

---

医学教育分野別評価基準日本版 V1.30 に基づく

# 日本医科大学医学部 自己点検評価報告書

平成 28 (2016) 年度

---



## 目次

巻頭言	1
略語一覧	3
1. 使命と教育成果	4
2. 教育プログラム	42
3. 学生評価	111
4. 学生	129
5. 教員	150
6. 教育資源	166
7. プログラム評価	222
8. 統轄および管理運営	257
9. 継続的改良	281
あとがき	301

## 医学教育分野別評価のための日本医科大学自己点検評価報告書作成に寄せて

日本医科大学は、その使命、存在意義を、学是「克己殉公」の精神にのっとり「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」としております。近年、私どもが踏み出した学術的高度救急医療への一歩もその果たすべき使命の一面と自ら位置づけております。しかし、この使命を将来にわたり果たしていくためには、進歩する時代を常時見据え、自己を点検し、変革することが必要と考えています。

日本医科大学においては、近年医学界で行われている医学的事象の分子生物学的再解釈とそれに基づく診療の大きな進歩、医用工学の技術的展開と応用など、臨床現場への学問体系そのものの影響を踏まえ、また、学生の資質の変化、新しい教育理論の展開、グローバル化や高齢化など社会のニーズの変化を考慮して、2012年4月、臨床実習の充実と強化を最重点事項とし研究心の醸成をも目指した新しいカリキュラムの導入作業を始動しました。従来適用されていたカリキュラムは、1999年に、本学の独自性を最大限打ち出すべく6年一貫教育を前提とし、当時実現可能な最大限の改善を施して策定されたものです。具体的には座学を削減、少人数教育を導入し、また臨床実習期間を30.5週から48週間へと増やしています。そのほか、基礎配属の開始、カリキュラムモデルとして臓器器官系の導入、基礎医学との統合講義の開始など、現在、導入が必要とされる多くの要素をカリキュラムに組み込んでいました。また、「医学・生命科学領域の進歩と多様な社会のニーズに対応した柔軟かつ迅速なカリキュラムの改善を続けること」が申し合わされてきました。その過程では、2006年文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム」に採択された「T/Each other Programs 学年や学部を超え互いに教えて学ぶ医学教育」など新しい包括的能動的学修の模索も行ってきました。しかし、前述のように、医学教育を取り巻く環境は、速度を上げ変貌を遂げており、自己点検による問題の洗い出し、対応法の検討などの中から、臨床実習の充実、強化を最重点事項とし研究心醸成をも目指したカリキュラムへの改変が提起され、大幅な改変を加えたカリキュラムを策定しました。この新カリキュラムは、本学が有する4つの付属病院を活用し臨床実習はこれまでの約50週から70週を超えるものとなりました。この変革のため、臨床参加型臨床実習の実質化と質的向上を目指した様々な議論と工夫が進行しました。2014年の新入学生(現在第3学年)より、この新カリキュラムが導入されています。

並行して、本学の医学教育を支える様々な組織の強化が進められています。教育委員会が本学医学教育の中核となって進めていた体制は、教員と事務方が一体となって取り組むための教務部、その教務部下の委員会として位置付けられた教務部委員会という体制に改組され、さらに同委員会内の組織としてカリキュラム委員会やLMS委員会を設置し、教務部-教務部委員会は本学医学教育の司令塔として強固なリーダーシップを発揮出来る体制となりました。また、様々な医学教育改革に向けて、教育推進室は医学教育センターとして生まれ変わり、その使命をより明確化して本学医学教育推進のための強力な機関となり

ました。このように全学的な体制が整った 2015 年 10 月、「伝統の継承と改革」を掲げて本学の更なる前進を目指した新しい執行部体制がスタートしています。能動的学修を支援するため、予復習を基本とする学修の支援システムの導入、少人数学修の短所であるグループ間格差の是正のための電子黒板の整備のほか、新しい視点で、多くの環境と体制の整備を行っています。この時期こそ、自己点検のみによらず、外部評価の力を借りて、客観的な検証とそれに伴う速やかな改善を行う「時」と考え、分野別認証評価の受審の申し込みを行い、今日に至りました。従来の自己点検の視点と異なり、教育について体系化されたその認証評価課題となる 9 つの領域とその下位領域となる 36 の課題について、全学体制で、自己を振り返り評価し、将来へ向けての改善を検討しました。その結果の集大成が本報告書です。

認証評価を受審する中で、「自らの大学を自ら見直し、現状を十分に把握して課題を抽出し、今後の改良に向ける」という作業を体系的に、また、全学的に行うことが出来たと思います。日本医科大学はその礎とする済生学舎の創立から数えて、本年で満 140 周年を迎えています。その記念すべき年に本認証評価を受審し、将来に向けて一層の努力をするための客観的な意見、評価を得たいと考えています。そして、それらを活かし、益々「伝統の継承と改革」が進み、学是「克己殉公」が目指す、広く人々のために尽くす若者を輩出する大学としてさらなる発展をしたいと願っています。

日本医科大学  
学長 弦間昭彦

## 略語一覧

### SGL; Small Group Learning

本学では文脈により、PBLを示す場合、2011年のTBL導入後はPBLとTBLを合わせて示す場合がある。

### BSL; Bed Side Learning

見学型、診療参加型（クリニカル・クラークシップ）両方の臨床実習をあわせてBSLと呼んでいる。

### JCEP; Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training

「NPO 法人卒後臨床研修評価機構：JCEP」の外部評価を附属病院（本院）は過去3回受審している。本学独自の略語ではないが頻回に出てくるためここに挙げる。

## 学内用語一覧

### (授業名)

医学入門（コース）；1年次

ユニット1：医学教育カリキュラム総論

ユニット2：医学概論

ユニット3：医学入門

医学実地演習Ⅰ、Ⅱ；1年次

医学実地演習Ⅲ；2年次

ICR-臨床研究入門（Introduction to Clinical Research）を用いた e-Learning；2年次

臨床医学への基礎医学的アプローチ；3年次

臨床医学総論；3年次

研究配属（旧基礎配属）；3年次

臨床配属研究；4年次～

基本臨床実習；4年次

統合臨床コース；4年次

臨床病態学；6年次

### (その他)

学生アドバイザー制度

カリキュラム委員会 [狭義]；

基準2.7で定義付けをし他領域では単にカリキュラム委員会と記載した。

夏季集中教務部委員会討論会；

8月の教務部委員会のみ定例委員会とは異なり、半日から1日をかけ、その年度の重要課題を集中的に議論する形式を採っている。

学生教育委員会（学生組織）

## 1. 使命と教育成果

## 1. 使命と教育成果

### 1.1 使命

#### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- 自己の使命を定め、大学の構成者ならびに医療と保健に関わる分野の関係者に理解を得なくてはならない。(B 1.1.1)
- その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針(Educational strategy)として以下の内容を含めて概略を定めなくてはならない。
  - 学部教育としての専門的実践力(B 1.1.2)
  - 将来さまざまな医療の専門領域に進むための適切な基礎(B 1.1.3)
  - 医師として定められた役割を担う能力(B 1.1.4)
  - 卒後研修への準備(B 1.1.5)
  - 生涯学習への継続(B 1.1.6)
- その使命に社会の保健・健康維持に対する要請、医療制度からの要請、およびその他の社会的責任が包含されなくてはならない。(B 1.1.7)

#### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- その使命に以下の内容が包含されているべきである。
  - 医学研究の達成(Q 1.1.1)
  - 国際保健への貢献(Q 1.1.2)

#### 注 釈:

- [使命]は教育機関の全体にまたがる基本構造を示し、教育機関の提供する教育プログラムに関わるものである。使命には、教育機関固有のものから、国内そして地域、国際的なものまで、関係する方針や期待を含むこともある。
- [医科大学・医学部]とは、医学の卒前教育(学部教育)を提供する教育機関を指す(medical faculty, medical collegeとも言われる)。[医科大学・医学部]は、単科の教育機関であっても大学の1つの学部であってもよい。一般に研究あるいは診療機関を包含することもある。また、卒前教育以降の医学教育および他の医療者教育を提供する場合もある。[医科大学・医学部]は大学病院および他の関連医療施設を持つ場合がある。
- [大学の構成者]とは、大学の管理運営者、教職員および医学生、さらに他の関係者を含む。
- [保健医療の関係者]とは、公的および私的に医療を提供する機関および医学研究機関の関係者を含む。

- [学部教育（卒前教育）]とは多くの国で中等教育修了者に対して行なわれる卒前医学教育を意味する。なお医学ではない学部教育を修了した学士に対して行なわれる国あるいは一部の大学もある。
- [さまざまな医療の専門領域]とは、あらゆる臨床領域、医学行政および医学研究を指す。
- [卒後研修]とは、医師登録前の研修（日本における必修卒後臨床研修）、専門領域（後期研修）教育および専門医教育を含む。
- [生涯学習]は、評価、審査、自己報告、または認定された継続専門職教育（continuing professional development：CPD）/医学生涯教育（continuing medical education：CME）などの活動を通して、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。継続専門教育には、医師が診療にあたる患者の期待・要求に合わせて、自己の知識・技能・態度を向上させる専門家としての責務を果たすための全ての正規および自主的活動が含まれる。
- [社会の保健・健康維持に対する要請を包含する]とは、地域社会、特に健康および健康関連機関と協働すること、および地域医療の課題に応じたカリキュラムの調整を行なうことを含む。
- [社会的責任]には、社会、患者、保健や医療に関わる行政およびその他の機関の期待に応え、医療、医学教育および医学研究の専門的能力を高めることによって、地域あるいは国際的な医学の発展に貢献する意思と能力を含む。[社会的責任]とは、医科大学独自の理念に基づき、大学が自律的に定めるものである。
- [社会的責任]は、社会的責務や社会的対応と同義に用いられる。個々の医科大学が果たすことのできる範囲を超える事項に対しても政策や全体的な方針の結果に対して注意を払い、大学との関連を説明することによって社会的責任を果たすことができる。
- [医学研究]は、基礎生物学、臨床医学、行動科学、社会医学などの科学研究を包含する。6.4にさらに詳しく記述されている。
- [国際保健]は、国際的な健康障害の認識、不平等や不正による健康への影響などの認識を含む。

---

自己の使命を定め、大学の構成者ならびに医療と保健に関わる分野の関係者に理解を得なくてはならない。(B 1.1.1)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

日本医科大学は、1876年に長谷川泰が医師の速成を目的として修業年限3年の医学校として本郷元町（現在の本郷）の地に創立した済生学舎を起点とする、創立140年を迎えた我が国最古の私立医科大学である。済生学舎は、外国との交流が始まり、それと共に急性伝染病（コレラ、赤痢、チフス等）の大流行があり、西洋医の養成が急務とな

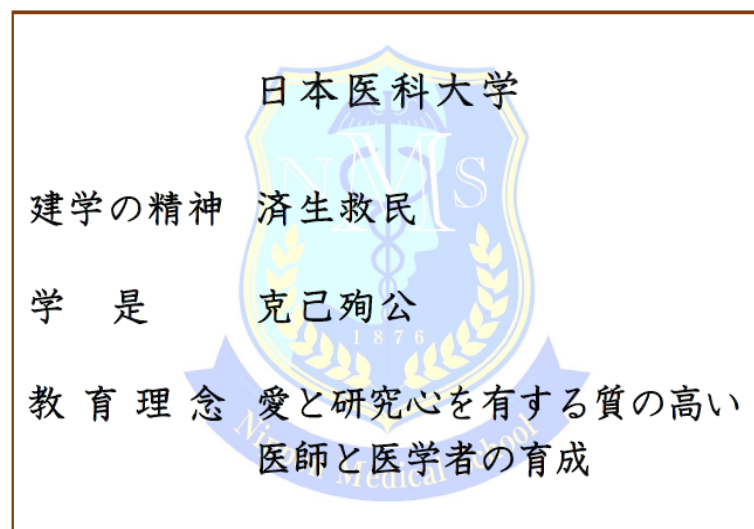


ったころに創設された医育機関で、その建学の精神は、ドイツの医師であったフーフェランドの「医戒」にある言葉「済生救民」（貧しくしてその上病気で苦しんでいる人々を救うのが、医師の最も大切な道であるという意味）を基本として、長谷川泰は「患者に対し済恤（さいじゅつ〔あわれみ〕）の心を持って診察して下さい」と説き、自ら貧しい人々を無料で診察する施療病院を併設して「済生救民」を実践した。

その済生学舎の精神は、大正期の日本医学専門学校、旧制医科大学時代に受け継がれ、小此木信六郎、中原徳太郎、塩田廣重、近藤達兒理事が同じくフーフェランドの「医戒」の精神から定めた学是「克己殉公」（我が身を捨てて、広く人々のために尽くす）として現在に至るまで大切に保持してきた。さらに、教育理念として「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」を掲げ、多くの臨床医、医学研究者、医政従事者を輩出してきた。

この学是、教育理念、そして歴史ある私立医科大学という特長を基盤に、最新の医学を教育・研究し、広く国際的な視野に立った見識と豊かな人間性を備えた医師、医学研究者の養成に努め、人々の健康の維持・増進・社会に貢献することを使命としている。

これらはシラバス冒頭、ホームページ等に明記されている。



(資料 1-1)

この使命を本学の医学教育で果たすために、アドミッションポリシー（資料 1-2）を 2006 年、カリキュラムポリシー（資料 1-3）を 2008 年、ディプロマポリシー（資料 1-4）を 2010 年に制定した。さらにアウトカム基盤型教育課程を構築するため、本学医学部のコンピテンス（資料 1-5）を 2015 年に制定した。それに基づいて 3 ポリシーの改定（最終更新 2016 年）を行い、使命の具現化に向けて努力を重ねてきている。

## アドミッションポリシー

本学の学是は「克己殉公」、すなわち“わが身を捨てて、広く人々のために尽くす”ことであり、教育理念として「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」を掲げ、多くの臨床医、医学研究者、医政従事者を輩出してきました。

この学是、理念、そして歴史ある私立医科大学という特長を基盤に、最新の医学を教育・研究し、広く国際的な視野に立った見識と豊かな人間性を備えた医師、医学研究者の養成に努め、人々の健康の維持・増進、社会に貢献することを使命と考えています。

本学では、この学是、理念そして使命を理解・尊重し、豊かな資質を持った次のような人を求めています。

1. 医学を学ぶ目的意識が明確で、医師、医学者となるに必要な知識・技能の修得のために自ら努力する人
2. 生命倫理を尊重し、医学を学ぶための知識・知性および科学的論理性と思考力を備えた人
3. 病める人の心を理解し、相手の立場で物事を考えることができ、主体性を持ちつつ協働して学ぶことのできる人
4. 社会的な見識を有し、周囲との協調性を尊重しながら、自らを表現し、判断できる人
5. 世界の医学・医療の進歩と発展に貢献する強い意欲のある人

(資料 1-2)

## カリキュラムポリシー

本学では、学是「克己殉公」の精神に則り、「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」をミッションとしている。その理念に則り、本学学生が医師、医学者となるために必要な知識・技能・態度を修得し、自ら考え判断でき、生涯にわたって学ぶことができるように、カリキュラムを編成した。

### 1. コンピテンスの明確化と履修系統図の明示

すべてのカリキュラムが、8 領域からなるコンピテンスのどのコンピテンスを目指すものか明示し、学生自身が目的意識を持って学修を進める態度を身につける。

### 2. 能動的学修の重視

Early exposure プログラム、問題基盤型学習(PBL)、準備学習時間の明示、学修支援システムを用いた e-Learning などの充実を図り、主体的に考え、あるいは周囲と協働して学修する態度を修得する。

3. コア・カリキュラムとの整合性の重視

各講義、各プログラムの担当範囲とコア・カリキュラム項目の関連を明示し、医師になるために必要な知識を確実に学習する。

4. 共用試験(CBT, OSCE)の実施と Student Doctor 資格の取得

臨床実習を始めるために必要な知識・技能・態度を全国水準に基づいて評価し、その学習成果を確実にする。

5. BSL 教育の充実

期間を国際標準の約 70 週とし、クリニカル・クラークシップ方式主体で実施し、Workplace assessment を基本とした実習評価を行うことで、国際水準を満たすレベルの臨床能力を修得する。

6. 研究心、国際性、プロフェッショナリズムの涵養

研究配属、海外選択 BSL、キャリアガイダンス、プロフェッショナリズム教育などの充実により、医師、医学者となる自覚を持ち、思考力・判断力・表現力を向上させ、国際性やチーム医療のための協調性を涵養する。

(資料 1-3)

ディプロマポリシー (学位授与の方針)

愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成を教育理念とする本学の医学教育は、医師となるための基本的知識、技能、態度の修得、自主的かつ周囲と協働して問題を発見し解決する能力の涵養と豊かな人間性の陶冶を目標としており、これらの資質及び能力を修得し、本学の学則に基づくすべての試験科目および授業科目に合格した者に学士の学位を授与する。

(資料 1-4)

日本医科大学コンピテンス

1. 克己殉公の精神を受け継ぐプロフェッショナリズム

日本医科大学医学部学生は卒業時にその時代における克己殉公の精神のあり方を自らの文脈の中で理解し、医療の専門家としての自覚と倫理観に基づいて行動することができる。

2. コミュニケーション能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に多様な立場や考え方を理解し、尊重し、共 感力をもって他者と接するコミュニケーション能力を持ち、医療の現場における良好な人間関係を構築することができる。

### 3. 統合された医学知識

日本医科大学医学部学生は卒業時に基礎科学、基礎医学、行動科学、臨床医学、社会医学の知識をもち、統合した形で問題解決に応用することができる。

### 4. 実践的診療能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に患者中心の視点に立ち、臨床研修現場において適切な診療を行う能力を獲得することができる。

### 5. 科学的研究心と思考能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に生涯を通じて、医学の進歩に関心をもち、科学的探究心を維持し、問題に対して論理的、批判的思考をもって行動することができる。

### 6. 人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献

日本医科大学医学部学生は卒業時に社会の現状を認識し、医療人の立場から人々が健やかに暮らせる社会の構築に努めることができる。

### 7. 次世代の育成、教育能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に大学の教育、研究、医療における理念を次世代に受け継いで行く使命を認識し、チームにおけるリーダーシップを発揮しつつ後進の指導を行うことができる

### 8. 豊かな人間性と国際性

日本医科大学医学部学生は卒業時に人類と生命に対する「愛」を内包する豊かな人間性をもち、日本のアイデンティティを尊重しながら、広く世界に目を向け行動することができる。

(資料 1-5)

卒業時教育達成指針（アウトカム）におけるコンピテンスは本学卒業時において十分に学修、修得しておくべき医学的知識、技能、態度であり、本学は本学の矜持、責任を持って本学卒業生がこれらの医学的知識、技能、態度を有していることを社会に対して保証するものである。

卒業時教育達成指針（アウトカム）、アドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシーはまさに、本学の学是、教育理念を具現化するためのものであり、これらは全て大学ホームページ（一般市民向け）、大学ガイドや入学試験要項（受験生やその父母向け）、学校法人日本医科大学広報（本学教職員向け）、日本医大同窓会報（同窓会や関連病院向け）、関連学会（日本医学教育学会などでの発表）を通じて広く発信する体制を構築しており、多くの人々への周知を目指して広報活動を行っている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

本学のミッションは、学是「克己殉公」の精神にのっとり「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」をすることである。「克己殉公」に代表されるように、簡潔かつ明快に使命を示し、学内外に広く周知されて来たことは本学の特色と考える。

卒業時教育達成指針、すなわち「アウトカム」はコンピテンスとして 2015 年に制定された。これに基づきアドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシーが再構成されたばかりであり、現段階において大学教職員への周知徹底はまだ不十分であるといわざるを得ない。シラバス、ホームページ等でこれらの指針は公開しているが、一般市民における十分な理解には至っていないと考えられる。現在、この問題点を解消すべく、教務部委員会を中心に、大学 FD 等も積極的に活用し全学教職員、学生への周知徹底を努力している。また、ホームページやオープンキャンパス等の機会をフル活用し、一般市民への公開も進めている。

2016 年 4 月より、新しい学修支援システムの導入に伴い、シラバス等の電子化を進め、以前のシラバスでも推進していた GIO、SBO の明記に加え、講義・実習の位置付け、本学医学教育達成指針のコンピテンスを明らかにする事を義務化し、学生のアウトカムを把握・確認のもと、シラバス内容の記載を行う指導体制が構築された(資料 1-6)。

### **C. 現状への対応**

2016 年から、日本医科大学の学是、教育理念に基づいた卒業時教育達成指針（アウトカム）はシラバスを始め、大学ホームページ、大学案内等によって明示している。本学教職員、学生、関連施設関係者、さらには一般市民へより一層積極的に発信し、本学の医学教育における礎を共有することを更に進めている。

### **D. 改善に向けた計画**

本学の学是、教育理念は本学の存立を示す最も基本的な精神である。本学における医学教育の立案と実践、そのフィードバックについて常に能動的かつ積極的に行い、その結果を常に開示できるように医学教育関連委員会、教務部委員会、カリキュラム委員会等を中心に検討を重ね、また PR・情報委員会、法人広報部門、ICT 推進センター等が有機的に連携して一般市民を中心に社会に発信し、社会からの要望、期待に耳を傾ける仕組みをより鮮明な形で構築していく。

#### 参考資料

資料 1-1：建学の精神・学是・教育理念

資料 1-2：アドミッションポリシー

資料 1-3：カリキュラムポリシー

資料 1-4：ディプロマポリシー

資料 1-5：コンピテンス

資料 1-6：電子シラバス画面

別冊 1：大学案内

---

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針 (Educational strategy) として以下の内容を含めて概略を定めなくてはならない。

- 学部教育としての専門的実践力(B 1.1.2)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

本学の学是「克己殉公」、教育理念「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」を基軸として、最新の医学を教育・研究し、広く国際的な視野に立った見識と豊かな人間性を備えた医師、医学研究者の養成に努め、人々の健康の維持・増進、社会に貢献できる医療人の育成を目標に、卒業時までには修得すべき達成指針 (コンピテンス) が設定され、広く公開されている。一方、医学、医療は日進月歩の進歩を示しており、我々は常にこの進歩を感知し、医学教育への還元を意識することが重要である。従って、この指針はこういった医学、医療の進歩、時代の変遷に常に対応した内容を含む運用が肝要であり、その時代にあった最も適した指針になるようその内容について常に注意を払い新陳代謝を繰り返しながら最新版の教育指針を提示し続けることが学内のコンセンサスとなっている。

本学のコンピテンスにおいては「学部教育としての専門的実践力」の修得について言及している。本学における医学教育の特徴をまとめると、基礎科学教育 (教養教育) の充実、臨床医学と密接な連携をもった基礎医学教育、臨床医学におけるコース講義、総合試験システム、多職種連携教育および多角的臨床実地教育である (資料 1-7)。本学においては従来より、医師、医学者、医療人としての倫理を十分に理解し、基本的な知識、技術、態度がバランスよく身につけていた医師、医学者、医療人を養成することを目標としてきたので、結果として学部教育としての専門的実践力を卒業時の到達指針として設定していたことになる。現在、これらをコンピテンスとして明確に学内外に示し、一層明確にした医学教育体系を構築している。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

設定したコンピテンスにおいては「学部教育としての専門的実践力」を身につける幅広い多角的な設定がなされており、学、術、道、心を備えた人間性に優れた医師、医学者、医療人の育成を目指し、日々努力を重ねている。

### **C. 現状への対応**

2015 年からシラバスおよび大学ホームページにおいて「日本医科大学コンピテンス」を記しており、さらに「学部教育としての専門的実践力」を具現化するコンピテンシーを作成中である。

### **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会を中心に、常時見直し、検討を行い、また法人、大学、病院の組織横断的

医学教育情報確認のための委員会である医学教育関連委員会においても、教務部委員会と連携して常に適性を持ち、時間軸の動きに常にフィットするよう組織的垣根を外した議論の場をより一層広げる。

参考資料

資料 1-7：履修系統図

---

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針 (Educational strategy) として以下の内容を含めて概略を定めなくてはならない。

- 将来さまざまな医療の専門領域に進むための適切な基礎(B 1.1.3)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

「将来さまざまな医療の専門領域に進むための適切な基礎」を含む教育内容としてはコンピテンスの中で特に、「3. 統合された医学知識」において「基礎科学、基礎医学、行動科学、臨床医学、社会医学の知識を持ち、統合した問題解決に応用することが出来る」という指針、「4. 実践的診療能力」において「患者中心の視点に立ち、臨床研修現場において適切な診療を行う能力を獲得する」という指針が示されており、さまざまな臨床領域に対応した能力の養成指針として定めている。さらに「5. 科学的研究心と思考能力」では研究者、「6. 人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献」では医療行政職などに進むことも念頭に置き、医療のあらゆる専門領域に対応できる能力の養成が示されている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

上記に記したように、「将来さまざまな医療の専門領域に進むための適切な基礎」を具現化する教育内容は、日本医科大学コンピテンスの中で示されている。

### **C. 現状への対応**

2015 年からシラバスおよび大学ホームページにおいて「日本医科大学コンピテンス」を記しており、さらに「将来さまざまな医療の専門領域に進むための適切な基礎」を具現化するコンピテンシーを明確にする。

### **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会を中心に常時、点検、評価、見直しを行う。

---

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針 (Educational strategy) として以下

---

---

の内容を含めて概略を定めなくてはならない。

- 医師として定められた役割を担う能力(B 1.1.4)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

「医師として定められた役割を担う能力」については日本医科大学コンピテンスのま  
ず「1.克己殉公の精神を受け継ぐプロフェッショナリズム」の中で、その時代の社会状  
況に目を向け、医師に求められる役割は何であるかを理解し、行動する能力を育むこと  
を指針と定めている。その上で「2.コミュニケーション能力」において「多様な立場や  
考え方を理解し、尊重し、共感力をもって他者と接するコミュニケーション能力を持ち、  
医療の現場における良好な人間関係を構築することが出来る」、「5.科学的研究心と思  
考能力」において「医学の進歩に関心を持ち、科学的探究心を維持し、問題に対して論  
理的、批判的思考を持って行動することができる」、「6.人々の健康の維持、増進を通  
じた社会貢献」において「人々が健やかに暮らせる社会の構築に努めることが出来る」、  
「7.次世代の育成、教育能力」において「教育、研究、医療における理念を次世代に受  
け継いでいく使命を認識し、チームにおけるリーダーシップを発揮しつつ後進の指導を  
行うことが出来る」と記されている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

「医師として定められた役割」は医学、医療の進歩やこれらを取り囲む環境の変化に  
応じて常に変化するものであると考えられる。本学コンピテンスには、現段階において  
社会から求められる、あるいは期待されている「医師として定められた役割を担う能力」  
に対応する指針が組み込まれていると判断するが、刻々と変化する社会や環境の変化に  
迅速に対応すべく、絶えず検討を重ね、必要に応じて見直しをする必要があると認識し  
ている。

### **C. 現状への対応**

2015年からシラバスおよび大学ホームページにおいて「日本医科大学コンピテンス」  
を記しており、さらに「医師として定められた役割を担う能力」を具現化するコンピテ  
ンシーを明確にする。

### **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会を中心に常時、点検、評価、見直しを行う。また、医学、医療の進歩に  
あうコンピテンス作成について必要に応じて教務部委員会を中心に検討する。そのた  
めの組織、陣容は十分に整っている。



---

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針 (Educational strategy) として以下の内容を含めて概略を定めなくてはならない。

- 卒後研修への準備 (B 1.1.5)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

「卒後研修への準備」については、2014 年から導入した新しいカリキュラムそのものが卒前教育のみならず卒後教育にもシームレスに繋がる医学教育を目指したものであり、日本医科大学コンピテンスの 1～8 の全ての項目がそのまま卒後研修に繋がるように考えられている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

日本医科大学コンピテンスの 8 つの項目は全てが卒後研修にも通じており、まさに卒前-卒後を一体として考える医学教育カリキュラムを示し、「卒後研修への準備」に対応していると考えている。特に臨床能力に直結するコンピテンス 4 においては「臨床研修現場において適切な診療を行う能力」と明記した。しかし、医学、医療の進歩によるさまざまな変化を敏感にキャッチし、適時時代に即した柔軟な対応と見直しは必要であり、教務部委員会が卒後研修委員会と密な連携を取ることが必要である。教務部委員会委員長(教務部長)は卒後研修委員会に委員として加わり、常に新しい情報収集に努めている。また医学部長を委員長とする医学教育関連委員会には教務部長、卒後研修委員長、各付属病院長らが全て委員として加わり、さらに BSL 実行委員と卒後研修委員は兼務する体制をとっており、卒前-卒後のシームレスな教育体制を常に確認し合っている。本コンピテンス制定に際しては臨床研修指導医講習会でもこれを取り上げ、連携を図ることとした。

### **C. 現状への対応**

2015 年からシラバスおよび大学ホームページにおいて「日本医科大学コンピテンス」を記しており、さらに「卒後研修への準備」を具現化するコンピテンシーを明確にする。

### **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会を中心に、医学教育関連委員会、卒後研修委員会が協力、連携して絶えず、点検、評価、見直しを行う。

---

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針 (Educational strategy) として以下の内容を含めて概略を定めなくてはならない。

- 生涯学習への継続 (B 1.1.6)
-

### **A. 基本的水準に関する情報**

「生涯学習への継続」については、日本医科大学コンピテンスの「5.科学的探究心と思考能力」において、「生涯を通じて医学の進歩に関心を持ち、科学的探究心を維持し、問題に対して論理的、批判的思考を持って行動することができる」とし、医師の学びが生涯を通じて必要であることを記している。またカリキュラムポリシーにおいて自ら学ぶ「能動的学修」を強く求める姿勢を示している。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

上記のように、「生涯学習への継続」を具現化する教育内容は、日本医科大学コンピテンスの中で示されている。さらに予復習を確実にを行う能動的学修を推し進めており、常に自ら学ぶ姿勢を学生に求めており、生涯医師を続けるにあたっての心構えとして継続的学修を求めている。

### **C. 現状への対応**

2015年からシラバスおよび大学ホームページにおいて「日本医科大学コンピテンス」を記しており、さらに「生涯学習への継続」を具現化するコンピテンシーを明確にする。

### **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会を中心に常時、点検、評価、見直しを行う。また、医学、医療の進歩にあうコンピテンシー作成について必要に応じて教務部委員会を中心に検討する。

---

その使命に社会の保健・健康維持に対する要請、医療制度からの要請、およびその他の社会的責任が包含されなくてはならない。(B 1.1.7)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

日本医科大学コンピテンスでは「1.克己殉公の精神を受け継ぐプロフェッショナルリズム」において、「その時代における克己殉公の精神のあり方を自らの文脈の中で理解し、医療の専門家としての自覚と倫理観に基づいて行動することが出来る」とし、また「6.人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献」において、「社会の現状を認識し、医療人の立場から人々が健やかに暮らせる社会の構築に努めることが出来る」と記し、知識、技能、態度のあり方を示している。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

日本医科大学コンピテンスの中で記されており、また、学是「克己殉公」はまさにこの課題に対する究極的解答といえる。

### **C. 現状への対応**

2015年からシラバスおよび大学ホームページにおいて「日本医科大学コンピテンス」を記しており、さらに「社会の保健・健康維持に対する要請、医療制度からの要請、およびその他の社会的責任」という使命を果たす為の具体的コンピテンシーを明確にしている。

### **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会を中心に常時、点検、評価、見直しを行う。

---

その使命に以下の内容が包含されているべきである。

- 医学研究の達成(Q 1.1.1)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学は教育理念として「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」を掲げており、学部教育の段階において医学という学問への研究心を養うことを重要な課題として捉えてきた。また、コンピテンスにおいては「5.科学的探究心と思考能力」において「生涯を通じて、医学の進歩に関心を持ち、科学的探究心を維持し、問題に対して論理的、批判的思考を持って行動することができる」を記し、研究力を高めることに力を注いでいる。2001年には私立大学医学部、医科大学においては初めて大学院重点化を宣言し、大学全体として研究を重要視しており、学部学生においてもこの環境が強く影響を与えている。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学では医師のみならず、医学者の育成も掲げており、恵まれた研究環境の構築が進められてきている。このような中で、これまで基礎科学、基礎医学の研究室に限定して行っていた「基礎配属」を、2016年より臨床医学の教室も含めた、全学体制の「研究配属」に改めた（資料 1-8）。また、その方向を支え発展させるために、教務部委員会内に「研究配属実行委員会」が構成され、大学としてもより一層学生の研究活動を盛り上げ、さらに研究心の育成に力を注いでいる。さらには海外の協定校やアメリカ合衆国の NIH への定期的な研究活動派遣などを斡旋している。

### **C. 現状への対応**

医学研究に触れる機会、「研究とは」を考える機会をより一層全学年的に広げ、科学的判断力、批判的思考、研究倫理といった研究者のあり方を学ぶ機会を一層増やし、少しでも多くの医学者が輩出できるようさらなる工夫が必要であろう。国内協定校における研究配属の実行を目指し、対象大学と具体的な検討を行っている。

## **D. 改善に向けた計画**

すでに教育理念、コンピテンスにも医学研究の重要性、研究心の養成を示しているが、さらに教務部委員会、研究部委員会、大学院委員会といった学内の研究に関する諸委員会が一層の連携を組みながら医学研究の向上を目指す。

参考資料

資料 1-8：シラバス抜粋「研究配属」

---

その使命に以下の内容が包含されているべきである。

- 国際保健への貢献(Q 1.1.2)
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

日本医科大学コンピテンス「8. 豊かな人間性と国際性」において、「人類と生命に対する愛を内包する豊かな人間性を持ち、日本のアイデンティティを尊重しながら、広く世界に目を向けた行動することが出来る」と記し、グローバルな見地に立った医療に心を寄せることが出来る医師、医学者、医療人の育成を目指している。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学救急救命センターはこれまでに多くの災害等による医師派遣にリーダー的活動を繰り返しており、これらの活動は学生教育の場においても広く教示されている。本学において長い歴史を持つ自主的活動研究会である「東南アジア医学研究会」は東南アジア、特にタイ王国との密接な連携を有し、同国の保健衛生の向上に多大な協力、貢献をなしてきた。現在ではその流れが、タイ王国のタマサート大学との間の大学間包括協定にも繋がっている。第6年次における選択 BSL ではこのタマサート大学への学生派遣も行われており、広く世界の医療、保健に目を向ける素地が出来ている（資料 1-9）。

## **C. 現状への対応**

国際保健への我が国の関わりは、一層必要性が高まりつつある時代であり、医学教育機関として一層、国際保健を意識した教育体系の構築が望まれる。現在のカリキュラムの中においても、必要に応じて国際保健への貢献の重要性は触れられているが、「国際保健」をテーマとする独立したコースはなく、個々のコース講義や科目で触れられている国際保健の課題を統合したカリキュラムの構築は必要である。

## **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会、同委員会内のカリキュラム委員会を中心に現状の把握、検討、見直しの

作業を行う。

参考資料

資料 1-9：東南アジア医学研究会活動紹介資料

## 1.2 使命の策定への参画

### 基本的水準：

医科大学・医学部は

- その使命の策定には、教育に関わる主要な構成者が参画しなければならない。  
(B 1.2.1)

### 質的向上のための水準：

医科大学・医学部は

- その使命の策定には、広い範囲の教育の関係者からの意見を聴取すべきである。  
(Q 1.2.1)

### 注 釈：

- [教育に関わる主要な構成者]には、学長、学部長、教授、理事、評議員、カリキュラム委員、職員および学生代表、大学理事長、管理運営者ならびに関連省庁が含まれる。
  - [広い範囲の教育の関係者]には、上記以外の教職員代表、公共ならびに地域医療の代表者（例：患者団体を含む医療制度の利用者）、教育および医療関連行政組織、専門職組織、医学学術団体および卒業後教育関係者が含まれる。

---

その使命の策定には、教育に関わる主要な構成者が参画しなければならない。(B 1.2.1)

---

### A. 基本的水準に関する情報

本学の使命は、本学の原点となる済生学舎創立から数えて140周年となる本年までの間に本学に関わった教職員、卒業生、学生全ての人々の叡智と努力によって定められ熟成されてきたものである。この使命は、学校法人日本医科大学理事会（資料 1-10）、大学院教授会（資料 1-11）、医学部教授会（資料 1-12）、教務部委員会（資料 1-13）をはじめ、教職員組織、学生組織、同窓会組織において長年にわたって共有されてきた。

法人理事会においては理事長を中心に、大学においては学長、医学部長を中心に、大学院医学研究科においては大学院医学研究科長を中心に、教務部委員会においては教務部委員会委員長（教務部長）を中心に、職員組織においては法人本部長、大学事務局長

を中心に、学生組織においては学友会長、学生教育委員会委員長を中心に、本学の使命の周知徹底と理解への指導体制が構築されている。

また、大学医学部・医科大学を取りまく社会、環境は常に動きのあるものであり、その動きに十分に対応する使命を持たなければならない。そのためにはそれぞれの部署、リーダーが常に情報を密に共有する体制が重要である。大学7役（学長、大学院医学研究科長、医学部長、教務部長、研究部長、学生部長、基礎科学主任）と法人代表者（理事長、常務理事、常任理事）および事務局責任者（法人本部長、法人総務部長、大学事務局長ら）は毎月定例の「運営協議会」（資料1-14）を開催し、学事、医学教育に関する諸問題について意見・情報交換を行っている。また大学7役と呼ばれる、学長、大学院医学研究科長、医学部長、教務部長、研究部長、学生部長、基礎科学主任が毎週1回意見交換の場をもっている。これを大学7役会議と呼ぶが、意思決定機関ではない（資料1-15）。

教務部委員会においては学長、大学院医学研究科長、医学部長、学生部長、基礎科学主任といった大学7役のメンバーが委員、オブザーバーとして加わり、カリキュラム委員会においては2016年より学生代表者、看護部代表者、地域医療代表者、東京都医師会代表者、模擬患者、職員（事務）関係者も委員として参画するように改められた（資料1-16）。

さらに、2015年より医学教育に関わる横断的情報共有、議論の場である医学教育関連委員会が設置され（資料1-17）、医学部長を長として教務部長、学生部長、医学教育センター長、附属4病院院長、BSL委員会委員長、カリキュラム委員会委員長、卒後研修委員会委員長ら、本学医学教育に関わる責任者（資料1-18）が2ヶ月に1度（現在は毎月）意見交換を行っている。これらの場に出てきた提案や提言は、本学の医学教育運営の中心である教務部委員会に取り上げられ、審議されている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

学校法人日本医科大学、日本医科大学医学部、附属病院、教職員、学生、同窓、が使命の策定とその再検討に関わるシステムは整っていると判断する。しかし、大部分の学生、事務職員や病院のコ・メディカル関係者などの職員が参画するシステムはまだ不十分と言わざるを得ない。

## **C. 現状への対応**

2014年に本学の医学教育に関する実務組織であった教育推進室が改組され、新しく医学教育センターとして発足し、大学医学部・医科大学として医学教育における大学の使命やその具現化のための具体的方策を研究する体制が整った（資料1-19）。さらに、2014年に情報科学センターも改組され、法人組織のICT推進センターが新設され、情報解析の立場から教務に関わる諸問題の解析に協力する体制も強化された（資料1-20）

(資料 1-21)。これらの融合による現状認識、解析を進め、さらに全学的な将来構想に関する検討委員会を構築して将来を見据える必要性が議論されている。

#### **D. 改善に向けた計画**

法人、大学、付属病院、教職員、学生、同窓会等において常に大学の使命を強く意識し真摯に意見交換が行われている。さらに、大学医学部・医科大学は医学教育機関、中核的医療機関として社会からの注目が高いところであることを鑑み、本学をよく理解する市民の代表者が大学の使命策定に加わり、第三者的立場からの意見を聴取し、それを検討する仕組みも必要であろうと考える。本学も創立 140 周年という重い歴史の中で、確固たる使命感を持って、社会に対して然るべき貢献をしてきたと自負できるが、一方で将来を見越した機能的かつ効率的に検討する独立した仕組みの必要性がある。学校法人日本医科大学ではこうした背景を基に、2016 年に法人事務組織の改組により将来構想にも関わる経営戦略統括部を新設した。大学としても将来構想を真摯に討議する仕組みをどのように設置するか議論しているところである。

##### 参考資料

資料 1-10：寄附行為

資料 1-11：大学院教授会規則

資料 1-12：医学部教授会規則

資料 1-13：教務部委員会運営細則・委員名簿

資料 1-14：運営協議会名簿

資料 1-15：7 役会議名簿

資料 1-16：カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

資料 1-17：医学教育関連委員会運営細則

資料 1-18：医学教育関連委員会委員名簿

資料 1-19：医学教育センター運営細則

資料 1-20：ICT 推進センター組織規則

資料 1-21：ICT 推進センター業務細則

---

その使命の策定には、広い範囲の教育の関係者からの意見を聴取すべきである。

(Q 1.2.1)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

広い範囲の教育関係者が大学の使命策定に関わる手立てとして、学校法人日本医科大学評議員会、同理事会にはそれぞれに学外の有識者が含まれている。また、同じ法人内に日本獣医生命科学大学があり、同大学とはさまざまな場面でそれぞれの立場から意見交換や

情報交換を行っており、相乗効果を生み出す環境が出来ている。例えば大学の医学教育 FD の際には、必ず日本獣医生命科学大学の学長、教員、学生等が参加し、幅広い議論を行う場が構築されており、本学教育の外部評価の役割も随時果たしてきた。

学部教育に関する主幹委員会は教務部委員会であるが、その委員には附属 4 病院の卒後研修委員長も加わり、卒前・卒後の教育連携を取っており、また医学教育関連委員会は医学教育に関わる全ての部署からそれらの長が参加し、意見交換、情報交換をする場が構築されており、広い範囲での教育関係者の意見が集約される仕組みを構築した。さらに、臨床実習や OSCE の向上を目指して、本学では医学教育センターを中心に模擬患者 (SP) 養成に力を注ぎ、現在までに総勢 200 名以上の認定 SP が誕生している (資料 1-22)。

これらの SP は単に SP として医学教育に参画するだけでなく、一市民の立場からも本学医学教育に対する真摯な意見をいただいております、これらも本学の教育を考える上で大きな力となってきています。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

上記のごとく、さまざまな様式で広い範囲の教育に関わる関係者が含まれているが、これらが統合的、統括的に構成されていない。

## **C. 現状への対応**

「広い範囲の教育関係者」がどこまでの範囲を含むものであるのかを十分に調査、理解し、さまざまな部署、委員会等で散発的に発せられる情報を出来るだけ集約し、教務部委員会での議論に反映するよう努力している。

## **D. 改善に向けた計画**

この問題も含め、大学の中・長期にわたる将来構想を議論し、現状の問題点を提起し、その問題改善を提言するような将来構造を考えることが必要である。大学の中・長期にわたる将来構想等に関わる重要事項は、学長、大学院医学研究科長、医学部長、教務部長、研究部長、学生部長、基礎科学主任によって構成される「7 役会議」がこれを担当することになっており、毎週一回開催されるこの会議において、現状の問題に加え、将来への検討を常に行っている。

参考資料

資料 1-22 : 「模擬患者養成の 10 年」



### 1.3 大学の自律性および学部の自由度

#### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- 教職員および管理運営者が責任を持って教育施策を構築し実施することの組織自律性を持たなければならない。以下の内容は特に含まなければならない。
  - カリキュラムの作成 (B 1.3.1)
  - カリキュラムを実施するために必要とされる配分された資源の活用 (B 1.3.2)

#### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は、以下について教員ならびに学生の教育・研究の自由を保障すべきである。

- カリキュラムに対する意見 (Q 1.3.1)
- カリキュラムを過剰にしない範囲で、特定の教育科目の教育向上のために最新の研究結果を探索し、利用すること (Q 1.3.2)

#### 注 釈:

- [組織自律性]は、教育の重要な分野、例えばカリキュラムの構築 (2.1 および 2.6 に示す)、評価 (3.1 に示す)、入学者選抜 (4.1 および 4.2 に示す)、教員採用・昇格 (5.1 に示す) および雇用形態、研究 (6.4 に示す)、そして資源配分 (8.3 に示す) について政府機関、他の機関 (地方自治体、宗教団体、私企業、専門者、他の関連団体) から独立していることを意味する。
- [教育・研究の自由]には、教員・学生の適切な表現の自由、質疑と発表の自由が含まれる。
- 教員・学生は、現行のカリキュラムのなかで医学的事項の記述と分析について異なった視点を持つことが許される。
  - カリキュラム (2.1 の注釈を参照)

---

教職員および管理運営者が責任を持って教育施策を構築し実施することの組織自律性を持たなければならない。以下の内容は特に含まなければならない。

- カリキュラムの作成 (B 1.3.1)
- 

#### A. 基本的水準に関する情報

カリキュラムの作成はカリキュラム委員会 (資料 1-16) (学生、事務職員も正規の委員として加わっている) を中心に、その親委員会である教務部委員会 (資料 1-13) が担当している。カリキュラム委員会はこのカリキュラムの評価と結果に基づく改善案

の策定にあたっている。教務部委員会は基礎科学（教養教育）、基礎医学、臨床医学の各分野から、また4付属病院からバランスよく選出されており、教務部委員会内にカリキュラム委員会、BSL委員会（資料1-23）、SGL実行委員会（資料1-24）、CBT実行委員会（資料1-25）、OSCE実行委員会（資料1-26）、研究配属実行委員会（資料1-27）、総合試験実行委員会（資料1-28）、LMS運営委員会（資料1-29）が設置され、さらに職制の委員として、大学院医学研究科長、医学部長、学生部長、医学教育センター正副センター長、基礎科学主任も加わっており（学長はオブザーバーとして出席）、本学の教学に関わる範囲をほぼ網羅した陣容が構成されており、教学に関する最高統轄機関として機能している。このような構成の中で本学カリキュラムは審議され、最終的には本学の全教授が出席する医学部教授会で審議、決定されている。

学生の評価は「日本医科大学医学部学則」および「試験等に関する細則」に基づき、科目責任者が厳格に評価を行う。その評価について医学部長を長とし学長、大学院医学研究科長、教務部長、学生部長、基礎科学主任をメンバーとする進級判定会議が精査し、最終決定案を全教授が参加する医学部教授会にて審議をした後に、学長が最終決定する。

学生の評価は医学部長を長とし学長、大学院医学研究科長、教務部長、学生部長、基礎科学主任をメンバーとする進級判定会議が精査し、最終決定案を全教授が参加する医学部教授会にて審議をした後に、学長が最終決定する。

入学者の選抜に関しては学長を委員長とする入学試験委員会が入学試験の実施を統轄する。医学部長を長とするアドミッションセンター委員会が入学試験の在り方について検討する。教員採用・昇格については、それぞれの職制に応じた選考委員会、研究に関する統轄は研究部委員会がこれを行う。これらの組織、委員会等は、本学独自の組織であり、大学院教授会、医学部教授会同様、政府機関、他の機関（地方自治体、宗教団体、私企業、専門者、他の関連団体）との関わりは全くなく、完全に独立したものである。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

それぞれの組織、委員会等はきちんとした規約によってそれらの独立性と役割が明記されており、適切な運営が行われている。また、それらの独立した組織、委員会等の審議や決定事項等は大学院教授会や医学部教授会に必ず報告されており、適切な状況に置かれていると判断できる。

## **C. 現状への対応**

カリキュラムに関しては従来、教務部委員会がその業務を直接行っていたが、2013年に教務部委員会内にカリキュラム委員会を設置した。これによってカリキュラム作成についてそのモニタと評価を同委員会が行いPDCAサイクルを回すことができるようになった。カリキュラム委員会の委員に学生教育委員会の代表が加わったのは2016年

からである。学生自身の意見が公の委員会の委員として反映する仕組みは出来たばかりであり、その効果を発揮するには今後の推移が必要とされる。

#### **D. 改善に向けた計画**

カリキュラムの作成とそれに対する自己評価の関係がまだ曖昧である。つまり、作成されたカリキュラムの評価と改善自体もカリキュラム委員会、教務部委員会の業務となっている。現在、医学教育センターと ICT 推進センターが共同して教育に関する IR を強化しており、これらのデータに基づく提言が行われる別途独立した組織、委員会の構築が必要であり、医学教育センターの業務の見直し等とも関連して、本課題への対応策を考えていく。

##### 参考資料

資料 1-13：教務部委員会運営細則・委員名簿

資料 1-16：カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

資料 1-23：BSL 委員会運営細則・委員名簿

資料 1-24：SGL 実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-25：CBT 実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-26：OSCE 実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-27：研究配属実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-28：総合試験実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-29：LMS 運営委員会運営細則・委員名簿

---

教職員および管理運営者が責任を持って教育施策を構築し実施することの組織自律性を持たなければならない。以下の内容は特に含まなければならない。

- カリキュラムを実施するために必要とされる配分された資源の活用(B 1.3.2)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

2016年6月1日現在、本学の学生収容数は698名である（第1学年126名、第2学年125名、第3学年107名、第4学年104名、第5学年119名、第6学年117名）（資料1-30）。これに対して、教員数は学長1名、大学院教授（分野主任教授）43名、医学部教授21名、臨床教授17名、診療教授2名、特任教授19名、准教授127名、臨床准教授7名、講師131名、助教681名であり、合計1,049名の専任教員が本学の教育にあたっている（資料1-31）。学則に定める主要科目（必修科目）において専任の教授、准教授が科目責任者を担当する科目は79科目中、79科目（100%）である。

教育研究費は学校法人日本医科大学経理規程により、分配が規定されている。教育研究費は先端医学研究所、基礎科学、基礎医学、付属病院、千葉北総病院、武蔵小杉病院、

多摩永山病院に分配され、各組織において各組織の状況にあわせて組織内の各部門、分野、診療科等に細分化して分配されている。また、別途、教育・研究に関わる学長裁量費、また教育に関わる共用機器や整備のために用いる共用経費が教務部委員会に委託されており、必要に応じて審議を行い、分配している。これらの予算は学内経費と文部科学省からの私学助成金のみで組み立てられており、外部との利益相反は存在せず、自律した状況で教育が行われるよう十分な配慮がなされている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

カリキュラムを実施するために資源の活用が適切に行われるように、大学として十分な管理体制を構築し、運用している。また人的資源は、基礎科学、基礎医学、臨床医学とも全国的にみても十分な人数の配置が行われており、教育研究費の配分も全国的にみて高いレベルを保っている。学生の定員が、地域枠も含め現在 116 名まで増加しているが、この増加に対する特別な教職員の増加は行われていない。

## **C. 現状への対応**

入学定員の増加に伴い不都合、不具合の生じた部分に対しては可能な部分から適時対応している。教育研究費の在り方について、教育と研究の 2 つのファクターに分けて分配する必要性も含め、現在、研究部委員会、教務部委員会においてそれぞれ、研究部長、教務部長を中心に基礎データの収集と分析を進めており、より現場に即した配分のための根拠を検討中である。

## **D. 改善に向けた計画**

現在の教育研究費の配分比率が制定されてから 10 年以上の時間が経ち、また今後増加する BSL への対応も踏まえた、新規の教育研究費の配分の在り方について検討が始まっており、より現実的で効果的な資源活用を行う予定である。

参考資料

資料 1-30：学生数一覧

資料 1-31：教育職員数

---

医科大学・医学部は、以下について教員ならびに学生の教育・研究の自由を保障すべきである。

- カリキュラムに対する意見(Q 1.3.1)
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

教務部委員会には教授会メンバーに加え、准教授、講師、付属 4 病院の代表教員も委員

として加わっており、またカリキュラム委員会には学生代表、事務職員も加わっており、様々な意見を自由に交わす環境を作っている。また医学教育センターを中心に、学生の授業アンケートを行い、教務部委員会で卒業時の詳細なアンケートを行い、この内容を公開し、教員へのフィードバックを行っている。詳細は基準 7.2 に述べる。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

様々な方策を用いて、カリキュラムに関する意見や要望を得る方策をとる体制は構築してきている。より深い意見交換、特に学生と教員との意見交換は断続的ではあるが、学生教育委員会を通じて 10 年以上の長きにわたり行われてきた。これが今回の認証評価を機に、正式な組織運営に組み込む環境が整ったという段階である。学生の代表委員だけでなく、多くの学生の真摯な意見と大学側のカリキュラムに対する考え方を素直に話し合う場をより広くすることが今後の課題である。

## **C. 現状への対応**

2014 年より新しいカリキュラムが導入され、現在 3 年目を迎えている。新しいカリキュラムが動き始め、明らかに不備、不具合がある場合は微調整をすることはもちろん重要なことであり、カリキュラム委員会、教務部委員会で随時、確認を行っている。一方、6 年一貫型のカリキュラムであるので、6 年間の流れを一度きちんと確認することも重要と考え、導入した新カリキュラムが一回りし、全体像を確認することも重要と考え、その場その場で微調整を行うべき事象と、全体像として状況を見るべき事象の適切な判別を、カリキュラム委員会、教務部委員会を中心に行っている。

## **D. 改善に向けた計画**

現在の第 3 学年が卒業を迎える 2020 年 3 月をもって新カリキュラムは一回りすることになる。それまでに集まる様々な情報については医学教育センターにおける IR 解析において実情を掴みつつ、修正が可能なところは修正しつつ、2020 年においては、全体のカリキュラムの在り方を改めて全体的バランスから精査する予定である。

---

医科大学・医学部は、以下について教員ならびに学生の教育・研究の自由を保障すべきである。

- カリキュラムを過剰にしない範囲で、特定の教育科目の教育向上のために最新の研究結果を探索し、利用すること(Q 1.3.2)
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

新しい知見や研究結果を教育に取り入れ、カリキュラム改訂の必要が生じた場合には臨機応変にそれらの事象に対応する体制は整っている。毎月開催される教務部委員会に

加え、その年度のトピックスに相当する検討課題を丸1日かけてじっくりと討議する夏季集中教務部委員会討論会が年1回行われる。

また、カリキュラム委員会をはじめ、本学医学教育の情報確認、交換の場でもある医学教育関連委員会等でも常に新しい情報収集を行っており、日々刻々と変化する外部環境とそれに即した教育システムへ目を向ける重要性は全学で共有されている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

教務部委員会、基準2.7に詳細を述べるカリキュラム委員会、医学教育センター教育研究開発部門が機能し、カリキュラム全体を俯瞰しながら無理の無いように最新知見を教育に取り入れてきたと考える。しかし「特定の科目」という観点においては、それぞれの科目責任者は常にアップデートされる専門知識の整理とそれらを効率よく教育することについてはいうまでもなく努力を重ねているが、組織としてそれらをオーガナイズするには至っていない。医学教育センター、ICT推進センターを中心にe-Learningシステムの推進、TBLなどの活用、多職種連携教育の拡充、模擬患者の有効活用など様々なトライを進めているが、まだ部分的な状況である。

## **C. 現状への対応**

医学教育センターの中の医学教育研究開発部門を中心に最新の教育向上のための最新の研究結果に関して常に強い関心を持って情報収集し、本学カリキュラムにおける応用を研究し、その内容については随時、教務部委員会で報告がなされている。年2回開催される教育FDにおいてはこれらの新しい研究成果を紹介、周知徹底を目指している。特に現学長の強い意思によって、自らの予・復習を充実させる能動的学修の実現を目指して学修支援システムやe-Learningの強化を始めている。

## **D. 改善に向けた計画**

ITの効果的な活用をより一層研究し、成人学習理論に基づき、能動的学修を基盤とした教育体制に変革させるべく、学長主導の下で推進を進める。一方で「特定の教育科目」内での取り組みを把握し、支援するとともに、カリキュラムが過剰にならないよう調整できるようなシステムが必要となる。このため授業評価の拡充が望まれる。

### **1.4 教育成果**

#### **基本的水準：**

医科大学・医学部は、

- 期待する教育の成果を目標として定め、学生は卒業時にその達成を示さなければならない。それらの成果は、以下と関連しなくてはならない。
- 卒前教育として達成すべき基本的知識・技能・態度（B 1.4.1）

- 将来の専門として医学のどの領域にも進むことができる適切な基本 (B 1.4.2)
- 保健医療機関での将来的な役割 (B 1.4.3)
- 卒後研修 (B 1.4.4)
- 生涯学習への意識と学習技能 (B 1.4.5)
- 地域の保健への要請、医療制度から求められる要請、そして社会的責任 (B 1.4.6)
- 学生が学生同士、教員、医療従事者、患者、そして家族を尊重し適切な行動をとることを確実に習得させなければならない。 (B 1.4.7)

### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は、

- 卒業時の教育成果と卒後研修終了時の教育成果をそれぞれ明確にするとともに両者を関連づけるべきである。 (Q 1.4.1)
- 医学研究に関わる卒業時の教育成果を定めるべきである。 (Q 1.4.2)
- 国際保健に関わる教育成果について注目すべきである。 (Q 1.4.3)

### 注 釈:

- [教育成果、学習成果、または知識・技能・態度を包含した実践力としてのコンピテンシー]は、教育期間の終了時に実証されることが求められ、しばしば教育/学習目標として表現される。

医科大学・医学部で規定される医学および医療の教育成果は、(a)基礎医学、(b)公衆衛生・疫学、行動科学および社会医学、(c)医療倫理、人権および医療関連法規、(d)診断、診察、面接、技能、疾病の治療、予防、健康促進、リハビリテーション、臨床推論および問題解決を含む臨床医学、(e)生涯学習を行なう能力、および医師の様々な役割と関連した専門職としての意識(プロフェッショナルリズム)を含む。

卒業時に学生が示す特性や達成度は、例えば(a)研究者および科学者、(b)臨床医、(c)対話者、(d)教師、(e)管理者、そして(f)専門職のように分類することができる。

- [適切な行動]は、学則・行動規範等にかかれているべきである。

### 日本版注釈:

- 成果あるいは教育成果は Outcome アウトカムのことである。概念の共有のためあえて成果あるいは教育成果としている。

---

期待する教育の成果を目標として定め、学生は卒業時にその達成を示さなければならない

---

---

い。それらの成果は、以下と関連しなくてはならない。

- 卒前教育として達成すべき基本的知識・技能・態度(B 1.4.1)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

既述の3つのポリシーに加え、本学の学生が卒業時に修得すべき学修成果を明確に示すため、まず2015年に「日本医科大学が卒業時に求められるコンピテンス8領域」を定め明文化した。これは第24回医学教育のためのFDを開催し、教員他、学生10名を含む47名が参加し素案を作成した(資料1-32)。これに基づき、カリキュラム委員会及びそのアドホック委員会でブラッシュアップを重ね、最終的に教務部委員会審議を経て制定されたものである。その項目の中には卒前教育として求められる基本的知識・技能・態度の全ての領域が網羅されている。同時にこれに基づいた履修系統図が作成されており、いずれも大学HP上で公開して学内外に周知している。

また、2016年度より電子化されたシラバスにおいては、各授業の到達目標として設定されるコンピテンスの領域が明記されている。コンピテンス3において「統合された医学知識」を求め、コンピテンス4において臨床研修現場に出た時において適切な診療を行うための「実践的診療能力」を求めている。またコンピテンス2はコミュニケーション能力を求め、プロフェッショナリズムに関するコンピテンス1、科学的研究能力に関するコンピテンス5などその他全ての領域の達成をもってこの基本的水準を満たすことになる。

このコンピテンス毎の達成度合については、IR室とICT推進センターが本学のメールアドレス使用者(学生、卒業生、教職員を含む)約5,000名の中から無作為に1,500名を抽出、在学中の学生は5、6年生を中心に300名を抽出しメールによるアンケート調査を施行した。202名から回答が得られ、この結果を医学教育センターで解析した。8つのコンピテンス領域ごとに、達成度を4段階評価(優、良、可、不可)したものである。

全8領域の評価の平均値で見ると、以下の様になる。5年生の自己評価は平均2.38、6年生の自己評価は2.15、初期研修医の自己評価は2.34、卒業生全体の自己評価は2.79であった。また教育者側から見て、5、6年生の達成度は平均2.43、初期研修医の達成度は2.59、卒後3年目以降の医師の達成度は2.71であった(別冊8-12)。



## 日本医科大学コンピテンス

### 1. 克己殉公の精神を受け継ぐプロフェッショナリズム

日本医科大学医学部学生は卒業時にその時代における克己殉公の精神のあり方を自らの文脈の中で理解し、医療の専門家としての自覚と倫理観に基づいて行動することができる。

### 2. コミュニケーション能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に多様な立場や考え方を理解し、尊重し、共感力をもって他者と接するコミュニケーション能力を持ち、医療の現場における良好な人間関係を構築することができる。

### 3. 統合された医学知識

日本医科大学医学部学生は卒業時に基礎科学、基礎医学、行動科学、臨床医学、社会医学の知識をもち、統合した形で問題解決に応用することができる。

### 4. 実践的診療能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に患者中心の視点に立ち、臨床研修現場において適切な診療を行う能力を獲得することができる。

### 5. 科学的研究心と思考能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に生涯を通じて、医学の進歩に関心をもち、科学的探究心を維持し、問題に対して論理的、批判的思考をもって行動することができる。

### 6. 人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献

日本医科大学医学部学生は卒業時に社会の現状を認識し、医療人の立場から人々が健やかに暮らせる社会の構築に努めることができる。

### 7. 次世代の育成、教育能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に大学の教育、研究、医療における理念を次世代に受け継いで行く使命を認識し、チームにおけるリーダーシップを発揮しつつ後進の指導を行うことができる。

### 8. 豊かな人間性と国際性

日本医科大学医学部学生は卒業時に人類と生命に対する「愛」を内包する豊かな人間性をもち、日本のアイデンティティを尊重しながら、広く世界に目を向け行動することができる。

(資料 1-5)

## B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学の使命に基づき、学生の卒業時に達成すべきアウトカムを明文化し HP 上、あるいはシラバス上に示した。タクソノミーの観点から見ると全ての領域、知識、技能、そして態度・習慣に関わるアウトカムが示され、また基礎科学、基礎医学、行動科学、社会医学、臨床医学の各学習項目についても結果として到達すべき目標はこのアウトカムに紐づけられていると言えよう。しかし、このアウトカムが正式に制定、公開されたのは 2015 年度であり、全ての教職員、全ての学年の学生に周知されているとは言えない状況にある。先述の様に、メールによるアンケート調査でもおそらくはこのコンピテン

スを初めて目にする人間も多数存在したと考える。コンピテンスの達成度は、自己評価では5、6年学生は4段階評価で2.2前後、初期研修医は2.34であったが、教育者側からの評価は5、6年学生：2.43、初期研修医：2.59であり、求められる最低レベル（4段階中の2）は越えていることが示された。

### **C. 現状への対応**

履修系統図が作成され、2016年度のシラバスには授業ごとに達成目標となるコンピテン領域のナンバーは付し、卒前教育において必要な基本的知識、技能、態度・習慣に関わる学習項目との関連付けを行っている。またこれに伴い、各授業コースのGIO、SBOsの記載についても見直しを行うことで大学が卒前教育において求めているアウトカムの学習者への周知と教育者側の自覚を促している。またコンピテンスの下位領域に相当するコンピテンシーの、年度内完成を目指しカリキュラム委員会で策定中である。

### **D. 改善に向けた計画**

コンピテン領域の設定と明文化、履修系統図の作成とシラバスの調整は行っているが、下位領域に設定すべきコンピテンシーの設定、評価も連動させたマイルストーンの設定を行う必要があると考える。

参考資料

資料 1-32：第24回FDワークショップ実施要項・参加者一覧

別冊 8：IR 調査報告・統計資料-12

---

---

期待する教育の成果を目標として定め、学生は卒業時にその達成を示さなければならない。それらの成果は、以下と関連しなくてはならない。

- 将来の専門として医学のどの領域にも進むことができる適切な基本(B 1.4.2)
- 
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

コンピテン（資料 1-5）においては、本学の建学の精神を受け継ぎつつ、将来は多様な領域で、自らの文脈の中でこれを具現化することをまずコンピテン 1 で求めている。全ての専門領域の臨床医はもとより、コンピテン 5 においては研究者、コンピテン 6 においては行政や保健衛生に関連する領域、コンピテン 7 においては教育者としての領域に進むことを想定しており、またその活躍の場も国内に留まるものではないことをコンピテン 8 で示している。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

このコンピテンの制定以前から、本学では「愛と研究心を有する質の高い医師と医学

者の育成」を教育理念とし、数多くの臨床医、研究者、行政職を長きにわたり輩出してきた。このように多様な領域での将来の活躍の基盤となる教育を行ってきたと考える。しかし、全てのコンピテンス領域において卒業生が確実に一定の水準を満たしているか否か、これを適切に評価してきたか否かについてはこれを機に検証すべきであると考え。

### **C. 現状への対応**

履修系統図の作成、シラバスの整理を機に、この多様な将来性を保証するカリキュラムとなっているか、臨床医以外の道、特に研究者への道を選択する、国際社会で活躍するなどに必要な下地作りにつながるカリキュラムとなっているのか検証を行っている。現在、カリキュラム委員会が中心となり、シラバスのチェック、コンピテンス領域に基づく、コンピテンシーの策定作業を行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

将来作成予定のマイルストーン、あるいは履修系統図の改定によりこれら学習者の将来の多様性を意識した提示が行いうるか検討を続けていきたい。

---

期待する教育の成果を目標として定め、学生は卒業時にその達成を示さなければならない。それらの成果は、以下と関連しなくてはならない。

- 保健医療機関での将来的な役割(B 1.4.3)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

特にコンピテンス 6 との関連の中で、社会医学的内容全般、保健医療制度などに関する教育を行っている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

早期臨床経験の場として 1 年次には地域医療実習として地域の中規模病院、2 年次には介護、療養施設での見学実習を行っている。公衆衛生学では保健所より、また 3 年次での臨床医学総論では地域医療を担う家庭医、在宅医療の担当医、東京都医師会長などを外部講師として招き、保健医療機関での将来的な役割について学ぶ機会を設けている。

### **C. 現状への対応**

地域医療実習の充実化、クリニックでの臨床実習に向けて準備が進んでいる。

### **D. 改善に向けた計画**

医療管理学講座が、現在は教授不在であり、計画的授業がやや滞り気味である。また地域医療実習も 6 年間の中では量の不足が否めない。改善が望まれる。

---

期待する教育の成果を目標として定め、学生は卒業時にその達成を示さなければならない。それらの成果は、以下と関連しなくてはならない。

- 卒後研修(B 1.4.4)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

コンピテンス 4 において「実践的診療能力」とは臨床研修現場において適切な診療を行う能力を獲得することと定めている。また、卒後研修委員会（資料 1-33）には医学教育センターの教員も委員として参加し、委員長はセンターの医学教育支援部門長（副センター長）を兼務し、卒前卒後教育のシームレスなつながりを目指し連携を図っている。

また、センターが企画運営する「医学教育のための FD ワークショップ」にはテーマに応じて学部学生及び研修医、大学院生の参加協力を得ることで学習者の意見を取り入れることにしている（別冊 9）。

特に臨床教育においては付属 4 病院の各院長の理解、協力は不可欠であり、卒前、卒後教育の担当者、大学院医学研究科長も交えた協議の場として医学教育関連委員会を設置している（資料 1-17）。

今回の認証評価受審を機に、学生が臨床実習中に経験する疾患のカテゴリー、さらに卒後臨床研修で経験が求められる疾患のカテゴリーごとのおよその経験状況を調査した（資料 1-34）。付属 4 病院の地域における特性に応じ、専門性の高い疾患、Common Disease に該当する疾患が臨床実習中にそれぞれ経験されてきている。詳細は基準 6.2 に述べる。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

年 1 回開催される大学主催の「臨床研修指導医教育ワークショップ」の運営には医学教育センターセンター長、2 名の副センター長も参加し、特に卒後研修委員会委員長を兼務する副センター長は主導的立場で参加する。また教務部部長、副部長も参加し、卒後臨床研修の状況と研修医の臨床能力を的確に把握し、コンピテンシーの設定に役立っている。

このように卒前、卒後教育に関わる多くの教員がそれぞれの立場から教育に参画し、かつ両者が円滑に連携できる組織が構築されている。また臨床実習中に経験する疾患については付属 4 病院の特性を發揮し、偏りなく経験することができている。しかしこの実態把握はまだ完全ではなく、指導現場へのフィードバックと活用も不十分である。

### **C. 現状への対応**

学生の臨床実習中の経験疾患カテゴリーを、各診療科にフィードバックし科ごとのコン

ピテンシー設定とその実現に向けた方略に関して検証を行っている。

BSL ノートと称するログブックは、現在改定作業を進めているが、電子化を進めまたポートフォリオ機能を持たせるべく検討中である。また 2016 年度より BSL に導入された Mini-CEX は卒後研修の場においても利用を開始する方向で調整中である。

#### **D. 改善に向けた計画**

ポートフォリオの運用をもとに卒前卒後の臨床研修の内容の可視化を進め、学習者個々のレベルでシームレス化が図られているか否か把握できるシステムの構築が必要である。

参考資料

資料 1-33：卒後研修委員会運営細則・委員名簿

資料 1-34：学生が経験する症例数

別冊 9：医学教育のための FD ワークショップ報告書

---

期待する教育の成果を目標として定め、学生は卒業時にその達成を示さなければならない。それらの成果は、以下と関連しなくてはならない。

- 生涯学習への意識と学習技能(B 1.4.5)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

コンピテンス 5「科学的研究心と思考能力」においては卒業時においてではあるが、「生涯を通じて医学の進歩に対する関心、科学的探究心を維持し、批判的思考をもって問題解決に取り組むことができる」ことを求めている。この項目は生涯学習に向けた態度、習慣とそれに必要な学習技能の修得と関連付けて設定している。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

入学後早い時点でまず研究倫理の授業を行い、2年次には e-Learning も活用しその理解を深めている。成人学習理論の紹介、情報リテラシーに関する授業に続き、問題基盤型学習と自己主導型学習の意義についても入学早期に授業を行う。PBL や TBL は1年生から4年生まで段階的に行っている。3年次には研究配属の期間が設けられ(必修)リサーチマインドの涵養を促し、NIH など海外での研究留学を経験する学生、高学年においても主として臨床系の研究を継続する学生もいる。

入学直後に Basic Life Support の実習が必修となっており、この時に授業では初めてシミュレーターに触れる。以後生理学実習、基本臨床実習などのコースを通じてシミュレーターを用いた学習に親しみ、卒業後も継続して技能学習に役立てることができるようシステム作りをしている。以上のように多方面から生涯学習に対する意識を育み、か

つ必要な学習技能を学ぶ場を設けているが、学習者の意欲に伴う個人差にはまだ十分対応できているとは言えない。

### **C. 現状への対応**

2016年度、新カリキュラム上の3年生研究配属をシラバス上は短期集中型とし、選択可能な課題数も大幅に増やした。期間後の夏休みも含め意欲のある学生はこの後も引き続き研究を続けられるようにした。e-Learningを主体とした授業の導入、シミュレーターの買い替え、整備も5か年計画で進めている。

### **D. 改善に向けた計画**

卒業時に、生涯学習に向けた意識、それに必要な学習技能がどの程度備わっているのか、その評価方法の検討が必要である。

---

期待する教育の成果を目標として定め、学生は卒業時にその達成を示さなければならない。それらの成果は、以下と関連しなくてはならない。

- 地域の保健への要請、医療制度から求められる要請、そして社会的責任(B 1.4.6)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

2016年度、新カリキュラム上の3年生研究配属をシラバス上は短期集中型とし、選択可能な課題数も大幅に増やした。期間後の夏休みも含め意欲のある学生はこの後も引き続き研究を続けられるようにした。e-Learningを主体とした授業の導入、シミュレーターの買い替え、整備も5か年計画で進めている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

医療プロフェッショナルリズム教育において、プロフェッションと社会との契約関係などについての講義が行われている。また外部における医療機関、介護、療養施設での実習時にその責任者から生の声で現場の抱える課題、すなわち要請を学ぶ機会は有益と考える。1年次の地域医療実習では学生自身が模擬的に受診した患者として実際にカルテを作成し保険請求、支払いまでのプロセスを経験する機会が設けられている。しかし(B 1.4.3)で記したように、医療制度などについての授業は *opportunistic* になりがちである。

### **C. 現状への対応**

社会への責任と言う観点からはコンピテンス1とも連動し、プロフェッショナルリズム教育の場を当初1年次のみであったものを4年次、2年次、そして研修医入職時と増や

している。またこれも (B 1.4.3) で記したように、地域医療機関における臨床実習の協力医療機関を現在選定中であり、2017年度からの実施を目指している。

#### **D. 改善に向けた計画**

医療制度についての教育にはある程度 Systematic な授業も必要と考えられ、カリキュラムの再編成は検討に値すると考える。

---

学生が学生同士、教員、医療従事者、患者、そして家族を尊重し適切な行動をとることを確実に習得させなければならない。(B 1.4.7)

---

#### **A. 基本的水準に関する情報**

コンピテンス 2 のコミュニケーション能力という領域において、特に医療現場における人間関係の構築を、人々の多様な価値観に目を向け、これに共感する力を身につけることで達成するよう求めている。また学生同士、他の医療従事者との関係から考えた場合、コンピテンス 7 における次世代の育成、教育能力といった能力の習得も考慮されている。

特に学生同士の関係に目を向けると、コンピテンス 8 における豊かな人間性を育むという観点では種々の課外活動も推奨し、広く他者、社会との関わりの中で適切な行動がとれるよう教育プログラムを設定している。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

1年次から4月と11月に2回模擬患者参加型の授業を組んでいる。4月においては医療現場において下さなければならない選択について異なる世代の市民 (SP) と共にグループ討論を TBL 形式で行っている。11月には PBL とその課題に基づいた医療面接実習をやはり SP 参加の上で行っている。これらを通じて、学生は異なる考えを持つ同僚に関心を抱き、また、異世代の人々の考え方にも真摯に向き合うことを学んでいる。さらに並行して2年生までに看護業務実習、地域医療実習、上級医師に対するシャドウイングを経験し、チーム医療のあり方などを学ぶ。これらの学習を基盤とし、4年次には10回以上にわたる SP 参加型教育を行い臨床実習の場に臨むこととなる。臨床実習の現場では学生が患者や家族を尊重し、プロフェッションとして行動しているか否か指導医が指導と評価を怠らぬよう努めている。

