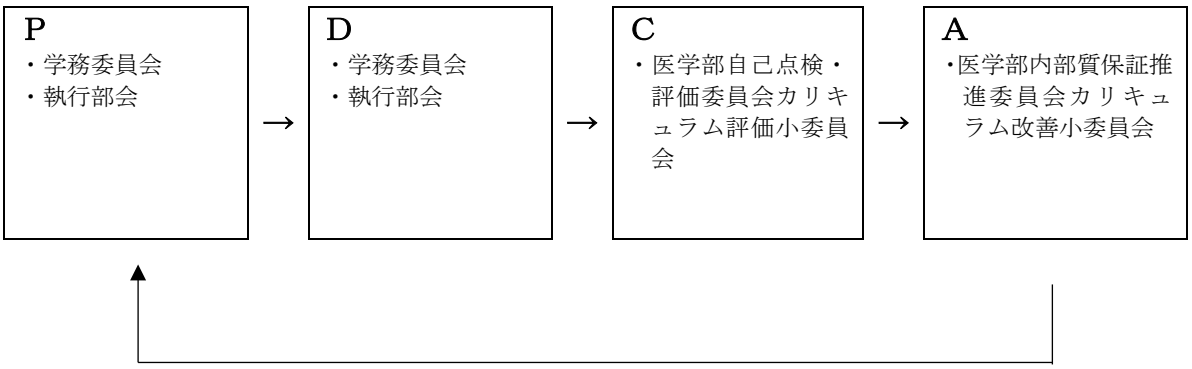
# 令和７年度全学自己点検・評価報告書

学部等名　　医学部

**基準２ 内部質保証**

１　内部質保証システムの有効性及び適切性について定期的に点検・評価し，改善・向上につなげていくサイクルに関して，以下のＰＤＣＡサイクル図に該当する組織名（例：教授会，自己点検・評価委員会，内部質保証推進委員会等）を明記してください。




２　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，以下の設問に回答してください。

**点検・評価項目③**

**内部質保証システムの有効性及び適切性について定期的に点検・評価を行い，改善・向上に向けた取組を行っていること。**

**＜評価の視点＞**

**・内部質保証システムの整備や機能の状況を定期的に点検・評価し，その結果に基づき，教育の質を保証する仕組みとしてより有効に機能できるよう改善・向上に取り組んでいるか。**

⑪　学部等における内部質保証システムが有効に機能しているか，どのように点検・評価（検討・検証）しているか記述してください。また，その結果，改善・向上を図った事例等について記述してください。

(1)　組織体制の確立と役割分担

基本的に，医学部内部質保証推進委員会が改善（A)を，医学部自己点検・評価委員会が評価（C）を，執行部や担当委員会が企画(P)と実行（D）を担当する。

特に教育プログラムに関しては，教学のリーダーシップの下，教育カリキュラムの案・実行に責任を持つ学務委員会（Plan/Do）から，評価機能を分離した。

カリキュラム評価小委員会を医学部自己点検・評価委員会内に設置し，評価（Check）を担当させ，カリキュラム改善小委員会を医学部内部質保証推進委員会内に設置し，改善（Action）を担当させる体制を整備した。

これらの委員会は，学生や行政機関の職員・他大学の医学教育専門家などの学外の視点を正式な委員として取り入れることで，評価の客観性や妥当性を高めている。

(2)　データに基づくモニタリング（ＩＲ活動）

組織的・継続的なプログラム評価をサポートするため，ＩＲ委員会とＩＲ室を整備した。ＩＲ室では，入学試験の成績・ＣＢＴ/ＯＳＣＥの結果・統一試験の結果など，学生の学習成果に関するデータを収集・解析するシステムの構築が進められている。

(3)　評価手法の多様化:

ＣＣ－ＥＰＯＣ（卒前学生医用オンライン臨床教育評価システム）を導入し，学生の臨床経験症例の記録やＭｉｎｉ‐ＣＥＸ（簡易版臨床能力評価）の実施を通じて，技能・態度評価を促進している。

また，知識評価に偏りがちであった従来の評価を見直し,「知識・技能」と「態度」を明確に分けて評価する新たなシステムを導入した。

点検・評価の結果，改善・向上を図った事例

上記の点検・評価体制及び学生・教職員からのフィードバックに基づき，以下のような改善・向上策が実行された。

(1)　教育プログラムの改善

・講義時間の大幅削減 : 学生の意見を受け，カリキュラムの過密を解消すると同時に，臨床実習期間を延長するため，６年間で 924 時間の講義時間を削減し，自主学習時間の確保を図った。

・早期研究体験の導入 : 全学生のリサーチマインド涵養のため，６年次に行っていた研究コースを４年次（自由選択医学研究１・２）に移行し, 全学生が研究活動を体験できる体制を整えた。

・臨床実習期間の延長とＥＢＭ教育の強化 : 臨床実習期間を 61 週から 72 週に延長した。また，臨床講義に「ＥＢＭ概論」を追加し，診療ガイドラインの利用指導を全診療科のシラバスに明記した。

・態度評価の明確化 : 知識・技能の評価とは別に態度評価を実施する新たなシステムを導入し，課題未提出や無断欠席を複数回した学生に対し，知識が合格点に達していても留年を判定する事例が発生した。

(2) 組織運営と資源配分の改善

・施設・設備環境の改善: 耐震性の問題により使用停止となった教室の代替として，図書館２階の閲覧スペースをラーニングコモンズ（ＰＢＬの授業等に使用）に改装し, 自主学習環境の確保とアクティブラーニングの促進を図った。

3　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき,【添付書類⑤】令和６年度全学自己点検・評価結果に対する検証結果で付された当該基準における提言（是正勧告，改善課題）にどのように取り組むかを記述してください。提言（是正勧告，改善課題）が付されている学部，通信教育部，大学院研究科及び短期大学部（各校舎）のみ御回答ください。

