# 令和4年度計画の達成状況に基づく点検・評価報告書

| 第3期中期計画           | 令和 4 年度計画           | 評価 | 令和 4 年度計画達成状況                              | 評価 | 自己点検・評価委員会 | 評価 | 内部質保証推進会議 |
|-------------------|---------------------|----|--|----|------------|----|-----------|
|                   |                     | 区分 |  | 区分 |            | 区分 |           |
| 2. 内部質保証          |                     |    |  |    |            |    |           |
| 【計画 3】(企画部)       |                     |    |  |    |            |    |           |
| 内部質保証の方針に基づき、本学にお |                     |    |  |    |            |    |           |
| ける内部質保証システムを構築する  |                     |    |  |    |            |    |           |
| ため、「内部質保証推進会議」の機能 |                     |    |  |    |            |    |           |
| 強化を図る。            |                     |    |  |    |            |    |           |
| 「計画達成のための方策」      | 【年度計画 3】            |    |  |    |            |    |           |
| 「内部質保証推進会議」が、全学的な | 「内部質保証推進会議」の権限と責任   | Ш  | ・IR 機能の強化を図るため、IR 推進室においては次のような取り組みを行ったとこ  |    |            |    |           |
| 内部質保証システムの要として機能  | を明確化し、その機能強化を図るた    |    | ろである。                                      |    |            |    |           |
| するためにその権限と責任を明確化  | め、部局の現状等を更にエビデンスに   |    | 1). 学生の学修に関する実態調査アンケート、授業評価アンケートには重要な定点調   |    |            |    |           |
| し、継続的にその機能強化を図る。  | 基づき分析・評価できるよう、「学長   |    | 査であるところ、令和4年度は、分析結果を学生に還元する「IRNews 学生版」の刊  |    |            |    |           |
|                   | 戦略本部」と連携し IR 機能の強化を |    | 行ができなかったので、このデータに対する意見収集を行えていない。令和5年5      |    |            |    |           |
|                   | 図る。                 |    | 月までに「学生版」を公表予定なので、早めに意見収集を行うようにしたい。        |    |            |    |           |
| 「評価指標」            | 「評価指標」              |    | 「評価指標」                                     |    |            |    |           |
| ・IR機能強化の状況、各種データの | ・IR機能強化の状況、各種データの   |    | ・学生の学修に関する実態調査アンケートの回答率(継続)59.2%           |    |            |    |           |
| 分析状況              | 分析状況                |    | ・授業評価アンケートの回答率(継続)62.7%                    |    |            |    |           |
|                   |                     |    | 2). ディプロマ・ポリシーの運用状況等について、IR 推進室運営会議等の関係会議  |    |            |    |           |
|                   |                     |    | で報告した。                                     |    |            |    |           |
|                   |                     |    | ・学修成果の可視化の一環としてキャンパスプランの改修に取り組み、とくに出席      |    |            |    |           |
|                   |                     |    | 状況を学生及び保証人が把握しやすくする機能を実装した。令和5年度から段階的      |    |            |    |           |
|                   |                     |    | に運用予定である。                                  |    |            |    |           |
|                   |                     |    | ・九州大学で開催された IR 担当者会議に室員 2 名が出席し、情報交換を行った。そ |    |            |    |           |
|                   |                     |    | の後、近隣大学と連携し、IR 推進室同士の情報交換会を実施した。           |    |            |    |           |
|                   |                     |    | 「評価指標」                                     |    |            |    |           |
|                   |                     |    | ・アセスメント・プランに基づく学修成果の定量的評価指標(ディプロマ・サプリ      |    |            |    |           |
|                   |                     |    | メント)分析結果の報告件数(新規) 年1回                      |    |            |    |           |
|                   |                     |    | ・他大学研修会や高等教育に関する学会・研究会における活動報告件数 年1回       |    |            |    |           |
| 【計画4】(学長戦略本部・企画部) |                     |    |  |    |            |    |           |
| 教育の質保証の観点から、年度計画を |                     |    |  |    |            |    |           |
| 着実に推進するとともに、自己点検・ |                     |    |  |    |            |    |           |
| 評価及び外部有識者による評価を行  |                     |    |  |    |            |    |           |
| い、その結果を改善・充実に反映させ |                     |    |  |    |            |    |           |
| る。また令和7年度に受審する大学基 |                     |    |  |    |            |    |           |
| 準協会の認証評価に適切に対応する、 |                     |    |  |    |            |    |           |

