

医学教育分野別評価 東京慈恵会医科大学医学部医学科 改善報告書

評価受審年度 2014 (平成 26) 年

1. 使命と教育成果

1.1 使命

基本的水準 判定： 適合

改善のための助言

- ・ 建学の精神に基づいて教育の使命を一層明確化し、医師養成の目的、教育指針 (Educational strategy) を使命として提示すべきである。
- ・ 教育の使命を周知し、関係者の理解が得られていることを確認すべきである。
- ・ 教育の使命は地域の保健・健康維持のニーズにも対応すべきである。

評価当時の状況

本学は「病気を診ずして、病人を診よ」の言葉に象徴される建学の精神を 130 年に亘って継承し、その理念に沿いながら社会のニーズを先取すべく、教育・研究・診療の改革に不断の努力を続けてきた。その中であって、医学教育の重要性は教職員ならびに学生全員に認識されており、その全面的なコンセンサスに基づいて、様々の先駆的な教育改革を行ってきた。本学が目指す医師像を明確にするために、到達目標を定め、本学で学ぶ学生が卒業までに身につけるべき具体的な細目として 2013 年に医学科達成指針を策定した。

評価後の改善状況

本学の使命を達成するために、学生が卒業までに身につけておくべき知識・技術・資質をより明確化するべく、教学委員会とカリキュラム委員会を中心に、医学科達成指針 (資料 1) の見直しを行った (資料 2)。医学科達成指針大項目 5「医師としての適切な態度と行動を身につける」の中に小項目として「変化し続ける医療ニーズに対応するための生涯学習能力」(1~6 年)を加え、変化し続ける社会の中で、不断の努力を持って地域医療を含めた社会の保健・健康維持にあたることにより、本学の社会的責任を全うすることを示した。医学科達成指針大項目 4 の「医学の基本的技術を習得する」の「技術」という表現では、単なるスキルを表現しているにすぎないという考えから、卒業生により広範囲な実践的能力を求めるという意味を込めて「技能」に改定した。また大項目 3 と 4 で表現されていた「習得」の文字を文部科学省の指針に沿って「修得」と変更した。

2015 年度開始の新カリキュラム実施にあたって、学内医学会 (資料 3)、教育セミナー (資料 4、5)、Faculty Development (FD) (資料 6) を頻繁に開催し、本学の使命の中で新カリキュラムがどのような意味を持つのか、その目的と内容、実施上の問題点などについて全学的な理解を図った。特に参加型臨床実習については、地域での医療ニーズを理解して患者貢献できることを目的として、地域に密着した教育関連病院群で実施することとした。現場となる分院ならびに教育関連病院については、施設に赴いて説明会を開催し、医療スタッフにも参加を求め、意見交換を行った (資料 7、8)。学生の保護者ならびに同窓に対しては、学内広報誌 (THE JIKEI) に特集記事を掲載し、新カリキュラムの意義について周知を図った (資料 9)。低学年で実施している前臨床実習を担当頂いている地域の医療施設の担当者を対象に、地域医療者教育ワークショップを開催し

て本学の教育指針について理解を促した（資料 10）。コミュニケーション教育にご協力いただいている一般市民の方たちにも例会の中で卒業時達成指針についての説明を行った（資料 11）。

改善状況を示す根拠資料

- 医学科達成指針（資料 1）
- 平成 28 年度 第 8 回教学委員会記録（医学科達成指針）（資料 2）
- 第 130 回成医会総会プログラム（資料 3）
- 第 61 回医学教育セミナー概要（資料 4）
- 第 62 回医学教育セミナー概要（資料 5）
- 臨床実習指導者養成ワークショップ（資料 6）
- 新カリキュラムについての学内説明会一覧（資料 7）
- 教育病院への説明・出張 FD 一覧（資料 8）
- THE JIKEI 特集号 2017/WINTER Vol. 28（資料 9）
- 地域医療者教育ワークショップ 記録 参加者名簿（資料 10）
- あけぼの会例会（2014 年 5 月 17 日）（資料 11）

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- 国際的な保健・健康維持に関する事項を教育の使命に包含することが望まれる。

評価当時の状況

医学科達成指針の中で「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」を掲げるにとどまり、教育の使命の中で国際的な保健・健康維持に関する事項が明確には示されていなかった。

評価後の改善状況

国際交流室が国際交流センターにセンター化され、国際交流を推進して国際的な視点から医療を考える姿勢を促している（資料 12）。

「本学の使命として、国際保健、健康維持、予防医学に関する項目を『病気を診ずして、病人を診よ』の説明文に加えるべきである」と、カリキュラム自己点検・評価委員会から提言がなされており、今後、教学委員会で審議する（資料 13）。

改善状況を示す根拠資料

- 東京慈恵会医科大学国際交流センター運営委員会規程（資料 12）
- 平成 28 年度第 1 回カリキュラム自己点検・評価委員会議事録（資料 13）

1.2 使命の策定への参画

基本的水準 判定： 適合

改善のための助言

- 使命の策定は教学委員会が中心となって行っている。使命の策定に教育に関わる主要な構成者が確実に参画できるように当該委員会の規定を作成し、参画の事項を記載すべきである。

評価当時の状況

本学の使命は、学校法人理事会、教授会議、教学委員会、職員組織、学生組織に長年

にわたり浸透している。再検討は100周年事業委員会でも審議され、学校法人の委員会として将来構想委員会でも数年かけて見直す計画がされていた。

使命に基づく医学科達成指針の作成とカリキュラムでの具現化、この過程における使命についての検証はカリキュラム委員会でも検討された。カリキュラム委員会には、学生ならびに学事課職員が参画し、ここで指摘された問題点や新たな提案は、すべて教学委員会の承認を得、内規に定められた事項は教授会の議に付されていた。

評価後の改善状況

平成7年に出された100周年記念事業委員会答申が、建学の精神に基づく本学の理念目的の検証結果から提示した、本学の教育、研究、診療、管理・運営の在り方についての提言は、その後の大学運営の指針として参照され、活用されてきた。答申以来20年を経るにあたって、時代の変遷を考慮しながら、100周年記念事業委員会答申に基づいて本学の現状を検証し、将来の在り方を検討する必要が理事長から提示された。100周年記念事業委員会におけると同様に、将来の在り方を検討するにあたって現状からの移行にとらわれ過ぎずに検討することを念頭に、若手を中心とした委員が選任されて平成27年1月から平成28年3月までに13回にわたって委員会を開催し、100周年記念事業委員会答申に提起された理念・目的が現状でどこまで実現されているか、また提起されていた理念・目的に変更の必要性がないかを検討した。

カリキュラム委員会に各コース責任者が委員として参加する体制を強化し、カリキュラム全体から使命についての議論ができるようにした(資料14)。また、より多くの学生がカリキュラム委員会に参加するように働きかけ、教育を受ける側の意見を集約できるようにしたほか、カリキュラム編成会議などで教育病院群の指導医をはじめとして学外で学生教育に携わる人々と意見交換ができるように検討を開始した(資料15)。

教学委員会の規程はすでに策定されており(資料16)、なるべく幅広い教員からなる委員会を意図している。その下部組織であるカリキュラム委員会規程(資料17)には、学生教育に関わる幅広い教員の他、学生や職員の参加も明記されている。

改善状況を示す根拠資料

- 百年記念事業委員会答申に基づく検証委員会(答申)は提示できません。
- 平成28年度カリキュラム委員会名簿(資料14)
- 平成29年度 第1回カリキュラム委員会記録(学外委員の検討)(資料15)
- 教学委員会規程(資料16)
- カリキュラム委員会規程(資料17)

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- 使命の策定に広い範囲の教育の関係者から意見を確実に聴取できる体制を構築することが望まれる。

評価当時の状況

King's College London (KCL)を中心にグローバルな視点から教育全般に関する評価を受け、これを活かすとともに、卒後研修の責任者を教学委員会の委員とし、使命の策定について、意見交換を行ってきた。

評価後の改善状況

以前から年に2回、本学を含め私学4大学(本学、東邦大学、昭和大学、東京医科大学)で教学に関する交流会を開催している。本学が外部評価を受審したことを契機に、4大学間で各々の使命やカリキュラム策定について一層深い意見交換を行うこととした

(資料 18)。

経営方針を決める理事会に本学の教育方針を反映させ、学外理事からの意見を広く聴取する目的で、宇都宮一典医学科長・教学委員長に常任理事を委嘱して(資料 19)、広い範囲の教育関係者からの意見を聴取できる体制を構築した。

改善状況を示す根拠資料

- 4 大学間学生教育交流会議題(抜粋)(資料 18)
- 理事会名簿(資料 19)

1.3 大学の自律性および学部自由度

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- 教員からカリキュラムに関する種々の意見を収集できておらず、教育 IR 部門で収集、分析することが望まれる。

評価当時の状況

基礎系教員は「基礎教育連絡会」や各「試験委員会」、臨床系教員は「臨床実習教育委員会」「チュートリアル委員会」「OSCE 委員会」などでカリキュラムについて発言する機会があるほか、カリキュラム編成会議、FD、教育セミナー、等を通して、教員のカリキュラムに対する意見を集約し、重要な指摘はカリキュラム委員会、教学委員会で取り上げる体制はできていた。しかしながら、教員の意見を組織的かつ定期的に収集して分析することはできていなかった。

評価後の改善状況

2015 年開始の新カリキュラムでのクリニカルクラークシップ実施にあたり、実習の現場となっている各病院にそれぞれ実習を管理する委員会を置き、その上に各分院の代表者からなる委員会を組織した(資料 20)。これによって、クリニカルクラークシップに関する教員の意見を定期的に聴取することが可能になった(資料 21, 22)。今後は、これらの情報を含め、教員全員からの意見を収集できるシステムを開発するべく、IR 部門で検討を始めた。

改善状況を示す根拠資料

- 4 病院診療参加型臨床実習教育委員会名簿(資料 20)
- 平成 28 年度 第 3 回本院・診療参加型臨床実習教育委員会議事録(資料 21)
- 平成 28 年度 第 2 回 4 病院診療参加型臨床実習教育委員会議事録(資料 22)

1.4 教育成果

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- 教育成果は教育期間終了時に実証されることが求められる実践力(コンピテンシー)であり、それに適したタイトル及び表現とすべきである。
- 地域医療など地域の保健・健康維持の要請に対応する教育成果を明示すべきである。

評価当時の状況

卒業時達成指針は定められたが、教育成果を測定可能なコンピテンシーとして表現することはできておらず、アウトカムを獲得できたかを測定するためのパフォーマンス評価の導入も不十分であった。また、卒業時達成指針の各細目について、重点的に修得する学年は提示されていたが、らせん型カリキュラムとしてアウトカム達成までの道のり、マイルストーンは決まっていなかった。

評価後の改善状況

本学の医学科達成指針について、外部評価報告書では、改善のための助言として「それに適した表現とすべきである」とされているが、医学科達成指針は本学が定めた教育指針であり、変更する予定はない。ただし、測定可能な到達目標としての卒業時コンピテンシーを医学科達成指針の項目に沿って策定していく必要があり、カリキュラム委員会の中にマイルストーン WG が結成されて、コンピテンシーとマイルストーンについての議論が始まったところである（資料 23）。その中では、教育成果の一つとして、地域医療についてのコンピテンシーを考えていく予定としている。

2015 年の新カリキュラム開始にあたり、クリニカルクラークシップのコンピテンシーを医学科達成指針の大項目に合わせて策定し（資料 24）、クリニカルクラークシップガイドブック（実習用シラバス）に記載した（資料 25）。クリニカルクラークシップの教育成果は、今年度からは Post Clinical Clerkship OSCE (PCC-OSCE) で評価することになっている。PCC-OSCE の評価対象として、多職種連携のステーションでは、入院患者の退院支援・調整、疾患予防計画といった地域医療への考察が評価されることとなっている（資料 26）。

