

川崎医科大学の内部質保証システムの実質化を目指して －2022年度第3期機関別認証評価 実地調査における学長プレゼンテーション－

福永仁夫¹⁾, 伏谷建造²⁾, 佐々木環³⁾, 増田清士²⁾

1) 川崎医科大学

2) 川崎医科大学医学部

3) 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学

(令和5年3月28日受理)

Aiming realization of internal quality assurance system of Kawasaki Medical School

- Dean Presentation in the on-site investigation for the third cycle of
Institutional Certified Evaluation and Accreditation in 2022-

Masao FUKUNAGA¹⁾, Kenzo FUSHITANI²⁾, Tamaki SASAKI³⁾, Kiyoshi MASUDA²⁾

1) Kawasaki Medical School

2) Faculty of Medicine, Kawasaki Medical School

3) Department of Nephrology and Hypertension, Kawasaki Medical School

(Accepted on March 28, 2023)

抄 録

川崎医科大学（以下、本学）の教育の質保証と質向上の根幹となる内部質保証システムの構築と実質化に向けた取り組み及び展望について報告する。第3期機関別認証評価の受審に先立って、医学部、大学院、大学の自己点検・評価を行い、これらを踏まえて、内部質保証システムを改善するとともに、「2022点検・評価報告書」を作成し、これに基づく実地調査を受審した。今回構築した内部質保証システムの特徴は、本学の教育研究活動が中期目標・中期計画及び単年度事業計画に基づく実施とそれに対する点検・評価から改善のプロセスが継続的に可能となるように、法人の一部を含めたPDCAサイクルとした点である。教学マネジメントを有効に機能させるために、大学、医学部、大学院のそれぞれの運営委員会の関係を明確にする組織改革を行い、内部質保証に責任を負う大学運営委員会と内部質保証の推進に責任を負う「内部質保証推進会議」が連携する構成にした。さらに、「内部質保証推進会議」の下に「自己点検・評価委員会」を設置し、この下に「点検実行委員会」、「事業計画点検委員会」と「学修成果・教育プログラム点検委員会」を配置した。これら5つをQuality Promoting Unit (QPU)と称し、これが一体となって本学全体の自己点検・評価から改善のためのアクションプランを策定する。この大学運営委員会とQPUによる点検・評価から改善に至る一連の組織的な手続きを「課題解決のPDCAサイクル」とし、このサイクルを有効に稼働させるために各種のツールを作成して、改善を推進した。今回構築した内部質保証システムは、実地調査において「複雑な対応ができるシステム構成」との評価を受けた。実地調査後の大学基準協会からの評価は、前回の受審に比して上昇し、受審に向けた取り組みによって改善が進ん

だと自己評価できる。今後は、QPUを中心に「2022点検・評価のロードマップとマイルストーン」に従って質保証の実質化を推進し、国際基準の医学教育を提供していく。

キーワード：内部質保証システム、内部質保証推進会議、QPU (Quality Promoting Unit)、課題解決のPDCAサイクル、点検・評価・改善のツール

Abstract

This study investigates the efforts and prospects for the establishment and realization of an internal quality assurance (IQA) system as the basis for assurance and improvement of the quality of education at Kawasaki Medical School. Prior to undergoing examination of the third cycle of Institutional Certified Evaluation and Accreditation, we conducted self-study of the faculty of medicine, the graduate school, and the university. Based on the results, we improved the current IQA system, and conducted an on-site investigation based on the “2022 Self-Study Report.”

The characteristics of the newly-established IQA system, which was defined as a “Plan-Do-Check-Act” (PDCA) cycle are as follows. The educational and research activities of the university can be implemented based on the School Medium-term Goals, and Plans, and single-year business plans. The PDCA cycle includes part of the educational foundation, Kawasaki Gakuen, so that the process of inspection, evaluation, and improvement can be continuously performed. To ensure the effective functioning of academic management, organizational reform was conducted to clarify the relationship between the School Steering Committee, the Faculty of Medicine, and the graduate school. The School Steering Committee, which is responsible for IQA, and the “Internal Quality Assurance Promotion Council”, which is responsible for promoting IQA were comprised so as to cooperate. Furthermore, the Self-Inspection and Evaluation Committee was established, under which the Inspection Executive Committee, the Business Plan Review Committee, and the Learning Outcome and Educational Program Review Committee were placed, under the Internal Quality Assurance Promotion Council. These five entities are referred to as the Quality Promoting Unit (QPU); together, they create an action plan for improvement based on the institution-wide self-study results. This series of organizational procedures from inspection and evaluation to improvement by the School Steering Committee and QPU is defined as “the PDCA cycle for problem-solving.” To operate this cycle effectively, various tools were created and improvements subsequently promoted. The newly-established IQA system was highly appreciated as “a system configuration that can handle complex responses” in the on-site investigation. After such investigation, the committee proposal from the Japan University Accreditation Association indicated better evaluation compared to the previous examination, and it could be self-evaluated that improvements have been made as a result of the efforts toward taking the third cycle of Institutional Certified Evaluation and Accreditation examination in 2022. In the future, we will promote the realization of quality assurance centered on the QPU according to the “2022 Roadmap and Milestones for Self-study” and provide medical education based on international standards.

Key words: Internal Quality Assurance System, Internal Quality Assurance Promoting Council, QPU (Quality Promoting Unit), PDCA Cycle for Problem-Solving, Tools for Self-study and Improvements

はじめに

本稿は、2022年10月5日（水）、6日（木）に公益財団法人大学基準協会による第3期機関別認証評価の現地調査を受審した際に、全体面談の冒頭において、本学の内部質保証の取り組みについて、「内部質保証システムの実質化を目指して」と題してプレゼンテーションを行った内容に補足したものである（図1）。

このプレゼンテーションの内容については、大学基準協会から、「①どのように内部質保証システムの構築に取り組んできたか、②今回の自己点検・評価で明らかになった特徴や課題、改善・向上に向けた計画等について」説明するように要請されていた。したがって、本稿はこれら2つの内容が中心である。

I どのように内部質保証システムの構築に取り組んできたか（表1）

〈自己点検・評価の義務化〉

1991年に大学設置基準が大綱化され、これに伴い「各大学等が自らの教育研究活動等の水準を維持向上するために自己点検・評価を実施する」ということが初めて努力義務化された。次いで、1999年には「自己点検・評価の実施とその結果を公表することが義務化」され、さらに、「自己点検・評価結果の学外者による検証が努力義務化」された。大学設置基準の大綱化を嚆矢として法的な整備が順次なされ、文部科学大臣によって認証された評価機関による認証評価が2004年度から実施されるに至っている。

本学もこの法的な整備状況に対応して、1993年に自己点検・評価委員会を設置した。同委員



図1 タイトルスライド

表1 どのように内部質保証システムの構築に取り組んできたか

●自己点検・評価活動の経緯

●内部質保証システム構築取り組みのプロセス

2019年医学教育分野別評価受審における評価をばねに、
内部質保証システムのさらなる進化に取り組んだ

表2 本学の自己点検・評価活動の経緯

1991年	大学設置基準の大綱化
1993年	自己点検・評価委員会の設置
2001年	自己点検・評価報告書 ー現状の点検と評価ー
2004年	自己点検・評価報告書 ー現状の点検と評価ー
2006年	自己点検・評価報告書 ー教室活動の点検と評価ー
2008年	第1期機関別認証評価 受審
2015年	第2期機関別認証評価 受審
2019年	医学教育分野別評価 受審
2020年	医学部点検・評価報告書
2020年	大学院点検・評価報告書
2021年	2020点検・評価報告書
2022年	2022点検・評価報告書（第3期機関別受審対応）

会の設置後に、特段の自己点検活動が実施されたという記録は確認されていない。しかし、1999年の自己点検・評価の実施とその公表の義務化に伴い、2001年の「自己点検・評価報告書ー現状の点検と評価ー」¹⁾を皮切りに数次の自己点検・評価を実施し、その結果を報告書としてとりまとめて公表を行うこととなった。その後も、機関別認証評価や医学教育分野別評価の受審に向けて対応してきた。本学が実施した自己点検・評価とその結果を公表した成果物²⁾につ

いては、表2に一部を示す。

〈機関別認証評価についての背景〉

学校教育法第109条第1項は、「大学は、その教育研究水準の向上に資するため、文部科学大臣の定めるところにより、当該大学の教育及び研究、組織及び運営並びに施設及び設備（次項において「教育研究等」という。）の状況について自ら点検及び評価を行い、その結果を公表するものとする。」と規定し、同第2項では、文部科学大臣の認証を受けた機関による評価

本学は、大学基準協会に機関別認証評価を申請して、2008年度に第1期を受審し、2009年に大学基準協会の会員となった⁴⁾。2015年度に第2期を受審し、今回の2022年度受審は第3期に当たる。

- イ 教育研究上の基本となる組織に関すること。
- ロ 教育研究実施組織等に関すること。
- ハ 教育課程に関すること。
- ニ 施設及び設備に関すること。
- ホ 卒業の認定に関する方針、教育課程の編成及び実施に関する方針並びに入学者の受入れに関する方針に関すること。
- ヘ 教育研究活動等の状況に係る情報の公表に関すること。

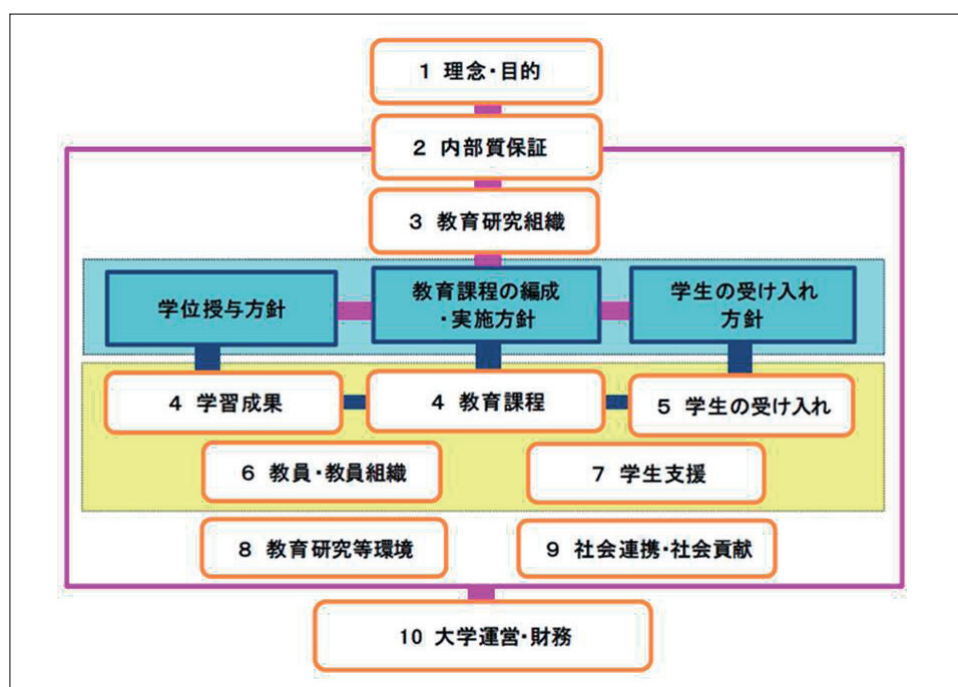


図2 大学基準の構成（大学評価ハンドブックから引用）

- ト 教育研究活動等の改善を継続的に行う仕組みに関すること。
- チ 財務に関すること。
- リ イからリまでに掲げるもののほか、教育研究活動等に関すること。

さらに、同条同項第2号において、「前号チに掲げる事項については、重点的に認証評価を行うこととしていること。」と規定している。この規定が内部質保証を重視する点検・評価の法的な根拠となっている。

