州の法律中に定められている。ラントにより法律の名称、構成は様々であるが、基本的な骨格および内容は似ており、次第に統一される方向にある。2005 年改訂のノルトライン・ウエストファーレン州医療職法 (Heilberufsgesetz fuer das Land Nordrhein-Westfalen) を参照すると、同法は医師・薬剤師・獣医師・歯科医師を対象としているが、会の任務を定めた第 6 条 4 項は、所属会員に対して職業遂行上必須の知識・技術などを保持させるために、会に対して「Fortbildung(継続教育)」義務を課すると同時に、会員が専門医資格を取得するための「Weiterbildung(専門職研修)」実施義務も課している。後者「Weiterbildung」は、日本でいう「専門医資格」・「称号付与」にあたるもので、ラント医師会が資格・称号付与の主体であることが注目される。同法第 33 条以下に詳細な規定がある。

これに対して前者「Fortbildung」は、会が制定し監督官庁の許可を受けて施行する「Fortbildungsordnung(継続教育規則)」などを通じて、全会員に参加を義務付けている。ラントの医師会が 2 種類の教育制度を有することは、ドイツ連邦共和国内の全医師会に共通であり、ドイツ連邦共和国は、全ての医師に対して同一の卒後教育(研修)制度を設けているといえる。

3) 南和友博士の提言

日本大学医学部教授、ルール大学ボーフム医学部 (ノルトライン・ウエストファーレン州所在) 永代教授南和友博士は、「ドイツではもともと、医師の生涯研修は医師職業規則 (医師の憲法といわれている) においても義務付けられていたが、罰則規定まではなかった。このような生涯研修義務化により厳しい罰則が設けられたのは、医師会がいかに本腰を入れて医師の質向上に取り込んでいるかをうかがわせるものである」、「250 点を取得すると州医師会から『生涯研修終了証書』が交付され、仮に 5 年間のうちに規定の点数に達しなかった場合には、保険診療報酬が一部カットされる。

カット率は 1 年目に 10%、2 年目 25%と段階的に引き上げられ、7 年過ぎても達成されなかった場合には、保険医協会は開業認可委員会に対して開業認可の取消を請求することになる。また、病院勤務医に対しても生涯研修義務に関する規定が作られることになっている」と述べている (南和友著『こんな医療でいいですか?』80 頁のコラム「医師の生涯教育」参照)。

4) 開業医と勤務医

ドイツでは診療に従事する医師は、外来診療を行う「いわゆる開業医」と入院診療に専念する病院勤務の「いわゆる勤務医」とに二分されている。いわゆる開業医となるためには、少なくとも6年（専門の「家庭医」）、長ければ10年あるいはそれ以上、専門医研修認定施設（病院）に勤務して研修を受け、州医師会が行う試験に合格して専門医資格を取得することが必要である。

また、開業するためには、地域を管轄する保険医協会に加入する必要がある（強制加入）が、その地域の保険医数、開業場所は限定されており、現状は空きがなければ専門医資格を有しても容易に開業できない実情にある。反面、専門医研修認定施設・病院は、新しい分野の研究・患者が集中し、勤務医は、病院勤務継続を望む傾向が加速しているともいわれる。

社会保険制度の充実したドイツでは、地域の医師会と保険医協会とは車の両輪のような関係にあり、様々な会員の義務がときに基準を揃えて、ときに基準を一体化して運用されている。

5) ハンブルク医師会の例

手元に「2004年6月21日 Fortbildungsordnung der Hamburger Aerzte und Aerztinnen（ハンブルク医師のための継続研修規則）」（2006年版）がある。これによると、2004年6月以降、全ての医師会会員は5年間に最低250単位（3年間に150単位）、1単位45分の様々な態様の「berufliche Fortbildung（職業上の継続教育）」の受講を義務付けられている。研修過程はカテゴリーAからHまで分かれており、5年間に順次必要な研修を受けることが必要とされている。