さらに、6学年縦割りで編成された学生グループ12名程度にメンターとしての教員2名が配され運営されている学生アドバイザー制度は、クラブ活動とは異なる形で学生同士、先輩後輩と交わりここでも多様な価値観を持つ他者との人間関係構築を学ぶ場として機能している。多職種連携教育と言う観点から考えると、看護職からの指導は得ら

れているものの薬剤師など他の職種からの指導を受ける場面はまだ少なく、また単科大学であるため、他の医療職を目指す学生と共に学ぶ機会も乏しい。

### **C. 現状への対応**

2016年度から行動科学に特に焦点を当てた授業が導入され、行動科学そのものに関する講義に加え、1年生と同様にSPをグループ内に加えたTBLを開始した。

### **D. 改善に向けた計画**

多職種連携教育プログラムの充実に向けたカリキュラムの改変、臨床実習における評価の観点からポートフォリオ評価の導入を進める必要がある。

---

卒業時の教育成果と卒後研修終了時の教育成果をそれぞれ明確にするとともに両者を関連づけるべきである。(Q 1.4.1)

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

卒業時の教育成果は8つのコンピテンス領域に分類し明示した。カリキュラムは医学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠して作成されており、また臨床実習において認められる「医行為」については全国医学部長病院長会議が提示した「修正を加えた水準案」を採用し、臨床実習生が使用するBSLにも掲載するとともに指導医に対しても周知をした。卒後研修終了時の教育成果は厚生労働省の定める「臨床研修の到達目標」として規定されこれに従い臨床研修は行われている。例えば臨床研修における到達目標の中で掲げられる「行動目標」としての医療人として必要な基本姿勢・態度は本学の8つのコンピテンス領域のなかの特に1、2、5、6、7と関連付けられ、経験目標に関しては特に3、4などに関連付けられている。基準B 1.4.1に記したようにこのコンピテンスは、第24回FDワークショップ、カリキュラム委員会並びにその中のアドホック委員会で作成され、教務部委員会審議を経て作成されたものである。これを卒後研修のアウトカムとも関連付けるために、外部有識者としてNPO 卒後臨床研修評価機構専務理事にも校閲を求め、その後、本学の臨床研修指導医講習会でも紹介し卒前、卒後の学修成果の関連付けを図った。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

2016年現在附属4病院において臨床研修指導医の有資格者は332名であり、臨床系助教以上のスタッフの39.9%に相当する(資料1-35)。事実上、BSLの指導医と臨床研修医の指導医は兼務しておりそれぞれの達成すべき成果は関連付けられている。また、教務部委員会のメンバーの多くは卒後研修委員会のメンバーを兼ね、医学教育関連委員会は卒前、卒後、生涯教育の改善を一元的に検討するために設けられた。



卒後研修委員会委員長は現在、医学教育センターの医学教育支援部門長も兼務し、実務上の連携、関連付けに関わっている。このように、臨床現場の教職員、管理運営に関わる教職員は卒前、卒後の教育成果を関連付けることを念頭に置き指導している。しかし、卒後研修における到達目標の内、経験目標の中の経験すべき症状・病態・疾患については臨床実習で経験する症例との間で十分な関連付けのための検証、配慮は始めたばかりである。

### **C. 現状への対応**

卒後研修における到達目標における経験すべき症状・病態・疾患について、臨床実習中でどの程度経験されるか、検証作業を行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

臨床実習で経験すべき症状・病態・疾患を明文化し、それを達成しているか否か学生、教員相互に把握できるようなポートフォリオの整備を行う。

参考資料

資料 1-35：付属 4 病院臨床研修指導医数

---

---

医学研究に関わる卒業時の教育成果を定めるべきである。(Q 1.4.2)

---

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学の教育理念は「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成である」これに従いコンピテンス 5 において特に科学的探究心を生涯に渡り維持することを求めている。これに関しては入学時に大学院医学研究科長により行われる主として研究倫理に関する授業に始まり、3 年次には「研究配属」として基礎科学、基礎医学、臨床医学を問わず各教室に配属され研究者としての 1 歩を歩みだすようカリキュラムを組んでいる。以後全ての学生ではないが卒業時まで研究活動を続け、学会発表、論文発表などの成果を挙げて来た。また大学としてもこれらの取り組みを卒業時に表彰するシステムもある。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

基礎科学、基礎医学の実習に加え、3 年次での研究配属における研究成果は期間の終わりに一度指導者による評価は行われるが、その時まで各配属部署「医学研究」に関わるエッセンスは学んでいる。科学的探究心の育成についてはその後も各科目の授業の中でロールモデルとなる研究者から随時モチベーションの維持に配慮した内容の講義が行われている。人数枠に制限があるが NIH における夏季の研究留学も毎年希望者があり、また卒業まで引き続き研究活動を続ける学生もいる。だがその数は決して多く

は無く、学生がどの程度「科学的探究心」を持つことが出来ているか検証は不十分である。

### **C. 現状への対応**

「医学研究」について学ぶ最も重要な機会である「研究配属」についてはどの時期にどの様に行えば最も教育成果が上がるのか検討を続けている。このために新たに教務部委員会の下部委員会として「研究配属実行委員会」を設置しこの課題に取り組んでいる。

### **D. 改善に向けた計画**

大学として学生の優れた研究活動は表彰しているが、同僚の研究成果をお互いに評価し、讃え合うような学内文化の発展策を講じる必要がある。

---

国際保健に関わる教育成果について注目すべきである。(Q 1.4.3)

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

コンピテンス 6 および 8 において、国際保健に関わる学習を行うことを求めている。授業としては衛生学・公衆衛生学の中で取り扱われ、「世界の保健の現状と我が国の施策との関係を理解し、グローバルな活動を説明できる」という SBO が設定されている。また今後の社会において実際に外国人の診療にあたることを想定し、4 年生（臨床実習開始直前）の基本臨床実習コースにおいては 20 名程度の外国人 SP の参加の下、英語による医療面接実習を必修として行って来た。海外選択 BSL や IFMSA を通じて海外臨床実習を行う学生に加え、課外活動として東南アジア医学研究会は 1966 年から毎年タイ国医学調査団を派遣してきた。その長きに渉る活動は同国の医学部との大学間交流にもつながり学生、教職員の間で広く認知されてきた。他にもロシア、ベラルーシにおいては原発事故以後、甲状腺がんに関する医療活動が継続され、学生有志の同行も行われてきた。中国とも学生が同行する視察も含めた交流が始まった。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

主として衛生学・公衆衛生学が担当し、国際保健に関わる教育を行ってきた。全学生に現地調査などの経験を積ませることは困難であるが、先述の様に学習意欲のある学生はこれを行って来た。また 10 年ほど前から英語による医療面接実習（資料 1-36）を必修授業として取り入れ、昨年からは総合診療科客員教授として大使館勤務の外国人医師を招き、卒前、卒後における英語による臨床面でのトレーニングを強化した。本学が国際保健に高い関心を抱き、国際交流を続けて来たことはすでに学内外で周知され学内文化の形成に役立ってきた。

### **C. 現状への対応**

海外での臨床実習、現地調査などの経験の機会は限られるが、その機会を増やすべく、国際交流センターが検討を行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

座学の授業に留まらず、ICTなどを活用し国際的な環境でのアクティブラーニングを行いたい。

#### 参考資料

資料 1-36：英語による医療面接プログラム

別冊 10：基本臨床医実習コース 実習ノート

別冊 11：留学報告書

## 2. 教育プログラム

## 2. 教育プログラム

### 2.1 カリキュラムモデルと教育方法

#### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- カリキュラムモデルを定めなくてはならない。(B 2.1.1)
- 採用する教育法ならびに学習法を定めなくてはならない。(B 2.1.2)
- 学生の生涯学習への準備を整えるカリキュラムを持たなくてはならない。(B 2.1.3)
- 平等の原則に従い学生にカリキュラムが提供されるようにしなくてはならない。(B 2.1.4)

#### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- 学生が自分の学習に責任を持つことを促し、準備させ、そして支援するカリキュラムと教育/学習方法を採用すべきである。(Q 2.1.1)

#### 注 釈:

- [カリキュラム]とは目標とする教育成果、教育内容/シラバス、経験および課程を指し、計画される教育と学習方法の構造、および評価法を含む。  
カリキュラムでは、学生が達成すべき知識・技能・態度が明示されるべきである。
- [カリキュラムモデル]には、学体系を基盤とするもの、臓器器官系を基盤とするもの、臨床課題や疾患特性を基盤とするもののほか、学習内容によって構築された教育単位またはらせん型（繰り返しながら発展する）が含まれる。
- [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、相互学習（peer assisted learning）、体験実習、実験、臨床実習、臨床見学、臨床技能教育（シミュレーション教育）、地域実地経験、およびwebを通じた学習を含む。
- [カリキュラムと教育の方法]は最新の学習理論に基づくべきである。
- [平等の原則]は、教員および学生を性、人種、宗教、性的嗜好、社会的経済的地位に関わりなく、身体能力に配慮して等しく扱うことを意味する。

---

カリキュラムモデルを定めなくてはならない。(B 2.1.1)

---

#### A. 基本的水準に関する情報

日本医科大学医学部のカリキュラムモデルは6年一貫アウトカム基盤型カリキュラムであり、進級判定については学年制を採っている。基礎科学、基礎医学では学体系を

基盤とし、臨床系では臓器器官系を基盤とするものが中心となる授業が行われて来た。縦断的に問題基盤型の SGL 形式の授業が行われてきた（資料 2-1）。

すべての教育プログラムは学是「克己殉公」および教育理念「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」をミッションとし、学生個人が卒業までの学修過程と卒業時の自分自身の姿を有機的に結びつけて、自ら学習を進められる形で編成されている。全ての試験に合格するばかりでなく、医師、医学者としての資質の修得を目指したディプロマポリシー、その資質を具体的に示したコンピテンスを規定し、それに基づくカリキュラムポリシーを明示している。

履修系統図で各プログラムとコンピテンスとの関連を可視化し、さらにシラバスで個々の講義とコンピテンスとの関係も明示している。カリキュラムは、講義、演習、実習、SGL、TBL、見学型臨床実習、クリニカル・クラークシップのいずれかの形態を取り、それぞれのシラバスに個々に明示されている。

アウトカムの基本となる、ディプロマポリシーは以下のようなものである。

#### ディプロマポリシー（学位授与の方針）

愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成を教育理念とする本学の医学教育は、医師となるための基本的知識、技能、態度の修得、自主的かつ周囲と協働して問題を発見し解決する能力の涵養と豊かな人間性の陶冶を目標としており、これらの資質及び能力を修得し、本学の学則に基づくすべての試験科目および授業科目に合格した者に学士の学位を授与する。

（資料 1-4）

このディプロマポリシーは、単にすべての試験に合格したものというだけでなく、医師、医学者になるための望ましい資質を修得することを本義としている。その「望ましい資質」については以下の 8 項目からなるコンピテンスを定めることにより、学生が自らの将来像をイメージし、それぞれの到達点を目指して努力できるようにしている。そこには、学是である「克己殉公」の精神を体得し、プロフェッショナルとしての自覚を持つこと、統合された医学知識と実践的診療能力に基づく問題解決力を養うことが示されている。さらに、思いやり溢れるコミュニケーション能力、研究心、教育心、社会貢献、国際性など一つ一つの具体的目標が明示されている。学生たちは、日頃から受け身ではなく能動的姿勢で、自らの将来とキャリアのために、コンピテンスを意識しながら学修を進めていくことになる。

## 日本医科大学コンピテンス

### 1. 克己殉公の精神を受け継ぐプロフェッショナリズム

日本医科大学医学部学生は卒業時にその時代における克己殉公の精神のあり方を自らの文脈の中で理解し、医療の専門家としての自覚と倫理観に基づいて行動することができる。

### 2. コミュニケーション能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に多様な立場や考え方を理解し、尊重し、共感力をもって他者と接するコミュニケーション能力を持ち、医療の現場における良好な人間関係を構築することができる。

### 3. 統合された医学知識

日本医科大学医学部学生は卒業時に基礎科学、基礎医学、行動科学、臨床医学、社会医学の知識をもち、統合した形で問題解決に応用することができる。

### 4. 実践的診療能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に患者中心の視点に立ち、臨床研修現場において適切な診療を行う能力を獲得することができる。

### 5. 科学的探究心と思考能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に生涯を通じて、医学の進歩に関心をもち、科学的探究心を維持し、問題に対して論理的、批判的思考をもって行動することができる。

### 6. 人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献

日本医科大学医学部学生は卒業時に社会の現状を認識し、医療人の立場から人々が健やかに暮らせる社会の構築に努めることができる。

### 7. 次世代の育成、教育能力

日本医科大学医学部学生は卒業時に大学の教育、研究、医療における理念を次世代に受け継いで行く使命を認識し、チームにおけるリーダーシップを発揮しつつ後進の指導を行うことができる。

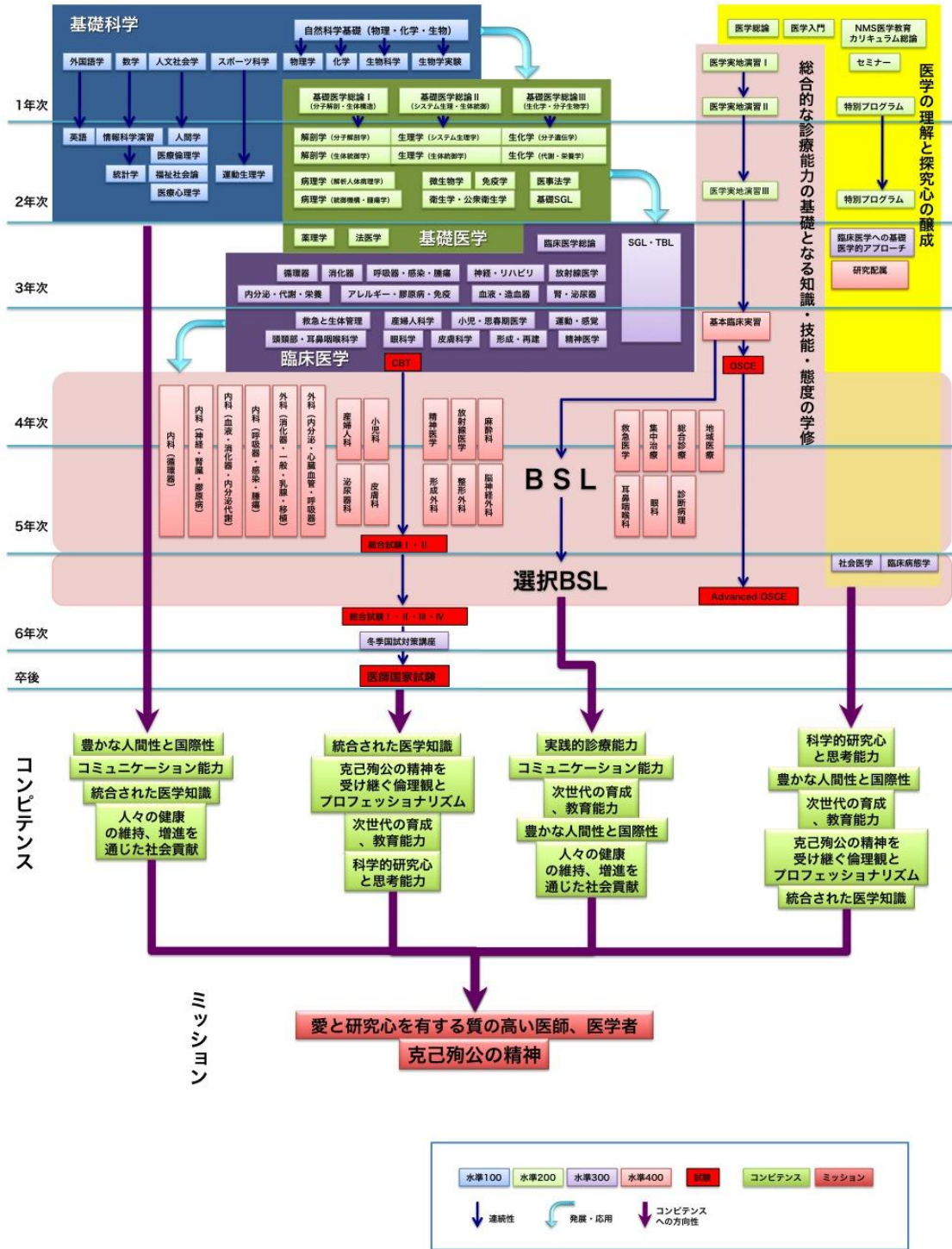
### 8. 豊かな人間性と国際性

日本医科大学医学部学生は卒業時に人類と生命に対する「愛」を内包する豊かな人間性をもち、日本のアイデンティティを尊重しながら、広く世界に目を向け行動することができる。

(資料 1-5)

これらのコンピテンスは後述するシラバスの各講義、各プログラムにおいて、それぞれがどのコンピテンスを目指すものであるかを明示している。さらに、各プログラムとコンピテンスの関係は履修系統図において視覚的に明示してあり、学生がカリキュラムにおける自分の立ち位置を確認しながら学修を進められるようにしている。履修系統図には、各プログラムの履修水準とプログラム間の連続性と発展性の関係も明示してある。

# 日本医科大学医学部 履修系統図



(資料 1-7)

ディプロマポリシーおよびコンピテンシに基づき、カリキュラム編成を行っているが、その基本となるカリキュラムポリシーは以下のようなものである。



## カリキュラムポリシー

本学では、学是「克己殉公」の精神に則り、「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」をミッションとしている。その理念に則り、本学学生が医師、医学者となるために必要な知識・技能・態度を修得し、自ら考え判断でき、生涯にわたって学ぶことができるように、カリキュラムを編成した。

### 1. コンピテンスの明確化と履修系統図の明示

すべてのカリキュラムが、8 領域からなるコンピテンスのどのコンピテンスを指すものか明示し、学生自身が目的意識を持って学修を進める態度を身につける。

### 2. 能動的学修の重視

Early exposure プログラム、問題基盤型学習(PBL)、準備学習時間の明示、学修支援システムを用いた e-Learning などの充実を図り、主体的に考え、あるいは周囲と協働して学修する態度を修得する。

### 3. コア・カリキュラムとの整合性の重視

各講義、各プログラムの担当範囲とコア・カリキュラム項目の関連を明示し、医師になるために必要な知識を確実に学習する。

### 4. 共用試験(CBT, OSCE)の実施と Student Doctor 資格の取得

臨床実習を始めるために必要な知識・技能・態度を全国水準に基づいて評価し、その学習成果を確実にする。

### 5. BSL 教育の充実

期間を国際標準の約 70 週とし、クリニカル・クラークシップ方式主体で実施し、Workplace assessment を基本とした実習評価を行うことで、国際水準を満たすレベルの臨床能力を修得する。

### 6. 研究心、国際性、プロフェッショナリズムの涵養

研究配属、海外選択 BSL、キャリアガイダンス、プロフェッショナリズム教育などの充実により、医師、医学者となる自覚を持ち、思考力・判断力・表現力を向上させ、国際性やチーム医療のための協調性を涵養する。

(資料 1-3)

### 1. コンピテンスの明確化と履修系統図の明示

前掲の履修系統図で視覚的に明示しているほか、各講義のシラバスにおいて1つ1つの講義が目指すコンピテンスを記載している。参考として第1学年 医学入門ユニット① 医学教育カリキュラム総論 の授業予定表の一部を示す。

授業予定表						
回数	年月日 授業形式	時限	教室	担当者	自主学習時間 所属	コンピテン コアカリキュラム
1.	2016/04/06(水)	1時限		弦間 昭彦	15 min	1
	講義				学長	
	タイトル	日本医科大学が目指す医師像	授業 内容	本学の建学の精神と教育理念の背景から医学の未来を語る		
2.	2016/04/06(水)	2時限		弦間 昭彦	15 min	1,5,8
	講義				学長	
	タイトル	医学と医療—今日と明日	授業 内容	「医の未来—生と医の未来」を考える		
3.	2016/04/06(水)	3時限		小澤 一史	15 min	1,8
	講義				医学部長	
	タイトル	医療人としての常識、良識 ?モラル、 秘守義務、規則(学則)?	授業 内容	医学生、医師に求められるモラルとそれを基盤とした規則 (学則)を理解する		
4.	2016/04/06(水)	4時限		鈴木 秀典	15 min	5
	講義				大学院医学研究科長	
	タイトル	医科学と研究倫理	授業 内容	科学的エビデンスに基づく医学の重要性、その基盤となる 研究倫理について理解する		
5.	2016/04/06(水)	5時限		小川 令	15 min	1,6,7,8
	講義				形成外科学	
	タイトル	医師としてのキャリア・デザイン I	授業 内容	医師のキャリア・デザイン、医師の一生を考える。		
6.	2016/04/06(水)	6時限		古市 結富子	15 min	1,6,7,8
	講義				麻酔科学	
	タイトル	医師としてのキャリア・デザイン II	授業 内容	医師のキャリア・デザイン、医師の一生を考える。女性医師 と語る。		
7.	2016/04/07(木)	1時限		伊藤 保彦	15 min	1,3,7
	講義				教務部長	
	タイトル	日本医科大学の教育カリキュラム	授業 内容	本学における「医学の学び方とその意義」を理解する		

(資料 2-2)

## 2. 能動的学修の重視

以前から様々な取り組みを行っているが、特に本年度から導入した新学事/学修支援システム (LMS) の活用を進めているところである。能動的学修を推進するプログラムとしては、まず Early exposure プログラムとして医学実地演習を 1 年次に 2

回、2年次に1回行っている。コ・メディカルなど他職種の職場や地域医療を担う中規模病院の見学実習、老人ホームや介護施設の見学実習の他、原則講師以上の医師に対してシャドウイングを行っている。

問題基盤型学習（PBL）は本学では small group learning（SGL）というプログラムとして行っている。第2学年では基礎医学についてのSGLを行い、4年次に臨床コース講義と連動したSGLとTBLを行っている。SGLのための施設として、約20㎡のSGLルームが千駄木キャンパス教育棟、橘桜会館、6号館に合計17室確保されており、1グループ7～8人で周囲を気にせずゆっくりディスカッションできるように配慮されている。準備学習時間は各講義に対して設定されており、前掲した1年次医学入門の例のようにすべてのシラバスに明示されている。実はこれらのシラバスは本年度から導入された新LMSと連動できるようすべて電子化されていて、学生はPCやスマートフォンからいつでもポータルサイトにアクセスして講義の内容をチェックでき、教員の側からも資料の追加や講義内容の変更など迅速に対応できるようになっている。さらにLMSを用いたe-Learningを活用することにより、学生は時間的空間的制約なしに予復習ができ、教員と双方向のディスカッションもできるようになっている。その他、能動的学修を支援する仕組みとして、学生会館（教育棟地下）には多数の常設PCを備えた広い自習室がある他、教育棟全体で無線LANにアクセスできるようになっている。その他にも図書館のマルチメディアブース、教育棟1階のクリニカル・シミュレーション・ラボなども自由に利用することができる。また、全教員にオフィスアワーが設定・明示されており、LMSでのディスカッションと合わせて、気兼ねなく質問その他を教員に投げかけることができる仕組みになっている。

### 3. コア・カリキュラムとの整合性の重視

個々の講義・プログラム内容は科目・コース責任者に任されているものの、全体としてモデル・コア・カリキュラムの項目が網羅され、CBTレベルのミニマム・エッセンシャルと国家試験レベルに必要な知識の差をある程度意識して学習できるよう、上掲の授業予定表のように各講義・プログラムについてモデル・コア・カリキュラムの項目番号を記載する欄が設けられている。

### 4. 共用試験（CBT、OSCE）の実施と Student Doctor 資格の取得

臨床実習（クリニカル・クラークシップ）の質的担保のためには、必要不可欠な制度であり、本学はこれまで通り全面的に共用試験実施評価機構に協力し、実施を受け入れる。その合否判定については機構の発表する合格ラインを遵守する。この二つの共用試験を受けることで、それまで学習した知識・技能・態度をもう一度再確認し、学生自ら自分自身におけるそれらの定着をはかることが可能となる。

また、本学では以前から Post-Clinical Clerkship OSCE（以下 Post-CC OSCE）を6年次第1学期末に施行している。Post-CC OSCEも本学コンピテンス1、2、3、4の達成には必要不可欠なものであり、将来的にこれが共用試験化される場合にも十分耐えうるような体制で実施している。

## 5. BSL 教育の充実

本学では、2014年度入学生のカリキュラムから、クリニカル・クラークシップによるBSLを4年次の2学期から開始し、6年次の1学期末まで行うことになった。これにより、臨床技能教育は全体で6年教育の1/3を超えることになった。このBSL期間中も低学年から行っている見学型実習や、シミュレーション教育は適宜併用するが、基本的にはクリニカル・クラークシップで2年間を過ごすことになっている。また、その評価もWorkplace Assessmentを取り入れ、Mini-CEX、Mini-OSCEなどを頻繁に行い、形成評価としてのみならず、総括評価においても参考に行っている。

## 6. 研究心、国際性、プロフェッショナルリズムの涵養

これらは特にコンピテンス5、6、7、8の達成のために必要なプログラムであり、本学ではコンピテンス1と合わせて、非常に重要視している。これらのプログラムは低学年から繰り返し行われる言わば螺旋型プログラムになっている。1年次の基礎科学全般、NMS (Novel Medical Science)、医学概論、医学入門、特別プログラム、セミナー、2年次の特別プログラム、3年次の行動科学総論、臨床医学への基礎医学的アプローチ、臨床医学総論、研究配属、4年次の基本臨床実習、臨床配属、5年次BSLの一環としての総合診療実習、地域医療実習、6年次の選択海外BSLなどのように、繰り返し異なった視点から学修する仕組みになっている。特に、プロフェッショナルリズム教育に関しては、専任教員を外部から客員教授として招聘し、その統括の下で、1年次（医学概論）、2年次（医療倫理学）、4年次（臨床医学総論）、臨床実習を経て、臨床研修開始時（オリエンテーション）と螺旋型のカリキュラムをとっている。これはまさにコンピテンス1にある、「克己殉公」の精神を、経験を経るにつれ自らの文脈の中で理解することを促すものである。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

6年一貫アウトカム基盤型カリキュラムであり、基礎科学、基礎医学では学体系を基盤とし、臨床系では臓器器官系を基盤とするものが中心となる授業が行われて来た。そして縦断的に問題基盤型のSGL形式の授業が行われてきた。プロフェッショナルリズム教育などは螺旋型モデルを強く意識して構築してきた。カリキュラムモデルが決められている。ディプロマポリシーおよびコンピテンスをもとにカリキュラムポリシーが定められ、それらと各教育プログラムとの関係は履修系統図で示され、プログラムの水平的、垂直的統合が図られている。特に臨床実習の充実と能動的学修を重視している。電子化されたシラバスには個々の講義やプログラムのGIO、SBO、自己学習時間、コンピテンスとの関係が明示されている。以上より、基本的水準は満たしている。ただし、モデル・コア・カリキュラムとの整合性については今後の検証が必要である。また、LMSを利用した能動的学習についてはコンテンツの整備が急がれるところである。

### **C. 現状への対応**

LMS の利用推進と適正な運用のため、教務部委員会内に新たに医学教育センター副センター長を委員長に LMS 運営委員会を立ち上げた。「本学教材に関わる著作権等のガイドライン 講義資料及び e-Learning 講義作成における著作物等の取扱いに関して」を作成した。このガイドラインは、専門の法律事務所の監修の元、日本の著作権法に則って作成したものである。これによって、アップロードする教員側もダウンロードする学生側も安心して利用できるようになってきている（資料 2-3）。

さらに ICT 推進センターおよび教務課の協力のもと、LMS ガイダンスを開催し、講義担当者全員が利用法に習熟するべく努力をしている。計 5 回行ったガイダンス受講率は教授が 63 名中／49 名参加（78%）、教員が 420 名中／193 名参加（46%）で、ガイダンス自体を e-Learning 化した。さらに LMS と連携した動画配信・講義録画システムの環境を構築し、収録スタジオとして、大学院棟 B1 の ICT 推進センター横に防音設備を備えたスタジオを完備した。これにより、単に講義資料やスライドのみならず、講義を直接録画したり、スタジオで収録したりできるようになっている。今後順次講義の電子化が図られる予定である。

コア・カリキュラムとの整合性については、シラバスの各授業内容に準備学習時間や関連するコンピテンス番号とともに、対応するコア・カリキュラム番号を記載する欄を設けてある。しかし、今年度は全授業での記載は見送られている。来年度以降は完全実施の予定である。

### **D. 改善に向けた計画**

カリキュラム委員会においてモデル・コア・カリキュラム完全準拠型カリキュラムの可能性を議論し始めている。

参考資料

資料 2-1：授業時限配当表

資料 2-2：コンピテンス表示例

資料 2-3：本学教材に関わる著作権等のガイドライン

---

---

採用する教育法ならびに学習法を定めなくてはならない。（B 2.1.2）

---

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

各教育プログラムは講義、演習、実習、SGL、TBL、PBL、見学型臨床実習、クリニカル・クラークシップのいずれかの形態を取り、各科目・コースの中でも個々の授業によって複数の教育法が採用されている場合もある。それぞれシラバスに明記されている。

1年次を例にあげると、例えば「医学入門 ユニット①医学教育カリキュラム総論」においては講義形式の他に TBL/SGL 形式、実習形式の授業もある。この TBL では SP（模擬患者（本学で養成した一般市民））も Team に加わり議論を深めている。「医学入門 ユニット③医学入門」においては PBL/SGL を中心に、TBL/SGL、SP 参加による医療面接実習なども組み込まれ、PBL、TBL、シミュレーションという学習の方法論を通じて、成人学習理論や自己主導型学習の必要性についても学ぶことになっている。

また、医学実地演習は見学型臨床実習であるが一部看護業務の担当など、参加型の要素も組み込まれている。セミナーは 19 のテーマから選択でき、それぞれ 12 時限で構成されていて主に演習形式であるが個々の授業においては講義、実習、PBL/SGL など様々な教育法を採用している。例えば「セミナー 選択 4 遺伝子・DNA 配列」で音楽は奏でられるのか？」では講義と演習、「セミナー 選択 5 決定論と自由意志」では主に PBL/SGL 形式などとシラバスに明記されている。

さらに、統合型プログラムでは、授業形態は講義であっても複数の専門分野の教員が一つのテーマをそれぞれの角度から議論するという教育法を採用していると言える。

「臨床医学への基礎医学的アプローチ」及び臨床医学各コース講義なども統合型教育である。

現在、臨床医学コース講義は、臨床医学総論、循環器、消化器、呼吸器・感染・腫瘍・乳腺、神経・リハビリ、放射線医学、内分泌・代謝・栄養、アレルギー・膠原病・免疫、血液・造血器、腎・泌尿器、小児・思春期医学、産婦人科学、救急と生体管理、運動・感覚、頭頸部・耳鼻咽喉科学、眼科、皮膚科学、形成・再建・再生、精神医学、麻酔・集中管理・疼痛制御、基本臨床実習、統合臨床の 22 コースである。低学年の「特別プログラム」、「セミナー」なども統合型プログラムである。

学習法に関してはできる限り能動的学習を取り入れるようにしている。1年次から 4年次までは PBL や TBL も段階的に用い（資料 2-4）、講義についても、すべての講義資料は担当教員が LMS にアップロードするようにしており、それぞれの資料で Pre-test、Post-test、アンケート、レポート提出、ディスカッション機能を利用できるようになっている（資料 2-5）。学生は PC やスマートフォンでいつでもどこでもアクセスすることができ、予習、復習、質問、討議への参加が可能である。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

授業形態は上記の通りであるが、学則上は①講義、②演習、③実験・実習及び実技、の 3 形態で記載している。SGL、TBL、PBL を②演習とみなし、見学型臨床実習、クリニカル・クラークシップは全て③実験・実習及び実技とみなしている。しかし、学生に教育法をあらかじめ具体的に示しておくことは極めて重要であると考え、シラバスでは細かく分類して記載している。

臨床医学コース講義は臓器別、病態別に編成された統合型プログラムであるが、モデル・コア・カリキュラムとの整合性については引き続き検証している。

学習法については、教育評価にも関わる問題であるが、ポートフォリオの活用が不十分であることが問題である。

### **C. 現状への対応**

カリキュラム委員会において教育方法、授業形態については科学的教育理論に基づき、適宜改良していく。実際には講義といってもロール・プレイを取り入れたもの、TBLの形態を一部に取り入れたもの、など講義担当者が適宜工夫している。能動的学修を促進させるため、LMSによるe-Learningの利用をさらに進めていく必要がある。今年度から大学院の前期共通プログラムはe-Learning化が行われている（資料2-6）。

今後、学部学生に対してもこの受講を可能にし、医学部在学中に単位取得が可能になるよう検討を開始している。

LMSには電子ポートフォリオの機能があり、導入することは可能になっているが、現実的にはほとんど利用されていないので、今後その利用を促進させていく方針である。

### **D. 改善に向けた計画**

教育法は講義形式から能動的学修に向けて次第に改良していく方針である。LMSの活用が進めば、講義自体がいつでもどこでもアクセスできるようになり、学生は講義のためだけに大学に足を運ぶ必要がなくなっていく。すると、大学の教室で行う教育はPBLやTBLなどのように知識の統合や問題解決のための応用を中心にしたものに力を入れることができるようになる。また講義時間が減れば、研究配属に時間をかけたり、短期海外留学や他施設でのBSLを行うなど、知識以外の学力や資質の向上に時間をかけることができるようになると考えている。それと同時に評価法の改善が望まれるため、電子ポートフォリオを教育評価として用いることも検討している。

参考資料

資料2-4：PBL・TBL一覧

資料2-5：LMS活用例

資料2-6：大学院講義 LMS活用事例

---

学生の生涯学習への準備を整えるカリキュラムを持たなくてはならない。(B 2.1.3)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

履修系統図に示した「医学の理解と探求心の醸成」に含まれる各プログラムにはキャリア教育、生涯学習に関する内容が含まれている。

1年次の「医学入門」では本学での学びを始める前に、生涯学習の必要性を理解する。そのユニット①「医学教育カリキュラム総論」のGIOは「本学の建学の精神や教育理

念に基づいた六年一貫教育カリキュラムを、より深く理解するために、本学の歴史を紐解き、医学と全人的医療の位置付けやプロフェッショナルとしての医師とは何かを知り、科学の進歩と社会のニーズや現状をふまえて学ぶべきことを認識し、自分の目指す医師像やキャリア・デザインを考察する。」となっており、キャリア教育を通じて生涯学習の意味と必要性を理解できるようにしている（資料 2-7）。

ユニット②「医学概論」でも GIO は「医学部 1 年生という立場にふさわしいレベルで医学と医療を理解するために、医学における発見、既知の知見との統合、応用の過程を認識し、これを全人的医療という形で実現するという使命を認識し、さらに生涯学習者として研鑽を積むための技能と態度・習慣の必要性を理解する。」というものであり、生涯学習の方法についても学べるようにしている（資料 2-8）。

2 年次の「特別プログラム」では「臨床研究の基本を理解し、臨床研究を実施する際に必要な最低限の知識を得る」という GIO のもと、医師となってから行う臨床研究を通じて、生涯学習の必要性を理解できるようにしている。具体的には国立がん研究センターが提供する e-Learning プログラム ICR-臨床研究入門- (Introduction to Clinical Research) の臨床研究の基礎知識講座を講義室で行うものである。それぞれのチャプターについて実際に臨床研究を行っている本学講師以上の医師による詳細な解説を行い、授業の最後に post-test を受けるという形で行った（資料 2-9）。

3 年次の「研究配属」（必修）（資料 2-10）（別冊 12）、4 年次の「臨床配属研究」（選択）（資料 2-11）では実際に研究に参加する経験を通じて、生涯研究心を持ち続けることの重要性を学ぶことになる。3 年次の研究配属は昨年度までは「基礎配属」の名の下に基礎医学のみを対象としたものであったが、本年度から臨床系からも広く研究課題を選べるようにしたものである。学生が参加した研究成果については発表会を行って報告させ、さらに一部の学生は実際に学会で発表したり、論文化している場合もある（資料 2-12）（資料 2-13）。

さらに 5 年次、6 年次の BSL においては各科のカンファレンスや研究会への参加、あるいは指導医とのコミュニケーションを通じて生涯学習の必要性とその方法について深く学ぶ。なかでも 6 年次の選択 BSL では海外や他大学、他施設での実習も可能であり、環境の異なる条件で、生涯学習についても刺激を受けることができる。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

生涯学習の準備を整えるカリキュラムは用意されている。しかし、学修成果を評価する方法はなかなか難しく、また卒後にその実態を評価することが十分できていないため、現状で十分かどうか検証できていないのが事実である。研究体験については本年度より「基礎配属」を「研究配属」へ発展させたことにより、課題数不足の解消やモチベーションの向上を図っている。ただし、3 週間連日で朝から夕方までという日程は、臨床医である指導教員にとって完全に学生に密着して指導することが難しい面もある。各医局で協力し合って学生の指導を行っているが、日程的な部分では改善が必要かもしれない。



### **C. 現状への対応**

IR 室を中心に、卒後研修センター等の協力で、研修医については調査を行うことができるような体制を作った。現状の検証は十分ではないが、生涯学習に関する教育プログラムの内容について1年ごとに検討し、毎年向上を図っている。

研究体験については研究配属実行委員会においてそのあり方を含めて検討を続けており、研究課題の質、研究への参加の実態把握と評価、対象とする研究施設の拡大などが議論されている。

### **D. 改善に向けた計画**

プログラムとしての時間を増やすことが難しい点については、LMS システムを活用して種々の e-Learning コンテンツを充実させていく予定である。これらのコンテンツには卒業生も興味を持つことができるような内容も含ませることで、卒業生からのアクセスを促し、アンケート機能等を用いて生涯学習についての教育効果を評価できる体制を構築したいと考えている。研究体験については、配属先を学外にまで広げる検討を始めている。

具体的には、すでに大学院分野における提携が進んでいる他大学(医学部以外の学部)との研究配属等の交換プログラムの話が進んでいる。このプログラムが軌道に乗れば、さらに対象とする学外施設を増やす計画である。また、現在は4年次以降に臨床系研究室のみを対象とした選択プログラムである「臨床配属」については、3年次の配属を臨床にまで広げたのと同様に、対象を基礎医学にまで拡大し、「後期研究配属」のような形で、更に発展・拡大させる方向で検討されている。

#### 参考資料

資料 2-7：シラバス抜粋「医学入門ユニット①医学教育カリキュラム総論」

資料 2-8：シラバス抜粋「医学入門ユニット②医学概論」

資料 2-9：ICR 臨床研究入門

資料 2-10：研究配属 配属表

資料 2-11：臨床配属研究 配属表

資料 2-12：学生の学会発表等一覧

資料 2-13：学生表彰理由

別冊 12：研究配属ガイドブック

---

平等の原則に従い学生にカリキュラムが提供されるようにしなくてはならない。

(B 2.1.4)

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

本学においては、学生の募集から卒業に至るまで、また教員の採用から昇任および退任の過程すべてにおいて、医師法その他で医師不適格と定められている事項を除き、性、人種、宗教、性的嗜好、社会的経済的地位に関わりなく、身体能力に配慮して等しく扱っている。本学は建学の経緯から今日に至るまで一切の宗教的影響を受けていない。アドミッションポリシーにも、差別的条件は一切存在しない。学生が少しでも不平等を感じる場合は、学生相談室をいつでも利用でき、また個々の科目に関しての問題は各教員のオフィスアワーを公表しており、相談が可能である。

教育棟の設備面においても、男女ともそれぞれに便所、更衣室等が整備されており、移動の不自由な学生、教員のために、床の段差を無くし、スロープやエレベータを利用できるようにしている。各付属病院においては、もともと患者のためにユニバーサルデザインとなっている。

差別は全くないが、女性のキャリア、ライフ・イベントの支援、セクシャル・ハラスメント対策などを目的として、2015年「女性医師・研究者支援室」が設置された（資料 2-14）。

経済的理由で就学困難な学生に対しては、様々な奨学金制度で対応している（資料 2-15）。また、障害のある学生の受け入れに対する支援については、申し合わせが制定されており、相談員の配置、授業での支援、生活支援、施設面での配慮、入学志願者に対する配慮について教職員に周知徹底を図っている（資料 2-16）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

本学では平等の原則に従い学生にカリキュラムが提供されている。ただし、教員に対して LGBT 教育など平等の原則を徹底させる FD は十分に行っているとは言えない。したがって、今後これまで経験のない事例が生じた時には、適宜対応せざるを得ない可能性がある。

## **C. 現状への対応**

これまで特に平等の原則に反する問題は生じていないが、学生相談室、オフィスアワー、女性医師・研究者支援室などの支援プログラムを充実させていく。問題が生じた場合には教授会の中にアドホックの委員会を立ち上げて問題解決に努める体制になっている。

## **D. 改善に向けた計画**

教員に対する FD で平等の原則や人権に対する基本的コンセンサスを持つようにすることが重要であろう。新 LMS による e-Learning も積極的に活用しながら、教員の意識を高めていきたい。また、施設設備についてもユニバーサルデザインを意識して、必要があればさらに改善を続けていく。

参考資料

資料 2-14：女性医師・研究者支援室組織規則

資料 2-15：奨学金制度

資料 2-16：障害のある学生の受入に対する支援に関する申し合わせ

---

学生が自分の学習に責任を持つことを促し、準備させ、そして支援するカリキュラムと教育/学習方法を採用すべきである。(Q 2.1.1)

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

#### 1. 厳正な評価：

能動的学修の重点化は厳正な評価が行われることを前提にする。自分の学習の責任は、出席率による各科目の受験資格（各科目授業時間数の 2/3 以上）、SGL における Peer 評価、レポートの提出とその評価、臨床実習における多角的評価など、間接的もしくは形成的評価でフィードバックされ、最終的には科目試験の合否という形となって現れる。再試験の機会是与えられるが、本学では 1 科目でも不合格になると各学年からの進級は認められない。すなわち留年となる。

また、やむを得ぬ理由による休学の場合を除き同学年に 3 回留まることは許されていない。その場合は除籍となる。このような厳正な評価制度を前提に、学生は自らどれだけ積極的に学習したかが問われることになる。これらのことは日本医科大学学則および試験等に関する細則に明記しており、入学時に十分な説明がなされている。また GPA による成績表示を合わせて行っており、個々の学生に対して形成的評価として開示するとともに、この成績が海外留学などの時に成績証明書に記載されることなどを説明している。

#### 2. 能動的学修の支援：

学習の自己責任が果たせるよう、その準備及び支援にも力を入れている。まず、1 年次の「医学入門ユニット②医学概論」においてプロフェッショナルリズム教育などとともに医学教育の方法論、とくに能動的学修について詳しく解説し、医学部 6 年間の学習に臨む姿勢を身につけられるようにしている（資料 2-17）。

回数	年月日 授業形式	時限	教室	担当者	自主学習時間 所属	コンピテンス コアカリキュラム
1.	2016/04/22(金)	5時限 6時限		大生 定義	15 min	1,6
	講義				医学教育センター	
	タイトル	医師の使命とプロフェッショナルリズム	授業内容	医師のプロフェッショナリズムとは何か？		
2.	2016/05/06(金)	5時限 6時限		海原 純子	15 min	2
	講義				医学教育センター	
	タイトル	医療コミュニケーション	授業内容	コミュニケーションの基礎知識を学び医療現場での実践へのステップとする。		
3.	2016/05/13(金)	5時限 6時限		藤倉 輝道	15 min	3,4
	講義				医学教育センター	
	タイトル	医学を学ぶための方法論	授業内容	現代の医学教育方法論を通じて、社会の求める医学・医療とその学習者像を理解する		
4.	2016/05/20(金)	5時限 6時限		武井 寛幸	15 min	2,4,6,8
	講義				乳腺外科学	
	タイトル	患者との対話から学ぶ理想の医療	授業内容	患者会代表との実際の話から理想の医師像を考える		

(資料 2-17)

シラバスには各授業の準備学習時間が示され、講義資料が LMS から事前に入手可能である。講義資料には Post-test も含まれており、その都度自分の到達度がチェックできる。さらにアンケート機能で質問やディスカッションも可能である。例として1年次の「医学入門 ユニット①医学教育カリキュラム総論 7.日本医科大学のカリキュラム」の LMS 上の画面を示す。

The screenshot shows the LMS interface for the course '医学入門 ユニット①医学教育カリキュラム'. The main content area displays a list of 8 lessons, each with a title, status (e.g., '公開中'), and a number. Lesson 7 is highlighted with a minus sign, indicating it is the current lesson. Below the lesson list, there is a section for '教材管理' (Material Management) with a list of materials, including '日本医科大学の教育カリキュラム', 'プレテスト', 'ポストテスト', and '医学部における教養教育のあり方は?', each with a '公開中' status and a date.

(資料 2-18)

また現在1年次～4年次でTBL形式の授業が行われている。TBLではレスポンス・アナライザーを活用しているが、通常授業でも活用が進められている。

### 3. 学生支援：

また、全教員にオフィスアワーが設定・明示されており、LMSでのディスカッションと合わせて、気兼ねなく質問その他を教員に投げかけることができる。授業科目や学生生活等に関する学生の質問・相談等に応じるために、教員が予め特定の時間帯を設定し、その時間帯であれば、学生は基本的に予約なしで研究室等を訪問することが出来ることになっている。例として基礎医学教授のオフィスアワーを示す。

学科目	実施時間（原則として毎週実施※1）	実施場所
<b>基礎科学</b>		
物理学	月曜日 放課後	物理学教員室（武蔵境校舎3階）
化学	金曜日 昼休み	教授室（武蔵境校舎3階）
生物学	木曜日 昼休み、放課後	教授室（武蔵境校舎3階）
外国語（英語・ドイツ語・フランス語）	水曜日 昼休み	語学研究室（武蔵境校舎3階）
数学	火曜日・金曜日 昼休み（指定日以外でも在室時ならいつでも対応可能）	教授室又は教員室（武蔵境校舎3階）
医療心理学	火曜日 昼休み	教授室（武蔵境校舎3階）
スポーツ科学	木曜日 午後5時～午後6時	スポーツ科学研究室
<b>基礎医学</b>		
解剖学（分子解剖学）	月曜日 昼休み	教授室（1D11）
解剖学（生体構造学）	月曜日 放課後 水曜日 放課後	教授室（大学院棟1D08） 教員室（大学院棟1D05）
生理学（システム生理学）	月曜日 昼休み	教授室（4D06）
生理学（生体統御学）	月曜日 昼休み	セミナー室（4D09）
生化学・分子生物学（代謝・栄養学）	月曜日 放課後	教授室（大学院棟3階3D06号室）
生化学・分子生物学（分子遺伝学）	月曜日 午後3時～午後5時	セミナー室（3D02）
薬理学	金曜日 昼休み	教授室（4D01）
病理学（解析人体病理学）	金曜日 午前11時30分～午後1時30分	教授室（2D10）
病理学（統御機構・腫瘍学）	火曜日 午前10時～午後3時	教授室（2D06）
微生物学・免疫学	金曜日 昼休み	教授室（2D01）
衛生学公衆衛生学 社会医学	金曜日 昼休み 火曜日 昼休み	セミナー室（3D11）
法医学	木曜日 午後4時30分～午後6時	法医学セミナー室（1D01）

（資料 2-19）

また、学内メール（Gmail）では学内アドレスを持つものは宛先に名前を打ち込むだけで自動的にアドレスが表示される仕組みのため、実際には直接メールでの質問や相談が頻繁に行われている。学生相談室も機能しており、学生生活のみならず学業についての相談も多い。精神科医、臨床心理士も対応している（資料 2-20）。

## 学生相談室

	武蔵境	千駄木
場所	E棟3階	教育棟1階の奥
相談時間	木曜日 11:00~19:00 金曜日 10:00~12:00	火曜日 11:00~19:00 水曜日 11:00~19:00 金曜日 11:00~19:00 土曜日 10:00~16:00 (月2回)
相談申込 TEL/FAX	直通TEL: 0422-34-3454	直通TEL: 03-5814-6197

(資料 2-20)

もう一つ、本学で以前から続けている学生支援として学生アドバイザー制度がある。これは、ピアサポートシステムであり、1学年2~3名ずつ6学年まで編成された小グループに専任の学生アドバイザー（教授、准教授、講師など）がつき、年に2回原則一斉にすべてのグループが別々の会場（通常安いレストランなど）で会合をもち、学生の疑問や質問、相談、要望などを聞き、適宜対応するというものである。縦割りのグループなので上級生と下級生との交流があり、そうした交流を通して自分の立ち位置を確認し、自分自身の今後の学修計画を見直す機会とすることができる。また、学生の率直な意見を教育現場に取り入れることも目的の一つである。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学では比較的速い速度で、能動的学修を重視する方向へカリキュラムを改善してきている。現状で学生が自分の学習に責任を持つことを促し、準備させ、そして支援するカリキュラムと教育/学習方法を採用していると言える。ただし、準備学習の実態把握が十分とは言えない。能動的学修の意味を折に触れ再確認させるために、更なる努力が必要であろう。

### **C. 現状への対応**

能動的学修を重視した本学における学びの方法論については1年次に学習するのであるが、実際には医学の専門科目が始まり、PBL、TBL、SGLにおいてその意味が理解できるというのが実情であろう。LMSを利用した双方向型学習を低学年から進めることで、入学時から能動的学修の実が上がるようにしていきたい。またGPAによる成績表示は形成的評価に用いるのみならず、進級判定の参考資料として用いる方向で、教務部委員会等で検討中である。

## D. 改善に向けた計画

いわゆる座学の講義はなるべく e-Learning コンテンツに回していき、講義室においては TBL やクリッカーを用いた授業などの双方向型を中心にした授業をさらに増やしていく。また、e-Learning で学習のスピードを上げれば、その評価（試験）を厳しくした上でのことであるが、空いた時間で、研究活動や留学などが可能になる制度を構築する。

また、現在ある学生アドバイザー制度を更に発展させ、学生チューター制度を作ることも考えている。そのために学生チューターを養成する教育プログラムを構築し、資格としての学生チューター認定を行う。上級生のチューターが下級生の学修支援をするのである。この養成講座にももちろん LMS による e-Learning が活用できると考えている。

### 参考資料

資料 2-17：医学を学ぶ方法論の授業

資料 2-18：LMS 画面表示例

資料 2-19：オフィスアワー例

資料 2-20：学生相談室

## 2.2 科学的方法

### 基本的水準：

医科大学・医学部は

- カリキュラムを通して以下を教育しなくてはならない。
  - 分析および批判的思考を含む、科学的方法の原則（B 2.2.1）
  - 医学研究法（B 2.2.2）
  - EBM（科学的根拠に基づく医学）（B 2.2.3）

### 質的向上のための水準：

医科大学・医学部は

- カリキュラムに大学独自の、あるいは先端的な研究の要素を含むべきである。（Q 2.2.1）

### 注 釈：

- [科学的方法]、[医学研究法]、[EBM（科学的根拠に基づく医学）]の教育のためには、研究力のある教員が必要である。この教育は、必修として医学生が適当な範囲で研究プロジェクトを実践または参画することが含まれる。
  - [大学独自の、あるいは先端的な研究]は、研究者あるいは共同研究者とし

て医学の科学的進歩に参画する能力を高めるための必修もしくは選択の調査的あるいは実験的研究を含む。

カリキュラムを通して以下を教育しなくてはならない。

- 分析および批判的思考を含む、科学的方法の原則(B 2.2.1)

## A. 基本的水準に関する情報

分析および批判的思考を含む、科学的方法の原則に関する医学部教育に関しては、コンピテンス（資料 1-5）の一つとして、「5. 科学的研究心と思考能力」が明記されており、これを学修するカリキュラムも履修系統図（資料 1-7）に示されている。第1年次、入学早期において、「医学入門）ユニット①医学教育カリキュラム総論」（資料 2-7）「医学入門）ユニット②医学概論」（資料 2-8）において、科学的方法および医学研究方法論を学習する。セミナー選択においても、分析的および批判的思考を涵養するテーマを取りあげている（資料 2-21）。

3年次に臨床医学各コースが開始される際に、再度「臨床医学総論」において、科学的方法を臨床に活用するために、科学的な臨床推論法を学習する（資料 2-22）。また、講義およびセミナーで得た知識を基に、3年次の「研究配属」（資料 1-8）および4年次の「臨床配属研究」（資料 2-11）では、実際の研究を通して科学的方法を体験する機会を設定している。

2年次～3年次で行われている基礎 SGL (PBL) の中でも抽出された learning issues を解決する際に、得た情報を鵜呑みにせず、批判的思考をもってこれに臨むよう Tutor を通じて指導を行ってきた。またこれとも関連付け、2年次の分子遺伝学では教室が独自に実習の中で PBL の手法も取り入れ行ってきた。

## B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育理念である「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」に基づいてコンピテンスの1つとして、「5. 科学的研究心と思考能力」を明記し、履修系統図に示しているように、課程の早い段階から縦断的に研究心の基本となる科学的方法の原則について学習する機会があるが、全ての学年において設定されているわけではない。

## C. 現状への対応

分析および批判的思考の醸成には、基礎科学、基礎医学および臨床医学が一体となった教育が必要である。実際の講義内容は、「医学入門」に関しては医学教育センターが全体を通して立案し、基礎科学に関しては基礎科学教室責任者会議、基礎医学に関しては火曜会、SGL については SGL 実行委員会、臨床医学ではコース講義責任者会議において横断的な連携を図っている。カリキュラム全体に関しては教務部委員会およびカリキュラム委員会が検討を行っている。



今年度から大学院の前期共通プログラムは e-Learning 化が行われている。今後、学部学生に対してもこの受講を可能にし、医学部在学中に単位取得が可能になるよう検討を開始している（資料 2-6）。

#### **D. 改善に向けた計画**

科学的方法の学修に関する教育の有効性は卒後を含めた長期的な視点が必要であろう。IR を活用して、研究配属での研究成果と卒後の研究業績、学位取得の有無等、長期的な効果を今後検討する必要がある。

参考資料

資料 1-5：コンピテンス

資料 1-8：シラバス抜粋「研究配属」

資料 2-21：シラバス抜粋「セミナー5」

資料 2-22：シラバス抜粋「臨床医学総論」

---

カリキュラムを通して以下を教育しなくてはならない。

- 医学研究法(B 2.2.2)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

医学研究法教育に関しては、コンピテンス（資料 1-5）の 1 つとして、「3. 統合された医学知識」および「5. 科学的研究心と思考能力」が明記されており、これを学修するカリキュラムも履修系統図（資料 1-7）に明確に示されている。第 1 年次の入学後早期に、「医学入門）ユニット①医学教育カリキュラム総論」で医学研究法を学習する（資料 2-7）。また「医学入門）ユニット③医学入門」（資料 2-23）においては、医学研究に必須の能動的学修法を習得する。講義に加えて、「医学実地演習」では、医療の現場において医学知識がどのように活用されているかを体験する。2 年次では、「特別プログラム」（資料 2-9）において、臨床研究手法について学習する。また分子遺伝学では教室が独自に実習の中で PBL の手法も取り入れ行ってきた（資料 2-24）。

3 年次「研究配属」（資料 1-8）（資料 2-10）および 4 年次の「臨床配属研究」（資料 2-11）においては研究に参加し、実際に医学研究手法を体験する機会がある。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

医学研究法に関しては、「3. 統合された医学知識」および「5. 科学的研究心と思考能力」としてコンピテンスを明記し、入学早期から 4 年次まで縦断的に、チュートリアルなどの能動的学修法の習得を含め、教育がなされている。医学研究へ参加する実際の

経験も、臨床の BSL および研究配属を通して得ることが出来ている。各講義の詳細な内容に関しては、横断的な連携は図っているものの十分とは言えない。

### **C. 現状への対応**

実際のカリキュラム内容については、「医学入門」に関しては医学教育センターが全体を通して立案、遂行し、基礎科学に関しては基礎科学教室責任者会議および基礎医学に関しては火曜会において情報交換し横断的な連携を図っている。カリキュラム全体に関しては教務部委員会およびカリキュラム委員会が検討を行っている。

e-Learning 化された大学院の前期共通プログラムを今後、学部学生に対しても受講を可能にし、医学部在学中に単位取得が可能になるシステムの検討を開始している（資料 2-6）。

### **D. 改善に向けた計画**

学生および各カリキュラム担当者からのフィードバックを組織的に行う評価システムを確立し、カリキュラムに反映する。

参考資料

資料 2-23：シラバス抜粋「医学入門ユニット③」

資料 2-24：医学教育学会 発表抄録

---

---

カリキュラムを通して以下を教育しなくてはならない。

- EBM（科学的根拠に基づく医学）（B 2.2.3）
- 
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

EBM 教育に関しては、コンピテンス（資料 1-5）の 1 つとして、「3. 統合された医学知識」が明記されており、これを学修するカリキュラムも履修系統図に明確に示されている（資料 1-7）。

第 1 年次「医学入門 ユニット③医学入門」（資料 2-23）において EBM について概説し、EBM の基礎となる統計学的解析に関しては、第 1 年次に「数学 ユニット①数学」、「数学 ユニット②コンピュータ・リテラシー」、第 2 年次に「基礎科学 ユニット②統計学」で統計的手法の数学的基盤を学習し、「基礎科学 ユニット⑦情報科学演習」において統計解析ソフトウェアを用いた解析演習を行う。

その基礎知識のもとに 3 年次の「衛生学・公衆衛生学 疫学的研究手法」で解析の資料となるエビデンスを集積する手法を学び、並行して 3 年次の「薬理学 臨床薬理学」でエビデンスに基づいた治療の原則に関して学習する。また、薬理学実習においては、「基礎科学 ユニット⑦情報科学演習」において学習した統計解析ソフトウェアを利用

して、学生が実験によって自ら得たデータの解析を行っている。第3年次の「臨床医学総論」においては、臨床医学の学習を開始するにあたり、再度 EBM について学習する（資料 2-22）。

第3年次後半には、臨床症例を題材にした少人数グループ教育においてケーススタディを通して EBM を学習し、第4年次から開始される臨床実習においては EBM を実践する機会を設置している。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

基礎的な知識から症例検討、臨床実習まで、体系的に EBM に関して学習する機会が設置されている。横断的な連携は十分とは言えないが、統計学的解析法については、他科目の実習で実際に学生が得たデータを解析演習に使用する等、科目間で講義内容の連携がある程度なされている。

## **C. 現状への対応**

基礎科学に関しては基礎科学教室責任者会議、基礎医学に関しては基礎医学科目責任者連絡会議において、教育内容の横断的な連携を図っている。また各科目担当者間で情報交換し、縦断的な連携も図っている。カリキュラム全体の構築に関しては教務部委員会およびカリキュラム委員会が検討を行っている。

## **D. 改善に向けた計画**

臨床と研究の両側面において、EBM の実践に向けて必要とされる各教育要素を抽出し、カリキュラムにおける位置付けと有効性を検討する必要がある。その検証に基づいて、連携を発展させる有効なシラバスの作成を今後行っていく。

参考資料

別冊 2：シラバス

---

---

カリキュラムに大学独自の、あるいは先端的な研究の要素を含むべきである。(Q 2.2.1)

---

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」の教育理念のもとにコンピテンズ（資料 1-5）の1つとして、「5. 科学的研究心と思考能力」が明記されている。第1年次の入学早期に医学入門) ユニット①医学教育カリキュラム総論において先端的研究に携わっている医師・医学研究者の講義を受け、医師のキャリアとして先端的研究に従事することを考える機会を提供している。第1年次のセミナー) 選択において、先端的研究の基礎となる自然科学のテーマ（資料 2-25）を設定し、より深く最先端の内容を

学習できる。第3学年に「研究配属」が設置され、基礎科学、基礎医学、臨床医学、先端医学研究所の各分野において行われている研究に3週間全日参加する機会を設けている（別冊12）。

多くの研究課題を設定し、主体的に研究に取り組めるように学生の希望を優先しつつできる限り少人数の学生を各施設に配置して、カリキュラムの有効性を高めている。さらに臨床の研究室において研究を希望する学生に対して、4年次に「臨床配属研究」を設定し、研究課題と学生をマッチングさせ、選択カリキュラムとして研究する機会を提供している。「研究配属」および「臨床配属研究」で興味を持った学生は研究を継続し、学内の日本医科大学医学会総会で発表するのみならず、国内外での学会発表を行う学生もいる（資料2-12）。

2年次以降の希望する学生に関しては、教務部員会および国際交流センターでの一定の審査を経て、夏期休暇を利用してアメリカ国立衛生研究所（NIH）などの海外の研究所での研究を行う機会も提供している（資料2-26）（資料2-27）。

「研究配属」や「臨床配属研究」等、研究で成果を上げた学生に対しては、大学から桜賞を授賞し、表彰している。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」の教育理念のもとにコンピテンズの1つとして、「5. 科学的研究心と思考能力」が明記されている。カリキュラムにおいても明確に反映されて、先端的な研究およびこれを行っている研究者に接し、研究心を育成する教育がなされている。「研究配属」における課題選択に関しては、学生の希望を優先しており、学生の主体的な研究への参加を促している。さらに学生の興味を引き出し、研究心を涵養するために、多様な分野の研究に接する機会が必要である。また、研究配属や学外での研修に対する評価については、表彰制度はあるものの、成績評価には十分組み込まれていない。

## **C. 現状への対応**

「研究配属」においては、個々の学生が興味を持てるように、多様な分野の研究を提供する必要がある。また、例年、成果報告会と報告書の提出を行ってきたが、これらを含めた研究に対する学生評価が十分ではない。こうした問題点に関しては、教務部委員会に研究配属実行委員会を設置し、研究課題、実施方法および評価方法等に関して、常時検討を行っている。

## **D. 改善に向けた計画**

学生の研究への意欲を引き出すためには、「研究配属」において多様な分野の研究を提供し、幅広い先端的な研究に触れる機会を構築する必要がある。このためには提携校などを活用し、医学部以外の研究施設（室）での研究にも派遣することを検討する。ま

た、個々の学生の適性を把握し、研究へのモチベーションを高めることが将来の医学研究者の育成には重要であるため、授業科目としての「研究配属」の多面的な評価を教務部委員会で検討していく必要がある。先端研究に接したことによる長期的な教育効果の検証は行う必要があり、IRを活用し「研究配属」での研究活動と卒後の研究業績および学位取得の有無等、長期的な追跡を行う計画である。

#### 参考資料

資料 2-25 : セミナー開講一覧

資料 2-26 : NHI サマースチューデント募集ポスター

資料 2-27 : NHI サマースチューデント参加実績

別冊 12 : 研究配属ガイドブック

## 2.3 基礎医学

### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- カリキュラムに以下を明示し実践しなければならない。
  - 科学的知見を理解する力を涵養するための基礎医学の適応 (B 2.3.1)
  - 臨床医学を修得し応用するために必要な基本的概念と方法 (B 2.3.2)

### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- カリキュラムに以下の項目を反映させるべきである。
  - 科学的、技術的そして臨床的進歩 (Q 2.3.1)
  - 現在と将来に社会および医療で必要となること (Q 2.3.2)

### 注 釈:

- [基礎医学]は、地域での必要性、関心および伝統によって異なるが、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、寄生虫学およびウイルス学を含む）、分子生物学、病理学、薬理学および生理学を含む。

---

カリキュラムに以下を明示し実践しなければならない。

- 科学的知見を理解する力を涵養するための基礎医学の適応(B 2.3.1)
- 

## A. 基本的水準に関する情報

本学では、必要な知識・技能・態度を修得し、自ら考え判断しながら生涯学習を継続できるというアウトカム達成のため、その達成に必要なコンピテンス 1・3・5 を目標

とし、以下のようなカリキュラムをデザインしてきた。1年次の自然科学の基礎および応用（生物学、化学、物理学）に続き、基礎医学が本格的に始まる前にスポーツ科学・運動生理学をへて、その後基礎医学総論を学ぶ。これには解剖学・生理学・生化学を中心に配置されている。これにより、教養力を専門科目に生かす連携性、「解剖学」、「生理学」、「生化学・分子生物学」といった基礎医学の土台をなす教科の総論を学び、そして2年次への連続性を構築している。この基礎医学総論を修了した後、2～3年次の基礎医学各論について深く学ぶ形式となっている。

2年次から3年次1学期においては、前半が「解剖学」、「生理学」、「生化学・分子生物学」といった基礎医学の中でも基本となる教科を修め、後半では「病理学」、「微生物学・免疫学」、「医事法学」、「薬理学」、「法医学」、「衛生学・公衆衛生学」といった応用基礎医学、社会医学をシームレスに結ぶカリキュラムが組まれている。

基礎医学総論・各論を通して、1～2年次において正常構造と機能、2～3年次前期では病態と診断および疾患について学習しつつ、本学では加えて、知識の横断的かつ統合的確立を狙うことを目的とし、基礎医学少人数グループ学習（基礎医学 SGL2 年次）を行うという、以上の3つの柱から成り立ってきた。さらに、よりアドバンスなプログラムとして3年次においては研究配属カリキュラムが生まれ、一定期間全学の研究室に配属され、配属先の定められた課題に取り組んできた。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

本学においては、「-ology」という学問体系を基盤にした従来型の基礎医学学習方法を行ってきたが、その学問間のギャップを軽減し、より統合的に学習内容を理解できるよう基礎医学 SGL（2年次、3年次）および研究配属（3年次）を行っている。これを行うことで、縦割りの学習項目を統合的に理解しやすくなることと、習得知識の横のつながりが明確になるなど、より学習内容が深化できるようになっている。

一方で、このような比較的切れ目のない基礎医学カリキュラムにおいても、1～3年次の比較的低学年において学問間の関係性への理解、必修の知識習得について、必ずしも容易に学習がすすまないケースも散見される（資料 2-28）（資料 2-29）。

## **C. 現状への対応**

大学入学までの学習者の理科教育履修科目の多様性により、生物学を含めた基礎医学を学ぶための基礎学力のばらつきに対しては、1年次初期において必須学習項目を明示し、学習者のレベルを把握しながらより多くの事前学習機会を設定している。基礎医学系科目においては、中間評価を複数回行うことで、通年での形成的評価の機会をより多く増やしている。また、これまでの基礎医学研究室中心だった基礎配属から、基礎・臨床系を含む全学をあげた「研究配属」へと発展し、医師・研究者に直接接し、現実的かつ統合的理解に至るよう工夫されている。

## **D. 改善に向けた計画**

基礎医学的学習内容がより統合的に理解できるように、かつ臨床医学へのリンクが密接かつ明確になるよう、教員においてはコア・カリキュラムに準拠した学習内容を吟味していくことが必要である。また、学習内容においてどの領域・分野が、学習者にとって理解が及ばないかを学生ポートフォリオ等を活用することで明確にし、課題を見出し検討していく。形成的評価のための中間評価で明らかとなった不得手習得項目についてはより早期に学習者にフィードバックしていく。「研究配属」プログラムの発展により、知識を知恵へと変えていくこと、そして学問への理解が進むよう順次修正していく。一方で習得度が不十分な学生に対しては、「研究配属」の時間を利用して、習得度を補強するような工夫を行う必要がある。

### 参考資料

資料 2-28：第 2 学年基礎 SGL アンケート結果

資料 2-29：第 3 学年基礎 SGL アンケート結果

---

カリキュラムに以下を明示し実践しなければならない。

- 臨床医学を修得し応用するために必要な基本的概念と方法(B 2.3.2)
- 

## **A. 基本的水準に関する情報**

アウトカム達成のための本学のコンピテンス 1・3・5 を目的として、段階的に科目達成レベルが徐々に切れ目なく上がっていくように基礎医学カリキュラムはデザインされている。3 年次においては、基礎医学での習得知識の臨床場面への関連性を目標として、特に臨床に直結する課題にアプローチしていく基礎医学 SGL を行ってきた。加えて疾患の病因や治療への理解を促進し（薬理学・病理学・微生物免疫学）、一方でマクロ的視野に立った疾病の理解や社会医学的知識（医事法学、衛生・公衆衛生学や法医学）についてのカリキュラムが構成されてきた。加えて、各基礎医学系教室がイニシアチブを取りながら行う臨床系講座との合同講義、すなわち「臨床医学への基礎医学的アプローチ」を行ってきた（資料 2-30）。

3 年次には「臨床医学総論」に引き続き、臓器別の各臨床医学コース講義が生まれ、臨床実習に必須な臨床医学知識が修得できるようになっている。また、この間のカリキュラムの中に、特別プログラムを設けて、従来のカリキュラムでは扱われないものの、その時に話題となっているトピック等を取り上げて、基礎・臨床系教員が解き明かすプログラム、医療実地演習、臨床 SGL などを随時組み込み、実践的な教育体制になるように授業内容や方法の工夫を行ってきた。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

臨床的課題に即した内容の基礎医学 SGL、そして臨床医学への基礎医学的アプローチ等、その学習達成レベルが 2～3 年次へと徐々にステップアップし、基礎医学で修得した基本的知識・概念・学習方法が、臨床医学の修得や応用に連続的につながっているシステムである（資料 2-28）（資料 2-29）。

基礎医学の学習時期が 1 年次 3 学期からと、より早期に始まり 3 年次前期においておおむね終了となる進度の早いカリキュラムとなってきた。それにともない、短期間での膨大な知識習得と理解が要求されているのが現状となっている。それに対して、基礎医学関連の必修の知識を習得することに壁を感じる学習者が散見されている。

研究配属の目的は最終的には、教育理念に表されているようにリサーチマインドを持った学生の育成またはそのようになるための導入としての位置づけである。

研究配属を通しその後も継続して高学年になっても基礎医学系教室で研究を継続し、学会発表や論文作成を行う学生が少ないながらも毎年複数存在する。本学ではそのような学生については、毎年、卒業式において表彰している。

## **C. 現状への対応**

基礎医学 SGL については学習者の討論は活発に行われ時間を十分に使用しており、現状としては目的に沿って行われている。この SGL には、基礎医学系の教授のみならずほぼ全教員が、職域にかかわらず関与・参加している。しかし SGL という教育法の仕組みがもつ、チューター間、グループ間での学習効率や到達度のばらつきという問題点は存在している。そこで、グループ作成においては学習者の到達度レベルをもとに、必ず核となる者がグループに入るよう考慮し、チューターオリエンテーションを義務として行い、課題作成者の意図や狙いを共有し、チューターの質の均一化をはかっている。これらは、教務部委員会・SGL 実行委員会によって行われている。また、「臨床医学への基礎医学的アプローチ」のプログラムについては、学習のみに終わらず、プログラム終了時に、共用試験 CBT を念頭に置いた評価試験を行っている。

## **D. 改善に向けた計画**

臨床との懸け橋、臨床課題への移行における知識ギャップ、または知識応用ギャップを極力減らすために、現状のカリキュラムにて不十分な点をカリキュラム委員会、教務部委員会で討議し、また学生アンケートのデータを参考にしながら修正を加えていく。

参考資料

資料 2-30：シラバス抜粋「臨床医学への基礎医学的アプローチ」



---

カリキュラムに以下の項目を反映させるべきである。

- 科学的、技術的そして臨床的進歩(Q 2.3.1)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

研究に関してその技術的・科学的進歩に触れることを目的として、研究配属（必修）というプログラムに加え、より臨床的研究に重きを置いた「臨床配属研究」というプログラムも提供され、各臨床医学系教室においても、研究領域の先端的または応用的研究に触れる機会が提供されてきた。臨床配属は希望者を対象としているが、これらいずれによっても、科学的、技術的そして臨床的進歩に対して対応できるシステムとなっている（資料 2-11）。

また、それぞれの基礎医学系教室において、その領域における先進的研究を紹介し、アップデートな知見や知識に触れることができるような特別講義を行っている（資料 2-31）。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

各担当基礎医学系教室では、それぞれで通常授業の学習プログラムの中にアップデートな進歩的項目を提供するための用意をこれまで行ってきた。加えて、研究配属においても、科学的・臨床的進歩について、それに呼応したテーマを取り上げながらこれまで行ってきた。しかし、コア・カリキュラムに沿った学習内容において、昨今知識量の増大やその複雑・多様化により、従来の基礎医学系科目数とその時間数については再考の余地が出てきている。必ずしもアップデートな進歩的項目をカリキュラムの中で十分に提供できていない可能性もある。

また本学における教育目標においては、変化に対応し自分自身の能力を再開発するという生涯学習能力の習得が唱えられている。これに対し、本学では **active learning** に関する取組みを積極的に行ってきた。しかし、学習者の学力到達度に差があり、必ずしも科学的、技術的進歩に関する項目について学習者が十分な理解に到達していない場合もありうる。

### **C. 現状への対応**

科学的、技術的進歩にも対応した学生教育を行なうためには、教員は専門領域の学問的進歩に対して常にアップデートな知識を吸収することが不可欠であり、その領域で認められた医学研究者であることを目指すことが必要である。また、教員同士、学会や研究会などを通して学内外を問わず、横断的に協力しあえる関係づくりが必要である。そこで、基礎医学系各教室間の情報交換を密にし、互いの得意分野を理解し合い、基礎医学科目責任者連絡会議において、より科学的・技術的・臨床的進歩についてのカリキュラムを検討し、教務部委員会へ反映させている。

## **D. 改善に向けた計画**

新しい仕組みの研究配属が始まったので、その成果を検証していく。

参考資料

資料 2-31：基礎医学における先進的研究に関する講義例

---

カリキュラムに以下の項目を反映させるべきである。

- 現在と将来に社会および医療で必要となること(Q 2.3.2)
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学におけるコンピテンス 5；科学的探究心と思考能力の中で、「生涯を通じて医学の進歩に関心を持つ」ことが定められている。Q 2.3.1 に記したように、主として研究配属、臨床配属あるいは各教室の授業の中で科学的、技術的、臨床的進歩に関する知見は各学科目の責任の下でカリキュラムに反映されて来た。この場合、常に本学の使命である「克己殉公の精神に則り、愛と研究心のある質の高い医師と医学者を育成すること」が根底にあり、現在と将来の社会および医療で必要となることをカリキュラムに反映させることが前提となっている。