大学基準協会は、文部大臣に認証された評価機関として、これらの法的要件を踏まえて、大学基準協会独自の大学評価基準として10の基準を設定し、「大学評価ハンドブック」⁹⁾に基準とその解説を詳述している。さらにこれら10の基準間の関連は「大学基準の構成図」として示している(図2)。第3期機関別認証評価では、内部質保証の重要性を強調するために、第2期機関別認証評価で基準10としていた内部質保証の基準を基準2に繰り上げている。また、内部質保証の主たる対象は基準3～9で、その目的の中心は、教育の充実と学修成果(学習成果)の向上にあるとしている。

2022年度時点では第3期の機関別認証評価が全国的に実施されているが、機関別認証評価の各期の特徴については、第1期では「教育研究活動等における法令要件の充足状況の確認」が、第2期では「内部質保証システムの構築」が、第3期では「内部質保証システムを機能させて学修成果を上げること」が点検・評価の眼目とされている。

〈大学評価の目的及び特徴〉

大学基準協会は、大学評価の目的について、第3期に対応した大学評価ハンドブックに次の3点を挙げている。

- ①本協会が定める「大学基準」に基づき大学の諸側面を包括的に評価することを通じて、大学の教育研究活動の質を社会に対し

保証すること。

- ②大学評価結果の提示、評価を通じて見出された改善を要する事項(「改善課題」,「是正勧告」)に関する報告書(「改善報告書」)の検討とその結果の提示といった一連のプロセスを通じて、大学の改善・向上を継続的に支援すること。
- ③評価を通じて大学の社会的存在理由を明らかにすることに貢献し、大学が社会に対して説明責任を果たしていくことを支援すること。

さらに、大学評価の特徴として次の5点を挙げている。

- ①内部質保証システムの有効性に着目した評価
- ②自己改善機能を重視した評価
- ③理念・目的の実現に向けた取り組みを重視し、充実・向上を支援する評価
- ④継続的な改善・向上を支援する評価
- ⑤ピア・レビューを重視する評価

特に、①内部質保証システムの有効性に着目した評価については、「大学教育の質を保証する第一義的責任は大学自身にあります。大学評価においては、大学が内部質保証システムを構築し有効に機能させているかどうかを重視します。」としている。

〈大学評価ハンドブックの役割〉

本学は、「自己点検・評価とその結果を公表しなくてはならないこと、及びこれとは別に認証評価機関により認証評価を受けなければならないことが法令で規定されていること」を前述した。本学が機関別認証評価を受審する評価機関である大学基準協会は、法令を踏まえて評価を実施するために独自の基準を定めている。さらに、認証評価の実際に当たって、認証評価機関及び受審する大学双方にとって、認証評価がスムーズに実施されるように、各基準に対する解説、また点検・評価項目、評価の視点、評価者の観点等について、詳細に分かりやすく大学

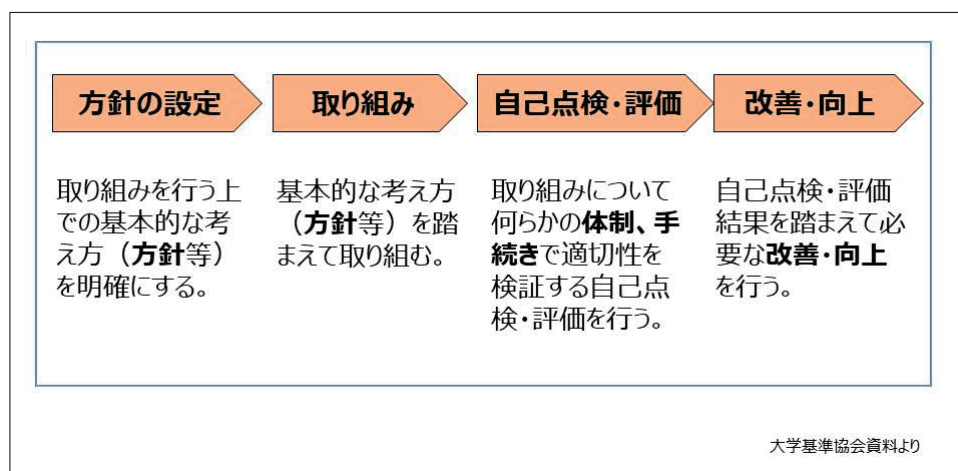


図3 本学が指針としたPDCAサイクル

評価ハンドブックに記載してマニュアル化している。これについて、基準協会自身も「自己点検・評価における重要なツール」とであると言及している。したがって、本学においても認証評価を受審するに当たっては、必要最小要件として、この大学評価ハンドブックに従って、高等教育機関としての川崎医科大学を点検・評価することが必須である。つまり、大学評価ハンドブックに記載されている基準とその解説、また点検・評価項目を十分に理解し、そこで何が求められているかを把握した上で、現状を点検し評価することが必要である。

各基準に関して、「方針の設定」、方針に基づいた「取り組み」、取り組み結果に対する「自己点検・評価」及びその結果に基づいた「改善・向上」という順に点検・評価項目が設定されている（図3）が、これは、点検・評価を実施する上でのエッセンスともいえるべきもので、PDCAサイクルそのものともいえる極めて実践的な思考のツールともいえる。実際、今回の本学の自己点検・評価から改善のプロセスにおいては、このPDCAサイクルに幾度も立ち返りながら基本ツールとして活用した。

〈本学の第3期機関別認証評価の取り組みの概要〉

本学の第3期機関別認証評価に向けた自己点検・評価と改善の取り組みは、2019年10月に受審した医学教育分野別評価において、「内部質保証のための組織及び大学運営のガバナンスの組織構造自体の仕組みが分かり難い」という指摘を真摯に受け止め、同年11月から組織構造についての検討を開始したことが嚆矢となっている。この検討プロセスは紆余曲折したものであったが、この検討結果は、2020年10月の教授会に報告され、その後、組織の改善に対応した規程の策定とともに2021年4月1日から実施された管理運営の仕組みとして結実した。

この作業と並行して、2020年1月から、旧教育改善委員会（現点検実行委員会）委員長、副委員長、アドバイザーは、大学評価ハンドブックを基にして、基準とその解説、また点検・評価項目、評価の視点、評価者の観点等を、理解し共有するための実質的な作業を始めた。これらの作業の中で、2020年度の前半に医学部と大学院の自己点検・評価を行い、これを踏まえて同年度内に全学レベルでの自己点検・評価から

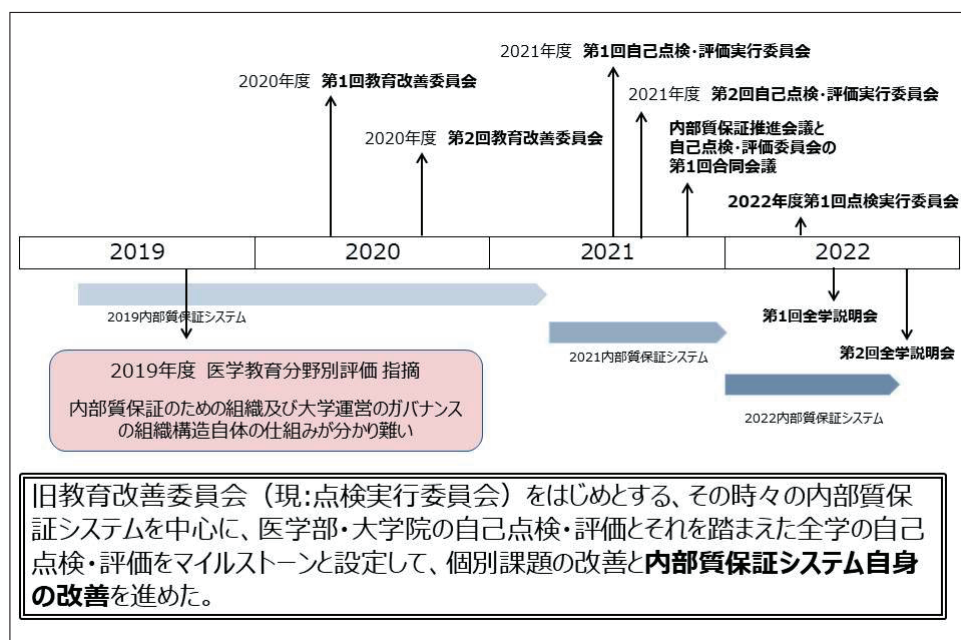


図4 内部質保証システムの構築プロセス

2020点検・評価報告書を作成すること、さらに、この全学レベルでの自己点検・評価結果を踏まえ、これに改善事項を盛り込んで、2022年度機関別認証評価を受審するための2022点検・評価報告書を作成するというロードマップとマイルストーンを確認し、順次実施していった。

2020年度の旧内部質保証推進委員会の活動は低調であったが、当時の内部質保証の仕組みに則して、自己点検・評価活動から改善を実施することとし、旧教育改善委員会が中心的な活動を担った。同委員長と副委員長を中心にロードマップとマイルストーンに従って図4に示すように委員会を開催し、点検・評価活動の到達点とその後の方向性を共有していった。

〈自己点検・評価作業を学内の世代を越えて継続するために目指すべき方向について〉

今回の第3期に向けた自己点検・評価作業を実施していくに当たっては、第1期から第2期、第2期から第3期へと移行する時に、点

検・評価作業の体験や経験をツール化や組織化して次世代に伝えて、自己点検・評価活動を効率化し機能化するという視点が不十分であったと自己評価した。この反省を踏まえ、①点検・評価を担当する教員や事務職員の交替が生じること、②内部質保証の向上は毎年の点検作業を前提とする継続的な作業であること、③大学を取り巻く状況変化に耐え、点検・評価作業を継続的に実施できる仕組みを構築しておくことが必要であるとの認識を共有し、点検・評価の取り組みと点検・評価のための仕組みづくりを同時に行うこととした。表3に内部質保証に取り組みながら構築すべき手法の目標を示す。

〈内部質保証システムを構築する上での基本的な考え方〉

2020年1月に機関別認証評価に対応した取り組みを開始した時点での課題は、①医学教育分野別評価で指摘された組織構造を明確に構築すること、②医学教育分野別評価で指摘された個

表3 内部質保証の取り組みの目標

内部質保証の取り組みの目標

- ◆全学的な観点から内部質保証や教学マネジメントが有効に実施できる体制を整える
- ◆点検・評価作業を行う中で改善に取り組み、内部質保証システムを構築し機能させる
- ◆2つの外部機関による評価を一体のものとして、組織的に継続可能な点検・評価体制を整える
- ◆点検・評価作業のスキルアップと組織化を図り、誰がいつ参加しても、効率的で負担の少ない自己点検・評価作業にする
- ◆随時、点検・評価作業のロードマップとマイルストーンを共有しながら作業を行う