Ⅲ. 今回の調査結果について

今回は、前回上記Ⅱの5)で簡単に触れたハンブルク医師会の「ハンブルク医師のための継続研修規則」（以下、「ハンブルク医師継続研修規則」）のその後の変化を検討するため、最新の規則の前半部分を以下に紹介するとともに、ハンブルク在住の元ハンブルク大学医学部教授堂元又巖博士に、この規則および専門医制度との関連でいくつかの質問をして回答を得たので、その内容を以下に掲げることにした。

1) ハンブルク医師継続研修規則の改正について

2004年6月21日に制定されたハンブルク医師継続教育規則は、2006年10月の改正を経て2013年12月2日、2度目の改正が行われ、2014年1月29日当局の承認を得て同日新規則が発効し、2004年6月21日規則は失効した。以下、新規則の前半部分の条文の翻訳を（A）（B）の2つに分けて紹介する。

A. 継続教育の目的、内容、方式、促進、継続教育証明（書）

§ 1 継続教育の目的

医師の継続教育は、質の高い患者ケアの保証および医師の職務実践の質の確保のため、職業能力の維持および一層の発展に奉仕するものである。

§ 2 継続教育の内容

継続教育は、新しい科学的知識と医療上の手続きもしくは医学的手法を考慮して、医療および医療技術における職業上の能力に不可欠な知識の獲得と一層の発展を伝達するものである。継続教育は専門分野特有および学際的であり、かつ専門領域を包含する知識、臨床診療上の能力の統合およびコミュニケーション上ならびに社会的能力も包含しなければならない。

§ 3 継続教育の方式

- (1) 医師は継続教育の方式を自由に選択する。知識の習得は個人的な学習態度に合わせて行うようするべきである。
- (2) 継続教育に相応しい方式は § 6 (3) のカテゴリーA から K までに詳述している。

§ 4 継続教育の促進

- (1) 医師会は医師の継続教育を医師会特有の継続教育処置の提供または第三者の適切な継続教育処置の承認によって促進する。
- (2) 医師会はハンプルク医師会会則第 6 条 1 項および 3 項に基づき、代表者の常設委員会として活動する継続教育委員会を組織する。同委員会は医師会理事のために決議勧告としての医師会継続教育プログラムに向けた提案を作成して、医師の継続教育に関わる全ての案件について理事に助言を与える。
- (3) 医師継続教育委員会は委員の中から委員長、副委員長を選任する。同委員会はまた、委員長、副委員長のほかに、委員中の 3 人のメンバーからなる業務執行役員を選任する。

§ 5 医師会の継続教育証明書

- (1) 継続教育証明書は継続教育義務の履行を証明する。
- (2) 1 つの継続教育証明書は、医師が上述の継続教育処置の提供期間 5 年以内に第 6 条の規定に基づく計算により、少なくとも 250 点に到達したことが完了した場合に付与される。1 年以内に少なくとも 50 点に到達した医師は、申請により年次証明書を受領する。
- (3) 継続教育証明書を取得するためには、§ 7 から § 10 までに応じて承認され、または § 11、§ 12 により算入可能とされた § 6 (3) に定められた継続教育処置だけが考慮される。
- (4) 医師が出産休暇、育児休暇、介護休暇のため、または 3 ヶ月以上継続する疾病のため職務を営むことができないときは、2 項の期間を相当の期間延長することができる。

