

はじめに一専門医制度と家庭医—

(1) 医師の教育・研修の概要と州医師会の役割

ドイツにおける医師の教育・研修は、医師免許 (Approbation) を得るための「医学部教育 (卒前教育)」(Bildung an der medizinischen Fakultät)、医師免許を得た者が専門医としての資格を取得するための「卒後研修」(Weiterbildung)、さらに専門医となってから受ける「継続研修」(Fortbildung) という3つの過程から成っている (図1)。

医学部での医学教育は最低6年間 (12セメスター) で、その第2学年と第6学年に行われる2回の医師国家試験に合格すると医師免許が与えられる。医学部を卒業するとただちに、専門医となるために州医師会が実施している卒後研修を受ける。州医師会が設置している多数の専門医コースの中から1つを選択し、5~6年間の研修を受け、研修指導医の認定と修了時試験に合格すると専門医の資格が得られる。また、専門医として付加的な資格 (サブスペシャリティ) 等を得ようとする者は、さらに2~3年間の専門医研修を受けなければならない。継続研修は、専門医がその能力を保持し、常に新しい知識と技術を習得することを目的とするもので、州医師会の定めた「継続研究規則」によるプログラムに従って研修を受けることが義務付けられている。継続研修は5年ごとに250単位 (1単位が45分) を取得し、州医師会からその証明を得ることとなっている (図2)。

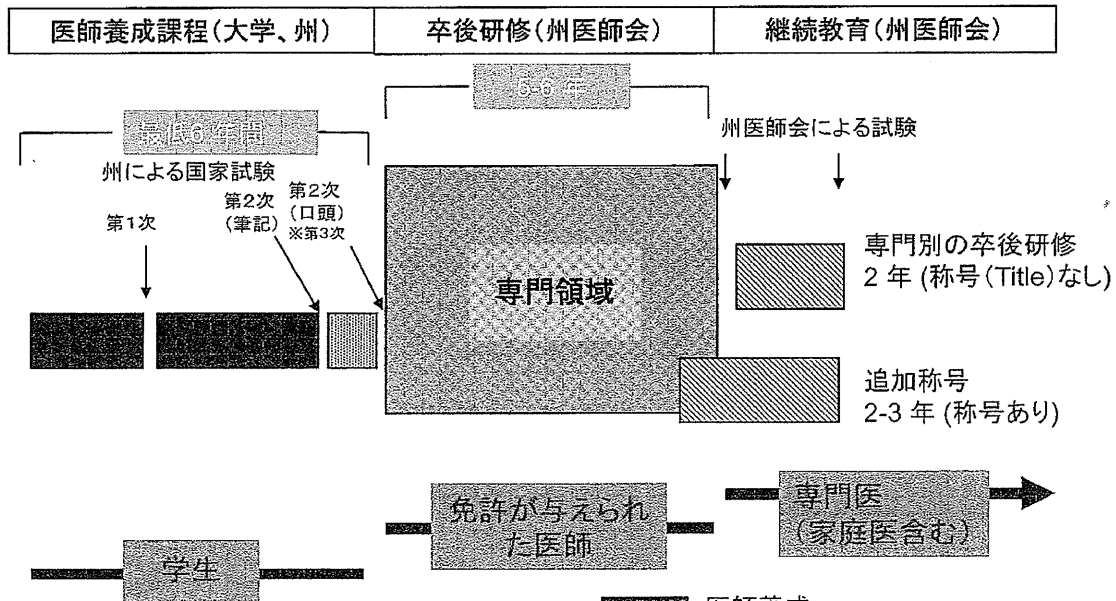
最初の医学教育は37の州立大学医学部で行われ、それらの医学部における教育カリキュラムと医師国家試験は、連邦政府の管轄下で統一化・標準化されているが、それ以降の卒後研修と継続研修については州政府が管轄する仕組みになっており、州政府の役割が大きい。しかし、連邦政府や州政府が直接的に介入することは少なく、医師の自治組織<sup>1</sup>として各州に設けられている医師会 (Ärzttekammer) に多くの権限が委ねられている。今回の調査で連邦保健省、連邦医師会、連邦保険医協会、連邦家庭協会等を訪問した際に、いずれの担当者からも連邦制における州の役割、医師会等の自治組織が担っている役割についての説明が行われ、そのことの重要性が強調された。ドイツでは法や改革の大枠を連邦が定め、それを実施する規定を州が定め、実施のための具体的な規則等を当事者が決めていくという仕組みが多く領域でみられるが、医療の分野ではそれがもっとも典型的に行われているといえよう。

医師がその業務を営むうえで州政府の役割が大きく、さらに州の医師会が主要な役割を

<sup>1</sup> 医師の自治的な組織としては、医師会 (Ärzttekammer)、保険医協会 (Kassenärzte Vereinigung)、家庭医協会 [Hausärzterverband]、病院協会 (Krankenhausgesellschaft) 等があり、それぞれ州組織と連邦組織が設けられている。

図1

# ドイツの医療制度 (独医師養成課程と卒後研修・継続教育)



医学部入学定員(2013夏:9068)は、次の割合で配分される。

- ① アビトゥール上位者(平均スコアに基づく単純選抜):20%
  - ② 待機期間に係る基準:20%  
(大学入学資格を得て以降、志願者が独の大学に在席していない半年間の期間を単位)
  - ③ 大学による選抜手続き(Auswahlverfahren der Hochschulen)(AdH):60%
- ※ 医学部数37、最も倍率が高いのはシャリテ(ベルリン)

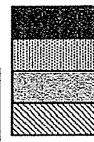
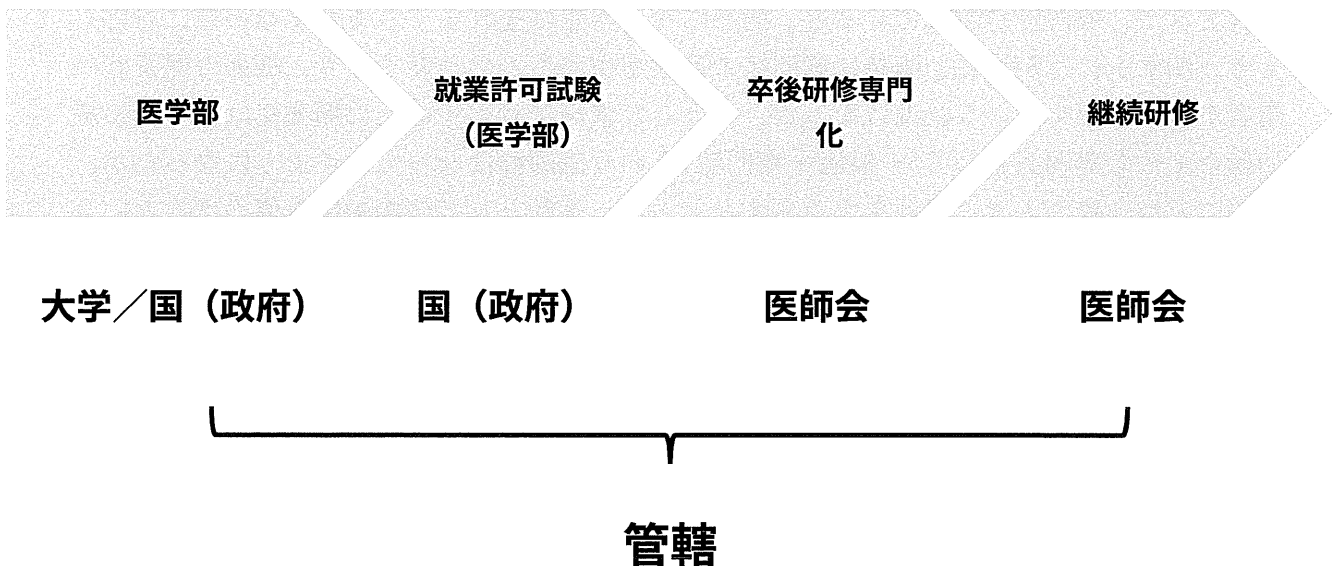

