ISSN 0914-5133

日本歯科医学教育学会雑誌別冊

歯科医学教育白書

2008年版
（2006～2008年）



日本歯科医学教育学会
白書作成委員会/編集

日本歯科医学教育学会雑誌別冊

歯科医学教育白書

2008年版
（2006～2008年）

日本歯科医学教育学会
白書作成委員会/編集

目次

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

序
1）　ご　挨　拶　東理十三雄
2）　2008 年版歯科医学教育白書出版にあたって　小田　豊

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）　学費・学納金
5）　学生生活（年間行事，クラブ活動など）
6）　奨学金制度

2．入学者選抜　小田　豊　10
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　柳澤　孝彰　14
1）　大学院研究科の学生定員および在籍学生数
2）　学費・学納金
3）　学位授与状況
4）　大学院修了者の進路

4．大学病院の現況　中田　稔　23
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）　医療安全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　29
2）　大学院の自己点検・評価の現状と問題　柳澤　孝彰　32
3）　大学病院の点検・評価の現状と問題　中田　稔　34

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　宮川　行男　38
1）　カリキュラム全般
2）　モデル・コア・カリキュラム
3）　歯科医学教授要綱
4）　一般教育
5）　一般教育と専門教育との関係

2．卒前基礎歯科医学教育の実施状況 …… 影山　幾男　44
1） 基礎科目の統合
2） 基礎科目の呼称
3） 基礎科目の授業時間数と実施学年
3．卒前臨床基礎歯科医学教育 …… 奈良陽一郎　49
1） 臨床系講義・基礎実習科目の総時間数と総科目数
2） 臨床系講義・基礎実習科目の実施学年
3） 基礎と臨床との統合カリキュラム
4．共用試験 CBT …… 荒木　孝二　56
1） CBT の実施状況
2） CBT と歯科医学教育
5．共用試験 OSCE …… 俣木　志朗　59
1） OSCE の実施状況
2） OSCE と歯科医学教育
6．臨床実習 …… 長島　　正、竹重　文雄、前田　芳信　64
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
6） 臨床実習から歯科医師国家試験までの教育の実施
7．歯科医師臨床研修 …… 平田創一郎　71
1） 歯科医師臨床研修の現状
2） 歯科医師臨床研修マッチングの現状
3） 財団法人歯科医療研修振興財団の役割
4） 日本歯科医師会の本制度への取り組み
5） 新歯科医師臨床研修評価基準検討会
6） 歯科医師臨床研修推進検討会
7） 日本歯科医学教育学会の本制度への取り組み
8．大学院教育と歯科医学研究の動向 …… 魚島　勝美　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（大学院組織と教育）
9．教員の教育能力向上 …… 小川　哲次　85
1） FD（広義）
2） 授業評価
3） 教員の教育活動（業績）の評価
4） その他の FD（広義）への取り組み
5） 広義の FD ならびに授業評価を担当する委員会（組織）
10．医療情勢と歯科医学教育への影響 …… 市川　哲雄　92
1） 医療情勢に関する教育の内容
2） 医療情勢に関する教育の実施状況
3） 歯科医学教育への影響

11. 留学生教育の現状と課題 …… 川口　陽子　98
1）外国人留学生の現況
2）留学生を対象とした大学院特別コース
3）留学生や外国人歯科医師・研究者を対象とした教育支援プログラム
4）留学生教育における課題
12. 世界の歯科医学教育と国際交流 …… 森尾　郁子　104
1）国境を越える歯科医師の移動と歯学教育課程の相互認証
2）日本の歯科大学・歯学部の国際交流状況

第Ⅲ章　特色ある歯科医学教育

1. PBL チュートリアル …… 中村　雅典　108
1）PBL チュートリアルの導入状況
2）PBL チュートリアルの意義ないし目的
3）PBL チュートリアル実施体制
4）PBL チュートリアル実施内容
5）評価
6）PBL チュートリアル実施の問題点
2. 統合型教育 …… 深山　治久　113
1）特色ある基礎と臨床の統合教育
2）全身との関わり
3. ICT を活用した歯科医学教育 …… 河田　英司　115
1）授業への ICT の導入
2）ICT 活用の導入対象
3）ICT 活用教育のコンテンツの作成
4）ICT の活用方法
5）ICT 活用のメリット
6）ICT 活用のデメリット
7）ICT 活用授業の改善策
8）利用端末の利点、欠点
9）授業改善の課題
10）日本歯科医学教育学会での IT の発表数
4. 倫理・態度教育の現状 …… 平田　幸夫　121
1）倫理教育
2）態度教育
5. 研究体験実習 …… 鶴田　潤　128
1）研究体験実習の実施状況
6. ロボットを用いたシミュレーション教育 …… 槇　宏太郎　134
1）患者ロボットの特徴
2）患者ロボット実習

7．地域医療と臨床教育

1） 高齢者介護と医療に関する教育…… 菊池　雅彦　140
2） 在宅医療に関する教育…… 菊池　雅彦　142
3） 離島診療教育…… 田中　卓男、鬼塚　雅　144
4） 発展途上国における地域医療教育…… 中島　一郎、桑田　文幸　146

8．総合歯科診療とプライマリ・ケア教育…… 河野　文昭、大石　美佳　149

1） 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
2） 総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の現状と問題点
3） 総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の展望

第Ⅳ章　歯科医学・歯科医療教育行政

1．歯科医学教育改革等の動向…… 新木　一弘　158

1） 歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂
2） 歯科医師の需給問題
3） 歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議
4） 歯科衛生士および歯科技工士の養成

2．歯科医師国家試験の経緯と改革の動向…… 高田　淳子　167

1） 歯科医師国家試験

3．歯科医師臨床研修の経緯と課題…… 佐藤　裕、和田　康志　173

1） 歯科医師臨床研修の必修化
2） 歯科医師臨床研修の到達目標
3） 歯科医師臨床研修の指導体制
4） 臨床研修制度の課題

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…… 荒木　孝二　180
2） 委員会活動と学術大会の開催…… 荒木　孝二　182
3） 機関誌「日本歯科医学教育学会雑誌」…… 関本　恒夫　183
4） 歯科医師臨床研修から始まる生涯研修…… 住友　雅人　185

2．関連学会の活動

1） 教育関連委員会の活動…… 佐藤　博信　188
2） 認定医制度・専門医制度…… 大川　周治　190
3） 生涯教育…… 矢谷　博文　193
4） 日本医学教育学会…… 齋藤　宣彦　194

3．財団法人歯科医療研修振興財団の活動…… 中原　泉、宮武　光吉　197
1） 財団法人歯科医療研修振興財団の沿革
2） 歯科医師臨床研修指導歯科医に対する研修事業
3） 歯科医師臨床研修マッチング事業
4） その他の事業
5） 今後の課題
4．コデンタル教育の動向
1） 歯科衛生士教育…… 竹本　俊伸　201
2） 歯科技工士教育…… 末瀬　一彦　204

■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
東理十三雄　日本歯科医学教育学会理事長
小田　　豊　東京歯科大学 歯科理工学講座
栁澤　孝彰　東京歯科大学 口腔超微構造学講座
中田　　稔　松本歯科大学 健康増進口腔科学講座
城　　茂治　岩手医科大学歯学部 口腔外科学講座 歯科麻酔学分野
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
影山　幾男　日本歯科大学新潟生命歯学部 解剖学第１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
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
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
長島　　正　大阪大学歯学部附属病院 口腔総合診療部
竹重　文雄　大阪大学歯学部附属病院 口腔総合診療部
前田　芳信　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（歯科補綴学第二教室）
平田創一郎　東京歯科大学 社会歯科学研究室
魚島　勝美　新潟大学大学院医歯学総合研究科 口腔生命科学専攻 口腔健康科学講座 生体歯科補綴学分野
小川　哲次　広島大学病院 歯系総合診療科 口腔総合診療科
市川　哲雄　徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 顎口腔再建医学講座 口腔顎顔面補綴学分野
川口　陽子　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 国際健康開発学講座 健康推進歯学分野
中村　雅典　昭和大学歯学部 口腔解剖学教室
深山　治久　鶴見大学歯学部 歯科麻酔学講座
河田　英司　東京歯科大学 歯科理工学講座
平田　幸夫　神奈川歯科大学 社会歯科学講座 歯科医療社会学分野
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
槇　宏太郎　昭和大学歯学部 歯科矯正学教室
菊池　雅彦　東北大学病院（歯科部門）総合歯科診療部
田中　卓男　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 咬合機能補綴学分野（旧：歯科補綴学第一講座）
鬼塚　　雅　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 咬合機能補綴学分野（旧：歯科補綴学第一講座）
中島　一郎　日本大学歯学部 小児歯科学教室
桑田　文幸　日本大学歯学部 基礎科学系
河野　文昭　徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 健康長寿歯科学講座 総合診療歯科学分野
大石　美佳　徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 健康長寿歯科学講座 総合診療歯科学分野
新木　一弘　文部科学省高等教育局医学教育課
高田　淳子　厚生労働省医政局医事課試験免許室
佐藤　　裕　厚生労働省医政局歯科保健課
和田　康志　厚生労働省医政局歯科保健課
関本　恒夫　日本歯科大学新潟生命歯学部 小児歯科
住友　雅人　日本歯科大学生命歯学部 歯科麻酔学講座
佐藤　博信　福岡歯科大学 咬合修復学講座 冠橋義歯学分野
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
齋藤　宣彦　前 日本医学教育学会会長
中原　　泉　財団法人歯科医療研修振興財団／日本歯科大学
宮武　光吉　財団法人歯科医療研修振興財団
竹本　俊伸　広島大学大学院医歯薬学総合研究科 口腔健康科学講座 口腔保健管理学分野
末瀬　一彦　全国歯科技工士教育協議会会長／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 Educaton”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 平成 18 年版歯科医師国家試験出題基準 8 月　文部科学省，厚生労働省の各大臣「確認書」合意（歯学部定員については，各大学に対してさらにいっそうの定員減を要請し，歯科医師国家試験の合格基準を引き上げることの確認） 12 月　厚生労働省「今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上等に関する検討会」（中間報告）（歯学部定員について，少なくとも，平成 10 年度の検討会提言の削減数の早期実現に向けて，各大学の自主的かつ前向きな取り組みに期待） 12 月 22 日　医道審議会（歯科医師分科会）第 1 回歯科医師国家試験制度改善検討委員会
平成 19（2007）年	4 月　文部科学省に医学教育モデル・コア・カリキュラムおよび歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門的な調査研究等を行い，モデル・コア・カリキュラムの改訂原案の作成等を行う専門研究委員会およびモデル・コア・カリキュラムの改訂等を決定する連絡調整委員会の設置 11 月 26 日　医道審議会（歯科医師分科会）第 2 回歯科医師国家試験制度改善検討委員会 12 月　歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 19 年度改訂版）（モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会，モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会） 12 月 26 日　医道審議会（歯科医師分科会）歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書

年	出来事
平成 20（2008）年	6 月　歯科医学教授要綱［平成 19（2007）年改訂版］（歯科大学学長・歯学部長会議） 6 月 30 日　文部科学省に歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議の設置（第 1 回：7 月 31 日，第 2 回：8 月 29 日，第 3 回：9 月 18 日，第 4 回：10 月 28 日，第 5 回：11 月 25 日，第 6 回：12 月 15 日）
平成 21（2009）年	1 月 15 日　第 7 回歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 1 月 21 日　第 8 回歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 1 月 30 日　同会議第 1 次報告（確かな診療能力を備えた歯科医師養成方策）改善方策として，1．歯科医師として必要な臨床能力の確保，2．優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施，3．歯科医師の社会的需要を見据えた優れた入学者の確保，4．未来の歯科医療を拓く研究者の養成について取りまとめられた． 5 月 27 日　平成 22 年版歯科医師国家試験出題基準

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　ご　挨　拶

日本歯科医学教育学会理事長　**柬理　十三雄**（かんり　とみお）

平成 19（2007）年 4 月 1 日をもって，日本歯科医学教育学会（以下本会）執行の責任者としてご指名を戴いた際に「歯科医学教育白書」発刊は，重大な使命として自らに厳命して 3 年の経過を目前にしているところである．本書は，本会が刊行する白書として，第 2 巻目である．まずは，白書作成委員会　小田　豊委員長ならびに委員会の方々，そしてご執筆戴いた皆様に心から感謝の意を捧げる次第である．

このたびの 2008 年版は，平成 18（2006）年から平成 20（2008）年における 3 年間の歯科医学教育に関わる証跡である．この期間中に大きく注目を集めて，これからも永々と本会に検討の課題を呈するであろうと思われる事案として，歯科医師法第 16 条の 2 の必修規定に基づく「歯科医師臨床研修」［平成 18（2006）年開始］，全国歯科大学学長・学部長会議による「歯科医学教授要綱［平成 19（2007）年改訂］」「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―平成 19 年改訂版」等が挙げられるが，これらには，会員諸氏のご理解のもとに，総務委員会（荒木孝二委員長），経理委員会（前田健康委員長），編集委員会（関本恒夫委員長），機関会員委員会（宮崎　隆委員長）等の常置委員会と，本執行部発足時に設置した各種委員会が対応した．常置委員会のうち，機関会員委員会には全国 29 歯科大学学長・歯学部長の全員の参加を得て，特に国家試験に関する資料収集に際しては，各大学間の積極的な交流・情報交換に大いなるご尽力を戴いた．各種委員会の新設と分割の意図は，担当責任の明確化と効率的な会務の遂行にあり，現況を見極め，協議内容の慎重な吟味と果敢な実践を旨とするものである．以下，各種委員会〔新設は（新），従前の委員会を分割して新設したものは（分・新）〕の活動内容を抄録する．機構検討委員会（新）〔須田英明委員長〕は，会則，細則，内規等の検討を行った．なお，本会会員の優れた業績を推賞する表彰制度に関して，新設の「国際学会研究発表奨励賞」「教育文化賞」等の条文を整備した．渉外広報委員会（新）〔伊藤公一委員長〕は，本会の活動状況と成果の広報につとめ，新規会員の開拓を行った（平成 21 年 3 月 31 日現在，正会員数 1,707 名）．倫理教育委員会（新）〔石井拓男委員長〕は，歯科医学教育における指導者のための教育研究集会「歯科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」「臨床実習における歯科医療倫理教育」等を開催した．また，全国歯科大学・歯学部における臨床倫理教育の実施状況を把握するために，アンケート調査を行った．白書作成委員会（新）〔小田　豊委員長〕は，本会の重要事業である「歯科医学教育白書 2008 年版」の作成を行った．国家試験委員会（分・新）〔奈良陽一郎委員長〕は，機関会員委員会の協力のもとに，第 101 回歯科医師国家試験ならびに第 102 回歯科医師国家試験について，受験者と教員を対象とするアンケート調査と出題された全問題の分析等を進めた．共用試験委員会（分･新）〔葛西一貴委員長〕は，「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―」と「歯科医学教授要綱」との比較分析を行った．共用試験（CBT・OSCE）の小史をたどれば，「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―」が公表されたのは，平成 13（2001）年 3 月，共用試験のトライアルは，平成 14（2002）年から，そして正式実施は平成 17（2005）年度からであった．「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―平成 19 年度改訂版」は，平成 19（2007）年 12 月に提示されたが，平成 13 年来の時の流れのうちに，法制度や名称等が変更され，従前の文言では現況にそぐわないとして，これに対処すべく，平成 19（2007）年 4 月，文部科学省に設置された，改訂に関する恒常的な委員会（モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会とモデル･コア･カリキュラム改訂に関する専門研究委員会）によるものである．教育国際化推進委員会〔森尾郁子委員長〕は，国際学会における発表者を支援し，加えて，本邦の歯科医学教育に関する研究成果を情報として，世界に向けて発信することを奨励する趣旨により，「国際学会研究発表奨励賞」を設けた．教育能力開発委員会〔俣木志朗委員長〕は，「歯科医学教育者ワークショップ」「医療コミュニケーション・ファシリテータ養成セミナー」を開催した．卒前教育委員会〔櫻井　薫委員長〕は，学部教育における各歯科大学・歯学部の「在宅歯科医療」に関する状況調査を行った．卒後教育委員会〔住友雅人委員長〕は，歯科医師研修に関連する「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」「歯科医師臨床研修シンポジウム・歯科医師臨床研修必修化 3 年目の課題」を開催した．学術賞選考委員会〔三宅洋一郎委員長〕は，本会の発展のために貢献した会員を対象とする表彰制度規程を的確に運用し，各賞の受賞候補者の審査選出を行った．以上の詳細については，本会機関誌に預けるとして，ほとんどが重要な継続課題であり，近未来における検証の資となることを確信して摘録した次第である．良質な歯科医師の育成を第一義とする本会の使命遂行には，間断のない実践の継続が必然である．会員諸氏には，平成 23（2011）年の本会設立 30 周年を控えて，さらなるご尽力を期待するところである．

序 2008年版歯科医学教育白書出版にあたって

日本歯科医学教育学会白書作成委員会委員長　小田（おだ）　豊（ゆたか）

歯科医学教育白書が「わが国の歯科医学教育の現況や問題を整理・分析し，今後の歯科医学教育の向上と発展に資するため，歯科医学教育白書を取りまとめる」として作成されることになり，2005年版が初版として2006年6月に江藤一洋理事長，渡邉　誠委員長のご尽力の下に発刊されました．歯科医学教育の変遷が把握できるように3年ごとに白書を発行することも初版の発行時に企画されており，初版の発行に関わった者として東理理事長から委員長の指名を受けました．編集委員には理事・評議員の中から当学会で活躍中の先生方に就任を依頼し，8回の委員会を開催して，目次の作成から執筆者の選任，アンケートの作成と収集，原稿チェックなど膨大な作業を遅滞なく遂行頂きました．ご協力とご尽力に感謝申し上げる次第です．また，執筆者ならびに各大学の白書担当者の先生方には多項目にわたるアンケートの回答作成と取りまとめにご協力頂いたことに御礼申し上げます．

今回の白書作成にあたっては，白書の継続性を考慮し，章立ては2005年版を踏襲することとしました．しかし，この間にも，「我が国高等教育の将来像」（中教審答申；平成17年1月），「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議最終報告」（平成19年3月），「歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書」（平成19年12月），「歯科医学教授要綱」（平成20年6月），中教審答申「学士課程教育の構築に向けて」（平成20年12月）など，教育内容のみでなく組織的にも歯科医学教育を大きく変更させる要因もあり，第Ⅲ章は「特色ある歯科医学教育」として項目を変更しました．また，国際化の観点から，「留学生教育の現状と課題」「世界の歯科医学教育と国際交流」の項も記載を充実させました．

なお，編集委員会では「2006～2008年度のデータを可及的に正確・詳細に掲載する」「大学間の優劣を比べることを意図したものでない」「白書の読者として，歯科医学教育・医療従事者のみならず，歯学部を目指す学生や一般国民も対象とし，平易で読みやすい内容とする」ことを念頭に，鋭意作業を進めてきました．しかし，学部の再編や教育内容の統合などの影響もあり教員組織や教育科目が一律に整理し難い状況があること，大学ごとにアンケートへの対応が異なったこと，などが反映し，不十分と思われる箇所も散見されます．今後の白書の内容改善に向けて，関係者ならびに読者からの忌憚のないご指摘を願う次第です．

歯科医学教育に関わる講演や著作で白書のデータが引用されているケースに遭遇すると，白書作成に関わったものとして，望外の喜びを感じることがあります．歯科医学教育に携わるすべての関係者に有効に活用されれば幸甚です．

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として，1888年に東京歯科専門医学校が開校されたとの記録があるが，翌年には廃校となっている．1890年に東京歯科大学の前身である高山歯科医学院が開校され，1928年に国立の歯科教育機関として東京高等歯科医学校（現東京医科歯科大学歯学部）が開校された．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下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10万人当たり歯科医師数を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．

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

2007年4月に学校教育法[1]が改正され，大学には教員として，教授，准教授，助教をおくこととし，必要に応じて講師をおくことができるとされた．また，大学設置基準第13条で，歯科大学（歯学部）には教授18名以上，教授，准教授，講師または助教の合計で36名以上，専任教員数75名以上（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2008年度の各歯科大学（歯学部）の教員数を示したが，教員総数4,309名（教授818名，19.0％：准教授686名，15.9％：講師946名，22.0％：助教1,859名，43.1％：**図Ⅰ-1**）となっている．学生数の多少，大学病院や研究所の有無もあり，単純に大学ごとの教員数を比較することはできないが，最小人数の岡山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，広島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．

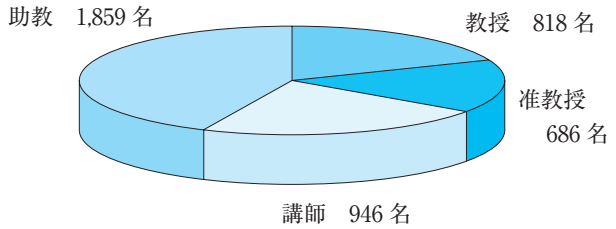
3）学部・学科の学生定員および在籍学生数

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

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

表Ⅰ-1　歯科大学の設置認可

名　称	設置認可年月日（旧制）	設置認可年月日（新制）	所在地
1. 東京歯科大学歯学部歯学科	1946年 7 月19日	1952年 2 月20日	千葉市美浜区真砂 1-2-2
2. 東京医科歯科大学歯学部歯学科	1946年 8 月28日	1951年 4 月 1 日	東京都文京区湯島 1-5-45
3. 日本歯科大学生命歯学部生命歯学科	1947年 6 月 1 日	1952年 2 月20日	東京都千代田区富士見 1-9-20
4. 日本大学歯学部	1947年 6 月 1 日	1952年 2 月10日	東京都千代田区神田駿河台 1-8-13
5. 大阪歯科大学歯学部歯学科	1947年 6 月18日	1952年 2 月20日	大阪府枚方市楠葉花園町 8-1
6. 九州歯科大学歯学部歯学科	1949年 4 月 1 日		北九州市小倉北区真鶴 2-6-1
7. 大阪大学歯学部	1951年 4 月 1 日		大阪府吹田市山田丘 1-8
8. 愛知学院大学歯学部歯学科	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	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歯学科	1965年 2 月24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. 新潟大学歯学部歯学科	1965年 4 月 1 日		新潟市中央区学校町通二番町 5274
13. 広島大学歯学部歯学科	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. 明海大学歯学部 （1988 年城西歯科大学から改称）	1970年 3 月17日		埼玉県坂戸市けやき台 1-1
17. 鶴見大学歯学部歯学科	1970年 3 月17日		横浜市鶴見区鶴見 2-1-3
18. 日本大学松戸歯学部 （1975 年日本大学松戸歯科大学から改称）	1971年 2 月18日		千葉県松戸市栄町西 2-870-1
19. 朝日大学歯学部歯学科 （1985 年岐阜歯科大学から改称）	1971年 2 月18日		岐阜県瑞穂市穂積 1851
20. 日本歯科大学新潟生命歯学部生命歯学科	1972年 1 月29日		新潟市中央区浜浦町 1-8
21. 松本歯科大学歯学部歯学科	1972年 1 月29日		長野県塩尻市広丘郷原 1780
22. 奥羽大学歯学部 （1989 年東北歯科大学から改称）	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	1977年10月 1 日		鹿児島市桜ケ丘 8-35-1
27. 北海道医療大学歯学部歯学科 （1994 年東日本学園大学歯学部から改称）	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		岡山市北区鹿田町 2-5-1
29. 長崎大学歯学部歯学科	1979年10月 1 日		長崎市坂本 1-7-1

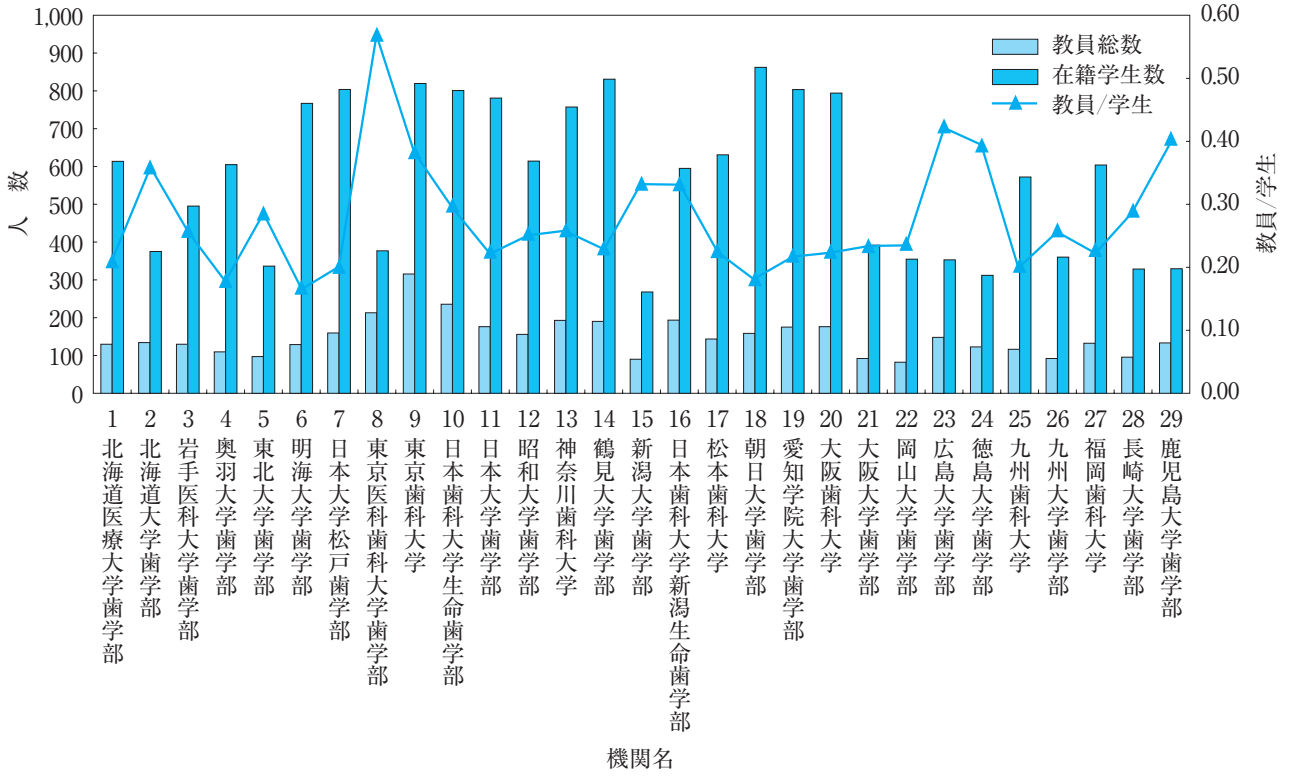


図Ⅰ-1　教員構成

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（歯学部）の第 1 学年次の学生数は 2,730 名（2005 年版歯科医学教育白書より）で入学者数に大きな変化はみられなかったが，2008 年には 2,651 名に減少している．**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，2,562 名から 2,984 名の範囲にある．

表Ⅰ-2　教員組織（2008 年度の専任教員数）

機関名	学部，大学院，研究所など	教授	准教授	講師	助教	総数	機関総数
1. 北海道医療大学歯学部	歯学部	23	16	26	42	107	127
	個体差医療科学センター	3	5	2	7	17	
	個体差健康科学研究所	1	1		1	3	
2. 北海道大学歯学部	大学院歯学研究科	19	19	20	74	132	132
3. 岩手医科大学歯学部	歯学部	19	20	18	71	128	128
4. 奥羽大学歯学部	歯学部	31	24	25	26	106	108
	大学院歯学研究科	2				2	
5. 東北大学歯学部	大学院歯学研究科	23	8	6	58	95	95
6. 明海大学歯学部	歯学部	24	19	29	56	128	128
7. 日本大学松戸歯学部	歯学部	37	33	76	15	161	161
8. 東京医科歯科大学歯学部	大学院医歯学総合研究科	30	24	24	84	162	213
	歯学部	6	2	5	0	13	
	歯学部附属病院	0	4	12	22	38	
9. 東京歯科大学	歯学部	57	49	81	128	315	315
10. 日本歯科大学生命歯学部	生命歯学部	30	30	26	26	112	236
	附属病院	9	24	36	47	116	
	共同研究センター	0	5	1	2	8	
11. 日本大学歯学部	歯学部	32	22	57	62	173	173
12. 昭和大学歯学部	歯学部	22	24	44	65	155	155
13. 神奈川歯科大学	歯学部	34	24	72	62	192	196
	高次脳・口腔科学研究センター	2	2	0	0	4	
14. 鶴見大学歯学部	歯学部	21	25	36	107	189	189
15. 新潟大学歯学部	歯学部	6	6		3	15	89
	大学院医歯学総合研究科	17	17		40	74	
16. 日本歯科大学新潟生命歯学部	歯学部	27	21	29	21	98	196
	歯学部附属病院	7	14	12	54	87	
	医科病院	1	0	0	0	1	
	先端研究センター	5	2	2	1	10	
17. 松本歯科大学	歯学部	33	7	21	42	103	141
	大学院	13	8	0	0	21	
	研究所	2	3	9	3	17	
18. 朝日大学歯学部	歯学部	44	24	28	61	157	157
19. 愛知学院大学歯学部	歯学部	30	25	84	36	175	175
20. 大阪歯科大学	歯学部	24	27	43	83	177	177
21. 大阪大学歯学部	大学院歯学研究科	21	16	9	46	92	92
22. 岡山大学歯学部	大学院医歯薬学総合研究科（歯学系）	16	18	0	50	84	84
23. 広島大学歯学部	大学院医歯薬学総合研究科	16	16	1	56	89	149
	歯学部	6	2	4	1	13	
	大学病院	1	1	16	29	47	
24. 徳島大学歯学部	ヘルスバイオサイエンス研究部(歯学系)	17	13	3	51	84	122
	医学部・歯学部附属病院（歯科）		1	16	21	38	
25. 九州歯科大学	歯学部歯学科	21	16	14	64	115	116
	大学院歯学研究科	1				1	
26. 九州大学歯学部	歯学研究院	18	15	2	13	48	93
	大学病院	1	1	12	31	45	
27. 福岡歯科大学	歯学部	29	21	30	54	134	134
28. 長崎大学歯学部	大学院医歯薬学総合研究科（歯）	18	16	1	59	94	94
29. 鹿児島大学歯学部	大学院医歯学総合研究科（歯）	19	16	3	57	95	134
	大学病院			11	28	39	
計		818	686	946	1,859	4,309	4,309



図Ⅰ-2　歯科大学（歯学部）の教員数と学生数の比

2004年以降に東京医科歯科大学歯学部（口腔保健学科），広島大学歯学部（口腔健康科学科），新潟大学歯学部（口腔生命福祉学科），徳島大学歯学部（口腔保健学科）に歯科医師とは別に4年生の大学で口腔保健について学ぶ学科が新設されている．

4）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-4**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2,230万～5,690万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．

5）学生生活（年間行事，クラブ活動など）

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-5**）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-6**），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行われている．全日本歯科学生総合体育大会は，すべての歯学部・歯科大学の学生が参加する歯学生のスポーツの祭典であり，ほとんどの競技は8月上旬に行われるが，ラグビー（12月開催）と，スキー，アメリカンフットボール（3月開催）は冬季開催となり，夏の大会に先駆けて行われている．2008年には第40回大会が開催された．

6）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-7**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．

文献

1）　学校教育法　第九章　大学　第九十二条．

表Ⅰ-3　学部・学科の学生定員および在籍学生数（2008 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	歯学部	歯学科	100	96	600	609	99	107	107	84	86	126
2.	北海道大学歯学部	歯学部	歯学科	60	60	360	371	63	64	59	64	60	61
3.	岩手医科大学歯学部	歯学部	歯学科	80	80	480	495	81	88	84	80	75	87
4.	奥羽大学歯学部	歯学部	歯学科	100	96	600	599	104	98	111	84	94	108
5.	東北大学歯学部	歯学部	歯学科	55	55	330	332	58	59	59	58	49	49
6.	明海大学歯学部	歯学部	歯学科	120	120	720	765	127	139	119	126	106	148
7.	日本大学松戸歯学部	歯学部	歯学科	160	128	960	796	138	141	135	134	117	131
8.	東京医科歯科大学歯学部	歯学部	歯学科	55	55	370	375	56	62	68	64	63	62
9.	東京歯科大学	歯学部	歯学科	140	128	920	816	130	137	143	131	126	149
10.	日本歯科大学生命歯学部	歯学部	歯学科	128	128	768	796	140	128	132	121	120	155
11.	日本大学歯学部	歯学部	歯学科	160	128	960	778	138	126	129	128	132	125
12.	昭和大学歯学部	歯学部	歯学科	105	96	630	610	100	111	109	99	88	103
13.	神奈川歯科大学	歯学部	歯学科	120	120	720	751	121	137	126	103	122	142
14.	鶴見大学歯学部	歯学部	歯学科	160	128	960	830	136	162	116	129	123	164
15.	新潟大学歯学部	歯学部	歯学科	45	45	260	267	41	36	47	45	43	55
16.	日本歯科大学新潟生命歯学部	歯学部	歯学科	120	96	720	591	88	116	109	93	84	101
17.	松本歯科大学	歯学部	歯学科	120	113	720	628	50	117	122	112	91	136
18.	朝日大学歯学部	歯学部	歯学科	140	128	840	858	137	159	125	128	140	169
19.	愛知学院大学歯学部	歯学部	歯学科	130	128	780	802	132	138	131	129	132	140
20.	大阪歯科大学	歯学部	歯学科	160	128	960	794	133	135	130	113	125	158
21.	大阪大学歯学部	歯学部	歯学科	65	65	380	392	62	68	75	59	65	63
22.	岡山大学歯学部	歯学部	歯学科	55	55	350	355	55	55	67	60	58	60
23.	広島大学歯学部	歯学部	歯学科	60	60	355	352	57	57	62	62	53	61
24.	徳島大学歯学部	歯学部	歯学科	50	40	40	311	42	38	60	56	49	66
25.	九州歯科大学	歯学部	歯学科	95	95	570	569	99	111	87	90	93	89
26.	九州大学歯学部	歯学部	歯学科	55	55	350	359	58	59	66	58	58	60
27.	福岡歯科大学	歯学部	歯学科	120	96	720	601	98	102	99	97	99	106
28.	長崎大学歯学部	歯学部	歯学科	50	50	320	326	50	49	58	55	62	52
29.	鹿児島大学歯学部	歯学部	歯学科	55	55	330	331	58	61	50	55	49	58
	計			2,863	2,627	17,073	16,459	2,651	2,860	2,785	2,617	2,562	2,984

表Ⅰ-4　学費・学納金（2008 年度初年度納付金および総額）

	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	0	3,496,800	無
	新潟大学歯学部	282,000	535,800	0	0	142,000	3,638,800	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	74,400	3,571,200	無
	九州歯科大学（県内）	282,000	535,800	0	0	0	3,496,800	無
	同（県外）	520,000	535,800	0	0	0	3,734,800	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	116,000	3,612,800	無
	鹿児島大学歯学部	282,000	535,800	0	0	0	3,496,800	無
私立大学	北海道医療大学歯学部	300,000	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	無
	奥羽大学歯学部	500,000	3,500,000	0	5,500,000	50,000	27,250,000	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	2,000,000	5,000,000*	回答なし	33,200,000	有
					300,000#			
	東京歯科大学	600,000	3,500,000	1,000,000	4,300,000	57,000	32,142,000	無
	日本歯科大学生命歯学部	600,000	3,800,000	600,000	4,400,000	35,000	31,550,000	無
	日本大学歯学部	600,000	3,000,000	1,700,000	3,000,000	140,000	33,340,000	有
	昭和大学歯学部	1,000,000	1,250,000	0	5,500,000	842,000	30,000,000	無
	神奈川歯科大学	600,000	4,300,000	500,000	4,500,000	0	33,903,000	無
	鶴見大学歯学部	600,000	3,500,000	850,000	5,000,000	73,500	31,885,000	無
	日本歯科大学新潟生命歯学部	600,000	3,800,000	600,000	4,400,000	35,000	32,890,000	無
	松本歯科大学	600,000	3,900,000	6,700,000	0	555,000	56,905,000	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	2,460,000	0	5,300,000	1,125,500	22,295,500	有
	大阪歯科大学	600,000	4,000,000	1,500,000	5,900,000	640,000	40,290,000	無
	福岡歯科大学	600,000	3,800,000	500,000	6,000,000	700,000	32,850,000	無

*（1 年次）
#（2，3 年次）

表Ⅰ-5　部活・サークル数（2008 年度）

機関名	部活数	サークル数	総数	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	16. 日本歯科大学新潟生命歯学部	38		38
2. 北海道大学歯学部	15		15	17. 松本歯科大学	29		29
3. 岩手医科大学歯学部	44	9	53	18. 朝日大学歯学部	40	21	61
4. 奥羽大学歯学部	27		27	19. 愛知学院大学歯学部	38		38
5. 東北大学歯学部	17	67	84	20. 大阪歯科大学	35	4	39
6. 明海大学歯学部	33		33	21. 大阪大学歯学部	15		15
7. 日本大学松戸歯学部	43		43	22. 岡山大学歯学部	8		8
8. 東京医科歯科大学歯学部	42		42	23. 広島大学歯学部	14		14
9. 東京歯科大学	44	8	52	24. 徳島大学歯学部	10		10
10. 日本歯科大学生命歯学部	34	6	40	25. 九州歯科大学	30		30
11. 日本大学歯学部	37		37	26. 九州大学歯学部	9		9
12. 昭和大学歯学部	41		41	27. 福岡歯科大学	21	4	25
13. 神奈川歯科大学	39		39	28. 長崎大学歯学部	20		20
14. 鶴見大学歯学部	60		60	29. 鹿児島大学歯学部		14	14
15. 新潟大学歯学部	16		16				
							計 986

表Ⅰ-6　特徴的な行事（2008 年度）

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（6，11 月）
2. 北海道大学歯学部	大学祭
3. 岩手医科大学歯学部	医大祭
4. 奥羽大学歯学部	新入生学外研修（1 泊 2 日），学長杯球技大会，奥羽祭
5. 東北大学歯学部	記載なし
6. 明海大学歯学部	新入生歓迎球技大会，学園祭
7. 日本大学松戸歯学部	松戸祭
8. 東京医科歯科大学歯学部	体育祭，お茶の水祭，解剖体慰霊式，動物慰霊祭，ご遺骨返還式
9. 東京歯科大学	東歯祭，武道始め，延世大学校歯科大学との学生交流，歯学体壮行会， 修学指導関係者・父兄個別面談会
10. 日本歯科大学生命歯学部	合同合宿，富士見祭
11. 日本大学歯学部	球技大会，日本大学体育大会，桜歯祭，ＮＵ祭，校外研修，リーダーズキャンプ
12. 昭和大学歯学部	白衣授与式，夏季スポーツ壮行会，旗が丘祭，解剖慰霊祭
13. 神奈川歯科大学	稲岡祭（学園祭）
14. 鶴見大学歯学部	新入生本山一泊参禅会，精霊祭，御征忌，成道会，大学祭
15. 新潟大学歯学部	歯学部運動会，歯学祭
16. 日本歯科大学新潟生命歯学部	合同合宿，浜浦祭
17. 松本歯科大学	解剖諸霊位慰霊祭，体育大会，学園祭（松濤祭），交通安全集会，三者面談
18. 朝日大学歯学部	学園祭（朝日祭）
19. 愛知学院大学歯学部	楠元祭
20. 大阪歯科大学	体育祭，楠葉祭，新歓スポーツ大会
21. 大阪大学歯学部	大学祭（まちかね祭），いちょう祭
22. 岡山大学歯学部	大学祭（津島祭・鹿田祭）
23. 広島大学歯学部	新入生歓迎オリエンテーションキャンプ，霞祭
24. 徳島大学歯学部	大学祭（蔵本祭）
25. 九州歯科大学	歯大祭（学園祭），体育祭，駅伝
26. 九州大学歯学部	九重合宿研修，釜山大学訪問
27. 福岡歯科大学	体育祭，学園祭
28. 長崎大学歯学部	歯学部祭
29. 鹿児島大学歯学部	桜ヶ丘祭，学生駅伝大会
全歯科大学共通行事	全日本歯科学生総合体育大会

表Ⅰ-7　奨学金制度（2008 年度）

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	厚生労働省奨学金
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制度
5. 東北大学歯学部	記載なし
6. 明海大学歯学部	明海大学学資借入支援奨学金制度，明海大学資格等取得奨励奨学金制度， 明海大学歯学部教育後援会奨学金制度
7. 日本大学松戸歯学部	日本大学松戸歯学部鈴木奨学金
8. 東京医科歯科大学歯学部	小林育英会，研究者早期育成奨学金，海外研修奨励金
9. 東京歯科大学	東京歯科大学特別奨学金（給付），東京歯科大学貸与奨学金
10. 日本歯科大学生命歯学部	育英奨学金，学術奨励賞
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	昭和大学奨学金，昭和大学父兄会互助会奨学金
13. 神奈川歯科大学	弓削朝子奨学金
14. 鶴見大学歯学部	歯学部特待生，授業料貸与奨学生，歯学部鶴真会奨学生，歯学部同窓会奨学生， 大学院奨学生
15. 新潟大学歯学部	新潟大学学業等成績優秀者奨学金制度，新潟大学修学支援貸与金制度
16. 日本歯科大学新潟生命歯学部	育英奨学金，大学院奨学生制度
17. 松本歯科大学	森田奨学育英会，電通育英会，あしなが育英会，朝鮮奨学会
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，愛知学院大学応急奨学金，曹洞宗育英会， 同窓会奨学金
20. 大阪歯科大学	森田奨学育英会，朝鮮奨学会
21. 大阪大学歯学部	大阪大学教養教育奨学金
22. 岡山大学歯学部	電通育英会，ノートルダム育英財団，中村積善会
23. 広島大学歯学部	(財)日本証券奨学財団，ほか
24. 徳島大学歯学部	記載なし
25. 九州歯科大学	永松奨学会，各公共団体制度，あしなが育英会，など
26. 九州大学歯学部	制度化されているものはなし．財団や企業が募集する奨学金のみ
27. 福岡歯科大学	福岡歯科大学学生共済会奨学金制度
28. 長崎大学歯学部	森田奨学育英会
29. 鹿児島大学歯学部	鹿児島育英財団，石川県奨学生，など

2 入学者選抜

小田　豊

1）大学進学の動向

18歳人口の減少で「大学全入時代の到来」といわれている．長期的に18歳人口が減少してはいるものの，大学進学率の上昇で受験生数は70万人前後とここ数年大きくは変化していない．近年の歯科大学（歯学部）への志願者数，入学者数の推移では，志願者数は1996年の19,033人から減少傾向を示し，2002年に13,610人の最少にいたったものの，2003年の15,936人から，2005年には16,664人と増加に転じている．しかし，2006年15,769人，2008年12,202人と大きく減少し，2009年には8,671人と激減している．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2008年には2,531人と約200名減少している．

2）選抜方法

志願者数の減少を背景に入試の多様化は進んでおり，入学者選抜方法は学力検査を主とした一般入試（Ⅰ期・Ⅱ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，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いる．

表Ⅰ-8～10に2006年度，2007年度，2008年度の各歯科大学（歯学部）の入学者選抜の結果を示した．全体平均では約70％が一般入試で，約30％がその他の方法で選抜されている．国立大学法人では75％以上が一般入試による入学者で，私立歯科大学（歯学部）がAO入試などその他の選抜方法で入学者を選抜する傾向にある．大学の学力水準を維持するためには一般入試入学者の比率を高くすべきとの見方もあるが，早期に入学者を確保したいとの事情もあって，入試の多様化はさらに進むものと思われる．

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，従来の国立大学法人の共通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．

歯学部編入学試験は2年次または3年次に編入するもので，国立大学8校，私立大学13校で実施されている．国立大学では学士編入試験として3年次に編入している大学が多い．私立大学の編入試験は，学士編入ではなく一般編入として実施しているところが多いため，医療系の短大卒業生や大学在籍中の学生も受験できる．ただし，2年次の編入となる．

3）大学ごとの志願者・合格者・入学者の推移

2008年度の志願者で比較すると，私立歯科大学では日本歯科大学生命歯学部が最大の905人，次いで昭和大学歯学部755人，神奈川歯科大学736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200～400人の範囲にあるが，広島大学歯学部428人，徳島大学歯学部297人となっている．全国立大学法人では2003年度の3,875人から2008年度の2,822人と約27％減少している．私立歯科大学の志願者数は400～1,200人の範囲にあるが，全私立歯科大学では2003年度の11,171人から2008年度の8,775人と約21％減少している．

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

表Ⅰ-8　2006年度入学者選抜

機関名	一般入試（Ⅰ・Ⅱ期,前・後期）				公募推薦入試				センター試験				AO入試				その他					その他					編入学試験				計（編入学除く）			
	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	（名称）	志願者	合格者	入学者	募集人員	（名称）	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	427	112	59	56	26	11	10	10	220	67	12	22	39	15	15	8															712	205	96	96
2. 北海道大学歯学部	296	50	50	50									20	10	10	10	帰国子女	1	0	0	若干	私費外国人留学生									317	60	60	60
3. 岩手医科大学歯学部	450	109	65	60	16	16	15	20																							466	125	80	80
4. 奥羽大学歯学部	639	132	68	71	76	30	30	25																							715	162	98	96
5. 東北大学歯学部	281	49	47	45									41	11	11	10						私費外国人留学生	2	0	0	若干					324	60	58	55
6. 明海大学歯学部	769	192	85	80	27	27	27	29					83	10	8	10						外国人留学生特別	1	0	0	1	学士編入学	5	2	2		880	229	120	120
7. 日本大学松戸歯学部	761	100	53	75	51	29	29	20									付属推薦	49	36	36	30	校友子女	31	10	10	3	編入学	34	6	6	若干	892	175	128	128
8. 東京医科歯科大学歯学部	433	58	55	55																		私費外国人留学生	2	0	0	若干	学士編入学	37	11	10	10	435	58	55	55
9. 東京歯科大学	571	100	77	約85	131	48	48	約45									指定校推薦	3	3	3							学士編入学	30	6	6	若干	705	151	128	128
10. 日本歯科大学生命歯学部	797	160	107	90					303	60	21	38															編入学	27	4	2	若干	1,100	220	128	128
11. 日本大学歯学部	705	144	98	95													付属推薦	29	22	22	25	校友子女	42	8	8	8	編入学	26	5	5	若干	776	174	128	128
12. 昭和大学歯学部	815	113	70	63	101	23	23	23	185	13	3	10															学士編入学	20	7	5	若干	1,101	149	96	96
13. 神奈川歯科大学	398	154	84	85	80	35	35	35																							478	189	119	120
14. 鶴見大学歯学部	415	100	76	78	91	53	52	50																			学士編入学	16	4	3	若干	506	153	128	128
15. 新潟大学歯学部	254	33	30	30	16	10	10	10									帰国子女	1	0		若干	私費外国人留学生	0			若干	学士編入学	39	6	5	5	271	43	40	40
16. 日本歯科大学新潟生命歯学部	213	54	44	41	46	17	17	約30	105	35	19	25					指定校推薦	16	16	16	約30						編入学	6	3	2	若干	380	122	96	96
17. 松本歯科大学	269	179	76	78	35	30	29	25	59	28	6	10															編入学	11	8	8	若干	363	237	111	113
18. 朝日大学歯学部	267	86	51	68	150	58	42	30									指定校推薦	38	35	34	30	帰国生徒・外国人留学生試験	1	1	1	若干	学士編入学	5	4	3	若干	456	180	128	128
19. 愛知学院大学歯学部	537	101	*	63	70	37	*	31	77	20	*	8	13	2	*	6	指定校推薦	29	29	*		帰国生徒	1	1	*	若干	編入学	7	3	*	若干	727	190	128	128
20. 大阪歯科大学	347	154	100	100	40	28	28	28																							387	182	128	128
21. 大阪大学歯学部	232	62	60	60																		私費外国人留学生	0	0	0	若干	学士編入学	16	5	5	5	232	62	60	60
22. 岡山大学歯学部	165	40	40	40	33	15	15	15									帰国子女	0	0	0	若干	私費外国人留学生	5	4	2	若干	学士編入学	64	6	5	5	203	59	57	55
23. 広島大学歯学部	364	56	52	50									43	3	3	5											学士編入学	44	7	5	5	407	59	55	55
24. 徳島大学歯学部	264	32	30	30	36	10	10	10									帰国子女	0	0	0	若干	私費外国人留学生	0	0	0	若干	学士編入学	35	6	6	5	300	42	40	40
25. 九州歯科大学	553	90	83	83	27	12	12	12																							580	102	95	95
26. 九州大学歯学部	286	47	45	45									31	10	10	10	帰国子女	0	0	0		私費外国人留学生	8	2	2		学士編入学	57	5	4	5	325	59	57	55
27. 福岡歯科大学	343	108	61	約56	64	30	30	約30	63	6	5	約10															編入学	11	0	0	若干	470	144	96	96
28. 長崎大学歯学部	298	45	41	35									25	9	9	15											学士編入学	78	6	5	5	323	54	50	50
29. 鹿児島大学歯学部	319	57	55	55																		私費外国人留学生	1	0	0	若干					320	57	55	55
計	12,468	2,717	1,762	1,822	1,116	519	462	478	1,012	229	66	123	295	70	66	74		166	141	111	115		94	26	23	12		568	104	87	45	15,151	3,702	2,618	2,612

明海大学の公募推薦は指定校推薦入試　　＊愛知学院大学は非公開

表Ⅰ-9　2007年度入学者選抜

機関名	一般入試（Ⅰ・Ⅱ期,前・後期）				公募推薦入試				センター試験				AO入試				その他					その他					編入学試験				計（編入学除く）			
	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	（名称）	志願者	合格者	入学者	募集人員	（名称）	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	395	123	56	56	14	11	11	10	180	71	12	22	34	17	17	8															623	222	96	96
2. 北海道大学歯学部	261	50	50	50									19	10	10	10	帰国子女	1	0	0	若干	私費外国人留学生	3	1	0	若干					284	61	60	60
3. 岩手医科大学歯学部	325	111	58	60	23	22	22	20																							348	133	80	80
4. 奥羽大学歯学部	488	130	67	66	55	32	29	30																							543	162	96	96
5. 東北大学歯学部	199	50	45	45									25	10	10	10						私費外国人留学生	2	0	0	若干					226	60	55	55
6. 明海大学歯学部	676	161	84	80	26	26	26	29					83	10	10	10						外国人留学生特別	0	0	0	1	学士編入学	10	3	1		785	197	120	120
7. 日本大学松戸歯学部	509	119	60	73	46	25	25	20									付属推薦	56	33	33	30	校友子女	44	10	10	5	編入学	33	5	5	若干	655	187	128	128
8. 東京医科歯科大学歯学部	420	59	56	55																		私費外国人留学生	0	0	0	若干	学士編入学	39	10	10	10	420	59	56	55
9. 東京歯科大学	481	108	77	約85	136	45	45	約45									指定校推薦	6	6	6							学士編入学	20	5	5	若干	623	159	128	128
10. 日本歯科大学生命歯学部	793	179	109	90					345	68	19	38															編入学	12	3	1	若干	1,138	247	128	128
11. 日本大学歯学部	647	145	98	95													付属推薦	18	18	18	25	校友子女	42	12	12	8	編入学	26	5	4	若干	707	175	128	128
12. 昭和大学歯学部	682	126	71	63	99	24	24	23	143	17	1	10															学士編入学	21	6	5	若干	924	167	96	96
13. 神奈川歯科大学	624	143	84	85	77	36	36	35																			編入学	3	2	1	若干	701	179	120	120
14. 鶴見大学歯学部	633	113	80	83	98	45	45	45																			学士編入学	22	5	5	若干	731	158	125	128
15. 新潟大学歯学部	255	30	30	30	29	10	10	10									帰国子女特別選抜	1	0		若干	私費外国人留学生	1	0		若干	学士編入学	41	7	5	5	286	40	40	40
16. 日本歯科大学新潟生命歯学部	351	89	53	約41	51	19	18	約30	193	47	11	約25					指定校推薦	14	14	14	約30						編入学	13	3	1	若干	609	169	96	96
17. 松本歯科大学	223	172	74	83	25	20	19	20	39	23	2	10															編入学	16	11	10	若干	287	215	95	113
18. 朝日大学歯学部	243	104	58	68	103	46	31	30					88	12	9	10	指定校推薦	34	30	30	20	帰国生徒・外国人留学生試験	0	0	0	若干	学士編入学	6	5	3	若干	468	192	128	128
19. 愛知学院大学歯学部	497	122	*	63	64	42	*	31	79	19	*	8	4	0	*	6	指定校推薦	23	23	*							編入学	5	2	*	若干	667	206	128	128
20. 大阪歯科大学	316	153	100	100	49	28	28	28																							365	181	128	128
21. 大阪大学歯学部	218	62	60	60																		私費外国人留学生	0	0	0	若干	学士編入学	22	5	4	5	218	62	60	60
22. 岡山大学歯学部	232	42	40	40	42	15	15	15									帰国子女特別選抜	0	0	0	若干	私費外国人留学生	7	2	1	若干	学士編入学	68	7	5	5	281	59	56	60
23. 広島大学歯学部	427	54	52	50									44	3	3	5											学士編入学	31	5	5	5	471	57	55	55
24. 徳島大学歯学部	257	29	29	30	22	10	10	10									帰国子女特別選抜	1	1	1	若干	私費外国人留学生	0	0	0	若干	学士編入学	22	5	3	5	280	40	40	50
25. 九州歯科大学	609	91	83	83	29	12	12	12																							638	103	95	95
26. 九州大学歯学部	239	47	44	45									43	10	10	10	帰国子女特別選抜	0	0	0		私費外国人留学生	7	1	1		学士編入学	63	5	5	5	289	58	55	55
27. 福岡歯科大学	280	97	56	約56	61	30	30	約30	46	14	10	約10															編入学	10	1	1	若干	387	141	96	96
28. 長崎大学歯学部	213	41	38	35									54	12	12	15											学士編入学	86	5	5	5	267	53	50	50
29. 鹿児島大学歯学部	351	61	55	55																		私費外国人留学生	3	2	2	若干					354	63	57	60
計	11,844	2,811	1,767	1,825	1,049	498	436	473	1,025	259	55	123	394	84	81	84		154	125	102	105		109	28	26	14		569	105	84	45	14,575	3,805	2,595	2,632

明海大学の公募推薦は指定校推薦入試　　＊愛知学院大学は非公開

表Ⅰ-10　2008 年度入学者選抜

機関名	一般入試（Ⅰ・Ⅱ期,前・後期）				公募推薦入試				センター試験				AO 入試				その他					その他					編入学試験				合計（編入学除く）			
	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	（名称）	志願者	合格者	入学者	募集人員	（名称）	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	323	142	47	56	11	10	10	10	273	127	25	22	24	14	14	8															631	293	96	96
2. 北海道大学歯学部	210	53	53	50									25	7	7	10	帰国子女	2	0	0		私費外国人留学生	6	1	1						243	61	61	60
3. 岩手医科大学歯学部	245	137	62	60	20	19	18	20																							265	156	80	80
4. 奥羽大学歯学部	312	126	64	66	45	35	32	30																							357	161	96	96
5. 東北大学歯学部	171	49	44	45									39	11	11	10						私費外国人留学生	0	0	0	若干					210	60	55	55
6. 明海大学歯学部	437	187	88	80	19	19	19	29					68	15	13	10						外国人留学生特別	0	0	0	1	学士編入学	5	3	2		524	221	120	120
7. 日本大学松戸歯学部	471	161	75	73	20	17	17	20									付属推薦入試	43	30	30	30	校友子女入試	22	6	6	5	編入学	22	2	2	若干	556	214	128	128
8. 東京医科歯科大学歯学部	291	58	54	55																		私費外国人留学生	2	1	1	若干	学士編入学	30	10	8	10	293	59	55	55
9. 東京歯科大学	444	108	80	約85	104	38	38	約45									指定校推薦	10	10	10							学士編入学	18	5	5	若干	558	156	128	128
10. 日本歯科大学生命歯学部	638	176	106	90					264	100	22	38															編入学	17	5	2	若干	902	276	128	128
11. 日本大学歯学部	498	162	98	95													付属推薦入試	20	20	18	25	校友子女	35	12	11	8	編入学	18	6	4	若干	553	194	127	128
12. 昭和大学歯学部	536	129	68	63	47	23	23	23	172	28	5	10															学士編入学	20	9	5	若干	755	180	96	96
13. 神奈川歯科大学	669	235	85	85	67	35	35	35																			編入学	4	4	4	若干	736	270	120	120
14. 鶴見大学歯学部	612	122	80	83	71	48	48	45																			学士編入学	7	5	4	若干	683	170	128	128
15. 新潟大学歯学部	172	34	30	30	24	10	10	10									帰国子女特別選抜	1	0		若干	私費外国人留学生	1	0		若干	学士編入学	41	6	5	5	198	44	40	40
16. 日本歯科大学新潟生命歯学部	189	51	44	約41	31	20	20	約30	109	34	9	約25					指定校推薦入試	10	10	10	約30						編入学	5	2	2	若干	339	115	83	96
17. 松本歯科大学	86	69	24	85	13	12	9	18	29	19	7	10															編入学	9	8	4	若干	128	100	40	113
18. 朝日大学歯学部	358	180	50	78	96	57	38	20					56	18	17	10	指定校推薦入試	23	23	23	20	帰国生徒・外国人留学生	0	0	0	若干	学士編入学	2	2	2	若干	533	278	128	128
19. 愛知学院大学歯学部	423	101	*	62	53	45	*	31	94	32	*	11	5	1	*	4	指定校推薦入試	26	26	*							編入学	7	4	*	若干	601	205	128	108
20. 大阪歯科大学	289	156	101	100	28	27	27	28																							317	183	128	128
21. 大阪大学歯学部	201	65	62	60																		私費外国人留学生入試	0	0	0	若干	学士編入学	15	5	5	5	201	65	62	60
22. 岡山大学歯学部	192	43	41	40	33	15	14	15									帰国子女特別選抜	2	1	1	若干	私費外国人留学生	2	0	0	若干	学士編入学	54	6	5	5	229	59	56	55
23. 広島大学歯学部	396	54	53	50									32	2	2	5											学士編入学	33	6	5	5	428	56	55	55
24. 徳島大学歯学部	284	30	30	30	12	10	10	10									帰国子女特別選抜	0	0	0	若干	私費外国人留学生	1	0	0	若干	学士編入学	30	7	5	5	297	40	40	40
25. 九州歯科大学	571	86	83	83	29	12	12	12														私費外国人留学生入試	5	1	1	若干					605	99	96	95
26. 九州大学歯学部	203	49	46	45									29	8	8	10	帰国子女特別選抜	0	0	0		私費外国人留学生	4	1	1		学士編入学	53	5	4	5	236	58	55	55
27. 福岡歯科大学	209	105	56	約56	37	15	15	約15	39	16	9	約10	52	16	16	約15											編入学	3	1	1	若干	337	152	96	96
28. 長崎大学歯学部	234	43	41	35									41	9	9	15											学士編入学	87	8	6	5	275	52	50	50
29. 鹿児島大学歯学部	209	56	55	55																		私費外国人留学生	3	3	1	若干					212	59	56	55
計	9,873	2,967	1,720	1,836	760	467	395	446	980	356	77	126	371	101	97	97		137	120	92	105		81	25	22	14		480	109	80	45	12,202	4,036	2,531	2,592

明海大学の公募推薦は指定校推薦入試　　＊愛知学院大学は非公開

3 大学院の現況

柳澤　孝彰

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が，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．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，さらに，1989年にも大学院設置基準などの改正が行われて，1990年以降には「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」を大学院に移すことにより，大学院に重点をお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，鹿児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．

やなぎさわ　たかあき
東京歯科大学口腔超微構造学講座
キーワード：学生数，学位授与，進路

1）大学院研究科の学生定員および在籍学生数

図Ⅰ-3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．2006年には2,633人であったが，2008年には2,744人と少数ながら増加している．**表Ⅰ-11**に2006年度の，**表Ⅰ-12**に2007年度の，**表Ⅰ-13**に2008年度の学生数，および博士課程，修士課程の収容定員に対する充足率を示した．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（薬）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，愛知学院大学が大学院生数において上位となっている．

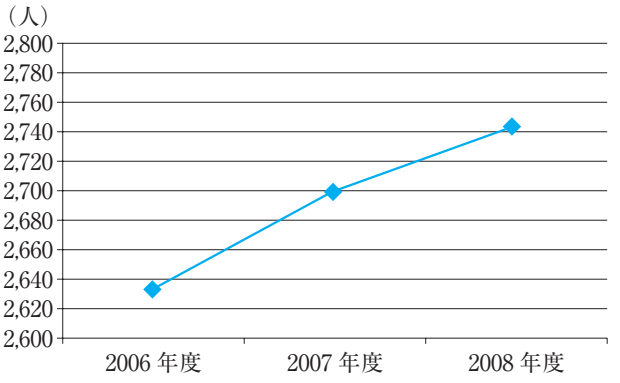
社会人大学院は2000年以降に，社会的な要望から，社会人の経歴を有する者を教育する大学院の課程として設置され，博士課程在籍学生数は2006年に約20％であったが，2008年には全体の約23％（619人）を占めるにいたり，その割合は増加している．留学生の受け入れ数では206人（2008年）で約8％を占めているものの，ほとんどが国立大学法人の歯学部となっている．

2）学費・学納金

大学院入学に必要な初年度納付金を**表Ⅰ-14**に示した．私立大学の入学金は100,000～600,000円で，国立大学法人は282,000円である．また授業料は400,000～1,130,000円で，昭和大学と朝日大学は国立大学法人の535,800円より少額である．施設設備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．寄付金に関しては，ほぼどこも募集していない．

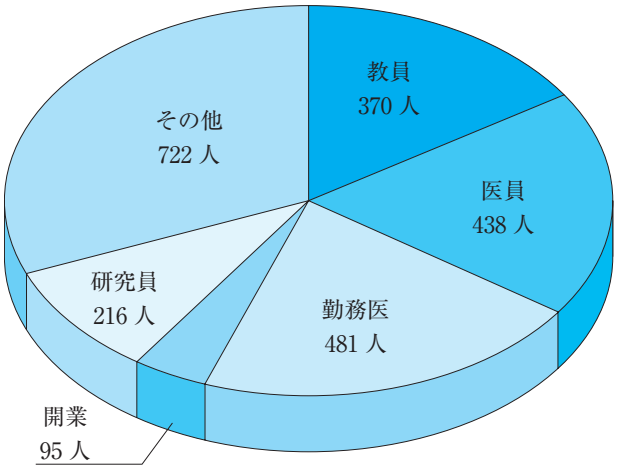
3）学位授与状況

2006年度から2008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



図Ⅰ-3　2006 ～ 2008 年度大学院学生数の推移

提出論文で授与された論文博士，修士に分けて**表Ⅰ-15**に示した．課程博士は 2006 年度に 704 人，2007 年度に 655 人，2008 年度に 674 人が授与されている．また，論文博士は 2006 年度に 199 人，2007 年度に 168 人，2008 年度に 150 人が授与されている．博士号受領者の約 80％は課程博士となっているものの，論文博士が課程博士に迫る大学もある．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．



図Ⅰ-4　大学院修了後の進路

4）大学院修了者の進路

2006 年度から 2008 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-16**に示した．また**図Ⅰ-4**には 2006～2008 年度の 3 年間の比率を円グラフで表した．その他を除くと，勤務医が 481 人（約 21％）で最も多く，次いで医員が 438 人（約 19％）となっている．

表Ⅰ-11　大学院学生数（2006年度）

機関名	博士課程		在籍学生数					充足率	修士課程		在籍学生数					充足率
	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	23	4			27	37.5%							0	
2. 北海道大学大学院歯学研究科	42	126	82	43	11		136	107.9%							0	
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	18	72	22	16	0	0	38	52.8%							0	
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	18	72	23				23	31.9%							0	
5. 東北大学大学院歯学研究科	47	186	116	42	7		165	88.7%	6	12	1	18	0		19	158.3%
6. 明海大学大学院歯学研究科	18	72	54				54	75.0%							0	
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	40	160	67	0	15	0	82	51.3%							0	
8. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	94	376	246	72	100	0	418	111.2%	35	70	87	1	1	0	89	127.1%
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	34	136	136	19	2		157	115.4%							0	
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	18	72	43				43	59.7%							0	
11. 日本大学大学院歯学研究科	42	168	87	0	0	0	87	51.8%							0	
12. 昭和大学大学院歯学研究科	18	26	2	22	2		26	100.0%							0	
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	18	72	45	15	3		63	87.5%							0	
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	18	72	73	0	1	0	74	102.8%							0	
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	40	160	56	64	18		138	86.3%							0	
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	18	72	17		3		20	27.8%							0	
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	18	72	15	63	0	0	78	108.3%							0	
18. 朝日大学大学院歯学研究科	18	72	39	0	1		40	55.6%							0	
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	18	72	90	14	2		106	147.2%							0	
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	30	120	82				82	68.3%							0	
21. 大阪大学大学院歯学研究科	55	220	145	41	12	0	198	90.0%							0	
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	36	144	82	22	19		123	85.4%	20	40	1	1	3		5	12.5%
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科 ※①	103	412	86	14	10	0	110	26.7%	20	40	1	0	0	0	1	2.5%
24. 徳島大学大学院口腔科学教育部	26	104	53	5	11		69	66.3%							0	
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	30	120	62	6	2	0	70	58.3%							0	
26. 九州大学大学院歯学研究院	43	172	67	42	12		121	70.3%							0	
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	18	72	24	0	1	0	25	34.7%							0	
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 ※①	135	513	30	14	7	0	51	9.9%							0	
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	94	376	2	7	0	0	9	2.4%	20	40	0	0	1	0	1	2.5%
計	1,125	4,383	1,869	525	239	0	2,633	60.1%	101	202	90	20	5	0	115	56.9%

※①　定員は医歯薬学総合研究科の総定員

表Ⅰ-12　大学院学生数（2007 年度）

機関名	博士課程		在籍学生数					充足率	修士課程		在籍学生数					充足率
	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	25	5			30	41.7%							0	
2. 北海道大学大学院歯学研究科	42	126	83	40	8		131	104.0%							0	
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	18	72	19	20	0	0	39	54.2%							0	
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	18	72	24	6			30	41.7%							0	
5. 東北大学大学院歯学研究科	47	188	112	46	6		164	87.2%	6	12	1	18	1		20	166.7%
6. 明海大学大学院歯学研究科	18	72	43		1		44	61.1%							0	
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	40	160	60	0	22	0	82	51.3%							0	
8. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	94	376	230	75	88	0	393	104.5%	35	70	90	1	1	0	92	131.4%
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	34	136	140	19	2		161	118.4%							0	
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	18	72	53	6	2		61	84.7%							0	
11. 日本大学大学院歯学研究科	42	168	102	7	0	0	109	64.9%							0	
12. 昭和大学大学院歯学研究科	18	26	8	18			26	100.0%							0	
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	18	72	48	17	3		68	94.4%							0	
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	18	72	65	0	1	0	66	91.7%							0	
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	40	160	57	64	18		139	86.9%							0	
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	18	72	24		3		27	37.5%							0	
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	18	72	15	62	1	0	78	108.3%							0	
18. 朝日大学大学院歯学研究科	18	72	39	0	1		40	55.6%							0	
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	18	72	82	10	2		94	130.6%							0	
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	30	120	75				75	62.5%							0	
21. 大阪大学大学院歯学研究科	55	220	148	38	8	0	194	88.2%							0	
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	36	144	90	20	15		125	86.8%	20	40	1	1	4		6	15.0%
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科 ※①	103	412	73	21	13	0	107	26.0%	20	40	7	0	0	0	7	17.5%
24. 徳島大学大学院口腔科学教育部	26	104	45	23	15		83	79.8%							0	
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	30	120	69	6	3	0	78	65.0%							0	
26. 九州大学大学院歯学研究院	43	172	94	48	12		154	89.5%							0	
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	18	72	27	0	1	0	28	38.9%							0	
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 ※①	135	517	29	22	7	0	58	11.2%							0	
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	94	376	11	4	0	0	15	4.0%	20	40	0	0	1	0	1	2.5%
計	1,125	4,389	1,890	577	232	0	2,699	61.5%	101	202	99	20	7	0	126	62.4%

※①　定員は医歯薬学総合研究科の総定員

表Ⅰ-13　大学院学生数（2008 年度）

機関名	博士課程		在籍学生数					充足率	修士課程		在籍学生数					充足率
	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	32	4			36	50.0%							0	
2. 北海道大学大学院歯学研究科	42	126	101	36	5		142	112.7%							0	
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	18	72	23	24	0	0	47	65.3%							0	
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	18	72	30	7			37	51.4%							0	
5. 東北大学大学院歯学研究科	47	188	109	46	5		160	85.1%	6	12	1	18	2		21	175.0%
6. 明海大学大学院歯学研究科	18	72	48		1		49	68.1%							0	
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	40	160	60	7	25	0	92	57.5%							0	
8. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	94	376	225	74	74	0	373	99.2%	35	70	76	0	1	0	77	110.0%
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	34	136	133	17	1		151	111.0%							0	
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	18	72	48	16	2		66	91.7%							0	
11. 日本大学大学院歯学研究科	42	168	102	23	0	0	125	74.4%							0	
12. 昭和大学大学院歯学研究科	18	30	19	10	1		30	100.0%							0	
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	18	72	48	17	2		67	93.1%							0	
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	18	72	58	0	1	0	59	81.9%							0	
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	32	152	52	57	16		125	82.2%							0	
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	18	72	25		1		26	36.1%							0	
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	18	72	12	68	1	0	81	112.5%							0	
18. 朝日大学大学院歯学研究科	18	72	46	0	2		48	66.7%							0	
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	18	72	93	11	1		105	145.8%							0	
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	30	120	78				78	65.0%							0	
21. 大阪大学大学院歯学研究科	55	220	153	32	4	0	189	85.9%							0	
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	36	144	96	19	14		129	89.6%	20	40	2		6		8	20.0%
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科 ※①	103	412	50	42	9	0	101	24.5%	20	40	5	1	0	0	6	15.0%
24. 徳島大学大学院口腔科学教育部	26	104	36	19	17		72	69.2%							0	
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	30	120	76	5	3	0	84	70.0%							0	
26. 九州大学大学院歯学研究院	43	172	93	52	15		160	93.0%							0	
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	18	72	28	0	0	0	28	38.9%							0	
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 ※①	130	512	31	26	5	0	62	12.1%							0	
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	94	376	14	7	1	0	22	5.9%	20	40	2	0	0	0	2	5.0%
計	1,112	4,380	1,919	619	206	0	2,744	62.6%	101	202	86	19	9	0	114	56.4%

※①　定員は医歯薬学総合研究科の総定員

表Ⅰ-14　大学院の学費・学納金

機関名	入学金	授業料	施設設備費	教育充実費	その他	計	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	950,000	無
2. 北海道大学大学院歯学研究科	282,000	535,800	0	0	0	817,800	無
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	200,000	850,000	300,000	0	0	1,350,000	無
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	200,000	600,000	100,000			900,000	回答なし
5. 東北大学大学院歯学研究科	282,000	535,800	0	0	0	817,800	無
6. 明海大学大学院歯学研究科	250,000	650,000	150,000	0	0	1,050,000	無
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	200,000	600,000	500,000	0	0	1,300,000	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				817,800	回答なし
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	300,000	600,000	※① 100,000		2,000	902,000	無
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	200,000	550,000			14,500	764,500	無
11. 日本大学大学院歯学研究科	200,000	600,000	500,000		10,000	1,310,000	無
12. 昭和大学大学院歯学研究科	100,000	400,000	300,000	0	100,000	900,000	無
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	400,000	700,000	600,000			1,700,000	無
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	300,000	700,000	300,000	0	0	1,300,000	無
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	282,000	535,800				817,800	無
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	200,000	550,000			14,500	764,500	無
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	200,000	600,000	0	0	3,900	803,900	無
18. 朝日大学大学院歯学研究科	200,000	400,000	—	—	—	600,000	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	1,937,000	無
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	300,000	700,000	※① 1,000,000	0	0	1,000,000	無
21. 大阪大学大学院歯学研究科	282,000	535,800	0	0	0	817,800	無
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	282,000	535,800				817,800	無
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科	282,000	535,800	0	0	0	817,800	無
24. 徳島大学大学院口腔科学教育部	282,000	535,800			14,900	832,700	無
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	※② 282,000	535,000	0	0	0	535,000	無
26. 九州大学大学院歯学研究院	282,000	535,800	0	0	0	817,800	無
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	300,000	700,000	600,000	0	0	1,600,000	無
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科	282,000	535,800				817,800	回答なし
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	282,000	535,800	0	0	0	817,800	無

※① 他大学出身者，入学時のみ

※② 県外生　入学金　520,000

（単位：円）

表Ⅰ-15　学位授与状況

機関名	博士（課程）			計	博士（論文）			計	修士			計
	2006年度	2007年度	2008年度		2006年度	2007年度	2008年度		2006年度	2007年度	2008年度	
1. 北海道医療大学大学院歯学研究科	9	5	8	22	2	4	4	10				0
2. 北海道大学大学院歯学研究科	36	24	33	93	2	1	2	5				0
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	10	5	6	21	1	0	4	5				0
4. 奥羽大学大学院歯学研究科	3	6	11	20	0	4	0	4				0
5. 東北大学大学院歯学研究科	45	42	41	128	5	5	0	10	8	8	4	20
6. 明海大学大学院歯学研究科	22	11	12	45	17	13	12	42				0
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	25	15	21	61	15	17	22	54				0
8. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	99	102	96	297	4	6	3	13			1	1
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	41	52	47	140	15	6	3	24				0
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	7	15	10	32	25	6	0	31				0
11. 日本大学大学院歯学研究科	19	23	31	73	12	15	13	40				0
12. 昭和大学大学院歯学研究科	25	21	25	71	14	8	12	34				0
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科	10	13	18	41	8	14	9	31				0
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	11	15	16	42	9	6	1	16				0
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	33	37	29	99	4	2	3	9				0
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	8	6	4	18				0				0
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	26	17	16	59		1	6	7				0
18. 朝日大学大学院歯学研究科	15	8	8	31	10	10	6	26				0
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	34	21	28	83	18	9	8	35				0
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科	21	26	25	72	22	13	24	59				0
21. 大阪大学大学院歯学研究科	53	43	49	145	3	1	1	5				0
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	30	27	39	96	3	3	4	10	3	2	4	9
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科　※①	32	25	26	83		5		5		1	3	4
24. 徳島大学大学院口腔科学教育部	16	22	18	56				0				0
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	24	15	14	53	5	4	9	18				0
26. 九州大学大学院歯学研究院	26	32	22	80	1	3		4				0
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	10	9	2	21	2			2				0
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科	7	12	8	27	1	2	3	6				0
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	7	6	11	24	1	10	1	12	1	1	2	4
計	704	655	674	2,033	199	168	150	517	12	12	14	38

※①　指導教員が歯学系の修了者数

表Ⅰ-16　大学院修了者の進路

機関名	年度	教員	医員	勤務医	開業	研究員	その他	計
1. 北海道医療大学大学院歯学研究科	2006 年度	6				1	2	9
	2007 年度	1				1	3	5
	2008 年度				2	2	4	8
2. 北海道大学大学院歯学研究科	2006 年度	4	9	6	1	7	9	36
	2007 年度	8	2	10		2	2	24
	2008 年度	2	5	9	2	7	8	33
3. 岩手医科大学大学院歯学研究科	2006 年度	1	0	1	1	7	0	10
	2007 年度	0	0	3	0	2	0	5
	2008 年度	0	0	1	1	6	0	8
4. 奥羽大学大学院歯学研究科　※①	2006 年度							0
	2007 年度							0
	2008 年度	4	1					5
5. 東北大学大学院歯学研究科	2006 年度	2	10	16	2	1	14	45
	2007 年度	0	9	16	0	3	14	42
	2008 年度	5	8	14	3	0	12	42
6. 明海大学大学院歯学研究科	2006 年度	1	1	7	0	11	2	22
	2007 年度	4	0	1	0	6	0	11
	2008 年度	5	0	0	0	0	0	5
7. 日本大学大学院松戸歯学研究科	2006 年度	13	0	0	11	0	0	24
	2007 年度	11	0	0	3	0	0	14
	2008 年度	13	0	0	8	0	0	21
8. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	2006 年度	26	35	40	3	27	81	212
	2007 年度	25	32	16	1	23	100	197
	2008 年度	17	30	18	4	17	120	206
9. 東京歯科大学大学院歯学研究科	2006 年度	1	21	10		3	8	43
	2007 年度	6	9	12	5	4	16	52
	2008 年度	4	11	7	7	3	13	45
10. 日本歯科大学大学院歯学研究科	2006 年度	4	3					7
	2007 年度	6	3				6	15
	2008 年度	7					3	10
11. 日本大学大学院歯学研究科	2006 年度	2		3			14	19
	2007 年度	2					21	23
	2008 年度	1		10			20	31
12. 昭和大学大学院歯学研究科	2006 年度	21		2			2	25
	2007 年度	15		4		1	1	21
	2008 年度	20		5				25
13. 神奈川歯科大学大学院歯学研究科　※②	2006 年度	2					7	9
	2007 年度		1	4	1	3	6	15
	2008 年度							0
14. 鶴見大学大学院歯学研究科	2006 年度	1	7	2	0	1		11
	2007 年度	1	7	7	0	0		15
	2008 年度	1	6	8	0	1		16
15. 新潟大学大学院医歯学総合研究科	2006 年度	1	6	3	4	14	5	33
	2007 年度	3	8	6	9	4	7	37
	2008 年度	4	3	10	2	3	7	29

機関名	年度	教員	医員	勤務医	開業	研究員	その他	計
16. 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科	2006 年度	7		1				8
	2007 年度	3		1			2	6
	2008 年度	2		2				4
17. 松本歯科大学大学院歯学独立研究科	2006 年度	17	0	6	3	0	0	26
	2007 年度	5	0	4	6	0	0	15
	2008 年度	7	0	5	3	0	1	16
18. 朝日大学大学院歯学研究科	2006 年度			7			8	15
	2007 年度	2					6	8
	2008 年度	1					7	8
19. 愛知学院大学大学院歯学研究科	2006 年度	1	3	11	1		18	34
	2007 年度			4			18	22
	2008 年度		2	8			19	29
20. 大阪歯科大学大学院歯学研究科 ※③	2006 年度	4	5	5	0	1	8	23
	2007 年度	1	4	13	0	0	7	25
	2008 年度	5	6	9	0	1	4	25
21. 大阪大学大学院歯学研究科	2006 年度	4	16	17	1	4	11	53
	2007 年度	2	15	9	3	0	14	43
	2008 年度	0	24	8	2	2	13	49
22. 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科	2006 年度		6	13		7	3	29
	2007 年度	2	11	12		2	0	27
	2008 年度	8	14	9		6	2	39
23. 広島大学大学院医歯薬学総合研究科 ※④	2006 年度	3	12	9	0	1	7	32
	2007 年度	4	11	5	0	1	5	26
	2008 年度	1	17	3	0	2	6	29
24. 徳島大学大学院口腔科学教育部	2006 年度	4	3	5	0	1	3	16
	2007 年度	8	5	7	0	1	1	22
	2008 年度	3	4	3	2	3	3	18
25. 九州歯科大学大学院歯学研究科	2006 年度	3	0	9	0	1	10	23
	2007 年度	2	0	7	0	1	7	17
	2008 年度	2	2	10	0	0	5	19
26. 九州大学大学院歯学研究院	2006 年度	2	7	4		6	7	26
	2007 年度	2	9	5		6	10	32
	2008 年度	1	10	2	1	7	1	22
27. 福岡歯科大学大学院歯学研究科	2006 年度	3	4			1		8
	2007 年度	3	3			1	2	9
	2008 年度	2						2
28. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科	2006 年度	1	3	2	1	0	0	7
	2007 年度	1	2	3	2	1	3	12
	2008 年度	0	0	8	0	0	0	8
29. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	2006 年度	1	5	0	0	0	1	7
	2007 年度	2	2	1	0	0	1	6
	2008 年度	1	6	3	0	0	2	12
計		370	438	481	95	216	722	2,322

※① 2006・2007 年度は回答なし
※② 2008 年度は調整中
※③ 勤務医：自宅手伝い含む，研究員：専攻科研修生・ポスドク，その他：非常勤講師・非常勤研修医・留学
※④ 医員：後期研修医人数，勤務医：開業医勤務者，研究員：ポスドク

4 大学病院の現況

中田　稔

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．ただし東京医科歯科大学歯学部と大阪大学歯学部を除く 9 つの国立大学では，医学部附属病院と歯学部附属病院は統合一体化されている．

私立歯科大学・歯学部では，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有している．また，岩手医科大学では，医学部附属病院と歯学部附属病院が統合一体化されている．

2）大学病院の施設形態・診療体系

（1）国公立大学歯学部

東京医科歯科大学歯学部と大阪大学歯学部を除く 9 つの国立大学歯学部で，医学部と歯学部の附属病院は統合一体化された．この場合，病院長は医科から，そして副病院長を数名おき，そのうちの一人は歯科から任命されているようである．

①診療科の構成

全体的に，内科系や外科系などの限定された少数の診療科と各診療科系のなかに従来の細目的な診療科が外来として再構成されている場合が多い．そのなかで，歯科部門も少数の診療科に再構成されたうえで，外科や内科などと並列的に設置されている場合や，「歯科診療センター」「歯科系」としてまとめられている場合もある．また，疾患によっては，医科と歯科の特定の診療科が連携して腫瘍や先天異常などの「疾患治療センター」を構成する例もみられる．

②中央診療施設など

検査部や放射線部，手術室なども一元化され，さらに歯科関係としては，「高次口腔医療センター」「口腔ケア・摂食・嚥下リハビリテーションセンター」「口腔・顎・顔面インプラントセンター」なども中央診療施設として運営されている．

③事務部・診療支援部

事務部も一元化され，看護師も統合された看護部の下に医科・歯科共通でローテーションされている．一方で，歯科技工士や歯科衛生士は，それぞれ独立した職種として，診療支援部の 1 部門をなしている．

（2）私立歯科大学・歯学部

1 大学を除いて，私立の場合には，従来どおりの独立した歯科大学・歯学部附属病院を設置している．しかし，診療科の構成は，学部講座と 1 対 1 の関係をなす場合よりは，複数科を統合して「総合診療科」として再構成するものが増えている．

また，患者の新しいニーズに応える形で，専門外来（審美歯科，口腔インプラント科，口腔内科など）を設置したり，これらを「美容歯科センター」のように特殊化して運営する形態もみられる．

なお，岩手医科大学は医学部と歯学部の附属病院を統合し，そのなかに歯科部門を「歯科診療センター」として位置づけている．

3）患者数

患者数は，**表Ⅰ-17** に示すとおりである．歯科外来患者数の推移を，前回の白書（2002～2004 年度）も参考にして，私立歯科大学・歯学部と国公立歯科大学・歯学部に分けて，年度ごとに合計し，グラフ化したのが，**図Ⅰ-5** である．

全体的にはわずかではあるが，患者数は増加傾向にあるようにみえる．社会の新しいニーズに応えるような新しい診療体系の設置なども患者増に結びついた可能性があるかもしれない．患者数は，教育研修や病院の健全な運営にとってきわめて重要な要素であるところから，さらに詳細な調査・分析が必要であろう．

なかた　みのる
松本歯科大学健康増進口腔科学講座
キーワード：大学病院，患者数，リスクマネジメント

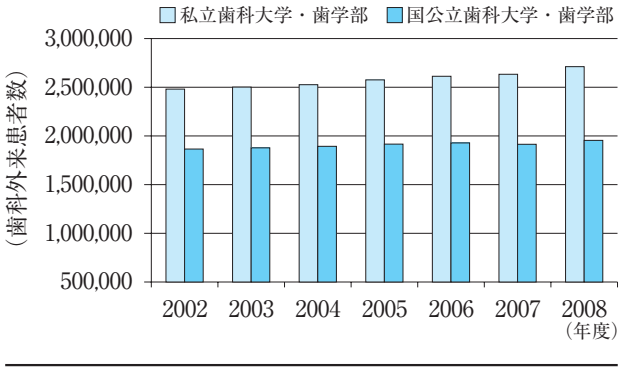
表Ⅰ-17　各年度の患者数

	年度	歯科外来数	医科外来数	口腔外科等歯科入院数	医科入院数
北海道医療大学歯学部	2005 年度	36,400	60,469	1,215	2,562
	2006 年度	38,803	68,396	1,177	3,044
	2007 年度	40,308	69,388	1,439	2,583
	2008 年度	46,246	66,571	1,254	2,201
岩手医科大学歯学部	2005 年度	108,101	417,338	10,709	308,537
	2006 年度	107,277	421,801	10,371	308,091
	2007 年度	104,201	431,893	10,104	301,103
	2008 年度	103,591	423,722	10,291	301,437
奥羽大学歯学部	2005 年度	93,978	3,460	2,194	0
	2006 年度	98,198	3,622	2,145	0
	2007 年度	96,130	3,373	2,175	0
	2008 年度	98,518	3,083	1,714	0
日本大学松戸歯学部	2005 年度	198,186	4,897	5,424	8
	2006 年度	209,115	7,841	5,411	21
	2007 年度	219,912	14,617	6,355	8
	2008 年度	230,050	16,948	6,594	51
明海大学歯学部	2005 年度	154,741	17,128	5,774	180
	2006 年度	146,446	16,777	5,327	92
	2007 年度	142,804	15,672	4,365	24
	2008 年度	144,359	14,951	4,262	6
東京歯科大学	2005 年度	235,855	3,823	9,188	0
	2006 年度	241,060	4,588	9,885	0
	2007 年度	244,566	5,505	9,001	0
	2008 年度	254,605	5,960	9,287	0
日本歯科大学生命歯学部	2005 年度	161,215	8,287	2,541	186
	2006 年度	160,807	7,691	3,388	194
	2007 年度	154,722	7,784	3,003	216
	2008 年度	162,867	8,442	2,908	386
日本大学歯学部	2005 年度	187,484	0	2,796	0
	2006 年度	191,786	0	3,582	0
	2007 年度	190,482	0	3,162	0
	2008 年度	196,311	0	3,397	0
昭和大学歯学部	2005 年度	205,042	1,783	4,499	0
	2006 年度	209,287	2,558	4,936	0
	2007 年度	207,688	3,522	4,484	0
	2008 年度	206,941	3,935	4,745	0
神奈川歯科大学	2005 年度	119,126	3,025	336	27
	2006 年度	125,246	2,870	323	48
	2007 年度	124,874	3,178	324	31
	2008 年度	130,736	3,366	374	25
鶴見大学歯学部	2005 年度	194,780	5,734	4,924	0
	2006 年度	194,172	11,149	4,228	71
	2007 年度	202,060	15,069	4,209	214
	2008 年度	208,690	15,831	4,057	271
日本歯科大学新潟生命歯学部	2005 年度	130,696	28,331	6,050	10,846
	2006 年度	129,382	28,170	5,105	8,375
	2007 年度	131,688	28,905	5,078	8,137
	2008 年度	137,689	28,539	5,464	8,365
松本歯科大学	2005 年度	91,345	0	1,953	0
	2006 年度	90,399	0	1,614	0
	2007 年度	92,306	0	1,532	0
	2008 年度	90,775	9,041	1,590	742
朝日大学歯学部	2005 年度	132,261	148,912	3,813	107,548
	2006 年度	139,455	131,237	3,845	107,663
	2007 年度	148,738	132,376	4,693	103,716
	2008 年度	149,796	127,594	4,652	97,712