| 第3期中期計画           | 令和 4 年度計画                          | 評価 | 令和 4 年度計画達成状況                              | 評価 | 自己点検・評価委員会 | 評価 | 内部質保証推進会議 |
|-------------------|------------------------------------|----|--|----|------------|----|-----------|
|                   |                                    | 区分 |  | 区分 |            | 区分 |           |
| 「計画達成のための方策」      | 【年度計画 4】                           |    |  |    |            |    |           |
| 年度計画を着実に推進するとともに、 | 年度計画を着実に推進するとともに、                  | Ш  | ・平成 30 年度に大学基準協会による認証評価を受審した結果、是正勧告 2 件、改善 |    |            |    |           |
| 令和7年度に受審する大学基準協会  | 令和7年度に受審する大学基準協会                   |    | 課題 5 件の提言を受けたところであるが、内部質保証に責任を負う全学組織である    |    |            |    |           |
| の認証評価に適切に対応するため、計 | の認証評価に適切に対応するため、計                  |    | 「内部質保証推進会議」において、提言の内容等を精査し改善を図ることとし、その     |    |            |    |           |
| 画的に準備作業を進める       | 画的に準備作業を進める                        |    | 改善結果を「改善報告書」として令和4年7月末に大学基準協会に提出した。        |    |            |    |           |
|                   |                                    |    | ・令和5年1月20日付で、大学基準協会から提出済みの「改善報告書」に対し、「改    |    |            |    |           |
| 「評価指標」            | 「評価指標」                             |    | 善報告書検討結果(委員会案)」が示され、概ね大学の取組は評価されたが、        |    |            |    |           |
| ・令和7年度に受審する大学基準協  | <ul><li>・令和7年度に受審する大学基準協</li></ul> |    | 1. 是正勧告では、医療保健学部医療栄養学科、医療情報学科等における学生受け入れ   |    |            |    |           |
| 会の認証評価の準備、評価結果    | 会の認証評価の準備、評価結果                     |    | に関する定員管理の問題は、今後も更なる改善に努めること                |    |            |    |           |
|                   |                                    |    | 2. 改善課題については、医療保健学研究科における学位授与方針の問題の改善や、財   |    |            |    |           |
|                   |                                    |    | 務についての財政基盤の確保に努めること                        |    |            |    |           |
|                   |                                    |    | との評価を受けたところであり、令和7年度の認証評価の中で今回の評価分も含め、     |    |            |    |           |
|                   |                                    |    | さらなる改善に努める必要がある。                           |    |            |    |           |
|                   |                                    |    | W  |    |            |    |           |
|                   |                                    |    | 東京医療保健大学                                   |    |            |    |           |
|                   |                                    |    | 改善報告書検討結則                                  |    |            |    |           |
| 【計画 5】(企画部)       |                                    |    |  |    |            |    |           |
| 内部質保証の状況を、所要の学内会議 |                                    |    |  |    |            |    |           |
| に報告した上で、外部有識者等の意見 |                                    |    |  |    |            |    |           |
| 等を踏まえ、本学の教育研究活動等の |                                    |    |  |    |            |    |           |
| 改善・向上を継続して推進するととも |                                    |    |  |    |            |    |           |
| に、内部質保証に関する情報を学内外 |                                    |    |  |    |            |    |           |
| に公表し、大学としての説明責任を果 |                                    |    |  |    |            |    |           |
| たす。               |                                    |    |  |    |            |    |           |
| 「計画達成のための方策」      | 【年度計画 5】                           |    |  |    |            |    |           |
| 毎年度、内部質保証の状況を、外部有 | 内部質保証の状況を、外部有識者等が                  | Ш  | ・令和3年度に係る自己点検・評価については、「令和3年度点検・評価報告書」と     |    |            |    |           |
| 識者等が委員を務める外部評価委員  | 委員を務める外部評価委員会、大学経                  |    | して取りまとめた上で、令和4年5月10日開催の内部質保証推進会議及び大学経経     |    |            |    |           |
| 会、大学経営会議、理事会・評議員会 | 営会議、理事会・評議員会等の学内会                  |    | 営会議及び5月22日開催の理事会・評議員会において審議・承認された後、9月28    |    |            |    |           |
| 等の学内会議に報告し、会議での意  | 議に報告し、会議での意見・提言等を                  |    | 日開催の「外部評価委員会」において、事前に提出いただいた委員からのご意見等に     |    |            |    |           |
| 見・提言等を踏まえて、本学の管理運 | 踏まえて、本学の管理運営及び教育研                  |    | 対する回答・対応等を中心に質疑応答を行ったところであり、委員からご指摘いただ     |    |            |    |           |
| 営及び教育研究活動等の改善・向上を | 究活動等の改善・向上を継続して推進                  |    | いた点は次年度の計画等に反映することで、教育研究活動等の継続的な改善等を図る     |    |            |    |           |
| 継続して推進する。また、点検・評価 | する。また、点検・評価の結果等を含                  |    | こととした。                                     |    |            |    |           |
| の結果等を含め、内部質保証に関する | め、内部質保証に関する情報をホーム                  |    | ・「令和3年度点検・評価報告書」は大学 HP に公開している。            |    |            |    |           |
| 情報をホームページにおいて公表す  | ページにおいて公表する。                       |    | https://www.thcu.ac.jp/about/jikotenken/   |    |            |    |           |
| <b>న</b> 。        |                                    |    |  |    |            |    |           |

