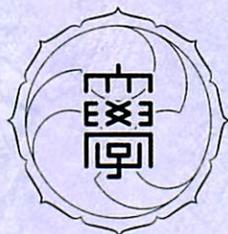


世界医学教育連盟グローバルスタンダードに基づく

東京女子医科大学医学部自己点検評価

平成 23 年度



Self-Evaluation of Tokyo Women's Medical University School of Medicine

in Accordance with the

WFME Global Standards for Quality Improvement

2011

# 目次

平成23年度医学部自己点検評価書に寄せて .....	i
医学部の自己点検評価にあたって .....	ii
1. 医科大学の使命と目標 .....	1
2. 教育プログラム .....	45
3. 学生評価 .....	123
4. 学生 .....	133
5. 教員 .....	143
6. 教育資源 .....	153
7. プログラム／カリキュラム評価 .....	173
8. 統括および管理運営 .....	183
9. 継続的改良 .....	197
あとがき .....	201

## 平成 23 年度医学部自己点検評価書に寄せて

大学の使命は、社会の役に立つ優れた人材を育成し、世に送り出すことにあります。従って、大学には常に自律的且つ継続的な教育研究の改善・改良が社会から求められています。日本では制度として大学の自己点検評価と外部評価の機関認証評価があります。東京女子医科大学は平成 19 年度に大学基準協会の大学評価を受審し、大学基準に適合していると認定されました。我が国では大学全体の評価である機関別評価が義務化されていますが、医学教育あるいは看護学教育等の各学問分野についてはその領域を専門家によって評価を行う分野別評価制度ができておりません。他方、欧米諸国では分野別評価制度が一般化し、整備されています。近年の医療国際化に伴い、国際間での教育質保証制度が論じられている折から、我が国にも国際的に通用する評価制度が必要です。今回の自己点検評価は国際的な医学教育基準である世界医学教育連盟のグローバルスタンダードに準拠して行われました。

本学は 1990 年の MD プログラム 90 導入以来、様々な先駆的医学教育を行い新しい医学教育の方法を全国に発信し、日本の医学教育のモデルのひとつとなっています。本学は、平成 23 年度よりさらに高い教育を世界水準で達成する MD プログラム 2011 を導入しました。今回の医学部自己点検評価は、これまでの実績と新たなカリキュラム、そしてそれを支える大学と教員を世界水準のなかで評価し、さらなる教育改革を目指すことが目的です。この目的のためにグローバルスタンダードに沿った点検評価が、学内自己点検評価審議会を中心に多くの医学部教員の参画で実施され、本書が作成されました。国内各医科大学等でグローバルスタンダードによる国際認証が懸案となっている現在、先駆的な自己点検評価となると思います。ここに、評価に関わった多くの教職員の苦勞と努力に心より感謝申し上げます。

今回の自己点検評価書は今後英訳され、平成 24 年 10 月にはグローバルスタンダードに基づく国際外部評価を受審する際の評価資料となる予定です。本書の作成に関わった教職員、医学教育・研究を实践・支援している教職員、協働教育などに関わる看護学部教職員、そして本学の教育のアウトカムを示している学生・卒業生そして彼女たちを支える至誠父母会など、本学教育に関わる全ての人の活動の集大成が、世界基準を上回る評価結果につながると信じています。そして今回の自己点検評価と国際学部評価が、更なる教育の質向上に資することを願っています。

平成 24 年 3 月 1 日

学長

宮崎俊一

## 医学部の自己点検評価にあたって

昨年は 3.11 の大震災・津波を始めとして本当に色々なことがありました。被災された皆様には心からお見舞い申し上げ、一日も早い復興をお祈り申し上げるとともに、これから長期に必要な復興活動に参画する事もできるより良い医療者を育てることが重要であるとの感を強くしております。また、そのようなときに、世界医学教育連盟グローバルスタンダードに基づく東京女子医科大学医学部自己点検評価が行われましたことを大変感謝申し上げます。東京女子医科大学は現在、法人としてのミッションを、「先進的、全人的かつ安全な医療の追求を通じて、ともに、世の人々の健康に貢献するひとを育成する」としております。本学は、社会貢献者、そして医療者として強い意志をもった、しなやかで包容力のある女性医師を育成しその生涯研鑽を支援する姿勢を持ち続けており、このことは、広く社会にも認容していただいていると存じます。一例を挙げれば、昨今、高度な医療の実践にあたり、多職種間のチームワークの重要性も強く提言されていますが、本学では、初学者であり柔軟な低学年から、多様な看護学部との合同教育を実施、病院の薬剤師、検査技師などとチーム医療を検討する人間関係教育も取り入れており、相互理解に基づいたより良い医療実践の基盤固めも行なっております。総論的学問的説明を駆使しても、病に悩める人を「納得させ、行動を変容」させる事は困難なことも多くあります。可能な限りの医学を修める努力をし、生涯にわたって学び続ける力を持つこと事はもとより、臨床実習でできるだけ多くの病に悩める方に直に接し、体全体で学ぶことにより、理屈のみならず感覚を磨き、体験から学んだ知恵を多く身につけて欲しいと願っております。本学で学んだものが、家庭の営みの実践的現実を心得、知恵を用いて病に悩める人の心をも、その方の人生をより輝かしいものとするために支援できたらと願ってやみません。

ここに平成 23 年度の教育および研究的営みを、自己点検評価の形で書面にまとめました。まだ理想に向かって乗り越えていかなければならない事が沢山ございますが、ご高覧頂ければ幸いに存じます。

平成 24 年 3 月 1 日

医学部長

大澤真木子

# 1. 医科大学の使命と目標

## 1.1 使命と目標の開示

### 基本的水準:

医科大学はその使命と目標を定め、それらを広く関係者に明示しなくてはならない。大学使命および目標は、卒後の初期研修・医学全領域の専門的教育において、医療・公衆衛生で果たさなければならない医師の役割を修得できるための基本的教育課程と修得すべき基本的能力が述べてなくてはならない。

### A. 基本的水準に関わる点検

東京女子医科大学は日本で27番目の女性医師吉岡彌生によって、1900年12月5日に東京女醫学校として創立された。当時は女性が専門職に就くことを社会が容認しない時代であったが、社会に貢献できる専門職としての適切な知識・技能・態度を持つ医師の育成を通じて、女性の社会的独立と経済的自立を目指した。以来女性医師教育の最高学府として、1912年に東京女子医学専門学校、1952年に東京女子医科大学として発展してきた。看護系については、1930年に産婆看護婦養成所が開設され、1998年に看護学部へと発展してきた。創立者は学校の理念として、「きわめて誠実であること」と「慈しむ心」を「至誠と愛」という短い言葉で表現しており、現在の大学の理念とし、この理念に従うことを全ての教育・研究・診療の場で教職員・学生に求めている。

建学後110余年の歴史の中で、女性の社会的地位は大きく向上したが、今なお社会に貢献する女性医療者が求められていることに変わりはない。現在の東京女子医科大学の使命は、「最良の医療を実践するための知識・技能を修め、高い人格を陶冶した医療人および医学・看護学研究者を育成する教育を行うこと」である。医学部および看護学部では建学の精神に基づき社会に貢献する女性医療人の育成が使命である。

大学の理念および建学の精神は広く本学教育に関わる協働者（教職員、学生、父母、卒業生などのステークホルダー）に周知されている。大学の基本規程である寄附行為第4条には、「この法人は、教育基本法および学校教育法に従い、大学および各種学校その他の教育研究施設を設置し、女子に一般医学および医術ならびに看護に関する教育を行うことを目的とする。」と明記されている。ステートメント（建学精神・理念・目標）は大学案内・大学ホームページ・入学要項などを通じて全ての本学教育に関わる協働者（ステークホルダー）に開示されている。

### B. 基本的水準についての自己評価

1952年に設置された東京女子医科大学は、1958年に大学院医学研究科、1989年に看護短期大学、1998年に看護学部（短期大学は閉鎖）、2002年に大学院看護学研究科、2010年に東京女子医科大学・早稲田大学大学院共同教育課程（医工学連携の共同大学院）を設置し、医療に関わる教育・研究の大学の使命を果たすために発展を続けている。附属医療施設は学生・卒業生の研修の場として1908年に附属病院が開設され、その後発展し、日本で最も大きな病院の1つに発展し、高度先進医療から地域医療まで幅広い医療と医療者教育を通じての社会貢献と大学の理念達成を目指している。

学部教育は創立以来女性医療者育成の使命を果たしている。日本では男女共同参画の意識・制度が整い、女性医師が新卒の35%を占めるようになってきたが、医療を継続し生涯医療者として社会に貢献する女性医療者の育成は現代社会に一層求められる本学の教育の特色および理念である。

社会貢献者そして医療者として強い意志を持った女性医師を育成し支援する大学の使命と努力は、広く社会に受容されている。本学の卒前、生涯教育および女性医療者・研究者支援について競争的研究教育資金を多く獲得している。

卒前教育	2003-2006年	文部科学省特色ある大学教育支援プログラム 「人間関係教育を包含するテュートリアル教育」
	2005-2008年	文部科学省現代的教育支援プログラム 「アイ・アム・ユア・ドクタープロジェクト」
	2007-2009年	文部科学省特色ある大学教育支援プログラム 「医のこころを実践力を育むカリキュラム」
	2008-2010年	文部科学省大学教育推進プログラム 「女性医療リーダー育成をめざす全学横断教育」
	2010-2012年	大学教育推進プログラム 「国際基準の医学教育実践と質保証」
卒後教育	2010-2013年	文部科学省周産期医療環境整備事業 「男女共同参画型 NICU 人材養成プログラム」
	2008-2010年	文部科学省社会人の学び直しニーズ対応教育推進事業 『「臨床復帰へまず第一歩」をささえる女性医師への実践的再教育』
	2006-2008年	文部科学省科学技術人材育成費補助金女性研究者支援モデル 育成「保育とワークシェアによる女性医師研究者支援」

### C. 現状改良に向けた提言

医学部は建学の理念に基づく高質な教育を行っている。日本において現在社会的課題となっている医師不足の原因の一つに、女性医師の離職が挙げられている。本学卒業者の就業率は高く、建学理念が実践され現代社会に貢献している一つの証である。女性医療者支援は、学内の諸規定（短時間勤務制）、施設（女性医師・研究者支援センター、女性医師再教育センター、看護職キャリア開発支援センター）の充実だけでなく、これらのサービスの受給者が本学卒業生よりも他大学卒業生の方が多岐なる事実が、実績であり評価となる。

### D. 問題改善に向けた提言

大学の理念は、常に現代の教育研究医療の中で新たな課題に挑戦している。2011年に導入した新カリキュラム MD プログラム 2011 では、自分のライフサイクルの中でキャリアを構築できることをアウトカムの一つに設定し、卒前医学教育に含めている。卒後の女性医療者支援を充実させることが東京女子医科大学の使命の一つであるが、本学建学の精神は支援を受けるのではなく独立して社会貢献をする医師を育成することであり、本学のみが為し得る重要な使命として今後も継続発展させる。

#### 質的向上のための水準:

使命と目標には、社会的責任、研究活動、社会との結びつきを包含し、卒後医学研修への準備体制にも言及すべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

基本的水準で示したように、本学は建学の精神を基に教育・研究・診療において大学の理念を実践している。卒前教育については、1990年にPBLを取り入れただけでなく、女性医師としてのコンピタンス（医師としての実践力）を含むアウトカム基盤型カリキュラムを2011年に導入した。卒後研修施設としても、毎年約100名の初期臨床研修医を受け入れ、また、後期研修制度としての医療練士制度を古くから実施し、さらに近年は女性医師研究者支援プログラムを充実させている。研究では、携行型補助人工心臓の開発、細胞シート工学を駆使した再生医療分野で世界的研究が行われ、治験実施数も国内トップ5である。診療では日本最大級の診療施設を持ち、「至誠と愛」の精神に基づき1日約5,000名の外来患者と2,000名の入院患者に医療を行なっている。

大学として社会に貢献する医師を育成することが最大の社会貢献であり、これまでに10,000名余の女性医師を輩出した。また医療についても、1960年代に日本で初めて臓器系に分かれた医療センター（日本心臓血圧研究所など）を創立し、日本の医療実践に大きなインパクトを与えた。現在でも大学病院は高度先進医療施設に認定され、心臓移植、がん治療、治験などの拠点病院として選ばれ、東医療センターおよび八千代医療センターは地域中核病院や災害拠点病院としての機能を持っている。実際に2011年の東日本大震災では、東京女子医科大学病院、東医療センター、八千代医療センターの3病院合わせて心疾患胎児の母体搬送、被災地からの透析患者、被災地への医師派遣など、それぞれの病院が地震の影響を受けながらも、いささかもひるむことなく社会的責任を「至誠と愛」の精神で果たした。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

大学使命は、社会的使命、研究、地域・社会連携、卒後教育に及んでおり、それぞれについて高い実績がある。

##### 資料 1-1：卒業数

医学部卒業生数（1954-2011）過去5年及び累計

年	人数
2007	101
2008	96
2009	96
2010	105
2011	103
過去累計（1954-2011）	5042

大学院医学研究科修了者数（1958-2011）過去5年及び累計

年	人数
2007	18
2008	22
2009	21
2010	22
2011	23
過去累計（1958-2011）	522

(2010 年度)

附属医療施設名	1日平均 外来患者数	年間 入院患者数	年間 手術件数
本院	3,969	430,989	10,338
東医療センター	1,511	153,210	10,257
八千代医療センター	839	113,997	3,329
青山病院	96	7,850	72
成人医学センター	228	—	—
膠原病リウマチ痛風センター	454	—	—
東洋医学研究所	164	—	—
女性生涯健康センター	77	—	—
青山女性・自然医療研究所	23	—	—
遺伝子医療センター	7	—	—

資料 1-2 : 研究業績

項目	単位	数
年間公開論文数 (2012 年度)	編	2,290
特許取得出願件数	件	31 (うち FIRST 8 件)
特許権成立 (2012 年度)	件	1
総特許保有数	件	10

1. 2010 年度外部資金獲得状況 (2010 年度事業報告書 p.17)

(1) 外部資金の獲得状況

2010 年度

(円)

	医学部	看護学部	研究所	合計
科学研究費補助金	399,548,905	15,814,351	90,047,000	505,410,256
政府もしくは政府関連 法人からの研究助成金	313,752,644	0	1,641,122,770	1,954,875,414
民間の研究助成財団 等からの研究助成金	66,190,000	700,000	10,007,000	76,897,000
寄附講座	27,500,000	0	0	27,500,000
奨学寄付金	720,158,000	0	12,484,000	732,642,000
受託研究費	221,262,970	0	123,285,000	344,547,970
研究費総額	1,748,412,519	16,514,351	1,876,945,770	3,641,872,640

## 2. 2010年度主たる公的研究・教育事業（2010年度事業報告書 p.17-18の主たる公的研究事業）

### (2) 主たる公的研究事業

2010年度採択分（継続含む）

※○は2010年度新規採択分

採 択 項 目	部署名	2010年度 採択金額(円)	
科学技術総合推進費補助金 「先端融合領域イノベーション創出拠点の形成 再生医療本格化のための最先端技術融合拠点」	先端生命医科学 研究所	699,082,814	
最先端研究開発支援プログラム 「再生医療産業化へ向けたシステムインテグレーションー 臓器ファクトリーの創生ー」	先端生命医科学 研究所	483,906,756	○
グローバルCOEプログラム 「再生医療本格化のための集学的教育研究拠点」	先端生命医科学 研究所	150,730,000	
ナショナルバイオリソースプロジェクト 「線虫欠失変異体の収集・保存・提供」	第二生理学	88,200,000	
戦略的創造研究推進事業(さきがけ)「疾患iPS細胞を用いた 大脳皮質構造形成メカニズムの解明」	統合医科学研究所	57,590,000	○
最先端研究開発支援プログラム 「最先端研究開発支援プログラム」	先端生命医科学 研究所	42,231,000	○
周産期医療環境整備事業 「男女共同参画型NICU人材養成プログラム」	男女共同参画推進局	40,000,000	
総務省委託事業「小児・若年期における携帯電話端末使用 と健康に関する疫学調査」	衛生学 公衆衛生学(二)	35,749,444	
戦略的創造研究推進事業(さきがけ)「末梢神経損傷によっ て誘導される上位中枢神経回路の改編と動作原理」	第一生理学	20,163,000	○
大学教育・学生支援推進事業 大学教育推進プログラム 「国際基準の医学教育実践と質保証」	医学部	20,000,000	○
環境省委託事業「2010年度病理組織標本における 石綿小体計測及び胸腔鏡所見の評価に関する調査業務」	八千代医療センター 病理診断科	20,000,000	
質の高い大学教育推進プログラム(教育GP) 「女性医療リーダー育成をめざす全学横断教育」	医学部・看護学部	18,000,000	
大学改革推進等補助金(大学改革推進事業)大学病院連携 型高度医療人養成推進事業・南関東東京高度医療人養成ネ ットワーク	病院各部署	16,500,000	
科学技術試験研究委託事業「 $\gamma$ $\delta$ 型T細胞を標的とした 癌免疫療法の開発(臨床試験の実施とデータ解析及び効果 予測マーカー探索)」	泌尿器科	15,351,200	

採 択 項 目	部署名	2010年度 採択金額(円)
NEDO 戦略的国際標準化推進事業 標準化フォローアップ 「集束超音波治療装置に関する国際標準化」	先端生命医科学 研究所	14,322,250
独立行政法人物質・材料研究機構「細胞・動物実験による 材料評価とナノバイオ医学応用に向けた基盤研究」	先端生命医科学 研究所	12,100,000
社会人の学び直しニーズ対応教育推進事業委託事業「「臨 床現場へまず第一歩」をささえる女性医師への実践的再教 育」	男女共同参画推進局	12,000,000
戦略的創造研究推進事業(CREST)「生体膜リン脂質多様性 の構築機構の解明と高度不飽和脂肪酸要求性蛋白質の同 定」	第二生理学	9,100,000
科学技術試験研究委託事業「骨・筋肉関連疾患における 遺伝情報に応じた個別化医療の実現」	膠原病リウマチ 痛風センター	9,099,200
NEDO「内視鏡下手術支援システムの研究開発プロジェク ト」	先端生命医科学 研究所	5,185,950

資料 1-3：卒後・生涯教育

	2009年度	2010年度
初期臨床研修医数	187	204
後期臨床研修医数	492	563
大学院医学科学生数	74	74
女性再教育センター研修者数	21	15

C. 現状改良に向けた提言

大学の理念、使命は変わらないが時代の変化とともに社会貢献の形や医療者に求められる期待が変わってくる。本学は時代の先端の教育・研究・診療を行いながらその内容を検証し改めてきた。医学部では日本の医学教育カリキュラムの見本となった新カリキュラムを2011年にはさらに改良した。他大学（早稲田大学）との共同大学院は日本初の大学間の連携大学院で、現在開講2年目を迎えている。研究、診療でも世界に発信できる成果を上げている。

D. 問題改善に向けた提言

教育・研究・診療が大学の理念に沿って発展していくために、検証に基づく質的向上のための施策を行い、国際的にも高品質な教育・研究・診療を進める。

## 1.2 使命と目標策定への参画

### 基本的水準:

医科大学の使命と目標は、教育の協働者のなかの主要な構成者によって策定されなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

本学の意義が本学教育に関わる協働者（ステークホルダー）に支持されていることは、女性医療者育成という使命が110余年にわたり社会に受容されてきていることから明らかである。大学の使命をそれぞれの時代に合わせて展開することは、寄附行為に規定される。寄附行為には理事と評議員が規定されており、それぞれステークホルダーが合意形成に参画している。

#### 資料 1-4：寄附行為第1条、第4条、第8条、第21条

### 第1章 総則

#### (名称)

第1条 この法人は、吉岡荒太および吉岡彌生の寄附を以て設立したる、財団法人東京女子医科大学の組織変更したものであって、学校法人東京女子医科大学と称する。

### 第2章 目的および事業

#### (目的)

第4条 この法人は、教育基本法および学校教育法に従い、大学および各種学校その他の教育研究施設を設置し、女子に一般医学および医術ならびに看護に関する教育を行うことを目的とする。

### 第3章 役員

#### (理事の選任)

- 第8条 東京女子医科大学の学長は、その在職中理事になる。
2. 東京女子医科大学の医療施設統括責任者は、その在職中理事になる。
  3. 東京女子医科大学病院の病院長は、その在職中理事になる。
  4. この法人に関係ある学識経験者のうちから、理事会で選任された者1人以上2人以内は理事になる。
  5. その他の理事は、次の各号に該当する評議員の互選で定める。
    - (1) 社団法人至誠会正会員から2人以上4人以内
    - (2) この法人の、設置する学校の教授から1人以上5人以内
    - (3) この法人に、特に功労があると認められた者1人以上2人以内

### 第5章 評議員会および評議員

#### (評議員会)

- 第20条 この法人に評議員会をおく。
2. 評議員会は次の定数の評議員を以て組織する。
    - (1) 24人以上34人以内

3. 評議員会は、理事長が招集する。
4. 理事長は、評議員総数の3分の1以上の評議員から会議に付議すべき事項を示して評議員会の招集を請求された場合には、その請求のあった日から20日以内に、これを招集しなければならない。
5. 評議員会を招集するには、各評議員に対して、会議開催の場所および日時ならびに会議に付議すべき事項を、書面により通知しなければならない。
6. 前項の通知は、会議の7日前までに発しなければならない。ただし、緊急を要する場合は、この限りではない。
7. 評議員会の議長は理事長たる評議員とする。ただし、理事長が評議員でないときは議長は評議員の互選で決める。
8. 評議員会は、評議員総数の過半数の出席がなければ、その会議を開き、議決することができない。
9. 前項の場合において、評議員会に付議される事項につき書面をもって、あらかじめ意思を表示した者は、出席者とみなす。
10. 評議員会の議事は、出席した評議員の過半数で決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。
11. 議長は、評議員として議決に加わることができない。

(評議員の選任、退任および解任)

第21条 東京女子医科大学の学長はその在職中評議員になる。

2. 東京女子医科大学の医療施設統括責任者は、その在職中評議員になる。
3. 東京女子医科大学病院の病院長は、その在職中評議員になる。
4. その他の評議員は、次の各号に掲げる者から理事会において選任する。
  - (1) 社団法人至誠会正会員から9人以上14人以内
  - (2) この法人の職員、およびこの法人の設置する学校の教職員から8人以上11人以内
  - (3) この法人に関係ある学識経験者ならびに、この法人に特に功労があると認められた者、4人以上6人以内
5. 前項第2号に規定する評議員は同号に掲げる地位を退いたときは評議員の職を失う。
6. 評議員が次の各号の一に該当するに至ったときは、評議員総数の3分の2以上の議決により、これを解任することができる。
  - (1) 心身の故障のため職務の執行に堪えないとき
  - (2) 評議員にふさわしくない重大な非行があったとき
7. 評議員は次の事由によって退任する。
  - (1) 任期の満了
  - (2) 辞任

(評議員の任期)

第22条 評議員の任期は第21条第1項から第3項の規定により評議員となる者の外、5年とする。ただし、欠員が生じた場合の評議員の任期は前任者の残任期間とする。

2. 評議員は、再任されることができる。
3. 評議員は、その任期満了の後でも後任者が選任されるまでは、なおその職務を行う。

(諮問事項)

第23条 理事長は、この寄附行為中に定めるものの他、次に掲げる各号について、あらかじめ評議員会の意見を聞かなければならない。

- (1) 予算、借入金（当該会計年度内の収入をもって償還する一時の借入金を除く）および基本財産の処分ならびに運用財産中の不動産および積立金の処分
- (2) 事業計画

- (3) 予算外の新たな義務の負担または権利の放棄
- (4) 寄附行為の変更
- (5) 合併
- (6) 目的たる事業の成功の不能による解散
- (7) 寄附金品の募集に関する事項
- (8) その他理事長が、この法人の業務に関して必要と認める事項

(議事録)

第24条 議長は、評議員会の開催の場所および日時ならびに議決事項およびその他の事項について、議事録を作成しなければならない。

- 2. 議事録には、議長および出席評議員から議長が指名した評議員4名が署名押印し、常にこれを事務所に備えておかなければならない。

(評議員の任期)

第22条 評議員の任期は第21条第1項から第3項の規定により評議員となる者の外、5年とする。ただし、欠員が生じた場合の評議員の任期は前任者の残任期間とする。

- 2. 評議員は、再任されることができる。
- 3. 評議員は、その任期満了の後でも後任者が選任されるまでは、なおその職務を行う。

## B. 基本的水準についての自己評価

寄附行為第1条および大学の歴史にあるように、本学は創立者の崇高な理念の基に設立され、その理念を受け継いでいる。私立医科大学としての特色ある理念と教育に賛同する教職員と、支持する学生・父母・同窓生が、創立者の精神を受け継いでいる。

## C. 現状改良に向けた提言

大学の使命に基づく教育改革、男女共同参画推進局設置などの大学組織改変は本学教育に関わる協働者（ステークホルダー）からの発議により実施されている。本学教育に関わる協働者（ステークホルダー）が大学の使命を理解し、支持することが大学発展の要因となっている。

## D. 問題改善に向けた提言

近年女性医師が増加してきた日本の医師構成の変化の中で、女性医師としての社会貢献を意識し、学修し、実践できるための教育を行うことが、東京女子医科大学の使命であるという認識が高まっている。大学は、広い範囲の本学教育に関わる協働者（ステークホルダー）からの本学への期待を認識しながら新たな教育を創造している。

### 質的向上のための水準:

医科大学の使命と目標の策定には、広い範囲の教育の協働者の参画があるべきである。

## A. 質的向上のための水準に関わる点検

1992年の大学設置基準の大綱化に合わせた6年通年型のカリキュラム、医師不足に対し国の要請に基づく2009年の定員の増加、2011年の至誠父母会（未成年を含む学生の在籍する大学としての幅広い本学教育に関わる協働者(ステークホルダー)）の要請に基づく

大学校舎耐震補強など、広い範囲の本学教育に関わる協働者(ステークホルダー)からの考えを取り入れながら大学の使命と方針が決定されている。

全国医学部長病院長会議、日本私立医科大学協会、日本私立大学連盟、至誠父母会などの会議に出席し、広い範囲の本学教育に関わる協働者(ステークホルダー)の要請、ニーズを分析している。2010年度には、文部科学副大臣、WHO事務局長も来校し、医療、医学教育について本学の建学の精神と使命および実績を高く評価し、また今後への期待を討論した。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

建学の精神は不変であるが、大学の使命、目的は時代とともに変化する。大学は広い範囲のステークホルダーの要請、希望、ニーズを取り込みながらその使命を果たしている。2011年度からは新しいカリキュラムを導入した。

#### C. 現状改良に向けた提言

世界でも少ない女性のための医科大学として、その使命を果たすことが大きな社会貢献となる。医療者に、そして女性医療者に社会が何を求めているかを広く知り、教育・研究・医療に生かすことが必要である。

#### D. 問題改善に向けた提言

今後も広く社会から女性医療者への期待を抽出し、社会の要請に応える医療者を育成することが必要である。評議員など大学の使命を考える組織に、幅広いステークホルダーの参画があることがさらに望まれる。

## 1.3 大学の自律性

### 基本的水準:

医科大学の管理運営者と教職員が果たす責務の基本方針がなくてはならない。基本方針のなかで、カリキュラム作成と実施に必要な教育資源の配分が自律的に行われなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

各学部の教育研究は、学部長を中心とする教育組織が行ない、学長が統括するように定められている。東京女子医科大学学則第40条に学長、第41条に学部長、第42条に教職員が定められ、医学部教授会規程には教育に関する教授会の役割が明確にされている。

医学部の教育立案は、教授会メンバーで構成される医学教育審議会で検討され、教育実践は教務委員会で分担して行うことがそれぞれの規程に明示され実施されている。

資料 1-5 : 学則第40条、第41条、第42条

第13章 職員組織

(学長)

第40条 本学に、学長をおく。

2. 学長は、全学の学事を統督し、本学を代表する。

(副学長)

第40条の2 本学に副学長をおくことができる。

(学部長)

第41条 本学に医学部長ならびに看護学部長をおく。

2. 学部長は、学長の了解のもとに当該学部および大学院研究科の学事業務を統括し、学部の円滑な運営に当たる。

3. 医学部長は、学長に事故あるとき、または学長が欠けたときは次期学長が選出されるまで、学長を代行する。

(教職員)

第42条 本学に、教育および研究のために必要な基本定員の教授、准教授、講師、助教および助手をおくことができる。

2. 本学に、基本定員の他に一定数の教職員をおくことができる。

## 資料 1-6 : 医学部教授会規程

### 3. 医学部教授会規程

昭和26年3月15日  
昭和29年8月27日改訂  
昭和29年9月14日改訂  
昭和45年9月18日改訂  
昭和53年7月19日改訂  
昭和55年7月23日改訂  
昭和60年2月27日改訂  
昭和61年9月24日改訂  
昭和62年4月22日改訂  
平成10年6月24日改訂

第1条 本会は東京女子医科大学医学部教授会と称し、学校教育法および本学学則第47条により設置するものである。

第2条 教授会は学長、学部長、教授（名誉教授・客員教授・招待教授を除く）をもって組織する。

第3条 前条の会員の欠員、海外出張の場合には当該教室の助教授または専任講師を教授会に出席させることができる。ただし議決には加わらない。

第4条 学長は教授会を招集し、学部長がその議長となる。学部長に差支えあるときは、学長は代理人を指名する。

第5条 定例教授会は毎月1回開催し、その3日前までに日時・場所および会議の事項を会員に通知する。ただし教授5分の1以上の請求あるときは、学長は臨時に教授会を招集する。

第6条 教授会は下記の事項を審議する。

- (1) 学生の入学、進級、卒業、休学、退学に関すること
  - (2) 学生の賞罰および厚生補導に関すること
  - (3) 学長候補者の選出に関すること
  - (4) 学部長候補者の選出に関すること
  - (5) 名誉教授の推薦に関すること
  - (6) 客員教授の委嘱に関すること
  - (7) 助教授および講師（非常勤講師を除く）の人事に関すること
  - (8) 助教授講師会よりの学務に関する提案
  - (9) 学内各委員の選出に関すること
  - (10) その他学長および学部長より諮問した事項
- 第7条 教授会は会員の3分の2以上の出席により成立する。委任状が提出された場合は出席とみなす。

第8条 特に定める場合を除き、出席会員の過半数をもって議決する。

第9条 助教授、講師の任免は、出席会員の3分の2以上の議決による。

第10条 教授会からの授権にもとづき特に定める事項を審議するため、学長、学部長、主任教授をもって組織する主任教授会をおく。ただし一般教育系の担当教授選出に関する議案を審議する場合には一般教育系担当教授も主任教授会に出席し、議決に加わることができる。

2. 学長は主任教授会を招集し、その議長となる。学長に差支えあるときは学部長が議長となる。

3. 主任教授会は下記の事項を審議する。

- (1) 主任教授の選出
- (2) 一般教育系担当教授の選出
- (3) 教授の選出

(4) 講座の新設、改廃に関する事

(5) 院長および副院長選任内規による本学病院の院長、副院長の選出

4. 主任教授会はその会員の3分の2以上の出席により成立し、委任状が提出された場合は出席とみなす。特に定める場合を除き出席会員の3分の2以上をもって議決する。

第11条 教授会には事務局長および学務部長は出席して事務処理を行う。

附 則 本会規程は会員の3分の2以上の賛成ある場合、変更することができる。

**資料 1-7 : 寄附行為第1条、第4条、第8条、第21条 (資料1-4 参照)**

## 7-4 医学教育審議会規程

平成11年6月23日制定

平成14年4月24日改訂

### (目的)

第1条 本学医学部の医学教育に関する基本方針を審議・策定し、教育の充実・改善と円滑な運営を図ることを目的として、医学教育審議会（以下、「本審議会」という）を設置する。

### (任務)

第2条 本審議会は、以下の任務を遂行する。

- (1) 医学教育カリキュラムに関する審議、立案
- (2) 医学教育に関する組織の整備
- (3) その他医学教育に関する重要事項の審議、立案

### (組織)

第3条 本審議会の委員は、学長、副学長、医学部長、病院長、医学部教務委員長、医学教育学教授、基礎医学系教授会ならびに臨床医学系教授会からの代表各1名、医学部学生部長および学長の指名するその他の教授若干名とする。

2. 本審議会に会長をおく。会長は学長がこれにあたる。
3. 本審議会に議長をおく。議長は学長が委員の中から指名する。議長の任期は2年とし、再任を妨げない。
4. 学長の指名による委員の任期は2年とし、再任を妨げない。
5. 会長が必要と認める時は、委員以外の者の出席を求めることができる。
6. 会長または議長に事故あるときは、予め定める委員がその任務を代行する。

### (議事ならびに報告)

第4条 本審議会は会長が招集する。

2. 会長は原則として毎月定例会議を開催する。ただし、必要ある場合は臨時会議を開くことができる。
3. 会議は委員の過半数の出席をもって成立する。
4. 重要事項に関する決議は、全委員の3分の2以上の合意によるものとする。
5. 会長は審議あるいは決議の結果を、必要に応じて、医学部教授会・理事会等の関係機関へ報告する。
6. 重要事項に関する決議は、医学部教授会の承認を得るものとする。

### (事務)

第5条 本審議会の事務は学務部医学部学務課が行う。

### (規程の変更あるいは廃止)

第6条 本規程は、医学部教授会の議を経て、変更あるいは廃止できる。

### (雑則)

第7条 各条項の定めるもののほか、本審議会の議事、運営に関し必要な事項は別に定める。

附 則 本規程は、平成14年4月24日から施行する。

## 8. 医学部ブロック教務委員会規程

昭和54年7月18日改訂  
平成7年2月22日改訂  
平成10年11月25日改訂  
平成11年5月26日改訂  
平成15年10月29日改訂  
平成23年3月24日改訂

### (設置・目的)

第1条 本学における学生教育カリキュラムを整備し、教務の円滑な運営を図るため、医学部長の補佐機関として教務委員会を設ける。

### (責務)

第2条 本委員会は次の責務を遂行する。

- (1) カリキュラムの整備ならびに運営に関する状況の把握
- (2) カリキュラムの実施に関する審議、立案、執行
- (3) 各ブロック教育委員会、テュートリアル委員会、人間関係教育委員会、総合試験委員会、およびOSCE委員会の統括
- (4) 学生の成績評価に関すること
- (5) カリキュラムの評価に関すること

### (構成)

第3条 本委員会は、医学部長、各ブロック教育委員長、テュートリアル委員長、人間関係教育委員長、OSCE委員長、医学教育学教室教授、学生部長、総合試験委員会委員長、およびブロック1教育委員会副委員長1名を委員として構成する。

2. 委員長が必要と認める時は、委員以外の出席を求めることができる。

### (委員長)

第4条 委員会に委員長および副委員長をおく。

2. 委員長は医学部長が指名し、委員会の承認を得る。
3. 本委員会に副委員長をおく。委員長は副委員長を指名する。
4. 委員長の任期は2年とし、再任を妨げない。
5. 委員長に事故ある時は、副委員長がその職務を代行する。

### (委員会議事ならびに報告)

第5条 本委員会は委員長が招集し、原則として毎月定例会を開催する。ただし、必要ある場合は、臨時に開催するものとする。

2. 重要事項についての審議は委員の3分の2以上の出席をもって成立し、全委員の過半数で決する。ただし、可否同数の場合には委員長の裁決による。
3. 委員長は審議の結果を学長に報告し、その重要事項は教授会の議を経るものとする。

### (事務)

第6条 本委員会の事務は学務部医学部学務課が行う。

附 則 本規程は、平成23年4月1日から施行する。

## 8. 医学部セグメント教務委員会規程

平成23年3月24日制定

### (設置・目的)

第1条 本学における学生教育カリキュラムを整備し、教務の円滑な運営を図るため、医学部長の補佐機関として教務委員会を設ける。

### (責務)

第2条 本委員会は次の責務を遂行する。

- (1) カリキュラムの整備ならびに運営に関する状況の把握
- (2) カリキュラムの実施に関する審議、立案、執行
- (3) 各セグメント教育委員会、テュートリアル委員会、人間関係教育委員会、総合試験委員会、基本的・医学的表現技術教育委員会、国際コミュニケーション教育委員会、情報処理・統計教育委員会、選択科目教育委員会およびOSCE委員会の統括
- (4) 学生の成績評価に関すること
- (5) カリキュラムの評価に関すること

### (構成)

第3条 本委員会は、医学部長、各セグメント教育委員長、テュートリアル委員長、人間関係教育委員長、OSCE委員長、医学教育学教室教授、学生部長、総合試験委員会委員長、基本的・医学的表現技術教育委員会委員長、国際コミュニケーション教育委員会委員長、情報・統計教育委員会委員長、選択科目教育委員会委員長として構成する。

2. 委員長が必要と認める時は、委員以外の出席を求めることができる。

### (委員長)

第4条 委員会に委員長および副委員長をおく。

2. 委員長は医学部長が指名し、委員会の承認を得る。
3. 本委員会に副委員長をおく。委員長は副委員長を指名する。
4. 委員長の任期は2年とし、再任を妨げない。
5. 委員長に事故ある時は、副委員長がその職務を代行する。

### (委員会議事ならびに報告)

第5条 本委員会は委員長が招集し、原則として毎月定例会を開催する。ただし、必要ある場合は、臨時に開催するものとする。

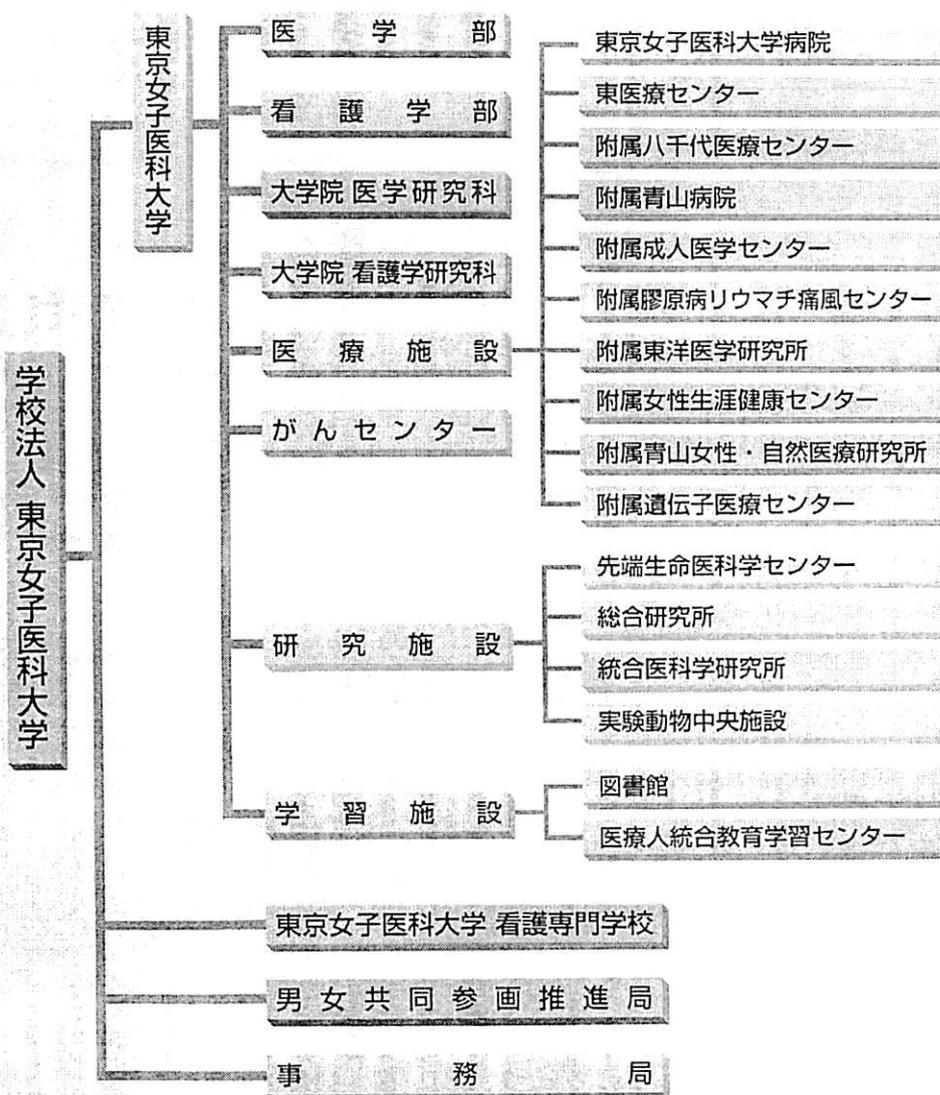
2. 重要事項についての審議は委員の3分の2以上の出席をもって成立し、全委員の過半数で決する。ただし、可否同数の場合には委員長の裁決による。
3. 委員長は審議の結果を学長に報告し、その重要事項は教授会の議を経るものとする。

### (事務)

第6条 本委員会の事務は学務部医学部学務課が行う。

附 則 本規程は、平成23年4月1日から施行する。

## 組織概略図

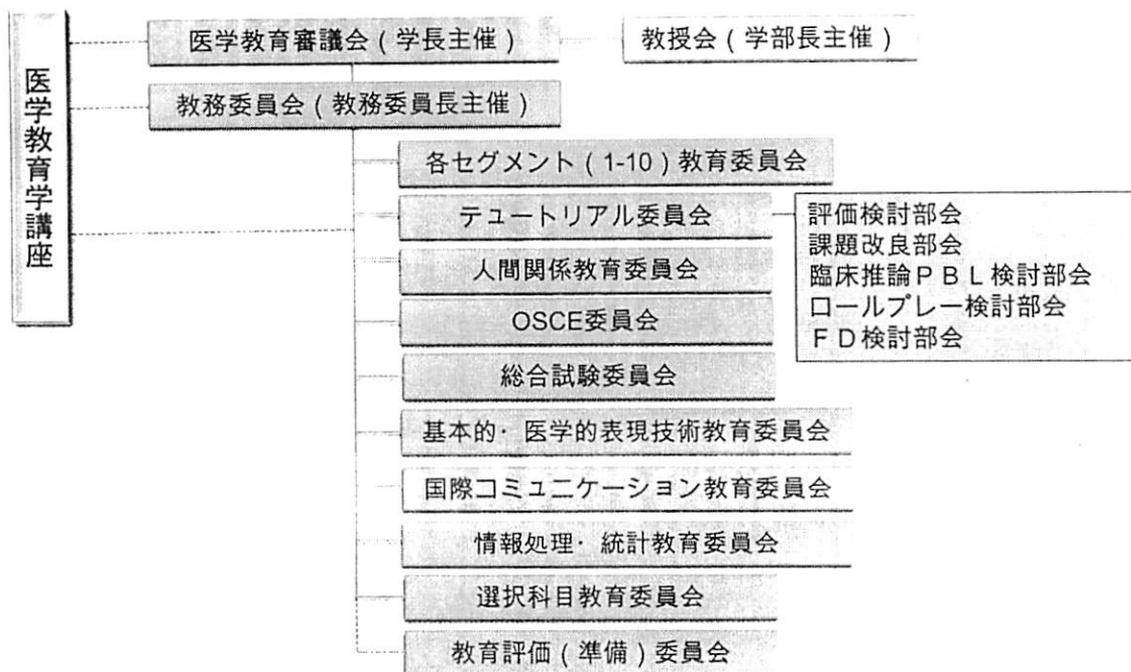


### B. 基本的水準についての自己評価

本学部は1990年にテュートリアル教育、および医療における人間性・コミュニケーション・マナー・プロフェッショナリズムを学習するヒューマンリレーションズ（後に人間関係教育）、1994年に統合カリキュラム、1996年にクリニカルクラークシップを導入した。さらに、2007年に Team-based learning (TBL)、2011年にアウトカム基盤型カリキュラム導入など日本の医学教育を先導する教育を導入し改良を行ってきたが、これは学部教育の自律性が高く維持されてきたことによる。単に自律性が確立しているだけでなく、これらの教育成果は、組織が有効に作動し、さらに創造力を持っていることを意味する。教育創

造は、教育についての熱意を持った教員と医学部医学教育学の共同作業により、教務委員会・医学教育審議会および教授会への提言を通じて実現している。

資料 1-11：教育組織図



### C. 現状改良に向けた提言

教育実践については、日本での先導的教育実績があり、医学部は自信を持って新たな教育施策を自律的に打ち出している。基礎教育（卒前教育）は看護学部と医学部のみが設置された大学であることにより、学部間の連携を持ちながらも、双方がそれぞれの独自性を持った教育を行うことが出来る。

### D. 問題改善に向けた提言

新たな教育の試みは教育改善に重要であるが、評価し継続的に改良することで学部の教育目的に沿う形に発展する。教育自律性で重要なのは評価・改良する組織を持つことである。それぞれの教育を担当する組織と全体を統一する教員組織が連携すること、教育組織とは別個に教育を評価研究開発し支援・助言する医学教育学講座があることが本学部の強みである。1990年から行ってきた一連の教育改革を再評価し、再構築したのが新カリキュラム MDプログラム 2011 である。

### 質的向上のための水準:

医科大学の全教職員がカリキュラムに貢献すべきで、教育資源は教育の必要性に基づいて配分されるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

教育は基礎医学臨床医学が協働する教育組織を構成して実践される。統合カリキュラムを実践するために、教育組織も統合化されている。医学教育審議会、教務委員会だけでなく、教育を分担する各教育委員会（ブロックもしくはセグメント）、チュートリアル委員会（PBLチュートリアル教育担当）、人間関係教育委員会など、教育単位・方法に沿って適切な教員が各講座から選ばれて教育組織が構成されている。さらに、チーム医療など学部間教育のためには学部横断教育委員会が設けられている。

臨床教育は6年間の教育期間の最後の2年間がクラークシップとして行われるだけでなく、第1学年から病院内での実習が行われる。このためにも病院に主として勤務するスタッフ医師は全て助教、准講師、講師、准教授、教授などのアカデミックポジションが与えられ、教育に参画している。助教以上の教員は医学部では約1,000名在籍し、学生数約620名を上回っている。このため、少人数教育、第4学年にまたがるPBL教育などを可能とする教育リソースが確保されている。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

他大学と比較して豊富な教員数を有し、教員組織が教育計画実践評価、開発検証のために効果的に編成されている。基礎医学から臨床医学の全ての分野の教育リソースが医学部にあり、教育目的に合わせて自由に活用できる。チュートリアル教育、臨床教育に多くの教員が参画しており、医学教育を重要と考えるhidden curriculumが醸成されている。

#### C. 現状改良に向けた提言

社会に貢献する女性医師を育成するという明確なビジョンが創立以来貫かれており、教育が大学の根幹の一つとして定着している。よりよい教育を行うための教員と職員の組織が構築されている。

#### D. 問題改善に向けた提言

現在我が国において地域医療、全人的医療が求められている。女性医師としてキャリアを維持しながら地域医療、全人的医療に貢献する人材を育成するためのさらなる教育改善が必要である。現在行っている、地域医療に携わっている卒業生のもとの研修などの制度を新カリキュラムで発展させ、大学内だけでなく大学外での教員の育成と組織化を行い、教育資源を広げる必要がある。

## 1.4 教育成果

### 基本的水準:

医科大学は、医療における医師の役割を包含した卒業時までには修得すべき専門職としての能力（コンピタンス）を、卒後研修とその後の専門研修に継続できるように定めなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

東京女子医科大学学則第9条および別表に学生が履修すべき単位数、時間数が定められている。これらは文部科学省に届けられ、進級ならびに卒業の要件も明示されている。

資料 1-12 : 東京女子医科大学学則第9条および別表 I (1)・(2)

第3章 授業科目および授業時間

(授業科目および単位数、時間数)

第9条 授業科目および単位数、時間数は、医学部は別表 I ((1)と(2)がある)、看護学部は別表 II-1, II-2 のとおりとする。

資料 1-13 : 東京女子医科大学学則別表 I

第9条関係 別表 I (医学部) 授業科目および単位数、時間数  
(1)

授業科目		単位				卒業までの 必要単位数
		第1学年	第2学年	第3学年	第4学年	
一 般 教 育 科 目	外国語	初級ドイツ語	2			12
		中級ドイツ語	2			
		初級フランス語	2			
		中級フランス語	2			
		Medical Discussion	2			
		Basic Listening	2			
		Medical English	2			
	人文科学系	倫理学	2			
		哲学	2			
		歴史学	2			
		英米文学	2			
		ドイツ語文化	2			
		フランス文化	2			
		外国文化	2			
		文章表現	2			
		心理学	2			
	社会科学系	スピーチコミュニケーション	2			
		経済学	2			
		法学	2			
		医療政策	2			
	自然科学系	数学	2			
		生物基礎	2			
		物理基礎	2			
		化学基礎	2			
		生物学	2			
		物理学	2			
		化学	2			
		医療情報学	2			
	保健 体育	体育実技	2			
	他大学科目					
計					12	

(2)

## セグメント1

時間数

授業科目		第1学年
人体の基礎	人体の成り立ち	44
	細胞の成り立ち	23
	人体を構成する物質	36
	人間関係教育	23
	医学の学び方・考え方	1
	基本的・医学的表現技術	4
	国際コミュニケーション	29
	情報処理・統計	21
	実習	70
	テュートリアル	80
		332

## セグメント2

時間数

授業科目		第1学年
人体の機能と微細構造	組織の成り立ち	29
	細胞と情報伝達	29
	生体システムと制御機構	27
	生体物質の代謝	30
	細胞の基本機能	28
	体液と生体の恒常性	21
	遺伝と遺伝子	29
	人体全体構造 (骨格系)	11
	人間関係教育	8
	医学の学び方・考え方	4
	基本的・医学的表現技術	12
	国際コミュニケーション	42
	医学用語	6
	実習	176
	テュートリアル	100
	552	

セグメント 3		時間数
授業科目		第 2 学年
人体の発生と全体構造／ 人体の防御反応	人体発生・比較発生	23
	人体全体構造	19
	生体画像の基本	18
	生体と微生物	26
	生体防御・免疫	27
	人間関係教育	14
	国際コミュニケーション	5
	医学の学び方・考え方	1
	実習	162
	テュートリアル	48
		342
セグメント 4		時間数
授業科目		第 2 学年
臓器・器官系の構造と機能の正常と異常 1 疾患の成り立ちと治療の基礎	治療の基礎	16
	臨床診断総論	26
	病因と病態	28
	循環器系 1 (構造・機能)	23
	循環器系 2 (病態・疾患・治療・症候)	47
	呼吸器系 1 (構造・機能)	21
	呼吸器系 2 (病態・疾患・治療・症候)	47
	腎尿路系 1 (構造・機能)	23
	腎尿路系 2 (病態・疾患・治療・症候)	46
	人間関係教育	12
	情報処理・統計	14
	医学の学び方・考え方	5
	国際コミュニケーション	6
	基本的・医学的表現技術	18
	実習	99
テュートリアル	96	
		526

