

1. これは「WFME Global Standards for Quality Improvement in Basic Medical Education the 2012 Revision」を日本語に翻訳したものです。
2. 日本語訳の作成とホームページでの公開については、WFME より許可を得ています。
3. 日本の現状を踏まえ作成される本邦の「医学教育認証評価規準」ではありません。規準は、日本医学教育学会より発表される予定です。

「WFME Global Standards for Quality Improvement in Basic Medical Education the 2012 Revision」の翻訳にあたり

いわゆる“2023 年問題”を発端として、医学教育にグローバルスタンダード導入の必要性が問われることとなり、2013 年から本邦医学部に大学分野別認証制度が発足しようとしています。

東京医科大学においても、世界医学教育連盟 (World Federation for Medical Education, WFME) が 2003 年に発表した、「WFME Global Standards for Quality Improvement in Basic Medical Education」および、それに準拠した「医学教育分野別評価基準日本版」に基づいてカリキュラムの改編に着手しました。

ところが、11 月初旬にその基準が改定されたという情報が入りました。この「WFME Global Standards for Quality Improvement in Basic Medical Education the 2012 Revision」では、基本的水準、質的向上のための水準にそれぞれ通し番号が付され、要求される内容が相当数増し、より詳細かつ具体的に示されています。注釈の項目数もかなり増えました。

我々は、まさにこれから本邦における医学教育分野の評価基準が定まるこの時期における今回の看過することのできない変更内容を日本語に訳すことにより、認証制度に係われておられる先生方ならびにすべての医科大学の教育関係者に一刻も早く情報を提供したいと考えました。

2003 年度版は、東京女子医科大学の吉岡俊正教授を中心に行われた素晴らしい翻訳がありますので、改訂版の翻訳にあたっては基本的な単語はそれに合わせるようにしました。

改訂の情報を得てから、1 ヶ月半ほどの短期間での翻訳でしたので、稚拙な内容は多々あるとは存じますが、賢人諸氏の今後の改良を期待しこの場はご寛容のほどお願い申し上げます。

本邦の医学教育が、今回の認証制度の導入を機会に、世界をリードする内容に発展することを心より祈願しております。

平成 24 年 12 月 20 日

東京医科大学 医学教育学講座

教授 泉 美貴

准教授 R.ブルーヘルマンズ

東京医科大学 医学教育推進センター

兼任助手 和泉 貴志

世界医学教育連盟

質向上のための

卒前医学教育

WFMEグローバルスタンダード

2012年改訂版

WFME 事務局・コペンハーゲン大学・デンマーク 2012年

目次

WFME執行評議会	2
実施要領	5
序文	6
はじめに	9
沿革.....	9
概念.....	10
目的.....	11
理論.....	11
水準の採用.....	13
改訂のプロセスと原則	14
WFME グローバルスタンダード.....	14
定義：領域、下位領域、水準、および注釈.....	16
1. 使命および成果.....	18
2. 教育プログラム.....	21
3. 学生評価.....	25
4. 学生.....	26
5. 教員.....	28
6. 教育資源.....	30
7. プログラム/カリキュラム評	33
8. 管理運営.....	35
9. 継続的改良.....	37
参考文献	38
付録	
特別調査委員会および国際専門家委員会のメンバー	41
特別調査委員会.....	41
国際委員会.....	42

実施要領

世界医学教育連盟（World Federation for Medical Education：WFME）は、1998年から医学教育の質向上に向けて、グローバルスタンダードのWFME三部作を作成した。当初の結果が今世紀の初めに発表され、この三部作は2003年に公表された。

卒前医学教育の本水準は世界中で広く取り入れられており、教育的、社会的、および文化的諸条件や、機関、国家、地域の水準を定義するテンプレート、また医科大学とそのプログラムの改正のための強硬な手段とともに、さまざまな発達段階での医学教育の制度を提供している。

グローバルスタンダードプログラムの履行のプロセスは、デンマークのコペンハーゲンで開催された2003年のWFME世界会議で国際的に広く認証を受けて以来重視されており、卒前医学教育プログラムの機関側の改正と認定に関してこの水準を使用したことで得られた数多くの有益な経験や充実したアドバイスや助言が積み重ねられている。このような経験に基づき、2011年のWFMEの執行評議会は、この水準には改訂が必要との見解で一致した。

当初は若干の改訂が予定されたものであったが、このプロセスの過程では、小規模の特別調査委員会や大規模な国際専門家委員会を含め、広範囲にわたるコメントや提案が受け入れられた。したがって、より徹底した全面改訂の実施が決定した。ただし、卒前医学教育のWFME水準の今回の改訂版は、全体的な原則や構造を尊重し、基本的には2003年の水準の原版と同様の水準を2つの到達レベルで発表するものである点をここに強調しておく。

最も重要な変更点としては、医学教育の国際的な発展に準じて、個別の下位水準における水準の分割、番号システムの導入、質の発展の水準の一部の基礎レベルへの移行、注釈のセクションの大幅な拡大と推敲が挙げられる。

WFME執行評議会は、本水準の改訂版が医学教育に携わるすべての人に役立つことを希望する。

序文

執行評議会
世界医学教育連盟

すべての人の健康の増進は、医学教育の主要目標である。これは、世界医学教育連盟（WFME）の包括的な使命でもある。WFMEは、その規約に従い、すべての医学関係の教員ならびに医学関係の教育機関を代表する国際的な組織体として、医学教育における最高の学術的および倫理的水準を奨励し、医学教育の新たな学習法、新たな指導ツール、革新的な管理法を導入することを請け負う。

この委託により、1998年の声明書をもって、WFMEは医学教育のグローバルスタンダードに関するプログラムを発表した。その目的は、医学教育の質の向上を目指し、グローバルな背景を踏まえながら、また徐々に変化する医学教育全体に及ぶさまざまなプログラムの中で、医学教育に対する責任を担う機関にとって実用的なメカニズムを提供することにある。

1998～2001年に国際タスクフォースが考案した「卒前医学教育のWFMEグローバルスタンダード」を定義する最初の案が2000年に提示され（1）、タスクフォースによる勧告（2）と修正を受けて、2003年に三部作目となる「医学教育の質向上のためのWFMEグローバルスタンダード」（*WFME Global Standards for Quality Improvement of Medical Education*）が最後に発表された。これは医学教育の三段階（卒前医学教育の*Basic Medical Education*、卒後医学教育の*Postgraduate Medical Education*、医師の生涯教育の*Continuing Professional Development of Medical Doctors*）すべてをカバーしている（3-5）。

この水準のプログラム、特に医科大学とそのプログラムの改正プロセスの一環となる卒前医学教育の水準のプログラムが世界中で履行されたのは、WFMEの対象の全6地域の多数の医科大学でのパイロットスタディが最初に発表され伝えられた直後であった。履行のプロセスは、2003年にコペンハーゲンで開催されたWFME世界会議の「よりよい健康管理のための医学教育の世界水準」（*Global Standards in Medical Education for Better Health Care*）で国際的に広く認証された後（6-12）、急速に進展した。

卒前医学教育の水準に関する文書は20カ国超の言語に翻訳され、パイロットスタディで実証済みであり（13）、医科大学の認定や認証に関する国内および地域のシステムに影響を与えている。

卒前医学教育の水準の作成初期には、狭義でのグローバルスタンダードの指定は医科大学とそのカリキュラムに不適切な影響を与え、実際に医学教育の質を下げる可能性があることが明らかになった。その批判は、医療提供システムの状況を変えるには、また社会のニーズや期待に応えるには、医学教育の調整が不十分であるという新味のないものとなった。したがって、変更や改正のための強硬な手段をこの水準に本質的に組み込

む必要があった。これは、(a) 基本的水準または最低要件と (b) 質的向上のための水準という2つのレベルの達成度を指定するために構想されたWFME水準の概念につながった。

WFME水準には認定ツールとしてのステータスがある点を初めから考慮した。WFMEは熟考の末、国に指定された機関に限り、医科大学の認証手続きについて直接責任を負うことになるとの立場をとった(14, 15)。しかしながら、WFMEには、導入される予定であった認証プロセスを支援する役割を担う可能性がある。世界的に採用されている水準は、評価と認証を行うよう任命された機関のテンプレートとして利用できる。認証目的でその水準を採用する場合のガイドラインと手続きを準備することもWFMEの役目であり、これは世界保健機構(WHO)とWFMEとの協力(17)の結果として、後に作成された(16)。

医学教育の質の向上に必須の構成要素は、機関の自己評価、外部によるチェック、および審議である。WFMEの構造と機能は、世界の全地域の審議チームの設定や「認定者の認定」に、ひいては医学教育プログラムの質の国際的な透明性のシステムの設立に関与している当連盟の一助となっている。

医療従事者は原則として世界中を移動して働くことができる。WFME水準には移動の多い医師の適切な教育的基礎知識を確保する措置としての役目がある。ただし同時に、各地域で現地の研修を受けた医師をそのままつなぎ止めておくための対策が不可欠である。WFME水準は、医療の可動性が高まる動きを促し、世界の開発途上国からの医師の頭脳の流出に拍車をかけるものとしてとらえられるべきではない。世界は国際化が高まり、医療従事者がその機運の刺激を受けている。本水準は医師がどこで基礎を身につけたとしても、医師に必要な質を保証する証明書として用いられる。

医師の技能がグローバルに適用でき、移動可能であることを保証するには、教育機関とそのプログラムの質のレベルに関する文書が簡単にアクセスできて分かりやすいことが必須となる。世界保健機構(WHO)が1953年より公表している世界の医科大学の名簿のWorld Directory of Medical Schools(18)は、リストの作成以外の目的を意図しておらず、定性的考察は判然と除外された。WFMEは、1998年の声明書(19)ですでに世界の医科大学の登録簿となるWorld Register of Medical Schoolsの作成を示唆しており、この登録簿は医科大学の品質保証のリスト作成を目的とし、医学教育プログラムの水準が世界的に認められ認証されるレベルに達している医科大学が掲載されるというものであった。したがって、2007年からAvicenna Directory of Medical Schoolsが作成されたが、これはWHOとコペンハーゲン大学間で交わされた了解覚書から生じたものであり、WFMEを支援するものであった(20,21)。2010年よりこのデータベースをWFMEが責任を負うこととなり、2012年8月からは新規のNew World Directory of Medical Schoolsの中でFAIMERのAvicenna DirectoryとInternational Medical Education Directoryの合併が実現した。