改善状況を示す根拠資料

- マイルストーン WG 第 1 回記録（資料 23）
- クリニカルクラークシップのコンピテンシー（資料 24）
- クリニカルクラークシップガイドブック（冊子）（資料 25）
- PCC-OSCE 評価項目（資料 26）

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- 卒後研修修了時のアウトカムを明示し、卒前教育との連携を図るプログラムの構築が望まれる。

評価当時の状況

学生の臨床実習のコース責任者は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臨床研修との連携について検討されやすい状況にあった。しかしながら、臨床研修のアウトカムは厚生労働省の HP に掲載されているものを使用しており、卒前教育との連携を考えた本学独自の卒後研修修了時アウトカムを策定するまでには至っていなかった。Evaluation system of Postgraduate Clinical training (EPOC) による評価を行っていたが、卒前教育の評価とはかなり異なるものであり、卒前と卒後の連携は十分に図られていなかった。

評価後の改善状況

クリニカルクラークシップでは、臨床研修医とともに学生が診療にあたり、医療チームの中で自主的に学ぶ学習形態であることは、クリニカルクラークシップガイドブックに明記されており（資料 25）、学生は研修医に求められている研修内容を目の当りにす

る。また、クリニカルクラークシップを統括する臨床実習統括委員会に宇都宮教学委員長と川村臨床研修センター長が加わっており、学生と研修医が学修上で効率的な連携を図ることに配慮がなされている（資料 27）。しかし、本学の臨床研修医は他学出身者が半数近くを占めており、入職時は出身大学によって基本的な診療能力に差があるため、卒前・卒後のアウトカムの整合性をプログラム上で図ることは、事実上困難な状況にあった。そこで、入職時に全研修医に対して OSCE を実施し、研修開始前の診療能力を再評価している（資料 28）。また、実際に学生の臨床実習指導にあたる後期研修医には、クリニカルクラークシップ指導のための FD 参加を義務付けており（資料 29）、卒前・卒後教育のシームレスな連携について理解を深めることを促している。これらのことによって、卒前と卒後のプログラムの連携が図れるようになったが、卒後研修修了時のアウトカムについては、今後、専門医制度の動向を踏まえて再検討したい。

改善状況を示す根拠資料

- クリニカルクラークシップガイドブック（冊子）（資料 25）
- 臨床実習統括委員会名簿（資料 27）
- 研修医オリエンテーションでの OSCE（資料 28）
- 屋根瓦方式教育スキルアップのためのレジデント FD（資料 29）

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 判定： 適合

改善のための助言

- アウトカムをらせん型カリキュラムのコース・ユニット制の各学年でどのように達成していくのか、明らかにすべきである。
- 臨床実習において、6年生が5年生を指導する、あるいは、初期研修医が6年生、5年生を指導するような屋根瓦式の教育体制を取り入れるべきである。
- 平成22年度改訂の医学教育モデル・コアカリキュラムをコース・ユニット制の教育プログラムに反映させるべきである。

評価当時の状況

2013年に医学科達成指針は制定されていたが、教育成果をコンピテンシーとして表現できていなかった。また、医学科達成指針の各細目について、それぞれを重点的に修得する学年は示されていたが、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二巡構造の中で、各コース・ユニットはアウトカム達成に向けてどのような教育成果を目指すのか、医学科達成指針の中での位置付けや、低学年から卒業時へと至るマイルストーンの検討は行われていなかった。

臨床実習では、一部の診療科で、6年生が同時期に実習する5年生に小講義を行うなどの試みがなされていたが、教育体制として屋根瓦式が整えられてはいなかった。

平成22年度改訂の医学教育モデル・コアカリキュラムと当時の教育プログラム（旧カリキュラム）間の整合性に関しては、2011年度にカリキュラム委員会主導で確認し、教育内容の見直しを行なった。

評価後の改善状況

アウトカム基盤型カリキュラムを構築するために、卒業時のコンピテンシーを定め、そこからマイルストーンを設定して各ユニットの到達目標に落とし込んでいくことを

目的に、カリキュラム委員会の下部組織として、マイルストーン・ワーキンググループを設置して検討を開始している（資料23, 30）。一方で、シラバス作成依頼の際には、担当するユニットについて、医学科達成指針から考えたそのユニットの位置付けと到達目標を記載するように指示をし、各ユニットを担当する個々の教員がアウトカム達成を意識できるようにした（資料31）。マイルストーン策定後は、各コース・ユニットで決められた到達目標を再調整する予定である。また、高大接続システム改革会議の最終報告を受け、本学は2016年にアドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシーの3ポリシーを策定し、各ポリシー間に整合性を持たせた（資料32）。

診療参加型臨床実習が2016年度から拡充され、学生が主治医チームに入ることにより、必然的にチーム内の初期研修医から学生への屋根瓦的な教育が行われてきている。また学生の臨床実習指導に当たる後期研修医に対しては、クリニカルクラークシップ指導のためのFD参加を義務付けており（資料29）、現場での屋根瓦式の教育体制の監督としての立場をもたせている。クリニカルクラークシップ中間報告会での肯定的な意見として、「病棟チームの一員として実習に参加できたこと」、「医学的な知識だけでなく社会的な面でも学習できたこと」が記載されている（資料33）。

平成28年度改訂の医学教育モデル・コアカリキュラムが平成29年3月に公表された。平成29年度中にカリキュラム委員会が中心となり、現行のコース・ユニット制カリキュラムとの整合性を確認するための調査を行う。臨床実習については、学生が経験する症候と医学教育モデル・コアカリキュラムに定める症候との比較作業をすでに進めている（資料34）。

改善状況を示す根拠資料

- ・ 平成28年度第11回カリキュラム委員会記録（マイルストーンWG）（資料30）
- ・ マイルストーンWG第1回記録（資料23）
- ・ シラバス執筆依頼（資料31）
- ・ 平成28年度 第6回定例教学委員会記録（3ポリシーの策定）（資料32）
- ・ 屋根瓦方式教育スキルアップのためのレジデントFD（資料29）
- ・ クリニカルクラークシップ中間報告会報告書：初期研修医からの指導についての内容（抜粋）（資料33）
- ・ 平成29年度 第1回カリキュラム委員会記録（モデルコアカリ）（資料34）

2.2 科学的方法

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- ・ 臨床実習のなかで、学生がEBMに基づいた診療活動を行えるような教育、指導を実践すべきである。

評価当時の状況

臨床実習前教育においては、1年生から4年生までコース医療情報・EBM I～IVとして、臨床実習へとつなげるためのEBM教育が行われていたが、臨床実習の現場で学生がEBMに基づいた診療活動を行うための教育に関しては、現場の指導医の裁量に任されていた。

評価後の改善状況

クリニカルクラークシップのコンピテンシー（資料24）として、「科学的基盤に基づいた倫理的判断能力」が挙げられており、それに即した形で、現場の臨床実習指導医を対象に、「EBMに基づいた診療能力の涵養と指導のためのFD」を平成29年度より実施することとなった（資料35）。これにより現場でのEBM教育の充実を図るとともに、その

経験をポートフォリオとして蓄積できるシステムを目指す。

改善状況を示す根拠資料

- クリニカルクラークシップのコンピテンシー（資料24）
- 平成28年度 第9回カリキュラム委員会記録（EBMのためのFD）（資料35）

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- 学生班研究の奨励、検討中のMD-PhDコースなど研究者を育成する体制のさらなる充実が期待される。

評価当時の状況

学生班研究に関しては、課外活動として、学生が各講座・研究室で教職員の指導を受けていた。学生班研究を促進するために、正課外の研究を単位認定することが検討された結果、2015年度開始の新カリキュラム実施にあたり、カリキュラム委員会にMD-PhDコース設置WGが組織され、MD-PhDコースの設置が検討されていた。

評価後の改善状況

学生班研究の奨励と研究医育成のために、卒前教育に選択科目として「ユニット医学研究」が平成27年に新設され、これと組み合わせた形で大学院教育に新コースを設定することで、本学独自のMD-PhDコースを構築した（資料36）。ユニット医学研究（資料37）は、全学年を対象とし、当該ユニット履修者には、学生班活動における研究成果を論文発表または学会発表することで単位を付与するというものである。履修者は学会出張旅費の補助を受けられるほか、本学大学院博士課程との単位互換も可能とした。卒業時まで一定の単位を取得すれば、平成30年度より新設する大学院博士課程MD-PhDコースを選択することができる。このコースは基礎系講座教員が担当する授業細目を選択することにより、大学院標準修業年限を1年短縮するほか、授業料の免除、奨学金の貸与、研究費の助成、海外派遣時の旅費の優先補助などのインセンティブを付与するものである。奨学金は博士課程修了後に基礎医学講座の常勤教員として一定期間勤務することにより返済免除が可能である。ユニット医学研究単位取得者は、卒後5年以内に大学院に入学すればMD-PhDコースを選択することが可能であり、本学独自のMD-PhDコースは、臨床医として一定の修練を積んだ研究医を育成すること、さらに臨床医経験を有する基礎医学講座教員の育成に寄与することが期待される。これまでのユニット医学研究の登録者は累計21名で、単位取得者1名が卒業した（資料38）。

改善状況を示す根拠資料

- 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科博士過程MD-PhDコースの概要（資料36）
- ユニット医学研究 シラバス（資料37）
- ユニット医学研究の実績（資料38）

2.3 基礎医学

基本的水準 判定： 適合

改善のための助言

- 研究室配属の学生業績の一部は学会や論文で発表されているが、学生の医学研究に対するモチベーションを高めるために、全員の業績を発表する機会を設けるべきである。

評価当時の状況

研究室配属での成果については、各学生が執筆した論文（業績）が、研究室配属成果報告書として発刊される。学生は図書館にてこの論文集を閲覧することが可能である。

評価後の改善状況

現在のところ紙面以外で全学生が研究室配属の成果を口頭発表する機会は設けていないが、秋に開催される成医会の示説発表（ポスター発表）では毎年学生が研究室配属の成果を発表している（資料39）。長らく成医会の示説発表は各講座・研究室から原則1件とされてきたが、研究室配属における成果発表の場として利用される機会が増加し、学生が筆頭者として発表する演題は各講座・研究室からの発表とは別に数えることとし、発表の機会を増やした（資料40）。示説発表会場は学生が利用する大学1号館の1階ロビーで行われており、学生は自由にポスターを閲覧し、質疑応答することが可能である。また、平成22年度からは毎年3件を対象に成医会優秀ポスター発表賞の表彰が行われており（資料41）、平成24年度から平成26年度までは学生も受賞し、このことは学内広報誌で広く紹介されている（資料42）。

改善状況を示す根拠資料

- ・ 第133回成医会総会プログラム（冊子）（資料39）
- ・ 平成28年度第4回成医会幹事運営委員会議事録（資料40）
- ・ 成医会優秀ポスターリスト（資料41）
- ・ THE JIKEI 成医会優秀ポスター発表学生受賞記事（資料42）

2.4 行動科学と社会医学および医療倫理学

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- ・ 先進的な内容であるため、行動科学の教育プログラムを開始したことにより、学生や卒業生のコミュニケーション能力など態度が変化したかどうかについて検討を行うことが望まれる。

評価当時の状況

1996年のカリキュラム改定時から、医学科3年生のコース臨床基礎医学にはユニット行動科学が設定されており、臨床医学との接点を持ったカリキュラムが実践されていた。

評価後の改善状況

現在も医学科3年生で行動科学に関する一連の講義がなされているが、これが学生や卒業生のコミュニケーション能力や態度にどのような影響があるかに関しては、比較対象の設定が困難であり、検討が実現していない。どのような評価が可能であるか検討していきたい。また、この分野は常に新しい研究知見が提示されているため、内容についての継続的な改訂、特に臨床との関連づけを明らかにしていくべきであると考えている。

