

医学教育分野別評価基準日本版に基づく
東京慈恵会医科大学医学部医学科自己点検評価

2013 年度



2014 年 3 月

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)

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、したがって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、基礎生物医学、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。

B1.1.1

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)

A 基本的水準に関わる点検

明治14年(1881年)、英国セント・トーマス病院医学校(現在のKCL)における5年間の留学から帰国した高木兼寛が、本学の前身である「成医会講習所」を開設し、「病気を診ることだけにとらわれることなく、病人を診る医師を育成する」ことを目指した。本学創設の理念は、病める人のための医療を実践することにある。高木が意図し、またその後長く建学の精神となったものは「厳密な医学に裏打ちされた医術と、あたたかい心をもった医師を育てること」であり、「医学的力量のみならず、人間的力量をも兼備した医師を養成すること」であった。病者の側にたつ全人的医療こそが時代をこえて医師がなすべき使命だからである。現在、この建学の精神は「病気を診ずして病人を診よ」という標語に凝縮されている(資料1)。また、高木はセント・トーマス病院でナイチンゲールスクール看護婦教育所を目の当たりにして、医師と看護師は車の両輪のように協力して、患者のために働くことが重要であるとの考えに基づいて、1885年に日本で最初の看護婦教育所を開設した。

平成3年(1991年)7月1日、学校教育法、大学設置基準などの改正が行われ、本学においても医学部の進学課程と専門課程の区分が廃止され、6年一貫教育が行われるようになった。本学の教育、診療、研究のあり方が検討され、平成7年(1995年)3月22日に答申が出された。

本学は学祖・高木兼寛の建学の理念を130年間にわたって継承し、伝統と改革という困難な問題に常に真摯に取り組んできた。平成6年(1994年)10月には大学自己点検評価委員会を発足させ、自己点検による改善を継続的に図り、平成14年(2002年)と平成21年(2009年)に大学基準協会の認定評価を受けた(資料2)。

本学の建学の精神は「病気を診ずして病人を診よ」であり、1881年成医会講習所設立時から続いている本学の使命である。この使命を医学教育で果たすために、到達目標(資料3)が定められ、それをもとに医学科達成指針(卒業時アウトカム)(資料4)が設定されている。

【資料3 到達目標】

到達目標

- (1) 医学を学び、また研究する際の基本的な考え方を身につけ、自律的に実践する
- (2) 自己の人間性を高め、倫理的・科学的判断能力を磨く
- (3) 医学の基本的知識を習得する
- (4) 医学の基本的技術を習得する
- (5) 医師としての適切な態度と行動を身につける

【資料4 医学科達成指針】

医学科達成指針

- (1) 医学を学び、また研究する際の基本的な考え方を身につけ、自律的に実践する
 - 人間と社会に対する洞察力 (1年)
 - 他者の存在を受け入れてその考えを理解する力
 - 人類文明がよって立つ自然科学への基本的理解力 (1年)
 - 自己主導型学習習慣と自己研鑽能力 (2年)
- (2) 自己の人間性を高め、倫理的・科学的判断能力を磨く
 - 豊かな人間性と人類愛 (1～6年)
 - 多様な立場の人々と良好に意思疎通する力 (1～3年)
 - 自分の考えを適切に表現して他者の理解を得ることができる力
 - 社会人・国際人としての教養とマナー (1～3年)
 - 国際人の視点と異なる文化を持つ人々と交流する力
 - 道徳的思考力と倫理的判断力 (1～6年)
 - 探究する心と科学的判断力 (1～3年)
- (3) 医学の基本的知識を習得する
 - 基礎医学および医学に関連する科学の基本的知識 (2～3年)
 - 臨床医学および医療の基本的知識 (4年)
 - 社会医学および公衆衛生に関わる基本的知識 (4年)
- (4) 医学の基本的技術を習得する
 - 医学知識を臨床実践に活用する力 (4～6年)
 - 科学的根拠に基づく臨床推論に裏付けられた診療を実践する力 (5～6年)
 - 基本的臨床能力としての診療手技 (4年)
 - 基本的な臨床コミュニケーション技能 (4～6年)
- (5) 医師としての適切な態度と行動を身につける
 - 医師としての使命と責任の自覚 (1～2年)
 - 患者中心の職業的倫理感 (4～6年)
 - チーム医療に臨む主体性・協調性 (5～6年)
 - 医師としての適切な態度と行動 (4～6年)

※ () 内は、医学科学生が重点的にこの細目を修得する学年である。

東京慈恵会医科大学医学科は「医学科達成指針」を、その教育上の到達目標への達成度を評価する具体細目として設定した。この指針に示すのは、本学医学科に学ぶ今日の学生が卒業までに身につけておくべき具体的な知識・技術・資質であり、本学はその時代の医学科卒業生がこれらの知識・技術・資質を備えていることを社会に対して保証する。

建学の精神、教育目標及びそれを具現化するためのカリキュラム構造については、ホームページ（一般市民向け）、大学ガイド（中高校生及びその父兄向け）、慈大新聞（同窓会新聞として同窓および大学関連教育病院向け）そして関連学会（医学教育学会、高等教育学会、大学教育学会などでの論文、学会発表）を通じて発信しており、学生や教職員等の大学の構成者はもちろんのこと、医療・保健分野の関係者さらには一般市民への広報活動を行っている。また、本学の建学の精神を実現するために文部科学省の Good Practice (GP)（資料 5）の補助金を多数得ているが、この GP 事業については本学のホームページおよび報告書を通じて多くの人の理解を得る努力をしている（資料 6）。

【資料 5】 文部科学省の Good Practice (GP) 採択一覧

- 平成 25 年度未来医療研究人材養成拠点形成事業
「卒前から生涯学習に亘る総合診療能力開発 -地域における臨床研究の推進を目指して-」
- 平成 24 年度グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実
「参加型臨床実習のための系統的教育の構築」
- 平成 22 年度大学教育・学生支援推進事業大学教育推進プログラム
「学生一人ひとりを育てる学習評価システム」
- 平成 20 年度大学教育充実のための戦略的大学連携支援事業
「東京都内4医療系大学連携によるカリキュラム開発と 地域医療者生涯学習コース提供」
- 平成 19 年度特色 GP
「地域の教育力を活かす医療者教育
-大学と地域との連携、地域の教育力を大学に、大学の智を地域に-」
- 平成 19 年度医療人 GP
「プライマリケア現場の臨床研究者の育成」
- 平成 18 年度現代 GP
「卒前教育教材から生涯継続学習教材へ e-learning を用いた医療系学部の地域医療者貢献」
- 平成 17 年度特色 GP
「多くの職種が参加する医療者教育 -Inter-professional Education-」
- 平成 15 年度特色 GP
「医療者(専門職業職者)育成のための学習評価システム」

B 基本的水準についての評価

卒業時アウトカムは 2013 年度に作成されたばかりであり、現段階では大学の構成者、医療・保健分野の関係者さらには一般市民へ発信して理解を求める段階に至っていない。

シラバス執筆者への依頼（資料 7）については、2013 年度から、内容を GIO、SBO から「ユニットの位置づけ」「到達目標」で表記する様に周知徹底し、2014 年度からは、学生が卒業までに身に付けておくべき「医学科達成指針」を執筆者に明示し、コースの中での「ユニットの位置づけ」「到達目標」という形で学生のアウトカムを意識すること、自身のユニットが達成指針のどこに対応するのかを意識すること、に留意して執筆できる様に指導されている。達成指針の中には、その能力を 6 年間のどこで特に重点的に身につけるべきかの指標も示されている。

C 改善に向けた提言

2014年度から卒業時アウトカムはシラバスに記載され学内および大学関連教育病院への周知を図る。ホームページ、大学案内なども2014年度始めに書き換え、本学が目指す教育理念を大学の構成者、医療・保健分野の関係者さらには一般市民へ発信する。

D 改善に向けた計画

本学の建学の精神は本学の存在理由でもある。本学の医学教育の実践とその理念について、もっと広く一般市民をも含めて、広報していくための活動をどのように行うべきか、本学の広報委員会（学校法人の委員会）を中心に検討を開始する。

医療従事者の国際交流が日常的に行われる様になった現況に鑑み、英語（外国語）のホームページを充実させ、本学の使命について世界に発信する。

B1.1.2

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

本学の使命である「病気を診ずして病人を診よ」を基盤とし、豊かな人間性と倫理的・科学的判断能力を養い、全人的な医学・医療を実践できる医療人の育成を目指して、卒業までに身につけるべき達成指針が設定されている。この指針は本学医学科の教育資源、社会的要請、学生の変遷等を勘案して随時改訂されると謳われている。

達成指針の全てに亘り、「学部教育としての専門的実践力」について言及されている。本学の医学教育の特徴を勘案すると、コース・ユニット制、総合試験システム、多職種連携教育、地域医療教育、であると考えられる（資料8）。これらを先駆けて導入した思想の根底に流れている目標は、基本的知識・技術・態度を統合して患者中心の医療を実践できる医師の養成であり、まさに学部教育としての専門的実践力を卒業時アウトカムとして設定していたわけである。

B 基本的水準についての評価

達成指針の中では「学部教育としての専門的実践力」を多岐にわたって設定しており、全人的な医学・医療を実践できる医療人の育成を目指している。

C 改善に向けた提言

2014年度からシラバスに「医学科達成指針」が記載され、学生のコンピテンシーを意識した教育が開始される。

「学部教育としての専門的実践力」に関するコンピテンシーを明確に示す。

D 改善に向けた計画

教学委員会を中心に、絶えず見直しと検討を行う。

B1.1.3

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

「将来さまざまな医療の専門領域（あらゆる臨床領域、医学行政、医学研究）に進むための適切な基礎を含む教育内容」としては、達成指針の「(3)医学の基本的知識を習得する」、「(4)医学の基本的技術を習得する」、の中で述べられている。さらには具体的細目として、「探究する心と科学的判断力」が挙げられている。

B 基本的水準についての評価

「将来さまざまな医療の専門領域（あらゆる臨床領域、医学行政、医学研究）に進むための適切な基礎を含む教育内容」としては、達成指針の中で述べられている。

C 改善に向けた提言

2014年度からシラバスに「医学科達成指針」が記載され、学生のコンピテンシーを意識した教育が開始される。

「将来さまざまな医療の専門領域（あらゆる臨床領域、医学行政、医学研究）に進むための適切な基礎を含む教育内容」に関するコンピテンシーを明確に示す。

D 改善に向けた計画

教学委員会で絶えず点検と評価を行う。

B1.1.4

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

「医師として定められた役割を担う能力」としては、達成指針の中では特に、「(2)自己の人間性を高め、倫理的・科学的判断能力を磨く」、「(5)医師としての適切な態度と行動を身につける」、で述べられている。

B 基本的水準についての評価

医師の役割、特に Doctor's role in the future は絶えず変化していくものだと考えられている。現時点では、本学として「医師として定められた役割を担う能力」が、到達目標や医学科達成指針に書き込まれていると判断しているが、時代の変化や社会の要請に鑑みて、絶えず検討や見直しをしていく必要がある。教学委員会では卒業時達成指針を随時見直す

ことになっているので、「医師として定められた役割を担う能力」について、医師を養成する目的と教育指針を適宜改編するシステムは整っている。

C 改善に向けた提言

2014年度からシラバスに「医学科達成指針」が記載され、学生のコンピテンシーを意識した教育が開始される。

「医師として定められた役割を担う能力」に関するコンピテンシーを明確に示す。

D 改善に向けた計画

数年おきに教学委員会でコンピテンシーについて見直す。

B1.1.5

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

「卒後研修への準備」について言及している達成指針としては、「医学知識を臨床実践に応用する力」、「科学的根拠に基づく臨床推論に裏付けられた診療を実践する力」、「基本的な臨床コミュニケーション能力」、「チーム医療に臨む主体性・協調性、医師としての適切な態度と行動」、を中心に、全人的な医学・医療を実践できるための能力が挙げられている。

B 基本的水準についての評価

「卒後研修への準備」について言及している達成指針として「基本的臨床能力の獲得」、すなわち全人的な医学・医療を実践できるための能力が挙げられている。

C 改善に向けた提言

2014年度からシラバスに「医学科達成指針」が記載され、学生のコンピテンシーを意識した教育が開始されるはずである。

「卒後研修への準備」に関するコンピテンシーを明確に示す。

D 改善に向けた計画

教学委員会を中心に、絶えず点検と評価を行う。

B1.1.6

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

「生涯学習への継続」については、「自己主導型学習習慣と自己研鑽能力」として、低学年から継続的に身につける能力として定められている。またシラバスの巻頭の辞（資料9）では、教育理念の大きな柱として「自ら求め、自ら学ぶ」ことを学生に求めている。

B 基本的水準についての評価

「生涯学習への継続」については、「自ら求め、自ら学ぶ」ことを学生に求めている。

C 改善に向けた提言

2014年度からシラバスに「医学科達成指針」が記載され、学生のコンピテンシーを意識した教育が開始される。

「生涯学習への継続」に関するコンピテンシーを明確に示す。

D 改善に向けた計画

教学委員会を中心に、絶えず点検と評価を行う。

B1.1.7

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

「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」については、達成指針として、知識レベルでは、「社会医学および公衆衛生に関わる基本的知識」、技術レベルでは、「医学知識を臨床実践に活用する力」、態度レベルでは、「医師としての適切な態度と行動」、として言及されている。また行動憲章（資料10）として、社会に貢献するための行動規範（資料11）が定められている。

B 基本的水準についての評価

「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」については、達成指針の中で述べられており、また行動憲章として、社会に貢献するための行動規範が定められている。

C 改善に向けた提言

2014年度からシラバスに「医学科達成指針」が記載され、学生のコンピテンシーを意識した教育が開始される。

「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」に関するコンピテンシーを明確に示す。

D 改善に向けた計画

教学委員会を中心に、絶えず点検と評価を行う。

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 (Q 1.1.2)

Q 1.1.1

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)

A 質的向上のための水準に関わる点検

達成指針の1つとして「探究する心と科学的判断力」が挙げられており、大学ガイドの中にも「豊かな人間性とバランスのとれた知識と技術を身につけている良き臨床医、および研究の目的をよく理解して、深い知識と斬新な実験技術とを十分に駆使し、オリジナリティのある研究を行うことができる良識ある医学研究者を養成する大学です」と明記して、医学と医療の双方を学ぼうとする学生を募集している(資料12)。教育理念の1つの柱としても科学的判断力の涵養を謳っている。

B 質的向上のための水準についての評価

医学知識の理解のみではなく、それを基盤として探求する心と科学的判断力を身につけることを達成指針としており、特に研究室配属、Early Research Exposureでは医学研究の重要性を説いている。

C 改善に向けた提言

研究のために必要な科学的判断力、言い換えるならば、分析的・批判的思考や論理的な文章作成能力を低学年から習得すべく教育目標を加える必要がある。

D 改善に向けた計画

リサーチマインドを有する医師、国際的視野から保健問題を捉えることができる医師、の養成を目指した達成指針を検討する。

Q 1.1.2

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。
 - ・ 国際保健 (Q 1.1.2)

A 質的向上のための水準に関わる点検

「国際人としての視点と異なる文化を持つ人々と交流する力」「社会医学及び公衆衛生に関わる基本的知識」を達成指針として挙げている。

B 質的向上のための水準についての評価

国際的な視点で活躍できる医師を養成するための指針として、1年次の教養ゼミでグローバルヘルスについての演習と海外実習により世界が直面している健康上の問題について理解すること、4年次の社会科学の中で、海外派遣労働者の健康管理について説明できること、を到達目標に定めている。6年次の選択実習やプライマリケア・選択学外臨床実習では海外での学びもサポートできる体制を整えている。

C 改善に向けた提言

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についての認識、を学生が身に付けられるような教育内容を加える必要がある。

D 改善に向けた計画

教学委員会を中心に絶えず点検と評価を行う。

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)

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、関連省庁ならびに規制機関が含まれる。
- ・ [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後教育関係者が含まれる。

B1.2.1

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)

A 基本的水準に関わる点検

本学の使命は創立以来 130 年にわたり卒業生たちにより培われてきたものである（資料 13）。本学の使命は、学校法人理事会（資料 14）、医学科教授会議（資料 15,16,17）、教学委員会、職員組織、そして学生組織に長年にわたり浸透しており、同窓生、本学教職員と学生の全員は、建学の精神を共有している。本学の使命についての再検討は 100 周年記念事業委員会でも審議され、2013 年度からは学校法人の委員会として将来構想委員会でも数年をかけて見直す計画がされている。

2012 年の東京女子医科大学での国際外部評価団の外部評価に於いて、大学の使命と目標の策定に学生の参画が必要であると指摘されたことを受けて、本学では 2013 年度から学生が正規のカリキュラム委員として教学に参加する体制を作った（資料 18）。2013 年度のカリキュラム委員会の最大のテーマは卒業時アウトカムを作成することであり、本学の建学の精神、教育目標を基にして卒業時アウトカムを設定した。この過程には正規委員として学生と学事課職員（学務系職員）も参画することとなった。

本学は、昭和大学を中心とした SD(Staff Development)にも積極的に参加しており、職員が学務に関与する土壌が出来上がっている（資料 19）。作成された卒業時アウトカムは教学の最高決定機関である教学委員会（資料 20）で決定され、さらに学長諮問会議にて検討された。学長諮問会議には職員も参画しており、そのアドバイスを受けた。

本学は文部科学省の GP に多数採択を受けている。文部科学省は GP を通して、今後あるべき医学教育の在り方を示している。本学が GP に採択されている（資料 21）ことは、本学が文部科学省や厚生労働省が推進する医学教育を理解し実践している証である。

【資料 20 教学委員会規程】

東京慈恵会医科大学医学科教学委員会規程

昭和 45 年 11 月 30 日 制定

平成 7 年 1 月 23 日 改訂

平成 11 年 4 月 1 日 改訂

平成 16 年 4 月 1 日 改訂

平成 17 年 4 月 1 日 改訂

(名 称)

第 1 条 この委員会は、東京慈恵会医科大学医学科教学委員会(以下本委員会という)と称する。

(目 的)

第 2 条 本委員会は、東京慈恵会医科大学学則第 43 条に定める教授会の第 1 項教学に関する事項、並びに第 3 項その他に関する事項を審議する機関として置く。

(任 務)

第 3 条 本委員会は、次の事項を審議する。

1. 学事に関する事項
2. 学生の教育に関する事項
3. 学長、教授会議から諮問された事項

(構 成)

第 4 条 本委員会は、次の各号をもって構成する。

1. 教学委員長
2. 副教学委員長
3. 学生部長
4. 副学生部長
5. 学生相談室委員長
6. 教授会議選出教学委員 7 名
 - 1) 基礎医学教育担当 3 名
(基礎医学教育担当教授より選出)
 - 2) 臨床医学教育担当 4 名
(臨床医学教育担当教授より選出)
7. 教学委員長推薦教学委員 若干名
(但し、国領校教授 2 名を含む)

(委員の選出)

第 5 条 教学委員長(以下委員長という)並びに教学委員(以下委員という)の選出、任命について

1. 委員長、教授会議選出委員は、学長、附属病院長を除いた教授会議構成教授(但し定員外を除く)のうちから選出し、学長が任命する。
2. 委員長推薦委員は、教授、助教授、講師の中から委員長が推薦し、教授会議の承認を受けた後、学長が任命する。
3. 副教学委員長、学生部長、副学生部長、学生相談室委員長は、委員の中から委員長が推薦し、教授会議の承認を受けた後、学長が任命する。
4. 委員に欠員が生じた場合は、補充することができる。
5. 委員長が必要と認めた場合、オブザーバを若干名置くことができる。オブザーバは委員長が推薦し、教学委員会の承認を受ける。オブザーバは、委員会での決議には参加できない。

(委員の任期)

第 6 条 委員長並びに委員の任期は3年間とし、4月1日から3月31日までとする。但し、再任を妨げない。欠員による補充委員の任期は前任者の残任期間とする。

(委員会の開催)

第7条 本委員会の開催について

1. 本委員会は、委員長が招集し、その議長となる。
2. 本委員会は、構成員の3分の2以上の出席をもって成立する。ただし、出席できない委員は、書面をもって委員長に委任することができる。

(常置委員会)

第8条 本委員会には、学生の教育に関する常置委員会を置く。常置委員会の構成は別途、細則に定める。ただし、学生担当委員会は、学生部長、副学生部長、学生保健指導委員長、学生相談室委員長、学年担当教学委員、学生部長が選任する若干名から構成される。学年担当教学委員は教学委員の中から教学委員長が指名する。

(実務委員会)

第9条 本委員会には、学生教育を円滑に行うため、次の事項に関する実務を行う委員会を置く。

1. 教務内規に定められた試験に関する事項
2. 教学委員長が必要と認めた事項

実務委員会の詳細については別途、細則により定める。

(常置委員会の増改廃)

第10条 常置委員会の増改廃は本委員会で審議決定し、教授会議に報告する。

(規程の改廃)

第11条 この規程の改廃には、教授会議の議決を要する。

附 則 この規程は、平成17年4月1日から実施する。

B 基本的水準についての評価

学校法人、医学部、附属病院、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が、大部分の学生と、特に職員が参画する体制が十分ではない(資料22)。

C 改善に向けた提言

学校法人が設置する将来構想委員会に学生と職員の代表を正規の委員とするための検討を今年度から行う。

D 改善に向けた計画

医科大学は社会的責任を持つ組織である。本学がその社会的責任を認識するためには、「大学の構成者」(注釈：大学の管理運営者、教職員および学生、さらには他の関係者を含む)として、大学教育病院群の代表者や市民にも参画してもらいシステムを考え始めなければならない。このことに関しては、学校法人の委員会である将来構想委員会で審議を開始する。

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)

Q1.2.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

現行では、学校法人理事会（資料 14）や評議員会（資料 23）に数名の学外者が含まれている。

本学は 2000 年に KCL Dean の Professor John Rees に招聘講演を依頼したことをきっかけに、姉妹校の KCL との間で、従来の交換学生制度に加えて、定期的な教員交流を図ることとなった。文部科学省 GP での外部評価では、平成 18 年度現代 GP「卒前教育教材から生涯継続学習教材へ」で KCL e-learning 責任者の Dr.Byrne、平成 19 年度特色 GP「地域の教育力を活かす医療者教育」で KCL の Professor John Rees、平成 24 年度 GP「基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成」で KCL の地域医療学の武田裕子先生、を招聘し、KCL の教員からの評価を受けるとともに、本学の教育全般についても意見を求めている。また平成 20 年度戦略 GP「東京都内 4 医療大学連携によるカリキュラム開発と地域医療者生涯学習コース提供」では英国セント・ジョージ医科大学の Professor Peter McCrorie に外部評価を受けるとともに、本学の教育についての意見交換を行った（資料 24）。

また、卒後研修責任者の臨床研修センター副センター長の川村哲也教授、附属病院副院長の中川秀巳教授は共に教学委員として学生教育について連携を図っており、卒後研修との関連の中で卒前教育についての意見を述べている（資料 25）。

B 質的向上のための水準についての評価

学校法人の管理運営者に学外者が含まれているが、本学の今後の在り方を検討する組織には「広い範囲での教育の関係者」が含まれていない。

C 改善に向けた提言

本基準が求める「広い範囲での教育の関係者」を本学がどのようにとらえるのか、そしてどのように意見を求めるのかの検討を学校法人の委員会である将来構想委員会で審議する必要がある。

設定されたアウトカムについて、2014 年 4 月から理事会、評議会、同窓会の意見を広く求める。また、父兄会でも公表して意見を求める。教育関連病院においても、指導医や患者など広く情報を発信して意見を求める。学外実習指導者にも、FD や広報活動を通じて周知徹底を図る。東京都地域枠関係者の意見も求める。

D 改善に向けた計画

将来構想委員会の審議には数年を要すると考えられる。将来構想委員会の検討が公表されたら、具体的な改善計画を策定する。

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)

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解説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)

B1.3.1

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)

A 基本的水準に関わる点検

本学の教学委員会規程 (資料 20) により、本学での学生教育の最高執行権限は教学委員会にある。カリキュラム実施および教育予算の決定と執行管理も教学委員会が掌握している。教学委員は国領校、基礎系、臨床系の教授が教授会の投票により選出され、さらに専門的立場から数名の教員が教学委員長推薦で決められている (資料 25)。教学委員は教授会の承認を得て、実質的な教育企画運営業務を行っており、教学委員長のリーダーシップは確立されている。

入学者選抜は入試委員会 (委員長は学長が指名する) が行っており、教学委員会とは完全に独立した組織となっている。教員採用・昇格は教授会議 (資料 16) の権限である。大型研究費の配分及び大型研究設備は学校法人の委員会である教育研究助成委員会 (資料 26) (委員長は学長が指名する) により決定される。教学委員会、教授会議、入試委員会、教育研究助成委員会は政府機関、他の機関からの影響は受けず、それぞれの組織が自律性を持って決定、遂行している。

教学委員会の下部組織としてカリキュラム委員会があり、具体的なカリキュラム作成に携わっている。その役割は時代の要請によって変化できるような柔軟な組織体系となっている。

B 基本的水準についての評価

教育は教学委員会、研究は大学院委員会、研究設備・大型研究費は教育研究助成委員会、診療は診療部長会議が責任組織である。教育に関しては、教学委員会が担当しており、教学委員会の下部組織として、カリキュラム委員会、カリキュラム自己点検評価委員会、臨床実習教育委員会、学生担当委員会、学生保健指導委員会、学生相談室委員会、教育施設委員会、試験委員会、があり（資料 27）、それぞれの委員長は教学委員が当たることになっており、教学委員会が統括管理する体制が構築されている。

現行では教学委員会の下部組織としてカリキュラム自己点検評価委員会が置かれているが、教育実施体制のもとに点検評価の委員会があることは検討の余地がある。実施組織とは独立した組織として自己点検評価の委員会を置く必要がある。

C 改善に向けた提言

カリキュラム自己点検評価委員会は 2012 年度までは活動を行っていたが、2013 年度から教学委員会の下部組織としての活動を休止し、教育センター内に「教育 IR 部門」を設置した（資料 28）。教育 IR 部門は現時点では教育に関するデータ収集を行っているが、データに基づく分析と提言を行う組織に成長していかなければならない。今回のような医学教育の分野別質保証の活動の中で、教学 IR としての機能を付加させていく。

D 改善に向けた計画

カリキュラムを作成、実施し、それに対する点検評価を自律的に行うために、教学 IR の実施に向けた体制を構築していく。

B1.3.2

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 基本的水準に関わる点検

教育実習費の運用については手順が明文化（資料 29）されており、担当教学委員がカリキュラムのコース別の配分案を提示し、教学委員会の承認を受ける。各コースに配分された実習費はコース責任者が管理を行い（資料 30）、その執行状況は財務部経理課の監査を受ける。外部講師招聘による講師料、教育実習用機器の修理等の費用は、別途教学委員長予算として配分されている。シミュレーション施設については、予算の配分、計画をシミュレーション教育施設委員会で決定し、執行は教育研究助成委員会にて取りまとめている。

教員の基本構成は、学校教育法が定める様に、教授、准教授、講師、助教であり、研究を主体とする大学院では大学院教授が存在する。教員の任用・昇格は厳格な審査基準により選考される。

カリキュラム運用のための人的・物的資源は、他の機関（地方自治体、宗教団体、私企業、その他の団体など）から独立している。教育に資する予算として、学内予算以外は文部科学省からの補助金のみであり、利益相反はなく、自律的な環境で教育が行われている。

B 基本的水準についての評価

カリキュラムを実施するための資源の活用が適切に行われるように、教職員と管理運営者が自律性をもって機能しているが、入学定員が100名から110名に増加したことに伴った施設の拡充や教員数・職員数の増加は図られておらず、学生教育の実施にあたり十分な資源が確保されているとは言い難い。

C 改善に向けた提言

入学定員数の増加によって不十分となった教育環境については、可能な所から逐次改善する。

教育に関わる教職員の配分について検討する。

D 改善に向けた計画

「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」とは学内の人員（職員も含む）や予算、及び教育設備整備を有効にカリキュラム実施に活用することを意味すると考えられる。本学の教育を、人・物・資金を含めて全体として管理運営するためにどのような組織構築が必要なのか、今後の課題と考えている。職員はSDでカリキュラムについて認知しており、管理運営により多く関与していくべきではないかという視点からの議論も必要であろう。

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)

Q1.3.1

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わる点検

カリキュラムについての学生の意見は、本学の伝統である「教学委員と学生会委員との懇談会（資料31）」（年2回：6月と11月）により聴取されている。基礎系教員の意見は、「基礎教員連絡会（前基礎教授准教授連絡会）（資料32）」（毎月開催）、臨床系教員からは「臨床実習教育委員会（資料33）」（毎月実施）により集められ、教学委員会で審議されている。2013年度からは学生がカリキュラム委員会に正規の委員として参加し、自由に意見が述べられる環境となっている（資料18）。学長は2年生から4年生（資料34）、学生部長は2年生全員と定期的な昼食会（資料35）を通年で開催しており、非公式な形で学生からのカリキュラムや学生生活への不満や改善意見を聴く体制が整っている。東京都卒学生も定期的な昼食会（資料36）で自由な意見が述べられる環境が整えられている。

B 質的向上のための水準についての評価

教学委員と学生会委員との懇談会においては、学生が主体となって実施している教員・教育評価アンケートについて話し合いがもたれ、カリキュラムに対する学生全員の意見を教学委員に伝える機会が設けられている。結果は担当教員にフィードバックされ、教育改善に役立っている。学生はカリキュラム委員会にも正式な委員として参加しており、学生の自由な意見を尊重する体制は整っている。

教員に関しては、カリキュラムに対する種々の意見を収集できておらず、教育に関する教員アンケートが必要である。

C 改善に向けた提言

教学 IR の一環として、学生や教員、そして職員からカリキュラムについての自由意見を、メールなどを利用して定期的かつ効率的に収集することを考えなければならない。教育センターの教育 IR 部門でこれらの情報を分析する体制を 2014 年度に立ち上げる。

D 改善に向けた計画

カリキュラムに関する自由意見を集め、教育センター内の教育 IR 部門で解析し、問題点について教学委員会へ提言することにより、今後のカリキュラム改善の方策発見に努める。

Q1.3.2

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わる点検

教育上のトピックが出現した時やカリキュラム改訂が行われる際には、「医学教育セミナー (資料 37)」や「カリキュラム特別検討会 (資料 38)」が随時開催され、教員、職員や学生も参加して意見を述べることができる。

種々の方面からの医学教育研究が成されており、公開された成果を基にカリキュラムや教育システムに絶え間なく改編が加えられている (資料 39)。

B 質的向上のための水準についての評価

教員、学生がカリキュラムについて意見を述べることができる環境は整ったが、「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」に関しては取り組みが不十分である。教育センターを中心に、e-learning (資料 40)、Team-based Learning (TBL) (資料 41)、市民参加の授業 (資料 42) などの教育手法を実験的にいくつかの授業で取り入れているが、カリキュラム全体として新しい教育手法の導入には至っていない。

C 改善に向けた提言

新しい教育手法に関しては、学内 FD である「カリキュラム特別検討会」や「医学教育セミナー」で紹介しているが、教員一人ひとりにはなかなか浸透していない。

伝統的大講義の教育効率が疑問視されているが、学生が能動的に学ぶための教育手法の重要性を教育専任ではない教員にも理解してもらい、それを実践することをどのように促すか、教学委員会の議題としていく。

D 改善に向けた計画

従来の講義は e-learning で受講可能とし、講義時間では反転授業や PBL などの問題解決型を中心とすることを見据えて、教員の理解を得るような方策を考える。

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)

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。

- ・ [適切な行為]は、学則・行動規範等に書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。

B 1.4.1

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)

A 基本的水準に関わる点検

2013年度にカリキュラム委員会の審議を経て、教学委員会で決定された医学科達成指針(卒業時アウトカム)(資料4)は、教授会議の承認を得て、2014年度からシラバスに記載される。尚、シラバスはインターネットで公開されている(資料43)。

達成指針は「卒前教育として達成すべき知識・技能・態度」の全てについて具体的に述べられており、それはとりもなおさず本学の教育理念「病気を診ずして病人を診よ」を学

生が具現化できることである。教育理念（資料44）は学生と教員とで十分に共有されており、その中で教育プログラムが展開されている。基本的知識としてはCBT、学内総合試験や卒業試験、国家試験（資料45）で、技能についてはOSCEや臨床実習での評価で、態度としては低学年から繰り返し行われている態度評価やフィードバックによって、卒業時にその能力を保証している。また、卒業生アンケート（資料46,47）や研修医に対する卒業時アウトカムアンケート（資料48,49）によって、卒業時に医師としてどれだけの能力を獲得していたかの調査も行っている。

【資料45 医師国家試験合格状況】

区 分		第103回	第104回	第105回	第106回	第107回
		平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
本 学	受験者数	108	105	106	104	95
	合格者数	106	97	103	99	91
	合格率(%)	98.1	92.4	97.2	95.2	95.8
国 立	受験者数	4,484	4,467	4,483	4,525	4,557
	合格者数	4,128	4,059	4,053	4,093	4,131
	合格率(%)	92.1	90.9	90.4	90.5	90.7
公 立	受験者数	696	672	693	716	695
	合格者数	657	629	639	672	653
	合格率(%)	94.4	93.6	92.2	93.9	94.0
私 立	受験者数	3,187	3,250	3,364	3,206	3,225
	合格者数	2,849	2,831	2,960	2,893	2,868
	合格率(%)	89.4	87.1	88.0	90.2	88.9
その他	受験者数	61	58	71	74	92
	合格者数	34	19	34	30	44
	合格率(%)	55.7	32.8	47.9	40.5	47.8
合 計	受験者数	8,428	8,447	8,611	8,521	8,569
	合格者数	7,668	7,538	7,686	7,688	7,696
	合格率(%)	91.0	89.2	89.3	90.2	89.8

B 基本的水準についての評価

卒業時アウトカムは決定されたが、これを螺旋型カリキュラムとして低学年、中学年、高学年、卒業時へと至るマイルストーン（ロードマップ）がまだ決まっていない。カリキュラム全体を俯瞰して、アウトカム基盤型カリキュラムを作成する所までに至っていない。また、アウトカムを獲得したかどうかを測るためのパフォーマンス評価の導入も不十分である。

C 改善に向けた提言

2014年度にカリキュラム委員会で、卒業時アウトカムを頂点に、そこに至るまでのマイルストーンとそれぞれのコース・ユニット（授業科目）の教育目標を設定する。2015年度からはマイルストーンにそってコース・ユニットのシラバスの記載を改める。現在、パフォーマンス評価としては、①学外実習での態度評価、②2年生と3年生の口頭試験（プレゼンテーション試験を含む）、③3年生での Triple Jump Exercise、④4年生での Multi-station Examination、⑤共用試験 OSCE、⑥5年次の臨床実習後 OSCE、⑦1年生、3

年生でのレポート評価が行われている。マイルストーンの各段階でどのような評価が必要なのかを考察し、Evidence-based medical education の観点からパフォーマンス評価のさらなる導入と検証、改善を行う必要がある。

D 改善に向けた計画

卒業時アウトカムとマイルストーンは絶えず見直す必要がある。その見直しも、教育成果に関するデータを基に行う必要がある。教育 IR の機能の充実を図っていかなければならない。

B 1.4.2

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。
 - ・ 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 基本的水準に関わる点検

「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」については、達成指針「(2)倫理的・科学的判断能力」、「(3)医学の基本的知識」、「(4)医学の基本的技術」、の中で具体細目として述べられているように、基本的臨床能力を中心に、医学研究のための批判的思考力、論理性、想像力、自律性、道徳的思考力などの涵養を目標としている。そのためにシラバスの巻頭には、「講義では書籍や文献を読む努力を惜しまないこと、その際に批判的に読むこと、実習と演習では技能を修得するだけでなく、問題解決能力を養うこと、医師として望ましいプロフェッショナリズムを身につけること」を説いている(資料9)。医学総論Ⅲでは毎年「プロフェッショナリズム」の講義枠を確保して、医師として求められるものについてのグループ討論を行っている(資料50)。5年次臨床実習の到達目標にも医師としての基本的な臨床能力を身につけるべく8つの目標が掲げられている(資料51)。さらに6年次の選択実習では「学生各自が自ら興味ある分野と実習配属先とを選択して深く高度な内容の臨床実習を行い、社会が必要とする医師となるための態度、知識、技能を身につけることを目指す。」と一層高い到達目標が謳われている(資料52,53,54,55)。実際に本学は早い段階から(2000年から)、参加型臨床実習を実施するために、卒業時 OSCE ではなく5年次に OSCE を実施し、基本的臨床能力を担保した上で6年次で自由な選択実習を実施できるようなカリキュラムとしている。

B 基本的水準についての評価

B.1.4.1 で述べた

C 改善に向けた提言

B.1.4.1 で述べた

D 改善に向けた計画

B.1.4.1 で述べた

B 1.4.3

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。
 - ・ 保健医療機関での将来的な役割 (B 1.4.3)
-

A 基本的水準に関わる点検

「保健医療機関での将来的な役割」として、達成指針では「社会科学および公衆衛生に関わる基本的知識」を修得するべきと述べており、選択実習で WHO に赴いたり、プライマリケア・選択学外臨床実習（資料 56）で厚生労働省エクスターンシップや保健所実習に参加したりする学生もおり、自身のキャリアパスの 1 つとして捉えられるようなカリキュラムを構築している。実習期間は WHO で 3～4 週間、厚生労働省エクスターンシップ、保健所実習は 1 週間である。

B 基本的水準についての評価

B.1.4.1 で述べた

C 改善に向けた提言

B.1.4.1 で述べた

D 改善に向けた計画

B.1.4.1 で述べた

B 1.4.4

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。
 - ・ 卒後研修 (B 1.4.4)
-

A 基本的水準に関わる点検

「卒後研修」へのレディネスについて言及している達成指針としては、「医学知識を臨床実践に応用する力」、「科学的根拠に基づく臨床推論に裏付けられた診療を実践する力」、「基本的な臨床コミュニケーション能力」、「チーム医療に臨む主体性・協調性」、「医師としての適切な態度と行動」を中心に、全人的な医学・医療を実践できるための能力が挙げられている。本学は日本では先進的に（2004 年から）多職種連携教育（資料 57）を実施して、チームとして医療に携われる能力の涵養に努めている。

B 基本的水準についての評価

B.1.4.1 で述べた

C 改善に向けた提言

B.1.4.1 で述べた

D 改善に向けた計画

B.1.4.1 で述べた

B 1.4.5

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。
 - ・ 生涯学習への意識と学習技能 (B 1.4.5)
-

A 基本的水準に関わる点検

「生涯学習への意識と学習技能」については、「自己主導型学習習慣と自己研鑽能力」として、低学年から継続的に身につける能力として達成指針に定めている。またシラバスの巻頭の辞の中で、教育理念の大きな柱として「自ら求め、自ら学ぶ」ことを学生に求めている(資料9)。学習の姿勢について気づきを提供するために、2年次、3年次、4年次のオリエンテーション(資料58,59,60)では、自身の学習についての振り返りとグループディスカッションを行っている。またグループダイナミクスについての授業を行い、1人で学ぶこととグループで学ぶことの違いについて認識させるようにしている(資料61)。

B 基本的水準についての評価

B.1.4.1 で述べた

学生の学習技能や学びについての認知に関して、オリエンテーション時にリアクションペーパーに記載してもらおうようになったが、経年的な解析が実施されていない。

C 改善に向けた提言

B.1.4.1 で述べた

教学IRとして、学びについての認知を経年的に解析し、教育プログラムとの関係を考察する。

D 改善に向けた計画

B.1.4.1 で述べた

B 1.4.6

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。
 - ・ 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 基本的水準に関わる点検

「地域の保健への要請、医療制度から求められる要請、その社会的責任」については、知識レベルでは「社会医学および公衆衛生に関わる基本的知識」、技術レベルでは「医学

知識を臨床実践に活用する力」として言及されている。1年次から4年次まで前臨床実習として多岐にわたる学外での実習を行い、現場の体験の中で学ぶ力を養っている（資料62,63,64,65）。ユニット Evidence-based Clinical Practice では、医師として患者に最も適切な医療を行えるための考え方とプロセス、実践するための臨床疫学について学ぶ。また行動憲章として、社会に貢献するための行動規範が定められている（資料11）。

B 基本的水準についての評価

B.1.4.1 で述べた

C 改善に向けた提言

B.1.4.1 で述べた

D 改善に向けた計画

B.1.4.1 で述べた

B 1.4.7

医科大学・医学部は、

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

「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。」に関しては、まず1年次医療総論演習で GMC 発行の Good Medical Practice（資料66）についての授業を行って意識を喚起している。入学時から各学年の学年オリエンテーション（前期始めと後期始めの年2回実施している）では、「Fitness to Practise」として医師になる者として適切な行動がとれることについて、ピアレビューとグループディスカッションを行って自らの行動を振り返る機会を設けている（資料58,59,60）。また、各学年で実施されている学外実習での態度（資料67,68,69,70,71）、基礎系実習や演習での態度、臨床実習での問題行動は、担当教員から当該学生に直接フィードバックされると同時に、そのフィードバックに対する学生からの回答も学事課管轄サーバーにポートフォリオとして記録され、6年間を通じて学生一人ひとりに Fitness to Practise が獲得されているかどうかを追跡し、学生支援を行っている。

B 基本的水準についての評価

B.1.4.1 で述べた

C 改善に向けた提言

B.1.4.1 で述べた

D 改善に向けた計画

B.1.4.1 で述べた

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)

Q 1.4.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学は 2013 年度に卒業時アウトカムを決定した。一方、臨床実習の目標は、「臨床実習ガイドブック(資料 72)」に、卒後研修の目標は「初期臨床研修ガイドブック(資料 73)」に記載されて、卒前から卒後にわたって慈恵の教育理念によって貫かれている。

学生の臨床実習のコース責任者が宇都宮教学委員長であり、初期臨床プログラムを担当する臨床研修センター(資料 74) 研修委員長の川村教授も教学委員であることから、学生の臨床実習プログラムは卒後研修との連関が検討されやすい状況にある。

B 質的向上のための水準についての評価

卒業時アウトカムを測定する Advanced OSCE や臨床実習での Workplace-based Assessments の検討が行われていないことに加え、初期臨床研修の評価が明確ではないため、現状では卒業時アウトカムと臨床研修への連続、および臨床研修でのアウトカムへの連携が作られていない。

C 改善に向けた提言

2012 年度文部科学省 GP で臨床実習の改善をテーマにした「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実(資料 75)」(以下、臨床実習 GP)の採択を受け、現在 KCL の支援を得ながら卒業時アウトカムを測るための Advanced OSCE の検討に入っている。この中では Workplace-based Assessments についても導入を検討しており、2017 年度には現在では 5 年次臨床実習後に実施されている OSCE に変わり、卒業時点での Advanced OSCE を実施する予定になっている。

また、カリキュラム全体を見直し、①低学年(1 年次から 3 年次)からの学外実習施設の患者接触プログラム(6 週間)で「職場の中で学ぶ」力を養成し、②4 年次の全科見学型臨床実習(28 週間)とキャンパスでの集合教育との組み合わせによって、診療の現場で求められる知識・技能・態度を「文脈の中での学習」として行い、そして③5 年次からの 4 週間 1 診療科の参加型臨床実習(40 週間)では、実際の診療に従事する「チーム医療への参画」を通して臨床能力を養う、という系統的なカリキュラムを構築する。カリキュラム完成時には 74 週の臨床実習を実施することとなる。また、参加型臨床実習での学習の場を分院、地域の教育病院にも広げる。

D 改善に向けた計画

臨床実習時間数を拡大したことによって、確かに教育成果が得られたことを評価できるシステムを確立する。卒業研修終了時のアウトカムを明示し、卒業教育との連携を図るプログラムを構築する。

Q 1.4.2

医科大学・医学部は、

- ・ 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わる点検

医学研究に関する達成指針は「探究する心と科学的判断力」と定められている。

3年次の6週間にわたる研究室配属（資料76）では、各自が興味のある研究室で医学研究を体験し、医学研究のプロセス（研究目的の設定、研究計画作成、結果の整理と考察、発表）を通じて、それまで学んで来た基礎医学の知識を再確認するとともに、医学研究の意義を体得する。正規の授業とは別に、課外時間に各講座で研究を行う学生班（資料77）研究を奨励している。研究室配属をきっかけに、研究継続のために学生班研究を続ける学生も見受けられる。研究室配属、あるいは学生班で行われた研究成果は学会や論文として発表されており、学生・研修医のための先端医学セミナーでは英語での発表もなされている（資料78）。

更にはリサーチマインドを持った医師を養成すべく、1996年度からEBMの授業をカリキュラムの中に取り入れている。

高度先進医療を推進していくために、また質の高い医療人を育成する上でも研究は不可欠である。本学では、講座を中心として受け継がれている特色ある基礎的研究を推進すると共に、総合医科学研究センターを設け、臨床研究やトランスレーショナルリサーチ等の先端医学研究をも推進している。総合医科学研究センターには、研究を実際に行う研究部門と研究を支援する研究支援部門がある。研究部門にはDNA医学研究所、高次元医用画像工学研究所、臨床医学研究所の三つの研究所のほかに、神経科学研究部、再生医学研究部、医用エンジニアリング研究室、薬物治療学研究室、分子疫学研究室、臨床疫学研究室がある（資料79）。

B 質的向上のための水準についての評価

医学研究に触れる機会は、研究室配属の3週間から6週間への拡充によって確実に増え、医学研究についてのスキルを高める学生が増加する一方で、基礎医学研究と臨床医学を結びつけられずに医学研究の意味を必ずしも理解できていない学生が存在する。

医学研究に興味を持った学生には更なる機会を与え、成果を上げられない学生には指導が必要だと考えられる。

C 改善に向けた提言

医学研究に関しては、正課外での学生の研究活動の単位化を含め、その促進策を教学委員会で検討する。

D 改善に向けた計画

リサーチマインドを持った臨床医をどのように育てるのか、臨床実習の中でどのように教育していくべきなのか、これから議論を始めるところである。

Q 1.4.3

医科大学・医学部は、

- ・ 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わる点検

国際保健に関わる教育成果として、1年次選択科目として「グローバルヘルス」を開講しており(資料 80)、また 2012 年度は 11 名が海外研修として、東南アジアでマラリア、デング熱などの熱帯感染症ベッドサイド実習、WHO 西太平洋地区の鳥インフルエンザ、SARS 対策の聞き取り、災害対策についての米国科学アカデミー会議への参加、を体験した。熱帯医学講座では、講座独自の学生支援プログラムとして、バヌアツ共和国でのマラリア対策、ザンビアでの HIV コントロールの現場参加を実施した。プライマリケア・選択学外実習で WHO への参加実績として、2009 年度、2011 年度、2012 年度に各 1 名を派遣している(資料 56)。

WHO オフィサーの進藤奈邦子先生を客員教授として定期的に招聘している(資料 81)。

B 質的向上のための水準についての評価

国際保健に関わる教育プログラムは、熱心な一部教員の采配に委ねられているのが現状であり、WHO への参加も毎年 1 名程である。現行のカリキュラムでは、国際保健に関しては、知識レベルでも達成目標が不明であるし、国際保健という視点からの教育が充分行われているとは言い難い。

C 改善に向けた提言

国際保健に関するアウトカム設定については明確な指針が得られておらず、社会医学の教育の中でも達成目標が明示されていない。これから教学委員会で審議を行わなければならない。

D 改善に向けた計画

国際保健に関するアウトカムを設定した後、それを教育プログラムの中でどのように達成していくべきか議論する。

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)

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、身体能力に配慮して等しく扱うことを意味する。

B2.1.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学は1996年度から6年一貫統合型カリキュラムを実施している。
このカリキュラムでは学年・講座の代わりにコース・ユニットを置いており、コースとして、「医学総論」、「総合教育」、「外国語」、「生命基礎科学」、「基礎医科学」、「医療情報・EBM」、「臨床基礎医学」、「社会医学」、「研究室配属」、「臨床医学」、「選択実習」があり、それぞれのコースには科目に相当する複数のユニットが置かれている。
コースの概要図を示す（資料82）。

【資料 82 コース概要図】



各コース・ユニットの位置づけ、到達目標、学習上の注意、評価方法、講義スケジュールはシラバスに記載されている（資料 43）。

本学のカリキュラムは、建学の精神をその中に組み込むために、1 年次には何を学習し、その学習後に次のステップとしての 2 年次、3 年次、4 年次の学習があり、5 年次の臨床実習につなぎ、大学附属病院だけでは学びきれない医療についてはどの学年で何を経験させるかを順次性の中で考えた構造化されたカリキュラムとなっている。

具体的には、1 年間の国領校では、人文・社会科学、日本語表現法、数学、教養ゼミのユニットから成る「総合教育」と、「生命基礎科学」（物理・生物・化学）を学ぶ。コース「外国語」は 1 年～4 年に設定されており、1 年次では一般英語 I と選択必修の初修外国語（ドイツ語・フランス語・中国語）、2 年次で一般英語 II、3 年次に医学実用英語 I と医学英語専門文献抄録、4 年次で医学実用英語 II と幅広く長期に亘って学ぶ。2 年次から西新橋校に移り、「基礎医科学 I」で解剖学、生理学、生化学を学んだ後、基礎系臓器別統合カリキュラム「基礎医科学 II」、3 年次には病因・病態、感染・生体防御、ライフサイクル、行動科学などが含まれる「臨床基礎医学」と、法医学の内容を扱う「社会医学 I」、そして 6 週間全日を使用しての「研究室配属」に続く。4 年次には臨床系臓器・機能別統合講義と、臨床実習に入るために最低限必要な基本的臨床能力（医療面接、診療録作成、身体診察、検査と治療の基本手技、臨床推論）について「臨床医学 I」の中で学ぶ。公衆衛生学「社会医学 II」も学ぶ。

