

医学教育分野別評価基準日本版 V2.11 に基づく

近畿大学医学部

自己点検評価報告書

平成 29(2017)年度



目 次

巻頭言	2
略語・用語一覧	3
1. 使命と学修成果	6
2. 教育プログラム	46
3. 学生の評価	115
4. 学生	170
5. 教員	193
6. 教育資源	214
7. プログラム評価	249
8. 統轄および管理運営	284
9. 継続的改良	303
あとがき	318

巻 頭 言

近畿大学医学部は、近畿大学建学の精神「実学教育と人格の陶冶」を基本に、「人に愛され、信頼され、尊敬される医師の育成」を使命として昭和 49（1974）年に設立されました。以来 40 年余りの間に 4,000 人近い優秀な医師を輩出し、地域医療に、また医学研究の発展に貢献してきたと自負しています。

医学教育においては、平成 10（1998）年の 2 学年からそれまでの系統講義をすべて短期集中型のコースに組み替え、テュートリアルを全科目に導入するという思い切った改革を行いました。コースはもちろん、講義一つ一つに教育目標を提示し、何ができるようになることを目指すのかを学生に具体的に示しました。その 2 学年が 5 学年になった平成 13（2001）年からは診療参加型臨床実習を取り入れ、当時としては医学教育改革の先頭集団を走っていたと考えています。

しかし、それから十数年が経ち、世界の医学教育がアウトカム基盤型に進化していたにもかかわらず、本医学部は大きく取り残され、医師国家試験の成績もいつしか低迷していました。そこで、平成 26（2014）年の新入生から新カリキュラムを導入すべく改革にとり組み、その結果を検証し、よりよいカリキュラムに改善するために、今回の医学教育分野別評価を受審することにいたしました。

ようやく自己点検評価報告書を書き上げた訳ですが、求められる水準の高さ、幅広さに正直驚き、新カリキュラムといえども多くの課題が見えました。しかし、課題が見えると言うことは改善の方途も考えられるわけです。日本医学教育評価機構の審査員の皆様には忌憚のないご意見をいただき、それに従って、さらにより教育プログラムの編成に向かっていくと考えています。

近畿大学医学部

学部長 伊 木 雅 之

略語・用語一覧

【略語一覧】

ART (Advanced Research Training) :

特別科目等 (ART) 履修生 5～6学年の学生が大学院の単位を取得できる制度

BCG (The Boston Consulting Group) : ボストンコンサルティンググループ

BLS (Basic Life Support) : 一次救命処置

CATO (Common Achievement Tests Organization) :

公益社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構

CbD (Case-based Discussion) :

担当症例に関してプレゼンテーションを行い、診療の成果や臨床推論等について評価を行う。

CITI JAPAN (Collaborative Institutional Training Initiative JAPAN) :

公正研究推進協会による E-learning に基づく研究者行動規範教育

CPC (Clinico-Pathological Conference) : 臨床病理検討会

DREEM (Dundee Ready Education Environment Measure) :

Dundee 大学で開発された学習環境やカリキュラムに関する評価表

ER (Emergency Room) :

救命救急室 (平成 25 (2013) 年に建設された救急災害棟 1 階の診療施設)

IFMSA (International Federation of Medical Student' s Associations) :

国際医学生連盟 (学生の海外留学や国際医療活動を推進する学生組織)

JCEP (Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training) :

NPO 法人卒後臨床研修評価機構

mini-CEX (mini Clinical Evaluation Exercise) :

診療現場で臨床能力を評価するツールのひとつ

MOU (Memorandum Of Understanding) :

了解覚書 (海外の大学との交流に関する合意事項の覚書)

PCC-OSCE (Post Clinical Clerkship OSCE) : 臨床実習後に実施する OSCE

P-MEX (Professionalism Mini-Evaluation Exercise) :

McGill 大学で開発されたプロフェッショナリズム教育における評価ツール

SEA (Significant Event Analysis) :

重要な事項の分析（現場での振り返りに用いるフィードバックスタイル）

TBL (Team-Based Learning) : チーム基盤型教育

WBA (Workplace-Based Assessment) :

診療現場での評価（臨床での実際のパフォーマンスを評価するスタイル）

【用語一覧】

（授業）

コース : 一定期間に実施される授業シリーズで試験単位となる

Unit : 関連するコースをまとめたもの

医学総論Ⅰ :

1 学年に対して、持ち回りで実施している講義・演習を中心とした医学入門コース

医学総論Ⅱ :

1 学年の 9 人から 10 人の学生が各教室に配属され、実験等を体験する医学入門コース

プロフェッショナルリズム/実習 :

1 学年の学生が「倫理とプロフェッショナルリズム」を中心に、医療安全、チーム医療、コミュニケーション能力等の基礎を学ぶコース

学外施設実習/総合医学 :

1 学年の学生が地域の医療施設や保健センターなどの健康維持・増進のための施設、障がいをもった人々のケアをする施設などを訪問し、学ぶコース

機能Ⅰ :

2 学年の学生が呼吸器系、消化器系、神経系の生理学を中心に、脳解剖実習や神経生理実習で学ぶ

機能Ⅱ : 2 学年の学生が循環器系、内分泌系、腎・尿路系、血液系を中心とする生理学を学ぶ

人体構造Ⅰ・Ⅱ : 2 学年の学生が解剖学および人体解剖実習で学ぶ

病因・病態：

2 学年の学生が侵襲と生体防御に関して免疫学と微生物学を中心に学ぶ

臨床総論Ⅰ/実習：

2 学年の学生が基礎医学での学習を基盤として、診断学の基礎を中心に実習を含めて学ぶ

臨床総論Ⅱ/実習： 3 学年の学生が外科概論、感染症、心身医学等を学ぶ

臨床総論Ⅲ/実習：

4 学年の学生が臨床実習に入るために診療に関する基本的技能を中心に学ぶ

(試験)

定期試験： Unit の終了後に実施される各コースの試験

総合試験：

学年末に実施される各科横断型試験（本学では MCQ を用いて、2 学年は基礎系科目、3・5 学年は臨床的な知識に関する評価を行っている）

特別試験： 進級時に持ち越した未修得科目の再試験

TOEFL-ITP：

標準化された英語試験（ペーパー形式で教室内にて一斉に英語能力を評価するテストプログラム）

TOEFL-iBT：

標準化された英語試験（インターネットを介して中級から上級の英語能力を判断するテストプログラム）

(その他)

リメディアル教育：

学習の遅れた生徒に対して行う補修教育（本学では 1 学年の学生の中で高等学校生物未履修者に生物の基礎を再教育するプログラムとして活用）

学生ポータル：

学内の掲示板を学生用に電子化し、ウェブ上で閲覧できるようにしたシステム

DxR™ Clinician： コンピュータ上で診療の疑似体験を行う教育ツール

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

近畿大学建学の精神は「実学教育」と「人格の陶冶」である。これに基づき、使命として「人に愛される人、信頼される人、尊敬される人の育成」を学校法人近畿大学寄附行為第3条に掲げている（資料 1-1）。近畿大学医学部の使命としては、近畿大学のそれにしたい、

「人に愛され、人に信頼され、人に尊敬される」医師の養成を挙げている（資料 1-2）。この使命を達成するために、具体的指針としての教育目標を、

1. 医師に必要な基礎的な知識・技能態度の修得
2. 自ら問題を解決する積極的な学習態度の養成

3. 広い学問的視野の育成
4. 奉仕の心と協調精神の涵養
5. 豊かな人間性と高邁な倫理観・責任感の養育

と定め、近畿大学医学部ホームページに掲載している（資料 1-3）。さらに詳細には、以下のとおり学則（資料 1-4）に明示している。

【医学部の教育研究の理念と目的、育成する人材像】

本学の建学の精神と教育の目的に沿って、医学部の教育研究の理念・目的を「人間性豊かで知識、技能に優れた医師を育成します。さらに研究や診療を通じ、医学の進歩に貢献し、豊かで健康な社会の創生に寄与する」としています。

医師は直接人命を預かる職業ゆえに、高度な専門知識や技術とともに、高い人間性と道徳的責任感が要求されます。診療には高度の医学的知識と医療技術の修得が要求されますが、高度に進歩し、情報量の極めて多くなった知識・技能は必要最低限を把握するだけでも至難であり、しかも現時点での最新・最高の知識でも時間の経過とともに時代遅れになるのは必至であります。ここに医師を目指す者が基礎的な知識・技能の習得と同時に、自ら問題を解決する能力の養成が求められる理由があります。

【医学部の学習・教育目標】

上記医学部の理念・目的と現代社会の多様な期待に応えうため、本学部の学習・教育目標として医師の養成、高度先進医療を提供する特定機能病院としての機能の維持、健康な社会の創生に寄与する医学研究者の育成を掲げています。

具体的な学習・教育目標を次に列挙します。

- 1 近畿大学医学部の社会的評価の向上。
 - (1) 社会が求め、学生が満足する教育を施行することにより、医師としての高い評価を得る卒業生を可及的多数送り出す。
 - (2) 基礎系教授懇談会や教授会の議論を多くして、また少人数制の責任指導教員の活動を通して、良き医師になるための全人的教育の機会を増やす。
 - (3) 小人数の学生を担当する指導教員制度を通じ学生生活習慣を良好にし、自学自習の意識を高め、良き臨床医として社会で貢献出来る学生を輩出する。
 - (4) 本学卒業生のみならず他大学卒業生も可及的多く、本学部・附属病院の大学院生や研修医を希望するような教育・診療・研究実績を作る。
- 2 臨床実習の教育を充実させ、地域中核病院として、医療を社会に還元するため、高度先進医療を実施する。
- 3 教育・診療を十分に行いながら、COE クラスの研究を育てる環境を作る。

【医学科カリキュラムの編成上の特色】

医学部は、本学の建学の精神と教育の目的に沿って、しかも「21 世紀にあるべき医学部像」を探求し、先取している点が本学部の長所です。すなわち学生が自ら問題点を探し出し、解決する能力を養成すべく、early exposure として 1 年次では外来患者さんのエスコートなどを中心とした病院実習を行い、また 2 年次では看護師とともに病棟での病院実習を行って、良き医師になるための動機付けを行っています。また、医学情報の飛躍的な増加に対応すべく、学生が主体的に問題意識をもって学習するテュートリアルシステムを医学教育全般に導入しているところに本学部の教育カリキュラムの特徴があります。

また、全人的教育を目指して、生命倫理やコミュニケーション、医療安全などプロフェッショナルリズム教育を複数年にまたがり実施するところも本学部のカリキュラムの長所です。地域医療教育として1年次には学外施設実習、5年次と6年次に和歌山県串本町で地域密着型地域医療教育（平成17（2005）年度文部科学省医療人GP採用）を実施しています。

具体的なカリキュラムは1年次の教養教育、準備教育を経て、2～6年次の医学専門教育に移行しますが、2～4年次では自律的に獲得する問題基盤型テュートリアルを中心として教育し、5～6年次で臨床の現場で患者さんの診療を基盤とした診療参加型臨床実習を行います。また、2～4年次に臨床実習入門のためのコースを設け、シミュレーションラボを活用しながらワークショップも取り入れ、臨床の場で役立つようカリキュラムを編成しています。その結果、

- 1 医師に必要な基礎的な知識・技能の習得
- 2 自ら問題を解決する積極的な学習態度の養成
- 3 広い学問的視野の育成
- 4 奉仕の心と協調精神の涵養
- 5 豊かな人間性と高邁な倫理観・責任感の養育

という5大教育目標に到達出来るよう、6年間に開講されている多くの授業科目に分散しつつ、最終的に臨床実習を通して体系化出来るカリキュラムとなっています。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

近畿大学医学部の使命と教育目標は、大学全体の建学の精神である「実学教育」と「人格の陶冶」を医学分野に適用したものであり、過去数次にわたる自己点検評価・大学認証評価で繰り返し検証されている（資料1-5）。

C. 現状への対応

近畿大学は上記の使命、目的に加え、大学の国際化と国際的評価の向上を新たな目標に掲げている。これに伴い、医学部でも「世界で活躍できる人材を育てるための教育体制の充実」を目標に加え、語学教育の充実と海外提携校への交換留学制度（資料1-6）の展開を図っている。

D. 改善に向けた計画

医学部の国際化については、今後も提携校を増やし、学生の交換留学の機会を拡充していく予定である。また、平成35（2023）年4月の堺市泉ヶ丘地区への医学部移転に向けて、移転計画を検討するタスクフォースに教育担当チームを設け、移転後の医学部が果たすべき使命を再検討する。

関 連 資 料

- 資料1-1 学校法人近畿大学寄附行為 第3条
- 資料1-2 近畿大学医学部 アドミッションポリシー
- 資料1-3 近畿大学医学部 教育目標
- 資料1-4 近畿大学学則（別記（2））
- 資料1-5 公益財団法人大学基準協会の認証評価結果

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

医学部の使命と教育目標は、アドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシーと共に、医学部ホームページで公開している（資料 1-7）。

学生に対しては、学生ポータルで、医学部教育目標とディプロマポリシーに基づく近畿大学医学教育アウトカム（資料 1-8）を掲載して、学生が授業日程や試験日程の確認とともに、常に医学部の使命と教育アウトカムを確認できるようにしている。

医学部の使命と教育目標は、入学時の学内オリエンテーションとそれに続く学外合宿オリエンテーションで詳細に説明し、周知徹底している。また、オープンキャンパスや高校出張講義などで用いられる医学部のパンフレット（資料 1-9）にも、医学部の使命および教育目標が公表されており、学生の保護者に対しても、年間 2 回にわたり、保護者会を通じて使命と教育目標、その達成度の説明を行っている（資料 1-10）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

従来は、学生および教員に対して、各学年の進級判定基準或いは卒業判定基準とともに、年度始めに学年別教育要項冊子を配布してきた。しかし、教育要項は全学共通の様式にするという大学の方針にしたがい、平成 28 年度より学生ポータル内（資料 1-11）と平成 29 年度近畿大学医学部授業計画（Syllabus）（Kindai Web Syllabus）（資料 1-12）へと移行した。これにより、学生への授業日程の変更等の情報をリアルタイムに周知している学生ポータルにも、本医学部の使命や教育アウトカムを掲載できるようになった。

学生、教員、学生の保護者のほか、オープンキャンパスや高校出張講義などを通じて、本学を志す生徒に対して、本学の使命を周知している。近畿大学医学部の使命と教育目標は、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広く公開されていると考えている。

C. 現状への対応

単にホームページや学生ポータルに大学の使命を掲載するだけでは、学生にとっては表層的な理解になりやすい。そこで、大学として何を目指しているか、その中で自分自身が何を指すかということについて、理解を深めるために、本学を卒業した際に、何が身についていなければならないかについて、考える授業を行っている。1 学年の学生がグループでディスカッションし、その内容を他の学生、グループ担当教員、グループ担当模擬患者の皆さんに発表し、本学の使命と自分自身の目標を意識できるようにしている（資料 1-13）。なお、医療と保健に関わる分野の関係者として、平成 29（2017）年度より近畿厚生局地域包括ケア推進課医師に本医学部の教育評価委員会の外部委員に就任してもらい、本学医学教育の在り方について、助言を得ている（資料 1-14）。

D. 改善に向けた計画

本医学部の使命は、今後もホームページ、その他、様々なツールや機会を通じて公表し、周知していく。学生に対しては使命とアウトカムについての理解を深める授業も行っているが、これを定着させ、改善していく。教員に対してはFDを通じて理解を深めてもらう。

関連資料

- 資料 1-7 近畿大学医学部 教育方針
- 資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム
- 資料 1-9 近畿大学医学部 KINDAI GRAFFITI
- 資料 1-10 近畿大学医学部保護者会
- 資料 1-11 学生ポータル内の履修要項
- 資料 1-12 平成 29 年度近畿大学医学部授業計画 (Syllabus) (Kindai Web Syllabus)
- 資料 1-13 1 学年が考える教育アウトカム
- 資料 1-14 近畿大学医学部教育評価委員会規程・名簿

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

近畿大学医学部は、

1. 医師に必要な基礎的知識・技能の修得
2. 自ら問題を解決する積極的な態度の養成
3. 広い学問的視野の育成
4. 奉仕の心と協調精神の涵養
5. 豊かな人間性と高邁な倫理観・責任感の養育

を教育目標とし（資料 1-3）、卒業までに身につけるべき資質・能力は、ディプロマポリシー（資料 1-15）として以下のように記述されている。

1. 医師になるために必要な医学の知識と技能を修得し、さらに日々向上に努めること。
2. 積極的に課題に取り組み、さらに自ら問題点を見いだし解決する姿勢を身につけること。
3. 他者を理解する幅広い教養と国際化の時代に対応できる英語力を身につけること。
4. 患者に対する思いやりと奉仕の精神、またチームワークにおける協調精神を身につけること。
5. プロフェッショナルとしての高い使命感と倫理観を持ち、人に愛され、人に信頼され、人に尊敬される医師を目指すこと。

すなわち、学部教育における専門的実践力として近畿大学医学部が求めるものは、医師になるために必要な医学の知識と技能を修得し、それを日々高め、国際化の時代に対応できる英

語力を身につけ、患者に対する思いやりと奉仕の精神とチームワークにおける協調精神、そして高い使命感と倫理観を身につけることと定めている。

この達成を具体的に示す内容として、学部卒業時点で求めるコンピテンスを教育アウトカムとして以下のように定めた（資料 1-8）。

【倫理とプロフェッショナリズム】

常に患者の利益、安全、人権を第 1 に考え、患者およびその家族の生活歴、背景を理解して常に患者中心の医療を行う。医師は医療の中核的役割を果たす職種であることを肝に銘じ、自己研鑽に勤め、常に社会からの信頼に耐えうる行動を取る。

【医学的知識】

必要な医学的知識を身につけていることは、医師としてのあらゆるコンピテンスの基本である。卒業時には、医学教育モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験出題基準が求める医学的知識を身につける。

【診療の基本的技能】

医療系大学間共用試験実施評価機構「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」が求める基本的診療能力に加え、患者背景を理解して対応する診療態度を身につける。

【医療安全】

安全、安心の医療のために必要な基本的知識と技能、常に患者の安全を第一に考える態度を身につけ、安全管理体制を理解しルールを遵守する。

【チーム医療】

医療チームの一員として多職種と連携し、相互に尊重しあつた適切な行動をとる。さらに医療チームの中でリーダーシップを発揮することを念頭に置き、自己研鑽する。

【コミュニケーション能力】

患者・家族への医療内容のわかりやすい説明、医療チーム内での適切な情報の共有、意志決定への参画、他の診療科との連絡、相談等、円滑な診療と良好な人間関係を築くためのコミュニケーション能力を有する。

【医療の社会性の理解】

医療保険や公費医療などの医療制度、適切な介護、福祉施策への連結など、患者を支える社会的基盤を理解し、活用する。

【国際化に対応できる教養と英語力】

否応なくやってくる国際化に対応し、文化の違いを超えて相互に理解するための幅広い教養と円滑なコミュニケーションが可能な英語力を身につける。

【自律的継続的学習能力】

自ら課題を発見し、自ら継続的に学び、自己研鑽を続ける態度をもつ。

【課題解決能力と医学研究への連結】

課題の解決に当たっては、常にエビデンスに基づいて判断し、エビデンスが不足する課題においては、自らエビデンスを作り出す医学研究に向かう姿勢をもつ。

これらを達成するために、以下のカリキュラムポリシーを設定し、それに基づいて教育プログラムを編成している。

近畿大学医学部カリキュラムポリシー（教育課程の編成方針）（資料 1-16）

教養教育、基礎医学教育、臨床医学教育、臨床実習へと積み上げ型の一体教育を行います。低学年から医療・看護の現場や基礎医学研究の現場を体験させます。問題解決型教育の導入により自ら課題に取り組む姿勢を養成します。グローバル社会に対応する高い英語力を養成します。複数学年にわたる倫理教育とプロフェッショナリズム教育により高い職業倫理観と責任感を育てます。医師国家試験合格を達成するために高度な臨床医学教育を実施します。

教養教育科目

1 学年は、将来心豊かな医師となるために、倫理、文化、社会、人権、心理などの幅広い分野の教養を身につけます。また生物、化学、物理、統計数学を学びます。コンピューターリテラシーにも力を入れます。また語学教育にも力を入れ、特に英語はグローバルな世界の共通語という認識から英語コミュニケーション力の養成や英文読解力の養成を行います。さらに早くから医療や看護の現場に触れる病棟実習や学外施設実習、また研究の現場に触れる基礎医学教室配属も行います。

基礎医学教育

2 学年の基礎医学教育はその後の臨床医学の理解のための重要な基盤です。基礎医学の各教科をチュートリアル教育、系統講義、実習の三位一体で学びます。チュートリアルでは事例をもとに小グループ学習により、自ら積極的に課題に取り組み、問題点を発見して解決する姿勢を養成します。また2 学年からは医学英語が始まります。

臨床医学教育

3 学年、4 学年では臨床医学の各科の系統講義を行います。また関連する病理学実習を通年にわたり実施します。医学英語も継続します。さらに各学年末には1 か月にわたるチュートリアル集中コースを実施し、事例とグループ学習により自ら積極的に課題に取り組み、問題点を発見して解決する姿勢を強化します。4 学年の終わりには医療系大学全国共用試験を受験し、診療参加型臨床実習に入るために必要な医学知識と臨床実技の修得を評価します。5 学年は臨床実習により臨床の各科を順次回って実際の症例や診療に接しながら臨床医学を学びます。それによってこれまでの講義とは違う実際に役立つ生きた医学の知識と技能を養成します。6 学年の前期にも臨床実習を行います。また6 学年の前期にはさらに各科の補講コースや画像集中コースを行います。6 学年の後期には複数の医師国家試験対策コースを実施します。

現在の教育体系は各ディプロマポリシーと教育アウトカムを教育プログラムによってどの順序で達成するかを示すカリキュラムツリー（資料 1-17）とカリキュラムマトリックス（資料 1-18）によって示され、さらにアウトカムを達成するためのアウトカム基盤型ロードマップ（資料 1-19）によって各教育プログラムの位置づけが明示されている。

学部教育修了時に身につけておくべき専門的実践力の概略は以上のように定義されている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学部教育修了時に身につけておくべき専門的実践力の概略は、教育目標、ディプロマポリシーに定義され、さらに、学部卒業の時点で身につけておくべきコンピテンスとして教育ア

ウトカム 10 項目に定められている。教育アウトカムを定めたのは平成 27（2015）年 7 月で、この 2 年間に既存の診療科別モジュール型の教育プログラムを、それらの垂直、水平統合も視野に入れ、アウトカム基盤型に再編成した。

しかし、新教育プログラムを履修している学生は現在まだ 4 学年で、新プログラムの成果の評価は今後の課題であり、また各教科の講義や実習においてアウトカム基盤型が教員に十分に理解されているかどうかの評価も不十分である（資料 1-20）。

ディプロマポリシーにしたがって教育アウトカムが設定され、アウトカム毎の達成水準も設定されたが、達成水準が学部教育における専門的実践力として妥当かどうかの確認は不十分である。また、ディプロマポリシーと言えども、時代の変化に対応していかなければならないので、教育アウトカムと共に定期的に見直す必要がある。

C. 現状への対応

現状では、本学の個々の教員にアウトカム基盤型の教育プログラムの理解が十分に進んでいるとは言いがたい。そこで、新カリキュラムの編成に当たっては、編成責任者に対して各コースプログラムがどのディプロマポリシーや教育アウトカムの実現に繋がるものを明示するように求めることにより教員の理解を醸成している。また、新しい臨床実習の実施方法や評価についての FD を行い、その周知を図っている（資料 1-21）。

大学の構成者が幅広く参加するカリキュラム企画小委員会（資料 1-22）が組織されたので、この委員会で、各教育アウトカムの達成水準が学部教育における専門的実践力として妥当かどうかの検討から開始する。

D. 改善に向けた計画

アウトカム基盤型ロードマップ（資料 1-16）による各教育プログラムの位置づけを、FD を通じて周知する。また、個々のアウトカムについて示した達成水準が、学部教育における専門的実践力として妥当かどうかの確認を進めていく。さらに教育アウトカムそのものの見直しの必要性の確認を 2 年に一度程度を目処に行う方針である。

関 連 資 料

- 資料 1-3 近畿大学医学部 教育目標
- 資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム
- 資料 1-15 近畿大学医学部 ディプロマポリシー
- 資料 1-16 近畿大学医学部 カリキュラムポリシー
- 資料 1-17 近畿大学医学部 カリキュラムツリー
- 資料 1-18 近畿大学医学部 カリキュラムマトリックス
- 資料 1-19 近畿大学医学部 アウトカム基板型ロードマップ
- 資料 1-20 平成 26 年度・平成 27 年度 近畿大学医学部年次配分表
- 資料 1-21 近畿大学医学部 FD 資料 臨床実習の評価
- 資料 1-22 近畿大学医学部カリキュラム企画小委員会規程

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

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に関しては、医学部の教育目標に「1. 医師に必要な基礎的知識・技能の修得」と「3. 広い学問的視野の育成」を掲げ（資料 1-3）、ディプロマポリシーにはその第 1 に「医師になるために必要な医学の知識と技能を修得」と「日々向上」させる努力を求め（資料 1-3）、教育アウトカムでは【医学的知識】と【診療の基本的技能】の獲得を挙げている（資料 1-8）。

これを実現するために、教育プログラムでは医学教育コアカリキュラムと医師国家試験出題基準のほぼ全領域を各講座の授業でカバーしている。さらに、基礎医学の研究者を目指す道を示すべく、教育アウトカムに【課題解決能力と医学研究への連結】を、社会医学や行政に進む道を示す【医療の社会性の理解】を設定し、医学の専門領域は臨床医だけでないことを示している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

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は、上記のように、医学部の教育目標、ディプロマポリシー、そして、教育アウトカムに示されている。しかし、現状は、教育アウトカムを定めて 2 年の間に、既存の診療科別モジュール型の教育プログラムをアウトカム基盤型に再編成し、それを微調整しながら動かしている状態である。そのため、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が現状のアウトカムでカバーされているかどうか、他にカバーすべき優先度の高い領域はないか、近畿大学医学部の特徴を出せる領域はカバーされているかといった検証は不十分である。

C. 現状への対応

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を念頭に置き、各教育アウトカムの達成水準がこれらをカバーしているかどうかの検証をさらに進める。また、各教科の講義や実習において教員がアウトカムとその達成水準を意識してプログラムを組み、評価をするよう FD 等の機会を通じて啓発する。

D. 改善に向けた計画

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を念頭に置き、A で述べた教育アウトカムの達成水準が十分にカバーしているか、他にカバーすべき優先度の高い領域はないか、近畿大学医学部の特徴を出せる領域はカバーされているかといった検討をカリキュラム委員会、カリキュラム企画小委員会を中心に進めるとともに、教育評価委員会で指摘を受け、不十分な分野があれば、達成水準、場合によってはアウトカムを修正する。これにより広範囲の専門領域に直接触れる機会を増やす教育プログラムを実現し、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を修得させていく計画である。

関 連 資 料

資料 1-3 近畿大学医学部 教育目標

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

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

医師として定められた役割を担う能力は、ディプロマポリシーに定められ（資料 1-15）、具体的には教育アウトカムとして記述されている（資料 1-8）。【倫理とプロフェッショナリズム】はすべての医師に必須の事項と位置づけている。【医学的知識】と【診療の基本的技能】は臨床医学を担う医師は当然持たなければならない能力である。加えて、【倫理とプロフェッショナリズム】と【医療安全】は医師として必須の事項であるので、1 学年から繰り返し、学習している。【チーム医療】、【コミュニケーション能力】、並びに【医療安全】は臨床医には必須の事項である。【医療の社会性の理解】は医療行為が医療制度に大きく規定されるので、臨床医にとっても必須の事項であるが、同時に、行政で働く医師や社会医学の研究者も念頭に置いている。また、国際保健分野で活躍する医師を育てる意味から【国際化に対応できる教養と英語力】を定め、基礎医学を含む研究者に必要な能力も念頭に【自律的継続的学習能力】、【課題解決能力と医学研究への連結】を定めている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医師として定められた役割を担う能力はディプロマポリシーと教育アウトカムの中で定められている。個々のアウトカムの達成水準が必要な能力のすべてをカバーしているかどうかや、近畿大学医学部の特徴としてカバーすべき分野があるかどうかの検証は行われていない。

C. 現状への対応

医師として定められた役割を担う能力を獲得するために、学生個人が目標とするレベルは、学生の熟達度によって異なる。そこで、その能力が具体的に何であるかについて、新しい臨床実習のログブックには「私が目指す医師像」、および「目指す医師になるため、臨床実習で以下のことを目標にします」などの項目を設け、自ら記載をさせることとした（資料 1-23）。それから振り返って、医師として定められた役割を担う能力を再確認する。

D. 改善に向けた計画

個々のアウトカムの達成水準が、医師として定められた役割を担う能力のすべてをカバーしているかどうかや、近畿大学医学部の特徴としてカバーすべきでありながら欠落している

分野があるかどうかといった検証を、定期的にカリキュラム企画小委員会、教育評価委員会を中心に実施する。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-15 近畿大学医学部 ディプロマポリシー

資料 1-23 近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

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

卒後教育への準備は上記のディプロマポリシー（資料 1-15）にて「医師に必要な基礎的知識・技能の修得」を第 1 に挙げると共に、教育アウトカム（資料 1-8）には【医学的知識】と【基本的な診療技術】を挙げ、それぞれの達成水準として、「医学教育モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験出題基準が求める医学的知識」、並びに、医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学修・評価項目」が求める基本的診療能力と患者背景を理解しての対応を達成水準とし、卒後の教育につながる水準を求めている。さらに、ディプロマポリシーの「自ら問題を解決する積極的な態度の養成」と教育アウトカムの【自律的継続的学習能力】で卒後の教育の準備となる態度の獲得を目指している。このための教育プログラムとして特に重要なのは臨床実習である。卒業が近づく 6 学年を中心に診療参加型の実習を行い、PCC-OSCE で臨床能力を評価して、初期臨床研修へシームレスな接続を意識している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

卒後の教育への準備は、上記のようにディプロマポリシー、並びに教育アウトカムに包含されている。実際、近畿大学医学部附属病院の研修医の多くが本学の卒業生である。

臨床研修を始めるに当たっての医学的知識や基本的な診療技能の不足、医師としての態度の未成熟についてはきめ細かいフィードバックを受けている。

卒後の臨床研修で求められる能力を明確にし、卒業時の教育アウトカムの達成水準との整合をさらに図る必要がある。

C. 現状への対応

本学医学部の総合医学教育研修センター（資料 1-24）を中心に卒後臨床研修で求められる能力を明確にし、卒業時の教育アウトカムの達成水準がそれに整合するかどうかを検討し、必要な修正があれば行う。

D. 改善に向けた計画

総合医学教育研修センターが中心になって、卒前教育で求められる能力と卒後臨床研修で求められる能力の整合性をとり、卒前卒後をシームレスにつなぐ教育体制の整備をさらに進める。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-15 近畿大学医学部 ディプロマポリシー

資料 1-24 近畿大学医学部総合医学教育研修センター

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

ディプロマポリシーに、「医師になるために必要な医学の知識と技能を修得し、さらに日々向上に努めること」と定めて生涯学習の継続を求め（資料 1-15）、教育アウトカムには（資料 1-8）【自律的継続的学習能力】を定めて、自ら課題を発見し、自ら継続的に学び、自己研鑽を続ける態度を求めている。さらに、【課題解決能力と医学研究への連結】では、課題解決に当たっては、常にエビデンスに基づいて判断し、エビデンスが不足する課題においては、自らエビデンスを作り出す医学研究に向かう姿勢をもつと定めて、生涯学習への継続を目指している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

生涯学習への継続はディプロマポリシーと教育アウトカムに定めている。ただし、「自ら継続的に学び」の記載はあるが、「生涯学習」の文言は入っていない。

C. 現状への対応

教育アウトカムの【自律的継続的学習能力】に生涯学習の観点からも検討を続ける。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム企画小委員会と総合医学教育研修センターで、卒前教育、初期臨床研修、専門医研修、生涯学習についての一貫した方針を策定する。また、生涯学習者への支援プログラムを医学部として提供する方法を検討する。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-15 近畿大学医学部 ディプロマポリシー

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

教育アウトカムに【医療の社会性の理解】として、医療保険や公費医療などの医療制度、適切な介護、福祉施設への連携など、患者を支える社会的基盤を理解し、活用する、と定め、保健・医療・福祉・介護制度からの要請に応える社会的責任を果たせるようになることを求めている。【倫理とプロフェッショナリズム】では、医師は医療の中核的役割を果たす責任ある職種であることを肝に銘じ、日々自己研鑽に勤め、常に社会からの信頼を得るよう行動する、と定め、医師の社会的責任の重さを強調している。さらに、【課題解決能力と医学研究への連結】では、課題解決に当たっては、常にエビデンスに基づいて判断し、エビデンスが不足する課題においては、自らエビデンスを作り出す医学研究に向かう姿勢をもつ、と定め、新たな課題を研究によって解決し、社会に貢献する姿勢を求めている（資料 1-8）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

社会の保健・健康維持に対する要請、医療制度からの要請、およびその他の社会的責任は教育アウトカムの【医療の社会性の理解】【倫理とプロフェッショナリズム】【課題解決能力と医学研究への連結】に定められている。しかし、社会的責任についてはやや不明確である。

C. 現状への対応

社会の保健・健康維持に対する要請と医療制度からの要請は教育アウトカムの【医療の社会性の理解】等に包含されているが、内容的には十分深められていない。医療の社会性に関する教育活動の範囲を広げる中で内容を深める努力していく。

D. 改善に向けた計画

卒業時の保健医療機関や福祉施設、地域社会との接点を広げるプロセスの中で、社会的責任をどう位置付けるかを検討していく。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

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

本学では、ディプロマポリシーに「自ら問題を解決する積極的な態度の養成」を定め（資料 1-15）、教育アウトカムには【課題解決能力と医学研究への連結】を挙げ、「課題の解決に当たっては、常にエビデンスに基づいて判断し、エビデンスが不足する課題においては、自らエビデンスを作り出す医学研究に向かう姿勢をもつ」と定めている（資料 1-8）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

医学研究への接続は教育アウトカムの【課題解決能力と医学研究への連結】に定められており、それを達成するための教育プログラムも実施している（資料 1-25）。しかし、実際に研究室の一員となり、研究をする学生は少数であるし、ART 履修生（資料 1-26）も各学年数人にとどまっている（資料 1-34）。学生に対する教育アウトカムの周知と共に、医学研究がなぜ必要なのか、大切なのか、そして面白いのかが十分に伝わっていないと考えられる。加えて、近年、教育プログラムは過密となっており、留年生も増加傾向にある。学生にとっては余裕がなく、研究をしたくてもできない事情もある。

C. 現状への対応

医学研究への接続は教育アウトカムの【課題解決能力と医学研究への連結】に定められているが、目標が達成されていない傾向がある。学生に教育アウトカムを周知し、医学研究がなぜ必要なのかといかにやり甲斐があるかを伝えていく。

D. 改善に向けた計画

教育アウトカムの【課題解決能力と医学研究への連結】を実質化するためのプログラムを充実させ、より魅力的な課題設定を追求する。また、学生に物理的にも、精神的にも余裕を持たせるために、簡素化できるプログラムがないか、カリキュラム企画小委員会と教育評価委員会を中心に検討を進める。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-15 近畿大学医学部 ディプロマポリシー

資料 1-25 近畿大学医学部シラバス 1 学年 医学総論Ⅱ 基礎配属

資料 1-26 近畿大学大学院医学研究科 特別委科目等履修生制度（ART）

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

ディプロマポリシーに「広い学問的視野の育成」を掲げ、他者を理解する幅広い教養と国際化の時代に対応できる英語力を身につけることを求めている（資料 1-15）。教育アウトカムにも【国際化に対応できる教養と英語力】を挙げ（資料 1-8）、迫り来る国際化に対応し、

文化の違いを超えて相互に理解するための幅広い教養と円滑なコミュニケーションが可能な英語力を身につけるとして（資料 1-27）（資料 1-28）、国際化への対応は含まれている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

ディプロマポリシーと教育アウトカムに国際化に対応できる幅広い教養と英語力の獲得は掲げられており、そのための教育プログラムも実施している。しかし、「国際化への対応」だけでは受け身で、国際保健への貢献や国際的医療協力への参加といったより積極的、能動的な目標が掲げられていない。

C. 現状への対応

ディプロマポリシーと教育アウトカムに国際化への対応は掲げられているが、より積極的な国際保健や国際的医療協力の文言はない。しかし、平成 29（2017）年から開講した「医学から見た国際社会と日本」では国際保健分野で牽引的な役割を果たしている指導者を教員として迎えており、より積極的な国際保健への関与について、検討を始める。

D. 改善に向けた計画

国際保健に関する講義、英語教育、短期留学といった国際化プログラムを国際保健、国際医療協力への貢献と言う目標の点からも充実させ、さらに、教育アウトカムの【国際化に対応できる教養と英語力】の実質化を図る。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-15 近畿大学医学部 ディプロマポリシー

資料 1-27 近畿大学医学部シラバス 1 学年 英語

資料 1-28 近畿大学医学部シラバス 2-4 学年 医学英語 Dr. Espinoza

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まれなければならない。
 - 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

カリキュラムの立案、編成については、カリキュラム委員会を中心に近畿大学医学部教育系委員会組織 (資料 1-29) により行っている。新規事案の検討はカリキュラム委員会自身の発案はもちろん、医学部長の諮問、教授会や教務委員会の提案で開始される。詳細な検討はカリキュラム委員会の下部組織である学生メンバーを含むカリキュラムワーキンググループが行ってきた。平成 29 (2017) 年度より、カリキュラムワーキンググループを拡充し、カリ

キュラム企画小委員会（資料 1-22）を発足させた。カリキュラム企画小委員会には、教育の主力となる教員各層の委員と学生代表、並びに学務課長が含まれ、カリキュラム委員会の諮問に基づき、具体的な企画を立案する。カリキュラム委員会は、医学部長を含め、教育に責任をもつ教授から構成され、カリキュラムに関する企画案は、必ず医学部長を含めて審議される。さらに、病院長を含めた教務委員会で審議され、教授会では、毎回、最初の審議事項として審議され、決定される。こうして決定されたカリキュラムは近畿大学学則の変更に繋がる場合もあるが、これが近畿大学本体から拒否されたり、修正を求められたりしたことはなく、いわんや他の団体、組織から干渉されたこともない。カリキュラムの作成は組織自律性をもって行われている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラムの作成は、教える側の一方的な考えだけでは、教授錯覚を招いて学びを推進できる現実的なものとはならない。一方、学生の意見ばかりでは、悪しきポピュリズムに陥る可能性がある。そこで、具体的な企画を行うカリキュラム企画小委員会では学生を含む多くの層のアイデアを集めて企画案をつくり、責任を有するクラスで組織されたカリキュラム委員会では組織的自立性をもって決定する体制ができている。カリキュラム委員会、教務委員会には必ず学部長が出席し、管理運営者が責任をもって教育施策を構築する体制ができている。平成 29（2017）年度からは外部委員を含めた医学教育評価委員会（資料 1-14）が設置され、より公平な視点からの評価をいただく体制が整備された。

C. 現状への対応

平成 29（2017）年度からカリキュラム企画小委員会を設置し、カリキュラムの改革原案を作成に当たり、学生、教職員の意向を反映できる体制ができた。しかし、十分な運用はこれからであり、役割を果たせるように機能を強化していく。これ以外に、FD の際には必ずカリキュラムに関するアンケートをとり、教職員の意見を募っている。管理運営者が責任をもって教育施策を構築するために、カリキュラム委員会、教務委員会には、必ず学部長が出席することを前提にしており、今後も続ける。

D. 改善に向けた計画

教育施策に関しては、学部において組織的な自立性を発揮できる委員会構成を組んでいるが、カリキュラム企画小委員会と教育評価委員会は歴史が浅い。これから定着させ、期待通りに機能するよう各層の努力を求めていく。

関 連 資 料

資料 1-14 近畿大学医学部教育評価委員会 規程・名簿

資料 1-22 カリキュラム企画小委員会規程

資料 1-29 近畿大学医学部教育系委員会組織図

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

カリキュラムを実施するために配分された資源の活用として、教育の場としては、各学年専用の講義室の他、実習のための実習室が設置され、IT 環境に関しては IT 教室に加えて、組織実習室にも IT 環境を整備し、IT を活用した教育資源を有効に活用している。これ以外に 5 つの実習室があり、各科の実習に十分なスペースを確保している。臨床技能を高めるシミュレーション教育を進めるため、シミュレーションラボを開設し、その後、拡充してシミュレーションセンターとした（資料 1-30）。現在は専任管理者 2 人を置いて、学生や研修医が活用しやすい環境を整備している。また、テュートリアルルームをつくり、小グループディスカッション授業を実施できる環境を整備している（資料 1-31）。学生に対して自学自習を促すための自習室が設置されており、特に 6 学年には全員が小グループに分かれて学習するための自習室を整備した（資料 1-32）。また、インターネット環境としては、学生が学外からも時間帯を選ばず、アクセスできる環境として、学生ポータルを設置している。また、シラバスの提示や、試験問題作成についても、IT を活用したシステムを導入している。

人的資源としては、学部長、病院長はじめ、文部科学省と厚生労働省の共催（当時）による医学教育者のためのワークショップ（富士研）でカリキュラムプランニングの修練を積んでおり、貴重な人的資源となっている。また、本学では、学部と病院の連携により総合医学教育研修センターを運用しており、学務課職員以外に卒後と卒前のカリキュラムの立案と円滑な実施のため、専任教授 2 人を含め、人的資源として活用されている。また、外国人医師を講師として採用し、医学英語を担当している。

以上の資源については、医学部のカリキュラム委員会や教務委員会での決定と教授会の承認の下で組織自立性をもって活用できている。教育関係予算には限りがある。カリキュラム委員会や教務委員会の審議により必要性が高いと結論された新たな教育資源については、現状では比較的柔軟に予算措置がされているが、基本はスクラップ アンド ビルドである。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

配分された資源の活用は医学部が組織自律的に決定できている。しかし、施設の増設、人員の増員、予算の追加は簡単ではなく、配分の変更が自律的に実施できるにとどまっている。そういった制約の中でも、IT 系の環境整備は比較的整備されたし、PBL テュートリアルのための小部屋も多数確保し、活用されてきた。総合医学教育研修センター所属専任教員は教授 2 人となり、兼任ではあるが 4 人確保されている。医学教育者のためのワークショップ（富士研）にはこの 6 年間で 3 人参加し、医学教育専門家資格は 2 人が得ており、教育プログラムの改定や本自己点検評価で大きな役割を果たしている。

教育関係の予算や人員は前例主義で配分される傾向にあり、もっとも有効な配分がなされているかは不透明である。

C. 現状への対応

医学教育者のためのワークショップや教育に関する研修にはできるだけ出席し、教育のための人的資源の整備につとめている。人員の増加や予算の増加は困難であるが、配分の変更は医学部内で組織自立的に実施できている。人員の配分は組織検討委員会で検討されるので、最も有効な配分と教育専任教員の増員に向け、組織検討委員会と連携して協議していく。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム実施のために配分された施設、人材、設備、資料などを最も有効に活用するために、教務委員会で前例にとらわれない審議を行う。必要な人材を確保するために、組織検討委員会と連携して検討する。必要な教育関係予算を確保するため、政府や私立大学協会などの助成金の獲得にもチャレンジする。

関 連 資 料

資料 1-30 近畿大学医学部シミュレーションセンター管理運用規程・使用細則

資料 1-31 近畿大学医学部テュートリアルルーム平面図

資料 1-32 近畿大学医学部 6 学年用自習室平面図

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

現行カリキュラムに関する検討については、教授会では毎回カリキュラムの問題点や改革の方向について意見を求め、カリキュラム委員以外の教授のカリキュラム検討への参加の自由を保障している。その他の教員については、不定期ではあるが、教員アンケート等を通じて意見集約を行っている。平成 26（2014）年度に実施したアンケートでは、現行のカリキュラムに対する問題点や課題が指摘され、また、新しい案に対する意見も多数提案され、新カリキュラムの改訂に至っている。学生については、カリキュラム企画小委員会で発言を求め、カリキュラム改革に活かしている。また、年に数回ではあるが、学生組織の学生連絡会の代表と各学年の代表が医学部長以下幹部教員、並びに学年主任の教授と懇談する会を開いて、学生の要望を聞いている。学生の要求については精査し、可能なものについては実施している（資料 1-32）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教員からの発言や意見については、FD ごとに集め、また必要な場合はアンケートを実施して収集している（資料 1-33）。学生からの発言やフィードバックは、月 1 回のカリキュラム企画小委員会で得ているし、学生連絡会との懇談会でも得られている。懇談会での学生の要求は時には無茶なものもあり（資料 1-32）、学生は自由に発言していると考えている。カリ

キュラム企画小委員会はまだ始まったばかりであり、今後も学生を含めて自由闊達に議論できるかどうかは不透明である。

C. 現状への対応

教授が委員となっているカリキュラム委員会は、自由に発言がしやすいこともある。そこで、学生をはじめ教授以外の委員が参加するカリキュラム企画小委員会ではできるだけ和やかで発言しやすい場となるように工夫している。同委員会は月に1回定期開催されるので、学生や教職員が自由に現行カリキュラムについて発言し、検討できる場としていく。

D. 改善に向けた計画

上記のような現行カリキュラムの検討に対する教員や学生の自由な参画は、道筋はできているが、まだ十分に定着しているとは言えない。今後、学生や教員が自由闊達に議論できる委員会として定着を図るとともに、持続的なシステムとなることを目指す。

関連資料

資料 1-32 平成 28（2016）年度学生連絡会との昼食懇談会のまとめ

資料 1-33 FD アンケート

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

教育アウトカムに【課題解決能力と医学研究への連結】を掲げているので、これを実現するために、カリキュラムを過重しない範囲で、各科目の一部に最新の研究成果を導入する自由を保障している。実際、1 学年の前期の医学総論Ⅰでは、基礎医学系講座の最新の研究の動向に触れる授業を実施している（資料 1-34）し、後期には医療イノベーション学を開講して医療領域のイノベーションをもたらしている最新の研究成果を伝えている（資料 1-35）。さらに、後期の医学総論Ⅱでは、学生を基礎医学系の研究室に配属し、実際に研究の最前線を見聞する機会を設けている（資料 1-25）。さらに、自学の研究室だけでなく、海外の大学でも学習・研究する機会を提供すべく、米国の IOWA 大学、英国の Imperial College London へ学生が短期留学するシステムを構築している（資料 1-6）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教育アウトカムの【課題解決能力と医学研究への連結】を達成すべく、各科目で最新の研究成果を教育に盛り込むことはむしろ奨励している。しかし、実際にそれがどの程度なされているかは調査しておらず、また、カリキュラムを過重にしているかどうかは評価していない。

C. 現状への対応

各科目で最新の研究成果を教育に盛り込む自由はもちろん認め、むしろ今後も奨励する。ただし、どの程度、盛り込んでいるかは調査し、カリキュラムを過重にしていると判断される場合は担当者に改定を求める。

D. 改善に向けた計画

今後も最新の研究成果を各科目の教育に盛り込むことを奨励する。ただし、それが行き過ぎないようにシラバスや学生の授業評価アンケートなどでチェックする体制をつくる。各科目内とは別に、学内の研究室での研究を学生に経験させるプログラムや、海外での研究を経験するプログラムを拡充させていく。

関 連 資 料

資料 1-6 IOWA 大学短期留学プログラム・Imperial College London 短期留学プログラム

資料 1-25 近畿大学医学部シラバス 1 学年 医学総論Ⅱ 基礎配属

資料 1-34 近畿大学医学部シラバス 1 学年 医学総論Ⅰ

資料 1-35 近畿大学医学部シラバス 医療イノベーション学

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

近畿大学医学部では、大学の使命にしたがって教育目標（資料 1-3）とディプロマポリシー（資料 1-15）を定め、学生が卒業時に達成すべき教育アウトカムとして（資料 1-8）、近畿大学医学部の教育アウトカム

【倫理とプロフェッショナリズム】

常に患者の利益、安全、人権を第一に考え、患者およびその家族の生活歴、背景を理解して常に患者中心の医療を行う。医師は医療の中核的役割を果たす職種であることを肝に銘じ、自己研鑽に勤め、常に社会からの信頼に耐えうる行動を取る。

【医学的知識】

必要な医学的知識を身につけていることは、医師としてのあらゆるコンピテンスの基本である。卒業時には、医学教育モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験出題基準が求める医学的知識を身につける。

【診療の基本的技能】

医療系大学間共用試験実施評価機構「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」が求める基本的診療能力に加え、患者背景を理解して対応する診療態度を身につける。

【医療安全】

安全、安心の医療のために必要な基本的知識と技能、常に患者の安全を第一に考える態度を身につけ、安全管理体制を理解しルールを遵守する。

【チーム医療】

医療チームの一員として多職種と連携し、相互に尊重しあった適切な行動をとる。さらに医療チームの中でリーダーシップを発揮することを念頭に置き、自己研鑽する。

【コミュニケーション能力】

患者・家族への医療内容のわかりやすい説明、医療チーム内での適切な情報の共有、意志決定への参画、他の診療科との連絡、相談等、円滑な診療と良好な人間関係を築くためのコミュニケーション能力を有する。

【医療の社会性の理解】

医療保険や公費医療などの医療制度、適切な介護、福祉施策への連結など、患者を支える社会的基盤を理解し、活用する。

【国際化に対応できる教養と英語力】

否応なくやってくる国際化に対応し、文化の違いを超えて相互に理解するための幅広い教養と円滑なコミュニケーションが可能な英語力を身につける。

【自律的継続的学習能力】

自ら課題を発見し、自ら継続的に学び、自己研鑽を続ける態度をもつ。

【課題解決能力と医学研究への連結】

課題の解決に当たっては、常にエビデンスに基づいて判断し、エビデンスが不足する課題においては、自らエビデンスを作り出す医学研究に向かう姿勢をもつ。

と定めている（資料 1-8）。卒前教育で修得すべき基本的知識の中心は【医学的知識】であり、「必要な医学的知識を身につけていることは、医師としてのあらゆるコンピテンスの基本である」の考えの下、達成水準としては、「医学教育モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験出題基準が求める医学的知識」としている。加えて、生命倫理や医療倫理、医療の社会性に対する理解も求めている。技能については、診療の基本的技能の水準として、CATO が設定した学生が実施できる医療手技を基準と考えている。

これらのアウトカムを学生が達成できるように、教育プログラムが編成されている。

知識については、その達成は 2 学年、3 学年、4 学年（共用試験 CBT）、5 学年の総合試験で、卒業時点では 2 回の卒業総合試験で評価される。技能と態度については各科の臨床実習で個別に評価すると共に、さらに客観的に評価を進めるため、PCC-OSCE のトライアルを開始している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

近畿大学の教育アウトカムは、平成 27（2015）年度に制定されたが、まだ歴史が浅く、知識以外のアウトカムの達成水準がいまだ確立できていないため、達成度の評価は十分ではない。技能と態度の評価は臨床実習と OSCE で行われるが、各診療科共通の臨床実習評価は平成 29（2017）年度に導入されたばかりで、まだ定着には至っていない。また OSCE は臨床実習開始前には実施してきたが、PCC-OSCE はようやく今年度からの導入で、この定着と確実な評価も今後の課題である。

C. 現状への対応

教育アウトカムに示された知識の獲得を評価するために、各学年で総合試験を実施している。技能と態度を評価するためには、これまで各診療科に任されてきた臨床実習評価方法を、今年度から一定の方式に統一しており、それを実施、定着させるための FD を実施している（資料 1-21）。また、PCC-OSCE についても今年度から実施し、定着と確実な評価を目指す。

一方、【国際化に対応できる教養と英語力】では、1 学年で英語やその他の外国語を修得するだけでなく、2 学年、3 学年、4 学年と継続的に医学英語の授業を受けて、学習の継続性を重視している。達成度はそれぞれの学年で評価しており、卒業時点では行っていない。

D. 改善に向けた計画

技能と態度は、これまで各診療科が独自の方法で評価していたが、これを今年度から一定の方式に統一した。これを確実に実施し、定着させるための FD を継続的に実施していく。また、OSCE についても PCC-OSCE として実施するが、現在、FD を実施し、確実な評価を目指している。

- 資料 1-3 近畿大学医学部 教育目標
資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム
資料 1-15 近畿大学医学部 ディプロマポリシー
資料 1-21 近畿大学医学部 FD 資料 臨床実習の評価

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

どの医学専門領域にも進むことができる適切な基本については、あらゆる医学分野における知識と関連技能を修得することが基本となる。そのため、医学教育モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験出題基準をカバーする教育プログラムを編成している。この知識部分の達成は各学年と卒業時の総合試験で評価している。加えて本項目には教育アウトカムの【倫理とプロフェッショナリズム】、【チーム医療】、【コミュニケーション能力】が密接に結びついている（資料 1-8）。これらは、主として臨床実習において達成度が示される。現在、臨床実習での評価を統一するために、共通フォーマットを用いるなどの対応をしている（資料 1-23）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

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の修得は教育アウトカムに包含され、それを修得するための教育プログラムが編成されている。学生の達成度は知識領域については学年毎の総合試験や卒業総合試験によって評価されているが、技能、態度領域については十分とは言えない。現状では、平成 28（2016）年度 FD で（資料 1-35）、上記のような Work-Based Assessment へのチャレンジを議論し、導入したところであり、十分に定着するところまで行っていない。

C. 現状への対応

現在、CbD や Mini-CEX、多職種からの評価などを取り入れて評価の妥当性を高め、どの医学専門領域においても求められる適切な基本の達成度を示すことにチャレンジしている。本医学部の臨床実習では CbD はすべての診療科で活用可能な手法と考えているが、mini-CEX は多くの診療科に利用を求めるのは難しいと考えている。

D. 改善に向けた計画

臨床実習での統一した評価と PCC-OSCE の確実な実施と定着を図る。さらに CbD や mini-CEX といった普遍性の高い評価方法を活用して達成度を示せるように、FD を進めていく。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-23 近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

資料 1-35 平成 28 (2016) 年度近畿大学医学部 FD 資料 臨床実習

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

近畿大学医学部の卒業生のほとんどが臨床医となり、多くが診療所を開業する。したがって、念頭に置くべき保健医療機関での役割の第 1 は臨床医である。教育アウトカムでも【倫理とプロフェッショナリズム】、【医学的知識】、【診療の基本的技能】、【医療安全】、【チーム医療】、【コミュニケーション能力】といった臨床医に必要なコンピテンスを掲げている（資料 1-8）。【医療の社会性の理解】は医療行為が医療制度に大きく規定されるので、臨床医にとっても必須の事項であるが、同時に、保健所や保健センターで予防医学業務に就く医師も念頭に置いている。この社会性獲得のために、1 学年の学外施設実習で保健所、保健センター、精神障がい者社会復帰支援施設、介護老人保護施設、特別養護老人ホーム等の実習を行っている（資料 1-36）。2 学年では病院体験実習、4 学年では社会医学コースと医薬連携教育プログラム、5 学年では全員に和歌山県串本町で地域医療実習を実施し、6 学年では選択実習として地域医療実習を実施している。この地域医療実習は平成 17 (2005) 年度の文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム（医療人 GP）」に採択されて始まったもので（資料 1-37）、5 学年、6 学年がくしもと町立病院の診療体験、高齢者サロンでの健康講話の実施、訪問介護等を行い、大学病院以外の保健医療機関での将来的な役割を理解する上では、貴重な体験となっている。この実習は補助期間が終了した後も、現在まで長く継続している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育アウトカムには、医療機関だけでなく、保健所、保健センター等を含む保健医療機関での将来的な役割を担うために必要なコンピテンスを挙げ、それを達成するための教育プログラムを編成している。これらのアウトカムの知識領域の達成度の評価は社会医学も含む卒業総合試験で評価している。技能、態度領域については臨床実習時に評価しているが、卒業時にその達成を示すところまではできていない。

C. 現状への対応

保健医療機関での将来的な役割を担うために必要なコンピテンスの技能や態度領域の評価が不十分であったが、上述のように臨床実習の評価の標準化や改良を開始している。

D. 改善に向けた計画

臨床実習での技能、態度領域の評価は、現在取り組んでいる改善を、計画的な FD の実施により定着させ、さらに改善していく。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-36 近畿大学医学部シラバス 1 学年 学外施設実習、実習要領、実習報告書

資料 1-37 平成 17（2005）年度の文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム（医療人 GP）」資料

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

教育アウトカムには【医学的知識】と【診療に必要な基本的技能】を挙げ、それぞれの達成水準として、「医学教育モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験出題基準が求める医学的知識」、並びに、CATO が設定した学生に必要とされる医療手技を達成水準とし、卒後の教育につながる水準を求めている。また、【自律的継続的学習能力】を挙げ、卒後研修への自律的な接続を達成する態度の形成を目指している（資料 1-8）。卒業時に卒後研修に臨むことができる状態にあるかどうかは、臨床実習での評価が重要と考え、平成 28（2016）年度に FD を実施して Work-Based Assessment の考え方や手法に関して教員間で共有化を行った（資料 1-21）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

卒後研修にシームレスに入るための学習成果は教育アウトカムに定めている。その達成のためには臨床実習が重要と考えているが、臨床実習の目標設定や評価の診療科を超えた統一が十分とは言えない。そこで、平成 28（2016）年度に Work-Based Assessment の考え方や手法についての FD を実施したところである（資料 1-35）。

C. 現状への対応

現時点では、Work-Based Assessment の基本的な考え方や使い方の FD を実施したところで、これらの定着を目指している段階である。しかし、現状でも臨床実習では学生なりに実習目標を設定しており、これは卒後研修で自律的継続的学習を進めることができる証と考え、その完成度を高める努力をしている。

D. 改善に向けた計画

Work-Based Assessment のような評価手法を全診療科にわたって導入してまだ十分な時間が経過しておらず、今後、ログブック、評価シートや Cbd の定着をはかると共に、診療科によっては mini-CEX などの、より現場に近いアウトカムの達成度評価を組み入れていく方針である。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-35 平成 28 年度近畿大学医学部 FD 資料 臨床実習

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

本学の教育アウトカムでは、【自律的継続的学習能力】と【課題解決能力と医学研究への連結】を定め、前者では、自ら課題を発見し、自ら継続的に学び、自己研鑽を続ける態度をもつことを求め、後者では、課題の解決では常にエビデンスに基づいて判断し、エビデンスが不足する課題においては、自らエビデンスを作り出す医学研究に向かう姿勢をもつことを重視している（資料 1-8）。

これらの達成のために、臨床実習 I では、学生全員が集まって臨床実習レビューを行い、自分たちが経験したケースをグループでディスカッションして深化させている。また、多くの診療科で受け持ち症例については文献を検索するよう指導しているし、公衆衛生学の選択実習では、臨床実習中に遭遇した臨床課題を実際に EBM の手法をもって解決させ、学修技能の修得させている（資料 1-38）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

上記のように、生涯学習への接続は教育アウトカムに定めている。しかし、「自ら継続的に学び」の記述はあるが、「生涯学習」の文言は入っていない。実際の教育プログラムでは、自律的に診療に参加する実習を 20 週間に延長するなど、「生涯学習」の実現に繋がる内容となっている。ただし、その実習の目標設定や評価においては、診療科の枠を超えての統一が不十分で、生涯学習の継続に必要な自律的学修能力が養成されているかどうかの評価システムの確立はこれからである。

C. 現状への対応

新しい臨床実習のログブックに、「私が目指す医師像」と目指す医師になるために必要な臨床実習での目標を自ら設定させることにし（資料 1-23）、生涯学習の目標を定め、自律的な学修につながることを目指している。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム企画小委員会と総合医学教育研修センターで、卒前教育、初期臨床研修、専門医研修、生涯学習についての一貫した方針を策定する。また、生涯学習者への支援プログラムを医学部として提供する方法を検討する。現在の4学年から診療参加型臨床実習が20週になるので、内容を充実させ、生涯学習への連結を実質化する。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-23 近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

資料 1-38 臨床実習Ⅱ 公衆衛生学実習要領、実習レポート

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

教育アウトカムに【医療の社会性の理解】を挙げ、医療保険や公費医療などの医療制度、介護、福祉施策からの要請を理解し、患者を支える社会的基盤を正しく活用することを求めている。また、【倫理とプロフェッショナリズム】では、常に患者の利益、安全、人権を第一に考え、患者およびその家族の生活歴、背景を理解して常に患者中心の医療を行うこと、さらに、医師は医療の中核的役割を果たす責任ある職種であることを肝に銘じ、日々自己研鑽に勤め、常に社会からの信頼を得るよう行動することが医師の社会的責任であることを定めている。さらに、【課題解決能力と医学研究への連結】では、課題解決に当たっては、常にエビデンスに基づいて判断し、エビデンスが不足する課題においては、自らエビデンスを作り出す医学研究に向かう姿勢をもつ、と定め、新たな課題を研究によって解決し、社会に貢献する姿勢を求めている（資料 1-8）。

上記の医療の社会性の理解やプロフェッショナリズムの達成のために、1 学年の学外施設実習や1 学年から始まるプロフェッショナリズム教育、5 学年と6 学年での和歌山県串本町で地域医療実習等を実施している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

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は教育アウトカムに包含されているが、社会的責任についてはやや不明確である。また、学生が卒業時点で社会的責任を全うする行動をとれるかどうかについては評価できていない。

C. 現状への対応

地域医療からの要請と医療制度からの要請の理解は達成され、それを評価することもできているが、学生が卒業時点で医師の社会的責任を真に理解し、それを全うする行動ができるかどうかについては評価できていない。評価するために、まず近畿大学医学部として社会的責任に何を含めるのかを明確にする。

D. 改善に向けた計画

卒業時の教育アウトカムとしての社会的責任の内容を近畿大学医学部として検討を進め、具体的な目標、並びに達成水準の策定を目指す。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

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

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するために、教育アウトカムに【倫理とプロフェッショナリズム】、【医療安全】、【チーム医療】、【コミュニケーション能力】、【医療の社会性の理解】を挙げている（資料 1-8）。その中で、常に患者の利益、安全、人権を第一に考え、患者およびその家族の生活歴、背景を理解して常に患者中心の医療を行うことや、医師は医療の中核的役割を果たす責任ある職種であることを肝に銘じ、日々自己研鑽に勤めなければならない。学生においても、学習者として適切な行動をとることを求めている（資料 1-11。）

このようなアウトカムを目指して、1 学年よりプロフェッショナリズム/実習の授業で、学生同士がチームとなって、救急外来で患者家族へのサービスをしたり、病棟で患者さんから闘病の様子を聞いたりする実習を行っている（資料 1-39）。その際、看護師のガイドで患者さんを紹介してもらうと共に、看護師から学生の評価もしていただいている。また、病棟実習に行く前と行った後に、模擬患者や指導教員を交えてディスカッションを行い、準備や振り返りを行っている。さらに、2 学年では病院の各部署の体験実習を設け（資料 1-40）、様々な病院職員と接する機会を設けている。こうした実習を通じて、自分自身だけではなく、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学んでいる。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

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するために、臨床実習に入る前の 1 学年、2 学年を通じて、患者、医療従事者と接する機会を設け、互いの理解、尊重、そして適切な行動を考え、学んでいる。プロフェッショナリズム/実習では、学生の感想や学んだことの内容について、報告書を作成しているが、作成が遅れると学生のガイドを行った看護師から催促されることもあり、定着しつつあると考えてい

る。しかし、このようなプログラムは2学年の病院体験実習の後、4学年の臨床実習Ⅰまで組めていない点が問題である。

C. 現状への対応

プロフェッショナリズム/実習をはじめとする1学年、2学年のプログラムは定着しつつあるので、さらに定着と深化を目指す。

D. 改善に向けた計画

このような講義・実習は継続させることに意味があると考えられるが、現状では総合医学教育研修センターの教員の努力で成り立っている。これをしっかりと支える体制を構築していく。また、3学年にこのようなプログラムがない。密なカリキュラムの中にどう組み込めるかを検討する。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-11 学生ポータル内の履修要項

資料 1-39 近畿大学医学部シラバス プロフェッショナリズム/実習

資料 1-40 近畿大学医学部シラバス 2学年 病院体験実習

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

ディプロマポリシーと教育アウトカムは誰でもアクセスできる近畿大学医学部ホームページに掲載して周知している。学生に対しては、授業の連絡や情報を得るための学生ポータルに教育アウトカムを医学部長の説明とともに掲載して、常時、学生がアクセスできるようにしている。ただし、単に掲載するだけでは、これを確認しようという意識が学生には起こりにくい。そこで、ディプロマポリシーと教育アウトカムをカードに印刷し(資料 1-41)、教職員と学生に配布して、ネームカードと共に常に携帯させることにした。また、ディプロマポリシーと教育アウトカムは全教室と事務所に掲示している(資料 1-42)。さらに、アウトカムを確認し、それを達成するモチベーションを持つようにするために、1学年のプロフェッショナリズム/実習の中で教育アウトカムを考えさせたり、各学年のオリエンテーションで説明したり、学生自身が設定した自分なりのアウトカムをグループで討議し、その結果を学生ポータルに掲載している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

ディプロマポリシーと教育アウトカムは医学部ホームページだけでなく、学生ポータルに掲載している。このことは、昨今の学生の情報入手方法を考えても、冊子体で掲載するより合理的である。ただし、単に掲載するだけでは、これを学生が確認しようという意識が起こりにくい。そこで、カードにして配布を行い、上記のように、教育アウトカムをいつでも参照

できるように携帯させ、また、自分たちで目標を設定するなど、モチベーションを保つように工夫している。以上のように教育アウトカムは周知できていると考えている。

C. 現状への対応

教育アウトカムを実質化する一つの取り組みとして、学生自らが“自分なりのアウトカム”（卒業時まで身に着けるべき資質/能力）を設定し、それを学生ポータルに掲載して、学生全員がお互いに確認できるようにしている。また、アウトカムについてのグループディスカッションで検討された成果も掲載している。こうした工夫で少しでも周知が進み、また、学生がアウトカム達成に向かって努力する実質化を期待している。

D. 改善に向けた計画

上記のような周知方法を継続すると共に、学生が教育アウトカムを理解し、それに向かって努力する実質化の方策を今後も考え、実現していく。

関 連 資 料

資料 1-41 ディプロマポリシー、教育アウトカム携帯用カード

資料 1-42 掲示用ディプロマポリシー、教育アウトカム

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

本医学部の学習成果は卒業時に達成しておくべき教育アウトカムとして明確に定められている（資料 1-8）。また、近畿大学医学部での卒後臨床研修の理念、基本方針、および各診療科での一般目標と具体的目標も明確に定められている（資料 1-43）。

これらの関連については、卒前教育のアウトカムの内、【医学的知識】と【診療の基本的技能】については、それぞれの達成水準を明示しているので、卒後研修の目標との範囲や水準の違いを認識することができる。しかし、それ以外のアウトカムについての関連づけはできていない。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教育アウトカムは明確に設定され、近畿大学医学部の卒後臨床研修での一般目標と具体的目標も明確にされているが、【医学的知識】と【診療の基本的技能】以外のアウトカムについて、両者の整合性の確認や関連づけはできていない。

C. 現状への対応

卒業時の達成すべき教育アウトカムの達成水準を明確化し、シームレスな卒後臨床研修への接続の実現を目指す。現状でも臨床実習では学生は自ら実習目標を設定しており、これは卒後研修で自律的継続的学習を進めることに繋がると考えており、卒後臨床研修を意識した目標設定をさせるなど、完成度を高める努力をする。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム企画小委員会で、卒業時のアウトカムは卒後臨床研修終了時アウトカムの達成に到る過程に存在することを明確に意識して、教育アウトカムの達成水準を明確化し、両者の関係を明確化していく。

関 連 資 料

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-43 近畿大学医学部附属病院臨床研修の理念と基本方針、一般目標と具体的目標

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

医学部卒業時点でのコンピテンスを定めた教育アウトカムの【課題解決能力と医学研究への連結】では、臨床実習などで遭遇する疑問や課題の解決に当たっては、常にエビデンスに基づいて判断し、エビデンスが不足する課題においては、自らエビデンスを作り出す医学研究に向かう姿勢をもつ、と定め（資料 1-8）、臨床的な疑問、課題から臨床研究、医学研究に接続する一連の思考過程の獲得を求めている。

基礎医学研究については、医学総論Ⅱにおいて基礎医学教室に配属され、現実の医学研究に接する機会をつくり（資料 1-25）、実際にその後、研究室に所属して研究を続ける学生も存在している。また、IOWA 大学への研究に関する短期留学制度があり（資料 1-6）、毎年、数人の学生が留学している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教育アウトカムの中に、【課題解決能力と医学研究への連結】が定められている。これにしたがって、臨床実習での課題の解決は常にエビデンスに基づくよう指導され、自ら最新のエビデンスを検索して判断することも求められている。上述のように基礎医学教室への配属や IOWA 大学への研究留学制度もあるが、基礎配属後も研究を続ける学生は少数で、留学する学生も少数にとどまっている。

C. 現状への対応

教育アウトカムは医学研究者になることを求めているのではなく、臨床医となっても臨床課題をエビデンスにしたがって解決する態度や研究的志向を持つことを求めている。したがって、臨床実習では EBM の原則に従った判断をする態度の育成と技能の獲得が重要で、6 学年の選択実習では、実習中に遭遇した課題を実際に EBM の手法を用いて解決する取り組みを実施している（資料 1-38）。

D. 改善に向けた計画

臨床実習では EBM にしたがった判断を学生に求めることとし、EBM 実習を拡充していく。
また、基礎医学講座への配属や海外の大学への研究留学も充実させていく。

関連資料

資料 1-6 IOWA 大学短期留学プログラム

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-25 近畿大学医学部シラバス 1 学年 医学総論Ⅱ 基礎配属

資料 1-38 臨床実習Ⅱ 公衆衛生学実習要領、実習レポート

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

教育アウトカムとして【国際化に対応できる教養と英語力】を定め、否応なくやってくる国際化に対応し、文化の違いを超えて相互に理解するための幅広い教養と英語によるコミュニケーション能力を身につけることを求めている（資料 1-8）、国際化への対応を重視し、注目している。

1 学年の英語は複数人の教員を配置して少人数学習により実践的な英語教育を行って、2 学年から 4 学年の医学英語では外国人教員を採用し、英語で医学の講義をさせている（資料 1-28）。文化の違いを超えて相互に理解するための幅広い教養を身につけるために、1 学年に「医学から見た国際社会と日本」を開講しているし（資料 1-44）、海外の大学への短期留学の制度も設けている（資料 1-6）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

上記のように、教育アウトカムに国際化への対応は含めているが、これだけでは受け身と言わざるを得ず、国際保健への貢献や国際的医療協力への参加といったより積極的、能動的な目標までは至っていない。

また、上記の教育プログラムにより、教育アウトカムの達成状況の評価が TOEFL で評価する英語力以外は不十分である。また、国際化への対応のためのプログラムだけでは受動的で、国際保健に対する積極的な貢献については対応が不十分であった。そこで、平成 29（2017）年度より 1 学年後期に「医学から見た国際社会と日本」という講義を設定したが、成果とその評価はこれからである。

C. 現状への対応

今年度より「医学から見た国際社会と日本」を開講し、国際保健への関心を高めることを目指すと共に、今後、その定着と改善を進める。また、学生の短期留学を東南アジア諸国の大学に拡大する。現在、台湾の高雄大学、並びにベトナム国立大学ホーチミン市校との交換留学を準備している。

D. 改善に向けた計画

教育アウトカムの【国際化に対応できる教養と英語力】に国際保健活動、国際医療協力への貢献の観点からも検討を進める。

国際保健への注目を高める教育プログラムを拡充していく。その一つは「医学から見た国際社会と日本」であり、その効果を見定め、改良を図りつつ、定着を目指す。また、学生の短期留学を東南アジア諸国の大学に拡大すべく、高雄大学とベトナム国立大学ホーチミン市校との交換留学を実現し、さらにいくつかの大学での実現を目指す。

関 連 資 料

資料 1-6 IOWA 大学短期留学プログラム・Imperial College London 短期留学プログラム

資料 1-8 近畿大学医学部 教育アウトカム

資料 1-28 近畿大学医学部シラバス 2 学年、3 学年、4 学年 医学英語

資料 1-44 近畿大学医学部シラバス 1 学年 医学から見た国際社会と日本

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

近畿大学は、建学の精神として「実学教育」と「人格の陶冶」を掲げ、教育の目的として「人に愛される人 信頼される人 尊敬される人を育成する」ことを挙げている。医学部の使命は、近畿大学の教育目的に基づいて、「人に愛され、信頼され、尊敬される医師の養成を目指す」と策定された。さらに、大学全体がグローバル化を目指し、国際的評価の向上を目標とする中で、医学部においても国際基準を満たす医学教育の実現を新規の目標とし、教育改革に取り組むこととなった。

医学部の教育目的である「人に愛され、信頼され、尊敬される医師の養成」のために必要なコンピテンスを、新たに教育アウトカムとして定め、それを達成するために必要な教育プログラムを編成した。教育アウトカムの策定に当たっては、全教員を対象にした卒業時に身につけておくべきコンピテンシーについてのアンケートを行い、その意見をまとめ（資料1-45）、社会的要請と考えられる医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける「医師として求められる基本的資質」、さらに専門家集団の見解である日本医学教育学会「卒前教育・初期臨床研修修了時点での医学教育コンピテンス」暫定版を参考に、医学部長自らが原案を策定した。その原案を基に、教育アウトカムを策定した主体は教務委員会であり、審議、修正の

上、教授会に上程され、その承認を経て最終版となった（資料 1-46）。教育アウトカムを実現するために、具体的なカリキュラムを編成するのがカリキュラム委員会の役割である。アウトカム実現のために、カリキュラム委員が中心となり、学生代表の意見も聞き、学部長とも相談の上に新カリキュラムを作成した。その後、カリキュラム委員会と教務委員会での審議を経て、教授会がこれを承認し（資料 1-47）、学長、理事会、理事長に提出され、最終決定された。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

近畿大学建学の精神が策定されたのは 94 年前、医学部の教育目的が策定されたのは 45 年前であるので、どのような策定過程であったかは明らかではないが、近畿大学の建学の精神に基づいた教育を医学部においても実施するのは当然のことである。医学部の教育アウトカムについては、上記のように教育に関わる主要な構成者が参画した形で策定され、妥当であると考えられる。ただし、原案を医学部長が策定した点はトップダウンの色合いが強く、学生の関与についても正式の委員会のメンバーではなかった点は問題があった。しかし、アウトカムは固定的なものではなく、教育関係者すべてから意見を聞き、不具合を是正しつつより良い医学教育の提供を目指す。

C. 現状への対応

今回の教育アウトカムの策定にあたっては、学生の意見を聴取はしたが、正式な委員会のメンバーではなかった。そこで、カリキュラム企画小委員会を正式に設置し、学生代表をその正式メンバーとして迎えた。今後の教育アウトカムの改定はこの委員会で審議されるので、主要な構成者の意見を十分に聴取して改定されることになる。

D. 改善に向けた計画

学生が卒業時点で達成すべきコンピテンスは医学の発展、医療制度や社会の要請によって不断に見直さなければならない。その際には、学生代表を含め教育に関わる主要な構成者を含めて作業を行う。

関連資料

資料 1-45 平成 26 (2014) 年度実施 近畿大学医学部教育に関する教員アンケートまとめ

資料 1-46 教授会議事録 平成 27 (2015) 年 7 月 15 日 (近畿大学医学部教育アウトカム)

資料 1-47 教授会議事録 平成 27 (2015) 年 9 月 16 日 (近畿大学医学部新カリキュラム)

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

教育アウトカムは、上述のように、学部長が中心となって草案をつくり、教務委員、カリキュラム委員、学生代表、学務課職員、教授が策定に加わり、理事会、学長、理事長の承認

を経て策定された。しかし、関連省庁の関与は求めず、他の医療職、患者、公共ならびに地域医療の代表者らに意見を求めてはいなかった。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

上記のように、現時点では、広い範囲の教育の関係者からの意見を聴取してアウトカムを策定したわけではないが、策定に当たっては、医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける「医師として求められる基本的資質」と日本医学教育学会「卒前教育・初期臨床研修修了時点での医学教育コンピテンス」暫定版を参考にしたので、前者については、社会的な要請を参照し、後者については専門家集団の意見を聞いたとも言えると考えている。

C. 現状への対応

教育アウトカムは、本来、教員と学生に共有されるべきものであり、まずは、学生から自分たちの考える卒業時点で求められる資質・能力について考えてもらっている。また、教育評価委員会には外部委員として、医学教育の専門家や行政官、薬学部教授にも参画いただき、教育アウトカムについても意見をいただける体制は整えた。同薬学部教授は医薬連携で合同授業を行っており、薬剤師として病院で勤務された経験もあって、広い範囲の教育の関係者として適任と考えている。

D. 改善に向けた計画

教育アウトカムは医学の発展、医療制度や社会の要請によって不断に見直さなければならぬし、社会の変化がなくても現在のアウトカムに不備があるかもしれない。見直しの際には、教育に関わる主要な構成者はもちろん、広い範囲の教育の関係者も含めて意見を聴取する努力をする。たとえば、模擬患者からの意見をカリキュラム活かす試みは、さらに定着させ、教育アウトカムについても意見を戴く計画である。教育評価委員会は平成 29（2017）年度より発足し、医学教育専門家、地方厚生局の専門官（医師）、薬学部教授（薬剤師）らから公式に意見を頂戴できるようになったので、これらを活かしていく予定である。

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:

