日本歯科医学教育学会雑誌別冊

歯科医学教育白書

2005年版
（2003～2005年）



日本歯科医学教育学会
歯科医学教育白書作成委員会/編集

財団法人　口腔保健協会

日本歯科医学教育学会雑誌別冊

歯科医学教育白書

2005年版
（2003～2005年）

日本歯科医学教育学会
歯科医学教育白書作成委員会/編集

財団法人　口腔保健協会

目次

執筆者一覧

歯科医学教育年表 ―歯科医学教育の創始期から現在まで― …… 森尾 郁子 i

序

1）歯科医学教育の使命と本学会の役割 …… 江藤 一洋 vi
2）歯科医学教育白書の出版にあたって …… 渡邉 誠 ix

第Ⅰ章 大学歯学部・歯科大学および大学病院の現況と課題

1. 歯学部の現況 …… 小田 豊 2

1）設置学部・学科等の名称・認可年・所在地
2）全学の教員組織
3）学部・学科の学生定員および在籍学生数
4）就職・進学状況
5）学費・学納金
6）学生生活（年間行事，部活数，奨学金など）
7）奨学金制度
8）歯科医師国家試験の状況

2. 入学者選抜 …… 小田 豊 12

1）大学進学の動向
2）選抜方法
3）大学ごとの志願者・合格者・入学者の推移

3. 大学院の現況 …… 小田 豊 17

1）はじめに
2）大学院研究科の学生定員および在籍学生数
3）学費・学納金
4）学位授与状況
5）大学院修了者の進路

4. 大学病院の現況と将来に関する調査 …… 井上 宏 24

1）大学歯学部・歯科大学に附属する病院数
2）大学病院の施設形態・診療体系
3）患者数
4）病院事務・医療職員数
5）病床数
6）病院経営の問題
7）医療事故対策とリスクマネジメント

5. 大学歯学部・歯科大学および大学院の自己点検・評価

1）学部の自己点検・評価の現状と問題 …… 城 茂治 31
2）大学院の自己点検・評価の現状と問題 …… 松尾 龍二 35

第Ⅱ章　歯科医学教育の現状と課題

1. 卒前歯科医学教育カリキュラムの現状と改革の方向 …… 川本　達雄　40

1）はじめに
2）カリキュラム全般
3）一般教育と専門教育との関係
4）モデル・コア・カリキュラム
5）Early Exposure の実施

2. 卒前基礎歯科医学教育の実施状況に関する調査 …… 金澤　英作　44

1）はじめに
2）基礎科目の統合
3）基礎科目の呼称
4）基礎科目の授業時間数と実施学年
5）講座配属実習の現状
6）PBL の導入状況
7）解剖学教育の現状
8）「医の原則」の内容と授業形態
9）「社会と歯学」の内容と授業形態

3. 卒前臨床基礎歯科医学教育 …… 奈良陽一郎　53

1）臨床系の講義・実習の時間数
2）臨床系の講義・実習の実施学年
3）基礎と臨床の統合カリキュラム

4. 卒前臨床実習 …… 前田　芳信，玉川　裕夫　60

1）臨床実習の実施状況
2）臨床実習の評価方法
3）指導教員
4）臨床実習患者
5）学生

5. 卒後歯科医師臨床研修 …… 住友　雅人　69

1）はじめに
2）これまでの卒後歯科医師臨床研修
3）必修化への流れ
4）新歯科医師臨床研修評価基準検討会の開催
5）歯科医師臨床研修マッチングの導入
6）（財）歯科医療研修振興財団の役割
7）日本歯科医師会の本制度への最近の取り組み
8）日本歯科医学教育学会の本制度への取り組み

6. 大学院教育と歯科医学研究の動向 …… 中島　昭彦，緒方　哲郎　78

1）大学院重点化
2）社会人大学院制度
3）大学院教育における特色ある試み
4）歯科医学研究の動向

7. 教員の教育能力向上 …… 八若　保孝　85
1）Faculty Development

8. 医療改革の歯科医学教育への影響 …… 黒﨑　紀正　90
1）医療改革の方向性
2）歯科医学教育への影響

第Ⅲ章　新しい歯科医学教育

1. 歯学教育における PBL テュートリアルの現況 …… 岡野　友宏　94
1）はじめに
2）PBL テュートリアルの導入状況
3）PBL テュートリアル導入の意義ないし目的
4）導入・導入予定の PBL テュートリアルの形態
5）導入にあたり参考にした大学・学部と参考にした項目
6）PBL テュートリアルの課題数・テュートリアルの回数
7）PBL テュートリアルにかかわる人材・設備など
8）PBL テュートリアル導入に伴う問題点
9）実施した PBL テュートリアルについての学会や論文での公表
10）自由回答による PBL テュートリアルについての意見
11）まとめ

2. CBT，OSCE の授業への活用 …… 長岡　英一　98
1）はじめに
2）アンケート調査
3）CBT，OSCE の授業への活用
4）おわりに

3. 共用試験としての CBT，OSCE …… 俣木　志朗，荒木　孝二　105
1）はじめに
2）共用試験導入の経緯
3）共用試験の特徴
4）共用試験 CBT
5）共用試験 OSCE
6）共用試験と歯科医学教育

4. 総合歯科診療とプライマリ・ケア教育 …… 菊池　雅彦　111
1）はじめに
2）総合歯科診療またはプライマリ・ケア担当部門の設置状況
3）総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の現状と問題点
4）総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の展望
5）おわりに

第Ⅳ章　歯科医学教育行政と海外の動向

1. 歯科医学教育制度の変遷と歯科医学教育の改善充実方策の検討経過 …… 栗山　雅秀　118

1）歯学教育制度の変遷
2）歯科医師養成の拡充と需給問題
3）歯学教育の改善に関する各種提言
4）おわりに

2. 歯科医師国家試験制度と臨床研修制度の変遷と現状 …… 和田　康志，神　光一郎，日髙　勝美　124

1）はじめに
2）歯科医師国家試験
3）歯科医師臨床研修制度

3. 海外の歯科医学教育 …… 鶴田　潤　131

1）各国の歯科医学教育

第Ⅴ章　学会および関連団体の活動

1. 日本歯科医学教育学会の活動

1）学会の概要 …… 須田　英明　138
2）委員会活動と学術大会の開催 …… 須田　英明　141
3）機関誌「日本歯科医学教育学会雑誌」…… 宮崎　隆　142
4）生涯教育・歯科医師臨床研修 …… 野首　孝祠，小野　高裕　144

2. 関連学会の活動

1）教育関係委員会の活動 …… 細井　紀雄　147
2）認定医制度 …… 大川　周治　150
3）生涯教育 …… 矢谷　博文　152

3. 歯科医療研修振興財団の活動 …… 中原　泉，石井　拓男　154

1）はじめに
2）指導歯科医講習会
3）歯科医師臨床研修指導医ワークショップ（富士研）

4. 医療・福祉専門教育の動向

1）歯科衛生士教育 …… 竹本　俊伸　160
2）歯科技工士教育 …… 末瀬　一彦　164

付録・資料　日本歯科医学教育学会主催　歯科医師臨床研修指導歯科医講習会 …… 169

■ 執筆者一覧（執筆順）

森尾　郁子　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 歯学教育開発学分野

江藤　一洋　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面頸部機能再建学系専攻 顎顔面機構制御学講座 分子発生学分野

渡邉　誠　東北大学大学院歯学研究科 口腔機能形態学講座 加齢歯科学分野

小田　豊　東京歯科大学 歯科理工学講座

井上　宏　大阪歯科大学 欠損歯列補綴咬合学講座

城　茂治　岩手医科大学歯学部 歯科麻酔学講座

松尾　龍二　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 口腔・顎・顔面機能再生制御学講座 口腔生理学分野

川本　達雄　大阪歯科大学 歯科矯正学講座

金澤　英作　日本大学松戸歯学部 解剖人類形態学講座

奈良陽一郎　日本歯科大学生命歯学部 歯科保存学講座

前田　芳信　大阪大学歯学部附属病院 口腔総合診療部

玉川　裕夫　大阪大学歯学部附属病院 口腔総合診療部

住友　雅人　日本歯科大学生命歯学部附属病院 総合診療科 1

中島　昭彦　九州大学大学院歯学研究院 教育医療情報室

緒方　哲郎　九州大学大学院歯学研究院 教育医療情報室

八若　保孝　北海道大学大学院歯学研究科 口腔病態学講座 小児・障害者歯科学教室

黒﨑　紀正　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 全人的医療開発学系専攻 包括診療歯科学講座 総合診療歯科学分野

岡野　友宏　昭和大学歯学部 歯科放射線学講座

長岡　英一　鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 先進治療科学専攻 顎顔面機能再建学講座 口腔顎顔面補綴学分野

俣木　志朗　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 全人的医療開発学系専攻 包括診療歯科学講座 歯科医療行動科学分野

荒木　孝二　東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター

菊池　雅彦　東北大学歯学部附属病院 総合歯科診療部

栗山　雅秀　文部科学省高等教育局医学教育課

和田　康志　厚生労働省医政局医事課試験免許室

神　光一郎　厚生労働省医政局歯科保健課

日髙　勝美　厚生労働省医政局歯科保健課

鶴田　潤　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 歯学教育開発学分野

須田　英明　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 口腔機能再構築学系専攻 摂食機能保存学講座 歯髄生物学分野

宮崎　隆　昭和大学歯学部 歯科理工学教室

野首　孝祠　大阪大学大学院歯学研究科 統合機能口腔科学専攻 顎口腔機能再建学講座（歯科補綴学第 2 教室）

小野　高裕　大阪大学先端科学イノベーションセンター

細井　紀雄　鶴見大学歯学部 歯科補綴学第 1 講座

大川　周治　明海大学歯学部 機能保存回復学講座 歯科補綴学分野

矢谷　博文　大阪大学大学院歯学研究科 統合機能口腔科学専攻 顎口腔機能再建学講座 顎口腔咬合学分野

中原　泉　財団法人歯科医療研修振興財団／日本歯科大学

石井　拓男　東京歯科大学 社会歯科学研究室

竹本　俊伸　広島大学歯学部 口腔保健学科 口腔保健衛生学講座

末瀬　一彦　大阪歯科大学歯科技工士専門学校

歯科医学教育年表―歯科医学教育の創始期から現在まで―

年	出来事
享保 13（1728）年	ピエール・フォシャール，「歯科外科医」（世界初の歯科医学書）を出版
天保 11（1840）年	ボルチモア歯科医学校（米国）創立（世界初の歯科医育機関）
慶応 3（1867）年	ハーバード大学歯学部（米国）創立（総合大学の学部としては世界初）
明治 16（1883）年	歯科医業開業試験開始，歯科医籍設定（以降は本試験に合格し，免状を受けなければ歯科医師として開業できないことになる）
明治 21（1888）年	東京歯科専門医学校創立〔日本における最初の歯科医育機関〕
明治 22（1889）年	東京歯科専門医学校廃校
明治 23（1890）年	1月　高山歯科医学院（東京歯科大学の前身校）創立
明治 30（1897）年	官立歯科医学校の設立の請願
明治 33（1900）年	国際歯科連盟（FDI）結成
明治 39（1906）年	3月 26 日　旧歯科医師法（法律第 48 号）成立 10 月 1 日　同施行
明治 40（1907）年	6月　私立共立歯科医学校（日本歯科大学歯学部の前身校）創立
明治 44（1911）年	12 月　大阪歯科医学校（大阪歯科大学の前身校）創立
大正 3（1914）年	4月　九州歯科医学校（九州歯科大学の前身校）創立
大正 5（1916）年	4月　東洋歯科医学校（日本大学歯学部の前身校）創立
大正 10（1921）年	国際歯科研究学会（IADR）結成
大正 13（1924）年	米国歯科医学教育学会第 1 回年次総会（旧 AADS，現 ADEA）
昭和 3（1928）年	10 月　東京高等歯科医学校〔東京医科歯科大学（歯学部）の前身校，日本初の国立歯科医育機関〕創立
昭和 11（1936）年	米国歯科医学教育学会雑誌 “Journal of Dental Education” 発刊
昭和 21（1946）年	4月　連合国軍総司令部指示下，歯科教育審議会が学科課程等の基準を提示 7月　東京歯科大学設置認可 8月　東京医科歯科大学歯学部設置認可 11 月　文部省・歯科医学の視学委員制度と大学設立基準設定協議会設置
昭和 22（1947）年	歯科教育審議会教授法協議会「歯科教育審議会に於て決定せる教授要綱」 3月 31 日　学校教育法（法律第 26 号）公布 4月 1 日　同施行 4月　第 1 回歯科医師国家試験実施 6月　日本大学歯学部設置認可
昭和 23（1948）年	5月　大学基準協会「歯学教育に関する基準およびその実施方法」 7月 30 日　歯科医師法（法律第 202 号）成立 10 月 27 日　同施行 歯科衛生士法制定
昭和 24（1949）年	学制改革（新制大学制度開始） 2月　大阪歯科大学設置認可 3月　九州歯科大学設置認可

年	出来事
昭和 25（1950）年	歯科衛生士学校養成所指定規則施行 4 月　大阪大学医学部歯学科設置認可
昭和 26（1951）年	大学基準協会が「歯学教育基準」を決定 4 月　大阪大学歯学部設置認可
昭和 27（1952）年	4 月　日本歯科大学歯学部（現日本歯科大学生命歯学部）設置認可
昭和 29（1954）年	医学・歯学の新制大学院の設置基準要項決定
昭和 30（1955）年	7 校の歯科大学・歯学部により歯科大学学長会議結成 歯科技工法（現歯科技工士法）制定
昭和 31（1956）年	歯科技工士学校養成所指定規則公布 10 月 22 日　文部省，学校教育法第 3 条，第 8 条，第 63 条および第 88 条の規定に基づき，大学設置基準を定める（文部省令第 28 号）
昭和 34（1959）年	6 月　大学基準協会「歯学に関する大学院基準」
昭和 36（1961）年	3 月　愛知学院大学歯学部設置認可
昭和 39（1964）年	1 月　神奈川歯科大学設置認可
昭和 40（1965）年	1 月　岩手医科大学歯学部設置認可 4 月　広島大学歯学部設置認可 4 月　東北大学歯学部設置認可 4 月　新潟大学歯学部設置認可
昭和 42（1967）年	歯科大学学長会議「歯学教授要綱（昭和 42 年版）」 6 月　北海道大学歯学部設置認可 6 月　九州大学歯学部設置認可
昭和 43（1968）年	ローレンス・ウィードが問題志向型診療システム（POS）を提唱 9 月 30 日　文部省・大学設置審議会歯学専門委員会「歯学部設置審査基準要項」
昭和 44（1969）年	カナダ McMaster 大学医学部で PBL テュートリアル導入 8 月　日本医学教育学会設立
昭和 45（1970）年	日本医学教育学会学会誌「医学教育」発刊 3 月　城西歯科大学（現明海大学歯学部）設置認可 3 月　鶴見女子大学歯学部（現鶴見大学歯学部）設置認可
昭和 46（1971）年	2 月　日本大学松戸歯学部設置認可 2 月　岐阜歯科大学（現朝日大学歯学部）設置認可
昭和 47（1972）年	1 月　松本歯科大学設置認可 2 月　東北歯科大学（現奥羽大学歯学部）設置認可 2 月　日本歯科大学新潟歯学部（現日本歯科大学新潟生命歯学部）設置認可 7 月　福岡歯科大学設置認可
昭和 48（1973）年	歯科大学学長会議「歯学教授要綱（昭和 48 年版）」 日本医学教育学会が WHO 開催「医学教育セミナー / 全世界の医学教育者対象」に参加者を派遣
昭和 49（1974）年	欧州歯科医学教育学会（ADEE）設立 第 1 回医学教育者のためのワークショップ（富士教育研修所）開催
昭和 50（1975）年	ロナルド・ハーデンが客観的臨床能力試験（OSCE）を開発
昭和 51（1976）年	10 月　徳島大学歯学部設置認可

年	出来事
昭和 52（1977）年	1 月　昭和大学歯学部設置認可 8 月 24 日　文部省・大学設置審議会歯学専門委員会「歯学部設置審査基準要項」の改正（弾力化と大綱化） 10 月　鹿児島大学歯学部設置認可
昭和 53（1978）年	医学教育白書発刊 2 月　東日本学園大学歯学部（現北海道医療大学歯学部）設置認可
昭和 54（1979）年	10 月　長崎大学歯学部設置認可 10 月　岡山大学歯学部設置認可 〔国立 11 校，公立 1 校，私立 17 校，計 29 歯科大学・歯学部になる〕
昭和 55（1980）年	4 月　全国歯科大学学長会議教育専門委員会・歯科教育カリキュラム調査小委員会編集「歯科大学教育白書―日本の大学歯学部カリキュラム実態調査―」
昭和 56（1981）年	文部省・大学設置審議会が私立大学について歯科大学（歯学部）の拡充は予定しない旨の決定
昭和 57（1982）年	7 月　厚生省・歯科医師国家試験制度改善委員会設置 8 月　日本歯科医学教育学会設立 8 月 22 日　第 1 回日本歯科医学教育学会設立総会・学術大会
昭和 58（1983）年	歯科医師国家試験実技試験廃止 歯科衛生士指定規則改正（1 年から 2 年制教育課程へ）
昭和 59（1984）年	歯科大学学長会議「歯学教授要綱（昭和 59 年版）」 12 月　厚生省・将来の歯科医師需給に関する検討委員会「中間意見」
昭和 60（1985）年	厚生省・歯科医師国家試験出題基準初版 1 月　文部省・第 1 回歯学教育の改善に関する調査研究協力者会議開催 9 月　日本歯科医学教育学会理事会において学会誌刊行の決定
昭和 61（1986）年	3 月　日本歯科医学教育学会雑誌発刊 7 月　厚生省・将来の歯科医師需給に関する検討委員会「最終意見」 8 月 14 日　文部省・歯学教育の改善に関する調査研究協力者会議「中間まとめ」
昭和 62（1987）年	4 月　財団法人歯科医療研修振興財団設立，歯科医師臨床研修委託事業開始（法制化前） 5 月 26 日　「外国医師，又は外国歯科医師が行なう臨床修練に関わる医師法第 17 条，および歯科医師法第 17 条の特例に関する法律」 8 月 7 日　文部省・臨時教育審議会「教育改革に関する最終答申」 9 月 8 日　文部省・歯学教育の改善に関する調査研究協力者会議「最終まとめ」 9 月 10 日　文部省・大学審議会の創設
平成元（1989）年	厚生省・歯科医師国家試験出題基準の改定（第 1 回） 歯科衛生士法一部改正（歯科衛生士業務に歯科保健指導を追加）
平成 3（1991）年	財団法人歯科医療研修振興財団「一般歯科医養成研修事業に係わる卒業直後臨床研修共通カリキュラム」 2 月 8 日　文部省・大学審議会答申「大学教育の改善について」 6 月 3 日　学校教育法の改正「大学設置基準等の一部を改正する省令（文部省令第 24 号）」（いわゆる大学設置基準の大綱化）公布 7 月 1 日　同施行 10 月　厚生省・健康政策局諮問機関臨床実習検討委員会提言

年	出来事
平成 5（1993）年	厚生省・歯科医師国家試験出題基準の改定（第 2 回） 9 月　厚生省・歯科医師養成のあり方に関する検討委員会設置
平成 6（1994）年	歯科大学学長会議「歯科医学教授要綱（平成 6 年版）」 6 月　文部省・大学審議会答申「教員採用の改善について」
平成 7（1995）年	4 月　第 1 回歯科医学教育における PBL シンポジウム（南カリフォルニア大学歯学部）開催 10 月　厚生省・歯科医師養成のあり方に関する検討委員会「報告書」 11 月　文部省・21 世紀医学・医療懇談会設置 日本歯科医学教育学会が国際歯科医学教育学会連盟（IFDEA）に加盟
平成 8（1996）年	3 月　文部省・大学附属病院における歯科医師の卒後研修の在り方に関する調査研究会「報告書」 6 月 21 日　歯科医師法一部改正（法律第 92 号）〔1 年以上の卒後臨床研修の努力義務規定〕 6 月　21 世紀医学・医療懇談会「第 1 次報告：21 世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して」 10 月　厚生省・医療関係者審議会歯科医師臨床研修部会意見書「歯科医師の卒後臨床研修目標」 10 月　文部省・大学審議会答申「大学院の教育研究の質的向上に関する審議のまとめ」 12 月　歯科大学学長会議「歯科医学教授要綱―臨床実習編」
平成 9（1997）年	厚生省・歯科医師国家試験出題基準改定（第 3 回） 4 月　法制化後の歯科医師臨床研修の開始 厚生省・今後の歯科保健医療の在り方に関する検討会「意見」 欧州歯科医学教育学会（ADEE）学会誌 "European Journal of Dental Education" 発刊 10 月　文部省・歯学における教育プログラム研究・開発事業の開始 12 月 18 日　文部省・大学審議会答申「高等教育の一層の改善について」
平成 10（1998）年	5 月　厚生省・歯科医師需給に関する検討会「報告書」 10 月 26 日　文部省・大学審議会答申「21 世紀の大学像と今後の改革方策について」 12 月　厚生省，財団法人歯科医療研修振興財団，第 1 回歯科医師臨床研修指導医のためのワークショップ（富士教育研修所）開催
平成 11（1999）年	厚生省・歯科衛生士の資質向上に関する検討会「意見書」 2 月 8 日　厚生省・医療関係者審議会歯科医師臨床研修部会「歯科医師臨床研修の必修化に関する現時点での考え方」 2 月　文部省・21 世紀医学・医療懇談会「第 4 次報告：21 世紀に向けた医師，歯科医師の育成体制の在り方」（全国共通評価システムを作る必要性を含む） 6 月　歯科大学学長・歯学部長会議「歯科医学教授要綱（平成 11 年版）」
平成 12（2000）年	3 月　文部省・医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議設置 7 月 4，5 日　日本歯科医学教育学会が第 1 回歯科医学教育者ワークショップ開催 11 月 7 日　臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システムに関する研究班第 1 回会議 11 月 22 日　文部省・大学審議会答申「グローバル化時代に求められる高等教育の在り方について」 11 月 30 日　医療法等の一部を改正する法律が国会で可決，成立（歯科医師の卒後臨床研修の必修化を規定した歯科医師法の改正を含む） 厚生省・歯科医師国家試験制度改善委員会「報告書」

年	出来事
平成 13（2001）年	厚労省・歯科技工士の養成の在り方等に関する検討会「意見書」 3 月　文科省・医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告「21 世紀における医学・歯学教育の改善方策について―学部教育の再構築のために―」（医学・歯学教育モデル・コア・カリキュラムを含む） 5 月　厚労省・歯科医師国家試験出題基準改定（平成 14 年版） 6 月　第 20 回日本歯科医学教育学会総会・学術大会（東京） 9 月 13 日　厚労省・歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会第 1 回会議 11 月　第 1 回共用試験歯学系 OSCE ワークショップの開催
平成 14（2002）年	1 月　共用試験歯学系 CBT 第 1 回トライアル開始 4 月　任意団体共用試験実施機構創設
平成 15（2003）年	3 月　厚労省・平成 14 年度厚生科学特別研究「歯科医師卒前臨床実習に関する調査研究報告書」 10 月　国立大学法人法施行 10 月　国立大学歯学部附属病院と医学部附属病院の統合（東医歯大，阪大を除く）
平成 16（2004）年	4 月 1 日　新医師卒後臨床研修制度（必修化）の実施 歯科衛生士養成を行う 4 年制学科の設置（新潟大学，東京医科歯科大学） 12 月　共用試験歯学系 CBT & OSCE 最終（第 4 回）トライアル開始
平成 17（2005）年	歯科衛生士指定規則の再改正（2010 年から 3 年制教育課程の義務化） 2 月 11 日　日本歯科医学教育学会・教育能力開発委員会主催歯科医学教育シンポジウム「歯科医学教育における PBL チュートリアル―なぜ，いま PBL チュートリアルなのか―」 3 月 14 日　社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構設立 4 月 1 日　日本歯科医学教育学会が日本歯科医学会専門分科会に正式認可，日本学術会議の協力学術団体となる． 歯科技工士養成を行う 4 年制学科の設置（広島大学） 5 月　厚労省・歯科医師国家試験出題基準改定（平成 18 年版） 12 月　共用試験正式実施の開始 12 月 1 日　厚労省・医療制度改革大綱 12 月 15 日　2005 年度（第 1 回）歯科医師臨床研修マッチング結果発表
平成 18（2006）年	4 月 1 日　新歯科医師臨床研修制度（必修化）の実施

文献

1）榊原悠紀田郎．歯科医療史略年表．江藤一洋編集．歯の健康学．東京：岩波書店；2004．
2）中原　泉：歯科医学史の顔．東京：学建書院；1987（2002 年改訂）．
3）歯界展望編集部：日本の歯科大学．東京：医歯薬出版；1986．

序

日本歯科医学教育学会理事長/
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面頸部機能再建学系専攻 顎顔面機構制御学講座 分子発生学分野
江藤　一洋
（えとう　かずひろ）

1）歯科医学教育の使命と本学会の役割

歯科医学教育の使命は良質な歯科医師の育成にある．教育の具体的命題は，(1)基本的臨床能力を有する学生を育成すること，(2)生涯にわたり態度(人格)，技能，知識の向上を継続して自学自習できるように学生を指導すること，である．ただし本邦においては，歯科医学教育の最初の到達点を歯学部卒業時にするか，臨床研修修了時にするかは，しばらくの間は弾力的に考えたほうがよいであろう．

歯科医学教育の使命の達成には，カリキュラム(教育内容)は不可欠である．歯科医学教育の歴史とは，カリキュラムの歴史といってもよい．しかし見明　清先生による「日本歯科医学教育学会の歩み―学会誌にみる―」[1]や小椋秀亮前会長による「わが国における歯科医学教育の過現未」[2]が上梓され詳述されているので，ここでは「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の提示(2001年)を境に，それ以前と以後を対比しつつ歯科医学教育の改革の経緯について述べてみたい．

まず，なぜ「歯学教育モデル･コア･カリキュラム」を作ることになったのかである．“初心忘るべからず”に従い引用が長くなるが，その理由を再び述べておきたい．

近年，わが国の歯科大学・歯学部卒業生の臨床における力量不足がきわめて顕著である[3]．その原因は卒前臨床実習（以下，臨床実習と呼ぶ）にある，と多方面から指摘を受けて久しい．以前は，臨床指導教員のもとで，学生自身が歯科医療行為を行う臨床参加型の臨床実習（クリニカル・クラークシップ）がほとんどの歯科大学・歯学部で実施されていたが，歯科医療を取り巻くさまざまな要因から，次第に指導教員の診療補助あるいは見学を主とする見学型の臨床実習形態になりつつあり，さらに，一部ではその主体をシミュレーション実習へ転換したところもある．臨床実習の形骸化がこのまま推移すれば，近い将来，わが国の歯科医療はきわめて憂慮すべき状況に陥ることは必定である．すなわち，見学のみで患者診療実習を全く行った経験のない，したがって歯科治療技術だけでなく患者への医療面接の技能・態度が身についていない，インフォームド・コンセントの何たるかを経験したことのない多くの学生が，歯科大学・歯学部を卒業することになる．このような状況のなかで今日ほど，わが国の歯学教育，とりわけ臨床実習のあり方が問われ，その抜本的な見直しが迫られている時期はない．国民が歯学教育に何を求め，期待しているかという基本に立ち返ったとき，医療人としての経験の第一歩となる臨床実習の果たす役割は非常に大きいことを，改めてわれわれ歯学教育に携わる教員は強く認識する必要がある[4,5]，と「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の考え方のなかに述べられている主旨は今でも変わらない．それでは，なぜ「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の作成開始が2000年であったかである．もちろん2000年までには，「将来の歯科医師需給に関する検討委員会　最終意見」(厚生省，昭和61年7月)，「歯学教育の改善に関する調査研究協力者会議　最終まとめ」(文部省，昭和62年9月)，「平成6(1994)年改訂　歯科医学教授要綱」(歯科大学学長会議)，「歯科医師養成のあり方に関する検討委員会意見」(厚生省，平成7年11月)，「平成8年版　歯科医学教授要綱―臨床実習編―」(歯科大学学長会議)，「平成11年度　歯科医学教授要綱」(歯科大学学長・歯学部長会議)，「歯学における教育プログラム研究・開発事業報告書―コア・カリキュラム研究開発事業―」(歯学におけるコア・カリキュラム研究・開発検討委員会，平成12年3月）および「調査研究シリーズ　No. 19　医療制度改革に向けての提言　○医科制度の改革―28の提言―，○歯科制度の改革―15の提言―」(財団法人全国労働者福祉・共済協会，平成12年5月)等々の歯科医師養成のあり方や歯科医師の資質に関する種々の提言・答申がなされてきた．にもかかわらず現実には，わが国の歯科大学・歯学部卒業生の臨床における力量不足に歯止めがかからなかった．一方，医療系(医学，歯学，薬学，看護学など)全体に関しては「21世紀医学・医

療懇談会」第1次～第4次報告書[6-9]（1996～1999年）が出されていた．臨床実習の形骸化や量的・質的な低下は歯学教育に限ったことではなく，医学教育においても，臨床実習のレベルについては欧米と日本の格差が著しいことが指摘されていた．過去50年間，医学・歯学教育に関する数多くの報告書が出されたにもかかわらず，医学・歯学教育の改革は遅々として進まずの状態であったといえよう．上記第4次報告書を手にした当時の文部科学省高等教育局の布村幸彦医学教育課長（現初等中等教育局審議官）と同課浅野敦行課長補佐（現文化庁文化財部文化財国際協力室長）は，これでは100年たっても改革はできない．改革断行すべしの決意のもとに，平成12年3月に文部科学省高等教育局長の諮問機関として，「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」（主査；高久史麿自治医科大学長）が設置され，医学・歯学教育の改善方法について検討が開始された．このとき浅野補佐から「歯科も加わりますか．まず医科をやってみてからと考えているのですが」と声をかけられたとき，ぜひ加えてほしい．卒後臨床研修の二の舞いはしたくない，と強くお願いしたことを記憶している．それから1年，歯科大学・歯学部と各学会からの批判，非難のなか，筆者自身も針の筵に座る思いをしながら，布村医学教育課長の指示のもと，浅野補佐はほぼ毎日「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」作成の現場（大学）に来られて陣頭指揮を取られたことは，本省にいて事を運ぶ官僚のイメージを根底から覆すものであった．さらに布村課長の後を受けた村田貴司医学教育課長（現文部科学省科学技術・学術政策局振興企画課長）は，医学・歯学教育のレベル向上のために「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の作成は標準化作業[10-12]として必須のものであるという理念の明確化を図ったうえで，これを浅野補佐と推し進めたのである．しかも「モデル・コア・カリキュラム」がいくらよくできたとしても，適切な評価システムがなければ大学側は使わないであろう，との見地より，2001年3月27日に「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」が完成する前に歯学教育共用試験実施のために，共用試験実施に関する研究班が2000年11月に立ち上げられ，2002年4月に共用試験実施機構として設立されたのである．すでに共用試験のトライアルは2002年2月より始まり，2005年12月には正式実施が開始されている．実にこの間5年は，全国の医科大学・医学部と歯科大学・歯学部を巻き込んだ改革であり，教員のほぼ全員が共用試験の問題の作成を行うか，もしくはOSCEに参加したはずである．「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の作成と共用試験の実施により，教員の歯学教育に対する意識の変革は多大なものであったと同時に，歯学教育を通して歯科大学・歯学部の間に強い連帯感が生じたことは大きな収穫であり，今後の歯学教育改革の推進母体ができたと考えている．昭和62（1987）年の「歯学教育の改善に関する調査研究協力者会議　最終まとめ」[13]から13年を経て「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」（2000年3月）の作成により，歯学教育改革は具体的に始まったといえよう．そして共用試験正式実施（2005年12月）までの5年間について拙速との批判は当たらないであろう．改革においては「拙速を尊ぶもいまだ巧遅なるを聞かず」であると考えている．

ここで，「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」と「共用試験」の意味につい述べておきたい．1つ目は，歯学教育の国際化を目指して国際基準についての議論がすでに始まっていることである[14]．これはEUと米国の動向をみれば明瞭であり，今後アジアを巻き込んでの議論が進むことが予想される．いわば歯学教育の国際競争が始まるであろうということである．この準備としての国内標準化作業がほぼ軌道に乗ったと考えてよいであろう．次に医学と足並みを揃えたことにより社会的評価を維持できたことである．現在薬学と看護学が準備を進めているが，もし歯学が医学に大きく遅れを取っていたなら，現今の歯科界の不祥事もあって社会の歯学に対する評価は大きく低下したであろう．3番目は，本ガイドラインがこれまでのものと異なるとすれば，各学問領域の壁を越えて学ぶ側に立脚して作成した点である．学問領域の進展に伴って，増大する知識量を学ぶ側に立って整理統合することは長年の懸案であったが，今回の試みは初めてこれに挑戦したことになる．また各学問領域内における学識と学問領域外の学識を初めて衝突させたことにもなる．このことは，歯学教育の今後の方向に大きな影響を与えていくことになろう．しかし改革は始まったばかりである．ここで今後の課題を整理しておきたい．①共用試験の正式実施（2005年12月より）第1回を終える頃には，これまでのトライアルの結果と併せてまず「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂が必要である．②2006年4月より導入された臨床研修[15-19]必修化の2年目終了時頃には，卒前臨床実習の充実のための見直しと卒後臨床研修との接続を整備し，併せて歯科学生の歯科医療行為に対する違法性の阻却についても再検討が必要である[20]．③卒業時の臨床能力の評価と歯科医師国家試験への実技試験の導入の整合性を検討し整理することが必要である．④大学院教育の見直しと研究者養成システムの再構築が必要である[21]．

以上が歯科医学教育改革の経緯と展望である．この改革の原動力は文部科学省であり，これを進めた推進力は歯学界であったといえよう．ならば日本歯科医学教育学会の役割はどこにあるのかである．小椋秀亮本学会前会長は本誌巻頭言[22]において“本学会は建設期を終えた，これより飛躍発展の時代を創るべし”と，本学会の20年を総括されている．この励ましを受けて筆者が会長（後に理事長）就任後は，本学会の基本的方向性を，実践活動のできる学会に

することであった．その先鞭をつけられたのが，中原　泉日本歯科大学学長であり（第19回日本歯科医学教育学会学術大会より歯科医学教育者ワークショップを開始），教育能力開発委員会（俣木志朗委員長）が本年（2006年）で7回のワークショップを開催している．また2006年4月からの臨床研修必修化をにらんで，2005年より卒後教育委員会（住友雅人委員長）が歯科医師臨床研修指導歯科医講習会ならびにプログラム責任者，副プログラム責任者のためのワークショップ（2006年）を開催している．また歯科医学教育のなかで最も手薄とされる倫理教育については，石井拓男常任理事の発案で，日本歯科医学教育学会・教育研究集会として，歯科医学倫理教育ワークショップを2004年より行っている．一方，教育国際化推進委員会（前田健康委員長）は歯科医学教育のグローバル化のなかで，これから進行する歯科医学教育の国際標準化（国際的品質保証）に，日本はいかに対応しリーダーシップを取っていくのか，また歯科医学を学ぶアジアからの留学生は圧倒的に欧米を向いているが，彼らを日本に向かわしめる方策とは何か，を課題に調査研究を行っている．また卒前教育委員会（川本達雄委員長）は卒前臨床実習を中心に，卒業時の学生の臨床能力を高めることを目的として，各歯科大学歯学部のカリキュラム調査を実施している．共用試験・国家試験委員会（石井拓男委員長）は，両試験システムの整合性の検討が当面の課題であり，また両試験の大局的方向性について提言していくことが任務であろう．以上が各種委員会の活動内容である．さらに重要なことは，委員会の活動成果を毎年の学術大会のシンポジウムなどに反映させるだけでなく，委員会の提言を関係官庁，関係諸団体など広く社会に知らしめること，また委員会の提言を機関会員を通じて各大学の歯科医学教育の現場に周知徹底させ，歯科医学教育の実践に供することであろう．

本学会の組織の縦糸は全29歯科大学・歯学部参加の機関会員（機関会員委員会：渡邉　誠委員長）であり，横糸は「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」「共用試験」に深くかかわり，横の連携を強くしつつある会員諸氏である．この縦糸と横糸が相互に組織を強めて，これからの歯科医学教育改革の推進母体となることが本学会の役割であり，かつ使命であると考えている．

文献

1) 見明　清．日本歯科医学教育学会の歩み―学会誌にみる―．日歯教誌 2001；16：3-9.
2) 小椋秀亮．わが国における歯科医学教育の過現未．日歯教誌 2001；17：5-30.
3) 江藤一洋．社会の要請に教育はどう対応するか―歯学教育改革における課題―．歯界展望　1999；93：83-94.
4) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議．21世紀における医学・歯学教育の改善方策について―学部教育の再構築のために―（別冊）．2001．5-45.
5) 森尾郁子，鶴田　潤，江藤一洋．「モデル・コア・カリキュラムと共用試験」歯学教育モデル・コア・カリキュラム―その意義と課題―．日歯教誌 2002；18：43-6.
6) 21世紀医学・医療懇談会第1次報告．21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して．1996.
7) 21世紀医学・医療懇談会第2次報告．21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して．1997.
8) 21世紀医学・医療懇談会第3次報告．21世紀の大学病院の在り方について．1998.
9) 21世紀医学・医療懇談会第4次報告．21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について．1999.
10) 江藤一洋．「モデル・コア・カリキュラムと共用試験」モデル・コア・カリキュラムと臨床実習―卒業時の学生の臨床能力について―．日歯教誌 2002；18：38-42.
11) 森尾郁子，江藤一洋．歯学教育改革―標準化から個性化へ―．日歯教誌 2003；19：12-8.
12) 江藤一洋，森尾郁子．歯科医学教育の国内標準化と国際化への対応．日歯教誌 2005；21：5-10.
13) 文部省高等教育局医学教育課編著．歯学教育の改善に関する調査研究協力者会議　最終まとめ．東京：第一法規出版；1987.
14) 森尾郁子，鶴田　潤，魚島勝美，谷口弘江，江藤一洋．欧州の歯科医学教育の動向―教育の質の向上を目指すプロジェクトの背景と概略―．日歯教誌 2005；20：119-25.
15) 江藤一洋．歯科医師臨床研修の必修化―当面の課題と今後の展開―．日歯医師会誌 2005；9：56-7.
16) 石井拓男．歯科医師臨床研修制度の経緯と概要．日歯医師会誌 2006；58：9-13.
17) 平田創一郎．歯科医師臨床研修制度の全体像．日歯医師会誌 2006；58：15-21.
18) 村居正雄．歯科医師臨床研修制度と日本歯科医師会の取組み．日歯医師会誌 2006；58：24-7.
19) 荒木孝二．医育機関における卒前教育の現状．日歯医師会誌 2006；58：28-33.
20) 江藤一洋．厚生労働科学特別研究　歯科医師卒前臨床実習指針に関する調査研究　報告書．2003.
21) 中央教育審議会．新時代の大学院教育―国際的に魅力のある大学院教育の構築に向けて―　答申．2005.
22) 小椋秀亮．日本歯科医学教育学会の建設期を終えて．日歯教誌 2001；16：1-2.

序

東北大学大学院歯学研究科 口腔機能形態学講座 加齢歯科学分野
渡邊　誠
（わたなべ　まこと）

2）歯科医学教育白書の出版にあたって

日本歯科医学教育学会は，歯科医学ならびに関連領域の教育向上，充実，発展に寄与することを目的として1982年（昭和57年）に設立され，本年度で設立25年目を迎えることとなった．本年6月16日には25年記念式典を仙台市にて開催する予定である．そこで，これまでの学会活動を振り返るとともに，わが国の歯科医学教育の現況や問題を整理し，今後の歯科医学教育の向上と発展に資するため，今回，歯科医学教育白書を取りまとめることになった．

医学界における医学教育白書は，すでに1972年に「医学教育」第3巻・第1号に特集「日本医学教育の現況」を皮切りに，1978年からその別冊「医学教育白書」として4年ごとに刊行されている．歯科医学の白書刊行は約20年遅れをとることとなったが，歯科医学教育を取りまく環境が大きく変わり，種々の教育改革が急速に普及してきたのはここ数年のことである．医科では1974年から富士教育研修所において「医学教育者のためのワークショップ」（いわゆる富士研）が毎年開催されるようになったが，歯科において富士研が初めて開催されたのは実に24年後の1998年のことであり，白書刊行の約20年の遅れは理解しうる．

2001年3月に歯学教育モデル・コア・カリキュラムが発表されて以来，各大学で歯科医学教育のカリキュラム改革が進められ，すでにほとんどの大学ではカリキュラム再編が終了していると推察される．折しも，平成18年度は必修化された歯科医師臨床研修制度開始の年にあたり，また，17年度から18年度にかけて全国の歯科大学・歯学部では歯学系共用試験のOSCEとCBTが正式に実施されている．今こそ，まさに歯科医学教育改革が実際の形となって現れる時期であり，この改革の現状を記録に残すことは歯科医学教育の歴史においてもきわめて有意義である．

本書の出版に際しては，日本歯科医学教育学会の機関会員委員会のなかに歯科医学教育白書作成委員会を発足させ，全国の歯科大学・歯学部から1名ずつ委員をご推薦いただいた．さらに，その委員のなかから5名の歯科医学教育白書作成委員会ワーキンググループ委員を選出し，白書の内容や項目立て，編集要領などをご検討いただいた．各項目の執筆は，歯科医学教育白書作成委員会委員の方や日本歯科医学教育学会の役員の方をはじめ，それぞれの分野の専門の方に依頼した．歯科医学教育白書作成委員会の方々には，ご多忙のところ原稿執筆依頼やアンケート調査回答の取りまとめなどの労をお取りいただいた．また，口腔保健協会の諸氏には，白書編集に関する助言や事務面でのご協力をいただいた．今回の白書出版は，日本歯科医学教育学会設立25周年記念事業との関係で，当初の予定よりも半年以上も早まることとなり，原稿執筆者をはじめ関係された方々にはきわめて短期間のなかでご協力賜り，心より感謝を申し上げる．

本白書は，歯科医学教育に携わる大学教員や歯科医師のみならず，歯科大学・歯学部の学生や，歯科大学・歯学部に進学を希望する高校生やその保護者などからも関心がもたれるよう，できるだけ平易な言葉づかいで記述し，最新のデータを掲載し，種々の観点から興味深い内容となるよう心がけて作成した．しかしながら，今回が初めての試みであることから，掲載すべき項目として見落としがあったり，記載が不十分な項目があったりすることは十分ありうることであり，読者から忌憚のないご意見やご助言をいただければ幸いである．医学教育白書は4年ごとに出版されており，歯科医学教育白書の次回の出版時期はまだ検討の段階にあるが，4年という間隔が適切かどうかの議論は別にして，いずれにせよ現在行われている歯科医学教育の改革の成果がみえてくる数年後には，再度，歯科医学教育白書が刊行されることを期待する．本白書が今後の歯科医学教育の歴史において重要な礎石となることができれば，編集に携わった者としてこの上ない喜びである．

第Ⅰ章

大学歯学部・歯科大学
および
大学病院の現況と課題

1

歯学部の現況

小田　豊

1）設置学部・学科等の名称・認可年・所在地

わが国の歯科医学教育機関の始まりは，東京歯科医学校（1888～1889年）あるいは東京歯科大学の前身である高山歯科医学院（1890年）とされ，国立の歯科医学教育機関は東京高等歯科医学校（1928年，現東京医科歯科大学歯学部）である．戦後に，歯科医学教育は専門学校から大学へ昇格し，1946年と1947年に5校が大学（旧制）として認可されることとなった．その際の内訳は，国立1校，私立4校であった．その後，学校教育法の施行とともに新制大学が発足し，1952年までに国立2校，公立1校，私立4校が6年制の歯科大学として認可され，歯学教育は「学術の中心として，広く知識を授けるとともに，深く専門の学芸を教授研究し，知的，道徳的及び応用的能力を展開させることを目的としている」という大学の理念のもとに実施されることになった．

1960年代後半から1970年代にかけて，口腔衛生への関心の高まりと医療需要の増大などにより，歯科医師不足が強調され，人口10万人あたり歯科医師数を50人程度確保することが提唱された．これを受けて，1970年度以降の私立の新設などに続き，1976年から1979年までに4国立大学歯学部が新設された．1980年には27大学29学部（国立11校，公立1校，私立15校17学部）に達した（**表Ⅰ-1**）

その後，歯科医師の充足についてほぼ目標が達成されたため，1981年に大学設置審議会において，私立歯科大学（歯学部）の拡充は行わない旨の決定が行われ，国・公立大学も含め歯科大学（歯学部）の設置認可は行われていない．

2004年4月1日，国立大学法人法（2003年10月施行）に基づいて，すべての国立大学は国立大学法人の設置する大学となった．

おだ　ゆたか
東京歯科大学歯科理工学講座
キーワード：設置認可，教員数，学生数，学費，国家試験

地域別に歯科大学（歯学部）の設置状況をみると，北海道2校，東北3校，関東9校，中部5校，近畿2校，中国2校，四国1校，九州5校となり，関東と中部，九州に学校数が多くなっている．

2）全学の教員組織

学校教育法第58条では，大学には教員として教授，助教授，助手を必ず置かなければならず，必要に応じて講師を置くことができるとされている．また，大学設置基準第13条[1]で，歯科大学（歯学部）には教授18人以上，教授，助教授，講師の合計で36人以上，専任教員数75人以上（最小収容定員の場合）など大学における専任教員数を定めている．

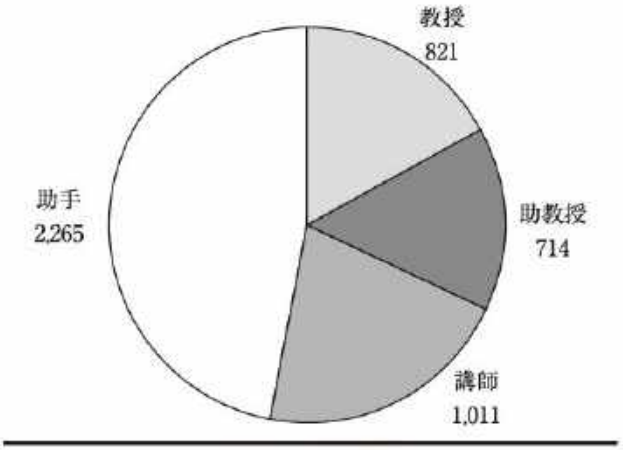
表Ⅰ-2に2005年度の各歯科大学（歯学部）の教員数を示したが，教員総数4,811名（教授821，17.1％：助教授714，14.8％：講師1,011，21.0％：助手2,265，47.1％：**図Ⅰ-1**）となっている．学生数や研究所の影響もあり，単純に教員数を比較することはできないが，最小人数の大阪大学歯学部と最大人数の東京歯科大学とは3倍以上の格差がある．**図Ⅰ-2**に教員数と在学学生数ならびにその比率を示した．東京医科歯科大学歯学部，新潟大学歯学部など国立大学法人で教員比率が高くなっている．

3）学部・学科の学生定員および在籍学生数

1946年と1947年に5校が大学（旧制）として認可されており，その時点で入学定員は，国立1校，私立4校で計520名であった．歯学部の新設が始まる前の1969年度の入学定員は1,260名であったが，国立大学の新設が終わった1980年の入学定員は3,360名（国立840名，公立120名，私立2,400名）に達した．その後，歯科医師需給についての再検討が開始され，1987年「医学・歯学教育改善に関する調査研究協力者会議」から，「1995年に新たに歯科医師となる者を20％程度抑制する」との提言がなされた．この提言に沿って，国公私立を通じ入学者数の削減，入学定員の厳守などの措置が講じられた結果，1991年には，2,702名（削減率19.5％）となっている．1990年代以降をみると，2005年の歯科大学（歯

表Ⅰ-1　歯科大学・歯学部の設置認可

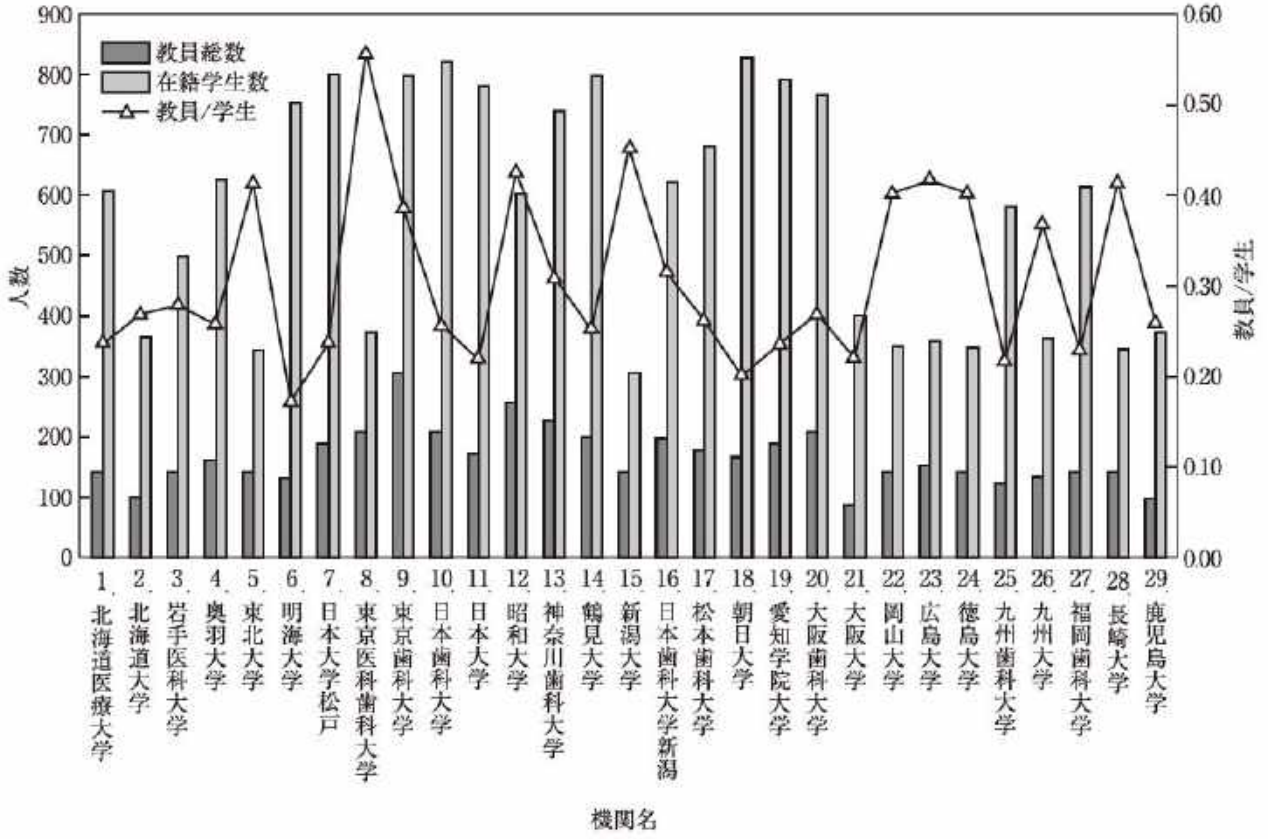
	名称	設置認可年月日	所在地
1	九州歯科大学歯学部歯学科	1949年3月25日	福岡県北九州市小倉北区真鶴2－6－1
2	日本歯科大学歯学部	1951年2月15日	東京都千代田区富士見1－9－20
3	東京医科歯科大学歯学部	1951年4月1日	東京都文京区湯島1－5－45
4	大阪大学歯学部	1951年4月1日	大阪府吹田市山田丘1－8
5	日本大学歯学部	1952年2月10日	東京都千代田区神田駿河台1－8－13
6	東京歯科大学歯学部歯学科	1952年2月20日	千葉市美浜区真砂1－2－2
7	大阪歯科大学歯学部歯学科	1952年2月20日	大阪府牧方市楠葉花園町8－1
8	愛知学院大学歯学部	1961年4月1日	名古屋市千種区楠元町1－100
9	神奈川歯科大学歯学部	1964年4月1日	神奈川県横須賀市稲岡町82
10	岩手医科大学歯学部	1965年1月25日	盛岡市中央通1－3－27
11	東北大学歯学部	1965年4月1日	仙台市青葉区星陵町4－1
12	新潟大学歯学部	1965年4月1日	新潟市学校町通二番町5274
13	広島大学歯学部	1965年4月1日	広島市南区霞1－2－3
14	北海道大学歯学部	1967年6月1日	札幌市北区北13条西7丁目
15	九州大学歯学部	1967年6月1日	福岡市東区馬出3－1－1
16	城西歯科大学 （1988年明海大学歯学部歯学科に改称）	1970年3月17日	埼玉県坂戸市けやき台1－1
17	鶴見大学歯学部	1970年3月17日	横浜市鶴見区鶴見2－1－3
18	日本大学松戸歯科大学 （1975年日本大学松戸歯学部に改称）	1971年2月18日	千葉県松戸市栄町西2－870－1
19	岐阜歯科大学 （1985年朝日大学歯学部に改称）	1971年2月18日	岐阜県瑞穂市穂積1851
20	日本歯科大学新潟歯学部	1972年1月29日	新潟市浜浦町1－8
21	松本歯科大学歯学部	1972年1月29日	長野県塩尻市広丘郷原1780
22	東北歯科大学 （1989年奥羽大学歯学部に改称）	1972年2月12日	福島県郡山市富田町字三角堂31－1
23	福岡歯科大学歯学部	1972年7月27日	福岡市早良区田村2－15－1
24	徳島大学歯学部	1976年10月1日	徳島市蔵本町3－18－15
25	昭和大学歯学部	1977年1月10日	東京都品川区旗の台1－5－8
26	鹿児島大学歯学部歯学科	1977年10月1日	鹿児島市桜ヶ丘8－35－1
27	東日本学園大学歯学部 （1994年北海道医療大学歯学部歯学科に改称）	1978年2月10日	北海道石狩郡当別町金沢1757
28	岡山大学歯学部	1979年10月1日	岡山市鹿田町2－5－1
29	長崎大学歯学部	1979年10月1日	長崎市坂本1－7－1



図Ⅰ-1　教員構成

表Ⅰ-2　教員組織（2005年度の専任教員数）　　＊歯学部と兼任

機関名	学部，大学院，研究所など	教授	助教授	講師	助手	総数	機関総数
1 北海道医療大学歯学部	歯学部	25	22	25	47	119	143
	個体差医療科学センター	4	6	4	8	22	
	個体差健康科学研究所	0	1	0	1	2	
2 北海道大学	大学院歯学研究科	20	16	2	61	99	99
3 岩手医科大学歯学部	歯学部	20	17	18	85	140	140
4 奥羽大学歯学部	歯学部	25	22	23	91	161	161
	大学院歯学研究科	19＊	12＊	7＊		0	
5 東北大学	大学院歯学研究科	23	9	6	57	95	142
	病院（歯科部門）	1	3	18	25	47	
6 明海大学歯学部	歯学部	26	15	34	55	130	130
7 日本大学松戸歯学部	歯学部	38	22	94	36	190	190
	大学院松戸歯学研究科	33＊	11＊	34＊	0	0	
8 東京医科歯科大学	大学院医歯学総合研究科	32	27	21	76	156	209
	歯学部	6	1	6	0	13	
	歯学部附属病院	0	4	13	23	40	
9 東京歯科大学	歯学部	54	48	66	137	305	305
10 日本歯科大学歯学部	歯学部	53	55	50	49	207	207
11 日本大学歯学部	歯学部	27	25	49	69	170	170
12 昭和大学歯学部	歯学部	22	28	50	156	256	256
	大学院	21＊	23＊	33＊	−	0	
13 神奈川歯科大学	歯学部	22	29	92	80	223	228
	大学院歯学研究科	16＊	14＊	18＊		0	
	高次口腔科学研究科	3	2			5	
14 鶴見大学歯学部	歯学部	23	21	39	116	199	199
	大学院歯学研究科	20＊	15＊	38＊	0	0	
15 新潟大学歯学部	歯学部	5	2		1	8	140
	大学院医歯学総合研究科	20	17	0	49	86	
	医歯学総合病院	1	3	17	25	46	
16 日本歯科大学新潟歯学部	歯学部	27	29	21	19	96	197
	歯学部附属病院	5	11	18	59	93	
	先端研究センター	2	1	3	2	8	
17 松本歯科大学	歯学部	34	16	19	79	148	179
	大学院	12	2	0	0	14	
	研究所	1	1	6	9	17	
18 朝日大学歯学部	歯学部	38	25	26	77	166	166
19 愛知学院大学歯学部	歯学部	26	26	75	62	189	189
20 大阪歯科大学	歯学部	25	24	53	78	180	208
	歯学部附属病院	6	7	10	5	28	
21 大阪大学歯学部	大学院歯学研究科	18	20	7	43	88	88
22 岡山大学歯学部	大学院医歯薬学総合研究科	19	18	0	58	95	140
	医学・歯学部附属病院	1	2	18	24	45	
23 広島大学歯学部	大学院医歯薬学総合研究科	18	16	2	55	91	149
	歯学部	6	2	4	1	13	
	病院	1	1	15	28	45	
24 徳島大学歯学部	大学院ヘルスバイオサイエンス研究部	18	17	1	61	97	141
	附属病院（歯科診療部門）	1	1	16	26	44	
25 九州歯科大学	歯学部歯学科	23	22	18	61	124	124
	大学院歯学研究科	20＊	20＊	14＊	47＊	0	
26 九州大学	大学院歯学研究院	19	19	2	46	86	133
	九州大学病院歯科医療センター	1	1	17	28	47	
27 福岡歯科大学	歯学部	31	20	32	54	137	139
	学術フロンティア研究センター	1	1	0	0	2	
28 長崎大学歯学部	大学院医歯薬学総合研究科（歯）	19	17	2	61	99	143
	医学部・歯学部附属病院（歯科系）	0	2	18	24	44	
29 鹿児島大学歯学部	大学院医歯学総合研究科（歯）	19	18	1	58	96	96
計		821	714	1,011	2,265	4,811	4,811



図Ⅰ-2　歯科大学（歯学部）の教員数と学生数の比

学部）の第1学年次の学生数は2,730名で入学者数に大きな変化はみられない．**表Ⅰ-3**に各歯科大学（歯学部）の入学定員，募集人数，収容定員，在籍学生総数を示した．入学者数の削減の影響で入学定員や収容定員よりも在籍学生総数の少ない大学がある．各学年では学士編入や留年の影響で総数が一定しないものの，2,682名から2,883名の範囲にある．

2004年以降に東京医科歯科大学ならびに広島大学歯学部に口腔保健学科が新設され，歯科医師とは別に4年生の大学で口腔保健について学ぶ学生が新たに増えている．

4）就職・進学状況

近年，卒直後に開業医に勤務する歯科医師は減少し，進学あるいは臨床研修を選択する卒業生が増えているが，今回の集計でもその様子がうかがえる（**表Ⅰ-4**）．2003年度は全体の約15%，2004年度は約19%が大学院に進学し，臨床研修には2003年度は全体の約40%，2004年度は約42%が進んでいる．2006年4月からの歯科医師臨床研修の必修化に伴い，2005年の卒業生のほとんどは臨床研修医として就職することになる．

5）学費・学納金

学費は国立大学法人と私立大学では異なるため，**表Ⅰ-5**では国立大学法人と私立大学を分けて記載した．国立大学法人の学費は入学金と授業料のみであり，大学間の差異はほとんどなく，6年間の学納金は約350万円となっている．私立大学では，入学金と授業料に加えて施設設備費，教育充実費があるため6年間の学納金は2,700万円から5,500万円と大学によって大きな隔たりがある．また，私立大学では寄付金を募る大学が3校あり，6年間の学納金はさらに多くなるものと考えられる．

6）学生生活（年間行事，部活数，奨学金など）

課外活動の主体はクラブ活動やサークル活動であると思われるが，総数でみると（**表Ⅰ-6**）8～84と大学によってかなりの隔たりがある．歯学部以外の学部と一緒に課外活動を行う場合と歯学部単独の場合があるため単純な比較は困難であるが，私立大学のほうが数で上回っているようである．また，年間行事では（**表Ⅰ-7**），大学祭，全日本歯科学生総合体育大会，新入生校外オリエンテーションなどに加えて，海外の大学との交流なども

表Ⅰ-3　学部・学科の学生定員および在籍学生数（2005年度）

機関	学部	学科	入学定員	募集人員	収容定員	在籍学生総数	第1年次	第2年次	第3年次	第4年次	第5年次	第6年次
1. 北海道医療大学	歯学部	歯学科	100	96	600	609	92	97	115	99	94	112
2. 北海道大学	歯学部	歯学科	60	60	360	366	61	65	61	59	56	64
3. 岩手医科大学	歯学部	歯学科	80	80	480	500	84	89	86	78	76	87
4. 奥羽大学	歯学部	歯学科	100	96	600	625	101	103	108	98	107	108
5. 東北大学	歯学部	歯学科	55	55	345	343	58	61	52	58	60	54
6. 明海大学	歯学部	歯学科	120	120	720	758	125	135	128	118	118	134
7. 日本大学松戸歯学部	歯学部	歯学科	160	128	960	802	135	141	125	135	132	134
8. 東京医科歯科大学	歯学部	歯学科	65(10)	55	370	373	55	65	63	68	71	51
9. 東京歯科大学	歯学部	歯学科	160	128	960	800	128	131	143	124	136	138
10. 日本歯科大学	歯学部	歯学科	128	128	768	824	135	130	133	132	126	168
11. 日本大学	歯学部	歯学科	160	128	960	783	130	143	126	116	129	139
12. 昭和大学	歯学部	歯学科	98	96	588	604	99	112	103	88	106	96
13. 神奈川歯科大学	歯学部	歯学科	120	120	720	740	127	135	120	121	112	125
14. 鶴見大学	歯学部	歯学科	160	128	960	799	135	138	145	140	120	121
15. 新潟大学	歯学部	歯学科	45	40	300	308	40	45	57	51	53	62
16. 日本歯科大学新潟歯学部	歯学部	歯学科	120	96	720	624	100	108	94	88	89	145
17. 松本歯科大学	歯学部	歯学科	113	113	720	683	121	137	112	89	105	119
18. 朝日大学	歯学部	歯学科	140	128	840	831	143	148	124	139	135	142
19. 愛知学院大学	歯学部	歯学科	130	128	780	795	137	140	132	124	136	126
20. 大阪歯科大学	歯学部	歯学科	160	128	960	769	129	132	128	131	133	116
21. 大阪大学	歯学部	歯学科	60	65	380	402	62	71	75	64	60	70
22. 岡山大学	歯学部	歯学科	55	55	330	348	57	57	63	57	55	59
23. 広島大学	歯学部	歯学科	55	55	355	358	60	55	62	59	60	62
24. 徳島大学	歯学部	歯学科	50	60	340	350	55	44	72	54	61	64
25. 九州歯科大学	歯学部	歯学科	95	95	570	583	97	98	96	111	93	88
26. 九州大学	歯学部	歯学科	55(5)	55	330	362	59	63	62	60	57	61
27. 福岡歯科大学	歯学部	歯学科	120	96	720	613	100	101	103	103	100	106
28. 長崎大学	歯学部	歯学科	50	50	320	345	50	55	52	59	65	64
29. 鹿児島大学	歯学部	歯学科	55	60	345	371	55	55	56	59	78	68
計			2,869	2,642	17,401	16,668	2,730	2,854	2,796	2,682	2,723	2,883
広島大学	歯学部	口腔保健学科	40		40	44	44	−	−	−	−	−
東京医科歯科大学	歯学部	口腔保健学科	35(10)		120	48	26	22	−	−	−	−

東京医科歯科大学の（10）は3年次編入定員．九州大学の（5）は3年次編入定員．

行われている．

7）奨学金制度

日本学生支援機構（旧日本育英会）の奨学金以外に各大学で行っている奨学金制度を**表Ⅰ-8**に示した．地方公共団体，公益法人，民間会社などの奨学金制度が活用されているが，大学独自や保護者会でも行われている．

8）歯科医師国家試験の状況

歯科医師国家試験は，1947年に第1回歯科医師国家試験が行われて以来，2006年2月11，12日に実施された第99回歯科医師国家試験まで実施された．**図Ⅰ-3**に近年の歯科医師国家試験の合格率を示した．2003年の第96回までは2000年（93回）の約70％を除いて85～90％で推移していた合格率が，2004年，2005年は74％

表Ⅰ-4　就職・進学状況

機関名	2003年度					2004年度				
	就職	進学	臨床研修	その他	合計	就職	進学	臨床研修	その他	合計
1. 北海道医療大学歯学部	12	3	51	25	91	8	12	54	26	100
2. 北海道大学歯学部	18	6	34	7	65	18	12	20	2	52
3. 岩手医科大学歯学部	1	7	33	22	63	9	15	30	23	77
4. 奥羽大学歯学部	8	12	43	45	108	7	4	47	44	102
5. 東北大学歯学部	0	27	24	7	58	0	24	18	10	52
6. 明海大学歯学部	39	15	38	22	114	34	21	43	22	120
7. 日本大学松戸歯学部	44	17	54	17	132	28	22	52	21	123
8. 東京医科歯科大学歯学部	0	27	3	50	80	0	50	17	2	69
9. 東京歯科大学	10	31	69	25	135	17	36	46	15	114
10. 日本歯科大学歯学部	17	11	114	10	152	13	9	69	42	152
11. 日本大学歯学部	28	22	62	21	133	26	15	66	15	122
12. 昭和大学歯学部	21	19	37	25	102	19	28	50	15	112
13. 神奈川歯科大学	27	9	36	48	120	19	8	45	44	116
14. 鶴見大学歯学部	7	12	57	49	125	4	9	83	30	126
15. 新潟大学歯学部	18	15	19	2	54	11	18	25	0	54
16. 日本歯科大学新潟歯学部	16	8	37	35	96	12	4	38	24	78
17. 松本歯科大学	5	7	29	53	94	6	7	37	46	96
18. 朝日大学歯学部	23	10	67	30	130	14	11	59	24	108
19. 愛知学院大学歯学部	38	16	62	16	132	34	32	41	22	129
20. 大阪歯科大学	1	16	61	42	120	11	22	46	46	125
21. 大阪大学歯学部	19	20	23	4	66	18	23	18	2	61
22. 岡山大学歯学部	12	20	12	4	48	16	24	22	1	63
23. 広島大学歯学部	28	8	14	3	53	27	13	20	1	61
24. 徳島大学歯学部	11	17	21	4	53	23	17	15	10	65
25. 九州歯科大学	27	7	28	27	89	27	18	30	23	98
26. 九州大学歯学部	16	8	31	11	66	9	10	31	3	53
27. 福岡歯科大学	22	12	62	4	100	17	5	63	21	106
28. 長崎大学歯学部	22	13		27	62	10	8	25	8	51
29. 鹿児島大学歯学部	−	−	−	−	43	15	4	10	21	50
合計	473	384	1,007	625	2,532	439	472	1,051	521	2,483

台に大きく低下している．2004年の第97回国家試験から合格基準が相対評価になったことも影響していると考えられる．

国家試験制度の見直しは4年ごとに検討がなされており，直近では，「歯科医師国家試験制度改善委員会報告書（平成2000年）」を踏まえ，2002年の第95回歯科医師国家試験からは，①必修問題（合格レベル80%以上）の出題，②禁忌肢の導入，③試験問題数の増加（280題から330題へ）などの改善が行われた．さらに，2006年（第99回）歯科医師国家試験からは必修問題ならびに全問題数の増加などに加え，歯科医師臨床研修の必修化に合わせて国家試験の早期化が図られた．

表Ⅰ-9に過去3回の各歯科大学（歯学部）別の受験者数と合格者数を示した．2003年の第96回では3,208名の受験者で，大学ごとの合格率は74.8%から100%の範囲にあった．2005年の第98回では3,343名の受験者で，44.2%から93.9%の範囲と合格率が低下したのみでなく，大学間の隔たりも大きくなっている．歯科大学（歯学部）の卒業生数はここ数年大きな変動がないが，合格率が低くなると不合格となった既卒の受験者数が増えるため，受験者数は増加の傾向にある．

文献

1）学校教育法　第2節　設置基準等．平成16年12月15日改正．

表Ⅰ-5　学費・学納金（2005年度初年度納付金）

	機関名	入学金	授業料	施設設備費	教育充実費	その他	6年間の総額	寄付金の有無
国立大学法人と公立大学	北海道大学歯学部	282,000	535,800	0	0	0	3,496,800	無
	東北大学歯学部	282,000	535,800	0	0	0	3,496,800	無
	東京医科歯科大学歯学部	282,000	535,800	0	0	159,790	3,656,590	無
	新潟大学歯学部	282,000	535,800	0	0	137,000	3,633,800	無
	大阪大学歯学部	282,000	535,800	0	0	0	3,496,800	無
	岡山大学歯学部	282,000	535,800	0	0	0	3,496,800	無
	広島大学歯学部	282,000	535,800	0	0	0	3,496,800	無
	徳島大学歯学部	282,000	535,800	0	0	73,400	3,570,200	無
	九州歯科大学（県内）	282,000	535,800	0	0	325,400	3,822,200	無
	九州歯科大学（県外）	520,000	535,800	0	0	325,400	4,060,200	無
	九州大学歯学部	282,000	535,800	0	0	0	3,496,800	無
	長崎大学歯学部	282,000	535,800	0	0	0	3,496,800	無
	鹿児島大学歯学部	282,000	535,800	0	0	保険料など	3,496,800	無
私立大学	北海道医療大学歯学部	600,000	4,000,000	0	5,000,000	0	29,600,000	無
	岩手医科大学歯学部	600,000	2,500,000	1,000,000	4,500,000	300,000	31,900,000	有
	奥羽大学歯学部	500,000	3,500,000	0	5,500,000	0	27,000,000	無
	明海大学歯学部	500,000	3,500,000	400,000	5,000,000	192,000	29,392,000	無
	日本大学松戸歯学部	600,000	2,500,000	1,700,000	5,000,000	0	31,400,000	有
	東京歯科大学	600,000	3,000,000	1,000,000	4,800,000	0	29,400,000	無
	日本歯科大学歯学部	600,000	3,800,000	600,000	4,400,000	35,000	31,400,000	無
	日本大学歯学部	600,000	2,500,000	1,700,000	5,000,000	140,000	31,740,000	無
	昭和大学歯学部	600,000	2,800,000	1,000,000	5,000,000	0	30,400,000	有
	神奈川歯科大学	600,000	4,300,000	500,000	4,800,000	90,000	34,440,000	無
	鶴見大学歯学部	600,000	3,500,000	850,000	5,000,000	73,500	31,876,000	無
	日本歯科大学新潟歯学部	600,000	3,800,000	600,000	4,400,000	35,000	31,400,000	無
	松本歯科大学	600,000	3,900,000	4,300,000		2,400,000	55,100,000	無
	朝日大学歯学部	500,000	3,500,000	500,000	5,000,000	0	29,500,000	無
	愛知学院大学歯学部	600,000	2,000,000	5,300,000		0	31,841,000	無
	大阪歯科大学	600,000	4,000,000	1,500,000	5,900,000	630,000	40,290,000	無
	福岡歯科大学	600,000	3,800,000	500,000	6,000,000	700,000	32,400,000	無

表Ⅰ-6　部活・サークル数

機関名	部活数	サークル数	総数
1. 北海道医療大学歯学部	32	22	54
2. 北海道大学歯学部	15		15
3. 岩手医科大学歯学部	44	9	53
4. 奥羽大学歯学部	27		27
5. 東北大学歯学部	17	67	84
6. 明海大学歯学部	33		33
7. 日本大学松戸歯学部	43		43
8. 東京医科歯科大学歯学部	42		42
9. 東京歯科大学	44	8	52
10. 日本歯科大学歯学部	34	6	40
11. 日本大学歯学部	37		37
12. 昭和大学歯学部	41		41
13. 神奈川歯科大学	39		39
14. 鶴見大学歯学部	60		60
15. 新潟大学歯学部	16		16

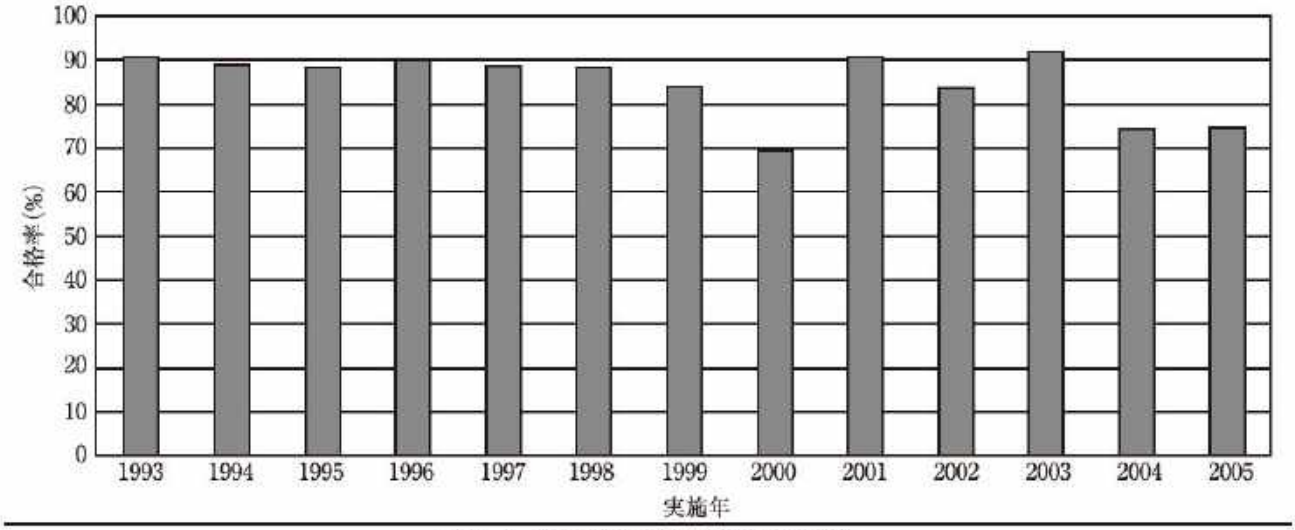
機関名	部活数	サークル数	総数
16. 日本歯科大学新潟歯学部	38		38
17. 松本歯科大学	29		29
18. 朝日大学歯学部	40	21	61
19. 愛知学院大学歯学部	38		38
20. 大阪歯科大学	35	4	39
21. 大阪大学歯学部	15		15
22. 岡山大学歯学部	8		8
23. 広島大学歯学部	14		14
24. 徳島大学歯学部	10		10
25. 九州歯科大学	30		30
26. 九州大学歯学部	9		9
27. 福岡歯科大学	21	4	25
28. 長崎大学歯学部	20		20
29. 鹿児島大学歯学部		14	14

表Ⅰ-7　特徴的な行事

機関名	特徴的な年間行事（体育大会，学園祭など）
1. 北海道医療大学歯学部	新入生宿泊オリエンテーション（4月），植樹祭（5月），大学祭（6月），球技大会（6月），サマーキャンプ（8月），球技大会（11月）
2. 北海道大学歯学部	大学祭，新入生歓迎会，ボーリング大会，ソフトボール大会，など
3. 岩手医科大学歯学部	医大祭，全日本歯科学生総合体育大会
4. 奥羽大学歯学部	学長杯球技大会，奥羽祭
5. 東北大学歯学部	
6. 明海大学歯学部	新入生歓迎会，球技大会，けやき祭（学園祭）
7. 日本大学松戸歯学部	全日本歯科学生総合体育大会，日本大学体育大会，新入生歓迎スポーツ大会，松戸祭，NU祭総合展示発表会
8. 東京医科歯科大学歯学部	新入生校外オリエンテーション，学内レガッタ，体育祭，文化祭，解剖体慰霊式，四大学レガッタ
9. 東京歯科大学	東歯祭（学園祭），全日本歯科学生総合体育大会出場ならびに結団式（壮行会），延世大学校歯科大学との学生交流プログラム（韓国・姉妹校），武道始めおよび鏡開き
10. 日本歯科大学歯学部	新入生歓迎会，合同合宿（歯学部・新潟歯学部），球技大会（夏・冬），富士見祭（大学祭），歯学体結団式，体育館鏡開き
11. 日本大学歯学部	実験動物慰霊祭，球技大会，桜歯祭・NU祭（学園祭），解剖体追悼法要，校外研修
12. 昭和大学歯学部	入寮式，夏季スポーツ大会壮行会，大学祭
13. 神奈川歯科大学	稲岡祭（学園祭）
14. 鶴見大学歯学部	新入生一泊参禅会，精霊祭，御征忌，成道会紫雲祭（大学祭），解剖献体精霊供養法会
15. 新潟大学歯学部	歯学部運動会，全日本歯科学生総合体育大会，歯学祭
16. 日本歯科大学新潟歯学部	合同合宿：歯学部（東京）との合宿，浜浦祭
17. 松本歯科大学	体育大会，学園祭
18. 朝日大学歯学部	学園祭（朝日祭），全日本歯科学生総合体育大会
19. 愛知学院大学歯学部	楠元祭（学園祭）
20. 大阪歯科大学	体育祭，学園祭，新入生歓迎スポーツ大会
21. 大阪大学歯学部	全日本歯科学生総合体育大会
22. 岡山大学歯学部	中国五大学学生競技大会（夏季大会），中国五大学学生競技大会（冬季大会），大学祭（11月）
23. 広島大学歯学部	オリエンテーションキャンプ，全日本歯科学生総合体育大会，霞祭（学園祭）
24. 徳島大学歯学部	歯学体
25. 九州歯科大学	歯大祭，体育祭，駅伝大会
26. 九州大学歯学部	全日本歯科学生総合体育大会，九大祭
27. 福岡歯科大学	体育祭，学園祭，学術文化週間
28. 長崎大学歯学部	歯学部祭，全日本歯科学生総合体育大会
29. 鹿児島大学歯学部	桜ヶ丘祭（11月），全日本歯科学生総合体育大会（8月）

表Ⅰ-8　奨学金制度

機関名	奨学金制度の名称
1. 北海道医療大学歯学部	東日本学園奨学金
2. 北海道大学歯学部	新渡辺奨学金
3. 岩手医科大学歯学部	岩手医科大学父兄会奨学金，岩手医科大学大学院奨学金
4. 奥羽大学歯学部	奥羽大学「影山晴川」育英奨学金
5. 東北大学歯学部	小原白梅育英基金，青葉福祉会，庄慶会，日本通運育英会，亀井記念財団，井上育英会，朝鮮奨学会，八戸市教育委員会，丸和育英会，川村育英会，岐阜県奨学生，日鉄鉱業
6. 明海大学歯学部	明海大学歯学部教育後援会奨学金
7. 日本大学松戸歯学部	日本大学奨学金（貸与），日本大学松戸歯学部鈴木奨学金（給付・貸与）
8. 東京医科歯科大学歯学部	小林育英会
9. 東京歯科大学	東京歯科大学貸与奨学金，東京歯科大学父兄会貸与共済基金，（学外）森田奨学育英会，ロータリー米山記念奨学会，小貫基金奨学金，青森県教育厚生会
10. 日本歯科大学歯学部	育英奨学制度，学術奨学制度
11. 日本大学歯学部	日本大学特待生，日本大学奨学金，日本大学歯学部佐藤奨学金，ロバート・F・ケネディ奨学金，古田奨学金
12. 昭和大学歯学部	学校法人昭和大学奨学金，公衆衛生修学生，森田奨学育英会，岩垂育英会，北信奨学財団奨学生
13. 神奈川歯科大学	弓削朝子奨学金制度
14. 鶴見大学歯学部	歯学部新入生特待奨学生，授業料貸与奨学生，授業料免除奨学生（特待生），歯学部同窓会奨学生，歯学部鶴真会奨学生，総持学園大本山総持寺奨学生
15. 新潟大学歯学部	日本証券奨学財団，実吉奨学会，岩垂育英会奨学生，森田奨学育英会
16. 日本歯科大学新潟歯学部	育英奨学制度
17. 松本歯科大学	森田奨学育英会，朝鮮奨学会，電通育英会
18. 朝日大学歯学部	電通育英会，中村積善会，岐阜県選奨生，あしなが育英会，交通遺児育英会，朝鮮奨学会，岩垂育英会，森田奨学育英会
19. 愛知学院大学歯学部	愛知学院大学開学50周年記念奨学金，愛知学院大学後援会応急奨学金，同窓会奨学金
20. 大阪歯科大学	大阪歯科大学学内奨学金貸与制度，大阪歯科大学共済会奨学費貸与制度，森田育英会
21. 大阪大学歯学部	なし
22. 岡山大学歯学部	岡山育英会，岩垂育英会，森田奨学育英会，など
23. 広島大学歯学部	交通遺児育英会，あしなが育英会，森田奨学育英会，PFA国際歯学会奨学金，山口県ひとづくり財団奨学金，石川民医連奨学金，公益信託池田育英会，岐阜県教育委員会，中村積善会，長崎県育英会，松藤奨学育成基金，宮崎県奨学会，電通育英会，石田教育振興財団，日本通運育英会，沖縄県国際交流・人材育成財団，竹井育英会，岡山県育英会，小森記念財団
24. 徳島大学歯学部	岩垂，あしなが，交通遺児，池田育英会トラスト，中村積善，各自治体奨学金
25. 九州歯科大学	永松奨学会
26. 九州大学歯学部	山岡育英会，吉田学術教育振興会，岩垂育英会，鹿児島県育英財団，福島県育英財団，森田奨学育英会
27. 福岡歯科大学	福岡歯科大学共済
28. 長崎大学歯学部	森田奨学育英会
29. 鹿児島大学歯学部	各自治体奨学金制度，岩垂育英会奨学金（法人），森田奨学金（法人）



図Ⅰ-3　歯科医師国家試験の合格率推移

表Ⅰ-9　歯科医師国家試験の結果

大学名など	第96回歯科医師国家試験(2003年)			第97回歯科医師国家試験(2004年)			第98回歯科医師国家試験(2005年)		
	受験者数	合格者数	合格率(%)	受験者数	合格者数	合格率(%)	受験者数	合格者数	合格率(%)
1. 北海道医療大学歯学部	85	78	91.8	97	76	78.4	120	99	82.5
2. 北海道大学歯学部	66	63	95.5	67	61	91.0	57	46	80.7
3. 岩手医科大学歯学部	99	79	79.8	85	49	57.6	114	73	64.0
4. 奥羽大学歯学部	132	118	89.4	122	80	65.6	147	93	63.3
5. 東北大学歯学部	66	64	97.0	60	54	90.0	58	47	81.0
6. 明海大学歯学部	156	148	94.9	122	96	78.7	144	113	78.5
7. 日本大学松戸歯学部	152	143	94.1	141	117	83.0	146	115	78.8
8. 東京医科歯科大学歯学部	70	68	97.1	81	76	93.8	84	74	88.1
9. 東京歯科大学	124	122	98.4	136	121	89.0	129	110	85.3
10. 日本歯科大学歯学部	173	165	95.4	142	95	66.9	140	102	72.9
11. 日本大学歯学部	142	133	93.7	140	112	80.0	148	126	85.1
12. 昭和大学歯学部	128	114	89.1	116	97	83.6	130	106	81.5
13. 神奈川歯科大学	147	125	85.0	141	79	56.0	184	109	59.2
14. 鶴見大学歯学部	172	140	81.4	157	88	56.1	191	133	69.6
15. 新潟大学歯学部	67	65	97.0	56	50	89.3	59	52	88.1
16. 日本歯科大学新潟歯学部	104	91	87.5	110	61	55.5	126	75	59.5
17. 松本歯科大学	163	122	74.8	147	59	40.1	181	80	44.2
18. 朝日大学歯学部	148	135	91.2	142	103	72.5	148	112	75.7
19. 愛知学院大学歯学部	147	140	95.2	139	121	87.1	145	126	86.9
20. 大阪歯科大学	177	154	87.0	143	81	56.6	187	124	66.3
21. 大阪大学歯学部	70	70	100.0	67	55	82.1	73	68	93.2
22. 岡山大学歯学部	76	72	94.7	52	47	90.4	68	59	86.8
23. 広島大学歯学部	62	61	98.4	54	49	90.7	66	62	93.9
24. 徳島大学歯学部	62	58	93.5	58	51	87.9	72	59	81.9
25. 九州歯科大学	103	99	96.1	92	76	82.6	115	93	80.9
26. 九州大学歯学部	71	69	97.2	68	62	91.2	59	52	88.1
27. 福岡歯科大学	115	113	98.3	108	94	87.0	119	76	63.9
28. 長崎大学歯学部	55	52	94.5	64	52	81.3	63	57	90.5
29. 鹿児島大学歯学部	73	69	94.5	48	33	68.8	64	48	75.0
認定および予備試験	3	2	66.7	5	2	40.0	6	4	66.7
総計	3,208	2,932	91.4	2,960	2,197	74.2	3,343	2,493	74.6

2

入学者選抜

小田　豊

1）大学進学の動向

図Ⅰ-4に学校基本調査報告書を基に18歳人口，高校卒業者数，大学・短大志願者数，大学・短大入学者数の推移を示した．18歳人口が確実に減少を続け，2001年と比べて2006年3月卒業の高校生は18万人減少した．進学率がやや上がったとはいえ，大学志願者は2001年の88.1万人から12.2万人減少し，2006年には75.9万人となっている．一方，大学の入学者数は2006年度は70.3万人でその差約5万人となっている．「大学全入時代の到来」が数年で現実となることは間違いない．

他方，歯科大学（歯学部）への志願者傾向は一般的な傾向が背景にはあるものの，異なった推移を示している．**図Ⅰ-5**に過去10年の歯科大学（歯学部）への志願者数，入学者数の推移を示した．志願者数は1996年の19,033人から以降は減少傾向を示し，2002年に13,610人の最小にいたったものの，2003年の15,936人から，2005年には16,664人と増加に転じている．入学者数は各大学の定員削減の影響により1996年の2,722人から2005年には2,625人と約100名減少している．募集人数に大きな変動がないため，入試の倍率は5.1～7.0倍で志願者の推移とほぼ一致している．

2）選抜方法

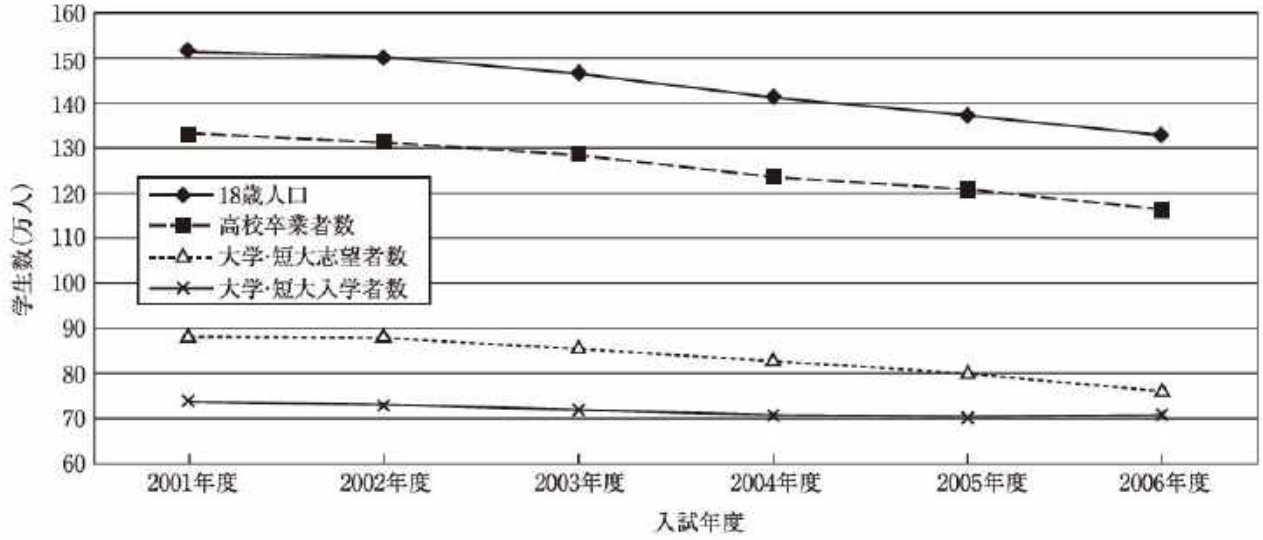
表Ⅰ-10～12に2003年度，2004年度，2005年度の各歯科大学（歯学部）の入学者選抜の結果を示した．入学者選抜方法は学力検査を主とした一般入試（1期・2期あるいは前・後期）に加えて，入学定員の一部を出身学校長の推薦に基づく推薦入学やAO入試，外国人留学生試験，帰国子女，学士編入試験など，多様な選抜方法を導入する大学が多くなってきた．

歯科大学（歯学部）の19校が実施または採用している大学入試センター試験は，1990年度入学者選抜から，従来の国公立大学の共通第一次学力試験に代えて実施された．参加する国公私立の各大学が，おのおのの大学の試験に先立ち，大学入試センターと協力して，全国同一の期日に同一の試験問題により共同で実施するものであり，利用教科・科目数などについては，各大学が自由に利用できる．私立大学では7校が採用している．