| 第3期中期計画                                | 令和 4 年度計画                              | 評価区分 | 令和 4 年度計画達成状況 評 | 価分 | 自己点検・評価委員会 | 評価区分 | 内部質保証推進会議 |
|--|--|------|-----------------|----|------------|------|-----------|
| 「評価指標」 ・外部評価委員会等の開催状況及び ホームページにおける公表状況 | 「評価指標」 ・外部評価委員会等の開催状況及び ホームページにおける公表状況 |      |                 |    |            |      |           |

#### 東京医療保健大学に対する改善報告書検討結果(委員会案)

東京医療保健大学から改善報告書の提出を受け、本協会は改善に向けた大学全体の取り組み、5点の改善課題及び2点の是正勧告の改善状況について検討を行った。その結果は、以下のとおりである。

#### <改善に向けた大学全体の取り組み>

全学で課題解決を図るため、「内部質保証推進会議」を内部質保証に責任を負う全学組織として定め、「内部質保証の方針」及び「内部質保証システム図」を制定・作成するとともに、「大学経営会議」において「内部質保証推進会議規程」を改正し、内部質保証に関する各組織体制及び権限と役割の明確化を図った。このシステムのもとで、提言の内容等を精査し、改善点を明確化したうえで、担当部局に対し具体的に改善点を明示するとともに、定期的に改善状況をフォローアップし、必要に応じて担当部局に助言を行っている。これにより、提言のいくつかは改善されているが、学生の受け入れや学位授与方針の内容及び学習成果の把握・評価に関しては、未だ改善に至っておらず、財務についても悪化の傾向にあるため、教育研究活動の発展に向けて、引き続き恒常的・継続的に質の保証及び向上に取り組むことが求められる。

#### <改善課題、是正勧告の改善状況>

提言の改善状況から、改善の成果が十分に表れているとはいいがたい。

是正勧告については、学生の受け入れにおける定員管理の問題は、今後も更なる改善に努めることが求められる。

改善課題については、教育課程・学習成果における学位授与方針の問題や、学習成果の把握・評価に関する問題は、引き続き改善に努めることが求められる。また、財務についても、 財政基盤の確保が求められる。

個別の提言に対する改善に向けた大学の取り組み及びそれに対する評価は、以下のとおりである。なお、前回の大学評価時には指摘対象となっていなかった事項について、今回の改善報告書提出時には提言に相当する問題が生じているため、検討所見を参照し、次回の大学評価に向けて改善に取り組むことが求められる。