## セグメント5

時間数

授業科目		第3学年
臓器・器官系の構造と機能の正常と異常2	栄養・代謝系（病態・疾患・治療・症候）	23
	内分泌系（構造・機能・病態・疾患・治療・症候）	35
	消化器系1（構造・機能）	18
	消化器系2（病態・疾患・治療・症候）	58
	生殖器系1（構造・機能）	18
	生殖器系2（病態・疾患・治療・症候）	35
	人間関係教育	8
	情報処理・統計	5
	基本的・医学的表現技術	2
	実習	75
	テュートリアル	96
		373

## セグメント6

時間数

授業科目		第3学年
臓器・器官系の構造と機能の正常と異常3	脳神経系1（構造・機能）	35
	脳神経系2（病態・疾患・治療・症候）	63
	精神系（病態・疾患・治療）	41
	聴覚・耳鼻咽喉系（構造・機能・病態・症候・疾患）	35
	眼・視覚系（構造・機能・病態・症候・疾患）	35
	運動器系（構造・機能・病態・疾患・治療・症候）	37
	皮膚粘膜系（構造・機能・病態・症候・疾患）	23
	人間関係教育	9
	国際コミュニケーション	7
	医学の学び方・考え方	2
	情報処理・統計	5
	実習	77
	テュートリアル	128
		498

セグメント7		時間数
授業科目		第4学年
全身的な変化／人の一生	血液・リンパ系	28
	感染症系	29
	免疫・アレルギー疾患・膠原病	29
	妊娠と分娩	29
	新生児・小児・思春期	35
	加齢と老化、臨終	29
	人間関係教育	12
	情報処理・統計	14
	実習	43
	テュートリアル	80
		328
セグメント8		時間数
授業科目		第4学年
医学と社会／臨床入門	医療と環境・社会（環境・物理／化学因子・地域・国際医療）	42
	医療と社会制度（保険・医療・福祉、医療と法、医療評価）	34
	診断基礎（症候と病態・疾患／診察法・診断法／診断推論・臨床判断／臨床検査・画像診断）	106
	治療基礎（麻酔系／救命救急医療系／基本的治療法（臨床腫瘍治療含む））	57
	医療基礎（医療安全／緩和医療・終末期医療／全人的医療）	22
	人間関係教育	6
	国際コミュニケーション	9
	基本的・医学的表現技術	5
	実習	194
	臨床推論 TBL	48
セグメント9		時間数
授業科目		第5・6学年
臨床実習	5年臨床実習	1560
	6年臨床実習	390
	病院実習総論（講義）	6
	人間関係教育	11
		1966

セグメント10		時間数
授業科目		第6学年
全体統合	領域1：症候・病態の検査と診断	8
	領域2：循環器・呼吸器の機能と病態	7
	領域3：造血・感染の機構と病態	7
	領域4：消化管と肝胆膵の機能と病態	7
	領域5：内分泌・代謝・栄養・ホメオスタシスの機能と病態	7
	領域6：精神・神経機能と病態	7
	領域7：運動器の機能	7
	領域8：腎泌尿・性器の機能と病態	7
	領域9：感覚器の機能と病態	7
	領域10：女性・母性の健康と疾患	7
	領域11：発生・成長・発達と小児期の疾患	7
	領域12：社会環境と保健医療	7
		85

## B. 基本的水準についての自己評価

2011年に導入されたMDプログラム2011では、卒業時に達成すべきコンピタンスをアウトカムとして、入学時からアウトカム達成の過程で達成すべきコンピタンスをロードマップで示す画期的教育プログラムが導入された。6年間という長期カリキュラムを持つ日本の医科大学では、入学時に直ちに将来像が必ずしも明確でない高卒者が多いことも含めて、明確な目標像を示す必要がある。アウトカムだけでなくロードマップを示すことで、最終目標に対する各学生の達成度が明確になる。この革新的目標管理制度は2011年入学者から導入された。教員と学生が共有できるよう学習要項にアウトカムとロードマップが明示されている。

学習内容には、基礎科学、基礎医学、臨床医学、社会医学、公衆衛生、予防医学、保健、リハビリテーション、代替医療、疫学、倫理、心理行動科学、科学者・医療者としての倫理、医師としての態度・マナー・コミュニケーション技能、診断・診療技能が含まれ、これらの教育内容を学びながら、生涯学習者としての学習能力、キャリアと使命感を自己開発することが教育目標である。

資料 1-14 : アウトカム・ロードマップ表 (2011 年度第 1 学年学習要項 p.5-15)

1 医の実践力ーアウトカム/ロードマップ

アウトカム	1. 知識と技能を正しく使う力			2. 問題を思いつき追求する力			3. 問題解決に向け考え実行する力		
	A. 医学知識を医療に活用できる。	B. 診断・治療・予防を実践できる。	C. 基本的技能を実践できる。	A. 解決すべき問題を発見できる。	B. 問題を深く追求できる。	C. 未知の問題に取り組むことができる。	A. 適切な情報を集めるのに活用できる。	B. 解決方法を選び実行できる。	C. 結果を評価できる。
1,2 年 ロードマップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>人体の正常な構造と機能を説明できる。</li> <li>人体の構造と機能に異常が起こる原因と過程を概説できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断・治療・予防を説明できる。</li> <li>データを読み解くことができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実習に必要な技術を実践できる。</li> <li>安全に配慮して実習・研修を行える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現象・事例から学ぶべきことを整理できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仮説を導くことができる。</li> <li>事象、現象、観察などからその原因について考えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>既知と未知の問題を明らかにできる。</li> <li>医学の発展に寄与した科学的発見を述べられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>問題解決のための情報を収集できる。</li> <li>仮説を証明する手順を説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報に即して適切な解決方法を増くことができる。</li> <li>複数の問題解決法を考えることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>問題解決結果の妥当性を評価できる。</li> <li>結果に予想される誤差を考えられる。</li> </ul>
3,4 年 ロードマップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>人体の臓器・器官系の機能と構造、正常と異常を説明できる。</li> <li>全身的疾患、外的要因による異常を説明できる。</li> <li>受精から出生、成長と発育、成熟と加齢の正常と異常を説明できる。</li> <li>疾患・症状の病態を説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断の過程を説明し実践できる。</li> <li>適切な治療法とその根拠を説明できる。</li> <li>疾病予防・健康維持・公衆衛生の方法を説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的医療技能を示すことができる。</li> <li>医療安全に必要な配慮を示すことができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>問題の優先度および重要度を判断できる。</li> <li>事例で診療上の心理的・社会的問題を明らかにできる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>問題の科学的重要性を評価できる。</li> <li>基礎・病態・臨床を結びつけて考えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事例から自分の知らないことを発見できる。</li> <li>未知の問題を解決する方法を見つけることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事例に即した問題解決のための情報検索ができる。</li> <li>適切な診療ガイドラインの基礎と重要性を理解できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病態を明らかにする方法を挙げることができる。</li> <li>事例で診療上の問題を解決する方法・手段を明らかにできる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な問題解決を行ったか検証できる。</li> <li>結果の客観的評価ができる。</li> <li>結果の解釈の限界を明らかにできる。</li> </ul>
5,6 年 ロードマップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の抱える異常とその病態を説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床推論を実践できる。</li> <li>患者に合わせた診断・治療の判断ができる。</li> <li>患者に合わせた診療計画・経過観察計画を立てられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的医療技能を実践できる。</li> <li>安全に配慮して、医療を実践できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族が抱える心理的・社会的問題・不安を明らかにできる。</li> <li>患者の診療上の問題を明らかにできる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の病態の原因を探索できる。</li> <li>患者の苦痛の原因を、体の構造と機能、および「こころ」から説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者から新しいことを学べる。</li> <li>患者から自分の知らないことを発見できる。</li> <li>自分の能力では解決できない問題を判断できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な診療ガイドラインを選択できる。</li> <li>診療上の問題解決のために分析すべきことを明らかにできる。</li> <li>診療上の問題解決のための情報検索ができる。</li> <li>異なる問題解決の方法を提示し、比較できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療上の問題を解決する方法・手段を明らかにできる。</li> <li>情報を活用し適切な解決方法を判断できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療で得られた情報の信頼性を評価できる。</li> <li>診療過程で予測される問題点を示せる。</li> <li>予想と異なる結果について原因を考察できる。</li> </ul>

アウトカム	4. 情報を伝える力			5. 根拠に基づいた判断を行う力			6. 法と倫理に基づいて医療を行う力		
	A. 患者に情報を伝えることができる。	B. 医療情報を記録できる。	C. 医療者と情報交換ができる。	A. 臨床・基礎医学の根拠を発見できる。	B. 根拠に基づいて診療を行う。	A. 医療者としての法的義務を理解し守れる。	B. 医療倫理を理解し実践できる。	C. 研究倫理を理解し実践できる。	D. 社会の制度に沿った診療を行える。
1,2年 ロードマップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分の考えを他者に伝えることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>結論とその根拠が明確な文書を作成できる。</li> <li>研究・実習の報告書が作成できる。</li> <li>文書の要約を作成できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>簡潔で要点が明確な質問と回答ができる。</li> <li>相手の理解に合わせて、説明できる。</li> <li>自己学習の進捗を適切に伝えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床・基礎医学の根拠を発見できる。</li> <li>現象の原因・機序を検索できる。</li> <li>実験・実習などで得られた結果を評価し予想との相違を明確にできる。</li> <li>情報の信頼度を評価できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>根拠に基づいて解決法を判断できる。</li> <li>問題解決の適切性を評価できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会的規範を守った生活ができる。</li> <li>学則を守った学生生活ができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人情報保護について説明できる。</li> <li>倫理の概念について説明することができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究倫理の概念について述べる事ができる。</li> <li>研究倫理に関連して実験・実習の結果報告書を作成できる。</li> </ul>	
3,4年 ロードマップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>医学的情報をわかりやすく伝えることができる。</li> <li>患者に分かる言葉を選択できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究・実習・症例などの要約を作成できる。</li> <li>POMRに基づく診療情報記録方法を説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究・実習・症例などの背景、目的、方法、結果、考察を適切に発表できる。</li> <li>医療チームでの情報共有について説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>データ・結果の根拠を批判的に説明できる。</li> <li>結果・情報をもとに新たな仮説を立てられる。</li> <li>供給となる文献を検索できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療上のエビデンスを調べることができる。</li> <li>医師法・医療法の概要を説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医学における倫理の概念を説明できる。</li> <li>倫理的問題を明らかにできる。</li> <li>患者情報が含まれる文書・電子媒体を適切に使用できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>基礎研究における倫理指針を概説できる。</li> <li>利益相反 (Conflict of interest) について説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会保険を概説できる。</li> <li>医療に関する保証制度を概説できる。</li> </ul>	
5,6年 ロードマップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状と患者が理解できるように伝えられる。</li> <li>診療に関する情報を患者が理解できるように伝えられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療録を適切に記載できる。</li> <li>処方箋を適切に発行できる。</li> <li>症例要約を作成できる。</li> <li>死亡診断書記入方法を説明できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>口頭で症例提示ができる。</li> <li>患者の問題点を指導医に報告できる。</li> <li>必要な患者情報を要約して説明できる。</li> <li>専門的異なる医療者に対して適切な情報交換を行える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>基礎的・臨床的観察を通じて新たな発見ができる。</li> <li>問題点に関わる臨床医学文献を探索できる。</li> <li>検索した医学的情報の確かさを評価できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者に合わせた診療上のエビデンスを選ぶことができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病歴の原則に基づいて診療に附随する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者情報の守秘を励行して医療を行える。</li> <li>臨床倫理を実践できる。</li> <li>立場の違いによる倫理観の違いを理解しながら倫理判断ができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床研究の倫理指針を概説できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者に合わせて医療保険、医療補助制度を説明できる。</li> </ul>

II 慈しむ心の姿勢—アウトカム/ロードマップ

アウトカム	2. 生涯を通じて研鑽する姿勢				E. 専門職として目標を持つ。			
	1. 患者を理解し支持する姿勢	2. 生涯を通じて研鑽する姿勢						
1,2年 ロードマップ	<p>A. 患者の意志と尊厳に配慮できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他者の意志を聞き出すことができる。</li> <li>・他者を尊重して対話ができる。</li> <li>・他者の自己決定を理解できる。</li> </ul>	<p>B. 家族・患者周囲に配慮できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・様々な年齢の他者と意志を交わすことができる。</li> </ul>	<p>C. 社会の患者支援機構を活用できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会支援制度を説明できる。</li> </ul>	<p>A. 目標を設定し達成するために行動できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学習上の目標を設定することができる。</li> <li>・目標達成の手段を明らかにできる。</li> <li>・省察(振り返り)を実践できる。</li> <li>・卒業までに学ぶべきことの概要を理解できる。</li> </ul>	<p>B. 社会のニーズに応えて研鑽できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会が期待する医師像を説明できる。</li> </ul>	<p>C. 自分のライフサイクルのなかでキャリアを構築できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会で活躍する女性の特性を述べられる。</li> <li>・学習のための時間を適切に自己管理できる。</li> </ul>	<p>D. 自分の特性を生かした医業を行つたために研鑽する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の学び方を知り、効果的な学び方に発展させられる。</li> <li>・真摯に学びを励行できる。</li> </ul>	<p>E. 専門職として目標を持つ。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の目標となる人物像を説明できる。</li> </ul>
3,4年 ロードマップ	<p>A. 探問できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の人権・尊厳を説明できる。</li> </ul>	<p>B. 他者の気持ちに配慮して意志を交わすことができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族の心理を説明できる。</li> </ul>	<p>C. 社会の支援制度を利用する方法を明らかにできる。</p>	<p>A. 卒業までの学習目標を立て、自分の達成度を評価できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師として必要な知識、技能、態度を述べることができる。</li> </ul>	<p>B. 地域社会の医療ニーズを説明できる。</p>	<p>C. 学習目標を達成するために自己学習を計画的に行える。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・女性のライフサイクルを説明できる。</li> <li>・キャリア継続の意思を持つ。</li> </ul>	<p>D. 自分の特性を活かして学習できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学習の中で興味を持ったことを自ら学べる。</li> </ul>	<p>E. 自分のモデルとなる先賢を示すことができる。</p>
5,6年 ロードマップ	<p>A. 患者の自己決定を支援し、必要な情報が提供できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の意志を聞き出すことができる。</li> <li>・患者の尊厳に配慮した診療が行える。</li> </ul>	<p>B. 患者・家族の解釈を理解し知ることができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・家族の情報を得る術を磨くことができる。</li> <li>・患者・家族への説明の場面に配慮できる。</li> </ul>	<p>C. 患者支援制度を構築し利用方法を説明できる。</p>	<p>A. 診療能力・技能を振り返り、目標を設定し、修得のための方法を明らかにできる。</p>	<p>B. 研修(実習)する地域社会での医療ニーズから、学ぶべきことを明らかにできる。</p>	<p>C. ライフサイクルを理解し、その中でキャリア継続のための計画を立てられる。</p>	<p>D. 自分の目指す医師像を達成するための計画を示せる。</p>	<p>E. 自分の特性を活かしてどのような医師を目指すかを述べる事が出来る。</p>

	3. 社会に専らする姿勢	4. 先輩と協働する姿勢	5. ひとの人生へ貢献する姿勢
アウトカム 1,2年 ロードマップ	<p>A. 社会・地域で求められる医療を實踐できる。</p> <p>B. 医学研究を通じた社会貢献が期待できる。</p> <p>・ 医学研究の重要性について理解できる。</p>	<p>A. 自身の判断を説明できる。</p> <p>B. グループを先導できる。</p> <p>・ 共通の目標を設定できる。</p> <p>・ 活動向上のための評価ができる。</p> <p>・ 意見の異なる他者の意見を尊重し対応できる。</p>	<p>A. 患者に希望を与えられる。</p> <p>B. 後輩を育てることができる。</p> <p>・ 医学の進歩が人に希望を与えることを説明できる。</p> <p>・ 困難な状況にあっても希望を見いだすことができる。</p>
3,4年 ロードマップ	<p>・ 医療を通じた社会・地域への貢献を説明できる。</p> <p>・ 基礎医学研究の意義と現在の動向を概説できる。</p> <p>・ 医学研究成果の意義と応用・将来性を説明できる。</p> <p>・ 臨床や医学研究の動向に目を向け概説できる。</p>	<p>A. 自身の選択・判断の根拠を説明できる。</p> <p>・ 自身の方針を説明し同意を得ることができる。</p> <p>・ 活動向上のための評価に基づき行動をグループに導入できる。</p>	<p>・ 自分が目標をどのように達成したかを他者に説明できる。</p> <p>・ 相手の知識・技能に合わせて質問に答えることができる。</p>
5,6年 ロードマップ	<p>・ 診療のなかで医学研究の課題を見つけることができる。</p>	<p>・ 診療上の判断を他者に分かるように説明できる。</p>	<p>・ 患者に希望が行うことのできる望ましい結果を説明できる。</p> <p>・ 医療の限界のなかで可能なことを説明できる。</p> <p>・ 患者の疑問を共に解決することができる。</p> <p>・ 医療の中で他者に教えることを実践できる。</p>

資料 1-15 : ブロック全科目リスト

セグメント1

人体の基礎	人体の成り立ち
	細胞の成り立ち
	人体を構成する物質
	人間関係教育
	医学の学び方・考え方
	基本的・医学的表現技術
	国際コミュニケーション
	情報処理・統計
	テュートリアル

第1学年

セグメント2

人体の機能と微細構造	組織の成り立ち
	細胞と情報伝達
	生体システムと制御機構
	生体物質の代謝
	細胞の基本機能
	体液と生体の恒常性
	遺伝と遺伝子
	人体全体構造 (骨格系)
	人間関係教育
	医学の学び方・考え方
	基本的・臨床的表現技術
	国際コミュニケーション
	医学用語
テュートリアル	

セグメント3

人体の発生と防御反応	人体発生・比較発生
	人体全体構造
	生体画像の基本
	生体と微生物
	生体防御・免疫
	人間関係教育
	国際コミュニケーション
	医学の学び方・考え方
	テュートリアル

第2学年

セグメント4

臓器・器官系の成り立ちと治療の基礎	治療の基礎
	臨床診断総論
	病因と病態
	循環器系 1 (構造・機能)
	循環器系 2 (病態・疾患・治療・症候)
	呼吸器系 1 (構造・機能)
	呼吸器系 2 (病態・疾患・治療・症候)
	腎尿路系 1 (構造・機能)
	腎尿路系 2 (病態・疾患・治療・症候)
	人間関係教育
	情報処理・統計
	医学の学び方・考え方
	国際コミュニケーション
基本的・臨床的表現技術	
テュートリアル	

ブロック3

人間生物学	代謝系
	内分泌系
	消化器系
	人間関係教育
	臨床医学英語
	チュートリアル

第3学年

ブロック4

診断、循環器、呼吸器、腎・尿路	脳神経系 I
	脳神経系 II
	脳神経系 III
	感覚器系 I
	感覚器系 II
	運動器系
	脳神経系 IV
	麻酔系
	人間関係教育
	医学概論
臨床医学英語	
チュートリアル	

ブロック5

人間生物学	血液・造血器系
	感染症系
	免疫系
	皮膚系
	救命救急医療系
	東洋医学系
	人間関係教育
	チュートリアル

第4学年

ブロック6

人の一生、人と社会、まとめの総合学習	環境と健康・疾病・障害
	社会制度と保健・医療・福祉
	妊娠と出生の医学
	成長・発達と小児の医学
	臨床診断学各論
	加齢・老化と高齢者の医学
	性と生殖器系の医学
	腫瘍—基礎と臨床—
	人間関係教育
	医学英語
	チュートリアル

第5・6学年

ブロック7

病院実習	5年病院実習
	6年病院実習
	病院実習総論（講義）
	人間関係教育

第6学年

ブロック8

医療総論・臨床特論（総括）	領域1：症候・病態の検査と診断
	領域2：循環器・呼吸器の機能と病態
	領域3：造血・感染の機構と病態
	領域4：消化管と肝胆膵の機能と病態
	領域5：内分泌・代謝・栄養・ホメオスタシスの機能と病態
	領域6：精神・神経機能と病態
	領域7：運動器の機能
	領域8：腎泌尿・性器の機能と病態
	領域9：感覚器の機能と病態
	領域10：女性・母性の健康と疾患
	領域11：発生・成長・発達と小児期の疾患
	領域12：社会環境と保健医療

### C. 現状改良に向けた提言

現在の授業時間、単位数は卒業後の初期臨床研修を行うための要件を満たしている。新たな教育アウトカムの設定は学生の卒業時のコンピタンスを保証し、ロードマップの設定により学生が身近な目標を持って段階的に能力を高めることを可能とした。

### D. 問題改善に向けた提言

アウトカム、ロードマップの評価を導入することにより、教育カリキュラムの検証と教育改善に活用することが出来る。MDプログラム2011は、アウトカム評価に基づく教育の継続的改善を目標とするカリキュラムである。

### 質的向上のための水準:

卒業までに修得すべき専門的能力と卒後研修で修得すべき専門的能力との関連性が明示されるべきである。卒業生の専門的能力評価指標、評価結果は教育プログラム開発のために活用されるべきである。

### A. 質的向上のための水準に関わる点検

附属の3つの病院は全て研修指定施設であり、卒業生の約半数はこれらの病院で研修を行う。このため卒後研修目標と卒業時のコンピタンス達成度は連関を持つ必要がある。現在研修目標は、厚生労働省の定めた目標である。これらはコンピタンスを目標としているのに対して、文部科学省が定める授業時間単位、および厚生労働省の定める医師国家試験出題基準は学習項目が目標となっている。本医学部では、臨床実習の到達目標としてコンピタンスに基づく目標を設定し、これを発展させ、MDプログラム2011では学部教育全体をコンピタンスに基づく目標として卒業教育との整合性を確保した。

### 資料 1-16 : 卒後研修到達目標

#### 臨床研修の到達目標

##### I. 研修理念

医師として的人格を涵養し、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出来るよう、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。

##### II. 卒後臨床研修の行動目標

優れた医師を養成するためには卒後臨床研修は不可欠であり、とくに初期臨床研修の役割は極めて重要である。適切な初期臨床研修を実施するためにはその目標を明確にする必要がある。医学・医療が高度化し専門分野の細分化が急速に進行することは時代の趨勢である。それだけにそれを担う医師が社会的な要請を十分に認識し、プライマリ・ケアの基本的な能力を身につけると同時に、医師としての姿勢や人格を涵養することが求められる。

初期研修に於いては、単に専門分野に関する医学的知識の勉強や診断・治療の習得だけではなく、日常診療で頻繁に遭遇する疾患や病態に適切に対応出来るよう、基本的な診療能力（態度・技能・知識）を学習することが求められている。同時に、患者や家族の抱える様々な身体的、心理的、社会的問題も的確に判断し、医療チームの中で治療、看護、介護サービスなど、種々の方策を総合的に組織し問題解決を図る医師としての姿勢や人格を

涵養することが重要である。

・医師として必要な基本的姿勢と態度

医療人の一人として、これまでの父権主義に基づく医療が可能な時代ではないこと、多数の協力者が存在して始めて診療が成り立ちうること、医学の進歩に追従するためには生涯教育が必要であること、安全管理にも適切な洞察力を持ち対応しうること、評価に耐える診療録の作成と対外的に発表しうる能力が求められていること、などを十分に認識し習得する姿勢と人格を形成することが初期研修の最大の要点である。

- (1) 患者・家族と医師との関係
- (2) 医療面接
- (3) 患者サービス
- (4) チーム医療
- (5) 診療計画と評価
- (6) 医療文書の記録と管理
- (7) 安全管理
- (8) 医療の社会的側面

### Ⅲ. 卒後臨床研修の経験目標

#### A. 経験すべき診察法・検査法・手技

- (1) 基本的な診察法
- (2) 基本的な臨床検査
- (3) 基本的治療手技と治療法
- (4) 医療記録

#### B. 経験すべき全科に共通する症状・病態

- (1) 頻度の高い症状 1
- (2) 頻度の高い症状 2
- (3) 緊急を要する症状・病態 1
- (4) 緊急を要する症状・病態 2

#### C. 経験すべき研修各科の病態・疾患

- (1) 神経系疾患
- (2) 循環器系疾患
- (3) 呼吸器系疾患
- (4) 消化器系疾患
- (5) 血液・造血器・リンパ網内系疾患
- (6) 内分泌・栄養・代謝疾患
- (7) 腎・尿路系疾患（体液・電解質バランスを含む）
- (8) 妊娠分娩と生殖器疾患
- (9) 免疫・アレルギー疾患
- (10) 感染症
- (11) 運動器（筋骨格）系疾患
- (12) 皮膚系疾患
- (13) 眼・視覚系疾患
- (14) 耳鼻・咽喉・口腔内疾患
- (15) 精神・神経系疾患
- (16) 物理・化学的因子による疾患
- (17) 小児疾患
- (18) 加齢と老化

#### D. 特定の医療現場の経験

- (1) 経験すべき特定の医療現場 1（救急医療）

- (2) 経験すべき特定の医療現場 2 (小児・育成医療)
- (3) 経験すべき特定の医療現場 3 (精神保健・医療)
- (4) 経験すべき特定の医療現場 4 (予防保健・地域医療)
- (5) 経験すべき特定の医療現場 5 (緩和・終末期医療)

資料 1-17 : 臨床実習到達目標 (2011 年度ブロック 7 学習要項 p.31-36, p.38-41)

## コア診療科実習到達目標

### 1. 全期間を通じて身につけるべき事項

#### (1) 診療の基本

一般目標：

受持ち患者の情報を収集し、診断して治療計画を立てることを学ぶ。

【問題志向型システム・科学的根拠にもとづいた医療】

到達目標：

- 1) 基本的診療知識にもとづき、情報を収集・分析できる。
- 2) 得られた情報をもとに、問題点を抽出できる。
- 3) 病歴と身体所見等の情報を統合して、鑑別診断ができる。
- 4) 診断・治療計画を立てられる。
- 5) 科学的根拠にもとづいた医療 (EBM) を実践できる。

【医療面接】

到達目標：

- 1) 礼儀正しく患者 (家族) に接することができる。
- 2) プライバシーへの配慮をし、患者 (家族) との信頼関係を形成できる。
- 3) 医療面接における基本的コミュニケーション技法を実践できる。
- 4) 病歴聴取 (主訴、現病歴、既往歴、家族歴、社会歴、システムレビュー) を実施できる。

【診療記録とプレゼンテーション】

到達目標：

- 1) 診療録を POMR 形式で記載できる。
- 2) 毎日の所見と治療方針を SOAP 形式で記載できる。
- 3) 受持ち患者の情報を診療チームに簡潔に説明できる。

#### (2) 身体診察

一般目標：

受け持ち患者の基本的な身体診察ができる。

【全身状態とバイタルサイン】

到達目標：

- 1) 身長・体重を測定し、栄養状態を評価できる。
- 2) 血圧・脈拍を測定できる。
- 3) 呼吸数を測定し、呼吸パターンを観察できる。
- 4) 体温を測定できる。

【頭頸部】

到達目標：

- 1) 頭部の診察ができる。
- 2) 眼 (視野、瞳孔、眼球運動、結膜、眼底) の診察ができる。

- 3) 耳（外耳道、鼓膜、聴力）の診察ができる。
- 4) 口腔・鼻腔の診察ができる。
- 5) 甲状腺を含めた頸部の診察ができる。

#### 【胸部】

到達目標：

- 1) 胸部の視診、打診、触診、聴診ができる。
- 2) 呼吸音を正しく聴診できる。
- 3) 心音と心雑音を正しく聴診できる。
- 4) 乳房を診察できる。

#### 【腹部と泌尿生殖器】

到達目標：

- 1) 腹部の視診、聴診、打診と触診ができる。
- 2) 反跳痛と筋性防御の有無を判断できる。
- 3) 直腸（前立腺を含む）指診ができる。

#### 【神経】

到達目標：

- 1) 意識状態を判定できる。
- 2) 脳神経を診察できる。
- 3) 腱反射、病的反射、筋トーンスを診察できる。
- 4) 小脳・運動機能を診察できる。
- 5) 感覚系の診察ができる。
- 6) 髄膜刺激所見がとれる。

#### 【四肢と脊柱】

到達目標：

- 1) 四肢と脊柱を診察できる。
- 2) 関節（関節可動域を含む）を診察できる。
- 3) 筋骨格系の診察ができる。

#### 【小児と高齢者の診察】

到達目標：

- 1) 新生児と小児の全身診察ができる（発達状況の評価も含む）。
- 2) 高齢者を診察でき、総合機能評価（CGA）ができる。

### (3) 基本的臨床手技

一般目標：

基本的臨床手技を学ぶ。

#### 【一般手技】

到達目標：

- 1) 静脈採血の手順、部位と合併症を列挙し、正しく採血できる
- 2) 末梢静脈の血管確保を見学し、介助ができる。
- 3) 中心静脈カテーテル挿入を見学し、介助ができる。
- 4) 動脈血採血・動脈ラインの確保を見学し、介助ができる。
- 5) 腰椎穿刺を見学し、介助できる。
- 6) 胃管の挿入と抜去ができる。
- 7) 尿道カテーテルの挿入と抜去ができる。
- 8) ドレーンの挿入と抜去を見学し、介助ができる。
- 9) 注射の種類、各々の特徴と刺入部位を説明できる。

#### 【外科手技】

到達目標：

- 1) 手術や手技のための手洗いができる。
- 2) 手術室におけるガウンテクニックができる。
- 3) 基本的な縫合ができる。
- 4) 創の消毒やガーゼ交換ができる。
- 5) 骨折時の良肢位と外固定を見学し、介助できる。

#### 【検査手技】

到達目標：

- 1) 12誘導心電図を適切に記録できる。
- 2) 尿検査（尿沈渣を含む）を施行し、観察できる。
- 3) 末梢血塗抹標本を作成し、観察できる。
- 4) 微生物学検査の検体の採取と保存ができ、グラム染色を行い、観察できる。
- 5) 妊娠反応検査を施行できる。

## 2. 内科系臨床実習

### (1) 内科

一般目標：

基本的内科疾患を受け持ち、病態、症候、診断、治療と予後を学ぶ。

到達目標：

- 1) 主要な疾患、症候や病態を診察し、診断と治療計画の立案・実施に参加できる。
- 2) 他科へのコンサルテーションが必要かどうか判断できる。
- 3) 複数の疾患をかかえる患者を診察し、診断と治療計画の立案・実施に参加できる。

実習形態：内科系病棟・外来

症 例：頻度の高い悪性新生物（肺癌、肝癌、悪性リンパ腫、白血病）

脳血管障害

パーキンソン病

肺炎

気管支喘息・慢性閉塞性肺疾患（COPD）

狭心症・急性心筋梗塞

心不全

高血圧症  
消化性潰瘍  
肝疾患（急性肝炎・慢性肝炎・肝硬変）  
腎不全  
尿路感染症  
甲状腺機能亢進症  
糖尿病  
脂質異常症  
関節リウマチ  
鉄欠乏性貧血

## (2) 精神科

一般目標：

基本的な精神症状の評価の仕方、面接法を学ぶ。

到達目標：

- 1) 精神科以外の一般診療科においても診療機会が多い精神障害に対する診断と治療の初期対応ができる。
- 2) 精神症状をもつ患者の診療を行う上での、法と倫理の必須項目を列挙できる。
- 3) 精神症状・精神障害の初期症状と、どのような場合に専門医へのコンサルテーションが必要か判断できる。

実習形態：精神科外来・病棟

（一般診療科においても診療機会が多い精神障害を学ぶために、外来、あるいは他科からのリエゾン・コンサルテーションを中心とするなど、実習形態を考慮することが望ましい）

症例(症候)：気分障害

ストレス関連・身体表現性障害

症状性・器質性精神障害

精神分裂病

抑うつ・不安

睡眠障害（不眠）

せん妄

## (3) 小児科

一般目標：

基本的小児科疾患を受け持ち、症候、診断、初期治療を学ぶ。

到達目標：

- 1) 新生児、乳・幼児期、学童期、思春期の患者およびその家族と良好な関係を築いて、漏れのない正確な情報を取ることができる。
- 2) 小児身体診察を適切に実施できる。

実習形態：小児科病棟・外来

症 例：てんかん・けいれん

発疹性疾患  
上気道感染・肺炎  
気管支喘息  
先天性心疾患  
白血病・悪性腫瘍  
運動・精神発達の遅れ  
成長障害・低身長  
脱水・下痢・嘔吐

### 3. 外科系臨床実習

#### (1) 外科

一般目標：

基本的な外科疾患を受け持ち、病態と、治療としての外科処置を学ぶ。

到達目標：

- 1) 外科的処置の適応を判断し、リスク評価ができる。
- 2) 外科の基本的診察手技を実施できる。
- 3) 基本的な術前術後管理ができる。

実習形態：外科系病棟・外科系外来・手術室

症 例：外科的適応のある悪性腫瘍（胃癌、大腸癌、肺癌、乳癌）

急性虫垂炎  
腸閉塞  
腹膜炎  
鼠径ヘルニア  
痔疾患  
胆石症・胆嚢炎  
脊髄損傷  
関節痛・関節腫脹  
自然気胸  
前立腺肥大

#### (2) 産婦人科

一般目標：

基本的な産婦人科疾患を受け持ち、女性の健康問題、疫学、予防、病態、診断、治療と予後  
を学ぶ。

到達目標：

- 1) 正常の妊娠、出産と産褥の基本的な管理ができる。
- 2) 主な疾患、症候や病態を診察し、診断と治療計画の立案・実施に参加できる。

実習形態：産科婦人科病棟・外来・手術室・分娩室

症 例：【産科】 正常妊娠・分娩・産褥

流産  
早産  
異常分娩

妊娠中毒症  
【婦人科】 子宮・卵巣の腫瘍  
骨盤内炎症性疾患  
性行為感染症  
子宮内膜症  
子宮筋腫  
更年期障害・不正性器出血  
月経異常  
不妊症  
避妊指導

#### 4. 救急医療臨床実習

一般目標：

緊急に対応すべき疾患の病態、診断を学ぶ。

到達目標：

- 1) 救急病態の救命治療を介助できる。
- 2) 初期救急病態を鑑別し、初期治療を介助できる。
- 3) 外傷の処置を介助できる。
- 4) 救急医療体制を説明できる。

実習形態：救急系外来・病棟、集中治療室など

症 例：(重症救急病態) 救命治療に参加する。

心肺停止

ショック

急性中毒

広範囲熱傷

多発外傷

(初期救急病態) 鑑別ができ初期治療に参加する。(E 参照)

発熱

脱水

けいれん

意識障害

頭痛

めまい

動悸

胸痛

呼吸困難

喀血

腹痛

嘔吐

吐血・下血

下痢

血尿

## 自主選択実習（臨床系）到達目標

### 〔一般目標〕

臨床系クラークシップでは、診療に必要な技能および態度を習得するために、医療チームの一員として、実際に患者の診療に従事する。指導医の指導・監視の下に、許容された一定範囲の医行為を行い、責任を分担することにより、医師となるために必要な知識・技能・態度・価値観を身に付けることを目標としている。

### 内科系クラークシップ

#### 〔行動目標〕

内科系クラークシップを終了すると、下記の項目に関して、基本的技能・態度を体得し、また、その理論と意義を述べることができる。具体的評価目標を表1に示す。

#### I. 基本的技能

- 1) 医療面接技法
- 2) 病歴聴取法（成人）
- 3) 身体診察法  
一般診察（視診、打診、聴診、触診、計測法）
- 4) 臨床検査法  
一般検査（血液、尿、便、血液生化学、血液ガスなど）のデータの解釈・評価  
生理機能検査、内視鏡検査、画像診断・放射線学的検査の解釈・評価
- 5) 問題指向型診療記録（POMR）の作成
- 6) 治療計画および手技
  - a. 安静
  - b. 食事療法
  - c. 精神療法
  - d. 輸液、輸血療法
  - e. 救急処置法
- 7) 疾病の予防
  - a. 健康相談
  - b. 院内感染の予防対策
  - c. 放射線障害の予防

#### II. 基本的態度

- 1) 患者が健康について持っている問題を、身体的、医学的のみでなく、社会的、心理的問題を合わせ、全人的にみることができる。
- 2) 患者・家族との関係
  - a. 患者・家族と良好な人間関係を作り、問題を解決できる。
  - b. インフォームドコンセントについて理解している。
  - c. プライバシーを保護する。
- 3) 医療メンバー
  - a. 医療チームの一員として、様々な医療従事者と協調、協力し、的確に情報を交換して

- 問題に対処できる。
- b. 問題、疑問点について、まず自分で考え、指導医の監査と指導を受けることができる。
- c. 問題点について相談すべき専門科を判断でき、専門医の指導を受けることができる。
- 4) 文書記録
- a. 情報と行動をすべて記録し、整理、要約、報告することができる。

表1 内科系クラークシップ到達目標自己評価表

I. 基本的技能

(1) 医療面接技法

- 1) 挨拶と自己紹介 ( )
- 2) 対人空間 ( )
- 3) eye contact ( )
- 4) 話の進め方 (質問法、要約) ( )
- 5) 共感的態度 ( )

(2) 病歴聴取法

- 1) 主訴 ( )
- 2) 現病歴 ( )
- 3) 既往歴 ( )
- 4) 家族歴 ( )
- 5) 社会歴、生活環境、薬剤服用歴、習慣、性格、睡眠、食欲、排便、排尿 ( )

(3) 身体診察法

- 1) 全身の観察： ( )
- 第一印象 (表情、体位、栄養状態、精神状態) ( )
- バイタルサイン (意識、呼吸、脈拍、血圧、体温) ( )
- 皮膚、爪の観察 ( )
- 2) 頭部・顔面の診察： ( )
- 対称性、毛髪 ( )
- チアノーゼ、浮腫、腫張 ( )
- 眼球・眼瞼結膜の観察 ( )
- 口腔、咽頭の観察 ( )
- 3) 頸部の診察： ( )
- 可動性、硬直 ( )
- リンパ節の触診 ( )
- 甲状腺の触診 ( )
- 頸動・静脈の観察、聴診 ( )
- 4) 胸部の診察： ( )
- 胸郭の形態 ( )
- 心音、心雑音・呼吸音、副雑音の聴診 (部位、性状) ( )
- 乳房の視診、触診 ( )

- 5) 腹部の診察：  
 腹壁の観察、打診（腹水など） ( )  
 聴診（グル音、血管音） ( )  
 肝臓・脾臓・腎臓の触診、圧痛 ( )  
 直腸肛門診 ( )
- 6) 骨・関節・筋肉系の観察：  
 腫脹、変形、萎縮、把握痛、浮腫 ( )
- 7) 神経学的診察：  
 知能・言語の観察 ( )  
 起立・歩行の観察、運動麻痺、筋トーンス ( )  
 視野、眼球運動、瞳孔の観察 ( )  
 腱反射（二頭筋、三頭筋、腕橈骨筋、膝蓋腱、アキレス腱） ( )  
 足底反射（Babinski の手技、Chaddock の手法） ( )
- (4) 基本的臨床検査法—1（自ら検査を実施し、意義を理解し、結果を解釈できる。）  
 1) 検尿 ( )  
 2) 検便 ( )  
 3) 血液一般 ( )  
 4) 血液生化学検査 ( )
- (5) 基本的臨床検査法—2（自ら検査を実施あるいは見学し、意義を理解し、結果を解釈できる。）  
 1) 単純エックス線検査（胸部、腹部） ( )  
 2) 心電図 ( )  
 3) 血液ガス ( )  
 4) 超音波検査（心臓、腹部） ( )  
 5) 放射線学的検査 ( )
- (6) 問題指向型診療記録（POMR）（意義と有用性を理解する）  
 1) プロブレムリストの作成 ( )  
 2) 初期計画（診断、治療、教育）の立案 ( )  
 3) 病歴、経過の記載 ( )  
 4) サマリーの作成 ( )
- (7) 基本的治療法—1（自ら実施し、意義を理解している。）  
 1) 安静 ( )  
 2) 体位交換 ( )  
 3) 移送 ( )
- (8) 基本的治療法—2（見学あるいは模型により実習する。）  
 1) 患者、家族への説明、教育、予防 ( )  
 2) 食事療法 ( )  
 3) 注射（皮下、皮内、静脈） ( )  
 4) 静脈確保（輸液、輸血） ( )  
 5) 酸素投与 ( )  
 6) 導尿 ( )

## II. 基本的態度

- (1) 全人的診療 ( )
- (2) 患者・家族との関係
  - 1) 患者・家族と良好な人間関係と問題解決 ( )
  - 2) インフォームドコンセント ( )
  - 3) プライバシーの保護 ( )
- (3) 医療メンバー
  - 1) 医療チームの一員として、問題に対処 ( )
  - 2) 問題、疑問点の抽出・解釈と指導医の監査と指導 ( )
  - 3) 問題点について相談すべき専門科の判断と専門医の指導 ( )
- (4) 文書記録
  - 1) 情報と行動の記録し、それらの整理、要約および報告 ( )

## B. 質的向上のための水準についての自己評価

本学卒業生は、本学および他施設の卒後研修を修了している。このことからディプロマポリシーを含む卒前（医学部）教育と卒後教育の連関は適切である。

## C. 現状改良に向けた提言

実質的に卒後研修の指導医と医学生の指導医は同じである。日本の大学としては圧倒的多数の臨床教員を擁する本学では、研修医と学生が同じ指導者により教育を受けること、学生が病院では研修医とともに行動することがあることなどから、卒前と卒後教育の連携は制度だけでなく、実践面でも行われている。

## D. 問題改善に向けた提言

卒前教育と卒後研修の連携をさらに強化することは必要である。研修医の修了状況は教授会・医学教育審議会には報告されているが、実質的な検証と改善のための仕組みを構築する必要がある。現在の医学教育審議会規程には、審議会委員として卒後研修センター長が含まれていない。本学の卒業生は、本学附属病院だけではなく全国の研修指定病院で研修を行うことから、大学附属病院のみならず広い範囲の研修施設から情報を得て教育改善に生かすことにより、さらに卒前教育を向上できる。

## 2. 教育プログラム

### 2.1 カリキュラムと教育方略

#### 基本的水準:

医科大学はカリキュラムモデルとカリキュラムで採用する教育方略を定めなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

大学の目的は「教育基本法および学校教育法に基づき、女子に医学の理論と実際を教授し、創造的な知性と豊かな人間性を備え、社会に貢献する医人を育成するとともに、深く学術を研究し、広く文化の発展に寄与することを目的とする（学則第1条）」、医学部の教育目標は「将来医師が活躍し得る様々な分野に必要な基本的知識、技能および態度を身に体し、生涯にわたって学習しうる基礎を固める。すなわち、自主的に課題に取り組み、問題点を把握しかつ追求する姿勢を養い、医学のみならず広く関連する諸科学を照覧して理論を構築し、問題を解決できる能力および継続的に自己学習する態度を開発する。さらに、医学・医療・健康に関する諸問題を取り組むに当たっては、自然科学にとどまらず、心理的、社会的、倫理的問題等も含め、包括的にかつ創造的に論理を展開でき、様々な人々と対応できる全人的偉人としての素養を涵養する。」と定められている（学習要項）。

#### B. 基本的水準についての自己評価

カリキュラム：現在の医学部カリキュラムは1994年に導入されたMDプログラム94が2011年第2-6学年に、2011年に導入されたMDプログラム2011が第1学年に実施されている。新旧カリキュラムの基本的理念はともに学部教育目標を達成するもので、どちらも基本的水準には適合している。

1990年にMDプログラム90が導入され、テュートリアル（PBL）教育が開始された。94年に導入されたカリキュラムは、さらに統合カリキュラムと呼ばれるカリキュラム構成が加わった。それまでほとんどの日本の大学で採用されていた教養課程（一般素養教育）と進学課程（医学教育）に分かれたカリキュラムから、6年間を一貫して素養と専門的能力を開発するカリキュラムへの大きな改革であった。これはその後の日本の医学教育のモデルとなった。専門的能力教育は、人体の基礎を学んだ後に、基礎臨床そして臨床各分野を統合して臓器・器官系、あるいはライフサイクルに沿って統合学習するカリキュラムが4年間、そしてそれに続くクリニカルクラークシップを2年間行う構造になっている。衛生学・公衆衛生学・法医学などの社会医学も最初の4年間のカリキュラムに組み込まれている。臨床実習は、5年の初めに初期臨床実習として内科・外科の基本的手技を学び、その後約9ヶ月内科系外科系の主要な診療科をローテーションし、ローテーション終了後、自主選択で1週間×5科、3週間×3科を学習する。最後の3週間×3科の期間は基礎医学あるいは国外研修も可能で、毎年ほぼ80%の学生が基礎研修を、25%の学生が海外研修を選択している。もう一つのカリキュラムの特徴は、医師としての素養（専門職意識、コミュニケーション、倫理、態度、マナー）を学ぶ人間関係教育カリキュラムである（1990年にインタビュー教育カリキュラムとして導入され、1994年から人間関係教育に改称された）。入学時は学生として・社会人としてそしてその後医師としての素養を学習する様々

な体験・実践学習が組み込まれている。本教育もその後国内で盛んとなってきたプロフェッショナル教育のモデルとなっている。

2011年に導入されたカリキュラムはMDプログラム94を改良したものであるが、基本構築は同じである。新カリキュラムの新コンセプトとしてアウトカム基盤型カリキュラムが導入された。1.4で示したように、新カリキュラムでは卒業時のコンピタンス目標をアウトカムとして示しただけでなく、6年間の教育過程のなかで達成すべきアウトカムに至る段階的な目標をロードマップで示した。これは、学年で学ぶ学体系中心の目標ではなく医師になるために醸成すべき能力を明示し、学習し、評価するために設けられた。新カリキュラムでは、さらに Introduction to clinical Medicine (ICM)教育を充実するために、従来の統合カリキュラムを4年から3年半に短縮し、5年になる前の半年間で臨床的能力を高める教育を行う。これにより医師国家試験の早期実施などに影響されて他大学では短縮されるクリニカルクラークシップを5年初めから実質的に開始でき、さらに地域医療などの実習を経験できるようになった。「素養」にかかわるカリキュラムは目的を明確にしたいいくつかの領域に分けられた、従来の人間関係教育には「5本の柱」(1:専門職としての態度・マナー・コミュニケーション、2:専門職としての使命感、3:医療におけるリーダーシップ・パートナーシップ、4:医療人としての倫理、5:女性医師のキャリア・ライフサイクル)が定められた。さらに基本的・医学的表現技術(専門的文章作成能力開発教育)、国際コミュニケーション(英語を用いた国際的な情報・意志の交換能力開発教育)、情報処理・統計(情報リテラシーと生物・医学・疫学統計への応用)を学年縦断的に学習するカリキュラムが導入された。

両カリキュラムともに、人間としての素養カリキュラムが選択科目として組み込まれている。学生は選択科目のなかから16単位を履修しなくてはならない。選択科目は学内で提供される34科目の他、提携校である早稲田大学(総合大学)のオープン科目約200から選択でき、学生に広い範囲の選択を与えている。

教育方法:医学部の教育目標として「自主的に課題に取り組み、問題点を把握しかつ追求する姿勢を養い」が示されており、これは医師として患者が最も望む形で問題を解決するという使命を果たすことが出来るための教育を行うことである。1990年に導入されたPBLテュートリアルは、学生が自ら課題を発見し、解決法を探り、問題解決を行う教育法であり、日本で本学が最初に導入した。現在日本の医科大学の約9割が何らかの形のPBLを取り入れている。MDプログラム94では1-4学年にPBLテュートリアルを導入した。6つの教育単位に分かれたカリキュラムは、それぞれ約50%の講義、20%のPBLテュートリアル、20%の様々な実習・体験で構成されている。新カリキュラムでは、PBLが臨床的問題解決能力開発につながるように、初めの3年半でPBLテュートリアルにより基礎・臨床の問題解決能力を育成し、半年間ではTeam-based learning (TBL)で臨床的思考力を訓練し、臨床実習では積極的に患者の問題点を発見し解決することを促進する実習(診療問題解決型臨床実習)を行い、学生の思考力についてのコンピタンスを高める教育法を導入する。教育単位毎の教育目標達成のために、講義では基本と中核を教え、テュートリアルでは基本を体得しながら応用も考え、実習で実践を学ぶように構成されている。人間関係教育は、講義だけでは修得できない様々な態度・技能等を学ぶため、現場での実習・体験、少人数学習、ワークショップ、シミュレーションなど様々な教育法が用いられている。臨床技能教育の一部にはシミュレーション教育が導入され、2003年に開設された臨床技能教育センター(シミュレーションラボ)は、2011年に拡張され教育の充実が行われている。

資料 2-1 : MD プログラム 94 構成図 (2011 年度大学案内 p.26)

6年間のカリキュラム一覧表

学年	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年	← (I期) →			Block 1 人間生物学			← (II期) →			← (III期) →		
2年	← Block 1 人間生物学 (IV期) →			← Block 2 診断 循環器、呼吸器、腎 →			← Block 3 内分泌、代謝、消化器 →			← Block 4 神経、運動器、行動、精神、感覚器 →		
3年	← Block 5 感染、血液、免疫、皮膚 →			← Block 6 人の一生と医療、生殖、小児、成人、老人 →			← Block 7 病院実習 →			← Block 8 卒業試験・総括 →		
4年	← Block 7 病院実習 →			← Block 8 卒業試験・総括 →			← Block 9 卒業試験・総括 →			← Block 10 卒業試験・総括 →		
5年	← Block 10 卒業試験・総括 →			← Block 11 卒業試験・総括 →			← Block 12 卒業試験・総括 →			← Block 13 卒業試験・総括 →		
6年	← Block 13 卒業試験・総括 →			← Block 14 卒業試験・総括 →			← Block 15 卒業試験・総括 →			← Block 16 卒業試験・総括 →		

資料 2-2 : MD プログラム 2011 構成図 (2011 年度セグメント 1 学習要項 p.16)

6年間のカリキュラム全体図

学年	前期	後期	セグメント	内容	横断的科目
1年	前期 (4月~7月)	後期 (9月~3月)	セグメント1	人体の基礎	テュートリアル 人間関係教育 基本的・医学的表現技術 国際コミュニケーション 情報処理・統計 選択科目 研究プロジェクト
	前期	後期	セグメント2	人体の機能と微細構造	
2年	前期	後期	セグメント3	人体の発生と全体構造/人体の防御機構	
	前期	後期	セグメント4	疾患の成り立ちと治療の基礎/ 循環器系/呼吸器系/腎/尿路系	
3年	前期	後期	セグメント5	消化器系/内分泌系/ 栄養・代謝系/生殖系	
	前期	後期	セグメント6	脳神経系/精神系/運動器系/ 皮膚粘膜系/聴覚・耳鼻咽喉系/眼・視覚系	
4年	前期	後期	セグメント7	全身的な変化/人の一生	
	前期	後期	セグメント8	医学と社会/臨床入門	
5年	前期	後期	セグメント9	臨床実習(研究実習)	
	前期	後期	セグメント10	全体統合・総合 達成度評価	
6年	前期	後期	セグメント10	卒業試験	