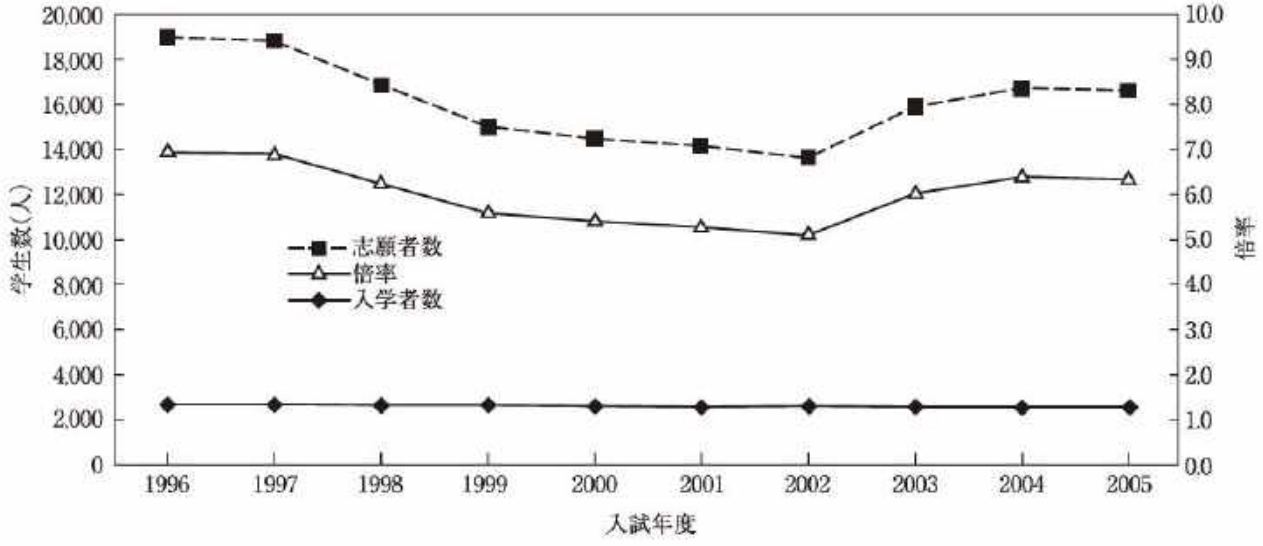
3）大学ごとの志願者・合格者・入学者の推移

表Ⅰ-10～12に2003年度，2004年度，2005年度の各歯科大学（歯学部）の志願者数，合格者数，入学者数，募集人数を示した．2005年度は，志願者数16,510人に対して募集人員は2,649人で倍率約6.3倍となっている．日本歯科大学歯学部が最大の1,151人，次いで昭和大学歯学部990人，愛知学院大学歯学部904人となっている．国立大学法人の歯学部は募集定員も少ないため一般に志願者数は少なめであるが，広島大学で前年より志願者が60%近く増え，638人となっている．

おだ　ゆたか
東京歯科大学歯科理工学講座
キーワード：入学試験，志願者数，選抜方法



図Ⅰ-4　18歳人口と進学動向



図Ⅰ-5　歯科大学(歯学部)の志願動向

表Ⅰ-10　2003年度　入学者選抜

機関名	一般入試（1期 前・後期）				公募推薦入試				センター試験				AO入試				その他（名称）					その他（名称）					計			
	志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員		志願者	合格者	入学者	募集人員		志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員
1. 北海道医療大学歯学部	400	100	42	44	29	17	17	14	196	66	33	20	17	11	11	8	一般後期	134	7	4	7						776	201	107	93
2. 北海道大学歯学部	319	50	50	50	24	10	10	10									私費外国人留学生入試	2	1	1							345	61	61	60
3. 岩手医科大学歯学部	242	69	31	50	22	20	20	20									一般Ⅱ期	164	33	25	10						428	122	80	80
4. 奥羽大学歯学部	485	113	68	71	53	29	28	25																			538	142	96	96
5. 東北大学歯学部	182	50	46	45									31	10	9	10											213	60	55	55
6. 明海大学歯学部	720	110	74	80									74	10	10	10	外国人留学生特別入試	0				指定校推薦入試	37	37	36	29	831	157	120	119
7. 日本大学松戸歯学部	603	109	52	73	56	36	36	25									校友子女入試					編入学試験	40	7	7	若干名	699	152	*	128
8. 東京医科歯科大学歯学部	460	58	55	55																		学士編入学(3年次編入)	37	12	10	10	497	70	65	65
9. 東京歯科大学	368	57	57	70	156	53	53	50									一般Ⅱ期	294	18	18	10						818	128	128	128
10. 日本歯科大学歯学部	835	130	90	90					408	68	38	38															1,244	198	128	128
11. 日本大学歯学部	851	152	106	100													付属推薦入試	22	22	22	28	校友子女入試					873	174	128	128
12. 昭和大学歯学部	548	111	50	51	63	31	31	30	132	8	2	8					一般Ⅱ期	111	14	13	7						854	164	96	96
13. 神奈川歯科大学	409	133	83	85	115	37	37	35																			524	170	120	120
14. 鶴見大学歯学部	325	86	75	78	75	53	53	50																			400	139	128	128
15. 新潟大学歯学部	290	33	30	30	24	10	10	10														第3年次編入学試験	10	5	5	5	324	48	45	45
16. 日本歯科大学新潟歯学部	106	46	30	30	43	30	30	30	125	47	25	25					一般入試（後期）	112	14	11	11						386	137	96	96
17. 松本歯科大学	351	169	78	78	48	33	30	25	76	26	5	10															475	228	113	113
18. 朝日大学歯学部	322	68	42	68	175	54	49	30									指定校推薦入試	49	37	35	30	外国人留学生試験	1			若干名	547	159	127	128
19. 愛知学院大学歯学部	681	99	非公開	63	94	70	非公開	51	99	13	非公開	8	7	3	非公開	6	帰国生徒入試	1	0	非公開	若干名						882	185	*	128
20. 大阪歯科大学	345	142	100	100	32	28	28	28																			377	170	128	128
21. 大阪大学歯学部	240	62	60	60													私費外国人留学生入試	1	0	0	若干名	3年次編入学試験	11	5	5	5	252	67	65	65
22. 岡山大学歯学部	219	40	40	40	25	15	15	15									私費外国人留学生入試	0	0	0	若干名	編入学試験	45	6	5	5	289	61	60	60
23. 広島大学歯学部	458	51	50	50									16	5	5	5											474	56	55	55
24. 徳島大学歯学部	265	45	44	41	22	11	11	15									帰国子女特別選抜	0	0	0	若干名						287	56	55	55
25. 九州歯科大学	938	85	83	83	30	12	12	12									私費外国人留学生入試	5	1	1	若干名						973	98	96	96
26. 九州大学歯学部	371	49	46	45									47	10	9	10						3年次編入学試験	16	5	5	5	434	64	60	60
27. 福岡歯科大学	365	87	56	56	66	30	30	30	88	18	10	10															519	135	96	96
28. 長崎大学歯学部	294	37	35	35	55	10	10	10					30	5	5	5											379	52	50	50
29. 鹿児島大学歯学部	378	55	55	55													私費外国人留学生入試	3	4	2	若干名						381	59	57	60
計	12371	2396	1631	1776	1207	589	510	515	1124	246	113	119	222	54	49	54		898	151	134	103		197	77	73	59	16019	3513	2510*	2659

＊日本大学松戸歯学部，愛知学院大学の入学者は不明

表Ⅰ-11　2004年度　入学者選抜

機関名	一般入試（Ⅰ期 前・後期）				公募推薦入試				センター試験				AO入試				その他（名称）					その他（名称）					計			
	志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員		志願者	合格者	入学者	募集人員		志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員
1. 北海道医療大学歯学部	468	94	54	44	44	12	10	12	321	48	13	20	23	6	5	6	一般後期	147	12	7	7						1,003	172	89	89
2. 北海道大学歯学部	350	50	50	50	25	10	10	10									私費外国人留学生入試	2	1	0							377	61	60	60
3. 岩手医科大学歯学部	245	72	37	50	29	20	20	20									一般Ⅱ期	148	25	23	10						422	117	80	80
4. 奥羽大学歯学部	707	103	67	71	79	30	29	25																			786	133	96	96
5. 東北大学歯学部	336	50	45	45									25	10	10	10											361	60	55	55
6. 明海大学歯学部	771	121	77	80									101	10	10	10	外国人留学生特別入試	1	1	1	1	指定校推薦入試	32	32	32	29	905	164	120	120
7. 日本大学松戸歯学部	654	119	57	73	45	34	34	25									校友子女入試					編入学試験	30	5	4	若干名	729	158	*	128
8. 東京医科歯科大学歯学部	352	58	56	55																		学士編入学(3年次編入)	44	11	10	10	396	69	66	65
9. 東京歯科大学	357	56	56	70	199	51	51	45									一般Ⅱ期	216	21	21	15						772	128	128	128
10. 日本歯科大学歯学部	674	139	90	90					434	70	38	38															1,108	209	128	128
11. 日本大学歯学部	649	150	100	100													付属推薦入試	36	36	28	28	校友子女入試					685	186	128	128
12. 昭和大学歯学部	398	112	55	55	49	30	30	30	79	6	1	3					一般Ⅱ期	147	15	10	8						873	163	96	96
13. 神奈川歯科大学	463	134	85	85	121	35	35	35																			584	169	120	120
14. 鶴見大学歯学部	419	103	76	78	64	52	52	50																			483	155	128	128
15. 新潟大学歯学部	214	33	30	30	22	10	10	10									第3年次編入学試験	11	7	5	5						247	50	45	45
16. 日本歯科大学新潟歯学部	140	37	30	30	43	30	30	30	167	42	25	25					一般入試（後期）	152	20	11	11						502	129	96	96
17. 松本歯科大学	355	152	80	78	43	31	29	25	58	21	5	10															456	204	114	113
18. 朝日大学歯学部	354	68	46	68	148	53	46	30									指定校推薦入試	36	36	36	30	外国人留学生試験	1			若干名	539	157	128	128
19. 愛知学院大学歯学部	545	108	非公開	63	93	70	非公開	51	67	13	非公開	8	2	2	非公開	6	帰国生徒入試	3	1	非公開	若干名						710	194	*	128
20. 大阪歯科大学	391	140	100	100	48	28	28	28																			439	168	128	128
21. 大阪大学歯学部	293	62	61	60													私費外国人留学生入試	4	0	0	若干名	3年次編入学試験	20	5	4	5	317	67	65	65
22. 岡山大学歯学部	194	44	40	40	39	15	15	15									私費外国人留学生入試	4	2	2	若干名	編入学試験	39	8	5	5	276	69	62	60
23. 広島大学歯学部	389	56	50	50									18	5	5	5											407	61	55	55
24. 徳島大学歯学部	526	44	40	40	42	10	10	10									帰国子女特別選抜	1	0	0	若干名						569	54	50	50
25. 九州歯科大学	1,007	85	83	83	34	12	12	12									私費外国人留学生入試	2	0	0	若干名						1,043	97	95	95
26. 九州大学歯学部	211	46	46	45									45	10	10	10	3年次編入学試験	38	5	5	5						294	61	61	60
27. 福岡歯科大学	383	91	56	56	63	30	30	30	68	21	10	10															514	142	96	96
28. 長崎大学歯学部	348	35	35	35	28	10	10	10					29	5	5	5											405	50	50	50
29. 鹿児島大学歯学部	329	55	55	55													私費外国人留学生入試	0	1	1	若干名						329	56	56	60
計	12722	2417	1657	1779	1258	573	491	503	1,194	221	92	114	243	48	45	52		948	183	150	120		166	61	55	49	16531	3503	2490＊	2650

＊日本大学松戸歯学部，愛知学院大学の入学者は不明

表Ⅰ-12　2005年度　入学者選抜

機関名	一般入試（Ⅰ期，前・後期）				公募推薦入試				センター試験				AO入試				その他（名称）					その他（名称）					合計			
	志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員		志願者	合格者	入学者	募集人員		志願者	合格者	入学者	募集人員	志願者	合格者	入学者	募集人員
1. 北海道医療大学歯学部	409	101	51	46	13	10	10	12	146	50	12	19	12	6	6	6	一般後期	152	17	10	6						732	184	89	89
2. 北海道大学歯学部	307	50	50	50	21	10	10	10									私費外国人留学生入試	1	1	1							329	61	61	60
3. 岩手医科大学歯学部	302	86	44	50	13	13	13	20									一般Ⅱ期	150	27	23	10						465	126	80	80
4. 奥羽大学歯学部	721	118	65	71	96	30	30	25																			817	148	95	96
5. 東北大学歯学部	216	53	52	45									9	5	5	10											225	58	57	55
6. 明海大学歯学部	771	138	86	80									89	10	9	10	指定校推薦入試	25	25	25	29	外国人留学生特別入試	0				885	173	120	119
7. 日本大学松戸歯学部	698	109	56	75	49	35	34	20									校友子女入試	8	3	3	3	編入学試験	26	7	7	若干名	781	154	*	128
8. 東京医科歯科大学歯学部	391	57	55	55																		学士編入学(3年次編入)	57	11	10	10	505	79	75	65
9. 東京歯科大学	321	61	61	68	149	47	47	45									一般Ⅱ期	232	20	20	15	学士編入学	40	3	3	若干名	742	131	131	128
10. 日本歯科大学歯学部	828	158	108	90					323	58	20	38															1,151	216	128	128
11. 日本大学歯学部	792	149	98	95													付属推薦入試	26	22	25	28	校友子女入試	51	5	5	5	869	176	128	128
12. 昭和大学歯学部	588	95	58	53	81	25	25	25	128	10	3	10					一般Ⅱ期	193	8	10	8						990	138	96	96
13. 神奈川歯科大学	422	85	84	85	93	36	36	35																			515	121	120	120
14. 鶴見大学歯学部	435	91	74	78	81	54	54	50																			516	145	128	128
15. 新潟大学歯学部	337	30	30	30	23	10	10	10														第3年次編入学試験	17	6	5	5	377	46	45	45
16. 日本歯科大学新潟歯学部	110	37	28	30	43	30	30	30	135	36	13	25					一般入試（後期）	114	29	25	11						402	132	96	96
17. 松本歯科大学	341	158	79	78	45	32	29	25	67	29	4	10															453	219	112	113
18. 朝日大学歯学部	311	80	80	68	186	52	38	30									指定校推薦入試	38	38	37	30	外国人留学生試験	1			若干名	536	170	155	128
19. 愛知学院大学歯学部	678	101	非公開	63	112	66	非公開	51	97	20	非公開	8	15	4	非公開	6	帰国生徒入試	2	1	非公開	若干名						904	192	*	128
20. 大阪歯科大学	333	146	100	100	37	28	28	28																			370	174	128	128
21. 大阪大学歯学部	183	62	62	60													私費外国人留学生入試	1	0	0	若干名	3年次編入学試験	13	5	3	5	197	67	65	65
22. 岡山大学歯学部	236	45	40	40	26	15	15	15									私費外国人留学生入試	2	2	2	若干名	編入学試験	46	9	5	5	310	71	62	60
23. 広島大学歯学部	620	50	50	50									18	5	5	5											638	55	55	55
24. 徳島大学歯学部	450	41	40	40	39	10	10	10									帰国子女特別選抜	1	1	0	若干名						490	52	50	50
25. 九州歯科大学	865	86	83	83	26	12	12	12									私費外国人留学生入試	5	1	1	若干名						896	99	96	95
26. 九州大学歯学部	280	46	46	45									63	10	10	10						3年次編入学試験	33	5	5	5	376	61	61	60
27. 福岡歯科大学	369	84	56	56	76	30	30	30	65	19	10	10															510	133	96	96
28. 長崎大学歯学部	259	37	35	35	34	10	10	10					34	5	5	5											327	52	50	50
29. 鹿児島大学歯学部	202	55	55	55													私費外国人留学生入試	0	0	0	若干名						202	55	55	60
計	12,775	2,409	1,726	1,774	1,243	555	471	493	961	222	62	120	240	45	40	52		950	195	182	140		284	51	43	35	16,510	3,488	2,434＊	2,649

＊日本大学松戸歯学部，愛知学院大学の入学者は不明

3

大学院の現況

小田　豊

1）はじめに

1954年に医学・歯学の新制大学院の設置基準要項が決定され，1955年4月に国立の東京医科歯科大学大学院歯学研究科が設置された．私立大学では1956年3月に日本大学大学院歯学研究科，1958年3月に東京歯科大学大学院歯学研究科が設置された．その後29歯科大学（歯学部）すべてに大学院が設置された（**表Ⅰ-13**）．歯学の大学院については1959年6月に大学基準協会より「歯学に関する大学院基準」が示され，修士課程は設けず，最低在学年限4年の博士課程とされた．その後，1974年6月に大学院設置基準の制定および学位規則の改正が行われ，1989年には大学院設置基準等の改正が行われて，1990年以降に「大学院重点化（部局化）」が進行した．「大学院重点化（部局化）」は，「研究科」の専攻を新しい時代に対応して再編・充実するとともに，学生定員を見直し，従来「学部」にあった教官の所属組織である「講座」を大学院に移し，大学院に重点を置く大学とするものである．多くの国立大学では学部を主体とする教育・研究組織を改編し，研究対象によって，統合機能口腔科学専攻，口腔生命科学専攻，などの領域に分けた教員組織を構成している．また，私立大学でも松本歯科大学大学院のように，総合歯科医学研究所を基盤にした独立研究科を設置した大学院や，教員の所属を大学院に移し，部局化を行っている大学もある．さらに，2003年以降は東北大学歯学部，東京医科歯科大学歯学部，岡山大学歯学部，広島大学歯学部で歯科学修士課程（医歯科学専攻）をもつ大学院も発足している．

2）大学院研究科の学生定員および在籍学生数

図Ⅰ-6に歯科大学（歯学部）の大学院博士課程の在籍学生数の推移を示した．1996年には2,040人であったが，2005年には3,032人と約1.5倍に増えている．**表Ⅰ-14**に2005年度の学生数を示した．東京医科歯科大学，新潟大学，岡山大学，広島大学，長崎大学，鹿児島大学では医歯融合型の大学院となっており，従来のように歯科基礎系，歯科臨床系に区分して比較することはできないが，博士課程在籍学生数では国立大学法人の歯学部が上位を占めている．私立大学では東京歯科大学，日本大学，昭和大学の順となっている．社会人大学院は2000年以降に，社会的な要望から，主に社会人の経歴を有する者を教育する大学院の課程として設置されているが，博士課程在籍学生数843人で約22％を占めており，2000年の約10％からその割合は倍増している．留学生の受入れ数では323人で約8％を占めているものの，ほとんどが国立大学法人の歯学部となっている．

3）学費・学納金

大学院入学に必要な初年度納付金を**表Ⅰ-15**に示した．入学金では100,000円から600,000円の範囲で国立大学法人の282,000円よりも低い私立大学がある．毎年の授業料では400,000円から1,130,000円となっており，昭和大学と朝日大学では国立大学法人の535,800円より低くなっている．施設維持費は多くの私立大学で徴収しているものの，自身の大学卒業生には免除などの優遇措置も取られている．寄付金の有無では授業料の低い昭和大学で任意の寄付を受け付けている．

4）学位授与状況

2003年度から2005年度までの各歯科大学（歯学部）の学位授与状況を，大学院の課程を修了した課程博士と提出論文で授与された論文博士に分けて**表Ⅰ-16**に示し

おだ　ゆたか
東京歯科大学歯科理工学講座
キーワード：学生数，学位授与，進路

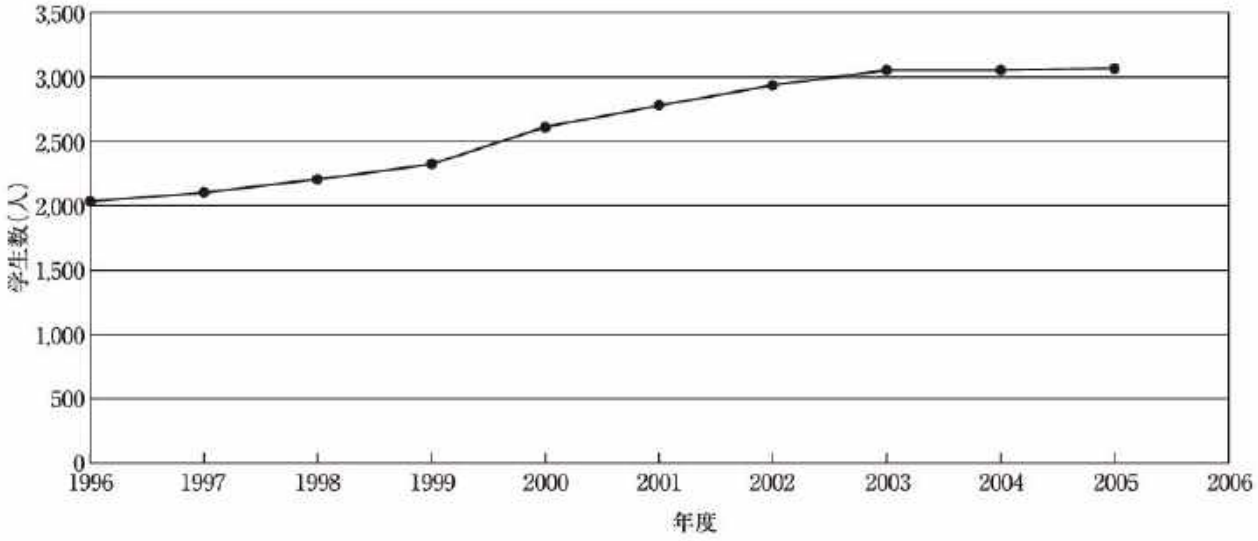
表Ⅰ-13　大学院の設置認可および所在地

名称	設置認可年月日	所在地
1. 北海道医療大学大学院歯学研究科	1988年3月23日	北海道石狩郡当別町金沢1757
2. 北海道大学大学院歯学研究科	1974年4月1日	札幌市北区北13条西7丁目
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	1983年3月24日	盛岡市中央通1－3－27
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	1986年3月18日	福島県郡山市富田町字三角堂31－1
5. 東北大学大学院歯学研究科（博士課程）	1972年4月1日	仙台市青葉区星陵町4－1
東北大学大学院歯学研究科（修士課程）	2004年4月1日	
6. 明海大学大学院歯学研究科	1977年3月30日	埼玉県坂戸市けやき台1－1
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	1977年3月30日	千葉県松戸市栄町西2－870－1
8. 東京医科歯科大学大学院歯学研究科	1955年4月1日	東京都文京区湯島1－5－45
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科に改組	2000年4月1日	
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	1958年3月25日	千葉市美浜区真砂1－2－2
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	1960年4月1日	東京都千代田区富士見1－9－20
11. 日本大学大学院歯学研究科	1956年3月31日	東京都千代田区神田駿河台1－8－13
12. 昭和大学大学院歯学研究科	1983年3月24日	東京都品川区旗の台1－5－8
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	1975年4月1日	神奈川県横須賀市稲岡町82
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	1977年3月30日	横浜市鶴見区鶴見2－1－3
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	2001年4月1日	新潟市学校町通二番町5274
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	1990年3月19日	新潟市浜浦町1－8
17. 松本歯科大学大学院	2002年12月19日	長野県塩尻市広丘郷原1780
松本歯科大学大学院歯学独立研究科に改組	2003年4月1日	
18. 朝日大学大学院歯学研究科	1977年3月30日	岐阜県瑞穂市穂積1851－1
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	1968年4月1日	名古屋市千種区楠元町1－100
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	1961年3月31日	大阪府牧方市楠葉花園町8－1
21. 大阪大学大学院歯学研究科	1960年4月1日	大阪府吹田市山田丘1－8
22. 岡山大学大学院医歯学総合研究科	2001年4月1日	岡山市鹿田町2－5－1
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科に改組	2005年4月1日	
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科	2002年4月1日	広島市南区霞1－2－3
24. 徳島大学大学院歯学研究科	1983年4月1日	徳島市蔵本町3－18－15
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	1966年4月1日	福岡県北九州市小倉北区真鶴2－6－1
26. 九州大学大学院歯学研究科	1974年4月1日	福岡市東区馬出3－1－1
九州大学大学院歯学研究院に改組	2000年4月1日	
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	1985年3月22日	福岡市早良区田村2－15－1
28. 長崎大学大学院歯学研究科	1986年4月1日設置	長崎市坂本1－7－1
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科に改組	2002年4月1日	
29. 鹿児島大学大学院歯学研究科	1984年4月設置	鹿児島市桜ヶ丘8－35－1
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科に改組	（博）2003年4月設置	
	（修）2004年4月設置	

た．課程博士は2003年度は695人，2004年度は712人が授与されている．2005年度は未定の大学も多いが700人以上が授与されると推定される．また，論文博士は2003年度は283人，2004年度は248人が授与されている．博士論文の約70％は課程博士となっているものの，論文博士が課程博士を上回る大学もある．大学別では東京医科歯科大学で最も多くの学位を授与している．

5）大学院修了者の進路

2003年度から2005年度までに各歯科大学（歯学部）の大学院を修了した学生の進路状況を**表Ⅰ-17**に示した．また**図Ⅰ-7**にはその比率を円グラフで表した．その他を除くと，勤務医が348人（約26％）で最も多く，次いで教員が240人（約18％）となっている．



図Ⅰ-6　大学院博士課程在籍学生数

表Ⅰ-14　大学院学生数（2005 年度）

機関名	博士課程		在籍学生数					修士課程		在籍学生数				
	入学定員	収容定員	一般	社会人	留学生	その他	計	入学定員	収容定員	一般	社会人	留学生	その他	計
1. 北海道医療大学大学院歯学研究科	18	72	30	6			36							0
2. 北海道大学大学院歯学研究科	42	168	106	42	6		154							0
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	18	72	33	8			41							0
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	18	72	26				26							0
5. 東北大学大学院歯学研究科	47	186	189	43	6	0	238	6	12	2	12	1	0	15
6. 明海大学大学院歯学研究科			60	0	2	0	62							0
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	40	160	82	0	5	0	87							0
8. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科#	214	856	567	274	163		1,004	50	95	85	37	1	0	123
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	34	136	159	19	3		181							0
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	18	72	54				54							0
11. 日本大学大学院歯学研究科	42	168	100				100							0
12. 昭和大学大学院歯学研究科	18	72	91	7	2	0	100							0
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	18	72	41	13	1		55							0
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	16	32	70				70							0
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	40	160	79	56	17	0	152							0
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	18	18	23		3		26							0
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	18	72	14	55	0	0	69							0
18. 朝日大学大学院歯学研究科	18	72	43				43							0
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	18	72	27	3	1		31							0
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	30	120	95				95							0
21. 大阪大学大学院歯学研究科	55		169	24	12	0	205							0
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	128	512	96	23	20	3	142	20	40	7	0	2	0	9
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科*	103	412	249	200	45		494	20	40	13	9	1		23
24. 徳島大学大学院歯学研究科	44	88	58	4	15		77							0
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	30	120	74	9	1	0	84							0
26. 九州大学大学院歯学研究院			87	31	11	0	129							0
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	18	72	29		2		31							0
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科	27	108	41	26	7	0	74							0
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科		18	8		1		9							0
計	1,090	3,982	2,700	843	323	3	3,869	96	187	107	58	5	0	170

#大学院医歯学総合研究科の学生数

*医歯薬学総合研究科の創生医科学，展開医科学専攻の学生数

表Ⅰ-15　大学院の学費・学納金（単位：円）

機関名	入学金	授業料	施設設備費	教育充実費	その他	寄付金の有無
1. 北海道医療大学大学院歯学研究科	200,000	750,000	0	0	0	無
2. 北海道大学大学院歯学研究科	282,000	535,800				無
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	200,000	850,000	300,000			無
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	400,000	600,000	1,000,000	−	−	無
（本学卒）	200,000	600,000	100,000	−	−	無
5. 東北大学大学院歯学研究科	282,000	535,800	−	−	−	無
6. 明海大学大学院歯学研究科	250,000	650,000	150,000	−	−	無
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	200,000	600,000	1,000,000			無
8. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	282,000	535,800	−	−	−	無
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	300,000	600,000	100,000 *	0	0	無
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	200,000	550,000			14,500	無
11. 日本大学大学院歯学研究科	200,000	600,000	500,000	−	−	無
12. 昭和大学大学院歯学研究科	100,000	400,000	300,000 *	0	100,000	有
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	400,000	700,000	0	0	600,000	無
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	300,000	700,000	300,000			無
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	282,000	535,800	0	0	0	無
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	200,000	550,000			14,500	無
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	200,000 *	600,000	0	0		無
18. 朝日大学大学院歯学研究科	200,000	400,000	0	0	3,500	無
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	600,000	1,130,000		200,000	7,000	無
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	300,000	700,000	1,000,000 *			無
21. 大阪大学大学院歯学研究科	282,000	535,800	−	−	−	無
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	282,000	535,800	−	−	−	無
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科	282,000	535,800	−	−	−	無
24. 徳島大学大学院歯学研究科	282,000	535,800			14,900	無
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科（県内）	282,000	535,800	−	−	−	無
（県外）	520,000	535,800	−	−	−	無
26. 九州大学大学院歯学研究院	282,000	535,800	−	−	−	無
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	300,000	700,000	600,000	0	0	無
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科	282,000	535,800	0	0	0	無
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	282,000	535,800	0	0	保険料など	無

*本学卒業生は免除

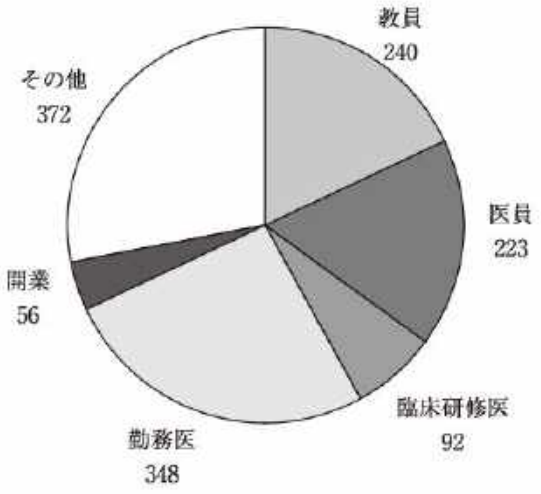
表Ⅰ-16　学位授与状況

機関名	博士（課程） 2003年度	2004年度	2005年度	計	博士（論文） 2003年度	2004年度	2005年度	計	修士 2003年度	2004年度	2005年度
1. 北海道医療大学大学院歯学研究科	11	8	8	27	5	4	1	10			
2. 北海道大学大学院歯学研究科	30	34	未定	64	3	0	1	4			
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	13	11	12	36	6	3	1	10			
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	5	9	未定	14	4	5	未定	9			
5. 東北大学大学院歯学研究科	42	41	38	121	5	2	5	12			5
6. 明海大学大学院歯学研究科	12	9	0	21	22	17	6	45			
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	14	13	22	49	24	29	14	67			
8. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	177	188	未定	365	37	35	未定	72	31	38	未定
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	27	35	8	70	14	7	3	24			
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	21	9	15	45	16	26	18	60			
11. 日本大学大学院歯学研究科	19	23		42	12	14	13	39			
12. 昭和大学大学院歯学研究科	17	16	未定	33	28	14	11	53			
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	14	4	未定	18	7	5	未定	12			
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	10	14	14	38	7	6	6	19			
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	31	47	4	82	6	4	0	10			
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	8	8	9	25	8	9	15	32			
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	0	0	未定	0	0	0	0	0			
18. 朝日大学大学院歯学研究科	11	17		28	3	8	未定	11			
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	27	23	25	75	13	17	19	49			
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	19	21	18	58	23	19	14	56			
21. 大阪大学大学院歯学研究科	56	31		87	10	3		13			
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	13	23	未定	36	4	6	未定	10	−	5	未定
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科	30	34	29	93	9	1	1	11			2
24. 徳島大学大学院歯学研究科	15	17	12	44	2	2	0	4			
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	10	13	1	24	8	7	3	18			
26. 九州大学大学院歯学研究院	33	31	35	99	1	1	2	4			
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	10	15	9	34			3	3			
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科	15	11	7	33	3	3	3	9			
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	5	7	7	19	3	1	4	8			
計	695	712	273	1,680	283	248	143	674	31	43	7

表Ⅰ-17　大学院修了者の進路

機関名	年度	教員	医員	臨床研修医	勤務医	開業	その他	計
1. 北海道医療大学大学院歯学研究科	2003年度	1	2	0	1	2	1	7
	2004年度	4	4	0	1	0	2	11
	2005年度	0	6	0	1	0	1	8
2. 北海道大学大学院歯学研究科	2003年度	1	5	2	8		14	30
	2004年度	6	6	0	9	2	11	34
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	2003年度	4	5		3			12
	2004年度	4	6		1			11
	2005年度							
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	2003年度	3			2			5
	2004年度	3			6			9
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
5. 東北大学大学院歯学研究科	2003年度	2	25			10	5	42
	2004年度	2	16			9	14	41
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
6. 明海大学大学院歯学研究科	2003年度	0	0	0	4	1	7	12
	2004年度	2	0	0	1	0	9	12
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	2003年度	4	3			4		11
	2004年度	4				4	3	11
	2005年度	11				2		13
8. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	2003年度	7	0	0	21	0	27	55
	2004年度	7	0	0	22	1	39	69
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	2003年度	5	5	0	11	4	2	27
	2004年度	8	10	0	9	5	3	35
	2005年度	2	21	0	3	3	2	31
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	2003年度	9	12					21
	2004年度	3	6					9
	2005年度							
11. 日本大学大学院歯学研究科	2003年度	3			17			20
	2004年度	4			15			19
	2005年度	7			16			23
12. 昭和大学大学院歯学研究科	2003年度		7		5	2	4	18
	2004年度		14		1		1	16
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	2003年度			1	13			14
	2004年度		1		3	1		5
	2005年度							
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	2003年度	2	3		5			10
	2004年度	3	3		7			13
	2005年度	5	2		6		1	14
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	2003年度	1	0	9	9	0	14	33
	2004年度	4	0	7	4	4	12	31
	2005年度	4	1	2	5	6	23	41
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	2003年度	7			3		1	11
	2004年度	6			1		1	8
	2005年度	2			1		3	6
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	2003年度	−	−	−	−	−	−	−
	2004年度	−	−	−	−	−	−	−
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
18. 朝日大学歯学部大学院歯学研究科	2003年度	2			6		3	11
	2004年度	1			10		6	17
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−

機関名	年度	教員	医員	臨床研修医	勤務医	開業	その他	計
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	2003年度	13			13		1	27
	2004年度	13			9		1	23
	2005年度	16			7		2	25
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	2003年度	2	0	7	3	0	7	19
	2004年度	4	0	3	4	0	10	21
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
21. 大阪大学大学院歯学研究科	2003年度	1	16	2	9	0	28	56
	2004年度	0	10	1	2	0	18	31
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	2003年度	5	2	2	3	0	1	13
	2004年度	5	3	0	6	1	12	27
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科	2003年度	1	2	13	5	6	3	30
	2004年度	5	2	12	6	0	9	34
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
24. 徳島大学大学院歯学研究科	2003年度	3	0	9		0	3	15
	2004年度	3	1	5	3	0	4	16
	2005年度		7		1		3	11
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	2003年度	2	1		2		11	16
	2004年度	3	1		2		7	13
	2005年度	2	1		3		4	10
26. 九州大学大学院歯学研究院	2003年度	1	1	4	3	0	17	26
	2004年度	1	2	8	8	0	15	34
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	2003年度	2	3	0	2	1	2	10
	2004年度	5	8	0	0	0	2	15
	2005年度	−	−	−	−	−	−	−
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科	2003年度	4		3	5	3		15
	2004年度	5		2	1	1	2	11
	2005年度	1			2	3	1	7
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	2003年度	不明						
	2004年度	不明						
	2005年度							
計		240	223	92	348	56	372	1,331



図Ⅰ-7　大学院卒後の進路

4

大学病院の現況と将来に関する調査

井上　宏

1）大学歯学部・歯科大学に附属する病院数

大学歯学部・歯科大学に附属する病院数は，国公立大学では12の歯学部すべてで，附属する病院は主附属病院1つである．医学部と歯学部の病院統合後は附属病院の1分野として位置づけられている現状がある．しかし，東京医科歯科大学と大阪大学歯学部では附属歯科病院となっている．

私立歯科大学では，17大学中11歯科大学が1つの主附属病院を有し，6歯科大学が主附属病院以外の病院や診療所を開設している．

2）大学病院の施設形態・診療体系

(1) 国公立大学歯学部

東京医科歯科大学と大阪大学歯学部を除いた国立大学歯学部は病院の統合により医学部・歯学部附属病院となり，その構成が統合一体化された．病院長は医学部から，副病院長は歯学部からとなっているところが多い．

病院の構成は**図Ⅰ-8**で示すものが一般的である．

①診療科

診療科領域が医科系では内科系，外科系，感覚・運動器系，脳・神経・精神系で分けられ，それぞれに内科系では7～8科，外科系では7～8科などの多くの診療科が並んでいる．そこに歯科系として3～4の領域が置かれている．この歯科系領域の分類は各大学で異なっているが，岡山大学の医学部・歯学部附属病院では「総合歯科」「口腔治療・咬合再建科」として歯科保存系や補綴系の4～5科が入っている．「口腔病態外科」として口腔外科，歯科放射線科，口腔診断科，歯科麻酔科が，「総合口腔保健科」として矯正歯科，予防歯科，小児歯科が組み入れられている．

北海道大学附属病院では「保存系歯科」「咬合系歯科」「口腔系歯科」に分けて，11の歯科系専門外来を組み入れている．

広島大学病院では，「口腔健康発育歯科」「口腔維持修復歯科」「口腔再建外科」「歯系総合診療科」などに領域が分類され，それぞれの診療科がその下に並んでいる．

長崎大学医学部・歯学部附属病院では，歯科系診療部門として「総合歯科」「顎・口腔歯科」「専門歯科」「診断管理科」などに分けられている．

②中央診療施設など

中央診療施設にはセンター，部あるいは室として，多くのなくてはならない機能が組み込まれている．医科系の検査部，手術部，放射線部，救急部，輸血部，集中治療部，リハビリテーション部などの多くの部やセンターのなかに歯学系として口腔検査センター，特殊歯科総合治療部，そして地域連携歯科医療部や歯科医師臨床研修を含めた臨床教育研修センターなどが入っている．高次口腔医療センターとして顎関節治療部門外来，顎口腔機能治療部門外来，障害者歯科治療部門外来，高齢者歯科治療部門外来などを施設として構成している大学もある．また，歯科技工室，歯科衛生士室も必ずこの診療施設に組み入れられている．

③薬剤部，看護部，事務部，診療支援部

薬剤部，看護部，事務部は医学系と歯科系は統合されているが，診療支援部のなかに歯科技工部門，歯科衛生部門が組み込まれている病院もある．

東京医科歯科大学や大阪大学歯学部の附属病院は歯科系として独立しているので，私立歯科大学・大学歯学部附属病院の構成と類似している．

(2) 私立歯科大学

各附属病院では従来型の各講座がそれぞれ診療科を有する構成から，歯科保存系としての歯周病科，歯内療法科，充塡・修復科や歯科補綴系としてのクラウン・ブリッジ補綴科，有床義歯補綴科が総合歯科診療科として1つの科に統合されている大学が増えている．すなわち，口腔外科，歯科麻酔科，小児歯科，矯正歯科などを科として残し，保存系や補綴系の科を総合診療科として統合した形態をとっているところが増えている．

また，患者ニーズに応えるために，従来なかった各専

いのうえ　ひろし
大阪歯科大学欠損歯列補綴咬合学講座
キーワード：医学部・歯学部病院統合，病院経営，歯科医師臨床研修



図Ⅰ-8　病院の構成

門外来（審美歯科，スポーツ歯科，顎関節外来，口臭治療科など）の設置や口腔インプラント科が各病院でみられる．

3）患者数

大学ごとの各年度の患者数を表Ⅰ-18に示す．

4）病院事務・医療職員数

国公立大学歯学部の病院事務・医療職員数を表Ⅰ-19に，私立歯科大学・歯学部の病院事務・医療職員数を表Ⅰ-20に示す．

5）病床数

各大学の病床数を表Ⅰ-21に示す．

6）病院経営の問題

(1) 歯科医師臨床研修必修化

①国公立大学

平成18年度から始まる歯科医師臨床研修必修化実施について財務上の問題点が多くの大学から指摘されている．診療要員が研修指導医を兼ねるため研修指導に多くの教育的時間が費やされ，診療実績と収入が減少すると同時に，研修医が行う診療収益に期待できないなどの意見が最も多かった．

また，事務職員が研修事務業務にかかわり，職員の増員の必要があり，経費の増加が生じるなどの指摘があった．研修施設の整備費用として多額の費用がかかり，病院負担が大きいとの報告もあった．

しかし一方では，この2年間の臨床研修では病院経営上の問題点はないとする大学もあった．

②私立歯科大学・歯学部

私立歯科大学にとって，補助金が人件費として使えない点が最も大きな問題点であるとの指摘が多かった．

臨床研修歯科医および2年目以上の専任でない歯科医師に対する賃金の支給により，大幅な人件費の増大が生じるとする意見が多かった．

また，医療安全，感染対策の観点から，その教育費用と材料準備などの対策費用が大きな負担となるとの報告も多数みられた．

また，医科と異なり歯科は研修歯科医が収入面で病院に寄与することは困難であり，指導医の診療時間は減少することなどから，病院収入の増加は期待できないと指摘されている．

一方で，協力型研修施設の申請，院内・院外マッチング業務，研修管理委員会などの事務部門の負担増が大きく，財政上の問題点となっている．

(2) その他の病院の財政上の問題点

①国公立大学

大学附属病院（歯科部門）は，歯学系教育研究機関でもあり歯科医学教育の目標達成に貢献するために，地域社会の歯科医療の中核的役割や高度先進医療を行う医療機関としての役割を果たさねばならないので，経営上黒字にすることは難しく，同時に医科歯科格差の診療報酬の問題がさらに事態を悪化させているという指摘が多くみられた．医科に比べて，歯科では保険点数が極端に抑えられていることも事実である．また，歯科診療は外科的治療を伴うため，1患者あたりの拘束時間が長く，診療費が安価であることも財政上の大きな問題点とする意見も多い．

②私立歯科大学・歯学部

医療職員，事務職員の高齢化に伴う人件費の増大が各大学に共通しており，病院支出のうちでの人件費の比率の高さが大きな問題点となっている．一方，委託費，減価償却費，薬剤費などの医療経費も年々増加し，歯科の3次医療の立場から，また教育病院として収支が見合わない高額の医療機器の設備投資も大きな財政上の問題点となっている．歯科の専門病院（医科部門の入院病棟がない）であることから，外来患者数に対して入院患者数が少なく，効率的な収益があげられない点も指摘されている．収益力のある歯科独自の自費診療が長引く不況により大きく減少している状況も無視できない．

7）医療事故対策とリスクマネジメント

医療事故対策とリスクマネジメントについての調査結果を表Ⅰ-22に示す．

表Ⅰ-18　各年度の患者数（主附属病院のみ）　（単位：人）

		歯科外来数	医科外来数	口腔外科入院数	医科入院数
北海道医療大学歯学部	平成14年度	47,389	8,713	1,077	0
	平成15年度	44,091	8,708	1,151	0
	平成16年度	45,411	9,210	1,057	0
岩手医科大学歯学部	平成14年度	108,850	483,350	13,281	330,093
	平成15年度	112,231	453,264	11,869	318,553
	平成16年度	105,757	453,208	11,164	317,751
奥羽大学歯学部	平成14年度	77,948	3,095	2,606	0
	平成15年度	83,025	3,233	2,472	0
	平成16年度	85,626	2,961	2,171	0
日本大学松戸歯学部	平成14年度	180,177	3,788	335	1
	平成15年度	195,132	4,901	329	16
	平成16年度	209,083	6,693	290	23
明海大学歯学部	平成14年度	153,888	22,265	7,722	546
	平成15年度	156,299	21,287	7,844	310
	平成16年度	155,144	19,898	7,616	453
東京歯科大学	平成14年度	222,015	4,823	10,859	0
	平成15年度	222,885	4,736	9,840	0
	平成16年度	228,915	4,180	9,637	0
日本歯科大学歯学部	平成14年度	189,156	10,901	7,185	421
	平成15年度	185,957	10,377	6,542	257
	平成16年度	169,316	9,646	4,962	239
日本大学歯学部	平成14年度	174,606	0	4,813	0
	平成15年度	177,140	0	3,741	0
	平成16年度	184,265	0	3,902	0
昭和大学歯学部	平成14年度	194,321	0	5,734	0
	平成15年度	191,556	0	5,683	0
	平成16年度	198,492	0	5,355	0
神奈川歯科大学	平成14年度	123,603	2,391	2,753	0
	平成15年度	117,792	2,876	2,371	22
	平成16年度	113,585	3,299	2,531	66
鶴見大学歯学部	平成14年度	191,128	4,425	5,732	0
	平成15年度	186,654	5,088	4,625	0
	平成16年度	190,939	4,581	4,257	0
日本歯科大学新潟歯学部	平成14年度	123,198	0	6,184	0
	平成15年度	129,874	0	5,610	0
	平成16年度	127,588	0	5,123	0
松本歯科大学	平成14年度	82,064	0	1,953	0
	平成15年度	86,042	0	1,850	0
	平成16年度	88,180	0	1,514	0
朝日大学歯学部	平成14年度	111,052	13,852	2,631	5,758
	平成15年度	116,396	15,482	2,938	5,654
	平成16年度	118,548	14,999	2,475	6,620
愛知学院大学歯学部	平成14年度	176,061	6,379	9,814	0
	平成15年度	183,109	7,319	9,560	0
	平成16年度	183,111	8,471	8,914	0

		歯科外来数	医科外来数	口腔外科入院数	医科入院数
大阪歯科大学	平成14年度	214,372	26,040	8,231	1,500
	平成15年度	213,796	25,155	8,401	1,522
	平成16年度	212,531	24,716	7,309	1,353
福岡歯科大学	平成14年度	101,362	12,572	7,355	4,779
	平成15年度	100,897	13,656	5,829	5,151
	平成16年度	111,911	16,133	5,827	6,219
北海道大学歯学部	平成14年度	152,054	0	11,519	0
	平成15年度	152,391	505,768	11,337	296,284
	平成16年度	154,150	519,216	11,054	304,348
東北大学歯学部	平成14年度	128,845	0	10,652	0
	平成15年度	129,737	0	10,947	0
	平成16年度	136,102	0	10,452	0
新潟大学歯学部	平成14年度	138,897	368,765	12,693	242,345
	平成15年度	144,632	357,262	11,210	234,526
	平成16年度	144,369	357,869	11,529	234,167
東京医科歯科大学歯学部	平成14年度	406,513	0	17,457	0
	平成15年度	417,001	0	18,953	0
	平成16年度	421,310	0	18,723	0
大阪大学歯学部	平成14年度	192,222	0	13,318	0
	平成15年度	195,609	0	13,796	0
	平成16年度	193,036	0	12,862	0
岡山大学歯学部	平成14年度	134,933	331,792	10,527	273,166
	平成15年度	134,860	345,858	10,724	269,455
	平成16年度	135,511	362,460	8,140	262,524
広島大学歯学部	平成14年度	124,317	341,033	8,861	223,391
	平成15年度	122,389	462,416	7,798	239,301
	平成16年度	120,826	350,370	9,341	229,949
徳島大学歯学部	平成14年度	113,481	225,488	10,164	205,244
	平成15年度	113,302	248,083	11,635	205,931
	平成16年度	111,674	256,639	9,753	201,695
九州大学歯学部	平成14年度	134,080	0	11,417	0
	平成15年度	135,154	0	11,618	0
	平成16年度	135,330	0	11,719	0
九州歯科大学	平成14年度	127,700	3,292	10,442	0
	平成15年度	127,452	4,709	12,976	0
	平成16年度	119,695	5,143	10,325	0
長崎大学歯学部	平成14年度	110,346	0	9,149	0
	平成15年度	107,143	0	8,573	0
	平成16年度	105,445	0	9,005	0
鹿児島大学歯学部	平成14年度	101,890	215,311	11,797	205,692
	平成15年度	106,746	212,296	11,422	202,799
	平成16年度	112,950	211,108	11,763	202,173

表Ⅰ-19　病院事務・医療職員数（国公立大学歯学部）

	事務職員	各科受付事務員	薬剤師	看護師	准看護師	看護補助	管理栄養士	診療放射線技師	臨床検査技師	視能訓練士	言語聴覚士	歯科衛生士	歯科技工士	その他	その他	その他
北海道大学歯学部	135（19）	（13）	22（23）	499（195）	2	8	7	35（9）	47（10）	1	0	3	7	0	0	0
東北大学歯学部	46	0	4	48	1	3	1	3	4	0	1	12	6	1	2	0
新潟大学歯学部	95（44）	0	38	479（17）	14	9	5	29（3）	44（13）	（1）	2（2）	6（4）	6	理学療法士 6	作業療法士 3	助産師 24
東京医科歯科大学歯学部	28（11）	0	5（2）	57	1	（14）	1	4（2）	4（1）	0	1	22（11）	14（1）	0	0	0
大阪大学歯学部	33（5）	0	3	43	0	1（4）	1	3	3	0	1	1（3）	9	調理士 1	0	0
岡山大学歯学部	163	0	43	622	1	12	0	38	57	0	0	9	6	心理療法士 1	臨床工学技士 5	理学作業療法士 11
広島大学歯学部	145	0	40	533	5	43	5	28	49	4	3	6	16	診療情報管理士 1	社会福祉士 2	臨床工学技士 8
徳島大学歯学部	94	外注職員	28	400（19）	6（1）	20（12）	7	29	43	2	1	12	6	理学療法士 5	作業療法士 3	衛生検査技師 1
九州大学歯学部	156（52）	（5）	3	47	0	（1）	0	4	1	（1）	1	5	5	0	0	0
九州歯科大学	6	0	2	27	2	2	0	2	2（1）	0	0	8	2	栄養士 1	調理員（8）	0
長崎大学歯学部	10	0	2	29（3）	0	1	1	3	0	0	0	6（1）	6	調理士 3（2）	0	0
鹿児島大学歯学部	110	0	3	34	0	2	1	3	3	0	0	11	5	0	0	0

（　）は専任以外

表Ⅰ-20　病院事務・医療職員数（私立歯科大学・歯学部）

	事務職員	各科受付事務員	薬剤師	看護師	准看護師	看護補助	管理栄養士	診療放射線技師	臨床検査技師	視能訓練士	言語聴覚士	歯科衛生士	歯科技工士	その他	その他	その他
北海道医療大学歯学部	5 (2)	(10)	4 (1)	20 (7)	2	1	1	3	1 (3)	(1)	1 (6)	12 (3)	4 (1)	医療ソーシャルワーカー 1	臨床心理士 1 (4)	診療助手 (2)
岩手医科大学歯学部	6	20	2 (45)	8 (752)	1 (25)	(54)	(15)	3 (47)	(71)	(4)	(2)	37	10	0	0	0
奥羽大学歯学部	14	0	2	15	2	1	0	2	2	0	0	26	3	栄養士 1	0	0
日本大学松戸歯学部	17 (2)	3 (12)	2	17 (1)	(1)	5 (26)	1	5	3	0	0	29	7	0	0	0
明海大学歯学部	4 (2)	3 (12)	3	12 (5)	6 (1)	2 (3)	0 (委託)	3	4	0	0	8 (12)	2	歯科助手 3(2)	滅菌 1 (12)	臨床実習担当 1 (1)
東京歯科大学	72 (39)	12 (29)	22 (5)	418 (33)	19 (7)	27 (24)	3	27	19 (2)	4 (1)	(1)	69 (4)	16	炊事員 2 (7) 臨床工学士 5	栄養士 4 理学療法士 5	調理士 1
日本歯科大学歯学部	16	0	4	21	1	3	1	3	3	0	1	47	16	0	0	0
日本大学歯学部	17 (7)	5 (10)	3	13	3	1	0	4	4	0	0	22 (6)	12	栄養士 1	調理師 (1)	厨房職員 (1)
昭和大学歯学部	26	(2)	3	25	2	3 (4)	1	5	2	0	2	42	17	0	0	0
神奈川歯科大学	15 (1)	7 (1)	2	21	2	0	0	4	3	0	0	32 (2)	8	0	0	0
鶴見大学歯学部	15	7 (2)	4	18	2	0	0	3	2	0	0	40	10	0	0	0
日本歯科大学新潟歯学部	8	0	3	20	0	1	1	5	1	0	0	32	9	0	0	0
松本歯科大学	13	0	3	18	0	0	1	3	3	0	0	34	7	0	0	0
朝日大学歯学部	9 (6)	3 (10)	2	13 (5)	2 (2)	2 (1)	0	3	2 (2)	0	0	18 (10)	5	栄養士 1	0	0
愛知学院大学歯学部	16 (3)	(33)	3	35	2	4	1	5	2	0	3 (2)	40	11	0	0	0
大阪歯科大学	25	(46)	4	26 (1)	1	2	1	3	4 (1)	1 (3)	0	38 (1)	20	臨床心理士 (1)	聴覚平衡覚機能検査技師 (1)	0
福岡歯科大学	10	(3)	3	25	0	0	1	4	3	0	0	33	4	0	0	0

（　）は専任以外

表Ⅰ-21　病床数

	口腔外科	耳鼻科	眼科	医科・歯科共用	医科・その他
北海道医療大学歯学部				24	
岩手医科大学歯学部	32	47	45		927
奥羽大学歯学部	43				
日本大学松戸歯学部				33	
明海大学歯学部				60	
東京歯科大学	83	22	25		500
日本歯科大学歯学部				42	
日本大学歯学部	歯科　24				
昭和大学歯学部	30				
神奈川歯科大学	27				2
鶴見大学歯学部	32				
日本歯科大学新潟歯学部	50	8			42
松本歯科大学	31				
朝日大学歯学部	72				
愛知学院大学歯学部	44				
大阪歯科大学				37	
福岡歯科大学	50				
北海道大学歯学部	33				
東北大学歯学部	40				
新潟大学歯学部	40	39	43		688
東京医科歯科大学歯学部	60		0		
大阪大学歯学部				40	
岡山大学歯学部	36	36	31		788
広島大学歯学部	歯科　40				700
徳島大学歯学部	40	28	28		614
九州大学歯学部	38				
九州歯科大学	60				
長崎大学歯学部	40				
鹿児島大学歯学部	40	34	39		612

表Ⅰ-22　医療事故対策とリスクマネジメント

医療安全管理のための指針（ガイドライン）		
整備されている［17］(12)	整備されていない［0］(0)	予定している［0］(0)
医療安全管理委員会の設置		
設置されている［17］(12)	設置されていない［0］(0)	予定している［0］(0)
リスクマネージャーなどの専門員		
任命している［14］(12)	任命していない［0］(0)	予定している［3］(0)
インシデント・アクシデントの報告		
制度としてある［17］(12)	制度としてない［0］(0)	予定している［0］(0)
医療安全管理に関する研修会		
定期的に行っている［12］(11)	不定期に行っている［5］(1)	行っていない［0］(0)

［　］は私立歯科大学・歯学部　　（　）は国公立大学歯学部

5

大学歯学部・歯科大学および大学院の自己点検・評価

1）学部の自己点検・評価の現状と問題

城　茂治

(1) はじめに

1991年の大学設置基準の大綱化に伴い，「大学の設置基準」が大幅に改善され，各大学は教育・研究活動を比較的自由に展開できるようになった．しかし一方では，これまでの「設置基準」で確保されていた大学での教育・研究の質を維持するために，自己点検・評価を努力義務として課された．1998年に「21世紀の大学像と今後の改革方策について―競争的環境の中で個性が輝く大学―」が提唱されると，教育研究水準の確保のため多元的な評価システムの確立が不可欠であるとされ，自己点検・評価の実施および公表義務化，外部評価の努力義務化，さらには大学評価のための第三者機関の設置が提言された．これを受け，1999年には大学設置基準の改正により評価に関する規定が提言され，さらに大学評価機関の創設準備委員会が発足し，2000年には「大学評価・学位授与機構」が発足した．この機構の事業は，①テーマ別全学評価，②分野別教育評価，③分野別研究評価を行うとともに，各大学から毎年度の教育研究活動の状況などの総括を求め，その調査・分析を行い，その評価基準や評価方法について検討を加えることである．このような経緯のもと，医学部では自己点検・評価や外部評価に関するガイドラインを作成することが国立大学医学部長会議で決定し，2000年10月に「医学部評価のためのガイドライン」が提案された．文部科学省による設置認可の弾力化がさらに進む一方で，学校教育法の改正により，2004年度から，すべての大学は，国から認証された評価機関の評価を受けることが義務化されることになった．

じょう　しげはる
岩手医科大学歯学部歯科麻酔学講座
キーワード：自己点検，自己評価，評価結果の公表

今回，歯学部の自己点検・自己評価の現状と問題について記述するにあたり，各大学にアンケート調査を行ったので，その結果を踏まえ概要を記述したい．しかし，多くの歯科大学・歯学部では，自己点検・自己評価の本格導入は，最近になって取り入れられつつある状況で，今回のアンケート調査でどれだけ現状を把握できるかは不明な点が多い．

(2) アンケート結果

①歯科医学教育における自己点検・自己評価の現状

全国の歯科大学・歯学部29校において，自己点検・自己評価をすでに実施している大学は28校で，ほとんどの大学においては実施されていた．実施していないと回答した1校については，2006年度には実施予定との回答であった．文部科学省によると，2000年から2005年までに国立大学では約90%，公立大学では約75%，私立大学では約80%が自己点検・評価を実施しており，ここ数年で実施率は急速に増加する傾向にあり，歯科大学・歯学部においても同様の傾向がみられる．また，自己点検・評価を実施している大学・学部では自己評価委員会を特別に組織し，その業務に当たっていた．

自己点検・評価実施の間隔は，毎年実施している大学が最も多く，7校であった．あとは2年ごと，3年ごと，6年以上ごとがそれぞれ4校と続いた．一方では，不定期と回答した歯科大学・歯学部が7校あり，対応にばらつきがみられた．

評価の対象（内容）は，大学により多少の差がみられるが，教育に関しては，おおむね2000年に国立大学医学部長会議・医学部の評価に関する小委員会から提案された，「医学部評価のためのガイドライン」ないし大学基準協会の主要点検・評価項目に則った項目が多かったと思われる．すなわち，歯科大学・学部の教育の理念・

目的，教育研究組織，教育内容・方法など，学生の受け入れ，教員組織，研究活動と研究環境から学生生活，管理運営，財務まで幅広い項目が自己点検・評価の対象となっていた．教育評価の視点では，歯学教育評価の具体的な項目としては，教育目的および目標，アドミッション・ポリシー（学生受け入れ），教育内容面での取り組み，教育の方法および成績評価面での取り組み，教育の達成状況，学生に対する支援，教育の質の向上・改善のためのシステムなどであった．教育の質の向上・改善については学生からの授業評価なども含まれていた．1校では，学年ごとに評価内容を設定し，何年かで全体的な評価ができるようなシステムを導入していた．

第三者による評価については，自己点検・評価を実施した28校中22校が，なんらかの外部評価者による評価を受けていた（全歯科大学・歯学部の79%）．外部評価は大学基準協会による評価が11校と最も多く，他の11校は，大学独自の第三者評価機構を設け，評価を受けていた．文部科学省の調査では，2005年までに国公私立大学全体の約43%が全学的な第三者評価を実施しているとの報告があり，歯科大学・歯学部では，他の学部に比べて高い比率で外部評価を受けていたことになる．

全学的な自己点検・評価を実施した評価の公表については，自己点検・評価を実施した28校中26校が公表しており（93%），他学部の大学と同レベル（99%）となっている．公表の手段は，報告書を冊子として刊行して，公表している大学が22校で，うち5校は大学のホームページ上でも公表している．また，1校は学内の全学教員・職員を対象に内部評価講評も実施していた．一方，1校は学内の教職員にのみ報告していた．刊行物はなく，評価結果をホームページ上でのみ公開している大学が，2校あった．

②歯科医学教育における自己点検・自己評価の問題点

自己点検・自己評価の問題点として，アンケートでは次のような意見が寄せられた．「報告書の作成に手間取り，本来の自己点検による改革作業が疎かになる」「点検・評価結果による改善に向けての具体的な対策を企画する主体が明確でない」「点検・評価結果のフィードバックがなく，自己満足に終わりかねない」「評価指標と評価基準をより明確にする必要がある」「自己点検では，評価が甘くなりやすい」「学生アンケート（授業評価）の利用法が明確でない」「大学独自の評価では，改善策が乏しく，活動自体が形骸化の傾向にある」「報告書作成に費やすエネルギーと時間が膨大であり，それだけの効果があるか否か疑問である」「従来の自己点検・評価に加え国立大学法人評価，認証評価と時間的な余裕がなく，評価項目も重複している」「国立大学法人の中期計画期間に合わせて実施を検討中である」「学部全体としての評価分析システムを構築する必要がある」「自己点検・評価結果より改善目標を提示するが，改善を容易にするため目標を低く設定する傾向にある」「報告書の内容が膨大なため，評価結果を全学的に認識し，改善するのが困難である」「教員の研究・教育業績以外の自己点検・評価は困難である」「点検・評価・改善に向けた方策を分担する組織作り，人員確保が困難である」「教育，社会貢献などを評価するための客観的指標が十分でない」

以上の意見を集約すると，①評価項目の吟味が不十分である，②評価基準が明確でない，③評価結果のフィードバックが不十分である，④改善への対策が不十分である，⑤公表までに膨大な時間と労力が必要である（人員的，経済的負担が大きい），⑥評価結果の活用が不十分，などが挙げられる．これらの問題については，大学独自のものもあるが，一般に自己点検・評価のシステムが未熟なことによると思われる．その点，大学基準協会の評価指針が比較的熟成されており，参考になると思われる．

(3) 学部における自己点検・評価

①自己点検・評価の目的

自己点検・評価の目的は，大学・学部みずからがその活動を点検し，評価した結果を基に改革を促進することにある．すなわち，「競争的環境の中で個性が輝く大学」であり続けるために，大学のさまざまな活動についてみずから点検し，多面的な評価を受け，その結果を公表し，みずから改善して，その大学・学部のあり方について国民に理解を得られるよう改革を進めることである．決して，大学のランク付けのために行うものでないことを認識すべきである．

②自己点検・評価の項目（大学基準協会の各分科会による点検・評価項目，大学基礎データ項目より抜粋）

大学は，有能な人材を育成し，新たな知識と技術の創造と活用，学術文化の継承と発展などを通して，学問の進歩と社会の発展に貢献するという使命を担っている．この使命を達成し，大学が掲げる理念・目的を達成するために，その水準を維持する必要があり，多くの項目について検証し，その充実向上に努めなければならない．

ⅰ．大学・学部などの理念・目的および教育目標

理念・目的などの検証，健全性・モラルなどが評価される．

大学は，みずから掲げる理念・目的を具現化するために，教育研究活動に必要な組織・制度とその諸条件を整備し，その機能を十分に発揮するよう努めなければならない．

ⅱ．教育研究組織の評価

教育研究組織としての適切性，妥当性（教育研究組織），教育研究組織の妥当性を検証する仕組みの導入状況（教育研究組織の検証）などが評価される．

必要で十分な教育研究上の組織を設置し，これを適切に管理・運営する必要がある．そのため，適切な学部・研究科などの教育研究組織の設置，教職員数の確保，施設・設備の配備などに十分な措置を講じなければならない．

ⅲ．学士課程の教育内容・方法など

大学・学部は，理念・目的を達成するために，適切な教育課程を体系的に編成し，それを基に適切な方法で教育を行うことが肝要である．

a. 教育課程等：学部・学科等の教育課程，カリキュラムにおける高・大の接続（円滑な後期中等教育から高等教育への移行のための導入教育の実施状況），カリキュラムと国家試験（受験率・合格者数・合格率など），カリキュラムにおける臨床実習の位置づけ，インターンシップ・ボランティアの制度導入，履修科目の区分，授業形態と単位の関係，単位互換・単位認定，開設授業科目における専・兼任教員比率，社会人学生・外国人留学生などへの教育上の配慮，生涯学習への対応，正課外教育などが評価される．

教育課程の編成にあたっては，国際化や情報化の進展などに留意しつつ，各課程の目標を達成するための授業科目を適切に配置し，さらに各授業科目を体系的かつ効果的に編成するよう配慮する必要がある．

b. 教育方法：教育効果の測定（方法の妥当性，教員間の合意の確立状況，機能的有効性を検証する仕組みの導入状況，卒業生の進路状況など），厳格な成績評価の仕組み（評価法・評価基準の適切性など），履修指導，教育改善への組織的な取り組み（学生による授業評価の活用状況，FD 活動に対する組織的取り組み状況の適切性など），授業形態と授業方法の関係（マルチメディアの活用状況など）などが評価される．

教育効果を十分に発揮するために，教育方法の改善に多面的な努力を払う必要がある．教員の授業法の改善と啓発のために FD を実施し，教員の資質向上を図ることも重要である．

c. 国内外における教育研究の交流：国際化への対応と国際交流の推進に関する基本方針の適切性などが評価される．

ⅳ．学生の受け入れ

学生募集方法，入学者選抜方法，入学者受け入れ方針など，入学選抜の仕組み，入学者選抜方法の検証，アドミッションズ・オフィス入試，「飛び級入学」，夜間学部などへの社会人の受け入れ，科目等履修生・聴講生など，外国人留学生の受け入れ，定員管理，編入学者，退学者などについて評価される．

ⅴ．教員組織

教員組織（当該学部の教員組織の適切性，専任教員の配置状況，専任・兼任の比率の適切性など），教員研究支援職員（ティーチング・アシスタント），教員の募集・任免・昇格に対する基準・手続き，教育研究活動の評価などが評価される．

教育研究上必要な規模の教員組織を設けるとともに，十分な教員を配置し，教育と研究の成果を十分に修めることに配慮する必要がある．また，男女共同参画社会の実現にも配慮する必要がある．

ⅵ．研究活動と研究環境

a. 研究活動：研究活動（論文等研究成果の発表状況，国内外の学会での活動状況，研究助成を得て行われる研究プログラムの展開状況など），研究における国際連携（国際的な共同研究への参画，海外研究拠点の設置など）などが評価される．

b. 研究環境：経常的な研究条件の整備，競争的な研究環境創出のための措置，研究上の成果の公表・発信・受信など，倫理面からの研究条件の整備などについて評価される．

大学教員は，学術研究の進展に寄与する任務を負うため，大学は経済的，時間的な配慮を行う必要がある．

ⅶ．施設・設備など

施設・設備などの整備，キャンパス・アメニティなど，利用上の配慮などについて評価される．

教育研究組織の規模に応じた，十分な広さの校地・校舎を配備し，これらの有効活用を図るとともに，適宜更新・充実，および使用者の安全にも配慮する必要がある．

ⅷ．図書館および図書・電子媒体

図書，図書館の整備，学術情報へのアクセスなどについて評価される．

質・量ともに十分な水準の学術情報資料を系統的に集積し，その有効的な利用を促進する措置を講じなければならない．また，社会への学術研究の情報提供の発信地としての役割を担うことが望ましい．

ⅸ．社会貢献

社会への貢献，企業などとの連携について評価される．

社会との交流を促進するシステムを構築し，情報発信や教育研究上の成果を，社会に積極的に還元する必要がある．

ⅹ．学生生活

学生への経済的支援（奨学金，各種奨学金の斡旋），生活相談（健康保持・増進および安全・衛生への配慮，ハラスメント防止など），就職指導，課外活動などについて評価される．

大学生活を通して豊かな人間性を涵養し，学生の資質・能力を十分に発揮させるために，適切な環境を整え，学生の個性に応じた生活上の指導・助言を行う必要がある．

xi．管理運営

教授会（権限・役割・活動，学部長との連携，全学的審議機関との連携など），学長・学部長の権限と選任手続き（適切性，妥当性，全学的審議機関との連携など），評議会などの全学的審議機関，教学組織と学校法人理事会との関係，管理運営への学外有識者の関与などについて評価される．

大学の機能を円滑かつ十分に発揮し，理念・目的を実現するために，明文化された規定に従った管理運営を適切，公正に行う必要がある．

xii．財務

教育研究と財政（財政基盤の充実度，中・長期的な財政計画と将来計画など），外部資金など，予算編成，予算の配分と執行，財務監査，私立大学財政の財務比率などについて評価される．

大学財政は，授業料収入への過度の依存を避け，授業料以外の財源の確保を図ることが教育研究水準を上げるのに不可欠である．

xiii．事務組織

事務組織と教学組織との関係，事務組織の役割，事務組織の機能強化のための取り組み，事務組織と学校法人理事会との関係などについて評価される．

教育研究を円滑に行うためには，適切な事務組織を構築しなければならない．

xiv．自己点検・評価

自己点検・評価（恒常的に行うためのシステム，第三者による評価），自己点検・評価と改善・改革システムの連結，自己点検・評価に対する学外者による検証，大学に対する社会的評価など，大学に対する指摘事項および勧告などに対する対応について評価される．

大学の理念・目的を達成するために，諸活動に対して不断の点検・評価は欠かせない．また，評価結果は，大学の改善・向上に資するものでなければならない．そのために改善・向上に向けたシステムを整備し，運用する必要がある．自己点検・評価をより効果的に行うために第三者による定期的な評価を受ける必要がある．

xv．情報公開・説明責任

財政公開，自己点検・評価について評価される．

大学は関係法規を遵守するとともに，組織・運営と諸活動の状況について積極的に情報公開し，社会に対する説明責任を果たす必要がある．

(4) おわりに

歯科大学・歯学部は国民から信頼される優れた歯科医師を育成する責務がある．そのためには自己点検・評価を繰り返し，絶えず改革･向上する必要がある．さらに，その結果を公表して歯科大学・歯学部がどのような理念をもち，目標をもって教育しているかという大学のあり方を国民に広く知らしめる必要があり，今後も自己点検･評価はますます必要不可欠となるであろう．一方，各歯科大学・歯学部には，創立以来掲げる独自の理念と教育目標がある．すでに述べたとおり，自己点検・評価は，大学のさまざまな活動をみずから点検し，評価して，その結果を生かして大学の教育目標達成のために必要な改善・改革を行うための一方法である．「医学部評価のためのガイドライン」にもあるとおり，「競争的環境の中で個性が輝く」大学となるために行うものであり，決して平均化された大学を目指すものでないことを肝に銘じる必要がある．

5

大学歯学部・歯科大学および大学院の自己点検・評価

2）大学院の自己点検・評価の現状と問題

松尾　龍二

大学院の自己点検・評価は，大学院での活動状況を把握し，より活性化するために必要な事項である．2003年から2005年にかけて自己点検・評価を実施している歯学部，歯科大学は，全国29校中26校であり，3校は実施していない．実施していない2校については，現在準備中である．なお実施している大学では，すべて点検・評価のための委員会を設けている．

自己点検・評価の実施間隔を**図Ⅰ-9**に示した．毎年実施している大学が最も多い．その理由として，国立大学法人化に伴い年度計画として実施しているためと回答した大学が2校あった．これらの大学では年度計画の都合上，今後は5年程度の間隔で実施するとしている．また不定期に実施している大学でも，年度計画に盛り込んで実施する予定と回答した大学が2校あった．

現在行っている自己点検・評価の項目は，26校中22校が大学基準協会の定めた「修士・博士課程基準（平成16年3月5日改定）」の点検・評価項目に準じたものとなっている．すなわち**表Ⅰ-23**に示す項目である．なお大学基準協会の定めた点検・評価項目に準じて行っていない4校については，独自に大学で評価項目を設定し，実施年度に重点的に点検・評価を行っている．その評価項目は，大筋で大学基準協会の定めた基準の範疇に入る項目である．

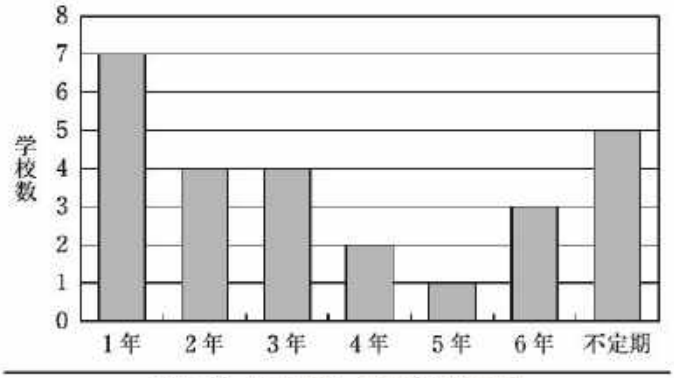
26校が行っている具体的な実施項目を**表Ⅰ-24**に示した．半数以上の大学が実施している項目は，研究活動，教育活動，管理運営，教員組織である．研究活動として具体的に，研究業績と共同研究を対象にしている．教育活動では，教授方法の工夫が挙げられている．管理運営と教員組織は密接な関係があり，研究活動の遂行能力と安全管理などの研究環境の整備を含んでいる．それ以下の項目ではおのおの，社会貢献では市民向けの公開講座が，財務状況では外部資金の獲得状況が，学生支援では奨学制度，生活相談，課外活動が，自己評価体制では学生によるアンケート調査と教員による自己評価が，学生の受入れでは入試制度の改善と学生の定員充足状況が含まれている．**表Ⅰ-23**に掲げた項目にないものとして，7校で診療活動が挙げられている．

自己点検・評価を実施する場合に，外部からの評価を受けている大学は，26校中20校であった．評価の方法はまちまちであり，主に大学間での相互評価や選定した外部委員（大学関係者であるが，1校では産業界の委員も含む）による評価であった．

自己点検・評価の結果を公表している大学は，26校中24校であった．このうち冊子体を作成している大学は，22校である．またインターネットのホームページに掲載している大学は，7校である．なお3校では自己点検・評価の結果を学内の教職員に周知するにとどめている．

上記の自己点検・評価の実施と公表に関する問題点を指摘した大学は，13校であった．問題点は，実施上の問題点と改善策の問題点に大別される（**表Ⅰ-25**）．実施上の問題として，以下の点が挙げられる．1）実施間隔の設定．旧国立大学では法人化に伴い，年度計画として大学全体で実施する場合があり，大学院単位で行う調査と重複する可能性がある．また年度計画で重点的に調

まつお　りゅうじ
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 口腔・顎・顔面機能再生制御学講座 口腔生理学分野
キーワード：大学院，自己点検・評価，大学基準協会



図Ⅰ-9　自己点検・評価の実施間隔
大学院の自己点検・評価を実施している26校の実施間隔

表Ⅰ-23　大学基準協会が定める点検・評価項目

1. 修士・博士課程の使命および目的，教育目標
   (1) 修士・博士課程の使命および目的
   (2) 修士・博士課程の教育目標
2. 教育研究組織
3. 教育内容・方法等
   (1) 教育課程等
   (2) 教育方法等
   (3) 学位授与・課程修了の認定
4. 学生の受入れ
   (1) 学生の受入れ方法
   (2) 学生の受入れ時期
   (3) 定員並びに在籍学生数の適正化
5. 学生生活
6. 教員の教育研究環境
7. 社会貢献
8. 教員組織等
   (1) 教員組織
   (2) 教員の資格と責務
   (3) 教員の任免，昇任等と身分保障
   (4) 教員の教育研究活動の評価
9. 事務組織
10. 施設・設備等
11. 図書館等
12. 管理運営
13. 財務
14. 点検・評価等
   (1) 自己点検・評価
   (2) 第三者評価等
15. 情報公開・説明責任

「修士・博士課程基準（平成16年3月5日改定)」の点検・評価項目

表Ⅰ-24　自己点検・評価の実施項目

1. 研究活動	22大学	10. 学生支援	7大学
2. 教育活動	21大学	11. 自己評価体制	7大学
3. 管理運営	18大学	12. 診療活動	7大学
4. 教員組織	13大学	13. 学生の受入れ	6大学
5. 教育理念・目標	12大学	14. 図書館	5大学
6. 施設整備	12大学	15. 広報活動	2大学
7. 社会貢献	12大学	16. 外部評価体制	2大学
8. 国際交流	11大学	17. 事務組織	2大学
9. 財務状況	8大学		

26大学が実施している項目の多い順に示した．

表 I-25　自己点検・評価の問題点

実施上の問題点	結果の活用と改善策の問題点
1. 実施間隔の設定	1. 報告書の作成が目的になる（自己満足）
2. 実施体制の組織作り	2. 評価結果の分析システムの構築
3. 評価基準の客観性	3. 全教員の認識を得る
4. 時間とエネルギー	4. 改善目標のレベル設定
	5. 改善策の限界（活動自体の形骸化）

26 校中 13 校が指摘した実施上の問題点と改善上の問題点である．

査・改善する項目が年度ごとに異なるので，大学院単位で行う自己点検・評価が不定期にならざるをえないことが指摘されている．2）実施体制の組織作り．点検・評価の項目が多岐にわたり，かつ改善策を検討するには，外部の評価者を含めかなりの人員が必要である．3）評価基準の客観性．委員会などで評価を行う場合，評価者の既成概念にとらわれることなく，客観性のある基準を作成しておく必要がある．その基準が的確でなければ，改善策も不安である．4）時間とエネルギー．特に報告書の作成には膨大な時間とエネルギーを費やしている．近年の定員削減の影響で，マンパワーが不足しているためかなりの負担である．

点検・評価結果の活用と改善策における問題点は以下のとおりである．1）報告書の作成が目的になる．報告書の作成には多大な労力を注いでいるので，報告書を作成した段階で自己満足に陥り，本来の目的である改善作業がおろそかになっている．2）評価結果の分析システムの構築．評価結果は個々の教員が把握できるものの，大学院全体として分析し改善していくシステムが構築されていない．3）全教員の認識を得る．点検・評価が委員会などの特定の教員によってなされるため，各教員の認識度に差がある．特に報告書が膨大な資料になることから，各教員がどの項目にどの程度取り組んで改善を行うかは，まちまちである．4）改善目標のレベル設定．改善を行うのは各教員の努力に頼らざるをえない．教員は呈示された改善目標を容易に達成するために，改善レベルを低位に設定する傾向がある．5）改善策の限界．改善目標が高度になるほど，財的，人的，施設的な要求が高くなり，実現性が乏しくなる．このため改善策には限界がある．自己点検・評価の活動自体が形骸化する可能性がある．

自己点検・評価は約 9 割（26/29 校）の大学が実施している．しかし半数の大学（13/26 校）では，実施することが目的化し，問題点が指摘されても実効ある改善策を講じていない感がある．**表 I-25** の問題点の背景には，教員の認識不足やマンパワー不足がある．今後，より省力的で客観性のある自己点検・評価を実施し，教員への啓蒙活動と社会への情報公開を進めていく必要がある．

第Ⅱ章

歯科医学教育の現状と課題

1

卒前歯科医学教育カリキュラムの現状と改革の方向

川本　達雄

1）はじめに

歯科医学教育は，1991年の大学設置基準の大綱化により，従来の積み重ね型の教育システムから6年一貫教育システムに変わってきた．このことにより，歯科医学教育システムに従来からあった教養部，あるいは進学課程の見直しが迫られた．しかし，これは歯科医学教育システムから一般教育（教養教育）を外そうという意味ではなく，一般教育と専門教育とを有機的に結びつけて，効率的な歯科医学教育を行おうとするものであった．現在の医歯学系学生にとって，履修しなければならない知識量は増加しているが，従来の教育システムでは各教科間で教育する内容が重複していたり，時間的な無駄があった．6年一貫教育は，これらを効率的に改善しようとしたものである．

各大学歯学部・歯科大学（以下，大学と略す）は，この改革案を受けて，カリキュラムにおける一般教育科目の配置を考えたり，物理学，化学，生物学などの教科をそれらの教科単独ではなく，専門教育へ取り込んで，統合的に学習させる（統合教育）などの試みを行ってきた．

一方，新入生の多様化も大学としては考慮しなければならない問題となった．すなわち，「生物学を勉強していない歯学系学生」で代表される，基礎学力が低下した学生に対処しなければならなくなったのである．これは，入試における受験科目減が1つの原因ではあるが，上記のような学生に対しては，高校レベルの補習授業を行っている大学が多い．

専門教育についても，さまざまな改革が進んでいる．過去には，専門教育は3学年から行っていたが，現在では1学年あるいは2学年から専門教育を開始している大学がほとんどである．したがって，1学年では専門教育と一般教育とが同時に進行するという形になる．このシステムは，新入生を混乱に陥れることになるかもしれないが，一方では専門教育の一端を新入生に対して初期に勉強させることで，一般教育と専門教育とを早い時期から総合的に理解させるという効果も考えられる．

これと関連して，新入生に勉学の目的を明確にさせるために，早期に歯科医学の現場や介護施設などの見学をさせるEarly Exposureを実施する大学が増えている．大学によってその取り組み方は異なるが，自大学の附属病院見学，近隣の介護施設での見学および補助作業，あるいは近隣の歯科医院での医院管理をも含めた見学などさまざまな工夫がなされている．

教育手法においては，過去の「記憶」を中心とした知識教育から「問題解決型」の教育に変わってきている．医療は，もともと問題解決型の領域だから当然この手法が有効になるが，少人数の学生を対象にしたテュートリアルを取り入れている大学が増えている．現時点では，テュータとなる教員の数・質の問題，場所，経費など解決しなければならない要素はあるが，今後はさらに大きく取り入れられていくものと考えられる．

臨床教育の部分でも改革が進められている．臨床実習直前の段階で，全国的に学生の能力を問う試験（共用試験歯学系CBT（Computer Based Testing）・OSCE（Objective Structured Clinical Examination））が導入されたり，これに関連した歯学教育モデル・コア・カリキュラムが導入されることにより，教育システムもこれらの環境に合わせたものが各大学で行われている．また，CBT・OSCEの導入により歯科医学生の臨床実習形態も見学型から一部参加型に変わっていくものと考えられる．しかし，卒前歯科医学教育における臨床実習はカリキュラム上の時間的な制約などのために，大きな変革は望めず，卒業後の臨床研修にゆだねる部分が多少あると思われる．

ここでは，各大学のシラバスと，アンケート調査を中

かわもと　たつお
大阪歯科大学歯科矯正学講座
キーワード：卒前歯科医学教育，一般教育，専門教育，モデル・コア・カリキュラム，Early Exposure

心に卒前歯科医学教育カリキュラムの現状と改革の方向を眺める．現在は，カリキュラム変革の時期であるため，大学によっては大きくカリキュラムを変更しているところがある．そのため，本白書の内容は変革直前のデータによるものであることを付記しておく．

2）カリキュラム全般

各大学が実施している講義，実習などのカリキュラムの基本となる時間割の構成は，月曜日から金曜日までの5日制であり，おおむね1日に4ないし5コマの構成となっている．また，29大学中21大学が単位制をとっており，この単位を基に講義・実習が構成されているが，講義・実習を時間でカウントしている大学も6大学認められた（**図Ⅱ-1**）．

講義・実習の基本となる1コマの時間は，90分のところが16大学と多いが，その他には50分が1大学，60分，80分が各2大学，85分が1大学，100分が2大学であった（**図Ⅱ-2**）．1日のコマ数は，4コマ（15大学）あるいは5コマ（5大学）がほとんどであるが，5コマ目は予備として空けてあるものが多い．その他に，6コマ（3大学），7コマ（1大学）があった（**図Ⅱ-3**）．そして，1単位を構成するコマ数は，ほとんどが14～16コマ（20大学）であった．なかには，30コマ（1大学），あるいは7～10コマ（1大学）があった．

一般教育と専門教育の取り組みは，大学によってやや異なっているが，これについては以下の「一般教育と専門教育との関係」の項で記述する．専門教育は後述するモデル・コア・カリキュラムの導入，CBT・OSCEの実施により各大学ではこれらに対応する変更が加えられつつある．これについても，以下の「モデル・コア・カリキュラム」の項で触れる．

Early Exposureは，現在ほとんどの大学で行われているが，これについても以下の「Early Exposureの実施」の項で記述する．

臨床実習は，これまで行ってきた座学を実践に結びつけるものだが，現在はCBT・OSCEの導入によって大きく変わろうとしている．すなわち，従来の見学型の実習から参加型の実習への変化である．しかし，ここにまとめたのは，この大きな変化の直前の状態である．将来はかなり大幅な変革が行われると考えられる．

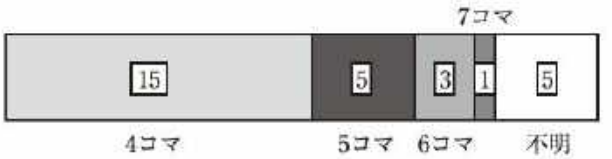
臨床実習の開始時期は，歯科医師国家試験実施時期の早期化に応じて少し早くなる傾向がある．しかし，調査の段階では，回答のあった大学のうち5学年の後期からの開始が多かった（19大学）．5学年の前期から臨床実習に入る大学（3大学），5学年の中期から臨床実習をスタートする大学（4大学）もあった（**図Ⅱ-4**）．臨床実習の内容については，各大学はほぼ共通している．すなわち，附属病院における見学型の実習形態である．具体的には，学生は小グループに分かれて各診療科の見学あるいは診療の補助を行う．この際，学生には見学あるいは補助をした症例に応じたポイントが与えられ，臨床実習終了までに完了しなければならない最低限のポイント（ミニマムリクワイアメント）以上のポイントを挙げることが課されている．



図Ⅱ-1　単位制と時間制



図Ⅱ-2　1コマの時間数



図Ⅱ-3　1日のコマ数

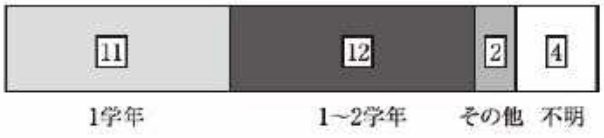


図Ⅱ-4　臨床実習の開始時期

臨床実習時には，同時に臨床講義，臨床カンファレンスなどの座学あるいはテュートリアルによって，臨床面での知識の整理が行われている．6学年時には，総合的な歯科医学に関する知識の整理と国家試験の準備を兼ねた講義を設定している．

3）一般教育と専門教育との関係

6年一貫教育システムが導入されて，カリキュラムにおける一般教育と専門教育の構成が大きく変わった．すなわち，一般教育が独立して進学課程あるいは教養課程という形をとるのではなく，専門教育と共存するという形をとることになったのである．この場合には，一般教育の科目単独で講義を行う場合と，専門教育の科目との



図Ⅱ-5　一般教育の実施時期



図Ⅱ-6　専門教育の開始時期

間で統合講義を行うもの，あるいは選択科目の形で行うものがある．

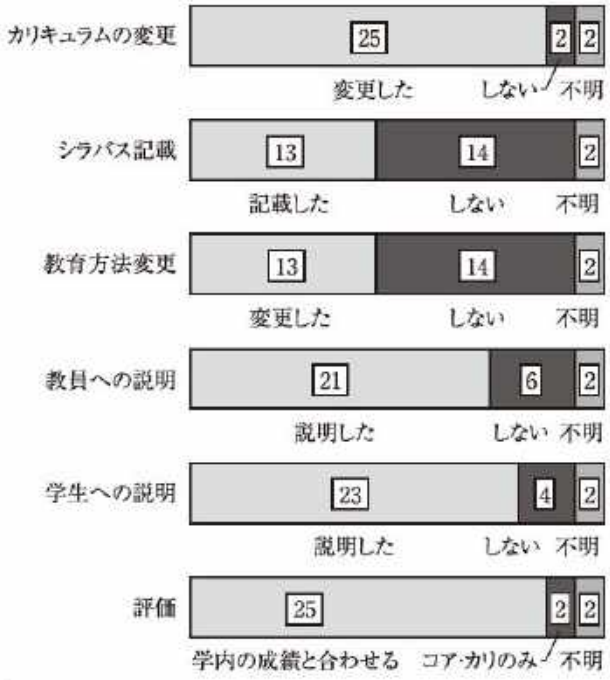
まず，一般教育の取り組み方をみると，一般教育を1学年時にのみに集中して教育しているところは，11大学であった．1～2学年にわたって教育しているところは12大学で，一般教育を2学年時あるいはそれ以後にも行っているところは，2大学であった（**図Ⅱ-5**）．これらのなかには，一般教育を専門教育のなかに取り入れて，統合講義として行っている大学あるいは選択制をとっている大学も含まれている．

一方，専門教育の開始時期は，6年一貫教育が導入されて以来，早くなってきた．1学年から専門教育を開始しているところは5大学，2学年から開始しているところは，21大学であった（**図Ⅱ-6**）．すなわち，全体的に専門教育の開始時期は早くなっていることがわかる．

近年，高等学校の段階で教養科目に相当する物理学，生物学，化学を履修しなかった新入生に対して高等学校レベルの基礎知識を与える補習授業を1学年の段階で準備する大学が多くなっている（13大学）．このような基礎学力の欠如した新入生に対して，大学側は「初学者のための生物学」「基礎物理学」「ベーシック・ケミストリー」などの名目で補習授業をしたり，選択科目として授業している．このような補習授業を行っていないところも6大学あった．

4）モデル・コア・カリキュラム

歯科医学生が，卒業までの段階で達成すべき最低限の学習目標として具体的に提示されたものが，「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」である．この目標を達成するための方法，結果の評価は各大学に任されているが，これに使用される時間は専門教育期間の60%程度とされている．モデル・コア・カリキュラムは，最低限とはいえ学習目標を具体的に提示したものであるから，各大学が独自のカリキュラムを作成する段階で，当然これを

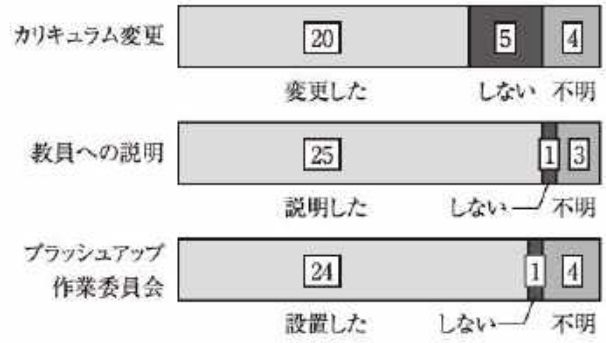


図Ⅱ-7　モデル・コア・カリキュラムへの対応

考慮に入れることになる．

そこで，モデル・コア・カリキュラムの導入で各大学はカリキュラムの変更をしたかどうかを調べると，回答のあったところでは，25大学が変更したが，2大学は変更しなかったという結果であった（**図Ⅱ-7**）．しかし，シラバスにモデル・コア・カリキュラムとの対応を記載しているかどうかについては，記載しているが13大学，記載していないが14大学で，ほぼ半数しかシラバスには記載していないようである（**図Ⅱ-7**）．また，モデル・コア・カリキュラムに沿ったGIO，SBOsを決めているかどうかについては，上記のシラバス記載と同様，13大学：14大学でほぼ半数が対応していた．同様に，モデル・コア・カリキュラムを活用するために教育方法を変更したかどうかについても，上記と同様の結果であった（**図Ⅱ-7**）．これは，調査がCBT・OSCEの本格実施前ということもあって，この段階では各大学がモデル・コア・カリキュラムを自大学に取り入れる準備はしているものの，まだ十分な認識をもつにいたっていないことがうかがえる．しかし，次年度あるいは近い将来にカリキュラムを大幅に変更する予定の大学が多いので，上記のような状況は早晩変更されるものと思われる．