#### 1. 是正勧告

| No. | 種別 | 内 容       |
|-----|----|-----------|
| 1   | 基準 | 基準2 内部質保証 |
|     |    |           |

|     | 提言 (全文) | 内部質保証に責任を負う組織として「学部長等会                |
|-----|---------|---------------------------------------|
|     |         | 議」を位置付けているものの、規程上では「内部質               |
|     |         | 保証推進会議」がその任にあるとされており、両者               |
|     |         | の役割分担等が不明確であることに加え、自己点                |
|     |         | 検・評価等の結果をもとに「学部長等会議」が全学               |
|     |         | 的に改善・向上を推進する役割としているが、同会               |
|     |         | 議は各学部長等に報告するにとどまっており、各学               |
|     |         | 部・研究科等における PDCA サイクルを支援するた            |
|     |         | めの教学マネジメントを行う仕組みが整備されて                |
|     |         | いない。また、学外有識者で構成する「スクリュー               |
|     |         | 委員会」は、教育研究活動等を充実・発展させると               |
|     |         | いう重要な役割を担うにも関わらず、その位置付け               |
|     |         | は学長の私的諮問機関であり、規程もないため責任               |
|     |         | の範囲等が明確ではない。さらに、研究科の自己点               |
|     |         | <br>  検・評価は、その責任主体や手順等が不透明であり、        |
|     |         | 組織的に実施しているとはいえないことなど、内部               |
|     |         | 質保証体制には不備が多いため、是正されたい。                |
|     |         |                                       |
|     | 検討所見    | 内部質保証に責任を負う全学組織を「内部質保証                |
|     |         | 推進会議」であると定め、「内部質保証の方針」の制              |
|     |         | 定及び「内部質保証推進会議規程」の改正を行い、               |
|     |         | 適切な教学マネジメントを行う仕組みを整備した                |
|     |         | (資料 1-1、1-2)。また、「スクリュー委員会」の役          |
|     |         | 割を「外部評価委員会」に引き継ぐ形で新たに規程               |
|     |         | を制定し、その権限の拡大及び役割の明確化を図っ               |
|     |         | ている (資料 2-(1)-1-1)。各研究科における自己点        |
|     |         | 検・評価についても、研究科独自の「自己点検・評               |
|     |         | 価委員会」の規程を制定し、責任主体や手順を明ら               |
|     |         | かにした(資料2-(1)-1-2、2-(1)-1-3、2-(1)-1-4、 |
|     |         | 2-(1)-1-5)。                           |
|     |         | 以上のことから、内部質保証を組織的に行うため                |
|     |         | の体制を整備したことが確認できるため、改善が認               |
|     |         | められる。今後はこの体制において、各学部・研究               |
|     |         | 科におけるPDCAサイクルを適切に支援し、全学               |
|     |         | 的な教学マネジメントを有効に機能させていくこ                |
|     |         | とが望まれる。                               |
|     |         |                                       |
| No. | 種別      | 内 容                                   |

| 2 | 基準     | 基準5 学生の受け入れ   |
|---|--------|---|
|   | 提言(全文) | 医療保健学部医療情報学科では、過去5年間の<br>入学定員に対する入学者数比率の平均が0.88、収<br>容定員に対する在籍学生数比率が0.78といずれも<br>低いため、学部の定員管理を徹底するよう是正さ<br>れたい。   |
|   | 検討所見   | 医療保健学部医療情報学科では、大学評価を受けた後に、年度によっては改善の兆しがみられたものの、過去5年間の入学定員に対する入学者数比率の平均は0.88、収容定員に対する在籍学生数比率は0.87となっており、いずれも改善には至っていない(資料2-(1)-2-1)。なお、医療保健学部医療栄養学科では、大学評価時は改善課題とはしていなかったものの、収容定員に対する在籍学生数比率が0.86と低くなっているため、学部の定員管理を徹底するよう改善が求められる。同様に大学評価時には改善課題ではなかったものの、医療保健学研究科博士課程における収容定員に対する在籍学生数比率が2.58と高くなっているため、大学院の定員管理を徹底するよう改善が求められる。 |

# 2. 改善課題

| No. | 種別     | 内 容   |
|-----|--------|---|
| 1   | 基準     | 基準4 教育課程・学習成果   |
|     | 提言(全文) | 医療保健学研究科修士課程では、学位授与方針を<br>授与する学位ごとに設定していない。また、同博士<br>課程では、学位授与方針及び教育課程の編成・実施<br>方針を授与する学位ごとに設定していないため、改<br>善が求められる。 |
|     | 検討所見   | 医療保健学研究科修士課程の新たな学位授与方針は、修士課程8領域に対応して学位ごとに設定しており改善が認められる(資料 2-(2)-1-1)。ただ  |