グローバルスタンダード三部作考案の際に、WFMEが3つの国際タスクフォースを指定した。それぞれ、撤退を前提とした特別調査委員会の会議によって、また電子的通信を主とするさらに大規模な専門家委員会によって構成されていた。タスクフォースのメンバーは、専門知識を水準に、また重要な検討事項を含む地理的な範囲から選択された。水準の文書の草案は、さまざまなケースについて、また世界中の数多くの設定の中で討議され、積極的なやり取りの中での多数のコメントが点検されたうえで組み込まれた。

当初より、使用する機関に無用の不便をかけるおそれのある変更をグローバルスタンダードにあまり頻繁に加えるべきではないとの考え方があった。しかしながら、卒前医学教育の水準の導入後10年以上を経て、水準を幅広く使用してきた経験が蓄積されている。WFMEの執行評議会は、医学教育者や医科大学ならびに組織から長年にわたって受けてきたアドバイスや助言を考慮に入れて限定的な改訂を行う必要性を認識していた。したがって、2011年の初めに本連盟はこの改訂に着手し、国際的な専門家を水準の策定に参画させる手続きを繰り返してきた。

WFMEは、グローバルスタンダードを再検討するプロセスに貢献していただいたすべての協力者の多大なる恩恵を受けている。あらゆる場面で遭遇したご支援は熱意ある迅速な対応ものが圧倒的であった。このことから本水準が理想的であり、かつ実行可能なものとして完成したことがうかがわれる。

はじめに

沿革

WFMEは、1984年以来、「医学教育の新たな方向づけのための国際共同プログラム」(International Collaborative Programme for the Reorientation of Medical Education)を実施してきた。このプロセスの礎となるものは、1989年の世界保健総会決議文(WHA Resolution 42.38)(23)によって採用されたエジンバラ宣言(1988年)(22)と1993年の医学教育に関する世界サミットの勧告(Recommendations of the World Summit on Medical Education)(24)であり、1995年の「すべての人の健康のための医学教育および実践医療の新たな方向づけ」(Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All)の世界保健総会決議文(WHA Resolution 48.8)が反映されている(25)。

医学教育の改変と革新をさらに促進するため、1998年のWFME声明書(19)に記載のとおり、WFMEはその教育方針の履行を機関のレベルに敷衍することに決定した。当初の焦点は、医科大学における卒前医学教育(Basic [Undergraduate] Medical Education)に絞られていたが、その後のイニシアティブは卒後医学教育(Postgraduate Medical Education)と生涯教育(Continuing Professional Development : CPD)に敷衍された。

世界保健機構(WHO)と世界医師会(WMA)が認証している医学教育のグローバルスタンダードに関するWFMEのプロジェクトには、以下の3つの主要な意図がある。

- ・ 医科大学に対し、国際的な医学勧告に準じた改変や質向上のための独自のプランの策定を奨励すること
- ・ 国内および/または国際的な評価と医科大学の認証のシステムを確立し、医科大学プログラムの質の最小限の水準を保証すること
- ・ 医学および医療の人的資源の活用とその国際化の高まりの中での業務を医学教育の明確なグローバルスタンダードによって保護すること

1998年12月にWFMEの執行評議会は、医学教育のグローバルスタンダードに関するプロジェクトを拡大し、特別調査委員会と国際アドバイザー委員会からなる国際タスクフォースを指定し、卒前医学教育の教育プログラムのグローバルスタンダードを定義することを一任した。

特別調査委員会の第1回会議は、コペンハーゲンで開催された(1999年10月)。その報告書(1)によると、特別調査委員会は、さまざまな発達段階で教育的、社会経済的、および文化的諸条件に対応した医学教育を実施できるように設計した卒前医学教育のグローバルスタンダードのセットを定義し、それらに適したレベルで水準のシステムを使用できるようにした。特に、改変と改正の強硬な手段として水準を機能させることに重点が置かれた。

2001年3月にバルセロナで開催されたWFMEの特別調査委員会の第2回会議では、国際

アドバイザー委員会や、草案書を提示した世界中の数々の会議から受けたコメントに鑑みて、「卒前医学教育のグローバルスタンダード」(International Standards in Basic Medical Education)と題した文書が練り上げられた。なお、この水準の履行に向けて、特別調査委員会がガイドラインを考案した。

WFMEの執行評議会によって最終文書が採択された後、本水準は2003年に発表された(3-5)。WFME水準はWFMEの全地域(14,26)の医学教育に大いに影響して、各地のガイドラインの基盤となっている(27-29)。WFMEのモデルは、看護師や助産師といったほかの医療専門職の教育にも刺激を与えた(30)。近年、このモデルは、欧州の生物医学や健康科学の博士号教育の水準を考案する際にも使用されている(31)。

概念

卒前医学教育の全般的な適用性を備えたグローバルスタンダードを定義することは可能である(17)。これらの水準には、教授法の伝統、文化、社会経済的諸条件、健康および疾患の範囲のとらえ方などの差や、医療提供システムの形式の差に起因する国別間の医学教育の差異が考慮されている。このような差は、個々の国内でも起こりうる。医学の科学的基盤は広範である。医学教育の職務とは、いかなる地域においても、医療を整えることにある。WFMEグローバルスタンダードは規定的なものではない。さまざまな差異にもかかわらず、世界の医科大学の構造、プロセス、産物の高さは同等である。

世界的な医学教育の水準のセットは、世界のコアカリキュラムと同等視されないことになっている。医学カリキュラムの中心は、医学の基本的な理論と実践からなり、具体的には基礎医学、行動科学、社会科学、全般的な臨床技能、臨床方針決定技能、コミュニケーション能力、医学倫理などが挙げられ、質の確実な開業医の輩出を目指す医科大学は必ずこれに対応しなければならない。これらの構成要素には医学教育のグローバルスタンダードの概念との重大な関連性があるものの、内容と量に関しては、このような水準の中で詳細には触れられていない。

グローバルスタンダードにおいて等しく重要なものは、医学教育のプロセスである。基本的な医師を教育する際に望ましい実践事項により、十分に認められ受け入れられている学習の原則を組み込みながら、教育的活動に関する機関の条件とともに、グローバルスタンダードの基盤を形作る必要がある。

当然ながら、グローバルスタンダードには、地域、国、機関のニーズと優先順位に従って修正や補足を加える必要がある。WFMEは、教育プログラムに均一性を生むことに利点は一切ないことを明確に強調している。なお、医科大学のプログラムの品質保証は、必ず改善点に重点が置かれるものであり、機関の中で低レベルの質を一律にならすものとして水準が解釈されることがないように、ガイダンスを提供している。

水準は第一に、内部評価と質向上の基盤として教育機関に有用である。また水準は、医科大学の外部評価、認定、認証が行われる際に必要なツールである。さらに水準は、

機関の自己評価やピアレビューを併用することにより、医科大学の質評価の研究で最適に利用できる可能性がある。

目的

すべてのレベルの医学教育の構造およびプロセスの根本的な改変と革新の必要性を述べた報告が数件ある (32-36)。このような再構築は、以下を実施するうえで必須である。

- ・ 医師に社会のニーズと期待に応える準備をさせる
- ・ 医学的・科学的知識と技術の急増に対処する
- ・ 生涯学習に向けた医師の能力を教え込む
- ・ 新しい情報通信技術での研修を確実に実施する
- ・ 医療提供システムの状況変化に合わせて医学教育を調整する

WHOは、医学教育の変化に対するニーズについても主張している (37-40)。社会の現在および今後の要求事項を満たすことを意図した一連の活動を提唱し、特に社会で医師が果たす職務を理解することの重要性、成人教育の必要性、異業種間の協力の必要性を強調している。

認証は医学教育プログラムの質を評価するうえでの判断水準とみなされているにもかかわらず、世界で2000超の医科大学のうち、外部評価と認証手続きを受けているのはごく少数の機関のみである。このような怠慢は、改正の責務について詳しく文書化された場合に重大な懸念を引き起こす。過去数十年にわたり、新規の医科大学の数は急増しているが、容認できない背景のもとに設立されているものが多く (例：一部の"利益優先"の私立校)、不安が高まっている。したがって、WFME戦略の中心は、グローバルスタンダードの仕様と医学教育のためのガイドラインを優先することに据えられており、機関とその教育プログラムの双方を包含している。グローバルスタンダードを採用することは、医科大学に対する新たなフレームワークを構成し、機関自体を測ることになる。また、国際的に受け入れられている水準は、医科大学の教育プログラムに対する国や地域の認定や認証の根拠として利用できる場合がある。

理論

WFMEの特別調査委員会は、卒前医学教育のグローバルスタンダードの開発における強みと条件を検討した。卒前医学教育の質の発展のガイドラインの全般的な適用にも焦点が合わせられた (1)。一般的に受け入れられているグローバルスタンダードについては、以下の前提が取り入れられた。

- ・ 医科大学と医学教育の一般的な側面のみをカバーするものとする。
- ・ 水準は、内容、プロセス、教育的環境、医学教育の成果の幅広いカテゴリーに関する

るものとする。

- ・ 水準は、改変と改正の強硬な手段として機能するものとする。
- ・ 水準の遵守は、各地域社会、国、または地域にとっての事柄とする。
- ・ 水準は、教育プログラムの地域および国の差異を認証するための方法を策定し、さまざまなプロファイルと個々の医科大学の発展を考慮に入れ、医科大学の妥当な自律性を尊重するものとする。
- ・ グローバルスタンダードの共通セットを採用することは、医科大学のプログラム内容や産物の完全な同等性を意味したり求めるものではない。
- ・ 水準は、プログラムの考案の動的な性質を認めるものとする。
- ・ 水準は、医科大学が独自の機関やプログラム開発の根拠やモデルとして使用できるツールとして策定される。
- ・ 水準は、医科大学のランク付けには使用されないものとする。
- ・ 水準は、必要最小限の水準のみを設定するだけではなく、指定されたレベルを越えた質の発展も促すことを目的とする。水準の設定には、基本的な要件に加えて、質の発展に関する方法も含むものとする。
- ・ 水準は、幅広い国際的な考察とコンセンサスを通してさらに発展するものとする。

