

**WONCA**

**家庭医学 (family medicine) 卒後教育における**

**グローバル・スタンダード**

**【翻訳 Ver. 1.0】**

**WONCA WORKING PARTY ON EDUCATION**

**February 2012**

**平成 27 年 6 月 12 日**

**日本プライマリ・ケア連合学会 (訳)**

## 日本プライマリ・ケア連合学会

### 国際関係委員会 (訳)

#### 監訳

伴 信太郎 (委員長) 名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻総合診療医学分野  
山下 大輔 Oregon Health & Science University Family Medicine, USA

#### 翻訳 (担当順)

武田裕子 順天堂大学医学部医学教育研究室  
吉本 尚 筑波大学医学医療系／附属病院総合診療科  
富浜有香 International SOS Clinic Ho Chi Minh City, Vietnam  
高木 博 筑波大学総合診療グループ/大和クリニック  
吉田 伸 飯塚病院 総合診療科  
岡田唯男 鉄蕉会 亀田ファミリークリニック館山  
大野每子 唐津市民病院 きたはた  
廣岡伸隆 自衛隊中央病院 総合診療科  
小林裕幸 (副委員長) 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター総合診療科  
田頭弘子 英国在住  
竹村洋典 三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座家庭医療学分野  
内藤亮 サセックスパートナーシップ NHS ファウンデーショントラスト(英国)

世界医学教育連盟(World Federation for Medical Education: WFME)は、卒後臨床教育の質向上のための国際基準を定めている。WONCAは、この基準に準拠して、家庭医学専門研修に役立つ国際基準を作成した。世界医学教育連盟の原文は、‘<http://www.wfme.org/>’に掲載されているので、参照いただきたい。世界医学教育連盟の基準は卒後教育全般が対象となっているため、特に家庭医学研修に求められる基準となるように原文を変更しており、特定の研修内容や研修場所に関する記述も、基準のなかに含めている。この文書は、WONCAの世界会議ならびに各支部での数年の検討を経て作成された。

この文書では、専門診療科として家庭医学(family medicine)という用語を用いているが、国によっては、総合診療(general practice)や家庭医療(family practice)、プライマリ・ケア(primary care)という用語の方がより適している場合もあるであろう。大事なのは、どの用語を用いるかよりも、どういった基準を求めているかであると考えられる。この専門領域の性質は、それを表現する用語によって規定されるものではなく、地域を対象にしているかによって、本質的には時と場所を越えた医師と患者との関係に基づいて構築されるものである。家庭医学(Family Medicine)は、長期的な患者中心の包括的かつ継続的医療であり、出生前の妊婦健診から緩和ケアまで、あらゆる年齢の方々を対象として様々な場面で医療を提供できることを特徴とする専門領域である。

## 歴史

1998年、世界医学教育連盟は、医学教育の国際基準(International Standards in Medical Education)に関するプログラムを発表した。その目的は、国際的な視野に立って医学教育に責任を有する機関や、卒前から卒後の医学教育において提供されるプログラムの質を向上する仕組みを構築することにあつた。この取り組みは世界保健機構 World Health Organization (WHO)と世界医師会 World Medical Association (WMA)によって承認され、以下の3つのことを目指している。

- 医学教育に責任を有する省庁、組織、担当機関が、国際的な推奨基準に準じて、教育変革や質向上のための計画を自らで立案するように促す
- 教育プログラムの質が最低限必要な基準を満たしていることを保証するために、医学教育機関やプログラムに対する、国あるいは国際的なレベルにおける評価や認証システムを確立する
- 急速に国際化している社会において、診療の質と医療人材の適切な活用を確保するために、医学教育の国際水準を明確に定義する

世界医学教育連盟の国際基準作成にあたっては、世界各地の医学教育者が協

力し、基本医学教育(basic medical education)、卒後臨床教育(postgraduate medical education)、継続専門職教育(continuing professional development)のそれぞれに関する基準を 2003 年に発表した。さらに、世界医学教育連盟は、WHO とともに、卒前教育プログラム認証のガイドラインを発表している。これらの基準は、国際的に利用されることを目的に、世界各地の専門家によって厳しい過程を経て作成されている。そのため、2006 年に WONCA Working Party on Education (WWPE:WONCA 教育ワーキング委員会)が家庭医学に特化した教育基準を開発するにあたり、非常に役立つ枠組みとなると考えられた。2012 年 5 月に、WWPE は、世界医学教育連盟の基準をひな形にして家庭医学教育国際スタンダードを作成してよいという許可を得た。本文書は、WWPE 作成による家庭医学卒後教育基準を示すものであり、そのもととなっているのは世界医学教育連盟の国際基準である。

### **本基準の利用について**

この文書で示す水準については、家庭医学卒後教育の質向上を達成するために、様々な場面での活用法が考えられる。これらの基準は国際的な利用を前提としているが、家庭医療が実践される状況は国によって大きく異なるため、あえて大まかな基準を示している。地域のニーズに沿った基準とするためには、細かなところをそれぞれの国の状況に応じて規定する必要がある。それぞれのプログラムにとってこれらの基準が役立つのは次のような場合である：

- 自己評価とプログラムの質の向上
- 新しいプログラム開発
- 相互評価 (Peer review)
- 評価と認証

### **定義**

“卒後医学教育”とは、医学部を卒業した医師が、将来独立して診療にあたれるように、指導を受けて研修する段階を指す。そこには、医師登録に必須の研修、職業/専門研修、専門医やサブ・スペシャリストとなるための研修、その他の正式な研修プログラムが含まれる。通常、これらの正式な研修を修了すると、学位や、免許状、証明書などが賦与される。

卒後医学教育は卒業後の期間の定まった段階を指すが、医学生涯教育(Continuing Medical Education: CME)や継続専門職教育(Continuing Professional Development: CPD)<sup>1</sup>と明確に分けることはできない。一方、医学生涯学習や継続専門職教育は、医学部卒業後、医師として診療にあたるなかで常に実践されるもので、自己学習(self-directed learning)という特徴を持ち、