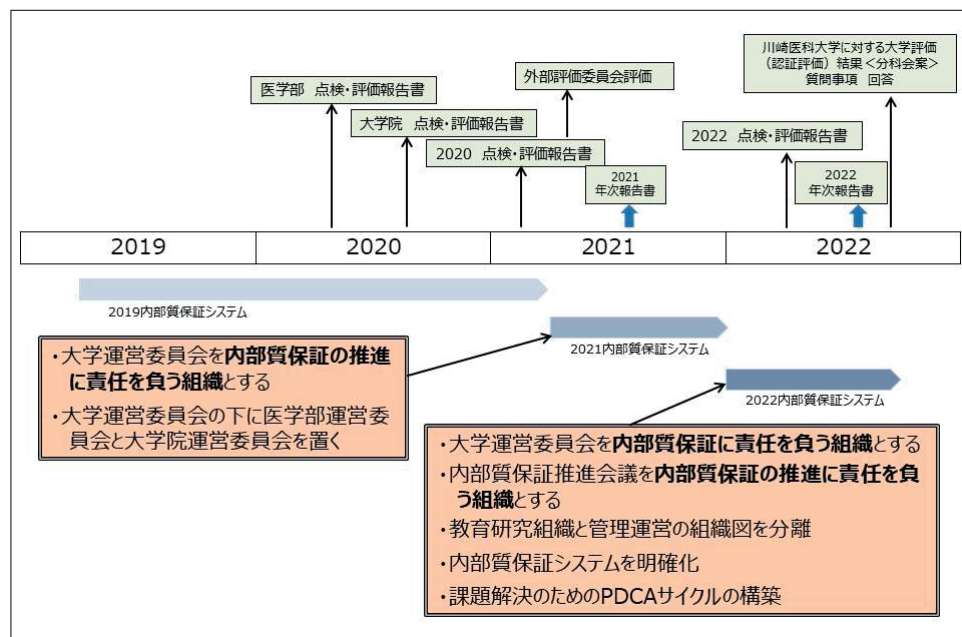


図5 3段階の内部質保証システムと委員会活動

別課題を改善すること、③医学部、大学院、全学のそれぞれについて自己点検・評価を実施

し、報告書を作成すること、④前記の自己点検・評価から明らかになる個別課題を改善する

こと、⑤それぞれの個別課題を解決するためのプロセスを構築すること、⑥これらを踏まえて機関別認証評価に対応した2022点検・評価報告書を作成することであった。さらに、これらを実践する過程で、⑦教学マネジメントの構造と内部質保証を推進する組織構造、⑧法人の一過程を包含した内部質保証システムを構築する必要があること、が強く認識されるに至った。しかしながら、これらの課題は取り組みを開始した時点で全てが明確に認識されていたわけではなく、取り組みを進める過程で明らかになってきたものも少なからずあった。

内部質保証システムの構築に当たっては、その時々規定されている内部質保証システムに基づいて点検・評価から改善への一連の作業を実施し、その過程で不具合が生じた場合には、その都度、新しい内部質保証システムを提案し発展させていくという考え方を原則としてきた。実際、2020年1月の取り組み開始時点での内部質保証の仕組みは「2019内部質保証システム」であり、これは2021年4月1日から「2021内部質保証システム」、さらに2022年1月1日から「2022内部質保証システム」へと発展し、このシステムにより2022点検・評価報告書を作成し、同年10月に実地調査を受審した。3つの内部質保証システムの時期を図5に示す。

〈内部質保証システムの特徴〉

2019内部質保証システム：2019年度の医学教育分野別評価受審時点のものである。これは2015年度の第2期機関別認証評価受審時に提出された内部質保証システムを基本としながら、この仕組みが持つ脆弱性を改善することを意図して構築されたものであった。2019内部質保証システムの中心となるのは内部質保証推進委員会であり、同委員会が改善課題を学長に上申し、学長が上申内容について改善が必要と認めた場合には、担当部署に改善を指示するというものである。このシステムには3つの問題点、

つまり①諸課題がどのようなルートで内部質保証推進委員会に集まるかが不明確であったこと、②内部質保証推進委員会の権限が極めて限定的であったこと、③学長が発出した改善指示の下に行われる改善結果を確認できる仕組みとなっていなかったことである。

2021内部質保証システム：開学以来、大学と医学部は概念的にも実態としても一体として運営されてきた。なお、大学院は大学運営委員会とは別に大学院運営委員会が設置されていた。

しかしながら、今回、医学部、大学院、全学についてそれぞれ自己点検・評価を実施する過程で、今後の大学運営上、大学運営委員会から医学部運営委員会を分離する必要性が明確に認識かつ共有された。そして、医学部運営委員会を分離独立して設置することが2020年10月の教授会に提案され、2021年4月1日より発効した。これにより、大学運営委員会、医学部運営委員会及び大学院運営委員会による本学の教学マネジメントの構造が明確になった。

また、同時に、大学運営委員会を、第3期の機関別認証評価の最も重要なポイントの1つである、大学評価ハンドブックの基準2に詳細に記載されている“内部質保証の推進に責任を負う組織”と定めた。内部質保証システムの視点から、大学運営委員会の下に旧質保証推進室と企画室を設置し、旧質保証推進室の下に、旧自己点検・評価委員会、旧点検・評価実行委員会、旧学修成果・プログラム評価点検委員会を置く構成とした。この仕組みは2021年4月1日から始動した。

この仕組みでは、既に指摘されている課題や点検・評価で明らかになってくる課題を旧質保証推進室に集約し、そこで課題に優先順位を付して大学運営委員会に付議し、その解決を求める。課題を受領した大学運営委員会は、個別の課題に対してタスクフォースを立ち上げて、期限付きでその実施を求めるというプロセスを形

作った。これは課題解決のプロセスを可視化するものである。この期限付きのタスクフォースで課題を解決するプロセスは、後述する“課題解決のPDCA サイクル”に発展した。しかしながら、この仕組みを運用していく過程で、大学運営委員会では内部質保証に関連した課題に関する審議や討議を十分に尽くす時間的な余裕がないことが明らかになり、内部質保証システムを有効に機能させるためには、新しい仕組みが必要であることが課題として共有されるに至った。

2022内部質保証システム：2021年4月1日からスタートした2021内部質保証システムは上述したように機能を十全に発揮することが困難であることが認識されたので、その解決策として、内部質保証の推進に責任を負う機能を大学運営委員会から分離し、この機能を担う新しい組織として内部質保証推進会議を設置することが検討された。

そして、同会議の重要性に鑑みて構成メンバーに大学運営委員会メンバーを加えるにしても、過半数は大学運営委員会を除く者とされた。同会議の設置に伴い、内部質保証に関連した各種の委員会の名称を整理して同会議の下

に配置し、内部質保証推進会議を頂点とする内部質保証を推進する組織群を構成し、Quality Promoting Unit (QPU) とした。また、同時に大学運営委員会は内部質保証に責任を負う組織とした。

さらに、従来の大学の組織図は、教育研究組織と管理運営組織が混在していたので、今回、両組織を分離して別図として分かりやすく明示した。課題解決のPDCA サイクルについても、2021年度前半の経験を生かして、ツール化した。ポイントは、課題がQPUから大学運営委員会に付議された後、その解決結果を再帰的にQPUに戻して、課題の解決を確認する仕組みとしていることである。なお、2022内部質保証システムの詳細については後述する。

II 今回の自己点検・評価で明らかになった特徴や課題、改善・向上に向けた計画等について

今回の自己点検・評価によって改善した成果や今後の改善継続のための計画に関する項目を表4に示す。特に、ここでは2022年1月1日から発効した2022内部質保証システムと改善された事項について詳述する。

表4 今回の自己点検・評価で明らかになった特徴や課題、改善・向上に向けた計画等について

- ・管理運営組織の構築
- ・内部質保証システムの構築
- ・各種方針の策定と各種規程の整備
- ・点検・評価・改善のためのツール

- ・内部質保証システムの有効性
- ・今後の計画

〈管理運営組織の構築〉

・教育研究組織

従来の組織図を変更して、教育研究組織と管理運営組織を分離した組織図をそれぞれ作成した。まず、川崎医科大学の教育研究組織は、医学部と大学院であり、医学部に置かれる教室を一般教養、基礎医学、応用医学及び臨床医学のいずれかに所属するように構成されている（図6）。この構成は、大学基準の「基準3：教育研究組織」及び「基準6：教員・教員組織」を点検・評価するときの基盤となるので明確にしておくことが必要である。この教育研究組織に並置して、教育支援組織、学生支援組織、研究支援組織、図書館、現代医学教育博物館、事務部を配置した。この新しい教育研究組織は川崎医科大学のホームページ⁶⁾で公開している。また、本学の開学以来運用されてきた各時代の教育研究組織については、「「大学組織の変遷」組織から見る大学の構造と機能」⁷⁾に詳しい。教室の新設や統廃合等が生じた場合には、速やかに更新することとしている。

・管理運営

大きく3つの特徴がある（図7）。1つ目は、学部の運営は大学運営委員会が行っていたが、今回の一連の自己点検・評価の過程で、教育研究組織に対応して医学部の管理運営に関する機能を大学運営委員会から独立させ、医学部運営委員会が設置されて、大学運営委員会の直下に配置されたことである。2つ目は、内部質保証推進会議を学長の直轄とし、同会議の下に内部質保証を推進する組織としての自己点検・評価委員会、及びその直下に点検実行委員会、事業計画点検委員会、学修成果・教育プログラム点検委員会を配置したことである。3つ目は、企画室とIR（Institutional Research）室を学長の直轄組織として再配置したことである。

〈内部質保証システムの構築〉

【川崎医科大学 内部質保証システム】

既に述べたように、本学における自己点検・評価という概念や取り組みは、1993年に自己点検・評価委員会が設置されたことが始まりである。以降、2022年3月までに構築された内部質保証の仕組みについては、「川崎医科大学 内部質保証に関する概念図の進展」⁸⁾に詳しく記載されている（資料2）。

内部質保証システムを構築する過程で、そのシステムを有効に機能させるためには、表5に示す、4つの質保証、つまり「大学と法人の連携による質保証」、「事業計画の達成を中心に据えた大学運営による質保証」、「大学、医学部・大学院、教員の機能を最大化できる組織構造による質保証」、「教員のモチベーションが活かされる組織構造による質保証」を柱として、多面的で重層的な質保証の仕組みとすることが必要であると認識されるに至った。さらに、多面的かつ重層的な質保証の仕組みの要素として、10項目の質保証を列挙している。

本学の内部質保証システムを図8に示す。これは本学の最も大きなPDCAサイクルである。この内部質保証システムは、表5に示した本学における内部質保証システムの在り方を踏まえるとともに、他大学の内部質保証システムを参照し、本学の運営実態・機能実態に合うようにPDCAサイクルの形を整えたものである。本学は、学校法人川崎学園の一施設であり、教育環境の整備や財政的な支援等を基盤としている。また、学園の中期目標・中期計画を踏まえて本学の中期目標・中期計画及び単年度事業計画が策定されるので、内部質保証システムの一部に法人との連携による質保証を組み入れている。これにより本学の教育研究の活動自体及び継続的な質保証と質向上が可能となる。

