

世界医学教育連盟

卒後医学教育
WFME質的向上のための
グローバルスタンダード

2015年版

目次

序文 序論

歴史

卒後医学教育の原則

グローバルスタンダードの価値

卒後医学教育におけるスタンダードの前提

スタンダードの利用

改定の過程と原則

質的向上のための卒後医学教育のWFMEグローバルスタンダード

定義

領域

下位領域

スタンダード

注釈

スタンダード

1. 使命と成果

1.1 使命

1.2 プロフェッショナリズムと専門職の自律性

1.3 教育成果

1.4 使命と成果作成への参加

2. 教育プログラム

2.1 卒後医学教育プログラムの構成

2.2 科学的方法

2.3 プログラム内容

2.4 プログラム構造、構成と期間

2.5 教育組織

2.6 卒後医学教育と医療制度の連携

3. 研修医等の評価

3.1 評価方法

3.2 評価と学習の関連性

4. 研修医等

4.1 受入れ方針と選考

4.2 研修医等の数

4.3 研修医等へのカウンセリングと支援

4.4 研修医等の代表制

4.5 職場環境

5. 指導者

5.1 募集と選考方針

5.2 指導者の義務と能力開発

6. 教育資源

6.1 施設・設備

6.2 学習環境

6.3 情報通信技術

6.4 臨床チーム

- 6.5 医学研究と学識
- 6.6 教育の専門的立場
- 6.7 新たな状況での学習
- 7. プログラムの評価
 - 7.1 プログラム監視と評価の仕組み
 - 7.2 研修医等と指導者へのフィードバック
 - 7.3 卒後臨床研修修了者のパフォーマンス
 - 7.4 利害関係者の関与
 - 7.5 教育プログラムの承認
- 8. 管理と経営
 - 8.1 管理
 - 8.2 学問上のリーダーシップ
 - 8.3 教育資金と資源の配分
 - 8.4 経営と運営
 - 8.5 必要条件と規制
- 9. 継続的改良

参考文献

既報および現在の WFME グローバルスタンダード
一般
卒後医学教育関係

補遺：タスクフォースメンバー

作業部会
国際専門家委員会

WFME 上級役員会

序 文

1998年より、世界医学教育連盟（the World Federation for Medical Education：WFME）はWFME三部作を発表してきた。「医学教育の質的向上のためのグローバルスタンダード（Global Standards for Quality Improvement of Medical Education）」は、医学教育における、卒前医学教育、卒後医学教育、継続専門職教育の三つ段階を全てカバーしている。暫定版が2000年に、そして完成版三部作は2003年に出版された。

その後、この医学教育のグローバルスタンダードは全世界で広く用いられて実施されてきた。それらは、種々の発達段階の、そして異なった教育的、社会経済的、文化的環境と異なった疾患群を背景に持つ医育とプログラムに対し、教育の、国家の、そして地域の医学教育の水準を定義する枠組みとプログラム改革のための手段を提供している。

その結果、貴重な経験が得られ、そのスタンダードの使用から医育と国家の医学教育改革、評価、そして認証手続きに関する有益な助言と勧告がまとめられた。

不必要な不便さを生じる危険性があることから、当初から、グローバルスタンダードは頻回に変更されない方が良く決めていた。しかしながら、医学教育のグローバルスタンダードの出版後10年経ち、WFMEの上級役員会は医学教育者、医育、医育組織、そして蓄積されたこの領域の関連文献からの論評を考慮に入れながら見直しの必要性を認識した。そこで、2012年にWFMEは三部作の見直しを始めた。

この見直しの過程では、小さな作業グループと広範な世界的専門家の委員会が関わったのであるが、膨大な意見や提言が寄せられたことから、抜本的見直しの必要性が示された。しかしながら、このWFMEの卒後医学教育のグローバルスタンダード改訂版は、全体的な原則と構造は原作を尊重していることは強調されるべきである。この改訂版は、卒前医学教育と継続専門職教育という他の二つの到達目標のスタンダードと全く同じように、2003年版の原作の仕様で提示している。

留意すべきことは、この文書は職業人としての医学教育に関するものであり、博士号や修士号などのような学位のための修練に関するものではないということである。

WFMEは、グローバルスタンダードを再検討する過程に貢献した全ての方たちのお陰であることを、深く認識している。すべての国や地域で遭遇した支援への情熱とそれを受入れる準備状況はとても強いもので、従って、そのことはこのスタンダードが望ましく、かつ実現可能であることを示している。

WFMEの上級役員会は、改定されたスタンダードが卒後医学教育に携わるすべてのものに有益であると信じている。この文書は、すべての国の卒後医学教育を扱う医療関連行政組織、医師会、医科大学、および国家あるいは国際にとって興味深いものである。WFMEは、卒後医学教育のグローバルスタンダードの適用を監視する目的において、国家に関しては信頼出来る権威が確立された、と勧告するだろう。

序 論

歴史

すべての人々の健康増進は医学教育の主要な目的である。これはまた、すべての医育機関、医学教育者、そして医学生と医学博士の教育のすべての側面で、彼らを代表する国際機関であるWFMEの全般的使命でもある。この規定を維持した上で、WFMEは医学教育において最も高度な科学的かつ倫理的スタンダードを推進し、学習法、新しい教育機器、そして医学教育の革新的管理を推奨する責任を負っている。

1984年以来、WFMEは「医学教育の新たな方向づけについての国際協働プログラム」を指揮してきた。この過程における礎石は、世界保健機構（the World Health Organization : WHO）総会（the World Health Assembly : WHA）で採択された決議案42.38である1988年のエジンバラ宣言、医学教育に関する世界サミットの1989年の勧告（これは1993年のWHO総会の決議案48.8に反映されたが）、1995年の「すべてのものの健康への医学教育と医療実習の新たな方向づけ」である。

その権限に従って、WFMEは1998年の立場表明の中で医学教育におけるグローバルスタンダードに関する企画に取り組んだ。その目的は、世界的な文脈において、医学教育に責任を負う機関に利用され、継続的な医学教育の全体を通じたプログラムにおいて、その質的向上のための手段を提供することであった。

医学教育におけるグローバルスタンダードに関するWFMEの企画、これはWHOと世界医師会（the World Medical Association : WMA）によって承認されたが、それは三つの主要な意図を当初から持っていた。

- 医学教育に責任を有する行政機関、組織そして機関を刺戟して、国際的な勧告に従って変更したり質的向上を図るために、彼ら自身の計画を立案させる。
- 教育プログラムの最低限の質の水準を保証するために、医育機関やプログラムの国家的そして/あるいは国際的評価、認証そして認定するシステムを確立する。
- 医学教育における、よく定義されたグローバルスタンダードによる国際化が進む文脈において、医学実習や医療人材の活用を保護する。

WFMEのグローバルスタンダードは、医学教育のすべての段階を包括する。例えば、卒前医学教育、卒後医学教育、継続専門職教育である。このグローバルスタンダードの三部作は、医学教育の各段階の連携を促進することを意図している。

この三部作を開発する中で、WFMEは三つの国際タスクフォースを任命したが、各々が隔絶された環境での作業部会や、主に電子的に意見交換をする広範な専門家委員会で構成されている。タスクフォースのメンバーは、彼らの専門性と地理的な網羅性に基づいて選ばれた。このスタンダード文書の草案は、頻回に、そして世界中の多様な状況で議論された。寄せられた多くの論評が収集され考慮の対象とされた。

2000年の第1版の出版とWFME全6地域での予備研究の開始後、直ちに標準プログラムは世界中で実行され始めた。2003年のコペンハーゲンにおけるWFME世界会議、「より良いヘルスケアのための医学教育のグローバルスタンダード : Global Standards in Medical Education for Better Health Care」において広範な国際承認が得られた後、この過程は促進された。

グローバルスタンダードは数カ国語に翻訳され用いられ、多くの国の医学教育の国家的計画に影響を与えてきた。

医学教育にとってのグローバルスタンダードが確立していく初期の段階では、何らかの制約下でグローバルスタンダードを詳述することは、不十分な影響を与え、そして医学教育の質を低下させる力を持ち得ることが明らかになった。正当な根拠がある場合もそうでない場合もあるが、医学教育はヘルスケア提供体制における状況の変化に対して、そして社会の要求や期待に対して、緩徐にかつ不適切に対応しているという批判がよくなされた。このことによって、WFMEのスタンダードは以下の二つの異なるレベルで目標を特定するように構築されることになった。(a) 基本的なスタンダードまたは最小限度の要求（これを、「基本的水準」と呼ぶ）と、(b) 質的向上にとってのスタンダード（これを、「質的向上のための水準」と呼ぶ）である。

WFMEのスタンダードが認証手段としての権威を獲得することは、発足時より考えられた。熟慮の後、WFMEは唯一の国家的に任命された機関として、認証手順に直接的に責任を負うことができるという地位を得た。しかしながら、WFMEは認証過程において支援する役割も持ち得る。そして、世界的に選ばれたスタンダードは、評価と認証を履行するために指名された機関にとって、ひな形として機能し得る。WFMEはWHOと協働して、2004年の医学教育改善のためのWFME/WHOパートナーシップにおける活動の一環で、認証のためのガイドラインと手順書を開発した。

医療従事者は世界的に移動する。そして、WFMEのスタンダードが、移動する医師たちの適切な教育的基盤を保証する役割を担う。しかしながら、母国や生まれた地域で訓練された医師たちを雇用し続ける動機もまた同様に重要である。WFMEのスタンダードが医療者の移動を促進して、途上国からの頭脳流出に拍車をかけるものとみなされるべきではない。世界は強まりつつある国際化主義により特徴付けられており、医療従事者もそのことと無縁ではない。そして、スタンダードを遵守することが、必要に応じて医師が寄って立つところの質が担保された資格の役割をなすのが良い。

医師の能力が世界規模で適用できて移動可能であることを保証するためには、医育機関とそのプログラムの質のレベルを示す、いつも入手できて透明性の高い文書が必須である。WHOの医学校の世界名簿（the WHO World Directory of Medical Schools）に取って代わるものとして、2007年よりWFMEによって開発された医学校のアヴィセンナ名簿（The Avicenna Directory of Medical Schools）は、医育機関名簿を構成することを目的としていた。そしてそれは、登録された機関が、医学教育プログラムの世界的に認証された水準を達成しているかどうかを示している。アヴィセンナ名簿、および「国際医学教育および研究の進歩」（the Advancement of International Medical Education and Research: FAIMER）の第11次基金の国際医学教育名簿（the International Medical Education Directory: IMED）を合併したものとして、2012年に確立された医学校の新しい世界名簿（the New World Directory of Medical Schools）はこの文脈上にあり、卒後医学教育プログラムの同様な登録簿を創造しようとする野心的なモデル足り得る。

卒後医学教育の原則

卒後医学教育は、基本的な医師資格を取得後に医師が指導監督下で能力を発達させる医学教育段階であり、通常は特別な拘束と規則に従って実施される。それは医師免許あるいは証明を取得する最終段階である。「卒後医学訓練」（postgraduate medical training）は卒後医学教育としばしば同義に用いられるが、「訓練」はこの文章においては臨床技能やコミュニケーション技能訓練などのように、実際的な訓練を特別に強調する際に卒後医学教育の一部として扱う。

卒後医学教育の概念は、教育プログラムに基づいて以下の型を含む：

- 医師登録前教育
- * 日本では「初期臨床研修」のこと
- 職業人教育
- 専門医/高度専門医教育
- その他、定義された熟練機能のための形式化された教育プログラム

初期臨床研修修了が医師に単独診療を行う権利を与える基盤である。いくつかの国では専門医教育を開始する際の許可として必要であり、他の国では単独診療の権利は専門医としての権限の一部となっている。専門医教育は専攻された専門領域に応じた、幾つかの教育プログラムから構成されているが、その数と名称は国によって、時には国内でも種々異なる。定義された熟練機能のための教育は、通常いくつかのガイドラインに従っているが、要求される資格は通常専門医教育より柔軟性がある。

実際的な臨床的側面に加えて、卒後医学教育ではさらなる理論的教育が求められる。現在の卒後医学教育のスタンダードは、学位教育プログラムを含んでいないことは特記すべきである。

卒後医学教育は徒弟制度と同様な状況、それは若い医師がより経験のある同僚とともに業務し、その彼らが指導と監督に責任を負うということの意味しているが、から発展してきた。専門領域における卒後医学教育は、その領域で単独で業務を遂行するものを指す称号である専門医資格の取得によって終了する。

卒後医学教育のための組織と責任は国家間でかなり異なっており、時には国家内でも相違がある。卒後医学教育を規制し管理する行政機関や機構あるいは組織は、国家政府組織、国家あるいは地域の委員会、大学、医科学学校あるいは医科大学、医師会、病院あるいは病院組織、雇用者、有資格の専門組織あるいは12の責任を共有するそれらの組合せであったりする。いくつかの国の卒前医学教育の状況と類似しているのは、医学校や専門学校はすべてに責任を負うが、卒後医学教育に対する責任はしばしばより複雑である。例えば、使命と成果は医師会により定義されるが訓練はしばしば病院によりなされ、指導者の評価は第三者によってなされたりする。

