

令和2年厚生労働科学研究補助金  
(地域医療基盤開発推進研究事業)  
分担研究年度終了報告書

タイトル・イギリスにおける医師の更新制度

研究分担者 我妻 学 (東京都立大学法学政治学研究科教授)

研究要旨

本論文は、患者安全に関するイギリスの近時の取組みを取り上げる。たしかに、医療及び健康保険制度はそれぞれ異なっており、単純に我が国と比較することは出来ないが、医師が自己の技能などを検証し、技能等を維持・向上するために医師の更新制度を導入していることは、注目に値する。再発防止する方策の一つとして、我が国における患者安全を支援するためのあるべき姿を検討する上でも参考になると考えるからである。

A. 研究目的

本論文は、医師が自己の知識・技能・能力などを自己評価・自己点検し、維持・向上するために2012年に導入されたイギリスの医師免許更新制度を取り上げる。たしかに、医療及び健康保険制度が我が国と異なっており、単純に比較することは出来ないが、医師の技能等を定期的に検証し、技能等の維持・向上を目指すことにより、結果的に医療安全にも資する。比較法を通じて、我が国における医療安全を支援するためのあるべき姿を検討することが本報告の目的である<sup>1</sup>。

<sup>1</sup> 本論文は、我妻学「イギリスにおける継続教育と医師免許の更新制 (revalidation)」日本医師会会員の倫理・資質向上委員会・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』18頁～25頁(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」)(2020)を加筆補正している。作成するに当たって、2019年12月9日にGMCに聞取調査(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

B. 研究方法

(倫理面への配慮)

基本的には公知の情報を扱い、補充的に聞取調査を行っている。したがって、倫理面での問題は少ないが、調査の過程で偶然に得た個人情報などについては、報告書その他の公表において個人が特定できないようにし、さらに、守秘を尽している。

C. 研究結果

I はじめに

イギリスでは、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<sup>2</sup>。しかし、更新制の導入は困難であり、医師の技能な

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取調査を行った。記して、厚く御礼申し上げます。

<sup>2</sup> 1975年に公刊されたMerrison委員会報告書(The Report of the Committee of Inquiry into the Regulation of the Medical Profession (Cmnd 6018,1975).

どの維持・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<sup>3</sup>、ブリストル小児病院での心臓手術事件<sup>4</sup>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」と略す)<sup>5</sup>

<sup>3</sup> 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人の患者を殺害させたとして2000年に終身刑を言い渡された。2002年～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存在していたにもかかわらず、コ罗纳ー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>により入手できる）。

<sup>4</sup> 地方の基幹病院で、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人の手術患者の内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) .）。

<sup>5</sup> 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/>）。

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己の治療に関わり、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変化している。

2006年にLiam Donaldson 主席医務官<sup>6</sup> (Chief Medical Officer) が公表した報告書<sup>7</sup>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<sup>8</sup>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、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<sup>9</sup>。

<sup>6</sup> 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。

<sup>7</sup> Chief Medical Officer, *Good Doctors, Safer Patients*, London: Department of Health, 2006.

<sup>8</sup> 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](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/good-medical-practice---english-20200128_pdf-51527435.pdf?la=en&hash=DA1263358CCA88F298785FE2BD7610EB4EE9A530)）。

<sup>9</sup> [revalidation.nmc.org.uk](https://www.revalidation.nmc.org.uk)参照。

## 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<sup>10</sup>、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<sup>11</sup>。

医師は、自己の登録・免許に関し、患者及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 患者安全と関連する他の機関

患者安全の観点から、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医療の質・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）<sup>12</sup>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、保健及び社会保健省に基づくが、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<sup>13</sup>。

---

<sup>10</sup> 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の影響を受けない

(<https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/brexit---information-for-doctors>)。

<sup>11</sup> 医師登録（2021年3月6日現在の登録医師：338,345人（男性181,560人、女性：156,765人）、免許を有している医師299,306人（男性：157,944人、女性：141,362））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からも氏名、性別などから検索可能である。

---

<sup>12</sup> <https://www.cqc.org.uk>.

<sup>13</sup> 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 Expert Advisory Group, Healthcare Safety Investigation Branch, at 16(2016).）。組織の詳細は、

### III 医師免許の更新手続

医師は、自分の免許更新日に関し、三ヶ月前に 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、毎年度実施される評価人 (Appraisal) による包括的な評価、五年毎に実施される責任者による総合評価・GMC への評価報告、GMC による医師免許更新の可否に関する最終判断の三段階に分かれている。

#### 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、医師が毎年度自己評価・自己点検を行うとともに、5 年毎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。

#### 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。医師の職務規範に依拠して、①知識・技能・能力、②医療安全、③コミュニケーション・共同作業、④信頼の維持であり、具体的には、以下の (1)～(6)に分けられる。

(1) 医療倫理<sup>14</sup>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<sup>15</sup>

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、精神科、救急科などの専門領域によっては、患者からのフィードバックを得るのが困難であることが指摘されている<sup>16</sup> (55\*)。

患者との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、不利益に扱われるおそれがあるとして、医師に対す

---

て」8 頁 (2010) など参照。

<sup>15</sup> 継続的な専門教育は、医師などの医療従事者、弁護士など幅広い他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/>)。

<sup>16</sup> JMbRELLA, *Shaping Future of Medical Revalidation, Evaluating the Regulatory medical revalidation*, p.55, 2018.

---

<http://www.hslib.org.uk> 参照。

<sup>14</sup> 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

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<sup>17</sup>。

(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。

評価人の選任方法、評価人の評価方法も異なっているが、医師の評価事項を標準化することに対し、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<sup>18</sup>。

評価人に関し、医師が医療現場に不満がある場合にどのように対応すべきかなどの懸念を有していることも指摘されている<sup>19</sup>（48\*）。

---

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> JMbRELLA, supra note 16 at 48.

