

医学教育分野別評価基準日本版 V2.11 に基づく

**自治医科大学医学部
自己点検評価報告書**



2017 (平成29) 年度

目 次

巻頭言

略語・用語一覧

1. 使命と学修成果	1
2. 教育プログラム	29
3. 学生の評価	93
4. 学 生	111
5. 教 員	135
6. 教育資源	149
7. プログラム評価	179
8. 統轄および管理運営	209
9. 継続的改良	227

あとがき

巻頭言

はじめに

自治医科大学は、僻地に住む方々に医療を提供し健康を守ることを設立の理念として、全国の都道府県の共同により1972年2月に設立されました。とくに地域で総合的な医療を行いつつも国際的視点をもつ医師の育成を重視してきました。現在、わが国では地域社会が疲弊し、これを維持する中核として地域医療がこれまで以上に重視されるようになりました。自治医科大学が育てようとしているのは、住民や行政と一緒にあってこうした地域の課題に対応しながら、地域医療と保健に貢献できる人材です。

医学を学ぶには、何よりも「思いやり」が大事です。患者を理解し支えになるための心です。また医師の「人間としての総合力」も重要です。多様な価値観を知ったうえで医療を行うこと、そのためにはしっかりした人間教育の基盤の上に臨床医学を学ぶ必要があります。本学の学生にはこれらの高い理念のもとで医学教育を受け、何らかの専門分野を持ちつつ、総合的な医師として活躍して欲しいと願っています。

臨床医学は複雑な構造をもっており、これを全体として理解し実践するには一生を要します。このため学生時代に生涯にわたって学び続ける能力の育成も、医学教育における重要な課題と認識しております。今回の受審にあたり、学長・医学部長として考えている医学教育の課題と目標について述べさせていただきます。

1 医学生に求められる共感能力と体系化能力

医学は、「患者がよく生きる」ことを支援する学術です。医師がこれを無理なく実践できるためには、まずは「人間が好きである」こと、病苦に悩む患者に「共感できる能力」を育成することが求められます。ヒポクラテスの「人を愛する者にして初めて医術を愛す」は、医学教育の原点です。医学生にこれを実感させるために、地域医療の現場を入学後早期に体験することを本学は長く実践して参りました。

共感能力とともに事象を客観的に分析し体系化する力の養成も欠かせません。両者をいかにバランスよく教育するかは本学の医学教育にとっても大きな挑戦です。そのために専門教育だけでなく、社会問題に対する感受性を高め、自ら課題をもって学ぶ能力を総合教育・地域医療学教育のなかで重視しています。さらに医学部入学時の総合教育に加えて、全学年で選択できるセミナーや、6年次のフリーコース・スチューデントドクター制度を設けるなど多彩な学習機会を提供してきました。

2 医学教育における表現力の育成

近代社会は文書化されることで組織されています。医学においても「調べて書く、話す」能力は基本です。実際、医師は現場で病歴や手術誌、検査報告、紹介状、保険申請など、さまざまな書類を作成しなければなりません。また臨床上の経験を症例報告としてまとめ、臨床や基礎研究の成果を日本語や英語の論文として報告することも求められます。研究でなくても自らの経験を合理的に説明し、その位置づけや意義を表現する能力は社会人としても重要です。とくに要を得て簡潔な文章を短時間に仕上げることは、自己表現のための重要な手段ですので、そのための教育やトレーニングを入学直後から指導しております。さらに日本語や英語によるプレゼンテーション能力の向上も本学で重視している点です。海外実習の報告会では原稿を読まずに英語でプレゼンテーションすることを求めています。すべての学生がこの要求をクリアすることができます。これも一種の Active Learning といえます。

3 医学の多文化性の理解

医学は多文化性の学術であり、医療者の間でも同一の価値観をもっているわけではありません。医学の基本とされる科学的医学は一般的な法則性を追求しますが、個人には関心を示さない傾向があります。EBMの基盤である統計医学も、個々の患者に対する視点は十分ではありません。さらに、統計の考え方に対する教育も十分ではありません。こうした医学における考え方についても、本学は総合教育として重視してきました。学長自身も、一年生に「自治医科大学で学ぶということ」、「総合教育：医学史」、「総合教育：統計医学史」、「思考のプロセス：理科系

の考え方と文章の書き方」、「理科総合：医学と理科」、3年生に「医学概論：臨床医学の考え方」、4年生に「臨床講義（狭心症）」、6年生には「これからの医療人」などの講義を行っております。

4 医療をめぐる社会変化への理解

日本の医療提供体制の特徴を学ぶことも医学教育の重要な課題です。日本の医療はアメリカのような競争原理でもなく、また、ヨーロッパのような社会主義的な体制でもありません。日本では医療費は公的に管理されていますが、病院の8割以上が民間によって運営されているからです。したがって医療関係者が集まって協議しなければ、医療資源を適切に配分することはできません。少子高齢化が進むなかで、これをどのように行うかは医療人が自ら解決せねばならぬ問題です。この問題には快刀乱麻の解決策はなく、常に暫定的な解決策しかありませんが、異なる立場の人たちの考え方を学ぶことは大切です。また、現在の医学生は、将来、困難な状況のなかで医療を実践しなければならないことを今から教えておく必要があります。そうした教育によって、本学の卒業生が地域医療の協議の場でリーダーシップを発揮してもらいたいと願っています。

5 医師のコンピテンシーを意識した教育

医師は生涯にわたって学び続ける必要があります。とくに（1）患者の診察とケア（診察手技の習得、医療判断、説明能力、治療の適応判断と実践、患者と家族を中心とする思考、患者教育）、（2）医学知識の習得（基礎・臨床の幅広い知識、エビデンス、ITの活用による知識習得）、（3）臨床現場での学習と改善（自己学習、医療活動に対する分析と評価、関係者へのフィードバック、能動的学習、他者への教育、臨床情報の管理）、（4）対人能力とコミュニケーション能力（共同作業・チームワークへの理解、リーダーシップ、チームでの活動における感受性と寛容性）、（5）プロフェッショナリズム（患者中心、ヒューマニズム、責任、倫理、使命、正直・素直、敬意・誠意、模範、他者への配慮、情熱・意欲）、（6）組織（システム）に基盤を置いた臨床活動（医療全体の俯瞰、組織のあり方の認識、社会・地域への理解や参加、経済・医療資源および経費対効果への認識、医療の質や医療安全への認識、教育への参加）などは重要な教育目標とされています。従来、これらは卒業後に臨床現場で学ぶこととされてきましたが、現在はその一部について、学生時代に達成することが求められています。そこで本学は最近、臨床実習を80週にまで延長し、地域病院・診療所や都道府県拠点病院での実習を導入、さらに実習態度を評価するシステムも導入いたしました。

おわりに

今日の臨床医学は極めて広い範囲をカバーし、社会システムと密接な関係をもっています。このため医学教育の内容も変化を迫られてきました。一つはリベラルアーツの復活です。これに基づき平成28年度医学教育コアカリキュラム改訂版において、「科学や社会の中で医学・医療だけでなく様々な情報を客観的・批判的に取捨選択して統合整理し、表現する基本的能力（知識、技能、態度・行動）・リベラルアーツを獲得する」と明記されました。もう一つは、学生時代から実践能力を身につけるための教育です。医学生が卒業時に求められるコア・コンピテンシーの目標も明確にされましたので、自治医科大学としても学生がこれを達成できたことを確認・評価する取組みを始めております。

医師は都会であれ地方であれ、地域社会のなかで活動します。とくに本学の卒業生には地域医療のリーダーとしてだけでなく、「地域社会のリーダー」としての活躍も期待されています。近年、個人的・経済的利益追求よりも、他者との精神的つながりを重視する生き方や、国際的な視野をもちつつ現場性と地域性のなかで公共的問題に取り組む哲学が注目されています。こうした考えに基づき本学は医学教育の改革を進めております。今回の受審によって、本学のみならず日本の医学教育がさらに改善することを願っております。

平成29年8月

自治医科大学 学長・医学部長

永井 良三

略語・用語一覧

※自己点検評価報告書、教育要項等で使用されている言葉の解説

BBS*	Big Brother and Sister System 学生自治会に属する、本学学生寮内の上級生による新入生支援体制
BSL	Bedside Learning 臨床実習
C・P・C	Clinicopathological Conference 臨床病理カンファレンス
CBL	Community-Based Learning 地域医療院外実習
CRST/iCRST*	(intra)Clinical Research Support Team in Jichi Medical University (学内者向け)自治医科大学 臨床研究支援センター 臨床研究企画管理部 地域医療研究支援チーム
IFMSA	International Federation of Medical Students' Associations 国際医学生連盟
JMSS*	Jichi Medical Study Session 自治医科大学シミュレーション学習サークル
JUMP*	Jichi Medical University Universal Medical Information Program 自治医科大学附属病院電子カルテシステム
学生JUMP*	学生用 Jichi Medical University Universal Medical Information Program 学生用自治医科大学附属病院電子カルテシステム
M1～M6	M: School of Medicine (医学部) の略1学年～6学年
Moodle	Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment 学習過程(コース)作成パッケージソフト
OMIM	Online Mendelian Inheritance in Man ヒトの遺伝性疾患データベース
PBL	Problem Based Learning 問題解決型学習法
POMR	Problem Oriented Medical Record 問題志向型 診療録
SMS*	Student Mentor System 学年担任制度: 本学の1～2年生を対象とした担任制度
SOAP	Subjective, Objective, Assessment, Plan. 問題志向型記録の叙述的経過記録方式
SP会	SP: Simulated Patient 模擬患者ボランティア会
USMLE	United States Medical Licensing Examination 米国医師免許試験

*: 本学固有の名称

1. 使命と学修成果

領域 1 使命と学修成果

1.1 使命

基本的水準:

医学部は、

- 学部の使命を明示しなくてはならない。(B 1.1.1)
- 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その使命を示さなくてはならない。(B 1.1.2)
- その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針として以下の内容の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 1.1.3)
 - 将来さまざまな医療の専門領域に進むための適切な基本 (B 1.1.4)
 - 医師として定められた役割を担う能力 (B 1.1.5)
 - 卒後の教育への準備 (B 1.1.6)
 - 生涯学習への継続 (B 1.1.7)
- 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 1.1.8)

質的向上のための水準:

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)
 - 国際的健康、医療の観点 (Q 1.1.2)

注 釈:

- [使命]は教育機関および教育機関の提供する教育プログラム全体に関わる基本的姿勢を示すものである。[使命]には、教育機関に固有のものから、国内・地域、国際的な方針および要請を含むこともある。本基準における[使命]には教育機関の将来像を含む。
- [医学部]とは、医学の卒前教育を提供する教育機関を指す。[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。[医学部]は大学病院および他の関連医療施設を含む場合がある。
- [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。(1.4の注釈を参照)
- [医療と保健に関する関係者]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。

- [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、国あるいは大学により、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場合もある。
- [さまざまな医療の専門領域]とは、あらゆる臨床領域、医療行政および医学研究を指す。
- [卒後の教育]とは、それぞれの国の制度・資格制度により、医師登録前の研修、医師としての専門的教育、専門領域（後期研修）教育および専門医/認定医教育を含む。
日本版注釈:日本における[卒後研修]には、卒後臨床研修及び専門医研修を指す。
- [生涯学習]は、評価・審査・自己報告された、または認定制度等に基づく継続専門職教育（continuing professional development:CPD）/医学生涯教育（continuing medical education:CME）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要請に合わせて、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、大学の自律性のもとに医学部が独自の理念に基づき定めるものである。[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。個々の医学部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。
- [国際的健康、医療の観点]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。

B 1.1.1 学部の使命を明示しなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

1. 自治医科大学医学部の沿革

自治医科大学医学部は、医療に恵まれないへき地等における医療の確保向上及び地域住民の福祉の増進を図るため、1972年に全国の都道府県が共同して設立した。1974年に自治医科大学附属病院が開院した。1978年に大学院医学研究科が開設された。1989年には附属大宮医療センター（2007年附属さいたま医療センターに改称）が開院した。2002年に附属看護学校が看護学部となり、自治医科大学は Jichi Medical School から Jichi Medical University となった。2006年とちぎ子ども医療センターが開院した（資料1-1、必須19）。

2. 自治医科大学医学部の特性

自治医科大学は、地域医療に責任を持つ全国の都道府県が共同して設立した学校法人によって運営されている。毎年、全国各都道府県からの入学生を募っており、学生は、在学6年間を通じ寮で起居を共にし、高度の総合的な臨床能力を獲得した後、卒業後は出身都道府県の公務員として地域医療に従事する。学生に対しては修学に要する経費を全額貸与し、卒業後、所定の期間、知事の指定する公立病院等に勤務した場合は、その返還を免除する措置が講ぜられる。開学45周年を迎え、義務年限履行・終了者は卒業生の97%であり、その後も70%の卒業生が地域にとどまり活躍する実績を上げ、開学の主旨は実現している(資料1-2)。

3. 自治医科大学医学部のミッション(使命)について

大学全体の使命は、学則上の第1章総則(目的および使命)第1条に定められている(必須20)。学生便覧にも掲載され、全学生および全講座・部門に毎年配布されている(必須5)。文面は看護学部と共通であるが、医師については、「へき地等の地域社会の医療の確保及び向上のために高度な医療能力を有する医師を養成する」と別個に言及してある。さらに第3条の2に「医学部医学科は、医の倫理に徹し、高度な医学知識と臨床的能力を備え、かつ、医療に恵まれない地域の医療に進んで挺身する気概のある医師を養成することを目的とする」とある。これとは別に、大学設立の趣旨として「医療に恵まれない地域の医療向上および地域住民の福祉の増進を図るため、医の倫理に徹し、かつ、高度な臨床能力を有する医師を養成し、併せて医学の進歩と、地域住民の福祉の向上を図ることを使命とする」と示されている(必須5)。

以前はホームページ(HP)上では、使命は大学全体のミッション(使命)として公開されていたが、医学部のページでは教育理念として提示し、「医学部の使命」という言葉は用いられていなかった。また、2013年9月にディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシー、アドミッション・ポリシーが策定されHP上にて公開されたが、コンピテンシーまで担保する具体性についてはまだ不十分であった。

これを受け、2016年度に文部科学省の学校教育法施行規則が一部改正され2017年度から実施されるのに合わせて、教務委員会で医学部のミッション(使命)ならびにディプロマ・ポリシーとカリキュラム・ポリシーについて検討ワーキンググループ(WG)を立ち上げて(必須22)、新設ガイドラインに沿った、コンピテンシーと対応させたミッションならびにポリシーの検討・作成を行い、全教職員と学生を対象としたパブリックコメントを踏まえた後、教授総会で新たに制定し直した(資料1-3、必須27、教務委員会組織図については、B2.7.1)。また、アドミッション・ポリシーについても入試委員会にて新しいガイドラインを受けて策定し直した。その後、HPも改定し、大学全体のミッションから医学部へのリンクも作成し、2016年度内に医学部のHPもガイドラインに沿った新しいミッション、ポリシーへ置き換えた。以下は、新しく策定した医学部のミッションである(資料1-3)。

資料1-3：自治医科大学医学部のミッション(使命)

『医療の谷間に灯をともし』

- 1 医の倫理に徹し、医師としてのプロフェッショナリズムと豊かな人間性をもった人格の形成に力を注ぐ。
- 2 高度な医学知識と総合的な臨床能力を備え、常に進歩しつづける医学の様々な分野に対応できるように生涯にわたり精励する医師を育てる。

3 医療にめぐまれない地域で進んで医療に挺身し、地域のリーダーとして必要な教養と資質を備え、社会に貢献する気概を持った医師を育てる。

「医療の谷間に灯をともし」は開学以来親しまれてきた自治医科大学の校歌の一節で、自治医科大学の使命を端的に表している（資料 1-4）。本来は、へき地の医療を想定した歌詞であったと考えられるが、今や「医療の谷間」はいずこにも存在する。それは、地域的な格差の意味だけでなく、診療科による格差から生じる谷間もあれば、臨床・研究・行政などの大きな分類の中に生じる谷間もある。広く浸透しやすい表現であると考えている。

さらに、1) プロフェッショナリズム、2) 総合的な臨床能力と生涯学習、3) 地域医療のリーダーシップ、という大きな3要素でミッションを策定した。この3要素を踏襲する形で、ディプロマ・ポリシーとカリキュラム・ポリシーも再構成して下記のとおりとした。ディプロマ・ポリシー策定においては卒業時アウトカムと一致させ、中項目以下は、それぞれコンピテンシーと対応させた。（必須 27 より抜粋）

必須 27: ディプロマ・ポリシー

自治医科大学医学部は、以下のものに対し医学士を授与し卒業を認定する。

大項目 1：医師としての豊かな人間性とプロフェッショナリズムを有すること

- ・ 社会人としての素養を高め、医療専門職として必要な基本的態度・習慣を身につける
 - 1) 医の倫理に基づきヒューマニズムに徹して保健・医療・医学の問題に取り組む態度をもつ
 - 2) 保健・医療・医学の専門職としての役割の自覚と責任感をもつ
 - 3) 他者を理解し信頼関係を醸成できるコミュニケーション能力と態度を身につけている
 - 4) 病気とともに、病人とその家庭や地域に強い関心を持ちこれらを支援の対象とする姿勢をもつ

大項目 2：医療と医学に対する幅広い知識と臨床能力を併せ持ち生涯にわたって精励できること

- ・ 医師として基本的な医科学の知識を有し、生命科学を理解する以下のような能力を身につける
 - 1) 生命現象への基本的な理解
 - 2) 人間の心身の正常な発育・構造・機能に関する知識
 - 3) 発育・構造・機能の異常に関する知識
 - 4) 人間に作用する様々な因子と人体の反応についての知識
- ・ 総合医として必要な医学知識と技能を修得し、医学的問題を正しく捉え解決する以下のような能力を有する
 - 1) 主要疾患の症候・診断とそれらの治療についての知識と実践
 - 2) 緊急性を要する疾患の診断と応急処置の知識と実践
 - 3) 医療面接、身体的診察法の知識と実践

- 4) 基本的臨床検査の実施法・選択・解釈と診断の知識と実践
- 5) 基本的治療手技の習得
- 6) 臨床的問題の認識・推論、診療計画の設定と評価と実践
- ・ 知識・技能・態度を自ら評価し、自発的学習と修練によって向上し続ける生涯学習能力を有する
 - 1) 総合的・科学的かつ沈着冷静に課題を探求・解決する態度と能力
 - 2) 自分の能力の限界を認識し適切な専門家に対して助言を求める習慣
 - 3) 医学・医療・科学技術と社会の変化に応じてキャリアを継続させる能力
 - 4) 医療の改善のために評価・検証し創生する能力

大項目 3：地域医療において指導的役割をはたす能力があること

- ・ 医師として必要な地域医療学における基本的知識を有し、自ら実践する能力を有する
 - 1) 保健・医療データについての知識と実践
 - 2) 個人情報保護と情報リテラシーに関する知識と実践
 - 3) 医療における安全性の確保と事故対応についての知識と実践
 - 4) 疾病予防・健康促進についての知識と実践
 - 5) リハビリテーション、障害者福祉、介護・ケアについての知識と実践
 - 6) 生と死、死生観、緩和ケアについての理解
 - 7) 臨床疫学、EBM、NBM、行動科学についての知識と実践
 - 8) 医療科学（医療放射線、理学療法、看護、臨床工学）についての知識
 - 9) 予防・社会復帰を含む包括的なものとして社会と結びつけて医療を把握する態度
- ・ 地域社会のニーズおよび将来を見据えて、医学・医療の枠を超えて柔軟性を持って対応できるリーダーシップを身につける
 - 1) 地域の保健・医療システム、特に過疎地域における地域包括ケアへの理解と実践
 - 2) 地域の保健・医療チームの一員として多職種連携を協調的に実践し指導できる能力
 - 3) 地域の文化・歴史・環境への理解を通して地域医療の遂行
 - 4) 地域医療を通じて地域づくりに貢献する能力
 - 5) 地域分析を実践する上での情報収集と分析方法の理解
 - 6) ソーシャル・キャピタルの概念の理解

必須 27:カリキュラム・ポリシー

- 1 総合教育、基礎医学、臨床医学、地域医療学の相互連携のうえで、全人教育としての倫理教育、プロフェッショナル教育として行動科学を全学年に配置する。
- 2 6年間の一貫的教育により、段階的に総合的な医学知識および技能の習得をめざす。
- 3 実践的な臨床能力を身につけるために、早期から基礎医学・臨床医学講義を行い、長期間の充実した臨床実習期間を設ける。
- 4 必修科目のみならず選択科目を数多く設けることで、幅広い興味に対応する多彩な学習機会を提供する。
- 5 全学年にわたり地域医療に関する様々な講義と実習を配置し、地域医療に関して広く深く理解し、地域医療において指導的役割をはたす能力を段階的に習得する。

6 各学年での到達目標を定め、科目ごとの到達度評価だけでなく、総括的評価を行うことより段階的な知識・技能の習得を確認する。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

2016年度に新しく前項の自治医科大学医学部としてのミッションを制定し、広く公開した。ディプロマ・ポリシーやカリキュラム・ポリシー、さらにはアドミッション・ポリシーとも整合性のある内容となっており（それぞれB1.3、B2.1、B4.1.1にて後述）、現状ではこの内容は良いと考えている。

C. 現状への対応

策定されたミッション、ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシー、アドミッション・ポリシーについては、変化する社会情勢に応じて適切に改訂をしていく必要も考えられる。2016年1月に設置した情報センターIR部門（B7.1.1にて詳述）の充実により、見直されるべき点が見いだされる可能性もある。引き続き、教務委員会の中のポリシー検討WGにて、改善点がないかをさらに確認し、必要事項を「改善に向けた計画」として提示していく。

D. 改善に向けた計画

今後定期的にミッション、ポリシーの見直しを行っていく。

関連資料

資料 1-1: 大学 HP / 大学紹介 / 沿革

必須 19: 学校法人自治医科大学寄附行為

必須 20: 自治医科大学学則

必須 5: 学生便覧 (P1)

必須 22: 平成 29 年度教務委員会および部会長・部会員名簿

資料 1-2: 自治医科大学医学部卒業生の現状 (見開き地図)

資料 1-3: 大学 HP / 医学部 / 医学部のミッション (使命)

必須 27: ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシー (抜粋)

資料 1-4: 自治医科大学校歌

B 1.1.2 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その使命を示さなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

医学部の使命は、学生便覧等の印刷物に前述のように学則として看護学部と併記される形で掲載され、毎年全学年、全講座・部門に配布している。

HP 上では、前述したように (B1.1.1)、自治医科大学全体と医学部の 2 つのカテゴリーで表記が異なり、医学部独自の使命が分かりにくかったため、2016 年度に制定した自治医科大学医学部のミッション (使命) を、大学 HP の医学部カテゴリー内に新しい独立したページを作成し、2017 年 2 月から公開した。2016 年度の新しいミッション、ポリシーの制定において

は、教職員・学生を対象に大学全体のパブリックコメントにて意見を求めることで、医学部内への周知をはかった。また、ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシーなどとの関連もわかるように相互をリンクさせ、整合性の取れたHP改訂も実現した（資料1-3）。医学部の使命は、2017年度開始時の各年次教務オリエンテーションでも、学生全員に周知した。この際、ミッションおよびディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシー、アドミッション・ポリシーの書かれた小さいカードを作成・配布し、ネームカードホルダーに入れて携帯させるようにした（資料1-5）。カードは、医学部教育に関わる全教職員にも配布した。7月以降は、大学トップページにスライドパネルでも掲載している（資料1-6）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学医学部ミッションが新しく策定されHP上に公開された点、策定にパブリックコメントを介した点は大いに評価される。カードを作成したことで、使命の周知も大いに進んだと考えられる。とはいえ学内でも全構成員が医学部の「使命」をそらんじて言えるほどは浸透していない。また、自治医科大学医学部の発行する冊子（大学の紹介や入試広報）まで、完全に統一はされていない。「使命の公開」という点では、まだ改善点があると言える。

C. 現状への対応

HP上に、カリキュラム・ポリシー、ディプロマ・ポリシーと合わせて医学部の使命（ミッション）が公開された。今後は、本学での公開文書や配布冊子などについては整合性が不十分な箇所について、統一された内容となるよう次年度向けの冊子作成時に整備し、順次公開していく。

D. 改善に向けた計画

今後も定期的にHPや公開文書の見直しを行っていく。Faculty Development（FD）などで機会を捉えては全学に浸透させる活動も行う。「使命」の見直し・改訂の際は迅速に対応する体制を整える。

関連資料

資料1-3：大学HP／医学部／医学部のミッション（使命）

資料1-5：ミッション・3ポリカード

資料1-6：大学HP トップ／スライドパネル

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針として以下の内容の概略を定めなくてはならない。

B 1.1.3 学部教育としての専門的実践力

A. 基本的水準に関する情報

学則で定められた本学の使命では、「教育基本法および学校教育法に基づき、医学教育を行い、高度な医療能力を有する医師を養成する」と定める（一部抜粋）。2016年度に新たに定

められた医学部のミッションでは、地域医療に挺身する、高度な医学知識と総合的な臨床能力を備える学生を養成することを掲げている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学部独自のミッションを2016年度に策定し、総合医としての専門的な実践能力について言及し公開した。ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシーでより具体的な方向性が示され、コアカリキュラムならびにカリキュラムとも連動している（資料1-7、カリキュラムについてはB2.1にて詳述）。

C. 現状への対応

2013年以降カリキュラムの評価と改善が進行中であり、その内容がミッションやディプロマ・ポリシーと整合性が取れたカリキュラムが実現しつつある。引き続き、教務委員会、カリキュラム改善WGにて対応していく（教務委員会、カリキュラム改善WGについては、B2.7.1）。

D. 改善に向けた計画

今後カリキュラムを改善していく過程で求められる専門的実践力についても、定期的にミッション、ポリシーの見直しを行っていく。

関連資料

資料1-7：ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針として以下の内容の概略を定めなくてはならない。

B 1.1.4 将来さまざまな医療の専門領域に進むための適切な基本

A. 基本的水準に関する情報

学則で定められた本学の使命では、「教育基本法および学校教育法に基づき、医学教育を行い、高度な医療能力を有する医師を養成する」と定める（一部抜粋）。2016年度に新たに定められた医学部のミッションでは、専門領域に進むための柱の中に、医の倫理に徹した人間性と高度な医学知識と総合的な臨床能力を備える学生を養成することを掲げている。

自治医科大学の特性として、卒業後は地域医療に特化した医療が中心となり、そのためには総合的な臨床能力やプロフェッショナリズムが求められるが、それはその後さまざまな専門領域に進む場合でも重要な基本的な能力となる。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学部独自のミッションを2016年度に策定し、総合医としての専門的な実践能力とプロフェッショナリズムについて言及し、公開した。後述するディプロマ・ポリシー（B1.3.2）やカリキュラム・ポリシー（B2.1.1）にてさらに具体的に明示しているが、地域医療のみならず、様々な専門分野に進むために基本となる学修が確保できるよう示されている。

C. 現状への対応

B1.1.3C 同様、カリキュラムの評価と改善が進行中であり、その内容がミッションやディプロマ・ポリシーと整合性が取れるカリキュラムが実現しつつある（資料 1-7）。引き続き、教務委員会、カリキュラム改善 WG にて対応していく。

D. 改善に向けた計画

策定したミッションやディプロマ・ポリシーを実現するカリキュラムを完成させていく。また、医学の進歩や社会情勢の変化などに対応した、ミッション、ポリシーの見直しを今後も定期的に行っていく。

関連資料

資料 1-7：ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針として以下の内容の概略を定めなくてはならない。

B 1.1.5 医師として定められた役割を担う能力

A. 基本的水準に関する情報

2016 年度に定められた医学部のミッションにおいて、「医の倫理に徹し、医師としてのプロフェッショナリズムと豊かな人間性を持った人格の形成に力を注ぐ」と定めている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学部独自のミッションを 2016 年度に策定し、医師としてのプロフェッショナリズムについて言及し、公開した。後述するディプロマ・ポリシー（B1.3.3 参照）やカリキュラム・ポリシー（B2.1.1 参照）とも整合性の取れた形になっている。

C. 現状への対応

B1.1.3C 同様、カリキュラムの評価と改善が進行中であり、その内容がミッションやディプロマ・ポリシーと整合性が取れるカリキュラムが実現しつつある（資料 1-7）。引き続き、教務委員会、カリキュラム改善 WG にて対応していく。

D. 改善に向けた計画

今後カリキュラムを改善していく過程で医師としての役割を担う能力に関しても定期的にミッション、ポリシーの見直しを行っていく。

関連資料

資料 1-7：ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針として以下の内容の概略を定めなくてはならない。

B 1.1.6 卒後の教育への準備

A. 基本的水準に関する情報

本学の使命はへき地等の地域社会の医療の確保および向上を目的とすることから、特に使命においても言及し、新設のミッションでも「医療に恵まれない地域で進んで医療に挺身し、地域のリーダーとして必要な教養と資質を備え、社会に貢献する気概を持った医師の育成」と定めている。本学卒業生が卒業後初期研修を経てさらに地域での医療実践に尽くせるよう、医師としての役割を担う能力、専門的実践力を有することに加え、卒前教育において卒後臨床研修および地域医療との連続性を踏まえた使命の内容となっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

2016年度に策定した医学部のミッションにて、地域での医療に挺身する地域のリーダーを養成することについて言及し、公開した。後述するディプロマ・ポリシー（B1.3.4参照）やカリキュラム・ポリシー（B2.1.1参照）とも整合性の取れた形になっている。

C. 現状への対応

B1.1.3C同様、カリキュラムの評価と改善が進行中であり、その内容がミッションやディプロマ・ポリシーと整合性が取れるカリキュラムが実現しつつある（資料1-7）。引き続き、教務委員会、カリキュラム改善WGにて対応していく。

D. 改善に向けた計画

今後カリキュラムを改善していく過程で卒後教育への準備についても定期的にミッション、ポリシーの見直しを行っていく。

関連資料

資料1-7：ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

その使命のなかで医師を養成する目的と教育指針として以下の内容の概略を定めなくてはならない。

B 1.1.7 生涯学習への継続

A. 基本的水準に関する情報

2016年度に策定した医学部のミッションでは、「常に進歩し続ける医学の様々な分野に対応できるように生涯にわたって精励する医師の育成」と定めている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学部独自のミッションを2016年度に策定し、生涯教育の継続について言及し、公開した。後述するディプロマ・ポリシー（B1.3.5参照）にて具体的に示され、整合性が取られている。

C. 現状への対応

B1.1.3C 同様、カリキュラムの評価と改善が進行中であり、その内容がミッションやディプロマ・ポリシーと整合性が取れるカリキュラムが実現しつつある（資料1-7）。引き続き、教務委員会、カリキュラム改善WGにて対応していく。

D. 改善に向けた計画

今後カリキュラムを改善していく過程で生涯学習への継続についても定期的にミッション、ポリシーの見直しを行っていく。

関連資料

資料1-7：ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

B 1.1.8 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。

A. 基本的水準に関する情報

「医療の谷間に灯をともし」とは、まさに社会の要請に対する対応とその責任を全うすることに他ならない。医療に恵まれない地域での医療への挺身のために、地域社会からの要求に対応していく社会的責任および気概について、ミッションに明示されており、現状でもこれに則り、社会に対して成果を上げている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

今後の社会の変化にも適切に対応できるよう、カリキュラム上も地域医療学の教育には力を入れており、ディプロマ・ポリシーにも明示している（B1.3.6参照）。

C. 現状への対応

B1.1.3C 同様、カリキュラムの評価と改善が進行中であり、その内容がミッションやディプロマ・ポリシーと整合性が取れるカリキュラムが実現しつつある（資料1-7）。引き続き、教務委員会、カリキュラム改善WGにて対応していく。

D. 改善に向けた計画

今後カリキュラムを改善していく過程で社会的責任についても定期的にミッション、ポリシーの見直しを行っていく。

関連資料

資料1-7：ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

その使命に以下の内容が包含されているべきである。

Q 1.1.1 医学研究の達成

A. 質的向上のための水準に関する情報

医学研究の達成については、本学の設立趣旨の特殊性もあるが、使命の中で「進歩し続ける医学の様々な分野に対応できるよう」と記されており、カリキュラムの中で基礎生物医学、臨床医学等で教育されている他、本学独自の卒後支援（B2. 8.1 参照）の中にも組み入れられている。地域医療の中で医学研究にも取り組む姿勢を醸成することを目指している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

後述するディプロマ・ポリシー（Q1. 3.2 参照）の中でもあるように、医学研究の達成に必要な不可欠なリサーチマインドの涵養は重要であり、意識的に今後現行のカリキュラムおよび卒後支援の中にもさらに盛り込んでいける可能性がある。

C. 現状への対応

今後の課題である。

D. 改善に向けた計画

今後カリキュラムを改善していく過程で医学研究の達成についても定期的にミッション、ポリシーの見直しを行っていく。

関連資料

なし

その使命に以下の内容が包含されているべきである。

Q 1.1.2 国際的健康、医療の観点

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学の特殊性もあるが、「医療の谷間」は国内のみにとどまらなないと考えると、広い意味では国際保健への貢献についても組み込まれている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

現状では必ずしも当てはまらないが、どのように表現、取り込んでいくかは今後の課題である。

C. 現状への対応

今後の課題である。

D. 改善に向けた計画

今後カリキュラムを改善していく過程でも導入された取り組みに応じて定期的にミッション、ポリシーの見直しを行っていく。

関連資料

なし

1.2 大学の自律性および学部自由度

基本的水準:

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。特に以下の内容を含めなければならない。
 - カリキュラムの作成 (B 1.2.1)
 - カリキュラムを実施するために配分された資源の活用 (B 1.2.2)

質的向上のための水準:

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。

- 現行カリキュラムに関する検討 (Q 1.2.1)
- 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 1.2.2)

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(5.2に示す)、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、職業団体、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。
- [現行カリキュラムに関する検討]には、教員・学生がそれぞれの展望にあわせて基礎および臨床の医学的課題を明示し、解析したことをカリキュラムに提案することを含む。
- [カリキュラム](2.1の注釈を参照)

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

B 1.2.1 カリキュラムの作成

A. 基本的水準に関する情報

教務委員会がカリキュラム作成を担う。教務委員会の下部部会としてカリキュラム部会があり、さらにその下に総合教育・基礎系、臨床系、社会・地域医療系の各分野別のカリキュラム改善WGがある（必須10、必須22）。カリキュラムは、各WGからカリキュラム部会にて立案し、教務委員会で協議後、教授総会にて審議し、学長が決定する。教育要項の作成は、大学事務部学事課教務係が管轄する（必須11）。カリキュラム部会の中のWGは必要に応じて毎年改組され、融通性に富んだ構成となっている。組織として、政府や都道府県庁等その他の機関からの自律性は担保されている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

自律性は確保されており、2013年度以降の大幅なカリキュラム改善も、フィードバックをかけながら、順調に推移している。再構成されたカリキュラム・ポリシーに基づく、カリキュラムの再検討を自律的に行っている（カリキュラム改善経緯については、B2.1.1参照）。

C. 現状への対応

現行で特に大きな改善の必要はないが、情報センターIR部門やカリキュラム評価部会からのフィードバックなども参考に、今後も状況に応じた改変を実施していく。

D. 改善に向けた計画

改善が必要な事態が出てくればこれを行う。

関連資料

必須10:教務関係委員会組織図

必須22:平成29年度教務委員会および部会長・部会員名簿

必須11:事務組織の組織図

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。特に以下の内容を含まれなければならない。

B 1.2.2 カリキュラムを実施するために配分された資源の活用

A. 基本的水準に関する情報

教育用予算については、学事課が提案し、長期・中期目標に則り、総務部総務経理課で調整し、学校法人の理事会・評議員会の承認を受けて実行される（資料1-8）。具体的な教育施策についての予算は、教務委員会で議論・提案が自由に行われ、教育機器部会等での教育備

品導入・管理など自律性が確保されている（必須 24）。人的資源については、本学の学生あ
たりの教員・職員数は他学に比べ恵まれており、十分に配分されている（領域 5 で詳述）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

自律性は確保されている。

C. 現状への対応

特に改善の必要はない。

D. 改善に向けた計画

改善が必要な事態が出てくればこれを行う。

関連資料

資料 1-8: 予算編成及び執行要領

必須 24: 教務委員会議事要旨

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。

Q 1.2.1 現行カリキュラムに関する検討

A. 質的向上のための水準に関する情報

各科目のカリキュラム内容やシラバスについては科目責任者に一任されており、全体の科目配置については、教務委員会とその下部組織のカリキュラム部会が行っている（必須 10、必須 22）。カリキュラムに対する学生の意見は、カリキュラム連絡協議会、各科目についての Moodle 上評価画面などで自由に述べるができる（B2. 7. 2 および B7. 1. 2 参照）。科目責任者からのカリキュラム評価も行っている。学生、教員の評価をフィードバックして改善につなげる責任を科目責任者、カリキュラム部会は負ってはいるが、原則としての教員および学生の教育・研究の自由は保証されている。ただし、近年の学生の変化に伴い、カリキュラム内容についての検討が教務委員会を中心に行われ（必須 24）、2013 年度より一部科目責任者との話し合い、協力のもとに大幅な変更が加えられた（カリキュラム改善経緯については、B2. 1. 1 参照）。一部にまだ意識改革が必要な部分もあり、FD の実施回数を増やし、参加を義務付けるなどして対応している（資料 1-9）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

学生の声をカリキュラムに反映する仕組みがこれまでもあったが、2016 年度（一部は 2015 年度開始）から Moodle 上での評価を導入した結果、以前より多くの意見が集まっている。学生による科目評価、科目責任者による科目評価などが IR 部門に集められ、カリキュラム評価部会が主体となり、フィードバックが行われ始めた。変化に適合したカリキュラム改革が全学的協力を得ながら実現できてきている。引き続き検討が必要である。

C. 現状への対応

教員へは医学教育センターが中心となり、FDを実施し、全学的な立ち位置を共有しながら、協力してカリキュラムを改善していく。Moodle等の利用も改良し、より広く意見を集める仕組みを引き続き構築していく。

D. 改善に向けた計画

定期的なカリキュラム、カリキュラム評価の見直しを行っていく。

関連資料

必須 10: 教務関係委員会組織図

必須 22: 平成 29 年度教務委員会および部会長・部会員名簿

必須 24: 教務委員会議事要旨

資料 1-9: FD 実績

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。

Q 1.2.2 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成果を探索し、利用すること。

A. 質的向上のための水準に関する情報

内容について科目責任者に一任している。医学教育センターや情報センターに教育の専門家を配し、カリキュラムについての提案を教務委員会が受ける体制となっている（必須 24）（B6.5にて後述）。カリキュラム改革が 2013 年度以降、全学的協力を得ながら実現できている。モットーは学生にとって学びやすいカリキュラムとすることで、BSL 前の臨床診断学を充実させ、多学年に統合型カリキュラム（水平型、垂直型）を導入してきた。新しい科目導入に際しては、旧科目と置換する、試験科目を減らすなど、学生にとって負担にならないことを心がけている。留年生の減少、共用試験・医師国家試験での高い合格率など成果も上がってきている（B2.1、B7.3にて詳述）。医学教育センター医学部 FD 部会で FD も実施し、教育向上のための教員の学習の機会を作っている（B5.2.5 参照）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

2013 年度から毎年カリキュラム改革を実施し教育向上が図られている。多様な学生の変化に対応して、引き続き柔軟にカリキュラムを改変する体制ができている。

C. 現状への対応

体制としてはうまく回っている。

D. 改善に向けた計画

さらなる改善を目指す。

1.3 学修成果

基本的水準:

医学部は、

- 期待する学修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。
 - 卒前教育で達成すべき基本的知識・技能・態度 (B 1.3.1)
 - 将来にどの医学専門領域にも進むことができる適切な基本 (B 1.3.2)
 - 保健医療機関での将来的な役割 (B 1.3.3)
 - 卒後研修 (B 1.3.4)
 - 生涯学習への意識と学習技能 (B 1.3.5)
 - 地域医療からの要請、医療制度からの要請、そして社会的責任 (B 1.3.6)
- 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修得させなければならない。(B 1.3.7)
- 学修成果を周知しなくてはならない。(B 1.3.8)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 卒業時の学修成果と卒後研修終了時の学修成果をそれぞれ明確にし、両者を関連づけるべきである。(Q 1.3.1)
- 医学研究に関して目指す学修成果を定めるべきである。(Q 1.3.2)
- 国際保健に関して目指す学修成果について注目すべきである。(Q 1.3.3)

日本版注釈:

WFME 基準では、1.3 educational outcome となっている。Education は、teaching と learning を包含した概念である。このため、日本版基準では educational outcome を「学修成果」と表現することとした。

注 釈:

- [教育成果]、[学修成果/コンピテンシー] は、教育期間の終了時に達成される知識・技能・態度を意味する。成果は、求められる成果あるいは達成された成果として表現される。教育/学修成果はしばしば目標とする成果として表現される。
医学部で規定される医学および医療の成果は、(a)基礎医学、(b)公衆衛生学・疫学を含む、行動科学および社会医学、(c)医療実践にかかわる医療倫理、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できる。

- [適切な行動]は、学則・行動規範等に記載しておくべきである。

期待する学修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。

B 1.3.1 卒前教育で達成すべき基本的知識・技能・態度

A. 基本的水準に関する情報

ディプロマ・ポリシーは、これまでも学生便覧やHP上で示されてはいたものの、本学の「使命」との対応ははっきりしていなかった。そのため、2016年度、学則第1章総則第1条に定められた使命および目的に基づき、今回新たに医学部のミッション、ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシーを改定した（必須20、必須27）。特に、文部科学省の新しいガイドラインに基づいて策定されたディプロマ・ポリシーは、ミッションとの対応をつけながら、コンピテンシーと結びつけて、具体的な到達目標として表現した（資料1-7）。つまり、ディプロマ・ポリシーについては、ミッションと対応する大項目を定め、その下に、中項目、小項目を配し、医学教育モデル・コア・カリキュラムや実際のカリキュラムと対応させることで、卒前教育で到達すべき基本的な知識・技能・態度について具体的に評価できるよう明示した。特に卒前教育で達成すべき基本的な能力は、新ミッションの「高度な医学知識と総合的な臨床能力を備える」と対応させて、ディプロマ・ポリシー大項目2の下に、複数の小項目を備える中項目「医師として基本的な医科学の知識を有し生命科学を理解する能力を身につける」、「総合医として必要な医学知識と技能を習得し、医学的問題を正しく捉えて解決する能力」をおき、医学教育モデル・コア・カリキュラムや実際のカリキュラムと対応させた。

卒業時には各科目卒業試験の評価の他に、最大84週の臨床実習やPost-CC OSCE（10ステージン）による評価と、さらに年末の総合判定試験とで到達を確認している（B3.2.1およびB3.2.4参照）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

ミッション、ディプロマ・ポリシーと連携しコンピテンシーとも対応させた具体的なポリシーが定められている。今後カリキュラムや評価方法とのより細部での整合性を調整していく段階にある。また、卒業時の到達度評価については、特に態度評価のあり方がより重要と考えられ、ブラッシュアップが今後の課題である。

C. 現状への対応

カリキュラムの改善と並行して、到達目標であるディプロマ・ポリシーの最適化を検討WGにて行っている。評価法については、カリキュラム評価部会が、BSL連絡協議会と協力して、新たな評価法を導入、適宜改良しつつある（B3.1参照）。

D. 改善に向けた計画

定期的に見直し、改善していく。

関連資料

必須 20: 自治医科大学学則

必須 27: ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシー、アドミッション・ポリシー

資料 1-7: ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

期待する学修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。

B 1.3.2 将来にどの医学専門領域にも進むことができる適切な基本

A. 基本的水準に関する情報

前述したように 2016 年度文部科学省の学校教育法施行規則の一部改正に合わせて検討 WG を立ち上げて、コンピテンシーと結びつけた新しいディプロマ・ポリシーを策定した。ディプロマ・ポリシーでは大項目 2 に「医療と医学に対する幅広い知識と臨床能力を併せ持ち生涯にわたって精励できること」として、地域医療のみならず、将来どの医学専門領域にも進むことができる基本として、豊かな人間性とプロフェッショナリズム、医療と医学に対する知識と臨床能力、地域医療において指導的役割をはたすための能力を定めた。中項目については、カリキュラムとも連動させている（資料 1-7）。カリキュラム・ポリシーでも「必修科目のみならず選択科目を数多く設けることで、幅広い興味に対応する多彩な学習機会を提供する」としている（Q2.6.3 後述）。卒業時には、各科目の試験に加えて、年末の総合判定試験、Post-CC OSCE で達成の総括的評価を行う。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

ミッション、ディプロマ・ポリシーが連携した具体的なポリシーが定められた。カリキュラムとの細部での整合性を整備することが今後は必要である。また、態度評価や技能評価についても導入したが（B3.1.2 参照）、評価基準の作りこみが今後の課題である。

C. 現状への対応

カリキュラムの改善に伴い、到達目標であるディプロマ・ポリシーの最適化を検討 WG にて行っていく。評価については、カリキュラム評価部会が、BSL 連絡協議会などと協力して、到達目標、評価法を導入、適宜改良しつつある。

D. 改善に向けた計画

定期的に見直し、改善していく。

関連資料

資料 1-7: ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

期待する学修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。

B 1.3.3 保健医療機関での将来的な役割

A. 基本的水準に関する情報

前述したように 2016 年度文部科学省の学校教育法施行規則の一部改正に合わせて、ディプロマ・ポリシーについても検討 WG を立ち上げて、コンピテンシーとの対応についても検討、定めた。特に保健医療機関での将来的な役割については、ディプロマ・ポリシー大項目 3 の「地域医療において指導的役割をはたす能力があること」の下に、地域医学のみならず、公衆衛生学・疫学を含む行動科学および社会医学、予防医学などの様々な領域での学修成果を呈示し、医学教育モデル・コア・カリキュラムやカリキュラムと対応させた（資料 1-7）。カリキュラム内では実習・演習も行うが、卒業時は該当分野での達成を主に試験で評価している（B2. 4.2 参照）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

ミッション、ディプロマ・ポリシーが連携した具体的なポリシーが定められた。今後はカリキュラムと細部での整合性をつけていく必要がある。試験以外の評価方法に関しても今後の課題である。

C. 現状への対応

カリキュラムの改善に伴い、到達目標であるディプロマ・ポリシーの最適化を検討 WG にて行っていく。評価については、カリキュラム評価部会が他の関連部会と協力して、Moodle を用いた評価法を導入、適宜改良しつつある。

D. 改善に向けた計画

定期的に見直し、改善していく。

関連資料

資料 1-7:ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

期待する学修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。

B 1.3.4 卒後研修

A. 基本的水準に関する情報

2016 年度文部科学省の学校教育法施行規則の一部改正に合わせて、ディプロマ・ポリシーについても検討 WG を立ち上げ新しく制定し、コンピテンシーとの対応についても検討し、定めた。卒後 9 年間で地域医療に従事する自治医科大学の場合は大学の特殊性から、ディプロ

マ・ポリシーの中にも地域医療の部分が多くを占めており、卒後への準備に適合した形になっている。特に卒後の地域医療への従事に関しては、ミッションの「医療に恵まれない地域で進んで医療に挺身し、地域のリーダーとして必要な教養と資質を備え、社会に貢献する気概を持った医師の育成」のため、ディプロマ・ポリシー大項目3の下に、複数の小項目を備える中項目「地域医療学における基本的知識を有し自ら実践する能力」、「地域社会のニーズおよび将来を見据えて柔軟性を持って対応できるリーダーシップの習得」をおき、医学教育モデル・コア・カリキュラムや本学カリキュラムと対応させた（資料1-7）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

ミッション、コンピテンシーとも対応させた具体的なディプロマ・ポリシーが定められた。カリキュラム上でも、自治医科大学の特殊性を鑑み地域医療の学修を深化させる卒前6年間と卒後研修を一貫とした教育が考慮されている（カリキュラムについてはB2.1にて詳述）。評価方法も、単なる知識の評価ではなく、態度評価・行動評価が重要であり、これについては今後の課題である。

C. 現状への対応

カリキュラムの改善に伴い、到達目標であるディプロマ・ポリシーの最適化を検討WGにて行っていく。評価については、カリキュラム評価部会が関連の各種委員会と協力し、評価法を導入、適宜改良しつつある（B7.1にて詳述）。今後は、卒後の状況などIR部門でのデータも含め、評価法を検討していく必要がある。

D. 改善に向けた計画

定期的に見直し、改善していく。

関連資料

資料1-7:ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

期待する学修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。

B 1.3.5 生涯学習への意識と学習技能

A. 基本的水準に関する情報

2016年度文部科学省の学校教育法施行規則の一部改正に合わせて、ディプロマ・ポリシーについても検討WGを立ち上げてコンピテンシーとの対応についても検討し定めた。ディプロマ・ポリシーの中に、生涯学習に関連したコンピテンシーを盛り込んだ。特に専門的実践力については、ミッションの「高度な医学知識と総合的な臨床能力を備え」るため、ディプロマ・ポリシー大項目2の下に、4つの小項目を備える中項目「知識・技能・態度を自ら評価し、自発的学習と修練によって向上し続ける生涯学習能力」をおき、医学教育モデル・コア・カリキュラムやカリキュラムと対応させた。

本学卒業生は原則として9年間を義務年限として地域医療に従事し、その間は地域医療推進課により、継続的な学習支援が行われている（B2.8.1参照）。自治医科大学は都道府県別に学生選抜を実施しており、在學生には常に各都道府県の卒業生というロールモデルが存在している。これらを有効な人的資源として活用した地域医療院外実習（CBL：Community Based Learning）等の教育が在学中からも行われていて、生涯学習の意欲向上に有用である（B2.1.2参照）。義務年限終了後の卒後10年目以降の本学卒業生のキャリアパスについても、専門医や学位の取得率などにも別途卒後支援が行われていて、より長いスパンでの生涯学習能力についても配慮されている（資料1-2）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

ミッション、ディプロマ・ポリシーと連携し、コンピテンシーとも対応させた具体的なポリシーが定められた。9年間の卒後義務年限期間を在学期間に加えた15年間の長期にわたる学生の生涯学習支援が大学主導で実施されており、大いに評価される。生涯学習の意識とメソッドを一貫して習得できるように、カリキュラムとの細部でのより一層の整合性が求められる。

C. 現状への対応

カリキュラムの改善に伴い、到達目標であるディプロマ・ポリシーの最適化を検討WGにて行っていく。IR部門で進行中の卒後データと照合しながら、ポリシー検討WGが、カリキュラム評価部会など関連委員会と協力して、ポリシーの検討を行っていく。

D. 改善に向けた計画

定期的に見直し、改善していく。

関連資料

資料1-2:自治医科大学医学部卒業生の現状（p25-32）

期待する学修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。

B 1.3.6 地域医療からの要請、医療制度からの要請、そして社会的責任

A. 基本的水準に関する情報

2016年度文部科学省の学校教育法施行規則の一部改正に合わせて、ポリシーについても検討WGを立ち上げて、コンピテンシーについても検討して定めた（資料1-7）。特に卒後の地域医療への従事に関しては、ミッションの「医療に恵まれない地域で進んで医療に挺身し、地域のリーダーとして必要な教養と資質を備え、社会に貢献する気概を持った医師の育成」のため、ディプロマ・ポリシー大項目1に「医師としての豊かな人間性とプロフェッショナルリズムを有すること」とし、地域医療に関する大項目3の下には、6～9の複数の小項目を備える中項目「地域医療学における基本的知識を有し自ら実践する能力」、「地域社会のニーズ

および将来を見据えて柔軟性を持って対応できるリーダーシップの習得」をおき、医学教育モデル・コア・カリキュラムやカリキュラムと対応させた。地域医療において必要な専門的知識の習得とそれを達成するためのプロフェッショナルリズム教育、リーダーシップなど地域医療学に関するコンピテンシーを具体的に示した。この項目は自治医科大学の特徴的かつ重要な項目である。

卒業時の達成度は、CBL などの地域臨床実習での評価と社会医学系の卒業試験などで評価されている。これまで卒後の義務年限からの離脱率は 3%と極端に低く、地域医療からの要請、医療制度からの要請、社会的責任は十分にはたせていると考える。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

ミッション、ディプロマ・ポリシーと連携したコンピテンシーとも対応させた具体的なポリシーが定められた。これに基づいたカリキュラムの細部での整合性と、態度評価などを含めた達成度評価方法の改善が今後の課題である。

C. 現状への対応

カリキュラムの改善に伴い、到達目標であるディプロマ・ポリシーの最適化を検討WGにて行っていく。評価については、カリキュラム評価部会が中心で各関連委員会と協力して、評価法を検討しつつある。

D. 改善に向けた計画

定期的に見直し、改善していく。

関連資料

資料 1-7:ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

B 1.3.7 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修得させなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

ディプロマ・ポリシーでは、大項目 1 の下に「他者を理解し信頼関係を醸成できるコミュニケーション能力と態度」、「病気とともに、病人とその家庭や地域に強い関心を持ちこれらを支援の対象とする姿勢」が目標とする学修成果として示された。これに基づくカリキュラムの策定と評価が行われている。

学生が取るべき態度については、自治医科大学学生規程、自治医科大学医学部学生寮規程、自治医科大学学生表彰規程、自治医科大学学生懲戒規程、自治医科大学ハラスメントの防止等に関する規程などにて定められている(資料 1-10~1-14)。学生は、学生寮での学生同士での共同生活の中で、適切な社会的行動を取ることができるよう支援されている。学生への支援としては B4.3 に詳述する。実習への態度評価も導入され、各学生についての現状が共有されやすくなってきた(Q3.1.2 参照)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

大部分の学生については、適切な行動が修得される。ただし、学生気質の変化に伴い新しい事態も起こっており、支援、規制も新たな対応が求められる。

C. 現状への対応

より綿密な情報交換のため、各学生部署の柔軟な連携が進められ、効果を上げている。定期的な学生委員会、学生生活支援センター会議、学生関係連絡会議のみならず、学生関係委員長等会議も適宜開催される（資料 1-15、資料 1-16、必須 12、必須 21）（学生支援については B4.3 で後述）。

D. 改善に向けた計画

より学生の現状にあった教育のあり方への検討について議論、連携を行う。

関連資料

資料 1-10: 自治医科大学学生規程

資料 1-11: 自治医科大学医学部学生寮規程

資料 1-12: 自治医科大学学生表彰規程

資料 1-13: 自治医科大学学生懲戒規程

資料 1-14: 自治医科大学ハラスメントの防止等に関する規程

資料 1-15: 学生委員会委員名簿

資料 1-16: 学生関係委員長等会議構成員一覧

必須 12: 学生関係委員会等組織図

必須 21: 自治医科大学医学部学生関係委員会等設置規程

B 1.3.8 学修成果を周知しなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

学業成績の公開など、学生への学修成果の周知は行われている（Q3.2.2 参照）。また本学の学修成果、卒業生の状況については広報資料や HP 上にも逐次公開している（必須 17）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

適切に行われている。

C. 現状への対応

特に問題はない。

D. 改善に向けた計画

今後問題があれば改善していく。

関連資料

必須 17: 卒業者数、新卒の医師国家試験受験者数・合格者数 過去 5 年分

Q 1.3.1 卒業時の学修成果と卒後研修終了時の学修成果をそれぞれ明確にし、両者を関連づけるべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

自治医科大学の卒業生は、卒業後は出身各都道府県での研修となり、地域医療推進課がそれぞれの卒業生の卒後研修状況も把握している。開学以降これまでの卒業生の出身都道府県での研修状況についてはほぼ 100% 情報が取得されている (B7.3 にて詳述)。これまでも問題発生時には、都道府県からの問い合わせに応じ在学中の学修成果などとの照合が行われることはあったが、卒業時学修成果の把握は学事課管轄であることから、両部署でそれぞれの情報を持っているにも関わらず、積極的に照合される機会が極めて少なかった。2016 年 1 月に IR 部門を設立したことから、卒業時学修成果と卒後研修終了時の学修成果との関連づけが実施可能となり、現在体制を整備中である。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

卒業時の学修成果と卒後の研修終了時の学修成果について十分な情報が得られてきている。2016 年 1 月に IR 部門を設立したことでこれまで以上に、情報の集約、解析が進められている。体制についても逐次改善、構築中である。

C. 現状への対応

IR 部門での整備を進めている。

D. 改善に向けた計画

体制を適宜改善していく。

関連資料

なし

Q 1.3.2 医学研究に関して目指す学修成果を定めるべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学の特殊性から、卒業直後から医学研究を進める方向にはないが、リサーチマインドをもって地域医療に臨むことは重要であり、生涯学習の中にも取り入れ定めている。ディプロマ・ポリシー中項目である知識・技能・態度を自ら評価し、自発的学習と修練によって向上し続ける生涯学習能力の中に、小項目として、総合的・科学的かつ沈着冷静に課題を探究・解決する態度と能力、および医療の改善のために評価・検証し創生する能力を定めている。カリキュラムの中では、選択セミナーやフリーコース・スチューデントドクター実習等で基

礎系の医学研究に、選択必修 BSL など臨床研究に関わる機会がある（Q2.6.3 参照）。ただしこれらは本学の特性上、一部の希望する学生に限られる。かえって卒前よりは、自治医科大学が各都道府県の卒業生に対して、臨床研究等をサポートする体制がある（B2.8.1 参照）

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

卒業生の学位授与状況や臨床研究の最近の動向をみると、医学研究に対するモチベーションやリサーチマインドを根本的に持ち合わせた卒業生が多く、学生時代に自然と身についた部分もあると考えられる。ただし、カリキュラム上の意味づけに関しては本学の特殊性も鑑み、今後の課題である。

C. 現状への対応

今後カリキュラム改善 WG にて検討していく。

D. 改善に向けた計画

今後の課題である。

関連資料

なし

Q 1.3.3 国際保健に関して目指す学修成果について注目すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

現在は学修成果としてディプロマ・ポリシーの中に国際保健への貢献は明言していないが、卒後 10 年目以降の進路として様々な選択肢があり、現実に国際保健に関与している卒業生もいる。それらの卒業生と特別講義や講演等で接する機会があり、地域医療についての幅広い学修成果を目指す過程で包含しようとする。卒前に国際保健に目を向ける機会としてカリキュラムには、1~2 年次の英語教育、カリフォルニア大学アーバイン校とタイ・チュラロンコン大学での海外 BSL コースなどがある（Q2.6.3 参照）。海外との BSL 交換留学窓口として 2017 年度学事課に国際交流推進室を立ち上げた（資料 1-17）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

「医療の谷間に灯をともし」ことを国際的な視点で考えると、重要な課題ではあるものの、全員の学生に必修とするまでにはなっていない。学修の選択の一つとして機会が与えられればよいと考えられる。

C. 現状への対応

あくまでも本学の使命を勘案しつつ、生涯学習能力として今度どのように定めるかを検討していく必要がある。

D. 改善に向けた計画

今後の課題である。

関連資料

資料 1-17: 学校法人自治医科大学事務組織規則

1.4 使命と成果策定への参画

基本的水準:

医学部は、

- 使命と目標とする学修成果の策定には、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 1.4.1)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 使命と目標とする学修成果の策定には、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 1.4.1)

注釈:

- [教育に関わる主要な構成者]には、学長、学部長、教授、理事、評議員、カリキュラム委員、職員および学生代表、大学理事長、管理運営者ならびに関連省庁が含まれる。
- [広い範囲の教育の関係者]には、他の医療職、患者、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）が含まれる。さらに他の教学ならびに管理運営者の代表、教育および医療関連行政組織、専門職組織、医学学術団体および卒業後医学教育関係者が含まれてもよい。

B 1.4.1 使命と目標とする学修成果の策定には、教育に関わる主要な構成者が参画しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

使命および目標とする学修成果の策定に際しては、ミッション、ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシーの名称で、教務委員会のカリキュラムポリシー・ディプロマポリシー検討WGが主体となり、医学教育センターや地域医療学センターのメンバーの意見を聞きながら議論し原案策定を行った（必須22）。これを教務委員会にて承認し、パブリックコメントを全教職員、全学生に求め、修正した。最後に教育に関わる主要なメンバー（学長、副学長、教授、准教授等）が出席する教授総会にて承認後、学部長を兼任する学長が決定する過程をとった。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

新しいガイドラインに則して、ミッション、ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシーが教育に関わる主要な構成者の意見も入れて策定された。パブリックコメントの形で全学を対象に意見を聞いたが、今後も継続的に意見を聞いていく必要がある。

C. 現状への対応

今後も全学的に意見を収集していくが、さらに世情の変化や時代の要求に応じた改訂も必要となる可能性があり、引き続き検討WGでの定期的な検討を行う。

D. 改善に向けた計画

検討WGでの定期的な検討を継続していく。

関連資料

必須 22:平成 29 年度教務委員会および部会長・部会員名簿

Q 1.4.1 使命と目標とする学修成果の策定には、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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

現状で第三者から意見を聴取する機会は限られている。ただし、自治医科大学には各都道府県に主には卒業医師の指導に携わる顧問指導委員と学外卒後指導委員を置いており、この合同会議も定期的に開催されており、年 2 回の都道府県代表者との会議、同窓会、患者 SP 会（薬師寺 SP 会）、篤志献体団体「松韻会」なども含め、幅広い層からの意見を適宜聞く機会がある（資料 1-18～21）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

自治医科大学の使命や目標とする学修成果に関する意見を、今後広く第三者機関から聴取していく様々な機会がある。

C. 現状への対応

得られた意見を参考にして、検討WGでの検討を継続していく。

D. 改善に向けた計画

検討WGでの検討を継続していく。

関連資料

資料 1-18:自治医科大学顧問指導委員、学外卒後指導委員名簿および合同会議報告書

資料 1-19:都道府県自治医科大学主幹課長会議開催通知

資料 1-20:患者 SP 会（薬師寺 SP 会）資料

資料 1-21:松韻会資料

2. 教育プログラム

領域 2 教育プログラム

2.1 プログラムの構成

基本的水準:

医学部は、

- カリキュラムを定めなければならない。(B 2.1.1)
- 学生が自分の学習過程に責任を持てるように、学習意欲を刺激し、準備を促して、学生を支援するようなカリキュラムや教授方法/学習方法を採用しなければならない。(B 2.1.2)
- カリキュラムは平等の原則に基づいて提供されなければならない。(B 2.1.3)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 生涯学習につながるカリキュラムを設定すべきである。(Q 2.1.1)

注 釈:

- [プログラムの構成]とは、カリキュラムと同義として使用される。
- [カリキュラム]とは、特に教育プログラムを指しており、意図する学修成果(1.3参照)、教育の内容/シラバス(2.2~2.6参照)、学習の経験や課程などが含まれる。カリキュラムには、学生が達成すべき知識・技能・態度が示されるべきである。
- さらに[カリキュラム]には、教授方法や学習方法および評価方法を含む(3.1参照)。
- カリキュラムの記載には、学体系を基盤とするもの、臓器・器官系を基盤とするもの、臨床の課題や症例を基盤とするもののほか、学習内容によって構築されたユニット単位あるいはらせん型(繰り返しながら発展する)などを含むこともある。カリキュラムは、最新の学習理論に基づいてもよい。
- [教授方法/学習方法]には、講義、少人数グループ教育、問題基盤型学習、学生同士による学習(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)、地域医療実習およびICT活用教育などが含まれる。
- [平等の原則]とは、教員および学生を性、人種、宗教、性的嗜好、社会的経済的状況に関わりなく、身体能力に配慮し、等しく対応することを意味する。