B. 継続教育の評価

§ 6 継続教育措置の評価

- (1) 継続教育措置は点数によって評価される。カテゴリーと評価尺度は(3)項に基づき個別に決定される。

(2) 連邦医師会の「医師の継続教育に対する勧告」の最新版に留意しなければならない。

(3) 継続教育証明書は以下の継続教育措置のカテゴリーが適用され、評価は以下のようになされる（ただし、評価部分の記載は省略）。

カテゴリーA：講演と討議。1 単位（45 分）あたり 1 点（～略～）

カテゴリーB：他のカテゴリーに含まれない国内外の数日間の会議。半日あたり 3 点ないし 1 日あたり 6 点

カテゴリーC：参加型継続教育（ワークショップ～症例検討会、実習）。1 単位（45 分）あたり 1 点（～略～）

カテゴリーD：印刷メディアまたは電子版での継続教育コンテンツ。1 単位あたり 1 点（～略～）

カテゴリーE：専門文献、専門書、教材による独習。5 年間に最高 50 点まで

カテゴリーF：学術誌でのパブリケーション、講演、著作活動。同上

カテゴリーG：資格教育を伴うチュートリアル式オンライン継続教育措置。1 時間あたり 1 点、1 日あたり最高 8 点

カテゴリーI：デジタル、書面形式の資格教育を伴うチュートリアル式オンライン継続教育措置。1 単位（45 分）あたり 1 点

カテゴリーK：ブレンドラーニング式継続教育措置。1 単位（45 分）あたり 1 点（～略～）

(4) 医師会は、継続教育措置評価のために補足ガイドラインを公布する。

この後に、§ 7 継続教育措置の認定、§ 10 継続教育主催者の認定、§ 11 継続教育基準の相互認定、§ 12 外国における継続教育などが続き、§ 13 施行へと続くが、本稿では紙数の関係で省略する。

2) 堂元又巖博士への質問と回答

(1) ドイツでは医師・医業の免許を更新する手続きがあるか。

—ない。

(2) 「専門医」にも更新制あるいは研修を受ける義務があるか。

—専門医の研修は研修指定病院（ほとんど大学病院、国立病院、市立病院で、私立病院はまずない）で、6 年間の研修を受け、書類審査をクリアした人だけが専門医試験を受験できる。専門医取得後 4 年間の特別専門医研修があって、合格すれば「特別専門医」の資格が得られる。例えば、「特別心臓血管外科専門医」という称号。専門医を一度取得すると、更新または研修を受ける義務はない。

「Fortbildungsordnung(継続教育規則)」だが、研修の対象は全ての医師会会員ではない。保険医が対象。

5 年ごとに監査が入り、250 単位に達しない人は保険医の資格を剥奪される。その後、保険請求ができなくなるので、医師免許の喪失と同じ意味がある。この制度は継続研修なので、定年の 65 歳まで続く。ドイツの他の州も同じ。

(3) 日本の専門医制度について、以下の提言をする。

①専門医を取得するには医師会会員であること

②専門医の資格審査を厳しくし、試験は第三者機関（例：医師会・厚生省）が大学教授の許で行うこと

③専門医の資格なくしては、就職／開業ができない

ドイツでは専門医を取得しても希望する都市に開業枠の空きがないと開業できない。厳しく定員制が医師会／保険医協会によって規制されている。

3) ハンブルク保険医協会の専門家継続教育制度

今回、ハンブルクの保険医協会（Kassenärztlich Vereinigung Hamburg）のホームページを調べたところ、「Faechliche Fortbildung(専門家継続教育)」という制度が 2004 年以来存在し、会員は専門家継続教育義務を負っていることが判明した。保険医協会会員は専門医有資格者に限定されるが、医師会の「継続教育義務」と並行して存在する義務だと解説されている。医師会員の場合と同様に 5 年間に少なくとも 250 単位取得することが必要であり、不足している時は報酬を減額され、最終的には保険医資格を剥奪する制裁があるとされる。

この制度は医師会の場合と同様、各州でそれぞれ法制化しているが、実質的な内容はほとんど変わらない。連邦社会裁判所の判決もあり、2018 年 2 月 18 日以降、新しい運用が始まっている。

南、堂元両博士が、サンクションに言及しているのは、医師会の継続教育義務ではなく、保険医が負う「専門家継続教育義務」の不履行についてであると考えられる。

なお、堂元博士の回答に「医師の定年が 65 歳」とあるが、これはかつて病院勤務医の定年および保検（契約）医の定年が 65 歳とされていたことに基づくものである。しかし、現在は保険医の定年制は廃止され、労働協約で定められる勤務医の定年の時期にも変化が起きている。