 医師養成  
 実習年度(praktisches Jahr、連続48週間)  
 専門領域における卒後研修  
 追加称号(Zusatzbezeichnung) / 専門別の卒後研修  
 (Fakultative Weiterbildung)

図2

# ドイツにおける医師教育 スタート 試験、専門卒後研修、継続研修



担っている理由として、2つのことがあげられよう。1つは、ドイツが連邦制国家であり、連邦政府と州政府がそれぞれ独立した権限を有していることである。連邦と州の関与の仕分けは、ドイツ基本法（Grundgesetz）における規定によっている。基本法では、①連邦の専任的事項（外交、防衛、通貨、国籍など）、②連邦と州が競合的に関わる事項（連邦が立法権を行使した場合、州は立法権を行使できない。民法、刑法など）、③州が立法権を有する事項（基本法で連邦に立法権を与えることが明示されていない事項）に区分されている。医療は競合的事項であるが、州レベルで扱われることが多く、連邦政府が直接的に関与することは難しいとされている。

いま1つは、医師という職業が「自由業」<sup>2</sup>（ein freier Beruf）であるということがあげられる。「医業の自由」（Freiheit des Arztberufs）、「医業の自律性」（Autonomie des Arztberufs）などといわれるもので、ドイツの医師の職業律を定めた「（範型）医師職業規則」（Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte）にも「医業はその本性から自由な職業である」（第1条）と記されている。医師という職業の自律性は、ドイツに限らず、日本を含めて世界的に謳われていることであるが、ドイツではそれが法的にも明確に規定されている。ドイツでは、医師会をはじめとして保険医協会、病院協会等の医師の自治組織に対して連邦政府や州政府から多くの権限が委譲されおり、医業の自律性が公的に認証されるとともに、医師自身はその自治組織を通じて、医師の養成から始まるさまざまな部面において規定を定め、医師としての職業倫理の遵守と職務遂行の徹底を図っているというところに大きな特徴があるといえよう。

## （2）家庭医制度と資格の推移

ドイツの「家庭医」（Hausarzt）という名称は、保険医療における「診療科目名」であって、「専門医名称」ではない。ドイツで家庭医という名称がいつごろから使われ始めたのかは明確ではないが、制度としては1924年に専門医制度が発足したのにもとない専門医の業務と分立する形で家庭医制度が確立したといわれる。そうした制度に至る過程について、岡嶋道夫東京医科歯科大学教授はおおよそ次のように述べている<sup>3</sup>。19世紀中葉から医学が急速に発展するにともない医療は各種の専門領域に分かれ、専門領域に従事する医師が現れてきた。専門医が現れてくると、病気になった者はそれまでさまざまな疾患に対応してきた開業医に行かずに、直接に専門医の診療を受けるものが多くなり、従来の開業医の患者が減っていくという状況になった。そうした状況に対応するため開業医は、一般診療の傍ら1つの専門医として「一般医+専門医」という医師群になっていくようになったが、そのことは一般の人々に混乱をもたらすとともに、医師としての尊厳性を傷つけるという

<sup>2</sup> 自由業の範疇には、医師、助産婦などの医療従事者のほか、弁護士、公認会計士建築家、科学者、文筆家、芸術家などが含まれる。

<sup>3</sup> 岡嶋道夫「ドイツの医療制度について」（MEAL医学教育情報館資料集岡嶋道夫先生：[www.meal-jsme.jp/more-resources/okajima-michio/](http://www.meal-jsme.jp/more-resources/okajima-michio/) 資料集、M401、所収）。このほかにも本稿の執筆において岡嶋氏の研究から得るところが多かった。

結果をもたらした。こうした事態に対して、医師たちは、営業規則のような政府の立法による対応は医師の身分に序列化をもたらしかねないとして立法的干渉を拒否し、医師自身が自主的に明確な身分規程をつくることを決定した。その後の討議を経て、専門医制度に関する規定が定められたが、そこでは「開業医は家庭医として以前の権利に復帰されるべきであり、専門医は数年間の特別教育を受けて試験委員会によって証明されることにより、専門医として認定されるべきである。ただし、専門医はその専門領域に限定され、家庭医として開業してはならない」と定められた。

以上のような過程を経て、1924年に開業医としての家庭医制度が確立するとともに、14科からなる専門医制度が発足した。専門医の内訳は、医師免許取得後、4年の卒後研修期間を要するものとして内科、外科、産婦人科、3年の研修期間を要するものとして胃腸代謝、肺疾患、小児疾患、尿路疾患、神経および精神疾患、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚性病科、歯・口腔・顎疾患、レントゲン学および放射線治療とされた。

家庭医は、法律上は医師免許を取得すると家庭医として開業できるという仕組みになったが、1968年に卒後研修のコースとして新たに一般医学に関する規程が加えられ、「一般医学」という専門医が設けられた。また、1970年代後半に疾病金庫（Krankenkasse 医療保険者）が家庭医に対して卒後研修を義務づけ、これを済ませていないと保険医として認めないとした<sup>4</sup>。

さらに1994年からは、家庭医として保険診療を行う「契約医」（開業を認可された保険医。保険医として開業するには、その地域の診療科目別定員の枠内で保険医協会から認可されることが必要である）の認可をうけるためには、「一般医学専門医」の資格を取得していなければならないとされた。これにより、一般医学専門医の資格をもった家庭医と、専門医資格を有しない（卒後研修を受けたのみ）家庭医の2種類が存在することとなった。後者に対しては、その経験年数などを考慮して、一般医学専門医の称号を逐次与えていくこととされた<sup>5</sup>。