A. 基本的水準に関する情報

本学ではカリキュラム・ポリシーに示すように、1972年の開学以来、学生が卒業時まで段階的に総合的な医学知識および技能の習得により高度の実践的能力を身につけることを目標に、6年間の一貫教育としてカリキュラムが組まれている（必須27）。カリキュラムは2013年度から新たに見直され、現在、全カリキュラムが導入・実施されている。1年次から6年次までが経時的かつ段階的に構成された総合教育、基礎医学、臨床医学、診断学、地域医療学、社会医学、臨床実習のカリキュラムコースの概略図を示す（必須3、挿入）。

現在実施されている新カリキュラムの各教科は、教育要項ではL0からL9までの10のコースが置かれ、コースには「総合教育（必修、選択）」、「基礎医学」、「地域医療学」、「基礎臨床系統講義」、「社会医学」、「臨床医学I、II」、「臨床総括講義」、「選択セミナー」があり、それぞれのコースに複数の科目が属する。各コース、科目の教育目標、構成、実施時期、時間数、使用教科書・参考書、講義内容の詳細は教育要項にある（必須4①②③）。また、各科目の評価法については、成績評価の手引きに明示している（資料2-1）。

2016年度に新たに策定された5項目のカリキュラム・ポリシーに沿ったカリキュラムは、次の5つの特徴をもつ。

1. 全学的連携の上で全人教育としての倫理教育、プロフェッショナル教育として行動科学を全学年に配置している。1年次では、「総合教育（必修）」コースにて「思考のプロセス」、「心理学概論」、「医学概論」、「思考の整理」、「総合英語演習」、「地域福祉と社会学」、「臨床と哲学」を学ぶ。また、一歩進んだ医療人教育として、3年次以降には「地域医療学」コースにおいてプロフェッショナルリズム、医療倫理、医療哲学、また問題抽出能力やブレインストーミングなどによる問題解決能力を学ぶカリキュラムを段階的に設けている。
2. 総合医に欠かせない医学専門知識、知識運用・技能習得の実践面での習得を重視する立場から、1年次には、理科系「総合教育（必修）」コースの中に導入科目としてbasic PBLを学ぶ「医学概論」、生物・化学・物理の統合科目である「生命科学1, 2」、「医学医療情報学」と「基礎医学」コース前半（2.3参照）、2年次には「基礎医学」コース後半に続き、「基礎臨床系統講義」および「社会医学」の2コースが開始され、3年次までで臨床前教育が終了する。臨床医学については、基礎臨床系統講義として、基礎医学も含めた講座間の垣根を越え臓器器官系を基盤とする統合型教育を開学以来実施している。また、3年次には、総合診断学の中で、臨床課題や疾患特性を基盤とする診断学を学び、これらを統合して4年次から臨床実習へ入る。カリキュラムモデルとしては、主に学体系を基盤とした基礎系の上に、基礎との連結を取る形で主に臓器器官系を基盤とする臨床系の学習を基礎臨床系統講義として実施している。これらの階層性を有するカリキュラムを学生が学びやすくするために、随所にactive learningを積極的に取り入れた統合カリキュラムを多く配し、また3学期制を導入して科目の履修期間を短くし関連する科目を並列するなど、学生の学び易さを考えた経時的・水平的なメリハリがついたカリキュラム設計とした。各学期の終了時に試験準備期間・試験期間を設け、教育単位ごとに知識の確認を行っている。
3. 4年次から病院実習などの「臨床医学」教育が開始され、内科学系・外科学系さらには地域の病院と連携した院外病院実習、4週間ローテーションの選択必修BSLなど、計80週

を越える臨床実習が、臨床講義と平行して6年次まで2年以上に亘って実施される（後述 B2.5）。

4. 必修科目が多い医学教育の中で、全学年に亘って選択セミナーが開講されている（必須4③）。中には4週間海外の医学部で実習する海外BSLや6か月間のフリーコース・スチューデントドクター制度などがある（Q2.6.3参照）
5. これらに加えて、本学カリキュラムの特徴は、本学のミッション（使命）に掲げられた、医療に恵まれない地域で進んで医療に挺身し、地域のリーダーとして必要な教養と資質を備え、社会に貢献する気概を持った医師の育成を目指す立場から、「地域医療学」系科目を全学年の柱に置いている点である。本カリキュラムにおける「地域医療学」とは、広義の地域医療として医学一般に関するものと、狭義の地域医療学に関するものを含む。地域医療に貢献する医療人の育成には、前述①の医療人としての人間教育と②③の確実な医学知識・技術の習得・実践が必須であり、「地域医療学」コースは、行動科学的な面も含みながら、1年次から「総合教育」におけるリベラルアーツや対人スキル学習と連携して開始し、その後「臨床医学」や「社会医学」と連動して段階的・多面的に組み立てられ、6年次までには地域医療に貢献するモチベーション、地域医療に関する情報・知識、医療行政を含めた地域医療の問題に対応する問題解決手法を学ぶカリキュラムとなっている。具体的には1年次に「早期体験実習（病院実習）」にてEarly exposureを行い、2年次には「地域保健福祉実習」、5年次には「CBL（地域医療院外実習）」を段階的に設け、地域医療に対するモチベーションを持続させる。これらの実習に前後してそれぞれ「地域医療学総論」、「地域医療学各論1」、「地域医療学各論3（2017年度より実施）」を配置し、実習に関連した地域医療に関する知識を深め、医療政策を含めた地域医療における問題点を考察する。それ以外の学年でも、3年次では、「地域医療学各論2」においてプロフェッショナルリズム、チーム医療、医療安全、移植医療、エビデンスに基づいた医療（EBM：Evidence-Based Medicine）について学び、6年次では「地域医療学各論4」（2017年度より新設、旧「地域医療2」）においてリーダーシップ論や問題解決のためのブレインストーミング技法を本学看護学部と協力し多職種連携の中で学ぶ。

カリキュラムの習得は、1年次より講義による学習後には、演習・実習が続き、臨床実習後6年次に総括講義を行うことで、段階的に学習が進むよう工夫がされている。また高学年での知識・技能の確認は、3年次学年末のCBT、OSCE以降は、4から6年次に総合判定試験、6年次にはPost-CC OSCE（PCC OSCE）を設け、全般的学力を総括的に判定することでらせん型の学習形態を取る（評価についてはB3にて詳述）。

以上のように、建学の理念に対応した獲得目標に応じて、縦断的・横断的にカリキュラムを設定し、ディプロマ・ポリシーならびにコア・カリキュラムとも関連させ卒業時までには到達できるよう全体として階層性を持つようにカリキュラム設計がなされている（資料2-2）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

開学当初から科目を廃した臓器別の基礎臨床系統講義が先駆的に導入され、その後のカリキュラム改革を経て、2013年度からは現在のカリキュラムに改定された。2016年度にはカリキュラム・ポリシーが新しく策定された。これに則り、以下の点で評価できるカリキュラムとなっている。

現行カリキュラムで実現された改善点

カリキュラム改定の詳細については、次頁に表でまとめた（資料 2-3、2-4）。

1. 学生が習得目標やロードマップを掴みやすいように、段階的な学びやすい科目のカリキュラム配置とし、キャリアパスを明示し明確なアウトカムを提示した。
2. 臨床実習開始を4年次に早めたことで過密になっていたそれ以前のカリキュラムの部分を見直し、学年間のカリキュラム配置を適正に行い、科目実施期間を調整し、試験数を削減して学びやすいものにした。
3. 学力低下や学力格差の増加を解消するために、協働学習を取り入れた統合カリキュラムを「生命科学」として1年次に設けた。
4. 人間教育を強化するため、導入教育として「医学概論」、「思考のプロセス」を設け、「総合教育」の拡充と組織的な必修化を行った。
5. 臨床医教育のニーズに対応するため、1年次早期から「生命科学 1, 2」などによる科目での動機付け、「総合診断学 1, 2」による PBL などによる診断学学習の強化、高齢者医療を加えた臨床講義の改革、到達目標の適正化と評価の標準化を導入した BSL の改革を行った（後述 B3.1）。
6. 本学の目指す地域医療学の段階的な学習の道筋を明らかにし、総合医育成教育を体系化する目的で、「地域医療学」のカリキュラムを再編して充実させ、かつ総合教育、総合診断学、社会医学と適切に連動させるよう再配置した。
7. 学生の自主性を促すため、全学年を通じて実施している「選択セミナー」に「2 学年選択セミナー」を加えた（必須 4③）。さらに、2011 年度に本学で先駆的に導入した 6 年次 6 か月間の「フリーコース・スチューデントドクター制度」や、5, 6 年次の「選択必修 BSL」、6 年次の選択科目については後述する（Q2. 6. 3）。

新カリキュラムが適用された最初の学生は 3 年間の臨床前教育を修了した後、OSCE および CBT に合格し、4 年次より臨床実習に進んでおり、本年度は 5 年生である。これまで教員、学生からこのカリキュラム構造に対する大きな疑義は出ていない。全国の医学生数の増加や地域卒の増加に伴う学生の質の低下が見受けられる中、新カリキュラム適用後の学生の留年者数、仮進級者数の増加は認められず、低学年ではむしろ減少している（必須 14）。高い進級率については後述する（B7. 3）。3 年次終了時の受験にも関わらず CBT の合格率も 2015 年度および 2016 年度は 100% となり、CBT 本格運用後初めて全国平均点を上回ったことから、現行カリキュラムは適正に機能していると考えられる（必須 15）。

C. 現状への対応

これまでカリキュラム改革が順調に経過している。すでに 4 年を経過した 1 年次カリキュラムの再見直しも 2017 年度施行されている。さらに新カリキュラム開始時の学生の進級に合わせて、5、6 年次の臨床講義科目、BSL 改革、地域医療学各論 3、4 の改定が計画に沿って実

施されている。「臨床医学 II」、「臨床総括講義」における「高齢者医療」、「災害医療」など、今後地域医療に特に必要となる科目を逐次加えるなど、適宜調整している。

D. 改善に向けた計画

今後も、さらに改定されたコア・カリキュラムとの対応も含め、これまで構築されたカリキュラム構成の検証を行い、修正、改善を図る予定である（B7にて詳述）。

資料 2-3:新カリキュラムの要点

新カリキュラムの要点

課題	新カリキュラム(2013年から)での対応
学力・学習意欲低下群の増加 ・ 医学生定員の増加 ・ 他大学の地域枠との競合 ・ 本学の入学選抜システム	<ul style="list-style-type: none"> キャリアパスの明示し、明確なアウトカムを提示 統合カリキュラム(生命科学1、2)による動機付け 統合カリキュラム(生命科学1、2)での協働学習の導入
過密なカリキュラム ・ 3年次末にCBT, OSCE	<ul style="list-style-type: none"> 段階的な学びやすいカリキュラム配置 科目実施期間の調整、試験数の削減(科目数は3まで) 2、3年生のカリキュラムの一部を1、2年生へ移行
人間性や社会性が養えていない学生の増加 ・ 対人関係をうまく構築できない ・ 自立できない ・ 学力格差に依存した学生の人間関係構築	<ul style="list-style-type: none"> 導入教育(医学概論、思考のシステム)の実施 総合教育の拡充と組織的必修化(行動科学の充実)
増大する臨床医教育のニーズ ・ 総合的な診断力の強化 ・ 臨床実習の枠増大と内容の充実 ・ 医療安全とプロフェッショナルイズム教育	<ul style="list-style-type: none"> オリエンテーション(総合診断学1)と症候学、臨床推論、PBL(総合診断学2)の導入 BSL改革(最大84週の臨床実習を実現) 臨床講義改革(老年医学等の導入など)
地域医療学の段階的な学習および全学的な体系化の試み(総合医育成教育)	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療学系(総合医療系を含む)カリキュラムの再配置 総合教育、総合診断学、社会医学との連動
アウトカム基盤教育の充実 ・ 明確な到達目標の設定 ・ コンピテンシーの評価	<ul style="list-style-type: none"> BSL改革(到達目標の適正化と評価の標準化を導入) 総合判定試験(M4, M5, M6)の導入 (M4総判: multi-media adapted CBT) PCC OSCEを10ステーションで実施

資料 2-4:新カリキュラム一覧

新カリキュラム一覧(2013年~2017年完成)

	地域医療学 (総合教育含む*)	社会医学	総合教育必須 (文系)	総合教育必須 (理系)	総合診断学・ 臨床医学I,II	基礎・臨床医学
	医学概論、思考のプロセス(*)					
M1	地域福祉と社会学 (*) 早期体験実習 地域医療学総論 臨床と哲学(*)		思考の整理 総合英語演習	生命科学1、2 医学医療情報学 心理学 総合体育演習		基礎医学
M2	地域医療学各論1 対人援助の知識と 実践(*) 地域保健福祉実習		臨床英語		総合診断学1	基礎医学 基礎臨床系統講義
M3	地域医療学各論2	疫学 環境医学 法医学・医 事法			総合診断学2(症 候学、臨床推論、 チュートリアル)	基礎臨床系統講義
M4			(医療倫理学)		BSL(内科系) 臨床講義 (基礎臨床統合講義)	
M5	地域医療学各論3 CBL	公衆衛生 学			BSL(外科系) 臨床講義 (基礎臨床統合講義)	臨床総括講義
M6	地域医療学各論4				BSL(選択)	臨床総括講義

関連資料

- 必須 27:ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシー、アドミッション・ポリシー
- 必須 3:平成 29 年度カリキュラム概要
- 必須 4①:教育要項
- 必須 4②:教育要項（別冊）総合教育選択科目
- 必須 4③:選択セミナー要項
- 資料 2-1:成績評価の手引き
- 資料 2-2:ディプロマ・ポリシーとコア・カリキュラム対応表
- 必須 14:学年別留年者数
- 必須 15:共用試験 CBT に関する成績推移（平成 24 年度～平成 28 年度）
- 資料 2-3:新カリキュラムの要点
- 資料 2-4:新カリキュラム一覧

B 2.1.2 学生が自分の学習過程に責任を持てるように、学習意欲を刺激し、準備を促して、学生を支援するようなカリキュラムや教授方法/学習方法を採用しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

学びやすい適切な教育カリキュラム構成と並列して、効果的な教育手法と適度な学習負荷は、効果的な教育に重要である。2013 年度より、カリキュラムについては新たな見直しが行われ、新しい手法も取り入れられている。

学習方法としては、講義、演習、実習、臨床実習を明確にわけている。

1. 講義:基礎系、基礎臨床系統講義、臨床講義、総括講義は、学年ごと教室にて、パワーポイント、ハンドアウトを用いた講義形式が行われている。2012 年度より学生カードによる出席管理システムを導入し出欠確認を行い、受験資格（規則により 3 分の 1 以上の欠席は資格なし）（資料 2-5）の判定に用いている。出席状況は HP 上より各自確認が可能である（資料 2-6）。講義は、効率の良い知識の習得に有効であり、実習等はその場で体験を通して獲得する実践的な知識や思考法、また経験やモチベーションを得るのに重要である。講義に先立っては「医学概論」（2017 年度より新設、旧「医学部入門」）においてアカデミックスキルの一環として、ノートの取り方や講義の受け方などを指導している。各講義では、教員が工夫し、ミニテストを授業中に行う等して、知識の定着を促している。「思考の整理」（2017 年度より新設、旧「思考の整理と表現」）では、講義後学生に文章を書かせ、次回までに教員が添削をして講評を行う、双方向性を取るものもある（必須 4①）。
2. 少人数グループ学習:1 年次の初めから実施される総合教育選択必修科目では少人数グループ教育を行っており、専門科目の修得とともに、少人数教育の特性を生かして、大学における学習法、学びの態度、教員と学生の関係の構築（距離感）などを体得させている（必須 4②）。総合教育選択必修科目以外でも、臨床前教育の各科目において演習や実習などで少人数グループによる学習が積極的に導入されてきている。従来の基礎医学系科目における解剖学、組織学（総論、各論）、神経解剖学、生化学、生理学（動物性機能生理学、植物性機能生理学）、薬理学、細菌学、ウイルス学、医動物学、病理学、社会医学系の疫学、環境医学での実習に加えて、特に総合教育必修科目の「思考のプロセス」、「生命科学

- 1, 2) (2017年度より新設、旧「理科総合」、「医学医療情報学」、「対人援助の知識と実践」等でも、演習や実習時間を十分に取っており、グループ学習を促進している。
3. PBL形式学習:小グループ・自発性・自己評価を特徴とする問題発見解決型学習であり、本学では様々な形で導入されている。1年次では、「医学概論」での「basic PBL」や「思考のプロセス」での「緩和ケア・終末医療」に関する問題を題材にしたワールドカフェ方式等によるPBL(15コマ)を導入している。
4. 症例基盤型学習:3年次には「総合診断学2」における、臨床診断に係るPBL(テュートリアル)37コマと同時並行で、PBLを有効に進めるために講義として臨床推論を10コマ、症候学13コマを行い、臨床診断にかかる実践的な知識と推論技術の習得を、臨床実習前に行っている。また、臨床実習後半から開始される総括講義でも多くが症例基盤型の学習方法を採用している。
5. 相互学習:本学学生は各都道府県から入学した学生から成る多様な集団であり、協調性や協働学習を進めるための試みがなされている。特に「生命科学1,2」の演習では、1年次から相互学習を根付かせるために、学生寮のラウンジ(注:学生寮の学生8~10名の個室ごとに設けられたガラス張りの学習スペース。最初の1年間は1年生だけで同じラウンジに集められるため、近隣の集団で協働学習が可能)を単位とした演習のグループを作成し、演習時間内や課外時間内での教え合いや協働学習の促進を試みている。この相互学習は、前述のbasic PBLや、学生寮での医師国家試験準備のための6年次の勉強会室でも行われている(B6.1.1参照)。
6. 体験実習、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:本学の教育プログラムに沿って十分計画され実施されている。1年次には本学附属病院での「早期体験実習(病院実習)」(10コマ)および夏休みに各都道府県の臨床教員(地域担当)を訪問する「院外早期体験実習」(3日)を行い、2年次には地域の保健・福祉・介護に係る実践的知識と体験を得るための「地域保健福祉実習」(4日)、5年次には社会医学系の地域医療学の地域保健実習(1週間)がある。また、2年次には2学年選択セミナーとして、希望する学生に臨床見学の実習が実施される。4年次から6年次にかけて臨床実習(合計74週以上、B2.5.2詳述)が設定されている。この中には学外での実習として、5年次には各都道府県の地域医療を第一線の診療所現場で体験する「CBL(地域医療院外実習)」(2週間)、5、6年次における学外地域一般病院(選択必修BSLでの地域医療選択の場合)(4週間)、6年次における都道府県拠点病院(選択必修)(4週間)における臨床実習、学外地域病院における選択BSL(4週)を含む。以上の様々な形態の実習が多段階的に順番を追って設定されている。この他にも、本学に設置されているドライラボとしてのメディカルシミュレーションセンターを用いた臨床技能教育は、4年次に1週間は学生全員に、本学の先端医療技術開発センター(ピッグセンター)を用いたウェットラボでの臨床技能教育(3~4週間)は選択必修BSLとして希望する学生に実施される(必須4①、必須7②)。実習、演習、臨床実習においては担当教員による毎回の出席確認が厳密に行われ、出席確認による受験資格(5分の4を超える出席)(資料2-5)を明示している。
7. Webを通じた学習:講義における知識の習得を促進させるために、「生命科学」や「生化学」の講義終了後に、Webを通じたe-learningを実施しており、一定の学習負荷を与えている。また、「生命科学」の演習や「地域医療学総論」、「地域医療学各論1」、「地域医療学各論4」では、学生にリモコンを配布して双方向コミュニケーションが可能なactive

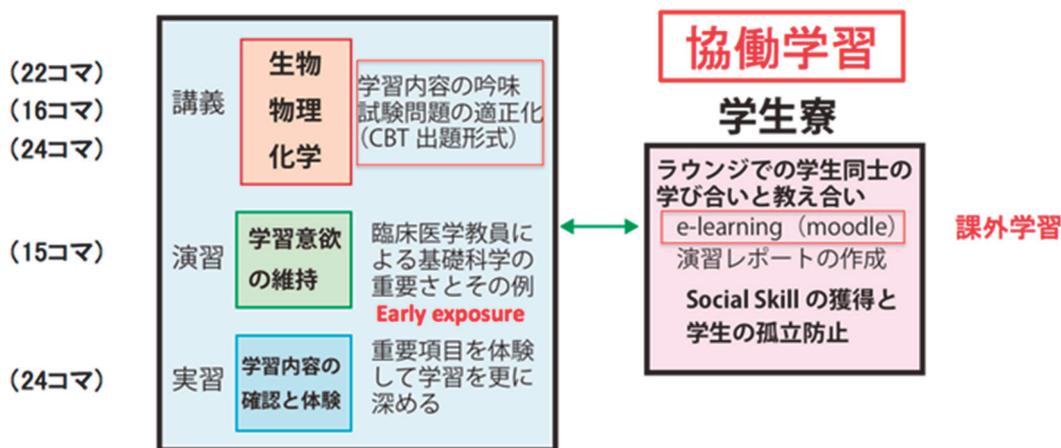
learning を行っている。学生からの回答は瞬時に集計されフィードバックされる。小テストや講義終了後の Moodle 課題を随時行っている科目もあり、このような形成評価は学生の知識の獲得や定着を促進させる。臨床実習での学習支援として、臨床実習 GP「グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実」において IT 化を通じた教材と評価の標準化が掲げられており、スチューデントドクターとして臨床実習を行う学生には、全員に電子ログブック (iPad) を貸与し、臨床実習の学習内容や学習記録を学生間、診療科間、施設間で共有するシステムを導入している。また BSL の現場においては学生用カルテが整備され、学生が診療カルテとは別にカルテを自由に記載することが可能である (資料 2-7)。

前述のように 2013 年度から施行している新カリキュラムにおいては、段階的な学習過程に学生が意欲的に取り組めるようなカリキュラム編成を心がけ、学修様式についてもさまざまな工夫を加えてきた。特に初年次においては、Science と Art の 2 方向から演習を増やし両者を有機的に連携させるカリキュラムの流れは、学生が自律的に学習する態度を身につけていくのに役立っている。初年次の「医学概論」は、Science の点からの導入教育としてアカデミックスキルを中心とした学習の仕方を学ばせることを重点としており、「思考の整理」での論理的思考法や表現法の学修へつながる。さらには「医学医療統計学」や「疫学」、「地域医療学各論 2」、その他の基礎医学系、社会医学系の実習では、先行文献検索や統計的技法、EBM に基づく学習など、高次の学修へ発展していく。他方で、Art の点からの導入教育として「思考のプロセス」の演習で学んだ対人スキルは、「対人援助の知識と実践」で磨かれ、「早期体験実習」「地域保健福祉実習」などの体験学習での気付きにつながる。「生命科学」の演習で推進された寮ラウンジを中心とした協働学習は、仲間と競争するのではなく、協力して共に学ぶ学習環境の形成を促進する (資料 2-8、挿入)。

資料 2-8: 医学の導入としての統合科目「生命科学 1, 2」-協働学習の推進-

**医学の導入としての統合科目「生命科学 1, 2」
—協働学習の推進—**

- ・ 前身の「理科総合」は、2013年度から導入→ 2017年度から「生命科学1, 2」に改称
- ・ 生物、物理、化学の3分野から構成される計104コマの**統合科目**。



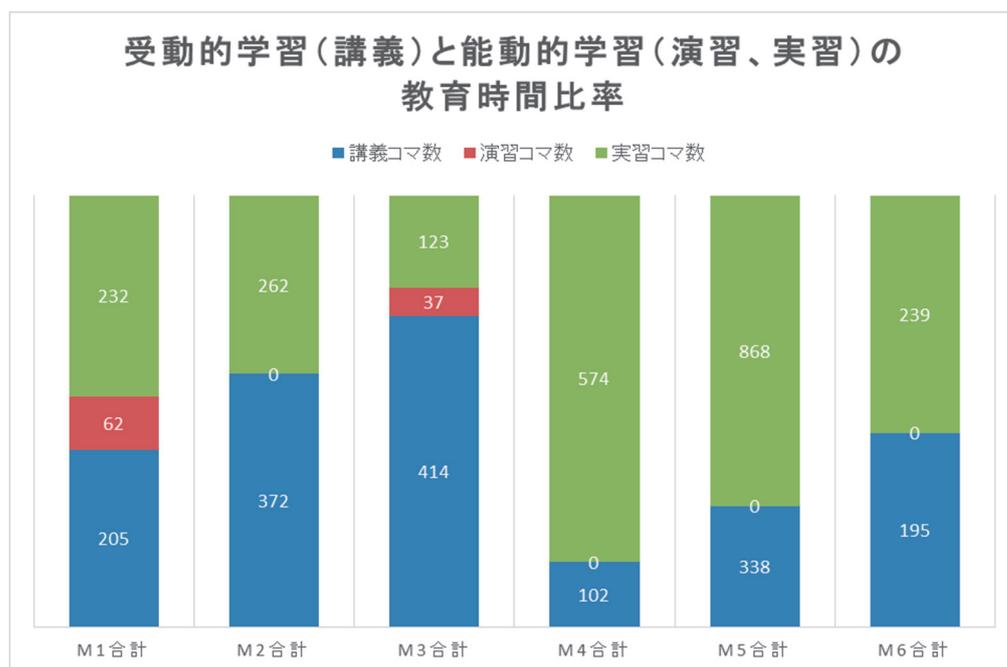
実習や演習などの協同学習を通じて、教え合いが最も知識の定着率を向上させるのに役立つことも学ぶ。これらは3年次になると Science と Art は相まって、「臨床推論」および「тьюトリアル」における問題抽出／解決のための自律的な協働学習に至り、さらには4年次以降の臨床実習におけるチーム医療への参加へと発展する。最終学年の6年次においては、学生寮内に自主学習可能な勉強会室に全員が参加し、全員で助け合いながら自律的な学習が可能な環境に至る。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

効果的な学習には、適切な教育方法が不可欠である。学生が自分の学習に責任を持てるよう、カリキュラムに対してしっかり準備をして臨むことを支援するカリキュラムと教育／学習方法は、生涯教育への準備(Q2.1.1)に必要不可欠であり、成人教育理論に基づき最新の手法が積極的に取り入れられている。具体的な学習・教育手法の改善のトライアルは、特に新カリキュラムを開始した2013年度以降複数の科目で実施されている。本学では本学の教育ミッションに即した実用的な知識と技術の習得に主眼がおかれた教育法を多く採用している点で評価できる。進級率、CBT成績などのアウトプットから判断して、実効性を評価できる。

現行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2-9、挿入)。カリキュラム改定により能動的な学習は大幅に取り入れられている。全学年でみても、57.1%を実習、2.5%を演習が占め、新しい学習法が積極的に取り入れられていると評価される。とはいえ、先行して一部の科目で導入されている e-learning による課外学習やクリッカーなどを用いた active learning の教育手法の活用は、学生の知識の定着や適切な学習負荷に重要であるにもかかわらず、まだ活用は低学年が中心である。チューターとして関わる教員負担も低学年担当者で増加している。新しい教育法の導入が盛んな低学年でも、かえって新学習法を用いた課外での学習課題等が一時期に重なるなど、学生の学習負荷を科目間の相互連携の中で調整する必要性が出ている。一方、高学年では、シミュレーション教育の導入など、新しい教育手法を広げる余地はまだある。

資料2-9:受動的学習（講義）と能動的学習（演習、実習）の教育時間比率



C. 現状への対応

カリキュラム改革の一環として、教員による学生評価を Moodle 上で実施導入した（B3 ならびに B7 で詳述）。これに伴い、計 3 回の FD を進めたことで教員への Moodle 普及、利用増大が促進された（資料 2-10）。チューター確保については、実績を教員の自己評価項目に取り入れて希望者を増やす工夫を講じた。教務委員会にシミュレーション教育検討 WG を立ち上げて、Post-CC OSCE を進めるシミュレーション実習の担当教員を中心にメディカルシミュレーションセンターや先端医療技術開発センターを活用した学生教育への新しい学習法の可能性を議論し始めた。また、1 年次の e-learning 課題量の科目間の調整を、総合教育部会で検討している（必須 10）。

D. 改善に向けた計画

今後、FD を継続的に実施して教育手法の活用や active learning の積極的導入を促していく。学生や教員評価の結果および各学年の教育成果を経時的に分析し、効率的な教育手法の改善を検討する。特に、過度の学習負荷は弊害があるため、学生のカリキュラム評価などを基にバランスの取れた学習負荷を情報センター IR 部門、教務委員会（カリキュラム部会、カリキュラム評価部会）により経時的に検討する（B7 参照）。

関連資料

資料 2-5: 自治医科大学医学部授業科目の履修方法、授業科目修了の認定、単位の授与、試験、進級及び卒業の取扱いに関する規程

資料 2-6: 受講管理システムマニュアル学生用

必須 4①: 教育要項（「医学概論」、「思考の整理」）

必須 4②: 教育要項（別冊）総合教育選択科目

必須 4①: 教育要項（「シミュレーション実習」）

必須 7②: 5・6 学年臨床実習（選択必修 BSL）

資料 2-7: 学生カルテ患者管理システム資料

資料 2-8: 医学の導入としての総合科目「生命科学 1、2」-協働学習の推進-

資料 2-9: 受動的学習（講義）と能動的学習（演習、実習）の教育時間比率

資料 2-10: FD 実績

必須 10: 教務関係委員会の組織図

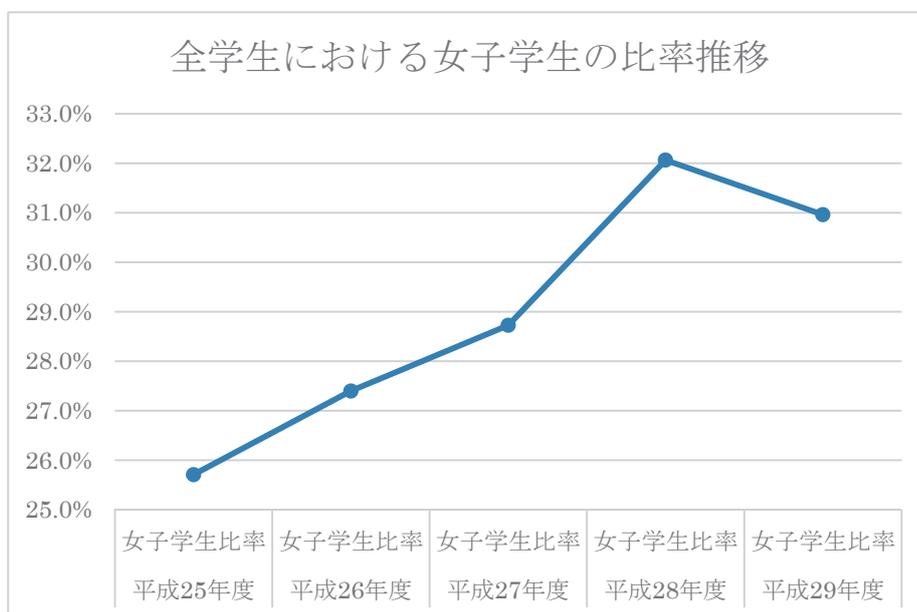
B 2.1.3 カリキュラムは平等の原則に基づいて提供されなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

本学のカリキュラムはほとんどが必修単位となっており、学生全員に平等の学習の機会が提供されている。また、修学資金が卒業後出身都道府県で地域診療に従事することで免除となるため、カリキュラムについての経済的負担は殆どない。選択科目についても、学生の意思を尊重した上で、成績・態度によってのみ選抜されることはあるが、他の点においては平等である。ジェンダー、人種、年齢、宗教、婚姻等の個人的特性による学習機会の不平等は存在しない。学生の男女比は男性が多いものの、女子学生の人数は増加しており、卒後を視

野に入れて、キャリア支援を行っている（資料 2-11、必須 13）。学生間での婚姻により、卒業後の地域での勤務形態が不規則になる点については、卒後指導委員会が仲介し、出身都道府県間の協定を設けている。この際、特に性別での不平等はない。

資料 2-11: 全学生における女子学生の比率推移



B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

平等性において十分に確保されるようこれまでもその都度工夫がなされてきており、現状で特に問題は出ていない。

C. 現状への対応

女子学生の増加によって今後何か問題があれば検討していく。

D. 改善に向けた計画

状況に合わせて、支援を行う。

関連資料

資料 2-11: 全学生における女子学生の比率推移

必須 13: 学生数

Q 2.1.1 生涯学習につながるカリキュラムを設定すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

B1.1.7 および B1.3.5 に記したように、2016 年度に新たに医学部のミッション（使命）およびディプロマ・ポリシーを策定し、この中で生涯学習への準備のための達成目標を明示した。これらはコンピテンシーとしてコアカリ、カリキュラム上の科目と対応させてある（資料 2-2）。生涯教育への準備教育としては、生涯学習能力の涵養のためのカリキュラムが構成

的に配置されている。(必須4①) 本学ではディプロマ・ポリシー大項目2の中項目2に「知識・技能・態度を自ら評価し、自発的学習と修練によって向上し続ける生涯学習能力を有すること」を挙げ、コンピテンシーとしてこれを①総合的・科学的かつ沈着冷静に課題を探求・解決する態度と能力、②自分の能力の限界を認識し適切な専門家に対して助言を求める習慣、③医学・医療・科学技術と社会の変化に応じてキャリアを継続させる能力、④医療の改善のために評価・検証し創生する能力に分けている。

具体的には、①については、1年次の「医学概論」、「思考の整理」においてアカデミックスキルとして、レポートの書き方に必要な、課題設定、論文検索を含めた先行研究の調査、事実を基にした論理展開、自分の結論とその表現法について学ぶことで科学的論理法を教育する。続く1～3年次の基礎医学や社会医学の実習で、課題を探求、解決する能力を育てる。例えば、1年次「生化学」や「医学医療情報学」実習では、PubMed 検索や OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) 検索を学び、最新の医学知識を収集する能力を身につける。1年次の「医学医療情報学」にて統計学の基礎知識を、3年次の「疫学」、「地域医療学各論2」にてEBMに基づいた医学統計手法を学ぶことで、具体的な科学的論理法の能力を高める。これらは、3年次以降の「総合診断学2」や、臨床実習の場で患者中心の医療を経験することで、患者診療の中から課題を見出し、患者の医療課題を解決する手法を具体的に経験し体得する学修へとつながっていく。また、1年次の「総合英語演習」、2年次の「臨床英語」での英語学習は、英文の医学論文からの医学知識の収集法に役立つ。

②については、1年次「思考のプロセス」で教育されるソーシャルスキル等で自己認識の方法を学んだ後、「対人援助の知識と実践」にて本人の特性を自覚し円滑なコミュニケーション能力への気づきを学び、臨床能力に関する生涯教育への準備教育としては、2年次の「総合診断学1」にて医療面談法やPOMRに基づいたmedical record、SOAPによる診療記録の記載法、3年次の「診断学実習1」にて身体所見の取り方、3年次の「総合診断学2」にて診断学、臨床推論、PBLによる診断技術を学ぶ。4年次からは臨床実習に入る。また、自分の能力の限界は自主的学修の中でこそ認識されるものであるが、自己主導型の成人学習の態度を涵養する目的から、1年次「生命科学1,2」の演習では、学生寮のラウンジを単位とした協働学習を促し、自主的な教えあい学びあう態度を促進している(資料2-6 前述)。5、6年次における「選択必修BSL」内で希望者に行う「海外BSL」では、カリフォルニア大学やチュラロンコン大学などでの臨床実習が行われている(Q2.6.3 参照)。6年次では選択科目である「臨床解剖学」、「フリーコース・スチューデントドクター制度」、全学年にわたる「選択セミナー」など、幅広い科目での学習が促進できるよう選択制の学習プログラムが設定されている(Q2.6.3 参照)。

③、④については、本学の特性から「地域医療学総論」「各論1～4」をはじめとする地域医療学系のカリキュラムを中心に、1年次から6年次に至るまでカリキュラムが構成的・階層的に組み込まれている(B2.1.1 前述)。1年次から臨床の現場に触れ、地域医療に関する知識を学び、体験し、課題を抽出し、各地域の臨床教員と臨床実習を通して解決する。地域の病院での臨床実習を行うことで、自身に不足で必要な知識と技能を自覚し学習し、次の実習に臨むという螺旋型学習のカリキュラムを設けている。また6年次には、チーム医療とリーダー論、問題解決のためのブレインストーミング技法を学ぶ。これらの学習が、地域医療に貢献する医師が生涯学習できる意欲と態度を学ぶ機会を提供している(B2.8.1 参照)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

生涯教育への準備を整える教育が、全学年を通じて段階的に行われている。本学の特徴である地域医療に関する生涯教育についても開学以来のノウハウの蓄積があり、開学 45 周年を迎え、多くの卒業生が地域にとどまり活躍する実績を上げている（資料 2-12, B7.3 参照）。2013 年度からの新カリキュラム施行によって、生涯学習については、主に 1 学年の導入時のカリキュラム、地域医療系については社会学系と連携した段階的なカリキュラムが強化された。ディプロマ・ポリシーのコンピテンシーと対応したカリキュラム内容になっている点も評価できる。現在のところカリキュラムの構成に異論は出ていない。とはいえ、生涯教育については、より長期的なスパンでの評価が必要であり、継続した情報収集を基にカリキュラムのブラッシュアップが必要である。

C. 現状への対応

2013 年度から開始された新カリキュラム後の評価は未だ途上である（B7.1.1 参照）。2015 年度より学生および教員からのカリキュラム評価、2016 年度より実習における態度も含めた到達度評価が実施されている。これらを基に、まずは基礎系カリキュラム改善 WG での 1 学年カリキュラムの見直しと、BSL 連絡協議会での到達目標の改訂を行い、次年度カリキュラム作成に反映させた。長期的には、2015 年度に IR 部門が創設され、卒業生についての本学独自の膨大な蓄積情報と在学中の様々な情報を集積・解析する体制が稼働しはじめた。

D. 改善に向けた計画

導入した到達度評価の効果をフォローし、地域医療系や他科のカリキュラム等にも今後拡大させていく。評価資料および卒業指導委員会および地域医療推進課の資料（必須 9）も参考にしながら、今後、社会・地域医療系カリキュラム改善 WG にて議論し、教務委員会（カリキュラム評価部会、カリキュラム部会）、医学教育センター、IR 部門とともに、より有効な生涯学習のための準備を整えるための学習プログラムを検討する。地域医療学センター、卒業指導部および地域医療推進課の協力も得て、生涯教育プログラムの充実にも活用していく。

関連資料

資料 2-2:ディプロマ・ポリシーとコア・カリキュラム対応表

必須 4①:教育要項

資料 2-12:全国各地で活躍する自治医科大学医学部卒業生

必須 9:学校法人の組織図

2.2 科学的方法

基本的水準:

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。
 - 分析的で批判的思考を含む、科学的手法の原理 (B 2.2.1)
 - 医学研究の手法 (B 2.2.2)
 - EBM (科学的根拠に基づく医学) (B 2.2.3)

質的向上のための水準:

医学部は、

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

注 釈:

- [科学的手法]、[医学研究の手法]、[EBM (科学的根拠に基づく医学)]の教育のためには、研究能力に長けた教員が必要である。この教育には、カリキュラムの中で必修科目として、医学生が主導あるいは参加する小規模な研究プロジェクトが含まれる。
- [EBM]とは、根拠資料、治験あるいは一般に受け入れられている科学的根拠に裏付けられた結果に基づいた医療を意味する。
- [大学独自の、あるいは先端的な研究]とは、必修あるいは選択科目として分析的で実験的な研究を含む。従って、専門家として、あるいは共同研究者として医学の研究に参加できる能力を涵養しなければならない。

カリキュラムを通して以下を教育しなくてはならない。

B 2.2.1 分析的で批判的思考を含む、科学的手法の原理

A. 基本的水準に関する情報

新しいカリキュラムにて、初年次のアカデミックスキル教育、臨床実習前の診断学などが加わり、分析的・批判的思考法の教育は充実しつつある。初年次では、「医学概論」では、アカデミックスキルの学習、basic PBLにて地域医療をテーマとしたケース学習形式による情報検索の方法と質の検定をグループ形式で行う。「思考の整理 (旧「思考の整理と表現」)」では自分の思考を論理的に構成する方法と実際にレポートを書いて表現し講評を得る (必須4①)。これらを通して、レポートの書き方に必要な、課題の設定、論文検索を含めた先行研究の調査、事実を基にした論理展開、自分の思考を論理的に構成して導き出した結論とその表現法について学ぶことで科学的論理法を体得する。また、基礎医学の学習を通して、論理的にまとめ記述する機会をもつ。さらに3年次では、総合診断学2の中の「臨床推論」、「テュートリアル」、「症候学」で臨床における分析的、批判的思考を習得し、4年次以降の臨床実習にて実践に移す過程に習熟するようになっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

これまでも総合教育理科系科目、基礎医学の学習において、分析的・批判的思考を学習するカリキュラムはあったが、2013年度以降1年次総合教育に導入教育を組み入れて連携させ、「生命科学1,2」での演習レポートの評価フィードバック、「思考の整理（旧「思考の整理と表現）」で講評を加えることで、一層効果が高まったと考えられる。3年次の「テュートリアル」を拡大して臨床診断学2とし、「症候学」、「臨床推論」を創設したことでも、CBTの成果（後述）などから、学生の理解・修得に役立ったと判断される。4年次以降は患者からの情報取得、情報の分析的・批判的に考える能力、自分の考えを論理的に表現出来る能力を、臨床実習で恒常的に指導する必要があるが、学生間、科目間で格差が大きく、学生個人へのフィードバックをどのように行い修得を促すかが課題である。評価方法についてもさらに検討が必要である。

C. 現状への対応

学生や教員からの意見なども参考にカリキュラムの評価を行い、次年度のカリキュラム部会、教務委員会でカリキュラムの改善を検討した。科学的手法の原理の獲得をいかに評価するかは、難しいところだが、2016年度からMoodleを用いた実習評価を導入し、学生評価が科目間で逐次共有ができる体制が整いつつある。評価方法の統一、ブラッシュアップに向けて、まずは対象教員にFDを実施した。「生命科学1,2」のレポート評価については厳格な評価基準を導入し、可能な限り学生へ有効なフィードバックになるよう工夫している（資料2-13）。

D. 改善に向けた計画

今後、これらで得られる評価情報をどう学生へフィードバックするか等の基準等も検討していく。

関連資料

必須4①:教育要項（「医学概論」、「思考の整理」）

資料2-13:「生命科学」レポート評価基準

カリキュラムを通して以下を教育しなくてはならない。

B 2.2.2 医学研究の手法

A. 基本的水準に関する情報

科学的実験法とそのデータの取扱いについては主に基礎医学系科目の実習にて基本的な教育がなされている（必須4①）。「生命科学2」の実習で測定誤差、溶液調整、データ処理等の基本事項を学び、「生化学」実習では、酵素反応速度論、構成要素研究、各種電気泳動法、DNA解析法、PCを用いたバイオインフォマティクス解析、血清タンパク解析、血液尿分析などの生化学的研究法を、「生理学」実習では筋収縮、心電図、活動電位、糖調節、体液調節などの生理学的研究手法を、「薬理学」実習では、これらの実験手法を基にした二重盲検法などの科

学的実験法およびデータの取扱いを学び、発表方法を学ぶ。また、「細菌学」、「ウイルス学」、「医動物学」の実習では、各病原体の各種培養法、定量法、PCRによる微量検出法、抗体を利用した免疫反応を利用した抗体検出法について学ぶ。

より発展的な内容については、「分子医学入門」では本学分子病態治療研究センターの各部門が中心となって、先端的な研究と医療への応用(Translational Research)について講義を行い、Early Research Exposureを行っている。2016年度より開講された集中セミナーとしての「2学年選択セミナー」は高度な研究手法を学ぶ研究室配属にも対応しており、リサーチマインドの涵養に役立つと思われる。全学年を通した「選択セミナー」により、リサーチマインドを維持する教育は継続される。6年次における「フリーコース・スチューデントドクター」においても基礎系研究室に所属することが可能である。また、社会医学系講座や臨床系講座において科学的な手法を用いた医学研究を行うことが可能である。学生の選択による自由な研究志向をサポートしている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

基礎医学系の実習時間は比較的十分設置されており(資料 2-9 前述)基本的な医学研究の手法の実践と発表方法の学習によって、科学的思考法、医学研究法を全員が学ぶカリキュラムが配されている。また、本学で特徴的および主導的な研究を行う分子病態治療研究センターが主体となって、最先端の研究と医療への応用を講義形式で行うことで、医学研究がいかに医療に貢献しているかを学ぶ場となっている。さらに、「2学年選択セミナー」、「フリーコース・スチューデントドクター」などの選択科目で、Early Research Exposureが実施されている。課外時間に行われる「選択セミナー」での研究も単位化されており、学生のインセンティブに配慮している。(必須 4③)

C. 現状への対応

研究室配属に準ずる「2学年選択セミナー」は導入されたばかりで全員の履修ではないため、2016年度(初年度)の動向を見守り、カリキュラム部会にて検討する。2015年度から学生および教員からの評価アンケートが開始されより評価を把握しやすくなった。

D. 改善に向けた計画

評価アンケートの結果を基に、カリキュラム部会、教務委員会、医学教育センターにて今後もカリキュラムの改善を検討する。本学学生は卒業後各都道府県の地域医療に一定期間従事するため、学部卒業直後の大学院入学者はいない。一方、本学大学院では社会人大学院の設置や長期履修制度などの本学卒業生に配慮した制度を設置している(資料 2-14)。先端医学研究を志向し医療に還元する医師を養成するための方策を、卒後指導部、大学院医学研究科委員会、教務委員会、医学教育センターで検討する必要がある。

関連資料

必須 4①:教育要項(「生命科学 2」、基礎医学など)

資料 2-9:講義・演習・実習比率

必須 4③:選択セミナー要項

資料 2-14:自治医科大学大学院医学研究科博士課程学生募集要項

カリキュラムを通して以下を教育しなくてはならない。

B 2.2.3 EBM(科学的根拠に基づく医学)

A. 基本的水準に関する情報

臨床実習で EBM の手法を実践出来るようにするために、1 年次の「医学概論」における basic PBL にて一次情報の精査と取り扱い方、「医学医療情報学」にて医学統計学、「生化学」や「医学医療情報学」の実習から、PubMed や OMIM を用いた医学情報検索、1 年次の「総合英語演習」や 2 年次の「臨床英語」にて英文の医学論文からの医学知識の収集法を学ぶ。3 年次に Evidence-based Clinical Practice へ続く EBM 教育が行われる。「地域医療学各論 2」では臨床疫学の基本概念と EBM の方法論を学ぶ。問題点の定式化、信頼できるソースからの医療情報の収集、情報の批判的吟味、医療への適用という Evidence-based Clinical Practice の手法を学ぶ。「臨床推論」では実際の症例を使用して臨床推論のプロセスを論理的に学び、「チュートリアル」では、グループ形式で paper patient を教材にして、症状・身体所見から、EBM の手法を駆使して診断・治療方法を導く方法を学習する。4 年次からの臨床実習では、一部科目（地域医療学）で特に EBM 教育を積極的に取り入れているが、診療科によりまだ温度差がある（必須 7①）。

この他、社会医学系の環境医学実習では、学生自らが学習課題を設定し、フィールドワークや実験手技等の手法を用いながらグループで必要な情報を収集し、情報を解析して考察、結果を分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提起解決能力を身につける訓練を行っている。2 年次「分子医学入門」では、科学的方法について、先進医学研究に触れる。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

3 年次までの臨床前教育で EBM の基本的な教育が、講義および演習形式で計画的に行われている。今後、実践の場である臨床実習において、より多くの臨床実習科目で EBM を意識した教育を実施するよう改善していくことが必要である。

C. 現状への対応

2015 年度から BSL 連絡協議会を中心に、臨床実習各科の到達目標をより明確なものとした。Moodle 上で、学生による各クールの評価も開始した。頻度の高い疾患や症候の診断の進め方など、各科が意識的に取り上げ、その成果が把握できる環境を整えられつつある。科間の連携も強化されてきた。また、学生側の意識向上のため、アンケート記入と同じ Moodle 上でも到達目標に関連させた経験症例記録が作成できるシステムを、2017 年度から 4 年生の BSL で試行導入した（資料 2-15）。

D. 改善に向けた計画

恒常的な実践レベルでの EBM 教育を実施するためには、臨床実習における臨床能力獲得（コンピテンシー）の段階的評価の検討が必要である。EBM 活用能力も含めて、評価を見える化

に向けて、教務委員会（カリキュラム部会・BSLカリキュラム改善WG、カリキュラム評価部会、BSL連絡協議会）、医学教育センター、IR部門にて検討していく。

関連資料

必須7①:4 学年臨床実習

資料2-15:M4BSL 症例記録

Q 2.2.1 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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

学生の実験を主とした医学研究への参加については、本学の設立の趣旨から在学中より基礎医学を主体とした研究医を目指すようなコースは設定していない。とはいえ、地域医療に従事した際に、診療の過程から研究シーズを得たのち、さらにこれを発展させて病因解明、診断・治療法の開発、または疫学的な研究などに発展する事例は多くあり、分析的な思考と研究の立案と実験的手技に関する知識と実践について修学し、医学研究に参加できる能力を涵養すべきである。前述したように、必修科目として「分子医学入門」にて先端的な研究と Translational Research についての講義を行い、Early Research Exposure を実施している。より発展的な知識と実践を習得するために、段階的に選択科目を設定している。「2 学年選択セミナー」では、集中的な特論や実習などを実施している。全学年を対象とした「選択セミナー」では、課外時間を利用した継続的なセミナーや実験を実施している（必須4③）。また、6年次の「フリーコース・スチューデントドクター」では、基礎系研究室、社会医学系研究室、臨床系研究室などへの希望者の配属などを通し、学生の選択による自由な研究志向をサポートしている（資料2-16、Q2.6.3 詳述）。本学研究機関である分子病態治療研究センター、先端医療技術開発センター所属の教員の多くも教育に関わっており、必修カリキュラム外での学生参加に対して協力的である。また、地域医療学センターを中心に全国の地域医療現場で行われている研究成果は、地域医療学総論・各論の中で、逐次学生に伝えられている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

一部の学生に対してではあるが、在学中に学生のリサーチマインドを最大限涵養できる選択コースは一定の需要もあり継続されている。特に「フリーコース・スチューデントドクター」などの選択科目では、教職員とのマンツーマン指導がなされており、学生が自らの意思で研究に参加して、研究計画、実施、解析および学会発表を経験しながら、研究能力を涵養することができている。この結果、社会医学研究、臨床医学研究、基礎医学研究と広い分野にわたり学生が主体となった学術論文が作成されている（資料2-16）。以上のように、学生からの要望に柔軟に対応している。

C. 現状への対応

以上のような医学研究への学生参加オプションについては、今後共続けていく。

D. 改善に向けた計画

学生の研究参加については希望に応じ、最大限配慮していく。

関連資料

必須 4③: 選択セミナー要項

資料 2-16: フリーコース・スチューデントドクター実習報告書

2.3 基礎医学

基本的水準:

医学部は、

- 医学生物学に貢献するために、カリキュラムに以下を定め実践しなければならない。
 - 臨床医学を修得し応用するのに必要となる基本的な科学的知見 (B 2.3.1)
 - 臨床医学を修得し応用するのに必要となる基本的な概念と手法 (B 2.3.2)

質的向上のための水準:

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、臨床的進歩 (Q 2.3.1)
 - 現在および将来的に社会や医療システムにおいて必要になると予測されること。(Q 2.3.2)

注 釈:

- [基礎医学]とは、地域ごとの要請、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、生理学などを含む。

医学生物学に貢献するために、カリキュラムに以下を定め実践しなければならない。

B 2.3.1 臨床医学を修得し応用するのに必要となる基本的な科学的知見

A. 基本的水準に関する情報

カリキュラムでは、臨床医学の習得を目的とする基礎臨床系統講義の開始までに、これに必要な基礎医学の基本的な科学的知見を学ぶ。1年次2学期まで総合教育科目の「生命科学1, 2」（物理、化学、生物）、「医学医療情報学」（統計学）を配置し、1年次2学期から2年次2学期まで基礎医学の科目を配している。1年次1学期から始まる「生命科学1, 2」（B2.1.2にて前述）については、グループ分けに入学試験の理科の受験科目選択も考慮し、学生間の教え合いを通して、専門課程での学習に必要な物理・生物・化学の基本的な知識の定着を促している。基礎医学について具体的には、1年次後半には、生化学、人類遺伝学、解剖学、

組織学総論、発生学を学び、定期試験は生化学、人類遺伝学を2学期に、解剖学、組織学総論、発生学を3学期に実施する。2年次1学期には、組織学各論、免疫学、植物性機能生理学、神経解剖学、動物性機能生理学、細菌学を学び、定期試験は1学期の前半に組織学各論、植物性機能生理学、免疫学を、1学期の後半に動物性機能生理学、神経解剖学、細菌学を実施する。2年次2学期の前半には、ウイルス学、医動物学、病態生化学、分子医学、薬理学、病理学総論を学び、定期試験は2学期の前半にウイルス学、医動物学、病態生化学を、2学期の後半に薬理学、病理学総論を実施する。また、3年次1学期に病理学実習を配し、1学期末に定期試験を行う。以上のように、生化学・遺伝学系科目、解剖・組織学系科目、生理学系科目、感染免疫学系科目、薬理・病理系科目を、同時期に学習しやすい科目を考慮して横断的な連携を保ちながら、カリキュラムを構成している(資料2-17)。新カリキュラムでは、以前一括で行っていた6~9科目の試験の時期を分割することで、学生が集中的に数科目を学習できる環境を整えた。また、臨床医学との連携で、基礎医学の講義の一部で臨床教員が参加するなど、基礎医学で学ぶ内容が病態解析に重要であることを学ぶ。4年次・5年次に実施される臨床講義科目では、基礎臨床統合講義を配し、基礎教員と臨床教員で連携し、同じ疾患を題材にした臨床医学的側面と基礎医学的側面の多面的な講義を実施している(必須4①)。高学年で新たに基礎医学の学習意欲を高めている。

資料2-17: 学びやすい基礎医学カリキュラム

学びやすい基礎医学カリキュラム

学年・学期/コース	科目	科目系統	定期試験
1年次2学期まで 総合教育科目	「生命科学1, 2」(物理、化学、生物)、 「医学医療情報学」(統計学)		1学期
1年次後半 基礎医学	生化学、人類遺伝学、 解剖学、組織学総論、発生学	生化学・遺伝学系 解剖・組織学系	2学期 3学期
2年次1学期 基礎医学	組織学各論、免疫学、植物性機能生理学、 神経解剖学、動物性機能生理学、細菌学	生理学系	1学期の前半 1学期の後半
2年次2学期	ウイルス学、医動物学、病態生化学、 分子医学入門、 薬理学、病理学総論	感染免疫学系 薬理・病理系	2年次2学期前半 2学期の後半
3年次1学期	病理学実習		1学期末

- 同時期に学習しやすい科目を考慮して横断的な連携を保つ。→同系統科目を同時期に
- 学生が集中的に数科目を学習できる環境を整えた。→試験期間内で3科目まで
- 臨床医学との連携で、基礎医学の講義の一部で臨床教員が参加する

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

自然科学から基礎医学への段階的な科目構成を配している。基礎医学の体系は臓器別には馴染まないため、生化学・遺伝学系科目、解剖・組織学系科目、生理学系科目、感染免疫学系科目、薬理・病理系科目に類型化して横断的な連携を保ちながら、経時的にカリキュラムを配置している。講義に際しては、臨床医学への応用を視野に入れた説明を逐次加えている。

試験期間も一度に多くの科目を受験しないように設定し、学生の視点に立った、基本的な知識を学びやすいカリキュラムにしている。

本学では3年次末にCBTを受験するため臨床前教育は3年までで終了する。2013年度の新カリキュラム実施以前は、特に2学年次に基礎医学の定期試験が集中し、学生にとって過密なカリキュラム構成となっていた。新カリキュラムでは、学年間のカリキュラム配置を適正化し、科目実施期間を横断的な科目の連携を保つように調整し、試験時期も過度に負担にならないように配慮して配置した。その結果、新カリ施行以降、留年者数は減少した（B7.3参照）。

C. 現状への対応

概ね軌道に乗っているが、カリキュラム改善WGで新カリキュラムを見直して次年度の改善につなげている。2016年度からは、2学年2学期に「2学年選択セミナー」の期間を設け、それまでの基礎系科目の復習が希望者に選択できるようにした。2017年度は、学生から講義スケジュールが密であるとの意見を受けて生化学の開始時期を早めている。

D. 改善に向けた計画

2015年度よりカリキュラムに関する学生および教員のアンケートが実施されている。これらのデータをIR部門で集計・検討して、教務委員会（カリキュラム評価部会、カリキュラム部会）、医学教育センターにてより効果的なカリキュラム改革の検討を行う。また、臨床医学と基礎医学の連携がより分かりやすいカリキュラムの開発の検討を行う。

関連資料

必須4①:教育要項

資料2-17:「学びやすい基礎医学カリキュラム」

医学生物学に貢献するために、カリキュラムに以下を定め実践しなければならない。

B 2.3.2 臨床医学を修得し応用するのに必要となる基本的な概念と手法

A. 基本的水準に関する情報

2年次1学期までの主に「正常個体」を視点とした系統化・体系化された知識の習得と、2年次1学期後半からの主に「病因・病態」の理解を視点とした知識の習得およびそれらの統合を目的として行われている。このように基礎医学を病因・病態解析の理解に繋げるカリキュラムが行われている。

3年次のPBL/テュートリアルにおいて、症例解説の際に基礎医学の観点からの病態解析を行っている。また、4年次、5年次学生への「臨床講義」内の基礎臨床統合講義で、疾患の病態解析を基礎医学的な視点での講義を行う。6年次1学期には、BSLを修了した直後に、外科教員による解剖体を用いた「臨床解剖学」が選択できる（必須4①）。基礎医学の知識を病因・病態解析へ繋げる教育であり、螺旋型のカリキュラム構成がなされている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

1年次から臨床知識の Early Exposure も実施し、また基礎医学講義の際にも一部の講義を臨床教員に依頼するなど、臨床医学と基礎医学の連携を重視した教育を行っている。一方、臨床実習を学ぶ学生が基礎医学の重要性を再認識する機会が多く、4年次、5年次の基礎臨床統合講義はこの要求に応じている。さらに、6年次の臨床解剖学では、外科的な知識手技の裏打ちとして基礎医学を臨床に関連して学びたいという学生の意欲を満たしている。以上のように、多段階な螺旋型のカリキュラムが機能していると思われる。

C. 現状への対応

教員間の特に基礎医学研究領域と臨床医学研究領域の連携ができています。基礎医学と臨床医学の統合的理解を目的とした科目は基礎臨床統合講義として2013年度より5学年で開始された。4学年のカリキュラムにおける基礎臨床統合講義についても2016年度に開始した。他のカリキュラムと合わせ、今後更に改良していく。

D. 改善に向けた計画

2015年度より学生・教員アンケートが開始されており、今後、このデータを基に IR 部門、カリキュラム評価部会、カリキュラム部会、教務委員会、医学教育センターにてカリキュラム改革の検討を行う。問題提起・解決能力、臨床推論能力の向上を目指して、症例／病態解析を意識した基礎医学教育の具体的なカリキュラム検討が必要である。今後、教務委員会、カリキュラム部会、医学教育センターにて検討を行う。

関連資料

必須 4①:教育要項（「臨床講義」「臨床解剖学」）

カリキュラムに以下の項目を反映させるべきである。

Q 2.3.1 科学的、技術的、臨床的進歩

A. 質的向上のための水準に関する情報

科学的、技術的、臨床的進歩をカリキュラムに反映させることが必要である。各科の教員が責任を持ってこれらを教育に反映させている（B5.2.3 参照）。教育要項のシラバスについては、毎年科目責任者による改定を行っている。また、教員の意識向上には、学生教育に係る問題を討議する場として基礎・社会医学系連絡会議（資料 2-18）があり、教育・研究についての様々な問題提起がなされる。基礎系科目については教務委員会の組織であるカリキュラム部会、総合教育・基礎系カリキュラム改善 WG が、カリキュラム間の時間割や教育内容の調整を行い、学問の進歩や社会的ニーズの変化を教育目標に取り入れ、反映させることができるシステムとなっている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

変化していく科学的、技術的、臨床的進歩への対応が可能な体制ができています。

C. 現状への対応

科学的、技術的、臨床的進歩は、基本的には各科の教員が責任を持って教育に反映し、充実した学生教育を行うためには、各教員が専門領域のエキスパートでなければいけない。幅広い学生教育を行うためにも、様々な教員への能力開発支援が行われている (B5. 2. 5)。一方、2016 年度から教員の FD 参加への義務化、FD 数の拡大、教員の教育参加についての評価を導入した。

D. 改善に向けた計画

教員各自の研究活動を奨励する。適切な教員評価を行う必要もある。教育内容についての各科が連携できるよう、2015 年度から導入した学生、教員によるカリキュラム評価 (B7 にて後述) での意見を集約し、これをフィードバックして、一層のカリキュラム改革へ役立てる。

関連資料

資料 2-18: 基礎・社会医学系連絡会議

カリキュラムに以下の項目を反映させるべきである。

Q 2.3.2 現在および将来的に社会や医療システムにおいて必要になると予測されること

A. 質的向上のための水準に関する情報

めまぐるしく社会が変わる中、社会的ニーズに対応したカリキュラム作成は必須である。先進医療・医学研究の進歩への理解、拡大する情報へのリテラシー、医療制度改革の中での高度かつ総合的な医療実践、患者に寄り添った臨床倫理、さらには時に高度化とは相反する地域医療システムの実践・整備など幅広い多様な分野にわたる教育への要請に対して、卒前教育の中では広範な曝露機会の確保が望ましいと考える。とはいえ過剰にならぬよう時宜を得たカリキュラムの取捨選択、改良は必須ではある。

基礎医学分野では、社会の IT 化に合わせ、「医学医療情報学」以外でも基礎医学系の実習に統計的情報処理などの項目を積極的に取り入れている。基礎医学の実習開始前 1 年次に、動物実験倫理講習会を受講させ、社会に通用する意識教育を心がけている。基礎系、臨床系、社会医学系教員のみならず、主に研究活動が業務の主体である分子病態治療研究センター等の教員も、学生教育に携わっていることから、これらの教員が生命医学の研究を行う上で必要とされる事項は、基礎・社会医学系連絡会議、分子病態治療研究センター運営委員会、BSL 連絡協議会の場で伝えられ、カリキュラムへ活かせるシステムとなっている (必須 9)。また教員からのカリキュラムへの提言は、カリキュラムに関わる評価アンケートでも汲み上げられる。ちなみに、本学の戦略的研究課題が、本学が認知する社会的、医療的ニーズに対する課題のひとつになっており、文部科学省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業によって支えられている。現在、「非感染性疾患の病態解明と診断・治療法の開発拠点の形成」(平成 25 年度～平成 29 年度)、「マウスからヒトへ: 大型動物を利用する橋渡し研究」(平成 25 年度～平成 29 年度) の 2 つの研究課題が支援されている (資料 2-19、2-20)。これらの社会的、医療的ニーズは科目責任者の範囲で、各カリキュラムに取り入れられている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教員間の連携が密なことで、基礎医学のカリキュラムに、研究分野への社会医療システムからの要請事項が反映されやすい形になっていて評価できる。より一層の改善についても検討は必要である。

C. 現状への対応

IR 部門を設立し、2015 年度に始まった教員からのカリキュラム評価を集約しやすくした。

D. 改善に向けた計画

IR 部門の解析結果をさらなるカリキュラム改善へ活かしていく。また、カリキュラム部会運営会議を活用し、広く第三者の意見を求めていく。

関連資料

必須 9: 学校法人の組織図

資料 2-19: 「非感染性疾患の病態解明と診断・治療法の開発拠点の形成」(HP)