モデル・コア・カリキュラムの導入について教員に対して説明なりの手立てをしたかどうかについては，21大学が実施したが6大学はその手立てをしていないとのことであった（**図Ⅱ-7**）．また，学生にモデル・コア・カリキュラムについて説明したかどうかについては，23



図Ⅱ-8　CBT・OSCE への対応

大学が説明した，4 大学がしていないということで，モデル・コア・カリキュラムは認識しているものの，具体的な対応については，まだ十分になされていないということを示している（**図Ⅱ-7**）．モデル・コア・カリキュラムで教える部分のみの評価を行っているかどうかについては，25 大学は自大学のカリキュラムと合わせて評価する予定としており，2 大学がモデル・コア・カリキュラムの部分のみで成績を評価するとしていた（**図Ⅱ-7**）．

モデル・コア・カリキュラムにおける教育内容は，共用試験歯学系 CBT・OSCE で評価されるところから，各大学では，臨床直前講義などでこれに対応していると考えられる．そこで，カリキュラムでその対応状況をみると，CBT・OSCE に対応してカリキュラムを変更したところは 20 大学で，5 大学は対応していなかった（**図Ⅱ-8**）．このことは，CBT・OSCE のトライアルの段階でも各大学はほとんどカリキュラム上の対応をしていることを示している．そして，教員関連で CBT 運営のために対応したかどうかについては，問題作成についての説明を教員にしたところは 25 大学，プラッシュアップのための委員会なりを設置したところは 24 大学であった（**図Ⅱ-8**）．すなわち，各大学はカリキュラム上も，また教員の面からも CBT・OSCE に対応しているのがわかる．さらに，CBT の評価についてはトライアル期間中には 21 大学が成績評価資料として使用しないと回答したが，本格実施後は逆に 21 大学が成績評価資料として取り扱うと回答した．このことから，CBT・OSCE の本試験実施後はカリキュラムの面でも成績評価の面でも CBT・OSCE に対応する大学が増えるものと考えられる．



図Ⅱ-9　Early Exposure

5）Early Exposureの実施

多様化する新入歯科学生に対して，勉学の目的を早期に明確に認識させるために現場を体験させるということで，Early Exposure を実施する大学が増えている．Early Exposure にもいろいろなタイプがあり，各大学でそれぞれ工夫されている．

まず，なんらかの形で Early Exposure を行っているところは，19 大学と半数以上であったが，5 大学では行っていなかった（**図Ⅱ-9**）．

一口に Early Exposure といっても，さまざまな実施方法が取られている．各大学では，①附属病院（歯科），②医学部附属病院，③近隣の歯科医院，④介護施設，⑤福祉施設，⑥身障者施設などの見学実習が行われていた．見学実習の後は，報告会およびレポート提出などを事後処理として行っているところがほとんどであった．Early Exposure に関しては，今後さまざまな工夫がなされることと思われる．

卒前歯科医学教育は，現在大きく変わろうとしている．1991 年に始まった歯学系大学の 6 年一貫教育も各大学において一巡したところだが，ここに来て歯学教育モデル・コア・カリキュラムの導入，共用試験歯学系 CBT・OSCE の本格実施，国家試験実施時期の早期化，さらには卒後臨床研修の実施など，各大学が教育面で対処しなければならない変化が起こってきた．これらの変化に対して，各大学は大学内における教育システムで対応するわけだが，実は変化というのは上記のものばかりではないのである．これ以外に，現在の世の中の，歯科医学あるいは歯科医師に対する見方の変化，あるいは世界における日本の歯科医学教育のレベルを考えなければならないとする考え方の変化があるのである．

今後は，研究者はもちろんのこと，世間が求める歯科医師，世界で活躍できる歯科医師を養成するべく各大学は努力していかねばならない．

2

卒前基礎歯科医学教育の実施状況に関する調査

金澤　英作

1)はじめに

歯科医学教育における基礎教育科目のカリキュラムは，平成13年3月に発表された歯学教育モデル・コア・カリキュラムの提示以来大きな変革を求められてきた．また，平成18年実施を目標として設定された臨床実習開始前の学生の学習達成度を測る共用試験の導入も，基礎教育科目の再編成を促すものであった．比較的低学年で教えられる基礎科目に求められるものは学生の歯科医師への動機付けを早期に行うEarly Exposure，あるいは医師としてのコミュニケーション能力養成，基礎科目と臨床科目との統合的カリキュラム，テュートリアル教育による問題解決能力の育成(Problem Based Learning, PBL)，情報化時代にふさわしいIT教育の充実などが挙げられる．これらはいずれもこれまでの歯科医学教育のなかにはなかったものであり，その導入方法には各大学の教育理念や伝統によって違いはあるものの，おおむね各大学で導入の方向へ向かっているようである[1]．

2)基礎科目の統合

かつては解剖学，生理学などいわゆる基礎科目は個別の学問領域として他の科目と無関係に独特な教育が行われてきたが，各学問領域の研究が進むにつれ境界がはっきりしなくなってきている．加えて，良き臨床医を育てるという理念のなかでの基礎教育は臨床での問題と基礎教育とのつながりを重視するものである．科目の統合はそのような医学教育の流れのなかで進んできており，たとえば医学教育のなかで早くから行われている臓器別の系統講義はすでに多くの大学で試みられている．歯科医学教育のなかでは臓器別系統講義は難しいといわれているが，基礎科目の統合や（**表Ⅱ-1**），歯科疾患や唾液腺などの臓器を中心とした統合講義も試みられている．統合科目のほとんどは全体で1つの評価を行っているが，統合科目をさらにユニットに分割し，ユニットごとの評価を行っている大学もある．

3)基礎科目の呼称

基礎科目の統合を行う大学では，従来から行われている科目は統合科目のなかに複雑に組み込まれることになった．そこでは従来から使われている解剖学，生理学といった伝統的科目名称も使われなくなってきている．しかし，現状では伝統的な呼称を使用している大学が多く，統合科目のなかでも伝統的学問領域は1つのユニット，あるいは評価の領域として生きていることは確かである．以下に，現在使われている基礎科目の呼称を列挙する．

(1) 解剖学

従来の名称：口腔解剖学，歯の解剖学，歯牙解剖学，組織学，口腔組織学，発生系統解剖学，生体構造学

統合科目の場合：人体の構造，口腔の基本構造，人体の構造と機能，細胞の構造と機能，生体組織の構成，生体組織の観察，人体の発生と肉眼的構造，人体の微細構造，頭頸部の基本構造，歯・歯周組織の構造と発生

(2) 生理学

従来の名称：生理学，口腔生理学，基礎生理学

統合科目の場合：生体の機能，人体の構造と機能，人体の生理機能，口腔の生理機能，動物的機能の生理学，植物的機能の生理学，口腔感覚生理学，口腔運動生理学

(3) 生化学

従来の名称：生化学，口腔生化学

統合科目の場合：分子生物学，生命の分子的基盤，生体分子の科学，分子生命科学，生命の分子的基盤と細胞の機能，口腔分子機能学，生命現象と代謝，細胞の情報伝達，生体構成物質の原子と分子，分子歯科学，情報伝達生化学，分子遺伝子学

(4) 病理学

従来の名称：病理学，口腔病理学

かなざわ　えいさく
日本大学松戸歯学部解剖人類形態学講座
キーワード：基礎歯科医学，卒前，モデル・コア・カリキュラム

表Ⅱ-1　統合講義の導入（29校中）

基礎科目がほとんど統合されている大学		7校
一部基礎統合科目をもつ大学		6校
その例	病理学と遺伝学の統合	1例
	細胞学での統合	3例
	生理学系の統合	2例
	唾液腺の統合科目	1例
	う蝕と歯周病	1例
基礎科目を統合しない大学		16校

統合科目の場合：病因と病態，病態病理学，病因・病態・診断，発病の病理，口腔疾患の病理，口腔腫瘍の病理

(5) 微生物学・細菌学

従来の名称：微生物学，口腔微生物学，基礎免疫学，口腔細菌学

統合科目の場合：感染と免疫，免疫と生体防御，感染微生物学，生体防御学

(6) 薬理学

従来の名称：薬理学，口腔薬理学，歯科薬理学，基礎薬理学，薬物療法学

統合科目の場合：くすりの科学，生体と薬物，歯科医療基礎，クスリと生体反応，クスリと治療，人体と薬物

(7) 理工学

従来の名称：理工学，歯科理工学，歯科材料学，歯科器械学

統合科目の場合：歯科生体材料の科学，歯科生体材料学，生体材料，歯科材料技術工学，歯科器材の基礎，歯科器材の特性と操作法，歯科医療と材料・器械・技術，人体と生体材料

(8) 衛生学

従来の名称：衛生学，公衆衛生学，口腔衛生学，口腔保健学，予防歯科学，口腔保健発育学

統合科目の場合：社会歯科学，歯科医療基礎，健康科学，口腔保健学，口腔保健とその疫学，地域における口腔保健の進め方，口腔保健の方法論，保健と医療・療育，疫学理論，人間生態学

4)基礎科目の授業時間数と実施学年

一連の統合化への動きのなかで各領域の授業時間数の増減も出てくる傾向にある．解剖学，生理学，生化学，病理学，細菌学，薬理学，理工学，衛生学の8科目について講義と実習の時間数および実施学年について調べた．

時間の勘定の仕方は50分を1時間と数える場合もあり，2時間，3時間続きでは45分を1時間と数える場合もある．今回のアンケートでは特に，細かい時間の数え方まで指定していないので，各大学からの回答のあった時間数をそのまま取りまとめた．また，系統講義の場合は複合科目のなかに複雑に組み込まれており，従来のように時間が数えやすくないケースが増えていると思われるが，これもアンケートの回答を重視した．また，正規の実習時間を超えて行われている実習なども多いと思われるが，ここでの数値はあくまでもシラバスなどに記載された数値である．したがって，各大学とも時間数に関しては多少の誤差があると思われるが，おおむね1つの傾向を示すものとして**表Ⅱ-2**にまとめた．

各科目の実施学年については1つの学年で終わる場合もあるが，複数の学年にまたがる場合もある．特に統合化のなかでは，従来の基礎科目があちこちの科目に顔を出すということがある．**表Ⅱ-2**においてわかるように，基礎科目といえども高学年で講義されていることはそのような傾向の現れとみることができる．

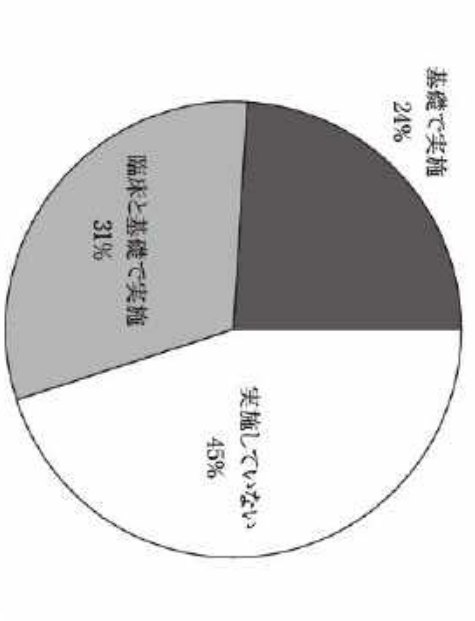
5)講座配属実習の現状

学生の態度教育や問題解決能力を育むため，学生を基礎講座や臨床講座に配属させて教員から直接指導を受ける方法がコア・カリ導入後に増加している．特に国立大学では大学院重点化を行ったために，大学院生の確保が必要不可欠となり，研究志向の学生を増やすという目的で基礎講座配属制度が行われている[2]．講座配属には低学年での基礎講座配属や高学年での自由課題による配属などがあるが，その学年や期間については各大学において扱い方に差があるようである．実施校は55%（16校）に上っている（**図Ⅱ-10**）が，そのうち11校が国立大学，5校が私立大学である．これは大学院生の多数獲得を目指す国立大学の強い意識が反映されているものと思われる．またこれら16校のうち基礎配属のみの大学は7校で，残り9校は臨床・基礎どちらにも配属させている．その目標として問題解決と研究能力の育成が大半を占めている（**図Ⅱ-11**）ことからも各大学とも学生の研究能力開発に期待していることがわかる．しかし，低学年で教室配属をしている大学ではEarly Exposureの効果を狙ったり，礼儀などの態度教育の一環として導入していると思われる．学年は3年が一番多いが，次いで5･6年が多く，全体では高学年で多い（**図Ⅱ-12**）．期間はおおむね短く1年以内が2/3を占めているが，なかには3年にわたる大学もある（**図Ⅱ-13**）．その評価は研究発表をさせるところが最も多く，次いでレポート，出席の順になっている（**図Ⅱ-14**）．最近では学会で学生セッションをもつところもあり，学部学生の研究成果も紹介され，評価される機会も増えてきたので配属制度による研究は今後も増加するものと思われる．研究室配属に関する後藤らの報告[2]は基礎配属が大学院生増加には必ずしもつながらないこと，学生と教員との間に良好な関係を築くこと，

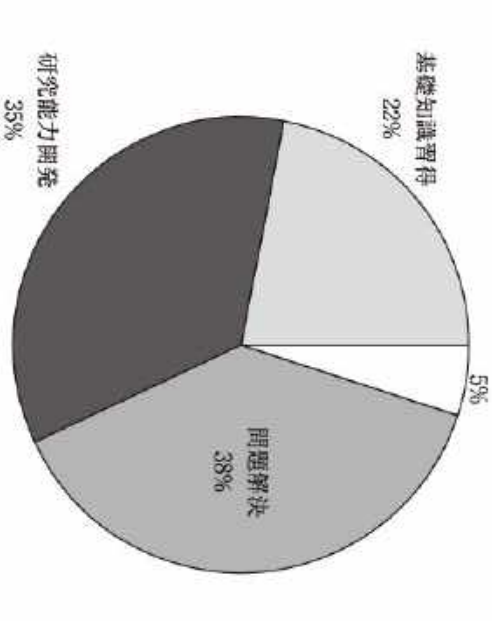
表Ⅱ-2　各基礎科目の時間数別大学数と各科目の平均時間数および実施学年別大学数

	講義時間数							平均時間数	実習時間数							平均時間数	実施学年					
	0～24	25～49	50～74	75～99	100～150	150～200	200以上		0～24	25～49	50～74	75～99	100～150	150～200	200以上		1年	2年	3年	4年	5年	6年
解剖学（組織学含む）				5	8	9	5	144.7				3	6	12	8	169.3	6	28	8	1	1	0
生理学		4	3	15	7			82.1	3	18	8					41.5	2	27	15	1	0	0
生化学		3	11	11	4			77.8	6	16	7					38.3	1	24	17	1	0	0
病理学		5	5	9	9			83.1		13	7	7	2			63.8	0	6	28	4	1	1
細菌学		4	9	14	2			74.5	5	13	8	3				44.0	1	14	24	2	0	0
薬理学		5	12	10	2			71.7	4	14	5	5				41.6	0	11	25	6	0	1
理工学		7	11	9	2			69.8	1	17	8	3				48.9	0	21	20	2	0	0
衛生学	3	5	10	6	3			61.6	10	12	5					33.0	1	5	21	8	0	1

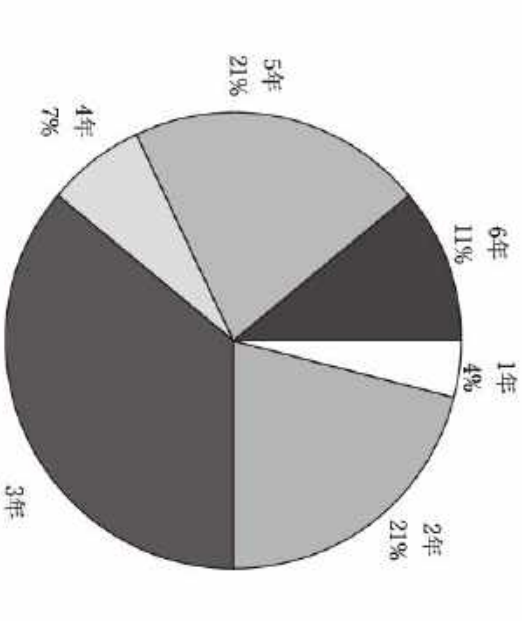
注1：衛生学講義と実習に予防歯科学は含まれていない．
注2：各科目の実施学年は複数学年にまたがるものも含まれている．
注3：衛生学に不明2校，薬理学実習に不明1校があった．



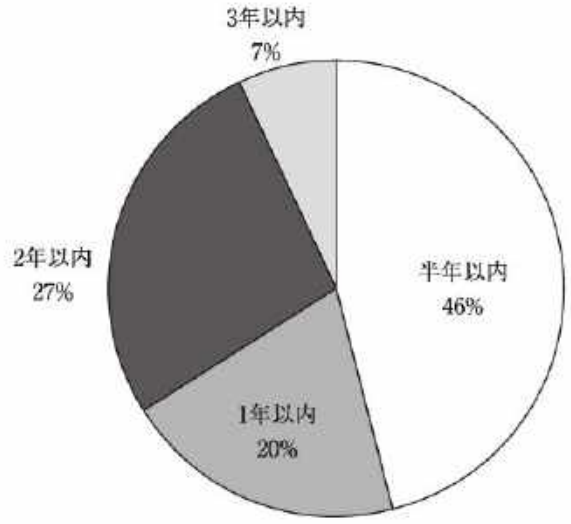
図Ⅱ-10　教室配属の実施状況



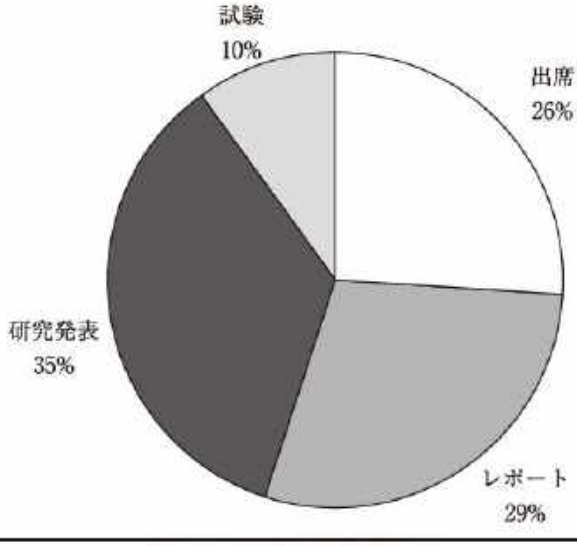
図Ⅱ-11　教室配属のねらい



図Ⅱ-12　教室配属の学年



図Ⅱ-13　教室配属の期間



図Ⅱ-14　教室配属の評価方法

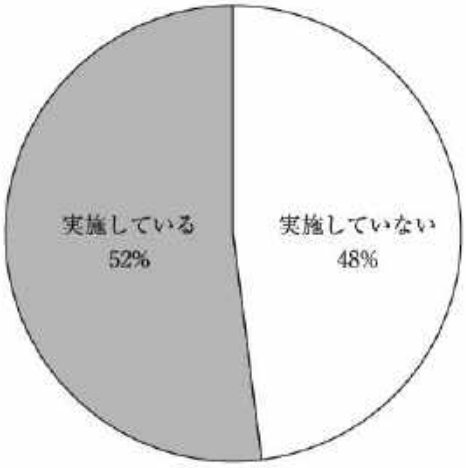
研究成果に対して競争的な要素を取り入れると効果が上がることなどを指摘している．いずれにしろ，能動的参加型学習法が叫ばれる現在の歯科教育のなかで研究室配属をうまく成功させることにより，大きな教育効果が上げられることは間違いないであろう．

6）PBLの導入状況

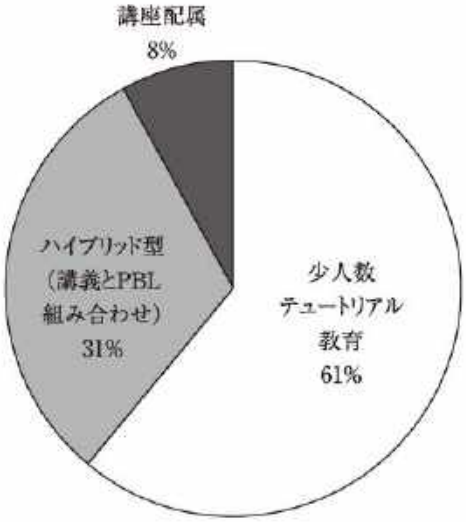
問題解決能力の育成のために開発されたこのPBLは日本に導入されてからずいぶん時間が経過した．しかし，まだ取り入れられていない現状は実施方法の難しさと評価の方法が定まらないところに問題があるように思われる．今回の調査では実施校が約半数で，そのうち少人数テュートリアルが6割，ハイブリッド型が3割であった（図Ⅱ-15，16）．PBLに付けられた科目名称は表Ⅱ-3のとおりであるが，細かい分析については別項に譲る．

表Ⅱ-3　PBLの科目名

テュートリアルアワー	歯科症候学演習
歯学基礎演習	歯科医学入門演習
生涯教育	基礎ゼミ
総合課題実習	社会と歯学
発生病態学	基礎生物学課題研究
教養演習，生体基礎演習	歯学概論，感染と免疫
う蝕と歯周病	行動科学セミナー
口腔顎顔面の構造と機能	



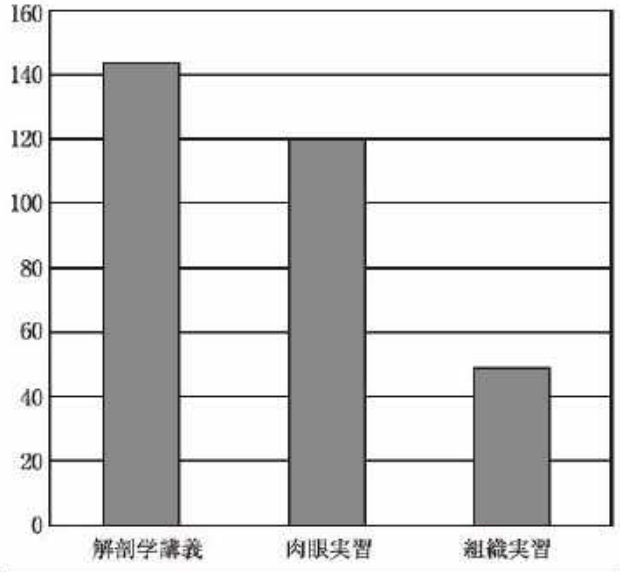
図Ⅱ-15　PBLの実施状況



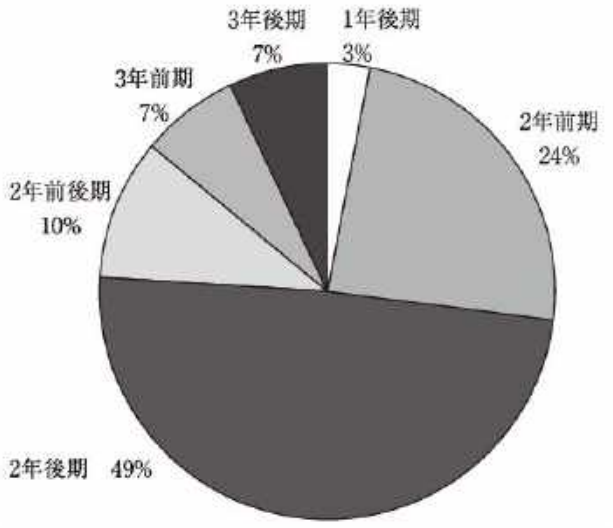
図Ⅱ-16　PBLの実施形態

7）解剖学教育の現状

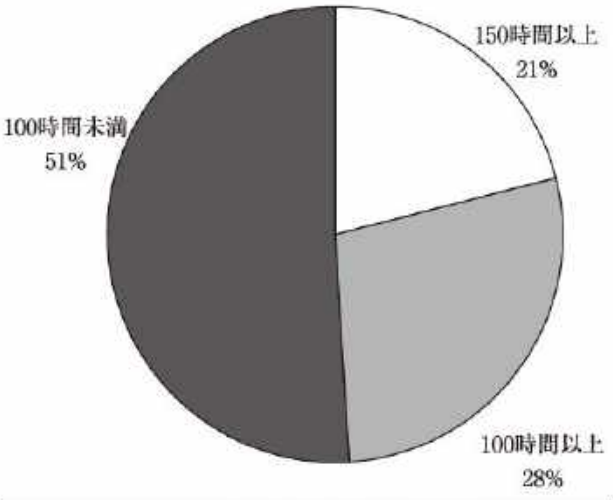
解剖学は基礎科目のなかでも伝統的に時間数の多い科目である．その理由は人体の構造の理解がその後に続く機能系の基礎科目や実際に人体を対象とする臨床科目に



図Ⅱ-17　解剖学の講義実習時間数



図Ⅱ-18　肉眼解剖学実習の実施時期



図Ⅱ-19　肉眼解剖学実習の実施時間

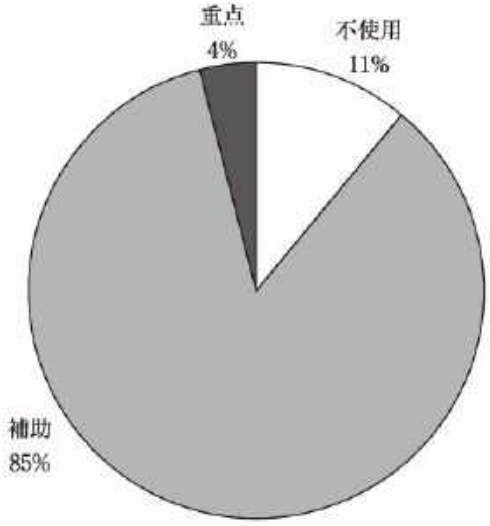
とって必須であることと，肉眼解剖学習得のための長時間の実習などにある．今回のアンケートから解剖学の講義には肉眼解剖学，組織学，発生学などを含めた解剖学全体の講義時間の平均は144時間に上る．実習はさらに講義時間を上回り，肉眼と組織を合わせて170時間に達する(**図Ⅱ-17**)．多くの大学で解剖学は2講座制をとっているので各講座の負担はこの半分になるが，それでも他講座に比較すると多い．

解剖学のなかでも肉眼解剖学は遺体を取り扱う特殊な科目であり，その性質上他科目に比較してきわめて多くの実習時間が割り当てられてきた．しかし，近年の歯科医学の発展や技術の進歩により，学生に課せられる知識は特に機能系の科目を中心に以前に比べ増大の一途をたどっており，そのなかで解剖学は相対的に時間数を減らしてきた．また，実施学年も低学年に移り，内容も昔に比べて少なくなってきている．しかし，解剖学実習は時間が少なくなったとはいえ，相変わらず他科目を学ぶうえで必須の知識を提供する科目として重要度が下がることはなく，特に態度教育が重視される昨今の医学歯学教育のなかで遺体に対する尊厳や生命に対する畏敬の念を育む貴重な体験のできる実習として，その必要性が再認識されてきている．

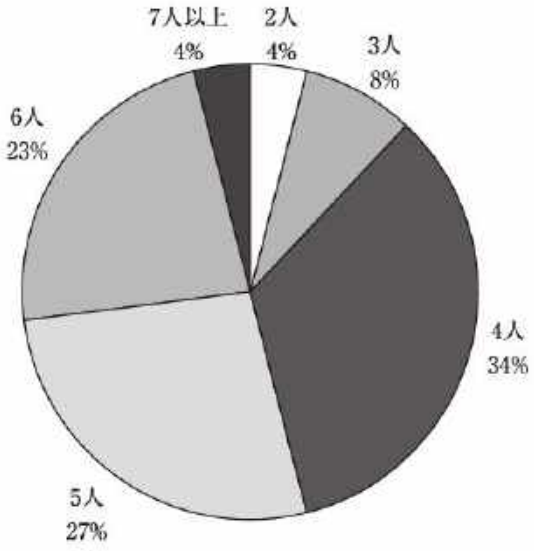
解剖学実習の学年は2年後期が最も多く，全体の半数を占める．次いで2年前期が多い．2年の前後期にまたがって実施する大学も入れると全体の83%が2年生で実施していることになる(**図Ⅱ-18**)．解剖学実習に要する時間は150時間以上という大学が21%あるが，大半の大学は100時間未満である．平均は120時間で，これは週に8時間程度である(**図Ⅱ-19**)．実習での模型の使用は，ほとんどの大学で補助的なものにとどまっている(**図Ⅱ-20**)．実習遺体は学生4人に1体が文科省の基準であるが，おおむねそれをクリアしている大学が半数近くあり(**図Ⅱ-21**)，昨今の遺体の収集状況が好転していることを反映している．

解剖学実習の低学年化に対して，高学年での臨床解剖学の必要性も叫ばれている．しかし，実際には高学年でこれを実施している大学は21%と多くなく，実施していない，あるいは解剖学実習のなかで少し実施するという大学が半数を占めている(**図Ⅱ-22**)．これは高学年での過密なカリキュラムや解剖学実習室の使い勝手や教員のやりくりが難しいことに原因があると思われる．

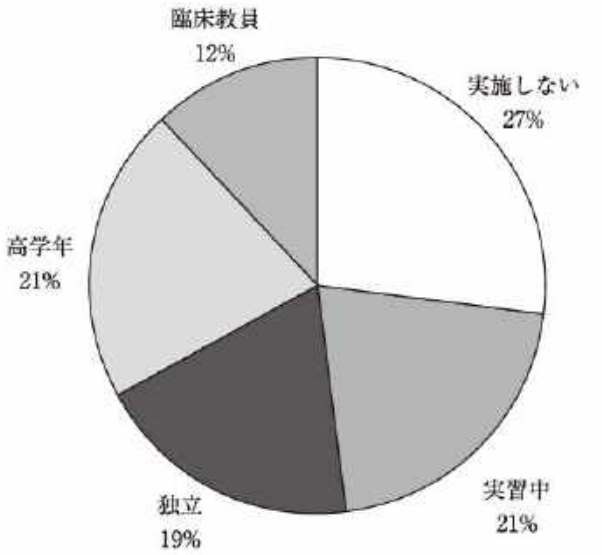
解剖学実習の特殊性として他の医療系大学や専門学校からの実習見学がある(**図Ⅱ-23**)．これらコ・メディカルやコ・デンタルの学校では解剖学の授業が行われており，場合によっては医科・歯科の大学より講義時間の多いこともある．大学での解剖学実習見学は学生の勉学意



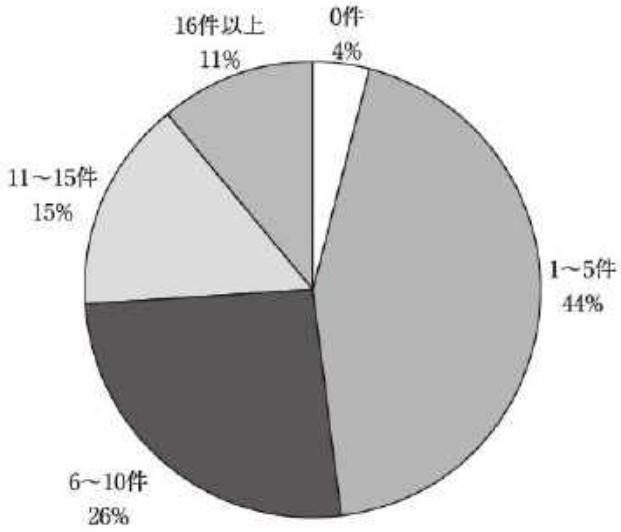
図Ⅱ-20　肉眼解剖学実習での模型の使用



図Ⅱ-21　1遺体あたりの学生数



図Ⅱ-22　臨床解剖学の実施状況



図Ⅱ-23　コ・デンタル教育機関の解剖学実習見学数

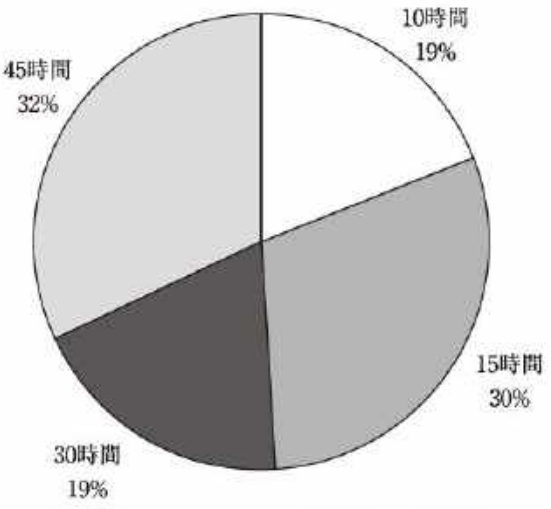
欲を引き出す格好の機会で，これらの多くの学校関係者がそれを望んでいるという背景があり，このところその申し込みが増加している．受け入れはもちろん大学側の判断によるが，これを大学の社会的役割の1つとして受け入れている大学は多い．受け入れによる大学側のさまざまな負担をどう解消していくかが今後の課題であると思われる．

アスベストでみられるように教育現場での環境改善は国レベルで行われており[3]，これまで放置されていた解剖学実習室も例外ではなくなった．解剖学実習では遺体に注入された固定液であるホルマリンが実習の進行に伴い実習室内にホルムアルデヒド･ガスとなって拡散する．これまでも目や皮膚に異常の現れる学生が各大学で出てはいたが，実習という名の下に無視されたり，大きな障害とまではいえないということで個別の対応が取られてきた．しかし，最近は一般生活環境の変化により，化学物質に過敏な人が増加しており，解剖学実習で重篤な障害を受ける者も出てくるようになった．そのため全国の医科・歯科の大学は解剖学実習室の環境改善への方策を迫られている状況にある．

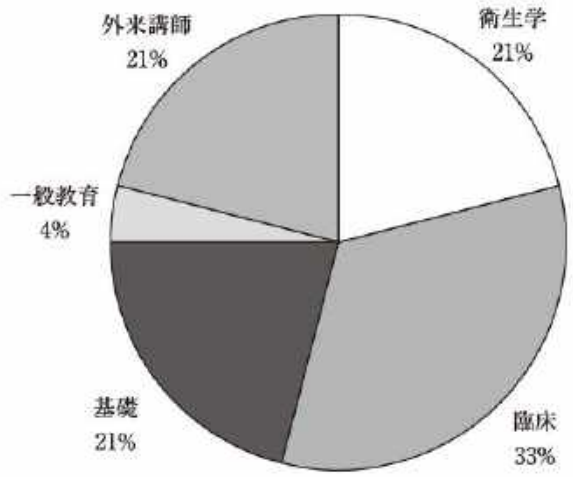
実習室の環境に関してはほとんどの大学でなんらかの取り組みをしているが，なかでも換気装置の改善を図っているところとホルマリン濃度の低減化を図っているところが多い（**表Ⅱ-4**）．ホルマリンは通常10％溶液が使われてきており，それ以下では次第に固定の状態が悪化するのである程度まで下げられても限界がある．ホルムアルデヒド・ガス除去装置は室内や遺体周辺の空気を取り込んで強力な化学的フィルターを通して正常な空気を

表Ⅱ-4　実習室の環境改善への取り組み状況（29校中）

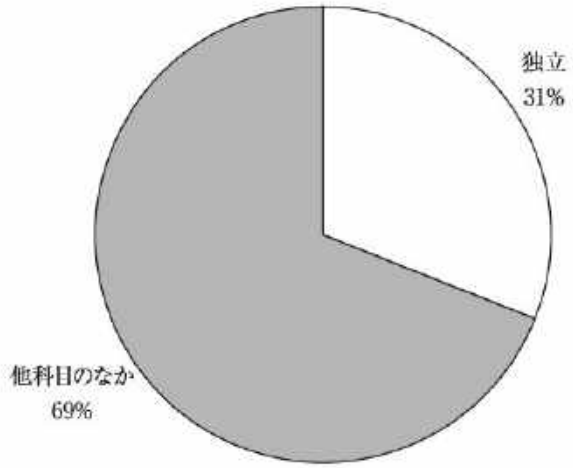
換気装置の改善を図る	22校
ホルマリン以外の固定液を使う	1校
ホルマリンの低濃度化を図る	18校
ホルムアルデヒド除去装置を設置する	10校
化学的な方法での濃度調査を行った	17校
1.0ppm以上	4校
1.0ppm以下	2校
0.5ppm以下	7校
0.25ppm以下	8校



図Ⅱ-24　コア・カリ「医の原則」の時間数



図Ⅱ-25　コア・カリ「医の原則」の教員の専門



図Ⅱ-26　コア・カリ「医の原則」の講義形態

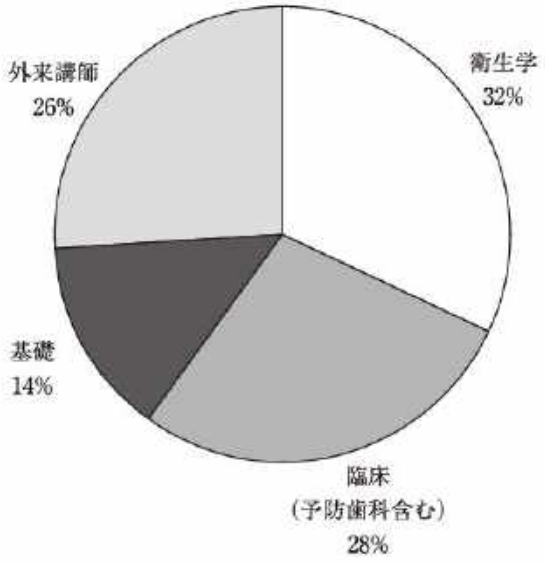
再度実習室内へ送るというもので，すでにいくつかの大学で採用されている．この方法は現在のところ最良のものと考えられるが，設置に莫大な費用がかかることで敬遠されている．今後，技術の向上や価格の低廉化が図れれば，導入する大学も増加することが期待される．ホルムアルデヒドの濃度は一般教育現場で0.08ppm，解剖学実習室のような特殊な環境では0.25ppmというガイドラインが設定されている[3]．今回の調査によると濃度調査は2/3の大学で行われているが，0.25ppmをクリアしている大学はまだ少ないようである．

8）「医の原則」の内容と授業形態

コア・カリキュラムに「医の原則」という教授項目が導入された．21世紀が患者中心の医療を土台として展開されることを見据えて，医の倫理，歯科医師の責務，インフォームド・コンセントなどを各大学での教育のなかでの必須項目として教育することが必要であることを示している．これまでこれらの内容は社会歯科学，公衆衛生学，あるいは社会医学系の総合講義など各大学独自の科目名のなかで教育されてきたが，その教授内容が明確にされることにより授業の形態も変わっており，各大学で試行錯誤が続いている．平田ら[4]の調査によると，この分野の教育に関して次のような問題点が指摘されている．

- 国公立大学では私立大学に比べ，本領域に関する教育担当が十分整理されていない．
- 全国的にみて，専任する担当者の所属が統一していない．
- 学内での社会歯科系科目への評価が低い．
- 本領域の教育の必要性に関する大学ならびに教員の認識が低い．
- 専任教員の人材不足．
- 教育内容・手法・評価法が標準化されていない．
- 本領域の教育を放置すると，社会での歯科医師の役割を果たせない，あるいは良好な歯科医師と患者との関係を構築できない歯科医師を輩出する危惧がある．

これらの指摘は本アンケートにも現れており，時間数は15時間以内が半数を占める（図Ⅱ-24），また教員の



図Ⅱ-27　コア・カリ「社会と歯学」の教員の専門

表Ⅱ-5　衛生学関連の講座名

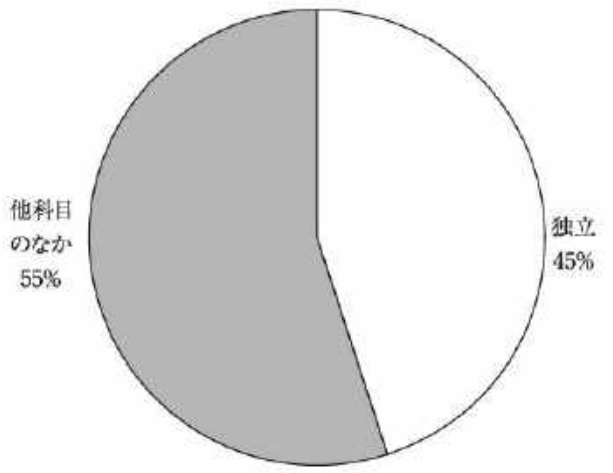
衛生学，口腔衛生学など	11校
予防歯科学	8校
健康推進歯学，口腔保健学など	10校

所属は衛生学，臨床科目，基礎科目などに分かれており，専任教員が少ない（**図Ⅱ-25**）．外来講師の多さがそれを物語っている．「医の原則」の内容がそのまま独立した科目になっている大学は31%，他の科目のなかで行われている大学は69%であった（**図Ⅱ-26**）．

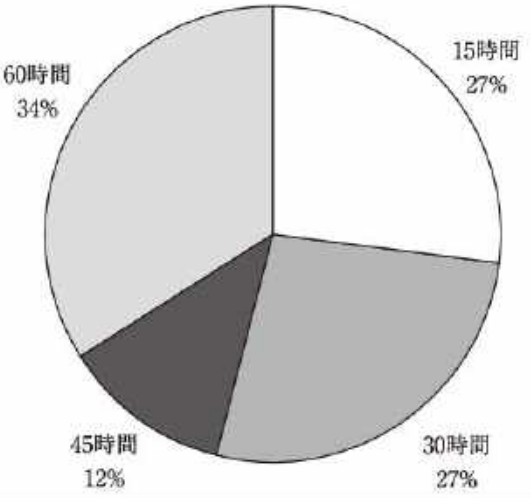
9）「社会と歯学」の内容と授業形態

コア･カリの「社会と歯学」は健康の概念，健康と社会，予防と健康管理，疫学・保健医療統計からなり，この部分は公衆衛生学や口腔衛生学，予防歯科学の教員が担当していることが多い．しかし，その内容が広く，複合的なため，その他の基礎科目の教員や外来講師に依頼している大学も多い（**図Ⅱ-27**）．コア・カリの変化とともに講座の改変も著しく，従来，衛生学あるいは口腔衛生学と呼ばれていた講座名も予防歯科学あるいは口腔保健学などに変化してきている．**表Ⅱ-5**に示すように，従来から続く「衛生」の名を冠した講座と国立大学系を中心とした「予防歯科学」，および最近増加傾向にある「健康」「保健」というキーワードを冠した講座の3種類に分けられるが，それぞれほぼ三分している状態となっている．

従来の衛生学を中心とした「社会と歯学」に相当する授業は「衛生学」「予防歯科学」「社会歯科学」などの名称で行われている大学も含め，13校が独立した科目としてカリキュラムを組んでいる（**図Ⅱ-28**）．これは「医の原則」より多い．その他はなんらかの形で複合的なカリキュラムになっているものと思われる．授業時間数も「医の原則」の内容に比べると倍ぐらいの時間がとられている（**図Ⅱ-29**）．



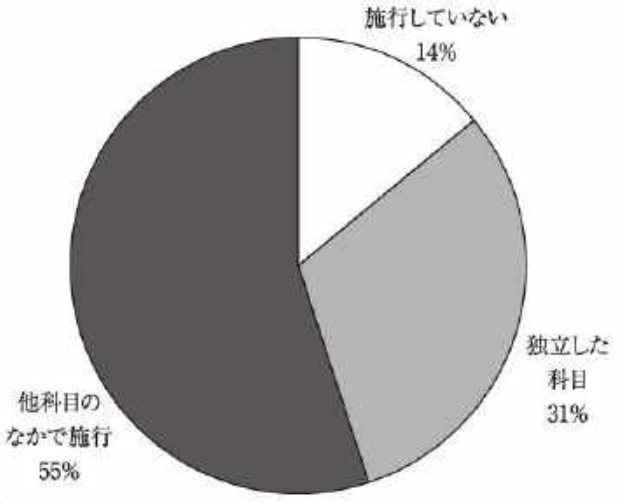
図Ⅱ-28　コア・カリ「社会と歯学」の講義形態



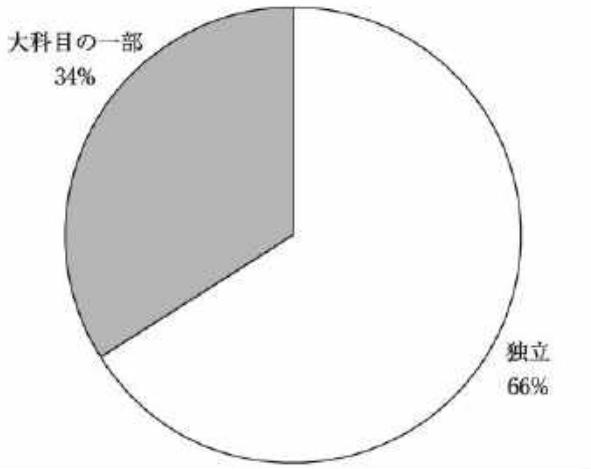
図Ⅱ-29　コア・カリ「社会と歯学」の時間数

歯科医療管理学は特に講義をもたない大学も14%あるが，他のほとんどの大学で講義が行われている．その際「歯科医療管理学」として独立した科目として扱われる大学は31%で，残り55%は「社会歯科学」「医事法学」「医療倫理学」「医療法学」「予防歯科学」など比較的大きな科目のなかで行われている（**図Ⅱ-30**）．

法医学･法歯学についてはすべての大学で行われている．独立した科目として行われるケースが66%，大きな科目の一部として行われる場合が34%である（**図Ⅱ-31**）．この場合，法医（歯）学を含む大きな科目の名称は「隣接医学」「社会歯科学」「歯科医療基礎」「歯は語る」「総合歯科学」「医療法学」などである．法医（歯）学の授業時間数は20時間前後が最も多い（**図Ⅱ-32**）．専任の教員をもつ大学は5校（17%）にとどまっており，ほとんどは外



図Ⅱ-30　歯科医療管理学の施行状況



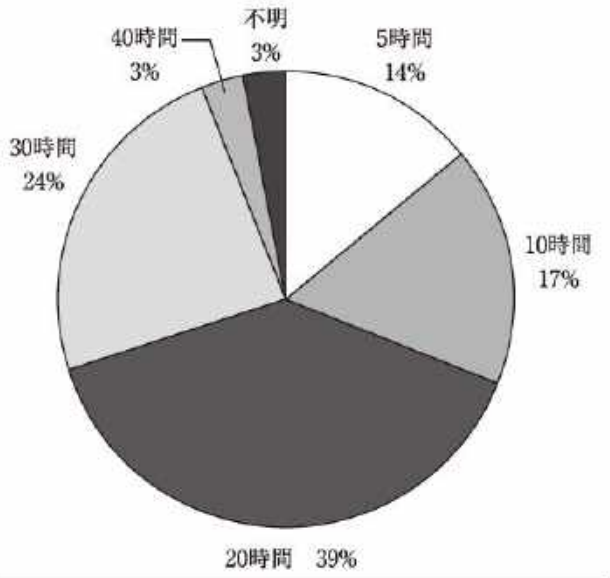
図Ⅱ-31　法医(歯)学の講義形態

部の専門家に依頼しているようである(図Ⅱ-33).

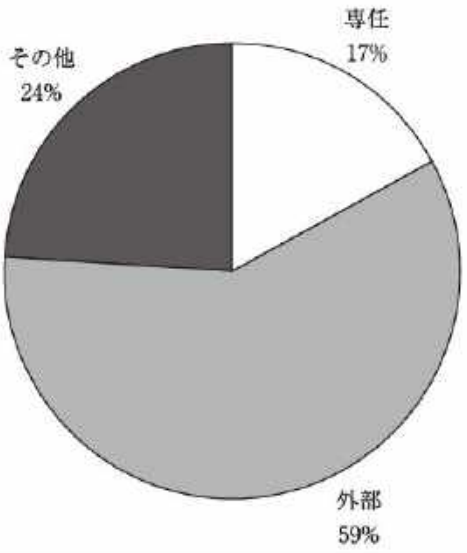
コア・カリの「社会と歯学」に加え，前項の「医の原則」および「歯科医師としての基本的な態度」に関しては，各大学でどの講座があるいは誰がどのような科目の名称で教えるか混乱していると思われるが，これらに対応した講座も出てきている．社会口腔保健学，歯科医療行動科学，社会歯科学，医療人間科学，歯科医療社会学，口腔保健開発学など，まだ少数にとどまっているが，今後の歯科教育のなかでこれらの分野はますます重要性を帯びることを考えると，これに対応した講座の新設も増加するものと思われる．

文献

1) 荒木孝二，高木律男，金澤英作，池尾　隆．歯科医学教育のカリキュラム改革．日歯教誌 2005；21：227-35.



図Ⅱ-32　法医(歯)学の授業時間数



図Ⅱ-33　法医(歯)学の授業担当者

2) 後藤哲哉，小林　繁，本田栄子，舩越啓右，天野仁一朗，河岸重則，吉野賢一，村田貴俊，井上博雅，辻澤利行，西原達次，大住伴子，小園凱夫，田島清司，福泉隆喜．学生の基礎歯科学志向に対する基礎配属（研究室配属）の効果について．日歯教誌 2005；20：396-404.

3) 厚生労働省．「職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドラインについて」平成14年3月15日策定.

4) 平田幸夫，岡田眞人，尾崎哲則，石井拓男．歯科医学教育における「医の原則，歯科医師としての基本的態度，社会と歯学」領域の教育に関する調査報告．日歯教誌 2005；20：445-51.

3

卒前臨床基礎歯科医学教育

奈良　陽一郎

1）臨床系の講義・実習の時間数

全国29校からなる歯科大学・大学歯学部には，国民の期待に応える歯科医師を育成するという重要な責務が求められている．教員の立場としては，明日の歯科医療を担う若き人材を，態度・技能・知識の3領域の面から支援し，それらのプロセスとプロダクトによって口腔保健の向上に寄与し，微力ながらも人類に貢献できることは，たいへんやりがいのある職務ともいえる．

視点を入学志願者に移してみる．そこには近年の少子化による影響を受け，全国の大学・短期大学への進学希望者数とそれらに対する合格者総数が，来年度（2007年度）にはほぼ等しくなる「大学全入時代」となることを，文部科学省諮問機関の中央教育審議会が試算している．さらに，入学志願者の「質」的要素に着目してみる．昭和30年（1955年）前後に誕生した日本人が小学校・中学校・高等学校で学んできた総授業時間数を100%，同様にこれら学校で学んだ理科系科目の総授業時間数を100%とした場合，「ゆとり教育」を受けてきた1年生ともいえる本年度（2006年度）入学者は，それぞれ92%と57%の学習時間[1]を経て入学にいたった学生であることが示されている．

したがって，歯科医学の研鑽を積むことが課せられる現在の歯学生志願者については，従前に比べその基礎となる理科系の知識修得機会に恵まれなかったという経年的な事実とともに，志願者総数の絶対的減少という社会的実情の双方が歯科医学教育を任された教員の前に存在している．

これらを含めた多様な課題に対応しつつ，全国の歯科大学・大学歯学部が策定する有意義かつ効率的な歯科医学教育への取り組みについて，確認し検討することは今後の歯学教育と歯科医療にとって重要な示唆を与える．

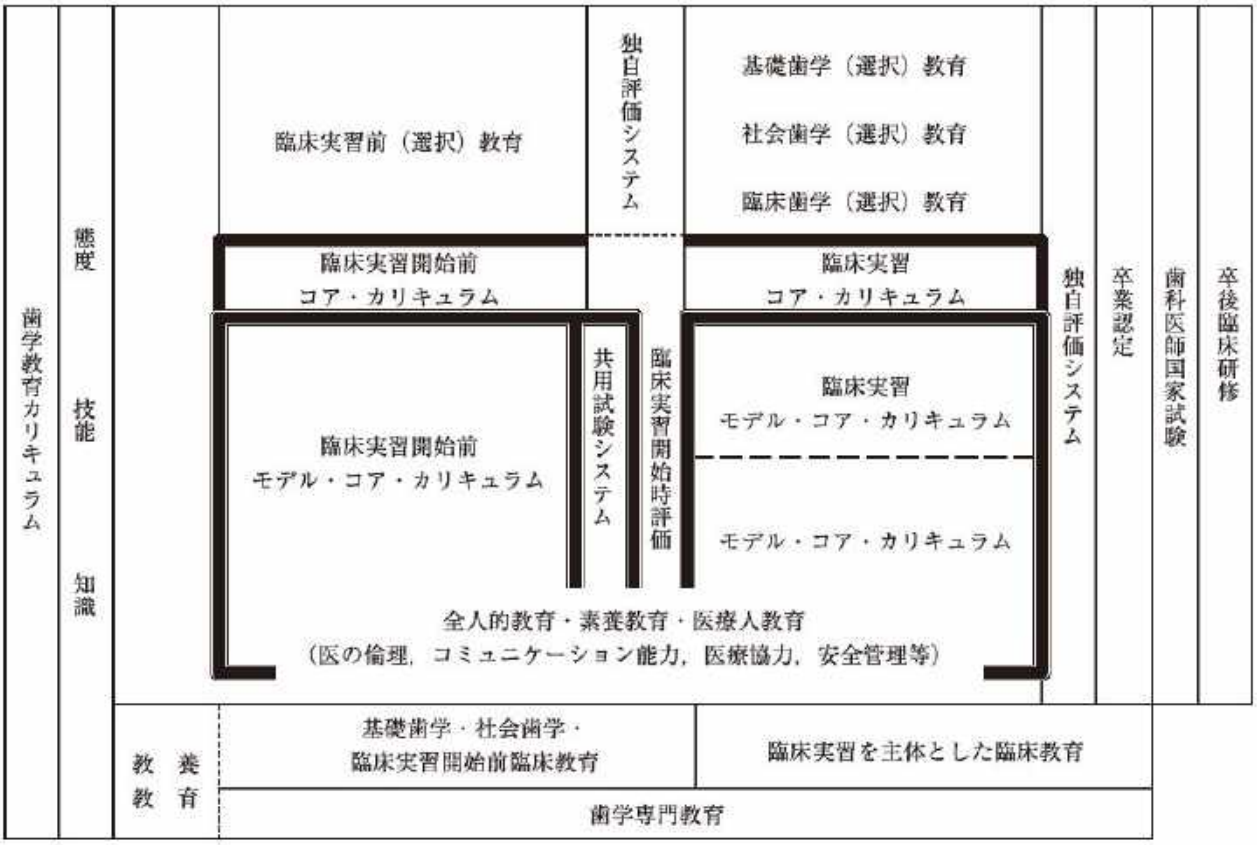
図Ⅱ-34に，歯学教育モデルの構築例を示す．これは，医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議によって平成13年3月27日付で編纂された「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について―学部教育の再構築のために―」と題した報告書において，歯学教育プログラム調査委員会によって提示されたもの[2]である．周知のとおり，歯学教育は歯学への準備教育を含む教養教育と歯学専門教育から構成されているが，本報告書によって初めて全国の歯科大学・大学歯学部の歯学専門教育において設定が望まれる「歯学教育モデル・コア・カリキュラム―教育内容ガイドライン―」（以降，ガイドライン）が明示された．このガイドラインによって示された教育内容は，量的に従前の約60%を想定し，他の約40%をもって各歯科大学・大学歯学部独自の個性輝くコア・カリキュラムの設定を期待している．また，本ガイドラインは，本年度（2006年度）から正式実施された厳格な教育評価としての共用試験システム（CBT・OSCE）と各教育機関独自の学生評価システムの導入を望んでいる．さらに，図に示すモデルに基づく教育実践によってグローバル・スタンダードを満たす臨床能力の修得を見据えた卒前の診療参加型臨床実習や，本年度（2006年度）から必修化がなされた卒後の歯科医師臨床研修への円滑な移行が期待されている．

このような背景のなかにあって，歯科専門教育のうち，特に卒前の臨床基礎歯科医学教育について全国29校の歯科大学・大学歯学部に対しアンケート調査を実施した．

表Ⅱ-6に各校の全学年による臨床系科目の講義ならびに基礎実習に割り当てられた総時間数（時限・コマ数）と総科目数について，過去3年度の実態を一括して示す．

表中に示される総時間数については，各校によって1時間（時限・コマ数）あたりの設定時間が異なることが考えられることから，数値の大小によって大学間の差異を一律に比較することは難しい．しかし，各大学における過去3年間の変化は比較することができることから，2003年度に比べた2005年度における臨床系講義の総時間数について注目した．その結果，全く変化せずに移行している大学が13校であり，多少にかかわらず総時間数を増加させた大学が7校，減少させた大学が9校で

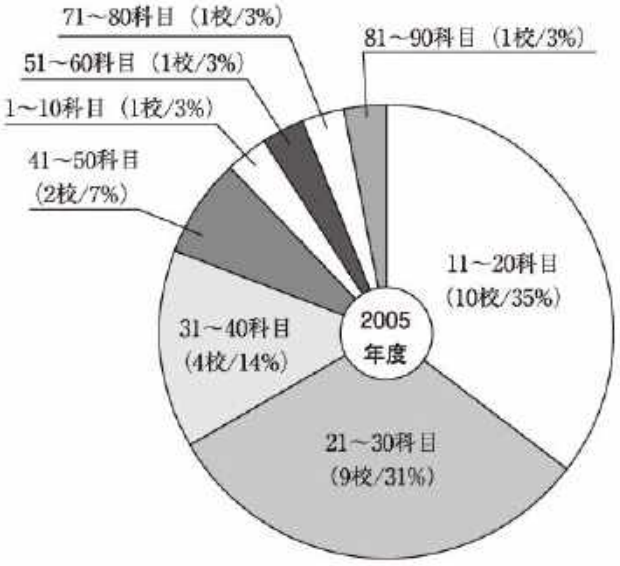
なら　よういちろう
日本歯科大学生命歯学部歯科保存学講座
キーワード：臨床系科目・時間数・実施学年



図Ⅱ-34　歯学教育モデルの構築例

あった．変化が認められなかった大学が最多であった理由としては，平成13年（2001年度）3月27日付で明示された前述のガイドラインに呼応した歯学教育カリキュラムの構築が2003年度以前に行われていたことが一因として考えられる．一方，増減が認められる大学については，本ガイドラインの導入あるいはその過程における科目数の増加や逆に統廃合に基づく影響を受けての変化として，さらには導入前後の旧カリキュラムと新カリキュラムの混在によるものとして捉えることができよう．

2003年度を100%とした2005年度における総時間数の増減率について注視すると，増加校については10%未満が1校，10～20%未満が1校，20～30%未満が2校，30～50%未満が2校，90%が1校であり，減少校については10%未満が8校，20～30%未満が1校であった．したがって，総時間数を減少させた大学は増加させた大学より2校多いものの，それらの減少率は増加校の比率より小さく，変化様相も限られる傾向にあった．これら増減の理由をガイドラインの導入によるものと仮定した場合，講義時間数の増加が認められた大学においては比較的自由度の高い環境下において導入がなされ，減少校においては科目の統廃合などを積極的に取り入れることによって学習内容の効率化を図った結果としての講義時間数減少として考えることができよう．



図Ⅱ-35　2005年度における臨床系講義の総科目数

図Ⅱ-35に，2005年度における全国29校の全学年による臨床系講義総科目数の状況を示す．

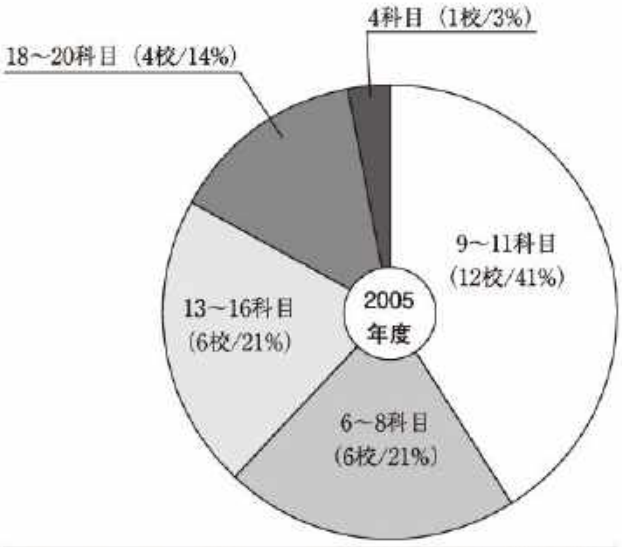
この状況を2003年度と比較した場合，全く変化させ

表Ⅱ-6　全学年による臨床系講義・基礎実習の総時間数（時限・コマ数）と総科目数

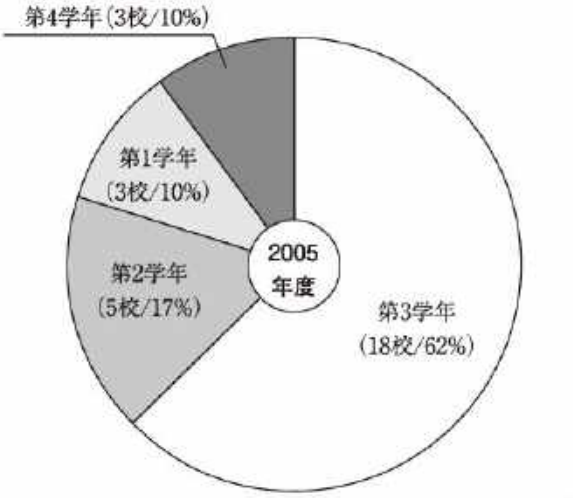
機関名	総時間数（時限・コマ数）/ 総科目数					
	臨床系講義			臨床系基礎実習		
	2005年度	2004年度	2003年度	2005年度	2004年度	2003年度
北海道医療大学歯学部	1,326/34	1,326/34	1,326/34	630/11	630/11	630/11
北海道大学歯学部	1,455/24	1,455/24	1,455/24	765/9	765/9	765/9
岩手医科大学歯学部	5,204/71	5,167.5/70	5,224.5/75	333/10	330/10	366/11
奥羽大学歯学部	990/23	960/20	810/15	660/9	720/9	690/8
東北大学歯学部	1,320/13（新カリ） 228/7（旧カリ）	360/4（新カリ） 746/20（旧カリ）	814/22（旧カリ）	432/6（旧カリ）	770/10（旧カリ）	770/10（旧カリ）
明海大学歯学部	473/13	488/13	479/13	332/11	339/11	333/11
日本大学松戸歯学部	91/8（新カリ）	91/8（新カリ）	62/21（旧カリ）	45/15	45/15	27/9
東京医科歯科大学歯学部	1,132/30	1,132/30	1,132/30	683/14	683/14	683/14
東京歯科大学	762/21	762/20	774/20	636/11	636/11	708/8
日本歯科大学歯学部	815/58	853/52	882/54	188/11	192/11	224/13
日本大学歯学部	525/26	525/26	525/26	675/14	675/14	675/14
昭和大学歯学部	635/25	747/26	585/19	687/16	1,092/13	990/11
神奈川歯科大学	1,260/17	840/15	840/15	690/8	420/4	420/4
鶴見大学歯学部	44/44	45/45	46/46	35/18	35/18	26/14
新潟大学歯学部	640/32	640/32	600/32	496/11	496/11	496/11
日本歯科大学新潟歯学部	798/45	868/17	868/17	280/8	315/8	315/8
松本歯科大学	930/17	990/17	960/17	690/9	780/9	780/9
朝日大学歯学部	1,470/25	1,320/24	1,320/24	450/10	450/10	450/10
愛知学院大学歯学部	1,965/33	1,965/33	1,965/33	930/11	930/11	930/10
大阪歯科大学	318/18（新カリ）	612/35（3年新カリ） （4年旧カリ）	435/22（旧カリ）	222/19	332/17	270/12
大阪大学歯学部	2,458/23	2,458/23	2,458/23	417/7	417/7	417/7
岡山大学歯学部	1,062/82	1,062/82	1,062/82	277.5/20	277.5/20	277.5/20
広島大学歯学部	510/12	510/12	510/12	450/4	450/4	450/4
徳島大学歯学部	596/12	675/13	600/13	693/8	432/7	432/7
九州歯科大学	810/13	933/16	890/16	752/9	776/10	693/10
九州大学歯学部	2,000/28	2,000/28	2,000/28	1,500/14	1,500/14	1,500/14
福岡歯科大学	1,115/40	1,035/35	920/31	610/20	610/18	345/7
長崎大学歯学部	410/13	410/13	410/13	610/13	610/13	610/13
鹿児島大学歯学部	1,482/20	1,482/20	1,482/20	525/7	525/7	525/7

ずに移行している大学が14校，増加校が8校，減少校が7校であった．総科目数の増減に対する理由としては，前述の総時間数における理由と同様のことを挙げることができよう．また，増加校については1～5科目が4校，6～10科目が3校，26科目が1校であり，減少校については1～5科目が6校，11～15科目が1校であった．したがって，過去3年度における科目数増減状況からは，カリキュラム構築に際しこれまでとは異なる視点から新たに編成した科目の追加などによる対応が，科目の削減あるいは統合という対応に比べ積力的に行われた傾向が認められる．

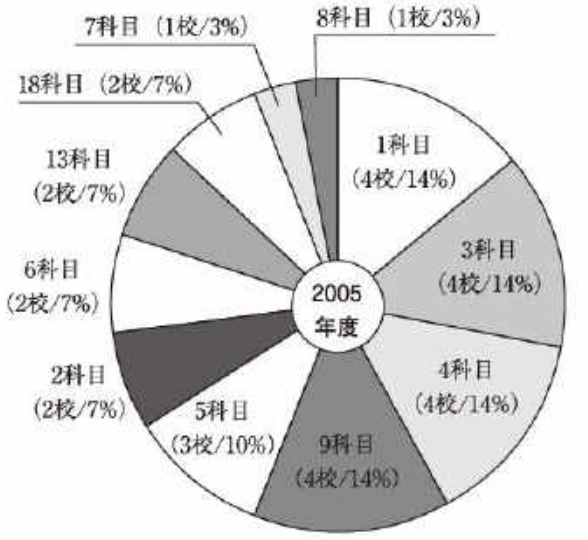
一方，2003年度に比べた2005年度における臨床系基礎実習の総時間数については，全く変化させずに移行している大学が14校であり，多少にかかわらず総時間数を増加させた大学が9校，減少させた大学が6校であった．実習総時間数の増減率について注目すると，増加校については10%未満が1校，30～40%未満が1校，60～70%未満が3校，70～80%未満が1校であり，減少校については10%未満が2校，10～20%未満が4校，30～40%未満が1校，40～50%未満が2校であった．今回のアンケート調査対象は2003年度から2005年度であるため，大きな改革が必要であるガイドラインの導入



図Ⅱ-36　2005年度における臨床系基礎実習の総科目数



図Ⅱ-37　2005年度における臨床系講義の開始学年



図Ⅱ-38　2005年度における臨床系講義開始学年の臨床系科目数

が2003年度以前であったとするならば，変化が認められなかった大学数が最多となったことは理解できる．ただし2003年度以降において実習時間の増加を図った大学と減少を図った大学が時間数・大学数ともに交錯していることから，大学ごとの臨床能力，特に技能と態度・習慣領域の教育への取り組みの違いがうかがえる．

図Ⅱ-36に，2005年度における全国29校の全学年による臨床系基礎実習総科目数の状況を示す．

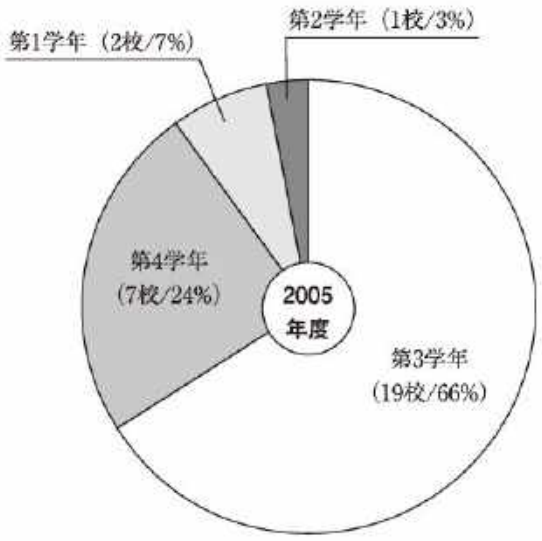
この状況を2003年度と比較した場合，全く変化させずに移行した大学が15校，増加校が9校，減少校が5校であり，さらに科目数の増減状況は，増加校において1科目が3校，3～7科目がそれぞれ1校ずつ，13科目が1校であり，減少校においては1，2科目がそれぞれ2校ずつ，4科目が1校であった．これらの実態から，臨床系の実習教育の向上に際しては，科目数を減少させる手段より増加させる手段によって向上を期待していることが推察できる．

次に，臨床系の講義と基礎実習との総時間数について着目したところ，講義総時間数が実習より多く設定されている大学が80%以上を占め，1.5倍未満が9校，1.5～2.0倍未満が5校，2.0～3.0倍未満が5校，3.0～4.5倍未満が3校などの状態であり，逆に実習時間数が講義より多く設定されている大学においては,1.5倍未満が3校，1.5～2.0倍未満が1校という状態であり，臨床系科目に費やす時間としては，やはり講義形式が実習形式より多いことが明らかとなった．さらに，1科目あたりの時間数については，講義に比べ実習に長時間を設定している大学が75%以上を占め，1.5倍未満が10校，1.5～2.0倍未満が8校，2.0～2.5倍未満が3校などの状態であった．逆に講義に長時間を設定している大学においては，1.5倍未満が2校，1.5～2.0倍未満が2校などという状態であり，実習形式の教育は講義形式より長時間の設定下で行われている傾向を認めた．

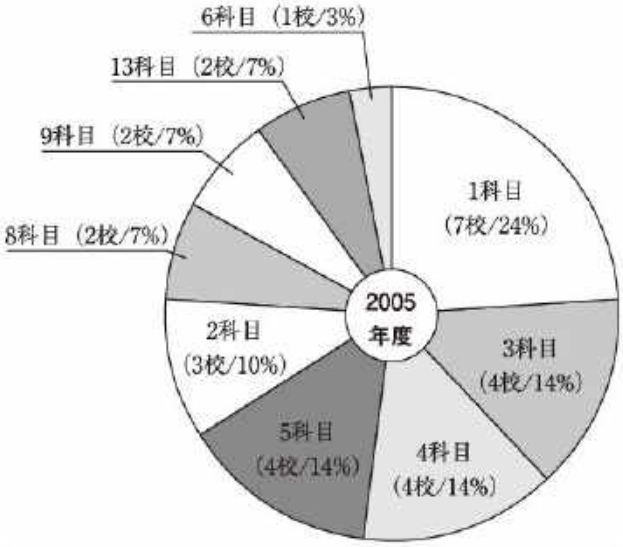
2)臨床系の講義・実習の実施学年

図Ⅱ-37に，2005年度における全国29校の臨床系講義開始学年を，**図Ⅱ-38**に開始学年における臨床系科目数を示す．

臨床系講義の開始学年については，第3学年が最多の18校（62%）となっているが，さらに低学年の第1，2学年から臨床系講義を取り入れた大学を含めると，29校中26校（90%）が第3学年までに開始しており，入学後早期の教育が図られていると考えられる．また，開始学年における臨床系講義の科目数については，1，3，4，9科目がそれぞれ4校（14%）となっているが，第3学



図Ⅱ-39　2005年度における臨床系基礎実習の開始学年



図Ⅱ-40　2005年度における臨床系基礎実習開始学年の臨床系科目数

年に18科目を開始する1校を含め，開始学年とその科目数については大学によって大きく異なる対応をしていることが認められる．

図Ⅱ-39に，2005年度における全国29校の臨床系基礎実習開始学年を，**図Ⅱ-40**に開始学年の臨床科目数を示す．

臨床系基礎実習の開始学年については，講義と同様に第3学年が最多の19校（66%）となっているが，29校中の22校（76%）が第3学年までに臨床系の基礎実習を開始し，知識領域と合わせた早期教育が図られていると考えられる．また，開始学年における臨床系実習の科目数については，3，4，5科目がそれぞれ4校（14%）となっているが，第3学年に13科目を開始する1校を含め，講義と同様に開始学年とその科目数については大学差が認められる．

3)基礎と臨床の統合カリキュラム

表Ⅱ-7に，各校の全学年による基礎と臨床の統合カリキュラムを導入した講義・実習に割り当てられた総時間数（時限・コマ数）と総科目数について，過去3年度の実態を一括して示す．

2005年度において統合講義をカリキュラムに導入している大学は29校中24校であり，そのうち21校は2003年度以前から実施されており，教科目を越えた臨床教育の浸透がうかがえる．また，2005年度の統合講義に割り当てられた総時間数は，100時間未満が9校，100～200時間未満が11校，200～300時間未満が1校，300時間以上が3校であり，1校を除きいずれの大学においても，総時間数は前年度に比べ同等または増加していることが確認できる．

図Ⅱ-41に，2005年度における基礎臨床統合カリキュラム導入の講義科目数を示す．

この科目数を2004，2003年度と比較した場合，総時間数と同様に1校を除きいずれの大学においても前年度に比べ同等または増加していることが明らかとなり，総講義時間数と合わせ，疾患や病態などを切り口とした講座・教室間協力に基づく教育法の活用が進展していることがうかがえる．

図Ⅱ-42に，2005年度における統合カリキュラム導入の講義開始学年を示す．

統合講義の開始については，実施している24校中の10校が低学年（第1，2学年）から，9校が高学年（第5，6学年）からとなっており，入学後の比較的早期から統合形式の教育を行う大学群とある程度の各専門知識を修得した後に統合形式を取り入れる大学群とに分けられる傾向が認められた．

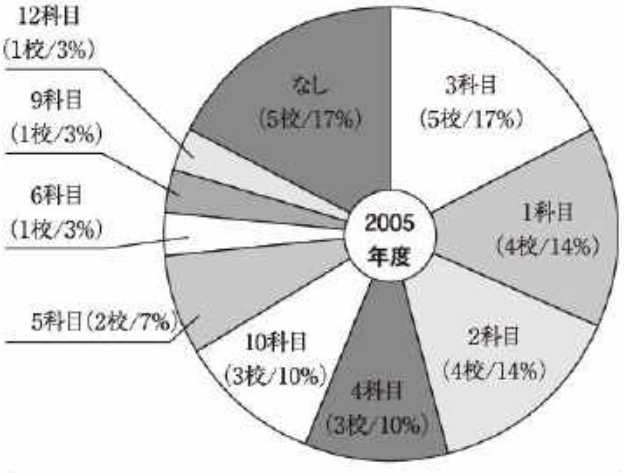
なお，2005年度における代表的な統合講義に参画する科目としては，4校が全科目とし，各大学いずれも基礎・臨床系科目の多くを効果的に組み合わせながら編成され，大学によっては物理学などの教養科目も参入させたカリキュラムプランニングがなされている．

一方，2005年度において統合実習を導入している大学は29校中12校であり，そのうち8校が2003年度以前から実施しているが，講義に比べ実習の統合化は少ない傾向が認められる．2005年度の統合実習に割り当てられた総時間数は50時間未満が7校，50～100時間未満が4校，100時間以上が1校であり，1校が2004年度に比べ減少し，それ以外の11校はいずれも前年度に比べ同等となっていることが確認できる．

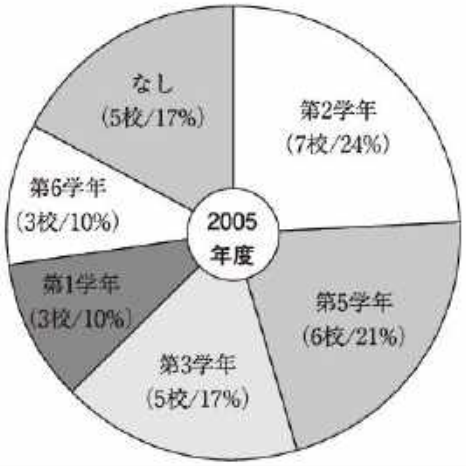
図Ⅱ-43に，2005年度における統合カリキュラム導

表Ⅱ-7　全学年による基礎臨床統合カリキュラム導入の講義・実習の総時間数（時限・コマ数）と総科目数

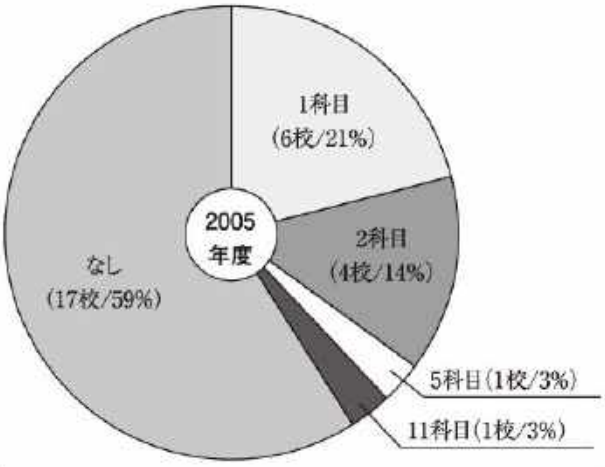
機関名	総時間数（時限・コマ数）/ 総科目数					
	統合講義			統合実習		
	2005年度	2004年度	2003年度	2005年度	2004年度	2003年度
北海道医療大学歯学部	40/2	40/2	40/2	30/1	30/1	30/1
北海道大学歯学部	60/1	60/1	60/1	45/1	45/1	45/1
岩手医科大学歯学部	126/3	82.5/3	73.5/3	0	0	0
奥羽大学歯学部	60/3	40/2	10/1	0	0	0
東北大学歯学部	40/1	40/1	40/1	0	0	0
明海大学歯学部	0	0	0	0	0	0
日本大学松戸歯学部	104/9	104/9	28/9	33/11	33/11	0
東京医科歯科大学歯学部	114/4	99/3	78/2	24/1	0	0
東京歯科大学	243/3	243/3	216/3	0	0	0
日本歯科大学歯学部	148/10	198/11	149/8	0	0	0
日本大学歯学部	60/3	60/3	60/3	90/2	90/2	90/2
昭和大学歯学部	176/5	43/1	43/1	0	0	0
神奈川歯科大学	360/2	360/2	360/2	0	0	0
鶴見大学歯学部	12/12	9/9	10/10	4/2	4/2	4/1
新潟大学歯学部	160/3	160/3	0	80/2	80/2	0
日本歯科大学新潟歯学部	77/6	63/5	21/2	70/2	70/2	35/1
松本歯科大学	120/2	0	0	0	0	0
朝日大学歯学部	600/4	510/3	420/2	0	0	0
愛知学院大学歯学部	0	0	0	0	0	0
大阪歯科大学	196/10	160/8	0	110/5	110/5	0
大阪大学歯学部	56/1	56/1	56/1	0	0	0
岡山大学歯学部	0	0	0	0	0	0
広島大学歯学部	0	0	0	90/1	90/1	90/1
徳島大学歯学部	0	0	0	0	0	0
九州歯科大学	138/10	138/10	138/10	16/1	16/1	16/1
九州大学歯学部	150/1	150/1	150/1	0	0	0
福岡歯科大学	140/5	250/8	270/8	20/1	40/1	40/1
長崎大学歯学部	60/2	60/2	60/2	0	0	0
鹿児島大学歯学部	478/4	478/4	478/4	0	0	0



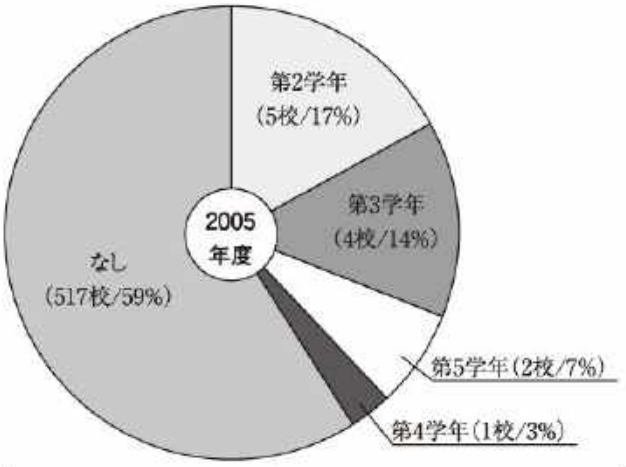
図Ⅱ-41　2005年度における基礎臨床統合カリキュラム導入の講義科目数



図Ⅱ-42　2005年度における基礎臨床統合カリキュラム導入の講義開始学年



図Ⅱ-43　2005年度における基礎臨床統合カリキュラム導入の実習科目数



図Ⅱ-44　2005年度における基礎臨床統合カリキュラム導入の実習開始学年

入の実習科目数を示す.

導入している12校のこれら科目数は，2004，2003年度と比較した場合，2校を除きいずれの大学においても同数となっていることが確認でき，統合形式を取り入れた実習のカリキュラムプランニングの難しさが一因として推察できる.

図Ⅱ-44に，2005年度における統合カリキュラム導入の実習開始学年を示す.

統合実習の開始については，実施している12校中の9校が第2，3学年からとなっており，第1学年から総合実習を実施している大学は認められず，講義に比べ実習においては，やはりある一定レベルの知識を必要としていることが考えられる.

現在，全国29歯科大学・大学歯学部は明日の歯科医療を担う若き歯科医師を育成するため，多様な社会的ニーズや方針・制度などを柔軟に受け入れつつ教育の向上に努めている．特に，今後の卒前臨床基礎医学教育には，これまで欠けていたコミュニケーション能力の充実化を図り，臨床能力に長けた，国民の期待に応える医療人養成に寄与することが求められている.

文献

1) 学習指導要領．文部科学省．昭和30年度～平成10年度.
2) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告．21世紀における医学・歯学教育の改善方策について―学部教育の再構築のために―，歯学教育モデル・コア・カリキュラム―教育内容ガイドライン―．2001．8頁.