【提言（改善課題）】

自己点検・評価報告書の記述において，点検・評価の結果と改善・向上の取組との因果関係が十分に示されていない事例が見受けられる。これは，内部質保証体制における確認作業が不十分であることを示しているため，医学部内部質保証推進委員会や医学部自己点検・評価委員会が中心となり，点検・評価の結果と改善・向上との関連性を明確に示す仕組みを整備するよう，改善が求められる。

評価結果と改善策の因果関係の不明確さを解消するため，内部質保証体制（ＰＤＣＡサイクル）を再構築した。この改善は,「責任体制の明確化」と「データ分析の強化」によって推進している。

(1)　ＰＤＣＡサイクルの責任体制の明確化

教育プログラムの評価・改善機能を分離し，ＰＤＣＡサイクルにおける組織の役割を明確化した。

・Ｐ/Ｄ（企画・実行）：学務担当が委員長を務める学務委員会が担当する。

・Ｃ（評価・検証）：学部次長が委員長を務める医学部自己点検・評価委員会カリキュラム評価小委員会が客観的な評価を担う。

・Ａ（改善・対応）：学部長が委員長を務める医学部内部質保証推進委員会カリキュラム改善小委員会が評価結果に基づき，改善策の策定と実行指示を行う。特に，医学部長がカリキュラム改善小委員会の委員長を務め，評価結果を改善に確実につなげるリーダーシップ体制を確立した。

(2)　データ分析（ＩＲ活動）による客観的な根拠の強化

評価と改善の因果関係を客観的に示すため，ＩＲ委員会とＩＲ室を設置し，組織的なＩＲ活動を推進している。

・入学試験成績・ＣＢＴ・国家試験など，主要な学修成果データを系統的に収集・解析するシステムを構築中である。

・今後は，カリキュラム評価小委員会がＩＲデータに基づき客観的な評価を行い，その結果を改善小委員会が活用する「根拠（データ）に基づく評価と改善の連動」を実現する。

(3)　因果関係が示された改善事例

既にこの体制に基づき，評価と改善の因果関係が実証された事例がある。

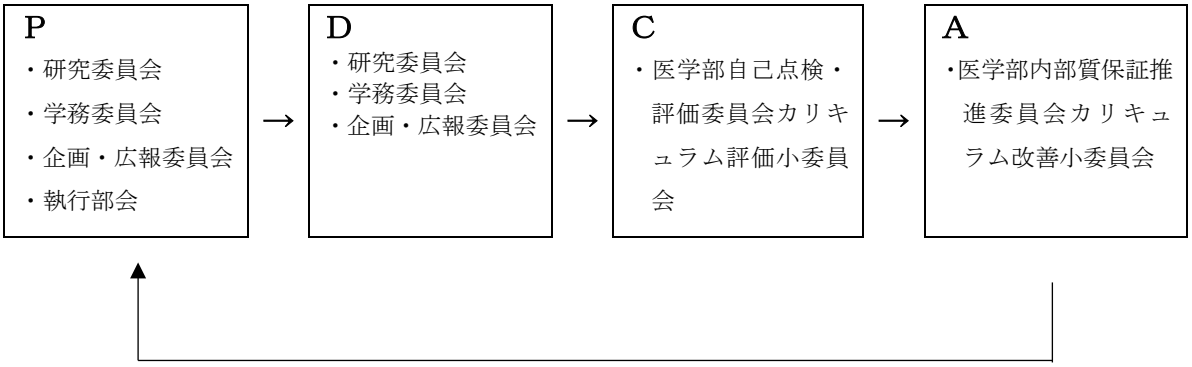
・課題と改善：学生フィードバックにより判明した「カリキュラムの過密」に対し，講義時間を６年間で 924 時間削減した。

・結果：１・２年次の留年者数が３分の１にまで激減し，過密解消が学修成果の改善に直結したことが実証された。

・その他の事例：学習態度の低下に対応するための「知識」と「態度」を分けた新評価システム導入や臨床技能評価不足に対応するためのＭｉｎｉ‐ＣＥＸの導入義務化なども実施し，機能していることを確認している。

## 基準３ 教育研究組織

１　教育研究組織に関わる事項を定期的に点検・評価し，その結果を活用して改善・向上につなげていくサイクルに関して，以下のＰＤＣＡサイクル図に該当する組織名を明記してください。なお，事案により対応する組織名が異なる場合は，下記の図をコピー＆ペーストして，事案ごとにそれぞれ記載してください。




２　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，以下の設問に回答してください。

**点検・評価項目②**

**教育研究組織の適切性について定期的に点検・評価し，その結果を活用して改善・向上に向けて取り組んでいること。**

**＜評価の視点＞**

- **教育研究組織に関わる事項を定期的に点検・評価し，当該事項における現状や成果が上がっている取組及び課題を適切に把握しているか。**
- **点検・評価の結果を活用して，教育研究組織に関わる事項の改善・向上に取り組み，効果的な取組へとつなげているか。**

⑫　学問の動向や社会的要請等に対応すべく，学科や研究所の新設，学科の改組等，教育研究組織の見直しについて，どの組織が，どのように点検・評価（検討・検証）しているか記述してください。また，その結果，改善・向上を図った事例等について記述してください。

日本大学医学部総合医学研究所は，医学に関する学理・技術の総合的研究を行うことを目的に設置され，各専門分野における研究及び調査，学術研究助成金等に基づく研究プロジェクト，委託研究及び共同研究等を実施している。

教育研究組織が，社会からの要請に即応できる組織であるかの点検・評価やその活性化を図る方策の立案については，執行部会や企画・広報委員会を中心に学務委員会及び研究委員会等の関係委員会が対応している。また，組織の妥当性の検証に関連する個別の問題に対しては，医学部長から諮問がなされ，必要に応じて専門委員会を設置して検討を重ねた上で，学部の意思決定機関である教授会での審議を経て，答申に基づく施策が実行に移されている。