改善状況を示す根拠資料

なし

2.5 臨床医学と技能

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- ・ 十分な臨床能力を得るための教育期間を確保すべきである。
- ・ 臨床実習は見学型が主体で、診療参加型の臨床実習にすべきである。
- ・ 卒後の研修・診療に準じた環境で、学生が計画的に十分な数とカテゴリーの症例患者を経験できるようにし、外来から退院まで学生がかかわる教育プログラムを実践すべきである。
- ・ 重要な診療科である内科、外科、小児科、産婦人科、精神神経科、総合診療科などで計画的に患者と接する教育プログラムを十分持つべきである。
- ・ 地域医療学については学習成果（アウトカム）を明示すべきである。
- ・ 卒業時の臨床能力評価が行なわれていない。学生の臨床能力到達度を絶えず評価し、臨床能力を高めるべきである。

評価当時の状況

4年生までの前臨床実習では、プライマリケアと位置付けられている患者接触プログラムが6週間、5年次の臨床実習では、内科8週、外科3週、小児科4週、産婦人科2週、精神神経科2週、その他で合計41週、6年次の選択実習として、学生が希望する病院、診療科での実習が15週、と計62週間の臨床実習が必修のプログラムであった。

5年生前期からの臨床実習では内科、小児科など一部の科では模擬診療参加型実習が行われていたが、多くは見学型実習であり、6年生前期15週の実習で診療参加型臨床実習の形を取っていた。このように、臨床実習の大部分が見学型であっただけでなく、臨床の現場で、学生がどのような臨床経験を積んでいるのか、どのような症例を経験しているのか、把握できていなかった。

5年次の臨床実習は4附属病院が主な教育資源となっており、三次医療や先進医療についての経験が主となっており、プライマリケアや予防医学についての実習はほとんど行われていなかった。

5年次1年間の臨床実習での学習成果を測定するために、5年生の臨床実習後の3月に5年次OSCEを実施し、臨床能力を担保した上で、6年生の診療参加型臨床実習に進んで多様な経験ができるようにカリキュラムが組まれていた。

評価後の改善状況

2015年度からの新カリキュラムでは、4年生後期からの全科臨床実習（資料43）で内科2週、他科は1週ずつの計28週、5年生後期からの診療参加型臨床実習（資料25）では、1ターム4週とし、必修科6ターム、選択科4タームの計40週の実習時間が確保された。すなわち、低学年での7週間の前臨床実習を含めると、臨床実習時間数は合計で75週が必修となる（資料44）。参加型臨床実習での必修科は内科の2診療科、外科、小児科、産婦人科、精神神経科、と世界的な標準を参考にしたが、今後は本学独自の臨床実習期間と内容を考える必要がある。総合診療科的な地域医療実習を選択実習としたことについても検討が必要である。

学生が臨床実習で経験した症例数を把握するために、eポートフォリオを導入し（資料45）、各学生について、病院別、診療科別に、モデル・コアカリキュラムで提示されている36症候、17カテゴリーをどれだけ経験できたのかについて、データの蓄積を開始した。学生が十分な数とカテゴリーの症例患者を経験することを担保できるように、各病院の特徴を明らかにするなど、IR部門が収集されたデータの解析を始めている（資料46, 47, 48, 49）。今後は、解析データを基に臨床実習の改善を図るとともに、集合教育の内容やPCC-OSCEの課題についても検討する。また、2016年1月に教育アドバイザーとしての立場の教員が教育センターに着任した。教育病院への出張はまだ2回であるが（資

料50)、今後はその観察記録を臨床実習改善につなげていく予定である。

本学は、地域医療では、それぞれの地域で求められている医療ニーズを感じる事ができることをアウトカムと考えており、具体的なアウトカムとして明示することは今のところ考えていない。

新カリキュラム開始にあたり、クリニカルクラークシップのコンピテンシーを医学科達成指針の大項目に合わせて策定し(資料24)、それに基づいて、内科の実習中には、Mini-CEXによる医療面接・身体診察、プレゼンテーション、カルテ記載、の3項目についてのパフォーマンスを形成的に評価するシステムを構築し(資料51)、学生の臨床能力を高めるよう試みている。しかしながら、実際にはデータの収集ができておらず、現場での評価体制、あるいは現在は手入力で行っているデータ収集方法の改善が望まれる。また、クリニカルクラークシップの教育成果を評価する目的で、診療参加型臨床実習終了後の6年生7月にPCC-OSCEを12ステーションで実施予定である(資料52)。

改善状況を示す根拠資料

- 全科臨床実習ガイドブック(冊子)(資料43)
- クリニカルクラークシップガイドブック(冊子)(資料25)
- 臨床実習の概要 1年～6年の時間数(資料44)
- eポートフォリオ概要(資料45)
- 学生が経験した症候一覧：全科臨床実習(資料46)
- 学生が経験した症候一覧：診療参加型臨床実習(資料47)
- 学生が経験したカテゴリー一覧：全科臨床実習(資料48)
- 学生が経験したカテゴリー一覧：診療参加型臨床実習(資料49)
- 教育アドバイザーの出張記録(資料50)
- クリニカルクラークシップのコンピテンシー(資料24)
- Workplace Based Assessmentの評価表(資料51)
- PCC-OSCE(資料52)

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- 基本的臨床能力を獲得するため、平成22年度改訂の医学教育モデル・コアカリキュラムの到達目標にもとづいた臨床実習を行なうことが望ましい。

評価当時の状況

平成22年度改訂の医学教育モデル・コアカリキュラムと本学の臨床実習の到達目標の比較検討に関しては、平成23年度に各ユニット責任者に対して、担当ユニットで扱っている教育内容(SB0)がどの程度対応しているかアンケートを実施し、比較検討を行っている。

評価後の改善状況

平成28年3月に提示された改訂版の医学教育モデル・コアカリキュラムについても、前回と同様、臨床実習に限らず比較検討の準備を進めており、本学での臨床実習到達目標との整合性を図っていく予定である(資料34)。

学生が経験した症候、カテゴリーについては、モデル・コアカリキュラムで示されている項目でデータを集積しており、本学としての強みと弱みを明らかにして、臨床実習の改善を目指す予定である(資料46, 47, 48, 49)。

改善状況を示す根拠資料

- 平成29年度 第1回カリキュラム委員会記録(モデルコアカリ：抜粋)(資料34)

- 学生が経験した症候一覧：全科臨床実習（資料46）
- 学生が経験した症候一覧：診療参加型臨床実習（資料47）
- 学生が経験したカテゴリー一覧：全科臨床実習（資料48）
- 学生が経験したカテゴリー一覧：診療参加型臨床実習（資料49）

2.7 プログラム管理

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- カリキュラム委員会に参加した学生がすべての学生の意見を反映する代表者であるとはいえない点、また、学生はほとんどカリキュラムに対する建設的な意見を述べていない点などを今後あらためていくべきである。

評価当時の状況

平成25年度より、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参加するようになったが、各学年全体の意見が反映されているとは言えなかった。

評価後の改善状況

現在のカリキュラム委員会には、学生会から推挙された2年生～6年生（主に西新橋校で学ぶ学生）の各学年2名の学生が正規委員として参加している（資料14）。委員会での議論においては学生委員の意見を積極的に求めてその発言を議事録に残している（資料53）ほか、必要に応じて学生委員が課題を持ち帰って全学生にアンケート調査を実施するなど、カリキュラム委員会に全学生の意見を反映させるべくその役割を果たしている（資料54）。

改善状況を示す根拠資料

- 平成28年度カリキュラム委員会名簿（資料14）
- カリキュラム委員会における学生の発言の記録（抜粋）（資料53）
- 平成29年度 第1回カリキュラム委員会記録（学生委員が学年全体に周知していると発言した記録）（資料54）

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- 卒前・卒後・生涯教育の連続性から、学内の教員だけでなく、臨床実習病院、地域医療施設、関係行政、学生、多（他）職種の意見を反映することができるような体制を構築することが望まれる。

評価当時の状況

カリキュラム委員会の構成員には、国領校、西新橋校（基礎医学講座、臨床医学講座）、教育センターの各教員の他、学事課事務職員、学生が含まれている。

評価後の改善状況

本学の教育カリキュラムの改訂に関して、どのような立場の人からどのような機会に意見を求めるべきかを現在検討している。本学のカリキュラム委員会は次年度のカリキュラムを計画するという実務的な活動を主務としているため、学外関係者の意見をより俯瞰的な立場から反映するためには、カリキュラム自己点検・評価委員会、ないしは毎年8月に開催しているカリキュラム編成会議などの機会を利用することが検討されてい

る。参加対象者の候補として、本学事務職員、研修医、専門研修医、医師会関係者、教育病院の指導医や事務職員、市民を代表とした模擬患者団体の会員、行政担当者などを検討している（資料15）。

改善状況を示す根拠資料

- 平成29年度 第1回カリキュラム委員会記録（学外委員の検討）（資料15）

2.8 臨床実践と医療制度の連携

基本的水準 判定： 評価せず

改善のための助言

- 基本的水準について評価基準が不明瞭であったため、この水準についての評価は行わない。

評価当時の状況

評価後の改善状況

改善状況を示す根拠資料

質的向上のための水準 判定： 評価せず

改善のための示唆

- 質的向上のための水準について評価基準が不明瞭であったため、この水準についての評価は行わない。

評価当時の状況

評価後の改善状況

改善状況を示す根拠資料

3. 学生評価

3.1 評価方法

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- 1年次と2年次前期のユニットごとの試験における合否判定基準の妥当性について検討すべきである。
- 口頭試験における受験者の受験順や評価者による評価の偏りが教員、学生双方から指摘されており、改善すべきである。

評価当時の状況

1年次及び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、ユニット別評価を行ってきた。1年次のユニット試験の判定基準は、自然科学系科

目（生命基礎科学）については、物理系（生命の物理学）、化学系（生体分子の化学）、生物系（細胞の生物学）の各ユニットが40%以上で、かつ3ユニット平均60%以上を合格基準とし、数学、外国語（一般英語 I および初修外国語）、日本語表現法、人文科学系科目（選択必修）、社会科学系科目（選択必修）の各ユニットについては60%以上を合格基準としてきた。また、他の非点数化ユニットは合否によって進級判定を行ってきた。2年次前期のユニット試験においても、コース基礎医科学 I の各ユニット、すなわち生理学系（自然と生命の理、生体調節のしくみ）、生化学系（分子から生命へ）、形態学系（細胞から個体へ）の各ユニットについては40%以上を、全ユニット平均60%以上を合格基準としてきた。

口頭試験は実施記録が残らないため、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かった。評価者の主観といったバイアスを低減するために、最高得点と最低得点を採点から除外するなどの措置を講ずることもあった。口頭試験の結果と総合試験成績との間に大きな乖離が見られる場合もあり、口頭試験で問われている学生のコンピテンシーの問題の他に、口頭試験に対する理解と認識が教員間で異なることにも問題があるとされていた。

評価後の改善状況

1年次教育においては、あえて科目の独自性を学生に理解させるためにユニットごとに試験をしている。2年次前期では、ユニットごとの試験において個々のユニットが責任を持って学生の学習成果の達成を評価しており、その判断を教学の最高機関である教学委員会で審議して評価の質を担保している。したがって、1年次と2年次前期のユニットごとの試験を今後も継続していく。

1年次と2年次前期のユニットごとの試験における合否判定基準の妥当性について検討するために、1年次の総合成績と2年次前期のコース基礎医科学 I の各ユニット試験成績の相関（資料55）の他に、1年次自然科学系科目（コース生命基礎科学）の各ユニット、すなわち、物理系（生命の物理学）、化学系（生体分子の化学）、生物系（細胞の生物学）と、2年次前期のコース基礎医科学 I の各ユニット、すなわち生理学系（自然と生命の理、生体調節のしくみ）、生化学系（分子から生命へ）、形態学系（細胞から個体へ）との成績相関（資料56）、およびこれら各ユニット成績と2年次後期のコース基礎医科学 II 総合試験との成績相関について検討した（資料57）。

従来の1年次および2年次の総得点による評価に加えて、概略的な評価法としてGPA評価を導入した（資料58）。これについては、GPA評価と総点評価の相関について調べ、両評価の妥当性について検討中である。