ところが、こうした規定は、「内科」として開業している専門医（サブスペシャリティをもち、特定専門科目の標榜ができない内科専門医<sup>6</sup>）と「家庭医」との間で対立をもたらすことになった。その背景としては、医療保険の加入者における「医師の自由選択権」がある。すなわち、医療保険の加入者は、通常、まず家庭医にかかることになっており、必要であれば家庭医はその加入者に専門医を紹介する仕組みになっているが、法的には、家

<sup>4</sup> 岡嶋「ドイツの医学教育にみられる最近の動き」（前掲資料集、M418、所収）による。このときの一般医としての卒後研修が家庭医のなかでどの程度普及したのかは不明であるが、1994年の規程との関連からみると、家庭医に対する卒後研修義務は専門医としての資格取得のための研修ではなく、研修の受講にとどまっていたと思われる。

<sup>5</sup> 岡嶋、同前。

<sup>6</sup> 専門医の標榜について、1970年代の憲法裁判所の判決をうけて、医師会は家庭医（一般医学専門医）だけは単独標榜、それ以外の専門医は2つの専門科まで標榜できるとしてきたが、1992年の改定で専門科の標榜は1科を原則とすることとされた（岡嶋「ドイツの医療制度」）。

庭医を経ずに直接専門医にかかることも認められている。そうしたことから、サブスペシャリティをもたない内科専門医のなかには、患者を最初に診療する家庭医的な役割を担う医師が少なくなかった。サブスペシャリティのない小児科専門医においても同じようなケースがみられた。

そうした対立を解消するため、1996年に、サブスペシャリティを有しない内科専門医と小児専門医は、内科または小児科の専門医となるか、家庭医としての業務を担当するかの選択を行うという対応策が講じられた。こうした対応によって、家庭医を標榜する医師は、①一般医学専門医の資格をもった家庭医、②専門医資格をもたず卒後研修を受けたのみの家庭医（ただし1994年以降の新規開業はない）、③内科（サブスペシャリティのない）専門医の資格をもった家庭医、④小児科（サブスペシャリティのない）専門医の資格をもった家庭医、の4種類が存在することになった。

続いて2003年に医師の「卒後研修規則」が大幅に改定され、家庭医を志す研修医は、他の内科系専門（心臓、消化器、血液・腫瘍など）の研修医と一緒に、内科において初期の研修を受けることとなった。それにより、家庭医は「内科および一般医学専門医（家庭医）」という標榜になり、内科は上記の家庭医か、消化器や内分泌などのサブスペシャリティに分かれ、「内科専門医」が消えることになった。しかし、その後、EUからEU規定に反するという異議が提出され、2007年に「内科専門医」が復活したとされている。

現在、卒後研修で家庭医を志す研修医は「一般医学」のコースを受講するのが一般的とされており<sup>7</sup>、それに加えて「内科」または「小児科」のコースを受講しサブスペシャリティを有しない内科専門医と小児科専門医が家庭医となっている。

2003年の「公的医療保険現代化法」(Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GMG)により、2004年から「家庭医中心医療」(Hausarztzentrierte Versorgung)の導入がモデル実施された。その内容は、家庭医中心医療のモデル事業に参加する被保険者は、最低1年間は必ず初診を家庭医で受け、家庭医の判断と指示に従い専門医や病院の診療を受けることが義務づけられるというものである。このモデルへの参加は個々の被保険者の自由な選択とし、参加者には1年に20ユーロの参加料が課せられるが、GMGで導入された「診察料」<sup>8</sup>(Praxisgebühr、通常は1年に40ユーロ)が免除されるという優遇措置が講じられた。

<sup>7</sup> この記述は、岡嶋道夫「卒後研修規則と研修内容に関する指針（科別の記述からの抜粋）2003年版（2008年改定）」（岡嶋、前掲資料集、M418、所収）の「訳者解説」の記述による。ここに記載されている2007年の改定時に家庭医が「内科および一般医学専門医」から「一般医学専門医」の資格に変更したのかどうかは確認できていないが、現在は医師会の卒後研修における家庭医のコースとしては「一般医学」という名称になっている。後に本稿でみるように、卒後研修で家庭医になるための「一般医学コース」においても、内科の基礎的な研修が義務付けられている。

<sup>8</sup> 診察料は、2004年1月から同一疾病について四半期ごとに患者が医療機関の窓口で10ユーロを支払うとされたもの。ただし、他の医療機関からの「紹介状」(überweisung)を持参した場合、18歳未満の者、早期発見のための検診、各種予防接種、妊娠中の検査等については免除された。診察料は2013年に廃止された。

その後、この家庭医中心医療は、2007年2月に大連立政権下で公的医療保険制度の抜本改革法として制定された「公的医療保険競争強化法」(Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-WSG. 同年4月から段階的に実施された)において、各疾病金庫が法定給付に加えて被保険者が任意に選択し契約する「選択タリフ」<sup>9</sup>(Wahltarife)の1つとして導入することが義務づけられた。また、診察料は2013年に廃止された。こうした家庭医中心医療の導入により、ドイツの家庭医制度は新たな展開を遂げていくことになった。

## 1. 大学における医学教育(卒前教育)と医師国家試験

### (1) 医学部教育

ドイツの医学部教育と医師国家試験は、「連邦医師法」(Bundesärzteordnung, BÄO)に基づき、連邦保健大臣が連邦参議院(Bundesrat)の同意を得て発する「医師免許規則」(Approbationsordnung für Ärzte)に規定されている。医師免許規則では、大学の医学部教育におけるカリキュラムと医師国家試験の基本的枠組みが定められており、連邦で統一化・標準化された形になっている。

ドイツの大学医学部への入学は、ギムナジウム(Gymnasium)での成績と大学入学資格試験(Abturprüfung, アビトゥア)の成績で決定される。アビトゥアでは上位1割か2割以内でないと医学部には入れないといわれ、最難関の狭き門となっている。最近、女性の医学部生が増加しており、医学部生の6割を上回っているとのことであった。また、大学による格差等は少ないといわれている。大学の授業料は無料である。

医学部に入ると、医師免許規則に規定された必修科目や実地研修などカリキュラムに応じて教育が行われるが、それ以外の分野では各州や大学に委ねられている。また、EU内で医師は自由に移動できるので、ドイツ以外でも医療に従事できるような課程が必要とされ、そうした調整も行われている。基本的には、基礎医学、各科を包括する知識、医学の倫理的基礎、実務的な基礎技能、精神的能力、医師の責務等を学ぶとされ、また看護実習も行われる。今回は学部教育におけるカリキュラム等の内容についての調査は行っていないこともあって、それらの詳細は把握していない。