ドイツでは医師年金制度が充実しており、その給付が始まる 65 歳で現役を退く例が多いため、65 歳が医師の定年と理解されてきたが、近年は地域によって 70 歳を超える保険医が存在し、労働協約で 65 歳を越す勤務医も現れている（詳しくは、2020 年 6 月弘文堂刊「横倉義武対談集 和のこころ」381 頁所収のアンドレアス・ガッセン ドイツ保険医協会会長との対談参照）。

医師の生涯教育・学習の現状と課題～諸外国に学ぶ

韓国における生涯教育

日本医師会国際課の協力を得て、韓国医師会に以下の調査を行った。
韓国医師会からの回答は、以下のとおりである。

I. 医師免許の更新について

韓国医師会（KMA）は韓国における生涯教育および医師の規制機関である。

我々は、韓国における医師免許と医療行為のための更新制度をもっている。免許の更新は3年ごとである。

II. 生涯教育を行う組織

KMA は韓国において医師のための生涯教育を（保健省から承認、権限、委任を受け）組織し管理する唯一の機関である。生涯教育プログラムの内容は、すべての専門科プログラムにおける最新のエビデンスに基づく医学知識を含む多岐にわたる科目で構成されている。

我々は、334 のプログラム提供者に 180,000 以上のプログラムまたは活動を認めている。その中には、医の倫理、医療人文学、コミュニケーション技術、法律などが含まれている。

ただし、プログラムのすべての内容が Web サイトに公開または掲載されているわけではない。コンピュータを利用したプログラム、オンラインプログラムの下で運営しているプログラムのみが掲載または公開されている（約 100 プログラム）。

III. 生涯教育の義務付け、研修内容、処罰について

KMA は強制加入だが、会員の会費は義務ではない（約 61% の会員が会費を支払っている）。KMA は、会員に対して、日常の医療行為のために生涯教育活動をすることを（法律により）要求しないが、会員は免許更新のために3年間で2つの必須プログラム（2 CME*クレジット時間）を取り、3年間に少なくとも年間 8 CME クレジット時間を取得する必要がある。さもなければ、条件が満たされた証明がなされるまでは診療行為を行うことができない。

3年ごとの必須の研修またはプログラムは、性的不正行為や訴訟の事例研究などを含む医療倫理および医療法（2 CME クレジット時間以上）である。

* CME ; Continuing Medical Education

上記の要件を満たさない場合の罰則は、医師免許の停止（suspension）と医療行為の停止である。

回答者

Dr. Jung Yul PARK

韓国医師会副会長／生涯教育部長

韓国医学会副会長

Korea University 脳神経外科教授

弁護士会の研修について

奥 平 哲 彦

I. 研修の意義および現状

- (1) 医師の継続教育（卒後研修）の一層の充実を考えるにあたって、各国の医師会の継続教育のあり方を調査するとともに、参考までに、職種は異なっても、資格を付与されたプロフェッションの代表と並び称されている弁護士について、弁護士会が実施している研修制度を調査した。任意加入制度を採用している日本の医師会と違って、日本の弁護士会は強制加入制度となっているので、その制度の差異がどのように影響しているかも考えようとするものである。

- (2) 現行弁護士法（昭和 24 年 6 月 10 日法律第 205 号）は、弁護士の職務の独立性を確保するため、弁護士会に極めて高度の自治を認め、行政官庁および裁判所に、弁護士および弁護士会に対する監督権を一切認めていない。

弁護士は、弁護士会に所属し、かつ、全国の弁護士会の上部機関である日本弁護士連合会（以下、「日弁連」）の会員となることも強制されており（二重の強制加入制度）、弁護士に対する懲戒の権限は弁護士会および日弁連が独占している点で他の士業団体と異なり、海外にも例のない極めて特異な制度となっている。

- (3) 弁護士法第 2 条は、「弁護士は、常に、深い教養の保持と高い品性の陶冶に努め、法令及び法律事務に精通しなければならない。」と規定している。

日弁連が、弁護士の倫理規範と具体的行為規範を明らかにするべく、会規として制定している「弁護士職務基本規程」の第 7 条にも、「弁護士は、教養を深め、法令及び法律事務に精通するため、研鑽に努める」と規定し、研鑽を弁護士の努力義務として定めている。