長期間にわたって直接的な指導の下に行われることはまれである。卒後研修を受ける医師は、様々な名称で呼ばれる。この文書では、基本的に“研修生 (trainee)” という用語を用いている。国によっては、登録医 (registrar)、レジデント (resident)、あるいは研修医 (doctor-in-training) とも呼ばれる。同様に、研修生を教育あるいは監督する医師を指す用語もいろいろ存在するが、ここでは、臨床教育指導を行う者を“指導者 (trainer)”、研修生の相談に乗り助言を与える立場の者を“メンター (mentor)” と呼ぶことにする。この二つの役割はしばしば重なっており、一人の指導医が両方の立場を有することも当然ありうる。

世界医学教育連盟の推奨する卒後医学教育の国際基準は、以下の **9 領域 (AREAS)** と **38 の下位領域 (SUB-AREAS)** <sup>2</sup> により構成される。

**領域 (AREAS)** は、卒後医学教育および研修の構造、過程および教育成果 (アウトカム) の大きな要素を示すもので、次の 9 項目からなる：

1. 使命と教育成果
2. 研修課程
3. 研修生の評価
4. 研修生
5. 指導者
6. 研修環境と教育資源
7. 研修課程評価
8. 管理運営
9. 継続的改良

**下位領域 (SUB-AREAS)** は、各領域の評価指標 (performance indicator) に結びつく、具体的な項目である。

**水準 (STANDARDS)** は、各下位領域において、達成度を 2 段階に分けて設定している。

- **基本的水準 (Basic standard)**：あらゆる研修プログラムで達成されていなくてはならない水準で、外部評価の際に達成していることが示されなくてはならない。  
基本的水準は、[しなければならぬ (must)] と表現される。
- **質的向上のための水準 (standard for quality development)**：この水準は、卒後医学教育の優れた実践であると国際的合意により定められた水準であ

る。研修プログラムは、これらの水準の一部あるいは全てを達成している、または達成すべく取り組んでいるということを示さなくてはならない。これらの基準達成は、研修プログラムの発展段階や資源、教育方針によって異なり、地域における必要性や優先度によっても影響を受けることになる。最も進んだ研修プログラムであっても、これらの基準全てを満たすとは限らない。質的向上のための水準は、[すべきである(should)]によって表現される。

**注釈**は、基準の記載を明確にしたり、強調したり、例示したりするために用いる。

<sup>1</sup> 継続専門職教育(CPD)とは、診療するうえで必要な、あるいは職業人として質の高い業務遂行に求められる、多面的な能力(competency)を継続して修得する教育活動を指す。そこには、知識や技能の様々な要素(例:医学的、管理者的、社会的、個人的)も含まれる。しばしば、卒後研修修了とともに開始する学習としてCPDという用語が用いられるが、実際は、それをはるかに超える教育活動である。医学の進歩や医療制度の変革に伴い、社会や個人のニーズは変化する。医師はそうした状況に応じて、自らの役割を見極め対応する責務がある。そのための学びは、医学部入学とともに始まり、医師が診療に従事する限り続けられるものである。

<sup>2</sup> 各領域および下位領域は互いに複雑に関連しあっていることを、世界医学教育連盟とWONCA教育ワーキング委員会は認識している。

## 1. 使命と教育成果 (Mission & outcomes)

### 1.1 使命と教育成果の提言 (Statement of mission & outcomes)

#### 基本的水準：

管轄団体は、家庭医学(family medicine)あるいはプライマリ・ケア(primary care)に専念している組織を含む専門家団体と協議して家庭医学(family medicine)の卒後研修の使命と教育成果の目標を定め、それらを周知しなければならない。

そのような使命と教育成果の提言は、医療制度からの要請に応じた、専門家らしい態度で包括的で最新の家庭医療(family practice)を(非監督下で独立して、もしくはチーム内で)実践する能力のある家庭医を養成するための、実践的な研修課程をでなければならない。

#### 質的向上のための水準：

使命と教育成果目標は研修課程の適切な改良を奨励し、最低限必要とされている以上の幅広い能力(コンピテンシー)の発達を許容すべきである。さらに継続的で包括的な患者医療という背景において、医療の課題及び健康増進に対処する際に適切、効果的で思いやりのある患者診療の改善に絶えず努めるべきである。研修は家庭医学(family medicine)の研修生(trainee)が家庭医学(family medicine)の研究者(scholar)となるように促すべきで、生涯学習、自己学習、医学生涯学習及び継続専門職教育(continuing medical education and continuing professional development)に備えるための準備をすべきである。

#### 注釈：

- ・ 使命と教育成果の提言には、国内ないし特定地域の方針に関係した、家庭医学(family medicine)に関わる一般的及び特定の問題を含む。
- ・ 管轄団体は卒後研修の規制に関与する地方団体及び国代表団体を含む。また管轄団体は中央政府機関、国の委員会、大学、専門分野で有能な組織または連合である可能性もある。
- ・ 卒後研修の種類は、医師登録前の研修(〔訳註〕日本における必修卒後初期臨床研修)、系統的専門領域(後期研修)教育、専門医研修および家庭医学(family medicine)の専門医として認定、または同等の承認に相当するものにつながるその他の正式な研修を含む。
- ・ 研究者(scholar)は、より深くあるいは幅広く専門領域の発展に従事することを意味し、教育、発展、研究、管理などに責任を有することを含む。

### 1.2 使命と教育成果の策定への参画 (Participation in the formulation of mission & outcomes)

#### 基本的水準：

卒後研修の使命と教育成果は、(家庭医学)教育に関わる主要な関係者によって定義され、

採用されなければならない。

**質的向上のための水準：**

使命と教育成果の策定には、幅広い関係者からの意見を聴取すべきである。

**注釈：**

- ・ 教育に関わる主要な関係者には、家庭医学(family medicine)のプログラム委員長、家庭医学会および家庭医学(family medicine)の研修生 (trainee) ならびに関連の省庁、職能団体、他の組織が含まれる。
- ・ 幅広い関係者には、監督者、指導者 (trainer) 、教育者、他の医療専門職、患者、地域、家庭医の組織および医療関連行政組織の代表者が含まれる。