水準の意義は、全地域での評価研究の中で調査される必要がある。そのようなプロジェクトは、任意で行う機関の自己評価とピアレビューを併用することが基本となる。

水準は、"白黒がはっきりした"問題ではなく、特定の実施法や意図的な計画の問題である。また、教育機関によっては、ほとんどの医科大学が達成している水準を越えるくらいの独特の質を開発する場合もある。そのような特性は、長い目で見れば、医科大学の新たな目標設定の例として利用される可能性がある。

水準は、利用者にとって明確に定義され、意味があり、適切であり、妥当であり、測定可能であり、達成可能であり、受け入れられるものでなければならない。また、実践への影響力をもち、多様性を認め、十分な発展を促すものであることも求められる。

一般的に受け入れられている水準に基づく評価は、新たな方向づけと改正が推し進められる場合に、また持続的な向上と発展を促すためにも、医学教育の改善と質向上を大いに駆り立てるものである。

国際的に受け入れられている水準を採用することには、医科大学の国内評価に基盤やより幅広い認識を提供する可能性がある。

WFMEでは、水準の運用は目的に関する検討を促しコンセンサスの発展を刺激する可能性があると同時に、今後、教育機関がその教育プログラムの本質的事項を策定し、医学教育の中心を定義する一助となると考えている。水準は、教育的な研究開発の機会を広げ、部門やその他の境界を越えた考察と協力を促進するものとなるであろう。

水準の存在は、変化をもたらすことに尽力する教育者に公的な権限を与え、医学生の

選択を導くのに役立つ。

カリキュラムの立案者にとっては、水準の認証は、時間と資源の節約となる。質の評価の水準を採用することは、資金提供者や政治家、また社会に有意義な方向性を与えるものとなる。

グローバルスタンダードの共有を基盤として医学教育を位置付けることは、医学生の交流を促し、研修を受けた国以外の国での医師の受け入れを容易にする。結果的に、別の国の医科大学で教育を受けた医師の適性を判断する負担が軽減する。

最後に、標準以下の医科大学は、国際的に受け入れられている水準に基づく評価と認証のシステムを採用することで改善を図ることができる。これは、国内外を問わず医療の質を高める可能性がある。

水準の採用

卒前医学教育（Basic [Undergraduate] Medical Education）の水準は、医学教育の評価と認証の国内のシステムで長年採用されている（41-43）。採用されている方法は、国ごとに異なる。

WFMEの見解では、公表されているグローバルスタンダードのセットは、卒前医学教育の品質保証と発展のツールとして世界で使用できる。これはさまざまな方法で行われる。以下にその例を挙げる。

- ・ **医科大学による機関とそのプログラムの自己評価**

質向上のためのツールとしてこの水準を導入するうえで、WFMEが第一に意図することは、プログラムの選択的自己評価と自己改善を医科大学が独自に測定できるフレームワークを提供することである。

- ・ **外部評価またはピアレビュー**

記載されているプロセスは、外部のピアレビューグループによる評価とカウンセリングを含めることで、さらに発展する可能性がある。

- ・ **機関とプログラムの自己評価と外部のピアレビューの併用**

WFMEは最も有益な方法として上記のような組合せを考えている。

- ・ **認定および認証**

ガイドラインは、現地のニーズと慣習に応じて、医科大学の認定および認証を担当する国または地域の当局/機関が利用することも可能である。

改訂のプロセスと原則

WFME水準は、プロセス、内容、成果/能力の水準を併用し、必要最小限のみならず、2つのレベルの達成度（基本的水準と、質的向上のための水準）を用いて継続的に策定を行うことが決定されている（44）。

2012年版の改訂に使用される**計画**は以下のとおりであった。

段階I：WFME事務局に関連のある5名で構成する小規模の特別調査委員会による改訂のための草案作成。

段階II：WFMEの対象の全6地域を代表する大規模な国際専門家委員会から得たコメントと修正案と追加案の照合。

段階III：WFMEの執行評議会にのメンバーを含む、WFMEの主要パートナーから得た詳細なコメントについて修正した文書の発表。

改訂の**前提**は以下のとおりであった。

- ・ 医学教育の関係者間での無用の混乱を避けるため、水準のごくわずかな変更のみが求められた。
- ・ システムは、下位水準をより明確に発表できるように導入すべきである。
- ・ 利用者間のコミュニケーションは、数のシステムを導入することによってスムーズにすべきである。
- ・ 策定はバランスの取れたものとし、重複は回避すべきである。
- ・ 2007年に公表されたWFMEグローバルスタンダードの欧州規格で達成されたる本質的事項（28）は、特に基本的水準と質的向上のための水準の間を分けるラインの変更は、ほかの地域から得たコメントで裏付けられている場合、組み込む際に考慮すべきである。
- ・ 医科大学の社会的責任（45）は明確に規定すべきである。
- ・ 注釈は、水準を採用して蓄積された経験に基づいて拡大し、明確にし、例証すべきである。

段階Iの草案は2011年8月に準備され、その1ヵ月後に段階IIが開始した。段階IIでは、国際委員会から得たきわめて適切で広範囲なコメントと助言が得られ、これにより大幅な変更が求められた。したがって、特別調査委員会は、より徹底した全面改訂の必要性を認めた。ただし、最終的な結果については依然として、水準の文書の全体的な原則と構造を尊重し、基本的に2003年当初の文書と同様の水準を定義している限定的な改訂と

してみなすべきである。

改訂プロセスで使用される原則：

一般原則

- ・ 2つのレベルの水準の使用を含む文書の構造に変更は加えられていない
- ・ 多くの領域と下位領域に変更は加えられていない—新しいレイアウトの考慮（これより後に掲載）—実際には水準の数に変更はない
- ・ すべての水準は、措置の責任を担う医科大学に明確に向けられている

水準の内容

- ・ 水準の多くの側面は原版に近い状態が保たれた
- ・ 内容を明らかにするため、領域や水準の見出しのいくつかをわずかに改良する必要があった
- ・ 医学教育に対する要件の国際的な発展に応じて、質的向上のための水準のいくつかを基本的水準へ移動した
- ・ 反復と重複を最小限に抑えた

水準の策定

- ・ 水準の概念と策定内容との整合性を高めることを試みた
- ・ 多くの水準は、期待が方針を策定するだけにとどまらず、方針の履行にも及ぶ旨を表現するよう明記された

注釈

- ・ 水準を使用して得られた実際的な経験に基づいて、多くの注釈が大幅に拡大された。その意図は活動や状況などの実例を主に挙げて、水準の意味を明確にすることにある。これは、より確固たる根拠を翻訳版にも提供し、自己評価試験や外部評価のためのデータ収集計画を促すものでもある。
- ・ 注釈の規格は現在、さらに正確で説明的となっている。注釈が必ずしも理解されていなかったこと、また翻訳版は場合によっては難解であったことがこれまでに経験されている。
- ・ 注釈は、社会的および文化的差異を考慮に入れるため、例を挙げながら規定した。

レイアウト

- ・ 水準は、下位水準を明確に分けたことで、水準の内容の概要が把握しやすくなった。
- ・ 数のシステムが導入されたため、水準の参考文献が分かりやすくなり、水準について参照しやすくなった。

WFME グローバルスタンダード

定義

WFME は、卒前医学教育において下記の一連のグローバルスタンダードを推奨する。この水準は、9つの領域と計36の下位領域によって構成されている。

「**領域**」とは、医学教育の体系、過程、および成果の大まかな構成要素であり、以下を網羅するものとして定義する。

1. 使命および成果
2. 教育プログラム
3. 学生評価
4. 学生
5. 教員
6. 教育資源
7. プログラム評価
8. 管理運営
9. 継続的改良

「**下位領域**」とは領域の特定の側面と定義され、業績評価指標に相当する。

「**水準**」(1つ以上)は、2つの到達レベルを使用して下位領域ごとに特徴づけられ、各水準には下記の所定のグループがある。

基本的水準

これは、この水準をすべての医科大学が満たさなければならないこと、また達成したことを医科大学の評価実施中に証明されなければならないことを意味する。

基本的水準は、「**なければならない**」という言葉で表現される。

質的向上のための水準

これは、この水準が医科大学ならびに卒前医学教育にとっての最良の実践的行為に関し、国際的なコンセンサスに準じていることを意味する。このような水準の一部または全部が達成されていること、あるいは達成に向けたイニシアティブを文書化することが医科大学

には義務付けられている。これらの水準の実現は、医科大学とその資源および教育方針の発達段階に応じて異なる。最も高度な医科大学でも、すべての水準を満たすことはできない可能性がある。

質的向上のための水準は、「**すべきである**」という言葉で表現される。

本文書には総計 100 項目の基本的水準と 91 項目の質的向上のための水準を記載する。

「注釈」：本水準には、表現を明確化、詳説、または例示する目的で、総計121項目の注釈を付記した。

注釈の内容は、各機関の規定とみなすべきではない点をここに強調しておく。注釈に新たな判定水準や要件が加えられることはない。

注釈の例のリストは、包括的に記載されている場合もあるが、網羅されていない場合もある。なお、例として挙げられた項目すべて（方法および設備）を使用し備えている医科大学はないものとして留意されたい。

1. 使命および成果

1.1 使命の一覧

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ その使命を定義し、それを関係者と当該の保健医療機関に発表する (B 1.1.1)
- ・ その使命の一覧には、目的を概説するとともに、以下に該当する医師を養成するための教育的戦略の要点を記載する
 - ・ 基本レベルの能力が十分にある (B 1.1.2)
 - ・ 医学のいずれかの部門で将来キャリアを築くための適切な基盤を備えている (B 1.1.3)
 - ・ 保健医療機関が定義したとおりに、医師の役割を請け負うことができる (B 1.1.4)
 - ・ 大学卒業後の医学研修の準備が整っている (B 1.1.5)
 - ・ 生涯学習に深く関わっている (B 1.1.6)
- ・ 使命において、地域社会の健康上のニーズ、健康管理システムのニーズ、またその他の社会的責任の側面が確実に網羅されている (B 1.1.7)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 使命において以下が確実に網羅されている
 - ・ 医学研究の功績 (Q 1.1.1)
 - ・ 国際保健のさまざまな面 (Q 1.1.2)