教学マネジメントによる教育の質保証を達成していく上で、大学、医学部、大学院の組織構

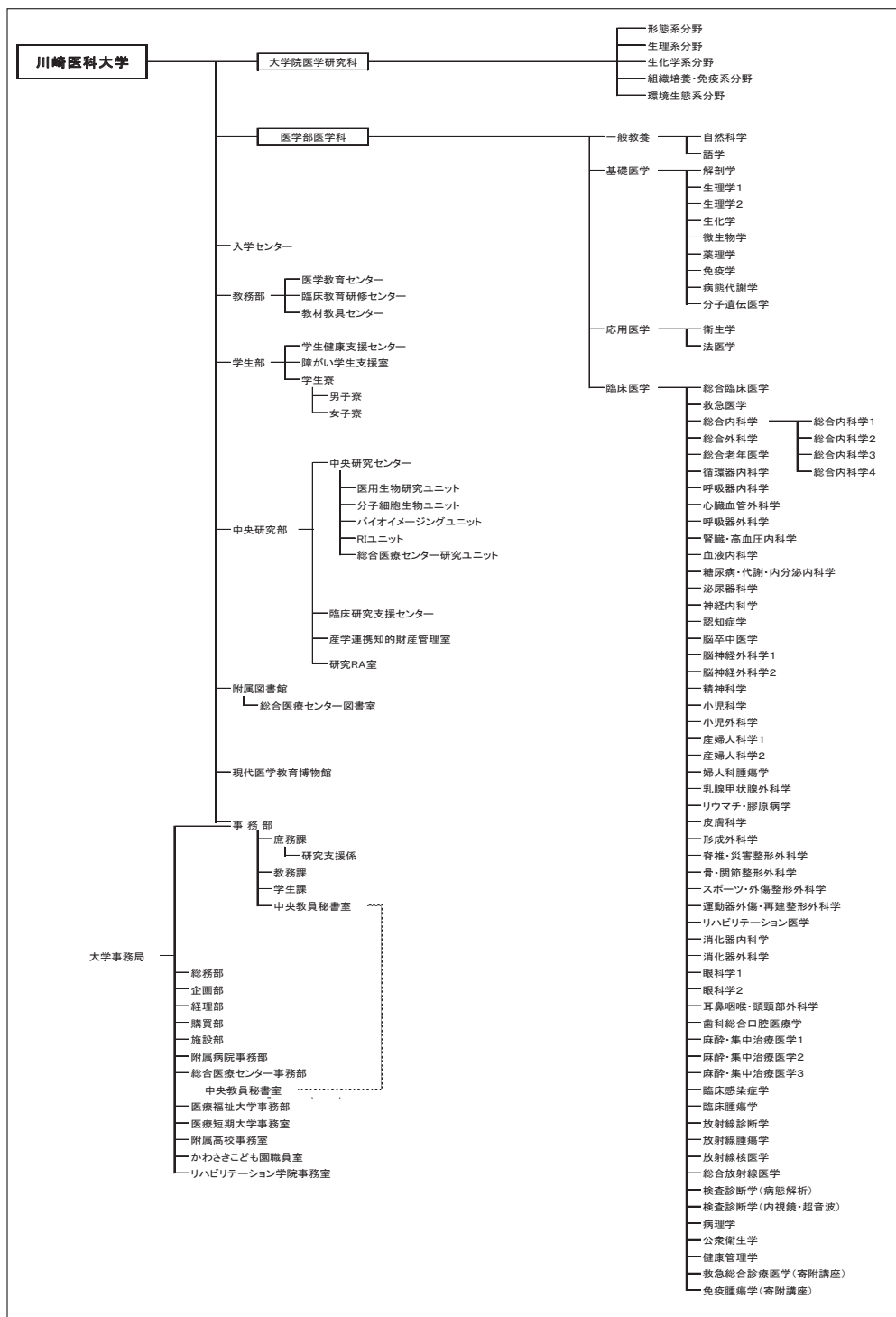


図6 教育研究組織 (2022年4月1日)

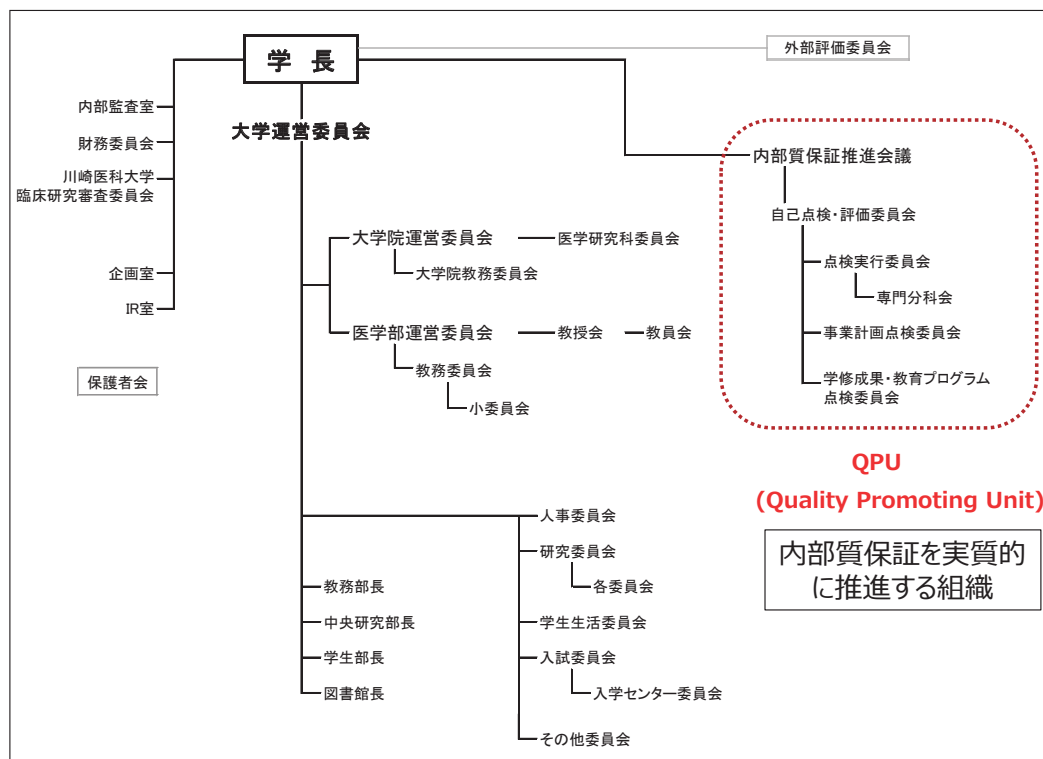


図7 管理運営

表5 内部質保証システムの基本コンセプト

- 大学と法人の連携による質保証
- 事業計画（教育・研究・社会貢献）の達成を中心に据えた大学運営による質保証
- 大学、医学部・大学院、教員の機能を最大化できる組織構造による質保証
- 教職員のモチベーションが生かされる組織構造による質保証
 - ◇点検結果から改善への参画
- 多面的で重層的な内部質保証の仕組み
 - ◇最も大きなPDCAサイクルによる包括的な質保証
 - ◇大学運営委員会による質保証
 - ◇医学部・大学院単位での質保証
 - ◇QPUを中心にした点検・評価・アクションプラン・検証による質保証
 - ◇医学部・大学院レベルでの自己点検・評価
 - ◇教員レベルでの質保証
 - ◇監査体制による質保証
 - ◇外部評価委員会による質保証
 - ◇大学基準協会による機関の質保証
 - ◇医学教育分野別評価による医学教育の質保証

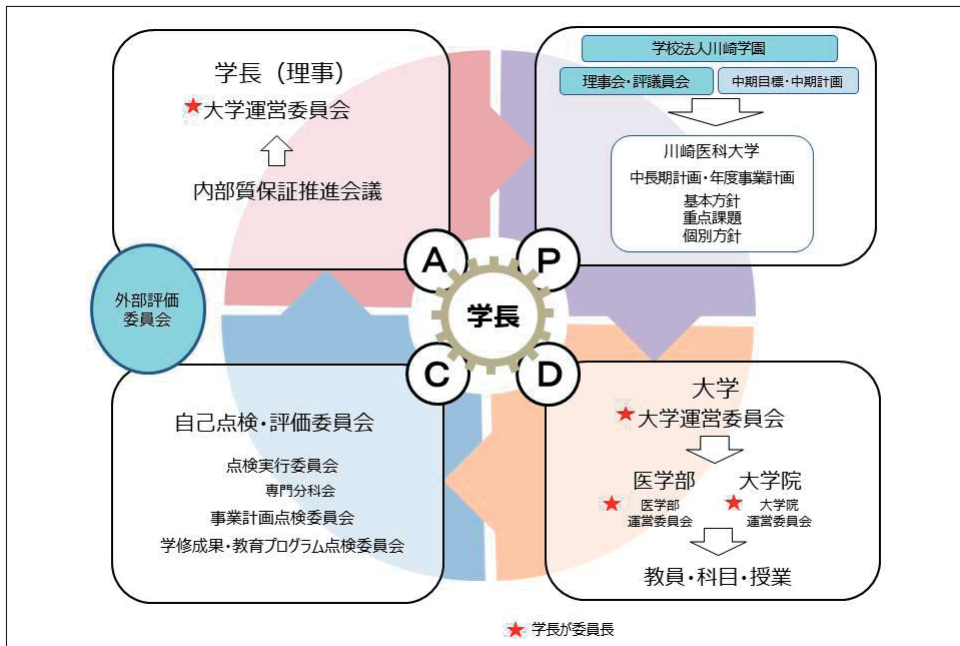


図8 内部質保証システム（本学の最も大きなPDCA サイクル）

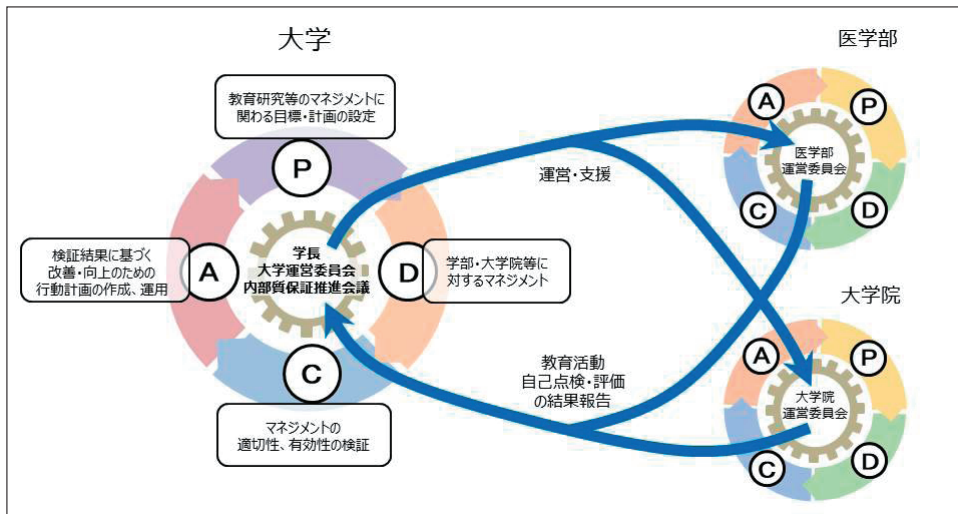


図9 本学の教学マネジメントの概略

成とその運営の責任の所在を明確にする必要がある。これらは、教職員のモチベーションの誘起と維持発展を可能とする質保証の基盤となっている。本学における教育研究の質向上と質保証は、表5で示した諸階層での質保証が連動し

協調して、図8に示す内部質保証システムを継続的に動かしながら行われることになる。

【川崎医科大学 教学マネジメント】

図8におけるPDCAサイクルの「D」の部分は、大学（全学）レベル、学部・大学院レベ

ル、教員・科目・授業レベルの3層を中心とした教育研究活動を実施するプロセスである。この部分を、図9に川崎医科大学 教学マネジメントとして取り出し、本学の具体的な委員会名を付している。教学マネジメントでは、大学の目的・使命を踏まえて、医学部と大学院の目的・使命と学修成果を定め、その実現に向かって教育活動を展開することを基本とする。この教育活動について、それぞれが自己点検・評価とその結果に基づいた改善を実施し、それらを報告書としてまとめ、全学の内部質保証システムに報告する。これを受けて、全学の内部質保証システムは、医学部や大学院に適切な運営の支援や助言を行い、これにより大学の教育研究の成果を最大化し、質向上と質保証を行っていくというプロセスを継続的に推進することになる。したがって、今後は、医学部や大学院が成果を上げていることを示しつつ、教学マネジメ

ントが機能していることを説明していくことが必須となる。

【QPU (Quality Promoting Unit)】

図10は、前掲した管理運営図(図9)中の内部質保証に関連する部分を抜粋したものである。図10は、本学の内部質保証は、内部質保証に責任を負う大学運営委員会と内部質保証の推進に責任を負う内部質保証推進会議の連携によって担保されていることを明確に示している。「内部質保証推進会議」の直下に、「自己点検・評価委員会」を置き、自己点検・評価委員会の下に、「点検実行委員会」、「事業計画点検委員会」、「学修成果・教育プログラム点検委員会」の3つの委員会を置いている。内部質保証推進会議とその下に連なる内部質保証に関連する委員会群をQPU (Quality Promoting Unit) と称して、内部質保証を実質的に推進する組織としての役割を持つ。内部質保証推進会議は学