事例として，令和３年４月に医学部長から研究担当に対して，本学部の研究力をこれまで以上に世に発信すべく，付置研究所の設置等を含めた今後の在り方についての諮問がなされ，令和４年２月に医学部トランスレーショナルリサーチセンター設置の答申がなされ，同年３月に日本大学医学部トランスレーショナルリサーチセンターが設置された。

また，令和６年 12 月，医学部における研究支援基盤の形成，医学研究支援部門及び導入を検討しているＵＲＡ(University Research Administrator)の配置等を含め，今後の効果的な研究支援体制の在り方について，医学部長から研究委員会に諮問があり，当該委員会において審議を重ねた結果，令和７年 11 月，最終答申がなされ，総合医学研究所における専任教員の配置や

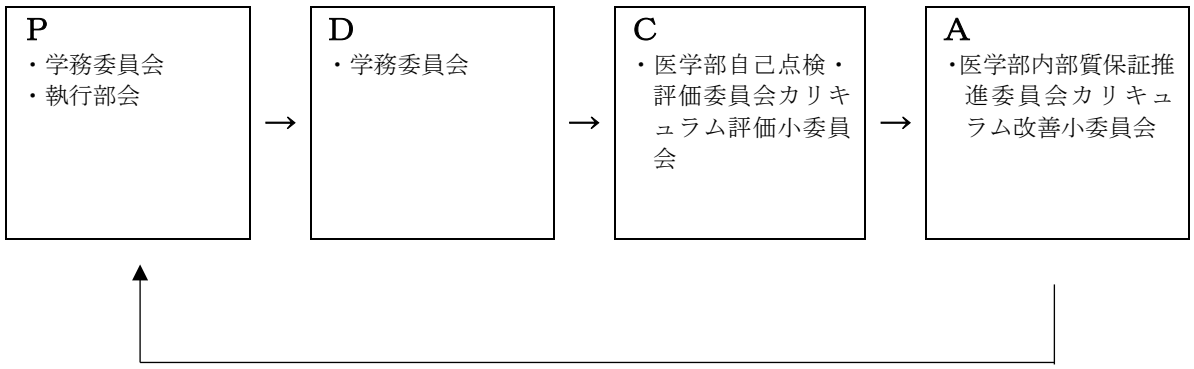
| |
|---|
| ＵＲＡの新規配置を含む研究支援体制の改組がなされた。 |

３　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，【添付書類⑤】令和６年度全学自己点検・評価結果に対する検証結果で付された当該基準における提言（是正勧告，改善課題）にどのように取り組むかを記述してください。提言（是正勧告，改善課題）が付されている学部，通信教育部，大学院研究科及び短期大学部（各校舎）のみ御回答ください。

| |
|---|
| なし |

## 基準４ 教育・学習

１　教育課程及びその内容，教育方法について定期的に点検・評価し，その結果を活用して改善・向上につなげていくサイクルに関して，以下のＰＤＣＡサイクル図に該当する組織名を明記してください。なお，事案により対応する組織名が異なる場合は，下記の図をコピー＆ペーストして，事案ごとにそれぞれ記載してください。




２　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，以下の設問に回答してください。

**点検・評価項目⑥**

**教育課程及びその内容，教育方法について定期的に点検・評価し，改善・向上に向けて取り組んでいること。**

**＜評価の視点＞**

- **教育課程及びその内容，教育方法に関する自己点検・評価の基準，体制，方法，プロセス，周期等を明確にしているか。**
- **課程修了時に求められる学習成果の測定・評価結果や授業内外における学生の学習状況，資格試験の取得状況，進路状況等の情報を活用するなど，適切な情報に基づいているか。**
- **自己点検・評価の結果を活用し，教育課程及びその内容，教育方法の改善・向上に取り組んでいるか。**

⑸　教育課程及びその内容，教育方法に関する自己点検・評価の基準，体制，方法，プロセス，周期等について記述してください。

評価の基準は，大学の理念・目的及び学位授与方針（ディプロマ・ポリシー）に基づき，医学教育分野別評価基準日本版 Ver.2.36 を参考に行われる。学修成果の評価としてはＤＰに示された知識・技能・態度を含むコンピテンシーを測定することが求められている。また，態度評価の導入を行い，全科目において，評価を「知識・技能」と「態度」に分けて実施する新たなシステムが導入されており，レポート提出状況や出席状況などに基づき，厳正な態度評価が行われる。

プロセス（ＰＤＣＡサイクル）として，教育プログラムの改善は，以下の手順により実行される。

(1)　Check（評価）：カリキュラム評価小委員会がＩＲ室からのデータや各種フィードバックを基に教育プログラムを評価する。

(2)　Action（改善案策定）：カリキュラム改善小委員会が評価結果を受け，改善の方向性を審議・決定する。

(3)　Plan／Do（実行）：学務委員会が改善案をカリキュラムに反映させ，実行する。

(4)　承認：これらの改善案は教授会で審議され，最終的な承認を経て実施される。

これらを実施する周期としては以下のとおりとなる。

・カリキュラム改正：カリキュラムの大きな構造変更は，通常６年ごとのサイクルで検討される。

・自己点検・評価：全学的な自己点検・評価は，かつての３年周期から毎年度流動的に実施する方針に変更されている。

・分野別評価追加審査：令和５年度に３年間の期限付き認定を受けたため，令和７年度の 12 月に実地検証（現地調査）が行われ，これに向けて継続的な改善報告が行われた。

㊸　教育課程及びその内容，教育方法の改善・向上に当たり，自己点検・評価の結果をどのように活用しているか記述してください。また，その結果，改善・向上を図った事例等について記述してください。