さらにコンピテンス 1；克己殉公の精神を受け継ぐプロフェッショナリズムを達成するためのプロフェッショナリズム教育や研究倫理に関わるプログラムが低学年より螺旋型で行われており、先述のプログラムの基盤となっている。また、将来的に必要な新たなテーマについては、各基礎医学系教室および特別プログラムなどでそれぞれ独立して対応してきた。

例として、「再生医療」については、解剖・生理・免疫系の各担当教室において、その他「遺伝子治療」「オーダーメイド治療」については生化学系、「生活習慣病予防」では公衆衛生学系の各教室において、それらの基礎知識や基盤技術の理解について講義を担当している。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

カリキュラムの中で、基礎医学のプログラムは現在と将来に社会および医療で必要となることを反映してきたと考える。しかしこれらは各学科目、もしくは個々の教員の裁量のもとで行われてきており、全体像を把握できていない。

## **C. 現状への対応**

現在コンピテンシーの策定を行っているが、これに基づいてどの授業にこれらの要素が反映されているか検証する必要がある。

協定校を活用して、学外の教育資源をも有効に活用してく必要も出てきており、大きな枠組みでの学習環境の再検討も必要になりつつあるが、現在はまだそこまで至っていないのが現状である。

将来的に社会および医療に必要な基礎医学教育の在り方について、学長主導のもと、基礎医学将来構想懇話会が発足し、基礎医学教員に加え、大学執行部および臨床医学の代表大学院教授を含めて、検討が始まっている。

#### **D. 改善に向けた計画**

多様な社会・医療ニーズを明確にカリキュラムに反映させるためには、基礎医学将来構想懇話会における議論も踏まえて、教務部関連委員会で十分な検討が必要である。さらに、今後必要となるテーマを検討するにあたって、大学内外において教育資源・ニーズとして活用できるものを、国内外からも常時検討することが求められていると思われるので、そのための組織づくりが必要である。

### **2.4 行動科学と社会医学および医療倫理学**

#### **基本的水準：**

医科大学・医学部は

- カリキュラムに以下を明示し、実践しなければならない。
  - 行動科学 (B 2.4.1)
  - 社会医学 (B 2.4.2)
  - 医療倫理学 (B 2.4.3)
  - 医療関連法規 (B 2.4.4)

#### **質的向上のための水準：**

医科大学・医学部は

- 行動科学、社会医学および医療倫理学を、以下に従って調整、修正すべきである。
  - 科学的、技術的そして臨床的進歩 (Q 2.4.1)
  - 現在と将来に社会および医療で必要となること (Q 2.4.2)
  - 人口動態および文化の変化 (Q 2.4.3)

#### **注 釈：**

- [行動科学]、[社会医学]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、医療医学人類学、医療心理学、医療社会学、公衆衛生および狭義の社会医学を含む。
- [医療倫理学]は、医師の行為ならびに判断に関わる価値観、権利および責務などで、医療実践に必要な規範や道徳観を扱う。

- [医療関連法規]は、医療制度、医療専門職および医療実践に関わる法規およびその他の規則を扱う。規則には、医薬品ならびに医療技術（機器や器具など）の開発と使用に関するものを含む。
- 行動科学、社会医学、医療倫理学および医療関連法規をカリキュラムに明示し実践することは、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、さらにその国の医療制度および患者の権利を理解するのに必要な学識、概念、方法、技能そして態度を提供し教育することを意味する。この教育を通じて地域・社会の医療で必要とされることの分析力、効果的な情報交換、臨床判断、そして倫理の実践を学ぶ。

**日本版注釈：**

- [社会医学]は、法医学を含む。

カリキュラムに以下を明示し、実践しなければならない。

- 行動科学(B 2.4.1)

**A. 基本的水準に関する情報**

本学では行動科学を人間の心理と行動に関連する複数の科目から構成される領域として基礎科学・基礎医学・臨床医学・社会医学と並ぶ高い位置づけを与えている。

行動科学教育は、医療心理学教室と医学教育センターの教員によって1年生～3年生の幅広い科目（医学概論・特別プログラム・心理学・医療人類学・法学・哲学・社会福祉論・医療心理学など）で講義されている。また、2016年度より3年次に「行動科学総論」開講した。これは多岐にわたるプログラムの中で行動科学教育が展開されるため、その全体骨格を明示、統合を促す目的である。

- 第1学年シラバス 医学入門；医学教育カリキュラム総論、医学概論  
特別プログラム（毎年外部講師を招聘、死生観などを扱う）  
人文社会科学；必修：（生命倫理学、心理学）  
人文社会科学；選択：（哲学、社会学、法学、医療人類学）
- 第2学年シラバス 基礎科学；（医療心理学、医療倫理学、社会福祉論）
- 第3学年シラバス 行動科学総論、臨床医学総論

**B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

時間的にも内容的にも十分なカリキュラムが設定されている。座学の講義のみならず、グループワーク、模擬患者を team に加えた TBL なども行われている。

ただし、医学教育における行動科学の内容に関しては、十分な討議が尽くされていないのが現状である。高学年での行動科学教育については、今後の課題の一つである。

### **C. 現状への対応**

医学教育センターおよび医療心理学教室にて内容を検討し、教務部全体でさらに討議して行動科学教育の拡充を進めている。

### **D. 改善に向けた計画**

医学教育センターを中心に医学教育全般における行動科学の系統的教育のあり方を検討し、それを踏まえて教務部全体で位置づけをさらに明確にしていく。

参考資料

別冊 2：シラバス

---

カリキュラムに以下を明示し、実践しなければならない。

- 社会医学(B 2.4.2)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

社会医学のカリキュラムは、本学コンピテンスの 1、3、5、6、8 に強く関連するものとして、多くの時間を割り当てており、年次順に以下のようにになっている(資料 1-7)。

1 年次及び 2 年次では、生物統計の基礎として「数学」、「統計学」及び「情報科学演習」において統計学の考え方と分析法を学ぶ。

2 年次では、その後「福祉社会論」と「医事法学」の講義が行われ、次いで「衛生学公衆衛生学」講義が開始され、学年をまたいで同講義と実習が 3 年次で行われる。「法医学」講義と実習は 3 年次及び 4 年次で実施される。また、3 年次後半の「臨床医学総論」講義の一部でも社会医学の内容を扱っている。

6 年次には、「社会医学コース」講義が行われている。3 年次の「臨床医学への基礎医学的アプローチ」及び「研究配属」でも、担当者によって社会医学系の内容を扱っている(別冊 12)。「基礎医学 SGL」では、課題の中に社会医学的内容も含むようにすることにより、他の基礎医学や臨床医学と統合した学習ができるようにしている。

各講義、実習で扱っている内容は以下のとおりである。

数学(一部)：確率論と統計学

統計学：統計学の基礎

情報科学演習(一部)：SPSS を用いた統計学的分析(演習)

福祉社会論：社会保障・社会福祉の制度の成り立ちとその課題

医事法学：社会問題への医療の関わり、医療行為における法的問題

衛生学公衆衛生学：健康とは何か、人口静態と人口動態、疾病予防の考え方、疫学の特徴とその方法、EBM の基礎としての疫学(実習を含む)、公害、環境と健康の関係(実習を含む)、食品保健(実習を含む)、喫煙と健康(実習を含む)、生活

習慣病の予防、健康の保持と増進、母子保健、成人保健、高齢者保健、学校保健、産業保健、精神保健、地域保健、国際保健、公衆衛生医師の業務  
法医学：死の定義・脳死の定義、検屍制度、司法解剖・行政解剖、死体現象、死後経過時間測定、死因究明、個人識別（実習を含む）、法医学鑑定（実習を含む）、薬・毒物中毒（実習を含む）、死亡診断書・死体検案書（実習を含む）  
臨床医学総論（一部）：医療政策・医療制度、医療保険・介護保険  
社会医学コース：衛生学公衆衛生学と臨床医学総論で扱ったテーマについて、最新の動向を折り込むと同時に、BSL 修了学生のレベルに合わせた内容  
研究配属（2016年度テーマ）：地域医療からみる「健康と医療の格差」、global な健康負荷・評価と対応、ディーゼル排気粒子（DEP）の上皮間葉移行（EMT）に及ぼす影響、剖検 VTR のデータベース化と検索システムの作成、高分解能温度計は死体温度測定に要する時間を短縮させるか？、マウス慢性エタノール投与下における主要臓器の ADH（ADH1・ADH3）酵素蛋白量と活性の変化について、風邪薬を服用した場合の尿中の風邪薬由来成分の分析

以上のように、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に挙げられている社会医学の広い領域について、ほぼもれなく講義あるいは実習を実施している。実習については、限られた時間の中で、講義内容の理解を深めるような、あるいは、将来の EBM などの臨床の実践能力に繋がるような内容を扱っている。研究配属については、担当教員の専門分野についてより深く学習する機会となっている。

公衆衛生の重要な部分として、保健所などの保健行政機関での活動がある。そこで、「衛生学公衆衛生学」では、現役の保健所長など公衆衛生医師として勤務している医師に外部講師として講義を依頼し、具体的な事例をあげて実際の活動を話していただいている。

「医事法学」では、医療に関する裁判事例、薬害事件、薬物依存、「衛生学公衆衛生学」では、結核予防、精神保健福祉分野について、学外の先生にそれぞれ講義を依頼し、専門家としての深い知識と現場の雰囲気伝えていただいている。

「法医学」では、希望者に対し、司法解剖を見学する機会を提供している。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

複数の年次にわたって社会医学系の講義及び実習が行われているが、扱う範囲が広いので、妥当であると思われる。また、扱う領域が広いものの、専門領域が異なる多くの教員がおり、それぞれ異なる分野を担当することで、講義の内容、レベルを維持できていると考えられる。また、各種保健や制度について、具体的な事例や症例を挙げて解説することにより、学生の興味を引き、合わせて基礎医学や臨床医学と関連させて学習できるように心がけている。

社会で起きる様々な医療関連の事例については、当事者あるいは当事者に近い方に話していただくことによるインパクトは非常に強く、意義が大きいと考えている。感染症

予防や保健行政についても、実際に活動されている先生に話していただくことで、教科書の記述を読むよりも理解が進むと考えている。公衆衛生は実践が重要であり、本学コンピテンス 6 との関係でも意義が大きいと考えている。

なお、社会医学の内容については、臨床医学の基本的な部分を修了していないと理解が難しいものもある。例えば、生活習慣病の病態生理を理解していないうちに生活習慣病のリスクファクターや予防対策を扱わねばならない。このような場合は、病態の説明から講義を行っている。

### **C. 現状への対応**

臨床医学を志向する学生にとって、社会医学は興味の対象から外れている場合が多いようだが、具体的な事例を用いることにより、臨床医学との関係に気づき、驚くほど熱心になることもある。様々な事例を収集し、講義に活用するよう努力している。

### **D. 改善に向けた計画**

理論や考え方よりも、具体的な事柄から入ることにより、さらに学習が進むよう努力する。事例は新しいものの方が興味を引きやすいと考えられるので、情報収集を続けることが重要である。

参考資料

資料 1-7：履修系統図

別冊 2：シラバス

---

カリキュラムに以下を明示し、実践しなければならない。

- 医療倫理学(B 2.4.3)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

1 年次で医学入門ユニット①及び②、生命倫理学、2 年次に医療倫理学をそれぞれカリキュラムに明示して講義している。1 年生の生命倫理学では、パターンリズムと患者の自己決定権・医師の責務・プロフェッショナルリズム・脳死と臓器移植・生殖医療・出生前診断・遺伝子診断・研究倫理などを扱っている。2 年生の医療倫理学では、1 年次の学習を踏まえ臨床判断に関する倫理問題を扱っている。3 年生では臨床医学総論において扱っている。その他各論的内容についても該当科目の授業のなかで適時教育を行っている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

専任教員によって十分な時間を確保された教育が行われている。

医療倫理の各論的な内容に関しては専門分化が進んでおり、たとえば遺伝子診断や生殖医療などの進歩が著しい分野の状況に即応した講義を行わなければならない。これらに関しては、分子遺伝学、産婦人科学、小児科学などにおいて対応している。

### **C. 現状への対応**

各分野の進歩に対応した教育を行うために、科目責任者から遺伝子診療科や産婦人科の医療倫理に造詣が深い専門家に講義を依頼している。

臨床実習においても医療倫理教育は該当する診療科の指導医により適時教育を行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

医学教育センターを中心に医療倫理教育の体系化を図る。

参考資料

別冊 2：シラバス

---

カリキュラムに以下を明示し、実践しなければならない。

- 医療関連法規(B 2.4.4)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

医療関連法規に関する講義は、主として B 2.4.2 項の社会医学に関する科目の一部として講義が行われている。社会保障及び社会福祉に関する法制度は主として第 2 学年「福祉社会論」で、医師の義務については第 2 学年「医事法学」で、健康増進法、感染症法、食品衛生法、精神保健福祉法、学校保健安全法、労働基準法、労働安全衛生法、地域保健法については第 3 学年「衛生学公衆衛生学」で、刑法や民法の医療関連部分と医師法については第 3 学年「法医学」で、医療法については主として第 3 学年「臨床医学総論」で扱っている。第 6 学年「社会医学コース」では、上記医療関連法規の最新動向を中心に扱っている。上記の講義で扱うテーマの中で、制度の基礎となっている法令を示したり、具体的な事象の結果として制定された法令を示したりすることにより、各法令の意義や概略を理解させるようにしている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

医療関連法規の法律の条文をなぞるような講義は行っていない。そのような講義は学生の学習意欲をそいでしまう恐れを感じている。他の社会医学系講義と同様、具体的な事例をもとに講義を行うことで、学生の理解が深まると考えている。しかしながら全体としては、法令を扱う時間が多いとは言えない状況である。



### **C. 現状への対応**

具体的な事例を収集し、学習意欲を高めるよう教材を選ぶ。

### **D. 改善に向けた計画**

関連法規を系統的に学習する機会が必要かどうかを関係カリキュラムと合わせて検討する。

参考資料

別冊 2：シラバス

---

行動科学、社会医学および医療倫理学を、以下に従って調整、修正すべきである。

- 科学的、技術的そして臨床的進歩(Q 2.4.1)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

移植医療などの医学技術の進歩によって、「人の死」のもつ意味に変化が生じている。「法医学」では、「死の定義」「脳死の定義」を含め、法律面での変化を解説している。

また、社会医学系の講義では、臨床研究等によって新たな健康障害要因が報告された場合や特定の疾病と危険因子の関係が明らかになった場合などに、講義担当者は原著論文や行政資料等を参照し、講義内容に追加するよう努力している。

医療倫理の分野は、科学技術の進歩により新たな倫理問題が生じることがしばしばあるが、科目責任者が当該分野の専門家と連携しながらそうした動向の変化に対応している。カリキュラムは毎年更新されており、科学技術の変化に従って調整されている。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

社会医学系においては、最新の研究動向については、各担当者が自身の専門領域をカバーし、科学的、臨床的進歩に追随している。ただ、医学生にとって、どこまでが必要な知識なのか、判断に難しい場合もある。

行動科学については、中核となる医療心理学やコミュニケーション論については専任教員により対応できている。社会学や社会福祉学に関しては非常勤講師を招いてユニットを開設している。各診療科や基礎医学教室からの協力は十分得られている。

医療倫理教育においては、きわめて専門性が高く、かつ進歩・変化が著しい領域（遺伝子診断など）に関しては、当該分野の専門家が講義を行うことで質が担保されている。

### **C. 現状への対応**

社会医学系では、担当教員の専門分野の進歩をそれぞれの教員が注視している。

行動科学および医療倫理については、科目担当者が個別に必要な専門家に依頼している。

#### **D. 改善に向けた計画**

社会医学では、最新の知見をフォローする努力を続ける。

行動科学については、教務部において改めて対応する領域を明確にしたうえで必要な専門家を確保していく。

医療倫理に関しては、医学教育センターと科目責任者を中心に教育内容に関して適宜見直しを行い、全学から教育のための協力が得られる体制を確立する。

参考資料

別冊 2：シラバス

---

行動科学、社会医学および医療倫理学を、以下に従って調整、修正すべきである。

- 現在と将来に社会および医療で必要となること(Q 2.4.2)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

医療を取り巻く環境は変化を続けている。社会医学領域では、社会環境の変化に伴う制度や法令の変更が頻繁に行われている。そのような変化について講義の内容を変更している。また、現行の制度がどうなっているかだけでなく、どのようにして現行の制度が出来上がって来たのかも理解できるように気を配っている。

また、現在も、そして今後も疾病予防・健康増進の重要性は増してくると考えられ、予防医学領域の内容を充実させている。

行動科学および医療倫理学においては、患者中心の医療・全人的医療の必要性がますます高まっていくと予想される。患者の身体―心理（精神）―生活（生活）を多角的に理解する必要性を繰り返し教育している。また、よい医療を実践するために医師のコミュニケーション能力の向上が要請されることを強調している。医療倫理学においては、医療の原則として患者の自己決定やインフォームドコンセントの重要性を繰り返し教育するとともに、ゲストスピーカーを招いて患者の立場からの講義を行っている。心理学（1年生）・医療心理学（2年生）を通して患者の心理を理解するための講義を行っている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

疾病予防として、国の健康増進施策や生活習慣病予防の内容を中心に講義の充実を図るよう準備している。一方で、新興再興感染症や新たな化学物質による健康障害が報告されている。それらについての発生動向や健康障害予防対策も扱うようにしている。

医療倫理学では、インフォームドコンセントの重要性や患者中心の医療の重要性を繰り返し教育している。行動科学では、患者を全人的に理解するための方法論が多面的に講義されている。いずれも十分な時間と質が担保されている。

### **C. 現状への対応**

社会医学系の講義では、国の健康増進施策、原著論文だけでなく、学会報告や報道などからも教材にできるものを収集している。

医学教育センターと行動科学・医療倫理学の担当者は、今後の医療において医師―患者関係が極めて重要であるとの認識をもっている。

### **D. 改善に向けた計画**

講義担当者が、社会の動きに敏感であることが重要だと考えている。

また、各科目での対応にとどまらず、時代の変化に対応した系統的教育が行われるようカリキュラム委員会で討議をしていく。

---

行動科学、社会医学および医療倫理学を、以下に従って調整、修正すべきである。

- 人口動態および文化の変化(Q 2.4.3)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

「衛生学公衆衛生学」の講義では、人口動態そのものを扱っている。現在までの人口動態を解説し、社会環境の変化と人口動態の関係を解説している。その上で、これから先の社会環境の変化によって、人口がどのように変化するのか、逆にそれが社会にどのような影響を与えるのかを考えられることを目標としている。

「医事法学」では、文化の変化という点に関して、宗教的背景（信仰）と輸血や薬物依存の事例について講義を行っている。

行動科学・医療倫理学においては、高齢社会化、国際化が進むことによる外国人患者の増加、個々人の価値観の多様化などに対応する教育が必要になる。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

医学生に興味を引き難い内容であることは理解している。なるべく身近な事象を取りあげ、興味を持ってもらうよう努力している。多様な文化に対応できるような考え方を持つことを目標としている。

学生は目前の知識の習得に追われており、人口動態や文化の変化を意識して医学を学ぶ段階に到達していない。行動科学や医療倫理学のこうした変化を直接取りあげてはいないが、講義内で高齢社会化を強調する講義は行われている。

### **C. 現状への対応**

最新の社会動向を注視し、人口動態の変化や文化の多様化と関連するような動きについて教材に加える。

行動科学や医療倫理学では、高齢者に関連する内容を講義担当者が取り入れている。

### **D. 改善に向けた計画**

最新の社会動向を注視していく。

また、学生に高齢社会化、国際化、価値観の多様化に対応した医療のあり方を意識させる講義内容を講義担当者に意識してもらう方法を教務部委員会、カリキュラム委員会にて討議する。

参考資料

別冊 2：シラバス

## **2.5 臨床医学と技能**

### **基本的水準：**

医科大学・医学部は

- 臨床医学について、学生が以下を確実に実践できるようにカリキュラムを明示し実践しなければならない。
  - 卒業後に適切な医療的責務を果たせるように十分な知識、臨床および専門的  
技能の修得 (B 2.5.1)
  - 卒後の研修・診療に準じた環境で、計画的に患者と接する教育プログラムを  
教育期間中に十分持つこと (B 2.5.2)
  - 健康増進と予防医学体験 (B 2.5.3)
- 重要な診療科で学習する時間を定めなくてはならない。(B 2.5.4)
- 患者安全に配慮した臨床実習を構築しなくてはならない。(B 2.5.5)

### **質的向上のための水準：**

医科大学・医学部は

- 臨床医学教育のカリキュラムを以下に従って調整、修正すべきである。
  - 科学的、技術的そして臨床的進歩 (Q 2.5.1)
  - 現在と将来に社会および医療で必要となること (Q 2.5.2)
- 全ての学生が早期に患者との接触機会を持ち、徐々に実際の患者診療への参画を  
深めていくべきである。(Q 2.5.3)
- 教育プログラムの進行に合わせて、異なった臨床技能教育が行なわれるように教  
育計画を構築すべきである。(Q 2.5.4)

**注 釈:**

- [臨床医学]は、地域の必要性、関心および歴史的経緯により、麻酔学、皮膚科学、放射線診断学、救急医学、総合診療/家庭医学、老年医学、産婦人科学、内科学（各専門領域を含む）、臨床検査学、医用工学、神経科学、脳神経外科学、腫瘍学ならびに放射線治療学、眼科学、整形外科、耳鼻咽喉科学、小児科学、緩和医療学、理学療法学、リハビリテーション医学、精神医学、外科学（各専門領域を含む）および性病学（性感染症）が含まれる。臨床医学にはまた、卒後研修・専門研修をする準備段階の教育を含む。
- [臨床技能]には、病歴聴取、身体診察、医療面接の技能、手技・検査、救急診療、薬物処方および治療実践が含まれる。
- [専門的スキル]には、患者管理技能、協働とリーダーシップの技能、職種間連携が含まれる。
- [適切な医療的責務]は、健康促進、疾病予防および患者ケアに関わる医療活動を含む。
- [教育期間中に十分]とは、教育期間の約3分の1を指す。
- [計画的に患者と接する]とは、学生が診療の状況の中で十分に学ぶことができる頻度と目的を考慮することを意味する。
- [臨床領域で学習する時間]には、臨床体験（ローテーション）とクラークシップが含まれる。
- [重要な診療科]には、内科（各専門科を含む）、外科（各専門科を含む）、精神科、総合診療科/家庭医療科、産婦人科および小児科を含む。
- [患者安全]では、学生の医行為に対する監督指導が求められる。
- [早期に患者との接触機会]とは、その一部をプライマリ・ケア診療のなかで行ない、患者からの病歴聴取や身体診察および医療コミュニケーションを含む。
- [実際の患者診療への参画]は、地域医療環境で患者への検査および治療の一部を監督指導下に責任を果たすことを含む。

**日本版注釈:**

- 臨床技能教育は、低学年での患者との接触を伴う臨床現場での実習から高学年での参加型臨床実習を含み、全体で6年教育の1/3で、概ね2年間を指す。

---

臨床医学について、学生が以下を確実に実践できるようにカリキュラムを明示し実践しなければならない。

- 卒業後に適切な医療的責務を果たせるように十分な知識、臨床および専門的スキルの修得(B 2.5.1)
-

## A. 基本的水準に関する情報

本学の履修系統は、「基礎科学」「基礎医学」「臨床医学」「総合的な診療能力の基礎となる知識・技能・態度の学修」「医学の理解と探究心の醸成」5つのフレームより成り、6年間でそれぞれのコンピテンスの獲得を目指している（資料1-7）。このうち臨床医学と技能については、「臨床医学」と「総合的な診療能力の基礎となる知識・技能・態度の学修」において、下記の内容で履修される。

1. 1年次：医学実地演習Ⅰ・Ⅱ（資料2-32）
2. 2年次：医学実地演習Ⅲ（資料2-33）
3. 3年次：臨床医学総論/各論、SGL、TBL
4. 4年次：臨床医学各論、SGL、TBL、基本臨床実習（別冊10）
5. 5年次：BSL（資料2-34）（資料2-35）（別冊4）
6. 6年次：選択BSL（資料2-34）（資料2-36）（別冊5）

1年次における医学実地演習Ⅰ・Ⅱでは、付属4病院における看護業務実習と学外の医療機関での地域医療実習を行い、early exposureとしてこの時期からの臨床医学への関わりを持たせている。2年次の医学実地演習Ⅲでは、介護支援施設見学実習（1日）と学内教員に対するシャドウイング実習を実施している。これら医学実地演習Ⅰ・Ⅱ・Ⅲによって、臨床医学における協働とリーダーシップ、職種間連携の必要性を学ぶことを意図している。

3～4年次においては、臨床医学総論で健康促進、疾病予防、患者ケアに係わる医療活動についての知識を取得する。引き続き、疾患と病態の知識の習得を目的として生体機能、臓器ごとに分類したコース講義（日本医科大学医学部学則別表1、19科目、791時間）が実施される。この間にSGL（84時間）、TBL（15時間）が並行して実施される。SGL、TBLは、基礎医学で修得した基本的知識を臨床医学の学習に結びつけるための垂直統合学習である。これによって学生が論理的思考に習熟すること、臨床的推論能力を向上させることを目指している。

4年次の基本臨床実習（180時間）では、本学が誇る豊富な模擬患者達の協力を得て、医療面接の実践を学び、コミュニケーション能力を向上させ、臨床実習への基礎的スキル（病歴聴取、身体診察、医療面接技能、手技・検査の基本）を修得することを目標としている。その後、共用試験CBTおよびOSCEを経て、合格者へのStudent Doctorの認証を行い、BSLへと学習が進められる。

新カリキュラム上では4年次後半から、現行では5年次から、患者診療を行う医師として要求される臨床能力の習得を目標として、4つの付属病院において診療参加型のBSLが開始される（2,046時間）新カリキュラムにおけるBSLでは、重要診療科（内科、外科、精神科、総合診療科、産婦人科、小児科）のローテートはすべて4週間になるように計画されている。BSLではMini-CEXによる形成的評価が実施され、また、学生用電子カルテ導入による学修支援が行われる。第6年次には選択BSLとして各学生が希望する診療科でのBSLが実施される（264時間）。70週間のBSL終了後には、

Post-CC OSCE を実施し、臨床医学に必要な技能の再確認が行われ、臨床研修医として医師の実業務を開始するための minimum requirement の能力を備える。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

BSL 開始前の CBT と OSCE、BSL 後に実施する Post-CC OSCE と総合試験によって、卒業時には適切な医療的責務を果たすための必要最小限の知識、臨床および専門的  
技能の修得の評価がなされている。知識の習得に関しては、各論的知識を得ていても、  
病態に対する基礎医学と臨床医学の連続的な関わりを総論的、論理的に深く理解できて  
いない学生も散見され、さらなる能動的学修を進める必要がある。

一方で、臨床技能の習得については実働で 50 名を超える本学の模擬患者が厳しい眼  
で学生を評価するため、特にコミュニケーション能力の習得については、本学は高いレ  
ベルにあると考えている。ただし、「学生が実施できる医行為の基準」に沿った実習を  
指導者には周知しているが、その理解と活用が十分ではないことなどが課題である。ま  
た、参加型臨床実習を推進するために、より一層患者との接触機会を増やす等の工夫が  
必要である。

## **C. 現状への対応**

経年的に着実な医学の修得を担保するために、モデル・コア・カリキュラムに従った  
授業の構築を徹底し、臨床実習前に学ぶことと臨床実習中に学ぶことの明確化を図っ  
ている。また、付属 4 病院を利用した臨床実習により経験する疾患カテゴリーの偏りの是  
正を図っている。その際に「学生が実施できる医行為の基準」に沿った実習を心がける  
とともに、統一した評価基準として Mini-CEX による評価を導入している。

## **D. 改善に向けた計画**

Workplace Based Assessment の充実、Post-CC OSCE の総括的評価への早期導入  
を卒業判定に組み入れることが検討されている。また、医学生が行うことの可能な臨床  
手技を臨床実習期間中に多く経験させるために、patient safety 確保のための同意書や  
誓約書が整備されたので、その活用を推進する必要がある。

卒前教育から卒後教育に至るまでの“シームレス”な医学教育体制を確立することが  
求められる。そのためには、卒業後の臨床能力に関して追跡評価し、卒前教育の中にフ  
ィードバックする仕組み作りが求められる。

### 参考資料

資料 2-32 : 医学実地演習 I ・ II 概要・シラバス抜粋

資料 2-33 : 医学実地演習 III 概要・シラバス抜粋

資料 2-34 : BSL における包括的目標

資料 2-35 : BSL 配属表

- 資料 2-36：選択 BSL 配属先
- 別冊 4：5 年 BSL ノート
- 別冊 5：6 年選択 BSL ノート
- 別冊 10：基本臨床実習コース実習ノート

---

臨床医学について、学生が以下を確実に実践できるようにカリキュラムを明示し実践しなければならない。

- 卒後の研修・診療に準じた環境で、計画的に患者と接する教育プログラムを教育期間中に十分持つこと (B 2.5.2)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

日本医科大学では、教育カリキュラムの中において医学生が患者と接する機会を十分に持つことができるように配慮している。本学は附属 4 病院すべてで卒後の研修・診療に準じた環境の元に臨床研修医教育が行われている。

具体的には、early exposure として第 1 年次には医学実地演習 I・II として附属 4 病院における看護業務実習と学外医療機関での地域医療実習を行い（60 時間）、また、第 2 年次の医学実地演習 III では、介護支援施設見学実習と臨床医シャドウイング実習を実施している（30 時間）。

これらによって低学年時における患者と接する機会確保が成されている。第 4 年次では基本臨床実習において模擬患者とは頻回に接触する機会が確保されている。その後の BSL は、患者の診療に携わる医師として必要な臨床能力の修得を目標とした診療参加型としており、2014 年度から導入した新カリキュラムでは第 4～5 年次で 62 週、第 6 年次の選択 BSL で 8 週が確保されていることで、患者と接触する十分な時間が確保されている。この結果、6 年間の教育期間中、患者との接触機会は 70 週となり、全体の約 3 分の 1 が確保されている（資料 2-37）。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

第 1、2 年次の医学実地演習 I・II・III を行うことによって、早期臨床体験の意義は達成されている。特に 2015 年度から実施しているシャドウイングに関しては、学生、指導者の双方から、教育効果に関する評価が高かった。

一方で、他職種の業務の理解、患者への医療者としての接し方などを詳細に理解するには実習時間の不足が否めない。第 3 年次では患者との接触機会が設けられていないことは、学習の連続性を考慮すれば検討の余地がある。また、高学年での地域医療実習は、現在準備段階にあり、早期の実施が望まれる。



### **C. 現状への対応**

プライマリ・ケアに関しては、2017年度より地域の一般医家の協力を得て、プライマリ・ケアの最前線でのBSLを行うことで、その教育機会を設ける予定である。診療参加型BSLを推進するため、付属4病院のすべての指導者に対して、積極的に学生に診療機会を与えるように繰り返し周知している。（別冊13）

### **D. 改善に向けた計画**

低学年時に患者との接触機会を十分に確保し、多彩な臨床体験を可能とするため、プログラムの再考が必要である。特に第3年次での臨床経験を可能にするカリキュラムの見直しは重要と思われる。また、一般医家医療施設でのプライマリ・ケア教育の効果検証を行うとともに、BSLにおける診療参加型臨床実習の充実度を評価し、改善を促す仕組み作りを目指している。

参考資料

資料 2-37：BSL70 週カリキュラム

別冊 13：臨床医学教育協力施設募集案内

---

---

臨床医学について、学生が以下を確実に実践できるようにカリキュラムを明示し実践しなければならない。

- 健康増進と予防医学体験(B 2.5.3)
- 
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

第1年次におけるスポーツ科学実習では、スポーツ科学に関する基礎的知識の習得とともに、健康の維持増進に対するスポーツの有効性の理解を目標として指導している、健康促進と疾病予防に関しては、3年次の臨床医学総論において学習する。衛生学・公衆衛生学講義においては、健康の保持と増進について、歴史と動向、健康増進施策について（PHCとヘルスプロモーション、健康増進施策の変遷、健康日本21、健康増進法、健康増進と食品）について学習する。

また、予防医学についても、成人の健康問題と対策（生活習慣病の種類、危険因子の評価と管理、生活習慣病予防対策、特定健診・特定保健指導）、高齢者の健康問題の特徴と対策（高齢者医療の特徴、高齢者医療施策、介護保険制度）について学習する。さらに、循環器検診、小児科検診などについては、各診療科のBSLで個別に体験する。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

1年次におけるスポーツ科学実習、3年次における臨床医学総論、および衛生学・公衆衛生学、各臨床コース講義の中で、疾病予防と健康増進、予防医学について学習して

おり、一定の基本的水準を満たしていると考え。ただし、実地体験の機会が十分確保されていない。

### **C. 現状への対応**

健康増進や予防医学に関する学生の学習意欲を促すよう、授業の中で喫煙やメタボリック症候群、あるいは災害時のエコノミークラス症候群などの身近な臨床病態や臨床背景等の題材を選定するよう配慮している。

### **D. 改善に向けた計画**

健康増進策の推進、予防医学の実践による疾病予防、医療費削減効果については、学生がこれまで以上に理解を深めるようにしなければならない。教育カリキュラムの中でそれが可視化できるような改善を進める必要がある。新カリキュラムの70週化BSLの中でも、特に生活習慣病への予防医学的アプローチに関して、十分な理解ができるように指導することが求められる。

---

重要な診療科で学習する時間を定めなくてはならない。(B 2.5.4)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

臨床系講義は、臓器・器官系を基盤としたコース講義の形式をとっている。さらに、PBLやTBLにおいては、知識の水平的、縦断的統合を図ってきた(資料2-4)。

BSLは現行カリキュラムでは、主要な臓器システムである循環/消化/呼吸/神経については内科系または外科系診療科のいずれかを必ずローテートするよう配慮し、合計40週の実習時間が確保されていた(内科12週間、外科8週間)。2014年度から導入した新カリキュラムでは、より診療参加型のBSLを実践するため、重要診療科である内科(循環器内科、神経内科)、外科(消化器外科)、産婦人科、小児科はすべて実習期間が4週間になるように計画されている。総合診療科では1週と2週で計3週間、消化器内科、呼吸器内科、腎臓内科、心臓血管外科、精神科、救急部・集中治療部では2週乃至4週間、アレルギー・膠原病内科、内分泌・糖尿病・代謝内科、血液内科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、呼吸器外科、内分泌外科、乳腺外科では2週、麻酔科、形成外科では1週乃至2週間、整形外科、放射線科、泌尿器科、眼科、皮膚科、病理部では1週間の臨床実習を行う(資料2-35)。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

PBL、TBL課題は各診療科から募集した上で、学生に必要と思われる内容をSGL実行委員会及び教務部委員会を選定しており、これは毎年改定されている。

2014年度から導入した新カリキュラムでのBSLでは、合計70週が確保された。さらに、重要診療科である内科（循環器内科、消化器内科、神経内科、呼吸器内科）、外科（消化器外科）、総合診療科、精神科、産婦人科、小児科は、すべて実習期間が4週間になるように計画されている（資料2-37）。

### **C. 現状への対応**

2014年から導入された新カリキュラムでは、求められるべきBSLの時間は確保された。地域医療実習については、2017年度からの導入を目指して制度等準備を急いでいる。

### **D. 改善に向けた計画**

BSL期間70週化、重要診療科を中心とした臨床参加型実習についての教育効果は、綿密にその評価を行う必要があるため、Mini-CEXを用いた形成的評価結果、学生・指導教員からのフィードバック、患者及びコ・メディカルからの評価などを総合的に勘案して、次のカリキュラム改訂に向けた準備を行う予定である。

参考資料

資料2-35：BSL配属表

資料2-37：BSL70週カリキュラム

---

---

患者安全に配慮した臨床実習を構築しなくてはならない。(B 2.5.5)

---

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

BSLの開始に先立ち、第4年次で基本臨床実習（180時間）を設けている。患者安全についてはその中で多くの時間を割き、学生の身につくよう指導を行っている。学内にはクリニカル・シミュレーション・ラボが設置されているため、学生は常に臨床手技についてのトレーニングができるようになっている。シミュレーターを用いたトレーニングは患者安全の面からも必須であり、本学は医療技術の習得に際して **patient safety** に配慮している。BSL前のOSCEでは患者安全に関して重点的に評価される。BSLでは指導医の監督の下で、「学生が実施できる医行為の基準」に準拠した実習が行われており、患者安全が担保されるよう臨床実習への協力に関する紙面による説明と同意を得るための仕組みの整備を進めている（資料2-38）。

また、学生からは臨床実習に関する誓約書提出を義務付けている。さらに、各診療科において指導医から疾患に応じた具体的な患者安全の注意事項を教えている。また、BSLの実施にあたり、カルテやオーダリングシステムの閲覧などにおける個人情報管

理に関しては、特に嚴重な注意喚起を行っている（資料 2-39）。加えて、外科系臨床実習前には、基本的な感染症予防対策としての手指消毒の指導等を行っている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

本学の BSL においては、患者への十分な安全確保のもとで実習が行われている。その点においては評価基準を満たすものと考えられている。学生の医療安全に対する意識について、その評価とフィードバックをより一層高める必要がある。

臨床実習への協力に関する同意書は作成に関し教務部委員会で検討中だが、まだ実際の運用には至っていない。

## **C. 現状への対応**

早期に実際の臨床に即した形で患者安全への意識付けを行うことが重要であり、第 1 年次から各学年における医療安全講習をカリキュラムに組み入れる。指導医への臨床参加型実習への切り替えと「学生が実施できる医行為の基準」の周知を図り、学生の学習機会を逃さないような指導を行うよう伝達している。臨床実習への協力に関する同意書は作成と実際の運用に向けて医学教育関連委員会で継続審議中である。

## **D. 改善に向けた計画**

医療知識の少ない学年では具体的事例を多く挙げながら、医療安全を身近に感じるような工夫が必要である。一方で、高学年に対しては、医療安全と積極的な医療の実施とのバランスのあり方についても指導する必要性を議論する。Post-CC OSCE において、患者安全に対する理解と実践に関する評価を行っていく予定である。

### 参考資料

資料 2-38：BSL に関する誓約書ならびに患者同意書

資料 2-39：個人情報保護等に関する誓約書

別冊 10：基本臨床実習コース実習ノート

---

臨床医学教育のカリキュラムを以下に従って調整、修正すべきである。

- 科学的、技術的そして臨床的進歩(Q 2.5.1)
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

科学的、技術的、臨床的な医学の進歩に対してカリキュラム内容を弾力的に構成できるよう、教務部委員会下のカリキュラム委員会において適宜、カリキュラムの見直しが行われている。基礎医学、臨床医学における研究活動に触れ、最先端の研究課題を学ぶ姿勢を身につける目的で、第 3 年次では全学生に研究配属を行っている（別冊 12）。

コース講義と BSL においては基礎的学習の他にも、講師の裁量の範囲内で最先端の知識、技術についての講義が行われている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

研究配属はこれまで基礎医学教室のみを対象に行われていたが、2016 年度から臨床医学の研究室にも対象を拡げている。これらのカリキュラム改変に対する学生の反応、アウトカムについての評価を解析することになっている。

講義と BSL における先進的、進歩的内容のレクチャーなど（資料 2-40）は、カリキュラムの改変を必要とせず、医学・医療の変化に合わせた弾力的な対応が可能である反面、そのボリュームが過度になれば、基礎的、実践的内容を求める学生からの満足度が低下する恐れがあるので指導内容の水準の規定の設置や指導者の力量の向上を進めている。

## **C. 現状への対応**

講義や BSL 後の学生アンケートなどの結果を分析し、教員にフィードバックしている。これによって学習の中で、科学的、技術的、臨床的に先進した内容の学習量の推定と修正が期待できる。

カリキュラム委員会、教務部委員会などの機会を捉えてカリキュラム内容の課題についての討議を行い、全学的な課題の共有に努めている。

## **D. 改善に向けた計画**

カリキュラム委員会において、科学的、技術的、臨床的進歩に対応した学習が行われているかを経年的に検証し改変を遅滞なく推進することが必要である（PDCA サイクル）。

各基礎医学教室、診療科教室がそれぞれに最先端の研究、技術についての学習機会を積極的に設けていることに加えて、本学は複数の他大学との研究連携を行っていることから、その特長を活かした医工学連携を加え、これらを水平統合的に統括する授業科目の設置も視野に入れていく。

参考資料

資料 2-40：臨床医学における先進的研究に基づく講義例

---

臨床医学教育のカリキュラムを以下に従って調整、修正すべきである。

- 現在と将来に社会および医療で必要となること (Q 2.5.2)
-

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

医療の高度な情報化、グローバル化、少子高齢化などの社会変化に対応した医療について教育するために、以前よりコンピュータ・リテラシー（17時間30分）、情報科学演習（12時間50分）、英語教育（157時間30分）、福祉社会論（10時間30分）、老年医学（臨床医学総論内で9時間30分）、周産期成育医療（45時間30分）、再生医学（24時間30分）等の履修時間を十分に確保している。この他に、国際保健、国際感染症対策なども関係診療科における講義、実習時間を活用して学習する機会を設けている。医学実地演習Ⅰ・Ⅱ（資料2-32）医学実地演習Ⅲ（資料2-33）においては、地域医療実習、介護施設見学実習を通して高齢者医療に対する知見、経験を深めている。

また、昨今のわが国で頻発する自然災害においても、急性期から慢性期にかけての社会からの医療ニーズが多くなってきていることを鑑み、時には実際の災害派遣に帯同することも含めた災害医療に対する学習機会も与えている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

社会の高度情報化、グローバル化、少子高齢化にいち早く対応する形で、これらと医療の関係についての学習をカリキュラムに組み入れていると評価している。また、災害医療に係わる機会を学生に提供している点は、本学医学教育の特長であると言える。

一方で、BSLにおいては学習項目によって経験数が確保できないものもあり、知識の伝達に終始することがある。第6年次の選択BSL時には、海外の提携校での臨床実習も可能であり、これまでの経験者においてはその成果を十分に活かしている。医療を取り巻く社会状況の変化（例えば、逼迫する医療経済とそれに対応する医療行政など）にも対応する必要がある。

## **C. 現状への対応**

知識の伝達に留まらず、あらゆる機会を捉えて学生の経験を増やす努力を行っている。

カリキュラム委員会、教務部委員会などの機会を捉えてカリキュラム内容の課題についての討議を行い、全学的な課題の共有に努めている。

## **D. 改善に向けた計画**

2040年頃までの高齢者人口の増加に対応するため、これまで以上に高齢者への医療についての学習機会を増やす必要がある。さらには、医療経済や医療行政についての知識習得の機会を設けることも必要となるかも知れない。ペットブームに対応して日本獣医生命科学大学との協働による人獣共存に関する学習も考えられる。

---

---

全ての学生が早期に患者との接触機会を持ち、徐々に実際の患者診療への参画を深めて

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

日本医科大学では、early exposure を進めるために、1年次から患者との接触の機会を多く与えるカリキュラムを採用している。

1年次では、入学直後に実施する医学教育カリキュラム総論のグループワークでは、各グループに模擬患者を1名ずつ配置し、様々なテーマに関して“患者、家族の視点”からの意見交換の機会を設けている。

医学実地演習 I・II (資料 2-32) 医学実地演習 III (資料 2-33) では、看護業務実習と地域医療実習、あるいは介護支援施設見学実習の中で初めて“医療者の視点”で実際の患者をみることになる。この授業の導入として、SP 参加によるコミュニケーション実習と医療面接基礎編の実習も行ってきた。2年次の医学実地演習 III ではシャドウイング実習を実施しており、一人の指導者のすぐ横で“医師の視点”で実臨床の現場を経験する。このように医学実地演習 I・II・III では、少しずつ視点を医師に近づけていくことが意図されている。第4年次の基本臨床実習では模擬患者の協力を得て BSL への基礎的技術を修得した後、第4年次後半以降は患者診療に参加しながら BSL を行う。このように入学から徐々に視点を医師に近づけながら、実際の患者診療への参画が行われるようにカリキュラムが構成されている。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

入学時の医学教育カリキュラム総論のグループワークでは学生の評価も高く、医師の道を志す最初の強い動機づけになっていると評価している。医学実地演習 I・II・III では、看護職や介護職あるいは地域医療の目線からの実習であるためと、患者との接触機会の時間的な制限もあり、事後の学生アンケートの結果にも評価、満足度にばらつきが存在することがある。

また、3年次において患者との接触機会が設けられていないことはカリキュラム上の課題であると考え。模擬患者とのトレーニングを経ての BSL に対しては期待度も大きく、OSCE や Mini-CEX の結果も概ね良好であるが、一方で、BSL における参加型実習をより充実させる必要がある。

### **C. 現状への対応**

医学実地演習 I・II・III については、時期や期間、実習方法に改善の余地もあり、教務部委員会において毎年議論が行われている。臨床実習に関しては、参加型実習の実践のために指導者への働きかけを行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

1年次から3年次の低学年時に、基礎医学や基本的な臨床医学の学習と、医学実地演習 I・

II・III のより高い融合性を求めて、持続的なカリキュラムの修正を進めることが求められる。特に、3年次での実際の患者診療への参画経験を検討する。

BSLにおける患者との接触機会を更に増加させるためには、グループごとではなく、個人ごとあるいは少数での実習を進めることも考えられ、その場合には豊富な指導者の育成や地域の協力施設の確保などを進める必要がある。

---

教育プログラムの進行に合わせて、異なった臨床技能教育が行なわれるように教育計画を構築すべきである。(Q 2.5.4)

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

日本医科大学では、教育プログラムの進行に合わせた臨床技能教育が実施されるようカリキュラムを構成している。具体的、本格的な臨床技能教育は4年次の基本臨床実習に始まる。ここでは、模擬患者達との約10回に及ぶ医療面接練習、身体診察練習、外科基本手技実習、心電図判読、胸部X線読影、各種臨床検査実習、心肺蘇生術実習などに加え、クリニカル・シミュレーション・ラボでの実習などが行われ、コミュニケーション能力や診察技術の習得を通して診療参加型BSLへの基礎作りが行われる(別冊10)。

5年次から(新カリキュラムでは4年次後半から)のBSLでは、3~4名のグループで参加型実習のローテートをしながら臨床技能を習得する。6年次の選択BSLは、学生は将来の希望やその時点での興味の高い診療科での実習を自らが選択し、個々の能力を一段と高めることを意図している。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

基本臨床実習やOSCE時の模擬患者からの学生へのフィードバックは極めて有効であり、多くの模擬患者は本学の財産である。常時50名から60名が教育活動に参加されている(資料1-22)。1年次にSP参加によるコミュニケーション実習と医療面接基礎編の実習が行われて来たが、3年次までの期間では直接の臨床技能教育のための時間は総じて少ない。

4年次後半以降のBSLについては、参加型実習の達成度、到達しておくべき医療技能の評価や「学生が実施できる医行為の基準」の指導者の周知徹底が必要である。

### **C. 現状への対応**

教育プログラムの進行に伴った臨床技能教育の達成のため、基本臨床実習における指導には十分な時間と指導者の確保が行われなければならない。BSL指導者マニュアルを作成し指導現場への配布と運用開始を準備している(資料2-41)。



BSL 開始までの期間、CBT、OSCE の時期を考慮しつつ、適切な時期と時間配分に力を注いでいる。また、模擬患者の育成にも引き続き力を入れている。

#### **D. 改善に向けた計画**

1 年次から 4 年次の基本臨床実習までの間の臨床技能教育のあり方について、議論を深める。

参考資料

資料 1-22 : SP 養成の 10 年

資料 2-41 : 臨床実習指導医マニュアル抜粋

別冊 10 : 基本臨床実習コース実習ノート

別冊 14 : 臨床実習指導医マニュアル

別冊 15 : Mini-CEX

### **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・医学部は

- 基礎医学、行動科学、社会医学および臨床医学を適切な関連と配分で教育範囲、教育内容、教育科目の実施順序、その他のカリキュラム構成要素を明示しなくてはならない。(B 2.6.1)

#### **質的向上のための水準:**

医科大学・医学部は、カリキュラムで以下のことを確実に実施すべきである。

- 関連する科学・学問領域および課題の水平的統合 (Q 2.6.1)
- 基礎医学、行動科学および社会医学と臨床医学の縦断的(連続的)統合 (Q 2.6.2)
- 教育プログラムの一部として中核となる必修教育内容だけでなく、選択的な教育内容を決め、必修との配分を考慮して設定すること (Q 2.6.3)
- 補完医療との接点 (Q 2.6.4)

#### **注 釈:**

- [水平的統合]の例には、解剖学、生化学および生理学などの基礎医学の統合、消化器系として内科、外科のそれぞれの専門分野の統合、腎臓病学と泌尿器科学の統合などが挙げられる。
- [縦断的(連続的)統合]の例には、代謝異常症と生化学の統合、心臓病学と心血管生理学の統合などが挙げられる。
- [必修教育内容と選択的な教育内容]とは、全学生が学ぶ必修科目と選択必修科目

および任意選択科目を意味する。

- [補完医療]には、非正統的、伝統的、代替医療を含む。

---

基礎医学、行動科学、社会医学および臨床医学を適切な関連と配分で教育範囲、教育内容、教育科目の実施順序、その他のカリキュラム構成要素を明示しなくてはならない。  
(B 2.6.1)

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

本学では 2015 年度に「日本医科大学医学部履修系統図」を明示した。また 2016 年度より電子化されたシラバスでは各コースに履修系統図上の水準に従ったナンバリングを施している（資料 1-7）（資料 2-42）。

基礎科学は基礎医学と連動させ、基礎医学、行動科学、社会医学および臨床医学は適切な関連性をもってカリキュラム上配置されていることが明示された。

これらの授業の位置付け、配分はモデル・コア・カリキュラムに従い構築されている。

また、臨床実習の充実化を考慮し、約 15 年ぶりに教務部委員会、医学部教授会において改訂され 2014 年度入学生から導入された新カリキュラムをここでは示しているが、基本的な各領域の関連性、配分、順次性もモデル・コア・カリキュラムに従い構築されてきた。新カリキュラムの導入と BSL の拡充に伴って医学部低学年の講義・実習はどうしても圧縮されざるをえなかったが、本学では基礎科学教育にあてられる総コマ数などは基本的に 2013 年度までと同等の時間数を維持しており、教育内容も大きく変化させていない。19 人の専任教員が新入生を教育するという人的にも十分な体制が維持されている。第 2 学年では、医療心理学・医療倫理学・社会福祉・統計学など行動科学や社会医学と関連付けた基礎科学（教養課程）のいわば応用編が講義されるシステムになっている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

6 年間一貫教育を本学では行ってきた。このポリシーが活かされ、かつ獲得すべきコンピテンスとも関連付けてカリキュラムが構成され明示されてきた。例えば、臨床教育に直結する水準 2 の内容は、基礎医学の授業はもちろんのこと、早期臨床体験や、行動科学的要素を含む医学入門などを含み、1 年次から開始されてきた。また BSL（臨床実習）は、知識、技能、態度・習慣という観点も含め、最終的な領域統合が図られ、コンピテンシーとした測定可能な形で現れるものとして位置づけてきた。

このように全ての授業の位置付け、関連性が考慮され、認識しやすいように明示され、改善に役立ってきた。しかし、社会医学に関しては独立したカテゴリーとして明示されておらず、行動科学に関しても明示されていない。また水準もこれらは 1 と 2 にまたがるものであるが、その過不足も含め検証が十分なされていない。

### **C. 現状への対応**

履修系統図を、コンピテンスと、より明確に関連付けつつ検証している。具体的にはまず、カリキュラム委員会が主導しその作業を行っている。特に社会医学、行動科学の位置付けの明確化を試みている。またモデル・コア・カリキュラムとの整合性は電子シラバス内に授業毎に記載することとしていたが、次年度の作業となっている。現在、コンピテンス領域ごとのコンピテンシー策定をカリキュラム委員会が素案を作る形で進めている。

### **D. 改善に向けた計画**

マイルストーンの作成に伴い、まずコンピテンス領域ごとのコンピテンシー策定をカリキュラム委員会が素案を作る形で進め、さらにこれと連動した評価の明確化を進める。

参考資料

資料 1-7：履修系統図

資料 2-34：BSLにおける包括的目標

資料 2-42：科目ナンバリング

---

---

医科大学・医学部は、カリキュラムで以下のことを確実に実施すべきである。

- 関連する科学・学問領域および課題の水平的統合(Q 2.6.1)
- 
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

履修系統図の水準内で、水平的統合が図られるよう考慮されてきた。特に本学ではSGLと称するPBL授業の中でこれが実施されてきた。また臨床系授業に関しては旧カリキュラム以来、「コース講義」という名称で、臓器別に編成され、臨床各科同士の水平的統合がなされている。BSL（臨床実習）はもちろん、知識、技能、態度・習慣という観点も含め、最終的な領域統合が水平的にも図られる学習の場と位置付けてきた。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

1年生から4年生で行われるPBLの中では、その課題に関連する学問領域の知識を統合して学び、学習することが目標として定められてきた。学生のコメントからは特に基礎領域のPBLでは複数の学科目の知識を応用でき楽しいとの感想が寄せられている。臨床系講義ではすでに15年以上、当然のごとく水平的統合が図られてきておりそのコンセプトは学生、教員共に浸透している。しかし、基礎医学領域内での水平的統合は、その水準内ではあまり図られてはおらず、臨床科目内で該当臓器を介した統合が図られている。

### **C. 現状への対応**

まずはこの分野別評価受審に伴う見直しの中で、水平的統合の意義を再考している。

### **D. 改善に向けた計画**

新カリキュラムの1年生で導入されている基礎医学総論、あるいは各学年に分散している特別プログラムの中で水平的統合が図られるか否か検討を行いたい。

---

医科大学・医学部は、カリキュラムで以下のことを確実に実施すべきである。

- 基礎医学、行動科学および社会医学と臨床医学の縦断的(連続的)統合(Q 2.6.2)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

必要に応じ、履修系統図の水準を越えて、縦断的統合が図られるよう考慮されてきた。特に本学ではSGLと称するPBL授業の中でこれが実施されてきた。また臨床系授業に関しては旧カリキュラム以来、「コース講義」という名称で、ほぼ臓器別に編成され、病理学、解剖学や生理学、薬理学などが加わり縦断的統合が図られている。

3年次の臨床医学総論の中では統計学、医学英語、社会医学の、行動科学の統合が図られてきた。また同じく3年生ではこの縦断的統合そのものを目的とした「臨床医学への基礎医学的アプローチ」という授業が行われてきた。

BSL(臨床実習)は最終的な領域統合が縦断的統合も図られる学習の場と位置付けてきた。これに伴い、実習中に解剖などの基礎医学的内容、地域包括的ケアシステムとの連携など社会医学的内容のミニレクチャーも行われている。

6年次の臨床病態学も知識レベルではあるがこれら縦断的統合を意識した授業である。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

PBLに加え、主として臨床系の授業を核とした基礎医学、行動科学および社会医学と臨床医学の縦断的統合が旧カリキュラム以来長きに亘り図られてきた。しかし、基礎医学と臨床医学の統合という要素が主であり、行動科学や社会医学との統合は十分とは言えない。

### **C. 現状への対応**

縦断的統合の必要性に関しては、学内でもコンセンサスは得られてきているが、この分野別評価受審に伴う見直しの中で、その意義を再考している。

### **D. 改善に向けた計画**

まずPBLの課題の中で、この縦断的統合をさらに意識して課題作成を行うよう、SGL実

行委員会の中で働き掛けるとともに、カリキュラム委員会で行われているモデル・コア・カリキュラムと現行カリキュラムとの整合性再検討作業の中に、この要素の検討を組み込む。

---

医科大学・医学部は、カリキュラムで以下のことを確実に実施すべきである。

- 教育プログラムの一部として中核となる必修教育内容だけでなく、選択的な教育内容を決め、必修との配分を考慮して設定すること(Q 2.6.3)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

モデル・コア・カリキュラムに準拠しカリキュラムを設定しており、可能な範囲で選択的な教育内容を設けてきた。まず1年生では選択制のセミナー授業を多領域にわたり設けてきた。

3年生の研究配属の配属先、高学年では臨床配属として臨床科目での研究配属を行うか否か自体を選択可能にしている。6年生の選択BSLでは海外での学習も選択可能としてきた。全授業の内、選択授業の割合は8.3%である(資料2-43)。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学では、十分に学習者個人の選択に委ねたプログラムを設定してきた。しかし、新カリキュラム導入と、臨床実習の充実化に対応するため、さらなる選択プログラムの推進にはコマ数の不足が生じている。

#### **C. 現状への対応**

選択的教育内容の充実化を図るために、まずカリキュラム委員会でコア・カリ準拠の教育カリキュラム内容、時間数などの検証を行っている。

#### **D. 改善に向けた計画**

海外での学習、国内研究施設での学習、地域医療実習における実習先の選択、MD-PhDコースの選択などにより幅広い選択が可能なカリキュラムの設定を可能にする必要がある。そのためGPA制度の活用、e-Learningの活用などを検討している。

参考資料

資料2-43：選択・選択実習科目の時限数

---

医科大学・医学部は、カリキュラムで以下のことを確実に実施すべきである。

---

- 
- 補完医療との接点(Q 2.6.4)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

3年生の臨床医学総論の中で、東洋医学をテーマとした授業が行われてきた。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

東洋医学に関する教育が正規カリキュラムの中に組み込まれて来たことは本学の特色と言える。さらにBSLにおいても東洋医学科での外来実習の機会が設けられることが望ましい。

#### **C. 現状への対応**

特になし

#### **D. 改善に向けた計画**

補完医療という領域そのものがカリキュラム上正規に扱われてはおらず、例えばがん治療などの授業において断片的に扱われていると考えられる。まずはその実態把握を行い、現行カリキュラムの中でどこまで補完医療を扱うのか、今回の認証評価を機会に検証を行う。

### **2.7 プログラム管理**

#### **基本的水準:**

医科大学・医学部は

- 学長・医学部長などの教育の責任者の下で、教育成果を達成するための教育立案とその実施に責任と権限を持ったカリキュラム委員会を設置しなくてはならない。(B 2.7.1)
- カリキュラム委員会の構成委員として、教員と学生の代表を含まなくてはならない。(B 2.7.2)

#### **質的向上のための水準:**

医科大学・医学部は

- カリキュラム委員会を中心に教育改良の計画と実施を行なうべきである。(Q 2.7.1)
- カリキュラム委員会に他の教育の関係者の代表を含むべきである。(Q 2.7.2)

#### **注 釈:**

- [権限を持ったカリキュラム委員会]は、特定の部門や講座の個別利権よりも優

位であるべきであり、教育機関の管理運営機構や行政当局の管轄権などで定められている規約の範囲内でのカリキュラムに関する裁量権を含む。カリキュラム委員会は、教育方法、学習方法、学生評価およびカリキュラム評価の立案と実施のために裁量を任された資源について配分を決定できるべきである。（領域 8.3 参照）

- [他の教育の関係者]には、教育課程の参画者として、研修病院および他の臨床施設の代表、医学部卒業生代表、教育に関わる医療専門職代表、他学部の教員などを含む。他の関係者として、さらに地域や一般市民（例：患者組織を含む医療提供システムの利用者）の代表者を含む場合がある。

---

学長・医学部長などの教育の責任者の下で、教育成果を達成するための教育立案とその実施に責任と権限を持ったカリキュラム委員会を設置しなくてはならない。（B 2.7.1）

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

学長が統括する教務部委員会（資料 2-44）があり、本基準にあるカリキュラム委員会に相当する。教務部は、2013 年に学長ガバナンス強化策の一環として組織改編がなされ、研究部、学生部などとともに学長直轄の組織となった。教務部委員会は教育立案とその実施に責任を持ち（資料 1-13）、カリキュラムに関する様々な裁量権を有している。そこで提案されたものが大学院教授会・医学部教授会で審議・承認され実施される。

教務部委員会での教育立案および実施を補助し、プログラム/カリキュラムの評価・モニタを行う組織として、カリキュラム委員会が設置されている（資料 1-16）。「評価基準」でいう「カリキュラム委員会」は、本学では教務部委員会がこれに該当するので、混乱を避けるために以下「カリキュラム委員会 [狭義]」として区別する。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

教務部委員会が学長直轄の組織となり、教育立案とその実施に責任と裁量権を有している。カリキュラムの個々の構成要素に関しては、それぞれ実行委員会が設けられ有機的に機能している。新しい教育技法の導入や、医学教育学的な知識経験が必要な場合、適宜医学教育センターと連携して事に当たっている。カリキュラム委員会 [狭義] は教育プログラムの評価を行い、改善に向けた提言、具体的な素案作成までを担当する組織と位置付けている。

### **C. 現状への対応**

教員以外の構成委員として学生の参画が求められるが、教務部委員会が学生評価に関わる協議を行う場でもあるため、学生はカリキュラム委員会 [狭義] に参画させている。

#### **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会、カリキュラム委員会〔狭義〕との業務棲み分け、および協力体制を構築する。また、新しい教育技法の導入などに際し、医学教育センターとの協調を強化したい。

参考資料

資料 1-13：教務部委員会運営細則・委員名簿

資料 1-16：カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

資料 2-44：組織図

---

カリキュラム委員会の構成委員として、教員と学生の代表を含まなくてはならない。

(B 2.7.2)

---

#### **A. 基本的水準に関する情報**

教務部委員会の構成委員は教員が中心であるが、下部組織としてのカリキュラム委員会〔狭義〕の構成委員は（資料 1-16）のごとくで、教員に加え外部委員（東京都医師会代表者、教育連携施設長、看護部、模擬患者代表、地域住民など）や学生教育委員会の代表を参画させている。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

外部委員や学生委員から問題提起や意見が出され活発な討議が行われるようになったが、まだその評価をする段階ではないと考えられる。

#### **C. 現状への対応**

第 5、6 学年の学生代表の参画が不定期である。第 1～6 学年すべての学生委員が参画するよう働きかける。

#### **D. 改善に向けた計画**

学生代表の意見が、学生全体の意見を集約しているかどうか評価して行く。

---

カリキュラム委員会を中心に教育改良の計画と実施を行なうべきである。(Q 2.7.1)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

教務部委員会は教育立案と実施に責任と権限を有し、下部組織である各種実行委員会の評価と発案を協議し、医学教育センターに設置された IR 室などの解析結果を参考に



しながら教育の改良と実施に取り組んできた（資料 1-19）。カリキュラム委員会〔狭義〕は教育プログラムの評価を行い、改善に向けた提言、具体的な素案作成までを担当する組織と位置付けている。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

教育改良には自己点検評価、IR による現状分析などが重要であり、これらの評価は適宜教育の改良に反映されている。外部評価は主にカリキュラム委員会〔狭義〕での議論に委ねられているが、カリキュラム委員会〔狭義〕の成果を評価するには時期尚早である。

### **C. 現状への対応**

カリキュラム委員会〔狭義〕の評価・モニタ機能を強化する。

### **D. 改善に向けた計画**

カリキュラム委員会〔狭義〕の評価・モニタ機能を強化するとともに、IR 室の機能を強化する。そのためには、医学教育センター人員の補強が必要である。

参考資料

資料 1-19：医学教育センター運営細則

---

---

カリキュラム委員会に他の教育の関係者の代表を含むべきである。（Q 2.7.2）

---

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

教務部委員会の構成委員は教員のみであるが、その下部組織であるカリキュラム委員会〔狭義〕には、東京都医師会代表者、教育連携施設長、看護部、模擬患者代表、地域住民、患者などの一般市民、学生代表（学生教育委員会代表）を含んでいる（資料 1-16）。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

カリキュラム委員に模擬患者の代表、地域住民や患者からの協力者、東京都医師会や地域医療の代表、学生や病院看護部が参加したのは、本年度からである。そのため、患者、多職種、他分野からの意見をカリキュラムに反映し得るのは本年度以降となる。

### **C. 現状への対応**

カリキュラム委員会〔狭義〕での外部委員、学生の参画効果を検証する。

## D. 改善に向けた計画

カリキュラム委員会〔狭義〕のさらなる充実をはかる。

### 2.8 臨床実践と医療制度の連携

#### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- 卒前教育と卒後の訓練または臨床実践の段階との間に適切な運営連携を確実に行なわなければならない。(B 2.8.1)

#### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- カリキュラム委員会を通じて以下のことを確実に行なうべきである。
  - 卒業生が働くと考えられる環境からの情報を得て、教育プログラムを適切に改良すること。(Q 2.8.1)
  - 地域や社会の意見を取り入れ、教育プログラムの改良を検討すること。(Q 2.8.2)

#### 注 釈:

- [運営連携]とは、保健医療上の問題点を特定し、それに対して必要な教育成果を明らかにすることを意味する。このためには、地域、全国、地域の国家間、そして全世界の視点に立って、教育プログラムの要素および卒前・卒後・生涯教育の連携について明確にし、定める必要がある。運営連携には、保健医療機関との意見交換および保健医療チーム活動への教員および学生の参画を含むことができる。さらに卒業生の雇用者からのキャリア情報提供などの建設的意見交換も含まれる。
- [卒後の訓練または臨床実践の段階]には、卒後教育（卒後研修、認定医教育、専門医教育）および生涯教育（continuing professional development, CPD；continuing medical education, CME）を含む。

---

卒前教育と卒後の訓練または臨床実践の段階との間に適切な運営連携を確実に行なわなければならない。(B 2.8.1)

---

## A. 基本的水準に関する情報

本学の卒前教育と卒後の訓練または臨床実践に一貫して存在するのは、学是「克己殉公」とそれを実践する教育理念「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」である。

卒前教育として、入学後間もない1年次に医療人としての基本的な有り方を体験的に学習することを目的（early exposure）に本学4病院（附属病院、武蔵小杉病院、多摩永山病院、及び千葉北総病院）で看護部の協力を得て、医学実地演習Ⅰとして入院患者の清拭やベッドメイキングの補助を体験させている。

同時期の医学実地演習Ⅱでは地域医療機関における様々医療職の業務の見学、現行医療制度の体感の機会を設け、2年次の医学実地演習Ⅲにおいては介護、支援施設の見学実習と、大学病院医師に対するシャドウイングの機会を設けている。4年次の基本臨床実習コースでは模擬患者参加による医療面接トレーニングを約10回にわたり施行し、その他シミュレーターを用いた臨床技能教育を行ってきた。

現行5年次から（新カリキュラムでは4年生後半から）本学の附属4病院でBSLが行われ（資料2-35）、第6学年時1学期に上記の本学4病院、協力病院、および海外協定校で選択BSLが行われている（資料2-36）。

附属病院はNPO法人卒後臨床研修評価機構による外部評価をいち早く受審し継続的な評価を受けてきた。この中で卒後研修の観点ではあるが、臨床教育の現場としての附属病院の機能、研修プログラム全般を自己点検し、厳格な外部評価を受け、さらに改善を繰り返してきた。その情報は卒後研修委員会、医学教育関連委員会などの場で卒前教育の担当者とも共有されてきた（資料2-45）（資料2-46）。

臨床現場での教育は本学のミッションである「克己殉公の精神に則った愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」を達成する最も重要な機会である。そのような中、例えば本学4病院に併設されている救命救急センターでのBSL実習では医師が救急現場に出向いて医療活動を行うドクターカーに同乗し、救急現場活動の実習を行っている。



また、過去に大災害等が発生した際には安全確保を最優先とした上で、本人の自発的な意思によって本学の災害医療支援のチームの一員として参加した学生達に体験型の教育も行った。2011年の東日本大震災では本学医療支援チームの一員として多くの学生が参加している。また2016年4月に発生した熊本地震においては選択BLSとして附属病院高度救命救急センターで臨床実習をしていた第6学年の学生が、本人の意思で本学医療チームの一員として医療支援活動に参加した。



写真：熊本地震での日本医科大学医療支援チーム（医療センター院長（左から3人目）と本学6年生（左から2人目））（2016年4月）



写真：東日本大震災に対する医療支援チームでの本学学生の活躍（2011年3月～4月）

卒前教育と卒後の訓練または臨床実践の連携を支援する組織として医学教育センターが存在している。同センターでは卒前教育を担当する部門と卒後教育と研修を担当する部門が密接に連携し、卒前・卒後のシームレスな教育に深く関与している。また、他学卒業生にも十分な配慮を行い、メンター制度を導入している。

このように卒後研修のきめの細かい支援が行えるように毎月1回卒後研修委員会を開催している。本委員会は学長、医学部長、大学院医学研究科長、医学教育センター長、同副センター長、教務部長、附属4病院病院長及び研修管理委員長など卒前教育、卒後研修に係る全て委員で構成され、より良い研修環境の提供のために検討を行っている。

具体的な運営連携の中では、教育連携の実例として心肺蘇生教育（BLS、ICLS）が挙げられる。心肺蘇生法については入学直後の第1学年オリエンテーションで全員がBLS実習に参加する。その際の講師は主として循環器内科や救命救急科の医師、看護師が主体となるが、特筆すべきは本学学生で組織される「みんなで学ぼう救急救命（みんな救）」<http://minkyu.jimdo.com/>も積極的に関わっていることである。

「みんな救」は BLS の普及を主な目的として作られた日本医科大学の学生によるグループで、下級生が上級生を教える以外にも、地域の小学校やオープンキャンパスでの BLS 普及など、社会的にも積極的に活動している（資料 2-47）。さらに、心肺蘇生法は第 4 学年時のコース講義「救急と生体管理」で BLS と自動体外式除細動器（AED）を習得する。さらに、第 5 学年時には本学 4 病院すべてに併設されている救命救急センターでシミュレーターを用いた実習に加えて、実際の心肺停止患者に対して指導医のもとで BLS と AED を体験している。また、卒後においては初期臨床研修オリエンテーションの際に BLS と AED 実習を行い、緊急薬品や医療行為を加えた ICLS を実習する。また、初期研修の中で必ずローテーションする救命救急センター内で指導医のもとに心肺停止患者に対して ICLS を行い、卒前から卒後の一貫した生涯教育がなされている。

生涯学習については医学の研究の進歩を図ることを目的に 1928 年に設立された日本医科大学医学会が主体となっている（資料 2-48）。同医学会は日本医科大学医学会総会（毎年 1 回）やシンポジウム（毎年 3 回）を主催するが、医学教育センター長や副センター長は同医学会の役員として参加し、卒前・卒後のシームレスな生涯教育に大きく貢献している。ちなみに同医学会の機関紙である Journal of Nippon Medical School はトムソンロイターのインパクトファクター「0.588」（2015 年度）が付与されている。

以下に、2015 年度卒業生の初期臨床研修先を示す（資料 2-49）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

毎年、卒業する学生から本学の教育に関するアンケートを行い、医学部 6 年間の卒前教育に対する課題の抽出、卒後教育要望を把握することに努めている（資料 2-50）。

一方、臨床実践における卒前教育では、BSL で診療科別に実習計画に基づいた研修到達目標に対して指導医から形成的評価を受けつつ診療科ごとの総括的評価を行い、全ての診療科実習を終了した後に最終的な総括的評価を行っている。各診療科の評価は直接指導者、臨床実習委員、指導責任者の 3 者で行われるが、評価基準が必ずしも一定していないことが課題として存在する。

初期臨床研修医の到達度や評価は臨床研修指導医教育ワークショップを受講した指導医によって評価され、評価基準として統一されている。4 病院を有する本学の特徴を生かして地域医療に貢献する医師や研究マインドを持った医師を養成する環境は整い、卒前から卒後にかけてシームレスな臨床実践教育を行うことが可能である。

しかし、研修成果を評価するツールに関しては、付属病院、武蔵小杉病院、多摩永山病院では Web 上で入力するミニマムエポック、千葉北総病院では冊子体で用いており、評価の手段が統一されていない。また、卒後に他の医療機関で初期臨床研修を行う場合に、医療人としての基本となる本学の学是や教育理念の継承を提供するシステムが構築されていない。心肺蘇生法では生涯学習の体制が上記のように構築されているが、その他の疾患や病態に対しては生涯教育システムが構築されていない。

### **C. 現状への対応**

本学がそのミッションに従い特に重きを置いている BLS や ICLS などの心肺蘇生法以外の生涯教育に関しては体系的に行われていない。前述の日本医科大学医学会が行っているシンポジウムや、公開講座を開設している一般社団法人日本医科大学医師会 (<http://nms-ishikai.jp/>) 等と密接に連携しつつ卒前、卒後教育のプログラムをさらに充実する必要がある。その内容も、地域包括ケア、超高齢社会と医療、医療安全、災害医療など今後医療人に求められているテーマを広く取り上げるべきである。その教育も知識や技術に関して、卒前から卒後にかけて一貫的で体系化された体制の構築が必要である。

一方、第 6 学年の卒業前に施行したアンケートや初期臨床研修医を対象として行ったアンケートの中から卒前教育の課題や卒後研修制度の問題点を抽出しているが、その対応策と解決法を検討する必要がある。

### **D. 改善に向けた計画**

今後、超高齢社会となる本邦の医療を担う医療人の教育を使命とする医育機関として少なくとも地域包括ケア、超高齢社会と医療、医療安全、災害医療などに関しては卒前と卒後のシームレスな教育、研修システムが必要である。また、本学を卒業した人材だけでなく、卒後に他大学から本学に研修、あるいは教育職として入職した人材に関しても卒後教育の機会が十分提供できるような体制を構築する必要がある。

#### 参考資料

資料 2-45 : NPO 法人卒後臨床研修評価機構 (JCEP) 臨床研修評価

資料 2-46 : 臨床研修評価 調査結果

資料 2-47 : 「みんなで学ぼう救急救命」活動状況

資料 2-48 : 日本医科大学医学会会則

資料 2-49 : 卒業生の初期臨床研修先

資料 2-50 : 卒業時アンケート

医師会ホームページ : <http://nms-ishikai.jp/>

---

カリキュラム委員会を通じて以下のことを確実にこなさなければならない。

- 卒業生が働くと考えられる環境からの情報を得て、教育プログラムを適切に改良すること。(Q 2.8.1)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学のカリキュラム委員会は前述のように卒前教育のカリキュラムを評価し、課題や改