卒後医学教育においては、高度に洗練された学習プログラムがいくつかの国で開発されており、その要素は計画された臨床ないしは臨床研修、専門家の指導監督、理論教育、研究経験、教育プログラムの体系的評価である。他の国では、卒後医学教育の過程は依然としてより伝統的なものであり、殆ど例外なく専門家の指導監督下での実践的な訓練に基盤を置いている。

国際的には、過去10年以上にわたって国家を超えた卒後医学教育に関するスタンダードについての合意が、卒後医学教育の発展の収束を促進するかもしれない。

グローバルスタンダードの価値

WFMEの戦略の中心は、医学教育に関するグローバルスタンダードとガイドラインを開発することであるが、それは関係する諸機関やその教育プログラム、医療職、そして個々の学生と医師に役立つものである。これらのグローバルスタンダードはひとつの枠組みを構成しており、それはある基準を提供するが、その基準によって卒後医学教育に責任を負うものたちが彼ら自身の活動と

組織を評価することができるのである。もっと言えば、世界的に受け入れられるスタンダードは、国家や地域による教育プログラムの承認や認証にとっての基盤として用いられ得る。

グローバルスタンダードが同様に妥当なのは医学教育過程である。初期の医師を教育する上で望ましい実践、それは機関の教育活動状況とともによく理解され受入れ可能な学習の原則を包摂するが、それらがグローバルスタンダードの基盤を形成しなければならない。

もっと言えば、医学教育の質保証は、改善の必要性を強調しそれを達成するための手引きを提供しなければならない。これによって、低い質のレベルにある機関を指し示すものとしてスタンダードを解釈することは避けられるだろう。

スタンダードとは”いずれか”とか”あるいは”の問題ではなく、特定の指示と意図的計画の問題である。さらに言えば、ある卒後医学教育プログラムはとてもユニークな質のため、他のほとんどのプログラムによって達成できる水準を超えるかもしれない。そのような質は、長期的に見れば新しい教育目的の例を提供するかもしれない。

スタンダードは明確に定義されなければならない。そして、有意義で、適切で、適用可能で、測定可能で、達成可能で、かつ利用者に受け入れられなければならない。それらは実践にとって価値があり、多様性を認識し、そして適切な発展が促進されなければならない。

一般的に受け入れられるスタンダードに基づいた評価は、新たな方向づけと改良が続けられる時、そしてまた持続的な発展に努める時の両者において、改善にとっての、そして医学教育の質的向上にとっての、重要な動機である。

WFMEは、スタンダードの実施が議論を促進することができ、教育目標に関する合意の進展を刺戟することができ、医学校を支援して教育プログラムの必須を形成し、医学教育の基盤を説明するであろうことを考慮している。スタンダードは教育研究の機会を拡大し、診療科やその他の境界域を超えた議論と協働を促進するだろう。

スタンダードの存在は、教育者に変化をもたらそうとする彼らの努力において権限を与えるだろう。そして、指導者を指導するために働くことを彼らは自ら選択するだろう。

カリキュラム作成者にとって、スタンダードの受け入れは時間と資源を節約するだろう。評価のためのスタンダードの採択は、基金の提供者、政治家、そして社会にとって価値ある情報を提供するだろう。

共有されたグローバルスタンダードの基盤の上に医学教育を位置づけることは、医学生の交換を促進し、訓練を受けた国以外の国での受け入れを容易にするだろう。その結果、異なった国の医学校で教育を受けた医師の能力を判断する際の負担を減らすだろう。

最終的に、低質なプログラムは体系的な評価と国際的に受け入れられるスタンダードに基づいた認証により改善され得る。これは国家的にも国際的にもヘルスケアの質を増強することになるだろう。

卒後医学教育におけるスタンダードの前提

WFMEの上級役員会は、医学教育のグローバルスタンダード、それは一般的に適用されるものであるが、それは定義され得ると明確に考えている。これらの定義は、医学教育における教育条件、文化、社会経済的条件、健康や疾患分布、そしてヘルスケア提供体制の違いによる課程、構造、内容、成果/獲得能力、評価および学習環境における国家間の違いを考慮に入れている。同様な相違は個々の国家内でも生じ得る。にもかかわらず、医学の科学的基盤と臨床実践を根拠に基づかせる必要性は普遍的なものであり、医学教育の仕事は、すべての場所で、すべての段階を通して、高度なヘルスケアの提供である。大きな多様性にもかかわらず、医学教育構造、過程と成果は世界規模で収束されてきている。

卒後医学教育におけるグローバルスタンダードは、他の医学教育段階では、地域の、国家の、そして機関のニーズと優先順位に応じて、特定され修正されるか補足される。WFMEは、教育プログラムと学習活動の画一化を進めて、それによって社会的説明責任を危機に晒すことにはなんら利益はないと強調している。もっと言えば、医学訓練プログラムの質保証は、単純に究極の目的として「スタンダードを満たすこと」を主張するのではなく、改善を強調し進展のための指示を提供しなければならない。どの国家的認証機関にとっても、評価と認証のために調査されるであろう水準を決定することがその特権である。

卒後医学教育のスタンダードを起草するなかで、WFMEは卒前医学教育におけるグローバルスタンダードを開発する際に用いた原則を適用した。医学教育の質的向上における一般的なガイドラインを適用することに注意した。したがって、一般的に受入れられる卒後医学教育のグローバルスタンダードのために、以下の原則を採用した。

- 卒後医学教育や訓練の一般的側面のみをカバーすべきである。
- スタンダードは、教育の過程、構造、内容、成果/獲得能力、評価、そして学習環境という広い領域に関与すべきである。
- スタンダードは、変化の改革にとっての手段として機能すべきである。
- スタンダードは、最小限の世界的要求を設定するのみならず、特定の水準を超えた質的向上を推し進めるべきである。
- スタンダードは、教育プログラムの地域的あるいは国家的な違いを認め、異なった地方、国家、そして地域の背景や発展を許すべきである。
- スタンダードを遵守することは、個々の共同体、国家、あるいは地域の問題であるべきである。
- 一般的なグローバルスタンダードの使用は、卒後医学教育の同一のプログラム内容とその成果であるという意味を含んだり要求したりするものではなく、逸脱が明確に記述され動機づけられるべきである。
- スタンダードは、プログラム開発のダイナミックな性質を理解すべきである。
- スタンダードは、卒後医学教育に責任を負う行政機関、組織、団体が彼ら自身のプログラム開発のひな型として用いることができる手段であるべきである。
- スタンダードは、教育プログラムの順位づけに用いるべきではない。
- スタンダードは、広く国際的な議論や合意を通してさらに改良されるべきである。
- スタンダードの価値は、各地域の評価検討により試されるべきである。
- スタンダードは明確に定義づけられるべきである。そして、有意義であり、適切であり、妥当であり、測定可能であり、到達可能であり、利用者にとって受入れられるべきである。それらは実践にとっての意義を有しており、多様性を認識し、適切な改善を推し進めなければならない。
- スタンダードは、利害関係者との協働によって作成されなければならない。

スタンダードの利用

プログラムの開発や評価の目的でスタンダードを活用する際に、各スタンダードの基盤である原則こそが必須の観点である点は強調されるべきである。細部に拘りすぎると、基本的水準を適用するという要求と、質的向上のための水準に向かって活動するという望ましさを曖昧にしてしまう。WFMEはスタンダードにおけるすべての詳細な点を、すべての卒後医学教育プログラムが満たす必要は必ずしもないということを強調したい。

WFMEはスタンダードの一式、それは基礎レベルの達成から質的向上水準まで発展の総体を提供するものであるが、それは以下のような形で、卒後医学教育の質保証と発展のための手段として普遍的に使用可能であると考える。

- **プログラムの自己評価**

質的向上のための道具を紹介するなかで、WFMEの第一義的な意図は、新たな枠組みを提供することであり、それによって卒後医学教育プログラムに責任を負う行政機関、組織、団体が、自発的な自己評価と自己改善過程において自身を測定することができるようになることである。したがって、スタンダードは自己学習手引きと見なされるべきである。

- **外部評価あるいは相互評価**

既述した機関の自己評価の過程はさらに強化され得て、評価と外部の相互評価委員会からの助言を包含することで客観性が強化される。

- **自己評価と外部評価あるいは相互評価の組合せ**

WFMEは両者の組合せが最も価値ある方法であると考える。

- **承認と認証**

地域の要求と伝統に依存しながら、スタンダードは卒後医学教育の承認や認証を扱う国家的あるいは地域の当局によっても利用され得る。

改定の過程と原則

WFMEのスタンダードは、教育の過程、構造、内容、成果/獲得能力、評価、そして学習環境の組合せとして構成されるべきであると決定された。

卒後医学教育のスタンダード2015年改訂のための計画は以下であった。

第一期: WFME事務所に関係する人々の小さな作業グループによる草案の作成

第二期: 修正と追加への、すべてのWFME 6 地域を代表する専門家からなる、広範な国際的委員会からの論評や提案の収集

第三期: WFMEの上級役員会を含む主要なパートナーからの、さらなる論評に対する修正された文書の提示

この作業において、卒後医学教育のスタンダードのための当初の前提は継承されたが、スタンダードのより明確な提示が許されるような方式が導入されるべきであると認識された。注釈が明確化され、スタンダードを使用する中で蓄積された経験に基づく例示が提供されるべきである。様式はWFMEのグローバルスタンダード三部作との間で調和されるべきである。

スタンダードを下支えする一般的原則は改定によって変化することはなかった。例えば、二段階の到達目標、つまり、単なる最小限の要求ではない基礎的水準（基本的水準）と質的向上のための水準である。両者の間の線引きに関する考慮がなされ、ある例では、医学教育への要求の進展に一致して変更された。領域と下部領域の数は基本的に同一である。ただし、複合的なスタンダードはスタンダードの内容の要約を増やすために分割された。番号付けシステムが導入された結果、スタンダードの引用とスタンダードに関するやり取りが促進された。

卒前医学教育のためのスタンダードのように、スタンダードを満たすことの責任を明確にし定義づけた。この文書の中で、我々はプログラム提供者あるいは提供グループを全体的な責任主体とするという概念を選択した。すべてのスタンダードに到達するための行動の明確な責任は、現在プログラム提供者に預けられている。

スタンダードの分類は原作に近く維持されたが、ある領域やスタンダードの小さな様式の変更は内容を明確にするために必要であった。繰り返しと重複を減らした。多くのスタンダードは、方針の単なる形式化よりも実行が求められているということを具体的に述べている。

WFMEスタンダードの改訂版一式は幾分かより詳述されているように思える。しかしながら、この詳述化は編集の改定結果以上である。

より理解を進めるための支援として、注釈数は有意に増大させている。意図するところは、スタンダードの意義を明確化することであり、主に例示を増やしている。例えば、社会的文化的相違を考慮した活動と状況などである。これはまた、自己評価研究と外部評価に対するデータ収集計画を促進し、翻訳に際してより安全な基盤を提供する。

質的向上のための卒後医学教育のWFMEグローバルスタンダード

定義

卒後医学教育は、卒前医学教育を修了した後に監督を要する状態から独り立ちできる状態に向かって、医師コンピテンシーを開発する段階であると定義できる。その時期は勤務する医籍登録前教育（独立して修練する権利につながる）、体系的な職業人教育、専門医や高度専門医教育、あるいはその他の、定義された熟練機能のための形式化された教育プログラムも含む。通常、正式な卒後研修プログラムの修了時には、称号、卒業証書または証明書が授与される。（参照：卒後医学教育の原則）

医学には生涯教育が必要不可欠であることを強調すべきである。これは、卒後医学教育修了後は継続専門職教育へと移行しなければならないことを意味する。

このスタンダードでは、プログラム提供者とは、卒後医学教育の規程と管理に関わる地域と国の当局または組織を指す。このプログラム提供者は、政府、国や地域の委員会、大学、医師会、病院やその組織、有識者組織、あるいはこれらの組み合わせもあり得る。

WFMEは、下記の一連の卒後医学教育グローバルスタンダードを推奨する。このスタンダードは、**36の下位領域**を有する**9領域**で構成され、相互に複雑に関連し、リンクしている。

領域は卒後医学教育と研修の過程、構造、内容、成果/獲得能力、評価そして学習環境に含まれる幅広い構成要素と定義する。それは：

- 1. 使命と成果
- 2. 教育プログラム
- 3. 研修医等評価

* この文書内で「研修医等」とは、「初期臨床研修のみならず、種々段階の専門医取得や熟練技能の習得を目指して研修中のすべての医師」を指す。

- 4. 研修医等
- 5. 指導者
- 6. 教育資源
- 7. プログラム評価
- 8. 管理と経営
- 9. 継続的改良

下位領域は、実践パフォーマンスの尺度に沿った特定の状況あるいは領域の範囲で定める。

スタンダードは2つの到達レベルを用いて、各下位領域に明記した。

基本的水準.