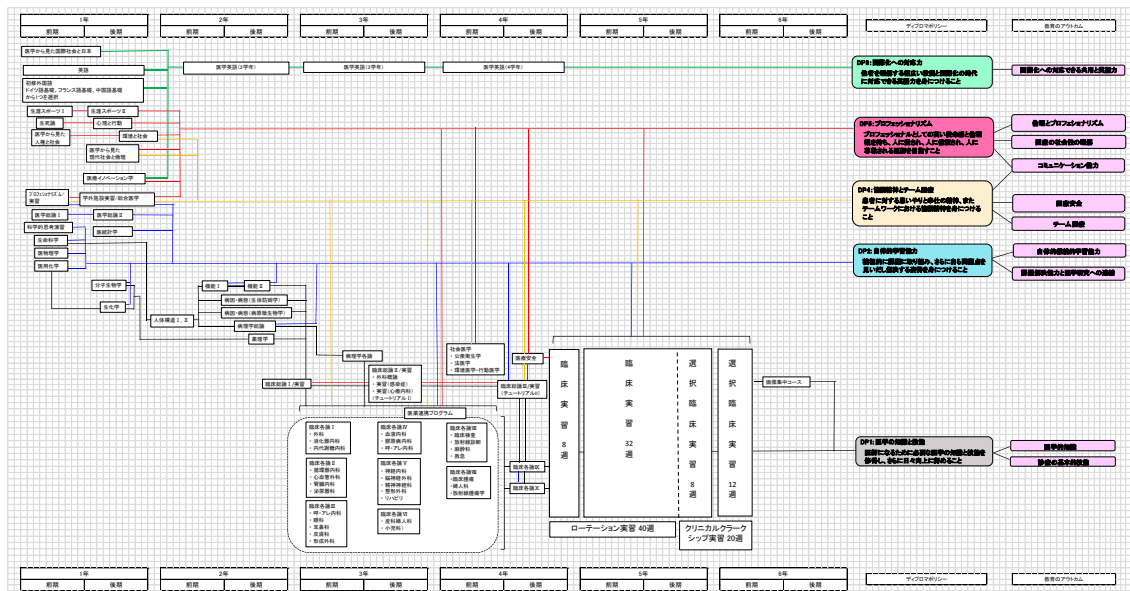
- [プログラムの構成]とは、カリキュラムと同義として使用される。
- [カリキュラム]とは、特に教育プログラムを指しており、意図する学修成果(1.3 参照)、教育の内容/シラバス(2.2～2.6 参照)、学習の経験や課程などが含まれる。
カリキュラムには、学生が達成すべき知識・技能・態度が示されるべきである。
- さらに[カリキュラム]には、教授方法や学習方法および評価方法を含む(3.1 参照)。
- カリキュラムの記載には、学体系を基盤とするもの、臓器・器官系を基盤とするもの、臨床の課題や症例を基盤とするもののほか、学習内容によって構築されたユニット単位あるいはらせん型(繰り返しながら発展する)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。

B 2.1.1 カリキュラムを定めなければならない。

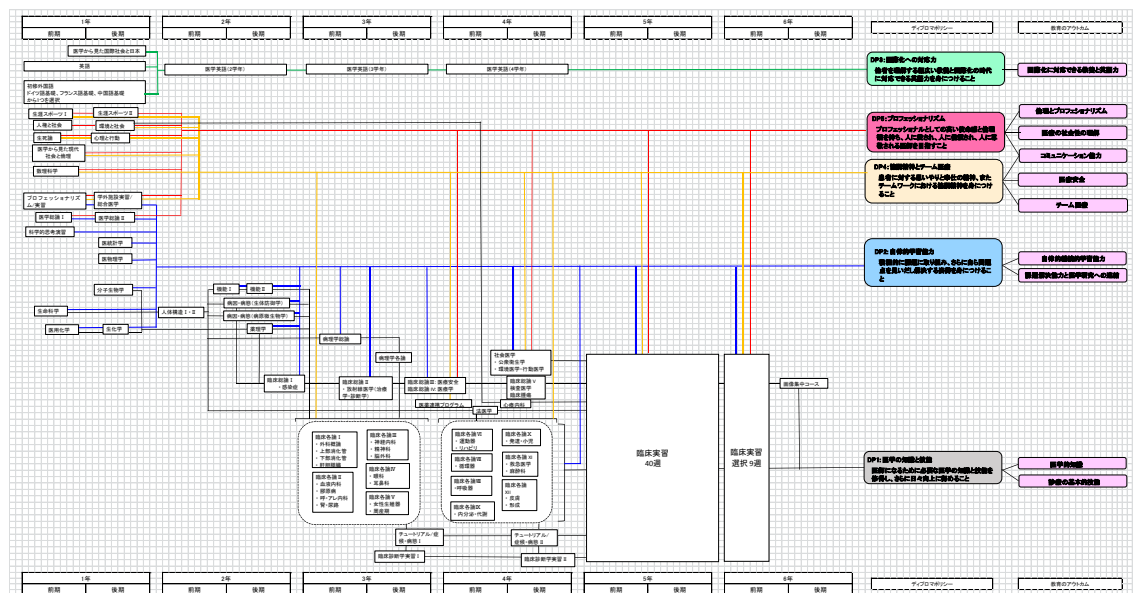
A. 基本的水準に関する情報

平成 28 年度から改訂実施している本学の 1～6 学年全シラバスを（資料 2-1）に示す。また、この新たなカリキュラムの概要をカリキュラムツリー、マトリックス、ロードマップとして資料に纏めた（資料 2-2）。また、改定前のカリキュラムツリー（資料 2-3）および改定後のカリキュラムツリーを下に示す。また、カリキュラム改訂の要点を（資料 2-4）に示す。さらに、カリキュラム新旧対比表を（資料 2-5）に示す。

現在の 4 学年以下は新カリキュラムによる教育を受けており、現在臨床実習を行なっている 5、6 学年が改定前のカリキュラムによって教育を受けている。



現在の 4 学年以下で進行中の新カリキュラムの概要 (カリキュラムツリー: 資料 2-2 の一部)



現在の 5～6 学年が受けてきたカリキュラムの概要 (カリキュラムツリー: 資料 2-3)

カリキュラム改訂の概要（資料 2-4）

1. 臨床実習の拡充（49 週から 60 週へ）
 - 1) カリキュラム全期間の 1/3 を目指して臨床実習を長期化し、実習開始を前倒し
 - 2) 今年度からのログブックと評価表の導入
2. それにともなう 1～4 学年の授業／実習の整理・統合、スパイラルデザインの導入
 - 1) 各論シリーズ構成診療科目の変更：
 - 授業コマ数の削減（重複をなくして効率化、水平統合を図る）
 - 臨床各論 X の新設（振り返り、スパイラルデザインの導入）臨床総論/実習 II, III（症候・病態テュートリアル：3～4 学年で 3 週間実施）
 - 2) テュートリアル／症候・病態 I（3 学年後期）と II（4 学年後期）
 - 臨床総論 I～V（2 学年後期から 4 学年後期）、臨床診断学実習 I, II
 - 臨床各論 IX 新設（テュートリアル、PBL/TBL、ポスター発表）
 - 臨床総論/実習 I, II, III（2 学年後期から 4 学年後期）へと再編
 - 臨床総論 / 実習 I：診断学を中心として／シミュレーション実習
 - 臨床総論/実習 II, III（症候・病態テュートリアル：3～4 学年で 3 週間実施）
 - （スパイラルデザインの導入）
3. 新設授業：近年の医学教育の方向性に沿って
 - 医療イノベーション：基礎医学の発展に基づく医療の進歩、企業との連携
 - 医療安全：現在、および、将来に求められる医療内容

カリキュラム新旧対比表（資料 2-5）

旧カリキュラム 5学年以上				新カリキュラム 4学年以下			
区分	授業科目	単位数（時間数）	履修学年	区分	授業科目	単位数（時間数）	履修学年
共通教養科目	環境と社会	2	1	共通教養科目	環境と社会	2	1
	生死論	2	1		生死論	2	1
	現代社会と倫理	2	1		現代社会と倫理	2	1
	人権と社会	2	1		人権と社会	2	1
	心理と行動	2	1		心理と行動	2	1
	日本語の技法	2	1		国際社会と日本	2	1
	国際社会と日本	2	1		数理科学	2	1
	生涯スポーツ	2	1		生涯スポーツ	2	1
外国語科目	英語	6	1	外国語科目	英語	6	1
	医学英語	6	2, 3, 4		医学英語	6	2, 3, 4
	ドイツ語基礎 フランス語基礎 中国語基礎から 1科目選択	2	1		ドイツ語基礎 フランス語基礎 中国語基礎から 1科目選択	2	1
学部基礎科目	生命科学Ⅰ	120	1	学部基礎科目	生命科学	120	1
	生命科学Ⅱ	120	1				
	医用化学	60	1		医用化学	60	1
	医物理学	90	1		医物理学	60	1
	医統計学	56	1		医統計学	30	1
	学外施設実習	30	1		学外施設実習/ 総合医学	60	1
	総合医学	30	1		医学総論Ⅰ	120	1
	医学総論Ⅰ/病 院実習	120	1		医学総論Ⅱ	60	1
	医学総論Ⅱ	60	1		プロフェッショ ナリズム/実習	40	1
	科学的思考演習	32	1		科学的思考演習	30	1
	疾患概論	32	1		医薬連携総論	20	4

<履修方法>

共通教養科目および外国語科目の中から30単位以上修得しなければならない。
学部基礎科目は750時間以上修得しなければならない。

<履修方法>

共通教養科目および外国語科目の中から30単位以上修得しなければならない。
学部基礎科目は600時間以上修得しなければならない。

専門科目	授業科目	授業時間数	
	授業科目	授業時間数	
専門科目	人体構造Ⅰ	100	2
	人体構造Ⅱ	125	2
	代謝・遺伝子	100	2
	機能Ⅰ	100	2
	機能Ⅱ	100	2
	病因・病態	150	2
	薬理学	75	2
	プロフェッショ ナリズム	30	2
	臨床総論Ⅰ	30	3
	臨床総論Ⅱ	60	3
	臨床総論Ⅲ	30	3
	臨床総論Ⅳ	30	3
	臨床総論Ⅴ	90	3
	臨床各論Ⅰ	180	3
	臨床各論Ⅱ	180	3
	臨床各論Ⅲ	180	3
	臨床各論Ⅳ	120	3
	臨床各論Ⅴ	90	3
	チュートリアル	180	3, 4
	/症候・病態	90	4
	臨床各論Ⅵ	90	4
	臨床各論Ⅶ	120	4
	臨床各論Ⅷ	90	4
	法医学	60	4
	臨床各論Ⅸ	90	4
	臨床各論Ⅹ	90	4
	臨床各論Ⅺ	120	4
	社会医学	120	4
	病理学	90	3
	ICM（Ⅰ）	50	3
	ICM（Ⅱ）	75	4
	臨床実習	1,440	5, 6
	画像集中コース	30	6
	医事法制	15	6
	合計	4,430	

<履修方法>

専門科目については、合計4,430時間以上履修する

<履修方法>

専門科目については、合計4,855時間以上履修すること。

以下、新カリキュラムについて説明する。

1 学年は教養科目が中心であるが、これらの科目は本学部の教育アウトカム【倫理とプロフェッショナルリズム】、【医療の社会性の理解】、【国際化に対応できる教養と英語力】、【自律的継続的学習能力】、【課題解決能力と医学研究への連結】に関連づけられている。また一部の教養科目には【医療安全】、【チーム医療】に繋がる導入的な授業も含まれている。教科別（discipline-based）カリキュラムである専門科目（基礎医学）も楔形に組み込まれている。

2 学年では、解剖や病態生理の授業が【医学的知識】、【自律的継続的学習能力】、【課題解決能力と医学研究への連結】に繋がっている。それぞれの授業は、学体系の構成を基本とし

て教科別に行なわれているが、その中で外科学や整形外科学、放射線医学、救命医学の臨床系教員が臨床解剖に関する授業を担当するなど、垂直統合型の要素を取り入れている(2 学年 Unit 1 人体構造Ⅰ 第5週、Unit 2 人体構造Ⅱ 第3～4週)。2 学年の終わりには、【診療の基本的技能】、【医療安全】、【チーム医療】、【コミュニケーション能力】などへの関連づけを考え、臨床診断学的側面の導入を行っている。

3 学年は主として臓器別の体系をもとにカリキュラム化されているが、各授業の水平的統合を意識して、同じ臓器系に関する内科系および外科系の科目(コース)や関連の深い科目(コース)を組み合わせ、一つの成績評価ユニットを構成するよう工夫して、水平統合を目指している(資料 2-4)。

4 学年においては、行動科学、社会医学、法医学をまとめて一つのユニットとしているほかに、Clinical problems/tasks or disease patterns を症候・病態のシリーズ授業で重点的に扱い、5 学年～6 学年を中心とした臨床実習に繋げている。また、低学年から各学年のマイルストーンとなることを意識した Unit、すなわち、プロフェッショナリズム/実習(1 学年)、臨床総論Ⅰ/実習(2 学年)、臨床総論Ⅱ/実習(3 学年)、臨床総論Ⅲ/実習(4 学年)を各学年の後半に配置している。これにより、診断学の基礎と手技を含めた臨床への導入授業を2 学年の終わりから4 学年後半まで継続している。

従来、本学部のカリキュラム構成はモジュールタイプかつ臓器別のデザインが中心であり、各科目が完結型となるスタイルをとってきた。このことに関して、各ユニットの学習内容がすぐに忘れられ、理解・記憶が蓄積されないとの反省があった。そこで、新カリキュラムにおいては、organ systems、clinical problems/tasks を繰り返して各科目の学習成果を蓄積していくスパイラル型デザインを取り入れている。

また、本学部では平成 10 (1998) 年から、自ら課題を発見し解決していくプロセスを構築するため PBL テュートリアルをカリキュラムモデルとして導入した。現在も 2～4 学年のカリキュラムの一部として重要な位置を占めている。

また、新カリキュラムの臨床実習は選択臨床実習が 9 週間から 20 週間に延長されることが決まっている。すなわち、新カリキュラムによる臨床実習は平成 30 年(2018) 年の 1 月から始まり、現在の 3 学年からは臨床実習期間が 49 週(ローテーション 40 週+選択 9 週)から 60 週(ローテーション 40 週+選択 20 週)に拡充される(資料 2-6)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学のカリキュラムツリー、カリキュラムマトリックスおよびアウトカム基盤型ロードマップに示された如く、本学の 10 の医学教育アウトカムに関連づけたカリキュラムとしている。このカリキュラムは、10 の教育アウトカムを達成すべく、学生の成長段階に沿って繰り返し学ぶスパイラルデザインをめざしている。

従来のカリキュラムでは構成要素間の接続性が十分には検討されておらず、例えば、現在の高学年(5 学年以上) 学生が学んできたカリキュラムでは、基礎医学系は discipline に基づくモジュールタイプのカリキュラムであり、臨床系も同様に organ system を一回りして終了する読み切り型のカリキュラム(小さなコースでは 1 週間の専門診療科の授業の後、週末に試験を受けて終了)であった。このスタイルでは、1 つの構成単位の終了までに学習が間に合わない場合、その領域に関して十分に理解を深めることができず、未消化のまま終わってしまう危険性があった。勉強に遅れを生じた学生はこれを繰り返し、未消化科目が蓄積す

る状況を生じる傾向があった。これを補う形で、症候病態の切り口でのテュートリアルを3学年で3週間、4学年で3週間実施したが、カリキュラムとしての有機的な接続が不十分であったと考えている。

この反省にもとづき、新カリキュラムの臨床各論では各専門科によるモジュール（コース授業）を読み切り型とせず、関連科目を混合し並走させることによりユニット化した（資料2-4）。また、試験期間はコース授業シリーズ週末の土曜日としていたが、新カリキュラムでは学習の熟成期間を設けるように配慮して、ユニット終了後に別個に試験週間を設け、十分な振り返り期間を経て知識や概念が身につくように考慮した。

また、Clinical problems/tasks or disease patternsの一環として、4学年後半から始まる臨床各論IXでは「モデル・コア・カリキュラム“診療の基本”における症候・病態」の項目を網羅するように講義を配置した。また、従来、補足として漠然と症候・病態の授業をカリキュラムに組み込んでいたが、モデル・コア・カリキュラムの視点から再構築した。すなわち、4学年臨床各論IXでは、症候から鑑別診断を行なって行く症候・病態の授業、PBL テュートリアル、TBL のプログラムを展開している。

しかし、学生昼食懇談会やカリキュラムワーキング（現在のカリキュラム企画小委員会）での学生からの意見として、これらの新カリキュラムへの変更の意義が十分に理解されていないことが伺える。また、水平統合を目指して関連科目を混合し並走させたが、それが単に各科授業の混合に終わっているとの批判がある。さらに、新カリキュラムが教育アウトカムにどのような影響を与えるのか、今後分析の上カリキュラム改善へのフィードバックが必要である。

上記の如く、新カリキュラムでは新たな教育概念や新たな教育技法を取り込んでいるが、定着は未だ不十分で、変更の目的を十分に達成するには今後も様々な工夫が必要である。

C. 現状への対応

新カリキュラムにおいては、教員と学生に本学のカリキュラムツリーとカリキュラムマトリックス、アウトカム基盤型ロードマップを明示し、「プロセスからアウトカムへ」の概念の共有化を進めているところである。このカリキュラムのコンセプトを教員や学生が理解し、教育プロセスがどのようなアウトカムに連結するのか、どのようなアウトカムのために現在の授業コースやユニットが準備されているのかについての周知活動を行なう必要がある。そのために、現在、FD を機会ある毎に開催し教員の意識を高める活動を行なっている（資料2-7）。アウトカム評価に関しては、4学年後半の CBT、OSCE による評価、5 学年での臨床実習レビュー、学年末総合試験を実施しており、1 学年から 4 学年までの授業・実習の成果を検証している。新たに改訂を行なったカリキュラムが今後アウトカムにどのような影響を与えるか検証し、カリキュラム改善へのフィードバックおこなう必要がある。

臨床実習に関しては、臨床実習評価ツールの導入（資料2-8）が既に平成29（2017）年4月から開始されており、今年度は独自課題による PCC-OSCE 試行が実施された（資料2-9）（資料2-10）（資料2-11）、実習に関してもアウトカム評価につなげるべく改善を行っている。また、ローテーション実習においても学生によるアンケート調査を行なっていく。

D. 改善に向けた計画

新しいカリキュラム構成が実質的な教育効果の改善をもたらしているかどうかについて、教務委員会、教育評価委員会などと連携して評価、改善を行なう。また、カリキュラム委員会では実習開始前カリキュラムと臨床実習の拡充・充実をどのように連携させるかの議論を進めていく。

関 連 資 料

- 資料 2-1 平成 29 年度近畿大学医学部授業計画 (Syllabus) (Kindai Web Syllabus)
- 資料 2-2 カリキュラムツリー、カリキュラムマトリックス、アウトカム基盤型ロードマップ
- 資料 2-3 改定前のカリキュラムツリー
- 資料 2-4 カリキュラム改訂の要点
- 資料 2-5 カリキュラム新旧対照表
- 資料 2-6 新カリキュラムにおける臨床実習期間の変更について
- 資料 2-7 FD 開催資料 (平成 28 (2016) 年 12 月以降)
- 資料 2-8 平成 29 (2017) 年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き
近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録
ログブック 平成 29 年度
- 資料 2-9 教授会資料 平成 29 (2017) 年 5 月定例教授会
- 資料 2-10 FD 開催資料 平成 29 (2017) 年 6 月 14・20 日開催
- 資料 2-11 近畿大学医学部 PCC-OSCE 視察報告書

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

開学以来、医学部では講義と実習による 2 学期（前期と後期）制の教育法をとってきた。その中でも、学生の学習意欲を刺激する学習方法として PBL テュートリアル授業を早期から取り入れたことは、本学部の教育の特色のひとつである。PBL テュートリアルを教育法および学生の学習法として導入するため、教学部長をカナダの McMaster 大学に派遣するなどして準備を重ね、平成 5 (1993) 年より 1 学年に対して毎週火曜日の午後に教員と共に学生がディスカッションする学習するコースを開始した。その後、平成 9 (1997) 年 9 月の教授会で本学習法を本格的に専門教育に採用することを医学部として決定した。

平成 10 (1998) 年からは 2 学年に対して PBL テュートリアルを導入し、平成 12 (2000) 年には全学年に導入した。その後、テューター確保の問題や参加学生の意欲のばらつきの問題などから、PBL テュートリアルは限定的なものとなって来ているが。現在も 2 学年での 11 週間を PBL による学習方法を採用しており、新カリキュラムにおいても 4 学年臨床各論Ⅸ の 6 週間で症候・病態の学習に PBL を採用している。また、症候・病態の学習法の一部には TBL を導入し、学生の学習意欲を刺激する工夫を行なっている（資料 2-12）。

さらに、学生の学習意欲を刺激しカリキュラムのアウトカムを効率よく達成するためには、臨床実習前にある程度の技能を身につけるためのシミュレーション実習の場と、ベッドサイドで患者に触れる実地医療の場の両者の教育資源が必要である。本学部では、以前よりシミュレーション教育に力を入れて来たが、平成 27（2015）年 4 月にシミュレーションラボをシミュレーションセンターとして、現在の病院内の円形棟 1 階全フロアに移設した（資料 2-13）。施設面積が大きくなり、各ブースの間仕切りもパーテーション壁になり、使用しやすい環境に変わった。移設に伴い、新規のシミュレーション機器も導入された。また、専属職員も事務職員 1 人、看護師 2 人に増員され、人的にも充実した。さらに、学生の要望により施設利用規程が改正され、利用時間を 9:00～20:00 に延長するなど使用しやすい状況とした。その結果、利用者数が増加し、シミュレータ使用頻度も高くなり、年間延べ 4,600 人（約半数が医学部生、残りの半数は初期研修医、後期専攻医が占める）が利用するようになった。

臨床実習では、平成 29（2017）年度からログブック（実習記録）を導入し、学生自身に実習全体の目標と診療科ごとの個別目標を立てさせ、それを意識しながら実習に取り組むように促している。さらに、ログブックには実習日誌を加え、これを通じて教員とのコミュニケーションを促進するよう工夫している。さらに、学生は日誌、自己評価表、担当症例要約、CbD 評価表などを活用し、学生の学習意欲を高める工夫を導入している（資料 2-8）。また、地域医療実習として和歌山県串本町での泊まり込み実習を組み込み、附属病院での実習とは異なる取り組みを学生が行なう機会を与えている（資料 2-14）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学部では早期より PBL テュートリアルを積極的に導入し定着させてきた。現在では、この教育を受けた世代が、テュートリアルの授業を担当したり、テューターとして参画したりしている。しかし、このような授業形態は、グループのリーダーなど一部の積極的な学生にとっては高い学習効果が得られるが、消極的で不熱心な学生にとっては討論が他人任せとなるため、却って学習効率が低下することが学生、教員の両者により指摘されている。また、以前はグループで教科書を調べてディスカッションしながら学習して学習効率を高めていたが、最近はインターネットを利用して個人的に調べるほうが効率的であるという学生の意見もある。グループディスカッションを通じて得られる理解や情報の共有の意義について、チーム医療の重要性の観点からも、PBL テュートリアルの意義を学生に理解させる必要がある。

シミュレーションセンターの充実は学生の学習意欲の向上に役立っているが、同じ学生が繰り返し利用する傾向があり、さらに多くの学生に利用を勧めて行く工夫が必要である。また、学生が利用する際に指導を行なう教員が不足しているのが現状である。臨床実習では、評価をより明確にするためにログブックと新たな学生評価表を導入した。新たな学生評価表の導入に当たっては、神経内科と整形外科でまず標準的評価表を作成、それを各診療科で改変する方法を用いて、学生から見てどのような項目が評価の対象となるかを明らかにした。さらに、新たな評価法として、ケースプレゼンテーションをさせる診療科では CbD 評価表を取り入れ、プレゼンテーションの内容に関してのフィードバックを学生に与えている。5 学年での串本町での地域医療実習（資料 2-14）、6 学年での関西 4 私立大学相互実習（資料 2-15）なども学生の学習意欲を高める取り組みとして行なわれている。

C. 現状への対応

カリキュラム企画小委員会に PBL/TBL テュートリアル担当委員を置き、カリキュラムにおける位置づけの明確化と教育手法の改善を進めている。シナリオをもとに学生がディスカッションして学習を進めるだけでなく、小グループ討論への参加頻度や、発言内容のテューターによる評価を加えるなど、学生の評価方法を工夫して学生の学習意欲を高める努力をしている。また、各グループによるポスター症例発表を実施して、これを学生同士で相互評価するなどを実施している。また、従来のポスター発表は全グループが同一テーマで行っていたが、平成 28（2016）年のカリキュラム企画小委員会での検討において各グループで異なるテーマを採り上げても各ポスターの完成度を評価することができることが分かったため、異なったテーマで発表を行わせてマンネリ化を防止するよう工夫した。また、小児科では TBL を導入し、学生の学習意欲を刺激するよう務めている。

センターの利用促進のため、2 学年の実習の際に利用方法を説明したり専門棟や講義室掲示板を利用したりして、学生への利用方法の周知を行なっている。臨床実習ではログブック、新たな評価表を導入し、臨床実習における学習目標の設定を教員とともに進め、実習日誌の記入と教員のサイン、症例要約や CbD 評価など、学生が教員とコミュニケーションを取りつつ実習に意欲を持って取り組めるように改善していく。

D. 改善に向けた計画

本学の医学教育の伝統に事例を大切にするという基本的な考え方があり、カリキュラム企画小委員会で PBL/TBL 担当委員を設置して改善を図ってゆく。シミュレーションセンターの学生の有効利用について、管理運営に携わる人員の増強などさらなる改善が必要と考えている。また、センター活動の周知に学生ポータルサイトの活用を検討している。臨床実習に関しては今年度から開始された新たな実習の記録（ログブック）、評価方法が学生の勉学意欲にどのような影響をもたらすかを検討して行く計画である。

関連資料

資料 2-8 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録
ログブック 平成 29 年度

資料 2-12 4 学年臨床各論Ⅸ PBL/TBL 関連 資料

資料 2-13 近畿大学医学部シミュレーションセンター 資料

資料 2-14 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習
の手引き

資料 2-15 関西 4 私立大学相互実習 資料

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

「平等の原則」は、教員および学生を性、人種、宗教、性的嗜好、社会的経済的地位に関わりなく、身体能力に配慮して等しく扱うことを意味するとされている。本学部では、障がいをもつ学生に対しても平等の原則に従ってカリキュラムが提供されるように配慮してきた。

平成 20（2008）年には聴覚障がいのある学生を受け入れ、平等の原則に従って身体能力に配慮した扱いを実施した。教務委員会臨床実習部会では、この学生の扱いについての会議を開催して対応を検討し、授業スライドに出てくる画像に関しては授業担当教員が配布資料のノート部分にコメントを入れ解説する、臨床実習においては当該学生専用聴診器を大学で準備するなどの対応を行なった。この学生は順調に進学・卒業し、現在は地元に戻って医師として活躍している。また、平成 22（2010）年度には、上肢切断のため義手装着をしている学生を受け入れた。平成 28（2016）年に卒業、現在、附属病院の 2 年目研修医として活躍している。性同一性障害の学生に対しては、平成 28（2016）年 5 月 9 日より学内での氏名表記を変更し、専用の更衣室を設置するなど、医学部では学生生活委員会が中心となって本人とコミュニケーションをとりながら対応している（資料 2-16）。

このほか、1 学年では、高校生物学未履修者（平成 29（2018）年度 1 学年 123 人のうち 49 人）を対象として、正規のカリキュラム以外のリメディアル教育（生物学、発生学、遺伝学）を行い、生命科学などの基礎教育授業レベルにキャッチアップできるような支援を行っている（資料 2-17）。

学生生活の乱れは授業や実習の欠席に結びつき、教育の機会を失うことより、「平等の原則」の視点から規則正しい生活が送れるよう学生生活委員会が中心となって指導を行なっている。1～2 学年に対してはグループ指導教員制（資料 2-18）を採用、学生を 6 人程度のグループとして指導教員を 1 人決めて指導している（資料 2-19）。また、1 学年では入学時オリエンテーションで配布する一年間の自己管理ノートに記入させ、それをもとに学生生活委員会の教員が生活指導を行なっている（資料 2-20）。3～5 学年の留年・復学者に対しては、特別指導教員が直接マンツーマンの面談の上、その結果を学年主任に報告している（資料 2-21）。また、学年主任・副主任と各指導教員が会する学生情報共有会議を開催し、学生の様子をお互いに聞く機会を設けている（資料 2-22）。さらに、6 学年の留年者は、学年主任、および副主任が面談希望者に対して個別面談を行なっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学部には、「平等の原則」の視点から、ハンディキャップのある学生や研修医に対して支援すべきとの考え方が明確にある。成績が優れない学生に対しても、指導教員制度や補講、学生生活指導を通じて、少なくとも教育の機会の平等性を提供できるよう支援している。ハンディキャップのある学生や研修医に対する支援を行っている。成績不良の学生を低学年から減少させる試みとして、グループ指導教員制を採用して実施している。

C. 現状への対応

学生生活委員会を中心となりカリキュラム委員会および教務委員会が連携し、「平等の原則」に基づいてカリキュラムが提供されるよう、個々の学生のハンディキャップや嗜好や能力の個別性に配慮して対応していく。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム企画小委員会や学生連絡会昼食懇談会を通じてカリキュラム提供に対する学生の意見聴取を積極的に行なっていく。また、教務委員会や学生生活委員会との連携を取りながら、可能な限りの個別支援を行なっていく。

関 連 資 料

資料 2-16 障がいをもつ学生への対応 資料

聴覚障がい学生の支援、情報保障に関する 資料

臨床教育委員会 資料 教授会議事録 平成 20 (2008) 年 4 月 24 日

前腕切断後学生の扱いに関する資料 臨床教育委員会 資料 (OSCE、臨床実習等)

義手学生対応ワーキング議事録 平成 25 (2013) 年 7 月 8 日/平成 25 (2013) 年 7 月 22 日

OSCE にあたって義手医学生への対応 平成 25 (2013) 年 9 月 10 日/平成 25 (2013) 年 9 月 25 日

教授会議事録 平成 25 (2013) 年 9 月 8 日

性同一性障がいの 4 学年学生に対する配慮 平成 28 (2016) 年 5 月 学生委員会

学生生活委員会議事録 平成 28 (2016) 年 5 月 10 日、教授会議事録 平成 28 年 5 月 18 日

資料 2-17 リメディアル教育 資料

資料 2-18 グループ指導教員制 資料

資料 2-19 特別教員制度 資料

資料 2-20 自己管理ノート

資料 2-21 特別教員報告書

資料 2-22 学生情報共有会議 資料

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

生涯学習につながるカリキュラムとして、1 学年では医学総論 I を設定している。この授業では、学生の生涯学習への準備につながると考えられるトピックを毎回、提供しているが、それらは、例えばプロフェッショナルとは何か、医学研究はどうあるべきか、ヒトの病変を科学する方法論など、医師としての生涯学習につながるテーマを扱っている。これらの授業中に、学生に自己の考えをまとめるためレポートを作成させ、その結果自分自身の意識を高め、キャリアへの目標と生涯学習の必要性を考える契機や気づきをもたらすカリキュラム構成を目指している。また、1 学年のプロフェッショナリズム/実習の“闘病記から学ぶ”では、病んだ人々に対する理解を深めた後に、実際に病棟に行き患者さんの闘病についての話を聞くなどのタスクを経験させている。すなわち、病んだ人や傷ついた人に対する理解を深めようとするモチベーションを学生に確認させ、医師としてのキャリアを積む準備教育を行な

っている。さらに、1 学年の学外施設実習/総合医学では、さまざまなタイプの学外施設の見学を行い（資料 2-23）、医療と地域社会との関わりという広い視野から医療・福祉や介護を現場で体感させることを目標としている。そして、感じたことや学んだことをお互いに発表することにより、当該学習を医師としての生涯学習を結び付けることをめざしている。

5 学年では、全員が小グループで串本において地域医療実習を行なっている。地域の病院の訪問診療センター、保健所や社会福祉協議会などの協力も得て、過疎化、高齢化、医師不足に悩む地域での医療状況を学び、キャリアプランを考え生涯学習に結び付ける教育を行なっている（資料 2-14）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

1 学年においては、医師としてのプロフェッショナリズムへの気づきをもたらし、自分自身のキャリア開拓のモチベーションを高め、生涯学習につなげてゆく多様なカリキュラムを整備している。しかし、2 学年以降は医学的な知識や技能の修得に重点が注がれ、現状のカリキュラムでは生涯学習への準備を整えるという意味で不十分である。

C. 現状への対応

1 学年だけではなく、学年が進んでからも自己のキャリアと生涯学習について継続的に検討できる授業を組み入れるようカリキュラムの改変を進めている。新カリキュラムにおいては 2 学年臨床総論 I /実習で、病院（近畿大学医学部附属病院）の病院体験実習「将来を見据えて」を設けてこの趣旨の教育を継続している。この見学プログラムでは、栄養部や薬剤部、リハビリテーション部門、事務部門など、通常の授業では知りえない病院の部門を訪問し、チーム医療の考え方や、自分自身の将来的な継続学習の必要事項を学んでいく。

D. 改善に向けた計画

医師の生涯学習につなげる目的でカリキュラムが準備されていることを学生たちが十分理解していないという指摘が教員からある。実際の授業やカリキュラム企画小委員会で授業やカリキュラムの意図を学生に説明し、その意図を理解させることが必要である。FD を通じて教員にも生涯学習に繋がる授業の重要性を伝えて行くことも必要である。1 学年だけではなく、学年が進んでからも自己のキャリアと生涯学習について継続的に検討できる授業を組み入れるようカリキュラムの改善を進める計画を行っていく。

関 連 資 料

資料 2-14 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習の手引き

資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト

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

ディスカッションにより学習をする PBL テュートリアルコースを 1 学年に導入したのは平成 5 (1993) 年である。平成 9 (1997) 年 9 月の教授会で本学習法を本格的に専門教育に採用することを決定し、平成 12 (2000) 年には全学年に拡張した。このような経緯から、PBL テュートリアル授業を分析や批判的思考を養うプログラムとして培ってきた歴史がある。

現在、分析的で批判的思考を含む科学的手法の原理を身につけさせる目的で、1 学年のカリキュラムで科学的思考演習を実施している (資料 2-24)。この授業では、統計力学、量子力学などの物理学を中心として科学的思考を検討するとともに、反証主義、仮説演繹法、弁証法など論理学の視点からも科学的思考を検討する。その上で、多種多様な医学・医療情報へアクセスしながら、情報処理の実習を経験しながら分析的思考を養う学習を行っている。また、この授業ではディベートを通じて批判的思考を養うプログラムを進めている。

こうした導入を生かして、1 学年（資料 2-25）、4 学年（資料 2-26）での PBL テュートリアルは、シナリオにもとづき学生同士の議論で事例を分析、批判的思考を養うカリキュラムとしている。さらに、分析的、批判的思考を身につける題材として、EBM の手法について、低学年からその導入的な授業（資料 2-27）を行い、4 学年の社会医学公衆衛生の中でより深く学べるカリキュラムとしている（資料 2-28）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

前述の如く、分析的で批判的思考を含む科学的手法の原理を身につけさせる授業として PBL テュートリアルが行なわれているが、チューターの質や熱意にばらつきがあり、また、学生の取り組み方や熱意にもばらつきがあるという問題点がある。また、臨床実習の担当教員からは実習開始前に十分に科学的手法の基本教育が出来ていない、学生間での格差が大きい、との批判がある。

C. 現状への対応

臨床実習において学生には症例を担当させ、臨床では科学的方法に基づいて、疾患の予防や診断と治療法の選択がなされていることを教えている。例えば、CbD 評価においては、「病歴など情報収集とその解釈」、「検査計画と画像診断」、「鑑別およびプロブレムの整理」を入れており、ディスカッションの場において「なぜなのか、その根拠は」を常に考えるように指導している（資料 2-8）。

D. 改善に向けた計画

今後、分析や批判的思考を養う意味で PBL テュートリアルをどのように展開していくかはカリキュラム上の一つの問題である。TBL なども含めて、教育手法の検討を進める計画をしていく。この目的でカリキュラム企画小委員会には TBL/PBL 担当委員を設置して検討を始めている。

関 連 資 料

資料 2-8 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

資料 2-24 1 学年科学的思考演習シラバス

資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス

資料 2-26 4 学年臨床各論Ⅸシラバス

資料 2-27 1 学年医学総論Ⅰ、Ⅱ/実習シラバス

資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス

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

1 学年医学総論 I においては、“医学とは何か、医学研究はどうあるべきか”、“生理学と私の研究”、“ヒトの病変を科学する”などの授業を準備し、医学研究法の視点からの教育を行っている（資料 2-27）。また、このシリーズの授業の中で、各教室の研究テーマを紹介するオリエンテーションを行なっている。次の医学総論 II / 実習（資料 2-27）においては、教室に滞在して医学研究の実際を学ぶプログラムを推進している。教室への配属は学生の希望を考慮しマッチングを行い、期間は半日を 9 回で行っている。このほか、1 学年の医統計学のコースで、「医統計学を鍛える！」を教科書として、医学研究の基本的手法を教育している。この医統計学は、臨床研究センターの教員が受け持っており、ランダム化研究、研究に必要なサンプルサイズ、観察研究デザイン、交絡の問題など、臨床疫学研究手法の基本を教育するものである（資料：2-29）。2 学年臨床総論 I / 実習の病院体験実習では臨床研究センターの体験実習を組み込み（資料 2-25）、4 学年社会医学公衆衛生では「医学研究のデザイン」というタイトルの授業を行っている。基礎医学の科目では個別の授業の中で医学研究の手法に関する内容を取り扱っている（資料 2-28）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学研究法に関する基本的な導入を行なっている。一部については実験室実習や病院体験実習とし、実地訓練として学ぶよう工夫している。このほか、本学部では IOWA 大学医学部への学生交換留学プログラムを行なっており、海外での研究従事機会を提供している。すなわち、IOWA 大学からは研究室紹介が送付され、留学前に何を学んでおくべきかを知らせてくれる。これらを基に学内基礎系教室を選定し、学生は 1 か月程度の事前準備学習、技術トレーニングを行い留学に臨んでいる（資料 2-30）。一部の学生に限られているが、このような機会を提供している。

C. 現状への対応

全学生に対して 1 学年の時点で医学研究法についての導入授業を行い、関心の高い学生に対しては基礎研究室への受け入れや海外研究室への派遣を行っている。平成 29（2017）年度より、医療イノベーション学を導入して、製薬会社による創薬研究など、実地の医学研究を知る授業を導入するよう取り組んでいる。

D. 改善に向けた計画

医学の本質を理解しつつ、今後の学習意欲を高めるため、特に 1～2 学年の時期に医学研究に関する関心を深めるカリキュラムを充実させてゆく。また、生涯学習との関連から医学研究の手法を学ぶ必要がある。すなわち、自ら医学研究を継続的に行ない、また、他者の研究結果を理解する能力を培う。

関連資料

- 資料 2-25 2 学年臨床総論 I / 実習シラバス
- 資料 2-27 1 学年医学総論 I、II / 実習シラバス
- 資料 2-29 1 学年医統計学シラバス
- 資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス
- 資料 2-30 IOWA 大学学生交換留学プログラム 資料

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

1 学年のカリキュラムとして、医学総論 I の中で、“この薬効きますか？・・・患者の疑問に答える臨床疫学・・・” の授業を行い、EBM の考え方の導入を行なっている（資料 2-27）。また、1 学年の医統計学のコースで、「医統計学を鍛える！」を教科書として、“医学研究における「コントロール」から、「ハザード比」という指標”まで、総括講義まで入れて 15 回で EBM を実践するための基礎となる考え方を学ぶ（資料 2-29）。この医統計学は、臨床研究センターの教員が受け持っており、ランダム化研究、研究に必要なサンプルサイズ、観察研究デザイン、交絡の問題など、EBM に直接かかわる事項を修得させるものである。このように 1 学年の時に、EBM の導入とその基礎を学んでいる。

2 学年においては、臨床総論 I / 実習で、診断学的な修練の中で EBM の活用を学んでいる。ここでは、冒頭の“臨床医学とは”に引き続いて、臨床判断の基礎に EBM があることを、EBM の 5 ステップ（クリニカルクエスションの定式化、情報収集、情報の批判的吟味、情報の患者への適用、フィードバック）の実際を示して理解させ、臨床推論の授業につなげている。EBM を冠した授業としては、臨床推論：EBM を学ぶ、検査総論（EBM と検査）、細菌・免疫血清検査（EBM 実践）、一般・血液検査（EBM 実践）、臨床化学検査（EBM 実践）がある。このようにして、診療の中での EBM の考え方を実践する道筋を導入している（資料 2-25）。

また、3～4 学年の臨床各論の授業の中で、EBM に関する授業を推進している。例えば、公衆衛生学では、臨床疫学が EBM の基礎となる学問であることを多くの授業で示し、実症例の問題を EBM の 5 ステップを踏んで解決する過程を学ばせている（リスクとは何か、その表現と評価、エビデンスに基づく臨床判断、臨床判断こんな時、君は何を根拠に判断するか、研究結果を信じるな、真実か偶然かバイアスか I、II など）。救急医学では、特に救急医学授業（救急医学と臨床推論/EBM）中で、患者の病態を解明していくためにロジックのあるアプローチが必要であり、搬送されてきた救急患者がある疾患である検査前確率はどのくらいであり、一定の尤度比のある緊急検査を行った場合に、検査後確率がどのくらいになるかを算定する考え方を、実例をもとに学ぶ。また、4 学年のカリキュラムにおいて、腫瘍内科授業（がんの臨床研究と EBM）の中で、“新薬の研究開発・承認のプロセス、新薬の臨床試験”など具体例を用いたトピックを扱っている。これによりエビデンスを作り出す面からの授業も行っている。

学生は ID とパスワードを与えられ、医学部図書館電子図書にアクセスすることができる。医学部図書館では平成 27（2015）年 1 月より UpToDate と契約を結び、学生が最新のエビデンスを学ぶ環境を整えた。平成 28（2016）年 8 月までの UpToDate の月平均利用回数は 270 件程度であった。平成 28（2016）年 9 月からは Dynamed Plus に変更されたが、月平均利用回数は 170 件程度であった。利用の多い領域としては、腫瘍学、呼吸器疾患、血液疾患、感染症が上位をしめた。平成 26（2014）年、平成 27（2015）年、平成 28（2016）年、平成 29（2017）年 4 月までの「今日の治療指針」のアクセス回数は、それぞれ 158、125、178、127 回となっている。Cochrane Library のアクセス回数は毎月約 100 回程度である（資料 2-31）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

1 学年では、EBM の基本的な考え方とその基礎となる臨床統計学を学び、2 学年においては、臨床総論 I /実習において、さまざまな場面での EBM の活用を示すカリキュラムを組んでいる。さらに、3～4 学年の各論の授業の中でも EBM に関する授業を推進している。

C. 現状への対応

学生たちに、この繰り返し授業を行っている意図が十分理解されていないという問題がある。以前から、1 学年の授業においては十分にオリエンテーションを行うこととしているが、平成 28（2016）年度からは 2 学年から始まる臨床授業において、特にプログラム構成の意図を説明する時間を設けている。

D. 改善に向けた計画

2 学年からの医学総論/実習の授業の冒頭に、EBM など診療科横断的なコンセプトについて十分な説明を行うように計画している。今後、臨床研究センターとも連携し、高学年での EBM 教育を充実していく。また、各論授業や臨床実習で EBM の必要性を感じる機会のたびに、Dynamed Plus、Cochrane Library などの EBM に基づく資料を活用するよう指導していく。

関 連 資 料

- 資料 2-25 2 学年臨床総論 I /実習シラバス
- 資料 2-27 1 学年医学総論 I、II /実習シラバス
- 資料 2-29 1 学年医統計学シラバス
- 資料 2-31 医学部図書館電子図書アクセス 資料

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

本学独自の、また先端的な研究を含む領域の一つとして 4 学年の臨床腫瘍学がある。そのカリキュラムは、一般内科学を基礎に幅広い癌種において標準的および先端的薬物治療を理解できるよう配慮されている。また、肺癌治療、消化器癌治療、血液腫瘍治療など癌種治療の先端的各論だけではなく、罹患患者への告知や症状の緩和、メンタルケアを含む総合的な

ケアの理解も目標としている。すなわち、悪性腫瘍を抱えた患者が直面する医療上の問題や、患者支援制度の問題、報道関係からの視点、多職種連携の視点など、多角的な視点から授業を展開している点に独自性がある。また、臨床治験も附属病院は中核的な役割を果たしており、この関連より「がんの新薬開発」「がんの臨床研究と EBM」「臨床試験における倫理」などの授業を展開している（資料 2-32）。

本学の総合大学としての特性を生かしたカリキュラムも存在する。1 学年の倫理科目では、本学他学部より教員を招き、「がん患者の心理」（総合社会学部）、「遺伝疾患カウンセリング」（理工学部）などが組まれている。同じく、1 学年では、本学社会連携推進センター教員による「医学から見た国際社会と日本」が開講されている（資料 2-37）（資料 2-38）。2 学年臨床総論Ⅰでは、患者アメニティを考える「ホスピタルアート」の授業（文芸学部）がある。これらは文理融合を意識した、本学独自のカリキュラムである（資料 2-25）。さらに多職種連携、チーム医療、プロフェッショナルリズム教育として、4 学年で薬学部との医薬連携プログラムを実施している（資料 2-37）。また、串本町での臨床実習では、全学生が 5 学年時に 1 週間を現地で過ごし、地域での医療や介護を体験する。

先端的な研究については、1 学年医学総論Ⅰ（資料 2-27）において、基礎医学、臨床医学、社会医学の教員が、それぞれの分野の先端的なテーマを紹介し、先端的研究の実際に触れることができる医学総論Ⅱの各研究室配属につなげている（資料 2-27）。また、医学総論Ⅰでは、抗体医薬など先進的医療技術についてそのインパクトと意義を紹介しており、また、医療イノベーション学では、製薬会社の創薬担当者からの講義を行ってもらっている。その他、各講座も授業の中に最先端の内容を取り入れる工夫をしている。例として、2 学年 Unit 4 機能Ⅱにおける「線溶系トピックス」、「血液トピックス」が挙げられる（資料 2-33）。また、病因・病態のユニットでは、テュートリアルの事例を通じて先端的な医学研究成果を採り上げており、IgG4 関連疾患、関節リウマチや Guillain-Barré 症候群の抗体医薬による治療などのトピックをいち早く採用してきた。さらに、学生自身に蛍光セルソータによるリンパ球サブセットの解析を行わせ、テトラマー法による抗原特異的 T リンパ球の検出法や、細胞内サイトカイン検出法なども講義している（資料 2-34）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

臨床腫瘍学は本学部にとっては、国際的にも認められた大学独自の領域のひとつであり、先進的な研究者が多数集まっている。その意義をカリキュラムの中にも活かしていると考ええる。臨床腫瘍学の教育には複数の専門領域が関与しているが、本学部では腫瘍内科が中心的役割を果たしている。例えば、PBL テュートリアルでは、ロールプレイを交えた実際的な内容を加えるなど、大学の独自性はカリキュラム上も発揮できているものと考えている。また、和歌山県串本町地域での臨床実習は、いわゆる僻地における地域医療の現場を体験するという点で本学独自の取り組みであり、串本町およびくしもと町立病院との長期にわたる信頼関係維持も含めて、他学にない取り組みと考える。

C. 現状への対応

4 学年の新カリキュラムでは、腫瘍内科、婦人科学、放射線腫瘍学で一つの Unit を作り、カリキュラムを構成することとした。従来は、産科婦人科学で一つの Unit としていたが、腫瘍学的な見地からすると産科学と婦人科学は異なっているため、婦人科学を腫瘍学のグルー

プに入れることにより学習者にとってより理解しやすいユニットとした。また、本学は文系学部から理系学部まで広範な学際領域をカバーする総合大学であり、多領域にわたる多彩な教員が在籍している。これら他学部の教員との連携は、医師としての幅広い人間性を身につけるため役立つと考えられ、今後、さらに他学部との連携を推進していく。

D. 改善に向けた計画

4 学年の新カリキュラムは、平成 29（2017）年度より運用され始めたところであり、独自性および先進性の観点から今後さらに内容の充実と定着をめざす。他学部との連携は、どちらかと言えば低学年に偏っており、高学年でも連携を進めることをカリキュラム委員会で検討していく。先端的研究に関する教育は、各講座が独自性を発揮できるよう、FD を通じて支援していく計画である。

関 連 資 料

- 資料 2-25 2 学年臨床総論 I / 実習シラバス
- 資料 2-27 1 学年医学総論 I、II / 実習シラバス
- 資料 2-32 4 学年臨床各論 VIII 臨床腫瘍学シラバス
- 資料 2-33 2 学年機能 II シラバス
- 資料 2-34 2 学年病因・病態ユニットシラバス, テュータガイド
- 資料 2-37 1 学年医学から見た国際社会と日本シラバス
- 資料 2-38 1 学年医学から見た現代社会と倫理シラバス

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

本学部では、3 学年で履修する病理学各論を除き、1～2 学年を中心に基礎医学のカリキュラムを組んでいる。基本的には、1 学年で生化学、分子生物学、2 学年で、解剖学、生理学、微生物学、免疫学、薬理学、病理学総論の順序で、モジュールタイプに一部テュートリアルを交えたユニット制の集中講義・実習により、時系列に沿った体系的な学習ができるようカリキュラムを組んでいる。

1 学年では、「科学的思考演習」を前期カリキュラムとして修得するとともに（資料 2-24）、“医学総論Ⅰ”で基礎医学が臨床医学に適応される具体例をもとに、基礎医学的知見の臨床医学における意義を理解するための授業をカリキュラムに明示して実践している（資料 2-27）。1 学年後期の“医学総論Ⅱ”では、週に半日、基礎医学の教室に小グループ単位で配属させ、現実に基礎医学的知見を理解する力を養うカリキュラムを実践している。これらは、実際の臨床においても必要なリサーチマインドを涵養したいという意図に基づいている（資料 2-27）。

基礎医学知識の定着には垂直的統合の考え方が重要であり、本学部では解剖学実習の前に、外科、整形外科、放射線科教員による授業を配置して解剖学実習へのモチベーションを高める工夫をしている。一方、2 学年機能Ⅱ（生理学）や薬理学の教育内容に病態生理の内容を 2

～3 割程度含めて、基礎医学の内容が臨床的知識とどのように結びつくかを導入している（資料 2-33）。また、2 学年病因・病態（生体防御学、病原微生物）授業は、統合型授業として「移植免疫と腫瘍免疫」「アレルギーと自己免疫病」「原発性免疫不全症候群」「口腔感染症と免疫」「HIV 感染とエイズ」「炎症性疾患の臨床と治療」を用意し、臨床症例を事例に用いたテュートリアル教育や実地臨床家の講義を加えるなど、臨床医学の修得、応用に役立つような工夫をしている（資料 2-34）。

また、2 学年、4 学年のテュートリアルで用いられる事例は臨床例に基づくものであることから、これも基礎医学と臨床医学の関連性を示しており、臨床医学を修得し応用するためには基礎医学的な知見が重要である事を意識させることに役立つと考えている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

臨床医学を修得し応用するために必要となる科学的知見は、従来から基礎医学全体にちりばめられているとも言える。例えば、生理学実習では、学生どうしが実際に血圧・心電図・筋電図測定、心音聴診、血液検査、血糖・尿比重測定を行っており、病因・病態の免疫学実習では、ヒト末梢血を用いて単核球を分離し、蛍光セルソータ法によりリンパ球サブセットを定量している。これらは、医学生物学の知見をどのような形で実際の診療の指標として使えるかを示している例である。ただし、漫然とカリキュラムの中に実習を組み入れるだけでは、基礎医学と臨床医学の連関を学生に意識させることは困難であった。そこで、基礎医学の学習がほぼ終了した段階で、ユニットとして、臨床総論Ⅰ/実習を創設した（資料 2-25）。ここでは、単に血圧測定の方法を学ぶだけではなく、バイタルサインの測定の一環として、患者の生命兆候を他の医療従事者と共有する数値としてその測定値が重要であることを修得する。このように、本学部のカリキュラムは医学生物学の知見を臨床医学に組み入れることを十分に意識してプログラムが構成されている。その工夫は、3 学年以降の臨床医学の学習に直結し教育効果を発揮することが期待されるが、現状では、基礎と臨床の垂直的統合の視点からカリキュラムを評価することはできていない。

C. 現状への対応

場当たりの組み入れられていた基礎医学と臨床医学の連関を示す授業をカリキュラム構成として意識的に組み込む作業を始めている。例えば、臨床総論Ⅰ/実習のようなユニットを基礎医学授業コースに挟み込むことで、臨床医学を効率よく修得し応用するためには、基礎医学的知識を必要であることを意識させている。この教育効果を、成績評価の変化や学生アンケートを用いて、客観的に検証することにより、さらに実効性のあるプログラムに高めていく。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム委員会が中心となり、「臨床総論Ⅰ/実習」の意図を説明し、学生と教員がともに理解を共有できるような周知活動を行なう。また、すでに解剖学や生理学で一部行われているが、基礎医学授業や実習の中への臨床医学系教員の参加による垂直的統合の試みをさらに拡大することを、カリキュラム委員会、カリキュラム企画小委員会で検討していく。さらに、カリキュラムに基礎と臨床の垂直的統合が各科目で十分に意識するよう啓発活動を行っていく。

関連資料

- 資料 2-24 1 学年科学的思考演習シラバス
- 資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス
- 資料 2-27 1 学年医学総論Ⅰ、Ⅱ/実習シラバス
- 資料 2-33 2 学年機能Ⅱシラバス
- 資料 2-34 2 学年病因・病態ユニットシラバス, テュータガイド

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

臨床医学を修得し適切に応用するためには、基礎医学的な概念と手法を学ぶことは必須と考えられる。そのためのカリキュラムを定め、実践している。

例えば、分析的で批判的思考を含む科学的手法の原理を身につけさせる目的で、1 学年のカリキュラムで「科学的思考演習」を実施している（資料 2-24）。この授業では、統計力学、量子力学などの物理学を中心として科学的思考方法を学び、臨床医学の修得とその応用の学習に備えている。また、論理学の視点からも反証主義、仮設演繹法、弁証法など科学的思考方法を学んでいる。その上で、多種多様な医学・医療情報へアクセスしながら、情報処理の実習を経験しながら分析的思考法を養う学習を行っている。1 学年医学総論Ⅱ/実習では（資料 2-27）、学生が小グループで基礎医学教室に配属され、それぞれの基礎医学分野の概念や研究手法に直接触れる機会を設け、今後の臨床医学修得に備えている。

これら以外にも、個別の教員が自身の専門分野に関して、基礎医学的な概念や手法について授業している。例えば、バイオメディカルサイエンスの基礎的概念や手法の授業の例として、再生医療があげられる。本学では再生医療の専門家が、1 学年では医学総論Ⅰで“生理学と私の研究”（資料 2-27）、2 学年では機能Ⅱで“再生医学” “骨軟骨再生”の授業を行っている（資料 2-33）。また、体内時計の研究の専門家がその領域の基礎的知見がどのように睡眠障害の治療に反映しているか、さらに、免疫学研究の進歩がどのように臨床上の治療の進歩に影響を与えているかを授業し、基礎医学的な概念や手法と臨床医学学習の関連性について学習させている。

さらに、平成 29（2017）年度からは 1 学年において、「医療イノベーション学」を開講した（資料 2-35）。この授業の中で、創薬に携わる学内外の研究者による授業を行い、基礎医学的な概念や手法と臨床医学との関連性を体系的に学習する。その中で臨床医学を修得するためには基礎医学的な概念が必要であること、臨床医学を適切に臨床の場で応用するためには、基礎医学的な手法が重要であることを授業している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学では上記の如く、1～2 学年の授業で基礎医学的概念とその手法が臨床医学の修得や応用に必要となることを学習する様々な機会を設けている。また、平成 29（2017）年度 1 学年において「医療イノベーション学」が新たに開講され、基礎医学と新たな医療展開との関連性を学習する機会を設けた。臨床医学を修得し応用するために必要となる基礎医学的な概念と手法を学ぶ機会は増やしつつあると言える。

C. 現状への対応

臨床医学を修得し応用するための基礎医学の学習内容が増加してきている。この中で、基礎医学と臨床医学の内容を関連させるための病態生理教育、臨床教員による解剖学講義を推進しており、逆に、臨床医学講義の中にも病態生理の講義組み込み、基礎医学の概念や手法を学べるよう工夫している。このような工夫の中で、臨床医学を修得し応用するために必要となる基礎医学的な概念と手法を学ぶ機会の増加を図っている。

基礎医学教育の成果については、学生及び教員による授業評価、学生アンケートなどが行われている。今後さらに適切な教育内容の評価方法を考案する。

D. 改善に向けた計画

基礎医学教育の成果評価、特に、基礎医学の概念と方法の教育が臨床医学の学習を充実させているかについての評価は現状のところ出来ていない。教務委員会と教育評価委員会の委員会活動を通じて適切な評価法を探り、カリキュラムの改善に繋げたい。

関 連 資 料

- 資料 2-24 1 学年科学的思考演習シラバス
- 資料 2-27 1 学年医学総論 I、II／実習シラバス
- 資料 2-33 2 学年機能 II シラバス
- 資料 2-35 1 学年医療イノベーション学シラバス

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

平成 29（2017）年度から 1 学年において、「医療イノベーション学」を開講した（資料 2-35）。この授業の中で、創薬に携わる学内外の研究者による授業を行い、基礎医学分野の科学的・技術的進歩が最終的にどのように臨床医学に応用されるかを体系的に学び、その中で科学的、技術的、臨床的進歩の具体例を学習してゆく。これ以外も医学全般において個別の教員が自身の専門分野に関して、科学的、技術的、臨床的進歩について授業している。例えば、2 学年の機能 II では、“再生医学”および“骨軟骨再生”の授業をおこない、再生医学の最新の科学的・技術的進歩をカリキュラムに反映させている（資料 2-33）。また、体内時計研究の専門家が最新の科学的知見がどのように睡眠障害治療の進歩に貢献しているかを教え

ている。さらに、2 学年病因・病態のシリーズでは、免疫学の基礎研究者が免疫学の歴史とともに免疫学研究の最新情報と臨床上の進歩の関係を授業で解説している（資料 2-34）。

さらに、1 学年医学総論Ⅱ/実習では（資料 2-27）、学生は小グループに分かれて基礎医学教室の何れか一つに配属され、教室の研究者と交流し、それぞれの基礎医学分野の最新の科学的、技術的、臨床的進歩に直接触れる機会が提供されている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

これまで、科学的、技術的、臨床的進歩をいかにカリキュラムに取り入れるかは、個々の教室、個々の授業に事実上任されている面が大きかった。それぞれの学問領域の専門家が、それぞれの創意工夫を学生に伝えていくことは今後も重要であるが、一方で、低学年からそのような概念を身につける工夫も必要で、これは、医療イノベーション学によって果たされることを期待している。

C. 現状への対応

医療イノベーション学によって、科学的、技術的、臨床的進歩を体系的に学ぶ基礎を形成している。基礎医学系ではそれぞれの教室の特性を生かした独創性のある科学的、技術的、臨床的進歩の内容を学生に伝えている。臨床系の授業では、より近い年齢の若い教員がこれらの進歩に関する授業を受け持てるようにカリキュラムを工夫していく。

D. 改善に向けた計画

このような科学的、技術的、臨床的進歩が十分にカリキュラムに反映されているかについて、さらにカリキュラム委員会で検討していく。

関 連 資 料

- 資料 2-27 1 学年医学総論Ⅰ、Ⅱ/実習シラバス
- 資料 2-33 2 学年機能Ⅱシラバス
- 資料 2-34 2 学年病因・病態ユニットシラバス, テュータガイド
- 資料 2-35 1 学年医療イノベーション学シラバス

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

本学部の教育のアウトカム（資料 2-2）として、「医療の社会性の理解」、「自律的継続的学習能力」、「問題解決能力と医学研究への連結」を挙げており、現在および将来の社会や医療システムにおいて必要となってくるニーズの変化に対応できる医師の養成を目指している。ディプロマポリシーとしても、「自律的学修能力」、「国際化への対応力」を挙げており、卒業生が現在および将来的に社会ニーズの変化に対応できるようにカリキュラムを編成している。

例えば、基礎医学教育としては、各講座の基礎的研究が現在および将来の社会のニーズに対応したものであることを、具体例をもって示すことを行なっている。例えば、ゲノム生物学では腫瘍生物学を中心に基礎研究を進めているが、バイオマーカーによるがんの診断、有効な薬剤の選択、オーダーメイドがん治療という社会のニーズに基づいた研究であることを授業している（資料 2-39）。

医療に関する先端的な研究開発やイノベーションを医学部で行なうべきとする近年の社会ニーズの高まりについては、1 学年医学総論 I（資料 2-27）において、基礎医学教室の教員がそれぞれの分野の先端的なテーマを紹介している。例えば、抗体医薬など先進的医療技術についてそのインパクトと意義についての授業を行い、基礎医学研究の魅力について紹介している。また、「医療イノベーション学」では、創薬に携わる学内外の研究者による授業を行い、基礎医学的な研究開発の社会への影響力についての授業を行なっている（資料 2-35）。また、「基礎医学研究者の養成」という社会からのニーズに対して、1 学年医学総論 II では（資料 2-27）、学生を小グループに分けて基礎医学教室に配属し、それぞれの基礎医学分野研究者と直接交流する機会を設け、基礎研究者のキャリア形成への導入を行なっている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学の教育のアウトカムとディプロマポリシーに基づき、現在および将来の社会ニーズの変化に対応できる卒業生を養成すべく基礎医学のカリキュラムを準備している。また、平成 29（2017）年度からは、1 学年において「医療イノベーション学」を新たに開講し、基礎医学と社会のニーズとの関連性を学習する機会を設けた。

C. 現状への対応

現在および将来の社会ニーズの変化に対応できる能力を養成すべく基礎医学カリキュラムの改善を行なっている。1 学年「医療イノベーション学」の新規開講はその具体例である。

D. 改善に向けた計画

「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」のカリキュラムへの反映について、今後もカリキュラム企画小委員会、カリキュラム委員会を通じて検討していく。そして、現在および将来の社会ニーズの変化に対応できる卒業生を養成すべく努力を継続していく。

関 連 資 料

資料 2-2 カリキュラムツリー、カリキュラムマトリックス、アウトカム基盤型ロードマップ

資料 2-27 1 学年医学総論 I、II／実習シラバス

資料 2-35 1 学年医療イノベーション学シラバス

資料 2-39 1 学年分子生物学シラバス

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

1 学年のカリキュラムで、“心理と行動”の授業を行っている（資料 2-40）。この授業では、知覚と認知、学習心理学、行動主義と行動療法、認知行動療法、注意工学とヒューマンエラー、社会的行動（印象形成と態度変容）、災害時の心理と行動、といったタイトルで心理学的な立場から行動科学に関して論じている。

3 学年のカリキュラムでは、内分泌・代謝内科において、行動科学と臨床医学：肥満・摂食障害、行動科学と臨床医学：食事療法・運動療法①、②により、行動科学を臨床医学の点から展開した授業を行っている（資料 2-41）。また、精神医学からも、行動科学と臨床医学：摂食障害（資料 2-42）の授業を実施している。さらに、心療内科から、行動医学と心身医学、医療心理学演習、小児心身医学、コミュニケーション実習（がん告知）などの講義および実習がある（資料 2-43）。

4 学年の社会医学公衆衛生カリキュラムでは、環境医学・行動科学の講座が、行動科学の基礎として、患者と医療者のコミュニケーション（心理コミュニケーション）、患者の心理（医療心理学）の授業を行い、また応用的な講義として、リスク管理及び公衆衛生行政、医療施設管理、渡航者外来における行動科学的な価値判断について講義している。その他、社会医学をテーマとした 14 のケーススタディを基に、社会的な課題洞察力や解決能力育成を目的としたグループワークや発表・質疑・討論、その成果である学生作成教材により理解を深めている（資料 2-28）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

我が国の医学部学生にとって行動科学は必ずしも馴染み深いものではない。それに対応するため、1 学年のオリエンテーションにおいて、“心理と行動”が専門の臨床心理士が行動科学入門に関する授業を行い、導入を図っている。このような基礎のもとに、摂食や栄養管理などを中心に臨床事例をもとに行動科学を習得し、医療や疾患の社会医学的側面を学習するプログラムを設けている。すなわち、単に“行動科学”の授業を行うのではなく、臨床医学全般や健康増進・予防医学の中で学生が行動科学を意識できるようになることを目指している。

C. 現状への対応

行動科学に関して心理学的な考え方を基礎に、臨床事例における患者や関係者の行動変容といった社会医学的側面を中心に、行動科学の学習を整理した。しかし、今後、もう少し広い視点から、行動科学の修得事項を考えていく。

D. 改善に向けた計画

医療面接や精神医学の授業で学ぶ部分もあるが、教育プログラムに行動科学の項目を明確に位置づけてゆくことが必要である。行動科学は「プロフェッショナリズム、コミュニケーション」等も含めて広く考えられており、本学部では、1 学年の「プロフェッショナリズム/実習」のコース、また 2 学年から導入される「臨床総論Ⅰ/実習」の授業をはじめ、総論授業にこれらの要素を豊富に取り込んでいる。今後、単に“行動科学”の授業を行うのではなく、臨床医学の各論や健康増進・予防医学の中で学生が行動科学を意識できるカリキュラムの構築をさらに進めていく。

関 連 資 料

- 資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス
- 資料 2-40 1 学年心理と行動シラバス
- 資料 2-41 3 学年臨床各論Ⅰシラバス
- 資料 2-42 3 学年臨床各論Ⅴシラバス
- 資料 2-43 3 学年臨床総論Ⅱ/実習シラバス

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

社会医学を明示したカリキュラムは、1 学年の医学総論Ⅰ、Ⅱ/実習および学外施設実習に始まる（資料 2-27）（資料 2-23）。医学総論では社会医学について導入講義を行い、学外施設実習では、学生が少人数のグループに分かれ、地域の医療施設、保健センターなど健康の維持・増進のための施設、障害をもった人々のケアをする施設などを訪問・見学し、① 地域における保健、医療、福祉関係の施設の活動に触れ、様々な施設と職種によって地域医療は成り立っていることを理解させている。また、② 他の医療職や地域住民と共同して地域医療を円滑に進めるために、社会人としてのマナー、社会におけるルール、良識、医療人としての自覚といった、いわゆる社会性を身につけさせている（資料 2-23）。

4 学年では本格的な社会医学の授業が行われるが、それに先立って、4 月に始まる社会医学コースの最初の授業で、環境医学・行動科学教室、公衆衛生学教室、法医学教室の 3 教室が合同で担当する統合型授業が行われている。すなわち、冒頭で“社会医学ユニットオリエンテーション”を行い、社会医学としての 3 教室のまとまりを学生たちに意識化させる構成としている。社会医学コースは 4 月に始まり 5 月末に終了するが、この期間中 4 学年は社会医学の学修に専念し、地域医療学、疫学、国際保健学、衛生学、医療心理学、医療社会学、公衆衛生学、法医学を学ぶ。この期間を通じて健康問題の原因、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、さらに医療制度を理解するのに必要な知識、発想、方略、技能、態度を提供している（資料 2-28）。

5 学年では、少人数のグループに分かれて串本での 1 週間の地域医療実習を行っている。この実習では、高齢化、過疎化、医師不足、広域医療などの問題を抱えるいわゆる僻地に身を置き、地域の医療状況を実際に体験する。さらに、地域住民への健康セミナーを開催するなど、地域にとって必要な予防医学の観点から学習を行なっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

環境医学・行動科学、公衆衛生学、法医学の 3 教室は、長年にわたって社会医学としての授業を構築してきた。このことから、社会医学としてのカリキュラムはほぼ確立していると考えられる。また、社会医学は、このような伝統的に定着してきた領域だけでなく、5 学年のくしもと町立病院での地域医療実習のように、地域医療学に相当する領域も充実してきている。

C. 現状への対応

4 学年の環境医学・行動科学、公衆衛生学、法医学の3教室が提供する授業は、長年におたって定着してきている。くしもと町立病院を拠点として地域の社会福祉協議会や保健所などの連携支援を受けて行なわれる地域医療実習は、地元教育担当事務と医学部臨床実習担当教員との協力をさらに進めていく。

D. 改善に向けた計画

串本での実習は、平成 17（2005）年度の文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム（医療人 GP）」がもとになっている。採択から 10 年以上が経過しているが、このプログラムは現在も継続的に実施されている。さらに改善を継続的行なっていくシステム作りを計画していく。

関 連 資 料

資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト

資料 2-27 1 学年医学総論 I、II/実習シラバス

資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス

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

1 学年の前期に、「生死論」の授業を行っている。この授業では、優生学、スピリチュアルを中心とし、相模原の障害者施設の事件などのトピックスを取り上げ、医療倫理を導入している（資料 2-45）。1 学年の後期に開講される「医学から見た現代社会と倫理」では、がん医療、難病患者支援、遺伝子診断、エイズ問題、研究倫理、生殖医療と倫理、などのトピックを扱い、グループ討論の時間もとりながら、医学における倫理的問題に関して学修を深める（資料 2-38）。2 学年の臨床総論 I/実習の授業シリーズは、診療の基本を導入する授業である、「医療倫理」の授業を実施している（資料 2-25）。3 学年の臨床各論 VI 小児外科学コースにおいて、「医療倫理：染色体異常と遺伝相談」「医療倫理：こどもの人権と小児脳死移植」を授業でテーマとしている（資料 2-46）。4 学年では、社会医学のシリーズで、「医と倫理」（行動科学・環境医学教室）で、社会医学的視点から扱っている（資料 2-28）。また、4 学年の臨床腫瘍学の授業において、「臨床試験における倫理」および「がん告知」を開講し（資料 4-47）、臨床試験および実地医療の視点から医療倫理学の教育を実践している。さらに、臨床実習開始直前の臨床総論 III/実習の中で「特別講義 医の倫理」の授業を行い、学生の意識づけを行なっている（資料 2-44）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

1 学年の授業でも、臨床と結びつけた医療倫理学を導入するために、平成 29（2017）年度からの授業として、“医学から見た現代社会と倫理”を展開して、実地で医療上の倫理に関与する医師等を招いて授業を行なっている（資料 2-38）。本学部では多くの授業で「医の倫理」をタイトルに取り上げている。

C. 現状への対応

1 学年の倫理に関する授業は系統化されたものがあり、各学年で継続的に授業が行なわれている。しかし、2 学年からの医療の実践や医学研究に結び付いた学習がさらに求められるという指摘がある。臨床実習中にも実地医療においてどのような「医の倫理」についての配慮が行なわれているのか、教員に意識づけていく。

D. 改善に向けた計画

医療倫理学そのものを習得するだけでなく、臓器別のトピック授業の中でも、各論的な議論の中で医療倫理学の要素を取り入れていくことをさらに目指していく。そのためには、FDを通じて医療倫理教育の意義について教員の意識を高めていく。

関 連 資 料

- 資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス
- 資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス
- 資料 2-32 4 学年臨床各論Ⅷ臨床腫瘍学シラバス
- 資料 2-38 1 学年医学から見た現代社会と倫理シラバス
- 資料 2-44 4 学年臨床総論Ⅲ/実習シラバス
- 資料 2-45 1 学年生死論シラバス
- 資料 2-46 3 学年臨床各論Ⅵシラバス

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

1 学年カリキュラムの学外施設実習/総合医学のシリーズで、感染症対策、環境行政、医療施設管理、地域住民福祉のトピックを扱い、医療関連法規について学習することを明示して実践している（資料 2-23）。

4 学年カリキュラムの社会医学公衆衛生のシリーズにおいては、医療関連法規はそれぞれのトピックの中で個別に扱っている。環境医学・行動科学のシリーズにおいては、医療関連法規とする授業があるほか、医療法・医療計画、健康危機管理、介護保険、医療施設の管理、高齢者福祉、精神保健、感染症対策、食品・栄養と健康、環境保全で、医療関連法規を明示して実践している。また、公衆衛生学のシリーズでは、社会保障の枠組みと safety、母子保健、学校保健と小児保健、産業保健、職業に起因する疾病、産業保健管理、臨床と行政の交

差点、の授業で医療関連法規を扱っている。職業に起因する疾病の中ではアスベスト被害のように具体的なトピックを扱う授業もある。また、“法による医師の義務”という形で医師の法的な義務の点からも授業シリーズを展開している（資料 2-28）。また、4 学年の臨床実習直前の医療安全の授業シリーズでは“医療安全と法”の授業を医療法の立場から弁護士に担当していただき、学生の意識を高める工夫をしている（資料 2-48）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医療関連法規に関しては、扱っている授業は明確であり、その内容も明確に提示されている。例えば、死亡診断書（死体検案書）の書き方については総論と各論を実施しており、具体的な内容を盛り込んだ授業となっている。

C. 現状への対応

社会医学としての医療関連法規の理解だけでなく、さらに実地臨床の立場から、医療的責務を医療関連法規に結び付けて学習していく。

D. 改善に向けた計画

4 学年の医療安全授業において、“医療安全と法”の授業を医療法の立場から弁護士に実施していただいている。原則論だけでなく、こうした具体的視点からのカリキュラムの充実を今後も継続していく。

関 連 資 料

- 資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト
- 資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス
- 資料 2-48 4 学年医療安全シラバス

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

1 学年の「生死論」、「医学から見た現代社会と倫理」などでは、いわゆる「相模原事件」を取り上げるなど、新たな医療倫理的問題をトピックスとして取り上げている。また、医療技術の進歩とともに生じてきた生殖医療、遺伝診断の問題も取り上げている（資料 2-45）（資料 2-38）。

2 学年の臨床総論 I /実習の病院体験実習で医学部附属病院臨床研究センターの体験実習を実施して、医療倫理的観点から臨床研究のあり方について現場で学ぶ機会を設けている（資料 2-25）。

4 学年の社会医学のユニットを担当する環境医学・行動科学講座、公衆衛生学講座、法医学講座では、それぞれの専門領域の進歩に応じて授業内容を改変している。公衆衛生学のコースでは、近年の疫学研究のニーズの増大に対応して、他大学の数倍程度の講義時間と演習の時間を当てて最新の臨床疫学授業を設け、疫学を用いた科学的手法の学修のための教育を試みている（資料 2-28）。

また、本学部の臨床腫瘍学は、行動科学、社会医学、および医療倫理学を、科学的、技術的そして臨床的進歩の点から展開している重要な領域である。4 学年の臨床腫瘍学の中で、例えば、医療倫理や医療社会の授業では、がん告知の問題を扱っている。がん診療のしくみは、科学的、技術的、臨床的進歩によって刻々と変化しているが、“医療提供システム：がん診療のしくみ”の授業では、医療・支援制度を扱っている。悪性腫瘍の患者の診療の様相は、救命される患者数の増加によって、大きく修正すべき面がある。“がん患者が直面するがん医療の問題”の授業は、行動科学、社会医学、および医療倫理学からこの問題をとらえている（資料 2-32）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

行動科学、社会医学、医療倫理学、医療法学の分野においても、進歩に応じたカリキュラム上の修正、調整は必須である。EBM に基づいた臨床判断の重要性が益々高まっている現在、公衆衛生学教室が充実した疫学教育を提供している。関連する講座授業の日々の改善とともに、日進月歩の臨床腫瘍学を通じて、最新の知見を臨床実践に即した形で教育する努力をしている。

C. 現状への対応

関連各講座の日々の改良への取り組みが基本であるが、実地臨床への応用という観点から、腫瘍内科学教室が本項目の改善について、大きな役割を果たしている。ただし、関連する講座では臨床治験などの倫理的な問題なども含めて必ずしも全てをカバーできていない面もあり、今後検討していく。

D. 改善に向けた計画

平成 30（2018）年度 4 学年から、臨床腫瘍学、放射線腫瘍学、婦人科学などの授業を連結して、行動科学、社会医学、および医療倫理学の視点から授業できるよう調整を進めていく。今後、さらに各科のコラボレーションが深まり教育アウトカムに反映されるよう工夫していく。

関 連 資 料

- 資料 2-25 2 学年臨床総論 I / 実習シラバス
- 資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス
- 資料 2-32 資料 2-32 4 学年臨床各論 VIII 臨床腫瘍学シラバス
- 資料 2-38 1 学年医学から見た現代社会と倫理シラバス
- 資料 2-45 1 学年生死論シラバス

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

行動科学の新たな知見は、医療者からの一方的な働きかけではなく、患者の行動変容が重要であることを示しており、本学部でも糖尿病治療、摂食障害、精神疾患において、行動科学の考え方を各授業の中で活かすように工夫している。学生にわかりやすく伝えるために、行動科学の要素を含むものは授業タイトルに明示するようにしている（資料 2-40）（資料 2-41）（資料 2-42）（資料 2-43）。

社会医学では、地域包括ケアシステムの概念を紹介しつつ、少子高齢化社会に対応した制度設計が今後さらに重要となることを授業している（資料 2-28）。1 学年の医学から見た現代社会と倫理では「胃瘻をめぐる医療倫理」など具体的なテーマを挙げて授業を行なっており、社会構造の変化によって、今後増加すると予測されるテーマを社会医学や医療倫理学の視点から取り上げている（資料 2-38）。

また、本学では、現在と将来に社会および医療で必要となることとして「医療安全」は極めて重要な問題と位置づけてカリキュラムを構成している。本学では医療安全は、1～4 学年を通じて段階的に授業を積み上げている（資料 2-25）（資料 2-28）（資料 2-47）。4 学年の授業では例えば、医療事故とヒューマンエラーについて、医療安全と倫理について、医療安全と法について、医療の質の管理の問題等について授業を行っている。これを臨床実習の始まる直前に配置することによって、学生の医療安全への意識が高まるよう工夫している（資料 2-47）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

行動科学、社会医学、医療倫理学、医療法学は、前述のように個別の取り組みを行っている。医療安全の授業シリーズでは、教員だけではなく、医療安全対策管理を実際に担当しているスタッフが、患者対応について授業を行うなどして、さまざまな立場の当事者が授業を分担して将来、社会や医療で必要となることを学生が学習できるように組み立てている。また、患者の立場から、NPO 法人の理事長を非常勤講師として招聘し、授業を担当いただいている。