注釈：

- ・ 使命とは包括的なフレームワークを提供するものである。教育機関とそのプログラムのあらゆる側面は、そのフレームワークに関連付けられなければならない。使命は、学内（機関内）、地域、国家政策、および全世界の政策ならびにニーズに関連する一般的または特異的事項を含む。使命には、その機関の展望が明確に記載されることが前提となっている。
- ・ 「医科大学」とは、本文書中では、医学の基本的（学部生）プログラムを提供している教育組織であり、医学部、医科大学、または医療専門学校と同義である。医科大学は独立した機関である場合と、大学の一部である場合、または大学に付属している場合がある。また、通常は研究や臨床サービスの使命も網羅されており、医学教育の別の段階用の、またはほかの医療専門職のための教育プログラムも提供する。

医科大学には大学病院のほか、付属の臨床施設も含まれる。

- ・ 「関係者」には、ほかの関連教育の協働者と同様に、医科大学の指導部、教員、および学生が含まれる（1.2の注釈を参照）。
- ・ 「保健医療機関」には、公立、私立を問わず、医療提供システムや、医学研究の機関が含まれる。
- ・ 「医学教育の基本レベル」とは、多くの国では、中学校および高等学校教育の修了に基づいて開始される学部生の医学教育にあたるものを言う。その他の国または学校では、医学部以外で学位を修めた後で開始されるものを言う。
- ・ 「医学のいずれかの部門」とは、臨床・非臨床医学と医学研究のあらゆる分野を指す。
- ・ 「大学卒業後の医学研修」には、初期研修（preregistration training）、後期研修（vocational training）、専門医研修（specialist training）が含まれる。
- ・ 「生涯学習」とは、評価、審査、省察、または認定生涯教育（continuing professional development : CPD）/医学生涯教育（continuing medical education : CME）などの各種活動を通して、知識と技能を最新の状態で維持する職業上の責務である。CPDには、医師が各自の知識、技能、担当患者のニーズに対応する態度などを維持し、最新のものにし、発展させ、強化することを公式または非公式に行うすべての活動が含まれる。CPDは、実践医療の知識と技能の継続教育を述べるうえで、CMEより広義の概念である。
- ・ 「地域社会」の健康上のニーズの網羅とは、現地の地域社会、特に保健医療機関や保健関連セクターとの交流や、地域社会の健康関連の問題に関する配慮や知識を実証するためのカリキュラムの調整などを意味する。
- ・ 「社会的責任」には、社会のニーズ、患者のニーズ、保健医療機関や保健関連セクターのニーズに対応する意欲と能力や、健康管理、医学教育、および医学研究の技能を育成することにより国内外の医療の発展に貢献する意欲と能力が含まれる。これは学校独自の信条に基づき、大学の自律性が尊重されるものとする。
社会的責任は、時として社会的責務や社会的対応と同義的に使用される。その影響力の範囲外の事項においても、医科大学は主張を通して、また関係性を説明してその方針の結果に注目することにより、社会的責任を実証するものとする。
- ・ 「医学研究」は、基礎医学、臨床医学、行動科学、社会科学の学術研究を網羅するもので、これについては6.4で詳述する。
- ・ 「国際保健のさまざまな面」には、重大な国際保健問題の認識や、健康上の不平等や不公平な結果に対する認識が含まれる。

1.2 使命の策定への関与

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 医科大学の主要な教育の協働者の使命の策定への関与を保証する (B 1.2.1)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 使命の策定がほかの関連教育の協働者からの情報に基づいていることを保証する (Q 1.2.1)

注釈：

- ・ 「主要な教育の協働者」には、学部長、学部審議会/評議会、カリキュラム委員会、教員および学生の代表、大学の指導部および経営陣、当該政府当局および規制機関が含まれる。
- ・ 「ほかの関連教育の協働者」には、学術研究や経営上の教員の代表者のほか、地域社会や一般市民の代表者（例：患者組織を含む医療提供システムの利用者）、教育および健康管理の当局、専門組織、医療分野の学術団体、大学卒業後の教育者などの代表者が含まれる。

1.3 組織の自律性と学問の自由

基本的水準：

医科大学は、組織の自律性をもって以下を実施しなければならない。

- ・ 方針を策定して履行し、特に以下に関しては、教員/研究系教員および経営陣が責任を負う
 - ・ カリキュラムの設計 (B 1.3.1)
 - カリキュラムの履行に必須として配分される資源の使用 (B 1.3.2)

質的向上のための水準：

医科大学は、以下において教員と学生の学問の自由を保証すべきである。

- ・ 現行のカリキュラムに取り組む場合 (Q 1.3.1)
- ・ カリキュラムを拡大することなく、特定の科目について説明するために最新の研究成果を取り入れることを検討する場合 (Q 1.3.2)

注釈：

- ・ 「組織の自律性」には、カリキュラム (2.1 および 2.6 を参照)、評価 (3.1 を参照)、学生の入学 (4.1 および 4.2 を参照)、教員募集/選抜 (5.1 を参照)、雇用条件、研

究（6.4を参照）、資源配分（8.3を参照）などの主要領域についての決定を下すことができるように、政府およびその他の政府に相当するもの（地域および現地の当局、宗教的コミュニティ、民間の協同組合、職業団体、労働組合、およびその他の利益団体）からの適切な独立が含まれる。

- ・ 「学問の自由」には、教員と学生の適切な表現の自由、探究ならびに発表の自由が含まれる。
- ・ 教員、学生は、「現行のカリキュラム」に沿って、医学的な問題を説明および解析する際に、異なる観点を持つことができる。
- ・ 「カリキュラム」（2.1の注釈の定義を参照）。

1.4 教育成果

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 以下に関し、学生が卒業時に提示すべき所定の教育成果を定義する
 - ・ 知識、技能、態度に関する基本レベルの達成度（B 1.4.1）
 - ・ 医学のいずれかの部門で将来キャリアを築くための適切な基盤（B 1.4.2）
 - ・ 保健医療機関での将来的な役割（B 1.4.3）
 - ・ 各学生のその後の卒後研修（B 1.4.4）
 - ・ 生涯学習への各学生の関与と技能（B 1.4.5）
 - ・ 地域社会の健康上のニーズ、健康管理システムのニーズ、社会的責任のその他の側面（B 1.4.6）
- ・ 学友、教員、その他の健康管理スタッフ、患者とその家族に対する学生の適切な行為を保証する（B 1.4.7）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 卒業によって習得する成果と卒後研修で習得予定の成果との結びつきを明示して調整する（Q 1.4.1）
- ・ 医学研究における学生の従事の成果を明示する（Q 1.4.2）
- ・ 国際的研究の成果に注目する（Q 1.4.3）

注釈：

- ・ 「教育成果」、学習成果、または技能とは、学生が学習期間の終了時に実証できることが期待される知識、技能、および態度を述べたものを指す。教育/学習目的は多くの場合、これらの用語で詳述する。

医学と実践医療の範囲内の成果—医科大学が指定—には、（a）基礎医学、（b）公

衆衛生学およびpopulation medicine (集団を対象とする医学)を含む行動科学および社会科学、(c) 医学の実践に重要な医学倫理、人権および法医学、(d) 診断法、診療手技、コミュニケーション技能、疾患の治療および予防、健康増進、リハビリテーション、臨床的推論、問題解決に関する臨床技術を含む臨床医学、(e) 生涯学習を行い、医師のさまざまな役割と関連して、また実践医療に関連してプロフェッショナルリズムを示す能力について、文書で証明された知識と理解が含まれる。卒業時に学生が示す特性や成績は、医師を (a) 学者と科学者、(b) 開業医 (c) コミュニケーター、(d) 教員、(e) マネージャー、(f) 専門家などの点から分類できる。

2. 教育プログラム

2.1 カリキュラムモデルと教育方略

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ カリキュラムモデルを定義する (B 2.1.1)
- ・ 採用している教育法および学習法を定義する (B 2.1.2)
- ・ カリキュラムにより、学生が生涯学習の準備を整えていることを保証する (B 2.1.3)
- ・ カリキュラムが同等の原則に従って実施されていることを保証する (B 2.1.4)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 学生を刺激し、準備をさせて、支援するカリキュラムと教育/学習方法を採用し、学習プロセスに対する責任を負う (Q 2.1.1)

注釈：

- ・ 本文書の「カリキュラム」は、教育的プログラムを指し、計画的な教育法および学習法ならびに評価方法の構造の記述を含む、プログラムの所定の教育成果、内容/シラバス、経験、プロセスの記載が含まれる。カリキュラムには、学生が習得する予定の知識、技能、態度を必ず提示する。
- ・ 「カリキュラムモデル」には、教育内容、組織のシステム、臨床的問題/業務、または疾患パターンに基づくモデルのほか、モジュールまたはスパイラルデザインに基づくモデルが含まれる。
- ・ 「教育法および学習法」は、講義、小グループでの学習、PBL または症例ベースの学習、学習支援システム (peer assisted learning)、実地研修、実習、臨床実習、臨床的デモンストレーション、臨床的技能の実習、地域社会でのウェブベースの指示に

よる現場研修を網羅する。

- ・ 「カリキュラムと教育方略」は、現代の学習方針に基づく。
- ・ 「平等の原則」とは、性別、民族性、宗教、性的指向、社会的経済的地位にかかわらずなく、また身体的な能力を考慮し、教員と学生を等しく扱うことを意味する。

2.2 科学的方法

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ カリキュラムを通して以下を教育する
 - ・ 分析および批評的思考を含む、科学的方法の原則 (B 2.2.1)
 - ・ 医学研究法 (B 2.2.2)
 - ・ EBM (根拠に基づく医学) EBM (B 2.2.3)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ カリキュラムに独自の研究または高度な研究の要素を含める (Q 2.2.1)

注釈：

- ・ 「科学的方法、医学研究法、EBM (根拠に基づく医学) の教育」とは、教員の科学的技能を要求するものである。その研修には、カリキュラムの必修部分であり、学生が実施する医療行為または学生が参加する簡単な研究プロジェクトが含まれる。
- ・ 「独自の研究または高度な研究の要素」には、必須または選択分析的および実験的な研究が含まれるため、専門家および同僚として、医学の科学的発達に関与する能力が育成される。

2.3 基礎医学

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ カリキュラムで以下を特定して統合する
- ・ 科学的知識の理解を生み出す基礎医学 (B 2.3.1)
- ・ 臨床医学を習得して適用するための基本的な概念と方法 (B 2.3.2)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ カリキュラムにおいて、生物医学を以下に活かせるように調整して修正する
 - ・ 科学的、技術的、および臨床的發展 (Q 2.3.1)