資料 2-20: 「マウスからヒトへ: 大型動物を利用する橋渡し研究」(HP)

2.4 行動科学と社会医学、医療倫理学と医療法学

基本的水準:

医学部は、

- カリキュラムに以下を定め、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)
 - 医療法学 (B 2.4.4)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 行動科学、社会医学、医療倫理学、医療法学に関し以下に従ってカリキュラムを調整および修正すべきである。
 - 科学的、技術的そして臨床的進歩 (Q 2.4.1)
 - 現在および将来的に社会や医療システムにおいて必要になると予測されること。(Q 2.4.2)
 - 人口動態や文化の変化 (Q 2.4.3)

注 釈:

- [行動科学]、[社会医学]とは、地域の要請、関心および伝統によって異なるが、生物統計学、地域医療学、疫学、国際保健学、衛生学、医療人類学、医療心理学、医療社

会学、公衆衛生学および狭義の社会医学を含む。

- [医療倫理学]は、医療において医師の行為や判断上の価値観、権利および責務などの倫理的な課題を取り扱う。
- [医療法学]では、医療、医療提供システム、医療専門職としての法律およびその他の規制を取り扱う。規制には、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法学]は、健康問題の原因、範囲、結果の要因として考えられる社会経済的、人口統計的、文化的な規定因子、さらにその国の医療制度および患者の権利を理解するのに必要な知識、発想、方略、技能、態度を提供しうる。この教育を通じ、地域・社会の医療における要請、効果的な情報交換、臨床現場での意志決定、倫理の実践を学ぶことができる。

日本版注釈:[社会医学]は、法医学を含む。

カリキュラムに以下を定め、実践しなければならない。

B 2.4.1 行動科学

A. 基本的水準に関する情報

本学の行動科学関連の学習は、地域医療に貢献する医療人の育成という建学の主旨に従い、早い段階から病院や介護施設の早期体験学習、対患者コミュニケーション、地域と個人、ライフサイクルなどの行動科学教育が実施されている。特に本学独自の地域医療学系カリキュラムとも連動させながら実施されている点が特徴的である（B2.6.1 後述）。コミュニケーション・患者医師関係に関する科目が1年次から6年次まで時系列的に螺旋型に配置されており、行動科学の理論と実践を教育している。（必須4①、資料2-21、挿入）。

1年次では演習形式で、まず自己続いて他者に目を向けるトレーニングを学ぶ。具体的には「思考のプロセス」にてソーシャルスキルトレーニングを導入し、World café方式により他者を尊重した意見交換のしかたを学ぶ。講義では「心理学概論」、「医学概論」で行動科学の理論や異文化理解を、「地域福祉と社会学」で地域での社会的な課題のとらえかたについて学ぶ。また「地域医療学総論」にて地域医療の概略を学習し、「早期体験実習」により患者とのコミュニケーションを体験する。

2年次では「対人援助の知識と実践」では講義と演習を組み合わせ、assertion training、伝える技術・聞き出す技術などを体得する。「総合診断学1」では講義形式で医療面接の基礎と患者対応について学び、「地域医療学各論1」では講義形式で家庭医療および地域を単位としてみる地域医療の基礎を学ぶ。「地域保健福祉実習」では介護施設の体験実習にて高齢者との対人関係や福祉制度の実際を学ぶ。

3年次では、「地域医療学各論2」で臨床実習でのマナーや医師としてのプロフェッショナルリズム、多職種連携、緩和ケアでのNarrative-based Medicine (NBM)のコミュニケーションスキルを講義形式で学び、「診断学実習1,2」にて医療面接技法を学び、4,5年次に臨床実習にて実践応用の機会を得る。1~5年次においては、これらと平行して、各学年夏期に出身都道府県での実地研修が行われている（資料2-22）。

5年次には「地域医療学各論3」にて地域医療現場に入っていく上での具体的な基礎知識を学んだ後、「地域医療院外実習（CBL）」として各出身都道府県の診療所レベルの医療機関で実習を行い、地域医療の第一線の現場を体験し、臨床教員（地域担当）から在宅医療、デイサービス、リハビリテーション、保健活動などの実際について学ぶ。また「地域保健実習」にて保健所実習を学ぶ。

6年次は「地域医療学各論4」にてリーダー論、ブレイクスルー思考を講義形式およびグループ学習による演習形式で学ぶ。6年次までのカリキュラムで、認知行動科学の理論と実践を教育している。

資料 2-21: 段階的な行動科学カリキュラム

段階的な行動科学カリキュラム

1. ソーシャルスキルトレーニング、自己を知り他者を知る

1年次	「思考のプロセス」	演習	<ul style="list-style-type: none"> 自己続いて他者に目を向けるトレーニングを学ぶ ソーシャルスキルトレーニング、World café方式による
1年次	「心理学概論」	講義	<ul style="list-style-type: none"> 行動科学の理論を学ぶ

2. 患者コミュニケーションの実践

1年次	「地域福祉と社会学」 「早期体験実習」 「地域医療学総論」	講義 実習 講義	<ul style="list-style-type: none"> 地域での社会的な課題のとらえかたについて学ぶ。 患者とのコミュニケーションを体験 地域医療の概略を学習
2年次	「対人援助の知識と実践」 「総合診断学1」 「地域医療学各論1」 「地域保健福祉実習」	講義・演習 講義 講義 実習	<ul style="list-style-type: none"> assertion training、伝える技術・聞き出す技術などを体得する。 医療面接の基礎と患者対応について学ぶ。 家庭医療および地域を単位としてみる地域医療の基礎を学ぶ。 介護施設の体験実習にて高齢者との対人関係や福祉制度の実際を学ぶ。

3. 臨床実習マナー、プロフェッショナリズム、NBM、医療の実践

3年次	「地域医療学各論2」	講義	<ul style="list-style-type: none"> 臨床実習でのマナーや医師としてのプロフェッショナリズム、多職種連携、緩和ケアでのNarrative-based Medicine (NBM)のコミュニケーションスキル 医療面接技法を学ぶ。
3,4年次	「診断学実習1,2」	実習	<ul style="list-style-type: none"> 医療面接技法を学ぶ。
4-6年次 1-4年次	「臨床実習」 (夏期実習)	実習 実習	<ul style="list-style-type: none"> 実践応用の機会を得る。 各学年夏期に出身都道府県での実地研修が行われている。
5年次	「地域医療学各論3」 「地域医療院外実習 (CBL)」 「地域保健実習」	講義 実習 実習	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療に入っていく上での具体的な基礎知識を学んだ後、 各出身都道府県医療機関で地域医療の第一線の現場を体験し、臨床教員（地域担当）から在宅医療、デイサービス、リハビリテーション、保健活動等の実際を学ぶ。 保健所実習を学ぶ。
6年次	「地域医療学各論4」	講義・演習	<ul style="list-style-type: none"> リーダー論、ブレイクスルー思考を学ぶ。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

2013年度からの新カリキュラムでは行動科学教育における理論と実践の学習を強化し、2017年度に全学年に及んでいる。1年次の「医学概論」、「思考のプロセス」、「地域福祉と社会学」の導入、2年次の「対人援助の知識と実践」と「総合診断学1」の導入を行った。地域医療学系の講義構成を改定し、「地域保健福祉実習」の前に家庭医療や介護医療などを学習する「地域医療学各論1」を設置し、実習の効果を高める効果を期待した。2017年度から5年次のCBLの前に「地域医療学各論3」を配置し、6年次の「地域医療2」を改定し「地域医療学各論4」とした。

本学の地域医療学系科目を中心に据えた行動科学関連科目について、段階的、螺旋的にカリキュラムが配置されており、特に異論は生じていない。とはいえ学生の社会性の一層の涵養を促す目的から、カリキュラムの目的と効果についての見直しは必要と考えられる。

C. 現状への対応

2015年度より開始された学生・教員によるカリキュラム評価および、2016年度より開始された臨床実習における学生の態度評価の結果をIR部門で集計して、カリキュラム評価部会でカリキュラムの評価につなげている。地域医療学系カリキュラム改善WG、カリキュラム部会、教務委員会、医学教育センターでカリキュラムの1～3年次の見直しを始めた。

第1段として、1年次のカリキュラムを再検討した結果、2017年度より「医学概論」、「思考のプロセス」の改定を行っている。

D. 改善に向けた計画

地域医療学系カリキュラムは、主に地域医療学センター、総合教育部門、医学教育センター、社会医学系総合教育講座を中心に教務委員会カリキュラム部会の中に社会・地域医療学系カリキュラム改善WGを設置し、カリキュラムの策定、検討を行っている（必須10）。今後、各種評価アンケートや卒後指導部、地域医療推進課からの卒業生からのフィードバックをIR部門にて検討し、本学のアウトカムを見据えたカリキュラム改善の検討を行う。

関連資料

必須4①:教育要項

資料2-21:段階的な行動科学カリキュラム

資料2-22:都道府県夏期実習実施状況および東京都夏期実習（参考例）

必須10:教務関係委員会の組織図

カリキュラムに以下を定め、実践しなければならない。

B 2.4.2 社会医学

A. 基本的水準に関する情報

社会医学に関しては、地域医療系のカリキュラムと連携した、一体化したカリキュラムとなっている（B2.6.1後述）。3年次に疫学（実習を含む）、環境医学、環境医学実習、法医学・医事法を実施しており、5年次に公衆衛生学、地域保健実習が配置されている（必須4①）。

疫学では、集団における健康と疾病の計測、疾病発症に関与する要因（宿主、病因、環境）、集団を対象とした疾病対策の立案・実施・評価、保健統計・人口統計を理解し保健医療活動の推進に役立つ能力を涵養する。実習では地域保健医療活動の実践から得られた資料に基づき、情報科学的技法を用いて地域住民の健康状態を客観的に記述・評価し、グループで討議し発表する力を養う。環境医学では環境によりもたらされる健康影響についての診断、治療、予防について理解し、一般環境や労働環境における環境測定の手法について学ぶ。振動・騒音・電磁波・放射線などの環境、重金属等の毒物および環境汚染物質、産業医学、衛生行政（WHOを含む）、産業保健におけるメンタルヘルス、産業医についての基本的知識を学ぶ。環境医学実習では産業医実習として、各民間企業での実習を行う。また、グループ別フィールド実習として環境測定・健康影響評価の仕方について、自主的に問題を提起し、研究計画を策定し、調査し、集計・評価を行い、グループ討議して発表する能力を身につける。

法医学・医事法では、臨床医に必要な法医学および医事法の知識を習得する。また、医の倫理および生命倫理について理解し、急死、機械的損傷、中毒、交通事故の死因判別や、起訴や裁判への犯罪鑑識の応用、医療事故や医療過誤、検死・法医診断についての基礎知識を学ぶ。実習では血液型と簡易薬物検査の実際について学ぶ。

5年次の公衆衛生学では、公衆衛生、母子保健、社会保障制度、人口統計と保健統計、国際保健、学校保健、国民栄養、社会保障、地域包括医療制度、予防医学、成人保健、老人保健、難病対策、感染症対策、精神保健福祉、保健行政について学ぶ。地域保健実習では、各都道府県の保健所で実習し、実習報告会を行う。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

社会医学に関する教育項目のすべてが網羅されている。また、各企業における産業医実習、各保健所における地域保健実習は、現場での具体的な社会医学を体験できる。

また、5年次の地域医療学系の地域医療院外実習（CBL）（B2.4.1参照）とも連携しており、地域医療の現場において具体的な社会医学を身近に体験し学ぶことが可能なカリキュラムとなっている。

C. 現状への対応

2015年度から開始されたカリキュラムに関する学生、教員による評価アンケート、学外の実習先からの学生評価を基に、IR部門、カリキュラム評価部会、カリキュラム部会（社会系・地域医療学系カリキュラム改善WG）、教務委員会、医学教育センターでカリキュラム改善の検討を行う。

D. 改善に向けた計画

地域医療に役立ち、応用できる社会医学を教育するために、地域医療学系カリキュラムや院外臨床実習とのより効果的な連携を教務委員会・カリキュラム部会（社会系・地域医療学系カリキュラム改善WG、BSLカリキュラム改善WG）、医学教育センターで連携しながら検討する。

関連資料

必須 4①:教育要項

カリキュラムに以下を定め、実践しなければならない。

B 2.4.3 医療倫理学

A. 基本的水準に関する情報

医療倫理に関する教育は、以下の科目で継続的に実施されている（必須 4①）。

1年次では、「医学概論」で医療倫理学、「思考のプロセス」でWorld Café方式による臨床と死についての討議、PBL形式による緩和ケアについての討議、「臨床と哲学」において医療哲学、「動物実験倫理講習」を講義形式で学ぶ。

3年次では、「地域医療学各論2」において医師としてのマナーとプロフェッショナリズム教育、医療安全教育、ハラスメント、緩和ケアを学ぶ。

4年次では、臨床講義においてプロフェッショナリズム、「シミュレーション実習」において臨床倫理学、医療安全の実際を学ぶ。

5年次では、「緩和ケア」において法と倫理やスピリチュアルケア、代替医療を学び、「臨床薬理学」において臨床研究倫理、ヘルシンキ宣言を学ぶ。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学の医療倫理教育において、医療哲学からプロフェッショナリズム、医療安全、緩和ケア、臨床研究倫理、医療倫理学まで網羅しており、現状での到達基準に達していると自己評価している。しかしながら、個々人が実際にどの程度体得したかの評価はされていない。

C. 現状への対応

2016年度から態度評価を導入し、個々の学生についての評価を開始した。カリキュラムに関する学生および教員からの評価も併せて導入した。これらの結果をIR部門にて集計/評価し、カリキュラム評価部会、カリキュラム部会、教務委員会、医学教育センターでカリキュラム改善の検討を行う。

D. 改善に向けた計画

医療倫理に関する地域社会からの要請を考慮し、地域の代表などの外部委員を交えたカリキュラム部会運営会議を設置し、教務委員会、医学教育センターによりカリキュラム改善の検討を行う。

関連資料

必須 4①:教育要項

カリキュラムに以下を定め、実践しなければならない。

B 2.4.4 医療法学

A. 基本的水準に関する情報

医療関連法規に関する教育は、以下の科目で実施されている（必須 4①）。

医療制度等の法規に関しては、1年次の「医学概論」および「地域医療学総論」にて法学と医療について、3年次の「法医学・医事法」、「地域医療学各論2」においてそれぞれ医事法、医療安全を、5年次の「公衆衛生学」において保健・医療・福祉・介護関係法規を学ぶ。3年次の基礎臨床系統講義における「感染」科目で感染症関連法規について学ぶ。

医薬品の開発と使用に関する規則に関しては、5年次の「臨床薬理学」において医薬品 GCP (Good Clinical Practice) 省令などを学ぶ。しかしながら医療機器 GCP 省令に関する教育はなされていない。6年次では、総括講義「社会医学」、「地域医療学各論4」において、医療管理学、医療政策を学ぶ。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医療制度に関連する法規に関する教育は、一定の水準に達している。医療機器 GCP 省令、再生医療等製品 GCP 省令などカバーされていない点もある。

C. 現状への対応

現行カリキュラムの改善を、カリキュラム部会、教務委員会、医学教育センターで検討する。実践に関連した法規については、2017 年度新設した「地域医療学各論 3」にて強化する予定である。

D. 改善に向けた計画

今後、新しくなったモデルコアカリキュラム項目も踏まえて、どのような教育カリキュラムが適切であるか、臨床研究支援センター（必須 9）、カリキュラム部会、教務委員会、医学教育センターで検討する。

関連資料

必須 4①:教育要項

必須 9:学校法人の組織図

行動科学、社会医学、医療倫理学、医療法学に関し以下に従ってカリキュラムを調整および修正すべきである。

Q 2.4.1 科学的、技術的そして臨床的進歩

A. 質的向上のための水準に関する情報

ライフサイエンス研究の進歩に伴い、行動科学、社会医学、医療倫理学に生じる変化についてカリキュラム項目を検討する必要がある。例えば、ヒトゲノム・遺伝子解析研究、ヒト ES 細胞研究、ヒト幹細胞を用いる臨床研究、遺伝子治療研究、動物実験の進展に伴い、生命についての倫理的、哲学的な捉え方に対する教育、これらの研究を遂行するための法律や規則に関する知識と理解、実際に患者から検体を採取する際や治療する際のインフォームドコンセント、医薬品や再生医療の材料または医療機器の品質管理に関する取扱いなど医療安全に係る知識と実際が、学習項目として検討される必要がある。現行では、1 年次の動物実験倫理講習、5 年次の選択必修 BSL におけるブタを用いたシミュレーション実習の際の動物実験倫理講習が行われており、生命に関する倫理と取扱いの法令・規則を教えている。また、B2. 4. 1、B2. 4. 3、B2. 4. 4 にて既に述べているように生命倫理や規則等についても教えている。

以上のような検討されるべき学習項目の検討については、Q2. 3. 1 でも述べたように、カリキュラム内の学習項目については柔軟に対応できるような構成となっている。カリキュラムの変更についても、カリキュラム部会、教務委員会、医学教育センターにて検討される体制が取られている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

現状ではライフサイエンスの進歩に対応する行動科学、社会医学、医療倫理学関連の学習項目の改定は、主として教員の裁量によっている。カリキュラム改定により逐次導入される方向にもある。より一層の検討は必要である。

C. 現状への対応

2015年度から情報センターに IR 部門が設立されており、教育内容に関してのデータ収集が開始されている。

D. 改善に向けた計画

ライフサイエンス研究の取扱いに関する法令等は日々変化しており、これに対応すべく研究支援課および臨床研究支援センターとの情報共有を行い、学習項目の適正化についての情報を適切に行う（必須 11）。さらに、適切なカリキュラムの策定には外部委員の参加が重要である。カリキュラム部会において外部委員の参加を求め、適切なカリキュラムの改善を検討する。専門家の意見を適宜聴取する。

関連資料

必須 11: 大学事務組織図

行動科学、社会医学、医療倫理学、医療法学に関し以下に従ってカリキュラムを調整および修正すべきである。

Q 2.4.2 現在および将来的に社会や医療システムにおいて必要になると予測されること。

A. 質的向上のための水準に関する情報

社会の変化や医療制度の大幅な変革期において、行動科学をはじめ、社会・地域医療系のカリキュラムの充実および予測に基づいた変革が行われている。本学でもデータサイエンスセンターが立ち上がり地域医療現場でもビッグデータの扱いが身近になってきた。卒前教育の中でも臓器移植や遺伝子検査による出生前診断などの、臓器移植等特定診療に係る臓器バンクや移植コーディネーターや遺伝カウンセリング等についての教育が重要である。また、ゲノムバンク等で収集した遺伝情報を利用したゲノム予防医学による健康増進活動、生活習慣病予防活動や、保険診療情報のビッグデータを利用した医療サービスの策定などは、多量に集積される個人情報保護の取扱いが重要である。また臨床研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき実施され、適切な情報公開やコンプライアンス遵守が必要である。カリキュラム改定を機に、2017年度から「医学概論」での医療倫理学、法学と医療、「地域医療学各論 2」での移植医療のコマなど、適宜改定を加えている。地域包括ケア等の急激に変化する社会からの医療ニーズについては地域医療学センターを中心に専門の教員が揃っており適宜カリキュラムへの導入が可能である。2017年度から、5年次1学期に「地域医療学各論 3」、6年次2学期に「地域医療学各論 4」を導入し、それぞれ地域実習や卒後の臨床に役立つ最新の知識を織り込んでいる。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

社会的ニーズに従った教育はカリキュラム改定を機に取り入れられている。とはいえまだ十分とはいえ引き続き改善が必要である。カリキュラム部会の総合教育・基礎系カリキュラム改善 WG、社会・地域医療学系カリキュラム改善 WG での議論により、適宜改定を行う必要がある。

C. 現状への対応

2017 年度よりさらにカリキュラムを変更した。IR 部門へのカリキュラム評価をみながら、さらに改善を重ねていく体制が出来つつある。

D. 改善に向けた計画

地域医療学センター員、社会学系教員で構成される社会・地域医療学系カリキュラム改善 WG にてより高度なカリキュラムを検討する。平成 28 年度モデルコアカリキュラムに加わった新項目についても、早期に検討していく。さらには、本学の戦略的研究課題は、本学が認知する社会的、医療的ニーズに対する課題のひとつになっており、文部科学省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業によって支えられている。現在、「非感染性疾患の病態解明と診断・治療法の開発拠点の形成」（平成 25 年度～平成 29 年度）の研究課題と、「日本型地域ケア実践開発研究事業」（平成 25 年度～平成 29 年度）のひとつの事業が支援されている（資料 2-23）。また大学院支援事業として、文部科学省「高度人材養成のための社会人学び直し大学院プログラム」における「21 世紀型地域医療の創出をけん引する高度人材養成プログラム」、文部科学省「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」の「がん治療のブレイクスルーを担う医療人育成」プログラムの一部が支援されている（資料 2-24）。現在、これらの社会的、医療的ニーズについても、科目責任者の裁量で、各カリキュラムに取り入れられている。

関連資料

資料 2-23: 「21 世紀型地域医療の創出をけん引する高度人材養成プログラム」パンフレット

資料 2-24: 「がん治療のブレイクスルーを担う医療人育成」パンフレット

行動科学、社会医学、医療倫理学、医療法学に関し以下に従ってカリキュラムを調整および修正すべきである。

Q 2.4.3 人口動態や文化の変化

A. 質的向上のための水準に関する情報

人口動態や文化の変化に対応した行動科学、社会医学、医療倫理学のカリキュラムが必要である。2025 年問題を例に挙げるまでもなく超高齢化社会への対応は喫緊の課題であり、この問題に対応すべく地域包括ケアに関する講義や、高齢者医療に関する講義、地域の特性に関する講義が多く配置されている（必須 4①）。2015 年度に発足したカリキュラム部会・社会・地域医療学系カリキュラム改善 WG では、総合教育と地域医療学で連携し、より社会の変化を取り入れた新しいカリキュラムを実現した。地域医療学系講義は体系化され、総論、各論 1

～4の中で、本学がミッションに掲げる、医療に恵まれない地域で進んで医療に挺身し、地域のリーダーとして必要な教養と資質を備え、社会に貢献する気概を持った医師の育成を教授している。これに加え、臨床実習と平行して、講義「総合医療から考える高齢者医療」を2016年度から導入した。また、2017年度から導入した5年次1学期の地域医療学各論3および6年次2学期の地域医療学各論4とともに、それぞれ時代の流れに応じた最新の知識を織り込んだ科目となっている。さらには、本学は文部科学省の大学院支援事業として「21世紀型地域医療の創出をけん引する高度人材養成プログラム」(Q2.3.2)を実施しており、地域における医療の地域間格差の解消、医療資源の有効活用を計画・実施、地域医療解析から地域医療ビジョン策定までのプロセスにおける一連のイノベーション策定を担う人材育成することにより、安心して暮らせる地域の実現を目指している。これらの最新の知見は、適宜カリキュラムに織り込んでいる。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

現在、本学における人口問題や地域の問題に対応したカリキュラムは標準以上のレベルで地域医療社会系のカリキュラムにおいて実施されている(B2.7.1参照)。

C. 現状への対応

最新の教育内容が、適切に学部教育に反映されるよう、地域医療学センター、医学教育センター、総合教育講座で構成される、社会・地域医療学系カリキュラム改善WGにて検討し、適宜カリキュラムに反映させている。

D. 改善に向けた計画

今後、国際医療の視点も含めた医療医学人類学や、医療偏在を意識した医療経済学の教育を充実させることで、さらにバランスの取れた医学教育が出来ると思われ、今後検討する。平成28年度モデルコアカリキュラムに加わった新項目についても、早期に検討していく。

関連資料

必須4①:教育要項

2.5 臨床医学と技能

基本的水準:

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定め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、臨床技能、医療専門職としての技能の修得 (B 2.5.1)
- 臨床現場において、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の体験 (B 2.5.3)
- 重要な診療科で学習する時間を定めなくてはならない。(B 2.5.4)
- 患者安全に配慮した臨床実習を構築しなくてはならない。(B 2.5.5)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 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、科学技術および臨床医学の進歩 (Q 2.5.1)
 - 現在および、将来において社会や医療制度上必要となること。(Q 2.5.2)
- 全ての学生が早期から患者と接触する機会を持ち、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、さまざまな臨床技能教育が行なわれるように教育計画を構築すべきである。(Q 2.5.4)

注 釈:

- [臨床医学]は、地域の要請、関心および歴史的経緯により異なるが、麻酔科学、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）、臨床検査医学、医用工学、神経内科学、脳神経外科学、腫瘍学ならびに放射線治療学、眼科学、整形外科、耳鼻咽喉科学、小児科学、緩和医療学、理学療法学、リハビリテーション医学、精神医学、外科学（各専門領域を含む）および性病学（性行為感染症）が含まれる。また、臨床医学には、卒後研修・専門研修への最終段階の教育を含む。

日本版注釈:臨床医学には、泌尿器科学、形成外科学を含んでもよい。

- [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の実践が含まれる。
- [医療専門職としての技能]には、患者管理能力、チームワークやリーダーシップ、専門職/多職種連携実践が含まれる。
- [適切な医療的責務]は、健康増進、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診療参加型臨床実習を含み、全体で6年教育の1/3、概ね2年間を指す。

- [計画的に患者と接する]とは、学生が教育を診療の状況の中で活かすことができるよう、目的と頻度を十分に考慮することを意味する。
- [臨床領域で学習する時間]には、ローテーションとクラークシップが含まれる。

日本版注釈:ローテーションとクラークシップとは、それぞれ短期間の臨床実習と十分な期間の診療参加型臨床実習を指す。

- [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/家庭医学、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、一部はプライマリ・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コミュニケーションを含む。
- [実際の患者診療への参画]とは、地域医療現場などで患者への検査や治療の一部を監督者の指導下に責任を持つことを含む。

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定め実践しなければならない。

B 2.5.1 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、臨床技能、医療専門職としての技能の修得

A. 基本的水準に関する情報

本学の臨床医学カリキュラムは、本学の教育ミッションおよびカリキュラム・ポリシーに掲げられたように、地域で求められる総合的臨床力を有する学生の養成がはたせるよう、早期に始まり長期にわたる臨床実習での実践的教育に重きを置いている（資料2-25、挿入）。1年次の「早期体験実習」（1週）に始まり、2年次の「総合診断学1」および「地域保健福祉実習」（1週）、3年次OSCE前の「診断学実習1」（2週）を含め、徐々に臨床医学への暴露が行われるカリキュラムになっている。専門課程として臨床医学を学ぶカリキュラムは、既述したように2年次2学期より、「基礎臨床系統講義」コースとして3年次までにすべての知識を講義形式で学習する。これと平行して、3年次に「総合診断学2」の中で「症候学」、「テュートリアル」、「臨床推論」の講義・演習を介し、知識の運用方法について学ぶ。習熟度は、学期末などに定められる試験期間の定期試験、3年次年度末にはCBT、OSCEにて確認する。各教育目標についてはシラバスに記載され、各学年度の年度初めにオリエンテーションを行い全体像についても学生に周知されている（必須4①）。

4年次には、さらに臨床実習直前に、「診断学実習2」（2週）にて臨床および専門的スキルを習得する。その後、スチューデントドクター認証式を行い、4～6年次に臨床実習を行う。4年時には内科中心に32週、5年次には外科系を中心に24週と選択必修BSL2クール（8週）、6年次は選択必修BSL1クール（4週）と出身都道府県での院外BSL（都道府県拠点病院実習）4週が続く（これらが選択必修BSL計16週にあたる）。4年次に回る必修臨床科内訳は、循環器内科、腎臓内科、呼吸器内科、消化器内科、内分泌代謝科、神経内科、血液科（輸血・細

胞移植部も含む)、アレルギー・リウマチ科、精神科、救急各2週と、感染症科、臨床検査、病理診断、皮膚科、眼科、放射線科各1週、総合診療内科3週、さいたま医療センター3週である。5年次は、産婦人科、小児科、消化器・一般外科各3週、整形外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、呼吸器もしくは心臓血管外科、脳神経外科各2週、麻酔科、集中治療部、リハビリテーション科、さいたま医療センター外科系、形成外科・小児外科・歯科口腔外科・移植外科のうち2科各1週をまわる。これら以外に各都道府県での地域医療院外実習(CBL)2週、シミュレーション実習1週、地域保健実習1週が加わる(合計76週)。6年次は6月から臨床総括講義が主となるが、希望すれば選択BSL(4週、都道府県拠点病院、ただし上位半数の学生のみ)も選択できる。以上から臨床実習時間を算定すると、シミュレーション実習や地域保健実習を除いた「狭義の臨床実習(BSL)時間」は、74~78週であり、シミュレーション実習および地域保健実習や、その他の体験実習(「早期体験実習」および「地域保健福祉実習」)を含めた「広義の臨床実習時間」は、80~84週である。(資料2-26)

資料2-25: 早期に始まり長期にわたる実践的臨床医学カリキュラム

早期に始まり長期にわたる実践的臨床医学カリキュラム

・ 臨床前教育(1~3年次)

1年次	「早期体験実習」	実習(1週)	・ 患者とのコミュニケーションを体験する。
2年次	「地域保健福祉実習」	実習(1週)	・ 介護施設の体験実習にて高齢者との対人関係や福祉制度の実際を学ぶ。
2年次	「総合診断学1」	講義	・ 医療面接の基礎と患者対応について学ぶ。
2-3年次	「基礎臨床系統講義」コース	講義	・ 3年次までにすべての知識を講義形式で学習する 循環、腎臓、消化、呼吸、神経、血液、内分泌代謝、アレルギー・リウマチ、皮膚、精神医学、成長発達、運動、生殖、泌尿器、耳鼻咽喉、眼、麻酔、感染、外科
3年次	「総合診断学2」	講義・演習	・ 「症候学」、「テュートリアル」、「臨床推論」で、知識の運用方法について学ぶ。
3年次	「診断学実習1」	実習(2週)	・ 医療面接技法等を学ぶ。

・ 3年次末にCBT、OSCEを実施。その後スチューデントドクター認証式を行い、臨床実習へ。

4年次	「診断学実習2」	実習(2週)	・ 臨床および専門的技術を習得する。
4~6年次	臨床実習	実習(74-78週)	・ 4~6年次にそれぞれ32週、34週、8週、合計74週(選択により78週) ・ 都道府県での地域臨床実習2週を含める。シミュレーション実習1週、地域保健実習1週を加算すると、76-80週。 ・ 学年ごとに臨床実習の概要、予定、各科実習内容、到達目標については、モデルコアカリキュラムに則って計画され、学生はこれらを事前に知らされて、各クールの実習に臨む。 ・ クール修了ごとに試問、レポート、症例プレゼンテーションの形で、習熟度を評価される。
4~6年次	臨床講義 総括講義	講義	・ 「基礎臨床統合講義」などによる垂直統合講義を含む ・ 「高齢者医療」などを含む

- ・ 2016年からMoodle上で学生の実習態度評価を導入。→形成的評価
- ・ 4~6年次末にM4-M6総合判定試験により、総合的な医学知識の確認。→総括的評価
- ・ 6年次臨床実習終了時にPCC OSCEにて臨床技能を卒業要件として評価。→総括的評価

臨床実習期間(週数)について

学年	項目	臨床実習	狭義の臨床実習 (BSL)
1年	早期体験実習	1	-
2年	地域保健福祉実習	1	-
3年	-	-	-
4年	必修BSL	32	32
	診断学実習	2	-
	シミュレーション実習	1	-
5年	必修BSL	24	24
	必修(CBL)	2	2
	地域保健実習(保健所実習)	1	-
	選択必修BSL第1クール	4	4
	選択必修BSL第2クール	4	4
6年	選択必修BSL第3クール	4	4
	選択必修BSL第4クール	4	4
合計		80	74
6年	選択BSL 第5クール	4	4
総計		84	78

※臨床実習の定義は、低学年での患者との接触を伴う臨床現場での実習から
高学年での診療参加型臨床実習とする。

※狭義の臨床実習(BSL)の定義は、スチューデントドクター認証後ベッドサイドで実施する臨床実習とする。

各科での実習は、原則として医療チームの一員として診療参加型臨床実習を実施している。学年ごとに臨床実習の概要、グループ分け、予定、各科実習内容、到達目標（2015年度からBSL連絡協議会の教員が中心となり、各科で設定）については、モデルコアカリキュラムに則って計画され、学生はこれらを事前に知らされる。また各自が院内PHSを支給され、BSL中は効率よく院内各所での臨床経験が積めるよう考慮されている。学生は各クールの実習に臨み、クール修了ごとに試問、レポート、あるいは症例プレゼンテーションの形で、習熟度を評価される(必須7①②)。また、Moodle上で、学生の態度評価も実施し、毎月開催されるBSL連絡協議会にて、各科のBSL担当代表教員間で共有される(資料2-27)。4~6年次年度末には総合判定試験を実施し、総合的な知識を評価する。さらに6年次の臨床実習終了時にPCC OSCEを行い、卒業要件として評価している。

臨床実習の期間については、2013年度より改革を行い、2015年度から学年の学生数増加を機に選択必修BSLに、新たに出身都道府県での拠点病院等での実習4週が導入された。卒業後に研修する各都道府県拠点病院の臨床教員(地域担当)が推薦する200床以上の病院もしくは卒業生の臨床研修病院)で、大学病院内での実習では遭遇する機会の少ない一般的な疾

患について6年次に予め経験できることから、より一層卒業後を見据えた準備が可能になっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学では、他学に先駆け、1年早く臨床実習を4年次初めより開始していたが、さらに2013年度導入の新カリキュラムではこれを延長し、「狭義の臨床実習時間」においても最低74週以上の大幅な実習期間が確保された（資料2-26）。ただし本学附属病院内での実習がほとんどであり、実習内容を広げるカリキュラムの改善が必要である。更に、6年次の「選択BSL」の4週間の院外実習の申請を、成績上位半数の学生に認めているが、多くの学生が、医師国家試験準備への不安から、実習より講義を選んでいる（資料2-28）。

C. 現状への対応

2016年度からは5年次のBSLに、新たにリハビリテーション、さいたま医療センターでの外科各科（4年生で選択できなかった外科系診療科のうち一科）実習などの新クールを加え、卒後に必要な臨床実習を見直した他、外科系の臨床実習については、あえて全科を回らず、1科での実習期間を増やすことで、術前から術後までの期間に亘る患者の外科診療を学生が継続して体験できるよう工夫した。

臨床実習内容については、ともすると大学病院での高度な医療に偏りがちで、卒業後の初期研修終了後に本学卒業生が各出身地域でおかれる状況とは格差が生じる可能性もある。これまで地域医療の実践を学ぶためにCBLを実施しているが、これに加えて総合診療科での院外実習を2016年度は2日から4日に延長した。また、栃木県内の病院間で連携する「地域臨床教育センター」を2015年度に立ち上げ、地域医療にてよく遭遇する症例を経験できる院外実習先を確保するため2016年度に近隣4つの一般病院との協力体制を構築し、選択必修BSLでの各病院での学生数名の受け入れを実現した（資料2-29）。以上から、大学病院以外でのさまざまな地域医療を実習するために、CBLでは「診療所レベル」を、栃木県内の県内一般病院実習では「中核病院レベル」を、さらに出身都道府県拠点病院実習では「拠点病院レベル」の臨床実習を実施する。このように様々なレベルでの地域医療への対応能力が身につけられるようなカリキュラムが実現できた。

臨床実習は貴重な機会であることから、より魅力的なカリキュラム内容を設定し参加者の満足度を上げていく必要がある。2015年度より4年次の各臨床実習クールにおいて、学生による実習評価をMoodle上で開始した。2016年度よりすべての学年に拡大した。学生意見を取り入れたフィードバック提言を、毎月のBSL連絡協議会にて担当科代表教員に行っている（B7にて詳述）。

D. 改善に向けた計画

さらに、学生の意見も取り入れながら、カリキュラムを改善していく。質保証として2015年度導入したBSLでの「到達目標」をBSL連絡協議会でさらに改良していく。地域臨床教育センターとの連携も強めていく。

関連資料

資料2-25: 早期に始まり長期にわたる実践的臨床医学カリキュラム

必須 4①:教育要項

資料 2-26:臨床実習期間について

必須 7①:4 学年臨床実習

必須 7②:5・6 学年臨床実習

資料 2-27:平成 29 年度 BSL 連絡協議会部会名簿

資料 2-28:選択必修 BSL の現状

資料 2-29:自治医科大学地域臨床教育センター運営委員会規程等

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定め実践しなければならない。

B 2.5.2 臨床現場において、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。

A. 基本的水準に関する情報

6 年間のカリキュラムを通じて、学生が段階的に患者と接することが出来るようにカリキュラムを配置している（必須 4①）。1 年次に院内・院外で患者に付きそう「早期体験実習」、夏期休業期間には、出身都道府県に戻り地域病院・診療所に出向く「夏期実習」（各都道府県により運営、各学年で参加）を実施している（資料 2-22）。2 年次には、演習形式で患者の立場を体験する「対人援助の知識と実践」、保健福祉施設へ出向く「地域保健福祉実習」、3 年次には、講義形式で緩和ケアのスタッフによる NBM について学ぶ。これらを踏まえて、臨床実習は、2 週の診断学実習後に、4 年次 32 週、5 年次 32 週、6 年次 8 週、これに 4 年次の「シミュレーション実習」1 週、5 年次の「地域医療院外実習(CBL)」2 週、「地域保健実習」1 週が加わり、実習総数は 80 週を超える（資料 2-26）。臨床実習においては、各診療科（一部院外）の入院・外来患者と接する他、模擬患者との医療面接トレーニングも行う。診療参加型の BSL が推奨される中、各科ではチームに配属されて病棟を回る形が定着してきた。一方、チームごとの実習内容の違いや、学生カルテ（病院カルテとは別系統）の使用など、現場ではまだ解決すべき問題はある。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

臨床実習に最大 84 週（BSL で最大 78 週）という十分な期間が確保されている。実習の形態も様々であり、学生は多様な実習経験を積むことが可能である。診療参加という面でも、本学は開学以来、臨床技能を学生に率先して経験させる学風があり、各科がそれぞれに工夫を凝らしてきた。ただし、各科の実習内容は科目責任者に全面的に委任され、これまであえて内容にまで踏み込んだ連携という視点は少なかった。医療の高度化に伴い、学生の学力と実習内容とのギャップも拡大してきており、学生の立場に立った臨床実習への見直しも必要になってきている。

C. 現状への対応

BSL 連絡協議会（資料 2-27）が中心となり、各科からの意見を基に各科の到達目標を作成し、2016 年度から学生への事前提示を開始し、実習中の習得を確認できる形とした。加えて、改革の定着による臨床実習の質向上に向けて、これまで回覧で行っていた学生の情報共有を Moodle に変更した。様式も改め、記録解析を毎月の会議で行っている。2016 年度（一部は 2015 年度）から学生・科目責任者によるカリキュラム評価も導入している。学生からの意見も協議会で共有しはじめた。

D. 改善に向けた計画

学生、教員による評価など IR 部門にすべての情報を集約し、カリキュラム評価部会で検討し、学生・科目責任者による現状評価を活かしながら、到達目標の一層の適正化と学生への評価のフィードバック、目標の確実な定着を目指す。

関連資料

必須 4①:教育要項

資料 2-22:都道府県夏期実習実施状況および東京都夏期実習（参考例）

資料 2-26:臨床実習期間について

資料 2-27:平成 29 年度 BSL 連絡協議会部会名簿

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定め実践しなければならない。

B 2.5.3 健康増進と予防医学の体験

A. 基本的水準に関する情報

健康増進と予防医学は、地域医療の重要な学習目標である。2013 年度からの本学のカリキュラムでは、地域における総合医を養成する本学使命に基づき、柱となる地域医療学系科目を全学年に配置し、系統的、段階的に学んでいく形になっている（必須 4①、B2.6.1 後述）。1～2 年次に「地域福祉と社会学」にて地域福祉について基礎知識を得た後、「地域医療学総論」にて概観、「地域医療学各論 1」にて家庭から地域までの医療、町づくり、健康づくりについてを学ぶ。3 年次に「疫学」、「地域医療学各論 2」、「環境医学」、4 年次の「総合医療から考える高齢者医療」の中でも地域包括ケアなどについての学習を配置、5 年次の「地域医療学各論 3」および「公衆衛生学」、6 年次の医療政策などの総まとめとした「地域医療学各論 4」で修了となる。講義と平行して、「早期体験実習」、「地域保健福祉実習」、「疫学（実習）」、「環境医学実習」、「地域医療院外実習（CBL）」、「保健所実習」などの実習を配置することで、知識がきちんと現場で体得できるように配慮されている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

体系化された地域医療学系のカリキュラムを通して、健康増進と予防医学についても効果的なカリキュラムが組まれている。2013年度よりカリキュラム改定を行い、地域医療・社会系の科目については、実習と連動した講義の配置を整えた。さらなる改善も検討していく。

C. 現状への対応

2017年度から、5年次の「地域医療院外実習（CBL）」前の1学期に一部の臨床講義に代えて「地域医療学各論3」を新規に導入した。6年次の「総合医療2」を「地域医療学各論4」へ改定した。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム部会、社会・地域医療系カリキュラム改善WGを中心に、学生にとって理解しやすい段階的カリキュラムについて引き続き議論、検討していく。

関連資料

必須4①:教育要項

B 2.5.4 重要な診療科で学習する時間を定めなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

重要な診療科での実習期間は、内科21（+3）週、外科6（+3、さいたま医療センターでの実習が内科か外科かで分かれる）週、精神科2週、総合診療科・家庭医療科3週（5年次全員が行う地域医療院外実習を含めると+2週）、産婦人科3週、小児科3週となっている。内科についてはこの内4週は、6年次出身都道府県拠点病院での院外実習となっている（必須7①②）。さらに、5、6年次の選択必修BSLの院外実習以外の3-クール（12週）についても、内科を選択する学生が多い。また、外科については2015年度までは全科を回っていたが、2016年度からは、心臓血管外科か呼吸器外科かのいずれか、移植外科、歯科口腔外科、形成外科、小児外科のいずれか2科をローテートする形にし、1科あたりの実習期間を2倍にすることで、術前から術後まで連続して深く診療に関われるよう配慮した。この他、本学の卒業生は、卒後一人で診療所を任される場合もあり、整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科などについても十分な実習時間を割いている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

重要とみられる診療科について、十分な実習期間をとっている。とはいえ、2016年度より学生数の増加から、小児科、産婦人科については実習期間を4週から3週に減らさざるを得なかった。代わって、リハビリテーション科、さいたま医療センターでのマイナー外科等の実習を加え、より現実的実践的な臨床実習になるよう、限られた期間の中で工夫をしている。

C. 現状への対応

状況に応じて、カリキュラムの編成を変更している。臨床実習カリキュラムについては、学生・科目責任者からの評価を導入し、情報を IR 部門に集約、教務委員会のカリキュラム部会、カリキュラム評価部会で検討する形とした。特に、実習内容をより学生にとって有意義なものとするため、学生からの評価は、評価部会で解析し、即時に BSL 連絡協議会、教務委員会、FD 等に還元できる形にしている。

D. 改善に向けた計画

IR 部門の情報解析にて、期間、内容については効果判定をカリキュラム評価部会で検討していく。

関連資料

必須 7①:4 学年臨床実習

必須 7②:5・6 学年臨床実習

B 2.5.5 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。

A. 基本的水準に関する情報

全学生、全教職員の健康管理は本学保健センターが行っている（資料 2-30、2-31）。全学生に年 1 回の健康診断を義務付け、インフルエンザ、肝炎ウイルス、破傷風、麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎等の予防接種を無償で実施し、まずは自身の健康への意識を高めている。1 年次の「早期体験実習」に先立っては、患者安全についてはオリエンテーションを行っている。3 年次にも「基礎臨床系統講義」の「感染」の中で、医療関連感染症について、「地域医療学各論 2」の中で、BSL での行動、医療安全、ハラスメントについての講義計 7 コマがある。また、臨床実習に先立ち、「診断学実習 2」において、手洗い実習（ガウンテクニックを含む）、シミュレーターを用いた採血手技実習などを行う（必須 4①）。臨床実習においては、「学生の医行為水準」を周知してこれを守らせるとともに、各自に手指消毒用のアルコールを携帯させるなど感染症・予防対策のための清潔指導を徹底している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

早期から患者に接する実習機会を設け、講義やシミュレーターを用いた実習も行っている。本格的な学習は、臨床実習に入ってから、個々の病棟での指導となるが、特に大きな事故は起きていない。とはいえ現状では、学生ごとの習熟度まではきちんと評価・把握できていない。

C. 現状への対応

2016 年度より臨床実習で Moodle 上に、実習態度や技能に問題がある学生については、記載して記録に残し、他科とも共有できる形にした。患者安全への配慮に問題がある場合に早期に明らかにし、改善を促す形を目指している。

D. 改善に向けた計画

学生についての評価情報は経時的に保存し、IR 部門にて解析を行うことで、カリキュラム改善に活かしていく。

関連資料

資料 2-30:健康管理事業計画

資料 2-31:定期健康診断受診状況

必須 4①:教育要項（診断学実習）

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。

Q 2.5.1 科学、科学技術および臨床医学の進歩

A. 質的向上のための水準に関する情報

臨床実習はその殆どが、特定機能病院である本学附属病院およびさいたま医療センターにて行われており、科学的、技術的、臨床的進歩を取り入れることは十分可能である。例えば、次世代シーケンサーを用いた新型出生前診断法（NITP）、タンデムマス法を用いた先天代謝異常マスキング法などの新規診断法、遺伝子診断を利用したパーソナル医療、遺伝子治療、重量子線治療や免疫療法などの新規癌治療、ダヴィンチなどを用いた新手術法、再生医療などの治療法の開発等の臨床医学の近年の進歩については、これらについてカリキュラム内で随時触れるなどしている。他方、地域医療実習を担当する各都道府県の臨床教員についても、年に一度講習会を受講させ、質の担保を行っている。2015 年度から、学生には各クール修了時に、実習への評価を Moodle 上で行ってもらい、各実習責任者からも実習内容の評価を開始し、自己点検が行われる形にした。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

これまでカリキュラムの具体的な内容については、科目責任者に一任していた。臨床実習のシラバスは毎年改定していて進歩が取り込める状況にある。また、2016 年度よりカリキュラム評価部会を教務委員会におき、カリキュラム評価内容を科目責任者にフィードバックし改善を促すシステムを導入した。

C. 現状への対応

IR 部門が 2016 年 1 月に立ち上がり、各種評価情報が集まる体制が整った。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム評価部会の中に運営会議を設置し、学生、第三者、卒業生などのより広範な意見を反映できる形を目指す。科学、科学技術や臨床医学の進歩をいかに汲み取るか、またこれらカリキュラムにいかに関与させるかを検討する必要がある。評価情報については、さらに IR 部門で蓄積し、教務委員会のカリキュラム評価部会にて検討し、カリキュラム部会へ提言していく。

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。

Q 2.5.2 現在および、将来において社会や医療制度上必要となること。

A. 質的向上のための水準に関する情報

2013年度からカリキュラム改定を行い、学生にとって学びやすい形となるよう、適宜調整、修正を行っている。臨床医学についても、診療参加型実習の質向上のため、2年次の「総合診断学1」による臨床医学への導入学習、3年次の「総合診断学2」において「症候学」、「臨床推論」を創設し、また臨床実習においては、2015年度から4年次、2016年度からは5年次のBSL クール科目・期間を大幅に増やしたことで、卒業時の質保証を求める社会への変化には適応している。臨床前基礎医学および、行動医学教育においても、最新の高度医療への理解・対応を学習する一方で（Q2.3.2、Q2.4.2）、臨床医学では大学病院とは大きなギャップのある地域での診療実践能力を高めるため、4年次では一般総合病院への院外実習を増加、4年次から5年次への「集中治療・麻酔」の移行、「リハビリテーション医学」1週の新設、外科ローテーションの一部選択制の導入による1科の履修期間の延長（1から2週へ）、これに伴う小児科・産婦人科のクール期間減少などを行った。臨床実習と平行して実施している臨床講義については、2016年度「総合医療から考える高齢者医療」8コマを導入した。5年次からの総括講義には、災害医療、老年医学を加えている。新カリキュラムで新たに加わったものに、移植医療における法整備やネットワーク体制、災害医療における医療倫理問題、高齢地域社会における地域包括ケア、高額医療における医療倫理や医療政策などがある。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

B.2.1.1に記載したように、2013年度から新カリキュラム導入を行ってきた。適宜必要な点を変更できる体制ができている。新カリキュラム導入4年を過ぎ、低学年のカリキュラムについては、見直しの時期を迎えている。社会的ニーズは、地域医療学センター、地域臨床教育センター、自治医科大学附属病院、さいたま医療センター、とちぎ子ども医療センター、臨床研究支援センター、卒後指導部、地域医療推進課などから汲み取ることが可能である。幸い新カリキュラムに移行後、留年・仮進級学生の減少、CBT合格率の増加がみられており、効果はあがっている（必須14、資料2-32、必須15）。今後統合カリキュラムの大枠を残しつつ、より改善に努めていく。

C. 現状への対応

教務委員会のカリキュラム部会組織を変更しながら、柔軟なカリキュラム改善を実施している。BSLについては、臨床系（BSL・臨床講義）カリキュラム改善WGとBSL連絡協議会、カリキュラム評価部会との連携を密にし、よりいっそう医療ニーズを汲み取る体制ができつつある。

D. 改善に向けた計画

情報を IR 部門に蓄積し、教務委員会のカリキュラム評価部会にて検討し、カリキュラム部会へ提言していく。医療へのニーズは、全国の地域で、また海外の地域で存在する。国内や海外の地域特性を考慮した保健、国際保健を視野に入れたカリキュラム作成の検討を、カリキュラム部会、教務委員会、医学教育センターにて行う必要がある。

関連資料

必須 14: 学年別留年者数

資料 2-32: 学年別仮進級者数

必須 15: 共用試験 CBT に関する成績推移 (平成 24 年度～平成 28 年度)

Q 2.5.3 全ての学生が早期から患者と接触する機会を持ち、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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

臨床実習前より様々な機会を設けている。1 年次 1 学期に医療現場への Early exposure である「早期体験実習」、2 年次の「地域保健福祉実習」により、学生には臨床実習前に患者と接触する機会が設けられている。この他にも夏期休業ごとに出身都道府県で「夏期研修」の形で地域における診療実習見学を体験し、医学生としての動機づけを強めている (B2.5.2 参照)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

それぞれに適切なオリエンテーションを配しながら、段階的な患者診療への参画が図られている。

C. 現状への対応

適切な順序でかつ十分な時間数が配置されていると考えられ、現カリキュラムで十分効果が上がっていると考えられる。

D. 改善に向けた計画

今後必要が認められた場合には変更していく。

関連資料

なし

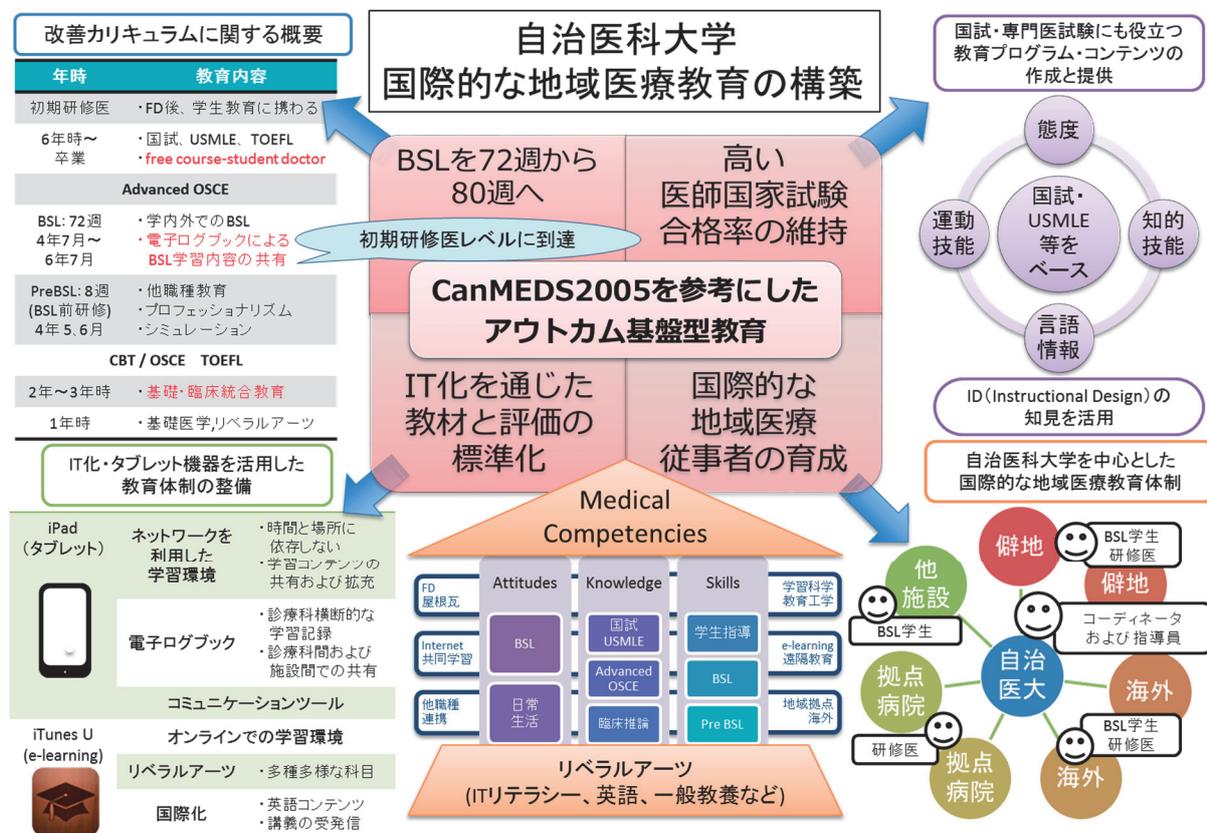
Q 2.5.4 教育プログラムの進行に合わせ、さまざまな臨床技能教育が行なわれるように教育計画を構築すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

「臨床医学 1」コースでは、臨床実習に先立ち、2年次に「総合診断学 1」にて医療面接について講義、3年次に「診断学実習 1」、4年次に2週「診断学実習 2」を行っている。また4年次の内科系臨床実習終了後、外科系実習開始までの間に、シミュレーション実習を実施している。臨床技能については、実習中も「学生の医行為水準」に基づき、積極的に学生へ実践への指導が行われている。2013年度から6年次に臨床実習修了時に Post-CC OSCE を、卒業要件として実施し、技能の体得を確認している（資料 2-33）。Post-CC OSCE については、医学教育センターOSCE 部会が管理・運営している。

また、文部科学省大学改革推進事業「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」に係る本学の事業「国際的な地域医療教育の構築」の補助金により、各学生には iPad が配布された。実習における症例や技能記録を学生本人が残せるようになっている他、Moodle を用いた評価記載などにも活用され、実習定着に役立っている（資料 2-34、挿入）。各自に院内 PHS を配布し、臨機応変に学生が院内での技能研修にあたるよう工夫している。

資料 2-34：「国際的な地域医療教育の構築」概要図



B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

様々な技能習得が工夫されている。ただし、臨床現場での学生が患者の処置を体験する機会は限られており、よりシミュレーターを活用した複雑な技能習得の機会も必要になると考えられる。学生の中には、自主的にシミュレーションセンターを使用する活動も見られる（JMSS: Jichi Medical Study Session）（資料 2-35）。

C. 現状への対応

臨床実習の中でのシミュレーションセンターの利用を推進しているが、まだ十分ではない。外科系実習のより一層の充実を目指し、2016年度にシミュレーション教育検討WGを立ち上げた（必須10）。WGでは、4年次シミュレーション実習の計画・運営を行う他、実習へ取り組む工夫を検討している。

D. 改善に向けた計画

Post-CC OSCE の評価内容を向上させることで、臨床実習でのシミュレーター利用を促す方向で検討中である。

関連資料

資料 2-33: Post-CC OSCE 資料

資料 2-34: 「国際的な地域医療教育の構築」概要図

資料 2-35: JMSS (Jichi Medical Study Session) 活動実績

必須 10: 教務委員会組織図

2.6 プログラムの構造、構成と教育期間

基本的水準:

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構成し、教育範囲、教育内容、教育科目の実施順序を明示しなくてはならない。（B 2.6.1）

質的向上のための水準:

医学部は、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垂直的（連続的）統合（Q 2.6.2）
- 教育プログラムとして、中核となる必修科目だけでなく、選択科目も、必修科目との配分を考慮して設定すること。（Q 2.6.3）
- 補完医療との接点を持つこと。（Q 2.6.4）

注釈:

- [水平的統合]の例には、解剖学、生化学および生理学などの基礎医学の統合、消化器

- 系の内科と外科の統合、腎臓内科学と泌尿器科学との統合などが挙げられる。
- [垂直的（連続的）統合]の例には、代謝異常症と生化学の統合、循環生理学と循環器内科学との統合などが挙げられる。
 - [必修科目と選択科目]とは、必修科目と選択必修科目および選択科目との組み合わせを意味する。
 - [補完医療]には、非正統的、伝統的、代替医療を含む。

B 2.6.1 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構成し、教育範囲、教育内容、教育科目の実施順序を明示しなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

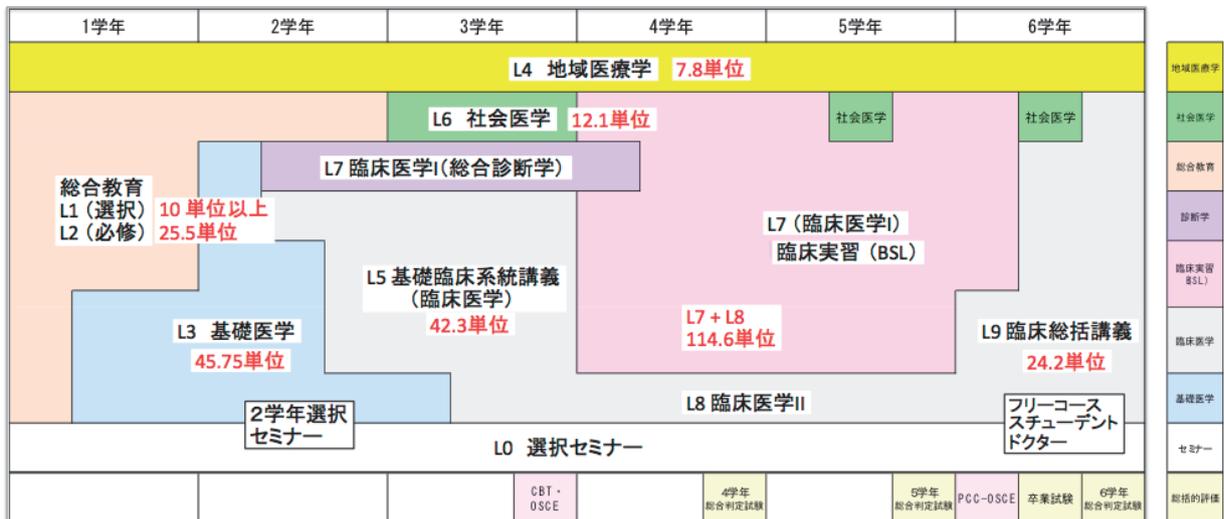
基礎医学、行動科学、社会医学及び臨床医学の科目内の関連の詳細については B2. 1. 3、B2. 4. 1、B2. 4. 2 および B2. 5. 1 に記した。特に本学ではこれに地域医療系が加わり、行動科学や社会医学と一体となった形で、80 週をこえる臨床実習とともに、大きな配分をとってカリキュラム上に配置されている。

B2. 1. 1 に記したように、カリキュラムは、L0 から L9 までの 10 のコースが置かれ、教育要項に記載されている。コース及び単位数は「総合教育（必修、選択）」（必修 25.5 単位、選択 10 単位以上）、「基礎医学」（45.75 単位）、「地域医療学」（7.8 単位）、「基礎臨床系統講義」（42.3 単位）、「社会医学」（12.1 単位）、「臨床医学 I, II」（114.6 単位）、「臨床総括講義」（24.2 単位）、「選択セミナー」があり、それぞれのコースに複数の科目が配置される（資料 2-5、資料 2-36、挿入）。

資料 2-36: プログラムの構造、構成と教育期間

プログラムの構造、構成と教育期間

カリキュラム概略図



1～6年次までのカリキュラムにおける教育範囲、教育内容、教育科目の実施順序については、教育要項主冊、別冊（必須4①②③、必須7①②）に明示され、時間割、評価方法についてはそれぞれHP、「成績評価の手引き」にて事前に学生に周知される（資料2-37、資料2-1）。

本学のカリキュラム構成の最大の特徴は、全学年に亘り地域医療に関する様々な講義と実習を配置し、本学ミッションの3番目にあたる地域医療に関して広く深く理解し、地域医療において指導的役割をはたす能力を段階的に習得する構成となっていることである（B2.1.1参照）。これを実現するために、1年次から6年次まで、「地域医療学」コースのみならず、時系列的に「総合教育」、「社会医学」、「臨床医学」コースと連動して、それぞれの科目が水平統合、垂直統合するように配置されている。以下に、地域医療学に関連した科目配置の一覧とミッション①～③との関連に示す（資料2-38、挿入）。

資料2-38:地域医療学の全学的な教育カリキュラム一覧

地域医療学の全学的な教育カリキュラム一覧

* 医学部ミッションに基づく要素：①人間教育、②医学知識と臨床技能、③地域医療貢献

学年	学期	科目	総合教育系	地域医療系	社会医学他	内容	要素*
1学年	1-2学期	医学概論	○			(講義・演習)クリティカルシンキング、情報リテラシーとクリティカルリーディング、PBLの基礎(一次資料の当たり方)、論文の読み方、ディスカッションの仕方、プレゼンテーション	①
	1-2学期	思考のプロセス	○			(講義・演習)アサーティブ法、ソーシャルスキルトレーニング(SST)、レジリエンス、サーバンドリダー、NBM、ソーシャルネットワークとの対話、緩和ケアPBL	①
	1学期	早期体験実習		○		(病院実習)患者の立場での思考、SST	①、③
	2学期	地域医療学総論		○		(講義)	③
	2学期	心理学概論	○			(講義)パーソナリティ、ストレス、動機付け・学習、対人関係・対人コミュニケーション	①
	2学期	思考の整理	○			(演習)クリティカルライティング	①
2学年	3学期	医療と哲学	○			(講義)動機付け、プロフェッショナリズム	①
	2学期	夏期実習		○		(任意)各都道府県での僻地医療体験	①、②、③
	2学期	地域医療学各論1		○		(講義)家庭医療	②、③
	3学期	対人援助の理論と実践	○			(講義・演習)自己理解と他者理解、面接法と傾聴、アサーショントレーニング、五感の活用とコミュニケーション、伝える技術・聞き出す技術	①、③
	3学期	保健福祉実習		○		介護施設実習	②、③
3学年	3学期	医学英語	○			(講義)英語論文の読み方、クリティカルリーディング	①、②
	1学期	疫学			○	(講義・実習)	②、③
	1-2学期	環境医学			○	(講義・実習)	②、③
	1-2学期	総合診断学2		○		(講義・演習)(統合科目)テュートリアル(PBL)、臨床推論、症候学	②
	2学期	地域医療学各論2		○		(講義)プロフェッショナリズム、医療倫理学、緩和ケア、医療安全、臓器移植	①、②、③
4,5学年 5学年	3学期	法医学			○	(講義・実習)	②、③
		BSL(4,5年) 選択必修BSL(5年)		○	○	EBMに基づいた病院実習	②、③
	1学期	緩和ケア			○	(講義)	①、②、③
	1学期	地域医療学各論3		○		(講義)地域包括ケアの理論と実際	①、②、③
	1学期	CBL		○		各都道府県の地域における病院実習・僻地医療の実際	②、③
6学年	2学期	公衆衛生学			○	(講義)	②、③
	2学期	地域保健実習			○	保健所実習	②、③
	1学期	都道府県拠点病院 実習(選択必修BSL)		○		(実習)各出身都道府県の拠点病院において臨床実習、地域医療のニーズ	②、③
	2学期	地域医療学各論4		○		(講義・演習)ブレインストーミング、リーダー論、多職種連携	①、②、③