第2学年、第6学年に医師国家試験がある。試験は3回まで受けることができるが、それでも合格しなかった場合は医師になることはできない。各大学では医師国家試験に向け

<sup>9</sup> 法定給付以外に疾病金庫が提示する給付カタログの中から被保険者が選択し、疾病金庫と契約して給付を受けるもので、それぞれの給付に対応した掛金は法定保険料とは別途に負担することとなる。選択タリフには、疾病金庫が必ず導入しなければならないタリフ(この中に家庭医中心医療が含まれている。他に統合的医療、疾病管理プログラム、自営業者等への傷病手当金などのタリフがある)と、疾病金庫が任意に提供するタリフ(保険免責タリフ、費用償還タリフなど多様なタリフがある)がある。民間保険の手法を模した任意給付に似た仕組みといえよう。

た教育や試験等がそれぞれ行われている。第2学年の前期試験は医学の基礎的な理論等についての試験が主で、それに合格すると臨床を重視した課程へと進むことになる。最終学年では臨床学習に専念することとなっており、内科で4か月、外科で4か月、選択した科目で4か月の臨床研修を受ける。その後の医師国家試験も実地を重視したもので、試験官の質問を受けながらの実地試験が主となっている。いずれの州で医師国家試験を受けた場合でも、そこで得た医師免許は国内すべてで通用する。

また、医学博士(Doktor der Medizin. 略称 Dr.med.)を得ようとする者は、通常、第2学年の試験合格後から第6学年の医師国家試験までの期間に学位論文(Doktorarbeit)を仕上げることになる。卒業後の専門医研修では、そうした研究を行う余裕はないとされている。医師免許を得た者は、学位がなくても医業に従事することができるが、就職の際に学位がある方が有利であり、研究者としてのキャリアを積んでいく場合には不可欠な称号とされている。多くの医学部生はDr.med.というアカデミックな称号を得るため、研究テーマ、研究機関、指導教授等についての情報を集め、指導教授に面接し、その指導を受けながら学位論文に取り組み、医師免許と並んで学位の取得を目指している。医師でない者はDr.med.の資格を得ることはできない。

## (2) 医師国家試験

医師国家試験は記述試験と口述試験の2つがある。記述試験は、公法人である「医学と薬学の試験問題のための機関」が記述試験の範囲を示す「国家試験のための学習カタログ」を作成する。このカタログに基づいて、上記機関が記述式の試験問題を作成し、全国一斉の試験を実施して成績をつける<sup>10</sup>。

口述試験は、各州の試験局が試験日時を決定し、また、大学教授などから試験委員を任命し、試験委員と受験生の組合せを決める。2日間にわたって臨床試験を行うもので、4～5人の試験委員が質問し、また最終的に面接を行い、合同で試験結果の評価を行う。

州の試験局は、記述試験と口述試験の成績を総合し、受験者の総合評点をつけ、合否を決定する。

医師国家試験に合格すると、医師免許が与えられる。医師免許の管理は連邦が医師法に基づいて定める医師免許規則によっている。医師免許規則では医師免許の申請・交付は州の管轄業務となっているが、医師資格は国家資格であり、どの州においても通用する。さらに、各州では、州法として「医療職法」(Heiberufsgesetz)が定められており、いずれに州法においても全ての医師が州医師会に加入することが義務づけられている。

なお、ドイツの医師が医業に従事するためには、①医師免許を有していること、②医師

<sup>10</sup> 文部科学省科学技術政策研究所第2調査研究グループ牧山康志「科学技術の社会的ガバナンスにおいて専門職能集団が果たす自律的機能の検討—医療の質を確保するドイツ医師職能団体の機能から—」2005年10月、Policy Study No.11, 23 ページ。この報告書はドイツにおける医師という専門職にかかわる研究として非常に優れており、多くの示唆を受けた。

会の会員であること、③保険医として開業する場合には保険医協会に登録していることが必要とされている。

## 2. 卒後研修

### (1) 卒後研修の概要

卒後研修（専門医教育）は、州の「医療職法」に基づき各州医師会が定めた「卒後研修規則」（Weiterbildungsordnung, WBO）にしたがって行われている。通常は、医師免許を取得した医師は、ただちに専門医になるための卒後研修に進むことになる。卒後研修は各州の医師会の業務として行われるが、その内容にばらつきがでないように、ドイツ連邦医師会（Bundesärztekammer）<sup>11</sup>が「卒後研修規則の模型」〔(Muster-) Weiterbildungsordnung〕を作成し、ほぼこれと同じ内容で各州の「卒後研修規則」が作成されている。さらに、2003年に医師免許規則が大きく改定されたのにもない、「卒後研修内容に関する指針」（Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung）が作成されるようになった。

なお、2004年に18か月の卒後臨床初期研修（インターン制）が廃止されている。その要因として、岡嶋氏は医学部教育の充実等を背景に医師会が卒後臨床初期研修の廃止を求めていたこと、研修期間中の身分の不明確さや低い給与は学生の医師を志す意欲を減退させるといった事柄を指摘している<sup>12</sup>。

現在、卒後研修は、各州の「卒後研修規則」と「卒後研修内容に関する指針」によって実施されている。「卒後研修規則」は、3つのパートから成っている。パートA（Abschnitt-A）は「一般規程」（Allgemeine Bestimmungen）で、卒後研修の目的、研修終了後の称号、専門医の種類、研修期間と内容、研修医師の資格、資格の取消、研修機関、研修の記録、証明書の交付、試験、試験委員会、再試験、付加卒後研修、EU およびその他の地域での卒後研修、その他多くの規程が記されている。パートBは「専門科、専門医および主な資格」（Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen）で、33の専門科（そのうち外科、内科、婦人科および産科、耳鼻咽喉科、小児及び若年者医学等はさらに幾つかの専門科に

<sup>11</sup> 医師会はドイツ連邦の各州に設けられている公法人である。連邦には16の州があるが、ノルトライン・ヴェストファーレン州には2つの医師会があり、合計17となる。17の医師会の連合組織が「連邦医師会」であるが、各州医師会が自主的に創設した連合体であり、連邦医師会は公法人ではない。医師が義務付けられているのは州医師会への加入であり、連邦医師会への加入義務はないが、必然的に連邦医師会の下に統合される仕組みになっている。連邦医師会は「全医師を代表する組織」とされ、連邦政府や連邦議会等への意見表明、さまざまな医療政策に関する医師側の主張、EU内におけるドイツ医師の利害の主張、州医師会の研修や懲戒処分等の規範の作成等の役割を担っている。連邦医師会は17の州医師会長が執行役員となり、その中から会長と副会長が選出される。各州の医師数に応じて割り振られた250人の代議員から構成され、連邦医師会議が開催され、連邦医師会として決定すべき事柄について審議決定が行われる。