（単位：人）

	年度	歯科外来数	医科外来数	口腔外科等歯科入院数	医科入院数
愛知学院大学歯学部	2005 年度	189,597	9,770	10,138	1
	2006 年度	195,558	10,111	9,708	2
	2007 年度	199,066	10,187	10,090	1
	2008 年度	208,084	10,407	9,298	0
大阪歯科大学	2005 年度	220,465	25,754	7,701	1,104
	2006 年度	218,490	24,222	7,175	915
	2007 年度	216,044	23,065	7,118	1,103
	2008 年度	224,916	22,380	6,909	793
福岡歯科大学	2005 年度	118,418	17,169	4,058	6,945
	2006 年度	115,657	18,306	4,619	5,330
	2007 年度	114,474	25,384	4,256	5,288
	2008 年度	115,181	24,590	4,463	5,549
北海道大学歯学部	2005 年度	159,770	523,145	11,003	300,682
	2006 年度	162,020	538,179	8,094	293,106
	2007 年度	164,429	556,245	8,495	288,040
	2008 年度	167,482	565,796	8,013	294,843
東北大学歯学部	2005 年度	139,422	491,676	9,974	372,392
	2006 年度	139,330	514,365	7,672	372,965
	2007 年度	135,282	528,731	8,990	387,958
	2008 年度	136,223	528,803	9,698	378,585
新潟大学歯学部	2005 年度	149,719	363,428	12,138	245,303
	2006 年度	149,680	355,194	12,433	263,325
	2007 年度	148,202	356,636	12,191	263,378
	2008 年度	146,424	350,907	11,617	252,521
東京医科歯科大学歯学部	2005 年度	437,289	0	18,613	0
	2006 年度	426,558	0	17,951	0
	2007 年度	433,587	0	17,958	0
	2008 年度	445,518	0	17,768	0
大阪大学歯学部	2005 年度	195,733	88	13,040	0
	2006 年度	196,703	649	13,089	0
	2007 年度	195,727	603	13,057	0
	2008 年度	205,921	583	12,427	0
岡山大学歯学部	2005 年度	141,430	382,044	7,350	248,730
	2006 年度	145,132	387,583	7,139	245,843
	2007 年度	139,826	393,367	6,736	246,723
	2008 年度	141,539	388,531	5,689	245,629
広島大学歯学部	2005 年度	117,512	365,049	8,791	231,415
	2006 年度	120,728	385,385	8,763	238,288
	2007 年度	118,860	403,560	8,881	241,008
	2008 年度	122,497	396,106	9,282	239,230
徳島大学歯学部	2005 年度	109,124	278,343	9,403	210,677
	2006 年度	107,974	287,891	8,382	206,255
	2007 年度	108,801	292,469	7,431	208,366
	2008 年度	105,564	295,800	7,447	203,798
九州大学歯学部	2005 年度	135,560	411,419	11,293	374,587
	2006 年度	143,472	440,612	12,201	376,961
	2007 年度	142,219	454,107	12,306	381,100
	2008 年度	146,998	468,683	12,614	379,146
長崎大学歯学部	2005 年度	105,918	259,150	9,777	258,536
	2006 年度	105,742	261,015	8,454	259,496
	2007 年度	106,589	266,442	8,369	255,565
	2008 年度	103,899	260,236	8,190	250,958
鹿児島大学歯学部	2005 年度	103,703	220,724	11,516	206,221
	2006 年度	100,519	233,658	11,049	210,506
	2007 年度	100,708	222,734	10,455	205,822
	2008 年度	99,512	220,570	9,720	208,122
九州歯科大学	2005 年度	123,326	4,869	12,674	0
	2006 年度	126,691	4,449	11,134	0
	2007 年度	128,301	4,608	10,764	0
	2008 年度	129,859	4,257	11,719	0

（単位：人）



図Ⅰ-5　歯科外来患者数の推移

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-18**に，私立歯科大学・歯学部の病院事務・医療職員数を**表Ⅰ-19**に示す．国立大学や私立歯科大学のなかで医科・歯科の両病院が統合されたところでは，病院事務・医療職員の内容が十分につかみ取れないが，私立歯科大学附属歯科病院の場合，全国的にほぼ同様な傾向がうかがえる．

5）病床数

各大学の病床数を**表Ⅰ-20**に示す．

6）医療安全対策とリスクマネジメント

医療安全対策とリスクマネジメントの調査結果を**表Ⅰ-21**に示す．これまでも各大学においては，いろいろな取り組みを行ってきたところである．さらに2008年度から医療安全管理に関して，医療機器の保守管理・医薬品管理・医療安全管理の研修会の実施など，細目について義務化されたところから，制度上，大学間の差異は解消したといえる．

表Ⅰ-18　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	看護補助	准看護師	管理栄養士	放射線技師	視能訓練士	言語聴覚士	歯科衛生士	歯科技工士	その他
北海道大学歯学部	112 (1)	14 (2)	9 (6)	736	96	0	7	39 (4)	3 (3)	1	3 (10)	6	1 (7)
東北大学歯学部	13 (1)	(2)	4 (1)	23	0	1	0	3	0	1	5 (8)	6 (1)	2
新潟大学歯学部	82 (42)	0	39	665 (29)	6	6 (3)	5	27 (3)	0 (4)	5 (1)	10 (4)	3	86 (30)
東京医科歯科大学歯学部	35	0	9	57	14	1	1	7	0	1	32	14	16
大阪大学歯学部	31 (14)	0	4	49 (1)	1 (3)	0	1	3	0	1 (2)	3 (1)	9	3 (3)
岡山大学歯学部	113 (24)	0 (4)	39 (1)	824 (19)	2 (2)	1	5	40	2	2	14	6	84 (20)
広島大学歯学部	208	34	49	717	44	3	9	34	6	3	20	6	300
徳島大学歯学部	107 (67)	0 (27)	34	862	36	6	10	35	2	2	12	6	102
九州大学歯学部	217	0	58	1,157	21	2	5	59	5	5	15	5	98
長崎大学歯学部	106 (16)	10 (24)	36	635 (9)	2 (31)	1	8	34	4	1	11	6	753 (19)
鹿児島大学歯学部	138	0 (32)	37	639	22	1	6	27	1	3	13	5	89
九州歯科大学	4	0	2	30	2	0	1	2	0	0	9	1	0

（　）内は専任以外

表Ⅰ-19　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	看護補助	准看護師	管理栄養士	放射線技師	視能訓練士	言語聴覚士	歯科衛生士	歯科技工士	その他
北海道医療大学歯学部	8 (2)	0 (14)	5	19 (11)	0 (2)	1	1	3	0 (1)	1	14 (1)	3 (2)	3 (5)
岩手医科大学歯学部	107 (5)	17 (1)	52 (2)	917 (28)	43 (1)	7	21	47 (3)	7	4	31 (6)	10	158
奥羽大学歯学部	16	0	3	14	0	3	0	3	0	0	26	3	2
日本大学松戸歯学部	19 (6)	5 (23)	2	15 (15)	0 (4)	0	1 (1)	5 (1)	0	0	34 (1)	6	7 (36)
明海大学歯学部	19 (9)	0	3	14 (5)	1 (7)	4 (3)	0	3	0	0	23	2	10 (67)
東京歯科大学	19 (19)	0 (18)	4 (2)	23 (1)	5 (1)	2	1	5	0	0 (1)	35 (5)	7 (1)	9 (6)
日本歯科大学生命歯学部	18	0	3	25	3	0	1	3	0	1	44	16	13
日本大学歯学部	18 (1)	2	2 (1)	13 (3)	1	3	0	4	0	0	22 (11)	14 (2)	5
昭和大学歯学部	23	0	4 (1)	22	1 (1)	2	1	5	0	2 (1)	31 (2)	17	27
神奈川歯科大学	13 (3)	2	2 (1)	21 (1)	0	0	0	3	0	0	30 (3)	7	2
鶴見大学歯学部	12 (2)	6 (4)	2	22	0	0	1	2 (1)	1	0	40	11	0
日本歯科大学新潟生命歯学部	20	3	5	52	6	0	2	7	0	0	35	8	0
松本歯科大学	18	0	3	24	0	0	1	3	1	0	46	9	4
朝日大学歯学部	49 (37)	5 (19)	14	234 (15)	17 (2)	33 (9)	3 (1)	20	3	1	20 (9)	4	72 (43)
愛知学院大学歯学部	18 (2)	43	4	36	4 (1)	2	1	5	0	3 (3)	40 (2)	13	2
大阪歯科大学	24	0	4	26	2	1	1	3	1	0	37	20	4
福岡歯科大学	8	0 (4)	3	32	0	1	1	4	0	0	32	4	3

（　）内は専任以外

表Ⅰ-20　病床数

	歯科・口腔外科	医科・歯科共用	医科･その他
北海道医療大学歯学部	0	24	0
岩手医科大学歯学部	32	50	953
奥羽大学歯学部	22	0	0
日本大学松戸歯学部	0	33	0
明海大学歯学部	0	60	0
東京歯科大学	40	0	0
日本歯科大学生命歯学部	0	42	0
日本大学歯学部	24	0	0
昭和大学歯学部	22	0	0
神奈川歯科大学	23	0	0
鶴見大学歯学部	0	32	0
日本歯科大学新潟生命歯学部	50	0	50
松本歯科大学	0	31	0
朝日大学歯学部	0	388	0
愛知学院大学歯学部	0	44	0
大阪歯科大学	16	15	6
福岡歯科大学	0	50	0
北海道大学歯学部	23	0	900
東北大学歯学部	40	0	1,268
新潟大学歯学部	40	0	770
東京医科歯科大学歯学部	60	0	0
大阪大学歯学部	40	0	0
岡山大学歯学部	26	0	839
広島大学歯学部	40	0	700
徳島大学歯学部	34	0	686
九州大学歯学部	38	1,239	0
長崎大学歯学部	24	11	834
鹿児島大学歯学部	40	0	685
九州歯科大学	60	0	0

表Ⅰ-21　医療安全対策とリスクマネジメント

医療安全のための指針		
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専門員		
任命している　[16]（12）	任命していない　[0]（0）	予定している　[1]（0）
インシデント･アクシデントなどの報告		
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　[17]（12）	不定期に行っている　[0]（0）	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

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評価委員会が発足し，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．文部科学省による設置認可の弾力化が進む一方で，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た．

今回，歯学部の「自己点検・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，その結果を踏まえた概況を述べる．

多くの歯科大学・歯学部では，すでになんらかの形で自己点検・評価を実施しており，今後は評価をより実質的なものとし，さらにその結果をいかに活用するかが大きな課題といえる．

(1) アンケート結果

①歯科医学教育における自己点検・評価の現状

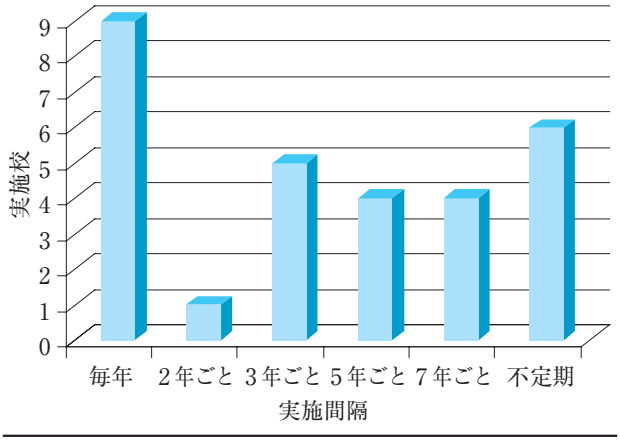
ⅰ．自己点検・評価の実施間隔

全国の歯科大学・歯学部29校すべてにおいて，自己点検・評価はすでに実施されており，その実施間隔は毎年実施している大学が9校と最も多かった．これに続いて，3年ごとが5校で，5年ごと，7年ごとがそれぞれ4校ずつあった．一方では，不定期と回答した大学が6校あり，実際の実施間隔は不明であるが，いずれも1年から5年ほどの間隔で実施されているものと推測される（**図Ⅰ-6**）．文部科学省によると，1999年から2006年までに国立大学では98%，公立大学では82%，私立大学では85%とほとんどの大学が自己点検・評価を実施している．歯科大学・歯学部においても前回調査で未実施だった大学が2006年に実施されており，前回と同様高い実施率となっている．

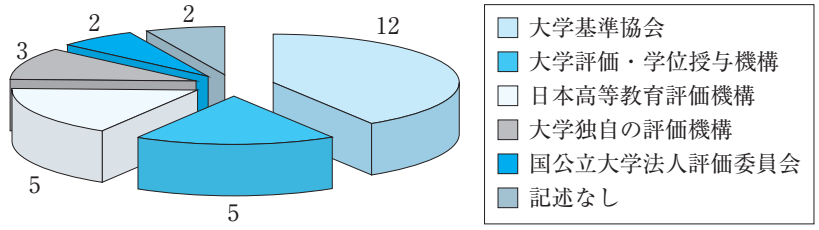
ⅱ．第三者評価機関

第三者評価機関として，12大学が財団法人大学基準協会で評価を受けており，続いて独立行政法人大学評価・学位授与機構，財団法人日本高等教育評価機構でそれぞれ5校ずつ，国立大学法人評価委員会で2校が評価を受けていた．一方で，大学が独自に組織した第三者評価委員会や大学が依頼した外部の評価者によって評価を受けている大学が3校あった（**図Ⅰ-7**）．また，私立・国公立別での内訳をみてみると，私立大学では，大学基準協会（12校）か日本高等教育評価機構（5校）のいずれかの評価を受けていたのに対し，国公立大学では12校中5校が大学評価・学位授与機構の評価を受けており，大学独自の評価委員会で評価を受けていた学校は3校あった．そのほかは国立大学法人評価委員会，公立大学法人評価委員会などで評価を受けていた．

じょう　しげはる
岩手医科大学歯学部口腔外科学講座歯科麻酔学分野
キーワード：学部教育，自己点検・評価，評価基準，外部評価



図Ⅰ-6　自己点検・評価の実施間隔



図Ⅰ-7　第三者評価機関

表Ⅰ-22　各大学の自己点検・評価の実施項目

自己点検・評価の項目	大学数
1．大学・学部の使命および目的	27
2．教育研究組織	29
3．教育活動	28
4．学生の受け入れ	26
5．学生生活	24
6．教員の教育研究環境	27
7．社会貢献	23
8．教員組織	24
9．事務組織	22
10．施設・設備	26
11．図書館など	22
12．管理運営	24
13．財務	22
14．自己点検・評価体制	23
15．情報公開・説明責任	19
16．その他	5

ⅲ．自己点検・評価の実施項目

各大学の自己点検・評価の実施項目数についてはさまざまで，3項目の大学から15項目すべてについて実施した大学まであった．実施内容については，「教育研究組織」が最も多く，29校すべてで実施していた．続いて「教育活動」が28校，「大学･学部の使命および目的」と「教員の教育研究環境」は27校，「学生の受け入れ」「施設・設備」は26校，「学生生活」「教員組織」「管理運営」は24校，「社会貢献」「自己点検・評価体制」については23校，「事務組織」「財務」「図書館など」は22校，「情報公開･説明責任」が最も少なく19校であった（**表Ⅰ-22**）．一般的に私立大学における自己点検・評価の実施項目数（平均14.6）が，国公立大学の実施項目数（平均10.4）より多かった．このように，評価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，「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．すなわち，「歯科大学･歯学部の教育の理念・目標」「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，歯学部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．

表Ⅰ-23　自己点検・評価の公表

方　法	学校数（校）
報告書（冊子）のみ	11
ホームページのみ	8
報告書とホームページ	7
公表していない	3

②歯科医学教育における自己点検･評価結果の公表

評価結果の公表については，自己点検・評価を実施した 29 校中 26 校（90%）が行っており，前回の調査（93%）より率が下がっているものの，他学部の大学（83%）に比べれば高くなっている（**表Ⅰ-23**）．公表の手段は，報告書を冊子として刊行している大学が 18 校（前回 22 校）で，うち 7 校（前回 5 校）は大学のホームページでも公表している．一方 8 校は，刊行物ではなくホームページ上のみで公開していた（前回 2 校）．この 3 年間で，ホームページ上で公開する大学が前回の 7 校から 15 校に増えており，今後増える傾向にある．

③歯科医学教育における自己点検・評価の問題点

自己点検・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．「負担となっている」と回答した大学は 4 校あり，その理由は「認証評価」をはじめ，「部局内の自己点検・評価」「教員の人事評価など多種の評価を少人数で行っている」「さまざまな評価が行われ，内容も重複している」「作業負担が大きい」「点検項目が年々増加する傾向にある」などであった．また，「自己点検・評価と改善の取り組みが一体化されていない」「PDCA（Plan-do-check-act）が十分に行われていない」など点検・評価の結果を改善につなげるために行うフィードバックの制度化不備を指摘する回答もあった．そのほか，「義務化により，そのための自己点検・評価になっている」「委員以外の教職員の取り組みが不十分」「全学的には行っているが学部自体では行っていない」「財務は行っていない」「客観的評価基準の不備」などの問題点を指摘する回答があった．

以上の意見を集約すると，①評価結果のフィードバックが不十分である，②公表までに膨大な時間と労力が必要である（人的，経済的負担が大きい），③評価項目の吟味が不十分である，および評価基準が明確でない，④改善への対策が不十分である，などが挙げられる．これらの問題点については，前回調査時より回答数が少なく，これは自己点検・評価が軌道に乗って円滑に行われるようになったためと思われる．しかし，依然として負担の大きさを指摘する回答が多く，作業が大学にとって時間的にはもちろんのこと人的，経済的にもますます大きな負担となっていることが反映されている．

(2) 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自主的に点検し，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，大学のランクづけのために行うものではないことを認識すべきである．

②自己点検・評価の項目および基準（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，2005 年版歯科医学教育白書参照）

ⅰ．大学・学部などの理念・目的および教育目標
ⅱ．教育研究組織の評価
ⅲ．学士課程の教育内容・方法など
ⅳ．学生の受け入れ
ⅴ．教員組織
ⅵ．研究活動と研究環境
ⅶ．施設・設備など
ⅷ．図書館および図書・電子媒体
ⅸ．社会貢献
ⅹ．学生生活
ⅺ．管理運営
ⅻ．財務
ⅹⅲ．事務組織
ⅹⅳ．自己点検・評価
ⅹⅴ．情報公開・説明責任

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･目的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，自己点検・評価は必要不可欠である．一方，各歯科大学・歯学部には，創設以来掲げる独自の理念と教育目標がある．自己点検･評価は，大学のさまざまな活動をみずから点検・評価し，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は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

柳澤　孝彰

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．2006年から2008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27校であり，2校は実施していない．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．

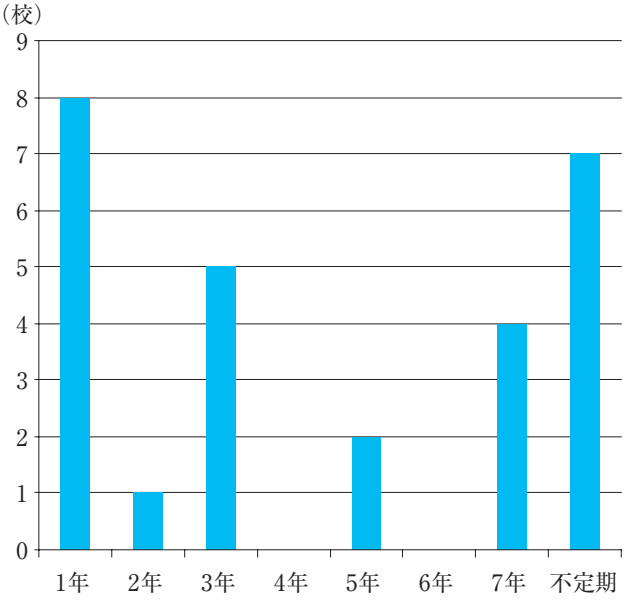
自己点検・評価の実施間隔を**図Ⅰ-8**に示した．毎年実施している大学が最も多い．その理由として，国立大学法人化に伴い年度計画として実施しているためと回答した大学があった．これらの大学では年度計画の都合上，今後は5年程度の間隔で実施するとしている．また不定期に実施している大学でも，年度計画に盛り込んで実施する予定と回答した大学があった．

現在行っている自己点検・評価の項目は，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（**表Ⅰ-24**）に準じたものとなっている．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ところについては，大学で独自に評価項目を設定し，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っている．

27校が行っている具体的な実施項目を**表Ⅰ-25**に示した．うち，20校以上の大学が実施している項目は，教育研究組織，教育活動，使命および目的，教員の教育研究環境，学生の受け入れ，施設・設備，教員組織，管理運営，学生生活，自己点検・評価，社会貢献，事務組織である．研究活動は，研究業績と共同研究を対象にしている大学が多い．教育活動には，教授方法の工夫も挙げられている．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．それ以外の項目では，社会貢献では市民向けの公開講座が，財務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，学生の受け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．

自己点検・評価の結果を公表している大学は，27校中17校であった．

実施上の問題点として，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



図Ⅰ-8　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27校の実施間隔

やなぎさわ　たかあき
東京歯科大学口腔超微構造学講座
キーワード：大学院，自己点検・評価，大学基準協会

表Ⅰ-24　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	8．教員組織等
(1) 修士・博士課程の使命および目的	(1) 教員組織
(2) 修士・博士課程の教育目標	(2) 教員の資格と責務
2．教育研究組織	(3) 教員の任免，昇任等と身分保障
3．教育内容・方法等	(4) 教員の教育研究活動の評価
(1) 教育課程等	9．事務組織
(2) 教育方法等	10．施設・設備等
(3) 学位授与・課程修了の認定	11．図書館等
4．学生の受け入れ	12．管理運営
(1) 学生の受け入れ方法	13．財務
(2) 学生の受け入れ時期	14．点検・評価等
(3) 定員並びに在籍学生数の適正化	(1) 自己点検・評価
5．学生生活	(2) 第三者評価等
6．教員の教育研究環境	15．情報公開・説明責任
7．社会貢献	

「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-25　自己点検・評価の実施項目

1．教育研究組織	27 大学	9．学生生活	22 大学
2．教育活動	27 大学	10．自己点検・評価	22 大学
3．使命および目的	26 大学	11．社会貢献	21 大学
4．教員の教育研究環境	26 大学	12．事務組織	21 大学
5．学生の受け入れ	25 大学	13．図書館等	19 大学
6．施設・設備	24 大学	14．財務	18 大学
7．教員組織	23 大学	15．情報公開・説明責任	17 大学
8．管理運営	23 大学	16．その他	2 大学

27 大学が実施している項目を多い順に示した.

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）実施体制の組織づくり．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．その基準が明確かつ的確でなければ，改善策は奏功しない．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．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．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（27/29 校）の大学が実施しているが，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．各種問題点の背景には，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．

5 大学歯学部・歯科大学および大学院の自己点検・評価

3）大学病院の点検・評価の現状と問題

中田　稔

過去５年間における大学病院の点検・評価の現状は，**表Ⅰ-26** に示すとおりである．いまやすべての大学は，その教育研究水準の向上に資するため，教育研究，組織運営および施設設備の総合的な状況に関し自己点検評価を行い，政令で定める期間（7 年以内）ごとに，文部科学大臣が認証する評価機関（認証評価機関）の実施する評価（認証評価）を受けることが義務づけられている．よって，②行っていないと回答している病院も今後一定の間隔で病院評価は継続されていくものと思われる．

したがって，各大学の点検評価は着々とその実を上げているものの，現存する３つの認証評価機関において，それぞれが求める評価項目のなかに必ずしも大学病院（附属病院）の評価が義務づけられているわけではない．これは，認証評価を受ける大学すべてに医学部や歯学部が設置されているわけではないので，共通必須項目として挙がってこないことに起因しているものと思われる．つまり，認証評価機関による認証評価を受けたから，あるいは合格したからといって，大学病院の点検評価が自動的に実施されているとはかぎらないのである．

大学病院の点検評価として，普遍的に重要視されているのは運営上の問題である．大学病院のなかには，病院収入の改善策として，開院時間の延長，休診日であった土曜日も開院日とするなど，受診患者数増大のための具体的な見直し施策を講じたところがある．また，効率的な人員配置の一環として，受付やレセプト業務の一部について，外部会社からの派遣社員に委託するなどの業務委託を実施するなど，医療や保険制度を取り巻く厳しい社会情勢を認識し，独立採算を念頭におき，収支の改善に絶えず取り組まなければならないと考えられる．

なかた　みのる
松本歯科大学健康増進口腔科学講座
キーワード：大学病院，点検評価，認証評価

表Ⅰ-26　大学病院評価（過去５年以内）

①行っている	［9］（8）
②行っていない	［8］（4）
③予定している	［0］（0）

［　］は私立歯科大学・歯学部　（　）は国公立大学歯学部

また高齢社会を迎えて，高齢者の歯科診療，口腔ケアの教育を充実し，かつ，地域医療に貢献するためとして，介護老人保健施設や介護老人福祉施設などを開設している歯科大学もある．

こうした教育行政上の制度としての認証評価とは別に，病院機能などに特化した形の点検評価を受ける大学病院も増えつつある．その主なものが（財）日本医療機能評価機構による認定と ISO9001 の取得である．

（財）日本医療機能評価機構による認定は病院施設の構造・運営体制が主となって，国内基準に基づく評価を５年ごとに受けていくものである．

これに対して，ISO9001 は，病院においては業務や機能に特化して１年に１回程度，国際規格に基づいて認定を受けることとされている．

国立大学の８校と私立歯科大学では日本歯科大学生命歯学部と福岡歯科大学の２校が，前者の（財）日本医療機能評価機構による認定をすでに受けている．また，ISO9001 については，いくつかの国立大学において附属病院全体あるいは一部のセクションが，認定を受けているようである．

「病院機能評価」は，病院だけに適応されるものであるので専門性に優れ，評価項目が明確にされている点に特徴がある．一方，ISO9001 は，マネジメントシステムを継続的に改善していこうとするものであり，管理面および全職員への活動の浸透が図りやすいところが優れているとの意見がある．いずれにしても，病院の運営には

いわゆるPDCAサイクルの実行がきわめて効果的かつ必須とされるところから，このような複数の認証評価を受けていく姿勢は高く評価できるものと思われる．

病院のなかには，①患者様に満足される病院を目指した運営システムづくり，②病院の活動に対する第三者（客観）評価の導入，③国際化のなかでも評価される病院づくり，を行うためISO9001の認証取得を行ったことを病院のホームページに広告して，社会の理解を深められるよう努めているところもある．

第Ⅱ章

歯科医学教育の現状と課題

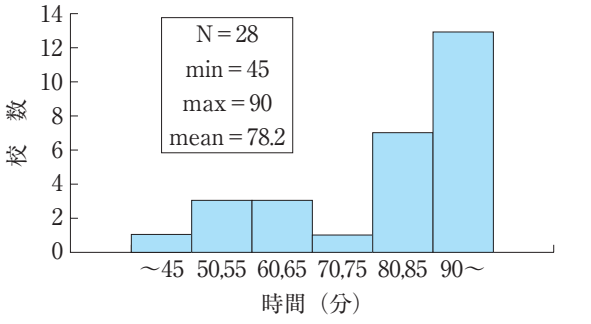
1 卒前歯科医学教育カリキュラムの現状と改革の方向

宮川　行男

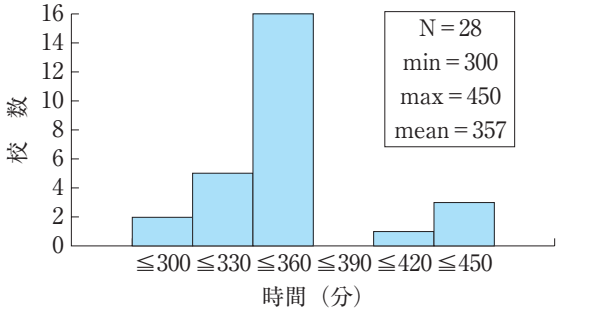
1）カリキュラム全般

図Ⅱ-1 は授業1コマ当たりの時間のヒストグラムである．なお，N＝28となっているように1校が未回答であった．この結果を歯科医学教育白書の2005年版と比較すると，90分が最も多かったことは同じであるが，前回[1]は85分以下が6校しかなかったのに対して，今回は15校と2.5倍も増加していた．各歯学部について，授業1コマの時間に1日の標準コマ数を乗じて求めた，標準的な1日の授業実時間数のヒストグラムを**図Ⅱ-2**に示す．平均は357分であったが，365～420分が1校しかないのに対して，425分以上が3校，330分以下が7校もあり，歯学部間の差が大きいことが判明した．第2学年から第4学年についての標準授業開始時刻は，最も早い歯学部で8：30，最も遅い歯学部で9：00であり，30分以内の差であった．これに対して，第2学年から第4学年についての標準授業終了時刻は，最も早い歯学部は15：30，最も遅い歯学部は17：50と，2時間20分も差があった．なお，各歯学部の標準的ではない極端な例は次のとおりであった．最も遅い授業開始時刻13：10，最も早い授業終了時刻10：10，最も遅い授業終了時刻19：30.

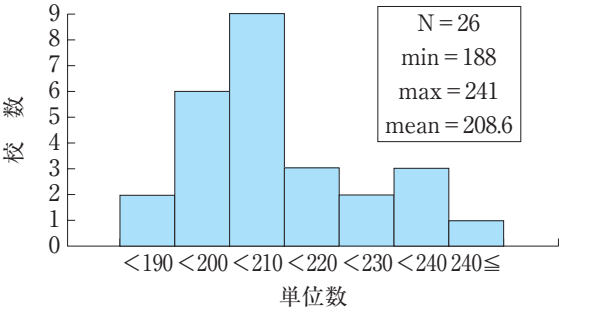
学則で定めている卒業に必要な単位数のヒストグラムを**図Ⅱ-3**に示す．最少は，大学設置基準で卒業の要件として定められている188単位で，2校あった．200単位以上としている歯学部が18校あり，最多は241単位であった．この数値については2005年版のときは調べていないため比較できないが，平均でも208.6単位と以前では上限といわれていた200単位を上回っていることが明らかとなった．なお，未回答1校のほか，単位制で



図Ⅱ-1　授業1コマの時間

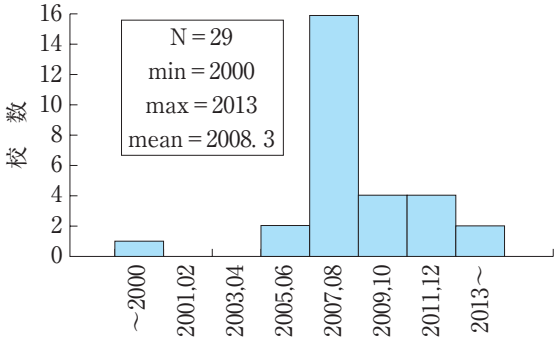


図Ⅱ-2　標準的な1日の授業実時間数
（≦300は300以下を表す）

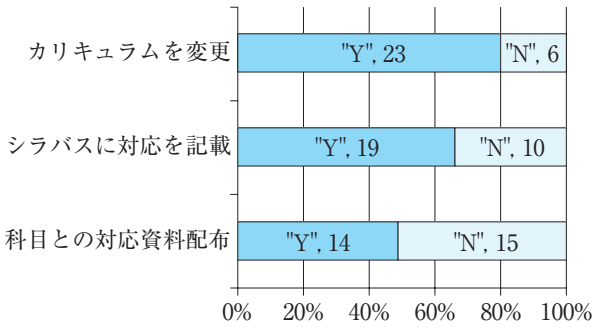


図Ⅱ-3　学則で定めている卒業に必要な単位数
（＜190は190未満，240≦は240以上を表す）

みやがわ　ゆきお
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
キーワード：カリキュラム改革，モデル・コア・カリキュラム，歯科医学教授要綱



図Ⅱ-4　直近のカリキュラム改革の完成年度



図Ⅱ-5　モデル・コア・カリキュラムへの対応
（“Y”は「はい」の場合，“N”は「いいえ」の場合を表す）

はないという歯学部が2校あった．

一般教育科目および専門教育科目の授業時期については4）および5）の項で記すが，臨床実習の開始時期および終了時期についての概要は次のとおりであった．臨床実習の開始時期で最も早い歯学部は第4学年9月であり，この1校以外はすべて第5学年であって，そのうち最も遅い歯学部は11月であった．一方，臨床実習の終了時期で最も早い歯学部は第5学年2月，最も遅い歯学部は第6学年2月であった．また，終了時期と開始時期から求められる臨床実習の足掛けの期間は，最短10カ月，最長19カ月，平均13.0カ月であった．なお，臨床実習について詳しくは「第6節　臨床実習」をご覧いただきたい．

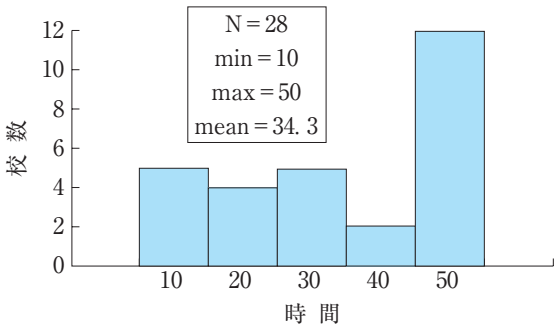
直近のカリキュラム改革の完成年度のヒストグラムを**図Ⅱ-4**に示す．図より，カリキュラム改革を2002，2003年度に開始し，2007，2008年度に完成させた歯学部が16校と集中していることがわかる．これは，2001年3月に歯学教育モデル・コア・カリキュラムが公表され，2002年からの共用試験のトライアル開始，2002年度入学者からの臨床実習開始前の共用試験の正式実施と密接に関連していることがうかがえる．カリキュラム改革の基本方針を表すキーワードについては，PBLテュートリアルもしくは問題発見・解決能力を挙げていたのが10校，モデル・コア・カリキュラムを挙げていたのが9校と，この2つのキーワードがほかのものに比べて特に多く目立っていた．なお，近い将来のカリキュラム改革の開始予定年度を記入していたのは8校のみであった．また，その開始予定は，2009，2010，2011年度に集中していた．

2）モデル・コア・カリキュラム

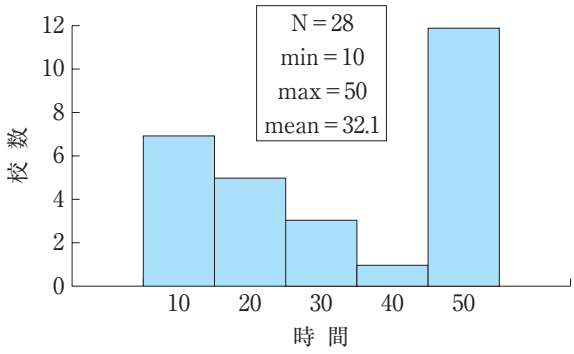
モデル・コア・カリキュラムへの対応に関する調査結果を**図Ⅱ-5**に示す．対応するためにカリキュラムを変更した歯学部は23校，79%であった．シラバスにモデル・コア・カリキュラム（平成19年度改訂版）との対応を記載しているかについては，「記載している（Y）」が19校，66%であった．前回は，「記載した」が13校（不明2校）であったので，明らかに今回増加していた．さらに，モデル・コア・カリキュラム記載の個別の到達目標と授業科目との対応関係を示す資料を作成して学生に配布している歯学部も14校，48%とほぼ半数に近かった．なお，上記の3つの問に対する“N”という回答における国立大学の占める割合は，4/6（67%），8/10（80%），8/15（53%）となっていて，全体の11/29（38%）よりも明らかに高いという特徴があった．

モデル・コア・カリキュラム「A 医の原則」の教育時間数のヒストグラムを**図Ⅱ-6**に示す（未回答1校）．階級別には50時間が12校，43%と最も多く，30時間以下が14校，50%であった．前回の結果（最大の階級である45時間が32%，30時間以下が68%）[2]と比較すると，「A 医の原則」の教育時間数が増加していることが判明した．これは，この分野の重要性の認識が高まり，また「医療従事者の健康と安全」という項目が新設されるなど内容が増加していることが影響していると考えられる．「A 医の原則」の教員の所属別比率は**図Ⅱ-7**に示すとおりであった．これを前回の調査結果と比較すると，増加したのは一般教育系教員（4%→14%）および臨床系教員（33%→37%）であった．これに対して，減少したのは基礎系教員（21%→14%）および外来講師（21%→16%）であった．内容からみて，基礎系教員および外来講師の減少と臨床系教員の増加は納得できるといえる．

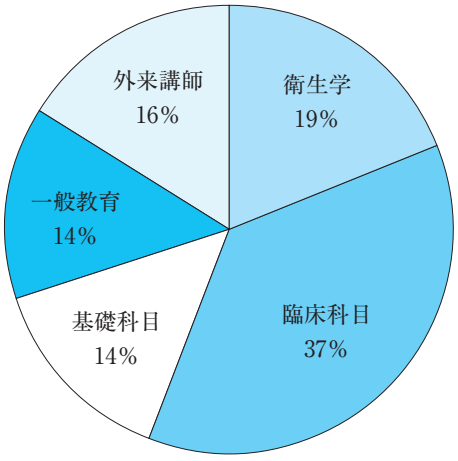
「B 歯科医師としての基本的な態度」の教育時間数のヒストグラムを**図Ⅱ-8**に示す（未回答1校）．この分野についても，50時間が12校，43%と「A 医の原則」と同じで最も多かったが，10～40時間の範囲では時間数が少ないほど多くなるという特異な分布を示した．これは，この分野の重要性に対する認識が分かれていること



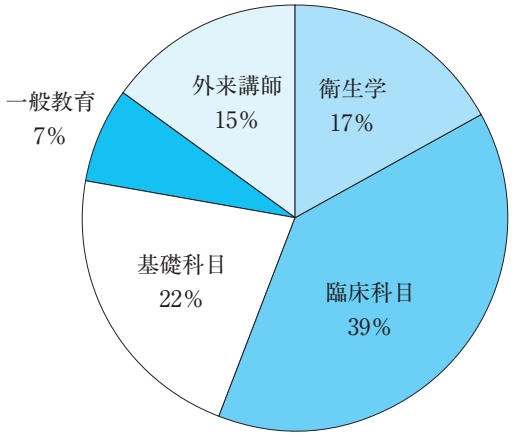
図Ⅱ-6 「医の原則」の教育時間数



図Ⅱ-8 「歯科医師としての基本的な態度」の教育時間数



図Ⅱ-7 「医の原則」の教員の所属別比率



図Ⅱ-9 「歯科医師としての基本的な態度」の教員の所属別比率

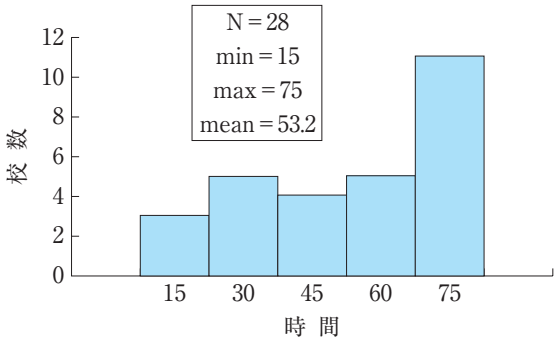
の現れともとれる．この分野の教員の所属別比率は**図Ⅱ-9**に示すとおりであった．**図Ⅱ-7**の「A 医の原則」の場合と類似しているが，大きな違いは一般教育系教員が半減（14%→7%）し，ほぼそのぶん基礎系教員の比率が増加（14%→22%）していることであった．これは，モデル・コア・カリキュラム「B-1 生涯学習」について基礎系教員が貢献できるためと考えられる．

図Ⅱ-10は「C 社会と歯学」についての教育時間数のヒストグラムである（未回答1校）．この分野も最大の階級75時間が11校，39%と最も多く，30時間以下は8校，29%であった．前回の結果（最大の階級であった60時間が34%，30時間以下が54%）[2]と比較すると，「C 社会と歯学」の教育時間数が顕著に増加していることがわかる．「C 社会と歯学」の平成19年度改訂版において新設された到達目標は限定的であるため，この分野の必要性に対する認識が深くなるとともに，教員の育成も進んできたためと考えられる．「C 社会と歯学」の教員の所属別比率は**図Ⅱ-11**に示すとおりであった．これを前回の調査結果と比較すると，外来講師が減少（26%→16%）し，衛生学の教員が増加（32%→39%）している．「B 歯科医師としての基本的な態度」の教員との所属の比率を比較してみると，「C 社会と歯学」では衛生学の教員が大幅に増加し，臨床系教員が減少していることがわかる．これはこの分野の内容から当然の傾向といえるが，「C 社会と歯学」においても，基礎系教員ばかりか一般教育系教員も参加していることが注目される．

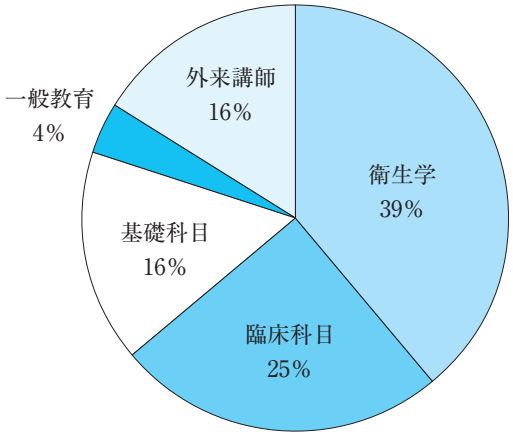
3） 歯科医学教授要綱

歯科大学学長・学部長会議で作成している歯科医学教授要綱は，1947年に教育審議会において作成された歯学教授要綱が基となっているもので，その後何回かにわたって改訂や補訂が行われてきた．平成19年改訂の最新版は，2001年3月に歯学教育モデル・コア・カリキュラムが公表されて以降初めて出されたものである．

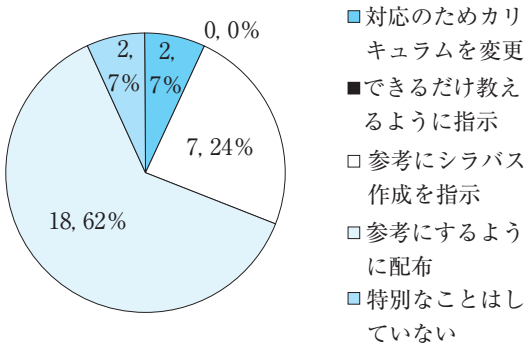
歯科医学教授要綱（平成19年改訂版）をどのように扱っているかについて尋ねた結果を**図Ⅱ-12**に示す．「対応するためにカリキュラムを変更」した歯学部は2校，



図Ⅱ-10 「社会と歯学」の教育時間数



図Ⅱ-11 「社会と歯学」の教員の所属別比率



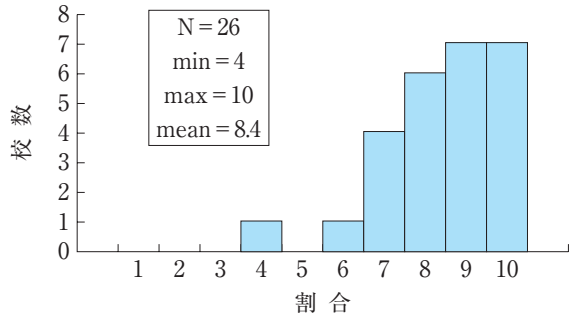
図Ⅱ-12 歯科医学教授要綱の扱い方

7%だけで，出版（2008年6月）されて間もないこともあるが，モデル・コア・カリキュラムの場合に23校，79%であったのと比較すると，かなり低いといえる．最も多かった対応は，「授業責任者に参考にするように配布」したもので，18校，62%であった．次に多かった対応は，「到達目標・キーワードを参考にしてシラバスを作成するように指示」したもので，7校，24%であった．「特別なことはしていない」という歯学部も2校，7%あった．なお，「到達目標・キーワードをできるだけ教えるように指示」した歯学部は1校もなかった．

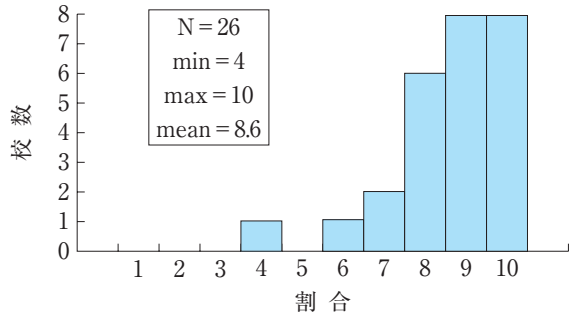
「歯科医学教授要綱（平成19年改訂版）記載の到達目標について2008年度では何割程度教育していますか」という質問に対する回答結果を**図Ⅱ-13〜16**に示す．なお，この質問に対しては，無回答が2校，「どこまで教育しているか個々の項目について把握できないので，回答不可能」という歯学部が1校あったため，全数は26校となっている．教育している割合が最も高かったのは臨床系歯科医学領域であり，続いて基礎系歯科医学領域であった．臨床系領域では10割および9割という回答が8校，31%ずつあり，最少は4割で1校，4%であった．基礎系領域では10割および9割という回答が7校，27%ずつあり，最少はやはり4割で1校，4%であった．社会系歯科医学領域も平均値は基礎系領域と大差なく，10割という回答も7校，27%と同じであったが，最少1割という回答が1校，4%あった．総合医学系領域が相対的に最も低い割合となったが，それでも平均で8.1割あり，10割という回答も6校，23%あった．なお，すべての領域を10割教育しているという歯学部が4校，15%あったが，そのうち「対応するためにカリキュラムを変更」したという歯学部は1校のみであり，2校は「授業責任者に参考にするように配布」という対応，残りの1校は「特別なことはしていない」という対応であって，実際に10割教育しているかについては若干疑問が残る．なぜならば，歯科医学教授要綱のまえがきに記載されているように，平成19年改訂版は「歯科医師の有する幅広い保健医療福祉担当者としての教育背景を明示することを目的」[3]としていたため，学部学生には最大限と思われるような到達目標が記載されている専門分野も見受けられるためである．

4） 一般教育

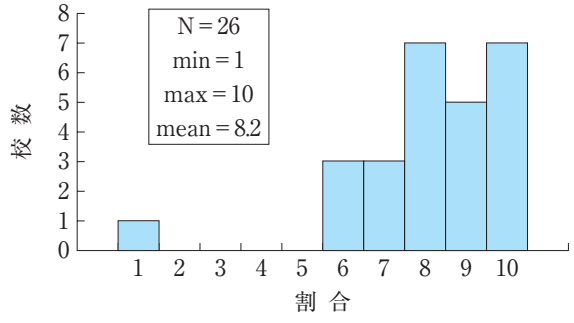
一般教育科目（専門教育科目との統合科目は除く）の最終授業時期についての回答結果を**図Ⅱ-17**に示す．最も多かった時期は第2学年後期で15校，52%であった．第1学年で一般教育が終了する歯学部は6校，21%であり，前回[1]の11校より大きく減少していることが判明した．また，終了時期が第3学年以降の歯学部も6校，21%あり，前回と質問内容が若干異なっているものの，一般教育科目の授業はより高学年まで教える傾向にあることが明らかとなった．第2学年後期以降の一般教育科目としては，語学，特に英語が主であった．なお，第3学年以降の語学以外の科目として挙げられていたものは，歯科医療人間学，総合学習，哲学，体育実技，生命倫理，法，経済であった．



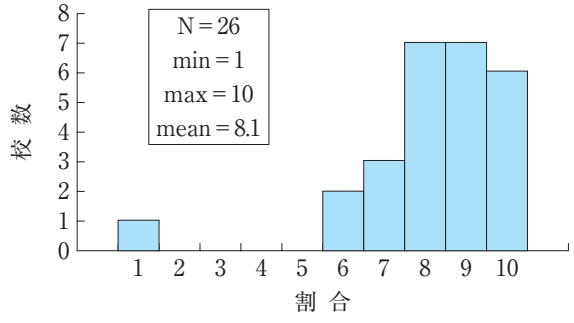
図Ⅱ-13　基礎系歯科医学領域の到達目標の教育割合



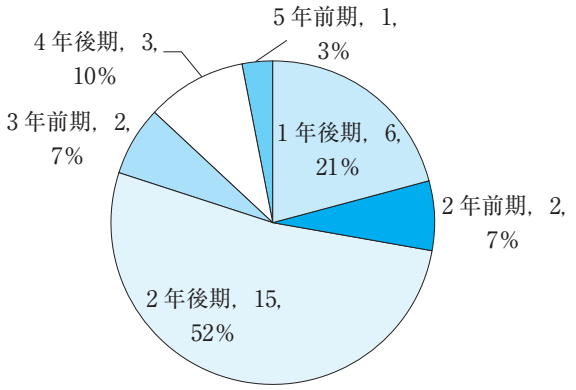
図Ⅱ-14　臨床系歯科医学領域の到達目標の教育割合



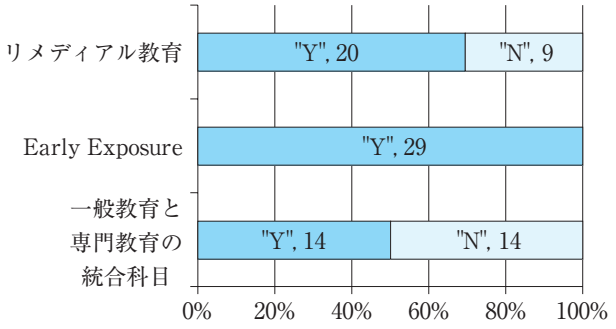
図Ⅱ-15　社会系歯科医学領域の到達目標の教育割合



図Ⅱ-16　総合医学系領域の到達目標の教育割合



図Ⅱ-17　一般教育科目の最終授業時期



図Ⅱ-18　3種類の教育の実施状況
（“Y”は「実施している」もしくは「設けている」場合，“N”はそうではない場合を表す）

「リメディアル教育（未履修・学力不足と判断された高校教育課程での教科・科目についての補完授業）を行っていますか」という問いに対する回答結果は**図Ⅱ-18**に示してある．行っている歯学部は20校，69%で，前回の13校より大幅に増加していた．行っている場合の科目のほとんどは物理，生物，化学であり，また数学系も5校で行われていたが，英語および日本語の言語表現という科目も挙げられていた．なお，行っていない歯学部9校のうち国立大学が7校あった．

5）一般教育と専門教育との関係

専門教育科目の最も早い授業開始時期として，第1学年と回答した歯学部が17校，59%，しかも4月という回答が15校もあった．専門教育を1学年から開始しているのが5校という前回の結果[1]と今回の結果とを比較すると，専門教育を早くから開始する傾向がますます加速していることが明らかとなった．第1学年の専門教育科目としては，歯学概論系が6校と最も多く，次いで解剖学系が3校あった．なお，早期見学実習や早期臨床実習を挙げている歯学部もあったが，これらは次に述べる

Early Exposure であり，専門教育科目の範疇には通常は含まれていない．

「Early Exposure を実施していますか」という問いに対しては，**図Ⅱ-18** に示されているように，全歯学部が“Y”と回答した．前回の調査で Early Exposure を行っているところが 19 校にとどまっていたのに対して，大きな変化がみられた．内容として，ほとんどの歯学部で実施されていたものは，歯科医学・医療あるいは看護・介護の現場での体験実習や見学であった．Early Exposure の授業科目名として歯学概論に類する科目名を挙げている歯学部も 6 校あったが，ほとんどが学習方略に見学や体験実習を取り入れていた．なお，歯学部によっては学習方略が講義のみの授業科目も挙げられていた．このような授業は Early Exposure には本来なりえないと思われるが，そのような歯学部でも見学，実習を取り入れた別の授業を行っているので，Early Exposure の実施率は 100％といってよいと思われる．

「一般教育科目と専門教育科目との統合科目は設けていますか」という問いに対しては，**図Ⅱ-18** に示されているように，“Y”という回答が 14 校，50％であった（1 校未回答）．なお，この統合科目の実施時期としては，第 1 学年が 60％，第 2 学年が 37％であった．統合科目として多種多様な授業が行われているが，生命科学，材料科学や物質の科学といったような科目が比較的多く挙げられていた．

以上をまとめると，この節で調べた範囲における教育改革の方向性は次のようである．

- モデル・コア・カリキュラムに合わせてカリキュラムを変更するばかりでなく，シラバスにモデル・コア・カリキュラムとの対応を記載する．
- モデル・コア・カリキュラムの「A 医の原則」「C 社会と歯学」については，それぞれ個別の到達目標を教育するのに適した教員が必要な時間，教育を行う．
- 歯科医学教授要綱に記載されている到達目標は可能な範囲で教育する．
- Early Exposure を実施することはもちろん，専門科目のうち早い時期の教育が適するものは第 1 学年から，一方，一般教育科目でも英語などは第 1 学年に限定しないでより高学年まで教育する．
- リメディアル教育を行う．
- 授業 1 コマの時間は 90 分より短くする．

文献

1) 川本達雄．卒前歯科医学教育カリキュラムの現状と改革の方向．歯科医学教育白書作成委員会編集．歯科医学教育白書 2005 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2006. 40-3 頁.
2) 金澤英作．卒前基礎歯科医学教育の実施状況に関する調査．歯科医学教育白書作成委員会編集．歯科医学教育白書 2005 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2006. 44-52 頁.
3) 歯科大学学長・学部長会議編集．平成 19（2007）年改訂歯科医学教授要綱．1 版．東京：医歯薬出版；2008．v 頁.

2 卒前基礎歯科医学教育の実施状況

影山　幾男

1）基礎科目の統合

29 歯学部のうち，基礎科目の統合を実施していない大学は 13 大学で，北海道大学，東北大学，日本大学松戸歯学部，日本歯科大学生命歯学部，神奈川歯科大学，松本歯科大学，朝日大学，愛知学院大学，大阪大学，長崎大学，九州大学，福岡歯科大学，鹿児島大学である．

私立では 17 校中 7 校（41％），国公立では 12 校中 6 校（50％）で，統合化は私立の歯学部のほうがやや進んでいるといえる．

基礎科目の統合されている科目は解剖学，生理学，生化学，病理学，細菌学，薬理学，理工学，衛生学と全般にわたる．

表Ⅱ-1 に，基礎科目を統合している大学，統合科目とその名称，評価方法を述べる．ここでは基礎科目に限る統合を主に記載した．

2）基礎科目の呼称

基礎科目に統一基礎科目の呼称は，従来どおり解剖学，口腔解剖学，組織学，発生学，生理学，生化学，病理学，細菌学（微生物学），薬理学，理工学（歯科理工学），衛生学（公衆衛生学）を用いている大学もあるが，呼称を変更した大学も少なくない．呼称を変更した大学のなかで特記すべき大学を挙げる（**表Ⅱ-2**）．

3）基礎科目の授業時間数と実施学年

基礎科目の授業時間数の全体の平均は 741.6 時間（1 時間を 45 分として算出）であった．国公立大学歯学部は 676.9 時間，私立大学歯学部は 790.1 時間であった．基礎科目に最も多くの時間を割いていた大学は 1,106 時間であった．最も短い時間数の大学は 375 時間であった．しかし，基礎の実習時間に講義を割いている大学もあり，確実な時間数は今回の調査よりはつかめない（**図Ⅱ-19**, **20**）．

基礎科目（解剖学，組織学，口腔解剖学，生理学，生化学，病理学，細菌学，薬理学，理工学，衛生学）の実施学年は 2 年次から 3 年次に集中した．特に解剖学，組織学，口腔解剖学，生理学，生化学についてはほとんどの大学では 2 年次に実施される．生化学，理工学，細菌学は 2，3 年次に連続し，3 年次に実施されている大学も一部みられた．一方，病理学，薬理学，衛生学については 3 年次に実施される大学が多くみられたが，一部 2 年次に実施されている大学もあった．

東京医科歯科大学においては，3 年次から基礎科目を履修開始，薬理学については 4 年次で実施されている．

北海道医療大学では 4 年次に臨床口腔病理学を，新潟大学では 4 年次に口腔病理学，日本歯科大学新潟生命歯学部では 4 年次に歯科薬剤学，地域口腔保健学を実施している．九州歯科大学でも 4 年次に口腔病理学，薬理学を実施している．九州大学では 4 年次に衛生学を導入している．

明海大学では 4 年次に口腔衛生学，東京歯科大学では 4 年次に衛生学，社会歯科学，歯科医療管理学を実施している．日本大学では 4 年次に薬理学，6 年次に法医学を実施，愛知学院大学では解剖学を 2 年次と 6 年次にも導入している．

松本歯科大学では 1 年次に口腔生理学を，岡山大学では 4 年次にウイルス学，薬理学，理工学を実施している．北海道医療大学，大阪歯科大学，九州歯科大学，福岡歯科大学では 1 年次に解剖学を実施している．

かげやま　いくお
日本歯科大学新潟生命歯学部解剖学第 1 講座
キーワード：基礎科目，統合，授業時間

表Ⅱ-1　基礎科目を統合している大学，統合科目とその名称，評価方法

機関名	統合科目の名称	統合科目	評価方法
北海道医療大学	口腔生命科学	解剖学，生理学，生化学，薬理学，微生物学，病理学，衛生学，理工学，病態遺伝学	全体で評価
	病態遺伝学	病理学，分子遺伝学	全体で評価
岩手医科大学	人体生命科学	解剖学，組織学，生理学，生化学，微生物学，理工学	全体で評価
	テュートリアル	解剖学，組織学，生理学，生化学，理工学	個々で評価
奥羽大学	歯科臨床基礎学Ⅰ，Ⅱ	生体材料学，物理学，化学	全体で評価
	生命基礎科学Ⅰ，Ⅱ	解剖学，組織学，生理学	全体で評価
明海大学	総合講義	口腔解剖・組織，解剖・組織，生理，生化，微生物，病理，薬理	全体で評価
東京医科歯科大学	人体の構造と機能	解剖学，組織学，発生学，生理学，歯型彫刻	個々で評価
	感染と生体防御	細菌学，免疫学	個々で評価
東京歯科大学	物質の化学	物理，化学，組織，生理，生化，微生物，薬理，理工	全体で評価
	細胞分子生物学	生物，組織，生理，生化，病理，微生物	全体で評価
	生命現象と物質実習	生物，物理，組織，理工	全体で評価
日本大学歯学部	生命基礎科学	細胞学と生体の機能学	全体で評価
昭和大学*	細胞の構造と機能 A，B	生物，解剖，病理	全体で評価
	生命現象の物質的基礎 B	口腔生化学，基礎科学	全体で評価
鶴見大学	生体防御の仕組み	細菌，病理，解剖	全体で評価
	生体科学の基礎Ⅰ・Ⅱ	生理，細菌，病理	全体で評価
	進化生態学	解剖，細菌，生物	全体で評価
新潟大学	細胞生物学Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ，Ⅳ	生化，解剖，生理，薬理	全体で評価
	生体科学の基礎Ⅰ・Ⅱ	生理，細菌，病理	全体で評価
日本歯科大学新潟生命歯学部	ヒトの一生	発生学，解剖学，高齢者歯科学，小児歯科学など	全体で評価
	唾液と唾液腺	解剖学，生理学，薬理学，生化学	全体で評価
大阪歯科大学	人体の構造と機能（1）	物理，解剖，生理	全体で評価
	人体の発生，成長・発育，加齢（老化）	口腔解剖学，解剖学，生理学	全体で評価
	生体構成物質の原子と分子	化学，生化学	全体で評価
	人体組織の構造と機能	解剖，口腔解剖，生化，生理	全体で評価
	細胞の構造，構成物質と代謝	生物，生化	全体で評価
	細胞のシグナル伝達	生物，生理，薬理，生化	全体で評価
	遺伝と遺伝子	生物，生化，細菌	全体で評価
	細胞増殖，細胞分化および細胞死	生物，病理，生化	全体で評価
	人体と免疫機構	細菌，病理，歯の形態	全体で評価
	歯および歯周組織の構造と機能	口腔解剖学，生化学，化学	全体で評価
	口腔系器官の構造と機能	生理学，解剖学，生化学	全体で評価
	人体と生体材料	歯科理工，薬理	全体で評価
	人体と薬物・化学薬品	化学，薬理，疫学・環境	全体で評価
	統合科目	衛生，生化	全体で評価
	統合科目	細菌学，生化学，歯科理工学，口腔衛生学	全体で評価
岡山大学	総合歯学演習	口腔形態学，生体材料学，口腔機能解剖学，歯科薬理学，口腔生理学，口腔病理学，口腔微生物学，口腔生化学	個々で評価
広島大学	口腔機能学基礎実習	生理，生化，薬理	全体で評価
徳島大学	歯科概論	衛生学・予防歯科学を除く科目	全体で評価
	総合歯科学 1，4	衛生学・予防歯科学を除く科目	全体で評価
九州歯科大学	一般基礎医学Ⅱ，Ⅲ，Ⅳ，Ⅴ	組織，口腔組織，生化，生理	全体で評価
	総合歯科学 1，4	衛生学・予防歯科学を除く科目	全体で評価

＊昭和大学では，ほか多数統合科目があるが，一般教育または一般教養科目や臨床が含まれていたため記載せず．

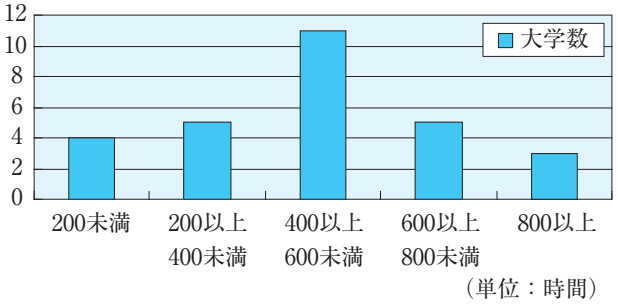
表Ⅱ-2　基礎科目の呼称（大学別）

機関名	従来の領域	新呼称
東北大学	解剖学 発生学	人体の構造 歯のかたち 人体の発生 人体の細胞と組織 口腔の細胞組織と発生
	生理学	生体の機能 口腔の機能
	生化学	生体分子の科学
	細菌学	感染と免疫
	薬理学	くすりの科学
	歯科理工学	歯科生体材料の科学
東京医科歯科大学	解剖学 生理学	人体の構造と機能
	生化学	生命の分子的基盤と細胞の機能
	細菌学	感染と生体防御
	薬理学 衛生学	歯科医療基礎
	理工学	生体材料
東京歯科大学	その他	法歯学 歯科医療管理学
日本歯科大学 生命歯学部	解剖学	人体の構造と発生 臨床解剖学
	生理学	生体の機能
	生化学	分子生命科学
	病理学	病態病理学
	細菌学	感染微生物学
	薬理学	薬物療法学
	衛生学	公衆衛生学 環境保健学 口腔保健学
	その他	人体の組織 口腔組織 発生学 歯の解剖
日本大学歯学部	解剖学	生体組織 運動器 神経 脈管 感覚器 内臓
	生理学	人体の生理機能 口腔の生理機能 生命現象と代謝
	生化学	細胞の情報伝達 生命現象と代謝 口腔の生体分子
	病理学	基礎病理 臨床口腔病理
	細菌学	感染と免疫 病原微生物学と感染症
日本大学歯学部	微生物薬理学	クスリと治療 クスリと生体反応
	歯科理工学	歯科器材の基礎
	衛生学	口腔保健とその疫学 地域における口腔保健の進め方
	法医学	医療にまつわる法律
昭和大学	解剖学	人体の発生と肉眼的構造 歯と口腔の形態 口腔顎顔面の構造と発生
	生理学	人体の生理機能 唾液と唾液腺 口腔顎顔面の機能
	生化学	生命の分子的基盤
	病理学	人体の微細構造 歯髄の科学 病因と病態
	細菌学	感染と免疫
	薬理学	生体と薬物
	理工学	歯科医療の材料・器械・技術
	衛生学	人の生と死 福祉と健康 環境保健と医療経済 保健と医療・療育 疫学と口腔疾患の予防管理
鶴見大学	解剖学	骨学 人体解剖学 頭頸部解剖学 組織学 口腔組織学 歯の解剖学
	生理学	興奮性組織の生理学 神経の組織学 循環・呼吸の生理学
	衛生学	口腔保健学 探索医学 予防歯科学
	その他	生体防御の仕組み
	〃	生体材料と歯科医療
新潟大学	解剖学	人体発生学 骨筋学 脈管内臓学
	生理学	生体機能学 器官生理学
	理工学	歯科理工学 生体理工学 生体材料学
	その他	バイオメディカルサイエンス
日本歯科大学 新潟生命 歯学部	解剖学	解剖学 発生学 人類学
	生理学	生体生理機能学

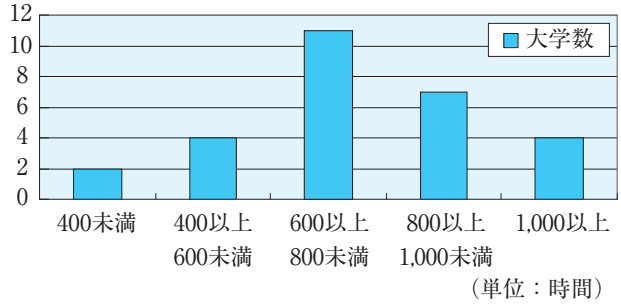
機関名	従来の領域	新呼称
日本歯科大学新潟生命歯学部	生化学	分子生命科学
	病理学	病態病理診断学
	細菌学	感染微生物学
	薬理学	薬物療法学 化学療法薬の基礎と臨床 歯科薬剤学
	理工学	歯科技術工学
	衛生学	保健科学 基礎口腔保健学 地域口腔保健学
愛知学院大学	解剖学	人体の構造 歯の構造 細胞の構造と機能 頭頸部の基本構造
	生理学	人体の機能
	生化学	生命の分子的基盤
	病理学	病因・病態・診断
	細菌学	感染と免疫
	薬理学	生体と薬物
	理工学	生体材料・歯科材料
	衛生学	社会と歯学
大阪歯科大学	解剖学	人体の構造と機能 人体の発生 成長・発育 加齢（老化） 人体組織の構造と機能 歯の形態 歯および歯周組織の構造と機能
	生理学	人体の構造と機能 咬合・咀嚼 口腔系器官の構造と機能
	生化学	細胞の構造 構成物質と代謝 細胞のシグナル伝達
	病理学	全身疾患
	細菌学	人体と免疫機構 人体と微生物
	薬理学	人体と薬物・化学薬品
	理工学	人体と生体材料
	衛生学	健康管理（健康増進と予防）・保健医療 疫学・環境
岡山大学	解剖学	細胞・組織学 内臓の構造 歯・歯周組織の構造と発生 神経の構造

機関名	従来の領域	新呼称
岡山大学	解剖学	頭頸部の構造 歯の構造
	生理学	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
	生化学	生体分子の構造・機能と代謝 分子生物学 情報伝達生化学 分子歯科学
	病理学	発病の病理・病態学 口腔疾患の病理・病態学 治癒の病理・病態学
	細菌学	微生物学 免疫学 ウイルス学 感染症学
	薬理学	歯科薬理学 歯科薬物療法学
	理工学	生体材料学 硬組織代替材料学
広島大学	衛生学	口腔衛生学 免疫学
		医療情報処理学
徳島大学	その他	予防歯科学
	〃	医学細胞生物学
	〃	人類遺伝学
	〃	臨床心理学
	〃	歯科英語
九州歯科大学	解剖学 生理学 生化学	一般基礎学Ⅰ～Ⅳ 歯科基礎医学Ⅰ～Ⅲ
	細菌学	感染と免疫
	理工学	生体材料科学
	衛生学	社会系医・歯学 環境医学
九州大学	解剖学	口腔細胞生物学
	衛生学	口腔免疫学 社会歯科学 口腔環境保健学
福岡歯科大学	解剖学	解剖学入門 系統解剖学
	衛生学	環境衛生学 口腔保健学
鹿児島大学	その他	歯科法医学

東北大学：従来の基礎科目の名称を受け入れやすくした.
日本大学歯学部：特に解剖学を臓器別呼称にしたところは興味深い.
日本歯科大学新潟生命歯学部：人類学を取り入れているところは興味深い.
愛知学院大学：頭頸部の基本構造や社会と歯学という呼称はわかりやすい名称である.
鶴見大学：特に生理学を系統別に分けたところは参考にしたい.
徳島大学：従来の呼称に加えて，予防歯科学，医学細胞生物学，人類遺伝学，臨床心理学，歯科英語を取り入れているところはぜひ参考にしたい.
大阪歯科大学：人体を中心とした呼称を強調している.



図Ⅱ-19　実習時間
（1 校は未回答）



図Ⅱ-20　講義時間
（1 校は未回答）

3 卒前臨床基礎歯科医学教育

奈良　陽一郎

はじめに

全国 29 校の歯科大学・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．したがって，教育責任あるわれわれには，従前の基本的な教育内容に加え，科学的根拠に基づく新たな学問，新規に考案・開発された技術・器材の応用法，これからの医療人に求められる取り組みなどを含め教示支援し，明日の歯科医療・歯科医学を担う若き人材の養成を図っていく必要がある．

一方，時の流れのなかで歯科医学教育を取り巻く社会的環境が大きな変化を遂げている．「大学全入時代」を迎えた受験者による学部選び，マスメディアによる歯科医師過剰・医師不足報道，「ゆとり教育」を受けてきた入学者の基礎学力低下などをはじめとするさまざまな時勢的要素は，情熱をもって歯科医学教育にあたるわれわれのみならず，夢と希望をもってひたむきに学ぶ歯学部学生，さらには歯科医療を受ける国民に対しても多くの難題を示す時代を迎えている．

本稿では，これらを背景とした現在の歯科専門教育のうち，直近の 2006～2008 年における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・大学歯学部にアンケート調査し，その概要を報告する．

なお，本文，図表中に示す講義・実習時間数，科目数，科目開始学年などの数値は，各教育機関からの回答どおりに表記した．また，時間数については，本白書編集委員会の規定として「45 分間を 1 時間として換算」することをアンケート依頼時に各機関へ求めた．

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

1）臨床系講義・基礎実習科目の総時間数と総科目数

表Ⅱ-3 に，各校の 6 カ年におけ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と総科目数について，2006～2008 年度の状況を一括して示す．

当該 3 年度の講義科目総時間数については，29 校から回答が得られ，2008/2007/2006 年度それぞれの平均総時間数は 1,316/1,292/1,369 時間であった．また，各大学における当該 3 年度の講義総時間数の変化については，全く変化せずに推移している大学が 14 校であり，2008 年度が 2006 年度に比べ多少に関わらず減少した大学が 8 校，増加した大学が 5 校，2007 年度には減少したものの 2008 年度に戻った大学が 1 校，2007 年度に比べ減少した大学が 1 校であった．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）に明示された「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，ガイドラインと略す）に加え，各大学独自の特色あるカリキュラム導入による教育システムが一定レベルの効果を挙げていることが考えられる．一方，増減が認められる大学については，ガイドラインの導入後の見直し，各大学独自のカリキュラム改革，基礎系科目と臨床系科目の融合を図った統合科目の変化などに基づく変化としてとらえることができよう．

2006 年度を 100％とした 2008 年度に対する総時間数の増減率について注目すると，減少した 8 校については 10％未満が 4 校，10～20％未満が 3 校，30％以上が 1 校であり，増加した 5 校については 10％未満が 3 校，10～20％未満が 1 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 3 校多く，減少率についても増加校より大きな比率をもって対応している傾向にあった．

図Ⅱ-21 に，2008 年度における臨床系講義の総科目数について，モジュール・システム*を導入している 1 校

表Ⅱ-3　6カ年における臨床系講義・基礎実習科目の総時間数と総科目数

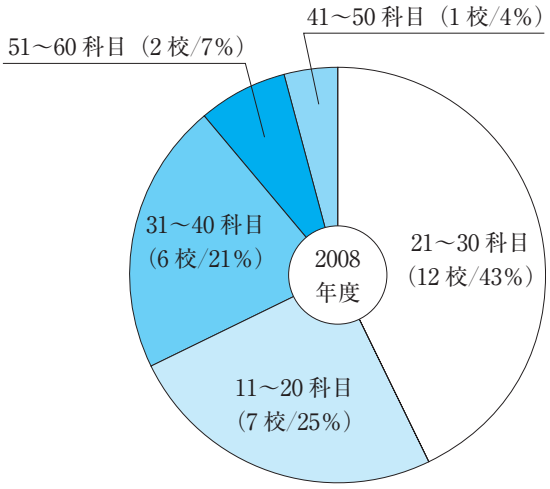
機関名	総時間数/総科目数					
	臨床系講義			臨床系基礎実習		
	2008 年度	2007 年度	2006 年度	2008 年度	2007 年度	2006 年度
北海道医療大学歯学部	1,326/34	1,326/34	1,326/34	630/11	630/11	630/11
北海道大学	636/16	636/16	636/16	360/11	360/11	360/11
岩手医科大学歯学部	871/19	1,066/20	1,018/19	468/12	502/12	462/11
奥羽大学歯学部	1,200/33	1,470/30	1,800/44	555/11	720/10	780/10
東北大学	2,570/22	2,570/22	2,570/22	660/11	660/11	660/11
明海大学歯学部	1,360/14	1,360/14	1,360/14	88/1	88/1	88/1
日本大学松戸歯学部	1,050/28	1,050/28	1,050/28	517.5/11	517.5/11	517.5/11
東京医科歯科大学	947/13 モジュール	950/13 モジュール	新カリ旧カリの混在期	1,081/11 モジュール	1,060/11 モジュール	新カリ旧カリの混在期
東京歯科大学	1,116/27	1,156/26	1,118/26	896/16	860/15	934/15
日本歯科大学生命歯学部	1,801/26	2,098/30	2,098/34	893/10	893/10	893/10
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	1,284/22	1,322/20	1,299/21	722/15	729/11	757/13
神奈川歯科大学	59.2/24	58.3/20	58.3/20	27.3/10	36.6/8	36.6/8
鶴見大学歯学部	1,416/52	1,442/51	1,270/45	904/15	822/15	794/14
新潟大学歯学部	431/38	431/38	431/38	379/10	379/10	379/10
日本歯科大学新潟生命歯学部	1,370/35	1,370/35	1,370/35	750/12	750/12	750/12
松本歯科大学	4,230/35	3,870/34	4,530/36	1,350/18	1,350/18	1,350/18
朝日大学歯学部	1,320/20	1,320/20	1,410/23	420/13	420/13	420/13
愛知学院大学歯学部	840/22	840/22	840/22	690/8	690/8	690/8
大阪歯科大学	1,056/32	1,056/32	1,056/32	724/17	724/17	724/17
大阪大学歯学部	988/24	988/24	988/24	521/7	521/7	521/7
岡山大学歯学部	840/53	826/53	840/54	2,860/18	2,848/18	2,828/17
広島大学歯学部	525/13	525/13	510/12	450/4	450/4	450/4
徳島大学歯学部	560/28	520/26	520/26	540/8	540/8	540/8
九州歯科大学	967/16	948/11	1,126/11	1,092/26	1,151/15	1,269/14
九州大学	5,340/26	5,340/26	5,340/26	340/5	340/5	340/5
福岡歯科大学	1,290/43	1,172/37	1,010/31	942/11	882/10	835/11
長崎大学歯学部	927/21	927/21	927/21	1,001/13	1,001/13	1,001/13
鹿児島大学歯学部	1,305/14	1,305/14	1,305/14	549/8	549/8	549/8

表中の総時間数と総科目数は各機関からの回答どおりに表記した．

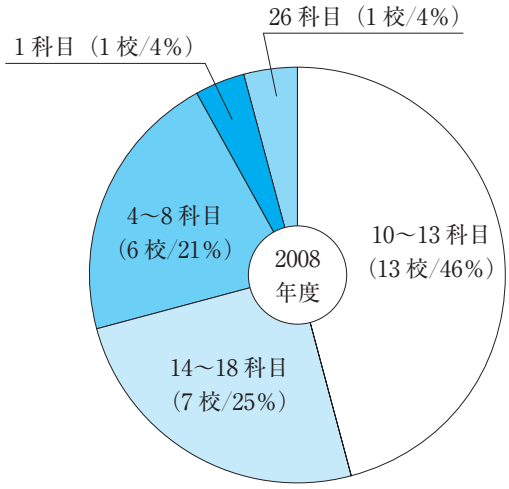
時間数については本白書の統一規定として「45 分間を 1 時間として換算」することをアンケート依頼時に白書作成委員会から各機関へ求めた．

を除く 28 校の状況を示す．総科目数の状態は，21～30 科目 12 校：43%＞11～20 科目 7 校：25%＞31～40 科目 6 校：21%＞51～60 科目 2 校：7%＞41～50 科目 1 校：4%であった．

この状況を 2006 年度と比較した場合，同等である大学が 15 校，増加校が 8 校，減少校が 5 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 6 校，6～10 科目が 1 校，11～15 科目が 1 校であり，減少校については 1～5 科目が 3 校，6～10 科目が 1 校，11～15 科目が 1 校であった．したがって，直近の 3 年度における科目数増減状況からは，増加校が減少校よりやや勝り，時代や病態の変化に基づく対応・ニーズに応えた科目の追加設定などが推察される．また，10 科目以上の科目を増加または減少させた大学が各 1 校ずつ認められるものの，増減校のそれぞれ半数以上の大学は 5 科目以下の変化にとどまり，新たに編成した科目の追加や従前科目の統廃合に



図Ⅱ-21　2008 年度における臨床系講義の総科目数



図Ⅱ-22　2008 年度における臨床系基礎実習の総科目数

ついて熟考しながら策定していることが考えられる．

一方，診療参加型臨床実習開始前に行われる臨床系基礎実習科目の総時間数については，29 校から回答が得られ，2008/2007/2006 年度それぞれの平均総時間数は 727/729/698 時間であった．また，各大学における当該 3 年度の基礎実習総時間数の変化については，全く変化せずに推移している大学が 19 校であり，2008 年度が 2006 年度に比べ多少に関わらず減少した大学が 5 校，増加した大学が 4 校，2007 年度に比べ増加した大学が 1 校であった．

2006 年度を 100％とした 2008 年度に対する基礎実習総時間数の増減率について注目すると，減少した 5 校については 10％未満が 2 校，10～20％未満が 1 校，20～30％未満が 2 校であり，増加した 4 校については 10％未満が 2 校，10～20％未満が 2 校であった．

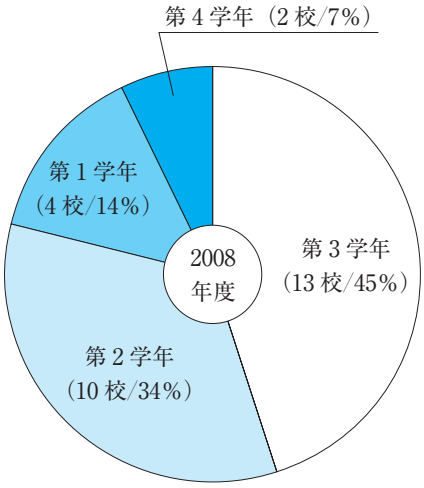
したがって，総時間数を減少させた大学は増加させた大学より 1 校多く，減少率についても増加校よりわずかながら大きな比率をもって対応している傾向にあるが，学習機会・時間の減少が必ずしも修得レベルの低下を招くとはいえない．また，29 校における基礎実習総時間数の変化については，全く変化させずに対応している大学 19 校と増加 4 校との和は 23 校となり，歯学教育モデル・コア・カリキュラムに明示された学習目標をはじめとする各種能力についての到達レベルの確認を経て行われる診療参加型臨床実習への円滑な移行や充実したクリニカル・クラークシップの実現のためには，より効率的な臨床基礎実習カリキュラムの策定が求められている．

図Ⅱ-22 に，2008 年度における臨床系基礎実習の総科目数について，モジュール・システムを導入している 1 校を除く 28 校の状況を示す．総科目数の状態は，10～13 科目 13 校：46％＞14～18 科目 7 校：25％＞4～8 科目 6 校：21％＞1 科目 1 校：4％＝26 科目 1 校：4％であった．

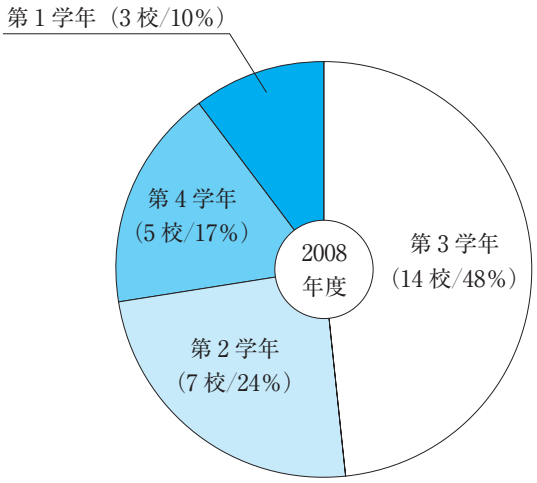
この状況を 2006 年度と比較した場合，全く変化せずに推移した大学が 19 校，増加校が 8 校，2007 年度には減少したものの 2008 年度に戻った大学が 1 校であり，減少校は認められなかった．さらに増加校における科目の増加状況は，1 科目が 5 校，2 科目が 2 校，12 科目が 1 校であった．これら実態から，臨床系基礎実習教育における学習目標到達に向けての科目数による方略としては，その数を従前と同様に確保または増加させることによって対応していることが推察できる．

次に，臨床系の講義と基礎実習の総時間数について両者とも回答した 29 校においては，講義総時間数を基礎実習より多く設定している大学が 24 校を占め，1.5 倍未満が 6 校，1.5～2.0 倍未満が 7 校，2.0～3.0 倍未満が 6 校，3.0～10 倍未満が 3 校，10 倍以上が 2 校であった．逆に基礎実習時間数を講義より多く設定している 5 校においては，1.5 倍未満が 4 校，3.4 倍が 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．

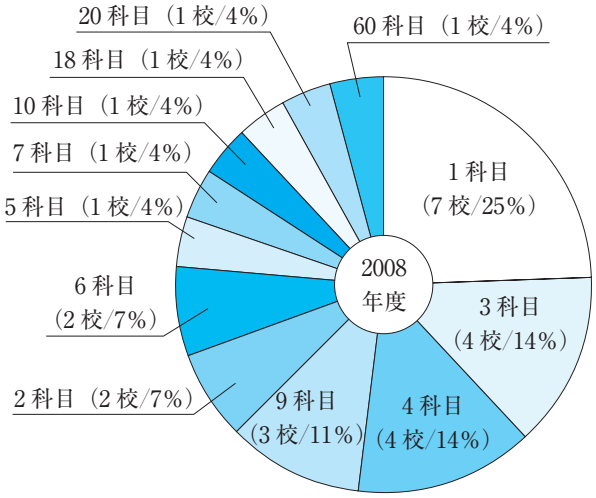
さらに，1 科目当たりの時間数については，講義に比べ基礎実習に長時間を設定している大学が 29 校中 19 校を占め，1.5 倍未満が 7 校，1.5～2.0 倍未満が 4 校，2.0～3.0 倍未満が 5 校，3.0～4.0 倍未満が 2 校，9.9 倍が 1 校であった．逆に講義に長時間を設定している 10 校においては，1.5 倍未満が 6 校，1.5～2.0 倍未満が 1 校，2.0～3.0 倍未満が 2 校，3.0 倍が 1 校という状態であり，実習形式の教育は講義形式より長時間で設定した環境下で行われている傾向を認めた．



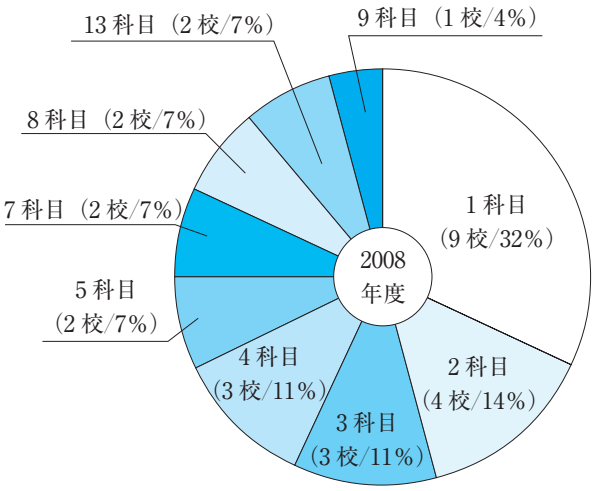
図Ⅱ-23　2008 年度における臨床系講義科目の開始学年



図Ⅱ-25　2008 年度における臨床系基礎実習科目の開始学年



図Ⅱ-24　2008 年度における臨床系講義開始学年の科目数



図Ⅱ-26　2008 年度における臨床系基礎実習開始学年の科目数

2）臨床系講義・基礎実習科目の実施学年

図Ⅱ-23 に，2008 年度における臨床系講義科目の開始学年について，29 校の状況を示す．開始学年の状態は，第 3 学年 12 校：45%＞第 2 学年 10 校：34%＞第 1 学年 4 校：14%＞第 4 学年 2 校：7%であった．

図Ⅱ-24 に，2008 年度における臨床系講義開始学年の科目数について，モジュール・システムを導入している 1 校を除く 28 校の状況を示す．科目数の状態は，1 科目 7 校：25%＞3 科目 4 校：14%＝4 科目 4 校：14%＞9 科目 3 校：11%＞2 科目 2 校：7%＝6 科目 2 校：7%＞5 科目 1 校：4%＝7 科目 1 校：4%＝10 科目 1 校：4%＝18 科目 1 校：4%＝20 科目 1 校：4%＝60 科目 1 校：4%であった．

臨床系講義科目の開始学年については，第 3 学年が最多の 13 校（45%）となっているが，さらに低学年の第 1・2 学年に取り入れている大学が 29 校中 14 校（48%）となっていることから，近年においては入学後の比較的早期に臨床分野の知識教育が図られる傾向にある．また，臨床系講義開始学年の科目数については，1〜4 科目設定の大学が 28 校中 17 校（61%）となっているが，第 3 学年に 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取り組みが大きく異なることが確認できる．

図Ⅱ-25 に，2008 年度における臨床系基礎実習科目の開始学年について，29 校の状況を示す．開始学年の状態は，第 3 学年 14 校：48%＞第 2 学年 7 校：24%＞第 4 学年 5 校：17%＞第 1 学年 3 校：10%であった．

図Ⅱ-26 に，2008 年度における臨床系基礎実習開始学年の科目数について，モジュール・システムを導入して

表Ⅱ-4　6カ年における基礎臨床統合カリキュラム導入の講義・実習科目の総時間数と総科目数

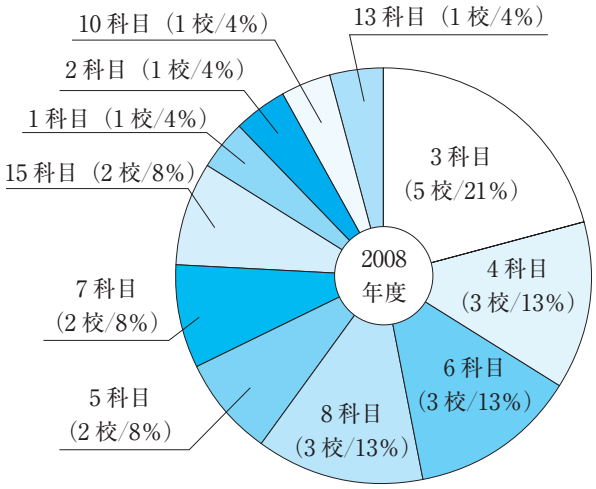
機関名	総時間数/総科目数					
	統合講義			統合実習		
	2008年度	2007年度	2006年度	2008年度	2007年度	2006年度
北海道医療大学歯学部	132/7	132/7	132/7	30/1	30/1	30/1
北海道大学	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
岩手医科大学歯学部	148/3	154/3	170/4	0	0	0
奥羽大学歯学部	120/8	240/6	回答なし	0	0	0
東北大学	270/7	270/7	270/7	60/2	60/2	60/2
明海大学歯学部	888/4	888/4	888/4	0	0	0
日本大学松戸歯学部	705/8	615/8	615/8	0	0	0
東京医科歯科大学	952/5 モジュール	965/5 モジュール	新カリ旧カリの混在期	89/1 モジュール	89/1 モジュール	新カリ旧カリの混在期
東京歯科大学	220/5	234/5	200/4	回答なし	回答なし	回答なし
日本歯科大学生命歯学部	89/3	89/3	89/3	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	359/10	278/4	285/4	120/2	121/2	121/2
神奈川歯科大学	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
鶴見大学歯学部	228/8	254/9	224/8	60/1	60/1	60/1
新潟大学歯学部	152/4	152/4	152/4	33/1	33/1	33/1
日本歯科大学新潟生命歯学部	300/15	300/15	300/15	0	0	0
松本歯科大学	2,580/6	2,250/6	2,850/7	回答なし	回答なし	回答なし
朝日大学歯学部	1,230/5	1,200/5	840/5	回答なし	回答なし	回答なし
愛知学院大学歯学部	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
大阪歯科大学	792/13	792/13	792/13	672/9	672/9	672/9
大阪大学歯学部	80/2	74/2	73/2	回答なし	回答なし	回答なし
岡山大学歯学部	120/4	120/4	120/4	回答なし	回答なし	回答なし
広島大学歯学部	180/6	180/6	180/6	回答なし	回答なし	回答なし
徳島大学歯学部	170/6	210/8	170/6	0	0	0
九州歯科大学	158/3	148/3	0	158/3	156/3	0
九州大学	252/3	252/3	252/3	回答なし	回答なし	回答なし/1
福岡歯科大学	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
長崎大学歯学部	486/15	486/15	486/15	132/5	132/5	132/5
鹿児島大学歯学部	615/1	615/1	615/1	0	0	0

表中の総時間数と総科目数は各機関からの回答どおりに表記した．

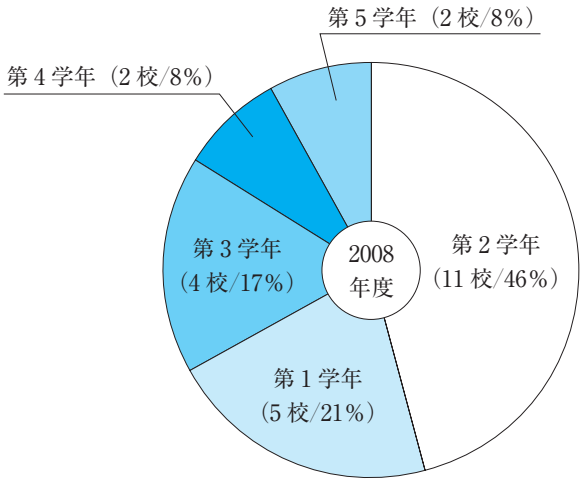
時間数については本白書の統一規定として「45分間を1時間として換算」することをアンケート依頼時に白書作成委員会から各機関へ求めた．