評価の客観性を高め，根拠に基づいた改善（Action）を実行するため，ＩＲ（Institutional Research）活動と各種データが活用された。

・ＩＲ活動の推進：ＩＲ委員会とＩＲ室を設置し，入学試験成績・共用試験（ＣＢＴ・ＯＳＣＥ）成績・学内統一試験成績といった教学データを系統的に収集・分析し，カリキュラム評価の基礎データとした。

・学生からのフィードバック：学生から「授業の過密日程」が訴えられたことを受け，その要望が新カリキュラムに直接的に反映された。

自己点検・評価に基づく具体的な改善事例

・カリキュラムの過密（１・２年次）緩和を図った。

・講義時間数の削減（６年間で 924 時間）と自主学習時間を確保した。

・学生からの要望（フィードバック）に基づきカリキュラムの再構築を行った。

研究機会の不足（全学生）

４年次に必修の「自由選択医学研究１」（６週間）を新設し，全学生が研究を体験できる体制を構築した。医学研究への志向を育むという使命に基づき，カリキュラムを改正した。

技能・態度評価の不足（知識偏重）

知識・技能と態度を分けて評価する新システムを導入し，態度評価（出席状況・課題提出など）の結果によって留年判定を行う運用を開始した。評価の信頼性と公正性確保のため，態度評価の基準と手続を明確にした。

臨床技能評価の非標準化

臨床実習において，ＣＣ－ＥＰＯＣの導入とＭｉｎｉ－ＣＥＸ（簡易版臨床能力評価）の実施を義務化した。技能・態度評価の標準化と，形成的フィードバックの機会を増やすために活用された。

３　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，【添付書類⑤】令和６年度全学自己点検・評価結果に対する検証結果で付された当該基準における提言（是正勧告，改善課題）にどのように取り組むかを記述してください。提言（是正勧告，改善課題）が付されている学部，通信教育部，大学院研究科及び短期大学部（各校舎）のみ御回答ください。

【提言（改善課題)】

令和６年度大学評価（認証評価）結果において，「教育課程の編成・実施方針について,医学部医学科では，編成に関する基本的な考え方を示していない」と提言が付されているため，改善が求められる。

また，同大学評価（認証評価）結果において，基準４の概評で「学習成果の測定・把握が科目単位にとどまっている」と指摘されている。基準２は基準４と相互関係にあるため，学習成果をより多面的かつ総合的に把握する仕組みを整備することが求められる。例えば，医学部内部質保証推進委員会を中心に，学習成果の測定方法を多様化し，学位授与方針に示された能力との対応を明確に検証できる体制を整備するよう，改善が求められる。

(1)　教育課程の編成・実施方針（カリキュラム・ポリシー）の明確化（基準２）への対応

教育課程の編成・実施方針（カリキュラム・ポリシー）に編成に関する基本的な考え方が示されていないとの指摘を重く受け止めてはいるが，現在の学位授与方針（ディプロマ・ポリシー）は抽象度が高く，改訂された医学教育モデル・コア・カリキュラム（ＭＣＣ）との整合性が不明瞭であるという課題を認識している。

・学位授与方針（ディプロマ・ポリシー）/教育課程の実施・編成方針（カリキュラム・ポリシー）改正の推進：喫緊の課題として，医学部内部質保証推進委員会を中心に学位授与方針（ディプロマ・ポリシー）及び教育課程の実施・編成方針（カリキュラム・ポリシー）の改正を急ぐ。改正に際しては，本学部の教育理念を明確に示し，令和４年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラム（ＭＣＣ）との整合性を確実に図り，編成に関する明確な理念を定めることを最優先とする。

(2)　学修成果の多面的・総合的な把握（基準４）への対応

学修成果の測定が科目単位にとどまっているとの指摘に対し，学部全体で多面的かつ総合的に学生の能力を検証する仕組みを既に構築・強化している。

・内部質保証体制の活用：教育プログラムの企画・実行（Plan／Do）を担う学務委員会から，評価（Check）を担うカリキュラム評価小委員会と改善（Action）を担うカリキュラム改善小委員会を分離し，客観的かつ継続的なＰＤＣＡサイクルを確立している。この体制には，学生，外部専門家及び行政の代表も参画している。

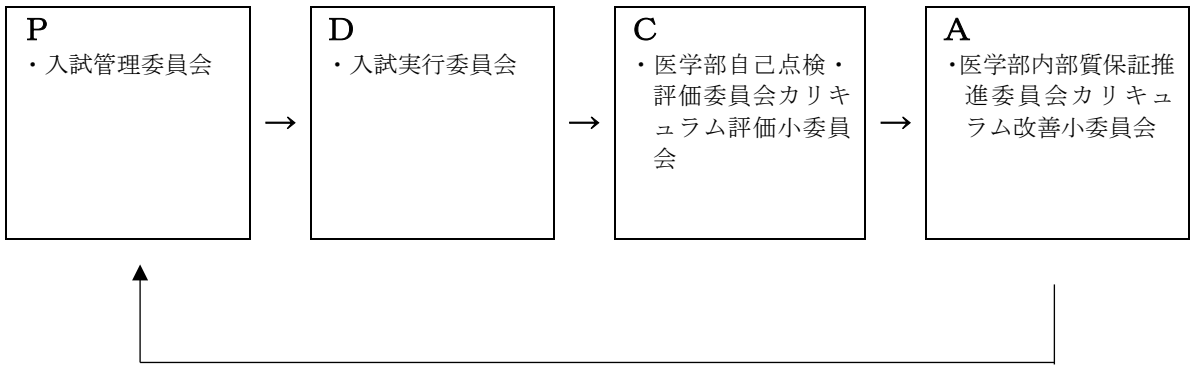
・技能・態度評価の多様化：知識偏重を是正するため，令和７年度から，評価を「知識・技能」と「態度」に明確に分離した新システムを導入し，学位授与方針（ディプロマ・ポリシー）に示された態度面（誠実さ，プロフェッショナリズムなど）を確実な評価対象とした。