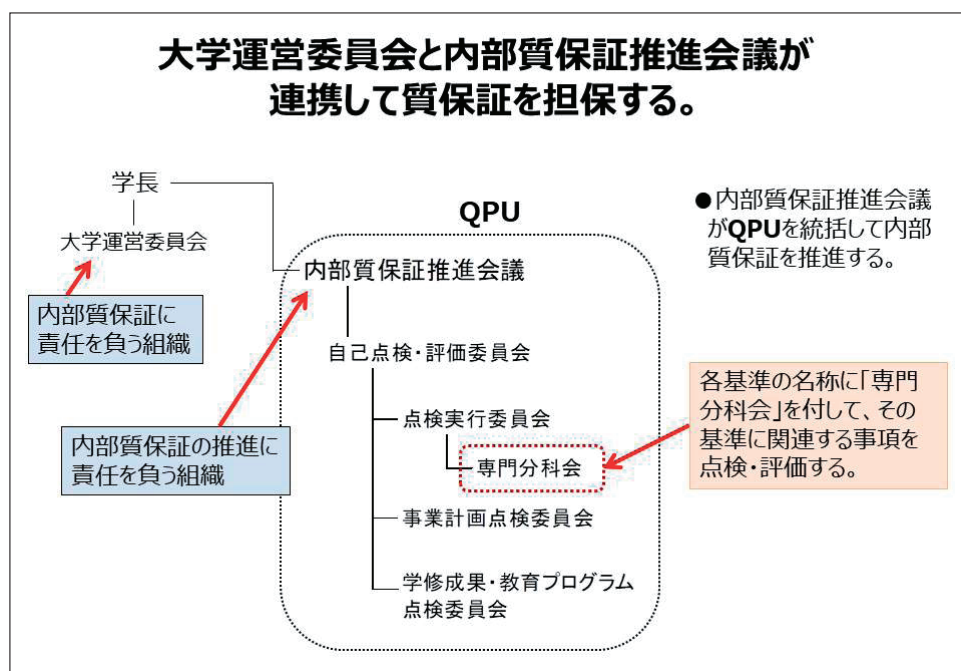


図10 QPU (Quality Promoting Unit)

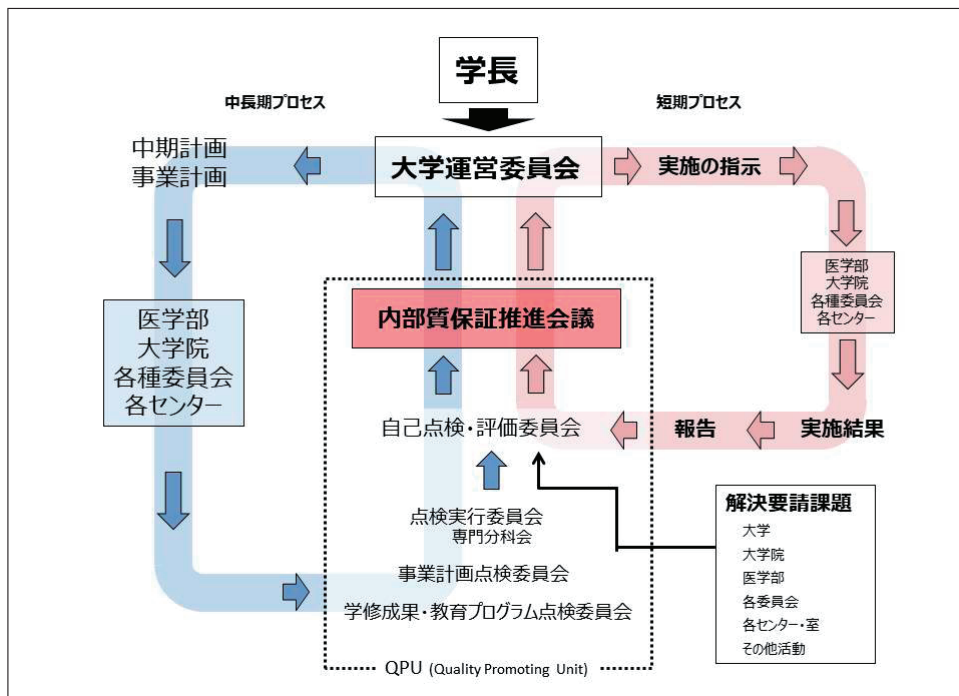


図11 QPU を中心とした課題解決のPDCA サイクル

長の指示の下に自己点検・評価委員会以下の委員会を統括し QPU を有効に機能させて内部質保証を推進していく責務をもつ。この QPU が課題解決の PDCA サイクルの中心にあることは後述する。なお、点検実行委員会は、その下部に大学基準の10の基準のそれぞれの名称に「に関する専門分科会」という名称を付した分科会をもつ。

【課題解決のPDCA サイクル】

2019内部質保証システム及び2021内部質保証システムにおいては、通常のエデュケーション研究活動等から生じる課題や、自己点検・評価活動、外部評価、大学評価等で生じる課題を解決するプロセスが明確でなかった。つまり、生じた課題が内部質保証システムのどこに集積するのか、どのルートで解決するのか、解決したことをどのように確認するのかについて、明確な仕組みを内包していなかったのである。このような反省の

下に、改訂を重ねながら図11に示す課題解決のPDCA サイクルというプロセスを明確にした。

解決すべき課題には、図中の右下の枠で示した通常のエデュケーション研究活動から発生するものや、QPU 自身が行う点検・評価活動から発生するものがあるが、それらの課題のうちで各部署や各委員会等で解決できず全学的な観点から解決が必要と判断された課題は、自己点検・評価委員会に集積される。自己点検・評価委員会は、そこで中期目標・中期計画や単年度事業計画を視野に入れて、課題を吟味し審議して解決のための優先順位をつけて、解決すべき課題として内部質保証推進会議に付議する。内部質保証推進会議は、付議された課題を審議するとともに解決を要する課題に対してアクションプランを立てて、課題とともにアクションプランを学長が委員長である大学運営委員会に付議して、それらの実施を求める。なお、管理運営の組織図

に則してみると、内部質保証推進会議は学長の直下にあるので、学長に対して実施を求めることが必要であるが、実務上、学長が委員長である大学運営委員会の場で付議内容が審議されることとしている。

課題解決の実施には2つのルートがあり、1つは短期プロセス、他は中長期プロセスである。これについては、課題の軽重や難易度、緊急度に応じて、内部質保証推進会議又は大学運営委員会が決定する。短期プロセスの場合には、緊急度に鑑みて、課題解決のための担当者が決められ、実施期限が設けられる場合と、通常の教育研究活動の実施担当部署や担当委員会が解決を図る場合がある。中長期プロセスの場合には、課題は中期目標・中期計画又は単年度事業計画に書き入れられて、計画的に実施を図っていく。

この課題解決のPDCAサイクルの特徴は、内部質保証推進会議から大学運営委員会に付議された課題がどのように解決されたかを確認する仕組みを内包していることである。短期プロセスの場合には、実施部署や委員会が課題を解決した時点で、その結果を自己点検・評価委員会へ報告し、自己点検・評価委員会は課題が当初意図したレベルで解決されているかを検討して、その結果を内部質保証推進会議に報告する。内部質保証推進会議も同様に審議し確認して、その結果を大学運営委員会に付議して、課題が解決したことの共有を図る。中長期プロセスの場合には、事業計画点検委員会の単年度事業計画の達成度調査や点検実行委員会による自己点検・評価活動を通じて、その課題の達成度を評価し、短期のプロセスと同様に大学運営委員会に報告される。

以上が2022年10月に第3期の機関別認証評価実地調査を受審した時点での、本学の内部質保証の仕組みである。次に、これまでに策定した方針や自己点検・評価活動を通じて改善が行わ

れた実例を示していく。

〈各種方針の策定と各種規程の整備〉

2020年4月23日に開催した令和2年度第一回教育改善委員会において、「委員会後直ちに医学部と大学院について自己点検を行い、その結果を踏まえて、全学的な視点から自己点検・評価を実施し、2020点検・評価報告書の初稿を2020年末までに作成する計画」を共有した。第3期の機関別認証評価の大学基準では、「基準1 理念・目的」と「基準3 教育研究組織」を除く8つの基準では、それぞれに方針の策定が求められていた。

一方、第2期機関別認証評価時の大学基準では、方針の策定については、10の基準のうち、「基準1 理念・目的」、「基準2 教育研究組織」、「基準10 内部質保証」の基準を除く基準3～基準9において方針の策定が明示的に求められていた。これに対する2015点検・評価報告書に記載されている本学の方針の策定状況は、「基準4 学位授与方針、教育課程の編成・実施の方針」、「基準5 学生の受け入れ方針」については明示されていた。しかしながら、「基準3 教員・教員組織」、「基準7 教育研究等環境」、「基準8 社会連携・社会貢献」については、分かりやすく明言されているとは言い難いものであった。さらに、「基準9 管理運営の方針」については「明確に定めたものはない」としていた。つまり、第2期の機関別認証評価受審時には、10の基準のうち、いわゆる3つの方針と学生支援の方針のほかには、方針と呼ぶに相応するものは策定されていなかったといえる。

2020年度初頭において、方針の策定状況がこのような状態にあったことから、医学部、大学院、全学の観点からの自己点検報告書の執筆は難渋を極めた。そこで、2020点検・評価報告書の初稿をブラッシュアップするための学長を含むブラッシュアップチームが、それまでの本学

表6 新規に策定した目標・計画や方針その他

-
- ◆ガバナンスコード
 - ◆中期目標・中期計画（令和4年度～令和6年度）
 - ◆大学運営に関する方針
 - ◆川崎医科大学内部質保証の方針の抜本的改訂
 - ◆川崎医科大学における3つのポリシーを策定するための基本方針
 - ◆教員組織の編制方針
 - ◆社会連携・社会貢献の方針
 - ◆教育研究等環境の整備に関する方針
 - ◆学生支援の方針の改訂
（修学支援の方針、生活支援の方針、進路支援の方針を追加）
 - ◆FD・SDに関する方針
 - ◆求める教員像
 - ◆学生の行動規範
-

の状況を踏まえて、欠如している方針の原型を策定した。このようにして完成した2020点検・評価報告書は大学運営委員会に付議されて、方針についても一括して承認を得た。その後、2020点検・評価報告書は外部評価を受けるとともに、新たに策定された方針群については、タスクフォースが設定されて、方針の見直しとブラッシュアップが行われた。これらのプロセスで策定された方針は2022点検・評価報告書に記載された。

表6に示すように、諸方針のほか、ガバナンスコードや、中期目標・中期計画、求める教員像、学生の行動規範も策定した。内部質保証については、第2期の機関別認証評価では、基準10に位置付けられており、そこでは内部質保証の方針の策定は求められていなかった。しかし、第2期機関別認証評価の実地調査前の2015年7月に「川崎医科大学内部質保証の方針」を発効し、ホームページで公表した。さらに、2016年4月に、IR室の設置や自己点検・評価

委員会の再構築に伴って、内部質保証の方針を部分的に改訂した。しかしながら、この内部質保証の方針は概略が説明されているのみで、第3期の機関別認証評価の基準2の内部質保証において求められている水準に達していなかったもので、今回一新した。

新しくした内部質保証の方針⁹⁾は、表7に示すように、「前文」と、「1. 基本的な考え方」及び「2. 組織体制（役割・権限）と手続き」という構成である。「1. 基本的な考え方」は18項目、「2. 組織体制（役割・権限）と手続き」は14項目からなり、学長プレゼンテーションでは、次に示す項目が強調された。

「1. 基本的な考え方」:

項目1 本学における持続可能な内部質保証は、本学を構成する各階層・各組織・各個人における自らの点検・評価に基づくそれぞれの質の保証を基盤とし、これら諸要素を連関させて1つの内部質保証システムとして機能させることによって、達成される

表7 川崎医科大学内部質保証の方針の構成

前文

1. 基本的な考え方

1～18 項目

2. 組織体制（役割・権限）と手続き

- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| (1) 内部質保証システム | (8) 企画室 |
| (2) 大学運営委員会 | (9) IR室 |
| (3) 内部質保証推進会議 | (10) FD・SD委員会 |
| (4) 自己点検・評価委員会 | (11) 医学部及び大学院の質保証 |
| (5) 点検実行委員会 | (12) 教員・授業・科目 |
| (6) 事業計画点検委員会 | (13) 課題解決のPDCAサイクル |
| (7) 学修成果・教育プログラム点検委員会 | (14) 中期目標・中期計画及び
単年度事業計画の策定 |