いる1校を除く28校の状況を示す．科目数の状態は，1科目9校：32％＞2科目4校：14％＞3科目3校：11％＝4科目3校：11％＞5科目2校：7％＝7科目2校：7％＝8科目2校：7％＝13科目2校：7％＞9科目1校：4％であった．

臨床系基礎実習科目の開始学年については，28校中14校（48％）が第3学年に設定し，最多であり，講義科目と同様であった．しかし，28校中10校（34％）が第2学年までに臨床系の基礎実習を開始していることから，知識領域とともに技能と態度・習慣領域についての教育が入学後の比較的早期の段階から図られていると推察できる．また，開始学年における臨床系実習の科目数については，1～3科目設定の大学が27校中16校（57％）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，講義科目と同様に臨床系基礎実習の開始学年と科目数については大学による差が認められる．これらの差異は，各大学独自の特色・個性輝くカリキュラムの現れとしてとらえることができよう．



図Ⅱ-27　2008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-28　2008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開始学年

3）基礎と臨床との統合カリキュラム

表Ⅱ-4に，6カ年における基礎と臨床との統合カリキュラム導入の講義・実習科目に割り当てられた総時間数と総科目数について，2006～2008年度の状況を一括して示す．

当該3年度の講義科目総時間数については，29校中25校から回答が得られ，2008/2007/2006年度それぞれの平均総時間数は451/438/407時間であった．2008年度において統合講義を設定している大学は，回答が得られた25校すべてであり，そのうち22校は2006年度以前から実施されており，基礎歯科医学と臨床歯科医学との融合を図り，さまざまな病態や疾患などをコア・ユニットとした横断的複合教育の浸透がうかがえる．

また，2008年度の統合カリキュラム導入講義科目に割り当てられた総時間数に注目すると，100時間未満が3校，100～200時間未満が8校，200～300時間未満が4校，300～500時間未満が3校，500時間以上が7校であった．各大学の設定総時間数を2006年度と比べた場合，変化なし13校，減少6校，増加6校であり，より良い学習環境・教育方略を模索しながら改善に取り組んでいることが推察できる．

図Ⅱ-27に，2008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について，モジュール・システムを導入している1校と回答なしの4校を除く24校の状況を示す．科目数の状態は，3科目5校：21%＞4科目3校：13%＝6科目3校：13%＝8科目3校：13%＞5科目2校：8%＝7科目2校：8%＝15科目2校：8%＞1科目1校：4%＝2科目1校：4%＝10科目1校：4%＝13科目1校：4%であった．

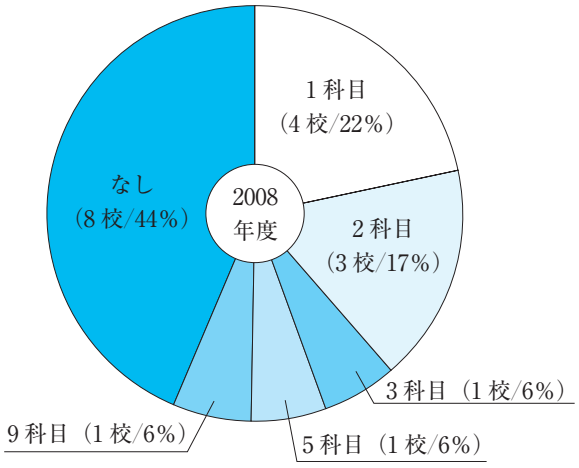
各大学の設定科目数を2006年度と比べた場合，変化なし21校，減少1校，増加2校であり，統合カリキュラム導入による講義科目数については顕著な変化が認められなかった．

図Ⅱ-28に，2008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開始学年について，回答なしの5校を除く24校の状況を示す．開始学年の状態は，第2学年11校：46%＞第1学年5校：21%＞第3学年4校：17%＞第4学年2校：8%＝第5学年2校：8%であった．

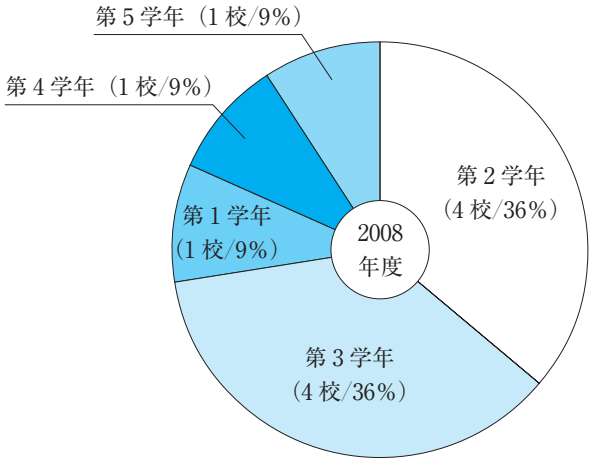
統合講義の開始については，24校中16校（67%）が低学年（第1・2学年）に，6校（25%）が中学年（第3・4学年）に，2校（8%）が高学年（第5学年）となっており，入学後の比較的早期から統合形式の教育を行う大学群と臨床的専門知識を学習しながら段階的に統合形式を取り入れる大学群とに分けられる傾向が認められた．

なお，2008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，回答が得られた24校中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し，大学によっては物理学などの教養系科目も参画させたカリキュラムプランニングがなされている．

一方，統合カリキュラム導入の実習科目総時間数については，29校中18校から回答が得られ，2008/2007/2006年度それぞれの平均総時間数は80/82/70時間であった．2008年度において統合実習を設定している大学は，回答が得られた18校中10校であり，そのうち8校が2006年度以前から実施している．したがって，講義に比べ実習における基礎・臨床科目の統合化は少ない傾向が認められ，今後の各大学の取り組みに期待と興味がもたれる．また，2008年度の統合実習に割り当てら



図Ⅱ-29　2008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-30　2008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開始学年

れた総時間数は50時間未満が2校，50～100時間未満が4校，100時間以上が4校であり，導入大学10校すべてが2007年度と同等であることが確認できる．

図Ⅱ-29に，2008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について，モジュール・システムを導入している1校と回答なしの10校を除く18校の状況を示す．科目数の状態は，1科目4校：22%＞2科目3校：17%＞3科目1校：6%＝5科目1校：6%＝9科目1校：6%および科目設定0の8校：44%であった．

各大学の設定科目数を2007年度と比べた場合，導入大学10校すべてにおいて変化なく推移しており，実習科目については統合形式を取り入れた実習教育の安定化が確認できると同時に，基礎系実習と臨床系実習との有機的融合の難しさが推察できた．

図Ⅱ-30に，2008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開始学年について，回答なしの18校を除く11校の状況を示す．開始学年の状態は，第2学年4校：36%＝第3学年4校：36%＞第1学年1校：9%＝第4学年1校：9%＝第5学年1校：9%であった．

統合実習の開始については，回答が得られた11校中5校（45%）が低学年（第1・2学年）に，5校（45%）が中学年（第3・4学年）に，1校（9%）が高学年（第5学年）となっており，入学後の比較的早期から統合形式を取り入れた実習教育を行う大学と基礎・臨床系科目の学習を積み重ねつつ統合形式を取り入れる大学が認められた．

なお，2008年度における代表的な統合実習に参画する科目としては，解剖学，病理学，生理学，薬理学，歯科理工学，保存修復学，歯科補綴学，口腔外科学，歯科放射線学，歯科麻酔学，歯科矯正学，小児歯科学などが挙げられており，各大学による学習者にとって身につけやすく理解しやすい学習機会についての検討努力が推測できた．

おわりに

全国29歯科大学・大学歯学部は，明日の歯科医療・歯科医学を担う若き人材を育成するため，学習者である学生は無論のこと，保護者・学生家族，国民・人類，社会・行政からの“求め”に応えつつ，豊かな心と優れた臨床能力をもつ医療人養成に努める大任がある．

本白書は2006～2008年を対象期間とするものであるが，2007年12月には「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―平成19年度改訂版」が，2008年6月には「平成19（2007）年改定　歯科医学教授要綱」が，さらに2009年6月には「平成22年版　歯科医師国家試験出題基準」が発行されている．

これらは歯科医学教育の基盤的指標ともいえ，各大学においては卒前臨床基礎医学教育についても，これらに呼応した新たな対応が求められる時を迎えている．

*モジュール・システム：従来の「○○学」ごとの講義ではなく，大きな学問領域として取りまとめた統合型教育を実施するカリキュラムシステム．1モジュールは複数のユニットで構成されている．

4 共用試験 CBT

荒木　孝二

はじめに

臨床実習開始前の共用試験が 2005 年 12 月より正式実施を迎えた．正式実施までの道のりの詳細は『歯科医学教育白書 2005 年版』に記載されている[1]ので，ここで改めて触れることはしない．ただ，正式実施も 2008 年 12 月からの実施ですでに 4 回目を迎えていることを思うと，よくここまで順調に共用試験の実施体制が確立できてきたと，共用試験 CBT（Computer Based Testing）トライアルの第 1 回目から深く関わってきたものとして，感慨もひとしおである．2008 年 1 月には共用試験の出題範囲を規定している歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われ，2009 年度からは改訂版を基準とした出題内容にシフトしている．また，2008 年度には医学部・歯学部で唯一共用試験に参加していなかった奥羽大学歯学部も正式に参加が認められ，2009 年度からは名実ともに日本の歯科医学教育において，臨床実習開始前の共用試験としての位置づけがなされたものと理解している．

そこで本項では，2005 年 12 月開始の共用試験 CBT の正式実施以降の実施状況と，共用試験 CBT が歯科医学教育に及ぼす影響について解説する．

1）CBTの実施状況

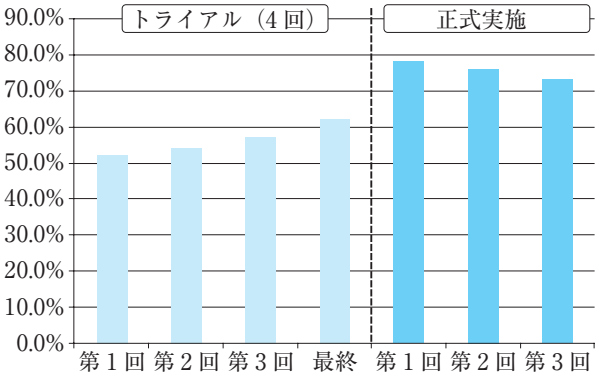
（1）歯学系 CBT 正式実施の結果

2005 年 12 月開始以降，第 4 回目にあたる 2009 年度までの歯学系 CBT 実施内容は，①単純 5 肢択一問題が 1 ブロック 60 設問ずつ 4 ブロックで計 240 設問，②多肢選択肢順次回答 2 連問と③症例提示順次回答 2 連問が 1 ブロック内に各 10 問ずつ計 40 設問，④多肢選択肢順次回答 4 連問と⑤症例提示順次回答 4 連問が 1 ブロック内に各 5 問ずつ計 40 設問，と 5 種類の問題形式で合計 320 設問の出題である．また，1 ブロックの試験時間は 1 時間であり，合計 6 時間となっている．なお，この 320 設問には採点問題（プール問題）と非採点問題（新作問題）が約 7：3 の比率で含まれているが，受験生にはわからない出題となっている．

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，CBT と歯科医学教育

表Ⅱ-5　歯学系 CBT 正式実施以降の基本的統計量

	第 3 回（2008 年）	第 2 回（2007 年）	第 1 回（2006 年）
受験者数（名）	2,466	2,530	2,606
平均正答率（%）	73.5	76.1	78.3
標準偏差	9.4	9.1	9.7
最高値	96.7	97.8	97.8
最低値	38.8	44.0	30.7
中央値	74.2	76.7	79.4

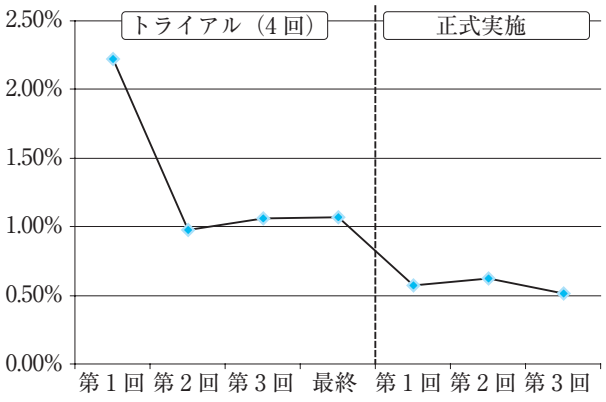


図Ⅱ-31　歯学系 CBT の平均正答率（%）の推移

（2）平均正答率の推移

表Ⅱ-5 は正式実施 3 年間の基本的統計量である．受験者数は第 1 回が 2,606 名，第 2 回が 2,530 名，第 3 回が 2,466 名とこの 3 年間で 140 名の減少となっている．

図Ⅱ-31 に示すように正式実施 1 回目の平均正答率は 78.3%，2 回目が 76.1%，3 回目が 73.5%と，正式実施以後軽度に低下する傾向がみられている．



図Ⅱ-32　歯学系 CBT の平均難易度の標準偏差（%）の推移

表Ⅱ-6　歯学系 CBT 正式実施以降のモデル・コア・カリキュラム項目別・問題形式別平均正答率（%）

	第3回（2008年）	第2回（2007年）	第1回（2006年）
A	72.5	76.4	74.5
B	78.6	85.1	83.8
C	77.6	74.9	78.6
D-1	73.0	76.0	80.4
D-2	73.0	74.8	79.1
D-3	73.5	77.2	82.4
D-4	73.5	74.9	80.2
D-5	72.9	76.5	81.2
E	72.0	76.7	78.7
F-1	72.7	76.8	77.9
F-2	74.1	78.0	79.8
F-3	72.8	75.9	77.0
F-4	72.5	77.3	78.4
単純5肢択一	73.6	76.6	78.8
多選択肢2/4連問	73.8	74.9	77.5
順次回答2/4連問	73.2	74.8	76.4
合計	73.5	76.1	78.3

（3）問題セット間の平均難易度の標準偏差の推移

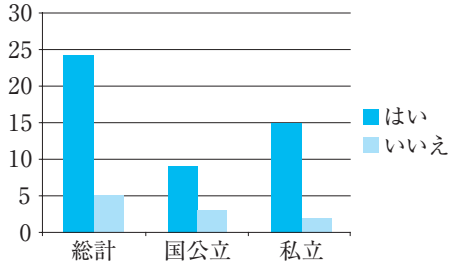
図Ⅱ-32 に示すように第1回正式実施では0.57%，第2回は0.67%，第3回は0.51%とトライアルの最終時の約1.0%よりさらに低下しており，受験生間の難易度の差が非常に小さい範囲で分布していることがわかる．

（4）モデル・コア・カリキュラム項目別・問題形式別平均正答率の推移

表Ⅱ-6 に示すように正式実施以後ほぼすべての項目で正答率が低下していく傾向が認められる．第3回の結果をみると「B 歯科医師としての基本的な態度」と「C 社会と歯学」が75%以上の正答率であったが，それ以外の項目の平均正答率はほぼ72～74%の間に収まっており，項目ごとの難易度の差がそれほど認められない．さらに問題形式別の平均点もほぼ同じ平均点となっている．これらは共用試験CBTが目指している臨床実習開始前の学生の知識評価を正しく行うという観点からみて，総合的な知識の評価を行える状況が整いつつあることを示していると思われる．

表Ⅱ-7　歯学系 CBT 正式実施以降の再試験

	第3回（2008年）	第2回（2007年）	第1回（2006年）
受験者数（名）	290	138	105
再試験成績	64.9	66.0	57.3
再試験受験者のみの本試験成績	59.2	59.0	53.4



図Ⅱ-33　共用試験に合わせたカリキュラム改訂を実施したか

（5）再試験

表Ⅱ-7 のように正式実施以降の再試験受験者数は第1回が105名，第2回が138名，第3回が290名と次第に増加してきている．ただしこの3回の正式実施ごとに各大学の本試験における合格基準が変わってきているので，一律に比較することはできないと思われる．

2）CBTと歯科医学教育

2005年12月開始の共用試験CBTが歯科医学教育に及ぼした影響について，日本歯科医学教育学会が各大学に実施したアンケート調査を基にして解説していく．

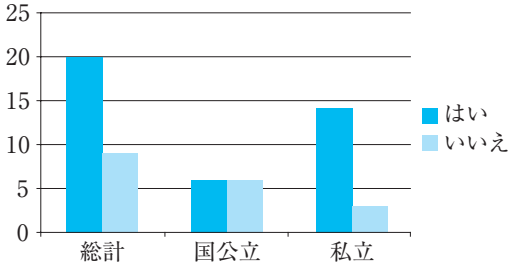
（1）共用試験とカリキュラム改訂

共用試験のトライアルが2002年度から，正式実施が2005年12月から行われているが，**図Ⅱ-33** のように29大学中24大学（国公立9大学，私立15大学）がカリキュラム改訂を行っている．また，行っていない5大学は今後カリキュラム改訂を行う予定の大学が2大学，予定なしが3大学であった．

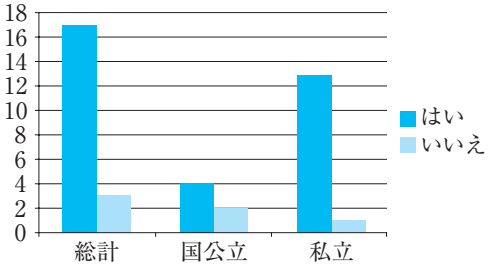
（2）CBT導入による授業変化

図Ⅱ-34 のように20大学（国公立6大学，私立14大学）がCBT導入によって授業に変化があったとし，9大学がなかったとしている．

授業変化の主な内容として以下のようなものが挙げられている．



図Ⅱ-34　共用試験 CBT 導入により授業に変化があったか



図Ⅱ-35　大学独自の客観試験を実施しているか

・第 2～第 4 学年に各科目を統合した「歯科医学基礎講義Ⅰ～Ⅲ」を導入した．講義内容は臨床実習をより意識したものとなり，写真などの視覚素材を多く用いるようになった．
・各系統授業の到達目標をモデル・コア・カリキュラムに応じて設定した．
・カリキュラムに ICT の授業を設け，学生が PC を用いて各科目で受講した重要な項目について，試験問題を作成するなどの学習を始めた．
・形成的評価として MCQ（Multipul Choice Question）が使われ出した．統合型講義が導入された．
・授業でプレテスト・ポストテスト導入，モジュール試験で客観試験を導入することが多くなった．
・歯学教育モデル・コア・カリキュラムに照らして，不足していると思われる分野について，新たな科目（細胞分子生物学，発生病態学，歯科医療管理学（医療安全），臨床検査学，コミュニケーション学）の導入を行った．
・共用試験歯学系 CBT の出題対象となる「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」の内容について確認を行い，学習内容に欠落が生じないよう対応すると同時に，効率的な学習機会のレイアウトを図った．
・第 5 学年 4，5 月の講義のなかに基礎系と臨床系を合わせた総合的な講義内容を取り入れた．
・4 年次前期までに座学（講義）を終了させた．
・それまでの科目ごとの縦割り的カリキュラムだけでなく，基礎・臨床統合的カリキュラムも編成している．
・視覚素材を用いた講義が積極的になされるようになった．
・GIO（General Instructive Objectives）および SBO（Specific Behavioral Objectives）の認識が高まった．5 年生の授業態度に変化がみられ，授業に積極的に出席するようになり，質問する学生が増加した印象を受けた．
・授業内容を調べ，モデル・コア・カリキュラムの内容すべてを網羅するよう授業内容を追加した．
・授業評価方法に変化がみられ，客観的な問題を課す科目が増えた．さらに単元ごとに小テストを行う教員も増加した．
・学生からの質問が増加し，より積極的に授業に臨むようになった．

(3) 客観試験の実施

共用試験 CBT はコンピュータによる客観試験であるが，**図Ⅱ-35** のように，独自の客観試験を実施している大学は回答 20 大学中 17 大学（国公立 4 大学，私立 13 大学）であった．このうち 11 大学は共用試験開始前からすでに客観試験を実施しており，共用試験開始後から実施したのは 6 大学であった．共用試験 CBT の特徴は視覚素材を含んでいる問題が非常に多いことである．したがって各大学においても客観試験作成時に視覚素材の収集が求められているが，以下のような工夫が報告されている．

・客観試験を筆記試験で行うため，視覚素材は模式図にとどまっている（写真はない）．現在，コンピュータを用いた試験を検討中である．
・臨床実習時に学生による写真撮影を行うことを奨励している．
・歯科医学教育セミナーにおいて，「臨床写真の撮り方」と題したセミナーを行い，意識の啓発を図った．
・視覚素材の質と量の向上を図るとともに，それらの素材の適切な活用を推進するために，ワークショップや講習会を開催している．
・画像データベースの構築・問題作成のために典型的で判別容易な視覚素材をイメージし，臨床例のみならず図，模型，器具，付随する資料なども含めて収集するようにしている．
・視覚素材を用いた問題について，各科目に最低出題数を設定．
・日常の教育・研究・臨床のときに視覚素材を収集できるよう気をつけている．

文献

1）日本歯科医学教育学会編集．歯科医学教育白書 2005 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2006．105-10 頁．

5 共用試験 OSCE

俣木　志朗

共用試験は 2002 年度入学者から臨床実習開始前に行われ，その成績を進級判定における実質的評価の 1 つとして用いることとなっている．共用試験で評価される受験生の能力のうち，臨床実習を行うにあたり必要とされる臨床能力，特に技能，態度を評価する目的で客観的臨床能力試験（OSCE，Objective Structured Clinical Examination）が導入されている．2002 年 1 月から 4 年間のトライアル期間を経て，2005 年 12 月より正式実施が開始された．本稿ではこのたび実施されたアンケート結果を参考にして，共用試験歯学系 OSCE の実施状況および歯科医学教育についてその概要をまとめた．

1）OSCEの実施状況

（1）共用試験歯学系 OSCE の課題

現在，提示されている共用試験歯学系 OSCE の課題は，選択課題を含めて全部で 28 課題である．医療者に必須と考えられる「心肺蘇生」の課題については，実施大学の試験環境が整備される期間を考慮し，当面選択課題としての取り扱いとされている．また，新作課題である「スケーリング・ルートプレーニング」については 2010 年度から，「隔壁法の実施」については 2011 年度から実施される予定である（**表Ⅱ-8**）．

（2）最終トライアル

正式実施を想定した共用試験歯学系 OSCE 最終トライアルは 2005 年 6 月 4 日から 11 月 26 日にかけて 19 大学において実施された．各課題の平均得点率は 70％後半から 80％台であった．

最終トライアルでは，OSCE 実施大学における試験環境を標準化するために，各課題で用いる顎模型，説明用模型および資料，デンタルエックス線フィルムなどの物的資源を共用試験実施評価機構から貸与する方式が確立された．また，トライアル期間を通じて試みられたグループ大学間における外部評価者の相互乗り入れ派遣および機構からのモニター派遣についても制度的な運用面での最終的な確認が行われた．

（3）正式実施の開始

正式実施は 2006 年度共用試験として 2005 年 12 月から実施された．

2006 年度から 2008 年度まで，すなわち正式実施になってからの 3 回の共用試験歯学系 OSCE の全国成績の概要を**表Ⅱ-9** に示す．

全国成績の結果が毎年公表されているが，大学ごとに実施する課題が異なり，年度ごとに評価基準も若干変更されているため，結果の解釈には注意を要する．全体的な傾向としては，いずれの領域においても得点率は上昇傾向を示している．

（4）外部評価者の派遣

外部評価者の派遣は，学生の評価に外部の大学教員が加わることで試験の公正性と透明性を担保するための仕組みの 1 つである．共用試験歯学系 OSCE ではトライアル期間から 4～5 大学でグループを形成し，そのグループ大学間で外部評価者の相互乗り入れ方式を実施してきた．共用試験歯学系 OSCE ではすべてのステーションに外部評価者が配置されるため，各実施大学には 12 名から 18 名の外部評価者が派遣される．

（5）評価者の養成

OSCE の評価者には，実施大学の教育実態に準拠しつつ，共用試験実施評価機構から提示されている評価マニュアルに沿った標準化された評価が求められており，きわめて重要な役割をもつ．共用試験実施評価機構では 2002 年から継続的に全国の歯科大学，歯学部を会場として OSCE 評価者養成ワークショップⅠを開催しており，2008 年度までの修了者の合計は 1,003 名に達した（**表Ⅱ-10**）．このワークショップⅠ修了が現行の外部評価者（2009 年度まで）の要件とされている．

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
キーワード：OSCE，外部評価者

表Ⅱ-8　共用試験歯学系 OSCE　課題一覧

1. 初診面接
   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
   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　エックス線写真の取り扱いと読影
3. 基本的技能
   3－1　浸潤麻酔
   3－2　手洗いと滅菌グローブ装着
   3－3　ラバーダム防湿
   3－4　概形印象採得
   3－5　心肺蘇生（選択課題）
   3－6　隔壁法の実施（2011 年度実施予定）
4. 説明・指導
   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　保隙装置の説明
   4－6　矯正装置の説明
   4－7　エックス線撮影の説明
5. 基本的臨床技能
   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　予防塡塞
   5－8　縫合
   5－9　スケーリング・ルートプレーニング（2010 年度実施予定）

表Ⅱ-9　第 1～3 回正式実施共用試験歯学系 OSCE 全国成績の概要

	2006 年度	2007 年度	2008 年度
初診面接（%）	79.3	80.6	81.7
基本的診察および検査能力（%）	80.4	84.8	85.2
基本的技能（%）	80.5	84.5	84.8
説明・指導（%）	85.1	86.6	86.7
基本的臨床技能（%）	82.0	83.2	84.4
総得点（%）	81.5	83.8	84.5
概略評定（満点 6 点）	4.45	4.55	4.54
分析対象受験者数（名）	2,545	2,527	2,463

(6) 外部評価者派遣の問題点

共用試験歯学系 OSCE における外部評価者の相互乗り入れは，大学間の人的交流と情報交換を促進し，歯科医学教育の改善にそれなりの成果を収めてきた．しかし，その一方で，実施大学の外部評価者派遣の経費負担，派遣される外部評価者の負担，評価者の専門領域との評価課題の不整合などの問題点が指摘されている．

(7) 新たな外部評価者派遣方式に向けて

上記の問題点を解決するために，より簡素化された新たな外部評価者派遣方式が考案された．すなわち，2010 年度からは外部評価者は 1 課題につき 1 名とし，実施大学の経費負担をなくし，外部評価者の負担を軽減し，かつ外部評価者の専門領域を考慮して派遣することとなった．その新たな外部評価者には，アドバンスコースに相当する外部評価者養成ワークショップⅡを修了することが要件とされている．2008 年度には，口腔外科領域および歯科保存学領域の課題についての評価者養成ワークショップⅡが開催され，114 名が修了している．

2) OSCEと歯科医学教育

このたび日本歯科医学教育学会で実施したアンケートのうち，共用試験歯学系 OSCE に関連する質問項目を**表Ⅱ-11** に示す．

(1) 臨床技能の評価

共用試験 OSCE が実施される以前の臨床技能評価については，ほぼ全大学で各授業科目単位での実習試験の評価に委ねられていたのが現状であった．その評価方法は，技能評価については実技試験，基礎模型実習における製作物の評価，観察記録などが用いられ，態度評価については観察記録，レポートなどが用いられている．

(2) 共用試験 OSCE 導入の影響

共用試験 OSCE の導入によって「変化が生じた」と回答したのは 25 大学であり，「変化なし」は 4 大学であった．生じた変化の具体的内容については，学生配布資料を網羅する実習内容への再編成，医療面接の授業の充実，清潔不潔に関する教育への対応などが挙げられている．全体的にみると，これまで実施されていた臨床科目の授業内容やシラバスの見直しが行われ，新たな統合科目の設置，シミュレーション実習の拡充などカリキュラムの改編を行った大学が多数を占めていた．

授業で生じた変化については，19 大学が大学全体と

表Ⅱ-10　共用試験歯学系 OSCE 評価者養成ワークショップの概要

年度	開催日	テーマ	担当大学	修了者
2002	9 月 6，7 日	OSCE 評価者の養成	日本大学松戸	56
	11 月 9，10 日	医療面接の評価者および SP の養成	岡山大学	55
2003	6 月 13，14 日	臨床技能系課題	日本歯科大学	56
	9 月 12，13 日	面接・指導系課題	広島大学	56
	11 月 28，29 日	臨床技能系課題	愛知学院大学	56
2004	6 月 11，12 日	説明・指導系課題	北海道医療大学	56
	8 月 27，28 日	医療面接系課題	東京歯科大学	56
	12 月 10，11 日	臨床技能系課題	昭和大学	56
2005	6 月 18，19 日	医療面接系課題	日本歯科大学新潟	56
	8 月 26，27 日	臨床技能系課題	明海大学	56
	11 月 18，19 日	説明・指導系課題	九州大学	54
2006	5 月 19，20 日	説明・指導系課題	日本歯科大学	56
	8 月 25，26 日	医療面接系課題	東京医科歯科大学	56
	11 月 18，19 日	臨床技能系課題	福岡歯科大学	55
2007	6 月 30 日，7 月 1 日	医療面接系課題	大阪大学	56
	8 月 30，31 日	説明・指導系課題	長崎大学	56
	12 月 8，9 日	臨床技能系課題	鶴見大学	56
2008	6 月 21，22 日	医療面接系課題	新潟大学	55
			修了者合計	1,003

表Ⅱ-11　共用試験歯学系 OSCE に関連するアンケートの質問項目

12）共用試験 OSCE を実施される以前には，臨床技能の評価法は主としてどのように実施していましたか？
13）共用試験 OSCE により授業に変化が生じましたか？
14）13）で「はい」の場合，どのような変化が生じましたか？
15）13）で「はい」の場合，授業に変化を生じたのは
　大学全体としてですか，授業科目単位ですか？
16）共用試験 OSCE への対策として，模擬 OSCE などを実施していますか？
17）模擬 OSCE などの実施は，大学全体としてですか，授業科目単位ですか？
18）共用試験 OSCE 対策として各大学の OSCE トライアル報告書を参考にしていますか？
19）共用試験 OSCE の成績を進級の要件としてどのように利用していますか？
20）医療面接の授業担当はどのようにしていますか？
21）模擬患者を導入していますか？
22）模擬患者を導入した授業は何年生から実施していますか？
23）貴大学で模擬患者を独自に養成していますか？
24）23）で「はい」の場合，どのように養成しているか，工夫などご記載下さい．
25）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）
26）「共用試験 CBT，OSCE が歯学教育へ及ぼした影響」について，何かご意見があればお書き下さい．

（注：文頭の番号はオリジナルのアンケートに準拠）

しての取り組みの結果と回答しており，総じて，大学全体として共用試験 OSCE 導入は教育に対するモチベーションの向上やカリキュラムの改善につながるという肯定的な捉え方がされている．しかし，その一方で上述のようなカリキュラム変更に伴い，いわゆる「カリキュラムの前倒し」が余儀なくされ，OSCE 課題に関連する授業内容を 4 年生終了時までに実習に組み込まなくてはならず，従前に比較して学生や教員への負担が高まったと指摘されている．

(3) 模擬 OSCE の実施

模擬 OSCE 実施の有無についての回答は，「実施している」が 12 大学，「実施していない」が 17 大学であった．今回のアンケートで質問している「模擬 OSCE」とは，OSCE 形式の演習・実習を指していると考えられるが，約 40％の大学でそれが行われていることが明らかとなった．「模擬 OSCE」を実施している大学のうち，大学全体として行われているものが 5 大学であり，そのほかは授業科目単位で行われていた．約 60％の大学では，特に OSCE を意識した授業形態の変更は行われていないのが現状である．

(4) OSCE トライアル実施報告書の利用

共用試験 OSCE トライアルの初期段階でいくつかの大学で作成されていた OSCE トライアル実施報告書を，共用試験 OSCE 対策として利用しているか否かの質問に対して，「利用している」と回答したのはわずかに 6 大学のみであり，22 大学は利用していないと回答した（1 大学が無回答）．約 80％の大学がおのおの独自に共用試験 OSCE の実施，運営を構築していることが明らかとなった．

(5) 共用試験 OSCE の結果の利用

共用試験 OSCE の成績結果を進級要件にどのように利用しているかの質問に対して，「共用試験 CBT/OSCE と従来の評価法との併用」が 25 大学，「共用試験 OSCE と従来の評価法との併用」が 2 大学，「大学独自の新たな評価基準と共用試験 OSCE の結果」と回答した大学が 2 大学あった．共用試験 CBT の結果を進級要件としていない大学が一部に存在することが明らかとなったが，共用試験 OSCE の結果は共用試験の趣旨に沿って，すべての大学でなんらかの形で進級要件の 1 つとされていることが改めて確認された．

(6) 医療面接の授業

共用試験歯学系 OSCE の導入を契機として，歯科医学教育においては医療コミュニケーション教育に焦点が当てられるようになった．医療面接の授業の担当に関する質問については，「専任者」が 12 大学，「全科合同で」が 6 大学，「各科で対応」が 10 大学，「その他」が 1 大学であった．それぞれの大学の事情に応じた対応が取られていると推察される．

(7) 模擬患者（SP）

SP（Simulated Patient）を人的資源として用いる授業に関する質問については，「実施している」が 15 大学，「実施していない」が 12 大学，無回答 2 大学であった．さらに，その授業の開始年次の質問については，「3 年次」が 4 大学，「4 年次」が 6 大学，「5 年次」が 2 大学，無回答 3 大学であった．

SP 養成に関する質問については，「養成している」が 16 大学，「養成していない」が 10 大学，無回答 3 大学であった．具体的にどのように SP 養成を行っているかの質問については，「地域との連携において，町民による学生教育参画を目的とした SP 研究会を設立し，年に 3〜4 回養成コースを設けている」「養成コースの参加回数や共用試験への協力回数などによりランク別認定証を授与する」「近隣の複数の歯科大学と協力して SP 養成を行う」「学部職員を対象にワークショップを開催している」「他医療系学部とともに大学の医療教育開発センターで養成している」など，各大学の状況に応じた特有の方策により SP 養成が行われていることが示された．なお，SP 養成を行っていない大学においては，外部の SP 研究会などの協力を得て，授業を行っていることがうかがわれた．

(8) チェアーユニットの使用法に関する教育

共用試験 OSCE では診療室での場面を想定して，試験環境として歯科用チェアーユニットで行われることがある．これに対応すべく，各大学におけるチェアーユニットの使用法に関する教育についての回答（複数回答可）は，「共用試験実施前までに」が 17 大学，「臨床予備実習で」が 17 大学，「臨床実習時に」が 9 大学，その他が 2 大学であった．

(9) 共用試験 OSCE が歯学教育に及ぼした影響（自由記載から抜粋）

〈肯定的コメント〉

- 教員一人ひとりが教育に対して真剣に取り組むようになり，意識改革がなされた．
- 低学年での自学自習に対するモチベーションが上がった．
- 大学間の教育内容の共通化が促進された．
- 教員に技能系教育における客観的評価法の導入が推進され，学習者にコミュニケーション能力の体得が図られた．
- 臨床実習開始前に，学生が十分な知識と技能・態度を習得しているかどうかの確認ができ，学生側も教育者側も到達目標がより明確になった．
- 病院実習への可否の評価が明確になった．
- 4 年次までの授業内容を整理し，勉学に対するモチベーションが高まった．臨床実習におけるよい導入となった．
- コア・カリキュラムを中心とした統合カリキュラムが導入された．
- 参加型臨床実習のための臨床能力の判定基準として適切．
- 独自に行っていた自大学の臨床予備実習に変化が生じた．
- GIO, SBO が明確になり，教員，学生ともに動機づけ，教育の均一化が図られた．

・共用試験は登院資格としているので，学生の臨床実習に対するモチベーションが上がり，教員による教育指導がやりやすくなり，学生に対する教員の考え方に積極性がみられるようになった.
・教員の教育手法の改善，学生のコミュニケーション能力の向上がみられた.
・臨床技能教育が軽視されていたが，その必要性，重要性が教員のなかで理解された.
・態度教育も行われるようになり，臨床教育が大きく変わった.
・学部教員全体の見直しにつながった.

〈否定的コメント〉
・全体的に特色ある教育に費やす時間が少なくなった.
・OSCE は OSCE を受験することが目的化してしまい，一連の流れとして認識および実践できるようになることが必要である歯科治療の到達度を邪魔している.
・学生が試験合格のためマニュアル化しすぎているのではないか.
・共用試験の合格を教育目標としてとらえてしまう傾向があり，歯学教育の平均レベルは上がったが，最高レベルが下がった可能性がある.

6 臨床実習

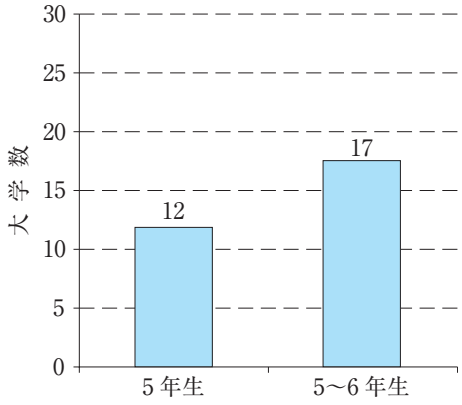
長島　正，竹重　文雄，前田　芳信

2006年4月から歯科医師臨床研修が必修となり，一部では臨床実習よりも臨床研修を重視する傾向も観察されるが，臨床研修による学習効果を高めるためには臨床実習の充実が必要不可欠であることはいうまでもない．この項では29校にて実施されている臨床実習の現状とその問題点について，アンケート調査の結果を基に述べる．

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

臨床実習を5年生のみで実施しているのが12校であるのに対して，17校では5年生から6年生にかけて実施している（**図Ⅱ-36**）．実施時間数は，各校によってばらつきは認められるものの，平均で約1,400時間であった（**図Ⅱ-37**）．1日6時間の実習を週に5日，1年間実施すると1,560時間に相当することから，5年生から6年生にかけて実施している大学でも臨床実習の実施期間は1年間程度であると考えられる．



図Ⅱ-36　臨床実習の実施学年

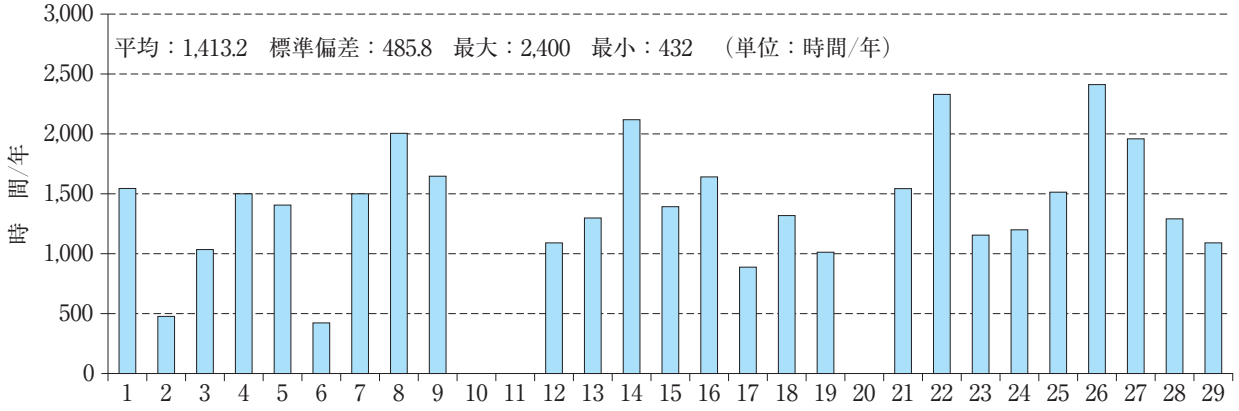
（2）実施体系：学生数，担当教員数，指導体制，診療参加と見学の割合，専用治療室の有無，専用チェア数，臨床実習と臨床研修の関連性

臨床実習の学生数は29校の平均で約100名であり（**図Ⅱ-38**），担当教員の数は常勤が平均で約96名，非常勤が約11名であった（**図Ⅱ-39**）が，必ずしも学生数の多い大学において担当教員数が多いとは限らず，教員1名当たりの学生数は最小0.47名，最大4.05名であった（**図Ⅱ-40**）．指導体制としては14校においてグループ制が実施されており，個別の指導体制が実施されているのは15校であった（**図Ⅱ-41**）が，教員1名当たりの学生数の差が指導体制に少なからず影響を及ぼしているものと思われる．グループ体制では，見学中心の実習となってしまうのではと危惧されることから，診療参加と見学の割合について調査したところ，見学の割合が50％以上を占める大学が10校存在していた．一方で，診療参加が60％以上を占める大学も11校存在し，大学間でのばらつきが観察された（**図Ⅱ-42**）．

設備面においては，専用の治療室を有している大学は15校であった（**図Ⅱ-43**）．一方，各校が有している専用のチェアは20台以下の大学が69％（20校）と過半数を占めている一方で，41台以上の大学が10％（3校）みられた（**図Ⅱ-44**）．専用のチェアを有している場合においても学生数名が1台のチェアを共有している実情がわかる．

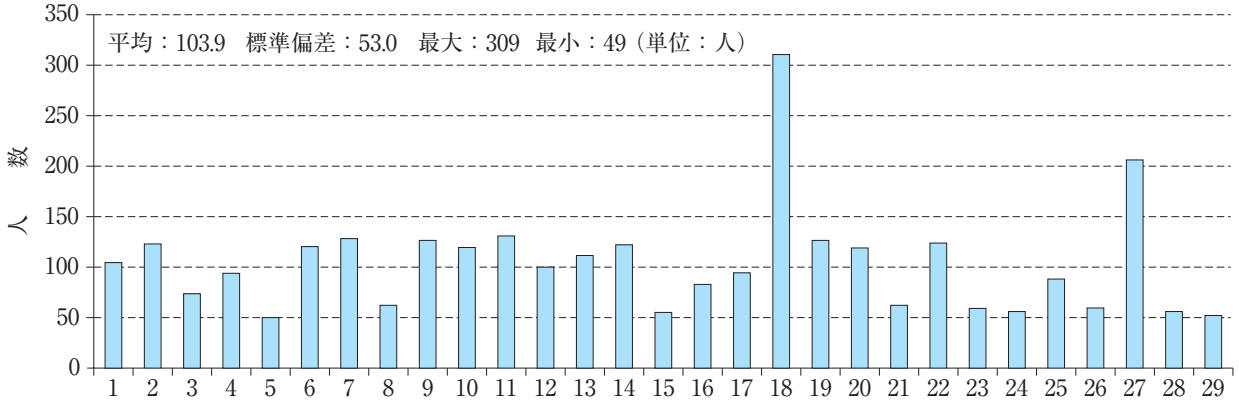
臨床実習と臨床研修の関連性についての回答では，臨床実習と臨床研修を共存させていると明記している大学が6校，全く別に実施していると明記している大学が4校であった．しかし，現在両者を共存させている大学のなかにも分離させることを検討しているところがある一方で，現在は別々に実施しているが両者を共存させることを検討している大学があるなど，各大学においてそれらの連携について苦慮している実情が読み取れる．

ながしま　ただし，たけしげ　ふみお
大阪大学歯学部附属病院口腔総合診療部
まえだ　よしのぶ
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（歯科補綴学第二教室）
キーワード：臨床実習，指導体制，歯科医師国家試験

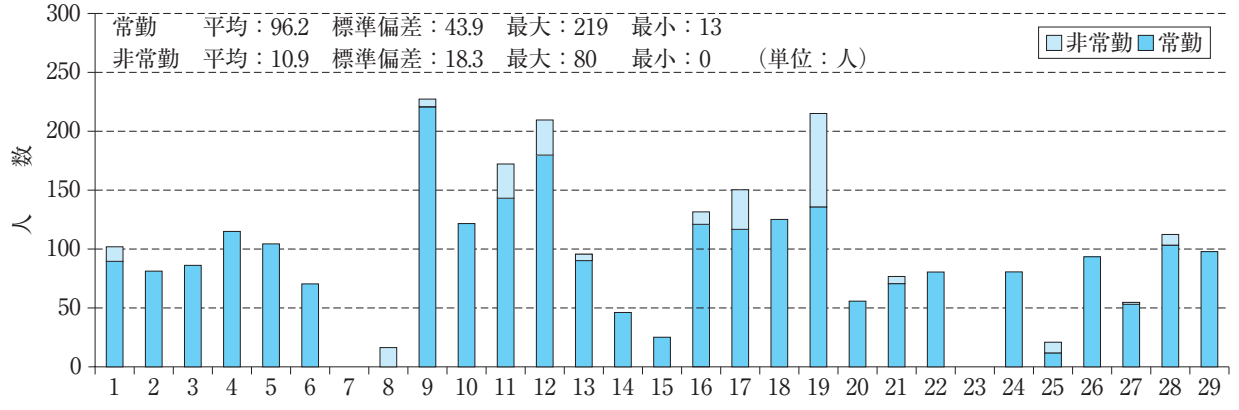


図Ⅱ-37　臨床実習の実施時間数

※ 10，11，20 は回答なし

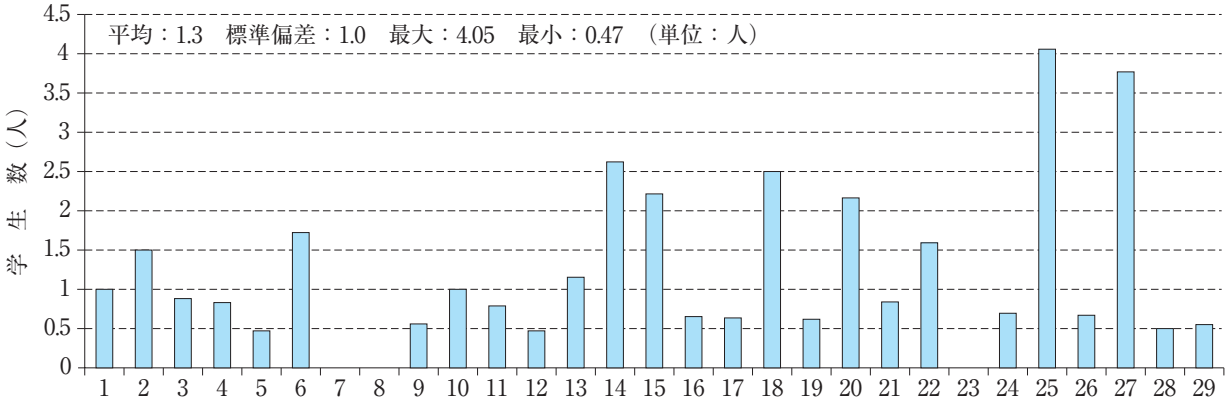


図Ⅱ-38　臨床実習の学生数



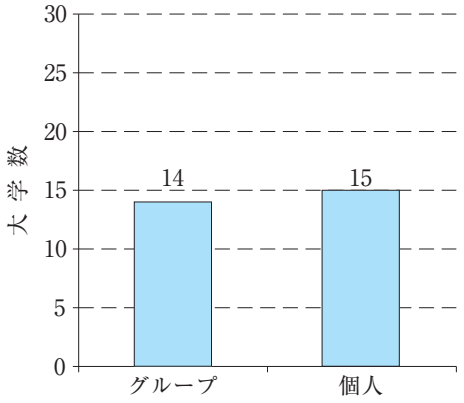
図Ⅱ-39　臨床実習担当教員数

※ 7，23 は回答なし，8 は常勤のみ回答なし

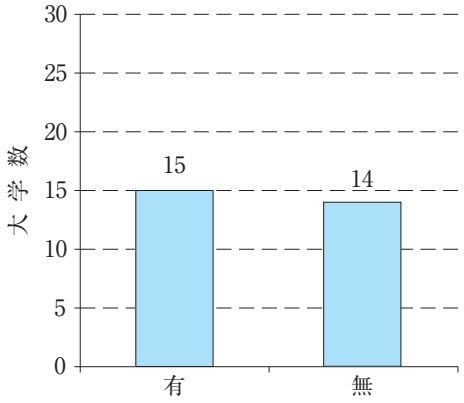


図Ⅱ-40　教員１名当たりの学生数

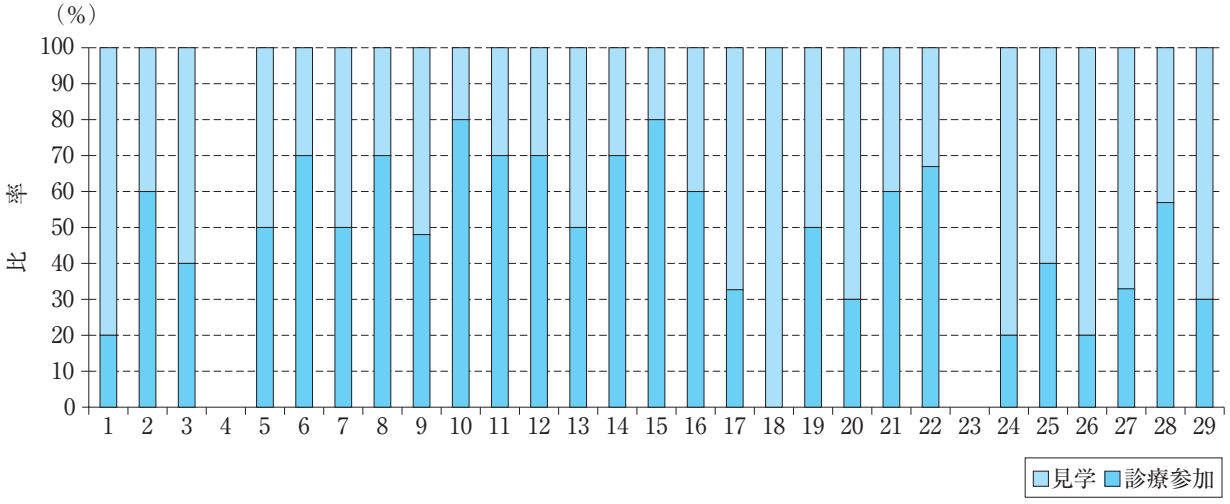
※7，8，23は回答なし



図Ⅱ-41　指導体制

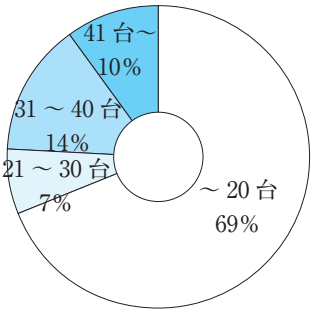


図Ⅱ-43　専用治療室の有無

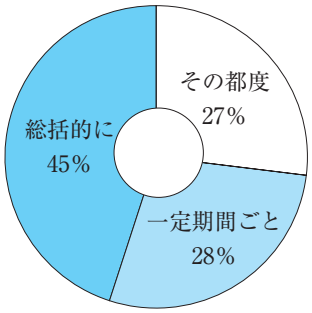


図Ⅱ-42　診療参加と見学の割合

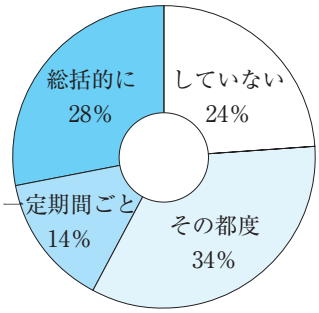
※4，23は回答なし



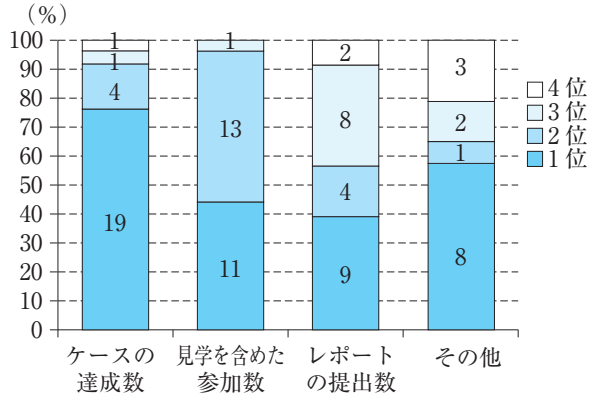
図Ⅱ-44　専用チェア数



図Ⅱ-46　評価の時期



図Ⅱ-47　評価の学生へのフィードバック



図Ⅱ-45　評価方法の順位づけ結果

2）臨床実習の評価方法

（1）評価方法

「ケースの達成数」「見学を含めた参加数」「レポートの提出数」「その他」の 4 項目をどのような割合にて評価しているかについて調査したところ，「ケースの達成数」の割合が最も高かったのが 19 校，「見学を含めた参加数」が最も高かったのが 11 校，「レポートの提出数」が最も高かったのが 9 校であった（**図Ⅱ-45**）．「その他」が最も高かった大学は 8 校認められ，具体的には，模型を用いた実技試験，OSCE などの修了認定試験，症例報告，教員による口頭試問，臨床実習に臨む態度の評価などが記されていた．以上のことから，参加型の臨床実習を目指す観点から「ケースの達成数」を重視する大学が多く認められるものの，現実には「見学を含めた参加数」「レポートの提出数」などで補っているという実情があるものと考えられる．

（2）評価の時期

評価の時期について，「その都度」「一定期間ごと」「総括的に」の 3 項目から選択を求めたところ，「その都度」が 27%，「一定期間ごと」が 28%と形成的評価を実施している大学が半数を超えていたが，45%の大学では総括的評価を実施していた（**図Ⅱ-46**）．しかし，実際には総括的評価を実施していると回答した大学においても，症例ごとの形成的評価を併せて実施しているものと考えられ，本結果は臨床実習の評価としてどこに重点をおいているかという判断の結果を示しているものと判断される．

（3）評価の学生へのフィードバック

評価を学生にフィードバックしているかを尋ねたところ，76%の大学においてフィードバックをしているとの回答が得られたが，24%（7 校）ではフィードバックしていなかった（**図Ⅱ-47**）．フィードバックの時期としては，その都度が最も多く（34%），総括的に（28%），一定期間ごと（14%）が続いており，症例ごとに形成的評価の一環としてフィードバックされることの多いことが示された．

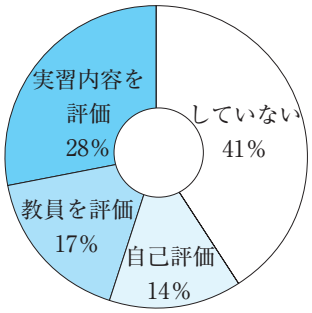
（4）学生による評価

学生による評価の実施を尋ねたところ，41%（12 校）の大学では実施されていなかったが，残りの 59%（17 校）ではなんらかの方法にて実施していた．その内容は，「実習内容の評価」が 28%と最も多く，「教員の評価」（17%），「自己評価」（14%）と続いていた（**図Ⅱ-48**）．近年，カリキュラムの改善の指標として学生による評価を積極的に取り入れる大学が増えており，今後は学生の評価がカリキュラムの改善にどのように生かされているのかについても調査する必要があるものと思われる．

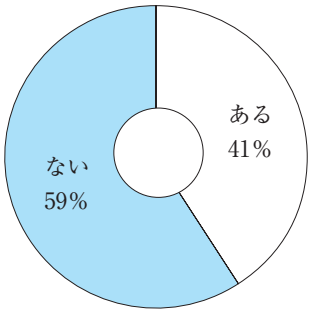
3）指導教員

（1）教員の評価

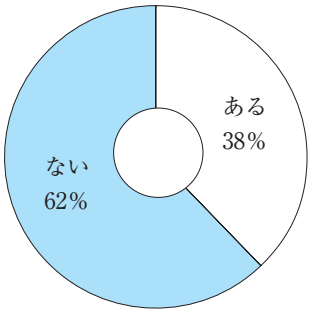
教員の教育に関する客観評価は 41%（12 校）において実施されており（**図Ⅱ-49**），自己評価は 38%（11 校）において実施されていた（**図Ⅱ-50**）が，いずれも，実施している大学は半数以下にとどまっている．教育に関する業績は，研究や診療に比べて数値化しづらいことから的確な評価は困難であるが，教育の質を高めるためにはその業績に応じた評価が不可欠であり，さらにそれが昇進あるいは昇給の 1 つの基準として扱われていること



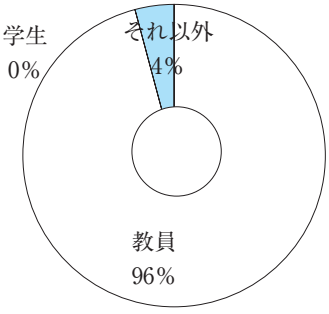
図Ⅱ-48　学生による評価



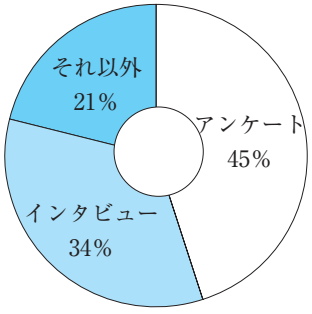
図Ⅱ-49　教員の教育に関する客観評価



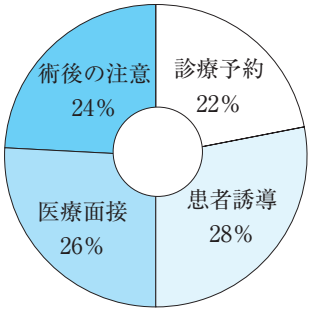
図Ⅱ-50　教員の教育に関する自己評価



図Ⅱ-51　患者への説明担当者



図Ⅱ-52　患者からのフィードバックの方法



図Ⅱ-53　患者のマネージメントへの学生の関与

が望ましい．近年，教育に関する客観的な評価を実施しようとする機運が高まっていることから，今後はその内容についての詳しい調査が必要になると考えられる．

4）臨床実習患者

（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得ているか調査したところ，1校を除いて同意を得たうえで実施していた（未回答が1校）．またその説明は教員が行っている場合が96%（27校），教員・学生以外が行っている場合が4%（1校）であり，学生が行っているという回答はなかった（**図Ⅱ-51**）．実際には，初診医が診療を開始する前に「大学病院の機能として，学生が見学する可能性がある」ことを説明している場合や，学生の見学を実施するごとに担当医から同意を得ている場合が混在していると考えられることから，詳細を把握するためにはもう少し詳しい調査が必要と思われる．

（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得ているかについて調査したところ，未回答の1校を除きすべての大学において同意をとっているとの回答が寄せられた．しかし，このなかには，口頭での同意，文書での同意などが混在していることが考えられる．また，説明の内容についても大学間，教員間での温度差の存在が考えられることから，実情を把握するためには何を，どこまで，どのように同意を得ているのかについても調査する必要があると思われる．

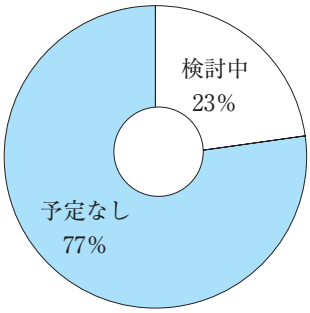
（3）患者のフィードバックをどのように得ているか

患者のフィードバックについては，45%（13校）がアンケートと回答し，続いてインタビュー（34%，10校），それ以外（21%，6校）と続いた（**図Ⅱ-52**）．欧米のように治療費において患者に配慮することができないわが国では，臨床実習協力患者としての満足度を高めるためにも，患者からのフィードバックを積極的に取り入れた体制の構築が不可欠であり，その意味において29校すべてがいずれかの方法において患者からのフィードバックを得ていることは評価できる．

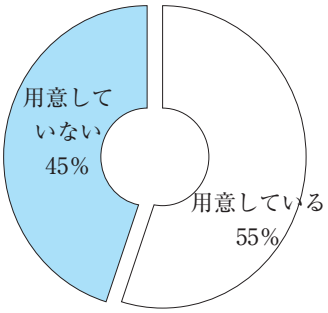
5）学　生

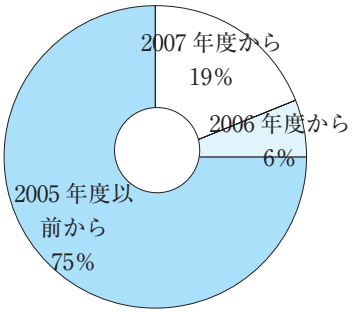
（1）学生の精神面でのサポート

96%（26校）において，学生の生活面でのサポートをしているとの回答が得られた．臨床実習においては，指導教員や診療スタッフ，患者との人間関係，過密なスケジュールなどが原因でストレスを感じている学生が多い．これらの学生に対する精神的なサポートは臨床実習での教育効果を高めるうえで必要不可欠であるが，参加型臨床実習の実施されている割合，ミニマムリクワイアメントの数などカリキュラムの内容，さらに学生の能力



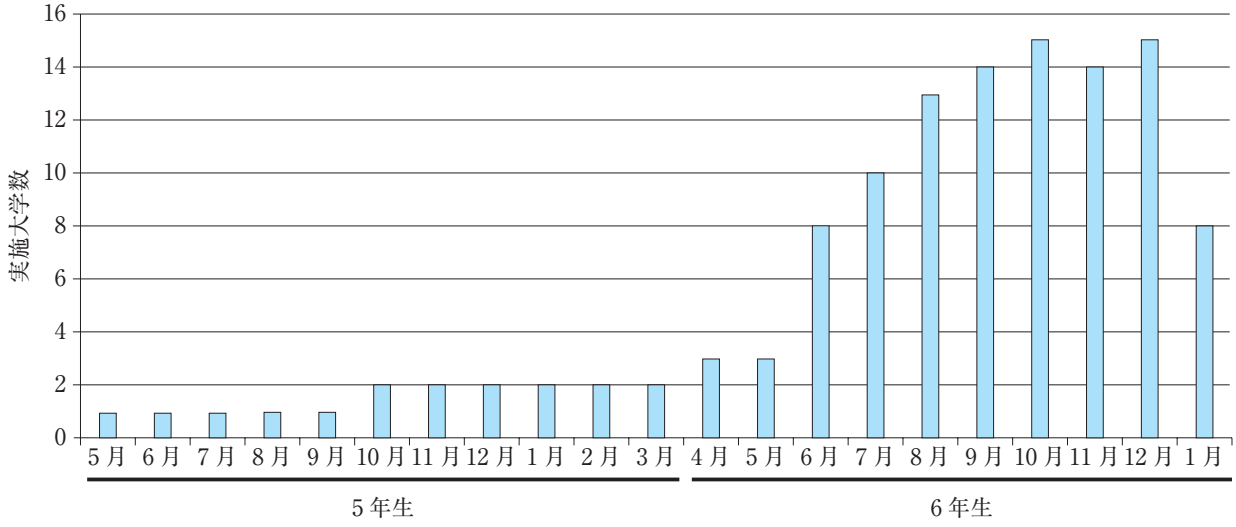
今後用意する予定





いつから実施しているか

図Ⅱ-54　国家試験対策としてのカリキュラム



図Ⅱ-55　国家試験対策としてのカリキュラムをどの時期に実施しているか

や性格などに応じた対応が必要である．したがって，今後は具体的にどのような対策をとっているかについてより詳しい調査が必要であると思われる．

(2) 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「診療予約」「患者誘導」「医療面接」「術後の注意」の各項目について複数選択可能として調査したところ，「患者誘導」(28%) が最も多く，次いで「医療面接」(26%)，「術後の注意」(24%)，「診療予約」(22%) の順となった（**図Ⅱ-53**）．

6) 臨床実習から歯科医師国家試験までの教育の実施

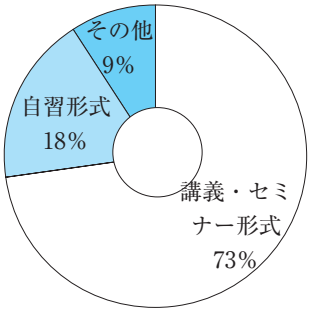
(1) 歯科医師国家試験対策としてのカリキュラムの有無および実施時期

歯科医師国家試験の合格率が抑制され続けている現状を踏まえ，国家試験対策としてのカリキュラムについて調査したところ，55% (16 校) が「用意している」と回答し，用意していないのは 45% (13 校) であった．その 13 校に対し今後の予定について確認したところ，「検討中」が 23% (3 校)，「予定なし」が 77% (10 校) であった．一方，現在用意している 16 校に対していつから実施しているかについて調査したところ，「2005 年度以前から実施している」との回答が最も多く 75% (12 校) であり，「2007 年度から」が 19% (3 校)，「2006 年度から」が 6% (1 校) と続いた（**図Ⅱ-54**）．

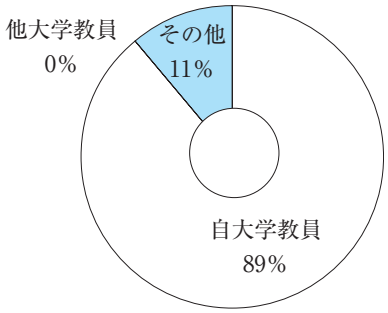
次にカリキュラム実施時期については，5 年生の 5 月から 6 年生の 1 月までの 21 カ月間に分布していたが，6 年生の 6 月からの約半年間に集中していることが示され（**図Ⅱ-55**），各校とも，最も効果的であると考えられる直前対策に重点をおいていることがうかがえる．

(2) カリキュラムの内容および担当教員

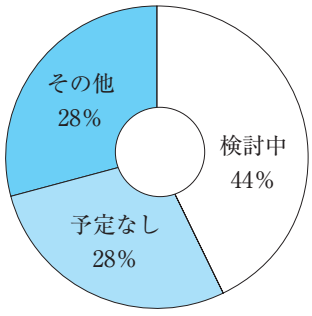
どのような形式にて実施しているかについて複数回答可能として調査したところ，「講義・セミナー形式」が 73% と最も多く，「自習形式」(18%)，「その他」(9%) と続いた（**図Ⅱ-56**）．「その他」としては，少人数テュ



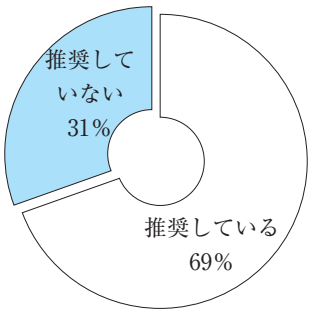
図Ⅱ-56　国家試験対策としてのカリキュラムをどのような形式で実施しているか

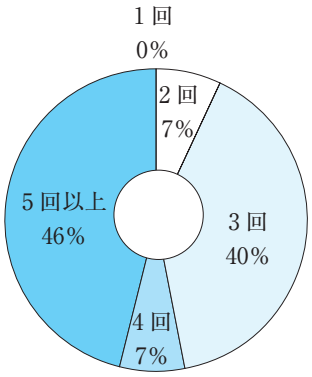


図Ⅱ-57　国家試験対策としてのカリキュラムでの担当教員の配置



今後推奨する予定





何回の受験を進めているか

図Ⅱ-58　国家試験模擬試験の受験

ートリアル，学外講師の講義などが記載されていた．一方，担当教員について「自大学教員」「他大学教員」「その他」の3項目から複数回答可能として確認したところ，「自大学教員」が89%，「その他」が11%であり，他大学の教員との回答はなかった（**図Ⅱ-57**）．「その他」には大学院生をTA（Teaching Assistant）として採用，予備校講師を招請などが具体的な内容として記載されていた．

（3）国家試験模擬試験

国家試験模擬試験の受験について調査したところ，69%（18校）から「受験を推奨している」との回答があり，「推奨していない」との回答は31%（8校）であった．その8校に対して今後の予定を尋ねたところ，「検討中」が3校，「予定なし」「その他」がそれぞれ2校ずつであった．一方，受験を推奨していると回答した18校に対して何回の受験を勧めているかを調査したところ，「5回以上」が最も多く46%（7校），次いで「3回」（40%），「4回」（7%），「2回」（7%）であり，いずれの大学でも複数回の受験を勧めていた（**図Ⅱ-58**）．

受験結果の学生指導への活用方法について自由記載にて確認したところ，「結果分析を基に個人的指導（弱点の補強）に活用する」「正答率の低い問題を中心に講義やセミナーにて解説する」「全問の正答率などの情報を各教室に配布して学生指導に生かす」「前年度や他大学との比較結果を学生への動機づけとして利用する」「国家試験合格結果と照合し次年度以降の指導に活用する」などの回答が得られた．国家試験模擬試験を受験することは，受験準備としての学習を伴うことから，受験勉強への動機づけとしても有効であると考えられ，受験を推奨していない大学でも独自に受験している学生が多い．2009年度の実績では2,700名が受験している模擬試験もあり，この年の国家試験受験者数3,500名の約77%に相当している．模擬試験の受験は弱点の発見に有効であること，模擬試験の結果と国家試験の結果とは相関している部分が多いこと，さらに国家試験合格率が抑制されている現状で，学生だけでなく大学を挙げて合格に向けての取り組みを実施している現状を考えると，受験者の割合は今後増加するものと考えられる．

7 歯科医師臨床研修

平田　創一郎

1）歯科医師臨床研修の現状

（1）歯科医師臨床研修施設数

2005年度から2008年度に研修歯科医の募集を行った歯科医師臨床研修施設数を**表Ⅱ-12**に示す．協力型臨床研修施設である歯科診療所数は年々増加しているものの，単独型・管理型臨床研修施設数の伸びは少ない．

（2）研修歯科医の募集数

2005年度から2008年度までの研修歯科医の募集数を**表Ⅱ-13**に示す．総募集数は減少しており，これは歯科大学・歯学部附属病院の募集数の減少によるところが大きい．なお，歯科診療所の募集数が2006年度に大きく増えているが，これは東北大学歯学部附属病院が，医療法上，診療所である東北大学歯学部附属歯科医療センターとなったためである．このことを勘案しても，歯科大学・歯学部附属病院の募集数がそれ以上に減少していることは特筆すべき点である．

（3）歯科医師国家試験合格者数

歯科医師臨床研修制度を考えるうえで，研修歯科医となる歯科医師国家試験の合格者の数はきわめて重要な要素である．**表Ⅱ-14**に歯科医師国家試験の合格者数の年次推移を示す．必修化2年目となる2007年に合格者数は大きく減少したが，その後は横ばいとなっている．しかし，合格率は年々減少しており，その結果，受験者数は2007年以降増加傾向にある．これらは，後述する歯科医師臨床研修マッチングに大きな影響を及ぼす問題となっている．

（4）充足率

研修歯科医の募集数を歯科医師国家試験合格者数で割った充足率を**表Ⅱ-15**に示す．充足率は150％前後で推移していることから，実際に臨床研修を受ける研修歯科医の数からみれば，募集数は十分な数が確保されているといえる．歯科大学・歯学部附属病院の募集数が減少しているのは，充足率が安定していることから，結果として空席となる不要な定員を削減しているものと考えられる．

（5）研修歯科医の在籍状況

研修歯科医の研修施設の種類別の在籍状況を**表Ⅱ-16**に示す．2007年度に歯科大学・歯学部附属病院の在籍者比率が減少し，歯科診療所の比率が増えた理由は前述のとおりであるが，それを勘案しても歯科診療所の在籍比率は増加傾向にある．ただし，歯科診療所の研修プログラムに在籍する研修歯科医数の全体に対する比率はまだ少なく，8割の研修歯科医が歯科大学・歯学部附属病院の研修プログラムに在籍している状況に大きな変化はみられない．また，実際に研修歯科医が臨床研修を行っている都道府県（すなわち管理型臨床研修施設と異なる都道府県の協力型臨床研修施設に出向している期間は出向先の都道府県で計上する）ごとに研修歯科医数を月単位で集計した比率（**図Ⅱ-59**）をみても，3年間で研修歯科医の分布に大きな変化はみられない[1]．

このように，歯科大学・歯学部附属病院のある都道府県に研修歯科医が集中していることは，歯科医師過剰といわれる現在，歯科医師の地域偏在の観点からも，早急に対応が必要と考えられる．

2）歯科医師臨床研修マッチングの現状

（1）歯科医師臨床研修マッチング

歯科医師臨床研修マッチングプログラム（以下，歯科マッチング）とは，歯科医師免許を得て歯科医師臨床研修を受けようとする者（以下，研修希望者）と研修プログラム（臨床研修施設）を効率的かつ透明性を確保して組み合わせるために，研修希望者および研修施設の希望を踏まえて，双方ともできるだけ上位に希望する相手と組み合わせられるよう一定の規則（Gale-Shapley アル

ひらた　そういちろう
東京歯科大学社会歯科学研究室
キーワード：歯科医師臨床研修制度，歯科医師臨床研修マッチングプログラム，研修歯科医

表Ⅱ-12　歯科医師臨床研修施設数の推移

		2005 年度	2006 年度	2007 年度	2008 年度
大学病院	歯科大学・歯学部附属病院	32	31	31	31
	医科大学・医学部附属病院（ただし，歯科医業を行わないものを除く）	65	65	66	66
その他の病院	単独型臨床研修施設	93	96	99	100
	管理型臨床研修施設	10	11	13	14
	協力型臨床研修施設	89	102	104	99
歯科診療所	単独型臨床研修施設	9	11	14	19
	管理型臨床研修施設	0	1	4	7
	協力型臨床研修施設	1,166	1,311	1,463	1,554
合計		1,464	1,628	1,794	1,890

※各募集年度で指定を受けている施設数/厚生労働省医政局歯科保健課調べ（一部改変）　　（単位：施設）
注）協力型臨床研修施設の区分には，単独型または管理型臨床研修施設として指定されたものは含まない．

表Ⅱ-13　研修歯科医の募集数の推移

		2005 年度	2006 年度	2007 年度	2008 年度
大学病院	歯科大学・歯学部附属病院	3,246 人	3,081 人	3,032 人	2,960 人
	医科大学・医学部附属病院（ただし，歯科医業を行わないものを除く）	328 人	322 人	317 人	307 人
その他の病院		138 人	147 人	154 人	157 人
歯科診療所		115 人	187 人	200 人	214 人
合計		3,827 人	3,737 人	3,703 人	3,637 人

※各年度の次年度の募集数/厚生労働省医政局歯科保健課調べ（一部改変）

表Ⅱ-14　歯科医師国家試験合格者数の推移

	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年
合格者数	2,673 人	2,375 人	2,269 人	2,383 人
受験者数	3,308 人	3,200 人	3,295 人	3,531 人
合格率	80.8%	74.2%	68.9%	67.5%

注）実施年で表記

表Ⅱ-15　歯科医師臨床研修の充足率の推移

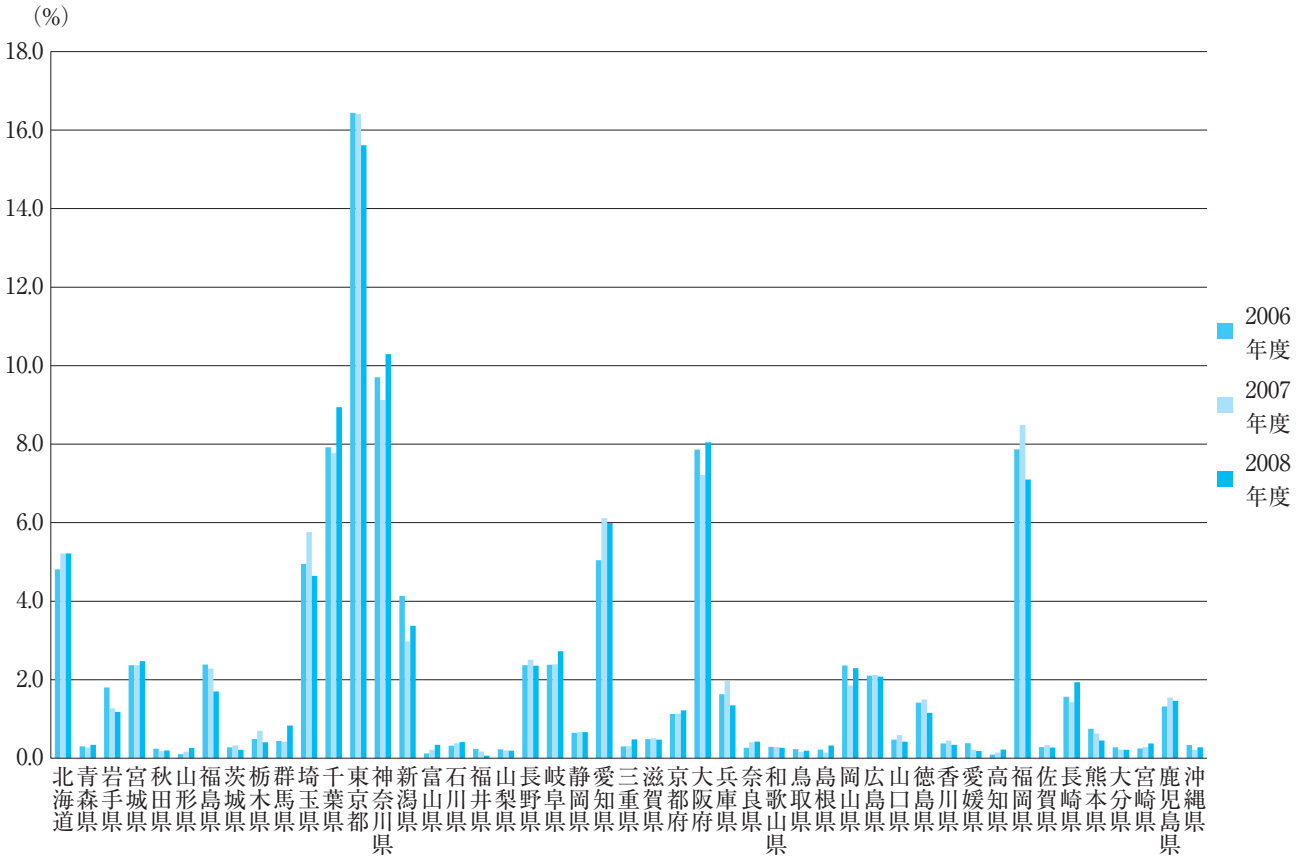
	2005 年度	2006 年度	2007 年度	2008 年度
充足率	143.5%	157.4%	163.2%	152.6%

※充足率＝研修歯科医募集数/歯科医師国家試験合格者数

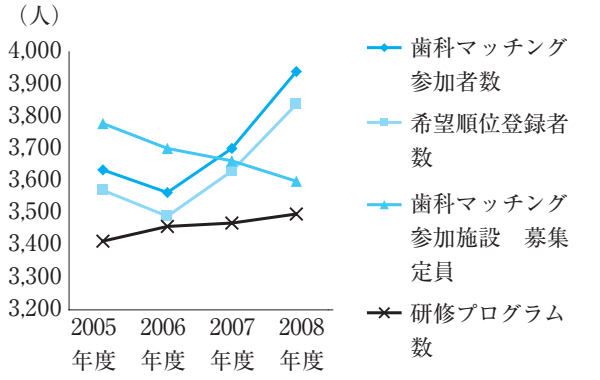
表Ⅱ-16　研修歯科医の在籍状況の推移

		2006 年度		2007 年度		2008 年度	
		在籍者数	比率	在籍者数	比率	在籍者数	比率
大学病院	歯科大学・歯学部附属病院	2,265 人	85.3%	1,893 人	79.6%	1,812 人	80.4%
	医科大学・医学部附属病院（ただし，歯科医業を行わないものを除く）	245 人	9.2%	236 人	9.9%	214 人	9.5%
その他の病院		94 人	3.5%	130 人	5.5%	108 人	4.8%
歯科診療所		52 人	2.0%	120 人	5.0%	121 人	5.4%
合計		2,656 人	100.0%	2,379 人	100.0%	2,255 人	100.0%

※研修歯科医数は，各年 4 月 1 日現在/厚生労働省医政局歯科保健課調べ



図Ⅱ-59　2006 年度から 2008 年度までの都道府県ごとの研修歯科医の分布



図Ⅱ-60　歯科マッチング参加状況の推移

ゴリズム）に従って，コンピュータにより組み合わせを決定するシステムである．参加は任意であるが，ほとんどの研修希望者，臨床研修施設が参加している．

財団法人歯科医療研修振興財団，社団法人日本歯科医師会，社団法人日本私立歯科大学協会，大学歯学部長・歯学部附属病院長会議の 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運営を行っており，財団法人歯科医療研修振興財団に事務局がおかれている．

(2) 歯科マッチングへの参加状況

図Ⅱ-60 に歯科マッチングへの参加状況，研修プログラム数および募集定員の推移を示す．歯科マッチング参加者数は 2006 年度以降，増加傾向にあり，希望順位登録者数は参加者数の 98％前後となっている．一方，研修プログラム数は増加傾向にあるものの，募集定員は逆に一貫して減少しており，2007 年度には参加者数を，2008 年度には希望順位登録者数を下回った．すなわち，2008 年度には希望順位登録者のうち 245 名と希望順位表を登録しなかった 103 名の計 348 名は，歯科マッチングに参加したものの研修先がないという事態になった．歯科マッチングのシステムそのものは，希望順位登録者の研修先を担保するものではないが，必修化された歯科医師臨床研修制度にあって，就職活動時点で研修希望者の研修先が確保できていない現状では歯科マッチングのあり方について再度検討が必要であろう．

(3) 歯科マッチング結果の概要

表Ⅱ-17 に研修希望者からみたマッチ率を示す．2007 年度まではマッチ率は 9 割以上で推移していたが，2008 年度には 87.3％と 9 割を割り込む結果となった．一方，全マッチ者数に対する希望順位ごとのマッチ者の割合については，第 1 希望でのマッチ者の割合が 7 割強，第 3

表Ⅱ-17　研修希望者からみたマッチ率

	2005 年度	2006 年度	2007 年度	2008 年度
希望順位登録者数（A）	3,584 人	3,501 人	3,644 人	3,857 人
マッチ者数（B）	3,367 人	3,276 人	3,354 人	3,369 人
マッチ率（B）÷（A）	93.9%	93.6%	92.0%	87.3%

表Ⅱ-18　全マッチ者数に対する希望順位ごとのマッチ者の割合

	2005 年度	2006 年度	2007 年度	2008 年度
第 1 希望マッチ者の割合	70.7%	72.2%	74.8%	72.0%
第 2 希望マッチ者の割合	14.1%	15.1%	14.4%	14.1%
第 3 希望マッチ者の割合	6.5%	6.3%	6.4%	6.8%
第 4 希望以下のマッチ者の割合	8.6%	6.4%	4.4%	7.1%
計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表Ⅱ-19　プログラム責任者講習会の実施状況

開催年度		実施日	会場
2006 年度		12 月　4 日～ 7 日	富士教育研修所
2007 年度	第 1 回	8 月 19 日～21 日	多摩永山情報教育センター
	第 2 回	12 月 15 日～17 日	海外職業訓練協会（OVTA）
2008 年度	第 1 回	8 月　8 日～11 日	海外職業訓練協会（OVTA）
	第 2 回	12 月　5 日～ 8 日	海外職業訓練協会（OVTA）

希望までででマッチした者の割合は 9 割強で推移しており，おおむね研修希望者の希望に沿った結果が得られていることから，より上位の研修希望先との組み合わせを決定するという歯科マッチングの趣旨は十分に果たしていると考えられる（**表Ⅱ-18**）.

3）財団法人歯科医療研修振興財団の役割

財団法人歯科医療研修振興財団は，歯科医師臨床研修マッチング協議会事務局のほか，歯科医師臨床研修指導歯科医講習会，プログラム責任者講習会を実施している.

プログラム責任者講習会は，厚生労働省の補助事業として財団法人歯科医療研修振興財団が主催，厚生労働省・文部科学省の後援，日本歯科医学教育学会および日本医学教育学会の協力の下に，研修プログラムを企画立案・管理し，研修期間全般にわたって研修プログラムが適切に遂行されるよう指導歯科医に指導・助言し，研修歯科医の研修の進捗および評価に対して責任をもつプログラム責任者の充実・向上を図ることを目的に，3 泊 4 日で実施している．本講習会は，2005 年度まで富士教育研修所で実施されてきた歯科医師臨床研修指導歯科医ワークショップ（通称：富士研）の後継となる講習会である（**表Ⅱ-19**）.

歯科医師臨床研修指導歯科医講習会は，厚生労働省の補助事業として 2006 年度より，財団法人歯科医療研修振興財団および各歯科大学・各歯科医師会等との共催で歯科医師臨床研修事業を実施している．歯科医師臨床研修事業を効果的に実施するため，各研修施設において指導歯科医の任にある者，または指導歯科医となる予定者に対して教育指導・教育技法および教育評価に関するワークショップを実施し，指導歯科医の資質の向上および研修歯科医の確保を図る目的で実施している.

4）日本歯科医師会の本制度への取り組み

（1）歯科医師臨床研修マッチング協議会（運営委員会）

日本歯科医師会は，歯科医師臨床研修マッチング協議会の構成団体の 1 つであり，江里口　彰常務理事が歯科医師臨床研修マッチング協議会運営委員会委員として参画している.

（2）医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会

厚生労働省の医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会において，江里口　彰常務理事が委員となっており，2006 年 4 月から必修化された歯科医師臨床研修の研修プログラムや研修歯科医の処遇，研修施設の基準等の新たな歯科医師臨床研修制度の運用についての意見取りまとめや臨床研修施設の指定申請に係る審査を行っている.

（3）歯科医師臨床研修推進検討会

厚生労働省の歯科医師臨床研修推進検討会において，江里口　彰常務理事が委員となっており，以下の意見（要旨）を提出した.