<sup>12</sup> 岡嶋「ドイツの医学教育にみられる最近の動き」。



分けられている) について、各専門科の定義、研修の目的、研修期間、研修方法、研修内容、専門医の資格等が記されている。パートCは「付加卒業研修」(Zusatz-Weiterbildung) で、医師の質マネジメント、鍼、アレルギー、ホメオパシー、スポーツ医学、医学法など44の項目について、それらの研修目標、研修期間、研修内容、専門医の資格等が規定されている。

これらの卒業研修の指導医は、当該専門科の専門医資格を取得した後、専門医として数年以上の十分な経験を有していることが求められる。指導医は1年間、研修医を個人的に指導し、卒業研修の証明書に研修期間、習得した知識・経験・技能、専門医としての適性の有無などを記載し、指導者の署名をする。指導医は1年ごとに交代する。

また、研修医ごとに試験委員会(2名以上の専門医を含む3名)が設けられ、卒業研修の終了時に口述試験が行われ(30分程度といわれる)、指導医の記述した研修記録とあわせて合否の判定が行われる。合格した医師に対しては、州医師会から当該科目の専門医としての証明書が交付される。各州の医師会は他の州の医師会の認定を相互に認定することになっており、その資格は全ての州で有効である。

## (2) バイエルン州医師会の卒業研修に関する規程

以下では、バイエルン州医師会の「卒業研修規則」と「卒業研修内容に関する指針」における家庭医に関する規定をみていくことにしたい。

### 1) 家庭医に関する卒業研修規則

バイエルン州医師会「卒業研修規程」<sup>13</sup>のパートBにおける「一般医学の専門医(家庭医)」[Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt)]に関する規定は、以下のようになっている。

#### ▼一般医学専門医(家庭医)に関する規定(抄訳)

##### ◎卒業研修の目的

卒業研修の目的は、規定された卒業研修期間、卒業研修内容および卒業研修コースを修了して、一般医の専門医資格を取得することである。

##### ◎卒業研修期間

卒業研修機関において研修指導者のもとで60か月

そのうち、

- ・36か月は、内科の領域で入院における基礎的卒業研修を受ける。そのうち、  
-18か月は患者を直接ケアしてもよい(auch 3 Monate-Abschnitte さらに3か月/

<sup>13</sup> Weierbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 – in der Fassung der Beschlüsse vom 25. Oktober 2015. なお、この規定は、2004年以降何度かの改定を経て現在に至っている。

- 3 か月の期間であってもよい?）、また外来分野（診療所）で行ってもよい
- ・ 24 か月は、外来診療の家庭医のもとで卒後研修を受ける。そのうち
  - － 外科で 6 か月（さらに 3 か月／3 か月の期間であってもよい?）の研修を受ける。
  - これに続いて、6 か月（さらに 3 か月／3 か月の期間であってもよい?）は小児および若年者医学の専門医のもとで小児および若年者医学の研修を受けてもよい。
- ・ 心身医学に関する基礎的ケアに関して、80 時間の卒後研修コースを受ける。

#### ◎卒後研修の内容

◇内科の領域における基礎的卒後研修の内容について、以下のような知識、経験および技能：

- － der Gesundheitsberatung, der Früherkennung von Gesundheitsstörung einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, der Prävention einschließlich Impfungen, der Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie Nachsorge（健康相談、暴力や中毒の予防を含む健康障害の早期発見、予防接種を含む予防、リハビリとアフタケアの導入と実施）
- － der Erkennung und Behandlung von nichtinfektiösen, infektiösen toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Erkrankungen im höheren Lebensalter（非感染症、感染症、中毒症、新生物、アレルギー、免疫、代謝、栄養関連および変性による疾病の発見と処置、また高齢者におけるこれらの疾病の特性への配慮）
- － der Grundlage der Tumorthherapie（腫瘍治療の基礎）
- － der Betreuung palliativmedizinischer zu versorgender Patienten（緩和医療を行っている患者の世話）
- － der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild（検査室検査に対する適用決定と適切な検査試料の採取および処置、その結果をそれぞれの病状に組み入れる）
- － geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen im Alter einschließlich der Pharmakotherapie im Alter（高齢者の老人性症候群と疾患状況、高齢者の薬物療法を含む）
- － psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen einschließlich der krisenintervention sowie der Grundzüge der Beratung und Führung Suchtkranker（心因性症状、身体精神的反応と心理社会的な関連、さらに危機介入と中毒患者の相談と指導の基本も含む）
- － Vorsorge- und Früherkennungsmassnahmen（予防および早期発見措置）
- － ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen einschließlich diätetischer Behand-

- lung sowie Beratung und Schulung (栄養による健康障害、ここでは食事療法および助言と教育も含む)
- Durchführung und Dokumentation von Diabetikerbehandlung (糖尿病治療の実施と記録)
- den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung (遺伝性疾患の画像の基礎、ここでは人間遺伝学上の助言に関する適用も含む)
- der Indikationsstellung und Ueberwachung physikalischer Therapiemaßnahmen (理学療法の適応設定と監視)
- den Grundlagen der arzneimitteltherapie (薬物療法の基礎)
- der Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung (急性救急の識別と処置、ここでは生活反応の維持と蘇生のための生命救助処置を含む)
- der Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie Pflegebedürftigkeit (作業能力と負荷能力、労働能力、職業および稼得能力ならびに要介護の評価)
- der intensivmedizinischen Basisversorgung (集中治療の基礎的ケア)

◇Den weiteren Inhalten (その他の内容) :

- der primären Diagnostik, Beratung und Behandlung bei allen auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen im unausgelesenen Patientengut (患者の症状が判然としない場合に発生するあらゆる健康障害と発病について最初の診断法、助言および処置)
- der Integration medizinischer, psychischer und sozialer Belange im Krankheitsfall (病気時における医学的、精神的および社会的観点の統合)
- der Langzeit- und familienmedizinischen Betreuung (長期的かつ家庭医学的なケア)
- Erkennung und koordinierte Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (小児および若年者における異常な行動の識別および調整的な治療)
- interdisziplinärer Koordination einschließlich der Einbeziehung weiter ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in Behandlung- und Betreuungskonzepte, insbesondere bei multimorbiden Patienten (とくに複数疾患の患者の場合、処置や看護の計画における広範囲の医療、介護および社会的援助を含めて、複数領域間の調整を行うこと)
- der Behandlung von Patienten im ihrem familiären Umfeld und häuslichen Milieu, in Pflegeeinrichtungen sowie ihrem weiteren sozialen Umfeld einschließlich der Hausbesuchstätigkeit (往診を含めて、家族関係および家庭環境、介護施設および広範な社会関係等における患者の治療)