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム構成は、相互に適切な関連と配分をとって、内容も明示されている。2013年度からのカリキュラム改定は2017年度に全学年に及んだ。今後は、学生やカリキュラムへの各種評価を基に現状把握を行い、更なる改善を実施していく。

C. 現状への対応

2015年度より学生による科目・カリキュラムの評価、2016年度より教員によるMoodleベースの学生評価（態度評価を含む）が開始された。科目責任者によるカリキュラム評価も開

始され、カリキュラムおよび評価のフィードバックが迅速に行われるようになった。既に低学年カリキュラムについては、2017年度から見直しが実施された（B2.4.1参照）。

D. 改善に向けた計画

フィードバック後の改善について、カリキュラム評価部会で検討していく。

関連資料

資料 2-5: 自治医科大学医学部授業科目の履修方法、授業科目修了の認定、単位の授与、試験、進級及び卒業の取扱いに関する規程（P24）

資料 2-36: プログラムの構造、構成と教育期間

必須 4①: 教育要項

必須 4②: 教育要項（別冊）総合教育選択科目

必須 4③: 選択セミナー要項

必須 7①: 4 学年臨床実習

必須 7②: 5・6 学年臨床実習

資料 2-37: M1～M6 時間割

資料 2-1: 成績評価の手引き

資料 2-38: 地域医療学の全学的な教育カリキュラム一覧

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。

Q 2.6.1 関連する科学・学問領域および課題の水平的統合

A. 質的向上のための水準に関する情報

カリキュラム改定に伴い、学生にとって学びやすいをコンセンサスに科目の調整・配置を行った（必須 4①）。段階的な学習ができるよう、カリキュラムの配置を工夫している同じ時期に実施し、試験を同じ試験期間内に置くなどして、「生化学」と「人類遺伝学」、「発生学」と「解剖学」と「組織学総論」、「組織学各論」と「植物性機能生理学」、「神経解剖学」と「動物性機能生理学」の学習における水平的統合が図られることが期待されている。また、臨床系の講義である「基礎臨床系統講義」コースの内科系の講義が修了した段階で、「症候学」、「テュートリアル」、「臨床推論」を同時並行で実施している。臨床実習が始まると、週 1 回のペースで各科からの「臨床講義」があり、特に 4 年次 1 学期は「総合医療から考える高齢者医療」を BSL の合間に学ぶ形になっている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

科目の配置について、工夫がなされ連携は図られてきている。とはいえ、シラバス内容の細部では必ずしも時期が一致していない。

C. 現状への対応

カリキュラム評価をフィードバックすることで、科目間の連携が一層図られることが期待される。特に基礎系は、社会基礎医学系連絡会議という非公式の会議で、教員が一同に介し教育について論じる機会があり、これらを意識的に活用していく。各科 BSL についても BSL 連絡協議会の活用が期待され、出席教員の意識改革が進んできている。

D. 改善に向けた計画

フィードバック後の連携改善について、カリキュラム評価部会で評価・検討していく。

関連資料

必須 4①:教育要項

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。

Q 2.6.2 基礎医学、行動科学および社会医学と臨床医学の垂直的(連続的)統合

A. 質的向上のための水準に関する情報

B2.6.1 に前述したように、カリキュラム全体が地域医療学を軸として、1～6 年次に亘って連続的に統合されたカリキュラムとなっている。行動科学、社会医学は、1、2 年次の「総合教育」、通年の「地域医療学」、3～6 年次の「社会医学」コースの中で、実習と連動させながら、段階的にカリキュラムを織り込んでいる。総合教育・基礎医学と臨床医学の関連についても、1 年次の「生命科学 1, 2」で、一部臨床教員と一緒に演習を行い、学生に臨床との関わりを意識させるように努めている。3 年次「基礎臨床系統講義」の後半には、「総合診断学 2」と平行して「地域医療学各論 2」および「疫学」で EBM の基礎や医療安全を学び、5 年次 1 学期「地域医療学各論 3」で地域医療の実践に必要な知識を学ぶ。「各論 3」の単位履修直後、夏期 2 週間を学生は出身都道府県の僻地診療所レベルの医療施設で「地域医療院外実習」として臨床実習を行うことで、社会医学との垂直的連携が図られることになる。4 年次 3 学期 5 年次に始まる外科系 BSL の前には、「シミュレーション実習」にて臨床倫理学を配置することで、円滑に臨床実習がつながるカリキュラムとなっている。また、4、5 年次には基礎系と臨床系の教員が共同で行う「基礎臨床統合講義」8 コマが設けられ、改めて臨床医学を基礎医学の立場から学び直す機会となっている(必須 4①)。基礎・社会系の教員も多くが兼務の形で臨床にも関わっていることから、臨床医学を意識した教育は、カリキュラム全体に浸透している。さらに、学生には年度初めの各学年の教務委員会オリエンテーションに際し、これらのつながりが学生に認識できるように指導している(資料 2-39)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

科目の配置について、工夫がなされ効果を上げている。現行カリキュラムになって流れがより一層分かりやすくなった。しかしながら、それぞれの内容については、シラバスで解る程度であり、長期的な効果については今後の課題である。

C. 現状への対応

カリキュラム評価をフィードバックすることで、科目間の内容連携が測られることが期待される。

D. 改善に向けた計画

フィードバック後の改善について、カリキュラム評価部会で検討していく。

関連資料

必須 4①:教育要項

資料 2-39:2~6 学年教務委員会オリエンテーション資料

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。

Q 2.6.3 教育プログラムとして、中核となる必修科目だけでなく、選択科目も、必修科目との配分を考慮して設定すること。

A. 質的向上のための水準に関する情報

医学部のカリキュラムはほとんどが必修であるが、これら必修科目と並行し、学生への自由な学習を促進するために「選択セミナー」を少人数教育の形態をとって全学年に設定している（必須 4③）。セミナー履修状況を示す（資料 2-40、挿入）。「選択セミナー」に加え 2016 年度より、2 年次に集中セミナーとして「2 学年選択セミナー」を設け、低学年から学生の自主性に基づいた、より専門性の高い学習を促した。「2 学年選択セミナー」は、2 年次 9 月に行われる集中セミナーであり、特論、実習、演習の形式に亘る様々な科目が選択でき、より高度な知識や研究の態度が学べる機会となっている（必須 4③）。

「臨床実習（必修 BSL）」は、4 年次で主に内科系臨床科、5 年次で外科系臨床科の科をローテートする。さらに 5 年次の終わりから 6 年次の 1 学期に亘り「選択必修 BSL」として学生が希望する診療科、国内院外医療機関、海外医療機関、本学先端医療技術開発センターなどを 4 週ずつ 3 クール（計 12 週）ローテートする。第 4 クールに出身都道府県拠点病院実習を履修した後、第 5 クールについては、一定以上の成績上位者は、講義か臨床実習かを選択することができる。また、6 年次には選択科目として、希望する任意の学生に外科教員による解剖体を用いての実習「臨床解剖学」を設けている。一方、10 名ほどの成績上位の学生には 6 年次の半年間に亘り、学生自身が自分のカリキュラムを自由に組むフリーコース・スチューデントドクター（選択実習）が設けられており、附属病院、国内学外病院、海外の大学・医療機関、また基礎医学研究施設などで学ぶ機会が提供されている。

2011 年度に本学で先駆的に導入した 6 年次フリーコース・スチューデントドクターコースは、5、6 年次共通問題の年度末総合判定試験において、6 年生の平均点以上を修めた 5 年生に対し、本人の申請と面接に基づき、6 か月間の自主カリキュラムによる実習を履修するもので、当該学生に対しては、総括講義への出席と卒業試験を免除する（資料 2-16）。一部の「臨床総括講義」に代わり、約半年間の学生の自主的で自由度が高く、より専門性の高い実習が選択可能となっている。本コースを受講した学生のほとんどが国内の複数の専門病院で

の臨床実習や、国外の病院研修や学会参加などを経験する。また、選択必修 BSL に合わせて「海外 BSL」制度があり、希望者は面接審査の後、アメリカカリフォルニア大学やタイチュロンコン大学などでの 4 週の臨床実習を実施する。この時期に国際医学生連盟の海外交換留学制度を利用して臨床実習を経験する者もいる（資料 2-41）。

医療のグローバル化の中、学生の英語能力については、2013 年度から 2014 年度にかけて全学生に TOEFL-ITP 試験を実施した（資料 2-42）。その結果、入学時の英語能力はその後低下し、3 年次で最も低く BSL 開始に伴って再び上昇することが確認された。以後 4 年次秋に TOEFL-ITP 試験受験を全員に実施している。他学年学生についても希望者に無償で受験を認めている。英語学習については学生により意欲に大きな開きがあることから、選択の形で希望者に機会を提供している（資料 2-43）

資料 2-40: 選択セミナー履修状況

	セミナー番号	選択セミナーテーマ	対象学年	M1	M2	M3	M4	M5	M6	履修人数
1	4	「地域」と「福祉」を考える	全学年	2		2	1	3		8
2	5	文化人類学研究	全学年	1				1	1	3
3	11	教養としての映画セミナー	全学年	3		6				9
4	15	護身術	全学年	4	6	2	1	1		14
5	23	系統発生学	全学年	1						1
6	25	今知りたい心理学	全学年	2						2
7	26	人体の立体構造	2～6		2	5		3		10
8	30	脳とストレス	全学年		2			1		3
9	31	糖尿病／神経内分泌	全学年		1			1		2
10	35	症例から学ぶ生化学	全学年				1			1
11	37	病原細菌における抗菌薬耐性	全学年	1		2				3
12	46	1枚の心電図から疾患を考える	2～6		5	5	9	12	4	35
13	47	不整脈ケースカンファレンス	4～6				1	2		3
14	48	電解質輸送セミナー	3～6					4		4
15	49	消化器内科臨床実技セミナー	3～6				2	5	5	12
16	54	遺伝子から美容まで	3～6				1		1	2
17	62	医者の魂を学ぶ	4～5					4		4
18	63	臨床論文の書き方(⇒心臓血管外科の現況)	4～6		2					2
19	65	先天性心疾患を理解する	全学年					1	2	3
20	67	脳神経外科を楽しむ	全学年		1				1	2
21	68	プライマリーケアに欠かせない運動器疾患を学ぶ	4～6					2	1	3
22	75	患者急変対応	全学年		1			1		2
23	77	超音波診断の論理と実践(エコーゼミ)	5					15		15
24	78	検査値から読み解く病態生理学	5					6		6
25	87	内科鑑別診断のポイント	5～6				5	7		12
26	88	uSMLE対策コース	4～6					1		1
27	89	現象学で読み解く、医師になるための自己調整学習	1～5				1			1
28	94	緩和ケア入門「緩和ケアいろは歌」を読み解く	全学年					4		4
29	96	わが国における医療の現状分析と将来展望	全学年	3	1	6	1	2	1	14
30	97	医療政策の視点から地域医療の問題を考える	全学年				2	2		4
31	101	臨床推論を学ぶ	2～6		1		3	5		9
32	104	医事法の基礎を学ぶ	全学年				2			2
33	109	炎症・免疫学入門	全学年		2			1		3
34	115	登山医学	3～6					1		1
合計人数				17	24	28	30	85	16	200

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

選択セミナーを中心に、多様な選択カリキュラムが組まれている。選択セミナーが100を超える一方、実働しているセミナーは一部で、学生への認知度は十分ではない。選択必修BSLについては、プログラムが各科の裁量となっている（必須7②）。ローテーション希望調整は学生カリキュラム委員が自主的に行っている。海外BSLやフリーコース・スチューデントドクターに応募する熱心な学生がいる反面、必要最小限で切り抜けるような学生もいる。

C. 現状への対応

選択セミナーについて低学年から関心、実体験を増やす目的で、2016年度カリキュラム枠内に「2学年選択セミナー」を新設した。選択必修BSLについては、選択肢を広げるために地域臨床教育センターの協力を得て、地域一般病院での実習も開始した。学生には好評である。今後の医学英語教育についても議論すべく、教務委員会英語教育部会を2017年度立ち上げた（必須10）。

D. 改善に向けた計画

2年次でのセミナー履修率、その後の他のセミナーの受講動向を検討し、効果を判定する。地域一般病院での症例を経験する手段として、今後も地域臨床教育センターと連携し、県内の連携病院での実習も広げていく。

関連資料

必須4③: 選択セミナー要項

資料2-40: 選択セミナー履修状況

資料2-16: フリーコース・スチューデントドクター実習報告書

資料2-41: 海外BSL

資料2-42: TOEFL-ITP 試験結果

資料2-43: 英語関連セミナー、講義リストならびに履修学生数

必須7②: 5・6学年臨床実習

必須10: 教務関係委員会の組織図

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。

Q 2.6.4 補完医療との接点を持つこと。

A. 質的向上のための水準に関する情報

補完医療としては、1年次総合教育「思考のプロセス」の中での「西洋医学と漢方」において漢方医による講義・討議1コマに始まり、4年次の臨床講義で東洋医学について3コマの講義がある（必須4①）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

臨床実習前と後でそれぞれコマを確保している。特に批判はない。

C. 現状への対応

すぐに変更する予定はない。

D. 改善に向けた計画

今後の社会情勢に応じて検討していく必要がある。

関連資料

必須 4①:教育要項（「思考のプロセス」）

2.7 プログラム管理

基本的水準:

医学部は、

- 学長・医学部長など教育の責任者の下で、学修成果を達成するために、教育カリキュラムの立案と実施に責任と権限を持つ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には、教員と学生の代表を含まなくてはならない。（B 2.7.2）

質的向上のための水準:

医学部は、

- カリキュラム委員会を中心にして、教育カリキュラムの改善を計画し、実施すべきである。（Q 2.7.1）
- カリキュラム委員会に教員と学生以外の教育の関係者の代表を含むべきである。（Q 2.7.2）

注 釈:

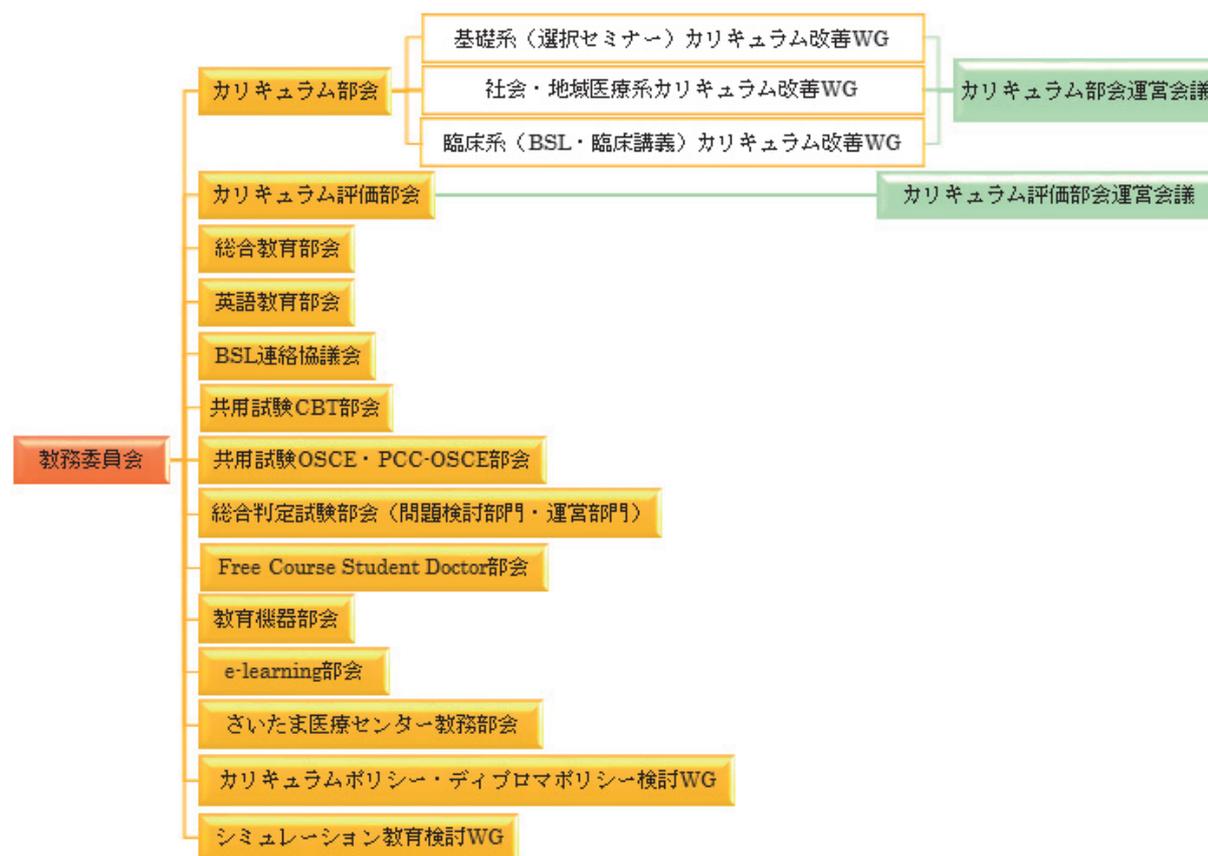
- [権限を有するカリキュラム委員会] は、特定の部門や講座における個別の利権よりも優位であるべきであり、教育機関の管理運営機構や行政当局の管轄権などで定められている規約の範囲内において、カリキュラムをコントロールできる。カリキュラム委員会は、教育方法、学習方法、学生評価およびカリキュラム評価の立案と実施のために裁量を任された資源について配分を決定することができる。（領域 8.3 参照）
- [他の教育の関係者] 注釈 1.4 参照

B 2.7.1 学長・医学部長など教育の責任者の下で、学修成果を達成するために、教育カリキュラムの立案と実施に責任と権限を持つカリキュラム委員会を設置しなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

学長・医学部長（兼任）の下に置かれた教務委員会は、学事課教務係と連携して、教学の最高機関として、カリキュラムの改革および教育立案を行っている。組織図に示すような部会を束ね、医学教育センター、情報センターと連携しながら教育の立案、実施、管理を行っている（必須 10、挿入）。中でも、カリキュラム部会については、2012 年度より下位に複数のカリキュラム改善 WG を置き、2013 年度からの新カリキュラムの立案、改革を主導してきた。2016 年度からカリキュラム部会は、総合教育・基礎系、臨床系、社会・地域医療系カリキュラム改善 WG において、それぞれの分野のカリキュラムについて、随時改良を行っている。

必須 10: 教務関係委員会の組織図



B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム改善 WG は十分に機能している。学生や科目責任者からの評価情報を取り入れる体制が動き出し、今後の検証につなげる仕組みもある。

C. 現状への対応

年度ごとにカリキュラムを検討している。2017 年カリキュラム評価部会が提言した内容を今カリキュラム部会にて随時検討していく体制が稼働し始めた。

D. 改善に向けた計画

PDCA サイクルが回るよう、IR 部門を活用し、組織を改善していく。また、カリキュラム部会やカリキュラム評価部会については、役割や権限について教務委員会規定がないため、今後策定を予定している。

関連資料

必須 10: 教務関係委員会の組織図

B 2.7.2 カリキュラム委員会の構成委員には、教員と学生の代表を含まなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

2016 年度に設置したカリキュラム部会運営会議には、教員（教務委員、医学教育センター員、情報センター員など）のみならず、学生代表として学生自治会のカリキュラム委員（各学年 2～3 名）を含む。ただし、2016 年度にはまだ運営会議という形では開催できておらず、実質的な意見交換は、医学教育センターカリキュラム連絡協議会で行われている。医学教育センターカリキュラム連絡協議会（医学教育センター教員、教務委員長、学事課、学生自治会カリキュラム委員より構成）がほぼ毎月開催され、カリキュラムの調整や意見交換を頻繁に行っている（資料 2-44）。さらに学生の意見を反映しやすくするために、学生一人ひとりが、Moodle 上で科目・カリキュラムを評価し、匿名性を維持した形で科目責任者や教務委員会へ意見が届けられる形を導入した。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

もともと本学は教員と学生との距離が近い。とはいえなかなか学生からの本音の声は届きにくい。Moodle 上に集約システムを載せることで、学生が適正な評価意見を述べやすくなった。教務委員会やBSL 連絡協議会、FD などで教員へ学生の意見が伝えられ、意識は変化してきている。ただし、改善されるべき方向は明らかになってきても、現実的にすぐに対処できない問題（BSL 内容、教員配置など）もある。

C. 現状への対応

持続的に教員側へ働きかけ教員の意識向上を促すため、FD の回数を増やし、2016 年度からは年 1 回の参加を義務付けることにした。教務委員会オリエンテーションにて学生にもフィードバックを行い、評価への意欲向上に努めている。

D. 改善に向けた計画

科目責任者の意識変化を促すため、科目責任者からのカリキュラム評価に対してもフィードバックを行っていく。科目責任者の責任範囲や、教務委員会との関係については今後議論していく。

関連資料

資料 2-44: カリキュラム連絡協議会

Q 2.7.1 カリキュラム委員会を中心にして、教育カリキュラムの改善を計画し、実施すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

2013年度より、カリキュラム部会による立案により、新カリキュラムが施行されてきている。下部組織のカリキュラム改善WGは、年度ごとに柔軟に組み替えて、2016、2017年度は、「総合教育・基礎医学・選択セミナー」、「臨床医学・臨床実習」、「社会・地域医療」の3つより構成し、それぞれの分野について、現場での具体的議論に根ざして改善が図られている。カリキュラム部会は、教務委員を中心に構成されており、基礎系、臨床系教員、医学教育センター員など多面的なメンバーで構成されている。2016年度には運営会議を設置し、部会員に加えて、学生のカリキュラム委員、卒業生、第三者としてモニター患者の会（SP会）の代表より意見を聞く方針が決定された。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム改善WGは機能しており、それぞれにおいて個々のカリキュラムの問題点を検討する。改善案をカリキュラム部会、教務委員会に挙げて、さらなる議論によりカリキュラムの立案を行う。新カリキュラムは5年目を迎え、改善された点、まだ改善されていない点がみられ始めている。学生、教員から広く評価意見を集め、IR部門に集積している。

C. 現状への対応

総合教育・基礎医学系での4年目を迎えた新カリキュラムの見直しを、2016年度部会で行い、2017年度カリキュラムに反映させた。

D. 改善に向けた計画

評価情報に基づき、今後のカリキュラムの改善を行っていく。

関連資料

なし

Q 2.7.2 カリキュラム委員会に教員と学生以外の教育の関係者の代表を含むべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

2016年度よりカリキュラム部会には、運営会議を設置し、卒業生や第三者としてSP会のメンバーも参画する形とした。カリキュラム部会には、もともと医学教育センター教員、情報センターIR部門教員など教育の関係者が含まれる。ただし、運営会議は設置されたものの、全構成員を一同に集めることがなかなか難しく、学生や第三者（患者SP会）からは、それぞれ別の機会に意見を聴取している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム部会、運営会議については、2016年度設立した。しかしながら、2017年4月時点で運営会議はまだ開催されていない。今後稼働させ、どう機能するかを見ていく段階である。

C. 現状への対応

必要があれば他の教育の関係者の代表も加える。

D. 改善に向けた計画

評価情報に基づき、今後改善を行っていく。

関連資料

なし

2.8 臨床実践と医療制度の連携

基本的水準:

医学部は、

- 卒前教育と卒後の教育・臨床実践との間の連携を適切に行われなければならない。
(B 2.8.1)

質的向上のための水準:

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。
 - 卒業生が将来働く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)
 - 教育プログラムの改良には、地域や社会の意見を取り入れること。(Q 2.8.2)

注 釈:

- [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学修成果を明らかにすることを意味する。このためには、地域、国、国家間、そして世界的な視点に立脚し、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定める必要がある。連携には、保健医療機関との双方向的な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が含まれる。さらに卒業生からのキャリアガイダンスに関する建設的な意見提供も含まれる。
- [卒後の教育]には、卒後教育（卒後研修、専門医研修、エキスパート教育[注釈 1.1 参照]）および生涯教育（continuing professional development, CPD; continuing medical education, CME）を含む。

A. 基本的水準に関する情報

本学卒業生は、卒業後9年間出身都道府県での地域医療臨床に携わる。本学独自の「地域医療推進課」が、都道府県と卒業生との間に入り卒業生が地域医療に挺身することができるよう、さまざまな連絡・調整・調査・交渉等を行って支援している（資料2-45、挿入）。卒業指導部長、卒業指導委員会も卒業生の指導・支援を行っている（必須9）。

また、すべての在学生在が在学中より同窓会に所属し、卒業生との交流も盛んに行われている。出身都道府県ごとに結成されている都道府県人会での縦のつながりも強い。毎年全都道府県庁職員（主幹課長、入試担当者）が来学した際に、各都道府県担当教員と在学中からの情報交換も行われる。

卒業支援には、後期研修・研究、女性医師支援など幅広い支援も含まれる。たとえば、現在卒業生に向けた生涯教育のサポートとして、大学院特別講義のビデオオンデマンドの公開、図書館の proxy server を経由した和雑誌文献検索システムの提供、メディカルシミュレーションセンターや先端医療技術開発センターのシミュレーション教育の提供、臨床研究支援センターによる論文作成支援の提供（資料2-46）を行っている。すべての卒業生の卒業後9年間の勤務状況は、地域医療推進課にて把握され、義務年限終了後も、多くの卒業生についての実態が把握できている（実績についてはB7.5参照）。

こうした本学卒業指導部、地域医療推進課から得られる卒業生に関する詳細な情報とモデルコアカリキュラムを基に、カリキュラムにおいて必要なアウトカムを設定することができる。

資料2-45: 大学事務部地域医療推進課の分掌事務

- (1) 在学生の都道府県職員への採用等に係る準備手続き等に関すること。
- (2) 卒業生の研修及び勤務に係る都道府県との連絡調整に関すること。
- (3) 卒業生の本学研修等の企画に関すること。
- (4) 卒業生の研究員、研究生の受入れに関すること。
- (5) 卒業生の臨床研究、後期研修等の受入れに関すること。
- (6) 卒業生の動態に係る各種調査及び関係資料の作成に関すること。
- (7) 卒業指導委員会に関すること。
- (8) 顧問指導者に関すること。
- (9) 地域医学研究会に関すること。
- (10) 公益社団法人地域医療振興協会に関すること。
- (11) 自治医科大学修学資金の免除及び返還に関すること。
- (12) 医師派遣審査会及び医師派遣に係る連絡調整に関すること。
- (13) その他卒業後問題についての関係機関との連絡調整に関すること。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学設立の趣旨に則り、独自のシステムに基づいて学生教育に関する卒前と卒業後の緊密な連携が図られている。卒業後のデータは地域医療推進課に独自に管理されていたが、これを

統合するために2016年1月に情報センターIR部門が設立された。今後は入試から卒業までの経時的な情報解析が可能になる体制が整いつつある。

C. 現状への対応

IR部門と入試関連、卒前、卒後の関係者が集まり、それぞれに管理されている情報を集約させる具体的な実施方法が検討され、動き出している。近年のものから解析を始めている。開学以来のデータには紙ベースの情報もあり、部署間で連携しながらIT化への優先順位を検討している。

D. 改善に向けた計画

問題点をクリアしながら、入試から卒業までを見通した情報管理・解析へつなげる基盤を確保していく。

関連資料

資料 2-45: 大学事務部地域医療推進課の分掌事務（大学事務組織規則より抜粋）

必須 9: 学校法人の組織図

資料 2-46: CRST（地域医療研究支援）（HP）

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。

Q 2.8.1 卒業生が将来働く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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

B. 2.8.1 に記載したように、開学以来40年余りの卒業生の状況把握ができていたため、これらの情報を逐次教育プログラム改善に活かすことが可能である。また卒業生と在学生の関係が緊密であることから、学生自治会と地域医療学センターが中心になり、卒業生にアンケート調査を行い、卒業後遭遇する内科、外科以外の疾患についても実態を把握する試みを行い、論文発表した（資料 2-47）。これにより卒業後遭遇するかもしれない疾患について事前に在学生・教員に周知する効果もあった。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

これまでも関係者の連携は図られており、情報交換を行う場もあったが、各所に集められた情報は、各所で管理されていた。今後IR部門に集約し、解析につなげる道筋が実行されつつある。

C. 現状への対応

2016年1月IR部門設立以来、医学教育センター、教務委員会、情報センター、学事課入試広報係、学事課教務係、学生課、地域医療推進課の関係者で具体的な情報集約への方策が進んでいる。

D. 改善に向けた計画

問題点をクリアしながら、入試から卒後までを見通し、情報解析へつなげる予定である。将来的に、ディプロマ・ポリシーやBSLでの到達目標の検討などへ役立てる。

関連資料

資料 2-47: 自治医科大学卒業生に対する地域医療診療実態調査

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。

Q 2.8.2 教育プログラムの改良には、地域や社会の意見を取り入れること。

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学の特徴として、全都道府県庁と密接な連携があり、年に2回各都道府県庁職員（主管課長、入試担当者）と本学において会議を実施している。教員にも卒後指導委員会が定める各都道府県担当があり、卒業生の地域の医療を個別に話し合う機会をもつ（資料 2-48、2-49）。この際一部の都道府県とは、カリキュラム部会のメンバーでもある医学教育センター、教務委員会、学生生活支援センターの教員が個別面談を実施しており、卒業生が置かれる環境の情報を直接得ている。

附属病院、附属さいたま医療センターと地元医師会などとは連携があり、得られた情報は、学長補佐会議などの機会を通じて、教務委員会へももたらされる（資料 2-50）。また、カリキュラム部会運営会議には第三者としてSP会の一般の方に入らせていただくこととなった。今後のカリキュラム改良への貢献が期待される（資料 2-51）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

全都道府県庁を介した地域に関する情報・意見が得られる本学独自の仕組みは貴重であり、実際にカリキュラムの運用に活かされている。とはいえ、カリキュラム部会が直接体制として意見を取り入れる機会は十分とはいえず、運営会議などを通じた意見の取り入れについては、これからの段階である。

C. 現状への対応

カリキュラム評価部会と合わせて、運営会議を企画し、意見の取り入れに努める。

D. 改善に向けた計画

年度ごとに評価、改善していく。

関連資料

資料 2-48: 都道府県自治医科大学主管課長会議開催通知

資料 2-49: 平成 29 年度 卒後指導委員及び都道府県担当者名簿

資料 2-50: 学長補佐会議運営規程

資料 2-51: 患者 SP 会（薬師寺 SP 会）資料

3. 学生の評価

領域 3 学生の評価

3.1 評価方法

基本的水準:

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)
- 様々な評価方法と形式を、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)
- 評価結果に対して疑義申し立て制度を用いなければならない。(B 3.1.6)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 評価方法の信頼性と妥当性を検証し、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)
- 外部評価者の活用を進めるべきである。(Q 3.1.3)

注 釈:

- [評価方法]には、形成的評価と総括的評価の配分、試験および他の評価の回数、異なった種類の評価法(筆記や口述試験)の配分、集団基準準拠評価(相対評価)と目標基準準拠評価(絶対評価)、そしてポートフォリオ、ログブックや特殊な目的を持った試験(例 objective structured clinical examinations(OSCE)や mini clinical evaluation exercise(MiniCEX))の使用を考慮することが含まれる。
- [評価方法]には、剽窃を見つけ出し、それを防ぐためのシステムも含まれる。
- [評価有用性]には、評価方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、効率性が含まれる。
- [評価方法の信頼性と妥当性を検証し、明示すべき]は、評価の実施過程に関わる適切な質保証が求められている。
- [外部評価者の活用]により、評価の公平性、質および透明性が高まる。

B 3.1.1 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。

A. 基本的水準に関する情報

本学の単位認定、進級、卒業については、「自治医科大学学則」（必須 20）に定める。授業科目の履修方法、修了認定、単位授与、進級、卒業の取り扱いについては、「自治医科大学医学部授業科目の履修方法、授業科目修了の認定、単位の授与、試験、進級及び卒業の取扱いに関する規程」（必須 25）で定める。単位認定および進級については「学生便覧」（必須 5）に、試験受験資格ならびに試験実施方法については「成績評価の手引き」（資料 3-1）に明示されている。これらは科目責任者により毎年改定され事前に全学生に配布される。

上記規程で定められた単位認定については、本学では出席を重視している。講義に対しては、3分の2を超える出席、その他科目責任者が定めた条件を満たした学生が、試験の受験資格を与えられる。試験には、定期試験、中間試験、再試験、追試験、卒業試験、総合判定試験、共用試験 CBT、OSCE 及び Post-CC OSCE があり、原則として試験期間に実施される。卒業試験、総合判定試験、共用試験 CBT、OSCE 及び Post-CC OSCE は、総括的に評価される。試験期間は、科目スケジュールとともに教育要項と HP の学内専用ページに年度初めに明示される（資料 3-2）。試験日程も学生、科目責任者と調整後、年度初めに公表される（資料 3-3）。過去の試験問題も学事課教務係で管理され逐次大学 HP 学内専用ページにて公開されている（資料 3-4）。

授業科目修了の認定及び単位の授与は、試験その他の審査により原則として授業科目責任者が行う。定期試験の他に、中間試験、ミニテスト、口頭試問、レポート等を授業期間内に行うことや評価にどう反映させるかは科目責任者が判断し、予め「成績評価の手引き」（資料 3-1）に明示している。ただし、総合判定試験の評価については、教務委員会総合判定試験部会が解析し、及落判定会議及び教務委員会にて審議後、医学部教授会の意見を聴いて医学部長（現在、学長が兼任）が決定するものとする。再試験は、定期試験、卒業試験、又は当該試験の追試験において不合格となった者、及び共用試験 CBT、OSCE、Post-CC OSCE の本試験において不合格となった者に対して原則として再試験期間に 1 回行う。追試験は、原則として、定期試験、卒業試験、又は当該再試験に病気その他やむを得ない事由により欠席した者で、事前又は、当該試験 3 日以内に、試験欠席届（資料 3-5）を医学部長に提出したのに対して 1 回実施するものとする。再試験及び追試験の受験手続きは「自治医科大学医学部授業科目の履修方法、授業科目修了の認定、単位の授与、試験、進級及び卒業の取扱いに関する規程」に定める（必須 25）。試験成績の評価基準は、優（80 点以上 100 点まで）、良（70 点以上 80 点未満）、可（60 点以上 70 点未満）、不可（0 点以上 60 点未満）の 4 種類とし、優、良及び可を合格、不可を不合格とする。再試験による合格者の成績は 60 点とする。

演習・実習の評価についても同じく「成績の手引き」に評価方法が明示される。実習については 5 分の 4 を超える出席が評価資格に必要とされる。実習中の出席点、実習態度、レポート、口頭試問およびプレゼンテーション等で形成的に評価する。講義と実習からなる科目については、両者を合わせた評価法を取る（資料 3-1）。臨床実習の評価方法については、予め各科が「4 学年臨床実習」、「5・6 学年臨床実習」（必須 7①②、必須 8）に明示している。

各年次における進級要件は「自治医科大学医学部授業科目の履修方法、授業科目修了の認定、単位の授与、試験、進級及び卒業の取扱いに関する規程」(必須 25)で定められる。1～3 年次は、必修科目を 1 科目未履修の場合は仮進級、2 科目以上の未履修を進級保留とする。4 年次以降仮進級制度はない。進級保留者は、1～2 年次は次年度に未修得科目を履修、3～6 年次は全ての科目を再履修するとされる。具体的な進級基準は、1 年次は、総合教育必修 11 科目+選択科目で 34 単位以上、必修科目 7 科目 14.45 単位、合計 48.45 単位以上。2 年次は、総合教育必修科目 2 科目 1.5 単位、必修科目 20 科目 46.9 単位、合計 48.4 単位以上の修得が必要である。3 年次は、必修科目 26 科目 51.25 単位以上を修得し、かつ、当該年度の共用試験 CBT と OSCE、「総合診断学 2」(2017 年度より改正)に合格することが進級要件となる。4 年次は、必修科目 23 科目(必修 BSL16 クールを含む)47 単位以上を修得し、かつ、当該年度の総合判定試験に合格すること、5 年次は、必修科目(必修 BSL を含む)18 科目 41.55 単位、選択必修 BSL2 科目 10 単位、合計 51.55 単位以上を修得し、かつ、当該年度の総合判定試験に合格することが必要である。6 年次は 14 科目の総括講義に出席し、かつ、選択必修臨床実習 2 科目を履修した者に、卒業試験の受験資格を与え、Post-CC OSCE 及び全ての卒業試験、当該年度の総合判定試験合格者に卒業認定を行う(必須 25、必須 26)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

「自治医科大学学則」等により、評価の方法、実施方法が定められ、予め学生に周知されている。評価法や試験日程については、新カリキュラムで主に低学年で大幅に変更され、演習、実習等の科目が導入され、評価の多様性が増した(前述、B2.1.2 参照)。試験についても、これまで中間試験を含め試験数が多く、試験期間内に多くの試験が集中するため、学生の試験準備が不十分になるとの問題があったが、大きく改善されている。変更に際してもその都度学生には変更内容が周知され、特に問題なく評価が実施されている。学則も実態に合わせて毎年のように変更されている。

C. 現状への対応

評価については、学生から意見も聞き、学修効果が上がりやすい試験日程や評価内容になるよう改善している。過去の試験問題についても HP への公開を徹底することにより妥当性を客観的に評価可能な形とした。低学年同様、高学年においても卒業試験の科目包括化など、試験数を減らすことを検討し、内科卒業試験については、1 回で実施し、医学教育センターが中心になって作成する形とした。

D. 改善に向けた計画

IR 部門で、これまでの学生評価の原理、方法、有効性を検証し、その結果をフィードバックするシステムを構築する。

関連資料

必須 20:自治医科大学学則(P4-20)

必須 25:進級基準

必須 5:学生便覧

資料 3-1:成績評価の手引き

資料 3-2: 各学年時間割

資料 3-3: 各学年試験日程表

資料 3-4: 大学 HP/Web 教材/医学部支援/医学部試験問題（過去分）の公開

資料 3-5: 試験欠席届

必須 7①: 4 学年臨床実習

必須 7②: 5・6 学年臨床実習

必須 8: 平成 29 年度「CBL（地域医療院外 BSL）」学生評価シート

必須 26: 卒業基準

B 3.1.2 知識、技能および態度を含む評価を確実に実施しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

1～5 年次に実施される定期試験、3 年次末の共用試験 CBT と 4～6 年次の総合判定試験は、主に知識を評価する。演習、実習では、知識のみならず技能や態度も評価の対象となる。各科の最終評価は、「成績評価の手引き」（資料 3-1）、「4 学年臨床実習」、「5・6 学年臨床実習」（必須 7①②）などに開示され、知識、技能、態度を総合的に勘案して実施される。

特に、6 年次の内科卒業試験や 4～6 年次の総合判定試験は、医学教育センターが関わる本学独自の評価法である。総合判定試験は、本学開学当初から施行された知識の総括評価で、現在、4 年次と 5・6 年次共通で実施しており、進級・卒業要件の一つである。医師国家試験出題基準に準拠しており、毎年教員が新作問題を作成する。4 年次は 200 題（一般問題 50 題、臨床問題 50 題、記述式 100 題）で、記述式問題は、画像、音声、動画を取り入れた本学独自のマルチメディア型 advanced CBT 形式を取り入れることで、技能についても評価できるように工夫している（資料 3-6）。5 年次と 6 年次は共通問題で、5 年次は 270 題（必修 100 題、総論 170 題:2 日間）、6 年次は 500 題（必修 100 題、総論 170 題、各論 230 題:3 日間）である（資料 3-7）。医師国家試験改訂に伴い 2017 年度より 400 題（2 日間）へ変更する予定である。

これに対し、3 年次の OSCE、6 年次 1 学期の Post-CC OSCE では総括的に技能を評価している。Post-CC OSCE は、2011 年度からトライアルを開始し、2014 年度から卒業要件に取り入れた。内科系 2（医療面接＋実技）、内科以外 8、計 10 ステーションと多くの課題を行っているのが本学の特徴である。

態度についても少人数のグループ学習と BSL などの場で観察し、各科での最終評価に加味されている。特に問題行動については、学習支援部会や BSL 連絡協議会等で報告され、科間の情報共有が図られ学習支援に役立っている（資料 3-8）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

知識、技能、態度を総合的に勘案して各科で学生評価が実施されている。知識、技能についてレベルの高い総括評価も実現できている。科によっては学生同士の 180 度評価などの工夫もされていたが、他科との情報共有の迅速性や学生へのフィードバックなどの点で検討すべきところがあった。

C. 現状への対応

2016年度より実習の出席状況やレポート提出を含め、実習態度の評価を Moodle 上に担当教員が学生の評価をルーブリックを用いて段階的に評価できるシステムを導入した(Q3.1.2にて詳述)。BSLにおいても類似のシステムを2015年度より4年次から導入し、1～6年次までの実習で態度評価を含めた経時的な評価が可能となった。評価項目としては、1年次から3年次までは4項目、A出席・遅刻・早退、Bレポート提出期限、C実習態度(将来の医師としての適性を含む、協調性、周囲への配慮、積極性・自主性)、Dレポート内容(思考力・知識運用力を含む)を、4年次から6年次は4項目に加えて、E診察技術、Fプレゼンテーション能力を実習・BSLを担当する教員が Moodle を介して評価している。

毎月開催される BSL 連絡協議会でも各科の BSL 担当教員の間でこの情報を共有し、学生指導の連携に役立っている。

また臨床実習における実習内容は各科の評価結果のみが報告されており、この実習内容については相互の連携は少なかった。特に経験症例記録は、BSL 実習記録簿を配布していたが、あまり活用されておらず、2017年度より4年次からは Moodle 上で記録が入力できる形を導入した(必須6)。

D. 改善に向けた計画

知識を問う試験に加えて、態度や技能についての評価を今後どのような形で成績評価に反映させていくかを検討する。また、Moodle での学生評価を、どのような形で学生にフィードバックし改善へと結びつける仕組みづくりも構築する。

関連資料

資料 3-1:成績評価の手引き

必須 7①: 4 学年臨床実習

必須 7②: 5・6 学年臨床実習

資料 3-6:4 学年総合判定試験

資料 3-7:総合判定試験時間割

資料 3-8:平成 29 年度 BSL 連絡協議会部会名簿

必須 6:BSL 実習記録簿

B 3.1.3 様々な評価方法と形式を、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。

A. 基本的水準に関する情報

授業、演習、実習のそれぞれの教育内容に従って、筆記試験(記述式、マークシート選択式)、口頭試験、出席点、実習態度、診察技術、プレゼンテーション能力、実習レポートなど様々な評価方法が成績評価に取り入れられており、科目別の詳細な成績評価の基準を「成績評価の手引き」(資料 3-1)、「4 学年臨床実習」、「5・6 学年臨床実習」(必須 7①②)に明示している。試験の実施方法については、剽窃の防止・対処も含め「自治医科大学医学部試験の実施に関する要領」に定める(資料 3-9)。出席については、2012 年度より学生証(IC カード)による管理を導入したが、学生本人が HP 上から確認できたり、科目責任者の裁量で授業内に行う

ミニテストと照合するなどして正確を期している。また低学年を中心に、e-learningによる課外課題プログラムが普及し、高学年や教員へも浸透しつつある。MoodleをBSLにおける学生による症例記録、カリキュラム評価、教員による学生評価にも活用している。

総括評価としては、本学では、4年次で総合判定試験(マルチメディア型 advanced CBT形式)の実施、5年次、6年次では、共通の総合判定試験(医師国家試験準拠)を実施している(資料3-10)。総合判定試験では、識別指数や信頼係数を用いて、試験問題の信頼性・妥当性を確認し各科にフィードバックしている。毎年、教員へFD「総合判定試験問題の作成について」を実施し、教員が「総合判定試験問題作成マニュアル」(資料3-11)に沿って作成した問題をMoodle上で管理し、総合判定試験部会が半年以上かけて入念なブラッシュアップを行った形で実施される。ブラッシュアップ内容は作成者にもフィードバックしている。学生には試験後に「解説書」を配布し復習に役立てるようにしている(資料3-12)。

また、6年次では技能・態度の総括評価として、10ステーションからなるPost-CC OSCEを卒業要件として導入している(Q2.2.1参照、資料3-13)。毎年、教務委員会 CBT・OSCE・PCC OSCE部会が中心となり各科より新規課題を募集し、評価シート集(資料3-14)を作成して学生と教員に配布している。毎年、教員へFD「Advanced OSCE—来年度に向けて(今年の結果を踏まえて)」を実施し試験の質確保に努めている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

様々な評価形式を積極的に取り入れていて学生の評価を行っている。評価方法も確立されている。講義については筆記試験での知識の確認がほとんどであるが、カリキュラムでは演習、実習が多く取り入れられ(B2.1.2参照)、試験以外の評価形式も増えてきた。総合判定試験については、識別指数、信頼係数はかなり高い(資料3-15)。実習については各科で工夫されているが、情報共有の迅速性が問題である。

C. 現状への対応

2016年度から評価にMoodleを導入し、情報共有の迅速化が図られた。同時に膨大な情報が蓄積されつつあり、IR部門を設立し評価情報を集約しつつある。これを用いて、評価データを検討する。

D. 改善に向けた計画

IR部門で情報を集約、評価法の妥当性について検討し、改善していく仕組みを確立する。

関連資料

必須7①: 4学年臨床実習

必須7②: 5・6学年臨床実習

資料3-9: 自治医科大学医学部試験の実施に関する要領

資料3-10: 5,6学年総合判定試験

資料3-11: 総合判定試験問題作成マニュアル

資料3-12: 総合判定試験解説書

資料3-13: Post-CC OSCE 実施概要

資料3-14: Post-CC OSCE 評価シート集

資料3-15: 総合判定試験試験結果報告書

B 3.1.4 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。**A. 基本的水準に関する情報**

学内で行われる全ての試験は、実施後大学 HP 学内専用にて公開され、学生のみならず教員にも閲覧可能であり、他からの評価が可能な状況にある(資料 3-4)。教務委員会は各試験の事後評価(定期試験の不合格人数、年次推移など)を学期ごとに学事課と共に行う。結果は学長補佐会議で報告される。

総合判定試験の問題作成・運営・事後評価は、医学教育センターのバックアップを受け、教務委員会総合判定試験部会を中心に行われる(必須 10)。評価に対する審議は全て教務委員会で行われ、評価に対する疑義がある場合は、教務委員会が公正に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極めて少ない。また、医学教育センター・カリキュラム連絡協議会にて学生のカリキュラム委員からの率直な意見も集められ良好な協調関係が築かれている(B2. 7. 2 参照)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

試験問題および試験結果は公開され疑義についてもオープンに扱う体制が確保されている。現時点で、特に評価について問題は起こっていない。

C. 現状への対応

早急に対応が必要な状況ではなく、問題点は見られていない。

D. 改善に向けた計画

今後も積極的に意見を求めていき、問題が出てくれば検討する。

関連資料

資料 3-4: 大学 HP/Web 教材/医学生支援/医学部試験問題(過去分)の公開

必須 10: 教務関係委員会の組織図

B 3.1.5 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。**A. 基本的水準に関する情報**

本学としては、総合判定試験、Post-CC OSCE など先駆的な評価法導入をこれまでも積極的に行ってきた。試験については、医学教育センターの専門家が中心となり精度、客観性に関して改善を行ってきている。2013 年度の新カリキュラム導入に伴う、「生命科学(旧理科総合)」での統合学習の試みや、6 年次の自主的な臨床実習選択であるフリーコース・スチューデントドクター制度(資料 3-16)など、医学教育学会で発表し外部の教育専門家の意見を仰いでいる(資料 3-17)。一方、2007 年度、2012 年度に自己点検評価を実施した際にも、都道府県及び医学部卒業生から教育活動に関する意見を求め、外部評価として反映させている。CBT、OSCE については外部評価者を配置している。2016 年度からカリキュラム評価についてはカリ

キュラム評価部会を設置し、この中に運営会議を設け学生、第三者を入れる予定であるが、外部の専門家を含めるには至っていない(B7. 1. 2 参照)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

逐次新しい評価法を取り入れ、学会、外部評価委員の配置等で外部からの意見を聞いている。とはいえ現状では、系統的な教育専門家による吟味の体制は、医学教育センターを中心に実施され、大学外部は一部にとどまる。

C. 現状への対応

IR 部門を設立し、評価情報を集約しつつある。これを用いて、評価データを検討し、学術的な場へと発表していく予定である。

D. 改善に向けた計画

卒業基準となる Post-CC OSCE など外部評価者の参加を検討していく。学部専門家にもデータ解析に参加いただく。

関連資料

資料 3-16:フリーコース・スチューデントドクター実習報告書

資料 3-17:医学教育センター業績(自治医科大学医学部年報 第 42 号 p19-23)

B 3.1.6 評価結果に対して疑義申し立て制度を用いなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

科目の成績は、試験であれば 1 週間以内に学生に合否が発表され、必要があれば、科目責任者に個別に質問を行う環境にある。5・6 年次の総合判定試験については、試験終了後から決められた期日までの間、学生からの質疑や疑義申し立てを学事課に提出することができる(資料 3-18)。また本学は、医学教育センターにカリキュラム連絡協議会を設置しており、各年次 2~3 名で構成されている学生カリキュラム委員と毎月連絡・懇談会を開催して、学生の視点からの点検・評価を聴取し、改善につなげている(B2. 7. 2 前述)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

体制はあるが、大きな問題は指摘されていない。学生からも意見を求めているが不満はない。

C. 現状への対応

早急に対応が必要な状況ではなく、問題点は見られていない。

D. 改善に向けた計画

今後も積極的に意見を求めていき、問題が出てくれば検討する。

関連資料

資料 3-18: 総合判定試験問題に関する質問(揭示物)

Q 3.1.1 評価方法の信頼性と妥当性を検証し、明示すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

定期試験問題作成の参考とするため、CBT や総合判定試験の問題作成方法について、毎年継続的に「モデル・コア・カリキュラムと CBT の作成法」、「総合判定試験問題の作成について」等の FD を行っている(B5.2 参照)。特に総合判定試験については信頼性、妥当性を確保する立場から、問題作成は毎年各科担当教員に依頼した後、総合判定試験部会の教員が入念にブラッシュアップを行っている。問題の適正度、整合性の観点から、試験問題の質を全て査読し、本試験問題、予備問題に振り分けて出題する。さらに試験実施後は評点データの統計を取り事後評価する(資料 3-15)。正答率の低い問題、識別指数の低い問題については、総合判定試験部会で協議の上、採点除外や加点処理などの措置を講じている。総合判定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、学生から審議申請のあった試験問題については、総合判定試験部会が疑義に回答し、その問題の扱いについて公開している。結果として、高い信頼係数が維持できている(資料 3-15)。総合判定試験の最終的な学生評価は教務委員会及落判定会議で審議される。

各科目の評価は、原則として科目責任者に委ねられているが、試験問題を学内サイトで公開するなど、透明性を高めている。新カリキュラムの導入を機に、他の科目との比較・相関などの解析が、基礎系の科目を中心に開始された(資料 3-19)。医学教育センターのメンバーが極端に不合格者の多い科目などの試験内容もチェックしている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

進級判定の総合判定試験については、ブラッシュアップを徹底し、高い信頼係数を出している。試験問題を学内専用 HP に公開した結果、客観的評価が可能となった。教務委員会カリキュラム改善 WG を中心に IR 部門を活用した解析が始まった。

C. 現状への対応

試験問題についてはかなり妥当性が向上している。今後 IR 部門への情報の蓄積に伴い、カリキュラム評価部会で評価の妥当性を検討していく。

D. 改善に向けた計画

今後新しい問題が出てくればその都度新たに検討し、PDCA サイクルを回す。

関連資料

資料 3-15: 総合判定試験試験結果報告書

資料 3-19: 総合判定試験と BSL 成績の相関、科目間の相関

A. 質的向上のための水準に関する情報

これまでも開学当初から、先進的なカリキュラムを導入し、それに伴って新しい評価法を実施してきた(B6.5.2 および B6.5.3 参照)。近年については、低学年少人数グループでの演習における同僚評価、実習における Moodle によるルーブリック評価などである。前者については、例えば2年次の「対人援助の知識と実践」でも導入されている。後者については、新カリキュラムでの診療参加型臨床実習の期間を最大84週まで延長し、それに伴いこれまではまとめて評価していた実習評価を、知識、技能や態度の評価を独立に明示するために、Moodle によるルーブリックでの臨床実習評価(資料3-20)を実施している。評価項目は、①出席・遅刻・早退、②レポート提出期限、③実習態度、④レポート内容、⑤診察手技、⑥プレゼンテーション能力の6項目で、評価者は学生の個別フォルダから①～⑥の項目について、0(明らかに基準に達していない)、1(どちらかといえば基準に達していない)、2(基準に達している)、3(非常に優れている)を選択する。個人、実習班のフリーコメント欄、学生本人へのフィードバックコメント欄(現時点ではまだ未公開)も設置し、態度についての情報が客観的に記載されることを目指している。各科の実習学生に対する Moodle の評価は、毎月開催するBSL連絡協議会において、プリントとスライドにより供覧している。成績優秀者、および成績と態度に問題がある学生については、毎月BSL連絡協議会メンバーで情報を共有し議論する。また、4学年総合判定試験では本学独自のマルチメディア advanced CBT を施行している(資料3-6)。

他に、文部科学省の推奨に合わせて2016年度からGPA(Grade Point Average)評価制度を導入した(資料3-21)。全学年に対して算定を開始し、年次毎の平均GPA及び入学からの通算平均GPAを算定する。授業科目責任者へは、GPA2-3点を目標とした試験問題作成を依頼する。GPAの活用は、1)①フリーコース・スチューデントドクター、②海外BSL、③学長賞、④奨学金貸与時の対象学生の選考時の参考、2)成績不振な学生に対しての個別指導実施者の選定などで、現時点では成績評価や進級要件としては使用していない。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

2013年度以降カリキュラム改善に伴い、新しい評価法を必要に応じて導入している。態度評価を組み入れた Moodle による臨床実習評価を2016年度から導入し、態度に問題のある学生について把握し教員で共有できるようになった。GPA評価制度も限定的であるが導入した。

C. 現状への対応

新しく導入した評価法について、BSL連絡協議会で現場からの意見を聞きながら最適化していく。学生にどこまで評価をフィードバックするかについても2017年度議論していく。

D. 改善に向けた計画

学生が各科で学んだ症例や到達目標を記録できるようなシステム構築など、Moodle 評価の更なる改良を目指す。

GPA制度に関しては、今後、成績評価や進級要件としての活用も議論していく。

関連資料

- 資料 3-20:Moodle での評価方法
- 資料 3-6:4 年生総合判定試験
- 資料 3-21:GPA 制度の導入について

Q 3.1.3 外部評価者の活用を進めるべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

カリキュラム評価部会に運営会議を設け、広く学生、教員、卒業生、一般人からの意見を聴取する体制を導入、決定した（必須 10）。都道府県の地域医療院外実習と拠点病院実習とで学生と接する臨床教員（地域担当）としての卒業生や、主に他大学出身の指導医に対する FD を通して、学生、学業、カリキュラムについて広く意見を聴く機会を設けており、カリキュラム評価に役立てている（資料 3-22、3-23）。さらに、年 2 回開催している都道府県主管課長会議および入試事務担当者会議に出席する都道府県庁職員から、教務委員長、医学教育センター長、学生生活支援センター長が、一部ではあるが直接意見を聞いている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

卒業生、都道府県庁職員を評価者として活用できる機会がある。運営会議として学生、教職員と同じ時間帯で、SP 会会員や同窓生を含む外部からの評価者を招くよう時間調整することが困難なため会議を開催できずにいる。今後は、評価の公平性、質、透明性確保のためには、場合によっては別々に機会を設けるなど更なる工夫や改善が必要である。

C. 現状への対応

運営会議構成メンバーからの評価を得る機会を増やして、外部評価者の活用度を上げていく。

D. 改善に向けた計画

今年度運営会議を開催する予定である。

関連資料

- 必須 10:教務関係委員会の組織図
- 資料 3-22:顧問指導・学外卒後指導委員合同会議報告書
- 資料 3-23:都道府県自治医科大学主管課長会議開催通知

3.2 評価と学習との関連

基本的水準:

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。
 - 目標とする学修成果と教育方法に整合した評価である。(B 3.2.1)
 - 目標とする学修成果を学生が達成していることを保証する評価である。(B 3.2.2)
 - 学生の学習を促進する評価である。(B 3.2.3)
 - 形成的評価と総括的評価の適切な比重により、学生の学習と教育進度の判定の指針となる評価である。(B 3.2.4)

質的向上のための水準:

医学部は、

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

注 釈:

- [評価の原理、方法および実践]は、学生の到達度評価に関して知識・技能・態度の全ての観点の評価することを意味する。
- [学生の学習と教育進度の判定の指針]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)を適切に定める]には、学習の負の効果を避ける配慮が含まれる。学生に膨大な量の暗記やカリキュラムでの過剰な負担を求めない配慮が含まれる。
- [統合的学習の促進]には、個々の学問領域や主題ごとの知識の適切な評価だけでなく、統合的評価を使用することを含む。

評価の原理、方法を用いて以下を実現する評価を実践しなくてはならない。

B 3.2.1 目標とする学修成果と教育方法に整合した評価である。

A. 基本的水準に関する情報

2016年度に目標とする学修成果を定めたディプロマ・ポリシーが改定され、具体的な大中小項目は、科目およびコアカリと対応している(必須27、領域2にて詳述)。対応表作成については、教育要項に明記されたシラバスを元にした。ディプロマ・ポリシーの各小項目に対応させている科目すべてに合格したことを持って、卒業時の学修成果は達成されたと判断している。

学生の評価は、年度内に行われる形成評価と3～6年次年度末に行われる共用試験、OSCEや総合判定試験を合わせて総括評価が行われる。形成評価については、教育要項にシラバス（学習方法）と教育目標が、評価方法については「成績評価の手引き」に個々に明示されている（必須4①、資料3-1）。多くの科目が、出席状況、実習態度やレポート内容、試験結果を用いて総合的に評価している。また、BSLについては、「4学年臨床実習」「5,6学年臨床実習」（必須7①②）にシラバスが明示されクールごとに評価される。またBSL連絡協議会が各クールの到達目標を作成、大学HP上にて学内から閲覧できるようにしている（資料3-24）。シラバスは、毎年科目責任者が改定する。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

各科目については科目責任者が一任され個々の方法で学修成果を評価してきた。科目間の連携を補う形で総合判定試験を含めた総括評価が導入され、進級判定にも重要な役割をはたしている。実習にはMoodleを用いた技能・態度を含む評価も別立てで導入し、知識と独立してこれらを表記することが可能になった。さらなる科目間の連携を促す目的で、水平統合、垂直統合を意識したカリキュラム改定、到達目標の導入など評価法の改善も行われている。現時点で、各学年の学生の進級率は高値に保たれており、学修成果と教育方法に整合した評価が確保されていると考えられる（資料3-25）。

C. 現状への対応

2016年度策定されたディプロマ・ポリシーに基づいて、系統的にカリキュラムを取り扱う基盤ができた。学生、科目責任者によるカリキュラム評価も導入したので、これらを基に評価の整合性を検証していく。他方、評価の透明性を確保するため、今後現在行われている別立ての技能・態度評価も総括評価に反映させるよう議論していく。

到達目標についても、2017年度さらにBSL連絡協議会にて改定し、BSLにおける学生の症例記録にも反映させ、評価基準として浸透させるしくみを整えつつある（B2.2.3参照）。

D. 改善に向けた計画

態度評価などの必要性を、さらに周知して到達目標の達成を確認する精度を高める。

関連資料

必須27:ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシー、アドミッション・ポリシー

必須4①:教育要項

資料3-1:成績評価の手引き

必須7①:4学年臨床実習

必須7②:5・6学年臨床実習

資料3-24:BSL到達目標

資料3-25:平成29年度学年別学生数・進級率

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。

B 3.2.2 目標とする学修成果を学生が達成していることを保証する評価である。

A. 基本的水準に関する情報

2013年度よりスタートした現行カリキュラムは、学生が卒業の時点で臨床医学についてより高度の基礎的能力を身につけることを目標に6年間の一貫教育として組まれている。年度末に、3年次はCBTとOSCE、4～6年次は総合判定試験と6年次のPost-CC OSCEによる総括的評価が導入されて科目の単位獲得と合わせて進級判定に用いられており、3年次以降は、学生が到達目標を達成したかの測定が年次ごとに出来ている。2年次までは必修科目すべての履修をもって進級を判定している。総合判定試験では、詳細な採点結果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。また、「生命科学1,2」、「総合診断学1,2」などの横断的統合科目において医学教育センターが責任講座として評価達成をモニターしている。医学教育センターはこれ以外にも1～6年次の学習支援部会、チュートリアル部会、医学部FD部会、カリキュラム連絡協議会、生命科学部会を組織(各部会員4～18名)し、それぞれが連携しながら学習支援体制を作っている。特に、成績が振るわない学生の学力引き上げに力を入れていて、効果的な体制ができている(B6.5にて詳述)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

CBT、OSCE、総合判定試験、Post-CC OSCEで客観的評価が実現している。科目ごとの形成的評価については科目責任者に一任しているが、学習支援と相まって、学生の学修成果は確保できている。態度評価については、点数化が難しいため、Moodle評価によって情報共有の形をとっている。高い進級率、CBT、OSCE、医師国家試験の合格率など客観的な指標からみても、学修成果の評価は保証されていると考えられる(必須15～17)。

C. 現状への対応

科目責任者によるカリキュラム評価を2015年度から導入し、科目間の連携強化を目指している。2016年度には実習における態度評価を導入、科目間で情報共有している。

D. 改善に向けた計画

科目責任者の責務を明文化していくとともに、特に態度評価を科目間で連携しながら活用して、態度についての到達目標の学修成果をあげていく。

関連資料

必須15: 共用試験 CBT に関する成績推移 (平成24年度～平成28年度)

必須16: 共用試験 OSCE に関する成績推移 (平成24年度～平成28年度)

必須17: 卒業者数、新卒の医師国家試験受験者・合格者数 過去5年分

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。

B 3.2.3 学生の学習を促進する評価である。

A. 基本的水準に関する情報

カリキュラムは、学生にとって学びやすいことをモットーに、学生からの意見を尊重しながら、改善されてきた。低学年から、導入科目を設け、授業は常に臨床医学との関わりを意識しながら、問題の提示による学習の動機づけに力点が置かれている。授業に出席するとともに、学習室や寮での協働学習を推奨し、図書館、あるいはセミナーの場を整備し自発的な学習を促進している。

他方で、成績不振の学生に対しては、全学年に学習支援体制を完備している(B4. 3. 1 参照)。学生の学習意欲を喚起する目的で、学業成績のフィードバックを逐次行っている。また技能・態度も合わせた優れた成果へのフィードバックとして、学長賞、BSL 成績優秀者の表彰(資料 3-26、資料 3-27)、5 年次総合判定試験成績優秀者へのフリーコース・スチューデントドクター制度の申請資格授与などを行っている(資料 3-16)。GPA 制度も 2016 年度に導入した(資料 3-21)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学習環境、学習支援を整備し、成績優秀者・下位者両方を評価し、学習へとつなげる体制が実現できている。ただし、成績のフィードバックが年度ごとであるため、きめ細かさに欠ける部分もある。