### 1.3 プロフェッショナリズムと自律性(Professionalism and autonomy)

**基本的水準：**

プロフェッショナリズムの研修課程は、既に承認されている基本医学教育に基づき、さらに家庭医としてのプロフェッショナリズムを強化するようなものでなければならない。研修は患者に最善の利益をもたらすような行動を可能とする職業的自律性を涵養するものでなければならない。その際医師は自分が行う助言/治療が、その地域ではどのような受けとられ方をするかということをよく考えておくべきである。

**注釈：**

プロフェッショナリズムとは我々一人ひとりに対して職務遂行中に患者や社会から期待される知識、技能、態度、行動であり、生涯学習や臨床能力の維持に必要な技能・情報に対する判断・倫理的な行動・清廉であること・誠実であること・利他的精神・他者への奉仕・職業規定の遵守・正義の追求・他者の尊重といった概念を含んでいる。

### 1.4 研修の成果 (Training outcomes)

**基本的水準：**

管轄団体は1.1で定義される家庭医学および他分野の専門組織と協議の上、研修プログラムを修了条件として、家庭医研修生が習得しなければならない家庭医として必要な能力（コンピテンシー）を定義しなければならない。

**質的向上のための水準：**

研修生の習得すべき広範囲でしかも具体的なコンピテンシー明示され、かつそれらは基本医学教育の結果として既に習得されている能力（コンピテンシー）と関連づけられなければならない。研修生の習得した能力（コンピテンシー）の評価はプログラム開発へのフィードバックに用いられなければならない。



## 注釈：

能力（コンピテンシー）とは広義な専門用語の中で定義される、もしくは、知識・技能・態度や行動といった構成要素を含む観察可能な能力である。家庭医学の卒後研修に関連する能力（コンピテンシー）は以下の領域を含むことになる。

- ・ その人に力点をおいた（疾病中心ではない）長期的なケア。その中には、ヘルスプロモーションから疾病予防といった広範囲にわたり、かつ急性から慢性疾患の管理にわたり、リハビリや緩和ケア、終末期ケアといった包括的全人的な健康に関する問題を適切・安全・有効に行うことが含まれる。これらの問題には、一連の医療の一部である場合もあれば、初期段階でかかわることもある。しばしば、ひとりの患者は、同時に時間をかけて取り組む必要のある多くの問題を抱えている。積極的な健康づくりや組織的かつ時に応じた予防やスクリーニングの取り組みもまた必要とされる。
- ・ 基礎生物学、臨床医学、行動科学、医の倫理や医事法制などの医学的知識と患者ケアへのそれら知識の応用。
- ・ 個々の患者やその家族との効果的な情報交換を確実にする対人関係スキルやコミュニケーションスキル、他の医療従事者、科学界や社会とのチームワーク。これは患者中心のケア、関係性中心のケア、もしくは同様の概念の能力（コンピテンシー）の獲得も含まれるべきである。
- ・ 常に進歩に遅れないように診療を改善していくために、新しい科学的知見を吟味して活用することも含めた生涯学習。
- ・ 同僚、医学生や他の医療従事者に対する、監督者・指導者・教育者としての機能。
- ・ 特定の医学分野の開発や研究に携わる研究者（scholar）としての能力
- ・ 倫理の実践や高い行動規範を通して患者や地域の健康に関与するプロフェッショナルリズム。これは失敗を認め、その結果に向き合うことを厭わず行うことも含まれる
- ・ 公衆衛生や健康政策上の問題の知識や、より大きな背景であるヘルスケアシステムを認識し対応できる能力。それには、たとえば医療制度の構築や調整・医療提供者と運用責任者の協力、費用対効果の高い医療・医療経済・医療資源分配の実践等が含まれる。
- ・ 患者やその家族のみならず、医療チームの他メンバーとの協働できる能力。

- ・ 患者とその地域の支援者として行動するための関心と能力。
- ・ 地域に密着して、社会的責務の意識を持つこと：適切なサービスを開発・実施するために、責任をもっている地域の健康問題や必要とされているものを理解すること。これには、地域における疾病の発病率と罹患率を考慮すること、また健康問題に向かう際に、女性や子供もふくめた心理社会的な問題を考慮することも含まれる。

## **2. 研修課程 (Training process)**

### **2.1 学習方法 (Learning approaches)**

#### **基本的水準：**

卒後臨床研修は、体系的な家庭医学の研修プログラムで行われるべきである。研修は実践的でなければならない - 換言すれば研修施設において研修生自身が患者のケアに関わり、責任を持つことが含まれる。研修施設は、家庭医診療を受診する様々な患者を診ることができ、地域を基盤としていて、かつ、家庭医が管理と教育において主要な役割を果たすような環境でなければならない。研修プログラムは、省察的観察、論理的概念、研修生の能動的な参加、実践的な経験を包括的に統合したものでなければならない。

研修は、包括的なプログラムに基づいて運営されなければならない。その運営には、適切な監督、定期的な評価、フィードバックが含まれる。研修は、(学習者の) 技能、知識、経験、成長にともない独立した診療の機会と責任を増やしてゆかなければならない。

#### **質的向上のための水準：**

卒後臨床研修は基本医学教育、医学生涯教育、継続専門職教育と連続性を持つべきである。すべての研修生は、教育カウンセリングを受けられるようにすべきである。

#### **注釈：**

教育的カウンセリングは、あらかじめ指定された教育者あるいはメンターに相談することも含む

### **2.2 科学的方法 (Scientific methods)**

#### **基本的水準：**

研修生は家庭医学の科学的基盤と方法に関わる知識を習得しなければならない。これらの知識の習得は家庭医学に関わる幅広い臨床的/実践的経験を通しておこなわれるべきである。また研修生は家庭医療の患者を診てゆく上で特有な科学的根拠に基づく医療 (EBM) と熟慮した臨床判断に親しまなければならない。

#### **質的向上のための水準：**

研修課程のなかで研修生は、情報管理の技能、文献の批判的吟味、質的改善、科学的データ、科学的根拠に基づく医療 (EBM) の正式な教育を受けるべきである。また研究に接する機会を持つべきである。