C. 現状への対応

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を教育の中に取り入れる努力を行っていく。

D. 改善に向けた計画

教員だけではなく、幅広い立場（患者、地域医療の担い手）からの意見を取り入れることを進めていく。

関 連 資 料

- 資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス
- 資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス
- 資料 2-38 1 学年医学から見た現代社会と倫理シラバス
- 資料 2-40 1 学年心理と行動シラバス
- 資料 2-41 3 学年臨床各論Ⅰシラバス
- 資料 2-42 3 学年臨床各論Ⅴシラバス
- 資料 2-43 3 学年臨床総論Ⅱ/実習シラバス
- 資料 2-47 4 学年医療安全シラバス

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

「2025 年問題」の言葉に代表されるように、人口動態や文化の変化によって、医療の世界も大きく変化している。予防医学や医療にも、これまでの高度先進医療を提供し、命を守り、寿命を延ばすと言う考え方から、健康寿命を延伸し、地域包括ケアシステムのような高齢者の生活の質を高めるなど、これまでは異なる役割を期待されるようになってきている。これらに関する授業としては、4 学年で環境医学、健康日本 21、行動科学：地域医療とは何か、高齢者施策、環境と健康、環境保全、生活環境と物理的原因による障害、などの授業を提供している（資料 2-28）。救急医学を例に挙げると、4 学年の“救急医療と社会医学”の授業で、“人口動態や文化の変化からみた救急医療”の授業を行っている。救急医療は、人口動態や文化の変化を最も受けやすい領域の一つである。例えば、高度成長時代には、交通事故や労災など、高エネルギー外傷によるニーズが高いが、高齢化社会を迎えて、高齢者の急病の救急医療ニーズが急速に増加している。安全社会の進展により高エネルギー外傷の数は減少している。このように救急医療ニーズが極めて大きく変化していることをとらえて、授業プログラムも調整、修正している（資料 2-49）。例えば、3 学年臨床各論Ⅴの整形外科運動器コースでは「高エネルギー外傷」の授業コマ数は減らし、代わって「大腿骨頸部骨折」「骨粗鬆症と骨折」などの授業数を増やしている（資料 2-42）。また、4 学年の社会医学のコースでは、人口構造や疾病構造の変化および社会の健康ニーズの変化にあわせて毎年授業を update している（資料 2-28）。

また、医療倫理学の面では、心療内科の授業で緩和ケアに関して実習を交えて授業を展開しており、治癒を求める医療とは異なる文化的背景に支えられた患者サポートが求められることをカリキュラムに反映している（資料 2-43）。心療内科のこのようなカリキュラム編成は、平成 26（2014）年から始まっており、このような時代背景に沿ってカリキュラムを調整、修正しつつある（資料 2-26）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

人口動態および文化の変化にともなうカリキュラムの調整や修正は社会のニーズに基づくものであり、広い視点からの検討が求められる。広い視点からのニーズの掘り起こしとカリキュラムへの反映は容易ではないが、カリキュラム委員会やFD等でのディスカッションを繰り返すことにより、また、多くの方々の意見を聞くことにより、こうした調整、修正がえられやすい状況にあると考える。

C. 現状への対応

できるだけ多くの方々にカリキュラムに参画していただくことを考慮している。例えば、2学年の臨床総論Ⅰ/実習は、平成27（2015）年度より導入されたカリキュラムであるが、附属病院の栄養部、薬剤部、患者支援センター、入院センターなど従来、比較的、実習において学生と接点がなかった部署を学生が訪れる実習を行っている。

D. 改善に向けた計画

各科で行なわれている新しい試みや授業の調整、修正のモニタリングが十分ではなく、カリキュラム構成全体のなかでの位置づけや意味づけが不十分であり、検討を進めていく。

関 連 資 料

- 資料 2-26 4 学年臨床各論Ⅸシラバス
- 資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス
- 資料 2-42 3 学年臨床各論Ⅴシラバス
- 資料 2-43 3 学年臨床総論Ⅱ/実習シラバス
- 資料 2-49 3 学年臨床各論Ⅶシラバス

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

本学部では「卒業時までには獲得すべき医師としての基本的資質と能力（コンピテンス）」として、10の項目を挙げている。すなわち、【倫理とプロフェッショナリズム】【国際化に対応できる教養と英語力】【コミュニケーション能力】【医学的知識】【自律的継続的学習能力】【課題解決能力と医学研究への連結】【医療の社会性の理解】【診療の基本的技能】【医療安全】【チーム医療】である。ディプロマポリシーとしても、「医学の知識と技術」「自律的学修能力」「協調精神とチーム医療」「プロフェッショナリズム」「国際化への対応力」を挙げており、卒業後に適切な医療的責務を果たせるような、つまり、卒業後直ちに臨床研修医として適切な医療的責務が果たせるように、十分な知識、臨床技能、態度が修得できるカリキュラムを定めている（資料2-1）（資料2-2）。

1学年ではプロフェッショナリズム/実習の授業を行い、医療におけるコミュニケーションや医療安全の基礎となるチーム医療や医療における連携等について学ぶ。この時期に、本学の教育アウトカムについても互いに議論して、自分自身が医療的責務を果たせるようになるには現在なにをすべきかを意識付けしている（資料2-50）。また、1学年から生命科学に関する学習を集中的に進め、生物学的な基礎、生化学的な基礎、および分子生物学的なアプローチを学ぶ。1学年の学外施設実習/総合医学では、さまざまなタイプの学外施設の見学を行い、医療と地域社会との関わりという広い視野から医療・福祉や介護を現場で体感させることを目標としている（資料2-23）。そして、感じたことや学んだことをお互いに発表することにより、当該学習を医師としての生涯学習を結び付けることを目指している。

2 学年は解剖学から始まり人体構造の学習を行う（資料 2-51）。ここでも臨床の視点から解剖を学ぶことを目的に臨床教室教員の授業を組み込んでいる。これにより、基礎と臨床の統合を図り、解剖学を学ぶモチベーションを高めている。

さらに、従来の生理学に属する領域に関して、生命の機能の視点で呼吸器系、消化器系、神経系、心臓循環器系、血液内分泌系、腎・泌尿器系という順序で、カリキュラムを明示して実践している。

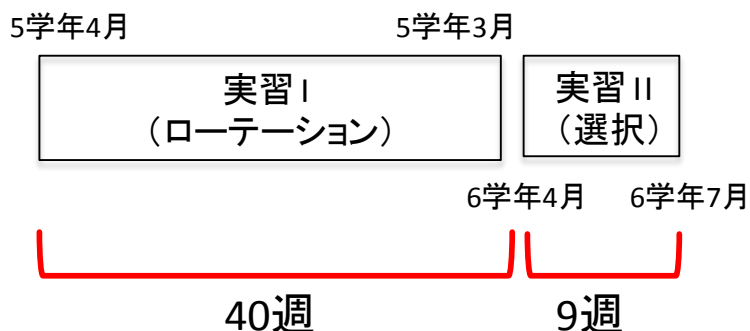
また、病因・病態というタイトルで、病原微生物や生体防御の授業を行い、次いで、薬理学の授業を行っている。病理学に関しては、総論と各論の時期を分けて、授業を行っている。病理学は、総論で病理の原則や概念を学び、その後に各論的な学習を行う組み立てである。

2 学年の後半では、基礎医学で修得した人体解剖、機能、病因病態に関する理解を基盤として、臨床総論Ⅰ/実習で診断学の基礎を学ぶ（資料 2-25）。すなわち、日常診療において生体の機能情報が、どのように捉えられるのかを基礎医学的、総論的、横断的な視点から学ぶ。このシリーズの学習を通じて、卒業後に適切な医療的責務を果たせるようになるための知識、医療専門職としての技能の基本を修得させる。その際の教育方法として、シミュレーションセンターでの臨床技能学習も行なっている。

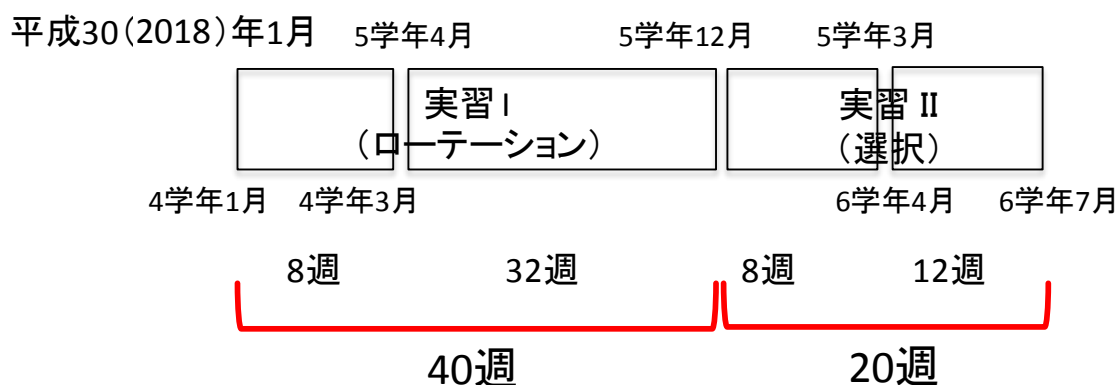
3 学年で、各診療科のトピックに関して学び、さらに 4 学年で、症候・病態の切り口で臨床上的実力をつける学習を進める。

臨床実習については、卒業後直ちに医療的責務を果たすための十分な知識、技能と態度を修得できるよう、新カリキュラムにおいては選択臨床実習期間を拡張した。すなわち、現在実習を行なっている 5～6 学年は各診療科ローテーション実習 40 週、選択臨床実習 9 週間のプログラムであるが、現在の 4 学年は平成 30（2018）年 1 月から各診療科ローテーション実習 40 週、その後、20 週の選択臨床実習で診療参加型実習を行うことが決まっている。新カリキュラムにおける臨床実習期間の変更を（資料 2-6）に示す。

1) 改定前カリキュラム： 現在の5～6学年まで



2) 新カリキュラム： 現在の4学年以降 (平成30(2018)年1月から開始)



また、ローテーション実習期間でも、可能な限り実際に診療に参加して実習を行なうことをFDや教授会で推進している。例えば整形外科では、病棟での入院患者の問診や手洗いとガウンテクニックを含め実際の手術介助があり、その後の病棟回診ではベッドサイドで術後経過についての報告をさせている。新たな試みとして、その回診時には病棟看護長が同伴し実習医学生の評価を行なっている（資料 2-52）。外来処置も指導医の監督の下で行なわせ、週末の症例報告検討会ではCbD評価を取り入れている。神経内科では外来実習で初診患者の医療面接と簡単な神経診察を学生にさせて、後のCbDでその評価を行なっている（資料 2-8）。

プライマリ・ケアの基本的な診療能力に関しては、5学年の臨床実習にて、和歌山県串本町にて1週間の僻地医療実習を行い、介護・保健行政・訪問看護などを体験させている。6学年の診療参加型実習でも、選択にて串本での地域医療実習や学外連携病院での実習を行なうことが可能である（資料 2-14）。また、僻地医療教育の実習中には、予防医学的観点から地域住民への医療啓発の健康セミナーを学生が行なっている。医療安全とチーム医療は、適切に医療的責務を果たすために不可欠な要素である。教育アウトカムに掲げておりこれを達成するために、1から4の各学年に、少しずつ、段階的に、病院医療安全チームが担当する授業を入れている。特に4学年においては、臨床実習の直前の時期に1週間の授業を設けている（資料 2-48）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

卒業時までには獲得すべき医師としての基本的資質と能力（コンピテンス）とディプロマポリシーを定め、その下にカリキュラムを定めている。1 学年からプロフェッショナリズム授業、学外施設実習などコミュニケーション教育、臨床体験実習を行なっている。

臨床実習においても、その期間を 49 週から 60 週へ週数を増やすように新カリキュラムでは変更しており、知識、技能、態度の修得の改善に努めている（資料 2-6）。また、総合医学研修センターの副センター長が中心となり臨床実習の指導、管理を行なっている。さらに、平成 29（2017）年度より、臨床実習の評価方法を改善し、臨床実習ログブックと統一的な評価表（診療科毎に改変して使用）を導入した（資料 2-8）。全体として、卒業後に適切な医療的責務を果たせるような十分な知識、技能、態度を修得できるように教育が改善されたと考えている。

従来のカリキュラムでは各教室が順番に授業を担当する形で学習を進めていたが、重層的な実力の蓄積につながらず、医療的責務を果たすための十分な基礎的知識や技能が身に付いていないという指摘が教員からあり、カリキュラムの改訂を行った。現在、その新カリキュラムを実施し（現在の 4 学年まで）、定着を図っている。

C. 現状への対応

新カリキュラムは現時点では 4 学年まで実施されている。各講座、各診療科は新カリキュラムの変更点をそれぞれの教育に反映させていくよう努力している。今後は、その検証・評価を進めていく。特に新カリキュラムへの移行が臨床実習、教育アウトカム、ディプロマポリシーにどのように反映されるかが検討されるべきであり、評価結果に応じてカリキュラムを変更するようカリキュラム委員会で検討していく。

D. 改善に向けた計画

本学部のカリキュラムモデルが学生にとって学びやすいものであるかどうかを今後検証する。学生や教員からカリキュラムモデルそのものを学ぶ側も教える側も理解できていないとの指摘があり、カリキュラム委員会、カリキュラム企画小委員会、FD などを通じて学生と教員にカリキュラム構成の意図を理解させるよう努力していく。

関 連 資 料

資料 2-1 近畿大学医学部 1～6 学年シラバス（全教科）

資料 2-2 カリキュラムツリー、カリキュラムマトリックス、アウトカム基盤型ロードマップ

資料 2-4 カリキュラム改訂の要点

資料 2-6 新カリキュラムにおける臨床実習期間の変更について

資料 2-8 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録
ログブック 平成 29 年度

資料 2-14 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習の手引き

- 資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト
資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス
資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス
資料 2-50 1 学年プロフェッショナリズム/実習シラバス
資料 2-51 人体構造Ⅰ、Ⅱシラバス
資料 2-52 看護師による 360° 評価

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

臨床現場で計画的に患者と接するプログラムとしては、1 学年では、ER でのボランティア実習、「闘病記」を読んだ後に病棟患者の語りを聞くプロフェッショナリズム/実習(資料 2-50)、さらに介護施設、福祉施設、地域医療施設における学外施設実習を行う(資料 2-23)。4 学年の臨床総論Ⅲ/実習では、病棟患者の医療面接実習を行い(資料 2-44)、5 学年では CBT/OSCE 終了後にローテーション型の臨床実習へと入って行く(資料 2-2)。4 学年の平成 30 (2018) 年 1 月から開始となる新カリキュラム臨床実習では、ローテーション実習に引き続き、5 学年の 1 月から医療チームの一員として患者に接する診療参加型実習を開始する(資料 2-6)。また、今年度から臨床実習ログブックおよび様々な評価表を作成し、診療科毎に改変して使用している。(資料 2-8)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

1 学年の時期から患者と接する実習を導入しているが、基本的な医学的知識や概念理解を学習するために、2～3 学年では、患者と接するプログラムが導入できていない。ただし、意欲的な 2～3 学年の学生は、1 学年の救急災害棟での実習指導を担当しており、患者や患者家族へのサービスに接している。4 学年の OSCE 前には、臨床総論Ⅲ/実習が開講され、模擬患者の医療面接トレーニングだけではなく、病棟患者の医療面接実習を行っている。臨床実習は 4 学年 1 月からローテート型実習を行い、5 学年 1 月から診療参加型選択実習として、より濃密に患者と接するように段階を踏んだプログラムとしている。

C. 現状への対応

実習開始前の 2～3 学年でも、患者と接する機会を設けているが十分な時間を取れていない。多くの診療科で網羅的な実習を行っているが、患者と接するプログラムを実質化できるように図っていく。

D. 改善に向けた計画

1 学年の早期患者接触プログラムの定着を図るとともに、今後、各学年に臨床現場において患者と接する機会を設けていくようにカリキュラムを改善していく。臨床実習の中で、患者と接する機会を確保できるように臨床実習のさらなる充実を計画していく。

関連資料

資料 2-2 カリキュラムツリー、カリキュラムマトリックス、アウトカム基盤型ロードマップ

資料 2-6 新カリキュラムにおける臨床実習期間の変更について

資料 2-8 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録
ログブック 平成 29 年度

資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト

資料 2-44 4 学年臨床総論Ⅲ/実習シラバス

資料 2-50 1 学年プロフェッショナリズム/実習シラバス

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に関しては、早期より学生が積極的に取り組めるようカリキュラムを定めている。すなわち、1 学年の学外施設実習/総合医学において、健康増進の重要性と予防医学を体験できるよう。実習指導を行なっている（資料 2-23）。4 学年の主として社会医学のコースでは、公衆衛生学の授業として、予防医学のストラテジー、母子保健、高齢者福祉、精神保健の授業カリキュラムを定めて実践している（資料 2-28）。また、歯科口腔外科の担当授業では、口腔ケアに関するタイトルで、“予防医学の実際”を定め実践している。さらに、5～6 学年において行なわれている串本町での地域医療実習では、現地の社会福祉協議会の支援を得て地域住民の健康増進を学び、学生が地域の集会所において予防医学に関連する健康セミナーを開催するプログラムを実践している。すなわち、行政担当者や住民との対話を通じて地域における健康増進と予防医学を体験している（資料 2-14）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

健康増進と予防医学に関する学習は低学年より開始しているが、主として 4 学年の時期に概念や基礎知識を学び、5 学年の臨床実習において、串本での地域医療実習で実際の現場で体験するという形態をとっている。串本での実習は多大な時間・労力と費用を要するが、現地の串本地域医療教育支援室、社会福祉協議会、保健所、くしもと町立病院などのスタッフ、そして地域住民の熱心な協力もあり、充実した内容で実施されている。しかし、この串本地

域実習期間は5学年での1週間であり（6学年では選択）、附属病院近隣施設の協力を得た形態での拡張が臨まれる。

C. 現状への対応

串本における地域医療実習の発展のために、現地スタッフ個々の努力だけでなく、システム的な地域医療実習の再整備を行なっていくように検討していく。

D. 改善に向けた計画

遠隔地での地域医療実習のみならず、近畿大学医学部附属病院近隣の医療・福祉機関に協力を求め、健康増進と予防医学に関する実習時間の十分な確保を行なうように検討していく。

関 連 資 料

資料 2-14 平成 29 (2017) 年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習の手引き

資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト

資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス

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

本格的な臨床教育は2学年の臨床総論Ⅰ/実習から始まり、4学年の11月までは一部に実習形式のものもあるが、授業、PBL テュートリアル、TBL が中心である。

新カリキュラムでは4学年の1月から開始される40週間の臨床実習Ⅰ（ローテーション実習）では重要な診療科を漏れなくローテートする（資料 2-8）。

新カリキュラムでは5学年の1月から始まる臨床実習Ⅱでは重要な診療科を中心とした選択実習を行う。現在の5～6学年が受けている改訂前のカリキュラムでは、9週間の選択型（診療参加型）臨床実習である（資料 2-6）。選択内容によるが、内科系を中心とした同一診療科に最長6週間の実習期間をとることが可能である（資料 2-53）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

選択臨床実習Ⅱでは、主に重要な診療科を中心とした選択実習を設定しているが、期間が短くオプションの設定が十分とは言えない。

C. 現状への対応

現在の4学年が臨床実習を開始する時期である平成 30 (2018) 年度1月に長期に重要な診療科を実習できるように学外実習連携病院の整備を行なっている。

D. 改善に向けた計画

重要な診療科で学習を充実させるためには、質の向上を目指す必要がある。改善の計画として、診療参加型臨床実習における学外病院での実習の展開を充実させるよう計画していく。また、重要な診療科においては可能な限り mini-CEX や 360° 評価（整形外科で試行中）などの新しい評価方法を取り込んでいく（資料 2-52）。

関連資料

資料 2-6 新カリキュラムにおける臨床実習期間の変更について

資料 2-8 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録
ログブック 平成 29 年度

資料 2-52 看護師による 360° 評価

資料 2-53 選択臨床実習組み合わせ表

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

医療安全とチーム医療は、適切に医療的責務を果たすために不可欠な要素である。教育アウトカムに掲げておりこれを達成するために、1～4 学年に、少しずつ、段階的に、人権や病院医療安全チームが担当する授業を入れている。特に 1 学年では「人権と社会」の授業シリーズを設け（資料 2-59）、4 学年においては、臨床実習直前の臨床総論Ⅲ/実習においては、4 回の特別講義「安全管理」「インフォームドコンセント」「患者と家族の気持ち」「医の倫理」を行い、医療安全の概念と患者の権利についての授業を行なっている（資料 2-44）。さらに、臨床実習開始直前の時期に医療安全の Unit を 1 週間設けている（資料 2-48）。患者に対してだけでなく、学生本人に対する安全確保の意味で、感染対策として臨床実習前にはワクチン接種を行っている（資料 2-8）。

臨床実習の手引きには、自身が実習中に「針刺し事故」のような事故にあった場合の対応方法、緊急連絡方法についても図を用いて説明をしている。また、平成 26（2014）年 7 月全国医学部長病院長会議公表による「医学生の臨床実習における医行為と水準」の例示を示し、学生が実施してよい医療水準とその考え方を記載している（資料 2-8）。

患者および自身の安全管理上に問題が生じた場合の対応方法についての記載も行い、常に患者の安全を守る立場で様々なことを考えるよう指導している。教員に対しても FD、医療安全講習やチームステップスを通じて、医療安全の啓発活動に務めている（資料 2-54）。

医療安全上の問題が生じた場合には、院内の医療安全マニュアルに準じて対応するよう指導を行なっている（資料 2-8）（資料 2-55）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

臨床実習の手引きに学生が実施してよい医療水準を定めるのは当然のこととして、あらゆる面から患者の安全を最優先とする医療安全と患者人権への配慮につき教育を行なっている。これにより、学生と教員が患者安全に関するリテラシーを共有し実践する態度を培っている。

C. 現状への対応

実習直前の特別講義や Unit7「医療安全」の内容は、単に院内医療安全の担当者が患者医療安全に関する概念を説明するだけでなく、看護師や臨床工学技士を含め多職種による医療安全に関する授業を始めている。

D. 改善に向けた計画

医療安全授業の重い位置づけは、平成 28（2016）年の新カリキュラムから充実が行われているものであり、今後も定着をはかっていく。さらに、臨床工学技士からの医用機器の問題、薬剤部からの薬剤管理の問題、中央放射線部からの放射線医療と医療安全の問題などの多様な視点から授業を実施していく。

関連資料

資料 2-8 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録
ログブック 平成 29 年度

資料 2-44 4 学年臨床総論 III/実習シラバス

資料 2-48 4 学年医療安全シラバス

資料 2-54 教職員のチームステップス配布資料

資料 2-55 附属病院医療安全ポケットマニュアル

資料 2-59 1 学年医学から見た人権と社会シラバス

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

1 学年では、新たに医療イノベーション学を設け、科学、科学技術の進歩が臨床医学の進歩に直結していることを理解させるプログラムを提供している（資料 2-35）。2 学年の後半から、臨床系の授業を行っており、3 学年でベーシックな臨床科目を修得するが、これらの各診療科授業では関連する新たな知見を盛り込むように努力している。2 学年の臨床総論 I /実習では、すでに診断学の立場から、臨床検査、放射線医学の授業を行っている（資料 2-25）。2 学年の段階では、“EBM と検査”“放射線による情報”というタイトルで、診療の基本に活かすための臨床検査、画像診断を学ぶ。3～4 学年の段階では、科学的、技術的そして臨床的進歩に対応すべくカリキュラムを組んでいる。すなわち、臨床系の授業の中には、特に、応用

的、横断的な要素を盛り込んでおり、臨床医学の進歩に触れる内容の授業が多い。例えば、「科学的手法の原理と臨床医学：検査の基準値と精度」、「科学的手法の原理と臨床医学：検査データを吟味する」、「科学技術の進歩と臨床医学：放射線医学総論」といった授業を展開し、近年の医学教育の方向性に沿って、科学的、技術的、そして臨床的進歩が盛り込まれた授業を臨床各論Ⅶに組み込んでいる（資料 2-50）。また、臨床各論Ⅴの運動器コースでは「関節外科特論」「脊椎外科特論」「機能再建外科特論」「骨軟部腫瘍特論」のタイトルで整形外科各分野の科学、科学技術の進歩に基づく最先端の話題を提供している（資料 2-42）。なお、臨床実習では最先端の科学技術が臨床に応用されていることを実際に体験できる設備を附属病院は備えている。例えば、中央手術室には新たに最新のハイブリッド手術室（平成 28（2016）年 5 月完成）に CT ナビゲーション手術機械（SIEMENS 社製 Artis Zeego）が導入され、心臓血管外科手術、整形外科手術、脳外科手術に使用されている（資料 2-56）。また、同手術室には手術ロボット（Da Vinci）も設置され、泌尿器科手術、内視鏡手術、産婦人科手術が行なわれており、学生は最先端のコンピュータ技術、画像技術、ロボット技術が医療に応用されている現場を見学することが可能である（資料 2-57）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

前述の授業カリキュラムモデルは最近の医学教育改革の方向性に沿ってカリキュラムを改訂したところであり、その定着および評価を待っている段階である。臨床実習での体験学習は従来各診療科の裁量に任されていたが、今年度 5 学年ローテーションからログブックを導入し、臨床実習評価表の標準化を行なった。新たな医学教育のあり方を探り、新たな教育手法の導入に努力している。しかし、本学部の教育アウトカムの改善に繋がって行くか、今後教育評価委員会の評価を待つ必要がある。

C. 現状への対応

新しいカリキュラムが本学部の教育アウトカムの改善に繋がるよう、教務委員会、カリキュラム委員会、教育評価委員会、FD 活動を行なっている。また、教授会を通じて新しいカリキュラムの意義を伝達している。

D. 改善に向けた計画

新カリキュラムの定着の状況、評価を教務委員会、カリキュラム委員会、教育評価委員会活動を通して検証を続けていく。また、科学、科学技術および臨床医学の進歩を授業と実習教育プログラムの中に取り込んでいく努力を継続していく。

関 連 資 料

- 資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス
- 資料 2-35 1 学年医療イノベーション学シラバス
- 資料 2-42 3 学年臨床各論Ⅴシラバス
- 資料 2-50 3 学年臨床各論Ⅶシラバス
- 資料 2-56 ハイブリッド手術室（平成 28 年 5 月完成）広報 資料
- 資料 2-57 手術ロボット ダビンチ広報 資料

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

いわゆる 2025 年問題を前に、地域包括ケアシステムの確立、医師の偏在問題、医療の業務効率の改善、地域連携など、日本社会の医療福祉制度は大きな転換を迫られている。本学においても地域包括ケアシステムに代表される将来の福祉医療制度について、医学生へ学ぶの機会を提供することを考慮し、カリキュラムを改訂している。すなわち、平成 29 (2017) 年度から、1 学年の「医学から見た現代社会と倫理」の中で、基本的な社会福祉制度を学ぶ機会を設けている (資料 2-38)。また、1 学年の学外施設実習では、老人保健施設での体験実習があり、実体験から学ぶ機会となっている (資料 2-23)。2 学年の臨床総論 I / 実習における病院体験実習のなかに、患者支援センターの業務見学があり、これが地域医療との連携を学ぶ機会となっている (資料 2-25)。3 学年の臨床各論ではそれぞれの診療科の特性を生かした地域医療に関わる授業を行っている。臨床各論 V を例に挙げると、附属病院社会福祉士による「脳卒中の地域連携」、「難病患者のソーシャルワーク」、精神科開業医師による「診療所における精神科医療」、精神科医師による「認知症ケア」、神経内科医師による「神経難病の在宅医療支援」などは、将来の医療福祉制度の変革を意識した内容になっている (資料 2-42)。4 学年の社会医学の中で「健康日本 21」、行政の立場から「地域医療」の講義などが組み込まれている (資料 2-28)。これらは、5 学年の串本町での地域医療実習で実践的な学びへとつながっている (資料 2-14)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学部では、現在の日本社会で生じている人口構造の変化に対応すべく、地域包括ケアの考え方を学習する教育プログラムが必要と考え、学内での授業/実習および串本地域医療実習を含む臨床実習を行ってきた。現在は各専門領域の立場から地域連携、地域医療を学ぶ機会を提供している。しかし、今後は、診療科横断的な、あるいは総合診療的な観点から地域医療への関わりを学習する機会が必要であると考えている。現在でも将来の社会や医療制度上必要となることを学習させることを意識した授業、実習は行われている。

C. 現状への対応

現状では診療科ごとの対応となっているが、水平統合的視点から地域医療実習につなげていくよう工夫していく。病院地域連携課では医療協定を結ぶなど、医療連携病院の整備に努力していく。

D. 改善に向けた計画

将来的には地域医療実習の機会を近隣の連携医療機関に広げていく努力が必要である。今後、これらの連携病院に協力を得て、将来の社会や医療制度上必要となる臨床医学を系統立てて学習できるようプログラムを改善していく。

関連資料

- 資料 2-14 平成 29 (2017) 年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習の手引き
- 資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト
- 資料 2-25 2 学年臨床総論 I /実習シラバス
- 資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス
- 資料 2-38 1 学年医学からみた現代社会と倫理シラバス
- 資料 2-42 3 学年臨床各論 V シラバス

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

1 学年のプロフェッショナルリズム/実習の授業 (1 週間) では、入学後早期に「闘病記」から学び、患者視点から病者の気持ちに寄り添うことを学んでいる (資料 2-50)。その後、救急災害棟でのボランティア実習では救急患者や患者家族に実地でのサービスにより患者との接触機会を持つ。さらに、模擬患者の方々に参加していただき、学生は病気を持つ人の心情やその家族の心についてグループディスカッションを行なう。看護部看護師からも病棟での入院患者の闘病の様子についてお聞きする。このように、全ての学生が早期に患者やメディカルスタッフとの接触機会を持つプログラムを設けている。また、1 学年学外施設実習では、学生が少人数のグループに分かれ、地域の医療施設 (介護施設、回復期病棟、地域包括ケア病棟など)、保健センターなど健康の維持・増進のための施設、障害をもった人々のケアをする施設などを訪問・見学するなど学外施設実習 (オリエンテーションと講義を含め合計 15 日間のプログラム) を行なっている (資料 2-23)。2 学年臨床総論 I /実習では附属病院の病棟・外来を含む各部門の見学実習を行なっている (資料 2-25)。

低学年での患者接触プログラムの日数は、1 学年のプロフェッショナルリズム/実習で半日が 2 回 (救急災害棟半日が 1 回、病棟半日が 1 回)、1 学年学外施設実習で 14 班中 10 班は介護老人保健施設、病院 (精神科)、保健所 (精神障がい者授産施設) に午後 2 日間行き、患者との接点がある (合計 2 日)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

プロフェッショナルリズム/実習の授業自体は定着してきたが、専門教育に至っていない学生を患者と接触する機会を作るとは時間と労力が必要である。今後どのように継続させていくかが課題であり工夫が必要である。なお、一部の 2~3 学年有志による 1 学年プロフェッショナルリズム ER 実習協力の実績はあるものの、2~3 学年での患者との接触への取り組みは不十分である。

C. 現状への対応

病棟ナースサイドへの医学生教育への理解を求める努力を開始している。現状、病棟によって未熟な学生に対する対応に大きな差があるのが現実である。ER 実習では上級学年の協力があり、屋根瓦的な取り組みを行っている。すなわち、有志の上級生が実習支援に毎年参加している。今後、継続的に患者と接する機会を作っていく上での一つの手がかりと考えている。

D. 改善に向けた計画

1 学年プロフェッショナルリズム/実習は早期に患者に接触する機会を与えるために新設されたが、一部の教員の個人的な熱意と努力に負う面が多い。2～3 学年でも継続的に、徐々に実際の患者に接触し診療へ参画する機会を設ける必要があり、カリキュラム委員会、教務委員会を中心に検討していく。

関 連 資 料

資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト

資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス

資料 2-50 1 学年プロフェッショナルリズム/実習シラバス

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

医学教育において臨床技能を身につける場は臨床実習であることは当然であるが、本学では、技能教育にも、らせん型カリキュラムモデルを取り入れて、低学年から段階的に技能を身につける教育を行っている。以下に学年ごとの技能教育を例示する。

- 1 学年 プロフェッショナルリズム/実習における ER 実習、病棟患者からの闘病の様子への傾聴、学外施設実習（資料 2-50）（資料 2-23）
- 2 学年 臨床総論Ⅰ/実習におけるシミュレーションセンター実習、病院体験実習（資料 2-25）（資料 2-13）
- 3 学年 臨床各論各診療科における技能教育（循環器内科による心音聴取実習、神経内科、整形外科による腱反射実習、産科における分娩実習、小児科における新生児実習、外科による外科手技実習など）（資料 2-58）
- 4 学年 臨床総論Ⅲ/実習（4 週間）における実習（病棟での病歴聴取実習も含む）（資料 2-44）
- 5 学年、6 学年 臨床実習（資料 2-8）（資料 2-14）

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学では、教育プログラムの進行に合わせ、様々な臨床技能教育を行っている。自学自習の場として、シミュレーションセンターをこれまで以上に活用する余地がある。臨床実習における診療参加の取り組みは十分とは言えない。

C. 現状への対応

診療実習前の低学年から、実際の患者に接する機会を増やすことが必要である。それにより、診療技能修得へのモチベーションを高めていく。シミュレーションセンターの学生の自主的な活用を促す必要があり、広報に取り組んでいる。しかし、指導教員の配置が不十分な状況があり改善していく。

D. 改善に向けた計画

臨床実習においては、可能な限り参加型実習を行なうよう推進していく。選択臨床実習では診療参加を進め、病棟、外来患者から学ぶ姿勢を持たせるよう教員・学生を指導していく。特に、電子カルテの記載について、安全管理委員会や診療情報委員会とも連携し、具体的な改善の方策を検討していく。

関 連 資 料

資料 2-8 平成 29 (2017) 年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の 記録
ログブック 平成 29 年度

資料 2-13 近畿大学医学部シミュレーションセンター資料

資料 2-14 平成 29 (2017) 年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習
の手引き

資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト

資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス

資料 2-44 4 学年臨床総論Ⅲ/実習シラバス

資料 2-50 1 学年プロフェッショナリズム/実習シラバス

資料 2-58 3 学年全体のシラバス

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

本学は学年制を採用しており、1 学年 共通教養、2 学年 基礎医学、3 学年 臨床医学、4 学年 臨床医学・社会医学・臨床実習、5～6 学年 臨床実習の実施順序となっている。授業、基礎医学における実習は、垂直型統合を意図した場合を除き、順序性を考えた構成となっている(資料 2-2)(資料 2-60)。

臨床実習は、早期体験実習(1 学年の学外施設実習、2 学年の病院体験実習など)として低学年で施行するものを除き、共用試験に合格したスチューデントドクターを対象にしたものとしている(資料 2-8)。

以下にその配分と実施学年を示す。

共通教養 1 学年 23 週
基礎医学 1 学年 7 週 2 学年 36 週 3 学年 2 週 計 45 週
臨床医学 2 学年 4 週 3 学年 37 週 4 学年 23 週 6 学年 1 週
計 65 週
社会医学（行動科学含む） 4 学年 8 週（資料 2-28）

なお、臨床実習に関しては、現在の 5 学年、6 学年は体験型実習（2 週）も含めると 51 週であるが、新カリキュラムで実習を行なう 4 学年以降は体験型実習（2 週）も含めて 62 週である（資料 2-6）。

新カリキュラム臨床実習

1 学年 学外施設実習 1 週 救急災害棟実習 0.5 週
2 学年 病院体験実習 0.5 週
4 学年 8 週（臨床実習）
5 学年 32 週（臨床実習）、8 週（参加型臨床実習）
6 学年 12 週（参加型臨床実習）
合計 62 週（資料 2-2）（資料 2-8）（資料 2-14）

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

各分野へのカリキュラムの配分、内容、進行順序に関してはカリキュラムワーキング（現、カリキュラム企画小委員会）で素案を検討した後に、カリキュラム委員会で審議され、最終的には教授会の承認を得て実施されてきた。現在のカリキュラム企画小委員には学生も参加して意見を述べている。基礎医学、臨床医学ともにモジュール型からスパイラル型への変更を意識し、臨床実習時間も新カリキュラムでは増加させている。現時点の 5～6 学年は新カリキュラムによる履修ではないが、臨床実習において、目標設定、評価にも新たに作成したログブックと評価表を用いるなどの変更を前倒しで行っている（資料 2-8）。

C. 現状への対応

今後、カリキュラム内容に関しては、カリキュラム企画小委員会および教育評価委員会で評価検討される。現行のカリキュラムは平成 28（2016）年度から改訂されたものであり、モジュール型のカリキュラムモデルの中で、基礎医学、臨床医学ともに統合型授業を増やす努力をしたが、それを実効あるものとするように工夫していく。行動科学は 4 学年でかなり集中的に履修するが、各診療科の授業でも行動科学的な視点を取り入れる工夫もしていく。

D. 改善に向けた計画

今後はプログラムの構造と構成、期間について新たに設立した教育評価委員会による全般的な批判的検証が必要である。特に授業/実習における授業統合の試みに実効性があるのかを検証していく。臨床実習に関しては、選択臨床実習や学外実習の時間数の増加を行い、参加型臨床実習の質、量の改善を図っていく。

実際に 1 学年後期での解剖実習の開始など、さらなる選択臨床実習時間の確保にむけての検討がカリキュラム企画小委員会、カリキュラム委員会で開始されている。

関連資料

資料 2-2 カリキュラムツリー、カリキュラムマトリックス、アウトカム基盤型ロードマップ

資料 2-6 新カリキュラムにおける臨床実習期間の変更について

資料 2-8 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録
ログブック 平成 29 年度

資料 2-14 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習の手引き

資料 2-28 4 学年社会医学公衆衛生シラバス

資料 2-60 学生ポータルサイト各学年授業時間割

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

平成 28（2016）年度より改訂された新カリキュラムにおいては、関連する科学・学問領域および課題の水平的統合を意識した。例えば、2 学年の臨床総論Ⅰ/実習においては、診断学入門における“バイタルサイン”では、単に、学生が生命徴候を学ぶのではなく、患者に関わるすべての医療関係者がこれらの徴候を共有するために数値化された指標が必要であるという概念から学ぶことを目的としている。バイタルサインを評価する技能も、救急医学、循環器内科、神経内科、臨床検査医学等の関係者が集まってコメントを加えて実践するなどの授業を展開している。同じコンセプトで意識レベルのスケール（JCS、GCS など）を脳卒中センター、神経内科の教員の共同参画のもとに学習する。従って、これらは、“Watch then practice”方式を基盤として授業と実習が融合したようなプログラムであり、かつ水平的統合を意識している（資料 2-25）。このコンセプトは、3 学年の臨床総論Ⅱ/実習（資料 2-43）、4 学年の臨床総論Ⅲ/実習にも引き継がれ（資料 2-44）、スパイラル型カリキュラムの中の水平的統合の象徴的存在となることを目指している。水平統合の試みは臨床各論でも行なっている。3 学年 Unit 2 臨床各論Ⅱ「加齢と心臓、腎臓、泌尿器疾患（循環器内科、腎臓内科、泌尿器科）」、Unit 4 臨床各論Ⅳ「免疫とアレルギー（呼吸器・アレルギー内科、血液・膠原病内科、皮膚科）」（資料 2-48）、Unit 5 臨床各論Ⅴにおける「Parkinson 病（神経内科・脳外科）」、「脳卒中（脳神経外科・神経内科・リハビリテーション科）」、「認知症（精神科・神経内科・リハビリテーション科）」、「脊髄・脊椎疾患（神経内科、整形外科）」（資料 2-42）などが例として挙げられる。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

平成 28（2016）年度より改訂されたカリキュラムでは、特に臨床医学を学ぶ 2 学年 2 月から 3 学年のカリキュラムにおいて水平型統合を意識して構成した。臨床総論のように多くの診療科が関わる Unit を立ち上げた。臨床各論においても、統合しやすい診療科をひとつの Unit にまとめ、臓器別の垣根を越え、かつ、内科と外科を越えた構成となるように工夫した。これらの試みは授業の効率性を高めつつ学生の学習意欲を刺激し知識の定着を図る一定の効果があると考えているが、今後検証が必要である。診療科の組み合わせによっては統合しづらい場合がある。

C. 現状への対応

カリキュラムの組み立てとして、授業タイトルに統合授業を意識する名称を付けている。内容的にも統合授業の趣旨を生かした授業を展開していく。

D. 改善に向けた計画

学生による授業評価、教育評価委員会による批判的吟味等を通じて、授業の統合が実質的な意義を持つように改善を進めていく。

関 連 資 料

- 資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス
- 資料 2-42 3 学年臨床各論Ⅴシラバス
- 資料 2-43 3 学年臨床総論Ⅱ/実習シラバス
- 資料 2-44 4 学年臨床総論Ⅲ/実習シラバス
- 資料 2-48 3 学年臨床各論Ⅱ、Ⅳシラバス

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

基礎医学を履修する 2 学年の段階から垂直的統合を意識したカリキュラムを構成している。Unit 1、Unit 2 の人体構造Ⅰ、Ⅱは解剖学実習を核としたユニットであるが、救急医学、外科学、放射線医学の教員が一部の授業を担当し、基礎と臨床の垂直統合を意識した解剖学実習となるように工夫している（資料 2-51）。Unit 4 機能Ⅱにおいても循環器生理学の心電図授業“心電図の成立機序と異常”や心機能授業“心拍出量と静脈還流量”は循環器内科教員が担当しており、基礎的解剖学の知識がどのように臨床に生かされるのかを意識しつつ授業を行なっている（資料 2-33）。また、基礎医学の PBL テュートリアルで取り上げる事例は臨床症例に基づいており（資料 2-61）、これも垂直的統合の 1 例である。3 学年の Unit 1 臨床各論Ⅰの内分泌・代謝内科の授業の中で、「肥満・摂食障害」、「糖尿病の食事療法」などがあり、行動科学との垂直統合の例として挙げられる（資料 2-41）。Unit 3 臨床各論Ⅲにおける「職業性呼吸器疾患」、Unit 5 臨床各論Ⅴにおける「精神保健福祉法」、Unit 6 臨床各論

VI「母子保健」、「こどもの安全と乳児健診」、「児童虐待」、「学校感染症とワクチン」などの主に医療法規を学ぶ授業には社会医学との垂直統合を意識している。改訂された新カリキュラムでは統合授業であることを教員に意識づける意味もあり、授業タイトルに「統合」の名称を入れた（資料 2-46）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

平成 28（2016）年のカリキュラム改訂では、前項において述べた水平的統合と同様に、基礎医学、臨床医学のカリキュラムの中に垂直的統合を意識したカリキュラム編成としている。この取り組みの評価を今後していかなければならないが、学生、教員には少しずつ定着している。

C. 現状への対応

カリキュラムの組み立てとして、授業タイトルに統合授業を意識させる名称をつけている。このことによって、教員側の意識も変化してきている。内容的にも統合授業の趣旨を生かした授業を展開しつつある。

D. 改善に向けた計画

今後は、授業評価などを通じて統合授業としての意義を検討し、教育効果の実質化を進めていく。また、プログラム全体を俯瞰するカリキュラムツリーを学生と教員に周知する活動を進めていき、当該授業のプログラム全体での位置づけ、他の授業との関連性を意識した授業が展開されるよう改善していく。

関 連 資 料

資料 2-33 2 学年機能Ⅱ シラバス

資料 2-41 3 学年臨床各論Ⅰ シラバス

資料 2-46 3 学年臨床各論Ⅵ シラバス

資料 2-51 人体構造Ⅰ、Ⅱ シラバス

資料 2-61 基礎医学の PBL テュートリアル事例シート

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

本学においては、臨床実習前の期間でいくつかの選択オプションのある授業が設定されているが、いずれも学生には選択することはできない。例えば、1 学年の学外施設実習/総合医学では学外施設を訪問するが、学生にはどの学外施設を訪問するかの選択権はない。また、1 学年の病棟実習でも病棟で臨床的専門性を学ぶのではなく、患者と会話の機会をもつことを

目的に病棟に行くことから、これについても学生に「どの疾患を持った患者か」などの選択権はない。ただし、2 学年の臨床総論 I /実習における病院体験実習では、どの部門を見学するか学生の選択的な意志が尊重されている（資料 2-25）。

臨床実習における選択は、診療参加型臨床実習（現在の 6 学年の 9 週間、新カリキュラムにおける 20 週間）で行なっている。すなわち、アンケート調査により学生の希望を聞き、学外実習病院、串本地域医療実習を含め、どの診療科をどの期間実習するか、選択制を実施している（資料 2-8）（資料 2-14）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

臨床実習における必修と選択のバランスに関して、国際的な見地からも、選択の診療参加型臨床実習は時間数を増加させて行くことが決まっている。これにより学生の診療参加が実質的なものとなることが期待される。今後さらに選択実習期間を 32 週程度まで増加することについての検討がカリキュラム委員会では開始されている。

C. 現状への対応

選択臨床実習においては単一診療科での 6 週間長期実習を導入して、ある程度の期間を特定の場所で実習できることを可能とし、学生の診療参加が実質的なものとなるように工夫している。また、選択のオプションを増加させるために、近畿大学医学部堺病院、近畿大学医学部奈良病院、および関西私立 4 大学の相互乗入実習に加えて、平成 27（2015）年度からは一般病院での実習を導入して、選択の幅を実質的に増やしている。

D. 改善に向けた計画

現在、新しく今年度から開始された臨床実習での評価方法の定着を目指している。その中で選択の幅を増やす計画が必要となる。そのためには選択臨床実習のさらなる長期化を図り、選択のオプションを増加させていく。選択実習期間を 30 週程度まで増加することについての検討がカリキュラム委員会、および、カリキュラム企画小委員会での検討を進めていく。

関 連 資 料

資料 2-8 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の 記録
ログブック 平成 29 年度

資料 2-14 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習
の手引き

資料 2-25 2 学年臨床総論 I /実習シラバス

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

補完医療との接点として本学には東洋医学研究所があり、教育面での貢献がある。まず、1 学年の医学総論Ⅰにて東洋医学研究所による授業“もうひとつの医学 - 古くて新しい漢方医療”がある(資料 2-25)。2 学年の薬理学の授業においては薬理学教室、東洋医学研究所による生薬や漢方薬の授業“漢方医学Ⅲ”があり(資料 2-62)、臨床総論Ⅰ/実習においても、東洋医学研究所の授業“補完医療：漢方からみた診療”がある(資料 2-25)。3 学年では臨床総論Ⅱ/実習において心療内科による、心身症領域における漢方診療の授業“漢方の基本、漢方の基礎、漢方薬実習”がある(資料 2-43)。東洋医学研究所では、診療活動とともに学内でも教員等の啓発のためにセミナーを実施している(資料 2-63)。これらを通じて、補完医療との接点を有している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

補完医療との接点は上記のように行われているが、漢方医学に偏重している傾向がみられる。

C. 現状への対応

漢方以外の補完医療の教育について、その導入の必要性も含めてカリキュラム委員会にて議論していく。

D. 改善に向けた計画

代替医療等を含めた補完医療についても、導入の必要性を考慮していく。

関 連 資 料

- 資料 2-25 2 学年臨床総論Ⅰ/実習シラバス
- 資料 2-43 3 学年臨床総論Ⅱ/実習シラバス
- 資料 2-62 2 学年薬理学シラバス
- 資料 2-63 東洋医学研究所セミナー開催の資料

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

カリキュラム委員会は、委員長（副教学部長）および副委員長（総合医学教育研修センター卒前教育部門教員）のほか、医学部長、教学部長、学術・医学部運営部長、臨床系、基礎系、基礎医学部門の教員、学務担当事務など約 20 人で構成されている。教務委員会が学生評価、成績判定、進級判定、カリキュラムのスケジュール管理などの教務業務を中心に委員会運営を行なっているのに対して、カリキュラム委員会は教育成果を達成するための教育立案とその実施に最終的な責任と権限を持つ。カリキュラム委員会では後述するカリキュラム企画小委員会 3 回分のまとめの報告が行なわれ、教育立案とその実施についての確認作業が行なわれる。さらに、教務委員会で審議結果を報告し、具体的なカリキュラムのスケジュール

管理に繋げて行く。また、カリキュラム企画小委員会での検討事項と審議結果をより多くの委員に周知し、教授会での報告と承認を得る役割を果たす（資料 2-64）。

カリキュラム企画小委員会はカリキュラム委員会のコアメンバー（学部長、教学部長、カリキュラム委員長、カリキュラム副委員長）、大学 IR センター教員、学生、学務事務担当により構成され、本学カリキュラムモデル全体像の俯瞰（カリキュラムマトリックス、カリキュラムツリーの作成など）、カリキュラムの企画立案、新モデル・コア・カリキュラムとの整合、本学独自のカリキュラムの企画および評価、カリキュラムモデルの教員および学生への周知など、重要な役割が嫁せられている。従来、カリキュラムワーキングと呼ばれていた本小委員会の充実と機能向上を本年度 4 月から行なっている（資料 2-65）。

カリキュラム委員会と教務委員会の役割分担を明確化した。また、活動を活性化するためにカリキュラム企画小委員会内部に臨床実習担当委員、PBL/TBL 担当委員、シミュレーション教育担当委員を設置し、担当委員が責任を持ってカリキュラム改善に取り組む体制を作った。

カリキュラム企画小委員会には 2～4 学年代表の学生各 1 人が参加し、現行カリキュラムにおける問題点、改善、そして今後の企画についての意見を述べている（資料 2-66）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム委員会およびカリキュラム企画小委員会（従来のカリキュラムワーキング）は本学カリキュラムの変更、改善、企画立案に関して極めて重要な役割を果たして来た。例えば、平成 29（2017）年度の 4 学年以下で実施している「新カリキュラム」では、3 学年および 4 学年で行なわれる臨床講義を臨床各論 I～X として再編成した。これは、従来の各診療科別の短期間のコース授業の直列的な積み上げを廃止し、関連診療科が大きなユニットを形成、重複を避け授業間での連携を取りながら長期間にわたり授業を進めて行く事により、可能な限り水平統合授業を実現することを目的とした（資料 2-4）。また、臨床実習では新たに作成した臨床実習評価表により評価を行なっている。すなわち、平成 23（2011）年の「診療参加型臨床実習等における経験と評価の記録（例示）」に従い、内科系・外科系標準的評価表例を作成、これを各診療科において適宜改変して用いることにより当該診療科に適した客観性のある総括的評価を行なうことができるよう工夫した（資料 2-8）（資料 2-14）。

また、形成的評価として実習日誌の記録、症例要約、Case based Discussion (CbD) 評価を積極的に取り入れるなど工夫している。このような、教育内容の変更についてカリキュラム委員会は教務委員会、教授会と連携しながら実際の実施を進めて来た。

現在のカリキュラム委員会およびカリキュラム企画小委員会には、学部長が必ず出席し発言を行なっており、これらの両委員会は“学長・医学部長などの教育の責任者の下で、教育成果を達成するための教育立案とその実施に責任と権限を持つ”委員会であると言える。カリキュラム委員会と教務委員会の役割分担を明確化した（資料 2-67）。

C. 現状への対応

カリキュラム委員会と教務委員会の責任と役割分担を明確化するために、カリキュラム委員会の規程を改訂した。また、活動を活性化するためにカリキュラム企画小委員会内部に臨床実習担当委員、PBL/TBL 担当委員、シミュレーション教育担当委員を設置し、各担当委員

が責任を持ってカリキュラム改善に取り組む体制を作った。カリキュラム委員会は教育プログラムの企画、修正に力点をおいてさらに活動していく。

D. 改善に向けた計画

臨床実習担当委員は、基礎医学、社会医学、行動科学、臨床医学各論と臨床実習の連携を念頭に置き臨床実習のあり方を検討していく。シミュレーション教育担当委員は臨床実習担当委員と連携し、カリキュラムの適切な時期にシミュレーション授業/実習が実施できるよう調整していく。それにより、学習モチベーションを向上させるよう工夫していく。PBL/TBL担当委員は教務委員会と連携し、カリキュラムのどのタイミングでPBLあるいはTBL授業を埋め込んでいくのが知識の定着と学習意欲の向上に有効かを検討していく。

カリキュラム作成に当たっては、全教員の意見も反映させていくため、FDでの意見聴取、アンケート収集をしていく。

カリキュラム委員会と教務委員会の役割分担と関係性について、さらに調整していく。

関 連 資 料

資料 2-4 カリキュラム改訂の要点

資料 2-8 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録
ログブック 平成 29 年度

資料 2-14 平成 29（2017）年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習
の手引き

資料 2-64 カリキュラム委員会規程

資料 2-65 カリキュラム企画小委員会規程

資料 2-66 カリキュラム企画小委員会議事録

資料 2-67 教務委員会規程

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

カリキュラム委員会は、教育成果を達成するための教育立案とその実施に最終的な責任と権限を持つため、学部長、教学部長、副教学部長、総合医学教育研修センター卒前教育部門教員等により構成されている。このため、カリキュラム委員会において、学生が参画した際には実質的な意見の吸収ができない可能性が高い。平成 26（2014）年度末よりカリキュラム企画小委員会（従来のワーキング）に学生参加してもらうべく調整会議を開催し、平成 27（2015）年度からは委員会に 3～4 学年の代表が加わっている。さらに、平成 29（2017）年度からは、2 学年の代表も加わり、学生としてカリキュラムの企画立案に実質的に参画できるようにしている（資料 2-65）。学生は積極的に発言しており、発言が少ない場合には、議長が発言を促している（資料 2-66）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生がカリキュラムの企画立案に実質的に参画することにより、学生にとって分かりやすいカリキュラムを構成し、開講されている Unit やコースの意義、国民が求めている「基本的な医師の資質と能力」を学生が自覚して、日々の学修に取り組む事が可能となることを期待している。

しかし、平成 28（2016）年度末より行なわれた本改革が実質的なカリキュラムの改善に結びつくように継続的な努力が必要で、参加学生にも自覚を持って参加するように促して行く必要がある。また、学生の参加により、カリキュラムの構造の意味を学生に周知する機会が増えると考えている。

C. 現状への対応

現在、2～4 学年の学年代表各 1 人がカリキュラム企画小委員会に参加している。今後も、委員会への参加の意味を十分に理解してもらい、学生全体からの建設的な意見集約と委員会審議結果の学生全体への周知を行なうよう進めていく。

D. 改善に向けた計画

平成 28（2016）年度末に行なわれたカリキュラム改訂が実質的な教育アウトカムに結びつけるために、学生にも自覚を持って参加するよう促していく。

各学年の学生代表が医学部カリキュラムに意見を述べる場として、カリキュラム企画小委員会以外に、学生連絡会昼食懇談会があり、重要な機能を果たしている。意見を述べるだけでなく、学生自らがカリキュラムを作り上げる作業に参画しているという積極的な意識を、教員とともに作り上げていく。

関 連 資 料

資料 2-65 カリキュラム企画小委員会規程

資料 2-66 カリキュラム企画小委員会議事録

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

本学ではカリキュラム委員会とカリキュラム企画小委員会が一体的に運用され、教育カリキュラムの改善を計画している（資料 2-64）（資料 2-65）。カリキュラム企画小委員会には 2～5 学年の各代表合計 3 人の学生が参加し、学生からの意見とアイデアを聴取している（資料 2-66）。カリキュラムの最終的な実施に関してはカリキュラム委員会および教務委員会でさらに検討の上で教授会での承認を得る（資料 2-67）。このように、カリキュラム委員会とカリキュラム企画小委員会は実質的に教育カリキュラムの改善、企画立案を行い、実施に関しての責任を負っている（資料 2-64）。

委員会のメンバーは教育実践を行いながら、また、文部科学省のモデル・コア・カリキュラムの改訂方向を睨みながら、カリキュラム改善に関する企画を委員会に提出する作業を行

なっている。このように、カリキュラム委員会とカリキュラム企画小委員会が中心となり、学生からの意見聴取を含めて学内からの自発的な改善を継続しており、教育プログラムの質的向上を図っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム委員会とカリキュラム企画小委員会を連動させながら、教育プログラムの質的改善を継続している。最近の医学教育改革では、教育プログラムにおけるイノベーションを実践することが求められている。カリキュラム委員会委員には2人の日本医学教育学会医学教育専門家を含んでおり、可能な限りこの趣旨にそって改善を進めていきつつある。

C. 現状への対応

カリキュラム委員会では、カリキュラムの企画・修正・周知について、さらに活動していく。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム改訂後の教育アウトカムの達成度を見ながら継続的カリキュラム改善をしていく。TBL 導入をさらに進めていく。

関 連 資 料

資料 2-64 カリキュラム委員会規程

資料 2-65 カリキュラム企画小委員会規程

資料 2-66 カリキュラム企画小委員会議事録

資料 2-67 カリキュラム委員会議事録

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

近畿大学医学部では平成 25（2013）年より医学部と薬学部がチーム医療・多職種連携/医薬連携合同学習会を実施し、チーム医療の学習を推進している（資料 2-36）。これらの授業を設けていることから、薬学部等の教員などをカリキュラムの企画に招へいする必要がある。今年度からカリキュラム企画小委員会に薬学部の教員1人を委員になっていただいている。近畿大学は総合大学であるため、医学部の教員が薬学部の臨床総論授業、さらに、生物理工学部の医用工学科授業も担当している。医用工学に関しては、附属病院の臨床工学部の臨床工学技士が医療安全と医用工学の視点から授業を担当している。近畿大学は、附属看護専門学校も併設しており、多くの職種から組織的な連携が可能であるが、現状、カリキュラムの企画への参画はできていない。総合医学教育研修センターの副センター長はいずれも卒後臨床研修指導に直接携わっており、卒業生が働く環境からの情報を得て教育プログラムの改良に携わっている。また、卒後の臨床研修医からのフィードバックを研修医との連絡会で

毎月受けているが、医学教育専門家の立場からカリキュラム企画小委員会にも情報提供している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラムの企画への教員と学生以外の教育関係者の参画は、現状ではほとんど出来ていない。

C. 現状への対応

今年度からカリキュラム企画小委員会に薬学部の教員1人が委員となっている。さらに、附属看護専門学校の教員に参加してもらうことを計画していく。

D. 改善に向けた計画

今後、教員と学生以外の教育の関係者の代表者にもカリキュラム委員会への参加を進めていくように考慮していく。

関 連 資 料

資料 2-36 4 学年チーム医療・多職種連携/医薬連携合同学習会成果報告書

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。

B 2.8.1 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。

A. 基本的水準に関する情報

本学では、平成 21（2009）年に総合医学教育研修センターが設置され、卒後の初期臨床研修の管理、運営を担当してきた。役割として、研修プログラムの管理だけではなく、初期臨床研修指導医講習会の開催などに実績を挙げていたが、卒前教育との関係は不十分であった。そこで、平成 27（2015）年から、あらたに副センター長 4 人を増員し、卒前、初期研修、後期研修にも対応できるよう組織改編を行った。具体的には、総合医学教育研修センターの教員 3 人が、カリキュラム企画小委員会に参加し、卒前教育プログラムの企画立案に関わるなど、卒前教育と卒後教育との間に整合性を取るよう努力している（資料 2-69）。さらに、総合医学教育研修センター教員が担当するキャリアデザインコースを 4～6 学年で行なっている。そして、本コースでは、教員のみならず初期研修医からも卒後キャリアに関する情報提

供を行なうようにした(資料 2-70)。平成 28 (2016) 年から、副センター長 1 人が卒前教育部門教員に任ぜられ、カリキュラム副委員長、臨床実習担当委員を兼任している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

臨床実習では、多くの診療科において初期研修医および専攻医が屋根瓦方式による卒前教育を行なっていたが、一部の診療科では、臨床実習における CbD の司会進行役や演習問題解説を専攻医が担当し、評価を行なう等の試みがなされるようになった。キャリアデザインコースのように、卒後教育の立場から、総合医学教育研修センターが卒前教育を一部担当するようになり、卒前と卒後教育との連携を図っている。

C. 現状への対応

総合医学教育研修センター内には、研修医からの意見を聴く機会があり、そこでの研修医の意見を卒前教育にも反映する試みを行っていく。

D. 改善に向けた計画

初期研修医や専攻医がシミュレーション実習、統合型授業、医学総論Ⅲ/実習などの指導に積極的に参画できるプログラムを企画するなど、卒前から卒後への屋根瓦式教育システムの充実に努めていく。

関 連 資 料

資料 2-69 総合医学教育研修センターHP

資料 2-70 キャリアデザインコース関連資料

カリキュラム委員会を通じて以下のことを確実に行なうべきである。

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

平成 29 (2017) 年 5 月に近畿大学医学部同窓会の協力のもと、平成 6 (1994) 年卒、16 (2004) 年卒、26 (2014) 年卒の 3 学年の卒業生へのアンケート調査を行い 43 人の回答を得た(資料 2-71)。その中で、現在の業務において近畿大学医学部で学んだことのうち何が役に立っているかの質問に対し、①専門領域に関する知識 28 人 ②専門領域に関する技能 14 人 ③専門以外の知識 29 人 ④専門以外の技能 7 人 ⑤態度 19 人 ⑥人生観 10 人 ⑦倫理 15 人 ⑧議論する能力(コミュニケーション能力等) 15 人であった(重複回答可)。

個別意見としては、下記のようなものがあつた。

1. 一般教養は無駄な時間が多かった(仕方ないのであろうが)。特に私の場合、工学部を卒業しており免除などの方法をとって欲しかった。
2. 教育の指導者としてやる気がない指導者がいたように思います。教育施設であることの意識がない医師が生徒としては残念でした。

3. 医学知識のみでなく医事業務や社会保険制度についての総合的な知識も必要と思われる（患者様の立場にあった医療の展開ができるように）。
4. 教科書にない最新の知見や学生がより興味を満ちやすくなるような教育を期待します。
5. テストのときは毎年似たような問題が出題されて資料集め（過去問）に奔走する学生が多く（良い資料を持っている人が有利）テストの点数が良い生徒＝優秀とは思わなかった。
6. 生理学、生化学を日常業務に役立つ（診療に役立つ）知識として身につけたかった。
7. 教授の講義+研修医からの講義もよいのではないか。
8. 日々国試対策に追われテュートリアルのようにものを考えることが少なかった。
9. 当時は ICT についての講義や実習がなかったが、現在では必要性が高い。
10. 系統講義で講義を受けたかった。
11. 休みが少なかった（土曜日も授業があった）
12. 私が学生の頃は、テュートリアル教育の駆け出しの頃で大学側も試行錯誤されていたのだと思います。従来通年で系統講義が行われていた免疫学はたったの1週間、細菌学・ウイルス学も同1週間で講義も実習も終了と非常に短期でした。テュートリアルシステムでは学生自身が自主的に勉強せよというのが趣旨なのではないでしょうか。結局6年間通じて大学は本来医学部で学習すべき標準的な内容を学生へ教育したといえるのでしょうか、疑問です。全てがテュートリアルで“学生任せ”すぎた面があったと思う。
13. 低学年からより社会に出た後を想像できるカリキュラムであれば、より教養や基礎を意識して学習することができたかもしれません。もっと人間としての力を養う教育があってもよいと思いました。
14. 今、自分にとって苦手と感じているデータの収集、統計学的処理と正しい評価についてもっと身につけておけたらと思います。
15. 英語力の低さは学生時代から感じていました。今現在英語で非常に苦勞しており、学生の頃、基礎英語的な成績の悪い生徒向けの授業などがあれば良かったかなと思います。
16. 解剖学が弱い。授業内容と実習のやり方が良くないと思う。
17. 英語に触れる機会が圧倒的に少ない。
18. もう少し自主性を尊重したカリキュラムでもよいと思う。
19. 医学に偏りすぎているのか、一般教養の選択肢を広げるなど、もう少し総合大学の強みを生かしたカリキュラムになっていればよかった。
20. どちらかというときよき友人に出会えたことの方が大きいかもしれません。
21. 1学年の教養の授業が全体的に充実していなかった。近大はせっかく総合大学なのにそのメリットが生かされていなかった。
22. 組織の実習で実際にプレパラートを顕微鏡で見たものは後になっても役立っているがパソコン画面で見るだけのものはそれと比べて不十分である。
23. 他大学と比べて基礎系講義が弱いように感じていた。
24. 現在の進級、卒業基準が厳しすぎるのではないかと思います。個々の事情に応じて柔軟に対応してはと考えます。

なお、一般教養の授業に関しては、様々な個別意見が寄せられるとともに、特定の学年の卒業生に集まっていただき実施した「フォーカスグループインタビュー」でも、一般教養の授業の必要性や意義に関して意見が寄せられている（資料2-72）。例えば、“1学年の物理、数学、ドイツ語などの科目は、はたして必要か。座談会メンバーは、きわめて疑問に考える。

この学年では、1～2 学年に進級する際に、こうした科目が原因で多くの学生が留年するといったことを経験している。もし、今後、卒業生が生きていくために役立つ準備教育をすれば、医学、医療で求められる英語で、よいのではないか。その他の外国語として必要性があるとすれば、診療に役立つ中国語ぐらいか。少なくとも、難しい物理、数学などは必要ないのではないか” という意見がみられた。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

保護者懇談会などで、学生の保護者の中で卒業生の方が、熱心に具体的な意見を寄せたり、ホームカミングデーで個別の意見を寄せたりするようなケースはあった。しかし、系統的な形で、卒業生が将来働く環境からの情報を得ることはこれまでなかった。今回、教育プログラムへの意見を集める意味で、調査を実施した。

C. 現状への対応

現在、卒業生から得られた情報を分析しており、その結果を教育プログラムの改良に役立てていく。

D. 改善に向けた計画

後は卒業生が将来働く環境からの情報を定期的に収集し、それを参考に教育プログラムを適切に改良していく。

関 連 資 料

資料 2-71 卒業生アンケート資料

資料 2-72 卒業生フォーカスグループインタビュー資料

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

1 学年では学外施設実習を行ない（資料 2-23）、5 学年全員および 6 学年の一部に串本町での地域医療実習を体験させている（資料 2-14）。その際には、施設のスタッフや地域住民から、学生に対する意見を聴取している。また、医学教育に対する市民ボランティアである模擬患者からの学生教育に対する意見聴取を行なっている（資料 2-73）。

なお、平成 29（2017）年 6 月に平成 6（1994）年卒の卒業生 5 人（うち 2 人が診療所勤務、1 人が地域の小病院で勤務、2 人が大学勤務）に集まっていたいただいたグループディスカッションでは、“地域で診療している立場から経験する限り卒業生たちの診療に関する評判は悪くない。しかし、関連病院も含めて近畿大学医学部附属病院の人材養成集団としてのマグネット機能は弱いというのが実態である。” という意見が得られた（資料 2-72）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学部では初期体験実習、地域医療実習、診療参加型選択実習での学外病院実習、模擬患者による医療面接実習等が実施されており、地域および社会との接点をもって、教育プログラムの改良が進む機会がある。模擬患者は、医学部近隣の方々が多く、臨床総論Ⅲ/実習やOSCEだけでなく、1学年のプロフェッショナリズム/実習などでも、活躍してもらっている。

C. 現状への対応

1学年のプロフェッショナリズム/実習では、模擬患者からグループの学生にフィードバックをもらい、全体評価をしてもらう機会を作っていく。

D. 改善に向けた計画

今後、模擬患者からの意見を聴く機会をさらに設けていく。また、地域医療施設や保健所などの行政施設での実習をさらに充実させ、意見の聴取を進めていく。

関 連 資 料

- 資料 2-14 平成 29 (2017) 年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習の手引き
- 資料 2-23 1 学年学外施設実習/総合医学シラバス、報告書、施設リスト
- 資料 2-72 卒業生フォーカスグループインタビュー 資料
- 資料 2-73 模擬患者の会 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

合格基準、進級および卒業の要件は、下記のとおりである。これらは、「近畿大学医学部履修要項（以下、履修要項）」の「Ⅳ. 医学部諸規程」（資料 3-1）の「3. 履修・試験・成績・進級等」に記載されている。

a) 試験の合格基準

学業成績の評価は、各科目あるいは Unit の成績を、秀・優・良・可・不可とし、可以上を合格、不可を不合格とする。成績評価の基準は、秀は 90 点以上、優は 80 点以上、良は 70 点以上、可は 60 点以上、不可は 60 点未満とされている。これは、「履修要項」の「Ⅳ. 医学部諸規程」の「3. 履修・試験・成績・進級等」の項目に記載されている。なお、当大学では GPA (grade point average) 制度の活用を検討しており、「履修要項」の「Ⅲ. 医学部の学修」（資料 3-2）に記載されている。

当学部の 5 つのディプロマポリシー、10 項目の達成すべきコンピテンスは「履修要項」の「Ⅰ. 医学部の教育理念」（資料 3-3）に記載されている。教育アウトカムに対する各教科の役割およびその時点での目標到達レベルは、カリキュラムマトリックス（資料 3-4）、アウトカム基盤型ロードマップ（資料 3-5）に提示されている。各教科の教育目標はシラバス（資料 3-6）に記載され、これらに基づいて各教科の合格基準が設定されている。各教科の評価において小テスト、レポート、態度、定期テストがどのような過重で評価されるかについてもシラバスに記載されている。これを各科目評価方法一覧にまとめ資料とする（資料 3-7）。

講義あるいは実習を 1/3 以上欠席した場合には、定期試験の受験資格がなくなり、その試験単元は不合格となる。試験日に正当な事由がある場合には、出校日から 3 日以内に欠席届を学務課に提出すれば追試験を受験することができる。定期試験は少なくとも 3 人の教員が監督をし、不正行為のないことを確認している。これらの注意事項は「履修要項」の「Ⅳ. 医学部諸規程」（資料 3-1）の「3. 履修・試験・成績・進級等」の項目に記載されている。また、不正行為が認定された学生に対する処分は、「履修要項」の「Ⅷ. 近畿大学学生規程（学部）」（資料 3-8）の第 5 章に記載されている。

3～4 学年に行う Unit 講義は、それぞれ 2～5 個のコースで構成されており、Unit の合否判定は、各コースの得点に Unit 内の授業数比率を乗じたものを積算し、合計点が 60 点以上を合格としている。Unit の総合点の計算方法については「履修要項」の「Ⅳ. 医学部諸規程」（資料 3-1）の「3. 履修・試験・成績・進級等」に記載され、学生ポータルサイトに掲示されている。

2～3 学年の学年末に実施される MCQ 形式の総合試験については、前年度までの合格基準、該当年度の得点分布と各教科の合格状況を鑑みて、各年度で合格基準を決定している。このため合格基準の事前通知は不可能であり、試験結果通知の際に合格基準、受験した学生の学年における順位を掲示している。

4 学年に実施する CBT の合格基準は、平成 27（2015）年度から本試、再試とも IRT の標準スコア 400 以上（従来の IRT 標準スコアの 47.8 に該当）としている。OSCE の合否判定基準は、本試、再試ともに、すべてのステーションにおいて概略評価 3 以上である。CBT、OSCE の合格基準については、試験実施前に学生ポータルサイトに開示されている。また、試験実施時期の大幅な変更や、合格基準の変更をする際には、決定後速やかに（5～6 か月前には）掲示している。

臨床実習は、「臨床実習ログブック」（資料 3-9）の「評価表」をもとに各担当教員によって評価される。5 学年の串本地域医療実習については、出席状況、実習前後に 2 回提出する「自己評価および実習の感想文」、最終の「実習レポート」をもとに、可否が決定される（資料 3-10）。

5 学年の総合試験の判定は、前年度の 5 学年が 6 学年に進級後の結果（卒業、留年）をもとに、平成 28（2016）年度から導入されたキャリアブレーション問題による難易度調整を行ったうえで決定される（資料 3-11）。このため合格基準を事前に通知することは不可能であり、試験結果通知の際に合格基準、順位を通知している。

6 学年の学内実習については、担当教員が総合的に評価している。大阪医大、兵庫医大、関西医大と共同で行っている関西私立 4 大学の連携学外実習については、関西私立 4 大学連携学外実習 共通評価シート・評価結果（資料 3-12）で評価され、可否が判定される。

6 学年の卒業試験の本試と再試の合格基準は、「医学教育モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験出題基準が求める医学的知識」であり、具体的には医師国家試験に合格するレベルを合格基準として可否を判定している。前年度の卒業生の国家試験の結果をもとに（合格・不合格だけでなく、自己採点結果も踏まえて）、平成 28 年（2016）度からはキャリアブレーション問題による難易度調整を行ったうえで合格基準が決定されている（資料 3-13）。このため合格基準の事前通知は不可能であり、試験結果通知の際に合格基準、順位を通知している。

当学部では平成 28（2016）年度から新カリキュラムに移行したが、旧カリキュラムの平成 27（2015）年度と新カリキュラムの平成 28（2016）年度の 1～4 学年における定期試験、5 学年の実力テスト、総合試験、6 学年の中間判定試験、卒業試験の実施日程を示す（資料 3-14）。旧カリキュラムと新カリキュラムにおいて試験の実施回数に大きな差はない。

学年	2015年度(旧カリキュラム)					2016年度(新カリキュラム)				
	講義期間	科目	本試	追試	再試	講義期間	科目	本試	追試	再試
1 学 年	4/6～7/4 8/24～9/12	人権と社会	9/9		10/27	4/7～7/7 8/22～9/10	人権と社会	9/7	10/24	10/24
		ドイツ語			レポート		ドイツ語			
		フランス語	9/14		該当者なし		フランス語	9/12		レポート
		中国語			レポート		中国語			レポート
		現代社会と倫理	9/15	10/27	10/27		現代社会と倫理	9/13	10/25	10/25
		生命科学	9/17		10/26		生命科学	9/21		10/27
		生死論	9/18	10/28	レポート		生死論	レポート		レポート
		英語	9/18	10/26	10/26		英語	9/16		10/28
		医用化学	9/25	10/29	10/29		医用化学	9/21	10/26	10/26
							科学的思考演習			レポート
	9/28～1/9 1/4～1/30	国際社会と日本	2/1	レポート	レポート	9/26～12/24 1/10～1/28	国際社会と日本	1/30	レポート	レポート
		ドイツ語		2/15	レポート		ドイツ語		2/13	レポート
		フランス語	2/1	2/15	レポート		フランス語	1/30	レポート	レポート
		中国語		レポート	レポート		中国語		レポート	レポート
		環境と社会	2/3	2/16	2/19		環境と社会	2/1	2/14	2/17
		医統計学	2/4	2/17	2/17		医統計学	2/2	2/15	2/15
		心理と行動	2/5	2/19	2/19		心理と行動	2/3	2/17	2/17
		英語(TOEFL)	2/5				英語(TOEFL)	2/3		
		分子生物学	2/9	2/16	2/16		分子生物学	2/7	2/16	2/16
		英語	2/12	2/17	2/19		英語	2/10	2/13	2/17
		生化学			1/16		総合医学	1/31	2/14	2/14
		医学総論Ⅱ			2/15		医学総論Ⅱ			レポート
		医物理学		レポート	レポート		医物理学			2/16

学年	2015年度(旧カリキュラム)					2016年度(新カリキュラム)				
	期間	Unit・コース	本試	再試		期間	Unit・コース	本試	再試	
2 学 年	4/6 ~ 5/16	Unit1 人体構造Ⅰ	5/22	8/24		4/4 ~ 5/14	Unit1 人体構造Ⅰ	5/20	8/22	
	5/25 ~ 6/20	Unit2 人体構造Ⅱ	6/26	8/25		5/23 ~ 6/18	Unit2 人体構造Ⅱ	6/24	8/24	
	6/29 ~ 7/25	Unit3 機能Ⅰ	7/28	8/27		6/27 ~ 7/2	Unit3 機能Ⅰ	7/26	8/25 8/27	
	8/31 ~ 9/30	Unit4 機能Ⅱ	10/2 10/3	11/4 11/6		8/29 ~ 9/28	Unit4 機能Ⅱ	9/30 10/1	11/2 11/4	
	10/5 ~ 11/21	Unit5 病因・病態	11/27 11/27	1/12 1/12		10/3 ~ 11/19	Unit5 病因・病態	11/21 11/25	1/16 1/20	
	11/30 ~ 12/5	病理学総論	1/7	1/15		11/28 ~ 12/17	Unit6 薬理学	1/11	1/18	
	12/7 ~ 12/26	Unit6 薬理学	1/5	1/13		12/19 ~ 12/24	Unit7 病理学総論	1/10	1/21	
		総合試験	1/19	2/23			総合試験	1/27	2/27	
	1/25 ~ 2/20	臨床総論Ⅰ/実習 (シミュレーションポストテスト)	2/20			1/30 ~ 2/25	Unit8 臨床総論Ⅰ/実習	2/17		