善する事項があればそれらを上位に位置する教務部委員会に報告し、課題解決に向けての提案をする機能を有している。この委員会には東京都医師会、あるいは地域医療機関の関係者も出席し情報提供を行っている。

本学では毎年第6学年を対象として卒業前に教務部委員会が主体となりアンケート調査を行っている。アンケートは第6学年の12月に配布し、2月末日を締め切りとして回収している。アンケート結果を解析し（資料2-50）、本学における卒前教育の課題を抽出している。カリキュラム委員会のメンバーで教員に関しては、教務部委員会のメンバーとなっている。したがって、カリキュラム委員会は上記アンケートの結果について共有はされているが、委員会の業務としては位置付けられていない。同様に初期研修を修了した医師に対しては卒後研修委員会が主体となり、毎年アンケート調査を行っている。これらのアンケート結果はIR室に集約され、データの整理が行われ、医学教育センターが中心となり解析し、先述の諸委員会に提示されている。

卒後研修委員会にはカリキュラム委員会委員長もメンバーとして参加している。したがって、卒後研修のアンケート結果や研修環境やプログラムに関する課題等についてもカリキュラム委員会で共有が可能な体制で、実際報告が行われている。

卒前・卒後の教育、研修環境は外部組織から評価がされている。2015年9月に本学は日本高等教育評価機構の機関別認証評価、2014年10月に千葉北総病院、本年1月には附属病院が日本医療評価機構の病院機能評価を受審し、それぞれ認証を受けている。また、卒後の研修体制と環境に関して附属病院は2014年に卒後臨床研修評価機構の認証評価を受けた。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

卒業時のアンケート結果では本学における学生生活は「良い」「非常に良い」が合計72%で、概ね良好の評価を得ている。一方、本学の教育が将来のキャリアパスを考慮したものかという設問に対しては「はい」が56%で若干低値であった。カリキュラム委員会を構成する委員の多くは上記アンケート結果を教授会、教務部委員会、あるいは関連する他の委員会で共有しているが、カリキュラム委員会としての把握は十分ではない。

一方、前述のように本学は日本高等教育評価機構の機関別認証評価、日本医療評価機構の病院機能評価、卒後臨床研修評価機構をそれぞれ受審し、承認を受けている。卒前、卒後教育に関しては一定の環境は整っていると考えている。

卒後教育に関しては卒前教育に関わる学長、医学部長、教務部長、BSL委員長、カリキュラム委員長等と本学4病院の研修管理委員長で構成される卒後研修委員会が卒前教育と卒後の訓練または臨床実践に対して密接な連携を支援する組織として機能している。

## **C. 現状への対応**

本学が今年度に導入した学生と教員の両者に利便性の高いといわれるLMS(学事/学修支

援システム) の評価をカリキュラム委員会が中心となって行う。また、本学のカリキュラムと医学教育モデル・コア・カリキュラム (いわゆるコア・カリ) の位置付けに関して、確認する作業をカリキュラム委員会が中心となって行っている。例えば、基礎医学の講義内容がコア・カリに準拠しているか等の検討を行っている。また、学生が主体となって行ったカリキュラムについてのアンケート調査の結果をカリキュラム委員会として共有した。

#### **D. 改善に向けた計画**

卒前教育に関する課題についてはアンケート調査の分析等でカリキュラム委員会が関与しているものの、さらに主導的に関わりカリキュラムの改正や修正に関わって行く必要がある。

---

カリキュラム委員会を通じて以下のことを確実にこなすべきである。

- 地域や社会の意見を取り入れ、教育プログラムの改良を検討すること。(Q 2.8.2)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

カリキュラム委員会は本学教員の他、学生や病院看護部の代表、模擬患者の代表、東京都医師会や地域医療の代表、地域住民や患者などの参加も得て構成されている(資料 1-16)。したがって、患者、教員、学生、看護師、地域医療を担う医療人の視点で本学カリキュラムの評価、改善に向けての体制が整った。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

カリキュラム委員に模擬患者の代表、東京都医師会や地域医療の代表、学生や病院看護部が参加したのは、本年度からである。そのため、患者、多職種、他分野からの意見をカリキュラムに反映し得るのは本年度以降となる。

#### **C. 現状への対応**

卒前教育の課題をカリキュラム委員会が主体となって把握、抽出する体制を整えつつある。

#### **D. 改善に向けた計画**

教員や学生の視点から卒前教育の課題をカリキュラム委員会が主体となって把握、抽出する体制は既に整っている。一方で、看護師等の医療スタッフ、患者、地域医療を担う医療人からの視点から卒前教育を評価する体制を構築しなければならない。また、卒業後教育の課題の中で、卒前教育のカリキュラムにも関わる部分に関しては、本学の卒業後研修委員会や本学 4 病院の研修管理委員会と連携し、卒前・卒業後のシームレスな教育・研修が可能なカリキュラム、プログラム作成に深く寄与して行く方針である。



### 3. 学生評価

### 3. 学生評価

#### 3.1 評価方法

##### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- 学生の評価について、原理、方法および実施を定め開示しなくてはならない。開示すべき内容には、合格基準、進級基準、および追再試の回数が含まれる。(B 3.1.1)
- 知識、技能および態度を含む評価を確実に実施しなくてはならない。(B 3.1.2)
- 様々な方法と形式の評価をそれぞれの評価有用性に合わせて活用しなくてはならない。(B 3.1.3)
- 評価方法および結果に利益相反が生じないようにしなくてはならない。(B 3.1.4)
- 評価が外部の専門家によって精密に吟味されなくてはならない。(B 3.1.5)

##### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- 評価法の信頼性と妥当性を評価し、明示すべきである。(Q 3.1.1)
- 必要に合わせて新しい評価法を導入すべきである。(Q 3.1.2)
- 評価に対して疑義の申し立てができる制度を構築すべきである。(Q 3.1.3)

##### 注 釈:

- [原理、方法および実施]は、試験および他の評価の回数、筆記と口述試験の配分、集団に対する相対評価と能力を基準とした絶対評価、そして特殊な目的を持った試験(例 objective structured clinical examinations(OSCE)もしくは mini clinical evaluation exercise(Mini-CEX))を含む。
- [方法と形式の評価]には、外部評価者を採用し、評価の公平性、質および透明性を高めることを含む。
- [評価有用性]は、評価法および評価実施の妥当性、信頼性、教育上の影響力、学生の受容、効率を合わせて決められる。
- 評価法の信頼性と妥当性の評価のために、評価実施過程に関わる適切な質保証がなされなくてはならない。

---

学生の評価について、原理、方法および実施を定め開示しなくてはならない。開示すべき内容には、合格基準、進級基準、および追再試の回数が含まれる。(B 3.1.1)

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

本学における学生の教育成果の評価は、形成的評価並びに総括的評価をバランス良く組み合わせることで実施している。

総括的評価は学則第8条第2項及び試験等に関する細則第5条にもとづき、授業科目ごとに実施している。追試、再試は1回のみと定められている。授業科目によっては、複数のユニットに分かれているものもある。成績の評価は、優・良・可・不可の4種類とし、優・良・可を合格、不可を不合格とする（優80点以上、良70点以上、可60点以上、不可59点以下）。

2014年から、達成度をより総合的に評価するために参考評価基準としてGPAも導入している（資料3-1）。学年毎の全科目を修了していることが進級要件となる。進級要件の詳細については、2016年度学生便覧に記載されている。形成的評価は、科目又はユニット単位で随時実施され、進級判定要件とはせず、学生へのフィードバックを主目的としている。

授業科目・ユニットごとの到達目標・評価法については2016年度シラバスに記載されている。

1年次～4年次前半、講義によって修得すべき知識の評価は、筆記試験（多項選択式及び論述）、実習・演習（PBL/TBLを含む）によって修得すべき知識・技能・態度・習慣に関しては、レポート、観察記録、口頭試験を活用し総合的に評価している。

4年次は授業科目の筆記試験以外に、共用試験CBT（評価基準：「全国医学部長病院長会議」が設定する合格ラインを参考）とOSCE（60点以上相当に学内規定で換算）のすべてに合格していることが臨床実習への進級要件となる。

4年次～5年次の臨床実習の評価は、実習担当科別にMini-CEXを含めた観察記録（資料3-2）（資料3-3）、レポート、口頭試問（One Minute Preceptorを含む）等による形成的評価を行う。また、総合的学力を評価する目的で5年次中期に外部の総合試験、後期に内部の総合試験（教員が作成した臨床問題、多項選択式200問）を行い、後者を6年次への進級判定に用いている。

6年次では、選択BSLの後、臨床実習で修得すべき技能・態度・習慣に関しPost-CCOSCEを行い、さらに基礎医学から臨床医学までの履修事項すべてを試験範囲として4回の総合試験（多項選択式500問）を実施している。第1回と4回は外部の模擬試験を利用し（形成的評価）、第2回と第3回は教員により作問された内部試験であり、卒業判定に利用される（総括的評価）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

授業科目・ユニットごとの評価方法と評価基準はシラバスに、進級判定要件や追再試験の規定は学生便覧に開示されている（資料3-4）（資料3-5）。

5年次の総合試験による進級判定要件、6年次総合試験による卒業判定要件の記載がなく、開示すべきである。CBTの合格基準も現在流動的であり、明確にして開示すべ

きである。GPA は年次毎に公表し形成的評価として用いられることになったが、再試験での合格が 0 点となり従来の評価と比べ過小評価となるため、進級要件には参考値として用いることとなった。また、BSL における Mini-CEX が進級要件に直接は反映されておらず、Post-CC OSCE の評価も卒業判定要件に反映されておらず審議中である。

### **C. 現状への対応**

本学では、成果基盤型学習を実施するために、8 つのコンピテンスを定め、従来の教育目標や評価方法との整合性をとりつつ、それぞれのコンピテンスを達成するのに必要なコンピテンスの策定を進めているところである。教育成果に適した評価法を適宜検討・策定し開示する。

Post-CC OSCE については可能であれば次年度から卒業要件に加える方向で教務部委員会にて審議されている。

### **D. 改善に向けた計画**

今後とも、教育評価・試験問題作成に関する FD を実施し、新しい教育方法、評価方法を柔軟に取り入れるよう努める。

参考資料

資料 3-1：教授会議事録抜粋

資料 3-2：Mini-CEX 資料

資料 3-3：BSL 評価票

資料 3-4：学則

資料 3-5：試験等に関する細則

別冊 15：Mini-CEX

---

---

知識、技能および態度を含む評価を確実に実施しなくてはならない。(B 3.1.2)

---

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

各年次の授業科目・ユニットごとの評価については、筆記試験（講義前後の小テストを含む）、レポート、観察試験、口頭試験すべてが形成的に行われており（各年次のシラバス参照）、年次末にすべてを点数化して合算し総括的评价がなされている。知識に関しては、筆記試験（MCQ および論述）口頭試験、レポートを用いて、技能、態度、習慣に関しては実地試験（OSCE）、観察記録（Mini-CEX を含む）を用いて適正に実施されている（資料 3-2）（資料 3-3）（資料 3-6）（別冊 4）（別冊 10）。

2016年度から、知識をより効率よく定着させるため、学習管理システム（Learning Management System: LMS）を導入し、Webを用いて簡便に講義前後での小テスト（MCQ）やレポートによる形成的評価を可能にしている（資料 2-5）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

講義、実習、演習（PBL/TBLを含む）等のそれぞれの教育方略に対して、適切な評価法が用いられ、知識、技能、態度、習慣について十分な評価が行われている。1年次～4年次では、習得すべき知識量が増大する中、小テストを頻回に施行し知識の定着を図っているが、LMSの利用はまだ十分とは言えない。また態度・習慣の評価のさらなる充実に向け、ポートフォリオ評価の導入が教務部委員会の議論に挙げられている。すでに1年次の医学実地演習には看護師評価が総括的評価に用いられ、研修医評価では360°評価が導入されたがBSL評価にはこれらが導入されていない。

## **C. 現状への対応**

教務部委員会でポートフォリオ評価の導入が議論されている。

## **D. 改善に向けた計画**

知識、技能、評価、習慣に関しする評価のバランス、用いている評価法の妥当性や有効性などに関して、今後とも教育ワークショップなどで取り上げ改善策を検討していく。またMini-CEXについては実施、評価法についてさらなる周知徹底を目指す。

参考資料

資料 2-5：LMS 活用例

資料 3-6：看護業務・地域医療実習評価票

別冊 4：5年BSLノート

別冊 10：基本臨床実習コース実習ノート

---

様々な方法と形式の評価をそれぞれの評価有用性に合わせて活用しなくてはならない。

(B 3.1.3)

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

本学では、年次及び履修科目の特性を鑑み、評価実施の妥当性、信頼性、教育上の影響力、学生の受容、効率を考慮した教育方略と様々な評価方法を組み合わせている。客観試験や筆記試験については、各年次ともにカリキュラム以外の課外活動などにも考慮し、受容可能で効率の良い試験日程を組んでいる。

総合的な診療能力の基礎となる知識、技能、態度、習慣の学修については、1年次から段階的に医学実地実習Ⅰ～Ⅲを経て、4年次の基本臨床実習へとスムーズにつながるように組まれている（資料 1-7 参照）。1年次医学実地演習Ⅰ～Ⅱでは、看護業務実習と地域医療実習を行い、2年次の医学実地演習Ⅲでは、介護医療見学実習のほか臨床医のシャドウイングを行う。評価は看護師、指導医による観察記録とレポートで行う（資料 3-6）。

これらは、基礎科学・基礎医学の授業科目の中間試験終了後、十分時間をあけて行われる。

3年次では、臨床医学コース講義の内容に関連した症例の SGL を割り振ることで、講義と演習を連動させて効率のよい修得効果をねらっている（資料 3-7）。

4年次の共用試験 CBT についてはコース講義が終了してから本試験まで十分な準備時期を確保し、CBT 後に基礎臨床実習を開始する。テーマごとに講義、小グループでの演習を行い SP などから十分なフィードバックが行われたあと OSCE による評価を実施する。

5、6年次では、BSL の現場における観察記録（Mini-CEX）、レポートによる形成的評価が中心で、BSL 終了後、Post-CC OSCE にて臨床研修に必要な知識、技能、態度、習慣を総合的に評価し、さらに知識については国家試験形式の総合試験で評価する。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

さまざまな方法と形式の評価が、評価有用性を考慮して用いられている。知識に関する評価は、中間試験、学期末試験、コース試験、CBT、5・6年次の総合試験など適切に行われている。一方、実習や演習に対して行われる形成的評価についてはまだ改善の余地がある。1年次の医学実地演習では看護師による評価を取り入れているが、研修医に行われているような 360°評価はほとんど行われていない。

## **C. 現状への対応**

導入されて間もない Mini-CEX の有効な活用法を引き続き検討。カリキュラムプランニングの FD のなかで評価に関しても引き続き検討を加える。技能・態度に対する評価をより活用するように、ポートフォリオ評価や SEA の導入を含めて検討する。

## **D. 改善に向けた計画**

引き続きコンピテンシーごとに教育方略・評価法の妥当性・有用性について定期的に検討し、実行可能で学生の受容にも配慮した、より適切な評価法を選択・導入していく。

参考資料

資料 3-7：教授会議事録抜粋・SGL 案

---

評価方法および結果に利益相反が生じないようにしなくてはならない。(B 3.1.4)

---

#### **A. 基本的水準に関する情報**

本学における進級判定は、進級認定審議会で議論され、単一の科目責任者の判断にならない(資料 3-4)。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

これまで学生の評価方法とその結果の利益相反に関する問題が生じた事案はない。利益相反が生じうる教員の子弟がいる場合、公平性・中立性が担保されるように考慮されている。

#### **C. 現状への対応**

特になし。

#### **D. 改善に向けた計画**

利益相反が生じうるさまざまな要因について検討し、公平性、中立性を担保するために内規の策定などを検討していく。

---

評価が外部の専門家によって精密に吟味されなくてはならない。(B 3.1.5)

---

#### **A. 基本的水準に関する情報**

共用試験 CBT・OSCE では、外部評価者による評価を受けている。また、年 2 回開催される教育ワークショップには必ず日本獣医生命科学大学の学長を外部評価者として招き、またコースディレクター、タスクフォースとしても頻回に他大学より外部評価者を受け入れ、本学の「評価」の方法、内容を公表し示唆を得て来た(資料 3-8)(資料 3-9)(資料 3-10)。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

付属病院における卒後研修教育に関しては、臨床研修評価機構(JCEP)による第三者評価を受けているが(資料 2-45)(資料 2-46)、学生教育に関する評価の外部評価については、CBT・OSCE を除き、現時点では十分とはいえない。

#### **C. 現状への対応**

Post-CC OSCE への外部評価者の招聘。分野別認証評価を受けること。

## **D. 改善に向けた計画**

評価基準、評価過程を点検・整理し、外部の評価者に明示できる評価体制の整備に努めていく。

参考資料

資料 2-45 : NPO 法人卒後臨床研修評価機構 (JCEP) 臨床研修評価

資料 2-46 : 臨床研修評価 調査結果

資料 3-8 : FD ワークショップ記録

資料 3-9 : FD ワークショップ 日本獣医生命科学大学参加者

資料 3-10 : 日本獣医生命科学大学による外部評価報告書

---

評価法の信頼性と妥当性を評価し、明示すべきである。(Q 3.1.1)

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

共用試験 CBT と OSCE の信頼性や妥当性などの質保証は共用試験実施評価機構によってなされている (第 13 版 (2015 年))。本学の過去 5 年間の共用試験 CBT、5 年次、6 年次の総合試験の成績、医師国家試験の新卒合格率を表に示す (資料 3-11) (別冊 8-5)。CBT の IRT 値の平均は、全国平均よりやや低い傾向にあるが、過去 5 年間の新卒の国家試験の合格率は、95%前後の水準を維持している。第 110 回の国家試験では新卒者 95 名が受験し、92 名が合格であった (96.8%)。そのうち、47 名から国家試験の成績結果がえられた。国家試験成績との相関をみると、CBT 0.522、5 年次総合試験 0.757、6 年次総合試験 (2 回と 3 回の平均) 0.774 と良好な相関が認められた。6 年次総合試験と CBT との間にも 0.658 の相関を認めた (別冊 8-9)。

IR 室では、共用試験 CBT の成績が 1 年次～4 年次の教育内容と関連性がとれているのか評価する目的で、4 年次までの全授業科目の成績と共用試験 CBT の成績 (100 点換算) との相関分析を実施し、2014 年 9 月の教務部委員会で報告した。分析対象は 2013 年度 4 年生である。分析の結果、基礎医学科目では主要な 13 科目のうち 12 科目で相関係数 0.5 以上の有意な相関がみられた。臨床医学科目では、主要な 20 科目のうち、14 科目で相関係数 0.5 以上の有意な相関がみられた。なお、1 年次の基礎科学科目では、生物学に関連する科目のみ相関係数 0.5 以上の有意な相関がみられた (別冊 8-6)。

また、相関係数だけでは試験成績の分布の偏りまではわからないことと、各授業科目の成績の分布がどのようになっているか情報共有してもらうことを目的に、同年 10 月に分析に用いた全試験科目の基本統計量とヒストグラムを作成して科目責任者に配布した。このとき科目名は通し番号に置き換えて匿名化し、科目責任者には、担当科目が特定できるように対照表を添付した。なお、相関係数 0.5 以上の有意な相関が認められた科目では、正規性が認められた (別冊 8-付録)。



総合試験問題の作成に当たっては、総合試験実行委員会主催のFDを毎年実施し（総合試験実行委員会の内規参照）、問題作成者と試験問題の客観性、信頼性、妥当性に関する知識を共有する（資料3-12）。試験問題の難易度・妥当性を確保するための正答率、判別指数を用いた不適切問題の除外は総合試験実行委員長に一任されてきたが今後は教務部長等も加わることとなった。

4年次のOSCE、6年次のPost-CC OSCEの評価に関しては、毎年事前にFDを行い、評価基準や運営手順を確認して評価方法の標準化を図っている。各授業科目・ユニットごとの講義、実習、演習での評価、及び筆記試験作成や評価方法についてはそれぞれの専攻分野・診療科に任されており、全体として妥当性や信頼性を担保する状況にはなっていない。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

1年次～4年次の主要な学科目試験の成績とCBT成績との間には有意な相関がみられており、これら試験の信頼性、妥当性は確保されて来たと考える。5年次、6年次の総合試験に関しては国家試験やCBTとの良好な相関が得られており、問題作成に関するFDなど総合試験実行委員会の活動により信頼性・妥当性は確保されていると思われる。

ただし、問題の難易度・妥当性を確保するための不適切問題の削除に関しては、総合試験実行委員長に一任されており、妥当性の向上のための検討が必要と思われる。また、1年～3年次に行われる、演習・実習での口頭試験、観察記録、レポートの評価の客観性・信頼性・妥当性の評価も検討の必要がある。4年次以降の臨床実習ではMini-CEXによる観察記録の評価法のうち学生の自己評価にばらつきがみられる。

## **C. 現状への対応**

臨床実習でのMini-CEXによる評価を定着させ、評価の妥当性を上げていくために、学生には繰り返し説明している。また、教育の評価に関しては、年2回の教育ワークショップの中に、随時盛り込まれており、信頼性・妥当性を如何に高めていくか議論を重ねている。

## **D. 改善に向けた計画**

本学医学教育センターのIR室を中心に、さまざまな評価法の信頼性・妥当性に関する分析を引き続き実施し、教育ワークショップのテーマにも取り上げるなどして改善を図っていく。

参考資料

資料3-11：医師国家試験結果

資料3-12：試験問題作成資料

---

必要に合わせて新しい評価法を導入すべきである。(Q 3.1.2)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

TBLにおけるピア評価、臨床実習での Mini-CEX を導入している。また、学習管理システム (LMS) により e-Learning を可能にし、Web を用いた小テスト (MCQ) やレポート評価を開始した。多くの講義・実習では筆記試験とレポートが中心だが、実習の一部はプレゼンテーションやディスカッションの内容を評価対象としている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

医学教育センター並びに IR 室主導で、新しい評価法の導入の検討や教育職に対する FD は定期的実施されており、一定の水準を維持している。ただし、ピア評価、Mini-CEX など新しく導入された評価法の効果分析はなされていない。

#### **C. 現状への対応**

知識の獲得には e-Learning を推進し、十分な臨床実習の時間を確保する。新しい評価法の評価基準の整備と普及のため、FD を繰り返して行う。BSL、SGL、CBT、OSCE、研究配属、総合試験に関しては、それぞれの小委員会で評価法に関する検討を行う。

#### **D. 改善に向けた計画**

今後、臨床実習における技能、態度、習慣に関する評価法として、様々な Workplace-based assessment (WPBA) を取り入れ、コンピテンシー・学習成果に対応した Rubric チャートを策定するなどして、より客観的で妥当性の高い評価を目指す。また、eポートフォリオを導入して、経時的、包括的な評価を可能にしていく。360°評価の学部教育への導入も急ぐべきである。

---

評価に対して疑義の申し立てができる制度を構築すべきである。(Q 3.1.3)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

授業科目ごとの筆記試験、総合試験成績 (レベルによる開示)、GPA、などの評価については教務課に相談窓口があり、学年担任への相談も受け付けている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

評価に関する疑義が生じた場合は、適宜教務課相談窓口や学年担任を通して解消してい

る。

### **C. 現状への対応**

特になし。

### **D. 改善に向けた計画**

特になし。

## **3.2 評価と学習との関連**

### **基本的水準:**

医科大学・医学部は

- 評価の原理、方法を用いて以下を実現する評価を実践しなくてはならない。
  - 目標とする教育成果と教育方法との整合 (B 3.2.1)
  - 目標とする教育成果を学生が達成 (B 3.2.2)
  - 学生の学習を促進 (B 3.2.3)
  - 学生の教育進度の認識と判断を助ける形成的評価および総括的評価の適切な配分 (B 3.2.4)

### **質的向上のための水準:**

医科大学・医学部は

- 基本的知識と統合的学習の両方の修得を促進するためにカリキュラム(教育)単位ごとの試験の回数と方法(特性)を適切に定めるべきである。(Q 3.2.1)
- 学生に評価結果に基づいた時機を得た、具体的、建設的、そして公正なフィードバックを行なうべきである。(Q 3.2.2)

### **注 釈:**

- [評価に関わる原理、方法および実践]は、学生の達成度評価に関して知識・技能・態度の全ての側面を評価することを意味する。
- [学生の教育進度の認識と判断]では、進級の要件と評価との関連に関わる規程が必要となる。
- [試験の回数と方法(特性)の調節]は、学習の負の効果を避けるように配慮されるべきである。さらに膨大な量の情報を暗記する学習や過密なカリキュラムは避けるような配慮も含まれる。
- [統合的学習の修得]には、個々の学問領域や主題ごとの知識を適切に評価しながら統合的に評価をすることを含む。

---

評価の原理、方法を用いて以下を実現する評価を実践しなくてはならない。

- 目標とする教育成果と教育方法との整合(B 3.2.1)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

Bloom の Taxonomy に従い、目標、方略、評価は考えられている。知識領域のほとんどは客観的試験で評価されてきた。基礎科学、基礎医学では実習において技能、態度・習慣の評価も行われて来た。低学年では、看護師、地域医療担当医師などによる観察記録が用いられ、これは技能、態度・習慣の評価にも用いられてきた。

臨床実習の前は、共用試験 CBT、OSCE、各学科目の MCQ による客観試験で評価がなされる。臨床実習では観察記録、Mini-CEX、診療科によっては Mini-OSCE を行い、臨床実習後は国家試験形式の総合試験と臨床実習後 OSCE により評価が行われて来た。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

日本医科大学医学教育のための FD ワークショップや臨床研修指導医教育ワークショップを通じて多くの臨床医に Taxonomy に従った目標、学習方略、評価についての理解が徹底されて来た。また教務部委員会でも折に触れ評価の原理に基づいた検証が行われて来た。概ね教員の本件に関する理解、認識は得られている。また評価の方針も授業毎にシラバスに記載された。一方で、形成的評価の場面がまだ少ないという現状が本学でもある。

### **C. 現状への対応**

特に臨床実習評価、あるいはプロフェッショナルリズム教育における評価の充実に向け、ポートフォリオ評価、あるいは SEA を用いた評価の導入が BSL 委員会、教務部委員会で検討されている

### **D. 改善に向けた計画**

ICT を活用したポートフォリオ評価の導入、同じく速やかな形成的評価の実施システムの構築が期待される。またコンピテンス、コンピテンシーに対応した評価方法の明確化を行い、シラバスにもよりわかりやすく記載して行く。

参考資料

別冊 2：シラバス

---

評価の原理、方法を用いて以下を実現する評価を実践しなくてはならない。

---

- 
- 目標とする教育成果を学生が達成(B 3.2.2)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

「愛と研究心のある医師・医学者の育成」を教育理念とする本学の医学教育は、医師となるための基本的知識及び技術・技能の習得、自主的に問題を発見し解決する能力の涵養と豊かな人間性の陶冶を目標としており、これを踏まえた本学の学則に基づくすべての授業科目に合格した者に学士の学位が授与される。

学則第 8 条の定めにより修了認定が行われ、臨床実習については試験等に関する細則第 6 条の定めにより別途認定が行われる。同じく第 10 条の定めにより規定の修業年限以上在学し、全ての学科目及びコースの試験に合格したものに対して学長が医学部教授会の審議を経て卒業認定を行ってきた。教授会審議において、進級、卒業に関する認定は、試験成績はもとより出席状況など学業への取り組みとその成果を総合的に判断してきた（資料 3-4）（資料 3-5）。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

2015 年度においては、6 年生 99 名のうち 95 名が卒業と認定され医師国家試験を受験、92 名が合格し臨床研修医となった。6 年間一貫の医学部教育において、本学の定める 8 つのコンピテンス領域においてそれぞれ成果をあげ、ディプロマポリシーに則り厳正に認定された者を卒業させてきた。6 年在学生の数と卒業者数、医師国家試験合格者数は資料に示すようになる（別冊 8-9）。

過去 5 年間の平均で見るとその 96.5%が医師国家試験に合格し臨床研修医へと進んでいる。本学の目標とする教育成果は十分挙げられ、その結果として例年ほとんどの学生が卒業し臨床研修医への道を進んできた。目標とする教育成果を学生が達成したか否かは、各学科目、コースの教育現場で段階を踏んで評価が行われ、知識、技能、態度・習慣の各領域にまたがり、評価手段として客観的試験、レポート、エッセイ、口頭試問、OSCE、Workplace Based Assessment などを用いて行われてきた。

総合的判断は医学部教授会で審議の上で学長が行う。昨年新たに設定されたコンピテンスの全ての要素が明確に評価されているか否かはまだ十分に検証されていない。

### **C. 現状への対応**

シラバス上、どの授業はどのコンピテンス領域の達成につながるものか明記し、教育者側もこれに則った評価を行うよう求めている。

### **D. 改善に向けた計画**

コンピテンス、コンピテンシーに則った評価構造の設計とその視覚化、教員の共通理解の促進を図らなければならない。

---

評価の原理、方法を用いて以下を実現する評価を実践しなくてはならない。

- 学生の学習を促進(B 3.2.3)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

進級に関わる客観的試験の試験問題は、科目によっては解答と解説が学生に配布され形成的評価に用いることを念頭に置いた配慮をしてきた。一部の学科目においては、中間試験を取り入れ、形成的評価を行って来た（資料 3-13）。

また教員側に対しては、主として MCQ の試験問題作成に係る FD を行い、現在は総合試験問題作成に係る FD へと引き継がれ試験の妥当性、信頼性を高める取り組みを行って来た（資料 3-12）。臨床実習の評価については主として指導医の観察評価に委ねられ（資料 3-3）、学生へのフィードバックは Mini-CEX 等も用いて現場指導医並びに、指導責任医師を通じて実習期間中に行われてきた。また特に臨床実習後には OSCE も行われ、その際には評価者からフィードバックを行っている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

全ての学科目、コースで行われているわけではないが試験問題の公開や、解答解説の提示、中間試験の施行は、学生にとっては大きな形成的評価となり学習を促進することとなる。従来、特に第 5、第 6 学年で行われる医師国家試験形式で行われる総合試験は、特に第 6 学年においては、卒業認定に深く関わることも有り、問題は回収され回答も非公開であった。しかし、医師国家試験対策という観点から学生側からの要望もあり、これを形成的評価にも用いるため公開することとした。

また、試験問題そのものの妥当性や信頼性を教員側が保証しなければ学習の促進には繋がらないと考え、学生教育委員会からの意見や、教育専門家の見解も参考にしながら FD を通じてその向上に取り組んできた。臨床実習前の臨床技能トレーニングの場として設けている基本臨床実習コースでは 10 回以上の SP 参加型授業が行われ、医療面接実習などでは毎回 SP や同僚からのフィードバックを行うように授業が設計されている。

臨床実習現場において、看護師などからフィードバックを計画的かつ構造化して行うシステムはまだ十分構築されていない。現状では 1 年次の医学実地演習 I で行われているのみである（資料 3-6）。

指導医からのフィードバックに関しては今年度から、Mini-CEX の導入が行われ改善が図られた。このように教育の目標、方略と整合性を持った評価を行うよう随時改善を加え、学生の学びを促進するよう働き掛けて来た。

360°評価の導入や、ポートフォリオ評価の導入など、必要性は認識され教務部委員会や各種委員会でも取り上げられているが未だ導入には至っていない。

### **C. 現状への対応**

学生からは、特に総括的評価においては採点基準や、可否の判定法が不明確な科目があるとの意見が寄せられている。シラバスには各科目の評価方法は明記されているが確かに詳細が記されていないものもある。また方法も各科目責任者の裁量に任せられその妥当性や信頼性の検証は MCQ を除き行われてはいない。大学は全科目の可否の判定基準をシラバスの電子化を機会に把握しこれらを随時検証している。

### **D. 改善に向けた計画**

形成的評価の機会を増やすために、360 度評価の導入や、ポートフォリオ評価の導入を進める必要がある。

参考資料

資料 3-13 : 試験問題公開科目・中間試験実施科目

---

評価の原理、方法を用いて以下を実現する評価を実践しなくてはならない。

- 学生の教育進度の認識と判断を助ける形成的評価および総括的評価の適切な配分 (B 3.2.4)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

試験等に関する細則第 6 条の定めにより受験資格が与えられ、学則第 8 条、第 10 条の定めにより修了認定が行われてきた。これらは総括的評価に関わる規定である。各学科目内での形成的評価並びに総括的評価の配分は、学科目の特性を鑑み裁量はそれぞれの科目に委ねられてきた。一部の学科目では中間試験を行い、形成的評価を行っている。また総括的評価に用いた問題の一部は公開し、解答解説を添え、その後の学びに向けての形成的評価としての効果を図って来た (資料 3-5) (資料 3-13)。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

総括的評価目的の客観的試験を行うにあたり、その試験範囲が広範囲に及ぶ科目、あるいは授業終了から総括的評価までに間の開く科目では中間試験を行い、形成的評価に役立てている。基礎医学の科目でも形成的評価を目的とした中間評価が行われている。また TBL に加え通常講義の中でもレスポンス・アナライザーを用いた即時フィードバックを伴う小テストを導入している。

臨床実習では現場の指導医が Mini-CEX などを用いて随時フィードバックを行い、実習最終日の総括的評価につなげている。6 年生で行われる計 4 回の医師国家試験形式の総合試験は、卒業判定に向けた総括的評価であるが、医師国家試験を念頭に置いた形成的評価としても位置付けている。第 1 回目は夏休み前に行い、その後の学習を促す上

での形成的評価の側面が強い。また第4回はまさに医師国家試験に向けた形成的評価にもつながっている。

形成的評価の計画的施行は以上のように行われているが、まだ比率から考えると総括的評価の比重が大きいという現状である。

### **C. 現状への対応**

学科目の裁量で行われている試験問題の公開、授業中の小テスト、中間試験の施行について実態調査を行っている。これをある程度大学で方向性を定め計画的に行うことで形成的評価を促す方向で検証中である。

### **D. 改善に向けた計画**

まずレスポンス・アナライザーを含むICTの活用で、形成的評価の機会を増やすことをLMS運営委員会、ICT推進委員会で検討しアクションプランを立てる。

---

基本的知識と統合的学習の両方の修得を促進するためにカリキュラム（教育）単位ごとの試験の回数と方法（特性）を適切に定めるべきである。（Q 3.2.1）

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

基礎科学、基礎医学については基本的知識を問う客観試験と、知識の統合化を評価する実習成績の評価の両方が行われてきた。後者にはレポート評価、口頭試問、観察記録などが用いられその特性が配慮されてきた。臨床医学は共用試験前は主として基本的知識の修得を目指し、その評価は客観試験で行われる。共用試験を経て臨床実習現場ではその知識に加え、技能、態度の包括的評価を行うべく、観察記録、Mini-CEXの利用、臨床実習後OSCEを用いて評価することを定めている。

また、知識そのものも統合化されたものとして評価を行うべく、5年生以降は医師国家試験に準じた形式の総合試験を行ってきた。追再試の回数は細則にあるように原則1回と定めている（資料3-5）。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

主たる学科目においては、まず各科目内において基本的知識の評価、知識や技能の統合化された形での評価がそれぞれ客観試験、口頭試問、観察記録などを特性に配慮した方法で評価が行われてきた。また、カリキュラム全体においても共用試験CBTとOSCEを境目とし、それ以前を基礎的な学習内容、それ以後は統合された学習内容と位置づけ、評価法もその位置づけに従い適切に選択してきた。しかし、全般的には形成的評価は計画的には行われておらず、それを目的とした試験実施の回数も科目責任者の裁量に委ね



られ様々であった。総括的評価に関わる追再試の回数は定められているが、方法は科目責任者の裁量権に委ねられている。

### **C. 現状への対応**

まず、小テストや中間試験の施行の有無など、学内の評価の実態調査を行っている。その結果を踏まえ、形成的評価の計画的配置について教務部委員会を中心に検証を行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

学習成果の評価に関して、臨床系教員は研修指導医 WS で教育目標、方略と関連付けながら学ぶ機会があるが、基礎医学教員などはこれを系統的に学ぶ機会が乏しい。e-Learning を用いた FD を行い「学習者の評価」に関する理論の普及を図りたい。

---

学生に評価結果に基づいた時機を得た、具体的、建設的、そして公正なフィードバックを行なうべきである。(Q 3.2.2)

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

学生に試験結果は点数とレベルという形でフィードバックされる。直接の順位や点数は開示されない。通常は例えば 1 位から 10 位までの学生にはレベル 1、11 位から 20 位の学生にはレベル 2 という形で伝えられ、およその学年内の順位がフィードバックされ、さらなる学びを促すよう図られている。

成績不振者については学年担任より個別のフィードバックも行われて来た。また臨床実習の現場では、Workplace における評価とフィードバックが行われるようになった。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

学生には学年でのレベルという形で、ある程度の具体性をもちつつ過度の競争を煽らない形でのフィードバックが行われてきた。また千駄木賞など、卒業までに複数回、学業成績の優秀なものに対する顕彰が公正に行われ上位の学習者の意欲を高めて来た。また成績不振者には先述のように学年担任により面談が行われ、学年全体を通じて、成績に応じた建設的なフィードバックが行われてきた。しかし評価結果の発表は時に進級判定という重要な判断につながるため、判定会議の結論を待たざるを得ず、公表に遅れを生じることが少なからず認められた。

### **C. 現状への対応**

Mini-CEX 利用の普及、360 度評価の導入など特に臨床現場でのフィードバックの充実化を検討中である。また形成的評価目的で GPA の学生への通知も検討中である。

#### **D. 改善に向けた計画**

学生ポータルシステムや LMS といった ICT の活用により、フィードバックの時期と回数の適正化を行いたい。

## 4. 学生

## 4. 学生

### 4.1 入学方針と入学選抜

#### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- 学生の選抜プロセスについて、明確な記載を含め、客観性の原則に基づき入学方針を策定して履行しなければならない。(B 4.1.1)
- 身体に不自由がある学生の入学について、方針を定めて対応しなければならない。(B 4.1.2)
- 他の学部や機関から転入した学生については、方針を定めて対応しなければならない。(B 4.1.3)

#### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- 選抜プロセスと、医科大学・医学部の使命、教育プログラムならびに卒業時に期待される能力との関係性を述べるべきである。(Q 4.1.1)
- 地域や社会の健康上の要請に対応するように、社会的および専門的情報に基づき、定期的に入学方針をチェックすべきである。(Q 4.1.2)
- 入学許可の決定への疑義に対応するシステムを採用すべきである。(Q 4.1.3)

#### 注 釈:

- [入学方針]は、国の規制を厳守するとともに、地域の状況に合わせて適切なものにする。医科大学・医学部が入学方針を統制しない場合は統制する組織との関係性を説明し、結果(例:採用数と教育の能力とのバランス)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、高等学校の成績、その他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。実践医療の多様性に応じた選抜法を選択することも考えられて良い。
- [身体に不自由がある学生の入学の方針と対応]は、国の法規に準じる必要がある。
- [学生の転入]には、他の医科大学・医学部からの医学生や、他の学部からの学生が含まれる。
- [地域や社会の健康上の要請]には、経済的・社会的に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および言語的特性)に応じて、採用数を検討することが含まれる。

**日本版注釈:**

- 一般選抜枠以外の入学枠（推薦枠、指定校枠、付属校枠、地域枠、学士入学枠など）についても、その選抜枠が必要とされる理由とともに入学者選抜過程の開示を含む。

---

学生の選抜プロセスについて、明確な記載を含め、客観性の原則に基づき入学方針を策定して履行しなければならない。（B 4.1.1）

---

**A. 基本的水準に関する情報**

本学の入学試験は、本学アドミッションポリシーを定め、これをホームページ上に公開し、このアドミッションポリシー、すなわち、

1. 医学を学ぶ目的意識が明確で、医師、医学者となるに必要な知識・技能の獲得のために自ら努力する人
2. 生命倫理を尊重し、医学を学ぶための知識・知性および科学的論理性と思考力を備えた人
3. 病める人の心を理解し、相手の立場で物事を考えることができ、主体性を持ちつつ協働して学ぶことのできる人
4. 社会的な見識を有し、周囲との協調性を尊重しながら、自らを表現し、判断できる人
5. 世界の医学・医療の進歩と発展に貢献する強い意欲のある人

に適応する優れた学生を公正で客観的な選抜によって行っている。毎年、7月～9月にかけて2回のオープンキャンパスを開催し、本学の学是、教育理念、アドミッションポリシー等について、学長を筆頭に医学部長、教務部長、学生部長、医学教育センター長をはじめ、大学執行部のメンバーがこれらを明確に説明し、入学試験の概要、入学後の教育内容、コンピテンスも詳細に説明している。

本学の学生選抜のための入学試験は一般入学試験による。1次試験は筆記試験であり、英語、数学、理科（物理、化学、生物より2科目選択）を課している。この1次試験の結果により第1次試験合格者を決定し、1次試験合格者に対して小論文、面接方式の2次試験を行う。小論文では、医学に関連した事項、社会的に注目を集める事項、文化に関わる事項など多岐にわたる課題が毎年入学試験委員会において検討され出題されている。

また、面接はグループにおいてある課題について議論する方式をとり、その後個々の受験生において面接を行う形式で行っている。面接委員は全学的に選出され、教授、女性教員、精神・心理に精通した教員の3名で1組の面接委員のグループを構成し、実際

の面接の前には必ず面接委員に対するFDを開催し、評価基準等について共通認識をもち、出来るだけ公平かつ精密な評価が出来るように細心の準備を行っている。

最終的に1次試験の点数、2次試験の点数を合計し、その結果を持って明確な順位を算出し、その順位によって合否を決定する(別冊6)。

過去5年間の志願者数、受験者数、合格者数等は以下の通りである。

入学試験結果(2012年度～2016年度)

区分	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
志願者数	1,928名	1,937名	2,232名	2,295名	2,241名
受験者数	1,721名	1,799名	1,943名	2,035名	2,132名
第1次合格者数	425名	395名	414名	415名	413名
男子	305名(72%)	280名(71%)	281名(68%)	282名(68%)	285名(69%)
女子	120名(28%)	115名(29%)	133名(32%)	133名(32%)	128名(31%)
第2次発表数	361名	355名	356名	358名	386名
正規合格者数	114名	114名	114名	115名	116名
男子	82名	81名	76名	80名	82名
女子	32名	33名	38名	35名	34名
補欠者数	247名	241名	242名	243名	270名
男子	172名	170名	164名	152名	180名
女子	75名	71名	78名	91名	90名
入学者数	114名	114名	114名	114名	116名
男子	77名(68%)	80名(70%)	71名(62%)	69名(61%)	74名(64%)
女子	37名(32%)	34名(30%)	43名(38%)	45名(39%)	42名(36%)

(資料4-1)

入学試験は学長を試験委員長、医学部長を試験副委員長とし、教授会から選出された委員および学長指名による委員から構成された入学試験委員会がこれを統括する(資料4-2)。

最終的にこれらの評価による順位によって正規合格者116名に加えて、成績順に補欠合格者を決定し、これを教授会に報告し審議、承認を得た上で、学長が最終決定を行う。正規合格者の内、上位60位までを特待生としている。

なお、推薦枠、指定校枠、付属校枠は設定していない。2010年度より、地域枠として福島県、千葉県の枠を増員し、さらに2016年度より静岡県枠も加わり、現在では合計6名(福島県1名、千葉県4名、静岡県1名)の地域枠を設けている。学士入学については、2007年から2010年にかけて施行した。しかし、実際の合格者、入学者は2007年1名、2008年1名であり、当初想定した入学者数に至らないこと、また学士経験によるクラスでのリーダーシップへの期待等、想定した効果があまり機能しなかったこと、また私立医科大学として6年一貫教育を標榜し、6年間での教育課程、カリキュラムの設定の観点から学士入学の意義について総合的に再検討がなされ、現在では中止された。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

選抜プロセスは透明性を持って、全受験生に対して客観的に、かつ公平になるよう履行するシステムが構築されている。本学の入学試験は学生選抜において極めて厳格であり、また公平に行われている。また、現在、地域枠として福島県1名、千葉県4名、静岡県1名の枠を設定している。地域枠は全ての他の受験生同様に1次試験、2次試験を受験し、最終的に合格したものの中から、該当者がいた場合に、また、その該当者がその地域枠の活用を望む場合に用いられる。

現行の入学試験において、学生の選抜プロセスについて、明確な記載を含め、客観性の原則に基づき入学方針を策定して履行しているものと判断できる。入学試験は常に時代の変革や教育環境の変化と連結する重要な問題である。これらを意識し、常に考えるために、本学では入学試験委員会とは別に入試の在り方委員会が設置され、2016年4月からは大学事務局内に入学試験に関する事務業務に関するアドミッションセンターが設立されたことと連動し、入試の在り方委員会を改組し発展させたアドミッションセンター委員会が発足し、多様な入学試験の方式や高大接続への工夫を検討し始めている。

## **C. 現状への対応**

入学試験委員会は、入学試験後にその年の入学試験において生じた問題や課題を検討し、さらに入試問題の妥当性等について、入学試験の結果を基に検討し、次に活かすことを行っている。また、小論文や面接の評価に関わった教員には毎年、アンケートを実施し、課題についての意見やコメント等を集め、これらを入学試験委員会では検討し、次回にどのように活かすかの議論、検討を行っている。

## **D. 改善に向けた計画**

新しく発足したアドミッションセンター委員会を中心に、今後の入学試験の在り方を検討し、2017年度の入学試験から、前期試験と後期試験に分け、前期試験は1月下旬から2月初旬にかけて、後期試験は2月下旬から3学初旬にかけて行い、前期試験の定員は100名、後期試験の定員は16名と定め、新たな入学試験体制を行う。特に後期試験においては小論文、面接の様式に工夫を加え、十分に時間をかけて評価し、より深く人物を評価できる仕組みを検討している。

### 参考資料

資料 4-1：入学試験結果（2012年度～2016年度）

資料 4-2：入学試験委員会規則

別冊 6：入学試験要項

---

身体に不自由がある学生の入学について、方針を定めて対応しなければならない。

(B 4.1.2)

---

#### **A. 基本的水準に関する情報**

身体に不自由があるががある学生の受験とその対応については、入学試験要項にて、「受験上及び修学上、ハンディキャップをお持ちで特別な配慮を必要とする受験生は、事前相談頂きたい旨、明記している。」（別冊 6）

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

現在の教育施設（千駄木校舎及び武蔵境校舎）においてはバリアフリーが導入されており、身体の不自由な学生に対する環境は整っている（資料 2-16）。

#### **C. 現状への対応**

事前相談については、入学試験委員会がその対応を検討することになっているので、個々の事例に対してどのように対応するかは、随時入学試験委員会において考える。

#### **D. 改善に向けた計画**

今後も、本学の教育環境や施設の現状を精査し、身体に不自由のある学生に対してどこまで対応できるか、またどの点を改善すべきか、入学試験委員会、アドミッションセンター委員会等で検討する。

参考資料

資料 2-16：障害のある学生の受入に対する支援に関する申し合わせ

---

他の学部や機関から転入した学生については、方針を定めて対応しなければならない。（B 4.1.3）

---

#### **A. 基本的水準に関する情報**

日本医科大学学則において、他の大学医学部又は医科大学の学生で、その大学長の許可を得て、本学に転入学を希望する者は、欠員のある場合に限り、試験の上許可することがあるとしている。また編入学を希望する者については、選考の上編入学を許可することが出来る（この場合の入学年次は、第 2 学年とする）と規定されている。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**



規定されているが、現実に転入学、編入学に実績はない。

### **C. 現状への対応**

特になし。

### **D. 改善に向けた計画**

特になし。

---

選抜プロセスと、医科大学・医学部の使命、教育プログラムならびに卒業時に期待される能力との関係性を述べるべきである。(Q 4.1.1)

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

入学者選抜にあたって本学では5項目にわたるアドミッションポリシーを2006年に制定し、ホームページや入学試験案内によって広く告知している。一方、8項目の卒業時教育達成指針（アウトカム）は教務部委員会における十分な検討を経て、2015年に正式に制定された。

さらに、コンピテンスをもとに、ディプロマポリシー、カリキュラムポリシーも改定された。これらの課程において、当然、選抜プロセスにおける人間的、精神的な指標となるアドミッションポリシーと教育到達指針であるコンピテンスの整合性を考えながら議論は行ってきたが、組織全体としてこれらを精査する仕組みは整っていない。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

選抜プロセスと、医科大学・医学部の使命、教育プログラム、卒業時に期待される能力（コンピテンス）はそれぞれ明確に示されている。また、それらの関連性においては教務部委員会、カリキュラム委員会をはじめ、教授会においても議論され、それらの整合性は十分に議論され、確認されている。しかし、それぞれの課題は、基本的には個々の課題として制定されたので、全体を通しての整合性を改めて教務部委員会、入学試験委員会、アドミッションセンター委員会等が合同で審議する必要がある。

### **C. 現状への対応**

ICT推進センターが発足し、様々なIR機能が統括されて検討できる体制が始まった。入学試験、入学者の情報、修学期間の成績の変化（基礎科学、基礎医学、臨床医学それぞれ、または全体）、CBT、OSCEの成績、卒業時の成績、国家試験の結果等を網羅的に解析するポートフォリオの構築に向けて動き始めたところである（別冊8-6）。

### **D. 改善に向けた計画**

上記の IR 解析結果をもとに、本学の選抜プロセスと、医科大学・医学部の使命、教育プログラムならびに卒業時に期待される能力との関係性について、改めて精査検討する。

---

地域や社会の健康上の要請に対応するように、社会的および専門的情報に基づき、定期的に入学方針をチェックすべきである。(Q 4.1.2)

---

### A. 質的向上のための水準に関する情報

本学においては下記のとおり 2010 年度より地域枠の設定による入学定員の増加を行っている。

#### 地域枠の推移

区分	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
福島県	1	1	1	1	1	1	1
千葉県	1	3	3	3	3	3	4
静岡県	0	0	0	0	0	0	1
合計	2	4	4	4	4	4	6

(資料 4-3)

現在の入学定員は 116 名である。このうち地域枠は福島県 1 名、千葉県 4 名、静岡県 1 名である。入学試験委員会において、入学者の出身地域、男女比、年齢、高校卒業から入学に至るまでの年数等を確認しているが、本学においては入学者の大部分が関東近県に集中している。

男女比はここ数年においておおよそ男性 65%、女性 35%であるが、女子学生数が増加しつつある傾向を示している。2015 年度では入学者の 20.2%が現役、41.2%が 1 浪、14.9%が 2 浪、23.7%が 3 浪以上（大卒者も含む）、2016 年度では入学者の 15.5%が現役、44.8%が 1 浪、21.6%が 2 浪、18.1%が 3 浪以上（大卒者も含む）である。また、他大学（他学部）を卒業、あるいは中退して本学に改めて進学してきた学生は 2015 年度では 15 名、2016 年度では 14 名である。

入学者・他大学中退、卒業者数(名)		
区分	2015年度	2016年度
卒業	10	6
中退	3	3
在学中	2	5
合計	15	14

(資料 4-4)

経済的な理由で修学が厳しい学生に対しては、本学は様々な奨学金制度を設定してサポートすることを積極的に押し進めている。

また、学士入学は前述のように 2007 年から 2010 年にかけて施行したが、実際の合格者、入学者は 2007 年 1 名、2008 年 1 名であり、当初想定した入学者数に至らないこと、また私立医科大学として 6 年一貫教育を標榜し、6 年間での教育課程、カリキュラムの設定の観点から学士入学の意義について再検討がなされ、現在では中止されている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

地域枠による入学者は現在修学中であり、卒業後、その目的通りの結果を示しているか否かはわからない。

#### **C. 現状への対応**

地域枠により入学した学生や奨学金の受給を受けながら修学している、あるいは修学した学生の追跡について、医学教育センター、ICT 推進センター、教務部委員会など連携し、調査する環境を模索している。

#### **D. 改善に向けた計画**

様々なデータの集積と整理、IR 解析へのシステムティックな構築を考える。

参考資料

資料 4-3：地域枠の推移

資料 4-4：入学者のうち他大学中退・卒業者数

---

---

入学許可の決定への疑義に対応するシステムを採用すべきである。(Q 4.1.3)

---

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

第 1 次試験の不合格者に対して入学試験の成績を開示しており、開示を希望する者には所定の開示請求をしてもらい、教務課あるいは武蔵境校舎事務室(基礎科学課程事務)がこれに対応している(資料 4-5)。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

入学許可の決定への疑義に対応するシステムとして本学の対応は文部科学省が設定している水準に当たっていると判断している。

#### **C. 現状への対応**

特になし

## **D. 改善に向けた計画**

特になし

参考資料

資料 4-5：入学試験成績の開示に関する取扱い

### **4.2 学生の受け入れ**

#### **基本的水準：**

医科大学・医学部は

- 学生の受け入れ数を確定し、プログラムの全段階でその教育能力と関連づけなければならない。(B 4.2.1)

#### **質的向上のための水準：**

医科大学・医学部は

- 学生の受け入れ数と特性については定期的に見直して他の関連教育の協働者との協議し、地域や社会の健康上の要請を満たすように調整すべきである。(Q 4.2.1)

#### **注 釈：**

- [学生の受け入れ数]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。医科大学・医学部が学生の受け入れ数を統制しない場合は関係性を説明し、結果（例：受け入れ数と教育能力とのバランス）に注目することで責任を示すことになる。
- [他の関連教育の協働者]には、医師不足、医師の偏在、新たな医科大学・医学部の設立、医師の移動といった、保健関連の人材のグローバルな局面と関連のある専門家や団体のほか、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。

---

学生の受け入れ数を確定し、プログラムの全段階でその教育能力と関連づけなければならない。(B 4.2.1)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

2009 年度に 110 名であった入学定員は、2010 年度から数名ずつ地域枠を加え、2016 年度には 116 名となった。

第1学年の教育の場である武蔵境キャンパスには、同一法人である日本獣医生命科学大学内に2014年に建てられた合同教育棟があり、19名の教員が基礎科学課程の教育にあたっている。

千駄木キャンパスにおける第2学年以降の教育は、2007年に建てられた教育棟、大学院棟、および付属4病院で行われ、基礎医学97名、臨床医学916名の教員がそれにあたっている。学生一人あたりの教員数は1.5人である。これらの教育プログラムは、上記教員と19名の教務担当事務職員によって遂行されている（資料1-31）。

入学後一度も留年等せず卒業し、国家試験も一度で合格した学生の比率は過去10年間の平均で86.3%である（別冊8-9-2）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

武蔵境キャンパス、千駄木キャンパスともに、116名の入学定員の教育に十分な広さの教室、実習室、体育館等が確保されており、また十分な数の教員も配置されている。現状の教育能力、教育プログラムから考え、学生の受け入れ数は妥当であると考えられる。

## **C. 現状への対応**

学生数の変動に備え、教室の机や椅子、実習室の機器やコンピュータ等を追加し、余裕を持たせる対応をしている。

## **D. 改善に向けた計画**

入学定員に対する教育設備や教員数が適切であるかどうか、継続して調査を続ける。

参考資料

資料1-31：教育職員数

別冊8：IR調査報告・統計資料集-9-2

---

---

学生の受け入れ数と特性については定期的に見直して他の関連教育の協働者との協議し、地域や社会の健康上の要請を満たすように調整すべきである。（Q 4.2.1）

---

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

地域からの要請をもとに協議し、2010年に福島県1名、千葉県1名、2011年に千葉県にさらに2名、2016年に千葉県にさらに1名、静岡県1名の地域枠入学定員を加えた。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

地域枠の要請による定員増については、可能な限り対応している。地域枠卒業生がまだ

臨床研修を修了していないため、地域の要請にどの程度貢献できているのか、現段階では評価は行えていない。

### **C. 現状への対応**

地域卒卒業生の、入学時、在学時の成績、臨床研修における評価等を調査し、地域枠がもたらす効果について検証する。

### **D. 改善に向けた計画**

今後の追跡調査を充実させる。

## **4.3 学生のカウンセリングと支援**

### **基本的水準:**

医科大学・医学部および大学は

- 学生を対象とした学習上の問題に対するカウンセリングの制度を設けなければならない。(B 4.3.1)
- 社会的、経済的、および個人的な要請に対応し、学生を支援するプログラムを提供しなければならない。(B 4.3.2)
- 学生の支援に資源を配分しなければならない。(B 4.3.3)
- カウンセリングと支援に関する守秘を保証しなければならない。(B 4.3.4)

### **質的向上のための水準:**

医科大学・医学部は

- 学習上のカウンセリングを提供すべきである。
  - 学生の進歩のモニタリングに基づくカウンセリングが提供されている。(Q 4.3.1)
  - キャリアガイダンスとプランニングを含んだカウンセリングが提供されている。(Q 4.3.2)

### **注 釈:**

- [学習上のカウンセリング]には、選択科目、住居の準備、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習上のメンターが含まれる。
- [社会的、経済的、および個人的な要請への対応]とは、社会的および個人的な問題や出来事、健康問題、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。

学生を対象とした学習上の問題に対するカウンセリングの制度を設けなければならない。(B 4.3.1)

### **A. 基本的水準に関する情報**

全学的には医学教育センターを中心として学習上の支援を行っている。個々の学生の学習方法の再検討、苦手分野の克服法、参考にすべき教材の推薦、今後の学習方法の相談などを適宜行っている。心理的な問題で学習に支障が生じていると考えられる場合は、学生相談室と連携して支援を行っている。学業に関する悩みで学生相談室を訪れる学生も少なくないが、メンタルヘルス上の問題との鑑別を行ったうえで、心理学的に支援を行いつつ担任や学生アドバイザーに相談することを勧めている。

各学年の担任制度（資料 4-6）、学生アドバイザー制度（資料 4-7）、第 1 学年のチューターの配置（資料 4-8）、高学年の成績不振者に対するチューターの配置があり、きめ細かな支援を行う体制が確立している。これらはすべて学生部委員会によって統括され、それぞれ連携して学生支援に当たっている。

学生アドバイザー制度は 1 学年から 6 学年まで縦割りに全体を 50 班に分け、正アドバイザー（講師以上）、副アドバイザー（助教以上）の教員を中心に親睦を図りながら学業生活の支援を行うもので、2004 年に正式発足したものである。高学年の成績不振者チューターは臨床医学の教授が担当し、学生にとって最大の関心事である卒業試験と国家試験を念頭において学習上の支援を行っている。

第 1 学年チューターからの報告は基礎科学における会議、学生アドバイザー制度と高学年の成績不振者チューターからの報告は学生部委員会で共有され、必要に応じた対応が行われている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

個々の学生に対する学習上の支援・カウンセリングは医学教育センター・学年担任・学生相談室・学生アドバイザー制度・高学年の成績不振者に対するチューターにより対応されており、おおむね大きな問題は生じていない。特に 6 学年全体を 50 班に分けて各班に 2 名のメンター（教員）を配した学生アドバイザー制度は本学の特色である。

この制度は既に 13 年の歴史を有し、研修医や大学院生となっても会合に参加したり、かつてのメンティーが現在はメンターを務めるなど、学生がキャリアパスを考える上で重要な機能を果たしてきた。これら学生の支援に携わる担当者は毎月開催される学生部会議に出席し、適宜情報共有を行っている。

一方、成績が優秀な学生をさらに支援する制度や体制については、個々の教員任せになっている側面がある。

### **C. 現状への対応**

医学教育センターへの人的補充が行われ、よりきめ細かな対応が可能になりつつある。学生アドバイザー制度は学生部委員会での議論を経て、アドバイザーの資格(助教以上)が明確化され、運営規則も整備された。また IR 室と連携することにより諸々のデータ分析などがいっそう綿密に行われるようになりつつある。

成績が優秀でより高度な内容を学習したい学生に対しては、適宜臨床医学や基礎医学の教員が指導・助言している。

### **D. 改善に向けた計画**

IR 室から提供されるデータをもとに学生の強みと弱みを把握し、さらに的確な支援体制の確立を模索する。個々の学生の個別的学习支援をきめ細かく行うためのカウンセリング機能を充実させるために医学教育センターの人員配置を増やすことや学生相談室や医療心理学教室との連携を追求する。

成績優秀な学生がさらにレベルの高い学習をおこなう環境をつくるため、これまで個別におこなわれていた高学年の学生が基礎医学や臨床医学の研究室で研究継続をシステム化する方策を教務部委員会にて検討していく。

参考資料

資料 4-6：学年担任一覧

資料 4-7：学生アドバイザー制度運営細則・メンバー表

資料 4-8：第 1 学年チューター一覧

---

社会的、経済的、および個人的な要請に対応し、学生を支援するプログラムを提供しなければならない。(B 4.3.2)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

経済的な支援としては下記の制度がある。

- ・ 大学奨学金制度 (第 1～6 学年)
- ・ 父母会奨学金制度
- ・ 新入生特待生制度
- ・ 特別学資ローン
- ・ 地域枠による奨学金
  - 千葉県医師修学資金貸与枠
  - 静岡県医学修学研修資金貸与枠
  - 福島県地域医療医師確保修学資金貸与枠



これらの奨学金の貸与にあたってはそれぞれの選考委員会で公正な審査が行われている。

学生個人および保護者からの相談窓口として学生相談室が設置されており、室長（兼務・精神科医）と臨床心理士3名（常勤1名・非常勤1名・兼務1名）が相談にあっている。学習上の悩みや友人・家族関係の悩みからメンタルヘルスに関わる相談まで幅広く対応している。上記4名は男性・女性2名ずつで構成されている（別冊16）。

健康全般に関しては、武蔵境キャンパスおよび千駄木キャンパスに医務室が設置され校医が健康管理業務に携わっている。予防接種については、両キャンパスの校医が連携し、付属病院の協力を得て学内での接種を行っている（別冊17）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

奨学金や学資ローンを希望するほぼ全員の学生に何らかの対応ができており、制度の整備は進みつつある。ただし希望者全員に希望額を貸与することは難しいのが現状である。

学生相談室のスタッフは男性・女性2名ずつとなりジェンダーに配慮されている。校医も男性医師および女性医師から構成されておりジェンダーに配慮されている。

## **C. 現状への対応**

現状では特に大きな問題は生じていない。

## **D. 改善に向けた計画**

今後、経済的な支援を必要とする学生が増加する可能性があり、大学法人・父母会・同窓会と連携して貸与額を増やしていくことを検討する。また学資ローンに関しては銀行との連携がさらに求められる。

参考資料

資料 2-15：奨学金制度

資料 4-9：学生相談室パンフレット

別冊 16：学生相談室年報

別冊 17：医務室報告書

---

---

学生の支援に資源を配分しなければならない。(B 4.3.3)

---

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

武蔵境キャンパスと千駄木キャンパスの双方に学生相談室と医務室が確保されており、随時対応が可能になっている。予習、復習などの学習スペースとして学生ホール、SGL ル

ーム、教室の一部、図書館を開館時間内は自由に開放している。

学生への経済的支援として大学から CBT 参考書付与（2 年～4 年生対象）、医師国家試験模擬試験受験料の付与、成績下位者への学習支援、海外留学への補助金などの支援が行われている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

学生支援のための本学の資源は可能な限り学生教育のために配分されている。

学生相談室は学生生活全般に関する相談窓口であるが、本学の規模で常勤の臨床心理士を採用しているのは、本学が学生支援に重点を置いていることをよく示している。

## **C. 現状への対応**

現在の体制で特に問題はないと考えられるので現状を維持する。

## **D. 改善に向けた計画**

学生支援を包括するこのような資源活用の体制については教務部委員会、学生部委員会を中心に公平な分配を引き続き検討する。

---

---

カウンセリングと支援に関する守秘を保証しなければならない。(B 4.3.4)

---

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

学年担任、チューター、学生アドバイザーは各自の判断により会議で情報提供を行う。

学生相談室における相談内容は守秘が原則となっていることをパンフレット（資料 4-9）に明記しており、例外的な事態（自傷他害の怖れがある等）を除き室長の責任で情報を管理している。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

学業成績に関する資料管理は徹底されている。学習上の悩みなどに関しては、適宜学生部で情報共有がなされているが、必要以上に共有の範囲が拡大してしまうことはない。学生相談室での相談内容は十分に守秘されている。

## **C. 現状への対応**

守秘と関係教職員への情報提供は個々の事案に即してそのつど適切に行われるようになっていく。

## **D. 改善に向けた計画**

教職員の守秘に関する意識を適宜学生部にて確認する。

---

学習上のカウンセリングを提供すべきである。

- 学生の進歩のモニタリングに基づくカウンセリングが提供されている。(Q 4.3.1)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

各学生の入学試験以降のすべての学業成績は教務課で管理し、必要に応じて然るべき立場の教員（大学7役等）は参照することができる。学生部委員会、学年担任、医学教育センターは必要に応じて学生に学習面のカウンセリングを行う。また、全ての教員にオフィスアワーが設定されており、学生はこれを利用することも出来る。

医学教育センターはIR室の収集データ（別冊8-5,8-6,8-9）を基に、高学年の総合試験と基礎科学・基礎医学・臨床医学の成績との相関、入学試験の成績と入学後の成績の関係の分析などを行っている。これらの解析結果をもとに成績が振るわない学生に対しては、学年担任や学生個別に任命されるチューター（教授が担当）が生活状況を確認したうえでカウンセリングを行っている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

学修成果のモニタリングのための基礎的なデータは蓄積されている。全学生のポートフォリオの作成と活用のための準備を行っている段階である。個々の学生の学修成果のモニタリングについては、現時点では成績が振るわない学生に限定されている。

#### **C. 現状への対応**

毎月開催される教務部委員会および学生部委員会で学生の出席状況、学業成績などが報告され、必要な対応が学生部委員会、学年担任や医学教育センターによって行われている。

#### **D. 改善に向けた計画**

入学試験の成績を含めた学修成果に関するデータをどのように活用すべきかを教務部委員会にて討議していく。

参考資料

別冊8：IR調査報告・統計資料集

---

学習上のカウンセリングを提供すべきである。

- キャリアガイダンスとプランニングを含んだカウンセリングが提供されている。
-

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

第1学年で「医学教育カリキュラム総論」において理想の医師像について講義がなされ、自らのプランニングを行う体験をする機会を設けている（資料 2-7）。第5学年のBSL 開始時のオリエンテーション、第6学年の初期臨床研修説明会（資料 4-10）により高次のキャリアガイダンスが行われ、各学生のプランニングを含めたカウンセリングが行われている。

年に2回行われる学生アドバイザー会議では、高学年の学生や研修医・教員と接する機会があり、キャリアガイダンスやプランニングを含めたカウンセリング的対応が行われている。2015年より、女性医師・研究者支援室（資料 2-14）が開設され、特に女性のキャリア支援を強化した。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

第1学年および第5・6学年では適切なガイダンスが行われており、卒前に学生がプランニング出来るように配慮している。現時点で学生のプランニングに大きな問題は生じていない。

ただし第2～4学年でのキャリアガイダンスは不足している。

#### **C. 現状への対応**

状況に応じ、教員が個々にキャリアガイダンスを行っている。

#### **D. 改善に向けた計画**

第2～4学年でのキャリアガイダンスをどのように行うかを教務部委員会及び学生部委員会にて検討する。

参考資料

資料 2-7：シラバス抜粋「医学入門ユニット①医学教育カリキュラム総論」

資料 2-14：女性医師・研究者支援室組織規則

資料 4-10：マッチング説明会記録

### **4.4 学生の教育への参画**

#### **基本的水準：**

医科大学・医学部は

- 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しなければなら

ない。(B 4.4.1)

#### **質的向上のための水準:**

医科大学・医学部は

- 学生の活動と学生組織を奨励するべきである。(Q 4.4.1)

#### **注 釈:**

- [学生の教育への参画の関与]には、学生自治、カリキュラム委員会や関連教育委員会への参加および社会的活動や地域での医療活動への参加が含まれる。(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。

---

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しなければならない。(B 4.4.1)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

本学では、教務部委員会内の小委員会として、カリキュラム委員会が設置され、カリキュラムの評価、改善の提言をしている。2016 年より、カリキュラム委員会に学生の代表 2 名が参画しカリキュラムの設計、運営の改善に向けた提案と評価に関与している(資料 1-16)。

学生による、カリキュラムの評価は、レスポンス・アナライザーを使用した個々の授業評価(資料 4-11)(別冊 8-7)、BSL アンケート(資料 4-12)、カリキュラムの包括的評価につながる卒業時アンケート(資料 2-50)及び年 2 回実施されている学生アドバイザーの会等で示された学生の意見を参考にカリキュラムや学事編成に反映されている。

学生自治組織の中に学生教育委員会がある(資料 4-13)。学生教育委員会は 2001 年前後に発足した学生の自治組織である。現体制は 2005 年に定まり、委員は立候補制で投票により選出される。現在は 10 名(2 年生～4 年生)が主に活動し 5、6 年生は別途国試対策委員会として活動している。この委員会でも独自の授業評価アンケートを行い、必要に応じて医学教育センターに提出される。代表者はカリキュラム委員会、大学主催の教員向け FD にも参加している。

学生の授業そのものへの参加としては、1 年生の 4 月に必修授業として行われる BLS 講習会に、集中治療部の教員らと共に、学生組織である「みんなで学ぼう救急救命実行委員会」のメンバーが毎年インストラクターとして参加し後輩の指導を行ってきた(資料 2-47)。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

カリキュラム委員会への学生代表参加によるカリキュラム評価を開始することができた。卒業時アンケートや各コースの終了時アンケートはこれまでもカリキュラム改善などに活用されて来た（資料 4-14）。

## **C. 現状への対応**

学生代表の参加は開始されたばかりであるが、学生の意見がカリキュラム改善に有効か否かを評価するとともに、学生全体の意見が反映されているか検証する必要がある。

また 2016 年度からトライアル実施ではあるが、6 年生が学生チューターとして 4 年生の PBL に参加することとなった。今後の実施時期など検討中である。

## **D. 改善に向けた計画**

今後も、学生の意見を通じ検討した結果に基づき、継続的にカリキュラム改良していく。

### 参考資料

資料 1-16：カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

資料 2-47：「みんなで学ぼう救急救命」活動状況

資料 2-50：卒業時アンケート

資料 4-11：授業評価アンケート資料

資料 4-12：BSL アンケート

資料 4-13：学生教育委員会

資料 4-14：アンケートを踏まえた SGL 改善の実例

別冊 8：IR 調査報告・統計資料集

---

---

学生の活動と学生組織を奨励するべきである。（Q 4.4.1）

---

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学では、学生自治と医学探求の精神に則り、学生生活の発展と向上とその充実を図り大学の民主化を促進させると共に、正しき学生運動の理念をもとに「日本医科大学学友会」が学生の自治により運営されている。

この中には学生教育委員会もある。旧教育推進室、医学教育センターと会合を持つ一方、代表者はカリキュラム委員会や大学主催の教員向け FD にも参加してきた。

大学が認めた、運動部・文化部に対して、教授職の教員を部長あるいは顧問に据え、活動をサポートするとともに、活動経費を一部援助する支援もしている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

学生の自由な活動は奨励されている。

活動が安全に実施できるよう教員の監督者を配置する人的支援と経済的援助を実施している。運動部 26 団体、文化部 11 団体（別冊 1）（別冊 18）。

## **C. 現状への対応**

特に現状を変更する予定はないが、起きた問題については適切に対応する。

## **D. 改善に向けた計画**

学生が求める支援や要望に対しては、今後も学生部委員会で検討していく。

参考資料

別冊 1：大学案内

別冊 18：学友会誌

## 5. 教員



## 5. 教員

### 5.1 募集と選抜方針

#### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- 教員の募集と選抜方針を策定して履行しなければならない。
  - 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、教員と一般職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、社会医学、臨床医学の教員のタイプ、責任、バランスを概説しなければならない。(B 5.1.1)
  - 教育、研究、診療の資格間のバランスを含め、学術的、教育的、および臨床的な業績の判定水準を明示しなければならない。(B 5.1.2)
  - 基礎医学、行動科学、社会医学、臨床医学の教員の責任を明示してモニタリングしなければならない。(B 5.1.3)

#### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- 教員の募集および選抜の方針には、以下の水準を考慮すべきである。
  - その地域に固有の重大な問題を含め、使命との関連性 (Q 5.1.1)
  - 経済的配慮 (Q 5.1.2)

#### 注 釈:

- [教員の募集と選抜方針]には、カリキュラムと関連した学科または科目において、高い能力を備えた基礎医学者、行動科学者、社会医学者、臨床医を十分な人数で確保し、高い能力を備えた研究者をも十分な人数で配備できる考慮が含まれる。
- [教員のバランス]には、大学や病院の基礎医学、行動科学、社会医学、臨床医学において連帯責任を伴う教員と、大学と病院の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面から検討することを意味する。
- [業績]は、専門資格、専門の経験、研究発表、教育業績、同僚評価により測定する。
- [診療の職務]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。
- [その地域に固有の重大な問題]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。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ [経済的配慮]とは、教員採用に対する大学の経済的状況や経済的資源の効率的利用を考慮することを含む。</li></ul> |
|---|

---

教員の募集と選抜方針を策定して履行しなければならない。

- 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、教員と一般職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、社会医学、臨床医学の教員のタイプ、責任、バランスを概説しなければならない。(B 5.1.1)
- 

## **A. 基本的水準に関する情報**

2016年6月1日現在、本学に所属する教員は大学院教授（分野主任）43名、教授21名、臨床教授17名、診療教授2名、特任教授19名、准教授127名、臨床准教授7名、講師131名、助教681名であり、合計1,048名である。

また所属別にみると基礎科学においては教授5名、准教授9名、講師5名。

基礎医学においては大学院教授（分野主任）12名、教授1名、特任教授3名、准教授17名、講師25名、助教38名。

先端医学研究所においては大学院教授（分野主任）4名、准教授2名、講師3名、助教8名。

臨床医学においては大学院教授（分野主任）27名、教授15名、臨床教授17名、診療教授2名、特任教授16名、准教授99名、臨床准教授7名、講師98名、助教635名の配置となっている。