試験委員会において検討した結果、該当する2年次基礎医科学 II 口頭試験では、評価結果の責任性を担保するために、再試験のみならず本試験においても関連するコース責任者および関連する講座担当教授が必ず評価者として加わることとした（資料59）。また、評価者による評価の偏りやばらつきを是正するために、10名以上の評価者により段階評価を行い、口頭試験終了後に、各評価者間の評価のばらつきについて検討し、評価者による最高評価と最低評価を1名分ずつ除外して合否判定を行うこととした。3年次のコース臨床基礎医学の口頭試験でも、各ユニット責任者を含む評価者により評価を行い、評価後に評価点の再検討を行うこととした。

これらの改善を進めた結果、2年次および3年次ともに口頭試験単独による留年者が減少し（資料60）、口頭試験と総合試験の大きな乖離も見られなくなった（資料61）。ただし、本来の口頭試験は知識を問う総合試験とは異なる能力を測定するものであるため、2つの試験結果の乖離が少なくなったことの意味を検証する必要がある。パフォーマンス評価としての口頭試験で「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について、プレゼンやレポートなど他のパフォーマンスとの比較をし、口頭試験の妥当性について検討していく必要がある。口頭試験における信頼性、妥当性を含めた評価の質については、今後IR部門がデータ解析をしていく予定である。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も検証し始めた所である。

口頭試験の再試験該当者については、総合試験と同様に評価結果のフィードバックを行うこととした(資料62)。さらに、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を導入した。

改善状況を示す根拠資料

- 1年次総合成績と基礎医科学Ⅰ各ユニット間の成績相関(資料55)
- コース生命基礎科学各ユニットと基礎医科学Ⅰ各ユニット間の成績相関(資料56)
- 基礎医科学Ⅰ各ユニットと基礎医科学Ⅱの総合試験成績との成績相関(資料57)
- GPA評価導入(資料58)
- 口頭試験評価者(資料59)
- 2013年改善前後の留年者の推移(資料60)
- 2013年改善前後の口頭試験成績と総合試験成績の相関(資料61)
- 口頭試験本試験後のフィードバックの面談記録の書式(資料62)

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- 診療参加型臨床実習における学生に対するパフォーマンス評価の妥当性を吟味し、Mini-CEX、看護師や患者からの評価を含む360度評価などを評価者トレーニングによって評価の信頼性を高める取り組みとともに導入することが望ましい。

評価当時の状況

臨床実習に対する評価は、知識、技能、態度についての評価表が事前に学生に示されてその評価表をもとに行われていたが、十数年にわたって同じ形式であり、評価は各診療科に任されていてその内容についての検証はなかった。臨床実習現場でのパフォーマンス評価がどれだけ行われていたのかもわからず、臨床実習で学生がどのような能力を獲得したのかが不明確であった。

評価後の改善状況

2015年度の新カリキュラム開始にあたり、クリニカルクラクシップのコンピテンシーを医学科達成指針の大項目に合わせて策定し(資料24)、それに基づいて、内科の実習中には、Mini-CEX、プレゼンテーション、カルテ記載、の3項目についてのパフォーマンスや態度について形成的に評価するシステムを構築し(資料51)、教員からのフィードバックによって学生がより高い臨床能力を獲得できるように支援を始めた。しかしながら、実際にはデータの収集が組織的に行われておらず、教員からのフィードバックも活かされにくい状況であり、データを収集して解析から改善へとつなげる体制を整えていく必要がある。特に内科では全科臨床実習と診療参加型臨床実習のそれぞれでMini-CEX、プレゼンテーション、カルテ記載についての評価を行うことになっており、両者を比較することで学生の臨床能力向上を測定すべきだと考えている。臨床実習指導者FD(資料6)は従来から実施されているが、360度評価やCase-Based Discussion、DOPSなど従来は用いられてこなかったパフォーマンス評価についての理解を広めていく。新カリキュラムにより学生が獲得できたコンピテンシー、未だ獲得できないコンピテンシーを明らかにして、学生の経年的変化から臨床実習改善に結びつけていく検討をIR部門で開始した。

改善状況を示す根拠資料

- クリニカルクラクシップのコンピテンシー(資料24)
- Workplace Based Assessmentの評価表(資料51)

- 臨床実習指導者養成ワークショップ（資料6）

3.2 評価と学習との関連

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- 臨床実習期間中のOSCEについて、課題の構成や難易度など、評価の妥当性を高めるための対応を検討すべきである。
- 卒業時の教育成果について、特に態度・技能領域の能力を測定するための評価を導入すべきである。

評価当時の状況

5年次1年間の臨床実習での学習成果を測定するために、臨床実習終了後の3月に8ステーションからなる5年次OSCEを実施し、十分な臨床能力を担保した上で、6年次の診療参加型臨床実習に進めるようにカリキュラムが構築されていた。しかしながら、FDを受講していない評価者による評価の信頼性、8ステーションで信頼性があるのか、課題の内容に妥当性があるのか、など十分な臨床能力を担保するための評価内容であるのかの検証はなされていなかった。また、卒業時は卒業時総括試験というMCQからなる筆記試験のみで卒業時の教育成果を測定しており、臨床実習中の評価はしていたものの、学生が獲得した態度や技能のコンピテンシーについての総括的な評価は不十分であった。

評価後の改善状況

新カリキュラムでは、臨床実習での学生の学習成果を把握するためにログブック（資料63）とeポートフォリオ（資料45）を導入した。

学生が経験した患者数、症候数、カテゴリー数について、見学数と担当数に分けて経験した数をeポートフォリオへ蓄積することを開始した。ログブックでは、知識と技能の評価について、内科・外科共通項目のほかに、各診療科が必要だと考えた項目について、「できた」「できていない」「実施していない」を指導医にチェックしてもらう仕組みになっている。

クリニカルクラークシップの教育成果を評価する目的で、今年度より診療参加型臨床実習終了後の6年生7月にPCC-OSCEを12ステーションで実施予定である（資料52, 64）。

改善状況を示す根拠資料

- ログブック概要（資料63）
- eポートフォリオ概要（資料45）
- PCC-OSCE（資料52）
- 平成28年度PCC-OSCE実施委員会議事録（資料64）

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- 既出問題の確認を過度に重視する学習にならないように対策を検討することが望ましい。

評価当時の状況

2年次後期以降の各総合試験、医学総括試験および医学卒業総括試験については、過去の既出問題がすべて公開されているため、基礎的学力が不足している学生の中には、既出問題の確認を中心とする学習に終始する者がいた。この点を補完する方法として、

2年次および3年次には総合試験に加えて口頭試験を併用し、両方に合格することを進級要件としていた。実際に、基礎的学力が不足している学生においては、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、進級判定の際に問題となっていた。これは、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長じているため、総合試験では合格基準に達したにもかかわらず、口頭試験においては基礎学力の不足が露呈したと考えられる。

評価後の改善状況

既出問題の確認を過度に重視する学習にならないように、新カリキュラムにおいては、従来4年次後期末に行われていた臨床医学 I 総合試験を廃止して、問題が公開されていない共用試験CBTに一本化した（資料65）。その結果、共用試験CBTを4年次前期末に実施することになったが、CBTのIRT値に大きな変化は見られなかった（資料66）。また、共用試験CBTとほぼ同時期に行われる病理学各論試験は過去の問題を公開していないので、既出問題の確認が過度にはなっていない。総合試験の追・再試験の問題については、以前から既出問題は公開していない。

4年次後期から5年次前期の全科臨床実習期間中には、与えられた課題（1110題）についてSeDLESを用いた自己学習を行い（資料67）、形成的評価を受けていることを進級要件とした。しかしながら、学生の学習履歴を確認してフィードバックすることが未だできておらず、自己学習のログと試験成績や臨床実習でのパフォーマンスとの相関についても検討されておらず、自己学習の成果は測定されていない。

2年次および3年次の口頭試験については、総合試験に比較して定量性には劣るが、進級判定基準周辺にいる学生の学力評価には有効であると考えられ、今後も評価方法と評価基準について可及的に客観性を高めるように改善しながら、継続して併用することとしている。

改善状況を示す根拠資料

- 4年生試験スケジュール（資料65）
- CBT結果の推移（資料66）
- SeDLES学習記録（資料67）

4. 学生

4.1 入学方針と入学選抜

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- 身体に不自由のある学生の入学について、受験生に判断をゆだねるのではなく、大学の方針に基づいて募集要項等で受験生に事前に明示し、対応すべきである。
- 2次試験で健康診断を科していないようだが、入学試験施行規程では健康診断を行うと記載されているので、規程の改定を行うべきである。

評価当時の状況

身体に不自由のある学生の入学対応については、個別の入学志願者からの問い合わせに対応して大学の現状において対応できることとできないことを提示し、受験生の判断に委ねていた。

二次試験ですで行われなくなっていた健康診断が、入学試験施行規程には削除されないまま残っていた。

評価後の改善状況

身体に不自由のある受験生は事前に大学と相談できる体制を構築し、2014年度入試からは、入試要項への記載（資料68）とホームページ上での掲載を始め、個々の事案に対応している（資料69）。キングス大学等海外での事例を調査しながら（資料70）、本学における合理的な対応の在り方を教育センターで検討している。

二次試験での健康診断は規約からも削除した（資料71）。

改善状況を示す根拠資料

- 平成29年度（2017年）入試要項（冊子）（資料68）
- 障害のある学生の事前問い合わせへの対応（資料69）
- 身体に障害のある学生の入試についてキングス大学への問い合わせ（資料70）
- 改訂された入学試験施行規程（資料71）

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- 選抜プロセスと卒業時に期待される能力との関係を検討し、そのデータをもとに選抜方法の改善を行う体制をとることが望まれる。

評価当時の状況

入学試験データとその後の学業成績について、留年等で在学中に修学上の問題を生ずるケースについての調査を行い、入学者選抜方法のマイナーチェンジに活かしていた。しかし、入学試験データを卒業時・卒業後の状況と対応させて、必要に応じて入学者選抜方法を抜本的に改定する体制は採っていなかった。

評価後の改善状況

アドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシー、の3ポリシー（資料72）を改定し、その整合性を図り、卒業時アウトカムを達成できる資質を有する学生を入学させられるように2017年度入学者選抜方法の改革を行った（資料68）。入学試験データとその後の到達目標達成度・卒業後の活動状況との関連性などについて、教育センターIR部門を中心に検討し始め、入学者選抜方法の改定に活かすことを目指している。

改善状況を示す根拠資料

- 3ポリシー（資料72）
- 平成29年度（2017年）入試要項（冊子）（資料68）
- 入試データと解析結果については開示できません。

4.3 学生のカウンセリングと支援

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- 3年次のオリエンテーションでキャリアガイダンスが行われているが、1年次の早い段階で行われることが望まれる。

評価当時の状況

入学当初に将来の自分を思い描いてみることを求めて開催されるスタートアップ研修には、幅広い教員層にタスクフォースとしての参加を促してはいたが、臨床系教員の

参加者数が少なく、実際に医師のキャリアがどのようなものかを十分に伝えられていなかった。

医療の現場に触れるEarly Clinical Exposureを1年次の5月と2月に2回実施し、9月には前臨床実習として福祉体験実習を組み、少しでも早い時期から幅広く医療の場を見学できるようにしていたほか、希望者にはプライマリケア・選択学外臨床実習のユニットを利用して、さらに深く幅広いキャリアに向けた経験を積む機会を提供していた。

医学総論Ⅰ演習で医学分野の専門領域の道を紹介する講義を実施していた。

評価後の改善状況

2017年度のスタートアップ研修を、宿泊形式から国領校での1日だけの研修に改めたことで、臨床系教員が参加しやすくなり、より幅広い教員層からのタスクフォースが参加できるようになった(資料73)。2018年度は研修を西新橋校地に予定し、より幅広い教員層からのタスクフォースの参加を見込む。