表Ⅱ-20　新歯科医師臨床研修評価基準検討会中間とりまとめに示された項目

Ⅰ	修了認定のための評価基準について
	1. 修了の評価・認定についての基本的な考え方
	2. 評価・認定等における関係者の役割
	3. 評価方法
	4. 臨床研修の修了基準
	5. 臨床研修の中断・未修了について
Ⅱ	新歯科医師臨床研修の到達目標
	1. 歯科医師臨床研修「基本習熟コース」
	2. 歯科医師臨床研修「基本習得コース」
Ⅲ	新歯科医師臨床研修制度における指導ガイドラインの記載項目について
Ⅳ	研修歯科医手帳の記載項目について
Ⅴ	歯科医師臨床研修施設である歯科診療所における医療安全指針の記載項目について

表Ⅱ-21　歯科医師臨床研修推進検討会委員名簿

○	石井　拓男	東京歯科大学千葉病院長
	江里口　彰	社団法人日本歯科医師会常務理事
	葛西　一貴	日本大学松戸歯学部卒後教育委員会委員長
	鴨志田義功	医療法人社団健功会　鴨志田歯科医院院長
	住友　雅人	日本歯科医学教育学会卒後教育委員会委員長
	丹沢　秀樹	千葉大学医学部附属病院歯科・顎・口腔外科科長・教授
	花田　信弘	鶴見大学歯学部探索歯学講座教授（前　国立保健医療科学院口腔保健部長）
	俣木　志朗	東京医科歯科大学歯学部附属病院副病院長

（五十音順/○座長）

①臨床研修施設群方式の推進の方策について
・協力型臨床研修施設（3カ所が妥当）をグループ化しての登録ができるようにする．主たる研修施設の決定と共通のプログラムが必要．
・現在，歯科医師臨床研修制度が法制化されたことの国民へのPRが継続的になされていない．
・各研修施設および指導歯科医の定期的な研修が必要．
・地域保健・医療の実施においては各都道府県歯科医師会と行政の共同事業が多く，研修施設の認可もこれらを勘案して行うことが望ましい．
②臨床研修管理委員会の役割
・研修医，研修施設からの十分な情報収集とその分析．
・臨床現場の生の声を反映して，これから育っていく若い歯科医が希望をもてるようなプログラム作成の助言．

（4）日本歯科医師会雑誌への関連掲載

日本歯科医師会雑誌2007年6月号に，トピックス「病院歯科における臨床研修1年目の評価について」，座談会「歯科医師臨床研修必修化に伴う各機関の取り組みと事後評価」を掲載した．

これを機に同誌の通常送付先とは別に，各歯科大学・歯学部および医科大学・医学部歯科（口腔外科）の歯科医師臨床研修担当者へそれぞれ1部ずつ参考送付した．

（5）歯科医師臨床研修に係る都道府県歯科医師会への連絡

都道府県歯科医師会に対して，歯科医師臨床研修制度における指導歯科医の資格要件の1つに挙げられている「都道府県歯科医師会長の推薦」についての考え方を示した．

5）新歯科医師臨床研修評価基準検討会

厚生労働省は，研修管理委員会による研修歯科医の評価および管理者による研修の修了，未修了あるいは中断の基準等を示すことにより，その判断が適切に行われ，全国で臨床研修修了者の水準の確保を図ることを目的として，2005年11月から新歯科医師臨床研修評価基準検討会を開催し，2006年3月には中間とりまとめを公表した（**表Ⅱ-20**）．

6）歯科医師臨床研修推進検討会

歯科医師臨床研修制度は実施後5年以内に見直しを行うという平成17年厚生労働省令第103号の規定に基づき，研修管理委員会のあり方や臨床研修施設の指定基準等に関する問題点，大学病院への偏在等の臨床研修制度に係る諸課題について所要の検討を加え，必要な措置を講ずることを目的に，厚生労働省は2007年1月に歯科医師臨床研修推進検討会（委員名簿：**表Ⅱ-21**）を設置し，2008年12月22日に報告書を公表した（**表Ⅱ-22**）．

7）日本歯科医学教育学会の本制度への取り組み

日本歯科医学教育学会では，卒後教育委員会において本制度に関する取り組みを主に実施している．財団法人歯科医療研修振興財団主催のプログラム責任者講習会への協力のほか，日本歯科医学教育学会主催にて，以下の事業を実施してきた．

2006年10月22日には日本歯科大学生命歯学部九段ホールにおいて，管理型ならびに協力型臨床研修施設の指導歯科医，2007年度の研修歯科医予定者および歯学生を対象に，歯科医師臨床研修セミナー―群内マッチングシステム―を開催した．

表Ⅱ-22 「歯科医師臨床研修推進検討会」報告書（概要）

平成 20 年 12 月 22 日　歯科医師臨床研修推進検討会

1. 臨床研修施設群方式の推進について

(1) 臨床研修施設の指定基準について

○歯科診療所及び病院歯科を中心に行われている歯科医業の実情に配慮した指定基準の見直し方策を策定すべき

・指定基準の員数要件に関する見直し

・一時的に指定基準を満たさなくなった場合の対応

(2) 新たな臨床研修施設の研修指導体制について

○管理型臨床研修施設，協力型臨床研修施設及び研修協力施設を有機的に連携させた新たな研修指導体制（「グループ化」）の導入

○グループ化に適した研修プログラムの検討

(3) 歯科医師臨床研修の到達目標の見直しについて

○到達目標に対する到達度の調査研究を踏まえ，歯科医師臨床研修の到達目標等を見直すべき

・平均達成度が低かった項目（地域医療等）の修得に関する新たな方策の検討

・歯科医師臨床研修の実績や研修歯科医からのフィードバックを考慮して対応

(4) 臨床研修施設群方式の円滑な推進に係る手続きについて

○各種事務手続きに関して，負担軽減を図ること等が重要

2. 研修管理委員会の役割等について

(1) 研修歯科医のメンタルヘルスへの対応

○研修指導者側としてのメンタルヘルスに関する資質向上策を強化すべき

(2) プログラム責任者・指導歯科医への対応

○カリキュラム立案能力並びに臨床研修指導技法を習得した多くの指導歯科医や上級歯科医が研修プログラムの管理に関与するのが望ましい

(3) 協力型臨床研修施設への対応

○協力型臨床研修施設との研修指導体制の構築

○協力型臨床研修施設の適当数の要件

○並行申請に関する臨床研修施設の新たな指定基準の策定

(4) 研修管理委員会運営指針（仮称）の策定

○より実効性のある研修管理委員会の具体的な運営指針の策定が重要

3. 歯科医師臨床研修に係る評価等について

(1) 臨床研修施設に対する評価

○当該臨床研修施設群での自己評価，第三者による外部評価が将来的に推進されることが重要

○歯科医師臨床研修の適切な実態把握のため，厚生労働省による実地調査等も考慮すべき

(2) 双方向性評価の導入の検討

○当該研修プログラムに係る関係者間での双方向性評価を行える体制を構築すべき

(3) 研修歯科医の評価方法の改善

○客観的な研修指導・評価方法の確保のためにも，各方面から研修指導ガイドライン（仮称）等の参考となる考え方が示されることが望ましい

(4) 歯科医師臨床研修の中断・未修了への対応

○臨床研修施設側に起因する場合（研修歯科医に対するハラスメント等）の対応策については，今後も検討が必要

4. その他の課題

(1) 歯科医師臨床研修制度の周知

○国民，歯科医療関係者，臨床研修を受けようとする者等に向けて周知を進めるべき

○歯科医師臨床研修制度に関わる様々な分野から参画できる，継続的な検討の場を設置することが望ましい

(2) 歯科医師臨床研修マッチングプログラムの見直し

○歯科診療所や病院歯科等での研修歯科医の確保の方策等，歯科マッチング運用面で早急な対応が必要

(3) 指導歯科医の資質向上策

○指導歯科医講習会やアドバンス的な講習会の受講等によって，指導歯科医や上級歯科医は研さんに努め，資質向上を図るべき

(4) 生涯を通じた歯科医師の資質向上策

○歯科医師養成については，今後も厚生労働省と文部科学省が共同で検討していくことが重要

○歯科医師臨床研修を修了した歯科医師のキャリア形成のために，「臨床研修」と専門分野の研修を視野に入れた「生涯研修」との橋渡しについても継続した検討が必要

2006年12月22，23日には日本歯科大学生命歯学部において，臨床研修プログラム責任者，副プログラム責任者，臨床研修担当者および富士研ワークショップ1〜8回の修了者を対象に，平成18年度歯科医臨床研修プログラム責任者・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．

2007年12月22，23日には日本歯科大学生命歯学部において，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．

2008年9月23日には日本歯科大学生命歯学部九段ホールにおいて，歯科医師臨床研修シンポジウム「歯科医師臨床研修必修化3年目の課題」を開催した．

2008年12月19，20日には日本歯科大学生命歯学部第1会議室において，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．

文献

1） 平田創一郎．研修歯科医の分布に関する調査研究．平成20年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業　新歯科医師臨床研修制度の評価に関する調査研究（主任研究者　俣木志朗）報告書．2009. 128-41頁．

8 大学院教育と歯科医学研究の動向

魚島　勝美

1）大学院重点化

政府の大学院重点化政策により，旧帝国大学歯学部および東京医科歯科大学歯学部は大学院重点化が行われた．ここにいたる経緯は『歯科医学教育白書 2005 年版』を参照していただきたい．その後，旧国立大学におかれていた歯学部はすべて部局化され現在にいたっている．後述のごとく，現在の大学院教育重視の流れは当分続くと考えられ，今後の歯学教育のあり方は大学院教育のあり方と切り離しては考えられない．本稿では各大学歯学部より回答いただいたアンケート結果に基づいて，重点化・部局化後の大学院のあり方についてまとめてみたい．

（1）大学院の重点化と実質化

1947 年に学校教育法が制定され，ここで研究教育組織としての課程制大学院という概念が導入され，1974 年には初めて法令で課程の設置と区分，修士課程および博士課程の目的，修業年限などを制度化するために大学院設置基準が制定された．その後，1976 年の学校教育法一部改正において学部を基礎としない大学院，すなわち大学院大学が制度化され，1989 年の大学院設置基準の一部改正では，博士課程の目的が研究能力獲得から，高度に専門的な業務に従事するための研究能力獲得，という文言に書き換えられた．1999 年には学校教育法において研究科を学部と同等の組織として位置づけるとともに，設置基準上，修士課程の一形態としての専門大学院が制度化された．さらに，2002 年の学校教育法一部改正では専門職大学院制度が法令上位置づけられた．これら一連の流れをみると，もともと単なる研究を目的としていた大学院に対する考え方がどのように変遷しているかが一目瞭然である．大学院の重点化は，一方では予算措置上のからくりという側面をもっていたものの，原則的には前述の流れに沿ったものであり，今後も専門職業人の育成とそのための研究展開という目的を果たすためには避けて通れない．われわれの領域では，結果としてそうなった大学が多いので，大学院重点化の目的が医歯薬などの組織統合にあるかのごとき誤解が生じやすいが，本来の目的をしっかりと認識することが重要であろう．

今回のアンケートの結果，公私立大学歯学部・歯科大学のうち，「重点化の機構改革が行われたか」との問いに対して 4 校から「行われた」との回答を得たが，現実にはこれらはいずれも厳密な意味での重点化ではなく，いわゆる大学院組織の改組を伴う部局化である．もっとも，旧国立大学歯学部の多くでの改組も，行政の予算措置を伴わない形で歯学部附属の大学院から大学院組織を独立させ，歯学部をその附属組織とした部局化であった．いずれにしても，さらに 4 校が大学院組織の改組を検討中である．10 校はその予定がないとの回答であった．

2005 年 6 月 13 日，中央教育審議会中間報告「新時代の大学院教育―国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて―」により，現代社会の新たなニーズに応えられる創造性豊かな若手研究者の養成機能の強化を図るため，大学院における意欲的かつ独創的な教育の取り組みを重点的に支援する「魅力ある大学院教育」イニシアティブが実施された．歯科系では，2005 年度には新潟大学，九州大学が，2006 年度には東京医科歯科大学，徳島大学が採択されているものの，医療系の採択課題に対する歯科の割合は非常に低いものであった．

さらに，2005 年 9 月 5 日，中央教育審議会答申「新時代の大学院教育―国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて―」において，各大学院は「どのような人材を養成しようとするのか，その目的や役割を明らかにすること」および「国際的な通用性と信頼性の向上」が重要であるとされている．前者は大学院教育実質化の必要性，すなわち大学院教育課程の組織的展開強化を示唆するも

うおしま　かつみ
新潟大学大学院医歯学総合研究科　口腔生命科学専攻　口腔健康科学講座　生体歯科補綴学分野
キーワード：大学院教育実質化，大学院重点化，歯科医学研究

のである．具体的には，課程制大学院制度の趣旨に沿った教育課程と研究指導の確立，多様な社会部門と連携した人材育成機能の強化，学修・研究環境の改善および流動性の拡大が謳われている．これを受けて，2006 年 3 月 30 日には「大学院教育振興施策要綱」（2006 年度～2010 年度）が策定された．これにより，2007 年度からは優れた大学院教育への取り組みに対する支援プログラムである「大学院教育改革支援プログラム」が実施されている．なおこのプログラムは 2009 年度から「組織的な大学院教育改革推進プログラム」と名称を変えている．中教審答申に盛り込まれた内容を実現するために，今後われわれが大学院教育の実質化という明確な目標を設定し，このプログラムを活用する必要があろう．しかしながら，歯科系単独で採択されている大学は東京医科歯科大学，新潟大学，大阪大学の 3 件のみで，また医薬学と合同で採択されているのは岡山大学のみであり，歯学系大学院の高度化を果たすためには，組織改編のみならず，大学院教育の実質化を進め，サイエンスとしての歯学を確立する必要があろう．

（2）重点化・部局化大学におけるその功罪

重点化や部局化という言葉の解釈には若干の混乱があるが，歯学部・歯科大学において当初の重点化がなされたのは旧帝国大学歯学部および東京医科歯科大学だけである．また，旧国立大学歯学部の多くでは，部局化に伴ってほかの研究領域と相互に協力する形で研究科を構成することとなった．特に医科との合同研究科を設置した大学が多い．したがって，ここではまず，一部の大学で重点化・部局化に伴って実現した医科との連携に関するアンケート結果について述べたい．ただし，大学院改組の結果，組織上で医科との連携が実現した大学と，大学院改組が行われていないか，もしくは行っていても歯学単独の研究科を構成している大学とでは，この設問に対する回答姿勢は大きく異なることは理解しておかなければならない．

「大学院教育において医科との連携はうまく進んでいるか？」との問いに対し，「はい」との回答が 14 校，「いいえ」との回答が 13 校，回答なしが 2 校であった．旧国立大学歯学部のうち 9 校が「はい」と回答していることから，他領域との乗り入れ研究科の構成いかんにかかわらず，大学院改組の結果（必ずしもそうではないかもしれないが），医科との連携が実現したという意味で，この一連の改組には意義があったと思われる．

「医科との連携による利点と問題点」に関する回答には，利点として多くの大学が研究テーマの広がりや視野の拡大，効率化を挙げている．反面，問題点としては医科主導研究となることに対する警戒感，いわゆる雑用の増加，距離などの物理的障害，組織の肥大化による改革への障害，事務組織の負担過重などが挙げられている．当然ではあるが，これら問題点の多くは大学院を重点化・部局化した大学から提示されている．現在の社会的情勢から，また，歯科医療の本質が生体に対する医療行為であることを鑑みるに，歯科だけが単独でその独自性を主張することは合理的ではないが，歯学独自の，歯学発の研究を推進していくことがわれわれの使命であることも常に念頭におかねばならない．医科に限らず，多職種との連携が大学院教育や研究にも求められており，その効果は実際に示されている．しかしながら，連携という面で，われわれのシステムが成熟しているとはいえず，今後多くの大学間の情報交換によって，より良い歯科医療提供のための大学院組織のあり方を模索していくべきである．ただし，このことは必ずしも大学院組織レベルで複数研究領域からなる研究科を構成することの妥当性とは直接結びつかないかもしれない．

大学院の重点化・部局化に伴って，大学院の入学定員が増加した大学が多い．これらの大学でも，重点化・部局化前後の教員数にほとんど変化がないか，もしくは減っている状況にあり，教員の負担は当然増えているものと思われる．したがって，2005 年版『歯科医学教育白書』でも述べられているように，最も注意すべきは大学院教育や研究の質的低下である．後述の社会人大学院制度とも関連するが，学部教育や臨床業務を課される教員にとって，質の高い大学院教育や研究を継続的に行うことは簡単ではなく，大学院の入学定員の適正規模を考慮する必要があると思われる．

2006 年度から必修化された歯科医師臨床研修制度は，卒直後に 1 年間の臨床訓練をほとんどの歯科医師に課している．その専念規定は大学院学生との二足のワラジを禁じているために，研修修了後の大学院進学者の減少が危惧されていた．実際，今回のアンケートで，「歯科医師臨床研修の必修化に伴って，大学院入学者の増減がありましたか？」との問いに対して，5 校（私立）が増加，5 校（旧国私立）が変化なし，19 校（旧国公私立）が減少したと回答している．北海道大学を除く旧国立大学では大学院入学希望者が減少していた．これは，卒直後の歯科医師の研修先が，必ずしも出身大学の近くにない，すなわち研修場所の選択肢に自身の出身地が含まれるということが大きく影響していると思われる．また，一度労働者として給与を得てしまった後に，再び授業料を納めながら研究活動に戻るほどの動機が見いだせない環境も大きく影響しているであろう．入学者が減少した大学のうち，1 校を除いてなんらかの対策を施している．具体的には広報活動の充実（11 校），社会人大学院制度の導入と活用（5 校），経済的援助（2 校），開講時間の調整（1 校），大学院教育内容の充実（1 校），学部学生の

研究志向醸成（2校）（重複あり）である．今後は大学院教育の実質化による大学院学生のメリット，すなわち大学院の教育ビジョンを明確に示し，同時に大学院学生に対する経済的・精神的援助を含めた組織的な支援体制を充実させることを考えるべきである．

2） 社会人大学院制度

全国29歯科大学・歯学部のなかで22大学がこの制度を導入しており，残る7大学もそのうち5大学が導入を検討中である．2005年版の調査では8大学が検討中，2大学が予定なしとしていたので，この3年間に3大学が社会人大学院制度を導入したことになる．本制度の導入によって，広く社会の人材を集めることができるようになり，大学院入学者数が増加したとの回答が目立つ．学生の約80％が社会人大学院学生であるという特徴的な大学もあった．また，歯科医師臨床研修の必修化に伴って導入された専門研修（いわゆるレジデント）制度の存在により，大学において給与を得ながら臨床の訓練をし，これと併行して大学院での研究を始められるメリットが生まれ，必修化による学生数の減少に対する対策となっている大学もあるようである．また，社会人大学院学生は社会の第一線で仕事をし，豊富な臨床経験をもつことから，彼らの存在が従来の一般大学院学生にとって，いろいろな意味で良い刺激となっていると同時に，教員にとっても意見交換の場が増えたという利点をもたらしたようである．研究面でも臨床研究の幅が広がって，活性化されるとともに，研究に興味をもつ社会人にとっても，生涯学習の一環として研究に携わる機会がもたらされた点で評価が高い．

一方，本制度導入による欠点や問題点も多い．最も多い意見は教員や一般大学院学生の負担増である．当然のことながら，開業歯科医，勤務歯科医は通常夜間にしか大学に来ることができない．したがって，これに対応するためには講義・演習などの科目を夜間や休日に開講する必要が生じるにも関わらず，そのための人的支援はほとんど期待できない．このことと関連して，社会人大学院学生向けプログラムと一般大学院学生向けプログラムとの不整合や不公平感といった問題も生じているようである．また，時間的な制約により4年間で学位を取得するのが困難になることが多く，修学年限の延長を余儀なくされることも多い．これらを背景として，学位の質が低下したとの意見も散見された．今後はこれらの問題点を解決するべく，IT環境の整備による学習促進や，実験的手法によらない臨床的な研究テーマによる学位取得の道を確立する努力が必要であろう．

3） 大学院教育における特色ある試み

カリキュラムやプログラムという面で，各大学は効率的かつ効果的な教育のためにいろいろな工夫をしている．臨床的な専門家育成という観点から専門医コースを設置しているのは北海道医療大学，北海道大学，東京歯科大学，岡山大学である．共通基礎科目等を開講して大学院学生が身につけるべき基礎的な学力や学習態度を学ばせている大学は比較的多く，東北大学，日本歯科大学生命歯学部，昭和大学，鶴見大学，新潟大学，日本歯科大学新潟生命歯学部，松本歯科大学がこれを行っている．また，日本大学松戸歯学部，新潟大学や松本歯科大学などのように，頻回に大学院セミナーを開催しているところも多い．複数の教員（3人指導体制）による臨床・基礎ボーダレス教育プログラムを提供する東京医科歯科大学，バイオデンティスト育成プログラムを提供する広島大学，社会人大学院学生に対してDVD受講制度を提供する松本歯科大学，大学院学生のe-learning環境を整備する徳島大学，大学院教育にPBL（Problem Based Learning）を用いている大阪大学，他大学との連携により歯工学連携大学院を組織している九州歯科大学，論文作成支援制度を構築している東京歯科大学なども，独自の教育体制をもっているといえよう．

大学院学生に研究成果発表を課している大学は多い．東北大学は1年目修了時，奥羽大学と松本歯科大学が2年目修了時に，北海道医療大学，岩手医科大学，奥羽大学，日本大学松戸歯学部，日本大学歯学部，松本歯科大学が3年目修了時に，岩手医科大学，昭和大学，鶴見大学，日本歯科大学新潟生命歯学部，新潟大学，松本歯科大学，鹿児島大学は4年目で学位取得前にこれを行っている．九州歯科大学と九州大学も時期は不明であるが研究成果を発表させており，さらに松本歯科大学は毎年の研究経過報告書提出を義務づけている．

経済的支援の一環として奨学金制度を設けている大学は，北海道医療大学，東京医科歯科大学，日本歯科大学生命歯学部，日本歯科大学新潟生命歯学部，大阪歯科大学，岡山大学，徳島大学，福岡歯科大学など数多い．また，TA制度やRA（Research Assistant）制度の活用による大学院学生の支援も，北海道医療大学，奥羽大学，東京歯科大学，新潟大学，福岡歯科大学などで行われており，一般的である．大学院早期修了促進による経済的負担の軽減（北海道医療大学），学位論文掲載料の援助（新潟大学），外国人留学生への経済的支援（徳島大学）なども行われている．特徴的な支援として，大学院学生の診療に対する歩合制報酬を支払う北海道医療大学の取り組みがある．

大学院の研究内容と直接関係はないものの，英語教育

に力を入れている大学も多い．英語による講義を行っている日本大学松戸歯学部，徳島大学，英会話そのものを科目として開講している東京医科歯科大学，大阪歯科大学，大阪大学，英語論文作成コースを開講している東京医科歯科大学，東京歯科大学，新潟大学，海外英語研修制度をもつ大阪大学などが挙げられる．

その他，研究費補助制度として研究費の支給による国際学会での発表を奨励している東北大学，東京歯科大学，新潟大学，九州大学や，研究助成金を支給する大阪歯科大学，鹿児島大学，短期留学支援制度を設けている大阪大学や岡山大学の取り組みも大学院教育に対する特徴的な取り組みの例といえよう．

昨今の経済的情勢を鑑みるに，限られた財源のなかで大学院教育に独自性を打ち出すのは容易なことではない．しかしながら，歯科医師になってなお，授業料を必要とする 4 年間を費やして高度な専門性を身につけようとする学生に対しては，その教育に際してあらゆる努力を惜しまない姿勢が教員に求められる．

4） 歯科医学研究の動向（大学院組織と教育）

国からの運営費交付金や補助金が減少の一途を辿る現在，いかに外部資金を獲得するかが各大学の活動のあり方に大きく影響する．大学病院としての社会に対する医療面での貢献や教育に対する効果的な取り組みの実践など，われわれに対する評価は多面的になされるようになってきた．しかしながら，大学院重点化の項で述べたように，依然として研究機関としての重要性は低くなっているわけではなく，限られた時間と財源のなかで極限に近い努力を強いられているのも事実である．いわゆる研究業績の蓄積が外部資金の獲得に直結するからである．一般的に組織再生・マネージメントや口腔と全身および摂食といった課題は避けて通ることができないが，今回のアンケートからも，各大学が独自の研究テーマを掲げ，必死に努力している様子がうかがえる．本稿では，大学ごとに現在の研究動向についてまとめる．

（1）北海道医療大学

特に重点をおいている研究課題：QOL の向上を目指した個体差口腔健康科学の創成．

大学院歯学研究科は基礎系 8 分野，臨床系 12 分野から構成され，それぞれ多岐にわたる研究を行っている．教育面では，全身の保健医療を考慮した歯科医療という観点から，腫瘍学，細胞生物学，内科学，外科学，各種疾病学などを特論科目として設けている．

（2）北海道大学

大学院歯学研究科のなかに口腔機能学，口腔健康科学，口腔病態学という 3 つの大講座をおき，そのなかにそれぞれ 6，7，7 分野の研究分野を配置している．これ以外にも 3 つの協力講座をもち，幅広い研究を行っている．教育面では研究者・教育者養成コース以外に高度専門臨床歯科医コースを設け，認定・専門医資格取得を目指している．

（3）岩手医科大学

特に重点をおいている研究課題：再生医学研究，抗加齢研究．

1983 年 4 月に大学院歯学研究科が設置され，以来 2007 年度までに 349 名の学位取得者を輩出している．基礎系 8 講座，臨床系 12 講座が配置されており，それぞれが独自の研究を行っている．教育面では研究者として自立的な活動に携わるための学識を養い，研究能力を高めていくことを目的としている．

（4）奥羽大学

大学院歯学研究科のなかに 4 つの大講座をおき，そのなかにそれぞれ 4 分野ないしは 5 分野の研究分野を配置してそれぞれに研究を行っている．教育目標は歯学とその関連領域についての理論とその応用を自立して研究し，文化の発展と社会福祉の増進に貢献する豊かな発想と学識および人間性を備えた歯科医学者の養成である．

（5）東北大学

特に重点をおいている研究課題：インターフェイス口腔健康科学．

歯科学を専攻する大学院歯学研究科には 11 の講座などが配置され，そのほとんどが複数の専攻分野をもっている．大学院は修士課程と博士課程をもち，インターフェイス口腔健康科学という概念に基づく研究を活発に行っている．インターフェイス口腔健康科学とは，口腔に存在する「生体」「口腔微生物（パラサイト）」「生体材料」という 3 つのシステムの接する界面（システム間インターフェイス）における生物学的および生体力学的破綻が口腔疾患を惹起するという概念である．

（6）明海大学

大学院歯学研究科には形態系 5 研究群，機能系 10 研究群，環境生体・免疫系 2 研究群，理工系 5 研究群が設置されており，それぞれが独自の研究を行っている．講座間をボーダレス化させた自由度の高い履修システム，隣接した附属病院との連携，最新鋭の研究機器群，すぐれた研究を支援するサポート制度など，多彩な教育コンテンツが用意されている．

（7）日本大学松戸歯学部

特に重点をおいている研究課題：口腔疾患の誘導機序とその制御．

大学院松戸歯学研究科には発育発達全身疾患学系，口腔病態制御学系，組織細胞再生学系，先端材料修復学系，口腔顎脳再建学系，病態診断検査学系の 6 つの学系のもとに 29 の専攻学科目が開設されており，それぞれ独自

の研究を行っている．教育の目的は，科学する能力をもった臨床医を育てることと，未来の歯科医学を担う教育・研究指導者を育てることとしている．

(8) 東京医科歯科大学

特に重点をおいている研究課題：歯と骨の分子疾患科学．

1999 年 4 月に改組のうえ創設された医歯学総合研究科は医科，歯科を統合する形で，10 専攻のなかに 24 の大講座がおかれ，137 の分野が存在している．2001 年 4 月には，医歯科学修士課程を発足し，活発に研究活動を行っている．医学知識をもって活動する歯学研究者・歯科医師，歯学知識をもって活動する医学研究者・医師の育成を目的としている．

(9) 東京歯科大学

特に重点をおいている研究課題：口腔アンチエイジングによる生体制御・口腔内感覚の脳内認知機構の解明とその臨床医学的展開．

大学院歯学研究科に基礎系 11 講座，臨床系 15 講座を設置し，それぞれが独自の研究を行っている．口腔がん専門医養成コースをもつことが特徴的である．一般の大学院学生は各専攻講座に所属するのに対して，このコースを選択した学生に対する臨床教育は東京歯科大学口腔がんセンターにおいて行われる．教育目標は歯学および歯学に関する学問の領域において，理論応用を教授かつ研究し，その奥義を究め，人類福祉の増進，ひいては文化の進展に寄与するとともに，有能な研究指導者を養成することである．

(10) 日本歯科大学生命歯学部

特に重点をおいている研究課題：歯科再生医療．

大学院歯学研究科には基礎系 9 講座，臨床系 9 講座が設置されている．生命歯学に関する広範囲な学識と高度な自力的研究能力を有する研究者，学生の独創性・創造性・未来志向を導き出すことのできる優れた教育者，先進的な歯科医療を遂行できる高度な専門職業人を育成・養成することを目的としている．

(11) 日本大学歯学部

大学院歯学研究科 1 専攻で，そのなかに基礎系臨床系講座が融合する形で口腔構造機能学分野，応用口腔科学分野，口腔健康科学分野をおき，合計 24 講座がこれらに所属する形で研究を行っている．その開設は 1956 年度と，私立大学のなかでは最も早く，深い教養と高度な研究能力，学識，指導能力を養うことを目的としている．

(12) 昭和大学

特に重点をおいている研究課題：顎口腔機能障害の発症機序究明とその機能回復に関する先進的研究．

大学院歯学研究科は歯学専攻 7 分野より構成されている．これとは別に歯学部にハイテクリサーチセンターが設置され，多くの研究者がここに参画している．また，4 学部の教員が共同で研究する課題が 5 つ設定されており，審査により参画する研究者を選定していることは特徴的である．

(13) 神奈川歯科大学

大学院歯学研究科に臨床系基礎系の 2 専攻がおかれ，それぞれ 10 講座が所属している．大学院組織とは別に，高次口腔科学研究所，咬合医学研究所，口腔難治疾患研究センター，咀嚼と脳の研究所，高次脳・口腔科学研究所というそれぞれ異なる形態の研究所が設置されており，大学院組織と連携しながら研究を行っている．

(14) 鶴見大学

大学院歯学研究科は歯学専攻 1 専攻で，20 講座がそれぞれに研究を行っている．教育の目標は独創的な歯科医学研究者，全人的医療に貢献する歯科医療人，教育者の養成である．

(15) 新潟大学

特に重点をおいている研究課題：摂食嚥下機能とその障害に関する口腔形態・機能・治療法に関する研究，口腔機能の維持・回復に向けた顎顔面・口腔の常態，病態および再建に関する研究，歯科再生工学，QOL の向上を目指す先端歯科医療に結びつく探索型研究，口腔保健福祉学研究．

大学院医歯学総合研究科は分子細胞医学，生体機能調節医学，地域疾病制御医学，口腔生命科学の 4 専攻からなり，口腔生命科学は口腔健康科学，摂食環境制御学，顎顔面再建学の 3 講座で形成されている．これらのなかに 21 の分野が設置され，それぞれに研究が活発に行われている．

(16) 日本歯科大学新潟生命歯学部

大学院新潟生命歯学研究科は生命歯学 1 専攻のなかに，基礎科学系，応用科学系，臨床科学系をおき，これらに所属する講座が臨床基礎の壁を越えて効率的に研究を行っている．教育の目標は，歯科医学の発展に寄与できる研究者としての高度な専門的知識の修得，研究機関のみならず地域医療，産業界など社会の多方面においても専門業務に従事できる高度な研究能力の涵養である．

(17) 松本歯科大学

特に重点をおいている研究課題：硬組織の形成と吸収のメカニズム解明，咀嚼機能をつかさどる神経制御メカニズムの解明，口腔健康増進に関する新しい医療システムの構築．

大学院歯学独立研究科は，学部・講座を主体とする研究科ではなく，総合歯科医学研究所を基盤にした独立研究科で，硬組織疾患制御再建学講座，顎口腔機能制御学講座，健康増進口腔科学講座の 3 大講座のなかに 13 ユニットの研究グループが配置されている．その目的は，

口腔生命科学の理論および応用を教授研究し，その深奥を究め，もって文化の進展に寄与することとしている．

（18）朝日大学

大学院歯学研究科は先端口腔医療科学，高度口腔総合医療科学，口腔生命科学という3つの専門分野のなかに，10系に分けられた21の専攻科目担当講座が配置され，それぞれ研究を行っている．教育面では国際的視野を有し，高度な歯科医学的知識と医療技術を習得しながら，自立して研究活動を行いうる研究者の養成を目的とするとともに，高度臨床歯科医および研究者などのそれぞれを目指すための2種類のコースワークを提供する方向で検討されている．

（19）愛知学院大学

大学院歯学研究科は歯科基礎系と歯科臨床系の2専攻からなり，それぞれ8分野がおかれて研究活動を行っている．歯科医学の理論と応用に基づく独創的研究により深奥を究め，人類の健康・福祉に貢献するとともに，歯科医学の指導者を養成することを目的としており，創設以来2008年3月現在1,016名の博士（歯学）を輩出している．

（20）大阪歯科大学

特に重点をおいている研究課題：歯周病の戦略的研究．

大学院歯学研究科に21の専攻科がおかれ，それぞれに研究を行っている．歯学に関する学術の理論および応用を教授研究し，その深奥を究めて学術進展に寄与するとともに，専攻分野に関して高度の研究指導能力を養成することを目的としている．

（21）大阪大学

特に重点をおいている研究課題：美味しく「食べる」研究，豊かに「暮らす」研究，健康に「生きる」研究．

大学院歯学研究科に統合機能口腔科学専攻と分子病態口腔科学専攻をおき，そこに6基幹講座，2協力講座，1連携講座が所属する形で活発に研究を行っている．教育の目的は歯学の発展に貢献する人材の養成である．2003年にはCOEプログラムに採択されている．

（22）岡山大学

特に重点をおいている研究課題：口腔組織再生のための研究基盤の確立と応用．

大学院医歯薬学総合研究科は生体制御科学専攻，病態制御科学専攻，機能再生・再建科学専攻，社会環境生命科学専攻の4専攻に分かれ，それぞれに2つないし3つの大講座がおかれている．歯科系の専攻分野はこれらいずれかに所属する形となっている．国際的，社会的に広く活用される研究成果を創出し，自立した研究者，研究・教育・医療におけるリーダー，ならびに高度な専門知識と豊かな人間性に基づく倫理観を兼ね備えた医療職業人を養成することを目的としている．

（23）広島大学

特に重点をおいている研究課題：再生医療．

大学院医歯薬学総合研究科は創生医科学専攻，展開医科学専攻，薬学専攻の3専攻に分かれ，前二者はそれぞれ4講座から構成されている．また，医歯科学専攻および口腔健康科学専攻の2つの修士課程も設置されている．教育プログラムとして，がん専門医取得支援コースとバイオデンティスト育成プログラムを提供している．

（24）徳島大学

特に重点をおいている研究課題：咀嚼嚥下機構のヒトにおける運動論的展開，金属アレルギーを含んだ口腔免疫異常の解明，先進メディカルディバイスを含んだ硬組織の再建．

2004年の改組に伴い，大学院口腔科学教育部が設置され，口腔科学専攻（博士課程）がおかれている．口腔科学専攻は，口腔健康科学講座1講座（20分野）より構成され，口腔機能の発達，維持，管理に関する教育研究を行うと同時に，難治性疾患である口腔領域の癌，免疫疾患，感染症などの病態解明，治療法の開発と顎口腔機能の再建に関する教育研究を行っている．

（25）九州歯科大学

大学院歯学研究科は歯科基礎学系専攻8分野，歯科臨床学系専攻15分野で構成され，それぞれが教育研究を行っている．

（26）九州大学

特に重点をおいている研究課題：口腔の健康科学，口腔組織の再生・再建医療研究．

大学院は研究を担当する歯学研究院と教育を担当する歯学府とから構成され，前者には6講座（連携・客員講座を含む），後者には7講座（協力・連携・客員講座を含む）が配置されて，それぞれが研究と教育を担当している．大学院改組前の分野はこれら大講座に所属する形をとっている．

（27）福岡歯科大学

特に重点をおいている研究課題：疾患の抑制におけるゲノム安定性と環境ストレスの制御．

大学院歯学研究科は4部門に分かれた13の大講座のなかに19の分野を配し，教育研究を行っている．

（28）長崎大学

大学院医歯薬学総合研究科の博士課程3専攻のうち2専攻，すなわち医療科学専攻，新興感染症病態制御学系専攻にそれぞれ大講座が配置され，歯科系の研究分野がおかれている．主に歯科関連分野が所属する医療科学専攻の教育研究の目的は，医療科学分野の研究者として自立して研究活動を行うこと，および疾患の本質・病態を科学的なロジックで理解することができる学識を養うこ

ととしている．

（29）鹿児島大学

大学院医歯学総合研究科に健康科学専攻と先進治療科学専攻の 2 専攻がおかれ，それぞれ 6，9 の大講座を擁している．教育では学生の研究能力が国際的な評価に耐える研究を計画・実施できるレベルに到達すること，および協調性と広い視野で研究の意味を問い続けながら医の倫理観を備えた生命医療領域の研究者と教育者の育成を目的としている．

おわりに

本稿は可能なかぎり回答に忠実に記載をしたつもりであるが，部分的に解釈が難しい部分があり，事実と異なる記載がある場合にはご容赦いただきたい．

9 教員の教育能力向上

小川　哲次

はじめに

欧州におけるボローニャプロセス（2010年実施）の世界への波及や経済協力開発機構（OECD）による大学卒業生に対するLearning Outcome（学習成果）の到達度評価（AHELO，2011年）など，高等教育の質保証のグローバル化は悠揚迫らざるものになっている[1,2]．

欧米をはじめとする世界の高等教育機関では，すでにそれぞれの分野ごとに大学卒業時までに修得すべきLearning Outcomeとしての基本的能力（あるいはコアコンピテンス：Core Competence）がベンチマーク（学位水準基標）として提示され，学習を基本とするOutcome Based LearningまたはCompetence Based Learningが学士課程教育のグローバルスタンダードとなりつつある[1,2]．これらでは医療系のLearning Outcomeとして，歯科医学で7項目，医学で12項目ほどの基本的能力として提示されているが，このLearning Outcomeが，わが国の医学・歯学モデル・コア・カリキュラムに基づいて行われているObjective Based EducationのObjective（目標）とは異なることを理解しておく必要がある．

わが国においても，ようやく中央教育審議会大学分科会制度・教育部会が，2008年12月24日に「学士課程教育の構築に向けて」という大学教育改革の答申を取りまとめたのは記憶に新しいところである．そこでは，すべての学士課程教育に共通する汎用的なLearning Outcomeとしての「学士力」が提唱され，高等教育の質の保証と継続的向上を図るには，Faculty Development（FD）による教育の改善が欠かせないと述べられている[2]．

FDには，大きく分けて，個人を重視した教職員の能力開発活動（狭義のFD），学習者や学習を重視したカリキュラムデザインや評価・実施の改善活動（ID：Institutional Development），機関などの組織構造の改善活動（OD：Organizational Development）がある[3]．FDは，米国では個人の教育能力の開発や向上に重点をおかれる教育改善の活動を指しており[4]，英国ではこれをAcademic Staff Development（SD）と称して実施している[3–5]．一方，わが国では，FDを教職員個人の教育能力開発の活動ととらえる場合と個人・組織ならびにコースやカリキュラム・評価などの教育改善活動に関わるすべてを包含した広い意味で使われる場合がある．

そこで，高等教育の質の保証とその継続的向上のための将来的なFD（広義）のあり方を探るために，今回のFDに関する質問紙調査にあたっては，わが国で一般的に使用されているFDのすべてを広義と捉え，そのなかに，欧米のFDやSDに該当する個人を重視した教職員の能力開発の活動（狭義のFD）をはじめ，学習者や学習を重視したカリキュラムデザインや評価の改善活動（ID），機関などの組織構造の改善活動（OD）などの項目を含めて実施した．なお，教授法開発（Instructional Development）を分類するものもあるが，ここでは，狭義のFDに包含させた．

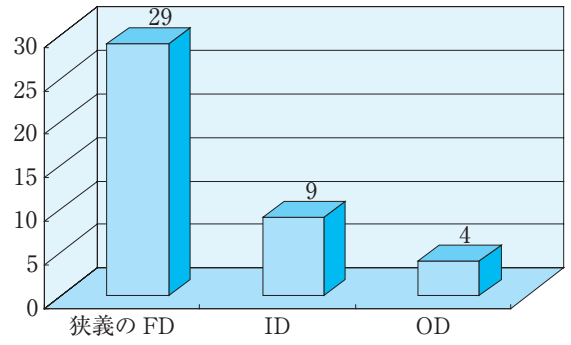
1）FD（広義）

今回の調査では，附属病院などで法令（省令）下で実施している講習会（例：安全管理）などは除外した．

広義のFDは29歯学部・歯科大学のすべてで実施されており，その内容をみると狭義のFDに関わるもののほかにID，ODに関わるものが含まれていた（**図Ⅱ-61**）．

教員の教育能力向上を目的とする狭義のFDでは，年1～2回の割合で定期的にワークショップ形式で実施する歯学部・歯科大学が27校あった．また，ワークショップは2校が2泊3日，14校が1泊2日の計16校が宿泊型で実施していた．2005年の調査では25校がワークショップを実施しており，そのなかの13校が宿泊型で

おがわ　てつじ
広島大学病院歯系総合診療科口腔総合診療科
キーワード：FD，SD



図Ⅱ-61　広義の FD（狭義の FD，ID，OD）の実施大学数

あった[5]などに比べると若干ワークショップの実施校が増えているようであった．

表Ⅱ-23 は，ワークショップの実施数と内容を示しており，カリキュラムプランニングに関する FD は 19 校で実施され，16 校で宿泊型として，6 校で 2〜7 時間の 1 日型として実施された．後者のミニワークショップは新人教員研修として利用されるケースが目立った．なお，今回の調査では，法令で定められている臨床研修指導歯科医講習会は対象外としたが，5 校が教員の FD として実施していた．歯科医学教育へのカリキュラムプランニングの導入に重要な役割を担ったいわゆる富士研ワークショップ（文部科学省，厚生労働省，日本歯科医学教育学会，歯科医療研修振興財団主催）が終了して久しいが，2006 年版の医学教育白書[6]では，ワークショップのテーマからカリキュラムプランニングが著減し，代わって PBL，CBT，OSCE，医学教育全般，臨床研修や臨床指導に関わるテーマが増えたと報告されている．これはようやく Outcome Based Learning が本邦で議論の俎上にのりはじめた頃の調査データであるが，それ以降の医学教育学会における広義の FD に関する学術発表が Outcome Based Learning に対応するテーマや内容に変化しているのも事実である．今回の調査においても，PBL テュータ養成，PBL シナリオ，コーチング，コミュニケーション，CBT 問題作成，OSCE 評価者養成に関わるワークショップなど，教育現場のニーズにあったテーマが取り上げられていた．さらに，助言教員の資質向上やティーチングティップスなどがワークショップ形式で実施されたのは特筆に価する．

狭義の FD に関する講演会・研修会，コンサルテーションなどでは，教授法や評価に関わるもの，学生の学習支援，生活支援に関係したテーマが取り上げられており（**表Ⅱ-24**），ID，OD においても，学士課程教育，海外における教育事例，FD の開発，コンピテンシー，アウトカム基盤型学習，学生による授業評価，カリキュラムデザインや組織改革についてのテーマも挙がっていた（**表Ⅱ-25**）．また，今後，実施したいと考えている FD（広義）では，教員の資質向上のための狭義の FD である教授法が最も多く，次いでコース，カリキュラム・カリキュラムストラクチャー，学習環境・学生支援，そして評価などが挙がっていた（**表Ⅱ-26**）．今後，歯科医学教育分野の FD についても Outcome Based Learning に対応できるようなキャリアデザイン，Learning Outcome，教授法，授業法開発，教員支援（ティーチングティップス），学習支援などの多岐にわたるテーマが増えてくることを期待したい．

FD（広義）のための教職員の学外研修活動では，学部長あるいは副学部長などを対象とする文部科学省主催の「医学・歯学教育指導者のためのワークショップ」をはじめ，教員の能力向上のための狭義の FD として，教職員を，国立教育政策研究所主催の研修会，日本歯科医学教育学会主催の「歯科医学教育者ワークショップ」「医療コミュニケーション・ファシリテータ養成セミナー」，歯科医療研修振興財団主催の「歯科医師臨床研修指導歯科医ワークショップ」「歯科医師臨床研修プログラム責任者ワークショップ」，全国医療系大学間共用試験実施評価機構主催の CBT，OSCE に関するワークショップ，歯学研究ネットワークワークショップなどのほか，日本私立大学協会主催の各種研修会，私立大学情報教育協会主催の研修会，大学間の地域ネットワーク主催のセミナーなどとともに，海外の医学・歯学教育学会ならびに大学医学教育センターの主催するセミナー・ワークショップに派遣している．また，狭義の FD，ID および OD の情報収集の一環として，海外の高等教育機関に教職員を派遣した大学も少なからずあった．

表Ⅱ-27 に FD（広義）の実施などに関して効果と問題点を挙げたが，その内容は 2005 年版の歯科医学教育白書とほぼ同じ項目となっている．効果については，主に教職員の教育や学習についての理解や意識の向上，改善に対する関心の深まり，授業方法の改善，能力の向上などが挙げられている．学生参画型 FD が学習成果に結びついたという事例の記載もあった．また，問題点は，依然として教員と講座間での温度差があることであり，実施上ではニーズにあった内容の選択に苦慮する，時間・空間・経済的負担が大きい，FD の評価では効果が現れるのに時間を要することや効果が持続しないこと，また，教育業績などでの評価がないことなどが挙がっていた．このあたりの問題点の解決にあたっては，ID，OD として評価や組織の改革・改善にあたる部局長あるいは学科長のリーダーシップが求められるところである[3,4]．また，受講した教職員の能力向上を図り，また次への改善を行うためにも，教育の専門家あるいはベテランの FD 教員によるカリキュラムデザイン，授業法や教授法に関

表Ⅱ-23　狭義の FD：ワークショップ形式のテーマと実施大学数

	狭義の FD：ワークショップ （1 泊 2 日～2 泊 3 日）	狭義の FD：ミニワークショップ （2～7 時間）
カリキュラム プランニング	カリキュラムプランニング（16）	カリキュラムプランニング（6），新人教員研修（2），シラバス作成（1），臨床研修指導（1）
教授法・授業法・ ティーチング･評価法	PBL テュータ・ファシリテータ養成（6），ファシリテータ養成（1），コーチング（1），共用試験 CBT 問題ブラッシュアップ（1），試験問題作成（1）	PBL テュータ養成（5），PBL シナリオ作成（2），ファシリテータ養成（1），コーチング（1），助言教員の資質向上（1），CBT 問題作成（5），OSCE 評価者養成（1），客観試験問題作成（1）
学生支援・授業支援		学生支援（1），授業支援システム（1），ティップス（1），学生・教職員懇談会の企画実施（1）
組織改革・その他	Evidence Based Medicine（1）	Quest Map（1），学年ワークショップ（1）

（　）内は実施数

表Ⅱ-24　狭義の FD：講演・研修会，コンサルテーション・その他のテーマと実施大学数

狭義の FD：講演会・研修会（1～2 時間）
教授法・授業法・ティーチング・評価
学生指導能力と評価（1）
講義資料―動画作成の基本―（1）
PBL―新しい学習法（1）
歯内療法教育と臨床への顕微鏡導入（1）
教育・臨床のトピック（2）
研究テーマの探し方（1）
授業評価・PEER REVIEW（1）
共用試験 CBT 問題作成時の注意（1）
学習支援・授業支援
メンタルヘルスサポート（1）
トータルコミュニケーション支援（1）
患者の肖像権と個人情報保護（1）
狭義の FD：コンサルテーション・その他（1～2 時間）
公開授業・授業参観・授業コンサルテーション（4）
学生・教員の集い（2）
学生生活指導における事例報告会（1）
共通教育科目別 FD（1）

（　）内は実施数

表Ⅱ-25　ID，OD と回答された広義の FD のテーマと実施大学数

ID：研修会・講演会・研修会
学士課程教育の構築（1）
魅力ある大学院を創生するために（1）
ミシガン大学の歯学教育（1）
FD の開発とその推進～愛媛大学を事例に～（1）
大学教員の教育的コンピテンシー（1）
開発支援事業について（1）
GP 事業からみた高等教育の課題と将来像（1）
学生による授業評価（1）
アウトカム基盤型学習（1）
学士課程教育（1）
ID：ワークショップ
咬合学のカリキュラムデザイン（1）
卒前教育の問題点の抽出とその解決法（2）
OD：講演会，ワークショップ
組織改善の取り組み：情報の共有（1）
歯科医学教育セミナー（1）

（　）内は実施数

表Ⅱ-26　各大学が今後，実施したいと考えている FD（広義）のテーマと内容

教授法
- 教授法の改善と効果的な授業運営について（6）
  話し方，進め方，動画作成，マイクロティーチング
- 相互授業参観（2）　・コミュニケーション技法（2）
- プロフェッショナリズム（2）　・ファシリテータ（2）
- コーチング（1）　・メンタリング（1）
- 臨床技術教育（1）　・PBL シナリオ作成（2）
- 教育学（2）　基本的知識と技能，教育効果と評価方法

学習環境・学生支援
- 学習環境の改善（3）　学生支援のあり方
- ハラスメント（アカデミック，パワー，セクシャル）防止（3）

コース，カリキュラム・ストラクチャーデザイン
- カリキュラム改編・カリキュラムデザイン（3）
- 国家試験の改編に伴う学部教育のあり方について（1）
- 新規の統合科目を開講する場合のワークショップ（1）
- ハイテク，IT 化などの高度医療化のための歯科医学（1）
- ディプロマに基づいた学士課程教育の構築（1）
- 現行のカリキュラムの再検討（1）
- 大学院教育の ID（1）　・FD について（1）
- 教職員の連携と組織改革（2）

評価・組織改革
- 学生による授業評価アンケート内容の見直し（2）
- 教員の人事評価のあり方（1）

（　）内は件数

表Ⅱ-27　これまでに実施した FD（広義）による具体的な効果と実施などに関しての問題点

FD（広義）による具体的な効果	．FD（広義）の実施などに関しての問題点
教職員の資質の向上： カリキュラムプランニングの手法について教員の理解度や能力が向上した（9）．教員の意識の向上，教育体制の充実等に効果があった（6）．教育力向上を目指しての全学的な視点に立った取り組みが可能になった（4）．個々の教員の教育や改善に対する関心が深まった（4）．学部・教員間でのコミュニケーションが深まった（2）．学生に対する評価法のコンセンサスが得られた．客観性，公平性のある評価に努めるようになった（1）． **教授法や授業法の改善：** 授業方法に改善がみられる（7）．FD として行ったコーチングを学生指導に応用するようになった．試験問題作成能力が全体的に向上した（3）．PBL ファシリテータのレベルは向上した（3）．年々授業評価点の平均ポイントが向上している（2）．臨床教育の充実（1）． **学生：** 学生参画型 FD の効果が，歯科医師国家試験合格率実績として現れた（1）．	**FD への意識・無関心など：** 教員間，講座間で FD に関する温度差がある（6）．参加しない教員への対応に苦慮する（2）． **実施上の問題：** テーマ，内容などに教員の要望が反映されない（3）．教員のニーズに合ったテーマ企画に苦慮する（4）．実施時期（大学行事・学会・休日など）・時間的制約（6）．FD 事業に対する経済的支援が少ない（4）．人的・空間的・経済的負担が大きい（3）．外部講師の場合に本学の実情とあっていない．全教員の満足を得る取り組みが困難である（2）．自前で講師やタスクフォースを養成することが難しい（1）． **FD の評価：** FD の効果を評価しにくい（3）．教育業績などへのインセンティブの付与が必要．教員側の動機づけが不十分で，非効率的である（1）．講演会やワークショップの効果は長期間持続しない（1）．大学（学部）からの働きかけが一方通行である（1）．形骸化することを避ける必要がある（1）．FD（広義）活動と実践とその効果が現れるまでには時間を要する（1）．

（　）内は件数

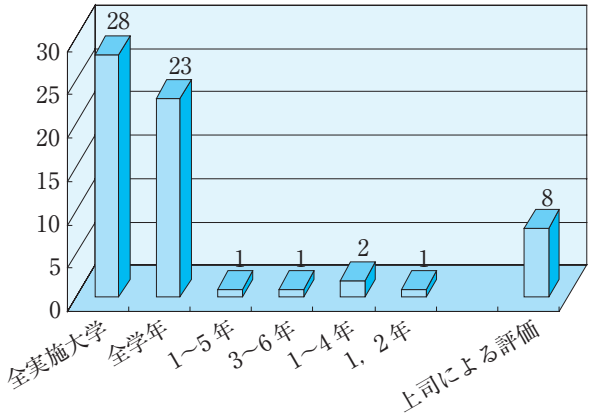
するフィードバックや助言制度を整備するのも必要であろう．なお，名古屋大学をはじめ，いくつかの大学の教育センターが，教育の「助言やコツ・注意」などを伝授するティーチングティップス制度を設けているので参照するとよい．

2）授業評価

1993 年に北海道医療大学と昭和大学が最初に授業評価を導入し，2005 年の調査時点では 26 歯学部・歯科大学が実施していた[5]．今回の 2008 年の調査では，28 歯学部・歯科大学で実施されており，実施方法は，26 校が質問紙を用いたマークシート方式，またマークシートと自由記述の併用方式であり，2 大学が学内限定の Web を用いた評価方式をとっている．また，28 校中の 23 校は全学年を対象としている（**図Ⅱ-62**）．

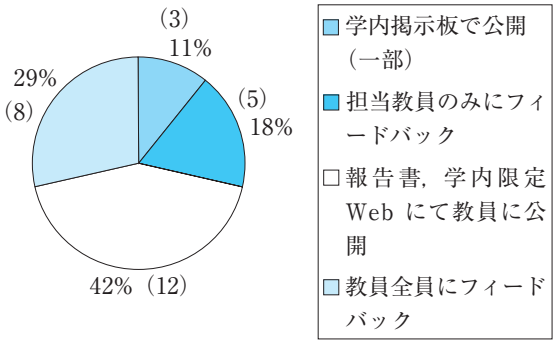
学生による授業評価の公開やフィードバックについては，**図Ⅱ-63** に示すように，学生による授業評価を実施している 28 歯学部・歯科大学のうち，報告書ならびに学内限定 Web にて公開している大学が 42%（12 校），教員全員に報告書で公開している大学が 29%（8 校），担当教員のみに結果をフィードバックしている大学が 18%（5 校），掲示板にて最高点や最低点などの結果の一部を公開している大学が 11%（3 校）であった．

また，上司・専門家（同僚を含む）による授業評価を行っているのは 29 歯学部・歯科大学中の 8 校であった．その概要は，明海大学では同僚による授業参加と授業終



全実施大学における対象学年

図Ⅱ-62　学生による授業評価実施大学数ならびに上司・専門家による評価の実施大学数



図Ⅱ-63　学生による授業評価のフィードバックと公開の方法

（　）内は大学数

表Ⅱ-28　学生による授業評価についての回答結果

実施している授業評価の具体的効果	授業評価に関しての問題点
教職員自体への効果：教員の授業改善に対する動機づけになった（3）．評価の低かった教員は徐々に改善され，評価も上がっている（2）．学内に教育を重視する雰囲気が高まってきている．各教員の人事評価に組み入れられるようになり，大部分の教員が教育能力の研鑽に積極的姿勢を強めている．各授業の評価ポイントが数年前と比べ軒並み向上している．大学全体の授業評価点の平均ポイントが上昇している． **授業への効果**：授業内容の改善に効果があった（6）．理解しやすい講義や授業資料を工夫するようになった（2）．個々の授業の問題点や改善すべき点を明らかにできる．教員を評価するために学生の学習意識も向上した．継続的に授業計画および教育内容の見直しが行われている．講座間での競争心をあおる効果がある． **学生の意向の把握**：授業に対する学生の理解度が把握できる（2）．学生の意見や要望を授業に取り入れることができる（2）． **活用や効果の検証**：毎年，個人業績に反映させている．総論的な教育能力の向上はあったように思われるが，具体的に事後の検証をしていないので，効果は不明．	**マンネリ化**：学生が評価慣れして，いい加減に回答する場合が見かけられる（3）．記述式の回答率がきわめて低い．Web化が回答率の減少に拍車をかけている． **授業評価の無関心・抵抗**：教員・学生の関心度や真剣度が低い（2）．科目によって真摯に受け止めていない場合がある．学生による授業評価に拒否反応を示す教員がいる．授業評価を教職員全員が行っていない． **学生による評価**：学生の学習意欲に左右され，必ずしも教育改善につながらない（2）．学生による人気投票になっており，真の客観的授業評価とはいえない（2）．無記名であるために時には納得のいかないものもある．個人的な付き合いがその評価に反映されてしまう．学生にこびを売る（人気を取ろうとする）教員が出てくる懸念がある．実施時期が重なるため学生への負担が大きい． **評価の困難性**：専門家や同僚による多面的評価を行っていない（2）．授業評価後の検証およびデータの二次活用がなされていない（2）．細分化された科目ごとの評価の標準化が難しい（2）． **時間と労力**：集計・分析・製本などに時間がかかり，結果をすみやかにフィードバックできていない（2）．

（　）内は件数

了後の意見交換会を開催する．日本大学松戸歯学部では同僚教員による授業評価を実施．学務委員会を中心とし，参観．授業の良い点および改善点などを記録する．必要に応じて面談を実施．東京歯科大学では授業の進め方を中心に理解しやすい授業であったかなどを評価（教務担当教員および上司による評価）．昭和大学では２名の教員が授業を聴講し，決まった書式の評価表で評価．岡山大学では授業を同僚教員が参観し，評価すべき点，改善すべき点を指摘する．長崎大学では個人評価であり，非公開で行う．鹿児島大学では指定された授業に同僚が出席，授業評価を評価シートに記入，回答後学務係が回収，集計するなどであった．前回の調査[5]では皆無であったことからすると格段の感があるが，まだすべてが上司あるいは同僚評価であり，将来的には専門家などによる第三者評価の導入をも考慮する必要があるであろう．

授業評価による効果と問題点を**表Ⅱ-28**に示したが，いずれも前回の調査[5]とほぼ同様の回答結果であった．効果では，授業改善に対する動機づけと授業内容の改善，学生の要望を授業に取り入れることができるなどで，問題点は，相変わらずマンネリ化，無関心・抵抗，無記名式の学生評価についての不信感などが挙げられていた．前回調査とは異なる項目は，効果では各教員の人事評価に組み入れられるようになり大部分の教員が教育能力の研鑽に積極的姿勢を強めていること，問題点では記述式の回答率が悪く，Webの利用が回答率の減少に拍車をかけていることなどであった．これらの問題の改善に取り組むことが必要であるが，前回挙がった公開方法については，今回は見当たらず，多くの大学が公開方法とフィードバック方法を改善した結果であると思われる．

3）教員の教育活動（業績）の評価

教員の教育活動（業績）の客観的評価制度を取り入れているのは，17歯学部・歯科大学であり，将来，導入を考えているのは６校であった（**表Ⅱ-29**）．参考までに評価の方法や内容について回答のあった大学のいずれの歯学部・歯科大学においても教育のほかに診療，研究，社会貢献などの項目とあわせて教員評価を行っていることはいうまでもないが，人事考査を担当する部局長・学科長は，「各教員の人事評価に組み入れられるようになり大部分の教員が教育能力の研鑽に積極的姿勢を強めている」との回答があったことを重く受け止めてほしい．

4）その他のFD（広義）への取り組み

教職員を国内・国外で実施される教員能力開発セミナー，ワークショップなどへ積極的に派遣し，学内にフィードバックする（８校）．ワークショップを開催し，教育能力の底上げを図っている（５校）．国内・国外の教育機関におけるFDへの取り組みについて視察を行う（4

表Ⅱ-29　教員の教育活動（業績）の評価

教員の教育活動（業績）評価の内容や方法
・「教育活動（講義・実習数およびその準備に要した時間，教科書作成，学生による授業評価結果等）」を「研究活動」，「臨床実績」，「社会に対する貢献」，「管理・運営」と総合して評価している．
・教員の研究・教育・診療・社会貢献を総合的に評価する「教員評価」を，各自の申告を含めて実施している．
・賞与支給に係る査定に際し，教育活動業績調書を全教員に提出させている．
・教員活動評価（研究業績，社会活動状況，診療実績などの提出）
・任期制審査にあたって，FD 講演会への参加，ワークショップへの参加，FD における講師担当，ワークショップにおけるタスクフォースなど，役割（負担の程度）に応じ点数化されている．
・教育評価：学生による授業評価を含む授業評価ならびに教育業績評価から構成され，授業目標の到達度および大学の教育に対する貢献度で評価する．そのほかに②研究評価，③臨床評価，④学内業務評価を用いる．
・FD での講演，タスクフォース，参加などに分類して，それぞれに点数を付与し年度単位で評価している．
・大学として教育・研究功績賞を設けており，教育活動に特筆すべき功績があった場合の昇給，表彰制度を設けている．
・各教員の人事評価は評価表の合計点数に基づき客観的になされるが，その項目には FD 活動の内容や頻度，さらに学生による授業評価結果も含めてある．
・教員が教育研究活動報告を毎年提出し，これに基づいて評価する．
・各年度ごとに授業時間数，FD 活動の企画，参加を点数化し，それに学生評価を乗じて教育業績評価点としている．
・教員業績評価システムを導入しており，各部局における評価委員会において，2 段階に評価を行っている．
・人事考課シートの教育実績として活動の質と量が評価され処遇に反映される．

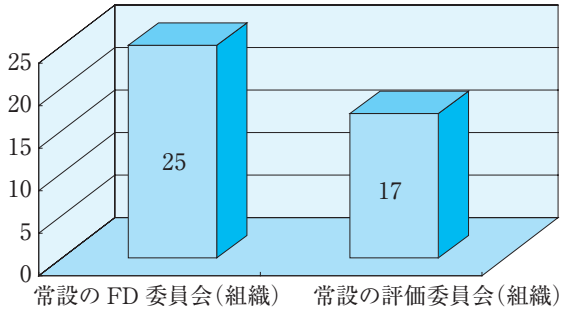
ただし，方法や内容についての回答のある歯学部・歯科大学のみ記載している．

校）．教職員と学生とのコミュニケーションの改善を図る取り組みを行う．教職員・大学院生・学生を含めた組織的な取り組みを行う．歯学領域教育・研究で活躍している先生を講師として招聘する．e-learning の実践による講義のビデオ化などが挙がった．

5）広義のFDならびに授業評価を担当する委員会（組織）

最後に，広義の FD ならびに授業評価を担当する常設の委員会（組織）について記載するが，実は，これが広義の FD のなかで，部局長（学科長）による組織改革，すなわち OD に相当する最も重要な FD の柱となるものであることはいうまでもない．

図Ⅱ-64 は，広義の FD ならびに授業評価を担当する常設の委員会（組織）の有無を示している．広義の FD についての常設の委員会（組織）は，25 歯学部・歯科大学で設置され，常設されていない 4 校では教務委員会などの常設委員会が担当している．授業評価を担当する委員会（組織）は，17 校では FD を担当する委員会（組織）あるいはその下部に授業評価を担う常設組織が設置されているところが多い．また，授業評価を担当する委員会（組織）を常設していないところでは，6 校で常設の FD 委員会（組織），教務，教育センターなどが担当していた．これ以外では，教員の担当組織はなく事務組織が授業評価アンケートを実施しているところが 3 校あり，残る 3 校は未回答であった．



図Ⅱ-64　広義の FD ならびに授業評価などを担当する常設の委員会（組織）

稿を終えるにあたって，Outcome Based Learning に基づく学士課程の構築には，教職員の FD とともに ID である学士課程のコース，カリキュラムや評価の改善，さらに OD としての部局長・学科長のリーダーシップに基づく組織の改善・改革が必須であることはいうまでもない．また，グローバルな高等教育の質保証に資するために，今後は国内外の高等教育機関からの情報収集を行うとともに，国際的な共同作業を進展させながら，わが国の土壌（文化的・歴史的・地域的背景）やそれぞれの大学の理念に沿った Learning Outcome や Outcome Based Learning の構築を進める必要があると思われる．

各専門分野ごとに行われている専門基礎教育の Learning Outcome についての議論の結果が待たれるところである．

文献

1) 川嶋太津夫．ラーニング・アウトカムズを重視した大学教育改革の国際的動向と我が国への示唆．名古屋高等教育研究，2008；8：173-89.
2) 中央教育審議会．学士課程教育の構築に向けて（答申）．平成 20 年 12 月 24 日.
3) Gillespie KH：A Guide to Faculty Development：Practical Advice, Examples, and Resources. San Francisco：Anker Publishing Company；2002.
4) Fry H, Ketteridge S, Marshal S：A Handbook Teaching and Learning in Higher Education：Enhancing Academic Practice. 2nd ed. New York：Kogan Page Limited；2003.
5) 八若保孝．教員の教育能力向上．歯科医学教育白書作成委員会編集．歯科医学教育白書 2005 年版（2003〜2005）．東京：日本歯科医学教育学会；2006. 85-9 頁.
6) 堀内三郎，奈良信雄．医学教育における Faculty Development．日本医学教育学会編集．医学教育白書 2006 年版（'02〜'06）．1 版．東京：篠原出版；2007. 147-8 頁.

10 医療情勢と歯科医学教育への影響

市川　哲雄

はじめに

国民に対して安全・安心な歯科医療を提供するためには，治療法を追求するだけでは成り立たない．経済状態，医療を支える労働力の確保，ICT，病院情報システムを含むインフラストラクチャーの整備など医療に関連する動向に注目しなければならない．同時に，将来の歯科医療，歯科医学を担う人材の育成にとっても，そのような医療情勢を把握し，歯科医学教育に反映させ，時事の医療情勢を処理，教育できる人材を育成することが重要である．

しかし，今まで医療情勢と歯科医学教育との関係について報告されたものは見当たらない．そこで，本稿では，29 歯科大学・歯学部に対してアンケート調査を行い，医療情勢に関する教育状況を調査するとともに，今後の課題について検討した．

1）医療情勢に関する教育の内容

医療情勢に関して，右のような 6 分野 10 項目について，学部教育のなかで行っているか，いつ行っているか，どのくらいの時間を行っているか，教育を行う人材は確保されているかの質問を選択式と自由形式の記述と併用して行った．

2）医療情勢に関する教育の実施状況

（1）医療安全関係

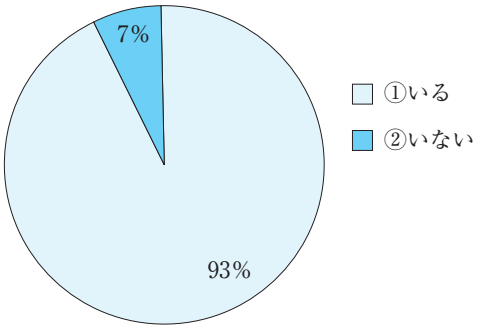
患者に安全・安心な医療サービスを提供することは，医療の最も基本的な要件の 1 つである．今日，医療安全に関する多くの取り組みがなされており，そのなかには，医療事故・訴訟に関する教育，医療安全対策，リスクマネージメントなどが挙げられる．医療安全で大事なのは，事故を起こさないように注意する，あるいは歯科治療に対する知識と技能を磨かせることだけでなく，歯科医学教育のなかで，医療安全という文化を学生に根づかせることが重要であると考えられる．

1. 医療安全関係
   1）医療事故，訴訟
   2）医療安全，医療事故対策とリスクマネージメント
2. 医療経済動向
3. 保険制度，診療報酬関係
   1）保険制度，診療報酬
   2）診療報酬レセプト
4. 医療情報関係
   1）診療録等の患者記録とその管理
   2）病院情報システム
   3）情報セキュリティーポリシー
5. 医療政策
6. 歯科医師需給関係

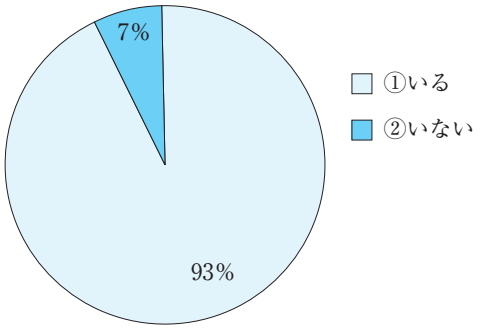
調査によると医療事故，訴訟，および医療安全，リスクマネージメントに関する講義は 93％の大学で行われていた．この講義の実施年次を調べてみると 4 年次 24～38％，5 年次 26～27％，6 年次 12～13％と続いていた（**図Ⅱ-65～68**）．平均講義実施時間をみると医療事故，訴訟が 8.4 時間，医療安全，リスクマネージメントはこれより若干少なく 6.4 時間程度であった（**図Ⅱ-83**）．講義の体系，詳細については各大学さまざまで，多くの場合，社会歯科学，附属病院の医療安全講習の一環として，あるいはオムニバス形式の講義，特別講義という形で教育がなされているようである．なかには，病院で発生したヒヤリハット事例を基に，PBL による事例検討会を実施している大学もあった．

厚生労働省は，「安全な医療を提供するための 10 の要点」を提案し，医療における安全管理体制として，A. 理念，B. 患者との関係，C. 組織的取組，D. 職員間の関係，E. 職員個人，F. 人と環境・モノの関係とい

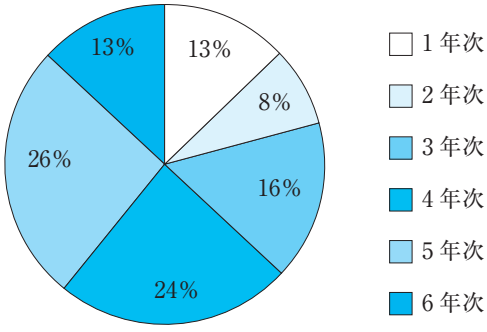
いちかわ　てつお
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 顎口腔再建医学講座 口腔顎顔面補綴学分野
キーワード：医療情勢，医療情報，医療安全・安心



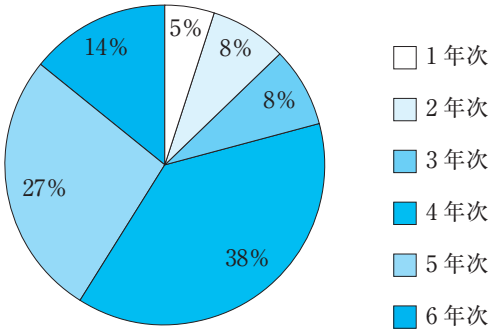
図Ⅱ-65　医療事故，訴訟について講義を行っていますか



図Ⅱ-67　医療安全，医療事故対策とリスクマネジメントについて講義を行っていますか



図Ⅱ-66　講義実施年次（複数回答あり）



図Ⅱ-68　講義実施年次（複数回答あり）

う6分野を重要なポイントとし，特に重要なものとしては，①安全文化，②対話と患者の参加，③問題解決型アプローチ，④規則と手順，⑤職員間のコミュニケーション，⑥危険の予測と合理的な確認，⑦自己の健康管理，⑧技術の活用と工夫，⑨与薬，⑩環境整備の10項目を挙げている．

これを教育のなかに反映させるには，
①安全の理念を植え付けること．
②医療安全に関する情報を的確に伝えること．
③患者，ほかの医療従事者とのコミュニケーション能力を高め，医療情報に関する問題処理能力を高めることが必要であると考えられる．

(2) 医療経済動向

医療も当然，経済問題や産業と切り離すことはできない．経済学的にみれば，医療サービスに対する需要と供給の問題であり，医療機器，材料の開発などからみれば，産業と大きく関係している．さらに，医療の特殊性からいえば，医療サービスの需要と供給を完全に市場に委ねることはできず，行政の関与も必要となる．実際，それは診療報酬という具体的な形として現れる．したがって，学問的には，医療サービスはどのように供給されるべきか，その費用はどのように負担されるべきか，医療産業をどのように発展させるべきか，医療サービスの効率性，費用対便益効果をどう分析するかなどが対象となろう．これらの領域は生命科学ではなく，社会科学の範疇となるが，医療にかかる費用をつきつめていくと，人間の生命の経済的価値という困難な問題に直面する．

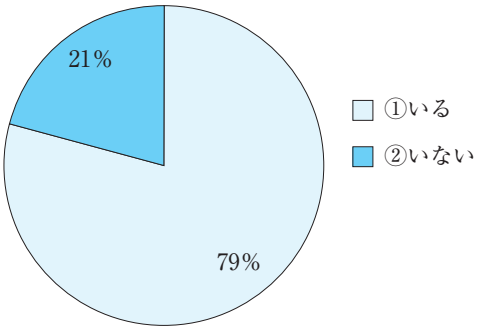
医療経済動向に関する講義は79%の大学で行っていた．この講義の実施年次を調べてみると4年次40%，3年次，6年次17%と続いていた（**図Ⅱ-69，70**）．なかには，1，2年次に行うという大学もみられた．平均講義実施時間は4.8時間であった（**図Ⅱ-83**）．

歯科医学教育のなかに，経済学はどの程度必要であるかについては議論の分かれるところだが，医療の費用対効果の分析，テクノロジーアセスメントといった分野において，歯学部卒の専門家も必要であると考えられる．

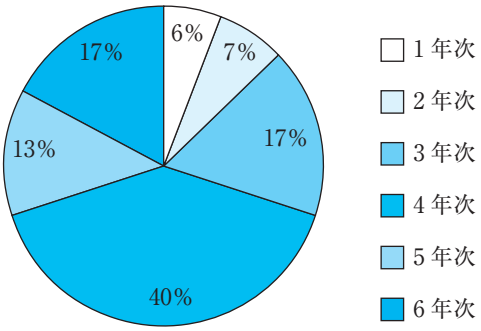
(3) 保険制度，診療報酬関係

実際，診療を行ううえで，現在の健康保険制度がどうなっており，診療費を請求する仕組みはどうなっているのか，また実際どうやって行うかということは不可欠な問題である．しかし，これらは学部教育の範疇に入らないかもしれない．

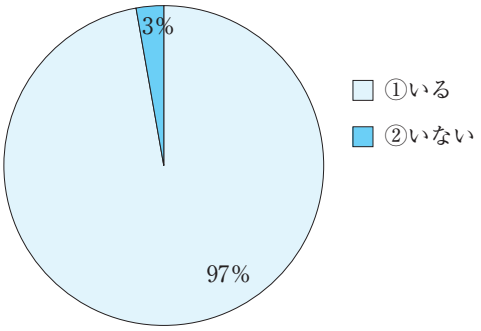
これらに関しては，保険制度，診療報酬についての講義は97%の大学で行っており，この講義の実施年次を



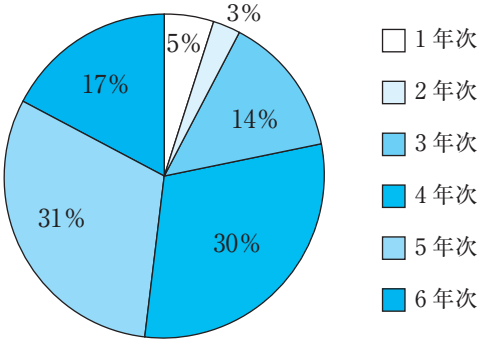
図Ⅱ-69　医療経済動向について講義を行っていますか



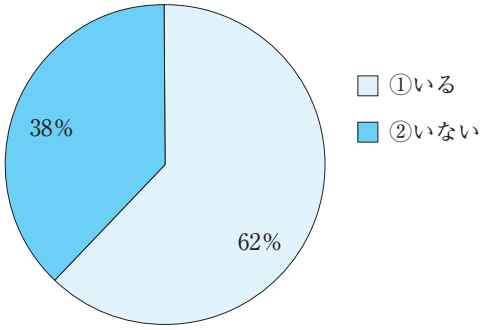
図Ⅱ-70　講義実施年次（複数回答あり）



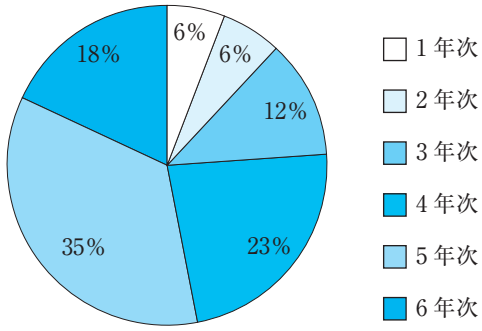
図Ⅱ-71　保険制度，診療報酬について講義を行っていますか



図Ⅱ-72　講義実施年次（複数回答あり）



図Ⅱ-73　診療報酬レセプトについて講義を行っていますか



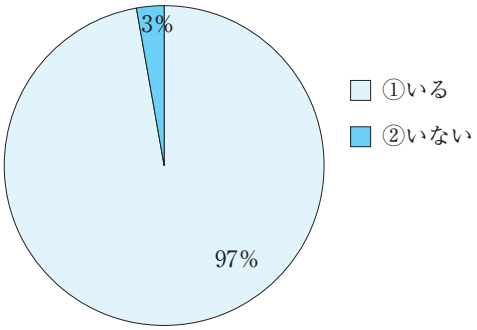
図Ⅱ-74　講義実施年次（複数回答あり）

調べてみると5年次31%，4年次30%，6年次17%と続いている（**図Ⅱ-71，72**）．診療報酬レセプトについては，62%の大学で講義を行っていた．この講義の実施年次を調べてみると5年次35%，4年次23%，6年次18%と続いていた（**図Ⅱ-73, 74**）．平均講義実施時間は，保険制度に関しては4.2時間，診療報酬レセプトに関しては2.3時間となっていた（**図Ⅱ-83**）．多くの場合，附属病院の日常講習の一環として教育がなされているようである．

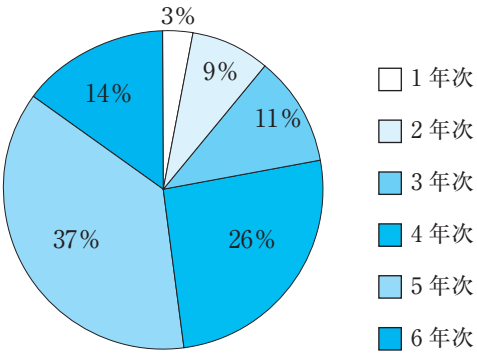
(4) 医療情報関係

医療情報関係には，疾病の予防・診断および治療について多くの情報を収集し，意思決定を行うという過程を含んでおり，これを別の言葉でいえば，情報の処理にほかならない．診療録の電子化，処置のオーダーシステムなどの医療情報システムおよびその管理については，医療の電子化に伴い情報セキュリティ，個人情報保護など新たな問題を生じている．

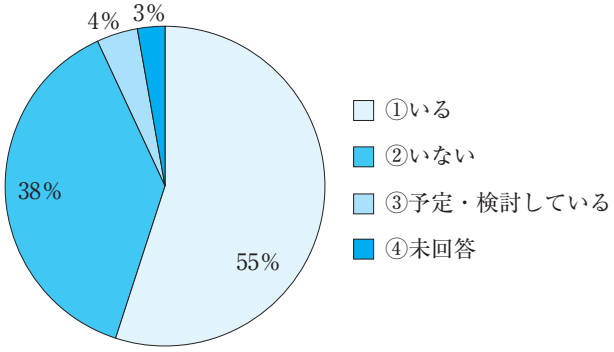
診療録に関する講義については97%の大学で行っており，この講義の実施年次を調べてみると，5年次37%，4年次26%と続いていた（**図Ⅱ-75，76**）．病院情報システムについては，55%の大学で講義を行っており，この講義の実施年次を調べてみると，5年次35%，4年次



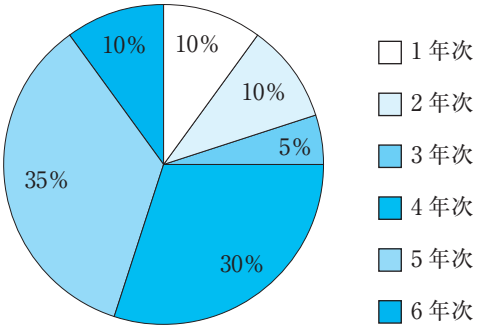
図Ⅱ-75　診療録等の患者記録とその管理について講義を行っていますか



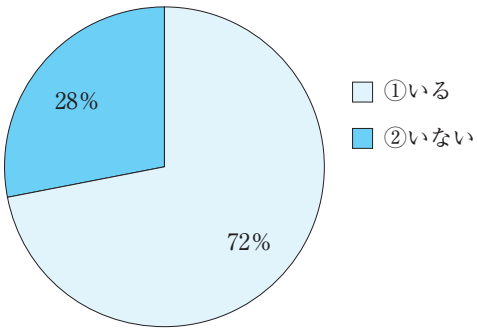
図Ⅱ-76　講義実施年次（複数回答あり）



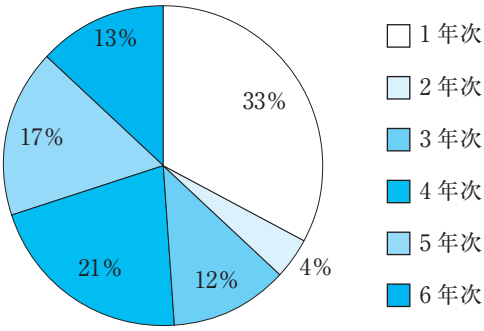
図Ⅱ-77　病院情報シテスムについて講義を行っていますか



図Ⅱ-78　講義実施年次（複数回答あり）



図Ⅱ-79　情報セキュリティーポリシーについて講義を行っていますか



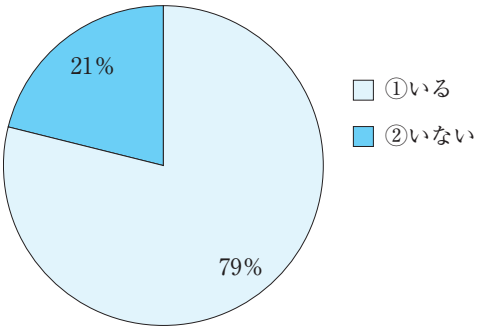
図Ⅱ-80　講義実施年次（複数回答あり）

30％と続いていた（**図Ⅱ-77，78**）．情報セキュリティーポリシーについては，72％の大学で講義を行っており，この講義実施年次を調べてみると，1年次33％，4年次21％と続いていた（**図Ⅱ-79, 80**）．平均講義実施時間は，診療録に関する講義については5.7時間，病院情報システムについては4.5時間，情報セキュリティーポリシーについては4.3時間となっていた（**図Ⅱ-83**）．

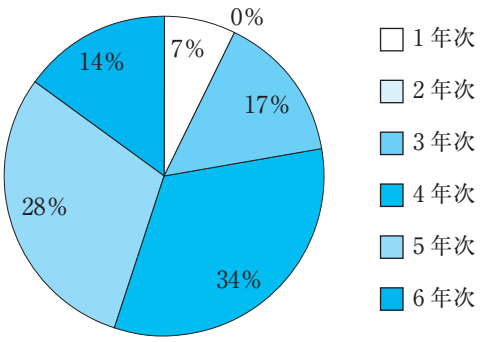
診療録記載は医療の基本であり，教育に相当時間を割いているようであった．また，医療の電子化に伴い，医療管理学，医療情報学などの新たな教育カリキュラムへの取り組みや個人情報保護に対する教育現場の対応などがみられた．

(5) 医療政策

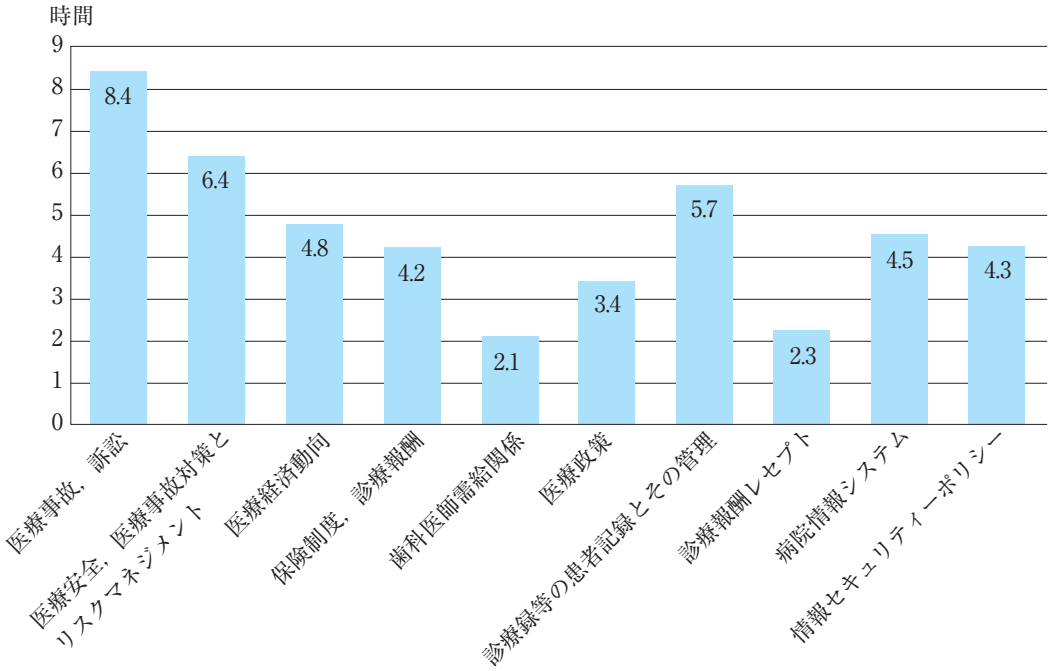
医療政策は，今まで述べてきた医療安全，保険制度，医療情報システムや感染症対策など医療の全分野についてどのような方向性，重要性をもって行政が施策を行っているかということであり，実際は，国民のQOLの確保・向上を図りつつ医療の効率化を図ることを基本として，医療費の適正化等を推進することになる．教育においては，医療政策がどのような観点で企画，立案され，遂行されるかを理解させ，将来そのような組織で活躍できる人材を育成することも重要となる．



図Ⅱ-81　医療政策について講義を行っていますか



図Ⅱ-82　講義実施年次（複数回答あり）



図Ⅱ-83　平均講義実施時間

調査によると医療政策に関する講義は79％の大学で行っていた．この講義の実施年次を調べてみると4年次34％，5年次28％，3年次17％と続いていた（**図Ⅱ-81, 82**）．平均講義実施時間は3.4時間であった（**図Ⅱ-83**）．講義の体系，詳細については明らかではないが，多くの場合，口腔衛生，社会歯科学の講義の一環として，あるいはオムニバス形式の講義，特別講義という形で教育がなされているようである．

(6) 歯科医師需給関係

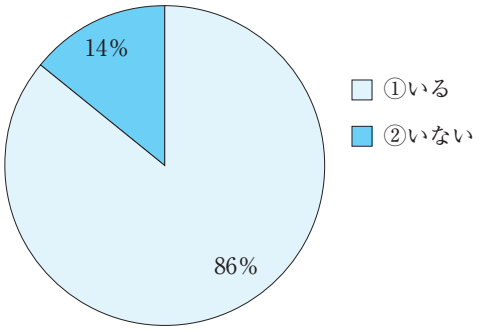
調査によると歯科医師需給問題に関する講義は86％の大学で行っていた．この講義の実施年次を調べてみると4年次33％，5年次30％，3，6年次15％と続いていた（**図Ⅱ-84, 85**）．平均講義実施時間は2.1時間であった（**図Ⅱ-83**）．講義の体系，詳細については明らかではないが，なんらかの講義の1回分あるいは特別講義という形で教育がなされているようである．

(7) 人材確保

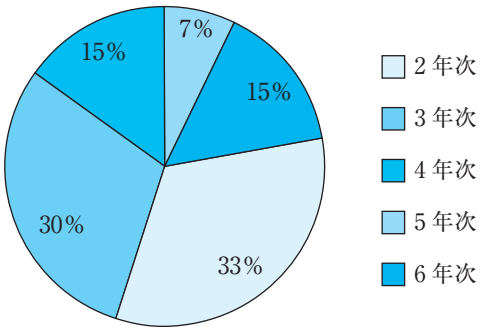
医療情勢を教育できる人材について，70％程度の大学で確保できているという回答を得た．ただし，医療経済，医療政策については60％程度となり，この分野の人材が，そのほかの分野に比べて層が薄いことが考えられる（**図Ⅱ-86**）．

3) 歯科医学教育への影響

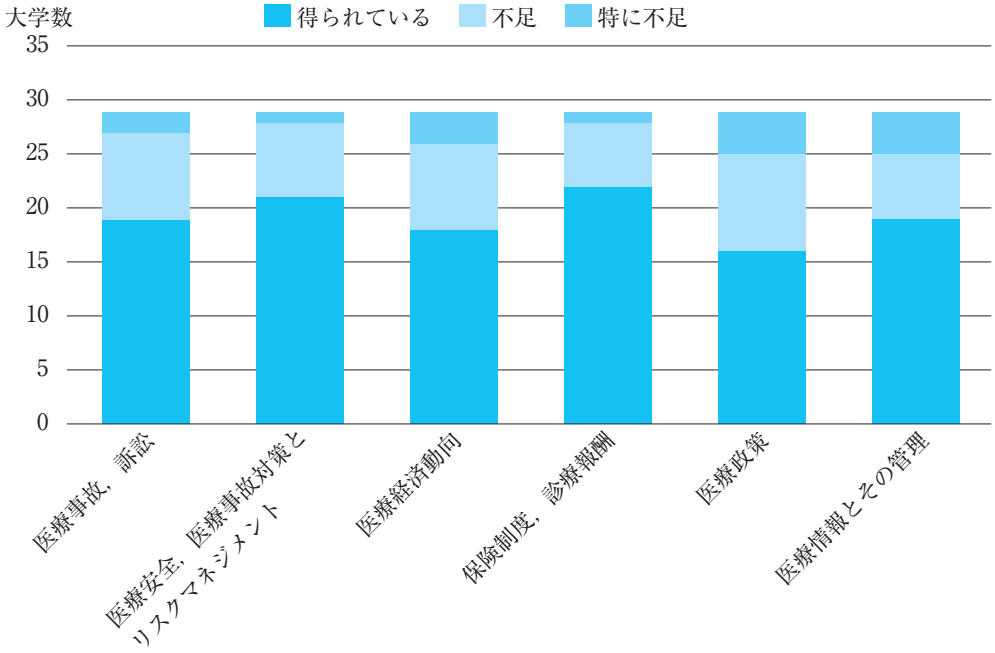
今回の調査から医療情勢に関する教育において，情報を伝達することに関してさまざまな講義のなかで触れているようであるが，医療情勢として体系立った教育はなされていないようであった．



図Ⅱ-84　歯科医師需給関係について講義を行っていますか



図Ⅱ-85　講義実施年次（複数回答あり）



図Ⅱ-86　医療情勢に関する教育を進めるうえで，貴機関では人材は得られていますか

現代社会においてさまざまな医療情報が出され，刻々と医療を取り巻く情勢が変わっている．多くの冗長あるいは相反する情報があふれている現状において，このような情報のなかから適切なものを選択し，適切に処理できることが重要になる．その処理ができなければ，医療事故を引き起こし，医療訴訟を起こされ，医療の安全・安心が失われることになる．つまり，歯科医学教育のなかでは，適切に情報処理ができるプロセスを確立することが，現代の医療情勢に対応した歯科医学教育になると考える．そのためには，医療情勢についての情報を歯科医学教育のなかで体系的に提供すると同時に，医療情報のなかから問題を発見し，その問題を解決する能力を向上させるような教育が必要となる．このような問題発見・解決能力を高めるためにはテュートリアル PBL 教育が有効であると考えられるが，併せて教員の資質向上に努めなければならない．

一方，国境を越える感染症の蔓延とその対策，開発途上国における保健医療の整備に対する日本の貢献，医療機器・器材の輸入超過などの医療のグローバル化がみられ，医療自体も重要な安全保障分野，経済問題として台頭している．

現在の医療情勢を認識・分析できる，個人の医療活動に反映できる医療人の育成と教育者の育成，ひいては医療情勢を左右できる研究人や政策人の育成は，歯科医学教育の大きな目標となろう．

11 留学生教育の現状と課題

川口　陽子

1）外国人留学生の現況

2009年5月1日現在，歯科大学・大学歯学部に在籍する外国人留学生の数を男女別，在学段階別，国・地域別に調査した．大学別の留学生数を**表Ⅱ-30**および**図Ⅱ-87**に，出身国・地域別の留学生数を**表Ⅱ-31**に示す．