学年	2015年度(旧カリキュラム)					2016年度(新カリキュラム)				
	期間	Unit・コース	本試	再試		期間	Unit・コース	本試	再試	
3 学 年	4/6 ~ 4/11	Unit1 臨床各論Ⅰ	外科概論			4/4 ~ 5/14	Unit1 臨床各論Ⅰ	内分泌・代謝・糖尿病内科学	5/16	8/23
	4/13 ~ 5/23		消化器	4/25 8/24				消化器内科学	5/17	8/25
	5/25 ~ 6/6	Unit2 臨床各論Ⅱ	血液	6/6 8/25				外科学(上部消化管部門)	5/19	8/27
	6/8 ~ 6/20		アレルギー・膠原病	6/20 8/25				外科学(下部消化管部門)	5/19	8/26
	6/22 ~ 7/4	Unit3 病理学	腎・尿路	7/4 8/26		5/23 ~ 6/18	Unit2 臨床各論Ⅱ	外科学(肝胆脾部門)	5/19	8/23
	7/6 ~ 7/11		病理学総論	7/11 なし				循環器分野	6/21	8/22
	7/13 ~ 7/18	Unit4 臨床総論Ⅰ	感染症	7/18 8/26		6/27 ~ 7/30	Unit3 臨床各論Ⅲ	腎・尿路・高血圧分野	6/24	8/26
	7/20 ~ 8/1	Unit5 臨床各論Ⅲ	神経・精神	8/1 8/27				眼科	7/29	8/22
								呼吸器内科	7/26	8/23
								皮膚科	7/27	8/24
								形成外科	7/28	8/25
								耳鼻科	7/30	8/27
	8/31 ~ 9/12	Unit5 臨床各論Ⅲ	神経・精神	9/12 1/4		8/29 ~ 9/17	Unit4 臨床各論Ⅳ	血液・膠原病内科	9/20	12/27
	9/14 ~ 9/26			9/26 1/4				呼吸器・アレルギー内科	9/23	12/27
	9/28 ~ 10/10	Unit6 臨床各論Ⅳ	感覚器	10/10 1/5		9/26 ~ 11/12	Unit5 臨床各論Ⅴ	神経内科	11/15	12/26
	10/12 ~ 10/24		感覚器	10/24 1/5				脳外科	11/17	12/26
	10/26 ~ 11/14	Unit7 臨床総論Ⅱ	放射線医学	11/14 1/6				精神科	11/19	12/26
	11/16 ~ 12/5	Unit8 臨床各論Ⅴ	周産期・女性生殖器	12/5 1/6				整形外科	11/22	12/28
	12/7 ~ 12/12	Unit9 病理学	病理学各論	12/19 1/7				リハビリテーション医学	11/25	12/28
						11/28 ~ 12/3	Unit6 臨床各論Ⅵ	産婦人科	1/6	1/23
						12/5 ~ 12/10		小児科	1/10	1/25
	1/11 ~ 1/16	Unit10 ICM(Ⅰ)	ICM(Ⅰ)			1/9 ~ 1/21	Unit7 病理学各論	実習口頭試験	1/24	
	1/18 ~ 2/6	Unit11 テュートリアル	テュートリアル／症候・病態	2/6 2/25				筆記試験	1/26	2/28
	2/8 ~ 2/13	Unit12 臨床総論Ⅲ		2/13 2/25		1/30 ~ 2/18	Unit8 臨床総論Ⅱ／ 実習	感染対策室	2/22	3/6
	2/15 ~ 2/20	Unit13 臨床総論Ⅳ		2/20 2/26				心療内科	2/20	3/6
		総合試験		2/29				外科	2/21	3/7
							総合試験		2/24	3/9
4 学 年	4/6 ~ 4/18	Unit1 臨床各論Ⅵ	運動器	4/18 8/17		4/4 ~ 4/16	Unit1 臨床各論Ⅵ	運動器	4/16	8/18
	4/20 ~ 4/25		リハビリテーション	4/25 8/17		4/18 ~ 4/23		リハビリテーション	4/23	8/16
	4/27 ~ 5/16	Unit2 臨床各論Ⅶ	循環器	5/16 8/18		4/25 ~ 5/14	Unit2 臨床各論Ⅶ	循環器	5/14	8/18
	5/18 ~ 5/30		循環器	5/30 8/18		5/16 ~ 5/28		循環器	5/28	8/19
	6/1 ~ 6/13	Unit3 臨床各論Ⅷ	呼吸器	8/19		5/30 ~ 6/18	Unit3 臨床各論Ⅷ	呼吸器	6/18	8/12
	6/15 ~ 6/20		呼吸器	6/20 8/19		6/20 ~ 7/9	Unit4 臨床各論Ⅸ	内分泌・代謝	7/9	8/16
	6/22 ~ 7/11	Unit4 臨床各論Ⅸ	内分泌・代謝	7/11 8/20		7/11 ~ 7/16	Unit5 臨床各論Ⅹ	発達・小児	7/16	8/15
	7/13 ~ 7/18	Unit5 臨床各論Ⅹ	発達・小児	7/18		7/18 ~ 7/23			7/23	
	7/20 ~ 7/25			7/25 8/20		7/25 ~ 7/30			7/29	
	7/27 ~ 8/1		7/31、8/1(MCQテスト)							
	8/24 ~ 9/5	Unit6 法医学	法医学	9/5 12/22		8/22 ~ 9/3	Unit6 法医学	法医学	9/3	12/19
	9/7 ~ 9/19	Unit7 臨床各論	麻酔・救急	9/19 12/22		9/5 ~ 9/17	Unit7 臨床各論	麻酔・救急	9/17	12/19
	9/21 ~ 9/26	Unit8 心療内科	心療内科	9/26 12/22		9/19 ~ 9/24	Unit8 心療内科	心療内科	9/24	12/24
	9/28 ~ 10/10	Unit7 臨床各論	皮膚・形成	10/10 12/24		9/26 ~ 10/8	Unit7 臨床各論	皮膚・形成	10/8	12/21
	10/12 ~ 10/24	Unit9 社会医学	環境医学・行動科学	10/24 12/24		10/10 ~ 10/22	Unit9 社会医学	環境医学・行動科学	10/22	12/20
	10/26 ~ 11/7		公衆衛生学	11/7 12/25		10/24 ~ 11/5		公衆衛生学	11/4	12/20
	11/9 ~ 11/14	Unit10 臨床総論Ⅴ	検査医学	11/14 12/25		11/7 ~ 11/12	Unit10 臨床総論Ⅴ	検査医学	11/12	12/21
	11/16 ~ 11/28		臨床腫瘍	11/28 12/26		11/14 ~ 11/26		臨床腫瘍	11/26	12/22
	11/30 ~ 12/19	Unit11 テュートリアル	テュートリアル／症候・病態	12/21 2/8		11/28 ~ 12/17	Unit11 テュートリアル	テュートリアル／症候・病態	12/22	2/8
			CBT本試験	1/12 2/19					1/10	2/17
			OSCE本試験	2/6 2/27		1/11 ~ 2/4	ICM(Ⅱ) 臨床診断学実習・OSCE本試験	2/4	2/25	
5 学 年	実力テスト			8/22		実力テスト			8/27	
	総合試験			1/9 2/26		総合試験			1/4 2/23	
6 学 年	国家試験 実力テスト	消化管		5/7		中間判定試験	循環器		4/4	
		肝胆脾		5/7			消化管		4/11	
		発達・小児		5/9			肝胆脾		4/18	
		皮膚・形成		5/9			呼吸器・感染症		4/25	
		循環器		6/8			神経		5/2	
		腎・尿路		6/10			内分泌・代謝		5/6	
		麻酔・救急		6/12			血液・アレルギー・膠原病		5/9	
		呼・感染		6/15			放射線医学・検査医学		5/16	
		血・膠・アレ		6/17			腎・尿路		5/23	
		感覚器		6/19			周産期・女性生殖器		5/30	
		内分泌・代謝		6/22			発達・小児		6/6	
		環境医学		6/24			麻酔・救急		6/13	
		運動器・精神		6/26			感覚器		6/16	
		神経		6/29			運動器・精神		6/20	
		放射線・検査		7/1			皮膚・形成		6/23	
		周産期・女性		7/3			環境医学行動科学・公衆衛生		6/30	
	アドバンスドOSCE			7/11						
	画像集中コース			8/29 9/12		画像集中コース			8/27 9/6	
	医事法制コース			9/12						
	6年総合試験(1)			9/28、30		6年総合試験(1)			9/26-28	
	6年総合試験(2)			11/25-27		6年総合試験(2)			11/24-26	
	6年総合試験追再試			1/4、5		6年総合試験追再試			1/4、5	

b) 進級基準

進級は、教務委員会、教授会で決定されるが、原則として下記の進級判定基準に基づいて判定される。各学年の進級判定基準については以下のとおり「履修要項」の「V. 進級基準および卒業要件」（資料 3-15）に記載され、学生ポータルサイトに掲示されている。

【1 学年 進級判定基準】

1 学年で開講している科目の合格を原則とする。

不合格科目が 3 科目未満の場合、進級とする。

不合格科目が 3 科目以上の場合、留級とする。

【2 学年 進級判定基準】

2 学年で開講している全 Unit（科目）の合格を原則とする。

不合格科目が 3 Unit 未満の場合、進級とする。

不合格科目が 3 Unit 以上の場合、留級とする。

1 学年で完結する、共通教養科目・外国語科目・学部基礎科目をすべて修得していなければならない。

I Unit の算定法

基礎医学、臨床総論Ⅰ/実習の各 Unit を 1 Unit とする。

医学英語を 0.5 Unit とする。

総合試験を 1 Unit とする。

II Unit の合否判定基準

テュートリアルの成績、発表やレポートの内容、試験の成績を総合的に評価して合否判定する。

III 持ち上がり科目の評価

特別試験を実施し、評価する。

特別試験に不合格の場合、留級とする。

【3 学年 進級判定基準】

3 学年で開講している全 Unit（科目）の合格を原則とする。

不合格科目が 3 Unit 未満の場合、進級とする。

不合格科目が 3 Unit 以上の場合、留級とする。

I Unit の算定法

臨床医学、臨床総論Ⅱ/実習の各 Unit を 1Unit とする。

医学英語を 0.5 Unit とする。

総合試験を 1 Unit とする。

持ち上がり Unit（科目）が不合格の場合、不合格 Unit とする。

II Unit の合否判定基準

テュートリアルの成績、発表やレポートの内容、試験の成績を総合的に評価して合否判定する。

III 持ち上がり不合格分についての取り扱い

Unit 換算法

各学年での Unit 換算数を用いる。

持ち上がり科目の評価

特別試験を実施し、評価する。

特別試験に不合格の場合、不合格 Unit（科目）数として加算する。

【4 学年 進級判定基準】

A項目とB項目およびCからD項目での進級条件をすべて満たすこと。

A項目：4 学年で開講している全 Unit（科目）の合格を原則とする。

不合格科目が 3 Unit 未満の場合、進級とする。

不合格科目が 3 Unit 以上の場合、留級とする。

B項目：共用試験（CBT および OSCE）に合格すること。

C項目：4 学年での臨床実習の科目 1/2 の合格を原則とする。

（平成 29（2017）年度は 3/3 までの実習を評価対象とする）

（C項目については平成 29（2017）年度以降 4 学年に対応予定）

D項目：2 学年までに完結する基礎医学系専門科目（2 学年配当の医学英語含む）
をすべて修得していなければならない。

（D項目については、平成 29（2017）年度 2 学年に対応）

I Unit の算定法

各 Unit を 1 Unit とする。

医学英語を 0.5 Unit とする。

持ち上がり Unit（科目）が不合格の場合、不合格 Unit とする。

II 各 Unit の合否判定基準

チュートリアルの成績、発表やレポートの内容、試験の成績を総合的に評価して合否判定する。

III 持ち上がり不合格分についての取り扱い

Unit 換算法

各学年での Unit 換算数を用いる。

持ち上がり科目の評価

特別試験を実施し、評価する。

特別試験に不合格の場合、不合格 Unit（科目）数として加算する。

【5 学年 進級判定基準】

A項目とB項目およびC項目で進級条件を満たすこと。

A項目：5 学年での臨床実習すべての科目の合格を原則とする。

不合格科目が 4 科目未満の場合、進級とする。

不合格科目が 4 科目以上の場合、留級をする。

B項目：大学が提供する国試対策プログラム（週末講習、補講、合宿など）を受講し、実力テストを受験すること。

これらの成績は進級判定の参考とし、また特別補講該当者の選択に用いる。

大学が提供する全国模試を受験すること。

C項目：総合試験に合格すること。

I 持ち上がり不合格分についての取り扱い

Unit 換算法

各学年での Unit 換算数を用いる。

持ち上がり科目の評価

特別試験を実施し、評価する。

特別試験に不合格の場合、不合格 Unit（科目）数として加算する。

II 国試対策プログラムについての取り扱い

週末講習の受講については上位 30 名を免除とする。

上位 30 名の基準は、7 月までの講習については CBT および実力テストの結果を用いることとし、9 月以降の免除者は 8 月の中間試験の結果を用いることとする。該当者は別途通知する。なお、この週末講習の出席率が 2/3 に満たない者は、総合試験を受験できない。

【6 学年 卒業要件】

A 項目と B 項目および C 項目の両方で卒業要件を満たすこと。

A 項目：6 学年での臨床実習を履修し、すべて合格すること。

画像集中コースに合格すること。

中間判定試験を受験し 6 学年相応の学力を有すること。

中間判定試験の成績は卒業要件に加味する。

すべての持ち上がり Unit（科目）に合格していること。

大学が提供する国試対策プログラムを受講し、または指定された全国模擬試験を受講すること。

B 項目：PCC-OSCE を受験すること。

C 項目：卒業総合試験に合格すること。

c) 追再試験の実施について

Unit に不合格であった者には、再試験が行われる。再試験は不合格であったコースのみを受験し、不合格コースをすべて合格した際に Unit の合格とする。追試験の再試験、再試験の追試験は行われるが、6 学年を除いて再々試験は実施されない。

Unit を不合格のまま進級した学生には持ち上がった不合格のコースに対する試験が特別試験として実施される。特別試験についても本試験と同様の取り扱いで再試が行なわれる。追再試験、特別試験の受験ルールについては「履修要項」の「IV. 医学部諸規程」（資料 3-1）の「3. 履修・試験・成績・進級等」に記載され、学生ポータルサイトに掲示されている。

OSCE で不合格となった学生には、不合格となったステーションが告知される。再試験は全ステーションの合格が必要であり、このことは成績発表の際に通知されている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

1～4 学年の学生評価についての原理、方法および実施については定められ、「履修要項」に開示されている。これに基づいた進級基準も「履修要項」に記載されている。また、追再試の実施回数規程についても「履修要項」に記載され学生ポータルサイトに掲示されている。また、5 学年の臨床実習の評価においては、各診療科が「臨床実習ログブック」の標準的評価表を改変して用いており、各科の「評価表」が学生ポータルサイトにアップされている。

C. 現状への対応

1～4 学年の各教科においては、5 つのディプロマポリシー、10 項目のコンピテンスに対する各教科の役割および各教育アウトカムにおける目標到達レベルが示され、各教科において教育目標が設定され、シラバスに掲示されている。しかし、これらの基準を学生によりわか

りやすく示す必要がある。また、レポートや態度がどのように評価されるのか、また、その合格基準についても、具体的で、わかりやすい表示に努めていく。

D. 改善に向けた計画

各教科の合格基準をさらに明確化するためには、教員がFD講習などを通じて、学生評価における原理、方法、基準を共有する必要がある。また、レポートや態度、臨床実習をどのように評価するのかについて学部内で調整を行う必要がある。これらによって、評価法の標準化を行い、学生評価の客観性・妥当性を改善し、学生によりわかりやすい形で明示することに努めていく。

関 連 資 料

- 資料 3-1 医学部諸規程
- 資料 3-2 医学部の学修
- 資料 3-3 医学部の教育理念
- 資料 3-4 カリキュラムマトリックス
- 資料 3-5 アウトカム基盤型ロードマップ
- 資料 3-6 シラバス
- 資料 3-7 各科目評価方法一覧
- 資料 3-8 近畿大学学生規程
- 資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度
- 資料 3-10 串本地域医療実習 実習レポート
- 資料 3-11 5 学年総合試験判定
- 資料 3-12 関西私立 4 大学連携学外実習共通評価シート・評価結果
- 資料 3-13 6 学年卒業試験判定
- 資料 3-14 平成 27 年度、平成 28 年度試験日程
- 資料 3-15 進級基準および卒業要件

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くてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

学生評価を確実に行うには、十分な教員の確保が必要である。平成 28 (2016) 年 5 月 1 日現在の医学部所属教員数は教授 54 人、准教授 40 人、講師 169 人、助教 111 人の合計 374 人であり、必要な教員数はほぼ確保されている。

教育アウトカム達成のためのカリキュラムツリー (資料 3-16)、カリキュラムマトリックス (資料 3-4)、アウトカム基盤型ロードマップ (資料 3-5) が作成されている。1～4 学年の各科目のシラバス (資料 3-6) において、ほぼこれらに一致するレベルの教育目標が設定されている。

各科目において知識、技能および態度が小テスト、定期試験、レポート、態度などでどの

ような比率で評価されているかを各科目評価方法一覧（資料 3-7）として資料とする。また、10 個のコンピテンスの達成に関わる各科目において、小テスト、定期試験、レポート、態度などがそれぞれどのような比率で評価されているかをコンピテンズ別評価法一覧（資料 3-17）として資料にまとめる。コンピテンズの 1 つである「倫理とプロフェッショナルリズム」に関わる科目の評価法を例として示すが、本コンピテンズの達成に関わる科目においてはレポートや態度の評価（黄色く塗りつぶした部分）が比較的高い比率で評価されている。

① 倫理とプロフェッショナルリズム											
学年	科目 内容	科目名	成績評価方法および基準	レポート	態度	小テスト	定期 テスト	他	合計		
1学年	共通教養 科目	生涯スポーツⅠ	身体的課題の達成度50%、心理的・社会的課題の達成度(努力・意欲の程度、コミュニケーションの度合、マナー・礼節の実践)50%					100	100		
		医学総論Ⅰ	授業中の課題に対する取り組み姿勢、討論への参加と貢献度、積極性50%、課題レポート50%	50	50				100		
		人権と社会	定期試験80%、小テストとレポート20%	小テスト、 レポート20		小テスト、 レポート20	80		100		
		医学から見た国際社会と日本	授業中の小テスト30%、期末レポート70%	70		30			100		
		生死論	毎回の授業での小レポート50%、レポート(夏期休暇中に作成)50%	50 小レポート50					100		
		生涯スポーツⅡ	身体的課題の達成度50%、心理的・社会的課題の達成度(努力・意欲の程度、コミュニケーションの度合、マナー・礼節の実践)50%					100	100		
		学外施設実習/総合医学 (総合医学)	筆記試験(医療を広い視点でとらえることができるリテラシーを評価)50%、レポート・発表50%	50			50		100		
		学外施設実習/総合医学 (学外施設実習)	実習発表会での成果のとりまとめ能力、分析力、プレゼンテーション技量など30%、実習とその事前、事後学習、発表準備やレポート作成におけるコラボレーションとリーダーシップ、学習に取り組む姿勢等50%、レポートにおいて実習成果をまとめ、思考、推論、想像する力を評価する。20%	20				80	100		
		医学から見た現代社会と倫理	レポート50%、グループディスカッションのプロダクト30%、授業態度20%	50	20			30	100		
		心理と行動	記述試験80%、レポート等)20%	20			80		100		
プロフェッショナルリズム/実習	レポート(簡便記の感想、各授業で学んだこと、病棟実習での感想等、すべてのレポート)100%	100					100				
2学年	臨床科目	臨床総論Ⅰ/実習	レポート(毎週)100%	100					100		
3学年	臨床科目	臨床各論Ⅰ	外科学	授業への参画、貢献10%、多肢選択式客観的試験45%、小論文45%		10		90	100		
			消化器内科	本試験85%、小試験15%			15	85	100		
			内分泌・代謝 糖尿病内科	第6週目に試験を行う。成績は、授業への参加度、貢献度を加味して、評価する。100%					100	100	
		臨床各論Ⅱ	循環器内科	本試験(学習目標の事項に関して基本的概念の理解、基本的知識の修得について評価する)筆記試験とMCQ問題を行う。100%				100	100		
			心臓血管外科学	本試験100%				100	100		
			腎臓内科	筆記試験50%、MCQ問題50%				100	100		
		臨床各論Ⅲ	泌尿器科	マーク式および記述式試験問題(配点:マーク式40%、記述式60%)100%				100	100		
			呼吸器・アレルギー内科	本試験100%				100	100		
			眼科学	講義での受講態度・姿勢20%、本試験80%	20			80	100		
			耳鼻咽喉科学	定期試験100%				100	100		
			皮膚科学	本試験75%、小試験25%			25	75	100		
		臨床各論Ⅳ	形成外科学	本試験85%、小試験15%			15	85	100		
			血液内科	本試験70%、小試験30%			30	70	100		
			膠原病内科	本試験70%、小試験30%			30	70	100		
			呼吸器・アレルギー内科	習熟度確認テスト15%、本試験70%、日々の授業での参画、貢献、態度15%		15	15	70	100		
			臨床各論Ⅴ	神経内科	(A)日々の授業での参画、貢献10% (B)多肢選択式客観的試験40% (C)小論文50%	20			80	100	
		脳神経外科学		(A)日々の授業での参画、貢献20% (B)多肢選択式客観的試験40% (C)記述式試験40%	20			80	100		
		精神神経科学		定期試験100%				100	100		
		整形外科		コース試験(5肢選択問題50%、記述式問題50%)80% 相互学習試験(コース授業の早期に運動器機能解剖に関する記述式試験(描画を含む)を行う)20%		20		80	100		
		リハビリテーション医学		最終日に筆記試験を行う。内容はMCQ50題と記述問題5題である。100%				100	100		
		臨床各論Ⅵ	産科婦人科学	講義・シミュレーション室での実習の取り組み20%、小テスト10% 定期試験(記述式)70%	20	10		70	100		
			小児科外科学	コース試験70%、週末テスト20%、平常点10%	10	20		70	100		
			臨床総論Ⅱ/実習	外科概論	日々の授業での参画、貢献10%、多肢選択式客観的試験45% 小論文45%	10			90	100	
		感染症		定期試験(五肢択一)50%、定期試験(記述式)50%		50		50	100		
		心療内科		定期試験50%、ミニッツペーパー(授業での理解度、参加度、態度に関して評価)50%				100	100		
		4学年	臨床科目	社会医学	環境医学・行動医学	①筆記問題(復習テスト及び試験)50% ②選択肢問題(復習テスト及び試験)50%		50		50	100
					公衆衛生学	コース末試験100%				100	100
					法医学	本試験(死亡診断書・死体検案書の書き方を含む)80%、レポート20%	20			80	100
臨床各論Ⅶ	臨床検査医学			本試験(基本的な概念、知識に関して総合的に評価する)90% 小試験(各講義のトピックに関連した理解度を評価する)10%		10		90	100		
	放射線診断学			週末試験100%				100	100		
	麻酔科学			本試験80%、授業の理解度、参加度、態度を総合的に評価する20%	20			80	100		
	救急医学			本試験100%				100	100		
臨床各論Ⅷ	臨床腫瘍学			講義30%、試験70%	30			70	100		
	婦人科学			講義・シミュレーション室での実習の取り組み20%、小テスト10% 定期試験(記述式)70%	20	10		70	100		
	放射線腫瘍学			コース試験100%				100	100		
臨床各論Ⅸ	チューリアルでの発言、試験、ポスター発表を総合して評価。100%							100	100		
臨床総論Ⅲ/実習	OSCE 100%						100	100			
医療安全	筆記試験、研修態度、レポート提出等により評価する100%						100	100			
5学年	臨床科目			臨床実習	臨床実習評価シートに基づき、実習態度を含めて評価を行う。さらに、臨床実習記録(ログブック)、病棟回診、症例レポート、症例発表、小試験、口頭試問など併せて総合的に評価する。100%					100	100
6学年	臨床科目	臨床実習	臨床実習評価シートに基づき、実習態度を含めて評価を行う。さらに、臨床実習記録(ログブック)、病棟回診、症例レポート、症例発表、小試験、口頭試問など併せて総合的に評価する。100%					100	100		
カリキュラムマトリックスでの位置づけ ○											
カリキュラムマトリックスでの位置づけ ◎											

5 学年以降の臨床実習の記録と評価については、これまで十分ではなかった。このため、平成 23（2011）年度文部科学省先導的大学改革推進委託事業医学・歯学教育の改善・充実に関する調査研究医学チーム「診療参加型臨床実習等における経験と評価の記録案（例示）」を参考にして、平成 28（2016）年度に「実習の手引き」（資料 3-18）の大幅な改訂を行い、平成 29（2017）年度から新たに「臨床実習ログブック」（資料 3-9）を導入し、「実習日誌」、「臨床実習評価表」、「Case based Discussion（CbD）評価シート」、「終了時の指導医による評価」などを整備した。「臨床実習評価表」は、内科診療科 1（神経内科）および外科診療科 1（整形外科）において標準的評価シート例を作成し、これを各診療科において適宜改変して用いることにより、当該診療科に適した客観性のある形成的・総括的評価を行なうことが出来るよう工夫されている。これらの作成については、2 回の FD、運用についても 2 回の FD を開催し、広く学内の意見を集めた。

また、和歌山県串本町における 1 週間の地域医療臨床実習の評価については、形成的評価として実習前と実習後の 2 回「自己評価および実習の感想文」の提出があり、総括的評価としては「実習レポート」の提出がある（資料 3-10）。

6 学年の診療参加型臨床実習の評価は 5 学年の「臨床実習ログブック」を 6 学年でも再度使用するなど各診療科に委ねられている。また、関西私立 4 大学連携学外実習では、知識については知識レベル、所見の解釈、鑑別判断力、問題解決力が評価され、技能については、コミュニケーション、身体診察技能、基本的な検査手技、基本的な手術手技、記録、発表能力などが評価される。態度については、服装・礼儀、患者に対する態度、積極性、協調性など、知識・技能・態度が評価対象とされている（資料 3-12）。

以下に、知識、技能、態度についての評価の現状について概説する。

・知識の評価

2～4 学年では各コース内において小テスト、口頭試験、実習レポートなどの形成的評価に加えて、コース終了後に定期試験による総括的評価が実施される（資料 3-7）（資料 3-14）（資料 3-19）。定期試験については、全科目において試験内容の 50%以上を記述試験とし、自ら考え、文章にまとめる能力を評価している。また、残りを MCQ 形式の客観試験として評価している。

2～3 学年については各科目の評価だけではなく、学年末に MCQ 形式の総合試験を課し、総合的な知識レベルを評価している。

4 学年では各科目の試験に加えて CBT で知識レベルを評価している。

5 学年では臨床実習における知識レベルの評価に加えて、平成 26（2014）年度から以前実施していた総合試験を復活させた。また、平成 27（2015）年度から夏休み明けに内科、外科、産婦人科、小児科を出題範囲とした実力テスト（約 200 問）も実施している（資料 3-14）（資料 3-19）。

6 学年については、臨床実習で知識を評価するとともに、4～7 月に週 1 回の頻度で 1 回約 50 問の中間判定試験を計 16 回実施し全科の知識を判定している（資料 3-14）（資料 3-19）。9 月末と 11 月末に卒業試験の本試験、1 月初めに卒業試験の再試験を実施している。本年度は 8 月末と 11 月末に卒業試験の本試験、10 月下旬に近畿 8 大学共通の卒業試験を実施する。卒業試験の合格基準は、「医学教育モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験出題基準が求める医学的知識」であり、具体的には医師国家試験に合格するレベルを合格基準として可否を判定している。

・技能の評価

2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」ではシミュレーションセンターにて一次救命処置や意識障害のある患者の取り扱いについての実習、相互学習による血圧測定や心電図測定などの実技を実施させ、その到達レベルを評価している。

3 学年の「臨床総論Ⅱ/実習」では、無菌法、消毒、外科における診察の基本手技、基本外科手術手技、ショックの病態と初期対応、外傷初期診療の基本などの技能についての実習が行われ、その習得レベルが評価されている。

4 学年の 11 月から 12 月にかけて行われる「臨床総論Ⅲ/実習」においては、4 週間にわたって医療面接、頸部、胸部、腹部などの異常所見の取り方、外科的手技などの診療技術について実習させ、続いて実施される OSCE において医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）から派遣される評価委員とともにその習得度を厳正かつ厳格に評価している。CATO が作成した「診療参加型臨床実習に参加する受験生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」を評価の基本とし、本試、再試ともに、すべてのステーションにおいて概略評価 3 以上を合格基準としている。平成 27（2015）年度からは再試験の受験者全員の受験状況をビデオ撮影し、再試験の成績不良者については 3 人以上の教育担当教員によって合否判定が行なわれている。

5 学年の臨床実習では指導教員がリアルタイムに技能についての評価を行っている。平成 29（2017）年度から導入した「臨床実習ログブック」（資料 3-9）の「臨床実習の到達目標」（主な項目は、臨床推論能力、科学的根拠に基づいた医療、診療記録とプレゼンテーション、医療面接、基本的臨床手技など）を学生が自己評価するとともに、教員が評価を記録している。また、「終了時の指導医による評価」も行っている。

6 学年の診療参加型実習においても 5 年時の臨床実習と同様の評価を行っている。関西私立 4 大学連携学外実習でもコミュニケーション能力、身体診察技能、基本的な検査手技、基本的な手術手技、発表能力などが評価される。平成 29（2017）年度はすべての実習が終了した 6 学年の 7 月に当大学独自の課題で PCC-OSCE を実施した。PCC-OSCE では、4 学年で実施される共用 OSCE に加えて、検査所見、画像診断など鑑別診断を含む臨床推論能力を問うような課題とした。評価方法として、チェックリストと概略評価を併用したボーダーライン法を用い、外部の医学専門家も招き、客観的評価を受けた。

・態度の評価

1 学年で実施する「プロフェッショナルリズム/実習」の「救急災害棟ボランティア実習（ER 受診患者のサポート）」においては患者への態度を P-MEX（資料 3-20）を用いて評価している。

2 学年で実施する実習、チュートリアルにおいては積極的態度であるかどうかを評価される。

3 学年で実施される「臨床総論Ⅱ/実習」ではがん告知のコミュニケーション実習や技能習得のための実習において、態度も評価されている。

4 学年で開講される「臨床各論Ⅸ」では、課題解決型学習 PBL チュートリアルや TBL に積極的に参加し、発表できるかどうか、「医薬連携プログラム」では薬学部学生との協働作業に積極的に参加できるかどうか評価される。また、OSCE 前に実施される「臨床総論Ⅲ/実習」では模擬患者を通じて、患者とのコミュニケーション能力だけでなく、その際の態度も評価されている。

5～6 学年を中心とする臨床実習においては、患者に対する態度のみでなく、チームの一員

として適切な態度がとれるかどうかにも常に評価される。また、CbD や回診におけるプレゼンテーション態度も評価される。「臨床実習ログブック」(資料 3-9) の「学生自己評価表」には態度の評価について、プレゼンテーション、患者とのコミュニケーションがうまくとれたかどうかを学生自身が自己チェックし、それを教員に提出し、評価を受けている。また、態度の基本となる実習の出席については、一週間の実習のうち最低 3 日以上出席がなければ不合格で再履修を行なうこととしており、再履修においても最低 3 日以上出席がなければ単位を認めないルールを作成している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

1～4 学年の講義および基礎医学実習のそれぞれにおいて、適切な時期に適切な方法で知識、技能、積極的な学修態度が目標レベルに達しているかどうかを評価することを目指している。OSCE の評価に関しては、平成 27 (2015) 年度から再試験受験者のビデオ撮影を導入し合否判定を厳格化した。その結果、平成 28 (2016) 年度の OSCE の成績の改善、再試験受験者数が減少した。一方、OSCE 前に実施している「臨床総論Ⅲ/実習」に学生が興味を示さないとの指摘もあり、この点については改善が必要である。

5 学年からの臨床実習の評価においては、教務委員会での継続的な議論をもとに、平成 29 (2017) 年度から「臨床実習ログブック」を用いた新規評価法を導入した。今回作成した「臨床実習ログブック」は、実習評価の標準的な 1 つのプラットフォームであり、各科でそれを改変して用いることにより、より有効に活用されると期待している。また、臨床実習評価において、評価の公平性および客観性を担保するのに有用と考えている。「臨床実習ログブック」を用いることにより学生の実習に対する取り組み、教員の学生評価に、今後、改善が見られることを期待したいが、その有用性、妥当性を客観的に検証していく必要がある。

C. 現状への対応

臨床実習開始前の 4 学年「臨床総論Ⅲ/実習」については、担当教員に対する FD にて、臨床実習の充実へ向けての取り組みの意義を説明し協力を求める。

6 学年の診療参加型実習の評価は 5 学年の「臨床実習ログブック」(資料 3-9) を再度使用するなど、各診療科に委ねられているが、平成 30 (2018) 年度の 6 学年には新たに「標準化臨床実習評価表」を作成し、評価を行なう予定である。

D. 改善に向けた計画

2～4 学年の基礎医学、臨床医学の各科目において、記述問題、MCQ 問題の対象となる学習範囲・項目、必要な知識レベルを学生にわかりやすく明示する。

6 学年の PCC-OSCE については、平成 29 (2017) 年度は独自で実施、平成 30 (2018) 年度には CATO のトライアルに参加予定としている。平成 29 (2017) 年度は PCC-OSCE の受験を卒業要件としているが、平成 30 (2018) 年度からは、PCC-OSCE の合格を卒業要件とする予定である。このように、平成 32 (2020) 年に予定されている PCC-OSCE の本格実施に向け準備を進めていく。

平成 29 (2017) 年度から運用を開始している新たな臨床実習評価方法については、学生から「学生による臨床実習評価アンケート」を回収しているが、カリキュラム企画小委員会に

参加している学生、各科の教員からも意見を集め、評価表の運用方法、評価方法の改善に向けての努力を重ねたい。

評価の公平性および客観性を担保するために、学部および診療科内部での評価の統一のための FD を促していく予定である。

関 連 資 料

- 資料 3-4 カリキュラムマトリックス
- 資料 3-5 アウトカム基盤型ロードマップ
- 資料 3-6 シラバス
- 資料 3-7 各教科評価方法一覧
- 資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度
- 資料 3-10 串本地域医療実習 実習レポート
- 資料 3-12 関西私立 4 大学連携学外実習 共通評価シート・評価結果
- 資料 3-14 平成 27 年度、平成 28 年度試験日程
- 資料 3-16 カリキュラムツリー
- 資料 3-17 コンピテンス別評価法一覧
- 資料 3-18 実習の手引き
- 資料 3-19 平成 29 年度教務日程
- 資料 3-20 プロフェッショナリズム/実習 P-MEX 評価シート

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

1～4 学年における各科目における評価法は、各科目評価方法一覧（資料 3-7）にまとめて示すが、以下に学年ごとの評価法を概説する。

- ・ 1 学年の教養科目は、主に筆記試験、レポートによって評価している。
- ・ 2 学年の基礎医学の科目では定期試験だけでなく、実習の際の態度やレポートも含めて総合評価を行っている。

基礎医学の科目では講義や筆記試験だけでなく、実習の際の態度や理解度を細かく確認してレポートの採点に反映させ、総合的に成績をつけている。

- ・ 2 学年のチュートリアルでは、知識のみではなく、学習に対する態度を担当教員が評価している。
- ・ 3～4 学年の臨床医学では、各 Unit 中に形成的評価のためのプレ試験、小試験、レポート提出、口頭試験を実施し、その結果を学生にフィードバックしている。また、各 Unit の最後に記述式の試験、客観試験を含む理解度確認のための定期試験を行っている。総括的評価として、3 学年の最後には総合試験を課している。
- ・ 4 学年では臨床実習の開始前に基礎的医学知識の習得を CBT で評価している。

- ・4 学年では診断学実習を行い、医療面接や診察手技など技能面について OSCE で評価している。
- ・5～6 学年を中心に実施される臨床実習では、「臨床実習ログブック」（資料 3-9）が導入され、基本的知識、技能、臨床推論、臨床計画の立案、カルテ記載、プレゼンテーション能力、態度、患者、メディカルスタッフとのコミュニケーションに渡って、診療科ごとに指導医が臨床現場で形成的評価を行なっている。また、実習の受け持ち患者についてのレポート提出、スライドを用いたプレゼンテーション、カンファレンスにおけるプレゼンテーション、回診時のベッドサイドプレゼンテーションを通じて、形成的評価を行なっている。各診療科は必要に応じて「標準的評価表」を改変して用いており、各科の内容に応じた客観性のある評価を行なっている。また、週末筆答試験などを行い、客観的評価も行なっている。各科教授による口頭試問も行い、総括的に評価を行なっている。また、救急医学、小児科ではポートフォリオおよび SEA (Significant Event Analysis) (資料 3-21) を用いた臨床実習の評価を取り入れている。
- ・6 学年では PCC-OSCE を実施し、卒業後の初期研修医として必要な知識、医療面接や診察手技などの技能および態度を習得しているかを評価している。
- ・卒業判定については、4～7 月に中間判定試験、9・11 月に卒業試験を実施し、医学部卒業にふさわしい学力を有するかどうかを評価している（資料 3-19）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

1～4 学年の各科目において、プレ試験、小試験、定期試験、レポート、実習などにて知識、技能、態度を評価している（資料 3-7）（資料 3-17）。

5 学年の総合試験や卒業試験などの総括的評価は MCQ 形式の問題であるが、単純な知識だけでなく、分野・臓器横断的に症候病態から臨床推論を行い、問題を解決する能力も評価している。

5～6 学年を中心に行われる臨床実習においては、「臨床実習ログブック」（資料 3-9）を用いた評価が中心となっている。評価の方法としては、実習中のプレゼンテーション、患者との関わり合い、チーム医療への関与、CbD、症例要約など複数の方法が用いられている。また、学生の自己評価も交えながら、知識のみではなく、技能、態度を形成的、総括的に評価している。臨床実習の評価は、「臨床実習ログブック」の導入によりかなり客観的に行われるようになったが、各診療科や担当教員にゆだねられている部分も多く、今後共有化に努めていく必要がある。

現時点では、mini-CEX は一部の診療科において実施されているが十分な内容とは言えず、多面的評価もほとんど実施されておらず、今後積極的に活用していく必要がある。

C. 現状への対応

各科目において、その内容に応じて、様々な評価法が用いられているが、複数の評価方法が適切な比重で実施されているかどうかを各科目の責任者と検討を続け、評価方法の継続的な改善に努める。

D. 改善に向けた計画

FD などを通じて、mini-CEX や多面的評価を積極的に活用できる基盤を構築する。また、採血などの医行為についての DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) が可能であるかどうかを検討していく。

関 連 資 料

資料 3-7 各教科評価方法一覧

資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

資料 3-17 コンピテンス別評価法一覧

資料 3-19 平成 29 年度教務日程

資料 3-21 SEA 資料

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

当学部の学生教育における利益相反の管理については、4 親等内の親族を利益相反の対象としている。平成 29 (2017) 年度から全教員を対象として利益相反の対象となる学生の有無について調査を開始した (資料 3-22)。利益相反を有する教員がその対象となる学生を講義、臨床実習において指導することは許容されているが、MCQ 形式などによる客観評価を除き、主観が入り込む可能性のある学生評価については単独で行わず、複数人で評価を行うよう医学部諸規程 (資料 3-1) で取り決めている。試験問題の漏洩については、利益相反以前の職務規程違反であり、利益相反の管理の対象とするまでもない。当学部では、入学の際に寄付金を受け入れておらず、学債などの購入もないため、大学と学生の間に利益相反は存在しない。

進級や卒業に関わるような総括的評価である総合試験、CBT、卒業試験は、学籍番号や名前を伏し学生を同定できない状態で、教務委員会の審議、その後の教授会の審議が行われ合否が決定される。このため、これらの判定において利益相反が生じる可能性はない。

教職員の親族が入学試験を受験する年度は、その教職員は入学試験関連業務すべてに参加しないこととなっている。入学試験関連業務を担当する教職員には守秘義務が課されており、不当な依頼を受けることはない。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教職員の親族が学生であった事例はあるが、これまで学生の評価とその結果に利益相反に関する問題が生じた事案はない。入学試験関連業務を担当する教職員には守秘義務が課されている。これまで入学試験関連業務の守秘義務違反に関する問題が生じた事案はない。

C. 現状への対応

本年度から開始した利益相反に関する調査を今後も継続し、学生評価における利益相反についての意識を教員に根付かせていく。

D. 改善に向けた計画

現時点では、親族関係のみを対象とした利益相反管理を行っているが、今後は、その範囲をどこまで広げるべきか検討していく。

関 連 資 料

資料 3-1 医学部諸規程

資料 3-22 学生教育における利益相反に関する取り決めと平成 29 年度調査結果

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くてはならない。

A. 基本的水準に関する情報

平成 29（2017）年度から教育評価委員会が設置された。本委員会は、カリキュラム、教育内容について評価・助言を行うのみでなく、学生評価が適切に実施されているかを審議し、必要があれば助言を行う委員会である（資料 3-23）（資料 3-24）。本委員会には他施設の医学教育の専門家 1 人、本学他学部の教育専門家 1 人、医療行政の専門家 1 人と合計 3 人の外部評価委員が参画している。本委員会は原則年 3 回開催されるが、学生から成績判定などについて疑義の申し立てがあった場合、緊急で討議する案件が生じた場合には、本委員会を緊急開催あるいはメール会議にて審議・議論を行うことになっている。

4 学年に実施される「医薬連携プログラム」では同大学内ではあるが、薬学部の教育専門家と評価の方法について共有している。

4 学年に CATO が実施する CBT、OSCE においては、それぞれから外部評価者、モニタが派遣され、公平かつ厳正な試験が実施されているかが厳重にチェックされている。また、OSCE 当日には外部評価者と学内評価者が評価基準について擦り合わせ、一致した基準のもとに評価を行っている。

5 学年においては、近畿大学医学部堺病院、近畿大学医学部奈良病院での臨床実習が組み込まれており、同大学内ではあるが、これらの教員によっても評価されている。

6 学年の診療参加型実習においては、関西私立 4 大学による学外臨床実習の相互乗り入れを行っており、他大学の教員による評価を受けている。また、9 施設の教育連携病院における 6 学年の学外診療参加型実習においても、外部者からの評価を受けている。

今年度より、6 学年に対して近畿の 8 大学で合同卒業試験が行なわれる。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

1～6 学年の主な学生評価結果については、外部委員 3 人を含む教育評価委員会で審議される。OSCE、CBT、5 学年での堺病院、奈良病院での実習、6 学年での関西私立 4 大学での連携学外実習、教育連携病院での学外実習、8 大学合同卒業試験において学外評価者からの評価を受けている。また、平成 29（2017）年度に行った PCC-OSCE は CATO が実施するトライアルでないため、評価の質を高めるよう外部から教育専門家を招き、多数の改善点すべき点が指摘されている（資料 3-25）。

C. 現状への対応

臨床実習において学内での評価に用いられている「臨床実習ログブック」(資料 3-9) の「評価表」を、教育連携病院など外部の指導者にも提示し、客観的評価が可能な状態に改善していく。

相互乗り入れを行なっている関西私立 4 大学での連携学外実習では、当大学の学生が他大学の教員から評価を受けており、その結果を同学生の当大学内での評価と比較し、当大学の評価の妥当性を検証する。

共用試験において、外部評価者やモニタから指摘された問題点および改善に向けた指摘があった場合には速やかに対応していく。

D. 改善に向けた計画

教育評価委員会の開催に合わせ、外部評価委員に授業、実習を視察していただくなど、実質化に努める。

低学年での学外実習についても、外部の専門家からのフィードバックを取り入れていく。

関西私立 4 大学での臨床実習では、共通した評価シート(資料 3-12)を用いているが、学生自身が実習における到達目標を記載し、教員が形成的評価、統括的評価をより確実に行えるよう、本評価シートの改善について定期的な会議(年 4 回)で議論を深める。

関連資料

資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

資料 3-12 関西私立 4 大学連携学外実習 共通評価シート・評価結果

資料 3-23 教育評価委員会 委員会規程

資料 3-24 教育評価委員会 議事録

資料 3-25 平成 29 年度 PCC-OSCE 視察報告

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

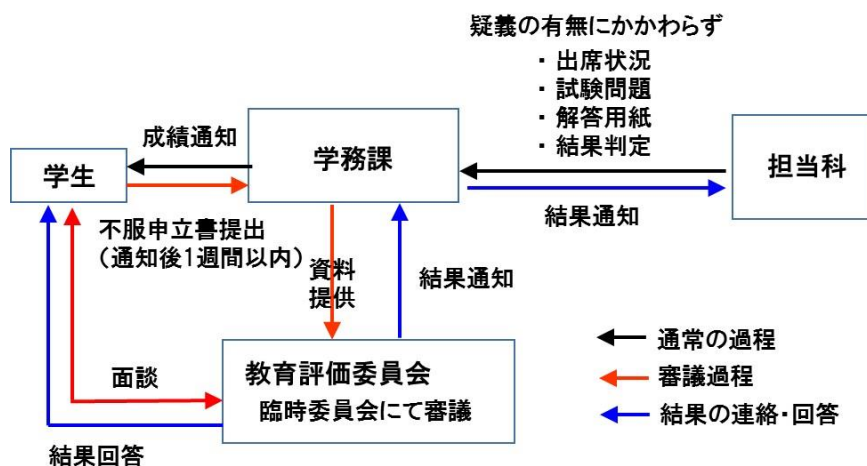
各試験、実習、進級、卒業などの評価基準、合格基準は履修要項の「IV. 医学部諸規程」(資料 3-1) の「3. 履修・試験・成績・進級等」に記載されている。

学生が判定結果に対して疑義申し立てが可能なことは、履修要項の同項目中に記載されている。

学生に試験・科目などの判定結果を通知する際に、判定結果に対する疑義の申し立てが可能であること、その際には 1 週間に設定された疑義申し立て期間内に「成績不服申立書」(資料 3-26) を学務課に申請するよう通知している。学務課に申請された疑義を処理するための手順も確立されている(資料 3-27)。平成 29 (2017) 年度からは、申し立て事項を客観的に評価するのに必要な出席状況、試験問題、全学生の解答用紙、採点結果、判定結果が成績評価に関わる資料として収集されている。疑義申請があった場合、臨時で教育評価委員会が開

催され、学務課から提出された資料をもとに審議を行う。また、必要に応じて教育評価委員会の委員が疑義申し立てを行った学生と面談し、その内容についての聞き取り調査を行う（資料 3-23）。教育評価委員会における審議内容・結果は学務課、担当科に報告され、判定結果の修正が必要な場合には必要な処置が取られる。最終的に、審議内容・結果は、教育評価委員会から申し立てを行った学生に回答される（資料 3-27）。

疑義審査の手順



B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生からの疑義の申し立てについては、それが可能なことが学生へ通知され、申し立て手続きも周知されている。疑義審議のための資料は保管され、審議を行うための教育評価委員会も設置されている。

「履修要項」の「Ⅱ. 平成 29 (2017) 年度の教務日程」に記載されているように、現在 1～4 学年の各教科の再試は夏休みなどの期間を用いて随時実施されている（資料 3-14）（資料 3-19）。しかし、再試の発表結果は年度末の 3 月にまとめて行われており、疑義申し立てがあった場合、3 月の進級判定までに十分な審議・対応が困難な状況にある。年度末に再試の結果発表をまとめて行う方式は、早期の再試結果の通知により留年の確定した学生が、該当年度内の残りの教科に対する意欲を失くしてしまうことを回避するために用いられている。

また、2 学年、3 学年、5 学年の総合試験、卒業試験の再試結果に対する疑義の申し立ては、時間的に不可能である。しかし、これらの再試はすべて MCQ 形式の客観試験であり、正答率、識別係数などのデータをもとに不適當問題が担当講座によって削除されるなどの適切な処理がなされている。また、これらの試験の合格基準は教務委員会の審議を経て教授会で最終決定されたものであり、疑義が生じることは極めてまれである。しかし、学生が事務的なミスの可能性などを訴えた場合には、その有無を確認し対処する。

疑義の申し立てをすることによって、将来にわたって当大学において指導教員などから不利益を受ける可能性を危惧する学生もあり、疑義の申し立てを躊躇する学生がいる可能性が考えられる。

一部の再試については疑義が申し立てられても、時間的制約のため十分な審議・対応が困難な状況にあるなど、いくつかの課題があるが、学生からの疑義の申し立てに対応するシステムは構築され、稼働している。

C. 現状への対応

学生に判定に対する疑義の申し立てが可能であることを通知するだけでなく、それによって何らの不利益を被ることがないことも周知していく。疑義の申し立てを行った学生に不利益が生じないようにするために、学生には成績判定に対する疑義申し立ての権利があること、それに対して不利益をもたらすような対応をしてはならないことを、FD などを通じて教員に周知していく。

D. 改善に向けた計画

MCQ 形式でない主観が入り込む可能性のある再試験については、その結果の通知時期を従来の3月より1か月早めた2月に行い、疑義申し立てがあった場合に3月の進級判定までに十分審議する期間を設けることを検討する。

平成29(2017)年度からは学生評価についての資料(出席状況、試験については試験問題、解答用紙、判定結果;実習については評価表など)を回収しており、疑義の申し立てがなくとも個々の学生の評価が適切に行われているかを解析し、教育評価委員会において検証していく。その結果によっては、評価を行った教員に指導を行うとともに、判定結果に反映させることも考えていく。

関 連 資 料

- 資料 3-1 医学部諸規程
- 資料 3-14 平成27年度、平成28年度試験日程
- 資料 3-19 平成29年度教務日程
- 資料 3-23 教育評価委員会 委員会規程
- 資料 3-26 成績不服申立書
- 資料 3-27 疑義審査の手順

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

平成29(2017)年度からは、教育評価に関わるすべての資料(出席状況;試験については試験問題、解答用紙、判定結果;実習については評価シートなど)を各教科の責任者から提出してもらい、一括管理のうえ解析を行っている。平成28(2016)年度分については、2-4学年の各教科の定期試験の得点と総合試験、総合成績との相関を解析した(資料3-28)。

以下に、知識・技能・態度の評価方法の信頼性と妥当性について概説する。

当学部では、卒業試験など学内で用いる試験問題のブラッシュアップは限られた担当者のみで実施しているが、CATOに提出するCBTの候補問題、厚生労働省に提出する医師国家試験の候補問題をブラッシュアップする際には、FDを兼ねて、委員以外で各科にて分担した問題を作成した教員にも積極的に参加を呼び掛け、学内で作成される試験問題の質を高めることに努めている。

2～4 学年の各科目で実施される定期試験については、総合的理解を評価するために 50%以上の配点が記述問題となっているが、残りを MCQ 形式としている。なお、記述試験の採点はできる限り複数の教員で重複して行い、採点の基準となるキーワードを決めて、評価の信頼性を高めるよう努めている。

2 学年、3 学年には年度末に MCQ 形式の総合試験を行ない、各教科単独の評価だけでなく、総合的な評価を行なっている。各問題の正答率、識別係数が算出され、学生からの質問も受け付け、不適當問題は採点から削除するなどの対策が取られている。これらの試験については、前年度までの合格基準、該当年度の得点分布と各教科の合格状況を鑑みて、各年度で合格基準を決定している。ただし、2 学年、3 学年の総合試験は不合格であっても不合格科目 1 Unit と算定されるのみで、単独で進級に必須とされていない。

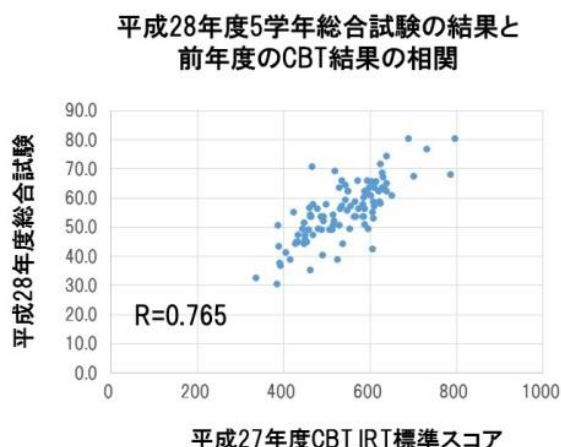
CBT の合格基準は、平成 27（2015）年度から本試、再試とも IRT 標準スコア 400 以上（従来の IRT 標準スコアの 47.8 に相当）としている（資料 3-29）。本基準は全国医学部長病院長会議が診療参加型実習を行うための最低限の質保障基準とする IRT 標準スコア 359（従来の IRT 標準スコアの 43 に相当）よりも高いが、当大学の学生が、5 学年、6 学年に進級し、卒業するためには、この基準より高く設定する必要がある、現在の基準となった。CBT の本試と再試の間隔は約 7 週間であり、CATO が規定する間隔を満たしている。

OSCE の実施についても CATO から派遣されたモニタ、外部評価員によって適正に実施されていることが確認されている。学内の評価者については、原則として CATO の評価者養成講習会を受講した認定評価者が担当している。学内で OSCE 評価者講習会を毎年開催し、CATO が作成した「診療参加型臨床実習に参加する受験生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」を周知・確認している。また、CATO から送付される DVD を活用している。OSCE 当日には外部評価者と学内評価者が評価基準について擦り合わせ、一致した基準のもとで評価を行っている。OSCE の合否判定基準は、本試、再試ともに、すべてのステーションにおいて概略評価 3 以上である。OSCE の本試と再試の間隔は約 4 週間と十分な期間がとられ、再試受験者にはどのステーションが不合格であったのかが通知されている。平成 27（2015）年度からは再試験受験者全員のビデオ撮影を導入し、不合格と仮判定された学生については 3 人以上の教育担当教員によって合否判定が行なわれている。

5 学年の学内実習は、「臨床実習ログブック」（資料 3-9）の「評価表」をもとに各担当教員によって評価される。「臨床実習の到達目標」などを基準に「終了時の指導医による評価」で最終評価が行われている。5 学年の串本地域医療実習については、出席状況、レポートをもとに評価され、合否が決定される（資料 3-10）。

5 学年の総合試験は進級に必須の試験である。5 学年以降の MCQ 問題は、Taxonomy I（知識問題）をできる限り減らし、Taxonomy II（理解力）や Taxonomy III（問題解決能力）を問う問題を多く用いている。問題内容はブラッシュアップ会議によってブラッシュアップされ、事前に出題科に修正依頼が出されるか、削除される。試験後に各問題の正答率、識別係数が算出され、また、学生からの質問を受け付け、不適當問題は出題科によって削除するなどの対応が取られている。本試および再試の合格基準は、キャリブレーション問題（前年度に用いられた問題の中から正答率 50-70%、識別係数の良好な問題から選別され、全問題数の約 15% を占める）による年度別の難易度調整を行ったうえで、前年度の学年が 6 学年に進級した結果（卒業、留年）をもとに合格基準が算定され、合否が判定されている（資料 3-11）。本試と再試の間は約 2 か月であり、本試不合格者には十分な学習期間が与えられている。平成 28

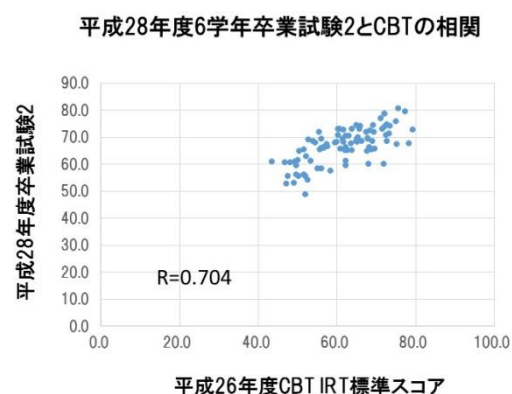
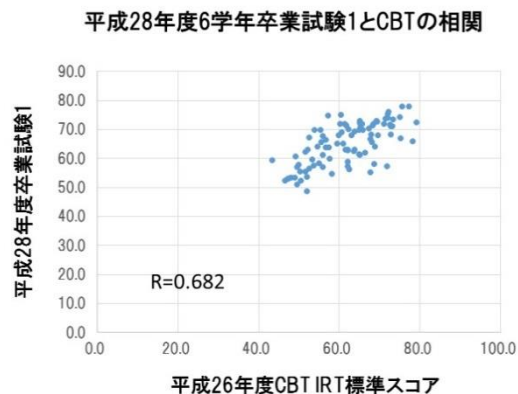
(2016)年度5学年の各学生の総合試験の得点率と同学生が前年度に受験した CBT 本試の IRT 標準スコアとの相関を示す。相関係数 $R=0.765$ と高い相関を示している。



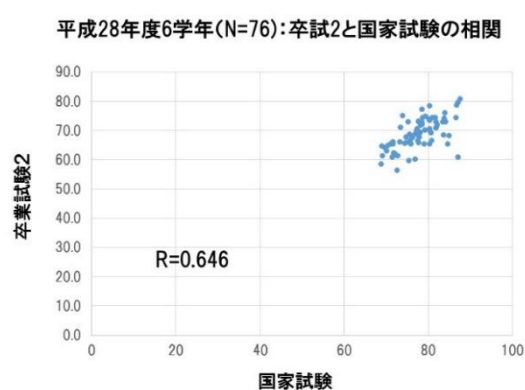
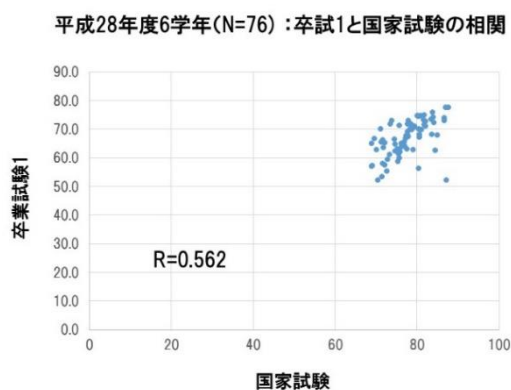
6 学年の学内実習については、知識、技能、態度をもとに担当教員が総合的に評価する。関西私立 4 大学との連携学外実習については、4 大学共通のフォーマット（資料 3-12）で、知識、技能、態度が評価され、合否が決定される。9 施設の教育連携病院における学外診療参加型実習については、学外の指導者からの評価を受けている。

6 学年の卒業試験の本試験である卒業試験 1、卒業試験 2 はそれぞれ 9 月末、11 月末にそれぞれ 3 日間で実施され、再試験は 1 月初旬に 2 日間で実施される。卒業試験 2 と再試験の間隔は約 5 週間確保されている（資料 3-14）（資料 3-19）。本試験の判定は、卒業試験 1、卒業試験 2 の得点に 4-7 月に実施された 16 回の中間判定試験（各試験 50 問）の結果を加味して判定されている（平成 28(2016)年度における評価比重: 中間判定試験 10%: 卒業試験 1 25%、卒業試験 2 65%）。卒業試験 1、卒業試験 2、再試験の問題数はそれぞれ 500 問、500 問、400 問と十分な出題数で、各試験における問題形式（必修・一般・臨床）、各科からの出題数は、医師国家試験、医師国家試験の出題基準（ブループリント）にほぼ一致した比率となっている。なお、平成 29（2017）年度からは医師国家試験の問題数が 400 問に減じられるため、当大学の卒業試験 1、卒業試験 2 も 400 問に減じ、それぞれ 2 日間で実施する予定である。当大学ではこれまで本試問題と再試問題を別の時期に各科に作問依頼していたが、再試問題が易しすぎ、正確な知識レベルの判定ができていないことが問題視されてきた。このため、平成 28（2016）年度からは、これらの試験の難易度を均等化するために、3 回分の 1,400 問をまとめて作成し、ブラッシュアップ会議において問題内容の重複を避け 3 回の試験に分配している。また、各問題はブラッシュアップされ、不适当問題は事前に出題科に修正依頼が出されるか、削除される。試験終了後、それぞれの問題の正答率、識別係数が算出され、不适当問題は採点から除外するなどの対策が取られている。本試と再試の合格基準は、キャリブレーション問題による難易度調整を行ったうえで、前年度の卒業生の国家試験の結果をもとに（合格・不合格だけでなく、自己採点結果も踏まえて）、合格基準が決定されている（資料 3-13）。なお、平成 29（2017）年度は 10 月下旬に近畿 8 大学合同卒業試験が行なわれるため、卒業試験 1 と卒業試験 2 は 8 月末と 11 月末に実施予定である。

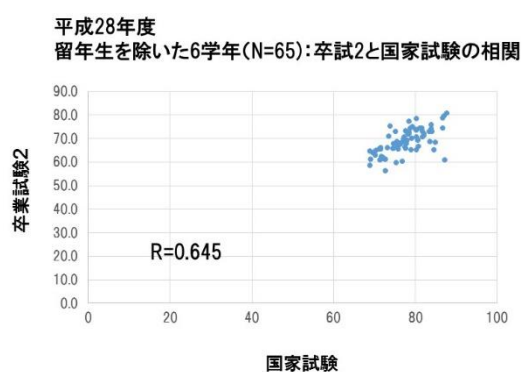
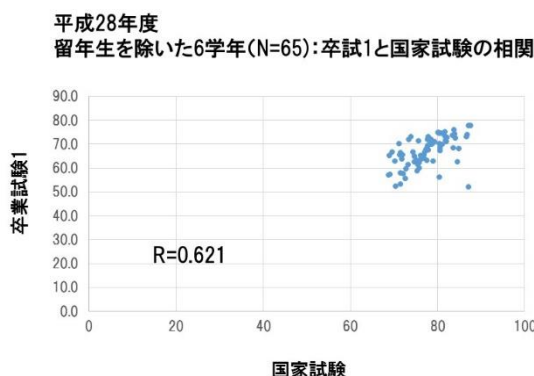
平成 28（2016）年度 6 学年の各学生の卒業試験 1、2 の得点率と同学生が平成 26（2014）年度に受験した CBT 本試の IRT 標準スコアとの相関を示す。卒業試験 1 の相関係数 $R=0.682$ 、卒業試験 2 が $R=0.704$ であった。



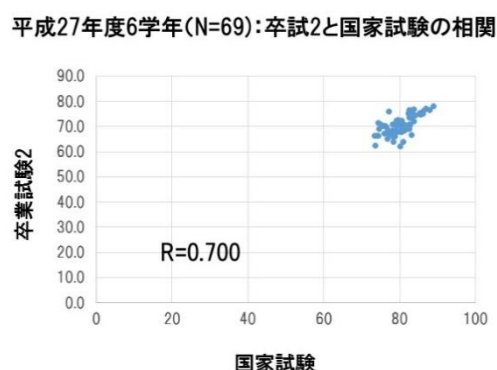
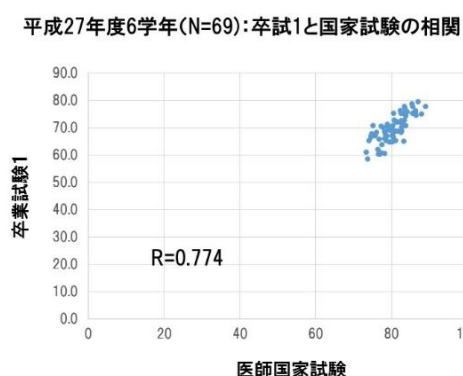
平成 28（2016）年度 6 学年の各学生の卒業試験 1、2 の得点率と医師国家試験の得点率（一般 200 点、臨床 600 点、必修 200 点で計算）の相関を医師国家試験の成績の提供に同意した 76 人で検討すると、卒業試験 1 で $R=0.562$ 、卒業試験 2 で $R=0.646$ と卒業試験 1 でそれほど高くはなかった。



当大学では、平成 26（2014）年度から本試の合格水準（卒業試験 1、2 で合否判定；平成 28（2016）年度のみ中間判定試験を 10%の比重で加味）はほぼ 100%医師国家試験に合格するレベルとしている（平成 26（2014）年度は 65 人中 64 人合格；平成 27（2015）年度は 72 人全員が合格）。しかし、平成 28（2016）年度は本試合格者のうち 4 人が不合格となり、全員が 6 学年での留年者であった。さらに詳細に解析すると、この 4 人以外にも 6 学年での留年者が 13 人（合計 17 人）医師国家試験を受験しており、留年者は卒業試験 1 の得点率と比べると医師国家試験の得点率が低いことが明らかとなった。そこで、留年生を除いた 65 人の学生の卒業試験 1、2 の得点率と医師国家試験の得点率の相関係数を計算すると、卒業試験 1 で $R=0.621$ 、卒業試験 2 で $R=0.645$ であり、全体での解析と比べると卒業試験 1 の相関係数が 0.562 から 0.621 へと改善した。



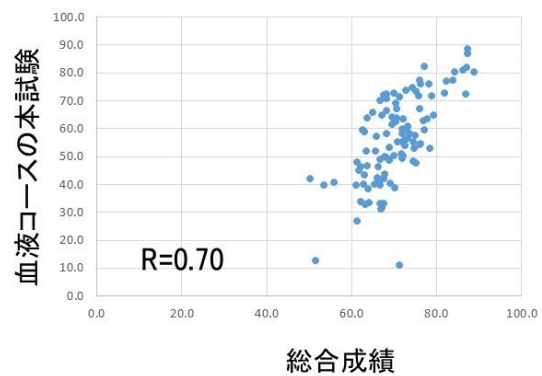
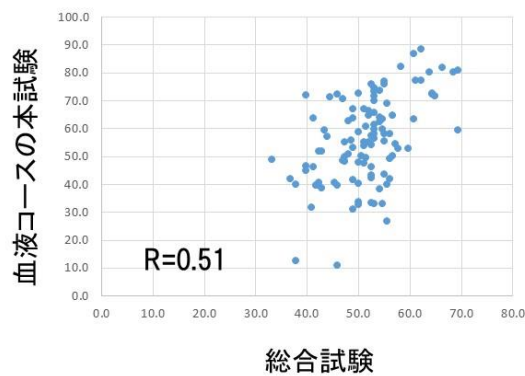
また、留年者が少なかった平成 27（2015）年度 6 学年（N=69）についての解析結果を振り返ってみると、医師国家試験との相関係数は、卒業試験 1 で R=0.774、卒業試験 2 で R=0.700 と良好な相関がみられた。



B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

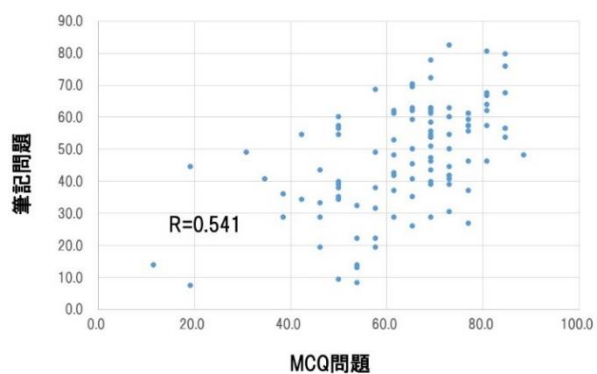
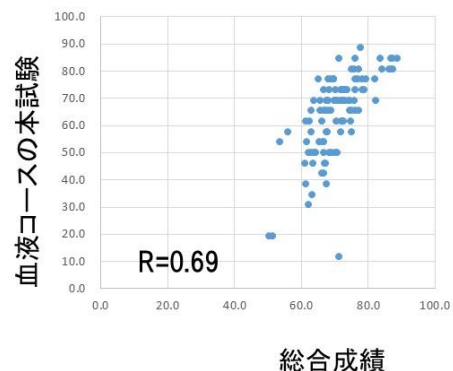
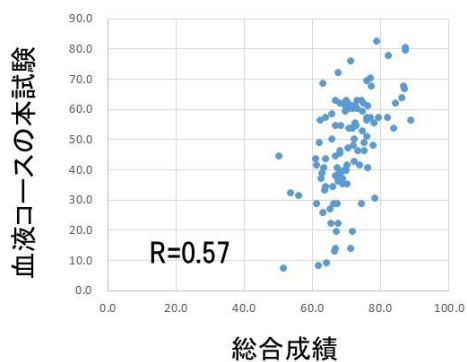
2～3 学年には総合試験を行ない、各科での評価だけでなく、総合的な評価を行なっている。4 学年の進級に必須の CBT、OSCE も厳正に実施され、その評価基準の客観性、妥当性も高いと考える。5 学年の総合試験、6 学年の卒業試験については、前年度の学生の進級後の成績や医師国家試験の結果をもとに、難易度をキャリブレーション問題で調整し、合格水準が決定される。キャリブレーション問題の漏洩がないことは、毎回の試験でキャリブレーション問題と非キャリブレーション問題の得点率を比較することで確認されている。5 学年の総合試験、6 学年の卒業試験の一部が翌年度もキャリブレーション問題として使用されるため問題はすべて回収されるが、学生が復習すべき問題については各科からの指示により学生ポータルサイトに掲示されるため、学生の学習に不利益を生じることはない。

1～4 学年の各科目の定期試験の評価の吟味は十分とは言えないが、平成 28（2016）年度の 2～4 学年の各科目の定期試験については、総合試験、その年度の総合成績との相関を解析した（資料 3-28）。3 学年に開講している「臨床各論Ⅳ」の血液コースの定期試験と総合試験、総合成績との相関、定期試験のうちの記述試験、MCQ 問題と総合成績との相関、記述問題と MCQ 問題との相関の解析結果を例として示す。



記述問題

MCQ問題



臨床実習での技能・態度の評価は、「臨床実習ログブック」（資料 3-9）の導入により標準化されたが、教員間の差を小さくし、評価の精度を高める努力を行う必要がある。

C. 現状への対応

2～4 学年における問題内容、記述試験の採点に問題がないかを検証していく。その結果、定期試験と総合試験、総合成績との相関の不良な科目については、教育評価委員会で審議の上、問題があるようであれば定期試験の内容・採点方法の改善を進めていく。また、教育内容に問題がないかも検証していく。

D. 改善に向けた計画

教員に対して「試験問題の信頼性・妥当性」に関する FD を実施することにより、試験問題の信頼性、妥当性を高めていく。また、学習範囲・達成すべき水準、評価方法をできるだけ学生に明示していく。

卒業時点でのディプロマポリシー、教育の学修成果/コンピテンシー達成のためのアウトカム基盤型ロードマップ（資料 3-5）を念頭におき、評価を実施する時期、教科内容に応じて、最も適切な評価方法の選別、達成目標レベルを明確に意識した学生評価を実践できるよう議論を重ねていく。

関 連 資 料

資料 3-5 アウトカム基盤型ロードマップ

資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

資料 3-10 串本地域医療実習 実習レポート

資料 3-11 5 学年総合試験判定

資料 3-12 関西私立 4 大学連携学外実習 共通評価シート・評価結果

資料 3-13 6 学年卒業試験判定

資料 3-14 平成 27 年度、平成 28 年度試験日程

資料 3-19 平成 29 年度教務日程

資料 3-28 平成 28 年度 2-4 学年定期試験の解析

資料 3-29 CBT の合格基準と得点率の推移

Q 3.1.2 必要に合わせて新しい評価法を導入すべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

現在、当学部では、1～4 学年の評価には、記述試験、MCQ 形式試験、CBT、レポート、実習、PBL テュートリアル、TBL 等における学生の自己評価・ピア評価、OSCE、ポートフォリオ評価などを用いている（資料 3-7）。また、5 学年の臨床実習においては、全科で「臨床実習ログブック」（資料 3-9）を用い、CbD を行なっている。6 学年の診療参加型実習でも 5 学年で用いている「臨床実習ログブック」を用いた評価が中心となっている。

今年度から、1 学年のプロフェッショナリズムの実習において P-MEX による評価（資料 3-20）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

新しい評価法は徐々に導入されつつあるが、アウトカム基盤型教育に沿って学修成果/コンピテンシーを多面的に評価できる mini-CEX や入院患者や看護師、薬剤師を含めた多面的評価が十分には実施されていない。

C. 現状への対応

教員のFDを充実させ、mini-CEXや多面的評価などの新しい評価法を広く実施できるよう各診療科内で教育的基盤の確立に努める。

多面的評価を行うために、看護師や薬剤師が学生の臨床実習に積極的に協力いただけるよう、医学教育についての意識を共有できる体制を構築していく。

D. 改善に向けた計画

臨床実習において、mini-CEXや多面的評価の実施を推進する。

関 連 資 料

資料 3-7 各科目評価方法一覧

資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成29年度

資料 3-20 プロフェッショナリズム/実習 P-MEX 評価シート

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、教育内容、学生評価など教育全般における適格性を評価する教育評価委員会には、医学教育の専門家1人、他学部教育専門家1人、医療行政の専門家1人と合計3人の外部評価委員を加えている（資料3-23）（資料3-24）。

4学年の「医薬連携プログラム」においては他学部の教員の評価を受けている。6学年の診療参加型実習においては、関西私立4大学による臨床実習相互乗り入れ、および9教育連携病院における臨床実習を行っており、他大学の教員および外部者からの評価を受けている。平成29（2017）年度からは近畿8大学共通卒業試験を実施する。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

6学年が実施する臨床実習については外部評価者による評価が取り入れられている。一方、1学年の「学外施設実習」、5学年での「串本地域医療実習」などの学外実習については学外の指導者による指導を受けているが、評価が十分ではない。

C. 現状への対応

集積された情報をより詳細に解析し、教育評価委員会の外部委員に詳細なデータを提供し、議論を深めていきたい。

D. 改善に向けた計画

1学年の「学外施設実習」、5学年での「串本地域医療実習」などの学外実習については、今後適切な「評価シート」を作成するなどして、外部評価者の評価をより活用したい。現状の教育評価委員会の機能をさらに高める。

關 連 資 料

資料 3-23 教育評価委員会 委員会規程

資料 3-24 教育評価委員会 議事録

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、

- 基本的知識と統合的学習の両方の修得を促進するために、カリキュラム（教育）単位ごと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・態度の全ての観点を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

本学医学部のコンピテン스는、①倫理とプロフェッショナリズム、②医学的知識、③診療の基本的技能、④医療安全、⑤チーム医療、⑥コミュニケーション能力、⑦医療の社会性の理解、⑧国際化に対応できる教養と英語力、⑨自律的継続的学習能力、⑩課題解決能力と医学研究への連結である。これらは、平成 27（2015）年 7 月に正式に決定され、その達成にむけた新カリキュラムを現在 4 学年までが学習している。各学年におけるそれぞれの科目が当

大学のディプロマポリシーと上記の 10 個のコンピテンス達成のためにどのような役割を担っているのかは、カリキュラムマトリックス（資料 3-4）、カリキュラムツリー（資料 3-16）、アウトカム基盤型ロードマップ（資料 3-5）に示されている。シラバス（資料 3-6）には各科目における教育目標が明記されている。

1～4 学年のカリキュラムにおいては、上記の達成あるいは獲得すべきコンピテンスと各教科の教育方法は互いに関連づけられており、評価法についても整合性を持つように調整されている。基本はカリキュラムごとの特性を重視し、知識・技能・態度に適切な比重をおきつつ、小テスト、実習への参加、態度、レポート提出、PBL、TBL における討論参加、発表、プロダクト内容、定期試験で評価が行われている。

各科目において、レポート、態度、小テスト、定期試験などがどのような比率で評価されているかを各科目評価方法一覧（資料 3-7）にまとめるが、10 個のコンピテンスの達成に関わる各科目が実際にどのように評価されているかを、総括的評価を中心に概説する（資料 3-17）。

① 倫理とプロフェッショナルリズム

1 学年の「人権と社会」、「生死論」、「医学から見た現代社会と倫理」、「プロフェッショナルリズム/実習」、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」、3 学年の各臨床 Unit、「臨床総論Ⅱ/実習」、4 学年の「社会医学（環境医学・行動医学、公衆衛生学、法医学）」、「医療安全」、5～6 学年の「臨床実習」が本コンピテンス達成のための主要な科目である。これらの教科はレポートや態度に比重をおいた評価が行われ、レポートの評価比率は、1 学年の「人権と社会」で 20%（小テストを含む）、「生死論」で 100%、「医学から見た現代社会と倫理」で 50%、「プロフェッショナルリズム/実習」で 100%、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」で 100%、4 学年の「社会医学（法医学）」で 20%である。態度は、1 学年の「医学から見た現代社会と倫理」で 20%、3 学年の「臨床総論Ⅱ/実習」の「外科概論」で 10%、「心療内科」で 50%の比率で評価されている。また、4 学年の「医療安全」においても筆記試験のみでなく、研修態度、レポートを含めた評価が行われている。5～6 学年の「臨床実習」では「臨床実習評価シート」に基づき、臨床実習記録、病棟回診、症例レポート、症例発表、小試験、口頭試問などを併せて本コンピテンスの達成状況が総合的に評価されている。このように本コンピテンス達成に関わる科目においては、テストによる知識の評価より、レポートや態度に比重をおいた評価が行われている。

② 医学的知識

1～6 学年におけるほとんどの教科が本コンピテンス達成に関わっている。

2～4 学年では、各コース内での小テスト、口頭試験、レポートも評価対象とされているが、定期試験による総括的評価が最も大きな比重を占めている（資料 3-17）。また、2～3 学年の年度末には MCQ 方式の総合試験による評価が行われ、4 学年の 11 月末（昨年度までは 1 月に実施）には CBT で医学的知識が評価される。

5 学年では臨床実習において、知識レベルが評価されるとともに、夏休み明けに内科、外科、産婦人科、小児科を出題範囲とした実力テスト（約 200 問）が実施される（資料 3-14、資料 3-19）。また、年度末には、進級に必須の総合試験が実施される。

6 学年についても、臨床実習で知識が評価されるとともに、4～7 月に週 1 回の頻度で 1 回約 50 問の中間判定試験を計 16 回実施され、全科目の知識レベルが評価されている（資料 3-14）。平成 27 年（2015）度、平成 28（2016）年度は 9 月末と 11 月末に卒業試験の本試験、1 月初

めに卒業試験の再試験が実施された。本年度は8月末と11月末に卒業試験の本試験、10月下旬に近畿8大学共通の卒業試験を実施する。

③ 診療の基本的技能

1 学年の「プロフェッショナリズム/実習」、「学外施設実習/総合医学（総合医学）」、「学外施設実習/総合医学（学外施設実習）」、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」、3 学年の各臨床 Unit、「臨床総論Ⅱ/実習」、4 学年の各臨床 Unit、「臨床総論Ⅲ/実習」、「医療安全」、5～6 学年（特に6 学年）の「臨床実習」が本コンピテンス達成に主に関わる科目である。

1 学年の「プロフェッショナリズム/実習」の「救急災害棟ボランティア実習（ER 受診患者のサポート）」では、救急受診された患者さんへの対応が評価される。本科目は、提出されたレポートが100%の比率で評価される。

2 学年最後の科目である「臨床総論Ⅰ/実習」ではシミュレーションセンターでの実技が評価される。ただし、この段階で求められる技能の達成状況には、学生間にほとんど差はなく、評価方法としてはレポートの比率が100%である。

3 学年の「臨床総論Ⅱ/実習」では、外科の基本手技、ショックの初期対応などの技能についての実習が行われ、その習得レベルが評価される。本科目は主に定期試験で評価されるが、その内容は診療技能に関することが中心であり、態度も「外科概論コース」で10%、「心療内科コース」で50%の比率で評価される。