C. 現状への対応

臨床実習においては、Moodle 評価画面に、CBT と総合判定試験の成績を表示し、実力に応じたレベルの異なる課題を与えることで、各自の学習効果の向上に努める。Moodle 上に情報を集約することで、学生の情報の迅速な共有も進めた。

D. 改善に向けた計画

評価のきめ細かいフィードバックが学生の学習を促進すると考えられるため、システム化していく。

関連資料

資料 3-26: 自治医科大学学生表彰規程

資料 3-27: BSL 成績優秀者表彰関係資料 (学内広報抜粋)

資料 3-16: フリーコース・スチューデントドクター実習報告書

資料 3-21: GPA 制度の導入について

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。

B 3.2.4 形成的評価と総括的評価の適切な比重により、学生の学習と教育進捗の判定の指針となる評価である。

A. 基本的水準に関する情報

年度末に、3年次はCBTとOSCE、4～6年次は総合判定試験と6年次のPost-CC OSCEによる総括的評価が導入されており、それ以外の各科目は形成的評価を実施している。1、2年次では各年次の必修科目の全履修をもって総括的に進級判定を行っている。十分な学修成果を挙げており、配分としては適切であると考えられる。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

総括的評価は、学生がより高い精度で学習の実態を把握できるのに役立っている。ただし、年度途中に行われる形成的評価をより高い頻度でのフィードバックすることがより効果的だと考えられる。

C. 現状への対応

知識、技能、態度についての幅広い評価法として導入したMoodle評価については、迅速な集計が可能であることから、今後学生へのフィードバックも考慮・検討している。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム評価部会、IR部門でより高頻度の評価のフィードバックを検討していく。

関連資料

なし

Q 3.2.1 基本的知識の修得と統合的学習を促進するために、カリキュラム(教育)単位ごとに試験の回数と方法(特性)を適切に定めるべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

講義を主体とした1～6年次の各科目、CBT、OSCE、Post-CC OSCEについては、各1回の定期試験と再試験を実施する。総合判定試験については、1回のみ実施する。2013年度からのカリキュラム改善で、低学年で実施されていた中間試験および同一試験期間内の試験科目数を大幅に減らした(資料3-28)。試験期間、再試験期間ごとの試験科目数も、3年次1学期までは、原則として3～4科目に制限して学生が学習に集中できるよう工夫している。6年次内科卒業試験についても1回にまとめた。1～6年次の年間の試験日程(資料3-3)については、予め学生自治会のカリキュラム委員の意見をカリキュラム連絡協議会の場で聞いた上で、教務委員会にて決定する。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

試験については、科目責任者に一任されていたが、系統的に試験期間、試験科目を協議することで、試験回数が減少し、学生への負担が適切になった。細かい日程についても学生の意見を取り入れて決めている。

C. 現状への対応

引き続き卒業試験の実施などカリキュラム部会で検討している

D. 改善に向けた計画

適切な回数をカリキュラム部会で検討していく。

関連資料

資料 3-28: 新旧カリキュラム試験回数比較表

資料 3-3: 各学年試験日程表

Q 3.2.2 学生に対して、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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

試験結果、成績を年 1 回、学生および保護者に送付している(資料 3-29)。各科目定期試験の合否発表は、試験後 1 週間以内に公表している。詳細な結果については、学生が科目責任者に問い合わせられる体制にある。再試験対象者については科目責任者や学習支援部会長が面談を設定し建設的なアドバイスを行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

試験結果について、適宜適切なフィードバックが行われている。

C. 現状への対応

2014 年度に学事課の成績管理の電子システムを新しく導入、Moodle 上での実習評価も加え、データを扱いやすい形に変えた。Moodle 実習評価画面に CBT と総合判定試験の成績を表示し、実力に応じたレベルの異なる課題を与えることで、各自の学習効果の向上に努める。

D. 改善に向けた計画

教員には、今後も継続して、具体的、建設的、そして、公正でリアルタイムな学生へのフィードバックを啓蒙する。また Moodle を用いた学生・教員へのフィードバック方法の改善も模索する。

関連資料

資料 3-29: 学生の試験結果通知書について(通知)

4. 学生

領域 4 学生

4.1 入学方針と入学選抜

基本的水準:

医学部は、

- 学生の選抜方法についての明確な記載を含め、客観性の原則に基づいて入学方針を策定し、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)
- 国内外の他の学部や機関からの学生の転編入については、方針を定めて対応しなければならない。(B 4.1.3)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 選抜と、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連を述べるべきである。(Q 4.1.1)
- アドミッション・ポリシー（入学方針）を定期的に見直すべきである。(Q 4.1.2)
- 入学決定に対する疑義申し立て制度を採用すべきである。(Q 4.1.3)

注 釈:

- [入学方針]は、国の規制を遵守するとともに、地域の状況に合わせて適切なものにする。医学部が入学方針を調整しない場合は、結果として起こりうる入学者数と教育能力のアンバランスなどについて説明する責任を負うことになる。

日本版注釈:一般選抜枠以外の入学枠（推薦枠、指定校枠、附属校枠、地域枠、学士入学枠など）についても、その選抜枠の特性とともに入学者選抜方法を開示する。

- [学生の選抜方法についての明確な記載]には、高等学校の成績、その他の学術的または教育的経験、入学試験、医師になる動機の評価を含む面接など、理論的根拠と選抜方法が含まれる。実践医療の多様性に応じて、種々の選抜方法を選択する必要性を考慮しても良い。
- [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。
- [学生の転編入]には、他の医学部や、他の学部からの転編入学生が含まれる。
- [アドミッション・ポリシーの定期的な見直し]は、地域や社会の健康上の要請に応じて関連する社会的・専門的情報に基づいて行う。さらに、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よび言語的特性）に応じて、入学者数を検討することが含まれる。

B 4.1.1 学生の選抜方法についての明確な記載を含め、客観性の原則に基づいて入学方針を策定し、履行しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

本学は 47 都道府県が共同で設立した大学であり、他大学にはない制度があり、大学概要および募集要項にも明記されている。(必須 1)

1. 入学者全員に対して修学資金貸与制度があり、就学において大学へ入学金、授業料、実習費等を納入する必要はない。卒業後所定の期間（就学年数の 1.5 倍）、選抜された出身都道府県の知事が定める医療機関に地方公務員として勤務した場合は、返還を免除する。
2. 学生の経済状況に応じ、申請すれば審査後無利子で奨学資金の貸与を行う。
3. 教育寮である学生寮において一定額の寮使用料により個室および共用スペースの使用が認められる。

これらをふまえ、学生の入学選抜については、第 1 次試験選抜を各都道府県にて実施している。出願資格・選抜方法等については、入学者募集要項に記載している（必須 28）。

本学医学部の入学者に関する受入れ方針（以下、アドミッション・ポリシー）は、本学 HP の「情報公開」、募集要項、入試広報用パンフレットに掲載している（必須 27 抜粋、資料 4-1、資料 4-2）。

入学者選抜のため、本学に「本部試験委員会」、都道府県ごとに「都道府県試験委員会」を設置している（資料 4-3）。本部試験委員会の下に「入試検討委員会」を設置し、求められる医師像、社会情勢の変化に対応して選抜試験のあり方について毎年検討を行い、改善している。入試問題作成は前記本部試験委員会委員長が委嘱する試験担当員が第 1 次試験の学力試験問題、第 2 次試験の小論文問題、集団面接課題をそれぞれの担当毎の専門委員会において協議し作成している。毎年の選抜試験の内容、選抜方法について、全学レベルで対応し検討を行っている。面接試験については、第 1 次試験は入学試験委員会の都道府県試験委員会面接試験担当が、第 2 次試験は本部試験委員会面接試験評価員がそれぞれ行う。

学生の選抜プロセスについては、本部試験委員会を毎年度開催し、前年度の入試状況の検証を行うとともに、当該年度の入試に係る選考方法を初めとする関連事項全てについて審議し、決定している。2 ないし 3 名の都道府県毎の入学定員枠については、毎年度予め決定する。3 名入学枠の都道府県の選定については、毎年、医師数、地域特性等の医師不足を判断基準とする指標に基づく数値データ、受験者の学力、都道府県からの 3 名入学要望等を総合的に判断し、本部試験委員会で決定している。本部試験委員会での審議結果については、都道府県の入試を主管する担当課（都道府県試験委員会）への説明会（年 2 回、都道府県自治医科大学主管課長会議・入試事務担当者会議）を開催し報告している（資料 4-4、4-5）。

入学者選抜方法は、次のとおりである。

- 1) 第 1 次試験は本学が作成した学力試験を各都道府県で同一日時を実施し、成績上位の者に対して各都道府県が面接試験を行い、8~10 名程度の第 2 次試験受験者を選抜する。
- 2) 第 2 次試験は、本学にて行い、小論文試験及び各都道府県単位で面接試験（集団面接と個人面接）を実施する。本部試験委員会にて、高校での成績、入学試験成績（小論文試験を含む）、面接試験等の評価結果を基に、合格者、補欠者を選抜し、最終的に各都道府県から選抜した 2~3 名を教授会にて協議し学長が決定する。

以上の方法により、各都道府県の中で極めて公平に入学者が選抜されている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

アドミッション・ポリシーが策定され、本学が定めた入学選抜方法は、入学志願者に明示されており、これに則って公平に入学者選抜がなされている。選抜方法についても毎年検討を行い改善している。とはいえ、医学部は、全都道府県から必ず2～3名の入学者を受け入れるため、各都道府県から一定の志願者数を確保しなければならない。また、卒業後は出身都道府県において地方公務員として地域の定める医療機関において一定年限（通常9年）を医師として勤務することから、地域医療に挺身する気概のある優秀な学生の確保が必要である。

C. 現状への対応

入学志願者数を増やす目的で、広報活動を拡大している。本学の特殊性ゆえに広報活動の強化を図ることは大学の使命でもあることから、全国の高校や予備校に出向き大学説明会を開催している。毎年秋季までに2回、オープンキャンパス開催に合わせて各都道府県の高校進路指導教員を対象に説明会を行っている（資料4-6）。

第2次試験における面接試験の質向上については、面接検討委員会にて検討している。集団面接と個人面接の2つを課しているが、集団面接課題の選定や個人面接のあり方については、毎年研修会を開いてブラッシュアップに努めている。

D. 改善に向けた計画

選抜プロセスと入学方針の整合性については常に検討の必要があり、特に本学では大学そのものの特殊性があるゆえ、独自の入試のあり方の検討もなされている。

関連資料

必須1: 大学概要

必須28: 入学者募集要項

必須27: アドミッション・ポリシー（抜粋）

資料4-1: 大学HP/入学者に関する受入れ方針（アドミッション・ポリシー）

資料4-2: 自治医科大学医学部ガイドブック2018

資料4-3: 自治医科大学医学部入学試験委員会組織図

資料4-4: 都道府県自治医科大学主管課長会議開催通知

資料4-5: 入試事務担当者会議

資料4-6: 広報活動実施状況（2012～2016）

B 4.1.2 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。

A. 基本的水準に関する情報

身体に不自由がある者で受験上及び修学上の配慮を必要とする入学志願者に対して、募集要項の留意事項において、事前相談方法を明記している（必須28）。学習環境については、HPで公表されている。「大学リニューアル基本構想」に基づいて、教育研究環境の充実、施設のバリアフリー化を図ることを目的に、2011年11月に医学部教育・研究棟を竣工し、多目的トイレ、エレベーターを設置するなど、環境整備を行っている。

事前相談に係る回答は、その都度本部試験委員会、第1次試験を担当する都道府県試験委員会及び学内関係者を含めて協議し、現実的に本学カリキュラムでの対応が可能かについて個別に相談に応じている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

現状の対応の仕方、大きな問題は生じていない。本学の特殊性を鑑み、対応については都道府県試験委員会も交えて行っている。

C. 現状への対応

現状では、特に問題は生じていない。国の法規に準じているかについての評価の確認を行う。

D. 改善に向けた計画

身体に不自由のある学生の入学について、国の法規に準じて対応できるよう十分留意する。

関連資料

必須 28: 入学者募集要項

B 4.1.3 国内外の他の学部や機関からの学生の転編入については、方針を定めて対応しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

転入学については、「自治医科大学学則」において定められている（必須 20）。但し、医学部以外からの転入については認めていない。本学独自のカリキュラムにて1年次より専門課程が実施されていることから、開学から現在まで転入者の実績はないが、2016年度より他大学で取得した単位については1年次の総合教育選択科目との互換を申請により認定している（資料 4-7）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

現状の対応の仕方、大きな問題は生じていないと考える。

C. 現状への対応

医学部以外からの編入については、現状では考慮していない。

D. 改善に向けた計画

編入生の選抜と入学方針の整合性について検討の必要がある際には、入試関係委員会で迅速に対応する。

関連資料

必須 20: 自治医科大学学則

資料 4-7: 自治医科大学医学部既修得単位認定規程

Q 4.1.1 選抜と、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連を述べるべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学は、入学者に関する受入れ方針（アドミッション・ポリシー）にあるとおり、「地域医療に進んで貢献する気概を持った人材」となる学生を求めている。2016年に改正された学校教育法施行規則に合わせて、新たに医学部のミッション、ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシーが改定されたことから（B1.1.1、B1.3.1参照）、これらを踏まえてアドミッション・ポリシーの改定を行った。

アドミッション・ポリシーでは、「適性」としてのコミュニケーションや倫理性、学修継続能力、「基本的学力」に加え、「地域医療への意欲」を掲げる。これらは使命（ミッション）、ディプロマ・ポリシーの項目に対応している（必須27、カリキュラム・ポリシーとディプロマ・ポリシーの整合性については前述、B2.1.1参照）。

アドミッション・ポリシーに適った学生を選抜するため、本学の卒業生は、卒業後直ちに第1次試験の試験地の知事が指定する公立病院等に医師として勤務することになっていることから、入学者の選抜において、卒後9年間卒業生が勤務する各都道府県庁で第1次試験として学力試験及び面接試験を実施し期待される能力について審査される他、本学における第2次試験において、小論文試験及び面接試験（集団・個人）にて、本学の使命についての周知を確認している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学独自の入学試験を実施するにあたり、受験生には、入学者に関する受入れ方針（アドミッション・ポリシー）を明示している。「適性」、「基本的学力」及び「地域医療への意欲」を備えた学生を選抜することは、基本的にできていると判断する。

C. 現状への対応

本部試験委員会及び入試検討委員会において、入試結果の分析を行い、それを踏まえたアドミッション・ポリシーの内容を定期的に検討する。

D. 改善に向けた計画

医学部のミッション、ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシーについては、教務委員会の検討WGにて定期的に見直しを行う。これに合わせて、アドミッション・ポリシーについても本部試験委員会及び入試検討委員会において定期的に見直しを行う。

関連資料

必須27:ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシー、アドミッション・ポリシー

Q 4.1.2 アドミッション・ポリシー(入学方針)を定期的に見直すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

アドミッション・ポリシーについては、2011年度入試から明確にし、2015年度入試から、求める学生像に加えて、入学までに身につけておくべき教科・科目等を明記した。入学方針については毎年本部試験委員会にて検討し、在学生に問題が出てくれば、入試方法を変更できる体制ができている。Q4.1.1に述べたように、2016年度にアドミッション・ポリシーの改定を行った。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学独自の入学試験を実施するにあたり、受験生には、入学者に関する受入れ方針（アドミッション・ポリシー）を明示している。「適性」、「基本的学力」及び「地域医療への意欲」を備えた学生を選抜することは、基本的にできていると判断する。

2016年度に改定された医学部のミッション、より具体的なディプロマ・ポリシーやカリキュラム・ポリシーと密接に関連させたアドミッション・ポリシーの改定を行った。

C. 現状への対応

本部試験委員会及び入試検討委員会において、入試結果の分析を行い、それを踏まえたアドミッション・ポリシーの内容を定期的に見直す。

D. 改善に向けた計画

医学部のミッション、ディプロマ・ポリシー、カリキュラム・ポリシーについては、教務委員会の検討WGにて定期的に見直しを行う（B1.1.1参照）。これに併せて、アドミッション・ポリシーについても本部試験委員会及び入試検討委員会においても定期的に見直しを行う。

関連資料

なし

Q 4.1.3 入学決定に対する疑義申し立て制度を採用すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

入学試験結果の成績開示について、募集要項に明記し、また大学HPでも、成績開示の申請方法・申請書類等を示している（必須28、資料4-8）。入学許可の決定への疑義に係る問合せを受けたことはない。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

疑義についての申し立て方法が、入学志願者に対してきちんと明示されている。現状の対応の仕方で、大きな問題は生じていないと考える。

C. 現状への対応

今後も現状の方法で対応する。

D. 改善に向けた計画

社会の変化に合わせ、疑義に対応する必要性があれば、入試関係委員会で迅速に検討する。

関連資料

必須 28: 入学者募集要項

資料 4-8: 大学 HP/入学試験に関する成績開示

4.2 学生の受け入れ

基本的水準:

医学部は、

- 入学者数を明確にし、教育プログラムの全段階における教育能力と関連づけなければならない。(B 4.2.1)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 他の教育関係者とも協議して入学者数と学生の資質を定期的に見直すべきである。そして、地域や社会からの健康に対する要請に合うように調整すべきである。(Q 4.2.1)

注 釈:

- [入学者数]の決定は、国による医師数確保の要件に応じて調整する必要がある。医学部が入学者数を調整しない場合は、結果として起こりうる入学者数と教育能力のアンバランスなどに対して説明する責任を負うことになる。
- [他の教育関係者]とは、領域 1.4 の注釈を参照
- [地域や社会からの健康に対する要請]には、経済的・社会的に恵まれない学生やマイノリティのための特別な募集枠や入学に向けた指導対策などの潜在的必要性など、性別、民族性、およびその他の社会的要件（その人種の社会文化的小および言語的特性）を考慮することが含まれる。地域や社会からの健康に対する要請に応じた医師必要数を予測するには、医学の発展と医師の移動に加え、様々な医療需要や人口動態の推計も考慮する必要がある。

B 4.2.1 入学者数を明確にし、教育プログラムの全段階における教育能力と関連づけなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

入学者数については、国などの動向を踏まえた地域医療に関する関係省庁連絡会議（総務省、厚生労働省、文部科学省）、全国知事会、学内等の検討により変更を行っている。

入学定員の推移は、2008年度から国の「新医師確保総合対策」により10名増の110名、2009年度から栃木県地域枠により3名増の113名となり、さらに2012年度から国の「新成長戦略」により10名増の123名となった。過去5年間の入学者数実績は以下のとおりである（資料4-9、挿入）。なお、入学者数の増加に対しては、大学リニューアルにおいて新設大教室の教室収容人数を増加や実習室設備の増設、教員15名増員、臨床実習クールのカリキュラム組み直しなどで対応を行っている（それぞれB6.1.1、B5.1.1、B2.5.1参照）。学生寮については収容人数を超えたため、学生寮指導主事会の管理のもと、医学部学生用臨時宿泊室、さらにはレジデントハウスへの一部収容を2015年度から開始している（B6.1.1参照）。

入学定員については毎年検討しており、2018年度入学定員についても、文部科学省および厚生労働省からの通知「平成29年度で終了する暫定的に医学部定員増の取扱いについて」を受けて、全国知事会及び栃木県に定員増を継続するかの意向を確認している。

入学定員が以前より増加している現在、学生の学力が低下しないような継続的努力が肝要であり、学生の支援活動が様々な方法で行われている。現状では、進級率やCBT、医師国家試験の成果は順調である（必須14、15、17）。

資料4-9:自治医科大学医学部入学者選抜試験の実施状況

自治医科大学医学部入学者選抜試験の実施状況(2013~2017)

回	区分 年度	募集人員	志願者数	受験者数	1次試験	2次試験	入学者数	競争率 受験者数÷2次合格
					合格者数	合格者数		
42	2013	123	2,928	2,878	434	123	123	23.4
			1,000	987	133	42	46	
43	2014	123	2,348	2,301	442	123	123	18.7
			810	799	123	31	33	
44	2015	123	2,330	2,294	442	123	123	18.7
			805	795	147	42	42	
45	2016	123	2,292	2,258	446	123	123	18.4
			833	824	150	42	46	
46	2017	123	2,071	2,035	443	123	123	16.5
			761	750	140	36	30	

(下段の小数字は女子数で、上段の数の内数)

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

上記のように2009年度から3名増の113名、そして2012年度から10名増の123名としており、それに呼応する教育能力を確保するため、担当教員増員や教室等整備など対応を行ってきた。学生の成果から判断しても、教育能力は適正であると考えられる。

C. 現状への対応

毎年、入学定員の検討を行っている。現状においては、入学定員をさらに増やす計画はない。

D. 改善に向けた計画

入学者数については現在の人数（123名入学）を今後も維持していくべきかどうかは、今後も学生の成果をIR部門で解析し全国知事会及び栃木県からの要請状況も勘案しながら、関係省庁への申請手続きを行っていく。

関連資料

資料 4-9: 自治医科大学医学部入学者選抜試験の実施状況

必須 14: 学年別留年者数

必須 15: 共用試験 CBT に関する成績推移（平成 24 年度～平成 28 年度）

必須 17: 卒業者数、新卒の医師国家試験受験者数・合格者数 過去 5 年分

Q 4.2.1 他の教育関係者とも協議して入学者数と学生の資質を定期的に見直すべきである。そして、地域や社会からの健康に対する要請に合うように調整すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

前述したように、地域医療に関する関係省庁連絡会議（総務省、厚生労働省、文部科学省）、全国知事会等とも協議しながら、地域医療体制を見据え毎年度の学生の受け入れ数の決定を行っている。

本学は、全ての都道府県から 2 名又は 3 名ずつ（栃木県のみ地域枠 3 名を含む 5 名又は 6 名）入学している。3 名入学都道府県の選定については、毎年、医師数、地域特性等の医師不足を判断基準とする指標に基づく数値データ、受験者の学力、都道府県からの 3 名入学要望等を総合的に判断し、本部試験委員会で決定している。18 歳人口の低下および地域枠を含む医学部定員の一過性の増員に伴い、全国的にも医学部生の学力低下が問題視されている。2013 年度からのカリキュラム改善によって、学生の卒全教育レベルが低下しないよう調整中である。幸い進学率低下は収まっている。

また、B4. 1. 1 に記載したように、本学入学者全員に対して修学資金貸与制度があり、就学において大学へ入学金、授業料、実習費等を納入する必要はない。学生の経済状況に応じ、申請すれば審査後無利子で奨学資金の貸与も行われており、経済的・社会的に恵まれない学生に対しても十分門戸は開かれている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

各都道府県 2 名～3 名の選定については、上記のように地域特性等の医師不足をあらゆる指標、受験者の学力、都道府県からの要望を毎年総合的に判断して行っており、ほぼ偏りのない公平な決定がなされているものとする。就学に際しても経済的・社会的ハンディはないと判断される。

C. 現状への対応

入学時の成績等学生情報については、IR 部門に集約し、卒前や卒後の情報と照合し解析を行っている。入学者選抜や入学定員決定などに役立てていく予定である。

D. 改善に向けた計画

引き続き IR 部門で情報解析を行いつつ、学生の受入数と特性については、都道府県の担当者を含む関連分野の協議者とも密な連携を図り、定期的な見直しを行う。

関連資料

なし

4.3 学生のカウンセリングと支援

基本的水準:

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、および個人的事情に対応して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)
- 学生の支援に必要な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障しなければならない。(B 4.3.4)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 学生の教育進度に基づいて学習上のカウンセリングを提供すべきである。(Q 4.3.1)
- 学習上のカウンセリングを提供するには、キャリアガイダンスとプランニングも含めるべきである。(Q 4.3.2)

注釈:

- [学習上のカウンセリング]には、履修科目の選択、住居の準備、キャリアガイダンスに関連する課題にも対応する。カウンセリング組織には、個々の学生または少人数グループの学生に対する学習上のメンターが含まれる。
- [社会的、経済的、および個人的事情への対応]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専門的支援を意味するもので、奨学金、給付金、ローンなど経済的支援や健康管理、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。

日本版注釈:学生カウンセリングの体制（組織としての位置づけ）、カウンセラーの職種・専門性・人数、責務、権限、受付法、相談内容、フォローアップ法を含む。

A. 基本的水準に関する情報

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

1. Student Mentor System (SMS:学年担任制度、1・2年次対象) :学生7名から8名に対し教員一人の担任制度。月1回程度担任を交えて各クラスで集まり様子を話しあう。学生生活適応への見守り。個別に学生からの相談にもものる。担任同士は、毎月1回学年担任会を開催し近況や問題を報告し合う。会食費など大学から活動費を支給している(資料4-10)。
2. 学生生活支援センター:学習を含む学生生活全般についての相談窓口(後述)。
3. 1~6学年学習支援部会:医学教育センター下部組織。各学年に分かれ、成績下位学生の学習支援を行う。学生からの学習上の相談にも対応する。面談、勉強会などを実施。特に6学年学習支援部会は、およそ20からなる勉強会室に属する全学生対象で、それぞれ担当教官がついて学習上の相談にのる等の目配りをする(資料4-11)。
4. 科目責任者、教員:上記以外に、各科目責任者は定期試験後に成績下位者を対象に面談や補講を実施。学生からの学習に対する相談にも逐次応じている。選択セミナーを開講し、希望者に少人数での学習支援を実施している場合もある。

上述の各支援拠点、支援制度において多面的な学修支援、学習への学生の見守りが行えている。しかしながら、開学40年を経て、学生の気質、学力、抱える問題が少しずつ変化してきていることから、その変化に沿った対策を行うため、学習支援を担う教職員に大きな教育負担がかかっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学独自の充実した学習支援体制が完備されており、現状では、進級率やCBTや医師国家試験の成果に結びついており大いに評価される(必須14、15、17)。安定した支援の供給が今後でもできるよう適宜見直しも必要である。

C. 現状への対応

学生に関連する部署の連携を強める目的から、2015年度より学生生活支援センター、医学教育センター、学生寮指導主事会、学事課、学生課の責任者が月に一度集まり、学生に関連した情報交換、学生問題への対策協議を行う「学生関係連絡会議」を開催している。時間をかけた議論を通して密な連携関係を築き、学生の抱える問題に学習面のみならず生活面でも対応している(資料4-12)。

D. 改善に向けた計画

学年担任制度、学習支援部会等の活動内容を見直し、一部の教員が参画する支援体制に、なるべく多くの教員が参加して、支援体制が拡大、拡充するようにFD、SDを開催する。

関連資料

資料4-10:SMS 学年担任制度(学生の修学、進路選択及び心身の健康等に係る支援)

資料 4-11: 学習支援部会部会員名簿

必須 14: 学年別留年者数

必須 15: 共用試験 CBT に関する成績推移 (平成 24 年度～平成 28 年度)

必須 17: 卒業者数、新卒の医師国家試験受験者数・合格者数 過去 5 年分

資料 4-12: 学生関係連絡会議メンバー

B 4.3.2 社会的、経済的、および個人的事情に対応して学生を支援するプログラムを提供しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

社会的、経済的事情に対しては学生委員会が、個人的事情については、学生生活支援センター、学年担任制度が主に支援を行っている。学生寮やサークル活動、都道府県単位での在学生による後輩の指導・支援も本学の特徴である。

1. SMS 学年担任制度 (前述)
2. 学生生活支援センター: センター員である本学教員 (専任 1 名、兼任 6 名) の他、外部の臨床心理士が、学生からの相談に継続的に応じる。保健センターや本学精神科とも連携する。1 年次全員への新生面談、SMS や学習支援で問題を抱える学生に対しては、センター員から学生と話す機会も設けている。教務委員会、学生寮指導主事会、学生委員会、SMS 担任会、留年生面談にオブザーバーとして出席し、関係機関と密な連携を取り学生の状況の把握に努めている。学生課と連携し、社会活動に必須の SNS や交通安全など講習会の形で、啓蒙活動も実施している (資料 4-13)。学長学生懇談会 (学長と学生代表 (自治会 BBS、都道府県代表、6 年次学生)) や羽立ちの会 (1、2 年生の対象者の 20 歳を祝う会) も主催する。
3. 学生委員会: そもそも本学では学費等については全額貸与されている。さらなる経済的支援としては複数の奨学金制度があり、自治医科大学奨学資金 (在学生 1 年次～6 年次) の場合、申請学生に対して無利子で奨学金の貸付を行う。およそ 8 割の学生が支給をうけている。他に颯田医学奨学金 (在学生 5 年次)、地方自治体との提携による奨学金などがある。他に、学生の賞罰にも関与し、問題行動をとった学生への更生支援を担当する (資料 4-14、4-15)。
4. 学生寮指導主事会: 全寮制をとっており、教育寮として地域医療に貢献する医師の全人的な育成を図る (学生寮については領域 6 参照)。主事、副主事が学生の生活指導にもあたる。常駐する管理人が心理カウンセラーの資格をもつなど、日常的に学生への声掛けを行い相談にのっている。
5. 学生自治会: 学生代表からなる独自の体制。自治会長、副自治会長、書記、寮委員、車両委員などを学生選挙で選出し寮を管理するとともに、カリキュラム委員、BBS (Big Brother and Sister System、後述) などカリキュラム運営に関わったり、1 年生の支援を行う (資料 4-16)。
6. Big Brother and Sister System (BBS) : 高学年学生による 1 年生の支援システム。1 年生の学生生活のサポート (生活用品購入の同伴、初期の食事のサポートなど寮生活の開始

支援、学生間の親睦を深める手助け、学習・生活面での指導、ラウンジの整頓指導等) や相談役を1年間にわたって務める。

7. 学生課:学生寮入口にあり、学生寮で起居する学生の見守り、施設管理、奨学金の管理、郵便物の管理など生活の支援を行っている。管理人(男子寮、女子寮)が常駐し学生の見守りを行うとともに、カウンセリング資格をもち相談に応じる者も含む。安価な使用料で一室を貸与。2017年度からは100円朝食を提案し、学生食堂での安価な食事を希望学生に提供している。学友会サークル活動や学園祭、BBSキャンプなども学生の活動を支援する(資料4-17)。
8. 都道府県人会:47都道府県別に、卒後指導委員会の都道府県担当の教員を中心に1~6学年学生が属し、定期的な会で親睦を深めたり、相談・支援を行う(資料4-18)。
9. 保健センター:健康診断および予防接種を実施するのみならず、健康相談窓口として学生からの相談をうける(資料4-19)。
10. ハラスメント相談所:ハラスメント相談に応じる体制として2013年度に設置され、通常は講習会など啓蒙活動も行う(資料4-20)。

上記の学生委員会、学生寮指導主事会では、毎月の会議に際し、自治会学生代表と話し合う機会を設け、学生からの意見を聴き入れている。学生に関する問題をより広く共有、議論するため不定期であるが、副学長、学年担任会主任、学生生活支援センター長、医学教育センター長、寮指導主事、教務委員長、学生委員長、卒後指導委員長等で構成される学生関係委員長等会議も開催される(資料4-21)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学年担任制度の担任教員および、学生生活支援センターの教員およびカウンセラーをはじめ多岐に亘る部署が、社会的、経済的および個人的事情に対して学生の支援を行っている。学生寮においても、学生課職員や寮管理人も学生に身近に接し、見守る環境ができています。必ずしも学生がアクションを起こさない場合でも、大学側からアプローチする場合もある。種々の奨学資金貸与制度に加え、本学は修学資金貸与制度(資料4-22)を設けていることから経済的問題を抱える学生は極めて少ない。また、健康診断、予防接種プログラム、健康保険、傷害保険等の制度も充実している。

C. 現状への対応

社会的、経済的、個人的要請に対する学生支援の制度は、現段階で一定の有効性を備えており評価できる。近年みられる学生の社会性低下に介入すべく、情報リテラシー問題、交通安全、消費者問題、食育など学外講師を招いた啓蒙活動を実施しつつある。

D. 改善に向けた計画

今後も変化に迅速に対応するため、学生関係連絡会議の場を活用していく。

関連資料

資料4-13:学生生活支援センター

資料4-14:奨学金制度、制度利用学生数

資料4-15:学生委員会委員名簿

資料 4-16: 学生自治会、BBS

資料 4-17: 学生課事務分掌 (学校法人自治医科大学事務組織規則より抜粋)

資料 4-18: 都道府県人会

資料 4-19: 健康管理事業計画

資料 4-20: ハラスメント相談所

必須 21: 自治医科大学医学部学生関係委員会等設置規程

資料 4-21: 学生関係委員長等会議構成員一覧

資料 4-22: 大学 HP/修学資金・奨学資金

B 4.3.3 学生の支援に必要な資源を配分しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

学生寮、医学教育センター、学生生活支援センター、保健センターが大学機関として設置されている。いずれも専任の職員が配置され、専任教員については、医学教育センター、学生生活支援センター、保健センターのそれぞれ3名、2名(1名は非常勤カウンセラー)、1名である。それ以外は兼任あるいは委員会に類する形で教員が人的資源として配置される。

1・2学年担任制度やBBSでの活動、医学教育センターの活動には、大学から活動経費が支給されている(資料4-23、4-24)。

学習意欲の高い学生に対しては、選考された一部の学生ではあるが、海外BSLやフリーコース・スチューデントドクター制度(資料4-25)を通じて、メンターとなる教員の個人的な指導のもとに学外医療施設での臨床研修、学会や海外の医療現場を体験する機会、基礎研究・臨床研究も含め、より高い学習成果を上げられるような支援(一部経済的支援も含む)も行っている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

何らかの問題を抱えた学生、学習の向上意欲がある学生など、様々な学生に対して学生支援のために本学の資源をフルに活用している。しかしながら、支援を必要としている学生が必ずしも支援に応じない場合があり今後の課題である。

C. 現状への対応

2016年度より学生による科目評価や6年次学生アンケートを実施している(資料4-26)。今後は、学生の要望に適切に対応した支援を展開できるよう検討していく。

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、学生関係連絡会議で情報共有を図り、問題点があれば、学生関係委員長等会議で支援体制の改善について協議する。

関連資料

資料4-23: 第13回 1学年生による「自治医科大学と地域医療についてのワークショップ」報告書

資料 4-24: BBS キャンプ

資料 4-25: フリーコース・スチューデントドクター実習報告書

資料 4-26: 最終学年対象カリキュラムに関するアンケート

B 4.3.4 カウンセリングと支援に関する守秘を保障しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

学生支援システムは本学の資源をフルに活用したものであり、学生の秘密保持もカウンセリングの原則に沿って守られている。個人的な問題についてのカウンセリングや相談の記録は、学生生活支援センターに保管され、関係者以外が見ることは出来ない。大学病院での診療記録である電子カルテも閲覧者がトラッキングできるようになっており、定期的に監視して問題起きていない。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カウンセリングを含めた学生支援に関する守秘は保証されていると考えている。問題は起きていない。

C. 現状への対応

今のところ問題はない。

D. 改善に向けた計画

学生支援における守秘については、学生生活支援センターで規定を作成し、明文化する予定である。

関連資料

なし

Q 4.3.1 学生の教育進捗に基づいて学習上のカウンセリングを提供すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

学生の学業成績については、定期試験結果は可否を発表し、点数を本人の希望に応じて科目責任者から学生本人に公表しており、学生が自身の学習成果の現状を把握することは可能である。再試験対象となった学生に対しては、一部では各科目責任者が再試験前に面談や補講を行い支援している。また各学年の学習支援部会長は学生の成績を逐次取得し、成績の振るわない学生には面談を行い、必要に応じて学習上のカウンセリングを実施している。

年度ごとの学業成績を全学生および保護者に送付している。年度末には、学習に問題のある学生（1科目のみ不可で進級は認められる仮進級者、および進級要件を満たせない留年者）については、教務委員会が医学教育センター、学生生活支援センター代表者と同席の下、本人のみの面談を行ったのち、保護者を含めた面談を行い、現状説明や今後の計画について話

し合う機会をとっている（資料 4-27）。また、主にこれらの学生を対象にして、各学年の学習支援部会が、月 1～2 回の補習、場合によっては個別学習指導を行っている（資料 4-11）。年度途中であっても、学業不振のみられる学生については、3～6 年生学習支援部会が学生を招集し、勉強会の形で適宜支援を行っている。

3 年次以降は、CBT、総合判定試験などの総括的評価を行い、結果をフィードバックして自身の進歩について学生が知ることができる。これら以外でも自覚的に学習上に問題を持つ学生については、学生生活支援センター、SMS 担任等が窓口となって相談にあたり、必要があれば医学教育センターへ紹介している。学生が直接科目責任者を訪問して相談することも可能である。一部の学生は、選択セミナーを利用して、自身の興味のある分野や苦手な分野について専門の教員から指導を受けている（必須 4③）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

単科大学、全寮制の利点を活かし、様々なレベルで学生全員に目配りし、学習についてのきめ細かい支援が提供されている。その結果、他学に比し高い進級率を維持している。ただし、一部の学生については学習意欲の問題から必ずしも効果を上げていない場合がある。

C. 現状への対応

学力の低い学生については、以前より学習法の指導や動機付けなどの必要性が出てきており、2012 年度に医学教育センター学習支援部会を 6 年生対象のみから全学年に広げた。精神的援助の必要性から学生生活支援センターや SMS 担任と連携する機会も増えている。医師として高い倫理性が求められる中で、学力のみならず、社会的成熟を促すような教育の必要性が高まっており、年度初めの教務委員会オリエンテーションにおいては、学生委員長からもオリエンテーションを実施している（資料 4-28）。学生のみならず教職員にも、こうした必要性を周知させるため、FD の出席を必須とし教育への意欲を喚起している。また、成績評価に態度評価を取り入れて在学中の成長・変化を長い目で見守るため、Moodle を用いた新評価法を 2016 年度から導入した（B3. 1. 2 参照）。

D. 改善に向けた計画

今後は評価法や FD の効果を見ながら、適宜学習支援の方法や内容を改善していく予定である。

関連資料

資料 4-27: 仮進級・留年者面談資料

資料 4-11: 学習支援部会部会員名簿

必須 4③: 選択セミナー要項

資料 4-28: 2～6 学年教務委員会オリエンテーション

Q 4.3.2 学習上のカウンセリングを提供するには、キャリアガイダンスとプランニングも含めるべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学の特性上、本学学生は、卒業後は出身都道府県の地方公務員として一定期間総合医として勤務する。学生に対しては、ともすると噂などに惑わされ境遇に不安や不満を抱く場合もあることから、夏などの休業期間に出身都道府県で研修を行って現場についての正確な情報を提供し、管轄都道府県との人間関係構築も行っている（資料 4-29）。2 年次地域医療学各論 2 では、専門医制度についての講義もある。卒業後のキャリアガイダンスは出身都道府県によって大きく異なるため、在学中、各都道府県県人会の集まりに定期的に参加し、上下の人的交流も促進している（資料 4-18）。卒後指導委員会の下に各都道府県担当教員を配置し、学生本人の希望も考慮しながらキャリアパスを構築する手助けを行っている（資料 4-30）。卒後指導委員会、地域医療推進課は、在学生に対しては卒業後を見据えたワークライフバランスを考える会を開催し、6 学年に対しては卒後ガイダンスも実施している。理事長、学長、卒後指導部長による特別講義も行われる。この他、年 2 回都道府県庁の代表者会議が開催され、その際には、個別に情報交換や相談にも応じている（資料 4-4、4-5）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

卒業後も視野に入れた長期間のキャリアパスを学生が描くことができるような体制が整っている。結果として高率、高水準の都道府県での卒業生の勤務が実現されている（領域 7.3 参照）。ただし、今後は他大学医学部地域枠が広がり、医療体制も大きな変換期を迎える中、先が見えにくくなっている点も否定出来ない。

C. 現状への対応

同窓会とも連携し、学生の視点に立って、なるべく正確な情報提供を行う機会を地域医療学系講義や 1 年生ワークショップなどで増やしている（資料 4-31）。地域医療学のカリキュラムについても現状にあったものを目指す立場から総合教育、地域医療学、公衆衛生学などの教員が集まって意見交換を行い、地域医療系の総合教育必修科目の導入をはじめとするカリキュラム改革を社会・地域医療系カリキュラム改善 WG として行っている（領域 2 参照）。2017 年度より CBL 地域医療院外実習前に実践的内容の講義として地域医療学各論 3 を創設した。

D. 改善に向けた計画

学生からの評価も参照するために、新しく導入した双方向性の評価法、IR 部門への意見の蓄積を 2016 年度より開始しており（領域 3 参照）、これを元に今後は、適宜カリキュラムの改善を行っていく予定である。

関連資料

資料 4-29: 都道府県夏期実習および東京都夏期実習（参考例）

資料 4-18: 都道府県人会

- 資料 4-30: 卒後指導委員会・都道府県担当教員名簿
- 資料 4-4: 都道府県自治医科大学主管課長会議開催通知
- 資料 4-5: 入試事務担当者会議
- 資料 4-31: 自治医科大学医学部同窓会

4.4 学生の参加

基本的水準:

医学部は、学生が下記の事項を審議する委員会に学生の代表として参加し、適切に議論に加わることを規定し、履行しなければならない。

- 使命の策定 (B 4.4.1)
- 教育プログラムの策定 (B 4.4.2)
- 教育プログラムの管理 (B 4.4.3)
- 教育プログラムの評価 (B 4.4.4)
- その他、学生に関する諸事項 (B 4.4.5)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 学生の活動と学生組織を奨励するべきである。(Q 4.4.1)

注 釈:

- [学生の参加]には、学生自治、カリキュラム委員会や関連教育委員会への参加、および社会的活動や地域での医療活動への参加が含まれる。(B 2.7.2を参照)
- [学生の活動と学生組織を奨励]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:学生組織は、いわゆるクラブ活動ではなく、社会的活動や地域での医療活動などに係る組織を指す。

医学部は、学生が下記の事項を審議する委員会に学生の代表として参加し、適切に議論に加わることを規定し、履行しなければならない。

B 4.4.1 使命の策定

A. 基本的水準に関する情報

学生の教育への関与および参画には以下の3通りがある。

1. 学生代表と委員会との連携

学生自治会を中心に、学生から学生自治会幹部（自治会長、副会長、書記、寮委員、カリキュラム委員）、BBS 代表が選出され、これら代表は、毎月開催される学生寮指導主事会、学生委員会に際し、これら委員会の教員と意見交換の場を設けている。また医学教育センター

カリキュラム連絡会議には、カリキュラム委員がメンバーとして参加し、カリキュラムについての学生意見を述べ、調整・改善に寄与している（資料 4-32）。年 1 回、運動、文化に分かれるサークル（いわゆる部活動）代表者と学友会（学生と教職員全員で構成される運動・文化活動を支援する団体）、学生生活支援センターとの話し合いが行われている（資料 4-33）。

2. 学長学生懇談会

本学学長と学生代表（都道府県人会代表、BBS 代表、学生自治会、6 年生）との間で年 3 回会食を交えての懇談会が学生生活支援センターの主催で、寮で開催され、直接の意見交換が行われている。この場には学生教育に関連した教職員も参加している（資料 4-34）。

3. 学友会

学友会は、教職員および学生により構成され、全員が会費を納入している。年に数回会議を開催し、代表者がサークルや運動施設、サークル施設などの運用について意見を交換する。学生側からはサークル代表者（文化部、運動部各 1 名）が参加する。

4. 全学生による科目・カリキュラム評価

2015 年度より Moodle を利用し、全学生が一部の講義、実習に対して意見や評価を行うシステムを導入した。2016 年度からはこれを全科目の評価に広げている。この評価については、学生の匿名性を維持しながら、関連する学生機関、FD などの場で教員へ伝達するとともに、関連委員会でのカリキュラム改善に活用しつつある（資料 4-35、B7. 1. 2 参照）。

2016 年文科省の新しい基準に則り、医学部の使命、カリキュラム・ポリシー、ディプロマ・ポリシー策定を行ったが、ポリシー検討 WG で原案が作成された後、使命、ポリシーの草案は、学生を含めた大学全般の構成員に対するパブリックコメントを経て、広く意見を聴取ののち決定する過程をとった（B1. 4. 1 参照）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生代表と学生教育に関連した委員会委員との意見交換の場が、十分設けられ学生の意見が取り入れられている。公の会議のメンバーに学生が参画している機会は少ないが、現実的には学生の意見聴取の機会は多い。たとえば、ポリシー検討 WG そのものには、今回学生が参画していないが、パブコメ等で意見を述べる機会があった。

C. 現状への対応

新しく策定された使命は、年度初めの各学年の教務委員会オリエンテーションにて紹介し、カードを配布した。今後は学生自治会の代表と意見交換を行う様々な機会に使命策定についても議論していく。Moodle 上の意見を IR 部門で集約し活用していく。

D. 改善に向けた計画

意見を聞く機会を公の場の中に増やしていく。

関連資料

資料 4-32: カリキュラム連絡協議会

資料 4-33: 自治医科大学学友会会則

資料 4-34: 学長学生懇談会概要

資料 4-35: 学生による MoodleBSL 評価、学生による科目・カリキュラム評価

医学部は、学生が下記の事項を審議する委員会に学生の代表として参加し、適切に議論に加わることを規定し、履行しなければならない。

B 4.4.2 教育プログラムの策定

A. 基本的水準に関する情報

B4.4.1 に記載したように、これまでもカリキュラム連絡協議会にて医学教育センター教員と学生自治会カリキュラム委員（各学年2～3名、任期6年）との間で月に1回程度意見交換を行っている。カリキュラムについて実習期間、時期、内容など率直な意見が寄せられており、毎回教務委員会で医学教育センターから報告され、教務委員会カリキュラム部会が行う年度カリキュラムの策定にも活かされている。Moodle 上でも一般学生が科目（BSL 各クールも含む）、カリキュラムについての意見を載せることができる。これらは、今後も継続される他、加えてカリキュラム部会運営会議にこれらの学生の一部が代表として参画することになった（B7.1 後述）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

現場では学生の意見は、プログラム策定に反映されている。

C. 現状への対応

カリキュラム部会運営会議を開催することで、さらに学生との意見交換の機会を増やす。

D. 改善に向けた計画

意見を聞く機会を増やしていく。

関連資料

なし

医学部は、学生が下記の事項を審議する委員会に学生の代表として参加し、適切に議論に加わることを規定し、履行しなければならない。

B 4.4.3 教育プログラムの管理

A. 基本的水準に関する情報

B4.4.1 に記載したように、これまでもカリキュラム連絡協議会にて医学教育センター教員と学生自治会カリキュラム委員（各学年2～3名、任期6年）との間で月1回程度意見交換および連絡を行っている。この会議には学事課も出席する。各科のBSL 内容や設備・運営など率直な意見が寄せられており、教務委員会、学事課での教育プログラム管理に活かされている。カリキュラム委員はプログラム管理上の学生への連絡を担う他、選択必修BSL の割り当ても行っている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生からの意見はプログラム管理に反映されている。学生からも協力が得られている。現状で大きな問題はない。

C. 現状への対応

カリキュラムについての学生意見は逐次把握し、可能な限り迅速な対応をして円滑なカリキュラム管理を目指している。BSL での症例経験を可視化すべく、2017 年度からは Moodle 上に学生による到達目標に基づいた経験症例の入力が開始された (B2.2.3 参照)。これらのカリキュラムの実態に関する情報ももとにカリキュラム管理を行っていく。

D. 改善に向けた計画

相互の連携を密にすることで、今後より多くの学生の参画をめざしていく。

関連資料

なし

医学部は、学生が下記の事項を審議する委員会に学生の代表として参加し、適切に議論に加わることを規定し、履行しなければならない。

B 4.4.4 教育プログラムの評価

A. 基本的水準に関する情報

上記のカリキュラム連絡協議会、カリキュラム部会運営会議のほか、カリキュラム評価部会運営会議にも学生が参画することとなった。また、2016 年度より全学生に Moodle による科目、カリキュラムの評価を実施しており、全員参加ではないが、内容としては良質で建設的な意見が得られている (資料 4-35、領域 7 参照)。Moodle 上の意見もカリキュラム評価部会でまとめられ、教務委員会や BSL 連絡協議会で報告される。カリキュラム評価にも反映される。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生によるカリキュラムの評価が、学生代表 (カリキュラム連絡委員) や Moodle を介した一般学生によりなされてカリキュラム評価部会に反映されている。

C. 現状への対応

Moodle 上に寄せられた意見は、IR 部門で集約され、教務委員会カリキュラム評価部会で検討され、カリキュラム部会へのフィードバックがなされている。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム評価部会運営会議を定着させ、学生の評価を取り入れる機会を増やしていく。

関連資料

資料 4-35: 学生による MoodleBSL 評価、学生による科目・カリキュラム評価

医学部は、学生が下記の事項を審議する委員会に学生の代表として参加し、適切に議論に加わることを規定し、履行しなければならない。

B 4.4.5 その他、学生に関する諸事項

A. 基本的水準に関する情報

B4.4.1 に述べたように、学生の意見をいろいろな機会を捉えて集めている。特に学生自治会との意見交換の機会が定期的に設けられている。2016 年度以降 Moodle 上への意見・科目評価が蓄積されつつある（領域 7 参照）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生からの意見が各委員会に反映されるようなシステムが構築されている。ただし学生自治会がすべての学生意見を掌握しているわけではなく、今後は全学生からの Moodle での評価がこれを補うと期待される。

C. 現状への対応

IR 部門が発足し、評価を組み上げるシステムを構築中である。

D. 改善に向けた計画

Moodle 評価はすべて IR 部門に蓄積されることから、これを基にした長期的改善に活かす予定である。

関連資料

なし

Q 4.4.1 学生の活動と学生組織を奨励するべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

学生の社会的活動や地域での医療活動などに係る組織の活動については、以下のような経済的・社会的支援が設けられている。

1. 学友会サークル活動の中には、一般のクラブ活動以外に、介護施設のボランティアや国際的な医学生交流も含まれ学友会から資金援助を受けている。自治会サークルである、東洋医学研究やプライマリ・ケア学会学生支部活動、シミュレーションセンターでの活動（Q6.2.1 参照）などはこの限りではないが、申請により海外渡航費、学会参加費などを援助している（資料 4-33）。
2. 学生委員会の審査による学外での活動における優秀者・功労者の表彰（資料 4-14）

3. 教務委員会による海外 BSL、フリーコース・スチューデントドクターの選考・支援（資料 4-25）
4. 同窓会による学生活動への支援（短期海外研修など）（資料 4-36）

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

すでに学生生活においては、修学資金、奨学資金を貸与し、学習面においても実習全般における用具の無料配布、実習先への交通費・宿泊費支給、白衣の洗濯無料化にいたるまで、きめ細かな支援が行われている上、上記のような学生活動についても恵まれた環境が整備されている。

C. 現状への対応

有限の資金の範囲内で、社会状況に応じた無駄のない効果的な支援になるよう、学生の意見を反映させつつも適宜変更が必要である。

D. 改善に向けた計画

学生の意見を適宜取り入れていく。

関連資料

資料 4-33: 自治医科大学学友会会則

資料 4-14: 学生委員会

資料 4-25: フリーコース・スチューデントドクター制度

資料 4-36: 自治医科大学医学部学生の対外活動の支援事業制度

5. 教員

領域 5 教員

5.1 募集と選抜方針

基本的水準:

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。その方針には下記が含まれる。
- 医学と医学以外の教員間のバランス、常勤および非常勤の教員間のバランス、教員と一般職員間のバランスを含め、適切にカリキュラムを実施するために求められる基礎医学、行動科学、社会医学、臨床医学の教員のタイプ、責任、バランスを概説しなければならない。(B 5.1.1)
- 教育、研究、診療の役割のバランスを含め、学術的、教育的、および臨床的な業績の判定水準を明示しなければならない。(B 5.1.2)
- 基礎医学、行動科学、社会医学、臨床医学の教員の責任を明示し、その活動をモニタしなければならない。(B 5.1.3)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 教員の募集および選抜の方針において、以下の評価基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、医学部の使命との関連性 (Q 5.1.1)
 - 経済的配慮 (Q 5.1.2)

注 釈:

- [教員の募集と選抜方針]には、カリキュラムと関連した学科または科目において、高い能力を備えた基礎医学者、行動科学者、社会医学者、臨床医を十分な人数で確保することと、関連分野での高い能力を備えた研究者をも十分な人数で確保することが含まれる。
- [教員間のバランス]には、大学や病院の基礎医学、行動科学、社会医学、臨床医学において共同して責任を負う教員と、大学と病院から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見地から検討することを意味する。
- [業績]は、専門資格、専門の経験、研究業績、教育業績、同僚評価により測定する。
- [診療の役割]には、医療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、医学部やカリキュラムに関連した性別、民族性、宗教、言語、およびその他の問題が含まれる。

- [経済的配慮]とは、教員人件費や資源の有効利用に関する大学の経済的状況への配慮が含まれる。

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。その方針には下記が含まれる。

B 5.1.1 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。

A. 基本的水準に関する情報

自治医科大学は、医学部と看護学部の2学部からなり、それぞれに大学院を有する。医学系の教員については医学部と医学研究科の両方に所属する教員が多く、その募集や選抜においては、医学部教員として行ったうえで資格対象者について医学研究科教員の発令を行う。適正な教員構成は、教員定数等検討部会が中心となり、随時、教育、研究及び診療等の観点から適切であるかを検討し、企画委員会で審議したのち、教授会、教授総会で報告される（資料5-1）。教員全体の構成は、教授（136名）、准教授（98名）、講師（148名）、助教（617名）である。HP上に定めた教育、診療、研究に関する「自治医科大学のミッション」に照らして、教員の選抜方針を判断している。これを踏まえた教員の任用・昇任に関する規程を教授、准教授、講師、助教それぞれについて策定し、運用している。

現在の教員は、医学部医学科において543名（そのうち総合教育部門13部門12名、基礎医学部門3講座9部門31名、基礎・臨床医学連携部門4講座9部門36名、臨床医学部門15講座30部門270名、総合医学部門3講座127名、その他の部門67名）が在籍している（必須18）。医学部には、各講座の下に部門が設置され、講座以外に、教育研究施設である地域医療学センター、分子病態治療研究センター、情報センター、実験医学センター、メディカルシミュレーションセンター、先端医療技術開発センター、臨床研究支援センター、地域臨床教育センター、データサイエンスセンター等の他、医学教育センター、学生生活支援センターがあり、専任あるいは兼任の教員が所属する（必須9）。特に、医学教育センター、情報センター（IR部門）に医学教育を専任とする教員を配置し、特別客員教授として米国人の医学教育専門教員を擁している。臨床系教員については、大学本務と病院本務の二形態があり、教育についてはいずれの教員も関わっている。医学部の専任教員は1,019名で非常勤教員は192名であり、専任教員の割合が84.1%となっている。これ以外に、大学院医学研究科においては、基礎系大学院本務教員を配置する。これらの教員は学部の教育も担う。

教員一人当たりの学生数は0.7名である「1,019名対759名」（病院助教と臨床助教を省くと教員一人当たりの学生数は1.4人）。職員数は、408名、この内正規職員は225名、非常勤職員は183名、教員との比は約2.5対1となっている。

医学以外の教員については、多くが総合教育講座に所属し、1年次の総合教育選択科目、必修科目のほか、全学年に対する選択セミナーを担当する。低年次の導入教育をはじめとした2013年度からのカリキュラムの改変に伴い、多くの総合教育講座の教員が医学部学生の必修科目を担当し、医学教育に直接関与している。

基礎医学や分子病態治療研究センターなど研究機関の教員は、研究・教育を担うが、臨床医学との関連を重視する立場から、一部の教員は、臨床講座の教員同様、附属病院での診療科を兼務し、教育・研究としての本務に加え診療においても責任を負っている。特に、医学教育センターに属する3名の教員は全員、附属病院の診療科を兼務している。

さらに、地域医療学のカリキュラムを重視する立場から、地域医療学センター（総合診療部門、地域医療学部門、公衆衛生学部門など）の教員は、附属病院での診療や研究の本務に加え5年次CBL（地域医療院外実習）及び保健所実習、社会学地域医療学系の講義・実習など学生教育に従事する。また、大学教員には含めないが、臨床教員（地域担当）（教授19名、准教授13名、講師38名、助教3名）は、地域医療への貢献に加え、前述のCBL（地域医療院外実習）での調整等にあたる。さらに、2015年8月に新たに自治医科大学地域臨床教育センターが設置された。本学から委嘱された拠点病院に在籍する臨床教員（地域臨床教育センター担当）（教授32名、准教授3名、講師4名）は、5～6年次の選択必修BSLの指導にあたりるとともに、地域医療に貢献している。

教員の選抜に際しては、カリキュラムにおける募集講座の現況を基に、研究分野の実績に加え、本学の設立目的を踏まえ教育カリキュラムを適切に運営できる人材の選抜基準を定めて選考している。特に、教授、准教授の選考に際しては、学長、副学長を含む選考委員会（教授選考については委員を教授会で投票により選出）を設置し、所属講座の構成員、教育、研究、診療の現況を考慮に入れ選抜方針、選考方法を決定している（資料5-2～5-6）。教授については原則、本学HP及び研究者人材データベース（JREC-IN）へ公募情報を掲載し、各国公私立大学医学部（医科大学）へ通知する。選考委員会による選考結果は、教授会において投票による可否で意見を聴き決定する。講師、助教については、講座責任者による申請に基づき人事委員会による資格審査を経て決定する（資料5-7）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

適宜開催される教員定数等検討部会により教員配置構成を検討することで、バランスの調整ができています。臨床医学、地域医療学との関連を重視する配置となっている。規程及び選考委員会にて選考方針、方法を定め、教員の選抜ができています。選考委員会では書類選考、候補者のプレゼンテーションにて人物評価で行われており、適任者が選出されています。教員一人あたり1.4と学生数は少なく、教員数も恵まれています。地域も含め人的資源が広く活用されています。

C. 現状への対応

教育に関しては、教員の実績を適切に評価し実態を把握するため、カリキュラム評価部会において教員の自己評価、学生や科目責任者本人によるカリキュラム評価をMoodle上で2015年度より開始した。

D. 改善に向けた計画

Moodle上の評価はIR部門に蓄積し、今後検討していく。教員の教育実績評価については、今後の状況を見ながら、形式も含め引き続き検討していく。

関連資料

資料 5-1: 教員定数等検討部会の設置について

必須 18: 教員数

必須 9: 学校法人の組織図

資料 5-2: 教授選考委員会委員の選出について（教授会次第）

資料 5-3: 自治医科大学医学部教授の選考方法等に関する内規

資料 5-4: 自治医科大学医学部学内教授の選考方法等に関する内規

資料 5-5: 自治医科大学医学部准教授の選考方法等に関する内規

資料 5-6: 自治医科大学医学部学内准教授の選考方法等に関する内規

資料 5-7: 教員（講師・学内講師・助教）任用申請書、発令願

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。その方針には下記が含まれる。

B 5.1.2 教育、研究、診療の役割のバランスを含め、学術的、教育的、および臨牀的な業績の判定水準を明示しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

教授、准教授の選考については、「自治医科大学医学部教授・准教授の資質・資格に関する参考基準」を定め、講師・助教の選考に関しては「自治医科大学医学部教員（講師・助教）の任用手続・資格基準規程」、「自治医科大学医学部教員（講師・助教）の資格基準に関する申合せ」にて判定水準を定め、これらを学内に公表し遵守している（資料 5-8～10）。教授、准教授の選考は選考委員会において、教育、研究、診療のそれぞれの立場から選考委員が評価し、教授会において賛否の投票で決定している。教授選考委員会は、候補者によるプレゼンテーションを学内の教授に公開している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

規程にて判定基準を明示し、厳格に遵守した選考を行っている。教授、准教授について数値による資格基準は設けていないが、選考委員会において、教育、研究、診療に関し厳格に審査されている。教授選考委員会は公開により透明性も担保されている。

C. 現状への対応

各教員の専門、研究業績、プロフィールについては、HP 上で教員業績データベースとして公開している。任用後も最新の情報が反映されるように、自動的に情報更新が行える新システムを導入した（資料 5-11）。

D. 改善に向けた計画

教員の業績情報が、的確に公表、共有されるよう、大学院 HP の改善を行った。教育、研究、診療等の観点から、随時、適切な選考になっていることを今後とも検証していく。

関連資料

資料 5-8: 自治医科大学医学部教授・准教授の資質・資格に関する参考基準

資料 5-9: 自治医科大学医学部教員（講師・助教）の任用手続・資格基準規程

資料 5-10: 自治医科大学医学部教員（講師・助教）の資格基準に関する申合せ

資料 5-11: 教員業績管理システム概要

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。その方針には下記が含まれる。

B 5.1.3 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、その活動をモニタしなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

各科目責任者は教務委員会で協議後、教授会で定めている。教育要項の中に、各科目の科目責任者と教育目標、各コマの授業内容と授業担当者を明記している（必須 4①）。各科目に対する学生からの評価を Moodle により収集し、教育に関しモニタリングを行っている。研究業績については、全教員について導入した教員業績データベースが自動更新されるため最新のものモニタされる。教員については、原則任期はないが、分子病態治療研究センターの教員については任期制を採用し、再任審査にてモニタリングを行っている（資料 5-12）。診療も含め、教育、研究についての評価は講座責任者によって勤務評定として年 1 回評価され、人事課での昇給に反映される（資料 5-13）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

各教員の教育、研究、臨床に関するモニタリングはそれぞれ導入されている。また、各教員の業績情報は WEB 上に公開している。教育についての自己評価、科目責任者による評価も Moodle 上で開始された。教員に対する評価の基準、評価の扱い方を今後定めていく必要がある。

C. 現状への対応

教育に関するモニタリング結果は、IR 部門が 2016 年度に立ち上がり集積しつつある。2017 年度、教務委員会と科目責任者、教育担当者との関係に際しても、教務委員会関係規程を整備しより明確にしていく予定である。

D. 改善に向けた計画

教育のモニタリングとその評価の実施に関して IR 部門の情報を基に議論を行う。

関連資料

必須 4①: 教育要項

資料 5-12: 自治医科大学教員の任期に関する規程

資料 5-13: 勤務成績に基づく昇給実施規程

教員の募集および選抜の方針において、以下の評価基準を考慮すべきである。

Q 5.1.1 その地域に固有の重大な問題を含め、医学部の使命との関連性

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学医学部の使命にも掲げられているように、①倫理性、人間性、②総合臨床能力にすぐれた、③地域医療に挺身するリーダーを育成するため、人格、能力、使命感をもった教員の選抜を行っている。また、大学周辺の院外の地域においても活躍する医療人材を教育に取り込むため、2014年度より地域医療学センターに地域連携型医学教育・研修部門を設け、院外BSLを実施する人材を配置した（資料5-14）。さらに、2015年から学内及び栃木県内を中心とした近隣の地域中核病院に、地域臨床教育センターを設置した。現在は5病院に設置されており、在籍する医師に臨床教員を委嘱し、5～6年次の選択必修BSLの指導を委託している。（資料5-15、資料5-16）。今後、本学附属病院だけでは経験出来ない広範囲な健康問題の教育の場として拡大していく予定である。各都道府県においても、地域の臨床現場で学生教育を担当する臨床講師制度を1999年度から導入し、2009年度からは、「臨床教授・臨床准教授（地域担当）制度」を導入した（資料5-17、資料5-18）。5～6年次選択必修BSLでの「地域医療」枠として、地域の医療機関での臨床実習を積極的に取り入れている（必須7②）。臨床教授・臨床准教授は、幅広い臨床能力を有しており、地域医療の現場で学生指導を行っている。すなわち、各都道府県における実習のコーディネート、学生指導、臨床講師等のスキルアップ、学内での実習に関与している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