留学生総数は287名で，国立大学に205名（71.4%），公立大学に5名（1.7%），私立大学に77名（26.9%）が在籍していた（**図Ⅱ-88**）．性別は，男性が158名（55.1%），女性が129名（44.9%）である（**図Ⅱ-89**）．在学段階によって留学生を分けると，大学院学生が214名（74.6%），学部学生が53名（18.4%），また，研究や臨床修練を目的として留学している卒後の研究学生が20名（7.0%）であった（**図Ⅱ-90**）．なお，日本の文部科学省から奨学金を支給されている国費留学生は92名（32.1%），母国政府から奨学金を支給されている派遣留学生は7名（2.4%），自己負担で学んでいる私費留学生は188名（65.5%）であった（**図Ⅱ-91**）．

留学生の出身国は世界35カ国に及んでいたが，特に留学生の数が多い国は，中華人民共和国92名（32.1%），大韓民国40名（13.9%），バングラデシュ33名（11.5%），台湾21名（7.3%），インドネシア15名（5.2%），タイ13名（4.5%）である（**図Ⅱ-92**）．地域別にみると，260名（90.6%）がアジア出身の留学生で，他は，北米・中南米15名（5.2%），アフリカ6名（2.1%），欧州5名（1.7%），オセアニア1名（0.3%）であった（**図Ⅱ-93**）．

2）留学生を対象とした大学院特別コース

東京医科歯科大学，新潟大学，広島大学，徳島大学の4大学には，**表Ⅱ-32**に示すような留学生を対象とした大学院特別コースがあり，主に英語で歯学教育を行っている．

かわぐち　ようこ
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 国際健康開発学講座 健康推進歯学分野
キーワード：外国人留学生，歯学教育の国際化，英語教育

3）留学生や外国人歯科医師・研究者を対象とした教育支援プログラム

国際交流センター（留学生センター）や国際渉外部などが設置されている大学では，留学生への日本語教育・英語教育，修学上/生活上の相談業務などを実施している．また，留学生や外国人歯科医師・研究者に対する教育支援プログラムを，独自に実施している大学もある（**表Ⅱ-33**）．

4）留学生教育における課題

歯科大学・大学歯学部から挙げられた留学生教育の課題をまとめて**表Ⅱ-34**に示す．最も多いのは，言語・言葉の問題である．日本の大学においては，学部教育も大学院教育もほとんどの講義・実習などが日本語で行われているため，留学生には高い日本語能力が求められる．アジア出身の留学生のなかには，来日当初は日本語も英語も理解できない学生もいる．

国費留学生の場合には，通常6カ月間の日本語専門教育を受けた後に，歯科の専門教育を受けることになる．その期間に，日本語の基本的な「聞く」「話す」能力はかなり上達するが，漢字・ひらがな・カタカナの混じった日本語を「読む」「書く」ことができるまでにはいたらない．英語ですべての授業を行う大学院特別コースに所属する留学生においても，日本で生活する以上は日本語による日常会話を学ぶことは必須である．したがって，どの留学生に対しても歯科の専門教育と同時に，日本語学習の補講などを提供することが必要と考えられる．

留学生と教職員らが双方向のコミュニケーションをとるためには，留学生の日本語能力を向上させると同時に，教職員や日本人学生の英語能力を向上させる努力も必要と指摘する大学もあった．歯学教育の国際化のためには，留学生担当の一部の教員だけでなく，すべての教職員・学生の英語能力の向上が重要と考えられる．

留学生に対する教育支援体制の不備も指摘されてい

表Ⅱ-30　歯科大学・大学歯学部別の留学生数（2009年5月1日現在）

大学名	大学院学生							専攻生などの研究学生							学部学生							計
	国費		派遣		私費		小計	国費		派遣		私費		小計	国費		派遣		私費		小計	
	男	女	男	女	男	女		男	女	男	女	男	女		男	女	男	女	男	女		
北海道医療大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
北海道大学歯学部	3	1	0	0	2	1	7	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2	3	11
岩手医科大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4
奥羽大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東北大学歯学部	2	0	0	0	3	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
明海大学歯学部	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
日本大学松戸歯学部	0	0	0	0	13	15	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
東京医科歯科大学歯学部	23	20	0	0	16	14	73	0	0	0	0	3	2	5	0	0	0	0	1	2	3	81
東京歯科大学	0	0	0	0	4	1	5	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	4	1	5	13
日本歯科大学生命歯学部	2	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
日本大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
昭和大学歯学部	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	6
神奈川歯科大学	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	4
鶴見大学歯学部	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	4
新潟大学歯学部	6	2	0	0	3	4	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
日本歯科大学新潟生命歯学部	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
松本歯科大学	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	6	8
朝日大学歯学部	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
愛知学院大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大阪歯科大学	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大阪大学歯学部	3	0	0	0	1	2	6	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	8
岡山大学歯学部	3	0	0	0	4	3	10	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	5	7	18
広島大学歯学部	6	3	0	0	2	3	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	15
徳島大学歯学部	1	6	0	1	3	4	15	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	16
九州歯科大学	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	5
九州大学歯学部	4	3	0	0	5	4	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	8	12	28
福岡歯科大学	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
長崎大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
鹿児島大学歯学部	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	5
計	53	36	0	1	65	59	214	1	1	4	2	7	5	20	0	1	0	0	28	24	53	287

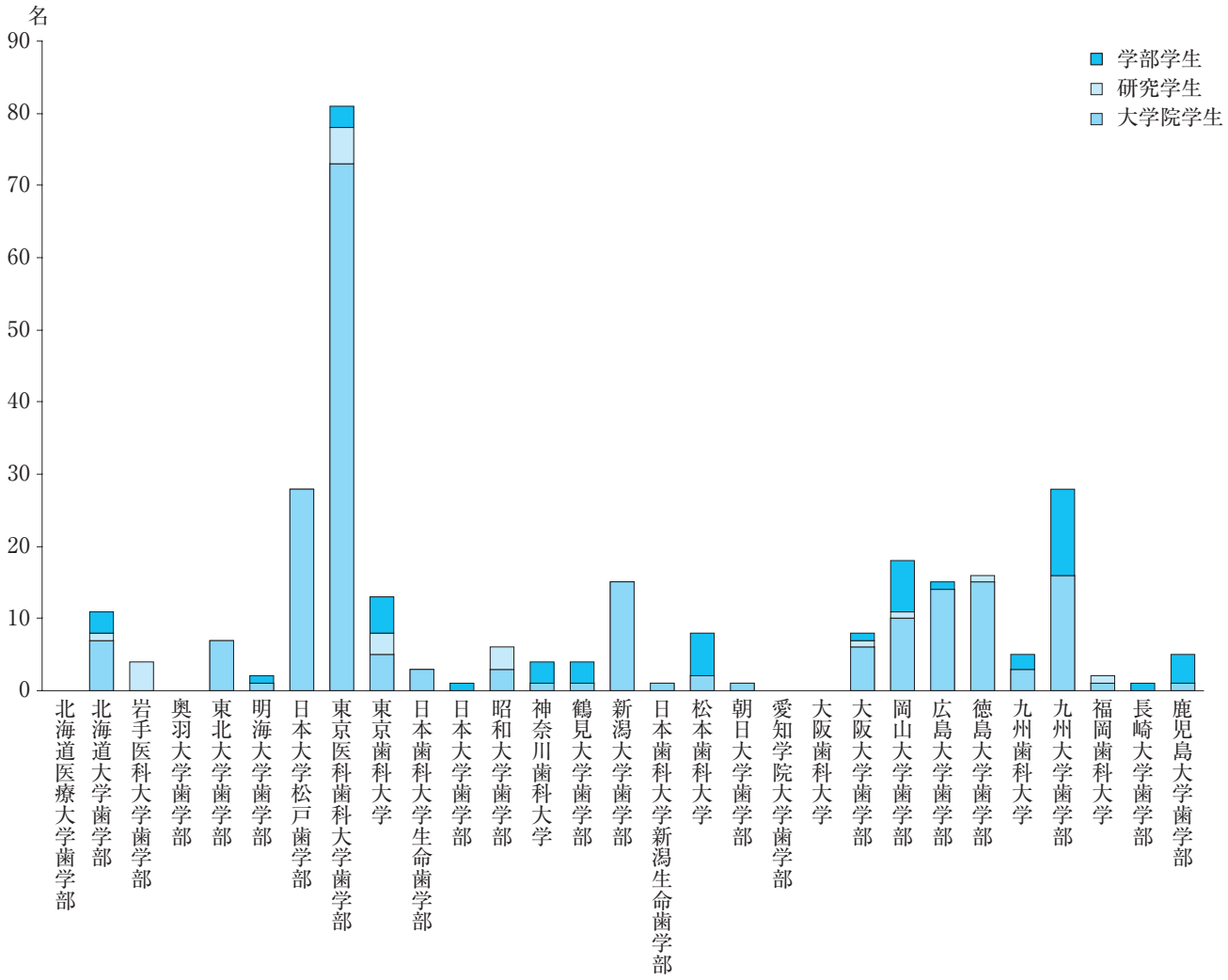
た．留学生を数多く受け入れている大学においても，学内の標示や掲示，出版物，メールなど，情報発信の英語併記化が進んでおらず，国際化のための環境づくりが不十分である．また，各国の異なる教育制度の下で学んできた留学生に対して，在学中の教育指導のあり方について検討が必要とする意見もあった．

「歯学の修士課程がない」「最新の歯科医療技術の習得を目的に日本に留学しても，実際の患者治療を体験する機会は少ない」という留学生からの不満も挙げられていた．日本の歯科医師免許を取得していない外国人歯科医師が，大学附属病院等で患者診療を行うためには，臨床修練歯科医師の資格をとらなくてはならない．しかし，その取得手続きは煩雑であり，臨床修練指導歯科医師の資格を有する指導教員も必要となるため，臨床教育を留学生に提供する機会は非常に少ないのが現状である．さらに，日本人の患者が，留学生による歯科診療に協力的でない場合もある．研究を目的とした留学の場合はよいが，歯科臨床技術の向上を目的として来日した場合には，留学生の希望に応えられない状況が少なくない．

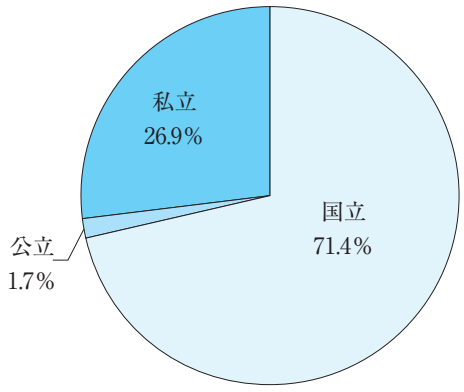
外国人留学生に対する入学者選抜方法の困難さを挙げる大学もあった．海外から大学入学を希望する場合，指導教員が現地で対象者に直接会って，入学前に面接を行

表Ⅱ-31　国・地域別の留学生数（2009年5月1日現在）

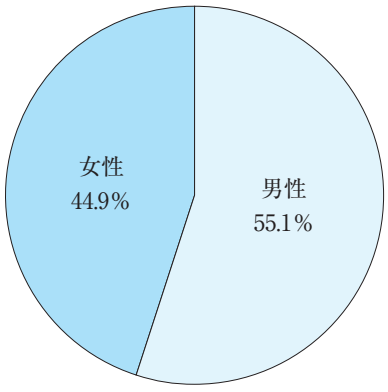
国・地域	大学院学生							専攻生などの研究学生							学部学生							計	
	国費		派遣		私費		小計	国費		派遣		私費		小計	国費		派遣		私費		小計		
	男	女	男	女	男	女		男	女	男	女	男	女		男	女	男	女	男	女		人数	%
中華人民共和国	2	6	0	0	31	35	74	0	0	0	2	4	2	8	0	1	0	0	2	7	10	92	32.1%
大韓民国	2	0	0	0	4	2	8	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	20	10	30	40	13.9%
台湾	0	0	0	0	8	2	10	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	4	3	7	21	7.3%
モンゴル	1	0	0	0	1	4	6	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	8	2.8%
タイ	6	5	0	0	0	2	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	4.5%
ベトナム	1	1	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1.0%
カンボジア	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
マレーシア	1	1	0	1	2	0	5	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	2.1%
インドネシア	3	6	0	0	2	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4	15	5.2%
フィリピン	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.7%
ミャンマー	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
スリランカ	1	2	0	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1.7%
バングラデシュ	14	6	0	0	11	2	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	11.5%
インド	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1.4%
パキスタン	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
イラン	4	1	0	0	0	3	8	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	9	3.1%
ヨルダン	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.7%
シリア	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
イエメン	2	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1.0%
アジア　小計	41	30	0	1	62	56	190	0	0	4	2	7	5	18	0	1	0	0	27	24	52	260	90.6%
アメリカ合衆国	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
パナマ	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
ドミニカ	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
メキシコ	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
パラグアイ	2	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1.0%
エルサルバドル	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
ブラジル	2	1	0	0	0	2	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	2.1%
ボリビア	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
北米・中南米　小計	7	4	0	0	1	2	14	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	15	5.2%
リビア	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.7%
エジプト	1	1	0	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.4%
アフリカ　小計	2	1	0	0	2	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2.1%
ボスニア・ヘルツェゴビナ	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
アルバニア	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
ルーマニア	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
ブルガリア	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
フランス	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3%
欧州　小計	3	1	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1.7%
オーストラリア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.3%
オセアニア　小計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.3%
計	53	36	0	1	65	59	214	1	1	4	2	7	5	20	0	1	0	0	28	24	53	287	100%



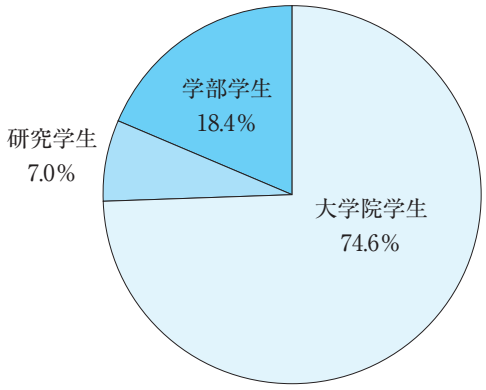
図Ⅱ-87　歯科大学・大学歯学部別の留学生数



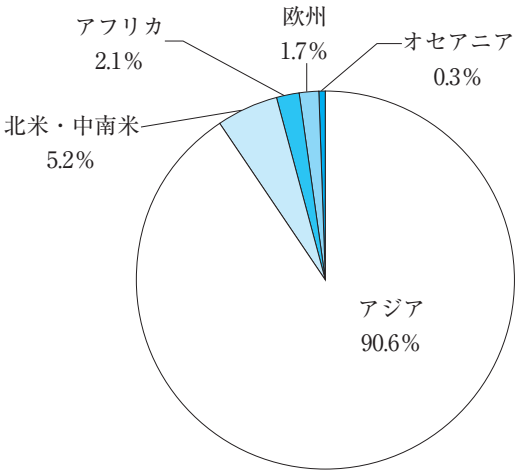
図Ⅱ-88　留学生の在籍大学



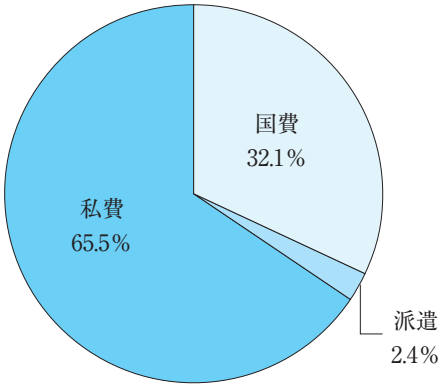
図Ⅱ-89　留学生の性別



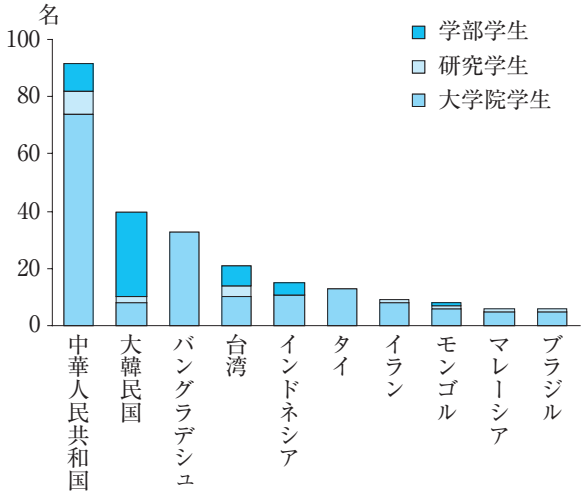
図Ⅱ-90　留学生の在学段階



図Ⅱ-93　留学生の出身地域



図Ⅱ-91　経費別にみた留学生



図Ⅱ-92　留学生の出身国（上位 10 カ国）

表Ⅱ-32　留学生を対象とした大学院特別コースを設置している大学

大学	コース名
東京医科歯科大学	先端口腔科学国際プログラム パブリックヘルスリーダー養成特別コース
新潟大学	国際口腔生命科学コース
広島大学	東南アジア歯科医療高度化推進ツイニングプログラム
徳島大学	統合医療学際教育英語プログラム

表Ⅱ-33　留学生や外国人歯科医師・研究者を対象とした教育支援プログラム

大学	プログラム名
東京医科歯科大学	医歯学領域の若手研究者育成事業 ―東南アジア国際医療ネットワークの構築―
昭和大学	私費留学生 3 名に寄宿舎と月額 10 万円の奨学金を 1 年間支給
新潟大学	魅力ある大学院教育イニシアチブ「留学生大学院教育の実質化による国際貢献」
岡山大学	中国東北部 9 大学と連携する国際化推進プラットフォーム （O-NECUS 共同学位制度）
広島大学	東南アジア歯科医療高度化推進ツイニングプログラム
九州大学	JICA の集団歯学研修

表Ⅱ-34　留学生教育における課題

1. 言葉の問題（日本語，英語）
2. 留学生に対する教育支援体制の不備
3. 臨床教育を行う際の歯科医師免許の問題
4. 入学者選抜判定の困難さ
5. 学費・生活費などの経済的な問題
6. 外国人のための居住環境の不備
7. 文化，生活習慣，宗教の相違による問題
8. 留学生に対する心理的な支援

う機会は限られている．入学希望者が試験を受けるために来日できない場合には，書類選考やメールでのやり取りのみで入学選抜を行うことがあるが，そのような状況で適性を判定することの難しさが指摘されていた．

また，学費や生活費などの経済的な問題点も多く挙げられていた．多くの留学生がアジア地域出身であるが，日本と母国との経済状況が違うため，学費や日本での生活費が負担になる場合も多い．特に私費留学生では生活が苦しく，アルバイトを行うために学業に専念できなくなってしまう例もある．奨学金の充実など，経済的な支援体制の構築が必要であろう．

大学が留学生のための寄宿舎を準備しているところは少なく，留学生が民間のアパートなどに入居を希望しても，外国人の入居を拒否される場合がある．また，入居の際に保証人が必要となったり，保証金の支払いが求められるなど，日本独特の制度は留学生には理解できず，外国人のための居住環境の不備も指摘されていた．

また，さまざまな国の留学生がいることから，文化，食生活，生活習慣，宗教などの相違による問題が発生する場合もある．そのため，来日当初はカルチャーショックを感じる留学生も多く，心の問題・精神的なケアを必要とする留学生への対応を問題として挙げている大学もあった．

まとめ

日本学生支援機構の調査によると，2006 年 5 月 1 日現在，日本の大学などに学ぶ留学生総数は 117,927 名である．そのうち，アジア地域からの留学生が 93% を占め，留学生数の最も多い国は中国（63.0%）と報告されている．わが国は，さらに留学生を 30 万人に増やそうと，2020 年を目標に「留学生 30 万人計画」を立てて，積極的に留学生の受け入れを促進し，アジアをはじめとした諸外国に対する知的国際貢献を果たそうと努めている．

現在のところ，歯科大学・大学歯学部で学ぶ留学生は 287 名と，留学生全体の 1% にも満たない．しかし，アジア地域における歯科医師不足から，日本への留学希望者は多くなることが予測される．今後は，調査で挙げられた留学生教育における問題点などを改善して留学生が学びやすい環境づくりをし，歯学教育の国際化に積極的に取り組むことが必要と考えられる．

12 世界の歯科医学教育と国際交流

森尾　郁子

1）国境を越える歯科医師の移動と歯学教育課程の相互認証

歯科医師過剰が議論されることの多い日本であるが，世界的にみれば歯科医療を受けられない人々が多く存在し，歯科医療へのアクセスにおける格差は明らかである．途上国に限らず，先進国と呼ばれる国々においても，地域レベルでは歯科医師不足問題があり，米国や英国でも新たに歯科大学がつくられている．歯科医師不足に対応するために他国で歯学教育を受けた歯科医師を受け入れることもあり，その方策には，他国の歯科医師免許をそのまま承認する，免許試験の受験を義務づける，補足的な教育課程を課したうえで免許試験受験を許可するなどがある．いずれにしても国境を越える歯科医師の移動が起こるとき，必ず歯科医師免許にいたるまでの歯学教育課程の国際比較が行われるといえる．米国，欧州，アジアの歯学教育課程の第三者評価や相互認証について概略を述べる．

(1) 米　国

米国では歯科医師免許は州政府管轄であり，たとえばカリフォルニア州では消費者庁（Department of Consumer Affairs）のなかに担当課が存在する．根拠となる法律は，州の歯科医療法（State Dental Practice Act）である．州内で歯科医師として働くためにはいわゆる国家試験に相当する National Board Dental Examinations（NBDE）のパート 1，パート 2 に合格し，州が実施する臨床実地試験に合格していることが必要であるが，それらの試験の受験資格は，基本的には米国歯科医師会・歯学教育認証委員会（American Dental Association, Commission on Dental Accreditation，以下「CODA」）の認証を受けた教育課程を修了していることが条件である．しかし，最近，カリフォルニア州では CODA 認証を受けていないメキシコの歯科大学卒業を，受験資格として認める動きも出てきている．

CODA の卒前歯学教育課程の認証評価のよりどころとなる基準，「卒前歯学教育課程認証基準」（Accreditation Standards for Dental Education Programs）は以下のような大項目からなっている（※小項目については常時改定されており，2009 年 7 月の委員会で改定される可能性がある）．

Accreditation Standards for Dental Education Programs

Standard 1—Institutional Effectiveness

Standard 2—Educational Program

Admission, Instruction, Biomedical Sciences, Behavioral Sciences, Practice Management, Ethics and Professionalism, Information Management and Critical Thinking, Clinical Sciences

Standard 3—Faculty and Staff

Standard 4—Educational Support Services

Facilities and Resources, Student Services, Student Financial Aid, Health Services

Standard 5—Patient Care Services

Standard 6—Research Program

CODA の卒前歯学教育課程の認証評価は 7 年ごとに行われ，視察の 24 カ月前から CODA と被評価大学とのやり取りが始まる．

①自己評価（Self-study）：視察 60 日前までに歯学部長は自己評価報告書を CODA と視察チームメンバーに送付する．自己評価報告書は 2008 年 1 月 1 日から電子媒体による関連書類一式の提出が求められるようになった．電子媒体でない書類が提出された場合には，CODA が有料で電子媒体に変換する．

②視察（Site Visit by the Site Visit Team）：視察チームは，CODA 指名の歯科医師（座長・責任者），CODA 指名の各分野の専門家，CODA スタッフ（視察

もりお　いくこ
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：歯学教育課程の認証評価，国際交流，国際化

の調整と視察報告書作成），州の関係者（州の臨床実地試験関係者など），視察研修者（評価方法の研修など），カナダ委員会の代表，見学者，被評価大学への出資団体代表などから構成される．

視察期間は通常卒前歯学教育プログラムで2日半，そのほかは1日半程度である．視察の際には卒前歯学教育プログラムだけでなく，当該歯科大学が提供しているほかの卒後プログラムや歯科医師以外の歯科医療職養成プログラムの評価も同時に行う．また，ほかの認証評価機関（たとえば州・地域の大学評価機関など）と連携して行うこともある．視察日程は原則，被評価大学が決定して，視察に先立ち両者で再確認する．

③暫定視察報告書（Preliminary Site Visit Report）

④視察報告書に対する答申（Response to the Preliminary Site Visit Report）：被評価大学は30日以内に提出することが求められている．

⑤正式視察報告書と評価決定（Formal Site Visit Report and Notification of Accreditation Action）：上記③，④に基づきCODAで審議した結果を，30日以内に発表する．

評価結果（Accreditation Status）は，「無条件認証」（Approval without Reporting Requirements），改善策を指定期間内に提出する必要がある「条件付認証」（Approval with Reporting Requirements），「非認証」（Not Approved）があり，新設大学の場合には「暫定認証」（Initial Accreditation）が出されることがある．

⑥最終視察報告書（Final Site Visit Report）の受け取り

（参照：http://www.ada.org/prof/ed/accred/index.asp）

＊CODAは米国・カナダ以外の歯科大学の歯学教育課程の評価サービスを開始している．すなわち，もし認証されれば，その歯科大学卒業者は補足的な教育課程を経ることなく，米国の歯科医師免許試験を受験することができる．すでにインドなどアジアで関心をもっている歯科大学があるということである．

(2) 欧　州

欧州連合EU加盟国内では，歯科医師免許の相互認証が原則となっているが，その根拠となる歯学教育課程の標準化については，欧州歯学教育学会（Association for Dental Education in Europe，ADEE）が中心となって作業を進めてきた．その結果，2004年9月に欧州の歯学教育基準といえる“Profile and Competences for the European Dentist”が策定され，2009年8月に改訂された．欧州の歯学教育の質の向上を目指して始まったEUの3つのプロジェクト（DentEd, DentEdEvolves, DentEdⅢ）では，歯科大学視察も行われ，その報告書はホームページ上に公開されている．欧州各国の歯学教育課程にはもともとかなりの違いが存在したため，基準を決めたからといって，その基準を基に一気に「承認」「非承認」といった判断をすることは現実的ではなかった．欧州各国の歯科大学は，Profile and Competences for the Graduating European Dentist Update 2009と視察チームからの提言を基に，緩やかにしかし着実に，歯学教育の質向上に向けて努力することが要請されている．

上述のEUプロジェクトの一環として，歯学教育世界会議（Global Congress on Dental Education）が3回開催された（第1回：2001年3月プラハ・チェコ，第2回：2002年4月シンガポール，第3回：2007年9月ダブリン・アイルランド）．現在のところ新たなEUプロジェクトが歯科医学教育に関して実施される予定はなく，これまでの成果はADEEに，Global CongressやGlobal Networkについては国際歯科医学教育学会連盟（International Federation of Dental Education Associations, IFDEA）に引き継がれた．なお，IFDEAはInternational Federation of Dental Educators & Associationsと名称変更し，個人，企業など教育学会以外の加盟も可能となっている．

（参照：http://www.ifdea.org/Pages/Default.aspx）

(3) アジア

アジアではいまだ歯科医師不足問題を抱える国が多く，歯科大学の開設が続いている．マレーシアを例にとれば，2005年に1校，2006年に2校，2007年に3校が開校し，2009年10月現在11校となった（うち公立校は6校）．自国の歯科医師数を歯科大学の新設によって増やす対策を講じる国もあれば，シンガポールのように，自国には国立シンガポール大学歯学部1校しかないが，海外の特定の歯科大学卒業者に，歯科医師として登録することを許可している国もある．リストには米国57校，英国13校，カナダ10校，オーストラリア5校などが挙げられている．

（参照：https://www.sdc.gov.sg/html/SDC_Home.html）

歯学教育課程の相互認証は，歯学教育の過程と結果が等価であるかを知る作業ぬきでは考えられない．前者は主に高等教育としての歯学教育のあり方を問うものであるし，後者は歯科医師育成という観点からである．学士入学者がほとんどである北米では，当然後者の比重が大きくなる．

北米，欧州，オセアニアでは，歯学教育課程の認証評価は，自己評価，視察，報告書作成・公開といった，おおむね似通った形で行われている．実際に認証が取り消されることは少ないようであるが，それでも一般人がそ

の評価報告書を目にすることができる点で，歯科大学にとっては教育の質を担保しなければならないという大きなプレッシャーとなる一方，社会に対する責任を果たすという一面もあると考える．

2） 日本の歯科大学・歯学部の国際交流状況

（1）学術交流協定の締結状況

日本の歯科大学・歯学部のほとんどは，海外の歯科大学と学術交流協定を締結しており（29 校中 26 校，89.7％），協定校数は，1～5 校が 9 校（31.0％），6～10 校が 9 校（31.0％），11～15 校が 3 校（10.3％），16～20 校が 3 校（10.3％），20 校以上が 2 校（6.9％）で，多いところでは 36 校に及んでいた．協定校総数は 238 校に上り，これを地域別にみると，アジアが 144 校（60.5％），北米が 41 校（17.2％），欧州が 35 校（14.7％），オセアニアが 9 校（3.8％），中南米 5 校（2.1％）などとなっていた．交流活動内容として挙げられていたのは，教員（研究者）交流（26 校中 23 校，88.5%）が最も多く，続いて学部学生・大学院生を含む学生交流（26 校中 19 校，73.1％），共同研究・セミナー等の開催（26 校中 16 校，61.5%），学生の語学研修（26 校中 1 校，3.8％）となっていた．

（2）国際交流関連の学内組織

活発な国際交流活動を支えるための組織が，どの程度学内で構築されているかをみるために，国際交流に関する委員会や担当部署の有無について聞いた．国際交流委員会など，国際交流に関する委員会があると回答したのは，21 校（72.4％）で，国際交流を担当する部署が教員と事務職員の双方にあると回答したのは，10 校（34.5％），教員または事務職員のどちらかにあると回答したのは，それぞれ 4 校（13.8％）であった．

（3）学部学生の短期海外派遣

大学として学部学生を海外に短期派遣するプログラムをもっているのは，19 校（65.5％）であり，1 校は 2009 年度に計画中とのことであった．2006 年度から 2008 年度の過去 3 年間の派遣学生総数をみると，1～20 人が 9 校，21～40 人が 4 校，41～60 人が 1 校，61 人以上は 3 校であった（無回答 2 校）．派遣した学生の活動内容としては，大学・病院の見学が 10 校と最も多く，派遣先の学生との交流（9 校），授業参加･見学（8 校）と続き，派遣先の歯科事情見学と歯科保健医療協力がそれぞれ 1 校あった．学生派遣の形態としては，派遣を行っている 19 校中，複数の学生を一緒に派遣している集団派遣が 16 校と多く（84.2%），そのうち教員が随行するのは 14 校，随行なしは 2 校であった．一人ずつ個別に学生を派遣している 3 校では，いずれも教員は随行していない．派遣に関わる大学からの補助金に関しては，大学が部分的に負担しているのが，19 校中 11 校（57.9％）と最も多く，補助していないのは 4 校（21.1％），全額を大学が負担しているのは 3 校（15.8%）であった（無回答 1 校）．

学部学生を海外に派遣するうえでの課題については，以下のような点が挙げられていた．

①歯学科の授業に支障がないように海外研修時期を設定する難しさ
②派遣に対する財政的支援確保の難しさ
③特に教員が随行しない個別派遣の場合の，派遣先での危機管理体制の構築（盗難，事故，病気などの際の対応）
④派遣学生の英語力不足，異文化理解力不足
⑤派遣学生からほかの学生への波及効果
⑥大学全体のブランド力向上への貢献度

（4）海外の歯科大学からの学部学生の短期受け入れ

海外の歯科大学から学部学生の短期研修を受け入れているのは 18 校（62.1％）で，2006～2008 年度の 3 年間の受け入れ総数でみると，1～20 人が 12 校，21～40 人が 3 校，61 人以上が 3 校であった．

（5）国際交流に関する授業科目

国際交流に関する授業科目の有無について聞いたところ，必修科目のなかで扱っていると回答したのは 9 校（31.0%）で，選択科目で扱っていると回答した大学はなかった．

今後歯科大学・歯学部でも，国際化は重要な課題の 1 つとなり，教員が単に海外を視察して情報を持ち帰る時代から，海外の歯科大学と共同してプロジェクトを遂行するなど，歯学教育を推進するために国際交流が不可欠な役割を果たす時代となる．今回の調査では，各大学が積極的に学生の国際交流活動を支援しつつあることがわかった．一方，派遣学生の選考方法，英語によるコミュニケーション能力の向上，派遣先での危機管理など，多くの課題も指摘されており，これからの歯科を担う世代を国際性豊かな人材に育てるために，大学間で情報を共有し，改善策を模索する必要性を感じた．

第Ⅲ章

特色ある歯科医学教育

1 PBL テュートリアル

中村　雅典

はじめに

PBL とは Problem Based Learning の略であり，問題基盤型学習と訳される少人数グループで行われる教育手法である．その内容は「提示された具体的な状況（シナリオ）を学習者自身が中心となって討論しながら学習項目を設定し，自己学習した内容をグループ内で共有しながら，問題点を明瞭にし，解決するという過程を繰り返しながら実践される少人数グループの教育手法」ということである．テュータあるいはファシリテータは学生の自学自習のプロセスを援助し，その学習行動を評価するとともに改善を促す．すなわち，PBL テュートリアル教育とはこの学習プロセスを得ることで，①単なる個々の知識の獲得だけでなく，事象に直結する統合された知識の獲得，②問題発見能力，情報収集のスキル，臨床推論，診断の進め方のノウハウの修得，③自己主導型学習，生涯学習への道筋，④対人関係，協調性の修得，コミュニケーションやプレゼンテーション技術の修得，⑤患者への心理，社会，倫理などの多面的なアプローチ，⑥プロとしての態度の養成，⑦将来の状況に直結した学習，などの多岐にわたる教育目標を達成するための教育手法の 1 つであると位置づけられる．

PBL は 1960 年代半ばにカナダの McMaster 大学医学部で開始され，その後，国際的に医学部のみならず多くの学部で導入されてきた．また，この間，PBL を行ううえでのさまざまな方法論が開発されてきた．ちなみに McMaster 大学では PBL を以下のように定義している．

“PBL is any learning environment in which the problem drives the learning. That is, before students learn some knowledge they are given a problem. The problem is posed so that the students discover that they need to learn some new knowledge before they can solve the problem.”

また，その実践の基盤として小グループ，自発性，自己評価による問題に基づいた学習（Small Group, Self-Directed, Self-assessed PBL）という 3 つの大きな特徴を挙げている [1]．

わが国の医学教育では，東京女子医科大学（1990 年）や岐阜大学医学部（1995 年）で導入され，現在までにほとんどすべての医科大学・医学部で本教育法が採用されている．歯科医学教育においても，2001 年に医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議から提言された「21 世紀における医学・歯学教育の改善について―学部教育の再構築のために―」[2] を受け，これまでの系統教育に加えて統合教育が推進され，その教育手法として PBL テュートリアル教育の必要性が認識され，2005 年度までに 19 の歯科大学・歯学部（以下歯学部と略す）で PBL テュートリアルが導入されている [3]．その成果については，日本歯科医学教育学会雑誌などに多くの報告がなされてきている．これまでの各校による PBL テュートリアル教育の実践を通してその有効性だけでなく，円滑な運営と成果を得るためのさまざまな問題点も明確になってきたことと思われる．

本稿作成にあたり，**表Ⅲ-1** に示すアンケート調査を行った．29 歯学部すべてから回答を得た．以下にその結果を示す．

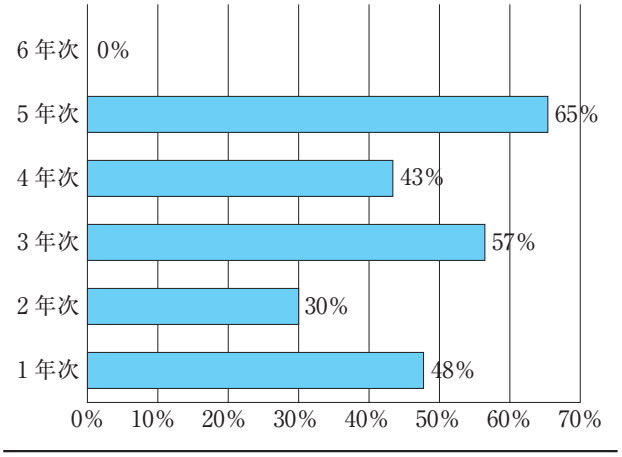
1）PBLテュートリアルの導入状況

導入している歯学部は 29 校中 23 校（国公立 10 校，私立 13 校）であった．導入時期は 1996～2006 年と各校によりさまざまであった．8 年以上前から実施しているのが 3 校，6～7 年前からは 7 校，4～5 年前が 9 校，1～3 年前が 4 校であった．実施対象学年は 1～5 年生にかけて行われていた（**図Ⅲ-1**）．1 年で 48%，2 年 30%，3 年 57%，4 年 43%，5 年 65%の歯学部が PBL テュートリアルを実施している．そのうち複数の学年にわたって

なかむら　まさのり
昭和大学歯学部口腔解剖学教室
キーワード：PBL, テュートリアル，歯学教育

表Ⅲ-1　アンケート内容

1. PBL を教育手法としてカリキュラムに取り入れていますか.
2. 取り入れたのはいつですか.
3. 実施学年と内容についてお聞かせください.
4. 最も PBL が多く取り入れられる学年において，カリキュラム上の講義・実習と PBL の実施時間割合はどの程度ですか．合計 10 割になるようお答えください.
5. PBL 運営のための委員会を設置していますか.
6. シナリオ作成をどのように行っていますか．お聞かせください.
7. PBL で提示されるシナリオには紙媒体で提示される文字ベースもの以外にどのようなものがありますか．利用されるものを選択してください.
8. 1 回の PBL に動員されるファシリテータ（テュータ）は何人ですか.
9. ファシリテータ（テュータ）養成のためのワークショップ等を開催していますか.
10. 前述ファシリテータ（テュータ）養成のためのワークショップを開催している場合，その参加者規模や回数はどの程度でしょうか.
11. 前述ファシリテータ（テュータ）養成のためのワークショップを開催している場合，どのような内容を配分していますか．合計 10 割になるようお答えください.
12. ファシリテータ（テュータ）は誰ですか.
13. 貴学ファシリテータ（テュータ）としての活動するための資格や条件はありますか．どのような条件ですか.
14. 貴校での PBL は主にどちらを目標としたものですか．混在する場合も，合計 10 割になるようお答えください.
    問題基盤型：　　割　　問題解決型：　　割
15. 貴校での PBL の一番重要な教育目標は何ですか.
16. 貴学で実施される PBL で提示されるシナリオ（課題）の学習範囲はどのようになりますか．合計 10 割になるようお答えください.
    教科単位で実施（生理学 PBL，薬理学 PBL 等）（　割）
    実施学年に含まれる複数の教科が関連して実施（　割）
    その他（具体的に：　　）（　割）
17. 学生評価はどのような方法を用いていますか.
18. 前述の学生評価は年間の成績・進級可否にどの程度影響がありますか？
19. PBL に関連した学生の自習教材はどのようなものを使いますか.
20. 自習において教員が直接指導（補助）することはありますか．行う場合はどのように行いますか.
21. 学生は知識の質・量の評価以外に自身の成長を確認できる方法はありますか.
22. 貴学 PBL 実施における問題点として上位 3 つをお答えください.



図Ⅲ-1　PBL 実施対象学年

行われているのが 15 校，8 校は単年度のみの実施であった．また PBL 実施学年における PBL の時間配分は，おおむね全体の 5%程度であった.

2）PBLテュートリアルの意義ないし目的

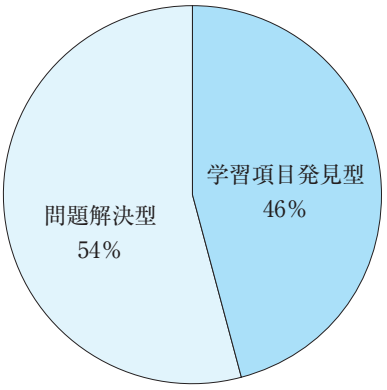
上述のように PBL テュートリアルの目的は多岐にわたる．各校の教育理念の下で実施される PBL テュートリアルで最も重視する教育目標も多岐にわたると思われたが，実施 23 校中 22 校で歯科医療に携わる人間としての問題発見・解決能力，自己学習能力の修得を最重要目標として掲げていた．そのほか，統合された深い知識の修得，コミュニケーション能力の育成，情報収集能力の向上などが挙げられていた．また 1 校からは各科目ごとに異なるとの回答を得た.

各校が行う数回の PBL テュートリアルにおいて学習項目発見型と問題解決型のどちらに比重をおくか聞いたところ，学習項目発見型が 46%，問題解決型が 54%と半々の結果となった．数校では学習項目発見型あるいは問題解決型が 8 割を占めていた．また，1 校からすべて問題解決型との回答があった（**図Ⅲ-2**）.

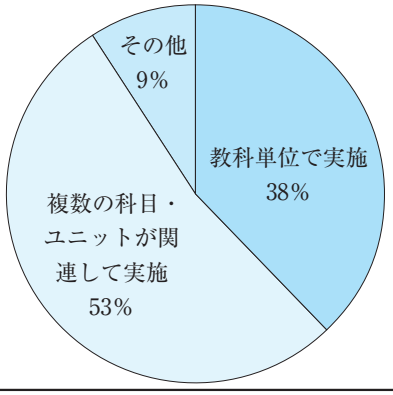
全体としては問題発見・解決能力，自己学習能力の修得という教育目標に沿った方向性であると思われた.

3）PBLテュートリアル実施体制

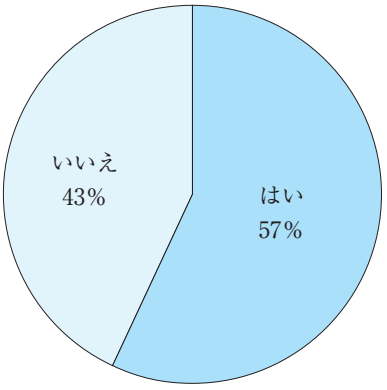
PBL テュートリアル教育を実施している歯学部の実施内容をみると，多くの歯学部では人体の科学，歯科臨床概論，口腔の生態系などのような統合科目で実施されている傾向がみられた（**図Ⅲ-3**）．その実施のために専門の委員会を設置しているか否かについては 13 校が設



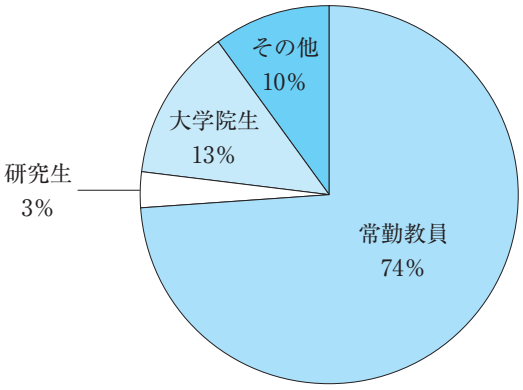
図Ⅲ-2　問題解決型か学習項目発見型か



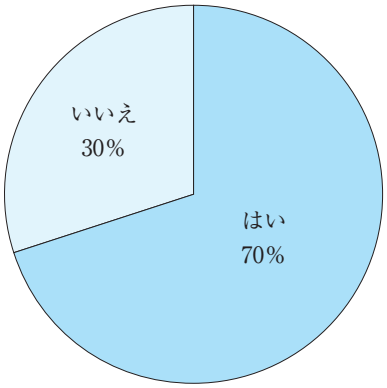
図Ⅲ-3　PBL 実施科目



図Ⅲ-4　PBL 委員会設置の有無



図Ⅲ-5　テュータ（ファシリテータ）の区分

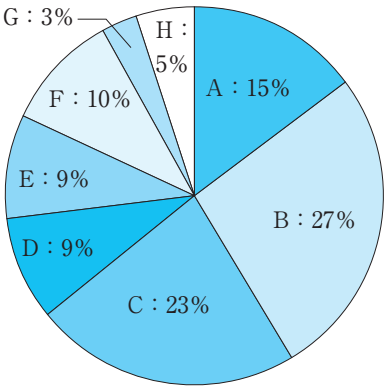


図Ⅲ-6　テュータ（ファシリテータ）養成ワークショップ開催の有無

置していた（**図Ⅲ-4**）．昭和大学では，学部内での PBL テュートリアルだけでなく，医・歯・薬・保健医療の 4 学部による横断型の PBL テュートリアルが 1，3 学年で行われていた．各 PBL テュートリアルに動員されるテュータ（ファシリテータ）の数は，1〜5 名が 3 校，6〜10 名が 11 校，11〜15 名が 6 校，16 名以上が 3 校であった．各校による学生数の違いにより，動員されるテュータ（ファシリテータ）数が異なるのは当然であるが，各校ともに少人数による教育を実践していることが確認された．各校ともに，テュータ（ファシリテータ）を務める主体は常勤の教員であるとの回答を得たが，8 校では常勤教員だけでなく非常勤講師や TA（研究生・学生）を動員していた（**図Ⅲ-5**）．

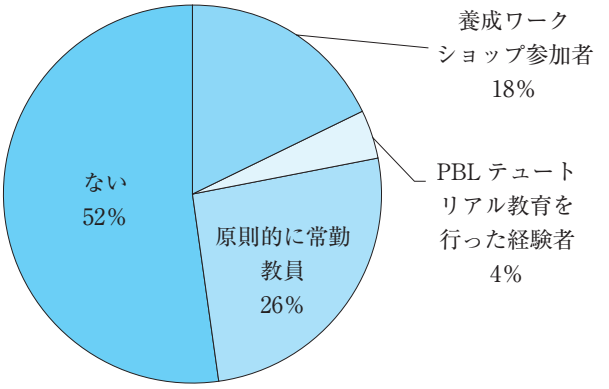
PBL テュートリアルに動員されるテュータ（ファシリテータ）養成のためのワークショップなどを開催している歯学部は 16 校であり，7 校は開催していなかった（**図Ⅲ-6**）．開催頻度は年に 1〜2 回であった．1 回のワークショップ参加者はおおむね 20〜30 名であり，タスクフォースは 10 名であった．新潟大学においては，年度初めに全教員および全 TA 対象にテュータ説明会を講演形式で実施しているとの回答を得た．

ワークショップ内容については，PBL テュートリアル進行の具体的内容と模擬 PBL テュートリアル体験にかける割合が最も多く，テュータ（ファシリテータ）への PBL テュートリアル教育の理解と実際体験に最も力が注がれていることが明らかとなった．次いで，PBL テュートリアルの概念，PBL テュートリアル時のトラブル解決法など，自己主導型学習充実のための方策についてそれぞれ 1 割程度時間が割かれていた（**図Ⅲ-7**）．岡山大学では，ワークショップの 6 割の時間をかけてシナリオ作成をしているとのことであった．



図Ⅲ-7　ワークショップ内容

A：PBL テュートリアルの概念，B：PBL テュートリアル進行の具体的内容，C：模擬 PBL テュートリアル体験，D：学生の PBL テュートリアル観察，E：PBL テュートリアル時のトラブル解決法，F:自己主導型学習充実のための方策，G:貴学特有の教育ツール，H：その他

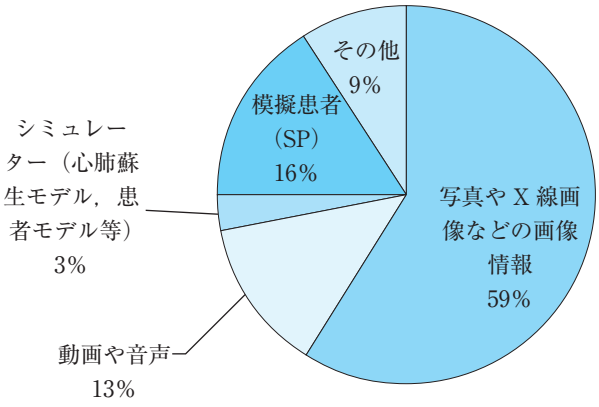


図Ⅲ-8　テュータ（ファシリテータ）の条件

テュータ（ファシリテータ）として活動するための資格や条件の有無については，「ある」と回答したのが 11 校，「ない」が 12 校であった（**図Ⅲ-8**）．内訳は原則的に常勤教員が 6 校，テュータ（ファシリテータ）養成ワークショップ参加者が 4 校，PBL テュートリアル教育経験者が 1 校であった．

4）PBLテュートリアル実施内容

PBL テュートリアル導入の際のもう 1 つのキーワードが統合教育であったことから，各校における PBL テュートリアルを行う科目あるいはその内容について質問したところ，**図Ⅲ-3** に示したように 6 割以上の歯学部で，講座横断型のシナリオを用いていることが明らかとなった．また，講座横断型とともに講座（教科）単独での PBL テュートリアルを行っている歯学部もあり，全体の 38％を占めた．そのうち，講座（教科）単独のみでの PBL テュートリアルを実践していたのは 5 校であった．PBL テュートリアルを行ううえでのシナリオ作成担当については，委員会が設置されているところでは委員会が中心となって作成している傾向が認められた．委員会を設置していない場合でも，関連科目の教員による共同作業によって作成されている傾向がみられた．単独科目で PBL を実施している場合は，その科目担当教員によるシナリオ作成が行われていた．



図Ⅲ-9　提示シナリオにおける文字以外の媒体

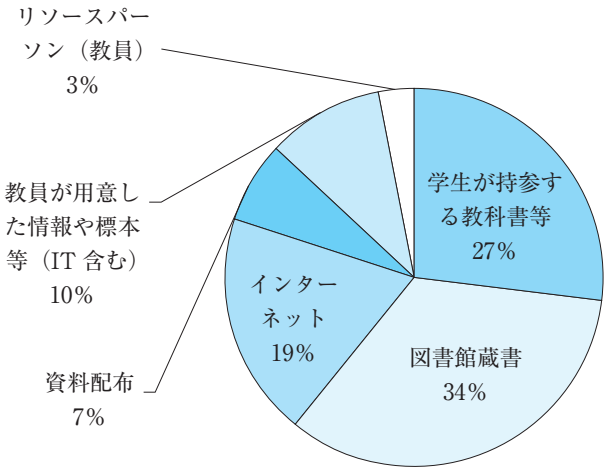
学生にシナリオを文字ベース以外にどのような媒体で提示しているかについては，写真や X 線画像などの画像情報が最も多かった（**図Ⅲ-9**）．それ以外には，模擬患者，動画，シミュレーターなどを駆使し，より臨床の現場に沿った臨場感に溢れたシナリオを提示する各校の努力が推察された．より臨場感のあるシナリオの提示に各校が努力していることがうかがえる．

学生の自己学習教材（リソース）については，教科書，図書館蔵書が最も多く，次いでインターネットによる情報収集が挙げられた（**図Ⅲ-10**）．リソースについては，学生が収集する情報が正しいかを自己判断できるための能力向上のため，情報リテラシー教育との連携がいっそう重要になることが推察される．

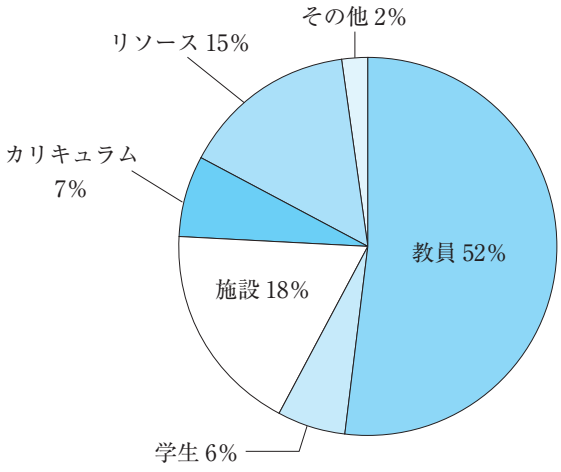
テュータ（ファシリテータ）が学生の自己学習をなんらかのかたちでサポートするかについては，約半数の歯学部がサポートするということであったが，その多くはリソースパーソンやオフィスアワーを明示するものであり，テュータ（ファシリテータ）からの積極的な学習指導というものではなかった．

5）評　価

各校ともに PBL テュートリアルの学生評価は，出席，学習サマリー（レポート），コアタイム時の態度評価，グループ発表態度・内容，試験などを総合的に判断して行っていた．評価結果が進級に関与しているのは 19 校であり，残りの 4 校は進級判断に採用していないとのこ



図Ⅲ-10　学生の自己学習リソース



図Ⅲ-11　PBL テュートリアル実施の問題点

とであった．また，14 校では学生自身の成長を確認できる方法を提供しているとの回答を得た．内容的にはポートフォリオを用いてのフィードバックや教員による学生およびグループへのフィードバックという方法が多く認められた．

6）PBLテュートリアル実施の問題点

PBL テュートリアル実践する際の問題点について 3 項目以内で回答を得た．50% 以上が教員の問題であり，次いで施設，リソース不足という結果となった（**図Ⅲ-11**）．教員では教員・テュータ（ファシリテータ）数の不足という問題が大きく，それ以外には PBL テュートリアルを行ううえでの教員の意識不足とそれに伴う資質向上の必要性が挙げられていた．施設に関しては，PBL テュートリアル教育のための教室の不足がほとんどであった．一部，学生に関して学生の能力や参加意欲の差に対する危惧が挙げられていたが，全体としては学生を問題とするとの回答はわずかであった．

教員・テュータ（ファシリテータ）数不足に関しては，各校ごとに教育現場の現状が異なるであろうことから，一概に正しい方略はないと思われるが，非常勤講師や TA の活用を積極的に行うことも改善の一助として考えられることであろう．教員の意識不足という問題に対しては，テュータ（ファシリテータ）養成ワークショップなどの FD によるいっそうの啓蒙が必要となろう．

おわりに

2005 年の教育白書報告からさらに 4 校で PBL テュートリアル教育が行われており，この教育方法が歯学教育において一般的な教育手法となってきたことがうかがえる．PBL テュートリアルは教育のための一手法にすぎない．また，この手法による教育目標は多岐にわたる．したがって，各校により本法を用いた教育目標もまた多岐にわたっていた．しかしながら，自主的学習を促す点では一致しており，その結果として多くの歯学部で学生による自主的学習目標も問題発見型から問題解決型という 2 つを上手にカリキュラム内に取り入れ，複数学年にわたって行われていた．半数以上の歯学部では統合科目で行っている現状がうかがえた．また，実施内容は統合科目として実施されているところでは，PBL 運営のための委員会が設置されており，PBL テュートリアルが各校の歯学教育で重要な手法となってきていることがうかがえた．

最後に，PBL テュートリアル導入に際して，しばしば本教育法に対峙するものとして系統教育が挙げられてきた．しかしながら，学習者は自己学習過程で，系統的学習の蓄積を行う必然性があり，その結果として，系統的学問のなかで最も洗練されていると考えられる教科書を使用することとなる．すなわち，PBL テュートリアル教育の有効性と従来の系統教育の有効性をいっそう認識することで，これからの歯学教育の発展がもたらされるものであろうと思われる．

文献

1）Problem-based Learning, especially in the context of large classes.（http://www.chemeng.mcmaster.ca/pbl/PBL.HTM）
2）21 世紀における医学・歯学教育の改善について―学部教育の再構築のために―.（http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/13/03/ishigaku.pdf）
3）岡野友宏．歯学教育における PBL テュートリアルの現況．日本歯科医学教育学会編集．歯科医学教育白書 2005 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2006．94-7 頁．

2 統合型教育

深山　治久

はじめに

本白書2005年版の序に江藤は，歯学教育モデル・コア・カリキュラムというガイドラインを作成した背景には「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」であったことを挙げている[1]．また，これは近年の学問領域の進展に伴って要望されたため，さらに，「各学問領域の壁を越えて学ぶ側に立脚して作成した」ガイドラインであると述べている．以上の構想を具現化したものの1つが，以下に記す統合型教育と考えられ，2005年版の白書にはみられなかったものである．

1）特色ある基礎と臨床の統合教育

基礎と臨床の統合教育を行っている大学は全29校中18校(62%)であった．実施学年は特に制限がなく，2〜5学年時に開かれていた．基礎と臨床を統合したカリキュラムの科目名（名称）は多岐にわたり，「総合講義」「歯学統合講義」「統合科目」「歯学総合科目」「歯学統合科目」「合同講義」「臨床講義」「課題講義Ⅰ（統合講義）」「総合歯科学特論･臨床基礎歯科学」「課題統合セミナー」「基礎と臨床」「専門歯科診療と科学」「テュートリアル3」といった大項目を示すものから，「咀嚼機能学」「発生病態学」「唾液と唾液腺」「生体材料と歯科材料」「加齢歯科学」「バイオマテリアル」という具体的な内容を明記する名称までさまざまであった（**表Ⅲ-2**）．前者のグループはそのときの状況に応じて内容を変更できるという長所をもつ半面，受講する学生には事前に内容がわかりにくいという面も否定できない．後者は，内容は事前にわかりやすく学生の立場に立ったものといえるが，特異化しているので，一部の学生が興味をもてない可能性があるともいえる．

表Ⅲ-2　基礎臨床統合カリキュラム名

分類	名称
総論	歯学統合講義，統合科目，歯学総合科目，歯学統合科目，合同講義，総合講義，臨床講義，課題講義Ⅰ（統合講義），総合歯科学特論・臨床基礎歯科学，課題統合セミナー，基礎と臨床，専門歯科診療と科学，テュートリアル3（基礎歯科医学と臨床系歯科医学を含めたテュートリアル教育）
各論	咀嚼機能学，発生病態学，唾液と唾液腺，生体材料と歯科材料，加齢歯科学，バイオマテリアル

たとえば，「総合講義」と称して第5学年を対象に唾液腺と歯に焦点を当て，基礎から臨床まで系統的な講義を行っている大学があれば，「課題統合セミナー」では咀嚼と嚥下のバイオロジー，ことばの世界，歯科と色，口唇裂口蓋裂などのユニット授業を総合（統合）型授業としている施設もある．「課題講義Ⅰ（統合講義）」では特定の疾病をテーマに複数の基礎・臨床科目担当者が講義を行っている．

具体的な名称を与えられている授業でも，たとえば，「咀嚼機能学」では，口腔機能の基礎として，感覚の基本，特に痛覚，口腔感覚および特殊感覚としての味覚を理解し，また，口腔環境液としての唾液の性状と生理作用，さらに唾液腺における分泌機構に着目し，咀嚼運動の末梢性および中枢性制御，さらにその障害様相についても理解し，顎関節の特異性や咬合，嚥下，吸綴，嘔吐，構音といった口腔機能の基礎など総合的に学習する内容としている．「発生病態学」は臨床系の教員が，教養・基礎と臨床の結びつきを考慮しながら講義，つまり，病変に対して，まず発生のメカニズム，正常組織・臓器の機能・形態を理解し，病変の原因，病態を考え，そして診断，治療を行う知識を理解するという流れをつくっているものもある．「唾液と唾液腺」では，口腔乾燥症に

ふかやま　はるひさ
鶴見大学歯学部歯科麻酔学講座
キーワード：基礎，臨床，統合型教育

対して口腔解剖学，口腔生理学，口腔生化学，総合内科，高齢者歯科学の各分野から教員を派遣して講義を行っている．

以上のように，各大学は特色ある基礎と臨床の統合教育に，さまざまな工夫を凝らして教育効果を上げようと模索しているのがわかる．その背景には，臨床参加型実習が種々の理由で困難なため，見学型実習の割合が増えてきたことが理由の1つとして考えられる．すなわち，臨床参加型実習では，いわゆる統合した知識や技術を駆使しなければ満足のいく実習効果は期待できないが，その割合が減少してきた昨今，上記のような講義（実習）でこの不足を補おうとする試みが多くの大学で行われていると解釈できる．統合教育はいわゆる学問の壁を越えたものといわれるが，上記の調査結果からはそのような分野・領域だけでなく，学習する学年，つまり時間軸をも乗り越えた統合教育を目指しているように思える．

なお，このような形態の教育を行っている大学は，全体の62%ということも注目に値する．これまでの分野や領域を取り払い，さらには学習する年度をまたいだ教育形態は，実施に数々の困難が伴っている裏づけともなろう．

2）全身との関わり

局所から全身に目を向けた基礎臨床統合カリキュラムを行っている大学は，全29校中9校（31%）であった．科目名として，「統合講義」「アドバンスⅣ 病理と臨床・アドバンスⅤ 口腔と全身」「総合講義」「特殊歯科診療」「からだの病気2」「歯周病の基礎と臨床」「実践歯科医療学」「総合歯科学3」「統合科目」が報告されている．

「統合講義」では，たとえば，抗加齢について局所から全身に向けての思考に目を向けさせている．「アドバンス」では口腔病理学，口腔診断学，口腔外科学，顎顔面外科学，歯科口腔麻酔学の横断的カリキュラムで病理と臨床，口腔と全身を関連づけている．「からだの病気2」では，全身の問題と口腔の問題を関連づけて学習するため，基礎教室と臨床教室，さらには医学部教員も共同してPBLを行っている．「実践歯科医療学」においては，口腔局所のトピックを歯科基礎医学の観点としてスタートして，全身への影響も含めて統合的に講義が行われる．「統合科目」では，全身状態の把握から口腔疾患へつなげていく学習法の実践を提案している大学もある．

このように，口腔という局所にとどまらない教育を施行することで，基礎歯科医学の重要性を把握させ，併せて臨床への架け橋となるような教育を試みている．しかし，実践している大学は9校と全体の3割程度にとどまっていて，この分野の授業形態のますますの発展が望まれる．

おわりに

かつては，縦割りの講座制あるいは学問分野が絶対的な価値観をもち，その下で教育が行われてきたが，歯科医学の研究ならびに歯科医療の急速な発展に伴い，その教育技法は大きな変革を迫られてきた．良質の歯科医療を提供するための歯科医学の研究はいうに及ばず，良質な教育を与えるためには本項のような統合型教育は強く求められている．また，歯科医学教育の従来の臨床実習の形態が変化せざるをえない状況下で，それぞれの専門領域の枠ならびに学年制・学期制などの時間枠を取り払った新しい形の教育が要求されている．

なお，統合型教育では，本質的に各講座・分野・領域・診療科など複数の組織の構成員が関わらなければならない．したがって，さまざまなメンバーをまとめるコーディネータの役割・業務が成否を分けるといっても過言ではなく，そのような人材育成を視野に入れる必要があろう．

文献

1） 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．歯科医学教育白書2005年版（2003～2005年）日本歯科医学教育学会雑誌別冊．1版．東京：口腔保健協会；2006．vii頁．

3 ICTを活用した歯科医学教育

河田　英司

はじめに

10年前の教室にはスライドプロジェクタが置かれ，歯科医学教育において重要な視覚素材の提示の主役を担っていた．しかし，数年前からはスライドプロジェクタに代わり，コンピュータの画面をそのまま提示できるビデオプロジェクタが視覚素材の提示の主役に変わってきた．ビデオプロジェクタの登場は視覚素材の提示方法を変えただけでなく，ICT機器の中心であるコンピュータに連動していることから，授業方法にも大きな変化をもたらしてきた．講義のために準備する教材の形態が大きく変わり，視覚素材の提示だけであったスクリーンは講義中ずっと出され，黒板の役割も果たすようになった．

また，歯科医学教育のなかでのICT環境は授業方法だけでなく，共用試験CBTの実施の影響もあり，コンピュータ，LAN，マルチメディア，ソフトウェアなどICT環境が教員・学生両方に整備されてきた．ICTを活用した授業はプレゼンテーションソフト（パワーポイントなど）やビデオを用いたりする講義，学生にWebで情報を収集させる授業などが広く行われるようになってきた．シラバスをWebに公開する大学も急速に増えてきたが，教材を自作した授業はまだ少なく，一部実験的にビデオ会議システムを利用した遠隔講義が行われているが，録画コンテンツのWeb上への掲載や定期的な他大学との遠隔講義は，まだほとんど行われていないのが現状である．また，学生へのサービスとしては，電子メール，インターネット接続はもちろん，一部の大学では電子掲示板による休講通知などの事務連絡，レポートの提出，講義のQ&Aなどが行われている．図書を含めデータベースの利用サービスも行われている．これらが，教育にどのような効果をもたらしているか，費用対効果も含め点検・評価を行い，最適化を図ることも検討しなければならないと考える．

授業へのICT利用の効果は広く認められていると考えられるが，ICTの活用は，機器設備の導入や維持，更新に費用がかかることと，教員の負担が増大することなどが指摘されている．また，使用する教員全体のリテラシーが低く，歯学教育では支援スタッフがほとんどおらず，特定の者に負担がかかることも問題として挙げられる．

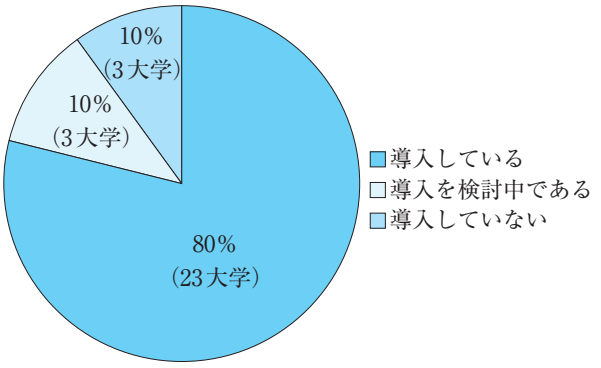
今，入学してくる学生の多くはパソコンやインターネット操作技術の基本は，日常生活ですでに習得している．しかし，基本操作もできない学生から，教員よりもはるかに習熟している学生など習熟度にばらつきがあり，「情報科学入門」「コンピュータ演習」などの科目の実施時に問題になってくる．めまぐるしい情報が行き交う今日の社会でより的確に対応できる人材を育成していくためには，歯学教育の現場においても，あるレベル以上の「コンピュータ」「情報収集」「情報伝達」などICTに関する知識を，学生に身につけさせることが理科教育の充実とともに必須であると考えている．この分野の教育法について，教育の目的を含め早急に検討しなければならないと考える．

今回は教員の授業改善の観点から「ICTを活用した授業」の現状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実施し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．今回の質問の多くが教員一人ひとりに対してなされなければならないもので，アンケートの実施方法からそれを大学の意見としてお答えいただいている．それぞれの大学の平均的状況としてとらえていただければと考える．

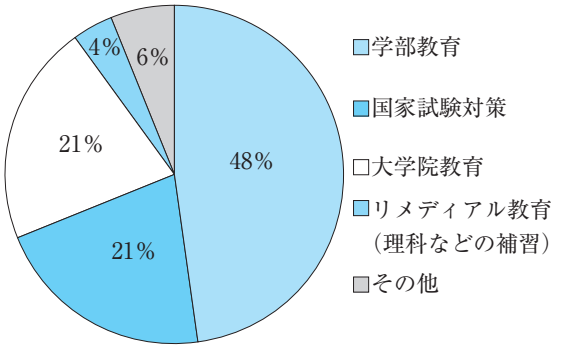
1）授業へのICTの導入

「授業において，ICT活用教育を現在導入していますか」の質問に対して，29大学中①導入している：23大学，②導入していない：6大学，このうち3大学が導入

かわだ　えいじ
東京歯科大学歯科理工学講座
キーワード：ICT，授業方法，コンテンツ作成



図Ⅲ-12　授業において，ICT 活用教育を現在導入していますか



学部教育	23
国家試験対策	10
大学院教育	10
リメディアル教育（理科などの補習）	2
その他	3

（23 大学回答）

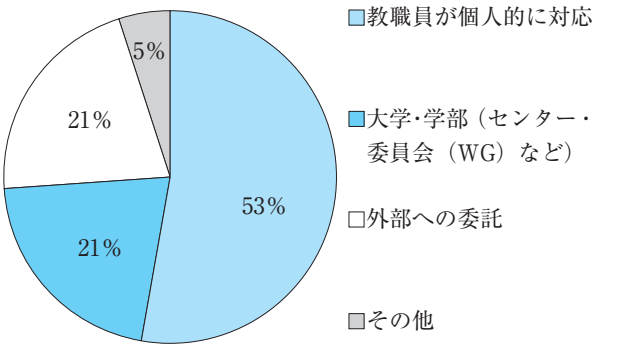
図Ⅲ-13　ICT 活用教育の導入対象は次のどれですか（複数回答可）

を考えており，ほとんどの大学が ICT を授業に導入，導入を考えていた（**図Ⅲ-12**）．導入していない 3 大学の理由は「導入にあたっての予算が不足しているから」「板書など従来の教育方法が優れているから」であった．また，「多くの教員が個別で導入しているが大学，学部でまとまったシステムとして導入の準備を進めている」との回答があった．個人レベルでの導入はすでに進んでいるが，近い将来，大学として歯科医学教育に ICT 活用教育がほとんどの大学に導入されることが予測される．

2）ICT活用の導入対象

「ICT 活用教育の導入対象は次のどれですか」を複数回答可にした質問に対する回答大学数を表に示し，回答のすべてを合計，おのおのの回答の割合を円グラフに示した（**図Ⅲ-13**）．

ICT 活用教育は学部教育，国家試験対策，大学院教育，



教職員が個人的に対応	20
大学・学部（センター・委員会（WG）など）	8
外部への委託	8
その他	2

（23 大学回答）

図Ⅲ-14　ICT 活用教育で用いるコンテンツはどこで作成しますか（複数回答可）

理科の補習などのリメディアル教育の順に活用されていた．授業に ICT を導入している 23 大学のすべてが学部教育に導入していた．国公立の 9 大学のうち大学院教育に 8 大学が，国家試験対策に 4 大学が導入していたのに対して，私立大学では大学院教育に導入していたのは 14 大学中 2 大学，国家試験対策には 6 大学導入しており国公立と私立で異なった傾向にあった．大学院教育では，社会人の学びなおしニーズ対応教育，英語教育などで活用しているとの回答があった．

3）ICT活用教育のコンテンツの作成

「ICT 活用教育で用いるコンテンツはどこで作成しますか」を複数回答可にした質問に対する回答大学数を表に示し，回答のすべてを合計，おのおのの回答の割合を円グラフに示した（**図Ⅲ-14**）．

コンテンツの作成は個人で行う大学が 23 大学中ほとんどの 20 大学であった．国公立 9 大学中 4 大学，私立 14 大学中 4 大学が大学（学部）のセンターなどに作成依頼して作成できる環境にあった．また同様に国公立 9 大学中 4 大学，私立 14 大学中 4 大学が外部に委託してコンテンツを作成していた．どの程度のコンテンツが大学，外部に依頼できるか不明であるが，学生の理解度を高めるためのコンテンツ作成のため困難度が増すコンテンツ作成を，どこで作成するか，大学間でのコンテンツの共有化を含め考える課題であろう．

4）ICTの活用方法

「授業において，どのように ICT を活用していますか」を複数回答可にした質問に対する回答のすべてを合計，

表Ⅲ-3　授業において，どのようにICTを活用していますか（複数回答可）

資料などの情報検索，教材作成（パワーポイントなど）を日常的に利用	32
教材，小テストなどWebサイトに掲載し，自学自習用教材を提供	27
理解困難な理論，事象をアニメーションや映像で説明	15
独自のe-learningプログラムを作成して自学自習の管理	14
授業コンテンツの共同利用	8
その他	5

（23大学回答）（%）

表Ⅲ-4　授業において，ICTの活用のメリットとしてどのような点がありますか（複数回答可）

授業に刺激を与えることができた	20
自学自習をするようになった	17
学習の動機づけが高まった	16
学習意欲が高まった	14
プレゼンテーション力が高まった	9
理解度に応じた授業がしやすくなった	8
成績が向上した	5
感性・想像力の向上に役立った	4
意見発表が多くなった	3
授業への不安を解消できた	1
その他	3

（23大学回答）（%）

おのおのの回答の割合を表に示した（**表Ⅲ-3**）．

資料などの情報検索，教材作成（パワーポイントなど）を日常的に利用が23大学中22大学（回答総数の32%）とほとんどの大学でこの形態で利用されていた．教材，小テストなどWebサイトに掲載し自学自習用教材を提供するとの回答も18大学（回答総数の27%）で多い利用法であった．理解困難な理論，事象をアニメーションや映像で説明が15%，独自のe-learningプログラムを作成して自学自習の管理をしているとの回答が14%，授業コンテンツの共同利用が8%，その他が5%であった．講義形態を変化させた試みでは，インターネット経由の同時中継講義，講義を自動収録・配信する方法を採用しているとの回答があった．

5）ICT活用のメリット

「授業において，ICTの活用のメリットとしてどのような点がありますか」を複数回答可にした質問に対する回答のすべてを合計，おのおのの回答の割合を表に示した（**表Ⅲ-4**）．

授業に刺激を与えることができた（20%），自学自習をするようになった（17%），学習の動機づけが高まった（16%），学習意欲が高まった（14%），プレゼンテーション力が高まった（9%），理解度に応じた授業がしやすくなった（8%），成績が向上した（5%），感性・想像力の向上に役立った（4%）などの，授業にICTを活用したメリットが挙げられた．著者のアンケートの質問文の悪さから，種々の教育方法からの回答が得られ，まとまりがないように思われる反面，種々な場面でICTが歯科医学教育に活用されていることの表れであると考えることもできる．プレゼンテーションソフトを利用し，静止画やグラフだけでなくアニメーション，フラッシュ，動画などで変化のある講義が実施できるのではないか．また，e-learningやWebへの教材の提示が学生の学習意欲を高めることに一役買っているようである．しかし，そのためにコンテンツの作成という，今までにない作業が伴うことも考慮されなければならない．

表Ⅲ-5　授業において，ICTの活用のデメリットとしてどのような点がありますか（複数回答可）

ノートやメモを取らなくなる	21
レポートなどの内容がWebサイト情報からの寄せ集めである	16
理解しているようで実際には理解していない	16
教材の情報量が多く理解が追いつかない	15
情報技術は上達したが，みずから考えなくなった	11
成績向上に連動しない	8
ソフトによる計算結果・シミュレーション結果を鵜呑みにする	5
Web上の情報を信じ，授業を重要視しない	2
対面でのコミュニケーション力が低下した	2
その他	5

（23大学回答）（%）

6）ICT活用のデメリット

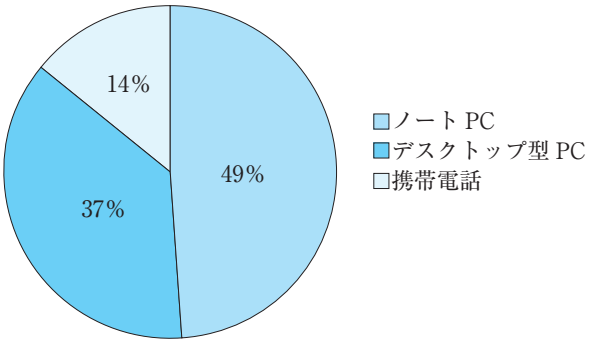
「授業において，ICTの活用のデメリットとしてどのような点がありますか」を複数回答可にした質問に対する回答のすべてを合計，おのおのの回答の割合を表に示した（**表Ⅲ-5**）．

ノートやメモを取らなくなる（21%），レポートなどの内容がWebサイト情報からの寄せ集めである（16%），理解しているようで実際には理解していない（16%），教材の情報量が多く理解が追いつかない（15%），情報技術は上達したが，みずから考えなくなった（11%），成績向上に連動しない（8%），ソフトによる計算結果・シミュレーション結果を鵜呑みにする（5%）などがデメリットとして挙げられた．著者の大学においても多くの教員から聞こえてくる内容である．確かにノート，メモを取らなくなった学生が多くなったように感じる．講

表Ⅲ-6　授業において，ICT を活用して教育効果を高めるための今後の改善策として，どれが可能か，また，重要だと考えますか（複数回答可）

板書，対話を含む授業のシナリオ作りの工夫	19
パワーポイントなどの教材を簡素化し，メモを義務づけ	19
e-learning による自学自習の学習履歴を基にネット上で個人指導	16
情報技術を平易に使える統合的な教育学習支援環境の整備	16
プロジェクト型授業による振り返り学習の徹底	10
モバイル端末（携帯電話を含む）などで小テストを行い，成績評価に加点	9
Web 上の情報の信頼性を判断する教育の実施	9
その他	4

（23 大学回答）（%）



ノート PC	17
デスクトップ型 PC	13
携帯電話	5
モバイル PC	なし
その他	なし

（23 大学中回答）

図Ⅲ-15　授業で学生が利用する端末はどれですか（複数回答可）

表Ⅲ-7　授業改善に向けて，課題と考えていることはありますか（ICT 活用教育以外でも）（複数回答可）

学習意欲を高めるような授業設計・運営を工夫したい	27
授業中に学生の反応を捉え，理解度に応じた授業をしたい	21
教室外での事前・事後学習指導を徹底したい	21
対話を重視した授業を徹底したい	15
授業改善に必要な情報技術を活用・修得したい	14
その他	3

（23 大学回答）（%）

義資料などのハンズアウトが配布されることによるものなのかと考えたが，講義に限らずいろいろな場面でこの傾向はあるようである．講義のなかで理解しようとする学生，自分でまとめようとする学生が少なくなったのか．

プレゼンテーション（パワーポイントなど）を用いて講義を行うとどうしても情報が多くなる傾向が強いようである．学生から進行が速すぎるとの評価を受ける教員も多い．確かにどんどん講義を進めていく教員もいるが，教員ばかりに原因があるとは思えない．

「著作権により，利用できる教材が限られ，教材作成に多大な労力が必要である」ことがデメリットであると自由記載の回答のなかにあった．著作権に配慮しなくてはならないコンテンツだけでなく，個人情報が特定できるコンテンツも多く講義に利用されている．学生の理解度向上を考えたハンズアウトの配布，Web への掲示など，学会でも検討を要する問題ではないかと考える．

7）ICT活用授業の改善策

「授業において，ICT を活用して教育効果を高めるための今後の改善策として，どれが可能か，また，重要だと考えますか」を複数回答可にした質問に対する回答のすべてを合計，おのおのの回答の割合を表に示した（**表Ⅲ-6**）．

板書，対話を含む授業のシナリオ作りの工夫（19%），パワーポイントなどの教材を簡素化し，メモを義務づけ（19%），e-learning による自学自習の学習履歴を基にネット上で個人指導（16%），情報技術を平易に使える統合的な教育学習支援環境の整備（16%），プロジェクト型授業による振り返り学習の徹底（10%），モバイル端末（携帯電話を含む）などで小テストを行い，成績評価に加点（9%），Web 上の情報の信頼性を判断する教育の実施（9%）が改善策として，教育においての ICT 活用法として回答された．講義での改善方法はシナリオ・コンテンツの検討，学生の反応をみながらの講義の進行，振り返り学習など授業方法で改善する方法が挙げられている．従前の講義の考え方を，ICT を活用した講義にそのまま移行するのではなく，ICT の利用に適した方法を検討し，教員にも学生にとっても効率の良い講義が進められなければならない．

8）利用端末の利点，欠点

「授業で学生が利用する端末はどれですか．また，その端末の利点，欠点と考えている事項を挙げてください」を複数回答可にし回答大学数を表に示し，回答のすべてを合計，おのおのの回答の割合を円グラフに示した（**図Ⅲ-15**）．

ノート PC（49%），デスクトップ型 PC（37%），携帯電話（14%）の回答を得た．この質問は歯学教育におい

てのICT機器の普及状況の確認のために行った．学生が個人でノートPCを所有している大学や，ノートPC，デスクトップ型PC両方を備え，使用する状況によってノートPCとデスクトップ型PCを使い分けている大学があった．携帯電話は小テストの回答端末として利用されていた．

それぞれの端末には利点・欠点があり，回答のなかから特徴的なものを挙げる．

(1) デスクトップ型PC

利点：①盗難防止が容易．②全員が同じ環境下で使用できる．③トラブルが比較的少ない．④処理速度が速い．

欠点：①移動困難．②場所をとる．③移動が不可能なためコミュニケーションを取り入れた授業形態がとりにくい．④使用可能な部屋が限定しているために学生が常時使用できない．

(2) ノートPC

利点：①収納可能．個人PCを持参させられる．②無線LANがある部屋なら，どこでも活用できる．③複数の科目・授業で使用することが可能である．④学生個人にノートPCを購入させているためコストがかからない．⑤授業および自学自習の用途などすべてに対応できる．

欠点：①学内の無線LAN環境整備が遅れているため，講義室で利用ができない．②携帯に便利であるが，処理能力がデスクトップより遅い．③自宅などでの扱い方が必ずしも把握できない．④学外での使用でウイルス感染の可能性が大きい．

(3) 携帯電話

利点：①全員が常時携帯している．②すぐに反応が得られることが多い．③電車の中など，移動中の空き時間でも活用できる．④簡単な小テストには有効．⑤いつでもどこでも閲覧可能．⑥電話連絡はもちろん個人PCアドレス宛てのメール連絡ができる．

欠点：①画面が小さい．②動画などは活用困難．③パケットし放題だとしても，通信料は学生が負担．④携帯からアクセス可能なLMS（Learning Management System）は少なく，本学では導入できていない．⑤入力が不便．などであった．

当然であるがどの端末も利点・欠点があり，状況，環境に合わせて選べることが理想であるが，それぞれの大学の教育方法に合ったものが選択されている．

9）授業改善の課題

「授業改善に向けて，課題と考えていることはありますか」を複数回答可にし回答のすべてを合計，おのおのの回答の割合を表に示した（**表Ⅲ-7**）．

学習意欲を高めるような授業設計・運営を工夫したい（27%），授業中に学生の反応をとらえ，理解度に応じた授業をしたい（21%），教室外での事前・事後学習指導を徹底したい（21%），対話を重視した授業を徹底したい（15%），授業改善に必要な情報技術を活用・修得したい（14%）が挙げられた．

学生のモチベーションを高めそれを維持し，理解を確認して講義を進める．簡単そうであるが非常に難しい．学生が予習復習を積極的にやってくれれば解決できそうだが，それがいちばん困難である．

10）日本歯科医学教育学会でのITの発表数

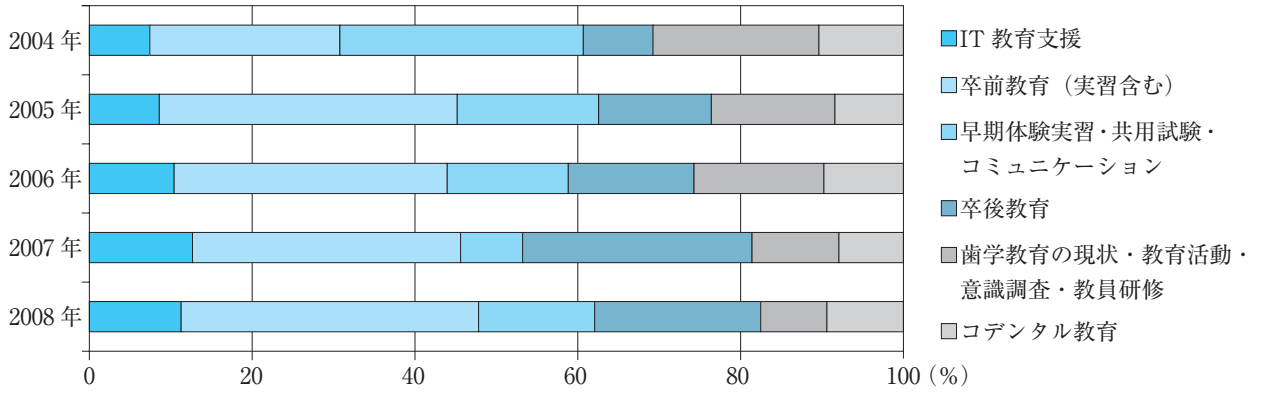
本学会でのIT教育支援に関する発表について，発表内容の変遷（**図Ⅲ-16**）と，IT教育支援関係の内容の変遷（**図Ⅲ-17**）を調べてみた．分類は各学術大会での分類に従った．IT教育支援関係の発表の割合は2004年，2005年では10%に満たなかったが，2006年から10%を超え，関心が高くなった分野であるといえる．発表内容の割合は年ごとに変化しているが，2006年以外でe-learningと双方向講義関係を合わせた，いわゆる授業方法に関する発表が約30%以上，2008年には約60%もあった．今後この傾向がどのように変化するか予測できないが，多くの教員が授業方法について改善を考えており，学会での発表の傾向はその表れと考える．

まとめ

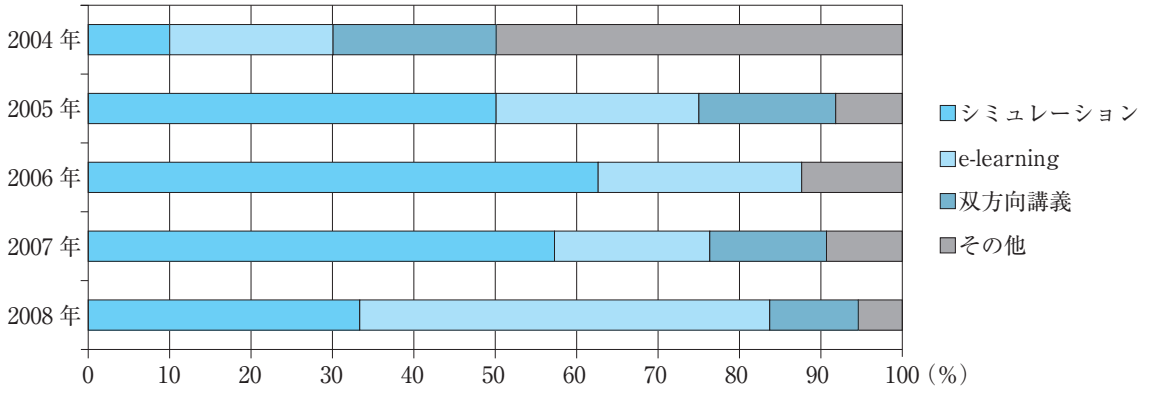
ICT活用教育についての認識に違いがあり，講義でのプレゼンテーションから考えていただいた大学と，新しいシステムを活用した講義体制，講義内容のWebへの掲載，e-learningの実施などをICTの活用と考えていただいた大学があったように見受けられる．この原因はアンケートの原案を作成した著者の不手際が最も大きな原因であるが，ICTに対する共通の概念が確立していないことも多少影響しているかもしれない．

講義でノートを取らなくなった，教材の情報量が多く理解が追いつかないなどICT活用授業の問題点が挙がっており，歯科医学教育のなかでもICT活用の授業の進め方，情報教育を含めたICTの活用方法などについて議論を進めていかなければならないと考える．

最後にアンケートにご協力いただいた各大学のご担当者に深謝いたします．



図Ⅲ-16　日本歯科医学教育学会での発表内容の変遷



図Ⅲ-17　学会での IT 教育支援関係の発表内容の変遷

4 倫理・態度教育の現状

平田　幸夫

はじめに

21 世紀に入り全国の歯科大学ならびに歯学部では，それぞれの大学の教育理念および教育目標に基づいて医療の社会化を重視した歯科医学教育の変革が進行している．なかでも，国民医療の根幹をなす患者と歯科医師との良好な信頼関係を築くために必要な態度に関する教育や，高度な歯科医療技術や知識のみならず幅広い見識と豊かな人間性を有し，高い倫理観を兼ね備えた歯科医療人の育成を目指す医療倫理に関する教育はきわめて重要視されるようになってきた．もともとこれらの領域の教育の必要性は社会からの強い要請によるもので，2000 年に「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」と「歯学教育プログラム調査研究会」の協力によって開発された「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」（歯学教育内容ガイドライン）のなかに，臨床実習開始前までに取得すべき到達目標として，「①医の原則，②歯科医師としての基本的な態度」が明確に位置づけられた．このようにして，医療人としての倫理教育や基本的な態度教育の必要性が示され，現在では，それぞれの大学において教育体制の整備が進められている．一方，米国においても歯科医師に求められる能力はわが国と同様で，2008 年に，American Dental Education Association（ADEA）[1,2] は「新しい一般歯科医のためのコンピテンシー」のなかで，歯科医師に備わっていなければならない能力として，6 つの領域（①批判的思考，②プロフェッショナリズム，③コミュニケーションと対人関係のスキル，④健康増進，⑤医療のマネージメントと情報処理，⑥患者ケア）を示した．このなかで示された「②プロフェッショナリズム」と「③コミュニケーションと対人関係のスキル」は，それぞれ，医療倫理と態度教育に関連する歯科医師に必要なコンピテンシーとして，目標達成に向けて歯科医学教育が行われている．

しかしながら，わが国の歯科医学教育のなかでの倫理・態度領域の本格的な教育はスタートしたばかりで，決して十分とはいえない．そして，著者らが行った本領域の教育に関する調査およびシンポジウム [3,4] では，教育内容の整備が十分でなく各大学間で教育内容と教育体制に格差が生じている現状を示した．

そのようなことから，わが国における倫理・態度領域の教育の現状について，本学会の歯科医学教育白書作成委員会が全国 29 大学に実施し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．

調査は，全国の歯科大学ならびに歯学部の計 29 大学を対象に，本学会の歯科医学教育白書作成委員会が行った各大学学長宛へのアンケート調査に併せて，倫理教育ならびに態度教育の現状を把握するために質問紙調査を実施した．調査項目（**表Ⅲ-8**）および調査期間については，Ⅰ倫理教育：臨床前の教育課程のなかでの倫理および医療倫理教育の現状（調査項目：実施の有無，実施科目，実施形態，担当教員，対象学年，教育内容，教育方略，評価法など）と臨床（病院）実習中の倫理および医療倫理教育の現状（調査項目：実施の有無，実施科目，実施形態，担当教員，対象学年，教育内容，教育方略，評価法など），また，Ⅱ態度教育：教育課程のなかでの態度教育の現状（実施の有無，実施科目，実施形態，担当教員，対象学年，教育内容，教育方略，評価法など）として，2009 年 4 月中旬から 6 月末日にかけて質問紙により回答を求め，質問紙を回収後，集計した．調査項目に関する国公立大学ならびに私立大学からの回収率は 100％であった．