学生総数（収容定員）は684名なので、学生一人あたりの教員数は1.5名となる。

なお、非常勤の教員数は251名である。一方、職員数は法人事務職87名、大学事務職69名、病院事務職467名の合計623名である。常勤教員において、医師資格を有する教員は950名、医師以外の教員は98名である（資料1-31）。

教員の選考にあたっては大学院教授、教授の選考は、定められた規則（資料5-1）に則って行われ、規則によって選出された選考委員会がこれを厳格に行い、大学院教授会の審議を得て、最終的に学長が候補者を決定し理事会に推薦し承認を求める。

また、准教授、講師の採用・昇任については、それぞれの厳格な基準が定められており（資料5-2）、この基準に則り、大学院教授会、医学部教授会によって選出された委員による教員選考委員会（資料5-3）がこれを審査し、教授会に報告、承認を経て最終的に学長が推薦を決定し理事会に承認を求める。

本学のこの体制において、カリキュラム遂行は問題なく行われている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

本学は全体として教員数は十分な体制を整えており、カリキュラム遂行にあたって特に問題はないと判断している。また、新しいカリキュラムにより、臨床実習（BSL）の

総時間数が約 20 週増加したが、本学には 4 つの付属病院があり、これらを有機的に利用することによって十分に増加分の実習に対応できる状況にある。教務部委員会、カリキュラム委員会、医学教育センター、医学教育関連委員会等がカリキュラム遂行状況とマンパワーも含めた資源の適正を常に調査している。

基礎医学、社会医学、臨床医学の教員のタイプ、責任、バランスは明らかに把握できるが、概説として何らかの取り纏めにはなっていない。

行動科学教育は 1 年生～3 年生の幅広い科目（医学概論・特別プログラム・心理学・医療人類学・法学・哲学・社会福祉論・医療心理学など）で講義されている。さらに運動生理学、神経解剖学、生理学等の科目において個々のカリキュラムの中でも関連する内容が教授されている。また、2016 年度より 3 年次に「行動科学総論」開講した。これは多岐にわたるプログラムの中で行動科学教育が展開されるため、その全体骨格を明示、統合を促す目的である。

### **C. 現状への対応**

現実的には、教員採用、配置の際に、教授選考委員会や教員選考委員会等において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、社会医学、臨床医学の教員のタイプ、責任、バランスを十分に理解しながら人事選考を行っているのが現状である。

### **D. 改善に向けた計画**

自己評価を行う際や、人事を進める際には定期的にバランスについて検討する独立した組織やシステムの構築が必要である。

参考資料

資料 1-31：教育職員数

資料 5-1：大学院教授及び教授の選考に関する細則

資料 5-2：教員選考申請基準

資料 5-3：教員選考委員会運営細則

---

教員の募集と選抜方針を策定して履行しなければならない。

- 教育、研究、診療の資格間のバランスを含め、学術的、教育的、および臨床的な業績の判定水準を明示しなければならない。（B 5.1.2）
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

教員の採用については大学院教授(分野主任)、教授については「大学院教授および教授の選考に関する細則」（資料 5-1）に基づいて大学院教授より選出された選考委員による選考委員会が構築され、同委員会において教育、研究、診療、外部資金の獲得状況、

社会貢献等について慎重に審査され、それぞれのバランスについて検討されている。准教授、講師の採用・昇任については教員選考委員会がその審査を担当し、准教授、講師への採用のための基準（資料 5-2）を示すとともに、申請において教育、研究、診療、外部資金の獲得状況、社会貢献等について詳細な資料を提出してもらい、これらのバランスを考慮し審査が行われている。助教の採用については、各分野主任の推薦を基に行われるが、採用後の教育、研究、診療のバランスは助教の場合、特に大切であり、各大学院教授（分野主任）が十分に検討の上、推薦、採用へのステップを踏んでいる。

教育に関しては、個々の科目における講義や実習などの実績、SGLやOSCE、BSLなど全学的な立場で行っている教育システムへの参画、学生のクラブ活動等への参画、教育FDへの参加状況等が網羅的に評価される。

研究に関しては、論文の発表状況（筆頭者、共著者、corresponding author、学位指導論文など）、学会発表状況、外部資金（科学研究費、厚労科研、その他の様々な外部資金）の獲得状況、特許等について広く評価される。

診療に関しては、所属の診療科において上長による診療実績評価が行われている。

社会貢献に関しては、学会を始め外部の他機関における貢献、資格の取得、ボランティア活動等が評価の対象となる。

任期教員（5年間）においてはこれらの評価要素について、任期教員評価委員会（資料 5-4）によって、教育、研究、診療、外部資金の獲得状況、社会貢献等についてバランスを保ち適切な努力がなされているかについて慎重に審査され、その評価はフィードバックされる。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

上記のように教育、研究、診療の資格間のバランスを含め、学術的、教育的、および臨床的な業績の判定水準を明示しつつ、教員の採用、評価が行われている。一方、本学における任期教員の仕組みの導入は2006年からであるので、それ以前の非任期教員において、採用・昇任にあたっては一定の判定水準において行われているが、その後の明確な「評価」は行われていない。

任期教員、非任期教員の区別なく、同様の評価が一定の間隔で行われることが求められる。また、教育や研究に関しては業績の判定水準は比較的明確に示されているが、診療における判定水準は各診療科によってもその性格によって画一化するのが難しくこれを明確に示すことが現在行われていない。

## **C. 現状への対応**

現状は任期教員、非任期教員ともに採用にあたっては、教育、研究、診療の資格間のバランスを含め、学術的、教育的、および臨床的な業績の判定水準を明示し、行っているが、非任期教員においてはその後の定期的な審査がなく、所属長の指導に任せている

状態である。従って、所属長において、教育、研究、診療の資格間のバランスを含め、業績の判定水準を認識、確認し、スタッフの指導を行うことを推奨している。

#### **D. 改善に向けた計画**

現在、研究評価、教育評価、診療評価の内容、方法について見直し、検討が始まっており、新しいフォーマットが決まり次第、任期教員のみならず非任期教員も含め全学的に評価を行い、バランスをチェックする予定である（資料 5-5）。

参考資料

資料 5-4：任期教員評価委員会規則

資料 5-5：教育業績評価（案）

---

教員の募集と選抜方針を策定して履行しなければならない。

- 基礎医学、行動科学、社会医学、臨床医学の教員の責任を明示してモニタリングしなければならない。（B 5.1.3）
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

2006 年以降、任期制が導入され、大学院教授、教授、准教授、講師、助教の全ての教員は 5 年任期（再任は可）となった。これに伴い、任期の中間時と任期終了時においてそれぞれ明確な審査内容を記した評価表による評価が、任期教員評価委員会によって行われるようになった。また、定期的な授業評価や科目ごとにより行われる授業・教員評価（資料 5-6）（別冊 8-7）、卒業時の詳細な学生アンケート（資料 2-50）等によりモニタリングされている。非任期教員においては任期教員において行われるような定期的な評価は行われていない。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

上記のように一定のモニタリングは行われている。学生の授業評価も定期的に行われ、各授業担当教員へフィードバックされる仕組みを取っているが、学生の参加率はあまり高くない。また、任期教員で行われている定期的な審査は、非任期教員では行われていない。

#### **C. 現状への対応**

授業評価や科目あるいは卒業時のアンケートとそのフィードバック、教員の定期的な審査とそのフィードバックを行い、現状を把握し、教学上の効果のために活用している。しかし、それらのデータを定量的に解析することに関しては、まだ不十分で、IR 機能の強化を進めている。

#### **D. 改善に向けた計画**

個々の教員、個々の科目のモニタリングはある一定の水準で行われているが、各教科間、あるいは基礎科学、基礎医学、社会医学、臨床医学といったブロックにおいて、それぞれがどのような教育効果をあげているか、どのような教育努力を行っているかの相互理解については不十分である。互いを知り合うためのFDや教育成果発表会などの機会を導入する。分野や教科、診療科といったグループでは毎年行う自己点検調査を、個々の教員において毎年自己点検し、記録を残すことも考慮すべき課題として議論する。

参考資料

資料 2-50：卒業時アンケート

資料 5-6：学生による授業評価結果サンプル

別冊 8：IR 調査報告・統計資料集-7

---

教員の募集および選抜の方針には、以下の水準を考慮すべきである。

- その地域に固有の重大な問題を含め、使命との関連性(Q 5.1.1)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学は大学本部を文京区千駄木に置き、基礎科学（教養課程）は同じ法人下の日本獣医生命科学大学と同じ武蔵野市境南のキャンパス内で1年間学ぶ。また、先端医学研究所が川崎市中原区にあり、研究と共に学部教育の一部にも参画している。附属病院は千駄木地区の附属病院を筆頭に、千葉県印西市に千葉北総病院、川崎市中原区に武蔵小杉病院、多摩市永山に多摩永山病院の4つの附属病院を、加えて呼吸ケアクリニック（千代田区九段）、腎クリニック（文京区本駒込）、成田国際空港クリニック（千葉県成田市）、健診医療センター（文京区千駄木）といった診療施設を擁している。大学院教授、教授、臨床教授、准教授、臨床准教授、講師、助教はいずれかの施設にて教育、研究、診療活動に従事している。このように広く様々な地域においてそれぞれの地域における存在意義を持ちながら、ニーズに沿った教育、研究、診療活動を行っている。また、それぞれの地域性を理解し、それを活かした教育も行われている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

教員の募集、選考にあたっては、上記の各施設の地域性も考慮し、それぞれの地域において能力を発揮できるか否かも考慮され選考、配置が行われている。特に、新カリキュラムによりBSLの実施週数が70週に増加し、中核である千駄木の附属病院に加え、千葉北総病院、武蔵小杉病院、多摩永山病院の3病院の存在意義がより一層重要になっている。千葉県、神奈川県、東京都多摩市とそれぞれ異なった地域の特異性も有した病

院で臨床実習を行うことにより、地域における各病院の特徴や地域に特有の状況を学ぶ環境が整備されている。一方、各病院の規模、教員配置のバランスは各病院の発展状況も異なるため、新しい見地から見直すべき時期を迎えていると言える。

### **C. 現状への対応**

本学全体の組織状況、環境を十分に踏まえた上での教員採用を心掛けており、特に大きな問題は生じていない。しかし、時間、環境という常に流動的な要素を考慮することは当然であり、様々な教員選考の場においては、地域に固有の重大な問題も検討課題に含め検討している。また、各地域に位置する各付属病院の状況について、特に教育との関連から情報共有することが大切であり、2014年から新設された医学教育関連委員会（資料 1-17）（資料 1-18）には各地区の代表者を含む教職員が集まり、情報共有する事を進めている。

### **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会、医学教育関連委員会、医学教育センターが常に地域における問題点や課題を把握し、適時対応できる準備を進める。

参考資料

資料 1-17：医学教育関連委員会運営細則

資料 1-18：医学教育関連委員会委員名簿

---

---

教員の募集および選抜の方針には、以下の水準を考慮すべきである。

- 経済的配慮(Q 5.1.2)
- 
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

基本的に教員は大学の人件費で確保しており、その給与は学校法人日本医科大学の就業規則（資料 5-7）及び同給与規則（資料 5-8）に則って規定されている。従って、厳格なルールの下での公平な給与体系を保っている。加えて、特に病院業務上必要な人材については大学の選任外として法人の定める人員として臨床教授、臨床准教授、特任教授などがあり、それぞれ特命を持って教育、研究、診療にあたっている。これらも学校法人日本医科大学の予算内から規則に則って雇用されている。本学の給与体系は高水準とは言えないが、随時法人理事会の審議を経て給与改定が行われ、定期昇給もなされている。また、研究・教育・診療を行うために必要な外部資金の獲得等については研究推進部、学事部、研究統括センター、法人本部経営戦略統括部等がサポートするとともに、研究部委員会、大学院委員会、教務部委員会等が積極的に情報提供や実際の作業を行い、出来るだけ獲得する努力を続けている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学においては特に教育において十分な教育効果を得るために、各分野別の定員数を十分に確保する努力をしており、その分、全予算における人件費率が高くなっている。また、2006年より千駄木地区の再開発事業が継続しているため、厳しい財務状況が続く中、給与体系の大幅な改定は厳しい状況にあるが、現在、同プランの最大事業である付属病院建て替えの最終段階に入っている。同病院の最終的な完成による増収が見込まれる他、法人、大学を問わず全関係部署での予算執行の無駄をなくす見直し等も随時行っており、近い将来の改善を目指して努力している。

## **C. 現状への対応**

給与体系については上記の通り、現体系にて行っており、この急激な改善は厳しい状況にある。しかし、研究・教育・診療を行うために必要な教員への経済的配慮は教務部委員会、研究部委員会、大学院委員会等で十分に検討し、出来る限りの対応をするようにしている。

## **D. 改善に向けた計画**

法人全体の経済的な課題については、2015年9月より法人本部に経営戦略統括部を設置し、鋭意財務体制の健全化への方策を検討する体制を取り、法人全体としての財務執行状況に対する根本的な見直しを行っている。また、大学の研究・教育・診療をスムーズに執行するための教員に対する経済的配慮は、教務部委員会、研究部委員会、大学院委員会等が共通経費の采配、大学諸経費の組み立て等を考慮しながら、随時支援協力体制を取っている。

参考資料

資料 5-7：就業規則

資料 5-8：給与規則

## **5.2 教員の活動と能力開発に関する方針**

### **基本的水準：**

医科大学・医学部は

- 教員の活動と教育に関する方針を策定して履行しなければならない。
  - 教育、研究、臨床の職務間のバランスを考慮に入れなければならない。(B 5.2.1)
  - 教育、研究、診療を中心とした活動実績を認知しなければならない。(B 5.2.2)
  - 臨床と研究の活動が教育と学習に確実に活用されなければならない。(B



5.2.3)

- 個々の教員はカリキュラム全体を十分に理解しなければならない。(B 5.2.4)
- 教員の研修、教育、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・医学部は

- カリキュラムの構成に関連して教員と学生の比率を考慮すべきである。(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:**

- [教育、研究、臨床の職務間のバランス]には、各職務に専念する期間の提供が含まれており、医科大学・医学部の要請と教員の専門性を考慮するものである。
- [学問上の活動の功績の認定]は、昇進や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、教育]は、全教員が対象とされ、新規採用教員だけではなく、病院やクリニックに勤務する教員も含まれる。

---

教員の活動と教育に関する方針を策定して履行しなければならない。

- 教育、研究、臨床の職務間のバランスを考慮に入れなければならない。(B 5.2.1)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

任期教員制を導入し、その際に、基礎科学、基礎医学（基礎医学では臨床医学への関わりにより3段階にバランスを分けている）、臨床医学の各領域における教育、研究、診療のエフォートを自己申告するようにしており、これによって教育、研究、臨床の職務間のバランスの考慮を組み込む仕組みになっている（資料5-9）。任期教員評価委員会では、このエフォートを基に、それぞれの項目の加点を適正化して審査する仕組みを取っている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

現行のシステムで教育、研究、臨床の職務間のバランスを考慮することに対応しており、今後も継続していけば十分対応できるものと判断している。

### **C. 現状への対応**

特になし（但し、非任期教員においては明確な学内的なエフォートの設定がなされてお

らず、例えば科学研究費申請の際のエフォートを参考としている。非任期教員の評価体制確立時には当然、任期教員の仕組みと同様にする必要はある)。

#### **D. 改善に向けた計画**

特になし。非任期教員における教育、研究、臨床の職務間のバランスを明らかにすることは、非任期教員の評価システム構築時に導入する。

参考資料

資料 5-9：任期教員最終評価申請書

---

教員の活動と教育に関する方針を策定して履行しなければならない。

- 教育、研究、診療を中心とした活動実績を認知しなければならない。(B 5.2.2)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

任期教員においては再任用にあたっての評価内容が明示されており、任期教員評価委員会においては教育、研究、診療、社会的貢献について広く評価を行い、また委員の中には外部からの学識経験者も含まれ、公平に評価している。また、各病院においては診療実績に関して上長評価も行われており、「大学教員」としての評価(資料 5-10)、「病院医師」としての評価が行われ(資料 5-11)、多角的に評価する仕組みが構築されている。一方、非任期教員においては特に定期的な活動実績の評価を行う仕組みが構築されていない。但し、講師、准教授等への昇任に必要な基準を明確に示しており、この基準に合致しないと昇任ができないので、このことが一種の評価となっている。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

任期制の採用により「教育、研究、診療を中心とした活動実績」を確実に認知できる体制が出来た。一方、非任期制の教員においては、実態を十分把握し、認知できている明確な基準による評価が行われていない。

#### **C. 現状への対応**

任期教員に関しては、現状のシステムがうまく機能しており、特に必要な対応はないと考えるが、非任期教員の評価システムが曖昧なので、現在、この問題を解決するために、研究実績、教育実績、診療実績等を任期教員と同様に審査、状況把握するための準備が始まり、特に教育評価について(任期教員の評価も含め)その基準の妥当性の検討が教務部長を中心に始められている。

#### **D. 改善に向けた計画**

任期制、非任期制に関わらず教員全員の教育、研究、診療を中心とした活動実績を確実に把握することを目指し、そのための評価基準策定を始める。

参考資料

資料 5-10：任期教員最終評価表

資料 5-11：医師人事評価考課表

---

教員の活動と教育に関する方針を策定して履行しなければならない。

- 臨床と研究の活動が教育と学習に確実に活用されなければならない。(B 5.2.3)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

本学の教育理念は「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」であり、もとより研究に基づく正確な研究データを背景とすることを推奨している。本学大学院教授は全国公募により公平に研究業績を精査し、全国から各分野のリーダー的研究者である人物を選考しており、いずれの大学院教授も自らの研究実績を背景に定められた講義内容の中に特徴的研究成果を組み込み、学生の研究心を育成する努力をしている。それらによって第3学年次に行われる「研究配属」において熱心な研究活動を行い、その成果を然るべき国内外の学会、論文発表にまで進める学生も多数いる(資料 2-12)。また、大学院教授は各分野の主任を兼ね、各分野の教室員に積極的に研究指導を行っており、その姿勢は当然ながら学生の教育にも反映されている。また、各診療科には高いレベルの医師が多数おり、多くの臨床症例をもとに実践的な教育が行われており、「臨床と研究の活動が教育と学習に確実に活用されなければならない」ことを十分に周知の上、実践されている。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

講座制を廃止し、大学院分野別に改組したことにより、各研究室がより専門性を明らかにした教育体制になり、それぞれの臨床、研究成果がそのまま教育現場に反映され、効果的な体制が出来ている。

#### **C. 現状への対応**

現状を維持しつつ、適時振り返りを怠りなく謙虚に状況判断することで大きな問題、課題はないと判断している。

#### **D. 改善に向けた計画**

コア・カリキュラムと現行講義の対照を行い、網羅されるよう、改善する。

参考資料

資料 2-12：学生の学会発表等一覧

---

教員の活動と教育に関する方針を策定して履行しなければならない。

- 個々の教員はカリキュラム全体を十分に理解しなければならない。(B 5.2.4)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

教員には、これまでは冊子体のシラバスを配付し、本学のカリキュラムがどのように構築されているか周知徹底してきた。2016年度より WEB 上に学修支援システム(学修支援系、学生支援系、IR 系)が導入され、IT 上でいつでも確認出来るように整備された(資料 5-12)。

また、年に 2 回開催される医学教育 FD において、随時カリキュラムの全体像の説明が行われ、個々の教員にその基本的概念や全体像を周知徹底している。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

基本的なカリキュラム全体を理解するための方策はとられているが、新しい学修支援システムの導入であるので、不備や混乱が時として起こる。ICT 推進センター、医学教育センターを中心に適時これらの問題に対応し、習熟を促進している。全教員というレベルで考えるとまだ完全な理解と習熟にいたっておらず一層の啓蒙が必要である。

#### **C. 現状への対応**

新システムにおける活用状況を随時調査し、問題点等を ICT 推進委員会等で報告、その改良や対策を示している。

#### **D. 改善に向けた計画**

WEB システムの活用と啓蒙をより一層広げ、深めていく。

参考資料

資料 5-12：電子シラバスアクセス方法

---

教員の活動と教育に関する方針を策定して履行しなければならない。

- 教員の研修、教育、支援、評価を含む。(B 5.2.5)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

年に 2 回、教員を対象とした医学教育に関する FD (資料 3-8)、また別途年 1 回臨床研

修医指導医資格取得のためのFD（資料5-13）が開催される。新任・昇任の教員については2011年度までは毎年4月に対象者向けのFDを開催していた。2012年度からは対象者を限定せず、参加希望者を募り、新任・昇任の教員については発令年度から2年以内の参加を義務付けている。この制度移行の該当新任・昇任教員のFD参加率は74%である。また、新たに導入された学修支援システムの説明会も6回にわたり開催され（資料5-14）、参加できなかった教員については、これをWebコンテンツ化したものの試聴を義務化する等、新しい教育技法とともに学ぶ機会を構築している。

また、研究に係る公的資金運用についての説明会を毎年開催し（資料5-15）、適切な資金運用を教育する機会を作っている。医学教育センター、教務課、庶務課、大学院課、研究推進課、ICT推進センター等はこれらの研修や教育を支援し、教員のスムーズな研究、教育参画をサポートしている。教員の評価は、任期教員においては任期教員評価委員会が、教育、研究、診療、社会貢献等についての審査基準、内容などが明記されており、5年任期の半分の時点で中間評価、最後に最終評価を行い、本人および分野主任、部署長にフィードバックされている。

非任期教員に対する正式な評価システムはないが、昇任人事の際には厳格な審査が行われる。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

上記のように教員の研修、教育、支援、評価体制は特に任期教員においては整備されている。一方、非任期教員においては、特に評価において明確な基準が設定されていない。

## **C. 現状への対応**

任期教員に関しては現状の体制で対応できるように整備されたが、非任期教員の評価については明確でなく、大学7役会議を中心に非任期教員における評価をどのように行うか検討を重ねている。

## **D. 改善に向けた計画**

研究、教育について非任期教員の評価をどのように行うか、研究については研究部長を中心とした研究部委員会、教育に関しては教務部長を中心とした教務部委員会によって現在、その評価方法、評価基準の策定を進めており、この策定終了後、任期教員、非任期教員に関わらず、全学的に教員の評価を一定基準に従って行うことにしている。

参考資料

資料3-8：FDワークショップ記録

資料5-13：臨床研修指導医ワークショップ実施要項

資料5-14：新学修支援システムガイダンス案内

---

カリキュラムの構成に関連して教員と学生の比率を考慮すべきである。(Q 5.2.1)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

現在、本学における教員数は1,049名(学長1名含む)であり、また学生定員数は684名である。従って学生一人あたりに対応する教員数は1.5名である。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

「教員と学生の比率」に関して、現在のカリキュラムに大きな影響を与えているとは考えられない。現状で対応されている。

#### **C. 現状への対応**

特になし。

#### **D. 改善に向けた計画**

特になし。但し、今後学生定員や大幅なカリキュラムの変更等が生じた場合には、適時その状況を正確に、また出来るだけ早く情報収集し、迅速で的確な対応をすることが必要である。医学教育センターがその任務を進めている。

参考資料

資料 1-31 : 教育職員数

---

教員の昇進の方針を策定して履行する。(Q 5.2.2)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

講師、准教授への採用、昇任については、基礎科学、先端医学研究所、基礎医学、臨床医学のそれぞれの領域の特性を考慮し、厳格な基準を策定し、それを公表している(資料 5-2)。大学院教授に関しては全国公募を行い、競争原理に基づく厳正な審査を大学院教授会から選出された選考委員会が行い、これを大学院教授会に報告し、投票を行い、その投票結果を基に学長が候補者を決定し、理事会に推薦し承認を求める。教授への昇任については大学院教授会より選出された選考委員により厳正な審査が行われ、これを大学院教授会に報告し、投票を行い、その投票結果を基に学長が推薦を決定し、理事会に承認を求める。(資料 5-1)。大学院教授、教授への採用、昇任基準は明文化されたも

のはないが、講師、准教授の承認基準が示されており、当然これらをはるかに凌ぐ業績が求められていることはいうまでもない。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

上記のように教員の昇任(講師、准教授)に関しては厳格な基準と審査を組んでおり、また医学部教授人事(昇任人事)については大学院教授会を主体とする厳正な教授選考委員会が規則によって構築され、さらに大学院教授については全国公募を行い、大学院教授選考委員会がこの審査にあたることも規定され、全体として昇進に関する厳格で公平な方針が策定されていると判断できる。

## **C. 現状への対応**

現状の仕組みで、ほぼ十分な選考が行われており、大きな変更点は、対応すべき点は今のところ生じていないが、個々の選考基準の適正性については、教授選考委員会、教員選考委員会等で常に議論を行い、適切な選考と基準を示す努力がなされている。

## **D. 改善に向けた計画**

教育実績をより客観化するために、これらを定量化するための検討がなされている。

## 6. 教育資源



## 6. 教育資源

### 6.1 施設・設備

#### 基本的水準：

医科大学・医学部は

- 教職員と学生のために十分な施設・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しなければならない。(B 6.1.1)
- 教職員、学生、患者とその介護者にとって安全な学習環境を確保しなければならない。(B 6.1.2)

#### 質的向上のための水準：

医科大学・医学部は

- 教育実践の発展に合わせて施設・設備を定期的に更新、修繕または拡張することで、学習環境を改善すべきである。(Q 6.1.1)

#### 注 釈：

- [施設・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 施設のほか、十分な学習スペース、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、有機物質からの保護、検査室の安全規則と安全設備が含まれる。

---

教職員と学生のために十分な施設・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しなければならない。(B 6.1.1)

---

#### A. 基本的水準に関する情報

本学には文京区の千駄木キャンパス、武蔵野市の武蔵境キャンパス及び川崎市中原区の新丸子キャンパスがある。千駄木キャンパスには、法人本部、医学部、付属病院、中央図書館、ICT 推進センター、丸山記念研究棟及び生命科学研究センターがあり、更に隣接して大学院がある。

武蔵境キャンパスは、日本獣医生命科学大学のキャンパスを共用するもので、2014年度から基礎科学課程はここに設置されている。

新丸子キャンパスには運動場があり、先端医学研究所が隣接している。また、臨床医学教育提供のための臨床施設として千駄木キャンパス内の付属病院に加え、新丸子キャンパスに隣接して神奈川県川崎市に武蔵小杉病院、東京都多摩市に多摩永山病院、千葉

県印西市に千葉北総病院が設置されている。

### 【キャンパス】

本学は、武蔵境キャンパス、新丸子キャンパスと千駄木キャンパスの三つからなる。さらに、臨床実習においては、附属4病院が有効に活用されている。

#### <武蔵境キャンパス>

2014年度から1学年の基礎科学課程は、新丸子キャンパスから武蔵境に移転した。武蔵境キャンパスは、本学と法人を同じくする日本獣医生命科学大学と共用するものである。JR武蔵境駅から徒歩3分の場所に18,884.40 m<sup>2</sup>を占める開放的なキャンパスである。ここで、日本獣医生命科学大学の学生達と交流しながら医学部最初の1年を過ごす。

武蔵境キャンパスには8棟の校舎があり、そのうち本学基礎科学課程の移転に合わせて新築された地下1階・地上7階建てのE棟の2・3階を本学基礎科学課程で使用している。2階には大教室と二つの中教室、化学実習室、生物実習室、物理実習室、マルチメディア教室とロッカー室がある。講義室には最新の授業支援システムが完備されている。3階には本学の事務室も設置され、基礎科学課程の学生のサポートを行なっている。

さらに、学生相談室、医務室、会議室、基礎科学課程各科目の研究室、実験室がある。日本獣医生命科学大学と共同利用しているE棟地下1階には共同の武道場、卓球場、トレーニング室があり、A棟にはバスケットコート1面を備えたアリーナがあり、B棟には図書室がある。学生食堂も日本獣医生命科学大学と共用して施設を効率的に使用している（資料6-1）。

#### <新丸子キャンパス>

2013年度まで基礎科学課程があった新丸子キャンパスには現在も体育館、運動場、相撲場、弓道場などがあり、各運動部の活動が行われている。運動場(15330.3 m<sup>2</sup>)は、防球フェンス、散水栓を備え、サッカー部・ラグビー部・硬式野球部の練習、サッカー・ラグビーの公式戦会場として大いに利用されている。また、春期には地域住民の桜祭り会場、夏期には盆踊り会場、秋期の学園祭(丸子祭)時にはフリーマーケット会場等として開放され、地域住民との交流場所としても利用されている。

体育館(2,990.12 m<sup>2</sup>)は、1階に武道場(剣道・柔道・空手道)、卓球場、トレーニング室、更衣室、シャワー室等があり、2階フロアにバスケットコート2面、バレーコート2面、ハンドボールコート1面、バドミントンコート8面を適宜配置し、使用されている。各運動部の練習、公式戦会場としても大いに利用される。テニスコート(クレーコート2,344.10 m<sup>2</sup>)は4面あり、うち2面に夜間照明が設置されている。

硬式庭球部・軟式庭球部が練習、公式戦会場として大いに利用されている。その他に、相撲場(155.8 m<sup>2</sup>)、弓道場(168.5 m<sup>2</sup>)、ゴルフ練習場(89.9 m<sup>2</sup>)、アーチェリー練習場(224.0 m<sup>2</sup>)、合宿所(145.8 m<sup>2</sup>)があり、各運動部が利用している。学友会主催の運動会や学園祭も新丸子キャンパスで行われてきた。ただし、本年度をもってこれらの

施設は使用できなくなるため、現在広大な敷地を持つ千葉北総病院に移転の計画が進んでいる。

また、武蔵小杉病院と先端医学研究所が隣接しており、医学部の臨床実習が行われ、特に先端医学研究所では大学院教育が行われている。

#### <千駄木キャンパス>

第 2 学年から（実際には第 1 学年 3 学期から）卒業までは千駄木キャンパスで過ごす。千駄木キャンパスは、東京メトロ千代田線根津駅又は千駄木駅、東京メトロ南北線東大前駅又は本駒込駅、都営地下鉄三田線白山駅からいずれも徒歩 10 分前後で、明治の文豪達も愛した閑静な住宅街に位置する。千駄木キャンパスには、教育棟、大学院棟、図書館、丸山記念研究棟、付属病院、生命科学研究センター、健診医療センター、橘桜会館などから構成されている。全ての施設は隣接している。

教育棟は、2007 年に新築されたもので、付属病院から道を隔てた向かい側にあり、いずれも 1 学年全員を収容する 3 つの講義室と講堂がある。地下 1 階はフロア全てが学生会館となっており、学生ホール、学生全員分のロッカー室、学友会室、多数の常設 PC を設置した自習室（写真）、ほぼ全ての部室などがある。



1 階部分にはロビー、教務課、医学教育センター、クリニカル・シミュレーション・ラボ、医務室、学生相談室などがある。2 階には、入学式、卒業式などの式典も行われる講堂と、講義室 1 と 2 がある。3 階には講義室 3 と庶務課、学長室、医学部長室、名誉教授室、会議室 1・2 がある。

各講義室には授業支援システムがあり、学生証（ID カード）による自動出欠確認、PC 及びプロジェクター、ビデオ、OHP などを利用した講義、レスポンス・アナライザーによる講義中の設問への解答やアンケート、学生による授業評価、講義自体の映像収録システムを利用した e-Learning コンテンツの作成などが可能である。また、教育棟全体が無線 LAN（Eduroam）環境に整備されている。

クリニカル・シミュレーション・ラボ（資料 6-2）には様々なシミュレーターがあり（資料 6-3）、胸部、腹部、耳道、眼底などの身体診察、採血、腰椎穿刺、縫合、心電

図測定などの手技の学修ができる。この施設は医学部学生ばかりでなく、研修医や看護部でも利用可能であり、効率的な運用がなされている（資料 6-4）。

医学部の教育は、教育棟以外でも有機的に行なわれている。基礎医学の実習は主として大学院棟の各分野の実習室が用いられる。地下 1 階に五つの実習室がある。また、研究配属では各基礎医学教室の研究室で実際に研究を行う。地下 2 階には演習室が 3 室ある。1 学年全員分の席に PC とモニタを設備した実習室もあり、組織像などの供覧のように講義に利用する他、共用試験 CBT もこの実習室で実施される。

SGL には多数の小教室が必要であるが、橋桜会館地下 1 階及び 3 階や教育棟に SGL 室が合計 17 室設置されている。各 SGL 室にはテーブル、ホワイトボード、PC、参考図書などが常設されており、普段は自習室としても解放されている。OSCE でもこれらの SGL 室や講堂などを使用している。ちなみに OSCE は本校では全国に先駆けて、3 年前からタブレット端末 (iPad) を用いた評価システムを構築しており、このシステム用サーバーを講堂に設置し、評価者とスタッフ全員分のタブレット端末を保有している。

図書館にも豊富な蔵書だけでなく、三つの視聴覚室、マルチメディアブースや自習スペースがあり、医学部学生が個人又はグループで利用し、自主的に学習している。基礎配属及び臨床配属は、基礎科学、基礎医学ばかりでなく臨床医学各科の研究室において行なわれるが、主として丸山記念研究棟、生命科学センター内の研究室が用いられている（別冊 7）。

大学院基礎医学系分野は、千駄木キャンパスにある大学院棟と武蔵小杉病院敷地内にある先端医学研究所を中心に、臨床医学系分野は、千駄木キャンパス内の丸山記念研究棟、生命科学センターを中心に大学院教育及び研究活動を行っている。

大学院棟では上述した医学部教育用施設も含めて、全ての施設が医学部基礎医学教育と大学院教育に用いられる。共用研究施設も充実しており、臨床医学系も利用することが可能である。実験動物施設では、P3 レベルまでの飼育が可能であり、動物個体を用いた教育研究装置も整備している。RI 実験施設も完備し、法律に基づいて実験が管理されている。形態解析共同施設を始めとする共同研究施設では、凍結超薄切片作製対応ウルトラミクロトーム、透過型及び走査型電子顕微鏡及び共焦点レーザー走査型顕微鏡、二光子顕微鏡、レーザーダイセクション顕微鏡装置等、ほぼ全ての基礎・臨床研究に必要な形態解析装置が設置され、共用されている。その他、磁気共鳴分析施設及び遺伝子研究に必須のシークエンサー等も共同使用できる体制を整え、大学院教育並びに研究活動を支えている。大学院棟も無線 LAN (Eduroam) 環境が整備されている。

先端医学研究所は、最新の医学研究に対応するため、2015 年度から部門を新たに再編成して現在の名称に変更した。この研究所の分野は、大学院医学研究科に所属し、大学院教育と研究活動を行っている。施設内では各部門の研究室の他に、共同施設として SPF 飼育室や P2A 実験室を備えた動物実験室、小動物用 CT や発光測定装置等の *in vivo* イメージングシステムを備えた生体機能解析室、アイソトープ実験室、レー

ザイオン化飛行時間型質量分析装置を備えた質量分析装置室、共同実験室が整っており、効率的な運用がなされている。

丸山記念研究棟及び生命科学研究センターは、付属病院に隣接しており、主として臨床医学系分野が使用している。生命科学研究センターは、臨床医学系分野の個別の研究室が大きな比重を占め、丸山記念研究棟は共用研究室が充実している。どちらの施設でも独自の研究のみならず、多彩な共同研究が行われている。これらの施設には、次世代ヒト・動物実験ゲノム・病態解析システム（次世代シーケンサー、バイオアナライザー）、標的分子解析システム、Gene analyzer、超軟 X 線非破壊検査装置、動物実験用 X 線照射、X 線透視装置、手術用顕微鏡システムなどが整備されており、基礎的、臨床的研究展開に対応する体制が整備されている。

#### <牧心セミナーハウス>

牧心セミナーハウスは学校法人日本医科大学の研修宿泊施設で、山梨県の朝霧高原の雄大な富士山を仰ぎ見る恵まれた環境の中にある。学生・教職員と家族が利用できる。毎年入学してすぐの新入生を対象にオリエンテーション合宿が行われている。その他部活動の合宿などにも利用されている。

洋室 8 室（10 名用 7 室・8 名用 1 室）、和室 2 室（6 名用 1 室・4 名用 1 室）、研修室（30 名用 2 室）、大研修室（80 名用 1 室）、講師控室、食堂、談話室、洗面所、大浴場がある。

#### <日本医大マリンハウス>

鎌倉由比ヶ浜の海岸に面した宿泊研修施設である。学生・教職員と家族が利用できる。マリンスポーツに適した環境で、レクリエーション施設として多くの学生・教職員が利用する他、とくにヨット部などが合宿に利用している。

#### 【付属 4 病院】

BSL は、付属病院を中心に、武蔵小杉病院、多摩永山病院、千葉北総病院においても行なわれている。付属病院は、医学部学生の臨床実習に備えた体制がとられており、学生が最低 1 度は病院での実習を経験することになっている。それぞれに卒後研修委員会が存在するが、その主要メンバーが BSL 実行委員として機能しており、クリニカル・クラークシップ教育の実をあげている。それぞれに BSL ルームがあり、付属病院以外には図書室、カンファレンス室や宿泊施設も設置されている。

#### <付属病院>

1910 年 11 月に開設、現在、診療科 40 科、病床数 1,002 床（一般病床 970 床、精神病床 32 床）、外来患者数 1 日平均 2,200 人という大規模病院であり、1993 年 12 月に特定機能病院、1996 年 11 月にエイズ拠点病院、2008 年 2 月に地域がん診療連携拠点病院に指定されるなど、高度な先進医療を提供している。また、高度救命救急センターは、1993 年 4 月、厚生省認可第一号として、救命救急医療の先駆的役割を果たすなど、臨床教育の場としてもふさわしい病院である。関連施設として、付属病院敷地内にワクチン療法研究施設、1997 年 2 月、文京区本駒込に腎クリニック、2003

年 12 月に千代田区九段南に、国内初の COPD（慢性閉塞性肺疾患）専門医療施設として、呼吸ケアクリニックをそれぞれ開設し、専門性の高い医療を提供している。

#### <武蔵小杉病院>

1937 年 6 月に開設、現在、診療科 33 科、病床数 372 床（一般病床）、外来患者数 1 日平均 1,100 人の病院であり、高度先進医療を提供する大学付属病院の立場から、発展著しい川崎市中原区における地域中核病院として、地域医療に貢献している。特徴を持った医療を展開しており、NICU（新生児集中治療室）や GCU（継続回復室）を設置するなど周産期・小児医療に力を注いでいる。2003 年 10 月には救命救急部を新設、2006 年 4 月から救命救急センターとして認可され、第三次救急医療体制の更なる充実を図っている。

#### <多摩永山病院>

1975 年 11 月に開設、現在、診療科 24 科、病床数 401 床（一般病床）、外来患者数 1 日平均 1,000 人の病院であり、地域の基幹病院のほか、救命救急センターを併設し患者受入れ態勢を整備している。また、災害拠点病院、エイズ診療拠点病院、がん診療連携拠点病院として、東京都から指定されている。

#### <千葉北総病院>

1994 年 1 月に開設、現在診療科 28 科、病床数 600 床（一般病床）、外来患者数 1 日平均 1,300 人の病院であり、25 万坪の広大な敷地に、千葉県内外の患者受入れについて、十分な診療体制が整備されている。教育研究分野においても、研究棟を整備するとともに、学会活動の支援等、若手医師の育成にも力を注いでいる。

また、地域連携においては、その一例として、日本最先端のメディカルコントロール体制を備え、ドクターヘリ及び日本初の救急搬送支援システム（M-MOCS）を整備するなど、県内屈指の医療機関となっている。

なお、関連施設として、1992 年に成田国際空港クリニックを開設し、千葉北総病院と連携しながら迅速な医療サービスの提供を行っている。

#### 【図書館】

本学図書館は、千駄木キャンパスの中央図書館、武蔵境キャンパス図書室、武蔵小杉病院図書室、多摩永山病院図書室、千葉北総病院図書室の 1 図書館と 4 図書室から構成され、特に中央図書館は、創立 100 周年記念事業の一環として 1976 年に建設されている。全国の医科大学に先駆けて図書館のホームページを立ち上げて電子図書館機能を学内又は自宅からも利用できるサービスを提供してきている。

電子ジャーナルは約 5,900 誌（メディカル・オンライン国内雑誌 600 誌を含む）を数え、データベースは医学中央雑誌 Web、世界のデータベース 500 以上を利用できる Dialog、Web of Knowledge、CINHAL、PubMed 等を導入して検索結果から全文テキストを読むことが可能な環境整備をしている。

#### <中央図書館>

地下 2 階地上 3 階建ての施設で、床面積は 2,799 m<sup>2</sup>（閲覧スペース 256 m<sup>2</sup>、書庫

スペース 1,406 m<sup>2</sup>）、閲覧座席数は 92 座席、その他に視聴覚室 30 座席とビデオの編集等の出来るマルチメディアブース 6 座席が用意されており、年間延べ入館者数は 91,382 名となっている。

蔵書は 18 万 6,000 冊を数え、その中には初期のスクリバ (Julius Karl Scriba) 文庫や塩田広重文庫に加えて日仏会館図書室から寄贈を受けた仏語の医学書、東洋医学・中医学書約 2,000 冊等が含まれている点の特徴となっている。

電子図書館的サービスの一環として本学に所蔵していない文献を他館から取り寄せる相互貸借 (Inter Library Loan、ILL) 業務を、2001 年 4 月以降は来館せずに図書館のホームページを介して「文献複写・貸借申込」ができるサービスを開始し、現在は殆どこのシステムで ILL が処理されている。

ネットワーク・コンピュータ・プリントアウト課金システムを 2003 年 2 月から導入している。コピーと共通のプリペイド・カード及ビコインで打ち出すことが可能なネットワーク・プリンターを一台開発して端末機 5 台で共有する管理システムを他大学に先駆けて稼働させ、効率よく活用している。

開館時間は、2003 年 1 月から入退館システムを導入し、平日の開館時間は、7 時 30 分~23 時、司書のいる時間帯は 8 時 45 分~19 時、土曜日の開館時間は、7 時 30 分~23 時、司書のいる時間帯は 8 時 45 分~16 時、日曜・祭日・年末年始の開館時間は司書不在で、13 時~23 時となっており、早朝・夜間開館時間帯利用者の 70%、日曜・祭日の利用者の 60%を学生が占めている。

#### <武蔵境キャンパス図書室>

2003 年 4 月から教養課程が武蔵境キャンパスへ移転したことに伴い、武蔵境キャンパス図書室は、日本獣医生命科学大学図書館との共同利用となっている。図書館の総床面積は 1,520 m<sup>2</sup> (閲覧スペース 797 m<sup>2</sup>、書庫スペース 618 m<sup>2</sup>)、閲覧座席数は 383 座席、本学図書室分の蔵書は 13,592 冊、開室時間は月~金曜日は 9 時~21 時、土曜日は 9 時~15 時 30 分となっている。

#### <武蔵小杉病院図書室>

B 館地下 1 階にあり、床面積は 126 m<sup>2</sup> (閲覧スペース 26 m<sup>2</sup>、書庫スペース 80 m<sup>2</sup>)、閲覧座席数は 11 座席、蔵書 8,054 冊、開室時間は月~金曜日は 8 時 30 分~17 時となっている。時間外の利用は、図書室でネームプレートの IDNo.を登録することにより利用可能となっている。

#### <多摩永山病院図書室>

C 棟 2 階にあり、床面積は 127 m<sup>2</sup> (閲覧スペース 52 m<sup>2</sup>、書庫スペース 59 m<sup>2</sup>)、閲覧座席数は 12 座席、蔵書 4,929 冊、開室時間は月~金曜日は 9 時~17 時となっている。時間外の利用は、図書室でネームプレートの ID No.を登録することにより利用可能となっている。

#### <千葉北総病院図書室>

A 棟 1 階にあり、床面積は 48 m<sup>2</sup> (閲覧・書庫スペース込み)、閲覧座席数は 11 座

席、蔵書 2,966 冊、開室時間は月～金曜日は 10 時～18 時となっている。時間外の利用は、病院入口の防災センターで「図書室利用届」に記入して図書室の鍵を開けて利用するシステムとなっている。

#### 【ICT 推進センター】

本学における研究教育用情報環境は、主に情報科学センターが管理していたが、2014 年に附属 4 病院の医療情報室、教務課、大学院課 など関係各部署の ICT 関連事業を統括する ICT 推進センターが設立された。

この組織は、学校法人日本医科大学の所属であり、本学だけでなく日本獣医生命科学大学、看護専門学校ならびに呼吸器ケアクリニックや健診医療センターの ICT 関連事業をも統括する。教務関係では後述する次期学事システムの導入、学生用電子カルテの管理、インターネット学術ネットワークの運用・管理などを行なっている。

#### <マルチメディア環境及び学内情報提供サービス>

2001 年にマルチメディア環境の整備を開始し、2015 年には本格的な撮影スタジオや講義録画システム、動画配信システムを導入し、e-Learning コンテンツの提供を更に進めている。加えて以下の教育用情報サービスを提供している。

##### ・学修支援システム (LMS)

講義毎の授業資料配布やオンラインアンケート、オンラインテスト、レポート提出等の機能がある。現在利用登録教員は 494 人 (6 月末現在) である。

本システムは、本学独自にシステムが拡張され、2008 年から本試行を開始している。2015 年から e-Learning コンテンツの登録、配信も開始しており全学生の利用登録がなされている。

##### ・学内向けポータルサイト

授業時間割、授業時間の変更、試験日程、諸案内、呼出し等の事項を Web ブラウザに掲示しており、全学生の利用登録がなされている。

##### ・英語 e-Learning システム

ネットワーク上で英語の自主学習が可能である。(ALC ネットアカデミー)

##### ・統計処理プログラム ライセンスサーバー

第 2 学年情報科学演習 (必修 0.8 単位) で利用している。

##### ・遠隔講義システム

TV 会議システムにより学内同時 4 地点を結ぶ事が可能である。

##### ・電子黒板

インターネット情報や画像・動画ファイルと連携した授業を提供することが可能である。現在は 46 台導入している。

##### ・撮影スタジオ

最新の撮影機器及び防音機能の撮影室を整備した。





#### <学生用電子カルテ>

臨床実習の 70 週化により、付属 4 病院での臨床実習の場における学びがますます重要になる。そこで付属病院ならびに千葉北総病院では、臨床実習の効果を更に高め、個人情報に対するセキュリティを強化するため、学生用電子カルテの配備が進められている。

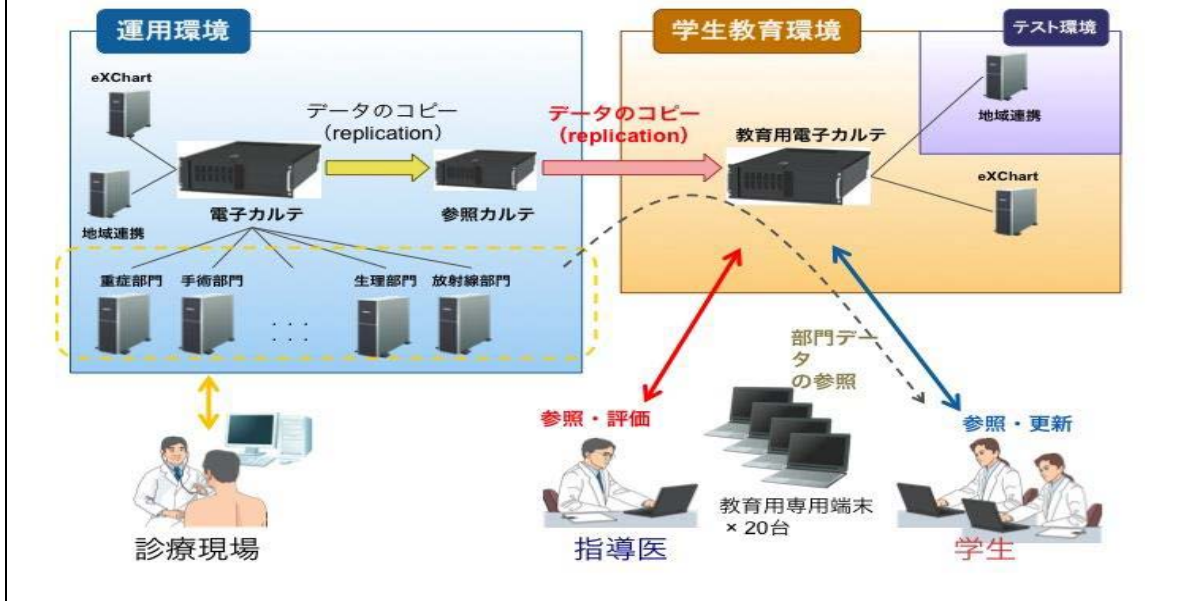
このシステムは、実際の電子カルテシステムから 1 方向のみでデータ移行ができる独立したサーバーを設けたものである。これにより、必要な患者情報を指導医が選択して学生用電子カルテに移行し、その情報をもとに非常に現実に近いバーチャル診療空間を学生に与えることが可能となった。学生は指導医とともに、診療チームに加わって臨床実習を行なうと同時に、学生用カルテを縦横無尽に用いて、記載したり、バーチャルなオーダーを出したり、受持ち患者の情報をもとに指導医と会話する。

学生が記載した情報は実際の電子カルテには全く反映されず、情報を電子的に取り出すことはできない。

学生用電子カルテのシステムを示す。

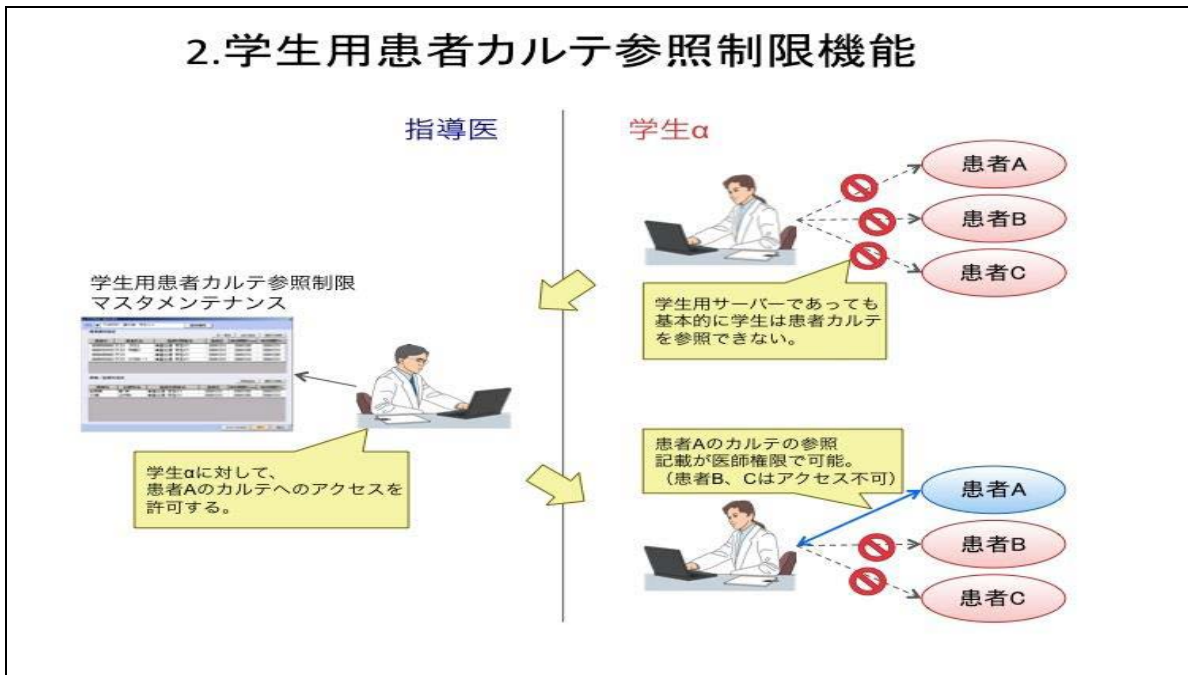
# 1. 学生用教育電子カルテ環境構成

■運用環境と学生用カルテがリアルタイムに情報を連携



(資料 6-5)

# 2. 学生用患者カルテ参照制限機能



(資料 6-6)

### 3. 制限事項等 ■運用環境で学生が出来ること、出来ないこと

1	患者カルテの参照	○	15	部門システムへの記録	×【※】
2	SOAP等の記載	○	16	経過表の参照	○
3	紹介状の記載	○	17	経過表の記録	○
4	紹介状の参照	○	18	オーダーの実施記録	○
5	診断書の記載（専門システム使用）	×	19	三点認証の実施（輸血、注射）	×
6	運用環境の検査結果参照	○	20	会計送信	×
7	運用環境の検査画像参照	○	21	バスの発行	○
8	運用環境の報告書参照	○	22	患者情報のマスキング	×
9	移動系オーダーの発行	×【※】	23	参照患者の制限	○
10	上記以外のオーダーの発行	○	24	運用環境カルテと学生用環境カルテの同時起動	×
11	検査ラベルの発行（検体検査）	×			
12	検査ラベルの発行（細菌、病理）	○			
13	発行オーダーの部門送信	×			
14	学生用環境でオーダーされた指示への結果送信	×			

【※】： システム上の制限が不可能なため、運用上での制限事項となります。

（資料 6-7）

#### B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

臨床実習を実施する上では十分な環境が整っている。一方で、BSL 棟の WiFi 環境が未確立である。また、図書館と BSL 勉強室の利用頻度についてのモニタリングができていないため、改善点等の立案ができない点に課題がある。

院内における教育スペースが不足する場合はしばしば見受けられる。また、これらの中にはホワイトボード、PC プロジェクター等の視聴覚設備が配置されていない部屋も存在している。

カリキュラムの適切な実施に必要な施設・設備はほぼ整っていると言える。ただし、幾つかの点でさらなる改善が必要と考える。

##### ① 基礎科学課程の移転に伴う問題

新丸子キャンパスには体育館、運動場その他があり、現在も使用しているが、2017 年度をもって全て使用できなくなる。それらの代替施設は千葉北総病院の広大な敷地内に建設予定である。

##### ② 千駄木キャンパス

現在もアクションプラン 21 による工事が続いているが、既存の建物を順次解体して新築していくというプロセスの中で、幾つかの機能が一時的に代替施設あるいは共用的使用を余儀なくされることがある。しかし、すでに大学院棟及び教育棟は完成しているため、現在では医学部教育については大きな支障はきたさずにすむようになっている。ただし、臨床実習の教育施設でもある付属病院は現在も建築途中であり、完成までの間不自由な部分がある。各病棟に BSL ルームは確保できておらず、カンファレンス等に用いる会議室も不足している。教育棟など病院外の会議室には電子カルテの端末がなく、臨床のカンファレンスができない。教育棟および大学院棟は教育用

無線 LAN 環境 (Eduroam) が整備されているが、付属病院には整備されておらず、ノート PC やタブレットで LMS へアクセスすることが難しい。

### ③ 医学部学生定員増に伴う問題

本学では以前の 1 学年 100 名と比較すると、募集人員数の段階で 16 名増加している。武蔵境キャンパスの新校舎はすでに設計時から対応していたが、千駄木キャンパス教育棟は若干余裕がなくなっている。3 つある講義室は 130 名まで収容可能であるが、近年みられる学年間の学生数の偏りを考慮し、PC、顕微鏡等については逐次必要数を購入して対応している。

### ④ 武蔵小杉病院、多摩永山病院、千葉北総病院

3 病院とも都内から通勤、通学可能な距離にあるが、千葉北総病院は北総線の運賃がやや高く、急行等の時刻が合わないと付属病院から 1 時間 30 分を超えることがある。そのため、BSL のために宿泊施設を設けている。この宿泊施設は武蔵小杉病院、多摩永山病院にも設けられている。

BSL 70 週化に伴い、広く疾患を経験し、指導体制に余裕を持てるよう、付属 4 病院すべてをこれまで以上に活用して BSL 教育を行うことになるが、付属病院と千葉北総病院以外の 2 病院は未だ電子カルテが導入されておらず、前述の学生用電子カルテシステムを構築することができない。

## C. 現状への対応

千駄木地区再開発は順調に進んでいるが、付属病院は建設中であり、臨床実習において一時的に不自由さがあるのは否めない。新病院が完成すれば臨床実習におけるスペースが確保され、無線 LAN 環境、学生用電子カルテが本格稼働することができる。本年度から新学事／学修支援システムの導入が始まったが、教員、学生ともさらにその利用を進めていく計画であり、そのための FD を続けている。

細部にわたる教育環境の整備については、教育環境整備費が年間 3000 万円規模の予算を確保しており、適切に行っている (資料 6-8)。

## D. 改善に向けた計画

千駄木地区再開発計画に続いて、武蔵小杉病院および多摩永山病院についても再開発計画が進んでおり、教育設備にも配慮した新病院が建設されることになろう。

### 参考資料

資料 6-1：講義室等の状況

資料 6-2：クリニカル・シミュレーション・ラボの概要

資料 6-3：クリニカル・シミュレーション・ラボ機器リスト

資料 6-4：クリニカル・シミュレーション・ラボ利用状況

資料 6-5：学生用教育電子カルテ環境構成

資料 6-6：学生用患者カルテ参照制限機能

資料 6-7：制限事項等

資料 6-8：学生教育環境整備費使用実績

別冊 7：施設ガイドブック

---

教職員、学生、患者とその介護者にとって安全な学習環境を確保しなければならない。

(B 6.1.2)

---

### A. 基本的水準に関する情報

まず、本学の中心である千駄木キャンパスのある東京都文京区は警視庁の体感治安をはじめ様々な指標において東京都で最も安全な区といわれている。文京区の中でも根津・千駄木地区は古くからの下町であると同時に、明治以来文豪や芸術家が好んで屋敷を構える非常に閑静で上品な住宅街である。

千駄木キャンパスは交通の激しい幹線道路には全く面しておらず、近くに治安の悪い繁華街なども存在しない。この立地こそ教職員、学生、患者とその介護者にとって最も重要な安全を保證する第 1 条件と考えられる。

武蔵境キャンパスのある武蔵野市は武蔵野の面影を色濃く残す閑静な住宅街で、非常に安全な地域である。武蔵小杉病院、多摩永山病院、千葉北総病院それぞれの周辺地域も治安、安全の面で非常に良い条件であると言える。

千駄木キャンパスの教育棟、大学院棟、図書館、丸山記念研究棟、生命科学研究センター、健診医療センター、橘桜会館は ID 認証による出入り管理を行っている。ID として、すべての教員には職員証、学生には学生証の携帯が義務づけられている。警備は付属病院防災センター詰めの警備員が巡回し、適宜対応している。武蔵境キャンパスでは校舎に入るにあたっての ID 確認等を行われていないが、校内入る門脇に警備員がいて常時監視している。

各付属病院については、建物の入り口に警備員はいるものの、患者さんは当然自由に出入りできる。教職員は職員証、学生は学生証（または Student Doctor 認定証）を常に胸に提示していなくてはならない。

日本医科大学のほぼすべての建物は耐震基準に適合している。学生全員に毎年配布される学生便覧には「災害棟への対策」「災害用伝言ダイヤル等の活用」「地震発生時の初動マニュアル」「地震発生時の対応マニュアル」が掲載されており、初年次教育において防災教育がなされる。（別冊 3 P96～P101）

防災訓練はそれぞれの付属病院で実施される他、武蔵境キャンパスにおいて教職員、学生の避難訓練が行われている。資料として昨年度の避難訓練の報告書と訓練時の写真を示す。

## 日本獣医生命科学大学との合同避難訓練について（報告）

- 開催日時 : 平成 28 年 2 月 26 日（金）午後 1 2 時 3 0 分から午後 1 時 3 0 分まで
- 開催場所 : 日本獣医生命科学大学中庭（アリーナ前）
- 参加者 : 日本獣医生命科学大学事務部、武蔵境校舎事務室（金子、菅原、田島、北畑）、大和サーブス、学生
- 実施内容 : 地震発生後の火災に対する避難訓練（当日のタイムスケジュール参照）  
 ・平成 28 年 1 月 26 日（火）付けにて、日本獣医生命科学大学学長及び防火防災管理者（清水施設管理課長）から、避難訓練の実施について通知があり、当事務室も合同にて参画して実施することとなりました。【平成 27 年 1 月 21 日（月）、防火防災管理者から相談がありました。また、前任者からも引継ぎがありました。】  
 その後、避難訓練の実施について原議書を起案し、決裁をいただきましたが、参画者を限定せず、学生も参画するようとの指示がありました。  
 避難訓練実施日 1 週間前に防火防災管理者から、タイムスケジュールが配布され、前日には当日使用する無線機が貸与（永久貸与）されました。  
 避難訓練実施日の当日は、天候に恵まれ、防火防災管理者（清水施設管理課長）からの指示に基づき、武蔵境校舎班の班長である金子が、武蔵境校舎（E 棟 2 階及び 3 階）に駆け足で急行し、無線機を使用して防火防災管理者に「武蔵境校舎 2 階・3 階以上なし」と報告しました。  
 報告後、アリーナ 1 階の食堂厨房（カフェテリアむらさき）から出火したことを想定し、自衛消防隊による初期消火訓練が実施され、訓練終了後、避難を開始しました。【避難は、事務室に待機していた吉村、菅原、田島、北畑の 4 名が、試験終了後に残っていた学生を避難誘導しました。（約 30 名）】  
 避難完了後に金子が、防火管理者に対し、「教職員・学生は、全員避難しました。逃げ遅れ、けが人なし」と報告し、避難は終了しました。（実際には時間の関係上、避難途中で終了。）  
 避難終了後、防火防災管理者から武蔵野消防署に報告し、避難訓練は終了となりました。終了後、日本獣医生命科学大学自衛消防隊による初期消火訓練、武蔵野消防署武蔵境出張所による救助者救出訓練、放水訓練が実施され、最後にけむり体験及び水消火器による消火訓練、訓練における注意事項が説明され、終了となりました。
- 備 考 : ・実施日が年度末であったこと、3 学期末試験期間中で学生全員の参画ができなかったことが今後の課題となりました。  
 また、実際に避難訓練に参画した学生から、「もう時期千駄木校舎に行くのに今さら実施しても遅いのではないか。」との意見もありましたので、防火防災管理者とも相談し、平成 28 年度の実施時期について検討していただくように働きかけを行いたいと思います。

以上



日本医科大学病院組織規則に基づき、各病院に医療安全管理部門が設けられている。その主な業務は以下の通りである。

## 医療安全管理業務

### 1.セーフティ・マネジメント（事故防止対策・医療安全文化の醸成）

- インシデント・アクシデントの分析改善・フィードバック
- 医療安全管理情報の周知徹底
- 医療安全管理の視点から院内ラウンドの実施
- 医療機器・器具・備品の標準化・単純化の促進
- 医療の標準化の促進
- チーム医療の促進
- 職員の倫理水準の向上
- 医療安全管理に関する教育活動の実施
- 患者・家族を医療チームメンバーとして参画するよう働きかける
- 各種モニタの実施・分析・評価・フィードバック

### 2.リスクマネジメント（事象発生時の患者・職員・病院の損傷の低減）

- インシデント・アクシデント発生時の患者・家族の反応からの分析・対策・Feed back
- 患者苦情・患者相談窓口情報からの分析・改善・評価・フィードバック
- エマージェンシーコールシステムの整備
- コンフリクト・マネジメントの実施
- 必要時メディエーションの実施
- 防災・防犯システムの整備

### 3.医療の質管理

- 共同指導・医療監視からの指導項目の整備
- 患者満足度調査の分析と改善
- 職員満足度調査の分析と改善
- 臨床指標の検討
- 医療安全管理に関する調査・研究の支援

教職員に対する「医療安全管理講習会」、「感染対策講習会」を定期的実施することで、患者とその介護者に対しても安全な環境を提供できるよう努めている。それらの知識は臨床実習を通じて学生にも周知している。「医療安全管理の手引き」は適宜改定されながらポケット版にして付属病院全職員が携帯することが義務づけられており、様々な不測の事態に対処するよう努めている（別冊 19）。

学生の臨床実習に当たっては、ご協力いただく患者の安全、プライバシーおよび人権の尊重のため、学生からは誓約書、また患者からはインフォームドコンセントを得るようにしている。患者からの同意については、見学実習に対する協力を踏まえて包括同意を得るばかりでなく、学生が担当する場合や処置を行うときなどは個別の同意書を頂くようにしていく方向で、教務部委員会審議が行われて来た（資料 2-38）。

基礎医学を学ぶ大学院棟においては以下のように十分な安全対策が取られて来た。本研究棟は建物として学生および研究者の有害物質、有機物質からの保護を含む研究の

安全管理に配慮している。大学院棟入退館は ID カードによって管理を行い、有害物質や危険物質の保管上の安全性を担保している。施設全体の構造として、実験に使用する有害物質への不用意な暴露を避けるため、デスクワークを行うオフィス区域と実験区域を分離している。揮発性有害物質を扱う場合を考慮して、使用する可能性のある実習室および研究室には建設段階からドラフトチェンバーを備え付けで設置している。有毒物質が発生した場合に対応できる空気呼吸器（ライフゼム）も 1 階に常備されている。

施設の運営を円滑に行うために、大学院棟管理運営委員会が設置されており、設備の整備、安全管理について情報共有と問題解決を行っている。大学院棟の緊急時の連絡体制も確立されている。

試薬および試料の安全管理に関しても法令に則って行われている。組換え DNA 実験に関しては、法人に学校法人日本医科大学組換え DNA 実験安全委員会が設置されており（規程）、実験は国の規制に従って承認あるいは届け出の上に行われる。使用区域および保管場所も表示を行い、学生および研究者の安全性を担保している。研究者には毎年安全講習会を行っている。医学部学生に対しては研究配属前にも同様の実験安全指針に基づいた講習会を開催し、関連知識の周知を行っている。実際に研究配属において組換え DNA 実験を行う際は、研究計画に研究従事者の届出を行っている。大学院生には初年次の共通科目である医学研究概論で全員、組換え DNA 実験安全指針についての講義を履修する。放射性同位元素の取り扱いに関しても、国の基準に従い、委員会の設置、教育講習、計画の許可、使用区域の制限を行い実験が遂行されている。

海外研修においては教務課と国際交流センターが危機管理マニュアルを用意し、学生に携帯させている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

立地、施設面についての安全への配慮はほぼ水準を満たしていると考えられる。セキュリティについては基本的に ID カードを基本として運用しているが、病院についてはその性格上不特定多数の出入りがあることは避けがたい。各付属病院の医療安全管理部門を中心にできるだけの対策は行っているが、今後もその活動を強化していく必要がある。各付属病院および武蔵先キャンパスでは避難訓練を実施しているが、千駄木地区の教育棟や大学院棟ではすべての職員、学生が参加した訓練は実施できていない。

大学院研究棟においては施設の運営を円滑に行うために、大学院棟管理運営委員会が設置されており、設備の整備、安全管理について情報共有と問題解決を行っている。また研究に関わる案件は研究部委員会が対応している。しかし、学生実習や実験に関わる安全性情報等は教務部委員会および同委員会に属する研究配属委員会へ提供されることになるため、管理委員会および研究部委員会等との情報の共有システムの構築に関しては、十分とはいえない。



### **C. 現状への対応**

学生、教員の安全面については学生部委員会、教務部委員会を中心に、また患者および家族については各付属病院医療安全管理部門を中心に、適宜連携し合いながら向上を期している。各種講習会等を開講するなど、その改善に努めている。2016年4月に研究部委員会の下にあった共同研究センターを共同研究施設へ改組し、学生および研究者に対する安全管理を含む研究に関する情報と対応を一元化するべく、規程整備を行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

安全管理に関する各種講習会等については、今後はLMSシステムを活用し、学生の安全確保、医療安全、感染対策など、e-LearningによるFD機能を強化することによって、講習による理解度についても担保しながら進めていく必要がある。研究部門では、共同研究施設の整備を進めるとともに、安全管理情報に関して、研究部委員会、大学院棟管理運営委員会および教務部委員会間での情報共有システムの構築が必要と考えられる。

参考資料

資料 2-38 : BSL に関する誓約書ならびに患者同意書

別冊 3 : 学生便覧

別冊 19 : 安全管理の手引き

---

教育実践の発展に合わせて施設・設備を定期的に更新、修繕または拡張することで、学習環境を改善すべきである。(Q 6.1.1)

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

#### ① 武蔵境キャンパス

2014年から本学基礎科学過程(1年次)は老朽化した新丸子キャンパスから武蔵境キャンパスに移転した。本学と同一法人である日本獣医生命科学大学の武蔵境キャンパスに地下1階・地上7階建てのE棟を新たに建設し、その2、3階を本学基礎科学課程で使用している。B6.1.1で述べたように、真新しい大教室と二つの中教室、化学実習室、生物実習室、物理実習室、マルチメディア教室が整備され、講義室には最新の授業支援システムが完備されている。基礎科学各科目がより快適で効率的な環境で学習できるようになった。

#### ② 千駄木キャンパス及び付属病院

本学では2006年からAction Plan 21と銘打って千駄木地区再開発を継続している

(<https://newhosp-ap21.nms.ac.jp>) (資料 6-9)。

現在は付属病院第 2 期工事を行っているところである。この再開発計画によりこれまでに、新たに健診医療センター、大学院棟、医学部棟（教育棟）、新職員宿舎、付属病院第 1 期工事が完了している。

大学院棟、教育棟は 2007 年に完成し、B6.1.1 で述べたような最新設備と学修環境が整備されている。

すでに第 1 期工事が終了し、その約半分が運用を開始している新付属病院は 2019 年までに完成予定である。新病院は上記に示すように、床面積は約 30,000 m<sup>2</sup>から 60,000 m<sup>2</sup>とほぼ倍増しながら、病床数は 100 床以上減らし、空間的にゆとりのあるものとなっている。各病棟には BSL 教育のためにカンファレンス室や BSL ルームも設けられる予定である。

このような大規模な施設の建設、拡充を 10 年にわたって続けている一方、教育のハード面での改善も進んでいる。とくに ICT を利用した学修環境の整備はこの数年で著しく充実してきている。教育棟の各講義室にはレスポンス・アナライザーを中心とした講義支援システムが設置され、出欠管理、テスト機能、アンケート機能など多彩な機能が用いられるようになった。学生会館（教育棟地下）には学生が自由に使用できる PC を多数配備し、教育棟全体が無線 LAN（Eduroam）環境に整備された。

本年度からは新しい学事／学修支援システム（LMS）が導入され、講義資料・テスト・レポートなどの機能を駆使した講義および e-Learning が整備されていく過程にある。その他にも、すべてを iPad で行う OSCE 評価システムの導入や、会議室や SGL ルームに電子黒板を配備するなど、確実に学修環境の整備が進んでいる（資料 6-10）（資料 6-11）（資料 6-12）。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

基礎科学課程の武蔵境キャンパス移転と新校舎の建設、およびアクションプラン 21 による千駄木地区再開発を 10 年にわたって続けており、施設面の継続的改善は水準を満たしていると考えられる。学習環境のハード面についても、ICT 関連を中心に改善を継続している。レスポンス・アナライザーを中心とした講義支援システムの設置、学事／学修支援システムの導入、クリニカル・シミュレーション・ラボの運営等、着実に改善されてきている。自己評価としてはむしろそれらのハード面の活用を推進させるための努力が不十分と言えるかもしれない。

## **C. 現状への対応**

さらなる継続的改善を図るため、学生学習環境整備費予算を計上しているほか、毎年私立大学等教育研究活性化設備整備事業を獲得し、医学教育および学習環境を整備するよう努めている。2015 年度は「学事／学修支援統合システムの構築」のために予算を獲得している（資料 6-13）。

## D. 改善に向けた計画

千駄木地区再開発（アクションプラン 21）に続いて、武蔵小杉病院、多摩永山病院についても再開発の計画が進んでいる。臨床実習に関する学習環境もそれぞれ改善される予定である。千葉北総病院では、付属病院と同系の電子カルテシステムを運用していることから、1～2年のうちに、付属病院と同様の学生用電子カルテシステムを構築する計画である。また、新丸子キャンパスの廃止に伴って、運動場およびアリーナを千葉北総病院敷地内に建設する計画である。

### 参考資料

資料 6-9：アクションプラン 21 紹介ホームページ

資料 6-10：学修支援システム概略と活用の取り組み

資料 6-11：OSCE 評価システム

資料 6-12：電子黒板概要

資料 6-13：私立大学等改革総合支援事業選定結果

## 6.2 臨床トレーニングの資源

### 基本的水準：

医科大学・医学部は

- 学生に十分な臨床的経験を与えるため、以下について必要な資源を確保しなければならない。
  - 患者の数とカテゴリー (B 6.2.1)
  - 臨床トレーニング施設 (B 6.2.2)
  - 学生の臨床実習の監督 (B 6.2.3)

### 質的向上のための水準：

医科大学・医学部は

- 学習者の要請を満たすため、臨床トレーニング用施設を評価、整備、改善すべきである。(Q 6.2.1)

### 注 釈：

- [臨床トレーニング施設]には、臨床技能研修室に加えて病院（第一次、第二次、第三次医療が適切に経験できる）、外来（プライマリケアを含む）、クリニック、初期診療施設、健康管理センター、およびその他の地域保健に関わる施設などが含まれ、これらの施設での実習と全ての主要な診療科のローテーション実習とを組合せることで系統的な臨床トレーニングが可能になる。
- [臨床トレーニング施設の評価]には、診療現場、設備、患者の人数および疾患の

種類のほか、保健業務、監督、管理などの点からみた臨床実習プログラムの適切性ならびに質が含まれる。

**日本版注釈:**

- [患者のカテゴリ]は経験すべき疾患・症候・病態（医学教育モデル・コア・カリキュラム-教育内容ガイドライン-、平成 22 年度改訂版に記載されている）についての性差、年齢分布、急性・慢性、臓器別頻度等が相当する。

学生に十分な臨床的経験を与えるため、以下について必要な資源を確保しなければならない。

- 患者の数とカテゴリ(B 6.2.1)

**A. 基本的水準に関する情報**

本学は主に臨床的経験を与える資源として付属 4 病院を擁している。各病院の病床数、1 日平均入院患者数、1 日平均外来患者数、年間受け入れ救急車数（2015 年）は以下のとおりである。