医学部の使命を実現すべく、地域医療に根ざした実習を行うため、大学病院以外の医療施設での臨床実習の拡大に様々な工夫がされている。今後も広げていく必要がある。

C. 現状への対応

本学の教員を拠点病院に設置した地域臨床教育センターへ派遣し、病院における診療を行うのみならず、医学生と研修医に対する教育を行う体制を整えつつある。まずは5、6年生の選択必修BSLから運用を始める。また、当該センターに所属する臨床教員（地域臨床教育センター担当）の質確保及び連携のため、年1回の講習会を大学にて実施している（資料5-19）。

D. 改善に向けた計画

本学の使命に根ざした、地域医療に軸をおいた教員の選抜のために、今後も地域で医療人を育成し循環するシステムを推進し、地域医療の充実及び人材育成を図っていく。大学との密接な連携の維持発展が課題である。

関連資料

資料5-14: 地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門（大学HP）

資料5-15: 自治医科大学地域臨床教育センター組織規程

資料5-16: 自治医科大学地域臨床教育センター資料（大学HP）

資料 5-17: 自治医科大学医学部臨床講師取扱規程

資料 5-18: 自治医科大学医学部臨床教授（地域担当）等取扱規程

必須 7②: 5・6 学年臨床実習

資料 5-19: 自治医科大学医学部臨床教授（地域臨床教育センター担当）等取扱規程

教員の募集および選抜の方針において、以下の評価基準を考慮すべきである。

Q 5.1.2 経済的配慮

A. 質的向上のための水準に関する情報

大学専任の教員を大学の人件費で雇用している。専任教員比率は 84.1% と高い。ほぼすべての必修科目で科目責任者を専任教員が担う。一部を除き、任期はない。近隣から通勤する教員もいるが、大学構内および構外に教職員住宅を擁し、希望者は入居できる状況にある。その他、寄付講座の教員、必要に応じて非常勤講師、客員教授が教育に参加している。また、併設しているとちぎ子ども医療センター、さいたま医療センターの教員も教育に参加し、全学を挙げての教育体制を実現している。教員の採用にあたっては、競争的資金獲得実績を評価し、在籍する教員の競争的資金獲得のための支援（科研費説明会、獲得に向けた講演会、個別相談）を行っている（資料 5-20）。間接経費を研究連絡調整部会において審議し、共同実験設備と研究支援のための人件費にあて研究環境を整備している。また、各講座に配布される講座費に加えて、実習に対する費用を教務委員会教育機器部会にて協議し、科目単位で充当している（資料 5-21）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

高い専任教員比率を保ち、主要科目に専任教員を配置している。講座運営および、教育に関わる費用について必要経費として充当されている。

C. 現状への対応

教育カリキュラムの変更に伴い、学外実習の施設費、交通費など教育経費は年々増大しつつもあり毎年検討されている。教室への予算についても見直しが行われている。

D. 改善に向けた計画

今後社会の変化に伴い、必要があれば経費配分を見直していく。

関連資料

資料 5-20: 「科研費獲得支援チーム」平成 28 年度活動報告

資料 5-21: 教育機器部会名簿、議事要旨

5.2 教員の活動と能力開発

基本的水準:

医学部は、

- 教員の活動と能力開発に関する方針を策定して履行しなければならない。その方針には下記が含まれる。
 - 教育、研究、臨床の職務間のバランスを考慮する。(B 5.2.1)
 - 教育、研究、診療の活動についての学術的業績の認識を行う。(B 5.2.2)
 - 臨床と研究の活動が教育活動に活用されている。(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、能力開発、支援、評価が含まれている。(B 5.2.5)

質的向上のための水準:

医学部は、

- カリキュラムのそれぞれ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べきである。(Q 5.2.2)

注 釈:

- [教育、研究、臨床の職務間のバランス]には、医学部が教員に求める教育にかかる時間と、教員が自分の専門性を維持するために各職務に専念する時間が確保される方策が含まれる。
- [学術的業績の認識]は、報奨、昇進や報酬を通して行われる。
- [カリキュラム全体を十分に理解]には、教育方法/学習方法や、共働と統合を促進するために、カリキュラム全体に占める他学科および他科目の位置づけを理解しておくことが含まれる。
- [教員の研修、能力開発、支援、評価]は、新規採用教員だけではなく、全教員を対象とし、病院や診療所に勤務する教員も含まれる。

教員の活動と能力開発に関する方針を策定して履行しなければならない。その方針には下記が含まれる

B 5.2.1 教育、研究、臨床の職務間のバランスを考慮する。

A. 基本的水準に関する情報

原則として、総合教育科目系と基礎医学系の教員は教育と研究、臨床系講座の教員は教育、研究、診療を行っているが、一部の臨床系以外の教員も兼務で臨床に関わっている。研究施設の教員についても、研究のみならず教育や診療に関与するなど多様なバランスで勤務している。学生数の増加に伴い教員は15名増員された。特定の部門、個人に負担を集中させず、

教員全体で教育と診療を担うために、教員定数等検討部会により逐次検討が行われている（資料 5-1）。各業務に対して割くエフォートは各教員の判断にある程度任されているが、その実績については、半年ごとの賞与に係る勤勉手当成績率により、講座責任者から評定される。講座責任者自身は自己評価書を半年ごとに提出する。学生数増加、一部の学生の学力低下、新しいカリキュラムの導入（科目変更、BSL 週数増加）など、近年教育負担が変化しており、2015 年度から、教員の教育貢献への課題検討・改善に役立てるため自己評価書を各講座で取まとめて提出する形式を導入した（資料 5-22）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育、研究、診療のエフォート割合は基本的には各教員の裁量に任せられ、多様な形態が実現されている。自由度は所属部署、個人により異なるが、概ねバランスは保たれている。評定により実績は把握されているが公開はされていない。

C. 現状への対応

2015 年度から教育についての教員評価を導入し、教育への関与が把握できるようにした。科目責任者がカリキュラム評価を行う自己評価のシステムを導入した。ただし、記載の簡素化を心がけたため、内容については適宜改定していく必要がある。

D. 改善に向けた計画

教員の教育負担については、カリキュラム部会や教務委員会である程度把握可能であるが、講座の状況など内部で管理されている部分もある。FD などで教員相互が情報交換し、大学全体で業務をどう分配するか議論を行っていく。

関連資料

資料 5-1: 教員定数等検討部会の設置について

資料 5-22: 教員評価（教育関連に関与した項目の自己評価）について

教員の活動と能力開発に関する方針を策定して履行しなければならない。その方針には下記が含まれる

B 5.2.2 教育、研究、診療の活動についての学術的業績の認識を行う。

A. 基本的水準に関する情報

各講座の教育、研究、診療実績は、自治医科大学医学部年報によりまとめられ、CD-ROM で全講座に配布されている（資料 5-23）。臨床系では各講座でも独自に業績年報が発行され、他講座に配布されるほか、一部は図書館に保存されている。年に 1 回自治医大シンポジウムも開催され、主要な研究業績を全学へ発表する機会となっている（資料 5-24）。2014 年度、業績データベースの刷新を機に、教員名から学術的活動状況が閲覧できるよう大学 HP も変更され、これにより、各講座独自の HP で公開されていた業績が一律に大学全体で公開できる形になった。更に 2016 年度より、自動更新ができるようになったが、まだ不完全で運用しにく

い部分もある。教育、診療の活動と学術的業績の認識は、これを掌握可能な講座責任者、部門責任者により、人事課へ半年ごとに評価が提出され、賞与に反映される。昇任については講座責任者の申請で職位に応じて手続きが取られる（B5.1.1 参照）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教員の人事評価に、実績が反映されている。HP で公表されている各個人別の業績情報管理システムについては、研究業績は自動更新されるようになったものの、個人に任されている部分もある。

C. 現状への対応

人事評価については特に問題はない。業績情報管理については、研究支援課においてシステムの改善に務めている。

D. 改善に向けた計画

随時、最新の内容を把握しこれを公表していくシステムの構築について議論する。

関連資料

資料 5-23: 自治医科大学医学部年報

資料 5-24: 自治医大シンポジウムポスター

教員の活動と能力開発に関する方針を策定して履行しなければならない。その方針には下記が含まれる

B 5.2.3 臨床と研究の活動が教育活動に活用されている。

A. 基本的水準に関する情報

教員の臨床と研究の活動が十分に教育にも活用されるために、教務委員会が科目責任者にその分野を専門とする教員を指名し教授会で承認を受けている。各科目責任者は、担当科目の各項目に最適な教員を講座・部門内外、あるいは、学外から選び、兼任教員あるいは非常勤講師として配している。これらは教育要項のシラバスに記載され、毎年改定されている。また、医学教育センター、情報センターの教員が中心になって、Moodle を利用した e-learning の新しい教育評価システムを随時導入し、HP 上、「WEB 教材」として学生に提供している（資料 5-25）。また、多数の教員は自身の専門性を活かした選択セミナーを開設している（必須 4 ③）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

各教員の研究や臨床での能力が、カリキュラムに活かせるシステムになっている。

C. 現状への対応

学生がより低年次から、発展的な専門分野の研究や臨床内容に触れる機会を持たせる目的で、2016年度より2年生を対象に発展的な内容を含めた個別科目の選択セミナーを開始した(Q2.6.3参照)。

D. 改善に向けた計画

今後とも学生のアウトカム評価を通して、カリキュラムへの教員貢献を評価していく。

関連資料

資料 5-25: Web 教材

必須 4③: 選択セミナー要項

教員の活動と能力開発に関する方針を策定して履行しなければならない。その方針には下記が含まれる

B 5.2.4 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。

A. 基本的水準に関する情報

カリキュラムの詳細を記載した教育要項を全教員に配布し、HP上でも自由に閲覧できる状態にある(必須 4①)。さらに教員に対しFDを開催しカリキュラムの全体像を周知させている(資料 5-26)。毎月行う総合教育科目担当者連絡会議、基礎・社会医学系連絡会議、BSL 連絡協議会においてもカリキュラムに関する情報を共有している(資料 5-27)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

多くの教員にカリキュラム全体像が周知されているが、一部の教員には理解されていない可能性もある。

C. 現状への対応

新しく赴任した教員を対象に、本学のカリキュラムについてのFD研修を2016年度より行っている(資料 5-28)。2016年度から年一回のFDを全教員が受講することが義務づけられた。カリキュラムについてのFD、新しい学生評価についてのFDも開始した。

D. 改善に向けた計画

新任教員を対象に実施している本学のカリキュラムについてのFDを、他の教員に対しても定期的に行うことを検討する。

関連資料

必須 4①: 教育要項

資料 5-26: FD 実績

資料 5-27: BSL 連絡協議会名簿

資料 5-28: 新任教員 FD の開催について

教員の活動と能力開発に関する方針を策定して履行しなければならない。その方針には下記が含まれる

B 5.2.5 教員の研修、能力開発、支援、評価が含まれている。

A. 基本的水準に関する情報

教員の研修については、医学教育センター医学部 FD 部会が中心となって、2016 年度は 10 回の FD を全教員対象に行っている（2014 年度は 4 回、2015 年度は 3 回、2017 年度は 10 回を予定）。教員は最低年 1 回の FD 研修を受けることが義務づけられている。FD を介して、新たな教育法、評価法、教育改革についての情報を提供している（資料 5-26）。新任教員への研修も開始された。

教員の能力開発に関する支援には以下のものがある。

1. メディカルシミュレーションセンター:各種シミュレータを利用したトレーニングの利用が可能である。
2. 情報センター:種々の e-learning システムを介した研修、教育への IT 活用の支援、統計解析 (SAS、SPSS) に関する支援を行っている (B6.3 参照)。支援には、(1)学術ビデオ配信システム VisuaLearn、(2)オンライン英語学習システム ALC NetAcademy2、(3)臨床推論能力教育システム DxRClinician、(4)WEB アンケート調査システム、(5)受講管理システム (出欠)管理、(6)国家試験準拠試験問題作成管理システム、(7)統合認証システム、(8)学務系システム・キャンパスプラン、(9)e-learning システム (Moodle)、(10)SPSS 搭載のノートパソコンの貸し出し等がある。さらにマークシート試験採点システムが利用可能で、学内の多くの採点が標準化され客観的な評価が可能となっている。これらの利用については、概ね各教員の意欲や判断に任されている。
3. 人的支援:個々の授業のための教材作成、資料配布は各講座・部門の研究補助員により行われている。さらに、教育研究支援職員として、大学事務部に正規職員あるいは臨時職員、派遣職員として 112 名が配置されている。
4. 医師・研究者キャリア支援センター:次世代育成支援 (若手医師や研究者、大学院生間の交流)、就業継続支援事業・復職支援 (ワークショップ、育児短時間勤務制度、復職のための再研修プログラム (メディカルシミュレーションセンター医療安全プログラム、先端医療技術開発センター 医療技術トレーニング部門教育プログラム)、育児支援 (一時託児、病児保育、夜間保育)、地域医療従事医師支援を行っている (資料 5-29)。
5. 臨床研究支援センター:本学での治験、製造販売後臨床試験・調査、臨床研究を戦略的に推進するために学長直轄の教育研究施設として平成 25 (2013) 年 4 月に設置されている。センターの iCRST (intra Clinical Research Support Team in Jichi Medical University) においては研究デザイン・解析・論文作成の支援をしている。また、データセンター部門では、研究プロジェクトに関わるデータ管理上および生物統計学上の相談業務ならびにデータ管理を実施している (資料 5-30)。
6. 科学研究費取得に向けた講演会を毎年行っている。学長による講演を 3 回、学外の有識者による講演を 1 回行っている。さらに、申請に関する個別相談も、学長を含む学内の経験者により行っている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生教育に関する研修教育は十分行われている。能力開発への体制も整っている。ただし、利用については各自に任されており、各種支援について、アウトプットを評価するシステムはない。

C. 現状への対応

医学教育センターや情報センターを中心に、引き続き、教育支援の選択肢を増やしていく。

D. 改善に向けた計画

利用度について把握し、ニーズに合った支援の提供を目指し、効率よい支援体制を維持発展させる。

関連資料

資料 5-26:FD 実績

資料 5-29:自治医科大学医師・研究者キャリア支援センター設置規程

資料 5-30:自治医科大学臨床研究支援センター組織規程

Q 5.2.1 カリキュラムのそれぞれ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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

B5. 1. 1 で前述したように、教員一人当たりの学生数は 0.7 名である「1019 名対 759 名」。一部の学外の病院助教と臨床助教は教育に関与していないが、これらすべてを省いても、教員一人当たりの学生数は 1.4 人となる。また職員数は、408 名（このうち正規職員は 225 名、非常勤職員は 183 名）であり、教員との比は約 2.5 対 1 となっている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

数的には大変恵まれている。ただし学習支援などに対しては、本学は多大なエネルギーを注いでおり（B4. 3. 1 参照）、一部の熱心な教員への負担は大きく一律ではない。現時点で問題は出ていない。

C. 現状への対応

負担に対して正確な評価をし、業績認識をすることは必要である。教員評価の評価内容を、申請者に多くの労力をかけない形で整備するよう教員の教育評価を導入した。カリキュラム評価部会で検討していく。

D. 改善に向けた計画

学生への学習支援も含めて、今後もしも可能であるならばさらに教員を増やすことが望ましい。

関連資料

なし

Q 5.2.2 教員の昇進の方針を策定して履行するべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

昇任の規程については B5. 1. 2 で記載しているように、「自治医科大学医学部教授・准教授の資質・資格に関する参考基準」、「自治医科大学医学部教員（講師・助教）の任用手続・資格基準規程」、「自治医科大学医学部教員（講師・助教）の資格基準に関する申合せ」を定め、これらを学内に公表し遵守している。しかしながら、各講座に各職階の定数が規定されており、教員定数等検討部会という仕組みはあるものの、必ずしも昇任できるわけではない。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

昇任基準は定められており、可能な限り実行されている。

C. 現状への対応

各講座の部門間における各職階別定数のバランス等については、教員定数等検討部会で検討していく。

D. 改善に向けた計画

教員の満足度なども含め今後議論検討を行う必要がある。

関連資料

なし

6. 教育資源

領域 6 教育資源

6.1 施設・設備

基本的水準:

医学部は、

- 教職員と学生のための設備資産を十分に整備して、カリキュラムが適切に実施されることを保障しなければならない。(B 6.1.1)
- 教職員、学生、患者とその家族にとって安全な学習環境を確保しなければならない。(B 6.1.2)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 教育実践の発展に合わせて施設・設備を定期的に更新、改修、拡充し、学習環境を改善すべきである。(Q 6.1.1)

注 釈:

- [施設・設備]には、講堂、教室、グループ学習およびチュートリアル室、教育および研究用実習室、臨床技能訓練室、事務室、図書室、IT 施設に加えて、十分な自習スペース、ラウンジ、交通機関、学生食堂、学生住宅、病院内の宿泊施設、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・設備が含まれる。
- [安全な学習環境]には、必要な情報の提供、有害な物質、試料、微生物からの保護、研究室の安全規則と安全設備が含まれる。

B 6.1.1 教職員と学生のための設備資産を十分に整備して、カリキュラムが適切に実施されることを保障しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

自治医科大学は、下野市の本学とさいたま市の附属さいたま医療センターとがある。構内には以下の施設を有する。学生数増加に対応するため、2011年12月に教育・研究棟が完成し、145名を収容する教室が完成した。同時に本館リニューアルが行われ、実習室の整備やセキュリティ対策も完備した。リニューアルに伴い、体育関連施設「ATLAS ARENA」を2014年新設した。(必須5、必須2、資料6-1、必須30)

医学部教育・研究棟:8階建てで、教育施設(1-4F)と、研究施設(4-8F)からなる。

講堂1、大教室1~5(図書館より遠隔操作で講義ビデオの撮影可能、附属さいたま医療センターとの遠隔授業設備あり)、中教室1~3、グループ学習室24(それぞれ2分割可能、各部屋に3扉がありそれぞれ廊下と両隣室に開く。モニター室より監視可能。47都道府県別会議

や、OSCE・Post-CC OSCEでのステーションに利用)、実習室1~3(生命科学実習室、生理学実習室、生化学実習室)、リフレッシュコーナー(各階)、学生用メールボックス、ロッカー室(1~3学年)があり、学事課(1F)、臨床研究支援センター、総合教育・基礎・研究センター居室・研究室(4-8F)がある。

本館:附属病院と一体となった施設となっている。実習室4~7(基礎医学用:組織学実習室、病理学実習室、感染免疫学実習室、解剖学実習室)、北口リフレッシュスペース、ロッカー室(4~6学年、看護学部)、臨床講堂1~2、臨床講座実習用学生控室、附属病院、基礎・臨床系講座居室・研究室、書店、職員食堂、旅行会社支店、銀行支店、郵便局支店、ATM、弁当販売所がある。本館に付随する施設として本館の南側にJプラザがあり、薬店、コンビニエンスストア、コーヒーショップ、レストラン、花屋、床屋がある(必須29)。

20周年記念棟:13階建て。メディカルシミュレーションセンター(資料6-2)、医学教育センター、情報センター、コンピューター演習室、学生生活支援センター、保健センターがある。

2016年に情報センター内にIR(Institutional Research)部門が設置された。

地域医療情報研修センター:図書館(メディア・スタジオ含む)、大講堂、中講堂、大会議室、研修室1~5、レストランがある。

実験医学センター:小動物中心に動物実験を行っている。

- * 教育・研究棟、本館、記念棟、地域医療情報研修センター、実験医学センターは渡り廊下によって2階で接続している
- * 大学建物および本館内病院スペースから研究・教育スペースの出入りは、すべてICカードによるセキュリティ管理がされている。

先端医療技術開発センター:ブタ専用の手術室、手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」、集中治療ユニット(ICU)、無菌ユニット、細胞調整室、MRI、CTを備え大型動物、特にブタを用いた、先進医療技術開発や外科手技開発・トレーニングの支援を行っている。

医学部学生寮:全寮制である。寮内には、各自居室(一部レジデントハウス)、自習室10、勉強会室20(6学年専用)、集会室、和室、ラウンジ(10戸ごと、各階)、大ラウンジ、大浴場、メールボックス、学生課、駐車場、駐輪場、学生生活支援センター別室、寮管理人室がある。

学友会館:学生食堂、看護特定行為研修センターがある。

体育施設:体育関連施設「ATLAS ARENA」として体育館、武道場、ジム、プールが一体型となった施設である。それ以外に、グラウンド2面、陸上トラック、テニスコート8面、サークルハウス、駐輪場がある。

交通機関:自治医大駅(最寄駅、JR宇都宮線、大学病院間に関東バス)、構内外に教職員住宅がある。

附属病院:1974年に開院。現在、病床数1,132床、診療科46科を開設している。2016年度本館内のリニューアルが終了し、新館南棟(仮称)が建設中である。2006年にとちぎ子ども医療センター(構内)開設され、現在135床、手術、PICUの機能のほか、岡本特別支援学校の分教室や多目的スペースがある。(資料6-3①②、6-4)

附属さいたま医療センター(さいたま市大宮区):1989年に開院。現在、病床数618床、診療科19科を開設している。臨床実習のための学生宿泊施設を備える。(資料6-5①②)

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

新しい施設の整備やリニューアルが積極的に行われ、医学生定員増加にもかかわらず、臨床実習を行う附属病院内に学習するために十分な大学設備を有する(資料6-6)。ただし、2008年に完成した学生寮については、その後の学生定員の増加に対応できておらず、一部の上級生を隣接するレジデントハウスに居住させている。

C. 現状への対応

本学においても医学部の定員増に伴う学生数増加が一時的と予想されることから、当面はレジデントハウスを利用した学生の居住や、講堂を利用した定期試験の施行を行っている。

D. 改善に向けた計画

中期計画に基づき、計画的な大学・病院設備の整備を行っていく(資料6-7)。

関連資料

- 必須5: 学生便覧(平成29年度)
- 必須2: 自治医科大学医学部 GUIDE BOOK 2018
- 資料6-1: 学園生活の手引き 2017
- 必須30: 校地・校舎等の施設及び設備(HP)
- 必須29: 福利厚生施設の利用(学園生活の手引き p26-29)
- 資料6-2: メディカルシミュレーションセンター(リーフレット・HP)、保有シミュレーターリスト
- 資料6-3①: 附属病院(HP)
- 資料6-3②: 附属病院概要
- 資料6-4: とちぎ子ども医療センター(HP)
- 資料6-5①: 附属さいたま医療センター(HP)
- 資料6-5②: 附属さいたま医療センター概要
- 資料6-6: 平成29年度事業計画(平成29年2月20日)
- 資料6-7: 自治医科大学第3期中長期目標・中期計画(平成25年度～平成31年度)

B 6.1.2 教職員、学生、患者とその家族にとって安全な学習環境を確保しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

安全な学習環境のため、各施設に使用規程が定められ、問題発生時の連絡網、所轄部署も定められている(必須5、資料6-1)。施設へは産業医による視察が毎年行われる。大学内研究室では、研究管理委員会バイオセーフティ部会がガイドライン(資料6-8、資料6-9)を定め、病原体・有害薬剤の管理や事故防止策などを各施設・講座に取らせている。院内には医療安全対策部が設置されており、教職員に安全講習を義務付けている。また、保健センターでは教職員を対象に健康診断、ストレスチェック、予防接種を義務付けて健康管理を行っている。

学生に対しても講義、実習に際して事前のオリエンテーション、また実験動物講習会も行われる。保健センターにより健康診断、予防接種が年1回全員に行われている（資料6-10）。保健センターは学生の体調不良時の相談も担当する。学生生活支援センターも相談を常時受け付ける（資料6-11）。

特に、新入生と保護者には入学式前日、寮での入寮説明会にて快適な学生生活（学習、健康、飲酒、寮生活）への情報提供がなされる。入学時オリエンテーションでも、教務委員会や学生委員会、学友会からの情報提供が行われ（必須5、資料6-1）、他にも健康管理、感染症対策、ハラスメント（資料6-12）についての対応などが周知される。入学式当日、学生寮での避難訓練も実施する。2年生以上の各学年に対しても年度初めにオリエンテーションを実施する。特にBSLに先立ち診断学実習で、4年生には院内実習での安全対策、患者への接し方について指導される（資料6-13、6-14）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教職員、学生に対して、安全な学習環境を確保するための設備の整備、情報提供がなされている。大きな事故は起きていない。

C. 現状への対応

感染症対策として、2016年度より、BSLを実施する学生全員に携帯手指消毒アルコールを所持させた。

D. 改善に向けた計画

必要に応じ、その都度対策を行っていく。

関連資料

必須5: 学生便覧

資料6-1: 学園生活の手引き 2017

資料6-8: 研究管理委員会バイオセーフティ部会規程

資料6-9: 自治医科大学病原性微生物等安全管理ガイドライン

資料6-10: 平成28年度予防接種・健康診断実施状況

資料6-11: 学生生活支援センターについて（リーフレット）

資料6-12: みんなで防ぐハラスメント（リーフレット）

資料6-13: 臨床実習の基礎知識

資料6-14: 針刺し/切創/血液曝露対策 マニュアル第2版

Q 6.1.1 教育実践の発展に合わせて施設・設備を定期的に更新、改修、拡充し、学習環境を改善すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

B6.1.1にも記したように、施設については、改修および新設を行っている（資料6-6）。施設内の設備についても、OSCEに対応できるグループ学習用小教室の整備、BSL学生へのiPad

や PHS の貸与をはじめ、カリキュラム変更に伴っては、新しく導入された科目の実習備品の整備など、教育備品の整備も教務委員会教育機器部会で各担当講座の要望を聞いて拡充・整備を行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

リニューアル基本構想に基づいて、施設の拡充、改修が順調に行われた。教育備品についても対応できている。

C. 現状への対応

2016 年度末に本館リニューアルが終了し、改修が一段落した。

D. 改善に向けた計画

中期計画に基づき、必要に応じた対策を講じる。診療施設としては、2018 年 10 月開設を目標に新館南棟（仮称）の建設工事を進めている（資料 6-7）。新館南棟の開設により、手術室の 6 部屋増室、ICU（集中治療室）6 床増床、HCU（高度治療室）20 床新設、IVR（血管内カテーテル治療）センター新設などにより、高度急性期・急性期医療をより多く提供できる体制が整う。

関連資料

資料 6-6:平成 29 年度事業計画（平成 29 年 2 月 20 日）

資料 6-7:自治医科大学第 3 期中長期目標・中期計画（平成 25 年度～平成 31 年度）

6.2 臨床トレーニングの資源

基本的水準:

医学部は、

- 学生が適切な臨床経験を積めるように以下の必要な資源を十分に確保しなければならない。
 - 患者数と疾患分類（B 6.2.1）
 - 臨床トレーニング施設（B 6.2.2）
 - 学生の臨床実習の指導者（B 6.2.3）

質的向上のための水準:

医学部は、

- 利用者の要請に応えるため、臨床トレーニング用施設を評価、整備、改善すべきである。（Q 6.2.1）

注 釈:

- [患者]には模擬患者やシミュレータを利用する有効なシミュレーションが含まれる。

ただ、それは妥当ではあるが補完的で、臨床トレーニングの代替にはならない。

- [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）、十分な患者病棟と診断部門、検査室、外来（プライマリ・ケアを含む）、診療所、在宅などのプライマリ・ケア、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る。これらの施設での実習と全ての主要な診療科の臨床実習とを組合せることにより、系統的な臨床トレーニングが可能になる。
- [評価]には、保健業務、監督、管理に加えて診療現場、設備、患者の人数および疾患の種類などの観点からみた臨床実習プログラムの適切性ならびに質の評価が含まれる。

日本版注釈:[疾患分類]は、「経験すべき疾患・症候・病態（医学教育モデル・コア・カリキュラム-教育内容ガイドライン-、平成22年度改訂版に記載されている）」についての性差、年齢分布、急性・慢性、臓器別頻度等が参考になる。

学生が適切な臨床経験を積めるように以下の必要な資源を十分に確保しなければならない。

B 6.2.1 患者数と疾患分類

A. 基本的水準に関する情報

学生が適切な臨床経験を積めるように、B2. 5. 2 に示したように多彩な実習が組まれている。本学附属病院、附属さいたま医療センター、とちぎ子ども医療センター以外にも院外実習施設として保健福祉施設、保健所、地域医療臨床実習施設（診療所、病院）、都道府県拠点病院、栃木県内一般病院等で実習が行われる。

附属病院の 2016 年度の診療実績は、外来延べ患者数 639, 384 人、外来 1 日平均患者数 2, 631 人、入院延べ患者数 341, 760 人、入院 1 日平均患者数 936 人、救急患者数 13, 400 人（うち救急車 4, 318 人）であった。附属さいたま医療センターの診療実績は、外来延べ患者数 320, 814 人、外来 1 日平均患者数 1, 326 人、入院延べ患者数 198, 276 人、入院 1 日平均患者数 543 人、救急患者数 11, 778 人（うち救急車 8, 243 人）であった（資料 6-15）。患者の疾患も多岐にわたっており、臨床実習においてさまざまな疾患の経験が可能である（資料 6-16～6-18）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

1 年次から始まる臨床実習では、本学附属病院を主体に多彩な臨床実習が組まれている。主な実習場所である本学附属病院、附属さいたま医療センターでは、十分な患者数を擁し、豊富に臨床経験を提供している。ただし、大学病院では高度先進医療の推進に伴い、学生実習として適切な患者に接する機会が減りつつある。4 年次 BSL の地域医療で新小山市市民病院での 4 日の実習（一般病院）、5 年次の地域医療院外実習 2 週間（診療所レベル）など、これまでも異なる医療機関での実習が取り入れられてきたが、地域での診療参加の必要性が増してきている。

C. 現状への対応

2014年度より6年次の出身都道府県拠点病院でのBSL4週間が開始された。地域臨床教育センターが2015年度に設立され、2017年度より提携する拠点病院における選択必修BSLを開始する。これまで経験症例については各科に委任していたが、2017年度4年次BSLにてMoodle上で症例経験記録を開始し、症例情報を集積しはじめた。

D. 改善に向けた計画

BSLでの体験症例の実態を把握し、実習する医療機関の検討を行っていく。多くの学生が地域臨床教育センターを活用し、地域での実習を選択するように、BSLプログラムを引き続き改善していく。6年次の選択BSLについても参加する学生数を増やしていく。

関連資料

資料 6-15: 附属病院・附属さいたま医療センターの概況

資料 6-16: 附属病院_疾病統計 DPC 分類推移 (H26-H28)

資料 6-17: さいたま_疾病統計 DPC 分類推移 (H26-H28)

資料 6-18: 平成 27 年度 自治医科大学附属病院 病院指標 (DPC) (HP)

学生が適切な臨床経験を積めるように以下の必要な資源を十分に確保しなければならない。

B 6.2.2 臨床トレーニング施設

A. 基本的水準に関する情報

臨床トレーニング施設としては、主に本学附属病院ならびに附属さいたま医療センター、とちぎ子ども医療センターを使用する。施設内にて4年次に内科系、5、6年次には、外科系をローテートし、外来と病棟にて実習を行う（必須7①②、B2.5.1参照）。

クール内で各科の裁量で院外の一般病院内科や精神科にて実習を一部行う場合もある。たとえば、総合診療内科の実習では、新小山市民病院でBSLローテートの一環として外来診察実習を指導医の下で初診患者の診察を担当している。午後には在宅専門クリニックで訪問診療実習を行っている。以前、外来実習は附属病院で行っていたが、大学病院では、一般的な疾患を初診で診察する機会が少なくなってきたことから、2014年度より新小山市民病院での外来診察実習を開始し、実習の枠として拡大している（資料6-19）。精神科では、4学年次に実施される精神科BSLのうち、地域精神医学及びデイケアを学習するための近隣の協力医療機関での実習を取り入れている。

これ以外に、2年次に保健福祉実習、5年次に保健所実習を行う他、5年次夏に2週各出身都道府県地域でのCBL（地域医療院外実習）、6年次に4週各出身都道府県拠点病院での二次医療の実習が組まれている（必須23）。CBL実習では、一次医療として地域での在宅診療や健康教育なども経験する。CBLには毎年教員も同行し、地域医療現場を体験する研修の役割も担っている。3、4年次に診断学実習1（診断学基礎実習）および2（プレBSL）、4年次末にシミュレーション実習を行う（必須4①）。

正規カリキュラム以外でも、夏期休業中の出身都道府県での夏期研修など一、二次医療を体験する機会を設けている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

第三次医療施設での実習（本学附属病院、附属さいたま医療センター）に加えて、一次、二次医療を体験する機会もカリキュラムの中に十分取られている。ただし、前述（B6.2.1B）のように、大学病院では高度先進医療の推進に伴い、学生実習として適切な患者に接する機会が減りつつあり、地域での診療参加の必要性が増してきている。

C. 現状への対応

B6.2.1Cに前述したように、多様な実習先を少しずつ確保している。

D. 改善に向けた計画

B6.2.1Dに前述したように、多様な実習先の拡大を目指している。

関連資料

必須 7①:4 学年臨床実習

必須 7②:5・6 学年臨床実習

資料 6-19:2017 年度地域医療 I BSL 資料（小山）

必須 23:教育関連病院リスト

必須 4①:教育要項

学生が適切な臨床経験を積めるように以下の必要な資源を十分に確保しなければならない。

B 6.2.3 学生の臨床実習の指導者

A. 基本的水準に関する情報

本学附属病院、附属さいたま医療センター、とちぎ子ども医療センターでの臨床実習では、ほぼすべての本学教員が指導・監督にあたっている（必須 9、B5.1.1 参照）。前述（B5.1.1）のように、教員一人当たりの学生数は 0.7 名である「1019 名対 759 名」（病院助教と臨床助教を省くと教員一人当たりの学生数は 1.4 人）。各科の BSL 教育に関わる責任者は、BSL 連絡協議会に所属し、毎月会議を開催して情報交換や連携確保を行っている。院外実習では、地域臨床教育センターの教員や新小山市市民病院では地域医療学センター地域連携型医学教育・研修部門の教員が指導にあたっている。また CBL では、臨床教員制度に基づいて臨床教授 26 人、准教授 11 人、講師 43 人、助教 3 人を地域医療学センター臨床教員（地域担当）として任用し、出身都道府県での実習の受け入れと指導医の選定を含めたコーディネートしているが各都道府県にて 5 年次 2 週間の地域医療教育を監督する。臨床教員については年一度本学にて研修を行い、互いの連携を図るとともに質確保に努めている（必須 23、6-20～6-22）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

十分な数の指導医が確保できており、質に関しても問題はない。他の医療施設において臨床実習の監督となる指導医を確保している。

C. 現状への対応

学内の教員、臨床教員（地域担当）については、質確保のためFDを実施している。さらに院外BSLの拡大に伴い、地域臨床教育センターに委託し指導員を確保した。質の担保のため、関わる教員についてもFDを実施することとした。

D. 改善に向けた計画

学生によるBSL評価情報をIR部門に蓄積しながら、問題があれば対処していく。

関連資料

必須 9: 学校法人の組織図 (B5.1.1 と同様)

必須 23: 教育関連病院リスト

資料 6-20: 自治医科大学医学部臨床教授（地域担当）等取扱規程

資料 6-21: 第18回地域医療臨床教員研修会報告書（平成28年度）

資料 6-22: 第2回都道府県拠点病院指導医研修会報告書

Q 6.2.1 利用者の要請に応えるため、臨床トレーニング用施設を評価、整備、改善すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

前述したように、三次医療に偏る傾向のある臨床トレーニング用施設を改善すべく、一次医療、二次医療の実習機会を導入し始めている。他学と異なり、本学は各都道府県庁が夏期に行う地域での夏期実習もあり、通常の医学生よりは地域医療に携わる機会が多い。2015年度からBSLに対する学生による評価、2017年度からは経験症例記録をMoodle上で開始し、実態把握に努めている。医学教育モデル・コア・カリキュラムのガイドラインに照らして、臨床実習のみでは補えないものも多くあり、2016年度に教務委員会にシミュレーション教育検討WGを立ち上げ、本学のメディカルシミュレーションセンターの利用を促進する方策を検討し始めた（必須10）。まずは2016年度より4年次のシミュレーション実習をカリキュラム正式単位とした（資料6-23）。すでにメディカルシミュレーションセンターは6年生BSL修了時に行うPost-cc OSCEで活用されており、十分な設備を備えている（資料6-2）。一方で通常は利用が一部に限られ、広く活用されているとはいえない。シミュレーション教育においては、学生が主体で行っている自主学習サークルも存在しており、日本医学教育学会 教材開発・SP委員会が主催しているシムリンピックにおいて2014年度に準優勝、2015年度には優勝という成績を残している（資料6-24）。また、AHA-BLS, AHA-ACLSのインストラクター資格取得者も輩出しており、学生間での学びを深めることの一役を買っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

多様な実習先を確保するために、実習先の拡大を行ってきている。実態把握についても、正確な情報を集める仕組みを導入した。

C. 現状への対応

引き続きカリキュラムの改革を行い、一次医療、二次医療に関わる院外実習で取り入れていく。特に、参加学生を増やすため、2017年度からの地域臨床教育センター連携病院での選択必修BSLプログラムを見直している。メディカルシミュレーションセンターの利用をBSL内でも増やすようWGにて検討している。

D. 改善に向けた計画

学生によるBSL評価を基に、内容改善に務める。メディカルシミュレーションセンターの利用促進を目的とし、2017年度中に予約管理システム等の導入が予定されている。

関連資料

必須 10: 教務関係委員会の組織図

資料 6-2: メディカルシミュレーションセンター（リーフレット・HP）、保有シミュレーターリスト

資料 6-23: H28年度シミュレーション実習タイムテーブル

資料 6-24: シムリンピック資料

6.3 情報通信技術

基本的水準:

医学部は、

- 適切な情報通信技術を有効かつ倫理面に配慮して活用し、それを評価する方針を策定して履行しなければならない。(B 6.3.1)
- インターネット或いはその他の電子的媒体へのアクセスを確保しなければならない。(B 6.3.2)

質的向上のための水準:

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)
 - 患者管理 (Q 6.3.3)
 - 保険医療システムでの業務 (Q 6.3.4)
- 担当患者のデータと医療情報システムへの学生のアクセスを最適化すべきである。(Q 6.3.5)

注 釈:

- [情報通信技術を有効かつ倫理面に配慮して活用]には、図書館サービスと共にコンピューター、携帯電話、内外のネットワーク、およびその他の手段の利用が含まれる。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が含まれる。情報通信技術は、継続的な専門職トレーニングに向けて 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。
- [倫理面に配慮して活用]は、医学教育と保健医療の技術の発展に伴い、医師と患者のプライバシーと守秘義務の両方に対する課題にまで及ぶ。適切な予防手段は新しい手段を利用する権限を与えながらも医師と患者の安全を助成する関連方針に含まれる。

日本版注釈:[保険医療システム]とは、保険医療制度のもとで患者診療にかかわる医療システムの情報や利用できる制度へのアクセスを含む。

B 6.3.1 適切な情報通信技術を有効かつ倫理面に配慮して活用し、それを評価する方針を策定して履行しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

全学的に情報通信技術を活用するための規程を設け、全教職員・学生に大学アドレスが配布され、学生寮内を含む学内において Wi-Fi 接続が可能である。大学 HP 上から web メールの送受信が可能である。教育アイテムへのアクセスも HP 上より可能で、情報センター、電算課により管理運用されている。教育プログラム内での具体的活用、情報センターの各種サービスの利用は各科目責任者に任されており、利用は主に総合教育、基礎系のカリキュラムで、臨床ではまだ一部に限られている（資料 6-25）。教員が作成した資料は学内サイトでのみ閲覧可で、オンライン化する際の著作権処理などは各教員の運用によってコンプライアンスをとっている。

学生は 1 年次に医学医療情報学において情報リテラシーを学習し、多くの課題や提出物の作成を Moodle 上で行う。導入教育科目である「医学概論」においても一次資料へのアクセス法を学ぶ他、学生生活支援センター主催で SNS マナー指導も受ける。ウィルス対策ソフトは、大学 HP 学内サイトより無料でダウンロードができる環境にある。BSL では各自に iPad が配布され Moodle へのアクセス、Wi-Fi を通じての自己学習などに利用している。院内設置の PC からは、附属病院電子カルテシステム（JUMP: Jichi Medical University Universal Medical Information Program）の利用が可能である（資料 6-26）。学生は、パスワードにより、院内の情報端末に入ることは可能であるが、患者情報へのアクセスについては BSL 担当科に限っている。アクセス権の遵守については、半年ごとに医療情報部でサンプリングを行い確認・評価している。学生の電子カルテシステムの利用については、JUMP に連動した別システムで学生用電子カルテシステム（学生 JUMP）を運用しており、記載も可能となっている（資料 6-27）。学生、全教職員に向け個人情報や情報セキュリティ研修会が開催されている（資料 6-28）。専門職生涯学習/生涯医学教育用に、地域医療学各論 1 の講義で、PubMed、Cochrane、医中誌、Web of Science などの利用方法を学習している（必須 4①）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

情報センター、電算課により管理運用され、十分な情報通信手段を学生が利用することができている。院内の JUMP を含め、現時点で大きな問題は起きていない。Moodle の利用増加にともない情報量は増大しつつある。今後、e-learning 教材に関しては学生アカウントを個別発行しているものもあるので、利用統計を取り、分析結果を教員・学生にフィードバックすることで、学習支援として利用することも可能である。

C. 現状への対応

IR 部門が設置され、臨床実習等で利用している e-learning のコンテンツに関して、統計データの抽出・分析を進めている。

D. 改善に向けた計画

利用拡大に向けて、FD による e-learning (Moodle 等) の利用方法に関する周知徹底、利用クライアント (学生の利用端末) の周知、最新機器の導入支援、教務委員会を通じての連絡・方針の策定を検討していく。

関連資料

資料 6-25: Web 教材

資料 6-26: JUMP

資料 6-27: 学生 JUMP

資料 6-28: 情報セキュリティ研修会

必須 4①: 教育要項

B 6.3.2 インターネット或いはその他の電子的媒体へのアクセスを確保しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

前述したように学内インターネット回線には登録によりアクセス可能であり、e-learning についてはアカウント制、各自にメールアドレスも支給している。教育・研究棟、本館北口、図書館には学生用の PC が設置され、病院内でも学生用の電子カルテ端末が設置されている。(資料 6-29)

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生全員がインターネットあるいはその他の電子媒体への十分なアクセス状況が確保されている。

C. 現状への対応

インターネット利用促進のため、附属病院内でも学生控室等での Wi-Fi 環境が整備された。また、学生用院内カルテ端末については十分ではないとの意見があった。増設を検討しているが、応急的対応として医療情報部システム閲覧室で、学生の使用を認めている。

D. 改善に向けた計画

学生からの希望も聞きながら、インターネット環境を整備していく。

関連資料

資料 6-29: 学生用 JUMP 端末設置状況

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。

Q 6.3.1 自己学習

A. 質的向上のための水準に関する情報

以下の自己学習のための方策が整備されている。これらは HP 上 WEB 教材より利用できる。

- 1) Moodle: 1 年次の利用が最も多い。主に、課題やレポート提出などに利用されている。
- 2) 情報センター管理の学習アプリケーション: VOD で実習・実技について学習可能、ALC NetAcademy2 で英語学習可能、学術ビデオ配信 VisuaLearn 閲覧可能
- 3) 試験問題の閲覧およびダウンロードが可能: 1 年次から 6 年次まで自由に利用でき、利便性は高い。教員も利用可能である。
- 4) e ポートフォリオシステム (manaba folio → mahara) : BSL 中支給される iPad より利用できる。利用方法は各科に任されているが、今ひとつ利用が伸びていない。Moodle 上で症例記録のプラットフォームを立ち上げた。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

各種自己学習ツールが整備され利便性向上のためのメンテナンスも適宜行っている。

Moodle については、1 年次から使用している学生が最高学年となり全員が使用に精通している。2015 年度以降教員による BSL や実習評価に導入したことよりさらに利用が伸びた。それ以外の利用は教員学生とも一部に限られており、期待されるほど利用が伸びていない。

C. 現状への対応

2016 年度以降全学年の実習評価に導入した Moodle による評価法について、2016 年度に基礎系・臨床系教員を対象にそれぞれ FD を実施した。BSL 連絡協議会で情報共有に利用することで、認知度が上がっている。

D. 改善に向けた計画

e-learning システムについては、能動的な学習が可能な教材について、教育専門家との意見交換を通じて開発・試験運用・導入を進めていく必要がある。

VOD については、スマートフォン、タブレット等でも利用可能な新バージョンへ改善していく。

関連資料

なし

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。

Q 6.3.2 情報へのアクセス

A. 質的向上のための水準に関する情報

以下の情報へのアクセスが、教員・学生に確保されている。

- 1) ICT 環境:病棟学生控室・教室を含む学内 LAN、Wi-Fi、iPad、Moodle
- 2) 図書館経由で各種電子ジャーナル、UpToDate、その他コンテンツ、各種 VOD、Moodle 上に掲載資料（確認テスト、各科実習テキスト、各種評価アンケート）（資料 6-30）
- 3) 学内、および学生寮内に Wi-fi、医学生寮個室に情報コンセント
- 4) 教育研究棟、本館北口に情報端末設置、コンピューター演習室も開放
- 5) 文部科学省予算「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」により導入された iPad 貸与制度（資料 6-31）
- 6) 電子カルテシステム JUMP の利用により閲覧、および学生 JUMP による記載が可能
- 7) 大学 HP 上 Web メール、学内専用サイト（カリキュラム・教室情報、学内各手続き申請書取得（欠席届、登録情報変更届等））

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

全般的にアクセス環境は整備されている。今後も使用の増大が見込まれることから、多様なアクセスへの対応が必要と考えられる。

C. 現状への対応

学生への利便性を重視し、柔軟な対応を検討している。貸与 iPad についても現在使い回しをしているが、学生の利用している e-learning 教材はその多くが iPad だけでなくノート PC や Mac、Android タブレットでも利用可能であり（資料 6-32）、Wi-Fi 接続が可能な一般的な機器であれば利用は十分に可能であるため、iPad（またはその他の機器）の BYOD (bring your own device) を導入しはじめた。

D. 改善に向けた計画

新設した教育・研究棟大教室内で 120 人が一斉に Wi-Fi 接続をした場合、e-learning の動画閲覧が重くなるなどの環境面における課題もあり、長期的に予算を獲得してアクセス環境を整備していく予定である。学生からの要望も聞きながら必要なツールを整備していく。

関連資料

資料 6-30:図書館利用案内

資料 6-31:文部科学省大学改革推進事業（平成 24 年度～平成 28 年度）「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」-国際的な地域医療教育の構築-報告書

資料 6-32:メディカルシミュレーションセンター契約 e-learning 教材リスト

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。

Q 6.3.3 患者管理

A. 質的向上のための水準に関する情報

患者安全管理の立場から、実習中の学生の患者カルテ記載には、院内電子カルテシステムとは別システムである「学生用カルテ」を導入している。いずれも患者個人情報管理がされ、院外からは閲覧できない。院内カルテについては、BSL で回っている診療科のカルテについては、学生にアクセスが許可されている。臨床実習中の学生は学生カルテから担当患者の情報を閲覧可能であり、学生カルテに記載が可能である。教員は、学生カルテを参照し、指導が可能である。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

2つのシステムが整備され、学生が患者情報にもアクセス可能である。以前の電子カルテシステムでは、PC上で2システムを立ち上げる必要があり、学生カルテを教員が見て詳しく指導する機会が少ないとの指摘があったため、2017年1月より運動性の問題は以前より改善された。

C. 現状への対応

2017年1月より新しい電子カルテシステム（JUMP2）を導入し、改善された。

D. 改善に向けた計画

学生のカルテ記載の機会が増えるよう、対策を試みていく。

関連資料

なし

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。

Q 6.3.4 保険医療システムでの業務

A. 質的向上のための水準に関する情報

担当診療科の医療情報をすべて見る事が可能であり、BSLの中で、院内の医療システム業務については学習する機会がある。一方、保険診療などに実際に関わる機会は少ない。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

医療に直接関わる業務へのアクセスが整備されているが、それ以外の業務を学生が学ぶ機会は少ない。

C. 現状への対応

2017年度新設科目の地域医療学各論3にて、5年次のCBL 地域医療院外実習前に、医療管理（経営、レセプト、医療費、薬価）やその他の書類作成（実際に作成する：紹介状、リハビリ指示書、栄養指示書）の学習を加えた（B2.6.1参照）。

D. 改善に向けた計画

不足する情報を適宜補っていく。

関連資料

なし

Q 6.3.5 担当患者のデータと医療情報システムへの学生のアクセスを最適化すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

前述したように、学生の医療情報システムへのアクセスは確保されている。看護学部生もシステムを利用する中、端末数の増加など最適化が必要である。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

現状では実習現場において必要数は確保できている（資料6-29）。とはいえ、今後学生数および利用頻度の増加に伴う対応が必要である。

C. 現状への対応

学生からの要望も踏まえて、柔軟に対応しながら最適な設備を整備していく。

D. 改善に向けた計画

学生からの要望も踏まえて、最適な設備を整備していく。

関連資料

資料6-29: 学生用 JUMP 端末設置状況

6.4 医学研究と学識

基本的水準:

医学部は、

- 教育カリキュラムの作成においては、医学研究と学識を利用しなければならない。（B 6.4.1）
- 医学研究と教育の関係を培う方針を策定し、履行しなければならない。（B 6.4.2）
- 大学での研究設備と利用にあたっての優先事項を記載しなければならない。（B 6.4.3）

質的向上のための水準:

医学部は、

- 以下の事項について医学研究と教育との相互関係を担保すべきである。
 - 現行の教育への反映 (Q 6.4.1)
 - 学生が医学研究や開発に携わることの奨励と準備 (Q 6.4.2)

注 釈:

- [医学研究と学識]は、基礎医学、臨床医学、行動科学、社会医学の学術研究を網羅するものである。医学の学識とは、高度な医学知識と探究の学術的成果を意味する。カリキュラムにおける医学研究の部分は、医学部内またはその提携機関における研究活動および指導者の学識や研究能力によって担保される。
- [現行の教育への反映]は、科学的手法やEBM（科学的根拠に基づく医学）の学習を促進する（B 2.2を参照）。

B 6.4.1 教育カリキュラムの作成においては、医学研究と学識を利用しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

教育カリキュラムの作成においては、カリキュラム部会での協議結果を踏まえて科目を選択・配置し、領域の専門家である科目責任者に原則として内容を一任している。研究関連の内容は、科目責任者の裁量でカリキュラム内に取り入れる仕組みがある（B5.2.3参照）。科学的手法や、EBMの学習については、B2.2にて前述したように必修カリキュラムの中に取り入れられている。

とはいえ、学生教育のレベルではない最新研究についてはあまり学生教育へは活用されていなかった。2011年度以降、フリーコース・スチューデントドクター（資料6-33、Q2.6.3参照）に該当する学生や一部のセミナー（必須4③）に参加している学生に対して教員が研究内容の指導を行い、学会発表や論文作成に役立てている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育カリキュラム作成において、医学研究の成果と学識は十分利用されていると判断される。最新の医学研究の学習については、選択科目として一部の優秀かつ時間に余裕のある学生に限ったこととなっている。他大学では基礎配属、研究室配属という制度を利用して学生への研究の世界への門戸としているが、当大学の臨床医、総合医を育成するという基本理念上、疫学研究やEBMを重視する傾向はある。

C. 現状への対応

現状で大きな問題は出ていない。現行のフリーコース・スチューデントにおいては、少なくとも学会や研究会での研究発表を推奨し、研究に対する考え方や手法を教えている。

D. 改善に向けた計画

IR 部門に集積されつつある各種評価をもとに、カリキュラム評価部会においてカリキュラム作成への提言を行っていく。選択セミナーへの参加を増やすような仕組みづくりを検討する。

関連資料

資料 6-33:フリーコース・スチューデントドクター実習報告書

必須 4③:選択セミナー要項

B 6.4.2 医学研究と教育の関係を培う方針を策定し、履行しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

2013 年度以降のカリキュラム改革において、段階的学習という方針に基づき、医学研究についてもカリキュラムが策定され、適宜見直しもされている。B2.2 で前述したように、本学カリキュラムでは、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。また、1 年次での医学概論講義、2 年次の分子医学入門などで、学長をはじめとする医学研究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ている。臨床実習で Evidence-based medicine を実践できるようにするため、1 年次の医学医療情報学で情報リテラシーと統計学を、3 年次の臨床疫学、医療統計学および診断学基礎実習、4 年次の診断学実習 2 (preBSL 実習) で、PubMed の使い方、UpToDate の使い方、SPSS の使い方など、臨床疫学の基本的概念や方法論を学ぶ (資料 6-34)。チュートリアル実習による、臨床推論のトレーニングがカリキュラムとして準備されている (必須 4①)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

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プログラムが工夫されている。適宜改善に向けて見直しを行う体制もある。最適化に向けて、卒業時の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. 現状への対応

卒業時のアウトカムの達成に向けて、態度評価を含む様々な評価方法を導入し、アウトプットを IR 部門に集約する流れが出来てきた。医学研究の思考や手法をどのように BSL プログラムに組み込んでいくのか、ディプロマ・ポリシーとの対応をつけながら、カリキュラム部会で検討している (資料 6-35)。

D. 改善に向けた計画

臨床実習の中で、各診療科での代表的な疾患の診断、治療における EBM を BSL プログラムの中に盛り込んでいく方策を検討する。

関連資料

必須 4①:教育要項

資料 6-34:診断学基礎実習テキスト (2016 年度) (2017 年度)

資料 6-35:ディプロマ・ポリシーとコアカリキュラム対応表

B 6.4.3 大学での研究設備と利用にあたっての優先事項を記載しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

設立の趣旨に則り、本学では教育に重点が置かれている。2016 年度に終了したリニューアルを通し、大学内での教育スペースと研究スペースの分離ができた。学生実習に使用する機器類は教育用備品として登録・区別され、学事課で管理されている。学生が講義や実習で用いる施設は学生が優先的に使用する。2011 年に完成した教育・研究棟は学生用の講義室が 8 部屋あり、実習室も学生教育以外ではほとんど使うことはない。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

研究施設での教育優先は保たれている。

C. 現状への対応

教育優先を大原則として、現状を維持していく。

D. 改善に向けた計画

問題が生じた際には、適宜検討していく。

関連資料

なし

以下の事項について医学研究と教育との相互関係を担保すべきである。

Q 6.4.1 現行の教育への反映

A. 質的向上のための水準に関する情報

B2.2 に前述したように、医学研究を教育へ反映させるよう、カリキュラム改革が行われ実施されている (必須 4①)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

2013 年度からの新しいカリキュラムが導入され、医学研究については現行教育に反映されている。4 年を経過し、逐次見直し時期を迎えている。

C. 現状への対応

これまでの実績・評価をもとに、2017年度より1年次の導入科目を改変し、「医学概論」を創設した（B2.2.1参照）。

D. 改善に向けた計画

IR部門に蓄積される各種評価を基に、定期的にカリキュラムを見直していく。

関連資料

必須4①:教育要項

以下の事項について医学研究と教育との相互関係を担保すべきである。

Q 6.4.2 学生が医学研究や開発に携わることの奨励と準備

A. 質的向上のための水準に関する情報

Q2.2.1に前述したように、基礎配属などまとまった期間で研究に関わる時間はないため、選択セミナーを導入している。フリーコース・スチューデントドクター制度（Q2.6.3）では、臨床実習のみならず、学会発表、論文作成を行う学生が増えている（資料6-33）。基礎医学の研究室で実験を行った例もある。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学のミッションの範囲内で、学生の医学研究への関わりが実現されている。

C. 現状への対応

現状を継続していく。

D. 改善に向けた計画

学生の要望に応じ、柔軟に対応していく。

関連資料

資料6-33:フリーコース・スチューデントドクター実習報告書

6.5 教育専門家

基本的水準:

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ついての方針を策定し、履行しなければならない。
 - カリキュラム開発 (B 6.5.2)
 - 指導および評価方法の開発 (B 6.5.3)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 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を示すべきである。(Q 6.5.1)
- 教育専門家の教育評価や医学教育分野の研究における最新の知見に注意を払うべきである。(Q 6.5.2)
- 教職員は教育的な研究を遂行すべきである。(Q 6.5.3)

注 釈:

- [教育専門家]とは、医学教育の導入、実践、問題に取り組み、医学教育の研究経験のある医師、教育心理学者、社会学者を含む。このような専門家は教育開発ユニットや教育機関で教育に関心と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 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。

A. 基本的水準に関する情報

本学は、1972年の創立以来先進的に臓器別統合カリキュラムを導入・実施してきた伝統がある。1993年度には全学的にケース学習をPBLの先駆けとして実施した。1997年度に大幅なカリキュラム改革（教養課程を廃して総合教育科目へ変更、90分授業から70分授業へ講義時間の短縮、4年次から全日制の臨床実習実施、2年次終了時に総合判定試験1の設置）を実施した。2002年度医学情報調査室を開設した。2004年度には3年次終了時にCBT、OSCEを正式導入し、これに伴い総合判定試験1を廃止した。2007年度に文部科学省の「特色ある大学教育支援プログラム」に本学の「自治医科大学におけるプライマリ・ケア教育」が採択された。2008年度に医学教育調査室、医師国家試験調査対策室およびカリキュラム開発室の3室を前身として医学教育センターが設置された（資料6-36）。

2012年度に文部科学省の「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」事業に本学の「国際的な地域医療教育の構築」が採択され、2013年度から、更に新カリキュラム改革を実施中である。この年には、臨床実習を最大84週に拡大し、前年試行的に行ったPost-CC OSCEを10ステーションでカリキュラムに正式導入している。4年次総合判定試験には、マルチメディア advanced CBT形式も取り入れている。

現在、医学教育センターは教務委員会と連携し、①学習支援部会（1学年、2学年、3学年、4学年、5学年、6学年）、②医学部FD部会、③学生自治会カリキュラム委員とのカリキュラム連絡協議会、④横断的な科目の責任講座（生命科学1、2、総合診断学1、総合診断学2、地域医療学各論2、診断学実習、臨床講義）の役割を担っている（資料6-37）。

これに加え、医学教育センターでは本学で実施されている3年次終了時のCBTと同時期に行うOSCE、4年次終了時の4学年総合判定試験、5年次終了時の5学年総合判定試験、6年次終了時の6学年総合判定試験およびPost-CC OSCEの問題作成、実施、判定も行っている。特に4学年総合判定試験では、コンピューターを使用した音声や動画を取り入れたmulti-media adapted CBTを導入している。医学教育センターは教務委員会とともに、IR部門を有する情報センターと連携して学生教育に関する情報収集と解析を、ドライラボを有するメディカルシミュレーションセンター、ウェットラボを有する先端医療技術開発センター、附属病院医療の質向上・安全推進センターと連携して、シミュレーション教育も開発実施している。

資料6-37: 医学教育センター組織図



医学教育センターの3名の医学教育専門家に加え、本学情報センター、メディカルシミュレーションセンターにも医学教育専門家を配する。医学教育センター専任教員（講師）は、マーストリヒト大学医学教育学修士、博士課程履修中で日本医学教育学会認定医学教育専門家の認定を受けている。情報センターの専任教員4人（教授2、准教授1、講師1）は、学生の成績評価およびカリキュラム改善に関わっている。この内、2016年1月より情報センター内に設置されたIR部門専任教員（講師、工学博士、熊本大学教授システム学修士）は、e-learningに関してはeLC（日本イーラーニングコンソシアム）の認定資格を取得している。メディカルシミュレーションセンターの専任教員3人（教授1、講師1、助教1）は、シミュ

レーション教育に関わっており、兼任教員（教授）であるアメリカ人の医学教育専門家1名も配属されている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学教育専門家として、教育を専任とする教員の数は確保され、カリキュラム作成、管理・運営にも携わっている。

C. 現状への対応

教育専門の教員や医学教育専門家の役割やアクセス可能な医学教育の専門知識について、広く周知させる目的で、2016年度から大学と附属病院の新教員を対象としたFDを年度の初めに実施した。また、Moodleなどの評価法を活用したBSL連絡協議会やシミュレーション教育検討WGなどに教育専門家が参加し、連携機会を増やすことで、実習現場でのe-learningなど新教育手法の普及を計る体制とした。

D. 改善に向けた計画

教育専門家の教育関連の委員会等への参画を推進するとともに、教育専門家の存在を一般教員に周知していく。

関連資料

資料 6-36: 医学教育センター紹介

資料 6-37: 医学教育センター組織図

以下の事項について、教育専門家の利用についての方針を策定し、履行しなければならない。

B 6.5.2 カリキュラム開発

A. 基本的水準に関する情報

教務委員会のカリキュラム部会の下に基礎系カリキュラム改善WG、社会・地域医療系カリキュラム改善WG、BSLカリキュラム改善WGが設置され2013年度以降カリキュラム開発が進んでいる。他に、カリキュラム評価部会、e-learning部会、シミュレーション教育検討WGがあり、教育専門家が部会員になってカリキュラム策定に参画している（必須10）。これまでに行ったカリキュラム改革の中で、1年次の生命科学、2年次の総合診断学1、3年次の総合診断学2、4、5年次の臨床講義改革などの多科にわたる横断科目を科目責任者として統括する。臨床実習期間延長、出身都道府県拠点病院でのBSL導入も医学教育センター主導で実施された。e-learning部会については大学のみならず病院側のe-learningシステム（LMS）に関しても取り扱っている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育専門家のカリキュラム開発への参画がなされている。

C. 現状への対応

引き続きカリキュラム改善の見直しに参画している。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム改善のアウトカムを IR 部門に収集し、情報をもとに教育専門家の指導するカリキュラム評価部会によって解析、更なる改善に役立てていく。

関連資料

必須 10: 教務関係委員会の組織図

以下の事項について、教育専門家の利用についての方針を策定し、履行しなければならない。

B 6.5.3 指導および評価方法の開発

A. 基本的水準に関する情報

教務委員会カリキュラム評価部会に、教育専門家が部会員やオブザーバーとして参加し、学生評価、教員評価の在り方について改善方法を検討・実施している (B3. 1. 1～3. 1. 3 参照)。態度評価を含めた Moodle による評価法を 2016 年度より導入し、Moodle 管理、評価の分析・フィードバックなどをカリキュラム評価部会で教育専門家が中心になって実施している。学生による科目評価も科目責任者へフィードバックする体制が 2015 年度よりはじまった。教員へ評価方法、BSL での学生指導についても FD を教育センター主催で実施している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

科目責任者に一任されている評価に加えて、Moodle 上で各実習の科目評価の共有が教育専門家の主導でできるようになった。指導、評価方法の導入で教育専門家の利用ができています。

C. 現状への対応

2017 年度さらに見直された 1 年次導入科目「医学概論」においても、IR 部門に配置された教育専門家の教員が、Moodle やシミュレーションなどを利用した教育の実践、アクティブラーニングや反転授業といった教育手法の活用方法などを試みている。これらを視野に入れて、FD 講習会も実施した。

D. 改善に向けた計画

今後 Moodle にはコンピテンシーやカリキュラムマップを整理するための機能が盛り込まれる予定であり、Moodle の活用方法に関する講習と合わせ、全体的なシステム統合が図れる。引き続き、学生の行動変容などを踏まえた指導・評価方法を改善に向けて検討していく。中長期での全学的・包括的な教育研究を実施する体制を整える必要がある。このため、数年スパンでの教育研究として臨床倫理の審査を通すなどの準備から着手する必要がある。専門家としての知見を活用できる仕組みを整える。

関連資料

なし

Q 6.5.1 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を示すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

前述したように、教育専門家が主として、医学教育センター、情報センター、IR 部門、メディカルシミュレーションセンターに配属され、カリキュラムや評価法の開発に関わっている。FD には学外からも教育専門家を招待し講演を行った（資料 6-31、6-38）。OSCE や Post-CC OSCE の機会を捉えて学外の教育専門家とも交流し能力向上に役立っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