1）倫理教育

Ⅰの倫理教育について，臨床前の教育課程のなかでの倫理および医療倫理教育は，1 大学を除きほかの 28 大学において実施していた．調査項目ごとの結果を以下に

ひらた　ゆきお
神奈川歯科大学社会歯科学講座歯科医療社会学分野
キーワード：歯科医学，倫理教育，態度教育

表Ⅲ-8　倫理・態度教育に関する質問調査用紙

1. 教育課程の中で，□□教育を実施していますか．
   a. 実施している　　b. 実施していない　　c. 実施を検討している
2. 上記で「a. 実施している」の場合に，以下をご回答ください．
   ＊複数の科目で実施されている場合には科目ごとに以下の追加欄にご回答ください．
   1）科目名（　　）
   2）実施形態
      a. 単科科目として　　b. 統合科目として　　c. その他：（　　）
   3）教　員
      a. 常勤　　b. 非常勤　　c. 常・非常勤
   4）各教員の専門分野……＊教員数に応じてご回答ください．
      1.（　　）
      2.（　　）
      3.（　　）
      4.（　　）
   5）実施学年
      a. 1年（前期・後期）　b. 2年（前期・後期）　c. 3年（前期・後期）
      d. 4年（前期・後期）　e. 5年（前期・後期）　f. 6年（前期・後期）
   6）教育時間数
      （　　）コマ　　計（　　）分間
   7）教育項目（内容）についてご記入ください．
      （　　）
   8）教育方法（方略）についてご記入ください．
      （　　）
   9）評価方法についてご記入ください．
      （　　）
   10）当該教育要綱（シラバス）部分のコピーの送付は可能ですか（いずれかの○を1つ選択）．
      a. 可能である　　b. 送付できない
      ＊「a. 可能である」とご回答いただいた場合，詳細な調査が可能になるため，ご送付いただければ幸いです．

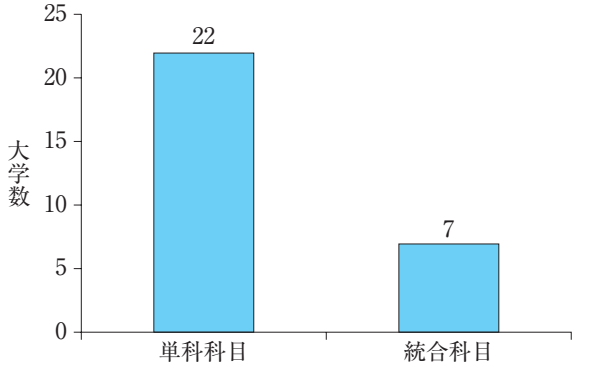
要約した．

①実施科目名；「医療倫理学」が最も多い使用科目名で，12大学で使用していた．その他，「生命」「人間」という語句を含めた科目名も多くみられた．また，統合科目の形態では，「人と社会」「歯科医師力養成学」「臨床体験実習」などが科目名として使用されていた．

②実施形態；実施形態として単科科目を採用する大学は22大学，統合科目は7大学で採用・実施していた（**図Ⅲ-18**）．うち1大学は単科と統合科目の両方で実施されていた．

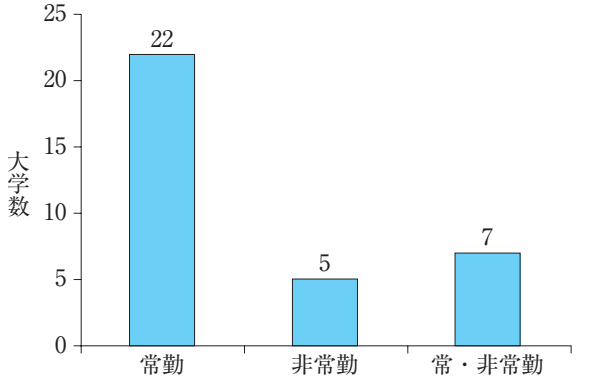
③担当教員と教員の専門分野；常勤の科目担当者が確保されている大学は22大学であった．一方，科目担当者が非常勤教員だけで対応している大学は5大学であった．また，常勤と非常勤が混在して対応している大学が7大学あり，該当科目は多くの人的資源を必要とする実習・演習の授業形態であった（**図Ⅲ-19**）．

担当教員の専門とする分野は，大半が①で示した「倫理学」や「医療倫理学」などの実施科目名と関連して

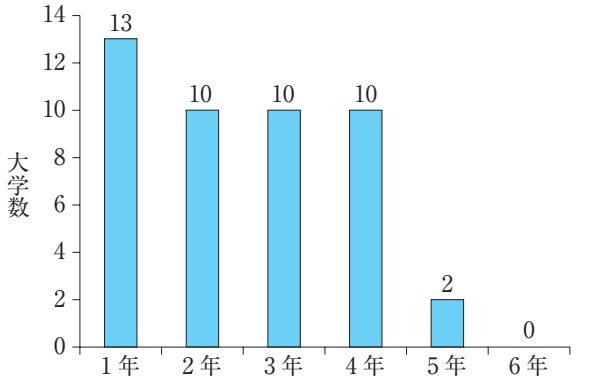


図Ⅲ-18　（医療）倫理教育の実施形態

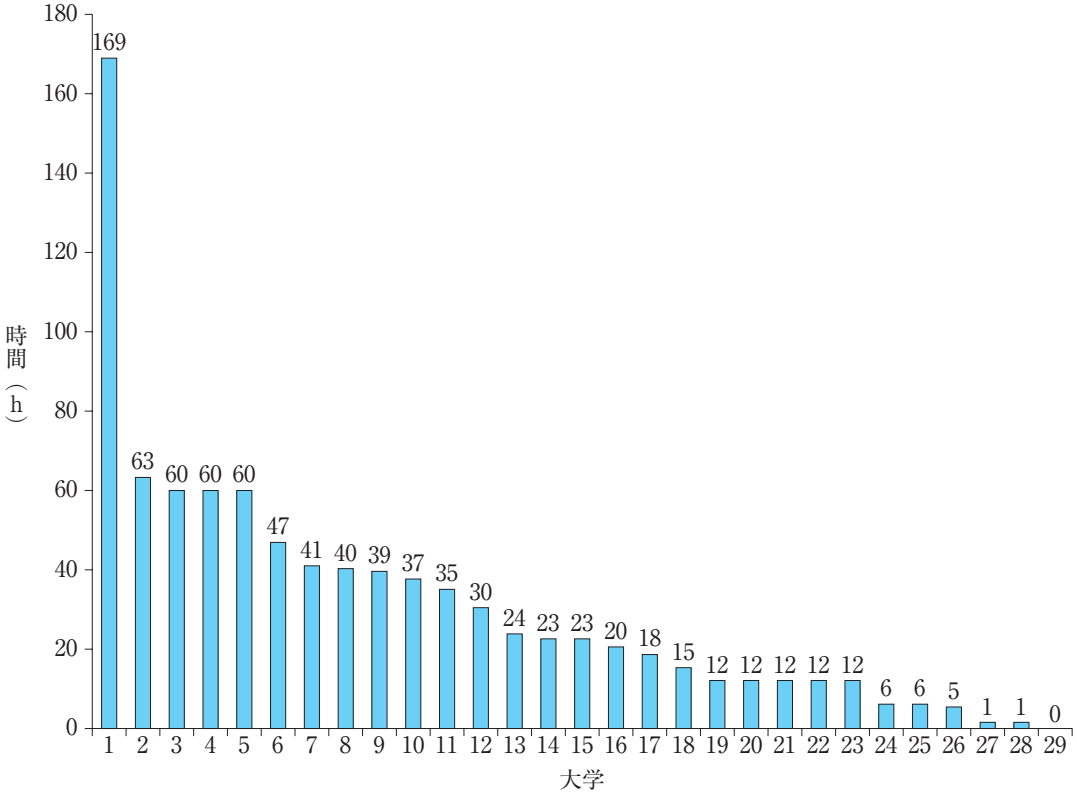
いた．その他，臨床系からは口腔外科学，歯科補綴学，小児歯科学，総合診療歯科学，予防歯科学，医学部医療管理学などの教員が，また，社会教養系からは社会歯科学，法医学，地域保健学，法学，哲学，心理学などの教員が担当した．それ以外では，全教員，ホスピス病棟の元看護師長，ボランティアを専門とする教員



図Ⅲ-19 （医療）倫理教育の教員の職位



図Ⅲ-20 （医療）倫理教育を実施する学年



図Ⅲ-21 （医療）倫理教育にかける延べ時間数

が担当し，大学全体で対応している状況であった．

④対象学年；国立大学の2大学を除き，おおむね1年次から4年次に均等に配分されていた．私立大学が低学年で医療倫理教育を開始するのに対して，国公立大学では3年次以降に開始する傾向にあった（**図Ⅲ-20**）．そのほか，単科科目として当該年のみだけで終了する大学が15大学あった．

⑤教育時間；延べ教育時間数は最大で169時間，最小は1時間となり，臨床前倫理教育時間の配分に大学間で差が認められた（**図Ⅲ-21**）．

⑥教育項目（内容），教育方法（方略），評価方法；**表Ⅲ-9**には教育項目（内容）を中心に教育方法（方略），評価方法の関係を示した．医療倫理，インフォームド・コンセント，医療安全，医療面接，歯科医師の責務，基本的人権などの概論的な倫理に関する教育内容については講義，または講義と実習（SGD，Small Group Discussion）が行われ，評価方法として筆記試験やレポートが多く採用されていた．また，少数ではあったが，倫理的事例への対応や解決についての内容では実習，SGD，PBLなどの方略が用いられ，発表や観察

表Ⅲ-9　臨床前の教育課程での倫理教育の教育項目，教育方法，評価方法の関係

教育項目（内容）	教育方法（方略）	評価方法
患者の尊厳，医の倫理，歯科医師の責務など	講義	筆記試験
インフォームド・コンセント，医療と倫理，医療の問題点	講義	筆記試験
西洋倫理思想	講義	筆記試験
モデル・コア・カリキュラム A1～A4 に準拠	講義	筆記試験
哲学や論理学の最も根底的な視点からの医療行為のあり方	講義	筆記試験
イスラム思想・イスラム倫理と医学	講義	筆記試験
歯科医療における医師の責任，死と生のはざまで生きるなど	講義	レポート
患者の尊厳，医の倫理，歯科医師の責務など	講義	レポート
医療倫理の基本，近代社会の理念と問題点など	講義	筆記試験，レポート
社会歯科学	講義	レポート，出席率
歯科医師・患者関係	講義	筆記試験，レポート，受講態度
患者のための医の倫理，医療倫理と生命倫理の歴史と意義など	講義	筆記試験，レポート，出席率
日常の倫理的問題，社会倫理，市民倫理，環境倫理など	講義	筆記試験，小テスト，受講態度
基本的な資質や医学における倫理的注意事項，医療安全など	講義	筆記試験，受講態度，出席率
歯科医師の心構え，新しい時代の歯科医学的知識	講義	レポート，受講態度，出席率
医の倫理，歯科医師の責務，医の原則，患者の尊厳など	講義	筆記試験，小テスト，出席率
医療倫理学，生活倫理，宗教倫理，医療の原理原則など	講義	筆記試験，レポート，受講態度など
死生学，生死教育，生死と宗教，死生観，ホスピス・ケアなど	講義	筆記試験，レポート，受講態度など
医の倫理，患者の権利，医師の義務と裁量権など	講義，演習	筆記試験，レポート
医の倫理，インフォームド・コンセント，医療面接など	講義，演習，実習	筆記試験，レポート，実習態度
実地医療における倫理課題と事例	講義，ロールプレイ	レポート，出席率
現在の医療の原則，患者の尊厳と歯科医師の責務	講義，事例検討	筆記試験
歯科医療倫理	講義，事例検討	筆記試験
医の倫理	講義，SGD	筆記試験
医療倫理学の主要な概念，原則，歴史など	講義，SGD	筆記試験，出席率
現代社会における倫理に関わる諸問題など	講義，SGD	筆記試験，小テスト，発表
医の倫理綱領を中心にその背景・思想	講義，SGD	筆記試験，レポート，受講態度
歯科医師の法的義務，臨床倫理の 4 分割法，医の倫理規範など	講義，SGD，演習	筆記試験，レポート，受講態度など
癌との闘病体験，スピリチュアル・ケアなど	講義，SGD，発表	筆記試験，レポート，受講態度
将来の歯科医師としての自覚の高揚など	講義，実習など	形成的評価，総括的評価
歯科医師の義務と責任，接遇，身だしなみ，チーム医療	講義，SGD など	筆記試験，小テスト，レポートなど
医療倫理	事例検討，模擬試験	筆記試験，レポートなど
包括臨床実習により，歯科医師としての自覚など	臨床実習，討論	形成的評価，総括的評価
コア・カリキュラム内容	SGD	筆記試験，受講態度，発表
医療倫理に関わる話題についてのグループ討論など	SGD	レポート，出席率
医療倫理や医師患者関係についての検討	SGD	SGD 発表の評価シートによる採点
臨床倫理の考え方，患者の選好・QOL・医学的適応など	PBL	観察記録による評価

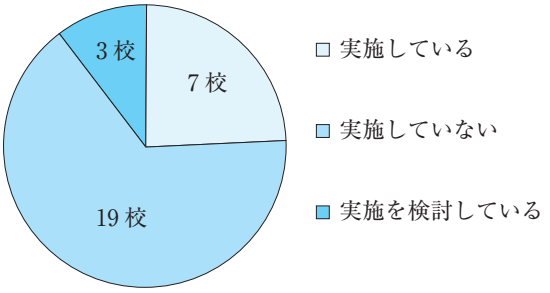
記録による評価，ポートフォリオなどの形成的評価などが行われていた．

次に，Ⅰの臨床（病院）実習中の倫理および医療倫理教育の現状では，実施していると回答のあった大学は 7 大学で，実施していないまたは現在検討中と回答のあった大学は 22 大学であった（**図Ⅲ-22**）．調査項目ごとの結果を次に要約した．

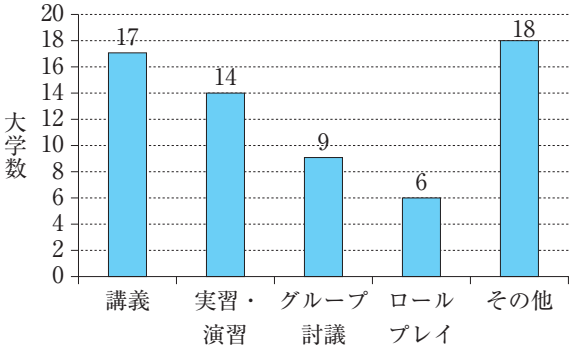
①実施科目名と実施形態；最も多い実施形態は講義で，その科目名として「社会歯科学」「臨床講義」「臨床実習予備実習」「臨床歯科心理学（実践歯科医療学）」が使用されていた．また，臨床参加型を主体とした科目としては「包括臨床実習」が，講義と実習を含めた中間的な科目としては「PBL テュートリアル」「臨床歯科学」が使用されていた．

表Ⅲ-10　臨床（病院）実習のなかでの倫理教育の教育項目，教育方法，評価方法の関係

教育項目（内容）	教育方法（方略）	評価方法
歯科医師の倫理について	訓話	出席率
歯科医療・保健に関する法律と制度，倫理，需給関係など	講義	レポート
社会歯科学	講義	レポート，出席率
インフォームド・コンセント，裁判での因果関係など	講義	レポート，出席率
患者の尊厳と歯科医師の責務など	講義，演習	マークシート試験
基本的態度・知識・技能の修得	臨床実習	形成的評価，実習態度など
態度・知識・技能の修得	臨床実習	ポートフォリオによる自己評価など
態度・知識・技能の修得	臨床実習	臨床能力判定試験など
倫理的項目を含むシナリオを用いたPBL	PBL	テュータによる評価など



図Ⅲ-22　臨床（病院）実習中の倫理および医療倫理教育の実施状況



図Ⅲ-23　大学が採用している態度教育法（複数回答）

②担当教員と教員の専門分野；講義中心の科目については一部，社会歯科学の非常勤教員が担当したが，多くは臨床実習のなかで実施されるため，すべての科の教員が必要に応じて担当していた．

③実施学年と教育時間；実施学年は私立大学の場合はおおむね5年次に，国公立大学では5年から6年次の間で実施していた．また，教育の延べ時間数では最小で2時間，最大で942時間と，大学間で教育時間数に大きな差を認めた．また，講義・PBL形態では最高で10時間，臨床参加型では十分な時間が費やされていた．

④教育項目（内容），教育方法（方略），評価方法；**表Ⅲ-10**には臨床期間中の教育項目（内容）と教育方法（方略），評価方法の関係を示した．臨床前に行われた概論的な教育内容から発展した「患者の権利と歯科医療従事者の義務」「患者の尊厳と歯科医師の責務」「倫理的事例」などの具体的な教育内容が講義形態で行われていた．そして，評価方法はレポートによるケースが多かった．また，臨床教育を含めた臨床期間中の態度・知識・技能の習得を目的とした総合的な教育内容では，ほかの臨床実習内容を含めて総合的に評価されていた．倫理的項目を含めたシナリオを採用しているPBLでは，評価法としてテュータ評価と学生自己評価を採用していた．

2）態度教育

Ⅱの態度教育について，教育課程のなかでの態度教育は，実施していない4大学を除き25大学において実施していた．調査項目ごとの結果を次に要約した．

①実施科目名；複数の科目を実施している大学を含めて全体で47の科目名の回答があった．倫理教育のように集中する科目名はなく，「コミュニケーション」「医療人間」「行動」「医療面接」「歯科医師」「態度」などの語句を使用した科目名が多くみられた．

②実施形態；単科科目を採用している大学は14大学，統合科目を採用している大学は12大学，実習科目を採用している大学は3大学であった．

③担当教員と教員の専門分野；配置された科目を常勤の担当者のみで実施している大学は15大学であった．一方，科目を非常勤教員だけで対応している大学はなく，残りの10大学は常勤と非常勤が混在して対応していた．

また，担当教員の専門とする分野は実施科目名と密接に関連している分野を中心にして全体の分野が協力して実施しているケースが多く，臨床系分野，基礎系分野，社会教養系分野からバランスよく教員が担当していた．

表Ⅲ-11　態度教育のなかでの教育項目，教育方法，評価方法の関係

教育項目（内容）	教育方法（方略）	評価方法
初年度導入教育（態度，勉強の仕方・調べ方）	講義	出席率
医師−患者関係，正常な心理発達と患者の心理状態など	講義	レポート
対人援助とコミュニケーションなど	講義	レポート，実技
歯学概論，歯科医師としての基本的態度	講義	定期試験，レポート，出席率
カウンセリング，インフォームド・コンセントなど	講義	定期試験，受講態度など
医療面接，介護施設実習	講義，実習	医療面接：観察記録など
医療面接，カウンセリング技法，ラポール形成など	講義，実習	観察記録（相互実習）など
術前診査，印象採得，歯垢の染め出し，臨床現場見学	講義，実習	受講態度など
POS による歯科治療，歯科医学史など	講義，実習	レポート，出席率
社会福祉施設・社会福祉制度の説明など	講義，実習	出席率，作業日誌など
医療面接，臨床心理学，リスクマネージメントなど	講義，模擬患者実習	レポート，出席率
歯科医師に必要な態度，患者への対応など	講義，病院見学	観察記録，レポート
救急蘇生に関するシミュレーション実習	講義，参加型実習	観察記録とレポート
医療倫理，歯科医師マインド，コミュニケーション能力など	講義，ポートフォリオ	試験，レポートなど
教養と豊かな人間性，歯科医療人の意識と態度など	講義，SGD	参加態度，レポートなど
医療現場でのコミュニケーションの重要性，医療面接技法	講義，ロールプレイ	観察記録
福祉施設研修，病院研修，報告会	講義，演習，見学	受講態度，報告書・レポートなど
患者と医療機関，福祉施設と社会，医療面接に向けてなど	講義，実習，演習	筆記試験，演習中態度
医学研究，医療，生殖など	講義，SGD，発表	定期試験，小テスト，態度など
患者体験・健診記録実習，患者誘導実習	講義，SGD，実習	観察記録，レポート，評価シート
医療面接，患者と医療人，コミュニケーション，接遇の基本	講義，テュートリアルなど	レポート，出席率
問題解決手法（ブレインストーミング，KJ 法）など	講義，演習，SGD	自己評価，テュータ評価など
医療者の身だしなみ，患者との良好な人間関係の構築など	講義，模擬 OSCE	態度のみの評価はしていない
人間力，コミュニケーション能力，歯科学生の自覚など	講義，実習など	筆記試験，小テストなど
人間力，コミュニケーション能力，歯科学生の自覚など	講義，SGD，発表など	出席率，レポート，発表内容
人権問題（部落問題，タブー視と人権，差別問題など）	講義，視聴覚など	テスト，レポート，受講態度
能動的，問題解決的な自己学習態度	講義，体験実習，討論など	出席率，学習態度，参加態度
人間力，コミュニケーション能力，歯科学生の自覚など	講義，SGD など	出席率，レポート，発表内容
医療面接，医療行動科学，各種ハラスメント，医療事故	講義，実習など	筆記試験，技能・態度評価など
態度（接遇，診療準備など）	臨床実習期間中に適宜指導	評価用紙を用いた評価
教養部での生活を充実した有意義なものにする	研究室・附属病院の見学	レポート
倫理観やコミュニケーション能力，自学自習能力	SGD，ポートフォリオ	ポートフォリオ，出席率
身だしなみ，コミュニケーション，あいさつ，ルールなど	能動的学習，KJ 法	授業態度，積極性など
歯科医学・歯科医療の現状認識，医の原則など	実習，発表など	出席率，受講態度，実習態度など
歯科医療・介護の現場体験，職業意識，態度など	介護施設・病院見学など	レポート，出席率
患者との会話，電話の応答，アシストなど	シミュレーション実習	レポート，出席率
初診時の医療面接	相互実習など	実技試験と観察記録
介護施設での食事介助，口腔ケアの体験	小グループでの宿泊実習	レポート，実習態度
介護施設見学実習，ブラッシング体験実習	見学実習など	レポート，実習態度，発表
学外施設見学，患者エスコート実習，附属病院見学実習	実習	レポート
全診療科	各学生に対する個別指導	各診療科教員による総合評価

＊教育項目，教育方法，評価方法の記載のあるものを表示

④対象学年；1年次と3年次に実施する大学が最も多かったが，半数以上の大学では複数年実施していた．
⑤教育時間；延べ教育時間数においては最小の90分から最大の443時間と大学間に大きな差が認められたが，半数の大学では40時間程度の延べ教育時間数が確保されていた．
⑥教育項目（内容），教育方法（方略），評価方法；態度教育を実施している25大学のうち，教育方法として講義を採用している大学が17大学，実習・演習を採用している大学が14大学，グループ討議は9大学，ロールプレイは6大学であった（**図Ⅲ-23**）．また，**表Ⅲ-11**に示した教育項目（内容）を中心にした教育方法（方略），評価方法の関係をみると，態度教育の中核をなす「コミュニケーション」や「医療面接」に関する教育内容については，講義に加えてSGDやロールプレイによる教育方法を採用していることが多く，その評価法としてはレポート，観察記録などを主体にそれぞれの大学の教育体制に応じて多面的に行われていた．

まとめ

歯科医学教育の質の保証と標準化が提唱ならびに推進[5,6]されるなか，本領域における詳細なカリキュラムの整理は最も喫緊な課題となっている．

今調査で行われた全国29大学・歯学部での倫理・態度領域の教育の現状は，一部の大学を除き，ほとんどの大学でなんらかの教育手法を実施していた．倫理教育についてみれば，ほとんどの大学で臨床実習前のカリキュラムにおおむね均等に位置づけられていた．しかし，教育実態をみると，大半の大学では歯科医師国家試験の出題基準やモデル・コア・カリキュラムに準じた内容を講義形式で教育を行い，筆記試験，レポート，出席率，受講態度などで評価を行う傾向にあった．そして，臨床実習における倫理教育の実態では，実施している大学は7大学だけで，全体の3/4の大学では臨床の場での倫理教育が整備されていない状況であった．最近の医療制度大改革の趣旨や医師・歯科医師の職業倫理の欠如がもたらす社会的問題に鑑みれば，医師や歯科医師の医療行為は職業倫理の根拠に基づいて行われることが国民の医療に対する信頼の基盤となっている．また，ADEAの「新しい一般歯科医のためのコンピテンシー」[2]においても「②プロフェッショナリズム」の領域で「歯科治療の提供において倫理的，法的基準を適用できる」と「自分のコンピテンシーの範囲で診療を行い，必要に応じて専門家に照会できる」のコンピテンシーが示されている．そのようなことから，今後は臨床ケースにおける倫理判断に関する学習法の充実と学習結果を適切に判断できる評価法の開発が急務といえるであろう．次に，態度領域の教育の現状は，態度教育の中核をなす「コミュニケーション」や「医療面接」などの教育内容に対して，講義，SGD，ロールプレイなど多彩な教育方法が採用されていた．しかしながら，標準化された適切な評価法はなく，レポートによる評価が多くを占めていた．医療の根幹をなす患者と歯科医師との十分な信頼関係の構築にはコミュニケーション能力の多寡が影響を与える．そのようなことから，歯学教育期間を通して行動科学的原則を背景とした適切な対人関係とコミュニケーション能力を養うことが必要である．今後は，短期的な教育内容でなく，長期的な継続した教育プログラムにより，さまざまな集団や個人と接するなかで効果的なコミュニケーションスキルを涵養できる環境と標準的な教育手法の開発が必要であろう．

文献

1) American Dental Education Association. Competencies for the new general dentist（As approved by the 2008 ADEA House of Delegates）. J Dent Educ 2008；72：823-36.
2) American Dental Education Association. Competencies for the new dentist（As approved by the 1997 ADEA House of Delegates）. J Dent Educ 2004；68：742-4.
3) 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.
4) 石井拓男，樫　則章，平田幸夫，尾崎哲則．歯科大学における医療倫理教育．日歯教誌 2006；22：249-56.
5) Oriver R, Kersten H, Vinkka-Puhakka H, Alpasa G. Curriculum structure：principle and strategy. Eur J Dent Educ 2008；12：74-84.
6) 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；21：219-24.

5 研究体験実習

鶴田　潤

はじめに

歯科医学教育のなかで，臨床教育と並んで重要であるのが，科学的思考能力の育成を目的とする教育である．現在の歯科医師育成の流れのなかで，このリサーチマインドを育成する実習の結果は，共用試験，歯科医師国家試験などの定格化された外部試験では計ることは困難であり，教育の質，実施責任に関しては，大学に任せられたものとなっている．歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成19年度改訂版）においては，「B．歯科医師の基本的な態度・B-1-2）学習の在り方」において，「一般目標：歯科医学・医療に関連する情報を重要性と必要性にしたがって客観的・批判的に統合整理する基本的能力（知識，技能，態度）を身につける」とある．特に，到達目標の⑤として，「各自の興味に応じて選択制カリキュラム（医学研究，歯科医学研究等）に参加する」とある．また，別項目として，「B-1-4）医療の評価・検証と科学的研究」において，「医療の改善のために不断の評価・検証と倫理的および患者の利益と安全に配慮した科学的研究が必要であることを学ぶ」とあり，到達目標の④として，「医療改善のための科学的研究（臨床研究，疫学研究，生命科学研究等）に参加する」とある．どちらについても，学生が研究活動に参加することを促すものであり，＊（アスタリスク）はついていないことから，6年間の歯科医学教育のなかで時期を問わずに実施することが可能である．

本稿においては，歯学教育モデル・コア・カリキュラム導入部分として，また，大学独自に策定したカリキュラムとして，歯科医師としての基本的な態度を養成する目的で，各大学が研究に関わる教育をどのような実習形式で導入しているのかを明らかにするために，2009年春，「研究体験実習」に関わるアンケート調査を行った．協力大学は，全国29大学中29大学（100%）であった．

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：科学的研究，リサーチマインド，科学的思考能力

1）研究体験実習の実施状況

大学ごとの回答結果をまとめた表を示す（**表Ⅲ-12, 13**）．「学生が自身の研究テーマを持ち，研究活動を行う実習」の有無について，実施あり：17校（58.6%），実施なし：12校（41.4%）であった．実施している大学17校では，さまざまな教育目標が掲げられていた．実施学年については，単独学年で実施している大学が10校（58.8%）であり，うち5校（50.0%）が3年生での実施であった．また，複数学年で実施している大学が7校（41.2%）であった．実施期間については，2～45週間と大学により違いが認められた．どのような実習形式であるのか，すなわち，ある期間においてすべての授業時間を本実習に費やすのか，あるいは，1週間のうちの数時間を複数週間実習に費やすのか，という形式に違いがあることから，実習形式とともに期間を判断する必要があると思われた．実習形式については，学生が1名ずつで実習を行う形式とグループを組んで実習を行う形式があった．学内発表会，発表形式については，学内発表会あり：10校（58.8%），学内発表会なし：7校（41.2%）であった．学内発表会がある場合の形式は，口演発表：6校（60.0%），ポスター発表：1校（10.0%），口演・ポスター発表：2校（20.0%），回答なし：1校（10.0%）という結果であった．また，10校中，全員発表が7校（70%），希望者発表が3校（30%）であった．審査賞の有無については，あり：5校（50.0%），なし：5校（50.0%）であった．本実習について，どのような方法で学生の評価を行っているか，評価項目については多くの大学が日常評定（評価）をその評価に用いており，そのほか，レポート（報告書），学内発表を用いる傾向がみられた．実施していない大学12校について今後の予定を問うたところ，導入の予定あり：3校（25.0%），導入の予定なし：9校（75.0%）という結果となった．

表Ⅲ-12-(1)　「学生が自身の研究テーマを持ち，研究活動を行う実習」を実施している大学

	a	b	c	d	e	f
現在の実習開始年	2005	1998	1969	2004	2006	2009
現行前の実習開始年					1996	
名称	歯科医学研究 A，B，C	研究実習	基礎研究実習	課題研究	研究体験実習	生命歯学探求
教育目標	現象をつぶさに観察し客観的に捉える能力，論理的に思考する能力，問題を解決して目標を達成する能力，研究成果を適切にまとめわかりやすく発表する能力を養う．	—	教育理念の1つ「考える歯科医師」たるに必要なリサーチマインドの涵養を目指す．	医療人として調和の取れた人間性を育成するために，課題の継続的学修を通して担当教員と交流し研究に関する基礎的なプロセスを理解する．	みずからの関心に基づいて研究活動を行い，自主的学習態度，論理的思考能力を養い，問題解決の方法を習得する．	生涯にわたって歯科教育の発展と歯科医療の質の向上に寄与するために，興味ある研究に参画することによって，科学的根拠の必要性を認識し，具現化に必要な基本的態度・技能・知識を身につける．
現在の実習の実施時期（対象学年）	3・4・5	5・6	5	2・3	4	2・3
現在の実習の実施期間（週間）	30 （週に1コマを30週間）	24	4単位：10	45	7～15	20
実習形式（分野配属，自由研究など）の概略	年間54時間，学生が4～5名のグループをつくり，希望する研究室で研究テーマを設定し，計画を作成して，研究を実施する．研究成果は，学内発表会，学内学会，Student Clinician Reseach Program，各種学会にて発表する．	学生に分野を選択させ，各講座において指導して研究を遂行する．	学生は基礎系分野のなかから1分野を選択し，当該分野において研究実習に取り組む．	各講座が作成した研究領域を参考に，学生が講座を希望する．学務担当が調整し，配属講座を決定する．学生は講座の規模により2～5名が配属となる．研究課題の立案，計画，実施，および結果の検討を行い，報告書として提出する．	学生は，本学における大学院研究室（歯系に限らず）および関連研究所研究室へ，実習期間中，個別に配属する形式をとっている．各分野にて，学生はおのおの研究テーマを持ち，期間中，指導教員とともに，研究を遂行し，研究室での生活を体験することとなる．	学生を24の講座・施設に分割して配属し，2年後期から3年前期にかけて，それぞれの講座・施設の教員の指導の下に，研究活動を行う．
実習に関わっている教員数（医員/大学院生は含まない）	11	20	32	約50	最低65	24
学外機関への配属の例はありますか？	いいえ	—	いいえ	いいえ	はい	いいえ
具体例は？					国内においては，学生がみずから希望し，配属調整を行った他大学大学院および他大学研究所．国外においては，学生がみずから希望し，配属調整を行った他大学および公的機関（米国，フランス，マレーシア，スイス等，2009年度は，新型インフルエンザの影響により海外配属は中止）．	
学内発表会はありますか？	はい	はい	いいえ	いいえ	はい	はい
口演発表		62			8	24
ポスター発表					62	
その他：					0	
発表会での発表は，全員ですか？　希望者のみですか？	希望者のみ	全員			全員	全員
審査による賞はありますか？	はい	いいえ			はい	いいえ
実習評価対象は何ですか？（日常評定，レポート，学内発表，学外発表，論文発表など）	日常評定，レポート，学内発表，学外発表	レポート 学内発表	当該分野での研究態度・内容	日常評定，報告書	日常評定，レポート，学内発表	日常の研究態度，学内発表など
実施体制はどのようになっていますか？	学生が希望する研究室を選択して，研究を実施する．	研究実習担当の責任者が各講座と連絡を取り，学生を配置する．	学部教務委員会が中心となり，学生の希望を入れながら分野配属を決定している．	学生の希望を取り，できるだけ希望の講座に配属する．学務委員会委員長が調整する．	科目担当者と教育委員長が協力し，各研究室との連絡を取り，学生配属を実施する．実際の配属期間においては，配属先研究室責任者が学生指導についての責任を負う．	教務部・学生部が中心となり，各講座・施設に学生を配属し，連絡調整を行う．
これまでの貴学における本実習の経験から，評価すべき成果，改善すべき点があれば記入してください．	日本歯科医師会主催Student Clinician Research Programにて2006年度優勝，2007年度準優勝，2008年度準優勝した．	特になし．	多くの学生が大学院に進学している．現在，他部局からの協力講座への配属を検討している．	優れた報告はデンツプライStudent Clinician Research Programに応募することができる．一方で，教員の負担が多く，学生の自主的取り組みがいっそう求められる．	このような実習を行う場合には，学生の能動的な態度を最大限に活かすことが望ましく，その意味で，学生の興味のある研究分野について，学内だけではなく，公的な研究施設において，門戸を開放していく機会の重要性を歯科界として共有し，受入可能施設を増やしていってほしい．	本年度から実施のため経験なし．
特記事項					学生配属については，長期に配属することも考慮し，各研究室の学生選考方法については各研究室へ任せることとし，科目責任者や教育委員長などによる配属調整は行わない．学生は，より現実的な面で研究室を知る必要があり，配属手続きについては頻繁に研究室に訪問する傾向が認められてきている．	

表Ⅲ-12-(2)　「学生が自身の研究テーマを持ち，研究活動を行う実習」を実施している大学

	g	h	i	j	k
現在の実習開始年	2007	2002	2005	2008	2001
現行前の実習開始年	2000			1996	
名称	研究入門：実習（選択）	PBL セミナーⅠ，Ⅱ	研究室体験学習	基礎配属実習	自由研究演習
教育目標	近代歯科医学が科学的根拠のうえに構築されていることを理解する．	「感じる力」「考える力」「コミュニケーション力」「問題解決能力」に対応した学習態度を身につける．	学生みずからが主体的に考えて行動することで科学的思考力や学習持久力を涵養する．	歯学における研究の意義と重要性を認識させ，ライフサイエンスとしての口腔科学に興味を持たせる．	実験研究を通し問題解決，総合的応用判断能力を養い，科学的視点を身につける．
現在の実習の実施時期（対象学年）	3	1	4	3	3
現在の実習の実施期間（週間）	2	30	3	5	8
実習形式（分野配属，自由研究など）の概略	基礎系８教室の期間内に実施する研究内容について事前に説明会を開催した後，学生がみずから配属教室を選択する．実習形式は，それぞれの教室の専門的なテーマの実験を期間中行い，その成果について実習終了後，報告書として提出する．	全部で 14 講義あり，前期Ⅰと後期Ⅰを選択する．内容は，教養・基礎・臨床系担当科目の教員が専門分野を中心に研究課題を与える．	一般教育系，基礎系および臨床系のすべての教室・講座に学生を少人数グループ（５名程度）で配属させ，研究の最前線にいる教員と話し合いながら研究テーマを決めたうえで，実験を補助・見学することを通して，歯科医学の基本的思考法を学ぶ．なお配属先に関しては，学生の希望を事前に調査してから決めている．	全学生を基礎科目を担当する９教室に分属させ，研究生活を体験させる． 実習の形式や内容は，前年度の経験などを踏まえて決定され，３年次の 10 月頃に説明会を行い発表する．	各研究分野に配属され，研究テーマの選択，研究目的とその意義の確認，実験方法の設定，得られた実験データの解析と考察などを行う．本演習は必ずしも研究の独創性や成果には固執せず，研究プロセスにおいていかに能力を発揮したかに主眼をおいている．
実習に関わっている教員数（医員/大学院生は含まない）	10		80	９名以上	125
学外機関への配属の例はありますか？	いいえ	はい	いいえ	いいえ	いいえ
具体例は？		「新聞と私たちの社会」（○○新聞社寄付講義）			
学内発表会はありますか？	いいえ	はい	いいえ	はい	はい
口演発表		80		8	31
ポスター発表					
その他：					
発表会での発表は，全員ですか？　希望者のみですか？		全員		全員	全員
審査による賞はありますか？		いいえ		はい	いいえ
実習評価対象は何ですか？（日常評定，レポート，学内発表，学外発表，論文発表など）	研究計画，独創性，将来性，研究日誌	日常評価，レポート，学内発表	態度および提出レポートによる評価	学内発表	日常の自習態度・意欲など，学内発表
実施体制はどのようになっていますか？	口腔生化学教室が中心となり，各教室との連絡調整を行い，学生を配属する．	教育学習支援センターが中心となり，各研究室との連絡調整を行い，学生に希望を聞き，配属する．	教務部委員会が中心となり，①配属先の受け入れ可能人数を調べる．②学生が配属先を選択するための参考資料（当日の実験，実習，演習の内容を記載したもの）を教室・講座で作成する．③その資料を基に，学生の希望（第１希望から第３希望）する配属先を決める．	教育委員会が中心となり，各研究室との連絡調整を行い，学生を配属する．	教務委員会が中心となり，学生の希望配属研究分野と各研究分野の調整を行って配属する．
これまでの貴学における本実習の経験から，評価すべき成果，改善すべき点があれば記入してください．	専門性の高い基礎歯科研究に直接触れることにより，学生の基礎研究への興味を促すことが達成できた．一方，春休みの選択実習であるため，限られた学生への対応となった．	本年で５年目になるが，文章作成や研究発表を通して，プレゼンテーション能力が培われた．	各研究室への活発な出入りにより，学生と教員との相互信頼が生じたことで，より深みと幅のある歯科医学教育が可能となった．	学生の研究マインドの涵養に貢献している．	研究分野配属を経験したことを契機に研究に興味をもつ学生がいること，また複数の学生が１つの研究目的で共同作業を行うことにより学生間での連帯感が生じる．さらに通常の講義・実習ではわからない学生の勉学意欲などが把握できる．８週間終日配属されるので臨床研究分野には負担が大きい．
特記事項	実習終了後に提出した報告書ならびに研究日誌の評価点を基に，Student Clinician Research Program 日本代表選抜大会への○○大学代表者を選考した．	本実習は，学生に実習評価アンケートを行い，その内容を公開し，教育にフィードバックしている．	実験科学の進め方を体験したことで，医学・医療に従事する際の選択肢が拡大したかどうかは現時点では不明である．		前記のごとく，学生の研究意欲を開眼させることがあり，また学生と教員の距離感をなくし親近感醸成にもつながる．

表Ⅲ-12-(3)　「学生が自身の研究テーマを持ち，研究活動を行う実習」を実施している大学

	l	m	n	o	p	q
現在の実習開始年	2004	1995	2006	2000	2004	1978
現行前の実習開始年	1997		1997			
名称	歯学研究実習	研究基礎ゼミ	研究室配属	リサーチエクスポージャⅠおよびⅡ	歯学ゼミナール	歯学部選択科目
教育目標		全人教育，問題解決能力の育成，将来研究者を目指す学生への動機づけ	研究に対する理解を深め，リサーチマインドを持った歯科医師となること	研究の意義を理解し，実験・研究の方法，データ分析方法，考察などについて 最小限の理解と知識を得る．	歯学部３年生が各講座において実験，輪読などのコースを選択学習する．	各学生が興味のある分野の理解を深める．
現在の実習の実施時期（対象学年）	4・5	3	5	3・6	3	1～6
現在の実習の実施期間（週間）	12 単位：30	16	15	3 単位 16	15	通年
実習形式（分野配属，自由研究など）の概略	学生の希望により基礎系研究室に配属し，その研究室の方針に従って研究実習を行う．	学生の希望調査に先立ち，研究基礎ゼミで具体的にどのようなことを行うのかを示した「研究基礎ゼミの実施概要」（教室紹介）を配布し，簡単な説明を教務委員長が行う．歯学科の基礎および臨床のすべての教室に各研究室２名程度を固定配属する．研究内容については，各研究室に一任している．また，専門英語論文の読解指導も実施している．	本学研究室で実施されている研究に参加し，実験・調査・論文抄読および演習などを通して，研究の意義を理解し，実験研究の方法，考察の仕方などを学ぶ	基礎から臨床にいたるすべての講座において，学生の希望により研究実習を行い，最新の研究事例に触れるとともに，セミナーへの出席，当授業終了時にはレポートまたは研究内容発表会を実施している．	主として基礎系講座について，実験を行うコース，講義を受講するコース，ゼミ・輪読コース，英語論文を読むコース（全部で 17 コース）に分かれて受講する．	水曜日の午後を利用して，20 科目のなかから１科目を選び，その科目独自のカリキュラムに沿って講義，演習，実習などを行う．テーマが与えられ，独自の研究を実施する場合もある．
実習に関わっている教員数（医員/大学院生は含まない）	36	80	78	22	31	1～数人
学外機関への配属の例はありますか？	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
具体例は？						
学内発表会はありますか？	いいえ	いいえ	はい	はい	はい	いいえ
口演発表			27	20		
ポスター発表			27		2	
その他：						
発表会での発表は，全員ですか？　希望者のみですか？	（希望者のみ）		希望者のみ	全員	希望者のみ	
審査による賞はありますか？			はい	はい	いいえ	
実習評価対象は何ですか？（日常評定，レポート，学内発表，学外発表，論文発表など）	日常評価	日常評定	日常評定，レポート，学内・外発表，論文発表	日常評定，レポート，学内発表	日常評定，レポート	日常評定
実施体制はどのようになっていますか？	学生の希望により基礎系研究室に配属する．希望と配属先とのアンバランスが生じた場合は教員が調整する規則となっている．しかし，学生間で調整した例はあるが，教員が調整した例はない．	学生に希望教室アンケートを行った後，教務委員会が調整し，各研究室間で学生数に差を生じないようにしている．	教務部会が中心となり，その下で研究室配属実施部会が活動を取りまとめている．	学務委員会が中心となり各研究室との調整を行い学生を配置している．	学生の希望を優先して，各講座に配属する．	各研究室が募集をかけ，学生の希望に従って，教育委員会で審査，教授会で承認する．
これまでの貴学における本実習の経験から，評価すべき成果，改善すべき点があれば記入してください．	優れた研究を行い，2007～2008 年の間に５件の学会賞（全国も含む）を得た．	学生と教員間の意思疎通がスムーズとなる．少数ではあるが，研究室配属をきっかけとして大学院に進学するものもある．実習時間として，月曜日，水曜日，木曜日の午後をあてている．本来は一定の期間（たとえば半年など），すべての授業時間をあてることが理想であるが，断続的であるため，実習としての効率が悪い．	５年次生に行っていることにより，歯科医師国家試験勉強との兼ね合いが検討されている．	授業が終了した後もみずから希望して研究を続ける学生がいる．	本コースを選択することにより，大学院への進学率が上昇している．	
特記事項						

表Ⅲ-13 「学生が自身の研究テーマを持ち，研究活動を行う実習」を実施していない大学

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
今後導入する予定はありますか？	はい	はい	はい	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
その理由はなぜですか？				学生のカリキュラムがタイトなため．希望があれば受け入れる体制はある．	未定	検討中であるが予定として定まってはいない．	現在は，教員の研究内容について体験実習「特別研究」として実施している．	総単位数の上限を超えてしまうから．	学部教育と大学院教育の一貫性のなかで，学部教育では，問題発見解決能力や歯学専門領域における基礎的知識をもたせるべきと考えているから．また，研究体験を希望する学生に対して，個別のプログラムを有しているから．	以前に実施したが，人気講座に集中するため，結果的に学生のモチベーションが下がったことによる．	現在検討中のため．	まず基礎配属実習の導入を始めたい．
教育目標は何ですか？	将来の歯科医学の発展と社会への貢献を担う人材の育成．	研究マインドを養成し，一生学び続ける歯科医療人を目指す．	基礎的な研究実践を通じて，研究への関心を高める．									
実習の予定実施時期（対象学年）	6	2	2・3									
実習の予定実施期間	未定	15	15									
予定実習形式（分野配属，自由研究など）はどのようなものですか？	未定	基礎講座を中心に，小人数を配属し，日本歯科医師会が主催する Student Clinician Research Program に発表するプロダクトを作成する．	分野配属									
特記事項		正規のカリキュラムにはないが，日本歯科医師会が主催する Student Clinician Research Program に発表するプロダクトを作成し，2000 年から毎年参加している．これまでに優勝１回，３位が２回あり，正規のカリキュラムへの組み込みを検討している．	特に優秀な発表内容については，「○○歯科学会」で発表する．									

まとめ

本稿で調査を行ったリサーチマインド，科学的探求心を育成する実習については，歯科医療を担う歯科医師として，生涯にわたり科学的見識に基づく医療を実施する姿勢の基盤となる．また，本実習により科学的探求心を歯科医学教育の早期に刺激し，研究者としての将来の可能性を学生に感じてもらい，早期に活躍の道を切り開くことも可能である．いずれにおいても，生涯研修，大学院などの卒後教育へつながるものであり，実習実施時点での能力評価よりも，実習実施を起点として長期的視野で人材育成を行う必要もあると思われる．歯学教育モデル・コア・カリキュラムにおいても，医学研究・歯学研究への学生参加が明記されているなか，本実習に相当する科目が設定されていない状況や学生すべてに機会が提供されていない状況が認められる．わが国のこれまでの歯科医療の発展は，強固な歯科科学の研究基盤があったことを踏まえ，歯科医学教育は「歯科医療」に関わる教育のみならず「歯科科学」に関わる教育でもある，という認識をもって，今後のカリキュラム構築が必要であると考えられた．

一方，本実習を実施するためには，通常の講義・実習とは異なる体制をもって，多くの研究室と連携して行う必要があること，また，学生が十分な実習経験を積むために，ほかの授業を行わずに本実習を連続的に行う必要があることなど，実施形式については諸問題が残る．これらを解消するためには，すでに実習を実施している大学間での意見交換や連携をもつことも必要と思われた．さらに今後，本学会あるいは日本歯科医学会各分科会が，学生が実習内容を発表できる場を率先して数多く公に設けることで，実習実施を後押しすることもできるのではないかと考えられた．最後に，大学教育を取り巻く歯科医師国家試験などの外的要因によりカリキュラム構成に大きな影響が及ぼされ，目指すべき歯科医学カリキュラム実施が困難となるようなことは望まれず，大学カリキュラムと外的要因の関係を正常に保ち続けることも，今後の課題になると思われた．

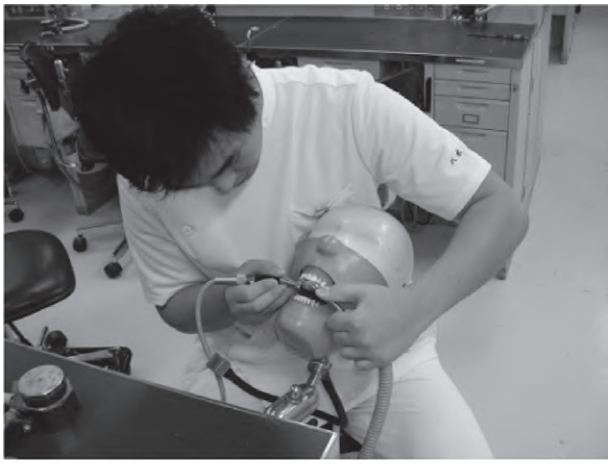
6 ロボットを用いたシミュレーション教育

槇　宏太郎

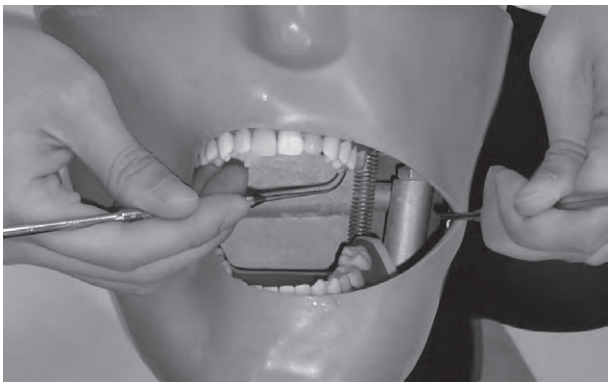
はじめに

近年，高度医療技術の発展と，患者の医療に対する意識の高まりに伴い，より安全で質の高い医療が求められている．歯科臨床教育においても，適切な医療安全管理の下，十分な治療技術と知識の習得が必要不可欠であることはいうまでもない．しかし，前述のような社会環境の変化から，患者の協力と同意の下，歯科大学学生および歯学部学生が臨床実習において実際の患者を治療することは，非常に困難な状況となった．そのため，歯学部学生の臨床実習での経験は希薄になり，卒直後の歯科医師の臨床技能の低下が危惧されている[1]．また，米国での調査では，学生による診療は，長い診療時間と通常より多い通院回数という観点から，患者の財産を大きく損なっているとの報告もある[2]．最近では臨床研修制度が整備されたものの，患者の治療を通じて臨床技能教育を行う状況に変化はなく，臨床技能教育と患者の利益の両立は，依然として未解決の問題となっている．

一般に，航空産業や原子力発電といった人の生命・健康に重大な影響を及ぼしうる職種においては，事前のシミュレーション教育が重要視されている[3, 4]．歯科臨床技能教育においても，基礎実習での実習用マネキンを用いたシミュレーション教育が主体となっている．しかし，この実習用マネキンは，頭部マネキンに精密な歯列模型を装着して用いるが，頭部のみで構成されていること，口腔内容積や開閉口量が実際と大きく異なること，自律運動が再現できないこと，などの点において患者との差異が大きい（**図Ⅲ-24，25**）．そのため，歯科治療に伴う危険性や，全身や口腔軟組織に対する配慮を，実際の患者治療以前に実習者に経験させることが困難である．また，歯科診療中における偶発症の発生といった緊急事態に対する対処は，それらを再現するシミュレーション環境が存在せず，実際に経験することも非常にまれなため，その重篤性にも関わらず，臨床実習により訓練することはほとんど不可能に近い．



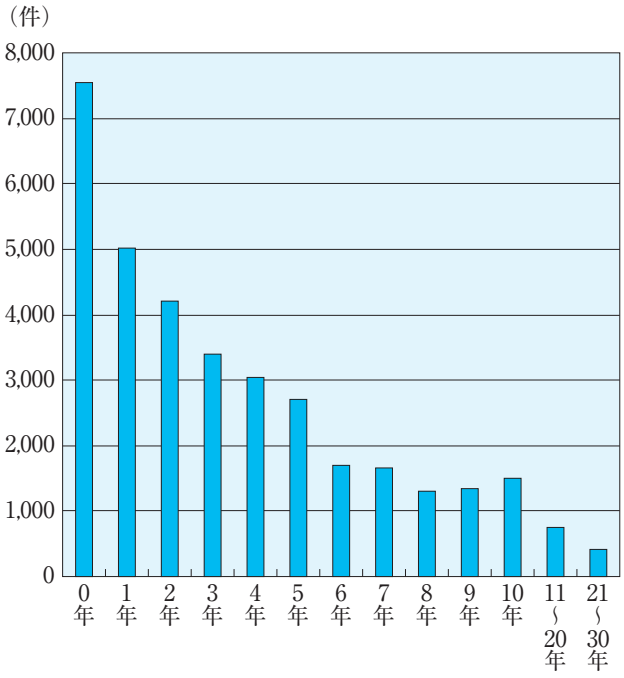
図Ⅲ-24　従来のマネキン実習



図Ⅲ-25　マネキンの口腔

近年，厚生労働省よりスタートしたわが国における医療事故統計によると，ヒヤリハット事例数は[5]，職種経験年数0年者によるものが顕著に多く，経験年数に従っ

まき　こうたろう
昭和大学歯学部歯科矯正学教室
キーワード：歯科臨床教育，シミュレーション教育，患者ロボット



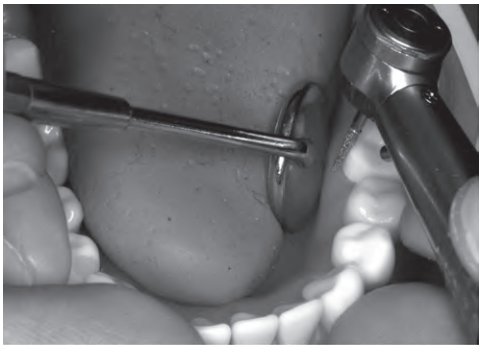
図Ⅲ-26　経験年数別医療事故数



図Ⅲ-27　患者ロボットの外観



図Ⅲ-28　患者ロボットの軟組織



図Ⅲ-29　患者ロボットの口腔内

て減少しているとの報告がある（**図Ⅲ-26**）．これらは，実際の臨床経験が，安全で確実な臨床技能の育成に重要であることを示唆している．

以上の背景から，近年わが国では，世界に先駆けてヒューマノイドロボット技術や仮想現実（バーチャルリアリティ）技術を応用した歯科臨床教育用シミュレータ[6, 7]が開発されている．

本稿では，その１つとして，歯科臨床技能教育用患者ロボット（以下，患者ロボット）および患者ロボットを用いた実習を紹介する．

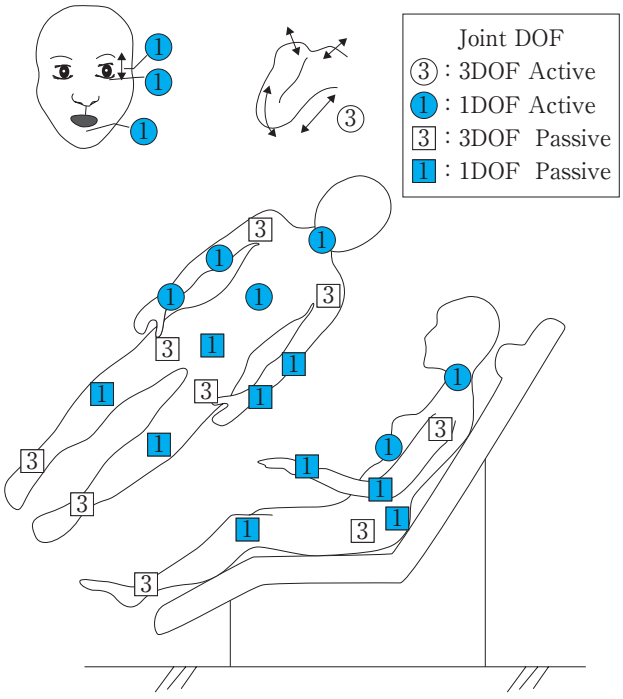
1）患者ロボットの特徴

（1）外　観

身長 165 cm の全身モデルを有し，表皮や舌などの軟組織には，塩化ビニール系の弾性材料を使用し，解剖学的形態に準じ再現している．治療中の患者胸部への接触などにも実習者の配慮を促すため，本患者ロボットは女性モデルとしている．また，臨場感の向上，ならびに顎顔面および体幹部への薬液や印象材などの付着にも配慮させるために，頭髪，衣服，装飾品などを装備した（**図Ⅲ-27～29**）．

（2）自律運動

瞼，眼球，顎，舌，首，胸部（呼吸），右肘，手首の自律的駆動部と肩，腰，股関節，膝，足首の受動的可動部の合計 36 自由度を有している（**図Ⅲ-30**）．自律運動は，実習の安全を考慮し，動作は低圧圧縮空気を用いるエアシリンダにより駆動する．瞬き，眼球，首の動作や呼吸運動は患者ロボットの自律的動作として，常に制御



図Ⅲ-30　患者ロボットの自由度構成



図Ⅲ-31　患者ロボット操作管理用 PC インターフェイス

プログラムにより自動制御されている．さらに，患者ロボットのすべての自律的動作は，PC 上のインターフェース（**図Ⅲ-31**）から，インストラクターが随時操作可能であり，疼痛時を想定した急激な閉口運動，右手の払いのけ，不意な首振り，くしゃみ，咳などの動作を起こすことが可能である．また，音声認識機能を利用し，実習者の指示に対して，肯定，否定，開口，首の向きの変化，戸惑いの表情の動作が可能である．

(3) 生理的反応

診療時の患者の開口疲労を再現するため，実習中の一定時間以上の開口では，開口量が減少するようにプログラムされている．また，口蓋垂部のひずみセンサーを設置し，センサーに触れることによりに嚥下反射が再現される．実習中には，常に血圧，心拍数，酸素飽和度がモニタリングされ，緊張や疼痛などによって変動する．さらに，頬粘膜や舌の内部には血液カプセルが内蔵され，器具などで切傷時には出血が起こる．頬粘膜部には人工唾液が分泌され，唾液の貯留も再現される．

(4) 音声認識・会話機能

音声認識ソフトと，あらかじめ作製した会話シナリオおよび音声ファイルにより，治療中の会話が可能である．また，音声認識機能が患者に理解しにくいと考えられる



図Ⅲ-32　患者ロボット実習風景

表Ⅲ-14　課題文

患者の昭和 花子さん（女性；35 歳）は歯科治療に恐怖感をもっている患者さんです．本日は，上顎左側第一大臼歯の窩洞形成を予定しています．当該歯は生活歯，窩洞形態は MOD です．患者の右腕には生体モニターが装着されています．指導医から「モニターでバイタルサインをチェックしながら診療を進めてください」と術前にコメントされました．患者の感情にも配慮し，これから行う処置を簡単に説明してから施術してください．また，患者の容態が変化した場合には適切な対処を講じてください．機材その他が必要な場合には介助者に準備などを指示してください．また，それらを使用する場合は，添付された説明文に従ってください．課題時間は 7 分間です．

歯科専門用語を認識した場合には，実習中の使用回数をカウントし，終了後実習者へのフィードバックが可能となっている．

(5) CCD カメラによる術者の映像記録

患者ロボットの左眼球には，CCD カメラを装着した．CCD カメラから得られる画像は，制御用 PC に記録可能である．また，CCD カメラの映像を基に，制御プログラムから，ロボットの顔を術者の方向に自律的に向かせることが可能である．

2) 患者ロボット実習

(1) 学生を対象とした歯科診療シミュレーション

実習は実際の歯科治療に準じ，診療用ユニットにおいて滅菌した器具を用いて行い，臨場感の向上を図るとともに，清潔域および不潔域の区別といった基本的な感染対策も評価，教育する（**図Ⅲ-32**）．実習内容は，基本的かつ不可逆的な治療である右側上顎第一大臼歯インレー形成とした．診療にあたっては，挨拶から始まり，これから行う治療内容を説明し，患者ロボットとコミュニケーションを取りながら実習を進める．治療中には，随時自律運動が行われ，臨床経験のない学生にとってはこれまでのマネキン実習では体験したことがない「治療しにくい状況」が再現されている．特筆すべきは，「この治療しにくい状況は，このロボットのせいで実際の患者ではありえない」と勘違いする学生が多いということである．これは，学生に実際の治療に対してその困難性や危険性に対する認識不足があることを示唆している．また，実習中には患者ロボットの自律運動に伴い，隣在歯や口唇の損傷など医療事故に相当する行為も頻繁に観察され，これらはビデオ撮影のフィードバックにより，原因，対処法などを学習させる．

また，本患者ロボットを使用した実習では，従来の方法と比較して，高い興味とモチベーションをもって実習を行っているとの回答が実習者とインストラクターの双方から得られた．これは，歯科技能教育を行ううえで非常に大きな利点である．

実習終了後のアンケート調査では，86％の学生が安全意識が高まったと回答しており，実習者が治療の困難性を体感し，みずからの治療技術に生かす機会になったことが裏づけられた．シミュレータを用いた失敗や困難の経験は，あらかじめ対応する能力を育成し，結果として新規参入歯科医のインシデント・アクシデントを減少させるために非常に有効であると考えられる．

(2) 臨床研修医を対象とした医療事故シミュレーション

患者への危険を一切伴わずに，一般的手順から不慮の事態への対応までを習得可能であり，さらに，まれな事例や事故などの特殊な状況を繰り返し体験可能なことはシミュレーション教育の大きな利点である．医療事故シ

表Ⅲ-15　神経性ショックシミュレーションの流れ

タイムスケジュール

Time		スケジュール	患者ロボットの動作	バイタルサイン			実習者がすべきこと
分	秒			血圧	脈拍	酸素飽和度	
0	0	課題開始	術者の問いかけに応じる（会話）	120/75	65	100	患者説明
0	30		口の開閉	↓	↓	↓	上顎左側第一大臼歯 MOD インレー形成
1	0	容態変化開始	払いのけ，首振り	↓	↓	↓	随時容態確認，声かけ
1	30		「痛いです」と発する	↓	↓	↓	
2	0	バイタル値低下開始		120/75	65	100	治療中断，口腔内の観察と異物の除去
2	30	ブザー（ショック状態）	目を閉じる（意識の低下）	80/40	55	90	意識確認（声かけ），呼吸の確認
3	0		腹部上下動が弱くなる	↓	↓	↓	バイタルサイン確認→カルテ記載
3	30		「気分が悪いです」「オエッ」と発する	↓	↓	↓	水平位
4	0			↓	↓	↓	発生時刻確認
4	30		首の縦振り	↓	↓	↓	介助者に応援要請（人，酸素，AED など）
5	0			↓	↓	↓	酸素吸入
5	30			↓	↓	↓	随時，声かけ，バイタル確認
6	0	意識の回復	腹部上下動開始，目を開ける	120/75	65	100	カルテ記載
6	30		「落ち着いてきました」と発する	↓	↓	↓	治療の延期あるいは再開の判断
7	0	課題終了		120/75	65	100	



図Ⅲ-33　神経原性ショックを過換気症候群と誤って鑑別し，患者を座位にしたまま紙袋に呼吸させる研修医 A



図Ⅲ-34　神経原性ショックを正しく鑑別し，患者を水平位にして，バイタルサインを確認しながら酸素吸入させる研修医 B



図Ⅲ-35　上顎歯列に対するボンディング

ミュレーションとして，臨床研修医を対象に次のような患者ロボット実習を PBL と併せて行っている．

まず，実習者に**表Ⅲ-14** のような課題文を読ませ，患者ロボットのカリエス治療をさせる．数分後，患者ロボットの容態を変化させ，診療中に起こりうる偶発事故を発生し（**表Ⅲ-15**），対応させる．その後，PBL テュートリアルにより，実習者同士で症例の検討を行う．最後に再び，同条件で患者ロボット実習を行う．

最初の実習では，神経原性ショックを過換気症候群と誤診したり（**図Ⅲ-33**），診断は正しくても酸素吸入器などの器具が適切に扱えないなど，9 割弱の実習者において十分に適切な処置が行えなかった．その後，PBL による症例検討を行い，2 回目のロボットの実習では，ほぼすべての実習者において適切な処置が可能となった（**図Ⅲ-34**）．

(3) 卒後専攻課程における専門手技シミュレーション

卒後の歯科矯正学専攻課程において，ブラケットのボンディングからワイヤーの結紮まで一連の矯正手技のロボット実習を行っている（**図Ⅲ-35**）．これらの実習はこれまで，マネキンを用いたタイポドント実習や実習者同士の相互実習により行っていた．本ロボット実習により，患者や実習者を全く侵襲することなく，高い再現性の下同一条件下で再現し記録することが可能であるため，患者治療前の評価および教育として非常に有効であると考えている．本実習では，ブラケット接着といった手技の正確さや確実性および診療時間の計測だけではなく，治療内容や注意事項の説明といったコミュニケーション能力の評価までを行う．本実習で特に顕著であるのは，診療時間が臨床経験のある歯科医師に比べて実習者は 1.5 倍から 2 倍かかることである．これらの実習内容はビデオ撮影しているため，時間がかかった手技や不確実な動作などを具体的に分析，指摘することが可能である．

まとめ

歯科医学領域では，口腔内で切削器具を使用するという特殊な医療行為にも関わらず，十分に再現性の高いシミュレーション教育環境が存在しなかった．そのため，患者にリスクを強いての実際の治療による臨床技能教育を行わざるをえない状況となっていた．近年のヒューマノイドロボティクスやバーチャルリアリティといった最新工学技術を応用したこのようなシミュレーションシステムは，患者を正確に再現することにより，さまざまな臨床的状況における治療を擬似的に体験させられることが可能となる．また，すべての実習者に同じ臨床的状況を提供できることから，コミュニケーション能力をも含めた臨床技能評価を，より客観的に行うことが可能になると考えられる．

文献

1) 歯学教育プログラム調査研究会．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.
2) Marilyn J, Field. 岐路に立つ歯科教育　現状分析と改革への勧告．1 版．東京：丸善；1995. 191-217 頁.
3) Funabiki K, Muraoka K, Tanaka K. A flight simulation for human error study. AIAA　1995；95：171-8.
4) 久保田龍治，弥富元己．発電所の運転・保守支援システム　教育・訓練支援システム．火力原子力発電 1996；47：1144-63.
5) 日本医療機能評価機構　医療事故防止センター．医療事故情報収集事業．2008.
6) 間所　睦，宮崎芳和，槇　宏太郎，高信英明，高西淳夫．歯科臨床教育用患者ロボットの開発による教育・評価システム．日歯教誌 2007；23：24-32.
7) 宇塚　聡，渋井尚武，宮下　渉，秋山仁志，横澤　茂，原　節宏，岡田智雄，中村仁也，足立雅利，光安廣記，宗村　治，住友雅人，中原　泉．歯科臨床教育用ユニット一体型シミュレーションロボットの開発．日歯教誌 2008；24：163-9.

7 地域医療と臨床教育

1）高齢者介護と医療に関する教育

菊池　雅彦

はじめに

2005年のわが国における65歳以上の高齢者人口は2,567万人であり，そのうち，要介護高齢者数は432万人である．これらは，2040年にはそれぞれ，3,852万人，655万人になると推計されている．少子化により総人口が減少傾向にあるなかで，要介護高齢者の著しい増加は，今後の医療福祉制度に少なからず影響を及ぼすことは明らかであり，歯科大学・歯学部においては，疾病構造の変化に対応した高齢者歯科学の知識と技能を確実に修得できるような教育体制の構築が望まれる[1]．

高齢者の医療福祉制度については，介護保険が2000年度に導入されたが，問題点も多く指摘されて幾度も改定がなされ，2006年4月の介護保険制度改革では，新たにADL軽度低下者のための予防給付が導入された．さらに，2008年度からは，75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度が創設されるなど，高齢者介護と医療の制度は，ここ10年ほどの間に目まぐるしい変化を遂げている[2]．

介護や医療を必要とする高齢者が，どのような制度の下で，どのような場所・環境において，どのような内容の介護と医療のサービスを受けているのかを理解することは，超高齢社会に突入したわが国の医療従事者にとって必須の要件であると思われる．ここでは，今回，日本歯科医学教育学会が実施したアンケート調査の結果に基づいて，歯科大学・歯学部における高齢者介護と医療に関する教育体制の現状について解説する．

きくち　まさひこ
東北大学病院（歯科部門）総合歯科診療部
キーワード：高齢者の医療福祉，要介護高齢者，介護保険制度

（1）授業の実施状況

全国の歯科大学・歯学部における高齢者介護と医療に関する授業の時間数を**表Ⅲ-16**にまとめた．授業は，講義，学内における実習・見学，施設などの学外における実習・見学の3つに分類した．なお，本来，高齢者介護と医療の範疇に含まれるものとして在宅医療があるが，その中心は臨床に特化した訪問歯科診療であることから，次項に分けて扱っている．

高齢者介護と医療に関して，講義を行っている大学は23校であり，6校では行われていない．また，学内での実習・見学は6校で，学外での実習・見学は13校でそれぞれ行われており，実習・見学に関しては学内で実施するよりも，学外の高齢者介護施設などへ出向いて行う実習や見学が多く採用されているものと推察された．高齢者介護と医療に関する講義の時間数については，1～2時間が11校で最も多く，次いで，なしが6校で，以下，3時間から20時間以上まで数校ずつが広く分布している．学内における実習・見学は，なしが22校で圧倒的に多く，実施している大学は1～19時間である．学外における実習・見学も，学内における実習・見学と同様の傾向を示しているが，15校が学外の実習・見学を全く実施していない一方で，20時間以上も実施している大学が4校もあることは注目される．

各大学で実施されているユニークな教育としては，高齢者の疑似体験が多くみられ，東京医科歯科大学，東京歯科大学，昭和大学，神奈川歯科大学，大阪歯科大学，九州大学などで採用されている．これは，看護学校などでは以前から用いられている手法であり，ヘッドホンや特殊なメガネ，手袋，手足の重りなどから構成される高齢者疑似体験セットを身体に装着して，日常の生活動作を体験することにより，高齢者の感覚機能や運動機能の低下とそれに伴う高齢者の心理などを理解することを目的としている．疑似体験者役と介助者役を交代で行わせ

表Ⅲ-16　高齢者介護と医療に関する授業の時間数

時間数	講　義	実習・見学（学内）	実習・見学（施設など）
なし	6 校	22 校	15 校
1〜2 時間	11 校	1 校	2 校
3〜4 時間	3 校	2 校	3 校
5〜9 時間	4 校	2 校	3 校
10〜19 時間	2 校	1 校	1 校
20 時間以上	3 校	なし	4 校

ほかに希望者のみ実習に参加させる大学が 1 校

表Ⅲ-17　高齢者介護と医療に関する授業の担当分野

担当分野	
社会歯科・口腔衛生・予防歯科	9 校
高齢者歯科	8 校
障害者歯科	6 校
補綴歯科	4 校
口腔外科	1 校
総合歯科	2 校
その他	9 校

複数の分野が担当している場合を含む

ることにより，両者の体験が可能となる．

ほかには，高齢者介護施設における見学や体験実習（東北大学，昭和大学，神奈川歯科大学，大阪歯科大学，福岡歯科大学など），要介護者のための歯科診療所における臨床実習（北海道医療大学），体位変換や車椅子移動・移乗，コミュニケーション実習（新潟大学，日本歯科大学新潟，松本歯科大学，朝日大学など）が実施されている．

（2）授業の担当分野

表Ⅲ-17 には，高齢者介護と医療に関する授業の担当分野を示した．各大学の事情で複数の分野が担当している場合は，すべてを含めて集計している．また，分野名の名称から担当領域が推定できる場合には，一般的な分野名（補綴歯科，口腔外科など）に分類した．

社会歯科・口腔衛生・予防歯科が，高齢者介護と医療に関する授業を担当している大学が 9 校で最も多く，これに高齢者歯科（8 校）や障害者歯科（6 校）が続いている．社会歯科・口腔衛生・予防歯科については，名称は異なるものの各大学でいずれかが設置されていると思われるが，高齢者歯科と障害者歯科は必ずしも設置されていない大学が多いことから，高齢者介護と医療に関する授業の担当分野は，大学によりまちまちであると考えられる．

2007 年に改訂された歯科医学教授要綱[3]によれば，社会歯科・口腔衛生学分野のなかに，介護保険制度や要介護高齢者の歯科保健状況と健康管理に関連した到達目標が示されている．また，障害者歯科学分野のなかでも，要介護高齢者の特徴，口腔ケア，歯科医療などに関連した到達目標がある．一方，高齢者歯科学分野には，高齢者を取り巻く社会的環境や高齢者の社会保障と福祉に関する到達目標が掲げられている．このように，高齢者介護と医療に関する教育は，多方面からのアプローチが可能であるため，各大学の事情によっては，一貫した包括的な教育を実施することが難しいものと推察される．

おわりに

現在，わが国では 65 歳以上の高齢者が全人口の 21％を超え，今後ますます高齢化が進んでいくと，2025 年の医療費は現在の約 2 倍の 65 兆円に達すると推計されている．増え続ける医療費のために，高齢者の医療福祉制度については，短期間のうちに新たな制度が発足したり，古い制度の見直しがなされたりしている．したがって，これらを教育する担当者は，新たに登場する概念や用語に注目し，常に最新の情報に更新する必要がある．

高齢者介護の問題は，医療福祉従事者だけではなく，すべての国民がいずれは関わる可能性のある重要な問題であるが，若年者の関心はそれほど高くはない．歯科医師を目指す学生が，高齢者介護の現場を体験し，要介護高齢者と直接触れ合うことは，将来を担う医療人として成長していくうえで，きわめて有益なインパクトをもたらすものと考えられる．

文献

1）日本歯科医師会，日本歯科総合研究機構編集．高齢者の口腔機能管理―高齢者の心身の特性を踏まえた在宅歯科医療を進めるには―．東京：日本歯科医師会，日本歯科総合研究機構；2008.

2）日本老年医学会編．老年医学テキスト．3 版．東京：メジカルビュー社；2008．230-49 頁.

3）歯科大学学長・歯学部長会議編集．平成 19（2007）年改訂歯科医学教授要綱．東京：医歯薬出版；2008.

7 地域医療と臨床教育

2）在宅医療に関する教育

菊池　雅彦

はじめに

在宅医療は，高齢者介護と医療における医療サービスのなかの一形態であり，特に居宅や施設において長期療養中であり通院が困難な要介護者に対して提供される．医科における往診の歴史は古いが，歯科では，国民皆保険開始時に歯科点数表に往診の点数が明記されたのが1961年のことであり，まだ当時の歯科往診はまれであった．1988年に当時の厚生省の「在宅寝たきり老人歯科保健推進モデル事業」が開始されてから，各地域の歯科医師会で寝たきり老人の訪問診療事業が実施されるようになり，1994年には診療報酬改定により訪問歯科診療の評価が一新され，この後，訪問歯科診療が急増するにいたった．

医科の在宅医療は居宅療養者を主として対象とするが，歯科の在宅医療は居宅のみならず老人病院や介護施設など，あらゆる場所へ訪問する点が医科の場合と異なる．また，歯科の場合は，歯の切削や歯石除去などに用いるポータブルの歯科用ユニットをはじめ，診療内容に応じて数多くの器材を携行する必要があることや，患者と術者にとって安全で疲労しにくい姿勢を保つことが困難なことなど，外来での診療と比較すると難易度が高くなる場合が多い．

今後の要介護高齢者の増加に伴い，在宅医療のニーズがますます高まることは明らかである．以前は，在宅や介護施設で長期療養中の高齢者の多くは，歯の保有数が少なく，治療内容は義歯の新製や調整が中心となっていたが，最近は，歯を多く保有する高齢者が増加し，根管治療や歯冠修復など，複雑な治療が要求される場面も少なくない．局所麻酔を使用する機会も増加するので，これまで以上に合併症などへの対応も必要となるであろう．したがって，歯科大学・歯学部では，これからの歯科医師が，安全で質の高い在宅医療を実施できる能力を十分に修得できる教育プログラムを提供することが求められる．

きくち　まさひこ
東北大学病院（歯科部門）総合歯科診療部
キーワード：在宅医療，訪問歯科診療，摂食・嚥下障害

（1）授業の実施状況

今回，実施したアンケート調査の結果に基づいて，**表Ⅲ-18**には，全国の歯科大学・歯学部における在宅医療に関する授業の時間数をまとめた．授業は，講義，学内における実習・見学，施設などの学外における実習・見学の3つに分類した．

在宅医療に関する講義を行っている大学は29校中，24校である．また，学内，学外での実習・見学を実施している大学は，それぞれ6校，7校である．前項の高齢者介護と医療に関する授業において，学外における実習・見学を行っている大学が13校であったのと比較すると，在宅医療に関する実習・見学のほうが実施困難であることが推察される．講義の時間数は，1～2時間が12校で最も多く，次いで，なしと5～9時間が5校ずつで，以下，3時間から19時間まで数校ずつが分布している．学内における実習・見学を行っている大学の時間数は，1～2時間から19時間まで広く分布し，学外における実習・見学の時間数も，同様の傾向である．

各大学における在宅医療に関するユニークな教育として，東北大学や松本歯科大学では学生を往診車に同乗させて訪問歯科診療の見学や介助を行わせている．一方，日本大学松戸では，研修医を往診車に同乗させているが，学生については移動に伴う補償などの問題から附属病院内での実習にとどめている．ほかに，岩手医科大学では施設入所者の口腔ケアを5年生と1年生に一緒に行わせており，新潟大学では近隣の施設での在宅歯科診療の見学や口腔ケア・歯科診療の補助を行わせている．日本歯科大学と鶴見大学では希望者を訪問歯科診療に同行させ

表Ⅲ-18　在宅医療に関する授業の時間数

時間数	講　義	実習・見学（学内）	実習・見学（施設など）
なし	5校	22校	21校
1～2時間	12校	2校	なし
3～4時間	4校	1校	3校
5～9時間	5校	2校	2校
10～19時間	3校	1校	2校
20時間以上	なし	なし	なし

ほかに希望者のみ実習に参加させる大学が1校

表Ⅲ-19　在宅医療に関する授業の担当分野

担当分野	
社会歯科・口腔衛生・予防歯科	5校
高齢者歯科	7校
障害者歯科	4校
補綴歯科	3校
口腔外科	1校
総合歯科	3校
その他	8校

複数の分野が担当している場合を含む

ている．これらの実習形態の違いは，訪問歯科診療を担当する診療科の有無や，大学所有の往診車の有無などによると考えられる．また，学生を往診車に同乗させる場合には，大学と施設間の移動中に交通事故などが発生した際の補償なども考慮する必要があり，解決すべき問題が多いものと推察される．

（2）授業の担当分野

表Ⅲ-19には，在宅医療に関する授業の担当分野を示した．各大学の事情で複数の分野が担当している場合は，すべてを含めて集計している．分野名の名称から担当領域が推察できる場合には，一般的な分野名（補綴歯科，口腔外科など）に分類した．

前項の高齢者介護と医療に関する授業の担当分野としては，社会歯科・口腔衛生・予防歯科が最多であったが，在宅医療に関する授業の担当分野では，高齢者歯科が7校で最も多く，これに社会歯科・口腔衛生・予防歯科（5校）や障害者歯科（4校）が続いている．補綴歯科も3校で担当しており，高齢者における咀嚼機能回復のための義歯治療を中心に担っているものと考えられる．口腔外科や歯科麻酔科が得意とする全身管理は，ハイリスクの寝たきり高齢患者に対して，できるだけ安全に歯科治療を行う際にはきわめて有用である．

一方，在宅医療のなかで近年注目されているのが，高齢者の摂食・嚥下障害である．以前は，嚥下のメカニズムに関する教育が基礎系の生理学分野で担当される程度であり，高齢者の摂食・嚥下障害について触れられることは，歯学教育の場では少なかったように思われる．最近は，嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）を活用して，要介護高齢者の摂食・嚥下リハビリテーションに積極的に関わる専門診療科が歯科大学・歯学部で増加している．最近の調査によると，歯科大学・歯学部において摂食・嚥下リハビリテーションに関する教育を担当している分野は，高齢者歯科と並んで生理学が最も多く，次いで，小児歯科，補綴歯科，障害者歯科，口腔外科と続いている[1)]．

2007年改訂歯科医学教授要綱[2)]では，高齢者歯科学分野のなかに，教授項目として高齢者の訪問歯科診療が大きく掲載されているほか，社会歯科・口腔衛生学分野と障害者歯科学分野でも訪問歯科診療に関する項目が部分的に記載されている．摂食･嚥下障害については，高齢者歯科学分野，障害者歯科学分野，歯科補綴学分野，口腔外科学分野などに記載されている．質の高い在宅医療を提供するためには，さまざまな分野の専門性が必要とされるが，各分野が個別に教育を行うのは非効率的であるので，高齢者歯科，障害者歯科や総合歯科などのいずれかが，在宅医療の臨床教育を専門的に実施する体制づくりが望まれる．

おわりに

2008年度の診療報酬改定では，在宅医療や医療連携を推進するため，在宅療養支援歯科診療所の施設基準，退院時共同指導料，在宅患者連携指導料，在宅患者緊急時等カンファレンス料などが新設されている．これらの制度改革により，医科をはじめとする他職種との連携の下での在宅医療が推進されると思われる．

一方，病院などでは，高齢者の栄養管理・支援を多職種で実践する栄養サポートチーム（NST）が活動するようになり，経口摂取が最良の栄養法との考えから口腔機能の向上・維持の重要性が認識されている．このため，栄養サポートチームへの歯科医師や歯科衛生士の参画が期待されており，一部の大学病院ではすでに歯科関係者が参加して活動を行っている．

このような医療連携の流れに対応するために，歯科大学・歯学部では包括的な在宅医療教育をさらに充実・発展させていく必要があると考えられる．

文献

1）戸原　玄，植松　宏．歯学部学生に対する摂食・嚥下リハビリテーションに関する教育の現状．老年歯学 2008；22：383-8.

2）歯科大学学長・歯学部長会議編集．平成19（2007）年改訂歯科医学教授要綱．東京：医歯薬出版；2008.

7 地域医療と臨床教育

3）離島診療教育

田中　卓男，鬼塚　雅

（1）離島診療教育の背景

鹿児島県は医師や歯科医師が不在の数多くのへき地離島を有している（**図Ⅲ-36**）．これら離島は，南北300 km，東西50 kmに及ぶ広大な海域に散在しており，島の人口は1島を除き150人にも満たない．週2回程度運航されるフェリーが唯一の交通機関であり，各島間の移動は極度に制限されている．このため，どこかの島に歯科診療所を常設しようとしても患者確保が困難であり，実現にはいたっていない．歯科治療を受けるには，鹿児島市や奄美大島の名瀬市などに一定期間滞在して集中治療を受けることが普通である．しかし，高齢で移動が困難な者，学童，牧畜関係者で長期の離島ができない者をはじめ，大多数の島民にとっては6カ月に1回の巡回歯科診療が唯一の受診の機会となっている．このような状況は，離島を多く抱える長崎県や沖縄県，東京都などと同様に考えられがちである．しかし，これらの地域における離島の多くは，県本土からの距離が短かったり，船舶に加えて航空機による移動が可能など，はるかに恵まれたインフラが整備されている．また，歯科医師はいなくても診療施設だけは存在する離島もあり，一定期間だけ歯科医師が滞在して治療が行われる．このような比較的恵まれた他地域の状況に対して，鹿児島県の離島地域はきわめて不利な地理的特異性を有するにとどまらず，高齢化や人口減少も着実に進行中である．このため，巡回歯科診療の存在意義はさらに大きくなりつつある．

この巡回歯科診療は，鹿児島大学歯学部および附属病院が，鹿児島県，鹿児島県歯科医師会，村当局の協力を得て，1984年から実施を始めたものである[1,2]．現在は，口永良部島（屋久島町），三島村，十島村の11島の住民1,200人ほどを対象としており，海が比較的穏やかな4月から11月までの期間に12チームの診療団が出発する．各チームは，歯科医師2名，研修医2名に加えて歯科医師会から派遣の歯科衛生士2名，コーディネーター1名で構成されている．

（2）鹿児島大学歯学部離島関係教育

鹿児島大学歯学部のへき地離島教育は，学部学生に対する特色ある教育の一環として実施されるだけではなく，卒業生の南九州地域への定着率向上を目的としている．当初は講義科目として出発しているが，巡回診療の経験のある教官からは，座学にとどまらず，へき地離島を訪問して地域的特性の把握や，地域住民との交流も含めた診療活動への参加こそ最良の地域医療教育ではないかという意見が出された．また，これこそ鹿児島大学の地域的特性を最大限に生かした特色ある教育である，などの意見も多かったことから，6年次生の臨床実習の一環として実施することが決定された．上記の診療チームに，2名の学生と指導教官1名を参加させる方式が採用され，現在にいたっている．

①離島歯科医療関係講義

ⅰ．地域・離島歯科医療学　2年前期　90分講義×8回
ⅱ．歯学総合演習　4年後期　90分講義×6回
ⅲ．離島へき地歯科医療学　5年後期～6年前期　90分講義×15回

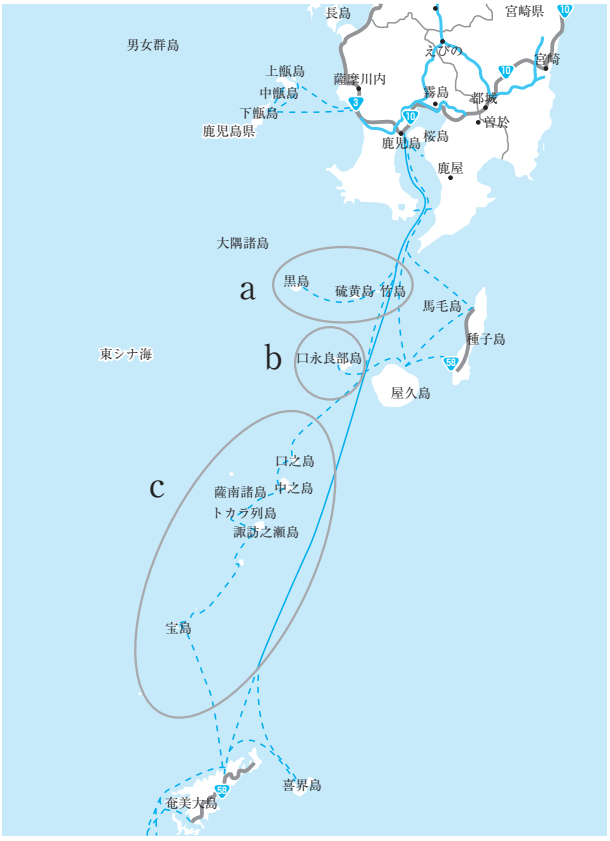
②離島歯科医療関係実習

ⅰ．実習内容

へき地離島巡回歯科診療同行実習における実習内容は以下のようになっている．

a. 診療所開設に伴う各種業務の介助：診療器材搬送，診療用車両（診療ユニット1台を備えた小型バス）の据え付け，屋内診療所の診療器材の設置など[3]
b. 受付業務の介助：カルテ整理，患者の受付，父兄が

たなか　たくお，おにづか　ただし
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 咬合機能補綴学分野（旧：歯科補綴学第一講座）
キーワード：地域医療，へき地離島，巡回歯科診療，学生同行実習



図Ⅲ-36　鹿児島大学歯学部の離島巡回歯科診療実施地域
a：三島村　b：口永良部島（屋久島町）　c：十島村（トカラ列島）
（地図は Google Map より引用）

受診中の乳幼児の世話など

c. 診療の介助および見学

d. TBI（Tooth Brushing Instruction），患者からの相談に対する説明などの対応

e. 島民との交流による島の歯科および医科の医療事情の体感

f. 歯科医師や衛生士メンバーによる島民への衛生講話の介助

ⅱ．実習の問題点

鹿児島大学医学部も 6 年生の離島実習を実施してきた．これは，奄美大島を含む離島地域の病院や診療施設に学生を送り，診療補助や見学実習により地域医療について学ばせようとするものである．この場合の学生指導は地元病院の医師やコスタッフが行うため，大学から指導教員を派遣する必要はない．また，病院が存在するような地域のため，学生の目的地までの交通機関や宿泊施設なども整備されており，効率的な実習が実施されている．

これに対して，歯学部の離島実習はさまざまな問題を抱えている．第 1 は，指導教員の派遣である．歯学部が実習対象とする離島地域に歯科医師は全く存在しない．巡回診療チームの歯科医師は，診療業務に忙殺されるうえ，同行する研修医の指導を行わなくてはならない．このため，学生まで面倒をみることはきわめて困難である．したがって，学生の実習には指導教員を同行させることが必要となる．第 2 は，宿泊施設の不備である．十島村を例に挙げれば，宿泊施設は各島 3，4 軒の民宿と，村有の宿泊施設 1 カ所に限られている．このため，学生や指導教員を含めると総勢 10 名を超す診療チームの宿泊手配はかなり以前から周到に行われなくてはならない．しかし，実際には，島の各種行事のスケジュールが決定してから診療チームの派遣日程が決まるため，何軒かに分宿したり，日程の変更を必要とする場合がある．第 3 の問題は交通機関の村営フェリーボートの運航スケジュールにある．診療チームの離島滞在期間は，最短の 3 泊 4 日（口永良部島）から，最長では 9 泊 10 日（十島村）までである．この間，チームはフェリーの運航に合わせて，島から島へと移動する．また，村にはフェリーとは別に小型の行政連絡船もあるが，診療用車両は積載できないため運用は限られる．週 2 日のフェリーの運航スケジュールに合わせると，学生と指導教員の実習期間は 2 泊 3 日，5 泊 6 日，8 泊 9 日のいずれかとなる．現状では，5 泊 6 日および 8 泊 9 日の実習期間は長すぎるという教員の意見が多く，必然的に 2 泊 3 日の実習となっている．教育効果を上げるためには 3 泊 4 日程度まで延長することが望ましく，この点は今後の課題として残されている．なお，同行実習の各チームは，宿泊時の便を考えて，いずれも同性だけの学生および教員で構成されている．

まとめ

実習期間の短さをはじめ，実習費用の全額学生負担などさまざまな問題があるものの，学生には好評の巡回歯科診療同行実習である．また，25 年以上にわたる離島巡回診療を実施してきたことから，経験豊富な教員が多数揃っている．このため，講義内容も多岐にわたっており，離島域での診療のみならず，都市部の在宅訪問診療にも対応できる内容となっている[2,3]．将来は，鹿児島県の離島域のみならず，海外の無歯科医地域や災害地などでの活動にも対応できる，よりグローバルな教育システムに発展することを願っている．

文献

1) 田中卓男．南の島への歯科診療／トカラ列島奮闘記．Quintessence Mail News『クイント』2001;33-41 号連載．
2) 田中卓男．巡回診療における補綴治療術式の見直し／応急処置から脱却して永久処置へ．離島学の構築 2002；1(2)：85-90.
3) 田中卓男．トカラ列島巡回歯科診療の旅／離島で求められる歯科治療とは．離島学の構築 2003；1(3)：55-8.