これは、教育プログラムの評価中に達成され満たされていることが証明されなければならない水準を意味する。

基本的水準は、「しなければならぬ」で表現される。

質的向上のための水準

これは、卒後医学教育のための最善の訓練に関する国際的な合意に一致した水準である。水準の一部または全部を達成していること—あるいは満たすための提案—は文書化すべきである。これらの水準を達成は、教育プログラムの段階や開発、使用可能な資源、教育方針、そして妥当性や優先度や可能性に影響を与える、その他の地域の状況に応じて変動する。最も先進的なプログラムといえども、すべての基準を遵守しないこともある。

質的向上のための水準は、「すべき」で表される。

注釈は、スタンダードの表現を、明確にする、詳述する、または紹介するために使用している。注釈には新たな要件を導入していない。

注釈例の列記は、網羅的な場合もあるがそうでない場合もある。また、卒後医学教育プログラムは、実施例に記載された特性の全てを使用したり有することは、めったにないことに留意すべきである。

スタンダード (水準)

161の基本的水準、94の質的向上のための水準、123の注釈を含む卒後医学教育の質的向上のためのWFMEグローバルスタンダード2015年改訂版は、次の章で示す。

1. 使命と成果

1.1 使命

基本的水準：

プログラム提供者は、

- プログラムの使命を提示しなければならない。(B. 1. 1. 1)
- 使命を実践する健康部門へそれを公開しなければならない。(B. 1. 1. 2)
- 使命は、以下に基づくものとする。
 - 地域や社会のニーズの検討 (B. 1. 1. 3)
 - ヘルスケア提供システムのニーズ (B. 1. 1. 4)
 - 社会的な説明責任の上記以外の適切な側面 (B. 1. 1. 5)
- プログラムの理論的な要素と、実践に基づく要素の概要を提示しなければならない。特に後者においては、以下のような医師像を示さなければならない。
 - 医学の領域において、包括的な診療を適切に行える能力を有する。(B. 1. 1. 6)
 - プロフェッショナルとして働くことができる。(B. 1. 1. 7)
 - 指導がなくても単独で診療を行える。(B. 1. 1. 8)
 - 関連する専門職チーム/多職種専門職チーム内で働くことができる。(B. 1. 1. 9)
 - 生涯学習、継続的医学教育/継続的専門職教育を行う意思がある。(B. 1. 1. 10)
- 患者中心医療、統合的医療を含む、患者の健康問題や健康増進に対して適切で効果的に、かつ思いやりのある安全な医療への改善を保証しなければならない。(B. 1. 1. 11)
- 学習者が健康を維持しながら働ける環境を保証しなければならない。(B. 1. 1. 12)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、以下を推奨すべきである。

- 基本的な能力よりも幅広く、専門性の高い能力を習得できるような学習過程の導入 (Q. 1. 1. 1)
- 医師がその専門領域に関する研究者となること。(Q. 1. 1. 2)
- 医師が健康を決定する社会的要因に対して積極的に向き合うこと。(Q. 1. 1. 3)

注釈：

- **使命**は、プログラムの他のすべての要素が関連すべき包括的な枠組みである。使命の提示は、組織レベル、国レベル、地域レベル、場合によっては世界的な方針や健康ニーズに関連した一般的な問題、独自の問題を含むものになると思われる。本文書における使命は、卒後医学教育における将来像を含む。
- **プログラム提供者**は、それぞれの地方もしくは国において、卒後医学教育の規制や管理に関連する国家機関や組織を含み、官庁や国あるいは地域の委員会、大学、医科大学、医師会、病院や病院群、専門職の組織、またはこれらが組み合わせられ共同責任をもつものがあり得る。
- **使命の公開**は、健康部門だけでなく、一般社会にもその内容を知らせることを意味する。
- **健康部門**は、公的・民間を問わずヘルスケアを提供する組織や医学研究を含む。
- **地域の健康に関するニーズ**を志向するということは、その地域社会、特に健康部門やそれに関連する部門との交流や、その地域社会の健康問題に対する関心と知識を示す形にプログラムを修正することも必要とする。

- **社会的説明責任**には、社会や患者、健康部門や健康に関連する部門からのニーズに対応しようとする意志と能力、およびヘルスケアや医学教育、医学研究に関するコンピテンシーを養成することで、国内外の医学の発展に寄与することが含まれる。社会的な説明責任は、社会的責任や社会的対応の類義語として用いられることがある。プログラム提供者の管轄外の事柄についても、政策の支持や、政策との関連についての説明、政策の結果に対して目を向けてもらうようにすることで、社会的な説明責任を果たすことは可能である。
- **生涯教育**は、評価や監査、省察、認定された**継続的**専門職教育/継続的医学教育を通じて知識や技能の更新を図る、専門職種としての責任である。
- **継続的医学教育**は、医療実践に関する知識・技能・態度に関して、生涯にわたって行われる学習のことを示す。
- **継続的専門職教育**は、患者からのニーズもしくは自身のさらなる成長へのニーズに対して、公式・非公式に医師が行う、知識・技能・態度の維持・更新や、さらなる高みへの成長を目指して行う、専門職種として生涯にわたる活動を示す。**継続的**専門職教育は、継続的医学教育よりも広い概念である。
- **思いやりのあるケア**には、終末期の患者・家族に関連する事柄を意識することも含まれる。
- **研修医等**は、卒後医学教育を受けている医師を示す。
- **研究者**は、学問的発展や先進的な教育、医学研究などを通じて専門領域の発展について深く、幅広く携わっている個人を示す。
- **専門領域**には、総合診療医や高度専門領域、専門的役割といった、認定された専門領域が含まれる。数や呼称、専門領域・高度専門領域・専門的役割を認定する水準の形成は、国ごとに相当異なる。

1.2 プロフェッショナリズムと専門職の自律性

基本的水準：

プログラム提供者は、

- プロフェッショナリズムを医師の教育に含めなければならない。(B. 1. 2. 1)
- 医師が、患者と社会の最善の利益のために行動することができるように、専門職の自律性を養成しなければならない。(B. 1. 2. 2)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 政府やそれに相当する組織と、独立性を確保しながら共同的な関係を構築すべきである。(Q. 1. 2. 1)
- 学問の自由を保証すべきである。(Q. 1. 2. 2)

注釈：

- **プロフェッショナリズム**は、患者と地域が個々の医師に対して、医療専門職としての実践を行う際に求める知識、技能、態度、行動を表し、生涯学習やコンピテンシーの維持のための技能や情報リテラシー、倫理的振舞い、誠実さ、率直さ、利他性、共感、他者への奉仕、専門職としての規定遵守、正義と患者安全への配慮を含めた他者への敬意といったものが含まれる。プロフェッショナリズムの理解は、国の医療規制による倫理指針を反映する必要がある。
- 患者医師関係における**自律性**は、医師が利用しうる最上の根拠に基づいて、常に患者や社

会の利害にとって最善の決断を、情報提供した上で行うことを確実にする。医師の学習に関する自律性は、医師が学ぶ内容やその計画、方法を決定する際、影響を及ぼす。また、自律性は、医師が患者や社会のニーズに対応するために必要とする知識や技能へのアクセスと、そうした知識の源が独立していて偏見を持たないことを意味する。自律的に振舞う際には、適切なガイドラインを考慮する必要がある。

- **政府に相当する組織**は、地域や地方の教育システム以外の管理、文化的・宗教的、私企業、労働組合やその他の利益で、プログラム設計や評価、研修医等募集、指導者募集/選考、雇用条件や資源の分配など、プログラムの鍵となる領域におけるプログラム提供者の判断に影響を与えうる。
- **適切な独立性**は、国々の規制に関する考え方に基づいて、定義される必要がある。
- **学問の自由**には、表現の自由や調査・出版の自由が含まれるだろう。

1.3 教育成果

2 基本的水準：

プログラム提供者は、

- プログラムにおいて意図されている教育成果を、以下の点に配慮しながら定義しなければならない。
 - 知識、技能、態度に関する卒業時点での到達点 (B. 1. 3. 1)
 - 研修医等が選択した分野での将来のキャリアのための基礎 (B. 1. 3. 2)
 - 健康部門における将来の役割 (B. 1. 3. 3)
 - 生涯学習のための意志と技能 (B. 1. 3. 4)
 - 地域における健康に関するニーズ、ヘルスケアシステムや社会的説明責任の他の側面からのニーズ (B. 1. 3. 5)
 - プロフェッショナルな行動 (B. 1. 3. 6)
 - 一般的あるいは診療科/専門分野に特徴的な要素 (B. 1. 3. 7)
 - 患者やその関係者、同僚、指導者やその他の医療従事者に対する適切な行動 (B. 1. 3. 8)
- 学習者の同僚や他の医療従事者、患者やその関係者に関する行動が適切なものであることを保証しなければならない。(B. 1. 3. 9)
- 意図される成果を公表しなければならない。(B. 1. 3. 10)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 卒前医学教育と卒後医学教育間の交流を確保しなければならない。(Q. 1. 3. 1)

注釈

- **教育成果**あるいは学習の成果/獲得能力は、研修の結果として研修期間の終わりに研修医等が提示できる知識、技能、態度を指す。成果には、意図された成果と獲得された成果がある。意図された成果は、しばしば教育/学習目標を作成する際に用いられる。成果は獲得された能力も含む。

管理する責務のある機関によって具体化される、医学とその実践における成果は、記録された知識と、関連する (a) 基礎的な生物医学 (b) 行動科学と社会科学 (c) 医学の実践に関連する医療倫理、人権と法医学 (d) 診断手技、診療手技、コミュニケーションスキル、治療（緩和医療を含む）と疾病の予防、健康増進、リハビリテーション、臨床推論、問題

解決に関する臨床技能を含む臨床科学、についての理解を含む。また、思いやりに溢れた態度や人間性を重視した患者医師関係における技能も含まれる。

研修医等がプログラム修了時に提示できるこうした特性や到達点は、医師の役割という観点から分類されるだろう。そうした役割には、(a) 医学の実践家・専門家、(b) 伝達者、(c) 協力者/チームワーカー、(d) リーダー/管理者、(e) 健康唱導者、(f) 専門領域の発展と研究に寄与する研究者と科学者、(g) 同僚や医学生、他の医療専門職に対する教師、スーパーバイザー、トレーナー、(h) プロフェッショナル、がある。同様な枠組みが明示され得る。

- **一般的な要素**は、医師の役割に関連した医学のすべての一般的な側面が含まれるであろう。
- **診療科/専門分野に特徴的な要素**は、専門領域、高度専門領域、専門家としての役割として専攻した専門領域における知識、技能、態度を意味する。
- **適切な行動**は、専門職業人として、あるいは個人の行動として明文化された規定を前提とし得る。
- **卒前医学教育**は、医科大学/医学部あるいは医学専門学校によって管理され、基本的な水準の成果を目指す卒前プログラムを示す。

1.4 使命と成果作成への参加

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 使命を示し、プログラムの意図する教育成果を主要な利害関係者と共に明らかにしなければならない。(B. 1. 4. 1)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- その他の利害関係者からの協力を元に、使命と教育プログラムの意図される成果を作成すべきである。(Q. 1. 4. 1)

注釈：

- **主要な利害関係者**は、指導監督者、トレーナー、教師の代表だけでなく、研修医等やプログラムディレクター、医学界、病院管理者、政府当局、その他のヘルスケア管理や専門職の協会も含まれる。主要な利害関係者の一部は、プログラム提供者でもありうる。
- **その他の利害関係者**は、他の医療専門職や患者、地域社会や公衆（例：患者組織を含むヘルスケア提供体制システムの利用者）の代表者が含まれる。その他の利害関係者はまた、大学や行政の職員、医学部、教育とヘルスケアを管理する行政部門、専門職組織、そして医学界の代表者も含み得る。

2. 教育プログラム

2.1 卒後医学教育プログラムの構成

基本的水準:

プログラム提供者は、

- プログラムの教育成果と研修医等の能力に基づいて、教育プログラムの構成を決めなければならない。(B 2.1.1)
- 卒前医学教育で獲得した成果と連続した教育プログラムの構成を立案しなければならない。(B 2.1.2)
- 系統的かつ分かり易い過程で、教育プログラムの構成を組織化しなければならない。(B 2.1.3)
- 研修医等個人が患者への対応と責任を伴う実地修練を用いなければならない。(B 2.1.4)
- 実践と理論の構成を適切で確実に統合する教育方法と研修方法を用いなければならない。(B 2.1.5)
- 平等の原則に従いプログラムを提供しなければならない。(B 2.1.6)
- 自己学習過程や現場での実践を省察するために、研修医等自身が責任を持つことを促し、準備させ、そして支援する研修医等中心の手法を用いなければならない。(B 2.1.7)
- 監督指導や定期的な評価とフィードバックにより研修医等を指導しなければならない。(B 2.1.8)
- プログラムと研修医等の権利と義務について、研修医等に知らせなければならない。(B 2.1.9)
- プログラムに倫理的配慮への関与を含まなければならない。(B 2.1.10)

質向上のための水準:

プログラム提供者は、

- 技能、知識、経験が増大するに従って、単独で研修医等が関与する程度を増加すべきである。(Q 2.1.1)
- 性別、文化的、宗教的背景を認識し、研修医等が適切に対応できるように経験させるべきである。(Q 2.1.2)

注釈:

- この文章における**プログラムの構成**とは、意図された教育成果 (1.3 参照)、教育内容/シラバス、経験とプログラムの過程 (2.2-2.5 参照) の明記を含んだ教育プログラムの詳細を指す。また、プログラムの構成には、教育ならびに学習方法と評価方法の計画の記述を含む (1.3 参照)。
- **教育ならびに学習方法**は、講義、少人数グループ教育、問題基盤型あるいは症例基盤型学習、同僚支援学習、実地研修、実験、ベッドサイド教育、臨床実地教育、シミュレーションによる臨床技能教育、地域医療、web を通じた学習と、特にスタッフの初学者としての実践的な臨床業務など、いろいろな参加型の教育や学習方法を含む。
- **実践と理論の要素の統合**は、自己学習や積極的学習に加えて、現場での教訓的な学習活動や患者管理の経験を得ることができる。
- **平等の原則に従い提供する**とは、他職種や研修医等を性、人種、宗教、政治的信条、性的嗜好、社会的経済的地位に関わりなく、身体的能力に配慮して等しく扱うことを意味する。

2.2 科学的方法

基本的水準:

プログラム提供者は、

- 医学研究、臨床研究と臨床疫学の基礎と方法をプログラムで紹介しなくてはならない。(B 2.2.1)
- 研修医等に、以下のことを保障しなくてはならない。
 - 科学的推論を使うことが出来るようになる。(B 2.2.2)
 - 専攻領域の異なった状況で臨床／実践経験と関連した幅広い範囲での体験より科学的根拠に基づく医学 (Evidence-based Medicine: EBM) に精通するようになる。(B 2.2.3)

質向上のための水準:

プログラム提供者は、

- 論文や科学的データの批判的評価を正式な教育に含むべきである。(Q 2.2.1)
- 科学的進歩により内容を調整すべきである。(Q 2.2.2)

注釈:

- *EBM* は、資料、臨床研究や認められた科学的な結果に基づいた医学を意味する。

2.3 プログラム内容

基本的水準:

プログラム提供者は、

- 臨床研修と適切な理論、または以下の経験をプログラムに含めなければならない。
 - 基礎生物医学、臨床医学、行動科学、社会科学、予防医学 (B 2.3.1)
 - 臨床判断 (B 2.3.2)
 - コミュニケーションスキル (B 2.3.3)
 - 臨床倫理 (B 2.3.4)
 - 公衆衛生 (B 2.3.5)
 - 医療関連法規、法医学 (B 2.3.6)
 - 経営管理訓練 (B 2.3.7)
 - 患者安全管理 (B 2.3.8)
 - 医師のセルフケア (B 2.3.9)
 - 補完医療との接点 (B 2.3.10)
- 患者安全と自律に適切な配慮をしたプログラムを編成しなければならない。(B 2.3.11)

質向上のための水準:

プログラム提供者は、

- 医師の様々な役割に関連した知識、技能、態度に関して内容を改善すべきである。(Q 2.3.1)
- 健康管理システムの必要性和状況の変化に内容を適合すべきである。(Q 2.3.2)

注釈:

- **基礎生物医学**は、地域の必要性、関心、歴史的経緯および専門の必要性により、解剖学、生化学、生物物理学、細胞生物学、遺伝学、免疫学、微生物学（細菌学、寄生虫学、ウイルス学を含む）、分子生物学、病理学、薬理学および生理学を一般的に含む。
- **臨床医学**は、選択した臨床訓練や演習室での訓練（専門領域、高度専門領域または熟練者の役割）やそれに加え、他に関連する臨床/演習室訓練を含む。
- **行動科学や社会科学**は、地域の必要性、関心および歴史的経緯により、生物統計、地域医療、疫学、国際保健、衛生学、医療人類学、医療心理学、医療社会学、公衆衛生、狭義の社会医学を一般的に含み、健康問題の原因、分布、帰結の要因として考えられる社会経済的、人口統計的、文化的な規定因子を理解するために必要な知識、概念、方法、技能そして態度を提供する。
- **医療管理訓練**は、変化を引き起こす方法を研修医等に教えるために、リーダーシップの訓練の必要性を考慮したリーダーシップの役割の教育に焦点を当てる。また、それらの訓練は、例えば、優先度決定または費用効果的健康管理、および紹介制度の知識のような、適切な実践的管理技術に焦点を当てる。
- **補完医療**には、非正統的、伝統的、代替医療を含む。
- **医師の種々の役割**は、1.3 注釈参照。

2.4 プログラム構造、構成と期間

基本的水準:

プログラム提供者は、

- プログラム全体の構造、構成と期間を記載しなくてはならない。(B 2.4.1)
- プログラムの必須研修と選択研修の構造を決めなければならない。(B 2.4.2)
- 実践と理論を統合しなければならない。(B 2.4.3)
- 国で定められた規則を考慮しなければならない。(B 2.4.4.)
- 地方、国家や地域の保健制度が住民の医療ニーズに取り組む方法について、適切に直接経験する機会を提供しなければならない。(B 2.4.5)

質向上のための水準:

プログラム提供者は、

- プログラムの期間を決定する際に、以下のことを考慮すべきである。
 - 選択した医学分野に関連した卒前医学教育で修得した成果 (Q 2.4.1)
 - 保健医療で経験を積んだ医師の種々の役割の必要条件 (Q 2.4.2)
 - 期間ベースとした教育を行うことの代替案 (Q 2.4.3)

注釈:

- **全体の構造**は、研修環境への配属の順序を含む。
- **実践と理論の統合**は、自己学習、グループ学習および講義と患者ケア管理の経験を含む。
- **医療部門**は、1.1 注釈を参照。
- **期間を基盤とした教育を行うことの代替案**は、例えば、成果基盤型プログラム、コンピテンシーの測定、臨床技能や現場での経験の活動記録である。その様な手法は、個人の達成度を測定するのに高い妥当性と信頼性のある方法に、相当程度に依存する。

2.5 教育組織

基本的水準:

プログラム提供者は、

- 個々の教育環境と過程での組織化、調整、運営、評価の責任と権限を規定されなければならない。(B 2.5.1)
- プログラムの立案に適切な、主要な卒後医学教育関係者や他の関係者を含まなければならない。(B 2.5.2)
- 選択された医療現場で幅広い経験を、研修医等が研修できる教育を立案しなければならない。(B 2.5.3)

質向上のための水準:

プログラム提供者は、

- 様々な現場での教育を保証すべきである。(Q 2.5.1)
- 選択された医療現場の異なった側面において十分な経験を得るように、様々な現場での教育を調整すべきである。(Q 2.5.2)

注釈:

- **主な卒後医学教育関係者**は、1.4 注釈参照。
- **その他の関係者**は、1.4 注釈参照。
- **種々の現場での教育**とは、大きさ、患者層、専門性の程度（例えば1次、2次、3次）、入院患者やクリニックでの外来患者などの様々な特徴のある環境での研修を含む。

2.6 卒後医学教育と医療制度の連携

基本的水準:

プログラム提供者は、

- 専門家として向上するための研修の特徴を記載し尊重しなければならない。(B 2.6.1)
- 研修と医療制度を統合しなければならない。(B 2.6.2)
- 研修が相補的でありサービス需要との統合を保障しなければならない。(B 2.6.3)

質向上のための水準:

プログラム提供者は、

- 医療制度を基盤とした訓練のために、ヘルスケアシステムの機能を使用し、有効に組織化すべきである。(Q 2.6.1)

注釈:

- **研修と医療制度の統合**とは、一方では研修医等による適切な医療サービスの提供と、他方では研修の機会はサービス機能（実地訓練）に組み込まれていることを意味する。
- **相補的**とは、研修と医療制度が一緒に計画し組織化されることは、きっとお互いにさらに良くなる、という意味である。研修提供者と医療制度の間で提携に同意すべきである。
- **有効な組織化**とは、異なった臨床環境、訓練目的のための患者や臨床の問題、それと同時

に関連した医療制度の役割の使用を指す。

3. 研修医等の評価

3.1 評価方法

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 研修医等の評価方法を定型化して実施しなければならない。(B 3.1.1)
- 現在行われている専門試験を含めて、研修医等の評価の原理、目的、実施方法を明文化しなければならない。(B 3.1.2)
- その評価が知識、技能、態度の全てをカバーすることを保証しなければならない。(B 3.1.3)
- 多様な評価者と多様な評価方法を含む“評価ユーティリティー”に則った、相補的な評価指針と様式を用いなければならない。(B 3.1.4)
- 試験の合格基準、あるいは他の形式の評価方法以外に、再試験の回数などについても言及しなければならない。(B 3.1.5)
- その評価方法の信頼性、妥当性、公平性についても評価し立証しなければならない。(B 3.1.6)
- 評価に対する疑義の申し立てができる制度を構築しなければならない。(B 3.1.7)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 外部評価者の利用を奨励すべきである。(Q 3.1.1)
- 適切に新しい評価方法を取入れるべきである。(Q 3.1.2)
- ログブックに異なる形式や段階の修練を記録すべきである。(Q 3.1.3)

注釈：

- **評価方法**は、形成的評価と総括的評価のバランス、一般試験と他の形式のテストの数、筆記試験と口頭試験など、異なったタイプのテストのバランス、集団に対する相対評価や能力を基準とした絶対評価の使用、個人のポートフォリオ、ログブックや OSCE、miniCEX などの特殊なテストの使用を考慮することを含み、それには剽窃を監視し防止するシステムも含む。
- **専門医試験**は、プログラム提供者かあるいは大学、協会などの第三者によって行われる。
- **“評価ユーティリティー”**というのは、その意図する教育成果に対する評価方法や評価様式に関する、妥当性、信頼性、教育的インパクト、許容性そして効率性といったものと結びついた専門用語である。
- **評価方法の信頼性や妥当性に対する評価とその記録**には、評価の実践において適正な質を保証する過程が必要である。評価方法の評価には、彼らがどのようにして教育や学習を促していくのかということも含まれる。
- **外部評価者**の利用は、公平性や質を改善し、評価の透明性を増すことにつながる。

3.2 評価と学習の関連性

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 評価原理、方法、実施を、以下のように用いなければならない。

- その意図する教育成果や指導方法に明らかに適合する。(B 3.2.1)
- 意図する教育成果が、研修医等に見合ったものであることを保証する。(B 3.2.2)
- 研修医等の学習を促す。(B 3.2.3)
- 教育の適切さや妥当性を保証する。(B 3.2.4)
- 研修医等への、時機を得た、特異的、建設的で公平なフィードバックを、評価結果に基づいて行う。(B 3.2.5)

質的向上のための水準

プログラム提供者は、

- 評価原理、方法、実施を、以下のように用いるべきである。
 - 様々な学習法を奨励する。(Q 3.2.1)
 - 実地経験に基づいた臨床実務を含むよう奨励する。(Q 3.2.2)
 - 多職種教育を促進する。(Q 3.2.3)

注釈：

- **評価原理、方法、実施**は、研修医等の達成度の評価を参考にし、また知識、技能、態度の全ての領域の評価を含む。
- **統合された学習の推奨**には、集約的な評価の使用を考慮することも含まれ、個人の規律に関する理解や主観的な領域の知識に関しても、納得できるテストが確保されるであろう。

4. 研修医等

4.1 受入れ方針と選考

基本的水準：

プログラム提供者は、

- プログラムの使命と研修医等の選考の関連について、考慮しなければならない。(B 4.1.1.)
- 教育受入れ能力と研修医等の受入れとのバランスを守らなければならない。(B 4.1.2)
- 以下に関する方針を明確にして、受入れなければならない。
 - 研修医等の選考基準と過程 (B 4.1.3)
 - 特殊な設備が必要な、障害を持った研修医等の受入れ (B 4.1.4)
 - 他の国立・国際プログラムからの研修医等の移行 (B 4.1.5)
- 卒後教育を開始する前に、卒前段階で到達した基礎生物医学の理解が高い水準であることを確認しなければならない。(B 4.1.6)
- 選考過程における透明性と公平性を確保しなければならない。(B 4.1.7)