各領域の専門家は適切な部署へと配属され活用されている。

C. 現状への対応

評価法の改善などについても、引き続き意見を求めていく。

D. 改善に向けた計画

教育専門家を活用できる機会を増やしていく。教育専門家の一層の委員会等への参加が推奨される。

関連資料

資料 6-31: 文部科学省大学改革推進事業（平成 24 年度～平成 28 年度）「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」-国際的な地域医療教育の構築-報告書

資料 6-38: FD 実績

Q 6.5.2 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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

教育専門家は、国内外の医学教育およびシミュレーション教育の学会やワークショップに継続的に参加し、医学教育分野の研究を行っている。カリキュラム評価部会において教育評価にも関わっている。試験の運営や開発に関わる教員を中心に、最新の知見が共有できるよう、月 1 回の医学教育センターミーティングと年 3 回の同センター運営会議が行われている。教育現場では、医学教育センターの教員が中心となり、新しい教育評価（Post-CC OSCE、マルチメディアを用いた 4 年次総合判定試験）を正式導入するなど、最新の知見に注意を向け、実施可能などから積極的に取り入れている（資料 6-39）。Post-CC OSCE やマルチメディア総合問題は現存の筆記・実技試験の形態を最大限活用し Millar のピラミッドにおける Know

レベルに留まらず、Shows how、Does レベルを評価する試験と評価できる（資料 6-40）。2016 年度に Moodle 上、態度評価を含むルーブリック形式の学生評価を導入した。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教育専門家が教育評価に参加し、医学研究の最新知見が教育現場に取り入れられている。

C. 現状への対応

現状では特に問題はない。

D. 改善に向けた計画

教育専門家を活用できる機会を増やしていく。

関連資料

資料 6-39:総合判定試験（当日閲覧資料）

資料 6-40:Post-CC OSCE

Q 6.5.3 教職員は教育的な研究を遂行すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

医学教育センター、情報センター、メディカルシミュレーションセンターの教員が中心となり教育的な研究を行っており、その成果は日本医学教育学会やヨーロッパ医学教育学会（AMEE）などで発表されている。

2016 年の日本医学教育学会では 6 演題、AMEE では 3 演題の発表をはじめ、研究業績を上げている（資料 6-41）。

2012 年度からは、文部科学省大学改革推進事業（平成 24 年度～平成 28 年度）「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」-国際的な地域医療教育の構築-により、教育に関わる教職員とともに医学教育改革を実施した（資料 6-31）。1 年次導入科目の中でも、総合教育講座教員と連携して、医学教育必修科目を担当する流れにある。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教育研究は実施され、最新の研究成果が、教職員とともにカリキュラム内で実践されている。

C. 現状への対応

現状では問題はない。医学教育センターの専任教員、医学教育修士号を有する教員らが研究を行いやすくするよう情報の共有を図っている。

D. 改善に向けた計画

教育専門家を活用する機会を増やしていく。

関連資料

資料 6-41: 医学教育センター業績(自治医科大学医学部年報 第 42 号 p19-23)

資料 6-31: 文部科学省大学改革推進事業(平成 24 年度～平成 28 年度)「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」-国際的な地域医療教育の構築-報告書

6.6 教育の交流

基本的水準:

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。
 - 教職員と学生の交流を含め、国内外の他教育機関との協力 (B 6.6.1)
 - 履修単位の互換 (B 6.6.2)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 適切な資源を提供して、教職員と学生の国内外の交流を促進すべきである。(Q 6.6.1)
- 教職員と学生の要請を考慮し、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障すべきである。(Q 6.6.2)

注 釈:

- [他教育機関]には、他の医学部だけではなく、公衆衛生学、歯学、薬学、獣医学の大学等の医療教育に携わる学部や組織も含まれる。
- [履修単位の互換]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、医学部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を採用したり、課程の修了要件を柔軟に解釈したりすることで推進される。
- [教職員]には、教育、管理、技術系の職員が含まれる。

以下の方針を策定して履行しなければならない。

B 6.6.1 教職員と学生の交流を含め、国内外の他教育機関との協力

A. 基本的水準に関する情報

総合教育科目、医学教育センターが管轄する科目のみならず、ほぼすべてのカリキュラムにおいて、他大学から非常勤講師が招聘され講義・実習を担当する。学生が現地に赴く実習先として、近隣の地域保健施設、都道府県の保健所、一般病院、診療所などがある (B2.5.2 参照)。地域臨床実習で教育に携わる臨床教員は、年に 1 回大学において研修を実施し交流の機会を設けている。また毎年数十名の本学教員が CBL に同行する。海外では、タイのチュラ

ロンコン大学、カリフォルニア大学アーバイン校、英国レスター大学、タイのマヒドール大学、コーネル大学と提携し、海外 BSL を含む交換留学を行っている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

全国の都道府県に、教職員と学生が交流する関係機関が配置され交流が行われている。

C. 現状への対応

特に問題はない。2017 年度学事課に国際交流推進室を設置した。

D. 改善に向けた計画

問題があれば対応する。より多くの学生が留学できるように枠の拡大するため、将来的には交換留学の提携先を増やすことも検討する。

関連資料

なし

以下の方針を策定して履行しなければならない。

B 6.6.2 履修単位の互換

A. 基本的水準に関する情報

5、6 年生の選択必修 BSL および各出身都道府県の拠点病院で行う BSL については、履修単位として認めている。これ以外に、フリーコース・スチューデントドクターが行う 6 ヶ月の実習、前述の交換留学として行う海外 BSL 実習も単位を認めている。2015 年度より 1 年次の総合教育選択科目について、すでに他大学で履修し単位を申請・審査により認める制度を導入した（資料 6-42）

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

単位認定については柔軟に対応できている。

C. 現状への対応

今のところ問題はない。

D. 改善に向けた計画

問題があればその都度対応する。

関連資料

資料 6-42: 自治医科大学医学部既修得単位認定規程

Q 6.6.1 適切な資源を提供して、教職員と学生の国内外の交流を促進すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

5年次海外BSLとしてチュラロンコン大学、カリフォルニア大学アーバイン校への留学、およびフリーコース・スチューデントドクターが渡航する際には、大学から渡航・滞在費を補助し、カリフォルニア大学アーバイン校には本学教員が同行している。選択必修BSL枠内で実施される地域拠点病院や診療所での院外施設に対して、施設費・交通費・宿泊費の上限を定めて支給している。

各種大学間連携を行っている（四大学、医工連携、日光シンポジウム）大学内の研究者同士の交流として自治医大シンポジウム、埼玉大学や宇都宮大学との合同シンポジウムを開催する一方、岐阜大学MEDC（医学教育開発研究センター）のワークショップにも参加している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

学外施設で行う教育に対して、経済的に補助するシステムが完備している。

C. 現状への対応

今のところ問題はない。

D. 改善に向けた計画

今後拡大が予想される院外BSL希望者に対する教育予算を新たに確保していく。

関連資料

なし

Q 6.6.2 教職員と学生の要請を考慮し、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障すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

学生の学習意欲を優先して、なるべく柔軟に交流が行われるよう配慮している。学外の選択必修BSLについてはいまのところ予算に余裕があり、ほぼ希望取りの研修ができています。ただし、海外BSL、フリーコース・スチューデントドクターでは受け入れ定員の上限があるため、申請者に対し複数の教員で面接を行い、成績・実習態度・語学能力等に配慮して選抜している。私費留学としてIFMSAを利用して海外BSL期間を利用する学生もいるが、交換留学というシステム上、本学の受け入れ枠に応じて対応している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

合目的な交流が組織されている。

C. 現状への対応

今のところ問題はない。

D. 改善に向けた計画

より多くの学生が留学できるように枠の拡大するため、将来的には交換留学の提携先を増やす、予算を拡大することも検討する。

関連資料

なし

7. プログラム評価

領域 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:

医学部は、

- カリキュラムの教育課程と学修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を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)
- 評価の結果をカリキュラムに確実に反映しなければならない。(B 7.1.5)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 以下の事項について定期的に、プログラムを包括的に評価すべきである。
 - 教育活動とそれが置かれた状況 (Q 7.1.1)
 - カリキュラムの特定の構成要素 (Q 7.1.2)
 - 長期間で獲得される学修成果 (Q 7.1.3)
 - 社会的責任 (Q 7.1.4)

注 釈:

- [プログラムのモニタ] 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、確実に教育課程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、教育の学修成果など中心的な部分を明らかにする目的がある。
他の医学部等からの外部評価者と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向上に資することができる。
- [カリキュラムとその主な構成要素] 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。
- [特定の課題] としては、目的とした医学教育の成果が思うほどには達成されていないことが含まれる。教育の成果の弱点や問題点などについての評価ならびに情報は、

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。教育プログラムに対して教員と学生がフィードバックするときには、かれらにとって安全かつ十分な支援が行われる環境が提供されなければならない。

- [教育活動とそれが置かれた状況] には、医学部の学習環境や文化のほか、組織や資源が含まれる。
- [カリキュラムの特定の構成要素] には、課程の記載、教育方法、学習方法、臨床実習のローテーション、および評価方法が含まれる。

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 カリキュラムの教育課程と学修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。

A. 基本的水準に関する情報

学生および卒業生のデータは以下の部署が事務的に収集する。

入試関係は学事課入試広報係、教務関係は学事課教務係と情報センター、学生生活関係は学生課学生係/学生生活支援センター、卒後関係は地域医療推進課卒後指導係が収集する。入試関係には入学試験成績と入試時状況を含む。教務関係の中で、学事課教務係は①各科目定期および再試験成績、CBT、OSCE (Post-CC OSCE 含) 成績、4～6年次総合判定試験成績、卒業試験成績、臨床実習成績・評価(Moodleによる)、全学生年度ごと成績表(席次を含む)などの成績評価結果、②学生出席管理システムデータ、学生授業・試験欠席届、休学・復学・退学・除籍のデータ、③教員による学生評価(Moodleによる)、④科目責任者によるカリキュラム評価、⑤科目責任者による教員評価(教育関連に関与した項目の自己評価)を収集している。教育関係の中で医学教育センターは、医師国家試験模擬試験(6年次)、CBT 模擬試験(3年次)、BSL レビューテスト(4年次)、国家試験自己採点のデータを収集している。学生生活関係には学生カード(家庭環境、自己性格、連絡先など入学時に学生が記入)、部活動等課外活動、自治会等の役職、賞罰、奨学金貸与・返還、生活相談・支援状況のデータを含む。卒後関係には義務年限中の勤務歴、業績(学位取得状況)、都道府県との調整事項を含む。特に本学では、卒業生は卒後9年間義務年限として出身都道府県庁のもとで地域医療に従事するため、開学以来の義務年限内卒業生についての完全なデータが残っている。それぞれの部署は、学事課入試広報係は入試委員会を、学事課教務係は教務委員会を、学生課学生係は学生委員会と学生生活支援センターを、地域医療推進課卒後指導係は卒後指導委員会を補佐する。

2014年には教務の科目試験成績を管理するWebポータルシステム(資料7-1)が導入され、試験成績が科目責任者により入力され、Webポータルシステム上でやり取り・管理されるようになった。教務関連の成績情報は逐次医学教育センターへ報告されるようになっている。2016年1月にIR部門が情報センターに設置され、専任の教員が講師として配置され事務職員1名も就任した。今後、上記の複数部署で収集・保管されていたすべてのデータはIR部門へ集積し、将来的に入学時から卒業後までの経時的なデータが解析・評価可能な体制が、確立されつつある(資料7-2)。

科目責任者による実習の態度評価:実習については、臨床前実習は科目責任者が Moodle で態度評価を行う。臨床実習については、指導教官らによる学生の Moodle 上での態度評価の評価が Moodle 上で行われ、他科とも共有される。評価項目としては、1年次から3年次までは4項目、A出席・遅刻・早退、Bレポート提出期限、C実習態度(将来の医師としての適性を含む、協調性、周囲への配慮、積極性・自主性)、Dレポート内容(思考力・知識運用力を含む)を、4年次から6年次は4項目に加えて、E診察技術、Fプレゼンテーション能力を実習・BSLを担当する教員が Moodle を介して評価している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラムの教育プロセス、教育成果は、逐次担当部署に集まる体制ができている。学生および卒業生のデータは、学事課、医学教育センター、学生課/学生生活支援センター、地域医療推進課で保存されている。IR部門が2016年1月に情報センター内に設置された。IR部門とデータを保存している各部署との会合が行われ、まず電子化されているそれぞれに形式の異なるデータをIR部門に集約しているところである。行程は順調に進んでいる。ただし、自治医科大学の開学は1972年であり、古いデータは紙ベースであるので、電子化されたデータを収集後、必要に応じて紙ベースのデータも集約していく方針である。

C. 現状への対応

IR部門ですべてのデータを集約しつつ、可能なものから解析・評価が行われている。

D. 改善に向けた計画

地域医療を担うリーダーを育成することを目標とするための卒業時のアウトカムを達成できるだけの学力と意欲を兼ね備えた学生を入試で選抜するために、学生の入学後と入学時の成績の相関等を明らかにする予定である。アドミッション・ポリシーとディプロマ・ポリシーを念頭にIR部門で収集したデータを活用して、自治医科大学の建学の精神にふさわしい学生の選抜に役立てる。また、学生や科目責任者によるカリキュラム評価情報は、カリキュラムの一層の改善に役立てる。

関連資料

資料7-1:Webポータルシステム

資料7-2:情報センターHP

以下の事項についてプログラムを評価する仕組みを確立し、実施しなければならない。

B 7.1.2 カリキュラムとその主な構成要素

A. 基本的水準に関する情報

2015年度より評価システムが大幅に変更された。カリキュラムについての評価は、これまでの紙面での評価から、大部分が Moodle を活用したシステムに置き換わり、IR部門に集約

される。Moodle 評価については、随時入力できる利便性もあり率直な建設的評価が得られている。

1. 各科目責任者による科目・カリキュラム評価:各科目の講義・実習の終了後に行われる定期試験の成績を学事課教務係に提出する際に、科目責任者は各講座の教員の意見をまとめたカリキュラムに対する意見を提出する。
2. 学生による科目・カリキュラム評価:学生も各科目の定期試験終了後の1週間以内に、Moodle を介して、科目の講義内容・実習内容やカリキュラムに対する評価を行う。科目責任者に直接見られたくない内容を記入する欄も設けられており率直な意見を記入することが出来る体制になっている。2015年12月から1~5年生のすべての講義と実習に対して開始した(資料7-3)。
3. 学生による臨床実習評価:学生はBSLクール終了後に、Moodle 上にて各クールの評価を行う。学生からの意見は、一部の教員のみが閲覧し、匿名性を維持した形で公開される。2015年度4年生を対象に開始され、2016年度からは5年生にも拡大された(資料7-4)。
4. 最終学年である6年次学生によるカリキュラム評価を行う(資料7-5)。
5. 医学教育センターによる4~6年次総合判定試験評価:B3.1.2およびQ3,1,1に記載したように、総合判定試験は、FD実施後当該科教員に問題作成を依頼し、医学教育センター教員による厳密なブラッシュアップ後、施行される。実施後、識別指数や判別係数を用いて信頼性・妥当性を評価し、高い値を維持している。

カリキュラムについては教務委員会内にカリキュラム部会、カリキュラム評価部会が設置されている。教員・学生からのカリキュラムに対する評価は、カリキュラム評価部会に集約され検討される。運用されるカリキュラムは、カリキュラム評価部会で今後IR部門により明らかにされる成果の解析とも照合し、審議され、カリキュラム部会へ提言され、カリキュラム作成にも反映される。提言はカリキュラム部会のみならず、教務委員会やBSL連絡協議会、FDにても還元される(資料7-6)。

カリキュラムの構成要素(カリキュラムモデル、カリキュラムの構造、構成と教育期間、および中核となる必修教育内容と選択的な教育内容)については、カリキュラム部会で協議検討される。カリキュラム部会は下部組織として、総合教育・基礎系(選択セミナー)カリキュラム改善WG、臨床系(BSL・臨床講義)カリキュラム改善WG、社会・地域医療系カリキュラム改善WGの3つのWGをもち、これらから提言されたカリキュラム改善の取りまとめを行い、教務委員会へ提出する(必須10)。教務委員会での審議結果は教授会で審議・了承され、次年度のカリキュラムが変更となる。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラムの教員・学生による評価があらたに開始された。カリキュラム部会、カリキュラム評価部会の組織については、2016年度より形式が整いつつある。

C. 現状への対応

カリキュラムに対する教員・学生の評価が収集されつつある。これらの評価をもとに3つからなるカリキュラム改善WGでカリキュラムの改善に取り組んでいく他、IR部門を介したカリキュラム評価等については組織の定着に向け調整中である。

D. 改善に向けた計画

PDCA サイクルが回るよう、逐次調整していく。

関連資料

資料 7-3: 学生による授業評価ページ・通知

資料 7-4: Moodle による BSL 学生評価について

資料 7-5: 最終学年対象カリキュラムに関するアンケート

資料 7-6: カリキュラム評価部会提言

必須 10: 教務関係委員会の組織図

以下の事項についてプログラムを評価する仕組みを確立し、実施しなければならない。

B 7.1.3 学生の進歩

A. 基本的水準に関する情報

学生の進歩について、教務委員会は学生の定期試験合格率、共用試験（CBT、OSCE）成績、臨床実習成績、卒業試験成績、総合判定試験（4年生、5年生、6年生で実施）成績、国家試験成績等をモニタし、教育プロセス及びプログラムの質を評価している。

これらのデータはすべて情報センター内に設置されている IR 部門に集約される。学生の成績は医学教育センター学習支援部会へも報告され、学生の進歩を把握し、学業に問題のある学生を支援できるシステムになっている。

カリキュラム後半に総括評価として3年次終了時には CBT と OSCE、4～6年次終了時には総合判定試験が行われる。4学年総合判定試験は本学独自のマルチメディア advanced CBT で行われ、動画を用いた神経所見の知識、音声を用いた心音・呼吸音の実際的な知識と応用能力を判定し、臨床実習で身に付けた内容を問う形式になっている。4年生では4年次に行われた各科目の成績とともに、4学年総合判定試験合格が進級の必要条件となっている。5年生・6年生には医師国家試験に準じた問題からなる総合判定試験を12月に3日間にわたり実施している（2017年度からは2日間に変更）。総合判定試験問題は学内各科の教員で作問し、総合判定試験部会でブラッシュアップして作られる極めて質の高い問題500問（2017年度からは400問）から構成されている。5年生・6年生の総合判定試験は5年生では進級判定に利用され、6年生では卒業判定に利用されている。これらの3～6年次の総括試験は合否難易度を段階的に設定して、学生の進歩が把握できるようになっている。これらの試験の質を維持するために、医学教育センター教員が中心となる総合判定試験部会が設置され、識別指数や信頼係数の厳密な検討が逐次なされ改善が繰り返されている（B3.1.3参照）。

また、3年次に OSCE、6年次に Post-CC OSCE を実施し、進級要件としている。これらも医学教育センターが中心になり、学生の進歩が反映されるよう、各科の教員で問題作成を行っている。また、2016年度にはシミュレーション教育検討WGも立ち上がり、BSL内でのシミュレーション教育についても検討をはじめた。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

IR 部門に集約される学業成績(定期試験成績、共用試験(CBT、OSCE)成績、臨床実習成績、卒業試験成績等)のみならず、学生の態度評価、医師としての適性の評価が1年次から6年次まですべての年次で、Moodle を介して一貫して行われるシステムが、2016年4月からスタートした。これまでも成績については、医学教育センターで逐次学生の進歩をチェックしており、学生一人ひとりへ目が届いているが、今後は経年的、体系的に態度評価も含めた評価を行っていく。実習・臨床実習に携わる多くの教員が Moodle を介する評価の取り組みを開始することで多面的な評価が期待される。

C. 現状への対応

Moodle を介する学生の評価システムと Moodle の操作自体に対する不慣れな教員をサポートするために、FD を基礎系と臨床系に分けて行った。今後も定期的に FD を行い Moodle による学生評価、とりわけ態度や医師としての素質の評価に取り組んでいく。

D. 改善に向けた計画

学修面はもちろんであるが、それだけではなく、態度や医師としての素質の評価を重要視していく。地域医療を担う臨床医、リーダーとしてふさわしい医師を育成するため、態度と医師としての素質を評価すると同時に、問題のある学生には個別に対応し指導していく。将来的には、学生に評価が逐次フィードバックされるシステムを構築していく。

関連資料

なし

以下の事項についてプログラムを評価する仕組みを確立し、実施しなければならない。

B 7.1.4 課題の特定と対応

A. 基本的水準に関する情報

学業成績については、学長補佐会議において、学期ごとに合格率、年度ごと進級率が教務委員会および医学教育センターから報告され、問題点が早期に把握できるようになっている。また、B7.1.1 および B7.1.2 に記載したように、個々の学生からの Moodle 評価、および教員による学生の態度評価が開始された。各クールの臨床実習終了後に Moodle を利用して「良かった点」「改善して欲しい点」等を記入する方式で学生による BSL の評価は、IR に集積された後、教務委員会カリキュラム評価部会によって課題が抽出され、即時対応可能なものについては学生によって記入された意見に基づき逐次臨床実習の改善が行われる一方、カリキュラム評価として蓄積、まとめられる。これらは、教務委員会、FD、BSL 連絡協議会等を通して発表することで、学生の意見を広く学内に広報し各科で改善のためにも役立てている。学生による講義・実習、カリキュラムに対する評価も教務委員会、FD、BSL 連絡協議会等を通して学生の意見を広く学内に広報し各科で改善のために役立てている(この際、学生の匿名性が維持できるよう細心の注意を払っている)。

また、学生自治会カリキュラム委員と医学教育センター教員との間で、カリキュラム連絡協議会が毎月開催され、学生からのカリキュラムへの要望として逐次吸い上げて教務委員会で報告される（資料 7-7）。カリキュラムに対する全ての評価結果はカリキュラム評価部会でチェック、まとめてカリキュラム部会へ提言され、カリキュラム部会におけるカリキュラム策定に利用される。カリキュラム部会はこれらの提言を、下部組織である総合教育・基礎系（選択セミナー）カリキュラム改善 WG、臨床系（BSL・臨床講義）カリキュラム改善 WG、社会・地域医療系カリキュラム改善 WG の 3 つの WG に割り振って詳細を協議後、まとめてカリキュラム策定をおこなっている。3 つの WG の役割は、それぞれ臨床前（1～3 年次）、臨床後（4～6 年次）、および全学年に亘る地域医療系に分かれる。カリキュラム改善 WG では、個々の課題以外に大局的な教育方針も議論し、2013 年度以降の系統的なカリキュラム改革を実施してきた。

これら 3 つの WG を束ねるカリキュラム部会で改善されたカリキュラムは、次年度実施後さらにカリキュラム評価部会にて評価する仕組みになっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生・教員双方から収集されたカリキュラムに対する評価が、IR 部門、カリキュラム評価部会を介して、現場である FD、BSL 連絡協議会、教務委員会にフィードバックされ、改善に役立っている。今後カリキュラム評価部会は、IR 部門での学習成果以外の情報も含めた解析結果についても、検討して改善に役立てる予定である。現時点でカリキュラム部会、評価部会は主に教員によって構成されている。

C. 現状への対応

2016 年度は、カリキュラムに対する評価システムとして、教員に加えて、学生と外部評価者としての卒業生および地域の代表者（薬師寺 SP 会）から評価を受けるカリキュラム部会運営会議とカリキュラム評価部会運営会議を設置しカリキュラムの評価と改善を行う体制を導入した（必須 10）。今年度開催に向け準備をしていく。

D. 改善に向けた計画

新たに導入した教員と学生による評価を IR 部門に集計してカリキュラム改善に資するとともに、運用しながら評価項目自体の改善も逐次行っていく。すでに実働体制にあるカリキュラム改善 WG、カリキュラム部会、カリキュラム評価部会については、権限・役割等を今後規定で定めていく予定である。

関連資料

資料 7-7:カリキュラム連絡協議会

必須 10:教務委員会の組織図

B 7.1.5 評価の結果をカリキュラムに確実に反映しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

評価の結果は、IR部門に集積され、カリキュラム評価部会でも逐次内容をチェックし、フィードバックを行っている。Moodle上の教員による評価は、教員が適宜見ることができるためBSL等での情報共有に役立っている。BSL連絡協議会でも毎月まとめて共有している。長期的にも、カリキュラム改善WGへ還元される経路が出来てきている。これを受けてカリキュラム改善WGでは2016年度から新カリキュラム(2013年度から施行)の見直しも開始し、2017年度1年次カリキュラムに反映させた(B2.4.1参照)。教務委員会は、今後も同様に教授会にカリキュラム改善策を提案する。教授会で承認を得た改善策は、カリキュラムに反映される。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム改善WG、カリキュラム部会によるカリキュラム改善が2013年度より毎年着実に行われている。カリキュラム評価部会が立ち上がり、カリキュラムに対する、教員・学生からの評価も2015年12月から逐次集まりつつある。評価がさらなる改善へと結びつく仕組みができつつある。

C. 現状への対応

評価の仕組みについては、すべての学生・教員が評価を書き込んでいるわけではない。今後さらに評価への動機づけを学生一斉メールの配信等で促すとともに、FDや各年次学生への教務オリエンテーションなどで成果を伝えている(資料7-4)。システムを調整して評価者の負担を減らしながら、評価の数および質を上げる検討をカリキュラム評価部会で行っている。

D. 改善に向けた計画

IR部門で集約される学生の成績と態度評価を経年的に追跡調査し、カリキュラム改善による教育効果を逐次行う。

関連資料

資料7-4:MoodleによるBSL学生評価について

以下の事項について定期的に、プログラムを包括的に評価するべきである。

Q 7.1.1 教育活動とそれが置かれた状況

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学は地域医療に貢献する医師の養成を基本理念としており、地域医療系の講義・演習・実習が充実している。実習へのチューターなど教員の動員も医学教育センターや地域医療学センターを中心に着実に実施できている。また、5年次の夏には出身都道府県で2週間にわ

たり、地域基盤型カリキュラム（community-based learning：CBL）が実施されている。教員も CBL の状況を視察するために学生とともに実習病院に赴いている。2016 年度は 39 名の教員が参加し、教員視察報告書としてまとめられている（資料 7-8）。

CBL を担う地域の臨床教員も充実している。1999 年より臨床教員の質の確保のため、毎年大学にて研修会を実施し、指導に関する意見交換、情報共有を行っている（資料 7-9）。また、2013 年度以降の BSL クール数増加にともない、6 年次の 5 月には出身都道府県拠点病院で 4 週間の臨床実習が開始されている。地域医療系のカリキュラムについては、2015 年度から地域医療系カリキュラム改善 WG が立ち上がり、本学独自の 1～6 年次にわたる地域医療教育の見直しを行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

地域医療を重視した教育体制が概ねできている。資源も活用されている。自治医科大学卒業生は出身都道府県で 9 年間の義務年限があるが、この義務年限に先立ち出身都道府県での地域医療の実験を経験することは卒業後の状況を知る上でプラスになっている。ただし、都道府県により実情が大きく異なることもあり、学内での教育には、総論的な取り組みが主である。たとえば、卒業後の地域での義務年限中の情報は、現時点では大学病院での臨床実習に特に積極的に活かされていない。

C. 現状への対応

IR 部門に卒後の情報も移行されつつあり、今後は BSL にも役立てられる体制ができつつある。CBL に配慮して、2017 年度からより実践的な内容の「地域医療学各論 3」を開始した（必須 4①）。

D. 改善に向けた計画

今後、卒業生にもアンケートを実施し、卒前の実習についても意見を求める予定である。CBL に地域で関わる臨床教員の FD については、今後参加者の利便性を考慮して、栃木ではなく東京で行う等の工夫を行い、参加者を増やしていく対策も検討する。

関連資料

資料 7-8: 地域医療実習報告書

資料 7-9: 第 18 回地域医療臨床教員研修会報告書（平成 28 年度）

必須 4①: 教育要項（p168）

以下の事項について定期的に、プログラムを包括的に評価するべきである。

Q 7.1.2 カリキュラムの特定の構成要素

A. 質的向上のための水準に関する情報

カリキュラムの大筋の流れは、教育要項に記載されている。成績評価に関しては「成績評価の手引き」があり、各科目に、出欠確認方法、受験資格、試験期日、試験方法、採点評価

が記載され学生に配布されている。「教育要項」には、科目ごとに教育目標、教科書、参考書、授業日程と授業項目も記載されている。

自治医科大学のカリキュラムの包括的な評価は、教務委員会カリキュラム部会の3つのカリキュラム改善WGにて、6年間の一貫したカリキュラムを視野に入れながら検討されている。学生が学びやすいカリキュラムを目標に、2013年以降1学年ずつ大幅な改革が行われてきた。特に1年次は新しい学修方法、教育方法を取り入れ、4年次以降のBSLローテーションについても週数増加に伴い科や週数、選択制などについて変更した。評価方法については出席を、規程で講義2/3、実習4/5を超えるよう定めており、教室ではICカードで確認を行っている。

これに加え、試験と、2016年度からは実習の態度評価が加わった。低学年のカリキュラムについては、4年目を迎え、教員、学生の意見を取り入れながら逐次さらなる見直しを行いつつある。2016年度にはディプロマ・ポリシーを新たに策定し、モデル・コア・カリキュラムがカリキュラム内で学修できるよう、対応関係を確認した。今後IR部門、カリキュラム評価部会が立ち上がったことで、より一層の包括的な評価が期待される。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

2013年度以降、効果的な教育方法、学修方法、臨床実習ローテーション、評価方法が検討し、カリキュラムを毎年調整している。構成要素については改善できる体制が整っている。

C. 現状への対応

3つのカリキュラム改善WGにて、来年度のカリキュラム案を議論している。新モデル・コア・カリキュラムと科目の対応についても検討していく。

D. 改善に向けた計画

IR部門での情報の集積を活かして、さらに改善サイクルを回す。

関連資料

なし

以下の事項について定期的に、プログラムを包括的に評価するべきである。

Q 7.1.3 長期間で獲得される学修成果

A. 質的向上のための水準に関する情報

ディプロマ・ポリシーに定められたコンピテンシーが獲得されたかを判定するため、入学者の試験成績、共用試験CBT成績、OSCE成績、Post-CC OSCE成績、医師国家試験の合格率等で長期的に獲得される総括的学修成果を測定する。試験成績以外の評価（知識・技能・態度）をMoodle上ルーブリック形式で行っている。卒業後は地域医療推進課が卒業後の経過を追跡している。卒業後の義務年限完遂状況、内科認定医・専門医取得状況、学位取得状況を確認している。これらの情報は今後すべてIR部門に集約されるため、卒業までの長期間の成果を元にプログラム評価ができる体制になりつつある。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

総括的評価については、現時点で概ね整備され、判定の信頼係数も高い。Moodle を介した評価システムの導入により学業成績のみならず、実習や臨床実習に対する態度も複数の教員の目から評価するシステムが構築され運用開始されている。2013 年以降仮進級者、留年者は減少しており、CBT についても 2015、2016 年度と 100%合格をはたしている。カリキュラムの大枠の変更は、長期的学修効果をもたらしている。

C. 現状への対応

長期的な学修効果がますます多くの点で求められる中、教育に携わる多くの教員が多様な視点から学生の学修・態度を評価することで、地域医療におけるリーダーとしての医師の養成の質向上に役立てられると考えられる。Moodle を介した情報共有、情報蓄積を導入・定着させる。特に BSL の内容については、今後地域臨床教育センターに参画した地域の拠点病院とも連携し、本学のミッションに叶う総合医に求められる実践的な教育に近づける。

D. 改善に向けた計画

総括的評価のひとつである、臨床実習総括評価である Post-CC OSCE については、今後内容も含めてブラッシュアップしていく。シミュレータの利用についても WG を立ち上げ教育へのさらなる導入を検討する。

関連資料

なし

以下の事項について定期的に、プログラムを包括的に評価するべきである。

Q 7.1.4 社会的責任

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学の設立時の経緯から地域医療に貢献する人材の育成が本学のモットーである。これまでも卒業後の義務年限の履行が 97%と高く、建学の趣旨である社会的責任を伴った医師の養成は実践されている。プロフェッショナル教育を講義として行っているが、ディプロマ・ポリシーに掲げられる人間性に関する項目の到達が達成されたかについてはこれまで独立した評価がなかった。また、学生の学則違反、交通違反等は、学生委員会で扱われているが、社会性の低い学生が引き起こすトラブルが散見される。2016 年度から開始された臨床前実習および臨床実習での態度評価は、社会性や精神性に問題を有する学生の早期発見、早期改善には有効であると期待されている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

学生の社会面での諸問題には学生生活支援センターが個々に指導を行っている。態度評価については導入されたばかりであり、今後の学生へのフィードバックや教員間での情報や意

識の共有が課題である。一部の学生の急激な社会性の低下に教員が追いついていない実態があり、今後の教員の意識改革も必要である。

C. 現状への対応

BSL 連絡協議会や基礎社会系連絡会議で積極的な議論が行われ始めた。評価の集積、解析によるフィードバックも今後行われる。同時に 2017 年度からはカリキュラムとして 1 年次導入教育にて、プロフェッショナル教育を行う「医学概論」、行動科学に関する SST を含む「思考のプロセス」が開始されており、今後の成果を評価していく予定である。

D. 改善に向けた計画

長期的な視野に立ち、ソーシャルスキルなどの人間教育、プロフェッショナリズム教育プログラムをさらに導入していく必要がある。

関連資料

なし

7.2 教員と学生からのフィードバック

基本的水準:

医学部は、

- 教員と学生からのフィードバックを系統的に求め、分析し、対応しなければならない。(B 7.2.1)

質的向上のための水準:

医学部は、

- フィードバックの結果を利用して、プログラムを開発すべきである。(Q 7.2.1)

注 釈:

- [フィードバック] には、教育プログラムの過程や学修成果に関わる学生レポートやその他の情報が含まれる。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 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。

A. 基本的水準に関する情報

B7.1.2、B7.1.4 にて前述したように、教員と学生から各種の評価を系統的に行っている。これらについてはカリキュラム評価部会で分析し、対応可能なものは即時対応している。

この他、臨床実習における医療過誤または不適切な対応については、臨床実習指導教員あるいは看護師等医療関係者から医療の質向上・安全推進センターに報告されるシステムが整っている。学生のカルテ閲覧についても不正がないかモニタしている。本学卒業生が公務員として勤務することも踏まえ、交通違反、日常生活での不適切な行為については学生に報告させて学生委員会で対応している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

これまでのフィードバックに加え、Moodle を介した教員・学生からの評価が系統的に集められている。

C. 現状への対応

2015 年 12 月から開始された学生・教員からの意見が集約されつつあり、IR 部門にて解析、改善につなげる。

D. 改善に向けた計画

学生・教員からの意見を収集し、分析することについては経時的に行っていく。得られた解析結果をカリキュラム改善に役立てていく。

関連資料

なし

Q 7.2.1 フィードバックの結果を利用して、プログラムを開発すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

学生と教員の双方から Moodle を利用して講義と実習のカリキュラムについての評価を収集している。カリキュラム部会でカリキュラムの改善に向けてこの評価結果を反映させていく。このカリキュラム部会は下部に 3 つのカリキュラム改善 WG を有し (B7. 1. 2 前述、必須 10)、すでに 2013 年からカリキュラム改善を実施している。今後カリキュラム部会で検討されたプログラムは、IR 部門に集約された情報を解析しカリキュラム評価部会で評価する。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

同上。これらを基に、カリキュラム部会および WG にて今後はカリキュラムを立案していく事が可能である。

C. 現状への対応

WG も出来ており、学生・教員のカリキュラムに対する評価も収集されつつある。これらを踏まえ、2017 年度 1 年次カリキュラムが再度見直された。

D. 改善に向けた計画

教員・学生・第三者による評価は経年的に行い、IR部門で蓄積される成績も加味して逐次カリキュラムの改善に資するべく、運営会議を開催する。

関連資料

必須 10: 教務関係委員会の組織図

7.3 学生と卒業生の実績

基本的水準:

医学部は、

- 次の項目に関して、学生と卒業生の実績を分析しなければならない。
 - 使命と期待される学修成果 (B 7.3.1)
 - カリキュラム (B 7.3.2)
 - 資源の提供 (B 7.3.3)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 以下の項目に関して、学生と卒業生の実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)
- 学生の実績の分析を使用し、以下の項目について責任がある委員会へフィードバックを提供すべきである。
 - 学生の選抜 (Q 7.3.3)
 - カリキュラム立案 (Q 7.3.4)
 - 学生カウンセリング (Q 7.3.5)

注釈:

- [学生の実績] 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、進級率と留年率および理由、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、退学する学生の最終面接を含む。
- [卒業生の実績] の測定基準には、国家試験の結果、進路選択、卒業後の実績における情報を含み、プログラムが画一になることを避けることにより、カリキュラム改善のための基盤を提供する。
- [背景と状況] には、学生を取り巻く社会的、経済的、文化的環境が含まれる。

次の項目に関して、学生と卒業生の実績を分析しなければならない。

B 7.3.1 使命と期待される学修成果

A. 基本的水準に関する情報

本学医学部の使命は、設立の趣旨に則り、①豊かな人間性、②高度な臨床能力を備え③地域のリーダーとして地域医療に挺身する医師を養成することである。本学の学生は、開学以来これまで高い進級率、医師国家試験の100%近い合格率を維持しており、本学の使命を満たし、期待される学修成果をあげている（資料7-10、必須17）。

在学中の試験、実習等の成績は、すべて学事課で管理され、学期ごとに分析され、年度ごとに学生及び保護者にフィードバックされている。以下に最近5年間の仮進級・留年・退学学生の推移、入学年度ごと進級率、CBT・OSCE 不合格数を示す（必須14、15、16、資料7-11、12）。傾向としては、近年に至るまで比較的順調に來たが、入学定員の増加とともに一時的に落ち込み、学習支援の拡大、カリキュラム改善に伴って改善してきている（必須13）。B4.3.1 および B4.3.2 に前述したように、成績の振るわない学生に対しては医学教育センター1～6 学年学習支援部会が勉強会などの学習支援を行うなど手厚い支援が行われており、十分な成果を実現している（資料7-13）。

卒業生に対しては、特に医師国家試験について5年連続全国第1位を占め、2016年度は全員合格をはたしている（必須17）。地域医療推進課卒後指導係が卒業後の進路の追跡を行い、勤務歴、業績（学位、専門医等）、都道府県との調整事項を記録し分析されている。卒業生については、卒業後一定期間出身都道府県に戻り知事の指定する公的医療機関で公務員として勤務することで、修学資金の返済を免除される。ごく一部の学生ではあるが、卒業後の義務年限の辞退者や義務年限中のトラブルを引き起こした卒業生に対し、卒後指導委員会、地域医療推進課が中心となって対策に当たっている。とはいえ、実績を分析したところでは、全体には高い医師国家試験合格率を維持し、義務年限の遂行率も97%と好成績を残している。卒業生のキャリアパスは、病院、診療所、開業の他、大学、研究所、行政などの多岐に亘る（資料7-14）。学位取得者も全体で26%、最終的には40%前後の学位取得率である。いずれの情報も、IR部門へ集約されつつあり、今後は入学から卒後までの相関も含めたより細かな解析が可能となる。

学年別留年者数

- ・ 新カリキュラム実施後、留年者数は明らかに減少している

新カリキュラム後

学年	平成24年度			平成25年度			平成26年度			平成27年度			平成28年度		
	総数	うち女子	比率	総数	うち女子	比率	総数	うち女子	比率	総数	うち女子	比率	総数	うち女子	比率
1年	2	0	0.0%	1	0	0.0%	1	0	0.0%	2	0	0.0%	1	0	0.0%
2年	6	1	16.7%	3	0	0.0%	1	0	0.0%	2	0	0.0%	0	0	0.0%
3年	2	0	0.0%	3	0	0.0%	3	0	0.0%	0	0	0.0%	1	0	0.0%
4年	3	2	66.7%	3	2	66.7%	4	0	0.0%	3	1	33.3%	3	0	0.0%
5年	0	0	0.0%	4	1	25.0%	2	2	100.0%	3	0	0.0%	5	0	0.0%
6年	1	1	100.0%	4	1	25.0%	2	0	0.0%	2	0	0.0%	5	1	20.0%
合計	14	4	28.6%	18	4	22.2%	13	2	15.4%	12	1	8.3%	15	1	6.7%

必須 15 (改変) : 共用試験 CBT に関する成績推移 (平成 24 年度～平成 28 年度)

共用試験CBTに関する成績推移

- ・ 新カリキュラム実施後、本学(3年次受験)は全国(4年次受験)のCBT平均点を上回る

新カリキュラム後

項目	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
本試験					
受験者数	115	110 (※)	127	128	120
合格者数	109	104	117	123	118
平均点	76.11	76.37	77.00	79.07	79.44
最高点	93.54	92.74	95.16	93.95	93.54
最低点	49.19	54.43	44.35	55.64	56.04
再試験					
受験者数	6	6	10	5	2
不合格者数	0	3	1	0	0

(※)本試験欠席による追試験受験者1名含む

> IRT 43

> IRT Score 359

必須 16: 共用試験 OSCE に関する成績推移 (平成 24 年度～平成 28 年度)

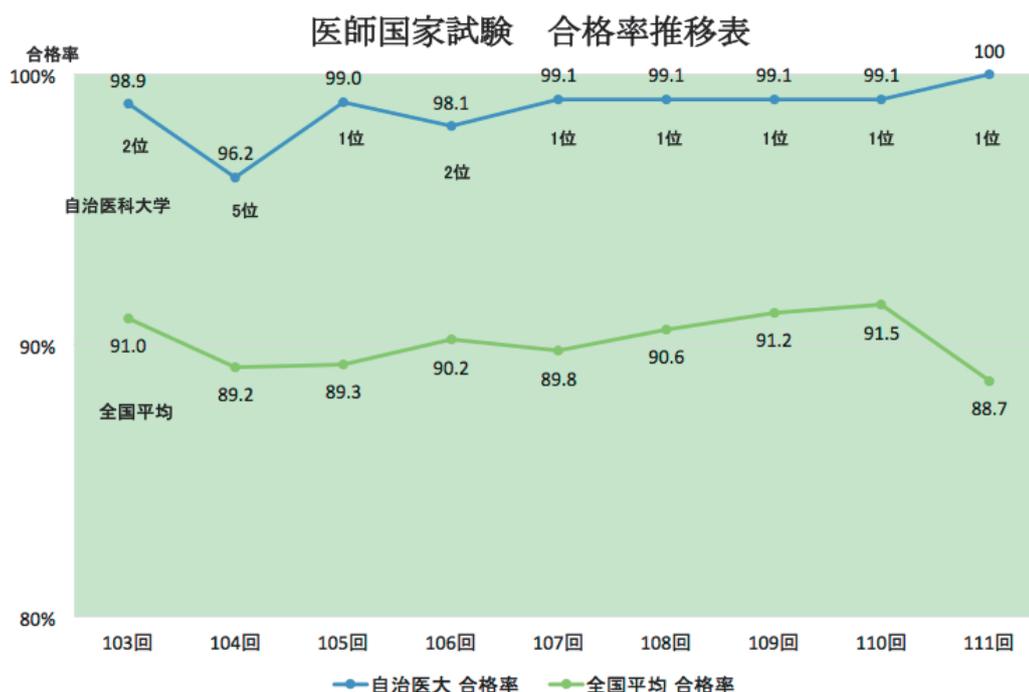
共用試験OSCEに関する成績推移(平成24年度～平成28年度)

項目	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
本試験					
受験者数	115	110 (※)	127	128	120
合格者数	100	104	120	119	115
平均点	85.1	87.8	88.8	88.5	87
最高点	93.8	96.5	96.9	96.5	95.6
最低点	65.9	73.3	68.2	74.8	77.2
再試験					
受験者数	15	6	7	9	5
不合格者数	0	0	0	0	0

(※) 本試験欠席による追試験受験者2名含む

7-10: 最近 9 年間の自治医科大学の医師国家試験合格状況

最近9年間の自治医科大学の医師国家試験合格状況



資料 7-11: 学年別仮進級者数 (平成 24 年度～平成 28 年度)

学年別仮進級者数(平成24年度～平成28年度)

学年	平成24年度			平成25年度			平成26年度			平成27年度			平成28年度		
	総数	うち女子	比率	総数	うち女子	比率	総数	うち女子	比率	総数	うち女子	比率	総数	うち女子	比率
1年	3	0	0.0%	2	0	0.0%	4	0	0.0%	4	0	0.0%	3	1	33.3%
2年	6	0	0.0%	5	0	0.0%	3	1	33.3%	0	0	0.0%	5	0	0.0%
3年	14	1	7.1%	6	0	0.0%	5	2	40.0%	3	1	0.0%	7	1	14.3%
合計	23	1	4.3%	13	0	0.0%	12	3	25.0%	7	1	14.3%	15	2	13.3%

※4年以降は 仮進級制度なし

資料 7-12: 平成 29 年度 学年別 学生数・進級率

平成29年度 学年別 学生数・進級率

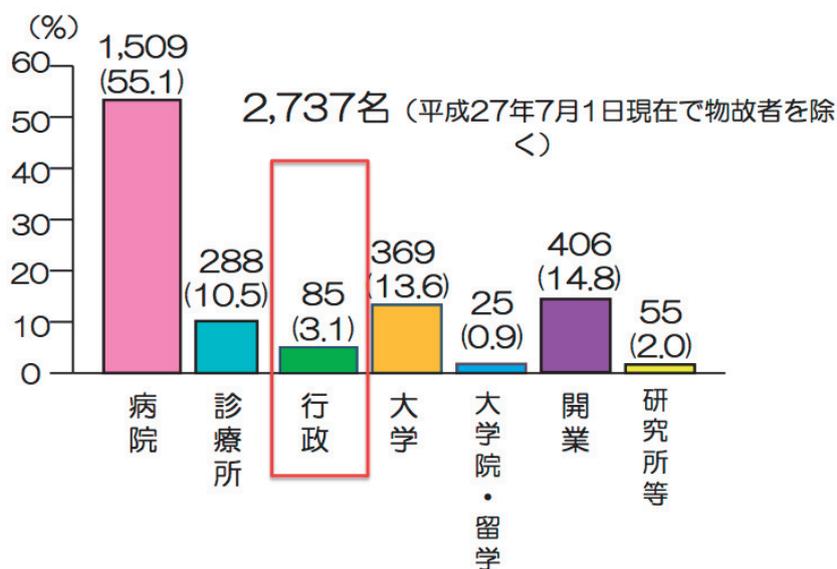
* 赤枠は新カリキュラム後

学年	現学生数	入学時 定員	ストレート 進級	進級率	入学年度
1	124	123	123	1	2017
2	124	123	122	0.9919	2016
3	125	123	121	0.9837	2015
4	122	123	119	0.9675	2014
5	133	123	122	0.9919	2013
6	131	123	115	0.9349	2012
卒業時	100	113	94	0.8319	2011

資料 7-14: 義務年限終了後の進路

卒業生は保健所や医療行政への勤務が多く、
卒前卒後教育と臨床実践の間は連携を保っている

義務年限終了後の進路



B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

今後はこれらの評価の方法を議論していく必要があるが、使命および期待される学修成果は、はたしていると判断される。在学生、卒業生いずれも開学以降の全情報が残っており、電子化、集約等のプロセスが必要であるが今後分析が可能な状態にある。特に卒業生については全員の義務年限内のデータが残っており、今後のさらなる分析も期待される。卒業生に関しては義務年限の辞退者、義務年限中のトラブルを起こした卒業生の把握を行い、地域医療関連のカリキュラムの改善に役立てることが可能である。

C. 現状への対応

IR 部門が設立されたことで、入学から卒後までのデータを一括に管理することが可能となり、現時点では、どの紙データを優先的に電子化するかなどを検討し、速やかな解析へつなげようとしている。

D. 改善に向けた計画

本学における教育ミッションである地域医療に貢献する人材の育成の達成のため、経時的に学生と卒業生の実績を IR 部門で分析していく。

関連資料

資料 7-10: 最近 9 年間の自治医科大学の医師国家試験合格状況

必須 17: 卒業者数、新卒の医師国家試験受験者数・合格者数 過去 5 年分

必須 14 (改変) : 学年ごとの留年者数

資料 7-11: 学年別仮進級者数 (平成 24 年度～平成 28 年度)

必須 15 (改変) : 共用試験 CBT に関する成績推移 (平成 24 年度～平成 28 年度)

必須 16: 共用試験 OSCE に関する成績推移 (平成 24 年度～平成 28 年度)

資料 7-12: 平成 29 年度学年別学生数・進級率

必須 13: 学生数

資料 7-13: 医学教育センター運営会議資料

資料 7-14: 義務年限終了後の進路

次の項目に関して、学生と卒業生の実績を分析しなければならない。

B 7.3.2 カリキュラム

A. 基本的水準に関する情報

本学カリキュラムは、1993 年度年に教養課程から医科学入門を独立させ、臨床実習開始を 4 年次に変更して他学より 1 年早めて以来、臨床実習重視を貫いている。2002 年度には CBT、OSCE を 3 年次に導入した。2011 年度には 3 年生以降に学年制を導入して、留年時に全科目を取り直す形をとっている。在学最大年数は、学則により 1, 2 年次は各 2 年間まで、5 年、9 年間でそれぞれ 3 年次、6 年次を修了しなければならないが、退学に至った学生数は極めて少ない (必須 20、資料 7-15)。2013 年度年から現在の新カリキュラムが 1 年生から順に毎年変更

され、2017年度は新しい5年次カリキュラムが実施されている。2013年度からは、都道府県拠点病院実習4週も加わり臨床実習期間は、最大78週にまで延長された。また、2014年度からの入学試験範囲の変更に伴い理数系の範囲が拡大している。これらのカリキュラム変更に伴っての実績変化については、まだ長期的に比較されてはいないが、これまで実績は概ね順調に推移している。IR部門への情報集約により、今後明らかになることが期待される。

留年者・仮進級者については、過去数年間で見た場合、傾向としては、入学定員の増加とともに一時的に落ち込み、カリキュラム改善にともなって改善してきている。4～6年次に総合判定試験を進級要件に課し、段階的な学修成果の獲得が確認できるカリキュラムになっていて高い進級率につながっている。前述したように医師国家試験合格率については、5年連続全国一位と突出した値を維持している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

近年カリキュラムについては、2012年度までは大きな変化はなく、医師国家試験合格率は良好であったが、留年生・仮進級生の増加が問題となった。今後の地域枠を含めた医学部定員増加に伴う学生の学力低下、社会の変化に伴う学生気質の変化に対応して、2013年度より新カリキュラムへ移行しつつある。概ね対応できている。

C. 現状への対応

長期的な学修成果を解析していくため、2016年1月に設置したIR部門に、引き続き卒業生についての情報を蓄積していく。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム改善にIR部門で集約される学生と卒業生の実績の分析結果を反映させる。

関連資料

必須 20: 自治医科大学学則

資料 7-15: 入学年度ごと退学・除籍者数一覧

次の項目に関して、学生と卒業生の実績を分析しなければならない。

B 7.3.3 資源の提供

A. 基本的水準に関する情報

本学における教員一人当たりの学生数は0.7名である「1,019名対759名」(病院助教と臨床助教を省くと教員一人当たりの学生数は1.4人)(B5.1.1参照)。成績不良の学生に対しては医学教育センターに設置されている学習支援部会が対応してきた。学習支援部会は、以前は1、2、6年生のみであったが、学生の学力低下に伴い、2014年度より1学年から6学年まで全学年に設置された。各部長が部会員とともに成績不良者に対して積極的な学習支援を行っている。6学年学習支援部会は、6年次学生全員を20のグループに分けた勉強会室が機

能している。メンバー数の勉強机が配置された各勉強会室が学生寮に整備され、各部屋に6学年学習支援部会担当教員が1名ずつ配置される（B4.3.1参照）。

特に留年生、仮進級生に対しては、教務委員会、医学教育センター、学生生活支援センターが共同で、年度末に面談（一部の留年生については保護者も含める）を行い、以降適宜、状況把握と支援に努めている。留年生には教員のメンターをつけて生活面・精神面でも支援している。

本学卒業生は、出身都道府県の公務員として都道府県庁の指示の下、地域医療に従事している。卒業生に対し、大学HPより地域医療推進課、情報センター、図書館、地域医療研究支援チーム（CRST）から研究活動支援、短期代診医派遣、薬物投与設計支援、ドラッグインフォメーション、卒業生向け女性医師支援、文献複写サービスなどさまざまな資源が供給されている一方、HP上で卒業生の活躍を伝えている（資料7-16）。卒業生の実績、問題等については、地域医療推進課卒後指導係が対応している。年に2回都道府県自治医科大学担当主管課長、入試担当者に対し大学において、各都道府県担当教員が在学生、卒業生の情報交換を行い、密接な連携体制が取られている（資料7-17）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生・卒業生への支援体制プログラムは充実し、実際に機能している。年々体制は強化されているため、関与する教員負担への配慮も今後必要である。

C. 現状への対応

学生実績、カリキュラムに関してのFD実施を増やしている。教員の意識改革により教育への関心が高まることが期待される。FDの参加は、2016年度より義務化されて、参加者数は増えている。

D. 改善に向けた計画

資源獲得に向けて関係部署に働きかけ、学生指導の現在の水準の維持・向上に努めていく。

関連資料

資料7-16: 卒業生支援

資料7-17: 都道府県自治医科大学主管課長会議開催通知、入試事務担当者会議

以下の項目に関して、学生と卒業生の実績を分析するべきである。

Q 7.3.1 背景と状況

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学の入学試験では各都道府県より2名ないし3名が選抜される。母集団の18歳人口が異なる中、選抜倍率も大きく異なり、他大学のように成績上位者から入学許可を行うシステムと比較すると、学生間の成績には大きな開きがある。これまでの生活圏についても社会的、文化的、経済的に多様であるにも関わらず、新入生は同じ学年として6年間寮で生活をとも

にすることになる。この内経済的因子については、本学独自の修学資金制度があるため、修学資金および奨学金の貸与によってある程度格差は解消されている。全寮制により住居の不安もない。生活面・精神面でも複数の支援体制が確保されている（B4.3.2参照）。卒業後は出身都道府県で最低9年間の義務年限を送るが、やはりその環境もそれぞれ大きく異なる。離島で、一人で診療所を任されるものから、僻地のない都会の保健所や県庁で勤務するものまでさまざまである。在学早期から出身都道府県庁との接触の機会をもち、1年次導入教育を含む地域医療学系のカリキュラムによって社会性の涵養、6年次出身都道府県での拠点病院実習、都道府県人会の活動などを通して、支援を行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

IR部門が情報センターに設置され入試関係のデータ（入学試験成績、小論文内容、面接時の評価、高校内申書、志願書内容）を学生時の成績や生活態度・精神状況、CBT、国家試験、卒業後の状況との関連を詳細に検討することにより、地域医療に貢献する人材を育成することが教育ミッションである自治医科大学にふさわしい学生をどのように入学試験で選抜していけばよいのかの方針を検討する。学生の成績としては、各科目試験成績、CBT・OSCE成績、総合判定試験成績、卒業試験成績、臨床実習等のデータを解析する。成績のみならず態度評価を学生生活から行き、卒業後の義務年限履行状況等を把握解析する。

C. 現状への対応

自治医科大学での入学試験では各都道府県の選抜のため学生間の成績に開きがある。IR部門で集約され解析されるデータをもとに入学試験での選抜に活用し地域医療に貢献できる学生の確保に努める。また、入学した学生に対しては、充実した学習支援、生活支援を継続していく。

また、地域医療推進課で集約される卒業生のデータの解析により、9年間の義務年限中のみならず、その後の地域医療をはじめとする様々な領域で活躍する医師の育成をめざす。

D. 改善に向けた計画

IR部門における分析結果をカリキュラムの改善、卒業生に対してはキャリア形成の支援に役立てていく。

関連資料

なし

以下の項目に関して、学生と卒業生の実績を分析するべきである。

Q 7.3.2 入学時成績

A. 質的向上のための水準に関する情報

入学定員が増加し、現在123名が入学している（必須13）。また、各国立大学が地域枠を設定することにより、入学時の成績上位者の地域枠との競合がみられる。自治医科大学では

各都道府県単位で2名ないし3名が選抜されている。これまで入学時成績とその後の学業実績の相関は殆どないと思われていたが、各都道府県による入学時の成績には大きな格差が存在するようになり、状況が変化しつつある。

入学時の成績は1次試験の多肢選択式問題(英語、数学、理科:生物・化学・物理より2科目選択)、面接(集団と個人)、小論文、高校からの内申書からなり、これらのデータは学事課入試広報係が管理してきたが、IR部門が設立され、在学時の成績とともに一箇所に集計されることとなった。今後、相関を検討する資料が整ってきた。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学創立時から、入学試験から卒業までのデータが保存され、実績解析のための十分な状況が整っている。初期のデータは紙ベースであるため、入力には時間を要する。各部署に蓄積されているデータのIR部門への集約を行う一方、解析も開始した。

C. 現状への対応

現在はIR部門に学生の全データを集約している。2018年度の入学試験の選抜に間に合わせるように優先順位を定めてデータを集約する。このデータをもとに、地域医療のリーダーとしてふさわしい学生の選抜に役立てていく。

D. 改善に向けた計画

今年度中にIR部門にデータを集積・分析し、次年度の入学者選抜に役立てる。卒業生の業績もIR部門で集約し分析していく。

関連資料

必須 13: 学生数

学生の実績の分析を使用し、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。

Q 7.3.3 学生の選抜

A. 質的向上のための水準に関する情報

学生の業績は学業成績のみならず態度も評価対象となっている。各業績は、学事課教務係[各科目試験成績、CBT、OSCE(Post-CC OSCE 含)成績、総合判定試験成績、卒業試験成績、臨床実習成績・評価(Moodleによる)、教員による評価、学生による評価・意見(Moodleによる)、休学・復学・退学・除籍]、医学教育センター[模擬試験(6年生)、CBT 模擬試験(3年生)、BSL レビューテスト(4年生)、国家試験自己採点]に保存されているデータは情報センター内に設置されているIR部門に集約されている。学事課入試広報係が入学試験学力成績、調査書、面接成績、小論文成績を保管しており、これまでも入試検討委員会で解析が行われてきた。今後はIR部門に集約され、さらに態度を含めた学業成績と入学時のデータと照合することで双方の相関を解析することが可能になる。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

IR 部門に集約中である学生の業績を基に、入学者の選抜に有用な基準の確立を目指す。業績は成績だけではなく、態度も十分に吟味する。入試時のデータとしては試験成績だけではなく、面接や小論文と入学後の態度や学修成績との相関を検討する。

C. 現状への対応

現在は IR 部門に学生のデータを集約している。2018 年度の入学試験の選抜に間に合わせるようにデータを集約し、入学後の成績と入学試験での成績の相関を検討する。

これらの検討結果は入試委員会、入試検討委員会へフィードバックし、入学試験選抜における基礎資料として活用していく。

D. 改善に向けた計画

2017 年度中に IR 部門にデータを集積・分析し、次年度の入学者選抜に役立てる。

関連資料

なし

学生の実績の分析を使用し、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。

Q 7.3.4 カリキュラム立案

A. 質的向上のための水準に関する情報

B7. 1. 1、B7. 1. 2 に記載したように、各種学生の実績およびカリキュラム評価が集積されている。2013 年度以降、教務委員会カリキュラム部会を中心にカリキュラム改善が行われてきた。カリキュラム改善は、カリキュラム部会の下に 3 つの改善 WG が設置されている[総合教育・基礎系(選択セミナー)カリキュラム改善 WG、臨床系(BSL・臨床講義)カリキュラム改善 WG、社会・地域医療系カリキュラム改善 WG]。2015 年度以降のデータをもとに、2017 年度からは、カリキュラム評価部会で検証された提言をもとに、カリキュラム部会でカリキュラムを作成するシステムが整ってきた。すでにある程度のフィードバックは現場で行われているが、IR 部門に集積されてきている情報の解析を広範囲で還元する体制が期待される。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

2016 年 1 月に IR 部門が立ち上がった。現在、学生の成績・評価を集約している。カリキュラムの改善のためカリキュラム改善ワーキンググループが機能しており、今後はこれらの系統的な評価をもとにカリキュラム立案を検討していく。

C. 現状への対応

カリキュラム評価部会からの提言を受けてカリキュラム部会が開催され、カリキュラム改善 WG にてカリキュラム立案が実施されていく(資料 7-6)。教員・学生・第三者から収集されるカリキュラムに対する評価を考慮に入れながらカリキュラムの改善に取り組んでいく。

D. 改善に向けた計画

改善されたカリキュラムを継続的に、教員と学生から評価を受け、順次、カリキュラムの更なる改善に取り組んでいく。

第三者の意見を求めるため、カリキュラム部会運営会議を充実させていく。

関連資料

資料 7-6: 2017 年度カリキュラム評価部会提言

学生の実績の分析を使用し、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。

Q 7.3.5 学生カウンセリング

A. 質的向上のための水準に関する情報

留年生や問題を抱えている学生に対しては、学習面は医学教育センターにある学習支援部会が、生活面・精神面は学生生活支援センターが担当している（B4.3.1、B4.3.2 参照）。医学教育センターでは、各学年の学習支援は成績不良者を中心に毎週学習支援のための勉強会が行われている。学生生活支援センターでは、対人関係などの精神的な問題のみならず、学習態度、将来医師としての素質に問題のある学生も対象に指導を行っており、学生生活支援センター内では、個人情報に配慮した範囲で学生の問題点を共有している。医学教育センター、学生生活支援センター、学生寮指導主事会、学事課、学生課の代表で定期的に学生の実績については情報共有が行われ、学生に関係する教職員が一丸となって早期に問題のある学生にアクセスして支援・指導する体制ができている（資料 7-18）。すでにある程度現場で対応はできているが、個人情報に配慮しつつ、IR 部門に集積されてきている情報の解析によって、今後より多面的な情報還元が可能になることが期待される。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

学習支援も生活支援もきめ細かに行われている。学内の関連する責任機関で情報共有ができていく。今後情報が多元化する中、IR 部門でのデータ解析が役立つと考えられる。

C. 現状への対応

IR 部門に情報集約を進める一方、解析をすすめる。複数機関での人的連携を維持強化していく。

D. 改善に向けた計画

入学者の増加により成績不良者や生活態度に問題のある学生の増加が懸念されている。IR 部門における成績や生活態度のモニタを重視して適切に対処していく。

関連資料

資料 7-18: 学生関係連絡会議構成員、開催日程

7.4 教育の関係者の関与

基本的水準:

医学部は、

- プログラムのモニタと評価に主な教育の関係者を含まなければならない。(B 7.4.1)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 他の関連する教育の関係者に、
 - 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べきである。(Q 7.4.1)
 - 卒業生の実績に対するフィードバックを求めるべきである。(Q 7.4.2)
 - カリキュラムに対するフィードバックを求めるべきである。(Q 7.4.3)

注 釈:

- [主な教育の関係者] 1.4 注釈参照
- [他の関連する教育の関係者] 1.4 注釈参照

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 プログラムのモニタと評価に主な教育の関係者を含まなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

プログラムの運営は、逐次順当に行われるよう学事課教務係が管理・監視している。B7.1.2に記載したようにプログラムの評価を教員・学生から行っている。提出された意見はカリキュラム評価部会で改善に向けて活用される。カリキュラムに関する学生の意見はこれまでも医学教育センターカリキュラム連絡会議の場において、学生自治会カリキュラム委員から評価を受けていた(資料7-7)。3年次OSCE実施の際には、模擬患者として協力する薬師寺SP会会員からも学生の評価を聞いている(資料7-19)。