1年次医学総論Ⅰ演習で紹介する専門領域の幅を広げる努力を重ねており(資料74)、1年次の医療総論演習では、将来の日本社会とそこでの医師の役割についての演習を導入した(資料75)。

研究のキャリア作りのために、2015年度より、1年次を含めた全学年に医学研究のユニットを新設し(資料37)、学年オリエンテーションで研究職のキャリアについて説明をしている(資料76)。

改善状況を示す根拠資料

- 2017年度スタートアップ研修参加教員の名簿(資料73)
- 医学総論Ⅰ演習講義スケジュール(資料74)
- 明日の日本を担うみなさんへ(講義資料)(資料75)
- ユニット医学研究 シラバス(資料37)
- 学年オリエンテーション(講義資料)(資料76)

4.4 学生の教育への参画

基本的水準 判定：部分的適合

改善のための助言

- 学生がカリキュラム委員会のメンバーに入っているが、議事録には発言内容の記載がなく、記載して、学生の意見を明らかにすべきである。
- カリキュラム以外の学生の生活、教育施設についての要望などをより幅広く学生全体の意見として集約、反映させるように審議事項を記載する規程を明示すべきである。

評価当時の状況

評価当時は既に学生カリキュラム委員の重要な発言がカリキュラム改訂に活かされるようになっていたが、評価の対象となった議事録にはまだその記載がなされていなかった。学生カリキュラム委員とは別個の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機能しており、教学委員会と学生会委員の懇談会ではこのアンケート結果が学生から提示され、データを基にした教学上の議論が行われていた。

評価後の改善状況

カリキュラム委員会においては学生カリキュラム委員の積極的な発言を促し、その発言が議事録に残るようになった(資料53)。

学術情報センター運営委員(資料77,78)、西新橋キャンパス再整備計画図書・講堂

ワーキンググループオブザーバ（資料79）に学生を登用して、学生アンケート結果報告を含めたその発言が議事録に残るようになった。

学生会は教学委員との懇談会に先立って、学生生活と教育施設の改善のための要望をまとめて学事課に提出して、対応を教育センターから得ている（資料80）。その結果、教育センターと講堂に学生が使用可能な演習室が3部屋確保された（資料81）。

生活・教育施設改善のための要望提出、各委員会に出席する学生代表が学生の意見を集約するためのアンケート等については、学生会が現在進めている学生会の規約の中に明文化することを予定している。

改善状況を示す根拠資料

- カリキュラム委員会における学生の発言の記録（抜粋）（資料53）
- 学術情報センター運営委員会規程（資料77）
- 平成28年度第6回・第7回学術情報センター運営委員会議事録（抜粋）（資料78）
- 平成27年度 第3回・4回 ⑤-2 図書・講堂SWG 議事録（資料79）
- 学生会と学事課との生活・設備に関する要望に対する返答書（資料80）
- 演習室が増室された報告（資料81）

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- 本基準はクラブ活動や学生会のことではなく、学生の自主的ボランティアへの更なる支援が望まれる。

評価当時の状況

学生個人の自主的ボランティアは、プライマリケア・選択学外臨床実習の一環として単位認定することによって、その適切性と万一の保証を確保していた。同じ理由から、学生の組織的なボランティアは、学生会を通じた同好会活動として認定して保護することにしてきた。

評価後の改善状況

評価当時と同様の支援を継続しているほか、学生部長の下に学生部委員会が発足した（資料82）。ここでは学年をまたいで問題となる様々な学生案件についての情報共有と対応を行っている。学生が自律的に自らの行動について振り返ることの支援として、クラブ活動を安全に行うための安全対策、慈恵祭開催においての心構え、新入生歓迎会での振る舞い、などについての覚書を策定する際の支援をした。また、学生会が主体となって、文化祭について全員で議論を行いたいとの要望があったため、学年オリエンテーションの中でワールドカフェを実施する時間を提供して支援した（資料76）。

改善状況を示す根拠資料

- 学生部委員会設立のお願い（資料82）
- 学年オリエンテーション（講義資料）（資料76）
- 学生部委員会の内容やプロダクトについては守秘義務があり公開できません。

5. 教員

5.1 募集と選抜方針

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- ・ 女性医師が大学の指導的立場の教員として、医学生における男女比と同等の比率で登用されることが望まれる。

評価当時の状況

大学が求めている研究・教育・診療の分野で人材を登用し、時代のニーズに沿った研究、教育、診療を具現化することを目指していた。本学の教員の基本構成は、教授、准教授、講師、助教であり、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った。

平成23年当時、西新橋校の教授は、男性74名、女性1名と男女比率はそれぞれ98.7%、1.3%であり、教授登用においてその比率には大きな隔たりが認められていた。准教授で94.4%、5.6%、講師で85.5%、14.2%、助教（レジデントを含む）で75.1%、24.9%であり、職位が下であるほど男女比が医学生における男女比率に近かった。

評価後の改善状況

平成25年度以降、教員の中での女性比率はわずかながらも増加しており、平成28年度の本学（西新橋校）の教授は、男性91名、女性4名で男女比率はそれぞれ95.8%、4.2%と若干の改善傾向がみられている（資料83）。特にレジデントを終了して診療委員となった医師の男女比は、医学生における男女比とほぼ同じである（資料84）。

女性医師がキャリアを継続するためには、出産や育児を含め個々の希望を把握しながらきめ細かい対応が必要とされる。助教では認められている適切な女性比率が、昇進の過程で減少していくことを改善するために、本学では女性医師キャリア支援室を創設し（資料85）、平成19年に院外保育所を（資料86）、平成20年には育児のための短時間勤務制度（資料86）を制定し、女性医師の支援を行っている。また、女性医師キャリア支援室が主催で女子学生と女性医師の交流会を毎年開催し、女性医師のキャリアについてのアドバイスなどを行っている（資料87）。

改善状況を示す根拠資料

- ・ 医学科教員の男女比の推移（資料83）
- ・ 医学科1年生と診療委員になった医師の男女比（資料84）
- ・ 女性医師キャリア支援室HP（資料85）
- ・ 院外保育所利用案内 短時間勤務制度規程（資料86）
- ・ 女子学生と女性医師の交流会（資料87）

5.2 教員の活動と能力開発に関する方針

基本的水準 判定： 適合

改善のための助言

- ・ エフォート率に関し、大学は一定の基準を明示した上で、達成度を計る姿勢が望まれる。

評価当時の状況

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システムでイントラネットにより全教職員、全学生に公開されていた。①～④の各分野のエフォート率は教員各自が設定し、自己実現を目指すことになっていた。

評価後の改善状況

各分野のエフォート率については、各個人の所属先や従事している仕事内容によって設定目標が異なっており、自発的な自己実現を目指す大学の方針の中では一定の基準を明示できる状況には至っていない。したがって現状では、大学が一定の基準の基で教員のエフォート率達成度を測る体制を整える予定はない。

改善状況を示す根拠資料

なし

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- ・ 業績の総合評価が昇格、給与アップと確実に連動することが望まれる。

評価当時の状況

教員の昇格に関しては、「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。」こととなっていた。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かった。

評価後の改善状況

各分野の評価をどのように昇格や給与アップに結び付けるかの議論は、学校法人として検討すべき課題であるが、現状ではいまだ十分な議論はなされていない。ただし平成28年度からFaculty Development (FD)「医学教育者のためのワークショップ」への参加を昇格要件とし、学生教育への理解と貢献を昇格次の評価として強く意味を持たせるようになった(資料88)。一方で、昇格要件としてよりの確な評価基準を制定するためには、現行の教員評価FDシステムでの「量的データ」の提示だけでは不十分であり、個々の教員の「質的データ」を評価できるシステムの構築が必要とされる。本学では教育IR部門が教員教育評価アンケートなど質的データの解析を担当しており、データ収集と解析、評価のシステムについて検討を開始した。

改善状況を示す根拠資料

- ・ 東京慈恵会医科大学医学科教員の昇格手続に関する内規(資料88)

6. 教育資源

6.1 施設・設備

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- ・ 西新橋キャンパスにおいて、学生用食堂などスペース・設備の拡充が望まれる。

評価当時の状況

西新橋キャンパスは100名定員の時点で設計されたが、現在は1学年110名以上の学生が在籍しており、学生用食堂のみならず、自習室、休憩スペース、ロッカールームなど、学生用アメニティが不十分であることが指摘されていた。アクティブ・ラーニングのためのグループ学習を実施する教育環境も不十分であった。学生用食堂が国領校との対比において、特に不十分なスペース・設備として挙げられた。

評価後の改善状況

西新橋という立地のため、上記のような学生のためのスペース・設備などの教育環境については、改善することが困難である。しかしながら、図書館の学習スペースの再整備（資料78）、演習室の増設（資料81）、など学生の要望に従って改善できた部分もある。

現在、西新橋キャンパス再整備計画を実行中であり、その中では、学生自習室等の学生用スペースの拡充を検討しており、学生からの要望を踏まえて、愛宕マークビル1階を学生用学習スペースに、また、大学管理棟3階を演習室にする整備を2017年度中に実施する予定である（資料89）。また、「西新橋キャンパス再整備に伴う演習室増室に関するアンケート」をユニット責任者を対象に行い、教育を実施する側の意見も踏まえて、演習室の増室を考えていくこととなった（資料90）。

改善状況を示す根拠資料

- 平成28年度第6回・第7回学術情報センター運営委員会議事録（抜粋）（資料78）
- 演習室が増室された報告（資料81）
- 平成27年度第1回⑤-2図書・講堂SWG議事録（資料89）
- 西新橋再整備計画に伴う演習室の増室に関するアンケート（資料90）

6.2 臨床トレーニングの資源

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- 臨床実習において、学生がバランス良く十分な症例数を経験できるよう、患者数とカテゴリーを考慮した実習を計画・実践すべきである。
- ログブックを活用し、実際に受け持った患者数、経験すべき疾患とそのバランス、初診患者の診察などを保証できるように記録すべきである。
- 多様な臨床経験を可能にするために多様な臨床実習施設を確保すべきである。

評価当時の状況

5年次の臨床実習は、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、千葉県柏病院の大学附属4病院が主な資源となっていた。各診療科別の入院および外来の患者数から、学生が経験できる患者数とカテゴリーは十分確保されていると考えていたが、実際に学生が経験した疾患、症候、病態を加味して、十分に患者数を確保できているかどうかについては把握できていなかった。また、低学年での学外実習では、地域医療の現場で学ぶ機会が与えられていたが、学外施設で経験した患者数、カテゴリーについても調査されていなかった。

学生が臨床実習で経験したことについてデータを集積するために、ログブックやポートフォリオの導入について検討していた。

希望する学生は、6年次の選択実習の期間、あるいは1年次から選択可能なプライマリケア・選択学外臨床実習を利用して、僻地医療や学外病院での臨床実習を経験していたが、基本的に臨床実習は慈恵大学附属4病院だけでなされており、多様な臨床経験を可

能にするための臨床実習施設を大学自ら確保していなかった。

評価後の改善状況

2015年度から全科臨床実習（4年次後期～5年次前期）（資料43）を、2016年度から診療参加型臨床実習（5年次後期～6年次前期）（資料25）を本格的に開始した。多様な臨床経験を可能にするために、診療参加型臨床実習では西新橋の本院以外を実習の場とし、地域中核病院として葛飾医療センター、第三病院、柏病院の他、富士市立中央病院、厚木市立病院をはじめとする教育病院9施設（資料91）を活用する実習を開始した。さらに、開業医での実習を家庭医実習として全科臨床実習に組み込んだ。低学年の学外実習では元々地域の医療現場を学ぶ場を提供してきたが、高齢化社会に対応すべく、2015年度から3年次に「高齢者医療体験実習」を導入した（資料92）。