	病床数	入院患者数 (人)	外来患者数 (人)	受入救急車数 (台)
付属病院	897	759	1,870	8,380
武蔵小杉病院	372	321	1,065	3,460
多摩永山病院	401	318	837	3,089
千葉北総病院	600	466	1,191	2,973

(資料 6-14)

また経験すべき疾患（医学教育モデル・コア・カリキュラム教育内容ガイドライン）のうち卒業臨床研修の到達目標にも含まれるものを抽出してカテゴリ別に分けたのち、これらの疾患を BSL 中にどの程度経験できるのか否か 2016 年初頭付属 4 病院各医局に対してアンケートを行った（下記資料 6-15 参照）。これによると、本学は全 18 カテゴリのうち感染症を除く全てのカテゴリで、そこに属する過半数以上の疾患を 50%以上の学生が経験（見学を含む）できるだけの臨床資源をもつことが判明した。一方ごく一部ではあるが本院（付属病院）においては 50%以上の学生が経験できないが、他の 3 病院では経験できる疾患があることも判明した。

医学教育モデル・コア・カリキュラム記載の疾患(計 434)のうち  
 (卒後)臨床研修の到達目標に含まれる疾患(計 167)のカテゴリー別経験頻度  
 各医局へのアンケート結果(75 医局に依頼、回収率 69%)より

50%以上の学生が経験している疾患数					
カテゴリー	疾患数	付属病院	武蔵小杉 病院	多摩永山 病院	千葉北総 病院
1.血液・造血器・リンパ系	9	<u>5</u>	1	1	<u>6</u>
2.神経系	10	<u>9</u>	<u>5</u>	4	<u>8</u>
3.皮膚系	5	<u>5</u>	1	<u>5</u>	<u>5</u>
4.運動器・(筋骨格)系	6	<u>6</u>	<u>5</u>	1	<u>6</u>
5.循環器系	14	<u>14</u>	6	<u>11</u>	<u>11</u>
6.呼吸器系	14	<u>13</u>	<u>7</u>	<u>7</u>	<u>11</u>
7.消化器系	21	<u>11</u>	<u>10</u>	<u>16</u>	6
8.腎・尿路系	8	<u>8</u>	2	<u>7</u>	<u>5</u>
9.生殖機能	9	2	<u>6</u>	<u>6</u>	1
10.妊娠と分娩	3	-	<u>3</u>	<u>3</u>	-
11.乳房	2	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	-
12.内分泌・栄養・代謝系	11	<u>7</u>	2	2	4
13.眼・視覚系	5	<u>4</u>	-	1	-
14.耳鼻・咽喉・口腔系	7	<u>7</u>	<u>7</u>	<u>4</u>	<u>6</u>
15.精神系	9	<u>9</u>	-	1	<u>9</u>
E-1.感染症	24	6	2	3	11
E-3.免疫・アレルギー疾患	6	<u>6</u>	1	2	<u>6</u>
E-4.物理・化学的因子による疾患	4	<u>3</u>	1	-	<u>2</u>

\* 太字は 50%以上の疾患で、50%以上の学生が経験しているカテゴリー

\* 「-」は該当分野の回答が得られなかったもの

(資料 6-15)

また、厳密にはこの基準には該当しないが、本学では独自養成した模擬患者が常時 50 名～60 名在席している。臨床実習前教育としての基本臨床実習においては主要症候、高齢者、女性患者、小児患者の保護者などを適切に演じ分け 10 回以上にわたる実習を行い臨床経験の準備教育を充実したものとしている。

また、2014 年に千駄木付属病院が受審した NPO 法人卒後臨床研修評価機構による外部評価の際の資料では、初期研修修了時の経験すべき 88 疾患の経験達成割合は平均 99.5%であった (資料 6-16)。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

多彩な人数と、性別、年齢層にわたる模擬患者を用いた疾患カテゴリーを意識した準備教育は有効に機能してきたと考える。

今回初めて行った BSL 学生の経験症例調査では大部分のカテゴリーでは過半数の学生が経験できるだけの臨床資源を保有していることが判明した。一方比較的稀な疾患を中心にしてではあるが、大半の学生が経験できていない疾患があることも判明した。Common disease だけでも、必ず全ての学生がどこかの診療科で一度は経験できるような体制をとることが必要である。

また今回のアンケートは診療科へのものであるため、該当患者が存在していながら実習中に学生が気づかない（気づくよう指導できない）可能性もある。そのため将来的には学生が実際に経験した症例を元にしたデータによる解析が必要である。

また千駄木付属病院の研修医対象調査では初期研修 2 年間で厚労省の定める経験すべき 88 疾患はほぼ全員が経験を達成しており、当病院における患者の数とカテゴリーに大きな偏りはないことを示していると考ええる。

今回のカテゴリーとは別の分類法にはなるが、本院は救命救急センターおよびがん連携拠点病院であることから、急性期疾患とがんに関してはとりわけ十分な症例があると考えられる。総合診療、地域保健に関する指導体制が現状では不十分であるが、新カリキュラムでは BSL において総合診療科と地域医療（クリニックなどの協力医療機関）での実習が必修化されることが決定した。だが地域医療協力施設を中心とした地域医療に関する研修でも施設間での患者数・カテゴリーの相違が想定されるが、データとしてはない。

## **C. 現状への対応**

前述した医局へのアンケートに用いた疾患を元に、BSL で経験すべき疾患一覧表の原案を作成する（資料 6-17）。これを BSL 委員会においてブラッシュアップしたのちログブックとして学生に携帯させることにより、個々の学生および担当指導医が、自分は何のカテゴリーに属するどの疾患の経験が不足しているのかが、簡単にわかるようになることを期待している。特に領域横断的な診療科（総合診療、救急など）の実習時には、この情報によりなるべく不足する症例を経験できるような工夫ができる。

また大学病院以外の地域医療を学ぶ場として地域医療協力施設を設定し、BSL70 週化の際には地域の一般医家における実習を通して総合診療、地域保険に関する学習も予定されている（別冊 13）。そのため今後は更に、研修できる疾患および疾患カテゴリーの充実が期待される。

また前述したアンケートにより、本学 4 病院には患者の数のみならずカテゴリーにもそれぞれの特徴のあることが判明したので、この情報を BSL 委員会などに報告し更に効果的なローテーションスケジュールの作成に活用する予定である。

## **D. 改善に向けた計画**

経験すべき疾患一覧表の結果を BSL 終了後に集計し、本当に経験した疾患がどのくらいあるのか、現状を詳しく把握する。また疾患一覧に含まれた疾患のなかには、現場の実情と合わないものが一部含まれる（例：感染症）。そのためこの疾患一覧表自体の見直しも適宜行い、真に卒前に経験すべき症例をなるべく多くの学生に経験させられるような工夫を行う。

総合診療に対する教育は臨床実習でも重要な位置を占めることから、千駄木以外の付属病院内の総合診療科の開設を目指し、地域医療実習についても、地域の一般医家との連携の深化を進めるとともに、経験させるべき疾患一覧などにより研修の標準化を進める。

### 参考資料

資料 6-14：各付属病院の患者数等

資料 6-15：BSL での疾患カテゴリー別経験頻度

資料 6-16：JCEP による外部評価結果

資料 6-17：BSL で経験すべき疾患調査票

別冊 13：臨床医学教育協力施設募集案内

---

学生に十分な臨床的経験を与えるため、以下について必要な資源を確保しなければならない。

- 臨床トレーニング施設(B 6.2.2)
- 

## **A. 基本的水準に関する情報**

現行 5 年次（新カリキュラムでは 4 年次後半から）に学内付属 4 病院で臨床実習を行ってきた。このように学内付属 4 病院が主な臨床実習の場であるが、4 病院合計で 2270 床の入院病床を持ち、いずれの病院でも外来、病棟、検査室、カンファランス室、手術室等で臨床実習が行われた。また、4 病院ともに救命救急センター、集中治療室が設置されており、第一次、第二次、第三次医療の臨床実習が行われた。

千駄木の付属病院は NPO 法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）による外部評価をいち早く受審し継続的な評価を受けてきた。この中で卒後研修の観点ではあるが、付属病院を臨床トレーニング施設として自己点検し、厳格な外部評価を受け、さらに改善を繰り返してきた。2014 年の受審結果では、研修医の院内での個室性の確保などハード面で検討すべき点は指摘されているものの、経験すべき症例の確保などについては適切と評価されている（資料 2-45）（資料 2-46）。

6 年次には学外の病院も含めて学生の希望により臨床実習を行っているが、2016 年度は 6 年次学生の 91.3%が学内付属 4 病院での臨床実習を希望した。同年度に 6 年次

の学外臨床実習を行った病院は、米国の4病院、タイ王国の1病院を含めて12病院であったが、いずれも大規模の高次医療施設であった。

1年次には、早期臨床体験実習を学内付属4病院に加え、一般市中病院5施設で4日間行った。2年次には、老人介護施設、障害者支援施設等で実習を行うなど、低学年時より臨床体験実習を多彩な施設で行ってきた。

クリニカル・シミュレーション・ラボは付属病院の所在する千駄木キャンパス内に設置されており、常時学生が使用できるように管理されてきた。多数のシミュレーターがラボで使用できる（資料6-2）（資料6-3）（資料6-4）。

一方、ラボのない3病院においてもBLS、ACLS（ICLS）、内視鏡、鏡視下手術等の臨床トレーニングのための各種のシミュレーターが配置され教育に供されてきた。

千駄木の付属病院には校舎が併存し学生の専有空間が確保されているが、校舎が併存していない他の3病院にあっても臨床実習学生のロッカー、控室とともに男女別の学生用宿泊施設が病院内に確保されており、学生はシャワー室、職員食堂、図書室等の施設とともに安全に使用してきた。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

高次医療の臨床トレーニングの場として、学内付属4病院の医療設備は質量ともに十分な水準にあると考えている。本学の特色として学内付属4病院いずれにも救命救急センターが設置されていることがあげられるが、プライマリ・ケアから第3次救急医療、ドクターカーやドクターヘリによる病院前診療まで充実した臨床教育が提供されている。

その一方で、家庭医実習や地域医療実習の臨床トレーニング施設は学内付属4病院では不十分である。6年次の学外選択臨床実習でも学生が家庭医実習や地域医療実習を選択することは稀であり解決されていない。

シミュレーション教育施設は、付属病院のある千駄木キャンパスにクリニカル・シミュレーション・ラボが設置されているが、他の附属病院3施設には未設置である。トレーニング器材としては準備ができていますが、実習用スペースの確保に苦慮している。また、これらの教育器材は診療科ごとに管理され、一括管理が行われていないためにメンテナンスや更新の際に費用面での課題がある。

## **C. 現状への対応**

学内付属4病院それぞれにBSL委員会を組織し、定期的に委員会を開催して問題点の抽出と改善をはかっている。また、大学全体でもBSL委員会を定期的に開催しており、全学的な対策を協議し実行している。

低学年時の医療体験の充実を図って、2016年度より1年次実習病院を4施設から6施設に拡充している。

シミュレーション教育を臨床実習の場で活用するように指導医に促すとともに学生



にもクリニカル・シミュレーション・ラボの活用、自主的学習を呼び掛けている。

診療科ごとにそれぞれの教育費を使用して、メンテナンスと更新を行っている。スペースについては各診療科で工面をしている。

#### **D. 改善に向けた計画**

BSL 期間を延長する計画に伴い、臨床実習協力施設を選定作業中である。臨床実習協力施設には家庭医や地域医療施設を含めて、大学病院では経験できない領域の臨床実習の充実を図っていく。各施設の指導医には大学指導者としての称号を付与する一方、充実した実習とともに学生に対する公正な評価をできるように FD を開催するなどの準備が必要となる。

##### 参考資料

資料 2-45 : NPO 法人卒後臨床研修評価機構 (JCEP) 臨床研修評価

資料 2-46 : 臨床研修評価 調査結果

資料 6-2 : クリニカル・シミュレーション・ラボの概要

資料 6-3 : クリニカル・シミュレーション・ラボ機器リスト

資料 6-4 : クリニカル・シミュレーション・ラボ利用状況

---

学生に十分な臨床的経験を与えるため、以下について必要な資源を確保しなければならない。

- 学生の臨床実習の監督 (B 6.2.3)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

付属 4 病院の医師の平均 39.9%、合計 332 名が臨床研修指導員の資格を有しており、その大半は BSL における指導にも携わっている。これにより付属 4 病院においては卒前卒後のシームレスな教育が行える監督体制が整えられてきた (資料 1-35)。

1 年次に early exposure として行われる実習では、付属 4 病院の看護師も監督にあたる。医学教育センターでは看護部とは事前に綿密な打ち合わせを行い、評価の均一化も図っている。同時期に行われる地域医療実習の監督にあたる担当医師や施設長、2 年次の介護施設等での実習でも施設長や、現場の指導に当たる職員とは教育内容と評価に関する打ち合わせを行っている。

5 年次、6 年次の臨床実習については、教務部委員会の下部委員会である BSL 委員会が管理してきた。各病院各診療科に BSL 指導責任者 (正・副臨床実習委員) (資料 6-18) がおり、その下に指導担当教員が配置されている。

学内に卒前、卒後の教育に携わる主要な担当で編成される「医学教育関連会議」を設置し、この中で臨床実習、臨床研修、専修医研修に関する連携と大学、付属病院全体の方向性につき議論を行っている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

FD を経て、臨床教育に関する基本的理論と、技能を備えた臨床研修指導医 332 名が中心となり、BSL における指導にも携わっている。これにより付属 4 病院においては卒前卒後のシームレスな教育が行える監督体制が整えられていると考える。

看護師、外部医療機関の指導者とも医学教育センターが入念な打ち合わせを行い、教育を行っていると考ええる。

監督・指導医の個々の教育能力については、FD ワークショップを定期的に行い、水準を整える必要がある。特に今後展開する地域医療実習など外部の指導者向けの FD はまだ行われていない。

## **C. 現状への対応**

付属 4 病院の BSL 委員会が各病院の、大学全体の BSL 委員会が、月例の委員会で、あるいは教務課、各病院庶務課などを通じて適宜、実習中の問題を抽出している。これをサポートする事務職の配置も行っている。

## **D. 改善に向けた計画**

医学教育のための FD における、臨床実習に関する指導項目を充実させる。  
院内に臨床実習専任教員を置き、持続可能な臨床実習への監督を可能にする。

参考資料

資料 1-35：付属 4 病院臨床研修指導医数

資料 6-18：臨床実習委員名簿

---

学習者の要請を満たすため、臨床トレーニング用施設を評価、整備、改善すべきである。  
(Q 6.2.1)

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

大学のクリニカル・シミュレーション・ラボでは、医学教育センターにより計画的に機器が導入され、十分な管理体制の下で運用されてきた。一方、各付属病院では、主に各診療科の希望でシミュレーターが配備されており、管理体制も各診療科が中心となってきた。

また、NPO 法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）による千駄木地区付属病院の外部

評価の結果では、「医学教育用シミュレーター、医学教育用ビデオ等の機材が活用」は適切と評価されて来た（資料 2-45（資料 2-46））。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

大学のクリニカル・シミュレーション・ラボを利用した学生数は、集計のある過去 9 年間で約 3 倍（2007 年度～2015 年度）に増加した（資料 6-4）。これは、専任教員も配置し、学生の要望を満たすよう改善してきた結果と考えられ、求められる水準に達していると思われる。ラボのスペースが十分ではないため、シミュレーターを演習場所に移動させ利用することが多い現状にあるが、シミュレーターそのものの数と種類は十分確保されていると考える。

一方、各付属病院では、シミュレーターを利用した学生数を把握できていない。大学のクリニカル・シミュレーション・ラボおよび各付属病院に開設されている救命救急センターでは、保有するシミュレーターを十分に把握できているが、それ以外の部署では不明な点がある（資料 6-19）。

## **C. 現状への対応**

各付属病院でシミュレーターを利用した学生数、各診療科で行ってきた教育環境整備状況を病院単位で把握するための作業を開始した。教員および学生を対象とする臨床実習アンケートは既に行われている。ただし、調査結果の利用は、現状の把握に留まっている。

## **D. 改善に向けた計画**

学年ごとの利用者数を調査し、詳細な検討結果から臨床経験に則した効率的なシミュレーターの配備を進めていく（資料 6-20）。

アンケート結果を分析し、シミュレーターの配備計画に反映させる。

2016 年度から導入した短縮版臨床評価表（Mini-CEX）や従来の BSL 評価表を活用し、臨床実習の問題点を抽出するとともに、シミュレーターの配備に関する改善点を見出す。

大学のクリニカル・シミュレーション・ラボを常に利用できる付属病院を除く 3 病院にも、学生が自主的に学習できるよう常設施設を設置する。

既存の教育関連委員会（教務部委員会、医学教育関連委員会、4 病院 BSL 委員会など）に、付属四病院全体の教育環境を評価し整備する任務を持たせることで、各病院への最低限のシミュレーター配備や重複回避を行い、より効率的な実践に繋げる。ただし、教育に有効と考えられる各病院の特色は、幅広い視点を学生に持たせるため極力温存するよう努める。

参考資料

資料 6-19：付属 4 病院シミュレーター整備状況

資料 6-20：シミュレーター整備 5 年計画

### 6.3 情報通信技術

#### 基本的水準：

医科大学・医学部は

- 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取り組む方針を策定し履行しなければならない。(B 6.3.1)

#### 質的向上のための水準：

医科大学・医学部は

- 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べきである。
  - 自己学習 (Q 6.3.1)
  - 情報へのアクセス (Q 6.3.2)
  - 症例に関する情報 (Q 6.3.3)
  - 医療提供システム (Q 6.3.4)
- 担当患者のデータと医療提供システムへの学生アクセスを最適化すべきである。(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、図書館の蔵書や機関の IT サービスへのアクセスも含まれる。また、この方針には、学習管理システムを介するすべての教育アイテムへの共通アクセスも含まれる。情報通信技術は、専門職生涯学習 (continuing professional development : CPD) /生涯医学教育 (continuing medical education : CME) を通して、EBM (科学的根拠に基づく医学) と生涯学習の準備を学生にさせるのに役立つ。

#### 日本版注釈：

- [医療提供システム]とは、地域包括ケアシステムなど地域での疾病管理、健康管理を意味する。

---

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取り組む方針を策定し履行しなければならない。(B 6.3.1)

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学では、ICT 推進委員会にて情報化の方針や戦略の立案ならびに検証を行っている。ICT 推進委員会では ICT 推進委員会細則（資料 6-21）、学校法人日本医科大学情報システムの利用に関する規程（資料 6-22）、学校法人日本医科大学学事システム及び学修支援システム運用細則（資料 6-23）に則り、学内の各種委員会、学事部及び ICT 推進センター等と共同して教育・研究及び学習に必要な情報化のための企画・や戦略を立案している。

また、日本医科大学中央図書館において、教育・研究及び学習に必要な医学情報等の図書及びその他必要な資料等の収集・整理・管理・運用を行っている（資料 6-24）。

評価は 2014 年度に ICT 推進委員会で決定した次期大学 ICT 3 か年導入計画に基づき実施している（資料 6-25）。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学では、2014 年度に ICT 現状及び教職員や学生の利活用状況を分析し、自己評価を行い、この結果に基づいて「次期大学 ICT 3 か年導入計画案」を立案した。この自己評価の中で、これまで不十分であった予復習及び双方向型の授業を充実させるための「学生ポータルシステム（Campusmate-J）の新規導入」及び「学修支援システム（WebClass や CoursePower）の強化」を計画し導入した。また、場所や時間に捉われない授業スタイルを充実させる為に、「e-Learning 資料の製作及び配信管理システム」も計画し導入した。また、学内 LAN を利用することで、図書館が契約している電子ジャーナル、診療ガイドライン、EBM 臨床意思決定支援システム、メディカル・オンライン等を閲覧することが可能である。

このように計画的に学内の ICT 環境の整備は計画的に行われてきた。

## **C. 現状への対応**

ICT 推進センターは、ICT 推進委員会で策定する教育・研究及び学習に必要な情報化の企画・戦略の実務ならびに実行を担っており、この結果は ICT 推進委員会（全体会議 2 回、大学小委員会 2 回、病院小委員会 2 回）にて各委員から報告され、改善の状況について議論し検証している。

また、学内での ICT 利活用に向けては、教務部委員会内等に LMS 運営委員会等をつけて推進している。

## **D. 改善に向けた計画**

改善に向けての計画は、ICT 推進委員会大学小委員会にてその実行状況を確認し、適宜、次期大学 ICT 3 か年導入計画案を改善している。その計画案は、ICT 推進委員会全体会議で議論され承認される予定である。

参考資料

資料 6-21 : ICT 推進委員会細則

資料 6-22 : 情報システムの利用に関する規程

資料 6-23 : 学事システム及び学修支援システム運用細則

資料 6-24 : 次期学事システム運用細則 (管理体制補足資料)

資料 6-25 : 次期大学 3 年計画

---

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べきである。

- 自己学習(Q 6.3.1)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学では、「場所及び時間に制約のない自己学習」の方針の元に、教員及び学生が情報通信技術を活用した自己学習に取り組んできた。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

- ①教員及び学生は学内外から「学術ネットワーク」の利用が出来る。
- ②①のネットワークを通じて、下記のような自己学習環境を提供出来ている。
  - ・英語自己学習(ALCネットアカデミー) ・学修支援システム(WebClassや CoursePower)
  - ・各種電子ジャーナル・情報 DB (例 : medical online、science direct など)
- ③e-Learning については、大学院にて提供し始めたが、学部教育での利用はまだ十分ではない。

#### **C. 現状への対応**

自己学習環境については充実しているが、更に利活用する為に教務部委員会、LMS 運営委員会を中心に予復習を中心とした自己学習の推進のための現状分析及び利活用策の検討を行っている。

また、e-Learning については、教務部委員会にて授業コンテンツを充実するための検討を行っている。質の高い e-Learning 及び動画を含んだ教材が制作出来るように、防音設備及び最新機材を配備した『e-Learning スタジオ』を設置した。

なお、付属病院ならびに千葉北総病院では、臨床実習の効果を更に高め、かつ個人情報に対するセキュリティを強化するため、学生用電子カルテの配備を進めている。

#### **D. 改善に向けた計画**

e-Learning コンテンツの充実化を進める。

---

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べきである。

- 情報へのアクセス(Q 6.3.2)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学では、「場所及び時間に制約のない情報へのアクセス」方針の元に、教員及び学生が情報セキュリティリスクを考慮した上での各種情報への学内外からの自由なアクセスが可能となるよう取り組んでいる。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学では、学内の各種システム及び学外と契約している各種情報サービスについては学内外からアクセスの出来る学術ネットワークを提供している。これに加え、学生に対しては、大学のみならず4病院にてBSL向けに公衆無線WIFI環境を整備した。

学術ネットワークに関しては、学内ではMACアドレス認証を行い、学外からはSSL-VPN方式で情報セキュリティに配慮している。

以上のように、本学では教員や学生が学内で提供される情報にアクセスし、十分に活用出来るように整備している(資料6-26)。

#### **C. 現状への対応**

以上のように、情報セキュリティリスクに配慮した情報にアクセスできる環境は整備しているが、更なる情報へのアクセスが出来るように、次期学術ネットワークの基本構想の策定及び立案を計画している。

なお、付属病院ならびに千葉北総病院では、臨床実習の効果を更に高め、かつ個人情報に対するセキュリティを強化するため、学生用電子カルテの配備を行う。

#### **D. 改善に向けた計画**

次期学術ネットワークの基本構想策定に向けて、時代や社会の変化を踏まえ、学内LAN環境の現状把握、課題の洗出し、改善案の検討を継続的に行う。

参考資料

資料6-26：学術ネットワーク運用細則

---

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べきである。

- 症例に関する情報(Q 6.3.3)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

付属病院及び千葉北総分院における患者の文書、検査所見、画像等の情報は全て医療

情報システム（電子カルテシステム及び医事会計システム等）に登録される。

一方、他の付属病院（武蔵小杉分院及び多摩永山分院）における医療情報システム（オーダーリングシステム及び医事会計システム等）には十分な情報を蓄積できず、必要な情報は紙カルテとして蓄積される。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

付属病院及び千葉北総病院の教員は、医療情報システム（電子カルテシステム及び医事会計システム等）に蓄積された様々な情報から、必要な症例を素早く検索することができる。また、学生も学生用電子カルテシステムを通じて、蓄積された情報を教員と同様に活用できる（資料 6-27）（資料 6-28）。

一方、武蔵小杉分院及び多摩永山分院では、様々な情報が紙カルテや各部門システムに分散しており、一元的なデータとして蓄積されていないことから、教員や学生がこれらの情報を素早く活用することが難しい状況にある。

## **C. 現状への対応**

付属 4 病院における医療情報システム（電子カルテシステム、オーダーリングシステム、医事会計システム、部門システム）の全体像把握と、付属 4 病院全ての電子カルテ化を目指し、付属 4 病院における現状の医療情報システムの調査及び、各システムの更新時期を含む中期計画を立案中である。

また、病棟での臨床実習専用の電子カルテ導入に向け、個人情報保護に対する学生のガバナンス向上についてより一層の留意を図る。具体的には、BSL の開始前に個人情報の取り扱いについて付属病院医療安全部の講習を受け、これを理解した学生に対して医療情報へのアクセスを許可することにした。

## **D. 改善に向けた計画**

立案した中期計画を確実に遂行していくとともに、将来的には、付属 4 病院全ての症例データを集約することで、より多彩な症例に基づく教育及び研究に貢献していく。

参考資料

資料 6-27：病院医療情報システム運用細則

資料 6-28：学生の医療情報システム利用に関する細則

---

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べきである。

- 医療提供システム(Q 6.3.4)
-



### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

付属病院においては、当学校法人内外の複数医療機関と地域医療ネットワークを介して接続することで地域医療の連携を実現している（資料 6-29）。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

付属病院において、教員は、電子カルテシステム及び地域連携システムにて、病院での診療情報と地域の病院・診療所の診療情報を横断的に把握することができる。これら診療情報は、地域ケアの教育及び研究に活用できる。一方、学生が地域連携システムを利用するための運用規則は現状では整備されていない。

### **C. 現状への対応**

学生が地域医療ネットワークを介した医療提供システムを教員と共同で有効利用するために、運用を含めた方策を検討中である。

### **D. 改善に向けた計画**

今後、付属病院はより多くの紹介患者を受け入れ、地域連携パスの電子化等、管理できる診療情報を増やしていくと共に、教員と学生が地域連携システムを共同利用できる環境を整えることで、それら診療情報の教育カリキュラムへの反映を進めていく。

参考資料

資料 6-29：地域医療ネットワークシステム紹介資料

---

担当患者のデータと医療提供システムへの学生アクセスを最適化すべきである。

(Q 6.3.5)

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

付属病院において、学生は、学生用電子カルテシステムを利用することで、担当患者のデータにアクセスすることができる。一方、付属病院における医療提供システムに関しては、前述（Q 6.3.4）の通り、学生が利用するための環境整備が必要となる。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

学生用電子カルテシステムは、学生専用の端末からのみ接続可能とし、アクセスできる対象範囲は、学生が担当する患者のデータのみに制限することができる（資料 6-30）。

一方、医療提供システムに関しては、前述（Q 6.3.4）の通り、学生が利用するための環境がまだ整備されていない。

### C. 現状への対応

前述（Q 6.3.4）の通り、学生が地域医療ネットワークを介した医療提供システムを教員と共同で有効利用するための運用を含めた方策を検討中である。

### D. 改善に向けた計画

学生用電子カルテシステムでは、学生専用端末の配置に関する最適化を進めていく。また、患者氏名等の個人を特定できる情報を扱うため、学生へのモラル教育を現状以上に徹底していくと共に、指導教員を含めた運用マニュアルを作成し教育を行う。

参考資料

資料 6-30：学生用電子カルテシステム機能概要

## 6.4 医学研究と学識

### 基本的水準：

医科大学・医学部は

- 教育カリキュラムの基盤として医学の研究と学識を利用しなければならない。(B 6.4.1)
- 医学の研究と教育との関係性を育む方針を策定し履行しなければならない。(B 6.4.2)
- 施設での研究設備と優先権を記載しなければならない。(B 6.4.3)

### 質的向上のための水準：

医科大学・医学部は

- 医学の研究と教育との相互の関連を確保すべきである。
  - 現行の教育に反映されるべきである。(Q 6.4.1)
  - 医学研究開発に学生が携わるように奨励し準備させるべきである。(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術的成果を意味する。カリキュラムの医学研究の部分は、医科大学・医学部内またはその提携機関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。  
[現行の教育への反映]は、科学的手法やEBM（科学的根拠に基づく医学）の教育に有効である（B 2.2を参照）。

---

教育カリキュラムの基盤として医学の研究と学識を利用しなければならない。(B 6.4.1)

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

本学の教育理念としての「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」や、コンピデンスの「科学的研究心と思考能力」「豊かな人間性と国際性」「次世代の育成、教育能力」「統合された医学知識」「克己殉公の精神を受け継ぐプロフェッショナルリズム」を実現するために研究領域を盛り込んだカリキュラムを構築している（資料 1-7）。

大学院医学研究科には医学専攻の下に機能形態解析医学領域、生体制御再生医学領域、健康社会予防医学領域の 3 つの領域、46 分野の大学院分野と 1 つの寄付講座、基礎科学、付置施設として先端医学研究所（5 分野）があり、基礎科学、基礎医学と臨床医学が深い人的交流を行いながら、基礎、臨床およびトランスレーショナル研究を進めている。基礎・臨床融合型研究体制は私立大学戦略的研究基盤形成事業の採択プロジェクトにおいても明確に示されている（資料 6-31）。こうした各分野に属する研究力を有した教員が一体となって、医学部教育を担っている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

ほぼ全ての分野が医学部教育に関わっている。授業科目としては担当していない分野もあるが、3 年次の研究配属においては学生の配属先として積極的に参加している。講義を担当していない基礎科学、基礎医学、臨床医学の教員も、SGL を通して学生に直接接し教育している。

本学の教員の多くは学位を取得（医学博士 54.8%、その他の博士 4.8%）しており、各分野で基礎研究もしくは臨床研究の医学研究を進めている。その研究成果は毎年業績集として公開されている。任期教員に対しては 5 年に一度、任期教員評価委員会で研究に関しても評価され、教員にフィードバックされており、研究面での資質や適性を判定されることで指導者の学識、研究能力が担保され、すべての教科の講義に反映されている。

## **C. 現状への対応**

現在行っている FD への教員の参加を促し、教育の機会が少ない研究者にも教育法のスキルを身に付けて、専門性を活かした教育への参加を推進する。

任期制以外の教員に対する研究評価がなされていないが、全教員への研究に対する評価の必要性が検討されている。

教員から専門分野を生かすことができる教育プログラムについての意見を集約する。

## **D. 改善に向けた計画**

各教員の専門性を活かし、学生が能動的に学習を進めることができる教育カリキュラムの整備を検討する。

参考資料

資料 1-7：履修系統図

資料 6-31：私立大学戦略的研究基盤形成支援事業研究プロジェクト

---

医学の研究と教育との関係性を育む方針を策定し履行しなければならない。(B 6.4.2)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

医学研究に必要とされる、分析的および批判的思考および科学的方法に関しては、コンピテンスの一つとして、「5. 科学的研究心と思考能力」が明記されており(資料 1-5)、これを学修するカリキュラムも履修系統図に明確に示している(資料 1-7)。

1 年次早期に、「医学入門」ユニット①医学教育カリキュラム総論」で科学的方法を講義し(資料 2-7)、1 年次から 2 年次の「特別プログラム」では最先端医学の研究や臨床への展開の方法(資料 6-32)、2 年次と 3 年次の基礎 SGL では基礎から臨床医学的な包括的な課題の検討(資料 6-33)、3 年次の「臨床医学への基礎医学的アプローチ」では、臨床課題や疾患の発症機序に対する基礎医学からの解明の試み(資料 2-30)、3 年次の「研究配属」で実際に医学研究を体験する教育を取り入れている(別冊 12)。

4 年次では、希望者だけであるが、「臨床配属研究」を行い、実際の臨床研究もしくは臨床分野の基礎研究を進めている(資料 2-11)。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」の教育理念に基づいて、研究と教育の関係性を育む方針を明確に策定し教育を行っている。

医学の理解と探究心の醸成のために 1 学年の(医学入門)ユニット①医学教育カリキュラム総論から、特別プログラム、臨床医学への基礎医学的アプローチ、研究配属、臨床配属、社会医学、臨床病態学が行われている。それぞれに対しては検証がなされ、改善が加えられているが、それらを通しての包括的、機能的な学習になっているかの検証がなされていない。

臨床配属では研究に興味のある学生のみを選択制のカリキュラムで、その選択学生数に限りがある。

### **C. 現状への対応**

教員および学生からのアンケートで意見を集約し、医学の理解と探究心の醸成のための学習プログラムの改善を進める。

研究配属の期間、テーマあるいは内容の充実を図る。

臨床配属の学習プログラムについての改善を図る。

#### **D. 改善に向けた計画**

系統図に従って、十分なアウトカムを得るために、ポートフォリオ等を活用し、基礎的方法論および基礎医学研究等の講義・授業が、臨床における分析的・批判的思考の活用に繋がっているかを検証し、改善を進める。

参考資料

資料 1-5：コンピテンス

資料 2-7：シラバス抜粋「医学入門ユニット①医学教育カリキュラム総論」

資料 2-11：臨床配属研究 配属表・シラバス抜粋

資料 2-30：シラバス抜粋「臨床医学への基礎医学的アプローチ」

資料 6-32：シラバス抜粋「1年特別プログラム」「2年特別プログラム」

資料 6-33：シラバス抜粋「2年 SGL」「3年 SGL」

別冊 12：研究配属ガイドブック

---

施設での研究設備と優先権を記載しなければならない。(B 6.4.3)

---

#### **A. 基本的水準に関する情報**

大学院研究棟に学生の研究のための演習室と実習室が設置され、優先的に使用されている。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

演習室と実習室の使用に関する管理は教務課が一元管理をしており、学生の使用に関する優先性が担保されている。しかし、演習室と実習室の運用規定はまだ未策定であり、運用規定を定めての運用が必要である。

#### **C. 現状への対応**

講義室、実習室、演習室の運用規定について、教務部委員会での検討を始めている。

#### **D. 改善に向けた計画**

演習室と実習室の運用規定を定めて運用する必要がある。

---

医学の研究と教育との相互の関連を確保すべきである。

- 現行の教育に反映されるべきである。(Q 6.4.1)
-

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学の教育理念としての「愛と研究心を有する質の高い医師と医学者の育成」を達成し、医学の理解と探究心の醸成を育むための研究領域を盛り込んだカリキュラムを構築している。1学年の「医学入門ユニット①医学教育カリキュラム総論」から、特別プログラム、臨床医学への基礎医学的アプローチ、研究配属、臨床配属、6年次の社会医学や臨床病態学が行われている（資料 1-7）。

本学の任期教員はおもに（1）研究、（2）教育、（3）診療に関して評価している。教員によってそのエフォート率は異なるが、自分の責務に応じたエフォート率でこれらの責務について任期教員評価委員会で検証され、それぞれの結果を教員にフィードバックしている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

時間数には限りがあるが、医学カリキュラムの水平的統合、垂直的統合の中で、各専門分野において学識や研究能力が担保された指導者により、すべての教科の講義に反映されている。

医学研究に必要な医学英語の教育は1年次に加え4年次の基本臨床実習で行っている。医学統計学は1年次に行っているが、実際の研究学習に役立っているかどうかについては今後検証が必要である。

研究、教育と診療のバランスは各教員に任されており、各教員が適切なエフォート率で教員としての業務を行っているかの検証制度はない。

## **C. 現状への対応**

医学カリキュラムの水平的統合、垂直的統合の中で、各専門分野の研究が学生教育に活かされているのか検証を進める。

研究と教育とのバランスは各教員に任されている。各教員が適切なエフォート率で教員としての業務を行っているかの検証制度がない。任期教員評価委員会（もしくは教務部委員会や研究部委員会）で研究についてのエフォートを検証する必要がある。

## **D. 改善に向けた計画**

各教員の研究と教育とのバランスについての検証をする制度を検討する。

医学カリキュラムの水平的統合、垂直的統合の中で、各専門分野の研究が学生教育に活かされているのか検証し改善を進めていく。

---

医学の研究と教育との相互の関連を確保すべきである。

- 医学研究開発に学生が携わるように奨励し準備させるべきである。（Q 6.4.2）
-

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

研究配属を開始するに当たり前もって、研究倫理教育（1年次）、組換え DNA 安全講習、動物実験安全講習を受講させる、臨床研究においてはインフォームドコンセントを含む臨床研究に関わる教育を行い、研究に携わるために必要な知識を準備させている。大学への実験に関わる申請も学生を含めて行っている。

3年次に3週間にわたる全日の研究配属を行っている。学生は自らの興味のある研究室に配属され、医学研究の実践と発表方法の学習を通して、医学研究の意義を理解するだけでなく、実際に研究と発表を行うことによって、科学的思考法、医学研究法について学習する機会を持っている（資料 2-10）（資料 2-12）。研究配属の成果は報告書としてまとめられる。

4年次では1年間、希望学生のみであるが臨床配属研究が行なわれ、実際の研究を進めている。希望者は研究配属や臨床配属の期間終了時以降の継続も推奨され、学習する機会を持っている（資料 2-11）。教員の裁量によって海外の研究施設を見学することも行われている。

研究配属の成果を国内外の学会で発表する、あるいはピアレビューのある論文として発表することを奨励されている。

学生の2年次から3年次にかけて、米国 NIH（National Institutes of Health）で行われている summer student 制度を利用し、海外留学支援を行い、海外での専門研究施設での研究体験を行っている（資料 2-13）（資料 2-26）（資料 2-27）。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

基礎科学、基礎医学の実習においても、医学研究に向けた基礎的技能を修得させ、研究配属前の講習を行うことで、研究に携わる準備をさせている。

研究配属では、大学院医学研究科の機能形態解析医学領域、生体制御再生医学領域、健康社会予防医学領域の3つの領域、46分野の大学院分野と1つの寄付講座、基礎科学、付置施設として先端医学研究所（5分野）からの研究課題を選択して研究を進めているが、協定校や海外の研究施設での研究配属や臨床配属は行なわれていない。

基礎配属や研究配属で成果を上げた学生は大学から桜賞として表彰されることで評価されている。

成果発表の機会を広く与えているが、研究配属の予算だけでは学生の発表までを賄っていない。

## **C. 現状への対応**

上記教育を含めた事前準備を徹底させる。

研究配属ではアンケートを用いて学生と教員からの意見を集約し、研究配属実行委員会で検討し、改善を進めることになっている。

臨床配属では、多くの学生の希望者の増加が望める魅力ある課題や環境の改善の検討

を始めている。

研究配属については、協定校や海外での研究施設での研究を行う連携について議題として検討を始めている。

海外施設での学生の summer student 制度や他の海外研究施設でも可能となるよう、候補となる施設のリストアップと交渉を推し進めることの検討を始めている。

#### **D. 改善に向けた計画**

学生の興味のある分野の先端施設での研究を進めることが可能になるような教育カリキュラムの作成を検討する。

学ぶ意欲のある学生を対象として、各教員の専門性を活かした教育カリキュラムの作成を検討する。

学生の研究を奨励するため、選択科目としての単位化などの教育カリキュラムの整備を検討し、医学研究に興味を持った学生をサポートする体制を整える。

#### 参考資料

資料 2-10：研究配属 配属表

資料 2-11：臨床配属研究 配属表・シラバス抜粋

資料 2-12：学生の学会発表等一覧

資料 2-13：学生表彰理由

資料 2-26：NHI サマースチューデント募集ポスター

資料 2-27：NHI サマースチューデント参加実績

### **6.5 教育の専門的立場**

#### **基本的水準：**

医科大学・医学部は

- 必要な時に教育専門家へアクセスできなければならない。(B 6.5.1)
- 以下の事項について教育専門家の利用に関する方針を策定し履行しなければならない。
  - カリキュラム開発 (B 6.5.2)
  - 指導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・医学部は

- 教職員の教育能力向上において学内外の教育専門家が実際に活用されていること示すべきである。(Q 6.5.1)
- 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 6.5.2)

- 教職員は教育的な研究を遂行すべきである。(Q 6.5.3)

**注 釈:**

- [教育専門家]とは、医学教育の導入、実践、問題に取り組み、医学教育の研究経験のある医師、教育心理学者、社会学者を含む。このような専門家は教育開発ユニットや教育機関で教育に関心、経験のある教員チームや、外国施設或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。

---

必要な時に教育専門家へアクセスできなければならない。(B 6.5.1)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

本学には医学教育専門ユニットとして2002年に旧教育推進室が設置され、2014年には組織の改編を経て、卒前、卒後、そして生涯教育まで一貫した教育面での研究、開発、支援を行うべく医学教育センターが設置された(資料1-19)。現在は専任教員として教授1名、特任教授1名、助教3名、事務職員1名が在職し、兼任教職員として教授2名、客員教授1名、講師2名、ICTテクニカルスタッフ1名が在職している(資料6-34)。このうち助教1名はIR室の専任、ICTテクニカルスタッフ1名はIR室兼任である。医学教育センターは大学教育棟1階に設置されており、教職員、看護師などの病院職員、学生、研修医、卒業生の求めに応じて必要な情報提供、教育支援活動を常時行っている。また学長らの求めに応じ、医学教育センター長、副センター長は教務部委員会およびその下部組織であるカリキュラム委員会、SGL実行委員会、CBT実行委員会、OSCE実行委員会、BSL委員会、LMS運営委員会、あるいは学生部委員会(資料6-35)、卒後研修委員会、医学教育関連委員会等の委員として参加し、教育専門家としての立場から学内の種々の教育業務に参加している。他のスタッフもそれぞれこれに準じ、各種委員を務め教育業務に参加している。

外部より、医学教育センター客員教授として社会学の教授、総合診療科特任教授として民間病院の院長(2名とも医学教育学会代議員)を招聘し教育に参画を得ている。さらに、同一法人ではあるが別大学である日本獣医生命科学大学の教育専門家(教育学修士を含む)にも常時アクセスしている。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

本学には医学教育を専門とする教員は複数在籍しており、大学関係者は常時これにアクセスできるよう機能してきた。医学教育センターに専任教員は5名おり、4名は日本医学教育学会の会員であり(2名は代議員)学会内の委員会活動にも参加している。専任教授はJACMEの評価委員、共用試験実施評価機構の委員、私立大学情報教育協会

の委員といった外部の教育関連の委員や臨床研修指導医講習会のタスクフォースなども務め他施設の教育専門家とも連携をとれる状況にある。さらに医学教育専門家資格も取得している。

専任助教3名は non-MD の教員であることから、教育活動の内容に著しい偏りが生じることのないよう配慮し、一部は兼任の教員でこれを補ってきた。臨床系の教員として産婦人科学と救命医学の講師を新たに兼任教員として迎え、学会活動等にも参加を促し教育専門家としても研鑽を積めるよう配慮した。

### **C. 現状への対応**

学内で、当センターを兼務できる教員のリクルートを常時行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

教育研究経験のある医師に限らず、教育学、社会学など他の分野からも人材を確保するとともに、海外協定校の教員など国外の医学教育専門家とも連携を深める必要がある。

#### 参考資料

資料 1-13：教務部委員会運営細則・委員名簿

資料 1-16：カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

資料 1-19：医学教育センター運営細則

資料 1-23：BSL 委員会運営細則・委員名簿

資料 1-24：SGL 実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-25：CBT 実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-26：OSCE 実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-28：総合試験実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-29：LMS 運営委員会運営細則・委員名簿

資料 1-33：卒後研修員会運営細則・委員名簿

資料 6-34：教育ユニット機関一覧抜粋

資料 6-35：学生部委員会運営細則・委員名簿

---

以下の事項について教育専門家の利用に関する方針を策定し履行しなければならない。

- カリキュラム開発(B 6.5.2)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

本学は医学教育センター（以下センター）に医学教育研究開発部門を置き、カリキュラム開発における中心的役割を担わせている。同部門は日本医科大学、教務部委員会、およびセンターの基本方針に基づき、教授会、教務部委員会からの諮問事項、その他学

長が検討を必要と認めた事項に関すること、学内教育における企画、運営、支援に関することなどを所掌することとなっている。また同部門は IR 室からのフィードバックも有効に活用している（資料 1-19）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

センター専任教授は部門長の任にあり、医学教育関連委員会、教務部委員会他、SGL（Small Group Learning）実行委員会、BSL 委員会、カリキュラム委員会（オブザーバー）、卒後研修委員会などの委員を務める。センターはこれら委員会の指示の下、あるいは協働し、時に学長、医学部長の直接的指示の下で現行カリキュラムの改善はもとより、学内外のニーズに応じたカリキュラム開発を行ってきた（資料 4-14）。

例えば初年次教育カリキュラムやプロフェッショナルリズム教育カリキュラムの開発、能動的学修を促すカリキュラムなど学科目を横断する内容のカリキュラムの開発を行ってきた（資料 6-36）。

学内における新しい取り組みについては、アンケートなどを通じた学生からのフィードバック、カリキュラム委員会での検討結果、教務部委員会からの指示を受け、センターが主導し行ってきた。またプロフェッショナルリズム教育など、カリキュラム開発上特に必要を生じた場合には、特任教授、客員教授の招聘と言う形で専門家の層を厚くし対応してきた。しかし国内外を通じた全く新しい教育手法の研究開発、カリキュラム開発にまでは至っていない。

## **C. 現状への対応**

現在専任、兼任の医学教育センター教員の、カリキュラム開発に関わるさらなる研鑽を促すべく、学外研修参加を後押しし質的にも量的にも充実化を図っている。

## **D. 改善に向けた計画**

次世代を担う教員に教育専門家としての研修、研鑽の場を提供するとともに支援をさらに強化し、本学のニーズに合ったカリキュラムの開発を促進していく必要がある。

### 参考資料

資料 4-14：アンケートを踏まえた SGL 等の教育改善例

資料 6-36：医学教育センター立案によるカリキュラム

---

以下の事項について教育専門家の利用に関する方針を策定し履行しなければならない。

- 指導および評価方法の開発(B 6.5.3)
-

## **A. 基本的水準に関する情報**

医学教育センターは日本医科大学、教務部委員会、および医学教育センターの基本方針に基づき、教授会、教務部委員会からの諮問事項、その他学長が検討を必要と認めた事項に関すること、学内教育における企画、運営、支援に関することに加え、IR業務も所掌することと定めている。主として教務部委員会の場において、現状の指導法や評価法に関する課題が確認された場合、同委員会の委員である医学教育センター長、副センター長を通じて医学教育センターにその解決に向けた素案作りが命じられるシステムになっている。また医学教育センター側も本件に関わる国内外の動向を捉え、学内の現状と照らし合わせ検証し、随時教務部委員会に改善を促す提言を行う体制にある。医学教育センター内に設けられたIR室はこの検証の基本となるデータの収集、解析の任も負ってきた。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

本学はこれまでに Team Based Learning の導入、クリッカーを用いた双方向型授業の推進、早期臨床経験の拡充、多職種連携教育の推進、臨床実習におけるクリニカル・クラークシップの充実化、シミュレーターを用いた教育の推進、e-Learning の推進など新しい指導方法の本学の現状に合わせた導入、開発については医学教育センターにその任を負わせてきた。

さらに Mini-CEX の導入など臨床実習評価の改善についても教務部委員会が、医学教育センターに BSL 委員会と協働で取り組むよう指示をし実現化させた（資料 2-41）（資料 3-2）。

また、2014年に設けられたIR室は、現在行われているいくつかの評価方法の妥当性や信頼性について検証を行い教務部委員会にフィードバックを行ってきた。

このように旧教育推進室から業務を引き継いだ医学教育センターにその任を委ね、指導、評価方法の本学に合わせた開発、導入は着実に行われてきた。しかし、特に評価法に関する見直しはまだその途上である。特に本学においても形成的評価の要素が乏しい現状にある。ポートフォリオ評価の運用についても議論はなされて来たが、まだ実現に至っていない。

## **C. 現状への対応**

近年本学で導入されたICT機器の活用により、新たな指導法、評価法の開発を検討中である。これについても教務部委員会、ICT推進委員会の指示の下で医学教育センターが中心となり、学事部教務課、ICT推進センターと協働し作業を進めさせている。

## **D. 改善に向けた計画**

指導方法、評価方法の改善、開発については教育専門家としての医学教育センターがその任に当たり、その主導で十分機能はしているが、現状では一般的な教育理論、先行

事例に基づいた取り組みが主体であり、今後本件に関する学内の改善に向けたニーズの分析が必要である。

参考資料

資料 2-41：臨床実習指導医マニュアル

資料 3-2：Mini-CEX 資料

---

教職員の教育能力向上において学内外の教育専門家が実際に活用されていること示すべきである。(Q 6.5.1)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学では医学教育に関する FD ワークショップが年 2 回、臨床研修指導医講習会が年 1 回定期的に開催されており、医学教育センター教員はこの企画・運営の中心的役割を果たすとともに、ほぼ毎回そのテーマに応じたエキスパートを外部講師として招聘し行ってきた（資料 3-8）。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

PBL や TBL の導入には先述の FD が大きな役割を果たし実行に移された。また近年の医学教育におけるトピックス、医学教育の分野別認証評価や、アウトカム基盤型教育、インストラクショナルデザインに関する FD はこれらのテーマに関する学内理解の浸透に役立ったと考える。一方で、このように教育専門家の活用はなされてきたが、実際に教職員の能力向上にどの程度寄与しているか、FD においては Kirkpatrick のレベル 2 以上の評価はほとんどなされていない。

#### **C. 現状への対応**

教職員の教育能力向上については事実上 FD がその中心的役割を果たしている。現在の FD は 1 泊 2 日の集中的なものであるが、1 回あたりの参加人数は限られている。そこで例えば学習支援システムの使用法など 1 時間程度で終わる mini FD も行われるようになった。また医学教育センターは例えば、PBL を担当する新人チューターの指導、学習支援システムの使用方法などの個別指導にもあたっている。教育専門家の活用方法も本学の従来 of FD 形式にとらわれず多様な形態をとれるよう取り組んでいる。

#### **D. 改善に向けた計画**

教職員向け FD においても e-Learning の活用を検討中である。

参考資料

---

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 6.5.2)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

教務部委員会における医学教育センターの活動報告では、IR 室が取りまとめた本学の教育成果に関わるデータ（各種試験成績の相関など）とそれに基づいた考察と提言、これに関する、学会等を通じて得られた医学教育に関わる国内外の知見の紹介も行われ、さらに医学部教授会でもこの情報は共有され、議事録は学内 HP 内でも公開し、学内関係者と情報共有を図っている。

また、教員を医学教育のためのワークショップ、臨床研修指導医ワークショップ（学外を含む）、プログラム責任者養成講習会などに積極的に参加させ、その後は FD のタスクフォースなどに任じ得られた知見の学内への還元と実践を図っている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

医学教育センターの教員は学内における医学教育に関する情報発信の役割も担い、日本医学教育学会、日本シミュレーション医療教育学会の他、国際学会にも参加し、また *Medical Teacher* などの学術誌にも常に目を通し最新の知見を得るべく活動している。

また、本学が発刊している日本医科大学医会誌、*Journal of Nippon Medical School* の 2 つの学術誌は Web 公開もされており、これらを通じて国内外への本学の教育上の取り組み、あるいはその背景となる新知見の紹介を行っている。

また、今回の認証評価に際し、医学教育研究開発部門長がこの 3 月に国際学会で得た知見を参考に、学内メールを用いた学内文化把握に向けたアンケート調査が IR 室により行われた。しかし情報の質、すなわち本学、本邦への適用の可否や将来性に関する吟味は十分とは言えない。

#### **C. 現状への対応**

センターの兼任教員を増やし、プログラム評価や教育研究に関する見識の高い人材の確保に向けた活動を行っている。センターでは HP を設け、また SNS を用いた情報発信も行い、教職員の医学教育に関する関心を高める努力を行っている。

#### **D. 改善に向けた計画**

教育に関わる新しい知見に関心を払う教員が、教授会メンバーなど一部に限られることの無いよう、情報発信の手段についてはさらに検討を行う必要がある。

---

教職員は教育的な研究を遂行すべきである。(Q 6.5.3)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

医学教育センター教員は2015年度までは4名、2016年度の時点では3名が文部科学省科学研究費の助成のもとで研究を遂行している。それ以外の研究も含め成果は毎年日本医学教育学会で発表し、論文執筆も行っている(資料6-37)。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

医学教育センターの専任教員は本人の専門領域に応じ、かつ大学においても必要性の高い分野を中心に常時研究活動を行っている。

#### **C. 現状への対応**

兼任教員においても教育的視点に立った研究の遂行を求め、またこのための学会や研修への参加支援を開始している。

#### **D. 改善に向けた計画**

学内において「教育的な研究」というものの認知が未だ十分とは言えず、特に医学教育センターや教務部の各種委員会と関連を持たない教員、あるいは看護職員などにおける研究のニーズを掘り起こし支援する手段を検討する必要がある。

参考資料

資料6-37：医学教育センター研究業績

### **6.6 教育の交流**

#### **基本的水準：**

医科大学・医学部は

- 以下の方針を策定して履行しなければならない。
  - 他教育機関との国内・国際的な協力 (B 6.6.1)
  - 履修単位の互換 (B 6.6.2)

#### **質的向上のための水準：**

医科大学・医学部は

- 適切な資源を提供することによって、教員と学生の国内・国際的な教職員と学生の交流を促進すべきである。(Q 6.6.1)
- 教職員と学生のニーズを考慮し、倫理原則を尊重して、交流が合目的に組織され

ることを保証すべきである。(Q 6.6.2)

**注 釈:**

- [他教育機関]には、公衆衛生学、歯科医学、薬学、獣医学の学校等の医療教育に携わる教員や施設と同様に他医科大学も含まれる。
- [履修単位の互換の方針]とは、他の機関から互換できる学習プログラムの比率の制約について考慮することを意味する。履修単位の互換は、教育分野の相互理解に関する合意形成や医科大学間の積極的なプログラム調整により促進される。また、履修単位が誰からも分かるシステムの採用や課程の修了要件の柔軟な解釈によっても容易になる。
- [教職員]には、教育、管理、技術系の職員が含まれる。

---

以下の方針を策定して履行しなければならない。

- 他教育機関との国内・国際的な協力(B 6.6.1)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

本学では、1986年に国際交流センターを設立し、諸外国との学術交流、友好親善、留学生の受け入れとともに、教務部と連携して学生の海外留学支援を行い、海外教育機関との交流を積極的に行っている(資料 6-38)。

本学学生の海外留学に関しては、現在、以下の4種類にプログラムがある。

#### **1. 海外選択臨床実習 (BSL)**

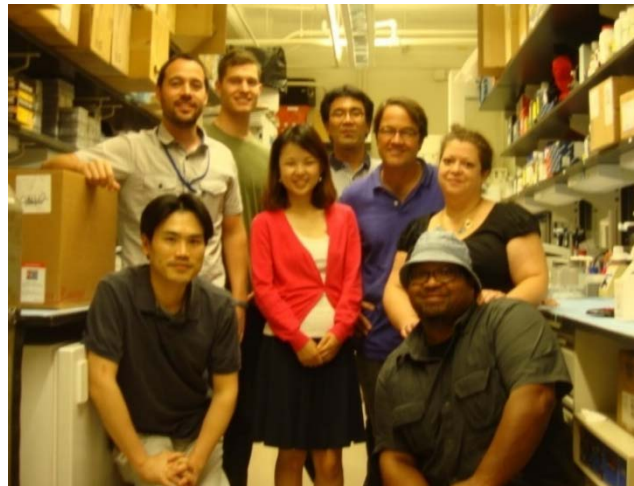
医学部の最終学年である第6学年のカリキュラムに含まれる選択臨床実習を海外の医療施設で行うことを目的として、国際交流センターでは教育委員会(現在、教務部委員会)と協力して、2004年に医学部学生のための海外選択臨床実習制度(Clinical Elective)を設立した。現在、毎年10人程度が米国あるいはタイの大学医学部臨床実習プログラムに参加している。これまでにハワイ大学、ジョージワシントン大学、南カリフォルニア大学、デンバーヘルス病院、チェンマイ大学、タマサート大学および中国医科大学と選択臨床実習の協定を結び、学内選考を通った学生を選択臨床実習に送り出している。各施設ともに受け入れ人数に限りがあり、学内にて参加者の選考を行っている。選考基準は一定以上の学力とTOEFLなどで評価する英語能力に加え、英語での発表と討論能力をグループ面接にて評価している。これらの協定校以外にも、教員の紹介などによる非協定校にも同様の選考と手続きを行って学生を送り出している(資料 2-36)。





## 2. Summer Student 制度

第2～4 学年生を対象にした夏期短期研究留学制度であり、2010 年に開始した。現在までに国立衛生研究所 (NIH, National Institutes of Health) と南カリフォルニア大学 (USC) に留学生を送っている。いずれも、米国の多くの研究室が夏期に行っている短期研修活動に参加させて貰っている。留学期間は7～8月の4～8週間である。このプログラムにも参加者に定員があり、志望者に対して書類審査と面接を行って、実際の参加者を選考している (資料 2-26) (資料 2-27)。



## 3. 東南アジア医学研究会の医学研究と学生交流

1966 年に文化部の一つとして東南アジア医学研究会が発足され、50 年に亘ってタイのチェンマイ大学などと医学研究や学生の交流を行っている (資料 1-9)。

## 4. IFMSA を介しての海外医学部学生との交流

本学の MESS (Medical English Speaking Society) が中心になり、IFMSA (国際医学生連盟) を通して海外の医学部学生との交流を積極的に行っている (別冊 11)。



外国からの留学生の受け入れは国際交流センターの中心的業務である。特にアジア諸国から訪れる若手研究者に対する支援活動を精力的に行ってきた。協定校との学術交流協定に基づいて各研究室に配属する場合と、非協定校の学生が直接各研究室と連絡を取って留学を希望してくる場合がある。いずれの場合も国際交流センターが留学生と各研究室との連絡を取り、必要な手続きを行っている。これまでに 13 大学・病院等と協定を締結し、約 1,500 人の留学生を受け入れている。

一方、国内の協定校との交流は現状では主として大学院レベル、教員レベルに限られている。その中で 2014 年から文京学院大学のチャットラウンジ（同大学の海外からの留学生との交流の場）の本学学生利用が開始され、英語教育に活かされている。2014 年度は 2 年次学生に一定の指導をしたので 114 名の利用があった。2015 年度は自発的な意志に基づいて自由参加とした結果 45 名の利用であった。

1 年次は武蔵境キャンパスにおいて、同法人の下にある日本獣医生命科学大学学生と同じ敷地で学習している。教室あるいは講義は別ではあるが、図書館、食堂、グラウンドは共用であり、交流をはかることができる。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

学生の海外留学支援ならびに海外留学生の受け入れともに国際交流の基本的水準には達していると考えが、国内の教育機関との交流は十分推進されていない。

武蔵境キャンパスでの 1 年次学生に関して、共通の学生交流会などのイベントは設定されているが、交流は未だ十分ではない。

## **C. 現状への対応**

協定校の増加と学生及び留学生に対する経済的支援と安全対策が課題である。

#### **D. 改善に向けた計画**

海外教育機関に広く打診して、積極的に協定校を増やす努力を継続する。現行の留学助成金制度、留学奨学金貸与制度をより充実させる。学生の海外滞在中の安全健康管理と帰国後の健康管理を整備する。すでに協定を結んでいる国内の教育機関においても学部教育面での交流を図るべく、国際交流センターに相当する組織の構築が望まれる。

教務部委員会において、協定を締結している外部教育機関の持つ利点を十分検討し、それを活かした学生教育内容について、議論を継続していく。

#### 参考資料

資料 1-9：東南アジア医学研究会活動紹介資料

資料 2-26：NHI サマースチューデント募集ポスター

資料 2-27：NHI サマースチューデント参加実績

資料 2-36：選択 BSL 配属先

資料 6-38：国際交流センター組織規則

別冊 11：留学報告書

---

以下の方針を策定して履行しなければならない。

- 履修単位の互換(B 6.6.2)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

我が国では、厚労省が海外施設での研修を国内での所定の研修とは認めていないことから、海外実習を「履修単位」とすることはできない。しかし、本学の海外選択臨床実習は第 6 学年での正規のカリキュラムとして運営している。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

現在の我が国の規定に沿った海外教育機関との交流が行われている。

#### **C. 現状への対応**

学則上、履修単位互換の制度はあるが、実際には行われていない。政府の教育指針の見直しを待っている状況である。

#### **D. 改善に向けた計画**

今後、国際化の推進に伴い、海外教育機関での履修も単位として認められることになれば、協定校との密接な連携のもと、医学教育の国際化をさらに推進する。

適切な資源を提供することによって、教員と学生の国内・国際的な教職員と学生の交流を促進すべきである。(Q 6.6.1)

#### A. 質的向上のための水準に関する情報

学生の海外留学先として本学と協定を結んでいるのは、ハワイ大学、ジョージワシントン大学、南カリフォルニア大学、タイのチェンマイ大学、タマサート大学および中国医科大学である。他に、教員の紹介などによる非協定校への留学も支援している。



留学の機会となるプログラムとしては、第 6 学年の海外選択臨床実習、Summer Student 制度、東南アジア医学研究会の医学研究と学生交流、IFMSA を介しての海外医学部学生との交流などが行われている。

海外留学者に対する助成金制度を 2005 年から行っている。この制度では東南アジア医学研究会や IFMSA などの部活動、個人としての活動などの種類を問わず、本学の学生が医学研究、臨床実習、医療貢献に関連したボランティアなどで海外に留学する場合は学生の申請書に基づく審査を経て一人 10 万円を限度に支給を行っている。

一方、海外からの留学生の受け入れは、これまでは中国からの留學生が圧倒的に多かったが、最近では、タイ、ミャンマー、ネパール、エジプト、マレーシアなどからも多く留学している。留学期間は、これまでは 1 年間の研修後帰国する場合が多かったが、最近では大学院へ進学し学位取得を目指す留學生が増えている。

同法人の下にある日本獣医生命科学大学学生と同じ武蔵境キャンパスに教育棟

(通称 E 棟) が建設され、1 年次の学生が学習している。教室あるいは講義は別ではあるが、図書館、食堂、グラウンドは共用であり、獣医生命科学大学の学生および教員と交流をはかっている。東京理科大学など複数の教育機関と教育を含む包括協定を締結し、学生が多様な学問分野を学修する機会を確保している。文京学院大学とは英語教育で連携し、文京学院大学の英語教師および学生と英会話を学習する機会を提供している。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

協定校がまだまだ少なく、米国とアジア諸国に限られている。海外臨床実習に対応可能な実践的英語力が不十分な学生が多い。

国内協定校の活用を推進する組織がなく、教員の交流はあるが学部学生の交流機会が乏しい。

## **C. 現状への対応**

協定校を増やして広く海外に留学の機会を求める。

英語科と連携して学生の英語力、特に留学した際に必要となる実践的な英語力の強化を図る。そのために、武蔵境キャンパスおよび文京学院大学で英会話の機会を提供している。

## **D. 改善に向けた計画**

海外選択 BSL に関しては、GHLO (Global Health Learning Opportunities) への加入などにより留学施設の選択肢を増やす。選択臨床実習の適切な時期を検討することで、学生の留学機会を増やす。

Summer Student 制度では、米国 NIH だけでなく他の研究施設にも可能となるよう、施設の選定と交渉を推進する。

実践的な英語力の育成には、English Café の設置や本学に留学中の学生や研究者との交流の場を設ける。

3 年次学生の研究配属を学外で行い、多様な分野の研究ができる機会を提供できるよう検討している。

国内協定校の活用を推進し教員交流、学部学生の交流機会を増やす組織の構築が望まれる。

---

教職員と学生のニーズを考慮し、倫理原則を尊重して、交流が合目的に組織されることを保証すべきである。(Q 6.6.2)

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

学生だけでなく教職員の海外研修に対する管理と支援を行っている。具体的には、教員の海外出張の管理とともに看護職員の海外施設との交流の支援を行っている。

学生の海外留学中だけでなく帰国後の健康と安全の管理を行っている。

留学生に対しては、ポストクヤリサーチアシスタントなどの制度を整備し、留学生の大学院教育を積極的に展開している。また、留学生による研究発表会を行っており、優秀発表者に対する表彰を行っている。発表は、英語あるいは日本語で行われ、発表内容の学術的レベルは極めて高く、活発な討論が行われている。



2014 年度 海外留学生研究発表会(2015 年 2 月 21 日開催)

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

昨今の海外情勢の変化から、学生の海外留学中に伴う健康と安全の管理をより徹底する必要がある。

留学生の研究発表会が留学生とその関係者だけの参加に留まっている。

### **C. 現状への対応**

渡航前のオリエンテーションの徹底と留学中の連絡方法の確認と帰国後の健康状態の確認を徹底する。

留学生の研究会により多くの学生や教員に参加して貰うことにより、実践的な国際交流を推進すべきである。

### **D. 改善に向けた計画**

留学マニュアルの作成や SNS などを用いた簡便かつ確実な連絡方法の徹底と確認。

本学学生を留学生の研究発表会に参加させ、発表もしくは討論を行わせる。

国内においては、教務部委員会を中心にワーキンググループを立ち上げ、協定校と同

校がそれぞれ有する教育シーズとニーズを検討しあう機会を設定し、交流をはかれる体制を構築する。

## 7. プログラム評価



## 7. プログラム評価

### 7.1 プログラムのモニタと評価

#### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- カリキュラムの教育プロセスと教育成果を定期的にモニタするプログラムを設けなければならない。(B 7.1.1)
- 以下の事項についてプログラム評価する仕組みを確立し、実施しなければならない。
  - カリキュラムとその主な構成要素 (B 7.1.2)
  - 学生の進歩 (B 7.1.3)
  - 課題の特定と対応 (B 7.1.4)
- 評価の結果がカリキュラムに反映されていることを確実にしなければならない。(B 7.1.5)

#### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- 以下の事項について随時、プログラムを包括的に評価するべきである。
  - 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] とは、カリキュラムの重要な側面について、データを定期的に集めることを意味する。その目的は、確実に教育プロセスが軌道に乗っていることを確認し、介入が必要な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、卒業時に事務的に行われる。
- [プログラム評価] とは、教育機関と教育プログラムの効果と適切性を判断する情報について系統的に収集するプロセスである。データの収集には信頼性と妥当性のある方法が用いられ、教育プログラムの質や、大学の使命、カリキュラム、教育の学習成果など中心的な部分を明らかにする目的がある。  
医学教育の専門家が参加することにより、各機関における医学教育の質的向上を経験できる基礎をさらに広げることができる。
- [カリキュラムの主な構成要素] には、カリキュラムモデル (B 2.1.1 を参照)、カリキュラムの構造、構成と教育期間 (2.6 を参照)、および中核となる必修教育内容と選択的な教育内容 (Q 2.6.3 を参照) が含まれる。

- [特定される課題]としては、目的とした医学教育の成果が思うほどには達成されていないことが含まれる。教育の成果の弱点や問題点などについての評価並びに情報は、介入、是正、プログラム開発、カリキュラム改善などへのフィードバックに用いられる。
- [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構成要素]には、課程の記載、教育法、学習法、臨床実習、および評価方法が含まれる。
- [全体的な学習成果]は、医師国家試験の成績、ベンチマークの評価、国際的試験、職業選択、大学卒業後の業績などから測られる。これらの情報は、教育プログラムの画一化を防ぐと同時に、カリキュラム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)。

**日本版注釈:**

- 医学教育モデル・コア・カリキュラムの導入状況と、成果（共用試験の結果を含む）を評価してもよい。

---

カリキュラムの教育プロセスと教育成果を定期的にモニタするプログラムを設けなければならない。(B 7.1.1)

---

**A. 基本的水準に関する情報**

教務部委員会の下部組織である各種実行委員会は、プログラム作成と同時に教育プロセスのモニタを行ってきた。各実行委員会が策定したプログラムは、教務部委員会が補足し、例えば OSCE 実行委員会であれば、OSCE 終了の度に、第三者的な視点で定期的に評価・モニタしてきた。さらに 2013 年 9 月にカリキュラム委員会を立ち上げプログラム評価機能を強化した（資料 1-16）。カリキュラム委員会は、まず本学の教育プロセスを包括的に検証し、シラバスのチェックを行い、またコンピテンス領域の素案を作成し明文化した。その後、カリキュラム委員会は 2016 年に外部メンバーを加えモニタ機能を強化した。外部メンバーは、学生教育委員会代表、看護部、模擬患者代表、地域医療関係者、東京都医師会関係者、地域住民や患者からの協力者である。

また、教育プロセスのモニタについては、日本獣医生命科学大学教職員により、半年に一度本学が開催する FD ワークショップ開催の際に外部評価者の立場から示唆を得ている。本認証評価受審に際しては改めて評価報告書の提出も得た（資料 3-10）。

さらに、2014 年に医学教育関連委員会が設置され、医学部長がこれを総括し、教務部長、医学教育センター長、付属 4 病院院長、大学院医学研究科長、卒後研修委員会委員長、付属 4 病院臨床研修委員長等が構成メンバーとなって、卒前から卒後までをシー

ムレスに捉えて、十分に卒前、卒後の学修が連携するよう検証するシステムが構築された（資料 1-17）。

教育成果のモニタは、主として IR 室が行って来た。2014 年 4 月に医学教育センター設立時に IR 室を立ち上げた（資料 1-19）。旧情報科学センターを再編し、機能を IR 室と法人直轄の ICT 推進センターに分割し、助教 1 名を専任として配置し、ICT 推進センター職員 1 名もこれを兼任し両者の連携は残す形で運用している。IR 室がモニタ機能の一翼を担うようになり、より本格的、かつ継続的に評価が行われるようになった。

それまで教務課が管理していた学生成績などの教学データを IR 室でも共有できるようにし、セキュリティ管理を施した専用の PC 端末で、専任の教員のみデータを整理、解析できるようにした。学年ごとの進級に関わる試験と医療系大学間共用試験実施評価機構による共用試験、医師国家試験成績との関連の検証などを定期的に行っている。

IR 室が整理、解析したデータは医学教育センターを通じて教務部委員会に挙げられ、プログラム評価に活用されて来た（別冊 8）。また同じく医学教育センターを介してカリキュラム委員会にも提示されるシステムである。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

教務部委員会の下部組織である各種実行委員会が行ってきた教育プロセスのモニタは、学生や教員の生の声を聞きながら臨機応変にこれを行ってきた。さらにその検証を教務部委員会が補足し、IR 室の分析結果などを参考にしながら適宜プログラムの改編、改善に反映させてきた。これらの業務はほぼ定期的に行われてきており、モニタ機能は概ね適切に稼働してきたと思われる。しかし、プログラム作成者とモニタ、評価遂行者が同一で、その評価はいわば自己点検的に行われ検証に客観性が乏しい面も指摘され、プログラムモニタ、評価機能を強化したカリキュラム委員会が設けられた。

カリキュラム委員会のモニタ機能は、2016 年にさらに強化され、学生教育委員会代表や地域医療関係者、一般市民も加えた外部委員の参画を得、積極的な意見交換を行っている。これにより本学のプログラム評価機能は大きく前進すると考えるが、カリキュラム委員会の定期開催や外部委員の参画によるモニタ機能の検証は、まだ歴史が浅く評価する段階ではない。

また、医学教育関連委員会は主たる目的は卒前教育と卒後教育、生涯教育の連携であり、プログラム評価の機能に特化した組織ではない。しかし、学内において教育全般に対する大きな発言権、決定権を有する委員が全て出席する同委員会は、プログラムを包括的かつ中長期的な視点から評価する機能を有していると考えられる。

本学では日本獣医生命科学大学から、FD 開催の際には、毎回学長、教育学修士の資格を有する教育の専門家を含め複数名の教員が参加し、有益な示唆を得てきたことも本学の教学モニタの特色として挙げられる。

IR 室では、卒後研修委員会、付属病院の臨床研修センター等からも研修医の進路、研修状況などのデータの提供を受け、また独自のアンケート調査も施行し、これらを解

析する結果、卒前卒後の教育プログラムの一貫性をもった評価・モニタリングが可能になった。IR 室については、専任助教 1 名、ICT 推進センターの兼任職員 1 名を配置し多くの業務を行っているが、カリキュラムの教育プロセスと教育成果を定期的にモニタする部署としてはマンパワー不足が否めずさらなる人員の補充が望まれる。

### **C. 現状への対応**

それまで不定期開催であったカリキュラム委員会を隔月開催に定期化している。本委員会では新カリキュラムの運用を受けて、モデル・コア・カリキュラムと現行カリキュラムとの整合性について、再検証している。さらにコンピテンス領域ごとのコンピテンスの素案作成を行っている。

FD などでも得られる日本獣医生命科学大学教員からの助言・提言に関しては、明文化し、広く学内で共有化を図るとともに、プログラム/カリキュラム改善に役立てるよう改めている。

IR 室を中心とした教育成果のモニタについては、本認証評価受審を機に、上部組織の医学教育センターが、臨床研修センター、研究推進課との連携を強めることでさらなる充実化を図っている。また ICT 推進センターとの連携をさらに図ることで効率化も進めている。これに伴い 2016 年度に増員された ICT 推進センターの職員 1 名を IR 室兼任とした。

### **D. 改善に向けた計画**

カリキュラム委員会については、今後 独立性を確保し、外部評価者（地域社会の代表者、健康管理、医療分野の学術団体）をさらに増強し、モニタリング機能を強化充実させたいと考える。