と考える。このもとに内部質保証システムを整備し、恒常的に教育の質保証と向上を図り、大学の社会的責任を果たす。

項目18 内部質保証システムの適切性については、内部質保証システムが内包する点検・評価の仕組みにより検証と改善を恒常的に行うとともに、外部評価により、これを担保する。

「2. 組織体制（役割・権限）と手続き」:

特に大学運営委員会、内部質保証推進会議、自己点検・評価委員会、点検実行委員会、事業計画点検委員会、学修成果・教育プログラム点検委員会に関してそれら組織の要点が説明された。

〈点検・評価・改善のためのツール〉

2022点検・評価報告書を作成するための具体的な作業は2020年度から開始されたが、この準備過程の始めから自己点検・評価作業の経験をどのようにして次世代に伝達していくかという視点が常に意識されていた。この視点は、2022

点検・評価報告書の序章の「4. 本報告書と受審への期待」において、次のように記している。

本報告書は、特に内部質保証に対する本学の取り組みの過程と現状の点検結果を記録し、今後の内部質保証の取り組みを継承することを意図している。また、大学基準協会による2021年改訂の大学評価ハンドブックの資料6に記されている「注意点」にできる限り対応し、分りやすさを目標に、各章のどこから読み始めても、その章の内部質保証の取り組みが分かるような構成とした。今回の受審の準備過程においては、点検、評価及び改善並びに報告書作成という一連のプロセスを、学内の世代交代が進んでも継続できるように意図しながら各種のツールを作成して準備してきた。

今回のプレゼンテーションでは、改善のためのツールが6つ紹介された。それらは、①「2020点検・評価報告書」に対する達成度評価の可視化、②「2020点検・評価報告書」に対す

川崎医科大学 令和3年度 事業計画 進捗点検表（自己評価）										
番号	事業 計画 書 頁	計 画	事業 計画 記述者	担当委員会	項目の 実施状況	実施された項目の経 過、結果は議事録 に記載されているか	指標	根拠 データ	目標 実施率 （到達度）	評価・判定 来年度も 続行・中止
					A 継続課題 B 今年度 新規項目	A 適切な記載 B 不十分な記載 C 記載なし	有 ・ 無	有 ・ 無	A：完了 B：7割 C：5割 D：3割 E：進捗なし	A 発展継続 B 重点的に継続 C であれば継続 D 中止してよい
	1	理念・目的（基本方針）								
N002	1			大学運営委員会	B	A	無	有	A	A
N003	1			大学運営委員会	B	C	無	無	E	A
N004	1			大学運営委員会	B	C	無	無	E	A
	1									
N005	1			大学運営委員会	A	C	無	無	E	A
N006	1			大学運営委員会	B	C	無	無	E	A
N007	1			大学運営委員会	B	C	無	無	E	A
	1	② カリキュラム・ポリシー								
N008	1			大学運営委員会	B	C	無	無	E	A
N009	1			教務委員会	B	C	無	無	E	B
N010	1			教務委員会	B	C	無	無	E	C

図14 単年度事業計画中の各計画の達成度評価（抜粋）

N002	学生は、学生同士、教員、医療従事者、患者及びその家族を尊重し、とるべき適切な行動を行動規範等に記載する。
N003	建学の理念・目的・使命の下にある4つの方針に基づいた教育活動が有効な学修成果・教育成果を上げているかを諸点から点検・評価する。
N004	4つの方針そのものも、分野別評価の評価結果を踏まえて見直していく。
N005	卒業時の到達目標に、医師としての資質を備えるのに十分なコンピテン스가設定されているかを見直す。
N006	教育目標を達成するのに十分な内容をもってポリシーとして機能しているかを点検する。
N007	卒業時コンピテンシーの到達度について間接的評価を行う。
N008	ポリシーに卒業時コンピテンシーを達成するために必要な教育課程の編成と実施並びに評価方法についての方針が定められているかを検証する。
N009	カリキュラム・ポリシーに則って科目が設定されているかを検証する。
N010	学生評価が適切に行われているかを検証する。

図15 図14中の「計画」欄の計画内容

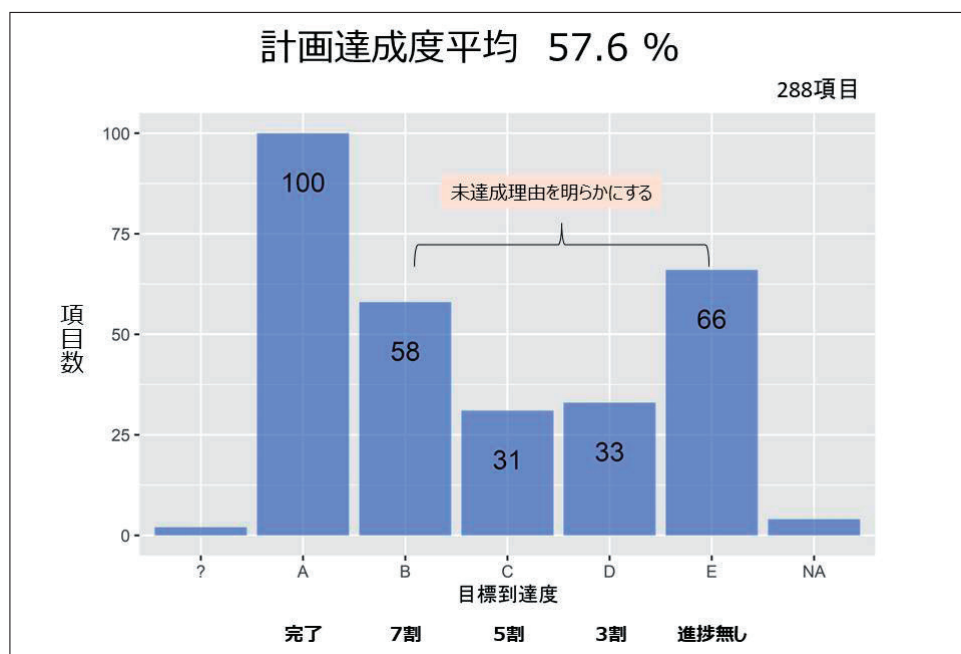


図16 単年度事業計画の達成度の可視化

図12は、2020点検・評価報告書の報告書作成時点での本学の教育研究等の状況を、基準協会の基準に則して、本学自らが評価しその結果を可視化したものである。これにより達成状況の把握が容易となる。図13は、2020点検・評価報告書に対する外部評価者8名による評価結果を可視化したものである。同一の報告書に対して自らの達成度と外部の達成度を可視化して比較することで、現状に対する認識を深めることが可能となる。

図14は、単年度事業計画に記載されている各計画の達成度状況を集計した表で、そこには事業計画項目や担当委員会、目標の実施率等が記載されている。なお、図中の「計画」欄の内容は、図15に別記している。目標の実施率（到達度）については、「完了（A）」、「7割（B）」、「5割（C）」、「3割（D）」、「進捗なし（E）」の5段階で評価を行っている。このように点検・評価することで、事業計画の達成度状況を

様々な視点から可視化することが可能となる。具体例として、図16に達成度別の項目数を示す。これから令和2年度の事業計画全体の達成度が57.6%であったことが可視化された。

図17は分野別年次報告書作成上の工夫を示す。2019年度に受審した医学教育分野別評価では、53項目の改善事項が指摘されており、これらの改善事項については2021年度8月を初回として、毎年8月末までに前年度の改善状況を日本医学教育評価機構に報告することが義務付けられている。この報告は次回受審前年度まで続き、これはグローバルスタンダードの医学教育を達成していくために極めて重要な改善のプロセスとなっている。各改善事項についてどの程度進捗したのか、次年度の計画は何かを常に把握しておくことが、実務としても重要である。このような観点から、図17に示すように項目ごとに、改善状況と今後の計画を積み上げて一覧できるように工夫を行った。また、最下段

には、各年度の達成状況を大学運営委員会等のメンバーが自己評価を行った、その平均達成度を示した。このような工夫により、53項目のそれぞれの進捗状態とともに、全体の進捗状況を把握することができ、継続的な改善に資するところが大きい。

図18は53項目の改善事項の進捗状況を把握するための一覧表である。今回の実地調査を受け

た時点で、日本医学教育評価機構からの53課題に加えて、医学部の点検・評価報告書と大学院の点検・評価報告書、2020点検・評価報告書、さらには2022点検・評価報告書を作成する過程で多くの課題が明らかになっていた。これらの課題のうち、優先順位の高い課題が選択されて改善に取り組んだ。この取り組みは、2022内部質保証システムのQPUを中心にした課題解決

J19_2_11	2. 教育プログラム	2.5 臨床医学と技能					
基本的水準 判定：部分的適合							
改善のための助言							
健康増進と予防医学を確実に体験すべきである。							
改善状況 と 今後の計画							
<2020 年度> 【改善状況】 2021 年度から、3 学年の「臨床実習Ⅲ」の中で、健康増進・予防医学の体験実習を本学附属病院の健康診断センターにおいて実施することとした（資料 2-9）。 【2021 年度以降の計画】 上記の体験実習の成果を検証する。							
<2021 年度> 【改善状況】 「臨床実習Ⅲ」において、健康増進実習を実施するためにシラバスを作成していたが、実施場所が新型コロナウイルス感染症ワクチン接種会場として使用されたため、実習を実施することができなかった（資料 2021-2-5）。 【2022 年度以降の計画】 「臨床実習Ⅲ」において、健康増進・予防医学の体験実習を本学附属病院の健康診断センターにおいて実施する。実施結果に基づいて体験実習のプロセスと成果を検証する。							
状況を示す根拠資料							
資料 2-9：2021 SYLLABUS（P240～P241） 資料 2021-2-5：2021 SYLLABUS（P240～P241）							
課題達成度	年度	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	%		36.8				

図17 分野別年次報告書の記載方法の工夫

通番	領域 番号	領域	基本的 質的 区別	JACME からの 助言、示唆	2021 年次報 告書	自己点検・ 評価委員 会発	内部質 保証推 進会議 発	運営 委員 会 発	実施 部門	自己点 検・評価 委員会 受	内部質 保証推 進会議 受	運営委 員会受	進捗 状況	2022 年次報 告書
J-19-1	1.1	使命	質的		△	2022.2.2	改善に向けて取組中を確認							
J-19-2	1.3	学修成果	基本的		△	2022.1.26	1.26	1.31	学生部長	2.2	3.16	2.28		
J-19-3	1.3	学修成果	質的		△									
J-19-4	1.4	使命と成果策定 への参画	基本的		△	2022.2.2	改善に向けて取組中を確認							
J-19-5	1.4	使命と成果策定 への参画	質的		×	2022.2.2	改善を保留する							
J-19-38	6.5	教育専門家	質的		△									
J-19-39	6.6	教育の交流	基本的		×	2022.2.2	5.9	5.16 (6.2)	社会連携・ 社会貢献 推進統括 委員会	8.9	8.26	9.5	大学運営 委員会で 承認済み	
J-19-40	6.6	教育の交流	基本的		△									
J-19-41	7.1	プログラムのモニタと評価	基本的		△									
J-19-42	7.1	プログラムのモニタと評価	質的		△									
J-19-43	7.2	教員と学生からの フィードバック	基本的		×	2022.2.2	5.9	5.16 (6.2)	学修成果・教 育プログラ ム点検委員 会					
						21	11	11	9	2	2	2		