### 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年毎に総合的に評価し、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<sup>20</sup>。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

---

<sup>20</sup> The Medical Profession (Responsible Officers) Regulations 2010.

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 の雇用涉外サービスと、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<sup>21</sup>。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 年毎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。

更新の延期、手続に非関与との評価をいつ、どのように医師に示すのかについてもなるべく統一的な運用が望まれると指摘されている<sup>22</sup>。

#### (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。

2012 年 12 月 3 日から 2020 年 12 月 3 日における GMC の最終判断は、医師免許の更新承認人数 247,611 名、更新の延期人数 57,527 名、非協力の評価 771 名である。

延期された内訳は、より詳細な情報収集をする必要がある者が 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

<sup>21</sup> 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 17 at para 113; JMbRELLA, supra note 17 at 18.)

<sup>22</sup> JMbRELLA, supra note 16 at 51.

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、あらためて、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。

### III 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<sup>23</sup>。

更新制度を単一の制度として評価しがちであるが、実際には、全国と地方、明文の法律上の規定および医療実務などを組み合わせた複合的な医療制度と理解する必要がある<sup>24</sup>。

更新制度は、主として常勤の勤務医を対象として制度化されたものであるが、実際の医療従事者は、専門医、一般医 (GP)、研究者、常勤ないし非常勤など多岐にわたり、医師個人だけではなく、医療機関の規制に

も関係する広範な制度である<sup>25</sup>。

更新制度の目的は、第一に医師が毎年度、継続的に専門教育を受けるなど自己研鑽をし、医療の質の維持・向上に努めること、

第二に医師が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、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、医療安全を向上することとされている。しかし、両者の関係を医師、患者などが正確に理解することは困難であり、実際にも医師・医療を総合的に評価することは、実際には困難であり、問題のある医師を特定し、支援するには至っていないとされている<sup>26</sup>。

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<sup>27</sup>。

さらに、医師が女性、有色人種、30 歳以下の若手の医師および 70 歳以上の高齢の場合などに関し更新が認められる割合が、低い点が指摘されている<sup>28</sup>。

<sup>25</sup> Id.at 65.

<sup>26</sup> Pearson, supra note 17at 25-26,32-33 ;JMbRELLA, supra note17at para 3.2.3: JMbRELLA, supra note16at 62.

<sup>27</sup> Pearson, supra note 17 at60; JMbRELLA, supra note16at 27.

<sup>28</sup> JMbRELLA, supra note16at 22.

<sup>23</sup> Pearson, supra note 17 ;JMbRELLA, supra note17.

<sup>24</sup> JMbRELLA, supra note16 at 60,65.

特に産休明けの女医、高齢の医師および有色人種の医師に関し責任者を選任することが困難であることが指摘されている<sup>29</sup>

責任者の評価方法も評価書などの書面審査による、第三者と協議するなど個別に判断されている<sup>30</sup>。評価対象が病院などの勤務医であるのか、小規模の医療機関によって、評価人と医師との関係が異なり、支援体制も異なる。

そのため、評価人の評価が公平であるかの疑問も示されており、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<sup>31</sup>。

更新制度の導入によって、更新に必要な資料収集のために時間・労力を費やし、医師に対する精神的なプレッシャーが大きいことも指摘されている<sup>32</sup>。

#### IV 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、統一基準が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が、問題となる<sup>33</sup>。

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ように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・向上してゆくのかも注目される<sup>34</sup>。

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いる。したがって、我が国において更新制度の導入を検討する際にも、第一に更新制度の目的は何か、継続教育を推進することなのか、医師の評価も含めるのか、を明らかにする必要がある。

第二に更新制度に関し、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、理解が得られるようにすることが更新制度の定着を図るためには不可欠である。医師を評価の対象とし、規制も念頭にするのなら、継続教育の評価が非難の対象となる機関も存在するからである。

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。仮に医師の評価を行うのであれば、特に誰が評価し、どのような基準で評価してゆくのかが、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。

#### E. 発表

<sup>29</sup> Id.at 27.

<sup>30</sup> Id.at51.

<sup>31</sup> Pearson, supra note 17at 51-55; JMbRELLA, supra note17at 45-46.

<sup>32</sup> JMbRELLA, supra note16 at42.

<sup>33</sup> Archer et al,supra note 18 at 36.

<sup>34</sup> 新型コロナウイルスにより、2020年9月までの医師免許更新は、1年延期されている。

・我妻学「イギリスにおける継続教育と医師免許の更新制 (revalidation)」日本医師会会員の倫理・資質向上委員会・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』18 頁～25 頁 (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」)

(2020)

・我妻学「アメリカ連邦倒産法における専門家の報酬と報酬の合理性をめぐる訴訟での弁護士費用の負担」三木浩一＝山本和彦＝中西正＝山本研＝勅使河原和彦『民事手続法の発展』955 頁-974 頁成文堂(2020)

・我妻学「批判的言論の威嚇を目的とする訴訟と違法訴訟」『民事裁判の法理と実践』弘文堂 23 頁～48 頁 (2020)

・我妻学「司法へのアクセスと新型コロナ感染」月刊司法書士 586 号 2 頁～3 頁(2020)

・我妻学「請負契約における注文者の破産」松下淳一＝菱田雄郷『倒産判例百選 [第 6 版]』160 頁～161 頁 (2021)

#### F. 知的所有権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 特になし
2. 実用新案登録 特になし
3. その他 特になし