臨床実習で evidence-based medicine を実践できるようにするために、「情報リテラシー（1 年）」、「医学統計学 I（2 年）」、「医学統計学 II（3 年）」、そして「EBM（4 年）」とつながるコース「医療情報・EBM」が用意されている。

5 年次では、41 週にわたり全日臨床実習で全科をローテートし（コース「臨床医学 II」）、6 年次前期の 15 週間は 4 週間を単位として学生自身が自分のカリキュラムを組むコース

「選択実習」が設けられており、附属病院診療部、国内学外病院、海外の大学・病院さらに基礎医学研究施設等で学ぶ機会が提供されている。その後6年生は「国家試験準備オリエンテーション」、「選択ゼミ」があり、卒業のための試験を受けることになる。

本学のカリキュラムの特徴は、「基礎系臓器別統合カリキュラム」と「臨床系臓器別統合カリキュラム」の2巡構造になっていることである（資料83）。すなわち、2年次ではまず人体の正常構造と機能を「基礎系臓器別統合カリキュラム」で「機能・臓器別」に学び（基礎医科学Ⅰ、Ⅱ）、3年次臨床基礎医学では病因・病態をテーマに「個体」を対象にし、社会医学では個体の集まりである「集団」を対象に学ぶ。そして4年次の臨床医学Ⅰで再び「臨床系臓器別統合カリキュラム」に進んで「臓器別」に学んだ後に、臨床実習（5年次）及び選択実習（6年次）で再び患者さんを一人の人間（個）として見ながら、「個体」と「集団」の観点から疾患について考えて医学を学ぶという、臓器・個体を基礎・臨床で2巡するという独特のカリキュラム設計となっているのである。この設計は、基礎・臨床統合カリキュラムが人体を1つの「個」として考える機会が無い、という大きな欠点を勘案したものであり、まさに「病気を診ずして病人を診よ」の建学の精神をカリキュラムに埋め込んで、分析的知識を病人という個体、及びその集合である Population-based Medicine へと知識を統合する思想を反映している。

B 基本的水準についての評価

1996年度以降、臓器別→個体、基礎→臨床の2層構造のカリキュラムを実施しており、カリキュラムの基本構造は整っていると考えている。学生を含めたカリキュラムに関する議論でもこのカリキュラム構造に対する疑義は出ていない。

コース・ユニット制ではそれぞれのコースに教育科目としてのユニットを置き、それぞれに1年任期のコース責任者、ユニット責任者を決定している（資料84）。コース責任者は、そのコースの各ユニットでの教育内容を調整し、6年一貫医学教育におけるそのコースの役割を絶えず点検、調整する。コース責任者は各コース間の教育内容の点検、調整も行い、絶えずカリキュラムを自己点検し、毎年、大学が発行する「教育・研究年報」にその年の教育活動を報告しなければいけないシステムとなっている（資料85）。

2013年度に卒業時達成指針が設定された（資料4）が、まだそのアウトカムを獲得するためのマイルストーンが設定されていない。マイルストーンを設定し、その目標に学生全員が到達するためのコース・ユニットでの教育目標の設定を急がなければならない。螺旋型カリキュラムの中で、学生が自ら見いだした学習課題について、どのように解決していくかの支援、自己学習のやり方や教員による学習支援の方法、特に e-learning を中心に考えていく必要がある。

C 改善に向けた提言

アウトカム基盤型カリキュラムを構築するために、卒業時アウトカムからマイルストーンを設定し、それを各授業科目の教育目標に落とし込んでいく作業は2014年度から開始する。2014年度のシラバスではこのような教育の水平的統合や垂直的統合は図られていないが、2015年度、2016年度をめどに科目間の水平的統合や垂直的統合を図る努力を、カリキュラム委員会を中心に学生とともに計画する。

D 改善に向けた計画

アウトカム基盤型カリキュラムが構築されているかの検証に加え、アウトカムが妥当性と信頼性を持って評価されているのかを検証し、カリキュラムの修正、改善を図る。

B2.1.2

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

学習方法としては講義、演習、実習、臨床実習を明確に分け、講義では出席を取らず(資料 86)、学生に自由な学習方法の選択を許しながらも、コース総合試験で厳格な知識の評価を行っている。演習、実習では厳格な出席制度を履行し、その場にいなければ学べない項目、例えば体験学習、グループ討論、問題解決学習、グループ内での適切な行動を評価する仕組みとなっている。

講義を担当する教員が本学の教育理念に沿った講義を行うようにと、その意義についてのメッセージが、前学長の阿部正和先生(資料 87)と栗原敏先生(資料 88)から伝えられている。

講義で得た能力と演習・実習で学生が身に付ける能力を明確に区分けし、知識以外の技能・態度そして *Fitness to Practise* がいかに重要であるかを、評価を用いて学生に伝えている。知識を応用する PBL-チュートリアルとして、3年次の症候学演習(問題解決型チュートリアル)を半年間(35 コマ)、4年次の臨床医学演習(臨床推論チュートリアル)を通年(60 コマ)で組み込み、またこのチュートリアルの準備教育として1年次、2年次に医療倫理関係の話題についてのグループ討論(TBLを含む)をコース医学総論で実施している。

1年次の国領教育(準備教育)、2年次・3年次の基礎医学系教育では実習を含め *Active Learning* の機会を組み込んでおり、4年次の臨床医学系では臓器別講義に連動する形で病理学各論、臨床系チュートリアル(臨床医学演習)、および技能系教育である基本的臨床技能実習として *Active Learning* を組みこんでいるが、学生の負担を考えるとまだまだ講義偏重となっている。

1年次からグループ学習の有用性について説明し、グループ学習を促進する方針がとられているが、2014年度のシラバスから、少人数のグループ学習を編成する場合についての記載が求められる様になり、カリキュラムの中でのグループ学習の割合が明示される様になった(資料 7)。

症候学演習や臨床医学演習の教材、アンケートなどのために *e-learning* が用いられており(資料 40)、2012年度からは医学総論を中心にクリッカーを使用した授業を行っている(資料 89)。

臨床講義については、臨床実習のフィードバックとの連続性を考えた上で、講義で教え込むことをしぼるべきとの方針のもと、2010年度から従来の90分講義から70分講義への短縮を図った(資料 90)。

B 基本的水準についての評価

教育方法と学習方法については今後十分な検討が必要である。今までの教え込む教育から、学生が自ら学ぶ学習へと移行していく必要性について、医学教育分野だけでなく、広く初等・中等教育で、そして高等教育でも論じられている。反転授業、PBL-チュートリアル、TBL、自己学習(*e-learning*)など、学生の学習効果を高めるための新たな教育・学習方法の導入を調査研究に基づいて検討する必要がある。

現行のカリキュラムでの受動的学習(講義)と能動的学習(演習・実習)の教育時間比率を示す(資料 91)。

【資料 91 受動的学習（講義）と能動的学習（実習・演習）の教育時間比率】

学年	授業形態	授業時間数 (hr)	講義・演習・実習 の割合 (%)	能動的学修時間 の割合* (%)
1年	講義	149	20	80
	演習	357	49	
	実習	225	31	
	計	731	100	
2年	講義	293	35	65
	演習	138	17	
	実習	394	48	
	計	825	100	
3年	講義	309	36	64
	演習	188	22	
	実習	353	42	
	計	850	100	
4年	講義	464	57	43
	演習	156	19	
	実習	193	24	
	計	813	100	
5年	講義	0	0	100
	演習	88	0	
	実習	1379	6	
	計	1467	94	
6年	講義	0	0	100
	演習	9	2	
	実習	525	98	
	計	534	100	

※教務内規、臨床実習ガイドブックおよび
カリキュラムコース・ユニット一覧(カリキュラム編成会議資料)より作成

*能動的学修時間の割合=(演習+実習)/全授業時間数

能動的学習を増やす方向で検討するが、実施にあたっては、学生が能動的学習をできるようにするための準備教育の在り方も検討しなければならない。

臨床講義の短縮については、単に90分の内容を70分に短縮しただけの講義が多く、当初の目的を達成できていない。

C 改善に向けた提言

学習方法改善のトライアルはコース医学総論で始められている。2年前からTBL(資料41)の試行や一般市民参加授業(資料42)、レポート作成の指導強化(資料92)を行っている。今後は反転授業の導入など効果的な学習方法・教育方法を模索し、学生の学びの質と合わせて検証する計画がある。

能動的学習についてFD等で教員への周知を図るとともに、シラバスの中に講義時間内での能動的学習をいかに実施するか(方法、時間)を記載するシステムとし、導入の促進を図る。

現行のPBL-テュートリアルでのテューター養成は喫緊の課題である。1997年度からテュートリアルを取り入れたが、導入当時の教員の熱心さは薄れ、テューター養成のFDも

行われなくなった（資料 93）。今回の卒業時アウトカムの設定を期に、カリキュラム委員会で FD の在り方についての検討を 2014 年度から開始する。

臨床実習での学習支援として、指導医の在り方も検討を要する喫緊の課題である。臨床実習 GP「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実」で、2015 年度から「教育アドバイザー」を導入することで準備が進んでいる（資料 94）。教育アドバイザーとは、教育学を専門とする非医師教員が、臨床実習の場面での学生・指導医の教育現場を観察し、学生、指導医に教育学の専門の立場から学習支援および指導者支援を行うものである。本学は姉妹校である KCL での教育アドバイザーの実績を調査研究し、非医師教員による臨床実習担当教員への指導が有効であるとの結論に達している。

D 改善に向けた計画

教育アドバイザーを 2015 年度から臨床実習の場で指導者支援として導入するが、教育アドバイザーが教育改革に有効であるとの結果が出れば、基礎医学系での講義・演習・実習においても教育アドバイザーによる教育支援を拡充していく。

アウトカム、マイルストーン、そして各ユニットの教育目標は学生のアンケート、教職員アンケート、教育成果をもとに継続的に見直していく。

カリキュラム全体の中で、従来の講義形態から Active Learning への移行を図る。

講義時間の短縮による効果について検証し、必要があれば 4 年生以外のユニットでの導入を検討する。

B2.1.3

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

生涯学習への準備として力を入れているのが 1 年次からのレポート作成に対する指導である。コース医学総論では 1 年次からレポートの書き方として、①リサーチクエスションの設定、②設定したリサーチクエスションに対する先行研究の調査、③事実をもとにした論理展開、④今の自分が考える結論、という科学的論理法を教育し、3 年次の医学総論でその能力の成長を確かめ、3 年次の終わりの研究室配属へつなげる努力をしている。臨床実習では、患者中心の医療を経験することで、患者診療の中からリサーチクエスションを見出し、患者の健康問題の解決を POMR に基づいた medical record で教育することが一部の診療科で行われており、医師としての生涯学習能力を育てようとしている。

2～4 年次でのオリエンテーションでは、自身の学習方法についてグループで話し合いをし、内省を促すとともに自己主導型学習への意識を高めるためのプログラムを実施している（資料 58,59,60）。

6 年次の選択実習では、学生が自ら学びたい実習先を自由に決めて 4 週間単位の実習を行う（資料 53,54,55）。また選択科目であるプライマリケア・選択学外臨床実習や産業医実習では、低学年から臨床の現場で学ぶ機会を提供して、学習意欲のある学生を支援する体制が整っている（資料 56）。

B 基本的水準についての評価

生涯学習への準備を整えるカリキュラムが一部で行われているが、その検証は十分には成されていない。

選択実習やプライマリケア・選択学外臨床実習、産業医実習では、学生自身の意思で臨床を学ぶ場が与えられており、学ぶ意欲のある学生は自由に伸びていき、生涯学習の礎になると考えられる。

C 改善に向けた提言

生涯学習のための準備を整えるための方策をカリキュラム委員会で検討する。

D 改善に向けた計画

研修管理委員会および慈恵医師会の協力を得て、生涯教育プログラムの充実を図る。また、終身学習できる e-learning の整備と充実を図り、現在利用されている附属病院のテレフォンコンサルテーションサービスを更に充実させ、いつでも学習できる環境を整える。

B2.1.4

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

本学のカリキュラムはそのほとんどが必修単位となっており、学生全員に平等に学習の機会が提供されている。必修科目と選択科目の単位数一覧を別添で示す(資料 95)。

B 基本的水準についての評価

教養ゼミ、研究室配属や選択実習(6年次)は選択必修科目で、ここでの科目選択は学生の意思を尊重して決められている。

ジェンダー、年齢、個人的特性による学習機会の不平等は存在しない。

教員の男女比については圧倒的に男性が多く、hidden curriculum である可能性がある(資料 96)。

C 改善に向けた提言

今後は適宜、女性教員を確保していく必要がある。

D 改善に向けた計画

託児所を設置し、フレキシブルな労働時間帯を設定し、女性教員が勤務できる環境を整えることについての議論を行う。

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)

Q2.1.1

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)

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学が求める学生像は、教育理念(資料44)、アドミッションポリシー(資料97)にも記載されているが、「自ら求め、自ら学ぶ」という姿勢である。これは生涯学習の基本になる態度でもある。

本学では講義という教育手法を用いるユニットでは出席を取っていない。講義での学習成果はコース総合試験で成果判定される。これは学生に自らの学習行動への責任を問うためである。一方、演習・実習ではその学習に対するフィードバックが随時行われ、学習態度への評価を伝えることで学生の学習行動の適正化を図ろうとしている。学外実習では学生の実習先での問題行動を実習先からのアンケートをもとに随時フィードバックし、学生自身の学習への責任を絶えず問うことを行い、「学習する責任は学習者にある」ことを知らせている。これらのフィードバックは学習活動を学生自身が振り返り、学生自身が自分の学習上の問題点を発見しやすい環境を整備しようとするものである。その一方で、学生部長を中心とする学生支援チームが組織されており、学習困難学生を早期に発見し、経験あるチューターを付け、学習に関するカウンセリング(認知カウンセリング)を行っている。

1年次の初年次教育では、学習の仕方を学ばせることを重要な課題としており、学生は人文社会科学で人文系1科目、社会系1科目を選択し、20人クラス編成で、筆記試験は行わず、演習評価として日々の授業参加態度を育成することに重点を置いている。

B 質的向上のための水準についての評価

学習カウンセリング(認知カウンセリング)は特に、学習負担が増える2年生、臨床系知識が過剰となる4年生で重要であることが分かっている。学年最初のオリエンテーションで学習に関する認知を促してきたが、2013年度から学生支援チームを増強して、学生を支援するネットワークを立ち上げ(資料98)、支援の強化を図っている。

反転授業の導入は、学生の学習責任を問うものであり、努力する学生と努力しない学生を正當に評価して、努力することによりどれだけ学習成果が上がるかを学生にも分かるような教育方法、評価方法を検討していく必要がある。

C 改善に向けた提言

2014年度から「学習する責任は学習者にある」ことを学生が分かるような授業形態、評価方法をカリキュラム委員会、臨床実習教育委員会で検討を始める。

D 改善に向けた計画

学生が行った努力が学生の目に分かるような自己学習環境を整えるための検討を行う。Active Learningをどのように本学の医学教育に取り込めるかの検討を行う。

問題解決型授業を継続的に組み込み、学年が進むに従って取り組む課題が高度化していくようなプログラムを検討する。

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)

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。

B2.2.1

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)

A 基本的水準に関わる点検

1年次からのコース医学総論では医療倫理に関わるテーマを取り上げ、講義、グループ討論、レポート作成を通じて論理的・批判的思考能力を養成する授業が行われている。医学総論のレポートでは、①リサーチクエスションの設定、②先行研究の調査、③事実をもとにした論理展開、④自分が出した結論という書き方の指導を行っており、論理的な思考、文章作成能力の重要性を教育している(資料92)。

テュートリアル教育では、①症例からの学習課題の発見、②情報収集、③収集した情報の真偽性の確認、④検討された情報を使つての論理展開を求めている(資料99)。

社会医学系の Evidence-based Clinical Practice では、①臨床シナリオからの問題の定式化、②論文の妥当性の検証、③論文結果を仮想患者に適応できるかを考察して、客観的データを基に、いかに確率定量的に診療を行っていくかの方法論を教育している。

環境保健医学演習では、①リサーチクエスションを設定し、②グループで必要な情報を収集、③情報を解析して考察、④結果をわかりやすくプレゼンテーションする、というプロセスで問題解決能力を身につける訓練を行っている(資料100)。

B 基本的水準についての評価

患者の話を良く聴くようにという傾聴の姿勢についての教育は低学年から高学年までを通じて行われているが、外から入って来た情報に対して、分析的・批判的に考える能力を育成する教育は不足している。グループ討論の際に、他人の意見に対してクリティカル・シンキングする能力、分析的・批判的思考によって自身の思考を創造する能力、考えたことを論理的に表現できる能力を指導する必要がある。

C 改善に向けた提言

2014年度から1年次の医療総論演習で言語技術の教育を開始する。
レポート評価については引き続き厳格な評価を行って、論理的に思考することと文章を書くことを教育していく。

D 改善に向けた計画

言語技術についてアウトカム基盤型カリキュラムの中で考える。
レポート評価については引き続き厳格な評価を行い、その後の学生のアウトカムを検証する。

B2.2.2

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。
 - ・ 医学研究法 (B 2.2.2)

A 基本的水準に関わる点検

3年次の終わりに6週間にわたる研究室配属が組まれている。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つ(資料 76,101)。さらに正規の授業以外の学生研究も奨励している(本学では「学生班」という伝統がある)(資料 77)。3年生前期には **Early Research Exposure** という講義系を組み、それまで学んだ基礎医学と医学研究の繋がりを説明し、医学研究への誘いも行っている(資料 102)。

B 基本的水準についての評価

研究室配属は必ずしもすべての学生に受け入れられているわけではない。研究志向の少ない学生の中には興味を持たないものもいるが、学生全員が研究室活動を知ることが必修にする価値があると考えている。医学研究がどのように患者貢献しているかをもっと明示する工夫が必要であろう。一方、研究志向のある学生は正課以外に研究室に行き、学生研究を行っている。**Early Research Exposure** によって、3年次にこのような活動を行う学生が倍増し、**Early Research Exposure** の様な研究紹介活動の有用性が示された。

学生班研究を促進するために、正課外の研究を選択科目として単位認定することが現在カリキュラム委員会で話し合われている。さらに、2015年度の臨床実習改革では、**MD-PhD** コースの設置も検討課題とされ、カリキュラム委員会の議題となっている(資料 103)。

C 改善に向けた提言

学生班研究を奨励するため、選択科目としての単位化やインセンティブを早急に実施していく。

Early Research Exposure の様な研究紹介活動を入学時や2年次などに拡大することを検討する。

MD-PhD コースの設置を可及的速やかに行う。

D 改善に向けた計画

学生班研究を奨励する。

本学では、本学の特色ある研究を拠点センター化した先端医学推進拠点群を設置する準備を行っている。講座や総合医科学研究センターの研究部門などに加え、このような拠点センターで学生が研究活動を行うことで、他大学にない独自の研究を行う研究医の育成が可能であると考ええる。

B2.2.3

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。
 - ・ EBM（科学的根拠に基づく医学）（B 2.2.3）

A 基本的水準に関わる点検

臨床実習で Evidence-Based Medicine を実践できる様にするために、1年次の情報リテラシー、2年次の医学統計学Ⅰ、3年次の医学統計学Ⅱ、そして4年次に臨床ケースを題材に Evidence-based Clinical Practice と続く EBM 教育が実施されている。Evidence-based Clinical Practice では、臨床疫学の基本的概念や方法論について学んだ後に、チュートリアル方式によって、実施された臨床試験の結果に臨床シナリオ（仮想患者）が適用できるのかを議論して、Evidence-based Clinical Practice のプロセスを学習する。このように臨床実習前までに、臨床ケースを考える上での基本的 EBM 技能を正規の必修カリキュラムとして用意している（資料 104）。

B 基本的水準についての評価

批判的解析、根拠に基づく医療の実践は臨床実習でこそ用いられなければならない。しかしながら、EBM の基礎教育はできていてもそれを臨床応用する機会が少なければ、卒業時のアウトカムとはなりえない。臨床実習で EBM を使える環境を整備していく必要がある。

C 改善に向けた提言

現在 2015 年度からの臨床実習改善の検討を臨床実習 GP ワーキンググループで行っている。臨床実習での EBM 教育はこのグループで検討していく。

D 改善に向けた計画

2015 年度から始まる臨床実習での学生の成果を測定し、IR 部門で考査し、EBM 教育の改善を図る。

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)

Q2.2.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学は 1996 年度カリキュラム改訂の進行に伴い、1999 年に医学教育研究室が設置され、2005 年には教育センターとなった。現在教育センター内には、医学教育部門、看護教育部門、シミュレータ教育部門、教育 IR 部門が設置され活動している。学内で教育センターを中心に医学教育専門家を養成している(資料 105,106)。

教育センターでは医学教育研究が実施され、本学の教育で実践されている(資料 39)。

教育センターには、Harvard-Macy Program、医学教育者のためのワークショップ(富士研)、臨床研修指導者ワークショップ(PMET)などの修了者が、医学教育研究の動向を調べ、本学での Evidence-based Medical Education に寄与している。

本学で実施されている 6 年一貫統合カリキュラム、総合試験、体験実習、多職種連携教育、テュートリアル、OSCE、問題解決型能力のための評価法(Triple-Jump Exercise、Multi-station Examination)などについて、本学はわが国においても先導的な立場にある。

B 質的向上のための水準についての評価

今後とも教育センターを中心に本学で実施されている医学教育実践についての実践研究を続けていく必要がある。

医学教育改善は evidence をもとに行われるべきであることが WFME のグローバル・スタンダードでも示されている。教育センター内の教育 IR 部門を拡充し、教育成果や Alumni research などをさらに推し進めていかなければならない。

C 改善に向けた提言

2013 年度に教育センター内に教育 IR 部門を設置した。まだデータ収集の途に就いたばかりである。この活動を継続することで、本学の教育改善の資料作成を行う。

D 改善に向けた計画

IR 活動で重要なのは資料収集だけでなく、その資料を基にした分析と判断、そしてその判断の実践である。教育 IR 部門が分析や判断ができる能力を付けていくための活動が求められる。

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。
 - ・ 科学的知見の理解のための基礎医学の応用 (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)

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。

B2.3.1

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。
 - ・ 科学的知見の理解のための基礎医学の応用 (B 2.3.1)

A 基本的水準に関わる点検

1年次の自然科学（物理学、化学、生物学）に続き、2年次前期に基礎医科学Ⅰを配置している。基礎医科学Ⅰは生物物理学的な要素を重視した生理学総論、臓器別にはなじまない生化学や生体調節、組織学総論、そして運動器系の解剖生理学を講じ、自然科学の原則の上での基礎医学導入を行っている。2年次後期の基礎医科学Ⅱは解剖学・生理学・生化学そして臨床系教員の助力も得ながら「基礎系臓器別統合カリキュラム」を実施している。さらに、薬理学総論として、薬物-受容体相互作用を詳細に講じている。本学ではドイツで実施されている、「解剖学および医学的生物学」、「生化学および化学」、「生理学および物理学」の考え方を重視し、自然科学を基盤にした基礎医学総論を基礎系臓器別統合カリキュラムの前に配置している（資料43）。

B 基本的水準についての評価

自然科学から、「解剖学および医学的生物学」、「生化学および化学」、「生理学および物理学」へと進んで「臓器別」に学び、その次に「病因・病態」という視点から「個体の反応を考察するという「基礎系臓器別統合カリキュラム」は本学独自のものであり、今後もこのカリキュラム構造は堅持していく。

C 改善に向けた提言

2年生後期での臓器別ユニット間の連携が不十分で、学習すべき事項の過不足が存在しているため、ユニット間、ユニット内での授業内容について全体的な視点から検討する。また3年生の臨床基礎医学では、臨床医学への導入的側面については検討すべき課題もある。特に3年次の臨床基礎医学の内容をさらに臨床医学の知識と組み合わせれば、4年次の臨床系統講義の学生負担の軽減につながる上に、基礎医学・臨床医学の連携が学生にも分かりやすくなり、学生のモチベーションの向上にもつながると考えられる。

講義と併行して英文成書の学習を強く奨励する。

D 改善に向けた計画

4年次の臨床系統講義の負担軽減のための3年次カリキュラムの改善を検討する。

具体的には、臨床医学とのつながりが大きい薬理学各論の講義が、「病態と薬物」として現在わずか10コマ(90分)のみ講ぜられているが、これは全国的に見て有意に少ないコマ数である。鎮痛薬、抗炎症薬等、他の科目に振り分けられている項目もわずかながら存在するが、根本的に内容を充実させる必要があると考える。臨床教育の中での実践的薬理学についても検討する。

B2.3.2

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。
 - ・ 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 基本的水準に関わる点検

3年次前期の臨床基礎医学Ⅰでは病因・病態を中心に、「基礎系臓器別」の知識について病態を軸にした「個体」の視点で学び、基礎医学の知識の統合と病因の理解に焦点を当てている。3年次後期の臨床基礎医学Ⅱでは、病原体と個体との反応を中心に知識の統合を図っている。このように基礎医学を病因・病態理解につなげるカリキュラムが構築されている。

3年次に症候学演習という基礎医学系の問題解決型チュートリアルが実施されている。これは臨床ケースを題材に、それまで学んだ基礎系臓器別の知識とこの時期に学んでいる病因・病態を繋げる内容であり、螺旋型カリキュラムを構築している。

B 基本的水準についての評価

学生にも高く評価されている症候学演習であるが、学生からのアンケートによるとチューター的能力にばらつきがあり、学習内容に差があるとの不満が寄せられている。チューターの質を向上するためにチュータートレーニングを実施する必要がある。

現在の症候学演習では、やや診断学の領域にまで踏み込んだ題材が多く、3年次の知識では解決困難な場合もあり、今後の検討を要する。

C 改善に向けた提言

教員各位の教育能力向上の一環として、チュータートレーニングのためのFD再開をカリキュラム委員会で検討する。

3年次までに履修した基礎医学の内容を確認し、着実に症候と結びつくような題材を検討、作成する。さらに、臨床医学、診断学の学習が進んだ4年次での症候学演習の実施を検討する。

D 改善に向けた計画

問題解決能力、臨床推論能力の涵養のため、低学年から症例ベースのチュートリアル導入を検討する。

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)

Q2.3.1

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)

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学のカリキュラムはコース・ユニット制を取っている。ユニットで行われる教育はコース責任者によりユニット内およびユニット間調整が行われ、さらにはコース責任者が最新の医学教育へのニーズを各ユニットに含めるように指示することができる。科学的、技術的そして臨床的進歩や医療における社会的要求も毎年のコース・ユニットの教育目標作成時に反映させることができるシステムとなっている(資料 84)。

B 質的向上のための水準についての評価

卒前教育では学生がどの分野に進むにしてもその基礎となる教育を行うことになっている。本学では、卒前教育における最も重要な教育目標として、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涵養を唱えている。したがって、カリキュラムに科学的、技術的、臨床的そして社会的ニーズを含めるだけでなく、変化するニーズに対応できる能力の獲得を目指す方針を反映できるシステムとなっている。

C 改善に向けた提言

科学的、技術的、臨床的進歩は各教員が責任を持って教育に反映しなければならない。したがって、充実した学生教育を行なうためには、各教員は専門領域の学問的進歩を担うエキスパートであることが不可欠であり、その領域で真に認知された研究者でなければならない。

D 改善に向けた計画

教員各自の研究を奨励する。具体的には研究成果(論文発表、科学研究費取得)に対する評価を、正当かつ厳正に行なう。

Q2.3.2

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。
 - ・ 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わる点検

コース責任者のほとんどがカリキュラム委員会（資料 18）や教学委員会（資料 25）のメンバーであり、カリキュラム委員会や教学委員会での討議された医学教育へのニーズは、各コース責任者からコース内に反映される仕組みとなっており、現在と将来に社会および医療で必要になることを迅速に取り入れることができるシステムである。また、コース責任者は毎年刊行される「教育研究年報」にコース教育の内容の点検評価と課題について報告する義務を負っており、コース教育は毎年、見直されることとなっている（資料 85）。

B 質的向上のための水準についての評価

Q2.3.1 で述べた。

C 改善に向けた提言

社会的ニーズをいかにカリキュラムに反映させるかを考える必要がある。大学附属病院では、急性期疾患を対象とした特定機能病院としての機能を持たなければならず、附属病院で臨床を行う臨床教員は特定機能病院の機能に沿って教員としての能力を開発していく。しかしながら、大学附属病院の医療は国民が求める医療ニーズの一部にすぎない。在宅医療、慢性疾患患者の長期フォローや生活支援、治癒困難な障害や疾患の患者の生活支援、一般生活における予防医学などは大学と大学病院のみでは教えることができない。様々な医療ニーズを学生に示すために、医学教育は大学と大学附属病院で完遂させてはならない。本学ではすでに、障害者の地域授産厚生施設（資料 62）、重症心身障害児施設（特別支援学校を含む）（資料 63）、地域子育て支援施設（資料 64）、訪問看護ステーション（資料 65）、地域開業医実習（資料 107）だけでなく、大学病院以外の地域病院での実習を取り入れているが、今後ますます、教育病院群・施設群（資料 108）を医学教育に取り入れることを進めていかなければならない。現在、2015 年開講を目指し、高齢者医療にかかわる学外実習を計画している。この実習では高齢者医療という側面だけではなく、生活する高齢者、病気を得た高齢者が自分の生活に戻るための生活支援を念頭に準備を進めている。まさに、病気ではなく、病を得た病人の医療、その人の生活を考える実習環境を整えようとしている。

D 改善に向けた計画

医療への社会的ニーズは国内にとどまらず、国際保健という視野も持たなければならぬ。本学にはまだ国際保健に対する教育理念が確立されておらず、今後本学のミッションとしての国際保健、国際貢献について議論を始めなければならない。

2.4 行動科学と社会医学および医療倫理

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)

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、公衆衛生などおよび社会医学を含む。
- ・ [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、社会経済的、人口統計的および文化的原因の規定因子、分布および結果としての健康障害、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知識、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。

B2.4.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学では1996年カリキュラム改訂時に3年次に「行動科学」のユニットを開設した。わが国の中では、本学の行動科学の開講はかなり早い時期から開始したことになる。

行動科学では、行動の生物学的基礎、行動の心理学的基礎、ライフサイクル、性の発達と病理面接学、人格論、組織と個人、患者学、リスクマネジメントについて学習する(資料109)。

B 基本的水準についての評価

本学における行動科学は、医学は、身体機能だけを扱うのではなく、広く心理・社会的側面の機能をも扱うことを理解する必要があるとの認識から、①人間の行動を規定してい

る心理的基礎を理解すること、②行動の基礎となっている脳科学的な考え方を理解すること、③乳幼児から老年期に至るライフサイクルからみた心理行動特性の推移を理解すること、④行動科学の直接的な対象として行為、活動、また間接的な対象として生理学、生物学、社会学などに関する諸現象を理解すること、などをテーマに臨床医学との接点を持った講義内容に配慮し、教養の範囲を超えたより実践的な内容である。これらの事は、常に新しい研究知見が増加しており、毎年改訂が必要であると共に、臨床との関連付けにも十分な配慮が必要である。

C 改善に向けた提言

年度毎に改訂の際に、各講義が有機的な結びつきを持ち、できる限り新しい内容を盛り込み、臨床との関連付けを明らかにするように配慮し、それらを検証する。

D 改善に向けた計画

年度毎に、改訂に向けた準備会議を開催し、各講義間の連携を図り、単なる座学に留まらない内容の改善を行う。

B2.4.2

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。
 - ・ 社会医学 (B 2.4.2)
-

A 基本的水準に関わる点検

社会医学に関しては社会医学Ⅰ（3年次）、Ⅱ（4年次）および選択科目として産業医実習を開講している。また1年次の医療総論演習でも医療システムについて学習する。

社会医学Ⅰでは法医学に関する基本的な事項を講義で学び、実習では血液型鑑定、法医学病理学、法医解剖見学を実施している。法医学演習では、検案・解剖写真や検査データからグループ毎に問題点について考察している。

社会医学Ⅱでは、疫学、予防医学、環境衛生、地域保健、保健統計、産業衛生、食品衛生、社会福祉・社会保障・医療経済、医療保険、医療法規、医療事故・突然死・死体検案について、臨床医学に近い立場から、社会との繋がりを持った学問として学ぶ。環境保健医学演習では、社会医学領域のテーマについて、グループワークによる問題解決とプレゼンテーションを行う。

産業医実習として、産業医活動の現場を経験して、産業医の職務、職場巡視、作業環境管理、作業管理、健康管理、労働衛生教育、職業病、作業関連疾患などについて学ぶプログラムがある。

B 基本的水準についての評価

社会医学に関する教育項目は全て網羅されている。しかし、臨床の現場で社会医学をどの様に活用したら良いのか、患者を診療する中で予防医学をどの様に展開したら良いのかなど、臨床の現場で使える社会医学の教育が十分でない。

C 改善に向けた提言

臨床に役立ち応用できる社会医学を教育する必要がある。

D 改善に向けた計画

2015年度から開始される参加型臨床実習プログラム（特に、学外病院実習）の中で、疾病治療後の再発予防、退院後の社会的適応への援助、地域の健康作り事業、医療保険業務などを実践させる。

B2.4.3

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。
 - ・ 医療倫理学（B 2.4.3）

A 基本的水準に関わる点検

医療倫理に関しては医学総論で1年次から5年次にかけて継続的に実施している。

- ・ 1年次：医学総論Ⅰ演習（医師としてのマナーとプロフェッショナリズム）、医療総論演習（医療倫理の TBL、患者について考える、行動変容、市民参加の授業）、人文科学（倫理学）
- ・ 2年次：医学総論Ⅱ演習（薬害を考える）
- ・ 3年次：医学総論Ⅲ演習（ハラスメント、プロフェッショナリズム、ターミナルケアを考える、患者の自己決定とサポート体制、腎不全の治療、医療事故）
- ・ 4年次：医学総論Ⅳ演習（患者・医師関係と面接、医療安全）
- ・ 5年次：医学総論Ⅴ演習（臨床実習中間報告会、看護学科共修授業「医療倫理を考える」）

B 基本的水準についての評価

本学の医療倫理教育（上述）は「医師としてのマナーとプロフェッショナリズム」から始まり「医療安全」、「医師及び看護師としての職種の違いによる医療倫理のあり方」まで網羅し、現状では到達基準に達していると自己評価している。

C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

特にありません。

B2.4.4

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。
 - ・ 医療関連法規（B 2.4.4）

A 基本的水準に関わる点検

関連法規に関しては、医療総論演習（医療倫理の TBL、医療システム）、社会科学（1年次）、医療法規（4年次）で学習している。

B 基本的水準についての評価

明らかに医療関連法規についての教育が不足している。医療経済に関する教育も不足している。特に実践的な教育が不足している。

C 改善に向けた提言

医療関連法規や医療経済の教育は低学年では学生の興味が湧かず、過去に失敗した経験がある。一方、6年生にこの領域の講義を行うと国家試験が優先し、無視された経験も有している。本来は、臨床現場の中で、関連法規や医療経済を学ぶ学習環境を考えなければならないであろう。

D 改善に向けた計画

九州大学医学部が、学生を大学病院に1泊、模擬入院させ、その後医療経費を計算させるプログラムを行っており、この実習で学生は医療費がどれくらいかかるかを実感していることが報告されている。このような実践は極めて参考になる例である。医療経済や関連法規に関する教育手法を今後検討していかなければならない。

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)

Q2.4.1

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)

A 質的向上のための水準に関わる点検

社会医学に関して、本学は1996年度のカリキュラム改革時からEBMの重要性に勘案して1年次から4年次へと連続性を持った「医療情報・EBM」というコースを新設した。その到達目標は、医師として最も適切な医療を患者に提供できるための考え方とプロセスを理解して実践できることである。一方、分子生物学の著しい進歩により、法医学の方法論は以前とは次元の異なるものとなり、新たな技術の出現により、例えば昨今問題となっている生殖補助医療の進歩により、今までは考えられないような医療倫理問題についてとりあげる必要性が生じている。

Q.2.3.1とQ.2.3.2で既に述べたように本学ではコース・ユニット制となっており、ユニット内の教育内容は毎年見直されることになっている。行動科学、社会医学、医療倫理学もコース臨床基礎医学Ⅰ、社会医学ⅠとⅡ、医学総論で毎年点検評価が行われており、科

学的・技術的・臨床的進歩に応じて、また社会や医療で必要となることに柔軟に対応してカリキュラムを改編できる。

B 質的向上のための水準についての評価

現状の教育研究年報でのコース教育の点検評価を続けていき、年度毎の調整、修正が可能である（資料 85）。

C 改善に向けた提言

教育 IR 部門が昨年度から立ち上げられており、教育内容に関しては今後の IR 活動の中でデータ収集と分析を行っていく。

D 改善に向けた計画

同上。

Q2.4.2

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。
 - ・ 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わる点検

年々、健康増進活動、生活習慣病予防活動の必要性が叫ばれる中、集団の健康増進活動、生活習慣病予防活動から集団の中の個人への健康増進活動、生活習慣病予防活動が必要となっている（オーダーメイド予防医学）。現在、個人の遺伝子解析が容易となり、また遺伝子機能も明らかにされつつある。近い将来、遺伝子に基づく効果的な健康増進活動、生活習慣病予防活動が必要となる。

B 質的向上のための水準についての評価

上記のような社会的要請に従った教育、特に遺伝子の取り扱いに対する医療倫理、法律についての教育プログラムが不十分である。

C 改善に向けた提言

遺伝子の取り扱いに対して国際的な取り決めと法整備についての教育プログラム導入を検討する。

D 改善に向けた計画

社会的ニーズの変化に対応した医療倫理や法律の教育プログラムについて継続審議する。

Q2.4.3

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。
 - ・ 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わる点検

高齢化社会、医療資源の配分の問題などから、総合診療能力が求められるようになってきているが、それに関する具体的な方策は、平成 25 年度未来医療研究人材養成拠点形成事業 GP「卒前から生涯学習に亘る総合診療能力開発-地域における臨床研究の推進を目指して-」（以下、総合診療 GP）に採択され、超高齢化社会を迎える我が国に於いて、社会のニーズに応えるべく、地域と大学が連携し、地域の特性のなかで医療システムに合致した患者一人ひとりへの医療、すなわち **System-based Practice** を地域包括ケアとして実践することができる総合診療医を養成するためのプログラムを開始した（資料 110）。その中では、高齢者体験実習も創設する（資料 111）。

B 質的向上のための水準についての評価

現在、本学には高齢者医療、総合診療能力を養うプログラムが不十分である。

C 改善に向けた提言

上記 GP は開始されたばかりであり、今後の展開を見守る必要がある。

D 改善に向けた計画

特にありません。

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)

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、精神科学、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。
- ・ [専門的技能]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。（日本では 6 年教育の 1/3 で、概ね 2 年間を指す）
- ・ [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。

B 2.5.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

4年次以降の臨床系カリキュラムは2015年度より大幅に改編される。この臨床系カリキュラムの改編は平成24年度文部科学省補助金「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実」（臨床実習GP）によるものである。

現行の臨床系カリキュラムは、4年次コース臨床医学Ⅰ（講義による知識の伝達）、5年次臨床医学Ⅱ（臨床実習）、6年次臨床医学Ⅲ（選択実習）からなっている。4年次の臨床系カリキュラムは臓器別統合カリキュラムで、講義・病理学各論実習・臨床医学演習（テュートリアル）で構成され、例えば「循環器」ブロックの講義を実施する期間に、循環器の病理学各論実習と循環器系疾患のテュートリアルが並走する形となっている。4年次後期には午後3時間が30回の基本的臨床技能実習がある。ここでは、診療参加型臨床実習に必要な最低限の基本的診療・検査・手技と医師としての基本的な態度を身につけることを目標とし、医療面接、診療録記載、内科・小児科の診療手技、基本的外科手技、検査、輸血、疼痛管理、リハビリテーションなどの研修を行う。コース臨床疫学としてEvidence-based Clinical Practiceも並走し、4年次では臨床医学に関する知識・技能・EBMそして病理学各論が統合されて提供されている。

現行の臨床実習（患者接触プログラムを含む）は、1年次から4年次で6週間、5年次で41週間、6年次で15週間の合計62週が必修化されており、学生が希望すればこれに加えてプライマリケア・選択学外臨床実習での単位を積み重ね、72週を超える臨床実習が可能となっている。2015年度以降の臨床医学カリキュラム改訂では必修として74週の臨床実習が確保されることとなる。2015年度からの臨床系カリキュラム改訂の趣旨は、申請書に記載した（資料75）。

B 基本的水準についての評価

卒業後に適切な医療的責務を果たせるような十分な知識、臨床および専門的技能のうち、知識については卒業試験と医師国家試験によってある程度の評価がなされているものの、臨床的スキルについての評価は5年次OSCE（資料112）までであり、卒業後に適切な医療的責務を果たせるかは検証されていない。また、薬物処方などの実践的な薬理学が十分に行われていない。

C 改善に向けた提言

2015年以降の臨床系カリキュラムを遂行する中で、学生が臨床の場でどのような経験をしたかのデータを収集し、重要疾患や症候の経験の統計をとり、さらには予防医学や健康増進の学習機会の回数・内容を分析し、さらなる臨床実習カリキュラムの改善に臨む。教育病院や診療所などを利用することによる教育環境整備を図り、問題を解決する方法を検討する。

臨床実習カリキュラムの改善に向けては、教育IR部門でのデータ収集と解析とが重要となる。さらに2015年度より、教育アドバイザーを導入することで、臨床実習を総括的に検

証することにより、現場での学生・指導医の教育課程の改善にも取り組むことが決まっている（資料 94）。

D 改善に向けた計画

教育 IR のデータ解析や、教育アドバイザーの観察記録を、臨床実習改善につなげるシステムを確立していく。

B 2.5.2

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 基本的水準に関わる点検

患者接触プログラムは現行カリキュラムで以下の様に実施されている。

- ・ 1 年次：Early Clinical Exposure (5 月と 2 月)：2 日間、病院業務見学実習 3 日間、福祉体験実習（1 週間）
- ・ 2 年次：重症心身障害児療育体験実習（1 週間）、地域子育て支援体験実習（1 週間）
- ・ 3 年次：在宅ケア実習（1 週間）
- ・ 4 年次：病院業務実習（1 週間）

の合計 6 週間が必修単位となっており、2015 年度にはさらに 3 年次の高齢者医療体験実習（1 週間）が加わる（資料 111）。

選択単位として 1 年次以降に「プライマリケア・選択学外臨床実習」が正課外で履修可能となっている。

参加型臨床実習として

- ・ 5 年次：臨床医学 II（41 週間）
- ・ 6 年次：選択実習（15 週間）

を実施している。

B 基本的水準についての評価

2015 年度からの臨床系カリキュラム改訂の実施によって、①実習週数の拡大、②重要診療科での実習数の確保、③診療参加型臨床実習の充実、④様々な場での臨床実習（附属病院以外の大学教育病院でのクラークシップ）などの課題は解決される。

C 改善に向けた提言

2015 年度からの臨床系カリキュラムの大幅な改訂について、その内容の詳細を現在検討している。臨床系カリキュラム改訂では必修として 74 週の臨床実習が確保されることになる。2015 年度からの臨床系カリキュラム改訂の趣旨は申請書に記載した（資料 75）。

D 改善に向けた計画

2015 年度に行われる予定の臨床系カリキュラム改訂後には、その教育成果についての評価が必要である。

B 2.5.3

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。
 - ・ 健康増進と予防医学体験 (B 2.5.3)
-

A 基本的水準に関わる点検

健康増進と予防医学体験については、4年次の社会医学Ⅱで社会福祉・社会保証・医療経済、食品衛生、産業衛生、医療法規、医療事故・突然死・死体検案、環境衛生、地域保健、保健統計、疫学についての授業が行われている。また、5年次臨床実習では家庭医実習があり、地域のクリニックで学生は患者支援のプログラムを実施している。さらに選択科目として希望者は「産業医実習」を経験することができる(資料113)。

B 基本的水準についての評価

健康増進、予防医学の経験は必ずしも十分とは言えないが、希望者には「産業医実習」を行っており、学ぶ環境が提供されている。

C 改善に向けた提言

4年生までに総論的に健康増進と予防医学にかかわる教育がなされているが、臨床実習においてはより具体的にその重要性が実感できる教育が必要となる。つまり、喫煙、薬物依存、アルコール中毒など健康に好ましくない悪癖・習慣・中毒・依存の予防、さらには偏見・ストレス・誤解から心の病に至るまでの教育などが必要であろう。例えば、内科分野においては喫煙やメタボリック症候群などがもたらす生活習慣病について症例を通してその予防の重要性を実感できるものにしなければならない。精神神経科やリハビリテーション科でも予防医学の意義を実感できる症例は多いと思われることからそう云う側面からの教育も必要であろう。

D 改善に向けた計画

低学年から高学年まで各分野との連携を強化して包括的な健康増進教育がなされているかを検証していく必要がある。

B 2.5.4

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

現行カリキュラムにおいて、4年生までの患者接触プログラムでプライマリケアと位置付けられている実習は6週間、内科臨床実習は12週間、外科は4週間、小児科4週間を確保している。しかし、産婦人科2週間、精神科2週間、救急医学2週間であり、産婦人科、精神科、救急医学の臨床実習数が不十分である。2015年度以降のカリキュラムではこの重要診療科は全て4週になるように計画されている。

B 基本的水準についての評価

現況では、内科臨床実習は12週間、外科は4週間、小児科4週間を確保しているが、産婦人科2週間、精神科2週間、救急医学2週間であり、産婦人科、精神科、救急医学の臨床実習数がやや不十分である。

C 改善に向けた提言

上記の様に、2015年度の臨床系カリキュラム改訂を現在検討している。その臨床系カリキュラム改訂では必修として74週の臨床実習が確保されることとなり、重要診療科は全て4週になるように計画されている（資料75）。

D 改善に向けた計画

2015年度の臨床系カリキュラム改訂後には、臨床実習時間数の増加による成果を検証する必要がある。

B 2.5.5

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

患者安全に関しては、1年次から患者に参加してもらい講義を設けており、その中で患者への配慮についての教育も行っている。3年次に青戸病院医療事故（資料114）、4年次に医療事故とスタンダードプリコーション（資料115）、清潔操作などの基本的知識と技能についての教育がある（資料116）。

臨床実習では、各診療科においてより具体的な患者安全の方策を見学し、指導医から注意事項を学んでいる。また、カルテやオーダリングシステムなどにおける個人情報の管理に関しても注意喚起がなされている。また実習中には、基本的な感染症予防対策としての手指消毒の指導と徹底を行っている。臨床実習での医行為については、臨床実習教育委員会により学生の医行為水準表が定められており、実習指導医の指導と監視の下、患者および病棟スタッフの同意を得て医行為を行っている（資料117,118）。

本学の特徴として、青戸病院医療事故の教訓を生かすために4附属病院で「チーム医療構築ワークショップ」が医学生に必修化されている（資料119）。また、慈恵医大医療安全推進週間（2004年度より全学を挙げて実施）においては、安全で安心な医療を推進するシンボル「みどりのリボン」を全ての教職員、学生、委託職員が着用することが義務付けられている。

感染制御のために、学生にはワクチン接種を義務化している（資料120）。2年次の重症心身障害児療育体験実習と地域子育て支援体験実習の前には検便を行い、小児への感染に配慮している（資料121）。

B 基本的水準についての評価

学生の医行為に対しては、学生担当の教員および主治医が監督指導しており、常に安全面に配慮し、実習が行われている。医療安全への取り組みについては、基本的事項（転倒防止対策、感染防止対策、個人情報保護対策など）は病院で統一されておりそれを指導している。さらに、それぞれの科の特性に合わせた患者安全対策も様々工夫され

ていることから、臨床実習の現場において指導医や主治医から、その都度学生に説明がなされている。ただし、学生がその重要性についてどの程度実感しているかはやや不明瞭である。患者安全に関してはその重要性から十分ということは決してなく、継続的で多岐に亘る取り組みが必要である。

C 改善に向けた提言

患者安全に関しては、3年次、4年次で行われる講義と技能教育にておおよそその理解は進んでいると思われるが、臨床実習現場において実際に体験して学ぶ事は多いと思われる。学生が如何に理解を深めたかを評価することが必要であり、学生の症例発表時に医療安全への考え方や意見を自発的に述べさせることなどの方策を検討する必要がある。

D 改善に向けた計画

病院の教職員へ向けた医療安全対策は多種多様なプログラムが企画・実施されている。学生に対してこのプログラムをどの時点でどこまで受けられるかは、将来的に検討の余地がある。できるだけ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は意義深いと思われる。

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)

Q 2.5.1

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)

A 質的向上のための水準に関わる点検

臨床医学のカリキュラムは大学で行う限り、科学的、技術的、臨床的進歩を取り入れることは容易に行える。講義内容については各コース・ユニットで毎年自己点検が行われており(資料 85)、科学的、技術的、臨床的進歩が反映されるようなシステムを構築している。臨床実習においても、特定機能病院である大学病院においては、種々の医学的進歩を学生に提示できる環境にある。

B 質的向上のための水準についての評価

臨床講義においては、基本的事項の講義の傍ら最先端の話題が取り入れられており、学生への興味を喚起する工夫がそれぞれの教員にてなされている。また学生からの教員評価がアンケートでなされているが、その中でも最先端医療に関する教育を評価する意見が認められる。

臨床実習時においては各診療科にて行っている最先端の診断と治療を見学させており、科学的、技術的そして臨床的進歩を体感できる機会は多いと思われる。一方で、当然ながら症例によって提供される高度医療の内容は異なることから、常に全ての学生に対して同じような教育をすることは難しい状況である。