- gesundheitsfördernden Maßnahmen, z.B. auch im Rahmen gemeindenaher Projekte (健康促進の対策、例えば、市町村に関係したプロジェクトなど)
- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (予防および早期発見の検査)
- der Erkennung von Suchtkrankheiten und Einleitung von spezifischen Maßnahmen (中毒の診断と専門的処置の導入)
- der Erkennung, Beurteilung und Behandlung der Auswirkungen von Umwelt und Milieu bedingten Schäden einschließlich Arbeitsplatzeinflüssen (労働場所の影響を含む環境や境遇に由来する障害の発見、診断および治療)
- der Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Störungen (とくに機能障害に配慮した支持器官および運動器官の疾患の治療)
- den für hausärztliche Versorgung erforderlichen Techniken der Wundverordnung und der Wundbehandlung der Inzision, Exzision, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie (局所および末梢の伝導麻酔も適用した、創傷の手当と治療、切開、摘出、切除および試料切開などの家庭医のケアに必要な技術)
- Definierte Untersuchungs- und Behandlungsmethode aus Basisweiterbildung aus dem Gebiet Innere Medizin (内科領域の基礎的卒後研修のために定義づけられた検査方法および治療方法) :
  - Elektrokardiogramm (心電図)
  - Ergometrie (作業量測定)
  - Langzeit-EKG (長時間心電図)
  - Langzeitblutdruckmessung (長時間血圧測定)
  - spirometrische Untersuchungen der Lungenfunktion (肺機能の肺活量測定検査)
  - Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane (腹部および後腹膜の超音波検査、泌尿生殖器を含む) §
  - Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse (甲状腺の超音波検査)
  - Doppler-Sonographien der Extremitäten versorgenden und der extrakraniellen Hirn versorgenden Gefäße (手足の血管および頭蓋外の血管のドップラーのソノグラフィ)
  - Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial (穿刺およびカテーテル装着の技術、検査試料の採取を含む)
  - Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung (点滴、輸血および血液置換治療、経腸および腸管外の栄養補給)
  - Proktoskopie (直腸鏡検査)

## 2) 家庭医に関する卒後研修指針

バイエルン州医師会「卒後研修の内容に関する指針」における家庭医に関する記述は、

以下のようになっている。

▼ 卒後研修規則のパート B およびパート C に関する卒後研修の一般的内容

卒後研修は、専門科特有にみられる事柄に考慮して、下記の知識、経験および能力の習得を含んでいる。

- ・ 医師の行為の倫理的、科学的、法的根拠
- ・ 医師の鑑定
- ・ 質の保障および失敗やリスクマネジメントを含む質のマネジメントの方法
- ・ 家族への助言も含めた医師の会話の仕方
- ・ 精神身体医学の基礎
- ・ 学際間（専門科間）の共同作業
- ・ 疾患に関する病因学、病態生理学および病理論
- ・ 説明と所見記録
- ・ 視覚または機器による判断をともなった検査室技術を援用した証明方法
- ・ 医学的な救急状況
- ・ 薬物治療の基礎、医薬品の相互作用および薬物乱用も含む
- ・ 予防接種の実施
- ・ 一般的な鎮痛治療
- ・ 診断を進展させるための学際的な適応決定、これには Differentialindikation（差別的適応） および専門に関連する問題提起に関連した放射線所見の解釈も含まれる
- ・ 重症患者および死亡する者の世話
- ・ 健康に対する精神社会的、環境状況的および異文化相互間の影響
- ・ 医師の行為の医療経済学的影響
- ・ 医療制度の構造

▼ パート B：専門科、専門医および主な資格

◎ 一般医学

卒後研修の内容①：下記の知識、経験および能力

- ・ パート B およびパート C に関する卒後研修の一般的内容（前記）

◇ 内科に基づく基礎的卒後研修の内容

- ・ 健康相談、暴力や中毒の予防を含む健康障害の早期発見、予防接種を含む予防、リハビリとアフタケアの導入と実施
- ・ 非感染症、感染症、中毒症、新生物、アレルギー、免疫、代謝、栄養関連および変性による疾病の発見と処置、また高齢者におけるこれらの疾病の特性への配慮
- ・ 腫瘍治療の基礎
- ・ 緩和医療を行っている患者の世話
- ・ 検査室検査に対する適用決定と適切な検査試料の採取および処置、その結果のそれぞれ

の病状への組み入れ

- ・高齢者の老人性症候群と疾患状況、高齢者に対する薬物療法を含む
- ・心因性症状、身体精神的反応と心理社会的な関連、さらに危機介入と中毒患者の相談と指導の基本も含む
- ・予防および早期発見措置
- ・栄養による健康障害、食事療法および助言と教育を含む
- ・糖尿病治療の実施と記録
- ・遺伝性疾患の画像の基礎、人間遺伝学上の助言に関する適用も含む
- ・理学療法の適応設定と監視
- ・薬物療法の基礎
- ・急性救急の識別と処置、生活反応の維持と蘇生のための生命救助処置を含む
- ・作業能力と負荷能力、労働能力、職業および稼得能力ならびに要介護の評価
- ・集中治療の基礎的ケア

◇その他の内容

- ・患者の症状が判然としない場合に発生するあらゆる健康障害と発病について最初の診断法、助言および処置
- ・病気時における医学的、精神的および社会的観点の統合
- ・長期的かつ家庭医学的なケア
- ・小児および若年者における異常な行動の識別および調整的な治療
- ・とくに複数疾患の患者の場合、処置や看護の計画における広範囲の医療、介護および社会的援助を含めて複数領域の調整を行うこと
- ・往診を含めて、家族関係および家庭環境、介護施設および広範な社会関係等における患者の治療を行うこと
- ・健康促進の対策
- ・例えば、市町村に関係したプロジェクトなど
- ・予防および早期発見の検査
- ・中毒の診断と専門的処置の導入
- ・労働場所の影響を含む環境や境遇に由来する障害の発見、診断および治療
- ・とくに機能障害に配慮した支持器官および運動器官の疾患の治療
- ・局所および末梢の伝導麻酔も適用した、創傷の手当と治療、切開、摘出、切除および試料切開などの家庭医のケアに必要な技術

○検査および治療方法

注：（ ）内は基準数を示す。BK (Basiskennntnisse) は基礎的知識と経験が必須であることを意味しており、検査や治療の基準数を満たすことを必須とはしていない。

◇内科に基づくもの

- ・心電図 (500)

- ・作業量測定（100）
- ・長時間心電図（100）
- ・長時間血圧測定（50）
- ・肺機能の肺活量測定検査（100）
- ・腹部および後腹膜の超音波検査、泌尿生殖器を含む（500）
- ・甲状腺の超音波検査（150）
- ・手足の血管および頭蓋外の血管のドップラーのソノグラフィ（300）
- ・穿刺およびカテーテル装着の技術、検査試料の採取を含む（BK）
- ・点滴、輸血および血液置換治療、経腸および腸管外の栄養補給（50）
- ・直腸鏡検査（BK）