・臨床能力の測定強化：臨床実習において，Ｍｉｎｉ－ＣＥＸ（簡易版臨床能力評価）の実施を強化し，ＣＣ－ＥＰＯＣ（オンライン臨床教育評価システム）での経験症例記録を義務化した。これにより，技能や態度といった学位授与方針（ディプロマ・ポリシー）に示される能力を実患者診療の現場で多面的に観察・把握している。

・教学ＩＲの推進：入学時成績と，共用試験（ＣＢＴ，ＯＳＣＥ），学内統一試験などの経時的な学修データを組織的に収集・分析するための教学ＩＲシステム構築を進めており，学位授与方針に示された能力の達成度を総合的に検証するためのデータ基盤を整備している。

## 基準５ 学生の受け入れ

１　学生の受け入れに関わる事項を定期的に点検・評価し，その結果を活用して改善・向上につなげていくサイクルに関して，以下のＰＤＣＡサイクル図に該当する組織名を明記してください。なお，事案により対応する組織名が異なる場合は，下記の図をコピー&ペーストして，事案ごとにそれぞれ記載してください。




２　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，以下の設問に回答してください。

**点検・評価項目③**

**学生の受け入れに関わる状況を定期的に点検・評価し，改善・向上に向けて取り組んでいること。**

**＜評価の視点＞**

- **学生の受け入れに関わる事項を定期的に点検・評価し，当該事項における現状や成果が上がっている取組及び課題を適切に把握しているか。**
- **点検・評価の結果を活用して，学生の受け入れに関わる事項の改善・向上に取り組み，効果的な取組へとつなげているか。**

㊾　学生の受け入れに関わる事項について，どの組織が，どのように点検・評価（検討・検証）しているか記述してください。また，その結果，改善・向上を図った事例等について記述してください。

専門の委員会を中心に，データに基づいた公平かつ透明性の高い学生の受入れと改善活動を継続している。

(1)　点検・評価の体制と手法

・組織体制：入試管理委員会やＩＲ室等が中心となり，選抜の公正性や妥当性を検証している。

・多角的な検証：毎年の定例検証に加え，学修状況と入試区分の因果関係を分析する教学ＩＲや他大学の専門家・行政職員による外部評価を導入し，客観性を担保している。

(2)　主な改善・向上を図った事例

・透明性の確保：追加合格候補者への順位通知や不合格者への二次試験得点開示を導入し，入試の公正確保を徹底した。

・入試方式の最適化：「Ｎ全学統一方式」への一本化による利便性向上を図る一方，地域医療に貢献する「地域枠選抜」を拡大した。

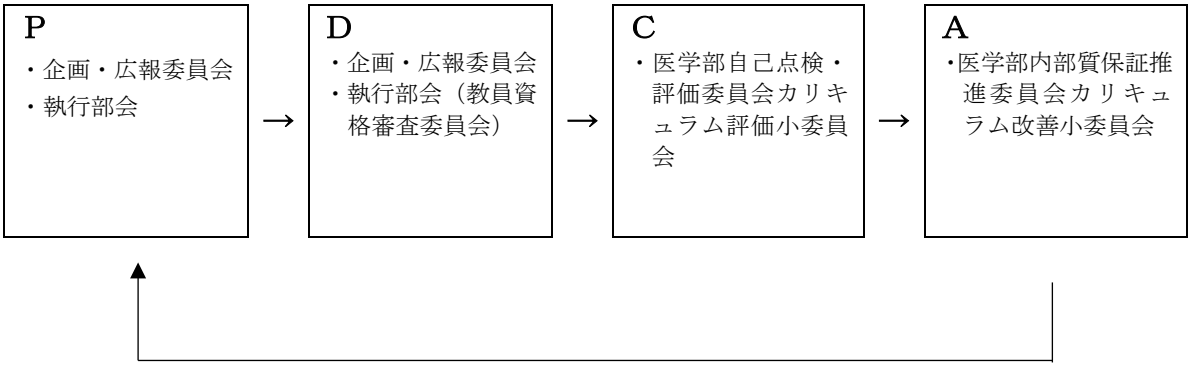
・判定基準の適正化：過去のデータ分析に基づき，一般選抜の面接配分を 60 点から 30 点へ変更し，学科試験とのバランスを調整した。

3　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，【添付書類⑤】令和６年度全学自己点検・評価結果に対する検証結果で付された当該基準における提言（是正勧告，改善課題）にどのように取り組むかを記述してください。提言（是正勧告，改善課題）が付されている学部，通信教育部，大学院研究科及び短期大学部（各校舎）のみ御回答ください。

| |
|---|
| なし |

**基準６ 教員・教員組織**

１　教員組織に関わる事項を定期的に点検・評価し，その結果を活用して改善・向上につなげていくサイクルに関して，以下のＰＤＣＡサイクル図に該当する組織名を明記してください。なお，事案により対応する組織名が異なる場合は，下記の図をコピー&ペーストして，事案ごとにそれぞれ記載してください。




２　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，以下の設問に回答してください。

**点検・評価項目④**

**教員組織に関わる事項を定期的に点検・評価し，改善・向上に向けて取り組んでいること。**

**＜評価の視点＞**

- **教員組織に関わる事項を定期的に点検・評価し，当該事項における現状や成果が上がっている取組及び課題を適切に把握しているか。**
- **点検・評価の結果を活用して，教員組織に関わる事項の改善・向上に取り組み，効果的な取組へとつなげているか。**

⑱　教員組織に関わる事項について，どの組織が，どのように点検・評価（検討・検証）しているか記述してください。また，その結果，改善・向上を図った事例等について記述してください。