質的向上のための水準

プログラム提供者は、

- 教育過程の成果を高めるために、選考過程において、その研修候補者の選択領域における潜在能力を考慮すべきである。(Q 4.1.1)
- 受入れと継続の判断に対する異議申し立てを受入れるシステムを作るべきである。(Q 4.1.2)
- 選考方針と選考過程の策定に、研修医等の組織と他の利害関係者を含めるべきである。(Q 4.1.3)
- 受入れ方針を定期的に見直すべきである。(Q 4.1.4)

注釈：

- **受入れ方針**は、地域環境への適応と同様、考え得る国の規則の遵守を必要とするであろう。もし、プログラム提供者が受入れ方針を管理しなければ、その提供者は当局にその関係性について説明し、その結果（例えば、採用枠と教育受入れ能力の不均衡など）に関心を向けさせることでその責任を果たすこととなる。
- **教育受入れ能力**は、指導医、患者の数や設備など、プログラムの運用に必要な全ての資源を参考にする。
- **選考の基準**には、性別、人種、その他の社会的ニーズ（人々の言語的特徴や社会文化的特徴など）に対するバランスのとれた採用が含まれており、マイノリティー、行政サービスの行き届いていない地域社会の医師等に対する、特別な募集、受入れ、勧誘方針における潜在的なニーズが含まれるであろう。
- 研修医等の**選考過程**は、医学部における成績や他の学問的あるいは教育的経験、採用時試験、面接など、選択領域における就学意欲を含めた根本原理と選考方法のどちらをも含むものである。
- **障害を持った研修医等の受入れ方針**は、国家の法律や規則に則り、患者と医師の両方の安全を考慮した上で決定されなければならない。
- **研修医等の移動**は、他の型の教育プログラムからの研修医等も含める。
- **その他の卒後研修関係者**は、1.4 注釈参照。

- **受入れ方針の定期的な見直し**は、社会や共同体の健康ニーズに見合った妥当な社会的専門的データに基づくものであり、性別や人種、その他の社会的要求（一般の人々の社会文化的で言語的な特徴）を含んだもので、これには社会的に恵まれない研修医等の特別な募集、受入れ、勧誘の方針などの潜在的ニーズも含まれている。選考基準は、研修医等の選択領域の多様性と関連して要求される様々なコンピテンシーをカバーし、それを達成する能力を反映すべきである。

4.2 研修医等の数

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 以下と釣り合った数の教育配置をしなければならない。
 - 臨床/実地修練の機会 (B 4.2.1)
 - 適切な指導監督能力 (B 4.2.2)
 - その他の利用可能な資源 (B 4.2.3)
 - 社会や共同体の健康ニーズにおいて利用可能な情報 (B 4.2.4)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 研修関係者と相談しつつ、研修医等の数を見直すべきである。(Q 4.2.1)
- 研修医等の枠数の適用には、以下の観点を検討すべきである。
 - 卒後臨床研修終了予定者の数についての情報 (Q 4.2.2)
 - 国内あるいは国際的な市場要因についての情報 (Q 4.2.3)
 - 様々な医療分野における、正確な医師需要に内在する不確定要因 (Q 4.2.4)

注釈：

- **研修医等の数の決定**には、その選択分野における国と地域の医療労働力を含めた必要な調整も考慮されなければならない。もし、プログラム提供者が研修医の採用をコントロールしないとすれば、それはすなわち、例えば、採用と教育能力の不均衡といった問題が注目され、その関係を説明する責任を負うだろう。
- **共同体や社会の健康ニーズ**は、マイノリティー、地域グループの医師に対する動機づけ政策などの特殊な募集や受入れに対する潜在的な必要性をも含めた、人々の性別や人種、その他の社会文化的で言語的な特徴をも考慮しなければならない。修練された医師を求める共同体や社会の健康ニーズを予測することは、科学的発展や医師の移動パターンと同様に、様々な市場や人口動態的な力の評価を含む。
- **卒後研修関係者**とは、その他の卒後研修関係者 (1.4 注釈参照) と同様に、主要な関係者を含むものである。

4.3 研修医等へのカウンセリングと支援

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 研修医等による教育カウンセリングシステム利用を保証しなければならない。(B 4.3.1)

- 研修医等の教育カウンセリングは、想定外のインシデントレポートを含めた、その教育進展状況の観察によらなければならない。(B 4.3.2)
- 研修医等に対して社会的、金銭的、個人的に支援しなければならない。(B 4.3.3)
- 研修医等に対する社会的あるいは個人的支援として、資源を配分しなければならない。(B 4.3.4)
- カウンセリングや支援と関連して、守秘義務を守らなければならない。(B 4.3.5)
- 就職指導と計画を提供しなければならない。(B 4.3.6)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 職業的な危機的状態において支援すべきである。(Q 4.3.1)
- 問題のある研修医等の状況や立場を解決するための研修医等の組織を巻込むべきである。(Q 4.3.2)

注釈：

- **教育カウンセリング**には、卒後教育プログラム選択における助言も含まれる。カウンセリングの組織は、個々の研修医等あるいは研修医等の小グループに対する教育メンターの任命を含み、またこれは専門医師会と協力して行われなければならない。
- **想定外のインシデント**とは、患者にとって潜在的に害をなす可能性のある出来事を含む。
- **社会的、金銭的、個人的なニーズへの取組み**は、社会的、個人的な問題や出来事、また住居問題、健康問題、金銭的問題に関連した専門的な支援を意味し、またこれらは奨学金、奨励金、ローンといった形の金銭的援助と同様に、健康相談や予防接種プログラム、健康/障害保険の利用を含んでいる。
- **職業的危機**とは、例えば、医療過誤であったり、管理者や同僚からの根本的な異議などによって引起される。

4.4 研修医等の代表制

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 次の項目に関して、研修医等の代表制と適切な参加制度を作り、実行しなければならない。
 - 使命の提示と意図される教育成果 (B 4.4.1)
 - プログラムの企画 (B 4.4.2)
 - 研修医等の職場環境の計画 (B 4.4.3)
 - プログラムの評価 (B 4.4.4)
 - プログラムの運営 (B 4.4.5)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 研修医等の組織に、教育過程、状況、規定などの決定に際して、積極的に参加するよう勧めるべきである。(Q 4.4.1)

注釈：

- **研修医等の代表制**は、地方や国におけるプログラムの計画や実行に責任を持つ委員会やグループを含む。

4.5 職場環境

基本的基準：

プログラム提供者は、

- 研修医等に適切に報酬を与えられる役職/有償ポスト、あるいは他の方法で報酬を保証する形で、適切にプログラム運営をしなければならない。(B 4.5.1)
- オンコール義務を含む、教育に必要なすべての医療活動において、研修医等の参加を保証しなければならない。(B 4.5.2)
- 研修医等の責任と業務環境を明らかにし、周知しなければならない。(B 4.5.3)
- 妊娠（出産や父母の育児休暇を含む）や病欠、兵役、追加修練のための配置転換などによる、研修の中断に対する補充をしなければならない。(B 4.5.4)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 研修医等の役職における業務内容が過重でないことを確認すべきである。(Q 4.5.1)
- 業務時間やオンコールスケジュールの構成の中での、研修医等に対する教育の必要性を十分に考慮しつつ、患者のニーズ、治療の継続性を考慮すべきである。(Q 4.5.2)
- 特別な環境下においては、個人に合わせたプログラムや業務背景に沿った非常勤制の教育も許可すべきである。(Q 4.5.3)
- 非常勤制教育において、全体の期間と質は常勤の研修医等のそれより少なくなならないようすべきである。(Q 4.5.4)

注釈：

- **報酬を与えられる役職/有償ポスト**は、契約上の役職と関連し、インターンシップ、レジデンシーあるいはもっと高位の特別な研修を受ける立場の者を含む。
- **他の金銭的な方法**とは、個人的な授業料免除やローンや協会支援などを含む。
- **研修医等によるすべての医療活動への参加**は、専門職としての実践修練と理論的教育に没頭することを意味する。
- **業務環境と責任**は、患者、研修医等、指導者における安全のための危機回避と適切な管理指導を含んでいる。
- **研修医等の役職に於ける業務内容**は、それ以上学ぶべき価値のない臨床的な仕事をも含み、契約によって明確に示された定義と保障に従わなければならない。

5 指導者

5.1 募集と選考方針

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 指導者、指導監督者と教員の募集と選考基準を、以下を特定した上で、制定し適用しなければならない。
 - 要求される専門能力（知識/技能）（B 5.1.1）
 - 教育、研究、業務上の権限のバランスを含む、学術的、教育的、臨床的な評価の基準（B 5.1.2）
 - 責務（B 5.1.3）
 - 研修スタッフの義務と、特に教育、研究、業務上の役割のバランス（B 5.1.4）
- この選考基準において、プログラムの使命、教育システム・ヘルスケアシステムからの要請を考慮に入れなければならない。（B 5.1.5）

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- スタッフ方針を制定し適用する上で、
 - 実地臨床での医師卒後教育に参加することは、医師の専門家としての義務であり、全ての医師の責務であることを理解すべきである。（Q 5.1.1）
 - 卒後教育への参加に報酬を与えるべきである。（Q 5.1.2）
 - 指導医が直接関連する専門分野に精通していることを確認すべきである。（Q 5.1.3）
 - 高度専門領域の資格をもった指導医には、その高度専門分野に関連する研修を担当する期間と、その高度専門資格の研修期間を保証すべきである。（Q 5.1.4）
 - 教育的専門能力開発プログラムの参加に報酬を与えるべきである。（Q 5.1.5）
 - 指導医講習プログラムへの参加に報酬を与えるべきである。（Q 5.1.6）

注釈：

- **募集と選考方針**は、プログラムを提供するために、能力の高い臨床医、ヘルスケア管理者と科学者の十分な数を確保することを含む。
- **指導者、指導監督者と教員**は、臨床医だけでなく多職種の指導者から成る。
- **専門能力**とは、専門とする医学分野の専門家としての知識を含む。専門能力は定義され、定期的にチェックされなければならない。
- **研修スタッフ**は、医師と他の医療専門職を含む。
- **業務分担**には、医療提供システムでの臨床業務と管理・経営への参加を含む。
- **関連分野の業務**は、指導者が実際的な教育学に関する教育とチューター・指導監督者としての訓練を受けることを含む。
- **教育的専門能力**は、6.6.を参照

5.2 指導者の義務と能力開発

基本的な水準：

プログラム提供者は、

- 指導者に、教育、監督と学習のための時間を保証しなければならない。(B 5.2.1)
- 指導者と指導監督者にFD(教員能力開発)を提供しなければならない。(B 5.2.2)
- 指導者の周期的な評価を保証しなければならない。(B 5.2.3)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- スタッフ方針を制定し適用する上で、
 - 彼らの専門分野と教育的専門技能において、教員教育とさらなる専門性向上のためのスタッフ成長を支援すべきである。(Q 5.2.1)
 - 指導者、指導監督者と教員としての働きにおいて、賞賛に値する学術的活動を顕彰すべきである。(Q 5.2.2)
 - 親密な個人的交流と観察を保証するために、指導医数と研修医等の人数の比率を規定すべきである。(Q 5.2.3)

注釈：

- **教育、監督と学習のための時間**は、臨床業務負担と学習機会の均衡を伴い、仕事のスケジュール調整が必要である。
- **指導医の評価**は、研修医等から指導医へのフィードバックを含む。
- **賞賛に値する学術的活動の承認**は、報酬、昇進や昇級と関連する。

6. 教育資源

6.1 施設・設備

基本的水準：

プログラム提供者は、研修医等に以下を提供しなければならない。

- 実地的で理論に沿った学習の場と機会 (B 6.1.1)
- 最新の学術文献の利用 (B 6.1.2)
- 十分な情報通信技術 (B 6.1.3)
- 実用的な技術修練のための器材 (B 6.1.4)
- 安全な学習環境 (B 6.1.5)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、研修医等に以下を保証すべきである。

- 卒後研修に関する、適切で質の保証された物的設備と器材を、定期的に更新すること。(Q 6.1.1)

注釈：

- **物的設備**には、講堂、教室、グループ学習およびチュートリアル室、教育および研究用実習室、臨床技能訓練室、事務室、図書室、IT 施設の他、十分な学習の場としての研修室、当直室、個人用ロッカー、レクリエーション施設等のうち、適切なものが含まれる。
- **安全な学習環境**には、必要な情報の提供と有害物質、試料、有機体からの保護、検査室の安全規則と安全設備が含まれる。

6.2 学習環境

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 学習環境を選択し、承認しなければならない。(B 6.2.1)
- 以下の機会を保証しなければならない。
 - 研修機会を保証するのに十分な、臨床/実地施設 (B 6.2.2)
 - 適切な患者数 (B 6.2.3)
 - 期待される研修成果に見合う、適切な患者と症例（これには、入院/外来（救急）のケアと当直を含む）(B 6.2.4)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、研修の枠組みを選択することによって、