図18 改善事項の進捗点検表

使命のなかに国際社会への貢献を含めることが望まれる。
学生同士、教員、医療従事者、患者、およびその家族を尊重し、学生がとるべき適切な行動を学則・行動規範等に記載すべきである。
卒前の学修成果と卒後研修終了時の学修成果との関連を、学生が理解できるよう明示することが望まれる。
使命、ポリシーならびに学修成果の作成や見直しに学生が参画すべきである。
使命、ポリシーならびに学修成果の作成や見直しに他の医療職や、患者、地域医療の代表者が参画することが望まれる。
教育評価や医学教育分野の研究における最新の専門知識に注意を払うことが望まれる。
教職員と学生の交流を含めた国内外の他教育機関との協力について、方針を策定すべきである。
国内の他教育機関との交流を推進すべきである。
カリキュラムと学修成果に対して定期的にモニタすべき内容（在学生、卒業時・卒業生等への調査内容を含む）を確定し、カリキュラムの重要な側面に関してプログラム評価を行うシステムを構築すべきである。
カリキュラムの特定の構成要素（教育方法、臨床実習の期間、評価方法など）および長期間で獲得される学修成果などに関して、包括的にプログラム評価を行うことが望まれる。
学生と教員からのフィードバックを系統的に求め、分析し、対応すべきである。

図19 図18中の「JACME からの助言、示唆」欄の改善事項

のPDCAサイクルを通じた改善に引き継がれている。課題全体を把握しながら、その進捗管理を行うことも極めて重要な改善のプロセスといえる。図18は、これらの具体例の1つである。図18中の最下段の数字は、これまでに改善プロセスの各ステップを通過した課題の件数を

示している。図19は図18中の「JACME からの助言、示唆」欄の具体的な内容を同順に示している。

〈内部質保証システムの有効性〉

第3期機関別認証評価の重点は、内部質保証システムを構築し、これを機能させて、学修

【課題解決の PDCA サイクル】

付議を受けた大学運営委員会は、方針の策定を社会連携・社会貢献推進統括委員会に求めた。社会連携・社会貢献推進統括委員会は策定した方針案を自己点検・評価委員会に報告し、自己点検・評価委員会は意図したレベルの方針が策定されているかを検討し、その結果を内部質保証推進会議に報告した。そこで同様な審議を経て、当該の課題が達成されたことを確認し、これを大学運営委員会に報告した。大学運営委員会の承認をもって、当初の課題は解決が完了したものとした。ここで例示したように、課題を解決するPDCAサイクルは、計画どおり機能することが確認された。他の諸課題もこの仕組みで解決することが期待されている。

川崎医科大学内部質保証システムは図8に示したように、法人の機能の一部を含み、本学の



表8 内部質保証の適切性の検証に対する基本姿勢

内部質保証の方針に基づいて以下のように検証する。

内部質保証システム自体に対して、内部質保証の方針、大学運営委員会とQPUの体制、及び課題解決のPDCAサイクルのプロセスで点検・評価を行っていく。

内部質保証システムを点検・評価した結果については、定期的に外部評価を受けて、妥当性と客観性を検証する。

2022 点検・評価報告書 p26

中期目標・中期計画の策定から単年度事業計画の策定を起点にしている。さらに、事業計画を中心にした大学運営、その中心に教学マネジメントを据えて、それらの活動全体をQPUを中心にした内部質保証を推進する組織が点検・評価を行う。その結果に基づいたアクションプランを作成して、次のサイクルへとスパイラルしていくものとなっている。したがって、内部質保証システムの適切性を検証するためには、本学の教育活動全般が内部質保証システムに示したスキームに従って点検・評価・改善を受けながら、年間を通して有機的に機能し成果を上げていることを示す必要がある。

本学の内部質保証の方針の「1. 基本的な考え方」の項目18には内部質保証システムの適切性の検証について、「内部質保証システムの適切性については、内部質保証システムが内包する点検・評価の仕組みにより検証と改善を恒常的に行うとともに、外部評価により、これを担保する。」としている。さらに、「2022点検・評

価報告書」に、表8のように具体的に記している。

〈今後の計画〉

課題に対する改善は、継続して取り組んでいる。しかし、明らかになってはいない一方で、改善が開始されていない改善課題も数多くある。実地調査における学長プレゼンの中で、実地調査後も内部質保証を中断させることなく推進するためには、計画をあらかじめ明確にしておくことが必要であるとの考えの下に、表9に、9つの目標・計画が表明された。これらは既に大学運営委員会で承認されており、QPUを通じて改善を継続・推進していくことが必要である。

1つ目のグランドデザインやビジョンは、本学が目指す未来の姿を描いて、その達成のために中期目標・中期計画を策定し、これを踏まえて単年度事業計画を立案するという構成の起点になるものなので、内部質保証を推進する上では極めて重要な柱といえる。

表9 実地調査後に引き続き取り組むべき課題

1. グランドデザインとビジョンを作成し、中期目標・中期計画の意義を明確にする
2. 中期目標・中期計画の達成度評価を行う
3. 内部質保証システムを毎年度点検・評価し向上させる
4. QPUのアクションプラン作成能力を向上させるために必要な体制を整備する
5. 点検実行委員会は、JSK基準に則して、毎年度自己点検・評価を行い報告書を作成しQPUに提出する
6. 各委員会・各部署は、毎年度活動記録を作成し自己点検・評価報告書をQPUに提出する
7. リサーチ・アドミニストレーター（URA）を活用し研究の活性化を行う
8. 大学院生の研究・研究指導を強化するための体制を整備する
9. 2022点検・評価報告書に対する書面調査から明らかになった課題を含む、すでに指摘されている個別課題は、早急に解決する

**上記計画は、QPUをとおして大学運営員会で決定しているので、
今後は、全学に対して周知し実施する。**

4つ目は、QPUのアクションプランの作成能力を高めるために必要な体制を整備していくことについての計画である。QPUは2022年1月1日から有効になった内部質保証を推進していく組織群であるが、その中でも、内部質保証推進会議はそのQPUを統括して、内部質保証の推進に責任を負う組織で、とりわけ課題に対して、中長期目標・中期計画及び単年度事業計画を見据えて、アクションプランを作成する責務がある。今回の実地調査の受審までに課題解決のためのPDCAサイクルのプロセスを用いて課題を解決してきたが、今後、改善を一層促進するためには、特にアクションプランを立案する仕組みを考案して、立案のスキルを向上させることが必須であるとの認識が共有されるに至ったことによる。

5つ目は、点検実行委員会が自己点検・評価を行っていく本学独自の基準（JSK基準）に関することであり、JSK基準の概略を図21に

示す。現在、外部評価として機関別認証評価と医学教育分野別評価があり、それぞれに基準が定められている。本学は医学部医学科と大学院医学研究科から成る大学という特性からして、これら2つの基準を別々のものとして捉え、点検・評価を行うのではなく、一体のものとして捉えて、自己点検・評価から内部質保証を行っていく必要があるということは、2015年度の第2期機関別認証評価を終えた時点での課題の1つであった。この課題は、2019年度の分野別評価を踏まえて実施してきた今回の第3期の機関別認証評価を受審する過程で、さらに明確に意識され共有されるようになってきた。そこで、2つの外部評価の基準を整理してお互いに関連付けて、これに本学独自の基準を加えて三位一体となった基準を設けるのが有効であろうと認識された。この三位一体の基準をJSK基準とした。

6つ目は、各委員会・各部署は、その年間の

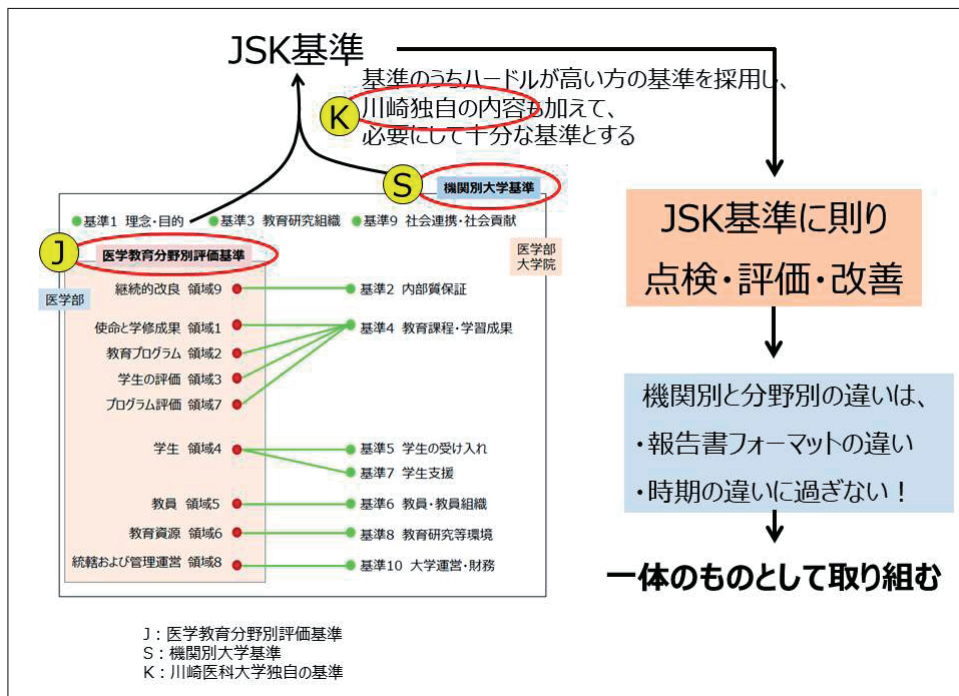


図21 JSK 基準

表10 内部質保証に対する基本姿勢の表明

機関別受審や中間報告、分野別受審や年次報告をマイルストーンとして、毎年、大学運営委員会及び内部質保証推進会議を中心に、点検・評価とその結果に基づく改善を継続的に実施する。

内部質保証システムを機能させ、国際基準の医学教育に基づいた学修成果・教育成果を向上させて、本学の目的・使命を達成していく。

教学情報を積極的に公表していく。

活動を記録し、自己点検・評価報告書を作成して、QPUに提出するというものである。本学の内部質保証システムは、多面的・多層的に

成っていて、それぞれの部署で点検・評価を行うことが基盤となっていると内部質保証の方針に記されている。この方針に則して、各委

員会・各部署は点検・評価報告書を作成して、QPUに報告する。この仕組みは、大学全体としての自己点検・評価を促進し、改善を推進するツールの1つとして期待されている。

7つ目及び8つ目は、大学院生が質の高い学位論文を期限内に作成することに関するものである。現状では、質が高い学位論文も多くなく、しかも期限内に学位を取得しない大学院生も存在する。質が高く期限内に学位を取得するためには、その背景にある本学の研究の在り方についても改善が必要と認識されることによる。また、私立大学等改革総合支援事業でも、リサーチアドミニストレーター（URA）の導入状況に関する質問事項が設定されている。本学においてもURA制度を導入する必要があるとの判断に基づいて、この目標・計画が立案されている。

9つ目は、今回の機関別認証評価の受審に向けて加速してきた、自己点検・評価から課題の改善に向けた活動を、受審後も緩むことなく継続して実施し、内部質保証を達成していく必要があるという認識を共有し継続していくためのものである。

最後に、学長プレゼンテーションの締めくくりとして、本学役職者や基準協会の評価委員の前で、表10に示す内容を実施していくという決意が述べられた。

おわりに

本稿では、本学が2019年度に医学教育分野別評価を受審し、その後、第3期の機関別認証評価に向けて取り組んできた課題の改善と組織構造の見直しの中で、特に、その根幹ともいえる内部質保証システムの構築に関すること及びこのシステムを機能させるためのツールについて記してきた。