C. 現状改良に向けた提言

医学部のカリキュラムは継続して評価改良をされ、外部からの評価も高い。テュートリアル教育、人間関係教育だけでなく、2001年に全国の医科大学の基本的教育目標を定めた「医学教育モデル・コア・カリキュラム」は、本学のカリキュラムを基本に構築された。文部科学省が全大学の中から採択する、大学教育推進プログラム (Good Practice, GP) 基金の受賞はテュートリアル教育 (2003年)、英語教育 (2004年) 学部横断教育 (2008年)、新カリキュラムと教育の国際質保証 (2010年) と多数に及ぶ。

#### D. 問題改善に向けた提言

教員の教育組織と医学教育を専門に研究する医学教育学講座の連携で、大学の教育目標に沿ったカリキュラムを構築し、評価し、改良を行ってきた。日本の医科大学ではまだ導入の少ない、カリキュラム（アウトカム基盤型カリキュラム）、教育法（Team-based learning (TBL)、Advanced OSCE（後期 OSCE）など）が行われている。

#### 質的向上のための水準:

カリキュラムとその教育方略は、学生が自らの学習に責任を持ち、生涯学習者としての学び方を習得するものであるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

医学部のカリキュラムと教育法は、学生の自立的学習に基づく生涯学習者としての学習能力、学習法を獲得するために構築されている。PBLを入学時から4年間（テュートリアル、Team-based learning (TBL)）継続し、その後診療問題解決型の臨床実習を行うこと、臨床実習期間中に基礎教室あるいは国外研修を行うことなど、広い自己学習能力を得る教育が行われている。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

学習過程、生涯学習者としての自己開発のアウトカム評価は難しいが、過去に行ったPBLについての卒業生調査によれば、PBL教育開始前の卒業生と比較してPBL教育を受けた卒業生は、卒業時の自己主導学習について強い自己効力感を持っていることを示している（資料 2-3）。また全人的医療にも興味を示す傾向が強かった（資料 2-4）。

資料 2-3 : *Ishihara S, Matsui K, Sato Y, Tang AC, Suganuma T, Fukui Y, Yamaguchi N, Kawakami Y, Yoshioka T: Self-efficacy achieved through problem-based learning tutorial. Med Edu (Japan) 38:391-397, 2007.*

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

**資料 2-4 : Matsui K, Ishihara S, Suganuma T, Sato Y, Tang AC, Fukui Y, Yamaguchi N, Kawakami Y, Yoshioka T.: Characteristics of medical school graduates who underwent problem-based learning. *Ann Acad Med Singapore* 36:67-71, 2007.**

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

論文内容は著作権保護のため削除した。

---

**C. 現状改良に向けた提言**

教育カリキュラムおよび教育方法は、PBL テュートリアル教育などを通じた自己主導型生涯学習の修練を達成するために構築され、改良されている。新カリキュラムではこれを評価してアウトカムを明らかにすることが含まれる。

**D. 問題改善に向けた提言**

本学の教育目標の一つである女子教育においては生涯学習者としての学習能力開発は継続がとくに重要である。これまでの就業率が高いこと、女性医師再教育センターでの希望者が卒業生よりもむしろ他大学卒業者に多いことは、本学の卒業生が生涯医師としてキャリアを継続していることを示し、建学の理念に沿ったアウトカムが得られていることを示

す。少子高齢化社会において、女性医師の役割はますます高くなることより、さらにキャリア教育を充実させなくてはならない。

## 2.2 科学的方法

### 基本的水準:

医科大学はカリキュラムを通して、分析的、批判的評価法を含んだ科学的方法の原理と、根拠に基づいた医学を教授しなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

2010年度入学生までに対するMDプログラム94では、第一学年で情報処理・統計学の基本を学習してきたが、これは医学教育全体に対する準備としての位置づけが強かった。MDプログラム2011では、学年縦断的に学習するカリキュラムとして「情報処理・統計コース」が導入され、情報リテラシーと統計学の基礎を学習した上で、医学における統計学、疫学的方法の活用の実際、臨床疫学、EBMを一貫教育として学習できる構成となった。その中で、臨床研究における科学的思考の基本、研究成果を医療の実践に活用してゆくために必要な方法として、EBMの重要性までを学習する。

資料 2-5 : 「情報処理・統計」講義スケジュール (2011 年度セグメント 1 学習要項 P.78)

[ 情報処理・統計 ]

科目責任者: 尾崎 眞(麻酔科学)

(講義)

回	年月日	曜	時間	担当	講義内容	講義室
1	2011.04.11	月	10:25~11:35	麻酔科学 尾崎	医学と情報そしてコンピュータの役割	900
2	2011.04.14	木	10:25~11:35	麻酔科学 尾崎	ネットワーク(その基礎と倫理規定)、ネットワークセキュリティ	900
3	2011.04.18	月	10:25~11:35	麻酔科学 尾崎	webメールの使い方	900
4	2011.04.21	木	09:00~10:10	麻酔科学 尾崎	図書館で本を探す、マイライブラリ説明	900
5	2011.04.28	木	09:00~10:10	麻酔科学 尾崎 情報科学室 露木	基本と文書作成(1)基礎	900
6	2011.05.06	金	09:00~10:10	麻酔科学 尾崎 情報科学室 露木	基本と文書作成(2)基本操作	900
7	2011.05.12	木	09:00~10:10	麻酔科学 尾崎 情報科学室 露木	文書作成(1)文書の体裁(1)	900
8	2011.05.16	月	09:00~10:10	麻酔科学 尾崎 情報科学室 露木	文書作成(2)文書の体裁(2)	900
9	2011.05.19	木	09:00~10:10	麻酔科学 尾崎 情報科学室 露木	文書作成(3)文書の体裁(3)	900
10	2011.05.23	月	09:00~10:10	麻酔科学 尾崎 情報科学室 露木	文書作成(4)画像の扱い・まとめ	900
11	2011.05.26	木	09:00~10:10	化学療法・緩和ケア科 林	デジタルプレゼンテーション(1)	900
12	2011.05.30	月	09:00~10:10	化学療法・緩和ケア科 林	デジタルプレゼンテーション(2)	900
13	2011.06.02	木	09:00~10:10	医学教育学 菅沼	表計算ソフトの基本操作	900
14	2011.06.09	木	09:00~10:10	医学教育学 菅沼	表計算ソフトでグラフ描画	900
15	2011.06.13	月	09:00~10:10	医学教育学 菅沼	表計算ソフトでのデータ整理	900
16	2011.06.16	木	09:00~10:10	医学教育学 菅沼	表計算ソフトの便利な使い方	900
17	2011.06.20	月	09:00~10:10	麻酔科学 尾崎 先端生命医科学研究所 伊関・鈴木	医学情報のデジタル化・臨床への活用例	900
18	2011.06.23	木	09:00~10:10	医学教育学 吉岡 麻酔科学 尾崎	共用試験紹介、まとめ	900

資料 2-6 : 「社会制度と保健・医療・福祉」講義スケジュール  
(2011年度ブロック6学習要項P.115)

[ 社会制度と保健・医療・福祉 ]

科目責任者: 山口 直人(衛生学公衆衛生学二)

(講義)

回	年月日	曜	時間	担当	講義内容	講義室
1	2011.09.22	木	09:00~10:25	衛生学公衆衛生学二 山口	科目の概要、疾病の予防と健康増進	400
2	2011.10.17	月	09:00~10:25	衛生学公衆衛生学二 佐藤	疫学①	400
3	2011.10.18	火	09:00~10:25	衛生学公衆衛生学二 佐藤	疫学②	400
4	2011.10.24	月	13:00~14:25	衛生学公衆衛生学二 佐藤	疫学③	400
5	2011.10.26	水	09:00~10:25	内分泌外科 岡本	臨床疫学	400
6	2011.10.31	月	10:35~12:00	衛生学公衆衛生学二 小島原	人口・保健・疾病統計の方法と現状	400
7	2011.11.02	水	10:35~12:00	衛生学公衆衛生学二 小島原	保健・医療・福祉関連法規1	400
8	2011.11.07	月	13:00~14:25	衛生学公衆衛生学二 小島原	保健・医療・福祉関連法規2	400
9	2011.11.10	木	10:35~12:00	衛生学公衆衛生学二 小島原	感染症対策	400
10	2011.11.11	金	09:00~10:25	衛生学公衆衛生学二 藤川	衛生行政と地域保健、健康危機管理	400
11	2011.11.14	月	10:35~12:00	衛生学公衆衛生学二 小島原	予防接種	400
12	2011.11.17	木	09:00~10:25	衛生学公衆衛生学二 山口	生活習慣とリスク	400
13	2011.11.17	木	10:35~12:00	医療・病院管理学 上塚	生活習慣病の疫学と予防	400
14	2011.11.17	木	14:35~16:00	衛生学公衆衛生学二 北井	最近の保健医療問題とその背景	400
15	2011.11.21	月	09:00~10:25	精神医学 古城	精神医学と法	400
16	2011.11.24	木	10:35~12:00	衛生学公衆衛生学二 小島原	障害者福祉制度	400
17	2011.11.30	水	09:00~10:25	医療・病院管理学 上塚	社会保障制度、保健・医療・福祉の組織と機能	400
18	2011.11.30	水	10:35~12:00	医療・病院管理学 上塚	医療経済	400
19	2011.12.02	金	09:00~10:25	医療・病院管理学 加藤	リスクマネジメント	400
20	2011.12.12	月	10:35~12:00	医療・病院管理学 加藤、齋藤	地域医療の組織と連携	400
21	2011.12.16	金	09:00~10:25	法医学 木林	医事法と医療事故	400

B. 基本的水準についての自己評価

科学的方法、思考、EBMなどはMDプログラム94導入の一つの目的であった。卒業生に対する調査において、PBLを受けた世代で内科系の選考をした卒業生は全人的に患者を考える中で科学的背景に興味を持つ結果を得ている。(資料2-4)

MDプログラム2011では、MDプログラム94の成果をさらに確固たるものとするために、学年縦断的なカリキュラム「情報処理・統計コース」を導入することになった。学年縦断的なコースによって一貫性ある教育をさらに充実させるとともに、MDプログラム94では社会医学教育の中に位置づけられていた臨床疫学、EBMの教育を独立させることで、臨床診断・治療の理論的な基礎を構成する確率的な考え方を臨床実習の開始までに身につける機会を提供し、臨床実習において理論と実践の有機的な統合が可能となるように配慮されている。

### C. 現状改良に向けた提言

思考力の教育は、講義中心の教育では行えない。これが1990年にPBLを導入した背景である。また、実践の中で振り返りにより思考力を学ぶことも、実践的智として必要であることから、講義・PBL・実習の三身一体型カリキュラムが構築された。

MDプログラム2011の作成の過程で医学教育における科学的な思考方法、医療実践におけるEBMの重要性が再認識され、カリキュラムの中核に位置づけられることになった。教育担当者は、科学的思考を医学研究の世界としてのみとらえる古い考え方から脱却し、医療の実践のすべてに渡る基本的な考え方として能動的にとらえており、カリキュラムの継続的な改善に向かって積極的に進んでゆく素地はできあがっている。

### D. 問題改善に向けた提言

MDプログラム2011では、PBLで学べない思考力をTBLで補うこと、科学的・批判的思考力と方法を学び、将来科学的研究にも学生が興味を持つために、研究プロジェクトカリキュラムが導入される。研究プロジェクトは第3学年後半で、時間を設けて学内の研究部門（基礎、臨床、工学など全領域）を選択し、理論・仮説に基づく学習・研究活動を行う学習機会である。授業時間としては長時間を充てるのが難しいが、プロジェクト期間終了後も学生の興味に応じて各研究部門の状況に応じて継続して自主研究を続けられるように構築されている。この新たな機会と、すでに第6学年で実施しているクリニカルクラークシップ期間中の研究機会などを通じて、研究に興味を持つ学生が増えることを期待している。

### 質的向上のための水準:

カリキュラムは、科学的思考力および研究方法を訓練する機会を含むべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

基本的水準で述べたように、カリキュラムは科学的方法、思考を学習する構築になっている。入学後の1年半は、臨床医学との関連を持ちながら、人体の基本的構造と機能の理解を通して基礎医学を学ぶ期間となっている。PBL、基礎医学実習、CPC、医学概論などで医学の科学的側面を理解し活用し実践できるためカリキュラムが組まれている。

学年縦断カリキュラムである「情報処理・統計コース」では最新のICTの基礎を学習し、科学的思考の実践に必要な基本的なツールを与える。続く統計学では演習中心の教育によって、医学・医療における確率的な考え方の基礎を学習する。これらの基本的な素養の上に、臨床研究における不確実性の本質を理解して臨床診断の理論的な基礎、ランダム化比較試験の基礎を学習して臨床教育との有機的な連携を深める。さらに、これらの基礎の上に、システマティックレビューの基本を学習して、EBMの基本的な考え方、医療の実践における重要性を身につける。このように、EBM教育は基礎から応用に向けて段階的な学習を進め、他のカリキュラムとの有機的な連携と統合を図ってゆく構成となっている。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

MDプログラム94は、それまでの受動的学習から、科学的思考と臨床的思考を能動学習を通じて学ぶカリキュラムへの変革であった。MDプログラム2011では、さらに発展させ、実際に科学研究に参画するカリキュラムが組まれている。第3学年後期に行われる研究プ

プロジェクトでは、各学生が学内の基礎・臨床・研究所で自分の選択した研究プロジェクトを実践する。

医学教育における科学的思考の教育は、基礎医学、病態生理学におけるメカニズム・生物学的なプロセスを基礎にした考え方が重視されてきたが、そのような病態生理学的な考え方のみでは現代医療は不完全であり、病態生理学的な考え方と EBM の考え方が両輪となって、医療を実践することの重要性が世界的な標準として確立しつつある。MD プログラム 2011 では、EBM 教育の充実が図られ、世界的な医学教育の動向に遅れることなく教育の改善が図られつつある。

### C. 現状改良に向けた提言

MD プログラム 94 導入後、自主的に科学研究を課外で行う学生が出るようになり、一部は学会発表や論文発表を行っている。新カリキュラム導入により、このような学生がさらに増えるとともに、学生の学習環境（研究室の受け入れ）が充実することが期待される。

MD プログラム 94 によって知識を受動的に受け入れる教育から、能動的、批判的に考えることの重要性が教育全体に浸透してきた。MD プログラム 2011 では、さらに、能動的、批判的な考え方が着実に医療の実践の中で生かせるように、EBM の考え方と実践法の教育の充実が図られている。

### D. 問題改善に向けた提言

2003 年に法律により新医師研修制度が導入され、医師のライセンス取得後、臨床研修が義務化された。医学部を卒業し医師免許を得た後に、研修が義務化されたために、直ちに基礎研究を目指す医師が減っているという危惧がある。新カリキュラムは、科学的思考力、実践力を高めることだけでなく、女性医師としてのキャリア選択を自分のライフスタイル考え、医学・医療への使命感のなかでキャリアを形成することを目標としている。このようなカリキュラムで医科学探求者が現れることが期待される。

本学の研究室には多くの卒業生が在籍し、学生のロールモデルとなる。また男女共同参画推進局の目標の一つは、女性医師研究者支援であり、労働上の様々な支援を行い、また新たな方略を策定している。

医療の実践において、経験や教科書的な知識のみに頼ることなく、患者の置かれている状態を把握するために論理的な推論を駆使すること、治療方法の選択についても EBM の考え方に基づいた合理的な選択ができることが求められており、その基礎には科学的な思考方法の能力が求められる。このような考え方を医学教育の中核に位置づけることが求められており、評価結果は、そのための道標として積極的に活用される。

## 2.3 基礎医科学

### 基本的水準:

医科大学は、臨床医学の学習と応用力育成の基礎となる基礎医学の知識、概念と方法を明確にして、その教育をカリキュラムの中に組み込まなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

基礎医科学は、人体の基本的な構造と機能の学習を行う第1学年から第2学年前半に引き続き、臓器系・機能系に沿って人体の正常と異常を学ぶ学習が第4学年までの学年を通じて教育が行われる。はじめの1年半では、人体の基本構成、微細構造、全体構造の視点から、従来の生化学、生理学、細胞学、組織学、肉眼解剖学、免疫学、微生物学、薬理学、遺伝学、分子生物学等の基本が統合的に教育される。その後人体構造・機能の異常の観点から病理学の基本を学んだあと、臓器器官系学習を行う。ここでは、呼吸器、循環器、腎泌尿器、生殖器、消化器、内分泌系、血液・造血器、代謝系、神経系、運動器系、精神系、視聴覚器などに分かれて、それぞれの基本構造と機能について各基礎医学領域を統合して学習する。これらの教育には、講義・実習・PBL テュートリアルで行われ、科学的知識、概念、科学的方法だけでなく、科学的・医学的思考力、問題発見・解決能力を育成するカリキュラムとなっている。この基本構造はMDプログラム94と2011では共通である。

#### B. 基本的水準についての自己評価

新旧カリキュラムともに、基礎医学の基本に関する理解と考え方、基礎医学に立脚した臨床医学（疾患・患者・医療・社会）の理解を学習する組み立てとなっている。学習時間はそれぞれの分野において十分設けられている。

#### C. 現状改良に向けた提言

医学の基本と最先端を学ぶバランスをとる必要がある。MDプログラム94では、限られた教育期間で学生が卒業まで必ず学ばなければならないコア（基本）となる学習目標が定められ、これが日本のコア・カリキュラムの原点となった。一方で最先端の考えに触れることは、その領域にし興味を持ち、将来医療者あるいは研究者として新たな挑戦を志すモチベーションを与えることが期待される。

#### D. 問題改善に向けた提言

優れた、最新の基礎医学の発展に触れることは学生の基礎医学への興味を喚起し、進路を考えるためにも重要である。再生医療、分子標的薬、ゲノム解析など最先端の研究者が折りにつけ教育を行うことで、このような機会を学生に提供している。また、新カリキュラムにおいては、学生がこれらの研究者を含めた学内の多彩な研究者と研究プロジェクトを持つ機会が設けられたことも重要な改訂である。

#### 質的向上のための水準:

医科学のカリキュラムへの適応は、科学的、技術的そして臨床的発達、および社会が医学に求めることをもとに、適切に導入されるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

基本的水準で述べたように、カリキュラムはコア（基本）となる学習が中心に構成されるが、学生が最先端の医科学に触れる機会を多く設けている。MDプログラム2011では「医学教養」の講義が人間関係教育カリキュラムの中で設けられ、第1学年から先端医学に触れ啓発を受ける学習が組まれている。

資料 2-7 : 「医学教養」講義スケジュール (2011 年度セグメント 1、2)

セグメント1,2「医学教養」講義リスト

年月日	曜	時間	担当	講義内容
2011.4.18	月	9:00~10:10	学長 宮崎	医学教養1-I 医学性に求められること
2011.5.6	金	10:25~11:35	医学部 仁志田	医学教養1-II 生命倫理の基礎:生命と「いのち」・人と人間を考える
2011.6.16	木	10:25~11:35	先端生命医学研究所 大和	医学教養1-III 再生医療本格化のために
2011.9.13	火	10:25~11:35	Twins 梅津	医学教養2-I 先進医療への挑戦と医療レギュラトリーサイエンス
2011.10.18	火	10:25~11:35	医学部 岩田	医学教養2-II 医とは何か
2011.11.18	金	10:25~11:35	心臓血管外科学 山崎	医学教養2-III 人工心臓の開発と臨床応用

B. 質的向上のための水準についての自己評価

医学の進歩に合わせたカリキュラムが構築されている。一方で社会の医療への期待についても対応している。先端医療に関しては、再生医療、がん治療などが含まれる一方、日本で社会的要望の強い地域医療にも新カリキュラムでは重点が置かれている。その中で学生が幅広い視点で学習し、将来のキャリアを考えられるようにカリキュラムは作られている。

C. 現状改良に向けた提言

大学として研究を推進することが、教育のなかに科学実践を反映することにつながる。実践を通じて学ぶのは医療技能だけでなく、医学研究も同様である。本学が、医用工学（携帯型人工心臓）、組織培養を用いた再生医療、ゲノム解析、分子標的薬などの領域で先進的研究が行われていることが基礎医学教育の hidden curriculum とならなくてはならない。

D. 問題改善に向けた提言

現在大学の研究重点領域として、再生医学研究、統合医科学などを進めている。大学施策としての女性医療者・研究者支援、医学および看護学部教育の充実を統合し、卒前から卒後の教育の中で科学的・基礎研究への学生・卒業生の興味と理解を促進する風土を醸成しなくてはならない。

## 2.4 行動及び社会科学と医療倫理

### 基本的水準:

医科大学は、学生が臨床的コミュニケーション、臨床判断、倫理実践を行えるようになるために必要な行動科学、社会科学、医療倫理、医療法律学に関わる教育内容を明確にして、カリキュラムに組み込まなくてはならない。

A. 基本的水準に関わる点検

行動科学：行動科学は第1学年人間関係教育の中で「人の心理と振る舞い」で630分の講義とワークショップが組まれている。第2学年から第3学年にかけては患者心理につい

て学ぶために「医療対話」に関する講義とワークショップ、「外来患者との医療対話」実習が組まれている。さらに第2学年の間に自ら計画して「奉仕活動」を行い、奉仕する喜びへの気付きを促す。第3学年では、「患者-医師」、「コメディカル-医師」間の対話、女性医師のリーダーシップ・ライフサイクル・生涯研鑽などを学ぶために、自らのロールモデルとなる地域医療で活躍中の女性医師を選び、その下で見学実習を行う。実習後に振り返りの討論を全体で行う。第4学年「臨床診断学各論」、「医学の学び方」のなかで実践的あるいは事例に基づく教育が行われている。加えて第4学年後期の「患者家族の立場」、「タナトバイオロジー」に関するワークショップ、第5学年での「インフォームドコンセント」、「バッドニュースの告知」に関するワークショップを通じて、より高度で専門的な行動科学を学習する。第5学年小児科臨床実習では、臨床心理士の基で小児心理を学ぶ実習が設けられている。

社会科学：日本では衛生学・公衆衛生学・法医学を含む社会医学が医師国家試験出題基準に含まれカリキュラムにも取り入れられている。第4学年「社会制度と保健・医療・福祉」は、1,785分の授業と関連するテュートリアル課題で構成される。例えば、難治性疾患のテュートリアル課題では、疾患の原因・病態・治療だけでなく、患者支援制度、社会保障制度などを学ぶようにケースが作られている。新カリキュラムにおいては第5学年で保健所での実習も計画されている。選択授業（第1-4学年が選択可）の一つに、著名な新聞論説委員による「医療政策」は学生の7-8割が選択する人気のある選択科目となっている。

医療倫理：「法と倫理に基づいて医療を行う能力」が教育アウトカムの一つである。倫理は、独立してあるいは他の教育の中に取り込まれ、6年間継続して、社会人としての倫理、科学者としての倫理、医師としての倫理を学ぶカリキュラムが人間関係教育カリキュラムの中に構築されている。第1学年では人間関係教育の中で「倫理とは何か」を生命倫理の歴史を通して学び、患者の基本的権利に関わる基本事項を倫理学専門家および臨床医学で倫理の研究者による420分の講義があり、また第1学年から第2学年の実習の中で、研究倫理を学ぶ。新カリキュラムの「基本的・医学的表現技術」カリキュラムでは論文剽窃などについても文章リテラシーの一部として学ぶ。第3学年から第4学年のテュートリアル課題では、医学的問題だけでなく、患者心理あるいは倫理的問題についても考えるようにケースが作られており、実践の文脈で倫理を学ぶ。さらに、第5学年病院実習総論講義では臨床倫理について、職種横断教育として早稲田大学人文科学部および本学看護学部学生との合同ワークショップ、出生前診断、終末期医療などの生命倫理講義がある。ワークショップでは、学生一人一人が倫理的判断を行うことが含まれ、PBLやこのような能動的授業により倫理的臨床判断能力を教育している。

医学法：教育アウトカムには法に基づいて医療を行う能力が含まれ、そのロードマップとして低学年では、社会人あるいは医学生として法に基づいた社会生活を行うことが目標となっている。医学概論などの講義でも学習する。医学に関わる法律については第4学年「社会制度と保健・医療・福祉」に含まれる。個々では医療制度あるいは法医学として医師に必要な法制が教育される。第5学年病院実習総論講義では安全管理・危機管理の視点からも医療法制度を学ぶ。

## B. 基本的水準についての自己評価

行動科学、社会科学、医療倫理、医学法は、単に講義で学ぶだけでは体得しない。また、実践においては独立して考えるのではなく、多くの場合医療の一部として考えなくてはならない。本学では独立した科目だけでなく、他の科目、事例検討、臨床実習の中でこれらの医療を取り巻く領域の学習が含まれており、実践的智を得るようにカリキュラムが工夫されている。

効果的なコミュニケーション能力開発については、人間関係教育カリキュラムの教育目標の一つがコミュニケーションであり、多くの教育時間がコミュニケーション能力に充てられている。この中には、医学生（社会人）としてのコミュニケーション、小児・高齢者とのコミュニケーション、患者とのコミュニケーションが含まれる。診療上のコミュニケーションは、医療面接技能として第4学年臨床診断学各論で学習しOSCEで評価される。臨床的コミュニケーションには、Bad newsの告知、インフォームドコンセントなど高度なコミュニケーションが含まれる。一般的なコミュニケーションとしては、PBLが専門的内容について他者に説明する、討論するなどのコミュニケーション技能開発が目標の一つに含まれる。また職種間連携におけるコミュニケーションでは、人間関係教育で「チーム医療」をテーマとした体験、ワークショップは第1学年および第4学年で行われ、第5学年では看護学部学生との合同カンファレンスが行われる。

### C. 現状改良に向けた提言

卒業生におけるPBLに関する自己効力感調査では、学生は特に医師あるいは患者とのコミュニケーションについては有意に自信を持っていた。意外であったのはチーム医療における他職種とのコミュニケーションについては、PBL非経験者と差を認めなかった。（資料2-3）。この評価に基づいて、他職種とのコミュニケーション実習が強化された。

### D. 問題改善に向けた提言

新カリキュラム（MDプログラム2011）では、倫理教育がさらに学年縦断的に充実する。また新たに「国際コミュニケーション」カリキュラムが設けられて、MDプログラム94では英語教育として行っていた教育を「臨床における国際的な意思疎通」という医学教育としての目標を設けて改訂を行う。すなわち、単なる語学教育ではなく、異文化の背景にある患者を理解するコミュニケーション教育を行う。現在すでに英語による医療面接を含む医療英語教育が導入されているが、新カリキュラムでは正課として発展させる。また、文書によるコミュニケーションも新カリキュラムでは目標となる。従来日本語学として行っていた文書作成教育を「基本的・医学的表現技術」として、一般的文書、科学的報告文、論文、診断書、診療録、医療情報提供書など専門的文書作成を通じたコミュニケーション力を教育する。

### 質的向上のための水準:

行動科学、社会科学と医療倫理学のカリキュラムへ適応は、医学の科学的進歩と、人口動態的、文化的背景の変化と、社会が医学に求めることをもとに、適切に導入されるべきである。

### A. 質的向上のための水準に関わる点検

MDプログラム94導入以降、社会の医療ニーズに合わせて行動・社会医学そして倫理的な教育を改良してきた。終末期医療、高齢者医療などの社会医療システム、患者の権利についての社会通念の変革に伴うインフォームドコンセント、臨床研究における倫理などが導入されている。

教員で構成される教育組織が確立しているので、社会的ニーズに基づくカリキュラムの変更を行う体制が整っている。

## B. 質的向上のための水準についての自己評価

医学的進歩だけでなく、社会環境、人口構成、社会通念などで変化する社会医学、行動科学、倫理の教育については、教育評価の中で常に教育がアップデートされてきた。

## C. 現状改良に向けた提言

行動科学は日本の医学教育のなかでまだ十分に教育目的・方法が確立していない分野である。本学のカリキュラムでは第1学年で系統的教育が組まれているが、その後は実践的教育が中心である。さらなる教育開発と体系的カリキュラムを構築する必要がある。

## D. 問題改善に向けた提言

患者心理、行動科学に基づく診療、倫理判断などは実践されている医療に取り入れられて教育がなされなくてはならない。各医師が高い使命感と倫理観を持って医療に当たること、学生が感化されるように建学の精神に基づく臨床医学充実を継続する。

## 2.5 臨床医学と技能

### 基本的水準:

医科大学は、学生が卒業時に適切な臨床的責任を担うことができるように、患者との接触を持つ学習機会を含み、適切な臨床的知識と技能を確実に修得させなくてはならない。

### A. 基本的水準に関わる点検

患者との接触：学生が臨床現場で患者と接する機会は、6年間の教育期間の1年目に始まり、第5、6学年は臨床実習のなかで行われる。第1から4学年では、主として患者を人間として理解し、医学の学習が患者の持つ苦痛・不自由をより望ましい状態にするために行われ、医師となる使命感を高めることが主目的となる。第5、6学年ではさらに医療実践のための知識と技能を実践の中で修得することが目標となる。第1学年では、高齢者・乳幼児との対話、ボランティアとして外来で患者支援を行う実習、解剖慰霊祭における献体者・家族との接触を通じた医療と生と死のワークショップ、第2学年では外来患者付き添い実習、第3学年は地域医療実習（5日間）、第4学年は患者医師関係についての患者とのワークショップ、介護老人保健施設実習が行われる（新・旧カリキュラムに共通）。第5、6学年は約1,700時間の臨床実習の間に患者と接する。ローテーションする診療科において入院患者あるいは外来患者に接しながら学習が行われる。新カリキュラムには地域医療を学ぶ機会が与えられる。

臨床的知識・技能の修得：卒業までに獲得すべき臨床的知識・技能は学習要項に記載され、学生に開示されている。第5および6学年で行われる臨床実習を通して学ぶ内容は、ブロック7学習要項にこの時期に行われる3つの形式の臨床実習、1) 初期臨床実習（内科系、外科系基本的技能・手技の实地学習、2週間）、2) コア診療科実習〔内科（呼吸器、循環器、腎、神経、血液、高血圧・内分泌、代謝・糖尿病、膠原病・リウマチ・痛風）、外科（消化器、乳腺、循環器）、泌尿器科、小児科、救急診療科、麻酔科、整形外科、皮膚科、放射線科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科（診断と治療）、精神神経科〕、3) 自主選択臨床実習（コア診療科に加え、総合診療科、リハビリテーション科、

臨床検査科、心臓血管外科、脳神経外科、病理学、学外・国外臨床実習、に分かれて示されている。現在、全臨床実習を通じて修得するコンピタンスも診療問題解決型臨床実習ガイドライン（B7 学習要項）として示されており、これに従った評価も行われている。到達目標は知識技能にとどまらず、医療者が修得すべき態度・マナー・倫理も含まれる。日本においては医師法第 17 条により、学生が医行為を行うことに制限があるが、学生が行いうる医行為水準についてのガイドラインも学習要項に示されている。臨床実習はこれらの到達目標を達成するために行われる。これらの学習内容は、国内の医学教育目標として設定されている医学教育モデル・コア・カリキュラム（2011）、医師国家試験ガイドラインに準拠している。

資料 2-8 : ブロック 7 到達目標 (2011 年度ブロック 7 学習要項 p.27-48)

包括的到達目標

- |   |                           |   |        |
|---|---------------------------|---|--------|
| I 問題解決の基本的プロセスを説明できる。   |                           |   |        |
| 1. 知識の活用  | 内科系・外科系初期臨床実習             |   |        |
| 2. 理解力、判断力  |                           | 〃 |        |
| 3. 問題解決能力   |                           | 〃 |        |
| II 患者および家族などの関係者と良好な人間関係を確立し、適切な情報を集めることができる。                   |                           |   |        |
| 1. 医療面接技法   | 内科系・外科系初期臨床実習             |   | 臨床各科   |
| 2. 病歴聴取法  | 〃                         | 〃 | 〃      |
| III 患者の医学的、心理的、社会的問題点を明確にして全人的に解釈することができる。                      |                           |   |        |
| 1. 系統的診察により精神身体的所見を得る   |                           |   | 臨床各科   |
| 2. 収集した情報から問題点の抽出   |                           |   | 〃      |
| 3. 個々の情報を意味づけられる  |                           |   | 〃      |
| 4. 相互関係を明らかにできる   |                           |   | 〃      |
| IV 問題解決に向けて検査、診断、治療、教育などの計画を自分の力で順序立てて立案する能力、態度、習慣を身につけることができる。 |                           |   |        |
| 1. 基本的身体診察法   | 内科系・外科系初期臨床実習、臨床各科        |   |        |
| 2. 一般臨床検査法  | 〃                         |   | 中検、放射線 |
| 3. 問題指向型診療記録 (POMR) の作成   | 内科系実習                     |   |        |
| 4. 治療計画および手技  | 臨床各科                      |   |        |
| 5. 疾病の予防  | 臨床各科、保健所実習                |   |        |
| 6. シミュレーション、ロールプレイなどの活用   | 臨床各科                      |   |        |
| 7. 医療資源の利用、指導医へのコンサルテーション                                       | 臨床各科、図書館                  |   |        |
| 8. 症例の要約と提示   | 症例検討会、回診、他科・他病院依頼         |   |        |
| V 全人的医療に根ざした診療態度、習慣を身につけ良好な医師・患者関係の確立方法を体験できる。                  |                           |   |        |
| 1. インフォームドコンセントについて理解   | 臨床各科                      |   |        |
| 2. 医師の守秘義務  | 法医学、臨床各科                  |   |        |
| 3. 医の倫理・死の臨床、QOL の説明  | 〃                         | 〃 |        |
| 4. 医療上、必要な法的手続きの説明  | 臨床各科・法医学、保健所実習            |   |        |
| 5. 患者の人格を尊重し、患者の立場にいられる   | 臨床各科                      |   |        |
| 6. 医師として望ましい日常のマナー、習慣を身につける                                     | 〃                         |   |        |
| 7. 自己学習、生涯学習の態度、習慣を身につける  | 自己学習、臨床各科                 |   |        |
| VI 良好な医師・医師関係、医師・医療従事者関係を通して医療の仕組みを学び、医療における医師の立場を理解する。         |                           |   |        |
| 1. 医療チーム内における相互協調の精神  | 臨床各科、他科コンサルテーション<br>チーム医療 |   |        |

2. 医師の使命感、責任感、価値感	臨床各科
3. 良質で、効率良い医療システムの構築	臨床各科、病院機構
4. 地域医療の理解と医師の役割	選択実習、保健所実習、病院機構
Ⅶ 自己の臨床能力を評価できる。	
1. 到達度を自己評価し、自らの向上にフィードバック	チェックリストの作成
2. 他からの能力評価を受け入れられる	指導医評価
3. クリニカルクラークシップについての理解	自己評価、指導医評価

## 初期臨床実習 一到達目標一

### 内科系

#### [一般目標]

東京女子医科大学における臨床実習の目標は、学生がどの専門分野に進んでも、医師として患者の診療に必要な基本的な知識・技能（医行為）・態度を身につけることである。すなわち、

- ①患者および家族など関係者からできるだけ多くの情報を集める。
- ②健康に関する身体的、精神的および社会的問題点を抽出・解釈する。
- ③問題解決のための検査・診断・治療・教育計画を優先順位を考慮して全人的診療の計画を独自で立案する態度・習慣を体得する。
- ④よい医師患者関係確立の方法を体験する。

内科系初期臨床実習では、その後の各専門分野の臨床実習をより効果的に行うために必要な、最も基本的な技能（医行為）および態度を修得することを目標とする。

#### [行動目標]

内科的初期臨床実習が終了すると、下記の項目に関して、基本的技能・態度を体得し、また、その理論と意義を述べることができる。具体的評価目標を下記に示す。

#### I 基本的技能

- 1) 自分の行う医行為について、患者に説明して同意を得ることができる。
- 2) 医行為終了まで患者に対して配慮できる。
- 3) 医療面接技法を実践できる。
- 4) 病歴聴取法（成人）を実践できる。
- 5) 身体診察法を実践できる。
- 6) 臨床検査法を実践でき（心電図12誘導）、基本的な読影・解釈ができる（心電図12誘導、胸部エックス線撮影、CT、超音波（腹部・胎児））。
- 7) 尿検査、血液検査、生化学検査の基本的な解釈ができる
- 8) 問題指向型診療記録（POMR）を作成できる。

#### II 基本的態度

- 1) 患者が健康について持っている問題を、身体的、医学的のみでなく、社会的、心理的問題をあわせ、全人的にみることができる。
- 2) 患者・家族との関係
  - a. 患者・家族と良好な人間関係を作り、問題を解決できる。
  - b. インフォームド・コンセントについて理解し、説明できる。
  - c. プライバシーを保護を実践できる。
- 3) 医療メンバー
  - a. 医療チームの一員として、様々な医療従事者と協調、協力し、的確に情報を交換して問題に対処できる。
  - b. 問題、疑問点について、まず自分で考え、指導医の監査と指導を受けることができる。
  - c. 問題点について相談すべき専門科を判断でき、専門医の指導を受けることができる。
- 4) 文書記録
  - a. 情報と行動をすべて記録し、整理、要約、報告することができる。

## 初期臨床実習 一到達目標一

### 外科系

#### 【一般目標】

外科的初期臨床実習では、その後の各専門分野の臨床実習をより効果的に行うために必要な、最も基本的な外科的スキルおよび態度を修得することを目標とする。

#### 【行動目標】

外科的初期臨床実習が修了すると、下記の項目に関して外科的な基本的スキル・態度を体得し、またその理論と意義を述べることができる。内科系・外科系共通の基本的診察スキル・態度については、内科系初期臨床実習一到達目標一を適用する。具体的な到達目標を下記に示す。

すべての医行為について患者に十分説明し、その行為中も配慮を怠らないことができる。

#### I 外科的基本的スキル

- 1) 救急蘇生法（人工呼吸法、心マッサージなど）
- 2) 滅菌法および消毒法
  - a. 清潔・不潔の概念を理解し、実行できる
  - b. 手洗いおよびガウンテクニックができ、皮膚、術野の消毒ができる。

#### II 基本的外科手術

- 1) 手術または外科処置用器具の名称および使用方法について説明できる。
- 2) 創傷治癒機転について理解し、説明できる。
- 3) 創傷処置（包帯交換）や抜糸ができる。
- 4) 止血法、縫合法（埋没縫合を含む）などについて説明できる。
- 5) 切開法（皮膚切開、膿瘍切開、気管切開など）について説明できる。
- 6) 麻酔法について理解し説明できる。
- 7) 術前術後管理を理解する。
- 8) AEDを正しく使用できる。

#### III 外科的基本的態度

清潔・不潔の概念をよく理解し、手術室におけるマナーを守ることができる。手術室におけるチームワークを理解できる。

---

\* 器具とは、持針器（ヘガール式、マチュー式）、有鉤鑷子、無鉤鑷子、クーパー剪刀、メツェンバウム剪刀、コッヘル鉗子、ペアン鉗子、角針、丸針などである。

## コア診療科実習到達目標

### 1. 全期間を通じて身につけるべき事項

#### (1) 診療の基本

一般目標：

受持ち患者の情報を収集し、診断して治療計画を立てることを学ぶ。

【問題志向型システム・科学的根拠にもとづいた医療】

到達目標：

- 1) 基本的診療知識にもとづき、情報を収集・分析できる。
- 2) 得られた情報をもとに、問題点を抽出できる。
- 3) 病歴と身体所見等の情報を統合して、鑑別診断ができる。
- 4) 診断・治療計画を立てられる。
- 5) 科学的根拠にもとづいた医療（EBM）を実践できる。

【医療面接】

到達目標：

- 1) 礼儀正しく患者（家族）に接することができる。
- 2) プライバシーへの配慮をし、患者（家族）との信頼関係を形成できる。
- 3) 医療面接における基本的コミュニケーション技法を実践できる。
- 4) 病歴聴取（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、社会歴、システムレビュー）を実施できる。

【診療記録とプレゼンテーション】

到達目標：

- 1) 診療録を POMR 形式で記載できる。
- 2) 毎日の所見と治療方針を SOAP 形式で記載できる。
- 3) 受持ち患者の情報を診療チームに簡潔に説明できる。

#### (2) 身体診察

一般目標：

受け持ち患者の基本的な身体診察ができる。

【全身状態とバイタルサイン】

到達目標：

- 1) 身長・体重を測定し、栄養状態を評価できる。
- 2) 血圧・脈拍を測定できる。
- 3) 呼吸数を測定し、呼吸パターンを観察できる。
- 4) 体温を測定できる。

【頭頸部】

到達目標：

- 1) 頭部の診察ができる。
- 2) 眼（視野、瞳孔、眼球運動、結膜、眼底）の診察ができる。

- 3) 耳（外耳道、鼓膜、聴力）の診察ができる。
- 4) 口腔・鼻腔の診察ができる。
- 5) 甲状腺を含めた頸部の診察ができる。

#### 【胸部】

到達目標：

- 1) 胸部の視診、打診、触診、聴診ができる。
- 2) 呼吸音を正しく聴診できる。
- 3) 心音と心雑音を正しく聴診できる。
- 4) 乳房を診察できる。

#### 【腹部と泌尿生殖器】

到達目標：

- 1) 腹部の視診、聴診、打診と触診ができる。
- 2) 反跳痛と筋性防御の有無を判断できる。
- 3) 直腸（前立腺を含む）指診ができる。

#### 【神経】

到達目標：

- 1) 意識状態を判定できる。
- 2) 脳神経を診察できる。
- 3) 腱反射、病的反射、筋トーンスを診察できる。
- 4) 小脳・運動機能を診察できる。
- 5) 感覚系の診察ができる。
- 6) 髄膜刺激所見がとれる。

#### 【四肢と脊柱】

到達目標：

- 1) 四肢と脊柱を診察できる。
- 2) 関節（関節可動域を含む）を診察できる。
- 3) 筋骨格系の診察ができる。

#### 【小児と高齢者の診察】

到達目標：

- 1) 新生児と小児の全身診察ができる（発達状況の評価も含む）。
- 2) 高齢者を診察でき、総合機能評価（CGA）ができる。

### (3) 基本的臨床手技

一般目標：

基本的臨床手技を学ぶ。

#### 【一般手技】

到達目標：

- 1) 静脈採血の手順、部位と合併症を列挙し、正しく採血できる
- 2) 末梢静脈の血管確保を見学し、介助ができる。
- 3) 中心静脈カテーテル挿入を見学し、介助ができる。
- 4) 動脈血採血・動脈ラインの確保を見学し、介助ができる。
- 5) 腰椎穿刺を見学し、介助できる。
- 6) 胃管の挿入と抜去ができる。
- 7) 尿道カテーテルの挿入と抜去ができる。
- 8) ドレーンの挿入と抜去を見学し、介助ができる。
- 9) 注射の種類、各々の特徴と刺入部位を説明できる。

#### 【外科手技】

到達目標：

- 1) 手術や手技のための手洗いができる。
- 2) 手術室におけるガウンテクニックができる。
- 3) 基本的な縫合ができる。
- 4) 創の消毒やガーゼ交換ができる。
- 5) 骨折時の良肢位と外固定を見学し、介助できる。

#### 【検査手技】

到達目標：

- 1) 12誘導心電図を適切に記録できる。
- 2) 尿検査（尿沈渣を含む）を施行し、観察できる。
- 3) 末梢血塗抹標本を作成し、観察できる。
- 4) 微生物学検査の検体の採取と保存ができ、グラム染色を行い、観察できる。
- 5) 妊娠反応検査を施行できる。

## 2. 内科系臨床実習

### (1) 内科

一般目標：

基本的内科疾患を受け持ち、病態、症候、診断、治療と予後を学ぶ。

到達目標：

- 1) 主要な疾患、症候や病態を診察し、診断と治療計画の立案・実施に参加できる。
- 2) 他科へのコンサルテーションが必要かどうか判断できる。
- 3) 複数の疾患をかかえる患者を診察し、診断と治療計画の立案・実施に参加できる。

実習形態：内科系病棟・外来

症 例：頻度の高い悪性新生物（肺癌、肝癌、悪性リンパ腫、白血病）

脳血管障害

パーキンソン病

肺炎

気管支喘息・慢性閉塞性肺疾患（COPD）

狭心症・急性心筋梗塞

心不全

高血圧症  
消化性潰瘍  
肝疾患（急性肝炎・慢性肝炎・肝硬変）  
腎不全  
尿路感染症  
甲状腺機能亢進症  
糖尿病  
脂質異常症  
関節リウマチ  
鉄欠乏性貧血

## (2) 精神科

一般目標：

基本的な精神症状の評価の仕方、面接法を学ぶ。

到達目標：

- 1) 精神科以外の一般診療科においても診療機会が多い精神障害に対する診断と治療の初期対応ができる。
- 2) 精神症状をもつ患者の診療を行う上での、法と倫理の必須項目を列挙できる。
- 3) 精神症状・精神障害の初期症状と、どのような場合に専門医へのコンサルテーションが必要か判断できる。

実習形態：精神科外来・病棟

（一般診療科においても診療機会が多い精神障害を学ぶために、外来、あるいは他科からのリエゾン・コンサルテーションを中心とするなど、実習形態を考慮することが望ましい）

症例(症候)：気分障害

ストレス関連・身体表現性障害

症状性・器質性精神障害

精神分裂病

抑うつ・不安

睡眠障害（不眠）

せん妄

## (3) 小児科

一般目標：

基本的小児科疾患を受け持ち、症候、診断、初期治療を学ぶ。

到達目標：

- 1) 新生児、乳・幼児期、学童期、思春期の患者およびその家族と良好な関係を築いて、漏れのない正確な情報を取ることができる。
- 2) 小児身体診察を適切に実施できる。

実習形態：小児科病棟・外来

症 例：てんかん・けいれん

発疹性疾患  
上気道感染・肺炎  
気管支喘息  
先天性心疾患  
白血病・悪性腫瘍  
運動・精神発達の遅れ  
成長障害・低身長  
脱水・下痢・嘔吐

### 3. 外科系臨床実習

#### (1) 外科

一般目標：

基本的な外科疾患を受け持ち、病態と、治療としての外科処置を学ぶ。

到達目標：

- 1) 外科的処置の適応を判断し、リスク評価ができる。
- 2) 外科の基本的診療手技を実施できる。
- 3) 基本的な術前術後管理ができる。

実習形態：外科系病棟・外科系外来・手術室

症 例：外科的適応のある悪性腫瘍（胃癌、大腸癌、肺癌、乳癌）

急性虫垂炎

腸閉塞

腹膜炎

鼠径ヘルニア

痔疾患

胆石症・胆嚢炎

脊髄損傷

関節痛・関節腫脹

自然気胸

前立腺肥大

#### (2) 産婦人科

一般目標：

基本的な産婦人科疾患を受け持ち、女性の健康問題、疫学、予防、病態、診断、治療と予後  
を学ぶ。

到達目標：

- 1) 正常の妊娠、出産と産褥の基本的な管理ができる。
- 2) 主な疾患、症候や病態を診察し、診断と治療計画の立案・実施に参加できる。

実習形態：産科婦人科病棟・外来・手術室・分娩室

症 例：【産科】 正常妊娠・分娩・産褥

流産

早産

異常分娩

妊娠中毒症  
【婦人科】 子宮・卵巣の腫瘍  
骨盤内炎症性疾患  
性行為感染症  
子宮内膜症  
子宮筋腫  
更年期障害・不正性器出血  
月経異常  
不妊症  
避妊指導

#### 4. 救急医療臨床実習

一般目標：

緊急に対応すべき疾患の病態、診断を学ぶ。

到達目標：

- 1) 救急病態の救命治療を介助できる。
- 2) 初期救急病態を鑑別し、初期治療を介助できる。
- 3) 外傷の処置を介助できる。
- 4) 救急医療体制を説明できる。

実習形態：救急系外来・病棟、集中治療室など

症 例：(重症救急病態) 救命治療に参加する。

心肺停止

ショック

急性中毒

広範囲熱傷

多発外傷

(初期救急病態) 鑑別ができ初期治療に参加する。(E 参照)

発熱

脱水

けいれん

意識障害

頭痛

めまい

動悸

胸痛

呼吸困難

喀血

腹痛

嘔吐

吐血・下血

下痢

血尿

## 選択診療科到達目標

コア・カリキュラムのガイドラインには、全ての医学生が共通して修得すべき必須の学習内容が提示されているに過ぎない。コア・カリキュラムの内容を確実に修得した上で、学生の学習ニーズや将来の進路により、さらに高度な専門的あるいは広範囲な関連する領域の科を選択し、より深く、より広く学ぶことを目標とする。従って1週間の実習内容は学生の希望に応じて個々に設定することにより前述の目標が達成できるようになる。

## 自主選択実習（臨床系）到達目標

### [一般目標]

臨床系クラークシップでは、診療に必要な技能および態度を習得するために、医療チームの一員として、実際に患者の診療に従事する。指導医の指導・監視の下に、許容された一定範囲の医行為を行い、責任を分担することにより、医師となるために必要な知識・技能・態度・価値観を身に付けることを目標としている。

### 内科系クラークシップ

### [行動目標]

内科系クラークシップを終了すると、下記の項目に関して、基本的技能・態度を体得し、また、その理論と意義を述べることができる。具体的評価目標を表1に示す。

#### I. 基本的技能

- 1) 医療面接技法
- 2) 病歴聴取法（成人）
- 3) 身体診察法  
一般診察（視診、打診、聴診、触診、計測法）
- 4) 臨床検査法  
一般検査（血液、尿、便、血液生化学、血液ガスなど）のデータの解釈・評価  
生理機能検査、内視鏡検査、画像診断・放射線学的検査の解釈・評価
- 5) 問題指向型診療記録（POMR）の作成
- 6) 治療計画および手技
  - a. 安静
  - b. 食事療法
  - c. 精神療法
  - d. 輸液、輸血療法
  - e. 救急処置法
- 7) 疾病の予防
  - a. 健康相談
  - b. 院内感染の予防対策
  - c. 放射線障害の予防

#### II. 基本的態度

- 1) 患者が健康について持っている問題を、身体的、医学的のみでなく、社会的、心理的問題を合わせ、全人的にみることができる。
- 2) 患者・家族との関係
  - a. 患者・家族と良好な人間関係を作り、問題を解決できる。
  - b. インフォームドコンセントについて理解している。
  - c. プライバシーを保護する。
- 3) 医療メンバー
  - a. 医療チームの一員として、様々な医療従事者と協調、協力し、的確に情報を交換して

問題に対処できる。

b. 問題、疑問点について、まず自分で考え、指導医の監査と指導を受けることができる。

c. 問題点について相談すべき専門科を判断でき、専門医の指導を受けることができる。

4) 文書記録

a. 情報と行動をすべて記録し、整理、要約、報告することができる。

表1 内科系クラークシップ到達目標自己評価表

I . . 基本的技能

(1) 医療面接技法

- 1) 挨拶と自己紹介 ( )
- 2) 対人空間 ( )
- 3) eye contact ( )
- 4) 話の進め方 (質問法、要約) ( )
- 5) 共感的態度 ( )