4

卒前臨床実習

前田芳信，玉川裕夫

ここでは，卒前臨床実習の現状とその問題点に関して，29校に調査した結果について述べる．

1）臨床実習の実施状況

(1) 臨床実習の実施学年，実施時間数

5年生のみで実施しているのが9校であるのに対して，20校が5，6年生にまたがって実施している（**図Ⅱ-45**）．しかし実施時間数は平均1,300時間であり，1日4時間ないし5時間と考えると1年間に相当し（**図Ⅱ-46**），いずれの場合でも期間的には1年間程度であり，北米の大学でみられるように2年間全体にわたって臨床実習を実施している大学は少ないものと考えられる．

(2) 実施体系：臨床実習の学生数，臨床実習担当教員数，指導体制，診療参加と見学の割合，専用治療室の有無，専用チェアー数

臨床実習の指導体制については学生数（最大140人，最少54名）（**図Ⅱ-47**）と担当教員の数（常勤で最大235名，最少30名）（**図Ⅱ-48**）の比率によるところが大きいと考えられる．したがって指導体制としては23校においてはグループ制が実施され，12校においてのみ個別の指導体制が実施されている（**図Ⅱ-49**）．

このことはまた，臨床実習の実施内容にも影響を与えており，見学が50%以上を占める大学が18校あり（**図Ⅱ-50**），少ない教官数で多数の学生の実習を実施するため，あるいは対象となる患者数が制約されるために見学中心の形式をとっているものと考えられる．一方，診療参加が70%を超える大学も10校あり，両者の間に大きな開きが認められる（**図Ⅱ-50**）．

専用の治療室を有している大学は17校あり，その他の大学では卒後臨床実習との共用あるいは各専門科の診療室において実習が実施されているものと考えられる（**図Ⅱ-51**）．また専用のチェアーを有している場合のチェアー数（**図Ⅱ-52**）からは，数名から10名程度に1台の割合になっていることがわかる．

(3) 学生数と指導教員数

前述の資料から教員1人あたりの学生数を算出した（**図Ⅱ-53**）．その結果は平均的には1名前後となった．また教員1人あたりの受け持ち総時間数についてみると，平均的には1,000時間前後となった（**図Ⅱ-54**）．ただ，常勤の教員のみについて算出した場合には，その時間数はやや増加する傾向がみられた（**図Ⅱ-55**）．

2）臨床実習の評価方法

臨床実習の評価方法については，以下の点を調査した．

(1) 評価方法

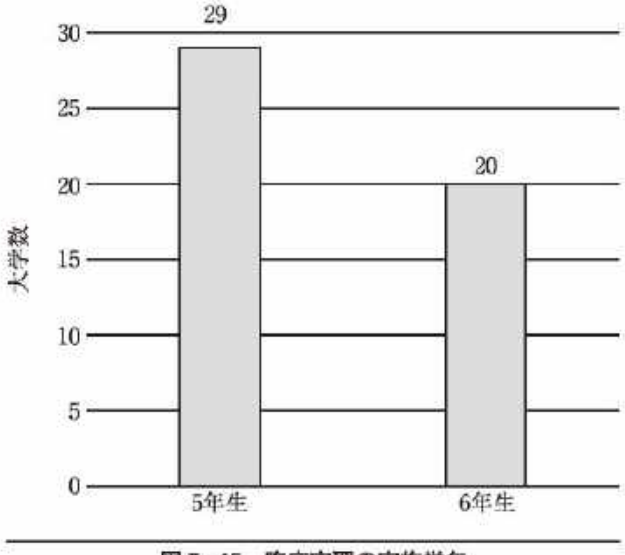
次のどの順で評価するかについては，「リクワイアメントの達成数，見学を含めた参加数，レポートの提出数」の3項目について順位付けを求めた．その結果，リクワイアメントの達成数を第1位としたのが25校であり，続いて見学を含めた参加数，レポートの順であった（**図Ⅱ-56**）．このことは臨床実習の到達目標の設定に関連しており，できる限り多くの臨床例に接することに意義があるとの考えから，あるいは学生のモチベーションを保つためにリクワイアメントの達成度を第一にしたものと思われる．しかしながら現実には，前述の学生数，指導教官数さらには患者数との関連で設定したリクワイアメントを達成することが困難な場合が多く，見学を含めた参加数，レポートの提出数などで補っているものと考えられる．

(2) 評価の時期

評価の時期については「その都度，一定期間ごと，総括的に」から選択を求めた．その結果からは，その都度が21%，一定期間ごとが36%と形成的な評価を試みている大学が約半数あるのに対して，43%では総括的評価を用いていることがわかった（**図Ⅱ-57**）．

実際に臨床実習においては，その都度，一定期間ごと，また総括的な評価を組み合わせて用いられているものと考えられ，ここではそのなかでどこに重点をおいているかから判断された結果を示していると考えられる．

まえだ　よしのぶ，たまがわ　ひろお
大阪大学歯学部附属病院口腔総合診療部
キーワード：卒前臨床実習，指導体制，指導環境



図Ⅱ-45　臨床実習の実施学年

(3) 評価の学生へのフィードバック

(※重複回答している大学あり．%と校数は一致しない)

評価を学生にフィードバックしているかについては，92%（26校）の大学で「その都度，一定期間ごと，総括的に」のいずれかの形式でフィードバックしているが，フィードバックしていない大学が8%（3校）あった（**図Ⅱ-58**）．また，その時期としては一定期間ごとが最も多く（37%），次いで，その都度（34%）であり，リクワイアメントの達成や学生のモチベーションの維持にも関連して実施されているものと考えられる．

一方，総括評価をフィードバックしている場合が21%（8校）みられるが，この場合には学生には改善の余地はなく，そのフィードバックをどのような目的で行っているかに疑問が残る．

(4) 学生による評価，教員による評価

学生が評価しているかについては，19%（9校）を除いてなんらかの形で実施されている（**図Ⅱ-59**）．その割合は自己のパフォーマンスについての自己評価（21%），教員を評価（23%），実習内容を評価（37%）であった．

これらの評価はリクワイアメントの設定，指導方法，指導内容などの改良，改善に役立つ資料となる場合が多いと考えられる．将来的には，実際にどのような評価がなされ，その結果をどのように利用されているかについても具体的な内容を調査する必要があると考えられる．それによって，学生がより積極的に臨床実習に参加する姿勢をもつこと，あるいはそれをもとにさらに自己研修をする姿勢が生まれるものと期待される．

3) 指導教員

(1) 指導教員の評価について

教員の教育に関する客観評価は41%（12校）で実施され（**図Ⅱ-60**），自己評価は45%（13校）で実施されている（**図Ⅱ-61**）．いずれの項目も学生の評価同様に，リクワイアメントの設定，指導方法，指導内容などの改良，改善に役立つ資料となる場合が多いと考えられる．

教員の評価は，教員の資質ならびにモチベーションの向上にも役立てられるべきであり，臨床教育が業績として認められているか，あるいは給与や昇給の一基準として用いられているかなどの点についても調査が必要となると考えられる．

4) 臨床実習患者

(※重複回答している大学あり．%と校数は一致しない)

(1) 学生が見学することについての同意

学生が見学することについて患者に同意をとっているかでは，93%（27校）で同意を得たうえで実施していた（**図Ⅱ-62**）．また，その説明は教員が行っている場合が85%（28校）と大半であったが，学生自身が行っている場合も12%（4校）みられた（**図Ⅱ-63**）．実際には教員が説明したうえで，学生が同意を得ているものと考えられ，インフォームド・コンセントを得るための実地体験としても，見学の段階で実施する意義があるものと考えられる．

(2) 臨床実習の患者となることへの同意

臨床実習の患者となることへの同意をとっているかについては，97%（28校）で同意がとられている（**図Ⅱ-64**）．実際には口頭での同意であるか，書面での同意書を得ているかなどの違いは存在するものと考えられるが，診療録への記載も含めて同意の意思を記録する方法について確認する必要があると考えられる．また，説明の内容についても，何をどこまで説明しているのか，どこまでの同意を得ているのかなどの点も調べる必要があると思われる．

(3) 患者のフィードバックをどのように得ているか

従来の臨床実習において欠けていた視点として，この患者からのフィードバックが挙げられる．本調査の結果においてはアンケート37%（11校），インタビュー30%（9校）があった（**図Ⅱ-65**）．その他の方法として具体的な内容は不明であるが，いずれにせよほとんどの大学で患者のフィードバックを実習に反映しようとしてることは評価される．

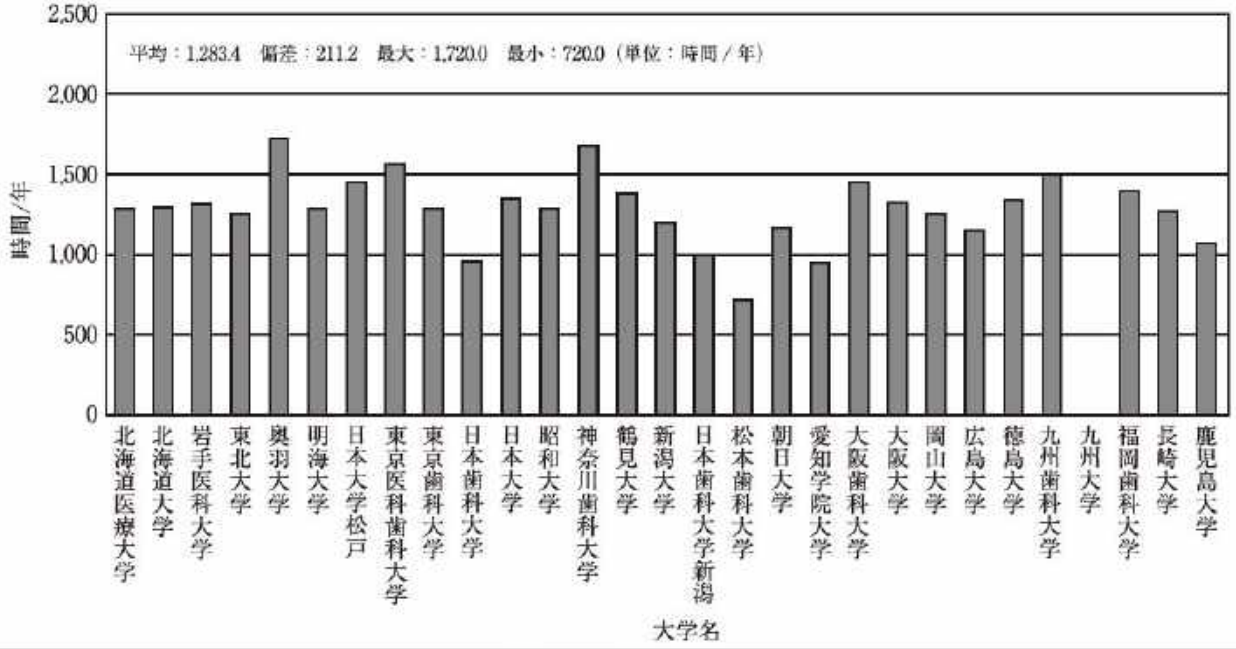
(4) 患者のマネージメントへの学生の関与

患者のマネージメントへの学生の関与については，いずれの大学でも診療予約，患者誘導，医療面接，術後の

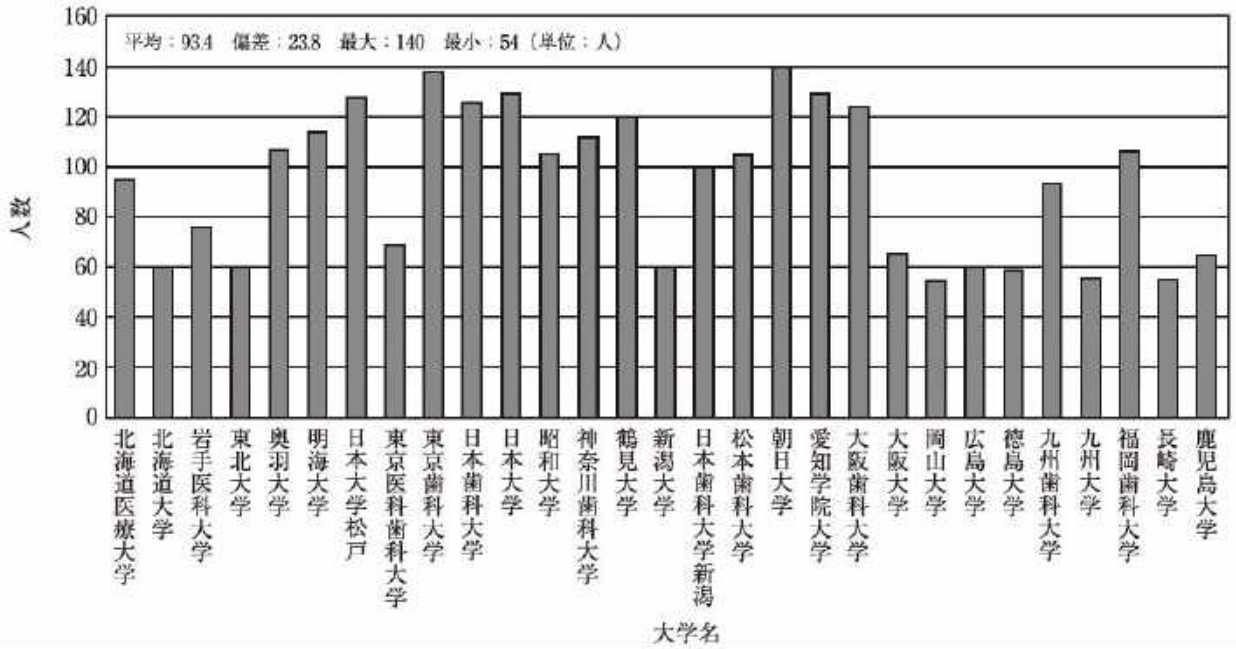
注意の各項目に関与させていることが明らかになった（図Ⅱ-66）．

5）学生

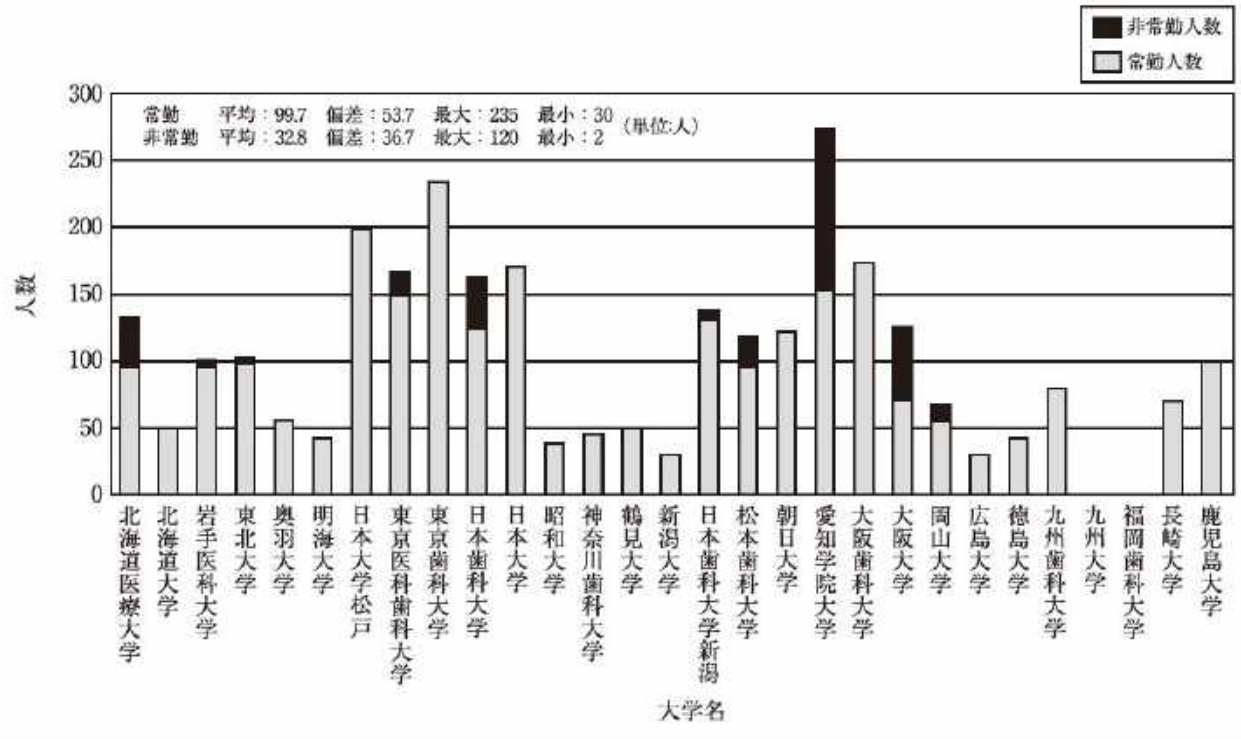
臨床実習においては，過密なスケジュールや指導教員ならびに患者との人間関係などさまざまな原因で学生が精神的なストレスを感じている場合が多く見受けられる．今回の調査では，このような点についてのサポート体制を備えているかについて調べたところ，93%（27校）でサポートされていた（図Ⅱ-67）．具体的にどのような問題があり，それをどのような体制で対処しているかについては不明であるが，予防的な方法も含めて今後この問題はさらに検討するべき課題であると考えられる．



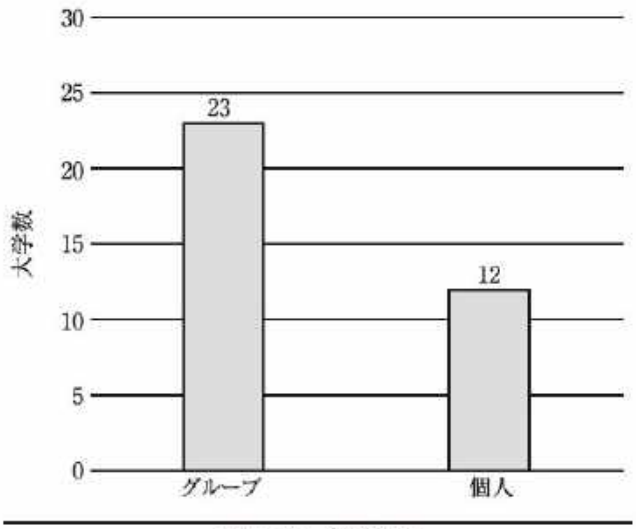
図Ⅱ-46　実施時間数



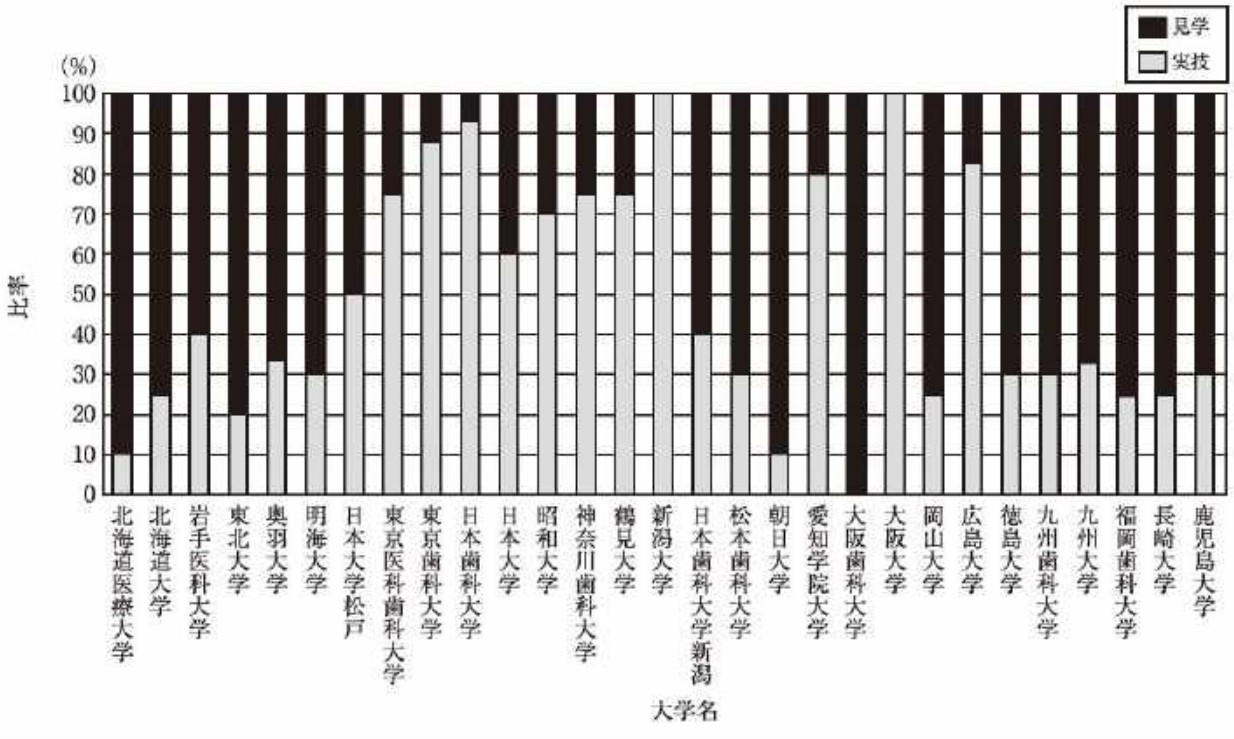
図Ⅱ-47　臨床実習の学生数



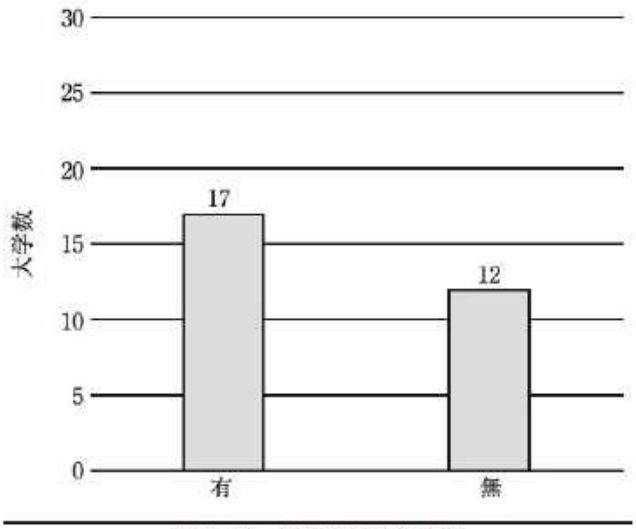
図Ⅱ-48　臨床実習担当教員数



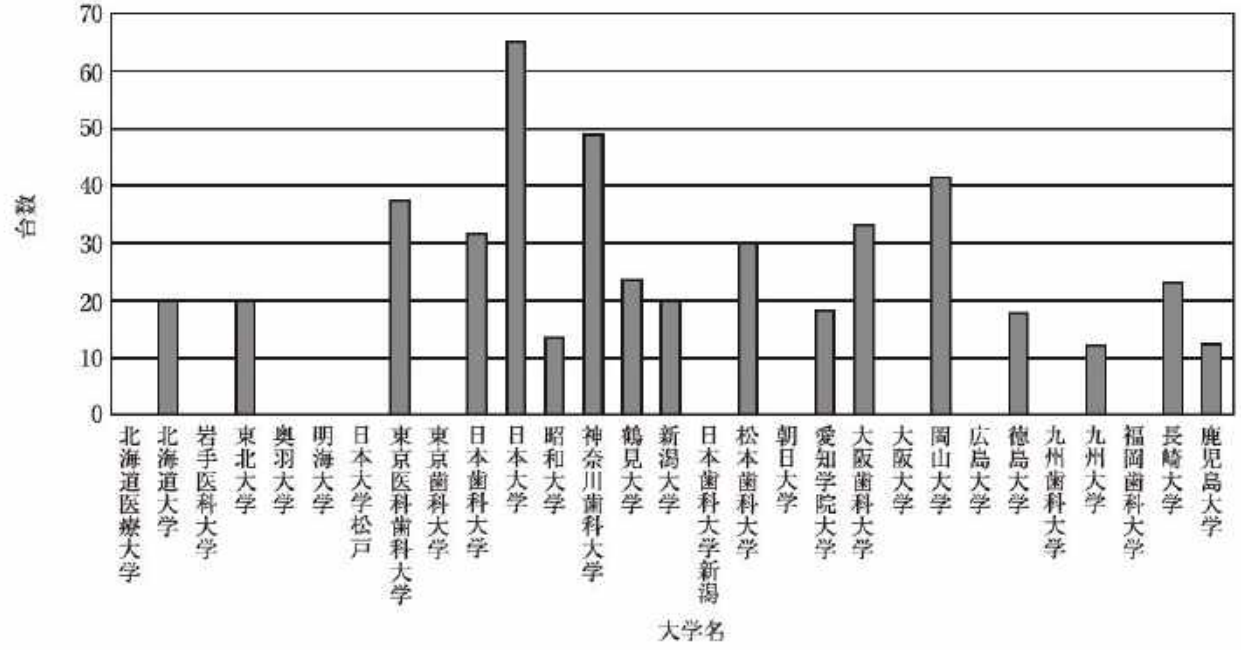
図Ⅱ-49　指導体制



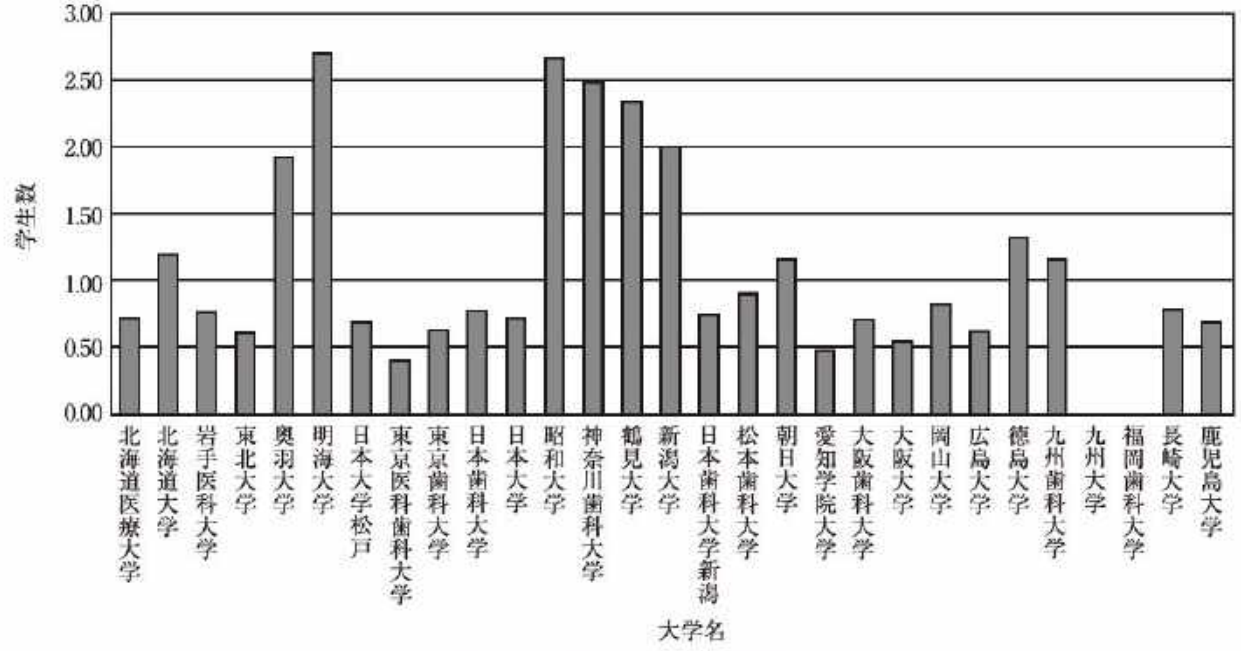
図Ⅱ-50　診療参加と見学の割合



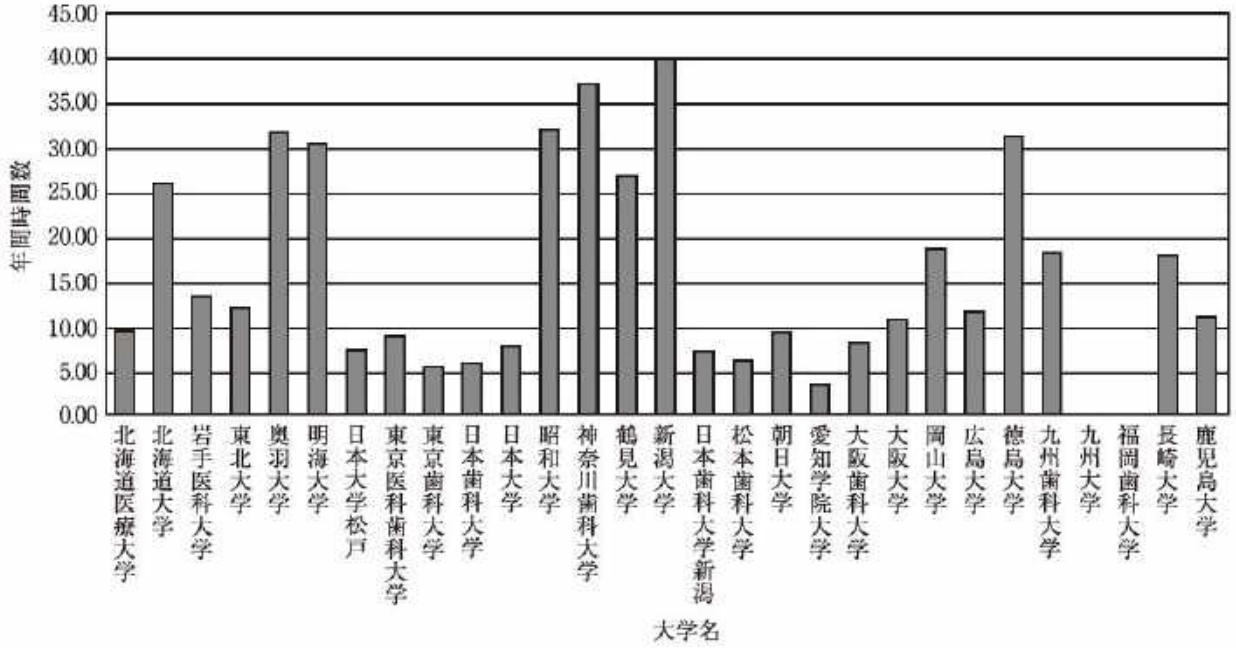
図Ⅱ-51　専用治療室の有無



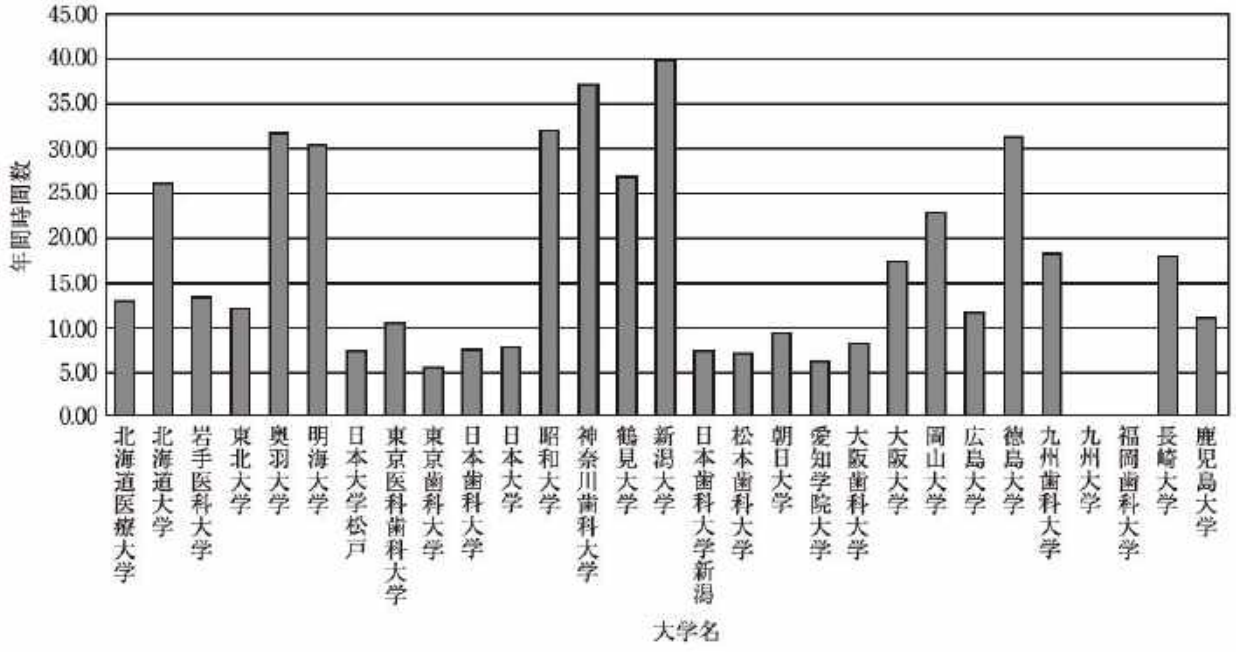
図Ⅱ-52　専用チェアー数



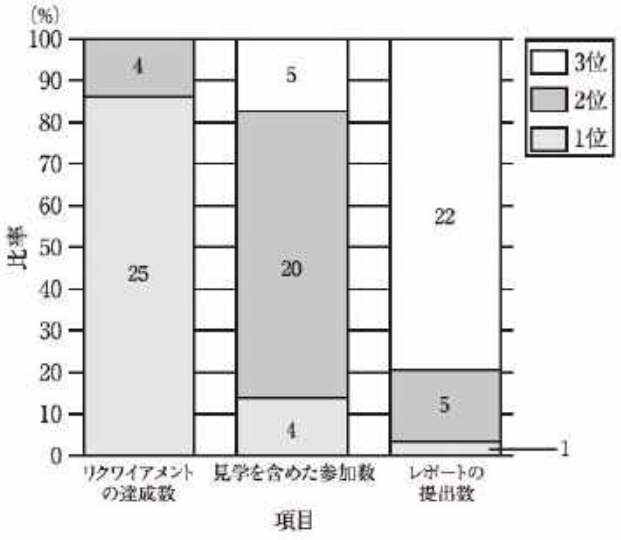
図Ⅱ-53　教員１人あたりの学生数



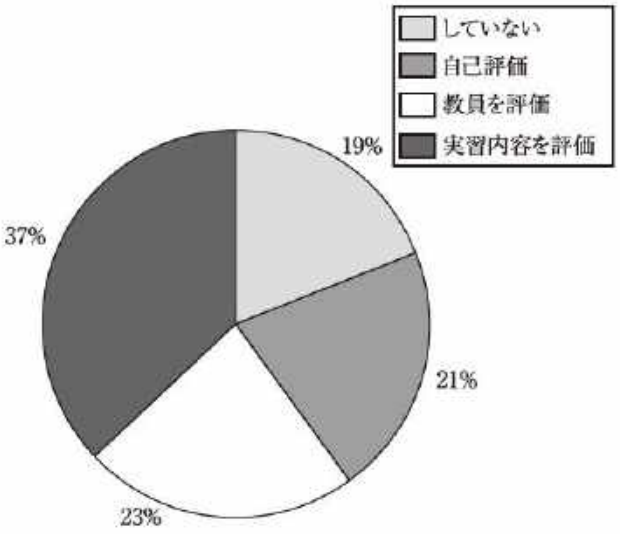
図Ⅱ-54　教員１人あたり受け持ち総時間



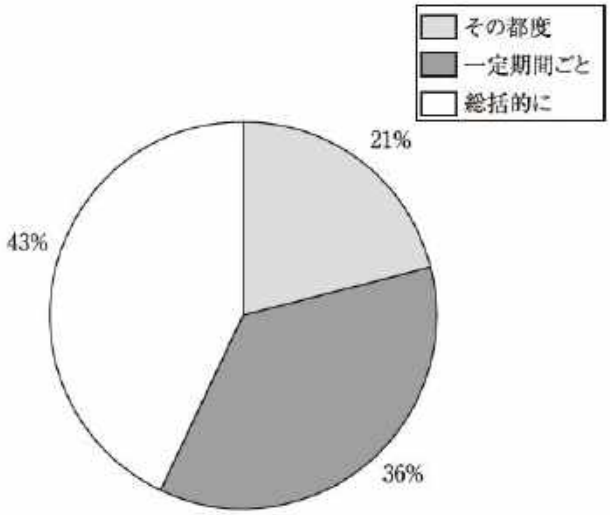
図Ⅱ-55　常勤教員１人あたり受け持ち総時間



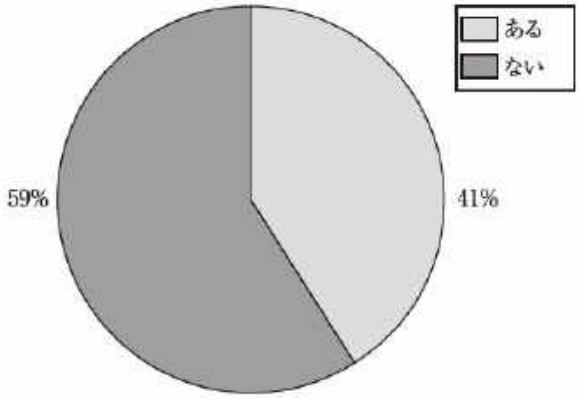
図Ⅱ-56　評価方法の順位付け結果



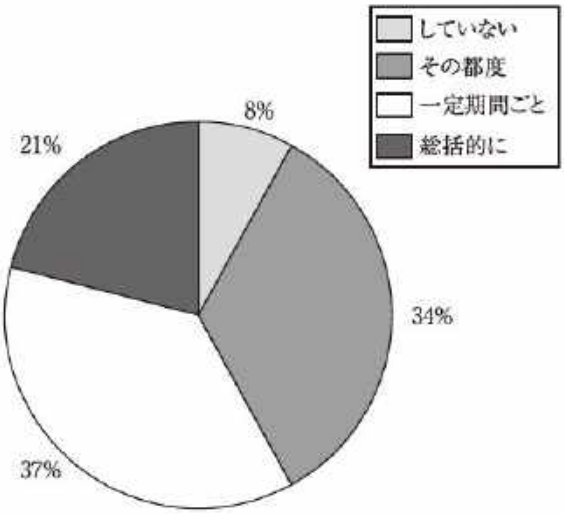
図Ⅱ-59　学生による評価



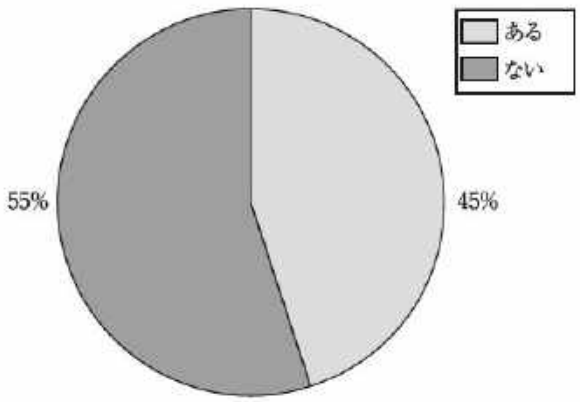
図Ⅱ-57　評価の時期



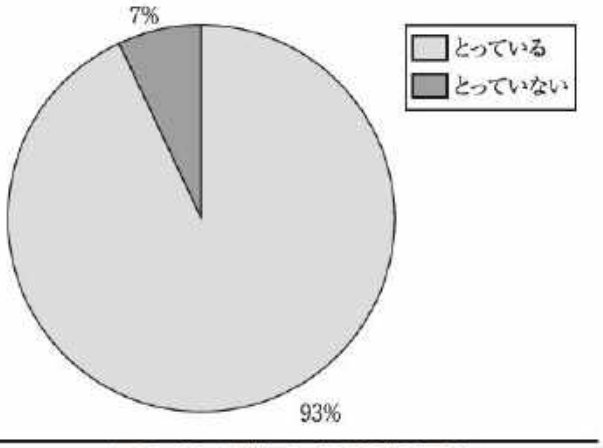
図Ⅱ-60　教員の教育に関する客観評価



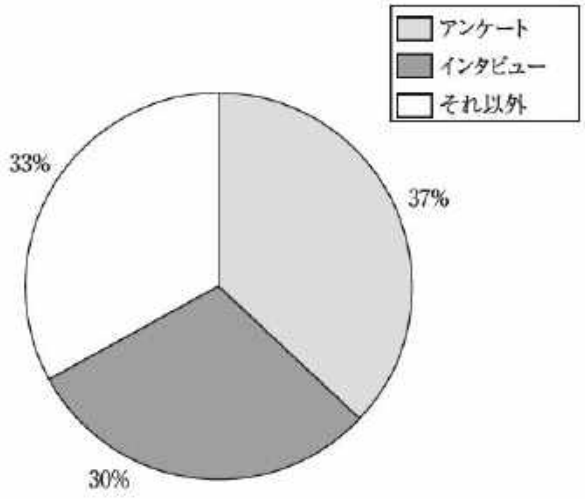
図Ⅱ-58　評価の学生へのフィードバック



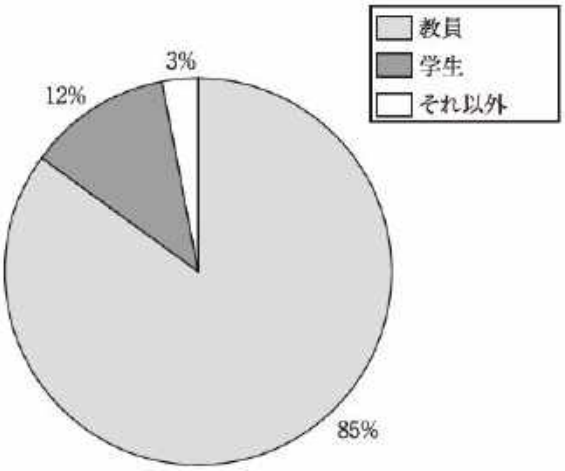
図Ⅱ-61　教員の教育に関する自己評価



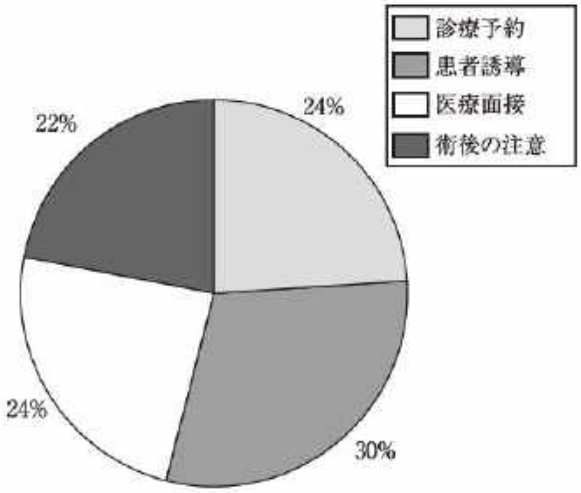
図Ⅱ-62　見学における患者の同意



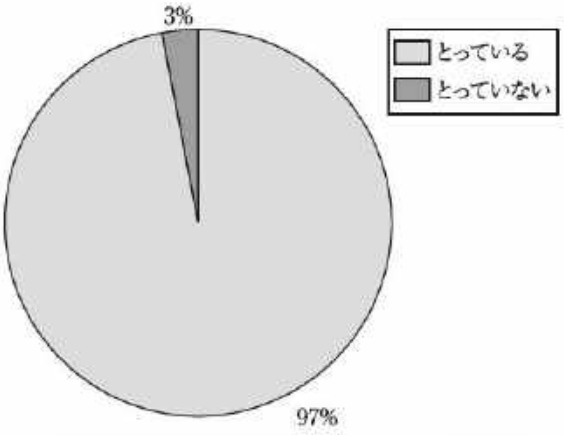
図Ⅱ-65　患者からのフィードバックの方法



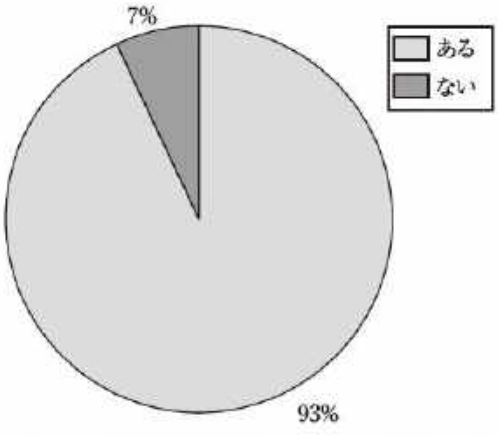
図Ⅱ-63　患者への説明担当者



図Ⅱ-66　患者のマネージメントへの学生の関与



図Ⅱ-64　臨床実習の患者となることへの同意



図Ⅱ-67　学生の精神面でのサポート体制の有無

5

卒後歯科医師臨床研修

住友　雅人

1）はじめに

昭和62年から国の補助事業として「一般歯科医養成研修事業」が開始された．これが歯科医師の卒後研修制度のスタートといえる．医師の卒後研修に比して39年の遅れであった．

平成8年の歯科医師法改正により，現在の歯科医師臨床研修が法制化された．法制化は医科に比べて28年の遅れとなっていた．

平成12年に医療法等の一部を改正する法律によって，医師法・歯科医師法が同時に改正され，医師の臨床研修は平成16年度から，歯科医師は平成18年度から必修化が決定された（**図Ⅱ-68**）．

ここでは平成8年6月21日に通知された「歯科医師法の一部改正について」から，平成12年11月30日に改正され平成18年4月から施行された必修化にいたるまでの過程について述べる．

2）これまでの卒後歯科医師臨床研修

平成8年6月21日法律第92号をもって公布された歯科医師法の一部を改正する法律の趣旨と要点は，次のとおりであった．

第1　改正の趣旨

今回の改正は，近年における歯学・歯科医療技術の進歩，歯科医療に対する国民のニーズの多様化等に伴い，歯科医師の資質の向上が求められていることにかんがみ，歯科医師免許取得後に臨床研修を行うことを歯科医師の努力義務とするものであること．

第2　改正の要点

1　歯科医師の臨床研修

歯科医師の臨床研修に関して，次のように規定されたこと．

(1)　歯科医師は，免許を受けた後も，一年以上大学若しくは大学の歯学部若しくは医学部の附属施設である病院（歯科医業を行わないものを除く．）又は厚生大臣の指定する病院若しくは診療所において，臨床研修を行うように努めるものとすること．

(2)　厚生大臣は(1)の指定をしようとするときは，あらかじめ医療関係者審議会の意見を聴かなければならないこと．

(3)　(1)の適用については，外国の病院又は診療所で，厚生大臣が適当と認めたものは，(1)の厚生大臣の指定する病院又は診療所とみなすこと．

2　臨床研修の報告

臨床研修を行った旨の厚生大臣への報告について，次のように規定されたこと．

(1)　1の(1)に規定する病院又は診療所の長は，当該病院又は診療所において1の(1)の規定による臨床研修を行った者があるときは，当該臨床研修を行った旨を厚生大臣に報告するものとすること．

(2)　1の(3)の規定により1の(1)の厚生大臣の指定する病院又は診療所とみなされた病院又は診療所において1の(1)の規定による臨床研修を行った者は，当該研修を行った旨を厚生大臣に報告するものとすること．

3　その他

次のとおり所要の措置が講じられたこと．

(1)　この法律の施行前に行われた歯科医師国家試験に合格した者等については，1及び2の規定は適用しないこと．

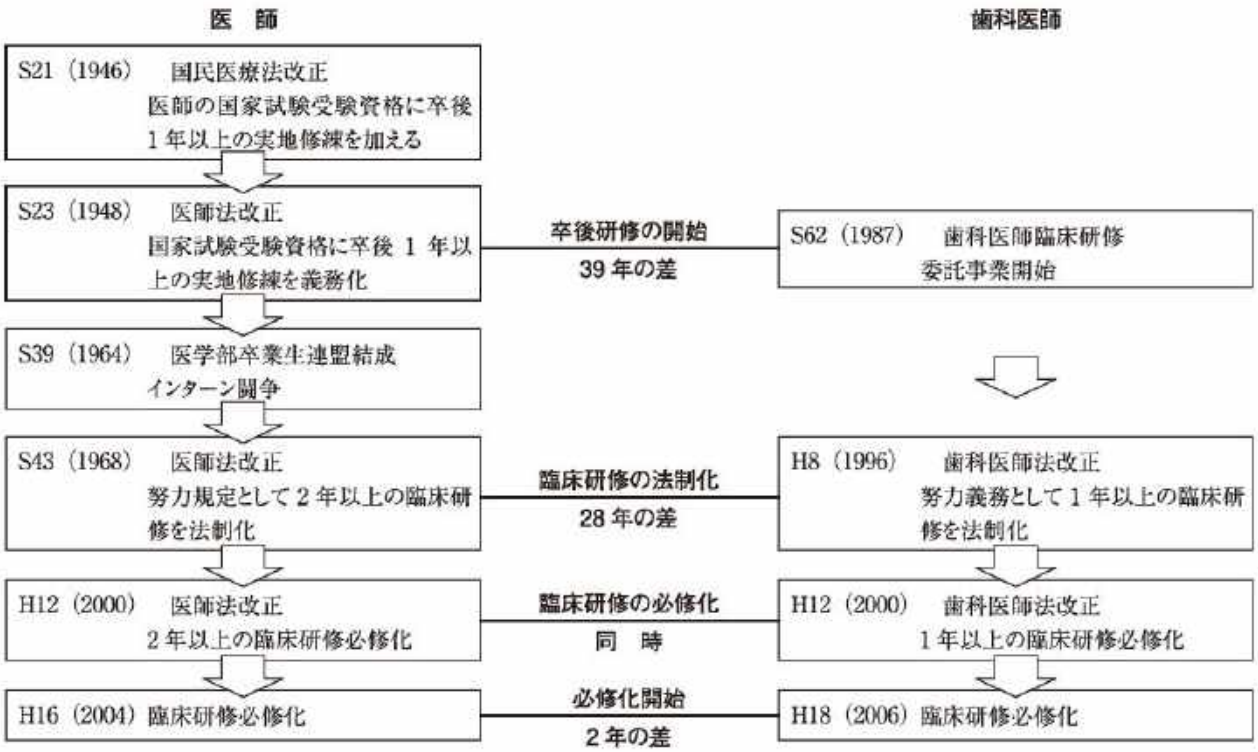
(2)　医療法（昭和23年法律第205号）及び公衆衛生修学資金貸与法（昭和32年法律第65号）について，所要の規定の整理を行うこと．

4　施行期日

この法律は，公布の日から起算して60日を経過した日（平成8年8月20日）から施行することとされたこと．

これが平成17年3月まで実施されている歯科医師臨床研修制度である．この制度の詳細な内容については，平成8年10月14日付の医療関係者審議会歯科医師臨床研修部会の意見書の意見具申を受けて，平成8年10月30日付で「歯科医師臨床研修施設の指定基準等について」が通知された．これに基づいて歯科医師免許取得後

すみとも　まさひと
日本歯科大学生命歯学部附属病院総合診療科1
キーワード：歯科医師臨床研修制度，必修化，マッチングシステム



図Ⅱ-68　臨床研修制度の歩み

に1年以上の臨床研修を行うことを努力義務とする歯科医師臨床研修制度は，平成9年4月から実施されて今日にいたる．

3）必修化への流れ

平成9年頃から，医科・歯科歩調を合わせての必修化への気運が高まってきた．そこで，厚生科学研究事業として，平成10年度には「歯科医師臨床研修必修化に向けての臨床研修の進め方に関する研究（主任研究者・中原　泉）」が実施された．平成11年からは3年計画で「歯科医師の資質向上を目指した臨床研修の必修化及び国家試験の実技能力判定の整備等に関する総合的研究（主任研究者・中原　泉）」が行われたので，内容を時系列で紹介する．

(1) 歯科医師臨床研修必修化に向けての厚生科学研究費補助金での研究事業は，平成10年から開始された．

この年は単年研究で，その主な内容は，研修施設へのアンケート調査，複合研修施設方式への実地調査，海外における臨床研修実状調査であった．

(2) ここでの結果は第18回日本歯科医学教育学会（1999年7月，大阪）において，口演発表を行い，同学会誌で報告した．

全内容に関しては報告書として厚生省（当時）に提出した．

(3) 平成11年度から，新規に臨床研修必修化のための基本整備の研究事業が3年計画で開始された．その主たるテーマは研修医，施設等に対する実態調査，臨床研修目標，標準プログラムの作成，臨床研修修了の基準モデル研修の作成，研修施設の指定基準のあり方，研修施設の第三者評価システム・ワークショップの開催である．

(4) 研究班のメンバーを**表Ⅱ-8**に示す．

(5) 研究班はそれぞれのテーマごとにグループをつくり分担した．この研究の手法はワークショップで行われる全体討議とグループ作業の繰り返しである（**表Ⅱ-9**）．

(6) 研究班を次のように分けた．

歯科医師臨床研修の実態調査班
到達目標の見直しおよび標準プログラムの作成班
臨床研修修了の評価基準・仕組みに関する研究班
臨床研修施設の指定基準および第三者評価研究班

(7) 平成11年度には各班で下記の研究を実施した．

歯科医師臨床研修の実態調査
到達目標の見直しおよび標準プログラムの作成
臨床研修修了の評価基準・仕組みに関する研究
臨床研修施設の指定基準および第三者評価について

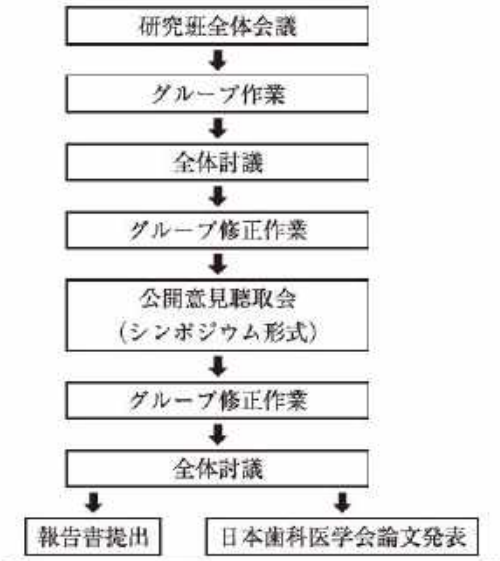
(8) 平成12年度には各班で下記の研究を実施した．

歯科医師臨床研修の実態調査
到達目標の見直しおよび標準プログラムの作成

表Ⅱ-8　研究班メンバー

主任研究者		
	中原　泉	(財)歯科医療研修振興財団専務理事
分担研究者		
	岩久　正明	新潟大学大学院医歯学総合研究科教授
	井上　宏	大阪歯科大学歯科補綴学第3講座教授
	櫻井　薫	東京歯科大学歯科補綴学第1講座教授
	住友　雅人	日本歯科大学歯学部附属病院長
	久光　久	昭和大学歯学部保存修復学講座教授
	俣木　志朗	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授
	真柳　秀昭	東北大学大学院歯学研究科発達加齢・保健歯科学講座小児発達歯科学分野教授
	吉澤　信夫	山形大学医学部歯科口腔外科学講座教授
研究協力者		
	石井　拓男	東京歯科大学社会歯科学研究室教授（平成13年度）
	石川富士郎	日本歯科大学新潟短期大学学長
	鴨志田義功	鴨志田歯科医院院長
	兵頭　英昭	(社)日本歯科医師会常務理事
	新谷　明喜	日本歯科大学歯学部歯科補綴学第2講座教授
	田中　義弘	神戸市立中央市民病院歯科口腔外科部長
	河合　峰雄	神戸市立中央市民病院歯科口腔外科医長
	橋本　弘一	日本歯科大学客員教授
	波多野尚樹	波多野歯科医院院長

表Ⅱ-9　研究作業の流れ



臨床研修修了の評価基準・仕組みに関する研究
臨床研修施設の指定基準および第三者評価について

(9) 平成13年度には各班で下記の研究を実施した.

歯科医師臨床研修の実態調査
到達目標の見直しおよび標準プログラムの作成
臨床研修施設の指定基準および第三者評価について
臨床研修修了の評価基準・仕組みに関する研究

最終年度である平成13年には，研究班メンバー以外に臨床研修に直接かかわっている方々を加えて，ワークショップを開催し，到達目標のプロダクト作業を行った．そこでのプロダクトの内容を，研究班の試案に取り入れた．また，臨床研修指定基準・評価のワークショップを開催し，現状の問題点を抽出し，改善案を作成した（**表Ⅱ-10**）．そして，シンポジウム形式の公開意見聴取会を開催し，提示案に修正を加えた．

(10) 以上の内容に関した報告書を厚生労働省に提出した．

(11) この研究班は調査，分析，試案の作成，運用の見直しが大きな目的であった．これらのプロダクトを行うにあたりワークショップを開催し，その内容を学会発表(口演・論文)，意見聴取会で公開したことによって，臨床研修制度が多くの人の目に触れることになり，啓蒙的効果が上げられた．

表Ⅱ-10　検討テーマ

作業1
評価するうえでの問題点を抽出し，具体的な評価項目，評価方法などについて立案する．
〔出席，ケース，評価ノート，OSCE，再履修，第三者評価機構など〕

作業2
現在の指定基準（物的条件，人的条件）の問題点を抽出し，望ましい指定基準を提案する．
〔施設，設備，指導医・担当医の条件，歯科衛生士数，第三者実地調査機構など〕

加えて研究班メンバーは，制度をより幅広くかつ深く学習することができた．

厚生労働省ではこれらの研究成果を基に「歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会」を立ち上げ，平成13年9月13日に第1回会議を開催した．この会議は第3回が開催されたのち，作業委員会でより詳細な検討が行われた．

この作業委員会は平成14年2月28日から平成14年11月12日までの間に5回開催された（**表Ⅱ-11**）．

再び第4回の検討会に戻り，作業委員会からの答申案に基づき，必修化に向けての討議が行われた．

表Ⅱ-11　歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会作業委員会の検討内容

第1回　平成14年2月28日（木）
・作業委員会の進め方について

第2回　平成14年6月3日（月）
・臨床研修施設宛アンケート（案）
・臨床研修修了者宛アンケート（案）
・アンケート対象（案）
・診療所群方式プログラム（案）
・法定施設間共同研修方式プログラム（案）

第3回　平成14年7月15日（月）
・診療所群方式プログラム（案）
・複合研修方式の研修期間の多様化に応じたプログラム（案）
・法定施設間共同研修方式プログラム（案）
・初期研修における到達度の自己評価（行動目標）（案）
・インターネットを用いた臨床研修情報公開システム（案）

第4回　平成14年9月17日（火）
・医師臨床研修必修化に向けた検討状況について
・歯科医師臨床研修修了者宛アンケート集計
・「歯科医師臨床研修」について集計
・「臨床研修の目標」集計
・臨床研修施設宛アンケート「臨床研修の目標」集計
・初期研修における到達度の自己評価（行動目標）（案）
・歯科医師臨床研修の到達目標（案）
・第4回新医師臨床研修制度検討ワーキンググループ資料

第5回　平成14年11月12日（火）
・歯科医師臨床研修施設の指定基準（案）
（別紙1）歯科医師臨床研修の到達目標について（案）
（別紙2）臨床研修施設の指定基準の運用について（案）
・複合型臨床研修施設群の臨床研修スケジュール・イメージ
・歯科医師臨床研修の需要について
・歯科医師卒後臨床研修の制度設計の基本骨格案（全国歯科大学・歯学部附属病院長会議　臨床研修・臨床実習検討委員会）
・新たな歯科医師臨床研修制度の在り方について（案）
・臨床研修指定病院の取り消し基準，必修化に合わせて策定

この検討会は平成13年9月13日の第1回から平成16年3月26日までの間に14回開催された（**表Ⅱ-12**）．

この検討会の内容は報告書としてまとめられた．

この検討会からの報告書を受け，平成16年8月2日に医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会が開催された（**表Ⅱ-13**）．第3回会議で意見書（案）としてまとめられた．

そして平成17年6月28日に歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成17年厚生労働省令第103号）が公布・施行された．同時に各都道府県知事宛に厚生労働省医政局長から通知された．

医道審議会(歯科医師分科会)歯科医師臨床研修検討部会意見書

平成16年9月28日

我が国の保健・医療・福祉を取りまく環境は，高齢化に伴う疾病構造の変化や国民のニーズの多様化，患者の権利をより尊重するための患者と歯科医師とのコミュニケーションの在り方の変化等によって大きな変貌を遂げている．一方，歯科医療技術はますます高度化・専門化し，より質の高い歯科保健・医療を国民に提供するために，歯科医師に求められる医療人としての基本的な知識，態度及び技術は増加してきている．

このような背景から，患者に必要な情報を十分に提供し，患者が安心し納得した上で医療を受けられるよう十分なコミュニケーションを図り，予後を踏まえた診療計画を立てることが，これからの歯科医療に望まれる．さらに，口腔の疾病治癒・機能回復を目指すことはもちろんのこと，口腔に関連した全身管理を含めた健康回復・増進を図るという総合性が求められる．

こうした状況を踏まえ，平成12年の歯科医師法改正により，平成18年4月から歯科医師臨床研修が必修化されることとなった．この改正は，研修歯科医が歯科医師としての基盤形成の時期に，①臨床研修に専念できる環境を整備すること，②診療に従事する歯科医師として患者中心の全人的医療を理解した上で，歯科医師としての人格を涵養すること，③総合的な歯科診療能力を身につけ，臨床研修を生涯研修の第一歩とすることを目的としている．

さらに，厚生労働省は平成15年8月に，「医療提供体制の改革のビジョン」を公表し，21世紀における医療提供体制に改革の将来像と施策を提示し，質が高く効率的な医療の提供を実現するために医師，歯科医師等の医療を担う人材の確保と資質の向上は重要な柱の一つであるとして位置づけている．歯科医師臨床研修の必修化は，この柱の一翼を担い，歯科医師の資質の向上に大きく寄与するものである．

歯科医師臨床研修の必修化に当たり，平成13年9月より歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会において，研修プログラムや研修歯科医の処遇及び研修施設の基準等の新たな歯科医師臨床研修制度の体制整備につき調査及び基準作成が行われ，平成16年3月に報告書が公表されたところである．

これを受け，平成16年8月より本部会による審議を開始し，検討会報告書を元に検討をすすめてきた結果，今般，新たな歯科医師臨床研修制度の運用に関し，以下のとおり意見をとりまとめたのでここに報告する．

1　歯科医師臨床研修施設の指定基準等について
2　歯科医師臨床研修施設の指定基準の運用について
3　研修歯科医の処遇について
4　歯科医師臨床研修の到達目標について
5　指導歯科医の養成について
6　研修歯科医の募集･組合せ決定システム（マッチング）について
7　今後の進め方

表Ⅱ-12　歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会の検討内容

第1回　平成13年9月13日（火）
・歯科医師臨床研修の概要について
・歯科医師臨床研修の必修化について
・検討課題について

第2回　平成13年10月18日（木）
・医師の臨床研修必修化に係る検討状況について
・21世紀における医学・歯学教育の改善方策について
・検討項目についての論点整理メモ（案）

第3回　平成13年12月25日（火）
・委員提出資料
・「歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備のあり方に関する検討会」作業委員会についての座長案

第4回　平成15年3月4日
・WGでの検討項目についての論点整理メモ
・歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会作業委員会とりまとめ
・新歯科医師臨床研修プログラムのイメージ図
・歯科医師臨床研修施設の需給について
・歯科医師臨床研修施設アンケート結果からの問題点
・歯科医師卒後臨床研修の制度設計の基本骨格案
（全国歯科大学・歯学部附属病院長会議　臨床研修・臨床実習検討委員会委員提出資料）
・歯科医師臨床研修修了者アンケート
・歯科医師臨床研修修了者アンケート集計
・歯科医師臨床研修施設アンケート
・歯科医師臨床研修施設アンケート集計

第5回　平成15年5月26日（月）
・中間とりまとめ（案）
・歯科医師臨床研修の指導歯科医の資格要件について（案）
・歯科医師臨床研修指導医講習会について（案）
・歯科医師臨床研修における入院奨励の研修目的について
・臨床研修の報告等の取扱いについて（案）
・今後のスケジュールについて

第6回　平成15年7月29日（火）
・中間とりまとめ（案）
・研修歯科医の受け入れ人数の考え方について
・歯科医師臨床研修の指導歯科医の資格要件について（案）
・医療安全のための体制について（案）
・医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～
・医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する奨励の施行について

第7回　平成15年9月2日（火）
・中間とりまとめ（案）
・診療所における単独型及び管理型臨床研修施設の指定について（案）
・大学歯学部附属病院における病棟研修について（委員提出資料）
・有床歯科診療所での到達目標とプログラム（委員提出資料）
・歯科診療所（無床）が単独型臨床研修施設になる場合の指定基準・研修プログラムの運用及び到達目標に関する検討（委員提出資料）

第8回　平成15年9月30日（火）
・新医師臨床研修制度について
・診療所における単独型及び管理型臨床研修施設の指定について（案）
・新歯科医師臨床研修プログラムのイメージ図

第9回　平成15年10月20日（月）
・歯科医師臨床研修標準プログラムの例示（案）
・大学等において指導歯科医講習会を開催する場合の開催要綱について（案）

第10回　平成15年11月21日（金）
・歯科医師臨床研修標準プログラムの例示（案）Type1～6
・歯科医師臨床研修施設における医療安全のための体制整備について（案）
・臨床研修施設の指定の取り消し基準について（案）

第11回　平成15年12月19日（金）
・歯科医師臨床研修施設等の指定基準について（中間とりまとめ改定案）
・歯科医師臨床研修施設における医療安全のための体制整備について（案）
・歯科医師臨床研修に関する規定（歯科医師法第16条の2）
・医療安全対策のための医療法施行規則一部改正について通知等

第12回　平成16年1月30日（金）
・研修歯科医の処遇の現状について
・歯科医師臨床研修施設における医療安全のための体制整備について（案）
・無床歯科診療所の医療安全管理体制イメージ図
・新歯科医師臨床研修制度について
・厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール

第13回　平成16年2月27日（金）
・「歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会」報告書（案）

第14回　平成16年3月26日（金）
・「歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会」報告書（案）

4）新歯科医師臨床研修評価基準検討会の開催

平成18年4月からの必修化に向けて「新歯科医師臨床研修評価基準検討会」が開催され，次の項目について検討がなされている．

(1) 修了認定のための評価基準について
(2) 指導ガイドラインについて
(3) 研修歯科医手帳について
(4) 歯科診療所における医療安全指針について

この検討会の内容は，中間取りまとめとして平成18年3月に開催される医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会に提出される．

5）歯科医師臨床研修マッチングの導入

平成18年度の臨床研修必修化に際し，歯科においても医科で行われていたマッチングシステムが導入された．その主旨・方法は以下のとおりである．

(1) マッチングシステム導入の背景

研修施設が公募で研修採用を行う場合，研修希望者が複数の施設へ採用希望を出すことが考えられ，内定辞退者による募集定員の欠員あるいは過剰採用が起こり得る．また，研修希望者が複数施設から内定を受けた場合，契約締切期限の違いによって，希望の施設と契約を結ぶことができない場合も起こり得る．

こうした問題点を回避するため，全国一斉，同一日に，すべての研修希望者と研修施設が合理的かつ効率的に組み合わせを決定するシステム，すなわちマッチングシステムが導入された．これは一種の職業あっせんの位置付けとなることからマッチング協議会が設立された(**表Ⅱ-14**)．

(2) マッチングアルゴリズム

平成17年度に導入された歯科マッチングでは，参加者に対しては「公平な選抜」と「プログラム選択の自由」，参加施設には「実施者の希望に見合った人材の確保」を保証している．

歯科マッチングでは研修希望者，臨床研修施設，双方の希望を尊重し，一定の規則(アルゴリズム)に従ってウェブサイトで組み合わせのやりとりが行われる．**図Ⅱ-69**にアルゴリズムを示す．図に示すように，双方の希望に基づいて，コンピュータによって自動的に組み合わせが決定される．平成17年度のマッチング結果は**表Ⅱ-15, 16**のとおりであった．

6）(財)歯科医療研修振興財団の役割

従来から歯科医師臨床研修の推進を担ってきた（財）歯科医療研修振興財団は歯科医師臨床研修指導医講習会を年2回，歯科医師臨床研修指導医ワークショップ（いわゆる富士研ワークショップ）を年1回実施してきた．

表Ⅱ-13 医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会の検討内容

第1回　平成16年8月2日（月）
- 「歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会報告書」
- 現行制度と新制度との変更点（案）
- 歯科医師臨床研修必修化に向けてのアンケート結果
- 歯科医師国家試験の早期化について「歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書」（抜粋）
- 平成16年度医師臨床研修マッチングプログラム参加者及び研修病院アンケートの結果
- 第2回新医師臨床研修制度施行準備有識者会議資料（平成16年3月10日）

第2回　平成16年9月6日（月）
- 研修歯科医の処遇について（案）
- 複合型臨床研修施設群で研修を行う場合の雇用関係について（案）
- 研修歯科医の評価について（案）

第3回　平成16年9月28日（火）
- 医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会意見書（案）

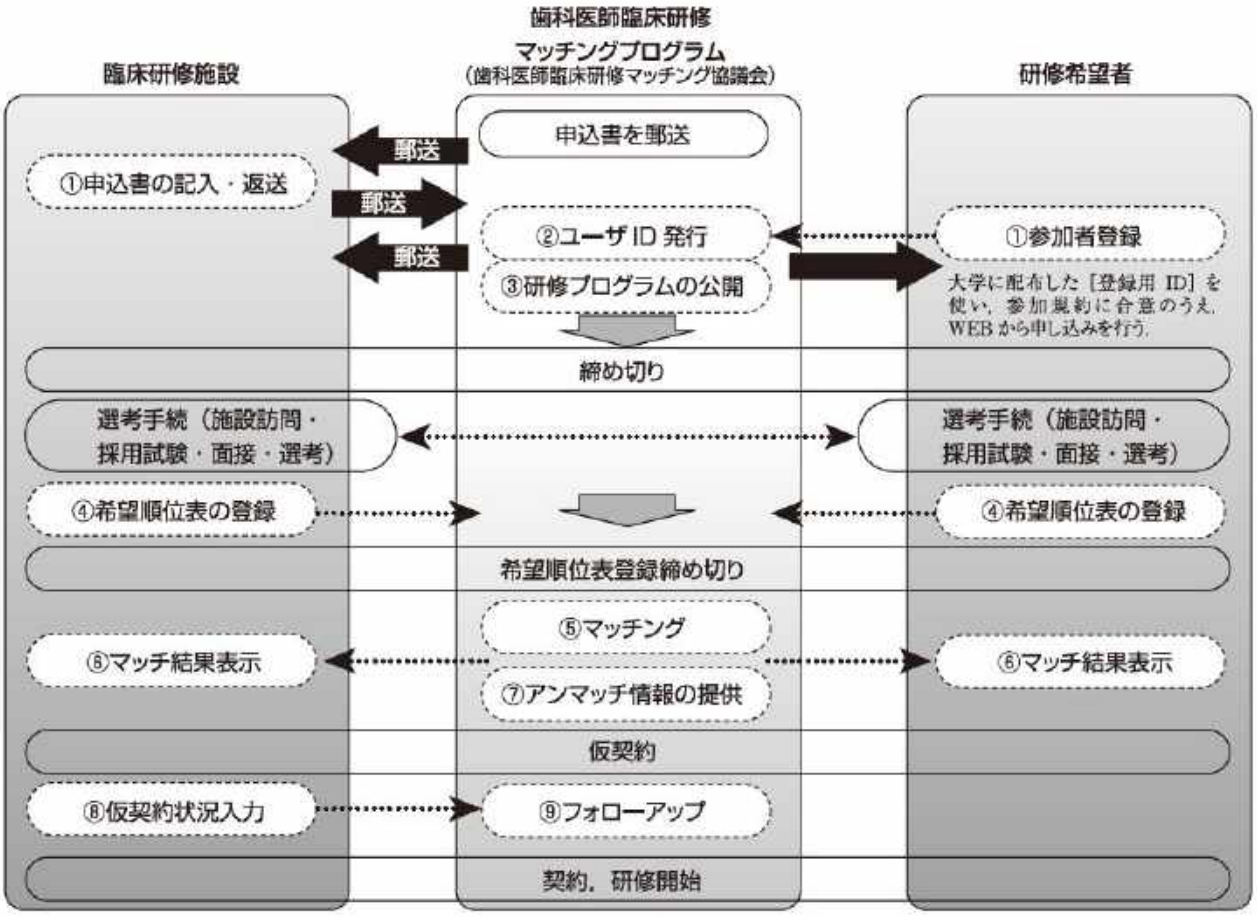
表Ⅱ-14 歯科医師臨床研修マッチング協議会運営委員会委員

委員長	江藤　一洋	日本歯科医学教育学会理事長
委員長代理	宮武　光吉	財団法人歯科医療研修振興財団理事
	井下　英二	大津健康福祉センター健康福祉推進課長
	木村　博人	全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議会長
	早川　巖	東京医科歯科大学歯学部附属病院長
	田中　義弘	神戸市立中央市民病院歯科部長
	辻本　好子	NPO法人ささえあい人権センターCOML代表
	仲西　修	九州歯科大学教授
	中原　泉	日本歯科大学理事長，学長
	村居　正雄	社団法人日本歯科医師会常務理事

平成9年から始まった歯科医師臨床研修指導医講習会は平成15年8月22～24日に開催された．第13回からWHOのRTTCIW（Regional Teacher Training Centre Intercountry Workshop）を基にしたカリキュラムプランニングの技法が導入された．これは〔平成16年6月17日付　医政発第06170015〕の「歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針に則ったもの」として現在は受講することが義務付けられた．

平成15年度から平成17年度までに開催された歯科医師臨床研修指導歯科医講習会の詳細を**表Ⅱ-17**に示す．

歯科医師臨床研修指導医ワークショップは平成10年にスタートし，平成17年度で8回開催されている（第Ⅴ章 3. 参照）．



図Ⅱ-69　歯科医師臨床研修マッチングプログラムの流れ [2]

表Ⅱ-15　歯科大学病院，その他の施設別マッチングの結果

	2005 年度				
	歯科大学病院(注1)		その他の施設(注2)		合計
参加施設数	33	18.4%	146	81.6%	179
研修プログラム数	84	34.0%	163	66.0%	247
募集定員	3,344	88.1%	453	11.9%	3,797
マッチ者数	2,985	88.7%	382	11.3%	3,367
空席数	359	83.5%	71	16.5%	430
第1位希望者数	2,998	83.6%	586	16.4%	3,584

(注)　1. 単独型または管理型相当の歯科大学・歯学部附属病院が管理している研修プログラムについて集計したもの．
2. 歯科大学病院以外の単独型または管理型の施設が管理している研修プログラムについて集計したもの．

表Ⅱ-16　歯科大学病院，その他の施設別参加者の希望順位表における順位とマッチ数

参加者の希望順位	2005 年度		
	歯科大学病院(注1)	その他の施設(注2)	総数
第1位	2,066	316	2,382
第2位	438	38	476
第3位	208	11	219
第4位以下	273	17	290
計	2,985	382	3,367

(注)　1. 単独型または管理型相当の歯科大学・歯学部附属病院が管理している研修プログラムについて集計したもの．
2. 歯科大学病院以外の単独型または管理型の施設が管理している研修プログラムについて集計したもの．

表Ⅱ-17　(財) 歯科医療研修振興財団主催　歯科医師臨床研修指導医講習会

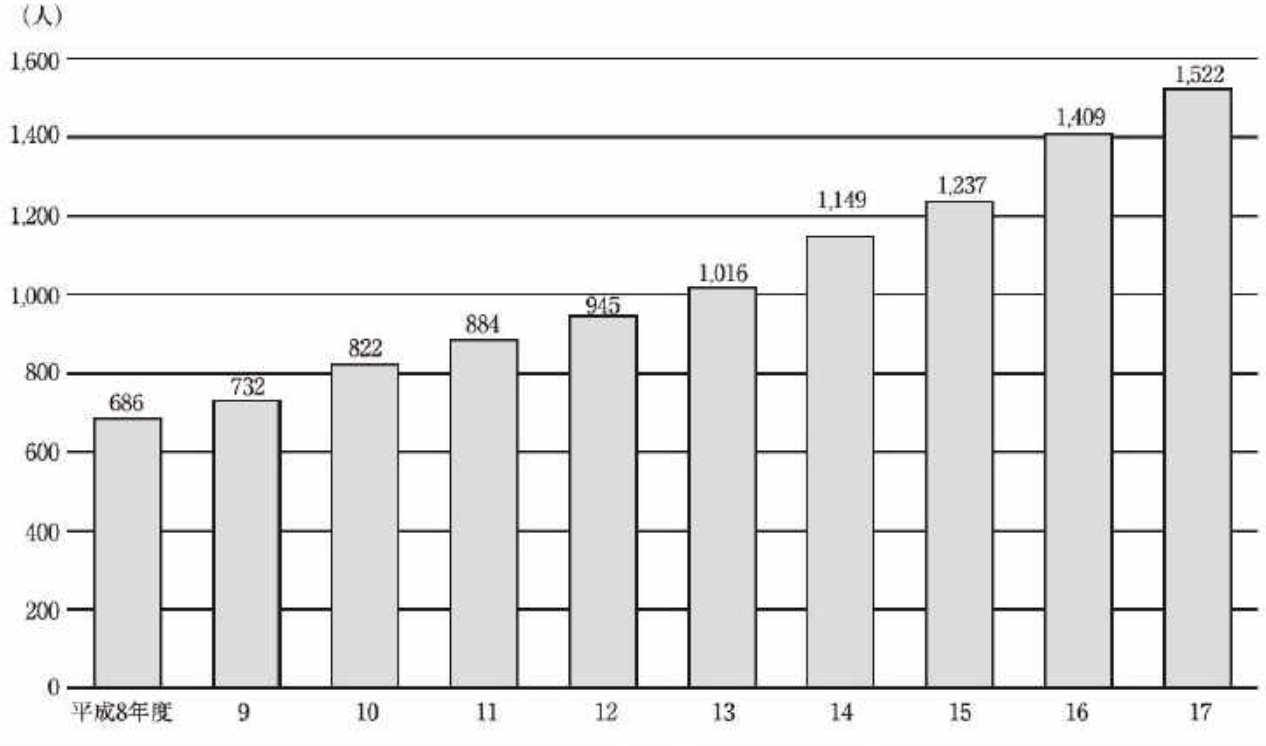
2003年度（平成15年度）		2004年度（平成16年度）		2005年度（平成17年度）	
開催日	8月22日(金)～24日(日)	開催日	7月17日(土)・18日(日)	開催日	8月13日(土)・14日(日)
開催場所	日本歯科大学歯学部	開催場所	財団法人海外職業訓練協会	開催場所	財団法人海外職業訓練協会
参加者	100名	参加者	40名	参加者	40名
開催日	11月7日(金)～9日(日)	開催日	8月21日(土)・22日(日)	開催日	9月24日(土)・25日(日)
開催場所	大阪歯科大学附属病院	開催場所	財団法人海外職業訓練協会	開催場所	財団法人海外職業訓練協会
参加者	100名	参加者	37名	参加者	40名
		開催日	11月6日(土)・7日(日)	開催日	10月15日(土)・16日(日)
		開催場所	財団法人海外職業訓練協会	開催場所	財団法人海外職業訓練協会
		参加者	40名	参加者	40名

表Ⅱ-18　日本歯科医師会　井堂孝純会長からの諮問事項

(1)会員に対する歯科医師臨床研修制度の周知
(2)都道府県歯科医師会をはじめとする関係団体の役割分担・連携
(3)開催指針に基づく指導歯科医講習会の開催に向けた支援
(4)臨床研修施設，特に協力型臨床研修施設の申請業務の支援
(5)その他歯科医師臨床研修制度推進に必要な事項

表Ⅱ-19　歯科医師臨床研修制度推進臨時委員

委員長	石井　拓男	東京歯科大学千葉病院長
副委員長	伊東　隆利	伊東歯科医院院長
	鴨志田義功	鴨志田歯科医院院長
	住友　雅人	日本歯科大学歯学部附属病院長
	田中　義弘	神戸市立中央市民病院歯科部長



図Ⅱ-70　日本歯科医学教育学会　会員数の推移

7）日本歯科医師会の本制度への最近の取り組み

日本歯科医師会は1994年（平成6年）第127回代議員会において「2年間の臨床研修の義務化を図るため歯科医師法を改正するよう強く要望する」という要望書を厚生大臣に提出することを決議した．したがって日本歯科医師会は本制度の火付け役といえる．

最近の日本歯科医師会の本制度への取り組みとして，井堂孝純会長から平成16年8月26日付で歯科医師臨床研修制度推進臨時委員会委員長宛に諮問書が提出された．

その諮問事項と委員を**表Ⅱ-18，19**に示す．

第1回の委員会は平成16年9月1日に開催された．

合計4回の委員会がもたれ，平成16年12月8日付で歯科医師臨床研修制度推進に関する中間答申書が会長宛に提出された．

続いて合計4回の同委員会が開催され，平成18年2月8日付で最終答申書が提出された．

答申の概要は

(1) 会員に対する歯科医師臨床研修制度の周知
(2) 都道府県歯科医師会をはじめとする関係団体の役割分担・連携
(3) 開催指針に基づく指導歯科医講習会の開催に向けた支援
(4) 臨床研修施設，特に協力型臨床研修施設の申請業務の支援
(5) その他歯科医師臨床研修制度推進に必要な事項

についてである．

今後は日本歯科医師会の本制度への積極的な取り組みが重要になってくる．

8）日本歯科医学教育学会の本制度への取り組み

歯科医師臨床研修制度が法制化された平成8年以降，特に第17日本歯科医学教育学会総会（平成10年　大会長　中原　泉，新潟）は本制度にかかわるシンポジウムを大々的に取り上げたことから，それを契機に一気に会員が増加してきた．会員の動向を**図Ⅱ-70**に示す．

日本歯科医学教育学会の事業計画の1つとして，厚生労働省認定の歯科医師臨床研修指導医講習会を平成17年3月12・13日，平成17年8月6・7日に開催した．

平成17年1月27日には歯科医師臨床研修指定施設となるためのセミナー，平成18年3月11・12日にはプログラム責任者・副プログラム責任者のためのワークショップを開催した．

本学会は従来の専門性を求めるものではなく教育に興味を示す方々の集まりであることから，この臨床研修制度を共通のテーマとしてますます活性化すると思われる．今後は，協力型施設の多くを占める歯科診療所の方々へ学会参加を求める方略が必要である．

文献

1) 厚生省健康政策局歯科衛生課編集．歯科医師臨床研修に関する関係資料．1版．東京：新企画出版社；1997.
2) 平田創一郎．2-① 歯科医師臨床研修制度の全体像．日歯医師会誌　2006；58(11)：15-21.

6

大学院教育と歯科医学研究の動向

中島　昭彦，緒方　哲郎

1）大学院重点化

全国の国立大学のうち早いところでは平成に入ってまもなく，大学院重点化に向けての本格的討論が開始された．この大学院重点化の施策は，昭和62年10月に文部大臣から大学審議会に出された諮問「大学等における教育研究の高度化，個性化および活性化等のための具体的方策」の審議のなかで生まれてきた．それから約10年後，平成8年10月に同審議会から文部大臣に「大学院の教育研究の質的向上に関する審議のまとめ」が答申され，大学院改革の機運はさらに高まった．とくに国立大学ではこの波をとらえなければ自らの大学の将来が危ぶまれるという危機感は強く，旧帝大系を中心に次々と大学院改組，重点化が達成された．このような大学全体の指向に合わせて，歯学部においても大学院重点化は進み，今では11国立大学歯学部はすべて，私立では日本大学松戸歯学部が大学院重点化を行っている．それ以外の16の私立大学歯学部および公立大学歯学部のうち6大学が大学院重点化を検討中である．

大学院重点化で主に大きく変わった点は以下のとおりである．

(1) 組織の改変に伴い教員が学部所属から大学院所属となった．大学院は研究科あるいは研究院となり，医学部（および薬学部）と統合して総合研究科となることを選んだ大学と，歯学独自の大学院（歯学研究科）を構築した大学とに分かれた．

(2) これまでのいくつかの講座をまとめて大講座制が敷かれた．また新しく大学院講座を新設したり協力講座，寄附講座などが設置された．

(3) 大学院を重点化するという概念に則って学生定員が大きく増えた．大学によっては2倍以上（東京医科歯科大学）の定員増となった．

(4) 組織改革の1つとして修士課程が新設された（東北大学・東京医科歯科大学），また社会人大学院制度の新たな導入（北海道大学）や臨床歯学博士コースの新設（九州大学）など大学院の門戸が広げられた．

以上のような変化が「大学院の教育研究の質的向上」にどのような効果を生んだか，いろいろと意見が分かれるところである．多くの大学で生じた最も好ましいと考えられる効果は，歯学の基礎と臨床の融合あるいは大講座制の導入によって臨学一体の教育が可能になったことである．さらに，医学部や薬学部などとの間で総合研究科を形成した大学ではカリキュラムが多彩になった（鹿児島大学）ことに加え，他の学部との人的交流，教育における連携が密になり，共通カリキュラム導入による他学部・他学系大学院の授業が受けられるようになった．学生だけでなくこれらは教員にとっても，研究意識の向上（新潟大学，北海道大学），研究分野の拡大（東京医科歯科大学），研究指向の向上（北海道大学，九州大学）などに繋がったと現場では高く評価されている．また修士課程導入の大学においては，大学院生の大幅な増加とともにパラデンタルスタッフをはじめとした多様な人材の受け入れが可能となり，研究活動の活性化や国際歯科など新しい分野の立ち上げに貢献した（東北大学）．これらのことから大学院重点化には大きな意義はあったと判断される．しかし他領域との融合はみずからの領域を失い，歯学専門領域を社会的にもわかりにくくする可能性も危惧されている．総合的研究指向の傍ら歯学の独自性を保つことを目的として機構をある程度分離しておくことは1つの対応処置である．大学院における医歯（薬）の融合は両方の会議に出席しなければならず事務処理も増幅した．加えて大学院の定員が増えたことに比例して教員配置が比例しておらずむしろ減員となっており，仕事量の増加，担当業務の拡大，病院における診療報酬上昇への圧力は教員の負担過重を強いている．これらはもちろん，大学院学生一人ひとりに対する指導内容や指導時間が希薄になる傾向を引き起こし，大学院の質の低下を生じているのではないかと心配されている（東京医科歯科大学，東北大学）．

なかしま　あきひこ，おがた　てつろう
九州大学大学院歯学研究院 教育医療情報室
キーワード：大学院重点化，社会人大学院，大講座制

重点化に伴う大学院定員の増加は，いまひとつ大きな問題を抱えている．2～3の大学を除いて定員を満たすことが容易ではないという現状である．平成18年度から開始された歯科研修医制度の必須化がさらに学生の臨床指向と大学離れを強めることが考えられ，定員の充足率100%達成は今後さらに難しくなる可能性もある．低い充足率から抜け出す努力がいずれの大学でも行われているが，ややもすると研究へのモチベーションが低い学生が入学してきたり，入学する学生の質の低下とともに指導者の手薄から学位の水準の低下を招くことにもなりかねない（岡山大学，北海道大学，東京医科歯科大学，大阪大学）．

大きな理想を掲げていても，組織の変革にはよほどの人的，あるいは経済的な対応がなされないかぎりその目的を実現することは難しい．いまや私立大学はもとより独立行政法人化した国立大学においても附属病院における診療報酬最優先の流れを止めることはできず，教員の力は当然のことそれに注がれることになる．相対的に教育に関するエネルギーが削がれる一方で，大学院重点化による大学院の学生定員数の増加は指導教員の負担増を招いている．教育に関する新しい企画を立ち上げるために十分な人的，経済的支援は，黙っていては降ってこない．働かない教員を残したまま組織の改革を行っても理想とは程遠く，教官任期制の導入も不可避となってくる．学部はもとより大学院教育の充実こそ歯学の未来を築く礎となることは論をまたないが，その実現に向かって行うべき具体的なアクションプランが必要であろう．たとえば，

(1) 教育に関する外部資金の獲得，学生への支援
(2) 学生および指導教員にとって，効率的かつ充実したカリキュラムの工夫
(3) 十分な指導能力をもった人材の確保と，それを達成するための教員任期制の活用

などである．このような対応なくして組織の改変だけ行っても，「大学院重点化は忙しくなっただけで何の利点も生まなかった」（ある国立大学の感想）という結末になることは当然である．

2） 社会人大学院制度

国公立では12大学すべて，私立においては6大学で社会人大学院制度を導入している．導入していない私立10大学においても8大学が導入を現在検討中であり，その予定がないのは2大学にとどまっている．本制度導入によって開業医や勤務医に対して研究の機会が与えられ，歯科医師の生涯教育の役割を大きく果たすことができた．また歯科研修医2年目や医員や助手が，その身分を維持したまま大学院に入学できるようになり，歯科医以外の社会人の大学院生も増えた（鹿児島大学）．このように外部から多彩な学生を受け入れる制度を通して，大学が社会に開かれたものであることをアピールできたことは，本制度導入の大きな意義だと考えられる．そして門戸を広げたことによって大学院定員の充足率の上昇にもつながり，ほとんどの大学で高い評価を受けている．

一方，大学での拘束時間に制限があるために指導が手薄になり，学位取得レベルの維持が難しい，4年間で学位取得が難しい（九州歯科大学，新潟大学，大阪大学，九州大学），基本的には実験系のコースには向かない（長崎大学）などの問題点も指摘されている．講義やセミナーの夜間の開講，指導者の時間的割り振りや時間的負担増など，教育方法についての問題点（岡山大学，徳島大学，松本歯科大学）もあり，一般入学大学院生を対象とした教育とまったく同じ方式の教育は難しい．現在，大学院生の約80%が社会人である松本歯科大学では，必須科目の授業を夜間18：00～21：10の間に開講し，講義はDVD化して，受講できない社会人大学院生に郵送するなどの工夫，努力を行っている．社会人大学院制度は市民に開かれた大学の姿を示す画期的な制度であるが，このようなきめ細かな教育システムの構築がなければ，その目的を十分に果たすことができないシステムとなってしまう．

3） 大学院教育における特色ある試み

研究の指導体制として多くの大学で3～4年次に中間発表会を実施している（北海道医療大学，岩手医科大学，奥羽大学，鶴見大学，松本歯科大学，東京歯科大学，広島大学，九州大学，長崎大学，鹿児島大学など）．なかには年次ごとの経過発表を行っている大学（日本大学松戸歯学部，松本歯科大学）もあり，東北大学では1年次に「研究テーマ設定会議」での発表が義務づけられている．これらは研究の進行をチェックするとともに，年限内の学位取得をめざした指導の一環として有効だと考えられる．九州大学では中間発表における優秀発表賞を用意しており，日本歯科大学新潟歯学部では最も優れた学位論文を選考し，学位授与式にて研究発表優秀賞を授与している．学内企画とはいえ，これらの賞は大学院生の研究へのモチベーションを高めるうえで大きく貢献しているといえる．

大学院生に対する経済的支援として，国立大学および一部の私立大学では，リサーチアシスタント（RA）またはティーチングアシスタント（TA）システムが利用されている．その適用方法はまちまちであるが，九州大学では低学年の学部講義を担当させ，その謝金としてTAの費用を充当している．新潟大学では研究実績に従って配分されている．このほか大学院生の経済的支援は，

各大学で独自の奨学金制度が設定されている．東京医科歯科大学では1年間にアクセプトされた外国雑誌への投稿論文に対して，インパクトファクターが高い順に5名の大学院生に奨学金を授与している．またCOEプロジェクトの一環としてスーパースチューデント大学院生を選考し，経済的補助を行っている．岡山大学では入学時成績優秀者に対して授業料免除，卒業時成績優秀者に対して奨学金変換免除の制度を導入している．岩手医科大学では基礎系の大学院生誘致のため基礎系大学院への奨学金制度，優秀な学位論文に対する褒章制度ならびに奨学金制度を設けている．これは同窓会の支援で実施されているが，鹿児島大学では元学部長の寄付による基金で同様の奨学金制度を運用している．採択された「魅力ある大学院教育イニシアティブ」を資金として，九州大学では大学院生への研究資金援助（ミニ科研），英会話クラス設置，研究指導者の雇用，大学院生が中心となった国際シンポジウムの開催支援，海外での発表旅費援助などが行われている．国際学会発表のための旅費支援は日本大学松戸歯学部，日本大学，昭和大学，大阪歯科大学，広島大学など多くの大学でも実施されている．

英会話クラスあるいは英語発表トレーニングコースは北海道医療大学，昭和大学，九州大学で開かれており，東京医科歯科大学では，生命情報科学国際教育プログラムとして英語による大学院教育も実施されている．日本は優秀な人材を備え優れた研究を行っているにもかかわらず，それを国際的に発信するに十分な英語能力を備えているとはいえない．国際リーダー育成に向けて，大学院における英語教育の充実も大きなテーマであろう．

旅費援助や奨学金，あるいは英語コースの開設いずれにしても，大学院生の経済支援には基金が必要となる．充実した大学院教育を行うために，大学においては研究費の獲得と同様に教育のための資金を外部から集める努力が求められている．大学院教育を通していかに優秀な若い人材を育てるかは，大学の将来ときわめて密接な関係をもっており，それは日本の歯科医療の発展にもつながるものである．研究と教育に関する外部資金の獲得が，その鍵を握っているといっても過言ではない．

4）歯科医学研究の動向

大学院重点化がきっかけとなって，大講座制がいくつかの大学で導入された．以前より多くの大学歯学部や歯科大学において，講座を越えた研究は個別には行われていたが，組織を改変して取り組むまでにはいたらなかった．大講座制導入の目的の1つは，小講座の壁をなくして相互乗り入れの研究を生み出そうとすることである．どのような枠組みを構築したか，その結果から，それぞれの大学のめざす研究指向が大まかにうかがえる．

一方，大講座導入の目的は必ずしもうまく達成されてはいないという意見も多い．1戸建住宅を数戸ずつまとめて小さな団地をいくつか作ったようなもので，自分の家で独自の生活を営むというスタンスを崩さないかぎり，どのようにまとめようが全体に大きな変化は生じない．枠を大きくすればそのなかで領域を越えた研究が自然発生的に立ち上がるという構想は，それぞれの家に君臨していた家長の意識が変わらなければ実現性がきわめて怪しくなってしまう．しかし研究成果が大学評価の重要な指標となる時代の到来を受けて，研究活動をいかに活性化するかは外部資金獲得ともかかわり，他の大学とサバイバルをかけた戦いの様相を示してきた．他より優れた研究業績は資金の獲得率を上昇させ，それがさらに研究を促進させるというプラスのサイクルが構築される．大講座制の効果に限界を感じたいくつかの大学では，（大）講座の研究は独自性に任せる一方で，併行して統一研究テーマを設定し，その下に講座を越えたプロジェクトを立ち上げるという動きが出てきた．これは他にはない特色を出すには有効な方法であり，それぞれの大学（院）の得意な分野の研究を伸ばすことに貢献している．いずれにしても，設定した大講座の枠組みやプロジェクトの研究テーマからその大学の研究の指向がうかがえるので，情報が得られた範囲であるが，以下に各大学の研究動向について記載する．

(1) 国公立大学

①北海道大学

2004年4月に大学院重点化を実施し，活動の重点を研究と教育におく大学院大学となった．それに伴い北海道大学大学院歯学研究科は以下のように23教室が1専攻3大講座1協力講座に分けられ組織改変された．ナノ科，癌関連研究はこの枠とは関係なく複数講座にわたって研究が行われている．

口腔医学専攻は，(1)口腔機能学講座は口腔機能解剖学など6教室，(2)口腔保健科学は硬組織発生生物学など7教室，(3)口腔病態学は口腔病理病態学など7教室，(4)顎機能医療学（協力講座）は顎咬合学など3教室で構成されている．

②東北大学

大学院重点化は2000年に施行され，医薬とは独立した歯学研究科として「臨学一体」の理念に基づいた研究をめざしている．6大講座1協力講座，25分野で構成される．半分以上の研究テーマが講座を越えて行われている．特色ある分野として歯科保健の国際協力にかかわる手法や人材育成に関する研究を行う国際歯科保健学分野を顎口腔保健発育学講座に配置している．

(1)口腔生物学講座は口腔生化学など5分野，(2)口腔機能形態学講座は口腔機能構造学など4分野，(3)口腔修復

学講座は歯科生体材料学など3分野，(4)口腔保健発育学講座は予防歯科学など5分野，(5)口腔病態外科学講座は口腔病理学など5分野，(6)顎口腔創建学講座は顎口腔形態創建学など2分野，(7)口腔腫瘍学病態学講座（協力講座）は口腔腫瘍学病態学1分野で構成されている．

③新潟大学

新潟大学大学院は医と歯が一緒になって医歯学総合研究科を作り，4つの専攻，すなわち分子細胞医学専攻，生体機能調節医学専攻，地域疾病制御医学専攻，口腔生命科学専攻に分けられている．歯学領域の口腔生命科学専攻はさらに3つの大講座に分けられる．歯学領域を分散させずに1専攻としたのは，他学部との研究レベルでの連携・融合を求める一方で，歯学の独自性を保とうという意図の表れと思われる．

口腔生命科学専攻の構成は，(1)口腔保健科学講座は予防歯科学など7分野，(2)摂食環境制御学講座は顎顔面解剖学など6分野，(3)顎顔面再建学講座は口腔生化学など9分野となっている．

また，摂食・嚥下障害分野を摂食環境制御学講座に，摂食機能再建学分野を顎顔面再建学講座のなかに配置し，摂食・嚥下障害領域の研究体制を整えようとする姿がうかがえる．このほか神経再生，偏性嫌気性菌，培養粘膜などの研究が特色ある研究として挙げられる．

④東京医科歯科大学

新潟大学と同様に医歯学が一緒になって定員214名の大きな総合研究科を作っている．組織としては医と歯の境界は新潟大学よりさらに複雑かつ不明瞭となっており，その構成は10専攻（学系），24大講座，135分野にわたっている．歯学領域は1専攻にまとまってはいない．

分野名から判断すれば，健康推進学分野でオーラルヘルスプロモーションに関する研究を，歯学教育開発学分野で教育手法の研究を，歯科医療行動科学分野で歯学における行動科学の体系化に関する研究を計画するなど，新しい研究領域の開発に熱心である．東京医科歯科大学は21世紀COEプログラムとして，以下に示す2つのプログラムが採択されている．

a. 歯と骨の分子破壊と再構築のフロンティア
b. 脳の機能統合とその失調

これを受けて硬組織疾患研究プロジェクトを立ち上げ，硬組織疾患ゲノムセンターを設置している．基礎と臨床の研究を有機的に結合し，疾患情報と病態情報とそれらの基盤となる分子生命科学的情報を融合させた疾患科学研究を指向している．また，医歯工連携による人間環境医療工学の構築をめざしている．