C 改善に向けた提言

特に臨床実習中においては、それぞれの分野において最先端の内容を学生に提示できるようにすることが望ましい。例えば、最先端デバイスのデモ機、手術画像などを多く用いると効果的であろう。

D 改善に向けた計画

各診療科にて様々な最先端医療への取り組みがなされていると思われるが、情報を常に更新し、その情報への学生のアクセスも容易にすることが望ましい。例えば、新しいデバイスに触れる事や環境整備やインターネット環境などをさらに整えていく必要がある。また、当大学は単科大学であるが故に他の分野、特に工学系の情報が入り難い環境にあることは否めない。将来的には医工学の連携も視野に入れて特別講師などの招聘なども考える必要がある。

Q 2.5.2

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。
 - ・ 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わる点検

臨床実習カリキュラムの改編が 2015 年度 4 年生から始まる。その趣旨は、さまざまな医療ニーズを学生に臨床の場で知ってもらうことにある。この改定には、3 年次における「高齢者医療体験実習」の新設も含まれる。超高齢社会を迎えるに当たり、医学教育にどのような側面を持たせるのか、本学では検討の結果、高齢者の生活を知り、病を得た高齢者に対し医療を行い、その結果としてその高齢患者を自分の生活に戻すためにどのような医療が施されるのか、を学生が知ることが重要と考え本実習の新設を決定した。

B 質的向上のための水準についての評価

現在、医学科 4 年生に対し、主に環境保健医学講座にて、社会・環境と健康、疫学と予防医学、生活習慣と疾病、感染症対策、地域保健、産業保健、保険・医療・福祉と介護の制度、国際保健、臨床研究と医の倫理について演習と講義を行って、教育内容を社会的ニーズに対応させている。また、3 年次において「高齢者医療体験実習」を別途計画中である。

C 改善に向けた提言

昨今、医療を取り巻く環境は激変しており、医療の現況と未来への期待を理解しておくことは必要である。臨床実習においては、それぞれの患者が有する社会的背景も加味した治療の立案が必要であり、現実に応じた形で個別医療への取り組みを考える教育が必要である。

D 改善に向けた計画

変化し続ける社会・医療情勢に伴い、広い視野と柔軟な思考を持った医師が益々必要になるであろう。医療行政、医療経済、海外の医療状況など、新たな視点にも触れる事のできる環境を整備する必要がある。例えば、特別講師の招聘なども企画することが必要であろう。

Q 2.5.3

医科大学・医学部は

- ・ 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)

A 質的向上のための水準に関わる点検

阿部正和元学長が本邦で始めて「家庭医実習」を創設されたのが、本学の学外実習の始まりである。従来の医学教育ではその教育の場を大学と大学附属病院に限っており、従って難治性疾患患者の生活支援など、大学附属病院では扱わない疾患や概念については全く学習の機会が無かった。本学では1996年度以来、順次学外実習を新設してきた。1996年度は1年次に「福祉体験実習」（地域の授産更生施設での1週間実習）、1997年度には2年次に「重度心身障害・難病医療体験実習」（ホスピス、重度心身障害児医療療育病院等での1週間実習）、1998年度3年次に「在宅ケア実習」（都内の訪問看護ステーションでの1週間実習）を開設した。さらに2009年度からは3年次「地域子育て支援体験実習」、その後1年次のEarly Clinical Exposure I, II、病院業務見学実習、4年次の病院業務実習が追加された。大学を離れ、地域そして患者さん宅で医療の手伝いをしながら医療の時間軸を考え、今の医療の広がりを知り、そして異職種スタッフとのチームワーキングの素養を身につけ、さらに患者さんやご家族とのコミュニケーションを通して自分のコミュニケーション能力を向上させて欲しいという目的でこれらの実習が開設された。すべての学生に「人から学ぶ」態度が身につけば、その学生は生涯学習者になると考えているからである（資料8）。

B 質的向上のための水準についての評価

早期からの患者接触の機会を持つことは、現在のカリキュラムで上記の様に多くの時間をかけて行われている。レポートやアンケートによる学生からの反応も良好である。

C 改善に向けた提言

現在、各種プログラムが滞りなく実施されており、今後も滞りなく運営されることが期待される。

D 改善に向けた計画

学生にとっては有効な教育手段が複数企画されている一方で、それを受け入れる側の努力は相当なものである。今後、協力施設の維持や支援体制などを現実に沿った形で常時修正していく必要がある。

Q 2.5.4

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

4年次後期には基本的臨床技能実習(資料116)を実施し、診療参加型臨床実習に必要な最低限の基本的診療・検査・手技と医師としての基本的な態度を身につけることを目標とし、医療面接、診療録記載、内科・小児科の診療手技、基本的外科手技、検査、輸血、疼痛管理、リハビリテーションなどの研修を行う。5年次においては、臨床医学Ⅱ(臨床実習)にて複数の科をローテーションし、異なった技能教育を行っている。また、2年次以降の「プライマリケア・選択学外臨床実習」、6年次の「選択実習」では、学生が自分の興味と能力に応じて実習の場を決定でき、能力を順次高められるようなシステムが構築されている。

B 質的向上のための水準についての評価

大学病院以外の医療への社会的ニーズを知るためには、学生が大学病院以外のプライマリケアを含め、2次医療レベルでの患者・家族のニーズを知る必要がある。そのためには学生が経験する臨床の場を広げ、患者の多様性を知る機会を学生に与えることが必要である。今回の2015年以降の臨床教育の改革は、40週にわたる診療参加型臨床実習を大学以外の病院、すなわち教育病院群(資料108)で行うことで、多様な医療ニーズを学生に学んでもらう学習環境の提供を目的にしている。

C 改善に向けた提言

学生が大学病院や他の教育病院群でどのような患者や疾患群、そして医療ニーズを体験したかを、学生ログブックを中心にデータ収集し、それを分析することによって臨床実習の質の改善を図っていく。このログブック解析は教育センター内の教育IR部門で行う。

D 改善に向けた計画

国民が求める医療ニーズは変化する。学生の経験のデータを解析しつつ、臨床実習改善のシステムを確立していく。

2.6 カリキュラム構造、構成と教育時間

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）

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。

B 2.6.1

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）

A 基本的水準に関わる点検

基礎医学（56単位）、行動科学（1単位：基礎医学の単位に含まれる）、社会医学（8単位）、臨床医学（91単位）が基礎系、臨床系統合カリキュラムとして組まれている。カリキュラム概要図を次ページに示す（資料122）。

教育内容（ユニットの位置づけ、到達目標、学習上の注意、教員の連絡先、評価方法、参考図書、グループ学習の有無）はシラバスに詳細に記載され、インターネットで公開されている（資料43）。学生には、各学年の前期、後期に学年オリエンテーションを実施し、学生自身が本学のカリキュラム構造のどの位置にいるのか、今後学ばなければならない学習内容は何かを明示している（資料58,59,60）。

B 基本的水準についての評価

教育内容と教育科目の順次性、特に学習のしやすさ、しにくさについては、学生からの意見を定期的に聴いている（教学委員会と学生会委員との懇談会（資料31））。2013年度からはカリキュラム委員会に学生が正規の委員として参加しており、ここでも学生からの意見を聴いている。また、学生による教育教員評価ワーキンググループが、1年次から4年次までの前期と後期の開始時に、カリキュラムに対するアンケートを行い、アンケート結果は教学委員会に提出される（資料123,124）。このようにカリキュラム構造と科目配置については現行のシステムで十分開示と意見収集ができています。

【資料 122 2012 年度カリキュラム概要】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年	オリエンテーション スタートアップ研修	E 医学総論 I C 総合教育 E 外国語 I 生命基礎科目		夏季休業		前期試験	追補・再試	※ 医療情報:EBM I	冬季休業	後期試験	追補・再試	ECE II 春季休業
2年	オリエンテーション	※2<前臨床実習Ⅱ>重症心身障害児者体験実習 地域子育て支援体験実習	医学総論Ⅱ ※2 基礎医科学Ⅰ <外国語Ⅱ>一般英語	夏季休業	前期試験	オリエンテーション	基礎医科学Ⅱ		冬季休業	後期試験	追・再試 補講	春季休業
3年	オリエンテーション	医学総論Ⅲ 臨床基礎医学 <外国語Ⅲ>医学実用英語Ⅰ 医学英語専門文献抄読Ⅰ	夏季休業	前期試験	※3 ☆	☆オリエンテーション	※3<前臨床実習Ⅲ>在宅ケア実習 社会医学Ⅰ	後期試験	冬季休業	※4	追・再試 補講	春季休業
4年	オリエンテーション	※5 ※5 early research exposure	医学総論Ⅳ 臨床医学Ⅰ <外国語Ⅳ>医学実用英語Ⅱ 社会医学Ⅱ	夏季休業	前期試験	※6	医療情報:EBMⅣ	冬季休業	OSCE	後期試験	追補・再試	※7臨床医学Ⅱ 春季休業 ※7
5年		※8	※8	※8	※8	※8	※8	※8	冬季休業		医学総括試験 追・再試補講	春季休業
6年		※9	※9	※9	※9	試験	冬季休業	休業				

プライマリケア・選択学外臨床実習 1～6年 随時
 産業医実習 3～6年 随時
 CPC 4～6年 随時

C 改善に向けた提言

2015 年度の臨床系カリキュラム改訂は 3 年次以前のカリキュラムにも補正の必要が生じる可能性がある。2015 年度の実施で、教員、学生からの意見を収集し、3 年次以前のカリキュラムの再検討をカリキュラム委員会で開始する。

D 改善に向けた計画

教育 IR 部門でのデータ収集と分析を行い、改善点を洗い出す。

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)

Q 2.6.1

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わる点検

本学のカリキュラムは「基礎系臓器別統合カリキュラム」と「臨床系臓器別統合カリキュラム」の2巡構造であり、かつコース・ユニット制であるために、カリキュラムの全体像はカリキュラム委員会が決定する structured curriculum の体裁となっており、同学年でのユニット間の水平的連携、学年を超えた垂直的連携はとりやすい構造となっている。また、学生の意見を聴いて、学びやすさの観点からのカリキュラム点検も実施されている。

B 質的向上のための水準についての評価

学生の意見も取り入れて毎年カリキュラムを見直し最善のプログラムを実行している。

C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

特にありません。

Q 2.6.2

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わる点検

Q2.6.1 で述べた。

B 質的向上のための水準についての評価

Q2.6.1 で述べた。

C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

特にありません。

Q 2.6.3

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わる点検

多くのユニットは必修となっているが、選択必修、さらには選択ユニットも準備されている。必修科目と選択科目の教育プログラム内での配分を次ページに図式化して示す（資料 125）。

6年次の選択実習は、基本的には4週単位の臨床実習を念頭に置いているが、基礎研究や海外研修にも使える自由度があり、学生の選択の幅を確保している。さらには、プライマリケア・選択学外臨床実習や産業医実習のように、低学年から学年を超えて卒業時まで単位を積み重ねる自由なユニットもあり、学生が主体的に自らのカリキュラムを設計する部分もある。

B 質的向上のための水準についての評価

必修科目、選択必修科目、選択科目はバランスよく配置されている。また、必要に応じて科目の追加や削除など柔軟性のあるカリキュラムとなっている。

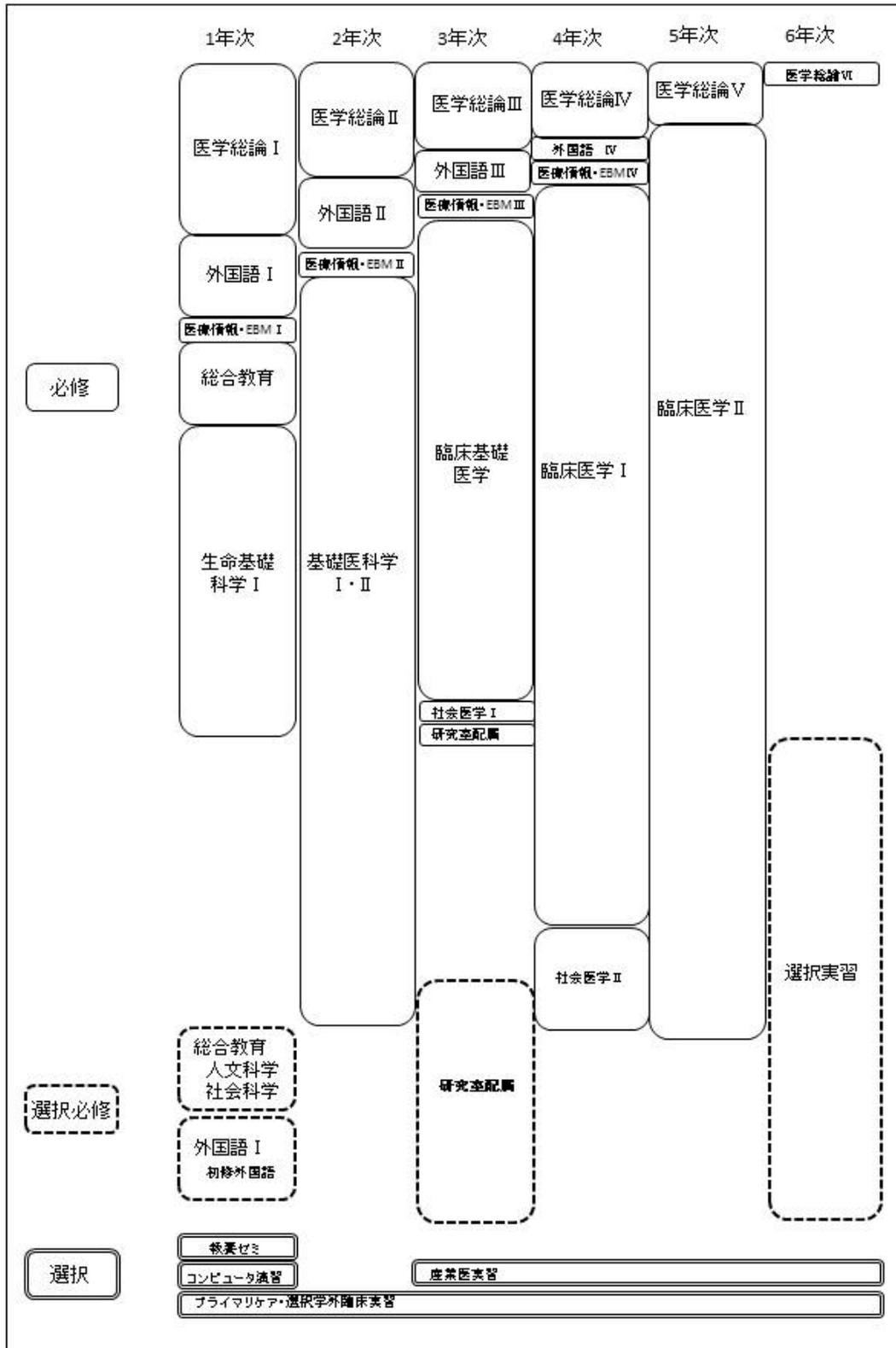
C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

特にありません。

【資料 125 コース別必修科目と選択科目の配分】



Q 2.6.4

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わる点検

補完医療としては、漢方の授業を3年次の臨床基礎医学「和漢薬概論」で6コマ行っている。

B 質的向上のための水準についての評価

漢方以外の補完医療については教育が行われておらず、補完医療に関する検討が不十分である。

C 改善に向けた提言

現代補完医療に関する検討の予定はない。

D 改善に向けた計画

高齢化社会を迎え、本学の医学教育に補完医療に関する教育が必要かどうか今後議論する必要があるだろう。

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)

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。

B 2.7.1

医科大学・医学部は

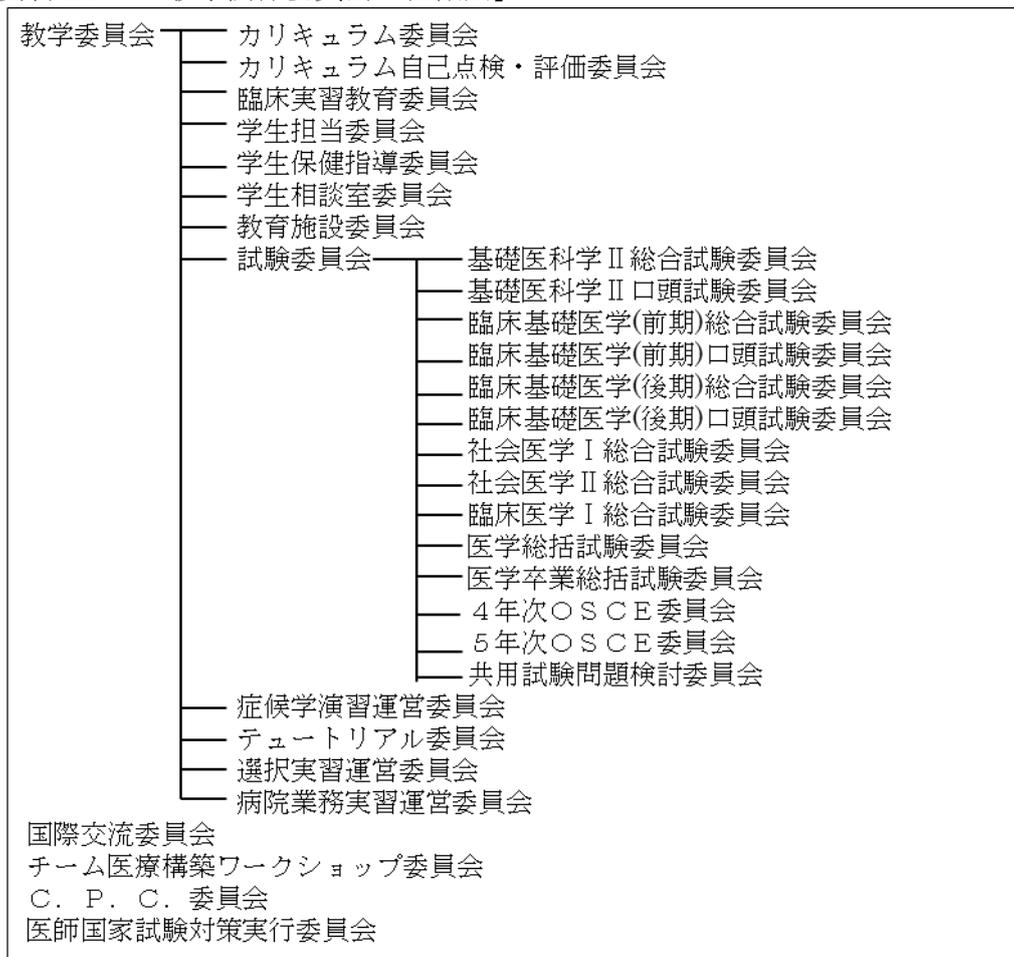
- ・ 学長・医学部長などの教育の責任者の下で、教育成果を達成するための教育立案とその実施に責任と権限を持ったカリキュラム委員会を設置しなくてはならない。(B 2.7.1)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学の教学上の最高実施機関は教学委員会である(資料 20)。教学委員会での決定事項は教授会によって承認の是非が検討される(資料 16)。

教学の最高決定組織である教学委員会の下に、カリキュラム委員会が設置され、教学委員会からの審議依頼を受けて活動している(資料 126)。カリキュラム委員長は教学委員が担当し、教学委員会とカリキュラム委員会が連動して活動するように組織化されている(資料 18,25)。

【資料 126 教学関係委員会の組織図】



B 基本的水準についての評価

教学委員会の下でカリキュラムを検討する機能は現行で充分果せているが、カリキュラム構造の大幅な改定や新しい教育手法の導入などの医学教育に関する専門的知識や経験が必要な内容は、医学部と附属病院と組織図上同等な学長直下の教育センターが当たることになっている（資料 22）。教育センターからはカリキュラム委員会にも教学委員会にも複数の教員が参加しており、教学委員会、カリキュラム委員会、教育センターの連携は十分取れている（資料 127）。

C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

教育専門家がどのような役割を果たすべきか、今後検討していく必要がある。

B 2.7.2

医科大学・医学部は

- ・ 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。
(B2.7.2)
-

A 基本的水準に関わる点検

カリキュラム委員会の構成員は、国領校、西新橋校（基礎、臨床）、教育専門の教員、学事課事務員に加え、2013年度から正規の委員として学生が加わっている（資料18）。

B 基本的水準についての評価

2013年度から2年生～5年生までの学生（各学年1名）がカリキュラム委員会に出席しているが、各学年全体としての意見が反映されている訳ではない。

C 改善に向けた提言

各学年毎の総意がカリキュラム委員会に反映されるべきである。

D 改善に向けた計画

1年生～6年生の学生をカリキュラム委員会に出席させる。

学生カリキュラム委員を中心に学生間でカリキュラムの問題点、改善点について討議してもらい、その意見を学生の総意としてカリキュラム委員会に反映させる。

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）
-

Q 2.7.1

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）
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学では教学委員会が教学の最高機関として、教育の改善についての立案、実施について責任を持っている。教育を改良するための基礎資料となる教育成果のデータは、教育センターの教育 IR 部門がその責任を持つ。

B 質的向上のための水準についての評価

教育については、カリキュラム委員会を中心に毎年検証を行い、必要な部分の改善を講じている。

C 改善に向けた提言

2013年に制定された本学の卒業時達成指針を実現すべく、アウトカム基盤型のカリキュラムを構築するための準備をカリキュラム委員会として早急に始めるべきである。

D 改善に向けた計画

卒業時達成指針を基盤にした各学年毎の達成指針を決め実行する。

Q 2.7.2

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

教学委員会、カリキュラム委員会に「他の教育の関係者」として、附属病院の臨床研修副センター長が含まれているが、それ以外の「他の教育の関係者」は含まれていない。

B 質的向上のための水準についての評価

今後、臨床実習の場として、大学教育病院群やプライマリケア現場も多く含まれるようになる。「他の教育の関係者」としてどのような人たちをカリキュラム委員会や臨床実習教育委員会に参加を願うか検討を始めなければならない。

C 改善に向けた提言

「他の教育の関係者」の参画に関しては今まで教学委員会でも審議してこなかった。早急に審議を始めるべきである。

D 改善に向けた計画

現在1年次や3年次には「市民参加の授業」を取り入れ始めている(資料128)。医学教育に参加の意思がある本学職員とその退職者を中心に「あけぼの会」を3年前に組織した(資料129)。まずは、本学のことをよく知るあけぼの会メンバーを中心にどのような人たちに本学のカリキュラムの相談をすべきか、意見を求めていきたい。

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)

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。

B 2.8.1

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)

A 基本的水準に関わる点検

2012年度卒業生の初期臨床研修先を示す（資料130）。

【資料130 卒業生の初期臨床研修先】

施設名	男性	女性	計
本院	9	4	13
本院 小児	0	1	1
本院 産科	0	1	1
葛飾	4	1	5
第三	5	5	10
第三 小児	0	0	0
第三 産科	0	0	0
柏	12	0	12
柏 小児	0	0	0
柏 産科	1	0	1
計	31	12	43

施設名	男性	女性	計
厚木市立病院	2	0	2
沖縄県立中部病院	1	0	1
沖縄県立南部医療センターこども医療センター	1	0	1
小田原市立病院	1	0	1
京都大学医学部附属病院	1	1	2
けいゆう病院	1	0	1
国家公務員共済組合連合会立川病院	1	0	1
国立病院機構災害医療センター	2	0	2
済生会川口病院	1	0	1
済生会横浜市南部病院	0	1	1
さいたま赤十字病院	2	0	2
社会保険中央総合病院	2	0	2
聖マリア病院	1	0	1
聖路加国際病院	2	0	2
総合病院国保旭中央病院	4	1	5
千葉県がんセンター	1	0	1
手稲溪仁会病院	0	1	1
東京北社会保険病院	1	0	1
東京逋信病院	2	0	2
東京臨海病院	1	0	1
東北大学病院	1	0	1
豊島病院	1	0	1
東京都立墨東病院	1	0	1
東京都立広尾病院	1	0	1
新潟大学医歯学総合病院	1	0	1
町田市民病院	2	0	2
武蔵野赤十字病院	0	1	1
国立病院機構横浜医療センター	1	0	1
横浜市済生会東部病院	1	0	1
横浜市長市民病院	1	2	3
横浜労災病院	1	0	1
計	38	7	45

卒後、本学附属病院4病院や大学協力病院で初期臨床研修を行っている卒業生は約60%であり、多くがそのまま本学で後期研修医となり医局に所属する。従ってそのような医師に関しては、卒前教育、臨床研修そして専門習得での連続性の課題について検討することができる。

本学では卒前臨床教育の現場に関する運営を担うのは臨床実習教育委員会である（資料33）。また卒後の臨床研修（初期研修医と後期研修医（卒後5年まで））の現場に関する運営は研修・レジデント委員会で担っている（資料131）。臨床実習教育委員会の委員長と研修・レジデント委員会の委員長は臨床研修センター副センター長が兼任しており、また臨床実習教育委員会副委員長は研修・レジデント委員会のメンバーも兼ねている。その他臨床実習教育委員と研修・レジデント委員を兼任している医師は11名おり、組織運営上、卒前卒後の運営連携は取りやすい状況となっている（資料132）。

具体的な教育連携としてはCPCが挙げられる(資料133)。医学科3年生から6年生までは指定されたCPCに年1回参加、初期研修医は全員がすべてのCPCに参加することが義務付けられている(資料134)。学生ではその学年の力量に応じたレポート作成が求められており(資料135)、初期研修医ではレポート作成の他、2年間で1回はCPC症例を担当することになっており、これを通して医師として必要なプレゼンテーション技能、臨床的思考が身に付くように連続的に教育がなされている。この運営を行っているCPC委員会の委員長も前述の臨床研修副センター長が兼任している。

蘇生教育に関しても卒前から卒後にかけてシームレスに行っている。本学では4年次に一般的なBLSを習得し共用試験OSCEにて評価、5年次にも学内のOSCEにて評価したのち、初期研修開始時の4月と10月に引き続きBLSについて形成的評価を行っている。その後、希望者にはさらに高度な蘇生教育のプログラムが用意されており、生涯学習につながるシステムとなっている。

また医学生に対して行っている基本的診察手技、医療面接については、初期研修開始時に再度その技量を確認するため、4月に医療面接を含めた5ステーションのOSCEを実施しており、この評価も参考にしながらその後の初期研修での獲得能力を確認している(資料136)。

生涯学習については慈恵医大同窓会と連携を図りながら生涯学習センター(資料137,138)が慈恵医大月例セミナーなどの生涯学習セミナー(資料139)を行っている。

B 基本的水準についての評価

現場で卒前教育を担う教員と卒後臨床研修を担う指導医が重複していることから、運営連携については比較的スムーズに行われていると思われる。しかし、卒前から卒後にかけて学生、あるいは研修医がどのように能力を獲得して行ったかの成果の検証、どの教育プログラムに関してどのように連携していくのが有用なのかを検討した実績、は現在までになされていない。一部の卒前卒後にまたがる教育担当指導医が状況を把握しているにすぎない。また臨床研修を終えた卒後6年目以降の医師についての専門医教育に関しては所属の医局主導で行われており、大学及び病院としてこれに関与していない。また生涯学習については運営連携を特に意識して取り組んでいない。

卒業生からの視点としては本学では2006年(資料46)と2011年(資料47)の2回、卒業生アンケートを実施したが、その結果を卒前教育と卒後教育の運営連携に反映できていない。

C 改善に向けた提言

現在行われているCPCや蘇生教育の他、どのような教育プログラムについて卒前卒後の連携を図るべきかを検討する必要がある。例えば医療安全、感染対策などは医療上重要な課題であることから、卒前の臨床実習あるいは低学年教育の中に組み込んで、卒前から卒後に重ねて教育していくことで、より臨床実践の成果を出す。

また卒業生アンケートや卒業時アウトカム調査に加え、本学卒業生を臨床研修指導医がどのように感じているかの調査を行い、指導医から見た卒前卒後連携の問題点を抽出する。この調査も教育IR活動として行う。

D 改善に向けた計画

卒前卒後の現場教育に関しての討議を行い、シームレスに対応する必要があると思われる教育プログラムについてはカリキュラムの改編を検討していく。

研修指導医から見た卒業生の能力評価を参考に、本学での卒前卒後連携の問題点を抽出していく活動を始める。

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こなすべきである。
 - ・ 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)

Q 2.8.1

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こなすべきである。
 - ・ 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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学では既に 2006 年度と 2011 年度の 2 回の卒業生アンケートを行っている。2011 年に実施したアンケートでは、1996 年度の新カリキュラム導入以降の卒業生（2001～2010 年度卒）を対象に、慈恵の学生時代の教育についての意見を聴取した。量的アプローチであるアンケートと質的アプローチであるインタビューとを併用した（資料 47）。アンケート用紙は同窓会が把握している卒業生名簿を元に郵送にて配布し、2011 年 10～12 月に回答を回収した。新カリキュラムで導入した特徴的な教育プログラムについて、卒業後にどれだけ役に立ったかについて、とても役立ったから殆ど役に立たなかったまで 4 段階のリッカートスケールで評価してもらった。慈恵の教育で良かった点、悪かった点、将来に向けての提言を自由記載してもらった。2001 年度卒から 2006 年度卒については 2 回のアンケートが行われていたので、比較検討も行った。

今年度は本学卒の初期研修医とレジデントを対象に、卒業時アウトカムについてのアンケートを実施した（資料 48,49）。

B 質的向上のための水準についての評価

卒業生アンケートの結果を解析することによって、現在の教育プログラムの問題点を抽出している所である。

本学では各卒業生がどのようなキャリアを重ねているかの追跡調査が行われておらず、教育成果の把握が充分できていない。

C 改善に向けた提言

卒業生アンケートや卒業時アウトカム調査から、教育プログラムの問題点を把握し、カリキュラム改編に資する。

同窓会の支援を得て、卒業生の業績に関するフォローアップ調査を計画する。担当は教育センター教育 IR 部門が担当する。

D 改善に向けた計画

上記調査結果を受けてアクションプランを策定する。

卒業生の業績を継続的に追跡して、卒前から卒後に亘る教育成果を検証できるようなシステムについて検討する。

Q 2.8.2

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わる点検

本学では地域や社会の意見を取り入れた教育プログラムの改良を行っていない。

B 質的向上のための水準についての評価

地域や社会の意見を取り入れて教育プログラムを改良することが行われていない。

C 改善に向けた提言

地域や社会の意見を取り入れるためのシステムについて議論を開始する。

D 改善に向けた計画

卒業生フォローアップ調査の結果を分析し、どのような人たちから「地域や社会の意見」を聞くか、それをどのように分析するかを検討を開始する。

学外実習のアンケートから、地域や社会の意見を拾い上げる。

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)

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(MiniCEX)）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。

B 3.1.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学では、総括的評価と形成的評価を実施している。

総括的評価は教育ユニットまたはコース単位で実施しており、複数のユニットから成るコースの目的を一定の水準で達成している場合にコース修了とし、学年毎の全必修コース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、シラバス内に記載されている教務内規に明示されている（資料 86）。形成的評価は、ユニット単位で実施され、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。

試験日程については、学事スケジュールとして年度始めにシラバス内で学生に知らされており、実施の詳細については試験の約1～2ヵ月前に掲示される（資料 140）。

総括的評価の方法は、コースによって異なるが、認知領域（知識量、理解力、問題解決能力）を評価する筆記試験（MCQ および論述）、基礎的学力の持続・保持能力に加えて、表現力・説明能力、態度を評価する口頭試験（一部に技能評価、プレゼンテーションを含

む)、OSCE、レポートおよび態度評価を併用している。総合的評価は、ユニットまたはコース毎に1回、通年コースの場合は2回に分けて実施しており、追・再試験はOSCE(原則として実施しない)以外は、原則として各ユニットまたはコース毎に1回実施している。筆記試験の合格基準は、1年次から5年次は総点の60%以上としており、6年次の医学卒業総括試験のみ、65%以上としている。口頭試験は5段階(3以上を合格)または10段階評価(6以上を合格)を用いており合否判定による。

プレゼンテーション試験、顕微鏡操作などの技能評価(精神運動領域)も含まれる。

1年次および2年次前期においては、入学時における個々の学生の領域別能力差を考慮して、ユニット別評価(筆記試験、レポート、口頭試験)を行っており、2年次後期から4年次後期には、複数のユニットからなるコースの総合的学力を評価する総合試験(MCQおよび論述)を導入している(資料141)。1年次から2年次前期のユニット別評価については、ユニットごとの最低合格基準(40%以上)とユニットの平均合格基準(60%以上)を併用している。これらのユニットでは、ユニット責任者の裁量で随時追・再試験を実施している。2年次後期から5年次の総合試験および総括試験(合格水準60%)については、各コース別に追・再試験の機会を1回付与している。

2年次と3年次の主要コースの評価は、総合試験(MCQ:論述=1:1)と口頭試験により、両方に合格していることを進級要件とする。4年次には、学内筆記試験(MCQおよび論述)以外に、共用試験CBT(評価基準:6段階評価で3以上、IRT値43以上)(資料142)とOSCE(1999年度より導入、現行の共用試験OSCE)(資料143)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。5年次には、実習担当科(ユニット)別の臨床実習評価(資料144)に加え、OSCE(2000年度より導入)および医学総括試験(全問MCQ250題、臨床実地問題と一般問題から構成)を実施している。6年次には、選択実習における実習評価に加えて、2年次から6年次までの履修事項を出題範囲として総合的学力を客観的に評価するために医学卒業総括試験(いわゆる卒業試験)計3回(各回520題、全問MCQ、一般問題と臨床実地問題から構成)を実施しており、各回で次回試験の免除基準(1回目80%以上、2回目70%以上)を設けており、最終合格水準を65%としている。

1年次から3年次の演習・実習科目では、態度評価およびレポート評価を行っている。さらに、福祉体験実習(1年次)、重度心身障害児療育実習・地域子育て体験実習(2年次)および在宅ケア実習(3年次)の学外実習によって、学生の情意領域面の評価を行っている(資料67,68,69,70)。これは外部評価者による評価でもあり、その結果を学生にフィードバックすることによって学生の情意領域面での成長を促している。

総合試験の結果は、席次、MCQの得点率、論述の得点率、コース内での得点率順位、各ユニットの得点率が一覧になって個人別に学生に開示される(資料145)。

成績は、シラバスに明記されている評価方法に基づきユニット責任者または各コースの試験委員会(資料146,147)が判定し、コース責任者および教学委員会に提出される。学年全体の集計は大学事務部学事課にて行われ、教学関係の決議機関である教学委員会(資料20)ならびに教授会議で審議される(資料16)。

B 基本的水準についての評価

総合試験は既にIT化され、今まで出題された全問題を学事課内のサーバで管理し、過去の既出問題は学内のWeb-based Training Systemで正解とともに全学生、教職員に公開している(資料148)。公開という手法で、試験の適切性を保つシステムが構築されている。総合試験問題の作成に際しては、各教員が作成した問題を互いが査読peer reviewを行うことによって問題の偏りや出題ミスを是正し、教員の問題作成時における注意と問題の質的保証と向上を図っている。また、各問題について必要度・難易度指数(RDI)、MCQ問題についてはさらに最低合格指数(MPI)を設定することにより問題群全体の最低合格水準(MPL)を定めている(資料149)。

Web-based Training System により、学生が自ら自分の弱点や学習困難点を是正することができるだけでなく、各試験問題について、正答率、識別指数 ($\phi 50\%$ および $\phi 25\%$)、MCQ については MPI との乖離や response pattern を作成者の属性とともに公開することによって、試験問題の難易度、識別能力、問題の妥当性を作成者に feed back すると同時に、その教育責任を示している (資料 150)。正答率が著しく低い問題や学生からの審議要望のあった問題については、試験委員会において審議した上で、採点除外や加点処理の措置を講じている。

口頭試験は、総合試験委員会とは別の口頭試験委員会 (資料 147) の管轄であり、学生の説明能力や表現力、および顕微鏡等の機器操作も含めて、精神運動領域、情意領域 (態度・習慣) および総合試験で評価しきれなかった基礎学力 (認知領域) の持続性・保持能力を評価するために実施している。試験内容や評価基準 (基本的に 5 段階または 10 段階評価) は事前に試験委員会内で決定してから実施される。評価者の主観を可及的に低減するため、最高評価者と最低評価者の採点を除外するなどの措置を講じる場合もある。さらに、口頭試験の再試験においては、当該コースの責任者、および講座担当教授を参加させて実施している。しかしながら、課題の種類や数、質問時間の制限、学生の情緒的特性、口頭試験者の主観や評価能力、評価の視点によって、評価のバラつきが生じることはその試験方法の特性上避けられない。実際に総合試験成績との間に大きな乖離が認められる場合もあり (資料 151)、これは評価対象となる学生の能力特に基礎学力の継続・保持能力が、総合試験で評価される一時的・短期的な知識量とは異なることが要因と考えられるが、一方において、口頭試験の目的と特性に関する理解度と認識が評価者 (教員) によって異なることも要因としてある。また、学生に口頭試験評価の目的とその重要性が十分に理解されていない現状もある。

評価方法についてシラバスにユニットごとの記載がなされているものの、必ずしもシラバスの記載どおりに行われていない場合、その評価が実際に何を測定しているのかが明確でない場合が見受けられる (資料 152)。

C 改善に向けた提言

基礎学力の保持に関しては、2 年次後期に留年生が多いことを考慮し、2 年次前期の評価水準の見直し、再試験回数の再検討を行い、学習結果のフィードバックと学習方法のアドバイスを制度的に確立する必要がある。

2014 年度に、2 年次および 3 年次に実施されている各主要コース、基礎医科学 II 口頭試験および臨床基礎医学口頭試験のあり方について、各試験委員会および関与するコース責任者の参加によって、口頭試験の目的、評価対象とする能力領域 (認知領域・精神運動領域・情意領域) の区分の明確化、進級判定における位置づけと重みづけ (総合試験結果に対する配分など) について検討するワーキンググループを試験委員会の下に編成し、2015 年度に向けて答申をまとめる。例えば、口頭試験の質問の逐次性、柔軟性、フィードバックの即時性から、主に形成的評価に積極的に導入することや、総合試験における合格水準付近およびそれ以下の低成績者に対して、進級判定材料として、別途、重点的に実施することなども考慮すべきである。その上で、評価方法の基準の統一化、評価の客観性を高める方法を具体的に定める必要がある。

さらに口頭試験評価者の FD についても実施を検討する必要がある。口頭試験評価の妥当性について事後評価を可能にするため、OSCE に準じて口頭試験評価場面の録画記録も検討する必要がある。口頭試験においては、一部にプレゼンテーションが採用されているが、カリキュラム上、プレゼンテーション能力を涵養するプログラムが不足している現状がある。これについては、カリキュラム委員会において、その導入を検討する必要がある。

D 改善に向けた計画

各ユニットでどのような能力を求めているのか、どのような評価（特にパフォーマンス評価）を実施するのか、を学生に認識してもらうために、シラバスにおいて評価方法に関する記載をより明確にする。各ユニットの評価で絶対的評価と相対的評価がどのように用いられているのかを明示する。

口頭試験の実施方法および評価方法の基準の統一、評価の客観性を高めるための具体的な細目を定める。

B 3.1.2

医科大学・医学部は

- 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 基本的水準に関わる点検

授業、演習、実習のそれぞれの教育内容に従って、筆記試験（MCQ、論述）、口頭試験、プレゼンテーション試験、レポート、実習ノート、OSCE、担当教員による態度評価、ピア・レビュー、出席点などが取り入れられている。

各学年の評価方法一覧を示す（資料 153,154,155,156,157）。

【資料 153 1 年生評価方法一覧】

	筆記試験 (MCQ)	記述試験 (論述)	口頭試験	プレゼン テーション	OSCE	態度評価	レポート	出席	小テスト	ピア レビュー
新入生オリエンテーション						○		○		
医学総論 I 演習						○	○	○		
医療総論演習						○	○	○		
Early clinical exposure I						○	○	○		
Early clinical exposure II						○	○	○		
病院見学実習						○	○	○		
救急蘇生実習						○	○	○		
前臨床実習 I (福祉体験実習)						○	○	○		
数学		○				○	○	○		
日本語表現法				○		○	○	○	○	
人文科学系科目						○	○	○		
社会科学系科目						○	○	○		
教養ゼミ						○	○	○		
一般英語 I	○	○	○			○	○	○	○	
初修外国語(ドイツ語 フランス語 中国語)		○				○	○	○	○	
生命の物理学	○		○				○	○	○	
生体分子の化学		○					○	○	○	
細胞の生物学	○	○					○	○	○	
自然科学入門演習	○	○				○	○	○	○	
	(生物、物理)						(物理)		(物理)	
生命基礎科学実習						○	○	○	○	
情報リテラシー						○	○	○	○	
コンピュータ演習アドバンス						○		○		

【資料 154 2 年生評価方法一覧】

	筆記試験 (MCQ)	記述試験 (論述)	口頭試験	プレゼン テーション	OSCE	態度評価	レポート	出席	小テスト	ピア レビュー
2年生オリエンテーション						○	○	○		
医学総論Ⅱ 演習						○	○	○		
前臨床実習Ⅱ:重症心身障害児療育体験実習						○	○	○		
前臨床実習Ⅱ:地域子育て支援体験実習						○	○	○		
一般英語Ⅱ		○	○	○		○	△	○	○	
自然と生命の理 分子から生命へ	○	○								
細胞から個体へ(運動器の構造と機能を含む)	○	○								
生体調節のしくみ	○									
自然と生命の理演習						○	○	○		
分子から生命へ演習			○	○		○	○	○		
自然と生命の理実習						○	○	○		
細胞から個体へ実習			○			○	○	○		
分子から生命へ実習			○			○	○	○		
医学統計学演習	○	○					○	○		
生体と薬物	○	○	○							
血液・造血器系	○	○	○							
循環器系	○	○	○							
呼吸器系	○	○	○							
消化器系	○	○	○							
泌尿器系	○	○	○							
生殖器系	○	○	○							
感覚器系	○	○	○							
神経系	○	○	○							
内分泌系	○	○	○							
ヒトの発生	○	○	○							
形態系実習(組織)	○	○	○			○	○	○		
形態系実習(解剖)	○	○	○			○	○	○		
機能系実習(生理学)						○	○	○	○	
機能系実習(薬理学)						○	○	○		

【資料 155 3 年生評価方法一覧】

	筆記試験 (MCQ)	記述試験 (論述)	口頭試験	プレゼン テーション	OSCE	態度評価	レポート	出席	小テスト	ピア レビュー
3年生オリエンテーション						○	○	○		
医学総論Ⅲ演習						○	○	○		
CPC(Clinicopathologic conference)							○	○		
前臨床実習Ⅲ:在宅ケア実習						○	○	○		
医学実用英語Ⅰ	○	○	○	○		○	○	○		○
医学英語専門文献抄読Ⅰ			○	○		○	○	○		
病因・病態学総論			○							
炎症学	○	○	○							
腫瘍学Ⅰ	○	○	○							
代謝障害学	○	○	○							
ヒトの時間生物学	○	○	○							
栄養科学	○	○	○							
創傷学	○	○	○							
行動科学	○	○	○							
中毒学	○	○	○							
放射線基礎医学	○	○	○							
病態と薬物	○	○	○							
和漢薬概論	○	○	○							
免疫と生体防御	○	○	○							
病理学総論実習	○	○	○			○	○	○		
免疫学実習	○	○	○			○	○	○		
症候学演習	○	○	○			○	○	○	○	
細菌・真菌と感染	○	○	○							
ウイルスと感染	○	○	○							
寄生虫と感染	○	○	○							
感染症総論	○	○	○							
細菌学実習	○	○	○			○	○	○		
ウイルス学実習	○	○	○			○	○	○		
寄生虫学実習	○	○	○			○	○	○		
感染・免疫テュートリアル	○	○	○			○	○	○		
法医学(社会医学Ⅰ講義)	○	○	○							
法医学演習			○	○		○	○	○		
法医学実習			○	○		○	○	○		
医学統計学Ⅱ演習	○	○				○	○	○		
研究室配属						○	○	○		

【資料 156 4 年生評価方法一覧】

	筆記試験 (MCQ)	記述試験 (論述)	口頭試験	プレゼン テーション	OSCE	態度評価	レポート	出席	小テスト	ピア レビュー
4年生オリエンテーション						○	○	○		
医学総論Ⅳ演習(患者・医師関係と面接)						○	○	○		
医学総論Ⅳ演習-医療安全	○					○	○	○		
CPC(Clinicopathologic conference)						○	○	○		
前臨床実習Ⅳ(病院業務実習)						○	○	○		
医学実用英語Ⅱ	○	○				○	○	○	○	
外科学入門	○	○								
循環器	○	○								
呼吸器	○	○								
消化管	○	○								
肝・胆・膵	○	○								
腎・泌尿器	○	○								
生殖・産婦人科	○	○								
形成再建医学	○	○								
血液・造血器	○	○								
内分泌・代謝・栄養	○	○								
リウマチ・膠原病	○	○								
救急医学	○	○								
神経	○	○								
皮膚	○	○								
眼	○	○								
耳鼻咽喉・口腔	○	○								
運動器	○	○								
精神医学	○	○								
小児医学(小児外科を含む)	○	○								
画像診断学	○	○								
麻酔蘇生医学	○	○								
リハビリテーション医学	○	○								
薬物治療学	○	○								
腫瘍学Ⅱ	○	○								
臨床検査医学	○	○								
臨床医学演習(チュートリアル)	○	○				○	○	○		
病理学各論実習	○	○				○	○	○		
基本的臨床技能実習					○	○	○	○		
Evidence-Based clinical practice						○	○	○		
社会福祉・社会保障・医療経済	○	○								
食品衛生	○	○								
産業衛生	○	○								
医療法規	○	○								
医療事故・突然死・死体検案	○	○								
環境衛生	○	○								
地域保健	○	○								
保健統計	○	○								
疫学	○	○								
環境保健医学演習				○		○	○	○		
環境保健医学実習				○		○	○	○		

【資料 157 5,6 年生評価方法一覧】

	筆記試験 (MCQ)	記述試験 (論述)	口頭試験	プレゼン テーション	OSCE	態度評価	レポート	出席	小テスト	ピア レビュー
5年生オリエンテーション								○		
C P C(Clinicopathologic conference)							○	○		
臨床実習	○		△ (各科による)	△ (各科による)	○	○	△ (各科による)	○		
臨床実習入門						○		○	○	
6年生オリエンテーション								○		
C P C(Clinicopathologic conference)							○	○		
選択実習Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ			△ (各科による)	△ (各科による)		○	○			
選択実習Ⅳ			△ (各科による)	△ (各科による)		○	○			
選択実習Ⅴ			△ (各科による)	△ (各科による)		○	○			

B 基本的水準についての評価

授業、演習、実習のそれぞれの教育内容に沿って、筆記試験（MCQ、論述）、口頭試験、プレゼンテーション試験、レポート、実習ノート、OSCE、担当教員による態度評価、ピア・レビュー、出席点などが取り入れられており、認知領域（知識量、理解力、問題解決能力）、精神運動領域（主に技能）、情意領域（態度・習慣）のそれぞれについて評価が実施されている。

認知領域に関しては、2年次後期以降は総合試験によって、厳密に客観性が保証された総括的評価が成されている。技能に関してはOSCEで、態度については低学年の学外実習での態度評価（資料67,68,69,70）、基礎系実習や演習での担当教員による評価、症候学演習やテュートリアルでの評価（資料158,159）、臨床実習での評価（資料144）と、低学年から重ねて評価を行い、医師として適切な行動がとれる学生を育てるべく指導を行っている。

C 改善に向けた提言

臨床実習に関しては、2015年度からの臨床実習改革に合わせてログブックを導入し、各診療科で確実に知識、技能、態度を評価できるような体制とする。e-portfolioの導入も決定している。

卒業時の評価として、現行の知識を問う医学卒業総括試験に加え、パフォーマンス評価としてadvanced OSCEを導入することが検討されている。

D 改善に向けた計画

知識、技能、態度について6年間の総和として評価が成されているかの総合的な検証を教学IRとして実施する。

B 3.1.3

医科大学・医学部は

- ・ 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）

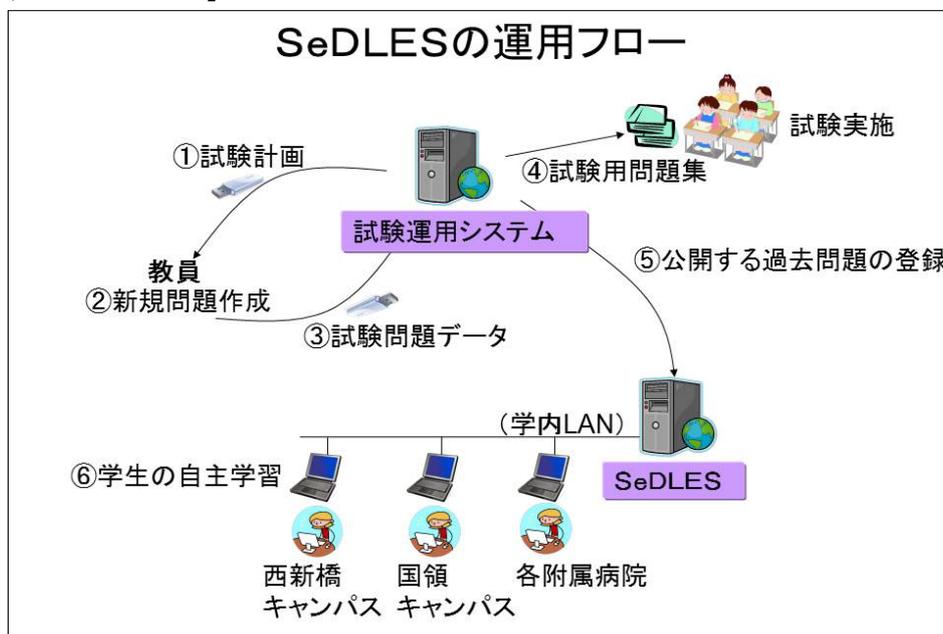
A 基本的水準に関わる点検

総括的評価方法として本学は独自の総合試験システムを有する（資料141）。

総合試験システムとは1996年にカリキュラムがコース・ユニット制に改編された時に導入された試験システムであり、従来の講座別に管理された試験を全廃し、評価を大学が管理するシステムである。各コースの教育はコース責任者の権限であるが、それとは別にコース毎の総合試験委員会が組織され、コース責任者と総合試験委員長は兼任しない（教育者≠評価者）。総合試験では客観的かつ適正な総括的評価をめざし、総合試験委員会による問題の検証を行うこと、判定基準の妥当性を検証すること、および試験問題を大学が一括管理することにより、教育評価の質を保証するシステムである。大学が試験問題を管理することで、授業内容を間接的に管理することができるようになった。総合試験システムでは、1997年以降、学内で実施された全ての総合試験問題をデータベース化し、試験問題サーバには各問題の特性（正答率、識別指数、MCQについてはresponse pattern）、出題年度、出題者、学生の回答パターン、模範解答等が蓄積されている（資料150）。これら過去問題サーバを学生に公開しており、学生は学内LANで全ての問題を検索することができる（資料148）。さらに2010年度からは、マークシート方式から、回答方式を可能な限り順次コンピュータ化することによって、問題印刷経費を節減すると同時に、視覚教材を多用した試験を充実し、試験終了後、瞬時に成績を分析する評価システムを構築してきた。