**注釈：**

科学的根拠や方法の教育としては、選択機会として研修生が行なう研究も選択肢として含まれる。

**2.3 研修内容 (Training content)****基本的水準：**

研修課程には、次のようなものが含まなければならない。

-現場での業務と、家庭医学に関わりのある基礎生物学、臨床医学、行動科学、社会科学の理論

-個々の患者に個別化されたプライマリ・ケアの臨床的判断

-家庭医学でプロフェッショナルとして医療行なう上で必要なコミュニケーション技能、医療倫理、質的向上の方法、公衆衛生政策、医療法学、経営学

家庭医養成を有効に行うためには、プライマリ・ケアの場での教育が最も基本となる。ただし、家庭医が直接関わるもしくは紹介をするような2次、3次診療の場での補足的な経験が、とても役に立つ事もある。

卒後教育の少なくとも50%の期間は、家庭医が教育責任者あるいは教育者をつとめている家庭医療の現場で行なわれるべきである。

**注意：**

家庭医に求められる全領域を適切に経験するために家庭医療以外の場での研修が必要となるかもしれないが、その研修の場での学習の目標は家庭医療に特有な目標でなければならない。

(研修) プログラムは下記の要件を含まなければいけない (\*1.4章も参照)

- ・ 健康増進、疾病予防、急性/救急ケア、慢性ケア、リハビリテーション、緩和ケアを通じたサービスを患者に提供する。
- ・ 様々の領域（出生してから死までのすべての年代、すべての性別、家庭医療が対応する多様な問題）を通じた患者へのケアを提供する。これらのケアは、（家庭医学の）必須のコンピテンシーを学び、獲得する為に必要な適切な量と多様性がなければならない。これらには、医学的および外科的/手技的両方での、評価、診断、適切な管理が含まれる。
- ・ 継続したケアの経験—一定の患者集団に対して、継続的な関係の構築のために適切な態度を持ちながらによって継続的に責任を持つ。時間、場、そして健康状態を超えて患者集団への責任をもつ。
- ・ 未分化な患者ケアの問題に対応する能力。これらには、不確実な問題に

直面した時の判断や多臓器疾患の様々な要素を扱うことが含まれる。

- ヘルスケアの心理社会的、文化的な側面に対応する能力。そしてこの能力を学習する為の学習プログラムと臨床経験。
- 一般的なコミュニケーション能力。これらには困難な状況での患者や家族への対応、不確実性を患者に伝えること、そして、患者の意思決定を支援する能力が含まれる。
- 適切な境界設定、親密さ、力関係を含む患者医師関係の知識と理解。
- 適切な診療録の使い方と他の医療職との適切なコミュニケーション。
- 生命倫理の知識と臨床決断過程に応用出来る、生命倫理の枠組みの理解。
- 自身の診療設定での医療に関する法的問題に精通していること。
- 家庭医療の中で、質の維持についての理解。これらには自分自身が提供している医療の質の評価をする能力も含まれる。
- 地域医療/公衆衛生の基本的な理解。これらには、非生物学的な健康決定因子の理解とそれらが担当する地域の健康に及ぼす影響の理解が含まれる。
- 健康増進と予防の概念の理解、臨床の場において健康増進と予防に積極的に取り組む能力
- 医療制度の理解と、家庭医が調整役として関わるような医療資源を患者の診療において活用する。

#### **質的向上のための水準：**

研修課程には、家庭医療のエキスパート、健康増進の代弁者、コミュニケーター、協力者、チームメンバー、研究者、管理者、経営者、プロフェッショナルという（家庭医が担う）様々な役割の、知識、技能、態度、個人の能力の涵養が含まれるべきである。

## **2.4 研修の構造, 構成と期間 (Training structure, composition and duration)**

#### **基本的水準：**

研修および専門職教育の全体の構成、構造と期間は、目標の明確な定義と期待される解決課題および、それらと基本医学教育や医療との関係を明らかにした形で記述されなければならない。また必修項目と選択項目ははっきりと区別されなければならない。

#### **質的向上のための水準：**

実践と理論の統合は研修課程で保証されるべきである

**注釈：**

- ・ 研修の構造は、研修経験の詳細ではなく、全体を通しての研修環境のつながりと（その場での）医師の責任を指す。
- ・ 診療と理論の統合は講義による教育と、監督下で行なわれる患者ケアを含む。

**2.5 研修とサービスの関係 (Relationship between training and service)****基本的水準：**

専門能力教育は徒弟的な要素をもつことは明記され尊重されなければならない。研修とサービスの統合（実際に働きながらの研修）は公式な合意を通して保証されなければならない。研修生はサービス（上記）活動中に、学習を指導するための監督を割り当てられなければならない

**質的向上のための水準：**

医療システムのニーズは、サービスに基づいた研修のために効果的に活用されるべきである。提供される研修は、サービス（実際に働きながらの研修）の要求を補完するものであり、軽視されるものではない。研修生には、研修プログラムを通して、キャリア指導とメンターシップを提供してくれる常設の家庭医療アドバイザーが用意されるべきである

**注釈：**

- ・ 研修とサービスの統合は、一方では研修生による適切なヘルスケアサービスの供給を、もう一方では学習機会はサービス（働きながらの研修）の機能に組み込まれていることを指している
- ・ 効果的な活用とは異なる診療環境、患者および臨床問題を研修目標に沿って最適に利用することであり、同時にサービスの機能も尊重することを示している。

**2.6 研修の管理 (Management of training)****基本的水準：**

個別の研修環境と研修課程の編成、調整、管理、そして評価の責任と権限は明示されていなければならない。家庭医療の中での調整された研修では、（家庭医療の中の）異なる臨床およびマネジメントの領域に対する経験を得ることが保証されなければならない。