7 地域医療と臨床教育

4）発展途上国における地域医療教育

中島　一郎，桑田　文幸

はじめに

近年のグローバリズムによる世界経済の動きは，発展途上国においては新たな貧困や飢餓などの要因として指摘されるようになった．さらに都市と地方間における経済面での格差も助長されつつあり，そのため地域医療の遅れが深刻化している．

先進国であるわが国においては，少子高齢化による人口減少や経済成長の停滞などの環境変化のなかで，へき地の医師不足という深刻な地域保健・医療の供給不足に直面している．このような現状を踏まえて地域医療対策は，世界各国の共通課題であるといえる．

2000年に国連のミレニアム・サミットに参加した189の加盟国は，21世紀の国際社会の目標としてミレニアム宣言[1]を採択した．このミレニアム宣言では平和と安全，開発と貧困，環境，人権と良い統治，アフリカの特別なニーズなどを課題として掲げている．このミレニアム宣言と1990年代に採択された国際開発目標を統合し，一つの共通の枠組みとしてまとめられたものがミレニアム開発目標である．

開発目標では，以下の2015年までに達成すべき目標を掲げている．

ゴール1：極度の貧困と飢餓の撲滅
ゴール2：初等教育の完全普及の達成
ゴール3：ジェンダー平等推進と女性の地位向上
ゴール4：乳幼児死亡率の削減
ゴール5：妊産婦の健康の改善
ゴール6：HIV/エイズ，マラリア，その他の疾病の蔓延の防止
ゴール7：環境の持続可能性確保
ゴール8：開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

開発目標のなかには，当該国におけるヘルス・プロモーションやプライマリ・ヘルス・ケアなどの地域医療で取り扱う内容が多い．発展途上国では，とりわけ，へき地に文化や言語などの異なった少数民族を抱えていることや通信インフラなどの不備があることから，地域の保健・医療機関の機能強化が求められている．

(1) 医療系大学における国際教育協力の状況

発展途上国での地域保健・医療における医師・歯科医師の不足や医療供給システムの遅れにみられる問題の所在は，現地の保健・医療施設，教育機関や地域コミュニティの機能だけでなく，むしろ医学・歯学教育体制に起因することが少なくない．そのため発展途上国の医療系大学では，教育面での国際水準を目標としたカリキュラムの充実や教材開発，さらには教育制度のあり方までの問題解決が求められている．

文部科学省が国際教育において大学の援助リソース（人材や教育研究機能）が有効に活用されうる環境整備のために，アンケート調査による各大学における分野別援助リソースのデータ・ベース[2]を公開している（Database of Intellectual Resource and Needs for International Cooperation, IReNe Database）．2009年現在，この各大学の国際教育支援の実績のデータ・ベースによると「Health and Medicare（保健医療分野）」では，延べ643件の大学による援助リソースが報告されており，「Dental Education」または「Dental Care」のKey Wordsで検索すると，歯科大学・歯学部・そのほかの大学からのリソース件数は78件（12.1%）であった．

さらに，各リソースの内容を「技術移転」「短期研修」「留学生の受け入れ」「共同研究を通じたOn the Job

なかじま　いちろう
日本大学歯学部小児歯科学教室
くわた　ふみゆき
日本大学歯学部基礎科学系
キーワード：国際教育，人材育成，地域医療

表Ⅲ-20 「国際協力イニシアティブ」教育拠点形成事業

開発途上国における教育協力促進のため，大学ほか我が国の教育関係者等が有する教育研究上の知識や経験を調査・蓄積・体系化するとともに，我が国の知見を踏まえた教育協力モデルの構築・検証を行い，それらの成果を容易に活用可能な形式で公開することにより，国内外の援助関係者が教育協力の現場で容易に活用可能かつ活用効果の早期発現が期待できる成果群を形成することを目的とする．

表Ⅲ-21 地域保健・医療の構築を課題としたへき地医療教育の活動事例

【課題名】発展途上国の地域ニーズに対応した口腔保健システムの構築のための教育支援
【実施機関名】日本大学歯学部
【概要】
本事業の教育支援モデル：一般に発展途上国での地域保健・医療における医師・歯科医師の不足や医療供給システムの遅れにみられる問題の所在は，現地の保健・医療施設，教育機関や地域コミュニティの機能だけでなく，医学・歯学教育自体に起因することが少なくない．そのため当事国では，保健・医療の核となる大学自体が自律的に教育研究機能を充実することにより，質の高い臨床医学が発展して，社会に有為な医療人が養成されることが望まれている．発展途上国の医療系大学では，医学教育面での国際水準を目標としたカリキュラムの充実や教材開発，さらには教育制度の在り方までの問題解決が求められている．また，海外から最新の医療技術の移転や導入が実施されても，当事国が制定した医学・歯学の教授要綱などの教育研究制度のもとで有効に活用されなければ，自律的に医療技術を開発する基盤構築は難しいとされている．このような現状から，日本側から医学教育支援を実施する方略のひとつとして，日本の医学教育カリキュラムを直接に提供するのではなく，当事国の医学教育の問題点を明確化して，問題解決方法を共同で検討する取り組みが考えられる．そこで日本の医療系大学・学部が発展途上国における医学・歯学教育制度の基盤形成を支援するモデル構築を目標として，日本大学歯学部・医学部はラオス人民民主共和国において唯一の医療系大学であるヘルス・サイエンス大学と「地域における保健医療・学校保健」を課題とする問題解決型教育プロジェクトを発足し，①小学校児童の健康に対する調査活動，②プライマリ・ヘルス・ケア，③健康情報のデータ・ベース構築などの保健医療活動を実施している．事業活動を通じて，日本の医学教育・研究の方法論の検証や教材開発が行われることにより，当事国の医療系大学が自律的にカリキュラム，教育資源や学習方略の基盤を形成できるように支援されている．本年度では，本事業の活動成果を発展させ，当該大学において新設される修士課程の指導教官育成，教育方法・各種教材などを共同開発する．また事業終了後にも保健医療分野の修士課程の構築支援を継続する．

文部科学省「国際協力イニシアティブ」教育拠点形成事業ホームページより

Training」などの項目に分類すると，最も頻度の高かったのは「留学生の受け入れ」であり 38 件（48.7%），次に「短期研修」で 20 件（25.6%），「技術移転」で 11 件（14.1%），「共同研究を通じた On the Job Training」で 9 件（11.5%）であった．

このことから，わが国の歯科大学や歯学部では主に留学生の受け入れを通じての国際教育支援が行われていることが示された．

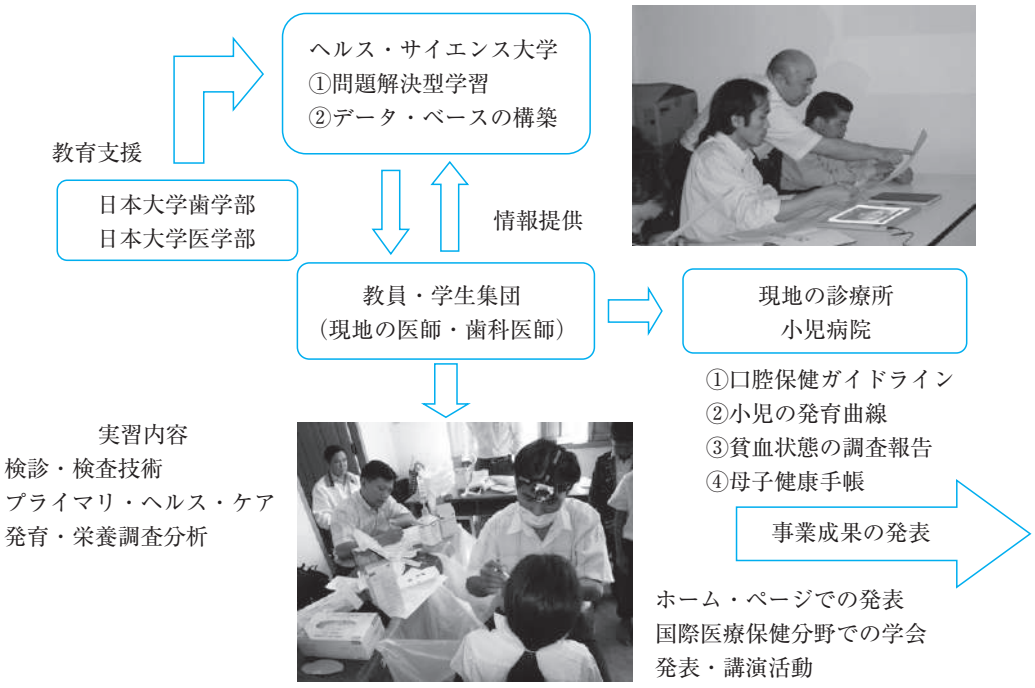
(2) 発展途上国における地域医療教育支援のあり方

2007 年度から文部科学省では，「国際協力イニシアティブ」教育拠点形成事業などを通じて，アジアやアフリカ地域における発展途上国の教育基盤の構築を支援する取り組みを開始している（**表Ⅲ-20**）．

医学教育支援を実施する方略の 1 つとして，当事国の地域保健・医療に関わる医学教育の問題点を明確化して，問題解決方法を現地において共同で検討する教育支援モデルが考えられる．日本大学歯学部は，同事業に「口腔保健」のカテゴリーで地域保健・医療の構築を課題とした「開発途上国の地域ニーズに対応した口腔保健システムの構築」として参画している．この事業を通じて，日本大学歯学部では，ラオスにおける乳幼児期からの口腔保健システムを構築する教育モデル形成を実施している（**表Ⅲ-21**，**図Ⅲ-37**）．

口腔疾患の蔓延に直面している発展途上国では，まず技術移転よりも，予防活動を推進するための口腔保健システムの構築こそが最重要課題である[3]．本事業では，地域保健・医療対策を課題として，行政スタッフ，教員，学生などの参加する Project Based Learning が行われ，Oral Health Promotion を担う幅広い人材育成の支援から教育制度の基盤形成までを目標としている．

一方，日本側の大学教員は国際教育協力活動に参加することになり，FD（Faculty Development）としても，さらなる大学教育改善の契機となっている．すでに先進各国では，発展途上国の地域医療問題の解決として，医療系大学による積極的な国際教育協力が実施されていることから，わが国においても，国家間の政策レベルだけでなく，各医療系大学の特色のある教育研究機能の活用により，現地の大学とのきめ細やかな国際教育協力が求められている．



図Ⅲ-37　地域医療・保健の教育支援モデル

文献

1）国際連合ホーム・ページ．Millennium Development Goals Report 2009 Recent gains in eradicating hunger and poverty endangered by economic and food crises（http://www.un.org/millenniumgoals）

2）文部科学省ホーム・ページ，国際協力イニシアティブ分野別ネットワーク（http://www.scp.mext.go.jp/category/index.html）

3）Motohashi M, Nakajima I, Aboshi H, Honda K, Yanagisawa M, Miyata T, Maeno M, Kuwata F, Sidaphone B, Ngonephady S, Sitthiphanh A, Kingsada SO, Otsuka K. The oral health of children in a rural area of the Lao People's Democratic Republic. J Oral Sci 2009；51(1)：131-5.

8 総合歯科診療とプライマリ・ケア教育

河野　文昭，大石　美佳

はじめに

近年の医学・歯学の進歩や医療機器・機材の進歩に伴って，医療技術の高度化，専門化が進んでいる．また，患者の高齢化に伴う疾病構造の変化や国民の医療に対するニーズの多様化，患者の権利意識の高まりなど，医療を取り巻く環境は大きく変貌を遂げている．このため，患者のニーズに柔軟に対応し，患者が納得し，安全な医療を提供することができる歯科医師の養成が求められている．さらに，口腔の疾病治癒・機能回復を中心とした歯科治療から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，今後の歯科診療には要求される．

しかし，従来の歯科医学教育では，疾患中心，治療中心の教育が講座を中心とした縦割り教育で行われてきた．2001年の医学・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―）[1]では，今後の医学・歯学教育で目指すべき目標として，①患者中心の医療を実践できる医療人の育成，②コミュニケーション能力の優れた医療人の育成，③倫理的問題を真摯に受け止め，適切に対処できる人材の育成，④幅広く質の高い臨床能力を身につけた医療人の育成，⑤問題発見・解決型の人材育成，⑥生涯にわたって学ぶ習慣を身につけ，根拠に立脚した医療を実践できる医療人の育成，⑦世界をリードする生命科学者となりうる人材の養成，⑧個人と地域・国際社会の健康の増進と疾病の予防・根絶に寄与し，国際的な活動ができる人材の養成の8項目が挙げられた．

かわの　ふみあき，おおいし　みか
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 健康長寿歯科学講座 総合診療歯科学分野
キーワード：総合歯科診療，プライマリ・ケア，臨床実習，臨床研修

このような背景から，患者中心の全人的歯科医療能力の修得を目的として，総合歯科診療やプライマリ・ケア教育が学生教育のなかに取り入れられるようになってきた．一方，努力義務とされていた歯科医師臨床研修は，臨床研修歯科医師が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，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2006年度から必修化された．この研修のなかで地域医療や訪問歯科診療などプライマリ・ケアの到達目標も示されている[2]．

本稿では，2005年版歯科医学教育白書の報告[3]と，今回新たに行ったアンケート結果を基に，歯科大学・歯学部における総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の変化と問題点，今後の展望について概説する．

1）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

各大学の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いう）について再び調査した結果を**表Ⅲ-22**に示す．アンケートの内容は，2005年のアンケート内容を含有するものであり，前回の調査と比較可能なアンケートを作成し，回答を各大学にお願いした．

総合歯科診療部門は，29大学中28大学で設けられており，そのすべてで初期研修を担当している．前回の報告では記載がなかった鶴見大学歯学部では，1992年から総合歯科Ⅰと総合歯科Ⅱを設けて，前者は臨床実習，後者は初期研修を担当していると今回のアンケートに回答があった．しかし，前回の報告で初期研修において総合歯科教育を担当しているとの回答のあった愛知学院大学歯学部では，今回，担当部署はなしとの回答があり，総合診療部の位置づけがここ数年で変わったかもしれない．いずれにしても，前回のアンケート結果と同様に28大学で総合歯科診療とプライマリ・ケアの教育が行われている．

表Ⅲ-22　総合歯科診療，プライマリ・ケア教育の現状

大学名	担当部門	設置年度	教員数			業務内容						総合歯科診療およびプライマリ・ケアの講義・実習開始時期	独立した講義の有無	総合歯科の講義・実習時間数	シラバス	主な教育内容	将来計画
			現状		2005年からの増減	臨床実習	初期臨床研修	総合歯科診療	総合歯科実習・講義	SP養成	診療科のすみ分け						
北海道医療大学	大学病院総合歯科	1987	教授 准教授 講師 助教	3 5 2 7		○	○	○	○		プライマリ・ケアと担当する診療科として差別化を図っている	2005		44	あり	診断・治療計画の立案，インプラントの基礎，摂食嚥下障害患者への対応	医科，薬学，看護，福祉との連携強化
北海道大学歯学部	大学病院総合治療部	2002	教授 准教授 講師 助教	1 3 			○				特になし						
岩手医科大学	総合歯科臨床研修センター	2006	教授 准教授 講師 助教	 1 3 10		○	○	○	○		一口腔単位の治療を原則として，指導歯科医，研修歯科医，学生がチームとなって診療にあたる	2007		30	あり	口腔診断学，態度教育	一般診療と専門外来の区別化と，交流を図ることによる教員の診療レベルの維持，向上
奥羽大学歯学部	総合科学講座・予診科	1988	教授 准教授 講師 助教	1 1 1 			○										
東北大学歯学部	総合歯科診療部	2002	教授 准教授 講師 助教	1 2		○	○	○	○		保存・補綴治療の難易度の低い一般症例を担当	2005		15	あり	保存・補綴の基本的診療，医療安全，医療管理などについての講義，口腔内写真撮影，リスクマネジメント，診療補助等について	口腔診断科，予防歯科と連携し，プライマリ・ケア部門として，新患患者の予診，総合診療，予防管理，臨床研修を担当する計画
明海大学歯学部	病態診断治療学講座総合口腔診断学分野		教授 准教授 講師 助教	1 1 2 1			○	○				行っていない	○				
日本大学松戸歯学部	歯科総合診療学講座	2005	教授 准教授 講師 助教	1 4 1		○	○	○	○	○	予診科を担当			70	あり	医学判断学，臨床推論，医療コミュニケーション，POMR	口腔外科以外の患者さんの応急処置を行う．極端な専門治療を必要とする患者さん以外のプライマリ・ケアとフォローを組み合わせた診療形態

大学名	担当部門	設置年度	教員数			業務内容						総合歯科診療およびプライマリ・ケアの講義・実習開始時期	独立した講義の有無	総合歯科の講義・実習時間数	シラバス	主な教育内容	将来計画
			現状		2005年からの増減	臨床実習	初期臨床研修	総合歯科診療	総合歯科実習・講義	SP養成	診療科のすみ分け						
東京医科歯科大学	総合診療歯科学分野・歯科総合診療部	1994	教授 准教授 講師 助教	1 2 2		○	○	○	全人的総合診断		特になし	2007	全人的総合診断	20	あり	総合診療の基本的考え方，包括的な診断学の講義，治療方針・治療計画の立て方の個人演習，グループ討論，発表会	
東京歯科大学	千葉病院総合診療科	2002	教授 准教授 講師 助教	1 2 5 1		○	○	○			一般的な歯科治療（保存・補綴．口腔外科）のすべてを一貫して治療	2008		15	あり	一口腔単位の診断・治療計画の立案を指導医とディスカッションする，実際の治療と計画の違いのレポート	病院内の一診療科で，主に研修医の診療の場
日本歯科大学生命歯学部	総合診療科	2000	教授 准教授 講師 助教	4 13 15 22	臨床助手 57	○	○	○	○臨床実習と講義	○	すべてが総合診療科ですみ分けなし	2001	○	1年間の臨床実習	あり	医療面接，基本検査，診断法，治療計画の立案，基本治療法	一次医療に関わる分野は総合診療科に統一，将来的には現機能の充実，人材育成，器機・機材の開発．更新を継続的に計画
日本大学歯学部	口腔診断学講座	1973	教授 准教授 講師 助教	1 1 1 2		○	○	○	講義		予診科を担当	特に科目があるわけでなく，さまざまな科目で行っている			なし		初診患者の診査・診断を担当
昭和大学歯学部	歯科教育センター・総合診療科	2004	教授 准教授 講師 助教	1 2 1		○	○	○	関連実習の実施	○	総合治療計画を立案してから治療を行う形態	2004		15	あり	医療面接（シミュレーションシナリオの作成，研修医とともにロールプレイ）	総合診療が重要なことから，充実を図りたい
神奈川歯科大学	総合診療科	1981	教授 准教授 講師 助教	 7		○	○		保存・補綴で実施		一口腔単位の治療	1998		66	なし		卒前臨床実習へのしわ寄せがあるため，将来は卒前教育と研修を分離し，独立した場所で教育を行う
鶴見大学歯学部	総合歯科Ⅰ，総合歯科Ⅱ	1992	教授 准教授 講師 助教	1 2		○	○	○	○		総合診療Ⅰは臨床実習，総合診療Ⅱは研修を行っている	1974		その他 （1年間？）	あり	診療参加型実習（GP領域），一部診療参加型（専門科目）	発展的に充実に努める

大学名	担当部門	設置年度	教員数			業務内容						総合歯科診療およびプライマリ・ケアの講義・実習開始時期	独立した講義の有無	総合歯科の講義・実習時間数	シラバス	主な教育内容	将来計画
			現状		2005年からの増減	臨床実習	初期臨床研修	総合歯科診療	総合歯科実習・講義	SP養成	診療科のすみ分け						
新潟大学	歯科総合診療部	2000	教授 准教授 講師 助教	1 1 1 1		○	○	○		○	1カ所で診療を済ませたい患者さんの治療	不明		1380	なし	診療参加型実習	プライマリ・ケアの大部分を担当する予定
日本歯科大学新潟生命歯学部	総合診療科	2001	教授 准教授 講師 助教	3 8 5 31		○	○	○	実習	○	既存の科は存在しない				なし		
松本歯科大学	総合診療科	2008	教授 准教授 講師 助教	7 2 6 16		○	○	○	複数の科目で総合的に行っている		一般歯科として位置づけている	2004		15	なし		
朝日大学歯学部	総合診療科	1996	教授 准教授 講師 助教	4 1 1 6		○	○	○	実習		一般歯科として位置づけている	1997		30	あり	臨床見学	
愛知学院大学歯学部	なし		教授 准教授 講師 助教														
大阪歯科大学	総合診療・診断科	1999	教授 准教授 講師 助教	1 4 4 4		○	○	○	口腔外科，補綴科で行う		すべての歯科診療を行っており，このシステムを希望する患者が主体				なし		総合的な診療を希望している患者に対応する体制となっている
大阪大学歯学部	口腔総合診療部	1997	教授 准教授 講師 助教	1 2 1		○	○	○	○		臨床研修・臨床実習の場としている．一部専門外来とオーバーラップしているメリットを生かした診療	2008		15	あり	歯科医学・歯科医療の概説，歯科医療管理学，医療心理など	臨床実習・臨床研修の責任部署，教育技法を含む口腔総合医療学の研究分野
岡山大学歯学部	総合歯科	2004	教授 准教授 講師 助教	1 1 2		○	○	○	○（講義のみ）		高度な医療を行わない一般歯科治療	2005		30	あり	総合歯科医療（プライマリ・ケア）についての基本的知識の講義，医療コミュニケーションおよび医療安全の講義	学生に対しては講義のみを担当，特に将来計画はなし

大学名	担当部門	設置年度	教員数			業務内容						総合歯科診療およびプライマリ・ケアの講義・実習開始時期	独立した講義の有無	総合歯科の講義・実習時間数	シラバス	主な教育内容	将来計画
			現状		2005年からの増減	臨床実習	初期臨床研修	総合歯科診療	総合歯科実習・講義	SP養成	診療科のすみ分け						
広島大学歯学部	口腔総合診療科	2002	教授 准教授 講師 助教	1 2		○	○	○	○	○	初期研修の補綴・保存の診療	2004	○	60	あり	包括総合歯科医療，治療計画の立案，インフォームド・コンセント，安全と医療の質の保証等	
徳島大学歯学部	総合診療歯科・総合歯科診療部	2002	教授 准教授 講師 助教	1 1 3		○	○	○	○ （講義のみ）	○	一般歯科として位置づけている	2005	○	15	あり	医療面接	
九州歯科大学	総合診療科	2002	教授 准教授 講師 助教	22 16 14 64		○	○	○	○	○	診療科の再編を検討中	2006	○	757	あり	９テーマの実習（シミュレーション実習），相互実習，技工実習，患者実習・介助実習を行う	再編中
九州大学歯学部	口腔総合診療科	2002	教授 准教授 講師 助教	1 1 9		○	○	○	○	○	臨床研修の評価．解析や臨床研修のストレスに関する研究を行うことにより区別化	2007	○	26	あり	患者中心医療や包括的歯科診療の概念	
福岡歯科大学	口腔歯科学講座	2001	教授 准教授 講師 助教	1 1 2 2		○	○	○	○		総合歯科が初診を担当し，専門性が要求される患者については他科に振り分ける	2002		不明	あり	一般歯科治療に必要な知識と技術の統合型実習	
長崎大学歯学部	臨床教育・研修センター	2002	教授 准教授 講師 助教	1 1 1		○	○	○		○	研修医の診療指導が中心，教員の専門領域の治療						
鹿児島大学歯学部	歯科総合診療部	2001	教授 准教授 講師 助教	 1 6			○				研修医の診療指導が中心						

教員数は，専任と兼任の区別が必ずしも明確にされていないため，単純に比較することは難しいが，教員数が数名のところから数十名の教員を配置されているところとさまざまであり，大学による臨床教育体制に違いがあるのは確かである．前回の調査からの教員の変化は，教員数が増加している大学は7大学，逆に減少している大学は9大学であった．4大学（東京医科歯科大学，東京歯科大学，松本歯科大学，鶴見大学）は，前回と今回のアンケートの記載が異なるため比較はできなかった．教員数に10人以上の増減がみられる奥羽大学と九州歯科大学，今回のアンケートで教員数を明確に示した松本歯科大学では，この4年の間に組織改革が行われたと推察される．歯科医師臨床研修制度が義務化されて3年が過ぎたこと，文部科学省の示す参加型臨床実習の充実という方針への対応から，総合歯科診療およびプライマリ・ケアの教育体制の見直し時期がきているかもしれない．

総合歯科診療部門の業務内容としては，臨床実習，初期臨床研修が主であり，多くの大学ではその両方を担当している．前回の報告では6大学で臨床研修に特化した臨床教育が行われていたが，そのうち5大学では新たに臨床実習への参画が報告された．逆に4大学では臨床実習の負担が軽減され，臨床研修に重点がおかれた．総合歯科診療部門の診療は，5大学を除く大学で総合歯科診療が行われており，一口腔単位の治療を基本とするところが多い．これは，臨床実習や初期研修のための総合歯科診療が主体となっているためと考えられる．多くの大学では総合歯科診療部門の担当は総合歯科診療とプライマリ・ケアということで，専門外来とのすみ分けが行われているが，担当教員の専門性を活かした診療を行っているところも少なからずある．また一方で，担当教員は臨床指導にのみ従事しているところもあり，各大学の臨床教育の考え方の違いが現れている．

学部教育において，総合歯科学またはプライマリ・ケアの講義・実習を17大学で総合診療部門が担当している．さらに，模擬患者の養成を行っている大学も10大学あり，総合歯科診療部門が医療コミュニケーションの教育の中心になっていることがうかがえる．病院部門の診療部として存在するところが多いにもかかわらず，学部教育も相応に担っている現状が浮き彫りになった．

2）総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の現状と問題点

歯科医学領域では，総合歯科診療，プライマリ・ケアが定義されていないのが現状ではないだろうか．2002年にモデル・コア・カリキュラムが示される以前は，各歯科大学・歯学部では，臨床教育の都合上，専門領域別教育，すなわち縦割り教育が主に行われており，一口腔単位の治療を考慮した教育が欠如していた．その縦割り教育を横につなぐのが総合歯科診療の教育であり，また，全人的歯科診療を実践するための態度教育などがそのなかに含まれるのであろう．すなわち，総合歯科診療およびプライマリ・ケア教育によって，①コミュニケーション，医療面接，②基本的診察技能，③POS（Problem Oriented System；問題志向型システム），④全人的医療，⑤患者中心の医療（解釈モデル），⑥患者教育，⑦患者心理の理解，⑧臨床倫理，⑨カウンセリングの能力を臨床実習や初期研修の期間に修得することが大事である．

一方，プライマリ・ケアは，地域や家庭に根ざした患者中心の包括医療であり，日本プライマリ・ケア学会では，理念として近接性，包括性，協調性，連続性，責任性の5項目を挙げている．菊池[3]は，2005年版の歯科医学教育白書のなかで，歯科医療におけるプライマリ・ケアは，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，継続的に住民と関わりをもち，説明責任を十分果たせることなどの要件を満たす医療としている．

これらの観点から，現状の総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の内容をみると，学部教育では，臨床実習を除く総合歯科診療の教育は，2000年以降15大学で行われるようになってきている．その多くは，医療面接を含む態度教育，患者中心の医療や包括医療の概念，総合治療計画の立案である．講義時間は，15時間から70時間まで大学によってさまざまであるが，30時間程度の講義時間が最も多いようである．独立した授業科目として立ち上げている大学も6大学あり，総合歯科学の講義といえば，以前は専門診療科がオムニバス形式で行う講義が多かったが，現在は系統立って横断的に行われつつある．一方，プライマリ・ケアについては，教育内容のアンケートの回答にはほとんどみられなかった．現時点で総合歯科診療やプライマリ・ケアの学問体系は，前回の白書出版時と同様にまだ確立されているとはいえない．今後，総合診療歯科学，プライマリ・ケア教育の概念を明確にして，新しい学問として教育体制をつくっていかなければならないだろう．

一方，臨床研修は，義務化されて3年が過ぎ，多少の問題はあるもののほぼ順調に実施されているものと思われる．しかし，歯科医師臨床研修の場合，主な研修先が歯科大学・歯学部に限られることから，担当教員の負担は，年々重くなっている現実がある．特に，担当教員の減少した大学ではその傾向が著明であろう．臨床参加型実習の充実がいわれて久しいが，2006年度以降，学生が全国の研修施設で研修する機会が増えたことから，臨床参加型，特に診療実践型の臨床実習が増えてきている

と感じられる．しかしながら，臨床実習と臨床研修は患者の確保という点で競合するため，協力患者の確保が難しくなってきている．また，高齢社会を迎え，全身的疾患を有する有病歯科患者など，学生や研修歯科医では対応が難しい患者が増えてきている現実がある．総合歯科診療を充実させるためには，どのようにして実習協力患者を確保するかが今後の大きな課題となるであろう．また，卒前教育では，地域医療についての教育の実施が十分に行われていないことから，臨床教授制度を有効に活用して大学での臨床実習や臨床研修を補完することを考えなければならない．

3） 総合歯科診療とプライマリ・ケア教育の展望

近年，う蝕や歯周病の治療から口腔ケアへ歯科医療のあり方が大きく変わろうとしている．口腔機能は，「おいしく食べる」「楽しく会話をする」「豊かな表情をつくる」など患者の QOL や生きる尊厳に大きく関わるため，小児から高齢者までのさまざまな症例に適切に対応できる歯科医師の養成が歯科大学・歯学部に与えられた使命であることはいうまでもない．従来型の歯科医学教育では，縦割り専門教育が主体であり，専門的知識を横断的に総括する教育が行われてこなかった．総合歯科診療，プライマリ・ケア教育の必要性がいわれるようになり，やっと専門的知識を横につなぐ教育が始まったところである．

現状では，総合歯科診療部門がその教育を担っており，求められているものは，総合歯科治療計画についての教育，医療安全・リスクマネジメントなどモデル・コア・カリキュラム導入後，新たに追加された部分の教育と医療コミュニケーションなどの態度教育などであろう．しかし，残念ながらきちんとした教育体系が確立されているとはいいがたい．今後，日本歯科医学教育学会などが中心となってこれらの教育基準を策定していかなければならないだろう．

また一方で，臨床実習，初期臨床研修で中心的な役割を果たしているのも，総合歯科診療部門である．臨床実習は，臨床基礎実習，講義での知識の整理と統合が主な目的のため，歯科医師免許をもたずに指導歯科医の万全な管理下で行うことである．初期臨床研修は，歯科医師として卒前に修得した知識・技能・態度を基に，独立して診療するために指導歯科医が支援し，研修歯科医の歯科医師としての能力を高めることにある．この両者はきちんと区別する必要があるが，効果的に臨床教育を行うためには，有機的に実習と研修が結合していなければならない．そのため，それぞれの指導歯科医が連絡を密にしながら，少しでも多くの症例の治療を経験していく必要がある．しかし，総合歯科診療部門の教員数をみると，日本歯科大学生命歯学部，日本歯科大学新潟生命歯学部や九州歯科大学のようにほとんどの教員が総合歯科診療の教育を担当しているところから，数名の専任教員が担当しているところ，専門外来からの教員の寄り合い所帯のところまでさまざまである．卒業生の追跡調査などによる卒前臨床教育システムの評価や相互チェックによる初期研修システムの評価が実施されるようになることも予想されることから，総合歯科診療教育の充実が必須であり，その重要性も再度認識しなければならない．

国民は，安全で納得できる歯科医療を提供する歯科医師の養成を望んでいる．特に高齢社会を迎え，在宅訪問診療に対応できる歯科医師が必要である．プライマリ・ケア教育は，現状の歯科医学教育では対応できていない分野でもある．これらの分野にも教育の範囲を拡大していくことが大事であり，どのように対応していくかが課題である．現在，歯科医学教育の場でも人的資源の確保が非常に難しい状況である．臨床実習や研修を通じて対応できるようにしなければ，マンパワー不足に陥ってしまうであろう．

以上のように，総合歯科診療とプライマリ・ケア教育は，課題も多いが，その教育範囲は国民のニーズによって広がりつつある．それを中心となって担当する総合歯科診療部門への期待は大きいと思われる．

おわりに

1996 年にアメリカ医学会が，プライマリ・ケアを「患者の抱える問題の大部分に責任をもって対処できる幅広い臨床能力を有する医師によって提供されるヘルスケアサービスである．そのヘルスケアサービスは，受診がしやすくて総合的かつ継続的であり，また，家族および地域を視野に入れたものでなければならない」と定義した[4]．

21 世紀は高齢社会といわれており，2000 年におけるわが国の 65 歳以上人口は 2,187 万人で高齢化率 17.2％であったが，2025 年には高齢化率 27.4％，2050 年には 32.3％と推計されている．高齢社会を支えることは，地域医療を担うプライマリ・ケアを行う歯科医師の大きな役割である．歯科大学・歯学部を卒業して歯科医師になる多くの人は，その地域医療に従事することが多いであろう．地域で住民の口腔の健康を介して常日頃の健康を守るために，予防や福祉（在宅歯科医療など）にも関わって，日常病の専門家として活躍することが求められる．そのため，卒前教育のなかで総合歯科診療およびプライマリ・ケアの教育はこれからの必須分野である．

総合歯科診療やプライマリ・ケアは，歯科診療を行うすべての歯科医師が修得すべき基本事項であり，この土台の上にそれぞれの専門的医療技術が形成されることは

いうまでもない．そのため，歯科医学教育界全体で，総合歯科診療およびプライマリ・ケア教育の重要性を認識しなければ，国民の求める歯科医療のニーズに応えることができない．また，歯科医療水準の向上も望めないのではないだろうか．

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―．2001.
2) 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．「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．2004.
3) 菊池雅彦．総合歯科診療とプライマリ・ケア教育．日本歯科医学教育学会編集．歯科医学教育白書 2005 年版．1 版．東京：日本歯科医学教育学会；2006. 111-6 頁.
4) American Academy of Family Physicians ホームページ．Primary Care. http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/primarycare.html

第Ⅳ章

歯科医学・歯科医療教育行政

1 歯科医学教育改革等の動向

新木　一弘

はじめに

わが国の歯科医学教育においては戦前から，戦後，そして今日にいたるまでほかの分野の教育と同様に，あるいは他分野に先んじて改革が進められてきている．

本稿では，2006 年度から 2008 年度までの間における歯科医学教育改革等の動向について，主なトピックスを紹介するとともに，本白書の他稿との部分的な重複があるかもしれないが，行政としてとりまとめた基礎的なデータを提供させていただくこととしたい．

1）歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂

歯学教育モデル・コア・カリキュラムの平成 19 年度改訂にふれる前に，近年の歯科医学教育改革の重要なトピックスとして，2 つの点にふれなければならない．

1 点目は，平成 13 年 3 月の医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議（文部科学省，高久史麿座長）から歯学教育モデル・コア・カリキュラム―教育内容ガイドライン―が提示されたことである．

2 点目は，歯学教育モデル・コア・カリキュラムの到達目標に準拠した臨床実習開始前の全国共通の標準評価試験（共用試験：CBT（知識・問題解決能力の客観評価試験）と OSCE（客観的臨床能力の評価））も平成 14 年から試行が始まり，平成 17 年度から正式実施されていることである．

この 2 点について歯学教育モデル・コア・カリキュラム―教育内容ガイドライン―平成 19 年度改訂版の冒頭では，以下のように他分野への波及に対する期待に言及している．

「モデル・コア・カリキュラムの策定・導入とこれに準拠した共用試験は，我が国では医学・歯学系で始まった試みであるが，『我が国の高等教育の将来像』（中央教育審議会答申，平成 17 年 1 月）に，『学士課程の教育充実のため，分野ごとにコア・カリキュラムが作成されることが望ましい．また，このコア・カリキュラムの実施状況は，機関別・分野別の大学評価と有機的に結びつけられることが期待される』として大学教育全体への改善のための波及効果が期待されているところである．さらに，平成 19 年 9 月に公表された学士課程教育の再構築に向けて（中央教育審議会大学分科会，制度・教育部会，学士課程教育の在り方に関する小委員会報告）においても大学教育の各分野に関して，教育の質を維持，向上させる仕組み（分野別のコア・カリキュラムと到達目標の設定）が必要とされたところである」

このように，医学・歯学分野において，モデル・コア・カリキュラムが作成されたことがわが国の高等教育に与えた影響には大きいものがある．しかし，そのモデル・コア・カリキュラムは古くなってしまって，モデルたりえなくなってしまっては意味がなくなる．同じく歯学教育モデル・コア・カリキュラム―教育内容ガイドライン―平成 19 年度改訂版では，今回の改訂を行う理由を以下のように述べている．

「モデル・コア・カリキュラムが平成 13 年 3 月に公表された後，歯科医学・医療の内容や取り巻く環境は大きく変化し，『地域保健・医療を担う人材の育成』や『医療安全教育』の充実などへの社会的要請の高まりにより，これを早急にモデル・コア・カリキュラムへ反映されることが望ましいものが生じている．また，『歯科医師として求められる基本的な資質』や『学部教育における研究の視点』もモデル・コア・カリキュラムに盛り込む必要が生じている」

以上のような理由で，改訂が行われたわけであるが，モデル・コア・カリキュラムとして新設された主な事項

あらき　かずひろ
文部科学省高等教育局医学教育課
キーワード：歯学教育モデル・コア・カリキュラム，歯科医師の需給問題，歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議

としては，以下のものが挙げられる．

(1)　歯科医師として求められる基本的な資質
(2)　医療従事者の健康と安全
(3)　生涯学習への準備
(4)　医療の評価・検証と科学的研究
(5)　患者のプライバシー
(6)　地域医療に求められる役割と機能

さらに歯学教育モデル・コア・カリキュラム―教育内容ガイドライン―平成 19 年度改訂版では，今回の改訂の位置づけや今後の予定を以下のように述べている．

「モデル・コア・カリキュラムによる教育を受けた学生が 2〜3 回卒業するまで待ってモデル・コア・カリキュラム導入による学生への教育効果を検証した上で改訂を行う必要があることから，今回の改訂は全面改訂ではなく，モデル・コア・カリキュラム運用解釈を基本とした必要最小限の改訂とすることとした．(中略) 今後，社会からの要請，歯科医学・医療の進歩等を十分勘案しながら，全面的な本格改訂に向けた検討が行われる予定である」

平成 19 年度改訂が以上のような内容，位置づけなどであったことを確認したうえで，関係者のご意見を賜りながら適時適切な改訂を進めていくこととしたい．

2) 歯科医師の需給問題

歯科医師の需給については，昭和 59 年 5 月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」の昭和 61 年 7 月の最終意見に基づいて，新規参入歯科医師の 20% 削減が図られ，平成 10 年までに 19.7% が実現された．

その後も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おり，平成 9 年 7 月に設置された「歯科医師の需給に関する検討会」は平成 10 年 5 月に「新規参入歯科医師を 10% 程度抑制する」ことを提言している．

本件に関する，その後の近年の政府・与党の動きとしては，以下の(1)〜(3)のような内容のものがある．

(1) 平成 18 年 8 月　文部科学大臣, 厚生労働大臣の「確認書」合意

①歯学部定員については，各大学に対してさらにいっそうの定員減を要請する．
②歯科医師国家試験の合格基準を引き上げる．

(2) 平成 18 年 12 月　厚生労働省「今後の歯科保健と歯科医師の資質向上等に関する検討会」中間報告

①少なくとも平成 10 年度の検討会提言の削減数の早期実現に向けて各大学の自主的かつ前向きな取り組みが大いに期待されるところである．

(3) 平成 19 年 11 月　自由民主党社会保障制度調査会医療委員会歯科診療に関するプロジェクトチーム中間とりまとめ「歯科保健医療の実現に向けて」

①本来，新規参入歯科医師の削減は歯科大学・歯学部の入学定員の削減により行うべきであり，まず，平成 10 年の歯科医師の需給に関する検討会報告書（厚生省）などにおける目標である 10% の削減を早期に実施する．
②これに併せて，歯科医師の資質向上の観点からも，歯科医師国家試験の合格基準を引き上げる．
③歯科医療を取り巻く状況に対応し，改めて政府において歯科医師の適正な需給を示したうえで，歯科大学・歯学部の再編・統合を含め，さらなる新規参入歯科医師の大幅な削減対策に努める．

これらの政府・与党の提言などの動きにも関わらず，昭和 60 年度のピーク時の国公私立大学の歯学部歯学科の入学定員 3,380 人から平成 10 年度までの削減数 666 人を引いた差の 2,714 人に占める平成 11 年度から平成 20 年度までの削減数 57 人の割合は 2.1% となっており，削減目標 10% とは大きな隔たりがある．

3) 歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議

平成 20 年 7 月に設置された文部科学省の「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」は質の高い歯科医療を求める国民の要求に十分応えうる臨床能力の確保向上を図る観点から以下の 4 項目からなる第 1 次報告を平成 21 年 1 月に取りまとめた．その 4 項目に関する主な現状の問題点および改善のために求められる取り組みを以下に示す．

(1) 歯科医師として必要な臨床能力の確保

(主な問題点)

ア　臨床実習に関しては，講座や診療科の個々の指導教員の影響が強く，大学としての組織的・体系的な到達目標の設定や成績評価の実施などが十分なされているとはいえない．
イ　歯科の大学病院は臨床実習に適した一般的な疾患の患者が少ないことに加え，患者の意識の変化から臨床実習への協力が難しくなってきていることもあり，臨床実習の内容も，学生自身が実際の歯科医療に携わらない見学型にとどまる傾向がみられる．
ウ　国家試験の難化も指摘されるなか，受験対策に追われ，臨床実習の時間数の減少がみられる．

(主な改善のための取り組み)

A　臨床実習の到達目標を明確にしたうえで，各科目の成績評価の基準の明示を徹底するとともに，臨床実習終了時の OSCE の実施などにより，歯科医師として必

要な臨床能力の評価を行う．

B　国は，歯科医師となるために不可欠な診療参加型臨床実習の単位数の明記など，臨床実習の制度的位置づけの明確化を検討する．

C　基本的な臨床能力の習得など多様な症例の経験を通じて臨床実習を充実する観点から，関連教育病院としての学外の歯科医療機関の活用に努める．

(2) 優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施

(主な問題点)

ア　歯科医療の高度化や歯科医療のニーズの多様化に伴い教育内容が増大するなか，基礎・臨床の専門教育の早期化が生じている．

イ　歯学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠する共用試験への対応から，歯学教育の幅の広さや特色が薄らいできているとの指摘があり，また，共用試験を境に座学と実習が分かれる傾向にある．

(主な改善のための取り組み)

A　基礎と臨床，座学と実習の有機的な連携が図られた順次性のある体系的な教育課程の編成を徹底するとともに，成績評価や進級判定を厳格に行う．

B　講座や専門分野の壁を越え歯学教育全体を通した体系的な教育課程の編成にあたる専門の教員の配置を進めるとともに，教員相互の共通理解や意識改革，臨床研修の指導の経験も生かした臨床教育能力の開発などのための組織的な取り組み（FD）の充実を図る．

C　体系的な教育課程の全学的な実施を促す観点から，歯学教育モデル・コア・カリキュラムを見直す．その際，体系的で段階的な臨床実習の実施を促す観点から，同カリキュラム中の「臨床実習開始前までに修得すべき知識・技能」の示し方を見直す．

D　知識，技能，態度ともに優れた歯科医師を養成する歯学教育の質を保証するための第三者評価の仕組みの導入について検討する．

(3) 歯科医師の社会的需要を見据えた優れた入学者の確保

(主な問題点)

ア　この数年間に，入学定員未充足となる大学や，入学志願者が著しく減少し，あるいは合格者数を急速に増加させるなど入試の選抜機能が大きく低下する大学も存在し，入学者確保を巡る状況が二極化する傾向がみられる．

イ　臨床実習に必要な患者の確保が十分にできないことによる学生の臨床能力の低下に加え，歯科医師という職業の魅力の低下から志願者の減少を招いている．

(主な改善のための取り組み)

A　求める学生像や歯学教育を受けるために必要な水準などを示した入学者受け入れ方針（アドミッション・ポリシー）を明確にし，入学志願者数，受験者数，合格者数，入学者数などの入試に関する情報や教育研究に関する情報とともに，インターネットなどを通じて広く公開する．

B　優れた資質能力を有する入学者の確保のため，歯科医師として必要な基礎学力の検査はもとより，面接の充実をはじめ，高等学校との連携強化，ボランティア活動の評価などを通じ，入学志願者の適性，目的意識，コミュニケーション能力などを見きわめる実効ある入試のさらなる工夫に取り組む．

C　①入試の選抜機能が低下し優れた入学者の確保が困難な大学，②歯科医師国家試験合格率の低迷する大学，③学生に対する臨床実習に必要な患者数の確保が困難な大学，④留年（修業年限超過）の学生の多い大学などは，安易な入学者数の確保を優先するのではなく，社会的需要を見据えて，学生が将来歯科医師として活躍しうるかどうかなどの将来性を考え，入学定員の見直しを検討する．

(4) 未来の歯科医療を拓く研究者の養成

(主な問題点)

ア　研究者養成については，現状では，基礎歯学と臨床歯学の間の溝は依然否めず，また，研究者としてのキャリアパスを描きづらいことが指摘されている．

イ　臨床研修終了後数年の診療を経て大学院へ入学する医学と比べ，臨床研修終了直後の入学の多い歯学には，臨床経験が不足し，患者の診療の知見から研究を深める患者研究や疾患研究が不十分であると指摘されている．

(主な改善のための取り組み)

A　学部教育のあらゆる機会を通じて研究マインドの育成に努める．そのためにも，研究室配属など実際の研究に携わる機会の拡充に取り組む．

B　歯学系大学院については，基礎・臨床を問わず未来の歯科医療を拓く研究者の養成と，臨床の発展を目指す研究能力を備えた歯科医師の養成という人材養成の目的に応じ，みずからのビジョンと教育内容を明確にし，組織的かつ体系的で魅力ある大学院教育を提供する．

C　わが国の歯学研究を牽引する国際的にも優れた若手研究者を養成していくために，各大学の連携により教育研究資源を効率的に活用し，個々の大学の枠を超えたキャリアパスの確保と国際的な協力体制の図られた卓越した教育研究拠点の形成を国として支援する．

なお，本協力者会議として引き続き実施・検討すべき課題としては以下の３点がある．

・今回の提言を踏まえた各大学や関係機関の取り組み状況をフォローアップすること

・第三者評価の導入をはじめとする歯学教育の質保証の方策などの課題について引き続き議論を行うこと
・文部科学省，厚生労働省が緊密に連携し，モデル・コア・カリキュラム，共用試験，国家試験，臨床研修を含め，卒前・卒後教育を一体的に捉えた検討の場を設置すること

4） 歯科衛生士および歯科技工士の養成

（1）歯科衛生士学校

文部科学大臣指定の歯科衛生士学校は，4 年制大学の国立では，平成 19 年度に徳島大学歯学部口腔保健学科が，公立では，平成 18 年度に埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科口腔保健科学専攻がそれぞれ設置されており，平成 20 年度現在では，国立 4 大学，公立 1 大学の計 5 大学となっている．

また，短期大学の私立では，平成 18 年度に愛知学院大学短期大学部歯科衛生学科および高知学園短期大学医療衛生学科歯科衛生専攻が，平成 19 年度に福岡医療短期大学歯科衛生学科が，平成 20 年度に神戸常盤大学短期大学部口腔保健学科が，それぞれ設置されており，平成 20 年度現在では，公立 3 短期大学，私立 12 短期大学の計 15 短期大学となっている．

（2）歯科技工士学校

文部科学大臣指定の歯科技工士学校は，4 年制大学では，平成 20 年度現在で，国立の広島大学歯学部口腔保健学科口腔保健工学専攻の 1 大学のみとなっている．

表Ⅳ-1　歯学部歯学科数・学生数（平成 20 年度）

区分	大学数	学部数	学生数
国立	11　大学	11　学部	3,770　人
公立	1　大学	1　学部	572　人
私立	15　大学	17　学部	12,121　人
計	27　大学	29　学部	16,463　人

（出典：学校基本調査報告書）

また，短期大学では，平成 20 年度現在で，私立の日本歯科大学東京短期大学歯科技工学科および明倫短期大学歯科技工士学科の 2 短期大学となっている．

おわりに

本稿では，平成 18 年度から平成 20 年度を中心に，行政として把握しやすい歯科医学関係者のご努力の様子の一端をご紹介した．関係者のご尽力に改めて感謝申し上げたい．ここで，取り上げなかった関係者の歯科医学教育へのご貢献も含めた関係者全体のこの期間のご努力が，将来の歯科医学教育の発展・充実に結びつくことを期待申し上げたい．

最後に，「3）歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」で取り上げた平成 21 年 1 月の第 1 次報告の添付資料のうち，基礎データに当たるものを**表Ⅳ-1～9** として転載させていただく．

表Ⅳ-2　歯学部歯学科入学者数の推移　（単位：人）

区分	計				国立		公立		私立	
	入学定員	入学者数	男	女	入学定員	入学者数	入学定員	入学者数	入学定員	入学者数
昭和 35 年度	690	799	684	115	90	100	120	132	480	567
昭和 40 年度	1,140	1,443	1,259	184	240	240	120	146	780	1,057
昭和 45 年度	1,460	2,139	1,740	399	340	321	120	122	1,000	1,696
昭和 50 年度	2,220	3,066	2,556	510	340	338	120	120	1,760	2,608
昭和 55 年度	3,360	3,512	2,906	606	840	850	120	121	2,400	2,541
昭和 56 年度	3,380	3,478	2,807	671	860	840	120	119	2,400	2,519
昭和 57 年度	3,380	3,481	2,842	639	860	846	120	119	2,400	2,516
昭和 58 年度	3,380	3,452	2,767	685	860	852	120	119	2,400	2,481
昭和 59 年度	3,380	3,395	2,700	695	860	852	120	122	2,400	2,421
昭和 60 年度	3,380	3,252	2,521	731	860	847	120	120	2,400	2,285
昭和 61 年度	3,273	3,146	2,437	709	840	825	120	120	2,313	2,201
昭和 62 年度	3,065	3,178	2,392	786	800	800	120	120	2,145	2,258
昭和 63 年度	2,940	3,018	2,266	752	725	741	95	97	2,120	2,180
平成 元 年度	2,732	2,955	2,210	745	685	687	95	95	1,952	2,173
平成 2 年度	2,732	2,751	1,930	821	685	678	95	96	1,952	1,977
平成 3 年度	2,722	2,723	1,846	877	680	673	95	99	1,947	1,951
平成 4 年度	2,722	2,616	1,766	850	680	673	95	96	1,947	1,847
平成 5 年度	2,720	2,737	1,796	941	680	675	95	94	1,945	1,968
平成 6 年度	2,714	2,714	1,746	968	680	674	95	95	1,939	1,945
平成 7 年度	2,714	2,709	1,732	977	680	677	95	95	1,939	1,937
平成 8 年度	2,714	2,722	1,754	968	680	677	95	95	1,939	1,950
平成 9 年度	2,716	2,729	1,677	1,052	680	681	95	94	1,941	1,954
平成 10 年度	2,714	2,718	1,733	985	680	678	95	95	1,939	1,945
平成 11 年度	2,705	2,696	1,808	888	670	653	95	95	1,940	1,948
平成 12 年度	2,697	2,662	1,678	984	665	623	95	96	1,937	1,943
平成 13 年度	2,697	2,662	1,664	998	665	627	95	95	1,937	1,940
平成 14 年度	2,692	2,663	1,680	983	660	623	95	96	1,937	1,944
平成 15 年度	2,682	2,656	1,651	1,005	650	607	95	97	1,937	1,952
平成 16 年度	2,667	2,623	1,638	985	635	597	95	95	1,937	1,931
平成 17 年度	2,667	2,625	1,671	954	635	601	95	96	1,937	1,928
平成 18 年度	2,667	2,630	1,628	1,002	635	598	95	96	1,937	1,936
平成 19 年度	2,657	2,597	1,582	1,015	625	583	95	96	1,937	1,918
平成 20 年度	2,657	2,530	1,588	942	625	585	95	95	1,937	1,850

（注）1. 入学者数は，各年度における 5 月 1 日現在在籍しない者は含まない．　（出典：学校基本調査報告書）
2. 昭和 35，40，45，50 年度については，進学課程の入学者数を記載．
3. 昭和 55 年度については，進学課程と専門課程を区分する大学と 6 年制課程の大学が混在するため，進学課程の入学者数と 6 年制課程の入学者数の合計を記載．
4. 私立大学の入学定員欄は募集人員を記載．
5. 入学定員は，編入学定員を含む．

表Ⅳ-3　歯学部歯学科志願者数等推移（過去５年間）　（単位：人）

区分		入学定員	志願者数	受験者数	合格者数
国立	平成 16 年度	590	3,848	3,012	633
	平成 17 年度	590	3,766	2,950	618
	平成 18 年度	590	3,652	2,823	624
	平成 19 年度	580	3,413	2,575	616
	平成 20 年度	580	2,930	2,101	617
公立	平成 16 年度	95	1,043	829	97
	平成 17 年度	95	896	725	99
	平成 18 年度	95	584	462	102
	平成 19 年度	95	639	514	103
	平成 20 年度	95	602	477	98
私立	平成 16 年度	1,937	11,574	10,509	2,899
	平成 17 年度	1,937	11,616	10,483	2,909
	平成 18 年度	1,937	11,188	10,011	3,050
	平成 19 年度	1,937	10,630	9,505	3,124
	平成 20 年度	1,937	8,833	7,792	3,324
合計	平成 16 年度	2,622	16,465	14,350	3,629
	平成 17 年度	2,622	16,278	14,158	3,626
	平成 18 年度	2,622	15,424	13,296	3,776
	平成 19 年度	2,612	14,682	12,594	3,843
	平成 20 年度	2,612	12,365	10,370	4,039

（注）1. 私立大学の入学定員欄は募集人員を記載.
2. 編入学定員は含まない.　（医学教育課調べ）

表Ⅳ-4　歯学部歯学科入学定員の削減の推移

区分	ピーク時の入学定員（昭和 60 年度）(A)	削減状況		平成20年度の入学定員 (D=A－B－C)
		平成 10 年度まで (B)	平成 11 年度～平成 20 年度まで (C)	
国立	860 人	180 人 [20.9%]	55 人 [8.0%]	625 人
公立	120 人	25 人 [20.8%]	0 人 [0.0%]	95 人
私立	2,400 人	461 人 [19.2%]	2 人 [0.1%]	1,937 人
合計	3,380人	666 人 [19.7%]	57人 [2.1%]	2,657 人

（注）1. 私立大学については，募集人員である.　（医学教育課調べ）
2. （B）の［　］は（A）に対する削減割合であり，（C）の［　］は（A）－（B）に対する削減割合である.
3. 昭和 61 年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
「昭和 70 年（平成７年）を目途として歯科医師の新規参入を最小限 20％削減すべき」
4. 平成 10 年５月厚生省「歯科医師の需給に関する検討会」報告
「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％程度抑制するとともに，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」

表Ⅳ-5　歯学専攻大学院入学状況（博士課程）　（単位：人）

区分	国立		公立		私立		計	
	志願者数	入学者数	志願者数	入学者数	志願者数	入学者数	志願者数	入学者数
昭和 63 年度	190	162	20	19	288	246	498	427
平成 元 年度	202	176	17	14	316	274	535	464
平成 2 年度	203	170	23	23	291	240	517	433
平成 3 年度	193	153	20	18	272	244	485	415
平成 4 年度	203	177	20	20	295	244	518	441
平成 5 年度	222	195	24	24	296	247	542	466
平成 6 年度	254	227	22	22	308	270	584	519
平成 7 年度	265	234	18	17	291	254	574	505
平成 8 年度	296	257	26	25	310	271	632	553
平成 9 年度	325	287	19	18	287	248	631	553
平成 10 年度	362	341	26	25	277	247	665	613
平成 11 年度	411	385	26	21	289	251	726	657
平成 12 年度	583	526	18	16	319	270	920	812
平成 13 年度	539	467	14	13	280	245	833	725
平成 14 年度	503	435	29	23	299	273	831	731
平成 15 年度	499	445	27	27	377	338	903	810
平成 16 年度	481	430	23	22	341	302	845	754
平成 17 年度	450	392	22	21	386	248	858	761
平成 18 年度	303	279	6	6	190	179	499	464
平成 19 年度	446	417	34	33	388	377	868	827
平成 20 年度	425	376	30	28	372	363	827	767

（注）1. 入学者数には，5 月 1 日現在在籍しない者は含まない.　（出典：学校基本調査報告書）
（注）2. 博士課程＝博士課程後期＋ 4 年制博士課程

表Ⅳ-6　歯学部歯学科最低在学年限超過学生数　（単位：人）

	計			1年超過			2年超過			3年超過			4年以上超過		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女
平成 11 年度	698	607	91	398	338	60	152	136	16	75	67	8	73	66	7
平成 12 年度	807	688	119	471	387	84	165	149	16	83	74	9	88	78	10
平成 13 年度	877	744	133	530	434	96	171	152	19	89	81	8	87	77	10
平成 14 年度	809	688	121	497	406	91	179	163	16	65	57	8	68	62	6
平成 15 年度	778	659	119	435	356	79	188	164	24	93	85	8	62	54	8
平成 16 年度	715	611	104	423	350	73	150	131	19	84	75	9	58	55	3
平成 17 年度	751	645	106	440	370	70	167	145	22	71	65	6	73	65	8
平成 18 年度	818	669	149	461	352	109	197	173	24	82	72	10	78	72	6
平成 19 年度	806	658	148	443	342	101	182	152	30	94	86	8	87	78	9
平成 20 年度	832	656	176	441	338	103	218	168	50	85	73	12	88	77	11

（出典：学校基本調査報告書）

表Ⅳ-7　歯学部歯学科卒業者について　　（単位：人）

区分	卒業者数				左記のうち最低修業年数卒業者				卒業者数のうち編入学者			
		国立	公立	私立		国立	公立	私立		国立	公立	私立
平成 元 年 3 月	3,268	870	127	2,271	2,489	664	102	1,723	12	11	0	1
		(26.6%)	(3.9%)	(69.5%)	(76.2%)	(20.3%)	(3.1%)	(52.7%)	(0.4%)	(0.3%)	(0.0%)	(0.0%)
平成 2 年 3 月	3,138	829	115	2,194	2,445	640	100	1,705	29	22	0	7
		(26.4%)	(3.7%)	(69.9%)	(77.9%)	(20.4%)	(3.2%)	(54.3%)	(0.9%)	(0.7%)	(0.0%)	(0.2%)
平成 3 年 3 月	3,070	824	105	2,141	2,315	640	90	1,585	74	12	0	62
		(26.8%)	(3.4%)	(69.7%)	(75.4%)	(20.8%)	(2.9%)	(51.6%)	(2.4%)	(0.4%)	(0.0%)	(2.0%)
平成 4 年 3 月	2,945	746	113	2,086	2,188	589	94	1,505	118	12	0	106
		(25.3%)	(3.8%)	(70.8%)	(74.3%)	(20.0%)	(3.2%)	(51.1%)	(4.0%)	(0.4%)	(0.0%)	(3.6%)
平成 5 年 3 月	3,021	795	105	2,121	2,196	580	85	1,531	92	10	0	82
		(26.3%)	(3.5%)	(70.2%)	(72.7%)	(19.2%)	(2.8%)	(50.7%)	(3.0%)	(0.3%)	(0.0%)	(2.7%)
平成 6 年 3 月	3,051	718	109	2,224	2,167	527	76	1,564	69	3	0	66
		(23.5%)	(3.6%)	(72.9%)	(71.0%)	(17.3%)	(2.5%)	(51.3%)	(2.3%)	(0.1%)	(0.0%)	(2.2%)
平成 7 年 3 月	2,756	666	85	2,005	2,093	511	72	1,510	38	4	0	34
		(24.2%)	(3.1%)	(72.8%)	(75.9%)	(18.5%)	(2.6%)	(54.8%)	(1.4%)	(0.1%)	(0.0%)	(1.2%)
平成 8 年 3 月	2,827	648	98	2,081	2,166	498	71	1,597	29	4	0	25
		(22.9%)	(3.5%)	(73.6%)	(76.6%)	(17.6%)	(2.5%)	(56.5%)	(1.0%)	(0.1%)	(0.0%)	(0.9%)
平成 9 年 3 月	2,743	681	86	1,976	2,187	523	73	1,591	40	3	0	37
		(24.8%)	(3.1%)	(72.0%)	(79.7%)	(19.1%)	(2.7%)	(58.0%)	(1.5%)	(0.1%)	(0.0%)	(1.3%)
平成 10 年 3 月	2,674	654	106	1,914	2,114	472	77	1,565	33	4	0	29
		(24.5%)	(4.0%)	(71.6%)	(79.1%)	(17.7%)	(2.9%)	(58.5%)	(1.2%)	(0.1%)	(0.0%)	(1.1%)
平成 11 年 3 月	2,710	647	89	1,974	2,235	540	76	1,619	39	5	0	34
		(23.9%)	(3.3%)	(72.8%)	(82.5%)	(19.9%)	(2.8%)	(59.7%)	(1.4%)	(0.2%)	(0.0%)	(1.3%)
平成 12 年 3 月	2,522	591	76	1,855	2,137	497	64	1,576	33	2	0	31
		(23.4%)	(3.0%)	(73.6%)	(84.7%)	(19.7%)	(2.5%)	(62.5%)	(1.3%)	(0.1%)	(0.0%)	(1.2%)
平成 13 年 3 月	2,557	646	94	1,817	2,108	525	72	1,511	37	4	0	33
		(25.3%)	(3.7%)	(71.1%)	(82.4%)	(20.5%)	(2.8%)	(59.1%)	(1.4%)	(0.2%)	(0.0%)	(1.3%)
平成 14 年 3 月	2,676	658	93	1,925	2,137	516	77	1,544	40	10	0	30
		(24.6%)	(3.5%)	(71.9%)	(79.9%)	(19.3%)	(2.9%)	(57.7%)	(1.5%)	(0.4%)	(0.0%)	(1.1%)
平成 15 年 3 月	2,700	684	95	1,921	2,198	544	69	1,585	55	9	0	46
		(25.3%)	(3.5%)	(71.1%)	(81.4%)	(20.1%)	(2.6%)	(58.7%)	(2.0%)	(0.3%)	(0.0%)	(1.7%)
平成 16 年 3 月	2,671	648	89	1,934	2,178	542	69	1,567	59	6	0	53
		(24.3%)	(3.3%)	(72.4%)	(81.5%)	(20.3%)	(2.6%)	(58.7%)	(2.2%)	(0.2%)	(0.0%)	(2.0%)
平成 17 年 3 月	2,580	632	98	1,850	2,071	520	28	1,523	80	20	0	60
		(24.5%)	(3.8%)	(71.7%)	(80.3%)	(20.2%)	(1.1%)	(59.0%)	(3.1%)	(0.8%)	(0.0%)	(2.3%)
平成 18 年 3 月	2,506	661	88	1,757	2,076	534	73	1,469	69	32	0	37
		(26.4%)	(3.5%)	(70.1%)	(82.8%)	(21.3%)	(2.9%)	(58.6%)	(2.8%)	(1.3%)	(0.0%)	(1.5%)
平成 19 年 3 月	2,582	640	91	1,851	2,087	533	72	1,482	68	33	0	35
		(24.8%)	(3.5%)	(71.7%)	(80.8%)	(20.6%)	(2.8%)	(57.4%)	(2.6%)	(1.3%)	(0.0%)	(1.4%)
平成 20 年 3 月	2,488	631	109	1,748	2,052	528	86	1,438	59	33	0	26
		(25.4%)	(4.4%)	(70.3%)	(82.5%)	(21.2%)	(3.5%)	(57.8%)	(2.4%)	(1.3%)	(0.0%)	(1.0%)

（出典：学校基本調査報告書）

表Ⅳ-8　歯科大学附属病院の患者数　（単位：人）

区分	患者延べ数	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度	平成 18 年度	平成 19 年度
国立	入院	128,661	124,626	124,087	118,305	116,614
	外来	1,759,565	1,742,650	1,789,905	1,798,518	1,794,832
公立	入院	12,976	10,325	12,674	11,134	10,764
	外来	132,161	124,838	128,195	131,140	132,909
私立	入院	388,189	386,648	395,670	391,748	383,924
	外来	3,314,707	3,409,627	3,447,487	3,437,848	3,515,305
合計	入院	529,826	521,599	532,431	521,187	511,302
	外来	5,206,433	5,277,115	5,365,587	5,367,506	5,443,046

（出典：大学病院概況，病院資料）

表Ⅳ-9　歯科医師国家試験合格率推移　（単位：%）

学校名	第 97 回			第 98 回			第 99 回			第 100 回			第 101 回		
	総数	新卒	既卒	総数	新卒	既卒	総数	新卒	既卒	総数	新卒	既卒	総数	新卒	既卒
北海道大学歯学部	91.0	93.8	0.0	80.7	80.8	80.0	87.8	92.2	60.0	95.0	100.0	66.7	91.2	92.6	66.7
東北大学歯学部	90.0	89.7	100.0	81.0	84.6	50.0	90.8	92.6	81.8	80.3	83.3	50.0	83.6	87.0	69.2
東京医科歯科大学	93.8	95.0	0.0	88.1	88.8	75.0	93.4	94.1	90.0	90.5	92.8	60.0	74.0	77.6	33.3
新潟大学歯学部	89.3	90.7	50.0	88.1	92.6	40.0	91.0	91.7	85.7	91.1	92.2	80.0	84.2	88.5	40.0
大阪大学歯学部	82.1	83.3	0.0	93.2	100.0	58.3	94.2	93.9	100.0	88.7	91.4	50.0	85.9	85.9	85.7
岡山大学歯学部	90.4	91.7	75.0	86.8	90.5	40.0	96.9	96.4	100.0	90.4	90.2	100.0	79.7	79.6	80.0
広島大学歯学部	90.7	92.5	0.0	93.9	96.7	60.0	87.9	88.7	75.0	86.2	89.5	62.5	77.3	84.5	25.0
徳島大学歯学部	87.9	88.7	80.0	81.9	83.1	71.4	80.8	83.3	69.2	84.7	86.0	80.0	90.0	98.0	50.0
九州大学歯学部	91.2	92.4	50.0	88.1	94.3	33.3	95.5	96.7	80.0	86.7	87.7	66.7	66.2	70.2	37.5
長崎大学歯学部	81.3	82.3	50.0	90.5	92.0	84.6	88.4	89.1	80.0	80.3	82.5	66.7	83.8	87.5	66.7
鹿児島大学歯学部	68.8	76.7	0.0	75.0	79.6	60.0	93.3	100.0	64.3	88.2	90.1	60.0	84.7	88.9	55.6
国立合計	87.4	89.2	44.4	86.3	89.5	61.4	90.8	92.6	77.8	87.3	89.5	67.1	81.7	85.2	55.8
九州歯科大学	82.6	84.3	33.3	80.9	79.6	88.2	90.0	92.0	81.8	89.2	91.2	72.7	79.8	83.5	40.0
公立合計	82.6	84.3	33.3	80.9	79.6	88.2	90.0	92.0	81.8	89.2	91.2	72.7	79.8	83.5	40.0
国公立合計	86.8	88.6	43.3	85.6	88.2	66.0	90.7	92.5	78.6	87.5	89.7	67.9	81.4	85.0	54.2
北海道医療大学歯学部	78.4	81.3	33.3	82.5	85.0	70.0	70.0	70.8	66.7	72.3	75.0	64.5	60.3	69.7	34.4
岩手医科大学歯学部	57.6	68.3	27.3	64.0	71.4	48.6	76.7	89.4	54.1	53.7	58.7	42.4	55.6	63.2	44.9
奥羽大学歯学部	65.6	72.1	27.8	63.3	69.3	50.0	65.6	68.3	60.0	58.3	67.0	41.2	40.4	47.8	29.5
明海大学歯学部	78.7	82.5	25.0	78.5	81.7	62.5	82.9	88.7	65.6	82.6	84.8	68.4	67.2	78.1	23.1
日本大学松戸歯学部	83.0	87.1	22.2	78.8	82.9	56.5	88.7	93.7	71.0	72.5	73.0	66.7	72.7	78.4	54.8
東京歯科大学	89.0	89.6	0.0	85.3	91.2	40.0	90.8	93.5	72.2	90.2	92.6	66.7	85.6	86.5	76.9
日本歯科大学	66.9	68.4	44.4	72.9	85.9	47.9	83.3	90.4	59.5	78.1	80.6	63.6	77.0	83.8	55.9
日本大学歯学部	80.0	84.2	0.0	85.1	90.2	61.5	85.3	89.0	60.0	87.3	92.2	57.1	82.6	88.1	50.0
昭和大学歯学部	83.6	93.1	14.3	81.5	88.4	38.9	90.2	96.7	63.6	87.7	90.4	60.0	68.4	71.8	46.2
鶴見大学歯学部	56.1	64.8	21.9	69.6	76.2	56.9	80.1	93.9	56.1	61.1	69.6	31.0	59.9	72.5	27.7
神奈川歯科大学	56.0	66.1	17.2	59.2	62.9	52.9	72.6	89.0	50.7	71.2	85.1	40.0	57.7	73.2	18.2
日本歯科大学新潟生命歯学部	55.5	64.9	0.0	59.5	71.1	42.0	74.3	84.2	54.9	57.3	71.6	34.0	65.7	86.3	36.8
松本歯科大学	40.1	53.2	17.0	44.2	58.3	28.2	52.9	73.3	37.4	41.7	59.1	20.0	47.2	65.8	32.2
愛知学院大学歯学部	87.1	90.9	14.3	86.9	89.9	62.5	83.7	86.8	65.0	88.4	93.5	60.9	84.3	91.0	38.9
朝日大学歯学部	72.5	78.5	8.3	75.7	83.3	55.0	77.3	80.0	67.7	56.9	59.3	48.3	56.8	61.8	47.5
大阪歯科大学	56.6	65.0	13.0	66.3	77.6	43.5	72.6	85.6	50.0	61.0	69.5	39.1	62.2	76.3	35.5
福岡歯科大学	87.0	87.7	50.0	63.9	66.7	42.9	76.4	84.0	61.9	70.7	79.1	40.0	62.9	74.2	35.9
私立合計	69.9	77.0	18.7	70.9	78.9	48.4	77.4	86.1	55.9	69.8	77.6	43.3	64.7	75.6	37.8
認定および予備試験	40.0	66.7	0.0	66.7	33.3	100.0	66.7	50.0	100.0	16.7	20.0	0.0	28.6	0.0	33.3
総合計	74.2	80.2	21.0	74.6	81.5	50.9	80.8	88.0	59.1	74.2	80.9	46.5	68.9	78.3	39.7

（厚生労働省発表資料を基に作成）

2 歯科医師国家試験の経緯と改革の動向

高田　淳子

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掌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．このため，歯科医師法によって，その資格を高い水準で厳格に定めるとともに，その業務に関して国民保健の見地から必要な規制を行っている．また，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．歯科医師法に基づき実施されている歯科医師国家試験の変遷と現状について概説する．

1）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 21 年で第 102 回を迎えた．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，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．この約 60 年の社会情勢の変化は，歯科医療・保健や歯科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いる．

（2）国家試験導入時の経緯

歯科医師国家試験制度は，太平洋戦争後の医療制度改革の一環として，医師・歯科医師の資質向上を図る観点から導入された．

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 名が受験し，761 名が合格した．

（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，国家試験の事務を掌ることとなった．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．

（4）歯科医師国家試験の変遷

歯科医師国家試験の変遷と回数別合格者数を**表Ⅳ-10，11** に示す．

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，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，当初は，口腔外科，保存，補綴，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

たかた　じゅんこ
厚生労働省医政局医事課試験免許室
キーワード：歯科医師法，歯科医師国家試験

表Ⅳ-10　歯科医師国家試験の変遷（第１回【昭和 22 年】～）

			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	第11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	99～102	103～
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	18～21	22～
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	1 回
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		（臨床系学科に含まれる）					（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）			歯科医学総論，歯科医学各論
		臨床 学　説	5 科目（口腔外科，保存，補綴，矯正，口腔衛生）										7 科目（左記の 5 科目に小児歯科，歯科放射線を追加）				8 科目（左記の 7 科目に歯科医学・医療総論を追加）					
		臨床 実技（実地）	3 科目（口腔外科，保存，補綴）										2 科目（保存，補綴）		昭和 57 年に廃止，昭和 58 年以降は臨床実地							
		臨床実地	昭和 56 年以前は実技（実地）試験（昭和 57 年は実技試験と臨床実地）											15 題	60 題	60 題	60 題		80 題	100 題	105 題	
		必　修	平成 14 年より導入																	30 題	50 題	70 題
		計 科　目	5	7	9	10	8			10		5	7		7	7	8		平成 9 年に科目別出題が廃止，平成 10 年以降は領域別出題			
		計 設問数	50	70	35	60	32	24		25		15	180	195	260	260	280		280	330	365	365
		計 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	全問
	試験方法	解答 論述式	→										昭和 51 年以降は客観的多肢選択形式									
		解答 客観式	昭和 50 年以前は論述形式										→									
		実技（実地）試験 口腔外科 診査	→										昭和 50 年に廃止，昭和 58 年以降は臨床実地									
		実技（実地）試験 口腔外科 口答試問	→																			
		実技（実地）試験 保　存 実技	→										→		昭和 57 年に廃止，昭和 58 年以降は臨床実地							
		実技（実地）試験 補　綴 実技	→										→		昭和 57 年に廃止，昭和 58 年以降は臨床実地							

表Ⅳ-11　歯科医師国家試験回数別合格者

回数	施行年月日	受験者数（名）	合格者数（名）	合格率（%）	回数	施行年月日	受験者数（名）	合格者数（名）	合格率（%）
1	S22.4	1,079	761	70.5	55	S49.3.10,4.3-13	2,025	1,857	91.7
2	S22.10	411	157	38.2	56	S49.9	293	226	77.1
3	S23.4	1,208	928	76.8	57	S50.3	1,893	1,795	94.8
4	S23.10	394	213	54.1	58	S50.9.28,9.29-10.1	230	167	72.6
5	S24.4	1,325	907	68.5	59	S51.3.28,4.5-12	2,085	2,005	96.2
6	S24.10	582	508	87.3	60	S51.9.26,9.27-29	193	106	54.9
7	S25.4	1,234	1,051	85.2	61	S52.3	2,447	2,346	95.9
8	S25.10	374	268	71.7	62	S52.9.25,9.26-28	277	212	76.5
9	S26.4	656	496	75.6	63	S53.3.26,4.3-11	2,853	2,732	95.8
10	S26.10	265	248	93.6	64	S53.9.24,9.25-27	250	186	74.4
11	S27.4	801	759	94.8	65	S54.3.25,4.3-11	3,150	3,080	97.8
12	S27.10	232	205	88.4	66	S54.9.30,10.1-3	304	239	78.6
13	S28.4	283	247	87.3	67	S55.3.9,4.7-15	2,906	2,791	96.0
14	S28.10	73	45	61.6	68	S55.9.29,9.30-10.2	250	154	61.6
15	S29.4	491	451	91.9	69	S56.3.19,4.6-14	3,108	3,058	98.4
16	S29.10	81	50	61.7	70	S56.9.28,9.29-10.1	194	98	50.5
17	S30.4	595	526	88.4	71	S57.3.18,4.5-13	2,998	2,790	93.1
18	S30.10	159	96	60.4	72	S57.9.27,9.28-30	332	159	47.9
19	S31.4	479	413	86.2	73	S58.4.9-10	3,390	3,214	94.8
20	S31.10	125	77	61.6	74	S58.9.26-27	288	126	43.8
21	S32.4	720	653	90.7	75	S59.4.5-6	3,341	3,097	92.7
22	S32.10	154	90	58.4	76	S59.9.25-26	303	195	64.4
23	S33.4	782	699	89.4	77	S60.4.3-4	3,317	3,157	95.2
24	S33.10	167	82	49.1	78	S60.9.28-29	226	125	55.3
25	S34.4	860	734	85.3	79	S61.4.2-3	3,368	3,112	92.4
26	S34.10	199	105	52.8	80	S62.4.2-3	3,668	3,361	91.6
27	S35.4	926	727	78.5	81	S63.4.5-6	3,531	2,979	84.4
28	S35.10	285	180	63.2	82	H1.4.5-6	3,851	3,576	92.9
29	S36.3	908	789	86.9	83	H2.4.4-5	3,419	2,901	84.8
30	S36.9	206	152	73.8	84	H3.4.3-4	3,585	3,249	90.6
31	S37.3	946	920	97.3	85	H4.4.7-8	3,308	2,762	83.5
32	S37.9	84	67	79.8	86	H5.3.17-18	3,570	3,231	90.5
33	S38.3	926	894	96.5	87	H6.3.16-17	3,382	2,998	88.6
34	S38.9	81	40	49.4	88	H7.3.15-16	3,153	2,765	87.7
35	S39.3	925	910	98.4	89	H8.3.19-20	3,176	2,857	90.0
36	S39.9	58	33	56.9	90	H9.3.18-19	3,083	2,710	87.9
37	S40.3	949	935	98.5	91	H10.3.18-19	3,017	2,655	88.0
38	S40.9	48	39	81.3	92	H11.3.17-18	3,056	2,554	83.6
39	S41.3	1,003	991	98.8	93	H12.3.15-16	3,014	2,102	69.7
40	S41.9	47	32	68.1	94	H13.3.14-15	3,446	3,125	90.7
41	S42.3	1,040	1,032	99.2	95	H14.3.20-21	2,956	2,462	83.3
42	S42.9	58	40	69.0	96	H15.3.19-20	3,208	2,932	91.4
43	S43.3.10,4.1-13	1,061	1,050	99.0	97	H16.3.17-18	2,960	2,197	74.2
44	S43.9.30,10.1-3	41	30	73.2	98	H17.3.17-18	3,343	2,493	74.6
45	S44.3.16,4.2-12	1,094	1,080	98.7	99	H18.2.11-12	3,308	2,673	80.8
46	S44.9	44	22	50.0	100	H19.2.10-11	3,200	2,375	74.2
47	S45.3.15,4.2-11	1,111	1,005	90.5	101	H20.2.9-10	3,295	2,269	68.9
48	S45.9.26,9.28-30	213	183	85.9	102	H21.2.7-8	3,531	2,383	67.5
49	S46.3.14,4.5-10	1,522	1,475	96.9	103				
50	S46.9.28,9.29-10.1	91	49	53.8	104				
51	S47.3.12,4.3-12	1,771	1,651	93.2	105				
52	S47.9	185	94	50.8	106				
53	S48.3	2,023	1,647	81.4	107				
54	S48.9	456	328	71.9	108				
計							147,912	127,800	86.4

※昭和 60 年までは年 2 回実施

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）には，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，保存と補綴で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（昭和 57 年）の実技試験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，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こととなった．また，口腔外科の実技試験は，保存と補綴の 2 科目に先立って，第 58 回（昭和 50 年）に廃止された．

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 年に厚生省から通達された「歯科医師国家試験の改善について」のなかで，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などを踏まえ，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で出題されることとなった．

歯科医師国家試験の受験者数は，昭和 49 年には 2,300 名あまりであったが，歯科大学（歯学部）の新設に伴って，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った．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，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って，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つながることとなる．

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地試験の廃止について検討を行った．

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．

実技試験は，受験者数の増加に伴って限られた試験期間内では処理できないこと，昭和 57 年に導入された実地問題に代わる臨床実地問題で資格判断の可能性があること，また，天然歯の確保が困難で代替材料の開発も不十分であるなど多くの論議がなされ，実技試験が廃止されるにいたった．従前の実技試験および実地問題に代わる形で導入されたのが臨床実地問題であり，第 71 回（昭和 57 年）から導入された．

なお，学説試験の科目は歯科医学の進歩に伴い，小児歯科学と歯科放射線学が追加され計 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に出題基準の必要性が提言され，昭和 60 年には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，第 73 回（昭和 58 年）には実技試験が廃止され，臨床実地問題の出題数は 15 題から 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（昭和 22 年）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．この内容拡充によって，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，口腔外科といったように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なおされた．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られた．この結果，各科目間を横断的に思考させるよ

表Ⅳ-12　出題形式

A タイプ	5 つの選択肢のなかから 1 つの正解を選ぶもの
X2 タイプ	5 つの選択肢のなかから 2 つの正解を選ぶもの
Xx タイプ	5 つの選択肢のなかから 1〜5 つの正解を選ぶもの
K2 タイプ	5 つの選択肢の 2 つを組み合わせた解答コードから正解を選択するもの（現在は使用していない）
K3 タイプ	5 つの選択肢の 3 つを組み合わせた解答コードから正解を選択するもの（現在は使用していない）

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の提言がなされた．

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．また，患者に対して全身的あるいは局所的に重大な障害を与える危険性のある受験者を識別するために，禁忌肢問題を導入することとなった．

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 題となった．

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，合否基準についての検討が行われた．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」についての見直しがなされた．

⑧第 10 期（平成 18〜21 年）

平成 16 年歯科医師国家試験制度改善委員会報告書において，平成 18 年 4 月からの歯科医師臨床研修の必修化に伴い，歯科医師国家試験の合格者が 4 月から円滑に研修を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．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．

さらに同報告書などにより，必修問題は歯科医師として非常に重要な基本的問題であること，ごく少数の問題によって合格率が極端に影響を受けることが懸念されることが提言されたため，第 99 回（平成 18 年）から出題数が 30 題から 50 題となり，これに伴って総出題数が 330 題から 365 題となった．

また，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．

平成 18 年 8 月，文部科学大臣と厚生労働大臣が署名した確認書によって，歯科医師の需給問題と資質の向上の観点から，歯学部の定員を削減するとともに歯科医師国家試験の合格基準を引き上げることなどについて同意がなされた．

平成 19 年 12 月に取りまとめられた歯科医師国家試験制度改善検討部会報告書を基に，平成 21 年に歯科医師国家試験出題基準の改定が行われた．近接・重複している項目を包括し，小項目は「必修の基本的事項」を除き，必要最低限に整理された．また，各領域の出題割合を明示するブループリントが，より詳細に設定された．

また，同報告書で，正解肢数を指定せずに選択させる形式を導入する旨の提言がなされたことから，第 102 回（平成 21 年）から Xx 形式（**表Ⅳ-12**）の問題が導入されることとなった．

⑨第 11 期（平成 22 年〜）

歯科医師国家試験出題基準を基に，第 103 回（平成 22 年）から，出題総数は現状の 365 題を維持しつつ，必修問題を 70 題に増加させることとなっている．

(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，実施方法や出題内容などが定期的に改善されて今日にいたっている．共用試験実施機構が行っている共用試験や歯科医師臨床研修などを受けて，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，今後も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．従前の実技試験は昭和 58 年に廃止さ

れたが，同様な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から，評価方法や実施方法などの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，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，それらは，学問の進歩発展や社会情勢の変化によって，常に変化し続けていることから，今後も4年ごとの定期的な見直しを進めることとしている．

3 歯科医師臨床研修の経緯と課題

佐藤　裕，和田　康志

1）歯科医師臨床研修の必修化

臨床研修制度では，医師のいわゆるインターン制度が先行している．昭和21年国民医療法施行令改正により，医師国家試験を受験する者は，大学医学部卒業後1年以上の診療および公衆衛生に関する実地修練を行うこととなった[1]．しかし医師免許をもたない状態での修練活動は，研修医の身分，経済保証が不十分であったうえ，研修病院の指導体制などにも問題があり，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，努力規定として国家試験合格後の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され，認識も深まっていった[2,3]．

一方，歯科医師養成課程においては在学中に学生が患者の治療にあたるのが通例であったため，歯科医師の臨床研修の必要性に対する認識や理解は，医師の場合に比べて一般に高くなかった[4]．大学卒業後の歯科医師のうち，開業を目指す者の多くは，大学に出されていた求人や先輩，同窓生などを頼りにみつけた歯科診療所に勤務して臨床経験を積み，歯科医院同士のスタディーグループや歯科医師向けの講習会，各種学会への参加などを通して自発的に研修を行っていた．

昭和61年，歯科医師の過剰が問題となりつつあるなかで，厚生省（当時）に設置された「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」は，歯科医師の数を削減する一方で，歯科医療の質の向上を図る必要があると提言した[5]．本検討会の意見を受け，歯学部の入学定員がおおむね20％削減されたことはよく知られているが，歯科医療の質を向上させる方策として，生涯研修の充実，特に卒業直後の臨床研修を早急に充実し，実施することを最終意見として取りまとめたことは，歯科医療制度を変える大きなポイントであった．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[4]．

しかし，開始後の歯科医師臨床研修では，研修歯科医の参加数は少なかった．これは臨床研修が歯科医師法に規定されないため参加が任意であったこともあるが，各大学病院での受け入れ体制や実施内容に統一性がなかったことによって[3]，臨床研修の理念が卒業直後の歯科医師に伝わらなかったためであろう．またこの時点では，歯科大学や歯科関連団体においても臨床研修への認知が十分とはいえなかった[2]．

日本歯科医師会の卒後研修検討臨時委員会では，歯科医療技術の進歩や国民のニーズの多様化に伴い，歯学教育課程で学生が習得する知識・技能が増大するなか，歯科大学における臨床実習の時間は十分ではなく，卒前に満足な臨床経験を積んでいるとはいえないとの立場から，臨床研修と生涯研修のあり方を検討していた[4]．平成6年，医師臨床研修必修化を目指した法改正の動きとともに，日本歯科医師会代議員会から，歯科医師臨床研修の2年実施を含む歯科医師法改正についての要望書が厚生大臣に提出された[6]．一方，厚生省（当時）も，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[7]，歯科医師臨床研修を1年以上の努力義務とした．平成12年，医師，歯科医師同時に法改正され[8]，平成18年4月1日以降に歯科医師免許を取得した歯科医師は1年以上の臨床研修が必修となった（**表Ⅳ-13**）．

さとう　ゆたか，わだ　こうじ
厚生労働省医政局歯科保健課
キーワード：経緯，課題，歯科医師，臨床研修

表Ⅳ-13　歯科医師臨床研修制度の経緯

昭和 62 年 6 月	**一般歯科医養成研修事業　開始** 昭和 61 年に厚生省（当時）に設置された**「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」**の提言を踏まえ，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る．さらに，平成 2 年からは，医科大学・医学部附属病院（歯科口腔外科）でも実施されるようになる．
平成 7 年 11 月	**歯科医師養成のあり方に関する検討会意見** 望まれる歯科医師像について
平成 8 年 6 月	**歯科医師法の一部を改正する法律**（平成 8 年 6 月 21 日法律第 92 号） 歯科医師臨床研修の法制化（1 年以上の努力義務規定）
平成 8 年 8 月	**医療関係者審議会歯科医師臨床研修部会　設置**
平成 8 年 9 月	**歯科医師臨床研修に関する検討会報告書とりまとめ**
平成 8 年 10 月	**歯科医師臨床研修施設の指定基準等について**（平成 8 年 10 月 30 日健政発第 943 号）
平成 11 年 2 月	医療関係者審議会歯科医師臨床研修部会とりまとめ 歯科医師臨床研修の必修化について
平成 12 年 12 月	**医療法等の一部を改正する法律**（平成 12 年 12 月 6 日法律第 141 号） 診療に従事しようとする歯科医師は 1 年以上，臨床研修を受けなければならないとされた（平成 18 年 4 月から必修化開始）.
平成 16 年 3 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** ・歯科医師臨床研修施設の指定基準等について ・歯科医師臨床研修施設の指定基準の運用について ・歯科医師臨床研修の到達目標について ・指導歯科医講習会について ・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
平成 16 年 6 月	**歯科医師臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針**（平成 16 年 6 月 17 日医政発第 0617001 号）
平成 16 年 8 月	医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会　設置
平成 16 年 9 月	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 ・歯科医師臨床研修施設の指定基準等について ・歯科医師臨床研修施設の指定基準の運用について ・研修歯科医の処遇について ・歯科医師臨床研修の到達目標について ・指導歯科医の養成について ・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
平成 17 年 6 月	**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 6 月 28 日厚生労働省令 103 号） **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の施行について**（平成 17 年 6 月 28 日医政発第 0628012 号）
平成 17 年 7 月	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 ・新たな歯科医師臨床研修の主な趣旨に関する項目 ・臨床研修施設群方式の推進 大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について（平成 17 年 7 月 29 日医政発第 0729004 号の 1） 歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの情報提供に関する依頼について（平成 17 年 7 月 29 日医政発第 0729004 号の 2）
平成 18 年 4 月	**歯科医師臨床研修の必修化開始**

平成 19 年 1 月	歯科医師臨床研修推進検討会　設置
平成 19 年 2 月	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の一部を改正する省令（平成 19 年 2 月 23 日厚生労働省令第 10 号） ＜主な改正の内容＞ ・単独型/管理型臨床研修施設の臨床研修修了証に係る手続 ・臨床研修修了者の臨床研修修了登録証に係る手続 ・臨床研修施設群の構成に変化がある場合の手続 「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の施行について」の一部改正について（平成 19 年 2 月 23 日医政発第 0223005 号） ＜主な改正の内容＞ ・研修管理委員会の要件として，研修の評価，修了認定等に関する規定の追加 ・臨床研修の評価に関する規定の追加 ・臨床研修の中断，再開，未修了に関する規定の追加 ・臨床研修を修了したと認める基準に関する規定の追加 ・臨床研修施設群の構成に変化があった場合に関する規定の追加 「大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について」の一部改正について（平成 19 年 2 月 23 日医政発第 0223006 号） ＜主な改正の内容＞ ・臨床研修施設群の構成に変化があった場合に関する規定の追加 「歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの情報提供に関する依頼について」の一部改正について（平成 19 年 2 月 23 日医政発第 0223007 号） ＜主な改正の内容＞ ・臨床研修施設群の構成に変化があった場合に関する規定の追加 歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修を修了した旨の歯科医籍への登録等について（平成 19 年 2 月 23 日医政歯発第 0223001 号） 歯科医師の臨床研修を行う大学病院からの臨床研修修了者に係る情報提供に関する依頼について（平成 19 年 2 月 23 日医政歯発第 0223002 号）
平成 19 年 3 月	「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の施行について」の一部改正について（平成 19 年 3 月 30 日医政発第 0330081 号） ＜主な改正の内容＞ ・臨床研修施設における医療に関する安全管理のための体制の確保に関すること ・臨床研修施設指定証及び研修協力施設証の返納に関すること **医療法改正** **良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について　第 2　医療の安全に関する事項**（平成 19 年 3 月 30 日医政発第 0330010 号）
平成 20 年 12 月	歯科医師臨床研修推進検討会　報告書
平成 21 年 2 月	**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** （臨床研修制度の見直しに関する意見） 臨床研修群方式の推進について 研修管理委員会の役割等について 歯科医師臨床研修に係る評価等について その他の課題について

表Ⅳ-14　指導歯科医の要件 [12, 14]

平成 8 年	十分な指導力を有する指導歯科医を置くこと． 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． （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
平成 17 年以降	指導歯科医は，研修歯科医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有していること．一般歯科診療について的確に指導し，適正に評価を行うことができ，以下の（ア），（イ）のいずれかの条件に該当する者であること． （ア）7 年以上の臨床経験を有する者であって，指導歯科医講習会を受講していること．なお，都道府県歯科医師会会長の推薦があることが望ましい． （イ）5 年以上の臨床経験を有する者であって，日本歯科医学会・専門分科会の認定医・専門医の資格を有し，指導歯科医講習会を受講していること． 指導歯科医は，臨床研修指導のための研さんを続けなければならない．

2） 歯科医師臨床研修の到達目標

臨床研修を通じてどのような歯科医師を育てようとしているのか，平成 7 年，「歯科医師養成のあり方に関する検討委員会」は，望まれる歯科医師として次のようにまとめている [9]．

（1）一社会人として信頼できること
（2）歯科の健康上の不安や障害を的確に排除あるいは寛解することのできる知識と技能をもつこと
（3）みずから行った処置の予後についての予測ができること
（4）歯科保健の保持・増進に適切な助言，援助のできる知識，技能をもつこと
（5）専門分野における自己の能力の限界を知り，常に研修意欲をもつこと
（6）患者に対して十分な説明を行い，同意を得ること

歯科医師が，歯科という専門にこだわり，とかく技術の向上に関心が集中しがちであるなか，一医療人として，患者を全人的に診ること，生涯研修を続けていくことが重要であることを，本提言は明確に示したといえる．また，平成 17 年「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」[10] の基本理念では，「臨床研修は，歯科医師が，歯科医師としての人格をかん養し，将来専門とする分野にかかわらず，歯科医学及び歯科医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ，一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう，基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」とされている．

歯科医師臨床研修では研修プログラムに基準が設けられている．先に挙げた「歯科医師養成のあり方に関する検討委員会」は同じ報告書で，臨床研修において研修歯科医が達成するべき到達目標について，歯科における診査，処置の各項目を分類し，具体的な目標として提言した [9]．その後平成 16 年，「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」において，研修歯科医みずからが確実に実践できることが求められる内容は「基本習熟コース」として，頻度高く臨床研修において経験することが望ましい内容は「基本習得コース」として整理され，一般目標と行動目標が具体的に例示された [11]．この到達目標は，平成 17 年の通知 [12] の別添となり，現在行われている研修プログラムの骨子となっている．

3） 歯科医師臨床研修の指導体制

指導歯科医は臨床研修制度の中心であり，診療の能力と同時に指導者としての能力が求められる．平成 7 年，「歯科医師養成のあり方に関する検討委員会」に設けられた小委員会の報告では，指導歯科医は的確に指導し，適正に評価できる能力があることとされた [9]．その後，平成 8 年，「歯科医師臨床研修に関する検討会」において，指導歯科医の資格要件が提言され [13]，同年にこれを定める通知 [14] が出された（**表Ⅳ-14**）．

平成 16 年，「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」[11] を受け，指導歯科医講習会の受講という新たな要件が加えられた．指導歯科医講習会は，WHO の RTTC（Regional Teacher Training Centre）Intercountry Workshop を基にしたカリキュラム・プランニングのための講習会であり [15]，同年に開催指針が示された [16]．本講習会を通じて平成 21 年 7 月までに，約 5,800 人の「指導者」が養成されている．

表Ⅳ-15　研修体制に関する基準[12,14]

	名称	単独研修方式	複合研修方式	
			主たる施設	従たる施設
平成8年	常に勤務する歯科医師	3名以上	3名以上	2名以上
		受け入れ研修医の半数以上	受け入れ研修医の半数以上	受け入れ研修医の半数以上
	歯科衛生士または看護師	歯科医師とおおむね同数	歯科医師とおおむね同数	歯科医師とおおむね同数
	歯科衛生士	必須	必須	必須
	施設開設歴	3年以上	3年以上	3年以上
	研修プログラムの期間	原則1年	8カ月	4カ月
	研修の管理	研修委員会の設置	研修責任者および合同研修委員会をおく	
	名称	単独臨床研修方式	臨床研修施設群方式	
		単独型	管理型	協力型
平成17年以降	常勤の指導歯科医	1名以上必須	1名以上必須	1名以上必須
	常に勤務する歯科医師	3名以上	2名以上	2名以上
	受け入れ研修医	常に勤務する歯科医師の2倍まで	常に勤務する歯科医師の2倍まで	常に勤務する歯科医師の2倍まで
	歯科衛生士または看護師	常勤換算で，常に勤務する歯科医師とおおむね同数	常勤換算で，常に勤務する歯科医師とおおむね同数	常勤換算で，常に勤務する歯科医師とおおむね同数
	歯科衛生士	必須	必須	必須
	施設開設歴	3年以上	3年以上	3年以上
	研修プログラムの期間	原則1年	連続した3カ月以上	連続した3カ月以上
	研修の管理	研修管理委員会の設置	研修管理委員会の設置	—
	プログラム責任者の配置	義務	義務	—
	プログラム責任者の受けもつ研修歯科医	プログラム責任者あたり20名まで	プログラム責任者あたり20名まで	—
	研修実施責任者	—	—	配置すること
	安全管理体制	・医療に関する安全管理のための体制を確保していること． ・安全管理者を配置すること． ・病院においては安全管理部門を設置すること． ・患者からの相談に適切に応じる体制を確保すること．		

臨床研修に参加する診療所，病院の指導体制は，指導歯科医の要件とともに検討されてきた．**表Ⅳ-15**に臨床研修施設の施設基準を示す[12,14]．平成8年に定められた基準では，臨床研修は単独研修方式と複合研修方式に分けられ，各施設での研修期間は固定されていた[14]．また，研修を管理する単独研修施設および主たる施設は病院しか指定を受けることができなかったため，研修プログラムは画一的になる傾向があった[15]．平成17年より，従来の複合研修方式にあたる臨床研修施設群方式では，管理型臨床研修施設，協力型臨床研修施設における研修期間が3カ月以上とされ，スケジュールの自由度が上がった．また要件を満たした診療所が管理型臨床研修施設として参加できるよう指定要件が変更された[12]．これにより，大学病院，病院歯科，歯科診療所それぞれがもつ機能的な特徴を活かした，多彩な研修プログラムの立案が可能になった[17]．

医療安全管理の体制整備については，臨床研修施設の指定を受けるための要件として，一般の歯科診療所に先立って高いハードルが設定された[12]．これにより研修歯科医は卒後すぐの段階で，医療安全を実現するための知識と経験を得ることができるようになった．その2年後，平成19年の第5次医療法改正によって，現在はすべての歯科診療所も同等の体制整備が必要となっている[18-20]．

4）臨床研修制度の課題

現行制度の問題点を把握し，改善策を講じるために，平成19年1月から有識者による「歯科医師臨床研修推進検討会」を開催している．

平成20年12月にまとめられた報告書は，

(1) 臨床研修施設群方式の推進

・大学病院中心の研修から，病院歯科や歯科診療所を

中心とした研修への移行
・臨床研修施設間の連携の充実
・到達目標の見直し
・申請手続きなどの事務負担の軽減

(2) 研修管理委員会の役割などについて
・きめ細かい研修管理のための体制整備
・指導歯科医の資質向上

(3) 歯科医師臨床研修に関わる評価などについて
・研修医や施設に対する評価および患者からの評価の方法について検討
・臨床研修中断・未修了への対応

(4) その他の課題
・国家試験発表後の空席への対処
・国民への制度の周知

などを現状の問題として挙げている[21].