平成24年度設備事業として、総合試験データベースを利用した形成的評価を促すための学習システム「SeDLES(Self-directed Learning and Evaluation System)：学生個人々の能力特性と学習進捗度に応じた自己主導型・評価システム」を構築した。教員は学生の学習履歴を閲覧できるため、適切で頻回のフィードバックが実施可能となった（資料160,161）。

【資料 161 SeDLES】



4年次の共用試験 OSCE、5年次 OSCE によって技能の評価が行われ、また、臨床実習入門ではプレゼンテーションの技能評価、聴診テストによる技能評価が実施されている。

医師になる者としての態度や Fitness to Practise については、低学年では学外実習での実習態度についてポートフォリオ評価を実施しており、実習態度についてのフィードバックで当該学生との間でのやり取りを通じて、内省的態度を養っている。その事例として1年生から3年生での学外実習でのフィードバックの効果について学術雑誌に発表している(資料 162)。

基礎系科目の実習や演習は少人数グループで実施するため、担当教員は学生の学習態度についてのフィードバックが容易であり、形成評価として適宜行われている。

臨床系の実習態度に関するフィードバックは4年次病院業務実習、5年次臨床実習でも継続して行っている。病院業務実習とは、大学付属病院で主に看護師に同行して夜勤を含めた業務を学ぶ実習であるが、他職種である看護師から適宜、担当学生にフィードバックが行われている。また5年次の臨床実習でのフィードバックは各科によって手法は異なる。内科2週間実習では資料のような評価表を使用しており(資料 144)、これに沿って実習中の形成的評価は指導医が行い、最終的な総括評価は指導責任医が行っているのが通常である。その他の科でも臨床実習ガイドブック(資料 72)のように、各診療科別の評価表にそって評価が行われている。実習態度に著しく問題のある学生については指導医からの聞き取りの後、臨床実習教育委員長が本人と面談を行いフィードバックする。その後改善がみられるかどうかを臨床実習教育委員会会で問題共有しながら追跡調査している。

B 基本的水準についての評価

認知領域を評価する総括的試験に加えて、パフォーマンス評価として、問題解決能力を評価するための multi-station examination、triple jump exercise、プレゼンテーション試験、口頭試験、また技能を評価する OSCE も導入した。実習や演習での態度評価、レポート評価も確実に実施されている。1年次と3年次の医学総論で課すレポートでは、論理的文章作成能力を厳しく評価している。

今日的課題として、総合試験成績と口頭試験成績との間に乖離が生じることがあり（資料 151）、進級判定の際に問題となる。本来、口頭試験は、認知領域だけではなく、表現力、説明能力など精神運動領域や態度など情意領域を評価するために用いられるべきであるが、評価対象を認知領域の能力に限定した口頭試験においても、総合試験結果との乖離が認められるケースがある。これは、基礎的学力が不足している学生が総合試験の過去の出題問題（特に Taxonomy I の問題）を解答するテクニックには長じているため、総合試験を通過したにもかかわらず、口頭試験において基礎学力の不足が露呈したと考えられる。

総合試験以外の評価については、実際にどのような評価が行われているのかが必ずしも把握されていない。特に臨床実習の評価については、各科の評価表があるにも関わらず、形骸化しているとの指摘もある。

形成的評価は各教員の裁量による所が多く、本当に支援の必要な学生に目が行き届いていない可能性がある。

C 改善に向けた提言

現行の学内総合試験においては、様々な難易度の問題や taxonomy の異なる問題が出題されているが、評価は総合点で判定されている。今後は、基礎学力を評価する必修問題とそれ以外の問題に区分し、それぞれについて合格水準を変えることも検討すべきである。

基礎医学分野、特に形態系の領域においても Taxonomy I の問題（知識問題）に偏らないように、理解力（Taxonomy II）や問題解決能力（Taxonomy III）を評価する問題を増やすよう改善する。

口頭試験は、課題の種類や数・質問時間の制限、学生の情緒的特性、口頭試験者の主観や評価能力、評価の視点によって、評価のバラつきが生じることはその試験方法の特性上避けられないが、口頭試験における質問の逐次性、変更可能性（柔軟性）、フィードバックの即時性を利用して、これを日常的に形成的評価に積極的に導入することを検討する。

学生全員に対して実施するプレゼンテーション試験、技能試験としての口頭試験とは別途に、総合試験において、合格水準付近およびそれ以下の低成績者に対して、進級判定材料として、基礎学力（認知領域）評価を目的とした口頭試験を重点的に実施することなども考慮すべきである。

口頭試験評価の妥当性の事後評価を可能にするため、OSCE に準じて口頭試験評価場面の録画記録も検討する必要がある。さらに口頭試験評価者の FD についても実施を検討する必要がある。

本学の総括的評価の中でのパフォーマンス評価として、基礎医学系では口頭試験、臨床医学系では OSCE を用いているが、評価者全員にパフォーマンス評価が何を指したもののかを理解してもらい、評価の質を向上させていかなければならない。

2014 年度の試験委員会において、総合試験における問題区分（必修問題とそれ以外）の設定と合格水準の見直しを検討する。また、現行の口頭試験の実施方法について再検討し、口頭試験の新たな実施方法、評価基準、進級判定における位置づけについて改善策を定める。

カリキュラム委員会において、プレゼンテーション能力を涵養するプログラム、口頭試験の形成的評価への導入および口頭試験評価者の FD 開催について提案する。

D 改善に向けた計画

卒業時アウトカムを全学生が獲得するためには、アウトカムから各学年でのマイルストーンを設定し、そのコンピテンシーを測るためのパフォーマンス評価を新たに開発していく必要がある。各学年やコースでどのようなパフォーマンス評価を取り入れるべきかの検討を始めなければならない。このコンピテンシーは複数のユニット（科目）が協働して達成を目指すものであり、本学のようなコースによる試験という体制はパフォーマンス評価

実施に適した環境である。その際に、各評価が有機的な関係性を持って、最終的に卒業時アウトカム達成を目指すものであること、を検討する必要がある。

B 3.1.4

医科大学・医学部は

- ・ 評価方法および結果に利益相反が生じないようにしなければならない。 (B 3.1.4)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学には学内で行われる学生評価は全て教学委員会の下部組織である試験委員会が掌握している(資料 27,147)。学内で行われる試験の特性は試験委員会が監視する体制となっている。試験委員会は各試験の事後評価を学事課とともにし、総合試験における不適切問題などを採点除外する権限を持つ。また、医学部とは独立した組織として教育センターがあり、教学委員会が求めれば評価専門家の立場で学内試験の特性を調査することができる(資料 105)。

評価に対する審議は全て試験委員会で行われ、評価に対する疑義がある場合は教学委員会が調査する体制となっているため、密室での評価は存在せず、このため利益相反が生じる可能性は極めて低い。

B 基本的水準についての評価

西新橋校で行われる評価のほとんどはコース総合試験、コース口頭試験、OSCE であり、試験委員会が管轄し、大学という組織体として評価を管理しているため、利益相反が生じる危険性はない。臨床実習評価は事前に評価表を学生に公開し、その評価表をもとに行っている。臨床実習評価の妥当性は臨床実習教育委員会で審議されるため、密室での評価にはならない。基礎医学系実習の評価も最終的には教学委員会の承認が求められ、評価に疑義がある場合は教学委員会が調査する体制となっているため、利益相反が生じる可能性はほとんどない。学外実習での評価は既にポートフォリオ形式で学事課に蓄積されており、評価に疑義がある場合は、教学委員会が調査できるシステムとなっている。

C 改善に向けた提言

現状で問題はないと考える。

D 改善に向けた計画

特になし。

B 3.1.5

医科大学・医学部は

- ・ 評価が外部の専門家によって精密に吟味されなければならない。 (B 3.1.5)
-

A 基本的水準に関わる点検

共用試験 CBT と OSCE では、モニターとして学外からの評価者を招聘しており、公平性や透明性を保持している(資料 163,164)。

B 基本的水準についての評価

共用試験 CBT と OSCE 以外では、外部の専門家によって評価が精密に吟味されていないのが現状である。

4年次の共用試験 CBT の成績（IRT 値）と当該学年の学内試験成績（臨床医学 I）との間の相関については $r=0.5$ 前後程度（資料 165）、最も相関の高い3年次の基幹コース、臨床基礎医学の成績との相関も $r=0.6\sim 0.7$ 程度（資料 166）であり、卒業試験と国家試験成績ほど高い相関（ $0.7\sim 0.85$ ）（資料 167）がみられないのが現状である。その要因として、共用試験 CBT 問題が公開されていないため、学内試験問題作成者が共用試験 CBT において出題される問題傾向を熟知していない可能性があり、一方で、学内の共用試験 CBT 公募問題作成委員会（資料 168）の構成が、一部の比較的協力的な問題作成者に偏っていることがある。また、これまで大学として、共用試験 CBT 評価をそれほど重視してこなかったこと、学内試験終了後、CBT までの試験期間を十分に設けていなかったことなどが要因として考えられる。

卒業試験（6年次医学卒業総括試験）については、学外評価者による評価を実施していないが、教学に関する4大学交流会（本学、昭和大学医学部、東邦大学医学部、東京医科大学）（資料 169）において、卒業試験問題の共用を可能としており、問題を半公開し、外部評価の実施に可能な条件は整備されている。

C 改善に向けた提言

2015年度臨床実習カリキュラムの改訂に伴い、臨床実習開始前の要件としての総括試験評価を共用試験 CBT と OSCE に一本化する。CBT 受験までの準備期間（自主的学習期間）を設け、CBT 再試験までの間隔を十分に空ける。共用試験合格水準（現行 IRT 値 43）について見直しを検討する。

CBT 自体が認知領域の外部評価であることから、学内の共用試験 CBT 公募問題作成委員会の構成を再検討し、問題作成委員の入れ替えや問題作成者として適切な資質に関して一定の基準を設ける必要がある。また、共用試験 CBT 問題の出題分野比率にしたがって、広い分野からの公募問題作成者を構成し、学内からの共用試験 CBT 公募問題の採択率をさらに高めるべく努力する必要がある。

教学に関する4大学交流会における実績を基盤として、学内試験問題についても、抽出された問題についての事後評価を検討する。

2015年度臨床実習カリキュラムの改訂に伴い、Advanced OSCE（卒業時 OSCE）においても、外部評価者の招聘を検討する。

D 改善に向けた計画

2017年度から6年次で実施予定の Advanced OSCE（卒業時 OSCE）において、外部評価者の招聘を計画する。

試験委員会の主導によって、学内の共用試験 CBT 公募問題作成委員会の構成委員を共用試験 CBT 問題の出題分野比率にしたがって再編成する。また、公募問題作成者の交替と問題作成者の資質に関して一定の基準を設ける。

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)

Q 3.1.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

MCQ問題の作成方法については、毎年継続的に「試験問題作成」に関するFDを行っており、初めて学内試験問題を作成する教員を含め、試験の信頼性と妥当性を高めるための良問作成の指導と新たな問題作成者の養成を行っている(資料170,171,172)。その上で、総合試験に関しては、試験問題の質について、総合試験委員会でコース内の教員が作成した試験問題を全て査読し、問題の適正度、コースの学習目標との整合性、試験問題に出題ミスがないかを事前に検討する。さらに試験問題は評点データの統計を取り、事後評価をする(資料150)。正答率の低い問題、識別指数の低い問題については、各試験委員会において、その原因を追究している。これらの低正答率問題や不適切問題については、総合試験委員会で討議の上、採点除外や加点処理などの措置を講じている。総合試験問題については、実施後に学生に問題と正答が公開され、学生から審議要請のあった試験問題について総合試験委員会に提出される(資料173)。総合試験委員会は学生からの疑義に回答し(資料174)、その問題の扱いについて公開している。最終的な学生評価は総合試験委員会の判定会議で決定され、教学委員会に提出されて審議される。

4年次OSCEに関しては、毎年OSCEが実施される前に、「OSCE評価者トレーニング」のFDを実施し、評価方法の標準化と一定の資質を備えた評価者の養成を行っている(資料175,176,177)。

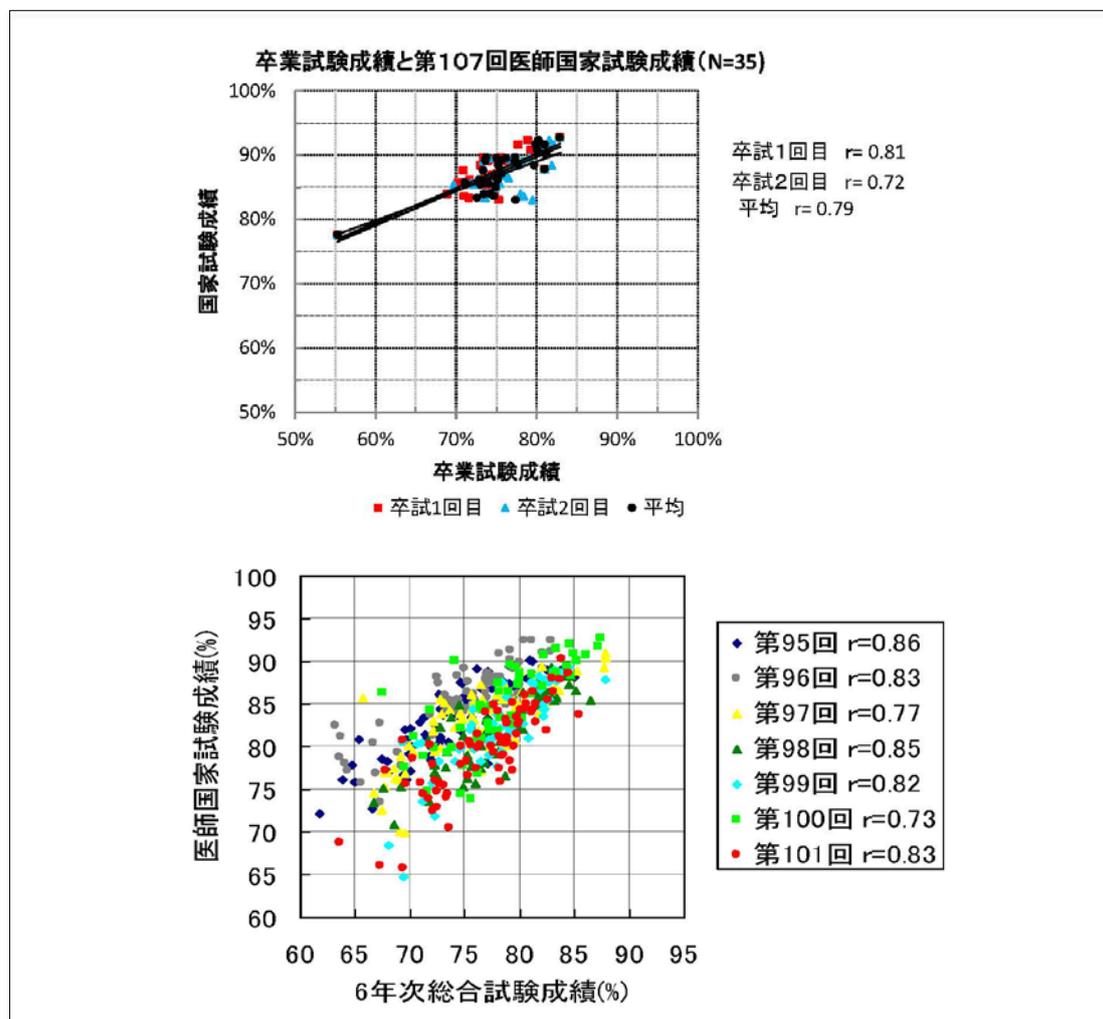
B 質的向上のための水準についての評価

口頭試験はOSCEと異なり、記録が残らないために、評価の信頼性や妥当性をチェックすることができていない。評価者間較差のチェックは行っているが、口頭試験として「知識を応用し他者に説明する」という能力が正しく評価されているかどうかまだ問題がある。4年次OSCEでは実施前に必ずFDを行い、当日評価者となる教員は評価の仕方についての講習を受けてから参加する。しかしながら5年次OSCEに関しては、その評価は必ずしもFDを受講した教員が行っている訳ではないので、パフォーマンス評価を行う際の評定バイアスがかかっている可能性がある。

口頭試験やOSCEなどのパフォーマンス評価では、評価者によるばらつきが懸念されるが、複数の評価者で評価をすること、評価記録から評価者内信頼性と評価者間信頼性について検証し始めた所である。

医学卒業総括試験成績と医師国家試験成績についてはその相関が検討されており、知識試験としての卒業試験の妥当性が検証されている(資料167)。

【資料 167 卒業総括試験成績と国家試験成績の関係】



試験委員会では、医学卒業総括試験問題作成者向けに、試験問題作成依頼時に前年の医師国家試験問題を配布すると共に、出題傾向をレクチャーしている（資料 172）。

C 改善に向けた提言

口頭試験の改善を図らなければならない。試験委員会の下部組織として、基礎医学Ⅱ口頭試験委員会、臨床基礎医学口頭試験委員会があるので、当該の口頭試験についての問題点や改善点の検討に入る。

卒業時達成指針を妥当性と信頼性を持って測定できるために、評価の適切な内容について調査研究する必要がある。学内での議論も必要である。

D 改善に向けた計画

教学 IR として、6年間全体を俯瞰的に見ての評価の検証が必要である。

Q 3.1.2

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

ピア・レビューを TBL で取り入れた。自己主導型学習、成人学習理論では教員ではなく自分たちで評価し内省すべきとの考えからである。

臨床実習に対する評価は、知識、技能、態度について各診療部において行われているが、十数年にわたりその評価法は変わっていない。

B 質的向上のための水準についての評価

2010 年度より医師国家試験対策として、学外試験（予備校主催による模擬試験）を 6 年生対象に実施している。大学からの援助として 3 回分の受験料は大学が負担している。その成績は大学にフィードバックされ、国家試験対策委員会においてその成績は分析され、必要に応じて学生へ指導している。

本学は診療参加型臨床実習の拡充に取り組んでおり、現状の臨床実習の評価法では十分ではない。学生が診療に参加する際に必要とされる評価項目の見直しが必要である。

C 改善に向けた提言

臨床実習の評価を充実させるためにログブックによる評価の検討がすでになされている。実習での学生の態度評価を従来は紙ベースで行って来たが、e-portfolio によって 6 年間を経時的に管理できるシステムを構築し始める。

D 改善に向けた計画

卒業時アウトカムを測定するためのパフォーマンス評価の開発を行っていかねばならない。各学年でのルーブリックに対応した評価を開発する必要がある。新しい評価法についての調査研究が必要である。

Q 3.1.3

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

総合試験および医学総括試験の個々の問題については、試験終了後、再試験者決定の試験委員会判定会議までの間に学生からの疑義申し立てを受け付けている（資料 173）。学内の CBT 化された試験においては、試験中に審議ボタンを押して、審議理由を記録することが可能である。疑義のあった問題については、出題者に問い合わせ、さらに判定会議において討議の上、採点上の措置（除外または加点処理）を決定している。その結果は学生に通知している（資料 174）。

OSCE に関しても当該試験委員会に学生は疑義を申し立てることができる。OSCE では、学生の OSCE での行動を録画して、疑義が生じた場合や、評価者間較差が大きい場合は試験委員会が記録動画をチェックすることになっている。

学外実習での評価は、学生にフィードバックした後、学生の納得性を重視し、学生が、自身の受けた評価に納得するかどうかを担当教員との間で何回もやり取りしている。学生がユニット責任者の説明に納得しない場合は、学生はコース責任者に疑義を申し出ることができる。コース責任者の説明でも納得しない場合は、教学委員長に疑義を申し出ることができる。

B 質的向上のための水準についての評価

総合試験での学生の疑義に対しては試験委員会で対応するシステムが出来上がっている。口頭試験については、必要に応じてその結果が学生にフィードバックされるが、疑義申し立ての期間や方法は制度化されていないのが現状である。また、総合試験と口頭試験の総合的判定結果について、疑義を申し出る制度は確立されていないのが現状である。

さらに、試験委員会における成績判定結果が教学委員会に提出された後の疑義申し出の期間は十分ではなく、申し出の方法が制度化されていないのが現状である。

C 改善に向けた提言

2014年度、試験委員会は、教学委員会において総合試験結果および口頭試験結果の評価に対する疑義の申し立ての制度を構築すべきであることを議題として提案し、試験委員会内でその具体的方法を検討する。

D 改善に向けた計画

総合試験結果および口頭試験結果について、判定結果の予備開示を行い、疑義申し出の期間と方法を制度化することを検討する。

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)

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。

B 3.2.1

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)

A 基本的水準に関わる点検

卒業時達成指針（資料4）を2013年に設定し、2014年度からのシラバスには明記することとなった。各ユニットのシラバス作成教員に対しては、シラバス執筆依頼の際に卒業時達成指針を配布し、その達成指針に沿った到達目標を設定する様に指示が成された（資料7）。

B 基本的水準についての評価

卒業時達成指針を2013年に設定し、2014年度からのシラバスで卒業時達成指針に沿った到達目標を設定するようになったばかりである。各ユニットで行われる教育方法が達成指針に整合性があるかの検証はこれからである。

C 改善に向けた提言

各ユニットで行われる教育方法が卒業時達成指針に整合性があるのか、カリキュラム委員会で検討する。

D 改善に向けた計画

各ユニットで行われる教育方法が卒業時達成指針に整合性があるのか、各ユニットで行われる教育方法に過不足はないのか、らせん型の教育が実施されるのか、教育 IR として検証する。

B 3.2.2

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を学生が達成 (B 3.2.2)

A 基本的水準に関わる点検

現行カリキュラムでは、知識の評価として総合試験、問題解決能力評価として口頭試験や Triple Jump Exercise、Multi-station Examination、技能評価として4年次 OSCE と5年次 OSCE または基礎医学系実習評価が行われ、態度評価として、低学年から各学年で実習や演習での評価を行い、医師として適切な行動がとれる学生を育てるべく指導を行っている。このように本学では、6年間を通じて知識、技能、態度に該当する能力を評価しようとする努力が行われている（資料 153,154,155,156,157）。

卒業時達成指針の各項目についての評価は以下の様に実施されている。

- ・ 「他者の存在を受け入れてその考えを理解する力」としては、1年次から継続的に行われる医学総論における態度評価、前臨床実習での施設からのフィードバック、実習や演習での態度評価で行われている。医療総論演習は看護学科との共修での態度評価をしている。
- ・ 「人類文明によって立つ自然科学への基本的理解力」は1年次生命基礎科学の筆記試験による総括評価が行われる。
- ・ 「自己主導型学習習慣と自己研鑽能力」については、2～4年次のオリエンテーションでの学習に対するグループディスカッションとリアクションペーパーで態度評価を実施している。
- ・ 「豊かな人間性と人類愛」は医学総論において、倫理性や個々の人々に関わる事項についてのグループ討論やリアクションペーパーにより評価している。
- ・ 「多様な立場の人々と良好に意思疎通する力」は、プレゼンテーション試験、レポート評価、1年次の市民参加の授業でのあけぼの会の方からのフィードバックで行われている。
- ・ 「社会人・国際人としての教養とマナー」は、人文科学や社会科学での試験、医学総論での知識と態度の評価、外国語での筆記試験と態度評価、を行っている。
- ・ 「道徳的思考力と倫理的判断力」については医学総論のグループディスカッションの態度評価やリアクションペーパーの記述によって評価している。
- ・ 「探究する心と科学的判断力」は研究室配属での参加態度評価、レポート作成能力で評価している。医学英語専門文献抄読では、医学論文を読む能力について評価している。
- ・ 「基礎医学および医学に関連する科学の基本的知識」は基礎医科学、臨床基礎医学のコースごとの総合試験で MCQ と論述による知識の評価、口頭試験によるパフォーマンス評価、実習や演習での知識と態度の評価、レポート評価を行っている。

- ・ 「臨床医学および医療の基本的知識」は臨床医学Ⅰ、Ⅱの総合試験、医学卒業総括試験、CBT、などの筆記試験で評価している。
- ・ 「社会医学および公衆衛生に関わる基本的知識」は、コース社会医学総合試験、実習での態度、レポート、プレゼンテーションで評価している。
- ・ 「医学知識を臨床実践に活用する力」は、症候学演習での事前学習、ディスカッション能力についての評価、臨床医学演習（テュートリアル）での、知識、ディスカッション能力、レポートによる評価が行われている。
- ・ 「科学的根拠に基づく臨床推論に裏付けられた診療を実践する力」は、Evidence-based Clinical Practiceでレポート、態度評価が行われている。臨床実習中には知識や問題解決能力の評価が行われている。
- ・ 「基本的臨床能力としての診療手技」は基本的臨床技能実習で技能と態度の評価が行われている。
- ・ 「基本的な臨床コミュニケーション技能」は医学総論Ⅳ（患者・医師関係）での態度とレポートによる評価、参加型臨床実習での患者とのコミュニケーション能力の評価が中心であるが、低学年での前臨床実習の態度評価、コミュニケーション教育での態度評価も実施されている。
- ・ 「医師としての使命と責任の自覚」は、1年次から医学総論で Fitness to Practise と患者一人ひとりについて考えさせる教育を行っており、リアクションペーパーやレポートでの記載で評価している。
- ・ 「患者中心の職業的倫理観」については、前臨床実習での態度評価、臨床実習での態度評価を行っている。医学総論Ⅴでの白衣授与式、医療倫理討論での態度評価が行われている。
- ・ 「チーム医療に臨む主体性・協調性」は前臨床実習での態度評価、5年次のチーム医療構築ワークショップへの出席評価、臨床実習での担当教員による態度評価が行われている。
- ・ 「医師としての適切な行動と態度」は1年次から Fitness to Practise の観点からの頻回なフィードバックが行われている。

B 基本的水準についての評価

卒業時アウトカムを目指すためのマイルストーンが設定されていないため、卒業時アウトカムを測るための教育効果測定になっていない。

現在の医学卒業総括試験は、卒業時アウトカムとの整合性が検討されていないので、その妥当性を評価する必要がある。また、現在の試験は医師国家試験を重視した知識偏重の傾向が強いため、パフォーマンス評価が十分されているとは言えない。

C 改善に向けた提言

2014年度からカリキュラム委員会で早急にマイルストーン設定の検討と、その能力を測るためのパフォーマンス評価の導入計画の検討を開始する。

医師国家試験を重視した現行の卒業試験から、大学独自の卒業時アウトカムに沿った特色のある卒業試験のあり方を模索すべき時期に来ている。最近 65%の合格水準を2回目までに上回る学生の中から医師国家試験不合格者が出ていることを考慮し、卒業試験の実施方法と合格水準を見直す時期に来ていると考えられる。

2017年度から6年次実施予定の Advanced OSCE（卒業時 OSCE）を、2014年度から2015年度にかけて、卒業時アウトカムに沿って系統的に構築する。その実施に際しては、外部評価者の招聘を計画する。

卒業時までには生じる成績上位者と下位者の格差を是正すべく、6年間のカリキュラムを全学的に見直すべきである。

D 改善に向けた計画

学生全員が卒業時アウトカムに到達することを目標に、学習評価の在り方を継続的に検討していく。

B 3.2.3

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。
 - ・ 学生の学習を促進 (B 3.2.3)

A 基本的水準に関わる点検

総合試験では総合試験採点結果連絡票で学生へのフィードバックを行っており、学生自身が自己の能力を振り返り、自ら学習しなければならない項目を認識できるように配慮している。連絡票には、各ユニットの得点率と平均得点率、MCQの得点率、論述の得点率、席次、コース内得点率グラフと各学生の位置が示されている(資料145)。

形成的評価は組織的には成されておらず、実習教育で実習中に行うフィードバックが形成的評価となっているが、どのユニットでどこまでフィードバックを行っているかは大学としては把握していない。

B 基本的水準についての評価

Web-based Test のシステムは完備しているが、多くの学生はこの試験問題プールを本試験準備のために使い、必ずしもコース学習中の自分の能力の自己診断には使っていない(資料178)。

C 改善に向けた提言

知識提供型の授業から、能動的学習へと転換を迫られており、学生が自己主導型で学ぶ環境が必要である。SeDLESを学生が自ら自己学習に使うようにしていかなければならない。それと同時に、SeDLESの学習履歴を担当教員が確認して、学生に対するフィードバックが確実に行われるような体制を整えなければならない。

D 改善に向けた計画

SeDLESにより学生の修学的成長を経時的に検証し、必要があれば逐次システムに改修を加える。

B 3.2.4

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。
 - ・ 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 基本的水準に関わる点検

平成 24 年度設備整備事業 SD プログラムによって自己学習システム SeDLES を構築した。SeDLES は、本学が 2003 年以來、総合試験システム実施の度に蓄積・更新してきた約 20,000 題に及ぶ問題データベースと、得られた問題パラメータ (Taxonomy, 正答率、識別指数、Response pattern 等) を情報資産として活用することにより、学生各自の能力特性に応じた問題メニュー (学習計画) を、学生自身が、あるいは必要に応じて担当教員指導の下に作成することを可能にする新たなサーバシステムである。SeDLES では、学生個々人の成績特性に応じて、分野別、難易度別、Taxonomy 別に、問題メニューを複数年度の問題プールから選択し、作成することができる。さらに識別指数によって良質の問題を抽出することができる。これにより、学生は自身の能力特性に応じて、そのモチベーションを低下させることなく、正のフィードバックをかけながら学習することが可能となる。さらに SeDLES は、学習履歴を残すことが可能であり、結果を受験者自身が学習後の形成的評価として利用できると共に、教員との双方向性のフィードバックも実施可能なシステムである (資料 179)。

B 基本的水準についての評価

SeDLES は 2013 年度に導入されたばかりであり、学生のアンケートからは概ね高い評価を受けているが、学生の学習促進に寄与するかはこれからの検証が必要である。

形成的評価については各教員に委ねられているのが現状であり、必要な学生が十分な形成評価を受けているのか、大学としては把握しきれていない。

適切な形成的評価と総括的評価の配分について、学内では検討されていない。

C 改善に向けた提言

SeDLES を適切に活用するために、SeDLES の利用方法について学生への周知を図るとともに、SeDLES 上で学生に責任を持ってフィードバックする担当教員を決定する。

形成的評価が各ユニットで適切に行われる様にするため、評価法について全教員に理解を促すための方策を考える。

形成的評価と総括的評価の配分についての議論を試験委員会で開始する。

D 改善に向けた計画

SeDLES の実績についてデータ解析を行い、形成的評価としての効果を検証する。学生の認知を含めた調査を行い、必要であれば改修、あるいは別の形成評価法を検討する。

評価についての FD を行い、その場で形成的評価と総括的評価の配分について議論する。

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)

Q 3.2.1

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）
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学では総括的評価は試験委員会が管轄し、科目ごとの試験を行っていない。コースごとの総合試験、口頭試験（または OSCE）は前期末と後期末に行い、試験の回数は教務内規で決められ、学生を試験漬けにしない体制が整っている（資料 86）。

コースごとの試験を行うことで、科目間の知識の癒合を促進している。また総合試験と口頭試験（または OSCE）を同じ試験期間に行うことで、知識と問題解決や技能の評価を連携し、学生に知識に基づいた問題解決、知識に基づいた技能が評価されることを伝えている。

B 質的向上のための水準についての評価

本学では2年生後期以降は総括的評価を総合試験、口頭試験（または OSCE）で行い、これら総括的試験は試験委員会という大学組織が管轄する、大学により管理された評価が行われている。その思想的バックボーンは、教育者≠評価者という考え方であり、今後もこの考え方を継続していく（資料 141）。

C 改善に向けた提言

試験問題管理、成績管理を教職協働で行う現行の体制を堅持する。

D 改善に向けた計画

教育 IR 活動によるデータ収集とその分析から課題が発見されたら、その課題に対して対応していく。

Q 3.2.2

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

フィードバック、特に成績不良学生へのフィードバックは試験委員会及び学年担当教学委員から当該学生に行うとともに、本試験不合格で再試験を受験しなければならない学生の保護者にも、再試験受験者であることを通知している。

学外実習でのフィードバックは、態度評価としてポートフォリオ化し、学生の成長過程をフォローアップできるように、学年を超えてデータ集積がなされ、次の学年の学外実習時には、同じ失敗を繰り返さないように再度フィードバックしている。このフィードバックに教育効果があることは「医学教育」にも発表している（資料 162）。

B 質的向上のための水準についての評価

大学が管理している試験であるため、成績も学事課という職員組織が管理している。大学の試験システムは教職協働の形を整えており、その構造が故に、教学に関する事項を管轄する学事課が、フィードバックが必要な学生を担当教員に面会させることが円滑に行われている。

C 改善に向けた提言

e-portfolio の構築を目指す。

学習困難な学生を早めに見出して建設的なフィードバックを行うために SeDLES の活用を考える。

D 改善に向けた計画

公正なフィードバックについて、試験委員会や教学委員会で継続的に検討する。

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）

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不均衡）に注目することで責任を示すことになる。
- ・ [学生の選抜プロセスの記載]には、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ニーズ]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が開示されてもよい。

B 4.1.1

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）
-

A 基本的水準に関わる点検

本学ではアドミッションポリシー（資料 97）を定め、選抜方法を公表し（資料 180）、それに基づいて入試委員会で選抜を行っている（資料 181）。

学生募集では、本学の建学の精神「病気を診ずして、病人を診よ」を理解し、知識や技術にとどまらず、人間中心の医学を学び実践していける、強い意志を持つ学生を求めていることを明確にしている（資料 182）。オープンキャンパスを8月から9月にかけて3回実施し、大学の教育内容や入学試験の概要について説明を行っているが、その際にも大学の教育理念を明示している（資料 183）。

学生の選抜方法は、一般入試による方法で、2002年度までは2月25日に、2003年度から2006年度までは1月28日と2月25日の2回に、2007年度からは2月上旬に一次試験として筆記試験を行っている。一次試験は理科2科目、数学、英語の計4科目が課せられている。さらに約10日後に二次試験として面接を行っている。合格は高等学校から提出された調査書等を含め総合的に判断している。

入学志願者は2003年度から2006年度は前期・後期の2回試験で合計3500～4500名であったが、2007年度からの1回の試験への変更で約2300名となり、2014年度入試では約2600名の志願者数となっている（資料184）。

【資料184 志願者数、受験者数および合格者数】

志願者数、受験者数および合格者数（※1:東京都地域枠5名を含む）

	2013年度	2012年度	2011年度	2010年度	2009年度
募集人数	110(※1)	110(※1)	110(※1)	105	105
志願者数	2,781	2,507	2,574	2,576	2,542
一次試験受験者数	2,557	2,201	2,246	2355	2327
一次試験合格者数	450	450	450	420	450
二次試験受験者数	424	425	421	408	439
二次試験合格者数	155	155	155	150	150
二次試験補欠者数	239	229	224	239	277
繰上合格連絡者数	203	181	170	191	129
入学者数	112	112	111	106	105
倍率	16.5	14.2	14.5	15.7	15.5

入試の難易度による私大医学部での順位は、2002年度までは7～11位であったものが、2003年度の入試改革で2位となり、2007年度からの1回入試においても2位を続けている。本学が私大医学部として高い評価を受けるのに伴って、合格者の中から国立大学への入学を理由に本学の入学を辞退するものが多数みられるようになった（資料185）。

B 基本的水準についての評価

選抜プロセスは客観性の原則に基づき公平に履行されている。学力を中心とした1次試験と面接を中心とした2次試験が行われており、1次試験については出題問題の事前、事後の検証も行われている。2次試験に関しては一人の受験生に対し1時間に及ぶ面接時間を使っている。

現行の入学試験一次試験は、幅広い多様な受験生を受け入れるため、理科（物理・化学・生物より2科目選択）、数学、英語から構成されている。各科目100点満点とし、4科目の成績の合計点に、一定の基準により調査書に基づく評価を加えて一次総合点としている。受験者数により変動するが、一次総合点の上位約20%以内を目安として、一次合格者を判定している。

一次合格者に対して、二次試験として複数の面接委員（3名）による面接試験を課している。現行の二次試験（面接試験）は、面接員に受験生に関する情報を与えない（バイアスをかけないで公平に評価する）集団面接と、調査書情報を事前に面接員が吟味しておく個人面接から成り、調査書上、問題のある受験生については、個人面接において特に注意

深く評価を実施するようにしている。二次試験の面接委員は、医学科（教養・準備教育系、基礎医学系、社会医学系、臨床医学系）の教授から偏りが生じないように依頼している。二次試験実施前に、面接評価のFDを実施し、評価基準を明示し、各面接（集団面接および個人面接）における評価方法の統一を図っている。集団面接においては、良識・教養、自己表現力、コミュニケーション能力を特に重視しており、個人面接試験においては、特に医学部進学の高い意志と動機、入学後に能力を伸ばすことができるかどうかを重視して、人物を注意深く評価している。

面接評価では、一定水準に満たない場合、一次試験の成績に関わらず不可としている。一方、一定水準以上の場合、一次総点に加点して、成績上位者155名（うち東京都地域枠合格者5名）を合格者としている。入学者定員110名より多く公表するのは、合格者のうち、国立大学などへの入学により辞退者がいるためである。補欠者は、上位より順位を付けて受験番号を公表している。

入学者選抜試験は、医学科教授会議の議を経て決定し実施される。入学試験は一次試験としての学力考査筆記試験と二次試験としての面接試験よりなる。入学試験委員長は学長により任命される。入試委員は6名で、教授の中から選任される。委員の任期は1期1年とし、4期までとする。入試委員会は全員の出席をもって成立し、入試に関する業務の実施、合否判定案の作成、特待生の選定、その他入試に関する事項の検討を行う。一次試験の問題作成は入試委員長が任命した入試問題作成委員により行われ、作成された問題は入試委員会による点検を受ける。面接試験は入試委員会が指名した教授により集団および個人面接（各室3名ずつの面接委員）が行われる。集団面接では良識・教養を重点とし、個人面接では医学を学ぶ心構えを主に評価する。また面接に共通して自己表現力を重視している。面接試験の結果を受けて入試委員会はさらに審議を行い医学の道を進むための適性について判断する。入試委員会は一次試験による学力と面接試験による社会性と医学の道を進むための適性、ならびに高等学校から提出された調査書をもって総合的な判断を行う。入試委員会の最終判断は入試判定会議（学長、病院長、準備教育教授、基礎教授、臨床教授の代表者各1名の計5名で構成）において承認を受け合否判定結果（案）となる。合否判定結果（案）は医学科教授会議における審議を経て本学の入学試験合格者の発表となる。入学者選抜のあり方についての全般的な検証は入学試験委員会、入試検討会、学長諮問委員会において毎年行われる。

現在は、入学試験成績とその後の学部での学業成績や学習態度との追跡調査を行っているが、面接試験の方法や課題選定に関しては今後さらに、医師になるべき素質を評価するための改善が必要だと感じている。

C 改善に向けた提言

入学試験での面接試験に関しては、諸外国での事例を参考に、multiple mini-interviewsなどより良い面接試験の方法論について、入試委員会で検討を開始する。

D 改善に向けた計画

新たに取り入れた面接方法論について、その後の学生のパフォーマンスとの相関を検証し、面接試験の改良を継続する。

B 4.1.2

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

身体に不自由のある学生については、今まで事前にはどこまでの障害を受け入れるかについての規定はなかったが、2013年度に受験生からの問い合わせがあり、医学教育カリキュラムを説明し受験生に判断を委ねた。

B 基本的水準についての評価

身体に不自由のある受験生に対し、受験以前に本学の医学教育を受講することができるかどうかを明示していく必要がある。

C 改善に向けた提言

本学で学習を行うために、身体に不自由のある学生をどこまで大学は支援できるかの検討を行い、将来的には入試要項で受験生に事前に明示できるようにしていきたいが、それまでは、身体に不自由がある受験生は事前に大学と相談できる体制を作る。これを入試要項に2014年度から掲載するとともに、ホームページにも公表する。

D 改善に向けた計画

身体に不自由のある学生の受け入れ範囲を拡大していく検討を行う。そのためには海外事例の研究を行う必要がある。

B 4.1.3

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

本学は6年一貫教育の方針を堅持しており、1年次より他大学・他学部において取得困難な単位科目(医学総論)の編成がされているため、転入の制度はなく、全ての学生が1年次からの入学となるが、教養科目に関しては単位互換の制度がある(資料186)。

B 基本的水準についての評価

本学の初年次教育は、医師養成のための「初年次教育」なので、現段階では他学部の転入を2年次以降に編入することはしない。

C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

特にありません。

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)

Q 4.1.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

入学試験の成績とその後の学部での学習成績・学習態度を追跡調査している。

主な調査内容は、①入学時と入学後での成績相関関係、②現役浪人別および男女別での違い、③都道府県別の入学者の推移、④高等学校調査書の評点と入学後の成績などである。調査の結果、2003年度以前に比べ新たな入試制度によって学生の質の向上が認められた。

入学時成績と入学後の成績の間には、入学者全体としては高い相関は認められていない。これは、入学時に高学力の者の多くがその後も高学力を維持している反面、一部には、入学後の成績が急落する学生もいることによる。また、入学時の学科試験成績が低くても、入学後に著しく学力が向上する学生も多くみられることによる。一方、入学後、2年次後期以降の学科試験総合成績に関しては、連続する2学年の基幹コースの成績間にかかなり高い正の相関 ($r=0.6\sim 0.7$) (資料187) が認められている。このことは、一定水準以上の学力がある場合、入学時成績よりも入学後の学習に対するモチベーションの差がその後の学力の向上に大きく影響していると考えられる。また、入学後の初年次における学習習慣が、その後の成績に大きく影響する可能性が示唆される。また2年次後期の基礎医科学Ⅱと共用試験 CBT 成績の間にもかなりの相関 ($r=0.5$ 以上) (資料188) が認められている。この結果は、基礎医学系の学力および2年次からの学習習慣の重要性を示唆している。現役浪人別では、現役と1浪間では入学後成績に差は認められていない。2浪以上では、卒業後の経歴と調査書成績に関係する成績低下が見られることが多い(資料189)。男女間での著しい成績格差は認められていない(資料190)。入学後成績が急落する学生および留年生については、入学時学科試験成績のみならず、調査書内容、面接試験(二次試験)結果および高校卒業後の経歴との関連について、個人別に retrospective な調査を実施しており、その結果、一部には、調査書および面接試験結果との関連を認めている。

卒業時アウトカムは決定されたが、入学試験と入学者の卒業時アウトカム達成と関連に関する調査はこれからである。

B 質的向上のための水準についての評価

「選抜プロセスと、医科大学・医学部の使命、教育プログラムならびに卒業時に期待される能力との関係性」については、卒業時アウトカムを見据えて、入試委員会で検討を開始しなければならない。アドミッションポリシー(資料97)、カリキュラムポリシー(資料191)、ディプロマポリシー(資料192)の整合性についての検討が必要である。

C 改善に向けた提言

「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」については、卒業時アウトカムを見据えて、本年度から入試委員会で検討を開始する。従前から、入学者成績とその後の学内成績・学習態度との相関は検討してきた。しかし従前は卒業時アウトカムという視点がなかったので、卒業時にアウトカムを達成できる学生を入試で選抜できるためにはどのような方法が適当なのか、アウトカムの視点で2014年度から再度検討を行う。

D 改善に向けた計画

「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」の調査検討の結果を待って、入学試験の在り方の検討を行う。

Q 4.1.2

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

本学では2009年度より地域枠5名(資料193,194)の入学定員増加、2011年度からはさらに東京都地域枠(資料195,196)としての入学定員増加を行い、現在は入学定員を110名としている(資料184)。2009年度より開始した慈恵医大の地域枠は、入学者が関東近郊に集中する中で、できるだけ全国の広い範囲から入学者を迎えるための方策である。本学の使命は「病気を診ずして病人を診よ」であり、この思想をわが国全体に伝えることにある。この考えの基に全国の広い範囲からの入学者を迎えようと入試制度を改革した。2011年度からの東京都地域枠は、都心にある医科大学として東京都の医師養成の社会的ニーズを受けたものである。

しかしながら、依然として、入学者の出身が関東地区、特に東京近辺に集中し、他の地方出身者は減少傾向にあり、この傾向に歯止めがかからないのが実情である(資料197,198)。また、せっかく入学した地方出身者の一部に、入学後に学力低下をきたす学生が散見されるのも現実である。この要因の一つとして、最近、地方の各国立大学がAO入試などによる地域枠を設定することにより、優れた学生を早期に確保しつつあること、地元で国公立大学に進学できなかった学生が入学している可能性が考えられる。

B 質的向上のための水準についての評価

社会的要請および本学のスクールミッションを受けての地域枠(合計10名)については、まだ初期研修修了者が出ていないため、この施策が目的通りに結果を残しているか検討ができない状態である。

C 改善に向けた提言

地域枠学生の進路調査ができるように教育IR部門で卒業生管理ができる体制を整えていく必要がある。

D 改善に向けた計画

教育IR部門の機能強化を図っていく。

Q 4.1.3

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

入学試験の成績は開示しており、開示希望者は一定の手続きを取れば入学試験の成績を知ることができる(資料 199)。また、疑義に関しては随時、入試事務室で受け取り、入試委員会で疑義に対する回答を行っている。

B 質的向上のための水準についての評価

「入学許可の決定への疑義」については現在文部科学省が設けている水準には到達していると自己評価している。

C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

特にありません。

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）

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：採用数と教育能力との不均衡）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、医師の配置の偏り、新たな医科大学・医学部の設立、医師の移動といった、健康関連の人材のグローバルな局面と関連のある専門家や組織のほか、国内の保健医療機関の人材についてのプランニングと人材開発の責任を負う当局が含まれる。

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が開示されてもよい。

B 4.2.1

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）
-

A 基本的水準に関わる点検

入学者定員は国の方針と国の認可で行われている。本学はかつての120名定員を1992年度に国の要請を受けて100名にした。2009年度には本学独自の地域枠5名を増員し、2011年に東京都地域枠5名を増員し、2019年度まで継続することになっている（資料194,196）。

本学の教育施設は2002年度に建て替えられ、建替時の設計では留年者を含めて1学年120名と想定しているため、地域枠増員もこの枠内で抑え、学生受け入れ人数と教育施設及び教員の教育能力のバランスを保つことにしている。教育施設についての一覧資料を別添する（資料200,201,202,203,204,205）。

臨床実習の場となる4附属病院には、ベッド数2,636床、4機関合計の年間外来患者数2,057,032名、救急患者数63,271名、入院患者数816,388名、全36診療科（2012年度実績）があり（資料206）、学外実習先として教育病院群や地域の開業医が登録されている（資料107,108）。全学生は小グループで多様な臨床経験を積み重ねることが可能である。

教員数は、国領校15人、基礎医学70人、臨床医学1,048人（レジデント含）、研究施設等41人、初期研修医189人、レジデント101人を擁し、それに加えて学務関係の職員が61人おり、以上の教職員数は本学の教育プログラムを遂行可能としている（資料96,207,208）。（2013年5月1日現在）

B 基本的水準についての評価

現行の入学定員 110 名が現教育施設および教員を含む教育資源として適切と判断している。しかしながら、近年の女子学生の増加に伴い（資料 209）、ロッカーなど一部の教育施設ではバランスが適正でない事案が生じている。また、留年者が多い学年では 120 名定員いっぱいとなって、実習や演習等で十分な教育効果が得られない懸念がある。

臨床実習指導医やチューターについては、1 人の教員への負担が大きいことと、その教育能力が十分でないという問題がある。

C 改善に向けた提言

入学定員を増やす計画はない。東京都地域枠は 2019 年度で終了するので、その後は 105 名の入学定員となる。

教育資源と教育能力が十分であるのか検討する。特に臨床実習やグループ学習のチューターについてはその質も含めて検討する。

D 改善に向けた計画

学生数と教育能力が適正であるのか継続的に検証する。

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）

Q 4.2.1

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）
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