- 健康増進と疾病予防についての教育を保証すべきである。(Q 6.2.1)
- 病院（総合病院、適切なら教育研究病院）および地域の施設での教育を保証すべきである。(Q 6.2.2)

注釈:

- **研修の枠組み**には、一次・二次・三次医療の適切なバランスをとった病院と、十分な患者のいる病棟、診断部門、検査室、救急（初期診療を含む）、医院（クリニック）、ヘルスケア施設、ヘルスケアセンター、ホスピス、その他のコミュニティケア施設とともに、スキルラボなどを含む。これらを適正に組み合わせてローテートすることにより、関連した修練を通じて臨床の修練が行われる。
- **患者**とは、標準模擬患者や他の技術を使用して有効と確認されたシミュレーションで（適切に行われれば）補完することができる。しかし、臨床修練に替えることはできない。
- **地域の施設**とは、ヘルスケアセンターや介護ステーション、専門クリニック、専門職研修施設、介護ホームなどの施設を含み、ある一定の地域内で提供されている。

6.3 情報通信技術

基本的水準:

プログラム提供者は、

- ウェブベースあるいは他の電子メディアの利用を保証しなければならない。(B 6.3.1)
- 効果的で倫理に留意した「情報通信技術の有効利用」を、プログラムの中に統合しなければならない。(B 6.3.2)

質的向上のための水準:

プログラム提供者は、指導者や研修医等が、以下の目的で新しい情報通信技術を活用できるようにすべきである。

- 自己主導型学習 (Q 6.3.1)
- 同僚とのコミュニケーション (Q 6.3.2)
- 関連した患者のデータとヘルスケア情報システムの利用 (Q 6.3.3)
- 患者/研修の管理 (Q 6.3.4)

注釈:

- **情報通信技術の有効利用**には、コンピュータ、携帯電話、内・外ネットワーク、図書館との共同、その他の利用が含まれる。また、この有効利用は、EBM 教育の一部であり、継続専門職教育/生涯医学教育の準備に役立つ。
- **倫理に留意した利用**とは、医学教育とヘルスケアでのテクノロジーの進歩を受けての、医師と患者双方のプライバシーと守秘の取扱いに関連する。新しい機器を使用する際に、医師と患者の安全を守るための適切な保護が施設の方針に含まれていること。

6.4 臨床チーム

基本的水準:

プログラム提供者は、

- 同僚と他の医療専門職とともに、チームで働く経験を保証しなければならない。(B 6.4.1)

質的向上のための水準:

プログラム提供者は、

- 多領域/多職種チームでの学習を促すべきである。(Q 6.4.1)
- 他の医療専門職をガイドし教える能力開発を促進すべきである。(Q 6.4.2)

注釈:

- チームで働く経験が、多領域での学習を育む。

6.5 医学研究と学識

基本的水準:

プログラム提供者は、以下を研修医に保証すべきである。

- 研修医等が選択した領域で、知識を身につけ科学の基礎を応用する能力 (B 6.5.1)
- 研修と研究との統合とバランス (B 6.5.2)

質的向上のための水準:

プログラム提供者は、

- 研修医等が医学・健康とヘルスケアシステムの質向上に関する研究に従事するのを奨励すべきである。(Q 6.5.1)
- 研修医等に、プログラムの中で研究に従事できる十分な時間を提供すべきである。(Q 6.5.2)
- 研修中に、研究施設での活動機会を与えるべきである。(Q 6.5.3)

注釈:

- **医学研究と学識**は、基礎医学、臨床医学、行動科学、社会医学の学術研究を網羅するものである。医学の学識とは、高度な医学知識と探究の学究的成果を意味する。プログラムの医学研究の部分は、研修施設内またはその提携施設における研究活動および指導者の学識や研究能力によって担保される。科学的研究法とEBMは、現行の教育に反映している。(B 2.2を参照)
- **科学的基礎と方法**の教育は、研修医等が自発的に行う自由選択プロジェクトを含む。

6.6 教育の専門的立場

基本的水準:

プログラム提供者は、

- 以下の事項について、教育専門家の協力を得る方針を作成・実行しなければならない。
 - プログラムの計画 (B 6.6.1)
 - プログラムの実行 (B 6.6.2)
 - プログラムの評価 (B 6.6.3)

質的向上のための水準:

プログラム提供者は、

- 教育専門家の教育評価や医学教育分野の研究における最新の知見に注意を払うべきである。(Q 6.6.1)
- 医療スタッフが教育的な研究を行うことを可能にすべきである。(Q 6.6.2)

注釈:

- **教育専門家**とは、卒後医学教育と評価の導入、実践、問題に取り組み、医学教育経験のある医師、教育心理学者、社会学者を含む。このような専門家は、教育ユニットや、外国あるいは国際的な組織から提供される。
- **医学教育分野の研究**では、医学教育の理論的、実践的、社会的問題を探究する。

6.7 新たな状況での学習

基本的水準:

プログラム提供者は、

- 研修医等が、国内外の他研修施設を利用することに関する方針を立て、実行しなければならない。(B 6.7.1)
- 研修結果(履歴)の伝達に関するシステムを確立しなければならない。(B 6.7.2)

質的向上のための水準:

プログラム提供者は、

- 適切な資源(施設・予算など)を提供して、国内外での研修医等と指導者の交換を促進すべきである。(Q 6.7.1)
- 対応する国内外の組織との関係を樹立し、交流と教育要素の相互認識の目的を果たすべきである。(Q 6.7.2)

注釈:

- **方針をたてて実行する**には、施設長や他の関係者(1.4注釈を参照)との相談も含まれる。
- **研修結果(履歴)の伝達**は、活発なプログラム調整と単位化によって促進される。

7. プログラムの評価

7.1 プログラム監視と評価の仕組み

基本的水準：

プログラム提供者は、

- プログラムを定期的に監視しなければならない。(B. 7. 1. 1)
- プログラム評価の体制を確立し、適用しなければならない。(B. 7. 1. 2)
- 評価では、以下に言及しなければならない。
 - 理念、獲得される教育学的成果と同様に、教育プログラム、学習者評価、必要な場合はプログラム提供者と教育資源 (B. 7. 1. 3)
 - 採用方針と教育ニーズとヘルスシステムとの関係 (B. 7. 1. 4)
 - プログラムの過程 (B. 7. 1. 5)
 - 学習者評価の方法 (B. 7. 1. 6)
 - 研修医等の成長 (B. 7. 1. 7)
 - 指導医の資格 (B. 7. 1. 8)
 - 問題点の抽出 (B. 7. 1. 9)
- 関連する評価の結果がプログラムに影響を与えることを保証しなければならない。(B. 7. 1. 10)
- 評価に、卒後臨床研修に関わる教育関係者を巻き込まなければならない。(B. 7. 1. 11)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 卒後臨床研修に関する主な関係者に対しては、その他の関係者に対するのと同様、評価指針と結果の透明性を確保すべきである。(Q. 7. 1. 1)

注釈：

- **プログラムの監視**とは、教育が本論から外れず、介入が必要な領域を同定するために、プログラムの重要な局面について定期的にデータを収集することを意味する。データを収集するのは、研修医等の受入れやプログラムの評価と完遂に関連して、しばしば管理上の手続きの一部である。
- **プログラムの評価**とは、監視のためのデータや正しいフィードバックや特別な評価研究の結果を用いて、教育プログラムの効果や適性について判断するために、系統的に情報を収集し、監視する過程である。これは、理念や意図していた教育成果や実際に獲得された教育成果に関連した教育の質を実証する目的で、データを収集、分析するために、信頼性が高く効果的な方法を用いることを含む。また、特別な関心領域に関しては、平均的な実質教育期間、獲得点数、試験の合格率と不合格率、修了したものと脱落したものの比率についての情報も含まれる。医学教育や評価の専門家や規制当局のみならず、プログラムや施設外部の評価者にも依頼することによって、卒後教育の質がさらに広がる。
- 本文章に記載されている**プログラムの過程**は、カリキュラムモデルと同義に使われる。これには教育シラバスの枠組みや内容/要綱が記載されている。
- **特定された関心事**には、意図した教育成果が不十分に完了したことも含まれる。教育成果についての情報を測定し、弱点や問題点を同定し、是正するための行動を計画し、プログラムの開発や改善のための介入を導くフィードバックが含まれる；これには、研修医等や

指導者によるフィードバックが安全に支援された環境で行われることが必要である。

- 卒後臨床研修に関する主な関係者とその他の関係者については、1.4の注釈を参照。

7.2 研修医等と指導者へのフィードバック

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 以下のものから、プログラムに関するフィードバックを求めなければならない。
 - 指導者 (B 7.2.1)
 - 研修医等 (B 7.2.2)
 - 雇用者 (B 7.2.3)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- プログラムの評価を計画し、その結果をプログラムの改善に使用するときには、指導者と研修医等が積極的に参加するようにすべきである。(Q 7.2.1)

注釈：

- フィードバックプログラムには、研修医等のレポートやその他の研修過程についての情報と教育プログラムの成果が含まれる。さらに、法的に問題であるかないかに関わらず、教員や研修医等によって生じる医療過誤や不適切な行為の情報も含まれる。

7.3 卒後臨床研修修了者のパフォーマンス

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 卒後臨床研修修了者のパフォーマンスを定期的に監視しなければならない。(B 7.3.1)
- 雇用者から卒後臨床研修修了者のパフォーマンスに対するフィードバックを求めなければならない。(B 7.3.2)
- 卒後臨床研修修了者のパフォーマンスに関して収集したデータを使用して、プログラムを評価するための仕組みを確立し、適用しなければならない。(B 7.3.3)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 卒後臨床研修修了者のパフォーマンスの評価結果を、以下の責任者に知らせるべきである。
 - 研修医等の採用 (Q 7.3.1)
 - プログラム計画 (Q 7.3.2)

注釈：

- 卒後臨床研修修了者のパフォーマンスは、例えば、全国的な専門医試験の結果やベンチマーク手法や国際的な試験やキャリア開発など、長期間に獲得された成果によって測定される。これにより、画一的になる危険を回避し、基本的なプログラム改善が提供される。

- **卒後臨床研修修了者**とは卒、後医学教育を修了したものを意味する。
- **データの収集**には、監視されたデータやパフォーマンスに関するフィードバックに加えて、特別な試験の結果も含まれる。

7.4 利害関係者の関与

基本的水準：

プログラム提供者は、

- プログラムにおける卒後臨床研修に関する主な関係者を、監視と評価に関与させなければならない。(B 7.4.1)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- その他の卒後臨床研修関係者に対して、
 - 教育過程やプログラム評価の結果を、閲覧可能にすべきである。(Q 7.4.1)
 - 医師のパフォーマンスに対して、彼らの評価を求めるべきである。(Q 7.4.2)
 - プログラムに関する彼らの評価を求めるべきである。(Q 7.4.3)

注釈：

- **卒後臨床研修に関する主な関係者**については1.4を参照。
- **卒後臨床研修に関するその他の関係者**については1.4を参照。

7.5 教育プログラムの承認

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 研修環境を含むすべてのプログラムが、以下を基盤として、権限のある組織により承認されていることを記録しなければならない。
 - 明確に定義された基準 (B 7.5.1)
 - プログラムの評価 (B 7.5.2)
 - 研修環境や理論的な過程を承認、あるいは不承認にする組織の能力 (B 7.5.3)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 研修環境や他の教育設備の質的コントロールのために、現場訪問やその他の方法を含むシステムを定式化し、実施すべきである。(Q 7.5.1)

注釈：

- **研修環境の承認基準**には、患者数やその多様性、臨床および研究室の設備、図書館、IT設備、スキルスラボ、教育スタッフの最小限の基準を含む。

8. 管理と経営

8.1 管理

基本的水準：

プログラム提供者は、

- プログラムが、以下に関する規律に沿って運営されていることを保証しなければならない。
 - 研修医等の採用（採用基準と人数）（B 8.1.1）
 - 過程（B 8.1.2）
 - 学習者評価（B 8.1.3）
 - 意図された教育成果（B 8.1.4）
- 学位、修了証書、証明書や、それ以外の、全国のおよび国際的両方の当局による公的な資格証明などによって、教育の修了を記録しなければならない。（B 8.1.5）
- 質的向上のためのプログラムに対して、責任を持たなければならない。（B 8.1.6）

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 管理業務やその決定についての透明性を保証すべきである。（Q 8.1.1）
- サービスを行う母集団のヘルスニーズに対して、適切なプログラムであることを保証すべきである。（Q 8.1.2）