実地調査時の全体面談での質疑応答は、大学基準協会に送付した2022点検・評価報告書に対

する評価結果となる「川崎医科大学に対する大学評価（認証評価）結果〈分科会案〉」及びこの分科会案中に付されている質問事項に対する本学の回答並びに学長プレゼンテーションを踏まえて行われた。特に、分科会案に対する本学の回答が評価者にとって十分ではないと判断された事項については、集中的に質疑応答が行われた。特に、第3期機関別認証評価の要諦となっている内部質保証システムの構築とこのシステムを機能させて教育の質向上につなげる取り組みについては、重点的に質疑応答が行われた。具体的には、分科会案の第2章内部質保証において指摘された次に記す改善課題、つまり、内部質保証体制の役割分担に応じた構成委員については重ねて質疑を受け、それに対して説明を行ったが、評価者を納得させる回答とはならず、今後の改善課題として残された。

改善課題：「内部質保証の推進主体である「内部質保証推進会議」のほか、全学的な教育研究活動の検証と自己点検・評価等を担う「自己点検・評価委員会」、大学における諸活動全般の定期的な点検・評価と報告書作成等を担う「点検実行委員会」及び単年度事業計画及び中長期計画に記す諸計画の達成状況の点検・評価を担う「事業計画点検委員会」による内部質保証体制を設けているものの、その構成員については、いずれも規程上は学長の指名する者としか定められていない。そのため、各組織の役割分担に応じた具体的な構成員を明確に規定するよう改善が求められる。」（評価者コメント）

一方、内部質保証システム、とりわけ2022内部質保証システム及びQPUを中心にした課題解決のPDCAサイクルについては、評価者から「新たに整備した内部質保証の体制は、総論から言うと複雑な対応ができるシステム構成になっている。」「仕組みとしては理想的なものが構築されているように感じたので、それをいかにして動かすのかという作業手順を見せて

いただきたい。],「内部質保証推進会議を中心とした QPU は非常に優れた仕組みだと思っている。これをいかに有効に運用し, 実効性の高い内部質保証のシステムとしていくかということが課題であろう。」と, 高い評価と期待が示された。これらは, 本学がこれまでに取り組んできた内部質保証システムの構築に向けた努力が結実しつつあり, 内部質保証システムの基盤が形成されつつあることを意味している。したがって, 今後は, この基盤を確実なものに仕上げていくために, 評価者からの指摘を十分にやり込んで加速的に内部質保証システムを実質化させ発展させていくことが肝要である。

2023年1月20日には, 大学基準協会から「川崎医科大学に対する大学評価(認証評価)結果(委員会案)」を受領した。この中では, 数多くの事実認定の他に, 文末に「高く評価できる」, 「評価できる」, 「期待される」, 「求められる」, 「望まれる」, 「検討されたい」, 「必要がある」, 「是正されたい」という語句を持つ文に

よって評価を受けた。本学はこれら評価結果に真摯に対応して, 2022内部質保証システムを十二分に機能させて, 課題を解決し期待に応えていくことが求められている。これまで, この2022内部質保証システムの構築の過程において, 世代を越えて取り組めるようなシステムやツールを意識して取り組んできたため, 今後は, これらのシステムやツールを指摘された課題に対して実際に適用して, 改善を図るとともに, システムやツール自身も発展させていくことが必須である。さらに, この内部質保証システムをもってして, その本来の機能である教育の質保証及び質向上を図っていかなければならない。

前述の「委員会案」では, 第1章から第10章の各章ごとに, S, A, B, Cの4段階で評価が付されているので, 第2期機関別受審時の評価とともに表11に示す。

なお, 第2期の評価の意味内容は次のようである。

表11 大学基準各章の評価結果(章順は第3期に準拠)

章	基準	評 定		評価傾向
		2015年度 第2期 機関別	2022年度 第3期 機関別	
第1章	理念・目的	A	A	
第2章	内部質保証	C	B	+
第3章	教育研究組織	A	A	
第4章	教育課程・学習成果	ABB	B	
第5章	学生の受け入れ	C	C	
第6章	教員・教員組織	B	A	+
第7章	学生支援	B	A	+
第8章	教育研究等環境	B	S	++
第9章	社会連携・社会貢献	B	A	+
第10章第1節	大学運営	B	A	+
第10章第2節	財務	A	A	

S：方針に基づいた活動が行われ、理念・目的、教育目標の達成度が極めて高い。A：おおむね、方針に基づいた活動が行われ、理念・目的、教育目標がほぼ達成されている。B：方針に基づいた活動や理念・目的、教育目標の達成がやや不十分である。C：方針に基づいた活動や理念・目的、教育目標の達成が不十分であり、改善すべき点が多い。

また、第3期の評定の意味内容は次のようである。

S：大学基準に照らして極めて良好な状態にあり、理念・目的を実現する取り組みが卓越した水準にある。A：大学基準に照らして良好な状態にあり、理念・目的を実現する取り組みが概ね適切である。B：大学基準に照らして軽度な問題があり、理念・目的の実現に向けてさらなる努力が求められる。C：大学基準に照らして重度な問題があり、理念・目的の実現に向けて抜本的な改善が求められる。

第2章の内部質保証と第4章の教育課程・学習成果の各章では1つずつ改善課題が付されており共にB評定で、第5章学生の受け入れでは是正勧告が付されてC評定であったが、その他の章では、表11から明らかなように、第2期機関別受審時に比して、評定のレベルは1または2ランク上がっている。これらは、2015年度の第2期機関別認証評価及び2019年度の医学教育分野別評価を受審することによって経験した取り組みを振り返り、2019年度末より第3期の機関別認証評価に向けて、内部質保証システムの構築とそれを基盤にした改善を進めてきた結果が評価されて評定に反映しているものと推察される。今後は、2022内部質保証システムを十分に機能させて、指摘された改善課題や是正勧告及びその他の多くの課題を改善して国際基準の医学教育を提供できる体制を早急に確立して、本学の使命・目的を達成させていくことが期待される。

謝 辞

2022点検・評価報告書の作成やそれに先立つ点検・評価活動及び実地調査を完遂するに当たって、担当を頂いた全ての教職員の皆様方のこの場をお借りして感謝申し上げます。また、担当された教職員の一覧表を末尾に掲載して感謝の記録とする。

引用文献

- 1) https://m.kawasaki-m.ac.jp/etc/document/tenken-hyouka_2001.pdf 自己点検・評価報告書－現状の点検と評価－ 2001年2月(2023.03.07)
- 2) <https://m.kawasaki-m.ac.jp/frombanner/hyouka.php> 大学評価 / 日本医学教育評価機構による医学教育分野別評価, 大学基準協会による大学評価, 各種自己点検・評価報告書 (2023.03.07)
- 3) <https://www.juaa.or.jp/outline/history/> 2004年 わが国初の大学の認証評価機関となる (2023.03.07)
- 4) <https://www.juaa.or.jp/membership/list/university/regular/> 大学基準協会 会員校名簿 / 大学 正会員名簿 (2023.03.07)
- 5) <https://www.juaa.or.jp/accreditation/institution/handbook/> 大学評価 ハンドブック (2023.03.07)
- 6) <https://m.kawasaki-m.ac.jp/outline/organization.php> 組織図 (2023.03.07)
- 7) 2022点検・評価報告書 p14 資料2-2 (本資料は次の場所に掲載, 但し学内限定)
川崎医科大学ポータルサイト / 資料集 / 医学教育センター関連 / 第3期機関別認証評価関連 / 20220607 機関別認証評価に向けた全学説明会_第1回本学の内部質保証システム / 添付資料1_◎大学組織図の変遷_2006年～2022年_ver3.0.pdf (2023.03.07)
- 8) 2022点検・評価報告書 p14 資料2-5 (本資料は次の場所に掲載, 但し学内限定)
川崎医科大学ポータルサイト / 資料集 / 医学

教育センター関連 / 第3期機関別認証評価関連 / 20220607 機関別認証評価に向けた全学説明会_第1回本学の内部質保証システム / 添付資料2_内部質保証に関する概念図の進展.pdf (2023.03.07)

- 9) <https://m.kawasaki-m.ac.jp/outline/quality.php>
内部質保証 / 川崎医科大学の内部質保証の方針 (2023.03.07)

川崎医学会誌編集部注：

本論文を2023年11月6日にWEBにて公開後、11月8日に著者より表11が欠落していたとの指摘があったので一旦公開を中止し、編集委員会の責任のもとに表11と訂正文を追加して、同年12月22日に再度公開した。

2022点検・評価報告書 作成担当者一覧 2020年1月1日～2023年3月31日

基準 1 理念・目的 (庶務課)	代 福永 仁夫 代 柏原 直樹 副 中田 昌男 副 花山 耕三 副 石原 武士 副 宗 友厚 補 清水 克彦 補 橋本 謙 補 田中 了	基準 6 教員・教員組織 (庶務課)	代 森谷 卓也 副 青山 裕美 副 加藤 勝也 副 曹 英樹 副 (稲川 喜一) 副 井上 貴博 補 藤本 壮八	点検実行委員会 委員長 佐々木 環 副委員長 (石原 克彦) 塩谷 昭子 増田 清士 西松 伸一郎 アドバイザー 伏谷 建造 栗林 太 曾根 照喜 永井 敦 伊地知 均 服部 明彦 大学院アドバイザー 柏原 直樹 (石原 克彦) 曾根 照喜 森谷 卓也 栗林 太 中田 昌男 瀧川 奈義夫 青山 裕美
	事 浅沼 淳 事 守屋 温子		事 田中 由美 事 大森 義治	
基準 2 内部質保証 (庶務課)	代 種本 和雄 副 岡本 安雄 副 曾根 照喜 副 通山 薫 副 増田 清士 副 神田 英一郎 補 (宮原 勅治)	基準 7 学生支援 (学生課)	代 (宮本 修) 代 三谷 茂 副 戸田 雄一郎 副 齊藤 峰樹 副 三原 雅史 副 (橋本 美香) 補 根石 陽二 補 氷見 直之 補 橋本 春菜	
	事 浅沼 淳 事 守屋 温子		事 森本 裕文	
基準 3 教育研究組織 (庶務課)	代 和田 秀穂 副 山内 明 副 友田 恒一 副 楠 裕明 副 田中 克浩 副 吉田 浩司 副 藤井 智浩 補 (余田 栄作) 補 辻岡 真之	基準 8 教育研究等環境 (庶務課 研究支援係)	代 毛利 聡 副 瀧川 奈義夫 副 金藤 秀明 副 大友 孝信 補 戎谷 昭吾 補 西村 泰光	点検実行委員会事務 (原 恵子) 守屋 温子 (平松 由紀子) 植田 敦子
	事 浅沼 淳 事 守屋 温子		事 大森 義治 事 田中 由美 事 大西 知子 事 林 智子	
基準 4 教育課程 ・ 学習成果 (教務課)	代 砂田 芳秀 副 守田 吉孝 副 宇野 昌明 副 上野 富雄 副 原 浩貴 副 小賀 徹 副 (嶋 雄一) 副 中塚 秀輝 補 桑原 篤憲 補 大野 直幹	基準 9 社会連携 ・ 社会貢献 (庶務課)	代 (大槻 剛巳) 代 勝山 博信 副 近藤 英生 副 羽井佐 実 副 和田 健二 副 宮地 禎幸 副 中西 修平 補 松本 啓志 補 (鶴田 淳)	校正アドバイザー 松下 泰久
	事 山本 善子 事 土屋 宏枝		事 浅沼 淳 事 守屋 温子 事 青江 智子	
基準 5 学生の受け入れ (教務課)	代 (泰山 浩司) 代 西松 伸一郎 副 玉田 勉 副 藤原 由規 副 辻 修平 副 田淵 篤 副 内藤 忠相 補 大橋 武文 補 冲野 哲也 補 山本 亮	基準 10 大学運営・財務 (庶務課)	代 福永 仁夫 代 (永井 敦) 代 下屋 浩一郎 副 曾根 照喜 副 松田 純子 副 向井 知之 補 平岡 崇 補 山根 弘路	図8,9,11仕上げ (宗田 潤子)
	事 山本 善子 事 田中 久美		事 田中 由美 事 大森 義治	

() 内は、退職・異動前に点検・評価報告書の作成に携わって頂いた方