教員組織が，社会からの要請に即応できる組織であるかの点検・評価やその活性化を図る方策の立案については，執行部会や企画・広報委員会を中心に対応している。また，組織の妥当性の検証に関連する個別の問題に対しては，医学部長から諮問がなされ，企画・広報委員会が検討を重ねた上で，学部の意思決定機関である教授会での審議を経て，答申に基づく施策が実行に移されている。

事例としては，令和７年度に新設された「臨床教員」制度を挙げる。本学部では，専任教員が付属病院の経営安定化のため診療等に時間を割かざるを得ず，教育・研究時間の確保が困難な現状を課題としていた。この現状を改善するべく，「臨床教員」制度が新設されたが，本制度は，教員の質を担保するため，既存の教員資格と同様に，採用や再任時には教員資格審査委員会による厳格な資格審査を行い，教授会の承認を経て学長が任命する体制を構築している。

内規は，企画・広報委員会，執行部会及び教員資格審査委員会が各セクションにおいて慎重審議し制定に至った。本制度の導入により，既存の教員が本来の教育研究活動に専念できる環境を支援するとともに，病院の教育機能の充実と経営の安定化を図る。また，１期３年以内の任期制のため，再任審査を通じて組織の継続的な点検・評価と質の向上を可能にしている。

３　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，【添付書類⑤】令和６年度全学自己点検・評価結果に

対する検証結果で付された当該基準における提言（是正勧告，改善課題）にどのように取り組むかを記述してください。提言（是正勧告，改善課題）が付されている学部，通信教育部，大学院研究科及び短期大学部（各校舎）のみ御回答ください。

【提言（改善課題）】

助教・助手の採用における選考理由の透明性確保や説明責任の担保については，改善が求められる。

本記述のみでは，エフォート調査が実際の授業負担の調整や改善にどのように活用されているかが具体的に示されていないため，その実効性を十分に確認することが難しいため，改善が求められる。

助教及び助手の採用については，「日本大学医学部助教・助手選考基準」に基づき，学位の有無，論文実績，専門医資格等の要件を充たしていることを前提としている。特徴的な取組として，一部の教員については，採用前に「専修医（臨床系）」又は「専修研究員（基礎系）」として一定期間雇用し，この期間を通じて，所属長が候補者の適性を事前に判断することで，個人の能力に合致した職位での採用を実現している。これにより，現場の教育・研究ニーズに即した柔軟かつ機動的な人材配置を可能としている。

この運用においては，執行部会が選考基準の運用実態を定期的に検証している。適切な範囲でプロセスを明示・開示することで，採用における客観性を担保しており，直近では令和４年３月に選考基準の見直しを実施した。再任時においては，勤務成績や業績について，教員資格審査委員会及び教授会による厳格な審査が行われる体制となっており，新規採用時においてもこれらに準じた公平な視点を取り入れ，説明責任を果たせる運用に努めている。

本学部では，教員が教育・診療・研究をバランスよく遂行できるよう，令和６年度より「教員活動到達目標評価システム」を稼働させている。本システムでは，各教員の職務種別ごとのエフォート率及び年度の到達目標を設定し，年度末から年度始めにかけて自己評価と所属長評価に基づく意見交換を実施している。これにより，教員と所属長が共通認識の下で職務状況を確認し，教育研究活動を安定的かつ効果的に推進する基盤となっている。

今後の更なる改善に向け，以下のサイクルを運用する。

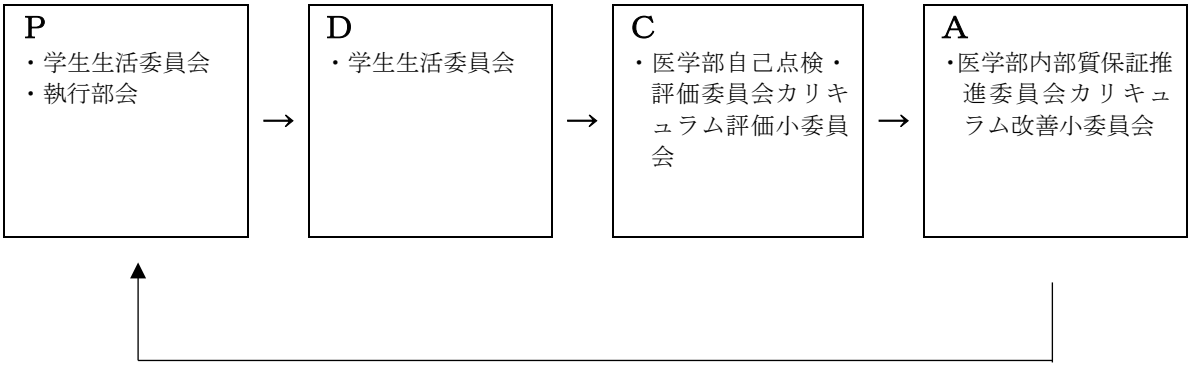
評価結果に基づき，分野ごとの平均授業時間と個々の教員のエフォート値を比較分析する。この検証は，医学部自己点検・評価委員会及びカリキュラム評価小委員会が中心となり，業務負担の偏りを客観的な数値として早期に発見する体制を構築する。

分析結果及び所属長との面談結果が，教員の安定的活動に寄与したかを次年度のシステム入力時に事後検証する。この結果を医学部内部質保証推進委員会及びカリキュラム改善小委員会において審議し，次年度の業務配分へと反映させることで，継続的な改善・向上に向けた措置を明確化する。

これらの評価プロセスや改善事例を適切に記録し，組織全体として説明責任を果たせるよう管理体制を整備していく。

## 基準７ 学生支援

１　学生支援に関わる事項を定期的に点検・評価し，その結果を活用して改善・向上につなげていくサイクルに関して，以下のＰＤＣＡサイクル図に該当する組織名を明記してください。なお，事案により対応する組織名が異なる場合は，下記の図をコピー&ペーストして，事案ごとにそれぞれ記載してください。