⑤大阪大学

2000年4月，それまでの学部本位の教育・研究組織を改革し，大学院重点化を行った．基礎系と臨床系と大別していた大学院組織を廃し，2大専攻，6基幹講座，2協力講座，1連携講座よりなる歯学研究科となった．医歯薬との総合研究科ではなく歯学単独での大学院の道を選んだ．21世紀COEに採択され，フロンティア・バイオデンティストリー（FBD）と呼ばれる以下に示す6つの研究プロジェクトを立ち上げた．

a. 歯周病のメカニズム解明と新しい治療法の開発
b. 微生物の口腔感染と宿主の免疫応答の解析
c. 虫歯の予防，抑制，新しい治療
d. 口および歯の発生，形成，ならびに再生に関する研究
e. 口の機能，構造と美の回復の研究
f. 痛覚，味覚に関する研究

これらの研究プロジェクトを遂行するために，生物化学，医学，人間科学，食品栄養学，工学，ナノテクノロジーにまたがる広い分野の連携が計画されている．

⑥岡山大学

医歯薬学系とともに大学院医歯薬学総合研究科を形成し，4専攻，9大講座，75の教育・専攻分野のなかに歯学領域がモザイク状に配置されており，歯学系大学院としてまとまった組織はない．講座を越えた研究プロジェクトとして2つが立ち上げられている．

a. 学内COE「細胞社会学の拠点形成」
   3学系の13分野が参画した研究
b. CTGF（結合組織成長因子）/CCN 2の生医歯工学的研究

学内オープンラボラトリーを使用して歯学系5分野，歯学部機能系共同研究室，医学系1分野，薬学系1分野が連携して研究を行う

⑦広島大学

全国唯一のコース制教育，「最先端歯学研究コース」と「臨床歯科医学コース」を実施している．「最先端歯学研究コース」は将来の研究者を養成するコースで，研究者となるための基礎的な教育を行い，大学院進学後も高いレベルの研究にスムーズに移行できる知識と研究手法を身につけさせている．

歯科領域の講座を越えた研究として以下の2つのテーマが掲げられている．

a. 口腔癌の遺伝子診断・遺伝子治療
b. 幹細胞移植による歯周組織再生

⑧徳島大学

医歯薬栄養合同の大学院を形成するが，それぞれは専攻に分かれ，歯学領域は口腔科学教育部として独自の教育システムを作っている．平成17年の特記すべき実績として以下のような研究が挙げられる．

a. ヒトが産出する生理活性物質が腸管内細菌と腸管クロストークに与える影響
b. 医療従事者のアレルギー疾患実態調査

c. Phytochemical による生活習慣病予防作用の解明
d. Notch シグナルによる細胞分化抑制とその臨床応用

⑨九州大学

教員は歯学研究院に所属し，歯学部と歯学府（大学院）の教育研究指導を行っている．研究活動の基盤は歯学研究院にある．歯学研究院では中期計画に沿って，重点的に取り組む研究領域を設定し，大講座を横断する2大研究プロジェクトを立ち上げている．1つは，「口腔組織の再生・再建プロジェクト」であり，幹細胞の研究，歯胚発生や神経再生にかかわる分子機構の解明，再生の場の研究などが行われている．もう1つは「口腔健康科学プロジェクト」であり，全身と口腔機能のかかわり，味覚や口腔感覚に関する研究などが行われている．

また，歯科領域の独自性を維持したいという観点から，歯学専攻の下に8専攻分野，32教育領域を配置している．

⑩長崎大学

大学院歯学研究科では，歯学における教育，研究および診療の中枢機関としての機能を確立し，歯学，特に歯・顎・顔面を総合した「からだの科学」の立場から，医学，薬学，理学，工学等の関連の深い領域との協力を密にして，より創造性豊かな科学的研究を行おうとしている．

2002年4月，大学院医学研究科，歯学研究科，薬学研究科を統合して大学院医歯薬学総合研究科を設置した．4専攻，8講座で構成され，そのなかで医療科学専攻に歯学分野の19旧講座が所属している．個別には共同研究は行われているが，組織全体として医歯薬連携や歯科領域旧講座を越えたプロジェクトはまだ立ち上がっていない．

⑪鹿児島大学

医系と歯系が一緒になって大学院医歯学総合研究科を構成している．健康科学専攻と先端治療科学専攻の2つに分かれており，健康科学専攻は6大講座，22研究分野で構成され，そのうち歯科領域研究分野は4つである．先端治療科学専攻では8大講座，37研究分野があり，そのうち歯科領域は12分野である．以下のような特色ある研究プロジェクトが立ち上げられ，その成果が期待されている．

その1つは健康科学専攻のなかの「宇宙環境医学講座(JAXAとの連携講座)」である．鹿児島には内之浦と種子島に宇宙基地があり，日本で最も宇宙と健康に関する研究が行いやすい環境下にある．そのような背景から設立された講座で，大学側担当教員5名のうち2名（口腔細菌，歯科放射線）が歯科領域から参画している．宇宙における環境生物学，放射線生物学，微生物学，筋・骨代謝学，循環制御学，微小重力生物学などを研究範囲としている．またもう1つは，島が多い鹿児島特有の自然環境に立脚して，プロジェクト講座「国際島嶼医療学講座」があり，この講座では国際的視点を取り入れた新しい地域医療モデルの作成を目標としている．

一方，先端治療科学専攻のプロジェクト講座として「再生・再建移植学講座」が設置されている．7名の担当教員のうち歯学領域から1名（歯科保存学）が兼任として参画している．ここでは再生医学に加えて鹿児島大学で開発された臓器移植ドナーミニブタを用いた再建移植学の研究が行われている．医歯学だけでなく，工学との連携もめざしている．

⑫九州歯科大学

大学院教育システムは歯科基礎系と歯科臨床系に分かれ，従来と大きな改変は行われていない．歯科基礎系には口腔解剖1をはじめとした9講座，歯科臨床系には歯科保存学1をはじめとした11講座が所属している．

産学官連携推進室を設け，地域産業の発展ならびに大学の教育研究の高度化および活性化に資するため，民間企業，研究機関および公共団体などとの連携を推進することをめざしている．

(2) 私立大学歯学部，私立歯科大学

①北海道医療大学歯学部

大学には薬学部，歯学部，看護福祉学部，心理科学部があるが，大学院はそれぞれ独自の研究科をもっている．組織としては歯学研究科は基礎系9講座と臨床系10講座に分かれており，講座名についても従来と大きな改変はない．併設学部の利を生かして，総合的医療の観点からの研究アプローチをめざしている．

②岩手医科大学歯学部

大学には医学部と歯学部があり，それぞれの大学院研究科をもっている．歯学研究科には8基礎講座，11の臨床講座があり旧来の講座制を存続している．それぞれの講座で独自の研究が行われているが，それらのなかでとくに以下の2つが講座を越えた重点的研究となっている．

a. オーブンリサーチ

歯周組織および顎骨の再生誘導メカニズムの解明と組織再生誘導療法の開発

b. ハイテクリサーチ

長寿科学としての顎口腔系抗加齢医学の追求と生体材料による機能回復法の新展開

③奥羽大学歯学部

口腔機能学領域に口腔生理学をはじめ5講座，口腔病態学領域に口腔病理学をはじめ5講座，口腔健康科学領域に生体材料・医用工学ほか4講座，加齢口腔科学には小児歯科学ほか5講座が所属している．

④明海大学歯学部

22の研究群を4つの系（形態系，機能系，環境生態・免疫系，理工系）に分け，講座間をボーダレス化させた自由度の高い大学院履修システムを構築している．優れ

た研究を支援するサポート制度などが充実している．

⑤日本大学松戸歯学部

日本大学大学院松戸歯学研究科は，口腔解剖や口腔組織をはじめとして旧来の教育分野に該当する25の専攻に分かれている．大学全体として研究への志向を高める努力がなされている．

⑥東京歯科大学

東京歯科大学大学院歯学研究科は，基礎系が10講座1研究室（社会歯科学研究室），臨床系が14講座2研究室（臨床検査学研究室，スポーツ歯学研究室）で構成されている．各講座は従来の分野・名称を基本的に変えていない．

⑦朝日大学歯学部

歯科治療に対する臨床および基礎的実習を通じて，歯科医療の社会的研究ならびに国際的視野に立つ臨床歯科医学を総合的に教育，研究する場として「歯科臨床研究所」を設置している．

また，効果的な研究支援体制を整えるため，分析機器施設，放射性同位元素研究施設，バイオテクノロジー研究施設，実験動物飼育施設の4施設からなる「口腔科学共同研究所」を設置している．

⑧日本歯科大学生命歯学部

大学院生命歯学研究科は，それぞれ9つの専攻主科目からなる歯科基礎系と歯科臨床系で構成されている．全身機能と咬合の関係などの研究が重点的研究の1つとして行われている．

⑨日本歯科大学新潟生命歯学部

日本歯科大学大学院新潟生命科学研究科は，基礎科学系に顎口腔形態学はじめ3分野，応用科学系に顎口腔材料咬合学をはじめ3分野，臨床科学系には硬組織歯周治療学はじめ3分野が配置されている．平成18年度から歯学部を生命歯学部，歯学研究科を生命歯学研究科に名称を変え，生命科学指向の研究プロジェクトを作成する．「先端研究センター」は分子生物学，生体材料，口腔細胞機能の3研究部門で構成される．

⑩日本大学歯学部

近年の社会情勢の変化や学問の高等化に伴い，平成17年4月1日から研究科における現状の2専攻「歯科基礎系」「歯科臨床系」を「歯学専攻」の1専攻に統一し，そのなかに基礎系と臨床系が共同で研究を推進しうる新たな枠組とした3つの分野を配置した．

歯学研究科歯学専攻は口腔構造機能学分野，応用口腔科学分野，口腔健康科学分野で構成されている．

⑪昭和大学歯学部

医・歯・薬・保健医療4学部の連携を行う一方，大学院では医・歯・薬が独立して研究科を構築している．平成18年度から歯学研究科カリキュラムを刷新して，器官構築学，健康成育学，機能病態学，組織代謝学，病態診断学，機能再建学，機能制御学の7研究分野に新分類した．平成17年度に文部科学省の採択による最先端の研究教育機関ハイテク・リサーチ・センターを設立し，「顎口腔機能障害の発症機序解明とその機能回復に関する先進的研究」をメインテーマとする研究プロジェクトを発足，分野を越えた先進技術を有機的に応用する機構を作った．これによって顎口腔機能の発症機序の解明および診断治療法の確立，リハビリテーション歯学の基盤構築と体系化などの研究を総合的に推進し，21世紀の高齢社会にも対応できる先端的研究機関となることを目指している．

⑫鶴見大学歯学部

歯科医学の学問的水準を高め，少子高齢社会の到来とそれに伴う社会システムの変化に対応した教育と研究がなされている．

⑬松本歯科大学

2002年総合歯科医学研究所を基盤として，歯学の独立した研究科として大学院が開講した．もともと総合的な研究を行っていたこともあり，講座間，基礎と臨床の壁を越えた共同研究が盛んに行われている．形態系と機能系の研究者が協力して先端的な硬組織研究ならびにその人材養成に取り組む計画が立てられている．

⑭神奈川歯科大学

歯学研究科は，大学院生が最先端の歯科医学研究に参加できる研究体制を整備するとともに，歯科臨床の知識と技術を習得し，それを臨床研究に応用しようと希望する多くの人材を幅広く受け入れ，養成することを目的としている．歯科基礎系および歯科臨床系の2つの専攻科を設置して，基礎－臨床を総合して18講座で構成されており，さらに一般選抜に加えて社会人特別選抜を行うことによって，入学者の多様化を図っている．咀嚼器官の機能と高次脳機能との関連性に関する研究などが行われている．

⑮愛知学院大学歯学部

愛知学院大学の文，商，法，経営などと並列して大学院歯学研究科が設置されている．歯科基礎系と歯科臨床系に分かれ，基本的には従来の教育分野，講座名を継承している．学術フロンティア推進事業として平成10年から平成15年の間「高生体融合機能性材料の開発と成形技術の確立」をテーマにプロジェクトが組まれた．また，ハイテクリサーチセンター整備事業として，平成15年から平成19年までの予定で「口腔顎顔面病変に対する先端医療およびカスタムメイド医療を目指した包括的研究」が進行中である．

⑯大阪歯科大学

大学院歯学研究科は歯科基礎系と歯科臨床系から構成

されている．大学院の研究施設である中央歯学研究所は，現在の歯科医療の急速な発展と研究の多様化に対応し，優れた研究成果を上げることを目的として作られたもので，形態系研究，分析機器，レーザー実験，低温実験，生体材料研究，咀嚼機能研究，および画像処理などの各施設から構成されている．

⑰福岡歯科大学

学内には50万倍という高倍率の観察が可能な電子顕微鏡や蛍光X線分析装置，生体成分の分析に不可欠な最新のクロマトグラフィー装置などの最新高性能の機器が揃い，さらに西日本随一を誇るアニマルセンターなどの研究支援施設がフルに活用され，研究活動を支えている．

7

教員の教育能力向上

八若　保孝

1）Faculty Development

(1) Faculty Development (FD) とは

Faculty Development (FD) という言葉の起源はアメリカとイギリスにあり，アメリカではFaculty Development (FD) と，イギリスではStaff Development (SD) と呼ばれ，多少ニュアンスは異なるものの，どちらも教員，すなわち教授・助教授・講師・助手など，大学における教育・研究に携わる教員の資質開発，あるいは能力開発という意味で同じである．

大学の理念・目的とは「学問の発展により社会の発展に貢献すること」であり，具体的には専門分野としての学問知識を素材として発見（研究），伝達（教育），応用（社会サービス）を追求することである．そのため，大学教員には原則的にこれらすべての資質が求められることになる．しかし，アメリカやイギリスにおいても，かつては教育よりは研究を重視する傾向が強く，大学改革も研究の活性化を中心に議論されていた．ところが，1960年代中頃からの大学進学率の向上に伴い高等教育の大衆化と学生の多様化が起こりはじめると，①学生の学習意欲の低下，②基礎学力の低下，③資質低下といった問題が次第に顕著となり，その結果「授業についていけない学生の増加」という事態が生じるようになってきた．そのため大学卒業生に対する社会（企業）の評価は著しく低下し，大学における教育の質的充実，すなわち教育に対する出口での品質保証を求める社会的圧力が高まってきた．また一方で，④学生人口の減少による大学の淘汰の可能性が高まるとともに，欧米における景気後退の影響から⑤大学に対する市場原理の導入（投資対効果）がなされるなど，経済的側面からの圧力も高まってきた．このことは，大学が大学として生き残るためには，その重要性・存在意義を積極的にアピールしなければ，将来生き残れなくなる（大学がつぶれる）ということを意味している．

そこでアメリカやイギリスの各大学では，従来の研究重視の改革から次第に教育重視の改革へのシフトが行われてきた．しかし，これらの国では以前から絶え間ない大学改革を遂行してきたという歴史的背景もあり，「研究よりも教育だ」というような，いわゆる教育一辺倒といった改革を実行するということにはならず，大学が大学としての役割を果たすためには，①教育機関，②研究機関，および③社会サービス機関としての大学の存在価値を総合的に高めなければならないという方向に議論が進んだ．

しかし，教育，研究，および社会サービスをおのおの独立したものとして並立させて発展させようということになると，それぞれの間には亀裂が生じてしまうことになる．とくに，研究は個別性，独自性，排他性を志向するのに対し，教育は共通性，統合性，互換性を志向するため，両者は本質的に相反する方向を向いている．この両者をそれぞれ独立させて推し進めていくことは，両者は必然的にますます乖離していってしまうという結果をもたらすこととなる．そのため，大学改革を進めるためには，これらの諸要素を統合し調整するための④管理・運営が重要であるという認識が生まれた．

一方，先にも述べたように，大学の理念・目的である「学問の発展により社会の発展に貢献すること」とは，具体的には専門分野としての学問知識を素材として発見（研究），伝達（教育），応用（社会サービス）を追求することである．そして，この中心となる知識（専門分野）を構成するのは，大学の教員であり，そのため，大学が上記の4つの機能を十分に発揮し，組織体として生き残っていくための改革を実行しようという場合には，大学教員の資質開発・能力開発を行うことが不可欠となる．そこで，これをシステマティックに進めるための方略としてFDという概念が生まれた．

なお，このFDには広義のFDと狭義のFDの2つがある．広義のFDは上記の①教育，②研究，③社会サービス，④管理運営の4つすべてを含み，最近は5番目と

やわか　やすたか
北海道大学大学院歯学研究科 口腔機能学講座 小児・障害者歯科学教室
キーワード：Faculty Development（FD），教員の資質向上，授業評価

して，これに⑤学生指導が加わることがある．これに対して狭義のFDは広義のFDのなかの第1番目に挙げた教育に焦点を当てたもので，1）教育の規範構造，2）教育内容，3）カリキュラム，4）教育技術・技法の4つが含まれる．

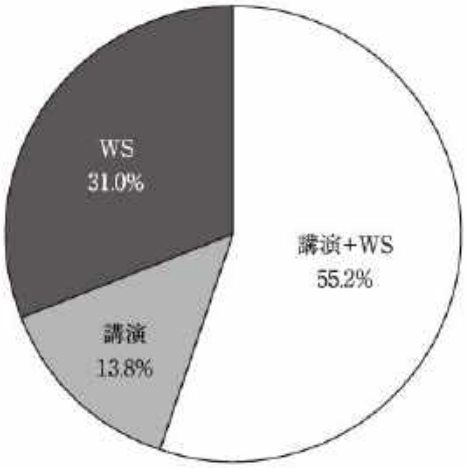
(2) 日本でのFD

近年，日本の大学ではその根幹を揺るがすほどの大改革の嵐が吹き荒れている．それは，欧米においてみられた社会環境の変化が，遅れること十数年でわが国にも押し寄せてきたためである．しかも，当初日本の大学では，このような大学を取り巻く社会情勢の急激な変化に対し，ほとんど手を打たなかったということもあり，現在のような危機的状況に陥ってしまった．

1991（平成3）年の大学設置基準の大綱化により，教養教育と専門教育の有機的な連携が方向づけられた．一方，同年に始まった大学院重点化は，世界で最も研究指向である日本の大学教員群をさらに研究方向へ牽引することになった．大学教員の資質は研究業績でしか測れないという見方がますます強まったようである．しかし，大学は第一義的には教育機関であることを今一度認識し直し，研究と教育とのバランスをとることが大学改革の方向づけとして重要となった．しかし，教育を職業としているはずの大学の教員は，一般に教育について体験的に学んだことはなく，教育における職業上の訓練を受けたこともないのが実情であった[1]．そのため，1998（平成10）年10月の大学審議会答申「21世紀の大学像と今後の改革方策について」では，FDと教育業績評価を推進することの必要性が強調されている．とくにFDについては「各大学は，個々の教員の教育内容・方法の改善のため，全学的にあるいは学部・学科全体で，それぞれの大学等の理念・目標や教育内容・方法についての組織的な研究・研修（ファカルティ・デベロップメント）の実施に努めるものとする旨を大学設置基準において明確にすることが必要である」という指針が出された．FDは大学の活動の義務であるというのである．さらに，1999（平成11）年度は，FDの実施が文部省で予算化され，多くの大学でFDがなされ，FD年度となった．

(3) FDの形式

FDにはさまざまな形式がある．①総長，学長，学部長などによる講演，②招待講演者による講演と質疑応答，③学内でのさまざまな教育改革関連活動の報告と質疑応答，④課題討論：グループに分かれて討論してまとめ，全体発表と討論などで，このうち②，③，④にはさまざまな組み合わせがあり，最も単純な形は，講演と質疑応答のみである．ワークショップ形式のFDは，少人数で行うもので，あらかじめ目標を定め，その達成のために参加者全員がグループに分かれて有効な討論を行い，一定の時間内に実現性のある成果（プロダクト）を出す体験学習であり，全体討論も行う．この形式は，個人レベルで問題解決を行う場合とは比較にならないほどの大きな成果を得ることができる[2]．たとえば，カリキュラムプランニングがテーマであれば，参加者は教育の基本（科目の目標や授業設計，評価法など）の実際を身につけることができ，限られた時間で，有効かつ効率的な各種作業のなかから，具体的なプロダクトを創出するため，きわめて効果的なものであり，中央も含め各大学において，徐々にその開催が普及してきている．現在，大学評価の柱として，その大学，学部，学科などの理念・目標を明確にし，それに沿って教育組織，カリキュラムが構築されているかが問われている．大学は，社会における必然性の下に存在し，また，その理念・目標を達成するために学科があり，その学部・学科の理念・目標を達成するために科目が存在する．したがって，各科目でも目標が表現される必要がある．ワークショップ型FDは，目標を表現することを作業の中心としたものが多い．



図Ⅱ-71　各大学のFDの状況
（WS：ワークショップ）

(4) 歯学教育におけるFD

歯学教育においては，1996（平成8）年に，日本大学松戸歯学部でFDが始まり，次いで大学審議会答申「21世紀の大学像と今後の改革方策について」が出された1998（平成10）年に，昭和大学歯学部，岡山大学歯学部の2校でFDが開始された．その後この動きは全国に広がり，2003（平成15）年には，日本のすべての歯学部・歯科大学でFDが行われるようになった．

各大学のFDの状況をみてみると，2005（平成17）年度では，講演（質疑応答を含む）とワークショップの双方を実施している大学が16校（55.2%），講演（質疑応答を含む）のみが4校（13.8%），ワークショップのみが9校（31.0%）であった（**図Ⅱ-71**），ワークショッ

表Ⅱ-20 2005（平成17）年度の各大学FDワークショップのテーマ

教育・授業関係：「落ちこぼれのない教育」「最終学年に行う統合講義のカリキュラム構築」「PBLteチュートリアル」「6年間一貫教育」「CBT問題の作成方法」「新歯学カリキュラム臨床実習部分の各プログラム作成」「カリキュラムプランニング」「複数講座による統合科目」「臨床研修歯科医師を指導する能力の開発」「効果的な歯科医学教育の開発」「PBLシナリオ作成」「カリキュラムと学生の学力向上」「社会に向けて大学教育の質をどう保証するか」「「総合歯科学」の講義における問題点と対応」「シラバスに基づく授業」「e-learning導入」「学生による授業評価を教育改善につなげるための具体的な方法」「授業公開・参観による授業評価を実施するための具体的な方法」
教員関係：「教員任期制について」
システム変更関係：「卒後研修必修化への対応」「臨床実習から臨床研修への連携」

表Ⅱ-21 FDを通して得られた効果

教員の資質向上：「教育に対する教員の関心の高まり」「教員の意欲的な授業改善」「教員相互の深いコミュニケーション」「プロダクトの実現による教員のモチベーションの向上」「教員の教育に対する取り組みの積極性の向上」「FDで得た成果の日常での発揮」「教育に関する知識の高まり」「教員相互の一体感の高まり」「大学への帰属意識の高まり」「教育に関する言語の共通化」「教育に関する情報の共有化」「教育のプロセスの浸透」「学生と教員との盛んな意見交換」「教育に関する種々の仕事への教員の積極的な参加」「教授法の改善」「学生による授業評価の向上」「教員の共通認識の獲得」
各手法の獲得：「ものごとを決めるときの手法の確立」「各カリキュラムデザインの迅速化」「シラバスの整備」
システム変更関係：「円滑な教員任期制導入」

ブを実施している大学では，半数以上（13校でワークショップ実施校の52.0%，全体の44.8%）が宿泊型を実施しており，大部分が1泊2日の日程であったが，なかには2泊3日で行っている大学も存在した．ワークショップの回数では，1～2回の実施が大部分であったが，3～5回の大学もみられた．講演については，1～2回の実施が多く（12校で講演実施校の60.0%，全体の41.4%），3～4回（7校で講演実施校の35.0%，全体の24.1%）と合わせて大部分を占めていた．8回の学校も1校存在していた．ワークショップおよび講演の他のFDとしての取り組みとして，「新任教員研修会」「技能セミナー」「各種セミナー」などがみられた．なかには，全教員がFDワークショップを経験している大学も認められた．各大学によって，FDの捉え方や大学の事情および状況の違いや実施の方法（なにを目標として，なにを創出するか）などにより，内容に差異が認められたが，どのようなアプローチにせよ，FDを通して，各大学が教員の資質の向上を図っていることが示された．

これらの各大学のFDの実施にあたり，実に29大学のうち22校（75.9%）がFD委員会を有しており，そのマネージメントを行っている．FD委員会の構成は，各大学さまざまで，教員のみの構成（18/22：81.8%）が多いが，事務系が参加している大学（4/22：18.2%）も認められた．FD委員会を有していない大学では，その多くは教務委員会の主導で，FDの各活動を計画・実施していた．

2005（平成17）年度の各大学でのワークショップのテーマを**表Ⅱ-20**に示す．各大学においてその時点での最も必要なテーマを掲げ，ワークショップが実施されており，2005（平成17）年度の傾向としては，教育・授業関係として「新しい授業構築」「PBL」「授業評価の活用」などのテーマが多く，その他としては，教員関係として「任期制」，システムの変更として「卒後研修必修化への対応」が取り上げられていた．FDが各大学に浸透してきているため，教員個人の資質の向上というよりも，さらにその上の歯学部・歯科大学という組織におけるシステム整備を含めた教育・授業を中心とした資質の向上にかかわるテーマが大部分であった．

(5) FDの効果と課題

これまでのFDの種々の活動を通して得られた各大学における効果を**表Ⅱ-21**に示す．各大学において，教育を基本とするFDが継続的に実施されていることを背景に，教員の教育に関する知識や意識の向上が認められ，積極的な授業改善，教員間のコミュニケーションの浸透などが具体的に行われてきている．また，教員がFDを通してカリキュラムデザインなどの手法を獲得し，日常に反映させているようである．具体的な効果としては，教育に関する言語の共通化による教員間の円滑な情報交換，教員任期制導入の円滑実施などが報告されている．得られた効果は，教育に関する教員の資質の向上を示すものが多くを占めたが，組織としての資質の向上を示すものも認められ，その他に任期制の導入などのシステム的な部分にも，効果は波及していた．このように，FDの効果が肯定的に示されてきているが，その裏で課題・問題点が表出してきている．

表Ⅱ-22にFDに関する各大学における課題・問題点を示す．このなかで最も多かったものは，「マンネリ化」と「FDに無関心あるいは抵抗を示す教員の存在」であった．その他では，「FDに関する評価の問題」「FDを行うにあたっての各種問題（人的資源，時間，予算など）」

表Ⅱ-22　各大学におけるFDに関する課題・問題点

マンネリ化：「マンネリ化」「テーマの設定の苦労」「事務職員が参加できるFDが必要」「教員のあらたな問題点の探索が必要」「テーマによる参加人数の差」
FDへの無関心・抵抗：「まだFDに関心のない教員が存在する」「FD活動への二極化（積極的か興味なしか）」「FD活動に抵抗感を示す教員の存在」「不参加者への対応（モチベーションの向上の困難性）」「FDに関する教員の意識統一および浸透が困難」「教員の取り組み方に温度差が存在」
FDの評価：「FD活動の効果を検証する方策が確立していない」「FDを通しての教育実績向上に関する評価が正しくなされていない」
FD実施関係：「ワークショップのための時間の確保（診療時間の減少など）」「ハード面での予算化が困難」「FDに関する費用の捻出が困難」「事務的な支援体制の未整備」「オーガナイザー（タスクフォース）の不足」「自前での開催には実力的にまだ不十分」
仕事の集中：「FD委員会への仕事の集中（肉体的，精神的負担増）」「FDに関する専任がいない」
その他：「ワークショップで創出されたプロダクトの実現性」「改善すべき点が随所にあり」「ワークショップ形式の導入」「FD活動に必要な事務職員がいない」

「一部の教員（FD委員会）への過度の仕事の集中」などが認められた．ワークショップ形式を実施していない大学からは「ワークショップの導入」が出ていた．マンネリ化については，ワークショップのテーマ設定など，各大学でいろいろと苦労しているようであり，他学部や他大学との情報交換など，外への拡がりも必要になってきているようである．また，教員の意識の差については，永遠の課題となるであろうが，各大学の理念・目標を再度各教員が把握し，組織の方向性とそのなかでの教員の活動を具体的に認識できるようなFDの実施とそこで創出したプロダクトに対する組織全体としての取り組みによっては，改善傾向が認められるのかもしれない．

(6) 歯学教育における授業評価

教員の資質の向上において，その成果が表れる代表的なものの1つは授業評価である．各歯学部・歯科大学の大部分においては，授業評価を実施しており，教員の資質の向上に対する評価，教員の教育に対する意識の向上，学生とのコミュニケーションの増加などに用いられている．

授業評価は，北海道医療大学および昭和大学で最も早く，1993（平成5）年に始まり，2000（平成12）年までに15歯学部・歯科大学が授業評価を取り入れ，それ以降暫時増加し，現在26歯学部・歯科大学が行っている．神奈川歯科大学については，2005（平成17）年度は授業評価を実施していないため，26に含めていない．また，徳島大学については，2006（平成18）年度より，授業評価を開始する予定である．各大学で実施している授業評価の評価者はすべて学生である．そのうち4大学では，学生に加えて，教員自身による自己評価も行われている．ここで注目したい点は，どの大学においても，FDの実施より先に授業評価が取り入れられており，それを追うようにFDが実施されている点である．残念ながら，前述のようにわれわれ歯学部・歯科大学の教員は，教育の専門家ではない．授業を構築するうえでの，一般目標，行動目標の設定，授業効果をより有効にするための方略，それに対する評価の設定と改善などを以前から知識・技能として獲得していたわけでなく，授業評価で明らかになった点の改善については，ある意味非効率的な努力がなされてきた．しかし，その後に始まったFDによって，授業評価の結果はより有効に整理され，効率的に改善が行われるようになってきている．授業評価委員会は，19大学（評価実施校の73.1%）で設置されており，教務委員会が中心となっているところが多い．しかし，FD委員会が授業評価を兼ねているところも7大学（評価実施校の26.9%）あり，FD活動の一環として授業評価を捉え，その実施による授業の改善，授業のプランニングなどを通して教員の資質向上を意図しているようである．ただし，この授業評価の取り扱いは大学によってさまざまであり，その有効性についての検討が不十分な大学も認められた．しかし，FDを経験し，授業評価の結果を受けて，授業の改善に積極的に取り組んでいる教員は多いようである．

(7) 授業評価の効果と課題

これまでの授業評価を通して得られた各大学における効果を**表Ⅱ-23**に示す．意識やモチベーションの向上など教員自体における効果が大部分であったが，その他に，授業自体の改善，学生の意向の把握なども効果として認められた．なかには，学生と協議を行っている大学もあり，これまで，比較的一方向性の授業が主体であった形態が，双方向性の授業へと移行を示す傾向も報告された．

しかし，効果ばかりではなく，課題・問題点も表出してきている．**表Ⅱ-24**に各大学における授業評価に関する課題・問題点を示す．FDと同様に，「マンネリ化」「授業評価に無関心あるいは抵抗を示す教員の存在」が認められており，その他には，「学生による評価の正当性，正確性の問題」「公表方法の問題」「評価の高い授業の有効利用」「実施・集計・まとめなどの時間と労力」「複数の教員による授業への評価の困難性」などさまざまな課題が露呈した．公表方法の問題について，授業評価を実施している歯学部・歯科大学の一部では，その結果を広く公表していない．そのため，教員は自分の評価しか情報としてもつことができず，授業改善の努力には限界が

表Ⅱ-23　授業評価を通して得られた効果

教員自体の効果:「自分の授業に対する評価（フィードバック）を授業の改善に役立てることができる」「学生の評価を受け止め授業改善に努力する教員の増加」「数値化しているため自分自身の努力目標を立てやすい」「授業資料の充実」「教員が自分の授業を見直す良い機会となる」「教員のモチベーションの向上」「注意を要するような教員の把握が容易になる」「良くない授業の質や量が経年的に改善されている」「教員の意識向上」

授業自体の改善:「教育環境の向上（ハードの面）」「学生の授業態度の向上」「学生参加型の双方向性授業を試みる教員の増加」

学生の意向の把握:「学生の具体的な要望が把握でき，対策を立てることが可能になった」「学生の大学に対する要望を知ることができた」「学生の意向の把握が容易になった」「学生との直接的な協議が可能となった」「教員が授業評価とは別に独自のアンケートを行い，学生の意向の把握に取り組んでいる」

表Ⅱ-24　各大学における授業評価に関する課題・問題点

マンネリ化:「形式的になっており，実になっていない」「評価自体がマンネリ化してきている」「回答の信頼性の向上と回収率の増加を意図した実施方法の模索」

授業評価への無関心・抵抗:「学生の声を無視し，全く改善の努力をしない教員がいる」「学生の評価に納得できない教員が存在する」「授業評価に抵抗を示す教員が存在」

学生による評価:「学生による評価の正当性，正確性に疑問」「評価内容が一律でない」「授業と関係ない内容が記載されることがある」「評価項目が多く，学生が疲弊し，誠実な評価が得られにくい」「評価をするには未熟な学生の存在」「得られた授業評価をどの程度受け入れるべきか」「多くの教員に対して評価を行うため，学生が投げやりになる」

公表方法:「評価結果が公表されていない」「公表方法の問題」「授業評価の結果に対する学部全体での対応改善が不十分」

評価の高い授業の有効利用:「評価の高い授業を他の教員へ知らせる方策がない」「現状で，高い授業評価を受けた教員へのインセンティブがない」

時間と労力:「実施・集計・まとめなどに多大な時間と労力を要する」「評価の集計や取りまとめの作業が特定の教員に集中する」

評価の困難性:「複数の教員による授業評価の採用に関する問題」「オムニバスに近い科目では教員個人に評価を還元するのが困難」

その他:「教員の改善傾向には限度があり，努力が頭打ちになってきている」「第三者評価，同僚評価の必要性」「評価を意識して，学生を放任するような教員が出てくる」

存在すると考えられる．他の教官の評価結果を知ることで，評価の高い授業の情報獲得など，改善に関する情報が深まることはいうまでもない．また学生の授業評価を快く受け入れていない，もしくは無視している教員が少なからず存在していることは，各歯学部・歯科大学に対するアンケートにより，明らかになった．これらの要素が，FDによって，より肯定的な改善を示すことが期待される．

また，第三者評価，同僚評価の必要性を訴える大学もあり，授業評価形態の根本的改善が急務になってきている．2006（平成18）年度より，鹿児島大学で同僚評価が実施される予定になっているが，教員相互の情報交換にも有効であり，その効果について興味深く見守りたい．また，その他の大学でも徐々にこの第三者・同僚評価が実施されるようになることが予想される．しかし，第三者評価，同僚評価を行うためには，今以上に，教員の時間が拘束されてしまう．FDによる時間の調達に各大学で苦労していることを考慮するならば，越えるべきハードルは高く，各大学の努力と工夫が期待される．

(8) 歯学教育におけるFDの今後

FDは，歴史的に教育の改善（狭義のFD）に始まり，教員のトータル的な資質改善（広義のFD）へと発展してきた概念である．各歯学部・歯科大学では，現段階で，カリキュラムプランニングなどのFDを十分取り入れた教育改善を実行中であり，狭義のFDについては，確実に成果が表れてきているようである．当然のことながら，これに対した課題・問題点も表出している．ハード的な面については，FDのみで解決することは困難である．しかし，歯学教育を司る教員の資質向上を中心とした広義のFDへの取り組みにより，狭義のFDの問題点の多くの部分は対策を講じることが可能となっているようである．ここで，今後の重要な要素として，どれだけ学部として，すなわち組織としてFDを活用していくかであろう．現時点で，FDならびに授業評価に否定的もしくは抵抗を示す教員の存在が多くの大学で問題点とされている．このような教員をいかに制御して，組織としてさらに上を目指した改革が実行できるかが，重要であろう．

歯学教育といういわゆる「プロフェッショナルスクール」として，一般的な教育ならびに教育システムでは満たすことができない部分へのアプローチを，今後さらに強く積極的に進めていくうえで，教員の資質向上はもちろんのこと，歯学部の組織としての資質の向上が必須であり，その意味でもFDの効率的活用が望まれる．

文献

1) Rosovsky H. Standards of professional conduct and the academy. 高等教育ジャーナル 1998；3：102-6.
2) 阿部和厚，西森敏之，小笠正明，細川敏幸，大滝純司．北海道大学FDマニュアル．高等教育ジャーナル 2000；7：29-39.

8

医療改革の歯科医学教育への影響

黒﨑　紀正

1）医療改革の方向性

平成17年12月1日に医療制度改革大綱がまとめられ，その具現化のために，良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法，健康保険法などの一部改正が予定されて，医療制度の構造改革が推進されつつある．その基本的な考え方は以下のようである．

わが国は，国民皆保険の下，誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し，世界最長の平均寿命や高い保険医療水準を達成してきた．しかしながら，急速な少子高齢化，経済の低成長への移行，国民生活や意識の変化など，大きな環境変化に直面しており，国民皆保険を堅持し，医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには，その構造改革が急務である．

(1) 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

一貫した治療方針の下に切れ目ない医療を受けることができるような地域医療の連携体制の構築，患者の医療に関する選択に資するための情報提供，IT技術を活用した医療水準の均てん化，根拠に基づく医療（EBM）の推進，医療の質の向上に向けた第三者評価，医療従事者の資質向上などによって国民の医療に対する安心・信頼を確保し，質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制を確立する．

また，健康と長寿は国民誰しもの願いであり，今後は，治療重点の医療から，疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換を図っていく．

糖尿病・高血圧症・高脂血症といった生活習慣病の予防は，国民の健康の確保のうえで重要であるのみならず，治療に要する医療費の減少にも資することとなる．そこで生活習慣病の予防を国民運動として展開，高齢期の健康確保のために8020運動の推進，生活習慣改善に向けた普及啓発，日本人にとって死亡原因の第1位であるがんの予防などを積極的に進める．

くろさき　のりまさ
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 全人的医療開発学系専攻 包括診療歯科学講座 総合診療歯科学分野
キーワード：医療制度，医療費適正化，安心・信頼の医療

(2) 医療費適正化の総合的な推進

急速な少子高齢化の進展のなかで，国民の安心の基盤である皆保険制度を維持し，将来にわたり持続可能なものとするため，医療費について過度の増大を招かないよう，経済財政と均衡がとれたものとしていく必要がある．

①医療給付費の伸びと国民の負担との均衡の確保

経済規模と照らし合わせ，国民にとって安心できる医療の確保の観点や，国民負担の観点から評価しつつ，5年程度の中期を含め，将来の医療給付費の規模の見通しを示す．

②医療費適正化計画の推進

国および都道府県などが協力し，生活習慣病対策や長期入院の是正などの計画的な医療費適正化に取り組む．

③公的保険給付の内容・範囲の見直し

a. 高齢者の患者負担の見直し
b. 食費・居住費の負担の見直し
c. 高額医療費の自己負担限度額の引き上げなど
d. 現金給付の見直し
e. レセプトIT化の推進

平成18年度からオンライン化を進め，平成23年度当初から，原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるものとする．その際には，データ分析が可能となるよう取り組む．

(3) 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

医療費の負担について，国民の理解と納得を得ていく必要がある．老人医療費を中心に国民医療費が増大するなか，現行の制度では，現役世代と高齢者世代の負担の不公平が指摘されている．このため，新たな高齢者医療制度を創設し，高齢者世代と現役世代の負担を明確化し，公平でわかりやすい制度とする．

①新たな高齢者医療制度の創設

75歳以上の後期高齢者については，その心身の特性や生活実態などを踏まえ，平成20年度に独立した医療制度を創設する．

併せて，65～74歳の前期高齢者については，退職者が国民健康保険に大量に加入し，保険者間で医療費の負

担に不均衡が生じていることから，これを調整する制度を創設する．

高齢者医療制度の創設に併せて，乳幼児に対する自己負担軽減（2割負担）の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前までに拡大する．

②保険者の再編・統合

(4) 診療報酬などの見直し

①診療報酬改定

賃金・物価の動向などの昨今の経済動向，医療経済実態調査の結果，さらに保険財政の状況などを踏まえて措置する．

②薬剤などにかかわる見直し

薬価・保険医療材料価格については，市場実勢価格を踏まえる．また，画期的新薬の適正な評価を行う一方，後発品の状況などを勘案した先発品の薬価引き下げを行う．

患者が有効性・安全性の高い新薬をできるだけ早く使用できるよう，医薬品の審査の迅速化を図る．

③中央社会保険医療協議会の見直し

2) 歯科医学教育への影響

歯科医学教育の目的は国民の期待に真に応えうる資質の高い歯科医療従事者を養成することといっても過言ではない．上記の医療制度改革の方向に対応しうる人材を養成するために，歯科医学教育もみずから変革していく必要があろう．その際，以下のような視点をもってこれに取り組むことが望まれる．

(1) 歯科医療に関する情報の適切な提供

歯科医療サービスを提供する前提として，誰しもが理解し安心できるような基本的なコミュニケーション能力の向上を図らなければならない．患者と良好な信頼関係を築き，EBMに基づくわかりやすい説明を行って，治療方法を患者がみずから選択できるようにするなど，インフォームド・コンセントの充実がますます重要となる．

(2) 総合的な医療サービスへの参加

歯科疾患のみにとらわれることなく，患者の心身の状況や必要に応じて社会的背景まで配慮した全人的歯科医療が求められる．チーム医療をさらに充実させ，また福祉や介護との連携を積極的に推進するために幅広い知識と修練とが必要である．

(3) 歯科医療技術のさらなる向上

国民が求めているのは確かな技術による良好な治療結果（アウトカム）である．既存の技術に習熟するとともに絶えず新たな歯科医療技術と器材機器の開発を志向することが求められる．

(4) 予防重視への対応

歯科医療サービスは歯科疾患の治療に加えて，口腔機能を低下させる疾患の予防にも大きなウエイトがかかってきている．生活習慣病の進行に密接に関連するとされる歯科疾患への対応はとくに重要な課題である．

(5) 歯科医療安全の確保

歯科医療に求められる安全性のレベルは今後さらに上昇する．歯科治療には鋭利な器具を使用して出血を伴う処置が多く，また多くのリスクを有する高齢患者の増加もある．院内感染対策や医療事故防止は喫緊の課題である．

(6) 超高齢社会へ向けての取り組み

QOLの維持・改善には食物を口から摂って食を楽しむことがまずもって重要である．健康な高齢者だけでなく，全身疾患を有するあるいは要介護の高齢者にも適切な歯科医療サービスを提供しなければならない．また訪問歯科診療や居宅療養指導管理の充実が望まれる．

(7) かかりつけ歯科医機能の推進

誰もが安心して医療を受けることができる国民皆保険制度の下で保険医としての責務を果たし，長期的視野に立って，口腔機能の維持・増進を図るかかりつけ歯科医の機能を充実しなければならない．また将来を見据えて歯科医療サービスのあり方を考える必要がある．

これらはいずれも知識偏重であったり，見学のみによって身につくものではない．主体的に学習に参加することによってみずから考える，すなわち問題解決型学習によって得られるものである．いわゆる診療参加型の教育をこれまで以上に強力に推し進めることがきわめて重要である．

第Ⅲ章

新しい歯科医学教育

1

歯学教育におけるPBLテュートリアルの現況

岡野　友宏

1）はじめに

PBLテュートリアルとは医療の具体的な状況を事例として与えて，少人数のグループで討論しながら学生が主体的に自分に必要な学習項目を設定し，みずからの力でそれを習得することを通して，自己開発型学習の学び方を習得するものである．ここでは学習目標に向かって，系統化された学習デザインの下，適切な事例や資料を用いて学習が順調に進むように計画されている．テュータは学生の自学自習の過程を援助し，学習行動を評価し，改善を提言する．PBLテュートリアルの目指すものは知識の獲得というよりもむしろ，自学自習能力の育成，統合型学習の実践，臨床推論能力の育成，対人技能の育成といった能力の育成にある[1]．この学習方法はカナダのMcMaster大学医学部で確立し（1969年），その後，オランダMaastricht大学（1974年），オーストラリアNewcastle大学（1978年），米国Harvard大学（1985年）のそれぞれ医学部で導入された．わが国では東京女子医科大学（1990年）や岐阜大学医学部（1995年）にて先駆的に導入され，2001年10月時点で80医学部・医科大学中，39校でなんらかの形でのPBLテュートリアルを導入している[2]．一方，歯学教育ではMalmö（1990年），Adelaide（1993年），Harvard（1994年），Manchester（1994年），Southern California（1995年）と相次いで導入された．これら歯学部のPBL関係者を中心にして，"International Symposium on Problem-based Learning in Dentistry"が企画され，カリフォルニア州にて初めて開催され（1998年，J Dent Educ 1998; 62: 629–732），その後，Malmö（2001年），Adelaide（2003年），Bangkok（2005年）と開催され，歯学におけるPBLについて，その質的向上を図るうえでの貴重な情報交換の場となっている．次回はBoston（2007年）が予定されている．わが国の歯学教育者もPBLテュートリアルの意義に注目して，内外の先駆的な施設での研修を開始し，徐々にその考え方を取り入れた教育が開始されている．

現在，わが国の医学・歯学教育は研究母体である講座単位による教育から，基礎医学，社会科学，臨床医学といった区分を払って，これらを関連づけて学べる統合的なカリキュラムの編成が重要であることが指摘されている．「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について：学部教育の再構築のために」（医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議，平成13（2001）年3月27日発行）はその点を指摘したうえで，さらに教育の方法として，「一斉講義は知識の伝達には効率的であるが，学習者は受け身の学習を強いられることが多く，課題探求・問題解決能力は育成されにくい．（中略）自己学習への指示や問題解決に取り組む機会や時間を与えなければならない．そのためには少人数の演習やテュートリアル教育なども取り入れることが有効である」と述べている．医学・歯学を問わず，PBLテュートリアルが注目されており，それに関する著書も発行されている[3–5]．

ここでは，わが国における歯学PBLの現況について，日本歯科医学教育学会の歯科医学教育白書作成委員会が行ったアンケート調査に基づき，その結果を要約して示すこととした．アンケートは2006年1月に行われ，すべての歯学部から返答を得た．以下に質問とその回答を示す．

2）PBLテュートリアルの導入状況

（1）導入した：19校（平成8～17年）
（2）導入の予定である：7校（うち4校が平成18年導入，残り3校は開始時期未定）
（3）導入を考慮していない：3校．このうち2校については下記の理由が記されていた．「PBLを導入するには教職員の人数不足と教育（教員側の教育）が十分に行われていないため，現時点では導入が不可能である」「すでに5～6年生の臨床予備実習と臨床実習において，指導医との間で密な症例検討を行っている．治療方針，治療過程，予後に関する議論をかさねて，その症例に対するレポート作成などを行っている」．なお，導入した19校

おかの　ともひろ
昭和大学歯学部歯科放射線学講座
キーワード：PBL，テュートリアル，歯学教育

表Ⅲ-1　PBL テュートリアル導入の意義ないし目的について，各大学で重視している項目とその重要度（5 が高く，1 が低い）

		意義・目的としての選択の割合と実数（括弧内）	重要度（5 ～ 1）の平均値
1	統合的な学習で，さまざまな背景と関連付けた知識の修得	1 (24)	3.9
2	問題探求・問題発見能力の育成	1 (24)	4.8
3	情報収集の技術の修得	1 (24)	4.1
4	臨床推論，診断の進め方の技術の修得	0.88 (21)	3.9
5	自己主導型学習，生涯学習への能力の修得	1 (24)	4.5
6	対人関係，コミュニケーション，自己表現の能力の修得	1 (24)	4.2
7	プロフェッショナルとしての態度の養成	0.88 (21)	3.6
8	将来の状況に直結した学習	0.92 (22)	3.6

のうち，アンケートから判断するかぎり，全学的な合意に基づいて行われておらず，特定の講座で行われているものが含まれている可能性がある．導入を実施していないとした 1 校は特定な講座では実施しており，それを含めるとなんらかの形で PBL テュートリアルを導入したのは 20 校となる．

3）PBLテュートリアル導入の意義ないし目的

多くの解説書や論文などで記載されている PBL の意義・目的についての項目を 8 つ選び，各大学での意義・目的と適合しているか否かを判定し，適合している場合にはその重要性を 5 段階評価した．その結果を**表Ⅲ-1**に示す．導入を考慮していない 3 校と導入を予定しているが無回答 2 校の，計 5 校を除く 24 校から回答があった．すべてによって選ばれた項目は「問題探求・問題発見能力の育成」「自己主導型学習，生涯学習への能力の修得」「対人関係，コミュニケーション，自己表現の能力の修得」「情報収集の技術の修得」「統合的な学習で，さまざまな背景と関連付けた知識の修得」の 5 点で，重要度はこの順であった．それ以外の「臨床推論，診断の進め方の技術の修得」「将来の状況に直結した学習」「プロフェッショナルとしての態度の養成」についてもほぼすべてで選ばれたが，重要度がやや低かった．

4）導入・導入予定のPBLテュートリアルの形態

回答では PBL のみ，ないし PBL を中心とした授業を選択したものが各 2 校あったが，回答内容を検討すると，すべてで，従来型カリキュラムを中心に PBL を組み合わせたものであった．

5）導入にあたり参考にした大学・学部と参考にした項目

先行した大学を参考にすることが多く，岐阜大医（8 校），東京女子医大（5 校），慈恵医大（2 校）であった．歯学部では外国で Adelaide 大歯（4 校），USC 歯（3 校），Harvard 歯（3 校）など，国内では昭大歯（5 校），日歯大新潟歯（2 校），新大歯（2 校）などであった．その他，McMaster 大，Hawaii 大，Dundee 大，Hong Kong 大，三重大，自医大の医学部など多数であった．参考にした項目は，カリキュラムとの関連，テュータの養成，シナリオの書き方，設備など，各大学ごとに全領域に及んでいた．

6）PBLテュートリアルの課題数・テュートリアルの回数

23 校から回答があった．実施学年は 1 年次ないし 2 年次などの低学年から実施しているのが 18 校で，さらに 4 年次以上の高学年にわたって実施しているのがそのうちの 11 校，高学年でのみ実施しているのが 4 校であった．また，3 年次のみで実施しているのが 1 校であった．課題（テーマ）の数は年間で 1 つから 20 以上のものまでさまざまであった．1 課題あたりのテュートリアル（いわゆるコアタイム）の回数は課題ごとに異なることはあるが，おおむね 2 ～ 4 回程度であった．週あたりのテュートリアル（いわゆるコアタイム）の回数は 1 ～ 2 回であった．1 テュートリアルあたりの時間は 1 ～ 3 時間程度であった．1 テュートリアルあたりの学生の自習・グループ学習時間を授業時間内に設定している場合と設定していない場合とが予想されるが，1 ～ 3 時間程度であった．

7）PBLテュートリアルにかかわる人材・設備など

23 校から回答があった．1 グループあたりの学生数は 5 ～ 10 名に分布し，平均 7 ～ 8 名であった．テュートリアルの部屋として専用室を用いているのが 4 校（東医歯大，日歯大，日歯大新潟，新大），それ以外は教室・実習室などを流用したり，専用室をそれと併用している場合が多かった．PBL テュートリアル委員会のあるのが 11 校，準備中が 1 校，ないのが 10 校であった．テュータは教授，助教授，講師，助手以外に大学院生が参加する学校もあったが，上級学生や外部の者が担当する例はなかった．テュータ育成のためのワークショップ

表Ⅲ-2　PBLテュートリアル導入に伴う問題点について，各大学で問題としている項目とその重要度（5が高く，1が低い）

	問題点としての選択の割合と実数（括弧内）	重要度（5～1）の平均値
1　導入に関する全学的な合意	0.92（22）	2.8
2　カリキュラム全体との整合性	0.96（23）	3.6
3　テュートリアル時間の確保	0.96（23）	3.3
4　テュートリアル室の確保	0.96（23）	3.6
5　テュータの確保	0.96（23）	4.3
6　テュータの能力育成	1（24）	4.1
7　シナリオないし事例の作成	0.92（22）	3.9
8　学習資材（リソース）の確保・作成	0.92（22）	3.8
9　テュータ用ガイドの作成	0.88（21）	3.4
10　学生評価の設定	0.96（23）	3.5
11　導入・運営予算	0.92（22）	3.2
12　事務部門の整備	0.88（21）	3.3
13　運営組織の整備	0.92（22）	3.6

(WS)などへの参加では外部のWSに参加した例が12校で，計64名であり，その多くは学内のWSを開催していた．しかし学内のWSや連絡会程度でテュータを行っている施設は7校であった．

8）PBLテュートリアル導入に伴う問題点

PBLを導入するに際して，さまざまな問題点が指摘されている．ここではその代表的な13項目を列挙し，その問題点が各大学における問題点かどうかを判定し，そのうえで，問題点の重要度を5段階評価した．24校から回答があった．このうち5校は実施前ではある．結果を**表Ⅲ-2**に示す．「テュータの確保」と「その能力育成」を指摘する意見が多かった．また，「シナリオないし事例の作成」や「学習資材（リソース）の確保·作成」を問題点とする意見も多く，本学会が教育用資材の確保をし，適宜，各大学に提供するシステムを構築することを望むという積極的な意見があった．

一方，PBLの導入には「全学的な合意」を要するが，これを重要度の評価で1をつけ，すでにこの問題を解決していると思われるのが7校であった．その一方で，この項目に5ないし4をつけたのは9校に及び，これらのほとんどの大学では「カリキュラム全体との整合性」においても5をつけていた．なお，すでに全学的な合意が得られたと思われる7校のうち4校はカリキュラムとの整合性もとれているとのことであったが，その他の3校はそれを重大な問題としているので，今後の課題となっていると思われた．また全学的な合意が得られたと思われる2校では，問題点の重要度についての13項目の平均値が，おのおの，2.2，1.5と，他の大学に比較して際だって低い値となっており，これらの2校におけるPBLの学内への浸透の高さを示唆していた．

9）実施したPBLテュートリアルについての学会や論文での公表

2001年以降の学会での報告は2005年16回，2004年8回で，それ以前は各1回であった．ある大学では2005年に8回の発表をしていた．同様に2001年以降での論文発表は2005年6回，2004年2回，2003年1回，2002年2回，2001年1回であった．なお，それ以前の論文は6回あった．投稿雑誌のほとんどは「日本歯科医学教育学会雑誌」であり，次に学内雑誌が多かった．なお，歯学教育の英文雑誌である「J Dental Education」や「European J Dental Education」への掲載はなかった．

10）自由回答によるPBLテュートリアルについての意見

寄せられた意見のすべてをここでは紹介できないが，要約すると以下のようであった．

①PBLテュートリアルは学生の自己学習能力の開発·向上には不可欠であるが，学生間に能力差があり，円滑な導入が可能かどうか疑問である．

②PBLが正しく理解されていないので，FDの必要がある．PBLを「実施すること」が目的化しないよう，カリキュラム全体のバランス，役割を失うことのないように配慮している．

③実施形態は大学ごとの特性があるべきであると同時に，歯学教育モデル・コア・カリキュラムとの整合性を図る必要があると思われる．

④PBLテュートリアルではいかに優れたシナリオを準備するかが，その成功を左右するが，シナリオや

テュータガイドの作製に膨大な時間を費やさねばならない．教育用素材のデータベースを確保し，希望に応じて視覚素材や記事などのデータを提供するシステムが構築できないものかと思う．

⑤PBLテュートリアルはあくまで教育手法の1つである．決して夢の教育手法ではなく，PBLのやり方によっては大失敗の結果を招くこともありうる．平成16年10月よりPBLを3学年に導入したが，準備期間として2年間設け，6大学の医学部・歯学部を視察し，40回以上の会議を重ねた．さらに，テュータ養成ワークショップ(2回)，シナリオ作成ワークショップ(5回)，特別講演(4回)を開催した．他大学のPBLも参考にしたが，PBLの導入に困難をきたしている大学にはある共通点があるように思われた．それは以下の点である．1) テュータのやる気がない，2) テュータ養成ワークショップを実施していない，3) テュータがPBLを理解していない，4) シナリオのブラッシュアップをしていない，5) シナリオがつまらない，6) 毎年，毎回同じシナリオを用いている，7)事務職員の協力が得られない．そこで，PBLを成功させるためには，以下の3点が必要になると確信した．1) 良いテュータを養成する，2) 良いシナリオを作成する，3) PBL用の設備を準備する．これからPBLの導入を計画されている大学にはこれらの点をぜひ留意されるようにお願いしたい．その点で協力は惜しまない．

⑥初年次教育の一環として能動的学習を早期体得させる目的で導入を行った．テュータの育成，全学年にわたる導入，教育素材の開発，適正運営のための委員会組織の立ち上げなどを行い，準備不足のまま個々の教員の努力によって運営している状況を改善したい．

⑦ある程度の知識をつけ，実際の症例に接する高学年を対象にした臨床実習では，メリットがある．現在の臨床予備実習，臨床実習をテュートリアル形式へ移行することは考えられる．

⑧大きな問題点は，教員のマンパワーの不足，予算の不足，カンファレンスルームの確保．

⑨PBLテュートリアルは，1) 学び方を学ぶ (1, 2年)，2) 基礎と臨床の融合 (3, 4年)，3) 臨床症例中心の問題解決型 (5, 6年)，のような段階に応じた手法が必要であり，それには他の種々の授業手法との併用を行うべきである．

⑩4年間テュートリアルを行ってきたが，導入前と比較してどれくらい学生教育に成果を上げているのか評価することが難しい．また学生の評価についても評価方法が確立されておらず，毎年評価シートを改定している．ある程度確立された点もあるが試行錯誤している点も多々ある．

⑪PBLテュートリアルは，各大学の学生のレベル，目標とする学生像に合わせて行うべきであり，スタイルにこだわる必要はないと考える．

⑫テュートリアル教育を行うには多くのスタッフが必要であり，臨床実習以外でその教員を確保することはかなり難しい．臨床実習においては，症例検討など基本的にはPBLテュートリアルに属するものと考えている．

⑬3科目で個別に実施されている．効果的なPBLを普及させるには，教員が安心して場所を確保できるように，施設，メディア設備などの充実が不可欠である．課題解決を時間外の学生の活動に任せてあるので，学生の負担が大きく，現状では，複数回の実施は難しい．一口腔単位で臨床的な診断を行うことを目標に教育するなら，PBLは従来型の授業に比べ，教育効果が高いと考えられ，従来の枠組みを取り払って，全学的に導入することを検討する必要がある．

11)まとめ

歯学教育におけるPBLテュートリアルは欧米やオーストラリアでの経験が10年を過ぎたところであり，その評価がいまだに定まっているとはいえない．しかし，教育法の1つとして注目すべき点が多く，したがって歯学教育者はPBLテュートリアルを学ぶ必要がある．日本医学教育学会，PBLテュートリアルを行っている各大学，さらに多数の組織がその場を提供しているので，みずからそうした機会を捉えて参加する必要がある．一方で，本学会としてもワークショップの開催，アンケートにもあったように共用できるような教育資材の充実といった活動も必要であろう．PBLの導入は各大学が判断することであるが，その際には，各大学の事情にあったバリエーションがあるだろう．

文献

1) 神津忠彦．テュートリアルシステム．日本医学教育学会医学医療教育用語辞典編集委員会．医学医療教育用語辞典．東京：照林社；2003．207-8頁．
2) 神津忠彦．新しい卒前医学教育1：問題基盤型テュートリアル導入の現況．日本医学教育学会編集．医学教育白書2002年版．東京：篠原出版新社；2002．39-43頁．
3) 吉田一郎，大西弘高編集．実践PBLテュートリアルガイド．東京：南山堂；2004．
4) 吉岡守正，東間　紘監修．テュートリアル教育．東京：篠原出版；1996．
5) Mullins G, Wetherell J, Townsend G, Winning TA, Greenwood F. Problem base learning in dentistry. The Adelaide experience. Rindwood : David Lovell Publ ; 2003.

2

CBT，OSCE の授業への活用

長岡　英一

1）はじめに

歯学教育モデル・コア・カリキュラムは，各大学のカリキュラムにおける学習目標の 6 割[1, 2]，共用試験の実施時期（臨床実習進級時）における到達度は卒業時の 4/6 という数値[2] が示され，『歯学共用試験 CBT 問題作成におけるモデル・コア・カリキュラム運用解釈』[3] において進級前と進級後に区分されている．これら数値を単純計算すれば，共用試験で評価される学生の臨床能力は，各大学で定められた卒業までに到達すべき学習目標の 4 割にすぎない．他の 6 割は進級後のコア部分とコア以外の各大学固有のカリキュラムで占められることになるが，その到達度を適切に評価する必要があり，その方法として CBT と OSCE の活用が考えられる．また，コア・カリキュラムにおいて進級前に区分された内容のなかには，共用試験トライアル開始時点において，各大学における科目によっては進級後に実施されていたものが含まれていたことが考えられる．いずれにしても各大学のカリキュラムは，共用試験の導入をきっかけとして，多かれ少なかれ改訂されたものと考えられる．

共用試験 CBT の問題は各大学の教育現場から収集されており，良質の問題作成が要求され，その問題には視覚素材が多用されているが，視覚素材については国家試験のためにも収集されている．両試験のために収集された試験問題や視覚素材は，取り扱いに注意すれば，各大学の教育に使用してよいことになっているが，これらを各大学で使用できなければ，各大学での「CBT，OSCE の授業への活用」の実践には困難を伴うものと思われる．なお，この点について，本稿脱稿後に，変更されることになったことがわかったので，校正時に変更点をまとめのところで記載したことを付記する．また，共用試験 OSCE では医療面接と模擬患者への対応が大きな問題である．いずれにしても，共用試験の実施のためには，多大の人的・物的資源を要しており，「CBT，OSCE の授業への活用」に際しても，これらへの対応が必要である．また，「CBT，OSCE の授業への活用」については，大学・学部全体として取り組んでいる場合と教官あるいは教室単位で個別に実施されている場合が考えられ，実施主体についても検討が必要である．

本学では，FD 活動の一環として，学生による授業評価を行っているが，平成 17 年度に実施された評価の自由記載欄に，国家試験や共用試験 CBT への対応を求める意見が記されていた．授業は，歯学教育モデル・コア・カリキュラムや国家試験出題基準を満たしたものであるが，共用試験や国家試験の受験対策を講じているものではない．授業が，共用試験や国家試験の受験対策になることは大学教育をゆがめることになる．ここに CBT や OSCE を授業に活用する問題点，共用試験が導入された問題点が潜んでいる．

本稿は，以上のような点を踏まえて執筆した．

2）アンケート調査

筆者が担当した課題についてのアンケート調査の設問を**表Ⅲ-3** に示す．誌面の節約上，若干の修正を加えている（たとえば，「丸を付けて下さい」の削除，改行位置の変更）．調査結果は，公立は 1 校だけで特定されるので国公立として評価した．

(1) カリキュラム改訂について【設問 1，2】

「共用試験の実施に合わせてカリキュラムを改訂したか」について，「はい」が 25 校（86%）〔国公立 11 校（92%），私立 14 校（82%）〕，「いいえ」が 4 校〔国公立 1 校，私立 3 校〕であった．コメントとして，“たまたま改訂時期が一致した”，“共用試験の実施に合わせてではなくモデル・コア・カリキュラムの導入に合わせて行った”など，カリキュラムの改訂が共用試験のためでなかったことが記されていた．「いいえ」の場合に，「改訂の予定があるか」について，「着手」が 1 校〔私立〕，「検討中」が 1 校〔国公立〕，「予定なし」が 2 校〔私立のみ〕であった．その他の欄に，“カリキュラム改訂後に教育実績・

ながおか　えいいち
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 先進治療科学専攻 顎顔面機能再建学講座 口腔顎顔面補綴学分野
キーワード：歯学教育モデル・コア・カリキュラム，CBT，OSCE

表Ⅲ-3　アンケート調査項目

1. 共用試験の実施に合わせてカリキュラムを改訂しましたか？（はい，いいえ）
2. 1. で「いいえ」の場合改訂の予定がありますか？
（着手，検討中，予定なし，その他（　　））
3. CBT を授業に取り入れていますか？（はい，いいえ）
「はい」の場合は次に進んで下さい．　　「いいえ」の場合 15. に進んで下さい．
4. いつから取り入れていますか？（共用試験トライアル開始：前，後）
5. 設備は既存のものですか，共用試験のために設置したものですか？
（既存，試験のために設置）
6. 実施は，大学・学部全体としてですか，各科の自主性ですか？（全体，各科の自主性）
7. 6. で全体の場合運営組織を設置していますか？
（共用試験と同じ組織，共用試験とは別組織，設置していない，
その他（　　））
8. 問題は共用試験用に作成したものを流用していますか，別に作成していますか？
（流用，別に作成，併用）
9. 共用試験や国家試験に提供した視覚素材を授業に使っていますか？（はい，いいえ）
10. 9. で「はい」の場合漏洩・守秘義務が気になりますか？
（気になる，気にならない，その他（　　））
11. 9. で「いいえ」の場合視覚素材収集はたいへんですか？（たいへん，それほどでもない）
12. 視覚素材収集の際，共用試験や国家試験を意識していますか？（はい，いいえ）
13. 視覚素材を収集するための工夫があればご記載下さい．
（　　）
14. 成績の評価に利用していますか？
（CBT のみ，CBT と従来の併用，CBT・OSCE と従来の併用，従来法のみ，
その他（　　））
15. 3. で「いいえ」の場合取り入れの予定がありますか？（着手，検討中，予定なし）
16. OSCE を授業に取り入れていますか？（はい，いいえ）
「はい」の場合は次に進んで下さい．　　「いいえ」の場合 28. に進んで下さい．
17. いつから取り入れていますか？（共用試験トライアル開始：前，後）
18. 設備は既存のものですか，共用試験のために設置したものですか？
（既存，試験のために設置）
19. 実施は，大学・学部全体としてですか，各科の自主性ですか？
（全体，各科の自主性）
20. 19. で全体の場合運営組織を設置していますか？
（共用試験と同じ組織，共用試験とは別組織，設置していない，その他（　　））
21. 問題は各大学のトライアル報告書を参考にしていますか？（している，していない）
22. 成績の評価に利用していますか？
（OSCE のみ，OSCE と従来の併用，CBT・OSCE と従来の併用，従来法のみ，
その他（　　））
23. 医療面接の授業担当はどのようにしていますか？
（専任者，全科（関連科）合同，各科ごと，その他（　　））
24. 模擬患者を導入していますか？（はい，いいえ）
25. 模擬患者を養成していますか？（はい，いいえ）
26. 24. と 25. で「はい」の場合，どのようにしているか工夫などご記載下さい．
（　　）
27. 設備（チェアー・ユニット）の使用法はいつ・どのように教えていますか？（複数回答可）
（共用試験実施前，臨床予備実習時，臨床実習時，その他（　　））
28. 16. で「いいえ」の場合取り入れの予定がありますか？（準備中，検討中，予定なし）
29. 「CBT，OSCE の授業への活用」について，ご意見があればお書き下さい．
（　　）

効果などを検討評価してカリキュラムに追加改訂を加えることになっている" との記述がみられた.

これらの結果から，ほとんどの大学で，共用試験の実施に伴うカリキュラムの改訂が行われていたことがわかった．この点に関しては，本学会のシンポジウムⅠ「歯科医学教育のカリキュラム改革」をまとめた報告[4]においても指摘されている．また，シンポジストが所属する大学のカリキュラムの概要に共用試験の実施時期が記されているが，臨床実習開始前に共用試験を実施できるように配慮がなされている．

(2) CBT，OSCEの授業への取り入れについて【設問3，15，16，28】

「CBTを授業に取り入れているか」，「OSCEを授業に取り入れているか」について，「はい」は，CBTでは11校（38%）〔国公立1校（8%），私立10校（59%）〕，OSCEでは21校（72%）〔国公立5校（42%），私立16校（94%）〕，「いいえ」は，CBTでは18校〔国公立11校，私立7校〕，OSCEでは8校〔国公立7校，私立1校〕であった．「いいえ」の場合に「取り入れの予定があるか」について，「準備中」は，CBTでは，2校〔私立のみ〕，OSCEではなし，「検討中」は，CBTでは9校〔国公立5校，私立4校〕，OSCEでは3校〔国公立2校，私立1校〕，「予定なし」は，CBTでは7校〔国公立6校，私立1校〕，OSCEでは5校〔国公立のみ〕であった．

CBT，OSCEともに授業に取り入れている大学は，国公立より私立のほうが多かったのは，その立場の違いによるものと考えられる．また，CBTに比べOSCEで多かったのは，コンピュータを用い，しかも多数の作問が必要なCBTよりも，診療手技のシミュレーション実習の課題を含むOSCEのほうが取り入れやすかったためと考えられる．

以下，CBT，OSCEの授業を取り入れた大学（CBT：11校〔国公立1校，私立10校〕，OSCE：21校〔国公立5校，私立16校〕）の実情を示す．

①取り入れた時期について【設問4，17】

「いつから取り入れていますか」について，「共用試験トライアル開始後」は，CBTでは9校（82%）〔国公立1校，私立8校（80%）〕，OSCEでは12校（57%）〔国公立3校（60%），私立9校（56%）〕で，「共用試験トライアル開始前」は，CBTでは2校〔私立のみ〕，OSCEでは9校〔国公立2校，私立7校〕であり，CBT，OSCEともに開始前より開始後のほうが多かった．この結果は，CBTが共用試験の実施をきっかけに多くの大学で授業に取り入れられたことを示している．また，OSCEについては半数近くの大学で共用試験トライアル開始前に取り入れられているが，これは次に述べる設備に一因があると考えられる．

②設備について【設問5，18】

「設備は既存のものですか，共用試験のために設置したものですか」について，「既存」は，CBTでは6校（55%）〔私立（60%）のみ〕，OSCEでは20校（95%）〔国公立5校（100%），私立15校（94%）〕で，「共用試験のために設置」は，CBTでは5校〔国公立1校，私立4校〕，OSCEでは1校〔私立のみ〕であった．CBT，OSCEともに「既存」のほうが「共用試験のために設置」より多いが，OSCEでは1校以外は「既存」であったのに対し，CBTでは「共用試験のために設置」が4割を占めた．これは，OSCEでは既存の設備の利用が可能であったのに対し，コンピュータが必要なCBTでは，なければ設置せざるをえなかったからであると考えられる．

③CBT，OSCEの授業への取り入れの実施主体について【設問6，7，19，20】

「実施は，大学・学部全体としてですか，各科の自主性ですか」について，「全体」は，CBTでは8校（73%）〔私立（80%）のみ〕，OSCEでは11校（52%）〔国公立2校（40%），私立9校（56%）〕，「各科の自主性」は，CBTでは3校〔国公立1校，私立2校〕，OSCEでは10校〔国公立3校，私立7校〕であった．実施主体は，私立では，CBT，OSCEともに，「全体」が半数以上であり，OSCEよりCBTのほうが多かったが，国公立では，OSCEについては「全体」が2校，「各科の自主性」が3校であった．これは，私立では，大学・学部全体としての取り組みとしては技能・態度評価のOSCEより，知識評価のCBTのほうに重点が置かれている可能性のあることを示しているものと考えられる．

上記の実施主体を「全体」としたCBTの8校〔私立のみ〕，OSCEの11校〔国公立2校，私立9校〕において，「運営組織を設置していますか」について，CBTでは，「共用試験とは別組織」が2校（25%），「共用試験と同じ組織」と「設置していない」が3校ずつであったが，OSCEでは，「共用試験とは別組織」が6校（55%）〔国公立1校，私立5校（56%）〕，「共用試験と同じ組織」が4校（36%）〔国公立1校，私立3校（33%）〕，「設置していない」が1校〔私立のみ〕であった．

実施組織を設置していないのは，OSCEでは1校のみであったが，CBTでは4割近くあった．これらCBTとOSCEとの違いをもたらした要因については，よくわからないが，OSCEでは後述する模擬患者の導入，養成が行われていることがかかわっているかもしれない．

前述したように，共用試験実施のためには多大の人的・物的資源が必要である観点からは，「CBT，OSCEの授業への活用」のために「共用試験とは別組織」を設置することはさらなる負担増を招く．また，カリキュラムの改訂にあたっては教員間の温度差や改訂への抵抗感のあ

ること，共用試験の実施のために学習内容の変更を余儀なくされた部分があることが指摘[4]されており，「CBT，OSCEの授業への活用」を大学・学部全体で取り組む場合には同じことがいえるだろう．しかしながら，各大学において，共用試験CBTに提供する問題作成にあたっては多大の労力がかかっていることを考えると，「各科の自主性」で実施する場合には，各科が個々に良質の問題を作成するための尽力をし，共用試験のために提供したあるいは提供する問題の取り扱い，管理に注意することになる．どちらの場合も負担は大きく，効果的な実施主体のあり方の検討が必要である．

④CBTの問題ならびにOSCEの課題の作成について【設問8，21】

CBTでは，「問題は共用試験のために作成したものを流用していますか」について，「流用」はなく，「併用」が1校〔国公立〕のみで，他の10校〔私立のみ〕は「別に作成」していた．

この結果は，取り扱いに注意すれば，共用試験のために提出した問題を各大学の教育に使用してよいことになっていることを考えると，筆者には意外な結果であったが，後述する漏洩・守秘義務の意識が重くのしかかっているものと考えられる．アンケート調査時の設問に対する質問者の指摘“設問8・設問9については問題のある質問であり，ルールはどうなっているのかを示したうえでの質問であるべき”の背景になっているものと考えられる．『臨床実習開始前の「共用試験」』第3版[5]に，プール問題蓄積のために継続的に新作問題を出題・評価することが記されている．共用試験用に作成，提出した問題を使用できず，自校用の問題を全く別に作成することになれば，試験問題を作成するための労力は莫大なものとなり，「CBT，OSCEの授業への活用」は二の足を踏まざるをえなくなると思われる．作成した問題が採用されるとは限らず，採用されてもブラッシュアップされることをも考慮すれば，「CBT，OSCEの授業への活用」を図るためには，各大学が作成した問題を自校で使用できる有効な方法が検討されるべきではないかと考える．

OSCEでは，「課題は各大学のトライアル報告書を参考にしていますか」について，「している」が11校（52%）〔国公立1校（20%），私立10校（63%）〕，「していない」が10校〔国公立4校，私立6校〕であった．これは，いわば過去問題であり，各大学で作成・提供したCBTの問題のように漏洩・守秘義務の心配をしなくてよい気楽さがあるものと考えられる．

⑤共用試験や国家試験に提供した視覚素材の取り扱いについて【設問9～12】

「共用試験や国家試験に提供した視覚素材を授業に使っていますか」について，CBTを授業に取り入れている11校のうち，「はい」は2校（18%）〔国公立1校，私立1校〕，「いいえ」は9校（82%）〔私立（90%）のみ〕であった．

「はい」の場合，「漏洩・守秘義務が気になるか」について，2校とも「気になる」であったが，1校〔国立〕は「少し」が付記されていた．使用する場合に，取り扱いに注意が必要であるとの前提条件がつけば，多かれ少なかれ，漏洩・守秘義務を気に留めなければならないであろう．

「いいえ」の場合「視覚素材収集はたいへんですか」について，「たいへん」が9校〔国公立1校，私立8校〕，「それほどでもない」が1校〔私立〕のみであった．また，「視覚素材収集の際，共用試験や国家試験を意識していますか」について，「はい」が10校〔国公立1校，私立9校〕，「いいえ」は1校〔私立〕のみであった．この結果は，共用試験や国家試験に用いられる視覚素材がもつ内容・情報については，当然，各大学の教育でも提示されるべきものであることを考えると，予想されたとおりの結果である．良質の視覚素材を共用試験と国家試験に提出するかぎり，それらのことを意識せざるをえず，視覚素材を授業用，共用試験用および国家試験用に区別して収集することはたいへんな作業であり，その収集にはかなり心血を注ぐ必要があろう．

⑥視覚素材を収集するための工夫（自由記載）【設問13】

「視覚素材を収集するための工夫があればご記載下さい」について，CBTを授業に取り入れている11大学のうち，記載があったのは5校（45%）〔国公立1校（100%），私立4校（40%）〕であった．コメントとして，“デジタルカメラの導入や整備をした”，“学生に対する教育効果をまず考えていることや共用試験や国家試験という意識をもたずに幅広く教育のために収集している”，“常に意識して適正な素材の収集を心がけている”などの記述がみられた．また，“臨床例の写真撮影をデジタルカメラで行い，データは教室として一括管理し，CBTやOSCEの問題作成や，国家試験の視覚素材提供に利用している”との記述もあった．視覚素材は，管理方法の効率化と利用の簡便化などのためにデジタル化されていることがうかがえる．

⑦成績の評価【設問14，22】

「成績評価に利用していますか」について，「CBTのみ」，「OSCEのみ」を利用している大学はなかった．「従来法のみ」については，CBTでは4校（36%）〔私立（40%）のみ〕，OSCEでは7校（33%）〔国公立2校（40%），私立5校（31%）〕であった．「CBTと従来の併用」，「OSCEと従来の併用」については，CBTではなかったが，OSCEでは8校（38%）〔国公立3校（60%），私立5校

(31%)〕であった．「CBT・OSCEと従来の併用」については，6校（29%）〔私立（38%）のみ〕であった．成績評価に，CBT，OSCEともに単独では用いられておらず，従来法との併用の形で用いられていたが，これは，単独で用いるほどの実績がないこと，モデル・コア以外の成績評価が必要であることなどによると考えられる．また，CBTよりもOSCEのほうが多く用いられていたが，これは，知識の評価については従来法でも客観的に行うことができたのに対し，技能・態度の評価については，従来法では指導教官の主観に陥りやすかったが，評価シートを用いたOSCEの導入により客観的評価が可能になったことによると考えられる．

コメントのなかに，"今後CBT·OSCEと従来法との併用となる"や，"CBT·OSCEは登院資格のみに使用していることとその判定条件として共用試験実施機構から送付されてくる点数(CBTとOSCEの合計120点以上，CBTが50点以上，OSCEが50点以上）を用いている"などが記されていた．

⑧医療面接の授業担当【設問23】

「医療面接の授業はどのようにしていますか」について，「各科ごと」が10校（48%）〔国公立3校（60%），私立7校（44%)〕，「専任者」が5校（24%）〔国公立2校（40%），私立3校（19%)〕，「全科（関連科）合同」が6校（28%）〔私立（37%）のみ〕であった．国公立，私立ともに各科ごとに対応している大学が多く，専任者が担当している大学は私立よりも国公立に多く，全科合同は国公立にはなく，私立では4割弱あった．このような結果が得られた理由についてはわからないが，各科ごとあるいは全科合同で行う場合，専任者と同等の効果が得られる工夫が必要であると考えられる．

⑨模擬患者の導入，養成【設問24～26】

「模擬患者を導入していますか」について，「はい」が14校（67%）〔国公立3校（60%），私立11校（69%)〕，「いいえ」が7校〔国公立2校，私立5校〕，「模擬患者を養成していますか」について，「はい」が13校（62%）〔国公立1校（20%），私立12校（75%)〕，「いいえ」が8校〔国公立4校，私立4校〕であった．この模擬患者の導入と養成について，筆者の考えでは学部・大学全体で取り組むべきことであるが，このように考えれば，国公立より私立のほうが多かった結果は，前述の医療面接の担当について，全科合同が国公立にはなく，私立では多かったことと関連しているかもしれない．

模擬患者の導入，養成が「はい」の場合，「どのようにしているか，工夫などをご記載下さい」について，記載のあった大学は14校（67%）〔国公立2校（40%），私立12校（75%)〕で，その内容は下記のようなものであった．

模擬患者の対象については，大学所在地の住民，学内関係者（附属病院の衛生士，職員，基礎系講座の教員），附属病院の衛生士の母親など主婦を主体としたグループ，市民講座参加者，附属病院来院患者，劇団所属の役者などであった．また，"コミュニケーション実習において行っていた学生同士によるグループロールプレイに模擬患者に患者役として参加してもらうようになった"，"ボランティアとして協力してもらっている"などが記されていた．ボランティアについては，拘束時間の長さ，漏洩防止・守秘義務の必要性など考えると，協力者の達成感を満足させる工夫が必要と考えられる．

模擬患者の養成方法については，年に3～4回の養成コース，講習会，研修会，練習会などが開催されていた．"学外より識者を招いてのトレーニングを行っている"，"参加回数や共用試験への協力回数などによりランク別の認定証を発行している"などが記されていた．この認定証の発行については，上述の協力者の達成感を満足させるために有効と考えられ，ボランティア行為に応える方法として検討の価値があると考えられる．

模擬患者運用の組織については，特定の教室（医療人間科学教室）への依頼，他大学と連携（養成した模擬患者の共用），専用組織の設置（模擬患者養成委員会，教育開発委員会のコミュニケーション部会標準模擬患者養成プロジェクト，統合医療教育開発センター）などがあった．

上述のほかに，"模擬患者に医療面接等をユニットとした基礎実習への参画を依頼している"ことも記されていた．

以上のように，模擬患者については，その導入，養成の方法に種々の工夫がみられた．

⑩設備（チェアー·ユニット）の使用法（複数回答可）【設問27】

「設備（チェアー・ユニット）の使用法はいつ・どのように教えていますか」について，「共用試験実施前」が8校（30%）〔私立（36%）のみ〕，「臨床予備実習時」が12校（46%）〔国公立5校（100%），私立8校（36%)〕，「臨床実習時」が4校（15%）〔私立（18%）のみ〕であった．その他が2校〔私立のみ〕あり，その内容については，"課外時間を利用して診療室にて病院実習として指導している"ことが記されていた．OSCEのチェアー·ユニットを使用する課題では，その使用法を学生が知っている必要があり，共用試験実施前に学習されていなければ，受験に際してなんらかの方法であらかじめ学習する必要がある．

(3)「CBT，OSCEの授業への活用」についての意見【設問29】

意見の記載のあった大学は12校（41%）〔国公立6校

(50%), 私立6校 (35%)〕であった. そのなかに, "モデル・コア・カリキュラムのツリーを各講座等に割り振り, 重複で講義することがないように工夫した" という記述があったが, これは,「CBT, OSCE の授業への活用」とは直接関係しない. 一方, "カリキュラムで「共用試験 CBT, OSCE」受験に際して支障は生じていないので,「共用試験 CBT, OSCE」のために, 授業のなかに CBT, OSCE を取り入れていない", "臨床能力の確認に有意義だと考えられるが, あくまで「授業」ではなく「試験」という認識である" との記述がみられたが, 授業には評価も含むとの観点からは試験は授業の一環として行われるべきものである. このような自由記載欄に記された意見を交えながら, 次に,「CBT, OSCE の授業への活用」について考察を加える.

3) CBT, OSCEの授業への活用

本課題「CBT, OSCE の授業への活用」について, 筆者が同僚と話したとき, "この課題は CBT, OSCE が良いものとの前提に立っている" との指摘を受けたが, 筆者自身, 執筆依頼を受け取ったとき, この課題と次項の「共用試験としての CBT, OSCE」をみてとまどった. また, アンケート調査の設問に対して2名の回答者からいくつかの質問があったので, 筆者の認識の下に回答した. そのなかから本課題を検討するうえで, 役立つと判断されたものの概略を付記する.

最初の質問者からは, "CBT, OSCE は一般用語であって, 共用試験ではそれを採用したにすぎない" という指摘があったが, 筆者も同じ認識である. この質問者のいくつかの質問とそれに対する筆者の回答をみた質問者からは, "共用試験 CBT/OSCE と (その準備のために) 大学の授業に CBT/OSCE を取り入れているかどうか, の2面が非常に曖昧になってきた" という意見が示されたが,「その準備のために」という記述は共用試験が導入されたことの問題点を示している.

"設問3の「CBT を授業に取り入れている」とはどういう意味か, 授業でコンピュータに基づく試験を行っているという意味か" との質問があった. これについては, 授業内容の理解度あるいは到達度確認のために CBT を実施しているかどうかということであり, 実施結果を成績の評価に用いている場合は設問14で答えることになっている. また, "設問16は試験形式自体を聞いているのか" との質問があり, この質問では, さらに "「OSCE を授業に取り入れている」かの質問も奇妙であり, 学習内容であれば, 本来の授業 (実習含む) のなかで, そのようなことは含まれているのは, どこの学校のカリキュラムでも当然のことで, だからこそ共用試験に含まれたのである" との指摘がなされていた. この設問は, 設問3ともかかわっているが, 技能・態度の到達度確認のために, OSCE を実施しているかどうかということであり, やはり, 実施結果を成績の評価に用いている場合は, 設問21で答えることになっている.

"設問8・設問9は問題のある質問であり, ルールはどうなっているのかを示したうえでの質問であるべき" との指摘があり, "設問12も意味不明であり, 何を意識していると質問しているのか" との質問があった. 設問8・設問9については, 共用試験と国家試験との関係について, いずれも視覚素材は各大学の教育現場から収集されており, しかも, 画像の明瞭さなど優れたものが要求されているが, 提出した視覚素材は (CBT は問題も) 取り扱いに注意すれば, 各大学の教育に使用してよいことになっている. もし, 提出したものは各大学で使用できなければ, 教育に支障をきたすものと思われる. この点については, 正式実施以降は変更されるとのことであり, まとめのところに記載した. いずれにしても, 共用試験 CBT の問題作成, 国家試験の視覚素材と大きくかかわっている. そういった観点からの設問である. 設問12については, 設問8・設問9と関係し, 共用試験や国家試験に提供する視覚素材として, 優れたものが要求されていることを勘案した設問である.

以上のような認識の下に, アンケート調査の結果を交えながら,「CBT, OSCE の授業への活用」について, 以下に検討を加える.

「CBT, OSCE の授業への活用」の意見のなかに, "共用試験実施機構から提供された共用試験 CBT 実施学生への CBT 体験ツールなどを学内の視聴覚施設を用いて授業時間以外で学生が実施できる状態にしている" ことが記され, "平成17年度特色 GP「医歯学シミュレーション教育システムの構築」により開発された教材 (コンピュータ上に連続してシミュレーション的に問題を解いていく) を授業で用いており, その使用が問題解決型の思考能力向上に効果的である" との考えが示されていた. さらに, "OSCE について, 授業への取り込みにより臨床実習の学習効果が大きく, とくに, 医療面接については授業への活用前に比べても明らかな差がみられる" との見解が示されていた. 一方, "5学年生の臨床実習・プレクリニック終了時に実施してきたが, カリキュラム改訂時に, 4学年生に新たに設定した「臨床総合演習」において OSCE 課題の演習を行うようにした" という記述がみられた. また, あるコメントのなかに, CBT の「成績を上げるための強化授業」, 実際にコンピュータを使った「共用試験様の練習」などの表現がみられた. はじめにも述べたように, 授業が, 共用試験や国家試験の受験対策になると, 大学が専門学校化, 予備校化して, 本来の大学教育をゆがめることが懸念される. 共用試験

を実施すること自体が目的化することへの懸念が示されており[6]，“共用試験に参加してさえいれば歯学教育モデル・コア・カリキュラムを導入していることにはならない”との指摘がなされている[1]．また，“臨床実習進級時の学生評価について共用試験だけでなく各大学独自の評価システムの導入が期待され，大学個々のカリキュラムの実効性は固有の評価システムがあってこそ期待される”との考えが示されている[6]．

一方，“診療参加型臨床実習終了時の終了判定の1つとして6年臨床実習終了時にOSCEを実施している”との記述があった．また，本来，“臨床基礎実習の成績判定には日頃の実習の積み重ねが重要で，毎回の実習評価の合算で評価されるべきである”との意見がみられた．これらの点については，歯科保存学臨床実習修了認定試験としてOSCEを実施し，これと従来型客観試験（多肢選択形式，単純真偽形式）ならびに観察記録法による臨床実習評価を比較検討した報告[7]が有益な情報をもたらしている．この報告では，客観試験とOSCEの成績に相関が認められなかったことから，精神運動領域や情意領域を評価するOSCEは認知領域を評価する客観試験とは別の領域を評価していることが示された．また，観察記録法による臨床実習評価は，指導医が学生の日常学習行動を観察して行う臨床能力の総括的評価であり，OSCE同様，精神運動領域や情意領域を評価するのに適しているが，評価に長期間を要する．この観察記録による臨床実習評価とOSCEには正の相関があったことも示され，短期間で評価する総括的評価法としてのOSCEの意義が示されたとしている．さらに，OSCEを用いることは，明確な学習目標や評価基準を提示することになり，学生が自分自身の能力を客観的に認め学習意欲を高める手段として利用できるとしている．また，OSCEの実施には多くの人的・物的資源が必要であることが論じられている．この点については，アンケート調査でもいくつか記載があり，そのなかの“CBT，OSCEそれら自体は，評価できるが，人的・物的資源の準備や，学生評価への活用の科目による難易度の違いなどから，各科目ごとに取り入れられている”については，「CBT，OSCEの授業への活用」を大学・学部全体として取り組む際の解決すべき1つの課題を示していると思われる．

4）おわりに

共用試験の導入をきっかけとして，カリキュラムの改訂が行われているが，それは教養関係の授業時間の短縮や，臨床予備実習の早期化も伴っているものと考えられる．共用試験は，各大学の卒業要件の4割を評価するにすぎないにもかかわらず，共用試験受験のための授業が行われている様子がうかがえた．共用試験CBTのために提供した問題や視覚素材の自校での使用は，取り扱いに注意すれば認められているが，漏洩防止や守秘義務などの観点から避けられていた．しかしながら，CBT，OSCEを各大学の授業の一環としての成績評価に用いる場合，その準備と実施には共用試験と同様に多大な人的・物的資源を要する．共用試験の公正な実施のためには，データ管理を厳格に行うべきことは当然であるが，各大学が作成した問題や使用した視覚素材が自校で使用できない状況は教育現場の負担の増大を招いている．なお，この点については，正式実施以降は，共用試験CBTのために各大学で作成した問題はそのままでは授業および試験に用いることは禁止であり，CBT問題に使用したことを示さないことを条件に，視覚素材のみを自大学の教育に用いてもよいということである．筆者は，各大学が作成した問題や収集した視覚素材は，自校でも有効に活用してもよい運用方法が検討されるべきであると考える．CBT，OSCEが，たとえ学習目標到達度の評価方法として優れていても，その実施のための負担が過大であることは，実施する意欲を減退させるものと思われる．そうなれば，CBT，OSCEが共用試験に導入されたことが，「CBT，OSCEの授業への活用」を妨げることになりかねない．いずれにしても，「CBT，OSCEの授業への活用」を図る場合，授業の一環としての成績評価法の1つであるとの認識の下に実践されるべきであり，決して，歯学教育をゆがめることがあってはならない．

文献

1) 森尾郁子，鶴田　潤，江藤一洋．「モデル・コア・カリキュラムと共用試験」歯学教育モデル・コア・カリキュラム―その意義と課題―．日歯教誌 2002；18：43-6.
2) 道　健一，荒木孝二，毛利　環．「モデル・コア・カリキュラムと共用試験」共用試験（CBT）について．日歯教誌 2002；18：47-56.
3) 共用試験実施機構歯学共用試験CBT問題作成分科会編集．歯学共用試験CBT問題作成におけるモデル・コア・カリキュラム運用解釈．2002.
4) 荒木孝二，高木律男，金澤英作，池尾　隆．歯科医学教育のカリキュラム改革．日歯教誌 2005；21：227-35.
5) 医療系大学間共用試験実施機構（CATO）医歯学教育システム研究センター編集．臨床実習開始前の「共用試験」．3版（平成17年），2005；37頁．
6) 侯本志朗．「モデル・コア・カリキュラムと共用試験」共用試験（OSCE）について．日歯教誌 2005；18：57-63.
7) 山田朋美，竹重文雄，木ノ本喜史，岩見行晃，今里　聡，恵比須繁之．歯科保存学臨床実習におけるOSCEと従来型評価法に関する検討．日歯教誌 2004；19：383-7.