#### ◇その他

- ・治療症例の記録作成、これには症状が判然としない患者における（im unausgelesenen Patienten）助言のきっかけ、診断、助言の結果、治療及び根拠づけも含まれる（100）。
  - －小児の場合（25）
  - －高齢者の老人性症候群および疾患状況（25）
- ・疾病症例における医学的、精神的および社会的観点の統合、これには危機介入と中毒患者の助言と指導を考慮して心因性的症状、身体精神的反応、心理社会的関連の識別も含まれる（25）
- ・年に少なくとも4回の患者コンタクトの記録作成をともなう長期的かつ家庭医学的なケアを行い、患者と一緒に治療目的を決定すること（10）
- ・小児および若年者の異常行動の識別と調整する処置（10）
- ・とくに複数疾患の患者の場合、処置や看護の計画における広範囲の医療、介護および社会的援助を含めて、複数領域間の調整を行うこと（25）
- ・往診および要介護の査定を含めて、家族関係および家庭環境、介護施設および広範な社会関係等における患者の治療を行うこと（10）
- ・健康促進対策の記録作成、例えば、高齢者スポーツ、冠動脈スポーツグループ、禁煙グループ、Rückengruppeのような市町村に関連したプロジェクトなど、これには健康相談、健康食の助言や教育も含まれる（25）
- ・予防および早期発見の措置、そのうち
  - －予防接種および予防接種の助言（50）
  - －健康障害の予防、リハビリ処置の導入と実施（50）
- ・中毒の診断と専門的処置の導入、これには暴力や中毒の予防も含まれる（10）
- ・とくに機能障害に配慮した支持器官および運動器官の疾患の治療、これには理学的療法の適応決定と監視が含まれる（10）
- ・医学的救急状況および失神、発作性頻脈、急性呼吸困難のような救急時の識別と治療、これには医師の救急出動業務における治療ケースも含まれる（50）
  - －生体機能の維持と蘇生のための救命措置（10）

- ・局所および末梢の伝導麻酔も適用した、創傷の手当と治療、切開、摘出、切除および試料切開などの家庭医のケアに必要な技術（50）

### 3. 継続研修

#### （1）継続研修の概要

継続研修は、従来から医療職法により医師会の業務として行われてきたが、2003年に公的医療保険近代化法（GMG）において「社会法典V（公的医療保険）」のなかに新たに第95条dとして、契約医の医療の質を維持と向上を図るため「継続研修の義務」に関する規定が設けられた。また、病院医師は契約医とは異なるため、社会法典Vの第137条「病院における質の保障」のなかに新たに継続研修の規定が加えられた。

2004年に連邦医師会議はそれらの規定に基づき、各州医師会が「継続研修と継続研修終了証書に関する規定」（Satzungslegung Fortbildung und Fortbildungszertifikat）を定め、州医師会がそれらの研修を実施することとした。また、そのための「範型」（Muster）を作成した。

この規定では、契約医は継続研修として5年間に250点を取得しなければならないとされている。カテゴリ-AからHまでさまざまな内容の研修が設けられ、医師自身が選択して研修することとされている。その研修を終えると、州医師会から終了証明書が交付される。その5年が経過すると、翌年（6年目）からまた5年間で250点の取得が義務づけられており、生涯にわたる職業教育という形になっている。

契約医が5年間で250点を取得できなかった場合は、6年目の第1四半期から疾病金庫から支払われる診療報酬が10%減額され、7年目からは25%が減額され、7年が経過したときは保険医協会（Kassenärztliche Vereinigung）が開業許可を取り消すこととされている。また、病院や診療所（保険医）に雇用される専門医については、それらの医師を雇用する病院や診療所に対する診療報酬が減額されることとされている。このように継続研修に関わる罰則が、医師資格の停止や剥奪などではなく、診療報酬の減額や開業許可の停止といった公的医療保険の領域で対応するかたちで行われ、かつ、医師会と保険医協会が共同してその規定を定めているところにドイツの特徴をみることができよう。

#### （2）継続研修に関する規定

以下では、継続研修に関する規定として、公的医療保険法第95条dと137条、連邦医師会「（範型）継続研修と継続研修終了証書」の内容についてふれておく。

##### 1) 社会法典V（公的医療保険）

社会法典V（Sozialgesetzbuch V : Gesetzliche Krankenversicherung, SGBV : GKV）の第95条dおよび第137条の規定は、以下のようになっている。



#### ▼第 95 条 d 専門医の継続研修の義務（抄訳）

- (1) <sup>1</sup>契約医は、その職業を営むうえで、契約医の給付（Versorgung）に求められる専門知識の維持と進展のために必要な範囲において専門的に継続研修を行うことが義務付けられている。<sup>2</sup>継続研修の内容は、医学、歯学または心理療法の領域における科学的知識の最新の状況に（dem aktuellen Stand）該当したものでなければならない。<sup>3</sup>それは経済的な利害とは関係ないものでなければならない。
- (2) 継続研修に関する証明は、医師会、歯科医師会ならびに心理学的心理療法士および小児・思春期心理療法士会の継続研修証書によって証明することができる。（以下、略）
- (3) <sup>1</sup>契約医は、5年ごとに保険医協会に対して、過去5年間に（1）による継続研修義務を履行したことを証明しなければならない。（中略）<sup>4</sup>契約医が継続研修証明を提出できない場合またはそれが不十分な場合には、保険医協会は契約医としての行為に対して支払うべき報酬について、5年間に引き続く最初の四半期は10%、その後の四半期には25%を削減する義務がある。<sup>5</sup>契約医は、5年間に定められた継続研修を2年間に一括または分割して埋め合わせることができる。埋め合わせた継続研修は、次の5年間の継続研修に算入することはできない。<sup>6</sup>完全な継続研修証明書を提出すると、診療報酬の減額はその時の四半期が終わったときに終了する。<sup>7</sup>契約医が継続研修証明を5年の期間が終了した後に遅くとも2年以内に提出できなかったときは、保険医協会は遅滞なく開業許可委員会（Zulassungsausschuss）に対して、開業認可の剥奪の申請をしなければならない。（以下、略）
- (4) (1)および(2)は、免許を有する医師（ermächtigte Ärzte）にも適用される。
- (5) (1)および(2)は、医療給付センター（medizinische Versorgungszentrum）や契約医に雇用されている医師にも適用される。（以下、略）
- (6) <sup>1</sup>連邦保険医協会は、州医師会の作業チームと協力して、連邦レベルで5年間に必要な継続研修に適した範囲を規定する。<sup>2</sup>連邦保険医協会は継続研修証明と報酬削減の手続きを定める。（以下、略）