- ・ 社会と健康管理システムの現在のニーズと予測されるニーズ (Q 2.3.2)

注釈:

「基礎医学」には一現地のニーズ、関心、伝統によって異なるが一解剖学、生化学、生物物理学、細胞生物学、遺伝学、免疫学、細菌学（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、生理学が含まれる。

2.4 行動科学、社会科学、医療倫理

基本的水準:

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ カリキュラムで以下を特定して統合する
 - ・ 行動科学 (B 2.4.1)
 - ・ 社会科学 (B 2.4.2)
 - ・ 医療倫理 (B 2.4.3)
 - ・ 法医学 (B 2.4.4)

質的向上のための水準:

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ カリキュラムにおいて、行動科学、社会科学、医療倫理を以下に活かせるように調整して修正する
 - ・ 科学的、技術的、および臨床的發展 (Q 2.4.1)
 - ・ 社会と健康管理システムの現在のニーズと予測されるニーズ (Q 2.4.2)
 - ・ 人口統計学的特性と文化的背景の変化 (Q 2.4.3)

注釈:

- ・ 「行動科学、社会科学、医療倫理」には一現地のニーズ、関心、伝統によって異なるが一生物統計学、地域医療、疫学、国際保健、衛生学、医療人類学、医学的心理学、医療社会学、公衆衛生学、社会医学が含まれる。
- ・ 「医学倫理」は、医師の行動および意思決定に関連した価値観、権利、および責任などの実践医療における倫理上の問題を扱う。
- ・ 「法医学」は、健康管理に関するサービスの法規制や、製薬技術および医療技術（デバイス、機器など）の製造と使用の規制を含む職業と実践医療の法規制を扱う。
- ・ 「行動科学、社会科学、医療倫理、法医学の特定と統合」は、健康問題の原因、分布、結果の社会経済学的、人口統計学的、文化的決定因子を理解するために必要な知識、概念、方法、技能、態度とともに、国内の健康管理システムと患者の権利についての知識を提供するものである。これにより、地域や社会の健康上のニーズの

解析、有効なコミュニケーション、臨床上の意思決定、倫理的な診療が可能となる。

2.5 臨床医学と技能

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ カリキュラムにおいて、学生が以下を確実に実施できるように、臨床医学を以下に活かせるように調整して修正する
 - ・ 卒業後、当該の責任を負うために十分な知識と臨床的および専門的スキルを習得する (B 2.5.1)
 - ・ 当該の臨床的場面で予定されている患者との接触を図るプログラムの相応の部分に時間を費やす (B 2.5.2)
 - ・ 健康増進と予防医学を体験する (B 2.5.3)
- ・ 重要な臨床学科に割く研修所要時間を指定する (B 2.5.4)
- ・ 患者の安全性に対し適切な注意を払って臨床トレーニングを組織する (B 2.5.5)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ カリキュラムにおいて、臨床医学を以下に活かせるように調整して修正する
 - ・ 科学的、技術的、および臨床的発展 (Q 2.5.1)
 - ・ 社会と健康管理システムの現在のニーズと予測されるニーズ (Q 2.5.2)
- ・ すべての学生が患者のケアへの参加を含め、段階的に患者とのアーリー・エクスポージャーを図ることを保証する (Q 2.5.3)
- ・ 研究プログラムの段階に応じて臨床技能の研修のさまざまな構成要素を構築する (Q 2.5.4)

注釈：

- ・ 「臨床医学」には — 現地のニーズ、関心、伝統によって異なるが — 麻酔薬、皮膚科学、放射線診断学、救急医療、総合診療/家庭医学、老人病医学、産婦人科学、内科（下位専門分野を含む）、臨床検査医学、医療技術、神経学、神経外科、腫瘍学および放射線療法、眼科学、整形外科、耳鼻咽喉科学、小児科、苦痛緩和ケア、理学療法、リハビリテーション医学、精神医学、手術（下位専門分野を含む）、性病学（性行為感染症）が含まれる。
- ・ 「臨床医学」には、初期研修（pre-registration training）/インターンシップに備えた最終的モジュールも含まれる。
- ・ 「臨床技能」には、問診、理学的検査、コミュニケーション技能、手技、調査、救急診療、処方、治療の実践が含まれる。

- ・ 「プロフェッショナルリズム」には、患者の処置の技能、チームワーク/チームリーダーシップの技能、異業種間の研修が含まれる。
- ・ 「適切な臨床的責任」には、健康増進、疾患予防、患者のケアに関連した活動が含まれる。
- ・ 「相応の部分」とは、プログラムの約3分の1を意味する。
- ・ 「予定されている患者との接触」とは、学習内容を背景に入れるのに十分な目標と頻度を考慮することを意味する。
- ・ 「研修の所要時間」には、臨床実習と事務職が含まれる。
- ・ 「重要な臨床学科」には、内科(下位専門分野を含む)、外科(下位専門分野を含む)、精神医学、総合診療/家庭医学、産婦人科学および産科、小児科が含まれる。
- ・ 「患者の安全性」は、学生が実施する臨床的活動の管理を要する。
- ・ 「患者とのアーリー・エクスポージャー」とは、プライマリ・ケアの場面で部分的に行われるものであり、主に問診、理学的検査、コミュニケーションなどが含まれる。
- ・ 「患者のケアへの参加」には、患者に対する検査および/または治療の一部を監督下で行う責任が含まれる。これは、当該の地域社会の設定によって行われる可能性がある。

2.6 カリキュラム構造、構成と教育期間

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 課程の内容、範囲、順序と、ほかのカリキュラムの要素を詳述し、基礎医学、行動科学、社会的科学、および臨床医学の間で適切な調整を確実に行う (B 2.6.1)

質的向上のための水準：

医科大学はカリキュラムで以下を実施すべきである。

- ・ 関連する科学、学科、科目の水平統合を保証する (Q 2.6.1)
- ・ 臨床医学と基礎医学、行動科学、社会科学との垂直統合を保障する (Q 2.6.2)
- ・ 教育プログラムの一環として、選択的内容を認めるとともに、中心的内容と選択的内容とのバランスを定義する (Q 2.6.3)
- ・ 補完医療との接点について詳述する (Q 2.6.4)

注釈：

- ・ 「水平(同時)統合」の例には、内科的と外科の消化器あるいは腎臓科と泌尿器科などの基礎系の解剖学、生化学、生理学などの基礎系化学の統合が挙げられる。

- ・ 「垂直（経時）統合」の例には、代謝異常と生化学または心臓学および心臓血管生理学の統合が挙げられる。
- ・ 「中心的内容と選択的内容」とは、必修要素と選択科目または特別な任意選択を組み合わせたカリキュラムモデルを指す。
- ・ 「補完医療」には、代替医療となる、伝統的または代用的な診療が含まれる。

2.7 プログラム管理

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 教学の先導（リーダーシップ）（学部長）の統轄下で、所定の教育成果を確保するためのカリキュラムを計画し履行する責任と権限を有するカリキュラム委員会を設ける（B 2.7.1）
- ・ そのカリキュラム委員会には、教員と学生の代表を必ず入れる（B 2.7.2）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ カリキュラム委員会を通して、カリキュラムの刷新を計画して履行する（Q 2.7.1）
- ・ カリキュラム委員会には、ほかの関連教育の協働者の代表者が含まれる（Q 2.7.2）

注釈：

- ・ 「カリキュラム委員会の権限」には、特定の部門および学科の利害に対する権限、機関および政府当局の統轄構造によって定義される既存の規約の範囲内でのカリキュラムの規制が含まれる。カリキュラム委員会は、教授法および学習法、学生評価、課程評価の計画および履行について、承諾された資源配分を実施する。（領域 8.3 を参照）。
- ・ 「ほかの関連教育の協働者」には、教育プロセスのその他の参与者、教育研究病院およびその他の臨床施設の代表者、医科大学の卒業生の代表者、その他の医療専門職が含まれ、これらの人物は教育プロセスの関係者か、当該大学の他学部の関係者である。ほかの関連教育の協働者には、地域社会や一般市民の代表者（例：患者組織を含む医療提供システムの利用者）が含まれる場合もある。

2.8 実践医療と保健医療機関との連携

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 卒前教育プログラムと卒業後の研修または実践の後続段階との実効的な連携を確保する（B 2.8.1）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ カリキュラム委員会は以下の実施を保証する
 - ・ 卒業生が勤務することが見込まれる環境からの情報を求め、それに応じてプログラムを修正する (Q 2.8.1)
 - ・ 地域社会や社会の意見に対応してプログラムに修正を加えることを検討する (Q 2.8.2)

注釈：

- ・ 「実効的な連携」とは、健康問題を特定し、求められる教育成果を定義することを意味する。これには、研修や実践のさまざまな段階で、現地、国家、地域、およびグローバルな背景に注意を払い、各種教育プログラムとそれらの相互関係の基本を明確に定義し詳述する必要がある。また、これには保健医療機関と、その健康チームの活動に関与している教員および学生との間での相互のフィードバックも含まれる。実効的な連携は、キャリアガイダンスの根拠として、卒業生の雇用者となり得る人物との建設的対話も意味する。
- ・ 「研修の後続段階」には、初期研修 (preregistration training)、後期研修 (vocational training)、専門医研修 (specialist training) といった卒後研修や、生涯教育 (continuing professional development : CPD) /医学生涯教育 (continuing medical education : CME) などが含まれる。

3. 学生評価

3.1 評価方法

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 学生評価に採用している原理、方法、および実践について、合格点、成績の境界線、再履修の許可数の設定水準を含めて定義し、記載し、公表する (B 3.1.1)
- ・ 評価の対象となる知識、技能、態度を保証する (B 3.1.2)
- ・ 「評価の有用性」に応じて評価方法と形式を採用する (B 3.1.3)
- ・ 評価の方法と結果によって利益相反が回避されることを保証する (B 3.1.4)
- ・ 外部の専門家による評価を受け入れることを保証する (B 3.1.5)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 評価方法の信頼性と正当性を文書化して評価する (Q 3.1.1)

- ・ 必要に応じて新たな評価方法を組み入れる (Q 3.1.2)
- ・ 評価結果への抗議に対するシステムを用いる (Q 3.1.3)

注釈:

- ・ 「原理、方法、および実践の評価」には、さまざまな試験およびその他のテストの考慮、筆記試験と口頭試験のバランス、規定的で参照対象となる水準に基づく審査の採用のほか、客観的臨床能力試験 (objective structured clinical examinations : OSCE) や簡潔版臨床評価 (mini clinical evaluation exercise : MiniCEX) などの特殊なタイプの試験の採用などが含まれる。
- ・ 「評価方法」には、評価の公正さ、質、透明性を高める目的で、外部の検査者を採用することが含まれる。
- ・ 「評価の有用性」とは、評価方法と形式の正当性、信頼性、教育的影響、妥当性、有効性を組み合わせたものである。
- ・ 「評価方法の信頼性と正当性の文書化と評価」には、評価を実行するうえで適切な質の保証プロセスを要する。

3.2 評価と学習との連関

基本的水準:

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 以下の原理、方法、および実践の評価を採用する
 - ・ 所定の教育成果と教育方略との明らかな互換性があるもの (B 3.2.1)
 - ・ 所定の教育成果が学生によって満たされることが保証されるもの (B 3.2.2)
 - ・ 学生の学習を促すもの (B 3.2.3)
 - ・ 学習と学問的発達に関する判断の双方を導く形成的評価と総括的評価の適切なバランスを発揮するもの (B 3.2.4)

質的向上のための水準:

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ カリキュラムの基本となる試験の数と特性を調整し、知識ベースの習得と統合型学習の双方を奨励するように調整する (Q 3.2.1)
- ・ 評価結果に基づき、学生へのタイムリーで具体的かつ建設的で公正なフィードバックを保証する (Q 3.2.2)

注釈:

- ・ 「評価の原則、方法、および実践」は、学生の成績の評価を指し、知識、技能、態度の全領域の評価が含まれる。
- ・ 「学問的発達に関する判断」には、進歩の定則と評価プロセスとの関係が必要とな

る。

- ・ 「試験の数と特性の調整」には、学習に対するマイナス効果を回避するよう考慮することが含まれる。これは、学生が過剰な情報や過大な負担となるカリキュラムで学習し記憶する必要がないようにする意味も込められている。
- ・ 「統合型学習の奨励」は、統合した評価を採用することを検討するとともに、個別の学科や科目の領域の知識の妥当な試験を保証するものである。

4. 学生

4.1 入学方針と入学選抜

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 学生の選定プロセスについては、明確な記載を含め、客観性の原則に基づく入学方針を策定して履行する（B 4.1.1）
- ・ 身体に不自由がある学生の入学については、方針を定めて対応する（B 4.1.2）
- ・ ほかのプログラムや機関から転入した学生については、方針を定めて対応する（B 4.1.3）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 選抜と学校としての使命との関係性、教育プログラム、卒業時の望ましい進路を述べる（Q 4.1.1）
- ・ 地域や社会の健康上のニーズに対応するように、当該の社会的および専門的データに基づき、定期的に入学方針をチェックする（Q 4.1.2）
- ・ 入学許可の決定への抗議に対するシステムを採用する（Q 4.1.3）

注釈：

- ・ 「入学方針」とは、考えられる国内の規制を厳守するとともに、現地の状況に合わせて調整することを意味する。医科大学が入学方針を統制しない場合は関係性を説明し、結果（例：採用数と授業のキャパシティとの不均衡）に注目することで責任を示すことになる。
- ・ 「学生の選抜プロセスの記載」には、中学校の成績、その他の当該の学術的または教育的経験、医師になる動機の評価を含む入学試験と面接など、理論的根拠と選抜方法の双方が含まれる。選抜には、実践医療の多様性に応じて変化を加える必要性も考慮される。
- ・ 「身体に不自由がある学生の入学の方針と対応」は、国内の法規に準じる必要があ

る。

- ・ 「学生の転入」には、ほかの医科大学からの医学生や、ほかの研究プログラムからの医学生が含まれる。
- ・ 「地域や社会の健康上のニーズ」には、恵まれない学生やマイノリティのための特別な募集枠や入学に向けた指導対策などの潜在的必要性など、性別、民族性、およびその他の社会的要件（その人種の社会文化的小よび言語的特性）に応じて、採用数を検討することが含まれる。

4.2 学生の受け入れ

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 学生の受け入れを定義し、プログラムの全段階でそのキャパシティと関連づける（B 4.2.1）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 学生の受け入れと特性については定期的にチェックしてほかの関連教育の協働者との協議し、地域や社会の健康上のニーズを満たすように調整する（Q 4.2.1）

注釈：

- ・ 「学生の受け入れ」に関する決定は、医療の労働人口についての国の要件に応じて調整する必要があることを意味する。医科大学が学生の受け入れを統制しない場合は関係性を説明し、結果（例：採用数と授業のキャパシティとの不均衡）に注目することで責任を示すことになる。
- ・ 「ほかの関連教育の協働者」には、医師不足、医師の配置の偏り、新たな医科大学の設立、医師の移動といった、健康関連の人材のグローバルな局面と関連のある専門家や組織のほか、国内の保健医療機関の人材についてのプランニングと人材開発の責任を負う当局が含まれる。
- ・ 「地域や社会の健康上のニーズ」には、恵まれない学生やマイノリティのための特別な募集枠や入学に向けた指導対策などの潜在的必要性など、性別、民族性、およびその他の社会的要件（その人種の社会文化的小よび言語的特性）に応じて、採用数を検討することが含まれる。

4.3 学生のカウンセリングと支援

基本的水準：

医科大学および/または大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 学生集団の学問上のカウンセリングのためのシステムを設ける (B 4.3.1)
- ・ 社会的、経済的、個人的なニーズに対応した学生を支援するプログラムを提供する (B 4.3.2)
- ・ 学生の支援に資源を配分する (B 4.3.3)
- ・ カウンセリングと支援に関する守秘性を保証する (B 4.3.4)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 以下の学問上のカウンセリングを提供する
 - ・ 学生の進歩のモニタリングに基づく (Q 4.3.1)
 - ・ キャリアガイダンスとプランニングを含める (Q 4.3.2)

注釈：

- ・ 「学問上のカウンセリング」には、選択科目、住宅の準備、キャリアガイダンスに関連した問題が含まれる。
- ・ 「カウンセリングの組織」には、個別の学生または少人数グループの学生に対する学問上のメンターの任命が含まれる。
- ・ 「社会的、経済的、個人的なニーズへの対応」とは、社会的および個人的な問題や出来事、また健康問題や経済的問題などに関連した支援を意味するもので、奨学金、給付金、ローンなどの形式での財政支援サービスや健康クリニック、予防接種プログラム、健康/身体障害保険を受ける機会などが含まれる。

4.4 学生の教育への参画

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ カリキュラムの設計、運営、評価や、学生に関連するその他の事項への学生の教育への参画の関与と適切な参画を保証するための方針を策定して履行する (B 4.4.1)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 学生の活動と学生組織を奨励する (Q 4.4.1)

注釈：

- ・ 「学生の教育への参画の関与」には、社会的活動や健康管理プロジェクトのほか、カリキュラム委員会、その他の教育委員会、学術団体およびその他の関連団体の学生自治と代表が含まれる (B 2.7.2 を参照)。

- ・ 「学生の活動の奨励」には、学生組織への技術的および経済的支援の提供を検討することも含まれる。

5. 教員

5.1 募集と選抜方針

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 以下のとおり、教員の募集と選抜方針を策定して履行する
 - ・ 医学と医学以外の教員間のバランス、常勤および非常勤の教員間のバランス、教員と一般教員間のバランスを含め、適切にカリキュラムを実施するために求められる基礎医学、行動科学、社会科学、臨床医学の教員のタイプ、責任、バランスを概説する（B 5.1.1）
 - ・ 授業、研究、サービスの資格間のバランスを含め、学術的、教育的、および臨床的メリットの判定水準に言及する（B 5.1.2）
 - ・ 基礎医学、行動科学、社会科学、臨床医学の教員の責任を明示してモニタリングする（B 5.1.3）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 教員の募集および選抜の方針には、以下のような水準を考慮に入れる
 - ・ 現地の重大な問題を含め、使命との関連性（Q 5.1.1）
 - ・ 経済的考慮点（Q 5.1.2）

注釈：

- ・ 「教員の募集および選抜の方針」には、カリキュラムと関連した学科または科目において高い能力を備えた研究者を十分な人数で配備できるように、高い能力を備えた基礎医学者、行動科学者、社会科学者、臨床医を十分な人数で確保するよう考慮することが含まれる。
- ・ 「教員のバランス」には、大学や健康管理施設の基礎医学、行動科学、社会科学、臨床医学において連帯責任を伴う教員と、二重の任命を受けた教員が含まれる。
- ・ 「医学と医学以外の教員間のバランス」とは、医学以外の学識のある教員の資格について十分に医学的な方向から検討することを意味する。
- ・ 「メリット」は、正式の資格、専門の経験、研究発表、教育賞、同僚の評価により測定する。
- ・ 「サービス」の職務には、医療提供システムにおける臨床的使命のほか、統轄や運営への参画が含まれる。

- ・ 「現地の重大な問題」には、学校やカリキュラムに関連した性別、民族性、宗教、言語、およびその他の項目が含まれる。
- ・ 「経済的考慮点」とは、教員の資金調達に関する組織的条件や資源の効率的利用を考慮することを含む。

5.2 教員の活動と発展に関する方針

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 以下のとおり、教員の活動と発展に関する方針を策定して履行する
 - ・ 授業、研究、サービスの職務間のバランスに余裕をみておく (B 5.2.1)
 - ・ 授業、研究、サービスの資格に適切に重点をおき、学問上の活動の功績の認定を保証する (B 5.2.2)
 - ・ 臨床サービスの職務と研究が授業時と学習時に確実に活用されるようにする (B 5.2.3)
 - ・ 個々の教員から全体的なカリキュラムの十分な知識を確保する (B 5.2.4)
 - ・ 教員の研修、発展、支援、評価を含む (B 5.2.5)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ さまざまなカリキュラムの構成要素に関連する教員と学生の比率を考慮する (Q 5.2.1)
- ・ 教員の昇進の方針を策定して履行する (Q 5.2.2)