|     |        | し、同博士課程における学位授与方針は、博士課程<br>3領域に対応して学位ごとに設定しているものの、<br>課程領域ごとに示している修得すべき知識、技能、<br>能力の記述が具体性に欠けており、改善が求められ<br>る。<br>同博士課程における教育課程の編成・実施方針に<br>ついては、3領域に対応して学位ごとに設定してお<br>り、改善が認められる(資料 2-(2)-1-2)。 |
|-----|--------|--|
| No. | 種別     | 内 容  |
| 2   | 基準     | 基準4 教育課程・学習成果  |
|     | 提言(全文) | 看護学研究科修士課程の高度実践看護コース及び高度実践助産コース(助産師免許取得プログラ  |
|     |        | ム)では、課題研究の審査基準をあらかじめ学生に  |
|     |        | 明示していないため、改善が求められる。  |
|     | 検討所見   | 看護学研究科修士課程の高度実践看護コース及  |
|     |        | び高度実践助産コース(助産師免許取得プログラ<br>ム)における課題研究の審査基準について、学生便  |
|     |        | 覧及び「評価表(評価基準)」に明示しており、改善   |
|     |        | が認められる(資料 2-(2)-2-2、追加資料「評価表」  |
|     |        | (評価基準))。   |
| No. | 種別     | 内 容  |
| 3   | 基準     | 基準4 教育課程・学習成果  |
|     | 提言(全文) | 医療保健学研究科及び看護学研究科では、学位論   |
|     |        | 文の発表会や履修科目修了後の最終試験等を通じ<br>  て学習成果を把握・評価するとしているものの、こ  |
|     |        | れらの結果から学位授与方針に示した学修成果を   |
|     |        | 測定するための指標の設定には至っていないため、  |
|     |        | 学修成果を適切に把握・評価するよう改善が求めら  |
|     |        | れる。  |
|     | 検討所見   | 医療保健学研究科においては、修士・博士の各課   |
|     |        | 程に応じて教育・評価方法を明示した指標を作成したが、領域(学位)ごとに定めた学位授与方針の学   |
|     |        | にター、関外(ナ世)ことに足切に子世次ナガ町切子   |