東京都の要請（国からの要請）で、2011年度から東京都地域枠5名を2019年度まで増員することになっている。東京都地域医療医師奨学金制度は、「将来、医師として東京都の地域医療に貢献したい」と考えている医学部生に対して東京都が奨学金を貸与する制度であり、奨学金は修学費として、入学金、授業料、施設拡充費を全額貸与する他、生活費として月額10万円が貸与される。奨学金の貸与を受けた医学科生が、医師国家試験に合格し、奨学金貸与期間の1.5倍（通常は6年間の奨学金貸与期間に対して、9年間）東京都が指定する医療機関で、小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療のいずれかの領域で医師として従事したとき、奨学金の返還が免除される制度である（資料195）。

B 質的向上のための水準についての評価

「他の関連教育の協働者との協議」を行い、東京都地域枠での増員を行っている。

東京都地域枠5名の入学選抜では、本学教員のみならず、東京都職員も参加し（面接試験）、その目的に合う人材の選考になるように努力しているが、まだ臨床研修修了者が出ていないため、東京都地域枠学生がその目的に沿った進路選択をするかどうかは不明である。本学独自の地域枠もまだ臨床研修修了者が出ていないため、プログラム評価ができない状態である。

C 改善に向けた提言

東京都地域枠学生と本学独自の地域枠学生の両者について、学生時、卒業時、臨床研修修了時にアウトカムの評価を行って、地域枠プログラムについての評価を行う。

D 改善に向けた計画

東京都地域枠、本学独自の地域枠の学生が卒業し、どこで初期研修を行い、その後の専門トレーニングをどのように行い、そして医師としてどのような場で活躍するか、今後、教育IR部門で追跡調査を行い、このプログラムの有用性の検討と改善のための資料を集める。

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)

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。

B 4.3.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学には複数の学生支援システムが整っている。特に学習上、および学生生活に対する支援システムとして、以下が挙げられる。

- ・ 1年生・2年生対象の学生生活アドバイザー制度：大学生活及び大学での学習に問題を生じやすいのは1年生の初年次と、解剖学・生理学・生化学といった基礎医学が開始される2年次での急激な学習量の増加期である。したがってこの時期には、学生3名から5名に対し教員一人を学生生活アドバイザーとして任命している。学生アドバイザーは1年生には国領校教員または第三病院の臨床医を充て、国領校キャンパスで学生の支援が行えるようにしており、2年生には西新橋校の基礎医学系もしくは基礎医学系授業に関係する研究所教員や臨床系教員を充てている。学生アドバイザーの人は教学委員である学生部長が実績をもとに任命している。学生アドバイザーには最低年2回は学生との面談を行うよう指示し、そのために学生一人当たり5000円のアドバイザー経費をアドバイザーに渡し、面談時の諸費用を賄うこととしている(資料210)。
- ・ 学生相談室：本学には国領校と西新橋校に「学生相談室」が設置されている(資料211,212)。この学生相談室は1970年後半に学生会と教学委員会との懇談会で発議され、当時の学生の要望によって作られたものである。学生相談室には精神神経科講座

所属の臨床心理士が配置されている。なお相談員の配置にあたっては、ジェンダーに偏りがないよう配慮している。

学生相談室利用のパンフレットは1年次の国領校オリエンテーションと2年次の西新橋校オリエンテーションで学生全員に配布されるだけでなく、両キャンパスの学事課窓口で常時置いてあり、学生がいつでも目を通すことができる。学生相談室の臨床心理士と学事課職員（学生事務の窓口）及び学生支援担当の教員とは常時、連絡が取れる体制となっているだけでなく、学生部長と2年生との昼食会（2年生全員は1年間で必ず1回は出席することが求められている）には西新橋校学生相談室の臨床心理士が同席し、学生部長から学生に対して臨床心理士を紹介している。学生アドバイザーにも学生相談室のパンフレットを持つことを要請し、必要時に学生にパンフレットを渡すよう指導している。

- ・ 学生部長補佐：留年生や問題を抱えている学生に対しては、学生アドバイザーとは別に、20名程度の教職員（学事課職員も含む）から組織されている学生部長補佐があり、学生部長は学生に相性の合う教職員を選ばせ、相談役としている。特に留年生支援に関しては、学生の学習のしかた（ラーニング・スキル）の問題が大きいことが分かっているので、留年生に対しては特に「認知カウンセリング」の手法を用いて支援を行っている。
- ・ 学生支援チーム：重大な問題を抱えていると教学委員会が判断した場合、そのひとりの学生のために「学生支援チーム」が結成される。教学委員会の下部組織として、精神神経学講座の主任教授が委員長を務める学生相談室委員会があり、重大な問題を持った学生がいる場合、学生相談室委員長を中心に「学生支援チーム」を結成し、専門的支援を行う体制が整っている。
- ・ 学外実習で問題行動を示す学生がいた場合、学外実習ユニット責任者が面談し、問題行動の原因を探することで、早期の統合失調症、発達障害、コミュニケーション障害などの学生を早期発見している。学外実習ユニット責任者は学生相談室および学生部長との連携のもとに、これらの問題行動を示す学生への継続的支援を行っている。本学では学外実習を、現行では1年、2年、3年、5年生で行っており、低学年で発見された問題行動を経年的にフォローし、学年進行でその問題が解決されていくかどうかを見守っている。
- ・ 精神科疾患に対して：上記の学生支援で精神科疾患が疑われる場合は、早期に本学の精神科への受診ができるようになっている。学生または家族が本学での精神科受診を望まない場合は、受診学生の秘密が守れる学外の病院及びクリニックを紹介している。

B 基本的水準についての評価

学生部長、各学年担当の教学委員、その他の教員、学生相談室の臨床心理士、精神科医師など、様々なレベルでの学生支援が行われている。特に2013年からは、学内でのハラスメント問題が顕在化して来たことを受けて、学生を支援する教職員ネットワークが立ち上げられ、教学とは一線を画して、学科や学年を超えて学生の問題にきめ細やかに対応する体制が整った。本ネットワークについては、学生のみならず父兄にも通達し、学生の立場に立った支援を行うことを周知している（資料98）。

国家試験の準備勉強に際しては、グループで学習するための演習室を全学生が使用できる様に配分している。国家試験勉強を個人で行うと合格率が低いという経験から、国家試験勉強開始時点でどのグループにも属していない学生をグループに入れる様に支援している（資料213）。

C 改善に向けた提言

学習上の問題に対する学生支援が現状の制度でどこまで有効か、さらなる改善点はないのか、について、データをもとにした解析を行い、さらなる学生支援のシステム拡充に努めるべきである。

D 改善に向けた計画

学生支援をどのようにデータ化し、どのように分析すべきかの検討を教育 IR 部門で開始する。

B 4.3.2

医科大学・医学部および大学は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

経済的支援としては下記に示す奨学金があり、必要のある学生に対して、学生部長または副学生部長が面談を行い、有効利用している(資料 214,215)。

- 1) 慈恵大学奨学金(在學生 2 年生～6 年生) (最高 2000 万円まで)
授業料の全額又は半額を貸与するもので、卒業後に返済の義務がある。卒業後引き続き、本学の基礎系講座に常勤教員として 6 年以上勤務した場合は、理事長の裁量により奨学金の全部または一部の返済を免除することがある(第 12 条)。
- 2) 東京慈恵会医科大学父兄会奨学金(在學生 2 年生～6 年生)
授業料の一部を無利息で貸与するもので、毎年度募集し 1 年ごとに貸与する。卒業後に返済の義務がある。(金額: 100 万円/1 人)
- 3) 本多友彦慈恵医学教育奨励基金(1 年生～6 年生)
学資に充当する使用目的で申請でき、受給は在学中 1 回限りで返済の義務はない。(金額: 50 万円/1 人)
- 4) 日本学生支援機構奨学金(第一種・第二種)
- 5) 三菱東京UFJ 銀行(虎ノ門支店: 主管店)
- 6) 地方自治体との提携による奨学金
 - ① 東京都地域医療医師奨学金(特別貸与奨学金)
 - ② 東京都地域医療医師奨学金(一般貸与奨学金)
 - ③ 静岡県医学修学研修資金(大学特別枠)

また、成績上位 5 名は特待生として翌年の授業料の半額が免除される。
個人的な問題についての支援は B4.3.1 の記述に含まれる。

B 基本的水準についての評価

種々の奨学金制度があるものの、経済的理由からアルバイトを行っている学生が多数見受けられる。アルバイトの負担による学習時間の不足、授業への不参加が考えられる。

C 改善に向けた提言

社会的、経済的、個人的要請に対する学生支援が現状の制度でどこまで有効か、さらなる改善点はないのか、について、データをもとにした解析を行い、さらなる学生支援のシステム拡充に努めるべきである。

D 改善に向けた計画

奨学金制度について、教学委員会で検討していく。

B 4.3.3

医科大学・医学部および大学は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

教学委員の中から各学年担当委員が決められており、また教学委員の福田教授を委員長とする学生保健指導委員会があり、そこでも各学年担当の医師が決められている(資料 216)。

本学は国家試験の対策は特に行っていないが、学生がグループを作って国家試験のための準備をすることを推奨している。グループ学習の重要性について1年次から伝えるとともに、演習室(国領校、西新橋校ともに)をそのために開放し、学事課が管理している(資料 213)。

学習意欲の高い学生に対しては、KCLへの短期留学制度(資料 217,218)、プライマリケア・選択学外臨床実習で低学年から臨床現場を体験できるプログラム(資料 56)、正課外に研究活動を行う学生班(資料 77)、教員の個人的な裁量により学会や海外の医療現場を体験する機会、などより高い学習成果を上げられるような支援を行っている。

B 基本的水準についての評価

学生支援のために本学の資源をフルに活用していると自己評価している。しかしながら、支援を本当に必要としている学生を適宜、十分に発見できているかは今後の課題である。

C 改善に向けた提言

何らかの問題を抱えた学生、学習の向上意欲がある学生、様々な学生に対して、その要望に適切に対応した支援のできるような体制を考える必要がある。

D 改善に向けた計画

学生支援を包括的に行える体制について、教学委員会を中心に検討する。

B 4.3.4

医科大学・医学部および大学は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

上記のシステムは本学の学生支援の資源をフルに活用したものであり、学生の秘密保持も精神科医療の原則に沿って守られている。

B 基本的水準についての評価

カウンセリングと支援に関する守秘は保証されていると考えている。

C 改善に向けた提言

カウンセリングと支援に関して、確実に守秘が保証されていることを学生に伝え、支援の必要な学生がカウンセリングをより受けやすいような環境を整える。

秘密保持のシステムをより確実なものにするため、現状で問題点はないのか、検討を行う。

D 改善に向けた計画

特にありません。

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)
-

Q 4.3.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

学生一人ひとりを支援するのは、教職員一人ひとりである。できるだけ多くの教職員（問題を抱える学生と相性が合って話しやすい教職員は誰なのかは学生により異なる）に学生支援の知識を持ってもらうために、主に初年次教育担当教員へのFD（資料219）、職員へのSD（資料220,221）を行っている。本学が強調したいのは、学生支援は教職協働で行うべきであるということである。

学外実習で問題を抱えた学生を時間軸の中で支援することによって、学生の進歩のモニタリングとそれに基づくカウンセリングが提供できている。

B 質的向上のための水準についての評価

学生支援を目的としたFDやSDは散発的な開催となっている。今後は継続的組織的學生支援のためのFD・SDを企画する必要がある。

學生が自身の学習についてどのように認知しているかを、各学年のオリエンテーションでグループ討論とリアクションペーパー記載でモニターしているが、そのデータの活用には未だ至っていない。

C 改善に向けた提言

學生支援のためのFD・SDをFDの企画を担当するカリキュラム委員会で継続性を念頭に企画していく。

學生の学習に対する認知を分析するために、リサーチクエストンに対応したアンケート記載内容について検討し、継続的にデータを収集する体制を作るとともに、その結果を基にして最適な支援について検討する。

D 改善に向けた計画

學生支援のためのFD・SDの効果測定を行い、さらなる改善を行う。

IR活動として學生の経年的な成長を學生の認識を表現するアンケートと学習の実態を示す教務データとを合わせて解析し、どの時点でどのような支援、どのような教育内容が適するのかを考察する。

Q 4.3.2

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。
 - ・ 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)

A 質的向上のための水準に関わる点検

キャリアガイダンスについては3年次後期学年オリエンテーションにおいて講義形式で示している(資料222)。

その他に本学では、1年次からEarly Clinical Exposureや各学年の学外実習で障害者、子ども、高齢者の医療・福祉・保健の現場での体験をさせ、3年次にはEarly Research Exposure・研究室配属、5年次ではプライマリケア実習(家庭医実習)を必修化し、さらには選択ユニットとして産業医実習、プライマリケア・選択学外臨床実習で學生に様々な医療の形態を示している。これら現場体験は學生にとってキャリア教育となっている。プライマリケア・選択学外臨床実習では、厚生労働省のエクスターンシップやWHOのボランティアなどにも學生が参加しており、広い範囲でのキャリア提示ができています。

學生はこのさまざまな体験を基に臨床研修先を選ぶことになるが、低学年からアドバイザー等により培われた教職員と學生との関係から、學生は複数の教職員に自らのキャリアプランニングについての相談をしている。

女子學生については卒後の進路や悩みを相談する場として、年に1度「女子學生と女性医師の交流会」を開催している(資料223)。

B 質的向上のための水準についての評価

キャリアガイダンスや学生一人ひとりのキャリアプランニングへの支援体制は整っていると考えている。

C 改善に向けた提言

医師としてどのようなキャリアを歩んで行くのか、多様なキャリアを提示することと、具体的に自身の問題として考えられる機会、を考える。

D 改善に向けた計画

キャリアデザインに関しては学生からの意見をもとめ、さらなる改善を考えていく。

4.4 学生の教育への参画

基本的水準：

医科大学・医学部および大学は

- ・ 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)

注釈：

- ・ [学生の教育への参画の関与]には、社会的活動や健康管理プロジェクトのほか、カリキュラム委員会、その他の教育委員会、学術団体およびその他の関連団体の学生自治と代表が含まれる (B 2.7.2 を参照)。
- ・ [学生の活動の奨励]には、学生組織への技術的および経済的支援の提供を検討することも含まれる。

日本版注釈：

- ・ [学生の教育への参画]とは、例えばカリキュラム委員会や教育委員会と学生代表が話し合う機会などを意味する。

B 4.4.1

医科大学・医学部および大学は

- ・ 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)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学では伝統的に、「教学委員と学生会委員との懇談会」が年2回、開催されてきた。この懇談会は1970年後半には定期的な懇談会として確立していた。現在もこの「教学委員と学生会委員との懇談会」が定期的に行われている。参考までに2013年度の懇談会の議題を提示する(資料31)。

2001年に「学生による教員・教育評価ワーキンググループ(資料224)」が結成され、学生が主体となって1年次から4年次のカリキュラムアンケートを行っている(資料123,124)。この活動を学事課が支援し、大学予算としてアンケート印刷費や集計費を支援している。学生が行った評価データは学事課が電子データとして保存している。またアンケート結果はイントラネットで学内に公開されている。「教学委員と学生会委員との懇談会」ではこのカリキュラムアンケートのデータが学生側から提示され、アンケートデータをもとにした教学上の議論が戦わされる。

本学は2013年度からカリキュラム委員会に学生の正式委員を委嘱した(資料18)。この2013年度のカリキュラム委員会では、学生とともに卒業時アウトカムを決めることとなった。

1997年から当時の岡村学長は、4年生を対象に「Beer and Supper」という学生からの意見聴取の場を毎月設けていた。2001年に栗原学長になってからは2年生から4年生との昼食会という形式に変わり(ノンアルコール)、毎週、学長が学生と会って意見交換するようになった。2011年からは松藤教学委員長(現学長)が栗原学長の昼食会とは別に、「2年生と教学委員長との昼食会」を始め、学習のストレスを最も受ける2年生全員に教学委員長として会うシステムを作った。2013年からは、松藤学長との昼食会(2年から4年生)

と、竹森学生部長と2年生（全員）との昼食会が通年で行われている（資料 34,35）。この場での学生の意見も学生部長を通じて教学委員会に報告されている。

B 基本的水準についての評価

学生の正式参加によるカリキュラム検討を始めることができた。

学生からは積極的な発言を受けているが、学生会委員のみの参加であり、学生全体の意見をどれだけ反映できているかは不明である。

C 改善に向けた提言

学生にどこまで参加の域を拓げるか、学生とともに検討を行っていく。

学生会関係の学生だけが参加することで良いのかも検討する。

D 改善に向けた計画

学生との検討の結果、今後のアクションプランを作成する。

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べきである（Q 4.4.1）

Q 4.4.1

医科大学・医学部は

- ・ 学生の活動と学生組織を奨励すべきである（Q 4.4.1）
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

学生会活動の支援、クラブ活動の支援を行い（資料 225,226,227）、適切かどうかの相談も「教学委員と学生会委員との懇談会」で話し合っている。さらに学生グループが新たな活動を求めた場合、同好会として活動を認め、大学教職員に部長や顧問を担当させている。2013年度のクラブの部長と顧問の名簿を別添で示す（資料 228）。

本学には、学生個人が正規のカリキュラム以外に学習を求めた場合、プライマリケア・選択学外臨床実習という選択ユニットで単位化する制度がある。この制度を利用すると、学生の活動が正規の授業と認定され、学研災や医学賠償の適応となる（資料 229）。プライマリケア・選択学外臨床実習のユニット責任者が認定した場合、学生は保険によって守られることとなるわけである。このように本学は、学びたい学生には可能な限りその学習環境を整える用意がある。

衛藤元教授による学生・研修医のための先端医学セミナーでは、意欲のある学生に英語でのプレゼンテーションとディスカッションの場を提供している（資料 78）。セミナー終了後は懇親会が催されて、医学研究で活躍している教員と学生との交流が促進されている。

学生会から大学への意見は慈大新聞にも掲載されて、同窓一同に周知される（資料 230）。

B 質的向上のための水準についての評価

学生の自由な活動は奨励されている。ただし事前に大学が審査して、学生にとって安全で、しかも本学の教育理念に合う場合に限って、大学は学生の活動を十分支援していると考えている。

C 改善に向けた提言

特に現状を変更する計画はない。

D 改善に向けた計画

学生がどのような支援を大学に求めるのか、その支援を大学がどこまで行うか、今後学生と「教学委員と学生会委員との懇談会」の場で話し合っていく。

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）
 - ・ 授業、研究、診療の資格間のバランスを含め、学術的、教育的、および臨床的な優位性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）

注釈：

- ・ [教員の募集および選抜の方針]には、カリキュラムと関連した学科または科目において、高い能力を備えた基礎医学者、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。
- ・ [優位性]は、専門資格、専門の経験、研究発表、教育賞、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[経済的配慮]とは、教員の資金調達に関する組織の状況や資源の効率的利用を考慮することを含む。の他の項目が含まれる。
- ・ [経済的配慮]とは、教員の資金調達に関する組織の状況や資源の効率的利用を考慮することを含む。

B 5.1.1

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）
-

A 基本的水準に関わる点検

本学の教育理念は生涯を通じて成熟し続ける医療人を育成することであり、そのために2013年5月1日現在、医学科学生651人に対して教員1,211名（そのうち国領15名、基礎70名、臨床1,048名、研究室等41名）、職員4,541名（そのうち大学事務部61名）が在籍する。その内訳を以下に示す（資料96,207,208）。従って、学生一人当たりの教員数は1.86名、学生一人当たりの職員数は6.98(0.09)名となる。教員の基本構成は、学校教育法が定める様に、教授、准教授、講師、助教であり、研究を主体とする大学院分野には大学院教授が存在する。教員の学位保有状況は別添の通りである（資料231）。初期研修医やレジデント、大学院生も non-faculty として学生の指導にあたる場合がある。教員の任用・昇格は厳格な審査基準により選考される（資料232,233,234）。

以上の教職員数およびバランスは、本学のカリキュラム遂行を可能にするものと考えられる。

本学のカリキュラムはコース・ユニット制をとっている。なぜならば、学問体系の融合が起こり、診療部門の細分化や医療ニーズの変化によって、従来のような講座単位の教育、診療、研究は困難になったからである。コース・ユニットという教育実施単位の下に、明確な目的で組織された教職員集団が教育を行うことにより、教員一人ひとりがその能力を得意分野で発揮しやすい体制を確立した。コース・ユニット制は、大学が教育全体に責任を持ち、全体の中の一部として各教員が教育活動を行えるようなシステムである。

例えば本学では、ユニット「行動科学」において、人間の行動を規定している心理的基礎を学ぶ。行動科学で扱う内容について、本学の教育バランスを概説したい（資料109）。ユニット「行動科学」では到達目標を以下のように定義している。

- 1) 行動の生物学的基礎（脳内機構、覚醒と睡眠、遺伝、ストレス）を説明できる。
- 2) 行動の心理学的基礎（精神分析、学習理論、意識）を説明できる。
- 3) ライフサイクルから見た心理行動特性の推移を説明できる。
- 4) 面接の構造、面接者の中で起こる反応について説明ができる。
- 5) 人格類型、人格テスト、心理テストについて意味を説明できる。
- 6) 組織と個人（家族、集団力学、コミュニケーション、リーダーシップ）についての概念を説明できる。
- 7) 医師患者関係、患者の心理と行動について説明できる。
- 8) リスク認知の特徴について説明できる。

行動科学は独立したユニットとして、上記のような内容について教育が行われているが、担当教員は精神科医師の他に、分子生物学、腫瘍・血液内科、他大学の人文系と、その内容について最も適する教員が担当している。これらの内容については他のユニットのカリキュラムにも組み込まれており、例えば、コミュニケーション・面接学に関しては1年次に「日本語表現法」や「医学総論Ⅰ演習」、2年次から4年次の「医学総論Ⅱ～Ⅳ演習」で、患者学に関しては1年次の医療総論演習や1年次から取り入れている患者参加授業で、組織と個人及び人格論（発達心理学を含め）については人文社会科学（1年次）や医学総論Ⅱ～Ⅲ演習で学び、ユニット行動科学の授業と連携して教育している。すなわち、行動科学を教育する教員全体としては、精神医学の教員だけでなく、人文社会科学、日本語表現法及び医学総論系教員が参加していることになる。

このように、コース・ユニット制の中で、基礎系、社会系、臨床系の教員がそれぞれの責任の下にバランスをとって教育を行うシステムになっている。

B 基本的水準についての評価

教員は基本的には講座という研究組織に属するが、本学では研究は講座を中心に、診療は診療部、教育はコース・ユニット、行政管理は委員会、社会貢献活動は個人が管理することになっている。したがって講座人事は研究主体の評価にならざるを得ないが、大学が

特に教育を主体に教員を採用する必要がある場合は、教育センターに配属もしくは新規採用することができる。このように講座主体の人事では不十分となる場合は、教育センターがその所属先になることができるのは、総合医科学研究所が講座とは別の分野での研究を行う時に総合医科学研究所が人材を雇い入れることと同じ機構である。この教育センターへの人事を用い、教育上必要な人材を確保することができている。

医学科定員が 100 名から 110 名へと増加したが、教員の定員はそれに伴って増加はしていない。2008 年度より 5 年生臨床実習を 40 週に増やした際は、グループ数を増やして対応している。その他の実習では、授業担当教員を増やして対応したユニットが多く見受けられたが、施設・設備の関係により、教員一人あたりの担当学生数を増やしたユニットも見受けられた。

C 改善に向けた提言

2014 年度からのシラバス記載に於いては、グループで学習する場合の 1 グループの人数、グループ数を明記することとなった（資料 7）。グループあたりの担当教員数が適切であるのか、1 グループあたりの人数が適切であるのか、検討を開始する。

D 改善に向けた計画

医学科定員数に対する教員の適切な定員を確定し、教育の質を重視した運営を模索する。

B 5.1.2

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。
- ・ 授業、研究、診療の資格間のバランスを含め、学術的、教育的、および臨床的な優位性の判定水準を明示しなければならない（B 5.1.2）

A 基本的水準に関わる点検

本学では、教員の業績が「教員評価 FD システム」によりイントラネット上に公開されている（資料 235）。「教員評価 FD システム」では、教員の業績（評価）データを教育評価・研究業績評価・管理運営評価・社会評価の 4 つのカテゴリに分けて入力するが、入力項目には大学で管理している業績データが直接入力される項目と教員自身が入力する項目がある。

- ・ 教育評価では、講義担当時間数、クラブ顧問就任状況、学部学生による評価について大学が管理しているデータが入力されるほか、教育関連講習会への参加実績に関しては大学で管理しているデータに加えて教員自身の入力もなされることにより、各教員がどのような教育領域でどの程度の時間を費やしているかを把握できるようになっている。教育業績の公開は教員の教育責任の明示となる。学部学生による教員評価では、学生からの投票数、ユニット教員内での投票数順位が表示される。学生からの意見は必ずしも総合的な評価とは言えないが、各教員の学生教育に対する責任を果たしているかを評価するための一指標となる。
- ・ 研究業績評価では、研究費による研究や治験の実績について大学が管理しているデータに加えて教員自身によるデータ入力もなされる。さらに、各教員は論文・図書執筆、学会発表などの業績のデータを自身で入力する。研究業績の入力・公開システムとして国内研究者の間で Read&Researchmap（旧 ReaD）が普及・定着しつつあり、本学教員にも使用されている。今後は「教員評価 FD システム」に Read&Researchmap とのデ

ータ転送機能を追加し、各教員の「教員評価 FD システム」への研究業績データ入力の利便性を図ることが求められる。

- ・ 管理運営評価では、講義ユニット責任者、大学・附属病院の委員会委員就任履歴に関して大学が管理しているデータが入力される。
- ・ 社会評価では、学会・他機関での活動、鑑定実施などの社会貢献、受賞歴、取得資格、学内開催の生涯学習での講演の実績に関して大学が管理しているデータと教員自身によるデータが入力される。

「教員評価 FD システム」は、研究業績のみでなく上記 4つのカテゴリの業績データを蓄積し、教員の総合的評価に対応することを目的としている。なお、教員により 4カテゴリの比重配分が異なるので、教員自身が教育・研究・管理運営・社会活動の-effort率を表明し、その-effort率に応じて評価することも考慮されている。

このように、教員の教育業績は「教員評価 FD システム」でイントラネットにて学内公開され、教員一人ひとりがどの教育領域でどれだけの時間を教育に費やしているかが学生や職員にも分かるようになっている。このような教育業績の公開が教員の教育責任の明示となる。

学生ワーキンググループによる教員評価（資料 124）では、好ましい教員、好ましくない教員が理由とともに実名で投票される。学生からの意見が正しい評価とは言えない部分もあるが、各教員が学生教育にどのように携わっているか、その責任を果たしているかの一指標とはなる。

B 基本的水準についての評価

教員は大学内では、①講座、②コース・ユニット、③診療部、④委員会に所属し、研究、教育、診療、行政管理の仕事を個人のレベルで課し、その業績は教員評価 FD システムで公開され、①～④の上長により評価されることになる。①～④の各分野の-effort率は教員各自が設定し、公表することとなっている。しかし各①～④の分野での評価はされるが、職位が講座に帰属しているため、①～④の業績が総合的に評価され、昇格や報酬アップすることが必ずしも保障されていない。教員評価 FD システムにおいて、教育業績は学事課で入力されるため、正しいデータが学内公開されている。

学生による教員評価では、好ましくない教員として連続して挙げられた教員に対して、適切な教育に修正するよう教学委員長またはコース責任者から助言を与えて改善を試みている。

C 改善に向けた提言

教員は大学内では、①講座、②コース・ユニット、③診療部、④委員会に所属し、研究、教育、診療、行政管理の仕事を個人のレベルで課し、その業績は教員評価 FD システムで公開され、①～④の上長により評価されることになるが、各分野の評価をどのように講座内での昇格に結び付けるか、十分には議論がされていない。この議論を学校法人が検討を始める必要がある。

D 改善に向けた計画

教員評価には量的データに関する評価と、質的データによる評価の両方が実施される必要がある。現行の教員評価 FD システムは「量的データ」を提示しているが、「質的データ」を集めるシステムになっていない。教育評価を行う場合は、授業評価アンケートなどの質的データの解析が求められる。今後、教育業績に関わる質的データをどのように集積し、分析するのか、教育 IR 部門での調査研究が必要である。

B 5.1.3

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。
 - ・ 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 基本的水準に関わる点検

学生による教員・教育評価アンケート（資料 124）と臨床実習アンケート（資料 236）では、ユニット毎の評価が定量的、定性的に集計される。各ユニットについて、大変良い、良い、普通、悪い、極めて悪いの 5 段階のリッカートスケールで評価したものの分布と平均点、平均点の経年的変化、さらに、極めて良い、あるいは極めて悪いの評点をつけたユニットについての自由記載が集計されて、イントラネット上に公開される。

臨床講義については 1 コマずつのアンケートを 2012 年度に開始した（資料 237）。

B 基本的水準についての評価

全ユニットのアンケート結果が公開されるので、基礎医学、行動科学、社会科学、臨床医学の学生評価が比較できる環境ができています。授業内容、あるいは試験内容について学生から問題があるとされたユニットに関して、当該ユニットにフィードバックされる仕組みがある。臨床講義に関するアンケートは、アンケートを実施しているものの、データ解析は行われていない。

C 改善に向けた提言

基礎医学、行動科学、社会科学、臨床医学の各教員が、各ユニットでどのような教育を実施しているのかを知る機会を、アウトカム基盤型カリキュラム作成のための FD として企画する。

D 改善に向けた計画

アウトカム達成の中で、基礎医学、行動科学、社会医学、臨床医学がそれぞれどのような役割を担うべきなのか、議論する必要がある。

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)

Q 5.1.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学には①講座主任教授、②研究科教授、③教授の区分がある。講座の改編は簡単にはできないが、研究科教授は大学が求めている研究分野での人材を登用することができる。また教授に関しても、大学が必要とする研究・教育・診療の分野で人材を登用することができる。この制度を利用し、本学では研究所の教授、教育専任の教授や分院で診療を中心に行う教授を任用し、時代のニーズに沿った研究、教育、診療を具現化することができる。本学が今、力点を置かなければならない領域は、講座研究以外には、総合診療能力教育、プライマリ現場での臨床研究であるが、2013年度には臨床疫学や分子疫学で研究科教授が昇任している。

B 質的向上のための水準についての評価

本学がどのような人材を登用するかは、今後の本学の将来構想による。学校法人は2013年度に将来構想委員会を設置した。その目的は本学の在るべき将来像、すなわち本学の社会的責任を果たすための理念に沿った人材登用のためである。

C 改善に向けた提言

学校法人の将来構想委員会で審議を行う。

D 改善に向けた計画

将来構想委員会の審議結果を受けてアクション・プランを策定する。

Q 5.1.2

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。
 - ・ 経済的配慮 (Q 5.1.2)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

ここで言う「経済的配慮」とは、登用した人材が十分な研究・教育・診療を行うために資金を得ること（例えば科研費、GP補助金など）（資料238）や、研究・教育・診療のために大学資源を利用することを大学が支援することであると考えると、本学では各教員が資金を獲得し、研究教育に関する大型備品については学校法人の教育研究助成委員会（資料26）、教育予算に関しては教学委員会、診療に関しては4病院長会議（資料239）が予算を組むことになっており、大学の資源を使って各教員が研究・教育・診療を行いやすいように配慮されている。

B 質的向上のための水準についての評価

本学において登用した人材が十分な研究・教育・診療を行うために必要な資金を得ているかは、個々の教員の状況に応じて、適切な配分を図るため、教育研究助成委員会、教学委員会、4 病院長会議で配分の適正水準および効率性を重視した評価・検証を行う。

C 改善に向けた提言

教員確保のために教育、研究、診療が教員個人に負担が生じないよう、研究推進費やリサーチレジデント手当での拡充など、大学として教員を支援する経済的配慮を「教育研究助成委員会」等で検討する。

D 改善に向けた計画

教育研究助成委員会、教学委員会、4 病院長会議の審議結果を受け、また教職員の要望を取り入れた形で改善計画を策定する。

5.2 教員の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。
 - ・ 授業、研究、臨床の職務間のバランスに余裕を持たせなければならない (B 5.2.1)
 - ・ 授業、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)

注釈：

- ・ [授業、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。

B 5.2.1

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。
 - ・ 授業、研究、臨床の職務間のバランスに余裕を持たせなければならない (B 5.2.1)

A 基本的水準に関わる点検

本学では研究、教育、診療、行政管理、社会貢献に関しては教員が自分でエフォート率を表明し、自己実現を目指すことになっている。

B 基本的水準についての評価

「授業、研究、臨床の職務間のバランスに余裕を持たせなければならない」に関しては現行、行われていることを継続すればよいと考えている。

C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

特にありません。

B 5.2.2

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。
 - ・ 授業、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 基本的水準に関わる点検

教員は研究、教育、診療、行政管理、社会活動を毎年、教員評価 FD システムで公表しなければならない。この業績はイントラネットを通じて全教職員、全学生が閲覧することができる (資料 235)。

B 基本的水準についての評価

「授業、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」に関しては現行、行われていることを継続すればよいと考えている。

C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

特にありません。

B 5.2.3

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。
 - ・ 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 基本的水準に関わる点検

本学の教育は、各教育内容についての最適任者が、コース・ユニット責任者により毎年任命されている (業務命令として任命されている) (資料 84)。教育を担う教員の多くは講座所属であるが、コース・ユニット責任者は最新の研究に基づいた教育を実践できる教員を授業・実習担当教員として、講座の枠を超えて (基礎、臨床の枠も超えて) 任命できる。

教員は講義や実習の中で、教科書的な知識だけではなく、自身の研究内容をも含めて学生に伝授する機会を持つ。医学総論 I 演習や Early Research Exposure (資料 102) では、慈恵の中で特に研究に秀でている教員が自身の研究内容について学生に講義をするプログラムが設けられている。血管外科では毎年慈恵で主催する Japan Endovascular Symposium について、学生の参加費を無料にして、学生が最新の血管外科の現場に触れられる試みを行っている (資料 240)。

新しい教育研究の知見から、コミュニケーション教育やグループ学習法を授業に反映させる努力を行っている (資料 41,42)。

B 基本的水準についての評価

「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」に関しては現行、行われていることを継続すればよいと考えている。

C 改善に向けた提言

新たに取り入れた教育方法については学生のアウトカムを検証する必要がある。

D 改善に向けた計画

年度毎に学生のアウトカムを検証し、その結果に基づいて教育方法を改善する。

B 5.2.4

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。
- ・ 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 基本的水準に関わる点検

カリキュラム全体について記載されたシラバスは、コース責任者・ユニット責任者以外にも、すべての講座および診療科に CD を作成して配布している。また、全学年のシラバスは、インターネットおよびイントラネット上でいつでも閲覧できる (資料 43)。

本学のカリキュラムの基本形は 1996 年 (平成 8 年) に構築された。既に、20 年近く前のこととなる。このカリキュラムが開始されてから本学の教員になった者も多く、新カリキュラム以降の卒業生もかなりの数が教員となっている。多くの教員は本学のカリキュラム構造の独自性を、一般的カリキュラムと誤解している向きもある。それほどに本学のカリキュラムについての知識は、教職員に共有されている。

カリキュラムに関する改訂や新たな試みの導入に際しては、カリキュラム特別検討会 (資料 38) や成成会会のシンポジウム (資料 241) などで公表し、教員への啓蒙を図っている。

基礎教員連絡会では、教授会の連絡事項としてカリキュラムに関する情報も提供されている (資料 32)。

B 基本的水準についての評価

教員のカリキュラム理解に関しては、FD を通じて (資料 242)、さらに効率的に、さらに広く伝える努力を続ける必要がある。

C 改善に向けた提言

教員対象の FD を再構築する必要がある。特に 2013 年度に卒業時達成指針が制定されたことから、特に早急に、アウトカム基盤型カリキュラムについての FD を実施する必要がある。できるだけ多くの教職員・学生を巻き込んで、卒業時アウトカムからマイルストーンというプロダクトを作っていかなければならない。アウトカム基盤型カリキュラムを作成することにより、各学年で開講される授業科目が、卒業時アウトカムとどのように関わるのかを知る機会となり、教職員・学生がカリキュラムの全体像を知ることとなる。授業科目担当者も自分が担当する授業内容の水平的連携や垂直的連携を考えて実施するきっかけとなる。カリキュラム委員会がリーダーシップを持って、アウトカム基盤型カリキュラムの FD と SD を企画しなければならない。

D 改善に向けた計画

アウトカム基盤型カリキュラムのFDやSDを継続的に実施し、その結果を各回適正に検証し、教員のカリキュラム理解を深めるための方略を検討していく。

B 5.2.5

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 基本的水準に関わる点検

毎年数回、教員のためのFDが開催される(資料242)。教員にはFDが、特に昇格時には義務付けられている(資料243)。

カリキュラム特別検討会(資料38)、カリキュラム編成会議(資料244)、医学教育セミナー(資料37)への参加は自由であり、教育に関する新しい知見を共有する機会を提供している。

医療安全・感染セミナー(資料245)、医学論文の書き方講習会(資料246)、CPC(資料133)、ICLS・BLS講習会(資料247,248)、鏡視下トレーニング(資料249)などの研修プログラムが全学的に行われている。生涯学習センター(資料137)では、学外の教員や同窓も対象にしたテレフォンサービスや、生涯学習セミナー(資料139)も開催されている。

クリッカーを使用した授業の実施やe-learningの教材作成、実施については、ICT系の職員が支援を行っている(資料40,89)。個々の授業のための支援(教材作成、印刷物作成、資料の配布と回収、出欠調査など)は、各講座の研究補助員あるいは学事課職員によって行われている。

B 基本的水準についての評価

各教員に教育支援として、学習理論、評価論、特にアウトカム基盤型カリキュラムについての知識伝達を図っていかなければならない。

学生教育に関しての教職協働は十分に行われている。

C 改善に向けた提言

アウトカム基盤型カリキュラムについてのFD対象者は、大学内の教員だけでなく、学外の教育関連協力施設や教育関連病院の教員をも含める必要がある。

D 改善に向けた計画

アウトカム基盤型カリキュラムのFDやSDを継続的に実施することで、カリキュラム改善の課題が発見されるであろう。課題を発見したらその解決策を検討して実施する。

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）

Q 5.2.1

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）
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

カリキュラム遂行のための教員と学生の比率はすでに、B.5.1.1.で述べた。

B 質的向上のための水準についての評価

教員と学生の比率に関しては現状で特に問題は生じていない。もちろん、学校法人が黒字となり、さらなる教員の拡充ができるのなら、それに越したことはない。

C 改善に向けた提言

特にありません。

D 改善に向けた計画

特にありません。

Q 5.2.2

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

教員の昇格については、B.5.1.2で既に述べた。

B 質的向上のための水準についての評価

教員の昇格に関してはB.5.1.2のBで述べた「教員は大学内では、①講座、②コース・ユニット、③診療部、④委員会に所属し、研究、教育、診療、行政管理の仕事を個人のレベルで課し、その業績は教員評価FDシステムで公開され、①～④の上長により評価されることになる。したがって、エフォート率は教員各自が設定し、公表することとなっている。しかし各①～④の分野での評価はされるが、職位が講座に帰属しているため、①～④の業績が総合的に評価され、昇格や給与アップすることが必ずしも保障されていない。」ように課題が存在する。

C 改善に向けた提言

B.5.1.2で既に述べたように、「教員は大学内では、①講座、②コース・ユニット、③診療部、④委員会に所属し、研究、教育、診療、行政管理の仕事を個人のレベルで課し、その業績は教員評価FDシステムで公開され、①～④の上長により評価されることになるが、

各分野の評価をどのように講座内での昇格に結び付けるか、十分には議論がされていない。」この議論を学校法人が検討を始める必要がある。

D 改善に向けた計画

B.5.1.2.で既に述べたように、「教員評価には量的データに関する評価と、質的データによる評価の両方が実施される必要がある。現行の教員評価FDシステムは「量的データ」を提示しているが、「質的データ」を集めるシステムになっていない。教育評価を行う場合は、授業評価アンケートなどの質的データの解析が求められる。今後、教育業績に関わる質的データをどのように集積し、分析するのか、教育IR部門での調査研究が必要である。」

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）

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、十分な勉強スペース、ラウンジ、交通機関、ケータリング、学生住宅、臨時宿泊所、個人用ロッカー、スポーツ施設、レクリエーション施設などの学生用施設が含まれる。
- ・ [安全な学習環境]には、必要な情報の提供と有害物質、試料、有機体からの保護、検査室の安全規則と安全設備が含まれる。

B 6.1.1

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）
-

A 基本的水準に関わる点検

学生は1年次を東京都調布市の国領キャンパス、2年次から6年次までを東京都港区の西新橋キャンパスにおいて学習している。

国領キャンパスの敷地内には、講義室、実験室、120台のパソコンが設置されているコンピュータ演習室、シミュレーション教育施設、学術情報センター図書館（国領分館）、体育館、屋内プール館、硬式・軟式テニスコート、グラウンド、弓道場、学生食堂がある。講義室は、集合教育のための大講堂と少人数教育を行うための演習室とを備えている。国領キャンパスには看護学科校舎も併設されており、看護学科大講堂（収容人数 300人）では医学科と看護学科の共修授業が行われている（資料203,205）。

西新橋キャンパスは、2003年3月に竣工した大学1号館を中心に授業が行われている。大学1号館は地上18階、地下3階で、1階と3階～8階までが教学施設、地下1, 2階：実験動物研究施設、2階：RI実験研究施設、9階～13階：総合医科学研究センター、14～17階：基礎医学講座で構成されている。3階には253名収容の講堂があり、授業のみならず、研究会、学会や大学の行事に使用されている。4階は学生ホール、学生ロッカーと122台のコンピュータが設置され、コンピュータ演習やCBTなど正課内で使用される以外の時間帯では、学生用の自習スペースとして自由に使用することができる。5階は3年生が使用する126席の講堂と感染系実習室、学生ロッカー室があり、6階は2年生が使用する126席の講堂と機能系実習室、学生ロッカー室、7階は自然科学系実習室と学生ロッカー室がある。8階はわが国初のOSCEセンターがあり、中央の制御室とそれを取り囲む15室の小人数学習環境が整えられて

いる。中央制御室からは15の演習室へ画像提供、アナウンスができるようになっており、各演習室をモニター録画できる様になっている。少人数学習室は、この15室の他に、大学管理等の15室と合わせて合計30室作られており、少人数のグループ学習に使用されている。診療技能をトレーニングするためのシミュレーション教育施設が平成22年4月にC棟7階に設置された（資料202,204）。

図書館は西新橋キャンパスに本館、国領キャンパスに分館が配置されている（資料250）。本館は閲覧室2階、書庫4階からなり、総面積3,882㎡（169席）である。図書は、医学・看護学分野の約10万2千冊を整備し、雑誌に関しては、医学・看護学分野の約900誌を購読し、製本雑誌15万3千冊を所蔵する。開館時間は月～金曜は8時～22時、土曜は8時～19時、日曜は9時～17時で、祝日・大学記念日・年末年始は休館である（平成24年度開館340日）。国領分館は閲覧室・書庫1階からなり、総面積734㎡（108席）である。図書は、医学・看護学・一般教養分野の約7万冊を整備し、雑誌は約380誌を購読し、製本雑誌1万4千冊を所蔵する。開館時間は月～金曜は9時～20時30分、土曜は9時～17時30分で、日曜・祝日・大学記念日・年末年始は休館である（平成24年度開館285日）。本館と分館は複写物の送受や図書・雑誌の貸借で連携している。

大学ネットワークで利用できる電子資料として、電子ジャーナル約6,700誌、文献データベース10種、電子ブック85種を整備しており、電子ジャーナルとデータベースのリンクや横断検索のためのシステムも導入している。図書館内から電子資料を利用するため、本館には7台、分館には5台のパソコンを閲覧室に設置している。

電子資料関係であるが、図書館では2007年度に「学術機関リポジトリ構築支援事業（国立情報学研究所）」により学術リポジトリを稼働させ、本学刊行物をインターネット上に公開している（資料251）。デジタル公開では印刷過程が省略されるため、英文誌Jikeikai Medical Journalはプリント版より早期に学術リポジトリ上への公開が可能となっている。本学独自のコレクションとして、学祖高木兼寛の業績に関する記事・論文が挙げられる（資料252）。

本学の教育施設・設備は設置基準を満たし、また、2009年の大学基準協会での認証評価でも適合と評価されている（資料2）。

B 基本的水準についての評価

国領キャンパスの校舎は元々1年生と2年生が使用する様に設計されたが、現在は1年生のみが使用しているため、スペースには余裕がある。各講義室と演習室からインターネットに接続して授業や自己学習に利用できる様になっており、少人数のグループ学習のための部屋も充分確保されている。しかしながら、1年次の医療総論演習は看護学科と首都大学との共修であるため、約180名弱の学生が一堂に会することになり、看護学科大講堂で机と椅子を配置しての定員の180名ではスペースに余裕がなく、グループ毎に着席する等には対応できない。またバリアフリー仕様ではないため、授業に視覚障害の方や難病の方をお招きした時に不便をおかけしている。

西新橋キャンパスは、100名定員の時点で設計されたために、様々な場面でスペースが不十分な事例が散見される。4階講堂のコンピュータ演習室は120名定員で設計されているため、特にCBTのような全員がコンピュータを使用する状況では、学生はかなり窮屈な環境で試験を受けなくてはならない。実際CBTの外部モニターにも、狭過ぎるという指摘を受けている。また、一部の総合試験でコンピュータ試験を導入しているが、4階講堂が手狭なため、余儀なく中央講堂を使用しているが、コンピュータ設置の手間、施設の老朽化により座席や机が使いづらい、照明が暗い等の問題点がある。また女子学生の増加により、女子ロッカーが手狭になっている。

8階演習室は教員・学生から使用希望が多く、必要な授業枠でも使用できない場合がある。大学としても学生には自己学習を推進しているが、その場所が充分確保できていない。大

学1号館は2002年3月に竣工し、すでに10年以上が経過しているため、講堂のプロジェクターの中には、光量が不十分で映像が鮮明でなく、色調が変化している等の不具合が生じている。

7階実習室は、本来機能系実習のために設計されたものであるが、グループ学習のために非常に有用な空間となっている。しかしながら実習室であるために、講義をするためのプロジェクターの設計になっておらず、スライドを投影しても非常に見にくい作りとなっている。

学生用図書資料の選定は、本館では図書館委員会、分館では分館運営委員会で決定される。両委員会とも教員から構成され、学生からの意見も取り入れながらカリキュラム及び学生の学習に対応した内容の選書となるよう配慮している。なお、シラバスに掲載された図書は網羅的に収集し、図書館のWebページで所蔵検索が可能である(資料253)。学生の意見を取り入れる方法として、平成25年度には図書館職員同伴のもとで書店で実物を見ながら選書する方法を実施した。自己主導型学習の促進に伴い、学生の意向を選書により反映させる方法を考えていきたい。

施設的な問題として、図書館を勉強の場所として利用する学生が増えており、とくにテスト期間は閲覧室の机のほとんどがテスト勉強のために占められ、図書閲覧者のためのスペースが限られることが挙げられる。図書館の効果的な利用スペースの確保が課題である。短期的な対応として、学事課の管理により演習室や教室を勉強の利用のために開放して、勉強の場所として演習室や教室も活用するように学生に呼びかけている。将来的な解決策として、「Q 6. 1. 1A」で触れるが、ラーニングコモンズのスペースの設置などについても考えていきたい。

C 改善に向けた提言

グループを作ったのActive Learningはこれから積極的に導入する必要がある。7階実習室の映像環境を整えて、どの座席からでもプロジェクターの投影画面が見えやすい様にし、グループ学習しやすい環境にする。

8階演習室を使用する可能性があるユニットの授業については、講義予定を組む際に重複しないような配慮を行う。

購入図書の選定に学生の意見と取り入れる方法として、各学年に図書委員を指定して同学年からの希望購入図書についての意見を集める方法をとっている。現在、意見が寄せられるのは1年生からのみである。図書委員の学生に希望図書はないか問い合わせたところ、授業で指定される図書以外に必要な図書はとくにないとのことであった。2015年度のカリキュラム改編に伴い、系統講義から自己主導型学習への転換が図られるが、自己主導型学習の拡充に合わせ、学生からの選書についての意見を聞く会議を定期的に設けるなどの対策を考えたい。

D 改善に向けた計画

テュートリアル・ルームを増やして、座講という講義形態からテュートリアルのような問題解決学習への移行を推進する。

図書館の効果的な利用スペースの確保については、将来的な解決策としては、「Q6. 1. 1A」で触れるが、ラーニングコモンズのスペースの設置などについても考えていきたい。

B 6.1.2

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

安全な学習環境の確保のため、講堂使用規定（資料 254）、実習室に関する規程（資料 255）を作成している。実習室の利用に関しては実習室ごとに管理責任者を定め（資料 256）、何か問題が生じた際は、実習室運営委員会を開催し解決を図っている。さらには、病原体等安全管理委員会（資料 257）等とも連携を図り、教職員、学生の安全管理対策を行っている。

臨床実習での患者安全・感染防御の体制は、附属病院医療安全推進室、感染対策室と連携を図り対応している。臨床実習オリエンテーションでは、感染対策に関する講義および実習を行い自らの感染防御の必要性を訴えている。医療安全推進室は、院内で発生した実例を挙げながら学生に指導している。これらは常に学生が持ち歩く「臨床実習ガイドブック」（資料 72）、「セーフティマネジメントマニュアル」（資料 258）にも掲載されている。また、本学独自の臨床実習の医行為水準（資料 118）を定め、学生・指導教員に周知している。

2011年3月11日に発生した東日本大震災を受けて、大学施設全体の耐震検査を実施した結果、震災への備えとしてグループ学習や学生の自己学習として使用していた高木会館演習室1～15を大学管理棟1～2階（全15室）に移転した（資料 259）。