本学としても獣医生命科学大学に対する peer 評価を行い、教育に関する相互モニタリングを強化しつつ、その機能をお互いに強化したい。

IR 室に関しては、専任職員を増員し、ICT も活用しつつ分析能力、モニタリング機能を強化したい。

#### 参考資料

資料 1-16：カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

資料 1-17：医学教育関連委員会運営細則

資料 1-19：医学教育センター運営細則

資料 3-10：日本獣医生命科学大学による外部評価報告書

別冊 8：IR 調査報告・統計資料集

---

以下の事項についてプログラム評価する仕組みを確立し、実施しなければならない。

- カリキュラムとその主な構成要素(B 7.1.2)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

本学では、1999年に大幅な組織改編を伴う大規模な医学教育改革が行われた（資料7-1）。この改変の特徴は、講義の大幅な削減、臨床医学系統講義の臓器別化、少人数教育、基礎研究配属、臨床実習を大幅に増やした（30.5週から48週へ）ことである。カリキュラム骨格については、主に教育委員会（現教務部委員会）が適宜評価し学部教授会で検証してきた。その結果、様々な変更がなされ現在に至っている（資料7-2）。最近では、これらの評価により、臨床実習期間のさらなる延長、授業時間割りの改変、医学実地演習（低学年での地域医療見学、介護施設視察など）の設置などのプログラム改変が行われた。評価の根拠として、学生による授業評価アンケート（資料5-6）（別冊8-7）、卒業時アンケート（資料2-50）も重要な役割を果たしている。また、BSL、SGLなどの構成要素については、各実行委員会が学生や教員からアンケートによるフィードバックを受け検証している。ここでも、卒業時アンケートが重要な役割を果たしてきた。

2015年にこれまでのカリキュラムを検証した上で、カリキュラム委員会はアウトカム基盤型カリキュラムの骨子としてコンピテンス（資料1-5）を明確化した。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

これまでのプログラム評価は、主として教務部委員会とその下部組織である各種実行委員会が自己評価的に行ってきたが、学生による卒業時アンケートによる評価も大きな役割を演じてきた。授業評価アンケートもプログラム評価には極めて重要な参考資料となるはずだが、回答率の低迷などから十分な機能を果たしていない。

### **C. 現状への対応**

教務部委員会とその下部組織である各種実行委員会は自己点検を定期的に行う。授業評価や卒業時アンケートを適宜参考にし、点検作業を強化する。カリキュラム委員会は、2016年に外部委員を増員しモニタリング機能を高めている。

### **D. 改善に向けた計画**

学生による授業評価アンケート、卒業時アンケートのさらなる充実、有効利用を考える。また、外部委員が增強されたカリキュラム委員会に定期的なプログラム評価、モニタを行わせる。

参考資料

資料2-50：卒業時アンケート

資料 5-6：学生による授業評価結果サンプル

資料 7-1：1999 年カリキュラムポリシー

資料 7-2：教育年表

別冊 8：IR 調査報告・統計資料集

---

以下の事項についてプログラム評価する仕組みを確立し、実施しなければならない。

- 学生の進歩(B 7.1.3)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

IR 室において、学年ごとの進級に関わる試験と共用試験 CBT、OSCE、医師国家試験成績などとの関連の検証などを行って来た。

そのデータをもとにして、教務部委員会を中心として、その下部組織である CBT 実行委員会、OSCE 実行委員会、BSL 委員会、総合試験実行委員会で評価方法などを検証して来た（別冊 8-5）（別冊 8-6）（別冊 8-8）（別冊 8-9）。また、学生による授業評価（資料 5-6）、卒業時アンケート（資料 2-50）、卒業生研修医アンケート（別冊 8-10）などを系統的かつ継続的に行い、その結果を医学教育センターと現在は IR 室がこれを検証し、各試験成績の推移を学生の進歩の指標としてプログラム評価に役立てて来た。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

学生の進歩について、プログラムを評価する方法として、IR 室における各種試験成績の推移を解析する手法を取って来たが、学生の進歩を定量化する手法として、本学受験学生の試験成績（CBT における平均得点、医師国家試験における合格率等）に限らず、各学生の総括的評価に基づく進歩の定量的評価や、卒業後、医師として如何に進歩しているかなど、プログラム評価に用いるべき学生の進歩についての指標は現時点で未採用のもの、定量化困難のものについてもプログラム評価に用いるべきものがある。そこで IR 室では学内メールを用いたコンピテンス達成度評価アンケートを ICT 推進センターと協働で実施し、一定の検証データを得た。

卒前・卒後にわたり、学生の進歩を測る試みはプログラム評価に反映するうえで有用と思われるが、卒業後の進路や研修状況から学生の進歩を測り、定量化することについては困難も伴う。まず、2015 年度に研修を終えた研修医を対象に独自のアンケート調査を行い、パフォーマンス評価を行った（別冊 8-10）。

また、卒後 4 年以内の学会発表、論文発表などの業績数についても調査を行った。

### **C. 現状への対応**

学生の進歩について、IR 室における各種試験成績の推移を解析しているが、定量化が容

易な、試験成績（CBT における平均得点、医師国家試験における合格率等）に限られている。学内メールを用いた学生、教職員全員を対象としたアンケート調査はこれを補うものとして実施している。卒業後、医師として如何に進歩しているかを解析し、プログラム評価に反映させる試みを開始している。卒後研修委員会、付属病院の臨床研修センター、研究推進課等からも研修医の進路、研修状況などのデータの提供を受け、これを解析し、卒前卒後の教育プログラムの一貫性をもった評価を目指している。

#### **D. 改善に向けた計画**

学生の進歩について、個々の学生を特定できないようにするなど、個人情報保護に配慮しつつ、定量可能な成績の推移についてアクセス権限を限って教員内に公開することはプログラム評価反映に役立つため、今後、このような「見える化・視覚化」を具体的に行っていく計画がある。ここでも ICT の活用が鍵となるため、ICT 推進センターと共同でシステム構築を検討したい。こうしてさらに、卒後進路や研修状況に至る学生の進歩の「見える化・視覚化」を行っていく。

参考資料

別冊 8：IR 調査報告・統計資料集

---

---

以下の事項についてプログラム評価する仕組みを確立し、実施しなければならない。

- 課題の特定と対応(B 7.1.4)
- 
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

IR 室が解析したデータ、学生からのフィードバックとして授業評価アンケート（紙媒体、レスポンス・アナライザー使用）、卒業時アンケート、学生教育委員会（資料 4-13）からの意見、そして患者の視点に代え、模擬患者に対するインタビューの結果からも課題の特定を行って来た。IR 室による解析から導き出された課題は可視化が図られ、教務部委員会、学部教授会での報告の際には効果的に用いられてきた。また卒業時アンケートは卒業判定後に学生から提出可能なこともあり、在学中の授業評価などに比べ信頼性が高く、率直な意見が寄せられ課題の特定に極めて有効であるため、講師以上に回覧され活かされて来た（資料 2-50）（資料 4-14）。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

IR 室が行った解析結果、例えば CBT 成績の経年推移や、医師国家試験成績と進級試験の相関などは本学が現状で抱える課題の特定に大きく寄与してきた。IR 室は設立の歴史も浅く、活動内容は限られてはいるが、定期的なモニタリングがなされ、エビデンスに基づいた課題の特定を行う上で短期間で大きな貢献を果たしたと考える。

卒業時アンケートは、特に BSL、SGL のカリキュラム上の課題を抽出するために役立ってきた。また、SP から寄せられた意見は OSCE、Post-CC OSCE を前提としたコミュニケーション教育の現状における課題の特定につながった。また、学内メールを用いた全体調査から、コンピテンス 2 のコミュニケーション能力の達成度は高いものの、コンピテンス 7 の教育能力、コンピテンス 8 の国際性や人間性の育成は達成度が低いと言う課題が抽出された。

### **C. 現状への対応**

日常の授業評価アンケートの提出率がまだ十分ではなく、学生と大学相互の間で授業評価の必要性に関する理解が十分ではない（別冊 8-7）。そのための学内文化の構築が必要と考えられ、入学時からの授業評価に対する学生理解の推進に向け、折に触れ伝達を図っている。

### **D. 改善に向けた計画**

課題の特定のために学生教育委員会独自の活動にも目を向け、これも授業評価に関する学内文化の形成を図るべく、話し合いの継続とシステム作りを図っていく。これに向けて学生教育委員会と大学側窓口として医学教育センターとの意見交換をより活発なものとしていく。

---

---

評価の結果がカリキュラムに反映されていることを確実にしなければならない。

(B 7.1.5)

---

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

教務部委員会並びにその下部組織の全ての委員会による自己評価、IR 室によるモニタ結果データ、学生意見としての授業評価アンケート結果に加え、教育の協働者としての日本獣医生命科学大学教員、看護部、地域医療の代表者、一般市民、患者の視点からの SP 意見などが有効に機能し、カリキュラムに反映されて来た。以下に根拠資料として実例を列举する。

1. CBT 委員会と IR 室の CBT 成績解析をもとに、学生に CBT への取り組み方を改めて告知し、教授会を通じて教員側には授業内容におけるコア・カリ準拠の内容、臨床実習開始後に求められるレベルの再確認などが求められた。
2. 学生側からの強い要望に従い、臓器別コースの中から再度小児科を独立させ、また教員側からの要望もあり、形成外科、皮膚科を別のコースに編成した。
3. 模擬患者へのインタビューの結果から、臨床実習前教育プログラムにおいて、CBT 並びに OSCE 施行時期が修正され、学生がその後の臨床実習に向けた学習に集中できるように改善が図られて来た。



4. PBLを並行する授業内容と連動させて欲しいと言う、学生、教員相互のフィードバックを受け、これに対応してきた。来年からは4年生の臨床系PBLに関しては完全に担当科の授業内に組み込むことが決まった。
5. BSLアンケートの結果を、BSL実行委員にフィードバックし、実習内容の改善に役立っている（救命など技能実習が比較的可能な科で、その機会提供を増やすようにした）。
6. 卒業時アンケートとして、BSLでいくら頑張っている、総合試験での成績が問われて、BSLでの頑張りが反映されないと言う不満があった。これを受け、Post-CC OSCEの充実化と、BSL修了、卒業認定への正式採用が来年から導入される見込みである。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

実例に挙げたように、教務部委員会を中心とし、これにIR室、カリキュラム委員会を中心となり、さらに学長諮問による自己点検委員会（資料7-3）の活動が本学のPDCAサイクルとして確実に機能してきた。

本学の中長期的な計画（アクションプラン21、日本獣医生命科学大学との連携強化）や、三つの方針（アドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシー）制定も、この一連のプログラム評価がカリキュラムに反映されてきた結果であると考えられる。しかし、IR室およびカリキュラム委員会の活動はまだ日が浅く、その位置づけの学内理解が徹底されていなかった。

## **C. 現状への対応**

本認証評価受審がきっかけとなり、教務部委員会、カリキュラム委員会、IR室などの役割を明確化し、制度化を進めている（資料2-44）（資料1-13）（資料1-16）。

## **D. 改善に向けた計画**

特に教務部委員会とカリキュラム委員会の関係を明確化し、またカリキュラム委員会の機能を高めていく。

参考資料

資料1-13：教務部委員会運営細則・委員名簿

資料1-16：カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

資料2-44：組織図

資料4-14：アンケートを踏まえたSGL等の教育改善例

資料7-3：自己点検委員会規則・運営細則

---

以下の事項について随時、プログラムを包括的に評価すべきである。

- 教育プロセスの背景(Q 7.1.1)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学に入学すると、第1学年は武蔵境校舎で基礎科学を中心に学ぶ。2013年入学生までは本学の旧新丸子校舎で学んでいたため、武蔵境校舎移転にあたり学習環境は大きく変化した。武蔵境校舎は日本獣医生命科学大学キャンパス内にあり、単科大学の医学生が他の学部学科学生と同一キャンパス内で学ぶことは学習環境として大きく変化した。

第2学年以降は千駄木校舎に移り、基礎医学講義、基礎医学実習、臨床医学講義が行われる。第4学年三学期から臨床実習が始まる。本学には臨床実習可能な病院として、付属病院（東京都文京区千駄木）をはじめとして武蔵小杉病院（神奈川県川崎市）、多摩永山病院（東京都多摩市）、千葉北総病院（千葉県印西市）の付属4病院があり、第6学年までこれら4病院をローテートする。それぞれの地域の医療に対するニーズは自ずと教育へのニーズとしても捉えられてきた。千駄木地区はがん治療や救命医療の拠点であり、多摩地区の超高齢化、武蔵小杉地区の都市開発、北総地区の海外への門戸としての位置付けと、ドクターヘリ事業に代表される救命医療のニーズなどが例として挙げられる。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

1881年に日本で最初の私立獣医学校として開設され、1952年に本学と同一の法人下の大学となった日本獣医生命科学大学との連携は、第1学年のキャンパスの武蔵境移転などに留まらず、教育文化の形成に少なからぬ影響を及ぼしている。長きにわたる歴史と学内文化に根ざした教育は本学の教育の特色の一つでもあり、それぞれの分野で長い歴史を誇る両大学の連携は、教育プログラムの背景として潜在的価値を有して来た。

このため、同大学には他大学の視点から本学の教育プロセス、その背景となる医学教育に関わるニーズを、獣医学教育や生命科学教育へのニーズと照らし合わせながら包括的な評価と示唆を得て来た。

また、付属4病院を活用した臨床実習プログラム評価は、病院長、臨床実習、卒後研修の責任者が委員となる各種委員会、医学教育関連委員会、教務部委員会の場などで順調に遂行されてきた。

### **C. 現状への対応**

武蔵境移転に伴う学習環境の変化に応じて、プログラム評価を対応させる必要があり、日本獣医生命科学大学教員による教育プログラム評価の定期的なプログラムモニタリングシステムの構築を検討している。また来年度から臨床実習が長期化され、それに伴いプログラム評価も対応させる必要があり、看護部の参画充実化に向けた付属4病院看護部長

と医学教育センターの意見交換を行っている。また BSL 委員会とカリキュラム委員会の連携を検討中である。

#### **D. 改善に向けた計画**

武蔵境移転に伴い、日本獣医生命科学大学の本学教育プログラムにおける潜在的意義と顕在化している意義について評価を行う必要がある。このため両大学の教員の連携の親密化をさらに図っていく。また臨床実習の長期化に伴うプログラム包括的評価を対応させていくために現状の組織運営の見直しを継続的に行っていく。その中では、社会のニーズをより明確化し、教育にも取り組むシステムの構築が必要となる。

参考資料

別冊 1：大学案内

---

以下の事項について随時、プログラムを包括的に評価すべきである。

- カリキュラムの特定の構成要素(Q 7.1.2)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

基礎科学、基礎医学の講義、実習、演習についてはその方法に関して各科目責任者が包括的に評価をしている。臨床医学における講義（コース講義）法などは各コース責任者が都度評価を行っている。また、SGL などの少人数教育は SGL 実行委員会が、臨床実習は BSL 委員会が評価を行っている。総合試験実行委員会や、OSCE 実行委員会などは評価方法に関する検証を行ってきた。さらに、教務部委員会が学生授業評価アンケート、卒業時アンケートなどを参考に教育法、学習法に関する評価を行ってきた。学内メールを用いたアンケート調査から、コンピテンスのどの領域の達成度が不十分かを把握した。

また、FD ワークショップでは、講義、SGL、BSL などにおける教育法の評価も継続的に行ってきた。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

このように、教育に関する各科目の責任者、教育に関する委員会、これらを統括する教務部委員会がカリキュラムの特定要素について包括的評価を行ってきた。

しかし各講義、演習、実習の評価は責任者により概ね適切に行われているが、第三者的な視点で客観的な評価は改善を要する。学内メールを用いたアンケート調査では事務職なども含む教職員から広くフィードバックを得たため、コンピテンスのどの領域のカリキュラム要素に改善を要するか把握が出来つつあると考える（別冊 8-12）。

### **C. 現状への対応**

第三者的な視点で行なう評価は、徐々にカリキュラム委員会に移行している。また IR 室と ICT 推進センターの協力の下で広く評価を求めるシステムの構築を検討している。

### **D. 改善に向けた計画**

これまでの包括的評価継続して行い、さらにカリキュラム委員会などによる第三者的、客観的評価を増やして行く。

参考資料

資料 3-8 : FD ワークショップ記録

別冊 8 : IR 調査報告・統計資料集-12

---

以下の事項について随時、プログラムを包括的に評価すべきである。

- 全体的な成果(Q 7.1.3)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

入学試験成績、入学後 TOEFL 試験成績、学内試験成績、共用試験成績、医師国家試験成績、そして昨年度からは卒業生の業績についても医学教育センターIR 室が一括管理し、データを提供している。このデータをもとに教務部委員会、カリキュラム委員会が包括的な評価を行ってきた。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

IR 室の機能により、教務部委員会、カリキュラム委員会の場において、全体的な成果の観点からプログラムの包括的評価がなされてきた。一方で、医師国家試験の成績は学生全員のデータ収集が実現していない。また卒業後の業績が十分追跡し切れていないため、IR 室がその追跡を開始した。

### **C. 現状への対応**

医師国家試験の成績はひとりでも多くの学生がデータを提供するよう呼びかけ、国家試験予備校における自己採点の結果もデータの一部として活用している。卒業後の業績追跡についても、本認証評価受審を機に、本格的な解析が行われている。

### **D. 改善に向けた計画**

本学卒業生の動向、業績を収集するシステムを、IR 室と ICT 推進センターが共同して構築したい。

---

以下の事項について随時、プログラムを包括的に評価すべきである。

- 社会的責任(Q 7.1.4)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学では、アドミッションポリシーの一つとして「4 社会的な見識を有し、周囲との協調性を尊重しながら、自らを表現し、判断できる人」としてきた(資料 1-2)。またコンピテンス領域 1 においてはプロフェッショナルリズムに関する項目を挙げ、さらに 6 において「社会の現状認識に基づいた社会への貢献」を求めてきた。教育プログラムはこれらコンピテンスと照らし合わせ基づいてその達成度に基づき評価されて来た(資料 1-5)。具体的には学内メールを用いたコンピテンス達成度評価アンケートを行いこれら 2 つのコンピテンスの達成度を把握した(別冊 8-12)。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

「済生救民」を建学の精神とする本学では、常に医師としての使命、社会的責任について教育を行ってきた。これはアドミッションポリシー、コンピテンスに明確に表されてきた。教務部委員会の場において、これらポリシー、コンピテンスと現行の教育内容との整合性が検証され改善が図られて来た。その実践結果として、初年次教育として、「医学入門」というコースを設定し、先輩医師が自らのキャリアパスを語る時間、グループワークで自らの理想とする医師像を考え発表する時間などが設けられている。この授業には、患者会代表や SP も参加して、患者の視点から見て、あるいは社会、市民の視点から見て望まれる医師像を一緒に考えて頂くようにデザインされた授業である。第 5 学年からは BSL で実際の医療を参加型実習により基礎的知識を生かした医療を学び、第 6 学年には選択 BSL でこれを進化させた学習を追加して、医師になった時の社会的・職業的自立につながるよう配慮した教育を行ってきた。このように職業的自立意識や社会的責任への自覚は本学学生において涵養されるように設定されてきた。

学内メールによるアンケート調査の結果からは、コンピテンス達成度については、コンピテンス 1、については学生自己評価平均 2.47、初期研修医 2.13 で、自己評価としては研修医の方が自らに厳しい評価をしている。しかし教育者側からの評価では学生の達成度は平均 2.47、初期研修医の評価は 2.66 であり、一定の達成度が得られていると考える。コンピテンス 6 についても教育者側からの評価は学生平均 2.43、初期研修医 2.65 であり同様の傾向であった。

これらの結果から社会的責任への自覚が、学生、研修医に大学が求めるレベルに達していると考えられる。しかしまだ十分な解析が得られているとは言えず、解析結果を反映したカリキュラムの構築には至っていない。

### **C. 現状への対応**

プログラム評価という観点からは評価者に学習者、そしてステイクホルダーとして法人役員、患者、市民の視点を加えていく必要があると考え、外部者による評価をプログラム評価やカリキュラム開発に反映させてきた経緯がある。社会的責任の観点から見たプログラム評価の遂行のため、このシステムをより強化することを検討している。

### **D. 改善に向けた計画**

現状ではカリキュラム委員会が外部の評価者が参画する主たる場であるが、さらにその場を多面的に設けるよう検討を行う必要がある。

参考資料

別冊8：IR調査報告・統計資料集-12

## **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・医学部は

- 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、対応しなければならない。(B 7.2.1)

### **質的向上のための水準：**

医科大学・医学部は

- プログラムの開発にフィードバックの結果を利用すべきである。(Q 7.2.1)

### **注 釈：**

- [フィードバック]には、教育プログラムの過程や成果についての情報が含まれる。また、法的措置の有無に関わらず、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。

---

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、対応しなければならない。  
(B 7.2.1)

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

学生からのフィードバックについては、レスポンス・アナライザーを用いた自動授業評価システム（資料 5-6）、入学時、卒業時に行う紙媒体のアンケート調査（別冊 8-2）（2-50）、SGLにおける課題並びに Tutor に対するアンケート調査などが行われてきた（資料 2-28）（資料 2-29）。特に講義室で行われる授業については、全ての授業においてレスポンス・アナライザーを用いて自動的に授業評価アンケートが行われ、集計、解析されるようになっている。そのフィードバックは、講義担当者本人と科目責任者に行ってきた。また BSL 教育においては、BSL ノートに学生による各診療科に対する評価表が付されており、学生自身が記入して集計されるシステムがあるが、情報量が乏しいため BSL 修了時にも紙媒体で、「手技の経験度」などのアンケート調査を行ってきた（資料 4-12）。このデータも各診療科はもちろん教授会でもフィードバックされ実習内容の改善に寄与してきた。また、卒業時アンケートの結果は教務部委員会の検討資料、教授会報告に用いるのみならず、講師以上の全教員にメールで伝え情報共有を行っている。これらの学生からのフィードバックは系統的に行われてきた。また年 2 回開催される FD ワークショップには必ず「学生教育委員会」などの学生も参加し、意見交換という形式でフィードバックを得てきた。

「学生教育委員会」は 2001 年、学生の自治組織である学友会内に組織され、有志の学生で構成される（資料 4-13）。この委員会でも独自に授業評価アンケートを行い、学生意見の取りまとめを自主的に行っている。医学教育センターでは不定期ではあるが彼らとの会合をもち、意見交換を交わすとともに、彼らが独自に行っている授業評価アンケートの閲覧の機会を得て来た。その一部は過去、教授会にも挙げられ情報共有を行った。その他、学年担任制度や学生アドバイザー制度は学生支援の役割のみならず、プログラム開発につながる貴重なフィードバックの役割も果たしてきた。

教員からのフィードバックについては系統的に行われてきたものは少なく、教務部委員会下の各種委員会（BSL 委員会、SGL 実行委員会、CBT 実行委員会、OSCE 実行委員会）などが適宜必要に応じてアンケート調査を行い教員からのフィードバックを得てきた。しかし今回、学内メールを用いたコンピテンス達成度評価を行い、学内外の教員、医師以外の医療系職員、事務職員等から合計 124 名からフィードバックが得られた（別冊 8-12）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

先述のように、学生からのフィードバックは入学時から卒業まで、アンケート調査により系統的に行われて来た。しかし、完全な匿名性は図られておらず、また図られていても学生側の信頼を得られてはいない部分もあり、その回答内容の分析には、信頼性の面で配慮すべき点もある。

教員側からの定期的アンケート調査はまだ乏しいと考える。また学生の不適切な行動などは現場よりまず学生部委員会に報告され、その後の対応を行うシステムが運用され

て来た。これらを踏まえ、IR室では学内メールを用いたコンピテンス達成度評価を行い、教職員からのフィードバックを得ることが出来たことは一定の成果につながったと考える。

### **C. 現状への対応**

アンケート調査の匿名性を担保し、また解析結果を有効に利用するため、フィードバック情報へのアクセス権を制御するシステムを構築することが求められ、ICT推進センターと協議の上、メーリングリストの整備などシステム構築を行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

教員からのフィードバックを系統的に行うシステムを、教員の教育業績評価とも連携させる形で構築していく予定である。

#### 参考資料

資料 2-28：第2学年基礎 SGL アンケート結果

資料 2-29：第3学年基礎 SGL アンケート結果

資料 2-50：卒業時アンケート

資料 4-12：BSL アンケート

資料 4-14：アンケートを踏まえた SGL 等の教育改善例

別冊8：IR調査報告・統計資料集

---

---

プログラムの開発にフィードバックの結果を利用すべきである。(Q 7.2.1)

---

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

B.7.2.1 に述べたフィードバック結果が IR 室もしくは医学教育センターに集積され一度分析がなされたのち、教務部委員会および教授会に報告され検証される。検証に際しては社会のニーズ、国内外の医学教育に関する動向なども考慮される。その検証結果を受ける形で医学教育センターの特に研究開発部門がプログラムの開発に取り組んできた(資料 6-36)。

例えば医学実地演習においては、1年次の看護業務実習はモチベーションアップに極めて有用、医師の働きぶりも見たいという学生からのフィードバックがあり、地域医療の現場や介護の現場も早期臨床経験に加えたいという教育面でのニーズも踏まえた検証の後、医学教育センターで企画、協力医療機関との交渉を行い順次実現化した。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

B.7.2.1 に述べたフィードバック結果は先述のようなプロセスを経て医学教育センターが



これを利用しプログラム開発に取り組んで来ており、改変に近い小規模の開発も含めれば多岐にわたる（資料 7-2）。

しかし、大幅なカリキュラム改革はもちろんであるが、学生、教員からのフィードバックよりも社会のニーズや医学教育をめぐる動向を踏まえてのプログラム開発という側面がより強い。例えば「研究倫理」に関する問題が取りざたされた時期に新たに 2 年生の特別プログラムとして e-Learning を活用した臨床研究に関する授業が導入された（資料 2-9）。「プロフェッショナル教育」の拡充などもこの側面が大きかったと考える。

### **C. 現状への対応**

カリキュラム委員会の中で挙げられる、学生、看護部や地域医療担当者、模擬患者からのフィードバックを用いてプログラム開発に繋がるニーズのアセスメントを行うよう取り組み始めたばかりであるが、すでにコンピテンシー策定にあたり、有益なフィードバックを得ている。

### **D. 改善に向けた計画**

社会のニーズも含めたアセスメントを定期的に行う組織として、カリキュラム委員会を拡充させていく必要がある。

参考資料

資料 2-9：ICR 臨床研究入門

資料 6-36：医学教育センター立案によるカリキュラム

資料 7-2：教育年表

## **7.3 学生と卒業生の実績・成績**

### **基本的水準：**

医科大学・医学部は

- 次の項目に関して、学生と卒業生の業績を分析しなければならない。
  - 使命と期待される教育成果（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・医学部は

- 以下の項目に関して、学生と卒業生の業績を分析するべきである。
  - 背景と状況（Q 7.3.1）

- 入学時成績 (Q 7.3.2)
- 学生の業績の分析を使用し、以下の項目について責任がある委員会へフィードバックを提供すべきである。
  - 学生の選抜 (Q 7.3.3)
  - カリキュラム立案 (Q 7.3.4)
  - 学生カウンセリング (Q 7.3.5)

**注 釈:**

- [学生の業績] の測定と分析には、教育期間、試験成績、合格率および不合格率、進級率と落第率および理由、各課程におけるレポートなどの情報のほか、学生が興味を示している領域や選択科目の履修期間なども含まれる。留年を繰り返している学生に対する面接、プログラムから離脱する学生の最終面接を含む。
- [卒業生の実績] 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実績などが含まれる。
- [背景と状況] には、学生を取り巻く社会的、経済的、文化的環境が含まれる。

---

次の項目に関して、学生と卒業生の業績を分析しなければならない。

- 使命と期待される教育成果(B 7.3.1)
- 

**A. 基本的水準に関する情報**

本学は基準 1.1 に記した使命に基づき、「愛と研究心を有する質の高い医師と研究者の育成」を行ってきた。また、基準 1.4 に記した 8 つの領域のコンピテンスに基づきカリキュラムを構築し、その成果を基準 3.1 に記したように知識、技能、態度・習慣について確実に評価を行ってきた。

その結果として医師国家試験の新卒合格率は過去 5 年間で 96.5%である。入学後一度も留年、休学をすることなく卒業し、国家試験も 1 回で合格した学生の比率は過去 10 年間の平均で 86.3%である (別冊 8-9-2)。既卒者についても過去 2 年間は同窓会のフォローもあり、卒業 1 年後には全員が国家試験に合格している。

2015 年度の本学卒業生の 43%は本学付属 4 病院のいずれかで研修を行い 57%は他施設で研修を行っている (資料 7-4)。

また 2016 年度の時点で大学院在籍者の 62.6%は本学の卒業生であり、2010 年度を例にとると卒業生の 17.8%は本学の大学院に進学している。

アンケートによる卒業生の業績評価についても、日本医大付属 4 病院において毎年おこなわれている。達成状況点検評価の一貫として従来から行われてきた学生の意識調査、授業の習熟度に関する教育効果の解析は、2014 年 4 月に設置された医学教育センター内の IR 室が関わることでより本格的、かつ継続的に行われるようになった (別冊 8-10)。

その一環として、2016年より、卒業生における、卒後4年以内の業績、特に学術誌や学会への発表を調査した。

また、本学の使命の一つである、研究者の育成に関しては学位取得者数（甲種、乙種合算）の推移を見る限り、過去5年間で合計253名であり、内本学出身者は176名、年平均35.2名であった。

本学のコンピテンス毎の達成度については、B 1.4.1にも記したようにIR室とICT推進センターが本学のメールアドレス使用者（学生、卒業生、教職員を含む）約5000名の中から無作為に1,500名を抽出、在学中の学生は5、6年生を中心に300名を抽出しメールによるアンケート調査を施行した。202名から回答が得られ、この結果を医学教育センターで解析した。8つのコンピテンス領域ごとに、達成度を4段階評価（優、良、可、不可）したものである。全8領域の評価の平均値で見ると、以下の様になる。

5年生の自己評価は平均2.38、6年生の自己評価は2.15、初期研修医の自己評価は2.34、卒業生全体の自己評価は2.79であった。また教育者側から見て、5、6年生の達成度は平均2.43、初期研修医の達成度は2.59、卒後3年目以降の医師の達成度は2.71であった（別冊8-12）。

Mini-CEXを応用した卒後研修2年終了前後の比較ではA-Gすべての項目において点数は上昇し、日本医大で培われた医療に対する資質がさらに向上していることが明らかになっている（別冊8-10）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

入学から国家試験合格まで全く滞ることなく進んだ学生の割合は過去10年間の平均で88.6%である。主として低学年での留年、休学が目立つ傾向にあり、学業そのものの不振も然ることながら、メンタルな問題を抱える学生の存在も、学生相談室資料から伺われた。しかし、このような留年者、休学者の課題について個々の事例に対する対応は考えられてきたが、プログラム評価の視点からの検証は十分行われてきたとは言えない。

使命と教育成果に関連付けた分析に関しては、卒業生（研修医）のパフォーマンスを中心とした評価が不可欠である。Mini-CEXは研修医指導では用いられて来なかったが、これを自己評価に用いるという試みを昨年度から開始し、卒業時、また初期研修2年後に一定の水準に達していることが確認された。またメールを用いたコンピテンス達成度調査でも全てのコンピテンス領域において、卒業前後に4段階評価で2以上、すなわち最低限のレベルは越えていることが明らかになった。

また、研究業績についてもデータベースから抽出する作業を行った。年度末毎のデータベース上の解析ではあるが、2015年度臨床研修修了者で延べ37名（筆頭演者22名、共同演者15名）2016年度修了者で延べ11名（筆頭演者4名、共同演者7名）の学会発表があり、論文発表については総説ではあるが、延べ2名（2015年修了者、筆頭著者1名、共著者1名）が確認された。

### **C. 現状への対応**

使命に基づいた教育（学修）成果の観点から、いかに業績評価を行い分析するか、その手法そのものを医学教育センターでは検討、開発中である。卒前、卒後のシームレスな教育とその成果の分析に向け、例えば Mini-CEX のデータが卒前、卒後に渡り十分な量、蓄積されればその一助になると考えており卒後研修の場での利用を検討中である。成績不振者の抱える課題について、カリキュラム委員会の場ではすでに教員側からも問題提起（例えば入学試験における生物非選択者の問題）され、プログラム評価の観点から検証が始まりつつある。

### **D. 改善に向けた計画**

専修医、専攻医へと進んだ場合、その評価はほぼ診療科毎に委ねられており、データは存在するものの分散しており大学が把握するシステムが確立されていない。また、卒後他の施設で研修を行い大学には復帰しない卒業生の業績評価も行われていない。これら 2 つの解析システムの構築が望まれる。卒前、卒後に継続して用いることのできるポートフォリオ評価システムの開発も検討課題として挙げられる。

卒業生のコンピテンシーの達成度や卒後業績についてさらに詳細な評価がなされるべきであり、IR 室を中心としたフレームワーク作成を目指す。

実際の就職、進学支援等の体制においては、卒後研修委員会や臨床各科が対応している。しかし、マッチング制度導入後の学生の動向、希望等を把握する体制において、やや弱い組織制もあり、現在、更に卒後研修委員会の充実、医学教育センターによる支援体制の強化なども考慮しつつ、積極的にこの部分の強化を図る。

#### 参考資料

資料 7-4：卒業生の残留率

別冊8：IR調査報告・統計資料集

---

次の項目に関して、学生と卒業生の業績を分析しなければならない。

- カリキュラム(B 7.3.2)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

本学では 1999 年に大幅なカリキュラム改訂が行われ、臓器別の統合カリキュラムの導入や SGL (PBL 形式による Small Group Learning) の導入が図られた。さらに 2013 年から教育委員会を更に強化した教務部委員会に改編し、教育委員長は教務部長として医学教育課程のリーダーシップをとり、更に新しくカリキュラム委員会が構成された。また、医学教育に関する実務検討機関であった教育推進室を、2014 年 4 月から医学教育センターとして新たに組織を強化してスタートした。

さらに、教務部委員会と連携して、時代の動きに即し、社会のニーズに柔軟に対応する本学の新しい教育目的の設定とその実現のための教育課程編成方針が積極的に協議され、教授会における慎重な審議を重ねた結果、2014年度入学生から、新カリキュラムを導入するに至った（資料 7-2）。

現状では旧カリキュラムに関する分析となるが、B 7.1.3 に示したようにこのカリキュラムに従い順調に卒業に至った学生は入学生の 88.6%（過去 10 年平均：ストレート卒業率）であり、その場合の医師国家試験合格率は 97.5%（過去 10 年平均：ストレート合格率）となった（別冊 8-9-2）。

一方、2015 年度卒の研修医が研修修了時に学部教育を振り返った結果、その内容の「役立ち度」は 5 段階評価で 3.53 であった（別冊 8-10）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

先述のストレート卒業率、ストレート合格率は年度により異なり、徐々に上昇あるいは低下という傾向は認められなかった。旧カリキュラムに関連付けてこの業績を分析した場合、著しく進級が困難なカリキュラムではなく、また順調にこのカリキュラムに従い卒業した学生はほとんどが問題なく国家試験にも合格してきたことから、この結果は妥当なものとする。本学のカリキュラムに従い学び、卒業した者は学内外の医療機関で研修を行い臨床医への道を歩んでいる。また一部は大学院にも進学し学位取得を達成している。また学会発表、論文執筆にも取り組み、一定の業績を挙げていると評価した。しかし、特に卒業後業績の詳細な把握には至っておらず、カリキュラムがどのように業績につながったかと言う観点からの分析今後さらに重要になると考える。

## **C. 現状への対応**

2014 年の新カリキュラム開始に伴い、カリキュラムとの整合性から学生、卒業生の業績にも目が向けられ、分析、議論は盛んに行われた。例えば、Student Doctor 制度導入にあたり、CBT、OSCE の成績、臨床実習の内容や評価方法には特に検討がなされた（別冊 8-4）。CBT の成績不振に関する分析検討の結果、臨床実習前の授業はモデル・コア・カリキュラムに、より準拠することが教授会でも確認された。OSCE の成績分析からは、「基本臨床実習」と呼ばれる、臨床実習直前教育の内容の再検討がなされた。臨床実習内容については学生意見や実習後アンケートの結果から分析を行い（別冊 8-8）、見学型主体から診療参加型主体に移行し、より卒業時のパフォーマンスを向上させることが行われて来た。

また IR 室の業務が開始し、学内に分散し埋もれているデータをいかに回収、集積し、これをどのように役立てているか、更にそれを継続的に行うシステムをどのように構築するか検討する作業が始まった。特に 2014 年新カリキュラム該当学年からは、米国医科大学協会（AAMC）の入学時アンケートを参考にしたアンケート調査を開始し、これを毎年行っている（別冊 8-2）。これは卒業時にもやはり AAMC に準じた卒業時アン

ケートを新たに行う予定である。卒後の業績把握についても、医学教育センターが中心となり、卒後研修部門、大学院との密接な連携を構築しつつ分析可能な体制を構築し始めている。

#### **D. 改善に向けた計画**

教育プログラム評価という観点からは、カリキュラムから見た学習者の業績分析に、ステイクホルダーとして法人役員、患者、市民の視点を加えていく必要がある。すでにカリキュラム委員会には付属病院看護部・模擬患者・東京都医師会関係者などが参加しているが、その他の評価者の視点をいかに充実させていくか、その具体的な方策については今後も検討する。

また卒前教育の成果がいかなるものか、これを解析するには研修医や専修医のパフォーマンスを追跡調査する必要がある、そのさらなるシステム構築も検討する。

参考資料

別冊8：IR調査報告・統計資料集

---

次の項目に関して、学生と卒業生の業績を分析しなければならない。

- 資源の提供(B 7.3.3)
- 

#### **A. 基本的水準に関する情報**

本学は、武蔵境キャンパス、千駄木キャンパスの2つからなる。さらに、臨床実習においては、付属四病院が有効に活用されて来た。付属病院（千駄木）はJCEPの外部評価を過去3回受審し、初期研修医が十分な研修を行える資源を大学付属病院として提供してきたと評価されている。

#### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

武蔵境キャンパスの新校舎は日本獣医生命科学大学学生と共に、お互い多様な価値観に接しながら学ぶ優れた環境になっている。千駄木キャンパスはクリニカル・シミュレーション・ラボ、充実した授業支援システムを備えた講義室、実習室、ICTを活用した学習環境など、充実した学習環境が整えられてきたと考える。橘桜会館地下1階及び3階や教育棟にSGL室が合計17室設置されている（資料6-1）。

各SGL室にはPC、プロジェクターはもちろん、電子黒板も新たに整備され、学生の自習環境としても充実化が進んでいる。図書館にも豊富な知的財産に相当する蔵書だけでなく、3つの視聴覚室、マルチメディアブースや自習スペースがあり、医学部学生が個人又はグループで利用し、自主的に学習している。また付属4病院は各病院の地域性や特性を活かし、学習環境の整備が日々行われて来た。付属病院（千駄木）は臨床研

修の現場としての適性について外部評価も受けており一定の水準を満たしていると考えられる。

以上のような資源提供の観点から学生、卒業生の業績を分析すると、学びが、学習者中心の方向に導かれており、学生同士の協働学習が実を結びつつあると考える。特に医師国家試験成績の安定化にはこの影響が大きいと考える。一方で、学生数の増加、留年者数の変動に対し、毎年速やかに対応してきたが、物理的スペースの問題から今後の継続的対応には危惧を抱かざるを得ない。

### **C. 現状への対応**

2014年度からICTを活用した中長期的な教育環境整備の検討を開始しており、スマートフォンなど新しいICTに対応する「新学修支援システム」及び「学生・教員向け情報ポータルシステム」、GPA・学生ポートフォリオなどにも対応できる「新学事システム」等の導入を順次進めている（資料1-20）。

このシステムを設けることによって、学事及び学修支援を高機能化、効率化する。学生情報管理、掲示板機能、種々の手続きの自動化、講義支援、資料作成支援、成績管理、学修用コンテンツの作成・管理、e-Learningなどの機能はもちろんのこと、学生と教員、大学各組織との双方向のコミュニケーションができる機能も構築される。ハード面の整備と並行し、卒前、卒後そして生涯教育のシームレスな連携が不可欠であると考え、2014年、教授会の下に医学教育関連委員会が新たに設置され、医学部長が議長を務め、卒前、卒後教育の実務を担当する各種委員会の代表者、付属4病院の院長が定期的に教育の方向性を見定め審議している。

### **D. 改善に向けた計画**

上記の如く、本学在学学生に対する資源の提供は十分なされている。一方卒業生に対する、資源の提供は更なる充足が求められている。本学付属病院研修医となった卒業生には、前述のクリニカル・シュミレーション・ラボや、図書館など、多くの大学施設を使用することで更なる生涯教育の場を提供しているが、他施設、他大学に就職した卒業生についても広く門扉を広げる努力を要する。今後、上記医学教育関連委員会が中心となり議論していく。

参考資料

資料1-20：ICT推進センター組織規則

資料6-1：講義室等の状況

別冊1：大学案内

---

以下の項目に関して、学生と卒業生の業績を分析すべきである。

---

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

入学時調査での調査結果から地域的偏在がないかをモニタリングしている。IR 室は、入学時に AAMC に準じたアンケート調査も行い背景把握を開始した（別冊 8-2）。また、卒業時調査にて就職先を調査することで、卒業生のキャリアをトラッキングしてきた（資料 2-50）。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

学生の入学時評価においては、本学の地理的特性から関東地方からの入学者が多い傾向があるものの、大きく偏った傾向はない。また学生のその他の背景、とくに経済的偏在や社会的偏在については、プライバシー尊重の観点から、十分調査されていない現状がある。とくに学生を取り巻く経済状況、学費捻出状況等の評価は不十分であり、学生における経済的困窮の有無は、奨学金申請など、本人からの申告に依存している。

本学卒業生の背景・状況評価においては卒業時調査が広く活用されている。本学関連病院での研修が最多であるが、卒後、他施設に勤務し臨床研修後、本学に戻る学生も一定数おり、同窓会組織の充実もあって、結果的にこれら要素の概略的把握は十分可能となっているが主としてアンケート調査に依存している現状にある。

### **C. 現状への対応**

経済的偏在や社会的偏在を是正すべく、日本学生支援機構、金融機関などとの提携による融資など各種奨学金を充実させ、父母会とも協働し学生を支援している。さらに、経済的に困難な学生に対して、第 2 学年以降は学費の分納制度があり活用されている。学生生活全般に関する学生の意見・要望を汲み上げるシステムとして、学年担任制度や学生アドバイザー制度がある。これらを通じ、学生を取り巻く環境についてのモニタリングは行われているが、かつて機関別認証評価でも高い評価を受けたアドバイザー制度をさらに活かすべく、制度の見直しを開始している。

### **D. 改善に向けた計画**

長期的には学費の値下げも考慮し、より多様な学生の受け入れを可能にすべく法人との継続審議を続けていく。

参考資料

資料 2-49：卒業生の初期臨床研修先



---

以下の項目に関して、学生と卒業生の業績を分析すべきである。

- 入学時成績(Q 7.3.2)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

入学者選抜においては、入学試験が厳正かつ適切に行われることを目的とし、学長、医学部長、基礎科学の教授 2 人、基礎医学の教授 2 人及び臨床医学の教授 2 人の 8 人で入学試験委員会を構成し、入試方針の策定及び選抜方法の決定を行っており、この中で入学時成績の整理及び集計がなされてきた。また、本学では、入学試験委員会（資料 4-2）とは別にアドミッションセンター委員会が設置されている。

そして卒業生の入学時成績からみた学生のその後の業績についても IR 室を中心として解析がなされてきた（別冊 8-6）。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学では、上述の如く、入学試験委員会および入学に関する検討委員会（現アドミッションセンター委員会）の枠組みの中で、毎年の入学試験から派生する問題点や課題を検討できる状況にある。また卒業生の入学時成績についても卒業時成績と入学時成績の相関等、IR 室を中心とした詳細な解析が可能な環境にあり実践を一部ではあるが試みた。その結果、残念ながら入学試験時に一定以下の成績であったものは、その後の成績の低迷が続くことが示された。生物の成績と後の CBT 成績の間には弱いながらも正の相関がみられたが、英語も含め他の科目との間には相関は見られなかった（別冊 8-6）。また面接の評価の低かった学生の成績と CBT の A 領域の成績に弱いながらも正の相関が見られることまでは明らかになった。

以上のように入学時成績に関連した学生の業績分析も行ってきた。しかし、これを踏まえた入学試験問題作成へのフィードバックなどには至っていない。また卒業生のキャリアアウトカムを追跡するシステムは十分構築されておらず、学生・卒業生の最終的なキャリアパスにまで入学時から追跡し詳細に解析することは依然困難である。

#### **C. 現状への対応**

入学試験成績の例えば問題ごとの解析も先述の委員会から求められ対応を検討中である。

#### **D. 改善に向けた計画**

入学後、さまざまな因子が関与しその後の業績に影響を及ぼすことは明らかである。かなり多角的な分析が必要と思われ、やはり IR 室の強化が課題となる。

参考資料

資料 4-2：入学試験委員会規則

---

学生の業績の分析を使用し、以下の項目について責任がある委員会へフィードバックを提供すべきである。

- 学生の選抜(Q 7.3.3)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

医学部の入学者選抜においては、Q7.3.2 に明記した如く、入学試験委員会およびアドミッションセンター委員会が設置されており、IR 室からの分析結果は両委員会にフィードバックされてきた。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

学生業績の分析結果は、上記の如く教授会や教育委員会にフィードバックされ、有意義な論議が進められてきた。例えば大学入試センター試験の活用、AO 入学試験、また学力以外の医師になる人材としての適性評価方法など、その採用の可否について持続的検討がなされてきた。

この中で学生の業績を分析し、さらに入試方針の策定及び選抜方法の決定や選考基準を検討してきた。入学後の成績の追跡調査等の分析結果を受けて、2016 年度から後期入試の開始が決められた経緯がある（別冊 8-4.6）（資料 7-5）。

#### **C. 現状への対応**

学生の選抜法に関して、検討材料となり得る学生業績のデータをいかにすれば多角的に収集できるか IR 室で検討中である。さらに 2017 年度より後期入学者選抜試験が行われることになり、その選抜方法を検討中である。

#### **D. 改善に向けた計画**

上記の如く入学試験委員会や入学に関する検討委員会が学生業績の分析結果を広く活用し、入学方針の策定や選抜方法に、さらに有効に生かされる方略を検討する努力を継続する。また上記委員会は、学生業績のみならず、入学試験の効率的な実施、国公立、他の私立大学の動向、本学として独自性、自立性をも考慮しつつ、よりよい入学試験のあり方を求めていく。

参考資料

資料 7-5：入学に関する検討委員会議事録抜粋

別冊8：IR調査報告・統計資料集

---

学生の業績の分析を使用し、以下の項目について責任がある委員会へフィードバックを提供すべきである。

- カリキュラム立案(Q 7.3.4)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

前述の如く 2013 年から教育委員会を更に強化した教務部委員会に改編し、更に新しくカリキュラム委員会が構成された。本学の求める新しい教育（学修）成果設定とその実現のための教育課程編成方針が積極的に協議されており、その際カリキュラムとの整合性から学生業績にも目が向けられ、分析、議論は盛んに行われてきた。特に IR 室が発足してからは、組織上医学教育センター内に設置されたことも有り同センターを介しての報告とはなるが、ほぼ毎月教務部委員会に報告され、かつ医学部教授会にも教務部長を通じて報告されて来た。例えば CBT 対策などについては大きな課題提起となった（資料 7-6）。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

IR 室、医学教育センター、教務部委員会、医学部教授会という流れで学生の業績は常にフィードバックされ、審議が行われたのちにカリキュラム立案が教務部委員会を中心に行われ、具体的な企画、開発作業は必要に応じて医学教育センターが請け負うというフレームが出来上がった。さらにカリキュラム委員会はこのプロセスも含め事後評価に加わり、学生業績はここでも可能な範囲でフィードバックされるが、そのデータ取扱いに関してはルールが整備されていない。

#### **C. 現状への対応**

カリキュラム立案には、評価・改善の観点からカリキュラム委員会の役割も重要と考えられるが、同委員会には学生を始め、教員以外の協働者も参加しており、学生業績のフィードバックは始まっているものの、その範囲について詳細な検討はなされていない。早急な取り決めが必要となる。

#### **D. 改善に向けた計画**

IR 室は専任教員を置いているが、医学教育センターの中に設置されている。作業の充実化を進め、完全独立化も視野に置いた検討が行われている。カリキュラム委員会も組織の充実化を図る上で、その位置付けも再検討が必要である。

参考資料

資料 7-6：教授会議事録抜粋

---

学生の業績の分析を使用し、以下の項目について責任がある委員会へフィードバックを提供すべきである。

- 学生カウンセリング(Q 7.3.5)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

学生生活安定のための支援組織として、学年担任制度や学生アドバイザー制度を整備してきた。各学年担任及び学生アドバイザー委員長は、毎月1回開催される学生部委員会において学生の学業や学生生活の状況を報告し、全学生の状況が把握できるようにしており、必要に応じて討議され、有効に活用されている。

学生部委員会には、学生部長、学生アドバイザー委員会委員長、学年担任、精神・行動医学分野大学院教授らで構成され、学長、医学部長、基礎科学主任、教務部長、医学教育センター長はオブザーバーとして随時出席し、お互い連携・協力し、運営されている。これら委員会メンバーは医学部教授会、教務部委員会、カリキュラム委員会などのメンバーも兼ねており、IR室が提出したデータに基づく医学教育センター、教務部委員会の学生業績に関する解析結果の周知は図られて来た。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

上記の如くの学生委員会内での学生業績に関する情報共有により、有用な解析がおこなわれている。例えば、主として低学年での留年・休学者は、学業そのものの不振も然ることながら、メンタルヘルスの問題の存在があることが、上記連携の中で明らかになった。

#### **C. 現状への対応**

上記の如く、本学学生のコンピテンスを達成させるため、学生業績をカウンセラーとも共有することで、学生生活の安定化を目指した取り組みがなされているが、この取組自体が学生の業績改善に有効であるかの分析はなされておらず検討課題として挙げたばかりである。

#### **D. 改善に向けた計画**

学生の中でも留年者、休学者、心身に支障のあると考えられる学生及び諸問題を抱える学生に対しては、今後、個々の状況に応じた一層きめ細かな対応が求められる。学生部委員会を中心に他の関係委員会とも連携し、関係者が適切な支援と配慮を行うことで、学生生活のさらなる精神衛生向上に努力する。また特に学生相談室業務は守秘義務の観点もあり、学生業績の資料請求などは行わずに運営されて来た。この取組が学生業績の改善・向上につながるよう何らかのシステム構築が必要である。

## 7.4 教育の協働者の関与

### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- プログラムのモニタと評価に次の評価者を含まなければならない。
  - 教員と学生 (B 7.4.1)
  - 統轄と管理に関与するもの (B 7.4.2)

### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は、

- 他の関連する教育の協働者に以下の項目をできるようにすべきである。
  - 課程およびプログラムの評価の結果を閲覧することを許す。(Q 7.4.1)
  - 卒業生の業績に対する他のフィードバックを協働者に求める。(Q 7.4.2)
  - カリキュラムに対する他のフィードバックを協働者に求める。(Q 7.4.3)

### 注 釈:

- [他の関連する教育の協働者]には、教育には関わっていない大学教員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：患者とその家族など医療提供システムの利用者）、教育および健康管理の当局、専門家組織、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。

### 日本版注釈:

- 日本の大学教員はすべてが学生の教育に関わるのが基本ではあるが、付設研究所などの教員で教育には直接関与していない者が参加しても良い。

---

プログラムのモニタと評価に次の評価者を含まなければならない。

- 教員と学生(B 7.4.1)
- 

### A. 基本的水準に関する情報

プログラムのモニタと評価については、学生による授業評価（レスポンス・アナライザー方式、アンケート方式）を実施している。特に講義室で行われる授業については、全ての授業においてレスポンス・アナライザーを用いて自動的に授業評価アンケートが行われ、集計、解析されるようになっている（資料 5-6）。

そのフィードバックは、教員である講義担当者本人と科目責任者に行っている。

臨床実習については、各科の実習終了時に評価アンケートの提出を求め、BSL 全体の終了時に自己評価も含めたアンケート調査を行っている（資料 4-12）。さらに、2010 年から毎年、卒業時にも 6 年間の教育に関する評価アンケートを行っている（資料 2-50）。

特にこの卒業時アンケートの結果は、教務部委員会の検討資料に用いるのみならず、2012年からは講師以上の全教員に伝え、情報共有を行っている。

また、教員においては、年に3回、1泊2日の合宿形式で Faculty Development (FD) を行っている。6月と10月は医学教育センターが企画運営するもので、テーマに応じて基礎系、臨床系の教員40人前後を中心にワークショップを開催している。今年で26回を数える。この中でもプログラム評価に関し活発な議論がなされ、そのプロダクトをその後の大学運営の参考資料にするなどの取り組みがなされている(資料3-8)(資料7-7)。

IR室が行ったコンピテンス達成度の評価においては、幅広く教職員からデータを収集している。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

上記のFDワークショップには教育を受ける側に相当する学部学生や研修医も参加し、相互意見交換の場を設けている。教員とともに医学教育全般をテーマに考察し、意見を述べる場を設定しているが、この中でもプログラムを作成する側と使用する側の相互意見交換がなされてきた。またIR室と医学教育センターは教員、学生いずれからもプログラムのモニタ、評価につながるデータを収集している。

## **C. 現状への対応**

上記FDや卒業時アンケート、IRデータをもとに、継続的にプログラムの改善がなされる機構が確立している。一方でFDワークショップの参加者は教員全員ではなく、全教員の意見が集約されプログラム改善に生かされていない可能性がある。少なくともFDの成果を教員はもとより学生も含め共有化し、ICT活用により推進することを検討している。

## **D. 改善に向けた計画**

上記勘案し、大学ホームページやICTなど活用したパブリックコメント等、多人数・多方面からの視点を積極的に取り入れる方策を考慮する。

参考資料

資料2-50：卒業時アンケート

資料3-8：FDワークショップ記録

資料4-12：BSLアンケート

資料5-6：学生による授業評価結果サンプル

資料7-7：FDワークショップ実施例抜粋

---

プログラムのモニタと評価に次の評価者を含まなければならない。

- 統轄と管理に関与するもの(B 7.4.2)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

本学では教授会の下に設置された医学教育関連委員会が組織されてきた。このなかで、医学部を統括する医学部長がこれを総括し、学長はオブザーバー参加、教務部長、医学教育センター長に加え、臨床を管理する付属四病院院長が構成メンバーとなっている。本学における教育の方向性を審議し実行に移す機関として、定期的開催されてきた（資料 1-18）。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

さらに、大学院医学研究科長、卒後研修委員会委員長、付属 4 病院臨床研修委員長など卒前、卒後教育の実務を担当する各種委員会の代表者も上記委員会メンバーに参画しており、卒前から卒後までをシームレスに捉えた、学修が連携するシステムを構築した。これは特徴ある組織運営であると考えられる。

### **C. 現状への対応**

上記の教育関連組織の活動により、プログラムのモニタと評価に、統轄と管理に関与する評価者が含まれ、有効に意見が集約されている。さらに重要なステイクホルダーとして、法人関係者、同窓会役員などの参画も検討中である。一方で医学教育関連委員会事態を評価するデータは集約されていない。

### **D. 改善に向けた計画**

今後は、教員・学生・統轄管理者を柱にしたプログラムモニタリングにより、更なる改善がなされたカリキュラムの、学生業績向上の効果を詳細に評価することで、医学教育関連委員会の機能強化を図る。

参考資料

資料 1-18：医学教育関連委員会委員名簿

---

他の関連する教育の協働者に以下の項目をできるようにすべきである。

- 課程およびプログラムの評価の結果を閲覧することを許す。(Q 7.4.1)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学は自己点検と評価を継続し、またその結果を他の関連する教育協働者にも広く周知してきた。財団法人日本高等教育評価機構による大学機関別認証評価は 7 年ごとに計

2回受審を終え、大学ホームページ上で公開してきた。また教務部委員会議事録、教授会議事録は学内向け Web サイトに公開しており、教育には直接関わっていない教職員もこれを閲覧することが出来るようにして来た（資料 7-8）。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学は単科大学であるため、機関別認証評価の評価結果の多くは、ここで求められるプログラム評価に直結する内容であり、必要とされる要素は、一般市民を含む他の関連する教育の協働者が閲覧できる状態にある。

## **C. 現状への対応**

上記の如く、外部評価を含むプログラムの評価は、ホームページなどを活用し、本学内外の関連する教育協働者に広く周知させている。大学ホームページのさらなる活用については大学 PR・情報委員会、法人広報課で検討が行われている。

## **D. 改善に向けた計画**

今後は規定に従い、本審査受審結果も公表される予定となっている。これら評価の開示から得られる意見等を広く集約するシステム構築を検討する。

参考資料

資料 7-8：ホームページ画面「機関別認証評価結果公開」

---

---

他の関連する教育の協働者に以下の項目をできるようにすべきである。

- 卒業生の業績に対する他のフィードバックを協働者に求める。(Q 7.4.2)
- 
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学の FD は、本来の教職員研修としての FD に加え、普段直接的には本学の教育には関わっていない大学教員や他大学の教育関係者が多数含まれており、種々の情報提供、フィードバックを受ける場としても大いに活用されてきた（資料 3-8）。特に卒業生の業績に対するフィードバックについては、附属病院が NPO 法人卒後臨床研修評価機構による外部評価をいち早く受審し継続的な評価を受けてきた。この中では「臨床研修修了者の臨床研修目標の達成状況」などが具体的に評価されて来た（資料 6-16）。

コンピテンスに基づいた、卒業生の学修成果達成度についても IR 室が ICT 推進センターと共同作業で調査を行った。医師以外の医療系職員、事務職、技官 34 名を含む 45 名の教育の協働者からも回答が寄せられている（別冊 8-12）。



## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

FDは1泊2日、学長、医学部長以下教育に携わる主たる関係者は必ず参加しており、外部からのフィードバックを直接吸い上げる状況設定がなされて来た。しかし、現状では卒前の学生の業績にフォーカスが当てられており、卒業生の業績に対するフィードバックを「他の関連する教育の協働者」から受ける機会はこちらでは少ない。

しかし、本学では附属病院がNPO法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）による外部評価をいち早く受審し継続的な評価を受けてきた。この中で卒後研修の観点ではあるが、臨床教育の現場としての附属病院の機能、研修プログラム全般を自己点検し、厳格な外部評価を受け、さらに改善を繰り返してきたことは特色として挙げられる。

また、同機構の岩崎栄専務理事が本学で年1回開催される臨床研修指導医のための教育WSには必ず参加されフィードバックを受けてきた。学内メールを用いたランダム抽出アンケートからも多領域の協働者からフィードバックが得られた。

## **C. 現状への対応**

上記の如く、卒業生の業績に対する他のフィードバックを協働者に求めるシステムは確立されつつある。一方で、卒業生の業績を長期的に追跡するシステムは依然不十分であり、卒業生の業績データの拡充から、より有用なフィードバックが得られる可能性もあるため、医学教育センター医学教育支援部門が中心となり、IR室と臨床研修センター、ICT推進センターとの協働でこの追跡システムの開発を検討している。

## **D. 改善に向けた計画**

地域社会や一般市民の代表者からの卒業生の業績におけるフィードバックはほとんど得られておらず、学部教育のカリキュラム委員会に相当する組織を卒後教育の現場においても整備する必要がある。本学卒業生の業績における外部委員、地域社会や一般市民の代表者からのヒアリングシステム構築を検討する。

参考資料

資料 6-16 : JCEP による外部評価結果

別冊 8 : IR 調査報告・統計資料集-12

---

他の関連する教育の協働者に以下の項目をできるようにすべきである。

- カリキュラムに対する他のフィードバックを協働者に求める。(Q 7.4.3)
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

教育プロセスのモニタは、主としてカリキュラム委員会(2013年9月1日立ち上げ)がこれを担当して来た。その後、カリキュラム委員会は2016年に外部メンバーを加え、

モニタ機能を強化した。外部メンバーは、学生教育委員会代表、看護部、模擬患者代表、地域医療関係者、東京都医師会関係者、地域住民や患者からの協力者である(資料 1-16)。また、前述の FD の中で、日本獣医生命科学大学教職員により、2 回/年 FD 開催の際に学部評価者の立場から示唆を得ている(資料 3-9) (資料 3-10)。

また卒業生の業績と言う観点からは Q 7.4.2 に述べたように、JCEP による学部評価受審に加え、JCEP 専務理事にも卒前、卒後の教育カリキュラムのシームレス化についてフィードバックを求めてきた。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

上記カリキュラム委員会の枠組みや FD の有効的活用、外部の教育専門家としての日本獣医生命科学大学教員、JCEP 関係者など関連する教育の協働者からカリキュラムに関する意見を集約するシステムは醸成されつつある。本学が掲げる卒前卒後の教育のシームレス化における JCEP 外部評価の活用、同機構関係者の直接的フィードバックは特色として挙げられる。

## **C. 現状への対応**

一方で、患者からの外部評価は十分得られていない現状がある。また多施設の教育者は同一法人内の日本獣医畜産大学以外からは受けられておらず、完全に独立した大学からの意見を得る努力を要し、現状での取り組みはほとんどない。

## **D. 改善に向けた計画**

教育プログラム評価という観点からは評価者にステイクホルダーとしてさらに患者や地域市民の視点を加えていく必要がある。交流がある他医科大学や協定校である他分野の大学内の指導者からカリキュラムに対するフィードバックを得る方策を検討する。

参考資料

資料 3-9 : FD ワークショップ 日本獣医生命科学大学参加者

資料 3-10 : 日本獣医生命科学大学による外部評価報告書

## 8. 統括および管理運営

## 8. 統轄および管理運営

### 8.1 統轄

#### 基本的水準:

医科大学・医学部は

- その統轄する組織と機能が、大学内での位置づけを含み規定されていなければならない。(B 8.1.1)

#### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- 統轄する組織として、委員会組織を設置し、下記の意見を反映させるべきである。
  - 教員 (Q 8.1.1)
  - 学生 (Q 8.1.2)
  - その他教育に関わる関係者 (Q 8.1.3)
- 統轄業務とその決定事項の透明性を確保するべきである。(Q 8.1.4)

#### 注 釈:

- [統轄]とは、医科大学・医学部を統治する活動および組織を意味する。統轄には、主に方針決定、全般的な組織や教育プログラムの方針（ポリシー）を確立する過程およびその方針を実行・管理することが含まれる。組織と教育プログラムの方針（ポリシー）には通常、医科大学・医学部の使命、カリキュラム、入学者選抜方針、教員の募集および選抜方針、実践されている医療や保健医療機関との交流や連携も含まれる。
- 医学部が大学の一部である場合、または大学と連携している場合、統轄組織における[大学内での位置づけ]が明確に規定される。
- [委員会組織]はその委員会、特にカリキュラム委員会の責任範囲を明確にする。(B 2.7.1を参照)。
- [その他教育に関わる関係者]には、文部科学省や厚生労働省、保健医療機関、医療提供システム、一般市民（例：医療の受給者）の代表者が含まれる。
- [透明性]の確保は、公報、web 情報、議事録の開示などで行う。

---

その統轄する組織と機能が、大学内での位置づけを含み規定されていなければならない。(B 8.1.1)

---

#### A. 基本的水準に関する情報

学校法人日本医科大学は日本医科大学、日本獣医生命科学大学、日本医科大学看護専門学校の3つの教育機関を有している。学校法人寄附行為（資料 1-10）に基づき日本

医科大学が選任した理事総数の過半数の議決によって理事長が選任され、理事長は法人を代表し、この法人の業務を総理する。学校法人日本医科大学が設置する日本医科大学および日本獣医生命科学大学の学長は職制理事として学校法人日本医科大学の理事となる。日本医科大学長は日本医科大学学長選任規程（資料 8-1）により選出され、日本医科大学は 2012 年に私立医科大学としては初めて大学院重点化に踏み切った。以来、大学院大学として医学部医学科を担当し、大学院医学研究科に属する 43 分野のうち、先端医学研究所の 4 分野を除く 39 分野と基礎科学の 7 つの教室が医学教育に直接関わる。先端医学研究所の教員も研究のみならず適時関連領域の教育に関わる。

日本医科大学は大学院医学研究科、医学部医学科、先端医学研究所、付属 4 病院（千駄木、千葉北総、武蔵小杉、多摩永山）、健診医療センター、呼吸ケアクリニック、腎クリニック、成田国際空港クリニック、図書館によって構成され、それぞれの長である大学院医学研究科長、医学部長、先端医学研究所長、付属 4 病院の院長、各クリニックの所長、図書館長は全てそれぞれ日本医科大学組織規則によって選任される（資料 8-2）。

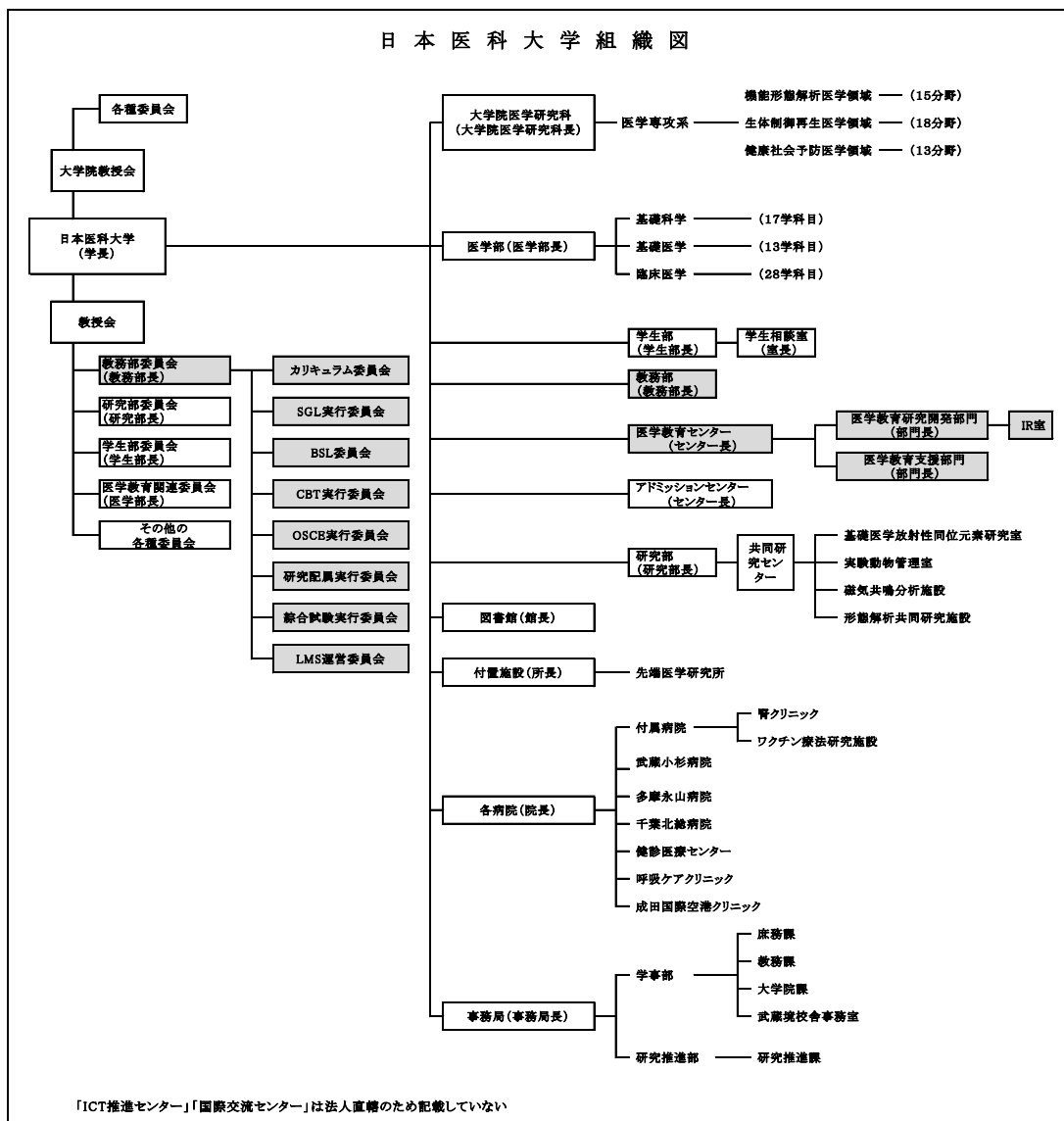
また、大学院教授会は 43 分野の大学院教授（分野主任）によって構成され、医学部教授会は大学院教授に加え、医学部教授によって構成される。それぞれの教授は、明確な教授選考規程を経て選出されている（資料 5-1）。学長はこれらの組織のリーダーとして強いリーダーシップの下、これらを統括している。

本学医学部には教務部、研究部、学生部、医学教育センターがあり、それぞれ規則により選出された教務部長、研究部長、学生部長、医学教育センター長がそれらを統括している。

本学には教育に関する事項については教務部長（教務部委員会委員長）のもと、教務部委員会がこれに当たり、教務部委員会（資料 1-13）の中にはカリキュラム委員会（資料 1-16）、BSL 委員会（資料 1-23）、SGL 実行委員会（資料 1-24）、CBT 実行委員会（資料 1-25）、OSCE 実行委員会（資料 1-26）、研究配属実行委員会（資料 1-27）、総合試験実行委員会（資料 1-28）、LMS 運営委員会（資料 1-29）があり、それぞれの長には教務部委員会委員をもってこれに当てており、それぞれがその責務を明確に自認し、職務を遂行している（資料 2-44）。

入学者の選抜は、領域 4 で説明したように規則により選出された委員によって構成される、独立した入学試験委員会がこれを担当する。入学試験委員会の委員長は学長がこれにあたり、医学部長が副委員長としてこれを補佐する（資料 4-2）。

教員の募集、選抜は大学院教授、（基礎科学、医学部の）教授については大学院教授会より選出された教授選考委員会がこれを担当し、准教授、講師の採用・昇任についての審査は、大学院教授会、医学部教授会から選出された教員選考委員会がこれを審査する（資料 5-3）。



(資料 2-44)

## B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

上記のように日本医科大学における様々な役割を担当し統轄する組織と機能についての大学内での位置づけについては、明確に規定化されており、現状においてうまく機能していると判断する。また、毎月開催される法人理事長、常務理事、常任理事と大学7役との定例連絡協議会（運営協議会）において、法人と大学の意見交換と現状認識が常に共有する努力を継続している。

## C. 現状への対応

時代や環境の変化により、各組織と機能も変化することが多々ある。これらは将来構想等を議論する大学7役会議又は各組織においても継続して議論することで対応している。

## **D. 改善に向けた計画**

統轄する組織と機能が、大学内での位置づけを含み規定されることはしっかりと行われているが、現状への対応に示した継続した議論、及び議論から生まれた改善の必要性に対しては柔軟性をもって対応することになっている。

### 参考資料

資料 1-10：寄附行為

資料 1-13：教務部委員会運営細則・委員名簿

資料 1-16：カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

資料 1-23：BSL 委員会運営細則・委員名簿

資料 1-24：SGL 実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-25：CBT 実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-26：OSCE 実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-27：研究配属実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-28：総合試験実行委員会運営細則・委員名簿

資料 1-29：LMS 運営委員会運営細則・委員名簿

資料 2-44：組織図

資料 4-2：入学試験委員会規則

資料 5-1：大学院教授及び教授の選考に関する細則

資料 5-3：教員選考委員会運営細則

資料 8-1：日本医科大学長選任規程

資料 8-2：日本医科大学組織規則

---

統轄する組織として、委員会組織を設置し、下記の意見を反映させるべきである。

- 教員(Q 8.1.1)
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

学校法人日本医科大学の常務会（理事長、常務理事、常任理事）と大学 7 役（学長、大学院医学研究科長、医学部長、教務部長、学生部長、研究部長、基礎科学主任）の間では毎月、法人と大学との間の運営協議会を開催し、両者の意思疎通を図っている。7 役会議は原則毎週開催され、それぞれの担当領域における諸問題を相互に報告し合い、全員で検討する会議を構築している（大学事務局長も同席する）。

大学院教授会には 4 付属病院の院長が出席し（院長が大学院教授でない場合はオブザーバーとして出席）、また医学部教授会には大学の准教授・講師会の代表がオブザーバ

一として出席する。教授会の報告、審議内容は大学広報誌並びに学内 Web 上で全教職員に開示されている。

教育に関する中核的な委員会組織は教務部委員会であり、教務部長がこれを統轄する。教務部委員は医学部教授会の投票によって選出され、1 期 2 年で連続して 2 期までとなっており、学内の多くの教授が教務に関わる仕組みを取っている。さらに学長指名として 4 病院の BSL 実行委員長/卒後研修委員長（講師、准教授もむ）を含めた適任者が選ばれている。また、教務部委員会内の下部委員会であるカリキュラム委員会、BSL 委員会、SGL 実行委員会、OSCE 実行委員会、CBT 実行委員会、総合試験実行委員会の委員には実際の現場で中核として活躍する准教授、講師級（委員会によっては助教も含む）のメンバーが中心になり、出来るだけ全学的な声を収集する体制を構築している。

なお、教務部委員会には大学院医学研究科長、医学部長、学生部長、基礎科学主任が職制委員として加わり、学長はオブザーバーとして随時参画している。また、教務部委員会は学生の学園生活を担当する学生部委員会とも密接な連携を取り、互いの課題、問題点を共有し、それぞれの立場から補強し合っている。

基礎科学、基礎医学（先端医学研究所を含む）、臨床医学においては、それぞれの組織において教授層の連絡会議があり、それらの中から提案される課題や問題点も教務部委員会や教授会にて取り上げ、解決、改善に努める仕組みが取られている。准教授、講師層では准講会が構成され、意見交換を行う場となっている。

大学の主な委員会（大学院委員会、教務部委員会、学生部委員会、研究部委員会など）では、委員会の開催前に、委員会で取り扱う議案内容を全学の講師以上の教員に一斉メールによって開示し、事前のパブリックコメントを受けることも行われている（資料 8-3）。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

上記のように、教員からの意見収集については一定の仕組みが構築されており、十分な意見収集を行える状況になっている。しかし、4 病院が離れており、これらの意見集約の仕組みが滞ることは時としてあり、より正確で機能的な仕組みの構築は必要である。