診療参加型臨床実習で学生が経験した患者数、症候数、カテゴリー数についてのデータを集積するために、モデル・コアカリキュラムに沿って、36症候、17カテゴリー、さらには患者年齢と性別の項目別に経験した数を、病院別、診療科別にeポートフォリオへ蓄積することを開始した。これら学生が実際に経験した症例と、学内外臨床実習病院の入院患者、外来患者の症例実績とを比較し、病院や診療科の実情を考慮して、学生がバランスよく必要な患者数とカテゴリーを経験できるように配慮した実習へと改善すべく解析を開始した（資料47, 49）。ただし、初診患者の診察やその疾患、退院後の支援などの地域保健との関わりと言ったプライマリケアの経験に関する情報は蓄積されておらず、今後検討を要する。また、ログブックは紙ベースのデータであるために、診療経験の集計を手入力で行う必要があり、モバイルなどを利用して容易にデータを集積できるシステムを構築する必要がある。教員の評価コメントもeポートフォリオ上で見られるようになるまで時間がかかり、即座なフィードバックが行われないという問題があり、幾つかの観点からシステムを見直す必要がある。

改善状況を示す根拠資料

- 全科臨床実習ガイドブック（冊子）（資料43）
- クリニカルクラークシップガイドブック（冊子）（資料25）
- 教育病院診療科一覧（資料91）
- 高齢者医療体験実習 シラバス 実習先（資料92）
- 学生が経験した症候一覧：診療参加型臨床実習（資料47）
- 学生が経験したカテゴリー一覧：診療参加型臨床実習（資料49）

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- シミュレーション教育施設が整備されているが、有効活用を一層促進すべきである。

評価当時の状況

シミュレーション教育施設は、本院のある西新橋校、第三病院のある国領校、葛飾医療センター（平成25年度から稼働）に整備されていた。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り、学生は主に4年次の基本的臨床技能実習と5年次臨床実習の中で利用していた。利用回数も増加してはいたが、患者安全のための教育にシミュレーション教育施設の利用をさらに一層伸ばす必要性が指摘されていた。また、柏病院にはシミュレーション教育施設が整備されていなかった。

評価後の改善状況

西新橋、国領、葛飾医療センター、柏病院の4機関の委員会を統括し、大学として一

体的なシミュレーション教育を実行するための管理・運営組織として、シミュレーション教育施設委員会を機能させた（資料93）。機器購入・メンテナンス、利用実績等の実務を教育センターが主管し、各機関の委員会と連携する体制を整えた（資料94）。平成26年度には柏病院にもシミュレーション教育施設を整備し、年間24件の利用があった（資料95）。

学生教育におけるシミュレーション施設利用件数は、平成27年度からの新カリキュラム移行に伴って大幅に増加し、一層活用されるようになってきている（資料96）。さらに臨床実習教育委員会では、臨床トレーニングの充実を図るために各種シミュレータの導入希望をとり、気道管理トレーナ、呼吸音聴診などの機器を充実させた（資料97）。

参加型臨床実習の終了時にPCC-OSCEを平成29年7月に実施予定であり、そのための必要機器購入を行い、学生の受験前のトレーニング環境の検討を行っているところである（資料98）。

改善状況を示す根拠資料

- 西新橋校シミュレーション教育施設委員会規定（資料93）
- 教育センター規程（シミュレーション施設を管理することについて）（資料94）
- 柏病院シミュレーション施設の開設（資料95）
- シミュレーション施設利用実績（資料96）
- シミュレーション教育施設機器導入実績（資料97）
- PCC-OSCEに向けての環境整備実績（資料98）

6.3 情報通信技術

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- 無線LAN（Wi-fi）の利用範囲を拡大すべきである。
- 電子カルテへの移行によって受け持ち症例の情報アクセスを改善すべきである。

評価当時の状況

大学病院と隣接して大学が設置されているため、特に患者情報保護の観点より、学内における無線LAN（Wi-fi）の利用範囲は、演習室、講堂の一部、学術情報センター内などに限られていた。

附属4病院のうち、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おり、葛飾医療センターでは、学生は誓約書にサインした上で電子カルテを利用していた。本院と柏病院では電子カルテの導入はなされておらず、学生はオーダリングシステムのIDとパスワードを付与され、各種検査や処方などの情報を閲覧することができた。

評価後の改善状況

医師国家試験に向けた自己学習環境の改善、情報端末を利用した学習環境の改善を図るため、平成26年度に無線LAN（Wi-fi）の利用範囲を大学1号館5・6階講堂、高木2号館南講堂にも拡大した（資料99）。

平成27年1月より柏病院にも電子カルテが導入され、葛飾医療センター、第三病院、柏病院での臨床実習において、学生は診療チームの一員として電子カルテの閲覧を許可されるようになった。学生に電子カルテへの直接記録を記載する権限は与えられておらず、学生用電子カルテを使用し、指導医が承認した内容のみを指導医の権限で正式なカルテに引用する方式をとる形で運用している（資料100）。平成30年1月より本院も電子カルテへの移行が予定されているが、電子カルテ上の学生の責任、閲覧権限等について、臨床実習の場として現状が適切かどうか検討を要する。

改善状況を示す根拠資料

- 平成26年度事業報告書（抜粋）（資料99）
- 電子カルテの利用について（クリニカルクラークシップガイドブックからの抜粋）（資料100）

6.5 教育の専門的立場

基本的水準 判定： 適合

改善のための助言

- 教学IRが設置されているが、活動はこれからであり、今後の活動を促進すべきである。

評価当時の状況

本学で実施している教育内容について、データに基づく分析と提言を実施するための組織として、2013年9月に教育センター内に教育IR部門が設置された。医学教育分野別認証評価に向けて、教育成果を提示するための根拠資料を集積して整理することを2012年から開始していた。卒業生アンケートとインタビューの分析から、実施されている教育の中で改善すべきことについて、学内のシンポジウムで提言するなどの活動も始めていたが、多くはデータ収集に止まっており、IR部門としての活動は端緒に就いたばかりであった。また、IR部門としての規程が定められておらず、どこまでの権限を持ってどのようなデータを扱えるのかの後ろ盾もなかった。

評価後の改善状況

2015年8月1日に教育IR部門の規程が整備され（資料101）、「本学における教育プログラムの検証を行うための統括的かつ経年的な調査、データの収集と管理、解析に基づく提言を実施する部門」ということが明確になった。それに伴い、2016年からIR部門専任の職員も配置され（資料102）、学生の学習成果をモニタリングするための活動を開始している（資料103, 104）。

改善状況を示す根拠資料

- 教育IR部門規程（資料101）
- IR部門職員の辞令（資料102）
- 2016年度卒業時アンケート（資料103）
- 学習成果のモニタリング（1年間の成長）（資料104）

6.6 教育の交流

基本的水準 判定： 適合

改善のための助言

- 履修単位の互換は行われていない。

評価当時の状況

平成14年11月から本学、昭和大学、東京医科大学、東邦大学の4大学間で「4大学間の学生教育交流会」を設置し、各医学部6年次での「選択制臨床実習」で単位互換を行ってきていた。また平成18年には首都大学東京と、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できる覚書を締結した。

評価後の改善状況

必修科目がほとんどを占める時間割の関係で単位互換は極めて困難であり、単位互換についての議論はほとんどなされていない。

改善状況を示す根拠資料

なし

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- ・ 国際交流拠点（グローバル・コモンズ）の整備計画が実現することを期待する。

評価当時の状況

King's College London（英国）との協定によって、毎年3名の学生を送り出し、英国で臨床実習の研鑽を積む機会を提供してきた。また、各診療科や医師個人のレベルでの海外の医療機関への紹介、あるいは個人による海外での臨床実習先の発掘などの努力によって、2013年は29名、2014年は23名の医学生が海外の医療・医育機関で研修を行った。また、2013年はKCLから2名、KCL以外から41名、2014年はKCLから2名、KCL以外から42名、の海外からの医学生が本学にて実習を行った。

海外への窓口として国際交流委員会が存在したが、前述のように各診療科や個人レベルでの繋がりも多く、世界各国との交流の拠点となるような組織は存在しなかった。

評価後の改善状況

国際交流に関する支援、多文化理解のための共同スペースの提供など、より幅の広い国際交流活動を行うために、2015年に国際交流委員会をセンター化して国際交流センターが発足した（資料105）。センターは国際交流センター運営委員会によってより組織的に国際交流活動を行えるようになった（資料12）。

学生に国際感覚と幅広い人間性を滋養するため、海外での臨床実習提携校を増やす活動を積極的に行ってきた。ロンドン大学キングスコレッジ、カリフォルニア大学ロサンゼルス校（米国）に加えて、2015年には国立台湾大学（台湾）、スタンフォード大学（米国）、ルートヴィヒ・マクシミリアン大学ミュンヘン（ドイツ）、リーズ大学（英国）、チュラロンコン大学（タイ）と臨床実習における協定を締結した。2016年にはハワイ大学（米国）、ソウル国立大学（韓国）と協定を締結した（資料106）。現時点で海外協定校は9校に増加し、現在、国立シンガポール大学とも協定締結の最終段階にある。また、2017年からはKCLへの留学生定員が3名から5名に増員された（資料107）。海外で選択実習を行った学生数は、2015年は28名、2016年は18名であり（資料108）、それらの学生には発表の場を設け、優秀な学生は表彰された（資料109）。海外の医科大学から本学に臨床実習に訪れる学生数も、2014年は44名、2015年は65名、2016年は102名と飛躍的に増加しており、その地域も多岐に亘ってきている（資料110）。

そうして海外から訪れた学生と本学の学生との交流を推進すべく、学生主体のStudent Group for International Exchange (SGIE)が同好会として発足し、実習のみならず、課外活動などの交流が行われるようになった（資料111）。また、SGIEと国際交流センターとの共同で、毎週月曜の昼食時間にInternational Caféを開催して学生の交流を図っている（資料112）。International Caféでは、海外からの留学生に実習期間の終了前に、各国の大学・医療状況・教育体制など様々な話題について10分程度発表してもらい、意見交換を行っている。

国際交流センターでは、主に海外臨床実習前の学生に対し、外国人模擬患者による英語医療面接の指導を2015年から実施している（資料113）。外国人模擬患者による英語医療面接演習は、2016年度は1年生の英語科目の1コマで実施し（資料114）、実施後の

検証がなされ（資料115）、カリキュラム委員会にて報告された（資料116）。それを踏まえ、平成30年度からは選択科目として英語医療面接を導入する予定である（資料117）。

また国際交流センター運営委員会が中心になり、学生の国際交流を促進する目的で、海外留学支援セミナー（資料118）、USMLE対策セミナー（資料119）、TOEFL/IELTS対策セミナー（資料120）を2015年から毎年実施している。

改善状況を示す根拠資料

- 国際交流センター設置（公示）（資料105）
- 東京慈恵会医科大学国際交流センター運営委員会規程（資料12）
- 海外協定大学リスト_161026（資料106）
- 平成27年度 第10回定例教学委員会記録（KCL留学定員：抜粋）（資料107）
- 平成28年度海外選択実習の実績（資料108）
- 平成28年度海外選択実習報告会（資料109）
- 海外医科大学からの選択実習生受入実績（資料110）
- SGIE同好会（資料111）
- International Cafe開催記録（資料112）
- 英語OSCE（お知らせ）（資料113）
- 1年生での英語医療面接実施実績（資料114）
- 医療面接が英語学習に与えた効果の検証（資料115）
- 平成28年度 第9回カリキュラム委員会記録（英語医療面接の効果検証についての報告）（資料116）
- 平成29年度 第1回カリキュラム委員会記録（選択科目英語医療面接）（資料117）
- 海外支援セミナー ポスター（資料118）
- USMLE対策セミナー ポスター（資料119）
- TOEFL iBTセミナー ポスター（資料120）

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 判定： 部分的適合

改善のための助言

- カリキュラムをモニタする組織の制度的整備を早急に行うべきである。教学委員会の下部組織としてカリキュラム自己点検・評価委員会を廃して、教育センター内に独立したIR部門を設置したとされるが、内規を含めその機能を明確化すべきである。
- コース責任者がユニット責任者を集めて相談する機会をより多く設けるべきである。教育現場からの評価をユニット責任者が吸い上げ、コース責任者に上げ、それを教学委員会へ上げ、カリキュラムを変えていく方向を作り上げるべきである。
- 今後、IR部門が収集した情報を基に的確な評価を行い、それを次のカリキュラムへ反映させるシステムの確立が望まれる。