微生物に関係する実習は、大学1号館の一般利用を優先し、病原体等安全管理委員会の実習に関する申し合わせに従った封じ込め施設を使用しない実習を行っていたが、これでは実習内容が大きく制限され、教育内容に問題が生じるだけでなく、安全面でも問題があることから、微生物系の実習室のP2実験室としての使用願いが、微生物系の実習ユニット責任者と病原体等安全管理委員会委員長から提案された。大学1号館5階実習室および顕微鏡実習室のP2化を2014年4月より予定している（資料 260）。

学生の健康管理のため、春期と秋期の年2回健康診断を実施している（資料 261）。健康診断にて再検査となった学生は、学年担当の学生保健指導委員のもとで再検査が行われる（費用は大学負担）。継続して治療が必要な場合は専門外来に紹介され外来受診を継続することになる。その他、小児感染症ワクチン（風疹・麻疹・水痘・ムンプス）、B型肝炎ワクチン、インフルエンザワクチンを費用大学負担で実施している（資料 120）。

授業中や課外活動、部活動などによる怪我を補償するため、1986年4月から学生教育研究災害傷害保険に全学生が一括加入している（資料 229）。この保険は学生が教育研究活動中に災害を被った場合の救済措置が目的であり、本学では学研災に関する規定により取扱うこととなっている。2008年度から学研災付帯賠償責任保険に、2012年度から通学中等傷害危険担保特約（通学特約）にも加入した。

入学時に新入生オリエンテーションガイドブック（資料 262）を配布し、教育内容の他に、健康管理と感染症対策、セクシャルハラスメント、災害時の対応などについての周知を図っている。各学年で行われている「学年オリエンテーション」では、薬物乱用、SNSの使用（資料 263,264）、ハラスメントについて定期的に注意を促している。特に近年問題が多々発生している個人情報取り扱い（資料 265,266,267）、著作権の問題（資料 268）等について、学生に注意を促している。

以上から国領校、基礎医学系そして大学附属病院での教職員、外来患者と介護者の安全を保つ学習環境となっている。

B 基本的水準についての評価

国外で実習等を希望する学生に関して、渡航中の病気、怪我、実習中の補償について、より配慮された保険に加入する必要がある。また、附属病院での診療参加型実習をより有意義なものとするため、学生が利用できる寮の確保を行う（資料 269）。

定期健康診断の受診については、カリキュラムの中に設定され、掲示とメーリングリストを用いて学生に周知徹底が図られているが、受診率 100%が達成できていない。

C 改善に向けた提言

診療参加型臨床実習を拡充するにあたり、医学生による医行為の水準を再確認し、FDを通じて指導教員に周知する。ステューデントドクターを患者に十分理解してもらえ協力を得られるよう、広報の見直しを行う。

D 改善に向けた計画

障害をもった患者・教職員に配慮したバリアフリー化を推進する必要がある。臨床実習中に附属病院内にて学生が自己学習するスペースが不足しているため、学習スペースを確保する必要がある。

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）

Q 6.1.1

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）

A 質的向上のための水準に関わる点検

アメリカ医科大学協会が GPEP 報告を出した直後、1985年に当時の阿部正和学長を主査に医学教育に関する調査研究協力者会が組織され、1987年に最終報告が公表された。この答申は GPEP の影響を大きく受けたものであったが、問題解決型学習のカリキュラムへの埋め込み、基本的診療能力の教育、生涯学習能力の涵養、人間形成と極めて重要な内容が網羅されており、臨床実習に関しても患者中心の医療実践を求めている。その後 2001年に文部科学省主導でモデルコアカリキュラムと共用試験の導入が行われたが、これは前述の答申を踏襲するものであった。本学ではそれ以前に、阿部正和元学長の答申後、いくつかの委員会検討を経て、1996年には当時の岡村哲夫学長の強い意向で新カリキュラムを導入した。それを受けて、2002年竣工の大学 1号館の設計の際にも先進的な教育実践を意図し、我が国初の OSCE 施設を創設、1993年には西新橋（資料 270）、1995年に国領校（資料 271）にシミュレーション教育施設を開設し、建学の精神に基づいた教育改善をすでに実施していた。

本学では分散して存在する学術情報を統合的に利用するための環境構築を目指している。当初から電子資料（電子ジャーナル・電子ブック・文献情報データベース）のネットワーク機能を活用することにより教育・研究活動における学術情報の統合的利用を実現することを目的として、ネットワーク製品の導入を積極的に進めている。MEDLINE のインターネット提供が普及していなかった 1991 年度に、パソコンネットワークを利用して CD-ROM 版 MEDLINE を取り入れ、複数の利用者が同時に複数の CD-ROM を横断的に検索できるシステムを構築した。そして、電子ジャーナルが市場に出現してきた 1999 年度には、東邦大学と共同で出版元と交渉して電子ジャーナル・パッケージ ProQuest を導入した。ProQuest の導入が本学における電子ジャーナル導入の開始であり、その後、教育・研究で効果があると判断される電子製品の整備を進めている。各電子製品は異なる出版社から提供されるが統合的利用を実現するために、ネットワーク機能を活用して 1 回の操作で複数の電子製品を横断的に検索できる設定をしている。2013 年度は、電子資料として電子ジャーナル約 6,700 誌、文献情報データベース 10 種、電子ブック 85 種が整備されており、学内ネットワークからインターネット経由で利用することができる。なお、出張・出向中で学内ネットワークを利用できない教職員のために、2009 年度にリモートアクセスサービスを開始し、学外から学内ネットワークを経由して電子資料へのアクセスを可能としている。リモートアクセスサービス登録者は 2012 年度末で 1,090 人である。

生涯学習にもつながっていく自己主導型学習習慣を低学年から身につけるためにも、Active Learning の手法導入が必須である。また情報が膨大になった現代では、授業で全ての知識を伝授することは不可能であり、古典的学習理論に基づく教育からストーリー中心型カリキュラムに移行せざるを得ない。そのために PBL テュートリアルが有効な学習手段とされているが、グループ間の格差や教員負担が問題点として良く挙げられていた。それを解決するために、大教室で能動性を高める授業として開発されたのが TBL である。2012 年からクリッカーを導入して TBL を実施しているが、瞬時に全学生あるいは全グループの回答状況を得ることができ、結果を開示することもできる。開示した結果を全員で共有して、そこから議論を展開することもできる。またクリッカーは TBL のみでなく、授業中に学生の考え方や理解度を確認するためにも用いられた（資料 89）。

以上のように新しい教育ニーズに沿った学習環境の整備を行っている。

B 質的向上のための水準についての評価

OSCE 施設は、OSCE 実施時のみでなく、小グループ学習のための施設として、演習授業、課外の学生の自主学習スペースとして非常に有効に活用されている。シミュレーション教育施設は年々利用率が上がっており（資料 272）、設備を逐次更新して利用者の便宜を図っている。

複数の出版社から提供される電子資料（電子ジャーナル・電子ブック・データベース）を統合的に利用できるようにするために、図書館 Web サイト内に全電子資料の一覧を掲載し、題名や分野から目的の資料を検索し、指定できるようにしている。また、データベースで検索された論文や論文中の参考文献のフルテキスト（全文）へリンクさせるための製品も導入しており、リンク情報を随時更新することにより、異なるサーバに存在する電子資料を統合的に利用するための便宜を図っている。上記の Web 上での一覧作成のほか、設備面での拡張も進めている。本学では、2015 年度のカリキュラム改訂による自己主導型学習への転換に伴い、2014 年度から演習における学生によるプレゼンテーションやディスカッションが徐々に拡充される。演習の用意のためには、これまで利用していた電子資料（電子ジャーナル、文献情報データベース、電子ブック）に加え、教育用画像やプリント版の図書・雑誌など広範囲な資料を利用し、それぞれのコンテンツから得た情報を統合化することが必要である。多様なコンテンツを図書館内で統合的に利用する環境整備の第 1 段階として、2013 年度は「私立大学教育研究活性化設備整備事業」（文部科学省）（資料

273) の補助を受け、自己主導型学習用パソコン 8 台を図書館に導入し、これら 8 台から附属病院の PACS (医療用画像管理システム) 内に蓄積された教育用画像を参照できるようにした。これら 8 台のパソコン周囲には従来の電子資料、プリント版の図書・雑誌も利用できるレイアウトとし、物理的にも各種コンテンツの統合化利用の環境整備を進めた。さらに、学生のネットワーク利用様式を考慮し、2013 年度は図書館内に Wi-Fi アクセスポイントを設置した。これにより、学生は使い慣れているタブレットやスマートフォン、ノートパソコンから Wi-Fi を経由してネットワーク上のコンテンツにアクセスし、電子資料や教育用画像、プリント版の図書・雑誌とあわせてより広範囲なコンテンツを図書館内で利用することが可能となった。なお、図書館では 2013 年度に、出版社から提供される電子資料 (電子ジャーナル・電子ブック・データベース) のほかにインターネット上に無料公開されている学術情報も一括して検索するためのシステム (ディスカバリーシステム) を導入した。現在、対象とする無料公開の学術情報の範囲を設定している。2013 年度中に図書館 Web サイトにディスカバリーシステムの検索窓も追加して、学生がより広範囲な学術情報資源を統合的に利用できるようにする。

TBL はもともとスクラッチシートやパネルを上げる方法で回答するものであったが、クリッカーを用いることによって、回答状況が瞬時にわかって結果もすぐに全員で共有できるようになった。このようにリアルタイムでの双方向授業を行うことにより、学生の自律的学習能力やグループワークのスキルを高める一助になるのではと考えている。ストーリー中心の課題を用いることによって基礎医学と臨床医学を統合した課題を実施するのにも効果的だと考えられる。現時点で TBL を実施しているのは 1 年次と 3 年次の医学総論のみであるが、今後導入が進んだ場合、クリッカーが 240 台しかないために実施困難となる可能性がある。クリッカー専用 PC は 2 台あるために運用面で余裕がある。

全員でグループ学習可能なスペースは、実質的には大学 1 号館 7 階実習室のみであり、今後テュートリアル形式を推進するには教育環境が不十分である。

C 改善に向けた提言

学習環境の変化に伴い、講堂やグループ演習室に Wi-Fi 環境を整備する。

自己主導型学習用パソコンで利用できる教育用画像は、現在は附属病院の PACS 内に蓄積された教育用画像だけであるが、2014 年度以降は病理学講座など他講座・診療部においても、演習の準備のために有用と思われる教育用画像を掲載できるように調整を進めている。図書館での教育用画像の利用は 2013 年度末に開始されたばかりであるので、カリキュラム担当の教員ばかりでなく、実際に利用した学生からの要望も受け、学習に有用な教育用画像の選定・作成を進める。さらに、教育用画像には学生の学習の補助となる解説も加える。2015 年度からは演習と臨床実習の事前学習に教育用画像を使用することを課題として与える。

グループ学習が可能である 7 階実習室を講義にも使いやすいように改修が必要である。スライドがどこからでも見やすい様に、正面のスクリーンを大きくするか、サブスクリーンの数を増設すべきである。

必要であればクリッカーの数を増やす。

D 改善に向けた計画

シミュレーションセンターでどのような設備、環境が必要なのか、随時検討して改善を図って行く。

学生が能動的に学習に参加できるように、TBL を始めとしたストーリー中心型カリキュラムに移行する必要があるとあり、海外や他学の教育内容も参考にして症例ベースの実践例を研究するべきである。カリキュラム実施のために、グループ学習ができるようなテュートリアル・ルームを増やす必要がある。

自己主導型学習では、電子資料、教育用画像、図書・雑誌など多様なコンテンツを統合的に活用することが必要であるが、そのほかグループワークや先輩からの指導、プレゼンテーションの予行練習も並行して実施することにより、知識の習得・創出をより充実させることができる。グループワークや先輩からの指導、プレゼンテーションの予行練習が可能なスペースとして、将来はラーニングコモンズの設置を考えたい。

クリッカーまたは携帯端末等、各学生が自分専用の回答端末を持つようになれば、それで出席管理も可能になると考えられる。出席を管理する必要があるのかどうかも含めて議論する。

6.2 臨床トレーニング

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)

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み合わ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：

- ・ [患者のカテゴリー]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 年度改訂版に収載されている）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。

B 6.2.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

従来の医学教育ではその臨床教育の場を大学と大学附属病院に限って来た。

5年次臨床実習における臨床的経験を与える資源として、本学では附属病院として、西新橋の本院（晴海トリトンクリニックを含む）、葛飾医療センター、狛江市・調布市の第三病院、千葉県の柏病院の4病院を持つ。4病院別の1日平均入院患者数は2,236名、1日平均外来患者数は7,171名、年間救急車搬入患者数は18,787人である（資料206）。

【資料206 大学附属病院の診療実績】

病院名	病床数	1日平均入院患者数	1日平均外来患者数	救急車搬入患者数
本院	1,075	898	2,982	8,954
葛飾医療センター	356	316	1,129	3,880
第三病院	581	486	1,403	3,123
柏病院	624	536	1,555	2,830

本学では、大学病院以外の地域医療現場を学ぶ「場」が必要と考え、臨床実習前教育として、1996年度以降順次、積極的に学外実習を新設してきた。1996年度1年次に「福祉体験実習」（地域の授産更生施設での1週間実習）（資料62）、1997年度2年次に「重度心身障害・難病医療体験実習」（ホスピス、重度心身障害児医療療育病院等での1週間実習）（資料63）、地域子育て支援体験実習（資料64）、そして1998年度3年次に「在宅ケア実習」（都内の訪問看護ステーションでの1週間実習）（資料65）を開設した。大学を離れ、地域そして患者さん宅での医療の手伝いをしながら医療の時間軸を考え、今の医療の広がりを知り、そして異職種のスタッフとのチームワーキングの素養を身につけ、さらに患者さん・ご家族とのコミュニケーションを通して自分のコミュニケーション能力を向上させて欲しいという目的からである。さらに5年次には「家庭医実習」（資料107）として地域の開業医や中小病院で1週間の実習を行い、地域医療の現場を経験する学習機会を得る。地域医療を経験する資源としては、家庭医実習の他にも、6年次の選択実習で学生が希望すれば地域中核病院で実習ができ（資料108）、さらに1年次から選択可能なプライマリケア・選択学外臨床実習（資料56）で自由に地域の医療施設での実習が可能である。

B 基本的水準についての評価

学外実習はプライマリケア現場で行われているが、臨床実習、特に5年次は附属病院が主となっている。本来学生がすべき臨床経験は1次医療、2次医療、3次医療そして予防医学という幅広い経験である。

5年次臨床実習は附属4病院が主な資源となっている。患者数は、各診療科別の入院および外来の患者数から十分確保されていると考えられる（資料274）が、経験すべき疾患、症候、病態を加味しての患者数を十分確保できているかどうかについては、現状では把握できていない。また、学外実習における学外施設での患者数、カテゴリーについては調査していない。

C 改善に向けた提言

学生に幅広い臨床実習の「場」を提供するために、平成24年度文部科学省GP事業「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習拡充」（資料79）の推進のため、慈恵大学附属4病院だけでなく、大学協力病院での診療参加型臨床実習の構築を目指している。大学協力病院を示す（資料275）。

【資料275 大学協力病院と病床数（平成24年4月1日現在）】

病院名	住所	病床数
国立病院機構西埼玉中央病院	埼玉県所沢市若狭 2-1671	325
富士市立中央病院	静岡県富士市高島町 50番地	540
厚木市立病院	神奈川県厚木市水引 1-16-36	356
町田市民病院	町田市旭町 2-15-41	447

大学協力病院は二次医療の資源である。さらに、附属病院や大学協力病院とも関連のある一次医療機関として開業医での家庭医実習を臨床実習に組み込むこととなっている。

学生が経験すべき疾患、症候、病態を実習において経験できているかどうかを調査する必要がある。臨床実習における診療能力開発のためのポートフォリオを運用する予定である。ポートフォリオでは、学生自身による自己チェックリストを掲載し、臨床現場での疾患、症候、病態の経験についてデータを集積する。

D 改善に向けた計画

2015年度以降の臨床実習拡充によって、学生にどのような学習成果を生んだかを検討する。

ポートフォリオを運用することによって、学生がどのようなカテゴリーの患者をどの程度経験できたかを検証する。この検証は本学附属4病院のみでなく大学協力病院、開業医での経験を含めて行う。

B 6.2.2

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
 - ・ 臨床トレーニング施設 (B 6.2.2)

A 基本的水準に関わる点検

臨床トレーニング施設については、①シミュレーション教育施設、②病院（一次、二次、三次医療）、③外来（プライマリケアを含む）、④クリニック、初期診療施設、⑤健康管理センター、⑥その他の地域保健に関わる施設、がある。

- ①シミュレーション教育施設は、本院のある西新橋、第三病院のある国領、葛飾医療センターに整備されている。西新橋はセミナー室1室、実習室8室があり、国領および葛飾は1室づつを有する。主な機器備品を（資料270,271）に示す。葛飾は2013年度から稼働した。
- ②附属4病院の総病床数は2,636床である。三次医療の本院1,075床、二次・三次医療の葛飾医療センター356床、第三病院581床、柏病院624床を有している（資料206）。
- ③本学では臨床実習の中に5日間の外来実習が組み込まれており、プライマリケアを含む外来診療を行っている。
- ④5年次に5日間の家庭医実習を行っており、地域でのプライマリケアについて学ぶ機会を設けている。
- ⑤健康管理センターでの実習は行われていない。
- ⑥地域保健に関わる施設として、低学年からの福祉体験実習、重症心身障害児療育体験実習、地域子育て支援体験実習、在宅ケア実習、産業医実習が行われている。

B 基本的水準についての評価

- ①シミュレーション教育施設は西新橋、国領、葛飾の3病院にあり、各々委員会を設置して資源の確保と施設の有効利用を図っているが、柏病院には未だ施設整備がされていない。正課内での西新橋と国領の利用状況は（資料272）に示すとおりであり、主に基本的臨床技能実習と臨床実習の中で利用されている。5年次臨床実習でも使用されるようになり、利用回数も増加して良い方向に向かっているが、さらなる患者安全のためにはシミュレーション教育施設の利用を伸ばす必要がある。
- ②本院は三次医療、先進医療を学ぶ現場としては十分な環境である。特定機能病院であり、地域周産期母子医療センター、東京都認定がん診療病院、神経難病医療拠点病院、エイズ診療中核拠点病院に指定され、先進医療としてバクリタキセル静脈内投与等の承認を受けている（資料276）。本院の他に葛飾医療センター、第三病院、柏病院があり二次・三次医療の地域中核病院として、地域の医療ニーズに対応した診療が行われる資源となっている。

- ③ 外来実習は5日間行われているが、学生は指導医の診察を見学していることが多く、臨床トレーニングとしては不十分である。
- ④ 家庭医実習は一次医療を行う地域の開業医の先生方にその地域でのニーズに即した患者診療について学習させて頂いている。
- ⑤ 健康管理センターでの実習は行われていない。
- ⑥ 地域保健医療については、現行の実習で地域の様々な保健医療に接触することができる。

C 改善に向けた提言

- ① さらに患者安全を高めるためにはシミュレーション教育施設の利用を伸ばす必要があり、学生の自主学習への有効活用を検討する。また、柏病院におけるシミュレーション教育施設の整備を2014年度に行う。
- ② 三次医療については附属病院を資源として継続し、二次医療機関での経験を十分に積ませるべく、大学協力病院での診療参加型臨床実習の構築を目指す。
- ③ 外来実習は2015年度からの臨床実習改革で5日から1日に縮小される。その分、診療科ごとの外来教育を充実していく予定である。
- ④ 家庭医実習については継続する。
- ⑤ 健康管理センターでの実習の予定はない。
- ⑥ 地域保健医療の現行の実習はそのまま継続とし、高齢化社会に対応すべく、2015年度から高齢者医療体験実習を導入する予定としている（資料111）。

D 改善に向けた計画

- ① シミュレーション教育施設は西新橋、国領、葛飾、柏の4病院各々の委員会で、主体的に管理運営を行い、資源確保および有効利用を図る。利用者の意見も募って継続的に改善を図る。
- ② 本来学生がするべき臨床経験は一次医療、二次医療、三次医療そして予防医学という幅広い経験である。6年間に亘る臨床経験を経年的に追跡し、その教育成果を検証する。
- ③ 外来での学習がどのように行われているのかを調査、検討していく必要がある。より良い教育成果を得るための方策を検討する。
- ④ 家庭医実習は今後も継続する。
- ⑤ 健康管理センターでの実習については今後学内で検討する必要がある。
- ⑥ 地域保健医療については、学外実習を継続する。

B 6.2.3

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
 - ・ 学生の臨床実習の監督（B 6.2.3）
-

A 基本的水準に関わる点検

5年次臨床実習においては各診療科で実習指導担当責任者が決められており、各責任者の下に実習担当教員が適宜配置されている。2013年度に臨床実習を監督した各科の教員数を臨床実習ガイドブックから算出した（資料277）。臨床実習中の医行為については、臨

床実習教育委員会で決定された水準表があり、実習指導医の指導と監視のもと、患者および病棟スタッフの同意を得て医行為が許される体制をとっている（資料 117,118）。

前臨床実習では、ユニット責任者によるオリエンテーション、実習配属先決定、実習ガイダンスをまず行い、患者さん、ご家族や実習施設に対する配慮、患者安全について十分な理解を促した後に実習開始をする。実習後には反省会を行い、実習前の授業、実習での態度、実習についてのレポートで合否判定をしている。実習期間中は常に担当教員に連絡がつくようにしており、不測の事態に対応できる体制をとっている。

B 基本的水準についての評価

5年次臨床実習の監督者数は学生1名につき1名以上が担当となっており、数としては確保できていると思われる。しかし、各診療科の実習現場でどのような監督が行われているのかは把握されていない。実際に関わっている教員数も正確にはわからないし、データとして公表されていない。初期研修医やレジデントが学生教育にどのように関わっているのかもわからないし、屋根瓦式はあまり実践されていない。監督者が認定医、専門医の資格保持者であるかどうかは把握できていない。

前臨床実習の監督は十分に行われており、実習後には全受け入れ先にインタビュー調査も実施しているが、ユニット責任者の負担が非常に大きいという問題がある。

C 改善に向けた提言

本学では臨床実習指導医を対象としたFD（資料 278）が行われており、FDを修了したものが現場で学生教育の監督者となることが望ましいと考えられる。臨床実習を担当する教員のFDへの参加を促す。

Teaching is Learning.であり、研修医が上級生を、上級生が下級生を指導する屋根瓦方式を取り入れることにより、学生や研修医の能力向上とともに、監督教員の負担も軽減すると考えられるため、実習現場での屋根瓦方式導入について検討する。

現在各診療科における監督者が認定医や専門医であるのかどうかは把握していく必要がある。

D 改善に向けた計画

臨床実習拡充に伴い、臨床実習を監督する教員が十分な教育能力を有するのか、教育アドバイザーも含めて検証を行って行く必要がある。FD参加による教育改善が進むのか、FDの内容も含めて検討する。

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）

Q 6.2.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

シミュレーション教育施設の学生を対象とした利用は増加している (資料 272)。また、臨床実習環境に関する教員を対象としたアンケート調査 (資料 279) を行った。

B 質的向上のための水準についての評価

シミュレーション教育施設は 4 年次基本的臨床技能実習で多岐にわたって活用されているが、5 年次臨床実習では現場での経験と合わせてさらに活用されるべきである。

教員を対象とした学生の臨床実習環境についてのアンケート調査では、外来での臨床実習のためのスペースが不足している、病棟でも学生が実習を行うスペースや小カンファレンスを行うスペースが不足しているという問題点が指摘されている。一方で、臨床実習の現場が学習者の要請を満たしているかどうかについて、臨床実習についての学生アンケートをとっているが (資料 236)、そこに書かれている様々な要望に対して各科がどのように考え、対応しているかについての追跡調査はない。またどのような患者を何名担当したなどの実習内容に関する情報も現状では得られていない。

C 改善に向けた提言

シミュレーション教育施設を臨床実習で効果的に活用できるように、臨床実習教育委員会において、シミュレーション教育の活用法について検討する。臨床実習委員会で臨床トレーニングの充実を図るための各種シミュレータの導入希望をとり、シミュレーション教育委員会連携して予算を確保し、教育実践に繋げることを検討する。

現行の臨床実習学生アンケートを継続して行い、ここで得られた学生からの要望については集計と解析を継続的に行い、改善点を臨床実習教育委員会に報告する。

また、本学ではログブックを含むポートフォリオを導入する予定である。ポートフォリオでは指導医がいつどのような指導を行ったのか、学生がどのような疾患、症候の患者をどのくらい診たのかが把握できるように検討する。

D 改善に向けた計画

シミュレーション教育施設がどのように活用されているのかの継続的な調査を、シミュレーション教育施設委員会と臨床実習教育委員会が連携して行っていく。シミュレーション教育施設を多用することによって、学生の技能がどのように向上していくのかを検証し、教育改善に資する。

ポートフォリオの記録から、臨床トレーニングの場での改善点を抽出する。施設などハード面についての問題抽出と、経験すべき疾患、症候、病態について適切に経験できているかの評価とを行い、適宜学生の学習環境が充実するための改善を行う。

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)

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：

- ・ [患者の管理]には電子カルテへの学生のアクセスが含まれる。

B 6.3.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学は、全学的なネットワーク環境を構築しており、ICT は教育に広く活用されている。また、学生の自己学習のためのネットワーク環境として Wi-Fi 敷設を行っており、少人数グループ演習室 (西新橋校大学 1 号館 8 階、管理棟 1 階・2 階)、図書館 (西新橋校、国領校) を整備した。ICT 設備の教室としては、西新橋校コンピュータ講堂、国領校コンピュータ演習室・情報科学実習室を設置している。

ICT の活用において、情報管理が重要になっている。本学では、個人情報保護方針 (資料 265)、プライバシーポリシー (資料 266) をインターネットで公開している。また、イントラネットでは、学生・教職員等に対する個人情報の安全管理に関する細則 (資料 267) 情報システム利用規程 (資料 263) を掲載し、さらに、授業教材における著作物利用 (資料 268) について提示している。ICT の基本的な利用方法および情報管理の留意事項についての教育として、1 年次前期の情報リテラシーのコンピュータ演習において、ネットワークおよび e メール利用の慈恵アドレスを配付し、その利用方法とマナー、個人情報保護、患者情報の匿名化、著作物利用の留意事項、SNS 使用上の注意点 (資料 264)、コンピュータ演習室使用方法等の教育内容が実践されている。また、大学からの授業時間変更、試験日時、個人の呼び出し等の通知に関して、学生への連絡方法についての指導を行っている。また、2 年次以降の学年ではオリエンテーションで個人情報保護、著作物利用、SNS 使用について、注意喚起が行われている。

教育に関する ICT 設備は、必要・目的に応じた整備が行われている。電子シラバス (資料 43)、総合試験システム (資料 150)、学内コンピュータ試験システム、試験問題検

索・SeDLES（資料 179）、電子ジャーナル、講義教科書・参考書リスト（資料 253）、e-learning、クリッカー、顕微鏡実習 AV システム等が活用されている。

- ・ 電子シラバスは、「講義予定表および実習概要」システム（資料 280）として、時間割、ユニットの位置づけ、到達目標、評価方法等をデータベース化し、ユニット名、教員名での検索を可能としている。
- ・ 総合試験システムは、2年次～6年次の総合試験、卒業試験実施に際し、問題入力と成績管理を行っている。総合試験およびユニット試験の一部では学内コンピュータ試験システムが活用されており、2年次では基礎医科学Ⅱ総合試験、生体調節のしくみ、3年次は病理学総論、4年次は病理学各論、5年次では医学総括試験がコンピュータ試験で実施された。総合試験問題は全て試験問題検索データベースに蓄積され、イントラネットでの学生の自己学習ツールとして利用されている。試験問題検索データベースをより発展させた SeDLES の運用を 2013 年から開始した。このように、総合試験システム、学内コンピュータ試験、試験問題検索、SeDLES は連携したシステム構成となっている。
- ・ 本学では分散して存在する学術情報を統合的に利用するための環境構築を目指しており、当初から電子資料（電子ジャーナル・電子ブック・文献情報データベース）のネットワーク機能を活用することにより教育・研究活動における学術情報の統合的利用を実現することを目的として、ネットワーク製品の導入を積極的に進めている。
- ・ 放射線医学画像の英語教材の配信を行っており、本学附属病院画像診断部の PACS（医療用画像管理システム）のサーバ内に保管されている放射線医学の画像教材を、英語版で教材化し、学生の自己学習ツールとして閲覧できるようにした。この教材は本学で学ぶ海外の臨床実習の学生にも利用されている（資料 281）。
- ・ e-learning は、臨床技能の動画配信を主な目的に導入された。現在では 4年次基本的臨床技能実習、5年次臨床実習に加え、3年次症候学演習、3～6年次 CPC 等で活用している（資料 40）。
- ・ クリッカーは講義のアクティブラーニングツールとして、TBL の授業等に活用している。1年次医学科・看護学科共修の医療総論演習、2年次医学総論Ⅱ、3年次医学総論Ⅲなどで活用されている（資料 89）。
- ・ 顕微鏡実習室では AV システム（資料 282）を構築し、顕微鏡像を映像化し複数の実習卓モニターで視聴を可能とした。1.25～100 倍の顕微鏡、0.63～6.3 倍の実体顕微鏡、書画カメラの実映像を配信しており、また、ワークステーションに保存した顕微鏡画像も閲覧できるようにしている。2年次組織学総論実習において、顕微鏡実習室 AV システムを使用した試験が行われた。

B 基本的水準についての評価

教育のための ICT 設備は必要・目的に応じた整備が行われている。

- ・ 電子シラバスは学生・教員に広く活用されている。総合試験システム、学内コンピュータ試験、試験問題検索、SeDLES の連携したシステムは、試験問題作成、試験問題ブラッシュアップ、試験実施と成績管理をするとともに、過去の学内試験問題と国家試験問題をデータベース化して学生の自己学習に活用されている。
- ・ 電子ジャーナル、講義教科書・参考書リストは学術情報センターが管理運営している。これらの情報は教員からのニーズを募り、図書館委員会で検討され、内容更新されている。
- ・ e-learning は学生のみでなく、大学院、医療スタッフの卒後生涯学習に活用されており、学生の生涯学習の体験に寄与している。2012 年度医学科カリキュラムの利用実績では 44 回の教材配信を行った（資料 40）。

- ・ 西新橋コンピュータ講堂および国領校コンピュータ演習室の利用は、1年次情報リテラシー、3年次医学統計学Ⅱ演習等の授業で活用されるとともに、授業時間以外には学生の自己学習の場として活用されている。
- ・ 放射線医学画像の英語教材は2013年度に配信が始まった。教材化の推進と学生の有効活用が必要である。

ネットワーク、情報管理についての諸規程は整備されており、学生および教員への個人情報保護、著作権対応、SNS使用について注意喚起は行われているが、繰り返し行う必要がある。

C 改善に向けた提言

学生がICTを使用することで、学生自身の能力が向上することを学生自身が自覚できる教育プログラムの開発が必要である。カリキュラム委員会とICT教育を管轄する教育センターで、学生アンケートなどを行い、課題の発見に努めていかなければならない。また、「反転授業」など新しい概念のICT利用が広がってきている、またこの新しいICT利用は文部科学省が推し進めている方針でもある。本学への導入の検討を急がなければならない。本学は2015年度から臨床実習拡充に向けた新カリキュラムがスタートする。臨床実習を支援するポートフォリオシステム構築について教学委員会を中心に検討する。

D 改善に向けた計画

学生の要望、教育成果を継続的にデータ蓄積し、ICTの有効活用について検討して行く。

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)
 - ・ 患者の管理 (Q 6.3.3)
 - ・ 健康管理業務 (Q 6.3.4)
- ・ 担当患者のデータと健康管理情報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)

Q 6.3.1

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)

A 質的向上のための水準に関わる点検

総合試験システムとSeDLESにより、自己学習への環境整備を進めている。SeDLESは本学が2003年度以降に実施した総合試験問題のデータベースを情報資産として活用することにより、各学生の能力特性に応じた問題メニューを作成することができるサーバシステムである。自己学習に於いては、自分自身の学習について自らが気付くメタ認知能力が重

要であるが、SeDLESは学生が自身の成績特性に応じて、分野別、難易度別、Taxonomy別に問題メニューを作成でき、学習履歴を残すこともできることから、自身の成長を実感しながら学習することが期待できる。教員は各学生の学習状況を閲覧可能であり、適切なフィードバックを実施でき、学生支援と自己主導型学習を促進する。（資料179）。

放射線医学画像の英語教材は、学生及び海外留学生の自己学習ツールとして2013年度に運用が開始された。

症候学演習ではe-learningシステムを活用した教材提示を行っている。症候学演習は、症例の抄録、動画、X線画像、CTなどを予め提示し、学生は事前に下調べをし、授業においてはグループ討論（tutorless tutorial）を行う教育方法であり、e-learningシステムは自己学習の支援ツールとなっている。

講義資料をイントラ上にUPして欲しいという学生の要望があり、イントラネットの電子シラバス「講義予定表」システムに資料をUPできる仕組みが構築されている。

B 質的向上のための水準についての評価

SeDLESは2012年度に導入されたばかりなので、教育効果についての検証はこれからである。トライアルでの学生の意見は概ね良好であった。SeDLESが構築される前は、試験問題検索システムとして過去の総合試験問題がイントラ上で検索可能な状態であった。元々は日常の自己学習用という思想で開発したものであったが、実際に使われたのは試験前に過去問題を勉強するためであった。SeDLESが日常の自己学習用に使用されるような方策が必要であると思われる。

e-learningでの教材発信に努めているが、教員が教材開発を行うゆとりがなく、必ずしもe-learningのシステムは有効利用されていない。電子シラバスに講義資料をUPして欲しいという学生の要望があるが、全ての教員が対応している訳ではない。

放射線医学画像の英語教材配信は、学生の国際交流に有効なツールである。本学は現状、英語版での教材配信が少なく、教材の充実が必要となる。このツールにより学生および海外留学生の自己学習の推進とともに学生と海外留学生との会話の増加が期待される。

教員一人ひとりが教育現場で形成的評価を行うことはもちろん重要であるが、ICTの利用によって、学生の経時的な変化を顕在化させるための情報が得られる。さらに講堂という空間では行えない指導を学生一人ひとりに必要に応じて行える、すなわち各学生が本当に必要とする領域への支援が行える。従って自己学習のためのICT利用はこれからも促進すべきである。

C 改善に向けた提言

2015年度から本格的なSeDLESの運用を開始する。学生にオリエンテーション等でその理念、運用についての説明をする。学生の学習履歴にアクセスしてフィードバックをどの教員が行うのか、どのように行うのか、議論が必要である。参加型臨床実習の拡大により削減される講義の補填としてSeDLESが利用可能か検討する。

反転授業に対する学生の取り組みを促進するためのICT活用法を考える。

D 改善に向けた計画

SeDLESの導入により、学生の学習スキル、学習態度、にどのような変化が現れたのかをIRセンターで検証する。さらには学生が卒業時アウトカムを獲得できているのかどうか、総合試験やその他の評価法と関連づけて考察する。

学生にアンケートを行って、SeDLESを逐次改修する。

Q 6.3.2

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
 - ・ 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わる点検

医学の教育・研究においては、ネットワークで提供される各種電子資料（電子ジャーナル・電子ブック・データベース）を別個に検索するのではなく、目的とするテーマで一括して検索し、検索結果を統合すると効率的である。ネットワークの普及に伴い、地理的に分散している学術情報を1つの画面で統合的に利用するための製品が開発されている。本学の図書館においても、複数の出版社から提供される電子資料（電子ジャーナル・電子ブック・データベース）を1つのメニュー画面から横断的に利用するためのメニュー画面を整備している。

横断検索のためのメニュー画面を用意しているが、電子資料の利用のためには検索方法に習熟し、また検索された内容を評価、統合するための技術を学ぶ必要がある。また、必要な資料がすべてメニュー画面に表示されるとは限らないので、メニュー画面の範囲を越えた更なる情報探索方法も知っていなければならない。

本学の図書館では、情報通信技術の活用の一環として、電子資料の利用マニュアル類（資料 283）を整備したり、説明会（資料 284）を随時開催するほか、医学科の1～4年の情報検索演習の担当を通して、学生の電子資料利用技術の習得に努めている。

B 質的向上のための水準についての評価

電子資料の利用説明会は原則として図書館内で少人数のグループで実施するため、各受講者が課題を理解できるまで説明している。

医学科の1～4年の情報検索演習は、演習後提出される課題の内容をみて理解が不十分と思われる学生にはメールで指摘するなどの事後対応をしているため、目標とする内容は理解されていると判断している。なお、医学科の1～4年の演習は、1～2年は「医学総論」、3～4年は「医療情報・EBM」と別のコースに含まれるが、4年間の演習内容には一貫性をもたせ、4年間で一定の技術を習得できるように計画している。3～4年の情報検索演習において「診療支援データベース」の概要についても説明している。ただし、4年間の演習の後、臨床研修においても特別に情報検索のコースが用意されていないため、4年間で修得した技術を継続的に活用し、発展させていくための環境整備が課題である。

C 改善に向けた提言

教員、学生が必要とする電子情報には、図書館で整備している電子ジャーナル、電子ブック、データベース、教育センターで整備している e-learning 教材、臨床研修センターで整備している診療支援データベース、附属病院で整備している診療情報、電子カルテなどがあるが、現在、本学では種類ごとで整備部署が異なり、統合的に利用することが困難である。

病院情報システムと学術情報システムが統合されれば、大学内に存在する広範囲な情報を1つのメニュー画面で利用でき、学習における情報利用の便宜を図ることができるが、病院情報システムには個人情報や守秘情報も含まれるため、近い将来に統合することは困難である。そのため、第1段階として学術情報に関する電子情報の統合を図ることを計

画している。たとえば、臨床研修センターで整備している「診療支援データベース」は学術情報センターで整備している電子ジャーナル・データベース類と同じ出版社で作成され、学術的な情報も含まれるため、電子ジャーナル・データベースと並行して利用すると効果があると思われる。「診療支援データベース」は附属病院で利用するために導入されたため、管理自体を図書館に移行することは困難であるが、臨床研修センターと図書館で協議の上、2014年度は、契約手続きは臨床研修センターで進め、利用サポートは学術情報センターが中心となって対応する予定である。

D 改善に向けた計画

今後は、「診療情報データベース」と電子ジャーナル、電子ブックの統合的利用等、学術情報の統合的利用について図書館と他部署との連携体制をさらに展開させていく。

2013年度に教育センターと図書館にて、e-learning教材と電子ジャーナル、電子ブック、データベースから必要なコンテンツを一括して検索するためのメニュー画面作成の可能性について協議した。その結果、図書館にて管理しているリンクシステムを使用すれば、一括検索のためのメニュー画面を作成することは可能であるが、e-learning教材対象以外の利用者が検索してもe-learning教材が検索されてしまうことが問題となった。現時点ではe-learning教材と電子ジャーナル、電子ブック、データベースをネットワーク上で統合的に利用することができない。検索者の属性を設定し、その検索者が利用できないコンテンツは表示させないなどの技術的な開発を進めることが課題である。さらに、大学内に存在する学術情報のネットワーク上での統合的に利用するための環境整備の方法を検討していく。

Q 6.3.3

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
 - ・ 患者の管理 (Q 6.3.3)

A 質的向上のための水準に関わる点検

現在本学附属4病院のうち、本院と柏病院では電子カルテの導入はされておらず、オーダーリングシステムが稼働している。また、葛飾医療センターと第三病院では電子カルテが導入されている。患者情報の概要図を(資料285)に示す。

学生の患者管理情報へのアクセスは、本院・柏病院では、教員の指導のもとオーダーリングシステムユーザ登録(資料286)の申請を行い、IDとパスワードが付与され、学生はオーダーリングシステムから各種検査、放射線、処方、注射・点滴、リハビリ等の部門情報を閲覧できる。葛飾医療センターでは、電子カルテ利用登録申請書(資料287)、学生誓約書(資料288)の手続きを経て、学生にIDとパスワードが付与され、電子カルテ情報にアクセスできる。学生に電子カルテの閲覧と書き込みをどこまで許すのか、検討中である。第三病院では本年1月より電子カルテの運用が開始となっており、学生のアクセスについては検討中である。

B 質的向上のための水準についての評価

葛飾医療センターでは、電子カルテシステムにおける患者プライバシー情報保護に関する誓約書を学生がサインして提出することになっている。その上で電子カルテ利用登録を申請する。これと同様のしくみで第三病院での電子カルテ利用を検討する。

C 改善に向けた提言

学生の患者情報へのアクセスについて、臨床実習教育委員会で4病院への反映を検討する。

D 改善に向けた計画

4病院各診療科での学生の患者管理情報へのアクセスについて検証する。

Q 6.3.4

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
- ・ 健康管理業務（Q 6.3.4）

A 質的向上のための水準に関わる点検

健康管理業務を臨床実習に組み入れていないため、健康管理業務に関する ICT 環境整備は行われていない。

B 質的向上のための水準についての評価

健康管理業務が臨床実習に組み入れられていない。

C 改善に向けた提言

健康管理業務が臨床実習に組み入れられていない。この項目が医学教育基準に組み込まれていることを臨床実習委員会で確認し、どのように臨床実習に組み込むか、2015年の臨床実習改善に向けて早急に検討を開始する。

D 改善に向けた計画

健康管理業務についての検討結果を待ち、アクションプランを策定する。

Q 6.3.5

医科大学・医学部は

- ・ 担当患者のデータと健康管理情報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わる点検

学生の患者情報へのアクセスについて、病院別に電子カルテ、オーダーリング、健診情報のアクセス状況を（資料 289）に示す。本院ではオーダーリングシステム内に当該患者が当院の健診センターで受診歴があれば健診情報を参照できるようになっている。

B 質的向上のための水準についての評価

本学の患者情報アクセス権限レベルの設定は、基本的に医師、研修医、看護師となっている。学生が ID とパスワードを付与された後のアクセス権限は通常、看護師レベルに設定

される。学生の患者情報アクセス権限を、電子カルテ、オーダリング、健診情報を踏まえ、どのように設定すべきかの議論が成されていない。

C 改善に向けた提言

4病院各診療科での学生の患者情報へのアクセスについて、アクセスのログ情報を把握した上で不正アクセスの防止に配慮し、学生の患者情報アクセス権限をどのように設定すべきかの検討を臨床実習教育委員会で行う。

D 改善に向けた計画

本学は、電子カルテシステムの導入の過渡期であり、学生の患者情報へのアクセスの方針を臨床実習教育委員会が立案し、教学委員会で検討する。

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)

注釈：

- ・ [医学研究と学識]は、基礎医学、臨床医学、行動科学、社会医学の学術研究を網羅するものである。[医学の学識]とは、高度な医学知識と探究の学究的成果を意味する。カリキュラムの医学研究の部分は、医科大学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)。

B 6.4.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学の教員は基本的に講座に所属し、講座がテーマとする研究を行っている。本学は医学研究を推進しており、その研究成果は毎年、教育研究年報として公開され、それぞれの研究者は自己の研究業績を Read などで公表している。

講座に属し、研究を行っている教員が授業担当者としてユニット責任者より任命され、自身の専門分野の研究関連の内容を学生に教育している (資料 290)。また講座所属の教員以外に、総合医科学研究センターの教員も学生教育に携わっており、それぞれの専門的な研究と学識を基盤とした教育を実施している。

B 基本的水準についての評価

現在のコース・ユニット制は最適の教育者をユニット担当教員として、講座を超えて任命するシステムであり、最新の医学研究の知見と教育の関連を保つには良い制度であると考えている。単一の講座に特定の学問を担当させた場合、講座によっては不得意領域の内容の教育が疎かになる可能性があるが、本学では講座を超えて専門家を教育ユニットで活用することが可能である。

コース・ユニット責任者は毎年見直され、それによって教育内容や担当教員も適宜変更される。それによってより深い研究内容が教育カリキュラムに反映される場合もあるが、コース・ユニット全体の中での位置づけや学年を超えた連続性の中での意味付けが十分検証されていない。基礎的な医学研究と臨床医学の繋がりを充分理解できない学生も見受けられる。

C 改善に向けた提言

コース・ユニット間で、先進的な医学研究内容をどのようにカリキュラムの中に埋め込んで卒業時アウトカムにつなげていくべきか、カリキュラム委員会で検討を開始する。

D 改善に向けた計画

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有為に活かされるようにカリキュラム委員会で検討していく。

B 6.4.2

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

1年次の医学総論 I 演習では、種々の医学研究領域の専門家の講義を通じてそれらの専門領域についての理解を促したり、3年次の Early Research Exposure では、慈恵の中で特に優れた研究を実施している教員の講義によって、医学研究の意義を教育している。

また1年次から、論理的思考、分析的思考、多角的思考といったクリティカル・シンキングを身につけるための言語技術教育も行っている。

臨床実習で Evidence-Based Medicine を実践できる様にするために、1年次の情報リテラシー、2年次の医学統計学 I、3年次の医学統計学 II、そして4年次に臨床ケースを題材に Evidence-based Clinical Practice と続く EBM 教育が実施されている。Evidence-based Clinical Practice では、臨床疫学の基本的概念や方法論について学んだ後に、テュートリアル方式によって、実施された臨床試験の結果に臨床シナリオ（仮想患者）が適用できるのかを議論して、Evidence-based Clinical Practice のプロセスを学習する。このように臨床実習前までに、臨床ケースを考える上での基本的 EBM 技能を正規の必修カリキュラムとして用意している。

B 基本的水準についての評価

科学的手法の基本となるのはクリティカル・シンキングであるが、学年を経る毎にその能力を積み上げられるようなプログラムが行われていない。

基礎医学で学んだ科学的手法や知識が臨床医学で病態を理解する際に十分活用されておらず、また臨床実習でこそ用いられるべき、根拠に基づく医療の実践が成されていない。EBM の基礎教育はできていてもそれを臨床応用する機会が少ない。卒業時アウトカムとして学生が医学研究の手法と思考とを臨床現場で実践できるような環境を整備していく必要がある。

C 改善に向けた提言

卒業時アウトカムの達成に向けて、医学研究の思考や手法をどのようにプログラムに組み込んで行くのか検討を始める。臨床実習での EBM 教育も検討していく。

D 改善に向けた計画

2015年度から始まる臨床実習での学生の成果を測定し、IR 部門で考査し、教育プログラムの中での医学研究の利用の仕方、EBM 教育の改善を図る。

B 6.4.3

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

本学は教育に重点を置いている。したがって研究施設を含め、講義や実習に必要な施設については、学生が優先的に使用することになっている。たとえば、感染系実習室（5階実習室）は P2 施設として、学生教育で使用している間は、学生教育以外では使わせない規定もある（資料 260）。

B 基本的水準についての評価

研究施設での教育優先は保たれている。

C 改善に向けた提言

特になし

D 改善に向けた計画

特になし

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)

Q 6.4.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学の教員は、①研究、②教育、③診療、④行政管理、⑤社会貢献に関わるものとされている。教員一人ひとり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 5つの責務を務めるよう、教員評価 FD システムを通して検証されることになっている（資料 235）。

B 質的向上のための水準についての評価

研究と教育と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が今はない。

C 改善に向けた提言

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今はない。教学委員会は教育を担当し、研究は大学院委員会（研究科）が責任部署である。教学委員会と大学院委員会とで、教員評価に関して合同で検討する必要がある。

D 改善に向けた計画

本自己点検での問題点として、教育研究連関については教学委員会と大学院委員会とで検討を開始する。

Q 6.4.2

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
- ・ 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わる点検

3年次の終わりに6週間にわたる研究室配属が組まれている。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つ（資料76）。研究室配属の成果は報告書としてまとめられる（資料291）。6年次の選択実習で基礎講座での研究を選択する学生もいる。3年生の前期から、Early Research Exposure という講義系を組み、学んだ基礎医学と医学研究の繋がりを説明し、医学研究への誘いも行っている。

学生による成医会でのポスター発表も行われ（資料241）、優秀ポスター賞に選ばれる場合もある。

さらに、正規の授業以外の学生研究も奨励しており（資料77）、その成果を学会や論文で発表する機会も与えている（資料292）。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ことはQ1.4.3でも述べた。

B 質的向上のための水準についての評価

研究室配属は必ずしもすべての学生に受け入れられているわけではない。研究志向の少ない学生の中には興味を持たないものもいるが、研究室活動を知ることが学生全員を必修にする価値があると考えている。医学研究がどのように患者貢献しているかをもっと明示する工夫が必要であろう。一方、研究志向のある学生は正課以外に研究室に行き、学生研究を行っている（本学では「学生班」という伝統がある）。学生班研究を促進するために、正課外の研究を選択科目として単位認定することが現在カリキュラム委員会で話し合われている。さらに、2015年度の臨床実習改革では、MD-PhD コースの設置も検討課題とされ、カリキュラム委員会の議題となっている。

C 改善に向けた提言

学生班研究を奨励するため、選択科目としての単位化やインセンティブを早急に実施していく。

D 改善に向けた計画

学生班研究を奨励するなど、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。

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)

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。

B 6.5.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学の医学・看護学の教育を推進する組織として教育センターが2005年に設置された(資料105)。教育センターには医学教育を専門に知る教員が配置され、それぞれ下記の委員会に属している。教育センター長の福島統教授は①教学委員、②カリキュラム委員、③カリキュラム自己点検・評価委員長、④教育施設委員、⑤病院業務実習委員長等を担当し、尾上尚志教授は①教学委員、②カリキュラム委員、③テュートリアル委員長、④4年次OSCE委員長、⑤学生担当委員(5年担当)、⑥臨床実習教育委員等に、中村真理子准教授はカリキュラム委員、医学総括試験委員、共用試験問題検討委員に、岡崎史子講師は臨床実習教育委員、4年次OSCE委員を担当している。教育センターとは別に、医学教育研究室も活動しており、医学教育研究室長の木村直史教授は①入試委員長、②教学委員、③カリキュラム委員、④試験委員長、⑤基礎医科学Ⅱ総合試験委員長等を担当している。