**質向上の為の水準：**

研修プログラムに責任をもつ機関は、研修の計画と、研修プログラムの中で方略、評価、改善を実施するために必要な資源を提供されるべきである。研修プ

プログラム立案においては、家庭医療教育専門家、研修者、その他の関連する関係者が参加すべきである。

**注釈：**

他の関連する関係者には研修課程に関わる上記以外の人、他の医療専門職の代表、そして健康（医療）の関連機関などが含まれる。

### 3. 評価 (Assessment)

#### 3.1 評価方法 (Assessment methods)

##### 基本的水準：

卒後研修は、評価の過程が含まなければならない。そして管轄団体は、最終試験の合格基準やその他の評価方法を含む、研修生の評価に使われる方法について定義をし、明示しておかななければならない。評価は、研修中の形成的な評価法と建設的なフィードバックを強調しなければならない。

##### 質的向上のための水準：

評価方法の信頼性と妥当性は記録され、評価されるべきである。また、外部の家庭医療専門家試験委員の登用も推奨されるべきである。補完的な複数の評価方法も利用されるべきである。研修の能力修得の様々な段階と形成的評価は研修のログブックやポートフォリオに記録されるべきである。評価の結果に対して疑義申し立てが可能な仕組みが確立されるべきである。必要に応じて、セカンドオピニオン（第三者の意見）や指導者／監督者の変更、追加研修等が手配されるべきである。

##### 注釈：

- ・ 評価に使われる方法の定義は以下のものが含まれる；形成的評価と総括的評価のバランス、試験やその他のテストの数、様々な形式の試験のバランス、絶対基準と相対規準の使い分け、ポートフォリオの使用、特殊な形式の試験（例：OSCE (Objective Structured Clinical Examinations)）
- ・ 評価方法の評価は、それらがどのような研修と学びを促進するかの評価も含む
- ・ 外部試験委員は、それまではその研修生と関わりを持っていない家庭医療の専門家であり、客観的な評価だけでなく、広範囲な視点も提供してくれるかもしれない

#### 3.2 評価と研修との関連 (Relation between assessment and training)

##### 基本的水準：

評価の原則、方法、実践は明確に、研修の目的と一貫性があり、学習を促進するものでなければならない。評価は、プログラム期間を通じて研修生の進捗を記録しなければならない。修了時には家庭医療の実践の準備ができていないことを立証しなければならない。

##### 質的向上のための水準：



評価の方法と実践は、統合された学びを促進し、知識、技能、態度に加えて前もって設定された診療資格要件についても評価すべきである。使用される方法は臨床の実践と評価の間の建設的相互作用を促すものであるべきである。

### **3.3 研修生へのフィードバック (Feedback to trainees)**

#### **基本的水準：**

研修生のパフォーマンスに対しての建設的なフィードバックとコーチングは、継続的に行なわれなければならない。

#### **質的向上のための水準：**

(評価における) 研修生のパフォーマンスの合格基準は研修生と監督者の両者に明示され、伝えられるべきである

#### **注釈：**

フィードバックとコーチングとは研修生と指導者／監督者との間での臨床能力についての評価結果と、計画された対話を含む。それらは、コンピテンスの発達の強化するために必要な指導と、方策を保証するために行なわれる

## 4. 研修生 (Trainees)

### 4.1 採用方針と採用選抜 (Admission policy and selection)

#### 基本的水準 :

管轄団体や家庭医療専門医団体は研修生の選抜における基準と過程についての方針について合意しなければならない。また、その方針を公表し実行しなければならない。

#### 質的向上のための水準 :

選抜の基準は、家庭医学の研修課程によって伸びると思われる潜在能力を勘案して、認知領域と認知領域以外の基準を明示すべきである。選抜過程は透明で、基本医学教育の正規修了者すべてに門戸が開かれるべきである。選抜方法には監視と申し立ての仕組みを含まなければならない。

#### 注釈 :

- ・ 研修生選抜の過程を明示した文章には選抜過程の理由と方法の両方を含むだろう。また異議申し立ての方法の記述を含むこともある。
- ・ 採用方針の監視は、家庭医療の多様性に関連する様々なコンピテンシーに対応出来るように、そして研修生の能力を反映するために、選抜基準の改善を含むだろう。
- ・ 選抜の基準は、地域に適切か、性別、人種、その他の社会的要求、例えば、へき地のような十分なサービスをうけられない住民出身の医師に対する特別な採用方針の潜在的な必要性の配慮（慎重にすべきことだが）も含むかもしれない。

### 4.2 研修生数 (Number of trainees)

#### 基本的水準 :

研修生数は適切な研修と指導の質を保証するために、臨床的/実践的研修の機会、指導の能力、その他の資源とのバランスがとれていなければならない。

#### 質的向上のための水準 :

研修生数は関係者との協議を通して見直されるべきである。医学のあらゆる分野において医師資源の必要性の内在する予測不能性を認識しながら、研修生の定数は、地域や社会の現存するニーズと市場原理に注意を払い、柔軟に変えられるべきである。

#### 注釈 :

- ・ 関係者とは地方と国の健康部門における、人的資源の計画と開発に責任を持つ人々を含む。
- ・ 研修をうけた医師に対する地域と社会のニーズの予測は、科学の発展、医師の移動様式（研修終了後の移動）に加え多くの市場や人口動態の影響の見積もりを含む。

#### 4.3 研修生の支援とカウンセリング (Support and counseling of trainees)

##### 基本的水準：

管轄団体は、家庭医療専門職と協力して、研修生の支援、カウンセリング、進路指導を可能にするような仕組みを保証しなければならない。

##### 質的向上のための水準：

カウンセリングは研修の進行と報告されるインシデント（研修中の小さな事件／出来事）の観察をもとに提供されるべきであり、また研修生の社会的や個人的なニーズに対処すべきである。

##### 注釈：

社会的あるいは個人的なニーズは、職業に関するサポート、健康問題、住宅問題、金銭的問題などである。

#### 4.4 職場環境 (Working conditions)

##### 基本的水準：

卒後研修は、家庭医療の適切な報酬のある立場／有給の地位で実行されなければならないし、家庭医に通常期待される当直業務も含むすべての医療活動へ組み込まれなければならない。それによって標準的な勤務時間を通して、職業的活動を実際的な研修と理論的学習に向けることになる。研修生の雇用条件と責任については規定され、すべての関係者に知らされなければならない。