- (4) 弁護士は、原則として、司法試験に合格した後、司法修習生となって司法研修所での修習を終えた者であるので、弁護士に対する弁護士登録後の研修は、各自が自主的に行うものとして、弁護士会および日弁連の行う研修はそれほど重視されていなかった。

近時になって、弁護士各自に委ねる自己研鑽だけでは地域によって、人によってバラツキがあり不十分で、弁護士全体のレベルを上げるためには、弁護士会、弁護士会連合会、日弁連が行う研修支援が重要であると認識されるようになり、段々充実、強化されてきた。

日弁連では、2003 年 6 月 1 日、研修全般を総合的に所管する「日弁連研修センター」を発足させ、日弁連の行う、①倫理研修、②新規登録弁護士研修、③継続研修（ライブ実務研修）、④夏期研修、⑤弁護士法第 5 条に基づく研修を担当させてきた。2004 年からは、衛星通信による継続研修のライブ配信を実施し、また、このライブ配信した研修を e ラーニング化した「研修総合サイト」（2013 年 12 月から「総合研修サイト」に改称）を設置する等、研修の充実、強化を行ってきた。

そして、2013 年 6 月 1 日には、一層の執行力強化を目指して、研修カリキュラム、教材内容の検討、会員への研修の広報等の実務運営を担う常設機関として、日弁連事務総長直轄の「日弁連総合研修センター」を発足させ、活動させている。

弁護士会の行う研修については、日弁連の月刊機関誌『自由と正義』に「弁護士研修情報」欄を常設して広報しているほか、日弁連のホームページの会員専用ページ内にある「総合研修サイト」に掲載して広報しており、原則として全国の会員が各地で行われている各種の研修予定を知ること、e ラーニング研修を視聴して受講することもできるようになっている。

ライブ実務研修は、会員数が多く、研修会場として使用されることの多い日弁連会館のある東京で行われることが多いが、これをライブ配信によって地方の会員も受講することができ、更に e ラーニング化して、何時でも何処でも利用することができるようにしている。受講料も原則無料化されており、検索して必要なコンテンツを探し、研修を行うことができ、また、その研修履歴も弁護士会で把握することができるようになっている。

受講可能なコンテンツも時とともに増加してきており、その利用価値は上がってきているように思われる。

- (5) しかし、弁護士会の行う研修は、後述の会員に受講を義務づけている倫理研修を除いては、基本的には弁護士が取り扱う業務に関する研修であり、業務を行うのに必要か、その他関心がある人が受講するものであり、医師会等が医師に行う業務に関する研修と特に異なることはないと思われる。

様々な工夫をしているが、それでも意欲のない会員に受講させることは容易ではない。

II. 弁護士会の倫理研修

- (1) 弁護士の懲戒制度：弁護士は、弁護士法又は弁護士会・日弁連の会則に違反し、所属弁護士会の秩序又は信用を害し、その他職務の内外を問わず品位を失うべき非行があったときは、懲戒を受けるとされ（弁護士法第 56 条 1 項）、これに対する懲戒権は所属弁護士会と日弁連が独占している（同条 2 項）。

弁護士に対する懲戒の種類は、戒告、2 年以内の業務の停止、退会命令、除名の 4 種である（同法第 57 条）。

そして、「何人も、懲戒の事由があると思料するときは、所属弁護士会に対してその弁護士を懲戒することを求めることができる」とされている（弁護士法第58条1項）。

懲戒の請求がされると、弁護士会の綱紀委員会が事案の調査をし、同委員会が懲戒委員会の審査を求めることが相当と認める裁決をしたときは、懲戒委員会が事案の審査をする。同委員会が懲戒することを相当と認める判断をしたときはその旨の議決をし、弁護士会が懲戒の処分をする。

弁護士会の懲戒の処分に不服の者は、日弁連に不服申立をすることができ、更に日弁連の裁決等について不服があれば東京高等裁判所に取消しの訴えを提起することができる（弁護士法第58条乃至第62条）。