|       |                  | 習成果に関する把握方法について確認できないた   |
|-------|------------------|--|
|       |                  | め、さらなる改善が望まれる(資料 2-(2)-3-1)。ま  |
|       |                  | た、看護学研究科では2022(令和4)年度より学位  |
|       |                  | 授与基準ごとに f G P A を算出し、学生自身が到達   |
|       |                  | (習熟)度を把握できるようにしたことから、この  |
|       |                  | 方法を着実に実施につなげることが期待される(資  |
|       |                  | 料 2-(2)-3-2)。  |
|       |                  | このほか、和歌山看護学研究科では、カリキュラ   |
|       |                  | ム・マップ、カリキュラム・マトリクス、「DP対応   |
|       |                  | 一覧表」を用いて客観的に学修成果の達成を測定で  |
|       |                  | きる仕組みを導入している(資料2-(2)-3-3、2-(2)-  |
|       |                  | 3-4、2-(2)-3-5)。  |
|       |                  | なお、2021(令和3)年度開設の千葉看護学研究<br>科については、学位授与方針と関連させた論文審査  |
|       |                  | 基準を学生便覧に明示し、2022(令和4)年度から  |
|       |                  | 基準を子生使覚に切がし、2022 (〒和4) 年度から  <br>  同基準に基づき学位論文の審査を行う予定として  |
|       |                  | 「四塞平に塞りる子位冊又の番重を打り了足さして」<br>いることから (資料 2-(2)-3-6)、適切な学習成果の   |
|       |                  | 把握・評価の実施が期待される。  |
|       |                  | 10度・計画の大地が物ですが。  |
|       |                  |  |
| No.   | 種別               | 内 容  |
| No. 4 | <b>種 別</b><br>基準 | 内     容       基準6     教員・教員組織  |
|       |                  | ., -   |
|       |                  | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないた  |
|       | 基準               | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないた め、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう  |
|       | 基準               | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないた  |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  |
|       | 基準               | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学  |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学研究科・千葉看護学研究科それぞれにおいて「FD   |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学研究科・千葉看護学研究科それぞれにおいて「FD 委員会」の規程を定め、医療保健学研究科では、研   |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学研究科・千葉看護学研究科それぞれにおいて「FD委員会」の規程を定め、医療保健学研究科では、研究科に属する FD委員を選任し FD活動を実施し  |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学研究科・千葉看護学研究科それぞれにおいて「FD 委員会」の規程を定め、医療保健学研究科では、研   |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学研究科・千葉看護学研究科それぞれにおいて「FD委員会」の規程を定め、医療保健学研究科では、研究科に属する FD委員を選任し FD活動を実施している(資料 2-(2)-4-1)。看護学研究科及び和歌山   |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学研究科・千葉看護学研究科それぞれにおいて「FD委員会」の規程を定め、医療保健学研究科では、研究科に属する FD委員を選任し FD活動を実施している(資料 2-(2)-4-1)。看護学研究科及び和歌山看護学研究科は、学部と研究科で教員が兼務してい  |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学研究科・千葉看護学研究科それぞれにおいて「FD委員会」の規程を定め、医療保健学研究科では、研究科に属する FD委員を選任し FD活動を実施している(資料 2-(2)-4-1)。看護学研究科及び和歌山看護学研究科は、学部と研究科で教員が兼務しているが、研究科独自の FD活動を実施している(資料  |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学研究科・千葉看護学研究科それぞれにおいて「FD委員会」の規程を定め、医療保健学研究科では、研究科に属する FD委員を選任し FD活動を実施している(資料 2-(2)-4-1)。看護学研究科及び和歌山看護学研究科は、学部と研究科で教員が兼務しているが、研究科独自の FD活動を実施している(資料 2-(2)-4-5、資料 2-(2)-4-7)。2021(令和3)年度                        |
|       | 基準<br>提言 (全文)    | 基準6 教員・教員組織  大学院として固有の FD 活動が行われていないため、組織的に取り組み、適切にこれを実施するよう改善が求められる。  医療保健学研究科・看護学研究科・和歌山看護学研究科・千葉看護学研究科それぞれにおいて「FD委員会」の規程を定め、医療保健学研究科では、研究科に属する FD委員を選任し FD活動を実施している(資料 2-(2)-4-1)。看護学研究科及び和歌山看護学研究科は、学部と研究科で教員が兼務しているが、研究科独自の FD活動を実施している(資料 2-(2)-4-5、資料 2-(2)-4-7)。2021(令和3)年度開設の千葉看護学研究科では、開設年度は情報交換 |

|     |         | FD活動の実施が望まれる。                   |
|-----|---------|---------------------------------|
|     |         | 以上のことから、研究科における組織的なFD活          |
|     |         | 動の取り組みに対して、大学として運営・支援を行         |
|     |         | い、大学院として固有のFD活動を実施しており、         |
|     |         | 改善が認められる。                       |
|     |         |                                 |
| No. | <br>種 別 | 内容                              |
| 5   | 基準      | 基準 10 大学運営・財務 (2)財務             |
|     |         |                                 |
|     | 提言 (全文) | 「理工他複数学部を設置する私立大学」の平均に          |
|     |         | <br>  比べ、総負債比率が高く、純資産構成比率が低い状   |
|     |         | <br>  況が続いている。また、「要積立額に対する金融資   |
|     |         | <br>  産の充足率 も低いため、財政計画の見直しを行い、  |
|     |         | 十分な財務基盤を確立するよう改善が求められる。         |
|     |         |                                 |
|     |         | 学生生徒等納付金の増加に伴い、「事業活動収入          |
|     |         | <br>  に対する翌年度繰越支出超過額の割合」は改善傾向   |
|     |         | <br>  が見られるが、新学部設置の影響もあり、前回評価   |
|     |         | 時より総負債比率はさらに高く、純資産比率はさら         |
|     |         | <br> に低くなっており、「理工他複数学部を設置する私    |
|     |         | <br>  立大学」の平均に対し悪化している。また、「要積立  |
|     |         | <br>  額に対する金融資産の充足率  もさらに低下してい  |
|     |         | 3.                              |
|     |         | ~。<br>  「第3期中期目標・計画」に基づき、学生生徒等納 |
|     |         | 付金の確実な確保に務めるとともに、経費の抑制等         |
|     |         | に取り組み、財政基盤の確保が望まれる。             |
|     |         | てつなった。 スプラス会画・イド世界の 土 みないり。     |
|     |         |                                 |

## ◆ 再度報告を求める事項

なし

以 上