(2) 病歴聴取法

- 1) 主訴 ( )
- 2) 現病歴 ( )
- 3) 既往歴 ( )
- 4) 家族歴 ( )
- 5) 社会歴、生活環境、薬剤服用歴、習慣、性格、睡眠、食欲、排便、排尿 ( )

(3) 身体診察法

- 1) 全身の観察： ( )
  - 第一印象 (表情、体位、栄養状態、精神状態) ( )
  - バイタルサイン (意識、呼吸、脈拍、血圧、体温) ( )
  - 皮膚、爪の観察 ( )
- 2) 頭部・顔面の診察： ( )
  - 対称性、毛髪 ( )
  - チアノーゼ、浮腫、腫張 ( )
  - 眼球・眼瞼結膜の観察 ( )
  - 口腔、咽頭の観察 ( )
- 3) 頸部の診察： ( )
  - 可動性、硬直 ( )
  - リンパ節の触診 ( )
  - 甲状腺の触診 ( )
  - 頸動・静脈の観察、聴診 ( )
- 4) 胸部の診察： ( )
  - 胸郭の形態 ( )
  - 心音、心雑音・呼吸音、副雑音の聴診 (部位、性状) ( )
  - 乳房の視診、触診 ( )

- 5) 腹部の診察：
- 腹壁の観察、打診（腹水など） ( )
  - 聴診（グル音、血管音） ( )
  - 肝臓・脾臓・腎臓の触診、圧痛 ( )
  - 直腸肛門診 ( )
- 6) 骨・関節・筋肉系の観察：
- 腫脹、変形、萎縮、把握痛、浮腫 ( )
- 7) 神経学的診察：
- 知能・言語の観察 ( )
  - 起立・歩行の観察、運動麻痺、筋トーンス ( )
  - 視野、眼球運動、瞳孔の観察 ( )
  - 腱反射（二頭筋、三頭筋、腕橈骨筋、膝蓋腱、アキレス腱） ( )
  - 足底反射（Babinski の手技、Chaddock の手法） ( )
- (4) 基本的臨床検査法—1（自ら検査を実施し、意義を理解し、結果を解釈できる。）
- 1) 検尿 ( )
  - 2) 検便 ( )
  - 3) 血液一般 ( )
  - 4) 血液生化学検査 ( )
- (5) 基本的臨床検査法—2（自ら検査を実施あるいは見学し、意義を理解し、結果を解釈できる。）
- 1) 単純エックス線検査（胸部、腹部） ( )
  - 2) 心電図 ( )
  - 3) 血液ガス ( )
  - 4) 超音波検査（心臓、腹部） ( )
  - 5) 放射線学的検査 ( )
- (6) 問題指向型診療記録（POMR）（意義と有用性を理解する）
- 1) プロブレムリストの作成 ( )
  - 2) 初期計画（診断、治療、教育）の立案 ( )
  - 3) 病歴、経過の記載 ( )
  - 4) サマリーの作成 ( )
- (7) 基本的治療法—1（自ら実施し、意義を理解している。）
- 1) 安静 ( )
  - 2) 体位交換 ( )
  - 3) 移送 ( )
- (8) 基本的治療法—2（見学あるいは模型により実習する。）
- 1) 患者、家族への説明、教育、予防 ( )
  - 2) 食事療法 ( )
  - 3) 注射（皮下、皮内、静脈） ( )
  - 4) 静脈確保（輸液、輸血） ( )
  - 5) 酸素投与 ( )
  - 6) 導尿 ( )

## II. 基本的態度

- (1) 全人的診療 ( )
- (2) 患者・家族との関係
  - 1) 患者・家族と良好な人間関係と問題解決 ( )
  - 2) インフォームドコンセント ( )
  - 3) プライバシーの保護 ( )
- (3) 医療メンバー
  - 1) 医療チームの一員として、問題に対処 ( )
  - 2) 問題、疑問点の抽出・解釈と指導医の監査と指導 ( )
  - 3) 問題点について相談すべき専門科の判断と専門医の指導 ( )
- (4) 文書記録
  - 1) 情報と行動の記録し、それらの整理、要約および報告 ( )

## 外科系クラークシップ

### 〔行動目標〕

外科系クラークシップを終了すると、下記の項目に関して、基本的技能・態度を体得し、またその理論と意義を述べることができる。具体的到達目標を表2に示す。

#### I. 外科的基本的技能

- 1) 病歴を適切に聴取することができる。(成人、小児)
- 2) 正しい身体診察法(視診、打診、聴診、触診、計測法)により、身体的所見をとることができる。
- 3) 病歴および身体的所見を正しく診察録に記載できる。
- 4) 臨床検査法
  - a. ベッドサイドでの簡単な検査(ヘマトクリット、検尿、血液ガス、心電図など)ができ、一般臨床検査(血液、尿、便、血液生化学、血液ガス、腫瘍マーカーなど)のデータの解析・評価ができる。
  - b. 単純X線、エコー、CT、MRI、血管造影などの読影および評価ができる。
- 5) 滅菌法および消毒法
  - a. 清潔・不潔の概念を理解し、実行できる。
  - b. 手洗いおよびガウンテクニックができ、皮膚、術野の消毒ができる。
  - c. 手術用および外科処置用器具の消毒法について理解し説明できる。
- 6) 患者の病態を毎日把握し、診療記録に記載することができる。
- 7) 手術記録の書きかたを理解し、記載することができる。
- 8) 基本的外科手技
  - a. 手術または外科処置用器具の名称および使用法について説明できる。
  - b. 創傷治癒機転について理解し説明できる。
  - c. 創傷処置(包帯交換)や抜糸ができる。
  - d. 止血法、縫合法、包帯法、副木法について説明でき、実施できる。
  - e. 切開法(皮膚切開、静脈切開、膿瘍切開、気管切開)について説明することができ、行うことができる。
  - f. 麻酔法(局所麻酔、静脈麻酔、腰椎麻酔、硬膜外麻酔、吸入麻酔)について理解し説明できる。
  - g. 挿管法(胃管、尿道カテーテル、イレウス管、浣腸、栄養補給チューブ、気管内チューブ)について説明できる。
  - h. 注射(皮内、皮下、筋肉)ができ、静脈採血ができる。
  - i. 穿刺法(胸腔穿刺、心嚢穿刺、腹腔穿刺、血管の穿刺-動脈穿刺、深部静脈穿刺、IVH、Swangantzカテーテル)について説明できる。
  - j. 救急蘇生法(気道確保、人工呼吸、心マッサージなど)について理解し、実施することができる。
- 9) 術前術後管理と術後合併症
  1. 術前管理
    - a. 全身的条件の評価(年齢、栄養状態、水分・電解質・酸塩基平衡)ができる。

- b. 個々の臓器系機能の評価（心機能、肺機能、肝機能、腎機能、止血機能、内分泌機能、免疫能、精神機能など）ができる。
  - c. 手術の直接的準備（排尿訓練、呼吸訓練、尿量と尿比重の測定、清拭、剃毛）を行うことができる。
2. 術後管理
- 手術の一般臨床的処置（体位および体位変換、バイタルサインのチェック、胃管よりの胃液量、尿量の測定、酸素療法、鎮痛剤による疼痛管理、清潔の維持、体液および栄養の管理、感染予防、精神面のケア）について理解し、説明できる。
- 10) 術後合併症の種類とその対策について理解し説明できる。
- a. 循環器系
  - b. 呼吸器系
  - c. 泌尿器系
  - d. 消化器系
  - e. 中枢神経系
  - f. 内分泌系
  - g. 血管および血液凝固因子に関する合併症
  - h. 創傷治癒遅延
- 11) 輸液と栄養法
- a. 輸液について i) 目的と適応、ii) 種類を説明できる。
  - b. 中心静脈栄養法（TPN）について理解し説明できる。
  - c. 経腸栄養法
- 12) 術後の機能回復（リハビリテーション）について理解し説明できる。
- 13) 手術患者やがん患者のインフォームド・コンセントについて考え、意見を述べることができる。

## II. 基本的態度

- 1) 患者の問題を身体的、医学的のみでなく、社会的、心理的問題を合わせ、全人的にみることができるとができる。
- 2) 患者・家族との関係
  - a. 患者・家族との良好な人間関係をつくり、問題を解決できる。
  - b. インフォームド・コンセントについて理解している。
  - c. プライバシーを保護する。
- 3) 医療メンバーとの関係
  - a. 医療チームの一員として、種々の医療従事者と協調、協力し、的確に情報を交換して問題に対処できる。
  - b. 問題、疑問点につき、まず自分で考え、指導医の監査と指導を受けることができる。
  - c. 問題点について相談すべき専門科を判断でき、専門医の指導を受けることができる。
- 4) 文書記録病歴や身体所見はじめ患者の問題点、状態の変化、問題解決のプロセスなど情報と行動をすべて診療録に記録し、整理、要約、報告することができる。
- 5) 清潔・不潔の概念をよく理解し、手術室におけるマナーを守ることができる。

表2 外科系クラークシップ到達目標自己評価表

I. 基本的技能

水 準 1	水 準 2
指導医の指導・監視のもとに実習するもの	状況によって指導医のもとに実施できるもの (20 番台) 見学にとどめるもの (30 番台)
<p>1 1) 病歴を聴取することができる 成人 ( ) 小児 ( )</p> <p>2) 身体診察ができる</p> <p>1. 視診 ( )</p> <p>2. 打診 ( )</p> <p>3. 聴診 (胸部、腹部、血管) ( )</p> <p>4. 触診 (頸部、胸部、腹部、腋窩、鼠径部、大腿部) ( )</p> <p>5. 全身所見 (一般状態、体温、脈拍、血圧、皮膚) ( )</p> <p>6. 局所所見 (腫脹、膨隆、腫瘤、皮膚の変化) ( )</p> <p>3) 生検について理解している</p> <p>1. 細胞診 ( )</p> <p>4) 血液検査について理解している</p> <p>1. 一般血液検査、腫瘍マーカー [理解] ( )</p> <p>2. 採血：耳朶、指先など毛細血管、静脈 (末梢) ( )</p> <p>5) 画像診断ができる</p> <p>1. 超音波 (腹部) [手技、読影] ( )</p> <p>2. 単純 X 線、CT、MRI、血管造影 [読影] ( )</p> <p>2 滅菌法および消毒法</p> <p>1) 清潔・不潔の概念を理解している ・清潔器具の取り扱い ( )</p> <p>2) 手術室実習</p> <p>1. 手術室におけるマナーを理解し、守ることができる ( )</p> <p>2. 手術者の消毒 (手洗い) ( )</p> <p>3. 術衣の着用法 ( )</p> <p>4. 手術野の消毒法 ( )</p> <p>3 基本的外科手技について理解し、行うことができる</p> <p>1) 手術用または外科処置用器具の名称 ・使用法 [理解] ( )</p> <p>2) 外科的処置</p> <p>1. 創傷処置 ( )</p> <p>2. 包帯交換 ( )</p>	<p>21. 乳房、22. 肛門管 ( )</p> <p>31. 針生検 ( )、 32. 切除生検 ( )</p> <p>21. 動脈 (末梢) ( )</p> <p>31. 小児からの採血 ( )</p> <p>21. 胃腸管透視 [手技、読影] ( )</p> <p>31. 内視鏡 ( )</p> <p>21. 糸結び ( )</p> <p>22. 縫合 ( )</p>

水 準 1	水 準 2
<p>3. 包帯法 ( )</p> <p>4. 抜糸 ( )</p> <p>5. 止血 ( )</p> <p>6. 手術助手 ( )</p> <p>3) 注射</p> <p>1. 注射法 [理解] ( )</p> <p>2. 麻酔法 [理解] ( )</p> <p>4) 挿管</p> <p>1. 浣腸 ( )</p> <p>2. 導尿 ( )</p> <p>5) 救急蘇生</p> <p>4 術前・術後管理について理解している</p> <p>1) 術前管理について理解している</p> <p>1. 全身的条件の評価ができる ( ) 年齢、栄養状態、水分・電解質、酸-塩基平衡</p> <p>2. 臓器系機能の評価ができる ( ) 心、肺、肝、腎、止血、内分泌、免疫および精神機能</p> <p>3. 手術の直接的準備を行うことができる ( ) 排尿訓練、呼吸訓練、清拭、剃毛</p> <p>2) 術後管理について理解している</p> <p>1. 術後の一般的処置について理解し、行うことができる ( ) バイタルサイン呼吸管理、疼痛管理、排液量、尿量の測定、栄養管理、体位変換、感染予防精神面のケア</p> <p>2. 術後合併症の種類について理解し、その対策を述べることができる</p> <p>a) 循環器系 ( )</p> <p>i) 種類：循環量不足あるいは過剰による循環不全、出血、心筋梗塞、各種の不整脈、血圧の異常上昇、血圧低下</p> <p>ii) 対策：輸液、輸血、体液管理、冠拡張剤、ジキタリス、降圧剤、鎮痛剤、酸素療法、昇圧剤、副腎皮質ホルモン</p> <p>b) 呼吸器系 ( )</p> <p>i) 種類：無気肺、気管支炎、気管支肺炎、肺水腫、気胸</p>	<p>23. 切開・排膿（静脈、膿瘍）</p> <p>31. 気管切開 ( )</p> <p>32. 穿刺（胸腔、腹腔、骨髄、心嚢、腰椎）( )</p> <p>21. 皮内、皮下、筋肉、静脈（末梢）( )</p> <p>31. 静脈（中心：IVH）( )</p> <p>32. 動脈 ( )</p> <p>33. 局所麻酔 ( )</p> <p>34. 全身麻酔 ( )</p> <p>21. 胃管、イレウス管 ( )</p> <p>22. 膀胱留置カテーテル ( )</p> <p>23. 気管内挿管 ( )</p> <p>24. 注腸 ( )</p> <p>31. 前投薬 ( )</p> <p>31. 人工呼吸器の取り扱い ( )</p>

水 準 1	水 準 2
<p>ii) 対策：酸素療法、タッピング、気管内吸引、気管洗浄、気管支鏡による吸引、気管切開</p> <p>c) 泌尿器系 ( )</p> <p>i) 種類：術後急性腎不全、尿路感染症</p> <p>ii) 対策：水と電解質の管理、利尿剤の投与、イオン交換樹脂の注腸によるカリウムの除去、血液透析、腹膜透析、膀胱洗浄</p> <p>d) 消化器系 ( )</p> <p>i) 種類：術後耳下腺炎、急性肝障害、急性膵炎、急性胃拡張、術後(早期)イレウス、縫合不全、消化管瘻</p> <p>ii) 対策：口腔内清潔、抗生物質の投与、肝庇護剤、蛋白分解、阻害剤の投与、胃管に於ける胃液の吸引、イレウス管の挿入、高カロリー輸液の施行</p> <p>e) 中枢神経系 ( )</p> <p>i) 種類：脳出血、脳梗塞、脳血栓、クモ膜下出血などの脳血管障害や譫妄、興奮などの意識障害</p> <p>ii) 対策：降圧剤、酸素療法、脳圧降下剤、水分と電解質の管理、止血剤の投与、手術</p> <p>f) 内分泌系 ( )</p> <p>i) 種類：急性副腎機能不全</p> <p>ii) 対策：副腎皮質ホルモン、昇圧剤</p> <p>g) 血管および血液凝固因子に関する合併症 ( )</p> <p>i) 種類：術後出血、静脈炎、血栓、塞栓</p> <p>ii) 対策：輸血、副腎皮質ホルモン、昇圧剤、抗凝固剤、Fogerty カテーテルなどに観血的血栓除去術</p> <p>h) 創傷治癒遅延 ( )</p> <p>i) 種類：術後皮下膿瘍、創し開</p> <p>ii) 対策：抗生物質の投与、ドレナージ、再手術、高カロリー輸液の施行</p> <p>5 診療記録および手術記録を書くことができる 診療記録 ( ) 手術記録 ( )</p> <p>6 輸液と栄養法について理解している</p> <p>1) 輸液・輸血</p> <p>1. 目的と適応 ( )</p> <p>2. 種類：電解質輸液、栄養輸液 全血輸血と成分輸血 ( )</p>	

水 準 1	水 準 2
2) 中心静脈栄養法 (TPN) 1. 適応 ( ) 2. 実施法と管理 ( ) 3. 輸液の種類と投与量 ( ) 4. 合併症と対策 ・カテーテル挿入、留置に伴うもの ( ) ・代謝上のもの ( ) 3) 経腸栄養法 1. 適応 ( ) 2. 栄養法と管理 ( ) 3. 種類と特長 ( ) 4. 合併症と対策 ( ) 7 手術後患者のリハビリテーションおよび予後について理解している ( )	

## II. 基本的態度

- 1) 患者の問題を身体的、医学的のみでなく、社会的、心理的問題を合わせ、全人的にみることができる。( )
- 2) 患者・家族との関係
  - a. 患者・家族と良好な人間関係をつくり、問題を解決できる。( )
  - b. インフォームド・コンセントについて理解している。( )
  - c. プライバシーを保護する。( )
- 3) 医療メンバーとの関係
  - a. 医療チームの一員として、種々の医療従事者と協調、協力し、的確に情報を交換して問題に対処できる。( )
  - b. 問題、疑問点につき、まず自分で考え、指導医の監査と指導を受けることができる。( )
  - c. 問題点について相談すべき専門科を判断でき、専門医の指導を受けることができる。( )
- 4) 文書記録  
 情報と行動をすべて記録し、整理、要約、報告することができる。( )
- 5) 清潔・不潔の概念をよく理解し、手術室におけるマナーを守ることができる。( )

## 病院実習総論（講義）到達目標

### 〔一般目標〕

病院実習総論では、臨床実習（初期臨床実習、コア診療科、選択診療科）をより効果的に行い、医師となるために必要な実践的な知識・技能・態度を学ぶことを目標とする（Block7 領域）。

### 〔行動目標〕

病院実習総論（講義）を終了すると、下記の項目に関し、理解し説明することができる。

- 1) 検体検査と病理検査の意義と進め方を理解し説明できる。
- 2) 院内感染の予防と対処法について理解し説明できる。
- 3) 安全管理とリスクマネジメントについて理解し説明できる。
- 4) 死に関わる法的問題、死亡診断書と死体検案書の書き方について理解し説明できる。
- 5) インフォームドコンセントについて理解し、説明できる。

\* 講義日程は 23 ページを参照のこと。

\*\* 人間関係教育領域については 55 ～ 65 ページを参照のこと。

### 資料 2-9：医行為水準（ブロック7 学習要項 p.49-51）

## 医 行 為 水 準 表

### 医行為水準表について

臨床実習における医学生の医行為に関しては、「医行為の水準」が「厚生省健康政策局臨床実習検討委員会最終報告（1991）」において以下のように示されている。

- 
- 水準Ⅰ：指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの
  - 水準Ⅱ：状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの
  - 水準Ⅲ：原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの
- 

この臨床実習検討委員会最終報告に準じて、本学の実情に沿った水準表を作成した（2003年4月より）。

臨床実習では、各科の教授および指導担当医の判断に従い、かつ以下の水準表を参考に医行為を行う事が望ましい。

水準Ⅰ	水準Ⅱ	水準Ⅲ
指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	原則として指導医の介助または見学にとどめるもの
1 診察		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・全身の視診、打診、触診、聴診、運動診</li> <li>・簡単な器具(聴診器、打鍵器、血圧計など)を用いる全身の診察</li> <li>・直腸診</li> <li>・耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察</li> <li>・内診</li> <li>・産科的診察</li> <li>・カルテ記載</li> </ul>		
2 検査		
(生理学的検査) <ul style="list-style-type: none"> <li>・心電図、心音図、心機図</li> <li>・脳波</li> <li>・呼吸機能(肺活量等)</li> <li>・聴力、平衡、味覚、嗅覚</li> <li>・視野、視力、非接触眼圧測定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋電図</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・眼球に直接触れる検査</li> </ul>
(尿検査) <ul style="list-style-type: none"> <li>・定性、沈渣</li> </ul>		
(消化管検査)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・直腸鏡、肛門鏡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食道、胃、大腸、気管、気管支などの内視鏡検査</li> </ul>
(画像診断) <ul style="list-style-type: none"> <li>・超音波</li> <li>・MRI(介助)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・エコーガイド下経皮的腎生検</li> </ul>
(放射線学的検査) <ul style="list-style-type: none"> <li>・単純X線撮影(介助)</li> <li>・RI(介助)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・胃腸管透視</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気管支造影など造影剤注入による検査</li> </ul>
(採血) <ul style="list-style-type: none"> <li>・耳朶、指先など毛細血管、静脈(末梢)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・動脈(末梢)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児からの採血</li> </ul>
(穿刺)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・胸、腹腔、骨髄</li> <li>・嚢胞(体表)、腫瘍(体表)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腰椎、バイオプシー</li> </ul>
(産婦人科)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・膣分泌物採取</li> <li>・経膈超音波検査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子宮内操作</li> <li>・コルポスコピー</li> <li>・腹腔鏡</li> </ul>
(その他) <ul style="list-style-type: none"> <li>・アレルギーテスト</li> <li>・発達テスト</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ギブスカット</li> <li>・心臓カテーテル助手</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・知能テスト、心理テスト</li> </ul>

水 準 I	水 準 II	水 準 III
3 治療		
(看護的業務) ・ 体位交換、おむつ交換、移送		
(処置) ・ 皮膚消毒、包帯交換 ・ 外用薬貼付・塗布 ・ ギプス巻	・ 創傷処置 ・ 関節穿刺 ・ 胃管挿入 ・ 導尿、浣腸	・ 気道内吸引、ネブライザー
(注射)	・ 皮内、皮下、筋肉 ・ 静脈（末梢）	・ 静脈（中心）、動脈 ・ 全身麻酔、局所麻酔 ・ 輸血 ・ 関節注入
(外科的処置) ・ 抜糸、止血 ・ 手術助手	・ 膿瘍切開、排膿 ・ 縫合	
(その他) ・ 作業療法（介助）	・ 鼠径ヘルニア用手選納	・ 分娩介助 ・ 精神療法 ・ 眼球に直接触れる治療
4 救急		
・ バイタルサインチェック ・ 気道確保（エアウェイによる）、人工呼吸	・ 心マッサージ ・ 患者への病状説明	・ 家族への病状説明 ・ 気管挿管

## 資料 2-10 : 診療問題解決型臨床実習ガイドライン (ブロック7学習要項 p.7-8)

### 診療問題解決型臨床実習ガイドライン (外科系)

#### 実習における学生の到達目標

学生は次に示す課題を達成しなければならない。

1. 正確な病歴をとり、適切な身体診察を行う。
2. 病歴、身体所見から問題リストを作成し、正確に解釈し統合する。
3. 鑑別診断の順位リストを作成する。
4. 確定診断するための追加検査を計画する。  
その後、どんな検査が行われ、どんな結果が得られたのか自ら検索、判断する。
5. 術前患者評価を総合的に行う。
  - ・手術治療の方法論につき学習する。手術は治療の一つの手段であることを認識し、手術の適応と妥当性を学習する。現時点で最も有益な手術を選定する。
  - ・診断された疾患や手術に対する患者の感想、不安などにつき話し合う。ICにも立ち会う。
  - ・医学的、心理的問題に加え、家庭、職場などの社会的問題を自ら検索し明らかにする。
  - ・手術の合併症と、対処法を事前学習する。
6. 手術に立ち会い実体験する。
7. 術後管理を適切に行う。
  - ・術後回復過程を点検、判定する。
  - ・患者の苦痛を受けとめ、解消すべく努力する。

#### 追加アドバイス

1. 1週間の臨床実習のうち、回診、手術の立ち会い、最終日のプレゼンテーションを除く実質的な実習時間はわずかです。限られた時間を有効に使って実習してください。
2. 到達目標の1-3項の情報収集は実習1日目の昼までに仕上げるように習慣づけましょう。また、患者には病名を伏せてもらった状態で病歴聴取、診察を行い、問題リストを作るよう自己訓練しましょう。
3. 実習の基本は毎日患者を診察し、問題を発見し解決するために考察、行動することです。病気をレポートにまとめることではありません。

#### 実習を指導する病棟医へのお願い

この新しい臨床実習が成果をあげるには、病棟の先生方の生きた現場教育が不可欠です。学生は左記のようなガイドラインにしたがって実習を行います。先生方のご理解とご協力をお願いします。

1. 実習の到達目標を理解していることを学生に明確に伝える。
2. 患者中心の診療問題解決型の実習であることを認識させる。以下の点を考慮する。
  - ・POMRを読み助言する。不適切な表現があれば校正、訂正する。カウンターサインをする。
  - ・患者とのコミュニケーションは良好か。
  - ・適切なデータを得ているか。
  - ・問題点、検査・治療計画に対する理解度は十分か。
  - ・基本的知識を伝授するよりも、習得する方法につき助言や援助を行う。
  - ・朝夕のチーム回診で学生の当日の行動予定とその結果、また問題解決の進捗状況を把握する。
3. 適切なフィードバックを与える。
  - ・学生の優れた資質を見出した、あるいはコメディカルや他のドクターに指摘された時は、指導医自ら直ちに本人に伝える。
  - ・改善すべき点は状況を見て、指導医自らの言葉で適宜伝える。
  - ・回診では前向きな建設的な助言を与える。
4. 適切な評価を行う。
  - ・実習の評価の精度は学生を観察する時間を増やすことで向上する。
  - ・診療チームに属する指導医と後期研修医などその他の医師が相談して、問題解決能力、態度、学識を評価する。

#### 指導医へのアドバイス

学生に問題発見、解決の訓練をさせるには、病名を伏せて患者を割り当てること、検査データはon demandで与え、その解釈はまず学生自身に行わせることが有効です。

## 診療問題解決型臨床実習ガイドライン（内科系）

### 実習における学生の到達目標

学生は次に示す課題を達成しなければならぬ。

1. 正確な病歴をとる。
2. 焦点を絞った適切な身体診察を行う。
3. 病歴、身体所見から問題リストを作成し、正確に解釈し統合する。
4. 鑑別診断の順位リストを作成する。
5. 確定診断するための追加検査を計画する。
  - ・ 検査の信頼性、妥当性、合併症を考慮する。
  - ・ 検査が終了している場合は、種類、結果、選択された理由について、自ら検索、判断する。
6. 毎日 POMR を記載する。
  - ・ 問題解決段階を点検し、新たな方策を考える。
  - ・ 患者の状態、検査・治療の結果・計画を毎日の回診で短時間プレゼンテーションする。
7. 心理社会的問題を自ら検索し明らかにする。
  - ・ 疾患とその予後に対する患者の感想、不安につき話し合い、解決策を見出す。
  - ・ 可能なら家族、職場に与える影響についても話し合うことが期待される。
8. 治療法の順位リストを作成する。  
以下の項目も学習することが期待される。
  - ・ 治療効果の判定法。
  - ・ 治療の副作用。

### 追加アドバイス

1. 1 週間の臨床実習のうち回診や最終日のプレゼンテーションを除く実質的な実習期間は 4.5 日しかありません。限られた時間を有効に使う実習してください。
2. 到達目標の 1-3 項の情報収集は実習 1 日目の昼までに仕上げるように習慣づけましょう。また、患者には病名を伏せてもらった状態で面接、診察を行い、問題リストを作るよう自己訓練しましょう。
3. 実習の基本は毎日患者を診察し、問題を発見し解決するために考察、行動することです。病気をレポートにまとめることではありません。

### 実習を指導する病棟医へのお願い

この新しい臨床実習が成果をあげるには、病棟の先生方の生きた現場教育が不可欠です。学生は左記のようなガイドラインにしたがって実習を行います。先生方のご理解とご協力をお願いします。

1. 実習の到達目標を理解していることを学生に明確に伝える。
2. 患者中心の診療問題解決型の実習であることを認識させる。以下の点を考慮する。
  - ・ POMR を読み助言する。不適切な表現があれば校正、訂正する。カウンターサインをする。
  - ・ 患者とのコミュニケーションは良好か。
  - ・ 適切なデータを得ているか。
  - ・ 問題点、検査・治療計画に対する理解度は十分か。
  - ・ 基本的知識を伝授するよりも、習得する方法につき助言や援助を行う。
  - ・ 朝夕のチーム回診で学生の当日の行動予定とその結果、また問題解決の進捗状況を把握する。
3. 適切なフィードバックを与える。
  - ・ 学生の優れた資質を見出した、あるいはコメディカルや他のドクターに指摘された時は、指導医自ら直ちに本人に伝える。
  - ・ 改善すべき点は状況を見て、指導医自らの言葉で適宜伝える。
4. 適切な評価を行う。
  - ・ 実習の評価の精度は学生を観察する時間を増やすことで向上する。
  - ・ 診療チームに属する指導医と後期研修医などその他の医師が相談して、問題解決能力、態度、学識を評価する。

### 指導医へのアドバイス

学生に問題発見、解決の訓練をさせるには、病名を伏せて患者を割り当てること、検査データは on demand で与え、その解釈はまず学生自身に行わせることが有効です。

## B. 基本的水準についての自己評価

医学教育プログラムは、学生が患者との接触を通じた学習機会を入学直後から6年間にわたり多く提供している。患者を医学的問題を解決する対象として考えるのではなく、心を持った「ひと」としてとらえる教育と、医療実践の中で知識と技能を学ぶ教育とが組み合わされている。

## C. 現状改良に向けた提言

本学の学生は第4学年で行われる共用試験 OSCE で、学外の評価者、あるいは共用試験実施評価機構から派遣される外部監査（モニター）から、医療面接ステーションでの患者コミュニケーション力の高さが評価されている。また OSCE 技能評価でも再試験（初回で不合格）となるのは、各クラス 0-2 名である。患者との接触は模擬的訓練だけで達成されるのではない。早期から臨床経験を、様々な環境、対象に行っている教育効果が示されている。

## D. 問題改善に向けた提言

臨床的知識・技能の到達目標が細かく定められているが、実際の評価が難しい。臨床実習は各診療科での実習毎に評価されるが、各学習目標の達成度評価には至っていない。2009年より共通評価が開始され、本評価は臨床実習を通して知識・技能・態度（コンピテンシー）の達成度を、学生の能力向上が明らかになるように評価するために導入された。2012年からは臨床実習ノートを導入し、学生が経験した症例、技能、態度を記録として残し（ポートフォリオ）評価を行う制度を取り入れる。MDプログラム2011では、学外実習が増えるために、共通の目標を設定し評価することを充実する。

資料 2-11：ブロック7【学生用】 診療問題解決型臨床実習の達成目標と自己評価

【学生用】 5年生 診療問題解決型臨床実習の達成目標と自己評価

学生出席番号：

学生氏名：

診療科					
実習期間	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
<b>A 実習における基本的臨床技術・技術</b>					
1. 病歴聴取ができる。	未 i ii iii iv v				
2. 身体所見を取れる。	未 i ii iii iv v				
3. 一般検査（注1）結果を解釈できる。	未 i ii iii iv v				
4. 問題リストを作成できる。	未 i ii iii iv v				
5. POMR診療録を記載できる。	未 i ii iii iv v				
6. 検査計画が立てられる。	未 i ii iii iv v				
7. 鑑別診断を適切に行える。	未 i ii iii iv v				
8. 診断を適切にすすめることができる。	未 i ii iii iv v				
9. 治療法を適切に選択できる。	未 i ii iii iv v				
10. 手術適応となった理由を説明できる。	未 i ii iii iv v				
11. 解剖と病態生理を理解して手術に参加できる。	未 i ii iii iv v				
12. 手術の合併症と対処法が述べられる。	未 i ii iii iv v				
13. 術後管理の要点を明らかにできる。	未 i ii iii iv v				
14. 外科的基本手技・処置（注2）ができる。	未 i ii iii iv v				
15. 心理社会的問題を明らかにできる。	未 i ii iii iv v				
16. 患者について報告・プレゼンテーションができる。	未 i ii iii iv v				
<b>B 他者に接する態度ならびに自覚</b>					
1. 患者・家族に医療者として適切な態度で接した。	未 i ii iii iv v				
2. 患者あるいは家族と適切にコミュニケーションがとれた。	未 i ii iii iv v				
3. 医療チームの一員であるとして自覚して行動できた。	未 ii iii iv				
4. 実習に積極的に取り組んだ。	ii iii iv				
5. 与えられた仕事に責任を持って取り組んだ。	ii iii iv				
6. 実習をとおして自分自身が成長できた。	ii iii iv				
自己評価コメント					

評価基準：[i] まだまだこれから、[ii] 少しは出来る、[iii] もう一息、[iv] 上手い、[v] かなり上手い。卒業時の到達目標は [iv] または [v]。未は、その科では実習しなかった。

Bの3-6項については、[ii] まだまだ、[iii] もう一息、[iv] よい、の3段階で評価します。

注1：血算、尿分析、生化学、胸・腹部単純X線 注2：清潔不潔の区別、縫合・抜糸、消毒、包交など。

学生の皆さんへ：この新しい自己評価シートは皆さんの自己学習を援助することを目的として作成されました。5・6年の臨床実習を通じて全科で使用してください。

初めは評価が評価 [i]、[ii] でも5,6年の実習を通して [iv]、[v] を目指して向上することを期待します。

この自己評価シートは皆さんの成績評価とは関係ありませんが、必ず全診療科の実習に携帯して下さい。もう一枚の「教員用」には評価とコメントをもらってください。

評価シートが埋まったら学務課で新しいシートをもらってください。5年最後の臨床実習が終了したら、直ちに全ての学生自己評価シートと指導医評価シートを学務課へ提出してください。

平成23年3月25日 B7教育委員会・テュートリアル委員会

質的向上のための水準：

全ての学生が患者ケアを担うことができるようになるために、早期から患者との接触機会を持つべきである。教育プログラム進行段階に合わせて様々な臨床技能の要素の訓練が組み込まれるべきである。

A. 質的向上のための水準に関わる点検

早期臨床体験および臨床実習は全学生が行う正課である。MDプログラム94では、第1-4学年は臨床体験を通じての患者の理解、第5-6学年では患者・家族の理解とともに臨床に必要な知識・技能修得と学習段階をもって臨床経験を積み、示された到達目標を達成する。MDプログラム2011では、臨床実習がさらに構造化され、外来医療、入院医療、地域医療、プライマリ・ケアなどの基本的医療に目標を持った実習が構築され、さらに選択として訪問医療、終末期医療などの診療技能を学ぶ。

B. 質的向上のための水準についての自己評価

MDプログラム94、MDプログラム2011ともに全学生が早期から臨床経験する教育カリキュラムが実施されている。カリキュラムは構造化されており、医学知識のない低学年で

は、患者の立場から患者を理解すること、高学年では患者の理解の上に医療を実践するための知識・技能修得の臨床経験が実施されている。

### C. 現状改良に向けた提言

臨床的学習機会を設けるだけでなく、教育内容の充実が進行している。教育内容は専門性に基づきばらばらであったのを、共通の目標を定めた。教育方法としても臨床実習の中で、患者の問題点を学生が自分で見つけて解決法を考える診療問題解決型臨床実習の概念の導入（2008）、診療技能向上のためのSNAPS評価導入（2009、総合診療科）、共通評価の実施（2009）など教育改善が実施されている。

### D. 問題改善に向けた提言

臨床的知識・技能教育の効果は、各科毎の臨床実習評価が中心であるが、2005年から臨床実習終了時にOSCE（Advanced OSCE（後期OSCE））を実施している。第4学年の臨床実習前に行うOSCEと異なり、後期OSCEでは高度な医療面接、臨床推論力など、それまでの学生の臨床経験と臨床学習で得た知識・技能の評価を行う。MDプログラム2011で高度に構造化される臨床教育の評価として、後期OSCEあるいは卒業認定評価を改善する。評価が構造化されることにより、臨床教育内容の構造化（各科協働でのアウトカム達成のための教育）が充実する。

## 2.6 カリキュラム構造、構成と教育期間

### 基本的水準:

医科大学は、教育範囲、教育内容、教育単位の実施順序、その他のカリキュラム構成要素を明示しなくてはならない。カリキュラム構成要素には、コアとなる必須および選択教育内容のバランス、健康促進および予防医学のカリキュラム上の位置づけ、非正統的、伝統的あるいは代替医療との接点を含む。

### A. 基本的水準に関わる点検

日本の医学教育制度に沿って本学の教育課程は6年間である。入学者要件の対象は高校以上の教育課程修了者、あるいは大学入学資格検定合格者である。

教育課程の特徴は6年一貫型であることである。従来の日本では、いわゆるカレッジに相当する教養課程2年間と医学教育を行う進学課程4年間に分かれていた。1992年に大学設置基準大綱化により、大学が比較的自由にカリキュラムを設定できることになった。そのため本学は1994年にMDプログラム94を導入し、人体基本と臓器器官系・ライフサイクルを基幹とした統合カリキュラムを導入した。基本的構築は初めの4年間で講義・実習・チュートリアルで統合カリキュラムの内容を学習し、最後の2年間でクリニカルワークショップを含む臨床教育である。2011年入学者から新カリキュラムMDプログラム2011が開始され、学習内容・順序の見直し、アウトカム基盤型カリキュラムの概念が導入されたが基本的構築は同じである。以下現在および今後使用されるMDプログラム2011について説明し、必要に応じてMDプログラム94について追記する。

第1-4学年のカリキュラムは、4-7月と9-3月に分かれている（8月は夏季休暇であるが授業は8月最終週に始まることもある）。このように各学年を2つの期（教育単位）に分けていて、これをセグメント（Segment）と呼ぶ（MDプログラム90ではユニット[Unit]、MDプログラム94ではブロック[Block]）。よって第1-4学年までは8つのセグメントに分かれる。第5学年と第6学年前期は臨床実習として一つのセグメント（S9）、第6学年後半は全体統合と卒業認定評価（S10）が行われる。S1-8内では統合化された教育科目が設定されており（内容は後述）、各科目は基本的に講義・実習・テュートリアルで科目教育目標を達成する。講義では基本的知識（コア・カリキュラム）を中心に医学で求められる基礎・臨床知識を統合して学ぶ。実習では早期臨床体験や基礎実験など科目を理解する実践技能・知識を学び、テュートリアルでは学んだ基礎知識を活用し、基礎臨床の事例を考えることを通じて実践的智（考えるコンピタンス）を修得する。MDプログラム94および2011には、期毎の科目でなく、6年間を通して学習あるいは自己開発することを目的とした教育プログラムが含まれ、これを縦断カリキュラムと呼ぶ。MDプログラム94および2011ともに設定されているのが人間関係教育で、これは医師としての態度・マナー・プロフェッショナルリズム・コミュニケーション力・倫理を自己開発するカリキュラムである。入学時は、医学生あるいは社会人としての姿勢を考え、高学年では医師としての姿勢を修得するように進化する。MDプログラム2011では縦断教育がさらに充実し、人間関係教育の他に情報処理・統計（基本統計・生物統計・臨床統計・疫学とその情報処理）、基本的・医学的表現技術（基本から臨床的な文章表現能力開発）、国際コミュニケーション（医学英語と英語による医療コミュニケーション）が加わった。このほか全学生が6単位選択で学習する選択科目が設定されている。選択科目は社会人としての教養を涵養し、医師としての間口を広げるため、外国語（英語、仏語、独語）、人文科学系（倫理学、哲学、歴史学、外国語文学、外国文化、文章表現、心理学）、社会科学系（スピーチコミュニケーション、経済学、法学、医療政策）、自然科学系（生物学、物理学、化学、医学情報学）、保健体育など26科目に及ぶ講座を学内で開講するほか、学生は早稲田大学（近隣の総合大学）オープン科目（約200講座）からも選択できる。

各セグメント（ブロック）で行われる臨床実習前カリキュラムは、臨床実習において基本的知識・技能・態度を育成するための戦略的に構築されている。入学後の1年半は、人間の基本的構造と機能を学ぶ期間である。入学者には高校で生物を履修していない学生もいるため、そのような学生には補完授業が行われる。セグメント（S）1は、生物としての人の概要、S2は微細構造と機能、S3は全体構造と機能を学ぶように基幹科目が配置されている。学習者の学びやすいように配置されたこれらの基幹科目は、学体系が統合されて「人体を構成する物質」、「細胞の機能」などのテーマを関連領域が協働して教育する。従って「生理学」、「生化学」、「解剖学」などの「-ology」という名称の科目は設定されていない。肉眼解剖は主に第2学年前半に集中して実習・講義が行われる。関連するテュートリアルも実施される。MDプログラム94では解剖実習は第1学年後半であったが、学生の学習進度と臨床医学との関連で時期を移動した。解剖はマクロとミクロを含め臓器系を主体とするS2-9においても、各臓器系について講義・実習で学びテュートリアルでも正常構造を常に考える課題が提示される。第2学年後半に行われるS4はそれまでの正常の理解から正常と異常を理解するために「臨床診断総論」および「病因と病態」が組み込まれている。このセグメントは臓器器官系基礎臨床統合学習の開始であり、呼吸器・循環器・腎泌尿器について学習する。各臓器系は正常の構造と機能を学ぶ科目と異常を学ぶ（病態、疾患、治療）科目に分かれる。S5では消化器系・内分泌系・栄養代謝系・生殖系を学ぶ。S6では脳神経系・精神系・運動器系・聴覚耳鼻咽喉系・眼視覚系・皮膚粘膜系を学ぶ。またS6では、「研究プロジェクト」が設定され、期末に約1週間（今後教育委員会で時間は検討）学生が選択した臨床・基礎教室で研究的実習（基礎・臨床研究）を行う機会が設け

である。期間は短いが、学生の興味に従って指導教員と相談し前後に実習期間を自由に延長することが可能である。基礎臨床学習がある程度進展したこの時期を中心に行うように戦略的に設定された。S7は全身的異常を学ぶ教育単位（感染系、免疫/アレルギー/膠原病、血液造血器）および全身のライフサイクルにおける変化（妊娠・出産・成長発育、加齢、死）を学ぶ。S8は臨床実習前最後の期となり、臨床とも関連する社会と医学の関連（制度、法律、国際医療、医療安全、外因・中毒）および Introduction to clinical medicine (ICM)が行われる。ICMには、診察・診断手技・検査法・画像診断法だけでなく臨床推論、疫学、救急医療、治療、代替医療（東洋医学）などが含まれ、総合的な基本的臨床能力の教育が行われ、期末には科目試験の他に、臨床推論能力、臨床判断能力を評価する問題解決能力試験、全国医科大学共通試験として知識を評価する共用試験 Computer-based testing (CBT)、医療技能を評価する共用試験 OSCEが実施され、進級要件として評価される。S9は15ヶ月にわたる臨床実習である。学内の高度専門医療、地域医療、地域拠点医療を担う3つの病院を中心に、クリニックを含め学生は小グループによるローテーション（1-3週間）、学生の選択によるクリニカルクラークシップ（1-4週間）が組み合わされる。内科（呼吸器、循環器、腎、高血圧・内分泌、代謝・糖尿病、神経）、外科、小児科、救急診療科、産婦人科、精神科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、放射線科（診断・治療）は必須である。選択は大学の全ての医療施設（約50診療科）、大学外の診療施設、国外（交換留学提携校）が含まれる。また、第6学年の3-4週間のクリニカルクラークシップでは基礎教室での研究も可能である。これらはMDプログラム94と2011共通であるが、2011では卒業生が開業したクリニックでの地域医療実習（必修）、保健所実習（選択）が含まれる。S9の終わりに Advanced OSCE（後期 OSCE）が行われ、患者の医療面接から診断あるいは治療判断までの思考力と技能を評価する。S10は学習期間の最後の約12週間で、6年間の臨床前および臨床学習のまとめと総括評価により、最終的卒業認定評価が行われる。

**資料 2-12 : セグメント1-4、およびブロック3-8 基幹科目リスト (学習要項)**

**第1学年**

セグメント1	
人体の基礎	人体の成り立ち
	細胞の成り立ち
	人体を構成する物質
	人間関係教育
	医学の学び方・考え方
	基本的・医学的表現技術
	国際コミュニケーション
	情報処理・統計
	テュートリアル

セグメント2	
人体の機能と微細構造	組織の成り立ち
	細胞と情報伝達
	生体システムと制御機構
	生体物質の代謝
	細胞の基本機能
	体液と生体の恒常性
	遺伝と遺伝子
	人体全体構造（骨格系）
	人間関係教育
	医学の学び方・考え方
	基本的・臨床的表現技術
	国際コミュニケーション
	医学用語
	テュートリアル

セグメント3

人体の発生と防御反応	人体発生・比較発生
	人体全体構造
	生体画像の基本
	生体と微生物
	生体防御・免疫
	人間関係教育
	国際コミュニケーション
	医学の学び方・考え方
	テュートリアル

第2学年

セグメント4

臓器・器官系の成り立ちと治療の基礎と異常1	治療の基礎
	臨床診断総論
	病因と病態
	循環器系1 (構造・機能)
	循環器系2 (病態・疾患・治療・症候)
	呼吸器系1 (構造・機能)
	呼吸器系2 (病態・疾患・治療・症候)
	腎尿路系1 (構造・機能)
	腎尿路系2 (病態・疾患・治療・症候)
	人間関係教育
	情報処理・統計
	医学の学び方・考え方
	国際コミュニケーション
	基本的・臨床的表現技術
テュートリアル	

セグメント5

臓器・器官系の構造と機能の正常と異常2	栄養・代謝系 (病態・疾患・治療・症候)
	内分泌系 (構造・機能・病態・疾患・治療・症候)
	消化器系1 (構造・機能)
	消化器系2 (病態・疾患・治療・症候)
	生殖器系1 (構造・機能)
	生殖器系2 (病態・疾患・治療・症候)
	人間関係教育
	情報処理・統計
	基本的・臨床的表現技術
	テュートリアル

第3学年

セグメント6

臓器・器官系の構造と機能の正常と異常3	脳神経系1 (構造・機能)
	脳神経系2 (病態・疾患・治療・症候)
	精神系 (病態・疾患・治療)
	聴覚・耳鼻咽喉系 (構造・機能・病態・症候・疾患)
	眼・視覚系 (構造・機能・病態・症候・疾患)
	運動器系 (構造・機能・病態・疾患・治療・症候)
	皮膚粘膜系 (構造・機能・病態・症候・疾患)
	人間関係教育
	国際コミュニケーション
	医学の学び方・考え方
情報処理・統計	
テュートリアル	

セグメント7

全身的な変化/人の一生	血液・リンパ系
	感染症系
	免疫・アレルギー疾患・膠原病
	妊娠と分娩
	新生児・小児・思春期
	加齢と老化・臨終
	人間関係教育
	情報処理・統計
テュートリアル	

第4学年

セグメント8

医学と社会/臨床入門	医療と環境・社会 (環境・物理/化学因子・地域・国際医療)
	医療と社会制度 (保険・医療・福祉・医療と法・医療評価)
	診断基礎 (症候と病態・疾患/診察法・診断法/診断推論/臨床判断/臨床検査・画像診断)
	治療基礎 (麻酔系/救命救急医療系/基本的治療法 (臨床腫瘍治療含む))
	医療基礎 (医療安全/緩和医療・終末期医療/全人的医療)
	人間関係教育
	国際コミュニケーション
	基本的・臨床的表現技術
臨床推論TBL	

第5・6学年

第6学年

セグメント9

臨床実習	5年臨床実習
	6年臨床実習
	病院実習総論(講義)
	人間関係教育

セグメント10

全体統合	領域1: 症候・病態の検査と診断
	領域2: 循環器・呼吸器の機能と病態
	領域3: 造血・感染の機構と病態
	領域4: 消化管と肝胆膵の機能と病態
	領域5: 内分泌・代謝・栄養・ホメオスターシスの機能と病態
	領域6: 精神・神経機能と病態
	領域7: 運動器の機能
	領域8: 腎泌尿・性器の機能と病態
	領域9: 感覚器の機能と病態
	領域10: 女性・母性の健康と疾患
	領域11: 発生・成長・発達と小児期の疾患
	領域12: 社会環境と保健医療

資料 2-13: ブロック7臨床実習予定表 (2011年度ブロック7学習要項 p.21-22)

Block 7 実習表

2011年4月2日～12月17日, 2012年1月10日～6月16日

白衣探り式4/2

臨床統合試案 3-28-30

後期(OSCE 6-16)

月	4	5	6	7	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
日	1 11 18 25	9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 11 18 25	7 14 21 28	6 13 20 27	5 12 19 26	9 16 23	1 7 14 21 28	4 11 18 25
W	1 2 3 4	5 6 7 8	9 10 11 12	13 14 15 16	17 18 19 20	21 22 23 24	25 26 27 28	29 30 31 32	33 34 35 36	37 38 39 40	41 42 43 44	45 46 47 48	49 50	
1	東小児科 内科 外科													
2	東小児科 内科 外科													
3	東小児科 内科 外科													
4	東小児科 内科 外科													
5	東小児科 内科 外科													
6	東小児科 内科 外科													
7	東小児科 内科 外科													
8	東小児科 内科 外科													
9	東小児科 内科 外科													
10	東小児科 内科 外科													
11	東小児科 内科 外科													
12	東小児科 内科 外科													
13	東小児科 内科 外科													
14	東小児科 内科 外科													
15	東小児科 内科 外科													
16	東小児科 内科 外科													

※入学期・看護学専攻同メンタリング実施予定

## B. 基本的水準についての自己評価

教育計画（カリキュラム）は緻密に作成され、高校卒業者を対象として医師となるための必要な学習内容、訓練、資質向上が含まれている。学習要項は毎年年間計画に従って策定し、印刷され学生・教員・その他のステークホルダーに開示されている。さらに授業計画は学生ポータルサイトにアップデートされ、変更もリアルタイムに表示される。

## C. 現状改良に向けた提言

「至誠と愛」の建学の精神を現代の医療の中で教育するために、医学の実践ではなく医療の実践をアウトカムとして教育する教育プログラムが構築されている。主として知識を統合して学ぶセグメントの科目、実践を学ぶ実習、考え方を学ぶテュートリアルが医師の実践的知識・技能を教育する。一方人間関係教育、その他の縦断教育では医療者として患者に接し、患者が望む形で医療を受けられるための教育プログラムが実施されている。臨床実習は最終の2年間であるが、臨床実習開始前にも学習動機を高め、医師としての心構えを醸成する臨床体験が組み込まれている。

建学の精神として女性医療者育成は、他の医科大学では実施が難しい教育である。本学ではロールモデルを持ち、女性のライフサイクルとキャリアを意識しながら学修を積む教育を行ってきた。100余年の学校の歴史で作られた hidden curriculum が教育の成果を生んできたが、2008-2010年度文部科学省質の高い大学教育推進プログラム(女性医療リーダー育成をめざす全学横断教育)は、この風土を正規カリキュラムにも導入することについて評価され、15%の採択率のなかで最高点で採択された。採択された事業推進の中で、協働しそのなかでリーダーシップを執る、地域医療を行っている先輩医師をロールモデルにするなどの教育機会が追加された。