4 学年の11月から12月にかけて行われる「臨床総論Ⅲ/実習」においては、医療面接、頸部、胸部、腹部などの異常所見の取り方、外科的手技などの診療技術について実習させ、続いて実施される OSCE においてその習得度が評価されている。

5 学年のローテート型実習では教員がリアルタイムに技能の評価を行っている。平成 29（2017）年度から導入した「臨床実習ログブック」（資料 3-9）の「臨床実習の到達目標」を学生が自己評価するとともに、教員が評価を行っている。また、「終了時の指導医による評価」も行っている。

6 学年の診療参加型実習においても5 年時の臨床実習と同様の評価を行っている。これら学内の「臨床実習の評価」は、試験ではなく、診療技能を含めた総合的評価によって行われ、その比率は100%である。関西私立4 大学連携学外実習でもコミュニケーション能力、身体診察技能、基本的な検査手技、基本的な手術手技、発表能力などが総合的に評価される。平成 29（2017）年度はすべての実習が終了した6 学年の7月に当大学独自の課題で PCC-OSCE を実施した。

④ 医療安全

1 学年の「プロフェッショナリズム/実習」、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」、3～4 学年の各臨床 Unit、4 学年の「医療安全」の Unit、5～6 学年の「臨床実習」が本コンピテンス達成に深く関わっている。1 学年で開講される「プロフェッショナリズム/実習」では医療倫理を通して医療安全の概念を理解させ、その重要性を認識させることを目標とし、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」では「チームステップス入門」により、医療安全を模擬体感し、医療安全に対する理解を深めることを目標としている。このため、これらの科目では、知識を問うよりは、むしろ、認識・理解レベルに比重をおき、試験ではなく、レポートで100%の評価が行われている。4 学年の「社会医学」では、社会医学的な知識を問うため、「環境医学・行動医学コース」、「公衆衛生学コース」、「法医学コース」で小テストと定期試験を併せた評価比率がそれぞれ100%、100%、80%となっている。ただし、法医学コースではレポートの評価比率も20%

確保されている。「医療安全」の Unit では、知識レベル、学生の医療安全に対する認識度の深さを問うために、筆記試験、レポート、研修態度などで総合的に評価されている。5～6 学年の「臨床実習」では、チーム医療（教育アウトカム⑤）の実践も含めて、医療安全をどの程度実践できるかを病棟回診、症例発表、口頭試問などを通じて臨床の現場において総合的に評価している。医療安全については、概念の理解、重要性の認識、医療安全についての知識、臨床の現場での実践というように目標レベルが順に高くなっていくため、各目標レベルに応じて、レポート、試験、態度、臨床の現場での評価が適切に配分されるよう配慮している。

⑤ チーム医療

1 学年の「医学総論Ⅰ」、「学外施設実習/総合医学（総合医学）」、「学外施設実習/総合医学（学外施設実習）」、「医学から見た現代社会と倫理」、「プロフェッショナルリズム/実習」、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」、4 学年の「社会医学（環境医学・行動医学、公衆衛生学、法医学）」、「医療安全」、5～6 学年を中心とする臨床実習が本コンピテンス達成のための主要な科目である。本コンピテンスについては、その必要性・重要性を理解し、“コミュニケーション能力（教育アウトカム⑥）”を通じて、実践できることが重要である。このため、これらの教科では、知識を評価する試験よりもレポートや態度に比重をおいた評価が行われている。レポートの評価比率は、1 学年の「医学総論Ⅰ」で 50%、「学外施設実習/総合医学（総合医学）」で 50%、「学外施設実習/総合医学（学外施設実習）」で 20%、「医学から見た現代社会と倫理」で 50%、「プロフェッショナルリズム/実習」で 100%である。態度は、1 学年の「医学総論Ⅰ」で 50%、「医学から見た現代社会と倫理」で 20%の評価比率となっている。4 学年の「社会医学」では、本科目が他のコンピテンス達成における役割も果たすため「環境医学・行動医学コース」、「公衆衛生学コース」、「法医学コース」のいずれにおいても、小テスト、定期試験での評価が 100%となっている。「医療安全」は、チーム医療においても重要な意義を持っており、筆記試験のみでなく、研修態度、レポートを含めた評価が行われている。5～6 学年を中心とする臨床実習では、チームの一員として適切な態度がとれるかどうかを観察記録で評価され、その結果が、「終了時の指導医による評価」として総括される。このように、本コンピテンス達成に関わる科目においては、テストによる知識の評価より、レポートと態度に比重をおいた評価が行われている。

⑥ コミュニケーション能力

1 学年の「学外施設実習/総合医学」、「プロフェッショナルリズム/実習」、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」、3 学年の「臨床総論Ⅱ/実習」、4 学年の「臨床各論Ⅸ」、「臨床総論Ⅲ/実習」、5～6 学年の「臨床実習」が本コンピテンス達成に深く関わる。これらの評価においてはレポートや態度に比重がおかれ、レポートの評価比率は、1 学年の「学外施設実習/総合医学（総合医学）」で 20%、「学外施設実習/総合医学（学外施設実習）」で 50%、「プロフェッショナルリズム/実習」で 100%、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」で 100%である。また、「プロフェッショナルリズム/実習」における「救急災害棟ボランティア実習（ER 受診患者のサポート）」では、救急受診された患者およびその家族とのコミュニケーション能力を含む態度が P-MEX を用いて自己評価されている。病棟実習では患者の闘病経過・病状を聴きつつ、良好な関係を構築する能力が評価される。「学外施設実習/総合医学」では、他職種と良好な連携関係を構築・維持する能力が形成的に評価される。4 学年の「臨床各論Ⅸ」では、課題解決型学習 PBL テュートリアル、TBL に積極的に参加、発表することが主な評価（総合的評価で 100%）の対

象となる。「医薬連携プログラム」ではコミュニケーション能力により薬学部学生との協働作業に積極的に参加できるかどうかの評価される。また、OSCE 前に実施される「臨床総論Ⅲ/実習」では模擬患者の診察技能のみでなく、「医療面接」のステーションにおいて、患者とのコミュニケーション能力が評価される。5～6 学年を中心とする臨床実習においては、患者とのコミュニケーション能力のみでなく、チームのメンバーと適切にコミュニケーションできるかどうか、総合的評価における評価項目の 1 つである。6 学年で実施する PCC-OSCE においても、模擬患者とのコミュニケーション能力が評価項目とされている。

⑦ 医療の社会性の理解

1 学年の「人権と社会」、「医学から見た国際社会と日本」、「環境と社会」、「学外施設実習/総合医学（総合医学）」、「学外施設実習/総合医学（学外施設実習）」、「医療イノベーション学」、「医学から見た現代社会と倫理」、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」、3～4 学年の各臨床 Unit、4 学年の「社会医学（環境医学・行動医学、公衆衛生学、法医学）」、「臨床各論Ⅷ」、5 学年の「臨床実習（串本地域医療実習）」が本コンピテンス達成のための主要な科目に位置付けられる。パフォーマンスレベルとしては、まず医療の社会性についての認識・理解が求められ、次に医療に関わる法律・制度・社会資源（保健、福祉、行政）を理解し、最終的に地域・社会に参画することの重要性を理解することが求められる。医療の社会性を自身の中でどのように思考・解釈したのか（咀嚼度）、また、その結果としての理解度を評価するにはレポートによる評価が適しており、法律・制度・社会資源などについては小テスト、定期テストによる知識の確認が必要である。

レポートの評価比率は、1 学年の「人権と社会」で 20%（小テストを含む）、「医学から見た国際社会と日本」で 70%、「学外施設実習/総合医学（総合医学）」で 50%、2 学年の「臨床総論Ⅰ/実習」で 100%、4 学年の「社会医学（法医学）」で 20%である。小テスト、定期テストによる知識の評価率は、1 学年の「人権と社会」で 80%（小テストを除く）、「医学から見た国際社会と日本」で 30%、「環境と社会」で 100%、「学外施設実習/総合医学（総合医学）」で 50%、4 学年の「社会医学（環境医学・行動医学）」で 100%、「社会医学（公衆衛生学）」で 100%、「社会医学（法医学）」で 80%である。臨床各論Ⅷの「臨床腫瘍学コース」では、がん対策、がん診療の国際比較、がんの診療における地域連携、がん患者が直面するがん医療の問題、がん医療の問題点、がん診療のしくみ：医療・支援制度などの講義が組み込まれ、定期試験の評価比率は 70%（残り 30%は態度）である。5 学年の串本地域医療実習ではレポートによって医療の社会性の観点からも評価される（評価比率 100%）。

⑧ 国際化に対応できる教養と英語力

1 学年の「医学から見た国際社会と日本」、「医療イノベーション学」、「英語」「第二外国語（ドイツ語、フランス語、中国語のいずれか）」、2～4 学年における「医学英語」が本コンピテンス達成のための主要な科目である。国際化に対する意識を芽生え、定着させるための 1 学年の「医学から見た国際社会と日本」では授業中の小テストが 30%、期末レポートが 70%の比率で評価が行われる。国際的な視点から医療イノベーションを説明・理解できることを目指す「医療イノベーション学」では、授業中の課題に対する取り組み姿勢、討論への参加と貢献度、積極性が 50%、課題レポートが 50%の比率で評価される。国際化に対する意識、国際化に対する素地を育成するためのこれら 2 つの科目では、知識よりも態度に比重をおいて評価するよう採点比率が設定されている。1 学年の「英語」は、本試験（前・後期定期試験の合計点）が 50%、TOEFL-ITP および課題（授業課題、提出課題、発表、小テスト、E-learning）

が 50%で評価される。「ドイツ語」は、筆記試験が 40%、チェックテスト、課題提出、小テスト、対話練習などの平常点が 60%で評価される。「フランス語」は定期試験が 60%、小テスト、課題レポートが 40%で評価され、「中国語」は授業中の質問に対する回答および学習に取り組む姿勢・意欲が 15%、プリント、提出物の評価が 15%、期末試験が 70%で評価される。2～4 学年の「医学英語」は、自宅での課題成果が 15%、授業中に行う質問に対する回答が 25%、毎授業で行う小テストが 30%、定期試験が 30%で評価される。このように国際化に向けた語学教育においては、知識の評価だけでなく、積極的な態度、姿勢に対する評価をできる限り取り入れ、アクティブラーニングが進むよう工夫されている。

⑨ 自律的継続的学習能力

本コンピテンスは、学習の本質であり、ほとんどの科目に関わる。1 学年では医学に関連する生命科学を学ぶことの意義とその方法を理解する必要がある、2 学年では講義や実習を通じて基礎医学の重要性を理解し、自律的な学習に連結させることが重要である。3 学年、4 学年前半では、臨床医学の各 Unit において、基礎医学で学んだ病因・病態・生理の知識をもとに、疾患を理解しようと興味を抱くことが重要である。4 学年後半ではこれまで学んだ各疾患の症候・病態から臨床推論を行い、学習能力を継続的に高めていく必要がある。5～6 学年の臨床実習では実際の患者を前にして、自己の能力の限界を知り、さらなる学習の必要性を感じ、自律的に学習を継続する姿勢や能力を身につける必要がある。従って、本コンピテンス達成のためには学生の意識、学習への興味の有無、意欲、姿勢を態度で評価するとともに、これらのモチベーションを生み出す基盤となる知識レベルを評価する必要もある。多数の科目が関わっているため、本コンピテンスの達成プロセスに深く関わる一部の科目を取り上げて、それらの評価方法を概説する。

1 学年の「科学的思考」では、本コンピテンスを順調に育成させるための根本となる標準的な考え方（方法としての科学的思考法）や情報処理方法を学ばせるが、本科目は演習授業でのプレゼンテーション、各回のレポート（論理性、情報リテラシー、創造力の観点から評価）が各々50%の比率で評価される。また、研究についての意識を芽生えさせるための「医学総論Ⅰ」は、授業中の課題に対する取り組み姿勢、討論への参加と貢献度、積極性 50%、課題レポート 50%の比率で評価されている。医学全般についての知識を講義する「医学総論Ⅱ」は、授業における学習に取り組む姿勢、意欲、貢献度が 50%、レポート課題が 50%の比率で評価される。一方、自律的学習の基盤となる医学の基礎知識に関わる「人体構造Ⅰ」、「人体構造Ⅱ」、「機能Ⅰ」、「機能Ⅱ」、「病因・病態」などの 2 学年の科目では小テスト、レポート、テュートリアル、実習態度、定期試験などが科目に応じた比率で評価されている。例としては、「機能Ⅰ」では、評価比率がテュートリアル 10%、実習 10%、定期試験 80%に配分されている。また、「病因・病態」の「生体防御学」ではテュートリアルおよび事例発表またはレポート 35%、実習レポート 15%、形成評価試験および講義中の課題レポート 10%、定期試験 40%と学生の意欲、姿勢、知識を総合的に評価できるよう評価比率が配分されている。3～4 学年の臨床 Unit では、知識レベルの評価が中心となっているが、約半数の科目で日々の授業への参画、貢献、態度が評価されている（外科学コースで 10%、呼吸器・アレルギー内科コースで 15%、神経内科コースで 10%、脳神経外科学で 20%など）。これらの臨床 Unit が終了した後に開講される「臨床各論Ⅸ」では症候病態をもとに臓器横断的な臨床推論能力を問う PBL テュートリアルを実施し、学生が臨床医学により興味を持つよう配慮されている。本科目ではテュートリアルにおける態度の評価に比重がおかれ、テュートリアルでの発言、試験、ポスター発表などを総

合して 100%の評価としている。5～6 学年を中心とした臨床実習は、学生の意識、学習への興味の有無、意欲、姿勢の評価に最も適しており、知識レベルの評価とともに、自律的継続的学習能力も総合的評価の 1 項目に組み入れられている。

⑩ 課題解決能力と医学研究への連結

本コンピテンス達成には、“⑨自律的継続的学習能力”が必須であり、本コンピテンス達成のための主要な科目は、“⑨自律的継続的学習能力”の達成に関わる科目と大幅に重複する。1 学年では、課題解決能力の基本となる科学的思考法を習得させ、医学研究に対する意識を芽生えさせることが重要である。2 学年では、基礎医学を学ぶことにより、医学研究への探求心が育成されていくべきである。また、3～4 学年の臨床 Unit においては、個々の疾患を理解し、4 学年後半には、これまで得た知識を垂直型、水平型の知識として統合し、臨床推論能力を高める必要がある。さらに、5～6 学年を中心とした臨床実習では将来臨床の場で必要となる課題解決能力を発揮させなければならない。医学研究へ連結については、1-6 学年を通じて、学生の意識、興味が徐々に育成されていく必要がある。本コンピテンスの達成状況の評価においても、“⑨自律的継続的学習能力”の評価と同様に、プロセスの中で段階に応じて学生の態度、姿勢、意識を評価する必要がある。また、知識レベルも、単純な知識の習得から問題解決能力の基本となる垂直型あるいは水平型の統合的知識の習得まで、到達レベルに応じた評価が必要である。

1 学年の「科学的思考」では基礎医学研究、臨床医学（研究も含む）に共通の科学的思考方法について学ぶが、これは基礎医学、臨床医学のいずれにおいても、将来の問題解決能力の根幹となるものである。本科目では、知識についての試験は行われず、演習授業でのプレゼンテーション、各回のレポート（論理性、情報リテラシー、創造力の観点から評価）が各々 50%の比率で評価される。「医学総論Ⅰ」では、「医学研究とは何か?」、「生理学と私の研究」などの講義を通じて医学研究に対する意識を芽生えさせるための講義を行っている。本科目は、この目的に応じて、授業中の課題に対する取り組み姿勢、討論への参加と貢献度、積極性が 50%、課題レポートが 50%の比率で評価されている。「医療イノベーション学」では、ゲノム創薬、粒子線治療などの新規治療法の開発プロセス、医療の未来についての講義を通じて研究開発について興味を抱かせることを目的としている。このため、本科目の評価は、試験で知識を問うことをせず、授業中の課題に対する取り組み姿勢、討論への参加と貢献度、積極性が 50%、課題レポートが 50%の比率で評価されている。

2 学年の基礎医学の各科目では、医学的知識を学ぶとともに、実習を通じて基礎研究を体験する。これらの科目では小テスト、レポート、テュートリアル、実習態度、定期試験などが科目に応じた比率で評価されている。「機能Ⅰ」や「病因・病態」の「生体防御学」の評価比率は、“⑨自律的継続的学習能力”の項で記述したとおりである。

3～4 学年の各臨床 Unit では、問題解決能力の基礎となる各臓器の生理機能、各種疾患の病態生理についての知識レベルの評価が中心となっている。これらの臓器別の各論が終了した 4 学年の秋に開講される「臨床各論Ⅸ」では臓器横断的な問題解決能力を問う PBL テュートリアルが行われる。本科目では、テュートリアルでの発言、試験、ポスター発表などを総合して 100%の評価としている。

5～6 学年を中心とした臨床実習は、基礎知識をもとにした問題解決能力が、回診でのプレゼンテーションや CbD などにおいて評価され、総合評価に組み入れられている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

新カリキュラムではカリキュラムマトリックスにおいて各科目が 10 個のコンピテンス達成に果たす役割が明確化され、コンピテンス達成のためのロードマップも作成された。平成 29（2017）年度の各科目における教育目標は、これにほぼ一致するレベルである。

しかし、今回、新カリキュラムの各科目の内容、教育方法、評価方法と目標とする教育成果の整合性について検討した結果、今後も継続的な改善が必要であることが明らかとなった。

C. 現状への対応

新カリキュラムが開始されたばかりであるが、今後、各学年あるいは各科目終了後のコンピテンスの達成状況をモニタリングしていく。その中で、早急に解決すべき問題があると考えられた場合には、教育系委員会を中心に議論し、その対応を協議し、対応策を実行する。

D. 改善に向けた計画

コンピテンス達成のために、各カリキュラムにおいてどのような教育方法、知識・技能・態度の評価方法が適切であるのかについて、各科目の責任者および担当者と協議を行っていく。また、学生が参加するカリキュラム企画小委員会においても議論を継続していく。その際、教員による評価のみでなく、学生自身による目標達成度についての自己評価も可能な限り取り入れていく。

関 連 資 料

資料 3-4 カリキュラムマトリックス

資料 3-5 アウトカム基盤型ロードマップ

資料 3-6 シラバス

資料 3-7 各科目評価方法一覧

資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

資料 3-14 平成 27 年度、平成 28 年度試験日程

資料 3-16 カリキュラムツリー

資料 3-17 コンピテンス別評価法一覧

資料 3-19 平成 29 年度教務日程

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

当学部のディプロマポリシー、目標とするコンピテンスを達成するために各科目が果たす役割、達成のためのロードマップ、各学年・各科目における到達目標がカリキュラムマトリックス（資料 3-4）、アウトカム基盤型ロードマップ（資料 3-5）に設定されている。シラバ

ス（資料 3-6）においては、各科目においても教育目標が設定されている。各科目評価方法一覧（資料 3-7）やコンピテンス別評価法一覧（資料 3-17）に示すように、目標とするコンピテンスによって比重は異なるものの、各科目において知識・技能・態度の観点から総合的な評価が行われている。具体的には、1～4 学年の各科目ではレポート、実習、PBL テュートリアル、TBL、記述式試験、MCQ 試験で知識・態度を中心とした評価が行われ、臨床実習では、「臨床実習ログブック」（資料 3-9）を用いて知識・技能・態度の評価が行われている。

本学では進級には 6 学年を除いて学年制を採用しており、進級のために必要な要件は、「履修要項」の「V. 進級基準および卒業要件」（資料 3-15）に規程されている。この進級基準は、知識・技能・態度において目標とするディプロマポリシー、コンピテンス達成のためのアウトカム基盤型ロードマップに概ね一致したものであり、これを達成することで目標とする学修成果を学生が達成していることを保証している。

以下に、評価の原理とされる、知識、技能、態度の評価方法、合格者においてどのようにこれらのレベルが保証されているかを概説する。

・知識レベルの評価法と保証

2～3 学年については各科目の評価だけではなく、総合試験を課し、それぞれの学年の終了時点における総合的な知識レベルを評価している。

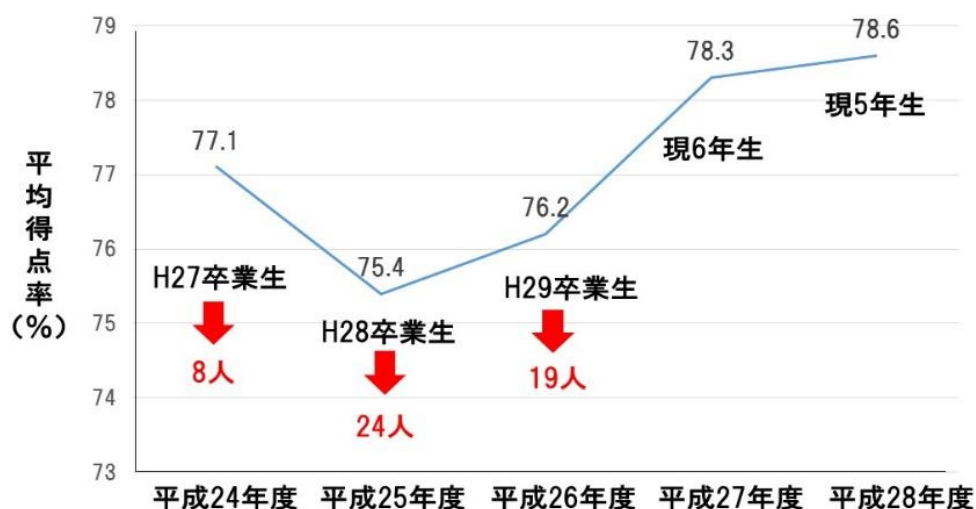
4 学年で実施する CBT の合格基準は、平成 24（2012）年度は IRT の標準スコアで本試が 50、再試が 43 であった。この基準で進級させた 5 学年の学生の知識レベルが十分でないことが以前より多くの教員から指摘されてきた。このため、平成 25（2013）年度以降は合格基準を IRT の標準スコアで本試 50、再試 50 に切り上げた。この結果、CBT で不合格となった学生は平成 25（2013）年度が 9 人、平成 26（2014）年度が 15 人と増加した。平成 27（2015）年度から IRT の標準スコアが 3 桁表示に変更され、合格基準を IRT 標準スコアで 400（従来の 47.8 に相当）に切り下げた。CBT の不合格者は平成 27（2015）年度 7 人、平成 28（2016）年度 5 人と減少しているが、従来の基準の 50 に相当する 419 を合格基準としても不合格者数は大きく変わらず、不合格者数の減少は合格基準を切り下げた影響ではなく、学生の学力の向上によるものである。実際、CBT 本試の平均得点率は過去 5 年で最低であった平成 25（2013）年の 75.4 から平成 28（2016）年度は 78.6 まで上昇している（資料 3-29）。

平成24-28(2012-2016)年度のCBTの成績						
本試験	受験者数	合格者数	不合格者数	平均得点率	最高得点率	最低得点率
平成24年度	96	79	17	77.1	92.7	55.6
平成25年度	112	85	26	75.4	89.5	42.7
平成26年度	114	88	26	76.2	91.9	44.0
平成27年度	118	97	21	78.3	95.2	41.5
平成28年度	120	110	10	78.6	94.4	55.2
追・再試験	受験者数	合格者数	不合格者数	平均得点率	最高得点率	最低得点率
平成24年度	17	13	3	71.7	77.8	39.3
平成25年度	26	17	9	71.0	82.7	50.0
平成26年度	26	11	15	67.2	80.7	46.4
平成27年度	21	13	7	67.0	75.4	55.7
平成28年度	10	6	4	69.1	86.7	58.5

CBT本試における平均得点率の推移

旧IRT標準スコアでの合格ラインと不合格者数

本試	50	50	50	50	47.8
再試	43	50	50	47.8	47.8
CBT不合格者数	3	9	15	7	4

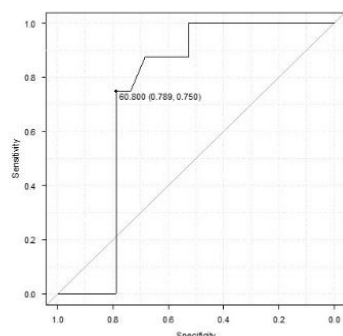


平成 28（2016）年度は 5 学年での留年生が 14 人と増えているが、これは 4 学年から 5 学年への進級基準が甘かったというより、5 学年から 6 学年への進級基準が厳格になったことが原因と考える。CBT の合格基準は、すでに高いレベルに設定されていることから、CBT の合格基準は現状で今後の推移をみるべきと考えている。

当大学では平成 23（2011）年度までは 5 学年から 6 学年の進級にあたって、進級に必須の総合試験を実施していた。平成 24（2012）年度、平成 25（2013）年度は実施しなかったため、6 学年の学力が大幅に低下する結果となった。このため、平成 26（2014）年度から 5 学年の総合試験を復活させたが、シラバスに不合格者に対する対応が記載されていなかったため不合格者を出さなかった。この対応のみでは不十分であり、進級させた学生が十分な知識レベルに達していなかったため、平成 27（2015）年度の 6 学年で 24 人が留年した。平成 27（2015）年度の 5 学年の総合試験の判定については、前年度（平成 26（2014）年度）に進級させた学生の 6 学年での卒業・留年の状況から総合試験の再試の合格基準を決定し、7 人を不合格とした。平成 28（2016）年度については、前年度（平成 27（2015）年度）の学年が 6 学年に進級したあとの結果（卒業、留年）をもとに、キャリブレーション問題による難易度調整を行ったうえで、総合試験の再試の合格基準を決定した。平成 28（2016）年度の 5 学年総合試験（再試）の合否判定に用いた ROC 解析の結果を示す（資料 3-11）。

5年総合試験再試の合格ラインの見直し

6学年に進級させて卒業できる学生と留年してしまう学生を最も有効に判別できる再試の合格ラインは何点であったか？



	等価問題 (30問)	非等価問題 (170問)	全問題
昨年	54.8	62.3	61.1
今年	54.8	51.7	52.2

等価問題が同点であるので
 非等価問題が本年度の方が62.3-51.7=10.6点難しい。
 非等価問題が170/200であるので10.6×170/200=9.0点
 の上乗せをして60.8点で足切り
 ⇒51.8点が合格ライン

昨年用いた合格ライン56点

ROC解析から最も有効に留年生を見極める合格ライン

⇒ 60.8点

6 学年の卒業試験の本試と再試については、平成 26（2014）年度までは得点分布と学年全体における相対順位によって決定されてきた。一方、平成 27（2015）年度からは、6 学年の卒業試験の本試と再試の合格基準を「医学教育モデル・コア・カリキュラムと医師国家試験出題基準が求める医学的知識」とし、医師国家試験に合格するレベルを合格基準とする絶対評価に切り替えた。さらに、平成 28（2016）年度からはキャリブレーション問題（前年度の良問で全問題数の約 15%）による難易度調整を行ったうえで、前年度の卒業生の国家試験の結果をもとに（合格・不合格だけでなく、自己採点結果も踏まえて）、合格基準が決定されている（資料 3-13）。この結果、6 学年での留年生は増えたものの国家試験において安定した合格率を維持している。このように、5 学年の総合試験、6 学年の卒業試験については平成 28（2016）年度から客観的指標としてキャリブレーション問題を用いており合格者の知識レベルは保証されている。

本試合格者(N=76)の国家試験結果

国試不合格
留年1年目
多留生

本試判定 順位	卒試(1)		卒試(2)		本試判定 3:7	本試判定 順位	卒試(1)		卒試(2)		本試判定 3:7
	順位	得点率	順位	得点率			順位	得点率	順位	得点率	
1	1	77.7	1	80.6	79.7	39	41	68.2	36	69.5	69.1
2	1	77.7	2	79.6	79.0	40	8	74.6	58	66.6	69.0
3	4	75.2	3	78.6	77.6	41	47	67.6	36	69.5	68.9
4	6	74.8	5	78.4	77.3	42	51	66.7	35	69.7	68.8
5	11	74	3	78.6	77.2	43	49	67.1	40	69.1	68.5
6	21	71.7	6	77.1	75.5	45	41	68.2	45	68.5	68.4
7	10	74.2	7	75.9	75.4	46	43	68	47	68.2	68.1
8	3	76	14	74.0	74.6	47	26	71.3	60	66.4	67.9
9	14	73.1	8	75.1	74.5	48	48	67.4	53	67.6	67.5
10	6	74.8	15	73.8	74.1	49	43	68	57	67.2	67.4
11	15	72.9	10	74.4	74.0	50	63	64	42	68.7	67.3
12	13	73.3	12	74.2	73.9	51	50	66.9	55	67.4	67.3
13	9	74.4	16	73.4	73.7	52	55	65.7	52	67.8	67.2
14	28	71.1	9	74.8	73.7	53	59	65.1	50	68.0	67.1
15	5	75	19	73.0	73.6	54	31	70.2	69	65.4	66.8
16	12	73.6	19	73.0	73.2	55	63	64	50	68.0	66.8
17	34	69.8	10	74.4	73.0	56	78	61.8	42	68.7	66.6
18	34	69.8	12	74.2	72.9	57	79	61.4	42	68.7	66.5
19	21	71.7	17	73.2	72.8	58	43	68	65	65.8	66.5
20	18	72.3	22	72.8	72.7	59	66	63.8	55	67.4	66.3
21	21	71.7	24	72.6	72.3	60	54	66.3	63	66.0	66.1
22	17	72.7	25	72.0	72.2	61	81	61	47	68.2	66.0
23	40	68.8	17	73.2	71.9	62	76	62.4	53	67.6	66.0
24	39	69.2	19	73.0	71.9	63	53	66.5	67	65.6	65.9
25	31	70.2	25	72.0	71.5	64	56	65.5	67	65.6	65.6
26	28	71.1	28	71.3	71.2	65	67	63.6	60	66.4	65.6
27	20	71.9	30	70.9	71.2	66	61	64.9	65	65.8	65.5
28	34	69.8	27	71.8	71.2	67	70	63	60	66.4	65.4
29	25	71.5	31	70.7	70.9	68	51	66.7	78	64.1	64.9
30	34	69.8	28	71.3	70.9	69	59	65.1	77	64.5	64.7
31	15	72.9	38	69.3	70.4	70	63	64	75	64.9	64.6
32	33	70	32	70.5	70.4	71	84	59.9	58	66.6	64.6
33	30	70.7	34	70.1	70.3	72	80	61.2	63	66.0	64.6
34	21	71.7	38	69.3	70.0	73	72	62.8	72	65.2	64.5
35	19	72.1	40	69.1	70.0	74	77	62.2	69	65.4	64.4
36	70	63	22	72.8	69.9	75	75	62.6	72	65.2	64.4
37	46	67.8	32	70.5	69.7	76	69	63.4	79	63.7	63.6
38	26	71.3	47	68.2	69.1						

遅刻のため
未受験

必修77.0

4人が不合格
全員が留年生

一般64.5
一般64.0

再試合格者の 国家試験結果

4人が不合格
現役生2人
留年生2人

再試得点 順位	再試 得点率	不合格 予想率	合格率	国試不合格 留年1年目 多留生
1	71.5	0.365	96.8	
2	70.7	0.291	96.5	
3	70.2	0.030	96.5	
4	69.9	0.046	96.5	
5	69.2	0.265	96.2	
6	68.1	0.032	96.2	一般63.0
7	67.9	0.380	95.8	
8	67.6	0.340	95.4	
9	66.3	0.139	95.3	
10	65.6	0.210	95.1	
11	65.3	0.210	95.0	
12	65.0	0.222	94.8	
13	64.8	0.071	94.7	
14	63.5	0.143	94.6	
15	63.5	0.004	94.7	
16	63.5	0.287	94.4	
17	63.5	0.096	94.4	
18	63.2	0.321	94.1	
19	62.7	0.089	94.1	
20	62.2	0.193	93.9	93.9%-2.5%=91.4%
21	61.2	0.474	93.5	
22	61.2	0.366	93.2	
23	60.9	0.148	93.1	
24	60.9	0.222	93.0	
25	60.2	0.353	92.7	
26	59.4	0.561	92.2	
27	59.1	0.577	91.7	
28	57.6	0.253	91.6	
29	57.1	0.414	91.3	
30	56.0	0.867	90.5	
31	55.8	0.367	90.3	
32	55.3	0.924	89.5	
33	52.4	0.830	88.8	
34	52.2	0.971	88.1	

14人留年

近畿大学:医師国家試験合格率の推移

回数	新卒				既卒				合計			
	出願者数	受験者数	合格者数	合格率	出願者数	受験者数	合格者数	合格率	出願者数	受験者数	合格者数	合格率
第103回	111	105	92	87.6%	12	11	3	27.3%	123	116	95	81.9%
第104回	103	98	83	84.7%	22	21	13	61.9%	125	119	96	80.7%
第105回	106	101	91	90.1%	24	23	14	60.9%	130	124	105	84.7%
第106回	107	102	94	92.2%	19	18	10	55.6%	126	120	104	86.7%
第107回	91	85	77	90.6%	17	16	9	56.3%	108	101	86	85.1%
第108回	107	101	77	76.2%	16	15	10	66.7%	123	116	87	75.0%
第109回	102	94	83	88.3%	30	30	21	70.0%	132	124	104	83.9%
第110回	109	85	85	100.0%	19	19	9	47.4%	128	104	94	90.4%
第111回	115	95	87	91.6%	9	8	4	50.0%	124	103	91	88.3%

私学29大学中の ランキング推移



・技能の評価法と保証

2 学年最後の「臨床総論Ⅰ/実習」ではシミュレーションセンターにて一次救命処置などの実習、相互学習による血圧測定などの技能が評価される。

3 学年の「臨床総論Ⅱ/実習」では、外科的基本手技、ショックへの対応などの技能の習得について評価される。

4 学年で実施する「臨床総論Ⅲ/実習」については OSCE で評価される。OSCE では CATO が作成した「診療参加型臨床実習に参加する受験生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」を評価の基本とし、本試、再試ともに、すべてのステーションにおいて概略評価 3 以上を合格基準としている（資料 3-29）。平成 24（2012）～26（2014）年度に実施した OSCE では、本試験の不合格者は、7～23 人であったが、再試験の不合格者がいずれの年度も 0 人であった。このため、一部の学生の OSCE に対する準備状況に怠りがみられるようになった。平成 27（2015）年度からは、再試験にビデオ撮影を導入し、仮不合格者の受験状況を 3 人以上の教員で確かめることにより、評価の客観性を高め、より厳格な評価を実施した。その結果、1 人が、他の科目すべてにおいて進級基準をみたしていたが、OSCE 再試験が不合格のため留年となった。平成 28（2016）年度の OSCE においては、学生の準備状況は改善し、再試の不合格者は 0 人となった。

OSCEの結果(平均得点率に関してはチェックリストの評点を合算したものとした。)

	受験者数	合格者数	不合格者数	平均得点率	最高得点率	最低得点率
平成24年度	96	89	7	88.5	96.6	72.8
平成25年度	111	88	23	87.6	94.7	71.9
平成26年度	111	95	18	88.2	96.9	60.5
平成27年度	120	93	27	84.2	95.4	60.3
平成28年度	120	107	13	88.9	97.4	77.1
追・再試験	受験者数	合格者数	不合格者数	平均得点率	最高得点率	最低得点率
平成24年度	7	7	0	88.9	96.3	75.9
平成25年度	23	23	0	89.7	95.5	79.5
平成26年度	18	18	0	84.8	97.0	52.3
平成27年度	27	26	1	87.7	74.3	95.1
平成28年度	13	13	0	88.9	94.9	84.4

5 学年のローテート型実習ではリアルタイムに技能についての評価を受けるとともに、「臨床実習ログブック」(資料 3-9) の「臨床実習の到達目標」(主な項目は、臨床推論能力、科学的根拠に基づいた医療、診療記録とプレゼンテーション、医療面接、基本的臨床手技など)、「終了時の指導医による評価」で評価される。6 学年の診療参加型実習においても 5 年時の臨床実習と同様の評価を行っている。平成 29 (2017) 年度はすべての実習が終了した 6 学年の 7 月に独自の課題で PCC-OSCE を実施した。

・態度の評価と保証

1 学年の「プロフェッショナリズム/実習」の「救急災害棟ボランティア実習 (ER 受診患者のサポート)」においては、実習における態度を P-MEX (資料 3-20) を用いて評価している。

2 学年で実施する実習、チュートリアル、3 学年の「臨床総論Ⅱ/実習」、4 学年で開講される「臨床各論Ⅸ」における PBL チュートリアルや TBL、「医薬連携プログラム」での協働作業、「臨床総論Ⅲ/実習」などにおいて態度が評価されている。

5 学年、6 学年の臨床実習においては、患者に対する態度のみでなく、チームの一員として適切な態度がとれるかどうか、CbD や回診におけるプレゼンテーション態度などが評価される。

「臨床実習ログブック」の「学生自己評価表」には態度の評価について、プレゼンテーション、患者とのコミュニケーションがうまくとれたかどうかを学生自身が自己チェックし、それを教員に提出し、評価を受けている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

科目内容とその科目が目標とするコンピテンスに応じて、その達成状況を知識・技能・態度から総合的に評価する方法が取られている。ただし、6 年間を通じての一貫性について十分に調整されておらず、重複を避け効率よく学習が進むよう各科目間での調整が必要である。

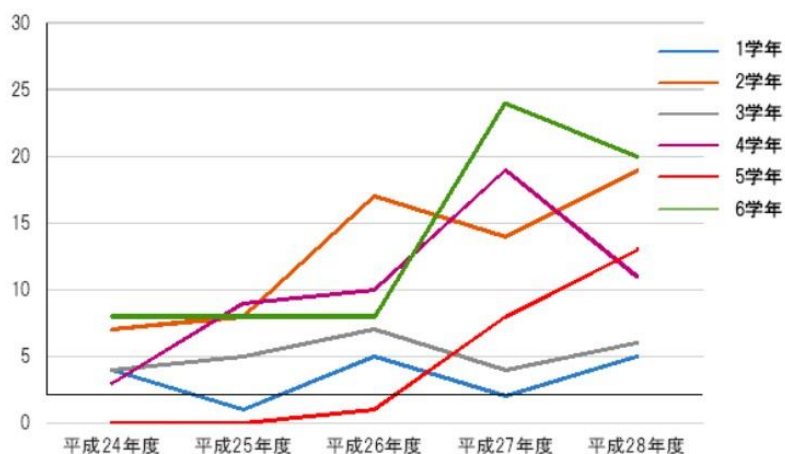
4～6 学年の知識の評価については、CBT、総合試験、卒業試験の結果とそれぞれの試験で進級させた学生のその後 1 年間の成績、医師国家試験の合否結果をフィードバックさせることにより適切に実施されている。

5 学年の総合試験、6 学年の卒業試験については平成 28 (2016) 年度から客観的指標としてキャリブレーション問題が用いられており、合格者の知識レベルは保証されている。

一方、この数年、5～6 学年のみでなく、2 学年、4 学年においても、各教科に不合格となり、留年する学生が増加している（資料 3-30）。

平成24-29(2012-2017)年度の各学年の学生数とその年度の留年者数					
年度	学年	学生数	男	女	留年者数
平成24年度	1	116	80	36	4
	2	114	71	43	7
	3	113	71	36	4
	4	98	67	31	3
	5	101	71	30	0
	6	94	66	28	8
	計	636	426	204	26
平成25年度	1	116	76	40	1
	2	118	83	35	8
	3	110	67	43	5
	4	112	75	37	9
	5	95	65	30	0
	6	109	79	30	8
	計	660	445	215	31
平成26年度	1	111	71	40	5
	2	123	83	40	17
	3	113	79	34	7
	4	115	69	46	10
	5	102	68	34	1
	6	103	72	31	8
	計	667	442	225	48
平成27年度	1	126	76	50	2
	2	123	80	43	14
	3	110	73	37	4
	4	122	86	36	19
	5	100	56	44	8
	6	109	75	34	24
	計	690	446	244	71
平成28年度	1	118	77	41	5
	2	136	84	52	19
	3	111	70	41	6
	4	125	88	37	11
	5	110	72	38	13
	6	116	73	43	20
	計	714	464	250	74
平成29年度	1	123	82	41	
	2	131	88	43	
	3	120	72	48	
	4	114	75	39	
	5	127	85	42	
	6	116	78	38	
	計	714	480	251	

留年者数の推移

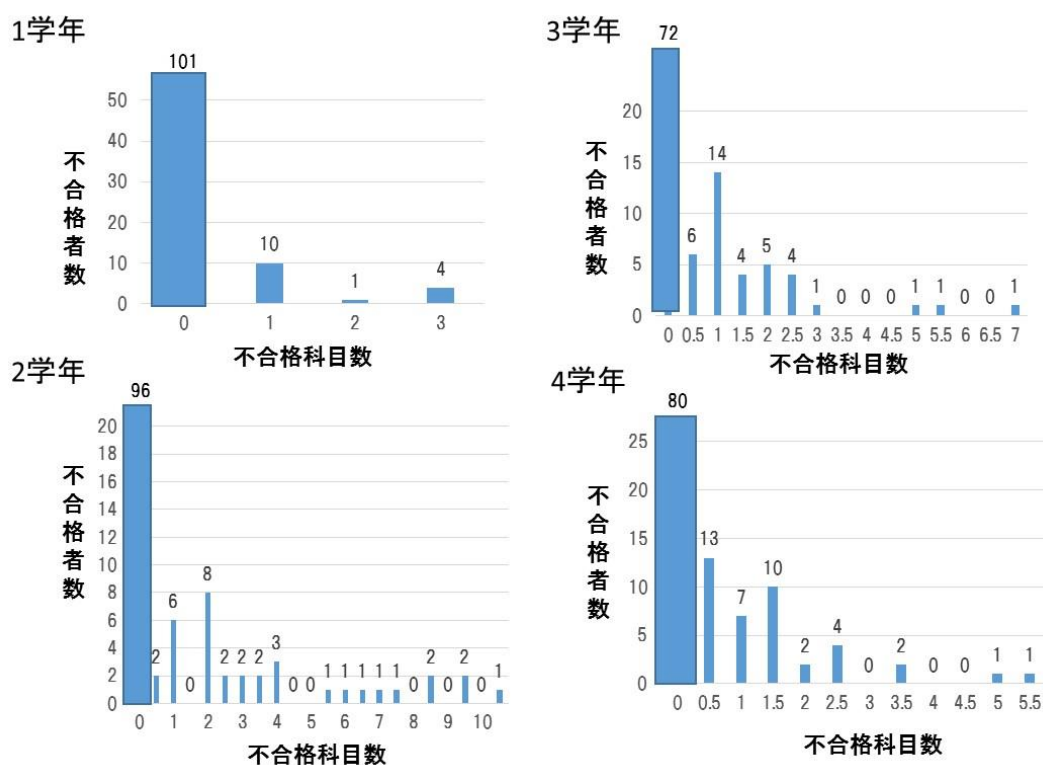


この結果、平成 26（2014）～28（2016）年度は卒業生数も減っており、早急に各学年における留年者数を減少させ、定員数に見合った卒業生数の確保を目指す必要がある（資料 3-30）。

年度	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
卒業者数	85名	101名	94名	85名	96名

特に、平成 28（2016）年度は 2 学年での不合格科目数が多く、留年者数も増加しており、何らかの対応が必要な状況である。4 学年については上述のように CBT の成績の改善に伴い平成 28（2016）年度は留年者が減少した。

平成28年度 1-4学年 不合格科目数



このような、特に最近の留年者数増加が、入学試験における選別法に問題がある可能性を考えて、平成 28（2016）年度の各学年における入学試験区分別の成績分布、平成 23（2011）年度入学生の成績推移の解析を行った。当大学では、推薦入試（附属特別推薦、指定校推薦、一般推薦）、一般前期、センター入試（前・中・後期）、一般後期などの入学試験区分で入学者を選抜しているが、特定の入学試験区分で合格させた学生の成績が不良なわけではなく、留年生の増加は、入学後の問題であると考えられた（資料 3-31）。

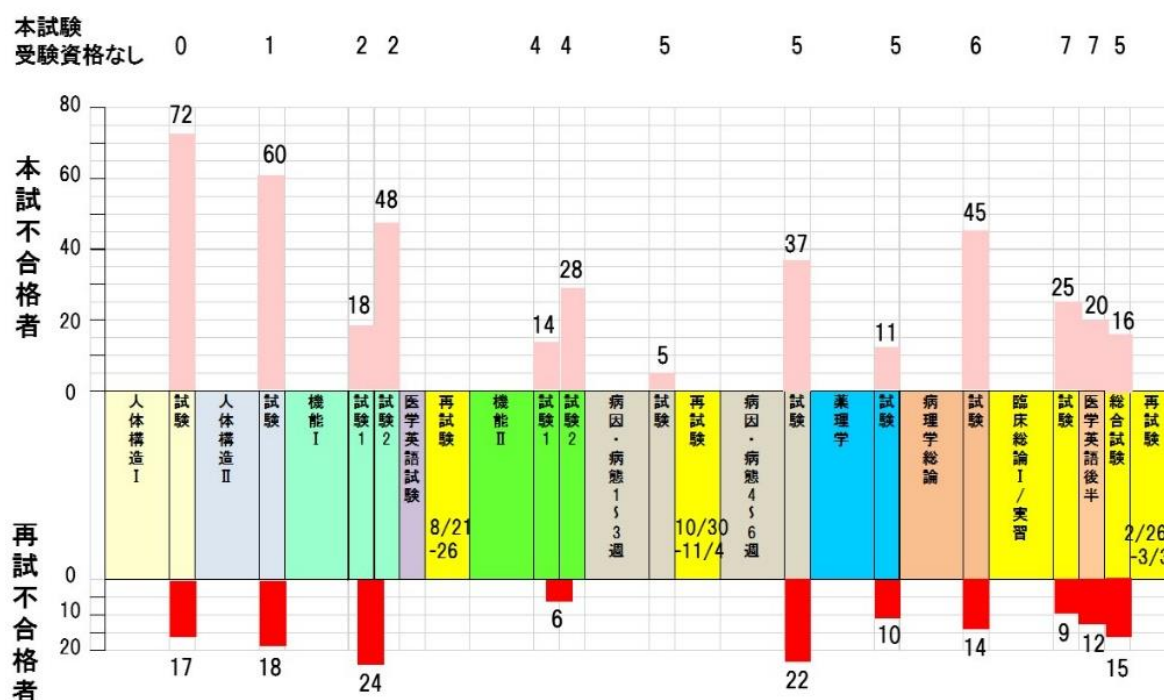
技能の評価については、低学年から段階的に設定された目標に応じて行われている。

態度の評価については、出席率、遅刻率などを除けば評価者の主観が入り込む余地が多いが、PBL テュートリアル、TBL や臨床実習における態度の評価においては、共通評価項目や共通したフォーマットのもとで評価を行っている。

C. 現状への対応

2 学年については、不合格科目、留年者が多いのみでなく、再試受験者も多く、教育内容、定期テストの内容について検証を行い、留年者を減らすべく、改善に努めたい。

平成28年度2学年 再試受験者数と不合格者数



3 学年以下の知識の習得については、4 学年以降と同様に進級後の結果を解析し、その判定の妥当性を検証していきたい。また、新カリキュラムで学んだ現 4 学年が、今後どのような学力を示すのか経過をみたい。

技能・態度については、OSCE だけでなく他大学の教育専門家の評価を受ける機会を増やしていきたい。

D. 改善に向けた計画

喫緊の課題として留年生を減らすための対策に努める必要がある。

現在の評価法およびその合格レベルが、学生全員が卒業時コンピテンスに到達することに一致したものであるのかどうか、継続的に検討、改善していく。平成 30（2018）年度は CATO が実施する PCC-OSCE に参加し、その合格基準を CATO が求める標準レベルと整合させる。

関 連 資 料

- 資料 3-4 カリキュラムマトリックス
- 資料 3-5 アウトカム基盤型ロードマップ
- 資料 3-6 シラバス
- 資料 3-7 各科目評価方法一覧
- 資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度
- 資料 3-11 5 学年総合試験判定
- 資料 3-13 6 学年卒業試験判定
- 資料 3-15 進級基準および卒業要件
- 資料 3-17 コンピテンス別評価法一覧
- 資料 3-20 プロフェッショナリズム/実習 P-MEX 評価シート
- 資料 3-29 CBT・OSCE の合格基準と得点率の推移
- 資料 3-30 1～4 学年不合格科目数推移・平成 24-29（2012-2017）年度の各学年の学生数・留年者数・卒業者数・国家試験の合格率推移
- 資料 3-31 入学試験区分別の入学後の成績分布・推移

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

学生の学習を促進するため、すべてのカリキュラム・Unit で、授業概要、学習・教育目標および到達目標、授業時間外に必要な学習内容、成績評価方法、教員からのメッセージ、教材などが記されたシラバス（資料 3-6）が用意されている。

ほぼすべての科目で形成的評価が行われ、その結果に基づいて指導を行い、学生の学習意欲を高めるよう努めている。特に、PBL、TBL、あるいは低学年での実習の要素を取り入れたカリキュラムでは、学生へのフィードバックを心掛け、これらを通じて学習へのモチベーションを高める努力を行っている。5 学年のローテート型実習では指導教員がリアルタイムで形成的評価を行い、「臨床実習ログブック」（資料 3-9）に含まれる「実習日誌」、「臨床実習の到達目標チェック表」、「CbD 評価シート」、「病歴要約」などを用いて学生の学習に対するモチベーションが高まるよう努めている。

1～2 学年のすべての学生、3 学年以上の留年生には個別にチューター教員を割り当て、チューター教員が、少なくとも月に 1 回コンタクトをとっている。その際には、学生のモチベ

ーションが高まるよう成績の評価結果が利用されている。また、成績不良でメンタル的な問題を抱える学生には、学生相談室が設置され、臨床心理士が精神的なサポートを行っている。

卒業時アウトカムの1つである「国際化に対応できる教養と英語力」については、1学年の最初と最後に TOEFL-ITP の試験を実施し、成績優秀者には TOEFL-iBT の受験の機会を与えている。1 学年の英語のみでなく、2 学年、3 学年、4 学年ではネイティブスピーカーによる英語による医学教育を実施している。また、希望者には放課後、ネイティブスピーカー教員との医学についてのディスカッション時間を設けている。これらにおいて優秀な成績をあげ、その学生が希望する場合には、3 学年、4 学年時の夏休みに米国の IOWA 大学（2～4 人/年）、5 学年の春休みには英国の Imperial College London への 2～3 週間の派遣（2～4 人/年）を行い、学生の国際化を促進している。

また、3 学年までの成績が優秀な学生には、4 学年から大学院の講義を聴講して単位を先行取得することができる特別科目等（ART）履修生の制度を設け、卒業時アウトカムに含まれる「課題解決能力と医学研究への連結」「自律的継続的学習能力」を育成するよう努めている。

成績優秀な 5～6 学年の学生には、各学年 3 人ずつ奨学金の給付を行っている。6 学年を通じた成績が優秀な学生には、卒業時に学長賞（1 人）、学部長賞（5 人）を与え、日頃からの学習に励むことを促進している。

CBT、OSCE の合格者には、臨床実習の初日に「スチューデントドクター」の認定証授与式を行い、医療者としての自覚を持って、積極的に実習に臨むことを促している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

PBL、TBL、臨床実習においてはリアルタイムで形成的評価が行われ、学生にフィードバックされている。講義中心の授業においても形成的評価が取り入れられているが、その時期、方法、回数が適切かどうかを検討する必要がある。

C. 現状への対応

各科目の責任者と科目内容に即して学生の学習へのモチベーションを高めるのに最も有効な形成的評価の時期、方法、回数について議論し、改善を試みたい。

学生個々の資質の違いもあり、どのような評価をすれば、学生の学習を促進するのかは、難しい課題である。例えば、ある基礎医学教室では、形成的に行う小テストの成績優秀者を掲示している。これにより、さらに学習意欲を増す学生が存在することも確かである。PBL テュートリアル発表の場における優れたプレゼンテーションに対して高い評価を与えることにより、モチベーションの高まる学生もいる。このように学生の学習意欲を引き出すチャンネルは多様であり、本学ではその様々なチャンネルを賦活化するための方策を立てているが、これらの対策の成否を客観的に評価できていない。これらの対策についてカリキュラム企画小委員会に参加している学生の委員からも意見を聞き、その方法を改善していきたい。

D. 改善に向けた計画

教員からの働きかけだけではなく、学生が能動的に学習意欲を高めるために、学生自身による自己評価、ポートフォリオ評価、ピア評価を利用し、学生の学習促進を継続して改善できるよう試みる。

関 連 資 料

資料 3-6 近畿大学医学部シラバス

資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

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

各教科の評価法についてはシラバス（資料 3-6）に記載されており、各々において形成的評価と総括的評価が行われている。これをまとめたものを各科目評価方法一覧（資料 3-7）として提出するが、以下に概説する。

1 学年の英語ではグループディスカッションにおいて形成的評価が行われ、入学時と 1 学年終了時に TOEFL-ITP の試験を行い、1 年間の英語力の向上について評価している。1 学年のそれ以外の教科でもレポート提出などによる形成的評価が行われている。総括的評価は最終レポートの提出のみの教科もあるが、英語、分子生物学、生化学などでは定期試験による総括的評価を行っている。

2～4 学年では多くの教科において、実習、チュートリアル、TBL などのグループ学習のプロジェクト提出、小テストなどで形成的評価を行い、各科目の総括的評価にむけた教育の進展に役立つように配慮している。2～4 学年では総括的評価として総合試験、Unit を構成する各コースの定期試験をそれぞれ実施している。さらに、4 学年では、CBT、OSCE で知識・技能・態度についての総括的評価を行っている。

以下に 2～4 学年において形成的評価がどのように実施されているのかの実例を記す。

2 学年で実施される学部基礎科目の「機能Ⅱ」は生理学教室を中核としたカリキュラムである。4～5 週間の期間中、前週の授業の範囲から月曜日に 20 分間の小テストを課している。小テストは、5%程度を最終成績にも反映させるが、結果の迅速なフィードバックも行い、基本的に学習の習得度を学生自身が確認する形成的評価を目的としている。PBL チュートリアルも実施しており、討論への参加、発言を形成的評価によって促進し、発表とレポート内容を総括的に評価している。最終的には、記述問題を中心とした定期試験によって総括的評価を行っている。

3 学年の専門科目である「臨床各論Ⅵ」における小児科学の発達小児コースでは、講義内に国家試験問題を中心に授業の終了前に学生に問いただしながら、形成的評価を行なっている。コース試験では、小児科が主に担当している 2 週間において、週末に振り返りとしての記述試験を行ない、比率として約 10%×2 とし、コース終了時には MCQ 試験とセミ記述試験を行ない、40%ずつとしている。

4 学年の専門科目である「公衆衛生学」では、形成的評価と総括的評価を峻別しており、講義ごとに学生の学習達成度を測るための小テストを行い、同教員の翌講義で各設問の正答

率を提示して注意を喚起すると共に解説を行っている。これは、学生の自己学習を促進するためにのみ利用され、最終成績には反映されず、総括的評価は100%コース末試験で行っている。

5 学年の臨床実習では指導教員が、診療現場で知識・技能・態度についての WBA (Workplace-Based Assessment) の結果をリアルタイムで形成的評価として学生に通知し、学生に気づきの機会を与えている。また、「臨床実習ログブック」(資料 3-9) の使用を原則とし、各診療科の実態に応じて、「実習日誌」、「CbD 評価シート」、「病歴要約」を用いて形成的評価を行っている。特に、「臨床実習の到達目標」(主な項目は、臨床推論能力、科学的根拠に基づいた医療、診療記録とプレゼンテーション、医療面接、基本的臨床手技など) を学生が第 1 回振り返り前、第 2 回振り返り前に自己評価し、その度に教員が形成的評価としてのコメントを記録している。小児科ではさらにこれをポートフォリオ評価にまで進化させて継続的に使用している。総括的評価としては、各科共通の共通評価項目、診療科ごとの評価項目について「終了時の指導医による評価」を行っている。

5 学年の夏休み明けには内科、外科、産婦人科、小児科を出題範囲とする実力テストを実施し、下位 30 人には 9 月初めから 12 月末まで臨床実習終了後の午後 5 時から 7 時までの補講および 11 月には 2 泊 3 日の合宿を行っている。

6 学年の診療参加型実習においても 5 年時の臨床実習と同様の形成的評価を行っている。臨床実習の総括的評価を目指して、これまで本学でも Advanced OSCE を実施していたが、平成 27 (2015) 年、平成 28 (2016) 年は実施していなかった。今後、これを総括的評価とすべく平成 29 (2017) 年度から PCC-OSCE として実施し、平成 30 (2018) 年には CATO が実施する PCC-OSCE のトライアルに参加する計画である。

6 学年では 4~7 月に知識についての形成的評価として週に 1 回の頻度で 16 回の中間判定試験を実施し、その中間結果が不良な下位 30 人の学生には補習を行うなど、知識レベルの向上に役立てている。また、卒業試験を 3 回 (学内試験が 2 回と 8 大学共通卒業試験が 1 回) 実施し (資料 3-14) (資料 3-19)、その度に各学生に各科ごとの得点、順位を告知し、知識の習得が不十分な科目についての学習を促進するようにしている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

多くの科目において形成的評価と総括的評価を適切に組み合わせた学生評価が行なわれている。しかし、小テスト、中間レポートなどの形成的評価は、多くの科目において総括的評価に組み込まれており、4 学年の「公衆衛生学」のように、形成的評価と総括的評価を完全に分断している科目は少ない。

C. 現状への対応

本学では程度の差はあれ、ほぼすべてのカリキュラムにおいて、形成的評価と総括的評価を組み合わせた評価が行なわれている。特に、5~6 学年を中心とした臨床実習については、形成的評価をより推進するため平成 28 (2016) 年度から「臨床実習ログブック」(資料 3-9) を導入している。形成的評価と総括的評価の適切な比重は、カリキュラム内容や学年によって異なっており、教育者にとって難問である。現在、その配分は各教科の責任者の裁量に委ねられているが、できるだけ早期に各教科責任者から形成的評価の実施状況についてヒアリ

ングを行い、教育評価委員会からの意見も参考にしつつ、より適切に実施できるようにしていきたい。

D. 改善に向けた計画

平成 28 (2016) 年 12 月、平成 29 (2017) 年 3 月に学生評価についての FD を行ったが (資料 3-32)、今後もこの問題についての教員の意識を高めるよう FD を継続していきたい。

形成的評価と総括的評価の適切な比重については、今後も教員自身の課題として検討していく必要がある。そのためには、授業を中心としたカリキュラムについては、それぞれの取り組みを FD などの機会で、相互紹介しながら、議論の場を持つことが重要である。また、臨床実習については「臨床実習ログブック」の導入による改善点や問題点を抽出して、教育評価委員会などで議論を重ねていく計画である。形成的評価が総括的評価に一部組み込まれている問題については、学生のモチベーションの維持が必要であるという現実を鑑みながら、改善策について議論を継続していきたい。

関 連 資 料

資料 3-6 近畿大学医学部シラバス

資料 3-7 各科目評価方法一覧

資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

資料 3-14 平成 27 年度、平成 28 年度試験日程

資料 3-19 平成 29 年度教務日程

資料 3-32 学生評価に関わる FD の開催 資料

Q 3.2.1 基本的知識の修得と統合的学修を促進するために、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

新カリキュラムにおいては、2~4 学年の多くの教科において、基礎医学と臨床医学の垂直型統合学習、臓器横断的 (水平型) 統合学習が組み込まれ、特に、4 学年の「臨床各論 IX」においては、症候病態に基づいた鑑別診断・臨床推論、診療科・臓器・分野を横断した総合的学習に重点を置いた教育を実施し、評価している (資料 3-33)。以下に各科目の評価回数と方法について述べる。

1~4 学年の各教科の評価においては、各教科の内容に応じて小テスト、レポート、態度などの形成的評価と総括的評価である定期テストが適切な比重で評価されている (資料 3-7) (資料 3-17)。

1 学年は前・後期制であり、それぞれの学期末に試験期間を設けている。このほか、レポート提出による評価を行う科目もある。

新カリキュラムでは、3~4 学年のこれまでの試験単元であった科目を 3~5 科目まとめて Unit とし、同一 Unit 内で並行して授業を行っている。Unit 終了後に 1~2 週間の試験期間を

設け、Unit を構成する科目単位（コース）で試験を行っている。このほか、2 学年、3 学年、5 学年では、学年末に総合試験を課している（資料 3-14）（資料 3-19）。4 学年は、11 月に CBT、12 月に OSCE、1 月に両試験の再試験が実施される。

5 学年の臨床実習については、「臨床実習ログブック」（資料 3-9）の「共通評価項目」、各診療科独自の「評価項目シート」を用いて各診療科終了時点で総括的評価を行っている。また、1 月に総合試験、2 月に総合試験の再試験を実施している。

6 学年については、4 月からの 9 週間の診療参加型臨床実習、7 月の PCC-OSCE において知識、態度、技能を評価している。また、4～7 月に週に 1 回の中間判定試験、8 月に画像集中コースを行い知識の習得状況を評価している。今年度は、卒業試験の本試験が 8 月と 11 月、近畿 8 大学共通卒業試験が 10 月、再試験が 1 月に実施される（資料 3-14）（資料 3-19）。

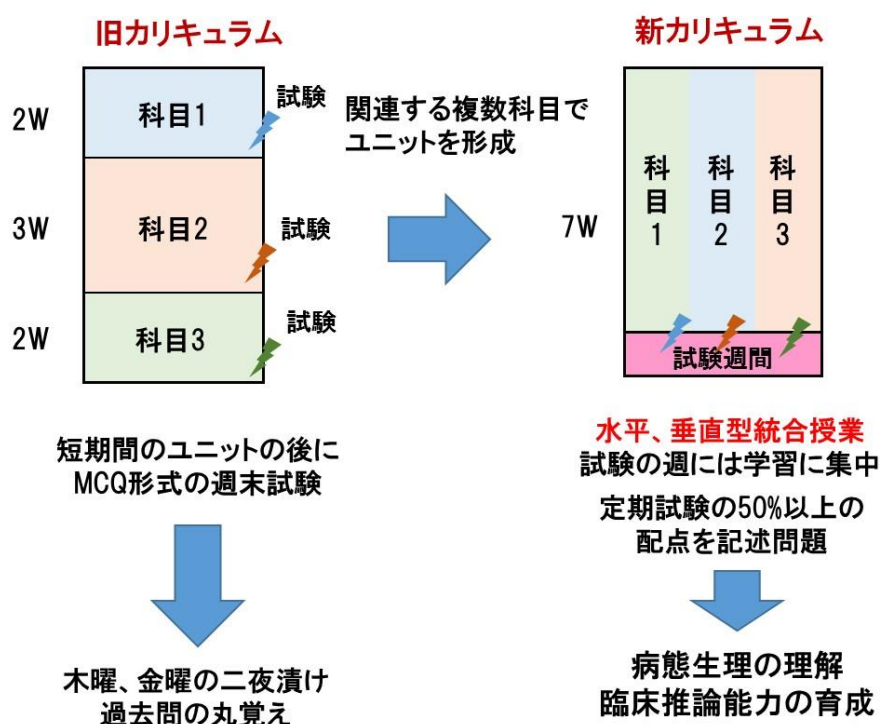
B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

1～2 学年における各科目の試験回数、方法は各科の責任者によって十分吟味され、その内容に応じて決定されている。

3～4 学年の専門科目では、平成 26（2014）年まではモジュール型カリキュラムを採用し、基本的知識の評価として、各科目の終了時点の週末に 1～2 週ごとに各科目の試験を実施していた。しかし、週末ごとの試験が一夜漬けによる短期的な知識の習得にとどまり、知識の十分な定着に結びつかなかったとの反省のもとに、教務委員会で議論を重ねた結果、新カリキュラムに移行した。

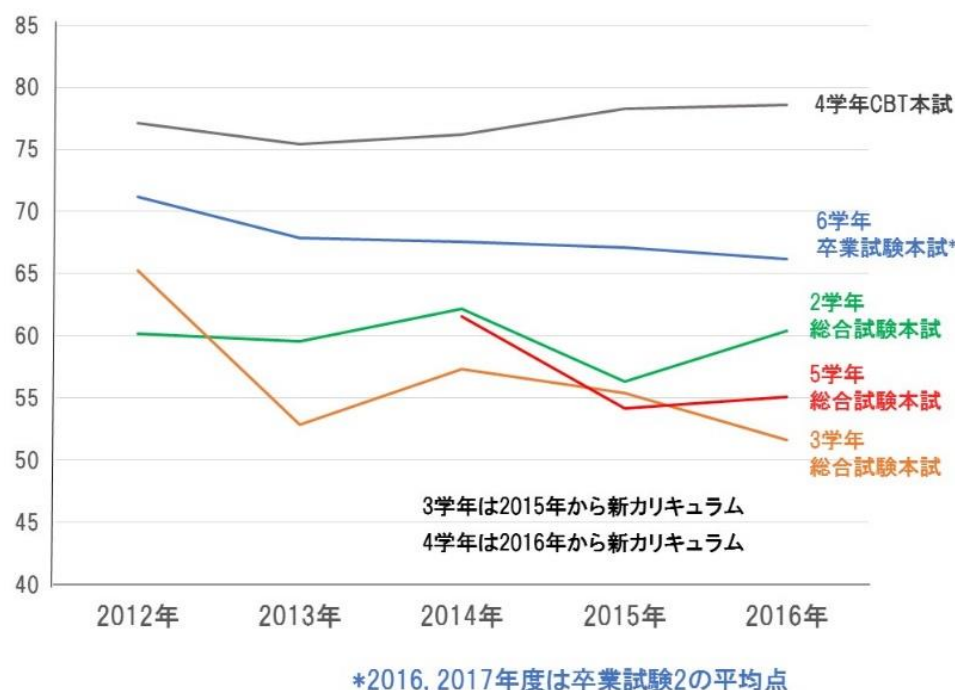
新カリキュラムには、垂直型、水平型の統合学習が数多く組み入れられ、その判定についても、適切な回数と方法（特性）を用いるよう留意している。

3,4 学年：新カリキュラムでの変更点と目的



新カリキュラムによってカリキュラム編成、試験方法が最も大きく変化したのは3学年、4学年である。新カリキュラム移行後の平成28（2016）年度の3学年の総合試験の平均点はやや低下しているが、難易度の違いもあり、これをもって新カリキュラムの優劣を判断することはできない。まだ1年分の解析結果であり、あと数年分の結果が蓄積されるのを待ちたい。

総合試験、CBT、卒業試験の平均点の推移



C. 現状への対応

当大学の教育アウトカムと照らし合わせて、基本的知識と統合的学習の両方の修得を促進するために、新カリキュラムが考案された。今後、より詳細な解析を行い、新カリキュラムの有用性を多面的に検証する。新カリキュラムの結果がもう少し蓄積するのを待って、その結果をもとに、問題点を改善していきたい。

D. 改善に向けた計画

必要に応じて各教科の科目責任者をカリキュラム企画小委員会に招き、最も適切な試験の回数と方法について、学生を交えて議論し、さらに改善していきたい。

関連資料

資料 3-7 各科目評価方法一覧

資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成29年度

資料 3-14 平成27年度、平成28年度試験日程

資料 3-17 コンピテンス別評価法一覧

資料 3-19 平成29年度教務日程

資料 3-33 平成29年度統合型授業一覧

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

1～4 学年までの授業を主体としたカリキュラムでは、成績判定のためのテスト以外にカリキュラム中でプレテスト、小テストを行い（資料 3-7）（資料 3-17）、教員は評価結果に応じて不十分であった点についてのコメントをフィードバックしている。提出されたレポートに対しても、できる限りフィードバックするよう努めている。定期テストの結果を公表する際にも、2 学年の「病因・病態」、4 学年の「医学英語」では、平均点、最高点の学年別推移、得点率の分布のヒストグラムに加えて、学生を激励するような総評をつけてフィードバックを行っている（資料 3-34）。

PBL テュートリアル、TBL などでの発表やグループのプロダクトについては、教科ごとにその方法は異なるが、担当教員がその授業内でリアルタイムにフィードバックを行っている。

5～6 学年の臨床実習において、指導教員は学生の知識、技能、態度についての評価を学生にリアルタイムでフィードバックしている。また、学生は「臨床実習ログブック」（資料 3-9）に収録されている「臨床実習の到達目標」（主な項目は、臨床推論能力、科学的根拠に基づいた医療、診療記録とプレゼンテーション、医療面接、基本的臨床手技など）を第 1 回振り返り前、第 2 回振り返り前に自己評価し、その度に教員がフィードバックとしてコメントを記録し、時機を得た建設的な指導とするシステムが確立している。また、CbD を実施した場合には、プレゼンテーション、病歴聴取、身体診察、検査計画と画像診断、鑑別診断などの項目について適正に評価し、できる限り具体的なコメントをフィードバックするよう心掛けている。「臨床実習ログブック」に学生自身が掲げた臨床実習の「全体目標」、診療科ごとの「個別目標」をもとに、実習最終日、もしくは、当該科実習終了後 1 週間以内に、「終了時の指導医による評価」として返却し、次の実習に反映されるようにしている。

1 学年、2 学年の全員、3 学年以降の留年経験者、成績不良者には個別にチューターをつけ、チューターが教育評価に関する状況を共有しつつ、定期的、重点的にフィードバックと指導を行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

1～4 学年の多くの教科において形成的評価となるよう、できる限り適切な時期に、建設的な指導を行うよう評価結果のフィードバックに前向きに取り組んでいる。臨床実習における評価のフィードバックに努めている。

C. 現状への対応

1～4 学年の教科における小テストの実施、レポート提出は、一部の科目に限られている。各教科の内容にもよるが、可能な限り学生へのフィードバックを推進していく。

臨床実習では、平成 29（2017）年度からの「臨床実習ログブック」導入により、形成的評価によるフィードバックが充実するようになった。今後、その運用状況、内容を把握するとともに、定着させていく。

D. 改善に向けた計画

2週間以上臨床実習を担当する診療科では、臨床実習の最終日に「終了時の指導医による評価」を返すだけでなく、週単位で形成的評価をフィードバックできるよう努めたい。それぞれの教科において独自の工夫でフィードバックや形成的評価が行なわれているが、その中の良い取り組みを学内全体で組織的に共有できるようFDを実施していく。臨床実習評価についても同様の試みを行う。

関 連 資 料

資料 3-7 各科目評価方法一覧

資料 3-9 近畿大学医学部 臨床実習Ⅰ ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

資料 3-17 コンピテンス別評価法一覧

資料 3-34 成績総評によるフィードバック「病因・病態」「医学英語」

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のおよび言語的特性）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

学生の選抜方法は、医学部ホームページ（資料4-1）にて公表している。ホームページでは入試日程や入学試験科目といった基本的項目に加えて、入試結果、オープンキャンパスの情報、入試説明会の情報も提供している。平成29（2017）年度入試では推薦入試、一般入試前期、後期、C方式において配点、時間の変更等があったことから、これら情報についても詳しく記載した。また、ホームページでは医学部アドミッションポリシーに基づいた医学部入学者選抜の基本方針を明記している。

医学部では推薦入試（一般公募）、一般入試（前期・後期）、C方式（センター利用）といった、多くの試験方式を採用し、受験生に機会を与えている。「近畿大学入試ガイド2018」（資料4-2）「近畿大学医学部 KINDAI GRAFFITI」（資料4-3）「近畿大学入学試験要項」（資料4-4）では、冊子媒体で、さらに詳しい入試配点、小論文の採点、入試結果、Q&A、入学者の分析等を掲載し、適切に学生募集を行っている。

入学者の選抜は、一般入試は、学科試験、小論文、一次試験合格者に対する面接である。小論文と面接は医師への適性判断に用い、厳格に学科試験の成績順により合格者の選定を行っている。推薦入学は、全員の面接を以前より行ってきた。さらに平成22（2010）年度より、一般前期入試でも学科試験の一次合格者を対象に面接を取り入れ、入学者の適正判断を向上させている。また、平成29（2017）年度入試より、すべての選抜方式で面接および小論文を実施することになった。

また、医学部では6学年一貫教育や学年制の採用等、他学部と違うカリキュラムの特殊性から、他大学からの編入学や近畿大学学内の転学部制度は採用していない。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

定員の管理については、教授会において、入学者数、在籍学生数、定員が大きく乖離することがないように過年度の入試結果および入学者数をふまえ慎重に可否判断を行っている。定員に対する在籍学生数比率は1.03であり、過去5年間の入学定員に対する入学者数比率の平均は1.02である。また、平成28（2016）年度の入学定員に対する入学者数比率は、1.00と改善したが、平成29（2017）年度は1.02となっている（表4-1）。

表4-1 入学定員と入学者数

項 目	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
定員超過率	1.02	1.01	1.00	1.06	1.00	1.02
入学者数	113	112	110	122	115	118
入学定員	110	110	110	115	115	115

C. 現状への対応

将来、医師を目指す人材を選抜するためには、学力試験の成績だけでなく、学生の適性を見極めることも重要な課題である。従来、推薦入試ではすべての受験生に面接を行っていた

が、平成 22（2010）年度から一般前期にも一次試験合格者に対する面接を取り入れることにより、より適性の高い学生の選抜を目指しているが、短時間の面接でこれを見極めるのは難しい面もある。また、小論文、面接科目においても、現在は段階評価にとどまっているが、その評価が主観的に偏らないように評価者や二段選抜の増加等に努める。

D. 改善に向けた計画

適切な学生の受入れ方針、その方針に基づいて公正かつ適切に学生募集と入学者選抜が実施されているかの定期的な検証について、医学部では一層力を入れていく。学生の医師としての適性を見極めるため、平成 22（2010）年度より一般前期の一次試験合格者に対しても面接を導入し、平成 29（2017）年度には、すべての選抜方法に面接を取り入れるまでに至った。今後はすべての入学者選抜方法で面接を含めた学生の適性を判断する方法を導入し、より適性の高い学生を選抜する方法を実施していく。さらに、多様な選抜方法にて入学した学生について、入学後の学業成績の推移や成長、医師の形成過程を追跡していく。学生募集活動の強化だけではなく、医学部入学後も成長、学業の継続を行っていきける学生の選抜、入学手続き率等の予測精度の向上、留年・退学率削減など医学部が持つ課題に対して積極的に取り組んでいく。

関 連 資 料

- 資料4-1 近畿大学医学部アドミッションポリシー
- 資料4-2 近畿大学入試ガイド2018
- 資料4-3 近畿大学医学部 KINDAI GRAFFITI
- 資料4-4 近畿大学学生募集要項2017

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

学生の入学について、身体に不自由があるか否かで特に差別することはない。近畿大学障がい学生支援委員会では身体の機能に障がいのある人で、受験時および入学後の就学に特別の配慮を必要とする場合は、出願前に入学センターに申し出ていただくよう入学試験要項（資料 4-5）に明記している。また、その内容は、近畿大学ユニバーサルデザイン構想 2015（資料 4-6）により出願時の相談先に始まり、受験時の配慮、入学後の可能な支援、入学後の支援先等がある。入学後は近畿大学障がい学生サポートガイド（資料 4-7）に基づき、学務課が窓口となり対応している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

近畿大学全体として平成 27（2015）年度は 84 人、平成 28（2016）年度は 74 人、入学試験時に特別の配慮のいる学生として受験を受け入れている。内容は補聴器の使用や座席の配慮、耳栓、虫眼鏡の使用許可、帽子手袋の着用許可、別室受験、試験時間延長（1.3 倍）等、受験生の状況に応じて対応している。ただし、平成 27（2015）年度、平成 28（2016）年度は医学部に関しては特別配慮のいる受験生はいなかった。また、入学後に支援が必要な学生も存在

し、過去には聴覚不自由者、肢体不自由者が実際合格を果たし、6年間で無事に卒業している（資料4-8）（資料4-9）。その場合には学生個人ごとに要望を聞き入れ、可能な限り対応している。例えば聴覚不自由者の場合、健常者用の聴診器で音をとらえることが困難なので、専用の聴診器を確保し、実習の早い時期より慣れてもらうという対応を行った（資料4-9）。

C. 現状への対応

障がいの程度、支援の必要性は個人ごとに差があるため、今後も学生個人の要望を傾聴し学生の立場に立って対応することが重要である。建物が古い為、物理的なバリアフリーは遅れているが、必要に応じて速やかに対応していく。

D. 改善に向けた計画

今後も様々な障がいのある学生が入学する可能性はあるが、可能な限り個人のニーズに対応していく。

関 連 資 料

- 資料4-5 入試要項（障がい者についての記載）
- 資料4-6 近畿大学ユニバーサルデザイン構想2015
- 資料4-7 近畿大学障がい学生サポートガイド2015
- 資料4-8 前腕切断学生への対応
- 資料4-9 聴覚障がい学生への対応

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

医学部においては、カリキュラムの特殊性により、他学部からの受け入れは行っていない。しかし、受験には年齢制限がないため、多様な経験を持つ学生が入学できる状況にある。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学部としては、現状では受け入れは行っていない。

C. 現状への対応

近畿大学医学部は転入の制度はないが、年齢による受験の制限はしていない。

D. 改善に向けた計画

現在のところ転入制度の導入計画の予定はない。

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

本学医学部の使命（ミッション）および卒業時の到達目標を医学部ホームページに明示している。選抜試験においては、

1. 医学を志し、そのために必要な強い意思と高い理想を持つ人。
2. 医学の課程を学ぶために十分な基礎学力を備える人。
3. 自ら課題を発見し解決していく意欲にあふれる人。
4. 奉仕の精神と協調精神に富む人。
5. 倫理観と責任感に富む人。

のアドミッションポリシーを念頭に置いた面接試験を行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学は、入学後まもなく救急患者サービスのためのボランティア実習（資料4-10）を実施するなどの、入学早期から、臨床と接点のあるカリキュラムを取り入れているが、「人に愛される人、信頼される人、尊敬される人の育成」という基本理念のもと、受験生にわかりやすいポリシーを提示していると考えている。面接試験で、なぜ本学を受験したかの質問に対して、このような本学のカリキュラムについて言及する受験生もいる。カリキュラムは、卒業時の到達目標へ向けて1学年から6学年まで学生の成長段階に沿って繰り返し学ぶスパイラル型デザインを取り入れている。1学年からカリキュラム内にプロフェッショナリズム教育（資料4-11）を採用している。4学年では薬学部と合同で医薬連携プログラム（資料4-12）を実施している。