2017年度カリキュラム評価部会は、下部組織としてカリキュラム評価部会運営会議を形の上では設置した(必須10)。プログラムのモニタや評価を行うカリキュラム評価部会運営会議の構成員は、教員・学生以外に、卒業生および地域の代表者(薬師寺SP会)が加わり外部評価者としての役割を担っている。カリキュラム評価部会からの意見を元に、カリキュラム部会で策定されたカリキュラム案は、教務委員会で審議される。教務委員会です承されたカリキュラムは教授会で審議され、了承されたカリキュラムは次年度に運用される。これらに伴う学則の変更も、教授会承認後理事会で審議了承される。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

新しく評価法も導入され、学生・教員による評価が実現されつつある。カリキュラム全体を評価するカリキュラム評価部会についても、教員と学生に加え、本学の卒業生および地域の代表者（薬師寺 SP 会）を外部評価者として加えている。カリキュラム立案・決定に際しては、教授会も関与する。現時点で、学長（学部長を兼任）、副学長、教授、科目責任者、BSL 連絡協議会担当教員、学生など教育関係者がプログラムのモニタと評価に関与している

C. 現状への対応

カリキュラム評価部会運営会議の設置と外部評価者として本学卒業生および地域の代表者（薬師寺 SP 会）の選定を 2016 年度中に行った。2017 年度に運営会議の開催を検討している。

D. 改善に向けた計画

評価への学生・教員参加の徹底および、大きな負担とならないような現実的な評価法、評価項目の検討を続けていく。各種評価の回収率を上げるよう、周知および方法改善をカリキュラム評価部会で検討する。

関連資料

資料 7-7:カリキュラム連絡協議会

資料 7-19:患者 SP 会（薬師寺 SP 会）資料

必須 10:教務関係委員会の組織図

他の関連する教育の関係者に、

Q 7.4.1 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べきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

学生による Moodle を介したカリキュラムの評価は、学生による教員・講義・実習内容評価とともに、FD、BSL 連絡協議会、教務委員会で逐次報告されている。学生については発言者の匿名性を維持するために、BSL 評価については全面的な公開はせず、一部の教員が目を通し、まとめて報告する形をとっている。その他のカリキュラムについては、投稿時に非公開欄をおき、それ以外を教員に公開している。

大学自己点検・評価報告書、大学評価結果ならびに認証評価結果については大学 HP に公開している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

原則として課程及びプログラムの評価結果は教員に公開している。プログラム評価の結果は、評価者の匿名化を行い、教員へは教務委員会、FD、BSL 連絡協議会等で、学生へはやオリエンテーション等の機会に周知する。匿名化を行うことにより、積極的かつ正直な意見を収集することが可能になっている。

C. 現状への対応

FDの回数を増やし評価を学内に広く周知する。評価法への理解も広げる（資料7-20）。カリキュラム評価部会運営会議へ評価内容を周知し、カリキュラム改善に向けた取り組みに活用していく。

D. 改善に向けた計画

FDの内容をより充実させる。
情報公開の対象、内容、方法を検討していく。

関連資料

資料7-20:FD実績

他の関連する教育の関係者に、

Q 7.4.2 卒業生の実績に対するフィードバックを求めるべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

卒業生の関連資料は、地域医療推進課卒後指導係が担当している。勤務歴、業績(学位、専門医)、都道府県との調整事項を取り扱っている。卒後指導委員会は、教授会の下に設置され、卒業生の勤務・研修等に関する都道府県との協議、卒業生に関する事項の審議機関である(必須9)。この委員会には、それぞれ47都道府県を担当する委員(教員)を配置し、都道府県庁から多岐にわたる卒業生の実績に関するフィードバックを得て、円滑な連携推進を図っている。委員(委員長、副委員長を含む)12名、オブザーバー5名から構成されている。「自治医科大学医学部卒業生の現状」という冊子が毎年7月に発刊されている(資料7-21)。卒業生の現状として卒業生の年次推移、臨床研修、後期研修、勤務・開業、義務年限修了者、本学の教員等在職者および大学院入学者についてまとめられている。実績についてはHP上でも公開している(資料7-22)。同窓会からも会報が発行され卒業生の業績を伝えている(資料7-23)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

卒業生の状況について十分なフィードバックを行うシステムが有る。

C. 現状への対応

卒業生の業績をIR部門へ集めて評価していく。

D. 改善に向けた計画

教員・学生に加えて第三者をメンバーとして加えているカリキュラム部会運営会議、カリキュラム評価部会運営会議において、卒業生に対するフィードバックを他の教育関係者にも求めていく。

関連資料

- 必須 9: 学校法人の組織図
- 資料 7-21: 自治医科大学医学部卒業生の現状
- 資料 7-22: 大学 HP/地域医療 Now
- 資料 7-23: 同窓会会報

他の関連する教育の関係者に、

Q 7.4.3 カリキュラムに対するフィードバックを求めるべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

前述した都道府県庁との連携の中で、本学のカリキュラムについては意見をj得る機会がある（資料 7-17）。この他毎年実施する高校進学担当教員への大学説明会などでもカリキュラムについて説明し交流の機会がある（資料 7-24）。5年次の地域医療院外実習の担当教員である臨床教員（地域担当）や、新たに選択必修 BSL 先となった地域臨床教育センターの教員とも、カリキュラムについて現状を説明する機会がある。これらを活かし、フィードバックを得ることは可能であるが、より積極的な関与が望まれる。

カリキュラム評価部会の下部組織であるカリキュラム評価部会運営会議を 2016 年度設置した（必須 10）。カリキュラム運営委員会評価部会運営会議の構成員は教員に加えて卒業生および地域の代表者（薬師寺 SP 会）が加わり外部評価者としてカリキュラムのフィードバックを行う役割を担っている。残念なことに日程が合わず、まだ開催されてはいない。研究センターなど教育に直接関与しない教員については、カリキュラム改善に関わる教授会での審議や FD に参加している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

第三者（薬師寺 SP 会員、高校教員）、卒業生、教育に関与しない本学研究センター教員、地域での臨床教員、県内中核病院選択必修 BSL 担当医師などへ、本学のカリキュラムの方針は伝えられ、一部からフィードバックを受けている。フィードバックはまだ十分ではない。

C. 現状への対応

運営会議のメンバーである他の教育関係者に広く率直な意見が得られるしくみを工夫していく。

D. 改善に向けた計画

教育に関与しない教員の意見も広く求めていく。外部の意見を入れた PDCA サイクルを回していく。

関連資料

- 資料 7-17: 都道府県自治医科大学主管課長会議開催通知、入試事務担当者会議
- 資料 7-24: 自治医科大学「高校の進路指導教員大学説明会」プログラム
- 必須 10: 教務関係委員会の組織図

8. 統轄および管理運営

領域 8 統轄および管理運営

8.1 統轄

基本的水準:

医学部は、

- その統轄する組織と機能が、大学内での位置づけを含み、規定されていなければならない。(B 8.1.1)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 統轄する組織として、委員会組織を設置し、下記の意見を反映させるべきである。
 - 主な教育の関係者 (Q 8.1.1)
 - その他の教育の関係者 (Q 8.1.2)
- 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 8.1.3)

注 釈:

- [統轄]とは、医学部を統治する活動および組織を意味する。統轄には、主に方針決定、全般的な組織や教育プログラムの方針（ポリシー）を確立する過程、およびその方針を実行・管理することが含まれる。組織と教育プログラムの方針（ポリシー）には通常、医学部の使命、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。たとえば、医学部が大学の一部である場合、または大学と連携している場合、統轄組織における[大学内での位置づけ]が明確に規定されている。
- カリキュラム委員会を含む[委員会組織]はその責任範囲を明確にする。(B 2.7.1 参照)。
- [主な教育の関係者]は 1.4 注釈参照
- [その他の教育の関係者]は 1.4 注釈参照
- [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 その統轄する組織と機能が、大学内での位置づけを含み、規定されていなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

本学の教育研究組織は、大学学則及び大学院学則に基づき、2 学部 2 学科、2 研究科 5 専攻、13 教育研究施設を設置し、教育、研究、診療それぞれの役割を担っている。組織の詳細は、医学部医学科、看護学部看護学科、大学院医学研究科修士課程医科学専攻、博士課程地域医療学系専攻、同人間生物学系専攻、同環境生態学系専攻、大学院看護学研究科博士課程、並

びに施設として、附属病院、附属さいたま医療センター、地域医療学センター、分子病態治療研究センター、情報センター、図書館、R Iセンター、実験医学センター、メディカルシミュレーションセンター、先端医療技術開発センター、臨床研究支援センター、地域臨床教育センター、データサイエンスセンターである（必須9）。また、そのほかの教育研究組織として、医学教育センター、学生生活支援センター、卒後指導部がある。

医学部は、「自治医科大学医学部学科目及び講座に関する規程」において、13 学科目、4 学部門の 25 講座で編成され、医学部の教育研究を担っている（資料 8-1）。

本学の重要案件は、学校法人自治医科大学に属する「企画委員会」において審議決定される（資料 8-2）。自治医科大学の現在及び将来のあり方、学生教育及び研究活動の充実、附属病院及び附属さいたま医療センターの運営方針、卒業生に関する対策、教員組織のあり方、その他自治医科大学の運営に関する基本的事項について審議し、教育研究組織の新設にあたっては、教育理念・目的、社会の要請に基づき点検・評価し、必要に応じて設置準備委員会やWGを設置している。これらからの提案は、企画委員会（内容によっては理事会）で審議され、教授会に報告される。企画委員会を中心として、大学全体の中長期的プランが検討される。

学長の下に各種関係委員会が設置・機能しており学生教育に関しては、医学部の教育理念・教育目標に基づき、教務委員会においてカリキュラムの実施、教育課程の見直し等を行っている（必須 21）。入学者選抜に関しては入試委員会が行っている。卒業生に関しては卒後指導委員会が管轄する。また、教員の配置については教員定数等検討部会が審議し、教員の採用・昇任については、教授、准教授にあつては教授会の意見を聴取したうえで学長に決定権限があり、講師、助教にあつては人事委員会（委員長は学長）において資格審査を行っている（B5.1.1 参照）。

教育カリキュラムの実施は、教務委員会および医学教育センターを中心に行っている。教務委員会の下部組織として、カリキュラム部会、カリキュラム評価部会、BSL 連絡協議会、教育機器部会、等があり、また、医学教育センターの下部組織として、学年別学習支援部会、医学部 FD 部会、カリキュラム連絡協議会、等があり、統括管理する体制が整っている（必須 10、資料 8-3）。

事務系については、事務局が統括し、総務部、大学事務部、病院事務部、附属さいたま医療センター事務部、保健センターに分かれる（必須 11）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学部を統括する組織、教育に関する委員会など組織は整っており、機能している。必要に応じて組織を柔軟に変更できている。

C. 現状への対応

本学のミッションに沿って、医学部の教育理念・教育目標の一貫性を教育課程において維持している。

D. 改善に向けた計画

現状の体制を維持し、本学の教育理念・教育目標、社会の要請に基づき、点検・評価を継続する。

関連資料

必須 9: 学校法人の組織図

資料 8-1: 自治医科大学医学部学科目及び講座に関する規程

資料 8-2: 学校法人自治医科大学企画委員会規程

必須 21: 自治医科大学医学部学生関係委員会等設置規程

必須 10: 教務関係委員会の組織図

資料 8-3: 医学教育センター組織図

必須 11: 事務組織の組織図

統轄する組織として、委員会組織を設置し、下記の意見を反映させるべきである。

Q 8.1.1 主な教育の関係者

A. 質的向上のための水準に関する情報

設置される委員長ならびに委員は、医学部長により任命され所定の任期の間、各委員会を運営・管理する（資料 8-4）。

学長の諮問機関として学長補佐会議や（資料 8-5）、医学部長の下に 27 の大学関係委員会ならびに 7 つの学生関係委員会が設置されて運営されている。教育、研究、教育研究施設の運営に関する委員会等があり、委員長は教授会の議を経て医学部長が指名する。なるべく多くの教員が活動に参加するよう、1 年任期で委員が新たに選出される。また、各委員会における重要事案については、学長、副学長、全教授の出席する教授会の審議あるいは報告案件となり、情報を共有することにより委員会間、教員間の連携強化を図っている。一方で大学の運営に関わる重要事項については、学校法人自治医科大学理事会、企画委員会にて審議され、教授総会にて報告される。

各関連委員会は、教員にて構成される。教務に関わる教務委員会の下部組織には、カリキュラム部会、カリキュラム評価部会等がある。カリキュラム部会の下に基礎系（選択セミナー）カリキュラム改善 WG、臨床系（BSL・臨床講義）カリキュラム改善 WG、社会・地域医療系カリキュラム改善 WG を設置し（必須 10）、毎年度カリキュラムの現状と問題点を洗い出し、その問題点に対する改善方策について討議し、教務委員会、教授会において審議している。カリキュラム評価部会が中心となり、2015 年度には、各科目責任者によるカリキュラム評価を開始し、講義・実習等に関する意見を収集し反映させる体制を整えた。2015 年度以降、学生によるカリキュラム評価も当初の BSL から、対象を徐々に全科目に拡大し、全学生から意見を収集し反映させる体制も整えた（B7. 1. 2 参照）。また、医学教育センターの下部組織としてカリキュラム連絡協議会があり、月 1 回カリキュラムや試験日程について学生と協議している。連絡協議会の構成は、教員側からは医学教育センター長、同副センター長、教務委員長、学生側からは各学年 2～3 名ずつ選出された学生自治会カリキュラム委員となっている（資料 8-6）。この他、学生委員会においては、学生自治会メンバーとの定期的な会合が委員会終了後に設けられている（資料 8-7）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

委員会組織が整備され、さまざまな教育関係者の意見が取り入れられる体制となっている。各委員会は任期制を取ることから、幅広い教員からの意見が聴取できる他、科目責任者や学生もカリキュラムを評価する機会を持っている。

C. 現状への対応

評価者である学生・教員への周知、ならびに評価方法の改善、項目の改定を、カリキュラム評価部会において検討して、評価の量と質を高めていく。

D. 改善に向けた計画

情報センター内に設置した IR 部門において評価情報を集積・解析し、教務委員会カリキュラム評価部会に報告する。学生・教員からの意見のフィードバックを高めていく。

関連資料

資料 8-4:平成 29 年度各種委員会委員長

資料 8-5:学長補佐会議運営規程

必須 10:教務関係委員会の組織図

資料 8-6:カリキュラム連絡協議会関係資料

資料 8-7:学生自治会役員との懇談会議事要旨

統轄する組織として、委員会組織を設置し、下記の意見を反映させるべきである。

Q 8.1.2 その他の教育の関係者

A. 質的向上のための水準に関する情報

その他の教育に関わる関係者からの意見として、文部科学省、厚生労働省、全国医学部長病院長会議等からの答申や報告は、教務委員会や医学教育センターに報告され、本学の教育体制を検討する際の材料としている。文科省の主催する医学・歯学教育指導者のためのワークショップや、医学教育振興財団主催の医学教育指導者フォーラムと医科大学視察と討論の会には必ず参加している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

関係省庁や全国医学部長病院長会議等からの答申や報告は、情報収集しやすく本学の教育体制の検討において活用している。定期的に開催される都道府県代表者や、主に卒業医師の指導に携わる顧問指導委員、学外卒後指導委員との会議を通じて、広い範囲の教育関係者からの意見を得るよう努めている。

C. 現状への対応

都道府県や、顧問指導委員、学外卒後指導委員から現在得られている意見をさらに充実させていく。

D. 改善に向けた計画

教務委員会の下部組織であるカリキュラム部会及びカリキュラム評価部会を通して、更に幅広い意見が収集できる体制について検討を始める。

関連資料

なし

Q 8.1.3 統轄業務とその決定事項の透明性を確保すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

企画委員会、各種委員会の決定事項は、教授総会で報告され学内で共有される。これらの一部は、学校教育法施行規則および私立学校法により情報公開が義務付けられており、教育研究活動等の状況、事業計画および事業報告書、監査報告書等は大学HP上「情報公開」にて公開している。ほかにも学内広報などを発行している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

規則に則った情報公開がなされており、透明性は確保されている。

C. 現状への対応

現状の透明性を確保し、今後の情報公開の必要性について検討を始める。

D. 改善に向けた計画

情報公開について継続的な検討を行う。

関連資料

なし

8.2 教学のリーダーシップ

基本的水準:

医学部は、

- 医学教育プログラムを定め、それを運営する教学のリーダーシップの責務を明確に示さなければならない。(B 8.2.1)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 教学におけるリーダーシップの評価を、医学部の使命と学修成果に照合して、定期的に行うべきである。(Q 8.2.1)

注 釈:

- [教学のリーダーシップ]とは、教育、研究、臨床における教学の事項の決定に責任を担う役職を指し、学長、学部長、学部長代理、副学部長、講座の主宰者、コース責任者、機構および研究センターの責任者のほか、常置委員会の委員長（例：学生の選抜、カリキュラム立案、学生のカウンセリング）などが含まれる。

B 8.2.1 医学教育プログラムを定め、それを運営する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。

A. 基本的水準に関する情報

教育研究に係る責任については、大学全体の責任は学長が担うこととなるが、医学部に関することは、医学部長（現在、学長が兼任）が全面的に負う。

医学教育カリキュラムについては、教務委員会が統括しており、作成したカリキュラムに基づいた科目責任者を選出し、教授会で審議了承を得る。科目責任者は、科目内容および学生の評価を責務とする。教務委員会が科目責任者からの評価に基づき進級判定を行う。教務委員会をはじめ各委員会の責務については委員会規程に定められている（必須 21）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学長の諮問機関としての各種委員会が整備され、各業務が分担されて問題なく運用されている。

C. 現状への対応

現状を維持しながら、運用を継続していく。

D. 改善に向けた計画

問題が発生した際には改善していく。

関連資料

必須 21: 自治医科大学医学部学生関係委員会等設置規程

Q 8.2.1 教学におけるリーダーシップの評価を、医学部の使命と学修成果に照合して、定期的に行うべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

大学全体の責任を担う学長は、「自治医科大学学長の選考に関する内規」（資料 8-8）および「自治医科大学学長の任期及び選考に関する規程」（資料 8-9）により選出される。任期は 4 年である。学長選考委員会を設置し、選出された候補者 1 名を教授会に報告のうえ、理事会にて決定される。医学部に関する責任を負う医学部長（現在、学長が兼任）は、「自治医科

大学医学部長の選考に関する内規」(資料 8-10) および「自治医科大学医学部長の任期及び選考に関する規程」(資料 8-11) により選考される。任期は 2 年である。その他各種委員会委員長、センター長は定められた任期に則り任命される。それぞれ任期毎にリーダーシップの評価がなされている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

現状で特に大きな問題はない。

C. 現状への対応

現状の体制を維持していく。

D. 改善に向けた計画

問題が発生した際には改善していく。

関連資料

資料 8-8: 自治医科大学学長の選考に関する内規

資料 8-9: 自治医科大学学長の任期及び選考に関する規程

資料 8-10: 自治医科大学医学部長の選考に関する内規

資料 8-11: 自治医科大学医学部長の任期及び選考に関する規程

8.3 教育予算と資源配分

基本的水準:

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み、責任と権限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、教育上の要請に沿って教育資源を分配しなければならない。(B 8.3.2)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 意図した学修成果を達成するために、教員の報酬を含む教育資源配分の決定について適切な自己決定権をもつべきである。(Q 8.3.1)
- 資源の配分においては、医学の発展と社会の健康上の要請を考慮すべきである。(Q 8.3.2)

注 釈:

- [教育予算]はそれぞれの機関と国の予算の執行に依存し、医学部での透明性のある予算計画にも関連する。

日本版注釈:[教育資源]には、予算や設備だけでなく、人的資源も含む。

- [資源配分]は組織の自律性を前提とする（1.2注釈参照）。
- [教育予算と資源配分]は学生と学生組織への支援をも含む（B4.3.3および4.4の注釈参照）。

B 8.3.1 カリキュラムを遂行するための教育関係予算を含み、責任と権限を明示しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

本学の予算編成は、理事長が決定した翌年度予算の編成方針を通知し、各課が予算見積書を作成して予算要求を行う。総務経理課は予算要求書の内容を点検し、要求課とのヒアリング等で調整を行い、理事長に予算案を提出し、決定を受ける。続いて年明けに開かれる理事会、評議員会に予算案を諮り、これらの会議で承認を得て全体の予算が確定する。

また、予算の執行については、その事業規模に応じて、当該課長から理事長までが決裁権者となる方針決裁・実施決裁等をとったうえで事業を開始することとなっている。

これら予算の編成、執行については、「学校法人自治医科大学経理規程」（資料8-12）、「学校法人自治医科大学決裁規程」（資料8-13）、「予算編成及び執行要領」（資料8-14）等に詳細かつ明確に必要な諸手続きが規定されている。

教育予算の配分については、学事課教務係が予算作成を行い、実習費を各科目責任者に振り分ける。学生教育用機器の購入については、教務委員会の下部組織である「教育機器部会」において検討している。毎年2月頃に各講座責任者へ次年度整備を必要とする機器備品の購入申請を受け付け、整備する機器備品の選考を行い、その結果を教務委員会に諮り審議、決定している。教育備品の修繕についても、教務委員会の判断で教育予算から支払っている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

大学としての教育関係予算編成、執行管理については、関係規程により明確に示されている。予算については適切に管理運用されている。しかし、教育用機器備品、実習消耗品費に係るもの以外の学生教育に関する予算の要求および執行管理は教務委員会ではなく学事課が行っている。カリキュラムの変容に応じて今後柔軟な変更を行うために教務委員会での議論・リーダーシップが期待される。

C. 現状への対応

院外実習の普及、シミュレータなど教育カリキュラムの変更に必要な予算編成について、地域臨床教育センターとの連携やメディカルシミュレーションセンター教育検討WGにおいて議論を始めた。

D. 改善に向けた計画

現在の予算編成、執行管理の流れの中で関与する方法を確立する。

関連資料

資料 8-12: 学校法人自治医科大学経理規程
資料 8-13: 学校法人自治医科大学決裁規程
資料 8-14: 予算編成及び執行要領

B 8.3.2 カリキュラムの実施に必要な資源を配分し、教育上の要請に沿って教育資源を分配しなければならない。

A. 基本的水準に関する情報

カリキュラムの実施に必要な教育予算は前述のように現状に応じて確保されている。設備についても 2011 年度に教育・研究棟の新設、本館リニューアル等により教室、実習室、セミナー室等が学生数増加に伴って整備され、利用はカリキュラムに応じて学事課が中心となり調整・管理している。講義で使用される教室は、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ないよう配慮されている。実習室、コンピュータ演習室、メディカルシミュレーションセンター等の利用は、各科目責任者・施設管理者間で調整している。人的資源については、B5. 1. 1 に記載したように、教員一人あたり学生 1.4 人という数の教員を配置し教育の要請に応じている。B4. 3. 1 に記したように学生支援への配分も十分である。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

現状で特に大きな問題はない。

C. 現状への対応

現状の体制を継続していく。

D. 改善に向けた計画

今後問題が発生した際には改善していく。

関連資料

なし

Q 8.3.1 意図した学修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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

教員の報酬は給与規程により定められている。教育、研究、臨床の各業務に対して割くエフォートは各教員の判断にある程度任されているが、その実績については、半年ごとに賞与に係る勤勉手当成績率により、講座責任者により評定される。(B5. 2. 1)。講座責任者自身は自己評価書を半年ごとに人事課に提出する。その他、学生の学力向上のため時間外における特別補講等を行った教員には手当を支給している。

また、教員を多数動員する必要があるテュートリアルや OSCE、入学試験面接評価等を遂行する上で特に職員の協力が必要な場合は、学事課や医学教育センターが中心になって支援を行っている。また、各科の講義・実習内容ならびに教員の配置は、科目責任者に一任されているが、多科に亘る臨床講義、総合診断学 1、2、診断学実習 1、2、学習支援などへの教員の配置調整は、医学教育センターが中心になって行い成果を上げている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

現状で特に大きな問題はない。

C. 現状への対応

現状の体制を維持していく。

D. 改善に向けた計画

今後必要に応じて手当等の見直しを行う。

関連資料

なし

Q 8.3.2 資源の配分においては、医学の発展と社会の健康上の要請を考慮すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

資源の配分においては、本学のミッションである、地域に貢献する高い臨床能力を備えた医師の育成が最優先され、実際に多くの地域医療に貢献する卒業生を輩出し社会の健康上の要請に込えている。さらに医学の発展と健康に関する研究に関しても大学院や研究センター、地域医療学センターへ資源を配分しており、継続的に国庫補助による競争的資金も獲得し、レベルの高い研究成果を維持している（資料 8-15）。2012 年からは、学長や研究管理委員会による研究資金獲得のための講演会を行うなど、教員に対し競争的資金獲得のための支援も行っている（資料 8-16）。文部科学省による「国際的な地域医療教育の構築」に取り組んだ「大学改革推進等補助金」など獲得している補助金は毎年増加している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

主に大学院・研究センターを母体として、医学の発展と社会の健康上のニーズに対して努力している。卒業生も社会の健康上のニーズに込えており、妥当な資源の配分がなされていると判断される。

C. 現状への対応

社会のニーズにあった資源の配分がなされている。

D. 改善に向けた計画

今後も社会のニーズにあった資源の配分を目指す。

関連資料

資料 8-15: 各種補助金年度別推移

資料 8-16: 「科研費獲得支援チーム」平成 28 年度活動報告

8.4 事務と運営

基本的水準:

医学部は、

- 以下を行うのに適した事務組織および専門組織を設置しなければならない。
 - 教育プログラムと関連の活動を支援する。(B 8.4.1)
 - 適切な運営と資源の配分を確実に実施する。(B 8.4.2)

質的向上のための水準:

医学部は、

- 定期的な点検を含む管理運営の質保証のための制度を作成し、履行すべきである。
(Q 8.4.1)

注釈:

- [運営]とは、組織と教育プログラムの方針（ポリシー）に基づく執行に主に関わる規則および体制を意味し、これには経済的、組織的な活動、すなわち医学部内の資源の実際の配分と使用が含まれる。組織と教育プログラムの方針（ポリシー）に基づく執行は、使命、カリキュラム、入学者選抜、教員募集、および外部との関係に関する方針と計画を実行に移すことを含む。
- [事務組織と専門組織]とは、方針決定と方針ならびに計画の履行を支援する管理運営組織の職位と人材を意味し、運営上の組織的構造によって異なるが、学部長室・事務局の責任者及びスタッフ、財務の責任者及びスタッフ、入試事務局の責任者及びスタッフ、企画、人事、IT の各部門の責任者及びスタッフが含まれる。
- [事務組織の適切性]とは、必要な能力を備えた事務職の人員体制を意味する。
- [管理運営の質保証のための制度]には、改善の必要性の検討と運営の検証が含まれる。

以下を行うのに適した事務組織および専門組織を設置しなければならない。

B 8.4.1 教育プログラムと関連の活動を支援する。

A. 基本的水準に関する情報

大学事務局は、大学事務部と総務部に分かれる（必須 11）。教育プログラムと関連した活動を支援する事務組織として、大学事務部に属する学事課が設置されており、入学試験の実施、教務委員会、進級・休学・復学・退学・卒業、成績管理、教育カリキュラム（院外実習、海外 BSL、OSCE、CBT などを含む）、教室管理、教育予算、医学系大学院の入試・教務・広報、

篤志献体団体「松韻会」、都道府県庁主管課長会議・入試担当者会議、リニューアル（2016年度に完了）、交換留学、試験監督支援等に関する事務を行っている。また、教育研究棟1階に設けられ学生窓口は学生からの相談・連絡・支援のために就業時間中開かれており、学生への連絡の主体である教育研究棟1階の掲示板の管理も行っている。カリキュラム関連の会議の日程調整、議事要旨作成も実施している。大学事務部学生課については、学生寮に起居する学生の生活支援（居室・自習室・ホール等の寮設備の利用管理、郵便物管理、疾病時などの支援等）、修学資金・奨学資金貸与、学生自治会・学友会への支援、学生生活支援センター、学生委員会、学生寮指導主事会、学生関係委員長等会議に関する事務を行っている。大学事務部地域医療推進課は、義務年限中およびその後の卒業生の支援等を行っている。また、教員の募集、採用後の人事管理に関する業務は総務部人事課が、予算編成、執行管理に関する業務は同総務経理課が行っている。大学事務部、総務部それぞれに事務部長が置かれ組織を統括している。

事務組織と専門組織にあっては、適切な人員配置がなされ、順調に運用されている。近年は、仕事量が増えたこともあり、正規職員に加え、非正規嘱託職員を配する。非正規職員の配属により、職務の過多に対する柔軟な対応がされている。主に正規職員については、事務職は大学法人で採用されることから、定期的に部署異動がある。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

概ね順調に運用されているが、教育カリキュラム変革期にあたって業務が増えており、負担は大きい。職員が主体的に取り組むことによって運営できている。

C. 現状への対応

昇任等に伴い主に学外にて研修を実施し、職員教育に努めている。年度初めには新入職員研修を実施している。月1回、教員も含めた学生関係連絡会議を始めた。会議の構成員は学生生活支援センター、医学教育センター、学生寮指導主事会、学事課、学生課の職員であり、相互連絡の機会が増え、連携が密になった。

D. 改善に向けた計画

業務が専門化、流動化しつつあり、今後は、SD（Staff Development）を実施するなど職員のスキルアップに努める他、効率的な配置、他部署との連携を計る必要がある。専門的知識を習得した事務職員を養成するためのSDの実施について具体的な取り組みを検討する。

関連資料

必須 11: 事務組織の組織図

以下を行うのに適した事務組織および専門組織を設置しなければならない。

B 8.4.2 適切な運営と資源の配分を確実に実施する。

A. 基本的水準に関する情報

B8.3.1に前述した事務局の体系だった組織に基づく資源の配分と適切な運営ができています。組織内でも柔軟なコミュニケーションが取れており、現場に即した人員配置などが行われている（1年生の統合型生命科学実習導入に伴った、医学教育センターへの増員、分野別認証評価WGにともなう増員、IR部門への配置など）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

事務組織と専門組織にあっては、現場からの要請に基づき適切な人員配置がなされている。

C. 現状への対応

教育カリキュラムの改変にも対応し、柔軟な人員配置がなされている。

D. 改善に向けた計画

今後、業務量の増大や複雑化が予想される中、それに対応できる体制について検討する。

関連資料

なし

Q 8.4.1 定期的な点検を含む管理運営の質保証のための制度を作成し、履行すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学における内部質保証の方針と手続きの明確化については、「自治医科大学中期計画推進規程」に定めている。内部質保証を掌る組織の整備については、企画委員会（委員長・学長）の下部組織として中期計画推進委員会を設置している。実質的な自己点検・評価を行うため、医学部、看護学部、附属病院、附属さいたま医療センター、大学管理運営の各部門作業部会を設置し、各部門における方針を取りまとめている。また、当該業務を効率的に行うため、中期計画推進委員会の下に全体作業部会を設置している（資料8-17）。

本学では、自己点検・評価の結果を基に、将来の発展に向けた改善・改革を行うために中長期目標・中期計画を掲げ、この計画を基に単年度事業計画を策定し、事業実績をまとめることとしている（資料8-18）。それによりPDCAサイクルが円滑に回っており、自己点検・評価を改革・改善に繋げるシステムが確立していると言える。

加えて、都道府県および医学部卒業生の意見も聴取し、内部質保証の客観性・妥当性を高めるための取り組みを行うとともに認証評価機関（大学基準協会）による評価を受審している（資料8-19）。組織レベルでの自己点検・評価活動の充実については、本学ホームページ内の教職員専用ページに「目標・計画データシステム」を設け、各部署が毎年度事業計画・

事業実績（上半期）・事業報告を記入することにより、定期的な自己点検・評価活動が実施されている。

学外者の意見の反映については、2002年度に実施した第2回目の自己点検・評価では、都道府県及び学識経験者による外部評価を実施して客観性・妥当性を高めた。2007年度からは都道府県及び医学部卒業生の意見を反映させた上で、認証評価機関による評価を外部評価としている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

内部質保証のためのしくみが動いている。中長期目標・中期計画の達成に向けた年度計画の進捗状況を管理し、自己点検・評価の改革・改善に繋げている。大きな問題はない。

C. 現状への対応

特に早急に対応が必要な問題はない。

D. 改善に向けた計画

引き続き、中長期目標・中期計画の達成に向けた年度計画の進捗状況を管理し、改革・改善点を検討する。

関連資料

資料 8-17: 自治医科大学中期計画推進規程

資料 8-18: 自治医科大学第3期中長期目標・中期計画

資料 8-19: 自治医科大学自己点検・評価報告書（平成24年度大学版）

8.5 保健医療部門との交流

基本的水準:

医学部は、

- 地域社会や行政の保健医療部門や保健医療関連部門と建設的な交流を持たなければならない。(B 8.5.1)

質的向上のための水準:

医学部は、

- スタッフと学生を含め、保健医療関連部門のパートナーとの協働を構築すべきである。(Q 8.5.1)

注 釈:

- [建設的な交流]とは、情報交換、協働、組織的な決断を含む。これにより、社会が求めている能力を持った医師の供給が行える。
- [保健医療部門]には、国公立を問わず、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、課題や地域特性に依存するが、健康増進と疾病予防（例：環境、栄養ならびに社会的責任）を行う機関が含まれる。
- [協働を構築する]とは、正式な合意、協働の内容と形式の記載、および協働のための連絡委員会や協働事業のための調整委員会の設立を意味する。

B 8.5.1 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。

A. 基本的水準に関する情報

産・学・官等の連携に関しては、栃木県が中心となっている、とちぎ医療機器産業振興協議会に参加しており、県内の企業等と医療機器関連産業に係る交流や情報交換を行うことで、中小企業との連携を進めている。2011年度から新しい医療機器等のものづくり技術の高度化や改良・改善、試作開発を推進するため、医療シミュレータ・院内機器研究部会を立ち上げ定期的に同部会を開催している。また、本学は大学コンソーシアムとちぎに参加し、栃木県内の大学との相互の連携・交流を行っている。さらに、近隣の宇都宮大学および埼玉大学と①教員、学生等の交流、②共同研究の実施、③学術資料・刊行物及び情報の交換等、教育・研究の一層の充実を図ることを目的に協定を締結している。

地域社会への協力に関しては、大学学則に基づき、大学における教育研究の成果を広く社会に公開し、地域社会における生涯教育の進展に寄与するために、1976年から毎年夏休みの期間中の土曜日に公開講座を開催している。講師は、当該年のテーマに関して専門の知識を有する本学教員が主に担当し、大学全体で取り組んでいる。さらに、地域医療の充実・発展に向けた各種の研修事業を本学の関係団体である地域社会振興財団と共催し、その企画・運営にも携わってきた。

地域医療連携に関しては、2015年度には地域臨床教育センターを立ち上げ、連携する拠点病院との人的交流や学生の臨床実習委託を行っている。また附属病院は、栃木県、医師会とも協力して、将来における県南地区の病院機能連携、医療制度改革、専門医研修について協力体制を構築している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

これまでも地域社会や行政の保健医療部門や保健医療関連部門との交流を行ってきた。現状で十分な機会が取れていると考える。更に本学の設立の趣旨や教育ミッションの理解をより深めていただくためにも意見交換する場を増やしている。

C. 現状への対応

地域臨床教育センターに連携病院が5施設設置され、新たなBSLプログラムについて検討を始めた。(Q5.1.1参照)

D. 改善に向けた計画

引き続き連携施設を増やしていく。

関連資料

なし

Q 8.5.1 スタッフと学生を含め、保健医療関連部門のパートナーとの協働を構築すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

カリキュラムの中で、2年次に地域保健福祉実習、5年次に地域保健実習（保健所実習）、地域医療院外実習（CBL）、6年次に都道府県拠点病院実習を行っている（必須4①、必須7①②）。それぞれ院外の栃木県内福祉施設、出身都道府県の保健所、診療所、拠点病院にての参加型の実習でスタッフを交流する機会となっている。また、必修BSLにおける外来実習において、関連病院である新小山市民病院での実習を行うなど地域の保健医療関連機関との連携を図っている。6年次の地域医療学各論4においては、演習を本学看護学部4年生（看護学部生については選択）と協働で行う。その他、5、6年の選択必修BSLにおいても、一般中核病院での研修希望者が増えている。6年次のフリーコース・スチューデントドクターを通し、参加学生は海外・全国の保健医療関連部門のスタッフからの指導をうけている。これ以外にも各出身都道府県での夏期実習を各都道府県主催で行ったり、地元栃木県ではとちぎコンソーシアムにはボランティアとして参加した。

各都道府県に臨床教員（地域担当）を配置し、地域における臨床実習調整等を依頼している。臨床教員に対しては毎年FDを開催しており、都道府県拠点病院の指導医にも大学においてFD（1泊2日）を2015年度から実施している。臨床教員（地域臨床教育センター担当）についてもFDを義務付けた（資料8-20）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

保健医療関連部門のパートナーとの協働を行う機会がカリキュラムの中で十分確保されていると考えられる。

C. 現状への対応

参加型臨床実習を院外へ拡大するカリキュラム改革にともない、保健医療関連部門のパートナーとの協働機会を増やしている。定期的なFD開催、あるいは直接の人的交流を通して、関連する医療機関のスタッフ、本学教員、学生との間で、本学の教育方針等について共通認識を持つこと、情報を共有する事を目指した。

D. 改善に向けた計画

連携を図る具体的な方法について引き続き検討し、実施していく。

関連資料

必須4①:教育要項

必須 7①:4 学年臨床実習

必須 7②:5・6 学年臨床実習

資料 8-20:第 2 回都道府県拠点病院指導医研修会報告書

9. 繼續的改良

領域 9 継続的改良

基本的水準:

医学部は、活力を持ち社会的責任を果たす機関として

- 教育（プログラム）の過程、構造、内容、学修成果/コンピテンシー、評価ならびに学習環境を定期的に自己点検し改善しなくてはならない。（B 9.0.1）
- 明らかになった課題を修正しなくてはならない。（B 9.0.2）
- 継続的改良のための資源を配分しなくてはならない。（B 9.0.3）

質的向上のための水準:

医学部は、

- 教育改善を前向き調査と分析、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。
 - 使命や学修成果を社会の科学的、社会経済的、文化的発展に適応させる。（Q 9.0.3）（1.1 参照）
 - 卒後の環境に必要とされる要件に従って目標とする卒業生の学修成果を修正する。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）（1.3 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）
 - 目標とする学修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要請、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 7.4 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)

注 釈:

- [前向き調査]には、その国の最高の実践の経験に基づいたデータと証拠を研究し、学ぶことが含まれる。

医学部は、活力を持ち社会的責任を果たす機関として

B 9.0.1 教育(プログラム)の過程、構造、内容、学修成果/コンピテンシー、評価ならびに学習環境を定期的に自己点検し改善しなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

本学では、2005 年度から中長期目標・中期計画に基づき毎年度自己点検・評価を実施しており、現在第 3 期(2013 年度～2019 年度)である。これらの自己点検・評価結果は、事業報告書として作成し、公開されている。2008 年につづき、2013 年度に大学基準協会による認証評価を受審し、適合判定を受けた。

教育については、教務委員会カリキュラム部会の下に 2011 年度よりカリキュラム改善 WG が設置され、学生の変化に対応した教育プログラムの検討が開始され 2013 年度以降カリキュラム改革を継続している。1 年次から順次毎年教育プログラムの過程、構造、内容について変更を行ってきた。改定方針並びに新カリキュラムについては B2.1.1 にて詳述した。また、評価については、2016 年度より態度評価も含めた新評価法を導入し、カリキュラム評価部会が設置され、到達度評価への移行をめざしている。合わせて 2016 年度には文部科学省の改正をうけて、カリキュラムポリシー・ディプロマポリシー検討 WG にてカリキュラム・ポリシー、ディプロマ・ポリシーの新たな改定を全学を挙げて実施し、ミッションやポリシーと学修成果(コンピテンシー)とを結びつけた。今後、ポリシーについてはコンピテンシーと一緒に点検していく体制ができた。

学習環境については、教育設備の新設、リニューアルを 2016 年度で完了し、改善については一段落ついた。また、医学教育に関するあらゆるデータを収集、分析するため 2016 年 1 月に情報センター内に IR 部門を設置した。今後は IR 部門に集まる情報の分析結果をもとに、教務委員会の下にあるカリキュラム部会(下部に 3 つのカリキュラム改善 WG)において次年度のカリキュラム改善を検討する体制が整備されている。2016 年度には、1 年次のカリキュラムを再評価し、改善を加え 2017 年度から実施している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

中長期目標・中期計画に基づき自己点検・評価を実施し課題の改善に努めている。また、カリキュラムに関しては定期的に自己点検する体制が整備され稼働している。

C. 現状への対応

IR 部門へ、入試、学業成績およびカリキュラム評価、卒後を含めた一連の膨大なデータが集まりつつあり、逐次解析を始めている。

D. 改善に向けた計画

IR 部門のデータ、分析結果を活用した自己点検・評価の仕組みを確立させる。また、本学は医学部以外に看護学部、大学院も設置されていることから大学全体として同様の仕組みを整える検討を始める。

関連資料

なし

医学部は、活力を持ち社会的責任を果たす機関として

B 9.0.2 明らかになった課題を修正しなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

中長期目標・中期計画に基づく自己点検・評価および教員、学生双方からのカリキュラム評価等により抽出された課題は、教務委員会の下にあるカリキュラム部会、カリキュラム評価部会、BSL 連絡協議会等の部会や、医学教育センター運営委員会に報告され、検討し改善している（資料 9-1）。また、2013 年度よりアクションプランを本学が当面重点的に取り組むべき項目としてまとめ、本学内での方向性の共有・業務指針や、対外的な発信に活用している。毎年作成されるアクションプランに対しては、各事務局担当課において達成状況の評価し改善に努めている（資料 9-2）。

2016 年度には、4 年目を迎えた 1 年次のカリキュラムについて、総合教育、基礎医学系が連携し、学生の声を入れながら、再度カリキュラムの見直しと改善が加えられ、2017 年度カリキュラムが作成された。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

毎年度、中長期目標・中期計画に基づく自己点検で抽出された課題について改善を行っている。医学教育についても、毎年高い国家試験合格率、進級率の改善を維持することができていて、教務委員会を中心に適切な改善が行われていると判断される。

C. 現状への対応

B9.0.1 で述べたとおり、今後 IR 部門には、カリキュラム評価を含めたデータも加わりつつあり、これらを活用し医学教育のみならず、機関認証評価の自己点検・評価においても活用する。

D. 改善に向けた計画

IR 部門のデータ、分析結果を活用し、引き続き第 3 期中長期目標・中期計画を推進していく。

関連資料

資料 9-1:平成 28 年度事業報告書

資料 9-2:平成 28 年度アクションプラン総括

医学部は、活力を持ち社会的責任を果たす機関として

B 9.0.3 継続的改良のための資源を配分しなくてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

継続的改良のために資源が必要な場合、資金に関しては B8. 3. 1 で述べたとおり経理部門に、人的資源に関しては Q9. 0. 9 で述べるが教員定数等検討部会と人事課にそれぞれ要望し、適切な資源配分を行っている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育プログラムを遂行するうえで必要な資金および人的資源について、効率的に配分されていると思われるが、資金については法人全体として経費抑制が厳しく、人的資源についても増員は難しく工夫が必要な状況である。

C. 現状への対応

限られた資源の中で有効的、効率的な配分ができるよう検討している。

D. 改善に向けた計画

限られた資源の中で有効的、効率的な配分ができるよう継続して検討、調整していく。

関連資料

なし

Q 9.0.1 教育改善を前向き調査と分析、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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学はこれまでも医学教育に関する教育改善の文献、前向き調査に基づき、先進的なカリキュラムの導入を行ってきた (B6. 5. 1 参照)。2013 年度からのカリキュラム改善に際しては、統合型教育の導入、態度評価の導入、科目間の水平・垂直連携を実施・強化した。改善にあたっては、教務委員会と共に、教育専門家を有する医学教育センター、情報センター、メディアカルシミュレーションセンターの支援のもと、医学教育に関する最先端の知識を取り入れて行われている。2016 年 1 月に情報センター内に IR 部門を設置し、開学以来蓄積されている入学時から卒前、卒業後のデータ収集、分析に着手している。評価については、2015 年 12 月より、科目責任者および学生によるカリキュラム評価を開始し自己点検へ向けての情報も集まっている。評価法の定着については今後の課題ではあるが、これらのデータを科目責任者にフィードバックするとともに、教務委員会の下にあるカリキュラム部会、カリキュラム評価部会で活用し、改善に向けた検討がなされている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

IR 部門に集積されたデータを用いて、今後前向きな調査と分析がますます行われる体制が整備されてきている。カリキュラム部会、カリキュラム評価部会で改善に向けてなされた検討結果は、教務委員会が中心となり医学教育センター教員の支援のもと改善へつなげている。

C. 現状への対応

現在進行している IR 部門での情報整備を続行するとともに、新しい医学教育の教員への周知を、FD を通して行う。学生に対しても年度初めのオリエンテーションで説明、共有している。

D. 改善に向けた計画

課題の改善に向けた情報収集、分析について、IR 部門や医学教育センターにおいて行う。収集された情報を最新の研究・文献に基づき、毎年見直しを行う。

関連資料

なし

Q 9.0.2 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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学は元来医療に恵まれない地域において医療に挺身する総合医の育成をミッションとしている。これまでも高率の進級率（資料 9-3）・医師国家試験合格率（必須 17）を維持し、2016 年度までで、4,124 名の卒業生を輩出し、97%の卒業生が、すでに義務履行終了もしくは義務履行中である（資料 9-4）。しかしながら、地域枠を含む医学部定員の増加、18 歳人口の減少、社会の変化に伴い、一層の学業および生活への支援を必要とする学生が目立ってきている。2013 年度以降のカリキュラム改善は、学生にとってわかりやすいカリキュラムの提示、社会性を含む態度面でのフィードバックにつながる評価を目指して実施されており、結果として進学率の低下を改善し、効果を上げていると判断される。また同時に行われている、医学教育センターの学習支援部会との連携も重要である。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

医療制度改革、医学部定員の地域枠導入など、本学の医学教育にとっても大きな転換期において、持続的な教育改善の実施が、将来に向けての方針、実践の改定につながる効果を上げている。

C. 現状への対応

新しい評価法の一層の定着のために、カリキュラム評価部会でさらなる検討（普及法、評価内容の妥当性チェック）を行っている。Moodle 評価の迅速性を活かし、学生へのフィードバックを如何に行うかを議論していく。

D. 改善に向けた計画

IR 部門に集積されたデータの他にも、学生、卒業生に直接意見・要望を聞くなど、教育改善に関する情報収集を行い、より着実な将来にむけての改定を目指す。

関連資料

資料 9-3:平成 29 年度学年別学生数・進級率

必須 17:卒業生数、新卒の医師国家試験受験者数・合格者数 過去 5 年分

資料 9-4:自治医科大学医学部卒業生の現状

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.3 使命や学修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。(1.1 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学の使命は 2016 年度に再改定された。これにより、カリキュラム・ポリシー、ディプロマ・ポリシーとの整合性が明確にされた。特に、ディプロマ・ポリシーで確認される卒業時の学修効果と具体的にリンクしている。今後も引き続き、社会から求められる医学の科学的発展や、医療制度改革・少子高齢化によってもたらされる地域医療への新たな期待に対し、十分に適応できるよう、ミッション・ポリシー検討 WG にて定期的に見直しを行っていく予定である。合わせて、2016 年度から BSL において取得すべき到達目標を明確にした。到達度評価をより浸透させることで、コンピテンシーが的確に評価できる素地も整備している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

社会に即し使命・学習成果を設定していくしくみができている。到達目標の明確化、到達度評価の導入により、使命や学修効果の設定に的確なフィードバックに行える道筋もできた。

C. 現状への対応

今後も地域社会でのニーズに合った学修成果獲得が、到達目標の達成確認という形で得られるよう、BSL における到達目標の到達度評価を確実に行うため、BSL 連絡協議会で議論、検討している。

D. 改善に向けた計画

引き続き、使命や学修成果が社会の科学的、社会経済的、文化的発展に適応されたものになっているかをカリキュラムポリシー・ディプロマポリシー検討 WG にて検証する。

関連資料

なし

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.4 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学修成果を修正する。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。(1.3 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

卒業後、本学卒業生は一定期間義務年限として、出身都道府県において地域医療に従事する。義務年限の履行によって修学資金の返済が全学免除されるが、現在 97%の卒業生が義務年限履行中もしくは履行済みである。この卒業生に対しては、義務年限中からその後も、都道府県庁、勤務先との調整や学位、専門医の申請など、地域医療推進課が様々な支援を行っている。卒後の環境、卒業生の学修成果などについて追跡できている。また、教授会の下に卒後指導委員会が設置され、卒業生の勤務・研修等に関する都道府県との協議、卒業生に関する事項の審議、調整を行い、学修成果に関する卒業生の実情、卒後環境の変化を聴取する体制にある。

これらの密接な繋がりから得られる情報に基づき、その時々卒後の環境、社会的ニーズおよび将来の予測についても把握することができる。これらを活かし、中長期計画やアクションプランの中に教育カリキュラムへの提言や目標設定がなされ、プロフェッショナルリズム教育の導入、都道府県別地域拠点病院での参加型臨床実習の導入等カリキュラムの変更を実施し、カリキュラムポリシー・ディプロマポリシー検討 WG にて変化に対応した学修成果（ディプロマ・ポリシー）の修正をしている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

卒後についての十分な情報に基づき、卒後の環境変化を取り入れ、学修成果を修正するしくみは整っている。卒業生の実情については、他学に比して膨大な情報が参照できる状況であり、これまで関係部署における分析結果に基づき将来への対応がなされてきた。

C. 現状への対応

IR 部門が新設されたことで、情報の集約が可能となり、収集された情報が関連部署以外でも利用され、また大規模な系統的解析が可能になってきている。カリキュラム評価部会でも卒業生の情報を直接得ることで、よりリアルなカリキュラムの改良に役立てていく体制が整いつつある。学修成果は、ミッション・ポリシー検討 WG にても継続的に検討・修正できる。

D. 改善に向けた計画

さらに卒業生に対するアンケートの実施など目標とする学修成果について情報収集するための方法を検討する。継続的な卒業生に対するアンケート実施において、より有効性の高い情報収集の方法や項目についても検討する。

関連資料

なし

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.5 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。
(2.1 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学のカリキュラムモデルは、主に学体系を基盤とした基礎系の上に、基礎と統合する形で主に臓器器官系を基盤とする臨床系の学習を行う。加えて臨床実習前に、臨床課題や疾患特性を基盤とする診断学を学んだ後、これらを統合して臨床実習に入る形となっている。特に2013年度以降カリキュラム改革にともなって、科目内で講義・演習・実習を組み合わせたり、PBL、e-learningなど新たな教育方法も積極的に取り入れている。今後学修成果をみながら、これらの関連を調整、適正化していく必要がある。カリキュラム改善WGにて毎年検討されており、改良が担保されている。現在改訂中のカリキュラムについては、評価に基づき見直しを行った結果、2017年度からはさらに改良された1年次カリキュラムが実施されている(B2.1.2参照)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

改良に対して、持続的積極的な体制が組まれている。

C. 現状への対応

教員、学生から広くカリキュラムについての評価を集め、学修成果と照合しながら、新たに設置したカリキュラム部会、カリキュラム評価部会において逐次カリキュラムにおけるモデルや教育方法の調整を行っている。

D. 改善に向けた計画

教員、学生による評価の結果および各学年の学修成果を経時的に分析し、効率的な教育方法の改善を検討する。

関連資料

なし

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.6 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。(2.2 から 2.6 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

教務委員会の下にカリキュラム部会が設置されている。カリキュラム部会は総合教育・基礎系（選択セミナー）カリキュラム改善 WG、臨床系（BSL・臨床講義）カリキュラム改善 WG、社会・地域医療系カリキュラム改善 WG の 3 系統から構成されており、それぞれの分野において科目の内容に踏み込んだ評価等を基に毎年カリキュラムの見直し（科目の創設、統合、組み換え）を行っている。総合教育・基礎系（選択セミナー）カリキュラム改善 WG では、特に 1、2 年次のカリキュラムについて、総合教育部門と基礎医学、臨床医学系教員が連携し、統合科目「生命科学」を立ち上げ演習を調整している。また、臨床系（BSL・臨床講義）カリキュラム改善 WG では、BSL 連絡協議会を通して各科と連携を図りつつ、臨床実習と並行して行われる臨床講義についても、基礎臨床統合講義を加えるなど医学教育センターが統括する形で調整している。社会・地域医療系カリキュラム改善 WG は、本学の最も特徴的な地域医療系の教育カリキュラムを、総合教育部門の社会学、情報医学、地域医療学センター教員が講座の垣根を超えて、協議検討が行われる。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

連携・調整にむけて、持続的積極的な体制が組まれている。

C. 現状への対応

引き続き、毎年度各カリキュラム改善 WG において見直しを行っていく。Moodle をプラットフォームに導入した評価はカリキュラム評価部会にて解析し、提言の形でカリキュラム部会など関連機関に伝えられ、改良に役立てられている。

D. 改善に向けた計画

PDCA サイクルを回していく。

関連資料

なし

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.7 目標とする学修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。(3.1 と 3.2 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学の教育方法で獲得を目標とするコンピテンシー（学修成果）を評価するために、カリキュラムでは、授業、演習、実習のそれぞれの教育内容に従って、筆記試験、口頭試験、出席点、実習態度、診察技術、プレゼンテーション能力、実習レポート等の評価を実施している。個々の評価法は原則として科目責任者に委任しているが、教務委員会主導で、2015年12月より各科の講義内容、実習などのカリキュラム評価を、Moodle を介してできるようにした。知識のみならず、技能、態度などの評価がそれぞれ明示できる形になった。BSL 評価に関しては BSL 連絡協議会が中心になって、卒業時に獲得しておくべき到達目標を明示して態度評価も含めた評価を行っている。知識のみならず技能や態度も加える立場から、演習、実習の増加にともない、筆記試験については、2013 年度以降の改革によって回数が減じている (Q3.2.1 参照)。教務委員会の下にあるカリキュラム評価部会において評価法に関する検討・導入を行っており、その後の改良にも取り組んでいる。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

評価方針、評価方法を開発、改善していく体制ができている。評価方法を態度評価、技能評価に広げる中で、筆記試験による評価の回数は減少している。

C. 現状への対応

現行の評価方法の信頼性および妥当性について、カリキュラム評価部会を中心に定期的に自己点検を行う。導入した評価法の定着・最適化にむけて、一層の工夫を検討している。

D. 改善に向けた計画

検証した結果に基づき、更なる改良を図る。

関連資料

なし

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.8 社会環境や社会からの要請、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。
(4.1 と 4.2 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学の建学方針に則り、学生選抜の方針、選抜方法に関しては、アドミッション・ポリシーにあるように、将来出身都道府県の地域医療に進んで挺身する学生の選抜を目指す立場から、一次試験の面接審査を各都道府県庁にて実施している。入学者数についても、国などの動向により地域医療に関する関係省庁連絡会議（総務省、厚生労働省、文部科学省）等の結果および全国知事会、学内等の検討により入学者定員、3名枠の都道府県を毎年調整している。初等中等教育制度の新課程移行に際しては、2014年度新しい入試制度を導入し、理科および数学の試験範囲を拡大した。

入試における選抜方針を検証するために、2016年1月に設置したIR部門において、入学試験成績と入学後の学修成果および卒業後の勤務状況について情報を収集、分析し、検討を始めた。入試選抜については、入試検討委員会において継続的に検討し改良が行われている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学の設立の趣旨から、社会環境や社会からの要請が大きく反映されている。初等中等高等教育制度の変化、少子化学生の気質の変化にも合せて、選抜方法の改良を毎年実施している。今後は、IR部門において入学試験成績と入学後の学修成果および卒業後の勤務状況について分析した結果を参考に入試検討委員会と本部試験委員会で審議し、調整していく。

C. 現状への対応

IR部門で分析された結果を活用し、入試関係委員会において入学方針の見直しの必要性について検討したうえで入学方針に基づく選抜方法を検討、調整する仕組みが整いつつある。

D. 改善に向けた計画

見直した結果に基づく検討、調整について継続的に実施する。

関連資料

なし

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.9 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。(5.1 と 5.2 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

教員の採用にあたっては、職階に応じた選考基準、手続きが定められており、その定めに基づき選考している。教員の定数は「教員定数等検討部会」において適正な教員構成の協議検討を行っている。2016 年の IR 部門新設に際しても、教育専門家の専任教員 1 名を配置した。教員採用に際しては、教育能力についても考慮されるが、2016 年度から新任教員に対しては、年度初めに教員研修 (FD) を行い、オリエンテーションの一環として「本学における教育の概要と方法について」をテーマとして本学の教育カリキュラムやミッション等について周知させている。

教員の教育能力開発については、医学教育センター医学部 FD 部会が主催する FD が実施されている。全教員を対象に 2016 年度は 10 回の FD を実施しており、最低年 1 回の参加を義務づけている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教員の採用について基準が定められており、配置についても調整するしくみが機能している。教育能力開発についても系統的に行われている。テーマ、実施回数等について調整しており、改良に取り組んでいる。

C. 現状への対応

2015 年度から科目責任者による教員の教育評価を導入し、人事評価に加えて、教育現場での実態把握を開始した。現場の教員のニーズを把握し、適切な採用・配置に努める。FD については、より効果的なテーマの選択、より多くの参加者を検討している。

D. 改善に向けた計画

教員採用、教育能力開発について見直した結果を検討し、継続的に調整する。

関連資料

なし

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.10 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。(6.1 から 6.3 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

Q9.0.1、Q9.0.8、Q9.0.9 で述べたことに対し教育資源の更新が必要な場合は、これまでも適宜実施してきた。入学定員増員に伴う 2008 年度学生寮の建替更新、2011 年度教育・研

究棟の建設や教員定数の増員等を行ってきた。その他、Web環境の整備、教育用ネットワークシステムの整備等適宜更新を行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

更新が必要な教育資源について、教育プログラムに直接関与するものは、教務委員会において調整している。その他、大学の方針を伴う重要事項については、企画委員会（委員長・学長）において審議している。適宜改良に向けて検討する体制ができている。

C. 現状への対応

中長期目標・中期計画に基づく自己点検・評価を参考に、更新の必要性について、関係者からの意見・要望を収集し、検討、調整する。

D. 改善に向けた計画

関係者からの意見・要望を収集し、検討、調整する仕組みを整える。

関連資料

なし

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.11 教育プログラムの監視ならびに評価過程を改良する。(7.1 から 7.4 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

2016年1月に情報センター内にIR部門を設置し、入学時から卒業後までのデータ収集、分析を行っている。評価については、2015年12月より、科目責任者、学生による科目およびカリキュラム評価を導入し、学生評価についてはBSLの到達目標を定め、実習評価に態度評価も開始した(B7.1.2)。更に2016年度からは教務委員会の下部組織であるカリキュラム評価部会とカリキュラム部会の関係を明確にした。カリキュラム評価部会が中心になってプログラムの評価を行っている。さらに両部会の下に卒業生および地域の代表者が加わった運営会議を設置することとした。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

IR部門に、科目責任者、学生による科目・カリキュラム評価および学生評価結果が集積する体制ができている。これを基にカリキュラム部会、カリキュラム評価部会も順調に機能している。

C. 現状への対応

IR部門へのデータ収集および分析を進めている。運営会議は開催に向け調整する。

D. 改善に向けた計画

収集したデータ、分析結果および各種カリキュラム評価をもとに改良を図っていく。

関連資料

なし

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

Q 9.0.12 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。(8.1 から 8.5 参照)

A. 質的向上のための水準に関する情報

本学における現在および将来のあり方に関する重要事項の審議は企画委員会において行われている。内部質保証の方針と手続きの明確化については、「自治医科大学中期計画推進規程」に定めており、組織として企画委員会の下部組織として中期計画推進委員会を設置している。自己点検・評価の結果を基に、将来の発展に向けた改善・改革を行うための中長期目標・中期計画を掲げ、この計画を基に単年度事業計画を策定し、事業実績をまとめることにより開発・改良に繋げるシステムとなっている。これらの計画、評価については、教授総会において報告され、教育担当教員へも学内広報や大学 HP により周知されている。

また、社会における多方面の関心に対応するため、都道府県庁、臨床教員（地域担当、地域臨床教育センター担当）、同窓会に加え、カリキュラム部会、カリキュラム評価部会に運営会議を設置し、広い範囲の意見を聞く体制も立ち上げた。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

企画委員会、教務委員会、医学教育センターがそれぞれ組織として機能しており、社会における多方面の地域における医療への期待に対応する体制ができている。今後これらを適宜検証し、連携・改良していく必要がある。

C. 現状への対応

中長期目標・中期計画を基に単年度事業計画を策定するにあたり、社会環境および社会からの期待の変化等についての情報を収集し、管理・運営制度についても検証する。

D. 改善に向けた計画

社会環境および社会からの期待の変化等について対応できる組織や管理・運営制度であるか継続的に検証していく。

関連資料

なし

あとがき

「医学生が変わった」。差し迫った危機感の元に2013年度以降カリキュラム改善を続けてきた本学にとり、医学教育分野別評価受審は大きな原動力となりました。おかげで各種学修成果は、回復の兆しを見せています。

改革で目指したのは、「学生」の視点に立った学びやすさの重視でした。情報共有と多様な価値観の承認が進む中、人のつながりが強まり、共通のゴールを目指す全学的な態勢が芽生えてきました。とはいえまだ道半ばであり、今後も持続的な改革は必至です。眼前には、前年と同様の効果は次年には望めない現状があります。

カリキュラム改善、評価受審にと、学生、教職員が一丸となってとりかかれたことに、衷心より深謝申し上げます。

教務委員長 野田 泰子

医学教育分野別評価ワーキンググループ名簿（敬称略）

委員長	野田 泰子
副委員長	岡崎 仁昭
第1領域	◎五味 玲 ・ 岡崎 仁昭 ・ 長浜 秀樹
第2領域	◎遠藤 仁司 ・ 松村 正巳 ・ 尾仲 達史 ・ 水田 耕一 ・ 石川 鎮清 ・ 松山 泰 ・ 小林 洋子
第3領域	◎水田 耕一 ・ 武藤 弘行 ・ 長田 太助 ・ 遠藤 俊輔 ・ 浅田 義和
第4領域	◎大槻 マミ太郎 ・ 渥美 一弥 ・ 野田 泰子 ・ 高橋 将文 ・ 高瀬 堅吉
第5領域	◎尾仲 達史 ・ 武藤 弘之 ・ 長田 太助 ・ 遠藤 俊輔
第6領域	◎石川 鎮清 ・ 河野 龍太郎 ・ 浜本 敏郎 ・ 中村 好一 ・ 三重野 牧子 ・ 松山 泰 ・ 浅田 義和
第7領域	◎武藤 弘行 ・ 松村 正巳 ・ 浜本 敏郎 ・ 山田 俊幸 ・ 浅田 義和
第8領域	◎岡崎 仁昭 ・ 長田 太助 ・ 野田 泰子 ・ 小林 洋子
第9領域	◎岡崎 仁昭 ・ 野田 泰子 ・ 浅田 義和
事務局	吉野 和久 ・ 角田 正弘 ・ 小林 洋子 ・ 箭内 敦美 ・ 間中 正枝 ・ 増渕 見和 ・ 吉田 渉 ・ 清水 慧 ・ 西村 夏江 ・ 田中 維央

〈 ◎領域責任者 〉



自治医科大学
Jichi Medical University

医学部

栃木県下野市薬師寺3311-1
TEL:0285-44-2111(代表)