## D. 問題改善に向けた提言

MDプログラム94は、統合カリキュラムの日本におけるモデルとなった。現在日本で使用されている医学教育モデル・コア・カリキュラムが2003年に作成された際に、教育目標分類は学体系ではなく統合的理解のための分類がなされたが、本学のカリキュラムで使用された用語が多く用いられている。MDプログラム2011は、測定可能な教育アウトカムを最終目標に持ち、セグメント内で分かれた科目と縦断教育が合わさり、最終到達目標に達するような教育プログラムである。また地域医療、医療安全など近年の日本の医療に求められている内容を包含するだけでなく、学生の1/5が国外で臨床を経験する機会を提供するとともに、WHOや途上国での国際協力に関する実習機会も提供し、医療の国際化にも対応するカリキュラムである。

### 質的向上のための水準:

カリキュラムとして基礎科学と臨床科学は統合され教育されるべきである。

## A. 質的向上のための水準に関わる点検

MDプログラム94および2011は統合カリキュラムである。基礎臨床統合だけでなく、人体の基本を学習する初期から学習者が人体機能・構造に沿って学びやすいように基礎医学学体系も統合して学習する、完全統合カリキュラムである。さらに、医の科学的領域だけでなく、人間性に基づく医療実践についても系統的に学ぶ教育が構築されている。入学後4年間に行うテュートリアル教育は、2003年に「医学と人間性を統合した問題発見解

決」を行う教育として、文部科学省が選定した特色ある大学教育支援プログラムとして全国約 800 の高等教育機関から選ばれた 30 校の一つとなった。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

現在のカリキュラムは、基礎と臨床、学体系を統合したカリキュラムであり質的向上のための水準を達成している。

#### C. 現状改良に向けた提言

基礎臨床の統合だけでなく、基礎学問領域、臨床診療領域も統合化されたカリキュラムとなっている。

#### D. 問題改善に向けた提言

統合カリキュラムは一方で、多領域の混ぜ合わさった授業となりやすい。本学では科目毎に教育責任者が教授の中から選ばれ、基礎臨床が有機的に統合された教育が行われるように組織化されている。しかし MD プログラム 94 では、一部にブロック内の教育内容の教員間での不統一、ブロック間の教育内容の重複、欠落が認められた。MD プログラム 2011 ではこれらの解消を目指しており、より充実した統合カリキュラムとなるようにカリキュラム評価が必要である。

## 2.7 プログラム管理

### 基本的水準:

カリキュラム委員会には、医科大学の教育目標を達成するために教育計画を立案し実施する責任と権威が預託されなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

教育の立案・計画・実行・評価のための組織が構築されている。組織の特徴は教育を一部の教員に教育を任せずに、全教員が協働して教育を担う組織を構築していることである。1990 年の教育改革において学体系別に分かれた教員組織とは別の協働教育組織を設けたことが学部全体で医学教育を行う風土として定着した。また医学部には医学教育講座が設置され、教育全般への最新の情報と支援を行なっていることで、教育を専務としない教員で構成される学部教育組織が有効に活動できる要因となっている。

カリキュラム管理運営制度と組織は以下のように構築されている。学部としての教育ポリシー、制度、全体構築を行うのが医学教育審議会である。教育および教員に関する基本方針を立案する組織である。医学教育審議会は学長が議長となり、副学長、医学部長、病院長、教務委員長、基礎および臨床教授会代表、医学教育学教授、学生部長が委員となる（医学教育審議会規程）。月一回定例で開催される。教育・教員についての基本方針は医学教育審議会で審議され、決定事項が教授会に報告されるとともに実施は教務委員会に指示される。近年の決定事項例としては MD プログラム 2011 の最終決定、「臨床教授」という教育のための新役職の制定などが行われている。医学教育審議会の下で教育の立案・実施・評価を行うのが教務委員会である。教務委員会は、医学部長、各教育単位の教育委員長、医学教育学教授、および学生部長で構成され、議長は教務委員長（委員からの互

選)が務める(教務委員会規程)。2011年現在MDプログラム94を担当する教務委員長(ブロック教務委員長)とMDプログラム2011を担当する教務委員長(セグメント教務委員長)が合同で教務委員会を開催している。月1回開催されカリキュラム運営統括、各教育単位での教育内容の調整、学生評価(決定は教授会)を担当する。カリキュラムの実施と学生評価の実施は、教育単位毎に行われる。10個に分かれたセグメントの教育委員会、ならびに縦断教育委員会(人間関係教育、情報処理・統計、基本的・医学的表現技術、国際コミュニケーション)、教育・教育評価委員会(テュートリアル委員会、OSCE委員会、総合試験委員会)が担当する。各委員会の委員は主として関連領域の教授、准教授、講師で構成され、それぞれの教育の支援組織には助教も含まれ、これら全ての委員会の委員は延べ約610名におよび(一部重複あり)全教員の2.2分の1が、教育の中で責任ある組織に組み込まれている。

#### 資料 2-14 : 資料 1-13 参照 (教育組織図)

### B. 基本的水準についての自己評価

1990年の教育改革を期に、強固な教育管理運営体制を整え改良しながら20余年経過し、制度が定着している。全体を統合する組織と、個々の教育範囲を研究開発する組織が組み合わせ、多くの教員の創意工夫が実際の教育に反映し運営されるようになってきている。

この四半世紀の大きな教育改革として、1990年にテュートリアル教育および人間関係教育導入、1994年に完全統合カリキュラム導入、1996年にクリニカルクラークシップ、OSCE導入、2001年に累進型テュートリアルシステム、2008年に診療問題解決型臨床実習、Team-based learning (TBL)、学部横断教育による職種間連携教育、2011年にアウトカム基盤型カリキュラム導入等が行われ、これらの教育が定着し運営されている。これらの教育改良には、1996年に教室(部門)として設置され、2005年に講座および大学院が設置された医学教育学講座が指導的役割を果たしてきている。全教員が参画する教育制度と教育開発改良支援制度が有機的に機能した理想的な教育管理運営が行われている。

### C. 現状改良に向けた提言

本学医学部の教育制度、教育方法が他の多くの医科大学の参考とされ、文部科学省による高質な高等教育機関の教育支援制度に繰り返し採択されている。

### D. 問題改善に向けた提言

MDプログラム2011では教育評価を重要にとらえ、継続的評価による継続的教育管理運営と改良を目指している。現在評価制度を確立の途中であるが、この制度を確立することが教育管理運営のさらなる向上につながる。

これらの教育改革を通じて、本学だけでなく日本全体の医学教育の発展に寄与できる努力を続けなくてはならない。

#### 質的向上のための水準:

カリキュラム委員会には、教学の方法、学生評価、教育単位評価を計画・実施するための、そしてカリキュラム改良に必要な資源が与えられるべきである。カリキュラム委員会には教員、学生、その他の教育の協働者が含まれるべきである。

## A. 質的向上のための水準に関わる点検

医学教育審議会では教育リソースについても責任を持っている。経常的に実施される教育、教育評価、FDについてはMDプログラム予算年間約1億円(約1,256,000US\$)で賄われる。教育設備の改良は医学教育学、各教育委員会、学務課などが中心となり年間計画を大学の予算の中で立て、適宜外部補助金を申請して行われる。パソコン、顕微鏡、バーチャル組織・病理学習システム、シミュレーター、レスポンスアナライザー、双方向型講義室など実践的かつ創造的な教育リソースが計画的に導入されている。教育研究は医学教育学講座が中心となり文部科学省経常費補助金、特色ある大学教育支援プログラム、科学研究費補助金などを獲得している。私立医科大学は、補助金・外部研究費を除き自己資金で教育研究を行わなくてはならないが、通常は学内資金に限定される教育のための開発研究費を、科学研究と同様に外部研究、補助金を得て行える環境にある。このため先行的・先進教育が行いやすいだけでなく、新しい教育における教員研修も可能となる。

カリキュラム構築におけるステークホルダーの参画については、学生代表と学務職員の参画がある。学生代表は、カリキュラム委員がクラス(学年)毎に2名が選出され、代表はクラスの意見をまとめ、年2回のカリキュラム懇談会で教務委員と検討会を開く。授業の順次性、各教員および授業の教育法などについての建設的な意見は教務委員会を経てカリキュラムに反映され、次のカリキュラム懇談会で学生にも報告される。学務職員はほぼ全ての教育関係会議に出席し、必要に応じ意見を述べ、また事務あるいは設備的なアドバイスをを行う。

## B. 質的向上のための水準についての自己評価

現在の教育管理制度の中に、教育の実施、評価、研究開発のリソースが組み込まれている。資源は無尽蔵にあるわけではなく、大学の設備、投資計画、あるいは財務のなかで決定されている。大学の事業計画制度が実施されており、その中で有効な資源の利用が行われている。また、教育のための外部資金の導入が盛んである。このための事務組織として教育研究資金課が設置され、戦略的な教育研究資金の導入と適切な管理を行っている。このように教育リソースを適切に運用する制度が整っている。

教育カリキュラム構築への学生・職員の参画は1990年以来実施されている。カリキュラム改良には学生の考えも取り入れられている。また、日本の医学生の大部分は親が学費を出しており、父母もステークホルダーと言える。年1回の至誠父母会総会でクラス毎に分かれ、カリキュラムの説明と意見交換を行っている。

## C. 現状改良に向けた提言

高質の教育を継続的に実施するためにはロジスティクスの充実が必要である。教員による教育組織と学務の連携は教育管理運営、リソース配分だけでなく教育開発研究にもおよぶ。例えば、高質で使いやすいテュートリアル教育用テュータガイドのオンライン作成システム構築では、医学教育学講座が外部資金を獲得し、テュートリアル委員会がシステム案を考え、学務部テュートリアル担当者がソフト作成に参画した。このような連携は、臨床教育(例えば大学独自のAdvanced OSCE(後期OSCE))開発、教育方法開発(例えばTeam-based learning(TBL)回答システム開発)など随所で実施され、教員と職員のコラボの風土が確立している。

学生をカリキュラム構築の重要なステークホルダーと位置づけており、学生内での制度(クラス委員制度)と教員との検討システム(カリキュラム懇談会)が確立して、実際に有効に機能している。父母との情報交換も定期的に行われている。

#### D. 問題改善に向けた提言

教育リソースとして大きな課題は、校舎である。1972年に建築された校舎は良好な維持により現在の教育を行うための大きな支障はないが、今後建て替えが必要である。厳しい法人財政の中ではあるが、新しい教育方法、評価方法、学習者特性などを取り入れ、校舎および研修病院という大きな教育リソースの更新を考えなくてはならない。

## 2.8 実践医療と保健制度の連携

### 基本的水準:

卒前教育と卒業後の研修・臨床実践に適切な連携が保証されなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

卒前教育については医学部長、卒後教育については病院長・卒後臨床研修センター長が責任を持っている。医学教育審議会には卒前・卒後教育の責任者が委員として参画しており、かつ大学附属病院では卒前と卒後教育の両方が行われているため連携がとられている。

日本の医科大学は、2004年に初期臨床研修制度が始まるまでは卒業生がそのまま出身大学で研修することが90%以上であったが、本学では当時から60%、現在では約50%である。質の高い医療を実践することで、その医療を学ぶために以前より多くの研修医が外部から集まった。異なる大学教育を受けた研修医を教育するために教育プログラムを充実させたが、その情報は担当者より学部教育組織にもたらされ、卒前教育にも反映される。卒前教育は文部科学省、医師国家試験から卒後教育は厚生労働省が所轄であるため、両者の連携は異なる外部からの規制のなかでの内部連携を必要とする。MDプログラム2011では卒後研修目標も視点に置き、教育アウトカムが構築された。多くの教員が卒前卒後教育に関わっているため、教育組織、教育者、および教育制度が卒前と卒後教育の連携を円滑にするように構築されている。

上述の卒後臨床研修制度では、専門診療科別の教育に偏りがちであった我が国の医学教育の中で、プライマリ・ケア、総合的な医療の重要性を再認識するものである。MDプログラム2011においても卒前医学教育の中で、臓器専門領域別に縦割りによる教育の偏重を是正し、専門診療科に偏らない全体的な総合診療の基本をより重視する構成となっている。すなわち、初期臨床研修では、主要症候から始まって鑑別診断のための検査計画を立てるまでの診断プロセスに必要な知識と基本的な考え方を有していることが求められるが、本学の卒前医学教育では、総合的な診断能力を育成することに重点を置いたカリキュラム構成となっている。

#### B. 基本的水準についての自己評価

大学と研修施設である大学病院は同じ法人の中で運営されており、組織的にも、人材的にも連携が確立している。例えば、MDプログラム2011のアウトカムは卒後臨床研修の目標と連携するように構築された。

初期臨床研修制度では主要症候に対する初期診療が実践できることが目標として定められているが、MDプログラム2011では、それを十分に配慮したカリキュラムとなっており、初期臨床研修において必要不可欠な知識と考え方を修得するように配慮がなされている。

### C. 現状改良に向けた提言

卒前医学教育を女子対象として行ってきた本学の特徴が、卒後教育を共学で行う際に人材交流という形でポジティブに働いている。研修医および教員が様々な大学から集まることにより、教育・研究・診療への様々な刺激がある。今後も多様性の中での創造を維持することが本学の発展につながる。

MDプログラム2011の作成の過程で、初期臨床研修制度との有機的な連携を意識したカリキュラム作成に積極的な取り組みがなされており、評価結果を活用して卒前教育と卒後教育の連携を深めていくための基本構造が出来た。また、教育担当者も両者の有機的な連携の重要性を深く認識しており、改善点について合理的な対応をすることができる。

### D. 問題改善に向けた提言

卒前教育と卒後教育の連携だけでなく、生涯教育との連携も進んでいる。2011年に開設された医療人統合教育学習センターは、卒前教育と卒後教育が独自にあるいは融合して、専門職としての知的学習（コンピュータを用いた事例討論、PBL）、技能学習（シミュレーション教育施設）を行う。卒前・卒後教育に関わる医学・看護学教員が協働してカリキュラム立案・運営を行っている。男女共同参画推進局は、主として女性の生涯学習、離職後のリメディアル教育、研究者育成を目的に2009年に設置された。主として離職中の他大学卒業生が研修している。

評価結果を基に、具体的な内容の肉付けを進めていく制度ができていると言える。また、初期診療において必要な知識のみでなく、アプローチに必要な理論的な枠組みについてもEBM等の学習プログラムによってより充実したプログラムの発展が期待される。

### 質的向上のための水準:

カリキュラム委員会は、卒業生が働き研修する場からの建設的意見・情報を求めるべきであり、また、地域社会からの要望に対して教育プログラムを修正するようにすべきである。

### A. 質的向上のための水準に関わる点検

日本の多くの医科大学と異なり、伝統的に他大学の卒業生を受け入れてきた附属病院では、本学卒業生と他大学の卒業生が混ざり、その中で生じる卒前教育への課題が、卒後研修を担当する教員を通じて提示され、教育改良に生かされている。一方本学の建学理念に沿った制度として、男女共同参画推進局は卒業生を含めて女性医師がどのようにキャリアを生かすかを支援できる組織として設立されている。この中からも、仕事を持ち、家庭や子育てを両立するための智慧や女性医師としての心構えが蓄積され、卒前教育に反映されている。

地域社会からの本学への医療への期待と教育は、主として医療ニーズから反映されている。1960年代には日本で初めて高度専門的医療を提供する日本心臓血圧研究所を設置し、その後多くの臓器系専門医療を提供する医療センター、疾患特異的に治療するセンター（糖尿病センター、がんセンター）、地域からの希望により設立された地域中核病院（八千代医療センター）など、時代と地域のニーズに求められた医療を行い、そこで教育を行っている。

**資料 2-15 : 上田嘉代子先生医学教育論文 (英文抄録)**

上田嘉代子,加茂登志子,佐藤康仁,吉岡俊正. 女子医学生のライフデザイン展望とキャリア継続意識.  
医学教育2010; 41(4): 245-254.

論文内容は著作権保護のため削除した。

**B. 質的向上のための水準についての自己評価**

医学教育審議会、あるいは教務委員会委員は、卒後教育にも関わっている者が多く含まれること、卒後臨床研修センター、医療人統合教育学習センター、男女共同参画推進局などを通して卒業生、他大学出身者からの教育へのフィードバックが行われている。社会のニーズは、医療ニーズとして大学が医療を展開してきた。そのなかで、社会の医療ニーズに基づく教育が達成されている。

**C. 現状改良に向けた提言**

アジア、ヨーロッパ、北アメリカの14大学と教育研究協定を結び、教員・学生の交流をしていること、国際環境・熱帯医学講座を通じた国際貢献/WHOとの連携、医学教育講座を中心とした国際教育質保証、西太平洋地区医学教育連盟（Association for Medical Education in the Western Pacific Region, AMEWPR）活動などで国内だけでなく国際的な医療・医学教育を卒前教育の中に取り込むことが出来ている。

**D. 問題改善に向けた提言**

創立100周年（2000年12月5日）には天皇陛下の祝辞を賜り、女性医師を育てる長年の努力に言及をいただいた。2010年11月18日にはマーガレット・チャン WHO事務局長

が大学を訪れ、本学の建学の精神を参照しながら現代医療に求められる女性医療者の役割について講演し、学生と教職員が本学の意義について強く感じる機会となった。本学の特色は、社会の医療・医学教育へのニーズにも応えるものであり、今後も医療実践あるいは国際活動から教育ニーズを明らかにして、時代に即した教育を立ち上げる必要がある。主として教育の国際交流を行う国際交流室と医学教育学講座、国際環境・熱帯学講座などの国際教育研究活動を行う部門の連携を高め、国際的教育質保証を達成する。

## 3. 学生評価

### 3.1 評価方法

#### 基本的水準:

医科大学は学生評価法・進級（合格）基準を定め開示しなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

医学教育プログラムの中では様々な形成的評価と総括的評価が行われる。形成的評価は主として学習者の省察、フィードバックを通して自己開発を促進し、総括的評価は学習達成度を評価する。本医学部では両方の評価を行っている。

総括的評価はセグメントごとに行われる。第1-4学年では、セグメントの中に様々な科目があり、科目の到達目標を講義・実習・テュートリアルで学ぶので、それぞれの評価が行われる。知識は各科目における教育内容に合わせて記述、ショートエッセー、穴埋め、多選択肢問題等により評価が行われる。実習では指導中の教員による観察、試問、レポートなどで評価されるとともに、科目（授業）試験にも実習内容が出題されることもある。従って、科目の最終評価は科目試験成績と実習評価を統合した評点となる。ただし、いくつかの科目（人間関係教育、基本的・医学的表現技術等）の評価ではA～Dの評語が用いられる。本学では学年制をとっており、第1-4学年ではその学年のセグメントの総括的評価により及落を決定する。

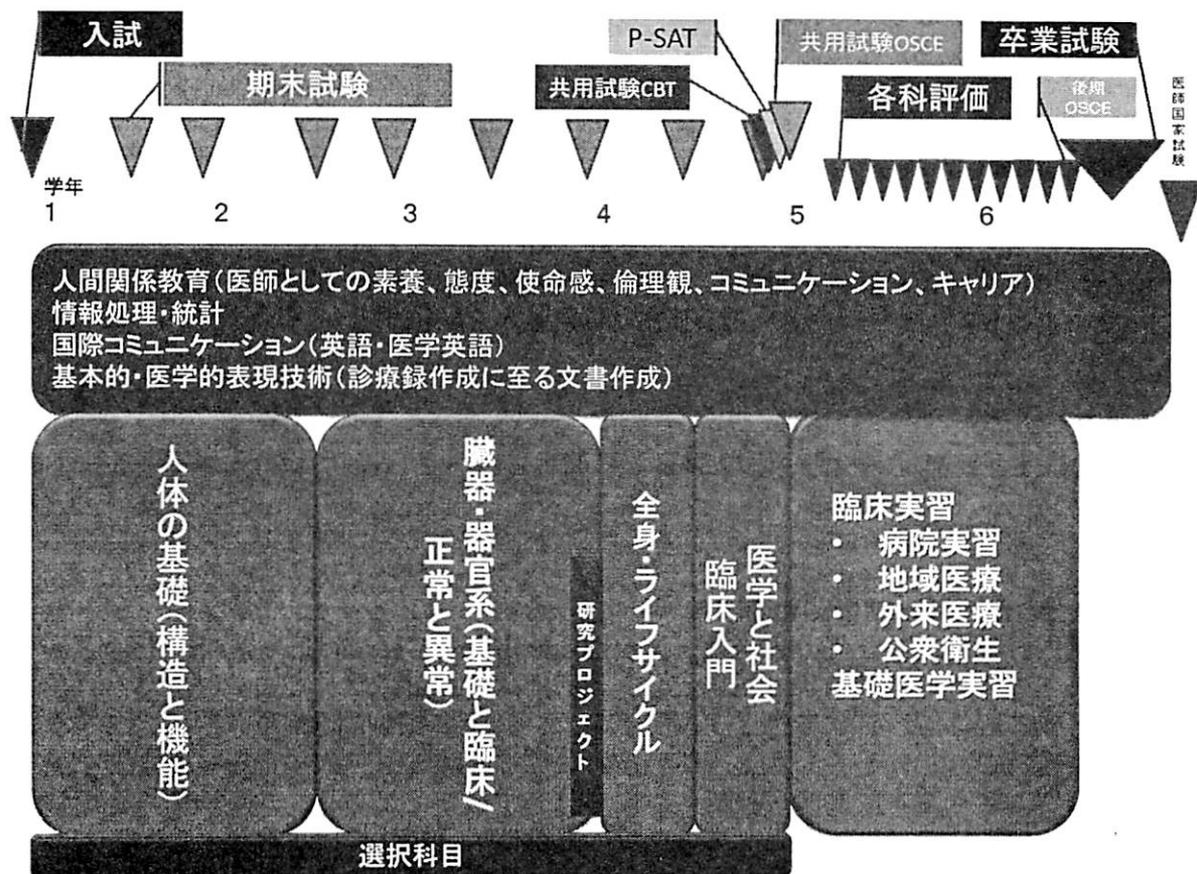
各学年の評価対象科目は学生便覧に明示されている。評価基準は学則第11条および学則第11条関係に関する規程に示され、規程に基づき及落判定が行われる。規程の抜粋を以下に列挙する。年間授業数の2/3以上の出席が受験資格条件である。試験成績は合格を60点（60%以上の正解率）とし、60点未満は不合格となる。評語の場合は“D”60点未満と同等の評価（不合格）となる。試験における不正行為は評点が0点となる。60点未満の者には再試験を課し、60点以上の場合を合格とするが最終評点は60点となる。試験未受験者に追試験を課する場合は、得点の90%を評点とする。なお、テュートリアルは医師となるための思考力・判断力を修得する重要な教育と位置づけ、科目試験とは別に評価される。総合試験およびOSCE評価は、クリニカルクラークシップ型臨床実習（第5,6学年）に必要な知識・技能・態度の評価であり、第4学年の必須進級条件となっている。及落判定は及落基準（内規）に照らして行なわれる。進級が留め置かれる場合（留年）は、平均点60点未満、50点未満2科目以上、60点未満4科目以上、60点未満3科目で、そのうち50点未満1科目、テュートリアルの総平均点が2点未満（5点満点）、特別科目（総合試験問題解決能力試験、総合試験共用試験 Computer-based testing (CBT)、臨床診断学各論共用試験 OSCE) の不合格、のいずれかに該当する学生である。また、これらに該当しないが60点未満が1科目以上ある場合は、教授会での討議により判定する。第5,6学年の臨床実習の評価は、50週間かけて実施する31診療科における観察評価・口頭試問・実習症例レポートなどの結果を評語とし、第6学年6月に行うAdvanced OSCE（後期OSCE）の評価と合わせて判定する。

留年した場合、病気等のやむを得ない理由がない限り3回連続して同一学年を履修することは出来ず、除籍となる。除籍者は数年に一人ぐらいである。

卒業認定は、第6学年までの進級とセグメント10（現在ブロック8）における12領域に分かれた総括試験（多肢選択問題）の評点により認定される。



資料 3-3 : カリキュラムと試験予定全体図



### B. 基本的水準についての自己評価

教育目標に沿って、知識だけでなく態度・技能を含む評価が行われ、評価目的に合わせた評価方法が採用されている。人間関係教育やチュートリアルでは形成的評価も行われ、個々の学生の資質向上のために還元されている。評価方法・基準は学則に明記されている。MDプログラム2011では、各学年の学習要項に科目毎の評価方法が記載されている。また、卒業時コンピタンスー達成のために行う形成的評価の一環としてアウトカム・ロードマップ評価が開始された。本評価では、入学前から卒業までに得られる様々な評価情報(試験点数、質的評価、レポートなど)を組み合わせ、学生個々についてアウトカム・ロードマップに基づいて評価し、学生が次の目標を立てることを促進する。

資料 3-4 : アウトカム・ロードマップ評価マトリックス (別添)

### C. 現状改良に向けた提言

評価を充実させることは、教育の充実には必須である。その取組みの一環として、本学では臨床実習開始前に総合評価するために多くの大学で2007年の共用試験導入時に取り入れている総合試験を1997年の早くから取り入れてきた。これは、人を対象とする臨床実習を行うためには学生が適切な知識・技能・態度を身につけていることを評価すべきという

理念に基づいている。本学では早くから OSCE を導入し、さらに 2 回（臨床実習開始前と卒業前）行なってきた。現在では多くの大学で同様に行なわれるようになってきている。アウトカム・ロードマップ評価は総合的実践力を評価し、各学生の医師としてのコンピタンス開発を促す新たな評価である。

#### D. 問題改善に向けた提言

MD プログラム 94 以前は、評価と教育の連動が希薄だった。MD プログラム 94 となり、教育目標に沿った多様な評価が導入され、MD プログラム 2011 では、多様な評価を統合したコンピタンス評価を目指し、その充実を図る必要がある。従来の評価法では測定できないコンピタンスもあり、評価法の開発導入を継続する。

#### 質的向上のための水準:

評価法の信頼性と妥当性が検証され文書として開示され、さらに新たな評価法開発も行われるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

学内で行われる評価の妥当性・信頼性の検定は全てには徹底されていない。しかし、ほとんどの科目で試験結果の基本統計、識別指数などを評価している。また、科目評価結果は、概ね医師国家試験結果と相関するので、少なくとも医師国家試験にかかわる妥当性は概ね保持されている。しかし本学の教育目標は医師国家試験に合格することを前提に、医師の持つべき基本的知識・技能・態度を具有することである。知識の活用、医師としての判断を伴う技能、専門職としての態度の妥当性・信頼性の検定は難しいが、本学ではテュートリアル、人間関係教育などこれらを培う教育を充実させその評価を厳として行っている。

評価方法を改良するための、評価に関する問題発見と解決は各教育担当組織が行っている。ブロック教育委員会では近年多肢選択問題を改良し、科目試験に反映している。そのために毎年多肢選択問題作成ワークショップを開催している。人間関係教育委員会では、態度・マナー・倫理観・意欲などの定量化しにくい項目の評価法を検討し、2011 年から様々な評価情報を統合して定量的に評価し、総括的評価に反映させている。テュートリアルではテュータの観察評価および総括的評価を行っているが、テュートリアル委員会では評価検討部会を設置し、評価基準・評価項目を見直している。

共用試験 Computer-based testing (CBT) および OSCE においては、外部の監査（モニター）および評価者が加わり、大学間で共用する試験としての公平性、妥当性を担保している。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

6 年間継続して行われる知識習得についての評価は、医師国家試験との相関などからも妥当性・信頼性があると言える。テュートリアルなどの観察評価も複数の教員の評価に基づき最終評価を行うなど妥当性・信頼性について考慮しつつ、大学の教育目標が知識だけではなく考える力、態度、技能を含むことを評価の中でも厳として行っている。このことは、他大学でのテュートリアル教育が形骸化している中で、本教育が継続発展し、教育姿勢が学生のモチベーションにも反映していると言える。

共用試験 Computer-based testing (CBT) の実施では、外部監査（モニター）からは、実施の適正ならびに運営の組織性について毎年良い評価を得ており、OSCE 外部評価者からは、試験実施手順の円滑さが試験信頼度を増していること、学生が全般によく技能・態度を修得していること、大きな問題点・課題はないと評価されている。

### C. 現状改良に向けた提言

及落、卒業認定等に関わる重要度の高い評価では、一般的に妥当性、信頼性の高い評価法を選択している。しかし教育としての評価では、質的評価も学生の学習行動に影響を与えるために様々な評価法を取り入れて行っている。

### D. 問題改善に向けた提言

個別評価（科目毎の評価）だけではなく、一貫評価（アウトカム・ロードマップ評価）を取り入れた MD プログラム 2011 の評価体系は、評価の価値と教育としての有効性を高める。実質化に向けての開発改良の継続が必要である。

## 3.2 評価と学習との連関

### 基本的水準:

評価の基本方針、方法および実践は教育目標と明確な繋がりを持ち、学習促進を目指すものでなければならない。

### A. 基本的水準に関わる点検

医師としての能力の基本となる知識・技能・態度を教育する医科大学として、評価も知識評価だけでなく技能・態度についても目標を設定し評価をしなければならない。日本の医学教育の課題として、医学的知識に重点を置く医師国家試験制度があげられているが、それでもこの制度では信頼性・妥当性の高い定量評価として、知識を多肢選択問題で問う形式の試験が行われている。社会的に医科大学の教育成果として医師国家試験合格率が重要視されることがあり、各医科大学は医師国家試験にあわせた評価を行い、それが学生の学習行動にも表れる。このような傾向に対して、本学は知識・技能・態度教育目標を定め、それぞれの評価を行っている。

医学的知識は医師の基本能力に必須であり、知識を得ることは重要である。知識習得の評価は科目試験・共用試験 Computer-based testing (CBT) ・卒業認定試験では重要度の高い試験として行われ、様々な形式の客観試験問題が活用されている。作問の質的向上も毎年多肢選択問題作成ワークショップ（年一度開催）で図られている。科学的分析・解釈、診断推論、臨床判断などの医師が持つべき知識の活用は、テュートリアル教育、基礎・臨床実習評価に含まれる。第4学年の終わりに実施する総合試験問題解決能力試験

(Problem-solving ability test, P-SAT) は、総合試験委員会が独自に開発した、臨床推論・判断のコンピュータ試験である。この試験は、テュートリアル学習、Team-based learning (TBL) などで学ぶ、医師としての思考力を臨床シミュレーションの中で評価しようとする試みで、4年前から進級要件の評価として採用された。現在、第5学年以降の臨床能力評価との相関を検討しているが、臨床能力評価自体が確立していないので評価法としての評価は今後の課題である。観察評価、レポート評価、OSCE などの既存の評価だけでなく、

OSCEに mini CEX の要素を加味した臨床推論・判断評価など新たな評価法開発も行われている。日本の医学生の問題として、臨床的推論、臨床判断が卒業時まで十分に修得されないことが言われており、教育法と評価法の両方からの改良を行っている。態度教育は、建学の精神・理念からも本学の重要な教育目標であり、人間関係教育カリキュラムを中心として教育と評価を行ってきた。評価にはポートフォリオ、観察評価、授業レポートなどを組み合わせた定量的評価を行っている。

学習を促進するための評価としては形成的評価も重要であり、本学では教育の中に取り入れている。チュートリアル教育においてチュータの役割は教育コンテンツを伝授することではなく、学び方・考え方の自己開発を支援することであると位置づけ、少人数教育の特色を生かし、適宜個人・グループに形成的評価を行うことを義務づけている。個人へのフィードバックは、コメントシートと呼ぶ個人評価文書により行い、グループへのフィードバックは毎回のグループセッションでアセスメントと呼ぶチュータおよびピアレビューの時間を設けている。第4学年後半で行う Team-based learning (TBL) では、事前学習を準備確認テスト (readiness assurance test)、チーム学習をチームテスト、個人のチームへの貢献をピアレビューで評価し、教育目標に沿って評価を行っている。技能評価は、特に臨床技能については OSCE などを早期から行っているが、今後 mini CEX などを含めて総合的な臨床的技能の教育と評価を開発しなくてはならない。臨床実習における臨床能力評価として 2009 年から行われている共通評価シートがある。これは臨床実習中に修得すべきいくつかのコンピタンスを臨床各科ローテーション中共通のシートで評価し、評価基準を学生の能力向上に合わせて行えるようになっている。この評価システムは、医学教育全体のアウトカム・ロードマップ評価のプロトタイプとなっている。アウトカム・ロードマップ評価は、卒前教育全体を通して学生が最終的に到達すべきコンピタンスを理解して、到達過程で省察を行い、自己開発を促進するために行われる。

資料 3-5 : テュートリアルコメントシート

コメントシート

2011年度

学生：番号\_\_\_\_\_ 氏名\_\_\_\_\_ グループNo. \_\_\_\_\_ テュート氏名：\_\_\_\_\_

	学生からテュートへ	テュートから学生へ
第1課題		
第2課題		
第3課題		

必要に応じて余白や裏面をお使い下さい。

資料 3-6 : 資料2-11 参照 (ブロック7【学生用】診療問題解決型臨床実習の達成目標と自己評価臨床実習共通評価シート)

B. 基本的水準についての自己評価

評価は、教育目標に対して行われる様々な学習の達成度を確認するために、本学で行われる教育の全体を網羅している。特に学習を促進する形成的評価が充実しているのが特徴である。

### C. 現状改良に向けた提言

評価は基準に沿って厳格に行われているが、他大学に比べ留年者、卒業延期者が少ないのが特徴である。医師国家試験結果は毎年異なり、90-98%の合格率を推移している。医師国家試験は3日間で600問の多肢選択問題が出題され、外部評価により本学の学生は学力よりも受験の心理的不安に問題があることも指摘されている。国家試験に合格することは最後の要件であるが、医師国家試験合格に傾注することなく、大学の知識・技能・態度を含む教育目標達成を評価することが本学の姿勢である。アウトカム・ロードマップ評価は、大学の教育目標達成とともに教育プログラム評価に用いられる。

資料 3-7：医師国家試験受験・合格状況

年	6年在籍数	卒業数	国家試験受験数	合格者数	本学新卒 合格率 (%)	全国新卒 合格率 (%)
2011	104	103	102	92	90.2	92.6
2010	105	105	105	96	91.4	92.8
2009	96	96	96	94	97.9	94.8
2008	96	96	96	90	93.8	94.4
2007	101	101	101	92	91.1	92.3

### D. 問題改善に向けた提言

コンピタンスを目標とする評価を行うと、単一の指標で評価できないので複雑な評価になる傾向がある。実践する評価方法としての妥当性と信頼性のある評価はまだ確立していない。国内外の情報とも合わせて研究開発を行わなくてはならない。

医学教育学講座は、評価の研究開発も行っており、大学院生を含む研究課題として、医学教育だけでなく、看護学教育、中等教育、生涯教育（専門教育）も研究課題としている。教育に特化した研究組織を有効に活用して、幅広い研究の中から医学教育に適する評価を開発する必要がある。講座で研究を進め、医学部の学生評価に採用、応用された評価として、テュートリアル評価の改良、問題解決能力評価（P-SAT）、臨床実習共通評価シート、アウトカム・ロードマップなど多数の評価が含まれる。今後の評価法の開発・統合等に講座の果たす役割は大きい。

#### 質的向上のための水準:

試験回数およびそれぞれの試験の位置づけ（形成的・総括的などの性格）は、統合的学習・理解を促すために、各カリキュラム単位間で統一されるよう調整されるべきである。学ぶべき情報は過多にならないように調整し、カリキュラムが学生にとって過剰な負荷にならないようにするべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

総括的評価は、教育単位（ブロック、セグメント）毎に行われ、試験期間は学習要項に明示され、教育単位間で評価方法、基準は統一されている。このため、学生は計画的な学習が行える。一方、形成的評価はカリキュラムのなかで適宜行われる。

カリキュラムのオーバーロードは教育内容と評価を医学教育モデル・コア・カリキュラムに沿って行うことで防いでいる。1990年のカリキュラム改訂で、テュートリアル教育を

カリキュラムの約 1/3 に導入した際に、医師として必要な知識は講義で教えることを要件とした。そのため、教育内容を厳選しコア・カリキュラムとして必ず教育を行うことになった。これは後に日本全体で採用された医学教育モデル・コア・カリキュラムのプロトタイプになったが、その原則は継続し、MDプログラム 2011 においてもコア・カリキュラムは講義、必要により人間関係教育、実習などに含まれている。評価も教育内容に沿って行われるので、以前のように学生にとっては専門性の高い内容、基本的医療には重要度の低い内容が評価の対象となることは少ない。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

教育全体を統合した組織で運営しており、評価についても各教育単位で行いながら評価方法、基準は全体で統合化されている。進級判定は、2 つに分かれた各学年の教育単位（ブロックもしくはセグメント）を合わせて判定しており、学年制で評価を行っている。

#### C. 現状改良に向けた提言

学年毎、科目毎の評価の他に、学生が入学時から卒業時まで自己開発すべき教育目標がある。MDプログラム 94 では人間関係教育カリキュラムの評価において主として態度・マナー・専門職意識などについて縦断的评价を行ってきた。MDプログラム 2011 においては、態度・マナー・専門職意識・倫理・キャリアなどを人間関係教育カリキュラムで統合的にかつ縦断的に評価し、さらに文書表現力、情報リテラシー・統計解析力、医学英語・国際コミュニケーションなどを統合的・縦断評価を取り入れている。また、臨床実習の到達目標を MDプログラム 94 のなかで開発導入し、これを教育期間全体にコンピタンス目標として設定したアウトカム・ロードマップ評価を MDプログラム 2011 で導入した。

#### D. 問題改善に向けた提言

個別と統合評価、総括的と形成的評価を組み合わせた MDプログラム 2011 の評価体系は、現在の理想的形態である。しかし、様々なドメインへの評価を行うために、複雑さや信頼性があると、評価が実践されずかつ有効に機能しない。既存の評価システムを最大に活用したアウトカム・ロードマップ評価構築が進んでいるが、新たな評価を加える場合に、評価者の負担、カリキュラムへの影響を考慮しなくてはならない。

## 4. 学生

### 4.1 入学方針と入学選抜

#### 基本的水準:

医科大学は、公明な入学選抜過程を含みどのような人材を入学させるかの方針を持たなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

入学の条件、選抜方法は学校教育法に準拠し明確に規定され、明示され、実施されている。毎年の入学者選抜については入試検討委員会が審議し、方法を決定する。現在の選抜は、指定校推薦・一般推薦・一般入試の三種類である（後述）。入学定員は、前年の6月までに文部科学省に提出することが義務づけられているが、医師数のコントロールを行っている行政側で規定される要素もあり、大学が自由に決められるわけではない。本学は、1971年来入学定員は100名であったが、昨今の医師不足による社会的要請・行政からの依頼により2010年4月入学者（日本では、4月入学（始業）、3月卒業（終業））から110名を定員としている。

毎年の入学者選抜要項は、入試要項を入試の約7ヶ月前までに作成し公開する。入試要項は誰でも購入できる。入学のための要件は以下が概要である。

高卒以上の学歴または大学入学資格検定合格者で、医師・医学研究者となる強い希望を持ち、社会に貢献し、医療を行うのに適切な人格を持ち、生涯医師として自己研鑽する意欲のある人物を選抜する。6年間一貫の医学教育を行うために、学士入学システムは持たない。選抜方法は現在3種類で、各選抜方法による入学者数は年間で若干異なる。指定校推薦は、過去に優秀な学生を一般推薦で推薦してきた高校に対して、1もしくは2名適性のある学生を推薦し、本学は面接で適正を評価し、本人が本学の授業（テュートリアル、講義）を見学・体験して本学への進学を希望した場合、入学を許可する。2011年現在11校を本学が指定校として指名しており、9-15名の指定校推薦枠での入学者が毎年ある。指定校は約5年毎に見直している。一般推薦は、指定校を含む全国の高校で、評定平均4.1

（5点満点）以上の成績を持ち、意欲を持ち本学の教育に適する生徒を推薦し、推薦されたものから適性試験（問題解決・分析解釈）、個人面接、テュートリアル形式グループ面接を行い選抜する。例年60-90名の応募があり、20-30名を選抜する。一般入試は、数学・英語・科学（物理・生物・化学のうち2科目）、適性試験、個人面接により選抜する。例年1,200-1,400名の応募があり約70名を選抜する。入試については、規程に基づき学長・医学部長・教務委員長・学生委員会委員長・医学教育学教授で構成される入試委員会が評価・方針決定を行う。

選抜は厳格に行われ、いわゆる縁故入学、卒業生の子女優先制度はない。入試問題は少数の教員が相互評価を行いながら作成し、実施後の評価が行われる。不適切問題があった場合は、法律により文部科学省を通じて情報開示が行われる。面接は3名以上の複数の教員が行う。

志望者への情報開示は、入試要項、大学ホームページだけでなく、7月から11月にかけて開催される日本私立医科大学協会の合同学校説明会、医科大学受験予備校の学校説明会、大学で開催される推薦入試、一般入試説明会で、大学の教育方針を含めて説明を行っている。

る。また、オープンキャンパスとして大学祭では、学生と教員が協力してテュートリアル  
のデモンストレーションを行い、入学志望者を中心に毎年 100 名以上が聴講している。

資料 4-1 : 2012 推薦入学ならびに一般入学試験入試要項 (別添)

資料 4-2 : 入学者情報

年	指定校推薦 応募者数	指定校推薦 入学者数	一般推薦 応募者数	一般推薦 入学者数	試験入試 応募者数	試験入試 入学者数	入学者 総数	入学 定員
2011	15	15	69	22	1,315	73	110	110
2010	10	9	70	23	1,219	78	110	110
2009	13	13	67	17	1,308	80	110	110
2008	10	10	46	17	1,227	75	102	100
2007	8	8	90	21	1,266	73	102	100

B. 基本的水準についての自己評価

本学部は大学理念、教育方針を入学志望者に様々な方法で開示し、公明な入学選抜過程  
を持ち、本学の教育プログラムに適した人材が選抜されるように努力している。

C. 現状改良に向けた提言

入学要件については毎年検討を行い、制度を見直してきた。特にテュートリアル教育を  
導入するに当たっては、教育の特色に沿って自己主導学習をリードすることの出来る学生  
を選抜するために、一般推薦にテュートリアル形式のグループ討論の面接評価など、選抜  
は教育内容に合わせて行っている。一方で女子教育を行う中で、女性医師が社会でどのよ  
うな環境で活動するかを考え、入学前の地域枠の設定などは選抜の方針として行っていな  
い。

D. 問題改善に向けた提言

私立医科大学と国公立医科大学の学費が 10 倍以上違う現状で、私立大学に入学する学生  
と国公立を目指す学生とは差別化される。また日本では 18 歳人口が減少し、大学全入時代  
となった一方で医師不足から医科大学定員が全国で約 1,000 名増加した。(80 医科大学で  
約 8,000 人の入学者) このような就学環境の中で、女性医師教育を理想的人材のみを選抜  
することは難しい。試験入試では補欠合格制度があるが、例年 30-50 名の補欠合格がある。  
医療への適性のある人材を広く求め、学生の質を保つために多様な選抜方法を採用した。

2012 年新入生からは特待生制度を取り入れ、試験入試成績上位 20 番までは初年度の学  
費を免除する。良い教育を行うために、良い学生を入学させるための施策を継続して考え  
て行かなくてはならない。

質的向上のための水準:

どのような人材を入学させるかの方針は、地域や社会の医療への期待や教育機関の社会的責任に  
沿っていることを適切な社会や専門職にかかわる情報を元に、適宜見直すべきである。期待され  
る卒業生の質と入学選抜および教育プログラムとの関係についても明示すべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

学長・医学部長・学生部長・教務委員長・医学教育学教授が中心となる入試検討委員会では、行政からの養成（医師不足に対する入学定員の見直し）、社会的要請（女性医師のキャリア継続による医療の充実）、社会環境（18歳人口低下、景気の低迷による医科大学への進学希望者増加）などを考慮し、毎年アドミッションポリシーをレビューし、入学者選抜の適正化に努めている。適正化には、入試問題の外部評価、適性試験内容の改良、様々な入学者選抜方法で入学した学生の就学状況の評価を含む。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

良い教育が行われるための重要な因子である学生をどのように志望者から選抜するかは、教育の重要な一部である。社会的要因、行政・法的要因を前提に、大学の教育理念と方針を具現するために学生を選抜している。入学後の学生の愛校心、卒業生からの支持も高く、適正な選抜が行われている。

#### C. 現状改良に向けた提言

医科大学志望者が多い日本の高等教育修学状況は、進学率は高まっても18歳人口が減少し定員に満たない学部も増えている中で、選抜の重要性が保たれている。一方で全国の医学部定員増により、受験者数に対して入学者数が増えており、試験成績で選抜する限りでは、従来より低い試験成績でも合格できる状況になっている。医師の適性として学力、特に新たな学識を得る力は重要であり、入試の成績と医師国家試験成績との相関があるとする報告もある。しかし社会が求める医師は、学識だけでなく、人間性、コミュニケーション力、倫理性、プロフェッショナリズム、協調性、リーダーシップが含まれる。本学の推薦入試制度は、学識を得る力は高校の評価に重点を置き、コミュニケーション力、協調性、リーダーシップ、問題解決力など試験入試とは異なる視点での選抜を行っている。全ての選抜形式では、10-20分間の面接で、人間性など医師となる適性を評価している。

人間形成の中途にある青年期の選抜では、その後に進む人間形成を予測することはできず、様々な選抜方式はそれぞれ欠点があり、入学後のパフォーマンスを完全には予測できない。しかし、留年生が少なく、近年は特にほとんどの学生が医師資格を最終的には得ていることは、入学後の教育だけでなく選抜も社会状況の中で最善の結果を得ていると考えられる。入試検討委員会が毎年分析を行い、分析結果に基づき選抜について継続的改変を行っており、これを継続することが必要である。

#### D. 問題改善に向けた提言

入学志望者の動向、選抜時の成績と入学後の知識・技能・態度や教育方法への適合（パフォーマンス）を評価し、選抜に生かすことが必要である。入試検討委員会では選抜方法と入学後の学業成績について詳しく調査が進み、推薦入試の一部（推薦を受けた高校）、補欠合格者の一部との問題が明らかになり、指定校推薦あるいは特待生制度が導入された。

現在進行するMDプログラム2011におけるアウトカム・ロードマップ評価は入学者選抜の時から始まる。エンrollment・マネジメントの概念を導入し、詳しい分析を行う。全志望者情報、選抜方法別の選抜基準となる評価情報、入学後の知識・技能・態度の評価情報、卒業時・卒業後情報をデータベース化して解析し、入学者選抜に生かす。

## 4.2 学生の受け入れ

### 基本的水準:

入学定員は、医科大学の教育・研修のすべての段階で収容可能な規模でなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

日本では、医学部入学定員は大学が教育キャパシティーに合わせて行政の指導の下に決定するので、大学の自由な裁量で決まるものではない。現在の入学定員は110名で、これは2009年入学者からそれ以前の100名から引き上げられた。定員増は医師不足に対する行政からの要請に基づき、各大学が教育キャパシティーに合わせて決定した。東京女子医科大学は、日本で有数の医学部教員数（助教、講師、准教授、教授あわせて1,393名）を擁し、初期研修医（204名）、後期研修医（563名）が在籍し、教育の人的リソースは豊富である。また臨床実習となる病院・クリニックは、附属の4病院、4クリニック合わせて100以上の診療科、2,000床の入院施設、1日約5,000人の外来患者があり、また地域医療教育に協力する卒業生の医療施設が約100カ所登録されている。臨床前学習環境は、1960年代に定員が120名であった時代があり、講義室・実習室の座席数等は確保されている。しかし、教育方法の変化（少人数教育のための小教室）、教育資源（例えば顕微鏡、学習用パソコン）等は定員増に伴い更新された。定員増となっても、教育の質を低下させずに教育が行われている。ただし、少人数教育がカリキュラムに大幅に取り入れられている現在、これ以上入学定員を増すことについては、さらに検討しなくてはならない。

#### B. 基本的水準についての自己評価

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適正である。入学定員を今後増やす場合は、教育資源の再構築が必要である。

#### C. 現状改良に向けた提言

現在の入学者数を維持することは現在の教育環境で可能であるが、教育一般で進んでいるICTを活用する間接教育、バーチャル教育、あるいはアウトカム基盤型カリキュラムのためのアウトカム評価など教育形態の変化をどのように医学教育に導入するか、そのような教育を受ける適性の評価など、常に教育プログラムに連動した入学者数を検討する必要がある。

#### D. 問題改善に向けた提言

日本の医師数は、人口10万人に対して216人と、先進国のなかでは中位である。医療制度等によって医師数の適正は異なり、人口対比のみでは判断できない。医師の専門性指向に対して総合医が少ないための医療効率、高機能病院あるいは診療科による労働負荷に対する医師の診療科偏在、都市と地方での医師の地域偏在などの要因で医師不足が顕在化した。現在医科大学（4年制のメディカルスクール）新設が検討されているが認可に至ってなく、既存の医科大学が定員を増やすことで対応している。どちらの選択も直ちに医師不足を解消する方策ではないが、医科大学は社会的要請として入学定員を増やした。本学は、教育の質を維持できる最大規模まで定員を増やしたが、今後MDプログラム2011の一部と

して行う入学者の質とパフォーマンス調査に基づき、今後も続く18歳人口の減少に伴う高等教育環境の変化に合わせた入学者選抜と教育改良が必要である。

#### 質的向上のための水準:

入学定員およびどのような人材を入学させるかは、地域と社会の需要に合わせて、適切な教育の協働者も加わって見直しが適宜行われるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

学校教育法施行規則により、大学の入学定員は文部科学省に届け出を行わなくてはならない。行政の方針は、文部科学省医学教育課から文書あるいは説明会などで伝達される。入学定員、選抜については入試検討委員会で方針を決定後、医学教育審議会（医学部教育の統括組織）、教授会・理事会の承認を受ける。理事会は教員以外のステークホルダー（外部有識者を含む）の代表で構成される。また、社会全般からの要請などは全国医学部長病院長会議、私立医科大学協会会議などで厚生労働省、文部科学省、国民の意向、他大学の動向の情報交換が行われ、大学に持ち帰り入学者選抜のための情報リソースとなる。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

入学者選抜方法、入学定員については、大学運営とも関連するため、入試検討委員会で検討された後、教員・役員を含む大学全体で認証する形になっている。入試検討委員会から理事会決定までの過程で、外部、行政、社会など様々な教育の協働者（ステークホルダー）の参画がある。

#### C. 現状改良に向けた提言

入学者選抜は、教育の質維持のための重要な過程であり、様々な教育の協働者の意見を聞きながらも、大学の教育方針・目的を基準に、教育プログラムとの関連において方針を決めなくてはならない。本学は、教育プログラムのなかで医師としての思考力開発を目的としてテュートリアル教育を多く取り入れているので、教育プログラムの特色に合わせた入学定員の設定ならびに選抜を行っている。

#### D. 問題改善に向けた提言

私立医科大学の運営では学費が収入として財務に影響する。しかし大学財務にプライオリティを置く入学定員の設定は教育質保証に影響を及ぼす。日本では、入学定員は行政によりある程度制御されているが、設定した入学定員を守っていても、大量の留年者、卒業延期、国家試験不合格者を持つ大学が少なからずある。このようななかで、医科大学の教育の質を維持するための入学定員の見直しは、教育評価を通じて行われなくてはならない。私立医科大学の運営は、収入のほぼ全てを公費に頼る国公立とは異なり、学費、医療収入に頼る部分が多い。その中で、教育の質保証に取り組み、良い教育を行うことで入学定員を適正に維持しなくてはならない。MDプログラム2011はこの点からも重要な教育改革である。