#### ▼第 137 条 認可された病院における質の保障（抄訳）

- (1) 連邦共同委員会（Gemeinsame Bundesausschuss、GBA）<sup>14</sup>は、民間医療保険連合会、

<sup>14</sup> 社会法典 V（第 91 条、第 92 条）に規定された医療保険の診療報酬に関する行政機関であり、報酬の支払い側である疾病金庫と、受け取り側の保険医協会、病院協会、それに患者支援団体を加えた連邦レベルでの協議の場である（日本の中医協に類似している）。患者支援団体は決定にさしての投票権は有しておらず、また連邦政府はオブザーバーとしての位置づけとなっている。従来、医師会も GBA の構成メンバーであったが、2004 年の法改正で助言にとどまる位置づけとなった。それについては、医師団体が重なり合うことを避け、診療報酬、保険給付される医療の水準や質の確保等の医療保険の利害にかかわることについては保険医協会や病院協会の役割とし、医師会は経済的な利害については直接的にかかわらないように、役割分担を明確にしたものともいわれている。

連邦医師会ならびに患者看護職の職業団体（Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe）の協力の下に、第 108 条により認可された病院についてすべての患者を同一に質的保障の措置を行うことを決定した。その場合、各分野および職業グループを包括するケア（Versorgung）の要件が適切であることが考慮されなければならない。

1. （略）

2. この適応のために必要となる基準、病院の処置の枠内で実施される診断と治療の給付、とくに費用のかかる医療技術の給付の質を規定する。その場合、5 年の期間に専門医が満たす継続研修義務とその成果の質を含めた組織の質について最低限の要求も規定する。

（以下、略）

## 2) 継続研修と継続研修終了証書の規定

連邦医師会が作成した「(範型) 継続研修と継続研修終了証書の規約」<sup>15</sup>は、以下のようになっている。

### ▼ (範型) 継続研修と継続研修終了証書の規約 (抄訳)

#### 第1条 継続研修の目的

医師の継続研修は、専門的能力を保持し、その能力を永続的に実現していくのに役立つ。

#### 第2条 継続研修の内容

継続研修によって、科学的知識と新しい医学的方法を考慮しながら、能力の保持と向上に必要な医学上の知識と技術が伝達されなければならない。継続研修は、専門科固有かつ専門科間および専門科を超えた知識と、臨床的実務能力の習得を包摂しなければならない。継続研修は、その場合、すべての医学の専門方向に向けて均衡のとれた方法で広がっていかなければならない。医師の継続研修は、コミュニケーションや社会的能力の改善も含んでいる。医師の継続研修は、さらに質的保障、質のマネジメント、およびエビデンスに基づく医学の方法を取り入れる。継続研修の適切な範囲に関して、連邦として統一のとれた基準を考慮しなければならない。

#### 第3条 継続研修の方法

1. 医師は各自の継続研修の種類を選択においては自由である。知識習得の種類および方法は、個人によって異なった学習行動のかたちをとってもよい。
2. 継続研修が 3 項の 2 による継続研修の実施への参加によって行われるものである限り、医師は医師会が認定した継続研修措置（Vortbildungsmaßnahmen）の遂行によって継続研修の義務を果たさなければならない。
3. 継続研修の適切な方法は、主に以下のとおりである。

(1) メディアによる自己研修（例えば、専門文献、視聴覚メディア教材、**struakunierte**

<sup>15</sup> 2004 年 5 月の第 107 回連邦医師会議（Deutschen Ärztetag）で採決されたもの。その後、範型としては変更されていない。

interactive Fortbildung (対話形式で構成された継続研修))

- (2) 継続研修の催しへの参加 (例えば、コンGRESS (専門家会議)、セミナー、トレーニンググループ、Kurse (コース)、コロキウム、クオリティサークル)
- (3) 臨床継続研修 (例えば、病院実習、症例紹介)
- (4) カリキュラムの仲介による内容、例えばカリキュラムによる継続研修、卒後研修規則による卒後研修コース、付加的学習過程

第4条 継続研修証明の組織 (略)

第5条 医師会の継続研修終了証書

継続研修終了証書は、医師が申請までの5年の期間内に継続研修措置を完了したとき、すなわち、第6条の規定により算定された最低値が合計で250点に達しているときに、与えられる。

継続研修終了証書の取得に関しては、第6条第2項に規定された継続研修措置だけが認められる。さらに第7条の規定により算定可能な継続研修措置が事前に承認されていることが前提条件となる。

第6条 継続研修措置の評価

1. 継続研修は点数で評価される。基本は45分間の継続研修単位 (Vortbildungseinheit) である。カテゴリと評価の段階は本条第2号において個別に示している。
2. 以下の継続研修措置の種類は、継続研修終了証書に適合するものであり、評価は以下のとおりである。

カテゴリA : 講義と討論

継続研修単位につき1点、1日につき最高8点

カテゴリB : 国内および海外の数日間のコンGRESS、カテゴリAまたはカテゴリCに対応して個々の証明が得られなかった場合は、? (原文でも?マーク) 日当たり3点または1日あたり6点

カテゴリC : 個々の参加者があらかじめ構想を計画している継続研修 (例えば、ワークショップ、作業グループ、クオリティサークル、Balintgruppen、スーパービジョン、症例カンファレンス、文献カンファレンス、臨床訓練)

1) 継続研修単位につき1点、4時間までの催しに対して1点追加

2) 1日につき最高2点追加

カテゴリD : 印刷物、オンラインメディアおよび視聴覚メディアによる対話形式で構成された継続研修で、学習成果の判定と評価が書類の形式で行われるもの

学習単位につき1点

カテゴリE : 専門文献、専門書および教材による自己学習。カテゴリEの範囲では、5年間で最高50点まで認められる。

カテゴリF : 学術論文および学術講演

- 1) 著者は1論文につき1点を得る
- 2) 報告者/クオリティサークルのモデレーターは、参加者としての点数に加えて、1つのプレゼンテーション/クオリティサークルのモデレーター/ポスター/講演につき1点を得る。

カテゴリーG：臨時聴講

1時間につき1点、1日につき最高8点

カテゴリーH：カリキュラムの仲介による内容、例えばカリキュラムに対応した継続研修、卒後研修規則によって規定されている卒後研修コース、付加的学習過程

継続研修単位につき1点

学習成果の点検：カテゴリーAおよびCでは1点追加

#### 第7条 継続研修措置の認定

1. 基本的には、第6条第2項のカテゴリーAからD、GおよびHの継続研修だけを継続研修終了証書の交付の根拠とすることができる。これらはその実施前に州医師会から認定されていなければならない。第6条第2項のカテゴリーFの措置については、医師は継続研修終了証書の交付申請を行う際に適切な証拠を提出しなければならない。
2. 他の実施者による継続研修措置は、第8条および第9条によって認定されなければならない。

(以下、略)

(了)