２　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，以下の設問に回答してください。

**点検・評価項目②**

**学生支援に関わる状況を定期的に点検・評価し，改善・向上に向けて取り組んでいること。**

**＜評価の視点＞**

- **学生支援に関わる事項を定期的に点検・評価し，当該事項における現状や成果が上がっている取組及び課題を適切に把握しているか。**
- **点検・評価の結果を活用して，学生支援に関わる事項の改善・向上に取り組み，効果的な取組へとつなげているか。**

㊽　学生支援に関わる事項について，どの組織が，どのように点検・評価（検討・検証）しているか記述してください。また，その結果，改善・向上を図った事例等について記述してください。

学生支援に関わる事項については，毎年実施される教職員学生懇談会や各学年に配置しているクラス委員によるクラス連絡小委員会を毎月開催し，学生の意見の聴取及び連絡事項の伝達を行うとともに，学生生活委員会，執行部会・教授会でも定期的に点検・評価している。

学生食堂が閉鎖されたことにより，学生が安価に昼食をとることが困難となった際，教職員学生懇談会において学生から改善課題として要望が出されたことを受け，学生生活委員会において病院職員食堂の学生利用について検討し，執行部会・教授会を通じて病院長に依頼した。

当初感染予防の観点から，院内実習を行う上級生のみ利用可能であった。しかし，その後のクラス委員による調査で，下級生からの利用希望も多数あることが判明した。学生からの検証結果を受け，学生生活委員会で再度検討し，学年制限撤廃を依頼した結果，全学生が利用可能となった。

以上のように，学生団体による点検・評価の結果を踏まえた改善を継続的に行い，学生支援の向上に努めている。

３　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，【添付書類⑤】令和６年度全学自己点検・評価結果に対する検証結果で付された提言（是正勧告，改善課題）にどのように取り組むかを記述してください。提言（是正勧告，改善課題）が付されている学部，通信教育部，大学院研究科及び短期

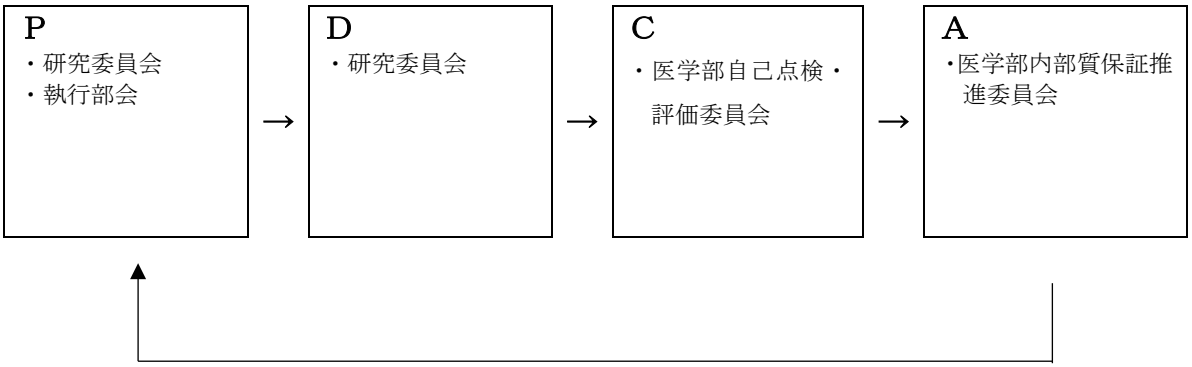
大学部（各校舎）のみ御回答ください。

| |
|---|
| なし |

**基準８ 教育研究等環境**

１　研究等環境に関わる事項を定期的に点検・評価し，その結果を活用して改善・向上につなげていくサイクルに関して，以下のＰＤＣＡサイクル図に該当する組織名を明記してください。なお，事案により対応する組織名が異なる場合は，下記の図をコピー＆ペーストして，事案ごとにそれぞれ記載してください。

【最終答申書】




２　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，以下の設問に回答してください。

**点検・評価項目④**

**教育研究等環境に関わる状況を定期的に点検・評価し，改善・向上に向けて取り組んでいること。**

**＜評価の視点＞**

- **研究等環境に関わる事項を定期的に点検・評価し，当該事項における現状や成果が上がっている取組及び課題を適切に把握しているか。**
- **点検・評価の結果を活用して，研究等環境に関わる事項の改善・向上に取り組み，効果的な取組へとつなげているか。**

⑭　研究等環境に関わる事項について，どの組織が，どのように点検・評価（検討・検証）しているか記述してください。また，その結果，改善・向上を図った事例等について記述してください。

医学部では，以下のＰＤＣＡサイクルをもって，研究支援部門の業務が，研究委員会や医学部執行部による管理・監督を受けることで，継続的な業務改善の体制を構築している。

(1)　研究委員会（研究担当）は，医学部長及び執行部会の意見を参考に医学部全体の研究に関する方向性や方針を策定する。また，付属機関（付置研究所）である総合医学研究所（総合医学研究所運営委員会）及び研究戦略推進部門（研究支援部門運営協議会）からの情報を執行部に報告する（Ｐ）。

(2)　総合医学研究所運営委員会及び研究支援部門運営協議会は，この方向性・方針に基づき支援部門（研究戦略支援部門及び研究サポート部門）の事業計画を策定し，支援部門が当該事業計画を実施する（Ｄ）。

(3)　支援分門は，事業計画について，総合医学研究所運営委員会に報告し，同運営委員会及び研究支援部門運営協議会から研究委員会に対して事業報告がされ，事業計画の実績，問題点について研究委員会が点検・評価する（Ｃ）。