## 4.3 学生支援とカウンセリング

### 基本的水準:

医科大学は、カウンセリングを含む学生支援プログラムを提供しなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

学習支援は、学生委員会（学生支援に実績のある教員が委員長となり、教授会選出の教授と医学教育学教授、校医で構成）が生活、健康、精神的支援、教務委員会（医学部長、各教育単位委員長、医学教育学教授で構成）が学業支援を行う。

学生委員会には学年担任を設け、担任は学年全学生の面接調査を行い、特に問題のある学生については重点的に対応する。健康・精神面の問題がある場合は校医にコンサルテーションする。問題のある学生は初期にテュートリアル教育の場でチュータが発見したり、臨床実習ではプリセプターが発見したりするので、少人数教育を活用した細かい対応を可能としている。健康・精神面では主に卒業生の内科・産婦人科・精神科医があたる。2011年に健康管理センターが整備され、常設のコンサルテーションルームが確保され、心理カウンセリングも看護学部と共同で実施する体制を整えた。校医へのコンサルテーションにより専門的医療が必要と判断された場合は大学病院各科にコンサルテーションする。学生の保健では、日本では学校教育法により健康診査が義務付けられ、これを実施するほか医学部・看護学部の特性として医療人と同様に感染症対策（胸部エックス線撮影、種々の予防接種）などが行われる。本学部の特徴として、日本の医学部では滅多にない女子学生の出産が年間数名あることである。学生委員は産科とも協力し、学生に負担のない形で妊娠中の授業、産後の学業復帰を支援し、分娩・産後の休学期間の学習の補習と評価を受け、妊娠出産による学業遅延・留年が起こらないように最大の努力を行っている結果、出産に伴う留年・卒業延期は過去10年間起こっていない。このような大学の姿勢は、当該学生あるいは周囲の学生にキャリアとライフサイクルを考える土壌となっている。

学業支援は、学業不振学生に対して教育委員長が対応する場合と、さらに必要な場合は個人のメンターとしてベテラン教員を指名し綿密なコンサルテーションを行う。

経済支援は、学内および学外奨学金制度が充実している。日本では入学金・学費は両親が負担するのがほぼ100%である。入学時に経済的問題がある場合は外部の奨学金制度が利用できる場合がほとんどである。一方家庭の事情で、2年目以降に経済的問題が生じた場合は、学内の特別奨学金制度を活用できる。基金の果実運用により年間3-4名の学費を支援できる。年間の利用希望とほぼ見合っており、経済的条件、学生の学業成績などを評価し支給している。2011年には東日本大震災で被災した学生に奨学金を支給した。

日本の医科大学では学生の課外活動が盛んで、医師としての人間形成の一部として大学は学生委員会を通じて支援している。本学には19の運動部、15の文化部があり、90%の学生が1つ以上の部活に参加している。大学から各部活には学生の運営する学友会を通じて資金援助を行っている。部活には必ず顧問の教員を置き、大学との連携を行っている。運動部には山岳部・ワンダーフォーゲル部も含まれ、安全管理も重要である。山岳部・ワンダーフォーゲル部にはチョモランマ女性登頂隊長の登山家で高地医療の専門家がコンサルタントを務める。

資料 4-3 : カウンセリング実施状況

年	校医（精神を除く） 対応数	精神科校医 対応数	学業支援 対象者数
2011	20	2	3
2010	約 20	約 5	約 5
2009	約 20	約 5	約 5
2008	約 20	約 5	約 5
2007	約 20	約 5	約 5

資料 4-2 : 奨学金利用状況

年	学外奨学金 応募数	学外奨学金 採択数	学内特別奨学金 申請者数	学内特別奨学金 交付数
2011	21	18	7	7
2010	22	19	1	1
2009	18	16	1	1
2008	12	9	1	1
2007	13	10	0	0

B. 基本的水準についての自己評価

学生支援は、学業・生活・健康・精神心理のカウンセリング、経済支援が行われている。

C. 現状改良に向けた提言

健康管理センターの設置により、学生の健康診断、予防接種他の健康情報が集約し、健康・精神心理カウンセリングがさらに充実する。

D. 問題改善に向けた提言

一般の大学では学生個々の問題が、本人の申出あるいは成績評価などの機会に限られる。本学部では、チュートリアル教育の実践によりチュータが週 2 回個々の学生を観察する機会がある。また、臨床実習も少人数で学習するためプリセプターが、学生の様子を見ることが出来る。本学はこの機会を学生支援に有効に活用できるシステムを構築している。出席状況、少人数学習中の態度などがチュータ・プリセプターを通じて教務委員に報告され、学生委員に伝達され必要な対応が行われる。学生委員に校医・精神科医が入り、かつ卒業生の女性医師が担当するため、女子のみで構成される本学の学生がコンサルテーションを受けやすいシステムとなっている。

質的向上のための水準:

カウンセリングは、学生の進歩の様子の継続的観察を元を実施され、学生の社会的・個人的求めに対して行われるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

基本的水準で述べたように、学生支援は個人を観察することから行われている。チューター・プリセプターには、支援を必要とする学生の初期のコンサルテーションを受ける場合があるが、教員への負担を考え、問題ある学生を教務委員を通じて学生委員・校医が早期に検出できる制度になっている。学業を含む支援体制には、支援に適した教員・校医（教員）が担当となり、担当した学生を継続して支援する制度となっている。

また、学校生活全体の社会的ニーズについての支援は、学生クラス代表と学生委員会が年2回共催する厚生懇談会で公式に話し合われ、必要度、あるいは可能性に応じて行動がとられる。厚生懇談会で討議されたことで実践された例としては、自動販売機の設置、教室の椅子の改良、ロッカーの設置、階段手すりの設置、トイレの改良、図書館開館時間の変更、附属病院との連絡バス運行時間の変更など学校生活全体に及ぶ。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

受け身のカウンセリングではなく、個々の問題を早期に発見し対応する積極的支援制度と、個別化された継続的カウンセリング制度が確立している。学生個人だけでなく、クラス全体のニーズを集約し反映する機会が設置されている。

#### C. 現状改良に向けた提言

女子医科大学としての特徴あるカウンセリング制度を持っている。

#### D. 問題改善に向けた提言

健康管理センターに集約される情報により、個別化された健康、精神心理カウンセリング体制は個人情報保護が保たれながら充実すると考える。また、健康、精神心理面での大学の教育環境についてもフィードバックが得られると考えられる。

学業支援については、MDプログラム2011におけるアウトカム・ロードマップ評価が個人の支援にも活用できる。継続的評価により、学生の問題の根源、計画的対応が可能になると考えられる。

## 4.4 学生の教育への参画

### 基本的水準:

医科大学は、学生の代表者について、およびカリキュラムの計画、運営、評価、および他の学生関連事項への学生の参画についての方針を持たなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

1990年度のカリキュラム改革には、学生の公式・非公式のカリキュラム改良への参画が含まれた。公式のカリキュラム策定についての参画は、学年毎にカリキュラム委員が3名任命され、前期後期のカリキュラムあるいは前年度のカリキュラムについてクラスの意見を集約し、年2回のカリキュラム懇談会で医学部長、教務委員長、教育委員長（ブロック8名、セグメント10名）とで検討する会議で、非公式の機会は各ブロックで任意に行われるアンケート調査である。

カリキュラム懇談会では、個々の授業に対する要望だけでなく、カリキュラムの順次性、講義・科目の必要性、教員の授業方法、教材、授業時間などカリキュラム全体にわたる。懇談会での討議内容は、教育実践を担当する教務委員会に報告され、学生の視点だけでなく教育全体の視点で再検討を行い、教育改善に役立てられている。

非公式の機会に行われる教育評価でも、テュートリアルの方法、新規教育（例えば Team-based learning (TBL)）の評価・改善点、授業実習の方法についての学生からの評価を得ている。なお、教員の授業評価は、各学年で教員が受けることになっており、評価結果は教員が自己の授業改良に役立てるとともに、評価内容を教務委員長に報告する公式の教育評価となっている。学生を公式にカリキュラム構築に参画させることが定着し、学生が自発的にカリキュラム評価を教員に申し出ることがあり、医学教育学講座が対応している。2004年には2名の第4学年学生が、テュートリアル教育卒業生のパフォーマンス調査を行い、2007年に論文発表を行った（資料2-3、2-4）。2011年には2名の第4学年学生が学生時代のテュートリアル教育についての意識変化を検討する研究計画を立て、解析を実施中である。

教員研修にも学生が参画する。学外からの参加も多い学内テュータ研修会（テュートリアル教育経験のない教員が、テュータ実践を学習するFD）には学生代表が模範テュートリアルを行う。他大学のテュートリアルについてのFDで、研修教員のために模範テュートリアルを過去10年間で3回行った。

#### B. 基本的水準についての自己評価

本医学部において教育への学生の参画は、方針として公式に実践されているだけでなく、本学の教育を真剣に考える学生の非公式な参画が質の高い教育を発展させている。

#### C. 現状改良に向けた提言

本学の学生はテュートリアル教育についての意識が非常に高い。大学祭では必ずテュートリアルデモンストレーションが行われ、毎年第1-4学年で委員が決まる。第4学年は教員の指導を受けながら、自主的に課題作成、テュートリアルグループセッションの準備を行い、第3学年が実際にデモンストレーションを大学文化祭で行う。テュータは教員が当たるが、教室準備、実施教室に収容出来ない見学希望者のために他教室に同時中継するための機材運用は第1-2学年が共同で当たる。毎年100名以上の見学者があり、本教育についての質問もあり、学生がポスターを用いたりして回答している。大学の教育の質への姿勢がこのような例でも学生に浸透している。

#### D. 問題改善に向けた提言

学生が教育に参画する場面を今後さらに増やすことが必要である。「教えることは学ぶこと」であることから、臨床現場で上級生が下級生に教える、あるいは上級生が教育プログラムについて未経験の学生に下級生が今習っていることの意義を伝えるなど、様々な授業外での教育を充実することが教育の質的向上につながる。

#### 質的向上のための水準:

学生活動や全学学生組織は奨励され促進すべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

機能する学生自治会活動が行われている。学生自治会は学友会が全体を統括し、クラブ活動、大学祭などを運営している。学友会には教員が会員として入り、会長は学長、副会長は教員代表と学生学友会会員の2名で構成される。学友会には、大学から活動費が出されるが、学生が財務管理・監査を行い、毎年総会で認証を得る。

このような課外活動支援体制と大学の奨励により、学友会から予算を受ける正式なクラブ活動として部がある。文化系と運動系の部がある。予算を受けない、結成早々あるいは少人数のサークルは同好会として登録が行われる。部および同好会には顧問の教員がついている。運動部の多くは、東日本の36の医科大学が合同で開催する東日本医科学生総合体育大会（東医体）に参加する。本大会は参加者数が約15,000人で、日本全体で開催される国民総合体育大会に匹敵する大きな運動大会である。4大学が共同で主管し、学生が中心となって運営される。東京女子医科大学は学生の8割が運動部に所属し、東医体の女子競技に参加する。東医体は過去53回開催され、本学は第1回大会である関東医科大学総合体育大会第1回に参加している。その後女子部門ができた第3回より継続して参加し、過去15年の間に8回優勝し、総合成績でも（男子競技に全く参加しないで）最高6位になった実績がある。文化系クラブでも、写真展（写真部）、オーケストラ（室内楽団）等に医療系大学間での交流があり、学生が社会とともに他の医科大学を知る機会になっている。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

学生の自治組織は整備され、学生の自主的運営に教員組織が支援している。学生の課外活動は大変盛んで、他大学との違いの一つとなっている。学年間の学生交流、社会活動を通して医療とは異なる社会での経験、他の医科大学生との交流を通じ、医師としての人間形成に寄与すると考えられる。

#### C. 現状改良に向けた提言

本医学部の学生自治会、課外活動の活性は非常に高い。

#### D. 問題改善に向けた提言

過度の課外活動が学業に影響する例も少なくない。クラブを掛け持ちし、様々な責務を負ううちに自己学習時間がなくなる事例、クラブ活動をテュートリアルグループセッション後の自己学習時間に行う事例などがあり、学生に医学生としての本分を再度周知させる必要がある。

医学部間に限られた小さな社会に活動が入り込む場合、一般社会からの視点を忘れる場合がある。東日本大震災の際に開催されていた東医体を直ちに中止できず大学から指示をした事例、社会的に電力が逼迫しているなかで医療に電力を回すことを社会が容認した環境で、電力を消費する学生の大会を開催するなど、社会人としての意識を教育する場として学生の自主性に任せるだけでなく、教育介入が必要である。

## 5. 教員

### 5.1 任用指針

#### 基本的水準:

医科大学は、教員の種別、責務、そしてカリキュラムを適切に実施するための医療系および非医療系教員の比率、常勤および非常勤教員の比率についての任用指針を持たなくてはならない。それぞれの立場の教員の責務は明確に規定され、任用指針に反映されるよう常時検討されなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

基本的な教員構成は職員組織に関する規程で、職位、それぞれの役職の人数が定められている。本規程は1977年に制定され、教育・研究・診療の状況に合わせた規程が複数設けられた。教員の基本構成は、教授、准教授、講師、助教であり学校教育法の定める役職である。基礎系および臨床系の教室（講座）責任者は原則として教授であるが、学部教育だけでなく研究分野として、大学院を担当する講座にあっては医学部独自の役職として、主任教授がその任に当たる。さらに医学部独自の役職として、臨床教授、臨床准教授、准講師の制度がある（役割については後述）。学部教育には直接関連しない研究を主体とする大学院分野には、大学院教授が設置されている。日本の大学教員雇用制度は、採用後は定年（本学では65歳、助教は60歳）までのいわゆる永久雇用制度であったが、近年任期付き雇用（いわゆるノン・テニュアトラック）を採用する大学が増えてきた。本学では、制度としては任期（1もしくは5年）を定めて採用する教員に関する規程として整備されているが（1年任期の役職は特任教授、特任准教授、特任講師、特任助教と呼ばれる）、寄附講座（外部からの研究資金により期間を定めて設置する研究組織）と助教の一部以外では実行されていない。2012年1月より、テニュアトラック制度と称し、5年間の任期の間に業績を積んだ准教授・講師には任期なし雇用に移行させる制度を導入した。

教育に係わる non-faculty として、医療練士（医学部卒業後3年目以降で、5年間の高度な臨床専門領域の研修）、後期研修医（初期研修医終了後の3年間の専門領域の臨床研修）、前期研修医（医学部卒業・医師国家試験合格者が研修指定病院で2年間行う義務化された臨床研修）が含まれる。これらの臨床医は、学生の臨床実習の際に直接指導に当たることがある。

教員の責務・採用基準（リクルートメントポリシー）は人事規程教員選考基準に示されている。概要を以下に示す。テニュアトラック教員も同じ要件が求められる。

役職	教育	研究	診療	社会貢献	審査法
教授	講義・実習・ チュートリアル・臨床教育・卒業教育・生涯教育（FD）などの実績	特に優れた研究能力と実績 （原著論文数、IFなどの基準を満たす） 博士号を有し、基礎12年、臨床14年以上の研究歴	優れた診療能力と臨床経験・実績 （基礎医学・一般教育系教員は要件に含まれない）	社会貢献の実績	人事権者の推薦、人事案件評価委員会での要件審査、主任教授会でのプレゼンテーション後に投票による決定と理事会の承認

役職	教育	研究	診療	社会貢献	審査法
准教授	講義・実習・ チュートリアル・臨床教育・卒後教育・生涯教育（FD）などの実績	優れた研究能力と実績 （原著論文数、IFなどの基準を満たす） 博士号を有し、基礎6年、臨床8年以上の研究歴	優れた診療能力と臨床経験・実績 （基礎医学・一般教育系教員は要件に含まれない）	社会貢献の実績	人事権者の推薦、人事案件評価委員会での要件審査、教授会でのプレゼンテーション後と票決、理事会の承認
講師	講義・実習・ チュートリアル・臨床教育・卒後教育・生涯教育（FD）などの実績	研究能力と実績 （原著論文数、IFなどの基準を満たす） 博士号を有し、基礎4年、臨床6年以上の研究歴	専門領域の診療能力・臨床経験 （基礎医学・一般教育系教員は要件に含まれない）	社会貢献の実績	人事権者の推薦、人事案件評価委員会での要件審査、教授会でのプレゼンテーション後と票決、理事会の承認
准講師	学生教育への参画	助教に準じる	助教に準じる	助教に準じる	人事権者の推薦、人事案件評価委員会での要件審査、教授会での承認
助教	教育に参画する意志と意欲	研究を行う意志と意欲	専門領域の診療能力 （基礎医学・一般教育系教員は要件に含まれない）	社会貢献を行う意志と意欲	人事権者の推薦、人事案件評価委員会での要件審査、教授会での承認
主任教授	講義・実習・ チュートリアル・臨床教育・卒後教育・生涯教育（FD）・大学院生指導などの実績	教授に準じる	教授に準じる	教授に準じる	主任教授会で選ばれた選考委員による選考委員会が行う公募あるいは要請により応募した候補者について選考委員会、主任教授会で審査、主任教授会の投票により決定後、理事会が承認
臨床教授 （基本職位として教授、准教授、講師である必要がある。）	基本職位（教授、准教授、講師）の要件	基本職位（教授、准教授、講師）の要件	特に秀でた臨床能力 臨床教育力	基本職位（教授、准教授、講師）の要件	人事権者の推薦、人事案件評価委員会での要件審査、主任教授会でのプレゼンテーション後に投票による決定と理事会の承認
臨床准教授 （基本職位として准教授、講師である必要がある。）	基本職位（准教授、講師）の要件	基本職位（准教授、講師）の要件	秀でた臨床能力、臨床教育力	基本職位（准教授、講師）の要件	人事権者の推薦、人事案件評価委員会での要件審査、主任教授会でのプレゼンテーション後に投票による決定と理事会の承認

役職	教育	研究	診療	社会貢献	審査法
大学院教授	大学院生に対する研究指導力	特に優れた研究業績と研究におけるリーダーシップ実績	なし	なし	学長の推薦、大学院研究科委員会での審査・決定、理事会の承認

これらの教員が大学スタッフとして果たす役割は、各教員の所属する部署によって異なる。一般教育（物理・生物・化学・語学）では学部教育と研究、基礎医学教室は学部教育と研究、臨床教室は診療・臨床教育・研究、大学院では研究と大学院生教育と、全ての教員が社会貢献の役割を持つ。各教員の教育・研究・診療への比重は、教育業績、研究業績、臨床業績などで定量的に評価され、採用、昇格審査時に評価が使用される。本学では、全教員は大学所属で、附属病院所属は研修医および医療練士である。このため、日本最大級の附属医療施設を持つ本学の特徴として、臨床系教員が多い。各部門の教員定数は、講座が教授1、准教授1、講師1、助教4であるが、実際は講座の規模、臨床実績などで大幅に異なる。大学スタッフ配分が、診療体制によって決定される要素が高いことが特徴である。これらの臨床系教員は、教育にも参画することから本学ではテュートリアル教育などの少人数教育に教員を配置できる（年間テュータ数182名）。

#### 領域別教員人数（2011年4月1日現在）

役職	臨床系	基礎系	一般教育
医学部教員総数	1,238	139	16
(内訳) 教授	107	26	2
准教授	92	11	4
講師	127	22	2
准講師	81	6	—
助教	831	74	8

### 1. 2008-2010年度教員数（医学部）（2010年度事業報告書 p.19）

#### (1) 教員数

<医学部>

(2010年5月1日現在 単位：人)

年度	教授		准教授		講師		非常勤講師		助教		助教のうち 准講師（再掲）		計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
2008年度	94	18	97	18	89	58	133	128	628	427	(37)	(28)	1,041	649
(計)	112		115		147		261		1,055		(65)		1,690	
2009年度	85	20	94	16	87	55	151	141	572	371	(45)	(36)	989	603
(計)	105		110		142		292		943		(81)		1,592	
2010年度	89	17	92	21	86	50	141	138	574	367	(51)	(37)	982	593
(計)	106		113		136		279		941		(88)		1,575	

<看護学部>

(2010年5月1日現在 単位：人)

年 度	教 授		准教授		講 師		非常勤講師		助 教		計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
2008年度	1	9	3	11	0	10	10	21	1	19	15	70
(計)	10		14		10		31		20		85	
2009年度	1	8	3	12	1	13	11	7	0	14	16	54
(計)	9		15		14		18		14		70	
2010年度	2	9	3	10	1	14	13	11	0	15	19	59
(計)	11		13		15		24		15		78	

<看護専門学校>

(2010年5月1日現在 単位：人)

年 度	専任教員		非常勤講師 (学外)		計	
	男	女	男	女	男	女
2008年度	0	17	2	13	2	30
(計)	17		15		32	
2009年度	0	18	4	11	4	29
(計)	18		15		33	
2010年度	0	18	4	10	4	28
(計)	18		14		32	

B. 基本的水準についての自己評価

本医学部は特色ある教育プログラムを実施するための人的資源を持つ。アカデミックスタッフの採用、昇格については基準に基づいて評価が行われる。

教員の役割が分化する中で、学校教育法に定める役職だけでなく教育・研究・診療のいずれかに特化したいくつかの役職を設けて柔軟な教員リクルート制度をとっている。

C. 現状改良に向けた提言

日本の大学では、教員の研究、医療系大学では臨床が重要視され、教育についての配分・評価は比較的比重が低かった。近年一部の大学では、教育・研究・診療の比重を教員自身が選び評価を受ける制度を採用している。本学では、定量的配分による評価は行っていないが、採用・昇格に当たっては教育・研究・診療・社会貢献についての評価を行っている。また、教員は研究ならびに診療実績報告の他に、教育実績報告を行うことが義務づけられ、オンライン登録システムも導入されている。統合カリキュラム、チュートリアル教育、Team-based learning (TBL)、mini CEX、アウトカム基盤型カリキュラムなど日本における革新的教育を先導した教育風土が、教員の教育への参画への意識が hidden curriculum として浸透している。

#### D. 問題改善に向けた提言

教育・研究・診療についての柔軟な学内役職を設けたことで、それぞれの分野の活性が高まるが、一方で教員人事が複雑化している。教員の役割、役職、定員などについては、職員組織に関する規程、医学部教職員組織に関する規程、基礎教室の定員に関する内規、他のいくつかの内規、臨床職制に関する規程などに分散し、矛盾がある。人材の適正配分と教育プログラムと大学管理運営の中での人材管理から体系を整える必要がある。

#### 質的向上のための水準:

任用指針は、教員の科学的、教育的及び臨床的特性に基づく任用基準、機関の理念と使命、経済的至適性、現場の特性に基づき構築されるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

基本的水準で示したように、教員の採用・昇格は明確な教育・研究・診療の審査基準により選考される。教員の役割により、学部独自の役職が設けてある。本学の建学理念である女子教育については成文化された教員採用基準はないが、大学文化として浸透している。20世紀には女性の入局を認めない診療科が日本国内で広く認められた。本学では、卒前から卒後教育の場面で女性の入局を認めない診療科・基礎教室はない。採用された教員の医学教育、特に卒前医学教育への参画は教員の採用された部署の状況によって異なるが、教育業績登録、採用・昇格時の教育業績評価、そして本学が教育に力を入れ、かつ高質の教育を行っていることの国内での評価が、教員が教育に参画することへのためらいを軽減していると考えられる。例えばテュートリアル教育のテュータは、一般の医科大学では通常授業を受け持たない助教・准講師が主体である。年間180名を超えるテュータが配置される教育が20年以上継続し、その間に教育責任者、教員が多く替わっていったことから、医学教育への教員の意識は高く、採用・昇格の際のプレゼンテーションにも多くの場合、言及される。

#### 資料 5-1 : 採用・昇格に係わる教員教育業績基準

教職員昇格、採用準拠基準（自著論文）

主任教授	選考基準に依る
教授	15編（A またはB4編、内A1編を含む）
助教授	10編（A1編またはB2編を含む）
講師	5編（A またはB1編を含む）

（原則として自著論文とする。但し、共著論文は1/2編相当とする。）

## 資料 5-2 : 助教・講師・准教授・教授採用・昇格申請書類

### 一般教育教員の昇格・採用準拠基準

#### 1. 教育評価

一般教育ならびに人間教育に関し、以下の条件を満足すること。

- 1) 高い教育的情熱を有していること。
- 2) 本学の教育方針を支持し、教育にあたることができること。
- 3) 教育実績を有していること。

#### 2. 研究評価

- 1) 英文、和文を問わず、研究成果を証明する文書あるいは記録があること。  
ただし、数については教員昇格、採用準拠基準に準拠すること。
- 2) 研究成果を証明するものとしては、以下のものがある。
  - a. 研究論文
  - b. 著書
  - c. 評論
  - d. 翻訳

ただし、学会抄録のある学会発表も加味する場合もある。

### 一般教育教員の昇格・採用の決定方法

下記の事項をもとに学長が、候補者を教授会に推薦し、承認を得る。

1. 業績  
一般教育教員の昇格、採用準拠基準による。
2. 面接  
学長、医学部長および学長の指名する1名の教員が担当する。
3. 推薦状

## B. 質的向上のための水準についての自己評価

建学の理念、教育目標を包含した教員採用・昇格、業績評価基準が明示され、評価基準によって審査が行われる。文書・数値によって示される基準だけでなく、大学の教育への姿勢が採用あるいは昇格する教員に伝わっている。

## C. 現状改良に向けた提言

女子教育を目的に創立され、建学の精神を維持している本学が求める教員をリクルートメントポリシーとしては文書化されてはいないが、本学の特色は国内ではよく知られている。一方、教員として求められる教育・研究・診療・社会貢献のリクルートメントポリシーは明示されている。

## D. 問題改善に向けた提言

私立医科大学として良い教育と診療を行い、医学の進歩に貢献する研究を通じて社会に貢献するためのリクルートメントポリシーを持っている。一方で、それぞれの役割が分化

する中で、様々な学内役職が設けられ、国内最大級の診療を担う人材をリクルートしている。卒業生だけでなく、様々な背景（卒業大学）から人材が集まるのが日本の他大学に無い本学の特色である。組織の中で多様性を持つことが、教育・診療・研究のポテンシャルの多様性を持つことになる。多く約700名の定員の医科大学に1,000名以上の教員が在籍することは、人件費率が高い結果を生んでいる。2012年に開始されたテニユアトラック制度は、研究者が期間内に実績を上げ、実績評価のもとに任期なし教員として雇用されることから、本制度の活用により生産性の高い人材を登用できる。

## 5.2 教員に関する指針

### 基本的水準:

医科大学は、教育、研究、他の用務を各教員がどのように割り振るか、教員の研究業績と教育能力を中心とした学術的実績の認知についての明確な指針を持たなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

基本的なスタッフポリシーは、人事諸規程に包含される。教育職に関する人事規程には、教員選考基準、任期を定めて採用する教員に関する規程がある。大学での服務については服務規程が整備されている。

教育・研究・診療における具体的な各スタッフの役割は、人事権者である部署長が定める。人事権者は、教育職の採用・昇格に当たってはその人物についての教育・研究・診療について新たな役職で求めること、当事者はその求めの中で自分が新たな役職の抱負を文書として提出し、採用・昇格の審査資料として提出が義務づけられている。准教授・教授はさらに教授会・主任教授会において自分の業績とともに抱負をプレゼンテーションする。新たな役職に就いた後は、自己の業績登録あるいは次の昇格などで結果を評価される。

2011年には、オンラインの研究教育業績登録システムが導入され、個々の教員の業績が登録され、大学ホームページ上で公開された。

診療能力開発は主として各診療科が行い、専門領域の学会認定医、専門医、指導医などの制度に従ってFDが行われる。病院としては、医療安全講習会を開催し全教職員の参加を義務づけている。

#### B. 基本的水準についての自己評価

教育・研究・診療のバランスは教員個々によってその比重が異なる。大学は個人の能力と意欲を認識しながら、組織としての役割を教員個人と部署長が了解してバランスをとるシステムをとっている。

2011年より教員研究業績と教育業績が公開され、大学ホームページで閲覧出来るようになった。個々の教員の実績が透明化されている。

#### C. 現状改良に向けた提言

大学としては教員の教育・研究・診療についてのポリシーは、各部署でのニーズに基づいて提示されるものを評価し認証している。一方、大学全体として教育・研究・診療それぞれに重点を置き、かつ全体としての統合を図るために学内に様々なポジションを設け制

御している。大学院教授、臨床教授などの学内制度は、学長が中心となる管理運営上の教育・研究・診療のバランスをとるために活用される。

#### D. 問題改善に向けた提言

教育・研究・診療のバランスは、医科大学では常に課題となる。大学全体のポリシーだけでは解決できない場合が多い。診療を主体とする医師も、教員として雇用される日本の医科大学においては、バランスが特に課題となる。本学でも1,000名を超える教員の9割は臨床系教員である。大学教員である限り、教育は全教員の責務であることが本学のポリシーである。学校教育法に定められる教育は学部教育であるが、本学のポリシーは卒前、卒後、生涯教育であり、大学教員はこれらのいずれかの教育を担うことが求められ、採用・昇格の際は教育についての期待あるいは抱負を示すことが義務づけられている。2010年に定められた大学の将来計画（ビジョン2015）では東京女子医科大学教員の目標像を規定している。今後目標像に定める教育・研究・診療・管理運営・社会貢献に沿って教員の役割のバランスと評価が行われることが、本学の建学理念に基づく教育・研究・診療の達成につながる。

#### 資料 5-3：ビジョン2015 東京女子医科大学教員の目標像

「先進的、全人的かつ安全な医療の追求を通じて、  
ともに、世の人々の健康に貢献するひとを育成する」

#### 質的向上のための水準:

教員に関する指針には、教員としての研修・自己開発、教育についての報奨制度が含まれるべきである。各カリキュラムでの学生と教員の比率、教育関係組織に教育担当者が参画することも考慮されるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

教員は、教育・研究・診療において定期的な評価を受けるとともに、採用・昇格時には審査を受ける。教育業績については、年間の実績を担当授業時間、実習（基礎・臨床）時間、チューリアル時間、卒後教育担当時間などの教育に携わった時間、教材開発、教育研究、教育講演による量的評価と、授業評価による質的評価が行われる。研究業績については、研究費取得状況、学会発表、論文発表を毎年業績評価として報告する。学位取得は人事記録として残され、また講師以上は学位を持つことが採用・昇格要件である。研究業績は省令に基づき学外に公開される。診療実績は、研修医は研修記録、スタッフは診療録記録に基づく診療実績の記録が行われる。診療部長については、5年ごとに診療部長としての評価を受ける。

採用・昇格審査については5.1で述べたが、2009年から教育職（助教以上）は採用・昇格時に教育・研究・診療の目標を記載することになった。目標に基づいて、それぞれの教員が専門領域で適切な役割を果たすことが出来るだけでなく、次の昇格の際は目標達成あるいはその努力が評価対象となる。

Staff development (SD) のために医学部は教員の教育・研究・診療能力開発のための様々な機会を提供している。教育については、22年間54回継続中の「テュータ養成プログラム」にほぼ教員が参加するFDとなっている。研修目標は、チューリアル教育にお

けるチュータとしての教育法を学ぶ研修会であるが、本学の現在の中核となる教育法であること、本教育を理解するために医学部全体の教育システムを理解しなくてはならないこと、多くの教員にとって教員主導の受動型学習から学生主導の自己開発型能動学習の教育が未経験であることから、チュータ担当予定者だけでなく、教育の責任者となる新採用の講師・准教授・教授は本プログラムを受講することになっている。過去 2,500 名が受講している。他の FD は学部および研究会委員会レベルで行われており、以下に FD のリストを示す。

研修会名	目的	対象	開催頻度 (回/年)	年間参加者 (人)
チュータ養成 プログラム	大学教育理念・目標・ テュートリアル教育・ チュータ実践	チュータ予定 者、新任教 員・学外公開 (学外参加)	2	100
ブロック・セグメント チュータ研修	各ブロック・セグメント のテュートリアル教育 法・チュータ実践	テュートリア ル担当教員	5	144
客観的問題作成講習会	共用試験 CBT を含む 多肢選択問題作成講習会	全教員	1	50
OSCE 評価者講習会	5 年および 6 年 OSCE 評価法の講習	OSCE 評価者	2	200
問題解決型臨床実習 ワークショップ	能動的臨床実習を行う ための各科での知見と 評価法共有	臨床実習責任 者	1	50
研修指導医講習会	卒後研修医の指導者 講習会	卒後研修指導 者・学外公開	2	72
研究科委員会 FD	大学院教育の知見共有	研究科委員	2	74

FD として開催される上記の機会以外に、本学では教育組織（各教育委員会）に常に新たな教員を任命し、教育開発・運営については On-the-job-training (OJT) 方式で教育を行っている。また、医学教育学講座では独自の FD を開催している。一つはマイクロティーチング研修で、年に約 8 回、毎回 3 名の大学内全教職員を対象に講義を行う能力開発を行っている。過去 5 年間で 55 名が受講した。また英文論文作成指導も行っている。

研究についての FD は、大学全体としては東京女子医科大学学会が学会誌を発行し、また年 3 回の学術集会を開催している。このうち 1 回は大学の理念を教員・学生が意識するための機会として、建学者の命日に、本学の理念、建学の精神に基づいた基調講演が行われる。基礎医学教室は、年 2 回ほどオープンラボを開催し各教室での研究を公開している。また臨床・基礎各教室が主催し、学内外で行われる研究会・学会は法人イントラネットあるいは文書で学内情報公開が行われ、興味のある研究者・臨床医が参加できるようになっている。

Staff development (SD) における学生の参画は、主として 2 つの制度がある。一つはカリキュラム懇談会で、4.4 で説明したように年 2 回開催される。この会議では、カリキュラム全体について学生の視点からのフィードバックだけでなく、講義・実習における個々の教員についての学生の希望が出され、教育委員長を通じて各教員にフィードバックされる。もう一つは授業評価である。本学では各教員が担当する授業科目で 1 回以上授業評価を行うことが義務づけられ、自己評価を行い教育委員長に報告することになっている。テュートリアルのチュータ担当教員は、担当グループ学生からのフィードバックが行われる。これらの機会を通じて教員の教育能力向上を図っている。

各教員のカリキュラムへの参画は、医学教育プログラムに係わる多くの教育委員会に多数の教員が参画することで達成されている。これらの委員会はカリキュラム目標に沿って、実際にどのような教育運営を行うかを考える組織で、多くの場合、講師・准教授・教授（支援委員会と呼ぶ分科会では助教・准講師）が参画する。統合化されたカリキュラムを実施するために、学部横断的な教育組織が構築され、それに多くの教員（総数約1,393名）が参画しているため、教員あるいは教育現場の状況が教育プログラムに反映されるようになっている。これらの教育組織への参画は、教員の教育業績として反映されることが教育参画への教員のモチベーション向上となるとともに、junior facultyが参加することでFDの機会ともなっている。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

大学教育を行う教員として、医科大学の教員構成の特殊性のなかで教育機会、FD、教員評価を通じて、大学としての教育力を高めるポリシーと制度が整っている。教育者としての教員報奨制度は、チュートリアル教育に優れた能力と実績を持った教員の報奨制度（アンドロメダ賞）がある。本学のチュートリアル教育の創始者が制度完成直後に他界したときに、七夕の短冊に書かれた辞世の言葉「アンドロメダを目指して本日も船は航海中」から命名された本賞は、教員とチュートリアル教育で優秀な成績を持つ学生が、毎年入学式の際に数名表彰される。教員学生ともに本学の教育への姿勢と風土を強く感じる機会となっている。

#### C. 現状改良に向けた提言

教員研修・自己開発の目標と開発支援、教員に対する報奨制度が整い、卒前・卒後・生涯教育を担当する医科大学教員としての意識と意欲が涵養されるように制度を充実させている。

#### D. 問題改善に向けた提言

教育・研究・診療の中で教育の評価が難しく、評価を教員の教育能力改善に生かすことが必要である。大学は評価制度を導入し、様々な教育能力開発研修機会を提供している。評価に基づき、自己目標を立て、自己開発に必要な研修を通じて教員個々の教育能力が向上するシステムを構築する必要がある。

## 6. 教育資源

### 6.1 施設・設備

#### 基本的水準:

医科大学は、教員と学生数にあわせてカリキュラムを適切に実施するための十分な施設・設備を持たなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

本学は、690名の医学部学生（ただし現在入学者から定員を増やしているため、690名となるのは2015年）、94名（医学研究科83名、共同大学院11名）の大学院生、204名の初期研修医、563名の後期研修医の教育のための施設、設備と教育体制を整えている。

学部基本教育施設としては、河田町キャンパスに中央校舎（9665.98㎡）、北校舎（3789.98㎡）を中心に、弥生記念講堂（700名収容の講堂）、臨床講堂（200および150名収容の2室）、佐藤記念館および本部棟テュートリアル室（24～57㎡の小教室11室）、1号館臨床技能研修センター（シミュレーション教育施設、358.49㎡）を持つ。中央校舎には、第1-4学年が着席して講義を受けることの出来る講義室（4部屋、各164.15㎡）、選択授業などで学年半分が授業を受ける中教室（2部屋、各79.99㎡）、多目的実習室（6、7、8階各約163.88㎡～279.13㎡）、ICTならびに組織・病理実習（バーチャルスライドを含む）用の大実習室（279.13㎡）、図書館（蔵書96,536冊、座席数118、938㎡うち52㎡はパソコン端末を学生教職員利用するための情報科学室）、基礎医学各研究室、学務課事務室、学長室がある。北校舎には、人体解剖実習室（34台の解剖台）、解剖模型室（46.45㎡）、病理・法医学解剖室および関連研究室などがある。学部教育での大きな割合を占めるテュートリアル教育のためには、専用の学習室が学内に34部屋用意されている。各教室は、コピー白板（フラッシュメモリー機能付き）、討論用9角形机、LANと接続した端末が設置されている。このうち1室は医学教育学教室に教育研究開発用として設置され、教室内の録音・録画装置、観察用のハーフミラーなどが設備される。これら小教室の一部は、臨床技能教育の際にも用いるために、診察台、眼底鏡なども設備されている。他の教育機器としては、基礎医学系で用いる実習用機器（生理、生化学、微生物、薬理、情報統計等）、学生用臨床学習機器（心電計、スパイロメトリー）、シミュレーション教育機器（救急蘇生、AED、心臓循環器、肺、眼底、耳道、静脈採血、新生児、心音、分娩、乳腺等）、パソコン端末（クラス全学生が使用できる、LANに接続し、computer-based testing（CBT）システム、バーチャルスライドを備えた端末）が充実している。第4学年には iPod touch が配布され、診療技能を学ぶための動画を学生が場所を選ばずに学習できるため、学生からは大変好評を得ている。ネットワーク環境としては、各教室には学生が使用できる無線LANが設置され、法人イントラネットあるいはインターネットに接続することが出来る。学内ネットでは、学生ポータルサイトを通じて授業予定、授業目標、配付資料ならびに授業変更がリアルタイムに掲示される他、学生個人の呼び出し等も大学から学生の携帯・パソコンに通知される。日本の個人情報保護の方針から、紙による掲示は行われなくなった。ウェブを介した情報としては、図書館のサービスとして文献検索、図書貸し出し状況の検索などが教職員・学生が行うことが出来る。オンラインの自己学習システムとして、画像（エックス線、MRI、心電図）学習システム、医学英語（ボキャブラリー）学習システムが正課に取り入れられている。生涯教育としての基本的リメディアル教育（離

職医師の再学習) システムは、文部科学大臣賞を受賞し、無料で学生・医師・コメディカルに公開されている。第1-4学年各教室にはレスポンスアナライザーが設置され、問題出題と回答だけでなく多様な使用法により双方向性授業を可能としている。

臨床教育は4カ所の附属病院、8カ所のクリニックを中心に行われる。それぞれの診療科数、ベッド数、医師数を以下に示す(患者数については資料1-1に記載)。

附属医療施設名	診療科数	ベッド数	医師数
本院	46	1,423	938
東医療センター	27	495	211
八千代医療センター	31	355	76
青山病院	16	84	13
成人医学センター	12	—	24
膠原病リウマチ痛風センター	8	—	42
東洋医学研究所	10	—	4
女性生涯健康センター	8	—	5
青山女性・自然医療研究所	2	—	4
遺伝子医療センター	—	—	3

それぞれ、地域医療、地域拠点病院、専門医療、高度先進医療などの特徴を持ち、豊富な教員リソースを持つ。国内外の大学附属医療施設、あるいは卒業生のクリニックなど多彩な臨床現場が臨床教育のリソースとなる。

#### 資料 6-1 : 主な教育施設と設備

施設名	キャンパス内所在	収容人数	主な設備・特徴
大講義室 (4 教室)	中央校舎	120	黒板、マイク、液晶プロジェクター、50 インチプラズマディスプレイ、レスポンスアナライザー、OHC、DVD プレーヤー
臨床講堂 I	弥生記念講堂地下	240	階段教室、白板、マイク、液晶プロジェクター、DVD プレーヤー、OHC
臨床講堂 2	弥生記念講堂地下	150	階段教室、白板、マイク、液晶プロジェクター、DVD プレーヤー、OHC
ICT 中教室	中央校舎 5 階	55	1 室のみ U 字型座席配列 (双方向授業用)、ガラス白板、3 面液晶プロジェクター、OHC、マイク、落書き用壁、遠隔会議システム
中教室	中央校舎 4 階	55	黒板
小教室	学内各所	34	フラッシュメモリー機能付きコピー白板、テュートリアル用 9 角形机、シャーカステン、パソコン (DVD) 端末、各種模型、一部の部屋では診察台、眼底鏡
9 階 ICT/形態実習室	中央校舎	120	収納式 PC 端末、顕微鏡、プラズマ

施設名	キャンパス内所在	収容人数	主な設備・特徴
			ディスプレイ、大型液晶プロジェクター、OHC、顕微鏡像配信システム・バーチャルスライド配信システム
8階実習室	中央校舎	120	生化学系実習室
7階実習室	中央校舎	120	微生物免疫系実習室
6階実習室	中央校舎	120	生理・薬理系実習室
解剖実習室	北校舎地下	120	解剖台、ホルマリン換気装置
臨床技能研修センター (シミュレーションラボ)	1号館3階 1号館地下1階		多目的実習室、手洗い実習台、診察台、心臓血管系診察シミュレーター、呼吸音シミュレーター、心音シミュレーター、採血シミュレーター、眼底検査シミュレーター、耳鏡検査シミュレーター、心音シミュレーター、救急蘇生シミュレーター(成人、新生児)、気管内挿管シミュレーター、直腸診シミュレーター、皮膚縫合モデル、乳癌モデル、血圧計等
図書館	中央校舎2/3階	120	原書96,536冊、雑誌119,098冊、検索用端末3台、閲覧用座席120席
図書館情報科学室	中央校舎3階	30	Windows 端末35台、Macintosh 端末3台、汎用プリンター2台、プレゼンテーション用大判プリンター1台、汎用スキャナー2台、フィルムスキャナー1台

MDプログラム2011においては「研究プロジェクト」カリキュラムがある。これは、学生が一定期間学内の基礎・臨床・その他の研究施設で自分の決めたテーマで学習・研究を行う機会であり、第3学年後期に正課として設定してあるがその前後に学生が自分の時間を使って研究期間を延長することが出来る。このカリキュラムのために基礎教室だけでなく、臨床研究・研究室、大学附属研究機関の研究室などが学習の場となる。大学附属の研究機関には以下の施設がある。

施設名	施設面積	専任研究者数	主な研究
先端生命医科学研究所	7,180.48 m <sup>2</sup>	51	中に東京女子医科大学・早稲田大学連携先端生命医科学研究教育施設を含み、早稲田大学・東京女子医科大学・共同の3つの大学院を持つ。 再生医療・医療工学の最先端研究と臨床応用
統合医科学研究所	559.05 m <sup>2</sup>	4	疾患感受性遺伝子の探索と疾患発症メカニズムを中心とした疾患ゲノミクス研究を行っている。対象疾患は多岐にわたり、次世代シーケンサーを用いたシーケンス解析やaCGHを用いた細胞遺伝学的解析を行っている。

施設名	施設面積	専任研究者数	主な研究
総合研究所	1,251.59 m <sup>2</sup>	4	本学の研究全般を支える共同利用施設で、汎用および先端機器を備えている。また、スタッフによる独自の研究を推進している。

## B. 基本的水準についての自己評価

本学部は、医学教育を行うのに適切で十分な施設と設備を備えている。教育の特色に合わせた施設と設備を持つことが特徴である。チュートリアル教育を、第4学年までのカリキュラムの約1/3に取り入れているために、学生がお互いに教え合いながら学ぶための小教室が、学生の人数に合わせて設置されている（週2回2学年が同時に行うために、34室必要）だけでなく、学習形態に合わせた教室レイアウト、設備が設置されている。能動学習を促進する教育はチュートリアルだけでなく、通常の講義でも設備として考えられており、レスポンスアナライザーは個々の学生の能動思考を教員と学生が共有するツールである。

臨床実習は、診療施設として特色のある病院・クリニックで行われるが、臨床研修として十分なリソースを備えているだけでなく、電子化された診療録を学生IDで制限の基に関連記入できるなど臨床教育機関としての設備を備えている。

## C. 現状改良に向けた提言

教育研究設備は基礎臨床医学の進歩、医師への社会的要求によって医学教育が変革するのに合わせた改変が必要である。本学は1990年にチュートリアル教育を導入した際に、多くの少人数教室が必要となった。大都市の狭い敷地にある医科大学でスペースが非常に限られる中教育目標とプログラムに合わせた施設設備の改変を行い、現在はチュートリアル教育だけでなく Introduction to clinical medicine (ICM) 教育にも活用できるように改良を行った。教育設備は、単に ICT 化するのではなく教育目標に沿って必要な改良を行っている。

## D. 問題改善に向けた提言

教育設備ならびに小さな施設は教育に合わせて更新していくことが出来るが、校舎・病院などの大型教育施設は経費・ボリュームの点から中長期的な更新となる。本学の校舎ならびに使用中の病院建物では築後約50年経過したものもある。地震の多い日本では大型建築物は耐震機能を持つことも求められる。この半世紀間に建築工法、建物全体の設備、耐震機能などが進歩している。また病院機能は建物に付随する部分も多く、設備改良だけでは現代医療に至適化出来ない部分がある。過去5年間に最新の機能・耐震性を備えた病院建物（河田町メインキャンパス内総合外来センターおよび第1病棟、附属八千代医療センター）が計画的に建築され教育・研究・診療機能を果たしているが、校舎、他の建物も順次更新して行かなくてはならない。建物更新は学部決定事項ではなく、法人決定事項であるが、学長・医学部長が中心となり2011年に大学建物更新のための検討会議が開かれ、新たな建築計画が検討されて、2012年以降に実施予定である。

### 質的向上のための水準:

学生の学習環境は、定期的な更新や教育実践の展開に応じた拡張により改善されるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

基本的水準で述べたように、教育プログラムに合わせた施設設備の改良が継続的に行われている。ICT中教室では、学生が発想をその場で共有できる落書き壁、PCからの画像と白板を同時に使用できるガラス白板、座席レイアウトなど先進的実験的試みが行われている。中央校舎9階実習室パソコン端末、講義室レスポンスアナライザーなども既製品を導入するだけでなく教育ニーズならびに最新の情報を基に構築されている。教育施設・設備開発が、ベンダーの視点ではなく教育者あるいは学生視点で行われるために、医学教育学講座が情報収集・企業との合同開発を行っている。医学教育学講座が改良を行ったチームベーストレーニング用のレスポンスアナライザー（教室設置型と異なる移動型）は、共同開発を行った企業が全国の大学に提供している。

一方、年度ごとに生じる教育ニーズに合わせた備品の充実も必要である。医学部が年間に購入する教育備品は約5億円（約6,300,000US\$）で、大学経費および経常費補助金（公的補助金）が用いられる。このほかに教育に必要な、消耗品・消耗備品（20万円

（2,510US\$）以下の備品）は教育予算として計上されるMDプログラム予算から拠出される年間のMDプログラム予算は、約1億円（約1,256,000US\$）である。これらの購入は、前年度の事業計画で医学部が予算化し、大学経理部と協議後理事会が承認する。予算執行後は学校教育法に基づく会計監査が行われ、適切な予算執行が評価される。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

医学教育として先進で最適な教育施設・設備を開発して導入することが長年実践されている。教育環境を最適にするための予算が確保され、単に製品を購入するのではなく有効に活用するための至適化をする開発力を持ち、予算の適正な計画と執行を評価する制度が確立している。

#### C. 現状改良に向けた提言

明確な教育目標を持ち、特色ある教育プログラムを行っている本学では、教育に合わせた施設設備を持つ必要がある。MDプログラム2011においては、特に臨床入門、臨床実習の充実が行われるので、必要な施設設備を検討し導入する。

#### D. 問題改善に向けた提言

今後もICT発達による教育方法の変化が予想される。教室のレイアウト、授業録画配信、シミュレーション教育の高度化、臨床情報のリアルタイムでの教育活用など設備やシステムだけでなく、施設の改変が必要になる。20世紀に建築された校舎、病院を21世紀使用にするための計画と計画の実行が必要である。そのためには経営基盤の安定により、設備投資を可能とする財務改善が必要である。2010年は帰属収支が7年ぶりに黒字化したのが、まだ大学の財務体質は盤石ではなく財務改善を継続して行わなくてはならない。

## 6.2 臨床訓練のための資源

### 基本的水準:

医科大学は、適切な臨床経験を積むための、十分な患者数と臨床訓練施設などの必要な資源を確保しなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

日本の医学部では臨床トレーニングは6年間の医学教育の一部である。このため臨床教育資源については、6.1で詳しく述べてある。学生は第1-4学年までの間は不定期に臨床現場での学習があり、これはいわゆる早期臨床体験教育である。これらの臨床前教育を含めた医学教育での臨床教育資源として、本学は大きな教育診療施設を持つ。河田町の東京女子医科大学病院は単独の病院としては日本最大規模で、入院患者、外来患者、手術患者数とも国内五指に入る。病院内に循環器、呼吸器、腎、消化器、内分泌、糖尿病、母子センターを持ち、さらに病院内の別組織として国内がん拠点病院の一つであるがんセンターを持つ。また治験拠点病院にも指定され、日本で最大数の治験が行われている。トランスレーショナルリサーチとしての病院機能は外科系も含まれ、大学附属の先端生命医学研究所とリンクしたオープンMRI、ロボット手術室も持つ。心、腎、膵臓の脳死移植施設認定を受けており、生体腎移植数は我が国でトップである。このような最先端医療を学べる東京女子医科大学病院とは別に、荒川区にある東京女子医科大学東医療センターは地域密着型の病院として地域医療を学ぶ医療環境を持つ。河田町から約50km北東にある附属八千代医療センターは、地方都市の中核病院として地域医療、救急医療、新生児医療など地域のニーズに応える自己完結型の医療を学ぶ研修施設となっている。これらの3病院は、それぞれ独自の卒業研修プログラムを持っており、全国から研修医が来るので学生が他大学卒業の研修医から学ぶことも多い。青山病院は、成人病やがん健診、循環器疾患、消化器疾患など内科系の比較的重症度の低い患者がゆったりと入院できる医療施設で、また、泌尿器科結石手術、睡眠障害ラボなど大都会における特色ある医療ニーズのなかで医療が行われている。附属の4病院のほか、日本最大の患者数を持つ膠原病リウマチ痛風センター（病棟は東京女子医科大学病院内）、漢方治療を中心とする代替医療を行う東洋医学研究所、女性を対象とした医療を行う女性生涯健康センター、都内のターミナル駅の一つとして様々な人が往来する渋谷地区での外来と健診医療を中心とする成人医学センターなどのクリニックも学生実習の場であり、また卒業に行われる初期臨床研修でもこれらのユニークな臨床施設での研修を選択することも出来る。