評価当時の状況

本学のカリキュラムは、コース・ユニット制を採用しており、教学の最高機関である教学委員会がコース責任者を選任し、コース責任者がコース内の教育を遂行するのにふさわしいユニット責任者を任命する体制となっていた。カリキュラムを実際にどのよう

に計画、運用していくかはカリキュラム委員会で議論されていた。このような体制で実施したカリキュラムについて自己点検する組織として、カリキュラム自己点検・評価委員会が機能していたが、2012年から休会状態となり、その代わりに、本学で実施している教育内容についての検証を行うために、2013年に教育IR部門が設置された。しかしながらIR部門としての規程が定められておらず、その権限や活動内容について不明確であった。

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た。しかしながら実際は、コース責任者が自身のコース内ユニットの教育について吟味して教育内容の過不足を確認したり、他のコースとの間で教育内容の調整をしたりなどのコース間連携は取れていなかった。ユニット責任者についても同様であった。

評価後の改善状況

カリキュラム自己点検・評価委員会は2016年に再開し（資料121）、分野別認証評価において指摘された本学の医学教育の問題点について精査を行い（資料13）、カリキュラム委員会に報告した（資料122）。

2015年8月に教育IR部門の規程が整備され（資料101）、「本学における教育プログラムの検証を行うための統括的かつ経年的な調査、データの収集と管理、解析に基づく提言を実施する部門」ということが明確になった。2016年からはIR部門専任の職員も配置され（資料102）、教学に関する基本的なデータを収集し、データを基にカリキュラムを評価して改善に結びつけていく作業を本格的に開始した。各学生情報を学籍番号で統括的に管理して経年的なデータの蓄積をするために、新入生には個人情報扱いについて周知することとした（資料123）。

2015年度からの新カリキュラム実施に伴い、大幅な臨床実習の拡充が実施され、学生の学習成果を把握するためにログブックとeポートフォリオを導入した。学生が経験した患者数、症候数、カテゴリー数について、モデル・コアカリキュラムに沿って、36症候、17カテゴリー、さらには患者年齢と性別の項目別に経験した数を、病院別、診療科別にeポートフォリオへ蓄積することを開始した。これら学生が実際に経験した症例と、学内外臨床実習病院の入院患者、外来患者の症例実績とを比較し、学生がバランスよく必要な患者数とカテゴリーを経験できるような実習へと改善すべく、IR部門で解析を開始した（資料124）。ただし、学生が経験した症例数は学生自身によるチェックリストであること、初診患者の診察や地域保健との関わりについてのチェック項目がないこと、6症例以上はカウントされないこと、選択実習先での記載がなされない場合があること、など入力項目と実際の運用についての改善が必要であることをIR部門から提言をしていく。また、ログブックのデータは収集するだけでその活用がされていなかったため、IR部門では、各診療科で改善すべき点が明確になるようにデータの加工編集をし、今後の臨床実習改善のためのフィードバックがしやすいシステムとした（資料125）。ただし、ログブックは紙ベースのデータであるために、診療経験の集計を手入力で行う必要があり、モバイルなどを利用して容易にデータを集積できるシステムへと改善する必要があると考えられる。

2016年度からの新体制のカリキュラム委員会では、コース責任者を全て委員とし、カリキュラムの構築と実施に各コースからの視点が入り入れられるようにした（資料14）。また、2016年にカリキュラム委員会の下部組織として「マイルストーンWG」が作られたが、その議論にはカリキュラム委員の自由参加を認めており（資料30）、マイルストーン策定の過程でコース間の連携が進むと考えている。ユニット間、ユニット内の教育内容の重複や不足については、度々学生からの指摘を受けている。ユニットの教育内容を検討するとともに、現場での意見を広く集める機会として、ユニット責任者会議、さらにはコース責任者会議を開催していく。

改善状況を示す根拠資料

- カリキュラム自己点検・評価委員会名簿（資料121）
- 平成28年度第1回カリキュラム自己点検・評価委員会議事録（資料13）
- 平成28年第3回カリキュラム委員会記録（外部評価で指摘された問題点）（資料122）
- 教育IR部門規程（資料101）
- IR部門職員の辞令（資料102）
- 新入生への個人情報取り扱い案内（資料123）
- 学生が経験した症候とカテゴリーの解析（資料124）
- ログブック集計結果の解析（資料125）
- 平成28年度カリキュラム委員会名簿（資料14）
- 平成28年度 第11回カリキュラム委員会記録（マイルストーンWG）（資料30）

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- 医学教育モデル・コアカリキュラム導入状況を随時把握し、共用試験などの成果とカリキュラムの関連を評価しても良い。

評価当時の状況

医学教育モデル・コアカリキュラム導入状況については、2011年にカリキュラム委員会の主導で各ユニット責任者によって比較検討がなされていた。臨床実習の到達目標に関しては、平成22年度改訂のモデル・コアカリキュラムと担当ユニットの教育内容(SBO)がどの程度対応しているかのアンケートを実施している。

共用試験成績と学内試験の成績とは高い相関のあることが示されていた。

評価後の改善状況

平成28年3月に提示された改訂版モデル・コアカリキュラムについても、全てのユニットを対象に比較検討を実施する準備を進めており、モデル・コアカリキュラムの導入状況を把握していく予定である（資料34）。

共用試験CBTの各ブロック・コアカリの成績を分析し（資料126）、本学の強みと弱みを明らかにして、カリキュラムへの反映を試みる。

改善状況を示す根拠資料

- 平成29年度 第1回カリキュラム委員会記録（モデルコアカリ）（資料34）
- CBT成績の解析（資料126）

7.2 教員と学生からのフィードバック

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- 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。
- 学生組織による自主的な意見のとりまとめだけでなく、大学、例えばIR部門が責任を持って学生からのフィードバックを収集、分析すべきである。

評価当時の状況

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が出席し、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た。

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ていた。こうした発言の機会の他に、カリキュラム編成会議、FD、教育セミナー、などを通じて教員のカリキュラムに対する意見を収集する体制はできていたが、教員の意見を組織的に収集して分析することはできていなかった。

学生からの意見は、2001年以降、自主的な学生組織である「学生による教員・教育評価ワーキンググループ」が活動しており、「学生による教員・教育評価アンケート」の結果は「教学委員と学生会委員との懇談会」で提示されて、学生と教学委員の間で活発な議論がなされていた。アンケート集計のための費用とサポートは学事課が行っており、大学としての支援が行われていた。

評価後の改善状況

2015年に開始された新カリキュラムでのクリニカルクラークシップ導入にあたり、関連臨床実習教育委員会では各委員から定期的に情報や意見を収集しており(資料21, 22)、新カリキュラムの評価とそれに基づく改善が可能となった。今後は教員代表だけでなく、教員全員からの意見をカリキュラムアンケートという形で収集できるシステムを開発すべく、IR部門が検討を開始した。新カリキュラム実施前後での学生のパフォーマンスや教育現場の変化などについて教員の意見を収集すべきと考えている。

「学生による教員・教育評価アンケート」で得られたデータについては、学生の間接評価としての側面から、IR部門がその集約と分析を開始している。

改善状況を示す根拠資料

- 平成28年度 第3回本院・診療参加型臨床実習教育委員会議事録(資料21)
- 平成28年度 第2回4病院診療参加型臨床実習教育委員会議事録(資料22)

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- 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活動を行っていくべきである。さらに、その結果を、確実にカリキュラム委員会、教学委員会による持続的なカリキュラム改革に反映させるべきである。

評価当時の状況

本学で実施している教育内容について、データに基づく分析と提言を実施するための組織として、2013年9月に教育センター内に教育IR部門が設置された。当時から教育成果を提示するための根拠資料を収集して整理することを開始していたが、IRという組織に対する理解も進んでおらず、カリキュラム委員会や教学委員会に提言を行うところまではできていなかった。また、IR部門としての規程が定められておらず、どこまでの権限を持ってどのようなデータを扱えるのかが明確ではなかった。

評価後の改善状況

2015年8月1日に教育IR部門の規程が整備され、教学に関するデータの収集、分析をする権限が明確になった。学生による教員・教育評価アンケート(資料127)、卒業生アンケート(資料103)、卒業生アンケート(資料128)などを実施し、本学の教育プログラムについての意見を集積し、データ化している。しかしながら、現場の教員からの意見は組織的に集められておらず、意見を収集できるシステムについて検討を開始したところである。今後は、レポートなどの形で定期的に教育プログラムに関する分析結果を公表し、カリキュラム委員会や教学委員会に提言できる活動へと発展させていく。

改善状況を示す根拠資料

- 平成27年度学生による教員・教育評価アンケート（資料127）
- 2016年度卒業時アンケート（資料103）
- 卒業生アンケート（資料128）

7.3 学生と卒業生の実績・成績

基本的水準 判定： 部分的適合

改善のための助言

- 学生と卒業生の業績調査、評価を適切に行い、分析し、教育の改善に役立てるべきである。
- 業績の分析を基に、例えば、OBEの実現に向け、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、学生に明示すべきである。

評価当時の状況

学内試験成績、実習評価、卒業総括試験成績、共用試験や国家試験の成績については、各試験委員会で判定され、教学委員会並びに教授会議で審議される形になっており、厳格な評価がなされていた。学生の経年変化を検証するために、学生の入学時から卒業までの成績、学内試験と共用試験や国家試験との成績相関についての解析はなされていたが、教員個人レベルでの活動であり、必要な場面でその経験が活かされてはいたが、組織的な活動には至っていなかった。

本学は2001年から「学生による教員・教育評価アンケート」を実施しており、カリキュラムについての短期的な測定が教育プログラムの改善に反映されてきた。教育プログラムについての長期的測定を行うために、2006年と2011年に卒業生アンケートを実施し、卒業生の実績について分析していたが、大学の使命と教育成果という視点が不十分であった。

2013年に医学科達成指針は制定されていたが、教育成果を測定可能なコンピテンシーとして表現することはできていなかった。また、医学科達成指針の各細目について、重点的に修得する学年は提示されていたが、アウトカム達成までのマイルストーンやアウトカムの達成を評価するためのルーブリックも定められていなかった。

評価後の改善状況

教育IR部門の規程が整備されてその使命が明確となったことに伴い、各学生情報を学籍番号で統括的に管理して経年的なデータ蓄積をすることも始められるようになった。学生の入学試験から卒業試験、国家試験までの成績についてのみならず、学習態度やプロフェッショナリズム、各種のパフォーマンスについて追跡し、教育改善に資するためのデータ収集を始めている（資料104）。

長期的測定としての卒業生アンケートは5年ごとに実施しており、5年目の今年はすでに実施準備ができています。大学の使命と教育成果という観点からの評価を確実にするために、慈恵医大での教育を受けた卒業生が社会の中でどのように責任を果たしているのか、慈恵医大の使命と社会の中での役割について問い、勤務地と合わせて卒業生の実績を明らかにすることを意図した（資料128）。こうした卒業生アンケートによって、本学の教育プログラムについて包括的に評価するとともに、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IR部門で実施する。

また、2013年からは本学で初期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を開始した（資料129）。調査にあたっては、慈恵の卒業生と他大学の卒業生とが示すパフォーマンスの違いに着目し、研修医や指導医から本学の卒前教育に対する評価を得、本学の卒前教育プログラムの特徴と改善点を明らかにすることを目的としている。

アウトカム基盤型カリキュラムを構築するために、カリキュラム委員会の下部組織としてマイルストーンWGが設置されて議論を開始している(資料23)。卒業時のコンピテンシーを策定する際に、学生や卒業生の実績についての分析を考慮する。