注釈：

- ・ 「授業、研究、サービスの職務間のキャパシティのバランス」には、各職務の研究期間の提供が含まれており、医科大学のニーズと教員の専門資格を考慮するものである。
- ・ 「学問上の活動の功績の認定」は、報酬、昇進および/または報酬を通して行われる。
- ・ 「全体的なカリキュラムの十分な知識を確保する」には、協力と統合を促進する目的で、他学科および他科目の領域の教育/学習方法や全体的なカリキュラム内容についての知識を含める。
- ・ 「教員の研修、支援、発展」は、全教員が対象とされ、新たな教員だけではなく、病院やクリニックに雇用されている教員も含まれる。

6. 教育資源

6.1 施設・設備

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 教員と学生に十分な施設・設備を整えて、カリキュラムが適切に実施されることを保証する (B 6.1.1)
- ・ 教員、学生、患者とその介護者にとって安全な学習環境を確保する (B 6.1.2)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 教育実践の進歩に合わせて施設・設備を定期的に更新化して修繕または拡張することで、学習環境を改善する (Q 6.1.1)

注釈：

- ・ 「施設・設備」には、講堂、教室、グループ指導部屋および個人指導部屋、授業用および研究用教室、臨床技術検査室、事務室、図書室、IT 施設のほか、十分な勉強スペース、ラウンジ、交通機関、ケータリング、学生住宅、臨時宿泊所、個人用ロッカー、スポーツ施設、レクリエーション施設などの学生用施設が含まれる。
- ・ 「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、検査室の安全性規則と安全設備が含まれる。

6.2 臨床トレーニングの資源

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 学生に十分な臨床的経験を与えるため、以下を十分を含めた必要な資源を確保する
 - ・ 患者の数とカテゴリー (B 6.2.1)
 - ・ 臨床トレーニングの設備 (B 6.2.2)
 - ・ 学生の臨床診療の監督 (B 6.2.3)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 担当する集団のニーズを満たすため、臨床トレーニング用設備を評価し、適応させて、改善する (Q 6.2.1)

注釈：

- ・ 「臨床トレーニング施設」には、技術検査室のほか、病院（第一次、第二次、第三次が適切に融合したもの）、外来業務（プライマリケアを含む）、クリニック、初期

医療環境、健康管理センター、およびその他の地域医療環境などが含まれ、主要な全学科を通して臨床現場と臨床実習を適切に融合させて臨床トレーニングを組織化する。

- ・ 「臨床トレーニング用設備の評価」には、現場、環境、患者の人数およびカテゴリーのほか、保健業務、監督、管理などの点からみた医療研修プログラムの適切性ならびに質が含まれる。

6.3 情報通信技術

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 教育プログラムで適切な情報通信技術の有効利用と評価に対応した方針を策定して履行する（B 6.3.1）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 教員や学生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る
 - ・ 自主学習（Q 6.3.1）
 - ・ 情報へのアクセス（Q 6.3.2）
 - ・ 患者の管理（Q 6.3.3）
 - ・ 医療提供システムでの作業（Q 6.3.4）
- ・ 当該の患者データと健康管理情報システムへの学生アクセスの最適化（Q 6.3.5）

注釈：

- ・ 「情報通信技術の有効利用に関する方針」には、コンピュータ、内外のネットワーク、およびその他の手段の利用の検討も含まれる。これには、ライブラリ資源や機関の IT サービスとの連携も含まれる。また、この方針には、学習管理システムを通じたすべての教育的項目への共通アクセスも含まれる。情報通信技術は、プロフェッショナル生涯教育（continuing professional development：CPD）/医学生涯教育（continuing medical education：CME）を通して、EBM（根拠に基づく医学）と生涯学習の準備を学生にさせるために役立つ。

6.4 医学研究と学識

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 教育的カリキュラムの基盤として、医学の研究と学識を使用する（B 6.4.1）
- ・ 医学研究と教育との関係性を育む方針を策定して履行する（B 6.4.2）

- ・ 施設での研究設備と優先権を詳述する (B 6.4.3)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 医学研究と教育との相互の連関を確保する
 - ・ 現行の授業に影響を与える (Q 6.4.1)
 - ・ 医学研究開発に従事する学生を奨励して対応する (Q 6.4.2)

注釈：

- ・ 「医学研究と学識」は、基礎医学、臨床医学、行動科学、社会科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を学術研究により達成していることを意味する。

カリキュラムの医学研究の基盤は、医科大学内またはその提携機関による研究活動および/または教授陣の学識や学術的技能によって確保される。

現行の授業への影響としては、科学的方法とEBM（根拠に基づく医学）が教授しやすくなる（B 2.2を参照）。

6.5 教育の専門的立場

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 必要に応じて教育の専門的立場へのアクセスを用意する (B 6.5.1)
- ・ 以下の場合の教育の専門的立場の使用に関する方針を策定して履行する
 - ・ カリキュラムの開発 (B 6.5.2)
 - ・ 授業および評価方法の開発 (B 6.5.3)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 教員の発展において社内外の教育の専門的立場の使用の証拠を示す (Q 6.5.1)
- ・ 教育的評価や医学教育の学科の研究における専門技術の発展に注目する (Q 6.5.2)
- ・ 教員が教育的な研究の関心対象を探究し続けられるようにする (Q 6.5.3)

注釈：

- ・ 「教育の専門的立場」とは、医学教育のプロセス、実践、問題に取り組むものであり、医学教育の研究経験のある医師、教育心理学者、社会学者が対象となる。これは機関の教育開発施設や関心をもって経験を重ねてきた施設の教員チームによって提供されたり、別の国内外の施設から得られるものである。

- ・ 「医学教育の学科の研究」では、医学教育の理論的、実際の、社会的問題を調査する。

6.6 教育の交流

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 以下の方針を策定して履行する
 - ・ ほかの教育機関との国家のおよび国際的な協力（B 6.6.1）
 - ・ 履修単位の移行（B 6.6.2）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 適切な資源を提供することによって、教員と学生の地域のおよび国際的な教員および学生の交流を促進する（Q 6.6.1）
- ・ 教員と学生のニーズを考慮したうえで、また倫理原則を尊重して、交流が目的を持って組織されることを保証する（Q 6.6.2）

注釈：

- ・ 「ほかの教育機関」には、ほかの医科大学をはじめとし、衛生学教育のほかの施設や機関などが含まれ、例として公衆衛生学、歯科医学、薬学、獣医学の学校が挙げられる。
- ・ 「履修単位の移行の方針」とは、ほかの機関から転入できるように、研究プログラムの比率の制約を考慮することを意味する。履修単位の移行は、教育の基本の相互認識に関する合意を確立することによって、また医科大学間の積極的なプログラム調整を通してスムーズに行えるようになる。また、履修単位の透明化を図るシステムの採用や、課程要件の柔軟な解釈によっても容易になる。「教員」には、学問上の、管理上の、専門的教員が含まれる。

7. プログラム/カリキュラム評価

7.1 プログラム/カリキュラムのモニタリングと評価の機構

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ プロセスと成果についての所定のカリキュラムのモニタリングのプログラムを設ける（B 7.1.1）
- ・ 以下のプログラム/カリキュラム評価のメカニズムを確立して適用する

- ・ カリキュラムとその主な構成要素の言及 (B 7.1.2)
- ・ 学生の進歩への対処 (B 7.1.3)
- ・ 懸念事項の特定と対処 (B 7.1.4)
- ・ 評価に対する当該の結果がカリキュラムに影響することの保証 (B 7.1.5)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 以下について包括的に対処することになり、プログラムを定期的に評価する
 - ・ 教育プロセスの背景 (Q 7.1.1)
 - ・ カリキュラムの特定の構成要素 (Q 7.1.2)
 - ・ 全体的な成果 (Q 7.1.3)
 - ・ 社会的責任 (Q 7.1.4)

注釈：

- ・ 「プログラムのモニタリング」は、カリキュラムの重要な側面について、データをルーチンで収集することを意味する。その目的は、確実に教育プロセスを軌道に乗せて介入を必要とする領域を特定することにある。データの収集は多くの場合、学生の入学時、評価時、卒業時に伴う管理上の手続きの一環である。
- ・ 「プログラムの評価」とは、機関とそのプログラムの効果と適切性を判断する情報の系統的な収集プロセスである。これは、所定の教育成果などの使命やカリキュラムに関して教育プログラムの特性やプログラムの重要な側面を実証することを目的とした、データの収集と解析の信頼できる有効な方法の採用を意味するものである。医学教育の専門家が関与することにより、機関での医学教育の質向上に向けた経験のベースがさらに広がる。
- ・ 「カリキュラムの主な構成要素」には、カリキュラムのモデル (B 2.1.1 を参照)、カリキュラムの構造、構成内容と期間 (2.6 を参照)、および中心的パートと選択的パートの採用 (B 2.6.3 を参照) が含まれる。
- ・ 「特定された懸念事項」には、所定の教育成果の不十分な達成が含まれる。矯正措置、プログラムの開発、カリキュラムの改善などの介入や計画の導入のためのフィードバックとして、弱点や問題点の特定など、教育成果への対策や情報を採用する。
- ・ 「教育プロセスの背景」には、医科大学の学習環境や文化のほか、組織や資源が含まれる。
- ・ 「カリキュラムの特定の構成要素」には、課程の記述、教育法、学習法、臨床実習、および評価方法が含まれる。
- ・ 「全体的な成果」は、国家資格試験の成績、ベンチマーキング法、国際試験、職業選択、大学卒業後の業績などから測られる一方で、プログラムが均一になるおそれ

- を回避し、基礎をカリキュラムの改善の基盤を提供する。
- ・ 「社会的責任」(1.1の注釈の定義を参照)。

7.2 教員と学生からのフィードバック

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 教員と学生からのフィードバックを系統的に求め、分析し、対応する (B 7.2.1)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ プログラムの開発にフィードバック結果を利用する (Q 7.2.1)

注釈：

- ・ 「フィードバック」には、プロセスや教育プログラムの製品に関する情報が含まれる。また、法的帰結の有無にかかわらず、教員または学生による医療過誤または不適切な対応に関する情報も含まれる。

7.3 学生と卒業生の実績・成績

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 以下に関して、学生と卒業生の群の業績を分析する
 - ・ 使命と所定の教育成果 (B 7.3.1)
 - ・ カリキュラム (B 7.3.2)
 - ・ 資源の提供 (B 7.3.3)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 学生の以下の点に関して、学生と卒業生の群の業績を分析する
 - ・ バックグラウンドと条件 (Q 7.3.1)
 - ・ 入学資格 (Q 7.3.2)
- ・ 学生の業績の分析を使用し、以下の点に責任がある委員会へのフィードバックを提供する
 - ・ 学生の選抜 (Q 7.3.3)
 - ・ カリキュラム計画 (Q 7.3.4)
 - ・ 学生カウンセリング (Q 7.3.5)