#### B. 基本的水準についての自己評価

医科大学は医学生が臨床の中で学ぶための幅広い研修リソースを持つ。それぞれの医療施設が独自の役割を持ち、その役割の中で最良の医療を提供していることが医学生の学習の場として適した環境となっている。卒業生が多く働き、自分のライフサイクルの中でキャリアアップを継続している、日本では他にはない大学病院は、学生が自己のキャリア、将来のロールモデルを見つけることの出来る On-the-job-training (OJT) の場となっている。

### C. 現状改良に向けた提言

多彩な医療施設を持つことが本学の医学教育の強さの一つである。MDプログラム2011において臨床教育がさらに充実し、卒業時に達成すべきコンピタンス（アウトカム）を修得出来る環境はすでに整っているため、教育内容・教員開発を継続しなくてはならない。

### D. 問題改善に向けた提言

新カリキュラムにおいては地域の実地医療も基本的診療能力の一つに含まれる。本学の医療施設には地域医療・プライマリ・ケアを行う施設もあるが、地域住民が最初に訪れるクリニックは含まれない。日本の医療システムでは、かかりつけ医、家庭医の制度はなく、患者はクリニックでも大学病院でも自由に選べることから、大学病院でもプライマリ・ケアは行われるが、地域クリニックの医療を学ぶことも医学教育で必要である。本学では、第3学年（MDプログラム2011では、第3学年と第5学年）に卒業生のクリニックで学習する機会、第4、5学年で医師会との協力で新宿区（大学キャンパスがある地域）の開業医のもとで地域医療を学ぶ機会を設けている。これらの地域医療を学ぶリソースを今後も増やし、定員の増えている医学生が研修できるように施設は指導者の育成を図る必要がある。

2011年に文部科学省が中心となってまとめた医学教育モデル・コア・カリキュラムには僻地医療の学習について触れてある。本学では研修はなく、社会医学系授業で学生が学習するのみである。しかし、選択として国外の途上国での医療協力があり、また国外交換留学制度も活発であり、僻地医療とは異なるが、文化、機構の異なる世界での医療を学生が学ぶ機会が設けられている。

### 質的向上のための水準:

臨床訓練施設は、地域とその周囲の人々の需要に即した臨床訓練が実施されるよう構築されなくてはならない。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

附属の医療施設は、大学キャンパスの周囲ならびに50km離れた衛星都市にあり、地域とその周囲に存在するだけでなく、地域医療を研修する卒業生クリニックは全国に散在し（日本の4つの島、main islands 全て）、さらに国外研修の場もあり広範な医療圏での学習も可能としている。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

本学部は幅広い医療のニーズを満たす臨床研修のリソースを持つ。

#### C. 現状改良に向けた提言

幅広い医療研修のリソースを持つことは、一方で学生が在学中に全てを学習できる以上の臨床教育リソースを持つことを意味する。基本的臨床技能とコンピタンスを学びながら、学生がどのような医師になりたいかを明確にして学ぶことで、この潤沢な教育リソースを有効に活用できる。

#### D. 問題改善に向けた提言

本学医療施設は東京という地域特性の乏しい都市の中でも、特色のある医療を展開し、衛星都市、地方、あるいは新宿・渋谷などの繁華街での地域特性のある医療を学ぶ機会だけでなく、二次・三次医療、専門医療を必要とする疾患の先進医療から終末医療、臨床研究まで広い領域の医療が行われている。これらを全てが臨床医学リソースとなる。しかし、選択が広すぎて学生が限られた臨床実習期間内で全てを学修することが出来ない。学生からは、広く見学したいという希望が多くあるが、教育目標であるコンピタンス達成のためには、On-the-job-training (OJT) となる参加型の研修が必要である。基本的臨床能力を達成するための臨床教育プログラムが、様々な領域、地域、場所で行われる臨床実習の中で共通に形成される必要がある。

### 6.3 情報通信技術

#### 基本的水準:

医科大学は、情報通信技術を評価し、教育プログラムの中で効果的な活用なされるための指針を持たなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

新技術と言うよりは、すでにツール化した ICT は教育に広く活用されている。ICT による情報公開が進む中、情報管理が重要になっている。本学では、東京女子医科大学における個人情報の保護に関するガイドライン、東京女子医科大学における情報公開の指針により個人情報、電子情報管理などについて教職員・学生が遵守すべき基本を定めている。一方で医学教育プログラムにおける ICT の活用は、明文化されたポリシーはなく、必要・目的に応じて導入され、遵守事項等も策定されている。実社会で ICT 活用がツール化し、全学生が携帯電話を持ち、インターネットを活用する日本の社会環境では、教育・診療に係わる情報保護等がポリシーとしては重要である。個人情報保護法に基づく文部科学省の解釈として、学生の試験あるいは成績に係わる情報を掲示することは不適切とされ、本学では試験結果、個人の呼び出し、授業時間変更など学務関連情報は全て学生ポータルサイト・インターネットを通じて個人のパソコンまたは携帯電話に通知される。

#### B. 基本的水準についての自己評価

ICT およびそこに含まれる情報を適切に管理するための諸規定が整備され、教職員・学生に開示され励行が求められている。医学生として学生にも適切な情報管理が求められる。過去学生による大きな過誤・事故は無いが、患者情報管理の適切性などの事例はあり、そのたびに学生には注意を行っている。

#### C. 現状改良に向けた提言

ICT による情報公開が進み、教育情報も学生教員が広く活用できるようになったが、大学としては情報管理について十分配慮する。規程を定めるだけでなく、情報処理教育、倫理教育、医学概論等で個人情報、臨床情報について学生の周知と実践を促している。

#### D. 問題改善に向けた提言

ICTの効果的使用については、時代的・技術的進歩があり、ポリシーよりも現実的な対応が行われている。国外の大学では講義を全て配信してユビキタスな学習を目指している例もあるが、現在のところ講義で使用する教材、内容、設備についての基盤が不足していることから本学では実施していない。また、配信された講義を聴くことで、学生が講義に出席しなくなる事例も多く報告され、これをICTの適切な活用とは必ずしも言えないことより慎重な教育方針の決定が必要である。一方で、授業で提示される莫大な情報量に学生がついて行けず、個人用教材として提示される授業でのパワーポイントを学生がウェブ経由でダウンロード出来ることを望む声も多い。教員が教材を情報管理の原則に沿って作成し公開することはFDとして必要であるが、実践の文脈で、実践的な教材を提示することが出来なくなる危惧もあり、情報管理・教材作成についてさらなるポリシーを定めることが必要である。

#### 質的向上のための水準:

教員と学生が、自己学習、情報アクセス、患者管理、医療実践の中で情報通信技術が活用できるように環境が整備されているべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

個人で活用する情報・コミュニケーションツールは学生・教員個人で準備することが原則である。大学は、教育研究に必要なICTの整備を行う。

現在学生・教職員には大学のメールアドレスが与えられ、教育研究用に大学のeメールシステムを用いることが出来るので頻用されている。学内LANへのアクセスは、端末毎に設定され学生にもIPアドレスが振られる。学内LANは診療情報システムとは別に構築されているので、医師・医療者はそれぞれのIDで診療情報ならびにオーダリングシステムにアクセスする。東医療センター・青山病院を除く、附属病院の診療情報は電子化され、オーダリングシステムは全病院でシステム化されている。学生もそれぞれのIDでログインすることにより、実習中の診療科の患者情報を閲覧できる。また診療情報の一部として学生独自の記入が出来るシステムとなっている。

学習用のICTは、本学では現在eラーニング、保存された講義などで学習するよりも、教員がロールモデルとなり、実践の中で学習し、知識だけでなく態度・マナー・専門的態度を育成することを主体としているので、ICT技術は補助的に用いている。正課に取り入れられているeラーニングは、多くの事例の経験が学習効果につながる画像解釈のための学習ツール、時間数の少ない正課授業のために自己学習を進めるための医学英語ポキャララー学習ツールである。正課外でのラーニングツールとしては、生涯学習・リメディアル教育ツールがあり、文部科学大臣賞も受賞したツールを利用して、学生が自主的に基本的な臨床知識・技能を自己学習できる。レスポンスアナライザーは、RFID付きの学生証を端末に置くことにより、教員とクラスに着席（出席）確認が出来、さらに10肢択1から複数選択までの問題の解答を入力できる機器で、第1-4学年の教室に設置してある。Yes/Noの単純な設問から、答えあるいは解釈が複数ある選択までを個人レベルで教員あるいはクラスが共有することから、双方向性の授業を行う上で大変効果的である。2012年のシステム改良により、講義中に学生個人が端末を操作することにより、内容の理解・不理解をリアルタイムに表示できるようになった。授業改善に役立つと考えられる。

2011年に導入したバーチャルスライドは、組織・病理の学習において学生が画像を共有しながら双方向性に学ぶために大変好評で、教材作成が急がれている。このように本学の教育へのICT導入は、教育に活用し効果が期待できることを中心に行われている。

テストシステムは評価の信頼度を高める上で役に立つ。一方学内で行われる試験は様々な形式があり、必要に応じて導入している。全国医科大学が共同して行う共用試験は導入時から computer-based testing (CBT) が行われ、評価方法、内容、結果分析が全国レベルで行われることから信頼度も高く、他大学と同様に本学でもハイスタークスの評価として利用している。本学の臨床前教育で目標とする臨床的な分析解釈判断については、教育法とシンクロナイズした computer-based testing (CBT) システムを独自に開発した。ハイスタークスの試験に対して、教育の中で教員が簡単に学生の理解度を調査できる評価でも ICT は活用されている。上記のレスポンスアナライザーは学生の回答情報をデータとして保存できることより、Team-based learning (TBL) の評価や授業理解度あるいは授業評価に活用されている。

大学が提供する情報としては、図書館情報がある。最も頻用されるのは文献検索システムで、研究者が利用の主体となる。本学図書館では、外部の日本語および英文論文検索システムを導入し、研究者・学習者の利便を図っている。また蔵書検索ならびに貸し出し状況検索システムも外部から利用できる。2009年より Up to Date とも契約を行っており、医師・学生・コメディカルが自由に活用できる。図書館を通じての情報発信としては、学内での教育研究情報を機関リポジトリというシステムで学外に無料公開している。公開しているのは東京女子医科大学学会誌あるいは教材などである。テュートリアル教材（本学では課題と呼ぶ）は、本学が常に開発改良を続けていることから各大学が参考としたいという希望が多く、大学の社会貢献としてリポジトリを通じて無償で公開している。

情報処理の教育は現在第1学年で行われているが、MDプログラム2011では学年縦断教育として、一般的情報処理・コンピューターリテラシーから、生物・医学統計・疫学等を学びながら、情報を取り扱う医療者としての責務を教育している。

## B. 質的向上のための水準についての自己評価

ICTに極端に傾注することなく、一方で必要な施策と技術応用が行われている。ICTにより厳格な出席管理が可能であるが敢えて行わず、学生が自主的に授業に出席し能動的に学ぶことを学習の基本としている。実習・テュートリアルの出席はほぼ100%、講義では60-90%であり、大学で行う授業・実習を通じて学生が学ぶという本学の基本的な姿勢が維持されている。

## C. 現状改良に向けた提言

ICTを用いた教育の発達の一方で個人情報保護、著作権保護などで教員が用いる教材を自由に学生が閲覧できる情報が限られている。学生には情報の管理の重要性を理解する機会として、全ての情報が公開できないことを学んでもらっている。国際社会で情報保護の倫理感が異なる国もあるが、日本では厳しいぐらいの制約が法的にも設けられている。国際間での違いを理解しながら、日本における倫理を守ることもICTの活用である。

## D. 問題改善に向けた提言

2010年代はICTの「Cの時代」となり、common, cloudなどがキーワードと言われている。国内だけでなく、学内における情報基盤の共通化が必要である。教室と病棟のRFIDのカード上の感知場所が異なる、電子診療録が附属病院間で共通化されていないなど、2000年代のP (personal, private) の時代のシステムである。教育情報および診療情報が適切な管理の下に共有化されることが、今後の教育・研究・診療の発展に必要である。

日本では診療録（電子診療録を含む）に学生が記入することに、安全管理面から危険視する考えが少なくない。医学的思考力に加え学生が適切な文章表現が出来るために、本学では学年縦断教育として「基本的・医学的表現技術」を導入した。本教育の On-the-job-training (OJT) として、臨床実習で学生が診療録を作成することが促進されることが期待される。

## 6.4 研究

### 基本的水準:

医科大学は、研究と教育を関係づけながら発展させる指針を持ち、研究施設ならびに大学として重点をおく研究領域を明示しなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

日本では大学が教育研究の最高学府として位置づけられ、本学も学校教育法に基づき教育と研究を関連づけながら発展してきた。研究の視点からは、本学は大学院および附属研究所を持つことが特色づけられる。大学院は研究を通して教育を行う使命を担い、両者の接点と位置づけられる。本学大学院医学研究科では主要な基礎・臨床講座が大学院分野を併設するとともに、いくつかの目的に特化した分野を設置し、大学院生の教育とともに若い研究者を育成している。世界的な臨床研究としては、近年実用化された埋め込み型人工心臓エバハートは重症心不全患者が人工心臓を装着したまま社会復帰を可能にし、心移植の待機時間の長い日本で長期使用を可能とする医学と工学の連携した画期的研究である。このことで本学には開発から臨床試験、製造販売承認までに係わるトランスレーショナルリサーチを実施する研究基盤が整っていることが示された。

大学には主要な研究所として、先端生命医科学研究所、統合医科学研究所、総合研究所が設置されている。先端生命医科学研究所は、医学と工学の融合による新しい領域の研究が行われている。前身となった研究室を含め40年以上の歴史を持つ本研究所は、2008年に東京女子医科大学早稲田大学連携先端生命医科学研究教育施設（Tokyo Women's Medical University - Waseda University Joint Institution for Advanced Biomedical Sciences, TWIns）を新設し最先端の研究環境を整えた。同研究所は医用工学を基盤に発展し、現在人体の様々な細胞を特殊な方法で培養し、再生医療に応用する基礎臨床研究を行っている。内外で注目される本研究は、過去5年間毎年約10億円（約12,560,000US\$）程度の外部研究資金を獲得し、臨床に必要な組織培養ファクトリー構築などトランスレーショナルリサーチを含んだ大型研究プロジェクトとして発展している。その他手術ロボット、高機能手術室などの研究も外部の大型研究費を取得し、臨床応用のための研究が行われている。先端生命医科学研究所は、大学院先端生命医科学系専攻において、大学院教育にも参画している。TWInsには日本最大の理工学部の一つである早稲田大学理工学部の一部が設置され、医学と工学研究が行われているほか、両大学による東京女子医科大学・早稲田大学共同先端生命医科学専攻も設置され、新しい科学技術を医療に適用することにより真の患者・社会への利益・幸福を具現化するために、新技術と人間との調和および関連する諸問題を科学的根拠に基づいて解決しようとする分野“医療レギュラトリーサイエンス”を掲げて、新しい科学技術を医療に適用することにより真の患者・社会への利益・幸福を具現化するために、新技術と人間との調和および関連する諸問題を科学的根拠に基づいて解決できる人材を育成している。

統合医科学研究所は、2005-2009年に約50億円（約62,800,000 US\$）の外部資金により運営された International Research and Educational Institute for Integrated Medical Sciences (IREIIMS) の後継組織として2010年に開設された。研究所はIREIIMSの研究成果としてのゲノム研究の発展として、癌、先天性疾患のゲノム関連研究および学内外へのゲノム解析サービスを進めている。本研究所は先端生命医科学系専攻において統合医科学分野を担当し「分子情報解析を基盤とした基礎医学研究と臨床医学研究の統合」を通して教育にも参画している。本研究所も2010-2011年に「戦略的創造研究推進事業“疾患iPS細胞を用いた大脳皮質構造解析メカニズムの解析”」約7,300万円（約917,000US\$）の研究プロジェクトに採択された。

総合研究所には、共同利用施設、放射性同位元素実験室等が設置され、学内の様々な領域の研究者が利用している。共同利用施設には、日常的に用いられる汎用機器および大型機器（電子顕微鏡、共焦点レーザー顕微鏡、TOF-MAS、フローサイトメーターなど）と共同利用研究スペースが備えられており学内の教員、研究者、技術者は登録すれば自由に利用できる。一方、専任教員それぞれの独自の研究や特定のテーマに特化した研究も推進されている。また、各種セミナー、統計処理コンサルテーションなどのサービスを通じて学内研究の振興を支援している。

これらの研究所は、医学部第3学年の「研究プロジェクト」カリキュラムの実習現場となるので、学生が最先端の医学研究に接し参画する大変良い機会を与えている。

#### B. 基本的水準についての自己評価

医科大学として教職員の研究活動は活発であり、大学のポリシーに基づく研究拠点が設けられている。その結果、基礎臨床医学研究、基礎と臨床をつなげるトランレーショナルリサーチが活発に行われている。

#### C. 現状改良に向けた提言

研究者の研究業績は、2010年度までは毎年の業績集を冊子体で作成し公開していたが、2011年よりオンラインで公開することとした。そのために研究者は業績をウェブ上で入力し、自己点検評価委員会が監修し、図書館が編集しウェブ上で公開を行う。また、各研究部門としても2もしくは3年毎に行われる大学自己点検評価に合わせて、部署の研究について計画と実績を評価し、次の数年の計画を開示している。

#### D. 問題改善に向けた提言

研究所を中心とする重点領域研究は、外部資金を潤沢に集め最先端の研究成果を世界に発信している。臨床研究では、一つの目安となる科学研究費補助金の獲得額は年々減少傾向にあり（2010年は前年度を上回ったが、採択率は低い）、その背景に臨床業務の増加が指摘されている。基礎医学教室には大学から経常的研究費が支給されている。その業績は教育との関連や研究領域により異なり、一般に研究の質の評価は難しい。

教員の研究者としての意欲を高め、限られた時間や資源の中でも高質の研究が出来る方策を考える必要がある。

#### 質的向上のための水準:

研究と教育活動の連関は、カリキュラムに反映され、学生が医学研究に触発されるように現行の教育にも取り入れられるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

臨床に向けたあるいは臨床に根ざした研究を特色とする本学の研究施設は、多くが大学院にも参画するなど教育と密接に関連する。大学全体の教育研究に関する発表の機会として東京女子医科大学学会が年3回開催され、様々な領域の研究者の交流の機会となっている。またこれら研究施設で最先端研究を行っている研究者は学部教育でもその研究を披露する機会を持ち、学部学生の医学の基礎となる研究の理解、臨床医学を成り立たせる基礎の知見、研究者としてのキャリアなどについて学ぶ機会となっている。東京女子医科大学学則第1条の大学の目的の中で、「女子に医学並びに看護学の理論と実際を教授し、創造的な知性と豊かな人間性を備え、社会に貢献する医療人を育成するとともに、深く学術を研究し、広く文化の発展に寄与することを目的とする。」と述べられており、医学部教育が臨床実践技術と知識だけでなく、その裏付けとなる科学的基盤も教育の目的としていることが明記されている。この基本的なポリシーに基づき、教育のなかに研究者としての素養教育も含まれる。MDプログラム2011には多くの「医学教養」講義が人間関係教育プログラムに含まれ、医学生 of 科学研究については啓発を行い、また第3学年研究プロジェクトカリキュラムでは上記の研究所を含む、学内の研究組織を学生が選びプロジェクトを考え実践する学習機会が設けられている。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

医学部カリキュラムには、医学研究、研究倫理、臨床研究、科学の進歩と医療などに関する授業、実験を通じて科学的思考を実践する実習、医学的問題点として疾患だけでなく疾患の本質、病因の探索も考えるテュートリアル課題など、様々な視点を持った教育方法により学生の科学的思考を喚起している。2011年に文部科学省から提示された医学教育モデル・コア・カリキュラムには「研究的姿勢の涵養」が含まれている。医学部学生で卒業後専任の研究職に就くものは少ないが、本学では医師の基本的能力と姿勢として科学的に考え問題解決を行うことを教育目標としており、そのためのカリキュラムを構築している。本学の研究の活性が学生に研究の興味を持たせる風土になっている。

医学部カリキュラムでは第6学年の選択実習（3もしくは4週間）の一つとして基礎医学系が含まれており、毎年約80%の学生が選択している。これまでの教育の成果として本学の基礎医学教室・研究所には本学卒業生が少なからず活躍している。MDプログラム2011の導入により、医学生全体の科学指向が高まり、その中から基礎および臨床を問わず研究者が育成されることが期待される。

#### C. 現状改良に向けた提言

MDプログラム2011では、医学研究を理解し実践する学習機会がさらに充実した。大学内の豊富な研究リソースが教育とリンクして活用できる。

#### D. 問題改善に向けた提言

医学教育の日本における共通教育目標である、医学教育モデル・コア・カリキュラム（2011年改訂版）、あるいは2010年日本学術会議医学教育分科会「我が国の医学教育はいかにあるべきか」において、医学研究者の減少や、質的低下を招かないために、医学教育において医学生が医学研究に関心を持ち、卒後研究者のキャリアを選択する人材を開拓する必要が提言されている。

本学では、医療専門職教育として早期臨床体験と On-the-job-training (OJT) を目指す臨床教育を導入すると同時に、研究体験も導入した。幸い、大学では基礎医学、トランスレ

一ショナルそして臨床試験と医学研究の様々な段階の先進的研究が教育資源として存在し、MDプログラム2011ではこれを活用する。しかし医学教育環境のhidden curriculumとしては、医師不足対策、卒後臨床研修制度による臨床教育重視があり、医学研究を刺激する卒前教育の見えない障壁となっている。新カリキュラムでは、「研究プロジェクト」だけでなく、講義、実習、テュートリアルの中で科学的思考力を養い、未知の疑問に挑戦するおもしろさを伝え、学生に医学を科学的に考える習慣をつける教育を目指す。

## 6.5 教育の専門的立場

### 基本的水準:

医科大学は、教育立案と教育方法開発において、教育の専門的立場として教育専門家を活用する指針を持たなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

本学部は、教育のエキスパートを教育プログラムに反映させるために、日本で最初の医学教育学教室を1994年に設置し、2003年に大学院を設置した。医学教育学講座は大学規程「医学教育学教室規程」により、医学教育の理論の研究と想像ならびに教育技法・教育資源の研究と開発、医学教育研究者・指導者の育成、教育プログラム全般への支援などが定められている。

現在の医学教育学講座は、教授、講師、助教各1名で構成される。また、大学の研究力・専門的国際コミュニケーション支援のために、英文校閲・英語によるプレゼンテーション・論文作成専門家が助教として配置されている。医学教育学講座の位置づけは、他大学における教育企画室あるいは教育推進室とは異なる。すなわち、実際の教育プログラム立案・実行は一部の部署・教員が担うのではなく、学部全体で考え実行することがポリシーである。教員全体が協力して行うために学部内の部門を横断した教育組織が構築されており（2-7で既述）、医学教育学講座はそこに専門的立場からの協力をを行う。すなわち、各規程により医学教育学教授は、医学教育審議会・教務委員会・学生委員会などの教育の中心となる教員組織の主要メンバーとして入ることが決められている。

#### B. 基本的水準についての自己評価

医学部は医学教育専門家を教育開発・改革に活用するポリシーを持ち、有効に活用している。1990年のテュートリアル導入、1994年の統合カリキュラム導入は医学教育改革を目指した当時の学長のリーダーシップに基づき行われたが、そのときの経験から継続的教育開発・改良には専門的立場が不可欠であるという認識から、ポリシーとして医学教育専門家を教育計画に取り込む制度と場を構築した。次の大きな教育改革であるMDプログラム2011はこのポリシーが基になり実施されている。

#### C. 現状改良に向けた提言

本学が医学教育学教室そして講座を設置後、いくつかの医科大学で講座を設置している。しかし研究・開発を講座が担当し、実践のための開発・改良・評価は教員全体が担うポリシーは本学の特徴である。

#### D. 問題改善に向けた提言

医学教育学講座は創立されて15年が経過し、学内の教育開発に貢献してきただけでなく（詳細は、質的向上のための水準に記載）、大学院生を受け入れながら教育研究の幅を広げ、その結果を学部教育に還元している。2011年現在、基礎医学教室で最大の大学院生数（3名）を持つだけでなく、研究生も在籍し（3名）、研究範囲は中等教育・看護教育・生涯教育・市民健康教育・遠隔教育と医学教育を超えた領域におよび、これらの研究を通じて新たな教育開発を行っている。

#### 質的向上のための水準:

教員の教育能力開発と医学教育開発研究には教育専門家などの教育の専門的立場の活用が可能な環境が整備され、かつ実際に活用していることが示されるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

1994年に教育の専門家を養成するために、大学は何名かの教員を国外教育研修に派遣したり、教育視察等を行い、医学教育学教室を設置した。2003年に医学教育学講座が設置され、学部と大学院教授を兼ねる主任教授が選考され、講座規程が整備され研究者が配置され体制が整えられた。

2003年以降医学教育学講座が、開発あるいは教育導入に係わった教育活動の例を以下に挙げる。

##### i. 教育カリキュラム

- ① アウトカム基盤型カリキュラムの概念導入
- ② MDプログラム2011開発
- ③ 診療問題解決型臨床実習（学生が自分で患者から問題点を見つけ、解決法を考える共通の教育理念に基づく各科独自の教育カリキュラム作成）
- ④ フィードバック（SNAPS）に基づく臨床実習カリキュラム開発（総合診療科で実施）
- ⑤ 学年縦断型教育カリキュラム開発（プロフェッショナルリズム、文書表現、医学英語などを学年毎に教えるのではなく、6年間を通じた一貫カリキュラムとして教える）

##### ii. 教育方法

- ① 累進型チュートリアル（学生の学習能力進化に沿ったPBL目的・方法の段階的進化）
- ② Team-based learning（TBL）開発
- ③ 英語医療面接教育開発
- ④ 双方向型講義システム開発
- ⑤ iPod touchの臨床技能教育活用開発

##### iii. 教育評価

- ① コンピュータ試験（臨床推論・判断を評価する問題解決能力試験、PBL評価としての問題発見能力・問題解決リソース検索能力評価）
- ② アウトカム・ロードマップに基づく学生個人への統合評価
- ③ 入学者選抜における心理評価
- ④ OSCEにおける臨床問題解決能力評価

##### iv. 教員教育能力開発

- ① マイクロティーチング講習会

- ② テュートリアルのためのテュータ研修プログラム
- ③ 臨床研修指導医講習会
- v. 教育補助金・研究費取得
  - ① 大学改革推進等補助金（2006-2011年）総額約5億2千万円（約6,530,000 US\$）
  - ② 科学研究費補助金（2006-2011年）総額約3,000万円（約380,000 US\$）
  - ③ その他の教育研究補助金（NTT東日本、医学教育振興財団、笹川平和財団、カシオ科学振興財団）（2003-2011年）約750万円（約94,000 US\$）
- vi. 社会貢献
  - ① 西太平洋地区医学教育連盟（Association for Medical Education in the Western Pacific Region, AMEWPR）事務局 2006-2010年
  - ② 西太平洋地区医学教育連盟（Association for Medical Education in the Western Pacific Region, AMEWPR）各国代表者会議開催 2008年、2010年
  - ③ ミクロネシア連邦医学教育開発支援 2010-現在
  - ④ 日本医学英語教育学会学術集会開催 2011年
  - ⑤ 各大学FD指導者
    - 2011年8回（日本医科大学、東海大学医学部（2日）、和歌山県立医科大学、東京医科大学、福島県立医科大学、東京大学医学教育国際協力研究センター、モンゴル保健科学大学医学部、日本臨床衛生検査技師会）

これらの活動は、医学教育学講座単独で行ったものだけでなく、関連する教員との協働で開発、研究、実施、評価を行ったものが多い。このことは講座が学部横断的に教育に係わる連携を促進していることを示す。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

医学部のポリシーに基づいて設定された医学教育学講座は、講座の目的に沿って学部教育の評価・開発・改革に役割を果たしている。入学前から学部教育および卒業後に広く係わり、成果を上げている。

#### C. 現状改良に向けた提言

教育のエクサレンスを達成し、良い医師を育成する教育の専門的立場からの関与が実践されている。学内教育組織と乖離することなく、教員全体の組織の中で教育のエキスパートが関与できる制度になっている。

#### D. 問題改善に向けた提言

教育の様々な分野での専門家を、医学教育のために活用することが難しい。教育行動心理学、教育評価など、教育学の専門家も教育プログラム開発に参画することが望まれる。2004年にはコロンビア大学ティーチャーズカレッジへの教員の派遣を行い、教育評価についての研修を行った。2011年にはハーバード大学医学教育者のための研修会に教員を派遣した。今後教育学の専門的知識を持つ内部教員、および外部助言者などを活用し、教育改革を進めなくてはならない。

## 6.6 教育の交流

### 基本的水準:

医科大学は、他の教育機関との交流と、教育交流における単位互換についての指針を持たなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

学生の単位互換は、国内の各医療施設で学生が第6学年クリニカルクラークシップを3週間行った場合、単位を認定している。国外の11医科大学と単位互換を含む教育交流協定を結び、毎年約25名の学生が国外研修を行い、約20名の国外協定大学の医学生が本学で研修を行っている。国際交流については、医学部看護学部合同で運営する国際交流委員会（委員長は学長）が担当する。国際交流委員会規程には、ポリシーとして学生・教員の国際交流を通じた教育・研究の発展が目標として明記されている。

教員の交流は、一般に研究・臨床レベルほど盛んではないが、本学は積極的に行っている。教員の教育研修は6.5で述べた以外に、過去マクマスター大学（カナダ）、ケースウェスタンリザーブ大学（米）、マーストリヒト大学（オランダ）、ウェールズ大学（英）などで行われた。また協定校の視察は毎年行われている。一方本学のPBLを中心とした教育システム・プログラムの研修希望は多く、広く受け入れている。過去5年間に本学が受け入れた教育研修者を示す。

年	チュータ研修 (国内施設からの 参加者)	チュータ研修 (国外施設からの 参加者)	テュートリアル /TBL 視察 (国内施設からの 視察)	テュートリアル /TBL 視察 (国外施設か らの視察)	国際交流に 伴う国外教 員来校
2011	87	0		32	16
2010	94	0		15	32
2009	106	0		30	9
2008	95	0			43
2007	103	0			45

大学院生・研究者の国際交流は、研究機関として盛んに行われているが、本基準の対象外であるので省く。しかし、大学院への国外からの留学生、あるいは企業から派遣される大学院生等と、教育あるいは研究プロジェクトカリキュラムにおいて学生が接する機会があり、国、分野を超えた研究交流が学部教育への良い影響を与えられている。

### 13-3 国際交流委員会規程

平成10年5月27日制定  
平成12年5月24日改訂

第1条 国際化の時代に即した本学の教育・研究発展を目指し、国際交流を円滑に行うため、国際交流委員会（以下「委員会」という）をおく。

第2条 委員会は次の業務を行う。

- (1) 教育・研究のうち国際交流に関する事項
- (2) 教育・研究のうち国際交流についての行政機関との折衝およびその関連事項
- (3) 国際交流年次計画に関する事項
- (4) 国際交流の助成金に関する事項
- (5) その他

第3条 学長・副学長および学長が任命する委員若干名（学部長を含む）および理事1名をもって組織する。

2. 委員は本学専任教員とする。
3. 本委員会に委員長をおく。委員長は学長があたる。
4. 委員の任期は2年とする。ただし再任を妨げない。
5. 補充による委員の任期は、前任者の残任期間とする。

第4条 委員長は必要に応じて委員会を招集する。

第5条 委員長が必要と認めるときは、他の教職員の委員会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

第6条 委員会における審議事項は当該教授会に報告し、教授会の承認を経るものとする。

2. 前項の規定にかかわらず、あらかじめ教授会への報告ができないときは学長が適切な措置を講ずることができる。事後速やかに報告し、承認を得るものとする。

第7条 本委員会に国際交流委員会室をおき、事務を担当する。

附 則 この規程は、平成12年5月24日から施行する。

#### B. 基本的水準についての自己評価

臨床実習の学生単位互換は、教育プログラムの中で認められている。国際交流は、国際交流委員会規程のポリシーに基づき、教育プログラムとして認めている。また国際交流については協定校を中心に教員の交流も行われ、双方の教育改良に生かされている。

#### C. 現状改良に向けた提言

全学生の1/5（主として第5学年時）が国外臨床研修を行う制度を持つのは本学の特徴である。国際交流を支援する組織、資金が整備されている。教員の交流も盛んであるが、本学の教員が国外研修に行く場合は教育補助金などの利用が多く、本学がこれまでに潤沢に教育補助金を獲得してきたことが教員の交流を可能としている。

#### D. 問題改善に向けた提言

学生の国際交流では、国外研修を行った学生には国際的視野、異なる医療環境を学習する機会として貴重であるが、他の学生あるいは教育プログラムへの効果が明らかでない。一方、国外からの学生を受け入れることは学生間、教員の教育を通じて個別の教育の改善に結びつくが、全学的な教育改善に結びついていない。

MDプログラム2011では、臨床的コンピタンス、地域医療など従来本学になかった教育内容を含んでおり、学生・教員の交流がカリキュラム改革に寄与することが望まれる。

#### 質的向上のための水準:

教員と学生の国内・国際交流は、適切な支援・資源の提供により促進されるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

国内および国際的な教育交流については、交流のためのロジスティクス（組織的対応）および財政基盤が重要である。国内の教育交流については医学部学務課が窓口となり、学生・教員の交流の対応を行っている。国際交流については、国際交流委員会規程に基づき、国際交流委員会室が対応している。国際交流委員会には学長室と兼任の事務職が配置され、国外教育機関との連絡、学生・教員への対応、国際交流委員会事務を担当している。国際交流委員会室は学務部に隣接されているため情報が共用できる組織となっている。

財政基盤は、学生の国際交流については約5,000万円（約630,000US\$）の基金が準備され、毎年寄附、大学で補充されている。国際交流に係わる公的補助金も用いられ、不足分が基金から拠出される。約25名の本学学生の国外研修補助、国外からの留学生の補助（協定に基づく滞在施設提供など）を行なう。国際交流は看護学部と合同（全学）で実施され、国際交流予算は年間約1,200万円（約150,000US\$）が使われている。教員交流の一部は国際交流予算で行われるが、教育開発研究の補助金・研究費などの外部資金を活用する場合もある。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

医学教育の国内・国際交流について人的および経済的リソースを確保し、積極的に取り組んでいる。海外に派遣するだけでなく、多くを受け入れることが教育の公開を通じた改善につながる。日本の医科大学としては、多くの国（特に欧州）から医学生を受け入れていることが特徴である。

#### C. 現状改良に向けた提言

国際交流を教育方針に持ちながら、実質的交流が行われない日本の多くの大学の現状にあって、積極的に国際交流を行うポリシー、リソースを持ち実践している。女性医師が国際的に活躍する時代にあって、女性医師教育の中で重要な課題に取り組んでいる。卒業生には海外の医療施設・研究所において診療・研究に従事するものや、WHOや国境なき医師団等のNGOにおいて国際協力に取り組む医師もおり、これらの卒業生がロールモデルとなることも教育の定着に必要である。

#### **D. 問題改善に向けた提言**

国内・国際交流が教育発展・改良に結びつかなくてはならない。国際交流を通じた本学の教育へのフィードバック制度を充実させることにより、グローバルな視点での教育改良につながる。

## 7. プログラム/カリキュラム評価

### 7.1 プログラム/カリキュラム評価機構

#### 基本的水準:

医科大学は、カリキュラムと学生の進捗を監視し、継続的に問題点が認識され対応がなされるような教育プログラム評価機構を設けなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

プログラム評価および学生の進捗評価は、資料 1-11 に示す教育組織が行う。すなわち各教育単位が教育委員会をもち、カリキュラム実施だけでなく評価、学生評価を行い、教育単位毎のカリキュラム改良を行う。ブロック・セグメント教育委員会は毎年の教育開始前、終了後には必ず開催され、授業担当者あるいは学生評価を基に教育単位としてのプログラム評価が行われ、翌年のカリキュラム改良が行われる。テュートリアル教育、縦断教育（人間関係教育カリキュラム等）の教育委員会は月例で開催され、年間を通して行われる教育のアセスメントを行い、教育プログラムの改良を行っている。教育単位で解決できない問題、あるいは全学年に係わる問題は教育委員会の責任者で構成される教務委員会で審議される。学生評価あるいはカリキュラム全体の構成の改良などは、教育全体のポリシーを決める医学教育審議会でも審議し、教授会で決定する。

#### B. 基本的水準についての自己評価

現行の教育組織は、プログラム評価および学生の進捗評価に基づくカリキュラムの課題を抽出し適切に対応するシステムとして学部内横断的に構築され、有効に機能している。

#### C. 現状改良に向けた提言

教育プログラムの改良は常に必要であり、毎年の教育実践の中から評価が行われ、早期に反映しなくてはならない。本学部のシステムとしては、現場でのプログラムならびに学生評価に基づく対応は、現場に近い教育組織で行い、全体に係わる対応は教育統括組織で行なっている。

#### D. 問題改善に向けた提言

1990年のテュートリアル教育導入、1994年の統合カリキュラム導入は大きなカリキュラム改革であった。この改革で教育プログラムの教育委員会による恒常的なモニタリングシステムができ、各カリキュラムが毎年改良されるようになった。一方で、時代的、社会的状況、教育環境の変化、教育学の進歩に基づく大幅な改良は、教員個人・組織に与える影響が多く、導入に対する障壁が高い。1994年後、2011年まで大きなカリキュラム改訂が行われなかったのは、90年、94年に行われた改訂が日本の医学教育の範となるような先進的かつ安定的であったことも一因であるが、それでも定期的見直しが必要であった。MDプログラム2011ではアウトカム・ロードマップ評価による教育プログラム評価が行われ、大学全体としては2007年から中期的評価を目指す自己点検評価制度（2もしくは3年に一

度)、短期計画と評価を行う目標管理制度(1年ごと)が行われるようになった。これらの制度によりPDCAサイクルがより効果的に行われることが期待される。

#### 質的向上のための水準:

プログラム評価は、教育課程の内容、カリキュラム実践過程の構成要素、および全般的教育結果(アウトカム)について行われるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

各教育委員会で行われる評価には、教育内容、教育方法、コースの構成(授業の順序)、学生成績評価が含まれる。教育資源については、教室、あるいは教材、教育機器などが検討されるが、これらについては教育全体に係わることであるので上位の委員会に提案される。上位の委員会では、教育資源だけでなく、教員の各プログラムでの適正配置、教育アウトカム評価が行われる。

2009-2010年に行われた例として:

教育委員会レベル

- 1) 定員増に伴う第1学年でのテュートリアルグループ数の増加(テュートリアル委員会)
- 2) 学生評価に基づく、試験形式の改良(ブロック5)
- 3) プログラム評価に基づく、臨床推論のための授業予定の変更(共用試験 computer-based testing (CBT) に合わせた授業予定の設定)(ブロック5)
- 4) バーチャルスライドによる教育の導入(ブロック2)
- 5) 現場での学生の行動特性評価に基づく態度評価法の改良(人間関係教育委員会)

上位(教務委員会、医学教育審議会)レベル

- 1) 震災に伴う授業予定の変更
- 2) 第4学年への新教育法(Team-based learning (TBL))の計画的(戦略的)導入
- 3) 医師国家試験成績評価に基づく学内試験法の改良
- 4) アウトカム・ロードマップ評価実施の決定

などである。

新カリキュラムでは、学生が最終的に到達すべき実践的能力(コンピタンス)をアウトカムと定め、アウトカム達成に至る到達目標をロードマップとする新たな評価を開始した。2010年現在、評価のマトリックス(アウトカム・ロードマップに対する評価項目)が作成されている。評価は概ねロードマップで定めた2年ごとに行われるので、2012年に実際の評価が行われる。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

教育現場の教員と学生からの情報をその教育担任を担当する教育委員会が把握することにより、実際に行われている教育内容と必要な教育方法などの教育要素に沿ったプログラム評価が行える。各教育委員会による評価は、全体的アウトカム評価を行う上位レベルの教育組織と連携を持ったシステムが構築されている。

#### C. 現状改良に向けた提言

教育を単一の学体系で行っていた時代から、教育目的に応じた学部内横断組織で行うようになり、教育体系として統一された部分と、少数のある領域に精通した教員が教えるの

ではなく、教育体系に沿って多数の教員がその専門性を持ちながら教育目標を達成する個別化された部分がある。教育委員長・科目責任者の下に統合されて教育が進むようにプログラムは設計されているが、異なる領域の教員が教える内容に重複、脱落もある。統合カリキュラムにおける、教育の統合は常に評価と改良が必要である。

#### D. 問題改善に向けた提言

アウトカム・ロードマップ評価を行うことで、Cで述べた実際の教育内容とそれに伴う達成度評価が行われ、カリキュラムに準じて実践され、適切な学生評価、アウトカム評価、プログラム評価が進むと期待される。

## 7.2 教員と学生からのフィードバック

### 基本的水準:

教員および学生からのフィードバックは、組織的に回収と分析がされ、対応がなされなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

教員からのフィードバック：7.1のように、各教員からのフィードバックは所轄の教育委員会に反映される。講義・実習はセグメント・ブロック教育委員会が担当する。教育委員会は毎年3回以上必ず開催され、講義者から学生の学習状態など現場からのフィードバックがある（2回は教育ユニット開始前と後、1回は評価あるいは教育計画立案時）。テュートリアル教育は本学ではカリキュラムの約1/3を占め、毎年170名以上の教員がテュータを担当し、課題作成にも46名の教員と、約30名のテュートリアル委員（教員）が参画する大きな教育単位である。テュータからのフィードバックは、テュートリアル実施期間（1年を3期に分ける）、約2週間おき（各課題実施の終了時）に、担当テュータ全員（16-17名）と担当テュートリアル委員（2-4名）、課題作成者、教育委員長、テュートリアル委員会委員長が集まるテュータ連絡会でフィードバックが行われる。全テュータから、学生、課題、カリキュラムについてのフィードバックが行われる。この機会は、テュートリアルカリキュラムの改善に役立つと同時にテュータの問題意識の共有、テュートリアル方針の再確認のFDともなっている。人間関係教育も学生の医師としての使命感・プロフェッショナルリズム・倫理観・コミュニケーション能力など質的な向上を目指す難しいカリキュラムである。カリキュラム担当教員は原則として、人間関係教育委員会委員で、カリキュラム実施毎に学生からの授業評価、参加教員の評価を人間関係教育委員会で報告する。委員会で検討することにより、本教育の内容は年々充実している。

学生からのフィードバック：授業については、教員が各学年の担当授業中に一度は授業評価を行う。評価は教員が回収し自己評価を行い、教育委員長に提出する。テュートリアル評価は、課題について、テュータについて学生が評価するオンラインシステムがある。学生のフィードバックは、テュートリアル委員会で総括し、カリキュラム改良に役立てるとともに、テュータおよび学生にウェブ上で結果を開示している。人間関係教育カリキュラムにおいても、学生の行動変容ならびに授業内容についての定式フォームがあり、これを用いて学生からのフィードバックを回収し、人間関係教育委員会で検討しカリキュラム改良に役立てている。

テュートリアルでは、テュータ・課題についての学生のフィードバックだけでなく、学生自身の振り返りの機会を授業の一部として設けている。アセスメントと呼び振り返りの機会は、毎回のテュートリアルの終わりに自分とグループ、グループメンバーの学習過程について自己ならびにピアレビューする機会である。学習過程の良い点・改善点を言語化することによって、振り返りが行われ学習への行動変容が促進されると考えて、テュートリアル教育の重要な過程として位置づけられている。

## B. 基本的水準についての自己評価

教員と学生から教育プログラムについてフィードバックを受け、教育改善につなげる制度化された機構が整備されている。

## C. 現状改良に向けた提言

フィードバックの制度が確立しているだけでなく、実際の教育改善にも役立っている。例としては、テュートリアル課題はテュータ・学生両方からのフィードバックにより毎年改良されている。本学では同じ課題は2年続けて使用しないが、前年に使用したものを改訂して使用することは多い。この際に、前年に行われたフィードバックが反映される。人間関係教育は、それぞれの授業が、見学・体験・ワークショップなど様々な形で行われ、授業実践の結果のフィードバックで改良される。例えば、第5学年生命倫理の学習は、医学部・看護学部・早稲田大学健康福祉学科合同の大がかりな授業であるが、参加した教員からの提案により、シンポジウム形式（代表者が発表）から、ワークショップ形式（グループに分かれ全員で討論）に変更し、授業の活性と学生の参画が高まった。このように、現場からのフィードバックが直ちに教育改善につなげ機能するシステムが構築されている。

## D. 問題改善に向けた提言

個々の講義についての教員からのフィードバックが教育委員会に伝わりにくい。統合カリキュラムとして、専門の異なる教員が集まって一つのテーマを教育しているが、科目あるいは授業の目的が明示されていても、その実践あるいは妥当性が教員からは伝わりにくい。学生からは授業評価などでフィードバックがあるが、講義についての教員からのフィードバックが課題である。

### 質的向上のための水準:

教員と学生は、プログラム評価の立案と評価結果に基づくプログラム改良・開発に参画すべきである。

## A. 質的向上のための水準に関わる点検

教員の参画は、多くの教員が教育委員（総数延べ127名）となっており、教育委員を通じて各カリキュラムへのフィードバックが行われ、カリキュラムの作成には教育委員が参画している。

学生の参画については、2.7で述べたように年2回開催されるカリキュラム懇談会で学生がカリキュラムへ提言する機会となっている。学生カリキュラム委員は、クラス（学年）全体から事前にカリキュラムに対する提言を収集しまとめた上で懇談会に出席することになっている。学生からのフィードバックは、局面的で全体像のなかでの学習の位置づけが理解されていない場合もあるが、その場合でも教育委員会教員がよく説明をするようにし

ている。全学年合同で行われるので、上級生から下級生が説諭を受けることもある。一方で、カリキュラムの連携、講義の順番、教育方法の選択などについて学生から適切なフィードバックも行われ、教育委員会・教務委員会等で審議しプログラム改良に役立っている。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

教員と学生が教育プログラム評価と改良に参画するシステムが整備され、実際に活用されている。

#### C. 現状改良に向けた提言

本学の1990-1994年の教育改革は、第二次世界大戦後、医学教育が6年制大学として輸入された教育カリキュラムから大きく変革する機会であった。試行錯誤で教育計画を立てる中で、教員・学生のフィードバックが教育の改良に必要であることを認識し、教員・学生から教育プログラムにフィードバックを行う体制を整えた。その伝統が根付き、MDプログラム2011の導入後も継続している。

#### D. 問題改善に向けた提言

会議形式によってカリキュラム評価を行うことは、それぞれの意見が交換され、相互に教え合い、その場で解決されることなどが利点である。一方で代表の考えが必ずしも総意でない、少数の貴重な意見が反映されない、その場で話し合われた重要事項が全教員・学生に共有されない制限もある。ウェブを介したシステムを構築することでこれらの一部は解消されるが、ウェブシステムにも欠点がある。

今後、教員・学生がカリキュラム構築に参画できるシステムをさらに改良することが必要である。

## 7.3 学生の実績・成績

### 基本的水準:

学生の実績・成績は、カリキュラム、教育機関の理念・目標にそって分析されなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

医学教育が目指すものは、医師としての基本的医療を行えるコンピタンスの獲得である。本学の教育目標も、医学の学識だけでなく、学識を医療に適切に活用する能力、医療の基本的技能、医師としての態度・振る舞い・倫理観・コミュニケーション能力などの多岐にわたるドメインを持っている。本学ではこれらのパフォーマンス、学生の達成度を評価する様々な測定を行っている。基本的な学識の習得は、教育単位に分かれた授業と学習の評価として、教育単位終了時に評価を行っている。科目試験は、入学から卒業時までに57科目行われる（MDプログラム2011については未実施の科目があるので確定ではないが48科目）。知識の応用は講義だけでなくテュートリアル学習を通じて修得するが、テュートリアル評価は7回（1年前期を除く、4年までの各学年2回）行われる。また、様々な技能（診断技能、情報分析・統計解析技能、文書作成技能等）の評価は試験と実習評価、実技評価が行われる。臨床的能力については、臨床実習の評価が行われ6科目として評価さ

れる。最終的な到達度は卒業認定試験で行われ、医学全般を 12 領域に分け評価が行われる。また、学習状況についても学生に直接問い合わせるアンケート調査も行われ、7.2 で述べたように、チュートリアル 학생들이 行う評価には学生自身が 行う自己学習時間の情報も含まれ、その結果は日本の他の学生状況との比較を含めて分析されている。

これらの評価結果は、成績、進級判定、留年者分析、卒業認定と医師国家試験合格者の分析、学生の臨床思考力分析等を通じて、教育プログラム全体あるいは教育単位毎のプログラム評価にも用いられる。

最近の分析例としては、中等教育の教育制度変革の影響で新入生の基礎科学のパフォーマンスが低いことに対して、MD プログラム 2011 では生物基礎、物理基礎、化学基礎を高校の未履修科目に対して必修選択とした。臨床実習での臨床推論・臨床判断のパフォーマンスが低いことから、チュートリアル教育での臨床推論・臨床判断の思考を促す課題改良、診療推論のための Team-based learning (TBL) 導入、臨床実習での学生自身による問題発見と解決を促す教育法開発、臨床実習終了時の OSCE における臨床推論評価の導入など、総合的な教育改良が行われた。医師国家試験成績の分析においては、学生が臨床実習で経験すべき医師国家試験出題基準の必修項目について必ずしも経験していないことが明らかになり、臨床実習の中で必修項目を経験するように教員が意識して指導することになった。このように、学生のパフォーマンスを評価し、教育改善に生かすことが実践されている。

## B. 基本的水準についての自己評価

学生のパフォーマンスは、各教育委員会が様々なドメインについて評価を行っている。教育単位毎の教育目標については教育委員会で分析され、教育プログラム全体の目標達成については上位の教務委員会等で分析され、教育改良に結びつけられている。個人の学生のパフォーマンスについては特に学識の習得、あるいは学習態度などからの学習困難者を抽出することに役立っている。