注釈：

- **管理**とは、プログラムや関連する施設を管理する活動、および/または構造を意味する。管理は主として、理念作成、組織やプログラムの理念確立の過程、そしてまた理念の遂行に参与する。組織やプログラムの理念は通常、プログラムの使命、採用基準、スタッフの雇用や選抜の理念、医学的訓練や保険分野およびその他の関連分野との連絡や協働の決定を網羅する。
- **教育の修了**により、教育のレベルに依存するものの、結果的に専門科医師や熟練医師のように、医師が独立して仕事をする権利を持つことになる。
- **透明性**とは、新聞やウェブ上での情報、議事録の公開などによってもたらされる。

8.2 学問上のリーダーシップ

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 幹部/スタッフと卒後医学教育の組織に対して責任を持たなければならない。（B 8.2.1）

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 定められた期間ごとに、以下の観点で幹部/スタッフを評価しなければならない。
 - プログラムの使命（Q 8.2.1）
 - プログラムによって獲得された成果（Q 8.2.2）

注釈：

- **幹部/スタッフ**とは、管理や運営の組織内において、プログラムの遂行、教育、評価に関する専門的な問題の決定に責任を有する地位や人物をさす。
- **幹部/スタッフの評価**とは、外部評価者への相談も含まれる。

8.3 教育資金と資源の配分

基本的水準：

プログラム提供者は、

- プログラムの予算運用の責任者と権限者を決定しなければならない。(B 8.3.1)
- プログラム遂行のために必要な資源を割り振り、教育ニーズとの関連において教育資源を配分しなければならない。(B 8.3.2)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 資金を運用して、以下を支援すべきである。
 - 指導者と研修医等の奉仕義務 (Q 8.3.1)
 - プログラムの改善 (Q 8.3.2)

注釈：

- **教育資金**は、国家の予算編成に依存し、プログラムのための透明性のある資金計画と関連する。

8.4 経営と運営

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 以下に適した、経営に関する専門スタッフを持たなければならない。
 - 教育プログラムやそれに関連する活動の遂行を支援する。(B 8.4.1)
 - 良好な運営と資金の配分を保証する。(B 8.4.2)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 定期的な審査を含む運営の質保障のための、内部プログラムを持つべきである。(Q 8.4.1)
- 質の改善を得るために、運営陣が定期的な審査を提案することを保証すべきである。(Q 8.4.2)

注釈：

- 本文書内の**運営における専門スタッフ**とは、経営の組織形態にもよるが、経営や運営組織における、プログラムの運営事務部門の責任者やスタッフ、財務運営の責任者、資金や会計部門のスタッフ、運営事務局の事務担当者、企画・人事・IT部門の責任者やスタッフな

ど、理念の作成やその理念と計画の遂行を事務的に支援することに責任を有する地位や人をさす。

- **運営**とは、主として施設やプログラムの理念の遂行に関する活動や仕組みを指すが、それは経済的あるいは組織的な関与、例えば、プログラム内での実際の資源の再配置や使用、を含む。施設やプログラムの理念を遂行することは、使命やプログラムや雇用やスタッフ募集や外部との連携に関する方針や計画を効果的なものにするだろう。
- **質を保証する内部プログラム**には、改善のニーズや運営の審査について記述されている。
- **定期的な審査**は、プログラム提供者からは外部で、かつ独立した施設組織によってなされる。

8.5 必要条件と規制

基本的水準：

プログラム提供者は、

- 専門医やそれ以外の熟練者の人数や種類に関しては、国家当局の定義に従わなければならない。 (B 8.5.1)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 承認された卒後医学教育のためのプログラムを、卒後臨床研修に関する関係者との協働で示すべきである。(Q 8.5.1)

注釈：

- 卒後医学教育に責任をもつ**国家当局**とは、国の法律や規則に従って設立され、またそれは、政府部門や組織、またはそれ以外の取り締まりあるいは専門家集団である。
- **卒後臨床研修に関わる関係者**は、1.4 の注釈で記載されたのと同様に、主な関係者とそれ以外の関係者を含む。

9. 継続的改良

基本的水準：

卒後医学教育の運用および教育関係者の関与を理解する際、さらに、持続可能な教育の質を保証するために、

プログラム提供者は、

- プログラムの進行経過、構造、内容、成果/獲得能力、評価と学習環境を定期的に再考し、更新する手順に着手しなければならない。(B 9.0.1)
- 明らかになった課題を調整しなければならない。(B 9.0.2)
- 継続的改良のために、教育資源を割当てなければならない。(B 9.0.3)

質的向上のための水準：

プログラム提供者は、

- 教育改良を進める際には、前向きの調査と分析、自己評価の結果、および医学教育に関する文献に基づいて行うべきである。(Q 9.0.1)
- 教育改良と再構築にあたっては、過去の実績、現状、および将来の予測に基づいて、卒後医学教育プログラムの方針と実践の修正へ、必ず繋がるように行うべきである。(Q9.0.2)。
- 改良を進める際には、以下に対処しなければならない：
 - 卒後医学教育の明確な使命の、社会における、科学的、社会経済的、文化的発展への適応。(Q9.0.3) (参照 1.1)
 - 新たに教育された医師が、将来参入する実社会の要件に基づいて選択した医療分野に対応して、卒後教育完了時に目標とする成果の修正。(Q9.0.4) (参照 1.3)
 - 学習の進め方と教育方法が適切で関連があるような確実な調整。(Q9.0.5) (参照 2.1)
 - 基礎医学、行動および社会科学、臨床医学などの発展、人口動態や集団の健康/疾患特性の変化、さらに社会経済的および文化的環境の状態に応じた、卒後医学教育プログラムの構造、内容および期間の調整。そして、最新の関連した知識や概念および方法が用いられ、陳旧化したものの排除を確実とする調整。(Q9.0.6) (参照 2.4)
 - 目標とする成果や教育方法の変化に従った、評価の方針と評価方法の開発。(Q9.0.7) (参照 3.1、3.2)
 - 社会環境と期待（人的資源の必要性）の変化、卒前医学教育とプログラムの要件の変化に対する、研修医等の募集要件、選抜方法および採用者数の適切な修正。(Q9.0.8) (参照 4.1 と 4.2)
 - 指導者、指導監督者、教員らの採用と教育能力開発方針の、卒後医学教育の要件の変化に応じた適切な修正。(Q9.0.9) (参照 5.1 と 5.2)
 - 卒後医学教育における要件の変化に応じた、教育設定や他の教育資源の更新、例えば、研修医等数、指導者の数や特性、教育プログラムや現在行っている教育原理。(Q9.0.10) (参照 6.1-6.3)
 - 教育プログラムの監視ならびに評価に関する過程の改良。(Q9.0.11) (参照 7.1-7.4)
 - 医療に関わる多方面の関係者の利益に常に適応し、かつ卒後医学教育における社会状況や要件の変化に対処するための、教育の管理・運営制度ならびに組織構造の開発。(Q9.0.12) (参照 8.1-8.5)

注釈：

- **前向き研究**には、最善の研修を行った地域特有の経験に基づいたデータと証拠を、収集・解析するための実験・研究が含まれている。

参考文献

参考文献は、WFME 評価基準とその関連の背景と進展に関する刊行物と文書を含めて現冊子に提供している。そして、まだ発展的で、医学教育標準分野の現在の（2015年9月より）進展状況を提示している。

既報および現在の WFME グローバルスタンダード

世界医学教育連盟（WFME）卒前医学教育評価基準 WFME 質的向上のためのグローバルスタンダード [インターネット] 2003年版 以下から入手：

<http://wfme.org/standards/bme/3-quality-improvement-in-basic-medicaleducation-english/file>

世界医学教育連盟（WFME）卒前医学教育評価基準 WFME 質的向上のためのグローバルスタンダード [インターネット] 2012年新版 以下から入手：

<http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvementin-basic-medical-education-english/file>

世界医学教育連盟（WFME）卒前医学教育評価基準 WFME 質的向上のためのグローバルスタンダード 2012年新版、2015年改定

世界医学教育連盟（WFME）卒後医学教育評価基準 WFME 質的向上のためのグローバルスタンダード [インターネット] 2003年版 以下から入手：

<http://wfme.org/standards/pgme/17-quality-improvement-in-postgraduatemedical-education-english/file>

世界医学教育連盟（WFME）卒後医学教育評価基準 WFME 質的向上のためのグローバルスタンダード 2015年新版

世界医学教育連盟（WFME）継続的専門医教育 WFME 質的向上のためのグローバルスタンダード [インターネット] 2003年版 以下から入手：

<http://wfme.org/standards/cpd/16-continuing-professional-development-cpdof-medical-doctors-english/file>

世界医学教育連盟（WFME）継続的専門医教育 WFME 質的向上のためのグローバルスタンダード 2015年新版

世界医学教育連盟（WFME）と欧州医療学校協会（AMSE） WFME 医学教育の質的向上のためのグローバルスタンダード 欧州仕様 [インターネット] 2007年版 以下から入手：

<http://wfme.org/standards/european-specifications/21-europeanspecifications-english/file>

参考文献

参考文献には、WFMEスタンダードの背景と教育を提供する出版物や文献、そして現在のページ、図表、2015年9月時点での医学教育スタンダード領域の開発のリンクを網羅する。

PREVIOUS AND PRESENT WFME STANDARDS

World Federation of Medical Education (WFME). Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement [Internet]. 2003.

Available from:

<http://wfme.org/standards/bme/3-quality-improvement-in-basic-medicaleducation-english/file>

World Federation of Medical Education (WFME). Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. New edition [Internet]. 2012.

Available from:

<http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>

World Federation of Medical Education (WFME). Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. New edition 2012, revised. 2015

World Federation for Medical Education (WFME). Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement [Internet]. 2003.

Available from:

<http://wfme.org/standards/pgme/17-quality-improvement-in-postgraduatemedical-education-english/file>

World Federation for Medical Education (WFME). Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. New edition. 2015.

World Federation for Medical Education (WFME). Continuing Professional Development of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement [Internet]. 2003.

Available from:

<http://wfme.org/standards/cpd/16-continuing-professional-development-cpdof-medical-doctors-english/file>

World Federation for Medical Education (WFME). Continuing Professional Development of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. New edition. 2015.

World Federation for Medical Education (WFME) and The Association of Medical Schools in Europe (AMSE). WFME Global Standards for Quality Improvement in Medical Education. European Specifications [Internet]. 2007.

Available from:

<http://wfme.org/standards/european-specifications/21-europeanspecifications-english/file>

GENERAL

Boelen C, Bandaranayake R, Bouhuijs PAJ, Page GG, Rothman AI. Towards the Assessment of Quality in Medical Education [Internet]. WHO/HRH/92.7;1992.

Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HRH_92.7.pdf

Christensen L, Karle H, Nystrup J. Process-outcome interrrelationship and standard setting in medical education: the need for a comprehensive approach. *Med Teach*. 2007;29:672-7.

Cohen J. Defining international standards in basic medical education: the World Federation for Medical Education has initiated a timely discussion. *Commentary. Med Educ*. 2000;34:600-1.

Cohen J. Academic medicine's latest imperative: achieving better health care through global medical education standards. *Med Educ*. 2003;37:950-1.

European Commission. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council [Internet]. 2013.

Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32013L0055>

Gastel BA. Toward a global consensus on the quality of medical education: serving the needs of populations and individuals. *Acad Med*. 1995;70 (Suppl 7):S73-5.

General Medical Council (GMC). Good medical practice [Internet]. 2013 with update 2014.

Available from: www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp

Gordon D, Christensen L, Dayrit M, Dela F, Karle H, Mercer H. Educating health professionals: the Avicenna project. *Lancet*. 2008;371:966-7.

Gordon D, Christensen L, Karle H, Walters T. The Avicenna Directories - A new tool in quality assurance of medical education. *World Medical Journal*. 2009;55:9-11.

Hays R. International accreditation of medical schools. Letter to the Editor. *Med Educ*. 2003;37:662.

Hays R. and Baravilala M. Applying global standards across national boundaries: lessons learned from an Asia-Pacific example. *Commentary. Med Educ*. 2004;38:582-4

Karle H. Global standards in medical education for better health care. *Commentary. Med Educ*. 2002;36:1116.

Karle H. Global Standards and Accreditation in Medical Education : A view from the WFME. *Acad Med*. 2006;81(Suppl 12):S43-8.

Karle H and on the behalf of the Executive Council World Federation for Medical Education. International recognition of basic medical education programmes: A WFME Position Paper. *Med Educ*. 2008;42:12-7.

Karle H, Walton H, Lindgren S. The World Federation for Medical Education (WFME). History of the First Forty Years 1972-2012 [Internet]. 2012.

Available from:

<http://wfme.org/documents/about-wfme/79-wfme-history-of-the-first-fortyyears-1972-2012/file>

Lilley PM, Harden RM. Standards and medical education. Editorial. Med Teach. 2003;25:349-51.

Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: Aspects on global accreditation. Med Teach. 2011;33:667-72.

van Niekerk JP. WFME Global Standards receive ringing endorsement. Commentary. Med Educ. 2003;37:585-6.

van Niekerk JP, Christensen L, Karle H, Lindgren S and Nystrup J. WFME Global Standards in Medical Education: status and perspectives following the 2003 WFME World Conference. Conference Report. Med Educ. 2003;37:1050-4.

Organisation for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in the European System (ORPHEUS), Association of Medical Schools in Europe (AMSE) and World Federation of Medical Education (WFME). Standards for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in Europe. A proposal [Internet]. 2012.

Available from:

<http://wfme.org/standards/phd/57-standards-for-phd-education-inbiomedicine-and-health-sciences-in-europe/file>

Prideaux D. Globalisation and Health Professional Education. Editorial. The ANZAME Journal "Focus on Health Professional Education: A Multi-Disciplinary Journal" . 2003;5:V.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2005 Framework [Internet]. 2005.

Available from:

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_e.pdf

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The Draft CanMEDS 2015 Physicians Competency Framework [Internet]. Frank JR, Snell LS, Sherbino J, editors. 2015.

Available from:

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_framework_series_III_e.pdf.

Segouin C, Nystrup J, Christensen L, Karle H. Faut-il prescrire des standards internationaux en éducation médicale? Compte-rendu de la conférence mondiale organisée par la World Federation for Medical Education (WFME) à Copenhague (15-19 Mars 2003)

“Global standards in medical education for better health care” . Pédagogie Médicale. 2004;5:1-3.

The Edinburgh Declaration. Notes and Views. The Lancet. 1988;8068:464.

World Federation for Medical Education (WFME). Proceedings of the World Summit on Medical Education. Med Educ. 1994;28 (Suppl s1):1-171.

World Federation for Medical Education (WFME). The Executive Council. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. Med Educ. 1998;32:549-58.

WFME World Conference “Global Standards for Medical Education - For Better Health Care” . Copenhagen 15-19 March 2003.

World Federation for Medical Education (WFME) and Federation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER). New World Directory of Medical Schools. In collaboration with WHO and the University of Copenhagen [Internet]. 2014. Available from: <http://www.wdoms.org>

World Health Organization (WHO). World Health Assembly (WHA). WHA Resolution 42.38; 1989.

World Health Organization (WHO). World Health Assembly (WHA). Reorientation of medical education and medical practice for health for all [Internet]. WHA Resolution 48.8;1995. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/WHA48-8_EN.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). Division of Development of Human Resources. Changing Medical Education. An Agenda for Action [Internet]. WHOEDUC/91.200;1991. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60494/1/WHO_EDUC_91.200.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). Division of Development of Human Resources. Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education: Abbreviated report of the global conference on international collaboration on medical education and practice [Internet]. WHO/HRH/95.3;1994. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59554/1/WHO_HRH_95.3.pdf

World Health Organization (WHO). Doctors for health. A WHO global strategy for changing medical education and medical practice for health for all [Internet]. WHO/HRH/96.1;1996. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_HRH_96.1.pdf

World Health Organization (WHO). World Directory of Medical Schools, 7th ed. Geneva; 2000.

World Health Organization (WHO). Department of Human Resources for Health. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives [Internet]. 2009. Available from:

http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf

World Health Organization (WHO) and World Federation for Medical Education (WFME). WHO/WFME strategic partnership to improve medical education [Internet]. 2004. Available from: <http://who.int/hrh/links/partnership/en/>

World Health Organization (WHO), Regional Office for Eastern Mediterranean (WHO/EMRO) and World Federation for Medical Education, Association for Medical Education in the Eastern Mediterranean (WFME-AMEEMR). Regional consultation on accreditation of health professions education [Internet]. WHO-EM/HRH/629/E;2011.

Available from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/116094/1/IC_Meet_Rep_2011_EN_14538.pdf?ua=1

World Medical Association (WMA). Medical Ethics Manual, 2nd ed [Internet]. 2009.

Available from:

http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_en.pdf

PME-RELATED

American Board of Medical Specialties (ABMS). A Trusted Credential Based on Core Competencies [Internet]. 1999.

Available from:

<http://www.abms.org/board-certification/a-trusted-credential/based-on-core-competencies/>

Australian Medical Council Limited (AMC). Assessing specialist medical education and training [Internet]. 2015.

Available from: <http://www.amc.org.au/accreditation/medical-education>

European Commission. Fourth Report and Recommendations on the Conditions for Specialist Training. Doc. XV/E/8306/3/96-EN;1997.

European Union of Medical Specialists (UEMS). European Standards in Medical Training. Charter on Training of Medical Specialists in the European Community [Internet]. 1994.

Available from:

<http://www.uems.eu/areas-of-expertise/postgraduate-training/europeanstandards-in-medical-training>

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Royal College Discipline Recognition [Internet].

Available from:

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/credentials/discipline_recognition

Standing Committee of European Doctors. Quality improvement in postgraduate medical education [Internet].

Available from: <http://cpme.eu/policies/page12>

補遺：タスクフォースメンバー

作業部会

Professor Leif Christensen
Senior Advisor
World Federation for Medical Education
University of Copenhagen
Copenhagen, Denmark

Professor Janet Grant
Education in Medicine, the Open University
Director, Centre for Medical Education in Context
Special Advisor
World Federation for Medical Education
London, UK

Dr. Hans Karle (Chairman)
President emeritus
World Federation for Medical Education
University of Copenhagen
Copenhagen, Denmark

Professor Stefan Lindgren
Past President
World Federation for Medical Education
Lund University
Malmö, Sweden

Dr. Jørgen Nystrup
Senior Advisor
World Federation for Medical Education
University of Copenhagen
Copenhagen, Denmark

Professor Hans Sjöström
Senior Advisor
World Federation for Medical Education
University of Copenhagen
Copenhagen, Denmark

国際専門家委員会

(改訂版と同様、2003年文書への貢献者も含む)

Dr. Walid A. Abubaker
Regional Advisor

Educational Development & Training
Health Systems and Services Development
World Health Organization
Regional Office for the Eastern Mediterranean
Cairo, Egypt

Mrs. Brownell Anderson
Senior director for educational affairs
Association of American Medical Colleges
Washington, DC, USA

Dr. Carol A. Aschenbrener
Executive Vice President
Association of American Medical Colleges
Washington, DC, USA

Dr. Nadia Badrawi
Board Member of the National Authority for Quality Assurance and Accreditation in
Education
President of the Arab Network for Quality Assurance in Higher Education
Cairo, Egypt

Dr. Sekelani S. Banda
School of Medicine
The University of Zambia
Lusaka, Zambia

Professor Raja Bandaranayake
20 Strickland Street
Rose Bay, NSW
Sydney, Australia

Professor Cheng Boji
Peking University Health Science Centre
Beijing, P.R. China

Professor Maria Rosa Fenoll Brunet
Universitat Rovira i Virgili
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut
Dept. Ciències Mèdiques Bàsiques
Unitat d'Histologia i Neurobiologia
Reus, Spain

Dr. Francisco Campos
National Secretary of Labor and Education
Management in Health, Ministry of Health

Sao Paulo, Brazil

Professor Thomas V. Chacko
Director, PSG-FAIMER South Asia Regional Institute,
President, Tamil Nadu Voluntary Health Association,
Prof & Head, Community Medicine & Medical Education,
PSG Institute of Medical Sciences & Research
Coimbatore, India

Professor Jean-François Deneff
Université Catholique de Louvain
Faculté de Médecine et Médecine Dentaire
Louvain-la-Neuve, Belgique

Professor Peter Dieter
Dean of Medical Education
Basic Science Years Institute of Physiological Chemistry
Faculty of Medicine
Dresden, Germany

Professor David Ellwood
Professor of Gynaecology and Obstetrics
Deputy Dean of the ANU Medical School
Chair of the AMC's Medical School Accreditation Committee
Canberra, Australia

Professor Michael Field
Medicine, Northern Clinical School
The University of Sydney
Sydney, Australia

Professor Laurie Geffen
East Brisbane, Australia

Ioana Goganau
Medical Student
Director for Medical Education
International Federation of Medical Students' Associations
Romania

Professor Richard Hays
Faculty of Health Sciences and Medicine
Bond University
Robina Queensland, Australia

Professor Susan R. Johnson

Obstetrics & Gynecology and Epidemiology
The University of Iowa
Iowa City, USA

Dr. Anne M. Keane
Head of Education and Training
Medical Council
Dublin, Ireland

Dr. Juan Victor Lara
Decano de la Coordinación de Medicina
Universidad de Guadalajara
Guadalajara, Jalisco, México

Professor Petr F. Livitckiy
Vice-Rector
I.M. Sechenov Moscow Medical Academy
Moscow, Russia

Professor Oleg Medvedev
Chair of Pharmacology
School of Medicine
Lomonosov Moscow State University
Moscow, Russia

Mr. Hugo Mercer
Deputy Editor
Latin American School of Social Sciences
FLACSO
Buenos Aires, Argentina

Professor Jadwiga Mirecka
Department of Medical Education
Jagiellonian University Medical College
Krakow, Poland

Professor Mariela Montilva
Dean of Medicine
Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado
Estado Lara, Venezuela

Professor Richard Murray
Dean and Head of School
School of Medicine and Dentistry
James Cook University
Townsville, Australia

Dr. Tewfik Nawar
Conférence Internationale des Doyens
et Facultés de Médecine d' Expression Française
Faculté de Médecine
Université de Sherbrooke
Sherbrooke, Québec, Canada

Professor J.P. van Niekerk
HMPG Managing Editor
Rondebosch, South Africa

Dr. John J. Norcini
President and CEO
Foundation for Advancement of International
Medical Education and Research
Philadelphia, USA

Dr. Farida Nurmanbetova
National Accreditation Center
19, Imanova Street
Astana, Kazakhstan

Dr. Katrin Meyer
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Organ für Akkreditierung und Qualitätssicherung
der Schweizerischen Hochschulen
Falkenplatz 9, Postfach
Bern, Switzerland

Professor Gordon Page
Academic Director of the CCP
Department of Medicine
The University of British Columbia
Vancouver, BC, Canada

Mrs. Lorna M. Parkins
Executive Director
Caribbean Accreditation Authority for
Education in Medicine and Other Health
Professions
Kingston, Jamaica

Dr. Elaheh Malakan Rad
Associate professor of pediatric cardiology
Children's Medical Center

Affiliated to Tehran University of Medical Sciences
Tehran, Iran

Professor Herman van Rossum
Free University of Amsterdam
Amsterdam, the Netherlands

Professor Iskender Sayek
Department of General Surgery
Faculty of Medicine
Hacettepe University
Ankara, Turkey

Dr. Fernando Sanchez Jnr
Vice President for Academic Affairs
University of the East
Quezon City, Philippines

Dr. Christophe Segouin
Faculty of Medicine
University Paris 7 Denis Diderot
Paris, France

Dr. Nantana Sirisup
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Bangkok, Thailand

Mrs. Theanne Walters
Deputy Chief Executive Officer Australian Medical Council
Kingston, Australia

Margot Weggemans
Medical Student
Liaison Officer for Medical Education Issues
International Federation of Medical Students' Associations
Ferney-Voltaire, France

Professor Robert F. Woollard
Dept of Family Practice
Faculty of Medicine, University of British Columbia
Vancouver, BC, Canada

WFME上級役員会

Chairman:

Professor David Gordon

President

World Federation for Medical Education (WFME)

Ferney-Voltaire, France

Members:

Professor Ibrahim Al Alwan

President

Association for Medical Education

in the Eastern Mediterranean Region (AMEEMR)

Riyadh, Saudi Arabia

Dr. Emmanuel G. Cassimatis

President & CEO

Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)

Philadelphia, USA

Stijntje Dijk

Medical student

Liaison Officer for Medical Education Issues

International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA)

Ferney-Voltaire, France

Professor Michael Field

President

Association for Medical Education

in the Western Pacific Region (AMEWPR)

Sidney, Australia

Dr. Otmar Kloiber

Secretary General

World Medical Association (WMA)

Ferney-Voltaire, France

Professor Stefan Lindgren

Past President

World Federation for Medical Education

Malmoe, Sweden

Dr. Pablo Pulido

President
Panamerican Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS)
Caracas, Venezuela

Professor Trudie Roberts
President
Association for Medical Education in Europe (AMEE)
Leeds, United Kingdom

Professor Nelson Sewankambo
President
Association of Medical Schools in Africa (AMSA)
Kampala, Uganda

Professor Rita Sood
President
South East Asian Regional Association for Medical Education (SEARAME)
New Delhi, India

Dr. Annette Mwansa Nkowane
Technical Officer
Human Resources for Health
Department of Health Systems Policies and Workforce (HPW)
World Health Organization (WHO)
Geneva, Switzerland