- (2) 全弁護士会における懲戒請求件数（新受件数）は相当の数に上るが、このうち上記の手続を経て弁護士が何らかの懲戒処分に付された件数は、2002年から2018年までの17年間で1,354件、年平均79.6件に上り、戒告を除く業務停止、退会命令、除名の重い処分に処された件数は605件、年平均35.5件に及んでいる（弁護士白書2019年版175頁「懲戒請求事案処理の内訳」（全弁護士会）から算出）。

そして、これらの懲戒処分については、処分を受けた会員の氏名、処分の内容、処分の理由の要旨を全て日弁連の月刊機関誌『自由と正義』の懲戒公告欄に掲載して公告されている。

弁護士の非行が繰り返されることは、弁護士全体に対する社会・市民からの信頼が損なわれ、監督権を弁護士会が独占している弁護士自治の制度の存続を危うくする可能性があるとして、弁護士会では重く受け止めている。

日弁連は、まず弁護士の遵守すべき倫理規範と具体的行為規範を明らかにして周知させることが重要と考え、「弁護士職務基本規程」を会規として制定している（平成16年11月10日成立、同17年4月1日施行。従前の「弁護士倫理」を廃止して、全13章82条の会規として制定したもの）。

そして、日弁連弁護士倫理委員会による詳細な解説も発行して、その理解に努めている。

更に、弁護士の倫理の向上を図るため、弁護士に対する倫理研修は極めて重要と考え、日弁連、弁護士会の規則によって受講が義務化されている。2013年にそれまで原則10年ごとの受講義務であったものを、原則5年ごとに短くして受講義務を課し、その充実、強化を図っている。

2017年度に倫理研修への参加の義務を課せられた会員は、登録初年度から登録後満65年まで計9,978人、研修に参加するなどして義務を履行した者は9,737人（代替措置研修受講者147人を含む）で、義務履行率は98.8%と高い数字を示している（弁護士白書2019年版182頁。なお、2017年3月31日現在の日弁連の正会員数は38,980名である）。このような高い義務履行率は、義務を履行しないと会則違反として懲戒処分の対象とされるからであり、当然である。

研修は、弁護士会の用意した設問に対して、受講者が予め回答を提出し、参加者間で議論をして理解を深める方式などを用いている。

弁護士会にとって、毎年、登録初年度、満3年、満5年、満10年等の会員全てに年代に応じて行う倫理講習を実施することは、会場や講師の確保、教材作成の負担など重い負担となっている。

また、前述したとおり、全て懲戒事例は機関誌『自由と正義』に掲載され、全会員はこれを読覧することができ、現にこのページは極めて高い割合で読まれているので、これによっても会員が常に倫理問題を考え、知識を深める手段となっている。

(3) 以上のとおり、倫理研修については、医師会と比較してかなり厳しく行われており、それなりに効果を上げているように思われる。

しかし、この事は、弁護士会が強制加入団体であり、しかも会員に対する指導監督権、懲戒権を独占しているため、倫理研修の義務化も、懲戒処分の公開もできることであり、任意加入団体である医師会においては実施することは困難である。

弁護士は自治権を与えられていることの反面として、自治権を適正に行使し、弁護士の質の向上を図る責任を負担している結果でもある。

医師会が効果的な継続教育によって、医師の質の向上を図るためには、弁護士会の倫理研修のような制度的裏付けがないだけに、所属会員が受講に対して強いインセンティブを持つことができるよう工夫をこらすことが必要であろう。

【参考文献】

- ・奥平哲彦「日本における専門職団体の強制加入制度について」日本医事新報 第4318号、2007
- ・日本弁護士連合会弁護士倫理委員会編著「解説 弁護士職務基本規程」第3版、2017
- ・日本弁護士連合会「日弁連七十年」、2019
- ・早稲田祐美子「研修」、「日弁連七十年」222頁
- ・日本弁護士連合会「研修ステップアップガイド」2019年度版