B 基本的水準についての評価

教育センターの教員は、学外でも医学教育学会、高等教育学会、大学教育学会などの教育関係学会、共用試験実施評価機構、医学教育振興財団、全国医学部長病院長会議でも理事や委員長の任にあたり、学外の医学教育専門家とも連携が取れる立場にいる(資料293)。

C 改善に向けた提言

現行の体制に加え、2015年度からはグローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実の事業の一環として、教育アドバイザーを雇用することとなっている。教育アドバイザーは英国で発達した職種で、非医師である教育専門家が臨床実習で学生と指導

医および患者との相互関係を観察し、臨床実習での学生の学びを拡げる役目がある。教育アドバイザーの導入は本学がわが国初となる（資料 94）。

D 改善に向けた計画

教育アドバイザー導入とその導入結果を分析し更なる改善策を考える。

B 6.5.2

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

B 6.5.1 に示したように教育センターおよび医学教育研究室が活動しており、医学総論、臨床実習、テュートリアル、OSCE、等について、医学研究の新たな知見を考慮しながらカリキュラム開発を行っている。教育センターおよび医学教育研究室の教員の多くがカリキュラム委員であり、大学のカリキュラム策定に関して中心となって意見を述べる立場にある。さらに、2015 年度から改編される臨床実習のワーキンググループのメンバーとして臨床実習向上のための方策を企画している。

B 基本的水準についての評価

このように本学は学内に医学教育専門家を擁し、学内のカリキュラム開発、指導及び評価方法の開発などで重要な働きをしている。カリキュラム開発に際しては、これまでに KCL 教育専門家から多くの助言を受けており（資料 24）、国内外の教育専門家の意見を常に反映させて先進的なカリキュラム開発を行って来た。しかしながら、現状ではカリキュラム開発を行っている教育専門家と実践する現場教員との間の意見交換が十分とはいえない。

C 改善に向けた提言

今後のカリキュラムの改訂に備え、現場教員との密接な連携を図るための定期的な検討会や FD の開催が望まれる。

D 改善に向けた計画

医学教育カリキュラムは医学の進歩や社会の要請によって随時変化すべきである。教育専門家は常に最新の知見にアクセスし、現場教員とも意見交換をしながら、必要があれば適宜カリキュラムの見直しをしていく。

B 6.5.3

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

B 6.5.1 に示したように教育センターおよび医学教育研究室が活動しており、総合試験、共用試験 CBT・OSCE、実習や演習に関与して指導および評価方法の開発を行っている。

B 基本的水準についての評価

教育専門家を中心となって、テュートリアル、OSCE、臨床実習、試験問題作成について、それぞれの教育担当者を対象とした FD を企画し実践しており、適切な指導と公正な評価が行われていると考える。しかしながら、臨床実習、特に参加型臨床実習における指導並びに評価方法については、十分確立されているとはいえない。特に卒業時アウトカムを測定するための Advanced OSCE の導入が必要である。

C 改善に向けた提言

2013 年に卒業時アウトカムを設定したことにより、それに向かつての能力を学生が各学年で身に付けたかどうかのコンピテンシーをパフォーマンス評価する必要がある。教育専門家を中心となって、知識、技能、態度の各能力を信頼性と妥当性を持って測定できるパフォーマンス評価について検討を始める。パフォーマンス評価について、その意味の周知と実践法についての FD を企画する。

診療参加型臨床実習を行う分院や教育病院群（大学教員が派遣されている地域病院）の教育現場の現状を把握し、適切な指導法や評価方法を検討していく。教育センターの教員は臨床現場の教員と協力し、教学 IR としてログブック、学習記録等から教育成果についての分析を行い、教学委員会および臨床実習委員会等への臨床実習改善提案を行う。

D 改善に向けた計画

教育アドバイザーとして教育学修士をもつ教員（non MD）を雇用し、診療参加型臨床実習を行う分院や教育病院群（大学教員が派遣されている地域病院）の教育現場を巡回し、指導医の臨床教育指導を行うとともに、実習教育の質保証を目指す。教育アドバイザーは実習現場での観察をもとに指導医や病院スタッフへの教育上のアドバイスをを行い、学生には学習のやり方などについての認知カウンセリングも行う。さらに教育アドバイザーは教育病院での教育の質を、オンサイトでの観察をもとに評価を行い、各病院の学習環境改善への提案をも行う。この制度は、英国で行われている「Educational adviser」を参考に構築する。

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)

Q 6.5.1

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)

A 質的向上のための水準に関わる点検

B 6.5.1 に示したように教育センターおよび医学教育研究室が活動しており、学内教育専門家が中心となって、チュートリアル、OSCE、臨床実習、試験問題作成について、それぞれの教育担当者を対象とした FD を企画し実践している (資料 242)。学務系職員については定期的な SD プログラムが実施されている (資料 220,221)。

学務系職員間のネットワークが存在し、大学を超えた職員連携が構築されている。教員に関しても B.6.5.2 で述べたように教育センターや医学教育研究室の教員が学外の医学教育専門家にアクセスしやすい環境を整えている。KCL を始めとして、海外の大学との交流も図っており、随時教育専門家を招聘して医学教育についての教えを得ている (資料 294)。GP 事業に於いては外部評価者として国内外の専門家を招聘している (資料 24)。

B 質的向上のための水準についての評価

「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」は現状でも充分行われていると考える。

C 改善に向けた提言

特になし

D 改善に向けた計画

特になし

Q 6.5.2

医科大学・医学部は

- ・ 教育専門家の教育評価や医学教育分野の研究における最新の知見に注意を払うべきである。(Q 6.5.2)

A 質的向上のための水準に関わる点検

教育センター教員は日本医学教育学会会員であり、毎年の総会で発表、情報収集を行っている。WFME、GMC、FAIMER、AMEE、AAMCなどに訪問、参加し、海外からの医学教育分野の最新知見をも本学の医学教育に役立てている。Harvard-Macy Program、医学教育者のためのワークショップ（富士研）、臨床研修指導者ワークショップ（PMET）などの修了者が、医学教育研究の動向を調べ、本学での Evidence-based Medical Education に寄与している。

B 質的向上のための水準についての評価

「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」は現状でも行われているが、データを基にした Evidence-based medical education が不十分である。

C 改善に向けた提言

Evidence-based medical education の考え方に基づいた教育実践を拡充する。

D 改善に向けた計画

常に医学教育分野の最新知見に注意をはらい、Evidence-based medical education の考え方に基づいて教育プログラムの検討を継続する。

Q 6.5.3

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

教育センターと医学教育研究室では医学教育研究を推進している。以下のその 2001 年以降の研究実績を別添で示す（資料 39）。

B 質的向上のための水準についての評価

「教職員は教育的な研究を遂行すべきである」は現状でも十分行われていると考えるが、その成果を教職員が共有して実践に活かす方策が必要である。

C 改善に向けた提言

医学教育研究をさらに推し進めるための努力を続ける。アウトカムの検証や Alumni researchなどをさらに推し進めていく。

D 改善に向けた計画

教育 IR 部門の充実を図っていく。IR 活動は医学教育研究の大きなテーマとなるであろう。将来は IR をテーマにした医学教育研究の開発を行うべきである。

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）

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。

B 6.6.1

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）

A 基本的水準に関わる点検

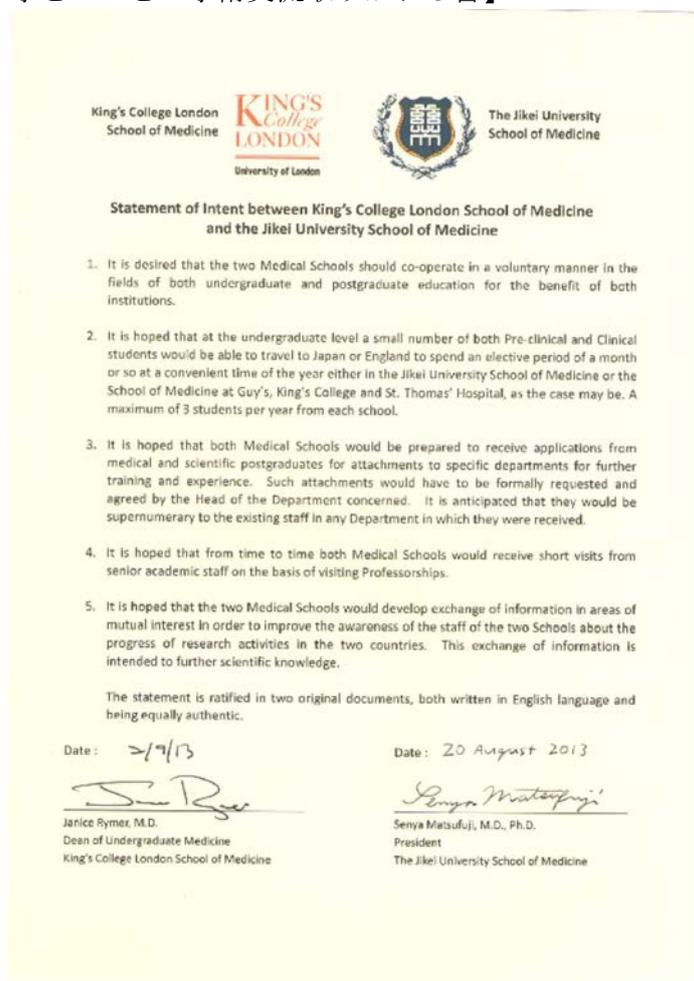
東京慈恵会医科大学、昭和大学、東京医科大学、東邦大学の4大学は医科大学として東京に設立され、多くの地域医師を輩出し、全国の地域医療に貢献してきた。4大学はその後、看護学科、歯学部、薬学部、保健医療学部、理学部を設置し、「国民のために医療者」を育成するという共通のスクール・ミッションを独自に展開してきた。しかしながら、1大学の力は限られているとの理由から、医学部が中心となって平成11年（1999年）から慈恵医大・昭和大学・東邦大学が「3大学間の学生教育交流会」を作り、医学教育カリキュラムの共同検討を開始した。平成14年11月（2002年）からは東京医大が加わり「4大学間の学生教育交流会」となり、各医学部6年次での「選択制臨床実習」でお互いの学生の臨床実習で単位互換を行い、各大学の学生が混在することでそれぞれの大学の臨床実習の改善を図り実績を上げてきた。この活動は4大学の学長、医学部長が主導し、現在に至っている（資料169）。

4大学は、文部科学省平成20年度戦略的大学連携支援事業「東京都内4医療系大学連携によるカリキュラム開発と地域医療者生涯学習コース提供」を申請して採択され、平成22年度までこの取組を教育実践した。取組の概要は以下の通りである。東京慈恵会医科大学、昭和大学、東京医科大学、東邦大学の4大学は、都内伝統医科大学として「国民のための医師」を養成し、地域医療を担う医師を全国に輩出してきた。現在、4大学は医師だけでなく幅広く医療者を育成し、「国民のための医療者」を育成することを共通のスクール・ミッションとしている。本取組では、4大学が協力して、以下の事業を行う。多職種連携教育の開発、電子教材の共有化を通して学部教育改善を図る。電子教材を地域医療者のた

めの生涯学習教材に作り直し、e-learning を用いて地域医療者の質の向上に寄与するシステムを確立する。大学学務系職員・技術系職員の能力開発プログラムを開発して大学全体の教育力を向上させる（資料 19）。また、総合診療能力や多職種連携教育の開発など社会的ニーズのある地域を活用した医療者教育カリキュラム開発を共同で実践していく。このように 4 大学は学生だけでなく、その教育資源である地域を活用して地域医療者のための生涯学習コースを提供し、社会的責任を果たしてきた。

KCL と 1978 年に学術交流を促進する取り交わしがなされ（資料 217）、以後、両校の交流が続いている。1979 年に 2 名のセントトーマス病院医学校の学生が本学で臨床実習を行い、本学からは 1980 年に派遣が開始され、当初は卒後 1 年目の研修医が実習を行った。2002 年からは 6 年生の選択実習のカリキュラムの一環となり、毎年 2-3 名が KCL で選択実習を行っている。これまで KCL からは 30 名を超える医学生が本学で臨床実習を行い、本学からは 31 名の医学生が KCL で選択実習を行っている（資料 295, 296）。

【資料 217 本学と KCL との学術交流取りかわし書】



本学では、大学のホームページ（英語版）において、海外の医学生に向けて選択実習プログラムを公開している（資料 297）。そのため、KCL のみならず海外の医学生が数多く本学で選択実習を行っており、2003 年度～2012 年度の間には 122 名が参加した（資料 298）。毎年、KCL の学生が本学で選択実習中に、当該年に KCL で実習を行った本学学生、翌年 KCL で実習を行う本学学生、学長、教学委員、国際交流委員で懇親会を開催している。ま

た、非定期で海外の医学生が実習中に本学の学生、教学委員、国際交流委員との懇親会を開催している。さらに本学の国際交流学生の会が国際交流委員会や学生会の支援を得て月1回程度の頻度で海外の医学生と本学の医学生との交流会を開催している（資料 299）。

KCL 以外の国外施設での実習も盛んである（資料 55,56）。

海外での選択実習にあたっては、慈恵医師会が旅費や滞在費を援助する目的で年間 10 名程度に対して奨学金制度を設けている（資料 300）。国際交流委員会が、英語能力、学力、面談などを経て奨学金受給者の選考を行っている。上記には、講座や個人レベルでの海外施設との連携を利用し、海外施設で選択実習を行うケースも含まれる。これらには、細菌学講座のスウェーデンのウメオ大学（Umeå University）細菌学講座との交流、分子疫学研究室のグローバルヘルス海外実習（Harvard University）、熱帯医学講座のタイ Mahidol 大学熱帯医学講座との交流、小児科学講座の University of California, Los Angeles (UCLA) 小児科学講座と Stanford 大小児科学講座との交流、小児外科と Stanford 大学小児外科学講座との交流等が含まれる。

KCL との教育関連の交流については、2005 年度以降の招聘講演の記録が残っている（資料 294）。2006 年 2 月 14 日にキングス大学医学教育責任者（Campus Dean）の John Rees 教授、皮膚科臨床教育と試験制度の担当責任者 David McGibbon 教授を招聘し、「英国の医学教育」と題して講演を行っていただいた。それ以降、2014 年 2 月 20 日の OSCE 責任者 Tushar Vince 先生まで、10 回 13 名の招聘講演が行われた。KCL からの招聘講演の内容は、医学教育カリキュラム、試験制度、Primary Care 教育、コミュニケーション教育、老年医学、IT を活用した医療者教育、地域医療教育、OSCE など多様な内容にわたっている（資料 37）。

非常勤講師として本学の教育に携わっている教員は 184 名であり、講義時間数は 3,946 時間である（資料 301）。

訪問研究員として他教育機関や研究所から本学の研究に参加している者も多数存在する。

B 基本的水準についての評価

国内 4 大学連携では、学生教育に重要な側面での 4 大学の情報共有とともに、1999 年度からは 6 年次の「選択制学外実習」（他大学病院での臨床実習）の単位互換（資料 302）がなされている。また、SD については学務系職員を対象とし、2009 年度から文部科学省平成 20 年度戦略的大学連携支援事業を機会に継続的な活動を行ってきている。

KCL とは強い教育交流があり、本学の GP プログラムは主に KCL の関連教員により外部評価を受けてきている（資料 24）。これによってキングス大学が本学のカリキュラムを理解し、適切な外部評価をできる体制となっている。KCL とは強い交流があるが、それ以外の海外の選択実習を対象とした連携校が少ないので、英国以外の教育交流が不十分である。

C 改善に向けた提言

4 大学連携を継続し、KCL とともに継続して強い関係を築いていく。海外の医科大学・医学部の大学間協定による交流を国際交流委員会（資料 296,303）を中心に進めていく。近年、国立台湾大学（National Taiwan University College of Medicine）の医学生が 10 人程度本学で選択実習を行っている。先方と学術交流に関する取り交わしを行う予定である。また、イラクのナハレン大学（Al nahrain University College of Medicine）からも同様の取り交わしの提案を受けている。

D 改善に向けた計画

本学の教育がグローバルスタンダードに沿うために、KCLとはさらなる教員交流を進める。またグローバルヘルスの教育を充実させるために、近隣アジアを含め世界各国との医学部交流を進めていかなければならない。そのためには、より幅のひろい国際交流活動を行うために国際交流センターの設立が必要である。

B 6.6.2

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
- ・ 履修単位の互換 (B 6.6.2)

A 基本的水準に関わる点検

東京慈恵会医科大学と首都大学東京は、両大学がそれぞれの専門とする分野の特色を生かして、包括的に教育及び研究の分野で連携していくことを目的に、2006年12月に協定を締結した。また、両大学の学生が協定先大学の授業科目を履修し、単位を修得することの出来る「単位互換に関する覚書」も同時に締結している(資料186)。

B 基本的水準についての評価

単位互換に関しては、必修科目がほとんどの医学部では時間割の関係で極めて困難である。

C 改善に向けた提言

特に予定はない。

D 改善に向けた計画

特になし

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)

Q 6.6.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

学生は全員が学生教育研究災害傷害保険に一括加入しており、学生が正式なカリキュラムとして学外で実習する際には、学研災に関する規定により取扱うこととなっている。本学では 2008 年度から学研災付帯賠償責任保険 (資料 229) に、2012 年度から通学中等傷害危険担保特約 (通学特約) にも加入している。海外留学に際しては経済的な支援 (「慈恵医師会海外選択実習奨学金」 (資料 300) として毎年 10 名程度を限度として 1 人上限 20 万円を支給) も行われている。

KCL との姉妹校提携をきっかけに、海外派遣・留学委員会が 1980 年に新たに設置され、1987 年に国際交流委員会と名称変更し、国際交流事業の整備、推進を図っている (資料 303)。国際交流委員会は KCL など海外で選択実習する学生への支援、ロンドン日本クラブ診療所への医師派遣、教員の留学認定、教員の海外研究員の選考を行い、定期的に KCL に留学した医師、KCL で学生時代に選択実習を行った医師による KCL 同窓会を開催している。

2013 年、国際交流学生の会 (student group for international exchange: SGIE) 同好会として認められ、国際交流委員会支援のもとで本学で選択実習を行う海外の医学生と本学の医学生との交流を図っている。

B 質的向上のための水準についての評価

教員と学生の国内・国際的な交流促進のために十分な資源を提供していると考ええる。

C 改善に向けた提言

特になし

D 改善に向けた計画

特になし

Q 6.6.2

医科大学・医学部は

- 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わる点検

4 大学連携や KCL との交流においては、「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」されている。

B 質的向上のための水準についての評価

4 大学や KCL と更なる相互利益のための活動を進めていくべきである。

C 改善に向けた提言

4 大学での臨床実習での単位互換についての進捗がみられないので、これを拡充するための方策を4大学で話し合う。

D 改善に向けた計画

KCL以外の国外の医科大学・医学部との連携を強化するために国際交流センターの設置を行う。

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)

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拡げることができる。
- ・ [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。
- ・ [特定される懸念事項] 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。

B 7.1.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

本学のカリキュラムは、コース・ユニット制を採用している（詳細は2. 教育プログラムで記載した）（資料 83,84）。卒業時アウトカムを達成するために、コースが設定され、各コースの中に授業細目であるユニットが決められている。教学上の最高機関である教学委員会によりコース責任者が決められ（任期は1年間）、コース責任者がコース内教育を行うことのできるユニット責任者を選任する。ユニット責任者も任期は1年間である。コース責任者とユニット責任者は教育に関して絶大な権限を有するため、常に適切な教育を実行可能とするために、任期を1年に定めている。コース責任者は毎年、教育研究年報にコースでの教育の点検評価を載せる義務を有している（資料 85）。

B 基本的水準についての評価

Aで述べたように「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ーする」体制は整っている。

しかしながら、卒業時アウトカムが決定されたのが2013年であり、いまだマイルストーンが決められていない状況である。早急にマイルストーンを策定して、それに沿った学生評価、特にパフォーマンスの質を評価するルーブリックを構築し、アウトカム評価を基に学生の学習プロセスの追跡調査をしていかなければならない。

C 改善に向けた提言

アウトカム基盤型カリキュラムを構築していくために、2014年度から全てのコース責任者をカリキュラム委員に任命し、コース間の連携をより強固にする。

マイルストーンの策定は2014年度のカリキュラム委員会で、それに沿ったパフォーマンス評価の導入計画は試験委員会で検討を始める。学生の学習成果の追跡調査はIR活動の一環として、教育センターの教育IR部門が担当していく。

D 改善に向けた計画

マイルストーンの策定、ルーブリックの構築、そして学生の学習成果に関する情報収集を組織的、継続的に行っていく。

エビデンスを活用して教育プログラムを継続的に改編し、卒業時アウトカム達成を目指す。卒業時アウトカムを達成できるだけのレディネスを備えた学生を入試できちんと選抜できるためのアドミッションポリシーとディプロマポリシーとの整合性も検討する。

2015年度から臨床実習の改革が開始される。この改革による成果は教育IR部門によってモニターされる。

B 7.1.2

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

カリキュラム委員会には主だったコース責任者が含まれており、コース間での教育内容の調整や、実施上の問題、教育内容の欠落などが常時、審議できる体制となっている。このように、教育実施に関しては、カリキュラム委員会がコース責任者会議の役目を果たし、コースの教育をモニターし、コース責任者はユニット責任者会議を招集してコース内ユニットの教育をモニターし、ユニット責任者は自分が任命した授業担当者間の教育内容調整と連携をモニターする。

コースの教育は教学委員会で審議され、また学生による教員・教育評価アンケート（これは授業評価ではなく、カリキュラムアンケートになっており、年2回実施される）の結果も教学委員会に報告され、教学上の問題点を発見することができる体制となっている。教学上の問題が発見されれば、教学委員会はその解決策策定をカリキュラム委員会に審議させることとなる。

B 基本的水準についての評価

Aで述べたように「カリキュラムとその主な構成要素」すなわち、コース・ユニット内の教育内容を評価する体制は整っている。しかしながら、卒業時アウトカムが決定されたのが2013年であり、アウトカム基盤型カリキュラムとなっておらず、アウトカム達成のためのカリキュラムモデルを構築して、その評価を行う体制を整える必要がある。

C 改善に向けた提言

アウトカム基盤型カリキュラムの構築を早急に行う。その上で、学生による教員・教育評価アンケートを継続するとともに、プログラム評価のための質的・量的なデータが収集できるように必要であればアンケート内容を見直し、データ収集を行う。

D 改善に向けた計画

カリキュラムと教育成果を継続的に点検評価する。

B 7.1.3

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

2年次後期以降の総括評価は総合試験システムで行われており、総合試験のデータは全て学事課に保存されている（資料 150,304）。共用試験（資料 142,143）、医学卒業総括試

験（資料 305）の結果や実習、演習の評価も全て学事課に保存されているが、入学試験や高校での評価、あるいは卒業後の情報については別組織にデータが存在する。

低学年での前臨床実習の施設からのフィードバックと学生のレポートはカリキュラムニュース（資料 306,307）として報告されるほか、問題のあった学生についてはポートフォリオとしてデータを蓄積してある。

レポート作成能力について、1年次と3年次に課すレポートは全てコメントを含めてPDFとしてデータ蓄積している。

B 基本的水準についての評価

以上のように、「学生の進歩」を評価する体制はある程度整っているが、入学時から卒業まで経年的に学生の進歩を体系的に評価することは大学組織として十分には行われていない。

コースの教育成果である総合試験の結果については、試験委員会を経て最終的には教学委員会で審議されるが、試験成績とプログラム評価とを合わせて総合的に教育成果について検討することは行われていない。

C 改善に向けた提言

入学時から卒業までの学生の経年的な進歩を体系的に評価するシステムを教学 IR として行うことを検討する。

D 改善に向けた計画

教学 IR において、成績等の直接評価と学生の認知等の間接評価についてのデータを蓄積し、各カリキュラムで学んだことが学生にどのような影響を与えているのか、どの時点でどのような教育プログラムが効果的なのかを考察する。各要因がどの程度統計的に優位であるのかを検討し、収集するデータ項目を精査する。

B 7.1.4

医科大学・医学部は

- ・ 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 基本的水準に関わる点検

カリキュラム委員会には主だったコース責任者が含まれており、コース間での教育内容の調整や、実施上の問題、教育内容の欠落などが常時、審議できる体制となっている。また 2001 年に「学生による教員・教育評価ワーキンググループ」が結成され、学生が主体となって1年次から4年次に学生による教員・教育評価アンケートを行っている。これは授業評価ではなくカリキュラムアンケートになっており、その結果も教学委員会に報告され、教学上の問題点を発見することができる体制となっている。教学上の問題が発見されれば、教学委員会はその解決策策定をカリキュラム委員会に審議させることとなる。

以上のように、コース・ユニット内の教育内容、総合試験結果、はモニターされ、その結果から「課題の特定と対応」を教学委員会が行っている。

B 基本的水準についての評価

A で述べたように「課題の特定と対応」を行う体制は整っている。

C 改善に向けた提言

現在の学生によるアンケートを継続するとともに、教員側から見た課題を明らかにするために、教育プログラムについての教員アンケートを実施する。

D 改善に向けた計画

アンケートの結果を解析し、課題改善のための方策を継続的に検討する。課題を特定するために必要なアンケート項目について適宜修正を行っていく。学生のニーズを継続的にモニターする。

B 7.1.5

医科大学・医学部は

- ・ 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。(B7.1.5)

A 基本的水準に関わる点検

本学では教学委員会が教学の最高機関として、教育の改善についての立案、実施について責任を持っている。

各コースの教育とその成果である総合試験結果とは教学委員会で審議され、学生による教員・教育評価アンケートや臨床実習アンケートの結果も教学委員会に報告されて、教学上の問題点を発見することができる体制となっている。教学上の問題が発見されれば、教学委員会はその解決策策定をカリキュラム委員会に審議させることとなる。授業内容、試験内容について極めて問題があるとされたユニットに関しては、当該ユニットにフィードバックされる仕組みもある。

B 基本的水準についての評価

A で述べたように「評価の結果をカリキュラムに反映する」体制は整っているが、実際に学生教育を担当している教員からの視点が充分反映されていない。

C 改善に向けた提言

評価の結果がカリキュラムに反映されているか、教育成果が現れているかの追跡調査は IR 活動の一環として、教育センターの教育 IR 部門が担当していく。

D 改善に向けた計画

学生と教員による教育プログラム評価を継続するとともに、その結果を解析して、カリキュラムに有効に反映させていく。

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)

Q 7.1.1

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わる点検

B.7.1.1.で述べたように、本学のカリキュラムでは、コース内教育はコース責任者の権限で毎年変更することが可能である。コース間の教育内容の調節もカリキュラム委員会で毎年、変更が可能となっている。したがって、教学委員会とカリキュラム委員会では、教育環境や教員などの教育資源の変化に対して、迅速に対応できるようにしている。例えば、教員の退職による教育担当者の不足、小グループ演習室の使用希望増加に対する調整、さらには学外実習施設の利用可能状況の変化、に合わせてコース内教育の調整が図られる。

B 質的向上のための水準についての評価

現状の制度でプログラムの包括的な評価が行われていると考えているが、プログラムを運営実施するための人材確保、特に臨床実習拡充に伴う人材不足が懸念される。

C 改善に向けた提言

2015年度からの臨床実習拡充に伴い発生した問題に対処する。臨床実習を指導できる人材の確保、必要であれば人材育成のためのFDを行う。

D 改善に向けた計画

教育プロセスの背景について継続的に評価し、必要に応じて改善する。

Q 7.1.2

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わる点検

カリキュラムの構成要素については、ユニット責任者が毎年のシラバス記載に際し、ユニットの位置づけ、到達目標、教育法（例えば小グループ学習や討論学習、自己学習など）、教員の連絡先、参考図書、評価法を記載し、実施することとなる（資料7）。各ユ

ユニットについてのこれらの記載内容はコース責任者が整合性等の確認をするため、教育法の変更はコース責任者の了解により可能となっている。コースでの総括的評価の方法の変更については教学委員会が規定する教務内規によるため、総括的評価の変更はユニット責任者やコース責任者には許していない。

B 質的向上のための水準についての評価

現状の制度でプログラムの包括的な評価が行われていると考えているが、コース間での教育内容の調整が十分とは言えない。

また、シラバス記載内容と教育内容に乖離が見られるとの指摘もある。

C 改善に向けた提言

アウトカム基盤型カリキュラムについての検討を早急に開始し、教育成果を達成できるための教育法、学習法、評価法について議論を開始する。

「シラバスは学生との契約書である」ということをシラバス執筆教員に周知する。

D 改善に向けた計画

アウトカムを達成するためのカリキュラム構成であるか、学習成果が妥当性と信頼性を以って評価されているか、継続的に解析し、カリキュラムの修正を図る。

Q 7.1.3

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。
- ・ 全体的な成果 (Q 7.1.3)

A 質的向上のための水準に関わる点検

入学試験成績、学内試験成績、実習評価、臨床実習の評価、卒業試験成績、及び共用試験や国家試験成績（資料 45）までは追跡しているが、卒業後の業績や進路に関する追跡調査までは至っていない。

B 質的向上のための水準についての評価

全体的なプログラムの成果に関する評価は不十分な点がある。

C 改善に向けた提言

本学の教育成果を明確にするために、卒業後の追跡調査とその分析が求められる。

本学では 2006 年と 2011 年に卒業生アンケートを実施している。2013 年度からは本学で研修を行っている研修医を対象に卒業時アウトカム調査も開始した。2011 年の調査ではアンケートという量的な測定とインタビューという質的な測定との両者を実施した。今後も継続的に卒業生アンケートを実施し、卒業生の業績や進路と卒前のデータとを合わせた解析を教育 IR 部門で行う。

D 改善に向けた計画

卒業生アンケートでは回収率を高めるための方法を考える必要がある。同窓会の協力も得て検討する。

地域枠の学生が 2014 年度から（東京都地域枠は 2016 年度から）卒業し始めるので、地域枠学生の卒後進路を追跡する。

Q 7.1.4

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わる点検

「病気を診ずして病人を診よ」との建学の精神を具現化する医師の養成が本学の「社会的責任」である。本学はこの目的を果たす努力をしているが、客観的データとしてこの責任が果たしているかどうかのデータは収集していない。

B 質的向上のための水準についての評価

社会的責任についての検証は行われていない。教育成果が患者への医療の質向上につながっているのか検証されていない。

C 改善に向けた提言

教育 IR 部門で調査方法の検討を開始する。

D 改善に向けた計画

教育 IR 部門での検討を行う。

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)

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。

B 7.2.1

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。(B7.2.1)

A 基本的水準に関わる点検

教員を対象としたカリキュラムアンケートは行っていない。基礎系教員には、「基礎教員連絡会」があり、この会議には教学委員長またはカリキュラム委員長が出席する。口頭で出された基礎教員からの意見は、教学委員長を通じて教学委員会に報告されている。臨床系教員は「臨床実習教育委員会」を通じて、意見が教学委員会にあげられる。学生からの意見は、学生組織である「学生による教員・教育評価ワーキンググループ」が2001年度以降、活動しており、学生の意見は十分収集され、分析も行われている。

B 基本的水準についての評価

学生への教育の質と成果を向上させるという観点から、教員に対するカリキュラムアンケートを行う必要がある。

学生のカリキュラムアンケートは十分に行われている。改善点としては、現在のアンケートでは、教育プログラムに対する満足度は測定されているが、学生による自身の行動に関する認識等のその他の観点からのアンケートは行われていない。

C 改善に向けた提言

教員からのカリキュラムへの意見収集も IR 活動と考えられる。教育 IR 部門で、教員へのアンケートを実施する方向で検討を開始する。

学生アンケートに学習行動（授業への出席、学習時間など）に関する項目を追加する。

D 改善に向けた計画

教員アンケートの早期実施に向け活動する。

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）

Q 7.2.1

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）
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

学生からの意見は、学生がカリキュラム委員として参加していることと、毎年2回行われる「教学委員と学生会委員との懇談会」（資料 31）で、学生と教職員とで協議されている。しかしながら、教員へのアンケートを実施していないので、教学委員会、カリキュラム委員会、臨床実習教育委員会以外の教員からの情報収集が不十分である。

B 質的向上のための水準についての評価

B.7.2.1.で述べたように教員へのアンケートを実施する必要がある。

C 改善に向けた提言

B.7.2.1.で述べたように教員へのアンケートの実施を教学委員会で検討する。教育 IR 部門でアンケート項目について提言する。

D 改善に向けた計画

カリキュラムに関する意見を広く集め、データ化し、分析する IR 活動を行っていく。

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)

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。

B 7.3.1

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)

A 基本的水準に関わる点検

本学の建学の精神は「病気を診ずして病人を診よ」であり、この使命を医学教育で果たすために教育目標が定められ、卒業時アウトカムが設定された(資料4)。

本学では知識、技能、態度に該当するそれぞれの能力について学生の達成度を適切に評価するために、知識量を求める総括的試験に加えて、問題解決能力を評価するための multi-station examination、triple jump exercise、プレゼンテーション試験、また技能を評価する OSCE も導入した。さらに学生が伸びていくための支援として、態度評価、レポート評価、学習プロセスの中で学生が自らの誤りに気付くための形成的評価も行っている(資料153,154,155,156,157)。

一方、本学が求める学生像は、「自ら求め、自ら学ぶ」という姿勢である。そのために本学では講義という教育手法を用いるユニットでは出席を取っておらず、講義での学習成果はコース総合試験で成果判定される。これは学生に自らの学習行動への責任を問うためである。それに対して演習・実習では、その学習に対するフィードバックが随時行われ、学生の学習態度への評価を伝えることで学生の学習行動の適正化を図ろうとしている。このように学生自身の学習への責任を絶えず問うことを行い、「学習する責任は学習者にある」ことを知らせている。さらには、6年次選択実習では、4週間単位で自らが選んだ実習先(学外、海外、基礎の研究所も含む)での実習を可能としているだけでなく、正課外のプライマリケア・選択学外臨床実習での経験を単位として認めており、より学びたい学生

への支援を惜しまない体制となっている。すなわち慈恵医大の卒業生は生涯学ぶ医療者であり続けるための支援を大学として行っている。

本学は卒業時アウトカムを学生に担保できるような教育カリキュラムの構築を目指して、2006年と2011年に卒業生アンケートを実施した。その結果から本学の学生と卒業生の業績を分析してみる。

獲得できていると思われる教育成果としては、「低学年から大学病院以外に患者がいることを認識して、地域や社会構造をも包含して医療を理解できた」と述べられているように、地域医療の中で医師の使命と責任の自覚ができていた。「病気を診ずして病人を診よの能力が自然に身に付いた」「患者中心の医療が自然に身に付いた」という意見は、患者中心の職業的倫理観、医師としての適切な態度と行動が達成できていたことを示している。

「多職種連携教育を受けていたので卒業すぐに意思疎通が上手くできた」のように、チーム医療に臨む主体性・協調性が培われていたことがわかる。「自主性を重んじた自由な校風」「カリキュラムの自由度」「国試の予備校になっていない」等、自己主導型学習習慣と自己研鑽能力を自然と磨いていたことが卒業生の意見から汲み取れる。

教育成果として達成が不十分だと考えられるのは、「自主的問題解決能力」「コミュニケーションスキル」「プレゼンテーション能力」が卒業生の意見として挙げられた。また、教育成果を測定するための評価について問題だとされたのは、「口頭試験が一問一答方式で意味がなかった、何を求めているのかわからなかった」「レポートを提出してもフィードバックが来なかった」など教員の質を問うものであった。

B 基本的水準についての評価

Aに述べたように、本学は求める学生像を明確に定め、それに則した教育と評価、学生支援を実施している。卒業生も本学の使命の多くを具現化できていると考えられるが、「自主的問題解決能力」「コミュニケーションスキル」「プレゼンテーション能力」といったノンテクニカルスキルの涵養が教育の中で十分ではないことが明らかになっている。また、教育成果を測定するための評価については、評価側の教員の質が問題である。教育成果が確かに達成されたかのパフォーマンス評価が十分ではない。パフォーマンス評価に対する教員の理解も十分ではない。

C 改善に向けた提言

卒業時アウトカムを実現するためのマイルストーンとルーブリックを定め、学生にはその学年で何が求められているのかを明確に示す。

コミュニケーションスキル、プレゼンテーション能力を向上させるために、低学年から順次性を持ったカリキュラムを構築する。

パフォーマンス評価やチューターとしての能力向上のためのFDを実施する。

D 改善に向けた計画

ルーブリックに則ったパフォーマンス評価を確実に実施する。

自然に患者の前でコミュニケーションできる能力、患者に説明できる能力、明晰なプレゼンテーションできる能力を学生に涵養するための方策とその実績について検証する。

B 7.3.2

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。
 - ・ カリキュラム (B 7.3.2)
-

A 基本的水準に関わる点検

1996年度から導入された本学のカリキュラムでは、1987年に阿部正和先生が提案された、基本的知識、基本的技術、基本的態度・習慣をベースに、初年次教育の改革、心理社会的側面や多文化理解を重視した医学総論、チュートリアルなどの問題解決型学習、臨床実習の強化、地域医療教育、そして選択カリキュラムの導入など教育内容の改善を行っただけでなく、コース・ユニット制、総合試験システムという本学独自のカリキュラム実施体制、および前臨床実習として低学年からの体系的学外実習での患者理解、多職種連携教育という他大学にはない特徴が具体化された。また、本学がわが国で最初の試みとなる家庭医実習（1986年開設）を必修化、拡充して前臨床実習とともに地域で学生を育てる地域医療実習も体系化した（資料8）。

「低学年からの患者接触、学外実習による動機付けがあった」「地域、現場での経験ができた」「様々な医療の姿をみるのができた」「選択実習で学外、海外にいけること」など学外実習や選択実習に対する高い評価、その他に「他職種とのふれあいを大切にしているカリキュラム」でチーム医療を学べること、「良き臨床医を育てようとする目標が明確」なプログラムが良い、と学生や卒業生に指摘されている。

カリキュラムの問題点としては、「教養教育、基礎医学と臨床医学が結びついていない」「低学年から臨床に結びつく教育をすべき」「症例中心の授業にするべき」など、本学のカリキュラムは学生に基本的臨床能力を求めているにもかかわらず、統合型カリキュラムが充分機能していないとの意見であった。「シラバスに統一性がない」「シラバスの記載と実際に行われている教育内容が異なる」というのも、教育プログラムが全体として検証されていないことを示す。

B 基本的水準についての評価

Aで述べた様に、統合型カリキュラムとして、基礎医学と臨床医学が十分に融合していないことがわかる。症例を基盤とした問題解決を問うカリキュラムも十分ではない。

C 改善に向けた提言

自主的問題解決能力、臨床推論能力を高めるために、低学年から Active Learning の導入、症例ベースの授業を推進する。その際に海外や他学の実践例も参考にする。

卒業時達成指針に向けて、各コース・ユニットの連携を高めて教育内容を網羅的に検証する。

D 改善に向けた計画

座講を大幅に減らしてチュートリアル、TBLなどの問題解決型の学習を増やすことを検討する。

アウトカム基盤型カリキュラムへ移行する。

B 7.3.3

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。
 - ・ 資源の提供 (B 7.3.3)
-

A 基本的水準に関わる点検

卒業生の評価が高かったのは、「臨床実習が少人数グループ」「チュートリアル等の小グループ演習」といった少人数での演習と実習であった。それには「教員の熱心な指導」も伴うことが必要である。

「国家試験勉強用のスペースを与えてくれた」「イントラで試験問題検索ができた」のように物的な資源も提供されていたことがわかる。

B 基本的水準についての評価

特に問題は無いようではあるが、十分な少人数学習を行うには教員への負担が大きいと考えられる。チュートリアルや実習を指導するに十分な能力を備えた教員がどの程度存在するかは検証されていない。また、少人数のグループ学習を行えるようなスペースが十分ではなく、今後チュートリアルを増やした時に演習室が不足する可能性がある。臨床実習でも学生用のスペースが足りず、外来実習が十分に行えないという指摘があり、臨床実習拡充に向けて検討する必要がある。

C 改善に向けた提言

教育に参加した教員に対して、教育業績として正当に評価するシステムを作る。

チュートリアルを指導できる教員育成のための FD を行う。

PBLに加えて TBL 等の新しい教育手法をも取り入れて、問題解決型の Active Learning を拡充する。

D 改善に向けた計画

問題解決型の Active Learning を推進し、その教育効果を IR 活動として検証する。

少人数グループ学習を実施できる施設、臨床実習での学生用スペースの増設を検討する。

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)

Q 7.3.1

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べきである。
 - ・ 背景と状況 (Q 7.3.1)

A 質的向上のための水準に関わる点検

本学の入学者は関東出身者が大部分を占めており（2013年度実績：東京 72名、神奈川 17名、埼玉 5名、千葉 4名の1都3県で87.5%）（資料 197）、卒業後の初期研修マッチングも関東近郊を中心に行われている。（2012年度卒業生 90名：学内 45名、学外 45名（資料 130）。初期研修修了後、学外にて研修した学生の約半数は本学のレジデントとして採用されている（資料 308）。

B 質的向上のための水準についての評価

本学の学生が初期研修先の選択の際に重視した事項については、アンケート調査がなされている（資料 309）。研修内容についての回答が多かったが、経済的問題として給与面についても指摘がされていた。卒業生のうち本学附属病院の初期研修医については、就労時のオリエンテーションでアドバンス OSCE を実施し、臨床能力の点検が行われており、研修中の評価については各診療科で実施されている。

C 改善に向けた提言

卒業生の置かれている環境や背景をより明確にするために、6年次学生と初期研修医へのアンケート調査や面談をより充実させていく。

D 改善に向けた計画

卒業生の背景や状況を明確にし、卒前教育にフィードバックしていく。

Q 7.3.2

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わる点検

本学は2003年度に大幅な入学試験方法の改革を行って以来、毎年の入学者について、入学時成績（主に一次学科試験総合成績および科目別成績、調査書）と在学中の学科試験成績との関連について追跡調査を系統的に実施している。その結果、入学者全体としては、入学時成績と入学後の成績の間には高い相関は認められない。これは、入学時に高学力の者の多くがその後も高学力を維持している反面、一部には、入学後の成績が急落する学生がいることによる。また、入学時の学科試験成績が低くても、入学後に著しく学力が向上する学生も多くみられることによる。

入学後成績が急落する学生および留年生については、入学時学科試験成績のみならず、調査書内容、面接試験（二次試験）結果および高校卒業後の経歴との関連について、個人別に *retrospective* な調査を実施しており、その結果、一部には、調査書および面接試験結果との関連を認めている。最近では、入学者の出身が関東地区、特に東京近辺に集中し、他の地方出身者は減少傾向にある。従来、本学出身者は日本全国に広く分布し地域医療を支えてきたことから、その対策として、本学独自の地域枠を入学試験において設定するなどの努力を試みているが、この傾向に歯止めがかからないのが実情である。また、せっかく入学した地方出身者の一部に、入学後に学力低下をきたす学生が散見されるのも実情である。この要因の一つとして、最近、地方の各国立大学がAO入試などによる地域枠を設定することにより、優れた学生を早期に確保しつつあること、地元で国公立大学に進学できなかった学生が入学している可能性が考えられる。

入学後の成績が入学時の学科試験成績、調査書および面接試験結果のいずれとも関連が認められないケースもあり、それらについては、入学後の動機づけモチベーションの低下（第一志望校ではなかったこと、志望学部を親の希望で選択したこと）、経済的状況・家庭環境の変化、精神衛生上の問題などの原因が個別的に判明している。

B 質的向上のための水準についての評価

入学試験の学科試験成績は、いわば瞬時の評価値であり、その受験生の常態的水準を反映しているとは限らない。また、一次入学試験合格者の総合成績は全受験者（約2500～2600名）の上位約20%以内にある。二次試験による補欠者の学力も国立大学医学部合格者とはほぼ同等の合格水準にあることが予備校などの追跡調査により確認されており、入学者の学力レベルは十分に担保されていると考えられる（資料185）。したがって、成績が著しく上位の受験生を除けば、入学時の成績が入学後の成績と相関しないことは十分にあり得る。

一方、入学後2年次以降の成績については、連続する学年間でかなり高い相関が認められ、入学後、初期に形成される学習習慣および学習への動機づけ、モチベーションの維持がその後の成績向上に重要な因子であることが示唆されている。

入学者の入学後の成績推移の分析から、入学後に成績が急落したり、低迷する学生については、調査書評価が低く、日頃の学習習慣が身につけていないと考えられるケースや、面接試験の評価において、一部の面接委員から低いスコアを受けた学生、あるいは可もなく不可もない平板な評価を受けた学生が多いことが判明している。このことは面接試験評価の重要性を示唆する反面、現行の面接試験方法の弁別能力の限界を示唆している。

入学者の追跡調査は6年間の大学在学期間にとどまらず、卒業後も長期間にわたり、継続して実施することが望ましい。長期にわたる情報の分析から問題点の抽出と解決が期待される。現代医療では患者さんとの信頼関係がまず求められ、チーム医療では医療従事者間での相互理解が基本となる。このような現状からコミュニケーションと自己表現能力の重要性は明らかで、入学者選抜時における評価と入学後の教育環境への適応力との関係を調査し評価することが求められる。

C 改善に向けた提言

入学後のモチベーション維持のため、魅力あるカリキュラムへの改革と学習環境の整備に全学的に取り組んでいく必要がある。特に初年次および2年次の教育環境は重要である。

良質な地方出身者を確保するために、初年次の寮設備の整備も検討すべきである。2002年以来、入学後の学生について、パーソナリティ（人格傾向）のスペクトル分析を実施しており（資料 310）、学業成績との相関についてデータを集積している。将来的には、卒業生の業績との関連も調査すべきである。

従前は卒業時アウトカムという視点がなかったので、アウトカムの視点で2014年度から再度検討を行う。

D 改善に向けた計画

入学後の成績の追跡調査は継続して実施する予定であり、学科試験成績との関連のみならず、面接評価との関連について、詳細な分析を実施する予定である。

2003年度の入試改革直後の入学者の多くは、現在、後期レジデントを修了した直後か、初期研修修了後に大学院博士課程在学中であり、2007年度の入学者は初期研修を修了したところであり、まだ十分に業績が定まっているとは言えない。何名かは大学有給職に着任している。今後、教育成果について教学 IR として追跡、検証していく。

Q 7.3.3

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

学生の業績の分析は、学事課で一括管理された総合試験成績、共用試験 CBT 成績および卒業1年目の卒業生よりアンケート調査で収集した国家試験成績が、試験委員会、教学委員会、入試委員会および入試検討会にフィードバックされている。その結果に基づいて、入試委員会および入試検討会では、入学時の選抜方法、特に調査書等の評価方法および面接試験結果の評価方法について方針を決定し、毎年徐々に変更を加えている。

入試委員会のメンバーには、常に1年次から2年次教育にかかわっている教育スタッフおよび教育センターのスタッフが含まれており、入学時の学生の業績は、直ちに初年時教育にフィードバックされる体制にある。

2003年から2006年まで、一次入学試験を前期（国公立大学より早い1月末期）と後期（国公立大学と同時期）に分けて実施していた。前期および後期入学者に関する追跡調査の結果、上位成績者については入学後の成績に差が認められなかったが、下位成績者に後期入学者が多く含まれるようになったことから、入試委員会で検討した結果、2007年度より、前期1回のみ（2月初旬期）実施することとした。

B 質的向上のための水準についての評価

現行の入学試験一次試験は、幅広い多様な受験生を受け入れるため、理科（物理・化学・生物より2科目選択）、数学、英語から構成されている。各科目成績、調査書評価、面接試験評価の結果と、入学後の成績の追跡調査を実施している。

入学後成績が急落する学生、特に留年生、留年を繰り返す学生については、retrospectiveな調査の結果、高校時の調査書内容および高校卒業後の経歴などに関連を認めており、これらは高校時代の学習習慣を反映していると考えている。しかしながら、調査書の評価方法と基準は、高校によって大きく異なるため、一律に点数化することは困難である。そのため、面接試験においては、特に医学部進学の高い意志と動機、入学後に能力を伸ばすことができるかどうかを重視して、注意深く評価している。

現行の二次試験（面接試験）は、面接員に受験生に関する情報を与えない（バイアスをかけないで公平に評価する）集団面接と、調査書情報を事前に面接員に知らせておく個人面接から成るが、調査書上、問題のある受験生については、個人面接において特に注意深く評価を実施している。

二次試験の面接委員は、医学科（国領校、基礎医学系、社会医学系、臨床医学系）の教授に偏りなく、入試委員会が依頼している。二次試験実施前に、面接評価のFDを実施し、評価基準を明示し、各面接（集団面接および個人面接）における評価方法の統一を図っている。

C 改善に向けた提言

面接試験は本学の入学者選抜においてとりわけ重要であるため、面接委員の質と数の確保が緊急の課題である。現在も面接試験に関するFDが行われているが十分に行われているとは言い難い。今後面接試験内容のさらなる検討とFDの充実を図っていきたい。

2014年度より、二次面接試験のmulti-station化の可能性について入試委員会内で検討に入る。

D 改善に向けた計画

本学の求める卒業時アウトカムを達成できるためのレディネスを備えていることをアドミッションポリシーとして明示し、入学試験も教育プログラムの一部として検討する。

Q 7.3.4

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

学生の試験成績、演習や実習でのパフォーマンス、教員・教育評価アンケートや学生と教員の話し合い（教学委員と学生会委員との懇談会、松藤学長との昼食会、学生部長と2年生の昼食会）、学生アドバイザーからの情報は教学委員会で集約され、カリキュラム委員会にフィードバックされてカリキュラム立案時の参考になるよう有効利用されている。