3

共用試験としてのCBT，OSCE

俣木　志朗，荒木　孝二

1）はじめに

共用試験の目的は平成13年3月に発表された「モデル・コア・カリキュラム」[1]に準拠した全国共通の標準評価試験として，臨床実習開始前に医学生，歯学生が備えているべき知識・態度・技能を適切に評価することである．

共用試験には2つの全く異なったタイプの試験がある．すなわち知識についてコンピュータを用いて評価するCBTと，患者さんに接する態度と基本的な臨床技能を評価する客観的臨床能力試験（OSCE）である．平成14年2月から4年間のトライアル期間を経て，平成17年12月より共用試験に参加している大学に在籍している医学生および歯学生に対して臨床実習開始前に共用試験の正式実施が開始されている．

本項では臨床実習開始前の共用試験CBTおよびOSCEについて解説する．

2）共用試験導入の経緯[2]

平成3年10月に当時の厚生省健康政策局諮問機関である「臨床実習検討委員会」において，医学生が医行為を行うための違法性の阻却要件として「臨床実習開始前の学生の評価を適切に行うこと」が提言された．歯科においては平成15年3月に平成14年度厚生科学特別研究「歯科医師卒前臨床実習に関する調査研究」報告書のなかで歯科医師法第17条の違法性の阻却の考え方や歯科学生の診療参加型卒前臨床実習実施のためのさまざまな条件が示されている．

平成11年2月に「21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について」（21世紀医学・医療懇談会第4次報告）のなかで，「臨床実習に臨む学生の能力・適性について，全国的に一定の水準を確保するとともに，学生の学習意欲を喚起するために，共通の評価システムを作ることを検討すべきである」と提言された．これを受けて平成12年3月に文部省の諮問機関として「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」が設置され，医学・歯学教育の改善方策についての検討が行われた．

さらに平成12年11月7日には「第1回臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システムに関する研究班会議」が開催された．「共用試験」という用語の初出はこの研究班会議にある．同22日にはこの研究班会議の下部に専門委員会ワーキンググループが設置され，具体的な共用試験実施へ向けての準備作業が開始された．

そして，その4カ月後，平成13年3月に「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について―学部教育の再構築のために―」が報告され，併せて，医学および歯学教育のモデル・コア・カリキュラムが提示された．さらに，このモデル・コア・カリキュラムに基づいた臨床実習開始前の学生の適切な評価システムを構築するために，全国の大学間での同一水準評価試験としての共用試験システムの実施体制を構築する提言がなされた．

平成13年4月以降共用試験実施のため，全国参加大学による共用試験システムの試験内容や試験方法などについての検討が行われ，第1回CBTトライアルが平成14年2月から7月，OSCEトライアルが平成14年1月から6月まで実施されることとなった．

3）共用試験の特徴

国家試験を除いて医学生・歯学生に対する全国共通の標準評価試験が実施されることは日本では初めてのことである．しかも筆記試験のみの国家試験と異なり，知識はCBT，態度と臨床技能はOSCEと2種類の試験を同時期に実施する．これだけでも非常に画期的なことであるが，この臨床実習開始前の共用試験はさらなる特徴をもっている．

(1) 試験は参加大学内で参加大学の試験日程に合わせて実施される．

すなわち，試験日が大学によって異なるということで

またき　しろう
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科　全人的医療開発学系専攻　包括診療歯科学講座　歯科医療行動科学分野
あらき　こうじ
東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター
キーワード：共用試験，CBT，OSCE

ある．

(2) 臨床実習への進級に対して共用試験の成績を利用する．

従来臨床実習への進級評価は各大学固有の成績のみで決められていたが，共用試験の成績も合わせて総合的に進級判定の指標として利用される．また，共用試験の成績をどのように進級判定に用いるかは参加各大学が責任をもって設定することとしている．

(3) 実施の準備および運営を参加大学教職員が責任者となって行う．

共用試験実施の業務を支える組織としては，試験問題，試験成績の厳重な管理とを合わせて，それまで任意団体の共用試験実施機構が母体となって社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が平成17年4月に設立されている．しかし実際の試験会場の準備，試験の実施についてはすべて当該大学の教職員に任せられている．

(4) CBTの問題は参加大学が作成する．

毎年問題を全参加大学から平等に公募し，共用試験実施評価機構が委託した参加大学の教員で組織するCBT実施小委員会でブラッシュアップ作業を行い使用問題としている．

(5) OSCEの評価は実施大学の内部評価者と，実施大学外からの外部評価者の両者で行う．

すなわち，実施大学以外の教員の成績評価が，学生の進級評価に用いられるということである．

4) 共用試験CBT

(1) CBTの概要

CBTは臨床実習開始前に修得しておくべき必要不可欠な知識を総合的に確認するための試験である．CBTの出題範囲はモデル・コア・カリキュラムの項目と内容に準拠している．一番の特徴は紙でなくコンピュータを用いていることである（図Ⅲ-1）．受験生ごとに異なる問題がランダムに出題されるが，ランダムに出題されても受験生ごとの問題の平均的難易度に差がないように調整されている．ランダムに出題される問題全体をプール問題として共用試験実施評価機構が管理している．プール問題は，4回のCBTトライアルで使用した問題のなかから，共用試験実施評価機構が委託したCBT事後評価解析委員会が正答率および識別指数を中心に適正問題の是非を評価して決めている．また，CBTにはプール問題の蓄積のために併せて新作問題も出題されている．受験生にはプール問題か新作問題かの区別は知らされないで出題される．すなわち，CBTの出題問題のなかには過去に一度出題されて評価を受けたプール問題と，初めて出題される新作問題が混合している．採点対象はプール問題からの出題部分だけである．



図Ⅲ-1　CBT実施風景

(2) CBT問題タイプ

歯学系共用試験CBTにおいては平成17年12月からの正式実施1回目では，5つの異なるタイプの問題が出題されている．なお，解答肢はどのタイプの問題でも1つだけを選択する．

①単純5肢択一問題：歯科医師国家試験問題と同じで，問題文と5つの解答選択肢からなる．

②多選択肢順次解答2連問：後戻りのできない2問連続した組み合わせで，7つ以上の解答選択肢は2問とも同じで問題文のみ変わる．

③多選択肢順次解答4連問：後戻りのできない4問連続した組み合わせで，10個以上の解答選択肢は4問とも同じで問題文のみ変わる．

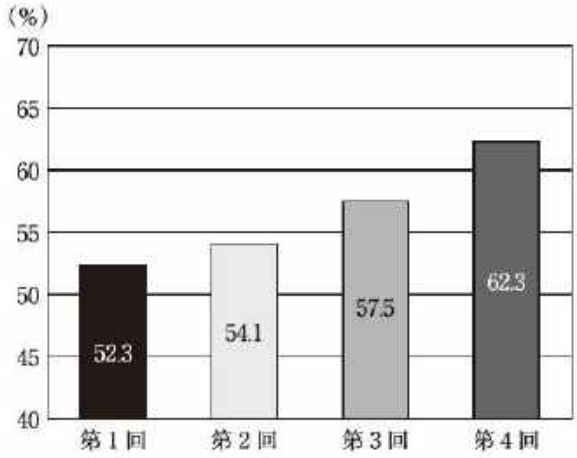
④症例提示順次解答2連問：後戻りのできない2問連続した組み合わせで，1問目に臨床問題，2問目に1問目に関係した基礎問題が出題される．個々の問題は単純5肢択一問題で構成されている．

⑤症例提示順次解答4連問：後戻りのできない4問連続した組み合わせで，臨床推論の形式をとっている．個々の問題は単純5肢択一問題で構成されている．

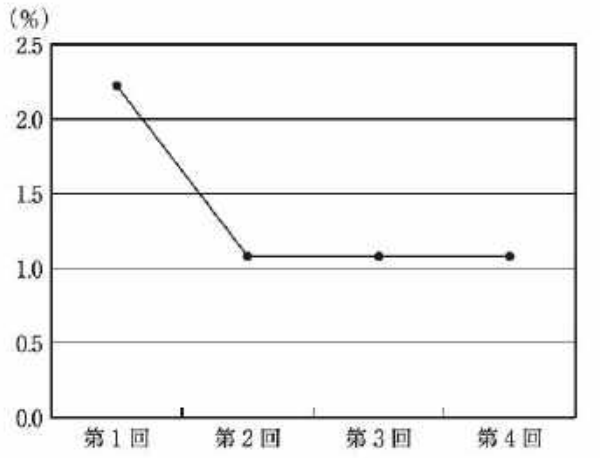
平成17年12月からの正式実施1回目では①60問×4ブロック，計240設問，②10問で計20設問，③5問で計20設問，④10問で計20設問，⑤5問で計20設問，の合計320設問が出題されている．1ブロック60分で，6ブロック合計6時間の試験時間である．

(3) 歯学系CBTトライアルの結果

平成17年12月の正式実施1回目を迎えるまでに，合計4回の歯学系CBTトライアルが実施されてきた．その結果の概要を以下に示す．なお，1回目のCBTトライアルの出題数は100問（単純5肢択一問題のみ），2回目は300問（単純5肢択一問題，症例提示順次解答2連問，症例提示順次解答4連問），3，4回目はともに



図Ⅲ-2　歯学系CBTトライアル平均正答率(%)の推移



図Ⅲ-3　平均難易度の標準偏差(%)の推移

320問（5つの問題タイプすべて出題）であった．

①平均正答率の推移

図Ⅲ-2のように第1回が52.3%であり，以降54.1%，57.5%，62.3%とトライアルが進むにつれて平均正答率も高くなっていった．

②平均難易度の標準偏差の推移

図Ⅲ-3のように第1回は2.2であり，その後の3回は1.1と非常に小さい値であった．なお，平均難易度とは受験生ごとの問題セットについての正答率を平均し，この値を全受験生に対して計算し，その分布をみたものである．CBTでは問題がランダムに出題されているが，問題セットが受験生によって異なっているので問題セットとしての難しさも異なっている．しかし**図Ⅲ-3**のように平均難易度で比較すると非常に狭い範囲の分布となっている．すなわち問題セット間の差が小さいということであり，ほとんど同じレベルの難しさの問題セットを受験したと考えられる．

(4) CBTの今後

歯学系CBTはトライアル4回の実施と各出題問題の事後評価を経て良質な問題が精選され，平成17年12月より開始された正式実施においては，平成18年3月まで実施した9大学の全国平均正答率が74.5%という速報結果が出されている．歯学系は参加大学の2/3にあたる20大学が平成18年6月以降に第1回目の正式実施を行う予定になっているので，最終的な全国平均正答率がどれくらいになるかは不明であるが，共用試験CBTを導入するときに掲げた全国平均正答率80%以上という目標の達成が現実味を帯びてきていると思われる．

このようにCBT出題問題の内容，質といった部分ではとくに問題はないが，以下のような解決すべき点がいくつか挙げられる．

①試験時間が1日6時間と長く，受験生からはかなり目が疲れるとの報告が出されている．

②試験問題の文字がやや小さく，また，多くの問題に図・表・写真などのカラーの視覚素材を使用しているので，なんらかの視覚障害を有する受験生に対しての配慮が求められている．

③プール問題は何度も使用可能であるが，陳腐化を避けるために常に新作問題を作成していく必要がある．

④単純5肢択一問題については，問題として何を聞きたいのかということは明確であるが，他の4つのタイプの問題形式における，とくに後戻りできない連問形式という点での能力評価が明確でない部分がある．前問の正誤が，次の問題に及ぼす影響についても不明な部分がある．

5) 共用試験OSCE

(1) 歯学系OSCE導入の経緯

医学生・歯学生には診療参加型臨床実習開始前に，患者さんに接する能力，すなわち医療面接に関する技能や態度，および一般診療に関する基本的臨床能力を備えていることが必要である．OSCEはこのような基本的臨床能力を客観的に評価するための試験である．北米の医学教育ではOSCEによる基本的臨床技能修得の訓練と評価がシステム化されているが，平成12年11月に共用試験OSCEの実施が決まったとき，わが国では一部の医科大学以外ではOSCEを導入している大学はほとんどなかった．

一方，歯科大学・大学歯学部では歯科におけるOSCEの実施実績はほぼゼロに等しかった．それは，平成13年度の歯学系OSCE実施大学が参加28大学中わずか3大学であったことからもうかがえる．その後，平成14年4月に共用試験実施機構が設立され，歯学系OSCE分科会が設置されると，歯学系OSCEの実施，管理，



図Ⅲ-4　OSCE 実施風景

運営の手法を OSCE 未実施大学に広げていき，平成 14 年度では歯学系 OSCE 実施大学が 24 大学と約 9 割となり，平成 15 年度以降は参加全 28 大学が実施可能となった．平成 17 年 12 月からの正式実施のために必要な，共通課題，評価シート，評価マニュアルについて毎年改訂を実施するとともに，OSCE の課題別に的確，公正に評価できる評価者の育成のためのワークショップを平均年 3 回実施してきた．その結果，正式実施までに約 610 名の標準評価者が各参加大学の教員のなかに養成された．

(2) 歯学系 OSCE の概要

平成 17 年 12 月から開始された共用試験正式実施における歯学系 OSCE の全課題数は 25 課題であり，実施大学ごとに 6 課題が出題される（**図Ⅲ-4**）．受験生にはどの課題が出題されるかについては試験当日まで明らかにされない．したがって，すべての課題について十分な準備をすることが求められている．25 課題は以下のようになっている．実施時間は各課題とも 5 分以内である．

1. 初診面接（1 題出題）
   - 1－1　初診患者の医療面接（急性症状）
   - 1－2　初診患者の医療面接（慢性症状）
2. 基本的診察および検査能力（1 題出題）
   - 2－1　口腔内状態の記録
   - 2－2　バイタルサイン
   - 2－3　頭頸部（顎・顔面・頸部）の診察
   - 2－4　X 線写真の取り扱いと読影
3. 基本的技能（1 題出題）
   - 3－1　浸潤麻酔
   - 3－2　手洗いと滅菌プローブ装着
   - 3－3　ラバーダム防湿
   - 3－4　概形印象採得
4. 説明・指導（1 題出題）
   - 4－1　歯周病の病状の説明
   - 4－2　ブラッシング指導
   - 4－3　欠損補綴の治療方針の説明
   - 4－4　保護者へのブラッシング指導
   - 4－5　不正咬合の説明
   - 4－6　矯正装置の説明
   - 4－7　X 線撮影の説明
5. 基本的臨床技能（2 題出題）
   - 5－1　レジン充塡
   - 5－2　根管治療
   - 5－3　支台歯形成
   - 5－4　テンポラリークラウンの作製
   - 5－5　普通抜歯
   - 5－6　フッ化物塗布
   - 5－7　予防填塞
   - 5－8　縫合

(3) 歯学系 OSCE トライアルの結果

平成 13 年度から実施された共用試験歯学系 OSCE トライアルの結果を受け，毎年 OSCE 実施にかかわる多くの事項につき改訂を行った．その結果，最終的にほぼ統一された共通の課題，評価シート，評価マニュアルで実施された歯学系 OSCE 第 3 回トライアルおよび最終トライアルの結果をまとめた（**表Ⅲ-4**）．

前述のように 5 つの領域から 1 課題ないし 2 課題出題されることから，実施大学がすべての課題を一巡して経験するには 4～7 年を要するため，2 年間のトライアル結果を単純に比較して考察することは適切ではないと考えられる．しかし，全般的な傾向としては，得点率と概略評定の向上が認められる．とくに初診面接と説明・指導系課題における得点率の向上と標準偏差の減少，概略評定の向上が他の 3 領域の課題に比較して顕著である．

この結果は，初診面接，説明･指導系課題に特有な環境，

表Ⅲ-4　歯学系 OSCE 第３回トライアルおよび最終トライアルの結果

課　題	第３回トライアル					最終トライアル				
		得点率（%）		概略評定			得点率（%）		概略評定	
	受験者数	平均	標準偏差	平均	標準偏差	受験者数	平均	標準偏差	平均	標準偏差
1-1　初診患者の医療面接（急性期）	1,144	73.0	13.1	3.4	0.7	689	73.2	10.9	3.4	0.7
1-2　初診患者の医療面接（慢性期）	1,059	67.8	11.2	3.3	0.7	929	77.5	9.9	3.5	0.7
2-1　口腔内状態の記録	632	76.6	21.0	3.8	0.8	391	75.8	15.8	3.5	0.6
2-2　バイタルサイン	520	71.0	19.2	3.2	0.9	476	72.9	18.1	3.4	0.8
2-3　頭頸部（顎・顔面・頸部）の診察	512	84.5	11.7	3.6	0.6	386	89.7	9.3	3.9	0.7
2-4　X 線写真の取り扱いと読影	539	72.0	22.4	3.4	0.9	365	78.6	23.0	3.5	0.9
3-1　浸潤麻酔	597	70.7	17.2	3.3	0.8	483	75.9	15.1	3.3	0.8
3-2　手洗いと滅菌プローブ装着	756	83.1	13.9	3.2	0.9	390	78.9	13.4	3.4	0.7
3-3　ラバーダム防湿	409	74.5	14.0	3.1	0.8	369	69.6	16.0	3.3	0.8
3-4　概形印象採得	441	80.8	11.5	3.4	0.7	376	81.6	13.5	3.5	0.7
4-1　歯周病の病状の説明	340	75.8	13.7	3.4	0.8	—	—	—	—	—
4-2　ブラッシング指導	354	65.9	11.1	3.2	0.6	348	81.9	9.4	3.7	0.7
4-3　欠損補綴の治療方針の説明	243	79.5	11.5	3.5	0.6	184	93.4	6.8	3.8	0.6
4-4　保護者へのブラッシング指導	149	61.8	15.7	3.3	0.7	338	76.6	10.9	3.6	0.6
4-5　不正咬合の説明	292	70.5	12.9	3.2	0.7	204	78.0	11.1	3.4	0.7
4-6　矯正装置の説明	166	65.8	12.5	3.2	0.7	249	81.9	10.3	3.6	0.7
4-7　X 線撮影の説明	269	86.4	9.6	3.5	0.6	184	77.2	9.1	3.6	0.6
5-1　レジン充塡	1,048	73.6	17.5	3.4	0.7	457	77.6	13.1	3.4	0.7
5-2　根管治療	572	69.2	16.1	3.1	0.8	501	73.0	15.5	3.3	0.9
5-3　支台歯形成	506	76.4	17.5	3.3	0.8	368	80.2	19.7	3.4	0.8
5-4　テンポラリークラウンの作製	756	80.1	18.6	3.3	0.8	730	81.9	14.1	3.5	0.8
5-5　普通抜歯	243	60.1	17.8	2.9	1.1	240	79.6	20.3	3.5	0.9
5-6　フッ化物塗布	340	77.4	14.8	3.4	0.9	352	74.7	14.1	3.0	0.9
5-7　予防塡塞	243	74.6	14.3	3.2	0.7	374	77.6	12.1	3.4	0.6
5-8　縫合	292	72.7	17.9	3.0	0.8	214	60.3	16.3	2.9	0.9

＊最終トライアルの課題 4-1 はデータが１大学分しかないためデータを非公表とした．

すなわち模擬患者とのコミュニケーション能力や接遇，態度に関する評価基準がこれまでの評価者ワークショップなどを通じて次第に明確になり，また各大学でこの領域に関する教育が普及したためであると考えられる．

一方，技能系課題のなかには標準偏差が大きく，得点分布が幅広い課題がいくつか認められる．これは卒前の医療安全に関する教育を徹底するために，たとえば歯の部位を誤るといった臨床上重大な医療過誤に発展するような行動があった場合，大幅に得点が下がる評価方法を採用しているためと考えられる．

したがって，少なくともこれまでのトライアルの結果からは，この点の教育効果はまだ十分とはいえないことがうかがわれる．

このように，共用試験 OSCE の評価結果は，日常の臨床教育に対する有益なフィードバック材料となっている．

(4) 歯学系 OSCE の今後

これまで４回のトライアルの結果と平成 14 年から継続的に開催されている評価者養成ワークショップを通じて，共用試験 OSCE の実施・運営方法に関する実施要項の改訂が進み，試験環境を標準化するために使用する顎模型などを機構から貸与する方式も考案され実施されてきた．また，各実施大学の教育内容に即したいわゆるローカルルールに対応できる評価マニュアルなどのブラッシュアップが行われてきた．今後も基本的にはこれまでと同様に，評価結果の詳細な解析を行うとともに，各実施大学から提出される実施後調査票や派遣されたモニターや外部評価者からの報告を基に改善を図る必要がある．

さらに下記の項目について検討することが必要である．

①新作課題の策定

出題課題の固定化を避けるために，常に新しい課題を策定する必要がある．すでに正式実施となっているため，新課題の試行については，正式な採点からは除外するなどの措置をとることになろう．

②新しいシナリオの策定

初診面接，説明・指導系課題の内容に幅をもたせるために，さらにシナリオを増やす必要がある．一般的に遭遇する可能性の高い，実際の臨床症例から新たなシナリオを策定する．

③外部評価者の専門性

現在，外部評価者は評価者自身の専門領域とは関係のない領域の課題も評価している．臨床実習開始前の学生の臨床能力を評価するという共用試験の本来の目的に沿ったものであるが，将来的には評価する領域と評価者の専門領域の整合を図ることも視野に入れる必要がある．

6）共用試験と歯科医学教育

「モデル・コア・カリキュラム」に準拠した全国共通の標準評価試験として共用試験が実施されている．総合的に質の高い医療が提供できる良き医療人の育成のためのいくつかの方策の一環であることはいうまでもないことである．

これと時を同じくして，医科では平成16年4月から，歯科では平成18年4月から，臨床研修制度の必修化が行われている．このように日本の医学・歯学は卒前教育と卒後臨床研修が有機的な連携をとりながら，医療の質の向上と医療に対する信頼性の確保のために，医師・歯科医師の資質の向上に国を挙げて抜本的な改正，方向転換を行ったのである．

この5年間における全国の医学・歯学教育の改善・充実には参加大学に属する多くの教職員の多大な，血の滲むような努力が伴っている．この努力を無駄にしないためにも，「モデル・コア・カリキュラム」以外の大学独自の教育カリキュラムの充実，診療参加型臨床実習の実施が望まれる．

文献

1）医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議．21世紀における医学・歯学教育の改善方策について―学部教育の再構築のために―．東京：文部科学省；2001.

2）臨床実習開始前の共用試験　第3版（平成17年）．東京：医療系大学間共用試験実施評価機構；2005.

4

総合歯科診療とプライマリ・ケア教育

菊池　雅彦

1）はじめに

わが国における近年の少子高齢化に伴う疾病構造の変化や国民医療費とりわけ老人医療費の急増，医療事故や医療訴訟の増加と患者の権利意識の高まり，ITの発展による医療情報の普及と氾濫，情報開示や個人情報保護といった情報に関する制約など，医療現場を取り巻く環境は過去に経験したことがないほど複雑な変容を呈している．このため，患者のニーズに柔軟に対応できて，効率的かつ安全な医療を提供できる歯科医師の養成が求められてきたが，疾患や治療中心に高度に専門化された従来の歯科医学教育では，このような歯科医師の養成は容易ではなかった．

とくに歯科大学・歯学部では，疾患別による縦割りの専門科によって臨床教育を受け，卒後は大学院進学などにより各医局に数年間在籍した後に開業する歯科医師が多い．これらの歯科医師は，自分の専門には高い能力を発揮する反面，専門外の患者に対して容認できる水準以上の歯科医療を供給できるかどうかは疑問である．また，ストレス社会といわれる昨今，顎顔面領域の不定愁訴を有する患者に対するアプローチのように，総合的，全人的な診断能力が要求される場面も少なくない．インフォームド・コンセントあるいはコミュニケーションの不足からトラブルに発展することも危惧される．

このような背景から，全人的歯科診療能力および緊急時の対処法の修得や，地域における患者参加型の包括的歯科医療を実践できる歯科医師の養成を目的とした総合歯科診療やプライマリ・ケア教育が取り入れられつつある．平成8年の歯科医師法改正により努力義務とされてきた歯科医師臨床研修は，平成18年度から必修化されることとなり，総合歯科診療の重要性がますます高まっている．厚生労働省から示された新たな歯科医師臨床研修制度の行動目標には，医療面接，総合診療計画，応急処置，高頻度治療などが明示されている．さらに，プライマリ・ケアの基本となる地域医療の修得や歯科訪問診療の体験なども行動目標に含まれている．したがって，これらの行動目標の設定はプライマリ・ケア医の養成に直結するものである．

本稿では現在の歯科大学・歯学部における総合歯科診療とプライマリ・ケア教育についての現状や問題と今後の展望について，アンケート調査の結果を参考にしながら概説することとする．

2）総合歯科診療またはプライマリ・ケア担当部門の設置状況

各大学における総合歯科診療またはプライマリ・ケアを担当する部門（以下，総合歯科診療部門とする）について調査した結果を**表Ⅲ-5**に示す．

各大学に総合歯科診療部門が設置された年度をみると，日本大学，日本歯科大学，東京医科歯科大学，東京歯科大学，神奈川歯科大学では，昭和40年代後半から50年代にかけて担当部門が設置されており，国立，私立とも比較的歴史の長い大学が多い．ちなみに，医科大学・医学部において総合診療部門が設置されたのは，昭和50年代半ば以降であることから[1]，上記歯科大学・歯学部で早期に設置された部門は，最近の新しい概念に基づいた総合歯科診療部門の前身という位置づけであると考えられる．一方，平成14年度以降に担当部門が設置された大学は，北海道大学，岩手医科大学，東北大学，日本大学松戸歯学部，昭和大学，愛知学院大学，岡山大学，広島大学，徳島大学，九州大学，長崎大学であり，これらの大学における担当部門の設置は，平成12年に歯科医師法が改正され歯科医師臨床研修の平成18年度からの必修化が決定したことへの直接的な対応と考えられる．担当部門の名称は，総合歯科診療部，歯科総合診療部，総合診療科，総合診療部などが多く，主に病院内の診療科（部）として設置されているところが多いようである．

教員数については，専任と兼任の区別が必ずしも明確にされておらず，また大学ごとに組織や体制についての認識が異なっていると思われるので，単純な比較を行う

きくち　まさひこ
東北大学歯学部附属病院総合歯科診療部
キーワード：総合歯科診療，プライマリ・ケア，臨床教育

表Ⅲ-5　総合歯科診療，プライマリ・ケアを担当する講座，診療科などの設置状況と業務内容

大学名	担当部門	設置年度	教員数	業務内容					
				卒前臨床教育	歯科医師臨床研修	初診患者予診	総合歯科診療	総合歯科診療学などの講義	その他
北海道医療大学	総合歯科診療科	昭和62年度	教　授　3 助教授　3 講　師　1 助　手　1	○	○	○	○		
北海道大学	口腔総合治療部	平成14年度	助教授　3	○	○				
岩手医科大学	総合臨床教育センター	平成18年度	教　授　1（兼任） 助教授　2 講　師　3 助　手　20	○	○	○	○	○	
東北大学	総合歯科診療部	平成14年度	教　授　1 助　手　2	○	○		○	○	
奥羽大学	総合歯科	平成11年度	教　授　11 助教授　5 講　師　7 助　手　48	○	○	○	○	○	
明海大学	GP（General Practice）科	平成6年度	教　授　1 助教授　1 講　師　2 助　手　3	○	○	○	○		
日本大学 松戸歯学部	歯科総合診療学（学部） 初診科（病院）	平成17年度	助教授　1 講　師　4 助　手　5	○	○	○	○		
東京医科歯科大学	包括診療歯科学講座（総合診療歯科学分野） 歯科総合診療部（総合診断部）	平成11年度（前身の口腔総合診断学講座は平成6年度） 昭和56年度	教　授　3 助教授　1 助　手　1 助教授　1 講　師　2 助　手　2	○	○	○	○	○	FDの立案・実施
東京歯科大学	総合診療科（千葉病院） オーラルメディシン・口腔外科学講座（市川総合病院） 口腔健康臨床科学講座総合歯科学分野（水道橋病院）	平成14年度 昭和56年度 昭和56年度	教　授　2 助教授　1 講　師　4 助　手　8	○	○	○	○	○	口腔外科診療
日本歯科大学	総合診療科	昭和54年度	教　授　3 助教授　12 講　師　18 助　手　31	○	○	○	○		臨床基礎実習：義歯・歯冠修復など3，4学年の治療手技の実習

大学名	担当部門	設置年度	教員数	業務内容					
				卒前臨床教育	歯科医師臨床研修	初診患者予診	総合歯科診療	総合歯科診療学などの講義	その他
日本大学	口腔診断学講座，口腔診断科	昭和48年度	教授 1 助教授 2 助手 2	○	○	○	○	○	
昭和大学	総合診療歯科	平成16年度	助教授 1 講師 1	○	○	○	○	○	
神奈川歯科大学	総合診療科	昭和56年度	講師 6		○		○		
新潟大学	歯科総合診療部	平成12年度	教授 1 助教授 1 講師 2 助手 1	○	○	○	○		
日本歯科大学新潟歯学部	総合診療科	平成13年度	教授 2 助教授 6 講師 11 助手 31	○	○	○	○	○	PBLテュートリアル，訪問歯科診療，臨床研究
松本歯科大学	一般歯科	平成13年度	教授 助教授 講師 助手 全員兼任	○	○	○	○	○	
朝日大学	総合診療科	平成8年度	教授 3 助教授 1 助手 8	○	○	○	○		
愛知学院大学	総合診療部	平成17年度	教授 1 助教授 3 講師 8 助手 1		○		○		
大阪歯科大学	口腔診断科 総合診療第1科 総合診療第2科	昭和54年度 平成9年度 平成10年度	教授 4 助教授 6 講師 9 助手 2		○	○	○		
大阪大学	口腔総合診療部	平成9年度	教授 1 助教授 1 講師 1 助手 1		○		○		
岡山大学	総合歯科	平成16年度	教授 1 講師 1 助手 2		○		○	○	
広島大学	歯系総合診療科 口腔総合診療科	平成14年度	教授 1 助手 2		○	○	○	○	受託臨床実習
徳島大学	総合歯科診療部	平成14年度	教授 1 講師 1 助手 4	○	○	○	○		「医の原則と態度」の講義，SPの養成
九州歯科大学	総合診療学分野	平成11年度	教授 1（兼任） 助手 4	○	○	○	○		

大学名	担当部門	設置年度	教員数	業務内容					
				卒前臨床教育	歯科医師臨床研修	初診患者予診	総合歯科診療	総合歯科診療学などの講義	その他
九州大学	口腔総合診療科	平成14年度	教授 1 講師 1 助手 7	○	○	○	○	○	
福岡歯科大学	総合歯科学講座 総合歯科学分野	平成13年度	教授 1 助教授 1 講師 3 助手 4	○	○	○	○	○	口臭，（介護）老人歯科治療
長崎大学	臨床教育・研修センター（前初期治療部）	平成14年度	助教授 1 講師 1	○	○				
鹿児島大学	歯科総合診療部	平成13年度	助教授 1 助手 6		○	○	○		

ことは適切ではないが，少ないところでは助教授・講師各1名や教授1名・助手2名という大学がある一方で，数十名の教員を擁している大学までさまざまである．岩手医科大学，奥羽大学，日本歯科大学，日本歯科大学新潟歯学部では20名を超える教員数を擁しており，診療科再編などによって総合歯科診療の重点化が実現したものと考えられる．

業務内容は卒前臨床教育，歯科医師臨床研修，初診患者の予診，総合歯科診療など多岐にわたっている．そのうち，歯科医師臨床研修はすべての大学の総合歯科診療部門で業務として担当している．多くの大学では卒前臨床実習も業務内容に含まれているが，6大学の担当部門では卒前臨床実習を業務に含めていない．総合歯科診療あるいはプライマリ・ケア教育を実施するうえで，初診患者の予診を担当することが望ましいと考えられるが，いくつかの大学では予診が業務に含まれておらず，その理由として第1に人員不足が考えられる．総合歯科診療は2大学を除く大学で担当業務に含まれており，これは卒前臨床実習や歯科医師臨床研修のための総合歯科診療と担当部門教員による診療が考えられる．一方，総合歯科診療学などの講義が担当業務に含まれているのは約半数の大学にすぎず，これは，総合歯科診療やプライマリ・ケアが学問体系としていまだ十分に確立されていない現状を反映しているのであろう．

3）総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の現状と問題点

各大学の総合歯科診療部門で担当している業務は，現在のところ歯科医師臨床研修の必修化に向けた研修プログラムの作成と管理・運営，協力型施設との連携などが中心になっているものと推察される．総合歯科診療部門に所属する指導歯科医だけで研修医に対する指導の一切を行うところもあれば，他専門科に指導歯科医の応援を依頼し，総合歯科診療部門は，研修の管理・運営に回るというところもあると思われ，これらの業務の違いは専任の教員数によるところが大きい．

これまで努力義務とされていた歯科医師臨床研修が平成18年度から必修化され，その定員は学部定員と既卒歯科医師免許未取得者数を合わせた数に上るため，平成18年度から研修医の数が大幅に増加するという大学は圧倒的に多いと考えられる．このため，各大学では研修医のための診療や自習室などのスペースと指導歯科医のマンパワーの確保に追われている．研修医の指導のために費やされる労力の負担増を余儀なくされ，とくに研究指向の高い大学では不満を抱く教員も少なくないことは容易に察せられる．総合歯科診療部門の教員数が2～3名という大学では，研修プログラムの作成や研修医の管理に加え，他大学所属学生の病院見学への対応，説明会や面接試験の実施など，多岐にわたって膨大な業務の遂行を余儀なくされていると推察される．

また，歯科医師臨床研修の必修化に伴い，卒前臨床実習との差別化を図ることが重要となっている．歯科医師臨床研修が必修化されるまでは，歯科学生の臨床教育は臨床実習が主体であったが，年々，歯科医師になるために要求される知識量が増加し，それに併せた国家試験対策の必要性が増大した結果，診療参加型の臨床実習（クリニカル・クラークシップ）の実施時間が減少する傾向にあった．このため，最近は指導者の診療補助を中心と

する見学型の臨床実習から，診療参加型の臨床実習への転換が再度強く求められている．しかしながら，協力患者の確保という点では両者が競合する可能性がある．卒前臨床実習でのクリニカル・クラークシップの機会を増やし，かつ研修医が歯学部7年生と呼ばれることがないようにするためには，臨床実習と臨床研修の区別を明確にする必要がある．

一方，プライマリ・ケアとは地域や家庭に根ざした患者中心の包括医療のことであり，日本プライマリ・ケア学会では，プライマリ・ケアの理念として，Accessibility（近接性），Comprehensiveness（包括性），Coordination（協調性），Continuity（連続性），Accountability（責任性）の5項目を挙げている．すなわち，プライマリ・ケアとは，身近なところにあり気楽に受診できること，老若男女問わず予防からリハビリテーションにいたる全人的医療を実践すること，専門医や住民と協調しながら，継続的に住民とかかわりをもち，説明責任を十分果たせることなどの要件を満たす医療の形態を指している．現在の地域歯科診療所は，元来，プライマリ・ケアを担当すべきであるが，実際に大学などでプライマリ・ケア教育を受けた歯科医師が開業している例はほとんどなく，Accessibilityの項目は満たしているものの，その他の項目については十分であるとはいいがたい．

日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループから報告されたプライマリ・ケア教育への包括的な提言によると，総合診療の3要素として，基本的臨床能力の教育，地域包括・家庭医療，総合内科学が取り上げられ，地域包括・家庭医療（プライマリ・ケア）の教育に関しては，1）Early Clinical Exposure（1週間），2）継続的学外実習（学期に1日，年3日程度），3）プライマリ・ケアの講義（5コマ），4）プライマリ・ケアの実習（1週間）が方略として取り上げられている[2]．歯科大学・歯学部における卒前臨床教育では，学生に対する地域包括・家庭医療の教育の実施はまだ進んでいないと思われるが，一部の大学では大学教員が行う歯科訪問診療や地域の歯科健診に，臨床実習の学生を参加させている．

4）総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の展望

総合歯科診療やプライマリ・ケア教育は，各大学の総合歯科診療部門が中心になって実施することが適切である．従来の縦割りの専門科においても，たとえば医療面接や初期治療について教育することは可能であるが，各科で個別に行っていたのでは一貫性のない教育となり非効率的である．しかし，限られた総合歯科診療部門の人員ですべての教育を担当することも現実的ではないので，1つの解決策として，教員を対象としたFDや研修会を開催し，学内の教員に統一した知識を供給することが有効であると考えられる．

これまで，歯科大学・歯学部の教員のほとんどが，基本的な教育原理を学ぶことなく臨床教育に参加しており，教育方法や評価方法は各講座や診療科単位で独自にできあがった経験的な方法に頼っていたが，平成10年から開始された富士教育研修所での歯科医師臨床研修指導歯科医のためのワークショップ（通称：富士研）をはじめ，歯科医療研修振興財団，日本歯科医学教育学会，各歯科大学・歯学部，地域歯科医師会などの主催による歯科医師臨床研修指導歯科医講習会により，一連の教育原理の導入が進んでいる．これにより，講座や診療科の枠を越えた共通言語・認識に基づいた教育方法や評価方法の設定が可能となってきており，そのまとめ役としての総合歯科診療部門の活躍が期待される．また，総合歯科診療をシナリオに入れたPBLテュートリアルなども効果的であると思われ，このような比較的新しい教育手法の導入や実践においても，総合歯科診療部門が中心的役割を果たすべきであろう．

一方，総合歯科診療学あるいはプライマリ・ケア学といった学問体系を早急に整備する必要がある．そのためには，総合歯科診療，プライマリ・ケアと専門診療との境界設定をある程度明確にすべきである．境界設定の方法については諸説あってしかるべきであるが，一般的な地域歯科診療所で扱われる疾患は基本的に総合歯科診療の範疇に入れ，補綴系・保存系の難症例，インプラント補綴，顎顔面補綴，歯周外科，埋伏歯の抜歯，入院を要する口腔外科疾患，歯科心身症，顎関節症，歯科矯正，重篤な全身疾患，感染症を有する患者や難度の高い障害児・者の歯科治療などを専門診療として区別することが考えられる．さらに，総合歯科診療部門では総合診断能力の養成も重要な目標の1つであるので，初診患者の予診や各専門科への紹介業務を担当することが望ましい．

総合歯科診療部門が，今後の歯科大学・歯学部における臨床教育の中心となって活動するためには，総合歯科診療部門と専門診療科の教員の配分数についても大幅な見直しが必要となるであろう．すでに，総合歯科診療部門に多数の教員を配している大学もいくつかみられる．また，地域歯科診療所や病院歯科に所属する経験豊富な歯科医師を臨床教授などに任命し，ボランティアで総合歯科診療，プライマリ・ケア教育に協力を得ることなども一部の大学で実施されている．このような体制は，日本と比べて診療科あたりの教員数が圧倒的に少ない欧米の大学では珍しいことではない．

臨床実習と臨床研修の区別については，基本は，臨床実習が各科の臨床教育の総まとめの場として，指導教員による万全の指導の下で学生がクリニカル・クラーク

シップを実践するのに対し，臨床研修は歯科大学・歯学部ですでに歯科臨床の知識，技術，態度を十分に修得した研修医が，研修施設で自主性と自律性をもって歯科診療を行い指導歯科医がこれを支援し，評価するという形態になるであろう．新しい歯科医師臨床研修が円滑に実施され，病院経営の点からもネガティブな要因とならないためには，各大学における卒前臨床実習の内容や評価基準の標準化が推進され，常に一定水準以上の卒業生が歯科医師臨床研修に進むような体制づくりが今後ますます重要になると考えられる．同様のことは歯科医師臨床研修にもあてはまり，良質の歯科医師を養成するためには，研修内容や修了認定の基準をできるだけ高い水準で標準化することが求められる．これらは国民に対する歯科大学・歯学部の責務であり，その中心的役割を果たす総合歯科診療部門への期待は大きい．

5）おわりに

総合歯科診療やプライマリ・ケア教育の今後を考えるうえで，まず，総合歯科診療やプライマリ・ケアが広く浅い歯科診療を指し，専門医療よりも下の位置づけにあるという間違った認識があるとすれば，ただちに改める必要がある．総合歯科診療やプライマリ・ケアを修得することは，高水準の歯科診療を実践できる歯科医師の必要条件であり，生涯研修の基盤となるものであることを周知する必要がある．さらに，総合歯科診療部門は，初診から患者管理にいたる過程を確実に実践できる医療人の養成を目指すとともに，各専門科への患者の橋渡しや専門診療が終了した後の管理を受け入れるなど，各専門科とは横並びの関係にある．このような認識が学生，研修医，教員全体に浸透すれば，総合歯科診療やプライマリ・ケアの「専門医」を目指す歯科医が増加することが期待され，結果として，わが国の歯科医療水準の向上が大いに期待できる．

文献

1) 日本医学教育学会編集．医学教育白書 1998 年版．1 版．東京：篠原出版新社；1998．73-7 頁．
2) 日本医学教育学会編集．医学教育白書 2002 年版．1 版．東京：篠原出版新社；2002．44-7 頁．

第Ⅳ章

歯科医学教育行政と海外の動向

1

歯科医学教育制度の変遷と歯科医学教育の改善充実方策の検討経過

栗山　雅秀

1）歯学教育制度の変遷

(1) 戦前における歯学教育

戦前における歯学教育は，私立の専門学校において行われてきたといえる．明治5年の「学制」公布以降，数々の専門学校が設置されることとなったが，明治30年代までは専門学校制度に関する統一的な基準のようなものはなく，文部省においては必要に応じて専門学校の認可を行ってきていた．しかし中等教育が発達し専門学校への進学者も多くなってきたことなどから，専門学校を統一的な規定により取り扱う必要が生じたため，明治36年に「専門学校令」を公布し，専門学校の制度化が行われた．これにより，明治40年代から大正初期にかけて多数の専門学校が設置されたが，このなかには私立として，明治40年の東京歯科医学専門学校（後の東京歯科大学），共立歯科医学校（後の日本歯科大学），明治44年の大阪歯科医学校（後の大阪歯科大学），大正3年の九州歯科医学校（後に公立となり九州歯科大学），大正5年の東洋歯科医学校（後の日本大学歯学部）が含まれる．

「学制」公布以後も，わが国の学校制度の改革方策に関し常に検討がなされている．明治29年には文部大臣の監督の下に「高等教育会議」が設置され，ここでは高等学校と大学との関連について議論がなされたものの，具体的な改革案をまとめるにはいたっていない．しかしながら，大正6年に内閣の直属機関として「臨時教育会議」が設置され，第1次世界大戦によって与えられた社会の変化に直面し，学校教育の改革により新しい時代に乗り出す意気をもって議論がなされた．多年にわたって議論されてきた学制改革のすべての問題が，ここにおいて改めて検討されることとなる．高等教育については，大学教育および専門教育の改善に関し大正7年に答申を出し，従来帝国大学以外には大学が存在しえなかった形を改め，大学の分科は，文科，理科，法科，医科，工科，農科，商科などとし，大学は総合制を原則としながらも単科制とすることができるものとされ，これにより同年に「大学令」が公布されている．官立，公立，私立の大学設置を可能とするとともに，大学には数個の学部を置くことを常例とした．設置する学部として法学，医学，工学，文学，理学，農学，経済学，商学の8学部（この学部の種類に「歯学」の列記はない）とし，修業年限は医学4年その他は3年などとされた．また，特例として1個の学部のみを置くことができるとされている．また，臨時教育会議における答申では，専門学校については，「之ヲ改ムルヲ要セサルコト」とし，現制度維持の方針が答申され，法令上もなんらの根本的改正は加えられなかった．とはいえ，大正期から昭和期にかけて専門学校は数的に拡充されている．このうち官立の専門学校としては，大正8年から昭和15年までに5校が設置されているが，このなかには，富山と熊本の薬学専門学校，東京高等歯科医学校（昭和3年設置．後の東京医科歯科大学歯学部）が含まれている．また私立専門学校についても，薬学系11校，医学・歯学系9校が設置されている．当時，歯学教育を大学とする動きもあったようであるが，実現はされないまま終戦を迎え，大学制度の整備は戦後において図られることとなる．

(2) 戦後における歯学教育

昭和20年の終戦を契機として，わが国の国政全般は連合国軍最高司令部の占領下におかれ，この下で，わが国の教育改革が行われることとなった．新教育制度の骨組みとなり教育改革を具体化したものは昭和22年3月制定の「学校教育法」である．この法律の公布により，旧高等学校，旧専門学校は廃止され，いわゆる6・3・3・4の学制による学校体系の一元化が図られた．これにより，昭和22年度には小学校，中学校を，昭和23年度には高等学校を，そして昭和24年度には大学を新たに発

くりやま　まさひで
文部科学省高等教育局医学教育課
キーワード：歯学教育制度の変遷，歯科医師養成の拡充と需給問題，歯学教育の改善方策

足させる方針とした(一部は昭和23年度から新制大学へ移行している).

歯科教育については,昭和21年4月,連合軍からの指示を受け,文部省,厚生省,歯科専門学校の校長,教授,日本歯科医師会会長・役員などからなる「歯科教育審議会」が設置され,歯科教育の向上に関する施策について審議が行われた.そして同年9月にはその報告書(其の1)がまとめられているが,このなかでは,以下のとおり,「歯科教育の向上に関する事項」が盛り込まれ,歯科医学校における基本的な基準などが示されている.

「歯科教育の向上に関する事項」(抜粋)

①歯科医学校入学資格

歯科医学専門学校は,すべて昭和25年3月以前に大学に昇格すること.なお,昇格までの専門学校として予科(1年又は2年)を設置することは随意.

②生徒定数

校舎,設備,教授団等学校の実態によって自然定まるべきものであるから,生徒定数としては別に制限を設ける必要がない.

③学科課程

各学年の授業は32週,各35時間とし計1,120時間,4箇年の総合計4,480時間とする.

④教授法

講義は簡明を旨とし当該学科の大綱に通じさせると共に,各教授は常に学生をして自発的積極的態度を以って研究に当たらしむよう指導すべき.

⑤教科書

教科書は之を統一する必要なく其の採択は各校の自由とする.

⑥教授団

1学年の学生定員80名とする学校は教授15名,助教授18名以上を置き,少なくともその70%は専任たるを要する.

⑦校舎

1学年学生定員80名の場合1,600坪以上,1学年学生定員120名の場合2,200坪以上(附属医院および予科教舎を含まず).

⑧附属医院

歯科各科の診療および教育に必要なる施設を有すること.診療室は保存科,補綴科,口腔外科,矯正科の各室を具備すること.

また,この報告書のなかには,歯科医師国家試験に関する事項も盛り込まれており,その受験資格としては,官公立または文部大臣の指定した歯科医学専門学校の卒業者が原則とされていた.その後,昭和22年4月の国民医療法施行令の改正により,官公立も含め文部大臣が指定することとされ,文部省令である歯科医学専門学校指定規則が制定され,これにより以下のとおり8校が文部大臣の指定を受けている.

東京医学歯学専門学校歯学科
福岡県立医学歯学専門学校歯学科
東京歯科医学専門学校
日本歯科医学専門学校
大阪歯科医学専門学校
日本大学専門部歯科
東洋女子歯科医学専門学校
日本女子歯科医学専門学校

これに先立つ昭和21年11月の歯科教育審議会において,歯科医学教育の振興充実のため,文部省に歯科医学の視学委員制度を設けることが承認され,同委員による歯学校の視察が行われている.上述のとおり,歯科教育審議会において,歯科医学専門学校はすべて昭和25年3月以前に大学に昇格することとされていたが,この視察結果により,昭和22年5月,文部省は上記8校のうち,福岡県立医学歯学専門学校歯学科,東洋女子歯科医学専門学校,日本女子歯科医学専門学校は昭和23年以降の学生募集禁止,昭和25年度限り廃校(新制大学の設置申請は認める)とされ,その他の学校については,昭和25年度までに大学昇格(昭和23年から2年間の専門学校入学を認める)させることとなった.これにより,昭和21年7月から翌22年6月までに旧制大学令により5校(国立1校,私立4校)が旧制度による大学に昇格するとともに予科を開設している(**表Ⅳ-1**).

表Ⅳ-1　旧制度による大学昇格の5校

校名	設立認可年月
東京歯科大学	昭和21年7月
東京医科歯科大学歯学部	昭和21年8月
大阪歯科大学	昭和22年6月
日本大学歯学部	同上
日本歯科大学	同上

このような状況のなか,文部省においては昭和21年11月,大学設立基準設定協議会が設けられ,大学設立の共通基準について協議がなされ,昭和22年1月には同協議会に分科会を設け,各分科会ごとに詳細について審議することを決定している.この分科会は文科系学部分科会,理科系学部分科会,女子大学に関する分科会の3つに分かれており,歯科医学に関しては理科系学部分科会で審議がなされ,同年7月に審議が終了しているが,その内容は前述の歯科教育審議会における「歯科教育の向上に関する事項」と同様のものとなっている.また,昭和22年5月には,大学設立基準に関する全国大学連合協議会が開催され,この協議会において,大学自体が相互に協定する自主的基準を設けるべきであるとし,大

学の私的協議団体である大学基準協会の設置が決定された．同年7月には創立総会が開かれ，協会の方針として「大学基準」の採択が行われている．また，同協会では昭和23年5月に「歯学教育に関する基準およびその実施方法」を定めるとともに，その後の昭和26年には「歯学教育基準」が定められ，昭和43年に文部省大学設置審議会歯学専門委員会による「歯学部設置審査基準要項」が制定されるまでの間，歯学教育における修業期間，学生定員，入学資格，授業科目および授業時間，教員，施設などに関する基準として機能し，運用されてきている．

昭和22年の学校教育法制定時においては，大学の修業年限は4年とされ，入学資格は原則「高等学校卒業者」とされていたが，昭和24年の同法改正により，入学資格について原則「医学又は歯学の学部を置く大学に入学し，医学又は歯学を履修することのできる者は，その大学の他の学部又は他の大学において2年以上在学し，監督庁の定める課程を履修した者」とされた．しかしこのことは実際の運営上困難な状態を生じていたため，その後，昭和29年の同法の改正により，「大学の修業年限は4年とするが，医学および歯学を履修する課程については6年とし，4年の専門課程とこれに進学するための2年の課程とする」とされた．

その後文部省は，昭和31年に「大学設置基準」を文部省令として定めているが，この基準においても，「医学又は歯学の大学学部の卒業の要件は，大学に6年以上在学し，進学課程を修了した者で，専門課程に入学し，これを修了することとする」ことなどが定められている．また，昭和38年以降，文部省に大学基準等研究協議会が置かれ，さらに具体的な設置認可の基準が検討された．この協議会には歯学専門分科会が置かれ，医学専門分科会と歩調を合わせ，歯学部の設置基準の検討がなされ，昭和40年3月に「歯学部設置基準要項の作成について」の分科会報告が出されている．この結果，昭和43年に大学設置審議会歯学専門委員会により，大学設置の際の審査内規として歯学部で必要な教員数，講座の種類と数，授業科目などについて具体的に示した「歯学部設置審査基準要項」が定められた．

このような状況の下，いわゆる新制歯科大学（歯学部）の設置が進み，昭和42年度末までに15の歯科大学（歯学部）が設置されている（**表Ⅳ-2**）．

さらに昭和48年3月には大学設置審議会の大学基準分科会のなかに「医学および歯学教育に関する特別委員会」が設けられ，昭和50年7月「医学部および歯学部設置基準の改善について」の報告を文部大臣に答申し，これを基に同年12月，大学設置基準の改正が行われている．

また，この頃には医学部・歯学部の6年の教育課程が，進学課程と専門課程に区分されていることについて，数々の弊害や問題が指摘されるようになった．昭和46年の国立大学協会大学運営協議会による「大学問題に関する調査報告書」においては，医学部・歯学部教育の問題点として，現在の専門課程4カ年ではカリキュラムが輻輳して授業時間に不足をきたしていること，したがって，専門課程の一部を教養課程に引き下げる必要があることなどが指摘され，また，全国医学部長病院長会議による「医学教育に関する提言」においては，「進学課程では学生の医学に対する興味をそぎ，授業科目において過疎をきたし，その反面，専門課程では教育内容の増加による過密を招き，両者の不均衡を露呈している」とし，進学課程と専門課程を分離することなく，6年間一貫して行うことが望ましいとされた．このような状況のなか，昭和48年の学校教育法改正において，この両課程を設けず，6年一貫の課程とすることを可能とした．そしてその後の平成3年の同法改正においては，この両課程は法制度上廃止されている．

表Ⅳ-2　新制歯科大学（歯学部）の設置

昭和24年	国立	東京医科歯科大学歯学部
	公立	九州歯科大学
昭和25年	国立	大阪大学歯学部
昭和27年	私立	東京歯科大学
		日本歯科大学
		日本大学歯学部
		大阪歯科大学
昭和36年	私立	愛知学院大学歯学部
昭和39年	私立	神奈川歯科大学
昭和40年	国立	東北大学歯学部
		新潟大学歯学部
		広島大学歯学部
	私立	岩手医科大学歯学部
昭和42年	国立	北海道大学歯学部
		九州大学歯学部

2）歯科医師養成の拡充と需給問題

（1）歯科医師養成の拡充について

このような歯科大学（歯学部）の法的制度体系や，設置する際の基準が逐次整備されるなか，昭和36年に国民皆保険が達成され，医療需要あるいは歯科医療需要の急増を迎える．医師，歯科医師の供給増が求められるなか，昭和44年に自由民主党医療基本問題調査会が「国民医療対策大綱」を発表している．このなかには，医師，歯科医師数の養成の数値目標が設定され，「少なくとも昭和60年までに，人口10万人あたり医師150人程度，歯科医師50人程度の確保を目標とする」とされた．このような流れのなか，文部省に設置された「医科大学（医

学部）設置調査会」においては，昭和46年，「昭和47年から昭和51年までの5年間に少なくとも1,200～1,300人程度の入学定員の増加を図るべきである」旨の報告がなされ，また，昭和48年には，同調査会に置かれた歯学部部会において，「歯科医師が著しく不足していて真に必要やむを得ない地方に限って歯科大学（歯学部）を新設することが望まれる．その際，地域的配置や進学の機会均等などを考慮する必要があるため，できるだけ国公立の歯科大学（歯学部）の新設を考慮する必要がある」との中間報告がなされた．これらを受け，昭和48年には，「経済社会基本計画」において，「医科大学については，計画期間中（昭和48年度～昭和52年度）に医科大学（医学部）のない県を解消することを目途として整備を進める」ことが閣議決定された（いわゆる無医大県解消計画）．この決定には歯科大学（歯学部）の設置自体は盛り込まれていないが，自由民主党医療基本問題調査会の「国民医療対策大綱」による，人口10万人あたり50人程度の歯科医師数となることを1つの目標として，各地に歯科大学（歯学部）が新設されることとなった．この結果，特に昭和45年から昭和55年までの9年間には，国立大学は4学部，私立大学は10学部増設された（**表Ⅳ-3**）．また，昭和55年には，当初の目標であった「人口10万人あたり歯科医師数50人」は達成されるとともに，歯学部数は27大学29学部，その入学定員も3,380人とピーク（昭和56年度～昭和60年度）を迎えることとなった．

なお，医科大学（医学部）については，前述の無医大県解消計画により，順次設置が進み，昭和48年以降，国立大学では昭和54年度までに16学部，私立大学では昭和53年度までに4大学が設置され，このことにより，昭和58年には，当初の目標であった「人口10万人あたり医師数150人」は達成されている．

(2) 歯科医師の需給問題と歯学部入学定員の削減

このような状況のなか，医療費の膨大が国家予算を圧迫するとの指摘がなされ，昭和56年7月における臨時行政調査会答申（行政改革に関する第1次答申）においては，医療費の適正化の観点から，「年々急増する医療費については総額を抑制し，医療資源の効率的利用を図る」とされた．また，翌57年における同調査会答申（行政改革に関する第3次答申）においては，医療費の適正化と医療保険制度の合理化の観点から，医療供給の合理化が必要であるとして，「医療従事者については，将来の需給バランスを見通しつつ養成計画の適正化に努める．特に医師および歯科医師については，全体として過剰を招かないように配意し，適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める」とされ，医師，歯科医師の適正数の議論が必要となった．このような動きを踏まえ，文部省大学設置審議会においては，昭和56年，私立大学の設置に関し，「医師および歯科医師の養成については，おおむね必要とする整備が達成されているので，その拡充は予定しないこととする」ことを決定している．また，昭和59年には，昭和61年度以降の高等教育の計画的整備について，国公私を通じた医師，歯科医師の養成について同様の決定がなされた．

表Ⅳ-3　昭和45～55年に新設された歯科大学（歯学部）

昭和45年	私立	城西歯科大学
		（昭和63年明海大学に改称）
		鶴見女子大学歯学部
		（昭和48年鶴見大学に改称）
昭和46年	私立	日本大学松戸歯科大学
		（昭和51年日本大学松戸歯学部に改称）
		岐阜歯科大学
		（昭和60年朝日大学に改称）
昭和47年	私立	東北歯科大学
		（平成元年奥羽大学に改称）
		日本歯科大学新潟歯学部
		松本歯科大学
		福岡歯科大学
昭和52年	国立	徳島大学歯学部
	私立	昭和大学歯学部
昭和53年	国立	鹿児島大学歯学部
	私立	東日本学園大学歯学部
		（平成6年北海道医療大学に改称）
昭和55年	国立	岡山大学歯学部
		長崎大学歯学部

また，厚生省においては，昭和59年5月に，「将来の医師需給に関する検討委員会」「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」をそれぞれ設置し，医師，歯科医師数の需給バランスの検討に入り，医師数については同年11月，歯科医師については同年12月に中間的見解を公表している．このうち歯科医師数に関する中間意見においては，結論として，「当面昭和70年を目途に歯科医師の新規参入を最小限20％程度削減する必要がある」とされ，その後さらなる検討の結果，昭和61年7月の最終意見においてもこの考え方が再提案されている．また同委員会が中間意見を公表した昭和59年12月，文部省においては「歯学教育の改善に関する調査研究協力者会議」を設置し，今後の歯学教育の改善方策について，あらゆる観点から検討を行うなかで，厚労省の中間意見も踏まえ，歯学部の学生数のあり方についても検討を行った．この結果，国公私立を通じた歯科大学（歯学部）の入学者数の削減を図るべきとの結論を得，昭和62年9月に最終まとめとして公表した．

これにより，各歯科大学（歯学部）において，入学定

員あるいは募集人員の削減の努力が行われ，この結果，ピーク時における3,380人の入学定員は平成10年度までに666人削減（19.7%削減）され，当初の目標はほぼ達成された．

昭和61年7月の厚生省の検討会最終意見においては，「今後とも歯科医学・歯科医術の進歩，社会情勢の変動に伴い，近い将来，再度の見直しが必要である」とされたことから，厚生省においては，定期的に歯科医師の需給バランスの検討がなされてきている．平成5年9月に設置された「歯科医師養成の在り方に関する検討委員会」においては，歯科医師の卒後臨床研修の1年の努力義務化などが検討されたが，そのほか歯科医師需給についても検討が行われている（この検討会では，2020年以降は歯科医師の需要と供給はほぼ均衡を保つとの結論）．その後，平成9年7月には「歯科医師の需給に関する検討会」を設置し，改めて歯科医師の需給問題について検討が行われた．その結果は平成10年5月に取りまとめられているが，その内容は，「平成17年度以降，供給が需要を上回り，平成37年には9千～1万8千人程度の過剰が見込まれる．入学定員の削減と歯科医師国家試験の見直しを行うことにより，新規参入歯科医師を10%程度削減するとともに，臨床研修の必修化及び高齢歯科医師の稼働停止を組み合わせて行うことにより，将来の歯科医師数を適正化する」とされた．同時に文部省においても検討が始まり，すでに設置されていた「21世紀医学・医療懇談会」において歯学部入学定員のあり方が議論された．このなかでは，厚生省の検討会報告における需給予測をおおむね妥当なものと認め，これを踏まえた今後の歯学部入学定員のあり方の検討が行われた．平成11年2月には，同懇談会報告がまとめられたが，結論としては，「新規参入歯科医師を10%程度削減するとの提言を踏まえた対応が求められているが，これらの削減に当たっては，歯科医師の育成について，国公私立大学がそれぞれの立場から国民の要請にこたえてその役割を果たしていることにかんがみ，国公私立大学全体で対応すべきであり，それぞれの関係者において対応についての検討を行うよう要請する」とされた．

3）歯学教育の改善に関する各種提言

このように，今後，かなりの歯科医師供給過剰の可能性が指摘されるなか，歯学教育について量から質への転換を図り，社会から求められる歯学の学問的要請にどう対応していくべきか，国民から求められる歯科医師養成のあり方についてどのように改善していくべきかの検討が必要となってきた．このような状況のなか，文部省においては昭和60年1月，歯学関係の有識者による「歯学教育の改善に関する調査研究協力者会議」を設置し，検討を開始した．この会議においては，19回に及ぶ会合が行われるとともに，各歯科大学（歯学部）の実態調査，米国およびヨーロッパ諸国の歯学教育事情の現地調査などを行い，昭和61年の「中間まとめ」を経て，昭和62年9月，最終まとめを公表した．この報告には，前述した歯科医師需給問題に対する歯学部入学定員のあり方にとどまらず，今後，各歯科大学（歯学部）が取り組むべき歯学教育の改善方策，方向性が数多く盛り込まれており，現在にも十分通用するバイブル的な存在となっている．

その概要について触れることとするが，報告書ではまず，以下のとおり，将来の歯科医師のあるべき姿，歯科医師像が浮き彫りにされている．

（将来の歯科医師像）

○歯科医師は，生涯を通して最新の知識・技術を学習していかなければならない．

○歯科医師は，口腔疾患を総合的に診るとともに，患者の全身の機能との関連や生活習慣，生活環境などの背景にも配慮するなど広い視野をもたねばならない．

○歯科医師は，常に科学性に裏付けられた最善の診断と治療を行うとともに，多角的な判断を要する疾患の場合は，他の医療機関と連携するなど適切な判断ができなければならない．

○歯科医師は，患者に対しては適切な態度を保持し，さらに人間として魅力がなければならない．

○歯科医師は，口腔疾患の予防，健康増進の教育を行うのに十分な能力を持たなければならない．

○歯科医師は，歯科医師としての社会的責任を自覚し，社会に対して積極的に貢献しなければならない．

○歯科医師は，歯科医療に従事する他のさまざまな職種の人々と適切に役割分担し，かつ，指導性を発揮していくことが必要である．

○歯科医師は，国際的な視野をもち，国際化の動きに積極的に対応できることが望ましい．

そして，このような将来の歯科医師像を踏まえ，各歯科大学（歯学部）の教育活動全体を通して，生涯教育の基礎を作り，学生の自主性・創造性の育成，問題解決能力の涵養，歯科医学・歯科医療に対する総合的視野の育成および医の倫理の確立に十分配慮していく必要があるとし，そのための具体的な改善方策などが示されている．以下にその概要を紹介する．

①卒前教育の教育目標の見直しを行うとともに，各歯科大学（歯学部）において十分具体性のある明確な教育目標の設定が必要．

②歯科医師の倫理の基本はいかに生命尊重意識をもっているかである．入学者選抜にあたっては，歯学部を選ぶ明確な目的意識，将来の歯科医師として必要な資質や適

正をもっているか否かを十分把握することが肝要.
③歯科医師が生涯にわたって学習を継続できる基礎的能力と態度を卒前教育において修得しておくとともに，卒後研修を含めて生涯教育の機会を歯科大学（歯学部）が組織的に提供できる体制を作ることが必要.
④口腔疾患を単に局部的な疾患とみるだけでなく，患者の全身との関連，日常的な健康管理から予防さらには治療後の社会復帰まで一貫した観点で把握することが重要であるため，歯学教育においては，より総合化した教育が必要.
⑤歯科医師の養成にあたっては技術の錬磨が特に重要であり，歯学教育における臨床実習を充実することが最も重要.
⑥歯学教育の質的向上は歯科医学分野における研究水準の高さによって支えられている．研修推進のため，優れた研究者の養成が不可欠であり，大学院における教育のあり方の見直しとその充実が必要.
⑦歯学教育の国際化を進めることが重要であり，留学生の受入れや医療協力の面で，今後大いに努力することが重要.

このまとめを受け，各大学においては，関係者の努力により，歯学教育の改善・充実が図られてきている．また，教育改善方策のあり方については，このまとめ以降においても，数々の検討の場が設けられ，種々提言がなされている．平成7年11月に文部省に設置された「21世紀医学・医療懇談会」においては，医学・歯学のみならず，薬学，看護学など，医療を担う医療人養成のあり方について議論がなされ，平成8年6月の第1次報告，また，平成11年2月の第4次報告において提言がなされている.

さらに，平成12年3月には「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」を設けて検討がなされ，平成13年3月に報告がまとまっている．この内容については省略するが，そのなかでは具体的な改善方策として，①カリキュラムのあり方→「モデル・コア・カリキュラムの作成」，②臨床実習開始前の学生の適切な評価システム→「共用試験の実施」，③臨床実習の充実→「参加型臨床実習の実施」，④教育能力開発の推進→「FDの実施」の4本柱による充実の必要性が指摘され，患者中心の医療の実現に向け，これまでにないほどの歯学教育改革が進行している.

4）おわりに

歯学教育に関し行政側の立場で，これまでの教育制度の変遷，教育基準などの整備の経緯，教育の改善方策の各種提言などについて述べてきたが，このような制度の枠組みを整備することのみによって，歯学教育の充実が図られてきたわけでないことは当然のことである．そこにはやはり，各大学の教育者みずからが，教育改善の実現に向け，不断の努力が払われてきたことを忘れてはならない．とくに，平成13年3月における「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」の報告では，「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」が公表されたが，この作成にあたり，関係の先生方が傾けた情熱は並大抵のものではない．約1年にわたり，毎週の土曜，日曜の早朝から夜遅くまで，相当な人数の先生方の協力を仰ぎ，この作成作業に携わっていただいたところである．また，共用試験の実施についても，これまで数次にわたるトライアルが実施され，試験問題の作成や質向上のための難易度の評価，試験実施のための会場の確保や模擬患者団体との交渉，実施主体である社団法人の設立の検討や設立に向けた諸準備など，数え切れないほどの業務をこなしてこられている．その結果，ようやく平成17年12月以降から本格実施が行われている．ここにいたるまでの関係者のご努力に，心から敬意を表したいと考えている.

2

歯科医師国家試験制度と臨床研修制度の変遷と現状

和田　康志，神　光一郎，日髙　勝美

1）はじめに

歯科医師は高度な専門的知識および技能を有して，歯科医療および保健指導をつかさどることによって公衆衛生の向上および増進に寄与し，もって国民の健康な生活を確保するという公共的な任務を有していることから，歯科医師法により，その資格を高い水準で厳格に定めるとともに，その業務に関し国民保健の見地から必要な規制を行っている．歯科医業を行うために必要となる歯科医師免許は歯科医師国家試験に合格した者に厚生労働大臣が与えることになっている．また，診療に従事しようとする歯科医師は免許を受けた後も，1年以上大学病院または厚生労働大臣が指定する臨床研修施設で臨床研修を受けなければならないこととされている．このような厚生労働省が所管する歯科医師法に基づき実施される歯科医師国家試験や臨床研修の変遷や現状について概説する．

2）歯科医師国家試験

(1) 概　況

歯科医師国家試験は，昭和22年に第1回が実施されてから，平成19年で第100回を迎える．歯科医師国家試験が導入されてから約60年が経過したが，この間，わが国の保健・医療・福祉を取り巻く環境は，人口の高齢化や疾病構造の変化などに伴い大きく変化した．同時に，医療技術や生命科学が日進月歩するなかで，患者のニーズの多様化や患者権利の認識が進み，より質の高い歯科保健・医療を国民に提供するために歯科医師として求められる基本的な知識および技能は増加してきている．また，平成15年8月に厚生労働省が取りまとめた「医療提供体制の改革のビジョン」においても医療を担う人材の確保と資質の向上として，歯科医師についても資質向上の必要性が謳われている．

この約60年の社会情勢の変化は，歯科保健医療や歯学教育を取り巻く環境にも大きな変化をもたらし，歯科医師国家試験もこれと関連して，数多くの学識経験者からの意見を踏まえ，さまざまな改善が図られてきた．

(2) 国家試験導入時の経緯

歯科医師国家試験は，太平洋戦争後の医療制度改革の一環として，医師ならびに歯科医師の資質向上を図る観点から，これら資格についての国家試験制度が確立された．

具体的には，昭和21年に当時の国民医療法施行令および同法施行規則が改正され，歯科医師国家試験受験資格および歯科医師国家試験の方法などの見直しが行われた．試験の実施は年2回とされ，学説試験は3カ所（東京都，大阪市および福岡市），実技試験（当時の実地試験）は出身校で行うことを原則とした．なお，第1回歯科医師国家試験は昭和22年4月に施行され，1,079人が受験し，761人が合格した．

(3) 歯科医師国家試験の方針決定など

昭和22年の歯科医師国家試験の導入に伴い，厚生大臣（現：厚生労働大臣）の諮問に応じて国家試験の出題方針，合否決定などの重要事項を審議する歯科医師国家試験審議会が設置され，国家試験の事務をつかさどることとなった．昭和23年に歯科医師法が制定され，歯科医師国家試験に関する根拠法となったことから，従前の審議会は昭和25年に廃止され，新たに歯科医師試験審議会として設置された．その後，同審議会の機能は昭和44年の医療関係者審議会令によって医療関係者審議会歯科医師部会に引き継がれた．また，政府の方針として各省の審議会について統合整理が行われ，平成13年からは医道審議会令に基づき，医道審議会歯科医師分科会において歯科医師国家試験の方針および合否事項などを審議している[1]．

わだ　こうじ
厚生労働省医政局医事課試験免許室
じん　こういちろう，ひだか　かつみ
厚生労働省医政局歯科保健課
キーワード：歯科医師法，歯科医師国家試験，臨床研修

表Ⅳ-4　歯科医師国家試験の変遷

				第1期				第2期					第3期	第4期		第5期	第6期	第7期		第8期	第9期	第10期
回数				1～2	3～4	5～6	7～12	13～16	17～22	23～30	31～34	35～46	47～58	59～70	71～72	73～78	79～82	83～86	87～90	91～94	95～98	99～
年				S22	23	24	25～27	28～29	30～32	33～36	37～38	39～44	45～50	51～56	57	58～60	61～H1	2～5	6～9	10～13	14～17	18～
試験内容	試験科目		基礎		2科目	4科目	5科目	3科目			5科目							(総論に含まれる)		歯科医学・歯科保健医療総論，歯科医学・歯科保健医療各論（科目別出題の廃止）	歯科医学・歯科保健医療総論，歯科医学・歯科保健医療各論（科目別出題の廃止）	歯科医学・歯科保健医療総論，歯科医学・歯科保健医療各論（科目別出題の廃止）
		臨床	学説	5科目				5科目					5科目	7科目		7科目（保存，補綴，口外，口衛，矯正，小児，放射）	7科目（保存，補綴，口外，口衛，矯正，小児，放射）	8科目（総論，保存，補綴，口外，口衛，矯正，小児，放射）				
			実地	3科目				3科目					3科目	2科目								
		臨床実地													15問	60問	60問	60問		80問	100問	105問
		計	科目	5	7	9	10	8			10		5	7		7	7	8				
			設問数	50	70	35	60	32	24		25		15	180	195	260	260	280		280	330	365
			解答	全問			選択	全問	選択				全問	全問		全問	全問	全問		全問	全問	全問
	試験方法	解答	論述式	→				→					→									
			客観式											→								
		実技（実地）試験	口腔外科	診査 →																		
				試問 →																		
			保存	実技 →																		
			解答	実技 →																		
年間試験実施回数				2回				2回					2回	2回		2回	1回	1回		1回	1回	1回
筆記試験の実施日数				2.5日	3.5日	2.5日		2日		1日			1日	1日		1.5日	1.5日	1.5日		2日	2日	2日

(4) 歯科医師国家試験の変遷（表Ⅳ-4）

①第1期（昭和22～27年）

歯科医師国家試験は年に2回（春期，秋期）実施されており，受験者には学説試験と実技試験が課されていた．年2回の試験実施は第78回（昭和60年）まで続いた．

学説試験は論述式で，当初，保存，補綴，口腔外科，矯正および口腔衛生の5科目で構成され，各科目10題ずつ計50題が出題されていた．この論述式による出題は第58回（昭和50年）まで続いた．第3回（昭和23年）以降，基礎系科目が順次追加され，第7回（昭和25年）にいたり，基礎系5科目を含む計10科目が学説試験として実施された．

実技試験については口腔外科，保存および補綴の3科目が実施された．口腔外科では患者に対する診査と受験生に対する試問が行われ，保存と補綴については模型上での試験を実施していた．口腔外科の実技試験は第58回（昭和50年）まで実施された．また，保存と補綴については，出題内容に多少の変更があったものの，第72回試験（昭和57年）の廃止にいたるまで受験生の技術能力を評価するうえで重要な役割を担っていた．

当時の歯学教育機関は全国で計7校であり，歯科医師国家試験の受験者数は春期が約600～1,300名，秋期が200～600名で推移していた．

②第2～3期（昭和28～50年）

口腔外科にかかわる実技試験が見直された時期である．口腔外科の実技試験は，当初，患者を対象とした診査と複数の試験官による口頭試問が出身校で行われていたが，第35回（昭和39年）から患者を対象とした診査を廃止してスライドによる口頭試問が厚生省指定の試験場で行われるようになった．口腔外科の実技試験については，保存，補綴の2科目に先立って，第58回（昭和50年）で廃止された．

また，学説試験については，論述式出題形式の見直しが図られることとなった．昭和50年に厚生省から通知された「歯科医師国家試験の改善について」のなかに，受験生のもつ知識に対して，客観性，信頼性および妥当性の高い結果が得られ，資格試験の問題形式として客観式出題の有効性が高く評価されるとの提言があり，それを踏まえたものと推察されるが，昭和51年以降の歯科医師国家試験における出題形式については見直しが行われることとなった．

なお，第47回（昭和45年）以降，学説試験は臨床系科目のみの出題となった．

歯科医師国家試験の受験者数は，昭和49年当時2,300名余りであったが，歯科大学（歯学部）の新設に伴い，昭和50年頃からは歯科大学の卒業生が増加の一途をたどり，昭和50年代中盤には受験者数が3,000名を大きく上回ることが見込まれたことから，第4期以降，歯科医師国家試験については，さまざまな改善が行われることとなった．

③第4期（昭和51～57年）

学説試験の出題形式の見直しにより，客観式出題となり，出題数は180題となった．また，第71回（昭和57年）から実地問題15題が出題されることとなり，出題数は計195題となった．実地問題の出題が第73回（昭和58年）以降の実技試験の廃止と臨床実地問題の導入に繋がることとなる．

厚生省は，昭和57年7月に歯科医師国家試験制度改善委員会を設置し，昭和58年春の国家試験からの臨床実地筆記試験（現在の臨床実地問題）の導入，プール制度の一部導入および実技試験の廃止について検討を行った[2]．

この時期は新設歯科大学卒業者の輩出による影響で，受験者数が増加した時期でもあり，昭和57年には3,330名に達した．

実技試験については，受験者の増加に伴い，限られた試験期間内では処理できないことなどが勘案され実技試験に代わり臨床実地筆記試験（現在の臨床実地問題）の導入が検討された．これにより，昭和57年試験は，実技試験と一部臨床実地筆記試験とが混在して実施されたが，昭和57年に実技試験が完全に廃止されたことから，昭和58年以降，受験生の能力は臨床実地筆記試験のみで評価されることとなった．

なお，学説試験の科目は歯科医学の進歩に即して，小児歯科学と歯科放射線学とが追加され計7科目となった．

④第5期（昭和58～60年）

昭和57年に設置された歯科医師国家試験制度改善委員会では，いっそう均質な問題を作成するための出題基準の必要性が提言され，昭和60年に歯科医師国家試験出題基準の初版が作成された．出題基準は，歯科医学・歯科医療について，時代の要請に対応できるようおおむね4年ごとに改定を行うこととされた．

また，実技試験は廃止され，第73回（昭和58年）から導入された臨床実地問題の出題数は60題となった．さらに一部の試験科目の問題数が増加されたこともあって，試験問題総数は195題から260題へと大幅に増加した．

⑤第6～7期（昭和61～平成9年）

第1回から年に2回（春期，秋期）実施されていた試験は，第79回（昭和61年）から年1回に変更された．さらに，従来，歯科医師国家試験の施行は次年度の4月に実施されていたが，第86回（平成5年）から当該年度の3月に実施されることとなった．

平成元年の歯科医師国家試験出題基準の改定に伴い，歯科医学・歯科医療総論が導入された．この内容拡充により，出題数も20題が増加され，第83回（平成2年）から出題総数は280題となった．

⑥第8期（平成10～13年）

歯科医師国家試験は，従来，保存，補綴，口腔外科など科目別に出題されていたが，平成9年の歯科医師国家試験出題基準の改定において科目別の分類を撤廃し，新たに疾患別に整理し直したことから，同年の歯科医師国家試験制度委員会報告書における提言を踏まえ，第91回（平成10年）から，いわゆる領域別の出題に改めた．この結果，従前の各科目間を横断的に思考させるような問題の出題が可能となった．同報告書では，領域別合否基準の導入や必修問題の導入についても検討すべきである旨提言がなされた[3]．

⑦第9期（平成14～17年）

平成12年の歯科医師国家試験制度委員会報告書では，歯科医療に関する社会的な問題や医療倫理の問題などの分野について出題できるよう，歯科医師国家試験に必修問題を導入すべきとの提言がなされた．この提言を踏まえ，第95回（平成14年）から必修問題を30題程度出題することとなった．

さらに同報告書では，将来的なプール制への移行を見据え，試験問題の回収やブラッシュアッププロセスの新設，全国の歯科大学などへの試験問題の公募について検討すべきと提言されており，適切な問題をプールするプロセスを早期に整備することが検討事項とされた．出題数については，将来的なプール制への移行および必修問題の導入に伴い，280題から330題に改められた[4]．

また，平成15年には厚生労働省が取りまとめた「医療提供体制の改革のビジョン」における提言を受けた歯科医師資質向上検討会において，合否基準について検討が行われた．歯科医師の質の向上を図る観点から「より適切な合否基準」への見直しが取りまとめられた[5]．

⑧第10期（平成18年～）

平成16年歯科医師国家試験制度委員会報告書では，平成18年4月からの歯科医師臨床研修必修化を契機として，歯科医師国家試験の合格者が4月から円滑に研修が実施できる体制を整備するため，関係団体などとの十分な調整を行い，歯科医師国家試験の早期化が実現できるよう努めるべきであるとの提言がなされた[6]．これを踏まえ，第99回（平成18年）から試験の施行が3月から2月に早期化された．また，同時に内閣府の情報公開保護審査会での答申を踏まえ，歯科医師国家試験について，試験問題および正解肢が公表されることとなった．

出題数については，第99回（平成18年）から必修問題の増加などにより330題から365題となった．

(5) 検討課題

歯科医師国家試験は，歯科医療技術の進歩や社会情勢の変化に合わせるように，実施方法や主題内容などが定期的に改善されて今日にいたっている．今後は共用試験実施機構が行っている共用試験の正式実施や歯科医師臨床研修制度必修化などを受けて，歯科医師国家試験を取り巻く環境はさらに変化することが予測されるため，時代に即応した試験の実施方法や出題内容を検討しなければならない．

試験の実施方法として例を挙げてみると，共用試験や米国歯科医師国家試験ではコンピュータを使用したCBT方式による出題方法が導入されているところであり，共用試験は出題問題群が受験生に対してランダムに出題される仕組みとなっている．また，共用試験の出題内容については，受験生によって試験問題の難易度に大きな差が生じることがないよう，適切に調整が図られていると聞いている．歯科医師国家試験にCBTのような方法が導入できるかについては多くの課題はあるものの，一連の試験運営システムは，今後歯科医師国家試験を見直す際に参考になるものと考えている．

また，歯科医師にとって不可欠な技術能力の評価も大きな課題である．歯科医師国家試験における実技試験は昭和58年に廃止されたが，従前と同様な実技試験の復活は現在の社会情勢などから考慮すると困難であることや，評価方法および実施方法など解決すべき課題も多い．歯科医師国家試験に精通した学識経験者の研究なども踏まえ，長期的な視点で検討すべき事項であると考えている．

歯科医師国家試験は，歯科医師法において，臨床上必要な歯科医学および口腔衛生に関して，歯科医師として具有すべき知識および技能について試験することとされているが，歯科医師として具有すべき知識および技能は，学問の進歩発展や社会情勢の変化により，常に変化し続けていることから，今後とも4年ごとの定期的な歯科医師国家試験の見直しが進められることとなっている．

3) 歯科医師臨床研修制度

(1) 概　況

平成12年の歯科医師法の一部改正により，平成18年4月1日から新歯科医師臨床研修制度が始まった．これに伴い，同年4月1日以降に歯科医師免許を申請・取得した者で，診療に従事しようとする歯科医師は，1年以上の臨床研修を受けなければならないこととなった．このことは，わが国の歯科保健医療行政において，歯科医師法が制定された昭和23年以来の大改革であり，今後の歯科保健医療提供体制に大きな影響を及ぼすものと考えられる．

ここでは，わが国における歯科医師の卒直後の臨床研

修必修化までの経緯を紹介するとともに，新たな歯科医師臨床研修制度について概説する．

(2) 臨床研修必修化までの経緯

①臨床研修導入までの変遷—医師との相違—

歯科医師の臨床研修に対する認識や理解については，医師の場合と比べて一般に高いものではなかった．それは，これまでの臨床研修を巡る経緯に起因しているものと考えられる．

医師の場合は，昭和21年にいわゆるインターン制度が始まり，大学卒業後の実地修練が位置づけられたが，制度におけるさまざまな矛盾により，昭和39年に「インターン闘争」を引き起こすこととなった．その後，昭和43年の医師法改正により制度が見直され，努力規定として2年以上の臨床研修が法制化された．このような歩みのなかで，医科の関係団体や学会では卒後の臨床研修について議論がなされ，認識もより深まっていった．

一方，歯科医師の場合には卒前の臨床実習で十分な修練をなしうるとの判断により，医師と同様のインターン制度は導入されなかった．歯科の関係団体や歯学教育者はインターン闘争を医科特有の問題として認識してきたものと考えられる．

その後，昭和61年に厚生省に設置された「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」がとりまとめた最終意見[7]において，歯科医師の新規参入の削減に併せ，資質の高い歯科医師の確保などの施策が進められるべきとの提言がなされた．この提言を踏まえ，昭和62年に「一般歯科医養成研修事業」が国の補助事業として予算化され，歯科大学・歯学部附属病院で卒後1年間の臨床研修が実施されるようになった．

②臨床研修の開始

昭和62年に開始された歯科大学・歯学部附属病院での卒後臨床研修は，平成2年から医科大学・医学部附属病院（歯科口腔外科）も加わり，実施されるようになった．しかし，歯科医師法に規定されず参加が任意であったことや各大学病院での受け入れ体制に統一性がなかったことなどから，参加する臨床研修歯科医の数も少なく，実施内容も施設間で異なっていた．

当時の臨床研修に参加しなかった卒直後の歯科医師は，それ以前と同様に，勤務する医療機関独自の実地修練を行うことにより，臨床能力の向上に努めていた．

③努力義務としての臨床研修

歯科医療技術の進歩や国民のニーズの多様化により，歯科医師として修得すべき知識，技能は増大する傾向にあったが，それと相反するように卒前の臨床実習で十分な技能を身につけることが困難になってきた．このような事情から，昭和62年に開始された卒直後の臨床研修の位置づけはさらに重要性を増していった．

歯科関係団体も臨床研修の重要性に着目し，平成6年に，日本歯科医師会代議員会が歯科医師法の改正要望（歯科医師臨床研修の2年実施）に関する決議を行い，同決議に基づく要望書が厚生大臣に提出された．

当時の厚生省としては，歯科医師の資質確保の観点から，良質な卒後臨床研修を実施できる施設を確保するとともに，均質な研修内容を担保するため，平成8年に歯科医師法の一部改正を行い，歯科医師臨床研修を1年以上の努力義務とした．医師法で卒後臨床研修（2年以上）が規定された昭和43年から遅れること28年目での法制化であった．

④臨床研修の必修化

努力義務となった臨床研修は平成9年から実施された．その後，専門分化する傾向がみられた臨床研修を抜本的に見直し，患者を全人的にみることができる基本的な診療能力を身につけることの重要性から，平成12年に歯科医師法および医療法を一部改正し，平成18年4月から歯科医師臨床研修を必修化することとなった．この歯科医師法改正により，診療に従事しようとする歯科医師は卒後1年以上臨床研修を受けなければならないこととされ，併せて臨床研修を修了した歯科医師は，歯科医籍に臨床研修修了歯科医師として登録されることとなった．

なお，平成12年には医師法も改正されたが，医師の臨床研修の必修化は歯科医師より2年先行して平成16年から実施された．

(3) 卒前実習および実技試験との関連性

昭和62年の予算事業による臨床研修の導入については，既述のとおりであるが，その導入にいたるまでには，歯科医療を取り巻く社会情勢の変化とともに，歯科医師国家試験における実技試験の見直しも要因の1つとなったものと考えられる．

昭和57年の歯科医師国家試験を最後に従来実施してきた実技試験が中断されることとなり，その結果，昭和58年以降，歯科医師国家試験受験者の技術修得は卒前臨床実習のみで担保されることとなった．

しかし歯科医師の充足に加え，患者の権利意識の向上などの社会状況の変化もあいまって，歯科大学・歯学部附属病院では卒前臨床実習に必要な患者数を確保することが困難となってきたことから，卒前での技術修得の機会は減少し，見学が主体の実習へと移行していった[8]．

このような歯科大学・歯学部附属病院における臨床実習の実態や社会状況の変化が認識され，歯科医師国家試験においては，従来の実技試験を代替するものとして臨床実地問題が導入された．他方，歯科医師として必要な技術修得には，卒直後に修練を積むことが重要であると考えられたことから，歯科医師国家試験の見直しに伴い，歯科医師の臨床研修の必要性についても検討が進められ

表Ⅳ-5　新歯科医師臨床研修制度

研修目標
患者中心の全人的医療を理解し，歯科医師としての人格を涵養すること
総合的な歯科診療能力を身につけ，臨床研修を生涯研修の第一歩とすること
研修期間
1年以上（原則1年間）
対象
診療に従事しようとする歯科医師
平成18年4月1日以降に歯科医師免許申請を行い，免許を取得した者
実施機関
大学病院（歯科医業を行う病院のみ）
臨床研修施設（指定を受けた病院，診療所）
研修協力施設（研修プログラムに登録された病院，診療所，保健所，社会福祉施設，介護老人保健施設，へき地・離島診療所など）
臨床研修施設の種別
単独型臨床研修施設（常勤歯科医師3名以上の病院・診療所）
管理型臨床研修施設（常勤歯科医師2名以上の病院・診療所）
協力型臨床研修施設（常勤歯科医師2名以上の病院・診療所）
管理型＋協力型　：　臨床研修施設群
実施方法
研修プログラムに基づいて実施(研修プログラムも審査を行う)
研修歯科医の処遇
労働基準法を遵守
修了の認定
単独型・管理型臨床研修施設の管理者が認定
修了後の手続
歯科医籍に臨床研修修了歯科医師として登録
臨床研修を修了していない歯科医師
病院等の開設者・管理者になれない

ることとなった．

(4) 新たな歯科医師臨床研修制度（表Ⅳ-5）

平成18年4月1日から歯科医師臨床研修は必修化された．その研修内容，研修実施体制などは従前のものから一新され，必修化にふさわしい充実した内容に改められた．

①研修目標

新たな臨床研修では「患者中心の全人的医療を理解し，歯科医師としての人格を涵養すること．総合的な歯科診療能力を身につけ，臨床研修を生涯研修の第一歩とすること」を目標としている．

近年，高齢化や疾病構造の変化に伴って，全身的な疾患を有する歯科患者を診療する機会が増加してきており，歯科診療を遂行するうえでも全人的な医療への理解と配慮が重要となっている．

②対象および研修期間

臨床研修の対象となるのは平成18年4月1日以降に歯科医師免許の申請を行い，免許を取得した者となっており，診療に従事しようとする歯科医師は，1年以上（原則1年）の臨床研修を受けなければならないこととされている．