##### 質的向上のための水準：

サービス（働きながらの研修）の要素は過度にならぬようにすべきである。また、勤務時間とオンコール・スケジュールの構成は、患者のニーズとケアの継続性と研修生の教育ニーズを考慮すべきである。パートタイム研修は特別な状況の下で許され、管轄団体によって決定され、個別に作成されたプログラムと雇用背景に従って構成されるべきである。パートタイム研修の全期間と質はフルタイム研修生のものを下回るべきではない。妊娠（出産／育児休暇を含む）、病気、兵役、出向のような研修の中断は追加研修で置き換えられるべきである。

**注釈：**

- ・ 契約雇用身分はインターンシップ internship、レジデント residency、登録医 registrar、上級登録医 senior registrar などがある。
- ・ 研修生のサービスに含まれる身分は契約に具体化された規定と保護に従わなければならない。

**4.5 研修生代表****基本的水準：**

研修プログラムや労働条件、そして研修生に関係するその他の事柄についての計画と評価に、研修生代表と適切な参加についての方針がなければならない。

**質的向上のための水準：**

研修生の組織は研修の過程、条件、調整についての決定に参加するよう勧められるべきである。

**注釈：**

研修生代表が地方や国レベルでプログラムに責任を持つグループや委員会に参加することを含むだろう。

## 5. 指導者 (Staffing)

### 5.1 任命方針 (Appointment policy)

#### 基本的水準：

教育者、監督者、指導者の任命方針においては、必要な専門知識・技能、責任、そして責務を具体的に明示しなければならない。任命の方針には研修スタッフの責務を具体的に示し、教育やサービスの業務と他の責務のバランスを明示しなければならない。家庭医がプログラムにおける研修者教育の中心的役割を負わなければならない。

#### 質的向上のための水準：

すべての医師が専門職としての責任の一つとして卒後研修で後輩医師を指導する必要があることを認識すべきである。家庭医学の卒後研修に参画することは相応の報酬が与えられなければならない。指導スタッフの規則では、指導者は担当の領域に現在専念して従事している者であり、サブスペシヤル領域の指導者は、その領域での研修期間に限って認可されるべきである。

#### 注釈：

- ・ 指導スタッフには、家庭医、他の領域の医師、他職種医療従事者を含む。
- ・ 他の責務には管理行政機能、その他の教育及び研究を含む。

### 5.2 指導者の責務と指導者育成 (Obligations and development of trainers)

#### 基本的水準：

教育者や指導者は家庭医療研修者に対する教育的役割を果たす資質を身に付けていなくてはならない。また、その教育における責任を熟知しなければならぬ。教育活動が指導者としての勤務に組み込まれていなければいけない。また、指導医の教育活動のスケジュールと研修生のスケジュールは明示されなければならない。

#### 質的向上のための水準：

研修スタッフの規則には組織化された研修プログラムを含む研修スタッフへの援助、そして育成や昇進の機会について含めなくてはならない。その規則には、指導者、監督者、そして教育者としての機能を果たすことなどの、アカデミックな活動の功績も認知し評価することを含まなければならない。指導者と研修生との数の比は研修生に対する注意深い対応と管理が出来るように確保されなければならない。

**注釈：**

- ・ 教育的役割を果たす資質の具備には状況に適した教育手法や教育方略の理解を深める機会を含む。
- ・ 組織化された研修プログラムでは構造化された活動により教育者が新人、一人前、熟練者、場合によって名人へと段階的に成長できる。
- ・ 学際的な活動を功績に対する認知には、報償、昇進、報酬などを含む。

## 6. 研修環境および教育資源 (Training settings and educational resources)

### 6.1 臨床の場と患者 (Clinical settings and patients)

#### 基本的水準：

研修場所は、管轄団体がしっかりと選択、評価し、十分な研修が提供されるよう、臨床的／実践的な施設が用意されなければならない。研修場所では、研修の目的にかなうよう、十分な患者数と適切な症例の多様性が必要である。研修には、地域医療の特性にあった家庭医学の幅広い経験、診療所および入院診療、当直業務が含まれなければならない。健康や疾病予防の促進に関する研修を含め、家庭医学のあらゆる側面についての臨床経験ができるよう、患者数と症例の多様性を保たなければならない。遠隔での教育を確保するため、オンラインや電子媒体なども、臨床研修の経験を補完する有用な手段である。

#### 質的向上のための水準：

研修環境の質は定期的に監視されるべきである。その監視にはそれぞれの研修生が家庭診療の患者さんを場所を問わず（注：外来、入院、訪問など）長期にわたり継続的にフォローでき、家庭医学の診療範囲の問題を代表する多様な健康問題を診ているかが含まれる。

#### 注釈：

- ・ 診療所または外来の研修環境では、患者が外来で初期診療を受けることができるような環境を提供する。
- ・ 入院患者または病院診療は、短期または長期に入院した患者を診療する環境を提供する。
- ・ 研修環境の質は、例えば施設査察などで評価することができる。

### 6.2 施設・設備 (Physical facilities and equipment)

#### 基本的水準：

研修生には、実践的と理論的な学習の場所と機会を用意し、十分な専門的文献を容易に取得出来る環境、そして臨床手技のような実践的技能の習得に必要な機材を提供しなければならない。患者の診療に関わる場所において、必要な情報にアクセスできる手段を持たなければならない。

#### 質的向上のための水準：

研修の教育施設および設備について、卒後研修としての適性と質の点で評価を定期的に行う必要がある。

**注釈：**

- ・ 研修場所の教育設備には、例えば、講堂、チュートリアル部屋、図書室、情報処理装置などが含まれる。
- ・ 情報の手段には、単に電子媒体のみでなく、診療ガイドラインや最近の研究結果の要約など紙媒体の資源を含む。

**6.3 診療チーム (Clinical teams)****基本的水準：**

臨床研修には、家庭医および他の医療従事者とチームとして働く経験が含まなければならない。

**質的向上のための水準：**

研修の過程において、多職種チーム医療で学んだ結果、家庭医および他の医療従事者と、医療チームの一員またはリーダーとして効果的に仕事を達成することができるようになる必要がある。