改善状況を示す根拠資料

- 学習成果のモニタリング(1年間の成長)(資料104)
- 卒業生アンケート(資料128)
- 2016年度卒業時アウトカム調査(資料129)
- マイルストーンWG第1回記録(資料23)

質的向上のための水準 判定: 適合

改善のための示唆

- 背景や入学時成績と、卒業生の業績との関連も調査することが望まれる。
- 卒業生が医師として働いていく上での要請という視点からのカリキュラム立案を検討することが期待される。
- 学生、卒業生の成績、業績の分析に基づき、問題解決能力、臨床推論能力を高めるために、症例ベースの授業を推進し、問題解決型の学習を増やすことが望まれる。

評価当時の状況

入学試験成績とその後の成績については、入試の学科試験のみならず、調査書内容、面接試験などと在学中の学科試験との関連について、系統的に追跡調査が行われていた。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ず、卒業生の業績との関連までは調査できていなかった。

本学が目指す医師像を明確にするために、本学で学ぶ学生が卒業までに身につけるべき具体的な細目として2013年に医学科達成指針が策定されたが、それを具体的なコンピテンシーとして表現してカリキュラムの中に落とし込んでいくことはできていなかった。

症例ベースの授業のユニットとしては、3年次の「症候学演習」並びに4年次の「臨床医学演習(チュートリアル)」があり、その他にもTBLをはじめとした問題解決型の授業が個人の教員レベルで行われていた。

評価後の改善状況

入学試験成績とその後の成績についてはIR部門で解析を始めている。本学は2003年に入試改革を行ったが、その前後でストレート卒業率が著明に低下しており、入試偏差値と入学後の成績にはむしろ負の相関があることが判明した。本学は2017年度入試で二次試験の大幅な改革を行った。その検証についても今後IR部門で行い、その分析に基づいた提言を適宜行っていく。

2015年度からの新カリキュラムでは、従前の形式の28週の全科臨床実習に加え、40週にわたる診療参加型臨床実習が行われることとなった。診療参加型臨床実習では、多様な医療ニーズを学生が経験できるように、西新橋の本院以外を実習の場とし、地域中核病院としての3附属病院の他、富士市立中央病院、厚木市立病院をはじめとする教育病院を活用する(資料91)。従来からの選択実習は学生の評価が非常に高く、診療参加型臨床実習のうちの4タームは、選択科として海外を含めた学生が希望する場での実習を可能とした(資料130)。

新カリキュラム実施に伴って、臨床実習での成果をeポートフォリオとして蓄積するシステムを構築した。経験した症候とカテゴリー数についてデータを収集している。看取りの立会い、インフォームド・コンセントでの同席経験(資料131)も入力できるようになっているが、疾患別、初診患者の診察経験、地域保健との関わりなど、プライマ

リケアに関連するような情報は入力項目になっておらず、今後、検討する必要がある。低学年での学外実習では、高齢化社会に対応すべく、2015年度から3年次に「高齢者医療体験実習」を導入した（資料92）。

2011年の卒業生アンケートでも、本学の教育で改善を要することとして、問題解決能力の不足が指摘されていた（資料132）。新カリキュラムでは、キャンパスでの集合教育についても、新しい形式の授業や演習などが導入された。問題解決能力、臨床推論能力を高めるための授業として、「症候から病態へ」および「ケースカンファレンス」が新規に導入された。「症候から病態へ」は、モデル・コアカリキュラムに定められている代表的な症候をテーマに取り上げ、臨床系教員と基礎系教員が共同で病態と鑑別診断を解説し、さらに確定診断に至るプロセスを学習する（資料133, 134）。また、「ケースカンファレンス」は、各診療科で経験することが必須と考えられる疾患を選択し、その病態、診断、治療についてディスカッションを行うものである（資料135）。これらの新規プログラムではアクティブ・ラーニングを目指し、クリッカーを使用するなど（資料136）、学生の能動的な参加を重視する。また、これらのプログラムに参加する教員を対象に、「双方向性授業のスキルアップを図るためのFD」（資料137）を開催し、アクティブ・ラーニングに対する理解を促した。ポートフォリオに集積された学生が経験した症候や疾患カテゴリーに関するデータから、臨床実習での経験が不足していると思われる症候や疾患を明らかにして、それを集合教育に反映させていくことも必要になると思われる。

改善状況を示す根拠資料

- 入試に関する解析結果は提示できません
- 教育病院診療科一覧（資料91）
- 診療参加型臨床実習選択科実績（資料130）
- 看取り、IC同席の経験数（資料131）
- 高齢者医療体験実習 シラバス 実習先（資料92）
- 2011年卒業生アンケート（抜粋）（資料132）
- 症候から病態へ検討委員会議事録・資料（平成26年4月14日）（資料133）
- 症候から病態へ シラバス（資料134）
- ケースカンファレンス シラバス（資料135）
- クリッカー使用実績（資料136）
- 双方向授業のためのスキルアップFD 概要、参加者名簿（資料137）

7.4 教育の協働者の関与

基本的水準 判定： 評価せず

改善のための助言

- 基本的水準について内容が変更されたため、この水準についての評価は行わない。

評価当時の状況

評価後の改善状況

改善状況を示す根拠資料

質的向上のための水準 判定： 評価せず

改善のための示唆

- ・ 質的向上のための水準について内容が変更されたため、この水準についての評価は行わない。

評価当時の状況

評価後の改善状況

改善状況を示す根拠資料

8. 統轄および管理運営

8.1 統轄

基本的水準 判定： 適合

改善のための助言

- ・ カリキュラム委員会に運用にかかる規定がなく、責任範囲等を明確にする規定を整備すべきである。

評価当時の状況

カリキュラム委員会は活発に活動し、具体的なカリキュラム作成に携わってその役割を果たしていたが、その目的、組織、活動範囲、責任範囲等を明確に記載した規程は定められていなかった。

評価後の改善状況

2014年にカリキュラム委員会の規程（資料17）を整備し、目的、組織、活動範囲、責任範囲等を明確にした。

改善状況を示す根拠資料

- ・ カリキュラム委員会規程（資料17）

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- ・ 学生の意見は学生会委員だけの意見だけでなく、広く学生全体の意見を聞くことが望まれる。
- ・ カリキュラム等、教育全般について教員すべてが理解しているわけではなく、教学委員会等での議論はより広く周知することが望まれる。

評価当時の状況

毎月開催しているカリキュラム委員会には、2013年度より2年生から5年生までの各学年1名の学生がカリキュラム委員として参加していた。また、2001年から「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カリキュラムアンケートを行ってきた。このワーキンググループはカリキュラム委員とは別のメンバーで構成されていた。このアンケートを基に、年に2回、7月と12月に教学委員と学生との懇談会を開催して、教学委員と学生との間で活発な議論がなされたが、主に学生会に所属する学生からの意見が多かった。学長は2年生から4年生、学生部長は2年生全員と定期的な昼食会を開催しており、非公式な形ではあるが、学生からのカリキュラムや学生

生活についての意見を聴く体制が整っていた。東京都卒学生も定期的な昼食会で自由な意見が述べられる体制が整えられていた。

教学委員会で審議された事項は、教授会議に報告されて承認を得たのちに、医学教育セミナーなどで学生、教員へ情報提供されていたが、参加者も少なく不十分なものであった。

評価後の改善状況

現在、学生部長と学生会幹部が中心となり、学生会の組織と体系を見直し、生活・教育施設改善のための要望提出や、学生一人ひとりの意見を表現したアンケート結果を学生会に集約、統合し、学生全体の総意として大学側に伝達されるように、学生会の規約中に明文化する予定である。

教育全般については、教学委員会で審議された後、教授会議に報告され承認を得る。教授会議での承認事項は、医学教育セミナー（資料5）、本院、分院、学外協力施設の各医局への出張説明会及びFD（資料8）、カリキュラム編成会議などを利用して、学生、教職員に広く周知している。3年前から、カリキュラム編成会議には、カリキュラム委員、教学委員だけでなく、学生や教員に広く門戸を開放している（資料138）。

改善状況を示す根拠資料

- 第62回医学教育セミナー（資料5）
- 教育病院への説明・出張FD一覧（資料8）
- 平成27年度 第4回カリキュラム委員会記録（カリキュラム編成会議：抜粋）（資料138）

8.4 事務職と運営

質的向上のための水準 判定： 部分的適合

改善のための示唆

- 教育IR部門の責務を明らかにし、より活動を広げるために規定を整備することが望まれる。

評価当時の状況

2013年に教育センター内に教育IR部門は設置されたが、運用規程は作成されておらず、その責務が明確ではなかった。

評価後の改善状況

2015年8月に教育IR部門の規程が制定され（資料101）、教学に関するデータの収集、分析をする権限が明らかになった。学生の学習過程と学習成果をモニタリングするために、基本情報の経年的蓄積を開始した。

改善状況を示す根拠資料

- 教育IR部門規程（資料101）

8.5 保険医療部門との交流

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- 学外指導医のためのFDへの参加者が少なく、学外指導医に対する啓発活動の充実が

望まれる。

評価当時の状況

学外実習の指導医のためのFDを開催していたが、参加者が少なくFDの効果が不十分であった。

評価後の改善状況

2015年開始の新カリキュラム実施にあたり、診療参加型臨床実習の現場となる分院並びに教育関連病院を対象に、施設に赴いて説明会とFDを実施した（資料8）。また低学年で実施している地域医療施設の担当者を対象に、地域医療者教育ワークショップを開催して本学の教育についての理解を深めていただいた（資料10）。

改善状況を示す根拠資料

- 教育病院への説明・出張FD一覧（資料8）
- 地域医療者教育ワークショップ 記録 参加者名簿（資料10）

9. 継続的改良

基本的水準 判定： 適合

改善のための助言

- 教育IR部門の責任範囲を明確にするために、規定を整備すべきでる。

評価当時の状況

2013年に教育センター内に教育IR部門は設置されたが、運用規程は作成されておらず、その責務が明確ではなかった。

評価後の改善状況

2015年8月に教育IR部門の規程が制定され（資料101）、教学に関するデータ収集、分析、提言をする権限が明らかになった。学生の学習過程と学習成果をモニタリングしてその成果を可視化するために、基本情報の経年的蓄積、データの編集と解析を開始した。

改善状況を示す根拠資料

- 教育IR部門規程（資料101）

質的向上のための水準 判定： 適合

改善のための示唆

- 教育IR部門を整備し、教育プログラムを評価しつつ、教育のあり方について継続的に改良されることが望まれる。

評価当時の状況

本学で実施している教育内容について、データに基づく分析と提言を実施するための組織として、2013年9月に教育センター内に教育IR部門が設置された。当時から教育成果を提示するための根拠資料を収集して整理することを開始していたが、IRという組織に対する理解も進んでおらず、十分な活動はできていなかった。

評価後の改善状況

2015年8月に教育IR部門の規程が整備され、「本学における教育プログラムの検証を行うための統括的かつ経年的な調査、データの収集と管理、解析に基づく提言を実施する部門」ということが明確になった。2016年からはIR部門専任の職員も配置され、基本的なデータを経年的に収集し、データを基にカリキュラムを評価して改善に結びつけていく作業を本格的に開始した。卒業時アンケート（資料103）、卒業生アンケート（資料128）などのアンケートを実施し、本学の教育プログラムについての意見を集積し、データ化している。また、各学生情報を学籍番号で統括的に管理して経年的なデータ蓄積をすることが可能になったことにより、学生の入学時から卒業までの実績、さらには卒後の実績についても追跡することが可能になった。今後は本学で学んだ学生について、知識や技能の獲得のみならず、認識や態度の変化についても評価して、本学が使命を果たしていくための教育のあり方について検証していく。

今後は、レポートなどの形で定期的に教育プログラムについての分析結果を公表し、教学委員会やカリキュラム委員会に教育改善への視点を提言できる活動へと発展させていく。

改善状況を示す根拠資料

- 2016年度卒業時アンケート（資料103）
- 卒業生アンケート（資料128）