## **C. 現状への対応**

各分野主任や部署長から分野所属教職員への報告と多くの教職員からの意見収集の徹底を図るべく教授会等を介して注意を促している。

## **D. 改善に向けた計画**

教育カリキュラムの問題も含め、大学における諸問題に関する全学一斉アンケート調査や医学教育センター、ICT 推進センターを中心とした教員の意見の容易な収集方法、意見の解析（IR）について検討する。



参考資料

資料 8-3 : パブリックコメント募集例

---

統轄する組織として、委員会組織を設置し、下記の意見を反映させるべきである。

- 学生(Q 8.1.2)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

教学に関しては大学としてのカリキュラム委員会（資料 1-16）の他に、学生による学生教育委員会（資料 4-13）が構築されている。この委員会が学生の教務に関する希望などを取りまとめ、カリキュラム委員会にも出席し、大学に意見を伝える体制が構築されている。また、本学では学生部委員会（資料 6-35）が学生問題を統轄しており、随時、教務部委員会と連携して、学生とのコミュニケーションの構築している。

また、各学年には 1 名の学年担任と 2 名の副担任が設置されており、これらの担任、副担任を介して学生の意見や要望が学生部委員会を中心に教務部委員会にも連絡される。さらに、学生部委員会の下部委員会として、学生アドバイザー委員会があり、年に 2 回、学生アドバイザー会議を開催し、全学生が参加して大学への要望や意見などを聞く機会を作っている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

基本的に現システムの中で学生の意見や要望に対応するシステムは構築されている。但し、学生個々の立場で各委員会や組織に意見を述べる直結した仕組みはない。現状のステップを踏んでのスタイルで対応できていると考えるが、より個々の立場との連絡システムの構築は検討の価値があるともいえる。

#### **C. 現状への対応**

現状で大きな問題はないと考えるが、学生の捉え方も多様であり、個々の学生の要望や意見は、学年担任を中心に対応し、学生部長、教務部長、カリキュラム委員会委員長を中心に学生部委員会、教務部委員会、カリキュラム委員会、等で検討する体制を取っている。

#### **D. 改善に向けた計画**

カリキュラム委員会、学生部委員会で常に学生からの声に対応する姿勢を堅持し、さらによりシステマティックで具体的な連結体制を協議する。

参考資料

資料 1-16 : カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

資料 4-13：学生教育委員会

資料 6-35：学生部委員会運営細則・委員名簿

---

統轄する組織として、委員会組織を設置し、下記の意見を反映させるべきである。

- その他教育に関わる関係者(Q 8.1.3)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

その他の教育に関わる関係者としては文部科学省、厚生労働省といった関係官庁、日本医師会、全国医学部長病院長会議、自治体である東京都や文京区等から寄せられた関連する情報、報告については、随時、大学院教授会、医学部教授会、大学院委員会、教務部委員会、学生部委員会、研究部委員会など関連委員会などで報告され、常に多くの教職員で情報共有できる体制を取っている。

さらに法人評議委員として公的医療関係組織代表者、公的病院院長、関連省庁 OB、経済界の代表者、弁護士等を迎え意見を求めている。

また、OSCE 等において教育協力頂いている模擬患者 (SP) の皆さんから寄せられる意見や情報も同様に医学教育センターより報告される。SP はある意味では限定された形での市民でもあり、そのような関連性を持たない一般市民との意見交換も図るため、カリキュラム委員会へ一般患者や地域住民などの参画も図っている (資料 1-16)。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

かなり広い範囲にわたって様々な情報を的確に捉え、耳を傾ける姿勢をとっている。医学教育と市民の関わりが今後より一層深まる可能性を考慮し、一般市民も交わる第三者との意見交換や情報交換の場が必要になる可能性がある。

#### **C. 現状への対応**

これまでの「その他教育に関わる関係者」の意見を反映する体制を堅持するとともに、一般市民も交わる仕組みに関して、その重要性を理解しながらも、一方で医学部という特殊な学習環境について、正確な知識と理解を求めながら建設的な意見を頂けるようなスタイル、仕組みを模索している。

#### **D. 改善に向けた計画**

教務部委員会を中心に、医学教育への意見や進言を受け止め、本学の今後の教育現場への有効的な還元について検討を行う。

参考資料

資料 1-16：カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

---

統轄業務とその決定事項の透明性を確保すべきである。(Q 8.1.4)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

教務部委員会、学生部委員会など学内のほとんどの組織、委員会の議事録は作成されており、これらの多くは教授会に報告されている。また大学院教授会、医学部教授会とも議事録を作成し、これまでの記録も保存されて、2004年度よりは大学ホームページにて医学部教授会議事録を一般公開し、透明性を保っている。大学院教授会議事録はホームページ上では公開していないが、同議事録は医学部教授会にて報告されており、その内容は医学部教授会議事録にも掲載されている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

大学の最高審議機関である教授会議事録（各種委員会議事録、報告）に多くの内容が記載され、ホームページ上でも一般公開し、透明性を確保している。

#### **C. 現状への対応**

特に問題はないと考える

#### **D. 改善に向けた計画**

特になし

### **8.2 教学のリーダーシップ**

#### **基本的水準:**

医科大学・医学部は

- 医学教育プログラムの定義と運営に向けた教学のリーダーシップの責務を明確に示さなければならない。(B 8.2.1)

#### **質的向上のための水準:**

医科大学・医学部は

- 教学におけるリーダーシップの評価を、医科大学・医学部の使命と教育成果について定期的に行うべきである。(Q 8.2.1)

#### **注 釈:**

- [教学のリーダーシップ]とは、教育、研究、臨床における教学の事項の決定に責任を担うポジションにある人を指し、学長、学部長、学部長代理、副学部長、講

座の主宰者、コース責任者、機構および研究センターの責任者のほか、常置委員会の委員長（例：学生の選抜、カリキュラム立案、学生のカウンセリング）などが含まれる。

---

医学教育プログラムの定義と運営に向けた教学のリーダーシップの責務を明確に示さなければならない。（B 8.2.1）

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

本学の教学に関するリーダーシップは学長のガバナンスによってなされる。学長の下、医学部に関しては医学部長、大学院に関しては大学院医学研究科長が責任を負っている。ただし、医学部教育の直接の責任者は教務部長であり教育の計画、実施、評価、改善を行う。教務部長は学長推薦により理事長に任命される（日本医科大学組織規則第7条および第21条）（資料8-2）。

教務部は教務部長、教務部副部長、大学院医学研究科長、医学部長、基礎科学主任、学生部長、医学教育センター長の7名によって構成される組織であり、その業務は、(1) 教育及び学事に関すること、(2) 授業及び授業科目に関すること、(3) 試験及び成績に関すること、(4) その他学長が諮問した事項に関すること、と規定されている（資料8-4）。

一方、医学部教授会に教務部委員会がおかれている。教務部委員会の委員は医学部教授会で選出された委員6名、職制委員（教務部長、医学部長、大学院医学研究科長、基礎科学主任、学生部長、医学教育センター長）、学長指名委員数名によって構成される。教務部委員会委員長は教務部長が務める（資料1-13）。

教務部委員会は教務部の判断に必要な事項について毎月定例会議を開くほか、必要に応じて臨時委員会、メール審議等を行う。教務部委員会内にはカリキュラム委員会、SGL実行委員会、BSL委員会、OSCE実行委員会、CBT実行委員会、研究配属実行委員会、総合試験実行委員会、LMS運営委員会の8つの小委員会があり、各小委員会の委員長は教務部委員会委員が任命され、それぞれの専門分野の業務を行っている。

さらに、医学部だけでなく本学すべての医学教育に関わる事項を審議するため、医学教育関連委員会が組織されている。この委員会は医学部長を委員長とし、大学院医学研究科長、基礎科学主任、教務部長、学生部長、医学教育センター長、医学教育センター部門長、卒後研修委員会委員長、BSL委員会委員長、各付属病院長、外部有識者を含む学長指名委員数名によって構成されている。その審議事項は、(1) 医学教育センター運営に関する事項、(2) 卒前教育プログラム改善に関する事項、(3) 卒後教育プログラム改善に関する事項(4) 学生、研修医のキャリアパスに関する事項、(5) その他学長が諮問した事項、と規定されており、医学部教育においてはとくに臨床実習をスムーズに行い、その成果を上げるために、関係各方面との連携を図ることができる仕組みになっている（資料1-17）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

上記のように、明確な規則によって責任を伴うリーダーとその役割が規定されており、また選任規程によって任期を明確化しており、その責任を審査する機会を設けている。この体制で十分なリーダーシップとその責任の明確性を明らかにしている。

## **C. 現状への対応**

特になし

## **D. 改善に向けた計画**

特になし

参考資料

資料 1-13：教務部委員会運営細則・委員名簿

資料 1-17：医学教育関連委員会運営細則

資料 8-2：日本医科大学組織規則

資料 8-4：教務部組織細則

---

---

教学におけるリーダーシップの評価を、医科大学・医学部の使命と教育成果について定期的に行うべきである。(Q 8.2.1)

---

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学では、その教育研究水準の向上を図り、本学のミッションおよび教育のアウトカムに沿って自ら点検及び評価する目的で、自己点検委員会を組織している。

自己点検委員会は、大学院医学研究科長、医学部長、教務部長、研究部長、学生部長、基礎科学主任、先端医学研究所長、卒後研修委員会委員長、倫理委員会委員長、PR・情報委員会委員長、図書館長、学長指名委員若干名から構成され、委員長は医学部長が務める。その審議事項は、(1) 自己点検・評価の実施方法に係る基本方針の策定に関すること、(2) 自己点検・評価項目の設定に関すること、(3) その他学長が必要と認めて諮問した事項、となっている(資料 7-3)。

自己点検委員会は日本医科大学自己点検委員会運営細則に規定された下記の 18 項目について自己点検・評価を行い、毎年年度報告書を作成して学長の承認を得なくてはならないことになっている。報告書作成の過程で委員会ごとに自己点検・評価を個別に行うが、教務部委員会は全委員会の最初に記載される。参考として 2013 年度の自己点検年度報告書を供覧する(別冊 20)。

### 自己点検・評価項目

- (1) 大学の使命・目的及び教育目的に関すること
- (2) 学生の受け入れに関すること
- (3) 教育課程及び教授方法に関すること
- (4) 学修及び授業の支援に関すること
- (5) 単位認定、卒業・修了認定等に関すること
- (6) キャリアガイダンスに関すること
- (7) 学生サービスに関すること
- (8) 教員の配置・職能開発等に関すること
- (9) 教育環境に関すること
- (10) 経営の規律に関すること
- (11) 理事会の機能に関すること
- (12) 大学の意思決定と学長のリーダーシップに関すること
- (13) コミュニケーションとガバナンスに関すること
- (14) 管理運営に関すること
- (15) 財務に関すること
- (16) 大学の各種委員会等に関すること
- (17) 大学の各分野及び各施設等における教育・研究業績に関すること
- (18) その他委員会が必要と認めた事項

さらに、財団法人日本高等教育評価機構による大学機関別認証評価を7年ごとに受審している。その自己点検評価書の作成過程において、さらに詳細な自己評価を行っており、2015年度受審においても適合と判定されている。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

自己点検委員会の活動及び年次報告書の作成の過程で、教学のリーダーシップについて評価が行われている。あわせて財団法人日本高等教育評価機構による大学機関別認証評価を受審し、適合と判定されている。

### **C. 現状への対応**

特になし

### **D. 改善に向けた計画**

特になし

参考資料

資料7-3：自己点検委員会規則・運営細則

### 8.3 教育予算と資源配分

#### 基本的水準：

医科大学・医学部は

- カリキュラムを遂行するための教育関係予算を含む責任と権限のある範囲を明示しなければならない。(B 8.3.1)
- カリキュラムの実施に必要な資源を配分し、教育上のニーズに沿って教育資源を分配しなければならない。(B 8.3.2)

#### 質的向上のための水準：

医科大学・医学部は

- 意図した教育成果を達成するために、教員の報酬を含む教育資源配分の決定について適切な自己決定権をもつべきである。(Q 8.3.1)
- 資源の配分においては、医学の発展と社会の健康上のニーズを考慮すべきである。(Q 8.3.2)

#### 注 釈：

- [教育予算]はそれぞれの機関と国の予算の執行に依存し、医科大学・医学部での透明性のある予算計画にも関連する。
- [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)。
- [教育予算と資源配分]は学生と学生組織への支援をも含む(B 4.3.3および4.4の注釈を参照)。

---

カリキュラムを遂行するための教育関係予算を含む責任と権限のある範囲を明示しなければならない。(B 8.3.1)

---

#### A. 基本的水準に関する情報

予算は学校法人日本医科大学経理規程(資料8-5)により編成される。本学では教育に関する予算と研究に関する予算を一括して教育研究経費として扱っている。2016年度の教育研究経費予算は約23億円である(資料8-6)。

教育・研究に関わる予算は大学に配分され、さらに基礎科学、基礎医学、先端医学研究所、各付属病院、各診療施設の各部署に配分される。その配分は研究部長を中心に研究部委員会が審議する。

また、学長裁量分、教務部委員会共通経費、研究部委員会共通経費が配分され、教育や研究において共通性の高い項目への対応は、これらの共通経費のからの支出が各委員

会の審議を経て行われる。各部署においては、それぞれの部署内の科目、コースの内容と量的要因などを勘案し、協議の基に各科目やコースへの配分額を決定している。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

各部署の状況を勘案した教育研究費の配分であるが、その配分率の決定はかなり以前のことであり、各部署の状況も変化してきている。また、任期制の導入により教員評価の厳格化などもあり、様々な評価の変化も起こっている。現状を洗い直し、新たな教育研究費の配分基準を定める必要が生じている。

## **C. 現状への対応**

個々の不足や問題点、課題点については随時、教務部委員会、研究部委員会等で審議を行い、各委員会の共通経費や学長裁量費などを用いて対応している、

## **D. 改善に向けた計画**

現在、教務部委員会においては「教育」の評価、研究部委員会においては「研究」の評価についての基準の見直しを行っており、教育研究費として分配されている予算を教育と研究の両面に切り離して再検討し、より詳細な配分規定を導入するための検討が始まっている。

参考資料

資料 8-5：経理規程

資料 8-6：2016 年度教育研究経費予算

---

カリキュラムの実施に必要な資源を配分し、教育上のニーズに沿って教育資源を分配しなければならない。(B 8.3.2)

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

教育資源として大切な講義室、実習室、SGL 室、演習室などは大学学事部教務課が、カリキュラムを考慮しつつ調整している。医学教育センターはクリニカル・シミュレーション・ラボを管轄し、同ラボの使用にあたってのサポートを行っている。教育施設における優先性に関しては、学生教育への使用の優先性が教務部委員会で確認されている。教育資源における維持経費は、教務課に分配される教務課経費、教務部委員会の共通経費等をこれにあて、学生教育指導に支障がないように配慮している。また、カリキュラム外の講義室、実習室などの使用に関しては、科目責任者が教務課と連絡を取り、その使用状況を確認し、教務課のサポートを得て調整している。



## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

現状で大きな問題はないが、教育施設の優先性に関して、委員会での確認のみならず正規の規約を設定し、その規約に則って利用するよう改善する必要がある。

## **C. 現状への対応**

教務課が調整期間として十分に対応している。

## **D. 改善に向けた計画**

教育設備の使用に関する規程を定め、その規程に沿って教育の優先性を確立する。

---

意図した教育成果を達成するために、教員の報酬を含む教育資源配分の決定について適切な自己決定権をもつべきである。(Q 8.3.1)

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

教員の報酬は学校法人日本医科大学の給与規則(資料 5-8)によって定められている。教育・研究遂行上重要な役職に就いている者(大学院医学研究科長、医学部長、教務部長、学生部長、研究部長、基礎科学主任)には、役職手当が支給される。

また、各種委員会の委員等は、教員評価等の際にその役目を明確に記載することになっており、昇任人事等の際には参考にされる。教員が教育業務を遂行する上で必要に応じて、教務課、医学教育センター等のセクションがそのサポートをすることがある。

また、大学本部のある千駄木地区以外の千葉北総、武蔵小杉、多摩永山の3病院地区には、病院担当事務者の中に、大学学事部教務課課員を兼務する職員を配置し、教務上のサポートや連絡体制がスムーズにいくよう配慮している。

なお、人的配置について、基礎科学、基礎医学、社会医学、臨床医学の各領域においてにおいては全国的な水準を超える配置を行っており、教育に対する人的資源の配置には十分な配慮を行っている。

特任教授などの一部の職を除き、講師、准教授、教授等への昇任については教員選考委員会が審議し、教授会の昇任を経て理事会に報告される。教員選考委員会には医学部長、教務部長も職制委員として加わっており、教育成果についても厳正な評価を行っている(資料 5-3)。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

現状において格別な問題点はない

## **C. 現状への対応**

特になし

#### **D. 改善に向けた計画**

特になし

参考資料

資料 5-3：教員選考委員会運営細則

資料 5-8：給与規則

---

資源の配分においては、医学の発展と社会の健康上のニーズを考慮すべきである。

(Q 8.3.2)

---

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

大学院教授選考においては全国公募の方式を基本とし、医学の発展と社会の健康上のニーズを考慮し、選考委員会が大局的な立場から審議を行い、教授会に適切な人物を推薦し、審議する方式をとっている。また、教育研究費に加えて、大学院研究科特別経費等の研究補助予算は大学院委員会が中心となって、学内より公募をおこない、研究業績や研究体制に加え、医学の発展と社会の健康上のニーズにも配慮した内容の研究を促進している。現在、教育研究費の配分基準の見直しが始まっているが、その見直しにおいても医学の発展と社会の健康上のニーズは重要な見直し点の一つであり、今後の資源配分において考慮されるポイントの一つである。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

現状において格別な問題点はない。

#### **C. 現状への対応**

特になし

#### **D. 改善に向けた計画**

医学の発展と社会の健康上のニーズは時代とともに常に変化するものであり、その変化に柔軟に対応する必要があり、大学7役会議では常に課題として議論し、また大学院委員会、教務部委員会、研究部委員会等でも随時、検討課題としていく。

### **8.4 事務組織と運営**

**基本的水準：**

医科大学・医学部は

- 以下のことを行うのに適した事務組織および専門組織を設置しなければならない。
  - 教育プログラムと関連の活動を支援する (B 8.4.1)
  - 適切な運営と資源の配分を確実に実施する (B 8.4.2)

#### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- 定期的な点検を含む管理運営の質保証のための制度を作成し履行すべきである。  
(Q 8.4.1)

#### 注 釈:

- [事務組織]とは、方針決定と方針ならびに計画の履行を支援する管理運営組織の職位と人材を意味し、運営上の組織的構造によって異なるが一学部長室・事務局の責任者、スタッフ、財務の責任者、予算および財務局のスタッフ、入試事務局の責任者およびスタッフ、プランニング、人事、ITの各部門の責任者およびスタッフが含まれる。
- [運営]とは、組織と教育プログラムの方針（ポリシー）に基づく執行に主に関わる規則および体制を意味し、これには経済的、組織的な活動、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。組織と教育プログラムの方針（ポリシー）に基づく執行は、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を実行に移すことを含む。
- [事務組織の適切性]とは、必要な能力を備えた事務職の人員体制を意味する。
- [管理運営の質保証のための制度]には、改善の必要性の検討と運営の検証が含まれる。

---

以下のことを行うのに適した事務組織および専門組織を設置しなければならない。

- 教育プログラムと関連の活動を支援する (B 8.4.1)
- 

#### A. 基本的水準に関する情報

教育プログラムと関連の活動を支援する事務組織および専門組織として、日本医科大学事務局が存在し、事務局は学事部と研究推進部で構成されている。事務局は事務局長が全体の統括者となり、学事部、研究推進部にはそれぞれ学事部長、研究推進部長が配置され、それぞれを統括している。学事部内には教務課、庶務課、大学院課、武蔵境校舎事務室が、研究推進部内には研究推進課があり、それぞれの課長、室長のもとそれぞれの役割を果たしている。

教務課は教務関係全般、学生関係全般を担当して、教務部長率いる教務部委員会、学生部長率いる学生部委員会の事務的業務を全面的に支援している。また、定期試験の補

助、オープンキャンパス、シラバス作成の補助、教育備品・整備などは幅広い業務に対応し、学生の要望や種々申請、必要書類等への対応を担当している。

庶務課は教授会や、大学諸行事、教員関係全般の事務的業務を全面的に担当する。

大学院課は大学院に関わる事務的業務を全面的に担当している。

千駄木地区以外の千葉北総、武蔵小杉、多摩永山の3病院においても医学生のBSLが行われることを考慮し、3病院の庶務課課員1~2名は学事部教務課課員を兼務し、本部の教務課と連携をとって各病院における教育のサポートを行っている。

また、武蔵境校舎事務室は、武蔵境キャンパス内の基礎科学課程の教務、庶務関係全般の事務業務を千駄木キャンパス内の学事部教務課、庶務課と連携をとりながら担当している。研究推進部研究推進課は教員の研究に関する諸問題（科学研究費などの研究助成、研究倫理、様々な研究プログラムに関する申請など）に関わる事務的業務を全面支援している。

さらに、医学教育センター、アドミッションセンターが独立して存在し、医学教育センターは専任教員5名、兼任教員4名であり、同センター専任の事務系担当者（課長）が1名配属されており、教務課とも連携をとってサポートしている。アドミッションセンターは主に入学試験に関わる業務を担当する部署として、本年4月に独立し、課長以下3名の専属事務職員が配置されている（資料2-44）。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

現状において適切な構成、配置がなされていると判断している。

## **C. 現状への対応**

特になし

## **D. 改善に向けた計画**

教務に関する業務は年々多様に、また業務内容が増加傾向であり、学事部関係の事務職員の増員に関して法人と適時話し合いをもつ。

参考資料

資料2-44：組織図

---

以下のことを行うのに適した事務組織および専門組織を設置しなければならない。

- 適切な運営と資源の配分を確実に実施する(B 8.4.2)
- 

## **A. 基本的水準に関する情報**

講義室や実習室、SGL室、e-Learning、学外演習先との連絡等は教務課（武蔵境校舎に

においては同事務室)が担当し、クリニカル・シミュレーション・ラボ、模擬患者(SP)に関する連絡や運用は医学教育センターが担当し、十分な管理運営が行われる体制を構築している。教務上の使用に関しては教務課において使用予定を確保し、運用支援を行っている。また、最近では法人組織としての「ICT推進センター」がe-Learningや学生ポータル支援等、ITを駆使した教育支援システムを構築し、教務課の教育支援業務をさらに支援する体制も始まっている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

従来の学事部構成に加え、医学教育センター、アドミッションセンター、ICT推進センターといった部署が設置され、適切な運営と資源の配分を確実に実施するうえにおいても充実性が高まっている。

## **C. 現状への対応**

新しい部署の成熟を支援し、旧来の部署との効果的な協調体制構築の努力を行っている。

## **D. 改善に向けた計画**

教育システムの変革にともなって迅速な事務セクションの対応も常に求められる。流動性を持つ教育システムとその変化に対応すべき資源配分を事務組織が常に先取りをし、対応しているかを検討しなければならない。

---

---

定期的な点検を含む管理運営の質保証のための制度を作成し履行すべきである。

(Q 8.4.1)

---

---

## **A. 基本的水準に関する情報**

事務職員においては、学校法人日本医科大学が定める規定に則り人事評価が定期的に行われている。目標管理シートに業務達成目標を定め、その達成度を自己評価、および上長評価等を詳細に記載し、また人事規定による昇任に関する評価も行われており、さらに管理職においては管理職任期制が導入されている。また、年1回定期的にSD(staff development)も行っている。

また、学校法人日本医科大学には監事および監査室が配置されており、管理運営の向上を目指した監査プログラムが行われている。監査内容は、業務活動が法令並びに本学の方針、計画、制度、諸規定に基づいて適正かつ効率的に行われているかについて行う業務監査と本学の会計業務に関する会計監査である。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

本学における事務職員においても明確な規則に基づく事務職員の評価制度が確立しており、管理運営の質保証のための制度として整備されている。

## **C. 現状への対応**

事務局長、学事部長、研究推進部長等を中心に現状に対する状況分析を随時行い、大学執行部とも連携を取り議論している。事務局長は大学7役会議に同席し、これらの事務側の状況についても報告し、法人、大学と連携して適切な対応が出来るようにしている。

## **D. 改善に向けた計画**

次世代育成を目的とする定期的な点検の制度および管理運営の質保証のための制度は重要であり、組織としてその仕組みを構築する必要はある。

教育システムの変革にともなって迅速な事務セクションの対応も常に求められる。流動性を持つ教育システムとその変化に対応すべき資源配分を事務組織が常に先取りをし、対応しているかを検討しなければならない。

## **8.5 保健医療部門との交流**

### **基本的水準:**

医科大学・医学部は

- 地域社会や行政の保健医療部門や保健医療関連部門と建設的な交流を持たなければならない。(B 8.5.1)

### **質的向上のための水準:**

医科大学・医学部は

- スタッフと学生を含め、保健医療関連部門のパートナーとの協働を構築すべきである。(Q 8.5.1)

### **注 釈:**

- [建設的な交流]とは、情報交換、協働、組織的な決断を含む。これにより、社会が求めている能力を持った医師の供給が行える。
- [保健医療部門]には、公立、私立を問わず、医療提供システムや、医学研究機関が含まれる。
- [保健医療関連部門]には、一問題や地域組織に依存するが—健康増進と疾病予防(例:環境、栄養ならびに社会的責任)を行う機関が含まれる。
- [協働を構築する]とは、正式な合意、協働の内容と形式の記載、および協働のた

めの連絡委員会や協働事業のための調整委員会の設立を意味する。

地域社会や行政の保健医療部門や保健医療関連部門と建設的な交流を持たなければならない。(B 8.5.1)

## A. 基本的水準に関する情報

本学の前身である済生学舎を設立した長谷川泰は、内務省衛生局長を兼務し、日本初の下水道法を制定した。建学の精神を受け継ぎ、本学のコンピテンス6として「人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献」を定めている。

日本医科大学は法人直属の4つの病院、付属病院（東京都文京区）、武蔵小杉病院（神奈川県川崎市）、多摩永山病院（東京都多摩市）、千葉北総病院（千葉県印西市）を有する。さらに、それぞれの病院はその機能、役割に応じて、地域の保健医療部門・保健医療関連部門との交流を行っている。がん診療連携拠点病院として、あるいは付属4病院すべてに設置されている救命救急センターなどの果たす機能を通じ、関係省庁とも密接な連携、交流を行っている。

以下教育、臨床、研究に分けて記載する。

1. 教育：卒前教育として、1年次では地域医療機関での見学実習、2年次では介護施設、障害者支援施設の見学実習を通じて、これらの医療提供者と交流を図ってきた。3年次の衛生学公衆衛生学（資料 8-7）の授業や臨床医学総論（資料 2-22）においては（公財）東京都医学総合研究所前理事長、東京都医師会長、地域の家庭医や在宅医療の担当医などの参加を得てきた。衛生学公衆衛生学では浄水場もしくは下水場の見学実習（必修）、検疫所などの見学実習（選択制）を行い行政の保健や医療に関連する部門との交流を図ってきた。

選択 BSL の一部として、町立八丈病院などを組み込み、特に地域社会に密接な医療現場での実習を行ってきた（資料 2-36）。卒業教育として、初期臨床研修の中に地域医療研修が含まれており、地域の保健医療関連部門での研修が行われている。保健所や健診センターでも選択ではあるが研修が行われる。さらに後期臨床研修として、それぞれ所属する診療科によっても違いがあるものの、地域の保健医療関連部門での研修が行われている。

2. 臨床：日本医科大学4病院において、それぞれの病院単位あるいは、診療科単位で地域の保険医療部門、地域医師会および地域住民との間で生涯学習セミナーおよび公開講座、医療連携フォーラムなどの様々な会合が定期的開催されてきた（資料 8-8）。日本医科大学4病院のそれぞれの診療科に所属する医師の多くは、現在、地域の保健医療部門で診療を行っているか、または、すでに行った経験を有している。彼ら自身が地域との交流におけるパイプ役を十分に果たしてきた。
3. 研究：衛生学公衆衛生学教室を含めたいくつかの診療科、研究科において、地域の保健医療部門・保健医療関連部門と協働で研究を行っている。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

卒前教育は主に講義、見学型実習という形式で地域の保健医療部門、保健医療関連部門との連携、交流がなされてきた。また臨床面での地域の保健医療部門との連携の状況は、日本医科大学4病院、さらに同じ病院のそれぞれの診療科によって異なるが、先述のように先進医療、高度医療の拠点として地域社会や行政とも密接な連携、交流を行ってきたと考える。また関連する地域の保健医療部門に勤務する医師は日本医科大学4病院のいずれかの診療科にも所属していることが多く、比較的緊密な連携がとられている。また衛生学公衆衛生学教室を中心として、地域の保健医療部門、保健医療部門と協働で、多くの研究が行われている。しかし、健康増進と疾病予防に関する教育という視点で考えると、保健医療関連部門との交流が現状では十分ではない。日本医科大学の教育目標、求めているコンピテンスをより広く認知してもらい、保健医療部門、保健医療関連部門との間にさらに広く、深い交流を持つべきであると考ええる。

## **C. 現状への対応**

BSLの地域医療実習として、保健所、保健センター、診療所、訪問看護センター、特別介護施設などの施設での実習の拡充を教務部委員会、BSL委員会で検討している。

高齢化社会において必要とされる地域完結型の医療をさらに充実させるために、日本医科大学4病院それぞれが地域の保健医療部門、保健医療関連部門とのさらに密な連携を構築する必要がある、連携の窓口となる患者支援センターを充実させる方向で進んでいる。

## **D. 改善に向けた計画**

本学のコンピテンス6「人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献」に向けた教育内容の充実化にむけたプログラム作成が必要である。健康増進と疾病予防にもさらに目を向ける必要がある。また国民皆保険の日本において費用対効果の検討が非常に重要である。この検討課題において、多くの診療科、研究科が地域の保険医療部門・保険医療関連部門と協働で研究を行うことを推進していく。

今後BSLの地域医療実習充実化を進めるうえで、外部の教育担当者を対象としたFDの開催も必要である。

### 参考資料

資料2-22：シラバス抜粋「臨床医学総論」

資料2-36：選択BSL配属先

資料8-7：シラバス抜粋「衛生学・公衆衛生学」

資料8-8：公開講座、フォーラム開催例



---

スタッフと学生を含め、保健医療関連部門のパートナーとの協働を構築すべきである。  
(Q 8.5.1)

---

### **A. 基本的水準に関する情報**

卒前、卒後教育として、保健所や福祉に関係する職員、公衆衛生に関わる機関との協働で行われる授業が組み込まれている。在宅医療の推進が政府によって支援されている現状を踏まえ、在宅医療を専門的に行う診療所、訪問看護センターに勤務する医師、医療スタッフとの連携がより強固になっており、担当するスタッフによる授業、見学実習の機会などが提供されている。また衛生学公衆衛生学教室を含めた多くの診療科、研究科において、地域の保健医療部門・保健医療関連部門に所属する医師との間で共同研究がなされている（資料 2-32）（資料 2-33）（資料 8-7）。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

早期臨床体験を目的としたプログラムや座学の講義では保健医療関連部門のパートナーとの協働による授業は行われてきたが、BSLの地域医療実習、初期研修の地域医療研修として、保健所、保健センター、診療所、訪問看護センター、特別介護施設等に勤務する医師または医療スタッフからの指導を受ける機会が少ないため、現状ではまだ不十分である。

臨床面からみると、関連する地域の保健医療関連部門に勤務する医師は日本医科大学4病院のいずれかの診療科に所属していることが多く、彼らとの協働はすでに構築されている。また、在宅医療を専門的に行う診療所、訪問看護センターに勤務する医師、医療スタッフとの連携も患者支援センターの充実とともにより強固になりつつあるが、これを教育に活用する体制は十分ではない。

### **C. 現状への対応**

本学のコンピテンシ 6として「人々の健康の維持、増進を通じた社会貢献」が掲げられた。これに基づき、教育プログラムの検証をまずカリキュラム委員会で行っている。

### **D. 改善に向けた計画**

実効性をもった協働体制の構築に向け、疫学調査を含めた地域の特殊性を鑑みた研究の遂行も必要と考える。そのためにそれぞれの診療科、研究科の医師が、地域の保健医療関連部門の医師および医療スタッフと協働で行動を起こすことが望ましいと考えられる。

参考資料

資料 2-32：医学実地演習 I・II 概要・シラバス抜粋

資料 2-33 : 医学実地演習Ⅲ概要・シラバス抜粋  
資料 8-7 : シラバス抜粋「衛生学・公衆衛生学」

## 9. 繼續的改良

## 9. 継続的改良

### 基本的水準:

医科大学・医学部は、活力を持ち社会的責任を果たす機関として

- 機関の組織と機能を定期的に自己点検し改善しなくてはならない。(B 9.0.1)
- 明らかになった課題を修正しなくてはならない。(B 9.0.2)
- 継続的改良のための資源を配分しなくてはならない。(B 9.0.3)

### 質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- 教育改善を前向きな調査と分析、自己点検の結果、および医学教育に関する文献に基づいて行なうべきである。(Q 9.0.1)
- 教育改善と再構築は過去の実績、現状、そして将来の予測に基づく方針と実践の改定となることを保証するべきである。(Q 9.0.2)
- 改良のなかで以下の点について取り組むべきである。
  - 学是や教育成果を社会の科学的、社会経済的、文化的発展に適応させる。(Q 9.0.3) (1.1 参照)
  - 卒後の環境に必要とされる要件に従って目標とする卒業生の教育成果を修正する。修正には卒後研修で必要とされる臨床技能、公衆衛生上の訓練、患者ケアへの参画を含む。(Q 9.0.4) (1.4 参照)
  - カリキュラムモデルと教育方法が適切であり互いに関連付けられているように調整する。(Q 9.0.5) (2.1 参照)
  - 基礎医学、臨床医学、行動および社会医学の進歩、人口動態や集団の健康/疾患特性、社会経済および文化的環境の変化に応じてカリキュラムの要素と要素間の関連を調整する。最新で適切な知識、概念そして方法を用いて改訂し、陳旧化したものは排除されるべきである。(Q 9.0.6) (2.2 から 2.6 参照)
  - 目標とする教育成果や教育方法に合わせた評価の方針や試験回数を調整し、評価方法を開発する。(Q 9.0.7) (3.1 と 3.2 参照)
  - 社会環境や社会からの期待、求められる人材、初等中等教育制度および高等教育を受ける要件の変化に合わせて学生選抜の方針、選抜方法そして入学者数を調整する。(Q 9.0.8) (4.1 と 4.2 参照)
  - 必要に応じた教員の採用と教育能力開発の方針を調整する。(Q 9.0.9) (5.1 と 5.2 参照)
  - 必要に応じた(例えば入学者数、教員数や特性、そして教育プログラム)教育資源の更新を行なう。(Q 9.0.10) (6.1 から 6.3 参照)
  - 教育プログラムの監視ならびに評価過程を改良する。(Q 9.0.11) (7.1 か

ら 7.3 参照)

- 社会環境および社会からの期待の変化、時間経過、そして教育に関わる多方面の関係者の関心に対応するために、組織や管理・運営制度を開発・改良する。(Q 9.0.12) (8.1 から 8.5 参照)

---

医科大学・医学部は、活力を持ち社会的責任を果たす機関として

- 機関の組織と機能を定期的に自己点検し改善しなくてはならない。(B 9.0.1)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

財団法人日本高等教育評価機構による大学機関別認証評価を 2008 年及び 2015 年と 7 年ごとに受審してきた(資料 7-8)。また、毎年自己点検評価委員会による年間自己評価を定期的、継続的に行っており、これらの結果を基に常に現状を把握し、課題を見出し、その改善に努めている(別冊 20)。

また、さらにこの自己点検年次報告書を正副領域長、病院長、各委員会委員長などの責任者が見直し、問題点を纏めて改善策も策定されている(資料 9-1)。

さらに、最終的に 2015 年自己点検委員会で議論・総括している(資料 9-2)。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

2008 年及び 2015 年の大学機関別認証評価においてはいずれも「適合」の評価を得ている。また、毎年の自己点検評価を全学的に行っており、機関の組織と機能を定期的に自己点検し改善する姿勢を堅持している。これについては、前述のように、自己点検年次報告書を正副領域長、病院長、各委員会委員長などの責任者が見直し、問題点を纏めて改善策も策定した上で、最終的に 2015 年自己点検委員会で総括している。

この結果は、教授会、7 役会議で基資料として活用されている。自己点検と改善する仕組みは機能していると評価している。

### **C. 現状への対応**

上記内容を考慮して、学長を中心に、いわゆる 7 役会議では中・長期にわたる大学の在り方、改善計画等について議論が始まっている。

その第一歩として学長を含む 7 役、病院長と基礎医学教授をはじめとするメンバーによる基礎医学の将来構想に関する懇話会が開催され、今後の研究、教育体制の在り方について率直な意見交換が行われている。この意見を集約し、今後の各部署の役割分担、教授選考の方向性を定めていく予定である。

### **D. 改善に向けた計画**

昨年、自己点検委員会を中心として、PDCA サイクルを十分に意識した整備を行った(資料 9-2) (資料 9-3)。

さらに一步踏み込んで、そこから見出された課題を基に中期・長期的改善についても議論し、検討する。その議論を通じて、7 役会議などとの有機的関係を深める。

#### 参考資料

資料 7-8：ホームページ画面「機関別認証評価結果公開」

資料 9-1：自己点検年次報告書に係る評価報告書

資料 9-2：2015 年自己点検委員会議事録

資料 9-3：機関別認証評価自己点検報告書抜粋

別冊 20：2013 年自己点検年次報告書

---

医科大学・医学部は、活力を持ち社会的責任を果たす機関として

- ・ 明らかになった課題を修正しなくてはならない。(B 9.0.2)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

大学院の正副領域長などの責任者による問題の明確化、改善方法を自己点検委員会で明らかにして、教授会に報告している（資料 9-4）。

それを基にして、学長を中心とした 7 役会議、教授会、教務部委員会、研究部委員会、大学院委員会、その他各部署において課題となる問題の洗い出し、その修正については情報共有し、適時対応をしてきている。また、2008 年及び 2015 年の大学機関別認証評価における自己評価および評価機構のコメントを基に、また、自己点検委員会が毎年自己点検評価を計画、遂行しながら、年々刻々と変化する状況を加味して、課題の確認、修正作業を推奨している。

教育に関する課題は、教務部委員会が中心になり、同委員会内のカリキュラム委員会、CBT 実行委員会、BSL 委員会、総合試験実行員会など相互協力しながら課題の修正事項に取り組んでいる。夏季には、毎年、恒例の「教務部委員会夏季集中討論会」を開催して、課題の解決、修正について深い議論をし、その実行戦略を検討している（資料 7-2）。

### **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

現場などで指摘された即時的に対応すべき課題、自己評価点検等で見出された課題等の修正作業は常に意識されており、上記の流れに乗り、全学的に行われていると評価している。速やかな「国際基準」への対応を意識した新カリキュラムの策定、それに伴う教務上の規約や資源の整備も進めている。従って、明らかになった課題を修正する姿勢を堅持し、対応していると判断する。カリキュラム委員会内には学生も委員として参加が始まり、学生の意見も直接取り上げる体制が始まっている。

### **C. 現状への対応**

大学院の整備と伴って、現在、医学部においても文部科学省が提唱する学習の3つのポイント、すなわち「基礎的・基本的な知識・技能」、「知識・技能を活用して課題を解決するために必要な思考力・判断力・表現力等」「主体的に学習に取り組む態度」に対応すべく、教務部委員会が中心となり、またICT推進センター、医学教育センターがその補佐をしながら、今年度より学修支援システムを導入し、学生の予習、復習の支援体制の充実を進めている。特に明らかとなる課題を定量的にも精査するためにはIRの充実が重要であり、医学教育センター内にIR室を設置し、ICT推進センター職員の中から医学教育センター内のIR室担当兼任者を配置し、IRの充実を進めている。

### **D. 改善に向けた計画**

現行の教育システムを自己点検評価し、課題を検討し、それを修正していく体制は整備されていると判断される。しかし、医学部や医学教育に対する社会の期待や要望、ニーズは社会環境の変化に伴い、常に変動するものであり、一時も手を抜くことは出来ない。教務部委員会、医学教育センター、ICT推進センター、自己点検委員会、教授会等が連携し、常に課題を検討する姿勢が大切である。また、医学教育関連委員会は、学長、医学部長、全病院長、教育関係委員会委員長、卒後研修関連委員会委員長などが意見交換、議論する重要な機会であり、卒後環境を含めて、即時的にも対応できる体制として整備した(資料1-17)(資料1-18)。今後、全学的な情報共有を進める場として、課題への対応を積極的に進める。

#### 参考資料

資料1-17：医学教育関連委員会運営細則

資料1-18：医学教育関連委員会委員名簿

資料7-2：教育年表

資料9-4：教授会議事録抜粋

---

医科大学・医学部は、活力を持ち社会的責任を果たす機関として

- 継続的改良のための資源を配分しなくてはならない。(B 9.0.3)
- 

### **A. 基本的水準に関する情報**

継続的改良のための資源確保の体制は整備されている。大学予算、学長裁量経費、教務部委員会の共通経費などを効果的に活用し、急を要する事象に対しても対応してきている。そのほか、毎月、法人・大学間の運営協議会を開催し、予算、設備利用などの協議を行っている。それらにより、この2年以内にe-Learningの充実のためのスタジオ設

定や学生用電子カルテの整備、電子黒板など教育に関する IT 化の推進、4 つの付属病院における支援体制なども適時対応している。

## **B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価**

継続的改善を常に念頭に置き、学長を中心とした大学 7 役会議で中長期的な視野での議論を行い、教授会、教務部委員会、医学教育センター等の関係部署を中心に予算、人材確保、設備の確保配分を行ってきている。全国的に見ても恵まれた教員配置が行われており、4 病院体制がそれぞれの病院の個性を有効に活かしながら、本学の教育環境の改善に対する好条件を生み出していると言える。資源の配分は十分になされていると判断される。

## **C. 現状への対応**

継続的改善のための資源確保は、重要な課題であり、学内予算だけでなく文部科学省の競争的教育資金等への継続的申請を積極的に行い（資料 6-13）、現状に満足せず次善策を常に協議している。

## **D. 改善に向けた計画**

教育改善に対応する学内予算の配分を、学長の主導のもと、教務部委員会でより深く検討するため、教務部関連委員会の規則改定を行っている。様々な外部資金の獲得について積極的に情報収集し、獲得に向けての努力を全学的に継続する。

参考資料

資料 6-13：私立大学等改革総合支援事業選定結果

---

---

教育改善を前向きな調査と分析、自己点検の結果、および医学教育に関する文献に基づいて行なうべきである。(Q 9.0.1)

---

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

2014 年、これまでの教育推進室を医学教育センターに改組し、組織を強化した（資料 1-19）。

また 2015 年より同センター内へ IR 室を構築し、ICT 推進センター（資料 1-20）とも連携して教育活動の成果や学内試験と CBT、卒業試験との相関性などについて解析を始めている（別冊 8）。

この IR 解析は今後の教育成果を客観的に検証する上できわめて重要な課題を認識し、ICT 推進センターの事務職員を医学教育センターの IR 室担当職員として兼担させ、よ



り充実した体制をスタートさせた。また、医学教育センターは本学の医学教育に関する教育手法や成果解析について日本医学教育学会を中心に、論文、学会発表を重ねている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学の医学教育におけるデータについての IR 解析の体制は準備できつつある。アウトプットのひとつと考えられる国家試験成績と各評価の相関を始めとする基本的分析は行っている（別冊 8-6）。

より優秀な人材の動向など、その解析結果は、まだ不十分といわざるを得ないが、今後、的確な情報収集法、解析法の検討を重ね、様々なデータ解析を進め、これらの効果的な活用、データからの振り返りに役立てる予定である。今後の本学における重要な推進課題として捉えている。

## **C. 現状への対応**

医学教育センターが中心となって、的確な情報収集法、解析法の検討を進めており、また実際の IR 解析を行い、教務部委員会等にその結果を報告し、協議の資料として有効活用が始まっている。

## **D. 改善に向けた計画**

どのようなデータを収集し、どのように活用するかについての十分な戦略的フォーマットの構築が急がれている。医学教育センター、ICT 推進センターを中心にフォーマット案を構築し、教務部委員会で十分に協議し、大学全体として効果的なシステムの決定を行う。

### 参考資料

資料 1-19：医学教育センター運営細則

資料 1-20：ICT 推進センター組織規則

別冊 8：IR 調査報告・統計資料集

---

教育改善と再構築は過去の実績、現状、そして将来の予測に基づく方針と実践の改定となることを保証するべきである。(Q 9.0.2)

---

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学においては 1999 年、そして 2014 年に全面的な教育カリキュラムの改定を行った。1999 年の改定の際には、将来を予測して、今後の医学教育の変遷に対応するカリキュラム改定が行われた（資料 7-1）。

来たるべき国際的な認証基準について、教務部委員会において本学の対応を十分に議論し、2014年に新しいカリキュラムの導入を決定し、現在に至っている（資料 9-5）。

この改訂に至るまで、特に卒業時における詳細な学生アンケート（資料 2-50）も参考にし、本学の今後の方向性を決定してきた。細部では、どの評価がその後有意義な評価となっているかなど IR のデータを基に、CBT や総合試験の対応やあり方を修正している（資料 9-6）。

将来の予測に関しては、文部科学省管轄の競争的教育資金がその一つの指標となると考え、特色 GP や私立大学等改革総合支援事業（タイプ 1）などの申請を行い、特色 GP としては 2006 年に「T/Each Other program ～教えて学ぶ教育プログラム～」が採用され（別冊 21）、また 2014 年、2015 年にはタイプ 1 として選定されており、実践の改定となることを保証する結果を重ねてきている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

現行のカリキュラムは 2014 年に導入したばかりであり、現段階で明確な評価が出る段階ではなく、この成果については継続的に追跡調査を行い、IR 解析を行ってその有効性を評価する必要がある。但し、明らかに現状と乖離する問題が出た場合には迅速に修正するべく、カリキュラム委員会が対応し、またその親委員会である教務部委員会で常に状況報告と協議が繰り返されている。また、卒業生アンケートは例年回収率が高く、その内容もかなり充実性が高いので、今後も継続し、現状へのフィードバックに効果的に利用できるかと判断している。

## **C. 現状への対応**

発足した医学教育センター IR 室における教育に、関する様々なデータ解析を進めるとともに、詳細な卒業生アンケートを今後も継続し、解析とフィードバックをさらに深める。また、学長を中心に、大学 7 役会議において教育改善と再構築のために、過去、現在、未来を統括した検討を行いつつ、特化した課題についてはその課題に適した学内委員会に対応指示を出し、将来の予測に基づく方針と実践の改定となる保証を確保する努力を行う。

## **D. 改善に向けた計画**

具体的な将来の予測に基づく方針と実践の改定となる保証を得る仕組みを構築することがこの課題の安定した解決法となる。本学の中・長期にわたる将来構想については、現状の中においても十分に議論し、それらを最終的には教授会の議を経て、学長が意志決定する過程の構築は出来ているが、さらに全学的に議論し、そこから提起された課題を検討する独立した集約的組織の構築が必要であるか否かを考えながら、将来に備える。

参考資料

資料 7-1 : 1999 年カリキュラムポリシー

資料 2-50 : 卒業時アンケート

資料 9-5 : 教務部委員会議事録抜粋

資料 9-6 : 教授会議事録抜粋

別冊 21 : 特色 GP パンフレット

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- 学是や教育成果を社会の科学的、社会経済的、文化的発展に適応させる。(Q 9.0.3)  
(1.1 参照)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学の学是「克己殉公」のもと、教育理念として「愛と研究心を有する質の高い医師、医学者の育成」は患者中心の医療、医学体制の根幹をなしており、過去、現在、未来にわたって不変の崇高な精神であり、本学はこの学是と教育理念を確固たる信念として堅持し、社会の科学的、社会経済的、文化的発展に寄与していると確信しているし、今後もさらに深く寄与していく。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

学是、教育理念を土台として、教育プログラムの改定がなされており、その課程において、その時々々の医学教育を取り巻く環境、社会的期待、要請を吟味し、現在の日本医科大学の教育プログラムは構築されてきた。従って、その都度、時代のニーズに十分に対応する社会の科学的、社会経済的、文化的発展への寄与に貢献していると判断する。

#### **C. 現状への対応**

B でも述べたように、社会は常に変動を示し、その変動に沿って時代のニーズも変動を示す。従って、それらの動的時間軸に常に対応する姿勢が必要であり、そのための的確な情報収集、解析、解析に基づく対応の PDCA サイクルが螺旋状に展開することが必要であり、その努力を進めている。見直しは必要に応じなされており今年度も修正がなされた（資料 9-3）。

#### **D. 改善に向けた計画**

「苟に日に新たに、日々に新たに、また日に新たなり」を実現するためには過去を顧みて、今を眺め、未来を描かなければならない。そのためには十分なデータの収集と解析による将来の予見が必要で、現在、教育に関する IR 部門の充実化を進めており、さらに全学の組織との有機的、効果的連携を進める。

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- 卒後の環境に必要とされる要件に従って目標とする卒業生の教育成果を修正する。修正には卒後研修で必要とされる臨床技能、公衆衛生上の訓練、患者ケアへの参画を含む。(Q 9.0.4)(1.4 参照)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

2015年に「日本医科大学学生が卒業時に求められるコンピテンス8領域」を定めた(資料1-5)。

この中で、カリキュラムとして医学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠して作成し、一方、卒後研修においては厚生労働省の定める「臨床研修の到達目標」を十分に配慮した研修を行っている。コンピテンスにおいても、卒後研修で必要とされる臨床技能、公衆衛生上の訓練、患者ケアを意識した内容を組んでおり、卒前、卒後がシームレスに連携し、それらの変革によって常に修正を加え、求められる状況に対応できるように体制を整えている。さらに、学生側の意見も重視し、毎年行っている卒業時に6年間を振り返ってもらう学生アンケートにおいて、90%を越える回答率を得ており、ここから詳細なデータを収集している。そこから読み取れる様々な課題を真摯に受け止め、教務部委員会では今後の医学教育カリキュラムにおいて必要な修正事項があるかどうかの議論を必ず行っている(資料4-14)。

また、同時に医学教育センター医学教育支援部門長を兼務する医学教育センター副センター長は卒後研修関連委員会委員長を務めており、卒後研修で必要とされる臨床技能、公衆衛生上の訓練、患者ケア等について熟知しており、かつ教務部委員会委員も兼担しており、教務上、卒後の環境に必要とされる要件に従って目標とする卒業生の教育成果を修正に十分に対応できる体制が取られている。医学教育関連委員会は、学長、医学部長、全病院長、教育関係委員会委員長、卒後研修関連委員会委員長などが意見交換、議論する重要な機会であり、現在変化している専門医制度など、即時的対応を必要とする卒後環境案件にも対応できる体制を整備した。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

本学では、現在、特に卒前卒後を通してシームレスな医学教育体系を目指しており、そのために、教務部委員会、卒後研修委員会、医学教育センター、医学教育関連委員会等の卒前と卒後に関係する諸委員会において、常に卒前教育の中心的責任者、卒後研修の中心的責任者が互いの委員会に所属し合って十分な意見交換を行っており、卒後の環境に必要とされる要件に従って目標とする卒業生の教育成果を修正する事が出来る体制を組んでいる。

また、修正には、前出の自己点検委員会、正副領域長、病院長など責任者の問題抽出や改善策の検討(資料9-1)、教授会などを含め、全学的見地でも行われる。特に、医

学教育関連委員会は、全病院長、教育関係委員会委員長などが意見交換する機会であり、即時的な修正も可能となっている（資料 1-18）。

その際、卒後研修で必要とされる臨床技能、公衆衛生上の訓練、患者ケアへの参画も当然ながら十分に考慮されていると考える。

### **C. 現状への対応**

卒前及び卒後教育に関係する各種委員会が互いに相互乗り入れによって意見交換する体制が整備されてからまだ数年であるが、現状において大きな問題点は特になくこの体制を充実化させ、更によりよい工夫が出来るかを常に振り返っている。

### **D. 改善に向けた計画**

参加型臨床実習を本格的に推進するために、BSL で経験すべき症状・病態・疾患を明確に示し、それを達成しているか否か、学生と教員がともに検証、把握できるようなポートフォリオの整備を進める（資料 6-17）。

そこから課題を抽出し、卒後の環境に必要とされる要件に従って目標とする教育成果を検証、修正事項があれば常に修正出来る状況をより確立する。また、医学教育センター内に、キャリアパスサポート機能を内包しており、卒後研修関連委員会委員長が副センター長であり、この機能充実を図っていく過程で問題点も明らかになる仕組みとなっている（資料 2-44）。

#### 参考資料

資料 1-5：コンピテンス

資料 1-18：医学教育関連委員会委員名簿

資料 2-44：組織図

資料 4-14：アンケートを踏まえた SGL 改善の実例

資料 6-17：BSL で経験すべき疾患調査票

資料 9-1：自己点検年次報告書に係る評価報告書

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- カリキュラムモデルと教育方法が適切であり互いに関連付けられているように調整する。（Q 9.0.5）（2.1 参照）
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

日本医科大学医学部のカリキュラムモデルは 6 年一貫アウトカム基盤型カリキュラムである。基礎科学、基礎医学では学体系を基盤とし、臨床系では臓器器官系を基盤と

するものが中心となる授業が行われて来た。縦断的に問題基盤型の SGL 形式の授業が行われてきた（資料 2-1）。

第 1 学年時はおおよそ基礎科学（教養教育）および基礎医学（解剖、生理、生化学）の総論、第 2 学年～第 3 学年 1 学期が基礎医学、第 3 学年 2 学期～第 4 学年 1 学期が臨床医学の主に講義や演習、第 4 学年 2 学期以降が臨床実習であり、臨床実習の総時間は約 70 週を確保している。また、各学年時においてはコ・メディカル業務や地域における医療連携を考える演習も組み込み、教育技法としても SGL や TBL を導入し、さらに本学で独自に養成した模擬患者（SP）の参加による実践的臨床演習など、多角的な教育方法を導入している。

従って、カリキュラムモデルと教育方法については、常に一体として考慮し、検討しながら現在の仕組みを構築してきたので、両者の関係は本学においては常に関連しており、また適切な状況が構築されている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

カリキュラムモデルと教育方法の関連性、妥当性を維持するためには、学生の意見、教員の意見、その他医学部においてその場に属して働く様々な業種の人々の意見も大切であり、教務部委員会を中心に、その下部委員会であるカリキュラム委員会、SGL 実行委員会、OSCE 実行委員会、BSL 委員会、総合試験実行委員会などの委員会も互いに協力し合いながら、カリキュラムモデルと教育方法に関する問題を常に調整していると判断できる。

## **C. 現状への対応**

カリキュラムモデルと教育方法の関連性を高め、多角的なアプローチを考える一方で、限られた時間内で如何に効率よく、また必要な事項を教育していくかも大きな課題となる。現在、時間的制約を打破することも含め、また自ら学ぶ姿勢を高める目的も含めて e-Learning の強化に取り組んでおり、適切な教育技法として成熟するよう努力している。

## **D. 改善に向けた計画**

カリキュラム委員会には教員に加え、学生、事務系職員も加わり、総合的な見地で検討する体制が始まっている。さらに病院看護師などの医療系に関わる多種職による構成が求められるので、それに対する対応を検討していく。

参考資料

資料 2-1：授業時限配当表

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- 基礎医学、臨床医学、行動および社会医学の進歩、人口動態や集団の健康/疾患特性、社会経済および文化的環境の変化に応じてカリキュラムの要素と要素間の関連を調整する。最新で適切な知識、概念そして方法を用いて改訂し、陳旧化したものは排除されるべきである。(Q 9.0.6)(2.2 から 2.6 参照)
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

毎月開催される教務部委員会は、まさに刻々と変化を示す外部環境と現状のカリキュラムの妥当性、関連性を調整する作業の場である。さらに、カリキュラム委員会はその議論を受けて専門的にカリキュラムの微調整や修正を検討しており、常に最新で最も適切な状況になる努力を続けている。また、様々な情報を集約し、整理してこれらの委員会、組織と連携する目的も持って、医学教育関連委員会が大所高所の立場から、サポートする体制も取っている。また、医学教育センターには医学教育開発部門が設置されており、専任の教授が同センター副センター長として、社会的、医療環境の変化に対応するカリキュラム、教育技法の研究に従事し、常に新しい情報の発信に努力している。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

2016年からはカリキュラム委員会に学生も正規の委員として加わり、大学の定めるカリキュラムに意見を述べる機会を作り、教員、職員、学生が一体となって刻々と変化を示す外部環境と現状のカリキュラムの妥当性、関連性を調整する作業に取り組んでいる(資料 1-16)。

「最新で適切な知識、概念そして方法を用いる」ための真摯な努力を行っていると評価している。また、問題点とされている時代の変遷については大所からの見地も当然重要であり、前出の問題点の認識から、学長含む大学 7 役、病院長と基礎医学教授をはじめとするメンバーによる基礎医学の将来構想に関する懇話会が開催され、今後の研究、教育体制の在り方について率直な意見交換が行われている。これらの点について、修正機能は働いていると考える。

### **C. 現状への対応**

国際認証評価に耐え得るカリキュラムを目指して、新カリキュラムを導入し、現在、その新カリキュラム導入後、3年目に入っている。従って、第1～3学年が新カリキュラムによる教育体系であり、第4～6学年が旧カリキュラムである。

現在抱える大きな問題は、旧カリキュラムで学んでいる学生が留年して新カリキュラムに対応しなければならない場合についてのフォローである。その学生の修学に不利にならないように、教務部委員会、学生部委員会が連携を取り、また学年担任も加わり、手厚い指導体制を組んで対応している。また、来年度から始まる新カリキュラム下の70週に及びBSLへの対応についてBSL委員会が中心となって、4つの付属病院を中

心に、十分な内容を持った新しい BSL 案をすでに作成し、詳細についてチェックを行い、来年度に向けての最終的な準備態勢を整えている。能動的学修態度が重要な教育システムと考えられ、その対応は十分に必要があると考えている。

#### **D. 改善に向けた計画**

新カリキュラムの動きを見つつ、そこから生じる課題や問題点を的確に把握、記録し、小さな問題は即時微調整を行い、大きな課題については 6 年間の全体の進行と成果が測定できる段階において、全面的な詳細な振り返りを行う。

参考資料

資料 1-16 : カリキュラム委員会運営細則・委員名簿

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- 目標とする教育成果や教育方法に合わせた評価の方針や試験回数を調整し、評価方法を開発する。(Q 9.0.7) (3.1 と 3.2 参照)
- 

#### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学における学生の教育成果の評価は、形成的評価及び総括的評価のバランスを考慮して行っている。また、2014 年度からは達成度をより総合的に評価する参考基準として GPA も導入、進級判定等で参考資料として用いている。

通常の総括的評価である試験に加え、Mini-CEX を含めた観察記録、レポート、口頭試問等による形成的評価も適時行い、多角的な評価がなされている。CBT, 第 5, 6 学年次の総合試験の結果と医師国家試験の相関性について医学教育センター内の IR 室にて解析を行い、教務部委員会における教育成果についての議論に反映させている。

#### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

目標とする教育成果や教育方法に合わせた評価の方針や試験回数を IR データなどを基本として検討した上で、調整し、評価方法を開発することを行ってきた。従って取り組むべき水準を満たしていると判断している。しかし、まだコンピテンシーの制定が途中であり、この制定が急がれる。

#### **C. 現状への対応**

領域 3 で示すように、現状の仕組みにおいて様々な状況への対応は出来得ている。コンピテンシーの制定に向けて準備が進行している。



## **D. 改善に向けた計画**

目標とする教育成果や教育方法に合わせた評価の方針や試験回数を調整し、評価方法を開発することを加味したコンピテンシーの制定を目指して、教務部委員会が中心となってその作業を行っている。

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- 社会環境や社会からの期待、求められる人材、初等中等教育制度および高等教育を受ける要件の変化に合わせて学生選抜の方針、選抜方法そして入学者数を調整する。(Q 9.0.8)(4.1と4.2参照)
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

本学ではディプロマポリシー、カリキュラムポリシー、アドミッションポリシーを制定し、広く公開している。この3つのポリシーの制定にあたっては、現在の社会環境、社会からの期待を十分に吟味し、また本学独自の歴史と学是、教育理念も十分に考慮しながら慎重な議論が行われた。これらの基準に適合する優秀な学生を選抜するために、厳正な入学試験を行っている。通常の学力試験英語(300点満点)、数学(300点満点)、理科(物理、化学、生物より2科目選択、それぞれ200点満点で理科として400点満点)とともに小論文、及び面接(グループ面接と個人面接)を行い、これらは事前に担当教員全員を集めFDを行い、公平な評価が出来るように一定の講習、打ち合わせを十分にした上で遂行している(別冊6)。

特に、グループ面接と個人面接の併用は医師としての適性を測る上で重要な評価方法になっている。入学後、理科の未選択科目は医学の学修において大きな影響を及ぼす場合があるが、その影響を少なくするために、それぞれ未選択科目に対する補習的コースを設定し、理科の総合的学力を高めることを行っている(資料9-7)。

また、合格者の中において福島県、千葉県、静岡県における地域枠利用を導入し、地域からの要望に応じている。望まれる医師になるための適性をより多様に測るため、2017年度入学試験からは前期(100名)と後期(16名)の2回にわたって入学試験を行う入試改革を決定している。

大きな試みは、面接試験、小論文の刷新である。前期試験、後期試験ともに学力を問う点については現状のままであるが、後期試験の小論文、面接においては医療の現場を直接経験し、それに対する反応を観察したり、より多角的かつ時間をかけた人物評価が出来る試験を検討している。この試みの成果を見て、前期、後期試験入学定員比率を再検討する予定である。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

上述のように、学生選抜の方針、選抜方法そして入学者数の調整については、社会環境

や社会からの期待、求められる人材、初等中等教育制度および高等教育を受ける要件の変化を十分に把握し、また研究した上で現実に実行している。求められる水準を維持し、またその水準をさらに高める努力、検討がなされていると判断している。

### **C. 現状への対応**

来年から始まる後期試験が、実際の学生選抜にどの程度の影響を与えるかについて、学内及び受験予備校などの予測や意見も収集し、本学のアドミッションポリシーに合う優秀な学生の獲得に向けて、アドミッションセンター委員会、入試委員会等で検討を重ねている。

### **D. 改善に向けた計画**

来年度からの新しい入学試験の状況を十分に解析し、さらに本学の前期、後期ごとの定員の見直し、委員会で検討されている実施方法の案に留まらず、様々なアイデアの発掘を行っていく予定となっている。

参考資料

資料 9-7：シラバス抜粋「自然科学基礎（物理）（化学）（生物）」

別冊 6：入学試験要項

---

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- 必要に応じた教員の採用と教育能力開発の方針を調整する。(Q 9.0.9)(5.1 と 5.2 参照)
- 
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

領域 5 で示したように、本学では厳格な教員採用基準の下に、学生数に対して豊富な教員数を維持しており、必要な教員数を確保している（資料 1-31）。

また、毎年 2 回の教員 FD を持続して開催しており、必要に応じた教員の採用を堅持し、さらに教育能力開発の方針を調整する機会を作り、常に変動する医療の変化に対応し得る医学教育体制、医学教育能力の充実化を行っている（資料 7-7）（別冊 9）。

また、職員における SD も開催し、教員のみならず職員においても教育の仕組み、教育能力開発の工夫などを研究し、全学として教育の充実に向かう体制を構築している。

### **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

必要に応じた教員採用と教育能力開発に向けた努力はなされている。FD も毎年開催し、教員のみならず、職員、学生、法人下の別大学（日本獣医生命科学大学）の教員、

学生等も加わって新しい教育技法等についての議論は常に行い、改善に向けた継続的努力を進めている。一方、教員採用にあたっての男女比の調整はまだ行われていない。

### **C. 現状への対応**

現状において、現行の教員採用システムはうまく作動している。任期教員と非任期教員が混在しており、任期教員においては5年間の任期中に2回の審査があり、この審査の際に自己の現状を申告することになっており、そのことは必要とされる教育能力開発の自己検証、フィードバックの機会にもなっている。非任期教員においては審査がなく、審査を介しての教育能力開発の自己検証、フィードバックの機会がないので、教育評価を行うことが決定した。必要に応じてFDや学内広報によって教育能力開発の方針を周知徹底している。

### **D. 改善に向けた計画**

非任期教員においても教育、研究、診療、社会貢献等の事項に関する評価を導入し、常に自己を振り返り、新しい状況に対応できるようにする予定である。教務部委員会、研究部委員会を中心に、評価項目、評価方法を検討した（資料5-5）。

#### 参考資料

資料 1-31：教育職員数

資料 7-7：FD ワークショップ実施例抜粋

資料 5-5：教育業績評価（案）

別冊 9：医学教育のためのFD ワークショップ報告書

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- 必要に応じた（例えば入学者数、教員数や特性、そして教育プログラム）教育資源の更新を行なう。（Q 9.0.10）（6.1 から 6.3 参照）
- 

### **A. 質的向上のための水準に関する情報**

学生定員が増加しており、講義室や実習室においてこれらの増員に随時対応している。また、定員増加による教育機会の希薄化を避けるために、e-Learningの仕組みを積極的に導入開始し、また2016年より学修支援ポータルシステムを全面的に導入し、学修に必要な資料等はこのシステムを利用して事前掲示し、学生が自発的に予習、復習を容易に出来る体制を組んだ。

また、2018年には課題であった新たな解剖実習室の整備が諮られるなど、教育資源の更新を一つ一つ確実に進めている。これらの教育環境を充実させる目的も含めて、新カリキュラム導入と併行して、医学教育センターの設置、同センター内へのIR室の設

置、ICT 推進センターの設置、アドミッションセンターの設置と次々に機構改革も進め、状況に適した教育資源の更新がスムーズに出来る体制を組んでいる。

これらの問題は常に教務部委員会を中心に点検、議論、実行がなされており、さらに医学教育関連委員会においても各地区の状況や課題が報告され、学内の様々な関連委員会に二重、三重に情報共有し、対応策を生み出す仕組みが組まれている。大きく学内では、前述の通り、自己点検委員会を中心とした評価から始まる PDCA サイクルがある（資料 9-3）。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

必要に応じた（例えば入学者数、教員数や特性、そして教育プログラム）教育資源の更新は最低限のことは迅速に行われており、求められる水準を満たしていると判断している。現在、法人、大学を挙げて「アクションプラン 21」（千駄木地区再開発計画）が進行中であり、医学部教育棟、大学院棟、付属病院等が次々に新築されており、それに伴って旧来の施設等の教育資源の更新が進んでいると自己評価している。しかし、旧来、武蔵小杉キャンパス（現在は閉鎖）にあった運動場などの施設が使用できなくなり、現在は様々な代替施設を工夫して利用しているので、これらの施設の安定設置が望まれる。

## **C. 現状への対応**

適切な運動場などの施設設置に関して、大学、法人と継続的に論議、相談を続けており、北総キャンパスへの設置の方針である。その間、学生のクラブ活動等に大きな不便が出ないように、隣地郁文館体育館などの代替施設利用など、経済的な補助も含め、大学としても出来るだけの援助を行っている。

## **D. 改善に向けた計画**

懸案の千駄木地区の付属病院新築工事も 2 年内外で完成となり、アクションプラン 21 も最終段階に入っており、財政的向上、健全化を進め、より充実した設備等の教育資源確保に向けて努力している。

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- 教育プログラムの監視ならびに評価過程を改良する。（Q 9.0.11）（7.1 から 7.3 参照）
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

領域 7 で詳細を記したように、教務部委員会およびその下部委員会である各種実行委員会はプログラム作成およびそのモニタリングを行ってきている。また、2016 年からカリキュラム委員会では、学生代表、看護部、模擬患者代表、地域医療関係者、都医師

会関係者といった外部委員の導入を決定し、広く、多角的な評価過程を構築することとした。

また、大学、病院の中枢メンバーが一同に会して卒前、卒後のシームレスな医学教育体制の実際を協議し、検証する医学教育関連委員会も機能しており、教育プログラムの監視ならびに評価過程を継続的に改良する体制は重要な課題として捉え、積極的に対応してきている。

ICT 推進センターおよび医学教育センター内の IR 室が機動的に機能を開始しており、PDCA サイクルを検証する客観的データの取り纏めが効果的に行われるようになってきた。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

まだスタートしたばかりの部署等もあるが、しかし、教育プログラムの監視ならびに評価過程を改良するための学内体制はかなり充実してきたと考えている。今後はこれらがより有機的に連動し、一体化して、無駄なく、より迅速に反応、対応するように成熟させることが重要な課題である。

## **C. 現状への対応**

教育プログラムの監視ならびに評価過程を改良するための本学としての様々な工夫と試みが始まっている。その仕組みにおいて、時として個々の動きになり、連動性が十分でないことも散見され、その都度、関係者がその修正にあたっている。これらの積み重ねからスムーズな統轄連携体制が成熟するよう進めている。

## **D. 改善に向けた計画**

今後の様々な教育プログラムの構築、評価過程の検討、改良には常に具体的なデータの収集と解析が重要である。そのためには最も重要なこととして IR 部門の充実が求められる。本学でも IR 部門が設置され、担当教員、担当職員が配置されたが、さらにこの部門の充実を図るために、充実した人的体制の検討を進める。

---

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

- 社会環境および社会からの期待の変化、時間経過、そして教育に関わる多方面の関係者の関心に対応するために、組織や管理・運営制度を開発・改良する。(Q 9.0.12)  
(8.1 から 8.5 参照)
- 

## **A. 質的向上のための水準に関する情報**

領域 8 に詳細を記した。社会環境および社会からの期待の変化、時間経過、そして教育に関わる多方面の関係者の関心に対応するため、それらを的確に把握する必要がある、

そのための組織、管理・運営体制は十分に構築されている。その上で、医学教育センターの設置、同センター内への IR 室の設置、ICT 推進センターの設置、アドミッションセンターの設置等はさらに効果的にかつ効率的に対応するために新設した部署であり、時代のニーズに対応すべく、現在も開発、改良を進めている。

## **B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価**

詳細は領域 8 に示したが、「社会環境および社会からの期待の変化、時間経過、そして教育に関わる多方面の関係者の関心に対応するために、組織や管理・運営制度を開発・改良する」ための方策は、全学的体制としてとれるよう、本学としてはかなりの努力を継続していると自己評価している。それでも、必要に応じて新しい仕組みの導入や改良には大きな関心を持続して保持しており、より高い水準を目指す姿勢も常に持っている。

## **C. 現状への対応**

医学教育センターの設置、同センター内への IR 室の設置、ICT 推進センターの設置、アドミッションセンターが様々な情報収集にあたっており、これらの情報は学内の様々な委員会、大学院教授会、医学部教授会、法人と大学執行部との運営協議会等で密に共有されており、必要な課題が生じると迅速にその課題に一番関連の深い部署が機動している。

## **D. 改善に向けた計画**

特に大きな課題はないが、常に「評価」の問題は取り巻く環境の変化とともに動くので、適切な評価体制、評価内容の吟味を持続的に行うことを意識することが必要である。

あとがき

「自己点検評価」は誰のために行うものなのか・・・これは誰のためでもなく、自己のこれから先へ向かった歩みのための、自己の成長のためのものであるといえます。そのために必要なことは、自分自身の定めた目標に対して、冷静に、客観的に十分な自問自答ができ得ているのか、きちんとした「根拠」や「証拠」を整理することでしょう。その作業を行う過程で、最初に掲げた「目標」の妥当性も洗い出されることになります。このような作業を組織として行うには、その組織を構成するメンバーが「自己点検評価の価値や大切さ」、そもそも「自己点検評価」とは何なのか、その意味と意義を共有しなければなりません。

自己を高めたい、自己を成長させたいという思いがなければ、自己点検評価をする意味はありません。自己を高める手段としては、他者との競争もあります。しかし、それは自己とある一定の他者との間の価値観の競争になり、成長すべき領域に規定がかかり、狭い領域での成長にしか役に立たないことがあります。その点、自己点検評価はより広く、より深くウィングを広げて自らを見つめる作業と成り得ます。一方で、自己を見つめる操作は、常に自分の欠点や弱さと妥協しがちになるという、人間の宿命的な弱点が出やすい作業でもあります。この弱点を抑えるために、様々な客観性を持った数値、データを並べ、眺め、解析し、定量、定性的な評価を行うことが必要です。この作業はまさに、医学者、研究者として研究目標、目的を定め、実際の実験を行い、その結果について客観性をもって解析し、その結果を自らの責任で議論し、世に問うステップと同じ作業といえるでしょう。

今回の「医学教育分野別評価基準に基づく自己評価」はまさに、我々日本医科大学という組織が大学、病院、教員、職員が一丸となって「日本医科大学の自己点検」という研究テーマを基に、自らを精査し、その結果を公表、解析し、それらに対する自らの考えをまとめるという作業を行ったことであり、本報告書はいわば我々が常に行っている学術論文の作成と公表に類似した作業であると言ってもよいでしょう。

研究者は論文を書いて終わりではなく、そこから次の成長への歩みを続けなければなりません。組織も全く同じことです。次の歩みには常に次の不安も生じます。しかし、その不安を次の成長への原動力として活用することが大切です。また、自己の中で常に新しい事象を学ぶこと、つまりまだ知らないことが多々あると素直に認めることも大切なことです。そして、なかなか良い結果が出ないときにもネガティブにならず、ぐっと踏ん張りそのトンネルを越える忍耐も必要です。成長には「ここが最終点」といった終着駅は存在しません。

日本医科大学は創立 140 周年を迎えましたが、それはこれから先の長い歴史の中の一通過点ともいえます。今回の「医学教育分野別評価基準に基づく自己評価」がその通過点を無事通過したという軌跡となり、その後も淡々と高い目標を持って歩み続けることが「伝統」を活かす唯一の道であると思います。

日本医科大学

医学部長 小澤一史