なお，すべての研修歯科医が，限られた研修期間で臨床研修が修了できるよう，歯科医師臨床研修の到達目標を必修事項として示している．

③実施機関

臨床研修は大学病院または厚生労働大臣が指定する病院もしくは診療所で行うことが，歯科医師法で規定されている．単独型臨床研修施設の場合は当該施設のみで臨床研修を修了できるが，その他の場合は，臨床研修施設群方式（管理型臨床研修施設と協力型臨床研修施設での臨床研修を組み合わせた方式）で臨床研修が実施されることとなっている．新しい臨床研修制度においては，診療所も一定の要件を満たせば，単独型臨床研修施設および管理型臨床研修施設の指定を受けることができることとなっている．さらに，厚生労働大臣の指定を必要としない研修協力施設（保健所，社会福祉施設等）を活用することが，地域保健や福祉の分野についての見識を深めるためにも望ましいものと考えている

なお，平成17年4月現在の臨床研修施設数は大学病院（医科大学病院を含む）が97施設，厚生労働大臣の指定を受けた施設が1,367施設となっており，このなかで歯科診療所が大多数を占める協力型臨床研修施設は1,252施設となっている．

④実施方法

歯科医師臨床研修の実施については，医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会で審議しており，同部会は平成17年7月に意見書[9]をとりまとめた．意見書では新たな歯科医師臨床研修の主な趣旨として掲げられた項目（基本的・総合的な診療能力を身につける，地域保健・医療の実施，病診連携の理解と実践，診療所における医療安全管理の理解，より多くの症例を経験・実践する）を研修するためには，単独型プログラムで研修するより，大学病院と診療所などが共同して臨床研修を行う臨床研修施設群方式が望ましいとされた．当該意見書の趣旨を踏まえ，厚生労働省医政局長から全国の大学病院長に通知を発出し，臨床研修施設群方式の実施について検討を依頼した．

臨床研修は研修プログラムに基づいて実施されるが，研修プログラムには，研修目標，研修計画，指導体制およびその他必要な事項を定めることと規定されている．なお，臨床研修施設の指定にあたっては，研修内容を充実させる観点から，施設基準に併せ研修プログラムにも

基準を設け，厳正に審査を実施している．なお，平成17年4月現在の研修プログラム数は272となっている．

⑤研修歯科医の処遇

研修歯科医については労働者性が認められると判断されており，臨床研修の実施関係者は労働基準法などの関係法令を遵守する必要がある．したがって，臨床研修施設側は雇用した研修歯科医に対し，所要の給与を支払う義務を負うことになるが，一方，研修歯科医は歯科医師として雇用されているという認識をもち，知識や技能の向上に努めなければならない．

⑥修了の認定

修了の認定は，単独型および管理型臨床研修施設の研修管理委員会での評価結果に基づき当該臨床研修施設の管理者が行う．ケース制のように症例経験数のみで評価するのではなく，態度・技能の能力評価を行わなければならないこととされている．

臨床研修修了後は申請により，臨床研修修了歯科医師として，歯科医籍に登録されることとなる．また医療法の規定により，病院や診療所の開設者，管理者となるためには，原則として臨床研修を修了していることが必要とされている．

なお，平成18年3月までに歯科医師免許の申請を行い，歯科医師免許を受けた者は，臨床研修を修了した者とみなされる．

(5) 指導歯科医の資質向上

臨床研修の質の向上に対する取り組みは，指導者側の資質向上にも重点が置かれた．指導歯科医に対する講習として，WHOのRTTC（Regional Teacher Training Centre）Intercountry Workshopを参考にしたカリキュラムプランニングのためのワークショップの受講が義務づけられた．ちなみに平成16年から17年にかけての1年強の期間に，全国で100回以上のワークショップが開講され，2,500名以上が受講した．従来の歯学教育には用いられていなかったカリキュラムプランニングの技法を指導歯科医が身につけることで，充実した歯科医師臨床研修が行えるとともに，生涯研修や卒前教育にも大きな影響をもたらしつつあると認識している．

(6) マッチングプログラムの導入

臨床研修の必修化に際し，医師臨床研修にも導入された臨床研修施設と研修希望者とのマッチングプログラムを歯科医師臨床研修にも導入した[10]．このマッチングプログラムは，アメリカ合衆国などで実施されている方法を参考にして作成された．

マッチングプログラムを導入することにより，情報公開が促進され，研修歯科医と臨床研修施設の双方にとって合理的かつ効率的に組み合わせを決定することができ，研修歯科医が全国に交じり合うことで，臨床研修のいっそうの質の向上を図る効果が期待される．なお，歯科医師臨床研修のマッチングプログラムは，歯科関係4団体で構成される歯科医師臨床研修マッチング協議会が実施している．

平成17年のマッチングについては，参加者数3,648名，参加施設数179施設，研修プログラム数247であり，マッチ率は93.9%とおおむね良好な結果であった．

(7) 臨床研修がもたらす効果と課題

前述した臨床研修施設群方式が推進されることにより，研修歯科医は多様な研修の場において幅広い研修を受けることとなる．その経験を生かし，研修歯科医自らが研修中，そして臨床研修修了後も医療機関同士の連携の橋渡し役となることが期待される．

臨床研修施設群方式の円滑な実施のためには，大学病院を管理型臨床研修施設とする臨床研修施設群内において，協力型臨床研修施設である歯科診療所と研修歯科医との組み合わせの決定方法が課題となっている．その課題の解決を図るため，歯科独自のいわゆる「群内マッチングシステム」の活用について検討を進めているところである．

既述したように，歯科医師臨床研修は歯科医師の資質の向上にとどまらず，医療機関相互の連携などのより良い医療提供体制の構築に資するものと考えられる．必修化された臨床研修を将来にわたり適切に実施していくためには，研修歯科医の受入れ数や処遇のあり方，研修内容および水準の均質化などについて，継続的な検討が必要であると思量する．

文献

1) 臨床教育実習のあり方，全国歯科大学・歯学部附属病院長会議臨床実習小委員会（平成5年3月31日）
2) 歯科医師国家試験に関する当面の改善事項について，歯科医師国家試験制度改善委員会（昭和57年10月22日）
3) 歯科医師国家試験制度改善委員会報告書，歯科医師国家試験制度改善委員会（平成9年3月25日）
4) 歯科医師国家試験制度改善委員会報告書，歯科医師国家試験制度改善委員会（平成12年8月29日）
5) 歯科医師資質向上検討会報告書，歯科医師資質向上検討会（平成15年12月12日）
6) 歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書，歯科医師国家試験制度改善検討部会（平成16年3月9日）
7) 将来の歯科医師需給に関する検討委員会最終意見（昭和61年7月21日）
8) 歯科医師国家試験の技術能力評価等に関する検討会報告書（平成16年1月30日）
9) 医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会意見書（平成17年7月12日）
10) 医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会意見書（平成16年9月28日）

3

海外の歯科医学教育

鶴田　潤

1）各国の歯科医学教育

近年，わが国における歯科医学教育の取り組みについては，歯学教育モデル・コア・カリキュラムの発行，共用試験（CBT・OSCE）の導入など，さまざまな動きが認められるようになった．これらの動きと時を同じくして，各大学歯学部，歯科大学においてカリキュラム改革が実施されてきている．その際，教育モデルとして，世界各国各大学の歯科医学教育を分析し，カリキュラム内に反映する機会が従来よりも増えてきていると思われる．特に，米国，欧米諸国の歯科医学教育を参考とする機会は，教育者でもある研究者の往来が活発になるにつれて，増加している現状である．歯科医学教育については，教育そのものの重要性はもとより，国家の歯科医療制度，歯科保健に深く関係するものであり，国ごとの特色が顕著に現れる点でもある．本項では，近年さまざまな動向が認められる欧州連合（European Union）加盟諸国を中心に，歯科医学教育制度の情報を各国の基本的情報とともに列挙し，今後の歯科医学分野における人的交流の拡大，相互理解，国際化の基礎知識として活用していただきたいと思う．

(1) 日本(Japan)

人口は2006年現在約1.27億人であり，人口構成は，0～14歳：14.2％，15～64歳：65.7％，65歳以上：20.0％である．人口増加率は0.02％，平均寿命は男性78.0歳，女性84.7歳である[1]．歯学部・歯科大学数は29校であり，6年制で1学年の学生数は約2,500人(2006年)である．国家試験があり，卒後研修が義務である．歯科医師数は95,197人(2004年，厚生労働省)である．

(2) アメリカ合衆国(United States of America)

面積は962.8万km²(日本の約25倍)であり，人口は，2006年現在約2.98億人であり，言語は，英語(82.1％)，スペイン語(10.7％)，他(7.2％)である．人口構成は，0～14歳：20.4％，15～64歳：67.2％，65歳以上：12.5％である．人口増加率は0.91％であり，平均寿命は男性74.9歳，女性80.8歳である．歯学部・歯科大学数は56校(公立：36校，私立：15校，他：5校)である．歯学部学生数は1.79万人(2003年)であり，4年制である．歯科医師数は17.3万人(2003年)である．

(3) 欧州連合(European Union：以下EU)（加盟国25カ国）

①EU諸国における歯科医学教育

ⅰ．背景[1]

面積は398.2万km²(日本の約10倍)，人口は合計で約4.59億人(日本の約3.5倍)(2006年)である．歯科医師数は合計およそ36.5万人(推計)(2003年)となっている．現在，EU加盟国では，その前身である欧州石炭鉄鋼共同体(ECSC)，欧州共同体(EC)などの段階的進捗の結果として，EU圏内での通貨体系の統一や専門職業人のEU加盟国間での自由移動が認められるようになっている．この取り決め規則となるEU指令(EU Directives)内に，歯科医師関連を規定する項があり，数回の修正を経て，EU加盟国および欧州経済領域(EEA)加盟国で実際に実施されるものとなっている．一方，教育界においては，1999年に約30カ国の教育大臣らによって署名されたボローニャ宣言に沿って，欧州全体の教育レベルの向上を目指すこととなり，これらの背景の下，欧州における歯科医学教育界では，EU加盟国間における大学設置基準，卒前カリキュラム，関連法規，免許登録制度などの相違を解消するために，歯科医学教育の構造的な収斂およびネットワーク作りを目的とする欧州プロジェクト(DentEd，DetEd Evolves，DentEd Ⅲ)が行われてきた．このプロジェクトは，欧州歯科医学教育学会(Association of Dental Education in Europe：ADEE)が中心的な役割を果たし，EU加盟国の歯科医学教育の基準を策定する動きをみせている(森尾ら[1])．

ⅱ．大学数，学生数[2]

EU/EEA加盟国において，学生が歯科医学教育を受ける際は，通常，歯学部や医学部内の学科に在籍することとなる．しかしながら，キプロスとルクセンブルクに

つるた　じゅん
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 歯学教育開発学分野
キーワード：国際化，カリキュラム，歯科医学教育

ついては，国内に歯学部・歯科大学がないことから，EU圏内で免許を取得した歯科医師にその需給を依存することとなっている．2004年においては，EU/EEA圏内には，177校の公立校(エストニア，アイスランド，ラトビア，マルタ，スロベニアに各1校，ドイツとイタリアには30校以上)があり，多くの大学においては学生から学費を徴収している．また，私立大学については，ドイツ1校，イタリア1校，スペイン4校，ルーマニア9校の15校が存在しており，公的な予算は運営に投入されていない．デンマークとスウェーデンにおいては，学生の生活費などを政府が支給するシステムが認められる．2003年現在，ルーマニアを含むEU/EEA加盟国圏内においては，5万人を超える歯科学生がおり，およそ9,200人（うち53%は女性）が毎年卒業している．

ⅲ．入試制度[2)]

多くのEU/EEA諸国の大学では，入学はNumerus Claususによる人数制限にのっとった競争試験によって行われており，デンマーク，アイルランド，マルタ，ノルウェー，スペイン，スウェーデン，英国の7カ国においては，高等学校レベルを卒業するときに行われる試験の結果を入学の基準に使用している．フランスでは，医学部との合同教育が1年目に行われ，初年度終了時の試験通過後，5年間の歯科医学教育が行われることとなる．

ⅳ．学位(Diploma)[2)]

学生が期間修了後に取得するDiploma(学位)については，EU圏内では相互認知することが大前提となっていることから，次の内容を担保することとなっている．

1．歯科学の基本となる科学についての正しい知識，科学研究手法（生体機能計測法の基本，科学的事象の評価，データ分析）に対する正しい理解．

2．解剖学，生理学，健常人，患者の行動様式についての正しい知識，歯科にかかわる人の健康状態に影響する自然，社会的環境の影響に関する正しい知識．

3．健康状態，病的状態時の歯，口腔，顎，関連組織の構造および機能についての正しい知識，また，患者を取り巻く物理的，社会的因子との関連や全身状態についての正しい知識．

4．予防・診断，歯，口腔，顎，関連組織の異常，傷害，病気について，論理的な情報を歯科医師として扱うための臨床の実技や方法に対する正しい知識．

5．適切な指導の下での臨床経験．

ⅴ．修業年数[2)]

EU加盟国においては，修業年数について，次の条件を最低条件とし，その地域により他条件を付加することが認められている．

卒前歯学教育は，大学もしくは同等レベルの教育機関において，最低5年間の理論，実習を含むフルタイムコースによって構成されていなければならない．卒後の専門分野のトレーニングについては，適切な機関において，3年間のフルタイムコースによって行わなければならない．

ⅵ．卒前学習内容[2)]

卒前教育には，次の科目が含まれていなければならない．

1．Basic subjects(基礎科目)：

chemistry(化学)，physics(物理学)，biology(生物学)

2．Medico-biological subjects and general medical subjects(医療生物科目および医科系科目)：

anatomy(解剖)，embryology(発生学)，histology, including cytology (組織学(細胞学))，physiology (生理学)，biochemistry(or physiological chemistry(生化学または生理化学)，pathological anatomy(病理解剖)，general pathology(病理総論)，pharmacology(薬理学)，microbiology(微生物学)，hygiene(衛生学)，preventive medicine and epidemiology(予防医学，疫学)，radiology(放射線学)，physiotherapy(理学療法)，general surgery(外科総論)，general medicine including paediatrics(小児科学を含む一般内科学)，oto-rhino-laryngology(耳鼻咽喉科学)，dermato-venereology(皮膚科－性病学)，general psychology(一般心理学)，psychopathology(精神病理学)，neuropathology(神経病理学)，anaesthetics(麻酔学)

3．Subjects related to dentistry(歯科関連科目)：

prosthodontics(補綴学)，dental materials and equipment (材料学)，conservative dentistry (歯科保存学)，preventive dentistry(予防歯科学)，anaesthetics and sedation in dentistry(歯科麻酔学)，special surgery(口腔外科学)，special pathology(口腔病理学)，clinical practice(臨床実技)，paedodontics(小児歯科学)，orthodontics(矯正歯科学)，periodontics(歯周病学)，dental radiology(歯科放射線学)，dental occlusion and function of the jaw (咬合学)，professional organization (組織)，ethics and legislation(倫理および法律)，social aspects of dental practice(歯科医業の社会的側面)

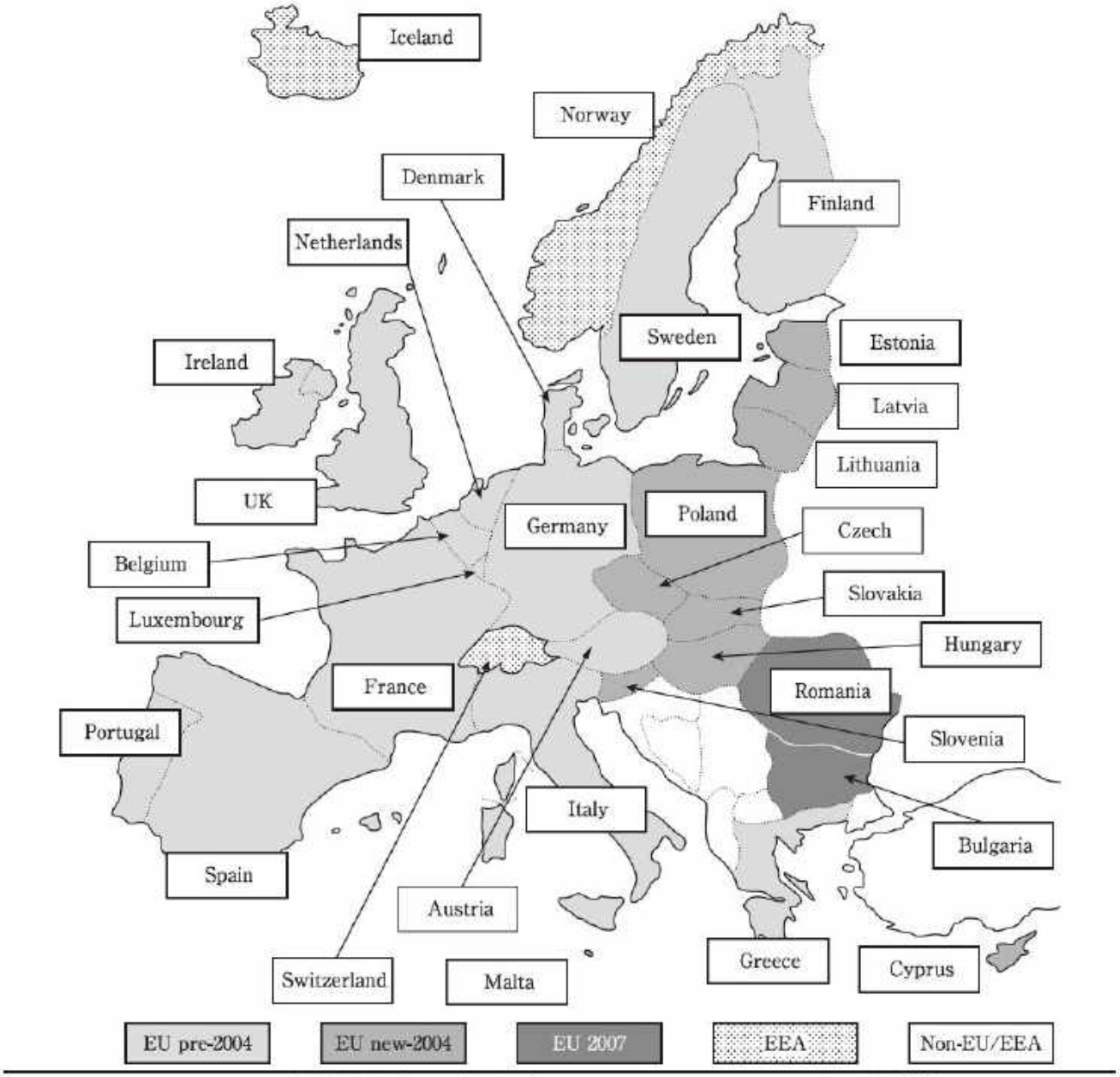
②EU/EEA加盟国各国情報（図Ⅳ-1）

ⅰ．オーストリア共和国(Republic of Austria)

面積は約8.4万km²(日本の約1/4，ほぼ北海道に同じ)であり，人口は約810万人，歯科医師数は4,275人（2003年）である．オーストリアでは，以前は医学部での6年間の修業後，専門教育として歯学を専攻することが歯科医師への道であったが，EU指令に従い，1998年秋より歯学カリキュラムの導入を図った．6年制で，2003年現在335人の学生がGraz，Innsbruck，Viennaの3大学に在籍している．

ⅱ．ベルギー王国(Kingdom of Belgium)

面積は約3.2万km²（日本の約1/12），人口は約1,030



図Ⅳ-1　EU 加盟国および EEA 加盟国（EU Manual of Dental Practice 2004 より抜粋）

万人(2002 年)で，歯科医師数 7,559 人(2002 年)である．ベルギーには，6 校の歯学部があり，3 校はフランス語校，他 3 校はオランダ語校となっている．歯学部は医学部の一部であり，以前は，入試選考については特に制限がなかったことにより，卒業人数の把握が困難であったが，1998 年にフランス語校での入試実施により，入学定員が減じた．2003 年現在，170 人が入学し，うち 80％が女性である．毎年 165 人が卒業している．5 年制であるが，2002 年より 1 年間の一般歯科の卒後研修が義務づけられている（歯周病学 3 年，矯正学 4 年）．

ⅲ．キプロス共和国(Republic of Cyprus)

面積は約 9.2 千 km² (四国の約半分)で，人口は約 80 万人であり，歯科医師数 696 人(2003 年)である．キプロスには歯学部はなく，ほとんど(75％)の歯科医師は，ギリシャの歯学部を卒業している．学生がギリシャでの学習を望んだ場合は，キプロス教育省が行う入学試験に合格することが必要である(キプロス国民に対し毎年 15 人の枠)．他国での学習を望む場合は，国の定める条件を満たすことが必要となる．

ⅳ．チェコ共和国(Czech Republic)

面積は約 7.8 万 km² (日本の約 1/5)で，人口は約 1,020 万人(2004 年)であり，歯科医師数 6,911 人(2003 年)である．チェコ共和国には，5 校の歯学部がある．2002 年の 130 人の入学者のうち 60％は女性である．2003 年

には，国立大学が5校であり，定員は130人，女性比率は約6割となっている．2003年には，5校のカリキュラムは異なったものであり，5年制，5.5年制，6年制であったが，2004年よりEUの標準に合わせ，5年制となった．

v．デンマーク王国(Kingdom of Denmark)

面積は約4.3万km²（九州とほぼ同じ）で，人口は約541万人（2002年）であり，歯科医師数4,892人（2003年）である．デンマークには，国立大学が2校あり，学費について学生は支払う必要はない．5年制であり，2002年には定員は140人であり，81%は女性である．同年110人の卒業生のうち，71%は女性であった．

vi．エストニア共和国(Republic of Estonia)

面積は約4.5万km²（日本の約1/9）で，人口は約135万人（2002年）であり，歯科医師数1,081人（2003年）である．エストニアには歯学科は1校であり，Tartu大学医学部内の学科として存在している．定員は通常35人であり，30～35人が毎年卒業している．2003年時点では，卒業生の85%が女性である．修業年限は5年制である．

vii．フィンランド共和国(Republic of Finland)

面積は約33.8万km²（日本よりやや小）で，人口は約524万人（2004年）であり，歯科医師数4,720人（2004年）である．フィンランドでは，元来開設されていた4つの大学のうち2校が1998年に閉鎖されたが，2004年に歯科医師不足を理由にTurku大学に歯学科を開設した．よって，現在は3校の歯学科（Helsinki，Oulu，Turku）がある．歯学科は医学部内に開設されている．

viii．フランス共和国(French Republic)

面積は約54.7万km²（日本の約1.5倍）で，人口は約6,188万人（2004年）であり，歯科医師数42,541人（2002年）である．フランスでは，歯科医学教育への道は，Baccalaureat（12年間の初期教育）後はオープンとなり，1年生の最後に行われる試験により，歯学科への進学が決まる．2年生の定員については，毎年，保健担当省および教育担当省によって定められる．6年制であり，学位取得については論文の提出が必要である．フランスには歯学部が16校あり，2004年の段階で，入学者は950人（過去は約800人であったが，歯科医師不足の予測により多くなった），50%以上は女性である．

1998年以降は，毎年約800人が卒業している．1990年代は，より多くの卒業生を送り出していた（845人（1996年），901人（1995年），984人（1994年），1,050人（1993年））．

ix．ドイツ連邦共和国(Federal Republic of Germany)

面積は35.7万km²（日本の約94%）で，人口は約8,250万人（2004年）であり，歯科医師数は64,294人（2003年）である．ドイツ連邦共和国においては，歯学部・歯科大学は5年制であり，その総数は31校，うち1校が私立大学（Witten-Herdecke）であり，30校は公立校である．公立校においては，2002年の段階で，1,396人の入学定員であったが，実際の入学者数は2,365人（2001年）であり，歯学部学生総数は約1万人と予想されている．2001年の段階での卒業生数は1,713人であり，うち約50%が女性であった．

x．ギリシャ共和国(Hellenic Republic)

面積は13万km²（日本の約1/3）で，人口は1,094万人（2006年）であり，歯科医師数は12,788人（2002年）である．ギリシャには，2つの歯学部があり，1つはアテネに，もう一方はテッサロニキにある．1学年はおよそ300人であり，大学入試については筆記試験が主となっている．5年制（10学期制）であり，2002年の段階でおよそ1,800人の学部学生がいた．2002年は，289人の卒業生のうち，110人（38%）が男性，179人（62%）が女性であった．

xi．ハンガリー共和国(Republic of Hungary)

面積は9.3万km²（日本の約1/4）で，人口は約1,009万人（2005年）であり，歯科医師数は5,611人（2002年）である．ハンガリーには，歯学部は公立校4校があり，毎年185人の入学者（うち36人は海外からの学生）を採っている．5年制であり，910人の学生中，およそ66%が女性である．およそ160人の学生が毎年卒業している．ブダペストのSemmelweis大学とDebrecen大学には，留学生向けのコースが設定されており，2003年の段階で，ギリシャ，キプロス，イスラエル，中東から76人の学生が在籍しており，授業は英語で行われている．また，ドイツ語によるコースもあり，34人の学生がいる．

xii．アイスランド共和国(Republic of Iceland)

面積は10.3万km²（日本の約1/4）で，人口は約30万人（2004年）であり，歯科医師数は278人（2002年）である．アイスランドには，歯科系大学は1校であり，レイキャビクのIcelandic大学の歯学部である．毎年6人の卒業生（歯科医師）を輩出し，23人の非常勤教員によって教育されている．6年制であり，初年度は科学，解剖，生理学の導入を行い，初学期最後の試験により，上位6人が次学期へ進級できるシステムである．授業はアイスランド語であるが，教科書は英語の書物を使用し，1年目の試験は英語で行われる．それ以降はアイスランド語で行われる．臨床コースでは6人の少人数クラスでの高度な内容の授業を行い，授業料は年間305ユーロである．

xiii．アイルランド(Ireland)

面積は7.0万km²（北海道とほぼ同じ）で，人口は約392万人（2002年）であり，歯科医師数は2,134人（2002年）である．アイルランドには，2つの歯科系大学があり，毎年75人の卒業生を輩出している．アイルランドの学

生のなかには，イギリスで歯科を学ぶ者もいる．5年間の教育については，Dental Council によって管理されている．

xiv．イタリア共和国(Republic of Italy)

面積は30.1万 km²（日本の約4/5)で，人口は約5,788万人(2004年)であり，歯科医師数は50,922人(2002年)である．イタリアには，歯科系大学として30の大学が，医科大学内に存在している．Cattolica 大学以外の大学はすべて公立である．5年制であり，2003年にはおよそ900人の学生が入学をしている．また，5,000人の学生のうち約30%は女性である．留学生数はおよそ50人と推測される．

xv．ラトビア共和国(Republic of Latvia)

面積は6.4万 km²（日本の約1/6)で，人口は約232万人(2004年）であり，歯科医師数は1,602人(2002年）である．ラトビアには歯科系大学は1校であり，Riga Stradins 大学にある歯学部であり，公立校である．5年制であり，毎年歯科医師コースとして35～45人，歯科衛生士コースとして24人の学生を受け入れている．2003年度においては，208人の学生のうち83%が女性であり，2001年の32人の卒業生のうち87%は女性であった．

xvi．リトアニア(Lithuania)

面積は6.5万 km²で，人口は約343万人（2005年）であり，歯科医師数は3,051人(2003年)である．リトアニアにおいては，2003年に Stomatology より Odontology へ歯科の名称変更が行われている．歯学部は，Kaunas 医科大学と Vilnius 医科大学の2つの大学の合同でのコースとなっている．5年制であり，教育は大学と NHS(大学附属病院)との契約をしている常勤，非常勤の教員によって行われている．

xvii．ルクセンブルク大公国
(Grand Duchy of Luxembourg)

面積は2.586km²で，人口は約45万人(2005年)であり，歯科医師数は288人（2003年）である．ルクセンブルクには，歯科系大学はなく，国外での修業が必要となる．卒後教育についても同様である．ルクセンブルクで歯科医師として働くためには，EU の基準を満たした大学での教育を終え，所定の資格を有した者が対象となり，保健省へ申請を行い，登録を行うことが必要となる．

xviii．マルタ共和国(Republic of Malta)

面積は316km²（淡路島の半分）で，人口は約39万人(2004年)であり，歯科医師数は143人(2003年)である．マルタには，Malta 大学歯学部として，1校の歯科系大学がある．公立校であり，イギリスと同様の5年間のカリキュラムとなっている．毎年，6人のマルタ学生と2人のマルタ以外の学生を受け入れている（2003年)．2003年において，30人の学生のうち半数が女性であり，毎年6人の学生が卒業している．

xix．オランダ王国(Kingdom of the Netherlands)

面積は4.2万 km²（九州とほぼ同じ面積)で，人口は約1,620万人(2003年)であり，歯科医師数は7,623人(2002年)である．オランダには，歯科系大学は3校あり，すべて公立校である．2002年の入学者300人のうち，半数は女性であった．5年制であり，2001年においては190人の学生が卒業し，半数が女性であった．

xx．ノルウェー王国(Kingdom of Norway)

面積は38.6万 km²（日本とほぼ同じ大きさ)で，人口は約460.5万人（2005年）であり，歯科医師数は5,802人(2003年)である．ノルウェーには，オスロとベルゲンに歯科大学があり，2003年には入学者として113人の学生を取り，110人の歯科医師を輩出している（男女およそ半数ずつ)．5年間の修業期間において，560人の学生を有し，卒業時には歯科医師として認定される．2004年には，トロモゾに新しい歯科系大学が開校し，初年度には10人の学生を取り，後2007年までに40人の学生を取る予定である．

xxi．ポーランド共和国(Republic of Poland)

面積は32.3万 km²（日本の約4/5)で，人口は約3,830万人(2005年)であり，歯科医師数は32,843人(2003年)である．ポーランドには，10校の歯科系大学があり，2003年においては760人の学生が入学をしている．管理機関の算定によると，現在の人数は将来の需給に対して10%余剰の状態であるという．学生のうち80%は女性である．2002年には，EU 指令の要件を満たすために，卒前カリキュラムが改訂された．5年制(10学期制)である．授業時間は5,000時間であり，うち基礎科目505時間，基礎医科系科目1,575時間，歯科系科目2,460時間(臨床実習1,450時間)である．

xxii．ポルトガル共和国(Portuguese Republic)

面積は9.2万 km²（日本の約1/4)で，人口は約1,053万人(2004年)であり，歯科医師数は4,500人(2003年)である．ポルトガルには，7つの歯科系大学があり，3校は公立校，4校が私立校である．EU 加盟後において，EU 基準を満たす歯科医師数は従来 Stomatologist の77倍を超えることとなった(Stomatologist について現在は教育されていない)．修業年限は座学および実習で6年間である．2003年においては，585人の入学者を取り，学生数は2,100人となっている．卒業生は336人であった(男性138人，女性198人)．

xxiii．ルーマニア(Romania)

面積は23.8万 km²（本州とほぼ同じ大きさ)で，人口は約2,190万人（2004年）であり，歯科医師数は8,694人(2002年）である．ルーマニアでは，2003年まで，

Faculty of Stomatology として歯学部は存在したが，2003年からは Faculty of Dental Medicine となった．9校の公立校と3校の私立校があるが，2002年においては入学者として1,191人を取り，うち640人は女性であった．同年の卒業生は1,180人であり，うち635人が女性であった．学生は公立校では学費の一部の支払いとなるが，私立校では，全額の支払いを行うこととなる．公立校は，毎年10～20%の定員を私費コースとして設定することが許されており，このコースへ入学した学生は学費の全額を支払うこととなる．6年制である．

xxiv. スロバキア共和国(Slovak Republic)

面積は4.9万 km²（日本の約1/7)で，人口は約541万人(2001年)であり，歯科医師数は3,084人(2003年)である．スロバキアでは，6年制であり，歯科系大学は Bratislava と Kosice の大学の医学部内に2つある．2002年においては47人の入学者があり，同年総数330人の学生が在学，52人が卒業した(32人(62%)が女性)．

xxv. スロベニア共和国(Republic of Slovenia)

面積は2.3万 km²（四国とほぼ同じ大きさ)で，人口は約199万人(2006年)であり，歯科医師数は1,533人(2004年)である．スロベニアには，公立校1校が歯科系大学としてある．2002年55人の入学者のうち33人(60%)が女性であった．同年40人の卒業生があり，60%が女性であった．修業年数は6年間である．

xxvi. スペイン(Spain)

面積は50.6万 km²（日本の1.3倍)で，人口は約4,269万人(2004年)であり，歯科医師数は19,678人(2002年)である．スペインにおいては，2003年までに9校の公立大学と2004年に開校の大学があり，毎年550人の入学者を取っている．また，3校の私立大学があり，2004年には新規に1校開校の予定である．毎年600人の入学者を取り，公立私立合計1,150人の学生数のうち，約70%が女性である．5年制であり，2002年には900人（70%が女性）が卒業した．

xxvii. スウェーデン王国(Kingdom of Sweden)

面積は45万 km²（日本の約1.2倍)で，人口は約900万人(2006年)であり，歯科医師数は7,594人(2004年)である．スウェーデンには，4校の歯学科があり，すべて公立校である．学科はすべて医学部の一部であり，入学試験はなく，5年制である．毎年，200～220人の学生が入学し，合計800人の学生となり，約130人(約67%が女性)が卒業する．

xxviii. スイス連邦(Swiss Confederation)

面積は4.1万 km²（九州本島よりやや大きい)で，人口は約739万人（2006年）であり，歯科医師数は4,250人(2002年)である．スイスには，4校の歯科系大学があり，すべて公立校である．2002年においては，147人の学生が入学し，48%が女性であった．5年制であり，2年の座学を経て，3年間の座学と臨床を組み合わせた授業を受けることとなる．2002年においては，100人の卒業生のうち35人が女性であった．

xxix. 英国(グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国)（United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)

面積は24.3万 km²（日本の約2/3)で，人口は約5,923万人(2002年)であり，歯科医師数は31,160人(2004年)である．英国には，13校の歯科系大学があり，すべて公立校である．毎年，902人(40%女性)の学生が入学し，総数で4,300人の学生数となる．卒業生数は約800人である．2002年には791人(53%女性)，このうち41人(25人女性)が海外からの学生であった．

文献

1) 森尾郁子，鶴田 潤，魚島勝美，谷口弘江，江藤一洋．欧州の歯科医学教育の動向．日歯教誌 2005；20：405-11.
2) Kravitz A, Treasure E. Manunal of dental practice 2004. Dental Liaison Committee in the EU 2005；21：37-292, 307.

各国人口，平均寿命，国土面積などのデータは，以下の①～③を参考とした．また，米国歯科医師数，学生数については，④，⑤を参考とした．

①総務省統計局政策統括官（統計基準担当）・統計研修所ホームページ（http://www.stat.go.jp/)，平成17年国勢調査（平成17年10月）

②外務省ホームページ各国・地域情勢（http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/index.html)

③ Central Inteligence Agency, The World Fact Book ホームページ（http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/countrylisting.html)

④ American Dental Association ホームページ（http://www.ada.org/ada/prod/survey/faq.asp)

⑤ American Dental Education Association, Institute for Public and Advocacy, Dental Education At-A-Glance 2004

第V章

学会および関連団体の活動

1

日本歯科医学教育学会の活動

1）学会の概要
2）委員会活動と学術大会の開催

須田　英明

1）学会の概要

(1) 学会の沿革

①1982年4月　世話人有志による第1回設立準備会を開催.

②1982年6月　第2回設立準備会を開催. 設立趣意書と学会名称を合議. 役員候補者および会則を策定し, 学会組織を構成.

③1982年7月　第3～5回設立準備会開催. 発起人・評議員・顧問の依頼委嘱を討議.

④1982年8月　日本青年館（東京都新宿区）にて設立総会を開催（8月22日）. 参加者118名. 役員構成案, 学会会則案, 予算案, および1983年度総会開催案を承認.

設立総会後, 第1回学術大会を同日開催. 基調講演：わが国の歯科医学教育を考える～その問題点と対策についての考察～(河村洋二郎 初代会長). 初年度会員数は, その後116名が加入し, 234名となる.

(2) 学会設立の趣旨

日本歯科医学教育学会（以下「本会」という）の設立趣意書を以下に掲げる.

「科学の進歩, 社会の変化, 更に歯科医学研究並びに歯科医療の急激な進展に対応して, 歯科大学における教育は, その内容, カリキュラム, 教育方法, 教育施設, 教員の再教育など, 検討, 改善すべき多くの問題をかかえている. また, わが国の歯科界には今日歯科医師のための組織だった生涯教育・学習制度が確立されていない. 歯科医療に対する社会の批判がいろいろの面できわめて強い今日, 歯科医学教育の向上と充実に努めることが焦眉の急である. このためにも広い視野に立って歯科医学教育全般を検討し, 教育内容, 教育方法あるいは教育効果の評価などについて歯科医学担当者が相互に情報を交換し, 研究し, 討議する必要がある. 諸外国には, 歯科医学教育についての学会がつとに設立されている処が多く, その学会の場を介して歯科医学教育問題が活発に討議され, よりよき教育のための対処が具体的に推進されている. このような世界情勢に遅れをとることのないよう, 更にわが国の歯科医学教育および歯科医師の生涯教育を系統だてるためにも歯科医学教育の諸問題を客観的に研究し, 具体的施策を考える場として日本歯科医学教育学会を設立するものである」

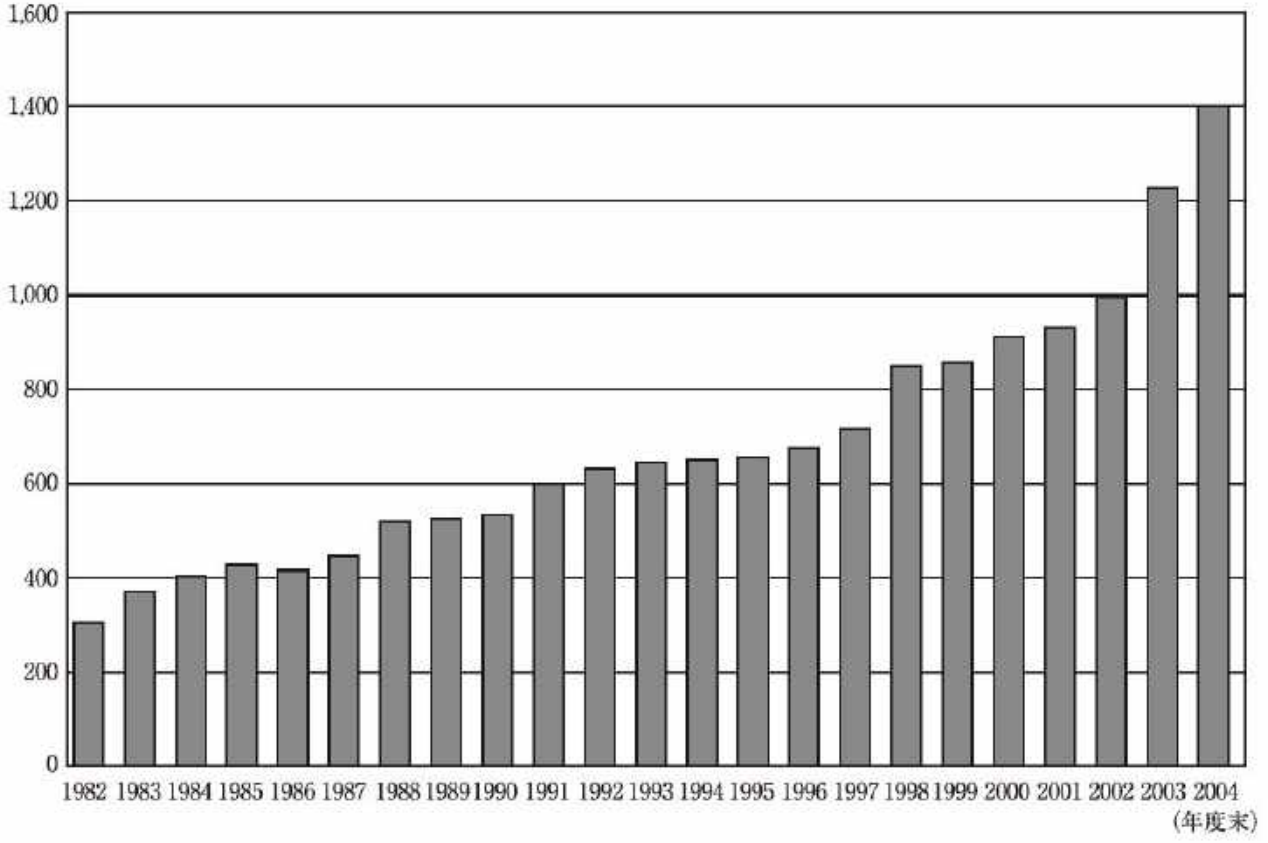
上記の精神は, 現行会則の第2条に「本会は, 歯科医学並びに関連領域の教育向上, 充実及び発展に寄与することを目的とする」として謳われている.

(3) 学会の特徴と活動

本会は, 歯科医学教育を総合的に研究して具体的施策を提言している, わが国唯一の学会である. 本会の特色ある活動は各方面から評価され, 1994年度以降は日本歯科医学会より毎年補助金を受けている.

①1995年度から, 歯科大学・歯学部長会議とともに国際歯科医学教育学会連盟（IFDEA, 1992年創設）に加盟. 国際的視野から教育情報を発信・収集している. IFDEA役員会および総会には, 本会から代表者を毎年派遣している. 2001年6月27, 28日にはIFDEA年次大会を幕張メッセ(千葉市)にて主催. 国内から約100名, 外国から約50名が参加し, 本会, IFDEA, 国際歯科研究学会（IADR）, および東南アジア歯科医学教育学会

すだ　ひであき
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 口腔機能再構築学系専攻 摂食機能保存学講座 歯髄生物学分野
キーワード：日本歯科医学教育学会の沿革, 日本歯科医学教育学会の概要, 日本歯科医学教育学会の活動



図V-1　日本歯科医学教育学会―会員数の推移―

(SEAADE) の4団体共催による合同シンポジウムを開催.

② 1998年度に機関会員制度を導入. 2004年度までに, わが国すべての歯科大学・歯学部が機関会員として加盟. また同年度より, 日本医学教育学会, 厚生省, 歯科医療研修振興財団とともに, 「歯科医師臨床研修指導医ワークショップ」を開催.

③ 2000年度より, 教育改善ならびに教育能力の開発・向上のため, 「歯科医学教育者ワークショップ」を毎年主催. 第1回ワークショップ (2000年7月4～5日, 札幌市) では,「卒前初期教育のカリキュラム・デザイン」をテーマとし, 全国21大学の代表者が参加.

④ 2001年6月25日, 学術総合センター (東京都千代田区) にて創立20周年記念式典を開催. 本会功労者28名を表彰.

⑤ 2002年度に学術賞制度を導入. 歯科医学教育の分野において優れた業績を上げた会員に「教育システム開発賞」および「奨励賞」を授与・表彰し, 歯科医学教育者の育成を図る. 第1回の学術賞受賞者は, 2003年度の本会第22回総会・学術大会 (長崎市) において表彰された.

⑥ 2003年度より日本歯学系学会連絡協議会に加盟.

表V-1　日本歯科医学教育学会の会員・役員
(2006年1月31日現在)

〈総会員数〉		1,522	〈役　員〉	
内　訳	歯科大学・歯学部	1,307	理事長	1
	医学部口腔外科	9	副理事長	2
	一般臨床医	36	常任理事	16
	名誉会長	1	理事	58
	名誉会員	18	評議員	268
	顧問	1	監事	2
	購読会員	15		
	賛助会員	12		
	寄贈会員	10		
	機関会員	29		
	その他	84		

⑦ 2004年度より歯科医師臨床研修関連セミナー・講習会を開催.

⑧ 2005年度より日本歯科医学会の専門分科会および日本学術会議協力学術団体となる.

(4) 会員・役員

本会設立 (1982年) から2004年までの会員数 (年度末) の推移を**図V-1**に示す. 2006年1月31日現在の会員数および役員数を**表V-1**に示す. 役員の任期は3年, 会

表V-2　日本歯科医学教育学会総会・学術大会担当校一覧

回	年度	担当校	大会長
1	昭和57（1982）	大阪大学歯学部	河村　洋二郎
2	昭和58（1983）	大阪歯科大学	藤井　辨次
3	昭和59（1984）	東京歯科大学	関根　弘
4	昭和60（1985）	岩手医科大学歯学部	石川　富士郎
5	昭和61（1986）	九州大学歯学部	青野　正男
6	昭和62（1987）	神奈川歯科大学	長田　保
7	昭和63（1988）	東京医科歯科大学歯学部	小椋　秀亮
8	平成元（1989）	東京歯科大学	高添　一郎
9	平成2（1990）	日本大学松戸歯学部	森本　基
10	平成3（1991）	日本歯科大学歯学部	古屋　英毅
11	平成4（1992）	福岡歯科大学	石木　哲夫
12	平成5（1993）	日本大学歯学部	斎藤　毅
13	平成6（1994）	愛知学院大学歯学部	平沼　謙二
14	平成7（1995）	明海大学歯学部	池田　克巳
15	平成8（1996）	昭和大学歯学部	吉木　周作
16	平成9（1997）	東京歯科大学	石川　達也
17	平成10（1998）	日本歯科大学新潟歯学部	中原　泉
18	平成11（1999）	大阪歯科大学	佐川　寛典
19	平成12（2000）	北海道医療大学歯学部	松田　浩一
20	平成13（2001）	東京医科歯科大学大学院	江藤　一洋
21	平成14（2002）	鶴見大学歯学部	柳澤　慧二
22	平成15（2003）	長崎大学大学院	熱田　充
23	平成16（2004）	新潟大学大学院	山田　好秋
24	平成17（2005）	徳島大学大学院	三宅　洋一郎
25	平成18（2006）	東北大学大学院	渡邊　誠

員の種別は以下のとおりである．

①正会員A：歯科医学および関連領域の教育に携わる歯科医師，医師ならびに歯科医学研究者

②正会員B：歯科医学に関連する大学，専修学校，病院および診療機関などのコ・デンタルスタッフ

③機関会員：本会の目的に賛同する歯科医学関連教育機関および歯科医師臨床研修施設などで，理事会の承認を得た者

④賛助会員：本会の目的に賛同し，理事会の承認を得た者

⑤名誉会員：本会のため功績顕著で，理事会が別に定める推薦基準により推薦した者

(5) 学会ホームページ

本会は2003年にホームページ（http://wwwsoc.nii.ac.jp/jdea/）を設置した．2006年2月現在，ホームページには「学会紹介」「最新情報」「会則・規程」「入会案内」「役員，委員会委員」「総会および学術大会案内」「日本歯科医学教育学会雑誌」「投稿規程」「関連サイトリンク集」が掲載されている．

(6) 会則，規程，細則，内規

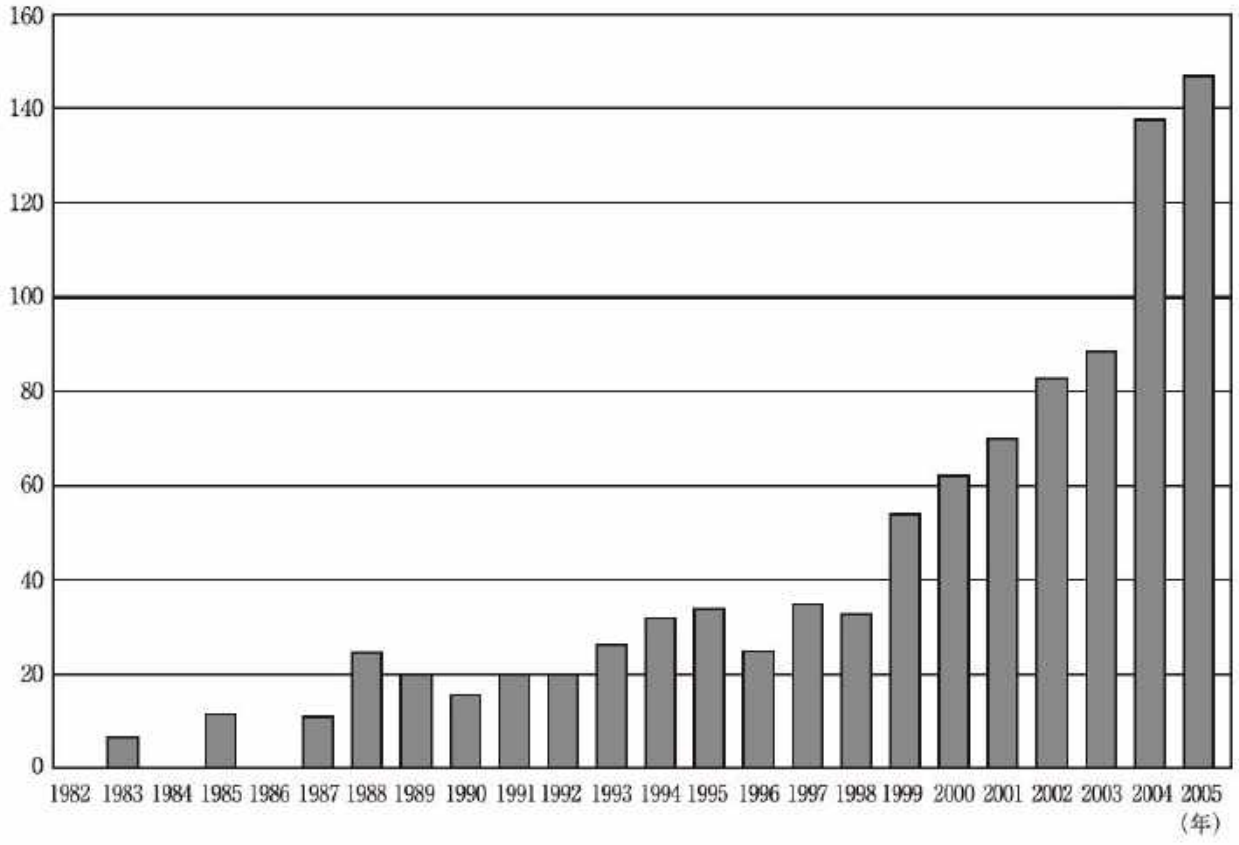
2006年2月現在，本会は以下の会則，規程，細則，内規を設けて活動をしている．

- 会　則
- 役員等の選出に関する規程
- 投稿規程
- 表彰制度規程
- 表彰制度規程細則
- 機関会員委員会に関する細則
- 役員交通費に関する内規
- 慶弔内規
- 学術大会運営に関する内規

(7) 経　理

本会の最近5年間の会計状況は，下記のとおりである．

	年間純収入	年間純支出
2000年度	9,886,449円	9,427,082円
2001年度	12,191,401円	12,051,779円
2002年度	14,497,255円	12,317,731円
2003年度	16,125,673円	13,975,433円
2004年度	17,384,549円	14,175,968円



図V-2　日本歯科医学教育学会―学術大会演題数の推移―

2)委員会活動と学術大会の開催

(1) 委員会活動

2005年度において，本会は以下の常置委員会および特別委員会を設置し活動している．

〈常置委員会〉

- 総務委員会
- 経理委員会
- 編集委員会
- 機関会員委員会

〈特別委員会〉

- 教育国際化推進委員会
- 卒前教育委員会
- 卒後教育委員会
- 国家試験・共用試験委員会
- 教育能力開発委員会
- 学術賞選考委員会
- 歯科医学教育白書作成委員会

(2) 総会・学術大会の開催

1982年度（第1回）から2006年度（第25回）までの総会・学術大会開催状況を**表V-2**に示す．学術大会における総演題数（口演＋ポスター）の推移を**図V-2**に示す．なお，2004年度からは，学術大会の前日に教育研究集会を開催している．

1

日本歯科医学教育学会の活動

3）機関誌「日本歯科医学教育学会雑誌」

宮崎　隆

日本歯科医学教育学会は機関誌として，「日本歯科医学教育学会雑誌」を発行している．編集作業は日本歯科医学教育学会編集委員会が担当している．**表V-3**に2001年4月からの日本歯科医学教育学会編集委員会委員の名簿を示す．2001年4月から北海道医療大学の松田浩一先生が委員長を務め，北海道医療大学と北海道大学の先生方が委員を担当した．松田先生が2003年1月に逝去されたので，その後溝口　到先生が委員長代行を務めた．2004年4月から昭和大学の宮崎　隆が委員長を務め，関東の大学からの6名の委員構成となった．雑誌の発行回数の増加や原稿の査読の充実のために，2005年12月から，編集委員を4名増強し10名の構成となっている．

「日本歯科医学教育学会雑誌」は従来12月と3月の年2回発行を続けてきた．**表V-4**に示すように論文数が増加してきたので，第21巻から年3回の発行にした．第21巻は移行期であり，5月に第1号を発行したが，第22巻からは4月，8月，12月の年3回の発行体制にする．表V-4に併せて発行日と発行部数を示す．学会の成長とともに，雑誌の発行部数も順調に増加している．

第19巻から第21巻までに掲載された論文は，原著論文94編と研究報告35編であり，その内容は歯科医学教育全般にわたっている．主要なテーマで集計すると，OSCEに関する論文が34編，卒後研修に関する論文が18編，臨床実習に関する論文が9編，学生の意識調査に関する論文が9編，卒前教育に関する論文が8編，PBL-テュートリアルに関する論文が7編，Early Exposureに関する論文が7編であった．各大学において，新規に導入された共用試験に対応した新しい教育カリキュラムの導入が進められており，これに関連した論文が多いことが認められる．学部教育以外に，歯科衛生士・歯科技工士教育に関する論文が10編あった．その他，ITの活用，教育ツールの開発，大学院教育，教育評価など幅広いテーマの論文が掲載された．各大学で国際交流や海外視察に力を入れており，海外の大学の特色ある教育の紹介論文も掲載されている．

2004年4月からの新しい編集委員会では投稿規程の整備を進め，第21巻から新しい投稿規程に基づいた編集が行われている．さらに第22巻1号からは，従来のB5判からA4判に誌面の大型化を図り，同時に表紙デザインを変更する予定である．

みやざき　たかし
昭和大学歯学部歯科理工学教室
キーワード：日本歯科医学教育学会雑誌，原著論文，研究報告

表V-3　日本歯科医学教育学会編集委員会委員名簿

〈2001.4.1 ～ 2004.3.31〉

委員長	松田浩一	（北海道医療大学）	＊2003.1 ご逝去
委員長代行	溝口　到	（北海道医療大学）	＊2003.1 まで委員，2003.1 ～委員長代行
委員	大野弘機	（北海道医療大学）	
	小口春久	（北海道大学）	
	千葉逸朗	（北海道医療大学）	＊2003.1 就任
	脇田　稔	（北海道大学）	

〈2004.4.1 ～ 2007.3.31〉（*は 2005.12 就任）

委員長	宮崎　隆	（昭和大学）
委員	小田　豊	（東京歯科大学）
	金田　隆*	（日本大学松戸歯学部）
	川口陽子	（東京医科歯科大学）
	桑田文幸*	（日本大学）
	佐藤裕二	（昭和大学）
	新谷明喜	（日本歯科大学）
	高橋　理	（神奈川歯科大学）
	深山治久*	（鶴見大学）
	渡部　茂*	（明海大学）

表V-4　日本歯科医学教育学会雑誌

巻号	発行日	発行部数	原著論文	研究報告
第19巻第1号	2003年12月20日	1,300部	18編	2編
第19巻第2号	2004年 3月20日	1,300部	23編	3編
第20巻第1号	2004年12月20日	1,500部	26編	5編
第20巻第2号	2005年 3月20日	1,500部	12編	7編
第21巻第1号	2005年 5月20日	1,500部	6編	5編
第21巻第2号	2005年 8月20日	1,600部	5編	5編
第21巻第3号	2005年12月20日	1,600部	4編	8編

1

日本歯科医学教育学会の活動

4）生涯教育・歯科医師臨床研修

野首　孝祠，小野　高裕

(1) はじめに

日本歯科医学教育学会は，昭和57（1982）年8月の発足から4年目の昭和61（1986）年4月より，学会活動事業として「歯科医学総合教育」「教養（進学）課程科目教育」「歯科技術教育」「卒直後教育」「生涯教育」の5つの研究部会を常設した[1]．発足初期の生涯教育部会の活動方針をうかがい知る資料は公表されていないが，平成4年に「日本歯科医学教育学会雑誌」に掲載された「各種委員会からのお知らせ」には次のように述べられている[2]．

『生涯教育委員会は，現在日本歯科医師会が実施している「生涯教育～生涯研修制度」を中心に，以下に述べる観点から生涯教育を考え，できれば日本歯科医師会の参加を得て，所期の目的が達せられればと考えている．（中略）歩みはじめて数年を経過した生涯教育に対し，日本歯科医学教育学会も，できれば生涯教育の実践に寄与できるような努力をしなければならないのではないかと考える．しかし，これは，日本歯科医師会の範疇であることは，いうまでもない．したがってわが学会は，これを支援させていただく，という前提に立ってのことである．しかし，だからといって，われわれはただ総論的でむしろ実践の難しい建前論をならべれば良いというものではない，やはりそれなりの結実が得られるような，生涯教育の各論つまり，生涯教育から得られる歯科医師像がそこにあって，それにふさわしい，たとえば「生涯教育カリキュラム」の作成に協力するという方向は如何であろうか．（後略）』

のくび　たかし
大阪大学大学院歯学研究科 統合機能口腔科学専攻 顎口腔機能再建学講座（歯科補綴学第2教室）
おの　たかひろ
大阪大学先端科学イノベーションセンター
キーワード：生涯教育，歯科医師臨床研修，研修歯科医

このように日本歯科医師会主催の歯科医師生涯研修への支援という活動方針が述べられているが，その後具体的内容に関する報告はみられない．

平成6（1994）年4月の機構改革に伴い，各研究部会は「歯科医学総合教育」「教育方法」「国際教育情報」「卒後教育」「将来計画研究」の5つに整理改称され，「生涯教育」は「卒直後研修」とともに卒後教育研究部会の検討課題となった．昭和62（1987）年6月より「一般歯科医師養成研修事業」としてスタートした「研修医制度」，すなわち歯科医師臨床研修は，「患者中心の全人的医療を理解したうえで，歯科医師としての人格を涵養し，すべての歯科医師に求められる基本的・総合的な歯科診療能力を身につけ，生涯研修の第一歩とする」と意義付けられ，その必修化に向けての体制作りは，わが国の歯科医学教育改革において共用試験と並ぶ最重要課題とされたため，学会としては必然的に「卒直後研修」の問題を中心的テーマとしてとらえることとなった．

そこで，本稿ではこうした経緯を踏まえ，日本歯科医学教育学会が歯科医師臨床研修の問題にどのように取り組んできたかを経時的に振り返ることとする．

(2) 歯科臨床研修医制度発足当初の取り組み

「一般歯科医師養成研修事業」がスタートした翌年，「日本歯科医学教育学会雑誌」3巻1号（昭和62年）は，資料として「歯科医学教育の改善に関する調査研究協力者会議最終まとめ」を掲載した．これは，昭和60（1985）年1月に文部省に設置された「歯科医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」が「21世紀に向けてこれからの歯科医学教育はどうあるべきかを検討し，現状の改善策の大綱を論述したもので，わが国の歯科医学教育の歴史上画期的な調査研究」（日本歯科医学教育学会雑誌編集委員会）であった．全12章からなる同報告書において卒後研修に関しては1章があてられ，その重要性が強調されている．

昭和63（1988）年の第7回日本歯科医学教育学会学術大会では，「調査研究協力者会議」のメンバーでもあった小椋秀亮（東京医科歯科大学歯学部長）が「最終まとめ」に関する会長講演を行うとともに，シンポジウム「歯科臨床研修医制度について」（司会：落合靖一，久保田康耶，演者：石川達也，細田裕康，西連寺永康，山岡昭，山田長敬，特別発言：滝口　久，加藤元彦）が開催された．さらに，平成元（1989）年の第8回学術大会においても，シンポジウム「卒後研修の現状と将来展望」（司会：関根　弘，演者：久保田康耶，斎藤　毅，光安一夫，梅村長生，倉橋良彰）が開催され，これらのシンポジウムにおいて研修医制度発足当初における実施上の問題点と今後の課題について熱心な議論がなされた．

(3) 歯科医師臨床研修の体制作りに関する取り組み

研修医制度がスタートして7年目に入った平成5（1993）年に，厚生省により「歯科医師養成のあり方に関する検討委員会」（「臨床研修のあり方について検討する小委員会」を含む）が設置された．また，平成7年に文部省により「大学附属病院における歯科医師の卒後研修の在り方に関する調査研究会」が設置され，それぞれ歯科医師臨床研修の本格的な体制作りの検討が開始された．

本学会は，こうした動きに対応して，平成5（1993）年の第12回学術大会において，シンポジウム「歯科医学教育の進む道を考える」（モデレーター：橋本弘一，演者：細田裕康，松尾悦郎，吉澤信夫，梅村長生，宮武光吉）を開催した．本シンポジウムは，「国立大学歯学部サイドから見た卒直後の歯科臨床研修に主点を置き，現行の歯科研修医実施要領（国立大学歯学部附属病院長会議平成2年6月制定，平成5年6月改定）に触れながら，調査しえた研修の実態を報告するとともに，歯科臨床研修の問題点やあるべき姿」を考えるというものであり，国立大学歯学部，私立歯科大学，医科系大学歯科口腔外科における卒後研修の実態が報告され，歯科医師生涯研修との関係が論じられるとともに今後整備すべき課題が示された．

平成7（1995）年の第14回学術大会においては，シンポジウム「歯科臨床研修の法制化に向けて」（モデレーター：関根　弘，演者：梅村長生，池田克巳，斎藤毅，特別発言：村岡　博，笹原廣重）が開催された．本シンポジウムは，平成6（1994）年に設置された卒後教育研究部会（斎藤　毅部会長以下10名）が綿密な調査と8回にわたる討議を行ってまとめた「卒直後歯科臨床研修の改善に関する意見書」（平成7年5月）の要旨を公表したものであり，「法制化の必要性」「研修施設：研修施設群構想」「研修プログラム」の3つのセクションに分けて具体的な提案が行われた．なお，同報告書は，平成8年度に行われた歯科医師法の改正（卒後臨床研修を努力義務化）に際して資料の1つとして各方面で利用され[3]，平成8年12月発行の学会誌12巻1号に掲載された．続く学会誌12巻2号には，「歯科医師養成のあり方に関する検討委員会意見」ならびに「臨床研修のあり方について検討する小委員会報告」（平成7年11月公表），「今後の歯科医師の卒後臨床研修の在り方について」（平成8年3月公表）などの資料が掲載された．

(4) 歯科医師臨床研修必修化に向けての取り組み

平成8年度より卒後臨床研修が努力義務化され，その後も必修化に向けての検討が引き続き行われることになった．平成10年12月には厚生省，歯科医療研修振興財団の共催，日本歯科医学教育学会の協力で第1回「歯科医師臨床研修指導医ワークショップ」が富士教育研究所（静岡県）で開催され[4]，すでに平成8年から行われている「歯科医師臨床研修指導医講習会」（厚生省・歯科医療研修振興財団共催）とともに，研修指導医養成に向けての取り組みを促進した．

平成11（1999）年の第18回学術大会では，シンポジウム「求められる卒後臨床研修の指導体系について―臨床研修の必修化に向けて―」（モデレーター：石川富士郎，演者：黒崎紀正，住友雅人，伴　信太郎，特別発言：石井拓男，岩久正明）が開催され，研修医の学習方略，臨床能力の評価技法，指導体系の問題点などが議論された．続く平成12（2000）年の第19回学術大会では，シンポジウム「歯科医師臨床研修の今後の展開を考える―問題点と具体的発言―」（モデレーター：斎藤　毅，演者：石井拓男，住友雅人，黒崎紀正，井上　宏）が開催された．本シンポジウムでは，すでに同年3月に歯科医師の卒後臨床研修必修化の時期を平成18年4月と定めた「医療法等の一部を改正する法律案」が閣議決定され，各教育施設における人的・物的な整備が急務となっている実情を反映し，法的問題，基盤整備のあり方，卒前・卒後教育レベルの整合性，関連諸制度との整合性などの具体的項目が議論された．

卒後臨床研修必修化の法制化を受けて，翌平成13（2001）年には厚生労働省が「歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会」を設置し，本格的な検討に入った．当時，すでに歯科医療研修振興財団は厚生科学研究費の補助を受けて「歯科医師臨床研修必修化に向けての臨床研修の進め方に関する研究」（主任研究者：中原　泉）を平成10（1998）年にまとめ，翌11（1999）年より「歯科医師の資質向上を目指した臨床研修の必修化に関する総合的研究」に着手しており，平成14年3月には報告書がまとめられた．この総合的研究のなかで特に臨床研修の到達目標[5]と研修施設の適正な指定基準[6,7]については，研究報告として学会誌に発表された．

平成14（2002）年の第21回学術大会では，これらの結果を受けてシンポジウム「2006年歯科医師臨床研修必修化への道―厚生科学研究事業の研究内容に研修施設での経験を加味した本音の討議―」（コーディネーター：中原　泉，演者：住友雅人，井上　宏，久光　久，櫻井　薫）が開催された．本シンポジウムでは，必修化への経緯が整理され，標準プログラムの提案，評価と修了認定，研修施設の指定基準と第三者評価などの具体的項目が議論された．

一方，卒後臨床研修の到達目標の設定においては，卒前臨床実習との整合性を図る必要があり，本学会においては卒前・卒後教育委員会（委員長：野首孝祠）を中心に検討を重ね，その一環として平成15（2003）年度に学会評議員を対象とした「卒前臨床実習・卒後臨床研修の到達目標に関するアンケート調査」を行った．本アンケート調査の分析結果は，提言として学会誌に発表され[8]，卒前における診療参加型臨床実習が卒後臨床研修の効果を上げるうえでも重要であることが示された．さらに，平成16（2004）年の第23回学術大会においてはシンポジウム「卒後臨床研修必修化を控えた卒前臨床実習のあり方」（オーガナイザー：侯木志朗，演者：平田創一郎，興地隆史，辻本好子）が開催され，患者からの視点を重視した診療参加型卒前臨床実習のあり方について議論がなされた．

平成17（2004）年の第24回学術大会においては，特別講演として平田創一郎厚生労働省医政局歯科保健課歯科医師臨床研修専門官による特別講演「新歯科医師臨床研修制度について」が行われ，いよいよ平成18（2006）年度よりの必修化実施を待つ段階となった．このように，研修医制度がスタートして以来20年間，日本歯科医学教育学会は関係省庁，各教育機関，専門集団と連携しながら歯科医師臨床研修の基礎作り，整備，必修化への取り組みを積み重ねてきた．今後，本制度が有効に活用され国民の期待に応えうる歯科医師が養成されるうえでも，本学会の責任はますます大きくなるものと考えられる．

(5) 歯科医師臨床研修に関する研究の促進

昭和61年に創刊された「日本歯科医学教育学会雑誌」は，わが国で唯一の歯科医学教育専門学術誌として，すでに記述した学術大会における各種講演ならびにシンポジウムの詳細な記録や他機関の報告のほか，歯科医学教育に関連した提言，海外や医科領域の教育制度に関する報告，研究論文を掲載し，貴重な情報提供源となってきた．過去20年の学会誌における卒後臨床研修に関する記事を振り返ってみると，昭和62（1987）年に研修医制度がスタートして5年後の平成4（1992）年頃から現場の教員からの研究報告が散見されるようになるが，平成9（1997）年12月より「原著論文」が投稿規程に新設されたこともあって，論文数全体の増加傾向が顕著となり，最新号（21巻3号）までに卒後臨床研修に関する原著論文は32編，研究報告は36編を数えている．学会誌は創刊当初年1回発行であったものが，平成2(1990)年より年2回発行となり，平成17（2005）年より年3回の発行となった．こうした学会誌の発展と論文数の増加は，日本歯科医学教育学会の「生涯研修の第一歩としての卒後臨床研修」への精力的な取り組みを示すと同時に，現場の教員の業績を確立する一助となり，今後さらなる歯科医学教育改革を進めるうえで貢献が期待される．

文献

1) 見明　清．日本歯科医学教育学会の歩み―学会誌にみる―．日歯教誌 2001；16：137-43.
2) 池田克己，加藤元彦，河野　篤．各種委員会からのお知らせ　生涯教育部会．日歯教誌 1992；7：125.
3) 斎藤　毅．研究部会報告　卒後教育研究部会報告．日歯教誌 1997；13：15.
4) 住友雅人．第1回歯科医学教育者ワークショップ運営記．日歯教誌 2000；16：106-16.
5) 侯木志朗，井上　宏，石川富士郎，住友雅人，中原　泉．歯科医師臨床研修の必修化に向けての諸制度の整備に関する研究―到達目標の見直しについてのアンケート調査結果―．日歯教誌 2001；16：274-80.
6) 岩久正明，櫻井　薫，橋本弘一，住友雅人，中原　泉．歯科医師臨床研修の必修化に向けての諸制度の整備に関する研究―臨床研修施設の指定基準および第三者評価について―．日歯教誌 2001；16：294-301.
7) 櫻井　薫，岩久正明，橋本弘一，住友雅人，中原　泉．歯科医師臨床研修の必修化に向けての諸制度の整備に関する研究―臨床研修施設の指定基準およびその運用の見直し―．日歯教誌 2002；17：395-400.
8) 野首孝祠，長島　正，赤川安正，天笠光雄，井上　宏，大西正俊，雫石　聡，松尾敬志，宮地建夫，本川　渉．卒前臨床実習・卒後臨床研修の到達目標に関するアンケート調査結果に基づく提言．日歯教誌 2003；19：186-92.

2

関連学会の活動

1）教育関係委員会の活動

細井　紀雄

平成12年に提示された歯学教育におけるモデル・コア・カリキュラムとそれに伴う共用試験[1]の実施は，歯科医学教育のあり方を根本から考え直す大きな変革となった．その背景に少子高齢社会の到来，患者中心医療の展開，口腔と全身とのより深いかかわり，診療参加型臨床実習の形骸化，歯科医学・医療の質の低下の懸念などがあることは周知のとおりである．各歯科大学，歯学部はモデル・コア・カリキュラム対応型のカリキュラム編成を行い，共用試験の本格実施に向けて体制を整えている．一方，歯科医師国家試験においても相対評価が導入され，プール問題の実施も行われている．卒業前の臨床実習へ進む学生の質が共用試験により担保され，卒業時は国家試験によりミニマムリクワイアメントを達成した学生が歯科医師として歯科医療に携わる．技術の評価は問題が残るとしても，国民，社会に歯科医学教育とその評価が正しく行われていることを説明しやすくなったことは事実である．加えて平成18年度に卒後歯科医師臨床研修の必修化が開始されることによって，曲がりなりにも卒前，卒後の教育が一貫性をもつことになる．

日本歯科医学会を構成する専門分科会のそれぞれの学会では，卒前教育，国家試験，卒後教育に対してどのような活動を行っているかアンケート調査を行った．その結果，平成18年2月現在，**表V-5**に示すように委員会を組織して活動を行っているのは19分科会中16学会であり，3つの分科会は特に委員会を組織していない．16の分科会のうち，卒前教育に関する委員会活動を行っているのは12の分科会である．

以下に各専門分科会のアンケート調査による卒前教育に関する活動内容を掲載する．

ほそい　としお
鶴見大学歯学部歯科補綴学第1講座
キーワード：卒前教育，モデル・コア・カリキュラム，共用試験

(1) 歯科基礎医学会（教育検討委員会）

共用試験，特にOSCEに基礎系の分野がどのように参画できるかについて，検討している．

(2) 日本歯科保存学会（教育問題委員会）

学生の技能の総括評価について，本学会委員会が長年にわたり調査・検討してきた各教育機関（大学）における歯科保存学実技教育内容と，各機関とメーカーによって開発された器材・模型歯などを参考に，本委員会でモデル技術評価方法を策定して4大学において評価トライアルを行い，その結果を本学会2005年度秋季学会に発表した．本トライアルで使用した評価方法と模型歯などについては，トライアルによって指摘された問題点を改善しつつ，引き続き改良・開発を行い，将来の保存学実技教育とその評価方法について，専門学会の立場から提言できるようにしている．

(3) 日本補綴歯科学会（教育問題検討委員会）

歯科医師国家試験実技問題素案の実地の可能性，各大学の設備整備状況の把握，試験時間の妥当性および難易度の検討，採点の配点などを検討して本学会で作成した報告書「補綴実技教育の評価を考える（本学会誌49巻1号）」や「研修医担当症例の適応表」を参考にして新たな歯科補綴学教育基準を作成している．

(4) 日本歯科理工学会（教育検討委員会）

主として平成11年度に作成された歯科理工学教授要綱の見直しと，コア・カリキュラムとの整合性を検討し，コア・カリキュラム対応の教授要綱細目を作成した．

(5) 日本歯科放射線学会（教育委員会）

歯科放射線学の卒前教育に関して検討し，歯科放射線学を教授する29大学が卒前教育のミニマムリクワイアメントに対する統一した見解をもつことを目的として，2001年からは以下のテーマにて各大学の代表によるワークショップ，シンポジウム・講演会や検討会を開催した．

表V-5　各専門分科会の教育関係委員会の名称・委員数

学会名	委員会名	委員数
1. 歯科基礎医学会	教育検討委員会	8
2. 日本歯科保存学会	教育問題委員会	9
3. 日本補綴歯科学会	教育問題検討委員会	6
4. 日本口腔外科学会	教育研修委員会	7
5. 日本矯正歯科学会	卒後教育・生涯研修	5
6. 日本口腔衛生学会		6
7. 日本歯科理工学会	教育検討委員会	35
8. 日本歯科放射線学会	教育委員会	7
9. 日本小児歯科学会	教育問題検討委員会	9
10. 日本歯周病学会	教育委員会	7
11. 日本歯科麻酔学会	教育研修委員会	8
12. 日本歯科医史学会	なし	
13. 日本歯科医療管理学会	教育課程検討委員会	2
14. 日本歯科薬物療法学会	なし	
15. 日本障害者歯科学会	教育検討委員会	23
16. 日本老年歯科医学会	学術・教育委員会	5
17. 日本口腔インプラント学会	教育委員会	9
18. 日本歯科医学教育学会	*	33
19. 日本顎関節学会	学術委員会	12

注）＊関連する委員会が5つあり，本文中に記した．

①歯科放射線学教育の指針（一般目標・到達目標），②歯科放射線学実習の方策と評価，③歯科医師国家試験実技試験導入への対応，④歯科放射線学における PBL，⑤歯科医学教育モデル・コア・カリキュラムならびに歯科医師国家試験出題基準に示された歯科放射線に関する用語など（学術情報・用語委員会との合同による）．

(6) 日本小児歯科学会（教育問題検討委員会）

平成17年度は，平成14年以来続いている各歯科大学ならびに大学歯学部の小児歯科学講座教員を対象にモデル・コア・カリキュラムに基づいた多肢選択問題作成ワークショップを開催し，知識の評価のための問題作成を行っている．また，共用試験における育成系課題である「フッ化物塗布」「保護者へのブラッシング指導」「予防塡塞」について学生に公表されている到達目標を，各歯科大学ならびに大学歯学部小児歯科などで，どのように教育しているかの情報交換を兼ねたワークショップを開催した．

(7) 日本歯周病学会（教育委員会）

①卒前教育における歯周病学教育の指針作成のために，現状の歯周病学教育の実態調査を行っている，②卒前歯周病学教育のうち，技術教育に用いる教材の開発を行っている，③歯周病学教育の向上や新たな教育法の開発などに対して，学会として評価して褒賞することを検討している．

(8) 日本歯科医療管理学会（教育課程検討委員会）

①歯科医療管理学・社会歯科学の講義内容のコア・カリキュラム上の位置づけと内容・項目の検討，②各大学における教育改革前後の内容・担当者・科目名の比較．2005～2006年における調査結果とかつて行われた可児，宮武，松田の結果を比較する，③新しい教授方法・評価法の導入とその応用法の検討．

(9) 日本障害者歯科学会（教育検討委員会）

障害者歯科学の卒前教育として，障害者歯科学講座の有無に関係なく，どこの大学でも教育可能なガイドライン項目を，患者人口，障害者の社会環境，障害者歯科医療の実態と安全性，歯学教育モデル・コア・カリキュラム，平成18年度国家試験出題基準などから客観的に検討し，障害者歯科学として教授すべき骨子を作成している．さらに作成した「障害者歯科学ガイドライン」を各大学の障害者歯科学教育担当者の意見を参考にし，完成させていく予定である．

(10) 日本老年歯科医学会（学術・教育委員会）

老年歯科医学に関する教育基準を策定した．これに基づき教科書を作成する予定である．

(11) 日本口腔インプラント学会（教育委員会）

各大学における卒前教育，卒直後教育，生涯教育について，アンケート調査を行い，わが国におけるインプラント教育の現状把握を行っている．また，卒後教育に関しては本学会独自のカリキュラムを作成している．

(12) 日本歯科医学教育学会（教育国際化推進委員会，卒前教育委員会，卒後教育委員会，国家試験・共用試験委員会，教育能力開発委員会）

①卒前教育委員会：各大学におけるカリキュラムの実情および問題点に関する調査．

②卒後教育委員会：臨床研修の指導歯科医養成のためのワークショップ開催，歯科医師臨床研修施設となるためのセミナー開催，臨床研修制度プログラム責任者・副プログラム責任者のためのワークショップ開催．

③国家試験・共用試験委員会：モデル・コア・カリキュラムと平成18年度歯科医師国家試験出題基準との比較，歯科医師医療倫理教育カリキュラムプランニング・ワークショップの開催．

④教育能力開発委員会：「新しい歯学教育技法の展開」に関するワークショップおよびシンポジウムの開催（テーマ「PBLチュートリアル」「新たな媒体による基礎模型実習」「真の診療参加型臨床実習とは」）．

以上，12専門分科会が卒前教育に対するガイドラインの作成，教育基準の作成，共用試験と国家試験問題への対応など委員会として活動している．さらに提言，具申を各学会の理事会を通じて文部科学省，厚生労働省，共用試験実施機構，学術会議，日本歯科医学会，日本歯科医師会など関連機関に行っている．

社員あるいは会員に対する卒後教育，研修に重点を置いているのは，**日本口腔外科学会（教育研修委員会）**，**日本矯正歯科学会（卒後教育・生涯研修委員会）**，**日本歯科麻酔学会（教育研修委員会）**，**日本顎関節学会（学術委員会）**の4分科会であり，これらの学会は専門医制と深くかかわっていることがうかがえる．また，**日本口腔衛生学会**は，学会として卒前教育などの問題を検討する教育関連の委員会はないが，全国歯科大学口腔衛生学教授協議会が，教育に関する諸問題を討議している．**日本歯科医史学会**と**日本歯科薬物療法学会**は現在のところ，教育関係委員会の設置はなく，活動も行われていない．

文献

1) 臨床実習開始前の「共用試験」．2版．東京：共用試験実施機構（CATO）：2004．

2

関連学会の活動

2）認定医制度

大川　周治

(1) はじめに

患者ニーズの多様化，高齢化の進行に伴い，歯科医療レベルも専門化とともに高度化が要求されている．専門知識と臨床技能・経験を基盤とした，高度な歯科医療が行える歯科医師の育成，ならびに国民の口腔保健の増進と地域社会の福祉に貢献することを目的として，日本歯科医学会の各関連学会では，すでに認定医制度を発足，実施している．とくに，最近は認定医制度から専門医制度，さらには専門医資格認定団体（学会）として厚生労働省の認可を得るべく申請する学会が増加しつつある．

このような認定医制度さらには専門医制度の充実を図ることは，国民の健康福祉増進に大きく寄与すると期待される．

本稿では，日本歯科医学会における各関連学会の認定医制度（専門医制度を含む）の実施状況を報告する．

(2) 認定医制度を実施している日本歯科医学会の関連学会（専門分科会）

日本歯科医学会専門分科会（19学会）のなかで，現在，認定医制度を有する学会は**表V-6**に示す13学会であり，認定医制度を有していない学会は，日本歯科理工学会，日本歯科医史学会，日本歯科医療管理学会，日本歯科薬物療法学会，日本老年歯科医学会，日本歯科医学教育学会の6学会である．なお，日本歯科理工学会では，資格の授与を歯科医師に限定しない「称号認定制度」を運用しており，日本老年歯科医学会では，認定医制度施行へ向けて準備中である．

(3) 歯科医師認定医制度の実施状況（2003～2006年）

13学会の歯科医師認定医制度に関して，実態調査を行った結果を**表V-6～8**に示す．

厚生労働省から正式に専門医資格認定団体として認定されている学会は，日本口腔外科学会，日本歯周病学会，日本小児歯科学会，日本歯科麻酔学会の4学会である．日本歯科保存学会，日本補綴歯科学会の2学会は，認定医制度から専門医制度へ移行中，日本歯科麻酔学会は認定医制度と専門医制度の両方を施行するとともに，これら4学会はさらに厚生労働省から正式に専門医資格認定団体として認可を得るべく申請中もしくは申請を予定している．日本口腔インプラント学会は現在，専門医制度実施へ向けて準備中であり，今後，各関連学会における認定医制度，専門医制度のさらなる充実が期待される．

表V-6　認定医制度と専門医制度に関する調査表

認定医制度と専門医制度の施行状況	学会名
専門医制度のみ施行	日本口腔外科学会 日本歯周病学会 歯科基礎医学会 （日本病理学会）
認定医制度から専門医制度へと移行中	日本歯科保存学会 日本補綴歯科学会 日本小児歯科学会
認定医制度と専門医制度の両方を施行	日本歯科麻酔学会 （専門医として必要な会員歴は5年以上）
認定医制度のみ施行	日本矯正歯科学会 日本口腔衛生学会 日本歯科放射線学会 日本障害者歯科学会 日本口腔インプラント学会（専門医制度準備中） 日本顎関節学会

表V-7　厚生労働省から正式に専門医資格認定団体として認定されている学会の調査表

学会名	専門医の名称	認定年月
日本口腔外科学会	口腔外科専門医	2003年11月
日本歯周病学会	歯周病専門医	2004年11月
日本小児歯科学会	小児歯科専門医	2005年10月
日本歯科麻酔学会	歯科麻酔専門医	2006年 3月

おおかわ　しゅうじ
明海大学歯学部機能保存回復学講座歯科補綴学分野
キーワード：認定医制度，関連学会，指導医，専門医

表V-8　歯科医師認定医制度に関する調査表

学会名	会員数	認定医数	指導医数	認定医制度発足年	認定医資格					指導医資格						厚生労働省に申請の予定
					会員歴	試験制度	更新制度	更新時の試験・評価制度	認定医の公表	指導医制の有無	会員歴	認定医歴	試験制度	更新制度	更新時の試験・評価制度	
歯科基礎医学会（日本病理学会）	3,950	91（口腔病理専門医）	—	S63（専門医）	3年以上	有	有（5年毎）	有	有	無	—	—	—	—	—	有
日本歯科保存学会	4,672	832	166	H3	5年以上	有	有（5年毎）	有	無	有	15年以上もしくは10年以上[注1]	10年以上もしくは5年以上[注2]	有	有（5年毎）	有	有
日本補綴歯科学会	6,391	1,216	634	H4	5年以上	有	有（5年毎）	有	有（ホームページ）	有	15年以上	1年以上	有	有（5年毎）	有	申請中
日本口腔外科学会	8,330	1,472	692	S48	6年以上	有	有（5年毎）	有	無	有	12年以上	3年以上	有	無	有	認可済
日本矯正歯科学会	5,801	2,077	451	S64	5年以上	有	有（5年毎）	有	有（ホームページ）	有	12年以上	3年以上	有	有（5年毎）	有	有
日本口腔衛生学会	2,438	334	21	H13	5年以上	有	有（5年毎）	有	有（学会誌）	有	10年以上	5年以上	有	有	有	有
日本歯科放射線学会	1,318	239	68	H6	3年以上	有	有（5年毎）	有	有（学会誌・ホームページ）	有	10年以上	特になし	有	有（5年毎）	有	有
日本小児歯科学会	4,158	1,664	76	S63	5年以上	有	有（5年毎）	有	無	有	15年以上	特になし（認定医であること）	有	有（5年毎）	有	認可済
日本歯周病学会	4,806	597	147	H元	5年以上	有	有（5年毎）	有	無	有	12年以上	5年以上	有	有（5年毎）	有	認可済
日本歯科麻酔学会	2,099	883	120[注4]	S50	2年以上	有	有（5年毎）	有	有	有[注4]	5年以上	特になし（認定医であること）	有	有（5年毎）	有	認可済
日本障害者歯科学会	2,615	42	15	H15	3年以上	有	有（5年毎）	有	有（学会誌・ホームページ）	有	10年以上	5年以上	有	有（5年毎）	有	—
日本口腔インプラント学会	6,499	534	137	H4	5年以上	有	有（5年毎）	有	有	有	10年以上	特になし（認定医であること）	有	有（5年毎）	有	有
日本顎関節学会[注3]	2,835	456	307	H10	5年以上	有	有（5年毎）	有	有	有	10年以上	特になし（認定医であること）	有	有（5年毎）	有	検討中

注1，2）①専門医の資格を得た後，10年以上の会員歴（会員歴は15年以上，専門医歴は10年以上となる）を有し，その間に日本歯科保存学雑誌に3編以上の研究論文を発表
②専門医の資格を得た後，5年以上の会員歴（会員歴は10年以上，専門医歴は5年以上となる）を有し，その間に3編以上の研究論文を発表（研究論文のうち，2編以上が日本歯科保存学雑誌に掲載され，そのうちの1編以上が筆頭著者）

注3）認定医，指導医の同時申請は不可

注4）専門医

2

関連学会の活動

3）生涯教育

矢谷　博文

学会により委員会の名称は若干異なってはいるが，日本歯科医学会専門分科会に加入している19学会のうち15の学会が教育関連の活動に特化した委員会を設置している．日本口腔衛生学会と日本顎関節学会では学術委員会や認定委員会が教育関連の活動を兼務しており，日本歯科医史学会と日本歯科薬物療法学会は，その学会の性格からして必要を認めないためか教育関連の委員会を設置していない．

教育関連の委員会は15学会のほとんどが1委員会のみを設置している．その活動は主に卒前，卒直後の教育に向けられており，生涯教育に関しては十分な活動が行われていないのが現状のようである．そのような現状には，卒前，卒直後の教育に関連した委員会とは別に生涯教育に特化した委員会を設置している学会が，日本補綴歯科学会（生涯学習検討委員会），日本口腔外科学会（連携医療推進委員会），日本矯正歯科学会（生涯研修・卒後教育委員会），日本歯科放射線学会（教育研修委員会），および日本歯科医学教育学会（卒後教育委員会）の5つしかないことも影響しているように思われる．各学会が一般臨床医の生涯教育に熱意をもって積極的に取り組むためには，生涯教育に特化した委員会を設置することがまず必要であると思われる．

生涯教育に関する各学会の具体的な取り組みは以下のとおりである．まず，すべての学会が学術大会を定期的に開催しており，ほとんどの学会がその学術大会を日本歯科医師会生涯研修認定学術事業として生涯学習の場を提供している．また，認定医あるいは専門医のための研修会を年2，3回程度開催し，その研修会をもって生涯教育の一環であるとしている学会も多い．しかしながら，学術大会には非会員であっても参加登録を行えば参加できるものの，認定医（専門医）のための研修会への参加は認定医（専門医）に限られている学会もあり，一般臨床医の生涯学習の場としての本研修会の役割は必ずしも大きいとはいえない．

学術大会や認定医（専門医）のための研修会とは別に行われている一般臨床医の生涯教育に対する取り組みは決して多くない．

まず日本補綴歯科学会は，本学会の会員および地域で歯科医療に従事している歯科医師などを対象に，歯科補綴学の知識や技術の向上を図るための学術的研修の場を提供することを目的として生涯学習公開セミナーを年8～10回を目標として開催している．本セミナーは本学会による社会貢献事業の一環として実施されるもので，会員，非会員の区別なく無料で公開されている．本学会の9つの支部学術大会に併せて開催される場合と，地域歯科医師会と共催される場合がある．

日本口腔外科学会では，"歯科救命救急"と"歯科治療に伴う医療過誤の予防と対応"を主なテーマとして，地域歯科医師会の協力を得て本学会の6つの地方会の開催に併せて歯科臨床医リフレッシュセミナーを開催し，地域の一般臨床医の生涯学習の一助としている．

日本歯科放射線学会は，主として一般臨床医を対象としてMRIや超音波などの画像検査・診断の実技研修会を年2回開催している．

日本歯周病学会は，地域歯科医療に携わる一般臨床医を対象として，年2回歯科大学のない県や地域を中心に地域歯科医師会と協力して，臨床研修会を開催し，生涯学習の場としている．

日本歯科麻酔学会は，年1回4つのテーマを基に講義形式のリフレッシャーコース（1講義が80～90分間）を開催している．また，現在一般臨床医を対象とした救

やたに　ひろふみ
大阪大学大学院歯学研究科 統合機能口腔科学専攻 顎口腔機能再建学講座 顎口腔咬合学分野
キーワード：生涯学習，一般臨床医，地域歯科医療

急救命講習を学会として開催すべく準備を進めている．

最後に，日本顎関節学会は，平成13年から学術大会とは別に会員ならびに非会員の医療関係者を対象とした学術講演会を年4回実施してきている（平成17年からは学会総会の教育プログラムを含め年3回）．本学術講演会は1回の講演に4名の卓越した講師陣が講演を行うもので，一般臨床医も自由に聴講できるように非会員にも開放されている．

以上のように，日本歯科医学会専門分科会に加入している19学会全体としてみた場合，学会としての生涯教育への取り組みはまだまだ十分とはいえず，生涯教育に特化した委員会の設置を通してより積極的に活動し，一般臨床医に向けた生涯学習の場を提供していくことが必要であると思われる．その取り組みは，一般歯科医療の底上げ，質の向上をもたらし，ひいては国民の健康増進につながっていくものと思われる．

3

歯科医療研修振興財団の活動

中原　泉，石井　拓男

1）はじめに

歯科医療研修振興財団は1987年（昭和62年）に，「歯科医師免許取得直後の者を対象として，公私立大学の歯学部付属病院等において実施される歯科臨床研修に対する助成，並びに臨床歯科医学及び歯科医療に関する啓蒙，普及ならびに歯科臨床研修制度のあり方等に関する調査研究を行うことにより，歯科医師の資質の向上を図り，国民の健康な生活の確保に寄与すること」を目的に設立された．財団の事業は当初，歯学部附属病院などで実施される臨床研修に対する助成が主たるものであった．