**6.4 情報技能 (Information technology)****基本的水準：**

患者の診療管理を確かなものにするため、研修プログラムには、情報技能ならびに通信技能を効果的に利用する方針を明示しなければならない。

**質的向上のための水準：**

研修医ならびに指導者は、自己学習や、データの収集、医療制度下での診療のため、情報技能や通信技能にたけている必要がある。

**注釈：**

- ・ 情報技能ならびに通信技能の利用に関する方針は、印刷物や、コンピューター媒体また内外のネットワーク上だけでなく、関連する機関の図書サービスと関係することも含まれる。
- ・ 情報技能や通信技能の利用は、EBMの教育の一部ともなり、また、研修医の生涯教育や専門職教育のための準備となりうる。

**6.5 研究 (Research)****基本的水準：**

研修の場において診療と研究を統合し、涵養する方針がなければならない。研修の場の設定には、研究施設、研究活動および研究の優先事項が含まれなけれ



ばならない。

**質的向上のための水準：**

臨床研修と研究を組み合わせる機会を与えるべきである。研修生には、健康の質的向上、および、質的研究を含む研究に従事するよう促すべきである。

**6.6 教育的専門知識 (Educational expertise)**

**基本的水準：**

研修の計画、実施、評価に関して教育的専門知識の活用方針を策定されていなければならない。

**質的向上のための水準：**

教育専門家を活用することが出来るようにするべきである。また家庭医学に関わる卒後医学教育に置けるスタッフの研修と研究に教育専門家を使うことを示すエビデンスを知ることが出来るようにすべきである。

**注釈：**

- ・ 教育的専門知識があれば、卒後研修の問題、過程、実践ならびにその評価について扱うことができ、医学教育の経験を持つ医師、教育心理士および社会学者などが含まれる。
- ・ 医学教育研究では、研修や教育の効果、より広範な施設背景について調査を行う。

**6.7 他の環境での研修ならびに海外研修 (Training in other settings and abroad)**

**基本的水準：**

研修を完遂し、研修単位の互換の条件を満たすために、他の国内・国外の場所での研修機会に個々がふれることを認める方針を策定しなければならない。

**質的向上のための水準：**

適切な資源をもって、教員スタッフならびに研修生の地域的、国際的な交流を促進すべきである。管轄団体は、交流と研修内容の相互理解の促進のため、相当する国内、国際機関との関係を確立すべきである。

**注釈：**

研修単位の互換は、研修施設間でのプログラムを積極的に協調することで、促

進することができる。

## 7. 研修課程評価 (Evaluation of training process)

### 7.1 プログラム評価の仕組み (Mechanism for program evaluation)

#### 基本的水準：

適切な権限のある団体および専門家は、研修課程の評価の仕組みを構築しなければならない。その評価の仕組みには、研修課程、施設および研修生の研修の進捗の監視と、問題点の抽出とその対応がされることを保障することが含まれる。

#### 質的向上のための水準：

プログラム評価には、研修課程の背景や、構造及びプログラムの特異的内容や研修者、その他の成果といった事柄が含まれるべきである。

#### 注釈：

- ・ “プログラム評価の仕組み” は、有効で信頼できる方法の使用を意味し、研修課程についての基本的なデータが利用できることを義務づける。医学教育と評価の専門家の参加は、卒後臨床研修の質に関わるエビデンスの基盤を広げるだろう。
- ・ “問題点の抽出” には、研修委員会や指導者、チューター等に持ち込まれた問題を含む。
- ・ “研修課程の背景” には、組織や資源、学習環境が含まれる。
- ・ “プログラム評価における特異的内容” には、研修プログラムの説明と研修生の成果が含まれる。
- ・ “その他の成果” とはキャリアの選択や成果などにより評価される。

### 7.2 指導者及び研修生からのフィードバック (Feedback from trainers and trainees)

#### 基本的水準：

プログラムの質に関する指導者、研修生双方からのフィードバックは、系統的に収集され、分析し、対応されなければならない。

#### 質的向上のための水準：

指導者および研修生は、プログラムの評価の作成と、その結果をプログラム発展のために利用することに積極的に関わるべきである。

#### 注釈：

プログラムのフィードバックには、研修生からのプログラムおよび臨床の場の

状況報告を含む。

### 7.3 研修生の成績の利用

#### 基本的水準：

研修生の成績は研修課程と卒後家庭医学教育の使命に照らし合わせて評価されなければならない。

#### 質的向上のための水準：

研修生の成績は、背景と募集資格に照らして分析され、研修生の選抜及びプログラムの計画及びカウンセリングに責務を負う委員会へのフィードバックに利用されるべきである。

#### 注釈：

“研修生の成績”の測定には、研修期間の平均値、得点、試験の合格・不合格率、達成及び中断率に加え、研修者が特に興味のある分野に費やした時間を含む。臨床実践の場所や診療領域を含む、研修生の卒後の実績も役立つ。

### 7.4 研修の場の監視と認定

#### 基本的水準：

全ての研修課程は、実地研修環境、あるいは、知識講習に対しての認定を提供あるいは剥奪できる権限を持つ管轄団体・学会により、良く吟味された基準とプログラム評価に基づき許可されなければならない。

#### 質的向上のための水準：

管轄団体・学会は、現場訪問あるいは他の妥当で確実な方法を用い、研修環境や他の教育関連施設を監督するシステムを構築すべきである。

#### 注釈：

研修環境の認定に用いる“基準”には、患者の数や種別の最低限值、設備、図書室やIT設備、教育指導者（スタッフ）、研修プログラムが含まれる。

### 7.5 ステークホルダー（利害関係者）の関与

#### 基本的水準：

評価の過程と結果は、責任者と研修環境の事務的管理者、研修生、指導者を対象とし、研修に関わる関係者（ステークホルダー）全てに対して包み隠さずに明らかにされなければならない。

**質的向上のための水準：**

評価の過程と結果は、主要な関係者にとって、妥当なものであるべきである。

**注釈：**

- ・ “関係者”には、医学専門学会、その他の医療関係者、医療保健担当官庁や医師やその他の医療者の研修に関わる官庁、病院所有者、プライマリ・ケア提供者、患者、そして患者団体を含む。
- ・ “主要な関係者”には、教育者、研修者、及び、医療保健担当官庁が含まれる。