## C. 現状改良に向けた提言

学生のパフォーマンスとして、いわゆる知識あるいはテスト成績だけでなく、技能・態度評価なども分析を行い、教育改良に生かしている。しかし、数字として表れる試験成績以外の評価は質的評価が中心で、かつ全体と個人のレベル評価が難しい。2011 年に導入した MD プログラム 2011 は、教育プログラムの一部としてアウトカム・ロードマップ評価を取り入れ、これはコンピタンス評価のために様々な評価結果を定めたコンピタンスについて経時的に各学生について評価を行う。この分析は全体と個人のパフォーマンス評価として活用される。

## D. 問題改善に向けた提言

学生のパフォーマンス分析は、教育目標達成度評価や入学者選抜分析などに教育プログラム全般の評価に用いられることが多い。実際は学生個人の分析が学生全体としてまとまったものであり、個々の学生へのフィードバックにも用いることが可能である。しかし約 700 名の学生全員のパフォーマンスを個々に分析し、フィードバックする戦略がなかったため、一部の学習困難者への対応となっている。アウトカム・ロードマップ評価は、パフォーマンス分析をある程度自動的にを行い、学生個人へのフィードバックを行うことを目標としている。

### 質的向上のための水準:

学生の実績・成績は、学生の背景、置かれている状況、入学基準に沿って分析されるべきで、分析結果は入学者選抜、カリキュラム立案、学生相談を担当する委員会にフィードバックされるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

入試検討委員会では、各教育委員会・教務委員会のパフォーマンス分析に、入学前あるいは入学者選抜時の情報を加えて入学者選抜の方針を決定している。医学部が実施している入学者選抜方式（指定校推薦・一般推薦・一般入試）、出身校、高校での科学系科目の選択などが入学後のパフォーマンス、医師国家試験成績とどのように関連するかを分析している。

学生パフォーマンス（成績あるいは教員からの報告のある学習態度・生活情報）は、その学生を担当する教育委員会（学習状況）、学生委員会（生活状況）にフィードバックされ、問題のある学生に対してはそれぞれの委員会で対応する。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

入試・試験・学生・教員から集まる情報が集約され、パフォーマンスとして評価されている。分析結果は、入学者選抜、カリキュラム立案、学生支援に活用されている。

#### C. 現状改良に向けた提言

学生パフォーマンスを高めるために、本学の教育プログラムは入学前から卒業までの情報を有効に活用している。卒業後の情報は、学生が全国に分散して研修するため完全に集積することは出来ないが、3つの附属医療施設に残った学生（毎年約5割）の情報を活用することが出来る。

#### D. 問題改善に向けた提言

MDプログラム2011は、学生のパフォーマンス（コンピタンス）のアセスメントをさらに充実させる。アウトカム・ロードマップ評価を活用し、入学前から卒業後までの様々なパフォーマンス情報を集積・分析することにより、プログラム評価、学生評価が充実する。特に学生への個人フィードバックが可能となり、卒業時の到達目標に合わせて、自分がどれぐらいの達成度を持つかを理解しながら学生が学習できる環境が整う。

## 7.4 教育の協働者の参画

### 基本的水準:

プログラム評価には、医科大学の管理運営者、教員そして学生が関与してなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

教員と学生の教育プログラム評価については、7.1および7.2で説明した。教育プログラムの評価は、教務委員会・医学教育審議会で審議された内容が医学部教授会で報告され、

各部署に伝達される。これらの会議は毎月定例で開催される。事務方においても事務連絡会で報告がなされ、教職員全体が情報を共有されることになっている。

大学のガバナンスを担当する理事会・評議委員会では重要事項が医学部長または学長（職責として理事となる）により、必要な情報が報告される。大幅なカリキュラム改訂、入学者数の変更、上級教員の任免、卒業認定等は重要な報告となる。理事会は、非教育職、学部者、卒業生が含まれ、様々な立場のステークホルダーが代表する。

## B. 基本的水準についての自己評価

プログラム評価は、学部教育組織が中心となり学生の参画のなかで実施され、結果については法人経営執行組織に報告され承認を受ける。

## C. 現状改良に向けた提言

教育研究の実践者は教員組織であり、受益者は学生となり、教員学生がプログラム評価に参画する機会と制度が設けられている。大学経営執行組織は、教育研究の円滑な実施を経営面から検討する役割を持ち、経営執行組織には教授、学部長、学長が含まれ、必要な情報・検討事項が提示され、外部のステークホルダー代表を含めて重要事項の審議が行われ必要な決定がなされる。

## D. 問題改善に向けた提言

教育研究については教員・学生そして教育組織の役割と、管理運営の役割分担が明確になっている。日本の医科大学は、教育研究だけでなく、大学財務に大きく影響する診療を、3つの柱として運営が行われている。教育研究の実践については問題がないが、大学財務に大きく係わる高額機器導入、施設計画等が診療に傾注することなく教育・研究とバランスをとった決定がなされなくてはならない。

### 質的向上のための水準:

より広範囲の教育の協働者が、教育課程・プログラム評価結果を知ることができるようにすべきであり、またこれらの協働者の視点からのカリキュラムの適性・カリキュラム開発が考慮されるべきである。

## A. 質的向上のための水準に関わる点検

大学を所轄する文部科学省には、カリキュラム（履修科目、科目時間数、臨床実習時間数）等を学校教育法に従い報告を行っている。MDプログラム2011については2011年3月に報告を行った。厚生労働省とは、医師国家試験、卒後臨床研修等について情報を交換している。医師国家試験公募問題は大学から厚生労働省に送付される。

日本の医学教育研究者の団体として日本医学教育学会があり、本学は大学として法人会員となっている。また大学理事・医学部教授が現在学会理事を務めている。このほか、全国の医学部の連携組織である全国医学部長病院長会議には、医学部長と医療統括担当理事が加盟している。私立医科大学の連携組織である日本私立医科大学協会、私立高等教育全体の連携組織である私立大学連盟にも東京女子医科大学として加盟している。世界医学教育連盟の地域支部である西太平洋地区医学教育連盟（Association for Medical Education in the Western Pacific Region, AMEWPR）には、日本医学教育学会で指名された学会理事が日本代

表を務めるが、現在の代表は東京女子医科大学理事で医学部教授である。これらの医学教育に係わる広い範囲のステークホルダーと本学は連携を持っている。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

より広範囲の教育の協働者（ステークホルダー）との連携が行われており、そのなかで様々な形で（報告、研究発表、教育研修、学会発表）教育プログラムあるいは大学運営の情報交換共有が行われている。

#### C. 現状改良に向けた提言

より広範囲のステークホルダーとの情報交換を通じて、国内あるいは国際的な医学教育の動向を知ることが出来る。そのような連携を通じて自校の教育プログラムを省察し、改良に結びつけなくてはならない。外部の情報は、情報の受信者が学内の教授会、医学教育審議会、教務委員会などでの報告・審議を通して内部に情報伝達、実体化がなされる。

#### D. 問題改善に向けた提言

日本の高等教育機関は7年に一度、機関認証評価を受審しなくてはならない。機関評価はプログラム評価と異なり、大学全体（本学では医学部・看護学部・医学部研究会委員会・看護学部研究科委員会と附属研究施設）が対象となる。教学の主要部分を占める医学部については、外部評価機関が医学教育専門家を指名して評価が行われるため、教育プログラムについても大学基準に沿って評価を受ける。本学は2007年に大学基準協会（認証評価機関）による外部評価を受け、適合した。

## 8. 統括および管理運営

### 8.1 統括

#### 基本的水準:

医科大学を統括する構造と機能が、全体の中の位置づけを含み規定されなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

医学部の管理運営は医学部長が責任者となり、教育研究が行われる。教育について医学部長を補佐するのは教務委員長で、学生生活について補佐するのは学生部長である。医学部カリキュラムを開発し運営評価するのは、医学教育審議会（学長が主催）・教務委員会（教務委員長が主催）・各教育単位教育委員会（各教育単位教育委員長が主催）であり、学部として統一された教育運営が行われている。学生委員会は学生部長が主催し、入学者選抜、学生全体あるいは個々の支援が組織的に行われる。教員人事は、医学部長が統括しながら各部門責任者（部門長である教授）あるいは大学院を含む部門では主任教授が各部門のスタッフを決める。各部門のスタッフは規程で定められているが、臨床科の場合入院ベッド数あるいは外来患者数により基本定員を超えて採用することが出来る。医学部運営については、医学部教授会が決定機関となり、教授人事、教育計画、教育研究予算、教育施設などの重要で大学全体に係わる事項は、大学理事長の下での理事会が決定機関となる。

学生・卒業者（研修医）の研修の場となる附属病院・診療所は、医学部ではなく大学附属医療施設である。これらの医療施設の責任者は、医師である医学部教授から選ばれ、病院内の医師は研修者（初期・後期研修医）を除き全員医学部教員である。このため附属医療施設の管理運営組織も医学部教育と連関をもって行える。病院での変革、例えば電子診療録導入の際にも、学生教育についての効果、影響、利便が検討されている。

東京女子医科大学は、医学部・看護学部、大学院医学研究科、大学院看護学研究科、附属医療施設の他に研究施設、学習施設等を持ち、さらに学校法人には看護専門学校、男女共同参画推進局などが含まれる（資料 1-10）。この法人全体の管理運営は法人理事会が担当し、重要な決定はより広範な教育の関係者（ステークホルダー）で構成される評議委員会で決定される。法人役員は理事 15 名と監事 3 名で構成される。理事には学長、医学部長、大学附属病院（本院）院長が含まれ、2010 年現在医学部教員は理事のうち 7 名である。現在医学部長、看護学部長が理事に選出されており教育と法人全体の管理運営との連関が保たれる組織となっている。

#### B. 基本的水準についての自己評価

法人・大学の統括管理運営機構は寄附行為、教員組織に関する規程などの諸規程で定められ、役割分担、統括序列などは明確である。教育・研究・診療それぞれの機能が有効に発揮される統括体制が整っている。

#### C. 現状改良に向けた提言

医学部は 1990 年の教育改革により、教育を学部の各部門（講座）ではなく全体として統括する組織に改革を行った。この結果、教育プログラムの教育単位間での連関、教員リソ

ースの活用などが進んだ。年間 200 名を超す教員の参画を必要とするチュートリアル教育（チュータおよび教育委員）が円滑に進行しているのは、このような教育の協働体制が整っているからである。

#### D. 問題改善に向けた提言

各専門領域で独立して行われる診療実態に合わせて行われる臨床実習は、まだ個別教育の要素が残っている。現在、統一教育目標、評価、アウトカム設定などで統合化が進んでいる。

管理運営組織としては、法人、大学、学部などの大きな区分の組織の役割分担は明確であるが、大学・病院内の個々の組織は常に改変されており、各部署での変更など全体としての統一が不足する部分がある。大学本部機能を強化し、規程・組織などの統轄を行う必要がある。部署毎に定められる教員数なども、大学全体の経営面からの適正数も加味しないと教員待遇・教育者質保証・不効率を招く恐れがある。

#### 質的向上のための水準:

統括する構造は、統括のための協議を行う組織構築を持ち、教員、学生、その他の教育の協働者を代表者との関連・意思疎通を持つべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

法人、学部それぞれの管理運営（ガバナンス）は、教育の関係者（ステークホルダー）の代表者からなる委員会組織が設けられている。法人理事会は、学部・医療施設・教員・職員・卒業生などの関係者および外部識者（一般市民を含む）による監査で構成されている。学部全体の運営は教員で構成される教授会がガバナンスを行うが、教授総数が約 120 名あり、教育に関しては教授会の一員で教授会から選ばれたり、各教育単位の責任者として選ばれたりするメンバーからなる医学教育審議会・教務委員会など、教育に特化した複数の委員からなる管理運営の委員会が設けられている。学生がこれら高位のガバナンスに参加することはないが、教育あるいは学生生活に関する委員会の下部組織には、クラスで選ばれた代表が参画する。

私立大学であるので、ガバナンスに直接文部科学省、厚生労働省が係わることはない。しかしカリキュラム、学生定員等学校教育法に係わることに 대해서는関係省庁への報告、許可等を得る。また関係省庁からは、教務責任者あるいは学務担当者への連絡が適宜あり、それぞれの学内担当者が各レベルのガバナンスで対応した。例えば 2010 年には、東北地方東日本大震災の入学予定者、学内被災者への対応等は行政からの依頼を基に学部レベルで対応した。原子力発電停止による夏季電力使用制限については、医療機関における制限緩和の政策への働きかけ（ロビーイング）、あるいは学内全施設での節電の徹底などを法人として行った。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

法人は理事長、大学は学長、医学部は医学部長を中心に管理運営が行われるが、それぞれ理事会、大学協議会、教授会を持ち、ガバナンスを組織制度として行う体制が整っている。

### C. 現状改良に向けた提言

医学部は、660名の学生に対し教員が900名以上もいる大きな教員組織を持つ。学部のガバナンスは、教育を中心としたガバナンス組織が整備されている。医学教育審議会は、教育計画、教育予算、教育改良についての権限を持ち、教育を管理運営している。教員人事については、教授会あるいは主任教授会で決定するが、高位の役職（教授）については主任教授会で選定し理事会で承認される。

### D. 問題改善に向けた提言

日常の管理運営については、既存のガバナンス組織が対応可能である。2010年の東北地方太平洋沖地震は、大学の大規模災害時に対する危機管理ガバナンスの必要性を浮き彫りにした。日常の管理と異なり、時間単位での人事管理（教員・学生の安否確認、必要部署への人材派遣）、財務（施設復旧のための臨時支出）、ロジスティクス（飲料水、食料、自家発電の重油の安定供給）、教育研究（授業の中止決定、振替、研究活動についての制限）などの問題が、学部、大学院、附属医療施設、研究施設同時に発生する。2011年の東北地方東日本大震災の際には、当初の48時間は各現場対応、2日目に法人対策室という臨時のガバナンス組織を作って対応した。今回の経験を生かして、将来東京を直撃すると言われる直下型地震などの災害に対する対応を考えていく必要がある。

## 8.2 教学の先導（リーダーシップ）

### 基本的水準:

医科大学の教育プログラムを先導する責任の所在は明確に示されなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

大学を統括するのは学長、学部を統括するのは医学部長、研究科委員会を統括するのは研究科委員長と規程で定められている。それぞれの選考基準、選考手順も規定されている。医学部長が医学部教育プログラム実施責任者であるが、医学部長は医学部全体のガバナンスを統括し、教育プログラム実施は教務委員長に責任を分担している。現在、MDプログラム94と2011が教育プログラムとして行われており、それぞれのプログラムに教務委員長を設け教育のリーダーシップが委譲されている。

本学は1998年に看護学部を設置するまでは、医科単科大学であった。単科大学であった時代は、学長が学部長・研究科委員会委員長を兼務していた。看護学部設立に伴い、両学部に学部長を置いた。研究科委員会は、医学系も看護学系も学長が委員長を兼務している。そのような歴史的背景から、医学部長と学長は密接な連携を行いながら医学部教育のリーダーシップを執っている。しかし、学長は附属医療施設および研究施設の統括の役割も持っている。ただし、医療施設については2009年に理事の中から医療施設統括責任者が設定され、医療施設全体の統括の権限を委譲されている。

## B. 基本的水準についての自己評価

大学、医学部、他の大学内組織についてそれぞれリーダーシップの責任と役割が確立している。それぞれのリーダーシップは互いに連携をとりながら、部門を統括する制度になっている。法人全体のリーダーシップは法人理事会で選出された理事長が執っている。

## C. 現状改良に向けた提言

他学部、大学院、研究所を含めたアカデミーの全体の統括は学長、医学部・医学教育プログラムの統括は医学部長が行うことが実践されている。重要な決定には、学長・医学部長・教育責任者が参画する。例えば新たな教育プログラムの決定、入学選抜方法の決定などは学長が中心となり、医学部長、教務委員長、学生委員長などが決定を行い、医学部教育職採用については学部長が人事権者からの説明、人事要件評価委員会の報告などを基に判断し、教授会に諮る。

## D. 問題改善に向けた提言

1998年に看護学部が設立される前のアカデミックリーダーシップの制度がまだ残っている。学長が研究科委員会の委員長となっていること（日本では一般に医学部長とは別に研究科委員長が設定される）、医学部の教育方針を決定する高位組織である医学教育審議会を学長が主宰することなどである。現在教育を行う上で支障はなく、また大学と学部教育の連携の点からは有利であるが、全学的、対外的業務の多い学長職の負担の点から常に適正なリーダーシップ委譲を考えなくてはならない。

### 質的向上のための水準:

教学の先導（リーダーシップ）の評価は、医科大学の使命と目標の達成について定期的におこなわれるべきである。

## A. 質的向上のための水準に関わる点検

学長の任期は学長選任内規に規定され任期が4年であること、選考委員会を設けて候補を選出し医学部看護学部合同教授会で決定することが明記されている。学長のリーダーシップについては任期毎に評価される。

医学部長の任期は医学部長選出内規に規定され、学長、学長指名および主任教授会で選出された選考委員からなる選考委員会で候補者を選び、教授会で決定する。医学部長の任期は2年で、連続2期を限度とする。リーダーシップについてはこのような過程で任期毎に評価される。

## 資料 8-1 : 学長選任内規

### 5. 学長選出内規

平成22年11月9日改訂

1. 学長は本内規により、学部合同教授会において審議し、理事会の承認を経て、理事長により任命される。
2. 学長の任期は4年とし、再任を妨げない。
3. 学長の任期満了、定年による退任、あるいは欠員となった場合は、本内規により次期学長を選出する。ただし、前任者の任期途中で選出する場合の任期は残任期間とする。
4. 学長の選出に選考委員会を設ける。
5. 選考委員会は理事会において選んだ理事4名、医学部教授会において選んだ主任教授3名、看護学部教授会において選んだ教授1名によって構成される。  
(医学部教授会委員は基礎医学系教授より1名、臨床医学系教授より2名とする。)
6. 選考委員会は互選により委員長を定め、委員長は会議を運営する。
7. 選考委員会は慎重に審議し候補者1名を選考し、教授会に提出する。
8. 医学部および看護学部教授会は合同で教授会を開催し、出席教授の過半数の賛成を得て、候補者の可否を決する。
9. 理事会は選出された候補者について審議し、議決を行う。
10. 選考委員会は学長が欠員となったときは直ちに、その他の場合は3ヶ月以前に構成するものとし、学長決定後直ちに解散する。

## 資料 8-2 : 医学部長選出内規

### 5-2-3 医学部長選出内規

平成10年3月25日制定

1. 医学部長は本内規により、学長より任命される。
2. 学部長の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、連続2期を限度とする。
3. 学部長の任期満了、定年による退任、あるいは欠員となった場合は、本内規により次期学部長を選出する。ただし任期は前任者の残任期間とする。
4. 学部長の選出に選考委員会を設ける。
5. 選考委員会は、学長および学長指名の委員2名および主任教授会より選んだ臨床医学系1名、基礎医学系1名、計5名によって構成される。
6. 選考委員会の委員長は学長があたる。
7. 選考委員会は、候補者1名を選考し、教授会に提出する。
8. 教授会は選考委員会の提出した候補者について審議し、投票により過半数の賛成を得て承認し、理事長に報告し、理事会の承認を受ける。
9. 選考委員会は、学部長が欠員となったときは直ちに、その他の場合は3ヶ月以前に構成するものとし、学部長が決定後直ちに解散する。

細 則 医学部長は主任教授であること。

## B. 質的向上のための水準についての自己評価

アカデミックリーダーは、任期毎に評価される制度が整っている。学長、医学部長ともに選任の際は、選考委員会がリーダーシップ、大学・学部理念目標について評価を行い、再任の際は実績と次期への抱負を含めて評価を行う。

## C. 現状改良に向けた提言

建学後、女性医療者育成の理念が111年間維持され、その中で教育・研究・診療のエクセレンスが構築されてきた。これまでのリーダーシップが適正であった証左であり、今後も維持されることが必要である。

## D. 問題改善に向けた提言

大学の理念・目標の基本は受け継がれるべきものであるが、それを現代の中で実践するためには常に教育・研究・診療を俯瞰し、時期を得た改良改革を実行していくことがアカデミックリーダーシップには必要である。

## 8.3 教育予算と資源配分

### 基本的水準:

医科大学は、カリキュラムと、カリキュラム執行のために確保する予算を含めた教育資源に対して責任と権威を持つことが明示されなくてはならない。

### A. 基本的水準に関わる点検

医学部予算は、前年度に法人として決定する事業計画に基づく予算のなかで立てられる。教育単位における教育予算は、教育単位毎に計画を立て申請を行う。教育単位で行う予算は、教材作成、外部講師の謝金等が含まれる。これらは、MDプログラム予算として毎年約7,150万円（約900,000US\$）が割り当てられ、予算担当の教員が教務委員会の承認の基に管理している。高額な教育機器等は教務委員会で検討を行う。これには、学生用パソコン、顕微鏡、ウェブ学習システム、教室音響装置だけでなく、安全管理上の構内の監視カメラなども含まれ、学務部が教育予算としてまとめる。計画的な投資となるように、学務が医学部長とも協議し調整し教務委員会で最終的に承認する。これらの備品・設備は国家補助金の対象となるものもあり、学務部・教育研究資金課が申請の事務にあたる。また、本学は教育のエクセレンスに基づく競争的教育基金を多く得ており、これらの補助金による教育開発のための投資も教務委員会の承認を得ている。競争的教育基金の獲得には、医学教育学講座が学長・医学部長・学務部・教育研究資金課と協力しながら戦略的に獲得している。文部科学省の大学教育推進プログラム（Good Practice, GP）基金（2003-2010年度）は、全国的に採択率が約20-30%であるが、本学は100%（5件申請中5件採択）であった。これらの外部資金はいずれも新たな教育方略、計画、カリキュラム導入につながっており、学部独自に外部資金を獲得する機能を充実することが教育の充実につながっている。このように、医学部は経常的教育予算については自律的に決定し、非経常的、高額な用途については大学全体の財務の中で計画的に導入される。また、建物建て替えなど法人

全体の運営に係わる大きな事業は、法人理事会で決定されるが、理事には医学部教員が含まれ教育研究の方向性を含んだ判断がなされる。

資料 8-3：消費収支計算書 (2010 年度事業報告書 46 ページ)

1. 消費収支計算書

収入の部

(単位：百万円)

科 目	22年度予算	22年度決算	差 額
学生生徒等納付金収入	4,246	4,298	△ 52
手数料収入	118	123	△ 5
寄付金収入	1,083	962	120
補助金収入	6,781	6,292	489
資産運用収入	773	767	5
資産売却収入	0	288	△ 288
事業収入	572	800	△ 228
医療収入	74,823	75,192	△ 369
雑収入	781	1,087	△ 306
借入金等収入	6,615	6,942	△ 327
前受金収入	1,289	1,308	△ 18
その他の収入	14,886	16,272	△ 1,386
資金収入調整勘定	△ 13,303	△ 14,911	1,607
前年度繰越支払資金	3,399	3,399	0
合 計	102,067	102,824	△ 756

保有する土地、有価証券の売却により予算を2億8千8百万円上回る結果となりました。

委託研究事業を積極的に受入れたことにより予算を2億2千8百万円上回りました。

生命保険会社からの株式割当等により予算を3億6百万円上回りました。

学校債収入が見込を下回ったが、運転資金の借入が増加した結果、予算を3億2千7百万円超過しました。

支出の部

科 目	22年度予算	22年度決算	差 額
人件費支出	39,536	39,612	△ 75
教育研究経費支出	38,319	38,131	187
管理経費支出	3,120	2,894	225
借入金等利息支出	314	304	9
借入金等返済支出	10,384	12,112	△ 1,727
施設関係支出	1,435	575	859
設備関係支出	3,228	2,487	741
資産運用支出	26	401	△ 375
その他の支出	14,372	16,133	△ 1,761
資金支出調整勘定	△ 11,655	△ 12,274	619
次年度繰越支払資金	2,985	2,444	541
合 計	102,067	102,824	△ 756

運転資金の借入が増加したことにより、返済支出も予算を17億2千7百万円超過しました。

校舎および病棟改修費用として5億7千5百万円支出しました。

教育研究用の機器および老朽化した医療機器の購入費用として24億8千7百万円支出しました。

次年度支払資金は予算に対して、5億4千1百万円下回る24億4千4百万円となりました。

(注記) 記載金額は、百万円未満を切り捨てて表示。

資料 8-4 : 資金収支計算書 (2010 年度事業報告書 47 ページ)

2. 資金収支計算書

収入の部 (単位: 百万円)

科 目	22年度予算	22年度決算	差 額
学生生徒等納付金収入	4,246	4,298	△ 52
手数料収入	118	123	△ 5
寄付金収入	1,083	962	120
補助金収入	6,781	6,292	489
資産運用収入	773	767	5
資産売却収入	0	288	△ 288
事業収入	572	800	△ 228
医療収入	74,823	75,192	△ 369
雑収入	781	1,087	△ 306
借入金等収入	6,615	6,942	△ 327
前受金収入	1,289	1,308	△ 18
その他の収入	14,886	16,272	△ 1,386
資金収入調整勘定	△ 13,303	△ 14,911	1,607
前年度繰越支払資金	3,399	3,399	0
合 計	102,067	102,824	△ 756

保有する土地、有価証券の売却により予算を 2 億 8 千 8 百万円上回る結果となりました。

委託研究事業を積極的に受入れたことにより予算を 2 億 2 千 8 百万円上回りました。

生命保険会社からの株式割当等により予算を 3 億 6 百万円上回りました。

学校債収入が見込を下回ったが、運転資金の借入が増加した結果、予算を 3 億 2 千 7 百万円超過しました。

支出の部

科 目	22年度予算	22年度決算	差 額
人件費支出	39,536	39,612	△ 75
教育研究経費支出	38,319	38,131	187
管理経費支出	3,120	2,894	225
借入金等利息支出	314	304	9
借入金等返済支出	10,384	12,112	△ 1,727
施設関係支出	1,435	575	859
設備関係支出	3,228	2,487	741
資産運用支出	26	401	△ 375
その他の支出	14,372	16,133	△ 1,761
資金支出調整勘定	△ 11,655	△ 12,274	619
次年度繰越支払資金	2,985	2,444	541
合 計	102,067	102,824	△ 756

運転資金の借入が増加したことにより、返済支出も予算を 17 億 2 千 7 百万円超過しました。

校舎および病棟改修費用として 5 億 7 千 5 百万円支出しました。

教育研究用の機器および老朽化した医療機器の購入費用として 24 億 8 千 7 百万円支出しました。

次年度支払資金は予算に対して、5 億 4 千 1 百万円下回る 24 億 4 千 4 百万円となりました。

(注記) 記載金額は、百万円未満を切り捨てて表示。

B. 基本的水準についての自己評価

医学部教育経費については、医学部のなかで自律的に決定できる制度が整っており、教育実施上円滑に機能している。

C. 現状改良に向けた提言

大学の収入が有限である中で、教育研究に必要な資源は無限である。研究に係わる資金を外部から導入することは一般に行われている。教育経費については、私立医科大学は経

常的な補助を帰属収入の約7%を得ている。支出の83%が医療支出であり、17%が教育研究である本学の財務の中で7%の教育補助金は重要である。学部の特徴は、経常的補助以外に、教育の競争的基金を多く獲得していることで、総合大学を含めた全国約600の高等教育機関の約2-3割が毎年選ばれる基金に、100%の採択を得ていることは、高等教育の中でも本学の教育のエクセレンスが認知されていることである。2011年の東日本大震災復興のため、本基金の新規募集が無くなり今後の教育開発のための新たな基金獲得を考えなくてはならない。

#### D. 問題改善に向けた提言

教育予算を自律的に決定することは、医学部の教育が自律的に進行するために必要である一方、予算の執行に対する検証が行われなくてはならない。予算使用の実績を評価し、適切に使用されたかを監査することが、有限の収入の中で最良の結果を出す一助となる。

#### 質的向上のための水準:

医科大学は、その目的を達成するために、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わる点検

東京女子医科大学は私立医科大学であるので、教員の報酬を含む教育資源の配分は大学の自律性を持つ。一方で私立大学であるため、大学の経営は大学が得る収入で行われ、国公立大学と異なり国費、公費に依存する割合は低い。教育研究関係の収入としては、学生生徒納付金は約43億円(約54,000,000US\$)、寄付金が約11億円(約14,000,000US\$)、補助金が約63億円(約80,000,000US\$)である(資料8-3)。教育研究の支出は医療関係と混在しているが、収支計算書上の教育研究費支出は約38億円(約48,000,000US\$)、人件費は約40億円(50,300,000US\$)で教育関係の収入とほぼ見合っている。大学の収入は年間約850億円(約1,067,000,000US\$)で、医療収入比率(帰属収入に対する医療収入の比率)は83%であり、支出についてもほとんどが医療関係であることがわかる。医療支出には、診療を中心に業務を行っている教員の人件費は含まれない。医学部・看護学部のみを持ち、その教育基盤として大規模な附属医療施設を持つ本学の構成から、教員であっても臨床に重点をおいている人材が多い。しかし教員が日本で最大規模の教員を抱えている本学の特色を理解し、卒前教育への参画は限られていても、卒後・生涯教育には参画する意識を持って業務を行うことが、教育者本人と附属医療施設の医療向上につながる。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

本学は日本の私立医科大学として、本学の使命と目的を達成するために教育資源配分を自律的に使用できる。

#### C. 現状改良に向けた提言

大学の予算と予算執行は、年度ごとに検証され公開される。学校法人会計基準による会計監査も毎年受けている。大学基準により財務諸表の公開が求められており、本学は冊子(大学ニュース、事業計画報告)だけでなく、大学ホームページ上でも公開されている。大学は自律的に予算を立て執行するだけでなく、社会から受容される形で資源の活用について公開をしている。

#### D. 問題改善に向けた提言

法的な大学の監査だけでなく、医学部としての予算計画および執行、資源の活用について外部評価を受けることは理想であるが実践されていない。教員給与は大学の基本的に役職、年功による給与体系のなかで計画執行されているが、実績による差別化を図るのであれば、現在行われている教育業績評価、個人の目標管理制度に加え、考課を厳密に行う必要がある。教員に対する報奨制度は、テュートリアル教育に功労のあった教員を報奨する「アンドロメダ賞」があり、毎年2-4名が入学式典のなかで叙功される。

## 8.4 管理職と運営

### 基本的水準:

医科大学の管理職は、教育プログラムや他の教育活動を適切に実行し、確実な運営と資源配分を確実に実施していかななくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

医学部の管理運営は、学長と連携しながら医学部長を中心に構成される。いわゆる副学部長は設置されていないが、教育を教務委員長、学生を学生委員長、研究を医学部長、診療を病院長が責任を持ち、これらの役職者は全て医学部教員である。教務事務は、事務管理運営責任者として学務部長および医学部担当の課長が任命されている。看護学部、研究所との関連を含め、全体を学長が統括する。

医学部長をはじめとする教員の管理運営者は学長以外兼任であるが、学務部は管理運営を支援する人員を配置し、管理者としての的確な判断を教員が行えるように役割分担をしている。

医学部学務課は看護学部と両方を統括する学務部長の元に、課長以下13名が在籍し、各教育カリキュラム、教育関連委員会、入学者選抜、学生生活支援、学生健康管理などに対応している。学務部長はそれぞれの担当と密接に連絡を取り、学生あるいは教育の状況を把握する。学務課員は、情報提供だけでなく部長に提言を行えるように教育に関わる業務の管理運営能力を持つ。例えば、年間に約180名の教員を配置するテュートリアル教育におけるテュータの配置予定は、テュートリアル教育担当の学務課員がテュータの希望、専門、特徴などのデータベースに基づいて配置案を作り、テュートリアル担当の教員に提示し、協議の上最終案を作ると、各テュータ予定者に担当を伝え、実施前に確認する。シラバス作成、成績データ作成、入学案内作成等、担当の学務課員が教員管理運営者と協働して作成するので、教員は事務的な管理業務負担が少なく、兼任の管理運営者が効率よく業務が行える。大きな教育改革、教育機器購入等についても学務課が管理運営者を支援することで円滑に行われ、理事会での審議においても学務部長がプレゼンテーションを行ない、教育現場での必要度を理事会に説明する。

#### B. 基本的水準についての自己評価

医学部は、教育を実践し、学生を支援し、医科大学としての教育目標を果たすための適切な管理運営とその支援事務組織を持っている。

### C. 現状改良に向けた提言

女子に特化した医学教育という特色を持つ本学が、110年間建学理念を変えことなく発展してきた事実は、時代のリーダーと管理運営者が大学の進むべき方向をぶれることなく先導してきたことの証左である。現在、医学部長、学生部長、大学病院病院長が卒業生であることは、本学のマネジメントが大学理念を堅守してきた結果として評価できる。

### D. 問題改善に向けた提言

教育・学生の管理運営者は明確であるが、研究の管理運営を充実させる必要がある。研究活動は、大学全体のプロジェクトは附属の研究所で行われ、医学部では学問領域ごとに展開している。研究所は学部内横断的研究の統括者が存在し研究活動の発展に寄与している。学長を中心とした、学部・大学院を含めた研究の総括組織が充実することが必要である。

### 質的向上のための水準:

管理運営には質保証のためのプログラムが含まれ、管理運営そのものも定期的に評価を受けるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

学部長だけでなく、教務委員長、学生委員長には任期があり、再評価を受ける。

管理運営のレビューは、年次計画とその評価として定期的に行われ成文化される。年間事業計画報告書には、定性的評価として医学教育の年次目標と目標達成について管理運営の視点から自己評価が行われる。法人としての総合企画室が担当し、教育については学長、学部長が責任者となり評価が行われる。これらの評価には学生選抜方法から財務の適正性まで、幅広い目標管理評価が行われる。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

医学部の管理運営者は、定期的な定性的評価を受け、再任あるいは新たな任用の際に評価が行われる。大学全体の目標管理制度の中で、運営的な教育質保証、プログラム評価が行われている。

### C. 現状改良に向けた提言

部門としての目標管理制度は3年前から行われ定着した。実効化も進んでいる。マネジメントに携わる教員の個人評価は定期的には行われていない。

### D. 問題改善に向けた提言

大学目標管理制度をさらに充実させる。具体的には、学部ごとの目標を管理者が専門に応じて策定し、全体に諮り周知し、計画目標達成に向けて活動することが望ましい。

## 8.5 保健医療機関との交流

### 基本的水準:

医科大学は、地域社会や政府の健康や保健医療関連部門との協調的交流を持たなければならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

日本の医科大学は全て、全国医学部長病院長会議に加盟し、私立医科大学は日本私立医科大学協会に加盟している。文部科学省・厚生労働省など関連行政機関との連関は公式にはこのような機会に行われる。また本学の教育研究についての関連行政機関の関心は高く、しばしば諮問・視察を受けている。教員・研究、男女共同参画に関して過去5年間に、WHO事務局長、厚生労働大臣、文部科学副大臣等の視察を受けている。

医学教育の開発研究を行う日本医学教育学会には、医学部教員が理事として参画している。また高等教育関連については、日本私立大学連盟、大学監査協会、私立大学情報教育協会等の役員を医学部教員・大学役員が務めている。臨床医学・基礎医学学会では多くの大学教員・研究者が会長、理事などの要職を務めている。

#### B. 基本的水準についての自己評価

医学教育・高等教育・医療関連の行政あるいは関連団体との公的ならびに個別的連携が行われて、教育・研究・診療に反映されている。2011年3月11日に発生した東日本大震災の際にも、これらのネットワークを介した医療・教育の情報交換および被災地域への支援、あるいは医療安全を守るために医療施設電力確保のための交渉が行われた。この結果、被災地への医師派遣は早期に組織的に行われ、医療を行うためのロジスティクスを含めた支援が行われた。学生については、被災学生、入学予定者（日本では4月1日入学）への行政の対応、方針などが直ちに本学学生に適用された。計画停電が適用された附属病院の一つに対しては、法人から関連省庁あるいは電力会社に働きかけ、非常電源用重油の確保（震災直後は流通が遮断）、計画停電の医療施設除外などが達成された。

#### C. 現状改良に向けた提言

本学が行政あるいは関連団体と密接な連携を持って教育・研究・診療が行えるのは、本学の教育・研究・診療が社会に貢献しているからである。医学教育については、近年女性医師の増加により、女性医師教育が社会的にも注目されているが、実際に女性のみを対象とした医学教育を行っているのは日本では本学だけである。大学の理念を110余年継続し社会の変遷の中でも時代に合わせた理念の具現化を目指し、その中で教育のエクセレンスを追求してきた本学の姿勢が評価されている。

#### D. 問題改善に向けた提言

伝統が構築してきた社会との連携は、個人が構築するそれよりも継続性がある一方、伝統だけを過信すると、進歩が停滞することにより社会的評価は低下する。今後も女性医療者教育の各時代における意義、その方法、成果、そして教育・研究・診療におけるエクセレンスと特徴を医科大学として、大学全体として追求しなくてはならない。

## 質的向上のための水準:

医科大学と保健医療機関との協働が構築されるべきである。

### A. 質的向上のための水準に関わる点検

基本的水準で述べたように、医療保健・医学教育の行政・公的組織との連携は、私立医科大学としての諸組織を通じて行われる。これらの組織では、行政との意思疎通が定期的に行われており、その中で本学に係わることも検討される。2011年に文部科学省は、2010年9月にECFMGが公開した、医学教育機関国際認証についてのアナウンスメントについての検討を全国医学部長病院長会議で行い、東京女子医科大学の国際的医学教育質保証への取組が紹介された。

地域医療については地区医師会との協議会、救急医療について都あるいは消防署（救急搬送）との連携、警察と法医学の連携など様々な医療分野で公的機関との連携、協働が行われている。これらの連携は学生教育にも反映され、地域クリニックでの臨床実習（第4および5学年）、救急車同乗実習（第5学年）、監察医務院見学（第4学年）などがカリキュラムに組み込まれている。

### B. 質的向上のための水準についての自己評価

医療保健・医学教育行政・公的組織との公式で定期的な協議・情報交換は日本の医科大学全体が参画する形で組織され実践されている。

### C. 現状改良に向けた提言

医科大学としての社会的使命を公的機関との連携の中で果たすとともに、医師の果たすべき社会貢献の教育もこれらの連携を通じて行われている。

### D. 問題改善に向けた提言

医学教育を適切に計画し改善し運営していくためには、大学の自己点検と自律的改善だけでなく、医療政策、高等教育政策等の行政との連携、地域社会との連携が必要である。現在教育については外部との情報交換は円滑に行われているが、地域での病診連携などでは改善の余地がある。教育・研究・診療について、社会との公的な連携についての点検評価を行い、必要な改良を行わなくてはならない。

## 9. 継続的改良

### 基本的水準:

医科大学は、進化し続ける機関として、その構造と機能を定期的に点検し改良する手順定め実施し、点検により明らかになった不備を正さなくてはならない。

#### A. 基本的水準に関わる点検

機関の定期的自己点検と改善の制度は、大きく分けて2つ行われている。1つは大学規程に基づく自己点検評価で、もう一つは理事会が経営・管理・運営のために行う事業計画である。自己点検評価は、2もしくは3年毎に行い、中期的な目標とその達成を機関評価として行う。事業計画は年度ごとの計画とその達成度評価である。

自己点検評価では、機関評価であるが法人全体および法人内教育組織（学部、大学院、研究所）の点検評価を行う。点検評価は、全学教職員（医学部・看護学部・医学研究科・看護学研究科・附属病院・附属研究所・図書館・高等看護専門学校・法人事務）で構成される自己点検評価審議会が中心となっで行なう。法人全体と学部等の法人内組織毎の点検評価が行われる。評価結果は冊子およびウェブ媒体で公開される。評価結果は、理事会、教授会で検討され、改善が必要なことは、改善内容に応じた責任者・組織が定められ改善が行われる。次の自己点検評価で検証することになる。学校教育法に定められる外部認証評価は、7年に1度の受審が義務づけられており、本学は2006年に受審し適合している。自己点検評価を通じて行われた改革としては、MDプログラム2011（新カリキュラム）導入、推薦入試制度の変更、臨床教授・臨床准教授制度などの教員制度（職制）改革、校舎セキュリティの向上、財務諸表の公開など、教育プログラムだけでなく、学生・教員・施設・管理運営等点検評価内容全般にわたっている。

2010年からは部署別の自己点検評価が加わった。部署とは教育に係わる部署を意味し、基礎医学講座、臨床医学講座、診療科、研究組織などである。自己点検評価により、各部署の教育・研究についての姿勢、中期計画が明らかになった。次回の自己点検評価で、計画の評価が行われる。

経営・管理・運営のための年間事業計画は以前から行われていたが、2008年から実質化が進み、予算執行には事業計画での計上が原則となっている。限られた財源を計画的に使用する制度改革が行われ、大学の7/8を占める医療収入と支出の合理化、診療報酬の改訂などの多要因が奏功し、2010年には帰属収支が7年ぶりに黒字化した。2011年も同様に推移している。年間事業計画とともに、財務諸表を公開することで教職員の大学財務への認識が向上したと考えられる。年間事業計画には、定性的計画も含まれ、教育・研究・診療・社会貢献について翌年度の計画が盛り込まれ、計画年終了後事業報告として評価が行われる。2010年度医学部教育計画にはMDプログラム2011の導入、看護学部との協働教育、女性医師としての自覚のための教育導入などが計画され実施された。

#### B. 基本的水準についての自己評価

継続的改善のために、中期と短期の計画、実施、点検、評価、改善のシステムが構築されている。

### C. 現状改良に向けた提言

長期計画については、短期・中期計画を俯瞰しながら法人理事会の中で決定される。2007-2010年には大学中長期計画としてマスタープラン21が策定され、教員・職員・業務・診療・管理運営・施設などについて法人内横断的に検討が行われた。2011年からはプランの実質化（職員・教員評価制度など）、残課題の実質化へ向けての計画（大学建物建て替え計画）が進んでいる。このように、短・中・長期計画に基づく継続的改善の制度が整った。

### D. 問題改善に向けた提言

自己点検評価は実施されているだけでなく、実際の業務、教務、財務改善に活用されている。現在進められている部署あるいは個人の事業（行動）計画と評価が実質化することが望まれる。

#### 質的向上のための水準:

改良の過程は、前向き研究と分析に基づくべきであり、また医科大学の運営方針、実績についての経験、現状、そして展望に沿うものであるべきである。改良の過程は、以下の要素に対して向けられるべきである。

#### A. 質的向上のための水準に関わる点検

- **医科大学の使命と目標を現代と未来の科学、社会と経済、そして文化の変化に合わせて展開する。**

自己点検評価・事業計画で大学理念を検証している。定量的前向き分析・調査は行われていないが、現在と将来の医療・社会環境を法人あるいは学部レベルで考えている。医師不足・女性医師増加時代になり、本学の建学精神・理念の再確認、現代社会での重要性が評価され、新カリキュラム導入、女性医師あるいは研究者支援制度など他大学では出来ない女性医師教育施策を次々と実施している。

- **卒業生が進む卒後の環境からの明文化された期待に対して、学生が卒業時までには獲得すべき専門的実践力（コンピテンシー）を適切に修正する。修正には臨床技能、公衆衛生に関わる研修、卒業後専門職として課せられる責任を果たすことのできるための卒前の患者管理への参画などが含まれる。**

自己点検評価には教育方針の評価が行われる。従来は定量的前向き調査研究は行われていないが、MDプログラム2011では、アウトカム・ロードマップと呼ぶコンピテンシー目標が学生の学年に沿って設定され、教育評価・プログラム評価が前向き調査研究として行われる。本評価では、入学前の情報から卒業後までの情報も組み入れられ、入学志望者の動向から卒後のパフォーマンスを含んだプログラム評価が行われ、教育改善に資する。

- **適切で有効なカリキュラムモデルと教育方法の適用。**

教育プログラム評価は、医学教育審議会でポリシーレベル、教務委員会で実施レベルでの評価が行われる。医学教育学講座が教育開発研究の立場から前向き調査研究を含めてこれを支援している。テュートリアル教育、参加型臨床実習、Team-based learning (TBL) など日本で初めてあるいは最新の教育を導入するだけでなく、自校の教育方針に合わせて改良し、アウトカム・ロードマップという新しい概念のカリキュラムを創造することが出来ている。

- カリキュラムの構成要素（教育単位）と構成要素間の関連を、医科学、行動科学、社会科学、臨床医学の発展、人口動態および社会の健康と疾病構造の変遷、そして社会経済的、文化的状況の変化に適応すること。適応として、最新で適切な知識、概念そして方法を包含し、陳旧化したものは排除されるべきである。

カリキュラムの至適化は適宜実施され、自己点検評価に反映されてきた。MDプログラム90、MDプログラム94と立て続けの教育改革では、行動科学、社会科学等が取り入れられ、その後の小規模なカリキュラム改良で医学に関する社会経済的、文化的側面などを含む人間関係教育カリキュラムが成果として取り入れられた。2011年にはMDプログラム2011が導入され継続的改良を行う教育プログラムとなった。
- 学生評価の理念、方法、そして教育目標の開発、および学習到達目標および学習方法の改良に沿った評価回数<sup>の</sup>至適化。

教育評価として定量的前向き調査分析が行われている。例えば、コンピタンスの達成度評価として、全国で協同して行われる臨床実習開始前のOSCEだけでなく、卒業時により高度な実践力の評価(Advanced OSCE)が独自に導入されている。教育内容に特化した教育委員会あるいは医学教育学講座が評価を行うシステムを持っている。
- 社会が求める医療者資源への期待と需要、初等・中等教育の教育環境変化、医学教育プログラムが求める条件の変化に沿った入学基準および入学者選抜法の至適化。

定量的前向き調査分析が行われている。学生委員会の中で入試検討委員が担当している。推薦入学制度・指定校推薦入学制度導入前後の前向き調査から、選抜方法・指定校の変更が行われた。2011年には奨学金制度を導入し、今後の入学者動向を調査する。これらの結果が自己点検評価に反映される。
- 医科大学が求める人材像の変化に沿った、教員採用基準の至適化。

自己点検評価には教員採用ポリシーについての評価が含まれる。臨床教授・臨床准教授・任期制教員などの制度が導入されてきている。
- 入学基準、入学者数、入学者の特性、教員の特性、教育プログラム、教育原理の進化などに沿った教育資源の更新。

理事会による中長期計画の中で計画され、法人全体の意志決定として実施される。新たに設置した建物、設備等には監査が行われ、当初の目標を達成しているか検証される。2011年には理事会の中に施設建て替えのための検討部会が構築され、今後10-15年にわたる大学校舎、附属医療施設建て替え計画を予想される資金環境を含めた総合的検討と計画策定が行われる。
- 教育プログラムの継続的監視と評価法の改良。

年間事業計画の教育の中で点検評価が行われる。実際の改良は、教育プログラムのポリシーレベル（医学教育審議会）あるいは実施レベル（各教育委員会）の両方から計画・方針が出され、教務委員会などの教育運営組織で統合され、教授会に諮った後に実施される。
- 医科大学の置かれる社会的環境の変化、医科大学への期待の変化、そして異なる領域の教育の協働者が持つ医科大学への関心に対応できる教育組織構築と統括管理運営方針の改良・開発。

法人全体の組織構築、管理運営は理事会で検討される。理事会には現場からの情報とより高位（行政等）からの情報、社会情勢などが集約され、大学全体の方針が決定される。2011年から理事会の機能を高めるために、重要課題については理事会の下に検討部会を設け迅速に審議

し理事会への提言を行い、一方で執行担当理事による権限を高めて時期に応じた決断が行えるようになった。2011年東北地方太平洋沖地震では復旧のための資金調達等を迅速に行い、教育・診療が滞りなく実践された。

#### B. 質的向上のための水準についての自己評価

継続的向上のための分析と改良が行われ、必要な内容によっては前向きに調査が行われている。質的向上のための諸分野それぞれについて、適切な評価分析改善のための組織が設定されている。

#### C. 現状改良に向けた提言

点検評価体制が各領域で整い、評価結果に基づいてカリキュラム改良、教育制度改良、管理運営改善などが実施されてきている。今後、教員定数、人事の流動性など現代医療と教育に適切な組織についての点検表改良、現在行われている個人の目標管理制度の実質化（事務方系役職者では2010年開始）を図っていく。

#### D. 問題改善に向けた提言

東京女子医科大学は、医療系の2学部と大学院で構成される。日本の中では小規模な大学である。多数の学部と多くの学生を持つ大学とは異なり、大学の教育のためにも運営のためにも良質な医療を行うことが重要である。そのため1952年の大学設置後1990年までは医療向上に努め、日本国内では有数の規模の診療を行うに至った。1990年からは教育改良に努め、日本の中で先進的カリキュラムを取り入れた。2000年からは研究力の向上に努め、再生医療を中心とする工学と融合した医学研究、他大学との連携大学院設置など比類のない領域での先端研究を促進した。このような戦略的経営が大学の発展を促してきたが、2010年以降は医学教育・実践医療のグローバル化のなかで、国際的な特色を促進する必要がある。国際的認証制度がない状況で、敢えて国際外部評価を受審することは、自校の特色の再発見と今後の課題を国際的視点から明らかにして、国際社会で世界に貢献する医科大学であるために重要な意義がある。

## あとがき

いま日本の医科大学における教育の国際的質保証が全国で課題となっている。そのような状況の中で今回の医学部自己点検評価は、医学部の新しいカリキュラム、MDプログラム 2011、そしてこれまでの教育の実績が、国際的にも質の担保された内容であることを明らかにするために行われた。本書は自己点検評価審議委員会が中心となって、医学部各教員の協力を得て行われた点検評価をまとめたものである。

本学医学部は平成 23 年度から新たに MD プログラム 2011 を導入し、国際水準に適合する医学教育を達成しようとしている。今回の点検評価は、世界医学教育連盟が 2003 年に定めた国際医学教育基準であるグローバルスタンダードに従って行われた。グローバルスタンダードは、全ての医科大学が達成すべき「基本的水準」と高質の教育を行う医科大学を目指す「質的向上のための水準」に分かれる。点検項目は 9 の領域に分かれ、領域がさらに下位領域に分かれている。下位領域それぞれについて、A. 現状についての情報、B. 自己点検、C. 改良についての提言、そして D. 問題点についての今後の対応、に分けて記載されている。これは、世界医学教育連盟の自己点検評価の指針に従った記入方法である。自己点検評価の結果は、全般としては「質的向上のための水準」を含めて満たされているといえる。すなわち本学の建学の精神と教育理念に従って教育を受ける学生が、国際水準においても医師としての基本能力を修得できることが明らかにされた。

本書は英訳され平成 24 年 10 月に予定される国際外部評価における資料として用いられる。国際外部評価は日本で初めてのグローバルスタンダードに基づく、多国籍外部評価者による受審となる。本書に記された自己点検評価結果が、外部評価により国際社会からも認知され、かつ新たなカリキュラムを進める自信となることを願う。

このように、今回の学部自己点検評価は非常な重要な意義があり、改めて点検評価に関わった皆様に感謝申し上げますと共に、本書が教育の改良の一助となることを願う。

平成 24 年 3 月 1 日

自己点検評価審議委員会

委員長 吉岡俊正