注釈：

- ・ 「学生群の業績」の測定と分析には、実際の研究期間、試験のスコア、合格率および不合格率、成功率と脱落率および理由、学生の課程の状況に関するレポートなどに関する情報のほか、特定の関心対象の領域の所要時間、選択的構成要素などが含まれる。これには頻繁に課程を反復履修している学生の面接や、プログラムを残して退学する学生の面接も含まれる。
- ・ 「卒業生群の業績」の測定には、職業選択に関する情報、卒業後や昇進後の臨床診療における業績などが含まれる。
- ・ 「学生のバックグラウンドと条件」には、社会的、経済的、文化的状況が含まれる。

7.4 教育の協働者の関与**基本的水準：**

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ プログラムのモニタリング作業と評価作業で以下を対象とする
 - ・ 教員と学生 (B 7.4.1)
 - ・ プログラムの統轄と運営 (B 7.4.2)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ ほかの関連教育の協働者に対し
 - ・ 課程およびプログラムの評価の結果にアクセスできるようにする (Q 7.4.1)
 - ・ 卒業生の業績に対するフィードバックを求める (Q 7.4.2)
 - ・ カリキュラムに対するフィードバックを求める (Q 7.4.3)

注釈：

- ・ 「ほかの関連教育の協働者」には、学術研究や経営上の教員の代表者のほか、地域社会や一般市民の代表者（例：医療提供システムの利用者）、教育および健康管理の当局、専門組織、医療分野の学術団体、大学卒業後の教育者などの代表者が含まれる。

8. 統轄および管理運営**8.1 統轄****基本的水準：**

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 医科大学の統轄構造と機能を大学内での関係を含めて定義する (B 8.1.1)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 委員会の構造を定めた統轄構造において、以下の代表者を熟考する
 - ・ 教員 (Q 8.1.1)
 - ・ 学生 (Q 8.1.2)
 - ・ ほかの関連教育の協働者 (Q 8.1.3)
- ・ 統轄業務とその決定事項の透明性を確保する (Q 8.1.4)

注釈：

- ・ 「統轄」とは、医科大学を統治する行為および/または構造を意味する。統轄は、主に方針決定、全般的な組織の方針やプログラムの方針を確立するプロセスに関するもの、方針の履行の統制に関するものである。組織の方針とプログラムの方針は通常、医科大学の使命の決定事項、カリキュラム、入学方針、教員の募集および選抜方針、実践医療と保健医療機関との交流や連携やほかの外部との関係についての決定事項などが網羅される。
- ・ 医学部が大学の一部である場合、または大学に付属している場合、統轄構造における「大学内での位置づけ」が明確に記載される。
- ・ 「委員会の構造」は、責任の線引きを定義するものであり、カリキュラム委員会が含まれる (B 2.7.1 を参照)。
- ・ 「ほかの関連教育の協働者」には、教育省や厚生省、保健医療機関、医療提供システム、一般市民 (例：健康管理システムの利用者) の代表者が含まれる。
- ・ 「透明性」は、公報、ウェブ情報、議事録の開示などで得られる。

8.2 教学の先導 (リーダーシップ)

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 医学教育プログラムの定義と運営に向けた教学の先導 (リーダーシップ) の責任を詳述する (B 8.2.1)

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 使命と所定の教育成果の達成に関して、教学の先導 (リーダーシップ) を定期的に評価する (Q 8.2.1)

注釈：

- ・ 「教学の先導（リーダーシップ）」とは、授業、研究、サービスにおける学問上の問題に関する決定事項の責任を担う管理運営構造内にあるポジションと人物を指し、学部長、学部長代理、副学部長、事務長、部長、講座の指導者、研究所および研究センターの責任者のほか、常任委員会の委員長（例：学生の選抜、カリキュラム計画、学生のカウンセリング）などが含まれる。

8.3 教育予算と資源配分

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 専門教育の予算を含め、カリキュラムに資源を与える責任と権限の明確な線引きを設ける（B 8.3.1）
- ・ カリキュラムの履行に必要な資源を配分し、教育上のニーズに関しては教育的資源を配分する（B 8.3.2）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 所定の教育成果を達成するため、適切な方法で、教員に報酬を教えることを含め、資源を支持する自律性をもつ（Q 8.3.1）
- ・ 資源の分布において、医学の発展と社会の健康上のニーズを考慮する（Q 8.3.2）

注釈：

- ・ 「教育予算」はそれぞれの機関と国の予算の慣例に応じて異なり、医科大学の透明な予算計画と関係がある。
- ・ 「資源配分」は組織の自律性を前提とする（1.3の注釈を参照）。
- ・ 学生の支援と学生組織への「教育予算と資源配分」について（B 4.3.3 および 4.4の注釈を参照）。

8.4 管理職と運営

基本的水準：

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 経営上の教員と専門職の教員を擁していることが以下を行ううえで適切である
 - ・ 教育プログラムと関連の活動の履行を支援する（B 8.4.1）
 - ・ 適切な運営と資源の配備を保証する（B 8.4.2）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すること

- ・ 定期的なチェックを含め、運営の質の保証のため、内部プログラムを策定して履行する (Q 8.4.1)

注釈:

- ・ 本文書では、「経営上の教員」とは、方針決定と方針ならびに計画の履行の運営上の支援責任を担う管理運営構造内にあるポジションと人物を指し、一運営上の組織的構造によって異なるが一学部長の事務所または秘書室の責任者および教員、財政の責任者、予算および会計事務局の教員、入学事務局の役員および教員、プランニング、人材、IT の各部門の責任者および教員が含まれる。
- ・ 「運営」とは、組織の方針およびプログラムの方針の履行に主に関わる行為および/または体系を意味し、これには経済的な意味と組織的な意味、すなわち医科大学内の資源の実際の配分と使用が含まれる。組織の方針およびプログラムの方針の履行は、使命、カリキュラム、入学許可、教員募集、および外部との関係に関する方針と計画の達成を伴う。
- ・ 「経営上の教員の適切性」とは、資格に応じた規模と構成を意味する。
- ・ 「質の保証のための内部プログラム」には、改善の必要性の検討と運営のチェックが含まれる。

8.5 保健医療機関との交流

基本的水準:

医科大学は以下を実施しなければならない。

- ・ 社会と政府の健全性と保健関連のセクターと建設的な相互の関連性を設ける (B 8.5.1)

質的向上のための水準:

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 保健医療機関のパートナーとともに、教員と学生の関わりを含め、協力を正式化する (Q 8.5.1)

注釈:

- ・ 「建設的な相互の関連性」とは、情報、協力、組織のイニシアティブの交換を意味する。これにより、社会で義務付けられている資格をもった医師の斡旋が容易になる。
- ・ 「保健医療機関」には、公立、私立を問わず、医療提供システムや、医学研究の機関が含まれる。
- ・ 「保健関連のセクター」には、— 問題や現地の組織によって異なるが — 健康増進

と疾患予防に影響をもつ（例：環境責任、栄養面の責任、社会的責任を伴う）機関や規制団体が含まれる。

- ・ 「協力を正式化する」とは、正式な合意、協力の内容と形式の記載、および/または協同の連絡先や調整委員会のほか、共同プロジェクトの設立を意味する。

9. 継続的改良

基本的水準：

医科大学は、動的および社会的に責任を負う機関として、以下を実施しなければならない。

- ・ その構造と機能を定期的にチェックし更新する対策に着手する（B 9.0.1）
- ・ 不備の記録を修正する（B 9.0.2）
- ・ 資源を継続的な更新に配分する（B 9.0.3）

質的向上のための水準：

医科大学は以下を実施すべきである。

- ・ 更新のプロセスの基盤を前向き研究と分析に、また現地の評価結果と医学教育文献におく（Q 9.0.1）
- ・ 更新と再構築のプロセスが過去の経験、現在の活動、今後の展望に準じて、方針と実践内容の修正につながることを保証する（Q 9.0.2）
- ・ 更新のプロセスでは、以下の問題に対処する
 - ・ 科学的、社会経済的、文化的発展に対する使命の記載と成果の適合性（Q 9.0.3）（1.1 を参照）
 - ・ 学生が入学する環境のニーズについての文書に準じた卒業生の所定の教育成果の改訂。この改訂には、卒業時に直面する責任に適した臨床技能、公衆衛生学研修、患者のケアへの参加が含まれる場合がある（Q 9.0.4）（1.4 を参照）
 - ・ カリキュラムのモデルと教育方略が適切に関連していることを保証するためのそれらの適合性（Q 9.0.5）（2.1 を参照）
 - ・ 基礎医学、臨床医学、行動科学、社会科学の発展、人口統計学的特性プロファイルの変化、集団の健康/疾患パターン、社会的条件および文化的条件に合わせたカリキュラムの要素とそれらの関係の調整。この調整では、新たな関連知識、概念、方法が確実に含められ、旧式のものとは廃棄された（Q 9.0.6）（2.2 ～ 2.6 を参照）
 - ・ 評価の原則、所定の教育成果と教育方略の変化に準じた試験の方法と数の開発（Q 9.0.7）（3.1 および 3.2 を参照）
 - ・ 可能性と状況の変化、人材のニーズ、医学部進学課程の教育制度や教育プログ

ラムの要件の変化に対する学生の募集方針、選抜方法、学生の受け入れの適合性 (Q 9.0.8) (4.1 と 4.2 を参照)

- ・ ニーズの変化に応じた教員の募集と方針の開発の適合性 (Q 9.0.9) (5.1 および 5.2 を参照)
- ・ ニーズの変化 (すなわち学生の受け入れ、教員の規模およびプロフィール、教育プログラム) に応じた教育的資源の更新 (Q 9.0.10) (6.1~6.3 を参照)
- ・ プログラムのモニタリングと評価のプロセスの改良 (Q 9.0.11) (7.1~7.3 を参照)
- ・ 時間の経過に伴い状況とニーズの変化に対応し、教育の協働者のさまざまなグループの利益に適応した組織の構造の開発や管理運営の開発 (Q 9.0.12) (8.1~8.5 を参照)