2）指導歯科医講習会

1996年（平成8年）6月21日に歯科医師法改正が公布され，歯科医師臨床研修が努力義務として法制化された．この制度改正により，歯科医師臨床研修施設の指定要件の1つとして指導歯科医の資格が明記され，そのなかで財団の行う指導医講習会の受講が望ましい要件とされた（**表V-9**）．

歯科医師法改正の前年1995年（平成7年）度に，一般歯科医養成研修指導医講習会が厚生省と歯科医療研修振興財団の共催で計画された．1996年（平成8年）1月26・27日に第1回の一般歯科医養成研修指導医講習会がアルカディア市谷（東京）を会場に開催された．第1回の参加者は108人であった．歯科診療所からの参加はなく，私立歯科大学は68名と最も多く参加した．このときの講習会の内容は，臨床研修にかかわる特別講演の他，歯科保存学，歯科補綴学，口腔外科学の3領域について大学教授が講演をするという形式であった．従来の講演を中心としたものであり，保存，補綴，外科という切り口で整えられていた（**表V-10**）．歯科医師法の改正を受け，この講習会が前記の指導医資格要件の1つとなり，1996年（平成8年）度から日本歯科医師会館を会場として講習期間は3日間となり，第3日は保存，補綴，口腔外科，一般医科との連携，という4部門に分かれ症例提示と質疑を行うという形式となった．平成8年度の特別講演は東京医科歯科大学の中村千賀子助教授による「研修歯科医のメディカル・インタビューの評価について」であり，1997年（平成9年）度には公立学校共済関東中央病院の塚本泰司副病院長による「インフォームドコンセントについて」であった．今日につながる，研修医にとって重要な課題の先取りがみられた．

1997年（平成9年）度から講習会の名称が「歯科医師臨床研修指導医講習会」となり，この年から歯科診療所の歯科医の参加がみられた．

1998年（平成10年）度の歯科医師臨床研修指導医講習会は日本歯科大学歯学部を会場にして開催されたが，研修施設別の研修実践例を中心とする内容へと大きく様変わりした．すなわち，単独方式と複合方式について歯学部附属病院，医学部附属病院，一般病院の事例を紹介し，さらに4会場に分かれ，グループ討議を行うという形式

表V-9　指導歯科医の資格

基準において，十分な指導力を有する指導歯科医を置くことを規定しているが，指導歯科医の資格は原則として次の(1)及び(2)の条件に該当し，かつ(3)，(4)，(5)のいずれかの条件を満たしていることが望ましいものであること．

(1) 一般歯科診療について的確に指導し，適正に評価が行えること．
(2) 臨床経験年数が原則10年程度あること．
(3) 歯科医育機関での臨床教員歴を3年以上有すること．
(4) 指導歯科医講習会（財団法人歯科医療研修振興財団主催）を受講していること．
(5) 日本歯科医学会分科会の認定医であること．

歯科医師臨床研修施設の指定基準等について
（平成8.10.30 健政発943　厚生省健康政策局長通知より）

なかはら　せん
財団法人歯科医療研修振興財団／日本歯科大学
いしい　たくお
東京歯科大学社会歯科学研究室
キーワード：歯科医療研修振興財団，指導歯科医講習会，歯科医師臨床研修指導医ワークショップ

表V-10　第1回一般歯科医養成研修指導医講習会（平成8年1月26・27日）

第1日目　1月26日（金）13:00～19:00

1. 挨拶
   13:00～13:10 歯科医療研修振興財団理事長　小出忠孝
   13:00～13:30 厚生省健康政策局歯科衛生課長　石井拓男
2. これからの卒後研修のカリキュラム
   13:30～15:00 日本大学歯学部教授　斎藤　毅
   日本歯科医学会副会長
   座長　明海大学歯学部教授　橋本弘一
   歯科医療研修振興財団専務理事
3. 特別講演
   15:15～16:30 演題「期待される歯科医師の育成」
   東京歯科大学教授　関根　弘
   日本歯科医学会会長
   座長　日本大学歯学部教授　工藤逸郎
   歯学部長
4. 懇親会
   17:00～19:00

第2日目　1月27日（土）9:00～16:30

1. 歯科保存学
   9:00～10:30　日本大学松戸歯学部教授・病院長　山崎宗与
   1)「保存歯内療法におけるX線診査法について」
   2)「歯肉―歯周疾患について」
   座長　日本歯科大学教授・病院長　鴨井久一
2. 歯科補綴学
   10:45～12:15 日本大学歯学部教授・病院長　大木一三
   「スポーツ外傷の認識と対応」
   座長　昭和大学歯学部教授・病院長　山縣健祐
3. 口腔外科学
   13:00～14:45 東京歯科大学教授・千葉病院長　野間弘康
   「口腔粘膜疾患のみかた」
   座長　神奈川歯科大学教授・病院長　新藤潤一
4. 一般医科との関連
   15:00～16:30 日本歯科大学新潟歯学部教授　東理十三雄
   病院長
   「警鐘・デンタルミラーへの固執―歯科診療時の全身管理―」
   座長　鶴見大学歯学部教授・病院長　雨宮義弘



（注）1　日程は，若干変更することがあります．
2　ローマ数字はレクチャー番号（L）またはセッション番号（S）を示します．

第13回（東京会場）　日本歯科大学歯学部

図V-3　2003年度歯科医師臨床研修指導医講習会　日程表

となった．最後に厚生省当局も参加する総合討論が行われた．この形式の講習会は翌1999年（平成11年）度から2002年（平成14年）度まで，年2回日本歯科大学歯学部と大阪歯科大学附属病院を会場として開催された．

歯科医師臨床研修指導医講習会は，2003年（平成15年）度からカリキュラムプランニングを中心としたワークショップ形式に大きく変貌した（図V-3）．これは，2000年（平成12年）に歯科医師法が改正され，歯科医師臨床研修が必修化となり2006年（平成18年）4月から施行されることから，2001年（平成13年）9月に「歯科医師臨床研修必修化に向けた体制整備に関する検討会」が設置され，それまでの歯科医師臨床研修制度の問題点を踏まえ，歯科医師臨床研修制度の再構築を目指して検討を開始したことが影響している．この検討会のなかで，「指



（注）1　日程は，若干変更することがあります．
　　2　ローマ数字はレクチャー番号（L）またはセッション番号（S）を示します．

図V-4　2004年度歯科医師臨床研修指導歯科医講習会　日程表

導歯科医の要件でカリキュラムプランニング技法の修得を目的とした指導歯科医講習会（財団法人歯科医療研修振興財団主催）等の指導歯科医のための講習会の受講を必修条件とすべし」との見解が出された．カリキュラムプランニングの考え方と技法を身につけることが，指導歯科医に重要であり必要であるとされたのである．

2003年（平成15年）度の歯科医師臨床研修指導医講習会は，前年度に計画が立案されており，東京と大阪でおのおの100名を対象とすることとなっていた．通常カリキュラムプランニングのワークショップは8名編成で5班が適当とされ，対象人数は40名ほどとなるわけであるが，その倍以上を対象としたものとなった．このため，各会場10班を2群に分け，同時に2つのワークショップが進行するという形式となった．必然的にタスクフォース12名を要する巨大なワークショップとなったのである．

2004年（平成16年）度と2005年（平成17年）度はワークショップの実を上げ，さらに必修化開始が迫ってきたことから研修機関と指導歯科医を増やす必要性があり，大学勤務以外の歯科医師を主な対象とした講習会を年3回，会場を千葉県のOVTAに定めて1泊2日の日程で実施された（**図V-4**）．

指導歯科医講習会はこれまで述べたように，この10年間に大きな変化を遂げた．当初は私立歯科大学・歯学部の教員を中心とした講義形式であったものが，歯科診療所の歯科医を中心としたワークショップによる講習会となった．今後も歯科医師臨床研修の制度と内容の変化に応じて，この講習会も変化していくものと思われる．

3）歯科医師臨床研修指導医ワークショップ（富士研）

このワークショップは歯科医師法改正により，1996年（平成8年）に歯科医師臨床研修が法律に明記されたことから始まったものである．第1回は1998年（平成10年）12月9～12日の4日間，会場は富士教育研究所であった．世にいう富士研のスタートであった．

富士研は実は医学教育においてすでにメッカとなっていた．1974年（昭和49年）に医学教育者のためのワークショップが開催された．歯科医師臨床研修指導医ワークショップの24年も前のことであった．これは，WHOが全世界の医学教育者に呼びかけて1973年（昭和48年）にオーストラリアのシドニーでワークショップを開催したことに端を発している．このワークショップに日本の医学界の重鎮が参加したことから，わが国にこの方式が持ち込まれることとなった（**表V-11**）．

1974年（昭和49年）12月に開催された第1回医学教育ワークショップは，厚生省が主催し，文部省昭和49年度科学研究補助金・総合研究「卒前医学教育の再編成に関する総合的研究」（主任研究者　牛場大蔵）の一環として，WHOの後援で行うという，大仕掛けのものであった．開催期間も12月14日（土）～21日（土）の8日間という長丁場であった．

医科のワークショップはこのように厚生・文部の両省が当初より関係し，また対象とする医学教育も，卒前教育と卒後研修の両方を含み，医科大学・医学部と臨床研修病院の医師がおのおの10名ずつ参加した．

歯科の富士研は医科とは異なり，臨床研修の一環として開始された．このことが，カリキュラムワークショップは卒後のもので，卒前の歯科医学教育には関係ない，との誤解を生むこととなった．また，歯科大学・歯学部の基礎講座の教員がカリキュラムワークショップに参加しにくい状況を招いてしまった．

歯科の第1回富士研は1998年（平成10年）12月に開

表V-11　WHO，RTTC（Regional Teacher Training Centre）Intercountry Workshop のテーマと日本の参加者名

開催年	テーマ	参加者名（敬称略）
1973	Dean and Senior Administration	牛場大蔵，日野原重明，館　正和
1973	Medical Education	吉岡昭正，豊川裕之
1974	Curriculum Development	鈴木淳一，尾島昭次
1974	Evaluation	堀原　一，田中　勤
1975	Teaching Methods	岩淵　勉，山下文雄
1975	Teacher Training Centres for the Medical and Health Professions	牛場大蔵，森　　亘，北川定謙
1975	General Education	小野寺壮吉，小沢　満
1975	Evaluation	吉田　修，戸倉康之

表V-12　「医学教育」に紹介された歯科のワークショップ

「第1回歯科医師臨床研修指導医ワークショップ」開催される

医学教育の分野では，「医学教育のためのワークショップ」と「臨床研修指導医養成講習会（臨床研修ワークショップ）」の2本立で全国的規模のワークショップが開催されていることは周知のとおりであるが，歯科医学教育の分野でも第1回の歯科医師臨床研修指導医ワークショップが平成10年12月9日から12日まで，富士教育研修所において，歯科医療研修振興財団主催により佐川寛典理事長のご挨拶のもとに開催された．中原泉同財団専務理事（日本歯科大学新潟歯学部長）をディレクター，歯科大学・歯学部の名誉教授2名および教授6名をタスクフォースとし，石井拓男厚生省歯科保健課長をはじめ厚生省関係者や同財団事務局の方々がスタッフとなって，全国の歯科大学・歯学部から1名ずつ計29名の方々が参加して，臨床研修開発を主題とし，カリキュラム立案能力および指導技法習得を目的とした．日程的には医学教育のそれよりも短かったが，きわめて熱のこもった討論が展開され最終的には優れたプロダクトが発表された．医学教育学会からはワークショップの準備段階から田中運営委員を中心に協力し，ワークショップ期間中は田中，斎藤の両運営委員が特別顧問として参加した．内容的には医学教育分野と共通した部分も多く，今後は相互交流についても検討すべきではないかと思うとともに，歯科医学独特のワークショップが開発されていくものとの強い印象をもった．（田中　勤，斎藤宣彦）

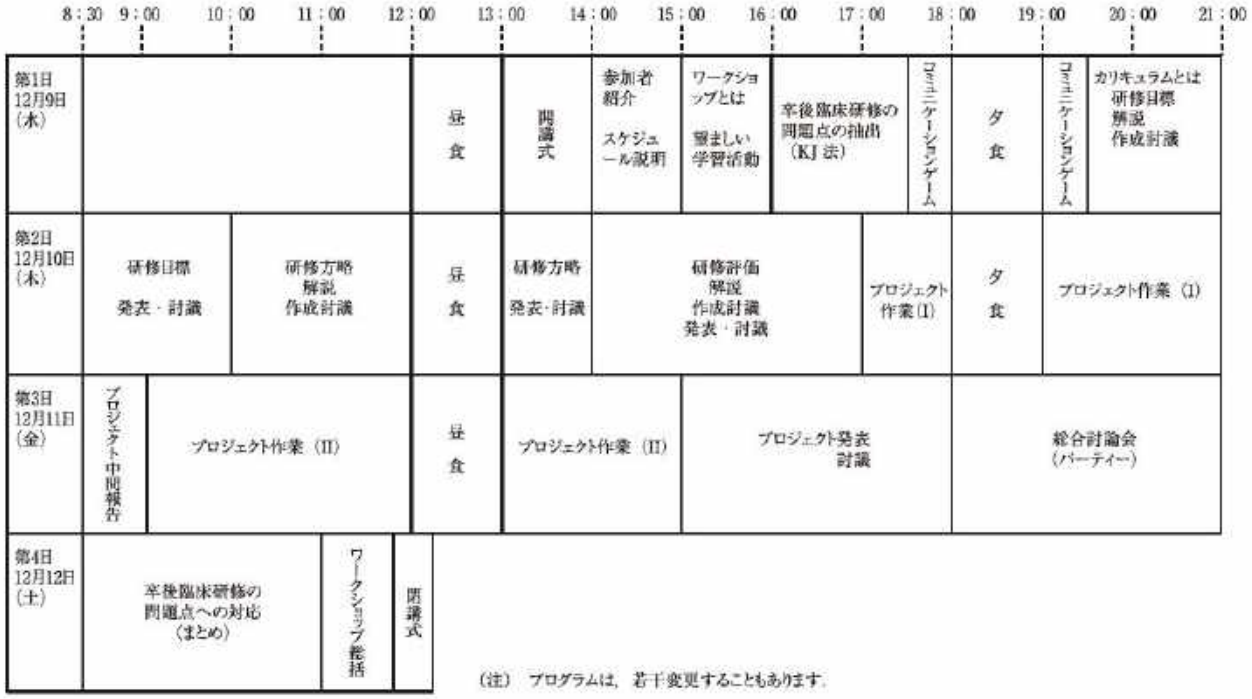
「医学教育」第30巻・第3号　1999年6月

催されたが，厚生省と歯科医療研修振興財団の共催で，日本医学教育学会が協力という実施体制であった．医科の第1回とは大きく異なっていた．これは，カリキュラムプランニングの技法が全くといってよいほど歯科界には届いておらず，医科の富士研を運営していた医学教育学会の全面的な援助を得なければ実施できなかったからである．この様子は「医学教育」の学会雑誌にも紹介された（**表V-12**）．参加者の感想で多かったのはグループワークについてのことだったようである．「多くの人と仲間意識をもつことができた」「多くの他大学の先生と意見交換できた」「学会などではできない雰囲気で討論できた」…そして討論の有用性について言及している参加者が多かった．

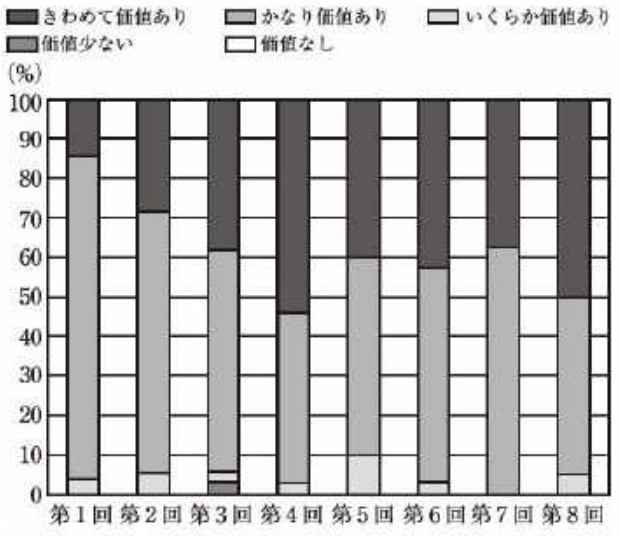
シドニーの第1回WHOワークショップに参加した牛場大蔵氏は「参加者自身が話し合いの中で問題をみいだし，それを同定し，解決してゆくという方向をしめしたものであって，テーマは実は参加者自身がみつけてゆくといったやり方であった．そして後日時がたつにつれて，各自の周辺にワークショップの影響が効果的に現れてゆくというのが，この企画の狙いであったと思われた．またその意味ではこの企ては成功であったといえよう」としている．また，「つねに底流となったものは，参加者相互のよきcommunicationとcooperationの大切さを身にしみて感じさせるということであった」とも言っている．牛場氏と共通する感想を歯科の富士研でも多くの参加者が共有できたと思われる．

1999年（平成11年）の第2回からは，文部省が後援となり，日本歯科医学教育学会が協力に加わるということになり，ようやく体制が整った．しかし，実施にかかわる補助は厚生省の事業であったこともあり，ワークショップの対象は臨床研修のまま，参加者も臨床の歯科医師に限って今日まで推移してきた．

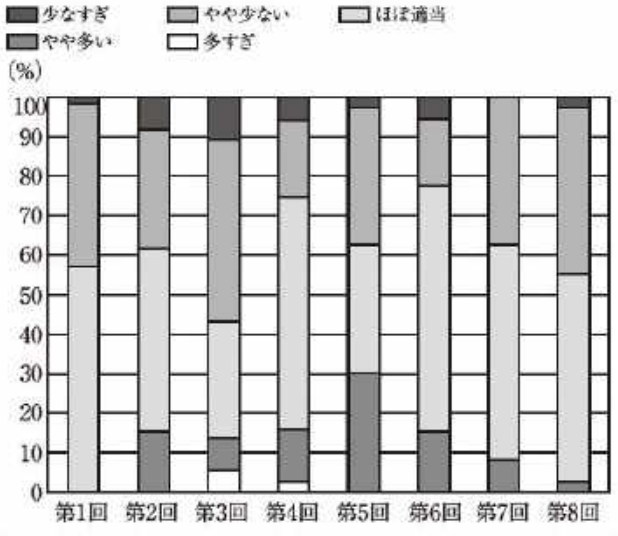
ワークショップの内容は第1回から第3回までは**図V-5**に示すものであったが，2001年（平成13年）第4回にはOSCEの解説と実践が入った．OSCEを富士研で取り上げてほしい，という意見はすでに第1回の富士研でも挙がっていた．医科の国家試験での導入が云々されており，平成13年3月にモデル・コア・カリキュラムが示され，共用試験での実施も具体性をおびた時期であった．OSCEについては2002年（平成14年）の第5回にも取り上げられたが，これ以降は共用試験OSCEの普及が進んだことから富士研のプログラムには盛り込まれな



図V-5　1998年第1回歯科医師臨床研修指導医ワークショップ（富士研）の日程表



図V-6　内容の評価



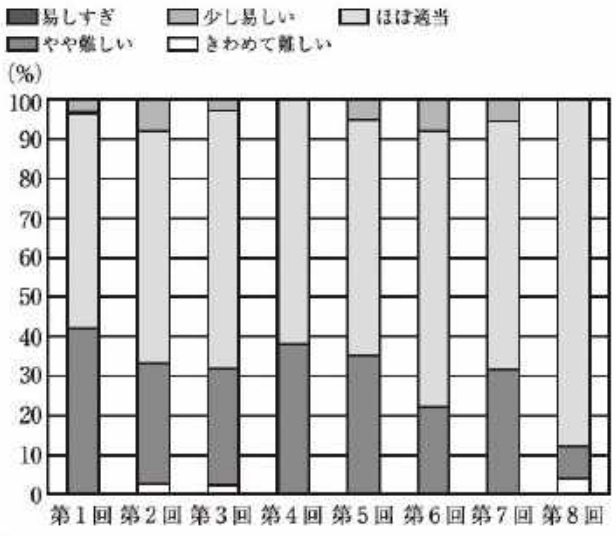
図V-7　時間量

かった．

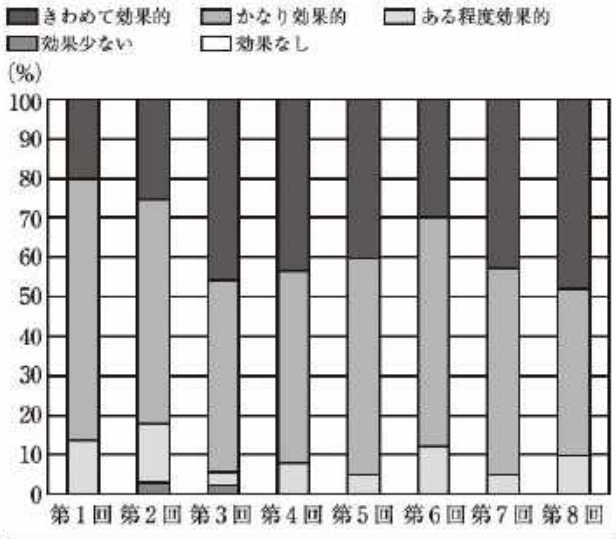
2003年（平成15年）の第6回にはPBL・テュートリアルによる能動学習についての特別講演が高橋優三先生（岐阜大学）からなされた．またこの第6回からコーチングが取り上げられ，2005年（平成17年）には奥田弘美先生（新宿溝口クリニック）によるセッションが設定された．またポートフォリオは2004年（平成16年）に吉田一郎先生（久留米大学），2005年（平成17年）に田中克之先生（聖マリアンナ医科大学）によるセッションを設けて，概論から各論の講演がなされた．

このように歯科医師臨床研修指導医ワークショップの富士研は，時宜にあったテーマを選択し，参加者を通して全国の研修施設に新しい教育技法や教育理念を普及することに努めてきた．また，毎回厚生労働省と文部科学省の担当課長，担当課員が参加し，行政における歯科医師臨床研修に係る方向を示し，臨床研修の指導者として必要な情報の周知がなされた．

この富士研に参加した人たちに評価をしてもらってい



図V-8　内容の難易

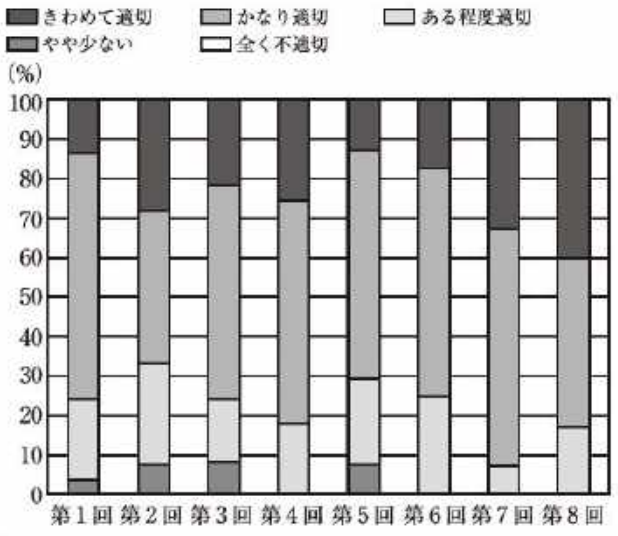


図V-9　教育方法としての効果

る．その評価項目と年次推移が図V-6～10である．

ワークショップの内容について，「きわめて価値あり」とした割合は第1回のみ13.7%であったが，その後は30%を切ることなく，第4回と第8回にはほぼ半数の参加者が「きわめて価値あり」という評価をした．第4回はOSCEを取り上げたときであり，第8回はポートフォリオの実例を示したときであった．

ワークショップの内容に対する時間量については，第5回に「やや多い」とした割合が30%となったほかは時間量が多いということはなかったようである．一方，「やや少ない・少なすぎ」という感想は第1回から第3回にかけ40～50%と多くの参加者が時間が足りないと感じたようであった．第5回以降はカリキュラムプランニング技法の普及が進んだこともあり，時間不足という声は小さくなっていったようである．



図V-10　興味に適切であったか

内容の難易については，「きわめて難しい」と「やや難しい」の占める割合が，第1回の約40%から回を重ねるに従い徐々に減少する傾向にあり，第8回では20%を下回る結果となった．これも富士研ワークショップが各方面に浸透し，歯科医学教育技法の修得が進んだためと推察される現象である．

ワークショップ形式の教育方法としての効果は，全回を通してほとんどの参加者が「ある程度効果的～きわめて効果的」と評した．講義中心の学習方法からSGD (Small Group Discussion) 中心のいわゆるPBL方式の学習がいかに効果的かを，多くの指導者が身をもって認識し修得したことは大きな成果の1つであった．

このワークショップの内容が興味に対し適切であったか，の問いに対し，「ある程度適切～きわめて適切」とした人がこの場合も大多数であった．全く不適切とした人は皆無であり，第4回と第6回以降は全員が「ある程度適切～きわめて適切」とした．臨床研修指導者として求められ，必要としていることに富士研が満足いく内容を提供してきたことを示す結果と思われる．

上記のように，歯科医療研修振興財団の行ってきた歯科医師臨床研修指導医ワークショップ（富士研）と指導歯科医講習会は，臨床研修指導者の教育理念と技法の修得に貢献したのみならず，歯科医学教育の改革にもいくばくかの役割を果たし，さらに一般診療所の歯科医師に対し，歯科医師臨床研修の何たるかを周知し指導者としての自覚を促すことにも貢献してきたのである．

4

医療・福祉専門教育の動向

1）歯科衛生士教育

竹本　俊伸

(1) はじめに

1948年に「歯科衛生士法」が制定され，歯科衛生士は歯科医師とともに患者の口腔内の処置が許される職種として法的に規定された．1950年には歯科衛生士養成について規定する「歯科衛生士学校養成所指定規則」（以下「指定規則」）が施行され，歯科衛生士教育が本格的に開始した．開始当時は1年制の教育課程で，その直後からすでに教育年限の延長への動きが始まったが，2年制教育へと指定規則が改正されたのは1983年である[1]．

チーム医療の進展に伴い，歯科衛生士は，当初の「パラ・デンタルスタッフ」としての位置づけから，その専門性を活かし，より主体的に歯科医師と協働する「コ・デンタルスタッフ」としての位置づけへと変化してきた．このような状況を受け，2005年に指定規則が再改正され，いよいよ3年制教育の本格化が始まったが，現在は2010年度からの義務化に向けての5年間の移行期間中であり，旧規則による2年制養成機関と新規則による3年制養成機関，さらには2年前から設置されるようになった4年制大学が入り交じっている．大きな過渡期のなかにある歯科衛生士教育の状況を踏まえて，本文では，歯科衛生士教育の現状と今後の課題について，教育年限の延長と新旧のカリキュラムの比較を交えて述べる．

(2) 歯科衛生士卒前教育

①歯科衛生士学校養成所の概要

わが国において歯科衛生士の卒前教育を行う養成機関は歯科衛生士法上，文部科学大臣指定の「学校」と厚生労働大臣指定の「養成所」に分かれ，両者を一括して「歯科衛生士学校養成所」という呼称が使われている．2005年度における全国の歯科衛生士学校養成所は143校（分校を1校と数える）で，内訳は，4年制大学3校，3年制30校，2年制109校，2年制/3年制併設1校である（就学年数ではなく，カリキュラム編成で分類）．すべての都道府県に少なくとも1校は設置されており，設置数が最も多いのは東京都（15校）で，全国では毎年約7,000名の卒業生を輩出している．

②教育年限延長に関する動き―3年制の義務化と4年制大学の設置―

歯科衛生士教育は，当初は1年制が基本とされ，1983年の指定規則改正から5年の猶予期間を経て2年制への移行が義務化された．しかしながらその後，歯科医療の高度化・複雑化，さらに社会の高齢化，他の医療職種との連携の必要性など，現代社会を反映したさまざまな要因から，歯科衛生士業務は量的・質的に大幅に増加した．そのような状況のなかで1999年に厚生省から「『歯科衛生士の資質の向上に関する検討会』意見書」（以下「意見書」）が出された．「意見書」では，歯科衛生士養成上望まれる対応として，①教育内容の見直し，②修業年限の延長，③教育に従事する教員の資質向上の3点が挙げられ，厚生科学研究報告書「今後の歯科衛生士に対する養成方策に関する総合的研究」（2001年）によって，歯科衛生士3年制教育のモデルプランが提示された[2]．その後，3年制教育の法制化（指定規則の改正）が2005年までずれ込むなか，2001年の宮城高等歯科衛生士学院を皮切りに，法制化を待たず3年制歯科衛生士養成機関が設置されるようになった．2010年の3年制教育の義務化までに2年制の学校養成所は3年制に移行することを迫られており，前述の2年制校109校のなかには2006年から3年制に移行する予定のものも17校含まれている（著者調べ）．

このような教育年限延長の動きと並行して，歯科衛生士職務分野の教育・研究の体系化や高度化を目的として，4年制大学の設置が検討されてきた．その結果，2004年

たけもと　としのぶ
広島大学歯学部口腔保健学科口腔保健衛生学講座
キーワード：歯科衛生士，卒前教育，卒後教育

表V-13　歯科衛生士学校養成所指定規則の新旧対比表

新指定規則（3年制）の科目構成			該当する旧指定規則（2年制）科目*		
分野名	教育内容	単位	科目名	時間数	換算単位数**
基礎分野	科学的思考の基盤 人間と生活	10	人文科学 自然科学 外国語	60 60 60	2 2 2
専門基礎分野	人体（歯・口腔を除く）の構造と機能	4	解剖学	90	4
	歯・口腔の構造と機能	5	生理学	30	2
	疾病の成り立ちおよび回復過程の促進	6	病理学 微生物学 薬理学	30 30 30	2 2 2
	歯・口腔の健康と予防に関わる人間と社会の仕組み	7	口腔衛生学 衛生学・公衆衛生学 衛生行政・社会福祉	90 30 30	4 1 2
専門分野	歯科衛生士概論	2	歯科衛生士概論	15	1
	臨床歯科医学	8	歯科臨床概論 歯科保存学 歯科補綴学 口腔外科学 小児歯科学 矯正歯科学	30 60 30 30 30 30	1 2 1 1 1 1
	歯科予防処置論	8	歯科予防処置	180	4
	歯科保健指導論	7	歯科保健指導 栄養指導	120 60	3 2
	歯科診療補助論	9	歯科診療補助	180	4
	臨地実習（臨床実習を含む）	20	臨床実習	660	17
選択必修分野	基礎分野，専門基礎分野または専門分野を中心として講義または実習を行う	7			
計		93		1,965	63

*「『歯科衛生士の資質の向上に関する検討会』作業委員会意見書」（1999年）より改変．
**「指定規則」では時間数による指定である．

に全国初の歯科衛生士養成を行う4年制大学が新潟大学と東京医科歯科大学に設置され，翌年には広島大学に設置，2006年にはさらに埼玉県立大学が加わる予定である．各校とも歯科衛生士試験の受験資格以外に社会福祉士や養護教諭1種免許などの資格取得を設け，教育の充実を図っている．

③教育内容

歯科衛生士教育の内容は，「歯科衛生士学校養成所指定規則」に定められ，その教育の方針は厚生省医務局長通知である「歯科衛生士養成所教授要項」に詳述してあった．2005年に指定規則改正がなされたが，この「教授要項」は新指定規則対応のものが出されていないことから，3年制のカリキュラムを作成するにあたっては，大綱化された指定規則を基本として，前述の厚生科学研究報告書「今後の歯科衛生士に対する養成方策に関する総合的研究」あるいは2年制の教授要綱などを参考に教育内容を設定することとなる．

表V-13に3年制教育に基づく新しい指定規則上のカリキュラム構成と，2年制の旧指定規則科目との比較を示す．2年制教育では，教育科目が時間制で指定され，総計1,965時間が必修の教育として挙げられていたが，2005年4月に施行された3年制養成校における指定規則でのカリキュラムは，「基礎分野」（教養教育にあたる），「専門基礎分野」（歯学基礎系科目），「専門分野」（歯学臨床系科目，歯科衛生士専門分野）およびこれらの分野中から学校の自由裁量で選択できる「選択必修分野」の計93単位から構成されている．この3年制の指定規則科目の特徴は以下のとおりである

a. 教育内容の大綱化と選択必修分野の新設

新規則ではカリキュラムが大綱化され，教育の自由度が増している．また，同時に選択必修分野が新設され，基礎分野，専門基礎分野または専門分野を中心とした講

義または実習を自由に行える．これらの変更によって各養成所はそれぞれ自校の特色を出しやすくなっている．

b. 時間制から単位制への変更

単位制の導入により，学生が他の教育機関で履修した単位の認定が容易になる．

c. 歯科衛生士専門分野の充実

歯科予防処置論，歯科保健指導論，歯科診療補助論という歯科衛生士専門科目は，旧指定規則では計480時間（単位換算で11単位）とされていた．新規則では計24単位と2倍以上になり，歯科衛生士業務の多様化を反映したものになっている．

d. 臨床実習の充実と臨地実習の明記

臨床実習は，旧指定規則の計660時間から新規則では計20単位・時間換算900時間と，約1.5倍になっている．

このように，3年制教育のカリキュラムは，教育内容の量的・質的充実と，教育の自由度の大幅な増加が盛り込まれたものになっている．

(3) 歯科衛生士試験

歯科衛生士免許のための国家試験である「歯科衛生士試験」の受験資格は，国内では厚生労働省あるいは文部科学省指定の養成機関を卒業することにより付与される．試験は歯科衛生士法に定める指定試験機関である歯科医療研修振興財団によって全国統一で実施され，出題範囲は基礎歯科学から臨床歯科学，歯科衛生士専門分野，臨床系問題まで幅広く設定されている．実技試験は課されておらず，合格率は例年95%以上（2005年で95.9%）と高率である．

(4) 卒後教育

歯科衛生士の卒前教育のカリキュラムでは，その多くが歯科衛生士専門分野の演習／実習系科目や臨床・臨地実習などの技術修得に充てられ（2年制：約60%，3年制：約70%，いずれも時間換算），卒業後はただちに臨床の場での実務にあたることになる．歯科医師は，臨床研修を含めて7年間の教育が義務付けられている一方で，歯科衛生士は2年間の教育で実務にあたるうえ，要求される知識・技術も年々増加していることから，卒業後の自主的な研修が必要になる．歯科衛生士法の附則でも歯科衛生士が「厚生労働大臣の指定する講習会を受けるように努める」よう，規定してある．

このような状況を受けて，日本歯科衛生士会では，生涯研修制度を設けて研修会を開催し，他にも国立保健医療科学院による「歯科衛生士研修」や，歯科医師会による「感染予防講習会」などが行われている．これらの研修会には厚生労働大臣指定のものが含まれているが，参加資格や募集人数などの制限で，すべての歯科衛生士が受講できないものも多い．業界からのニーズを反映して，歯科衛生士を対象とした商業的な研修会が数多く存在している．

その一方で，最近になって設置された4年制大学では，歯科衛生士学校養成所（修業年限が2年以上）卒業の歯科衛生士にターゲットを絞った編入学（3年次）を行っているところもあり，また，今後開設されるであろう大学院とあいまって，歯科衛生士有資格者のより高度な教育への道を開こうとしている．

(5) 教育者養成

「意見書」では，今後望まれる対応として，歯科衛生士教育に従事する教員の資質向上が挙げられた．歯科衛生士の専任教員の資格は，指定規則上は歯科衛生士業務経験が4年以上の者と規定されているが，教育者としての素養についての規定はない．そこで，全国歯科衛生士教育協議会は歯科衛生士教育者の教育能力の向上のために「歯科衛生士新任技術指導者講習会」「歯科衛生士養成所専任教員講習会Ⅰ～Ⅵ」「歯科保健指導講習会」「秋期学術研修会」を行い，また，日本歯科衛生士会でも部門別研修会に「教育養成部門」を設けるなど，より高度な能力を有する教育者の育成を行っている．また，近年新設になった歯科衛生士養成を行う4年制大学でも，その教育の目標に歯科衛生士教員としての教育能力を挙げているところもあり，今後の教育者の輩出が待望される．

(6) 今後の課題

①コアになるカリキュラムの制定

歯学教育においては，モデル・コア・カリキュラムが出されて5年が経過し，内容が徐々に教育に反映されるようになってきている．歯科衛生士教育における教育の細目は，前述の「歯科衛生士養成所教授要綱」に定められ，指定規則と併せて改正されてきた．しかしながら，今回の指定規則の改正で教育内容の大綱化が図られていることから，教授要綱のような一定の教育ガイドは作成されないようである．歯科医療は歯科医師，歯科衛生士，歯科技工士という3つの職種の協働を中心に他職種との連携での医療を推進する必要があることから，今後は歯科衛生士教育においても最小限必要な教育内容について定めた「コア・カリキュラム」を作成し（理想的には歯学教育，歯科衛生士教育，歯科技工士教育おのおのにおいてコアになる新しいカリキュラムを三位一体で構築し）教育に反映する必要がある．

②男子学生の受け入れ

看護師においては，2002年の法改正で男女格差が撤廃されたが，従来より女性の職業とされている歯科衛生士については，男性はあくまで歯科衛生士法の「附則」に「この法律の規定を準用する」と記されているのみである．学校基本調査（2005年度：文部科学省）では歯科衛生士養成機関の男子学生は14,229名中12名（0.08%）であり，就業看護師の4.2%が男子である（2004年度保健・

衛生行政業務報告：厚生労働省）ことを考えると，歯科衛生士の男女格差が改善方向にないのは明瞭である．その背景には，社会的な認識とともに医科と歯科の違い（業務内容，医療費，事業規模，就業形態など）がある．その一方で歯科衛生士の職務内容や職場が近年拡大・多様化し，また，歯科衛生士業務の重要性についての認識も徐々に高まっており，新しく設置された4年制大学では，男子入学生は，112名中11名（9.8%：著者調べ）に上る．今後はさらに多くの男子学生の受け入れを行い，男女格差の是正がなされる必要がある．

③歯科衛生士の職務範囲

「歯科衛生士法」上での職務内容は，当初は歯科予防処置のみであったが，1955年には歯科診療補助が，1989年には歯科保健指導が追加された．今回行われた3年制教育への指定規則の改正に関しても，さまざまな方面から職務範囲の変更（拡大）についての検討がされているが，現在のところ，法改正への動きにはいたっていない．

また，特に歯科診療補助の職務範囲は，「歯科医師の指示」によって決定されることから，その境界線が曖昧になっている．歯科医師が指示を出すにあたり，歯科衛生士がどのような教育を受け，どのような能力をもっているかということも大きな判断基準になっているため，教育現場では特段の配慮が必要になっている．

④歯科衛生士職務分野の研究

歯科衛生士教育を充実させるためには，歯科衛生士職域の専門性の向上と，学問的な体系化および研究の推進が必須である．歯科衛生士の職務分野の研究は，歯科医学における各学問領域に付随する形から脱却し，コ・デンタルスタッフとしての専門性という観点から研究を体系化する新しい学問分野を構築すべく，現在，さまざまなアプローチがなされている．

日本歯科衛生士会では，従来より職能部門別研究会を開催しているが，2006年からは「歯科衛生学会」を発足させることで，本格的な研究の推進に着手した．歯科医学教育学会においてもコ・デンタル教育に関するセッションが行われ，また，多くの歯科医学系の学会でも歯科衛生士セッションが組まれるなど，研究における下地が整ってきた．さらに歯科衛生士養成を行う4年制大学が次々に設置されることで，いよいよ研究の体系化が進められようとしており，今後は歯科衛生士専門職務分野やその教育の研究が体系的に行われ，ひいては歯科衛生士教育が充実することが期待される．

文献

1) 中野愛子．歯科衛生士総覧．東京：医学情報社；2001.
2) 可児徳子．平成11・12年厚生科学研究報告書「今後の歯科衛生士に対する養成方策に関する総合的研究」．2001.

4

医療・福祉専門教育の動向

2）歯科技工士教育

末瀬　一彦

(1) はじめに

歯科技工士の養成は，歯科技工法（平成6年に歯科技工士法へ改称）が制定された翌年の昭和31年に始まる．歯科技工士の養成が開始された当初は，養成所への入所資格者が中学校を卒業したもので，修業年限が3年以上であったが，昭和41年に入所資格が高等学校卒業者に，また養成施設の修業年限が3年以上から2年以上に改められた．現在，歯科技工士学校養成所指定規則によって規定されている学科目に基づき教育が実施され，平成9年から2年制の短期大学教育が始まり，平成12年からは昼間課程で3年制の修業年限が，平成17年には4年制大学教育が実施されている．歯科技工士養成施設における教育内容は，歯科技工士学校養成所指定規則第3条の規定に基づき，**表V-14**に示す学科目について，修業年限2年以上，総時間数2,200時間以上となっている．

歯科技工士は，歯科医師の適切な指示の下，より高度な専門的知識と技術を発揮し，特定の患者に合った精度の高い装置を製作することが業務目的である[1]．最近では専門領域での技術習得が十分になされた資質の高い歯科技工士を適正に養成していくための専門教育の強化と教養課程の充実，さらには最新材料・機器の革新に伴う新しい技工技術の習得が望まれている．

昭和31年に歯科技工士学校養成所指定規則が公布されて以降，数度の見直しが行われ，その後公表された「医療関係職種の教育課程などの改善に関する検討会」意見書によれば以下の提言がなされている．「医療関係職種として最低限必要な知識・技術の習得に主眼をおいた教育内容を見直し，養成所の独自性が発揮できるカリキュラム編成に積極的に取り組めるような弾力的な運用が進められるべき」と「単位制を導入することなどにより弾力的な運用が進められるべき」であるとされ，教育内容の大綱化と単位制の採用が検討されている．また，平成13年度にまとめられた厚生労働省の「歯科技工士の養成の在り方等に関する検討会」の意見書のなかでも，「歯科技工士養成施設においても歯科技工の現場で必要とされる応用的な知識，技能の習得を図り，即戦力のある歯科技工士の養成を行うことが望まれるとし，さらに良質な歯科医療サービスを提供していくための環境整備の一環としては，高度な技術力を擁する歯科技工需要に応ずべく，専門的知識，技能を備えた歯科技工士の養成が成されるよう教育内容の充実を図るべきである」と述べられている[2]．

(2) 歯科技工士教育の現状と教育内容の大綱化

歯科技工士養成所指定規則にある学科目について各学校養成所の現状の教育時間数を調査した結果，総時間数は2,345時間から2,829時間に分布し，その平均は2,513時間で，指定規則の2,200時間を313時間も上回っている．学科別にみても12科目いずれにおいても指定規則を上回った時間を要した教育がなされている（**表V-15**）．また，現状の時間数では必須させるべく教育に対して密度が高く，放課後遅くまで，あるいは休日を利用して実習時間の拡大を図っている．選択科目については各学校養成所の独自性に基づいた教育を行うか，あるいは歯科技工士資格試験に対応するための独自のカリキュラムを組み込んで対応している[3]．

他の医療関係職種の養成において，授業時間が特に多いといわれている歯科衛生士教育でさえ2,300時間であることから鑑みても，時間数の多さが容易に理解でき，「ゆとりある教育」からはほど遠い状況である．「ゆとりある教育」とはおおむね1年間で800時間といわれていることからすると，現状の時間数は3年間分に相当する．

歯科技工士の養成においても，養成施設の独自性の発

すえせ　かずひこ
大阪歯科大学歯科技工士専門学校
キーワード：歯科技工士養成・教育制度・教育カリキュラム

表V-14　歯科技工士の学科課程の変遷

1966～1974年		1975～1993年		1994年～	
学科目	時間数	学科目	時間数	学科目	時間数
外国語	30	外国語	30	外国語	30
美術概論	15	美術概論	15	造形美術概論	15
歯科技工概論	15	歯科技工概論	30	歯科技工学概論	50
関係法規	15	関係法規	15	関係法規	15
歯牙解剖	150	歯牙解剖	150	歯の解剖学	150
				顎口腔機能学	60
有床義歯	360	有床義歯技工学	550	有床義歯技工学	440
継続架工学	360	歯冠修復技工学	550	歯冠修復技工学	440
充塡学	30				
矯正学	30	矯正技工学	30	矯正歯科技工学	30
		小児歯科技工学	30	小児歯科技工学	30
歯科理工学	180	歯科理工学	150	歯科理工学	220
		歯科鋳造学	50		
歯科技工実習	1,275	歯科技工実習	600	歯科技工実習	520
				選択必須科目	200
合計	2,460	合計	2,200	合計	2,200

表V-15　歯科技工士学校養成所指定規則に定められた学科目　(1998年)

教授学科目	基準時間数	実施時間数
外国語	30	33.4
造形美術概論	15	16.7
関係法規	15	23.5
歯科技工学概論	50	54.3
歯科理工学	220	244.9
歯の解剖学	150	224.8
顎口腔機能学	60	78.4
有床義歯技工学	440	562.7
歯冠修復技工学	440	526.8
矯正歯科技工学	30	66.4
小児歯科技工学	30	52.8
歯科技工実習	520	627.9
選択必須科目	200	0
総時間	2,200	2,513

表V-16　歯科技工士養成施設における大綱化が検討された教育内容と対応する学科目　(2000年)

教育内容		単位数	現行の学科目
基礎分野	科学と技術の基盤	4	造形美術概論
	人間と社会生活の理解		外国語
専門基礎分野	歯科技工と歯科医療	3	関係法規・歯科技工学概論
	歯・口腔の構造と機能	6	歯の解剖学・顎口腔機能学
	歯科材料・歯科技工機器と加工技術	6	歯科理工学
専門分野	有床義歯技工学	13	有床義歯技工学
	歯冠修復技工学	12	歯冠修復技工学
	矯正歯科技工学	2	矯正歯科技工学
	小児歯科技工学	2	小児歯科技工学
	歯科技工実習	14	歯科技工実習
合計		62	

揮，弾力的な運用さらには養成施設間または大学への編入学に対する積極的な取り組みなどを鑑みて，現行の学科課程を統廃合し，単位制を導入し，大綱化する必要があると考えられる．そのためには現状の学科課程を基礎分野，専門基礎分野，専門分野に区分することが検討される．**表V-16**には，大綱化された教育内容とそれに対応する現行の学科目を示す．

(3) 大綱化された教育カリキュラムモデルの内容[4)]

①基礎分野

a. 科学と技術の基盤

医療人として歯科技工学を研鑽するための基礎学力を習得する分野で，現行の学科目では造形美術概論が相当するが，歯科技工を行うにあたっては最近の審美修復学などを中心に色彩形態学的感覚を素養することが重要であり，さらに，専門分野の理解を助けるためには物理学

や化学，生物学の基礎的知識の習得も必要である．

b. 人間と社会生活の理解

歯科技工士が医療技術者として業を成すためには，歯科医師や歯科衛生士をはじめ医療関係職種の専門家とのコミュニケーションが必要であり，患者中心主義の治療においては歯科技工士も色調選択や修復物の口腔内試適時には患者とのコミュニケーションが要求される．歯科技工士も医療人としての社会性や倫理性を養うためには倫理学や社会福祉学，経営管理学，情報科学などが必要である．さらに，わが国における歯科技工は世界に冠たる技術を示していることからも，歯科技工のグローバリゼーションを目指した外国語の履修は必須である．

②専門基礎分野

a. 歯科技工と歯科医療

歯科技工学の目的，歯科技工士の歯科医療における役割，医の倫理，歯科疾患・歯科治療の概要と歯科技工物との関連，歯科技工所の業務が担当できるように品質管理・作業環境衛生について教授する．また歯科技工士に必要な関係法規，関連分野の法規についても教授する必要がある．

b. 歯・口腔の構造と機能

歯・口腔の形態に関しては，歯牙の形態について十分に教授し，さらに歯の発生，加齢，歯周および口腔の形態について概説する．機能に関しては顎口腔機能，顎運動，咬合，咬合器，修復物への咬合の付与について解説する．とくに現行の顎口腔機能学は歯科医師養成教育のなかにもない科目で，顎運動や咬合に関する知識を学科目の垣根を越えてトータルで教授するユニークな教授科目である．

c. 歯科材料・歯科技工機器と加工技術

歯科技工に使用する材料の歯科理工学的特質･安全性･品質検査および歯科技工に必要な機器について教授する．また，技工物製作に必要な加工成形法の理論と技術を教授する．最近では生体情報のデジタル化や計測，加工技術の進歩，生体適合性に優れた材料の開発に伴って歯科医療の分野にもCAD/CAM生体工学が導入されてきた．開発当初はあたかも診療室ですべての設計，加工が可能で歯科技工士を脅かす存在であるかのように報じられたが，現在ではむしろ歯科技工士によって操作され，材料の有する特性をそのまま生かせる装置として，歯科技工の繁雑な製作過程を省力化させる装置として期待されている．したがって，技工作業の能率化，合理化，精密化を目指して新しい歯科技工の体系化が迫られる重要な学問分野として今後導入されるであろう．

③専門分野

専門分野の教育指針は，専門的な知識・技術を養うとともに科学的思考力・洞察力を身につけさせ，さらに一人ひとりの主体性を尊重してみずからが考えて行動し，実践できる能力・技術を養うことを目的とする歯科技工の核心的分野である．近年，顎口腔系に関する広範囲な研究の進展とともに顎口腔機能の不調に起因する全身疾患とのかかわり，高齢者社会に必然的な義歯の多様性，さらには機能回復にとどまらず審美的な色調や形態回復による心のケアなど，臨床において早期に求められる技術が期待されている．機能および形態回復のほとんどが人工材料によって製作される人工臓器に求められる歯科医療の特殊性からも，歯科技工士は臨床需要に応えられるための高度な技術の研鑽と，歯科医師の適正な指示や情報提供に対する理解力を養うことが，歯科技工士教育における専門分野に求められる．有床義歯技工学においては，製作作業工程の複雑さや高齢者時代における義歯の需要の高まりを考慮しても教育時間の増加は必要であり，歯冠修復技工学においても歯周組織との関係や咬合と全身状態との関係を把握した修復物の製作，さらには日進月歩で開発されている審美的歯冠修復への取り組みなど多様な教育内容がある．

歯科医療技術や材料の開発，発展の多様性に伴って専門科目における新分野の科目の導入も必要であり，欠損補綴処置に対する歯科医師や患者からのニーズの高まりに応えるべくインプラント技工学は必須である．従来の有床義歯技工学や歯冠修復技工学の知識および技術のうえにインプラント技工の特殊性が加わり，さらに高度な生体適合性，メカトロニクス的な技術が要求される．審美修復への需要の多様性に伴って，歯冠修復や有床義歯製作にあたっては患者の顔貌，性格，患歯の色調，配列などを観察することが重要で，色彩学および形態学を含めた審美歯科技工学が必要である．

また，口腔外科的手術や交通事故後の顎顔面領域の欠損に対する補綴装置の製作，スポーツにおけるマウスピースの重要性が論議されているなか，外傷予防装置としてのマウスピースの製作などを含めたスポーツ歯科技工も現行の学科目の臨床応用編として必要であろう．

一方，最近歯科技工士教育における臨床的知識，臨床技工技術，臨床実習の不足，あるいは医療人としての自覚や医療倫理の不足が指摘されている．現行歯科技工士教育で容認されているのは臨床的模型による実習で，学生がみずから製作した技工物の患者への装着を見学するという機会さえ与えられていない．臨床見学や臨地実習を含めた臨床実習の必要性は誰もが認めるところであり，他の医療関係職種の教育においては必須項目である．しかし歯科技工教育における臨床実習は，生産性を伴うことから業界各方面の環境整備が不可欠であることはいうまでもない．

以上のような各分野において今後必要と考えられる教

表V-17　3年制における教育カリキュラムの単位数と含まれる新設学科目

教育内容		単位数	対応すると考えられる学科目
基礎分野	科学と技術の基盤 人間と社会生活の理解	8	歯科技工美術概論・総合理学・自然科学（物理学，化学，生物学）・外国語・倫理学・社会福祉学・保健体育・経営管理学・情報科学
専門基礎分野	歯科技工と歯科医療	6	歯科技工学概論・関係法規・歯科技工管理学
	歯・口腔の構造と機能	9	歯および口腔解剖学・顎口腔機能学
	歯科材料・歯科技工機器と加工技術	9	歯科理工学・歯科技工機器学・CAD/CAM システム工学・感染症学・品質管理学
専門分野	有床義歯技工学	18	有床義歯技工学・高齢者歯科学
	歯冠修復技工学	17	歯冠修復技工学・インプラント技工学・審美修復技工学・歯周病学
	矯正歯科技工学	3	矯正歯科技工学
	小児歯科技工学	3	小児歯科技工学
	歯科技工実習	20	臨床的模型実習・臨床実習（臨地実習・臨床見学） 顎顔面補綴学・スポーツ歯科技工学
合計		93	

表V-18　広島大学歯学部口腔保健学科口腔保健工学専攻における教育カリキュラムの概要

分野	科目構成の特色	単位数(時間数)
基礎分野	教養的科目の充実	30（540）
専門基礎分野	口腔保健工学の充実（安全管理），社会福祉学，チーム歯科医療，医療倫理学の拡充	11（225）
	歯科基礎科目の充実	11（255）
	生体材料学の拡充，工学部との連携授業，CAD システム工学，医療情報処理学，メディカルデザイン工学	14（300）
専門分野	有床義歯保健工学，障害者・老人歯科学，外科系歯科学，スポーツ歯科・顎関節症保健学	19（535）
	歯冠修復保健工学，ME 機器学，保存系歯科学，審美歯科学，歯科医療管理学示説	18（520）
	矯正歯科学	3（75）
	小児歯科学	3（75）
	メディカルデザイン工学実習，オーラルプロセス工学講義・実習，臨床的実習，卒業研究	19（735）
合計		128（3,260）

育内容を鑑みた場合，現行の2年制教育では限界があり，良質な歯科医療サービスを国民に提供していく一環として，歯科技工士の資質向上を図っていくためには，修業年限を3年以上に延長する必要もある．そこで，3年制を考慮した教育カリキュラムモデルについて，単位数および大綱化された教育カリキュラムのなかで新設学科目を提案した（表V-17）．

(4) 4年制大学における教育カリキュラム[5]

平成17年度から開校された広島大学歯学部口腔保健学科口腔保健工学専攻における教育理念は，以下のように定められている．すなわち生体工学，生体材料学，情報処理学に関する科学的根拠に基づいた最新の教育を実践して，その知識と技術を歯科領域の高度先進医療に活用するとともに医科領域にも活用できる顎口腔医療技術者，顎顔面補綴専門技術者（メディカルアーティスト）ならびに教育者・研究者を養成することである．さらに他の医療専門職とのチーム医療に参加でき，学校歯科保健の場にも活用できる十分な基礎的，臨床的な医学・歯学知識および技術を習得した思考能力・問題解決能力ならびに指導力を兼ね備えた人材を養成することである．このような教育理念によって養成された人材は，大学卒業後，歯科技工士養成機関，大学・研究機関，歯科関係企業，歯科技工所，大学病院，総合病院，人工ボディ製作所など多様な分野での活躍を期待する．

表V-18には，口腔保健工学専攻の特色あるカリキュラムを示す．

広島大学歯学部口腔保健学科口腔保健工学専攻として歯科技工士養成機関において初めて4年制大学が開校さ

れ，歯科技工士教育は大きく変革しつつある．従来からの2年制教育では時間数，教授内容からも多くの問題点が浮き彫りにされ，他の医療関係技術者の教育機関がすべて3年制以上であることを鑑みても，歯科医療の根幹をなす歯科技工士の養成には3年制以上が必要である．さらに歯科技工士教育における知識と技術，材料をもってすれば，単に歯科領域にとどまらず顎顔面，人工臓器などの製作にも関与できる最も身近な教育機関である．したがって，歯科技工士教育をベースに，幅広く医療人としての人間性教育や医工学的知識を研鑽することによって医療技術者を育成することも可能であり，そのためには今後4年制大学が増えることも期待される．

(5) 教育内容見直しにあたっての今後の課題

教育内容の見直しを行うにあたっては現行の学科課程を見直し，教育内容の大綱化を図ることをベースに，今後，修業年限の延長を視野に入れ，さらに下記の内容を段階的に検討していく必要がある．

今後必要と考えられる課題を列記すると

①臨床実習を含めた歯科技工実習の位置付け
②医療人としての教養を高めるための人間教育の充実
③高度で体系的な教育が可能な指導者の育成
④国際化への対応が可能な教育の実現
⑤問題解決型の教育プログラムの開発
⑥歯科医療関係職種間の相互教育の実践
⑦職種の特性に応じた生涯研修システムの構築

(6) おわりに

今まさに歯科技工士教育は大きな変革期を迎えようとしている．医療関係職種において2年制教育がなされている数少ない分野で，歯科医療の一翼を担うべく歯科技工を担当する技術者としての責務を負わせるならば，その知識および技術の研鑽のためには3年制専門教育あるいは4年制大学化は必然的である．これからの歯科医学教育や歯科医療の実態を鑑みた場合「医薬分業」ならぬ「歯工分業」は明らかであり，歯科医師と歯科技工士の関係についても情報交換や専門的なコミュニケーションの確立を目指して，教育の充実を図らなければならない．

日本歯科医学教育学会においても歯学教育のあり方とともに「歯科技工士教育」とのコラボレーションを十分鑑み，議論，協議していただきたいと願う．これによって，歯学教育の一環として「歯科技工士教育」が参画でき，歯科医師が望む歯科技工物の製作がさらに具現化されたものになり，最終的には国民に対する歯科医療に大きく貢献することにつながるものと考える．

文献

1) 末瀬一彦，田上順次，松村英雄，杉上圭三，福間正泰，篠崎卓嗣，尾崎順男．新歯科技工士教本　歯科技工学概論．1版．東京：医歯薬出版；2006．12-7頁．
2) 厚生労働省．歯科技工士の養成の在り方等に関する検討会意見書．2001．9頁．
3) 渡辺嘉一，兵頭英昭，中西茂昭，五十嵐孝義，末瀬一彦，石綿　勝．歯科技工士の需要および養成に関する研究．平成10・11年度厚生科学研究報告書．2000．33-55頁．
4) 渡辺嘉一，鳥山佳則，佐藤温重，末瀬一彦，田上順次，五十嵐孝義．今後の歯科技工士に対する養成方策等に関する総合的研究．平成12・13・14年度厚生科学研究報告書．2003．15-60頁．
5) 広島大学歯学部口腔保健学科の設置―概要―．広島大学；2004．

付録・資料

日本歯科医学教育学会主催
歯科医師臨床研修指導歯科医講習会

平成16年度 ワークショップ総合評価

1 今回のワークショップにおける次の事項について，自己評価して下さい．

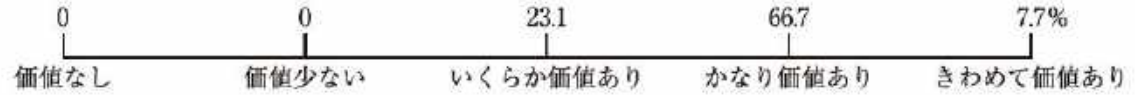
	十分理解できなかった	理解はできたが応用力は不十分	十分な応用力が得られた
(1) 望ましい教授・学習の原理	10.3%	71.8%	15.4%
(2) 教育目標分類	15.4%	61.1%	23.1%
(3) カリキュラム立案	7.7%	74.4%	17.9%
(4) カリキュラムの構成	15.4%	58.9%	23.1%
(5) GIO と SBOs の区別	12.8%	56.4%	30.8%
(6) 研修方略	7.7%	71.8%	23.1%
(7) 評価の原則	17.9%	61.5%	17.9%
(8) 評価方法とその特性	20.5%	61.1%	10.3%
(9) 改善への抵抗と克服	17.9%	61.1%	15.4%

2 上の各項目のうち，非常に興味をもったものの番号をいくつでも下に記して下さい．

	(選んだ人数)
(1) 望ましい教授・学習の原理	4名
(2) 教育目標分類	3名
(3) カリキュラム立案	10名
(4) カリキュラムの構成	9名
(5) GIO と SBOs の区別	13名
(6) 研修方略	11名
(7) 評価の原則	13名
(8) 評価方法とその特性	6名
(9) 改善への抵抗と克服	7名
(未記入)	12名

3 今回のワークショップを，全般的に評価して下さい．

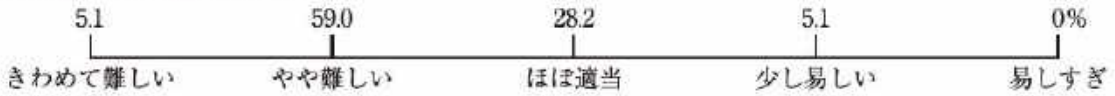
(1) 内容についてどう評価しますか．



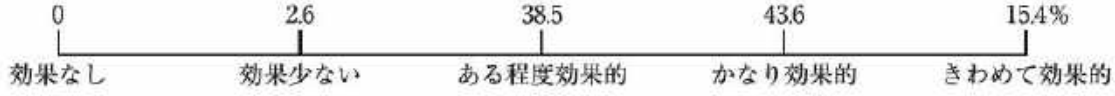
(2) 内容に対する時間量はいかがでしたか．



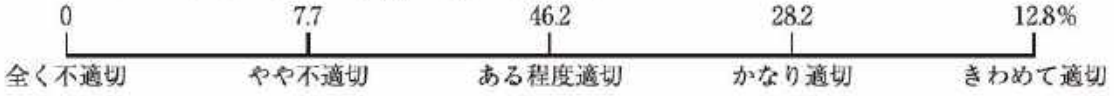
(3) 内容の難易をどう感じましたか．



(4) このようなワークショップ形式の教育方法としての効果についてどう思いましたか.



(5) このワークショップの内容はあなたの興味に対して適切でしたか.



4 今回のワークショップ全体にわたり，たいへんよかったと思われる点.

・他人の意見が参考になる.
・臨床上にたいへん役立つ.
・よい勉強になる.
・教育するという意味が今までとは考えが変わった.
・診療室では1人の考えで物事が動くようになってしまうが，全体で動かす意味はもっと大きいことが理解できた.
・頭の体操．たいへん刺激になった.
・他の人と触れ合うことができた.
・初めてのことなのでとても勉強になった.
・各グループに大学病院の先生と診療所の先生とが混ざって配分されていたので，相方の意見を討論することができた点.
・同じテーマで討議していても，いろいろな考え，意見があることがわかった.
・カリキュラム作製などにあたり，目標で設定する点.
・目標に向かって集中できた.
・教育法の決定の流れを理解できた.
・他の先生方の意見を聞くことができたこと.
・大学の者として一般歯科の研修医に対する思いが十分に理解できた.
・教育目標の掲げ方が理解できた.
・物事の考え方の多面性を強く感じられた．そのことは評価の仕方にも影響のあることを感じた.
・研修方略の難しさを知った.
・自分たちで図を作って発表したこと.
・他のグループの結果をみたこと.
・アイスブレークはかなり収獲があった.
・すぐにワークショップに入り，理解するのが早くなった.
・指導医となる人の考え方の相違が明らかとなる．相違が明らかとなることで標準化への第一歩が踏み出せる.
・討議，KJ，コンセンサス.
・指導するにあたり，理論的なシステムでの指導法が学べた.
・指導という重要性を再認識できた.
・久しぶりによく考えた.
・他の先生方の意見，経験などを聞けた点.
・チームプレーの良点，劣点.
・考え方に種類があるということがわかった.
・いろいろな意見を聞けた.
・KJ法などの存在を知った.
・教育理論の必要性を痛感した.
・人間評価の基本理念に触れることができた.
・いろいろな考え方があるのに驚いた.
・言葉の意味の勉強になった.

・目的実現のためのステップの把握を実践的に学んだ.
・方略は理論に従うこと，理論ベースで方略を考えプログラムの構築をすればよいということの理解ができた.
・指導医のための指導医になりたいと思ったこと.
・管理型（大学）指導医として，協力型（開業医）指導医の考え方，意見を聞くことができて，たいへんよかった.
・カリキュラムプランニングの概念を開業医の先生方が学ぶことは有意義である．→管理型・協力型で共同して研修を進める場合，話をしやすくなる.
・協力型と管理型の歯科医師が混合で行った点.
・長い期間，ダラダラやらず，短期間に集約した点.
・システムの構築者がいる点.
・今までにない発見や思考の偏りに気付きがあった.
・ある種強制的に組まされたグループの人々に恵まれ，楽しく過ごせた.
・考え方，立案の仕方を学んだ.
・研修に対する，知識を増やすことができた.
・研修医制度の実状，問題点を明確にし，自身の考える根拠となった.
・多数意見のもつ重要性の認識.
・ワークショップで学んだことの自己医院での実践に自信がもてた.
・比較的短時間で効果は大であると思う.
・何かの結果を出すことの大切さを感じた.
・グループ内の方々と短時間のうちに親しくなれた.
・最初のゲームがよいアイスブレーキングとなりスムーズに討論に入れた.
・研修方略をきちんとアピールしないと研修医が来ないために，しっかり立案する必要がある.
・SBOs を明確にしないと時間の無駄が増える.
・危機管理はこれからの課題であるため，住友先生の切り抜きなど自分でも資料を集めてスタッフ指導に生かしたい.
・大学病院所属だが，2.5 回目で，少し方向性（GIO → SBO → LS）が理解できてきたが，同じ大学病院内でのワークショップではなく，開業の先生方とワークショップできたこと.
・教育の手法の 1 つを知ることができた.
・評価には必ずしも試験が必要でないことを知った.
・一般臨床家のなかに非常に情熱をもって歯科医師臨床医教育に臨もうとしている方が多数いるのは感激し，驚いた.
・内容が濃い.
・スタッフが熱心.
・参加者が意欲的.
・タスクフォースの水先案内.
・難しい内容であったが，考えさせられるものだった.
・大学から開業医から，すべての方からのさまざまな意見が聞けてよかった.
・住友先生ならびに先生方の熱意が感じられた.
・個人レベルではなく，多人数のレベルで 1 つのことを考え，多数の意見を出し合い，作成していくことの大切さを，改めて重要だと感じさせてもらったこと.

5　今回のワークショップ全体にわたり，よくなかったと思われる点（改善すべき点）.

・パソコン，スライドなどの資料は必ずテキストブックにコピーもしてほしい.
・大切なことの説明に時間が短いことがあり，内容と時間のギャップがある.
・消化不足．時間が足りない.
・ユニットのシナリオはよくなかった.
・技術・知識・態度がうまく配分されるよう熟考すべきだった.
・事前に資料を読むことの必要性を知らせてほしい.
・時間に追われている感じがする.

・メモを取りたいので机がある椅子がよい.
・時間が，慌ただしい.
・休憩がとれなかった.
・アイスブレーキングがもう少し欲しかった.
・大方の意見を統一してほしかった.
・時間に少しゆとりを欲しいと感じた.
・短いワークショップで全体を理解させるには，タスクフォースのさりげない介入と必要なら例示を加えて論議を活性化させる必要がある（問合いが非常に難しいと思う）．もう少し介入してもよかったのかもしれない.
・自身の診療所において，どれだけ有効策を考えられるか少し不安を感じる点もある.
・理解不足で次へ行くと不安である.
・時間がもっと欲しい.
・グループのメンバーを入れかえてやってみても面白いのでは.
・何をしていいかわからないことも多く，予習したかった.
・時間.
・休み.
・環境.
・自分自身のみ込みに時間がかかった.
・時間が短いため，じっくりと考えられない場面もあった.
・方眼紙にあらかじめ表などを書いてあれば，もう少し，討論に時間がさけた.
・事前に簡単な資料がほしかった.
・頭がついていけない.
・教育理論の必要性は理解したが，それが歯科医師臨床研修を行うことの十分条件ではないと思う（他にも学ぶことがありそうだが）.
・考察する時間が欲しかった.
・講義資料が欲しい.
・プログラムの実践的フォーマットが欲しい.
・Lecture がない.
・休みがない.
・アンケートなどが多すぎた.
・短期間は望ましいが2日では少ない.
・それぞれのプロダクト作製へのプロセスに関する説明が不足している（説明していても，伝わっていない）.
・スケジュールの過密.
・アンケートを1つ前のスケジュールのときに渡してもらえれば，もう少し書けたと思う.
・制度の欠点について，協議できなかった.
・研修用の患者の確保の仕方の指導を与えられなかった.
・経済的面について，十分に協議できなかった.
・グループ作業前の説明の時間がやや少なかったのでは.
・時間的に実行者側もたいへんだったろうが受講者側もややきつかったと思う.
・時間的に疲れる.
・内容を十分に理解する時間がないので未消化のまま次に進まなければならない.
・2日で，この内容を消化するのは相当無理があるように思う．もう1日追加して，3日のコースにしては.
・2日間の短期間である程度の知識全般を知ることは収獲であった．しかし，GIO に対する SBOs の決め方が，ワークショップにより少し異なる.
・ワークショップの説明時間が短くてよく理解できないまま，実習に突入した点.
・スケジュールがつまりすぎてよく理解していないうちに次に進んでしまう.
・時間の制約.
・（私だけかもしれないが）研修内容・目的の認識不足.

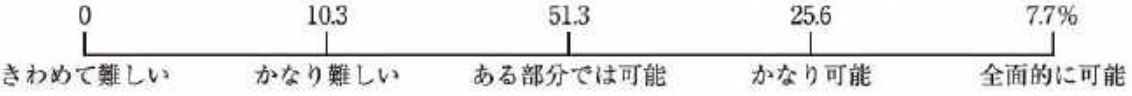
・予備知識の不足.
・進行していくうえで例を提示して頂きたい.
・SBO を詳細に説明してほしい.
・全体的に時間が少なかった.

6

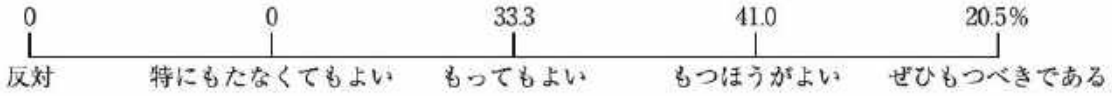
(1) このワークショップで示されたような教育学的方法を今後取り入れようと思いますか？



(2) 上において 3 ～ 5 に○をつけた方は，現時点であなたの教育・研修の現場で実現の見通しは？



7　今後ともこういうワークショップをもつことに対して，



8　このワークショップの成果に関連して，今後１年の間に実施したいと考えていることを箇条書きにして下さい．

・GIO.
・SBOs.
・LE.
・EV.
・院内の問題解決.
・新卒歯科衛生士への研修.
・医院内のすべての部門で改善をしていきたい.
・実例を基にカリキュラムの立案について.
・来年度学生教育カリキュラムの再考.
・まず何度かこのようなワークショップを行い，その重要性，有効性を知識でなく体得したい.
・院内スタッフが改善したいと思っていることの改善.
・医院の問題点に関して，情報収集・解決を試みたい.
・科内での問題点の抽出に KJ 法を用いてみたい.
・自己研修の必要性.
・院内マニュアルの作製.
・スタッフミーティングの徹底.
・大学としてのワークショップの開催.
・当院でも KJ 法で問題点を抽出したい.
・スタッフミーティング.
・患者アンケート.
・Dr. 同士でカンファレンス.
・新人研修システム.
・まず，医院での問題点などをふまえてやってみたい（現在，形は少し違うが，外部の人間を交えて行っている）.
・自院での問題点の整理.

・適するかどうかわからないが，白分の臨床にまず使う．それから衛生士に対しても，行ってみたい．
・講演などにも問題指向型，問題解決型を取り入れてみる．
・総合診療計画．
・医師のみではなく応用して DH・DA にもフィードバックしたい．
・院内での共通プログラムの作製．
・他の協力型との連携によりダブルスタンダードをなくす．
・新しい問題点やプログラム作成で WS の技法を用いる機会は多いが，その後，再評価（評価→目標の再設定）という点では，まだまだなので考えてみたい．
・実際のプログラムの作製（臨床研修医・歯学部学生にかかわらず）．
・まず自分で理解力を深める．歯科医師会，同窓会などでもぜひ活用させて頂きたい．
・研修で教わった（GIO，SBO，LS，TS）といった概念をしっかり修得し，自身の課題についても検討したいと思う．
・まず今のスタッフでの医院内での問題点をとりあげ実施したい．上記の成果が出たら研修医に当てはめていきたい．
・院内の問題について，KJ 法を行いたい．
・KJ 法は歯科医師会のなかの問題にも有効であると思う．
・KJ 法を用いて，惰性で運営している自診療所のシステムの見直し．
・研修医の研修方略や研修評価を具体的につくりたい．
・現在，進行中（まだ始まったばかり）の研修医のためのプログラムの作製．
・自己に関する診療における問題点の抽出と解決に利用したい．
・教育目標を明確にする．
・評価をしっかりやりたい．
・院内の改善（研修医から評価してもらえるよう）．
・スタッフの教育．
・さらなる自己の研鑽．
・自院にて，研修の目的スタッフすべてと話し合い，理解を求めたい．
・ワークショップを行いたい．
・自院のプログラム（カリキュラム作製）．
・委員会の設立．
・スタッフ教育，学校歯科医教育などで応用してみたい．その評価の後に受け入れるかどうかを決定したい．
・KJ 法の応用．
・評価方法をスタッフに適用して評価の正当性をみてみたい．
・スタッフとのコミュニケーションに使用していきたい．

平成17年度 ワークショップ総合評価

1 今回のワークショップにおける次の項目について，自己評価して下さい．

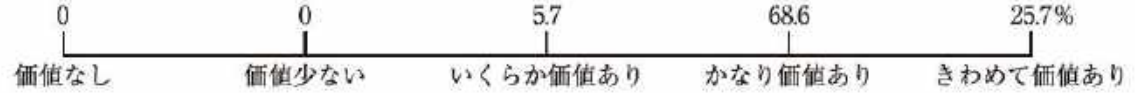
	十分理解できなかった	理解はできたが応用力は不十分	十分な応用力が得られた
(1) 望ましい教授・学習の原理	8.6%	85.7%	5.7%
(2) 教育目標分類	11.4%	68.6%	20.0%
(3) カリキュラム立案	11.4%	77.1%	11.4%
(4) カリキュラムの構成	11.4%	80.0%	8.6%
(5) GIO と SBOs の区別	5.7%	54.3%	40.0%
(6) 研修方略	11.4%	71.4%	17.1%
(7) 評価の原則	5.7%	65.7%	28.6%
(8) 評価方法とその特性	5.7%	71.4%	22.9%
(9) 改善への抵抗と克服	20.0%	60.0%	20.0%

2 上の各項目のうち，非常に興味をもったものの番号をいくつでも下に記して下さい．

	(選んだ人数)
(1) 望ましい教授・学習の原理	1名
(2) 教育目標分類	4名
(3) カリキュラム立案	8名
(4) カリキュラムの構成	4名
(5) GIO と SBOs の区別	10名
(6) 研修方略	12名
(7) 評価の原則	9名
(8) 評価方法とその特性	8名
(9) 改善への抵抗と克服	4名
(未記入)	13名

3 今回のワークショップを，全般的に評価して下さい．

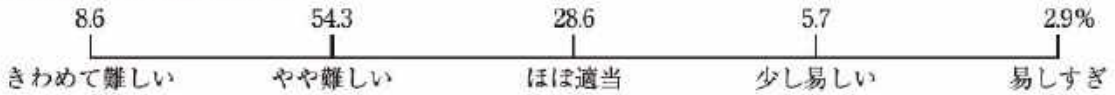
(1) 内容についてどう評価しますか．



(2) 内容に対する時間量はいかがでしたか．



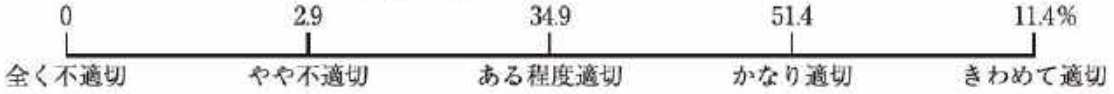
(3) 内容の難易をどう感じましたか．



(4) このようなワークショップ形式の教育方法としての効果についてどう思いましたか.



(5) このワークショップの内容はあなたの興味に対して適切でしたか.



4 今回のワークショップ全体にわたり，たいへんよかったと思われる点.

・改めて，臨床研修制度の意義・重要性を確認できた.
・臨床研修の基本的な進め方，準備方法を知った.
・異なる地域の先生，大学以外の先生方と知り合え，意見の交換ができた.
・適切なグループ分け.
・2日「だけ」で終わったこと（これ以上無理）.
・要所でタスクフォースの助言があったこと.
・時間厳守だったこと.
・グループ作業があるので，協力により理解度が増加する.
・効率的に内容を消化できた.
・タスクフォースの能力が高い.
・グループ作業による問題の提起と解決.
・研修医指導のために，自己の知識，経験不足の確認.
・タスクフォースによる方向性の修正と誤った点の修正.
・目標をしっかり立て，方略，評価を繰り返すことの重要性がよくわかった.
・評価方向は漠然とだけしていてはいけないと気付いた.
・大勢で意見を出し，1つの目標に向かっていく重要性がよくわかった.
・指導医としての基本的な考え方がわかった.
・カリキュラムの立案方法が理解できた.
・研修医の客観的評価方法がわかった.
・教育学的方法について考えることができた.
・いつもと違う頭を使えた.
・大人数で考えるのに，よい形態だと思う.
・教育というものをシステマチックに考えられた.
・臨床研修指導技法を多少なりとも修得することができた（流れについて）.
・医学教育用語を勉強できた（KJ法・GIO・SBOsなど）.
・実際の研修医指導に対する難点を知ることができた.
・会場移動がスムーズにできた点.
・スタッフの熱意があった点.
・参加者の動機が高かった点.
・グループワークでするので他人の考えを同時に聞くことができる.
・無駄な意見はないということ.
・GIO・SBOsについて.
・GIO・SBOsについてのLSの決定法.
・グループで解決する方法について.
・弁証論的な思考方法.
・時間的に無駄がなかった.
・内容の理解を少しはできるようになった.

・他の先生たちとコミュニケーションがとれた.
・人数，グループ数がちょうどよかった.
・タスクフォースの方々の助言が熟知されていたもので助かった.
・物事を考える視点が変わるように感じた.
・スタッフの評価（自院）に変化があるように思われる.
・久しぶりに頭を使った.
・運営がきわめてスムーズであった.
・Ⅲ～Ⅵまでが連動していて理解しやすかった.
・指導歯科医師として，必要とされる知識を得ることができた.
・望ましい教授の仕方を理解できたこと.
・一連の流れを講習会で学べ，自院の体制の改善にもつながること.
・知識を得ることができた.
・セッションに入る前のタスクフォースの方の説明がわかりやすかった.
・従たる施設にあたる先生方の意見が聞けた.
・タスクフォースの導き方.
・カリキュラム（順番）.
・グループごとの討論.
・受け身の内容でない.
・内容が今後のあらゆる教育に使えそうな点.
・能動的なため，常に頭を使って考えさせられた.
・（指導者）TF が変わるので，変化に富んでよかった.
・いろいろな人と話し合えた.
・グループの力が感じられた.
・タスクフォースの援助がなければできなかった.
・具体的なカリキュラムなどをただ示すのではなく，原則的な部分を理論的に説明していただいた点.
・ほぼ無知識でも，理解する力があれば講義，作業についていける点.
・グループ別の作業を行う場所（サイズなど）.
・タスクフォースの介入のタイミング.
・時間を区切っていたのでダラダラはなかった.
・タスクフォースの助言がよかった.
・行政の人も交えていた.
・グループ別討論ができたこと.
・立場の違った方々と討議できたこと.
・指導の先生方が非常に熱心でアドバイスをして下さったこと.
・順序立てて物事を進めていくスキルを学んだこと.
・大学に在職しているので，開業医の先生方の考えを聞くことができよかった.
・タスクフォースの先生方より貴重な意見をいただいた.
・時間厳守.
・タスクフォースの手際のよさ.
・目標が明確.
・時間制限があること.
・グループワーク.

5　今回のワークショップ全体にわたり，よくなかったと思われる点（改善すべき点）.

・内容の割に時間が少ない.
・模造紙でなくて，PowerPoint などを使ったほうが時間の節約にもなるのでは.

・各セクション間にわずかの時間でよいので休憩時間が欲しい.
・頭が休む暇がなく，もう何も入らない.
・時間の拘束が長い.
・1日目は慣れてないので，うまくグループでまとめることができないので（2日目はある程度手順がわかりスムーズにできた），2日目のグループでの作業時間より，1日目の作業時間を長くしてはどうか.
・少しスピードが速すぎる.
・時間が短かった.
・事前に用語などの理解があればもっとスムーズに入り込めたかもしれない.
・抽象的すぎて難しい（理論的）.
・もっと臨床的指導方法を考えてほしい.
・日常臨床での研修医指導に不向き（速効性がない）.
・時間.
・時間が少ない.
・時間が少し短い.
・時間的にきつい．1つのテーマでもう少し考えたい.
・時間的にかなりハード.
・時間がきわめて限られて短かったこと.
・熟知するのに時間が少ない.
・集中力が切れるときがある.
・もう少し，1セッションに対する時間的余裕がほしい.
・参加者からより活発な討論ができるとよいかと思った.
・グループ内でのアイスブレークがあったら，人柄，名前をもっと早く知りえたかと思う.
・スケジュール表内にもおのおの集合時刻を記入するといいかと思った.
・もっと詳しく指導医になるためのマニュアルがほしい.
・スケジューリング（時間がタイト）.
・受講生の意見を一気にダメと否定する場面があった.
・運動不足.
・睡眠不足.
・休憩時間が少ない.
・休み時間がほしい.
・もう少し休み時間を頂きたい.
・2日目午後，トイレ休憩がほしかった.
・タスクフォースの人によって違ったところがあるように感じた.
・参加が消極的であった.
・討論する時間が少なかった.
・すべての人が発表，司会などの役割を体験できなかった.
・時間・期間が短すぎる.
・全体の講義のイスにも机がほしい.
・疲れる.
・この手法が優れているなどの基本的データの説明がなかった点.
・非常勤として大学を手伝っているが，今日のワークショップで初めて今までのシラバスなどのことがわかった．もっと早くから歯学教育者全員が共有すべきと思う.
・スライドがみえなかった.
・移動があまりないほうがよい.
・前半のグループ作業の時間が短く，後半が長いように思う.
・司会（グループ討議）はタスクフォースがやるべきだ.
・やはりスライドのコピーはほしい．もしくは配ってほしい.

・討議した内容を書き記したものをコピーでもよいので送ってほしい.
・なじみのない言語が多かったこと.
・あまりにパターン化するとマクドナルド化してしまうのではという懸念.
・ディスカッションの進行の仕方がよくわからない.
・研修医の受け入れに関する具体的内容がない. どのようにして研修医機関となるのかなどの説明がない.
・時間あたり内容がつめ込みだと思われる.
・予習ができればよい.

6

(1) このワークショップで示されたような教育学的方法を今後取り入れようと思いますか？

0	0	40.0	37.1	20.0	2.9%
全く取り入れる気はない	あまり取り入れようとは思わない	少し取り入れてみたい	かなり取り入れてみたい	大いに取り入れたい	未記入

(2) 上において3～5に○をつけた方は，現時点であなたの教育・研修の現場で実現の見通しは？

0	8.6	51.4	31.4	5.7	2.9%
きわめて難しい	かなり難しい	ある部分では可能	かなり可能	全面的に可能	未記入

7 今後ともこういうワークショップをもつことに対して.

0	2.9	28.6	37.1	28.6	2.9%
反対	特にもたなくてもよい	もってもよい	もつほうがよい	ぜひもつべきである	未記入

8 このワークショップの成果に関連して，今後1年の間に実施したいと考えていることを箇条書きにして下さい.

・4月から始まる研修のプログラム作成，評価方法作成への応用.
・Under Graduate の学生に対してのシラバスの作成などにも応用したい.
・学んだことを，大学での実習計画に応用したい.
・スタッフの目標の設定.
・学習活動の考え方を自分の診療所で応用したい.
・代診の指導マニュアル（評価など含む）を作成したい.
・カリキュラムの立案.
・客観性のある評価（形成的評価など）.
・自己のフィードバック.
・カリキュラム作成.
・評価方法の改善.
・もっと明確に研修医育成プログラムを作成したい.
・正しく評価できるようにしたい.
・問題解決のために KJ 法はぜひ取り入れたい. 2次元（難易度含めて3次元）で展開する方法を取り入れたいと思った.
・研修システムを立案する.
・担当研修医に個別ユニットを作成し，それぞれを評価し，フィードバックを与えていく.
・指導したい目標の分類.
・研修方略.
・評価方法.
・来年度の研修医のカリキュラムの立案（口外研修に対する），それに対する LS.
・観察試験法.

・KJ 法.
・SP による評価.
・医院内のマニュアル作り.
・基本治療のマニュアルなど.
・論述試験の作成など.
・職場（自分の）に広めていく.
・医療の安全に関して情報を集め，定期的に自己点検していく.
・自院における問題点に今回学習した方法を取り入れてみたい.
・大学での研修医の指導に活かしたい.
・現スタッフにただちに導入してミーティング（長時間の）に取り入れたい.
・導入するにあたり自分もフィードバックして勉強できる.
・卒前のカリキュラムなどで従前の方法とこの GIO など使用した教育方法でどのくらいの変化があったか，従量的に表したデータをみたい.
・院内教育に応用してみたい.
・自分の診療所でコデンタルスタッフに行ってみたい.
・ISO9001 とともに院内の業務の見直し，改善などにこの WS の手法が有効なのではと思う．また，責任者が少人数でするのではなく院内の全員でできたらと思う.
・現在行っている若手歯科医師の研修のカリキュラムの見直し.
・明確な GIO，SBOs の設定（複数の）.
・LS の概念の導入.
・評価法の検討.
・診療所の方針決定.
・研修医のみでなく新卒，および新卒まもない歯科医師に目標設定など，いろいろ参考にしていきたいと思う.
・各パートについて，キチンとした流れ（目的，テーマ，方法など）を明文化していきたい.
・自ら指導する立場としてのモチベーションの向上（知識，技能，態度において）.
・病院内の研修医受け入れのための整備.
・医療面接のマニュアル作り.

■ 歯科医学教育白書作成委員会委員一覧

古市　保志	北海道医療大学歯学部 歯科保存学第1講座
鈴木　邦明	北海道大学大学院歯学研究科 口腔病態学講座 細胞分子薬理学教室
城　　茂治	岩手医科大学歯学部 歯科麻酔学講座
鈴木　康生	奥羽大学歯学部 成長発育歯学講座 小児歯科学分野
菊池　雅彦	東北大学歯学部附属病院 総合歯科診療部
大川　周治	明海大学歯学部 機能保存回復学講座 歯科補綴学分野
金澤　英作	日本大学松戸歯学部 解剖人類形態学講座
森尾　郁子	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 歯学教育開発学分野
小田　　豊	東京歯科大学 歯科理工学講座
奈良陽一郎	日本歯科大学生命歯学部 歯科保存学講座
桑田　文幸	日本大学歯学部 基礎科学系 生物・化学分野
岡野　友宏	昭和大学歯学部 歯科放射線学講座
鹿島　　勇	神奈川歯科大学 生体管理・医歯学系 顎顔面診断科学講座 放射線学分野
細井　紀雄	鶴見大学歯学部 歯科補綴学第1講座
福島　正義	新潟大学歯学部 口腔生命福祉学科 口腔介護支援学講座
宮川　行男	日本歯科大学新潟生命歯学部 先端研究センター 生体材料学
宮沢　裕夫	松本歯科大学 小児歯科学講座
高井　良招	朝日大学歯学部 口腔病態医療学講座 口腔外科学分野
土屋　友幸	愛知学院大学歯学部 小児科学講座
川本　達雄	大阪歯科大学 歯科矯正学講座
雫石　　聡	大阪大学大学院歯学研究科 分子病態口腔科学専攻 口腔分子免疫制御学講座 先端口腔疾患予防学分野
松尾　龍二	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 口腔・顎・顔面機能再生制御学講座 口腔生理学分野
内田　　隆	広島大学大学院医歯薬学総合研究科 創生医科学専攻 探索医科学講座 口腔細胞生物学分野
羽地　達次	徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 生体システム栄養科学部門 摂食機能制御学講座 口腔組織学分野
西原　達次	九州歯科大学 健康促進科学専攻 健康増進学講座 感染分子生物学分野
中島　昭彦	九州大学大学院歯学研究院 口腔保健推進学講座 咬合再建制御学分野
谷口　邦久	福岡歯科大学 基礎医歯学部門 生体構造学講座 病態構造学分野
根本　孝幸	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 医療科学専攻 発生分化機能再建学講座 口腔分子生化学分野
長岡　英一	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 先進治療科学専攻 顎顔面機能再建学講座 口腔顎顔面補綴学分野

■ 歯科医学教育白書作成委員会ワーキンググループ委員一覧

委員長　渡邉　誠　東北大学大学院歯学研究科 口腔機能形態学講座 加齢歯科学分野

委　員　菊池　雅彦　東北大学歯学部附属病院 総合歯科診療部

森尾　郁子　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 歯学教育開発学分野

小田　豊　東京歯科大学 歯科理工学講座

奈良陽一郎　日本歯科大学生命歯学部 歯科保存学講座

川本　達雄　大阪歯科大学 歯科矯正学講座

日本歯科医学教育学会雑誌別冊

歯科医学教育白書　2005年版（2003～2005年）

2006年6月15日　第1版・第1刷発行

編集　日本歯科医学教育学会

発行　財団法人　口腔保健協会

〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9

振替 00130-6-9297　Tel. 03-3947-8301（代）

Fax. 03-3947-8073

http://www.kokuhoken.or.jp/

乱丁・落丁の際はお取り替えいたします。　**印刷・製本**　三報社印刷

© Japanese Dental Education Association. 2006. Printed in Japan（検印廃止）

ISBN4-89605-222-6 C3047

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると，著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意下さい。

ISBN4-89605-222-6 C3047 ¥3000E

定価(本体3,000円+税)

9784896052220

1923047030009

Oral Health Association