C. 現状への対応

平成 29（2017）年度より一般後期入試において医学部独自の入試問題に切り替えた。医学部が求める学生像に即した学生を選抜するために、小論文や面接試験を実施することで、本学医学部の使命、卒業時に期待される能力を検討している。

D. 改善に向けた計画

今年度ようやく全合格者が面接試験を経ることになった。今後、一般後期試験の改訂や面接試験の拡充の効果を検証していく。

関 連 資 料

資料4-10 1学年救急災害棟ボランティア実習資料

資料4-11 1学年シラバス（プロフェッショナリズム/実習）

資料 4-12 医薬連携プログラム資料

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

現在のアドミッションポリシーは平成 25（2013）年に制定された（資料 4-13）。

アドミッションポリシー

医学部は、近畿大学の建学の精神に則り、「実学教育」と「人格の陶冶」を重視します。また教育理念に則り、「人に愛され、人に信頼され、人に尊敬される」医師の育成をめざします。本学の「建学の精神」と「教育理念」に共感し、将来、良き医師として社会に貢献することを志望する入学者を受け入れます。

1. 医学を志し、そのために必要な強い意思と高い理想を持つ人。
2. 医学の課程を学ぶために十分な基礎学力を備える人。
3. 自ら課題を発見し解決していく意欲にあふれる人。
4. 奉仕の精神と協調精神に富む人。
5. 倫理観と責任感に富む人。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

現行のアドミッションポリシーの評価は今後の課題である。

C. 現状への対応

入学した新入生に対して、小人数ごとにグループメンターを配置し、学業に適応できるかをきめ細かく評価し支援していく。

D. 改善に向けた計画

DREEM 調査（資料 4-14）や P-MEX（資料 4-15）等を参考に、入学した学生がどのように変化、あるいは適応していくかをフォローしていきアドミッションポリシーの見直しに結び付けていくように検討している。

関 連 資 料

資料4-13 医学部ホームページ「アドミッションポリシー」

資料 4-14 DREEM 調査 資料

資料 4-15 P-MEX 資料

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

医学部では平成 27（2015）年度から不合格者に対して合計点数を開示している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

成績開示については対応しているが、具体的な疑義の案件は現時点では無い

C. 現状への対応

現状、疑義は1件もないが、疑義があった場合の対応を記録していく。

D. 改善に向けた計画

社会の変化に合わせ、疑義の記録に基づき疑義に対応するシステムを作ることを検討していく。

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のおよび言語的特性）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

近畿大学医学部では平成21（2009）年度まで、定員95人であったが、医師不足の社会的要請もあり、近年、入学定員は115人まで増加した。その内訳は、一般入試の定員が70人、推薦入試の定員が30人、センター利用入試の定員が15人である。20人の定員増加となつてはいるが、教育プログラムの実施に関して、必要な施設、適正な教員数、必要な機器類の確保に努めている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

現在の入学定員は、教員対学生数比、臨床および基礎教育資源からも学生受け入れ数に見合った教育能力が担保されていると考えられる。近畿大学医学部では、教員学生比は714:373で1.9である（資料4-15）。講義は講師以上を主体に実施されており、講師以上の構成は教授

54人、准教授40人、講師169人（平成28（2016）年5月1日現在）である。また、学生受け入れ数増加に伴い、講義室座席の増加、IT教室の拡張を行った。

C. 現状への対応

学生増加に伴い、設備の増設、更新は順次行っているところである。新しい建物として平成 25（2013）年度に救急災害棟が完成し、一部の実習や従来から懸案であった 5 学年の break space は確保できた。しかし、大半の建物は医学部開設以来のもので古く、学生数増加に対し十分とは言えないが、今後もしできる限りの整備をしていく。

D. 改善に向けた計画

現状では平成 35（2023）年に医学部移転を予定しており、その着工までに、現状の不具合状況、足りない状況を集積し、改善を予定している。

関 連 資 料

資料4-15 教員数と学生数の比

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

近畿大学医学部では、選抜方法による入学者数の配分は学生の実績をもとに定期的に見直しを行っている。附属高等学校を中心に資質の高い学生を入学させる高大連携の試みを始めている。地域や社会からの健康に対する要請については、障がい者の入学にも対応し、女性の入学者は漸増している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

入学選抜での入学者数の配分については学生指導の点からは比較的適応できている学生が多いと考えているが、系統的な評価には至っていない。また、高大連携に関する評価はこれからである。

C. 現状への対応

地域や社会からの健康に対する要請については対応が遅れている。附属高等学校とは高大連携制度により比較的連携が取りやすい。高大連携制度をきっかけに、地域や社会の要請にかなう適性の高い入学者の選抜をめざす。

D. 改善に向けた計画

高大連携をさらに推進するとともに、特に地域や社会の要請にかなう入学者の選抜をめざす。

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。

B 4.3.1 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。

A. 基本的水準に関する情報

学業を含めた学生生活全般を支援するため、学生生活委員会が設置されている。留年者に対しては学生1人に対し原則教授1人が担当しており、生活や学習上の悩みをともに考え解決へ向けてサポートしている。留年者は各年度初めに、この教員により面談され、その結果をもとに学年主任を含めた学生情報共有会議で対策が協議される（資料4-16）。学生支援教員により休学者に対して復学へ向けた支援が実施されている（資料4-17）（資料4-18）。また、2学年の留年者には学生支援教員により個人面談がなされ、留年の原因把握、再度留年

しないようにはどうすればいいかを学年初めに話し合い、その結果は指導担当教員、授業担当教員へ伝えられ注意が促される。（資料 4-19）

健康や心理的支援については保健管理室の看護師、学生相談室の臨床心理士と協働で実施している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

以前の分析で成績と出席率が相関することが認められている。出席率が出席管理チームにより集計、報告され、1～2 学年は各科目の欠席が 1/6 に達した時点でグループ指導教員と面談、1/3 に達した時点で学年主任による面談が実施されている（資料 4-20）。面談の結果、メンタルヘルスに問題があると疑われる場合は、専門の臨床心理士のカウンセリングを受けている（資料 4-21）。学年主任、副主任が各学年 2 人に加え、特別指導教員をメンターとして配置している。留年者に対する支援は教授や学生個人の必要度合いにより温度差がある。

C. 現状への対応

留年者に対する教員の支援を一定の水準を保つようにチェックする。休学者に対する復学へ向けた支援は開始したばかりで希望者が少ないが、休学者が今後も増加すると予想されるため、充実させていく方針である。カウンセリング対象者が成績下位に偏っているかもしれないので誰でもカウンセリングを受けられるように案内する。

D. 改善に向けた計画

支援対象学生とのコンタクトが現在よりも密にとれるよう、学生生活委員会が支援対象学生の管理を実施する。対応に関しての経験を教員で共有できるよう FD を実施する。

関 連 資 料

- 資料4-16 学生情報共有会議
- 資料4-17 復学支援マニュアル
- 資料4-18 復学支援のしおり
- 資料4-19 2年留年生面談資料
- 資料4-20 学年主任面談資料
- 資料4-21 臨床心理士面談資料

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、経済的支援に関しては、大学全体のプログラムとして、近畿大学給付奨学金、近畿大学応急奨学金、近畿大学災害特別奨学金があることに加えて、提携ローン「オリコ学費サポートプラン」「ドクター奨学プランZ」も利用できる（資料4-22）。また、医学部独自のものとしてKindai医学生奨励賞に加え、近大医師会奨学金制度がある。（資料4-23）（資料4-24）

さらに、静岡県富士の国奨学生制度に加え、奈良県、大阪府、和歌山県といった近畿圏の地域枠により就学支援を実施している。学生支援教員により経済的な就学困難者に対して面談、必要な情報の提示、コンサルテーションが実施されている。修学資金の貸付制度に関しては、学生ポータルにて掲示を行っている。学内における個人的な学生支援体制としては、

1. 「学生相談室」における学生生活のあらゆる側面に対する相談
2. 「保健管理室」におけるメンタル面を含めた医療相談
3. 「学務課」における学習上・経済上の諸問題に関しての相談受付

といった心理・健康・学習・社会経済の4方向からの相談体制をもつ。

学生の福利厚生として、近畿大学では学園学生健保共済会（WELLNESS）に医学部学生も全員が加入している。大学行事をはじめ、通学の際のけがの治療費についての自己負担分が還付される。（資料4-25）また、成績優秀な学生に対してはさらなる向上を促すために、海外学生派遣プログラムとして2～4学年対象の（基礎系ローテーション：米国IOWA大学）制度（資料4-26）、5学年対象の海外学生派遣（臨床系ローテーション：英国Imperial College London）（資料4-27）を実施。さらに、5学年・6学年対象のKindai医学生奨励賞（資料4-24）も設けている。障がいのある学生に対しては事例ごとに学生部長、学生支援教員、学務課、保健管理室、学生相談室が協働で本人と話し合い、対応を考えている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学務課を中心に、学生の個人的・社会的・経済的要請に対して適切に支援している。個人的な学生支援における学生相談来室者数は、平成26（2014）年度90人、平成27（2015）年度72人、平成28（2016）年度65人である。社会・経済的な支援体制に関する奨学金は毎年一定数受給している。障がい学生については事例があるごとに対応しており、本人の満足がいくように対応ができています。

表4-2 奨学金受給者

	給付	貸与
平成26（2014）年度	4	12
平成27（2015）年度	4	12
平成28（2016）年度	3	8

C. 現状への対応

全学生へ奨学金や貸付金の周知を十分に行うため情報はポータルサイトに掲載している。個人的な相談については、学生相談室へ訪れる学生だけではなく、各科目の教員、学生支援教員、保健室の看護師のケアを通じて、時には同級生の話を聞きながらアプローチしているが、これをさらに推進する。海外学生派遣プログラム、Kindai医学生奨励賞の内容充実と学生のモチベーションの維持と活性化を今後も計っていく。障がい学生支援は今後も協働チームで対応する。昨年度は性同一性障害の学生対応を行った。氏名の変更、専用の更衣室、使用しやすいトイレの案内等、できうる限りの支援を本人の意向を聞きながら協働チームで対応している。

D. 改善に向けた計画

学生が最初に誰に相談すればよいか、相談窓口を全員に周知する。学生生活調査の結果分析をさらに詳しく行い、個々の学生の問題を発見できるようにしていく。地域や社会、個人の要請に対応するように、学生生活調査の追跡調査を実施しプログラムのチェックに活用する体制を作っていく。

関 連 資 料

- 資料4-22 近畿大学経済支援についてのご案内
- 資料4-23 Kindai医学生奨励賞実施要項
- 資料4-24 近大医師会奨学金
- 資料4-25 近畿大学学生健保共済会（WELLNESS）
- 資料4-26 IOWA大学派遣実施要項
- 資料4-27 Imperial College London 派遣実施要項

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

「学生相談室」におけるメンタルヘルス相談は週4回臨床心理士にて、「保健管理室」による健康上の相談受付は毎日保健管理室看護師にて実施されている。必要な場合は各診療科を受診できる。学生支援教員は学生相談を常時受け付けている。さらに、学年主任、副主任が全学年に、低学年ではスモールグループでの指導教員制度を取っている。1学年は学生10人あたり教員1人、2学年は学生6人あたり教員1人が配属されている。3学年、4学年、5学年の留年生に対しては特別指導教員1人が学生1人に対して割り当てられ、手厚い指導体制となっている（資料4-28）。その他、学生専用の自習室、ロッカールーム内の休憩場所、ロビー内のラーニング・コモンズ（学生同士の自主的なディスカッションのために設けられた場所）がある。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生相談室では、心理面の相談について臨床心理士が受け持っている。健康面での相談は保健管理室・校医が受け持ち来室者数は平成26（2014）年度644人、平成27（2015）年度879人である。学年担当教員制度は、人的資源の割り当ては出来ている。特に1～2学年の低学年学生指導教員についてはグループ指導を実施することから学生情報共有会議等を通じてすべての担当教員が熱意をもって対応できるようにしている。設備はその都度充実させてきているが、学生数に対して十分か検討を続ける必要がある。

C. 現状への対応

学年主任との情報共有が大切なので、情報共有会議を開催し、問題学生の早期把握や、問題点の共有、留年予防のための方策を考えている。学生からは学連昼食会を利用して常に意見を聴取し、必要な対応を行っている。学生支援教員は常に学生からの意見を受け付け、学生生活委員会へ反映させている。

D. 改善に向けた計画

学年担当教員へ学生側からアプローチしやすくするため、オフィスアワーのさらなる実質化に努める。学生相談、学生支援体制の全学生への周知へ向けて、オリエンテーション時に全体像の説明、ポータルサイトへのより詳しい掲載を実施していく。学生支援教員室は、学生による意見をもとに内部音を外に漏れないようにするなどの対応を計画している。

関 連 資 料

資料4-28 平成29（2017）年度学年担当教員

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

学生相談室では相談を受ける際に必ず内容について秘密の厳守を相談者本人と確認している。相談の内容によって支援が必要な場合は学生支援チーム（学生支援教員、学務課、保健管理室看護師、臨床心理士）で共有され、必要な支援が考えられ、実施されている（資料 4-29）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生支援チーム（学生生活委員教員、学務課、保健室看護師、臨床心理士）によるミーティングは最低毎週 1 回実施され、情報の共有、問題学生の早期発見と対応のための策が考えられている。メンタルヘルスに問題のある学生は、原則として医学部内部のメンタル科よりも外部の医療機関にかかるように誘導している。内部の教員は COI の観点から公平性が保てないと考えられるためである。

C. 現状への対応

学生が安心して相談できるように守秘について配慮していることを相談がある毎に学生に説明している。学生支援に際し、相談学生には情報の共有がどこまで行われるかあらかじめ説明している。情報の拡散を危惧する学生の場合は必ず最初に対応した者が一貫して担当するようにしている。

D. 改善に向けた計画

守秘に関しての取り決めに充実させていく。情報共有と守秘は相反する事項であるが、学生にとって必要な支援を考えるためには支援チームによる情報共有は必要である。そのバランスが崩れることのないよう、相談場所、内容、チームメンバーは常に考慮しながら支援を続ける。

関 連 資 料

資料 4-29 学生支援組織対応図

Q 4.3.1 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。

A. 質的向上のための水準に関する情報

学生生活委員会、学務課が連携して、学生生活調査が実施されている（資料 4-30）。高等学校で生物を履修していない学生に対するリメディアルクラスの開設（資料 4-31）、また、学習に不安を感じるという学生に対して 1～2 学年では、スモールグループの教員や各科目の教員が、指導を行っている。3 学年以上の学生についても、学習上の不安がある場合、2 学年までの所属スモールグループの教員にアクセスし、個人に応じた対応を行っている。出席管理システムにより、欠席過多の学生に対し、学年主任を通じて面談が実施されている（資料 4-32）。学生相談は全ての学生に対して門戸が開かれているが、密なカリキュラムの中で、相談に訪れる時間がとりづらい。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

担当教員からのアドバイスは、学生からの申し出に基づいている。出席管理システムによりピックアップされた学生は学年主任による面談を受けている。出席管理チームによる出席管理システムは機能しているが、各教科担当が厳格に出席をとれているかまでは把握できていない。学生の異常に気づきやすい学務課職員、保健管理室看護師、臨床心理士と学生支援教員との会議は毎週行われている。

C. 現状への対応

学生生活委員会は、出席管理システムにより検出された学生のフォロー体制を強化するとともに留年予防を考える。また、保護者との連携体制を整えていく。

D. 改善に向けた計画

カウンセリングの人数を増やせるよう検討していく。情報共有会議等を利用して特別指導教員には前年度の成績からハイリスクの学生を知らせるなどきめ細かな情報共有をさらに進める。

関 連 資 料

資料4-30 学生生活調査資料

資料4-31 ポータルサイトリメディアルクラス案内

資料4-32 出席管理システム、面談資料

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

キャリアデザインコースを総合医学教育研修センターが担当して、4 学年、5 学年、6 学年に各 1 時限行ない、教員からはキャリアデザインに関する内容を、卒業生である研修医からは卒後に関する情報を提供している（資料 4-33）。

1～2 学年はグループ指導教員制として、学生を数人から 10 人程度のグループごとに指導教員を 1 人決めて指導する。特に 1 学年には自己管理ノートを作成させて、それをもとに指導していく（資料 4-34）。2 学年は 6 人 1 グループの指導、3 学年、4 学年、5 学年は留年・復学者に対して個別指導教員をマンツーマンで決め、きめ細かい指導する。6 学年の留年者は、学年主任、および副主任が希望者に対して個別面談を行なう。また、学年ごとに、学年主任・副主任を中心に各指導教員から学生の様子を聞き、学生情報共有会議を設け、各自の個別指導を行なっている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

卒後の立場から、高学年学生に対してキャリアコースを設けて、キャリアガイダンスを行なっている。各学年に学年主任と副主任がおり、随時相談する機会を設けている。また、低学年生については、グループによって指導教員により指導内容に差があるが、プランニングも含めて指導されている。

C. 現状への対応

各学生のキャリアプランニングについては、学年主任と副主任、指導教員だけにとどまらず、各教室においても学習上のカウンセリングやプランニングを、オフィスアワーなどを利用して行なっていく。

D. 改善に向けた計画

キャリアガイダンスの内容をさらに充実させるため、アンケートや、学連昼食会を通じて学生からの意見を聞き、さらに改善に努めていく。学生のプランニングについても、早い段階で意識を高めるように、教員や卒業生からの話を聞く機会をさらに設けていくように検討していく。

関 連 資 料

資料 4-33 キャリアデザインコース資料

資料 4-34 Self record to make it better 2017

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

近畿大学医学部の使命は「人に愛され、人に信頼され、人に尊敬される医師の養成」である。この使命を果たす意味で、卒業時まで学生自身として、どのようなことを身に着けたらよいかという議論をする授業をこの3年間続けてきた。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

平成 29 (2017) 年度では、入学時の学外オリエンテーション時にこの議論を行い、学生に入学時にこのことを考えてもらい、意識してもらうことを考慮した(資料 4-35)(資料 4-36)。これらの成果は、記録に残し、学生の考えるミッション、あるいはアウトカムとして、主な教育関係者等で共有している。

C. 現状への対応

学生自身が、冊子体にして残し、見直していくことの重要性について、十分、理解したといえないところがある。むしろ、冊子体にしたものを学生に配布するより、ポータルサイトに掲示して、いつでも確認でき、自分自身が高学年になって見直すことができるように配慮している。臨床実習ログブックにも「私の目指す医師像」を意識させていく。

D. 改善に向けた計画

1 学年の入学時に、こうしたトピックについて、考慮するとともに、常に大学の使命や教育アウトカムを確認できるように、学生ポータルに掲載することとしている。また、各学年のオリエンテーション時に学生が見直す、あるいは臨床実習開始時に、自分自身の目標とリンクして考慮できるように計画している。

関 連 資 料

資料 4-35 平成 29 (2017) 年 1 学年学外オリエンテーションプログラム

資料 4-36 1 学年の考える教育アウトカム

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

学生の委員をカリキュラム企画小委員会のメンバーとして、継続的に教育プログラムの策定に加わっている（資料4-37）。このような形態にした理由として、教授層が主体のカリキュラム委員会（資料4-38）に出席することで、自由な発言ができず、むしろ学生も納得しているとみなされてしまうという指摘もあった。そこで、できるだけ学生が実質的に教育プログラムの策定に加わり、かつ自由に発言できるようなシステムとした。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育プログラムへの各学年代表からの要望は年3回実施される学連昼食会にて受け付けている（資料4-39）。学連昼食会には学部長、教務委員長、カリキュラム委員長等が参加し、学生からの意見を反映しやすい体制となっているものの、学生のさまざまな要求を提出する機会となっており、学生がカリキュラム策定に参画するという機会にはなっていない。

C. 現状への対応

カリキュラム企画小委員会は、毎月、実施されているが、20 時を過ぎることが多く、学生にも負担である。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム企画小委員会での学生の参画、学連昼食会での代表からの意見聴取などを、取り合わせて、多角的に学生の意見を反映していく方針である。

関 連 資 料

資料4-37 カリキュラム企画小委員会規程

資料4-38 カリキュラム委員会規程

資料4-39 学連昼食会 資料

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

カリキュラム委員会の下部組織であるカリキュラム企画小委員会（資料4-40）の会合に学生代表が参加し、プログラムの管理について、その意見を聴取している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム企画小委員会と言う限られた環境の中で、学生代表がカリキュラム管理に参加するように促してはいるが、意見聴取程度にとどまっている。

C. 現状への対応

学生の意見を反映させるための仕組みについては、今後さらなる整備が必要である。

D. 改善に向けた計画

学生代表の意見を教育プログラム管理に確実に反映していく。

関 連 資 料

資料4-40 カリキュラム企画小委員会 資料

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

カリキュラム企画小委員会の会合に学生代表が参加して、プログラムの評価について、意見を聴取している（資料4-40）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム企画小委員会と言う限られた環境の中で、学生代表がカリキュラム評価に参加するように促している。

C. 現状への対応

学生の意見を反映させるための仕組みについては、今後さらなる整備が必要である。

D. 改善に向けた計画

学生に教育プログラム評価の意義を理解するよう促していく。

関 連 資 料

資料 4-40 カリキュラム企画小委員会 資料

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

教育以外の学生に関する事項はすべて学生生活委員会にて審議されている（資料 4-40）。学生生活委員会は学生部長が開催し、8月を除く毎月開催されている。キャプテン会議は最低年2回学生生活委員会が主催で開催している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生生活委員会では、クラブ活動、学園祭といった学生生活活動だけではなく、奨励賞、奨学金、健康管理、問題学生、学生間で起こる諸問題、出席管理、障がい学生への対応、学生海外派遣、学生の受け入れ等、様々な議題が話し合われている。学生支援教員は学生代表やクラブ代表の意見を委員会へ反映させるべく、常にこれらの学生と連絡を取り、必要に応じて委員会へも出席させている。学生生活委員会で話し合われる内容は学生のニーズを満たしていると考えられるが、時間割の関係もあり委員会への学生の出席は年に数回しかない。学生生活委員会で決議された内容は、教授会へ報告され、全教授の承認を得ている。決定された内容は遅滞なく学生ポータルへ掲載されている（資料 4-42）。また、クラブ活動に関する決定、注意事項がある場合はキャプテン会議を通じてすべてのクラブに情報がいきわたるようにしている（資料 4-43）。この会議の学生出席率はとてもよく、クラブに関する取り決めは合意に基づき行われている。

C. 現状への対応

学生生活委員会は十分に機能しているが、学生の出席回数が少ない。これは授業時間内に委員会が実施されていることに起因するので、委員会の開催時間を授業時間外に設定するこ

とで改善は可能である。キャプテン会議は医学部内全クラブのキャプテンが集まりクラブ活動に関する取り決めや予算、クラブ諸規程について、学生部長、学生支援教員と共に話し合い、決定している。

D. 改善に向けた計画

学生の出席に配慮し、学生の意見がより反映されるように、さらに進めていく。

関 連 資 料

資料 4-41 学生生活委員会 資料

資料 4-42 学生ポータル 資料

資料 4-43 キャプテン会議 資料

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

社会活動として大阪狭山市の事業である、狭山池築造1,400年事業と、狭山池まつりには、一部の学生が毎年参画している。参加、出店していることに加え、「狭山池クリーンアクション」にも参加してきた（資料4-45）。

近畿大学医学部には「学生連絡会」という学生自治組織があり（資料4-44）、定期的に学部長、教務部長、学生部長、学生支援教員と意見交換を行っている。学生連絡会で提案されたことは学生生活委員会で審議後、対応を決定している。医学部独自で医学部海外学生派遣プログラムがあり、積極的な学生のニーズにもこたえている（資料4-46）。また、医学教育学会関連のシムリンピックや生理学クイズ大会、日本医学会学生セッション等への参加を奨励している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

学生支援教員は狭山市ボランティアインフォメーションセンターとつながりがあり、学生が参加できるボランティアを学生に案内している（資料4-50）。今年度は地域小学校のプール監視員として7月3日から14日の間、1学年数人が参加した。

また、地域保健所と協働で学生の性感染症予防活動（資料4-47）を支援した。

医学部海外学生派遣プログラムでは、シャペロンとして学生部長自らが同行し、学生の安全を支援した。帰国後は保護者会や学園祭にてその活動を報告、近畿大学医学会雑誌にも記事を掲載した（資料4-48）（資料4-49）。

C. 現状への対応

密なカリキュラムの中で、学生が社会活動に時間を割けない現状がある。ボランティアの参加についても夏休みが比較的多い1学年に集中している。海外学生派遣プログラムは始まったばかりであるが、今後のグローバル化へ向けて一層拡大していく必要がある。一方、様々な大会への参加は最近増えてきている。今後も支援を強化していく。

D. 改善に向けた計画

学業と学生活動の両立について、学年主任を通して学生に伝える場を設ける。ボランティアの案内をポータルサイトに掲載していく。学業と同じように課外活動・社会活動も重要であることを啓発していく。IOWA 大学や Imperial College London への留学経験者について追跡調査を長期的に行う。様々な医学生が参加する大会で、成績優秀者を表彰する制度を充実させる。

関 連 資 料

- 資料4-44 学生連絡会名簿
- 資料4-45 クリーンアクション 資料
- 資料4-46 IOWA大学派遣ニュースリリース
- 資料4-47 医学展資料
- 資料4-48 近大医学雑誌40巻2号
- 資料4-49 近大医学雑誌41巻2号
- 資料4-50 ボランティア一覧

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

「近畿大学教員選考基準」（資料 5-1）、「近畿大学医学部教員の選考基準」（資料 5-2）、「医学部講師・診療講師および講師、准教授、臨床教授 採用・昇格 要件・業績基準」（資料 5-3）、「近畿大学助教および助手の任期に関する規程」（資料 5-4）、「近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則」（資料 5-5）、「主任教授・臨床教授の選考について（内規）」（資料 5-6）により、教員の募集と選抜が行われる。

医学部教員数（平成28（2016）年5月1日現在）は、教授54人、准教授40人、講師169人、助教111人、助手0人で、基礎医学（社会医学を含む）は59人（教授15人、准教授9人、講師0人、助教33人、助手2人）臨床医学74人（教授18人、准教授12人、講師4人、助教40人、助手0人）である。病院教員数は、91人（教授4人、准教授7人、講師32人、助教48人）である。特任教員は、15人（教授1人、准教授1人、助教13人）である。教員の合計数は374人（女性44人）である（資料 5-7）（資料 5-8）。

女性教員の支援に関しては、大学全体として、男女共同参画に関する啓発、女性研究者の推進のための整備が行われている。医学部・附属病院では、育児短時間勤務、特別就労形態を行っている（資料 5-9）。また、大阪府医師会の主催で各種講演会を実施し、女性医師に限らず男女共同参画の啓発活動や情報交換を行っている。大学全体の女性教員数は、平成 27（2015）年度には 274 人（教員全体の 15.4%相当）と増加傾向にある。平成 28（2016）年度医学部の女性教員数は医学部教員の 13%であり、全学の女性比率とおおよそ同じである。

医学部の基礎科目と専門科目は、医学部教員および病院教員によって実施されている。行動科学については、社会医学系の環境医学・行動科学教室が設置されている。行動科学、社会科学については、一部は教養部教員が担当している。また、「医学総論Ⅰ、Ⅱ」、集中講義の「プロフェッショナリズム/実習」、「医薬連携総論」、「医学から見た現代社会と倫理」「学外施設実習/総合医学」については、医学部の教員が担当している。共通教養科目の一部は、大学本部からの教員により実施される（資料 5-10）。

非常勤講師（医師）の採用は、非常勤講師（医師）を必要とする各講座から申請を行う（資料 5-11）。寄付講座教員の採用は、専任教員の採用方法を準用して行われる。特任教員の職位や人員は、平成 29（2017）年度においては、地域医療連携学総合講座 教授、准教授各 1 人である（資料 5-12）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

適切にカリキュラムを実施するために求められる教員の適切な配置に努めている。また、基礎医学、社会医学、臨床医学の教員のバランスにも配慮している。しかし、医学部教員数は決して多くなく、病院教員の兼任にて補っているのが、現状である。

女性教員に対する支援を推進しており、女性教員数は増加傾向である。

予算の範囲内で、非常勤教員、寄付講座教員等を雇用し、教育の充実を図っている。

C. 現状への対応

今後、学生数の増加に見合った、教員数の増加や教員の質の向上を進めていく。

D. 改善に向けた計画

女性教員に対する支援として、保育所の定員増加や病児保育等をさらに実施し、女性教員数をより増加させる努力を継続的に行なっていく。

非常勤教員、寄付講座教員等を雇用していき、教育の充実を図っていく。

関 連 資 料

資料 5-1 近畿大学教員選考基準

資料 5-2 近畿大学医学部教員の選考基準

資料 5-3 医学部講師・診療講師および講師、准教授、臨床教授 採用・昇格 要件・業績基準

資料 5-4 近畿大学助教および助手の任期に関する規程

資料 5-5 近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則

資料 5-6 主任教授・臨床教授の選考について（内規）

資料 5-7 専任教員 職位・性別・年齢構成（平成 28 年 5 月 1 日現在）

資料 5-8 教員数（男女別、役職別） 過去 5 年分

資料 5-9 近畿大学医学部・附属病院特別就労形態に関する規程

資料 5-10 近畿大学医学部シラバス

資料 5-11 近畿大学職員録（非常勤講師一覧）

資料 5-12 寄付講座資料

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、および臨床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

「近畿大学教員選考基準」（資料 5-1）、「近畿大学医学部教員の選考基準」（資料 5-2）、「医学部講師・診療講師および講師、准教授、臨床教授 採用・昇格 要件・業績基準」（資料 5-3）、「近畿大学助教および助手の任期に関する規程」（資料 5-4）、「近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則」（資料 5-5）、「主任教授・臨床教授の選考について（内規）」（資

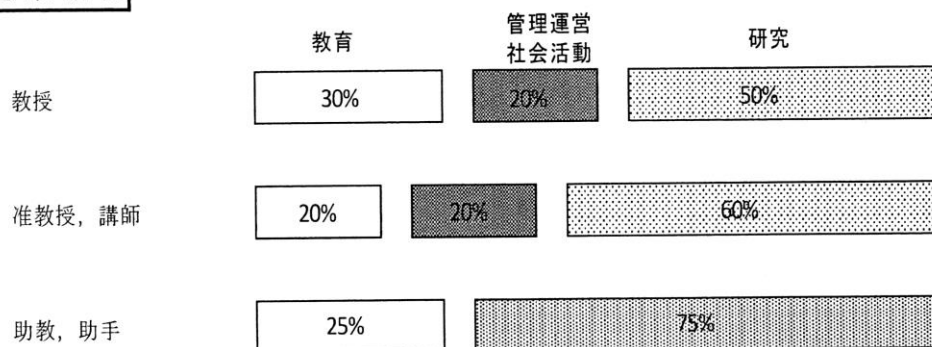
料 5-6) に基づいて、教員の教育、研究、管理運営、社会活動、診療等により、総合的に判断される。最終的には、教授会にて採用および昇格が審議・承認される。特に教育・研究歴については、教授では 10 年、准教授では 6 年、講師では 4 年以上の経歴が求められる。原則、講師以上の教員は公募にて採用される。

教授に関しては、教授選考委員会により公募され、教授会での投票後、理事長・学長が選任する。具体的な判定水準（基準）は、定量化（数値化）されているものはないが、適切な審査を行なっている。

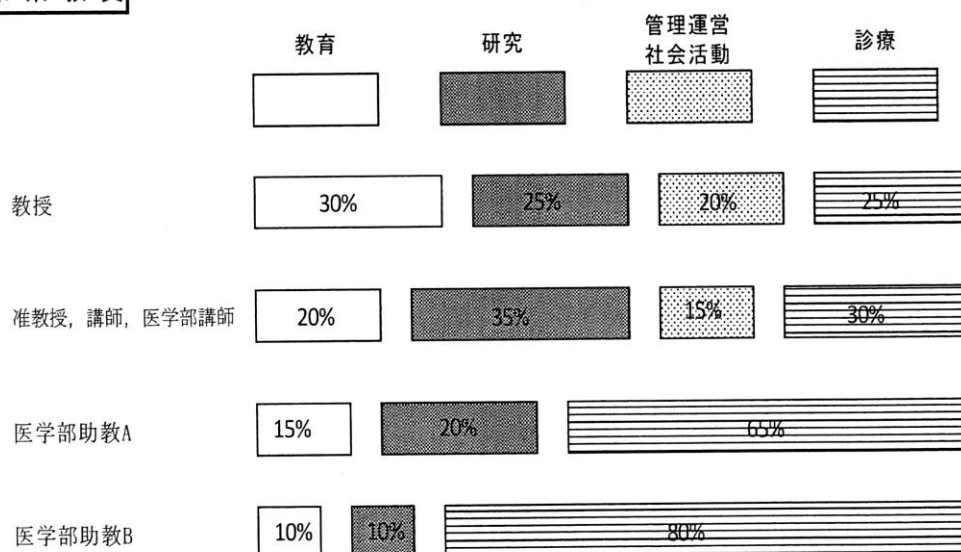
准教授、講師、助手は資格審査委員会にて審査して、採用は講師以上では面接を行い、教授会にて承認される。採用後の役割のバランスについては、各講座により、教育、研究、管理運営、社会活動、診療などの割合が決められる。また、「近畿大学助教および助手の任期に関する規程」（資料 5-4）、「近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則」（資料 5-5）にあるとおり、再任に当たっては、原則的な運用を行なっている。

毎年実施されている教員業績評価において、各教員の教育、研究、管理運営、社会活動、診療の領域にわたって申告がなされている。これらの業務の配分時間、業務バランスは各人が決定するが、業績評価（学校法人近畿大学 教・職員評価に関する規程）に際しては医学部の特殊性に鑑み、公平性が保たれるように、原則として以下のように配点している（資料 5-13）（資料 5-14）（資料 5-15）（資料 5-16）。

基礎系教員



臨床系教員



管理運営、社会活動の中から最高 10%は他の分野に移行することができる。また、教授に限って、研究あるいは診療部門より最高 10%は管理運営に移行することができるが、教育部門の割合を減らすことは認められない。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

資格間のバランスは、各講座の教育、研究、社会、運用に対する責務の範囲、および、講座内における各教員の役割、さらに、各教員の裁量の範囲で決定されている。

最近では、本学における診療負担は著明であり、教育、研究に十分な時間を確保しにくい状況となっている。

授業の変更や休講などの情報については、担当事務により、学生ポータルを通じて、学生に連絡されている。また、教育資料の事前印刷に関しては、ドキュメントサポートセンターにて準備が円滑に進められている。

C. 現状への対応

業務のあり方や各教員の分担などを見直し、教育、研究、管理運営、社会活動、診療のバランスに配慮していく。

例えば、事務補佐員や技術補助員の配置や増員により、軽微な作業に相当する部分を依頼するなどして分担方法を見直し、教員の負担軽減を図っていく。

D. 改善に向けた計画

教育、研究、診療等のバランスも含めて、学術的、教育的、臨床的な業績の客観的評価に努める。

関 連 資 料

資料 5-1 近畿大学教員選考基準

資料 5-2 近畿大学医学部教員の選考基準

資料 5-3 医学部講師・診療講師および講師、准教授、臨床教授 採用・昇格 要件・業績基準

資料 5-4 近畿大学助教および助手の任期に関する規程

資料 5-5 近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則

資料 5-6 主任教授・臨床教授の選考について（内規）

資料 5-11 近畿大学職員録（非常勤講師一覧）

資料 5-13 学校法人近畿大学 教・職員評価に関する規程

資料 5-14 近畿大学教員評価に関する実施要項

資料 5-15 評価委員会部会運営要項

資料 5-16 医学部における教員業績評価の指標

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

平成 29（2017）年度近畿大学医学授業計画（Syllabus）（資料 5-10）を提供しており、共通教養科目、外国語科目、基礎科目、専門科目がすべて示されており、科目ごとに、担当教員、授業概要、学習・教育目標および到達目標、フィードバック法、教科書、参考文献、成績評価方法および基準、アンケート、メールアドレス、オフィスアワー、授業計画の項目・内容および到達目標等が詳しく記載されている。

授業に関する同僚評価および学生評価（資料 5-17）が行なわれ、学生・教員による授業評価は、教員が担当している科目および教育活動についてのモニタリングとして位置づけている（資料 5-13）（資料 5-14）（資料 5-15）（資料 5-16）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

シラバス内に、各担当教員の教育内容等が詳細に明示されている。医学部における教員業績評価システムがモニタリング機能を果たしている。授業に関する同僚評価および学生評価が施行されている。

C. 現状への対応

教員の活動が偏らないように、教育、研究、管理運営、社会活動、診療などの教員の責任について、バランスを考慮した教員業績の適正評価に努めていく。

D. 改善に向けた計画

医学部教員業績評価システムにおける業績項目を適宜見直し、業績の訂正評価に努めていく。また、教員の活動と教育に関する方針を明示し、授業評価においても多角的な評価となるように図っていく。

関 連 資 料

- 資料 5-10 平成 29 年度近畿大学医学授業計画 (Syllabus) (Kindai Web Syllabus)
- 資料 5-13 学校法人近畿大学 教・職員評価に関する規程
- 資料 5-14 近畿大学教員評価に関する実施要項
- 資料 5-15 評価委員会部会運営要項
- 資料 5-16 医学部における教員業績評価の指標
- 資料 5-17 授業評価集計表

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

近畿大学の建学精神は、「実学教育」と「人格の陶冶」であり、教育の目的として、「人に愛される人、信頼される人、尊敬される人」を育成することにあるとされている(資料 5-18)。また、近畿大学教育方針および学部教育方針が策定されており、それに添う教員を採用する(資料 5-19)。

教員募集と選考は、「近畿大学教員選考基準」(資料 5-1)、「近畿大学医学部教員の選考基準」(資料 5-2)、「医学部講師・診療講師および講師、准教授、臨床教授 採用・昇格 要件・業績基準」(資料 5-3)、「近畿大学助教および助手の任期に関する規程」(資料 5-4)、「近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則」(資料 5-5)、「主任教授・臨床教授の選考について(内規)」(資料 5-6)により行なわれている。応募の際に必要なとされる書類は、推薦書、履歴書、教育研究業績書、学生教育実績、研究業績目録、研究助成金一覧、教育・研究・診療等の実績評価報告書、今後の抱負に関する文書である。提出書類の審査、面接およびプレゼンテーションによって評価が行われ、本学の教育方針や使命を念頭に置いて、多面的に審査が行われる。

南大阪地区は、大阪の北部に比して慢性的な医師不足の問題があるため、応募者が地域貢献を重視しているか、あるいは、地域の疾病構造や専門家の分布状況からみて、必要な人材であるか等を考慮している。また、南大阪地区は、特に少子高齢化が激しい地域であり、それに対応した地域包括ケアおよび介護と医療の一体化を鑑みた対策を行ない出している。

教授選考では、次のような多段階のプロセスを経て選考が行われている。すなわち、①教授会から選出された選考委員会が候補者の書類による絞り込みを行ない、②主任教授会で候補者の講演を実施して、③主任教授会での投票を行い、④理事長・学長が選任する。

地域医療および地域医療教育の充実を目指して、平成 11（1999）年に近畿大学医学部附属病院および近畿大学医学部奈良病院を開院し、また、地域課題解決のための講座の開設として、平成 14（2002）年に地域医療連携学総合講座ができた。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教員の募集および選考では、提出書類ならびに、面接およびプレゼンテーション等により、人物、教育、研究、管理運営、社会活動、診療などの実績から、本学の使命を念頭に置き、また、本学の地域に課題の解決につながるかなどの観点から、応募者を多面的に審査して決定している。

C. 現状への対応

教員の募集および選抜については、後任の補充に加えて、使命達成や地域課題解決のための講座の開設や教員募集を行なっていく。選抜のプロセスとしては、人物評価、教育、研究、診療、社会貢献実績等について多面的に多段階の審査によって選抜していく。

D. 改善に向けた計画

医学部の使命に鑑み、また、地域社会の要請や医療状況の変化に合わせ、教員の募集や選抜の方針、プロセスおよび評価基準を適宜見直し、より本学の基本理念に沿った教員を確保できるよう努めていく。

関 連 資 料

資料 5-1 近畿大学教員選考基準

資料 5-2 近畿大学医学部教員の選考基準

資料 5-3 部講師・診療講師および講師、准教授、臨床教授 採用・昇格 要件・業績基準

資料 5-4 近畿大学助教および助手の任期に関する規程

資料 5-5 近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則

資料 5-6 主任教授・臨床教授の選考について（内規）

資料 5-18 近畿大学 建学の精神 学校法人近畿大学概要

資料 5-19 近畿大学教育方針、近畿大学医学部教育方針

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

教員採用に際しての経済的配慮としては、応募の際の提出資料として、教育、研究、社会貢献実績の他に、科学研究費等の外部資金の取得状況に関する書類が含まれており、教員の研究費取得状況は採否の判定の際に考慮する項目の1つである。

採用後の経済的配慮としては、講座研究費の予算規程に則って配分される。予算は、基本講座費のほかに、教育経費として、学部学生分と講座所属の大学院生数に応じた経費が配分されている。研究経費は、講座の教員数、職位に応じて配分されている。各教員には個人研究費（資料 5-20）や出張旅費（資料 5-21）が配慮されている。

各教員経済的配慮は、給与に関しては近畿大学全体の本俸（資料 5-20）に準拠しており、賞与に関しては、評価に教員業績評価が加味され、これに基づいて A・B・C の3段階にランク付けを行い、A ランクに評価された教員には賞与支給時に特別手当として加給される制度となっている。

学内研究助成金制度があり、研究のみではなく教育活動に関する助成を特別に受けることが可能である。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

経済的配慮としては、採用の際には外部資金の取得状況が考慮され、採用後は公平に配慮される予算配分を行なっている。

また、学内研究助成金制度によって、教育活動に関する助成を受けることができる。

C. 現状への対応

教員に対しては、個人研究費などの経済的配慮を行なっているが、学内予算には限度があり、各教員に対して学内研究助成だけでなく、外部からの資金獲得をより進めていく。

D. 改善に向けた計画

学内予算には限度があるため、外部からの資金獲得、およびそのサポート体制を図っていく。

関 連 資 料

資料 5-20 個人研究費 資料

資料 5-21 学会出張経費

資料 5-22 平成 29 年度 本俸表（大学教員・短大教員）

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。

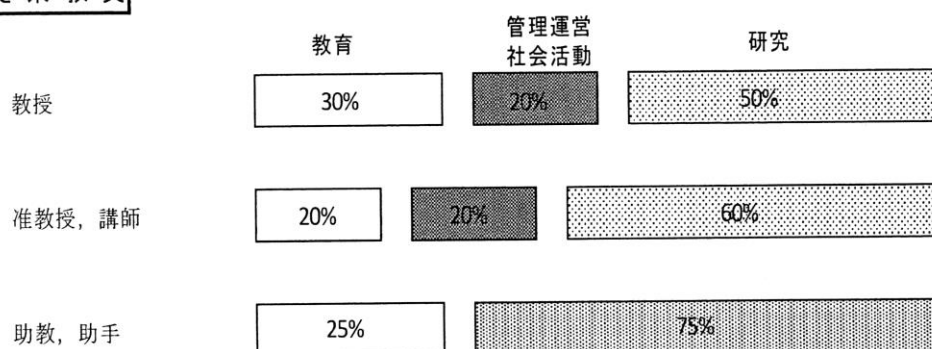
A. 基本的水準に関する情報

教員の活動における教育、研究、臨床の職務間のエフォートは、各講座ならびに教員の裁量によって設定することが可能である。

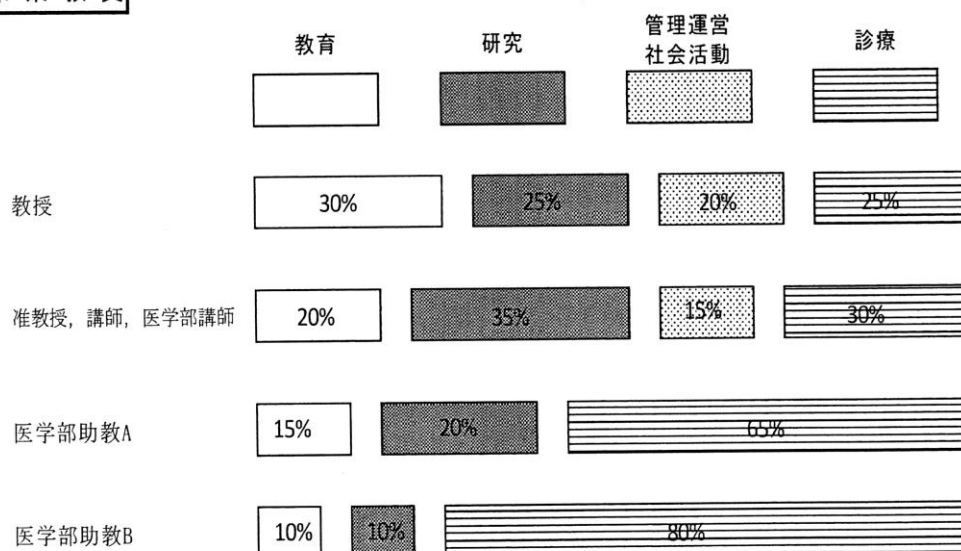
助教には任期制が採用されており、再任審査の際には、その評価に職務間におけるエフォートが考慮されている。(資料 5-4) (資料 5-5)。

毎年行われている教員業績評価には、教員の教育、研究、管理運営、社会活動、診療のバランスについて自ら申告することになっている。業務の配分時間、業務バランスは各人が決定するが、業績評価（学校法人近畿大学 教・職員評価に関する規程）に際しては医学部の特殊性に鑑み、公平性が保たれるように、原則として以下のエフォートで配点している（資料 5-13）（資料 5-14）（資料 5-15）（資料 5-16）。

基礎系教員



臨床系教員



管理運営、社会活動の中からは最高 10%は他の分野に移行することができる。また、教授に限って、研究あるいは診療部門より最高 10%は管理運営に移行することができるが、教育部門の割合を減らすことは認められない。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

大学として、教員活動としての教育、研究、管理運営、社会活動、診療について、あるべきバランスは示されている。

職務間でのバランスは、各講座の教育、研究、管理運営、社会活動、診療に対する責務の範囲、および、講座内における各教員の役割、さらに、各教員の裁量権の範囲内で決められている。

C. 現状への対応

教員業績評価において、基礎系教員では研究の比重、臨床系教員では診療の比重が大きいが、職務間のバランスに偏重がみられないように配慮していく。また、教員評価においては、公平性が担保されるように見直しを進めていく。

D. 改善に向けた計画

教員の教育、研究、管理運営、社会活動、診療の職務間のエフォートのバランスについては、さらなる検討を進めていく。

関 連 資 料

- 資料 5-4 近畿大学助教および助手の任期に関する規程
- 資料 5-5 近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則
- 資料 5-13 学校法人近畿大学 教・職員評価に関する規程
- 資料 5-14 近畿大学教員評価に関する実施要項
- 資料 5-15 評価委員会部会運営要項
- 資料 5-16 医学部における教員業績評価の指標

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

医学部における教員業績評価によって、各教員の活動が評価されている。このシステムでは、教育活動、研究活動、診療活動、管理運営活動、社会活動にまつわること（業務内容、業務時間の割合など）を自己申告する。教員業績評価によって、業績給としてのインセンティブが付与され、反映される仕組みとなっている。教員業績評価システムは、医学部教員業績評価委員会部会によって適宜見直されている（資料 5-13）（資料 5-14）（資料 5-15）（資料 5-16）。

活動実績は research map（研究者情報データベース）に掲載する（資料 5-23）。

また、近畿大学学術情報リポジトリ（近畿大学の構成員による研究教育活動によって作成された学術研究成果）（学術雑誌掲載論文、学位論文、科学研究費報告書、講義資料・教材、学会発表資料など）、および、近畿大学 情報公開 採択制・外部研究資金（競争的研究費等）一覧が近畿大学のホームページ上に公開されている（資料 5-24）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育、研究、診療の活動についての学術的業績は、教員業績評価や近畿大学学術情報リポジトリ、近畿大学 情報公開 採択制・外部研究資金（競争的研究費等）一覧などによって知らされている。

C. 現状への対応

これまでと同じく、教員業績評価や research map（研究者情報データベース）近畿大学 情報公開 採択制・外部研究資金（競争的研究費等）一覧などを継続していく。

D. 改善に向けた計画

教員の教育、研究、診療の活動についての学術的業績は、さらに認知されるように、工夫を検討していく。

関 連 資 料

資料 5-13 学校法人近畿大学 教・職員評価に関する規程

資料 5-14 近畿大学教員評価に関する実施要項

資料 5-15 評価委員会部会運営要項

資料 5-16 医学部における教員業績評価の指標

資料 5-23 research map（研究者情報データベース）

資料 5-24 近畿大学学術情報リポジトリ

資料 5-25 近畿大学 情報公開 採択制・外部研究資金（競争的研究費等）一覧
採択制・外部研究資金（競争的研究費等）一覧【H. 28 年度実施分】

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

医学部では、教養教育と専門教育を 1 学年から両立させ、医療の現場での体験を重視しつつ、6 年制一貫のカリキュラムを編成している。1 学年の前期に行なっている「医学総論Ⅰ」では基礎医学を中心とした最新の研究成果に触れさせ、毎回レポートを課して、学生間の意欲や理解度を早期に把握するよう努めている。2 学年では各基礎系科目の実習を通してライフサイエンスの基本技能に触れさせている。（資料 5-11）。

基礎医学系教室が行っている研究とその成果は、1 学年の後期に行なっている「医学総論Ⅱ」において、基礎配属に近い実習を通じて、学生の教育活動に活かされている。（資料 5-11）

2 学年に 4 週間行なう「臨床総論Ⅰ/実習」、および 4 学年に 4 週行なう「臨床総論Ⅲ/実習」により、臨床実習の導入をスムーズな形で行なえるように配慮している（資料 5-10）。

臨床系教室が行っている診療活動は、臨床実習を通じて、学生の教育活動に活かされている（資料 5-26）。また、6 年時の選択臨床実習においては、地域の連携施設および関西私立 4 大学での学外実習を行なっている（資料 5-27）。

また、一部の学生には、短期の海外留学を行ない、医学部海外派遣プログラムの前に、基礎系の教室において、研究および語学の事前教育を行なっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

現在、新たなカリキュラムでの臨床実習を行ない、より臨床が教育活動に活用されるようにしている。

また、研究が教育活動と学習に確実に活用されるよう図っている。

C. 現状への対応

医学総論の内容や各教室が担当するユニット内の講義は、適宜見直していく。

診療参加型臨床実習の期間が延長されているが、学内外の臨床活動をより適切に行なう方法を検討していく。

研究が教育活動と学習に確実に活用される仕組み作りを考慮していく。

D. 改善に向けた計画

新カリキュラムでの臨床医学教育をさらに良くするための検討を行なっていく。

低学年の学生が基礎配属に近い実習を通じて、その後の研究活動において、通年性の研究を行なっていく制度作りを検討していく。

関連資料

資料 5-10 シラバス 医学総論Ⅱ

資料 5-26 近畿大学医学部実習記録臨床実習Ⅰログブック

資料 5-27 6 学年臨床実習班割表

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

医学部におけるアドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシーは大学ならびに医学部ホームページに掲載されている（資料 5-28）。

医学部時間割は、学生ポータルに掲載されているほか、Kindai Web Syllabus を介して、医学部全体のシラバスを閲覧できるようになっており、担当教員および教室の教科だけでなく、医学部全体のカリキュラムが確認できるようになっている。

臨床実習に関する内容は、学生ポータルにて、閲覧することが可能となっている。

カリキュラムの全体的なバランスについては、カリキュラム委員会、教務委員会で審議され、教授会などを通じて、各教員に知らされている。

FD 委員会を中心に医学部 FD は徐々に開催回数も多くなり、医学部講師以上の教員には原則として年 1 回以上の FD への参加を義務づけている。（資料 5-29）

また、臨床系教員では、医学部主催の指導医講習会（資料 5-30）に参加した際に、カリキュラムプランニングのセッションが必ずあり、そのことにより、カリキュラムについての理解度が高められている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学部シラバスは、個々の教員が Kindai Web Syllabus を介して見る事が可能である。また、FD により、カリキュラムの全体像について、各教員の共有化を図っている。

C. 現状への対応

シラバスの電子掲示や FD などにより、各教員が医学部全体のカリキュラムについてさらに理解が深めるようにしていく。また、中堅若手教員についても情報を周知し、カリキュラム全体の共有化に努めていく。

D. 改善に向けた計画

今後、全員参加型 FD 等の実施により、カリキュラム全体の理解や教育プログラムの理解、新しい教育技法の修得などの教育能力を進めていく。

関連資料

資料 5-28 近畿大学医学部教育方針（アドミッションポリシー、カリキュラムポリシー、ディプロマポリシー）学生ポータル

資料 5-29 FD の開催 資料

資料 5-30 指導医講習会 資料

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

教員の研修と能力開発に関しては、「学校法人近畿大学職員就業規則」（資料 5-31）、「近畿大学医学部・医学部附属病院就業規則」（資料 5-32）に規程されており、職員は職務遂行するに当たって必要な研修を受けなければならないこととなっている。さらに、「近畿大学国内研究・研修員規程」（資料 5-33）、「近畿大学在外研究・出張規程及び国内研究・研修員規程施行細則」（資料 5-34）に基づいて、近畿大学教員に対する研修を受ける機会は十分に提供されている。

講演会や FD 以外の教員に対する研修としては、CITI プログラムによる研究倫理の E-Learning による教育（資料 5-35）がなされている。また、医療安全・感染セミナーおよび DVD 研修、研究倫理の講習会の研修会、研修指導医養成としての臨床研修指導医講習会、緩和ケア研修（資料 5-36）等がなされている。医療安全・感染セミナーに関する DVD 研修では、内容を修得できたか評価もされている（資料 5-37）（資料 5-38）（資料 5-39）。

教員の活動と能力開発に対する支援は、各講座に対して講座の人員や大学院生を反映した教育経費が配分されている。また、研究経費については、講座の教員数、職位に応じて配分される。

研究費獲得のための支援として、大学として科研費取得のための人員を配置し、科研費取得のための説明会、および科研費応募・採択に向けた講演会（資料 5-40）等を開催し、外部資金獲得のために、外部助成金公募案内をメールにて配信し、支援をしている。また、各教員に対する経済的支援としては、「近畿大学個人研究費実施要項」（資料 5-20）、「研究助成金制度実施要項」（資料 5-41）、「研究奨励賞制度実施要項（資料 5-42）」に基づいて、個人研究費、研究助成金、研究奨励賞などの支援がなされている。

女性教員に対する支援としては、育児を行なう教員に対する労働時間の短縮として、育児短時間勤務、特別就労形態等がある（資料 5-9）。

教職員の健康に対する支援としては、安全衛生管理センターに産業医が配置されおり、定期健診が実施（資料 5-43）され、メンタル面においても、臨床心理士（資料 5-44）および産業医（資料 5-45）による面談も実際行なわれ、職場改善（資料 5-46）（資料 5-47）も実施されている。

平成 14（2002）年からは教員の自己点検・評価の取り組みとして、教員業績評価制度（学校法人近畿大学 教・職員評価に関する規程）が実施されている。各教員が毎年 5 月に前年度の業績を 4 項目（教育業績、研究業績、管理運営活動、社会活動）で自己評価し、自己申告票を教員業績評価部会に提出する。これに基づいて A・B・C の 3 段階にランク付けを行い、A ランクに評価された教員には賞与支給時に特別手当として加給される制度となっている。教員の自己点検・評価では、医学部教員業績評価委員会部会が作成した、教員業績評価システムに従って、各教員から提出された教育、研究、管理運営、社会活動、診療に関する活動実績の自己評価報告書を教員業績評価部会が評価している。（資料 5-13）（資料 5-14）（資料 5-15）（資料 5-16）

大学全体では、平成 19（2007）年 3 月に策定した「21 世紀第一次教育実施大綱」（近畿大学 21 世紀第一次教育改革実施大綱（平成 19（2007）年 3 月））に基づいて「教員の職務と任用体制の改革や「FD(Faculty Development)の導入や促進」に取り組んでいる。また、学究活動に付随する倫理面での質的向上を目的として、「研究活動上の不正行為等への取り扱い規程」（研究活動上の不正行為等への取り扱い規程）、および「法人倫理推進のためのガイドライン」（法人倫理推進のためのガイドラインパンフレット）を策定している。また、「研究費執行ガイドブック」（研究費執行ガイドブック）が全教員に配布されている（資料 5-48）。

FD 委員会が主催する FD が年に複数回開催され（資料 5-29）、個々の教員は、年に最低 1 回の FD 参加が義務付けられている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教員の活動と能力開発に関する方針は策定されており、その方針には、教員の研修、能力開発、支援、評価が含まれている。

C. 現状への対応

教員の研修、能力開発、支援、評価について適宜見直しを図っていく。医学部教員業績評価については、さらに評価基準の公平性について検討していく。

D. 改善に向けた計画

医学部教員業績評価は行なわれているが、今後多角的な評価の仕方を検討していく。

関 連 資 料

- 資料 5-9 近畿大学医学部・附属病院特別就労形態に関する規程
- 資料 5-13 学校法人近畿大学 教・職員評価に関する規程
- 資料 5-14 近畿大学教員評価に関する実施要項
- 資料 5-15 評価委員会部会運営要項
- 資料 5-16 医学部における教員業績評価の指標
- 資料 5-20 近畿大学個人研究費実施要項
- 資料 5-29 FD の開催記録
- 資料 5-30 指導医講習会の記録
- 資料 5-31 学校法人近畿大学職員就業規則
- 資料 5-32 近畿大学医学部・医学部附属病院就業規則
- 資料 5-33 近畿大学国内研究・研修員規程
- 資料 5-34 近畿大学在外研究・出張規程及び国内研究・研修員規程施行細則
- 資料 5-35 CITI プログラムによる研究倫理の E-Learning 記録
- 資料 5-36 緩和ケア研修参加記録
- 資料 5-37 医療安全セミナーの記録
- 資料 5-38 感染セミナーの記録
- 資料 5-39 研究倫理の研修会の記録
- 資料 5-40 平成 29 年度科研費応募・採択に向けた講演会
- 資料 5-41 研究助成金制度実施要項
- 資料 5-42 研究奨励賞制度実施要項
- 資料 5-43 定期健康診断表
- 資料 5-44 臨床心理士面談の記録
- 資料 5-45 産業医面談の記録
- 資料 5-46 職場巡視報告書
- 資料 5-47 保健委員チェックリスト
- 資料 5-48 研究費執行ガイドブック

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

原則として、講義では 1 人の教員に対する学生数は定員として 115 人である。実習においては、各担当教室によって種々な比率となっている。

教員組織編制方針は講座制であり、臨床医学系講座の教員組織については主任教授、臨床教授、准教授、講師、助教、助手によって構成され、基礎系講座の教員組織については教授

1人、准教授1人、講師1人、助教2人の定数を目安にしている。専任教員数（平成28（2016）年5月1日）は教授53人、准教授40人、講師169人、助教111人、助手0人である。

女性教員は44人であり、専任教員数に占める割合は13%である。平成24（2012）年度に女性の教授が1人着任した。

医学科の在籍学生数は、1学年123人、2学年131人、3学年120人、4学年114人、5学年127人、6学年116人で、専任教員1人当たりの学生は1.96人である（資料5-49）。

授業科目の担当教員は、毎年カリキュラムの編成・改正時に各Unitまたはコースの責任者、カリキュラム委員会、および教務委員会にて適合性が検討され、教授会で承認されている。

基礎系科目の実習では、担当する教室によっても比率が異なっているが、1グループ当たり学生4～10人程度となっており、大きな実習室に全体で教員4～6人が配置され、実習が行なわれている（資料5-50）（資料5-51）（資料5-52）。

チュートリアルでは、過去の医学教育文献を参考に、また、本学の人的資源との関係から、1人のチューター当たり学生7～8人にて行ってきたが、近年は学生人数の増加に伴い、増加している（資料5-53）。

臨床実習は、学生は1グループ3～4人とし、1～2グループを作って、臨床実習を行なっている（資料5-54）。また、ローテーション型と診療参加型実習を同時期に行う期間が3か月間みられるため、この期間中には、附属病院以外の学外実習等を行い、教員1人に対しての人数の増加の緩和に努めている（資料5-27）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

講義、実習、チュートリアル等の授業スタイルに合わせて、教員と学生の比率に配慮している。

数年前からの入学定員の増加によって、1学年95人から115人に学生数は増えたが、医学部教員の増加は十分ではない。

現在の問題点として、教員の不足や診療の負担増により、チュートリアルでのチューター配置については、各教室員数に合わせて配分されているが、人的負担となっている。

教員組織の編成については、カリキュラムポリシーに明示した教育理念や目的に応じた教員組織の編成を企図するとともに、大学設置基準における必要教員数を十分に満たす教員を配置し、職階ごとの専任教員数、年齢などのバランスにも配慮している。

一方、教員組織に占める女性の割合が少ない。特に上位職ほどこの傾向が強い。医学部の学生の4割近くを女子学生が占める現在（資料5-55）、女性医師・教員が働きやすい環境づくりとしては、育児短時間勤務、特別就労形態を採用している

C. 現状への対応

学生に対する十分な教育を行うため、臨床実習では大学内の教員だけでなく、連携施設の協力を得て、比率を高めていく。

D. 改善に向けた計画

学内の適正な教員数の確保とともに、臨床実習での連携施設における教育を推進していくよう検討していく。

また、女性の教員が働きやすく、また、一旦休職した後も復職しやすい環境づくりやシステム作りをさらに図っていき、男女比を考慮に入れた人事計画を長期的かつ具体的なものにするように検討していく。

関連資料

資料 5-27 6 学年選択臨床実習班割表

資料 5-49 平成 27・28 年度 近畿大学教員一人当たりの学生数

資料 5-50 1 学年学外施設実習要領

資料 5-51 1 学年プロフェッショナルリズム/実習 指導教員・模擬患者 割り振り表

資料 5-52 解剖学実習 班割表

資料 5-53 テュートリアル 班割表

資料 5-54 5 学年臨床実習班割表

資料 5-55 学年別の男女比（平成 29（2017）年度）

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

毎年、人事計画案が立案・更新され、大学本部の承認を得て、これに基づいて昇進人事が実施される。

教員の昇進は、「近畿大学教員選考基準」（資料 5-1）、「近畿大学医学部教員の選考基準」（資料 5-2）、「医学部講師・診療講師および講師、准教授、臨床教授 採用・昇格 要件・業績基準」（資料 5-3）、「近畿大学助教および助手の任期に関する規程」（資料 5-4）、「近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則」（資料 5-5）、「主任教授・臨床教授の選考について（内規）」（資料 5-6）により行なわれている。

教員組織編制方針は講座制であり、原則として、臨床医学系講座の教員組織については主任教授、臨床教授、准教授、講師、助教、助手によって構成され、基礎系講座の教員組織については教授、准教授、講師、助教によって構成されている。また、欠員に対しての補充を中心に昇進の方針を策定しているが、必要に応じて講師数を増加することが出来るようにしている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

昇進については、定められた基準に従って、公正かつ透明性を確保しながら行っている。

C. 現状への対応

准教授、講師、助教、助手においては、内部で昇進できる機会をできるだけ増やして、教育、研究、診療のモチベーションを高めるようにしていく。

D. 改善に向けた計画

教育的見地から、教員の適正配置について検討していく。

関 連 資 料

資料 5-1 近畿大学教員選考基準

資料 5-2 近畿大学医学部教員の選考基準

資料 5-3 医学部講師・診療講師および講師、准教授、臨床教授 採用・昇格 要件・業績
基準

資料 5-4 近畿大学助教および助手の任期に関する規程

資料 5-5 近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則

資料 5-6 主任教授・臨床教授の選考について（内規）

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

大人数の講義室としては各学年専用の教室が備わっている。解剖実習室、組織学・病理組織学実習室、細菌学、免疫学実習室、生理学・薬理学実習室、生化学・法医学実習室、生命科学実習室・化学実習室、IT 教室、学生自習室、カンファレンスルーム、多目的の小学習室（チュートリアルなどで利用）、学生専用のロッカー内の休憩場所、ロビー内のラーニング・コモンズ（学生同士の自主的なディスカッションのために設けられた場所）が配置されている。上記の教室で、共通教養科目、基礎医学、臨床医学の講義等が実施されている。多目的の小学習室は主にチュートリアルで使用するが、その他の教育でも必要に応じて使用可能である（資料 6-1）。医学部独自の図書館が整備されている。医学部図書館は、基本的に年中無休で、平日 8 時 45 分から 22 時、土日祝日は 9 時から 17 時まで開館しており学生は自由に

学習ができる。近畿大学東大阪キャンパスに中央図書館があり医学部学生も利用できる。大講堂、小講堂では、頻繁に講演会、セミナーが催され、教職員に拘らず、興味のある学生も聴講可能である。シミュレーションセンターは附属病院円形棟に設置されている。他に、救急災害棟にもシミュレータを設置している。敷地内には、3 か所の食堂（学生はすべて利用可能）、コーヒーショップ、コンビニエンスストア、書店があり、必要に応じ利用できる。書籍は定価の 1 割引となる。グラウンド（サッカー場）、テニスコートがある。学生の課外活動やレクリエーションに利用されている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

必要な設備は基本的に整備されている。講義室は学年ごとに（1～4 学年）あるが、最近、在学生数が多い学年が生じたので、座席数を増やすなどの措置は講じた。6 学年は小グループ単位で学習できるように、グループごとの小学習室が確保されている。体育館がなく、卒業生アンケートからも指摘を受けている。課外活動でバスケットボール、バレーボールなどの室内競技を行う場合は、外部の施設を利用している。

C. 現状への対応

平成 35（2023）年に移転を予定しており、新たな校舎スペースでは、教育スペースを根本的に見直している。なお、体育館がないことについては、卒業生アンケートでも指摘されている。課外活動で外部施設利用の場合に資金援助をおこなっている。

D. 改善に向けた計画

7 年後に医学部、附属病院を移設する計画であり、施設面でも、より充実した環境を整備したい。

関 連 資 料

資料 6-1 施設設備一覧

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

学生、教職員、患者とその家族に対する安全な学習環境を提供するには、学生に対する安全教育の充実と個別の対策が重要である。まず、医療安全（patient safety）教育に関しては、1 学年から毎年積み上げていくとともに、臨床実習直前の 4 学年において、医療安全のユニットを設け、とりわけ、患者とその家族に対する安全で安心な医療の提供ができる安全教育に配慮している。このユニットでは、医療安全と行動科学、ノンテクニカルスキル、医療事故分析などを、講義形式とグループ学習とを組み合わせる学び、時期も臨床実習に臨む直前とすることで、医療安全への意識を高めた状態で実習に臨めるような配置としている（資料 6-2）。学生、教職員には、健康診断（資料 6-3）を義務付け、抗体検査を行い、十分な抗体が得られていない学生に対しては、ワクチン接種（資料 6-4）を実施している。通学時の事

故、臨床実習参加などに対応する保険に加入している(資料 6-5)。手術室内では、感染防御のため、ディスポーザブル手術着、手袋、ゴーグルの着用を義務づけている。他の観血的手技についても、その内容に応じた防御策を講じている。万一、術中の刺傷など感染の恐れのある場合の対処法を感染対策室と連携して策定している(資料 6-6)。上記のような学生、教職員に対する安全な学習環境提供は、ワクチン接種による感染対策のように患者の安全管理にもつながっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

患者および学生の安全の観点から学習環境について継続的に検討している。

C. 現状への対応

解剖学実習、解剖実習室においては、時期を変えて厳密な測定を行ったところ、ホルマリン濃度の環境基準が達成されていない場合があった(資料 6-7)。施設の老朽化もあり、施設の見直しには限界があるが、空気清浄機などの対策を検討している。

D. 改善に向けた計画

安全な学習環境提供には、注意を払っている。しかし、常に前向きのモニタが必要であり、今後とも計画的に施設の点検を行う。

関 連 資 料

資料 6-2 近畿大学シラバス 4 学年 Unit 7 医療安全

資料 6-3 健康管理年間計画

資料 6-4 学生のワクチン接種に関する資料

資料 6-5 学生教育研究災害傷害保険加入者のしおり

資料 6-6 串刺しマニュアル

資料 6-7 作業環境測定 資料

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

必要に応じて、施設・設備を更新、改修、拡充している。例えば、近年では、IT 教室に引き続き、組織学・病理学実習室に 1 学年の学生全員が同時に使用できるパソコンを備えた(資料 6-8)。そこでは、教員が配布したデータに対し、同時にアクセスできるような装置が導入された。また、従来から、臨床シミュレータ装置を利用できる設備としては、シミュレーションラボを設置していたが、機能を拡充するため、平成 27 (2015) 年度から、新たにシミュレーションセンターとして、移転、増設した(資料 6-9)。このほか、学生代表と定期的に行われる昼食懇談会の場で、学生の要望を取り上げて、学習環境、生活環境およびシミュレーションセンターの整備などについて検討し、可能な内容には対応している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

学習環境、生活環境については、予算の範囲内ではあるが、随時改善されており、その内容については、学生の意見も取り入れられている。

C. 現状への対応

施設・設備は、医学教育の変化に伴い、新規の導入、更新が必要である。より学生の声を反映した施設・設備を設置するように努力している。

D. 改善に向けた計画

必要な機器が迅速に導入できるような対応が望まれる。どの設備を購入するかについての意思決定過程を明瞭化すべきである。

関 連 資 料

資料 6-8 改修工事の報告書

資料 6-9 シミュレーションセンター 資料

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年度改訂版に収載されている）」についての性差、年齢分布、急性・慢性、臓器別頻度等が参考になる。

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

医学部附属病院の許可病床数は 941 床（一般病床）であり、平成 28（2016）年度の総入院患者（実数）は 21,550 人、外来患者数（実数）は 568,505 人であった（資料 6-10）。ICD-10 による疾患分類は、退院サマリーをもとに分類したデータを示す。平成 28（2016）年度は、感染症および寄生虫症が 288 例、新生物が 7,674 例、血液および造血器の疾患ならびに免疫機

構の障害が 131 例、内分泌、栄養および代謝疾患が 747 例、精神および行動の障害が 114 例、神経系の疾患が 547 例、眼および付属器の疾患が 1,975 例、耳および乳様突起の疾患が 270 例、循環器系の疾患が 2,797 例、呼吸器系の疾患が 1,062 例、消化器系の疾患が 2,288 例、皮膚および皮下組織の疾患が 443 例、筋骨格系および結合組織の疾患が 1,018 例、尿路性器系の疾患が 826 例、妊娠、分娩および産褥が 391 例、周産期に発生した病態が 135 例、先天奇形、変形および染色体異常が 315 例、病状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないものが 147 例、損傷、中毒およびその他の外因の影響が 1,056 例、傷病および死亡の外因が 0 例、健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用が 61 例であった。過去 5 年間にさかのぼったデータと、平成 28 年（2016）度に関しては、ICD-10 中分類に基づく一覧も示す（資料 6-11）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

地域の基幹病院として機能していることから、近隣の医療機関から、多くの紹介患者を得ている。さらに、救命救急センターでは 3 次救急の患者を常時受け入れている。これらの実績から、2 次・3 次医療については、医学部附属病院にて十分な症例の経験ができる環境と考えている。また、1 次医療については、堺病院、奈良病院、実習連携病院等でも経験する機会を設けている。ただし、現在の臨床実習期間では、個々の学生が実際に経験している症例には、偏りが生じている可能性がある。その点については厳密な確認はできていないが、臨床実習レビュー等で他の学生の経験を共有するなど工夫を進めている（資料 6-12）。

C. 現状への対応

現状では、臨床実習中の症例の配分は、各診療科の裁量に任されており、個々の学生が臨床実習において、どの程度の症例を経験できているか、十分に把握できていない。学生が経験すべき疾患、症候、病態を明確にした上で、個々の学生の症例経験について、調査・フォローしていく。

D. 改善に向けた計画

全ての学生が多様な疾患を十分に経験する機会を得られるように、臨床実習カリキュラムを継続的に検討する。

関 連 資 料

資料 6-10 近畿大学医学部附属病院ホームページ

資料 6-11 近畿大学医学部附属病院 ICD-10 による疾患分類 資料

資料 6-12 臨床実習レビュー 資料

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は、実際に患者に接する前に技能を身につけるためのシミュレーションセンターと実際の現場に触れる実地医療の場との両方の施設が必要である。このうち、シミュレーションセンターは円形棟 1 階の全フロアを占めている。内容は、シミュレーションラボ 1～10、内視鏡実習室 1～3、および事務室等からなり、多数の臨床トレーニング機器を有している。年間延べ 4,600 人（約半数が医学生）が利用している。使用時間は原則 9 時から 20 時としている（資料 6-9）。実地臨床修練の場としては附属病院が中核となっている（資料 6-14）。大阪狭山市の医学部附属病院は、14 の一般病棟と ICU、救急災害棟（ER、急性期病棟、SCU、救命救急センター、CCU）から構成され、高学年の臨床実習だけではなく、救急災害棟ボランティア実習、検査診断部門、栄養部などの病院体験実習などでも利用されている。医学部附属病院の許可病床数は 941 床（一般病床）であり、平成 28（2016）年度の総入院患者（実数）は 21,550 人、外来患者数（実数）は 568,505 人であった。医学部附属病院の診療科としては、内科（循環器内科、内分泌・代謝・糖尿病内科、消化器内科、血液・膠原病内科、腎臓内科、神経内科、腫瘍内科、呼吸器・アレルギー内科、心療内科）、外科（上部消化器外科、下部消化器外科、肝胆膵外科、呼吸器外科、乳腺内分泌外科、小児外科、内視鏡外科、心臓血管外科）、脳神経外科、整形外科、形成外科、泌尿器科、歯科口腔外科、メンタルヘルス科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、小児科、産婦人科、放射線科（放射線腫瘍学、放射線診断学）、麻酔科、救命救急センター・ER 部、臨床検査医学部、病理診断科、東洋医学研究所附属診療所/漢方診療科がある。これらの診療科に加え、中央診療部門として、中央手術部、光学治療センター、早期認知症センター、ICU 部、NICU 部、人工透析部、輸血・細胞治療センター、周産期母子センター、低侵襲外科センター、遺伝子診療部、中央臨床検査部、中央放射線部、病院病理部を備えている。これらの診療科と中央診療部門は、密な協力の下に臨床教育に当たっている。臨床実習では、それぞれの診療科の実習期間中に少なくとも 1 人の入院患者を担当するようにしている。臨床実習は、この近畿大学医学部附属病院（大阪狭山）に加え、近畿大学医学部堺病院（310 床、1 日平均外来患者数 691 人、1 日平均入院患者 133 人）、近畿大学医学部奈良病院（518 床、1 日平均外来患者数 854 人、1 日平均入院患者 360 人）においても行っており、2 次から 3 次医療の患者を幅広く診療している（資料 6-13）（資料 6-14）（資料 6-15）。学外施設としては、1 学年の学外施設実習（資料 6-16）、5 学年の串本地域医療実習（資料 6-17）、6 学年の提携病院による地域病院実習（資料 6-18）などがある。特に、串本地域実習では、くしもと町立病院（130 床、1 日平均外来患者数 273 人、1 日平均入院患者 273 人）での実習に加え、社会福祉協議会や介護福祉施設職員との交流、在宅医療サービスへの同伴、予防医学の観点から地域住民への健康セミナーの開催など、高齢化・過疎化が進む地域での医療状況を実体験するプログラムを組んでいて、在宅診療の経験も可能である（資料 6-17）。6 学年の臨床実習提携病院は、平成 28（2016）年度実績では 9 病院であった。各病院の概要は、八尾医真会総合病院（病床数 301 床、1 日平均外来患者数 130 人、1 日平均入院患者数 244 人、受入学生 1 人）、市立岸和田市民病院（病床数 400 床、1 日平均外来患者数 1058 人、1 日平均入院患者数 318 人、受入学生 6 人）、市立貝塚病院（病床数 335 床、1 日平均外来患者数 477 人、1 日平均入院患者数 260 人、受入学生 2 人）、橋本市民病院（病床数 300 床、1 日平均外来患者数 652 人、1 日平均入院患者数 248 人、受入学生 3 人）、和泉市立病院（病床数 307 床、1 日平均外来患者数 483 人、1 日平均入院患者数 154 人、受入学生 2 人）、PL 病院（病床数 370 床、1 日平均外来

患者数 930 人、1 日平均入院患者数 274 人、受入学生 4 人)、大阪府済生会富田林病院(病床数 300 床、1 日平均外来患者数 634 人、1 日平均入院患者数 175 人、受入学生 2 人)、大阪南医療センター(病床数 470 床、1 日平均外来患者数 767 人、1 日平均入院患者数 349 人、受入学生 9 人)であった。これらの連携病院での実習を含めて、1 次医療から 3 次医療までを学生時代から経験できるような配分となっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

臨床トレーニング施設として、シミュレーションセンターは、十分な規模、必要な設備機器、適切な人員配置に努力している。実地臨床のトレーニングの場として、近畿大学医学部附属病院(大阪狭山)および近畿大学医学部堺病院・近畿大学医学部奈良病院は相互に補い合い実習環境を提供している。地域医療実習のうち、串本地域実習では、予防医学も実践できる機会を提供している。それ以外の学外施設についても、実習環境の充実に努めている。

C. 現状への対応

シミュレーションセンターは、学生の臨床実習に対する事前学習を中心に使用されている。低学年から継続的にシミュレーションセンターでの臨床トレーニングを行ない、徐々に高度な診察手技、治療手技が身につくように段階的なカリキュラムとしている。自主的な学習を希望する学生が、より使用しやすくできるような改善を図る必要があると考えている。1 次医療、プライマリ・ケアを学ぶ場として、学外施設の利用を増やしている。