(4)　上記の点検・評価で見つかった課題や問題点に対して，執行部で具体策・改善策を協議し，教授会において審議（実行）に移す（Ａ）。

事例として，効果的な研究支援体制の在り方について，令和６年 12 月，学部長から研究委員

会に諮問があり，医学部における研究支援基盤の形成，医学研究支援部門及び導入を検討しているＵＲＡ（University Research Administrator）の配置等について，研究委員会をはじめ，上記の関連委員会・組織において協議及び審議を重ねた結果，令和７年 11 月の最終答申により，研究支援体制の改組（統廃合・名称変更）が施され，さらに令和８年度からのＵＲＡ配置に向け公募が開始された。

また，研究環境整備に関する事例として，令和８年度事業計画・予算において，生物系電子顕微鏡の新規導入に向けた予算計上が行われた。はじめに，執行部会及び研究委員会は，学内の研究活動の現状や課題を踏まえ，研究活動の質向上に必要な研究用機器備品の選定を医学研究支援部門運営協議会に依頼した。これを受け，同協議会から複数の研究用機器備品の提案があり，研究委員会において各機器備品類の必要性や需要見込みについて検証が行われた。その結果，研究，臨床，教育に幅広い活用が可能であり，他学部の利用も広く期待できる点などから，生物系電子顕微鏡の導入が最も望ましいことが確認された。これらの検証結果を踏まえ，執行部会における令和８年度事業計画・予算折衝の中で，電子顕微鏡の新規導入を含む予算編成が進められた。最終的に電子顕微鏡導入計画が教授会において承認され，令和８年度予算として計上されるに至った。

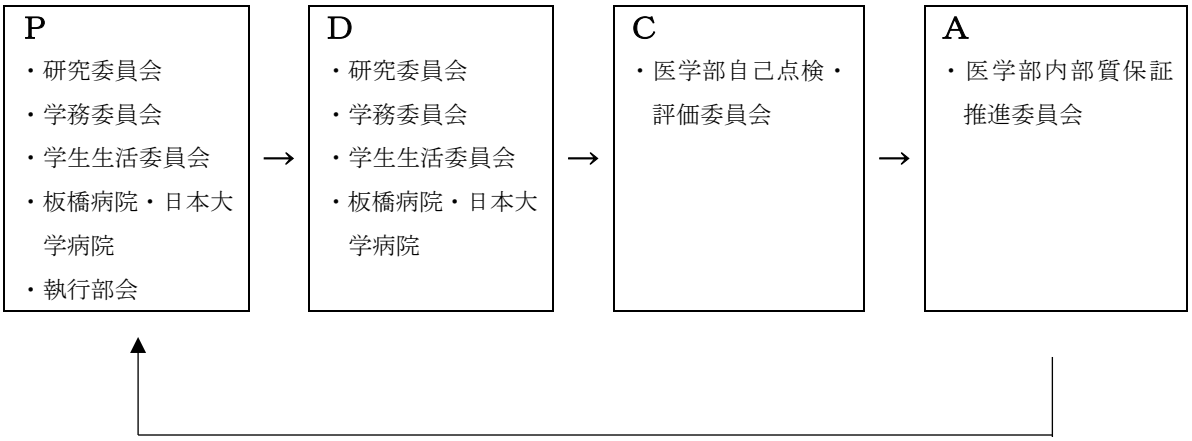
3　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，【添付書類⑤】令和６年度全学自己点検・評価結果に対する検証結果で付された当該基準における提言（是正勧告，改善課題）にどのように取り組むかを記述してください。提言（是正勧告，改善課題）が付されている学部，通信教育部，大学院研究科及び短期大学部（各校舎）のみ御回答ください。

なし

## 基準９ 社会連携・社会貢献

1　社会連携・社会貢献に関わる事項を定期的に点検・評価し，その結果を活用して改善・向上につなげていくサイクルに関して，以下のＰＤＣＡサイクル図に該当する組織名を明記してください。なお，事案により対応する組織名が異なる場合は，下記の図をコピー&ペーストして，事案ごとにそれぞれ記載してください。

【最終答申書】




2　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，以下の設問に回答してください。

**点検・評価項目②**

**社会連携・社会貢献活動の状況を定期的に点検・評価し，改善・向上に向けて取り組んでいること。**

**＜評価の視点＞**

- **社会連携・社会貢献に関わる事項を定期的に点検・評価し，当該事項における現状や成果が上がっている取組及び課題を適切に把握しているか。**
- **点検・評価の結果を活用して，社会連携・社会貢献に関わる事項の改善・向上に取り組み，効果的な取組へとつなげているか。**

⑯　社会連携・社会貢献に関わる事項について，どの組織が，どのように点検・評価（検討・検証）しているか記述してください。また，その結果，改善・向上を図った事例等について記述してください。

研究委員会及び産学連携研究推進委員会を設置し，各種施策，寄附講座の設置等について審査を行っており，学系・分野単位で支給される「教室研究費」の後期配分において，学外研究費の獲得に伴う間接経費／管理費の額を算定基準としている。また，継続した取組として，板橋病院事務局との連携による東京都医工連携ＨＵＢ機構及び板橋区産業振興公社と共催の医工連携交流会を実施している。これらの取組については，研究委員会で進捗等の報告がなされ，その結果に基づき，執行部会や医学部内部質保証推進委員会が次年度の施策や改善方針を策定することで，教育研究環境の質の向上を図っている。

3　上記１のＰＤＣＡサイクル図に基づき，【添付書類⑤】令和６年度全学自己点検・評価結果に対する検証結果で付された当該基準における提言（是正勧告，改善課題）にどのように取り組むかを記述してください。提言（是正勧告，改善課題）が付されている学部，通信教育部，大学院研究科及び短期大学部（各校舎）のみ御回答ください。

なし