## **8. 管理運営 (Governance and administration)**

### **8.1 統制 (Governance)**

#### **基本的基準：**

研修は（法的）資格のある団体によって決められた構成、内容、プロセス、アウトカムに従って行われるべきである。研修の修了は、指定された研修施設などによって資格ある家庭医と正式に認定されていることを根拠に授与された学位、ディプロマ、資格やその他の正式な資格として明文化されていなくてはならない。資格のある団体は研修プログラム、研修施設、指導医を継続的に評価しなくてはならない。資格ある団体は、優れた研修のためのプログラムを構築する責任がある。

#### **質的向上のための水準：**

国、または国際的機関が使用できるように、研修修了証を証明できる手続きが構築されているべきである。

#### **注釈：**

資格ある家庭医の認定は、研修のレベルに応じて、独立して診療する権利、家庭医療の特別な分野の専門、熟達専門家等が含まれていなければならない。

### **8.2 専門職域の指導体制 (Professional leadership)**

#### **基本的基準：**

専門職域の卒後臨床研修プログラムの指導体制の責務は、明確にされていなくてはならない。

#### **質的向上のための水準：**

専門職域の指導体制は、家庭医療研修プログラムの使命と期待される教育成果の達成に照らして、決められた間隔で評価されなくてはならない。

### **8.3 財源と資源の配分 (Funding and resource allocation)**

#### **基本的基準：**

研修資源の予算に対する責務と権限についての明確な方針が存在していなくてはならない。

#### **質的向上のための水準：**

研修プログラムの、そしてその（地域への）貢献活動の使命と来される教育成果に沿って予算が運用されるべきである。

**注釈：**

研修資源の予算は、各施設と国の予算あり方によって異なる。

**8.4 管理 (Administration)****基本的基準：**

卒後臨床研修と研修施設の管理スタッフは、プログラムの実施をサポートし、その（教育）資源のよい運営と配置を確保するのに適していなくてはならない。

**質的向上のための水準：**

運営には質管理プログラムを含むべきで、運営には質向上を達成するための定期的な査察を受け入れるべきである。

**8.5 必要条件と規定 (Requirements and regulations)****基本的基準：**

国の機関は、家庭医学および他の専門領域に含まれる認可された研修プログラムを有する専門領域の数と種類を定義する責任を持たなければならない。

**質的向上のための水準：**

認定される卒後臨床研修プログラムの定義は多くの関連するステークホルダーと協働してなされるべきである。

**注釈：**

- ・ 国の法律と規定に従って設立された国の機関は、社会一般の利益のために活動するであろう。
- ・ 関連するステークホルダーは国や地域の保健機関、大学、学会、住民などである。

## 9. 継続的な改良 (Continuous renewal)

(訳注：研修制度の継続的な見直し、更新を指す)

### 基本的水準：

活力のある卒後研修を実現するために関係機関は、研修プログラムの制度・機能、そしてその質に関する定期的な見直しやアップデートの手続き・システム作り着手し、見つかった欠点を訂正し改善し続ける必要がある。

### 質的向上のための水準：

改良のプロセスそのものは前向き研究と分析に基づき行うべきであり、過去の経験や現在の実践・今後の見通しなどに応じたプログラムや卒後医学研修の方策や実践の見直しとも密接に関連させるべきである。

これらの実現のためには以下に挙げるような点に対して一つ一つ対策を立てていく必要がある。

- 卒後研修の使命と期待する教育成果を、社会の科学的・社会経済的そして文化的な発展・変化に対応させる。
- 家庭医卒後研修修了時に必要とされる実践力としてのコンピテンシーは新卒の医師が実践に加わる環境のニーズにしたがって修正・適応する。
- 学習方法や研修方法はその個々の研修に適切で妥当なものを用いる。
- 卒後研修プログラムの構造、内容そして期間は、基礎医学・臨床科学・行動科学および社会科学の発展に沿った形でまた実態的人口統計プロファイルや健康・疾病人口分布そして社会経済的・文化的実態の変化にも合わせて調整する。
- 評価の作成指針や方法を研修到達目標や研修方法の変化に伴って改善・発展する。
- 採用の際の方策や研修医の選抜方法を、候補生の期待の変化や環境に応じ適切な男女比を保ちながら人事のニーズに合わせ更に基礎医学教育の変化や研修プログラムに入る必要条件の変化にも適応させながら改善する。
- 研修医、指導医、教員のリクルートや採用の方策を卒後研修におけるニーズの変化に対応して調整する。
- 指導教官の資格や医学教育での準備を研修医のニーズに合わせてアップデートする。



- ・ 卒後研修におけるニーズの変化（例えば研修医数、や指導医数とその特徴、研修プログラムや現在の研修の原則）に対応する研修環境やほかの教育資源の更新を行う。
- プログラムのモニタリングや評価のプロセスを洗練する。
- 組織構造や管理の原則を卒後研修環境やニーズの変化に適応するように変革し、長期的には異なる複数の関係する集団の関心をも包含させる。
- 家庭医研修プログラムの現在の財源が適切かどうかをプログラムの意図する到達目標に対応させて評価する

**参考文献 (Bibliography) \*主要文献のみ**

Postgraduate Medical Education WFME Global Standards. World Federation for Medical Education. University of Copenhagen 2003.

Global Standards for Quality Improvement in Medical Education: status of the WFME program initiated in 1997. World Federation for Medical Education, University of Copenhagen 2011.

Euract European Definition of General Practice/Family Medicine

EURACT guideline 'Selection of GP-FM Trainers & Practices and Implementation of Specialist Training' 2012.

EURACT Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice/Family Medicine in Europe. 2012.

Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A. Triple C competency-based curriculum. Report of the Working Group on Postgraduate Curriculum Review - Part 1. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2011.

Standards for the Assessment of Non-Canadian Postgraduate Family Medicine Education Programs, College of Family Physicians of Canada 2008

RACGP Curriculum for Australian General Practice 2011, Royal Australian College of General Practitioners