D. 改善に向けた計画

シミュレーションセンターをより有効に活用するために、カリキュラム企画小委員会において、シミュレーション教育担当委員、臨床実習担当委員が協働して、臨床トレーニングについて方針を立てていく。学外施設での臨床実習を充実させるための方策を継続的に検討していく。

関連資料

資料 6-9 シミュレーションセンター 資料

資料 6-13 近畿大学医学部附属病院 概要

資料 6-14 近畿大学医学部堺病院 概要

資料 6-15 近畿大学医学部奈良病院 概要

資料 6-16 1 学年学外施設実習リスト

資料 6-17 平成 29 (2017) 年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習の手引き

資料 6-18 6 学年学外臨床実習施設 資料

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

臨床実習においては、各診療科の臨床実習担当教員の中で実習指導の中心となる臨床実習責任者を選任し、各科では、その統括のもと各診療科のスタッフが協力して外来、病棟、検査室での実習が構成されている（資料 6-19）（資料 6-20）。臨床実習に関わる診療科から選任された 30 人の臨床実習責任者は、定期的開催される FD への指導医の参加を促し、評価方法の共有化、ログブック活用をけん引する（資料 6-21）（資料 6-22）。臨床実習全体の統括責任者は、総合医学教育研修センター卒前教育部門教員が担当しており、FD のほか、必要に応じて各診療科との連携をとるシステムを構築している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

臨床実習責任者は、以前より医学教育に熱心に取り組む教員が選任されており、意欲も高い。反面、固定したメンバーとなり、教育業務が特定の指導医に偏りがちである。

C. 現状への対応

臨床実習の指導が特定の教員にのみに偏ることなく幅広く各診療科内で共有化されるように工夫を進める。

D. 改善に向けた計画

FD での議論を通じて実習指導のあり方について、理解と共有化を進める。

関連資料

資料 6-19 近畿大学医学部シラバス 臨床実習

資料 6-20 近畿大学医学部 臨床実習責任者一覧

資料 6-21 近畿大学医学部臨床実習 学生および教員のための手引き

資料 6-22 近畿大学医学部 臨床実習 I ローテーション臨床実習の経験と評価の記録ログブック 平成 29 年度

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

シミュレーショントレーニング施設は、平成 26（2014）年度まで、シミュレーションラボとして旧看護宿舎棟に設置されていたが、場所が病院棟の外にあり、移動に不便があった。旧宿舎を改修したため、部屋の区切りが十分にできず、使い勝手が悪い状況でもあった。また、シミュレータ数も少なく、専属職員も看護師 1 人のみで利用規程も厳しく、現場の実情に合わないために、使用頻度が少なかった。そこで、平成 27（2015）年 4 月に、新シミュレーションセンターとして、現在の病院内の円形棟 1 階の全フロアに移設し、新規稼動することになった。施設面積が大きくなり、各ブースの間仕切りもパーテーション壁になり、使用しやすい環境に変わった。移設に伴い、新規のシミュレーション機器も導入された。また、専属職員も事務職員 1 人、看護師 2 人と増員され、人的にも充実された。さらに、学生の要望も取り入れて、利用規程が改正され、使用しやすい状況となっており、利用者の使用頻度が上

がった（資料 6-9）。臨床実習の主たる場となる近畿大学医学部附属病院は NPO 法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）による外部評価により、卒後臨床研修評価機構の定める認定施設として認証されている（資料 6-23）。臨床トレーニング用施設として系統的な臨床トレーニングが可能な環境である。近畿大学医学部堺病院、近畿大学医学部奈良病院では附属病院以上に地域に密着した医療の経験が深まるようにしている。串本地域医療実習では、人口減少に直面したいわゆる「僻地」における地域医療について、町立くしもと病院を中心とした地域住民ケアの実践を学ぶ環境を提供している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

学生、研修医など、主たる利用者からの「生の声」を聞き取りながら、臨床トレーニング用施設の評価、整備、改善のプロセスを進めてきた。地域に密着した医療での臨床経験を深めるための実践的なトレーニングの場として、附属病院のみでは限界があり、地域医療との連携の必要性が重要となってきた。

C. 現状への対応

現在もシミュレーションセンターを利用した学生、研修医の要望を随時聞き入れて、使用しやすいように規約や使用規則等を随時変更している。附属病院以外の医療施設を地域医療実習の場として整備していく。平成 30（2018）年 1 月には、3 回目の JCEP を受審する予定であり、臨床トレーニング施設としての環境整備をさらに進める。

D. 改善に向けた計画

今後も、利用者の要請に応えるために、臨床トレーニング用施設を評価していき、機器の整備等を行なう。要望を取り入れた機器の新規購入も行い、日々の改善に努めていく。地域医療との連携を図るに当たっては、学内において、近畿大学医学部附属病院患者支援センターなど、地域医療との接点を持った部門とも連携していく。

関 連 資 料

資料 6-9 シミュレーションセンター 資料

資料 6-23 JCEP 受審資料

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、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。

1学年の前期課程において、平成23(2011)年度まで「情報処理」(資料6-24)、平成24(2012)年度から「科学的思考演習」(資料6-25)が必修科目として開講されており、情報処理・情報リテラシーおよび文献検索使用方法などを学ぶ。また、医学部学務課を窓口として情報システムセンターが、セキュリティ対策支援を行っている。情報通信技術の有効利用にあたっ

ては、平成26（2014）年度までは新入生ガイダンス時に学生無線LAN接続とその利用についての概要説明を行い、その後、PC購入時に1学年の申請者を集めて講習会（資料6-26）を行っていたが、現在は、学生が学生無線LAN接続を申請する際に情報システムセンターにおいて学生のPCに学生無線LAN接続作業している約20分間を利用して、学生無線LAN利用に関する遵守事項とセキュリティ対策などの確認を「学生教育用無線ネットワーク利用申請書」（資料6-27）と「ウイルス対策ソフト利用誓約」（資料6-28）に基づいて行っている。インフラとしては、すべての講義室とテュートリアル室および医学部図書館に無線LANネットワークアクセスポイントを配置し、学生PCが無線LANによって学内教育用インターネットに接続することができる。また、IT教室、病理組織学実習室には128台の情報通信技術の利用のためのPC端末を完備している。学生は、自ら学生教育無線LANを介してオンライン文献検索を行うことができる。なお、情報通信技術に関する倫理面については、医学の分野では、とりわけ個人情報保護に関する配慮が必要であると考ええる。この点については、4学年の医療安全ユニットにおいて、個人情報保護について学ぶ機会を設けている。具体的には、古典的な守秘義務の考え方から、積極的な人権としての自己情報コントロール権について解説し、日常診療、医学研究に関わる個人情報保護を学習する内容となっている（資料6-2）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

現状では、学生教育に必要な情報通信技術を提供できていると考えているが、情報技術の進歩に伴い、常に見直しが必要である。有効かつ倫理的な情報通信技術の利用のために、入学時と1学年前期にガイダンスを行っている。また、医療安全の授業において、個人情報保護に関する法的倫理的側面の教育を行っている（資料6-2）。

C. 現状への対応

各種ガイダンスおよび講習会等の日程や内容等、学生ポータル（学生教育用電子掲示板）から広報を行っているが、十分に定着させていく。

D. 改善に向けた計画

個人情報保護の考え方等を情報セキュリティの観点と医療安全の考え方を結び付けて、学生が理解できるように図っていく。

関 連 資 料

資料 6-2 近畿大学医学部 シラバス 4 学年 Unit 7 医療安全

資料 6-24 情報処理講義 資料

資料 6-25 シラバス科学的思考演習講義

資料 6-26 PC 購入時に 1 学年の申請者を集めて開催される講習会 資料

資料 6-27 学生教育用無線ネットワーク利用申請書

資料 6-28 ウイルス対策ソフト利用誓約

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

学生ネットワークの利用に関しては、講義室と実習室にアクセスポイントを設置し、証明書で接続認証を行う学生向けの無線ネットワークを提供している。学生ネットワークを利用したい場合は、学務課にて申請書を受け取り、情報システムセンター学生窓口において申請・設定を行う。学内インターネット設定に際して、学生には、自身のPCを最新のOSに保つこと、および、セキュリティ対策ソフトのインストールとウイルス定義の更新を義務付けている（資料6-27）。救急災害センターでは、IEEE802.11a/n(5GHz)のみ対応しているため、対応するPCが限定される（資料6-29）。学生ネットワークにおけるプリンタ利用も可能で、現在は、9か所に設置している（資料6-30）。学生は、プリンタ利用手順書に沿って各自設定を行う。学生1人あたりの印刷枚数は、1月当たり200枚までとしている。印刷枚数の確認は、プリント印刷設定ソフトと枚数確認ソフトを設定することで確認することができる（資料6-31）。さらに、医学部では全学生（学部生・大学院生）の入学時にアカウントとパスワードを配布し、WEBメールの利用が可能である。学生メールには大学からの連絡事項等が配信される。スマートフォンや携帯電話等への転送も可能としている（資料6-32）。各部局で医学部ネットワークの利用やインターネット接続・メールサービスを利用するには設定を行う必要がある。インターネット利用者協議会（資料6-33）で定めた「インターネット利用規約 pdf」（資料6-34）を遵守することを条件として利用者にネットワークサービスを提供している。なお、利用規約に則り、情報システムセンターでは各部局ルータまでの基幹ネットワークの維持・管理を行い、各部局のネットワークの維持・管理に関しては各部局のネットワーク管理者が行っている。医学部ネットワークの利用時のセキュリティ対策として、必ずウイルス対策ソフトをインストールし、ウイルス定義ファイルは常に最新の状態にすることが義務付けられ、ウイルス対策ソフト利用誓約書の提出が必要である（資料6-28）。使用するOSやOffice、その他のアプリケーションソフトについても適宜アップデートを行う（資料6-35）。大阪狭山キャンパスで業務に使用される端末については、大学がライセンスを所有するウイルス対策ソフトの利用も可能となっている（資料6-36）。利用対象は、大阪狭山キャンパスの教職員および所属長が必要と認めた者で利用を希望する者（資料6-37）と、大阪狭山キャンパスにて業務に利用する端末（資料6-38）である。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生および教職員のインターネット利用環境は、十分に担保されている。また、大学サーバと個々の端末に対するセキュリティについてもウイルス対策ソフトの利用と更新が必須となっていることで、大学内のPCの保護を行っている。さらに各教職員がセキュリティチェックリストを用いて自己チェックを行うことで、セキュリティ保護意識の向上に努めている。

C. 現状への対応

学生ネットワークと医学部ネットワークともに不正アクセスなどを未然に防ぐためにセキュリティ対策の向上を行っていく。また、医学部内の通信速度向上とモバイル端末を見据えた無線LANシステムの構築と有線LANシステムの配線および中継機器の更新を常に行っていく。

D. 改善に向けた計画

学内のインターネット環境の安全性と高速化を図るとともに、図書館が契約している教育用コンテンツの配信や文献検索や学術雑誌閲覧などを各学生・各教職員端末において行うためのインターネット環境を継続的に改善していく。

関連資料

- 資料 6-27 学生教育用無線ネットワーク利用申請書
- 資料 6-28 ウイルス対策ソフト利用誓約書
- 資料 6-29 医学部無線ネットワークシステム証明書接続クライアントセットアップ手順書
- 資料 6-30 プリンタ利用手順書(Windows 8 用)
- 資料 6-31 プリント枚数確認手順書
- 資料 6-32 情報システムセンターホームページ メールの利用 学生向け
- 資料 6-33 近畿大学医学部・病院・看護専門学校情報システム委員会規程
- 資料 6-34 近畿大学医学部インターネット利用規約
- 資料 6-35 セキュリティ対策チェックポイント
- 資料 6-36 ウイルス対策ソフト利用上の注意事項
- 資料 6-37 ウイルス対策ソフト利用申請書（個人端末用）
- 資料 6-38 ウイルス対策ソフト利用申請書（共用端末用）

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

自己学習のための設備として、共有スペース、講義室およびチューリアル室には学内教育用インターネットに接続するためのアクセスポイントを設置し、申請すれば学生持ち込み端末をインターネットに接続することを可能にしている。各教室内とチューリアル室前の廊下にはドキュメント作成用端末 8 台を設置し、文献検索や医学部図書館が契約しているオンライン自習教材の利用など自己学習のために活用されている。E-learning については、試験的に DxR™ Clinician を導入している（資料 6-39）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

各教室、チューリアル室および医学部図書館に配置された無線 LAN アクセスポイントの接続回線数は、十分に確保をしていると考えているが、アクセス可能な状態となっているのは構内の限定された場所である。セキュリティの問題もあり、ただ、数や場所を増やせばよいというわけではないが、自習室の無線 LAN 接続回線数の増加などについては改善の余地がある。試験的に DxR™ Clinician を導入しているが、まだ、学生への周知は不十分である。

C. 現状への対応

多くの学生に、これらのサービスを活用してもらうためには、サービス内容の広報も重要である。医学部図書館と情報システムセンターを通じて、オンライン文献検索サービス、研究支援・教育用ソフトウェアについての周知を図っている。また、講義室、自習室、チュートリアル室、IT 教室、病理組織学実習室における利用については、医学部図書館・情報システムセンターを通じて広報や周知を進めていく。

D. 改善に向けた計画

無線 LAN アクセスポイントの拡充を進めているが、今後もセキュリティへの配慮をおろそかにしないように充実させていく。新しい E-learning 教材の活用についても積極的に取り組む。

関 連 資 料

資料 6-39 DxR™ Clinician 資料

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

学生および教職員が、自由に情報にアクセスできるように、Google のサービスを利用する形で、学生ポータルを設置し、学生教育ページを公開している。医学部キャンパス内はもちろんであるが、アカウントさえ持っていれば自宅や外出先からでも、その内容にアクセスすることができる（資料 6-40）。学生ポータルでは、学生向けの学務に関する内容が逐次更新されている。また、図書館を通じて所定の手続きをとれば、医学部 LAN に接続された端末を利用して、インターネットを介した検索が可能である。このサービスを利用すれば、文献データベースや図書館の契約している医学教材・電子書籍・電子ジャーナル等を使用することができる。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

時代の流れに即して、学生、教職員が、新しい情報通信技術を活用して、最新の情報へアクセスできるように努めている。

C. 現状への対応

このように新しい情報通信技術を取り入れているが、学生および教職員に周知されず、十分な活用ができていない事例が経験されており、周知活動に努めている。

D. 改善に向けた計画

学生への周知活動として、情報技術の講義などを行っていく。また、教職員向けの情報技術に関する講習会を検討していく。

関 連 資 料

資料 6-40 学生ポータルトップページ

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

医学部附属病院の患者文書、検査・画像所見等はすべて診療情報システム（いわゆる電子カルテ）にて管理されている。すべての教員が医師として診療しているわけではないが、多くの教員が、医療上の必要性から日常的に電子カルテを使用しており、患者管理にも利用している。ログインするための ID とパスワードは、臨床実習開始前に学生に与えられ、アクセス可能となる。個人情報保護のために一部の患者では閲覧に制限を設けている。電子カルテが利用できる診療端末は、病院の教職員の利用が優先されるが、学生は、病院内に設置されている診療端末、あるいは電子カルテ室から利用可能である。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教員や学生は電子カルテを利用して患者の情報管理に加わることが可能である。基本的に学生は診療記録を作成して保存できる。学生の記載事項は、それが学生による記載であることが明示されるので、教員以外の医療スタッフにも伝わるようになっており、その内容も確認することができる。また、教職員と比べると学生の診療録閲覧に関しては機能アクセスの制限を行っており、検索などに関して不便な点があるが、医療安全上、致し方のない措置と考えている（資料6-41）。

C. 現状への対応

学生の電子カルテ利用に制限が設けられることは致し方ないことではあるが、個人情報保護について十分に配慮しながら、学習上、必要な場合は、学生であっても、多くの患者の診療録を閲覧できるようにしていく。

D. 改善に向けた計画

臨床実習に関わる部門は、学生が臨床実習に必要な情報が適切に得られるように電子カルテ管理部門との連携を深めていく。

関 連 資 料

資料 6-41 電子カルテ権限 医師-医学生対比表

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

近畿大学医学部附属病院では富士通の電子カルテシステムが採用されており、保険病名入力、診療報酬請求にも活用されている。また、附属病院電子カルテでは、診療報酬算定に関わるようなチーム医療（緩和ケアチーム、栄養サポートチームなど）に関する特別な記載もできるようになっており、一部は地域医療機関との連携に活用されている。学生は、これらの情報を閲覧できるが、自らが入力することはできない（資料6-41）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

DPC病名入力など、保険医療システムに関わるような部分については、實際上、教育は不十分である。

C. 現状への対応

保険医療システムでの業務が理解できるように病名の閲覧は可能である。電子カルテの記載を通して、保険診療システムへの理解を深めるように努めていく。

D. 改善に向けた計画

行政機関とも協力して、保険医療システムに関する教育を推進していく。

関 連 資 料

資料 6-41 電子カルテ権限 医師-医学生対比表

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

医学部附属病院では、学生が担当する患者の診療記録を指導医のもと、電子カルテで閲覧することができる。病棟、外来などの診療現場以外にも、電子カルテにアクセスできる場所を確保しており、電子カルテ室においても閲覧は可能である（資料6-41）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

実習担当患者の電子カルテへの閲覧はできるようにしている。

C. 現状への対応

一定の制限はあるものの、担当患者に関する学生のカルテ閲覧、検査・画像所見等の閲覧は原則として保証していく。

D. 改善に向けた計画

学生の電子カルテ利用について、その閲覧や記載に関する制限は、一定程度、必要なものである。ただし、その制限が過度になっていないか、あるいは、逆にセキュリティ上の問題はないのか、医学教育部門と情報管理部門が継続的に議論する。

関 連 資 料

資料 6-41 電子カルテ権限 医師-医学生対比表

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

教育カリキュラムを作成するにあたって、医学研究の成果を取り入れるためには、幅広く医学研究の成果に通じた人材を活用すべきである。本学のカリキュラム作成は、カリキュラム委員会が中心的役割を担っている。そのメンバーには、基礎医学、臨床医学、社会医学の研究者が含まれている。それぞれの立場における医学研究に関する学識を医学教育の実践の場で生かすために、医学教育専門家もカリキュラム委員会のメンバーに含まれている。本学のカリキュラム立案では、これらの医学研究者の知見を有効に生かす努力を行っている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学研究者のカリキュラム立案への参画により、本学のカリキュラムでは、系統的には1年から医学総論Ⅰ・Ⅱ（資料6-42）（資料6-43）で医学研究に携わるプログラムを提供することとし、その後も、基礎医学教室においては常に学生に対して研究の門戸を開いている。その成果のひとつとして、年々稠密化していくカリキュラムの中であっても、実際に研究に携わ

る学生が、少数ではあるが存在する（資料 6-44）。このほか、大学院科目を学部生の間に履修できる ART 制度（資料 6-45）を利用する学生もいる。

C. 現状への対応

カリキュラム作成に医学研究とその学識を利用することは、本学のコンピテンスのひとつである「課題解決能力と医学研究への連結」を達成するには不可欠である。それを有効化するためにも、触発された学生のモチベーションを高めて、学生の研究への希望をできるだけ叶える形で対応していく。

D. 改善に向けた計画

医学研究と学識を利用しながら、稠密化するカリキュラムの中でも、研究志向を持つ学生のモチベーションを保つような工夫を凝らしたカリキュラム作成を目指す。

関 連 資 料

- 資料 6-42 近畿大学医学部 シラバス 1 学年 医学総論 I
- 資料 6-43 近畿大学医学部 シラバス 1 学年 医学総論 II
- 資料 6-44 平成 29（2017）年度 研究参加学生リスト
- 資料 6-45 ART 資料

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

近畿大学医学部は、コンピテンスのひとつとして、【課題解決能力と医学研究への連結】を掲げている。教育実践の場でこれを実現するためには、課題解決のために何が必要で、その手段としての医学研究とは何か、と言うことを学習者に理解させることが求められる。学習者に医学研究とは何かを考えさせるために、入学早期からの実践的な体験を重要視するとともに段階的に臨床研究まで学ぶことができるカリキュラムの方針である。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

段階的に学ぶ具体例としては、1 学年前期では医学総論 I（資料 6-42）において、おもに基礎医学、社会医学教室の教員が、それぞれの研究テーマを題材に研究的視点を導入している。後期の医学総論 II（資料 6-43）において 8～10 人のグループに分かれて基礎医学の教室を訪れ、研究の実際や実験手技について、実地的な手ほどきを受けている。また、医療イノベーション学では先端の医学研究のトピックについて学んでいる（資料 6-46）。2 学年では各基礎教室が担当する Unit に実習が組み込まれており、研究の基礎となる実験手技を学ぶ機会となる。また、臨床研究の早期体験の場としては、臨床総論 I/実習（資料 6-47）の病院体験実習で臨床研究センターの業務について学ぶ機会を提供している。4 学年では臨床各論Ⅷ（臨床腫瘍学）（資料 6-48）の授業の中で、「がんの橋渡し研究」、「がんの臨床研究と EBM」、「がんの新薬開発」などを学ぶ。このように、基礎研究から臨床研究までをそれぞれの専門家が

学生たちに教育するカリキュラムを設け、実行している。このように、本学の医学教育カリキュラム全般を通じて学ぶ機会を提供し、一部の学生は正規のカリキュラム以外にも実験室に関わって研究を行っている。学会発表、論文発表を行っている学生も存在する。

C. 現状への対応

段階的に医学研究へのエクスポージャーを進めるとともに、個別の学生において研究への興味を持つきっかけをカリキュラムの中で提供し、学生の学会発表や論文発表につなげていく。

D. 改善に向けた計画

研究に興味を持つ学生が継続的に自主的な研究活動を行えるように、サポートするシステムを充実させていく。

関 連 資 料

資料 6-42	近畿大学医学部	シラバス	1 学年	医学総論 I
資料 6-43	近畿大学医学部	シラバス	1 学年	医学総論 II
資料 6-46	近畿大学医学部	シラバス	1 学年	医療イノベーション学
資料 6-47	近畿大学医学部	シラバス	2 学年	臨床総論 I / 実習
資料 6-48	近畿大学医学部	シラバス	4 学年	臨床各論 VIII（臨床腫瘍学）

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

本学では、共同研究施設として、次世代シーケンサー、質量分析装置、電子顕微鏡、共焦点レーザー顕微鏡などのほか、P2、P3 レベルの動物飼育室、胚操作室、遺伝子改変マウス作成施設などを設置しており、それぞれに使用規約が設けられている（資料 6-49）。現実的には、学生がこれらの施設を使用することはほとんどなく、各研究室に自主的に出入りする少数の学生が、各教室に指導者のもと、使用しているのが実情である。このほか、学生講義室や実習室は学務課が管理しており、明文化はされていないが、学生教育での使用が優先される。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

共同研究施設では、学生の使用は例外的であり、実際的な問題は生じていない。一般の講義室、実習室は、各種の研修などで使用されることはあるが、学務課長を責任者として、学務課が管理しており、学生教育の使用が最優先となっている。

C. 現状への対応

講義室、実習室の使用について、学生教育が最優先であることを明確にしていく。最先端の研究に関わる共同施設利用については、それぞれの施設ごとの取り決めに従って運用を続ける。

D. 改善に向けた計画

施設によっては、教育使用優先を明文化する必要性があるか検討する。

関 連 資 料

資料 6-49 共同施設利用規約

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

1 学年における医学総論Ⅰ（資料 6-42）、医学総論Ⅱ（資料 6-43）、医療イノベーション学（資料 6-46）をはじめ、各課の授業や実習を通じて、医学研究の成果を学生に理解させる試みを行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

一部の学生が医学研究に興味を持って、学会発表や論文発表を行うなどの成果は上がっている。

C. 現状への対応

医学研究に興味を持った学生が、その後もリサーチマインドをさらに発展させ、その学生が医学研究者の道を進むにあたって、サポートしていく。

D. 改善に向けた計画

医学教育研究に興味を持った学生のサポートをさらに充実させていく。

関 連 資 料

資料 6-42 近畿大学医学部 シラバス 1 学年 医学総論Ⅰ

資料 6-43 近畿大学医学部 シラバス 1 学年 医学総論Ⅱ

資料 6-46 近畿大学医学部 シラバス 1 学年 医療イノベーション学

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

入学時より、学生の希望者に基礎医学教室で研究をスタートすることができる。1 学年後期医学総論Ⅱ（資料 6-43）にて、学生は、各基礎医学教室を訪れ、実験あるいはテュートリアル方式によって、各教室の研究について学ぶ。臨床講座では、講座のモーニングカンファ

レスで行われる研究成果についての発表に、学部学生も参加することができる方式を取り入れている講座がある。学生の中には継続して研究室に出入りして、学会発表、論文共著者となる者も存在する。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

CBT、国家試験などの対応が優先されている中、一定数の学生が研究に携わっている。平成 29（2017）年 4 月現在で、2～6 学年の 15 人の学生が 10 研究室（基礎医学 5、臨床医学 3、社会医学 2）において研究に従事している。そのうち、論文共著者となった者 5 人、学会発表を行った者 3 人と言う実績である（資料 6-44）。

C. 現状への対応

現状でも上記のような研究に従事する学生が存在するが、さらに発展させるために、研究マインドの醸成を学部教育のひとつの柱として尊重していく。

D. 改善に向けた計画

研究を行うことで、進級、卒業に不利にならない仕組み、すなわち研究成果を単位として認めるなどの奨励策が必要である。

関 連 資 料

資料 6-43 近畿大学医学部 シラバス 1 学年 医学総論Ⅱ

資料 6-44 平成 29（2017）年度 研究参加学生リスト

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

本学では日本医学教育学会の医学教育専門家資格を有する者が、平成 29 (2017) 年 6 月現在、2 人在籍しており、いずれも、教育系の委員会等で役割を担っていて、医学教育上、必要な時にはアクセスできる (資料 6-50)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学内の医学教育専門家以外でも、必要に応じて外部の専門家から助言をお願いしていたが、平成 29 (2017) 年度からは、教育評価委員会を設置してその外部委員として 3 人の専門家とのつながりを明確にした。その中の 1 人である他学の医学教育専門家は、かねてより、共用試験のモニタなど実務面において、助言を得ていた。また、医学教育に造詣の深い地方厚生局の専門官とは、従来から、研修指導医講習会等を通じて、双方向的なコミュニケーション

があり、必要に応じて助言を得ている。本学の薬学部教員からは、医薬連携の合同授業やシミュレーショントレーニング等を通じ、薬学教育の専門家として、助言を得ており、教育評価委員会の外部委員としてアクセスができる環境にあると考えている。

C. 現状への対応

医学教育専門家とは、決して限られた存在ではなく、一般教員も教育の専門的な領域に少しでも関心を深めていく必要がある。そのため、外部の教育専門家を招聘して講演を企画したり、学内で教育に関するパネルディスカッションを実施するなどの手段により、FDの一環として、教育専門家との接点を作っていく。

D. 改善に向けた計画

今後とも、内部の人材にも医学教育へ興味を持つように働きかけて、教育実践を積みながら医学教育専門家の資格を取得することを計画していく。

関 連 資 料

資料 6-50 日本医学教育学会ホームページ 認定医学教育専門家

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

本学では、カリキュラム開発に関して、教育専門家の関与を重要視しており、本学に2人在籍する医学教育専門家は、カリキュラム委員会の主要メンバーとしてカリキュラム開発に関わっている。さらに、教育専門家の視点から学ぶ目的で、医学教育者のためのワークショップ（いわゆる富士研ワークショップ）に、教育とカリキュラム開発に関わる主要なメンバーを参加させる方針をとってきた。その結果、平成20年代では、第43回（平成28（2016）年）、第41回（平成25（2013）年）、第40回（平成24（2012）年）、第36回（平成21（2011）年）と4人が受講した。これらの人材をカリキュラム開発の議論や医学教育改革に積極的に活用することが本学の方針である。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

富士研経験者は、学内の教育担当部署や教育に関連した委員会に配置され、医学教育専門家とともに、本学の医学教育で中心的役割を担っている。現在の医学部長、病院長も富士研経験者であり、医学教育専門家の理念に沿ったカリキュラム開発に積極的である。

C. 現状への対応

大学では人事異動が多いために、人材を養成しても他の機関へ移籍することも少なくないが、医学教育専門家の資格取得を目指したり、富士研への参加を教員に対して推奨している。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム開発に関連した FD を積極的に推進して、多くの教員が学べるように進めていく。

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

FD や教育系委員会での議論を通じて指導および評価方法の開発を進めている。例えば、DREEM プロジェクトなど、学生の実態調査に関わる国際的な方法などを学んでいる。また、毎年、評価に関する FD を行い、新しい評価法にチャレンジしている（資料 6-51）。平成 28（2016）年度は、臨床実習における評価にフォーカスを絞り、12 月および 3 月に FD および討論会を実施して、新しい評価ツールにチャレンジした（資料 6-52）。具体的には CbD（Case-based Discussion）の方式を専門家とともに議論して、導入の方針を策定した。平成 29（2017）年度には、1 学年の救急災害棟での実習において、カナダの McGill 大学でプロフェッショナリズム評価ツールとして開発された P-MEX（Professionalism Mini-Evaluation Exercise）を活用して、患者サービスにおける態度や自分自身の意識について評価を試みている（資料 6-53）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

指導および評価方法の開発については、定期的なチェックとブラッシュアップを目的とする FD と、専門家の提案等にもなうフォーカスを絞った FD の両者を実施して、推進する方針である。

C. 現状への対応

指導および評価方法の開発に関する教育専門家の利用が、場当たりのにならないように、方針を決めて計画的に推進していく。

D. 改善に向けた計画

DREEM や P-MEX 等、今後も教育専門家を交えて、議論をしながら指導および評価方法の開発を進めていく。

関 連 資 料

資料 6-51 DREEM プロジェクト 資料

資料 6-52 FD 資料（平成 28（2016）年 12 月、平成 29（2017）年 3 月）

資料 6-53 1 学年のプロフェッショナリズム/実習 P-MEX 表

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

平成 27（2015）年度には、若手の外部医学教育専門家による“医学教育への行動科学・社会科学の導入”についての講演を開催した（資料 6-54）。また、本学教員を交えたパネルディスカッションも行った。この一連の議論をベースとしたカリキュラムの改訂につなげた。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教職員の教育能力向上のためには、権威者を招聘するだけでなく、学内外の教育専門家の中で、アクティブに開発をしている専門家を選び出して招聘することも行っている。

C. 現状への対応

個々の領域の教育においても、学内外の様々な専門家が関わるように、推進していく。

D. 改善に向けた計画

アクティビティの高い学内外の教育専門家の招聘や活用を検討していく。

関 連 資 料

資料 6-54 平成 27（2015）年度 FD 資料

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

平成 26 年（2014）度には、他学の医学教育専門家を招聘して医学教育に関する最新のトレンドについて情報を得た（資料 6-55）。平成 28（2016）年度には、他学の医学教育専門家に分野別医学教育認証評価に関して、講演で情報を得て、教員の理解を共有した（資料 6-56）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

啓発活動としての FD を行うことにより、多くの教員が最新の知見やトレンドに注意を払うようになった。

C. 現状への対応

最新の知見に関する理解を共有できても、アウトカム基盤型教育についての理解は、学内全体としては十分とはいえず、対応を進めていく。

D. 改善に向けた計画

アウトカム基盤型の教育について、今後、さらに医学教育者のためのワークショップに、受講者を派遣するなどして、専門家を育成して、学内のワークショップの基盤を形成していく。

関 連 資 料

資料 6-55 平成 26 (2014) 年度 FD 資料

資料 6-56 平成 28 (2016) 年度 FD 資料

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

本学では従来から教育部門だけではなく、複数の講座の教員が、日本医学教育学会を中心に教育に関連した学会発表を行ってきた (資料 6-57)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

各領域での教育成果の発表とともに、日本医学教育学会での発表等を通じて、教育研究を推進している。

C. 現状への対応

教員の発表だけでなく、医学生の発表や教育イベントへの参画を推進している。第 46 回日本医学教育学会での学生セッションの発表では、学生たちが自主的に、New England Journal of Medicine の CPC に関する記事をもとに学習するサークルについて、屋根瓦式の教え学びあうシステムを運営した成果を発表して、優秀賞を得た。また、第 2 回全国 CPR 選手権で本学の学生が成人 CPR standard 部門で第一位を獲得するなど成果を上げている。

D. 改善に向けた計画

教員、医学生ともに、教育研究に参画する土壌をさらに育成することをめざしている。

関 連 資 料

資料6-57 日本医学教育学会 発表者リスト

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

近畿大学医学部では、平成27（2015）年度から近畿大学医学部海外研修プログラムが開始された。このプログラムは近畿大学医学部において将来活躍が期待される優秀な人材を派遣、そして海外より近畿大学医学部に興味のある人を招聘するもので、人的交流を通じ、近畿大学医学部の将来を担う中心的人材を育てることを目的としている。プログラムでは、北米、欧州、の2地域を対象にコースが用意されている。北米コースは2学年から4学年を対象に米国IOWA大学へ基礎系ローテーションとして最大5人までの参加者が募集されている。派遣時期は各学年夏休み期間（8月）とし、派遣期間は4週間となっている（資料6-58）。欧州コースは5学年を対象に臨床系ローテーションとして、英国Imperial College London へ最大3人の参加者が募集されている。派遣時期は3月で、派遣期間は2週間となっている（資料6-59）。いずれのプログラムも、派遣時点で進級するのに十分な成績を満たしていること、有効な

TOEFL-iBTスコアを有していること、本事業の趣旨を理解した上で、英語でプレゼンテーションを行い積極的に交流できること、本学医学部の魅力等を積極的に発信できること、などの応募条件を設定している。プログラム費用は本学医学部で負担する。また、低学年の基礎系ローテーションについては、学生が選択した研究室で研究されている内容を事前に調べ、その内容にあった学内の基礎系教室へ学生を配属させ、基本的な手技や実験内容を理解するための事前トレーニングを実施している。海外派遣にかかわらず希望者に対して毎年「基礎統合実習」プログラムを提供している（資料6-60）。これは本学を含む4大学が共同で実施しているプログラムで、主に低学年の学生に対し、学生が自分たちで考えた仮説を自分たちで実験、結果を検証、さらに新しい仮説を立てるというサイクルを繰り返すことによって「探求するプロセス」を体感することを目的としている。参加者は医学生、他の自然科学系学部の学生と多様であり、教員同士の交流もある。4学年では本学薬学部と協働で医薬連携合同学習会が実施されている（資料6-61）。将来同じ現場で働く医学部と薬学部学生が同じグループで同じ課題に取り組むことで、協調性や職種を超えたコミュニケーションが取れることが目的である。1学年では学外の諸施設の協力の下、学外施設実習が実施されている。この実習では地域における保健、医療、福祉関係の活動に触れ、様々な施設と職種によって地域医療が成り立っていることを理解することと社会人におけるマナー、良識、医療人としての自覚といった社会性を身につけることが目的である。実習施設は特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、保健所、保健センター、精神障がい者授産施設、産業廃棄物処理施設と多様である。各施設へは必ず担当教員が1人同行するので、教員と学生の交流も生まれる（資料6-64）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

近畿大学医学部海外研修プログラムは、平成27（2015）年に北米コースへは2学年2人の学生が派遣された。平成28（2016）年では2～4学年各1人計3人が派遣された。欧州コースは平成29（2017）年に5学年2人が派遣された。一定数の応募者は見られるが、TOEFL-iBTスコアをクリアするための勉強に時間を費やせない学生もいる。北米コース、欧州コースとも、参加した学生その体験談を近畿大医誌に投稿し公開している（資料6-63）（資料6-64）（資料6-65）（資料6-66）（資料6-67）（資料6-68）（資料6-69）。基礎統合実習プログラムは平成25（2013）年度2人、平成26（2014）年度2人、平成27（2015）年度1人、平成28（2016）年度3人の参加があった。夏休み期間を利用して実施されるが、学年によっては参加できない日程となっている。必然的に時間に余裕のある1学年が参加することが多い（資料6-62）。医薬連携合同学習会は10年ほど前から継続的に実施している。平成23年度に文部科学省のチーム医療推進事業として採択されてからは、報告書を作成して、医学部、薬学部の学生の構成チームのチームプロダクトを掲載している。従来は、2学年、3学年に実施していたが、低学年では合同プログラムの意義がわからないまま参加している学生も見受けられた。そこで、カリキュラムモデルに沿って、臓器別シリーズの学習時期を越えて横断的学習を行う時期に4学年のカリキュラムとして位置づけた（資料6-61）。学外施設実習は20年前から実施されている。開始当初は保健所、保健センターといった公衆衛生関連施設だけであったが、時代とともに介護老人保健施設、産業廃棄物処理施設、というように広がりを見せている（資料6-62）。医学部学生の視野が狭くならないように、できるだけ広く社会との関わりが感じられるように広げていきたい。

C. 現状への対応

近畿大学医学部海外研修プログラムについて、海外大学への派遣は実施しているが、受け入れがまだ不十分である。欧米の大学から日本への受け入れは希望者が少ないため、今後はアジアへ向けて受け入れの強化も予定している。また、TOEFL-iBT対策として、英語教員に協力していただき、希望者にはスコアアップのための補講、勉強の方法をコーチングしてもらっている。また、この活動を多くの方に知ってもらうため、近畿大学医学雑誌への掲載、保護者会での報告に留まらず、低学年学生への体験談発表、学生生活委員会での報告を実施した。基礎統合実習は、夏休み期間を利用して実施されるが学年によっては参加できない日程となっている。現状、特に低学年へ向けて学生ポータルを活用して広報しているが、応募者増加につながっていない。医薬連携同学習会、学外施設実習は、カリキュラムに組み込まれているため、対象となる学生は全員参加している。しかし、どちらのプログラムもグループで取り組む課題の為、学生間の温度差が生じてくる。各指導教員には、積極的でない学生に役割を持たせるといった対応を取ってもらうようにしている。

D. 改善に向けた計画

近畿大学医学部海外研修プログラムにより、北米、欧州への道は出来た。今後アジア諸国への提携も計画している。すでに近畿大学本部でMOUを締結している高雄医科大学（台湾）、ベトナム国立大学ホーチミン市校医学部より受け入れを計画している。近畿大学の他学部と比較すると、医学部で海外実習を経験した学生の割合は少ない。また、医学部内の講座単位で海外の大学医学部との学術交流がある場合、学生にも参加の可能性があるかなどの情報も学生に積極的にポータルサイト等で公開していく。学外施設実習は指導教員に対するFDを事前に実施することも検討していく。

関 連 資 料

- 資料 6-58 近畿大学医学部海外研修プログラム（北米コース）実施要項・関連書類
（平成 27（2015）年 12 月、第 3 版）
- 資料 6-59 近畿大学医学部海外研修プログラム（欧州コース）実施要項・関連書類
（平成 28（2016）年 10 月 第 1 版）
- 資料 6-60 基礎統合実習 資料
- 資料 6-61 医薬連携教育プログラム 資料
- 資料 6-62 学外施設実習要領
- 資料 6-63 近畿大医誌 第 40 巻 3、4 号 101～106、2015.
- 資料 6-64 近畿大医誌 第 40 巻 3、4 号 107～111、2015.
- 資料 6-65 近畿大医誌 第 41 巻 3、4 号 103～104、2016.
- 資料 6-66 近畿大医誌 第 41 巻 3、4 号 105～107、2016.
- 資料 6-67 近畿大医誌 第 41 巻 3、4 号 109～110、2016.
- 資料 6-68 近畿大医誌 第 42 巻 1、2 号 41～42、2017.
- 資料 6-69 近畿大医誌 第 42 巻 1、2 号 43～45、2017.

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

海外の大学・医学部・病院へ学生を派遣した場合、および海外の医学部学生を近畿大学医学部で受け入れた場合における実習修了証明書発行に関する規約は整っていない。現在、医学部4学年時に本学薬学部との医薬連携プログラムが実施されており、これは薬学部との履修単位互換となっている（資料6-61）。また、6学年時に、関西4私立大学（近畿大学医学部、関西医科大学、兵庫医科大学、大阪医科大学）との相互選択臨床実習の交流がある（資料6-70）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

単位互換として実際に機能しているのは、関西4私立大学（近畿大学医学部、関西医科大学、兵庫医科大学、大阪医科大学）との6学年相互選択臨床実習である。本学では、教養科目、基礎医学、医薬連携プログラムなどで、近畿大学内の他学部との交流を推進している（資料6-61）（資料6-71）。

C. 現状への対応

近畿大学本部でMOUを締結している高雄医科大学（台湾）との単位互換の整備を進めている。

D. 改善に向けた計画

今後、ベトナム国立大学ホーチミン市校医学部との単位互換を検討している。

関 連 資 料

資料 6-61 医薬連携教育プログラム 資料

資料 6-70 6 学年 関西 4 私立大学相互選択臨床実習 資料

資料 6-71 近畿大学医学部シラバス 1 学年 「医学から見た現代社会と倫理」

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

教職員については、国内外の学会に出席することが多く、そのような場を通じて、頻繁に国内、海外の研究者と交流を持っている。また、共同研究を企画、推進している事例もあり、相互に訪問する機会がある。ただ、これらについては、各講座の裁量に任されており、十分には人数の把握はされていない。学生の交流としては、近畿大学医学部海外研修プログラム（北米コースおよび欧州コース）があり、大学が費用を負担している。それ以外には、IFMSAを介した交流がある（資料6-72）。学生の国内交流については、国内学会に参加する場合に一部費用負担の実績がある。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

近畿大学医学部海外研修プログラムの費用は大学が負担している。国内学会に参加する場合に一部費用を負担している。また、海外の大学の教員、研究者および学生が近畿大学医学部を一定期間訪問あるいは留学する際に宿舍を低額で提供している。

C. 現状への対応

留学してくる海外の学生については、ゲストハウス利用の便宜をはかっている。臨床実習に関しては、本学のホスト学生が、エスコートすることによりきめ細かなサポートを行っている。学習面だけではなく、学生たちが、自主的に清掃や家具の工面をして、滞在期間中の生活をサポートしている。

D. 改善に向けた計画

近畿大学医学部海外研修プログラムの充実を図っていく。交換留学生との交流の場やさらに利用しやすい宿舍なども考慮していく。

関 連 資 料

資料 6-72 IFMSA 受け入れ学生 資料

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

学生の海外での学生実習に関して、今年度から開始した海外研修プログラムが窓口となり、学生の希望もニーズも考慮しながら有意義で安全な実習になるように配慮している。教職員の留学、研究交流に関しては積極的に経済支援を行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教職員では多くの海外の大学と交流があり、多くの受け入れ実績があり有意義な交流をおこなっている。学生の交流についても充実に努めている。

C. 現状への対応

平成20（2008）年ごろから、IFMSAの学生を受け入れて交流に努めているが、本学で海外交流を行う際にも手続きやルールに関しては、IFMSAの組織の倫理規定を尊重している（資料 6-72）。学生の海外での短期留学について、さらに検討していく。

D. 改善に向けた計画

学生の交流に関しては新規の派遣先についても拡充を継続的に検討していく。

関 連 資 料

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プロセス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るべきである。
 - 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

定期的に教育プロセス、アウトカムをモニタするプログラムとしては、医学部では教務委員会を中心に委員長や学務課が行ってきたが、プログラム化されてはいなかった。一方、全学では、プレースメントテスト分析、退学調査などを、教育改革推進センターに報告する形で、IR 機能を展開している（資料 7-1）。また、医学部でも全学の IR の展開を参考に整備を始めている（資料 7-2）。さらに、海外の IR の状況も講習やワークショップに参加するなどして参考にしている（資料 7-3）。

モニタすべき「教育プロセス」、「学修成果」に関するデータとして、医学部で収集しているデータとしては、以下のものがある（資料 7-4）

1. 1 学年の学生に対する教育アウトカムに対する自分たちの意識
2. アウトカム達成の背景となる学生の生活、意識調査（DREEM 等を活用）
3. 本学の場合は、入試区分が多様であることから、入試区分でどのように成績が推移しているか中央値の推移をモニタ
4. 特定の入学区分では入学時の成績と、その後の学内の試験での成績
5. 本学では各学年の終わりに総合試験を客観試験として実施していることから、各学年の総合試験の相関をモニタ
6. 4 学年の CBT が、客観的な実力の指標としてマイルストーンになることから、この CBT の試験と、入学時の成績、卒業試験の成績などの相関を検証
7. 卒業総合試験の成績と、医師国家試験の成績の関連
8. 学生の年齢と成績との関連、出席率と成績との関連など、個々の学生の特性と成績との関連
9. 卒業時に入学時に思い描いた自分自身の目標が達成されたかどうかの調査

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

モニタは、網羅的にすべての学年のコホートについて行われているのではない。また、教育アウトカムからみて、「医学的知識」の点に偏りがちになっている。IR 機能としては、単

に学生の成績をモニタするのではなく、むしろ学生に関する基本的なデータから系統的なモニタが求められているが、広いデータ収集や分析のシステムができていない。また、誰がステークホルダーであり、誰に対して報告するか、誰がそのデータを管理して、誰が分析するのかといった整理も、十分できていない。このような IR 機能については、海外、特に米国とわが国では、IR の認知度、システム化等において、著しい差があることから、このようなモニタのプログラムの基盤となる IR システムについて、調査中である（資料 7-3）。これまでも医学部におけるモニタ機能は、従来、学務課中心に行われてきたが IR 機能としてはプログラム化されていなかった。アジア諸国、特にわが国では、IR の整備は大きく遅れており、国全体の高等教育機関を対象とした包括的なデータシステムが確立していない。

C. 現状への対応

医学部のカリキュラム委員長が全学の IR センターの専任教授に移籍して、医学部のカリキュラムの教育プロセスとアウトカムをモニタできるように、検討を進めている。また、医学部においても IR 担当者を決め、学生の成績等を集積し解析していく。しかし、この課題に関しては、場当たりのデータ収集や局所的な分析ではなく、本来は大学横断的なデータシステムが基盤となる。例えば、資料は米国の IR のスタッフたちの倫理コードであるが、こうしたデータを扱う前に、それを扱う者たちの倫理規範を整備するなどから始めている。（資料 7-3）。

D. 改善に向けた計画

全学の教育プロセス、アウトカムに関するモニタに医学部も積極的に参入する。現時点では、学生の実績をトレースするコホートに、医学部が加わっていないが、今後進めていく。また、医学部の IR 機能の整備を進める（資料 7-2）。

関連資料

資料 7-1 全学 IR 関連資料

資料 7-2 医学部 IR 関連資料

資料 7-3 57th AIR (2017) 資料

(The Code of Ethics and Professional Practice (Code) of the Association for Institutional Research)

資料 7-4 学生の実績に関する資料

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

FD を利用して教員からカリキュラムとその主な構成要素に関してフィードバックを得るようにしている。例えば、平成 26 (2014) 年度の FD では、4 月に、“国際基準に対応した医学

教育：医学教育の質保証と医学教育カリキュラム改革”をテーマに講演会を実施した。これを機会に、教職員に対する総括的なアンケートを実施して、カリキュラムとその主な構成要素に関して教職員の評価を収集した。平成 28（2016）年度の FD においては、12 月に“臨床実習”をテーマとしており、カリキュラムとその主な構成要素に関して、教員から調査を行った（資料 7-5）。注釈では、カリキュラムとその主な構成要素としてカリキュラムモデルに言及しているが、カリキュラムモデルにもとづくプログラムの評価として、平成 26（2014）年度の教職員に対する総括的なアンケートがある。旧カリキュラムでは各科目を順次履修して、週末に試験を受けていく、いわば順次型カリキュラムモデルであったが、アンケートではこのモデルの学びに対する問題が数多く指摘された。その結果、カリキュラムモデルを改訂して、1 学年で生命科学の基礎を学び、2 学年で基礎医学の学体系に沿って学び、その後半には、診断学的な基礎を導入し、3 学年で臓器別の学びを進め、4 学年で横断的な科目を学ぶとともに、症候・病態の視点から学ぶというスパイラル型カリキュラムモデルとした。このように FD を機会に調査を行いプログラムの評価に役立てている。

また、注釈では、カリキュラムとその主な構成要素に関して、中核となる必修教育内容と、選択的な教育内容が含まれるとしている。中核となる必修教育内容に関しては、医学専門領域の教育が含まれるが、「国際化に対応できる教養と英語力」については、教育アウトカムに掲げられており、医学英語の授業を継続しているものの、多くは学生自身の勉学にゆだねられている。卒業時アンケートで、「入学時と比べ、英語力が身につきましたか」と質問して、この点についてモニタしている。その結果、5 段階評価において、問題解決能力が平均で 4.1、コミュニケーション能力が 4.0 であるのに対して、英語力は 3.2 に過ぎず、1 と評価した学生も少なくなかった（資料 7-4）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

FD においては、業務の関係で出席できない教員もいるため、一部の教員にプログラムを評価する回答が限られる。平成 26（2014）年度の調査においては、内容をできるだけ見やすい形にまとめて、教育系委員会や教授会で共有するようにした。平成 28（2016）年度においては、同じ内容の FD を 2 回行って、できるだけ多くのフィードバックを収集するようにした。カリキュラムモデルに関する教員の意見を集約する仕組みとして FD におけるアンケートを活用したが、学生の実績や満足度を検証する仕組みは、まだ系統化されていない。特に、プログラムに関してフィードバックを行う学生に対する安全な環境に関する配慮が十分とはいえない。

C. 現状への対応

FD において、教員からの評価を得ることを行っているが、今後、さらに広く評価を得ていく必要がある。学生の実績や満足度に関するデータを安全に、確実にモニタする仕組みを構築するため、学生の個人情報扱う機会がある教職員、学務課職員、IR 関係者が、学生との利益相反を明示し、倫理的な扱いについて綱領を共有するといった基本的な整備を開始した（資料 7-2）。

D. 改善に向けた計画

平成 29（2017）年度から教育評価委員会を立ち上げ、学生の進歩とともに、プログラムの評価についても行っていく。従来より実施されてきた PBL テュートリアルだけでなく、TBL の導入など、新カリキュラムでは、カリキュラムに新しい構成が組み入れられる。この構成では水平統合がより明確に推進される。また、講義形式の授業でも、新しい統合型授業が導入されることから、こうした新しく導入されるカリキュラムの構成要素に関して、教員、学生からフィードバックを得ていく。

関 連 資 料

資料 7-2 医学部 IR 関連資料

資料 7-3 57th AIR（2017）資料

（The Code of Ethics and Professional Practice（Code） of the Association for Institutional Research）

資料 7-4 学生の実績に関する資料

資料 7-5 FD 資料

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

“student progress” の点からプログラムを評価するシステムについては、学生の cohorts に関して継続的な評価が求められるが、そのような仕組みは確立できていない。医療系大学間共用試験実施機構による CBT および OSCE で、4 学年における医学的知識、技能、態度に関して評価を行い、年度ごとに学生の進歩があるかどうかを検証している。特に、平成 29（2017）年度は新カリキュラムによる 4 学年がどのような成績を示すかに注目している。学生の実力が年々進歩しているかどうかの評価は難しいが、本学では、5 学年、6 学年の段階でどのように学生の医学的知識が向上したかを、客観問題の item の中にキャリブレーション問題を設定してモニタしている（資料 7-8）。また、item analysis による解析以外では例えば、2 学年の臨床総論 I / 実習は、臨床系の導入授業として、各科横断的なプログラムを組んでいるが、プログラムと学生の進歩について、毎年、コアメンバーで検討を加えて評価を行い取り組んでいる。平成 28（2016）年度には、本試験の成績が悪かった学生 30 人にレポートを課して、コアメンバー 4 人がレポート採点を共有して学生の進歩について検証した。

学生自身の資質・能力/コンピテンスの進歩の評価も重要である。平成 28（2016）年度、卒業時アンケートでは、入学時に思い描いた目標が達成できたかの質問に、アンケートに協力した 81 人中、39 人が目標を達成できたと強く思うと回答している（資料 7-4）。ただし、質問そのものは、「入学時に描いた学生生活の目標は達成できましたか」という設問であり、必ずしも、自分自身の資質・能力/コンピテンスの向上に関する設問とは限定しない可能性がある。平成 27（2015）年度入学の学生からは、卒業時までには修得すべき資質・能力に関して自分たちで考える授業を展開している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学生の進歩に関する客観的評価は、4 学年の医療系共用試験機構の CBT および 5 学年と 6 学年のキャリアブレーション問題以外は、モニタとしては不十分である。他の専門職では等価実技試験という形態があるが、平成 26（2014）年度の現行のカリキュラムの見直しでは、5 年時の終了時に等価実技試験をするアイデアについて指摘されている（資料 7-5）。

卒業時に学生が自分自身の進歩に関して評価することは行われているが、入学時に、教育アウトカムに関して、意識することが従来、行われてこなかったことから、卒業時のモニタのシステムとしては、必ずしも明確に位置付けられていない。

C. 現状への対応

キャリアブレーション問題の活用の実際も考慮しながら、学生の実力が進歩したかどうかの検証をするシステムをさらに増加させていく。

卒業時に学生自身の進歩を評価する現行のシステムの位置づけをモニタシステムとして明確化して、現在の入学時の調査と、卒業時の評価を関連付ける。

D. 改善に向けた計画

新カリキュラムで学生の実力が伸びたかどうかを、検証していくとともに、入学時、卒業時の学生自身の意識づけと評価を明確化していく。

関 連 資 料

資料 7-4 学生の実績に関する資料

資料 7-5 FD 資料

資料 7-6 5 学年総合試験判定

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

Identifies and addresses concerns とあり、プログラムの懸念事項を明確にしていく仕組みを構築することを求めている。平成 26（2014）年の第 2 回 FD におけるプログラム評価においては、教員のアンケートで、次のような concerns が寄せられた（資料 7-5）。

1. 本学がミッションで唱えている人間性の育成ができていない。実習としてボランティア活動を取り入れてはどうか。
2. 自分で考えることができていない。ディベートを入れるべきである。
3. 講義のスタイル、資料のフォーマットなどがばらばらである。統一を図るべきである。
4. 解剖学の知識が不足である。2 学年のカリキュラムを充実すべきである。
5. 本学で推進しているアドバンス OSCE を 5 学年に移動すべきである。
6. 6 学年の臨床実習は学外病院とすべきである。

7. カリキュラムが過密である。もっと余裕を持たせた方がよい
8. 5 学年が大事だが不十分である。
9. 2 週で読みきりのコース制は、理解を深めるために問題がある。廃止すべきである。
10. コミュニケーションが取れない学生が多い。患者と世間話でもよいのでインタビューをもっともっとうるべきである。
11. 学力のばらつきがあるのは当然である。中程度に照準を合わせて、ついていけない学生に補習する方式にシフトすべきである。

といった concerns である。こうした指摘をもとに、新カリキュラムが構築された。

特に大学の使命からみた課題として、次のような点が強調される。本学では大学の使命として、「人に愛される人、信頼される人、尊敬される人の育成」を掲げてきた。また医学部の使命として「人に愛され、人に信頼され、人に尊敬される医師」を掲げている。しかし、教員の指摘では、卒業時に、まず社会人として、信頼される人材になっていないのではないかという点が多く指摘された。そのため人に尊敬される医師を育成することができていないのではないかという懸念が寄せられた。教育アウトカムにおいて、「倫理とプロフェッショナルリズム」を最初に示したのは、そのことを反映している。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

上記の教員からの concerns に対して、多くの部分に改善を加えているが、1 学年のカリキュラムの在り方や、入学選抜の在り方など懸案事項は多い。

C. 現状への対応

平成 29（2017）年 5 月には、卒業生に対する調査も行い、卒業生からの concerns についても検討した（資料 7-7）。個別意見としては、

1. 電車通学が困難であり車通学を認めて欲しかった。交通の便の悪さ。
2. 自宅生にとって休憩したいときに休むところがなかった。気持ちの休憩ができなかった。
3. 駐車場が狭く入口が狭かった。ほかの学部との交流が難しかった。売店や食堂があまり充実していなかった。
4. インターネット環境の整備の改善、本屋の規模拡大してほしかった。
5. 体育館がない。

などの施設や立地に関する懸念事項も少なくない。そこで、この方面からも、検討していく必要がある。

D. 改善に向けた計画

現在、FD ごとの教員からの指摘は自由記述で行われているが、これを系統化して具体的なフィードバックにできるように手法を検討している。卒業生からのフィードバックとしては、平成 29（2017）年から、卒業生調査を開始したが、継続的なものとする。こうした調査アンケートは、さらなる調査や問い合わせができるように記名で行われているが、調査目的を明確にして記載内容で不利な扱いを受けないように配慮している。

交通の便や施設的な懸念事項に関しては、6 年後に移転を計画しており、電車通学がしやすい環境になること、商業施設も近くに豊富に存在することなどから、ある程度、解決されることが期待される。

関 連 資 料

資料 7-5 FD 資料

資料 7-7 卒業生調査資料

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

平成 26（2014）年度にまとめた以下のフィードバック事項（資料 7-5）について、次のようにカリキュラムに反映している。

1. 本学がミッションで唱えている人間性の育成ができていない。実習としてボランティア活動を取り入れてはどうか。→1 学年に対して救急災害棟でボランティア実習を取り入れた。
2. 自分で考えることができていない。ディベートを入れるべきである。→従来、本学で育ててきた PBL テュートリアル授業を工夫して新しい展開を加えるとともに、TBL にもチャレンジしていく。
3. 講義のスタイル、資料のフォーマットなどがバラバラである。統一を図るべきである。（資料のフォーマットなどを統一すると学生にとって分かりやすい）→臨床総論、症候病態などの横断的授業を通じて、統一された学習目標に向けて取り組む。臨床の授業は、チームでコースを構成しているが、合同授業なども取り入れつつある。
4. 解剖学の知識が不足である。2 学年のカリキュラムを充実すべきである。→解剖学については、2 つの分野に分けて実施したり、6 学年が 2 学年を指導したりといった試みを行ったりしてきたが、まだカリキュラムへの反映は模索中である。
5. 本学で推進しているアドバンス OSCE を 5 学年に移動すべきである。→PCC-OSCE のトライアルを平成 29（2017）年度に実施することになった。この指摘については、今後、PCC-OSCE のことと、合わせて考慮していく必要がある。
6. 6 学年の臨床実習は学外病院とすべきである。→これを反映するために学外実習の拡張を進めている。
7. カリキュラムが過密である。もっと余裕を持たせた方がよい。→講義数を縮小して実習を充実させるとともに、学生がお互いに、あるいは自ら学習する時間をもつことをカリキュラムの整備の方針にしているが、十分とは言えない。
8. 5 学年が大事だが不十分である。→臨床実習の新しい評価に関して、平成 28（2016）年度に FD を行い、チャレンジしている。臨床実習レビューを平成 26（2014）年度より導入している。
9. 2 週で読みきりのコース制は、理解を深めるために問題がある。廃止すべきである。→廃止して、いくつかの診療科がチームになってコースを形成するカリキュラムモデルを導入した。
10. コミュニケーションが取れない学生が多い。患者と世間話でもよいのでインタビューをもっともっとうるべきである。→1 年生時点から、患者から直接、闘病のお話を聞く、救急災害棟でサービスをするといったプログラムを導入している。

11. 学力のばらつきがあるのは当然である。中程度に照準を合わせて、ついていけない学生に補習する方式にシフトすべきである。→生物学の高校での履修が不十分であった学生にリメディアル教育を行って、評価もしている。教員のメンター制度を充実させている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

十分反映されていない事項としては、

1. 講義のスタイル、資料のフォーマットなどがばらばらである。統一を図るべきである。
(資料のフォーマットなどを統一すると学生にとって分かりやすい) →授業評価の結果を十分フィードバックさせる。
2. 解剖学の知識が不足である。2 学年のカリキュラムを充実すべきである。→解剖学については、2 つの分野に分けて実施したり、6 学年が 2 学年を指導したりといった試みを行ったが、なお模索中である。
3. 本学で推進しているアドバンス OSCE を 5 学年に移動すべきである。→PCC-OSCE の導入が主要な目標となった。
4. カリキュラムが過密である。もっと余裕を持たせた方がよい。→講義数を縮小して実習を充実させるとともに、学生がお互いに、あるいは自ら学習する時間をもつことをカリキュラムの整備の方針にしているが、十分とは言えない。

C. 現状への対応

カリキュラム委員会等の教育系委員会での議論を継続するとともに、FD を中心に、方針を教員の間で共有化する努力をしている。

D. 改善に向けた計画

今後、このような教員からのフィードバックだけでなく、平成 29 (2017) 年度から発足した教育評価委員会のフィードバックも得て、改善を進める (資料 7-8)。

関 連 資 料

資料 7-5 FD 資料

資料 7-8 教育評価委員会資料

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

Context of the educational process とある。これは、本学の環境や文化だけでなく、組織や資源を含んでいる。従来、このような視点からのプログラム評価は、系統的には行われておらず、場当たりのであった。

平成 6（1994）年卒の 5 人の卒業生によるフォーカスグループインタビューでは、平成 6（1994）年卒業時と現在では、教育活動をめぐる状況は激変していることが指摘されたが、本学の特徴として変わらない部分もある。特に、平成 16（2004）年の臨床研修制度の改訂は、大きな変化をもたらした。また、診療においても医療安全の普及などもあって、医学部を取り巻く環境は様変わりしている。ただし、本学では、平成 6 年卒業時においても、ストレート入局ながら、入局後、関連各科をローテートするシステムをとっていた。また、大学の基本理念にある、「人に愛され、信頼され、尊敬される医師」の養成をめざすことは、当時から現在まで、自然に浸透していたということが指摘された（資料 7-7）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

従来は、包括的な視点からプログラムを見直すという点からは、比較的、外的要求や教育トレンドによることが多かった。PBL テュートリアル導入は、本学はわが国では比較的早く、わが国における牽引的な役割も果たした。

C. 現状への対応

本学の context of the educational process にもとづくプログラム評価のために、平成 29（2017）年度から教育評価委員会を設置した（資料 7-8）。さらに、卒業生からのフィードバックを得るために、卒業生調査を行い様々な意見や指摘を得ていく。

D. 改善に向けた計画

教育評価委員会は少なくとも年 3 回は開催するように定期的な評価を目指しており、また、本学の環境、文化を外部の方に加わって評価いただくシステムとしている。また、卒業生からのフィードバックも、本学特有の事項や特徴に関して、継続的に得ていく。

関 連 資 料

資料 7-7 卒業生調査資料

資料 7-8 教育評価委員会 資料

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

カリキュラムの特定の構成要素としては、course description, teaching and learning methods, clinical rotations and assessment methods 等があげられている。例えば、本学の PBL テュートリアルについては、ワーキングを定期的で開催して、プログラムに関して包

括的に評価している。小グループディスカッション、症候病態の関連講義、ポスター作成と発表会、自習、試験を組み合わせカリキュラムを運用している。例えば、ポスターセッションの評価については、すべてのグループに同じ課題を与えて発表会をして、評価をしていたが、ワーキングの議論では近年は、課題を割り当てたり、グループが独自にフォーカスをあてたテーマを尊重するなどして、発表会を行っている。グループごとの評価も、発表内容の完成度で評価できるので、すべてのグループが同一の課題でなくてよいという方針で改訂した（資料 7-9）。また、臨床総論 I / 実習、プロフェッショナリズムについては、講義と実習の構成や関連について、定期的に議論している（資料 7-9）。

臨床実習のローテーションにおいては、従来、実習内容や評価方法は診療科に任せられ統一されたものがなかったが、臨床実習レビューを導入して、学びを共有化する仕組みを取り入れた（資料 臨床実習レビュー）。また、評価方法を診療科間で共有するために、ログブックや評価シートを見直し、FD を実施した。ただし、個々の学生における経験症例のモニタ等のシステムは整備できていない。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

これらの評価は、新しいカリキュラムが中心であり、必ずしもすべてのカリキュラムに及んでいない。

C. 現状への対応

新カリキュラムが進行していくプロセスの中で、定期的な評価を進める。特に、テュートリアルなどの授業の改善のために、継続的な見直しを進めている。

D. 改善に向けた計画

カリキュラム企画小委員会を中心に、横断的授業のワーキングを開催してカリキュラムの評価を定常的に行っていく。臨床実習のローテーションのきめ細かなモニタを進めていく。

関 連 資 料

資料 7-9 横断的授業ワーキンググループ資料

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。

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

長期間で獲得される学修成果について、プログラムの包括的な評価はできていない。ただし、卒業時の学生に対するアンケート、各学年の学生への DREEM 調査、卒業生へのアンケート調査などで系統化は不十分なものの、モニタをしている。例えば、平成 28（2016）年度卒業時の学生アンケートでは、問題解決能力や、コミュニケーション能力については、それぞれ 68%、69%とおおよそ 2/3 の学生が、5 段階で 5、もしくは 4 と回答しているが、英語力につ

いては、このような回答をした学生は、42%と半数に達しなかった（資料 7-4）。DREEM（the Dundee ready education environment measure Med Teach 1997; 19（4）：295～299）を活用した調査では、“学習しなければならないことの多くは、医療従事者としての将来に関係があると思う”という問いかけには、どの学年の学生も多くが肯定的に返答していた。しかし、“将来の仕事に対して十分な準備をしているという実感がある”という設問では、肯定的な返答の割合が低下した。本学のプログラムの下で、学生の多くが長期間で獲得される学修成果に到達できるか懸念を持っていた（資料 7-10）。

シラバスの作成時にディプロマポリシーと教育アウトカムを盛り込むようにして、それぞれの授業と、長期間で獲得されるアウトカムとを関連づけている。そのプロセスの中で、プログラムの包括的な評価につなげることをめざしている（資料 7-11）。また、個々の授業に関しても、長期間で獲得されるアウトカムとの関連付けを、一部では行っている。学生に対しては 1 学年の入学直後に、“入学後卒業までに身につけるべきこと”といった議論を行う（資料 7-12）、2 学年において再びアウトカムに関する授業を行うなどして、長期間で獲得されるアウトカムに関して学生の意識づけをおこなっている（資料 7-13）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

長期間で獲得されるアウトカムに関して学生の意識づけをおこなっているが、この点からプログラムを包括的に評価するところまで至っていない。また、授業と長期間で獲得されるアウトカムとの関連について、教員の理解が不十分である。今後、FD においてこの点から教員の理解を進めていく必要がある。

C. 現状への対応

長期間で獲得される学修成果については、学生だけでなく、卒業生からも情報を得て、モニタしていく必要がある。平成 29（2017）年 6 月に実施した卒業生調査では、学生の時に学んだことで、現在の活動に役立っている事項として、医学的知識については、回答を寄せた 43 人中 29 人があげていたが、医療的責務については 19 人、倫理については 15 人にとどまっていた。フォーカスグループインタビューでも、卒前教育で医学的知識以外の学修成果について、プログラムの中で十分には扱われていなかったという指摘があった（資料 7-7）。

D. 改善に向けた計画

シラバスやプログラムの再検討を進めるとともに、横断的授業ワーキンググループの議論等においても、長期間で獲得されるアウトカムの点からプログラムの評価と改善をきめ細かく進める。また、アウトカム自体の理解を教員や学生に進める。

関 連 資 料

- 資料 7-4 学生の実績に関する 資料
- 資料 7-7 卒業生調査 資料
- 資料 7-10 DREEM 調査 資料
- 資料 7-11 近畿大学医学部シラバス
- 資料 7-12 1 学年の学生が考える教育アウトカム
- 資料 7-13 臨床総論 I / 実習 資料

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。

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

本学のプログラムが social accountability の点から、かなっているかどうかの点から定期的に見直すことは従来行われてこなかった。模擬患者の方々は、4 学年で OSCE のための患者役をするというだけではなく、1 学年におけるプロフェッショナリズム/実習で、1 学年の考えるアウトカムについてコメントしたり 1 学年の病棟実習の成果を聞いたりして、本学のプログラムの中で発言していただいている（資料 7-12）（資料 7-14）（資料 7-15）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

本学のプログラムを social accountability の点から定期的に包括的に評価するシステムは、平成 28（2016）年度までは、十分ではなかった。

C. 現状への対応

平成 29（2017）年度より、教育評価委員会を立ち上げ、このような点から包括的に評価を開始した。教育評価委員会には、地方厚生局で地域包括ケアを担当する臨床研修審査専門官が委員として参画している（資料 7-8）。

D. 改善に向けた計画

教育評価委員会の機能の定着をめざす。

関 連 資 料

資料 7-8 教育評価委員会 資料

資料 7-12 1 学年の学生が考える教育アウトカム

資料 7-14 プロフェッショナリズム/実習 シラバス

資料 7-15 プロフェッショナリズム/実習 資料

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

学生からのフィードバックは、DREEM 調査、授業評価等を通じて求めている（資料 7-10）（資料 7-16）。DREEM 調査では、以下のとおりである（点数は、5：強くそう思う、4：そう思う、3：どちらでもない、2：そう思わない、1：全然そう思わない、である。）

項目	2 学年	3 学年	4 学年	5 学年	6 学年
1.授業に積極的に参加するように促される	2.8	2.8	3.0	2.7	2.9
7.講義や実習はよい刺激になることが多い	2.6	2.7	2.6	2.5	2.6
13.授業は学生中心で行われている	2.0	1.8	1.6	1.8	1.9
16.授業は自分の能力を伸ばしてくれる	2.4	2.5	2.5	2.4	2.4
20.授業はポイントがはっきりしている	2.0	2.4	2.1	2.0	2.3
22.授業は自信をつけるのに役立っている	2.1	2.2	2.2	1.9	2.0
24.授業時間は有効に使われている	2.3	2.2	2.2	2.1	2.2
25.授業は知識の習得に偏っている	1.8	1.7	1.9	1.8	1.8
38.私は授業の学習目標をはっきりと理解している	2.2	2.3	2.3	2.0	2.2
44.授業は能動的な学習を促してくれる	2.3	2.2	2.3	2.1	2.3
47.短期間の学習よりも長期間の学習が重視されている	2.8	2.5	2.5	2.6	2.8
48.授業が教員中心すぎる	2.1	2.2	2.2	2.2	2.2

授業評価の結果は、例えば、平成 28（2016）年度後期では、下記のとおりであった（点数は、総合点が 10 点である以外は、5 点満点で、5：非常にそう思う、4：そう思う、3：どちらとも言えない、2：そう思わない、1：全くそう思わない、である。）

	設問内容	有効 回答数	平均値
設問 1	授業の内容は理解できましたか。	3,758	4.0
設問 2	教員の説明のしかたは分かりやすかったですか。	3,755	4.0
設問 3	教員の話し方は明瞭でしたか。	3,758	4.1
設問 4	黒板の文字やパワーポイントなどの資料の提示は明瞭でしたか。	3,752	4.0
設問 5	教員はクラスの勉学の雰囲気を保つように努めていましたか。	3,758	4.1
設問 6	授業に刺激され授業内容に興味を持つようになりましたか。	3,751	4.0
設問 7	授業はシラバスどおりに進められましたか。	3,744	4.1
設問 8	教員は授業の準備を十分にしていましたか。	3,745	4.2
設問 9	授業に対する教員の熱意を感じましたか。	3,746	4.1
設問 10	教員は学生の質問、疑問、意見をくみとってくれましたか。	3,745	4.1
設問 11	教員のあなたがたへの接し方は適切だったと思いますか。	3,728	4.1
設問 12	あなたは授業中に集中し、私語や授業に関係のないことをしないように心がけましたか。	3,695	4.1
設問 13	あなたはこの授業に対して、1 週間で平均何時間、自学自習していますか。 ⑤4 時間以上 ④3～4 時間 ③2～3 時間 ②1～2 時間 ①1 時間未満	3,650	2.5
設問 14	この教員の授業を 10 点法で評価してください。	3,656	8.0
設問 15	授業で使用した教室の設備・環境は良かったですか。	2,811	3.5

また、ピンポイントでの調査ではあるが、入学時に学生に関する調査を行うとともに、卒業時には卒業時アンケートをとっている。平成 28（2016）年度卒業時のアンケートでは、学生時代は有意義であったと評価している学生は多く、5 段階で 4.5 に及び、所属した学部に満足しているという設問についても、4.2 と高得点で、5 と回答した学生が最も多かったが、施設・環境への不満は浮き彫りにされており、3.3 であり、3 と回答した学生が最も多かった（資料 7-4）。

また、教員からのフィードバックは、FD の機会にアンケートを実施するなど得ている（資料 7-5）。旧カリキュラムに対する教員からのフィードバックの概要は以下のとおりであった。

1. 3 年生の臨床系授業が始まると、いきなり臓器別の授業を順次進めていくカリキュラムモデルであり、学生が段階を踏んで理解を深めていく配慮がない。
2. 1～2 週間で 1 診療科が読み切りとなるパターンのため、概念の理解や知識の定着がないままカリキュラムが進行している。
3. 消化不良のまま週末に試験を受ける学生が多く、未消化のまま学業が進行した。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

授業評価のフィードバックについては、総合点では 10 点満点で平均 8 点であった。理解度、興味度（関心）、教員の熱意、について、比較的、肯定的な評価をしている。本学は全学において統一した授業評価を実施している。これは、授業評価にともなう効率や資源の節約の点で有用であるが、医学部の授業には全学システムがなじみにくいところもあり、医学部独自のアンケートの様式となっている（資料 7-16）。DREEM 調査からのフィードバックに関しては、講義や実習はよい刺激になることが多い、自分の能力を伸ばしてくれるというコメントに賛同する学生も多かった。対して、授業は学生中心に行われているというコメントには、否定的な意見が多かった。DREEM 調査は、平成 29（2017）年 4 月に 2 学年から 6 学年まで、実施したが、DREEM（Dundee Ready Education Environment Measure）は、既に開発されて妥当性も検証された質問様式であるとされており（医学教育 45：82, 2014）活用を進める（資料 7-10）。教員からのアンケートによるフィードバックについては、カリキュラムの改訂に活用された。

C. 現状への対応

授業評価を定着させるとともに、DREEM 調査を継続する。卒業時評価については、評価項目を教育アウトカムと一貫させる必要がある。

D. 改善に向けた計画

学生、教員からのフィードバックの調査の項目や、方法に関して、系統的なモニタを検討する。

関連資料

- 資料 7-4 学生の実績に関する 資料
- 資料 7-5 FD 資料
- 資料 7-10 DREEM 調査 資料
- 資料 7-16 授業評価アンケート 資料

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

新カリキュラムについては、平成 26（2014）年度の教員アンケートと、様々な集まりにおける議論が基盤となっている。議論のフィードバックに基づき、次のようなプログラムの改訂を行った（資料 7-5）。

1. 臨床医学への導入講義シリーズを入れて、いきなり各科の各論ではなく、臨床講義の総論的授業を組み込んだ。臨床医学入門 I（コミュニケーション技法、診察手技、検査、画像、プロフェッショナリズム）。
2. 3 学年で基幹的な臨床講義が一巡して、4 学年で複合的、応用的な視点から学習できるように工夫した。
3. その際に、グループ制を採用して、一定期間をグループとなった診療科が授業を担当することとした。従来は、例えば 1～2 週間で 1 診療科が読み切りとなるパターンが多かったが、概念の理解や知識の定着にある程度の期間が確保することをめざした。また、グループ制でつながりのある診療科を一緒に勉強しやすく有機的な学習を促進するシステムとした。
4. 消化不良になりやすい週末試験を廃止して、定期試験の期間を設けた。
5. 4 学年では、臨床医学応用編を設けて、3 学年で学習した診療科の領域を応用的な視点から学習し直すことにした。
6. 3 学年のカリキュラムが過密となるが、2 週間に 1 回、形成的評価のための試験を入れて、学生がプロセスを経て総括評価に参画できるようにした。また定期試験は 2 週間を確保することにした。試験の期間は、3 学年と 4 学年を合わせるようにした。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教員たちからの提案の骨子は、3 学年、4 学年の講義シリーズに関して、以下のようなものであった。

3 学年、4 学年の講義シリーズの構成案

3 学年	4 学年
総論	各論
基礎編	発展編
科目としての概要	疾患別
病態生理重点	診療・臨床重点
系統講義	ケーススタディ
臓器別 (循環器、消化器、神経等)	横断的 (感染症、腫瘍等)
学内が担当	外部講師
重要な科を反復	DVD 活用

これらのまとめは、相当な範囲で反映されているが、3 学年に関しては学内の教員が主体で、4 学年に関しては学外の講師が主体で、発展的に展開するなどの部分は、実現していないところもある。しかし、このような議論から、3 学年になっていきなり臓器別授業を行うのではなく、2 学年で診断学を中心とした横断的な導入が必要だという議論が高まり、カリキュラム開発が進んだ。

C. 現状への対応

DREEM 調査では、学生たちが“学習”に関して、おおむね肯定的にとらえているという結果であった。しかし、“授業の日程はうまく組まれている”という質問に、新カリキュラムを経験している 3 学年、4 学年の学生たちの評価が低い。教員からのフィードバックの結果を利用して、新カリキュラムを開発したが、なお授業日程の組み立てなどに対応すべき点がある（資料 7-10）。

D. 改善に向けた計画

新カリキュラムの定着のためには、カリキュラム企画小委員会等を通じて、授業の日程をはじめ、カリキュラムに関するきめ細かな改善を行う。

関 連 資 料

資料7-5 FD 資料

資料7-10 DREEM調査 資料

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

大学の使命は、「人に愛され、人に信頼され、人に尊敬される医師の養成」である。卒業生に関する調査では、平成 6 (1994) 年卒 17 人、平成 16 (2004) 年卒 16 人、平成 26 (2014) 年卒 10 人の 43 人から回答があった。現在の勤務は、クリニックを開設している方が 19 人、その他は病院勤務であった。全員が臨床業務に携わっており、専門領域は多様であった。回

答を在学中に大学の使命を意識したことがあると回答した者が 16 人あり、意識したことがないと答えた者は 27 人であった。また、大学の使命が自身の現在に影響を与えていると回答した者が、22 人いた。影響を与えていないと回答した者は 20 人であった（資料 7-7）。本学の教育アウトカムに関して、現在の立場からみて、最も重要だと思われるアウトカムとして、コミュニケーションを 30 人があげており、続いて医学的知識（25 人）、倫理とプロフェッショナルリズム（23 人）であった。