B 質的向上のための水準についての評価

学生からの意見はカリキュラム委員会で十分検討されている。現在は学生会関係の学生のみが参加しているが、異なる立場の学生参加も必要だと考えられる。

C 改善に向けた提言

カリキュラム委員会へ参加する学生を増やす。
卒業生が医師として働いていく上で何を求めているか、という視点からのカリキュラム立案をカリキュラム委員会で検討する必要がある。卒業生の実績を一元的に把握して、教育実践に役立てるシステムについて検討する。

D 改善に向けた計画

学生、卒業生のパフォーマンスを基にカリキュラム委員会でカリキュラム立案が行える様にする。

Q 7.3.5

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

留年生や問題を抱えている学生に対しては、20名程度の教職員から組織されている学生部長補佐があり、学生部長は学生に相性の合う教職員を選ばせ、相談役としている。特に留年生支援に関しては、「認知カウンセリング」の手法を用いて支援を行っている。さらに重大な問題を抱えていると教学委員会が判断した場合、その一人の学生のために「学生支援チーム」が結成される。教学委員会の下部組織として、学生相談室委員長を中心に専門的支援を行う体制が整っている。

B 質的向上のための水準についての評価

学生カウンセリングについては充分機能していると考ええる。

C 改善に向けた提言

特になし

D 改善に向けた計画

特になし

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協働者を含まなければならない。
 - ・ 教員と学生 (B 7.4.1)
 - ・ プログラムの統轄と運営 (B 7.4.2)

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。

B 7.4.1

医科大学・医学部は

- ・ プログラムのモニタと評価に次の協働者を含まなければならない。
 - ・ 教員と学生 (B 7.4.1)

A 基本的水準に関わる点検

B.7.2.1.で述べたように、プログラムのモニタとして現状でも学生が参加しており、積極的に意見を述べている。

教学委員、カリキュラム委員、臨床実習教育委員などの教員もプログラムのモニタを行っているが、教員全体の意見の収集が行われていない。研究所等の教員で学生教育に関わっていない教員はプログラムの評価に関わっていない。

B 基本的水準についての評価

教員からの意見収集を幅広く行わなければならない。

C 改善に向けた提言

教員を対象にしたカリキュラムアンケートを計画し、実施していく。

D 改善に向けた計画

教員アンケートの結果を分析し、改善点を抽出し、学生からの意見と合わせてプログラム改善に資す。

B 7.4.2

医科大学・医学部は

- ・ プログラムのモニタと評価に次の協働者を含まなければならない。
 - ・ プログラムの統轄と運営 (B 7.4.2)
-

A 基本的水準に関わる点検

プログラムのモニタや評価に関わっている教員・学生以外では、プログラムモニタと評価に関わるのは卒業生（卒業生アンケートを行っている）、同窓会役員（資料 311）、大学理事（資料 23）に限られている。

B 基本的水準についての評価

「統括と運営に関与する者」を今後、大学としてどのように定義していくか、検討していく必要がある。

C 改善に向けた提言

「統括と運営に関与する者」を今後、どのように定義していくか、2014 年度から教学委員会で審議を開始する。

D 改善に向けた計画

「統括と運営に関与する者」を教学委員会で審議し、それらの人々からどのように意見を収集するかを検討を行う。

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が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フィードバック。(Q 7.4.2)
 - ・ カリキュラムに対するフィードバック。(Q 7.4.3)

Q 7.4.1

医科大学・医学部は

- ・ 他の関連する教育の協働者が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わる点検

シラバスは既にインターネット公開されている（資料 43）。

大学基準協会の 2 回にわたる認証評価結果（2002 年、2009 年）も公表されている（資料 2）。

卒業生アンケート結果はインターネット上での公開となっている（資料 47）。

学生によるカリキュラム評価（学生による教員・教育評価アンケートの結果）は編集後にイントラネット上で公開されている。

B 質的向上のための水準についての評価

他の関連する教育の協働者にフィードバックを求めるためには、情報公開が必要であり、本学は情報を広く公開している。

C 改善に向けた提言

カリキュラム、プログラムの評価（本審査も含め）、卒業生アンケートなどの情報を、より広く本学の教育に関わる人々に周知できるような方策について、教学委員会で審議を開始する。

D 改善に向けた計画

情報公開後、どのような人たちに積極的にフィードバックを求めるべきなのかについての検討を始める。

Q 7.4.2

医科大学・医学部は

- ・ 他の関連する教育の協働者が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フィードバック。（Q 7.4.2）

A 質的向上のための水準に関わる点検

「卒業生の業績に対する他の関連する教育の協働者のフィードバックを求める。」ことは行われていない。

B 質的向上のための水準についての評価

現状では、卒業生の業績に対する教育の協働者、地域社会、一般市民からの評価を系統的に情報収集・分析することは行われていないが、卒業生のうち本学附属病院で臨床研修を行う医師については、医療従事者（看護師、薬剤師などのコ・メディカル）などにアンケート調査を行うことで、ある程度の業績評価が可能となると考える。

C 改善に向けた提言

卒業生のうち本学附属病院で臨床研修を行う医師について、医療従事者（看護師、薬剤師などのコ・メディカル）にアンケートを行うか検討を始める。

D 改善に向けた計画

卒業生全員の卒後の業績に関する情報を集積するシステムを考案する。

Q 7.4.3

医科大学・医学部は

- ・ 他の関連する教育の協働者が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フィードバック。(Q 7.4.3)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

職員やその他学生教育に関わる人々からカリキュラムに関しての意見は収集していない。

B 質的向上のための水準についての評価

職員、大学教育病院など学外実習先の担当教員、授業に参加してくださった患者、あけぼの会等（資料 129）、その他学生教育に関わる人々からの意見もプログラム開発に反映すべきである。

C 改善に向けた提言

職員、学外実習先の担当教員、授業に参加してくださった患者、あけぼの会、東京 SP 研究会等、その他学生教育に関わる人々へのアンケート開始を検討する。

D 改善に向けた計画

学生教育に関わる人々からのカリキュラムに対する意見を集約できるようなシステムを構築し、カリキュラム改善に資する。

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

- ・ その統轄する構造と機能が、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)

注釈:

- ・ [統轄]とは、医科大学・医学部を統治する活動および構造を意味する。統轄には、主に方針決定、全般的な組織やプログラムの方針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。組織とプログラムの方針には通常、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、統轄構造における[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:健康管理システムの利用者)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。

B 8.1.1

医科大学・医学部は

- ・ その統轄する構造と機能が、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 基本的水準に関わる点検

京慈恵会医科大学は、医学部・医学科、医学部・看護学科、大学院医学研究科、附属病院、総合医科学研究センター、教育センター、学術情報センター、生涯学習センターから構成される。(資料 22)

本学は創立以来講座制を採用し、医学教育、研究、診療のすべてが講座ごとに行われて来たが、医学教育が系統的講義から臓器別へ、講義中心から演習・実習中心へ、暗記型から問題解決型へ推移し、研究面でも学際的、横断的研究が主流となるに伴い、従来の講座の壁を取り払った形での教育研究組織が構築された。

本学の教学委員会規程(資料 20)により、本学での学生教育の最高執行権限は教学委員会にある。カリキュラム実施および教育予算の決定と執行管理も教学委員会が掌握している。教学委員は国領校、基礎系、臨床系の教授が教授会の投票により選出され、さらに専門的立場から数名の教員が教学委員長推薦で決められている。教学委員は教授会の承認を得て、実質的な教育企画運營業務を行っており、教学委員長のリーダーシップは確立されている。

入学者選抜は入試委員会(委員長は学長が指名する)が行っており、教学委員会とは完全に独立した組織となっている。教員採用・昇格は教授会議(資料 16)の権限である。

大型研究費の配分及び大型研究設備は学校法人の委員会である教育研究助成委員会（委員長は学長が指名する）により決定される。教学委員会、教授会議、入試委員会、教育研究助成委員会は政府機関、他の機関からの影響は受けず、それぞれの組織が自律性を持って決定、遂行している。

教学委員会の下部組織としてカリキュラム委員会があり、具体的なカリキュラム作成に携わっている。その役割は時代の要請によって変化できるような柔軟な組織体系となっている。

B 基本的水準についての評価

教育は教学委員会、研究は大学院委員会（資料 312）、研究設備・大型研究費は教育研究助成委員会、診療は診療部長会議（資料 313）が責任組織である。教育に関しては教学委員会が担当しており、教学委員会の下部組織として、カリキュラム委員会、カリキュラム自己点検評価委員会、臨床実習教育委員会、学生担当委員会、学生保健指導委員会、学生相談室委員会、教育施設委員会、試験委員会、があり、それぞれの委員長は教学委員が当たることになっており、教学委員会が統括管理する体制が構築されている。

このように教学に関する組織及び委員会は整っているが、全ての委員会に規程が定められていない。特にカリキュラム委員会規程が存在せず、その責任範囲が明確でないのは問題である。

C 改善に向けた提言

委員会規程の欠落を補う必要がある。教学委員会で検討を行う。

D 改善に向けた計画

教学上の委員会が医学部、附属病院での委員会や学校法人の委員会との整合性の検討を行う。

質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- ・ 統括する構造として、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）

Q 8.1.1

医科大学・医学部は

- ・ 統括する構造として、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わる点検

教育に関する最高機関は教学委員会である。

基礎教員連絡会、臨床実習教育委員会などから、教員一般の意見が教学委員会やカリキュラム委員会に反映されるシステムとなっている。

カリキュラム委員会は年に一度カリキュラム編成会議（資料 244）を開催し、自由参加で教員の意見をカリキュラムに反映できる仕組みとなっている。

B 質的向上のための水準についての評価

教学委員会の下部組織として、学生が参加するカリキュラム委員会や臨床実習教育委員会などがあり、委員会参加教員からは意見を受け取ることができるが、全教員へのアンケートなどは行っていないため、全教員からの意見収集には弱点がある。全教員への意見聴取の方法を検討しなければならない。

C 改善に向けた提言

全教員へのカリキュラムアンケートを 2014 年度に実施する。

D 改善に向けた計画

教員へのカリキュラムアンケートの結果を教育 IR 部門で解析し、教学委員会とカリキュラム委員会に報告する。

Q 8.1.2

医科大学・医学部は

- ・ 統括する構造として、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わる点検

本学では伝統的に「教学委員と学生会委員との懇談会」が年 2 回開催されて、教学委員会は学生からの意見を受け取る体制が整っている。この懇談会がいつから始まったかの明確な記録がないが、1970 年後半には定期的な懇談会として確立していた。現在もこの「教学委員と学生会委員との懇談会」が定期的に行われている。

2001 年に「学生による教員・教育評価ワーキンググループ」が結成され、学生が主体となって 1 年次から 4 年次のカリキュラムアンケートを行っている。この活動を学事課が支援し、大学予算としてアンケート印刷費や集計費を支援している。また学生が行った評価データは学事課が電子データとして保存している（学生にデータ管理を任すと、データが散逸するため）。「教学委員と学生会委員との懇談会」ではこのカリキュラムアンケートのデータが学生側から提示され、アンケートデータをもとにした教学上の議論が戦わされる。

B 質的向上のための水準についての評価

学生の意見は一様ではなく、多様な意見が存在する。その多様性も教学委員会では審議されている。

C 改善に向けた提言

現状で特に問題はない。

D 改善に向けた計画

学生が自由に多彩な意見を表現できる体制を堅持する。

Q 8.1.3

医科大学・医学部は

- ・ 統括する構造として、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わる点検

その他の教育に関わる関係者からの意見として、文部科学省、厚生労働省、日本医師会、全国医学部長病院長会議などからの答申や報告は、教学委員会に報告され、本学の教学を検討する際に議論される。しかしながら、一般市民からの意見については、必ずしも十分な情報収集はできていない。

B 質的向上のための水準についての評価

関係省庁や医師会など関係団体からの答申や報告は本学の教学を考える上で検討されているが、一般市民からの意見については今後情報収集の方法などを検討しなければならない。

C 改善に向けた提言

本学が認知すべき一般市民からの意見とはどのようなものかの検討を開始する。

D 改善に向けた計画

一般市民からの意見聴取や情報公開については、学校法人としての指針が必要である。学校法人として検討をお願いする。

Q 8.1.4

医科大学・医学部は

- ・ 統括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）
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

統括業務とその決定事項の透明性については、教授会議や教学委員会などの議事録が公開されておらず、現状では本基準には沿っていない。

B 質的向上のための水準についての評価

本学の教学に関する情報公開をどのように進めるか検討する必要がある。

C 改善に向けた提言

情報公開についての検討を開始する。

D 改善に向けた計画

情報公開について継続的に審議する。

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)

注釈:

- ・ [教学のリーダーシップ]とは、授業、研究、サービスにおける教学に関する決定事項の責任を担うポジションのある人を指し、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、カリキュラム計画、学生のカウンセリング)などが含まれる。

B 8.2.1

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)
-

A 基本的水準に関わる点検

医学教育プログラムの運営についての最高責任者は教学委員長であり、教授会議、教学委員会規程などで、教学上における教学委員長の権限が明記されている。教育プログラムに関する方針はカリキュラム委員会が検討を行い、諮問結果を教学委員会で審議し、教授会議で決定する。また、教育を実施するコース・ユニットについての規程も明確である。

現在、臨床実習 GP (資料 79)、総合診療 GP (資料 110) が実施されているが、各 GP 実施もそれぞれの総括責任者が責任を持って実行している。

B 基本的水準についての評価

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について、現状で大きな問題点はない。

C 改善に向けた提言

特になし。

D 改善に向けた計画

特になし。

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。(B 8.2.1)

Q 8.2.1

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。(B 8.2.1)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

学長選任等規則(資料314)、教学委員長及び教学委員選任等規程、コース・ユニット責任者規程から、学長、教学委員長、コース責任者、ユニット責任者が評価を受けた上で選任される体制となっている。

学長は学長選任等規則および候補者選挙に関する内規により選出される。任期は3年である。選考は選挙管理委員会を開催し、教授会にて候補者1名が推薦され、理事会にて決定される。医学科長、教学委員長、教学委員についても諸規程により選出される。任期は学長と同様3年である。コース責任者・ユニット責任者は1年任期で任命され、コース責任者はコース内の複数のユニットの責任者を決定する。ユニット責任者は、学内外の適任者を講義・実習・演習の担当者として選出し、各教員に教育業務を命じている。リーダーシップの評価は任期毎に評価される。

B 質的向上のための水準についての評価

現状で大きな課題はない。

C 改善に向けた提言

特になし。

D 改善に向けた計画

特になし。

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的資源を分配しなければならない(B 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)。
- ・ 学生の支援と学生組織への[教育予算と資源配分]について(B 4.3.3 および 4.4の注釈を参照)。

B 8.3.1

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)

A 基本的水準に関わる点検

教育・研究予算の全体は、学校法人慈恵大学予算管理規程(資料315)に基づき編成される。予算は毎年4月1日から翌年3月31日までの1年単位であり、予算単位は法人本部、大学、附属病院、専修学校から成り立っている。それぞれには予算責任者が定められており、教育関係予算は学長が担当しているものの、その職務は教学委員長が代行している。予算の決定は理事会、評議委員会の議決を得ることになる。

学生教育用実習機器の購入については、学校法人全体の予算に反映させるため「教育施設委員会」(資料316)を開催して検討している。毎年10月頃に各コース責任者へ次年度教育実習を行う上で必要となる教育実習用機器購入の申請を受け付け、教育施設委員会にて検討・審議し、上部委員会である教学委員会、教育研究助成委員会へ推薦している。

各授業(講義、演習、実習)への教育予算申請の取り纏めは、教学委員会にて行っている。次年度の学事予定、教育方針に基づきコース予算配分が検討されている。教育実習費の運用については手順が明文化されており(資料29)、担当教学委員がカリキュラムのコース別の配分案を提示し、教学委員会の承認を受ける。予算執行は経理課の監査を受ける。決定された予算(資料30)は、コース責任者へ一括して配分され、その管理と責任を負っている。

B 基本的水準についての評価

現状で大きな問題点は存在しない。

C 改善に向けた提言

なし。

D 改善に向けた計画

なし。

B 8.3.2

医科大学・医学部は

- ・ 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的資源を分配しなければならない (B 8.3.2)

A 基本的水準に関わる点検

教育資源である講義室、実習室、小グループ演習室等は、次年度のカリキュラム（時間割）が決定した段階で学事課が中心となり調整している。講義で使用される講堂は、学年ごとに固定化しており、休憩時間に他の場所への移動が発生しないように配慮されている。実習室やシミュレーション教育施設の利用は、学事課とユニット責任者とで相談し、他の授業と重複しないよう時間割を組んでいる。実習において使用する教育用実習機器はユニット責任者が管理しているが、他のユニットから要望があれば共有して利用している。

シミュレーション機器は教育センターが一括して管理しており、所定の手続きにより機器の貸し出しを行っている（資料 317）。教育施設の使用優先は、講堂・会議室使用規程（資料 254,318）により厳格に守られている。

ユニットでの担当教員は、ユニット責任者から学内の教員へ「業務命令」として任命される。特定の教員に教育業務が偏らないように、学事課がサポートしている。教員がどれくらい教育業務に時間を使っているかは、「教員評価 FD システム」に記録されている。

本学は教育に関する競争的資金を多く得ており、文部科学省の教育補助金の採択を受け、教育のための資金として使っている（資料 21）。

B 基本的水準についての評価

現状で大きな問題点は存在しない。

C 改善に向けた提言

特になし。

D 改善に向けた計画

特になし。

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)
- ・ 資源の分配においては、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)

Q 8.3.1

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)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

教員の報酬は給与規程(資料 319)で定められている。本学には報奨制度は存在しないが、教学上重要な業務を担当している教員には手当を支給している。手当が支給される役職は、教学委員長、副教学委員長、学生部長、副学生部長、学年担当教学委員、学生保健指導委員長、学生相談室委員長、教学委員、学生保健指導委員、大学院委員である。

教員がユニット教育を遂行する上で、特に職員の助力が必要な場合は、学事課がその支援を行っている。例えば、講座を超えた教員を多数動員するテュートリアルや OSCE、学外実習などの教学事務は学事課が担当している。このような業務を踏まえた上で学校法人事務局人事課が学事課の定員を設定している。

B 質的向上のための水準についての評価

現状で大きな問題点はない。

C 改善に向けた提言

特になし。

D 改善に向けた計画

特になし。

Q 8.3.2

医科大学・医学部は

- ・ 資源の分配においては、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わる点検

本学は教育補助金の獲得を最重要課題としている。教育補助金は国が今必要としている教育ニーズを反映しているもので、これを獲得し遂行することは本学のカリキュラムを医学の発展と健康上のニーズに沿ったものとすると考えている。尚獲得した GP は、B.8.3.2.に記載した。

B 質的向上のための水準についての評価

現状で大きな問題点は見当たらない。

C 改善に向けた提言

特になし。

D 改善に向けた計画

医療ニーズは絶えず変化している。このニーズを考慮した教育資源の配分は、絶えず検討していかなければならないことである。

8.4 管理職と運営

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管理職および専門職を配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)

注釈：

- ・ [管理職]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地位にある者で、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、財政の責任者、予算および財務局のスタッフ、入試事務局の役員およびスタッフ、プランニング、人材、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、組織の方針およびプログラムの方針の執行に主に関わる規則および構造を意味し、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。組織およびプログラムの方針の履行は、使命、カリキュラム、入学許可、教員募集、および外部との関係に関する方針と計画を実行に移すことを含む。
- ・ [管理職の適切性]とは、資格に応じた規模と構成を意味する。
- ・ [質保証のためのプログラム]には、改善の必要性の検討と運営のチェックが含まれる。

B 8.4.1

医科大学・医学部は

- ・ 以下のことを行うのに適した管理職および専門職を配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 基本的水準に関わる点検

基礎系臓器別、社会医学系、臨床系臓器別ユニットのユニット責任者は、所属する講座の研究補助員が教育事務を担当するが、講座を超えた教育内容のユニットでは、学事課がその教学事務を担っている。(資料 320)

現在学事課が支援しているユニットは、

- 1) 医療総論演習
- 2) Early Clinical Exposure I ~ II
- 3) 病院業務実習
- 4) 福祉体験実習
- 5) 医学総論 II ~ V 演習
- 6) 重症心身障害児療育体験実習
- 7) 地域子育て支援体験実習
- 8) 在宅ケア実習
- 9) 症候学演習
- 10) 感染・免疫テュートリアル
- 11) 病院業務実習
- 12) 臨床医学演習 (テュートリアル)
- 13) 基本的臨床技能実習
- 14) 臨床実習入門

- 15) 家庭医実習
- 16) 選択実習 I～V
- 17) 学年オリエンテーション

である。さらに教育予算執行に関しても、教学委員長予算、昼食会予算、医学総論予算、臨床医学演習予算などは学事課が管理の支援を行っている。その他、学事課の業務として、各教学関係の委員会の開催、総合試験、入試、オープンキャンパス、大学行事の開催、時間割の作成、シラバスの作成、補助金申請、教育備品・設備の整備など、幅広く教育プログラムに関連した活動を支援している。

本学には医学教育の専門教員が教育センターと医学教育研究室に合計5名配置され、医学教育専門家として国領校、基礎系、臨床系の教育の支援を行っている（資料105）。

B 基本的水準についての評価

現状で大きな問題点はない。

C 改善に向けた提言

なし。

D 改善に向けた計画

今後、教育プログラムの改編に伴い、プログラムの実施と管理運営にかかわる業務量が増大することが予想される。その時の対応を検討しなければならない。

B 8.4.2

医科大学・医学部は

- ・ 以下のことを行うのに適した管理職および専門職を配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 基本的水準に関わる点検

教育資源、例えば、講義室、実習室、演習室、学外実習先などは学事課が、シミュレーション教育施設、e-learning は教育センター事務室（ともに大学事務部）が管理運営しており、教学上の使用に際しては学事課と教育センター事務室が使用予定を確保し、さらに運用支援を行っている。

B 基本的水準についての評価

現状で大きな問題点はない。

C 改善に向けた提言

なし。

D 改善に向けた計画

今後、教育施設が増え管理運営にかかわる業務量が増大することが予想される。資源が適切に配分されているのか、検討しなければならない。

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内部プログラムを作成し履行すべきである。
(Q 8.4.1)

Q 8.4.1

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内部プログラムを作成し履行すべきである。
(Q 8.4.1)
-

A 質的向上のための水準に関わる点検

本外部評価受審を受け、2013年度に教育センター内に教育 IR 部門を設置した。内部質保証を動かすためには、まずは教育に関するデータ収集を組織的に行わなければならない。本学では、カリキュラムの遂行や総合試験などの教学に関するデータが、各講座ではなく学事課に情報として集まるシステムとなっているが、それ以外の種々の教学データが散逸している。2013年に本学教育センター内に教育 IR 部門が設置され、教学関係を中心とするデータを整理する体制の端緒に就いた。

B 質的向上のための水準についての評価

学事課の手許にあるデータのファイル化、学生の学習成果に関わるデータ、授業評価やカリキュラムアンケートなどをデータベース化して管理する体制を作った。どのようなデータを集めるべきなのか、文献を当たり、立命館大学のような教学 IR の先進校の事例を研究しなければならないが、教育 IR 部門ができたことにより、計画的にデータの収集と分析を行い、その結果を教学委員会に報告する道筋ができた。

C 改善に向けた提言

内部質保証を支える教育 IR 部門が設置されているので、今後は具体的な IR 活動を開始する。そのためには、IR に関する調査研究も進めなければならない。

D 改善に向けた計画

IR 部門にて教学データの収集、分析の後、改善策の提案を教学委員会に行う。

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）

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、栄養並びに社会的責任に関して）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。

B 8.5.1

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）

A 基本的水準に関わる点検

本学附属病院は本院（西新橋）と3つの分院（第三病院、葛飾医療センター、柏病院）から構成されており、それぞれの役割を明確にするとともに、病院の置かれた立場に応じて、地域社会、行政の保険医療部門・保険医療関連部門との積極的な交流を行っている。

1：附属病院（本院）

4病院合同医療安全・感染対策相互ラウンドを定期的実施している。港区医師会との生涯学習セミナーの実施（資料139）、大学協力病院との定期的な会合、学外実習をお願いしている地域の授産厚生施設、都内の特別支援学校と療育センター、訪問看護ステーション、開業医とは定期的実習教育を通じて本学の教育について討議する場を持っている（資料321）。国や自治体等の政策形成に関する検討会に講師として招聘を受けている。

医学生はプライマリケア・選択学外臨床実習で厚生労働省関係の施設で実習を行っている（資料56）。東日本大震災発生時には、福島県立医大救命センターからの支援要請を受けて医療チームを派遣した（資料322）。

2：第三病院

・地域医療機関関連

小児科医師による狛江市および調布市教育委員会との小児アレルギー・アナフィラキシー対応講習会および研修の実施、監察医制度に基づく多摩地区での解剖業務（資料323）、狛江市・調布市の医師会と消防機関との合同医療救護所設置訓練の実施、北多摩南部地域災害拠点病院連携調整会議への出席、近隣住民を対象とした公開健康セミナー開催、狛江市老人クラブ講演会開催、狛江市民大学講座開催、狛江市健康教育講演会開催

- ・ 日本私立医科大学協会相互ラウンド

全国の私立医科大学附属病院との間で感染対策に関わる相互ラウンドを行い、各々の病院の取組みについて情報交換等を行っている

・DOTSカンファレンス

結核患者に確実に抗結核薬を服用させることにより結核の蔓延を防止するとともに、多剤耐性結核の発生を予防することを目的とし、当院(呼吸器内科医師、結核病棟看護師、ICT)と各保健所(東京都福祉保健局、川崎市健康福祉局、多摩府中保健所、世田谷区保健所)間で原因菌および患者情報の交換を行う会議を開催している。

・感染防止対策地域連携カンファレンス実施

・狛江市防災会議への参画

・狛江救急業務連絡協議会開催

・狛江市子ども家庭支援ネットワーク会議(要保護児童対策協議会)参加

・狛江市高齢者虐待防止・見守りネットワーク会議参加

・医師会等の関連について

・北多摩南部保健医療圏糖尿病医療連携推進事業に関する事項

・東京都高次脳機能障害支援事業

・東京都神経難病医療ネットワーク連絡会

・東京都院内虐待対策委員会(CAPS)設置病院連絡会

・東京都高次脳機能障害支援普及事業受託(各種相談支援活動)

・北多摩南部地域認知症連携会議

・小児初期救急診療事業

・第三病院医療連携フォーラムの開催

・東京都脳卒中地域連携パス合同会議への参加

・住民との関係について

・腎臓病教室

・世田谷区MSW連絡会

・後方連携強化のための近隣医療機関戸別訪問活動

3: 葛飾医療センター

・地域医療機関関連について

・4病院合同医療安全・感染対策相互ラウンドの実施

・私立医科大学医療安全・感染対策相互ラウンドの実施

・葛飾区地域医療連携協議会(葛飾区保健所が主管)の下部組織である在宅医療部会の検討部会への参加。

・新たな後方病院開拓と連携強化と医療連携フォーラムの開催

・連携病院との合同カンファレンスの開催を連携病院である足立共済病院・金町中央病院・山田記念病院と年4回実施した。

・東京都の小児救急医療の水準向上と地域での小児救急医療を担う人材の養成・確保のため地域小児医療研修事業に参加

・医師会関連について

・東京都からの受託事業である区東北部糖尿病医療連携検討会の医療従事者に向けた講演会を開催し、地域の医療水準向上に努めた

・成医会葛飾支部例会を開催

・住民との関係について

・南かつしか病院ネットワーク実務者協議会を開催

※足立共済病院・東立病院・金町中央病院・梶原病院・山田記念病院・堀切中央病院・第一病院・亀有病院・亀有中央病院・亀有みんなのクリニック・嬉泉病院・高砂共立病院

- ・地域の看護職確保対策の拠点となり再就業を希望する看護職に対し、知識・経験等に応じた復職支援研修並びに再就業支援相談を行った。
- ・看護師のスキルアップ目的にスキルアップ研修を実施しており、院外の訪問看護師も参加している。
- ・葛飾医療センター公開セミナーを開催
- ・青戸中学校において中学3年生を対象とした BLS+AED 講習会を開催
- ・地域（青戸共和会・南町会）の合同防災訓練に参加

4：柏病院

- ・地域医療機関関連について
 - ・地域がん診療連携拠点病院
 - ・千葉県東葛北部地域難病相談・支援センター
- ・医師会関連について
 - ・患者支援・医療連携
 - ・救命救急センター、地域災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院の機能を有し、地域の中核病院の役割を担っており、地域の医療機関とより強固な医療連携を構築する近隣医療機関を対象とした医療連携フォーラムの開催。学生・研修医、教職員のほか、近隣医師会の先生方々と臨床病理検討会の開催
- ・住民との関係について
 - ・がん患者や家族に対する相談支援、市民へのがんに関する情報提供事業（がん医療・がん予防に関する市民公開講座の開催など）に取り組んでいる。
 - ・糖尿病患者会
医療スタッフによる講演、糖尿病療養指導士の指導、会員同士の情報交換など

B 基本的水準についての評価

本院（西新橋）と3つの分院（第三病院、葛飾医療センター、柏病院）のそれぞれの役割に応じて、地域社会、行政の保険医療部門・保険医療関連部門との積極的な交流を行っている。更に本学のスクールミッションや教育目標設定をより広く認知してもらうことにより、もっと広く地域社会や保健医療関連部門と充実した意見交換する場を持つべきである。

C 改善に向けた提言

超高齢化社会に向かい、地域完結型の医療システムを充実させるために、本院（西新橋）だけでなく、他の3附属病院とも連携して地域や関連保健医療部門との実践的な交流を持つための方策の検討を始めなければならない。

D 改善に向けた計画

具体的方策を考えなければならない。

質的向上のための水準:

医科大学・医学部は

- ・ 保健医療関連部門のパートナーとともに、スタッフと学生との協働を構築すべきである (Q 8.5.1)

Q 8.5.1

医科大学・医学部は

- ・ 保健医療関連部門のパートナーとともに、スタッフと学生との協働を構築すべきである (Q 8.5.1)

A 質的向上のための水準に関わる点検

地域の授産厚生施設、特別支援学校、療育センター、訪問看護ステーション、診療所（開業医）で学生実習を行っている。また、プライマリケア・選択学外臨床実習では、学生は地域の1次、2次医療施設への実習に出ている。学生実習を通じて、地域の保険医療部門との連携を持っている。

東京医科大学、東邦大学、昭和大学とともに、4大学交流会（資料169）を毎年2回開催して、教学上の問題点について意見交換をしている。

B 質的向上のための水準についての評価

学外実習の指導医のためのFD（資料321）を行っているが、参加者が少なく2013年は実施できなかった。教育を通じて、地域の保険医療関連部門とのパートナーシップを築いていく必要がある。

C 改善に向けた提言

まずは学外実習指導者対象のFDを再開する努力を行わなければならない。2015年度からは臨床実習改編により、大学協力病院（資料275）でも学生は診療参加型臨床実習に参加することになっている。大学協力病院という教育病院の指導医やコメディカルスタッフへのFD・SDをどのように行うか検討を急がなければならない。

D 改善に向けた計画

大学は智の拠点である。この特性を活かし、地域医療者に智の還元を行うことで、大学と地域との連携を図り、地域医療者への学習環境を提供することで、大学は国民が受ける医療の質の向上を目指すことが医科大学の責任であると考え。そのために大学がどのような学習環境を整えるべきか考え始めなければならない。

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

- ・ 機関の構造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)

B 9.0.1

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

- ・ 機関の構造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 基本的水準に関わる点検

東京慈恵会医科大学は、大学基準協会による機関認証評価を2002年度及び2009年度に受審し、適合判定を受けた(資料2)。機関認証評価の制度以前から、本学では学校法人に自己点検評価委員会が設置され、定期的に自己点検評価が行われるだけでなく、毎年、「事業報告書」を作成公開し、本学の使命を果たすべき機関としての構造と機能の点検を行っている(資料324)。また、医学教育に関しては、毎年公表する「東京慈恵会医科大学教育研究年報」で、コース責任者による当該教育コースの自己点検評価も行われている(資料85)。教学委員会内に、カリキュラム自己点検評価委員会が設置され、教育研究年報での自己点検や、学生による教育・教員評価アンケートの解析が行われ、教学委員会へ報告する仕組みとなっている。従前の学校法人の自己点検評価委員会(資料325)は大学基準協会の評価基準に沿って自己点検評価を行っていたため、医学教育に特化した自己点検評価のためのデータ収集が不十分であったが、今回の医学教育基準による自己点検評価を行うために、2013年度に教育センター内に「教育IR部門」を新設し、医学教育の分野別質内部質保証のためのデータ収集も始められた。教育IR部門が機能していることは本自己点検評価書でのデータ収集で証明されている。

B 基本的水準についての評価

学校法人の自己点検評価委員会と、教育IR部門との協力体制がまだ確立されていない。今後、機関認証評価と医学教育の分野別質保証のための自己点検評価とをどのように組み合わせしていくか、医学部単科大学として効率的な自己改善のための内部質保証システムを検討していかなければならない。

C 改善に向けた提言

本自己点検評価書作成は、教学委員会が中心となって行った。学校法人の自己点検評価委員会との連携を作っていく時間的なゆとりがなかった。大学基準協会の認証評価の基準も内部質保証に重点を置いたものに変更されており、今回の医学教育分野別質保証で集めた教育IR関連データを学校法人の自己点検評価委員会と共有する等、今回の経験を機関認証評価にも活かせる連携体制を2014年度中に作っていくために、学校法人内の自己点検評価委員会主管課と調整に入る。

D 改善に向けた計画

医学部単科ではあるが、医学科以外に看護学科、さらには大学院も教育主体として存在する。医学科が今回経験した分野別質保証のための教育 IR の手法を看護学科や大学院へも紹介し、大学全体としての教育の内部質保証の仕組みの検討を始める必要がある。

B 9.0.2

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 基本的水準に関わる点検

医学科の教育改善は、前項で述べた学校法人自己点検評価委員会、大学基準協会からの指摘、さらにカリキュラム自己点検評価委員会や学生からの意見聴取によって課題の特定がされ、その改善については学生も交えて年2回の話し合いがされ、修正する仕組みができてきている。さらに、現代的課題については文部科学省の競争的教育補助金の獲得を通じて、現代的課題への対応が行われている。

B 基本的水準についての評価

教育改善のために多くの文部科学省の競争的教育補助金を獲得し、地域医療実習をはじめとした学外実習の拡充、コンピュータ試験、自己学習環境の整備、e-learning システムの整備、少子高齢化に対応した実習の導入などを行ってきた。今後も積極的に資金の獲得を図るだけでなく、資金を必要としない改善については学生、教職員との協働を中心に進めていく体制を守っていく。

C 改善に向けた提言

2015年度から高齢者医療体験実習や臨床実習の改善が文部科学省の競争的教育資金により整備される。少子高齢化に伴う総合診療能力養成の社会的ニーズに対応した教育改革が進行している。

D 改善に向けた計画

現行の教育プログラムでの課題について、自己点検評価で発見しそれを解決する体制が整っているが、将来的には医学教育への社会的ニーズはますます変化していくものと考えられる。医学教育における社会的ニーズについての課題解決は、医学部として継続して進めていかなければならない。

B 9.0.3

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 基本的水準に関わる点検

教育プログラムの内部質保証の体制は整っている。教育改革に資源が必要な場合、従前から資金に関しては学内資金もしくは文部科学省からの競争的教育資金で、人的資源とし

ては教育センター設置やセンターへの人員配置、教育施設に関しては講義室の IT 化、教育病院群の形成などを行ってきた。これらの活動は教学委員会が学長へ要望する形で実現化してきた。

B 基本的水準についての評価

教学委員会が教育プログラムの改善を決め、学長に申請することで今までは継続的改善のための「金、人、物」の資源を配当してきた。特に人的資源に関しては、本学が附属 4 病院を持つという利点、すなわち教員数の多さは大きな利点となっている。また、大学協力病院が臨床実習へ協力体制を引きつつある現状は好ましい状況である。

C 改善に向けた提言

さらなる改善には今後とも文部科学省からの競争的教育資金を獲得していく必要がある。

D 改善に向けた計画

教育改善のための外的資源（補助金や学外臨床実習環境）は今後とも開発していく必要がある。

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。（Q9.0.3）（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)

Q 9.0.1

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うべきである。(Q 9.0.1)

A 質的向上のための水準に関わる点検

2013 年度に教育センター内に教育 IR 部門を設置し、今回の自己点検評価書作成にあたった。教育 IR 部門は今までの教育活動についてのデータを収集、分析して、医学教育プログラムの自己点検をデータ基盤型で行う機能を持った。また教育センターは医学教育専門家により組織されており、Evidence-based Medical Education とその改善への方策を策定することができている。さらに、教育センターでは本学の教育についての教育研究を論文発表もしている。

B 質的向上のための水準についての評価

教育 IR 部門は 2013 年度に立ち上げたため、まだデータ収集作業として不備な面も持っている。教育データが学内関係者の中で散在し、必ずしも解析可能なデータにはなっていないことも今回の自己点検評価で明らかとなっている。今回の自己点検評価活動を振り返り、さらなるデータ収集法と解析方法の検討を教育センター内で行っていく。

C 改善に向けた提言

教育に関する内部質保証は始まったばかりである。まずは教育センターを中心に、今後の内部質保証の在り方を検討し、その検討結果を教学委員会に報告し、できるだけ早いうちに、教育プログラムの不断の改善ができる体制を作っていく。そのために、何を明らかにするためのデータ収集なのか、教学に関わる顕在的・潜在的ニーズを明らかにし、それに応じたデータ内容や分析法について情報発信する。データを収集・整理して活用できる形にしておくため、日常からデータを集約するためのデータベース・フォーマットの検討を始める。

D 改善に向けた計画

今回の教育プログラムの内部質保証活動を、機関の認証評価活動と連携させていくための教員と職員の体制作りの検討を始めなければならない。データベース・フォーマットを構築する。

Q 9.0.2

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

本学は1996年度に大きなカリキュラム改革を行った。この改革の成果はカリキュラム改革後の卒業生が卒後5年（臨床研修2年＋専門研修3年）を迎えた2006年に第1回目の卒業生アンケートで調査を行った。第2回卒業生アンケートは2011年に行っている。教育成果を卒業生アンケートで追跡する体制は整っている。

将来の予測に関しては、文部科学省が管轄する競争的教育補助金が社会的ニーズに向かう改善を誘導している現状であり、本学はその社会的ニーズに対応するように補助金の獲得とその事業実施を行っている。

B 質的向上のための水準についての評価

今後とも卒業生アンケートを継続していく。卒業生アンケートの回収率は20%以下であり、正確なデータ収集とはいえない状況である。卒業生アンケートの回収率を高める努力、工夫を行っていかねばならない。また、卒業生アンケートと卒業生の進路とのクロス集計も行われておらず、卒業生アンケートの結果を有効に解析しているとは言えない。

C 改善に向けた提言

卒業生アンケートの回収率の向上とアンケート結果の分析を今後とも教育センター内で行っていく。

本学がどのような社会的責任を果たさなければならないかの学内議論は極めて重要なプロセスである。学校法人は「将来構想委員会」の設置を2013年度に決定した。本学全体の将来構想の中で医学教育は大きな柱となる。将来構想委員会は数年の年月を使い、学内議論を行っていくであろう。

D 改善に向けた計画

学内の将来構想の議論の中で、教育プログラムの議論を行うこととなるであろう。

Q 9.0.3

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

本学の建学の精神、「病気を診ずして病人を診よ」は全教職員・学生及び卒業生にとって完全に浸透した理念となっている。教育理念もこの建学の精神をもとに作られている。患者中心の医療を実践する医師、研究者を育成する医学校であり、この建学の精神は不変である。

B 質的向上のための水準についての評価

建学の精神「病気を診ずして病人を診よ」をどのように具現化するのかは時代ごとに学内議論がされている。1996年度のカリキュラム改革の前に、「100年記念事業員会」が設置され、この当時の将来構想が組み立てられた。この将来構想に従い1996年カリキュラムの改定となった。学校法人は2013年度に「将来構想委員会」の設置を決めた。これから次の時代に沿う「病気を診ずして病人を診よ」の解釈の学内議論が展開されることになっている。当然、教育プログラムもこの将来構想の議論に沿って次の変革期を迎えることとなる。

C 改善に向けた提言

本学の将来構想についての議論の中で教育プログラムの見直しがされる。大学の使命と教育改善が本学では一体となっていることは組織として好ましいことと判断している。

D 改善に向けた計画

将来構想の学内議論にあたり、教育 IR 部門は教育成果と卒業生アンケートの解析を行っていくであろう。

Q 9.0.4

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

過去2回にわたる卒業生アンケートでは、本学の教育プログラムは肯定的に評価されていた。低学年からの患者接触、6年次選択実習での学生自身が自分で組み立てるカリキュラムなどは高い評価を得ている。

B 質的向上のための水準についての評価

現状では卒業生アンケートからは教育プログラムへの改善を求める意見は見いだせないが、今後は卒業生アンケートの回収率を上げ、もっと広き意見を求める努力をしていかなければならない。

C 改善に向けた提言

卒業生アンケートを継続的に行うだけでなく、卒業生が働く環境（病院、診療所、研究施設など）からのフィードバックを受ける仕組みを検討し、データの収集を行う必要がある。

D 改善に向けた計画

卒業生の進路の調査と卒業生の業績に関する調査をどのように行うべきかの検討を教育 IR 部門で開始する。

Q 9.0.5

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

本学のカリキュラムモデルは、1年間の教養教育、2年次の基礎系臓器別、3年次の病因病態を中心としたコース、4年次の臨床系臓器別、そして臨床実習という形となっている。臨床実習前教育では、伝統的講義形式だけでなく、テュートリアルやグループ学習、実技実習などの能動的授業形式も取り入れている。カリキュラムモデルと教育方法については、受け手である「学生」の意見が重要である。教学委員会と学生会委員との懇談会を年2回開催し、また、「学生による教員・教育評価アンケート」の年2回実施し、学生の意見聴取に努めてきたが、2013年度からは学生を正式なカリキュラム委員として迎え、さらに受け手である学生の意見が反映される体制とした。

B 質的向上のための水準についての評価

学生が本学の教育をどのように受けているのか、カリキュラム上の問題点は何かを学生とともに検討する体制となったので、これからはこの体制を有効利用していかなければならない。現在は学生の正式参加はカリキュラム委員会に限られているが、2014年度からはカリキュラム自己点検評価委員会などへの学生に参画も検討を始める。

C 改善に向けた提言

学生だけでなく職員にもカリキュラム改善への意見を求めることが必要になってくるので、学務系職員のカリキュラムへの意見を求めていく。

D 改善に向けた計画

教職員、学生でカリキュラム実施とカリキュラム改善を検討できる体制を検討していく。

Q 9.0.6

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

1996年度のカリキュラム改訂以降、カリキュラムの改定は毎年行われている。学生が学びにくい領域への改善、地域医療実習の拡充、チーム学習の導入などカリキュラム委員会がカリキュラムのマイナーチェンジを毎年行っている。

B 質的向上のための水準についての評価

2013年度から学生が正式なカリキュラム委員としてカリキュラム委員会に参画した。カリキュラム委員会は毎年のカリキュラムのマイナーチェンジに学生の意見を反映させている。

C 改善に向けた提言

行動科学、社会医学については社会から医療へのニーズの変化もあり、卒前教育として何をどこまで学習すべきかの議論が必要となっている。また、疾患構造の変化に伴って、臨床実習の「場」の検討も必要であり、これらの問題は既にカリキュラム委員会で学生を交えて検討が進んでいる。研究医養成については2012年度にMD-PhD. コースの導入が決まったが、まだ議論が不十分で実現化していない。

D 改善に向けた計画

MD-PhD. コースの議論を急ぐべきである。

Q 9.0.7

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

Area.3 参照。本学では、2年次後期以降は総合試験システムという画期的な学生評価を導入している。2年次、3年次には筆記試験以外に「口頭試験」、4年次、5年次には「OSCE」とパフォーマンス評価も取り入れている。また、全学年にわたって実習でのパフォーマンス評価を重要視している。

B 質的向上のための水準についての評価

Area.3 参照。学生が卒業時アウトカムに到達するために、ロードマップを作成し、そのロードマップに沿った学生評価へとしていかなければならない。現在、カリキュラム委員会ではロードマップの作成を始めている。ロードマップを作成した後に学生評価の見直し作業に進むことになっている。

臨床実習での評価の在り方が課題である。平成24年度文部科学省補助金臨床実習GPで臨床実習の改善を目指している。この中で、学内外の臨床実習の質向上のため、「教育アドバイザー」を2014年9月に雇用することとなっている。臨床実習でのWorkplase-based assessmentはわが国ではまだ確立していない。英国の教育アドバイザー制度を模範に、教育学の素養のある非医師の教員が教育アドバイザーとして教育病院での学生と患者・指導医・医療スタッフとの相互作用を観察し、指導医が適切なフィードバックを行えるように指導医に対して教育学の視点からの指導を行うとともに、学生へは認知カウンセリングも行き、実習指導と学生評価の向上を図る計画となっている。

C 改善に向けた提言

Area.3 参照。ロードマップの策定を行いながら、学生の知識を基盤にしたパフォーマンスの評価の方法について研究を進めていかなければならない。

臨床実習での教育アドバイザーの機能を充実させ、他医学校へも発信していく。

D 改善に向けた計画

Area.3 参照。今後 2 年間でめどに、ロードマップに沿った学生評価方法を確立していく。

Q 9.0.8

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

Area 4.1 参照。入試方法については、入学試験結果とその後の入学後の学生の学習成果との相関についての調査研究を行っている。入学者定員については、国策であり本学では決定できない。

B 質的向上のための水準についての評価

Area 4.1 参照。

C 改善に向けた提言

Area 4.1 参照。

D 改善に向けた計画

Area 4.1 参照。

Q 9.0.9

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

Area 5.1 参照。医学教育は、求められる医療の変化に伴って自律的に変化していかなければならない。医学教育の変化は教育プログラムの変化だけでなく、教育を担当する教員の採用にも及ぶ。特殊な教育分野の教員を講座に所属させ雇用することは困難である。しかしながら、本学には教育センターが設置され、現状でも①医学総論をマネジメントする教員、②学外実習をマネジメントする教員、③専門的知識を持ち教育評価の原理を検討する教員、④チュートリアル教育を推進する教員、⑤臨床実習後 OSCE をパフォーマンス評価として再構築する教員が在籍し、2014 年度 9 月からは臨床実習改善のための教育アドバイザーを教員として雇用することになっている。

B 質的向上のための水準についての評価

Area 5.1 参照。教育実施の必要上、講座では雇用できない教員を教育センターで雇用し活躍させる体制が整っている。

C 改善に向けた提言

Area 5.1 参照。短期的には B で述べた体制で教育プログラム実施が可能である。

D 改善に向けた計画

Area 5.1 参照。今後、教育プログラムの変化によって、従前の講座では雇用できない教員や専門職員が増えていく可能性があるが、人員配置の決定権は学校法人にあるため、教育実施組織である教学委員会と学校法人理事会との連携を築いていく必要がある。

Q 9.0.10

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

教育資源の更新について、入学者定員に関しては Q9.0.8 で述べた。教員数とその特性については Q9.0.9 で述べた。教育プログラムに関しては Q9.0.1 で述べた。

B 質的向上のための水準についての評価

教育資源の更新については、入学者定員に関しては Q9.0.8 で述べた。教員数とその特性については Q9.0.9 で述べた。教育プログラムに関しては Q9.0.1 で述べた。

C 改善に向けた提言

教育資源の更新については、入学者定員に関しては Q9.0.8 で述べた。教員数とその特性については Q9.0.9 で述べた。教育プログラムに関しては Q9.0.1 で述べた。

D 改善に向けた計画

教育資源の更新については、入学者定員に関しては Q9.0.8 で述べた。教員数とその特性については Q9.0.9 で述べた。教育プログラムに関しては Q9.0.1 で述べた。

Q 9.0.11

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

Area 7 参照。教育プログラムの監視、評価はまさに医学教育の内部質保証そのものである。内部質保証はデータに基づいた分析によってなされなければならない。本学では、

2013年度に教育センター内に教育 IR 部門を設置し、教育活動に関するデータ収集とその解析業務を開始した。それ以前にも卒業生アンケートや在学生による教員・教育評価アンケートなどの活動がなされている。

B 質的向上のための水準についての評価

Area 7 参照。教育 IR 部門の活動は本自己点検評価書作成から始まった。

C 改善に向けた提言

Area 7 参照。今回の外部評価の経験を活かし、より適切な教育 IR 活動とはどのようなものかの検討を始める。大学として何を明らかにしたいのか、リサーチクエスチョンを定め、将来の情報ニーズを予測して、必要なデータが集まるような方策を考え、教育プログラムの監視と評価を図る。

D 改善に向けた計画

Area 7 参照。上記 C の活動から今後の IR 活動についての指針を作成し、教育 IR 部門の業務文書の作成を始める。

Q 9.0.12

医科大学・医学部は

- ・ 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わる点検

Area 8 参照。本学が社会的責任を果たすためには、社会的ニーズやステークホルダーからの要望などをもとに教育プログラムを管理運営する組織の改編が求められる。本学の基本的姿勢を検討するのが学校法人が設置する将来構想委員会である。現在、将来構想委員会は組織作りの段階で、早晩、この重要課題が学内議論の段階に入るのであろう。将来構想委員会の答申を待って、教育実施組織は見直すこととなる。

B 質的向上のための水準についての評価

Area 8 参照。

C 改善に向けた提言

Area 8 参照。

D 改善に向けた計画

Area 8 参照。