フォーカスグループインタビューの中でも、コミュニケーションに関する指摘があった。例えば、テュートリアル教育が全面的に導入された時期の卒業生である平成 16 年卒で、クリニックを経営している医師より、「もともと無口で、コミュニケーションが苦手だった自分自身が、大学での成長のプロセスの中で、人と会話し、議論して考えていくことを身に付けていったことを意識している。」と発言があった。また平成 6 年卒の卒業生からは、「当時は明確な形で、大学の使命は意識しなかった。しかし、アカデミックな業績にこだわるより、愛され信頼され尊敬される医師をめざすという意識は、平成 6（1994）年当時も根付いていた。」という指摘があった。市中で開業したり、一般病院で勤務する医師からは、本学の卒業生に関して、「親身になって診療してくれるという患者側の評判はある。」との指摘があった。が、母校に対してポジティブな印象を持っている卒業生が、多忙な生活の中で時間を割いてフォーカスグループインタビューに集まってくれたものであり、インタビューの対象にはバイアスがかかっており、客観的評価としては不十分である（資料 7-7）。

一方、平成 26（2014）年の教員からのアンケートでは、学生の実績について、使命と期待されるアウトカムの点から指摘を受けた。社会的な常識をはじめ人間力・人間性に関する問題を指摘する回答が 52 あり、最も多かった。次は、コミュニケーションに関する指摘で、21 であった。さらに、診療能力・診療への素養に関する指摘が 11 あり、表現力が 9、医学的知識が 7、科学的思考能力が 7 という概要であった。（資料 7-5）。

なお、学生の卒業時アンケートは、例年、行われているものの、十分、現在の教育アウトカムと呼応したものではなかった。平成 28（2016）年度卒業生については、81 人が卒業時アンケートに回答してくれたが、問題解決能力、コミュニケーション能力に比較すると、英語力の向上に関して問題があるという結果であり、5 段階で 1 と評価した学生が 81 人中、9 人いた（資料 7-4）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

卒業生アンケート、教員アンケートは実施してきたが、分析としては十分ではない。

C. 現状への対応

1 学年については教育アウトカムに関連した調査をおこなっている。今後、学生および卒業生について、さらに網羅的にアンケートを実施していく（資料 7-12）。

D. 改善に向けた計画

アンケート調査の継続と分析を進めていく。卒業時のアンケートに関して、今後、教育アウトカムと呼応した内容としていく。

資料 7-4 学生の実績に関する 資料
資料 7-5 FD 調査
資料 7-7 卒業生調査 資料
資料 7-12 1 学年の学生が考える教育アウトカム

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

医師国家試験の成績に関して、第 108 回国家試験において、新卒の合格率が 76%、第 109 回国家試験で 88%と、従来、90%以上を保持していたにもかかわらず、卒業生の成績が振るわないという状況になった。このためカリキュラムが問題ではないか、という指摘が行われた。第 109 回国家試験を受験の世代のコホートでは 4 学年の CBT 受験時にすでに、成績の悪い者は、卒業総合試験の成績が悪く、国家試験で不合格になる者が多いという結果となった。したがって、臨床系の授業の段階ですでに、知識の集積ができていないコホートに問題があることがわかった。カリキュラムにおいては、特に各教科の授業をまとめて集中的に実施して、週末に試験を行うというカリキュラムは、長年とっていたものであるが、週末の試験に学習が追い付かず、また、学んだ内容を熟成することができていないということが指摘された（資料 7-4）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

国家試験の合格は医学部においては重要な実績であり、試験対策として学習することを特に成績が振るわない学生に対して実施するとともに、カリキュラムに関しても、教員の意見も集約して、改訂した。これは、平成 26（2014）年度入学者からの改革であり、現在、4 学年に相当する。実質は、平成 26（2014）年度に改訂のプロジェクトを行い、平成 27（2015）年度 2 学年からカリキュラム変更の形で進行している。

C. 現状への対応

平成 26（2014）年度入学、平成 27（2015）年度入学の学生をカリキュラム企画小委員会にメンバーとして入れ、新カリキュラムの運用について意見を反映させている。

D. 改善に向けた計画

今後、平成 26（2014）年度入学の学生のコホートに関して分析していく。

関 連 資 料

資料 7-4 学生の実績に関する

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 7.3.3 資源の提供

A. 基本的水準に関する情報

平成 29（2017）年 5 月に実施した卒業生アンケートでは、大学の有する資源に関して、次のようなフィードバックがあった（資料 7-7）。

1. 自宅（岸和田）からの通学で電車通学が困難であり車通学を認めて欲しかった。
2. 自宅生にとって休憩したいときに休むところがなかった。気持ちの休憩ができなかった。
3. 駐車場が狭く入口が狭かった。
4. ほかの学部との交流が難しかった。
5. 売店や食堂があまり充実していなかった。
6. 交通の便が悪かった。大学の交通の便の悪さ。
7. SNS 等もなく不便であったが当時はそれが普通。インターネット環境の整備の改善、本屋の規模拡大してほしかった。
8. 事務サイドが学生に親身になって話を取り合ってくれなかったことがあります。
9. 体育館がない。
10. 昼食をとる場所がすくない。
11. 学生に対しての福利厚生が充実していなかった。

以上より、コンビニの設置や、食堂、カフェテリアの充実に努めている。また、学生が自分自身で学習を進めることができるように、図書館の充実や、自習室の整備に努めてきた。また、学生の生活環境の整備として、平成 25 年にオープンした救急災害棟においては、ラウンジや女子学生のためのパウダースペースなどを整備した。また、ICT に関する指摘もあるように、e-ポータルの整備と使用環境の整備に力を入れている。学生への連絡は、この学生ポータルを通じて行われ、シラバスもシラバスサイトを使って公開される。

在学生の授業評価において、例えば、平成 28（2016）年度後期には、教員の授業のやり方に関しては、ほぼ 5 段階で 4 と評価した学生が半数であったのに対して、授業で使用した教室の設備・環境については、2811 回答中、5 が 577、4 が 950、3 が 766、2 が 253、1 が 265 であり、4 は、33.8%と、およそ 1/3 であった。教員の説明のわかりやすさや熱意に比較して、教室の設備・環境について検討する余地がある。教員のことにに関して回答数も 3900 前後あるのに対して、教室の設備・環境に関する回答が 2800 程度であったことも示唆的かもしれない。前期でも同様の結果であった（資料 7-16）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

従来、学生に対する資源の提供に関して、系統的に検討するシステムを構築していなかったことから、今回、卒業生調査等を通じて、検討できた。

C. 現状への対応

教室の設備・環境などをはじめ、資源の提供について、きめ細かに検証する。

D. 改善に向けた計画

このような資源の提供が学生にとって、真にどのような効果があるかについても、現時点では、客観的には測定できていない。環境整備に関して、学生および卒業生からフィードバックを得ていく。

関連資料

資料 7-7 卒業生調査資料

資料 7-16 授業評価アンケート資料

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

平成 29（2017）年度入学の学生では、男 75 人、女 39 人であり、およそ 2/3 が男、1/3 が女であり、その傾向は、この数年間は継続している。年齢は、18 歳または 19 歳の人数は、53 人であり、20 歳が 23 人、21 歳が 13 人であり、22 歳以上は 25 人であった。

志望理由に関しては、医師になるため 98 人、人のためになる仕事だから 48 人、親が医者をしているから 22 人、必ず就職できるから 9 人、親族の勧めが 7 人であった（複数回答あり）。また、本学を選択した理由としては、総合大学の医学部だから 48 人、ここしか受からなかった 39 人であり、第一志望だったと回答した学生は 30 人だった。出身地は多様であるが、自宅から通学している学生は 58 人であり、自宅と下宿の割合はおよそ 1 対 1 であった。また SNS は、ほとんどの学生が Twitter、Line、Facebook のいずれかを利用しており、利用していないと回答した学生は 1 人にすぎなかった。喫煙習慣があると回答した学生は 12 人/114 人であった。

このように入学時に、学生の背景と状況を調査しているが、コホートとしては、十分な分析はできていない。平成 26（2014）年卒業の学生については、入学時の年齢が、その後に及ぼす影響について分析した結果がある。入学時の年齢が 18 歳あるいは 19 歳であったコホートと、20 歳以上であったコホートで分けて調べてみると、両方のコホートともに卒業試験で 90%を超える学生数は、ごくわずかであり 3 人と同数であるが、年齢が若いコホートの方が、中間上位が多く、下位の学生は散発していて数が少ない。入学時の年齢が高いコホートでは、成績の芳しくない学生が一つの集団として認められる。また、医師国家試験の不合格者は、入学時の年齢が 18 歳または 19 歳であったコホートでは、4 学年の際の CBT の成績と 6 学年の卒業総合試験の成績が悪かった一部分の学生に限られるのに対して、入学時の年齢が 20 歳以上のグループでは、比較的、学内の成績が良かった者でもかなりの数で不合格者が生じている。なお、平成 29（2017）年度入学者に関して、入学時 18 歳または 19 歳である学生は、114 人中、53 人であり、半数に届かない（資料 7-17）。これに対して、全学では、7411 人中、7,225 人であり（プレースメントテストデータより）、学生の背景が年齢の構成に関して一般の学部と著しく異なっている（資料 7-1）。

学生の生活に関連した背景としては、所属クラブ別の学業成績も調べたが、特定のクラブで問題が生じているという結果ではなかった。また兼部している学生の成績についても、他の学生と差異は認めなかった（資料 7-4）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

入学時に 18 歳または 19 歳であった学生にインタビューした結果では、学生たちの間には、年齢が高い学生でも成績がよい素晴らしい学生が少なからずみられること、年齢が高い学生たちは単に学校の勉学以外に広い世界を持っている学生も少なからずいて、文化的にその学年の集団にインパクトを与えている、といった点が指摘された。また年齢が高い学生に関する問題点として、他の大学等を卒業した学生では 1 学年の段階で勉学としてはあまりタイトでないことから世界を広げすぎて解剖学などの 2 学年での学習の段階から勉学に遅れがちな学生が生ずること、国家試験前の集中的な学習に年齢が高い者で不利となるケースがあるなどの指摘があった。

C. 現状への対応

上記の分析等を勘案すると、単に年齢的な物差しで、入学者を選別することは拙速であると考えられ、他の因子も含めた分析をしていく。

D. 改善に向けた計画

1 学年のコホートを中心に分析しているが、今後、さらに総括的な分析をしていく。経済的な背景や状況についても、モニタが必要である。

関 連 資 料

資料 7-1 全学 IR 関連 資料

資料 7-4 学生の実績に関する 資料

資料 7-17 入学時調査

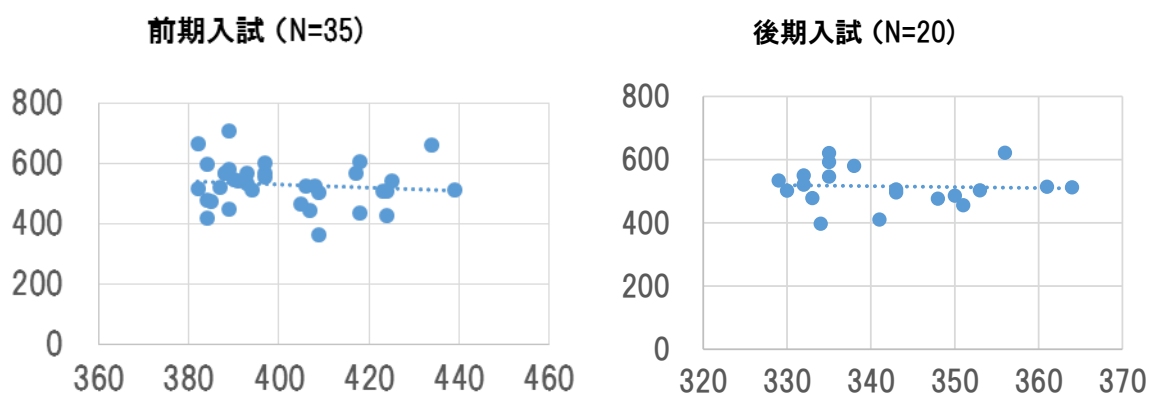
以下の項目に関して、学生と卒業生の実績を分析するべきである。

Q 7.3.2 入学時成績

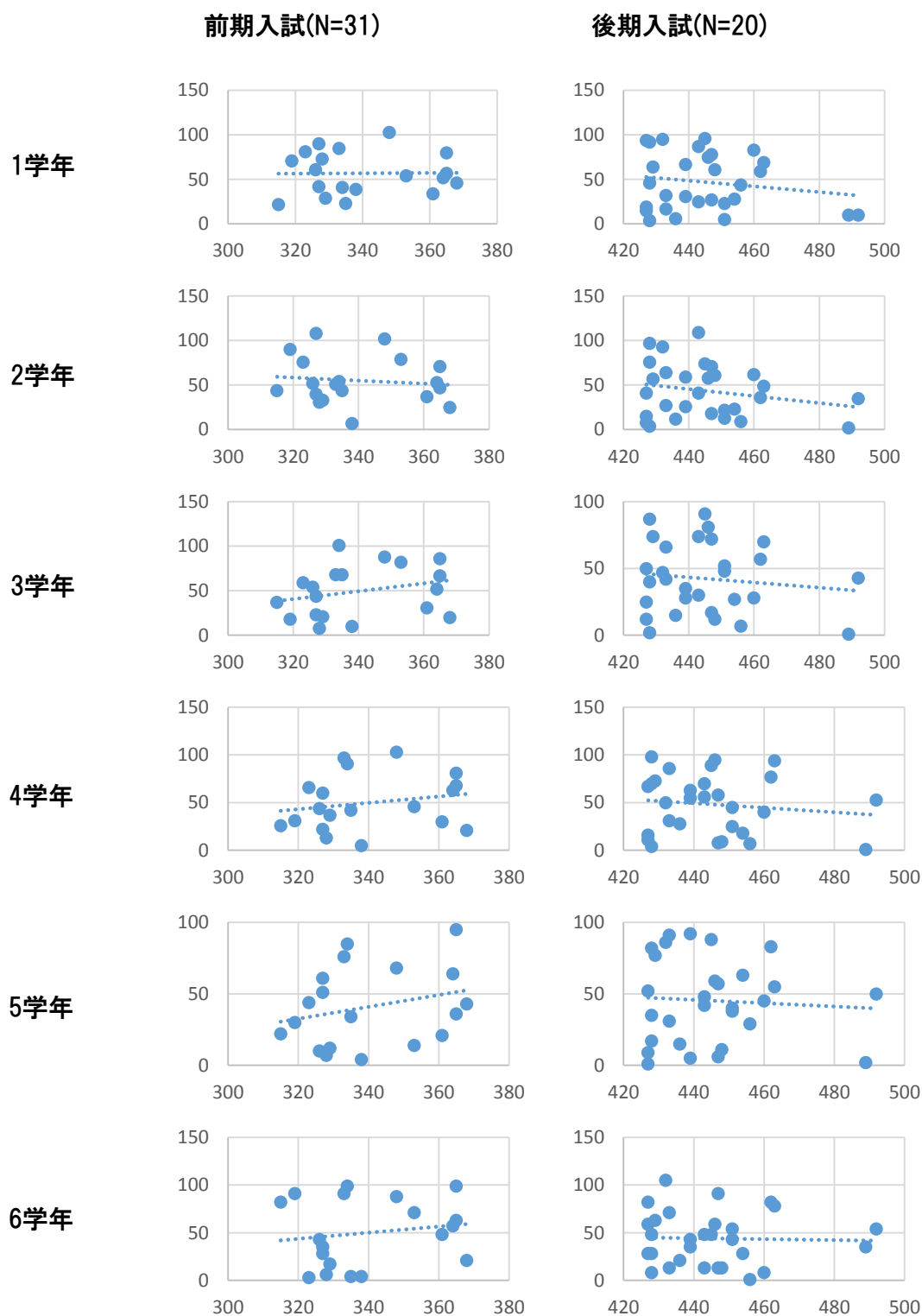
A. 質的向上のための水準に関する情報

入学の方式が多様であるため、理想的には入学時にモニタのための統一試験を行い、コホート調査すべきであるが、系統的にはできていない。平成 25（2013）年度入学時の学生が、平成 28 年（2016）度に医療系大学間共用試験実施評価機構の CBT を受験した際の、CBT の成績と入学時の成績を比較したところ両者に関連はみられなかった。入学試験区分別の検討でも、同様の結果であった（資料 7-4）。

以下の図は、一般前期入試、一般後期入試での、入試の得点を横軸にとり、縦軸に4学年での共用試験でのCBTの成績をIRT標準スコアで示したものである。いずれも場合も、入学時成績は、CBTの成績に反映していない（前期入試： $R=-0.1274$ 、後期入試： $R=-0.0051$ ）。



各学年の総合試験の成績とも、別な年度（平成23（2015）年度）で比較したが、いずれも有意な関係は得られなかった。横軸は、入試の成績、縦軸は、各学年の総合試験の成績を示す。



いずれの学年でも、相関係数は 0.1 に達せず、入試の成績とは、入学後の試験成績（筆記試験）とは、関連がなかった。

本学では、リメディアル教育目的のため生物学の試験を入学後に実施して関連を調べている。それによれば、入学直後の生物学試験成績と、その後の各試験との相関はなく、卒業時の総合試験の成績とも関連がない。ただし、1 学年の終了時に行った生物学の試験成績とは、相関係数 0.223 であるが（Spearman 順位相関係数）、卒業試験成績と有意な相関がある。2 学年の終了時の総合試験では、0.520 と相関がみられる（ $P < 0.001$ ）（資料 7-4）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

入学時成績は、入試区分が様々であるために、単純比較は難しいが、限られたデータからは、入試の成績と、入学後の試験成績が関連しないことは確かである。それと同時に、入学後、低学年のころからの成績が、学生時代の成績に一貫して影響を与えている。大学生活に適応できた学生が順調に実績をあげていると考えられる。低学年での生活や学習への取組の指導が必要である。下記は、平成 23（2015）年入学者の、2 学年の総合試験の成績と、その後の各学年での総合試験の成績の相関係数を示したもので、いずれも有意であった。

	2年	3年	4年	5年	6年
2年	1.00	0.69	0.61	0.54	0.39
3年		1.00	0.55	0.55	0.42
4年			1.00	0.71	0.68
5年				1.00	0.63
6年					1.00

C. 現状への対応

入学時成績と、入学後の成績が関連しないことは、さらに厳密な調査が必要である。例えば、本学では医学部などの特定の学部を除いて、入学早期に英語に関してプレースメントテストを共通の問題で実施して、モニタリングを開始した。この成績をフォローすることにより、英語力の学修成果/コンピテンシーがどのような学生において、修得されているかが明らかとなる。

D. 改善に向けた計画

入学直後にモニタのための試験を行いコホートとして調査することを検討する。

関連資料

資料 7-4 学生の実績に関する資料

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

入学試験は、本学は多様である。附属推薦、一般推薦、前期、後期、C 方式（大学入試センター試験）があり、試験の課題や方式も異なることから、入学時成績を一律に基準にできない。入学試験区分による分析では、特に平成 23（2011）年度卒業に関して一般後期より選抜された者で、24 人中 19 人が国家試験で不合格であった。附属選抜では 1 人、一般前期で 3 人であり、その多さが際立っていた。また、この傾向は、前年の平成 22（2010）年度では 8

人中4人、平成21（2009）年度でも8人中5人であり、同様に認められた。このことから、一般後期入学の定員を減少させ、できるだけ推薦や、一般前期の選抜学生の入学を増加させるようにした。その後、3年間においては、入学試験区分において成績分布の差は見られなくなった（資料7-4）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

入学試験区分のみではなく、配点に関しても平成29（2017）年度より変更した。ただし、その結果については、今後分析していく必要がある。

C. 現状への対応

入学試験区分のみではなく、配点に関しても平成29（2017）年度より変更した。ただし、その結果については、今後分析していく必要がある。

D. 改善に向けた計画

今後、こうした学生選抜の改訂の効果を検証していく方針である。平成29（2017）年度からの指定校推薦入試制度を開始しており、さらに選抜システムについて検討を進めていく。

関連資料

資料7-4 学生の実績に関する資料

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

平成25（2013）年度卒業（第108回医師国家試験）で不合格者が多かったことから、様々な分析がなされ、新カリキュラムへの立案につながった。カリキュラム立案へのフィードバックとしては、表層的な知識となっている原因として、2週間程度の期間に各診療科の講義をし、週末に試験を繰り返していく方式について検討が加えられた。すなわち、単に、各講座の授業を順番に開講するのではなく、カリキュラムモデルを考慮したプログラムを策定した。1学年から、患者サービスに自律的に参画するような実習を導入し、学外施設を見て体験し、医学的知識や概念の必要性を体感できるプログラムとした。医学の知識・概念を熟成できるように、横断的な授業を導入した。さらにその講義の中に医療サービスや行動科学、医療倫理などの実践的なコンセプトを入れ込む工夫をした（資料7-4）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

新カリキュラムを導入して、現在4学年の段階に至っている。そのフィードバックについては、教員からの指摘については、FDごとに、教員からの指摘を得る。学生の実績にもとづく客観的なフィードバックを得る仕組みが十分に整っているとはいえない。

C. 現状への対応

今後、医学部の教育モニタの仕組みを全学的なモニタシステムとともに構築していく。

D. 改善に向けた計画

医学部の学生の実績をモニタして、カリキュラム立案に生かしていくようにシステムの整備を進めていく。また、IRセンター専任教授が医学部の教育評価委員会メンバーとなって、システムの構築を共有化できるようにしていく。

関 連 資 料

資料 7-4 学生の実績に関する資料

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

低学年のころからの生活上の問題が学業に関連している可能性がある。DREEM プロジェクトによる学生調査を行うとともに（資料 7-10）、個別の学生にカウンセリングして状況を把握するようにしている（資料 7-18）。こうした情報は学生生活委員会で報告・審議され、教授会に報告されている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

個別の学生へのカウンセリング結果については、学生生活委員会にフィードバックされている。

C. 現状への対応

個別の学生へのカウンセリングとともに、学生の問題点を掘り出していく DREEM 調査を行っている。

D. 改善に向けた計画

学生生活委員会では、「DREEM 調査」を実施し、調査は3月末から各学年のオリエンテーション時に実施を始めており、今後、定着を図っていく。

関 連 資 料

資料 7-10 DREEM 調査資料

資料 7-18 学生カウンセリング資料

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。(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。(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。(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

教育系委員会は、カリキュラム委員会、教務委員会、学生生活委員会を主体として運用されてきたが、プログラムの評価をさらに充実させるために、平成 29 (2017) 年度より教育評価委員会を立ち上げた(資料 7-8)。平成 29 (2017) 年以前は、プログラムのモニタと評価については、教育系委員会のメンバーにより、部分的にデータをピックアップすることで行われてきた。また、外部評価としては、ボストンコンサルティンググループ (BCG) による評価を平成 27 (2015) 年～平成 28 (2016) 年に受けた。この外部評価は、大学および病院のマネジメント全体にかかわるものであるが、教育プログラムに関しても重要な評価項目となった(資料 7-19)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育評価委員会には主な教育の関係者として、学部長、教学部長、副教学部長を含んでいる。また、教育評価委員会の独立性を担保するため、外部の委員を含んでいる。従来、さまざまな形でプログラムの評価を行っており、外部評価も受けてきたが、プログラム評価を目的として主要なステークホルダーが正式に組み入れられた評価委員会は平成 29 (2017) 年に設置された教育評価委員会が初めてである。

C. 現状への対応

教育評価委員会には全学の IR センター教授を含んでおり、プログラムの系統的なモニタについても配慮していく。

D. 改善に向けた計画

教育評価委員会の充実と合わせて、IR 関連組織の構築を目指す（資料 7-1）。

関 連 資 料

資料 7-1 近畿大学 IR 関連 資料

資料 7-8 教育評価委員会 資料

資料 7-19 ポストンコンサルティンググループによる外部評価 資料

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

プログラムのモニタと評価については、平成 29（2017）年度より教育評価委員会を立ち上げた。教育系委員会は、カリキュラム委員会、教務委員会、学生生活委員会を主体として運用されてきたが、教育評価委員会は、これらの教育系委員会とは別に、独立性が高い位置づけとした。この委員会において、他の関連する教育の関係者は加わっているが、課程およびプログラムの評価の結果をステークホルダーとして共有するところまではいっていない（資料 7-8）。

また、データウェアハウス、データガバナンスシステムの構築が不十分であるために、課程およびプログラムの評価の結果を、二次データとして提供できる環境が整備されていない。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

他の関連する教育の関係者は、医薬連携合同授業を医学部と一緒に担当している同じ大学の薬学部の教授、以前より共用試験機構のモニタをはじめ、地域の医学教育関係者の集まりや卒業総合試験の共有化等のプロジェクトで、ステークホルダーの一人であり顧問としての役割を果たしていただいている近隣の大学の教育担当者、本学が所属する地方厚生局の臨床研修審査専門官・上席地域包括ケア推進官である。

C. 現状への対応

教育評価委員会の外部委員に、求めに応じて課程およびプログラムの評価の結果を閲覧することは、個別には可能ではあるが、データソースの整備、情報の保護と公開のためのシステム構築が不十分である。

D. 改善に向けた計画

教育評価委員会は、構成されたところであり、今後、定着をはかり、実質を深めていく。
またデータガバナンスシステムの整備を進める。

関 連 資 料

資料 7-8 教育評価委員会 資料

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

現時点では、委員会の実質的な議論が卒業生の実績にまで及んでおらず、現状の卒前のシステムに関するフィードバックにとどまっている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

卒業生調査は始まったばかりで、十分な実績の把握に至っていない（資料 7-10）。

C. 現状への対応

卒業生の実績に対するモニタを行い、分析を進めていく。

D. 改善に向けた計画

教育評価委員会に分析結果を順次報告して、卒業生の実績に対するフィードバックを求めていく。

関 連 資 料

資料 7-7 卒業生調査資料

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

カリキュラムが教育アウトカムと照らし合わせて、整合しているかどうか、その成果が得られているか、教育評価委員会を通じて検討を始めた（資料 7-8）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

大学の使命や教育アウトカムを教育評価委員会で提示し、意見を得た段階である。

C. 現状への対応

教育評価委員会のこれらの業務は、平成 29（2017）年度より開始したところであり、カリキュラムに対するフィードバックを得られるように進めていく。

D. 改善に向けた計画

今後、教育評価委員会の実質化を図って定着させていく。

関 連 資 料

資料 7-8 教育評価委員会 資料

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

近畿大学医学部は、「学校法人近畿大学の組織に関する規則」により、近畿大学内の位置づけが規定され、運営組織と教育研究組織は近畿大学組織図に示されている(資料 8-1)。教学を司る学長は各学部における教育の方針並びに運営状況を掌握している。医学部におけるミッションは、学校法人近畿大学寄附行為第 3 条により全学に示されている「建学の精神・教

育の目的」に基づいている（資料 8-2）。また、医学部では、卒業時到達目標としての「ディプロマポリシー」が明示されている（資料 8-3）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

学長は教育方法及び学習方法、学生評価、カリキュラム評価など各学部における教育の運営方針や運営状況を集約し、学部ごとの詳細な状況を掌握した上で、必要な指示を行っている。学長が開催する大学協議会及び学部長会議には、医学部長から、医学部の教育課程、入学、卒業、学位授与、医学部の学生の学習支援、教育及び研究の状況に加え、定期的開催されるカリキュラム委員会を始めとする各委員会における審議内容を踏まえた医学部教授会での承認事項が集約され報告されている（資料 8-1）。

医学部の教育課程は、履修要項により明確に規定されている。医学部のホームページには、「建学の精神・教育の目的」とディプロマポリシー、機構図が明示され、公開されている。医学部の教育課程、入学、卒業および教員の選考、教育または研究に関する事項は、各委員会での議論を踏まえ、最終的に医学部教授会（毎月 1 回開催）で審議・承認される（資料 8-4）。医学部事務部門については、学部長及び事務局長が医学部・病院事務局を統轄し、その下で各担当課が運営されている（資料 8-5）。また、学生ポータルに、学年ごとの教育内容や学生相談室における学生支援チームなどが示されている（資料 8-6）。

C. 現状への対応

統轄する組織と機能の規定に関して、現状で大きな問題点はない。医学部の各委員会においては、問題意識や議論、経緯などの教員や学生に対する周知が不足する傾向がみられる。

D. 改善に向けた計画

医学部教授会や各委員会における審議事項については、職員や学生に対してその理解を深め、かつ着実に実行できるよう意識や行動規範の定着をはかる。その際、全教員の共通の基盤を構築するため、教授会を始めとする議事録の公開や FD の開催を進める。

関 連 資 料

資料 8-1 近畿大学組織図（大学運営の組織図）

資料 8-2 学校法人近畿大学寄附行為 第 3 条（「建学の精神・教育の目的」）

資料 8-3 近畿大学医学部ホームページ 近畿大学医学部学生のディプロマポリシー

資料 8-4 医学部組織図（近畿大学医学部委員会）

資料 8-5 近畿大学組織図（学校法人の事務組織図）

資料 8-6 学生ポータル

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

大学内に大学協議会及び学部長会議があり、学長は、これらの会議を開催し、各学部における教育の運営方針並びに運営状況を掌握している(資料 8-1)。この際、学長、各学部長から相互に意見を聞く機会がある。また、医学部教授会において、各教授の意見を聴取するとともに、カリキュラム委員会や学部内の各委員会を通して、所属する教員の意見集約を行っている(資料 8-4)。その他の教員からの意見の反映については、医学部に FD 委員会を設置し、FD の際に、参加者からのアンケート調査や教員からの意見を聞き、それを教育プログラムに反映させている(資料 8-7)。学生からの意見については、カリキュラム企画小委員会に学生の代表者が参加し意見を表明している(資料 8-8)。その他、学部長を含む学年担当の教員と学生代表による学連昼食会においても学生からの意見を聞く機会を設けている(資料 8-9)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

学長は、大学協議会及び学部長会議において、各学部における教育の運営方針並びに運営状況を集約し、学部ごとの詳細な状況を掌握している。

医学部における、主な教育の関係者からの意見を聞く機会として、教授会メンバー及びカリキュラム委員会など学部内の各委員会に所属する教員、一般の教員、学生の意見が集約される組織構造を設けており、それを教育プログラムに反映するようにしている。

このように、学長を頂点に、学部長会議や学部の各委員会などが構成され、大学全体を統括する組織体系の中で、主な教育の関係者の意見が、カリキュラムに代表される教育方法に反映されている。

C. 現状への対応

主な教育の関係者からの意見を引き続き広く抽出し、その意見を教育プログラムに反映させる全学的な組織の構築を継続する。

D. 改善に向けた計画

今後は、カリキュラム委員会のカリキュラム企画小委員会に参加した学生代表者を通じた学生からの意見集約の充実や、教員からの意見をより反映させるために、学内イントラネットにおける K-SHARED（近畿大学教職員用ポータル）の活用を検討する（資料 8-10）。

関 連 資 料

- 資料 8-1 近畿大学の組織図（大学運営の組織図）
- 資料 8-4 医学部組織図（近畿大学医学部委員会）
- 資料 8-7 FD 履修状況 / FD アンケート結果
- 資料 8-8 カリキュラム企画小委員会規程
- 資料 8-9 学生連絡会昼食懇談会 資料
- 資料 8-10 K-SHARED

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

その他の教育に関連する関係者については、平成 29(2017)年度から発足した教育評価委員会のメンバーの充実をはかっている。医師以外の医療関係職種として本学薬学部教授（薬剤師）を、外部の大学の関係者として教鞭経験を持つ医学教育の専門家（医師）を、保健医療福祉の行政経験者として地方厚生局の専門官をそれぞれ迎えて意見を反映させている（資料 8-11）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

薬学部関係者については、以前より、医薬連携合同学習会で合同授業を行っている関係者であり、認証評価で示しているステークホルダーに該当する。また、医学教育の専門家（医師）は、以前から共用試験のモニタ等を通じて本学の助言者として実質的な位置づけられている。また、地方厚生局の専門官は、本学からも指導者や受講者が参加している研修指導医のためのワークショップの中で、従来からタスクフォースなど相互に協力する関係にある。

C. 現状への対応

平成 29(2017)年度に設置された教育評価委員会では、既にさまざまな形でステークホルダーであるその他の教育の関係者を委員会組織の中に迎えている。

D. 改善に向けた計画

今後は、委員会での外部委員の定着をはかるため、多種多様な実質的な意見聴取に努めるとともに、委員会での議論を通して集約された意見が学部運営に反映されるよう改善に努める。また、委員会としての活動を通じて、さらにどのような委員の追加が必要であるか継続的に検討する。

関 連 資 料

資料 8-11 教育評価委員会議事録

Q 8.1.3 統轄業務とその決定事項の透明性を確保するべきである。

A. 質的向上のための水準に関する情報

既存の教務委員会に加えて、外部からの委員が参画した教育評価委員会が設置され、学校運営の透明性を確保している（資料 8-11）。合わせて、教授会の議事録公開や、学校法人の財務状況が公開されている（資料 8-12）（資料 8-13）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教授会の議事録は、教員に対して公開されている。今後は、本学の医学教育に関する統轄業務や決定事項の情報をどのように定着するか検討する必要がある。

C. 現状への対応

医学教育に関する教員の情報の共有についての検討を開始する。意見集約や情報公開の場として、各学年の授業の単位であるコース内での責任者と講義の担当教員間や、教員の所属する各教室内での主任教授と教員間の意思疎通が機能しているか評価する必要がある。教授会の審議内容の定着などを継続するための人的資源確保が必要である。

D. 改善に向けた計画

教授会の議事録の教員に対する公開方法の充実により統轄業務の決定事項の透明性の確保を継続する。合わせて、K-SHARED の活用やFD の開催などの機会を通じた情報公開の際に、基本的でかつ重要な情報の教員への周知をはかり、教員が統轄業務の決定事項の核心部分を真に理解できるよう努める。

関 連 資 料

資料 8-11 教育評価委員会議事録

資料 8-12 教授会議事録（平成 29（2017）年 6 月）

資料 8-13 近畿大学ホームページ 財務・事業報告

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

教学のリーダーシップについて、学長は、未来志向の「実学教育と人格の陶冶」という建学の精神を基に、教育理念である「人に愛される人、信頼される人、尊敬される人」の育成を教育の目的として、全学部の学生教育、研究活動等の取り組みについて指導すると定められている。医学部長は、医学部全体の運営、教育、研究を主宰する。教育系の委員会の委員長は各委員会において、検討・協議を行い、目的を達成する。コース責任者は、目的に応じた教育、研究方法を構築し実施すると定められている。

例を挙げると、カリキュラム立案に関する方針は、カリキュラム委員会で検討し、教務委員会に付議され、教授会で承認される(資料 8-4)。また、Unit に関しては、Unit の責任者がコース責任者や講座の主宰者などと相談の上、時間割や試験などの Unit 構成を決めている。学生の選抜に関しては、学部長を中心に執行部の教員を中心に審議し、教授会で最終的に承認される。学生のカウンセリングは、学生生活委員会を中心に、保健室および学生相談室を利用して行なう(資料 8-14)。併せて、学生に対する生活指導は、重点化された学年や学生を担当する多数の指導教員及び学年主任、副主任により、個別の指導が組織的に行なわれる(資料 8-15)。臨床実習では、各臨床科の責任者が教務委員会やカリキュラム委員会の議論を踏まえて運営を行なっている。これらの運営に資するため、教授会議事録を K-SHARED 上に明示している(資料 8-12)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

医学教育プログラムについては、医学部長、教授会および各種委員会を中心に定められている。

C. 現状への対応

医学教育プログラムについて、随時内容を更新していく。

D. 改善に向けた計画

医学教育プログラムは、医学部の使命と学修成果に照合して、その都度再構築を繰り返す。教学のリーダーシップについては、より一層の明確化に向け継続的に改善を図る。合わせて、K-SHARED や FD の開催を通して、全ての教員の間で、教学のリーダーシップに認識や知見を共有するよう努める。

関 連 資 料

資料 8-4 医学部組織図（近畿大学医学部委員会）

資料 8-12 教授会議事録（平成 29（2017）年 6 月）

資料 8-14 学生面談記録 学生面談記録 資料

資料 8-15 教授会 資料（平成 29（2017）年 4 月、指導教員リスト）

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

教育評価委員会においては、医学部のミッションがはたされているか、卒業時到達目標としてのディプロマポリシーが学修成果と照らして達成されているか、教学におけるリーダーシップの評価を行っている（資料 8-3）。また、教学におけるリーダーシップの教育に関する組織運営や手法などの個別評価については、教育評価委員会において検討が開始されたところである（資料 8-11）。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

今年度から教育評価委員会が発足したところであり、現時点では、教学におけるリーダーシップの個別事項や組織運営に関する評価が十分とは言えない。

C. 現状への対応

教育評価委員会においては、今後も、医学部の使命と学修成果に照合して、教学におけるリーダーシップの評価を継続的に実施する。

この議論の中で、教育評価委員会に参画する外部委員からの意見を尊重し、医学部の使命と学修成果について、教学におけるリーダーシップの評価に偏りが生じないよう進めていく。

D. 改善に向けた計画

医学教育プログラムについて、大学内外の有識者を含め、医学部の使命と学修成果に照合して、教学におけるリーダーシップの評価を充実させる。

関 連 資 料

資料 8-3 近畿大学医学部ホームページ 近畿大学医学部学生のディプロマポリシー

資料 8-11 教育評価委員会議事録

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 (B 4.3.3 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

教育関係予算については、医学部長、及び医学部病院事務局より構成される執行部で編成している。各授業（講義、演習、実習）への教育予算の配分については、共用されるものは事務局予算で、主要なものは医学部長の決済で、コース責任者や週責任者と協調の上、事務局が管理と責任を担っている(資料 8-5)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラムを遂行するための資源の配分は、医学部運営全体の枠組みの中で人員、予算などを検討している。

C. 現状への対応

カリキュラムの遂行のための資源配分は、医学部長の下、事務局の管理により、責任をもって、迅速かつ戦略的に行われている。

D. 改善に向けた計画

教育評価委員会が、医学部の教育予算の配分についても意見出しができるよう、委員会への資料提出の方法や必要な委員の追加などの改善事項を抽出し、委員会が積極的に意見出しのできる環境や体制を整備する。

関 連 資 料

資料 8-5 近畿大学組織図（学校法人の事務組織図）

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

Unit で必要とする担当教員は、Unit 責任者が教員を任命する（資料 8-16）。特定の教員に教育業務が偏らないよう学務課がサポートしている。教員がどれくらい教育業務に時間を使っているかについては、教職員の授業担当記録簿を提出している。

教育資源である講義室、実習室、小グループ演習室、シミュレーション機器などは、医学部・病院事務局教育グループ医学教育研修課が中心となり調整している（資料 8-17）（資料 8-18）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

現在の必修全科目に、科目担当の教授を配置し、その他、講義実習に必要な教員を配置している。特定の事項については、その都度、非常勤講師を配置している。

学生に対する技術習得のためにシミュレーションセンターを整備し、専属の職員を配置するなど機動的な資源の確保を行ってきた。

C. 現状への対応

現状での教育的資源の配分は十分に行われている。今後の教育のニーズに迅速かつ戦略的に対応するための仕組みを検討しておく必要性はある。

D. 改善に向けた計画

現在導入中の新規科目のための教育資源の配分については、配分の見直しを含めて、狭山キャンパスの移転に伴う将来構想の立案に併行して検討を行う。

関 連 資 料

資料 8-5 近畿大学組織図（学校法人の事務組織図）

資料 8-16 医学部授業計画（シラバス）教育要項

資料 8-17 シミュレーションセンター資料

資料 8-18 シミュレーションセンター運営会議議事録 資料

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

新たな学修成果達成のため、教員の採用などの教育資源の配分の決定について適切な自己決定権が行使された例としては、まず、国際化に対応できる教養と英語力の学修を目的として、2～4 学年の年間を通した医学英語の Unit に、平成 29(2017)年度から医学英語に外国人教員を雇用した医学部運営委員会における柔軟な対応が挙げられる。また、BLS などの救命処置に関わる学生実習においても、非常勤の救命救急士を雇用する仕組みの導入、他にも 1 学年の「医学から見た国際社会と日本」コースの開設に伴う兼任講師の起用などがある(資料 8-19)。

シミュレーションセンターを設置した際には、専用の環境および専属の職員を配置するための予算を独立した形で資源を確保した。この際、専属職員として、事務職員 1 人、看護職員 2 人を配置し、予算もシミュレーションセンター独自の教育資源配分を行なった(資料 8-17)。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

学修成果を達成するため、新たな教員の採用や、シミュレーションセンターの独立した教育資源配分など、医学部長を中心に決定されてきており、医学部として適切な自己決定権を持っている。

C. 現状への対応

現在、学修成果に合わせた教員および教育資源配分の見直しを進める。

D. 改善に向けた計画

今後、教員の報酬を含む教育資源配分の適切な決定については、その都度必要な検証を行なう。

関 連 資 料

資料 8-17 シミュレーションセンター資料

資料 8-19 医学部授業計画(シラバス;2～4 学年医学英語、医学から見た国際社会と日本)

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

平成 17(2005)年度から、文部科学省大学改革推進事業：地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラムの「へき地を含む地域医療を担う医療人養成」の中で、「地域密着型地域医療教育システム」として、医学部では和歌山県串本町における地域医療教育を行なってきた。GP 終了後も、地域医療教育を現在まで継続して行い、5 学年は全員 1 週間、6 学年は選択制として実習を行なっている。実習では、くしもと町立病院を中心に、地域の保健活動に学生を参加させている(資料 8-20)。近年では、学生自ら住民への保健啓発活動を行うなどへき地における健康づくりの一助ともなる成果をあげている。医学部では、基幹病院への医師派遣に加えて、串本町に事務職員を常駐させるとともに、学生の旅費や滞在費を大学が負担している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

大学として、医学の発展と社会の健康上の要請としてのへき地を含む地域医療を担う医療人養成を行ない、そのために必要な資源配分を行っている。

C. 現状への対応

今後も、地域医療を担う医療人養成に伴う資源を適切に配分していく。

D. 改善に向けた計画

さらに、地域社会や行政などを含めた多方面からの医学の発展と社会の健康上の要請についての意見を聴取していき、必要な資源配分に努めていく。

関 連 資 料

資料 8-20 平成 29 (2017) 年度 近畿大学医学部臨床実習 串本町における地域医療実習の手引き

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

医学部に医学部・病院事務局を置き、事務局長の監督の下、医学部事務の統括と管理運営を担っている。教育プログラムと関連の活動を支援する事務組織として、教育グループとして、学務課、医学教育研修課などがあり、主に学務課が中心に行なっている。学務課には、課長2人、主任1人、他に課員6人が配置され、適切に資源が配分されている(資料8-5)。

総合医学教育研修センターには、医学教育研修課として、事務職員6人が配置され、卒業研修を中心に卒前との連携を行なっている。また、シミュレーションセンターには、職員として、看護師2人、事務職員1人が配置され、シミュレーションセンターの運営を行なっている(資料8-18)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育プログラムと関連の活動を支援する事務組織として、教育グループとして、学務課、医学教育研修課が配置され、教育プログラムの活動を支援している。

C. 現状への対応

教育改革による教育業務の増加により、学務課の業務負担の拡大が予測されており、その対応のため人員増を図っていく。また、事務部門の細分化によって生じる弊害を極力少なくするように、意識改革や組織の連携強化・協力を推進していく。

D. 改善に向けた計画

医学教育プログラムやその関連活動を支援する事務職員の資質向上および組織改革も含めて、計画的かつ継続的に事務組織や専門組織を強化する。

関 連 資 料

資料 8-5 近畿大学組織図（学校法人の事務組織図）

資料 8-18 シミュレーションセンター運営会議議事録 資料

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

教育資源としての人事・施設設備については、医学部長及び事務局長を中心とする医学部・病院事務局において、医学部の適切な運営と資源の配分が適切に実施されている（資料 8-5）。

例えば、教育グループにおける学務課および医学教育研修課の事務職員については、医学部運営委員会の柔軟な対応により、定員が確保されている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

予算執行、人員配置を含む医学部の運営は、医学部運営委員会により検討されている。医学部長、病院長がこの委員会に参画していることにより、予算・人事・施設設備等の教育的資源配分は、教育成果を達成するために効果的に意思決定が行える仕組みとなっている。

C. 現状への対応

カリキュラムの変更の際には、必要とする教育資源の配分については、医学部運営委員会において、医学部長、教学部長、学術運営部長、事務局長、病院長などの判断で、教育成果に見合った資源配分を確実に行う。

D. 改善に向けた計画

医学部運営委員会によって決定される教育資源配分のための予算を、必要度、重要度に応じて、さらに柔軟な運用ができるように改善していく。

関 連 資 料

資料 8-5 近畿大学組織図（学校法人の事務組織図）

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

医学部の管理運営については、平成 27(2015)～平成 28(2016) 年、新病院移転の基本構想策定のため、外部委託としてのボストンコンサルティンググループ (BCG) による外部評価を行なった。この病院評価の中では、特徴疾患の構築、地域でのケアやカルテネットワークなどの医療面に加えて研究や教育についても検討を行った。学部教育では、新病院の移転に向け、教育においても特徴のある独自性を示す必要性が指摘され、全国の先進事例が紹介された(資料 8-21)。

平成 27(2015) 年度に行った外部評価を引き継ぐ形で、医学部および教育の定期的な事後評価を行っている。

C. 現状への対応

今後も、管理運営および教育の評価を行い、改善に努める。

D. 改善に向けた計画

今後も、管理運営および教育の評価を行い、また、数年に一度は外部からの評価を加えて、より一層の改善に努める。

関 連 資 料

資料 8-21 ボストンコンサルティング報告書

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

近畿大学医学部附属病院（大阪狭山市）、近畿大学医学部堺病院（堺市南区）、近畿大学医学部奈良病院（奈良県生駒市）から構成されており、それぞれの役割を明確にするとともに、病院の置かれた立場に応じて、地域社会、行政の保健医療部門との積極的な交流を行っている。

地域の医療機関との機能分担を図るため、病診・病病連携として

- ・脳卒中後の継続治療、脳卒中パス（65 病院・診療所）
- ・がん地域連携パスを用いた診療の連携（28 病院・診療所）
- ・整形外科疾患の診療連携（46 病院・診療所）
- ・産婦人科疾患の診療連携（39 病院・診療所）
- ・循環器疾患（循環器内科・心臓血管外科）（19 病院・診療所）
- ・心療内科疾患の診療連携（13 病院・診療所）
- ・難病診療ネットワーク（61 病院・診療所）

などの連携がある(資料 8-22)。

この中には、行政との連携を含むものもあり、難病診療ネットワークでは南河内地域をカバーする富田林保健所との連携を保ちながら、難病患者支援を行っている。その成果の一部は、地域医療を学ぶ学生講義にも生かされている。救急医療についても、昭和 57 (1982) 年設置の救命救急センター、平成 18 (2006) 年から設置された ER を通じて地域医療に貢献してきた。また、平成 24 (2012) 年にオープンした救急災害センターに心臓血管センター、脳卒中センターを展開して 3 次救急だけではなく 2 次救急患者の専門治療の役割も果たしている。これらの救急患者を受け入れるとともに、地域のメディカルコントロール協議会の主要なメンバーとして行政や消防との建設的な交流を持っている。このほか、医療連携協定書を締結した関連病院会議を組織して、診療上の協力体制だけではなく、実習教育を通じた本学教育について討議する場を持っている。これらの連携を通じて、医学生はプライマリ・ケア・選択臨床実習において学外の施設で実習を行っている(資料 8-23) (資料 8-26)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

近畿大学医学部附属病院、近畿大学医学部堺病院、近畿大学医学部奈良病院のそれぞれの役割に応じて、地域社会、行政の保健医療部局・福祉関連部門との積極的な交流を行っている。学生の臨床実習の受け入れ病院に、本学の「建学の精神・教育の目的」をより広く認知してもらうことにより、もっと広く地域社会や保健医療関連機関と充実した意見交換する場を持つように勤めている(資料 8-2)。救急医療に関する地域の交流においては、救急隊員の教育や救急救命士の育成、専門的治療を必要とする患者の受け入れなど多岐にわたっているが、これらの一部は、学生の臨床実習や救命蘇生実習に大きな役割を果たしている。

C. 現状への対応

現状でも地域医療との連携を行っているが、超高齢化社会に向かい、地域完結型の医療システムを充実させるためには、地域包括ケアシステムを意識した交流を学生実習のレベルまで広げるように対応している。

D. 改善に向けた計画

行政との関係においては地域医療計画に積極的に関わり、また、医療連携病院とは、患者を介した病診・病病連携を通じて、学生の臨床実習の充実を図る。

関 連 資 料/

資料 8-2 学校法人近畿大学寄附行為 第 3 条 (「建学の精神・教育の目的」)

資料 8-22 近畿大学医学部附属病院ホームページ (医療連携協定)

資料 8-23 教授会資料 (2017 年 3 月 ; 選択臨床実習)

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

本学では、地域の医療施設、精神障害者社会復帰施設、福祉施設、保健所、市町村保健センターで1学年の学外施設実習を行っている。選択学外臨床実習では、学生は地域の医療施設の実習に参加している。これらの学生実習を通じて、地域の保健医療機関との連携を持っている。このほか、関西4私立大学の交換実習の調整会議で臨床実習等の問題点について意見交換をしている。また、かねてより、本学の臨床研修指導医講習会においては、地方厚生局の臨床研修審査専門官に講演してもらっている。平成29(2017)年2月に近畿厚生局主催で「地域医療に重点をおいた近畿厚生局指導医講習会」が開催された際には、本学のスタッフがタスクフォースの一員として、講習会の構築を行うなどの交流がある(資料8-24)。また、専門官は、本学の教育評価委員会の委員である。保健所との関係では、近年、災害医療に関する備えや施設間の連携を進めることが主体的に行われるようになってきたが、本学が災害拠点病院であるとともに、災害医療の人材養成の拠点でもあることから、会議での講演やプログラムの推進を含めて協働が行われている(資料8-25)。さらに、スタッフが地域の健康増進・食育計画の策定や推進に協力している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

現状でも学生教育を介した地域との連携は図られている。学外での学生実習の指導に医学部スタッフも関与している。学外の医療機関の主な関係者も、初期研修医の学外研修実習のための研修指導医講習会に参加しているが、学生教育に関する同様の試みは行われていない。保健所関係者との協働としては、難病ネットワーク協議会の共同開催、本学でメディカルラリー(資料8-25)や災害医療に関する研修会が行われるなど、実質的なパートナーシップが構築されている。近畿厚生局との連携も卒前、卒後教育を通じてパートナーシップは進んでいると考えている。

C. 現状への対応

上述のように保健医療関連部門のパートナーとの協働に関しては、卒前、卒後研修(臨床研修指導医講習会など)や災害医療のプロジェクトなど具体的なイベントを通じて、より実質的に推進されてきている。しかし、これを系統立てたものにする試みは必要であろう。さらに、地域医療の現場で教育に携わる実習指導者対象のFDを行う必要がある。

D. 改善に向けた計画

大学は、地域医療に従事する者に知見や技術、人的資源の還元を行うことで、地域との連携を図る。教育面では地域医療従事者向けのFDを計画すべきである。そのことは、大学から地域における医療関係者への学習環境を提供することにつながる。このほか、様々な機会を通じて協働を進めているが、できるだけ、密で実質的なパートナーシップが推進されることを目指している。

関 連 資 料

資料8-24 地域医療に重点を置いた近畿厚生局指導医講習会 資料

資料8-25 災害医療のための人材養成;メディカルラリーポスター

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

医学部は、教育評価委員会において、教育課程、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、定期的に自己点検を行っている。(資料 9-1)。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育評価委員会においては、教育について自己点検・評価を行なっている。教育課程、カリキュラム構造や内容、学修成果/コンピテンシーなどの項目ごとに詳細な評価ならびに学習環境の自己点検については、外部委員をメンバーとして迎えて検討を始めている(資料 9-1)。

C. 現状への対応

平成 29 (2017) 年度から、教育評価委員会を開催し、教育課程、カリキュラム構造や内容、学修成果/コンピテンシーについて評価し改善に努める。また、大学として、IR センター (Institutional Research Center) を全学に設置し、評価および自己点検のための資料収集や分析を進めている。

D. 改善に向けた計画

教育評価委員会における、教育課程、カリキュラム構造や内容、学修成果/コンピテンシーに関する評価及び学習環境の自己点検を進める。また、自己点検および評価・改善のための資料収集や分析を進めていく。

関 連 資 料

資料 9-1 教育評価委員会議事録

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

教育評価委員会は、教育課程、カリキュラム構造や内容、学修成果/コンピテンシーなどの詳細な評価や学習環境の課題抽出を行っている。（資料 9-1）。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

教育評価委員会における見直しについては、課題の課題抽出や評価が十分でないため、課題の修正が十分であったか評価し得ない。

C. 現状への対応

平成 29（2017）年度から、社会医学の専門家を含めた外部委員が参画する教育評価委員会での検討が始まり、明らかになった課題や意見を随時修正する。また、自己点検や分析評価のための基礎となる資料整理や分析評価を行っていく。

D. 改善に向けた計画

今後、教育評価委員会を活用し、明らかになった課題を医学部長の下、自律的に改善を図っていく。

関 連 資 料

資料 9-1 教育評価委員会議事録

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

医学部に設置された総合医学教育研修センターでは、センター長のほか、6 人の副センター長が配置され、うち 1 人が卒前教育を専任で担当し、継続的な改良を行っている（資料 9-2）。センターでは、学生の入学からの教育や卒後の研修までのサポートを行っているが、事務部門として、教育グループがあり、その中で、学部教育部門は学務課が、臨床研修医部門は医学教育研修課が担当している。医学教育研修課のもと、シミュレーションセンターも設置されている（資料 9-3）。これらは、教務委員会、臨床研修管理委員会など、学生、研修医教育に必要な資源を配分する中心的存在となっている。

B. 基本的水準に関する現状分析と自己評価

本学の総合医学教育研修センターは、従来は初期臨床研修医の管理部門として発足したが、卒前、卒後のシームレスな連携を行うために、卒前部門が設置され、卒前部門には専任の教授も配置されて、現在に至っている。シミュレーションセンターは、医学部生、研修医のみならず、看護師、医師、医療専門職も利用できる施設として設置されている。それぞれの部

署からは、継続的改良に必要な物品、人的資源などの要望があり、その内容に応じて適切な医療資源配分を行っている。

C. 現状への対応

総合医学教育研修センターの機能を高めるための努力は行っているが、教員、事務職員ともに人的資源の確保は今後も重要課題である。

D. 改善に向けた計画

今後も検証を行い必要な資源投入のための計画を立案する。

関 連 資 料

資料 9-2 近畿大学医学部総合医学教育研修センター（医学部ホームページ）

資料 9-3 近畿大学医学部・附属 3 病院 事務関係組織図

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

本学では教育改善の成果は、授業評価、学生へのアンケート、聞き取り調査、定期試験結果などをもとに教務委員会、カリキュラム委員会などで検討し、改善にいかすように勤めている。試験結果については、CBT と卒業時成績、医師国家試験可否と卒業試験との相関、5 学年総合試験、6 学年卒業試験におけるキャリブレーション問題の導入などを通じて検討を行ってきた。これらの試験結果に関する基礎データは蓄積されてきている。このほか、合格した入学試験の種類による入学後の成績の違いなども分析し、合格者判定にも反映させている。卒業生調査の結果も、今後、改善に反映させる予定である。ただ、教育全般に関しては、総合的な前向き調査は行われていない。そのため、教育評価委員会、IR センターの設置により、今後これらの機能を生かして、改善を企図している。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

教育改善は、試験成績の分析、自己点検、医学教育文献などを参考に行っている。卒業生調査は行っているが、十分な検討には至っていない。教育に関する前向き調査は行われていないとは言えない。

C. 現状への対応

前向き調査は行われていないが、医学教育評価委員会や IR センターが設置されたので、今後、その役割を担えるよう機能充実を図る。卒業生調査などで一部結果も出始めている。

D. 改善に向けた計画

IR センターの活用は今後の大きな課題である。

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

PBL テュートリアルは、本学の医学教育の特色であるが、人員確保などの問題から、必要なカリキュラム（4 学年症候・病態）に集中してその教育法を投入するなど、現状に応じた有効活用を図ってきた（資料 9-4）。また、将来、地域医療の重要性が増すことを予測して串本実習を展開、維持してきた。臨床実習期間の延長とスチューデントドクター制度の導入など、臨床実習の改善も将来の予測に基づいて、改善してきた要素である。これらの改善は、本学の医学教育アウトカムに基づくコンピテンスを基盤として企図されてきたものである。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

授業評価や聞き取り調査、さらには人口構造の変化に伴う提供すべき医療内容の変化などを取り入れて教育改善と再構築を行ってきた。その中で長年培ってきた本学の教育の特色をできるだけ残していこうと言う努力を行っている。

C. 現状への対応

将来の予測のためには、過去の実績を正確に記録し、活用する必要があるが、時代とともに過去に行われた教育実践の意義が不明瞭となっている部分もあった。これらの記録の必要性を感じている。

D. 改善に向けた計画

今後、教育に関する前向き調査をしていく方針である。

関 連 資 料

資料 9-4 近畿大学医学部シラバス（4 学年）

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

近畿大学医学部の使命や医学部生の学修成果は以下の通りである。

- ・ ミッション（建学の精神と教育の目的）

近畿大学は、建学の精神として「実学教育」と「人格の陶冶」を定め、教育の目的として①人に愛される人、②信頼される人、③尊敬される人、を育成することとする。

- ・ 卒業時到達目標（ディプロマポリシー）

本学は、「建学の精神」と「教育理念」に基づいて、「深い教養と高い志をもち、社会を支える気概をもった学生を育成し、社会に送り出すことを最終教育目標」としています。厳格な成績評価を行い、所定の単位を修得した学生に卒業を認定し、学位を授与します。卒業までに身につけるべき資質を以下に示します。

1. 大学での種々の学びを通じて、「人に愛され、信頼され、尊敬される」人格へと自ら成長させ続ける自己教育力を培っていること。
2. いながら学ぶ「学問」習慣を身につけ、専門領域における知識・技能を修得し、それらに裏打ちされた探究心と社会貢献への使命感に目覚めていること。
3. 専門領域における課題の意味を、広い歴史観や深い人間観の中で位置づけようとする教養を、身につけていること。
4. 異質な価値や文化を理解し、自国の伝統や文化の意味を再発見する国際感覚を、身につけていること。

これらを社会の科学的、社会経済的、文化的発展に適応させるようにコンピテンスやコンピテンシーを定めている。薬学部、理工学部、生物理工学部などとは、これまでも教育、研究面において連携をとっていたが、文科系学部との協働はやや手薄であった。カリキュラム改革では、総合社会学部、文芸学部などの文科系学部の教員による、医療と社会との関連を教育するプログラムを取り入れている。このように、文科系から理科系にわたる14の学部を要する日本有数の私立総合大学であることが、本学の大きな特色である。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

4学年の医薬連携プログラムは、医療系学部同士の連携として、早期から本学の教育に取り入れてきた。このほか、1学年の「医学から見た国際社会と日本」、「医学から見た現代社会と倫理」には、東大阪キャンパス社会連携推進センター、総合社会学部、文芸学部などの教員が、医学と社会との関わりを論じる講義を開講している。一部は、臨床総論 I/実習などでも継続的な教育を行っている。

C. 現状への対応

本学の総合大学としての特色を生かして、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努力は現状でも行えている。科学的、社会経済的な取り組みは上級学年でも行えているが、文化的発展は低学年にとどまっているかもしれない。

D. 改善に向けた計画

高学年に対しても何らかの文化的発展への取り組みを考える機会を与える必要がある。

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

大学の初期臨床研修での《研修理念》は、病気そのものを対象として病気を撃退することを医療の本質とは捉えず、病める人全体としてとらえ、ひとりひとりの患者さんの持つ問題を解決することをめざすような医師としての人格を涵養し、将来の専門性にかかわらず、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応できるよう、チーム医療やプライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度、技能、知識）を身につける。また、《基本方針》は、①患者を全人的に理解し、患者・家族と良好な人間関係を確立出来るような、医師としての人格を涵養する。②プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度、技能、知識）を身につける。③医療チームの構成員としての役割を理解し、他のメンバーと協調し問題解決にあたる能力を身につける。④患者ならびに医療従事者にとって安全な医療を遂行し安全管理の方策を身につけると定めている。

医学部のコンピテンシー/学修成果として、【倫理とプロフェッショナリズム】、【医学的知識】、【診療の基本的技能】、【医療安全】、【チーム医療】、【コミュニケーション能力】、【医療の社会性の理解】、【国際化に対応できる教養と英語力】、【自律的継続的学習能力】、【課題解決能力と医学研究への連結】としている。

特に、【診療の基本的技能】では、医療系大学間共用試験実施評価機構「診療参加型臨床実習に参加する学生に必要とされる技能と態度に関する学習・評価項目」が求める基本的診療能力に加え、患者背景を理解して対応する診療態度を身につける。【チーム医療】医療チームの一員として多職種と連携し、相互に尊重しあった適切な行動をとる。さらに医療チームの中でリーダーシップを発揮することを念頭に置き、自己研鑽する。【倫理とプロフェッショナリズム】では、常に患者の利益、安全、人権を第一に考え、患者およびその家族の生活歴、背景を理解して常に患者中心の医療を行なう。医師は医療の中核的役割を果たす責任ある職種であることを肝に銘じ、日々自己研鑽に勤め、常に社会からの信頼を得るよう行動すると定めている。

臨床研修の研修理念、基本方針は平成 22（2010）年度に作成されており、対して医学部の学生が卒業時に身につけておくコンピテンスは平成 28（2016）年度に作成され、これまでは修正はされていない。

なお、カリキュラム内には、チーム医療に関しては、医薬連携合同学習会を行ない、臨床技能としては、臨床医学入門、PCC-OSCE を行ない、医療の社会性の理解に対しては、1 学年の学外施設実習で保健所、精神障がい者社会復帰支援施設、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等の実習を行い、プライマリ・ケアの基本的な診療能力に関しては、5 学年では全員に和歌山県串本町で地域医療実習を実施し、6 学年では選択実習として地域医療施設での実習を実施している。また、医療安全に関しては、4 学年に Unit があり、倫理に対しては、1 学年に「医学から見た」現代社会と倫理のコースを行なっている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

大学の初期臨床研修における《研修理念》および《基本方針》に必要な学習成果に合致する形であり、平成 28（2016）年度に施行されたものであり、現時点においては修正されていない。しかし、カリキュラムにおいては、卒後研修で必要とされる倫理、医療安全のコースを独立して行い、臨床技能、公衆衛生上の訓練、患者ケアへの参画を含んだ形での Unit が出来ていると考えられる。

C. 現状への対応

今後、卒後の環境に必要とされる要件の変化に従って、卒後研修での目標を考慮しながら、医学部のコンピテンシー/学修成果を修正していく。

D. 改善に向けた計画

今後、コンピテンシーおよびカリキュラムの修正の際には、卒後研修に必要とされる要件をモニタして、そのことを考慮して学習成果を決定していく。

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

本学では、平成 10（1998）年から PBL テュートリアルを取り入れて、成人学習理論を参考に問題解決型の教育を展開してきた。一方で、テューターの確保等の問題点も増えてきた。また、モジュール型カリキュラムによる、領域間の有機的な連携の不足によって、学生の知識の定着不足が生じてきた。臨床実習時間の確保も重要な課題となり、抜本的なカリキュラムの見直しを迫られた。そこで、アウトカム基盤型教育の原則に則り、卒後の環境に必要とされる要件取得に向かって、どのようなカリキュラムが必要で、それぞれにどのような教育方法が適切かを教員アンケートや学生からの聞き取り調査によって、拾い上げ、カリキュラム改革に反映させるよう努力している。すなわち、マイルストーン設定を意識したカリキュラムに、本学との伝統も言うべき、PBL テュートリアルに代表される問題解決型教育の良さをどのように接ぎ木していくかが教育課程編成・実施の方針となった。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラム改革として、我々が重要と考えているポイントをまとめてみると

1. 入学者の基礎学力の確認と向上を図るプログラムを提供する。
(生物学未履修者に対するリメディアル教育の提供)
2. 専門教育に携わっている教員が教養教育（共通教育科目）に参加して、実学（専門教育）と教養の連動ないし融合を視野に入れた授業を提供する。（医学から見た現代社会と倫理など）
3. 専門教育科目において、社会のニーズに対応できる教養に裏打ちされた専門性を高める工夫を進める。（2 学年 臨床総論Ⅰ/実習、3 学年 臨床総論Ⅱ/実習、4 学年 臨床総論Ⅲ/実習）
4. PBL テュートリアル、TBL などのグループディスカッションによる問題解決型教育の充実。（2 学年の基礎医学部門におけるテュートリアルの継続、4 学年の症候・病態における臨床における問題解決型を意識した教育）
5. 参加型臨床実習の実質化のため、段階的臨床実習を構成。

C. 現状への対応

現状は改革途上にあるカリキュラムを実効あるものとするための努力に費やされている。大きな枠組みの改定に加えて、これらを遂行するため、各講座、各診療科、各教員の創意工夫が何よりも重要である。一方で、これらの変革に対する評価を逐次的に行うことは重要で、教務委員会、カリキュラム委員会、教育評価委員会などの委員会で、教員、学生をはじめとする関係者からのフィードバックを拾い上げているところである。

D. 改善に向けた計画

教職員及び学生が協力して、カリキュラム実施とカリキュラム改善を検討する。また、外部評価委員を含む教育評価委員会の意見を取り入れる仕組みを構築する。

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

近畿大学医学部のカリキュラムポリシーでは、「教養教育、基礎医学教育、臨床医学教育、臨床実習へと積み上げ型の一体教育を行います。低学年から医療・看護の現場や基礎医学研究の現場を体験させます。問題解決型教育の導入により自ら課題に取り組む姿勢を養成します。グローバル社会に対応する高い英語力を養成します。複数学年にわたる倫理教育とプロフェッショナルリズム教育により高い職業倫理観と責任感を育てます。医師国家試験合格を達成するために高度な臨床医学教育を実施します。」となっており、この理念にもとづいて、教務委員会・カリキュラム委員会は、毎年度カリキュラムの見直しを行っている。平成 27(2015)年度から本学では、順次、カリキュラムの改訂を行ってきた。1 学年の教養教育では、同じ倫理を学ぶにしても、医師としての視点を取り入れた内容を含む「医学から見た現代社会と倫理」を開講した。また、国際医療保健を学ぶ「医学から見た国際社会と日本」、社会と医学の関わりも含めた研究の最先端を学ぶ「医療イノベーション学」も同様の例である。2 学年は臨床総論Ⅰ/実習、3 学年は臨床総論Ⅱ/実習、4 学年は、臨床総論Ⅲ/実習であっても医療の現場を学ぶ実習を取り入れた上で、「ホスピタルアート」、「医療倫理」、「全人的医療」、「医療安全」などを学ぶためのカリキュラムを取り入れた。臨床実習では、本学の特色である串本実習のように、地域医療を見据えた内容を取り入れている。これだけではなく、大きなカリキュラムの変更はなくても、各講座はそれぞれの専門性に応じて、基礎医学、臨床医学、行動および社会医学の進歩を取り入れるよう努力をしている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

カリキュラムは、カリキュラム委員会を中心に、時代の要請、学生、教員の要請を取り入れながら改善を図っている。平成 28（2016）年度以降の大きなカリキュラムの改訂は、現在進行形であるが、それ以外でも、毎年、見直しが行われている。

C. 現状への対応

医療や社会の変化に対応したカリキュラム間の連携の調整については、現状のカリキュラムでも各講座の授業、グループディスカッション、実習などの形で取り組まれている。しかし、十分に系統立てて実行できているとは言えない。

カリキュラム委員会では、例えば今後の高齢化への対応として、医療と福祉の連携を見据えた地域包括ケアに関する実習が十分であるか、またそのような実習を行う場合の具体的な臨床実習のあり方などについて検討を行っていく。

D. 改善に向けた計画

現状での取り組みが孤立したものとならないように、それぞれのプログラムの要素間をつなぐ体制づくりが必要である。その中核となるカリキュラム委員会に、学生、教員、地域の要請を取り入れる仕組みを作る。

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

1 学年では、一部専門科目はあるが、教養教育が中心であり、筆記試験のほか、レポート、実習の態度などで評価している。2 学年は、実習レポート、Unit ごとの試験および総合試験を実施している。3～4 学年では Unit ごとの試験、総合試験で評価する。4 学年では、CBT で主に知識を、OSCE で技能を評価しているが、これらは、スチューデントドクターとなるための総括的評価である。このほか、PBL テュートリアル、TBL では発表プロダクトなども評価の対象としている。臨床実習は出席、態度、技能を評価するために評価表を作成し、共通評価項目と各科別の評価を行っている。現在は、臨床実習ログブックを運用して、CbD、実習日誌などを形成的評価に利用している。5 学年は総合試験、6 学年では卒業試験を行っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

評価のシステムは、基本的には、知識、技能、態度をバランス良く評価するために形成的評価を順次行いながら、最終的に総括的評価になるように構築されていると自己評価している。形成的評価と総括的評価の回数、配分の調整については、十分に検討はできていない。全般に学生の負担過重の恐れはあると考えている。

C. 現状への対応

医学部アウトカムに対する達成度を測る指標となっていると考えているが、それぞれのコンピテンスの要素について、十分に評価出来ているのか、検証は必要である。

D. 改善に向けた計画

期待する学修成果に対する評価として妥当かどうかの判断はこれからの課題である。

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

医師不足の社会の要請を受けて、1 学年の学生定員は 115 人となった。この定員を満たすために学生選抜に関しては過去のデータも、もとに調整をおこなっている。医師国家試験において、平成 25 (2013) 年度卒業生については、一般前期 (21 人) から 3 人の不合格であったのに対して、一般後期 (42 人) で 19 人の不合格者を出している。そこで、学生選抜の方針として、一般後期の学生の入学より、前期の学生の入学者数を増加させる方針を取っている。

また、医師のプロフェッショナリズムを求める社会の要請を背景に、学生選抜において、入学するすべての学生に面接試験を課すなどの方策を取っている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

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おいては、高等学校での生物の履修が、一部の学生において十分でなくなっている現状に合わせて、入学試験の試験科目も検討したが、現時点では、生物学に対するリメディアル教育で対応しているのが現状である。

C. 現状への対応

入学者選抜においては、後期試験において医学部独自問題を導入し、全試験区分においての面接試験の導入などを行っている。

D. 改善に向けた計画

今後、こうした選抜やその後の対策の成果について、コホートとして実績をデータとして集積していく計画である。

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

必要に応じた教員の採用には、医学部組織検討委員会および資格審査委員会を経て、教授会にて審議され、承認されている。教員の募集と選抜に関しては、「近畿大学教員選考基準」、「近畿大学医学部教員の選考基準」、「医学部講師・診療講師および講師、准教授、臨床教授採用・昇格要件・業績基準」、「近畿大学助教および助手の任期に関する規程」、「近畿大学任期付教員の任用等に関する規程施行細則」、「主任教授・臨床教授の選考について（内規）」によって行われている。この際の資料としては、学生教育実績、研究業績目録、研究助成金一覧、教育・研究・診療等の実績評価報告書、今後の抱負に関する文書などが含まれている。

教育能力開発として、医学部ファカルティ・ディベロップメント（FD）を随時開催している。また、医学部講師以上の教員には原則として年 1 回以上の FD への参加を義務づけられている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

必要に応じた教員の採用と教育能力開発の方針を調整として、本学では、教員採用に関しては、医学部組織検討委員会および資格審査委員会を中心に調整を行ない、教育能力開発の方針に関しては、FD 担当者が調整を行なっている。

C. 現状への対応

必要に応じた教員の採用と教育能力開発の方針の調整には、医学部長を中心とした委員会にて行なわれているが、さらなる検討の必要がある。

D. 改善に向けた計画

FD に関しては、さらなる充実を図るように努力していく。

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

入学者数は医師不足への対応を求める社会の要請もあり、地域枠を中心に段階的に 115 人まで増員した。定員増にあわせて、講義室の席数の増加、IT 環境の整備などを行った。シミュレーションセンターについては、シミュレータ数も増やし、より広い場所へ移転した。主要な臨床実習の場である附属病院ではハイブリッド手術室を新設するなど、先進的な医療も教育に取り入れるようになっている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

社会的要請に応じて入学定員増を行い、講義室の拡充など、定員増に合わせた教育環境の整備は行っている。社会の IT 化の潮流にあわせて、IT 環境の整備も行っている。

C. 現状への対応

定員増、IT 環境の変化に対して、対応はしているが、現在のキャンパスは築 40 年以上で老朽化は否めない。教育資源の更新を行っているものの、建物のキャパシティには限界がある。本学では平成 35（2023）年度に医学部および附属病院の移転を予定しており、現キャンパスでの抜本的改善には限界がある。

D. 改善に向けた計画

平成 35（2023）年に予定されている移転に向けて適切な教育資源整備の計画を立案する。

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

教育プログラムの監視ならびに評価過程を改良するためには、前向き調査の、仕組みが必要である。“前向き調査については、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。”が求められている。しかし現時点では、わが国では、米国の IPEDS（Integrated Postsecondary Education Data System）に相当する国全体の高等教育機関を対象とした包括的なデータシステムが確立していない。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

この課題に関しては、場当たりのデータ収集や局所的な分析ではなく、本来は大学横断的なデータシステムや管理が必要である。たとえば、IR センターのスタッフのための倫理コードや、データガバナンスポリシーの構築などの基本的システムの整備が求められる。しかし、そのような基本システムの整備が遅れている。教育プログラムの監視ならびに評価過程を改良するためのデータを扱う前に、それを扱う者たちの倫理規範を整備するなどの努力から始めていく必要がある。

C. 現状への対応

系統的なデータガバナンスポリシーの構築には、時間と努力を要するが、教育プログラムの監視ならびに評価についても、FD における教員からのフィードバックや、学生からの授業評価、卒業生への調査など、現時点で可能な手段を用いて、対応している。

D. 改善に向けた計画

現時点では、学生の実績をトレースする全学的なコホートに、医学部も今後、参入を進めていく。系統的なプログラムモニタリングシステムの整備を進める。

改良のなかで以下の点について取り組むべきである。

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

近畿大学医学部附属病院では患者サービスの一環として、「あなたの一言」を募集し院内サービスの向上に役立てている。これに書かれていた学生に対する要望について、学生生活委員会で取り上げ、委員全員で共有、対策を考えたとうえで、教授会にも報告している。学生には学連、クラブのキャプテン会議等を通じてフィードバックし、学生生活態度、社会人としてのマナー、礼儀礼節教育に反映させている。生活態度、マナーでは喫煙マナー、大学構内における自転車の乗り方、礼儀礼節では患者さまに対する挨拶、服装、身だしなみなどが指摘されている。

B. 質的向上のための水準に関する現状分析と自己評価

1 学年の病棟体験実習では、事前に教育担当の看護師、ボランティアの患者（SP）より服装、身だしなみのチェックを受け、合格した学生のみが実習に参加できるというように、教育の一部にフィードバックさせている。

C. 現状への対応

1 学年の病棟ボランティア実習では P-MEX を利用し、医師として患者様や先輩、同僚に対する態度についてどのくらいできているか自己評価させ、プロフェッショナリズム教育に役立てていく。

D. 改善に向けた計画

社会や地域住民、患者等との接点を持った教育プログラムをさらに充実していく。

あとがき

今回の分野別認証評価を受審することは、本学にとっては、カリキュラムそのものを考えるだけでなく大学の成り立ちそのものに関する基本的な理念や姿勢を問い直す機会ともなっている。

例えば、本学では、平成 10（1998）年から、PBL テュートリアルの導入に、大学をあげて取り組み、その内容は、他の大学のカリキュラム導入のきっかけともなった。また、平成 17（2005）年度の文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム（医療人 GP）」において、和歌山県串本町を中心に、地域医療実習教育のモデルを構築した。いずれも導入から、時間が経過しているが、粘り強く継続されてきたことを、いまさらながら、認識をあらたにした。本学は、水産研究所でのクロマグロの世界初の完全養殖の成功で知られているが、これも、公的な補助金が終了して長期間、自力で事業を継続した結果である。このような粘り強い継続をめざす本学の姿勢は、実学を基本理念とする本学の使命の一つでもある。今回の本学の基本理念や姿勢の見直しにおいて、認識をあらたにしたところである。

しかしながら、今回、国際認証の視点から自己点検して、その遅れを明確な形で再認識した部分もある。例えば、国際認証評価では、プログラム評価を推進できるシステムや機能を重視しているが、諸外国の実情からすると、相当な差があるというのが正直な認識である。今回、自己点検評価報告書の執筆にあたり米国での視察を行い、IR 関係者からの資料を参考にデータガバナンスのシステムや、倫理要綱などの点から、整備を進めているというのが実情である。

一方、今回の導入により、新しい展開がみられたこともある。カリキュラムの立案、運営、評価に学生委員が加わって貢献してくれたこともその一つである。毎回、多忙なスケジュールを調整してくれ、空腹の中で夜、遅くまで議論に加わり、すばらしいアイデアを提案してくれた。このような形で大学のコミュニティに貢献してくれたことに頭がさがる思いであった。また、卒業生に対する調査も従来は、系統だっけ行われてはいなかったが、今回は本学の教育に対するフィードバックを得るためのアンケート調査とともにフォーカスグループインタビューも実施した。書面では得られない興味深い話を聞くことができ、新鮮な発見があった。そのプロセスでは同窓会に、たいへんお世話になった。

この自己点検評価報告書の作成においては、心血を注いでくれた教員および職員に感謝したい。加えて、上記のようにさまざまな関係者が、関与していただいた。多くの人々が、この事業に取り組み、本学をよりよいものに変えていこうという、意識を共有できたことは、大きな成果であった。この報告書を提出するにあたり協力いただいた全ての方々に深謝したい。

医学教育点検・評価委員会
委員長 平 出 敦