臨床研修の制度を定めた省令は，5年ごとに見直すことが定められており[10]，平成22年春の改正，平成23年施行を視野に具体的な改善策を同検討会にて引き続き議論している．歯科医療に対する国民のニーズ，社会の変化，疾病構造の変化などに対応し，よりよい歯科医療の提供，歯科医師の資質向上のため，今後も継続的に制度の改善を図ってまいりたい．

文献

1) 堀籠　崇．GHQによる占領期医療制度改革に関する史的考察．医療経済研究 2008；20：35-48.
2) 和田康志，他．歯科医師国家試験制度と臨床研修制度の変遷と現状．歯科医学教育白書作成委員会，編．歯科医学教育白書2005年版．1版．東京：日本歯科医学教育学会；2006．124-130頁.
3) 岸田　隆，他．歯科医師臨床研修必修化を目前にして．日歯医師会誌 2005；57：1257-73.
4) 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；58：1061-5.
5) 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.
6) 村居正雄 . 歯科医師臨床研修と日本歯科医師会の取り組み . 日歯医師会誌 2006；58：1076-9.
7) 歯科医師法の一部を改正する法律．平成8年6月21日法律第92号.
8) 医療法等の一部を改正する法律．平成12年12月6日法律第141号.
9) 歯科医師養成のあり方に関する検討委員会意見．平成7年11月28日.
10) 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6月28日．厚生労働省令第103号.
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報告書．平成16年3月26日.
12) 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の施行について．平成17年6月28日医政発第0628012号.
13) 歯科医師臨床研修に関する検討会報告書．平成8年9月10日.
14) 歯科医師臨床研修施設の指定基準等について．平成8年10月30日健政発第943号.
15) 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；58：1067-73.
16) 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．平成16年6月17日医政発第0617001号.
17) 平田創一郎．歯科医師臨床研修必修化が歯科医療にもたらすもの．日歯医師会誌．2005；58：52-3.
18) 医療法　第6条の10．昭和23年．法律第205号.
19) 医療法施行規則　第1条の11．昭和23年．厚生省令第50号.
20) 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について　第2　医療の安全に関する事項．平成19年3月30日医政発第0330010号.
21) 歯科医師臨床研修推進検討会報告書．平成20年12月22日.

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

荒木　孝二

（1）会員数の推移

2005年度以降の会員数の推移は**表Ⅴ-1**のとおりである．本学会設立20年を過ぎたところで会員数1,000名を超えた[1]が，その後毎年約200名の新入会員があり，この6年間で700名以上の会員増加となっている．しかし，2008年度は新入会員数が156名と，2007年度より20%以上の減少となっている．

2002年度以降の会員数（年度末）の推移を**図Ⅴ-1**に示す．

（2）会員構成

2009年4月1日現在の会員数を**表Ⅴ-2**に示す．会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

（3）役員構成

2009年4月1日現在の役員数を**表Ⅴ-2**に示す．役員の任期は3年である．役員会は常任理事会：年4回，理事会：年1回，評議員会：年1回，学術大会・総会：年1回開催している．

（4）学術賞

本学会は2002年度より学術賞制度を導入し，歯科医学教育の分野において優れた業績を上げた会員を表彰している．現在本学会に制定されている学術賞と賞の審査対象は下記のとおりである．

①教育システム開発賞

新たに開発された独創的な優れた教育システムで，応募年度の本会学術大会で発表されたもの．

②奨励賞（2009年度より「優秀論文賞」に名称変更）

応募年度を含む過去3年間に日本歯科医学教育学会雑誌または他の歯科医学教育関係の英文誌に掲載された原著論文．

③教育文化賞

歯科医学教育への取り組みや活動実績が顕著であり，その個人の将来的な発展が強く期待される教育者の業績．

④国際学会研究発表奨励賞

海外で開催される国際学会において，日本の歯科医学教育に関する研究発表として採択された演題で，口演およびポスター発表ともに可とする．

（5）会則，規程，細則，内規

2009年3月末現在，本会は以下の会則，規程，細則，内規を設けて活動している．

・会則
・役員等の選出に関する規程
・機関会員委員会に関する細則
・投稿規程
・表彰制度規程
・表彰制度規程細則
・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
・シンボルマーク・ロゴマーク使用に関する内規

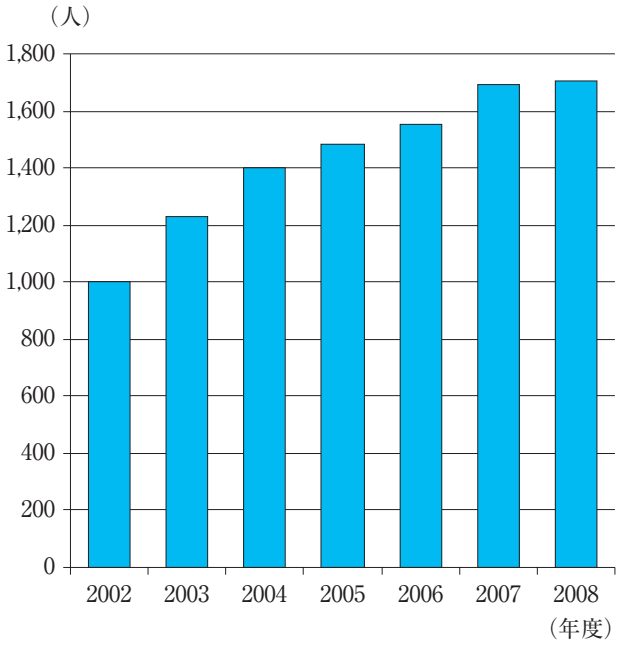
あらき　こうじ
東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター
キーワード：学会の概要，委員会活動，学術大会

表Ⅴ-1　2005 年度以降の会員数の推移

	総会員数	新入会員数
2005 年度末（平成 18 年 3 月末）	1,486 名	197 名
2006 年度末（平成 19 年 3 月末）	1,554 名	199 名
2007 年度末（平成 20 年 3 月末）	1,691 名	201 名
2008 年度末（平成 21 年 3 月末）	1,707 名	156 名

表Ⅴ-2　日本歯科医学教育学会の会員・役員（2009 年 4 月 1 日現在）

〈総会員数〉		1,707	〈役員〉	
内訳	歯科大学・歯学部	1,465	理事長	1
	医学部口腔外科	19	副理事長	2
	一般臨床医	75	常任理事	16
	名誉会長	1	理事	57
	名誉会員	22	評議員	284
	顧問	1	監事	2
	購読会員	15		
	賛助会員	11		
	寄贈会員	10		
	機関会員	29		
	その他	59		



図Ⅴ-1　日本歯科医学教育学会 2002 年度以降の会員数（年度末）の推移

(6) 経　理

本会の 2005 年度から 2008 年度までの 4 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
2005 年度	19,708,993 円	15,154,286 円
2006 年度	18,629,296 円	22,359,061 円
2007 年度	20,104,975 円	17,399,528 円
2008 年度	20,023,372 円	17,975,446 円

文献

1）日本歯科医学教育学会編集. 歯科医学教育白書 2005 年版. 東京：日本歯科医学教育学会；2006. 139 頁.

1 日本歯科医学教育学会の活動

2）委員会活動と学術大会の開催

荒木　孝二

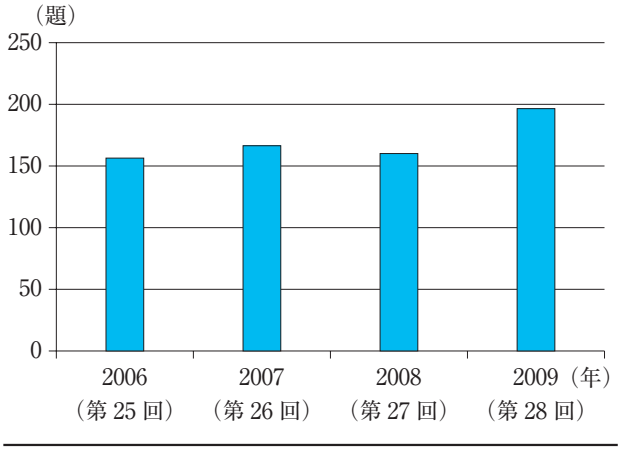
（1）常置委員会および特別委員会

2008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〉
①総務委員会
②経理委員会
③編集委員会
④機関会員委員会
〈特別委員会〉
⑤教育国際化推進委員会
⑥教育能力開発委員会
⑦卒前教育委員会
⑧卒後教育委員会
⑨倫理教育委員会
⑩国家試験委員会
⑪共用試験委員会
⑫白書作成委員会
⑬学術賞選考委員会
⑭機構検討委員会
⑮渉外広報委員会
⑯選挙管理委員会

（2）総会・学術大会の開催

2006年度（第25回）から2009年度（第28回）までの総会・学術大会開催状況を**表Ⅴ-3**に示す．学術大会の総演題数（口演＋ポスター）の推移を**図Ⅴ-2**に示す．



図Ⅴ-2　日本歯科医学教育学会学術大会の演題数の推移

表Ⅴ-3　日本歯科医学教育学会総会・学術大会担当校一覧

回	年度	開催日	担当校	大会長	学会場	参加者
25	2006（平成18）	平成18年6月16，17日	東北大学大学院	渡邉　誠	ネ!ットU仙台市情報・産業プラザ（仙台市）	505名
26	2007（平成19）	平成19年7月6，7日	朝日大学歯学部	藤下昌己	長良川国際会議場（岐阜市）	418名
27	2008（平成20）	平成20年7月11，12日	日本大学松戸歯学部	牧村正治	江戸川区総合文化センター（東京都）	450名
28	2009（平成21）	平成21年11月6，7日	広島大学大学院	髙田　隆	広島国際会議場（広島市）	515名

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：学会の概要，委員会活動，学術大会

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」

関本　恒夫

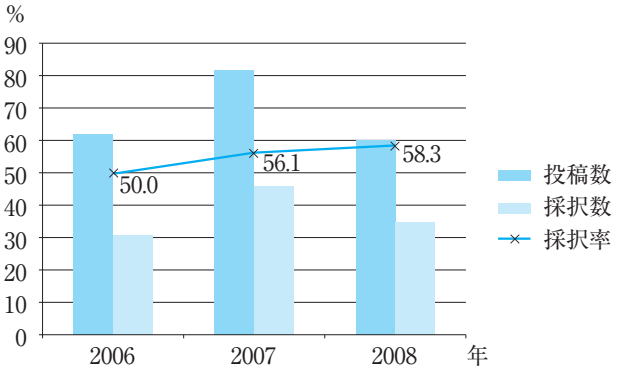
日本歯科医学教育学会は設立4年目の昭和61年より，機関誌として「日本歯科医学教育学会雑誌」を発行している．編集作業は日本歯科医学教育学会編集委員会が担当している．**表Ⅴ-4**に2004年4月から2010年3月までの編集委員名簿を示す．発行は年間3号で，2006年から2008年までに第22巻，第23巻，第24巻を発行した．第24巻第2号からは1論文の著者数を原則10名以内に制限し，また投稿規程のうち，文献の記載できる著者名数についても5名以内とし，第25巻第1号から適用することを決定した．**表Ⅴ-5**に各巻号の発行日ならびに発行部数，原著，研究報告の論文数を示す．発行部数は年々増加し，第24巻第3号では1,850部であった．

表Ⅴ-4　日本歯科医学教育学会編集委員会名簿

2004. 4. 1～2007. 3. 31（＊は2005. 12就任）		
委員長	宮崎　隆	（昭和大学歯学部）
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＊	（日本大学歯学部）
	佐藤裕二	（昭和大学歯学部）
	新谷明喜	（日本歯科大学歯学部）
	高橋　理	（神奈川歯科大学）
	深山治久＊	（鶴見大学歯学部）
	渡部　茂＊	（明海大学歯学部）
2007. 4. 1～2010. 3. 31		
委員長	関本恒夫	（日本歯科大学新潟生命歯学部）
委　員	小野和宏	（新潟大学歯学部）
	葛城啓彰	（日本歯科大学新潟生命歯学部）
	金田　隆	（日本大学松戸歯学部）
	川瀬俊夫	（神奈川歯科大学）
	河野文昭	（徳島大学歯学部）
	桑田文幸	（日本大学歯学部）
	田中昭男	（大阪歯科大学）
	羽村　章	（日本歯科大学生命歯学部）
	深山治久	（鶴見大学歯学部）

表Ⅴ-5　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22巻第1号	2006年4月20日	1,650	6	8
第2号	8月20日	1,680	6	2
第3号	12月20日	1,680	4	4
第23巻第1号	2007年4月20日	1,680	4	8
第2号	8月20日	1,700	5	14
第3号	12月20日	1,750	5	10
第24巻第1号	2008年4月20日	1,760	3	9
第2号	8月20日	1,830	6	5
第3号	12月20日	1,850	5	7



図Ⅴ-3　論文採択率

せきもと　つねお
日本歯科大学新潟生命歯学部小児歯科
キーワード：日本歯科医学教育学会雑誌，歯学教育，研究活動

この間の論文の採択率をみると，2006 年 50.0％，2007 年 56.1％，2008 年 58.3％で増加している（**図 V-3**）．2006～2008 年の 3 年間では投稿数 204，採択論文数 111 で採択率は 54.4％となった．論文の内容をみると研究テーマとしては，教育手法やカリキュラムの開発による教育効果に関連するものが約 6 割で最も多く，次いで教育あるいは学生生活などの実態調査を行ったもの，評価方法に関わるものが多くみられた．

この 3 年間で，研究対象となった教育課程としては臨床基礎教育課程，臨床実習課程，歯科医師臨床研修課程がほとんどで，教養教育課程，基礎教育課程は少なかった．研究機関は歯学部・歯科大学が 89.2％で大半を占め，歯科衛生士教育機関については 8 論文，歯科技工士教育機関については 4 論文とわずかであった（**図 V-4**）．歯学部・歯科大学のなかでは臨床系の講座，診療科が多くみられたが，領域を越えた学内共同研究も同様に多くみられた．臨床系の講座，診療科としては，総合診療部・科による研究が多くみられた．

研究手法としてアンケートが多いことや，研究者が複数の領域にわたっていることなどは，教育研究の特色といえる．しかしながら，教育研究の多くは歯学部・歯科大学の学生，臨床研修医が対象であり，歯科衛生士，歯科技工士などの教育についてはまだ研究が少なく発展がまたれる．また歯学部学生についても，今後は教養教育課程や基礎教育課程における研究が望まれるとともに，さらには教育側である教員に関するテーマについても研究が期待される．

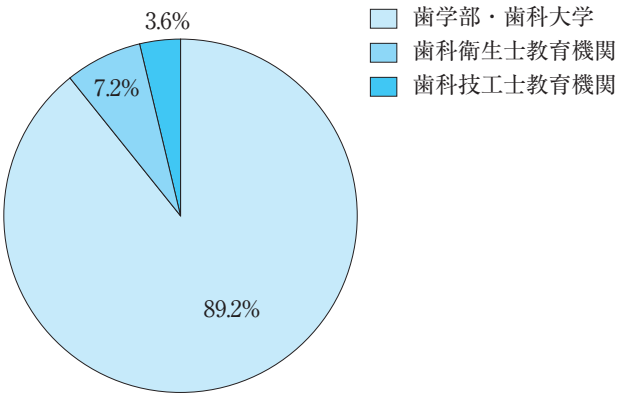


図 V-4　研究機関

1 日本歯科医学教育学会の活動

4）歯科医師臨床研修から始まる生涯研修

住友　雅人

はじめに

日本歯科医学教育学会の卒後教育委員会は会則第5章「集会および事業」，第25条の第1項，第2項に基づき運営されている．委員長から提出された事業計画が常任理事会において協議され，決定される．この委員会の位置づけは，卒直後のいわゆる歯科医師臨床研修制度に則った研修から，自己研修を含めて，生涯にわたって行われる研修についての情報提供や研修の支援としている．

（1）歯科医師臨床研修ワークショップ

2005年度には指導歯科医の認定資格が得られる2回の歯科医師臨床研修指導医講習会，研修指定施設となるためのセミナーを開催した．そして必修化がスタートする直前の2006年3月11，12日に，第1回となる「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．このワークショップは平成20（2008）年度の第4回をもって終了した．ここでは，第1回から第4回までの開催状況を日本歯科医学教育学会雑誌の委員会報告から抜粋する．

第1回本ワークショップを，2006年3月11日（土），12日（日）の2日間，参加者28名で，日本歯科大学歯学部（2006年4月1日から生命歯学部に改名）会議室とセミナー室を会場として開催した．参加の対象は，歯科医師臨床研修におけるプログラム責任者，副プログラム責任者に加えて，いわゆる富士研（歯科医師臨床研修指導歯科医講習会）修了者で現在，臨床研修に関わっている者とした．内容は2006年度の富士研の内容を集約したもので，AI理論に基づく対応，コーチング，ポートフォリオ，コミュニケーションゲーム，群内マッチングシステム，研修歯科医のストレスなどであった．講演は3題で，平田創一郎先生（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「新歯科医師臨床研修―最もホットな話題―」，田中克之先生（聖マリアンナ医科大学臨床研修センタープログラム責任者）による「ポートフォリオとは何か？　臨床研修における実際」，そして土田泰治氏（三菱電機株式会社情報システム推進部）による「臨床研修施設群内向けマッチングシステム―群内マッチングシステムとは―」と，それぞれ興味深いテーマとした．このワークショップは，2004年度から開催してきた臨床研修指導歯科医講習会のアドバンスコースとして位置づけたものであった．

第2回本ワークショップを2006年12月22日（土），23日（日）の2日間，参加者29名で，日本歯科大学生命歯学部会議室とセミナー室を会場として開催した．今回のワークショップは本学会の事業としては昨年度に続き2回目で，内容をニーズ面から吟味した．平田創一郎先生（東京歯科大学社会歯科学教室）による「ポートフォリオ評価・360度評価・コンピテンシーモデル」，そして特別企画として仲谷　寛先生（日本歯科大学附属病院総合診療科）による演習を含めた「指導歯科医の在り方―コーチング―」とそれぞれホットなテーマとした．グループ作業のテーマは，「プログラム責任者として悩んでいる・困っている・迷っていること」「研修歯科医のストレス」「AI理論に基づく対応」であった．その他として，「必修臨床研修の検証」「群内マッチング」に関するプログラムを加えた．

第3回本ワークショップは2007年12月22日（金），23日（土）の2日間，大学関係者27名，歯科診療所関係者7名の計34名の参加者で，日本歯科大学生命歯学部会議室とセミナー室を会場として開催した．今回から管理型臨床研修施設のプログラム責任者，副プログラム責任者に加えて，今後，管理型臨床研修施設への移行を考えている協力型臨床研修施設の指導歯科医の方々も対

すみとも　まさひと
日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座
キーワード：卒後教育，歯科医師臨床研修，ワークショップ

象とした．ワークショップの内容は，神田　拓先生（厚生労働省医政局歯科保健課歯科医師臨床研修専門官）により，「新歯科医師臨床研修制度がスタートして」の特別講演があり，歯科医師臨床研修の現状について詳細な説明がなされた．グループ作業のテーマは，「研修歯科医のメンタルケア」「コミュニケーションのすすめ」「研修方略の充実」「研修評価と修了認定」とした．グループ討議，全体討議，総合討論会では，参加者の活発なディスカッションが行われ，歯科医師臨床研修に関する情報交換の場としても，きわめて有意義なワークショップとなった．本ワークショップは，財団法人歯科医療研修振興財団が主催するプログラム責任者講習会と同様のコースとして，位置づけられた．

第4回本ワークショップを2008年12月19日（金），20日（土）に，日本歯科大学生命歯学部会議室とセミナー室を会場として開催した．管理型臨床研修施設のプログラム責任者，副プログラム責任者に加えて，管理型臨床研修施設の指導歯科医，また，今後，管理型臨床研修施設への移行を考えている協力型臨床研修施設の指導歯科医の方々も参加対象とした．結果，大学関係者19名，協力型臨床研修施設関係者3名の計22名が参加された．1日目の「研修修了者は語る」のセッションでは，実際に必修化での臨床研修を経験された3名の先生方をお招きし，それぞれの立場からお話をうかがった．非常に興味深い内容であったため，質疑応答では活発な討議がなされた．また，藤井一維先生（日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔・全身管理科）による特別講演「医療安全管理」は，2006年4月からスタートした体制整備に関わる内容で，臨床現場に直結したものとして誠に有意義であった．2日目には，杉戸博記先生（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「歯科医師臨床研修制度の現状と課題」の講演が企画された．ここでは，歯科医師臨床研修推進検討会が取りまとめた報告書の内容を含めて，歯科医師臨床研修制度の現状と今後についての最新情報が紹介された．本ワークショップは，財団法人歯科医療研修振興財団が主催するプログラム責任者講習会と同様のコースとしての位置づけで行われてきたが，財団の講習会と競合するところから，平成20（2008）年度をもって終了とした．4年間開催してきたことは，歯科医師臨床研修の充実と推進に大いに貢献したと評価できる．

（2）各種シンポジウムの開催

2006年から2008年に開催したシンポジウムについて，日本歯科医学教育学会雑誌の委員会報告から抜粋する．

2006年10月22日（日）に「歯科医師臨床研修セミナー―群内マッチングセミナー―」を日本歯科大学生命歯学部九段ホールで開催した．会場には管理型ならびに協力型臨床研修施設の指導歯科医，2007年度の研修歯科医予定者，歯学生など56名が集った．この群内マッチングシステムは現在行われている歯科マッチングのアルゴリズムとシステムを活用し，臨床研修施設群の協力型研修施設と研修歯科医の組み合わせを決定するものである．多くの協力型臨床研修施設と研修歯科医を有する管理型臨床研修施設の歯科大学・歯学部病院においては労力の点などで，他方，協力型臨床研修施設研修歯科医にとっては自分の希望が入れられる面から，たいへん有用性の高いシステムである．シンポジウムでは群内マッチングの意義，方法の解説に続き，2006年度に日本歯科大学附属病院で実施した初めてのトライアルの結果が紹介された．出席者の質問内容からは，本システムの導入に積極的な施設が出てきたという印象を受けた．

2007年11月24日（土）に日本歯科医学教育学会主催，日本歯科医学会，日本歯科医師会後援の下，卒後教育委員会が担当となり，日本歯科医学教育学会シンポジウムとして「改正医療法」を日本歯科大学生命歯学部九段ホールで開催した．対象は，日本歯科医学教育学会会員，日本歯科医学会会員，日本歯科医師会会員，研修歯科医，歯科学生，歯科衛生士とした．プログラムは，藤井一維先生（日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔・全身管理科）による「広告緩和」，助村大作先生（日本歯科医師会歯科医療安全対策委員会委員長）による「医療安全管理」，平田創一郎先生（東京歯科大学社会歯科学教室）による「再教育制度」の3演題とし，各演者から医療法改正に関する最新のトピックスについて，非常にわかりやすい講演をしていただいた．当日は，連休の狭間でもあり，出席人数は少なかったものの，講演後に行われた討議では，改正医療法の現状についてさまざまな意見交換が行われた．

2008年9月23日（火）に，歯科医師臨床研修シンポジウム「歯科医師臨床研修必修化3年目の課題」を日本歯科大学生命歯学部九段ホールで開催した．対象は，単独型・管理型臨床研修施設のプログラム責任者，指導歯科医，ならびに協力型臨床研修施設の指導歯科医，研修実施責任者，研修歯科医，研修歯科医予定者，歯学生とした．プログラムは，和田康志先生（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「新歯科医師臨床研修制度」，村井雅彦先生（社団法人愛知県歯科医師会常務理事）による「協力型臨床研修施設の視点から」，塚越完子先生（東京都立墨東病院歯科口腔外科部長）による「単独型臨床研修施設の視点から」，秋山仁志先生（日本歯科大学附属病院総合診療科教授）による「管理型臨床研修施設（歯学部病院）の視点から」，藤内祝先生（横浜市立大学大学院医学研究科顎顔面口腔機能制御学教授）による「管理型臨床研修施設（医学部病院）

の視点から」，松澤広高先生（医療法人社団健生会相互歯科所長）による「単独型・管理型臨床研修施設の視点から」，芳村博子先生（日本歯科大学附属病院総合診療科臨床助手）による「平成 19 年度修了研修歯科医の立場から」の 7 講演とした．各シンポジストの先生方から，2006 年度から必修化された歯科医師臨床研修制度に関する現状分析とそこから浮かび上がった課題対応について，それぞれの立場からお話をしていただいた．全体討議では，72 名の出席者を交えて，歯科医師臨床研修制度が抱える問題についてのさまざまな意見交換が行われ，これからの方向性を考えるうえで非常に充実したシンポジウムとなった．

おわりに

卒後教育委員会では，2006 年 4 月から開始された歯科医師臨床研修の必修化へ対応する事業企画を中心に行ってきたが，今後はいわゆる後期研修，継続的生涯研修へシフトする．

2 関連学会の活動

1）教育関連委員会の活動

佐藤　博信

関連学会の教育活動は卒前教育，卒直後の臨床研修歯科医教育，その後の後期研修，生涯学習，専門医教育などとその裾野はかなり広いといえる．また，日本歯科医学会の分科会も前回の歯科医学教育白書の19専門分科会から日本臨床口腔病理学会，日本接着歯学会の2分科会が加わり，21分科会となり，後発の両学会も教育関連の委員会をもっており，各学会でも歯科医学教育に関する関心の高さについて変わりはないものと考えられる（**表Ⅴ-6**）．

これらのうち卒前教育に関しては2000（平成12）年のモデル・コア・カリキュラムの提示から始まり，2005（平成17）年からの共用試験の本格実施と，教育改革は大幅に前進し，各関連学会もそれぞれ教育に関連する委員会をもち（**表Ⅴ-6**），これらに対応してきたと考えられ，実施から4年が経ち，少々落ち着いてきた感がある．一方，これまで出てきた問題点などや各学会ならびに日本歯科医学教育学会での評価については活動内容の記載が少なく，今後十分に検討する必要があると思われた．次に，卒業時点で行われる歯科医師国家試験については相対評価やプール制などが実施され，合格率の低下が社会問題にもなりつつある．日本歯科医学教育学会では歯学部長・病院長会議と対応して，国家試験委員会が試験問題の妥当性などについて，アンケート調査を2008（平成20）年から開始するなど，積極的な取り組みをしており，評価に値する．しかしながら，各学会の教育関連の報告ではこの項目への対応についての活動内容記載は少なく，各学会同士，日本歯科医学教育学会でのすり合わせも必要と考えられた．また，実技試験については2006（平成18）年前後に日本補綴歯科学会などの教育関連委員会で検討がなされていたが，現在は滞っている状態と考えられる．共用試験のうちOSCEの結果で，実技試験の問題点が明らかになってきたことが多々あるので，日本歯科医学教育学会を含めて各学会で，継続した議論が必要である．

次に卒後の教育関連の各学会の委員会活動についてであるが，卒直後の臨床研修歯科医の制度が2006（平成18）年から本格実施され，医学を含めて多くの問題点も発生し，現在にいたっているところである．日本歯科医学教育学会では卒後教育委員会を中心に，本格実施以前から，この臨床研修歯科医教育に深く関わってきて，本制度の船出に大きく貢献をしてきたところであり，今後は各専門分科会と協力して，問題点の抽出，評価，改善を進めていかねばならない．特に問題なのは，1）卒前の臨床実習との整合性，2）後期研修を含めた専門医教育との整合性をどのように整えていくかについてで，今後の検討課題も多い．また，基本的一般診療教育に重点をおいた卒前の臨床実習と卒直後の臨床研修歯科医教育については調整役が必要と考えられ，日本歯科医学教育学会の関わりがこの分野で期待される．

卒後の教育のうち後期研修を含めた専門医教育，生涯教育については卒前に比べ，現状で課題が多いように思われる．各専門分科会では前回の白書の活動内容に比べて専門医教育，生涯教育についての教育委員会の活動を強化している姿勢がうかがえる．具体的には日本口腔外科学会では専門医制度研修カリキュラム委員会を，日本顎関節学会では専門医研修委員会を新たに立ち上げて，具体的なカリキュラムの検討を進めているとのことである．日本矯正歯科学会では以前より，1）卒後教育委員会，2）生涯研修委員会，3）研修機関検討委員会の3種の卒後教育に関連する委員会を有しており，日本補綴歯科学会でも，1）教育問題検討委員会以外に，2）専門医制度委員会，3）専門医認定委員会，4）社会連携委員会（生

さとう　ひろのぶ
福岡歯科大学咬合修復学講座冠橋義歯学分野
キーワード：関連学会，卒前教育，卒後教育

表Ⅴ-6　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	5
	専門医制度委員会	6
	専門医認定委員会	11
	社会連携委員会	4
4. 日本口腔外科学会	専門医制度研修カリキュラム委員会	7
	歯学教育研修委員会	10
5. 日本矯正歯科学会	卒後教育委員会	7
	生涯研修委員会	6
	研修機関検討委員会	6
6. 日本口腔衛生学会	教育委員会	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	10
9. 日本小児歯科学会	教育問題検討委員会	8
10. 日本歯周病学会	教育委員会	6
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		
13. 日本歯科医療管理学会	教育課程委員会	7
14. 日本歯科薬物療法学会	歯科薬物療法治験担当者制度教育委員会	6
15. 日本障害者歯科学会	学術・教育委員会	7
16. 日本老年歯科医学会	教育・ガイドライン委員会	7
17. 日本歯科医学教育学会	教育国際化推進委員会	5
	卒前教育委員会	6
	卒後教育委員会	6
	倫理教育委員会	7
	国家試験委員会	6
	共用試験委員会	6
	教育能力開発委員会	6
18. 日本口腔インプラント学会	教育委員会	8
19. 日本顎関節学会	専門医研修委員会	10
20. 日本臨床口腔病理学会	教育委員会	6
21. 日本接着歯学会	医療・教育委員会	6

涯学習関連）をもつなど，各専門分科会での活発な卒後教育に関連する活動が評価できるところである．しかしながら，アメリカにおける専門医教育の充実度からみると，わが国の専門医教育はまだ緒についたところと思われ，今後のさらなる充実が望まれる．

日本歯科医学教育学会は，1）教育国際化推進委員会，2）卒前教育委員会，3）卒後教育委員会，4）倫理教育委員会，5）国家試験委員会，6）共用試験委員会，7）教育能力開発委員会と７つもの多数の教育に関連する委員会を有し（**表Ⅴ-6**），活発な教育活動をしている日本歯科医学会のなかで教育に特化した特殊な専門分科会で，その存在価値も大きいものと思われ，さらに他の専門分科会の調整機能を発揮することで今後の歯科医学教育の進歩への貢献が期待できるものと考察した．

2 関連学会の活動

2）認定医制度・専門医制度

大川　周治

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，実施してきたが，この３年の間に認定医制度から専門医制度へと移行する傾向がみられた（**表Ⅴ-7**）．また，いくつかの学会で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しているが，前回の報告から新たに認可された学会はない（**表Ⅴ-8**）．

今回の白書では，日本歯科医学会における各関連学会の認定医制度および専門医制度の実施状況を報告する．

表Ⅴ-7　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
認定医制度のみ施行	日本口腔衛生学会 日本障害者歯科学会 日本接着歯学会 日本老年歯科医学会（専門医制度への移行時期について検討中）
専門医制度のみ施行	日本臨床口腔病理学会 日本歯科保存学会 日本補綴歯科学会 日本口腔外科学会 日本口腔インプラント学会 日本顎関節学会（認定医制度から専門医制度へと移行中）
認定医制度と専門医制度の両方を施行	日本矯正歯科学会 日本歯科放射線学会 日本小児歯科学会（認定医制度は更新のみ） 日本歯周病学会（2段階制） 日本歯科麻酔学会
いずれも施行していない	歯科基礎医学会（施行予定なし） 日本歯科理工学会 日本歯科医史学会（施行予定なし） 日本歯科医療管理学会 日本歯科薬物療法学会 日本歯科医学教育学会

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，専門医制度，関連学会，指導医

表Ⅴ-8　厚生労働省から正式に専門医資格団体として認定されている学会

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

(1) 認定医制度ないし専門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（21 学会）のなかで，現在，認定医制度ないし専門医制度を有する学会は 15 学会であり，認定医制度および専門医制度を有していない学会は，歯科基礎医学会，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，日本歯科医学教育学会の 6 学会である（**表Ⅴ-7**）．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」を運用している．

(2) 認定医制度および専門医制度の実施状況（2006 ～ 2009 年）

15 学会の認定医制度および専門医制度に関して実態調査を行い，その結果を**表Ⅴ-9～11** に示す．現在，認定医制度ないし専門医制度を有する 15 学会は，①認定医制度のみを施行している学会（**表Ⅴ-9**），②専門医制度のみを施行している学会（**表Ⅴ-10**），③認定医制度と専門医制度の両方を施行している学会（**表Ⅴ-11**），の 3 グループに分けられる．各関連学会において，専門性と医療レベルのさらなる向上を図るべく，認定医制度から専門医制度へと移行している様子がうかがえる．これらのなかで，厚生労働省から正式に専門医資格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（**表Ⅴ-8**）．なお，日本歯科保存学会，日本補綴歯科学会，日本矯正歯科学会，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および日本顎関節学会の 7 学会は，厚生労働省から正式に専門医資格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．

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-9　歯科医師認定医制度に関する調査表（認定医制度のみ施行）

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						法人の種類
					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	
日本口腔衛生学会	2,458	317	38	H13	5 年以上	有	有（5 年毎）	有	有（学会誌・HP）	有	10 年以上	有	有	有（5 年毎）	有	有限責任中間法人
日本障害者歯科学会	3,762	787	84	H15	3 年以上	有	有（5 年毎）	有	有（学会誌・HP）	有	10 年以上	5 年以上	有	有（5 年毎）	有	一般社団法人
日本接着歯学会	940	141	—	H13	5 年以上	有	有（5 年毎）	有	無	無	—	—	—	—	—	—
日本老年歯科医学会	2,003	204	146	H19	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（5 年毎）	有	有限責任中間法人

日本老年歯科医学会：専門医制度への移行時期について検討中

表Ⅴ-10　歯科医師専門医制度に関する調査表（専門医制度のみ施行）

学会名	会員数	専門医数	指導医数	専門医制度発足年	専門医資格					指導医資格						法人の種類
					会員歴	試験制度	更新制度	更新時の試験・評価制度	専門医の公表	指導医制の有無	会員歴	専門医歴	試験制度	更新制度	更新時の試験・評価制度	
日本臨床口腔病理学会	523	104	—	S63	3年以上*	有	有	有	有（HP）	無	—	—	—	—	—	特定非営利活動法人
日本歯科保存学会	4,416	820	289	H3	5年以上	有	有（5年毎）	有	有	有	10年以上もしくは15年以上	5年以上もしくは10年以上	有	有（5年毎）	有	特定非営利活動法人
日本補綴歯科学会	6,435	1,187	715	H4（認定医）H17（専門医）	5年以上	有	有（5年毎）	有	有（HP）	有	15年以上	1年以上	有	有（5年毎）	有	社団法人
日本口腔外科学会	9,022	1,715	784	S48	6年以上	有	有（5年毎）	有	有	有	12年以上	3年以上	有	有	有	社団法人
日本口腔インプラント学会	8,672	484	139	H4	5年以上	有	有（5年毎）	有	有	有	10年以上もしくは5年	特になし	有	有	有	社団法人
日本顎関節学会	2,741	123	118	H20	5年以上	有	有（5年毎）	有	有	有	10年以上	本学会の専門医資格を有すること	有	有（5年毎）	有	一般社団法人

＊：日本病理学会の会員も必要　　日本顎関節学会：認定医制度から専門医制度へと移行中

表Ⅴ-11　歯科医師認定医および歯科医師専門医制度に関する調査表（認定医制度と専門医制度の両方を施行）

学会名	会員数	認定医数 専門医数	指導医数 専門医指導医数	認定医制度発足年 専門医制度発足年	認定医・専門医資格					専門医指導医資格						法人の種類
					会員歴（認定医）（専門医）	試験制度	更新制度	更新時の試験・評価制度	認定医の公表 専門医の公表	指導医制の有無	会員歴	認定医歴 専門医歴	試験制度	更新制度	更新時の試験・評価制度	
日本矯正歯科学会	5,913	2,545 —	557	S64	5年以上	有	有（5年毎）	有	有（HP）	有	12年以上	認定医3年以上	有	有（5年毎）	有	一般社団法人
日本歯科放射線学会	1,254	208 221	78	H6 H21	2年以上 5年以上	有	有	有	有（HP）	有	10年以上	専門医3年以上	筆記試験なし，評価制度あり	有（5年毎）	有	特定非営利活動法人
日本小児歯科学会	4,275	594 942	76 123	S63 H17	5年以上	有	有（5年毎）	有	無 有	有	15年以上	専門医を取得していること	有	有（5年毎）	有	一般社団法人
日本歯周病学会	7,249	— 825	179（すべて歯周病専門医）	H元	5年以上	有	有（5年毎）	有	有（歯周病専門医）	有	12年以上	専門医7年以上	有	有（5年毎）	有	特定非営利活動法人
日本歯科麻酔学会	2,358	1,011 228	31	S51	2年以上 5年以上	有	有（5年毎）	有	有（学会誌）	有	認定医であること	認定医5年以上	無（書類審査）（実地審査）	有（5年毎）＊1	有（書類審査）（実地審査）＊1	有限責任中間法人＊2

日本歯科麻酔学会　　＊1：歯科大学附属病院は更新の義務なし　　＊2：2009年秋，一般社団法人へ移行予定

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 21 学会のうち 16 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．歯科基礎医学会と日本歯科医史学会は，その学会の性格からして必要を認めないためか特に生涯教育に関する取り組みを行っていない．

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．

日本補綴歯科学会は，会員および地域で歯科医療に従事している歯科医師等を対象に，歯科補綴学の知識や技術の向上を図ることを目的に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，会員，非会員の区別なく無料で公開されており，9 支部学術大会と併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 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参加者の好評を得ている．

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「歯科医師生涯研修会」を原則年 2 回開催し，X 線の有効利用と適正な被曝管理向上を目的に，MRI や超音波などの画像検査・診断の講義と実習を行っている．

日本歯周病学会は，地域歯科医療に携わる歯科医師・歯科衛生士を対象として，地域歯科医師会・歯科衛生士会と協力し，日本歯周病学会臨床研修会を年 2 回，歯科衛生士教育講演会を年 3 回程度開催している．

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，日本 ACLS 協会トレーニングサイトとの共催で，会員および近隣の医療従事者を対象とした AHA-BLS（一次救命）コースおよび AHA-ACLS（二次救命）コースを年間 4〜7 回開催している．

日本顎関節学会は，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 2 回開催している（2005 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参加，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 21 学会全体としての生涯教育への取り組みは十分とはいえず，生涯教育に特化した委員会の設置により積極的に一般臨床医対象の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と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．

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：卒後教育，生涯教育，学会

2 関連学会の活動
4）日本医学教育学会

齋藤　宣彦

はじめに

2009年1月現在，日本医学教育学会は2,000人超の個人会員を擁し，わが国の80医学部･医科大学のすべてと，多くの臨床研修指定病院が機関会員となっている．個人会員には，医師，歯科医師，保健師，看護師，薬剤師，臨床検査技師，栄養士，理学療法士，医学部の一般教育教員をはじめ，大学の事務部門，医療関係の各種学校教職員，医学関係の出版社，さらに模擬患者として医学教育に協力している一般人の方もいる．会員の職種や専門がバラエティーに富んでいることは，わが国の医師養成に多くの分野の人々が関与していることの裏づけであり，きわめて喜ばしいことといえよう．本稿を執筆するにあたり歯科関係の会員の方がどのくらい入会されているかを調べようと試みたが，歯科医師として集計していないため明らかにはならなかった．しかし，医学教育学会の評議員には歯科大学の教員の方にも就任していただいているし，年次集会（日本医学教育学会では創立時から，年次集会のことを「大会」と呼び習わしている）では，歯科の先生方にもしばしばお目にかかり，毎年数題のご発表もあるので，著者の理想とする医科と歯科のコラボレーションは，確実に進展しつつあるという印象をもっている．医歯学生の共用試験を管理・運営する「医療系大学間共用試験実施評価機構」でも医科と歯科が轡を並べて作業するようになったことも，わが国の医療人育成という観点からは好ましい方向に進みつつあるといえる．しかし，今後，両者のさらなる協力関係の構築に資するために，本稿では日本医学教育学会の活動の概略を紹介しておく．

さいとう　のぶひこ
前日本医学教育学会会長
キーワード：医師養成，富士研，FD

（1）日本医学教育学会の歴史

戦後，医師国家試験制度や米国のインターン制度が導入されたが，その約20年後の1966年頃から，それまでの旧態依然たる医局講座制や不備なインターン制度に対する矛盾から青医連（青年医師連合）運動が起こり，インターン制度は廃止された．特にインターン制度は，研修カリキュラム，指導医，インターンの処遇のいずれもが不十分のまま，制度のみを米国に真似たのであるから，廃止は当然の帰結であった．この青医連運動がきっかけとなり，わが国の医師養成制度を充実させることを志して，1969年には慶應義塾大学の牛場大蔵氏を会長として日本医学教育学会が，また，10年後の1979年には順天堂大学の懸田克己氏を理事長として医学教育振興財団が生まれた．両氏ともにわが国の医学教育に並々ならぬ思い入れがあったのである．また，昨今，話題になっている医師の臨床研修制度に関しては，塚本憲甫氏や日野原重明氏が委員長となった厚生省の委員会において，インターン制度に代わって総合臨床能力を習得することを目的とした研修医制度が努力義務として発足した．

1973年には，牛場大蔵，日野原重明（聖路加国際病院），舘　正知（岐阜大学）の3氏が，シドニーにあるWHOのRegional Teacher Training Centreにおける2週間のワークショップに参加した．このワークショップを基に，わが国でも1974年に富士教育研修所において約1週間の「医学教育者のためのワークショップ」が開催されたが，これが世にいう「富士研」である．以来，「富士研」は年1回，35年間，時代の要求に即して新しい内容を取り入れながら，基本線は崩すことなく綿綿と続けられている．富士研におけるワークショップの形式は，各医学部・医科大学における教育ワークショップとして普及し，その後の医師臨床研修指導医養成講習会や臨床研修プログラム責任者講習会のワークショップの基本骨格となっている．また，1998年には，場所も同じ富士教育

研修所において，歯科医師臨床研修指導医ワークショップとして歯科領域でも導入されたことは2005年版歯科医学教育白書に，中原　泉，石井拓男両氏により記載されているとおりである．さらに，このワークショップ方式は6年制となった薬学部のFDにも応用されてきている．

1970～80年代の日本医学教育学会は，会員数もまだ多くなく，役員は「運営委員」と称し，すでに教授職を定年で退いたようなベテランの方々が多かった．活動の一つは「医学教育」誌の編集で，編集委員は運営委員が兼ねていた．また，年1回の大会も開催希望が少なく，内々で開催を依頼する場合すらあり，会場は夏休みに入った大学の校舎で開催するというこぢんまりとしたもので，昨今のように大きな学会になるとは想像できなかった．その他の活動としては，「富士研」の開催，各大学におけるFDの支援，国内外の医学教育関係者を招いて行う「カリキュラム検討会」と称する勉強会であった．

その後，1991年の大学設置基準の大綱化のころから，各大学に専任ないし兼任で医学教育のための教員が配置され始め，現役の大学教員世代の学会員が増加した．さらに，本学会が日本医学会の分科会としての加盟が承認され，学会の組織も理事・評議員制へと発展した．そして懸案であった法人化についての検討も具体的段階に入ったところである．

(2) 日本医学教育学会の活動

本学会の目的を包括的に表現すれば，国内外の卒前・卒後の医学教育に貢献することと医学教育に関する研究を行うことである．近年の具体的活動としては，

① 学会誌「医学教育」掲載論文の審査と編纂（年6冊発行）
② 学術集会（「医学教育学会大会」）の開催（年1回）
③ 大学の教授や研修病院の役職を対象とした「医学教育者のためのワークショップ」（富士教育研修所における5泊6日のワークショップ）の開催（年1回）
④ 学会のホームページを介しての医学教育に関する広報活動
⑤ 以下の国際的活動：韓国の医学教育関係者との相互交流，西太平洋地域医学教育会議の共催，アフガンにおける医学教育支援，ベトナムにおける医学教育ワークショップの開催支援，年1回の大会におけるインターナショナルセッションの開催，アメリカ医学教育会議およびヨーロッパ医学教育会議等の国際会議への参加など
⑥ 入学者選抜に関する討議会の開催（年1回）
⑦ その他，臨床倫理教育ワークショップ，クリニカルクラークシップ指導者養成ワークショップ，若手指導者のための指導スキルアップセミナー，医学教育研究技法ワークショップをはじめPBLテュートリアル，基礎医学教育，医療安全に関するワークショップなどの開催

他にも，医学準備教育，生命科学，共用試験・医師国家試験，臨床研修，生涯教育，教育業績評価，FD，教材開発，模擬患者，大学院教育，医学教育研究開発，医学教育マスターコースなどの委員会があり，それぞれ活発に活動している．また，本学会員は，厚生労働省，文部科学省，医療系大学間共用試験実施評価機構等の委員として，さらに，医学部・医科大学におけるFDのタスクフォースや医師臨床研修指導医養成講習会の講師としても活躍している．

各委員会による出版活動も盛んで，新しいところでは，2008年には，FD委員会が医療人向け教育ワークショップの資料を一冊の書物にまとめた「医療プロフェッショナルワークショップガイド」を上梓した．これは，これまでわれわれの先達が整備してきたワークショップ開催のための資料をまとめ，実際のワークショップに際してコピーやプリントアウトして利用することを可能にしたもので，歯科領域でも利用されている．また，直近では，本学会の倫理・行動科学小委員会と準備教育小委員会の両委員会の編纂による「人間学入門―医療のプロをめざすあなたに―」という書物が2009年7月末に上梓されたが，これは医学生というより広く医療系の学生に読まれる一冊となろう．

(3) 今後の活動

喫緊の問題は，国による医学部・医科大学の入学者定員増への対応である．すでに2006年に，それまでの方針が翻って各大学の入学者定員が1割程度増加となった時点で，本学会は人的・物的資源を充実させるためにも財政的裏づけが必要であるとのアピールを公表した．2009年にいたり，さらなる定員増となり，各大学では施設の拡充や教員の増員に迫られているが，それについての国の対応はまだみえてこない．加えて地域枠を含む定員増の結果，学生の質に懸念を抱く声もあり，本学会では，今後この問題への取り組みが要求されている．

次いで，卒前卒後にまたがる問題として，地域医療教育の問題がある．本来，地域基盤型医療を全うするには，卒前教育カリキュラム中に地域医療学習を含める必要があるが，これまでは一部の医学部・医科大学でしか取り組まれてこなかった．そこで2007年に岩手医科大学で開催された大会では，医学部における卒前カリキュラムに地域医療学習を導入することの必要性を「盛岡アピール」として公表した．その結果，各大学がカリキュラムに地域の特殊性を踏まえた地域医療実習を加えつつあり，徐々にではあるが変化しているといえる．

さらに，今後の課題として，医学研究者養成の問題がある．1987 年の文部省の「医学教育のための調査研究協力者会議」において，リサーチマインド育成が唱えられていた．そこでは，臨床医のリサーチマインドとともに基礎医学研究者育成についても触れられていたが，特に研究者育成については遅々として進んでいない．臨床研修で大学離れした研修医がベッドサイドで抱いた疑問を大学の研究室に戻って解明しようという現象は当初期待されたほどには得られていない．これに関して本学会では，研究者育成を危ぶみ，生命科学委員会を中心として「基礎医学教育のありかたを考える」などのセミナーを開催し，どのようにすればいわゆる基礎研究者不足を解消できるかを検討している．

卒後 2 年間の医師臨床研修制度については，2009 年の大会のシンポジウムでも討論されたが，その結果は現在の医師臨床研修制度について肯定的な意見が大半を占め，現行制度により研修を修了した医師の長期的評価が必要であるとの結論が得られている．

3 財団法人歯科医療研修振興財団の活動

中原　泉，宮武　光吉

1）財団法人歯科医療研修振興財団の沿革

財団法人歯科医療研修振興財団は，1987（昭和62）年6月1日「財団法人歯科臨床研修振興財団」として，厚生大臣から設立許可を受けて発足してから，2007（平成19）年に設立20周年を迎えた．これを記念して同年6月15日に記念式典，記念祝賀会を行うとともに，2008（平成20）年3月には「設立20周年記念誌」が発行された．

当初，当財団は1987（昭和62）年度から国の予算に計上された「一般歯科医養成研修費補助金」の交付を受け，公・私立歯科大学附属病院に委託をして，卒直後の歯科医師の臨床研修事業を助成することを目的として設立された．

その後，1989（平成元）年に施行された歯科衛生士法の一部改正により，歯科衛生士の試験・登録事務を行う機関として，当財団があたることとなり，1991（平成3）年5月に名称を「財団法人歯科医療研修振興財団」と改め，同年7月に歯科衛生士指定登録機関および指定試験機関として厚生大臣の指定を受けて，これまで各都道府県で管理されていた歯科衛生士籍を同日付で当財団が引き継ぎ，また第1回の試験を1992（平成4）年3月に実施し，試験・登録事務の事業を開始した．

1996（平成8）年6月の歯科医師法の一部改正により，歯科医師の臨床研修が法制化され，1年以上の努力義務が規定された．これに伴い歯科医師の臨床研修にかかる国の補助金は，各都道府県を経由して交付されることとなり，当財団が関与しないこととなった．しかし，歯科医師臨床研修指導医等に対する研修事業を厚生労働省の補助金を受けて実施するとともに，歯科医師で臨床研修を希望する者を対象とした「歯科医師臨床研修施設ガイド」を関係機関の協力を得て作成し，1997（平成9）年から2004（平成16）年まで関係施設に配布してきた．

また，2000（平成12）年12月の歯科医師法一部改正により，2006（平成18）年度から開始された歯科医師臨床研修の必修化に伴い，臨床研修希望者と臨床研修施設とのマッチング事業を行うため設立された「歯科医師臨床研修マッチング協議会」の事務局となり，厚生労働大臣から有料職業紹介事業の認可を受けて，国の補助金により整備されたシステムを用いた事業を行っている．

そこで，これらの事業の概要と今後の課題について述べることにしたい．

2）歯科医師臨床研修指導歯科医に対する研修事業

これまでに，当財団で行われてきた歯科医師臨床研修指導歯科医に対する研修事業は，**表Ⅴ-12**のとおりであり，2009（平成21）年度は**表Ⅴ-13**に掲げる事業が実施されることになっている．これらの事業は，国の補助金によって行われ，その円滑な推進を図るために，当財団には臨床研修運営委員会が設置され，その企画・運営にあたっている．

このうち，プログラム責任者講習会は，2005（平成17）年度まで行われてきた，歯科医師臨床研修指導医ワークショップに代わるものとして，2006（平成18）年度から行われているものである．

2008（平成20）年度に行われたプログラム責任者講習会の具体的なプログラムは，**図Ⅴ-5**に示すとおりであり，実施にあたり企画・評価を行うために設置された

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
みやたけ　こうきち
財団法人歯科医療研修振興財団
キーワード：財団法人歯科医療研修振興財団，歯科医師臨床研修指導医講習会，プログラム責任者講習会

表Ⅴ-12　各種講習会などの実施状況（1995～2008 年度）

名　　称	実施年度	参加者数
歯科医師臨床研修指導医講習会	1995～2005 年度	2,042
同上（大学・歯科医師会と共催）	2006～2008 年度	580
歯科医師臨床研修指導医ワークショップ	1998～2005 年度	304
プログラム責任者講習会	2006～2008 年度	137
歯科医師臨床研修指導医全身管理講習会	2000～2005 年度	261
歯科医師臨床研修指導医診療情報講習会	2000～2002 年度	283

表Ⅴ-13　2009 年度の各種講習会の開催状況

名　　称	開催期間	実施場所
プログラム責任者講習会	12 月　4～　7 日	海外職業訓練協会
歯科医師臨床研修指導医講習会（大学等と共催）		
日本歯科大学附属病院	5 月 29～30 日	日本歯科大学
昭和大学歯科病院	6 月 13～14 日	五反田ゆうぽーと
福島県歯科医師会	9 月 12～13 日	清稜山倶楽部
日本歯科大学新潟病院	10 月　3～　4 日	日本歯科大学新潟生命歯学部
愛知県歯科医師会	10 月 11～12 日	愛知県歯科医師会館
北海道医療大学歯学部	10 月 24～25 日	シャトレーゼ ガトーキングダムサッポロ
東京歯科大学	12 月　4～　6 日	東京歯科大学

表Ⅴ-14　プログラム責任者講習会実行委員会名簿（2008 年度）

ディレクター	住友　雅人	日本歯科大学
タスクフォース	石井　拓男	東京歯科大学
同	俣木　志朗	東京医科歯科大学
同	関本　恒夫	日本歯科大学
同	大川　周治	明海大学
同	岡田　智雄	日本歯科大学
同	鴨志田義功	鴨志田歯科医院
同	伊東　隆利	伊東歯科口腔病院
同	平田創一郎	東京歯科大学
担当役員	中原　　泉	当財団理事長

（敬称略）

表Ⅴ-15　歯科マッチングの実施状況（年度別）

	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年
参加施設数	179	193	204	213
プログラム数	247	267	272	285
募集定員（人）	3,797	3,716	3,678	3,612
参加者数（人）	3,648	3,578	3,715	3,960
順位登録者数（人）	3,584	3,501	3,644	3,857
マッチ者数（人）	3,367	3,276	3,354	3,369
マッチ者率（%）	93.9	93.6	92.0	87.3

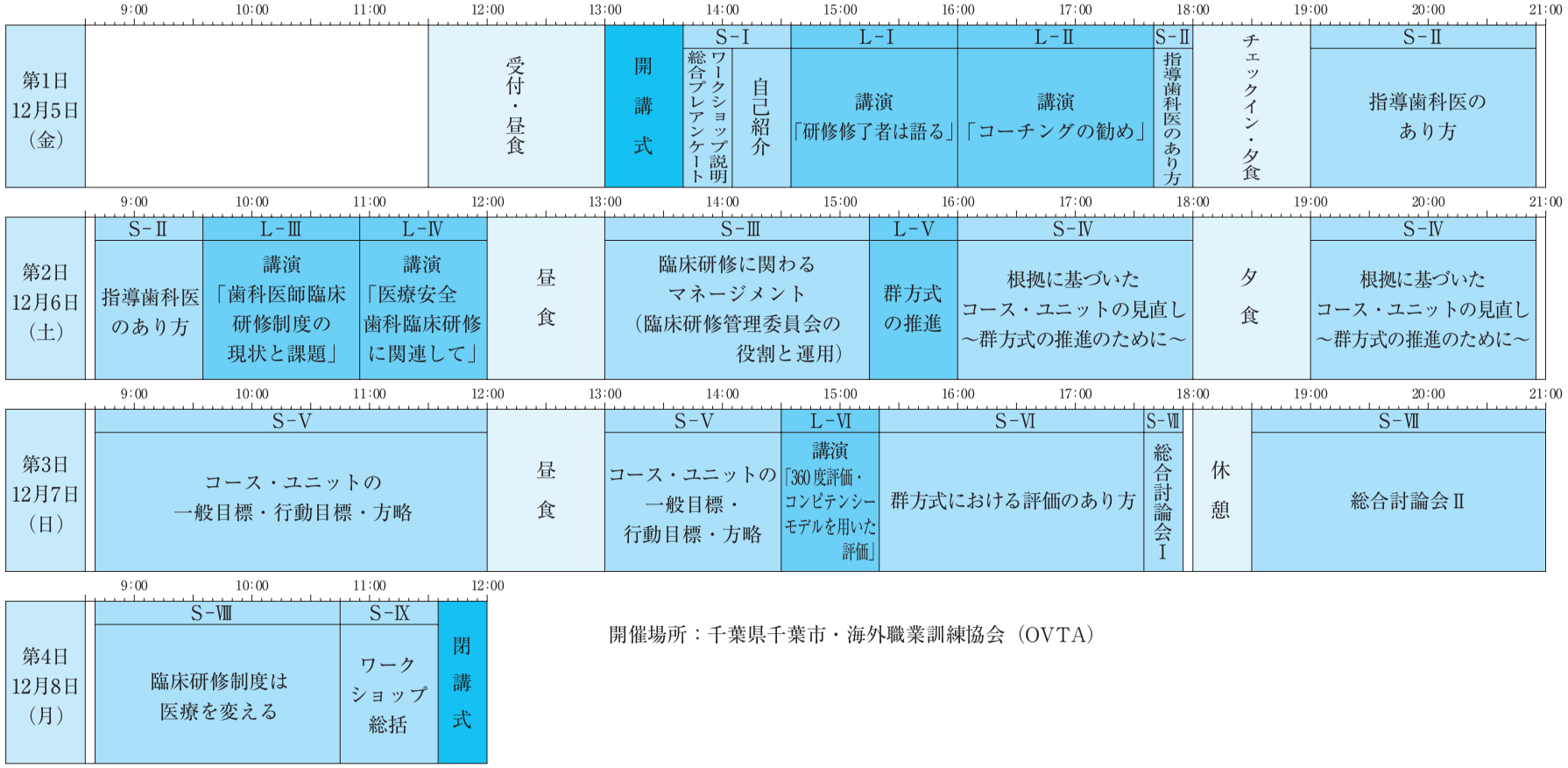
実行委員会のメンバーを**表Ⅴ-14** に示した．また，実施にあたっては，厚生労働省，文部科学省，日本歯科医師会の後援および日本歯科医学教育学会，日本医学教育学会の協力を得た．

3）歯科医師臨床研修マッチング事業

歯科医師に対する臨床研修は，2006（平成 18）年度から必修化され，すべての臨床に従事する歯科医師に対して義務づけられることになった．これを受けて，臨床研修を希望する歯科医師国家試験受験予定者と，歯科医師臨床研修施設（管理型および単独型）との間にインターネットを介したマッチング事業を行うために「歯科医師臨床研修マッチング協議会」が，(社)日本歯科医師会，(社)日本私立歯科大学協会，全国医科大学附属病院長会議および当財団によって組織され，当財団がその事務局となっている．これまでに 4 回のマッチング事業が実施されたが，その概要は**表Ⅴ-15** に示すとおりである．

4）その他の事業

歯科衛生士の試験・免許登録事業は，1991（平成 3）年度から開始された．2008（平成 20）年度までに 18 回の歯科衛生士試験を実施し，延べ 120,648 人が受験し，117,364 人が合格（合格率 97.3%）している．なお，2009（平成 21）年の歯科衛生士法の一部改正により，2010 年



開催場所：千葉県千葉市・海外職業訓練協会（OVTA）

図Ⅴ-5　2008年度（第2回）プログラム責任者講習会（12月）日程表

3月実施の第19回から歯科衛生士国家試験と名称が変更されることとなっている．また，免許登録については，都道府県から110,259人の引き継ぎを受けて開始され，2008（平成20）年度末までの登録者の累計は，224,257人となっている．

歯科衛生士学校養成所の修業年限は，従来2年以上となっていたが，歯科衛生士学校養成所指定規則の改正により，2005（平成17）年4月から3年以上となり，これを受けて当財団と全国歯科衛生士教育協議会の主催により，歯科衛生士教育指導者講習会を厚生労働省および日本歯科衛生士会の後援の下に開催している．

5）今後の課題

当財団の事業は，当初の歯科医師臨床研修事業の助成を行うことから，歯科医師臨床研修指導者の研修，歯科衛生士の試験・免許登録など，法律制度の改正に伴い，社会の要請を受けて変遷してきたが，その目的は，歯科医師および歯科衛生士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としている．そしてこれらの目的を達成するために，現在の寄附行為第4条では次のような事業を行うこととしている．

1. 歯科医師免許取得直後の者を対象として公・私立大学の歯学部附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
2. 歯科臨床研修の内容及び実施方法等に関する調査研究並びに研究会等の実施
3. 歯科臨床研修に関する制度の在り方等についての調査研究
4. 臨床歯科医学及び歯科医療技術に関する啓蒙，普及並びに調査研究
5. 日本歯科医師会等の行う臨床歯科医学及び歯科医療技術に関する生涯研修への協力
6. 歯科衛生士に係る試験事務及び登録事務の実施
7. 歯科衛生士の資質向上のための研修事業の実施
8. その他，財団の目的を達成するために必要な事業

現在までの各種の事業は国からの補助，基本財産からの果実や手数料などを財源として実施されてきた．しかし，2006（平成18）年6月に公布された公益法人制度改革に関する諸法により，主務官庁の許可により設立・運営されてきた現行の公益法人は，新制度により法人の設立と公益性の判断が分離されることになり，2012（平成24）年11月までに，これまでの財団法人は公益財団法人か一般財団法人に移行の申請をしなければならないことになった．当財団は，公益性が高く，「公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律」による公益認定の基準および公益目的事業に合致していると考えて，公益財団法人の認可申請をすることとして，その準備を行っているところである．それに伴い，現在の寄附行為を定款に変更するなど所定の手続きを進めることとしている．

これまで当財団が行ってきた各種の事業は，歯科医師ならびに歯科衛生士の資質の向上を図り，国民の健康な生活を確保することを目的としており，そのほとんどは国の補助金を受けて実施されてきた．そして，これらの事業は，国民の保健福祉の向上のために，必要欠くべからざるものであり，今後ますます充実させることが求められていると考えられる．それと同時に，歯科医療関係者にとって，継続的な生涯研修のあるべき姿を検討するとともに，そのために必要な組織や資金の確保を図っていくことが，将来の課題であろう．

4 コデンタル教育の動向

1）歯科衛生士教育

竹本　俊伸

（1）概　要

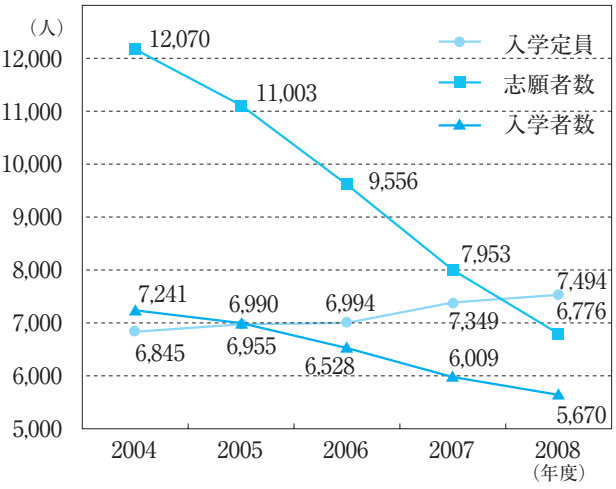
1999年5月に「歯科衛生士の資質の向上に関する検討会」意見書が出され，それから5年経過した2004年に，「歯科衛生士学校養成所指定規則」（文部科学省・厚生労働省令）の大幅な改正が行われた．これは，2年制の教育を3年制に延長するもので，1983年の年限延長（1年→2年）以来の大きな変更である．この年限延長の背景には，歯科医療業務の変化を受けた歯科衛生士の業務の多様化と複雑化により，学習内容が著しく増加してきたことがある．現在は，3年制教育の定着と同時に，単位制の導入による学校の多様化も進むなかで，多くの問題がいまだ解決途中にある．

（2）学校数と教育年限・教育形態

今回の指定規則改正により，各養成校では2010年度までに3年制教育を開始することが義務づけられた．2009年7月末現在，全国歯科衛生士教育協議会のWebサイト[1]には，156校の歯科衛生士養成校が掲載されており，前回の本白書に記載した143校から大幅な増加となっている．しかしながら各Webサイト上で閉校予定と掲載している学校が8校あることを考慮すると，実際にはここ5年間で若干の校数増加とするのが妥当であろう．教育年限は，4年制大学，3年制および2年制の専修学校・短期大学が混在しているが，そのうちの2年制の学校は，2010年度から3年制へ移行するか，廃校・廃科にするかの選択を行っている．

（3）激減する志願者と増加する求人倍率

歯科衛生士養成を行う専修学校の入学定員，志願者数と入学者数の推移を**図Ⅴ-6**に示す．2004年から2008年にかけて，入学定員は徐々に増加しているが，入学志願者数は約半数に激減し，2008年にはついに志願者数が入学定員を下回った．さらに，入学者数は，それまで長年にわたりほぼ定員と拮抗していた[2]ものが，この5年間で大きく減少し，2008年度には入学定員の3/4まで落ち込んでしまった．白鳥らの調査[2]によると，志願者が定員割れを起こした学校数は4.2%（2004年）→49.6%（2008年）にのぼり，さらに入学者数が定員割れを起こした学校数は12.6%（2004年）→69.3%（2008年）と半数を超えるまでに著しく増加した．その結果，受験者数＝入学者数の「全入」状態になっている学校が多くみられ，学校運営上，決して好ましいとはいえない状態となっている．



図Ⅴ-6　歯科衛生士養成を行う専修学校の入学定員，志願者数，入学者数の推移（文部科学省「学校基本調査」に基づき作製）

その一方で，歯科衛生士養成校に対する求人倍率は2003年度には5.3倍であったものが，2007年度には就

たけもと　としのぶ
広島大学大学院医歯薬学総合研究科 口腔健康科学講座 口腔保健管理学分野
キーワード：歯科衛生士教育，年限延長，4年制大学

表Ⅴ-16　歯科衛生士養成を行う 4 年制大学の一覧

設置年度	大学名	学部・学科・専攻名	歯科衛生士以外の資格取得	前身の歯科衛生士養成校
2004	東京医科歯科大学	歯学部口腔保健学科	社会福祉士	有
	新潟大学	歯学部口腔生命福祉学科	社会福祉士	無
2005	広島大学	歯学部口腔健康科学科口腔保健学専攻	養護教諭 1 種	有
2006	埼玉県立大学	保健医療福祉学部健康開発学科口腔保健科学専攻	養護教諭 1 種	有
2007	徳島大学	歯学部口腔保健学科	社会福祉士	無
2009	千葉県立保健医療大学	健康科学部歯科衛生学科		有

職者数 5,072 名に対して求人人数は延べ 61,169 名，求人倍率 12.1 倍になっている[2]．このように歯科衛生士教育では，志願者数と求人倍率の差，すなわち，歯科衛生士養成校に対する受験者からのニーズと就職先からのニーズが乖離している．専門学校や短期大学からの学生離れ，歯科界全体の志願者数の減少に加え，一般に歯科衛生士の労働環境は厳しく，昇給率も低い[3]ことに起因して，受験学生や学校の受験担当者から歯科衛生士養成校への志願が控えられていると考えられ，歯科衛生士教育上の問題と考えるよりも，歯科医療業界全体として業界の高揚策と併せて早期に構造改革などの取り組みが必要とされる．

(4) 教育の高度化　4 年制大学から大学院設置へ

今回の指定規則改正では，諸事情により規則改正・施行が大幅に遅延したことから，施行より前倒しして年限延長を行う養成校が相次ぎ，制度施行の 4 年前に宮城高等歯科衛生士学院が 3 年制に年限延長を行ったことを皮切りに，いくつかの学校が規則施行前に教育年限の延長をしている．その一方で，**表Ⅴ-16** に示すように歯科衛生士養成を行う 4 年制大学の設置が進み，2004 年に東京医科歯科大学と新潟大学が 4 年制大学教育を開始して以来，広島大学，埼玉県立大学，徳島大学，千葉県立保健医療大学が追随し，今後も増加する傾向にある．これらの 4 年制大学には，前身としての歯科衛生士養成校をもたないものも多く，歯科衛生士教育の年限延長というよりも，大学における高度教育のニーズに対応するための学科設置が行われていると考えられる．このことは，歯科衛生士養成校全般の志願者・入学者数の定員割れが相次ぐなかで，4 年制大学では全校で志願者が定員を大きく上回っていることに現れている．

歯科衛生士養成を行う 4 年制大学の多くは，歯科衛生士としての教育と併行して，付加的な資格の教育を提供している．東京医科歯科大学，新潟大学，徳島大学では社会福祉士の資格教育（卒業時に国家試験受験資格が得られる）を，広島大学と埼玉県立大学では養護教諭 1 種免状の資格教育（卒業時に資格が得られる）を行っている．

表Ⅴ-17　歯科衛生士関連の大学院（修士課程）

設置年度	大学院名	学科・専攻名
2008	新潟大学大学院	医歯学総合研究科 口腔生命福祉学専攻
2009	広島大学大学院	医歯薬学総合研究科 口腔健康科学専攻

さらに，これらの大学の一部は，卒業生の輩出に合わせて大学院新設を行っており，新潟大学では口腔生命福祉学専攻，広島大学では歯科衛生士専門分野と歯科技工士専門分野を併せもつ口腔健康科学専攻として修士課程を設けている（**表Ⅴ-17**）．今後は博士課程の設置も考えられることから，よりいっそうの歯科衛生士教育の高度化が進むと思われる．

歯科衛生士養成を行う 4 年制大学では，2008 年度から卒業生の輩出が始まっているが，その進路は専修学校と大きく異なり多種多様である．各校の受験生用資料によると，多くの学生が大学院への進学や他大学への編入・進学を選び，歯科医院への就職者は 20 ～ 30% 程度で，その代わりとして企業，行政職，あるいは各校の付加的資格である社会福祉士や養護教諭を選んだ者が多くみられる．今後は，このような多様な進路に対するキャリアサポートが教育者に必要とされる．

(5) 教育者の育成

1999 年の「歯科衛生士の資質の向上に関する検討会」意見書では，教育内容の見直し，教育年限の延長とともに教育者の育成が大きな柱として提言された．この提言を受けて，最終的に指定規則が改正された一方で，教育者育成については，従来からの全国歯科衛生士教育協議会の主催する教員研修のシリーズや歯科衛生士会の主催する教員の研修会など，積極的な教育者育成が従来から行われてきたこともあり，前記「意見書」の教員養成システムへの目立った反映はみられない．しかしながら，このような状況のなかで，各 4 年制大学や大学院では教員養成をその教育目標に掲げ，歯科衛生士教育学の大学

生に対する教育への導入，大学院教育への導入などの新たな試みが始まっている．

(6) 歯科衛生士国家試験

歯科衛生士法で歯科衛生士の資格試験は従来，「歯科衛生士試験」として規定されていたが，2009 年 9 月施行の歯科衛生士法改正により，改めて「歯科衛生士国家試験」という名称に変更され，国家資格という定義が明確になった．最近 5 年間の合格率は 2006 年度の 93.8％を除き，すべて 95％を上回っている．これは，歯科衛生士の質を歯科衛生士養成校における教育内容が大きく担保することを意味している．歯科衛生士教育では，従来の時間制による教育内容の規定（教授要綱）から単位制に移行していることから，歯学教育同様の「コア・カリキュラム」あるいはそれに類する教育指針の策定が急がれる．

(7) 歯科衛生士の業務範囲と教育内容

歯科衛生士業務，特に歯科診療補助の業務内容については，50 年以上もその境界線を巡っての論議が行われているが，国会などでの各種答申から推察すると，厚生労働省レベルでの境界線の線引きが行われる可能性は低い．その結果として，歯科衛生士教育における各種技術教育の内容は，養成校ごとの判断にある程度任される結果になり，このことは教育内容の大綱化によって助長されていると考えられる．

その一方で，看護師において静脈注射が職務範囲として法的に規定された例をみると，業務範囲の線引きが曖昧なままでも，まず現場での実務的な業務拡大が進むとともにそれを追うように学生への教育が拡充することで，結果的にその医療行為が歯科衛生士の専門業務として実務的に定着した状況になり，実質的に業務としてみなされるようになっている．歯科衛生士の国家試験の高い合格率も考慮すると，歯科医師，歯科衛生士，歯科衛生士教育者が連携して適切な業務範囲を策定することで，将来の歯科衛生士教育のコアの部分をより明確に規定し，歯科衛生士の能力のある程度の均一化を行う必要がある．

文献

1) 全国歯科衛生士教育協議会ホームページ　歯科衛生士養成校一覧．http://www.kokuhoken.or.jp/zen-eiky/files/list/index_list.htm
2) 白鳥たかみ，他．日歯教誌 2009；25：54-63.
3) 山田小枝子，他．日衛学誌 2007；2：268-9.

4 コデンタル教育の動向
2）歯科技工士教育

末瀬　一彦

（1）歯科補綴学教育および歯科技工士教育の現状

歯学部教育の卒前教育においては，統合カリキュラムの実践，講座制統廃合化，CBT や OSCE の導入，臨床実習の充実化，DOS 医療から POS 医療への転換など最近の歯科医療，歯科医学を取り巻く環境の変化に対応すべく「歯科補綴学教育基準」が 2001 年に日本補綴歯科学会においてまとめられ，現行の歯科補綴学教育はほぼこれに準じて実施されている．すなわち各疾患・障害の治療体系・順序について，検査とそれに基づいた診断を重視する方針から，病因，病態，主要症候，診察，検査，評価と診断，治療の到達目標，インフォームド・コンセントを経たうえでの治療，術後の管理にいたる内容にまとめられている．このような背景から以前にもまして「補綴装置を製作する実習（歯科技工に関わる実習）」時間が割愛される傾向にある．過去においては「歯冠系科目」では研究用模型，全部鋳造冠，前装鋳造冠，ポーセレンジャケットクラウン，臼歯部ブリッジ，前歯部ブリッジ，支台築造などの製作，「有床義歯系科目」では全部床義歯，部分床義歯の製作や咬合器操作実習などが教育カリキュラムのなかに組み込まれ，臨床実習においても配当された患者さんの補綴装置は自作されていたことが多かった．最近では，臨床実習において技工操作を担当する学生の割合は減少傾向にあり，全国の歯科大学における調査でも 70 講座中半数以下である[1]と報告されている．

一方，歯科技工士教育においては歯科補綴分野が主たる学科目であり「歯冠修復技工学」「有床義歯技工学」に区分され，それぞれの補綴装置別の知識と製作プロセスの理解が到達目標である．指定規則ではいずれも教授時間が 440 時間で総時間数の 20％を占め，歯科技工士教育のなかでは最もウェイトの大きい学科目である．さらに，関連学科目として「歯の解剖学」「歯科理工学」および「顎口腔機能学」があり，「歯の解剖学」は形態的知識の習得，「歯科理工学」は材料・加工知識の理解と基礎的な技工実習，さらに「顎口腔機能学」では顎口腔系の機能的知識の理解を到達目標としている．特に，歯学教育では「歯冠修復系」および「有床義歯系」の学科目でそれぞれ別々に教授されていた「機能的知識」を，歯科技工士教育では 1995 年から「顎口腔機能学」を新たに加え，咬合・咀嚼に関わる一貫した知識と咬合器の操作法などの実技を習得させている．さらに 2008 年度には新たに「歯科技工実習」の新教本を編纂し，臨床実習のための道標となるよう基本的な歯科技工手技や歯科技工士としての責務，日常臨床で必要とされる術式などをまとめた．この教本は単なる「実習帳」ではなく各科目との整合性をとった副読本であり，臨床研修歯科医師や卒後研修などにも活用できるよう配慮している．

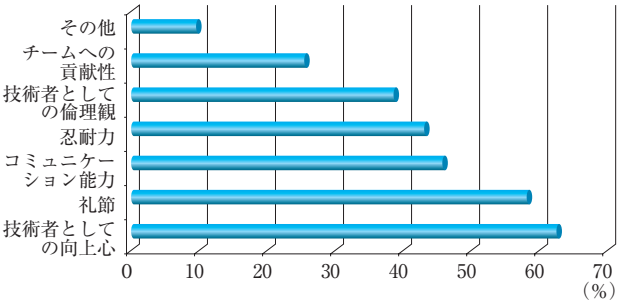
（2）歯学教育および歯科技工学教育に望まれる内容

近年，歯科補綴分野における基礎実習時間が圧縮され，過去に行われてきた「補綴装置を製作する実習」がほとんど行われない実態があるが，歯科医療における補綴分野では診査・診断はもとより，支台歯形成，精密印象採得，咬合修正など技術的な内容が大部分を占めることから，卒前・卒後教育においては知識を技能に置き換える実践的教育が必要である．たとえば，近年急速に進展している CAD/CAM システムにおいては特に精度の高い支台歯形成や印象採得が要求され，TMD（Temporomandibular Disorders）治療においては顎関節の動態や咬合のメカニズムの把握と適切な診断治療能力が問われ，インプラント治療やオールセラミックス修復においては材料の選択能力が要求される．さらに「包括的歯

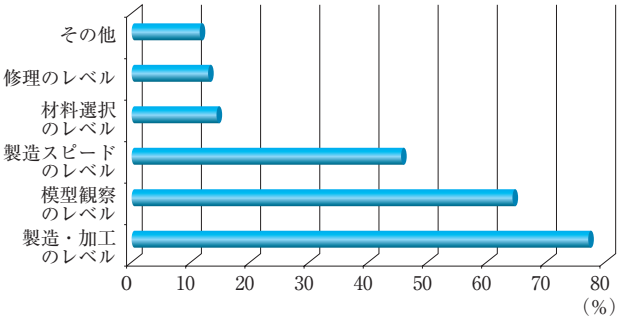
すえせ　かずひこ
全国歯科技工士教育協議会会長
大阪歯科大学歯科技工士専門学校
キーワード：歯科技工士教育，歯科技工，教育カリキュラム

科診療」にあっては歯周治療や歯内療法などとの関わりについても研鑽しなければならない．

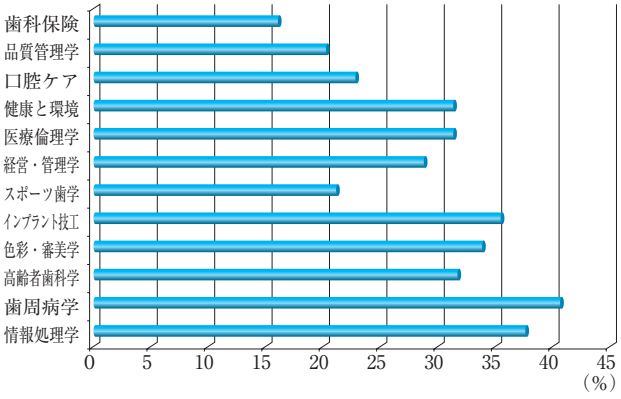
歯学教育というのは歯科医師養成の教育だけではなく，歯科技工士，歯科衛生士を養成する責務があり，昨今の歯科医療の趨勢を鑑みた場合，「包括的歯科医療」を実践するためには歯科医師，歯科技工士，歯科衛生士がそれぞれ専門特化した領域の職務を果たすことが本来の「チームアプローチ」であると考える．歯科医師と歯科技工士との関係において最終的に口腔内に装着される「補綴装置」を完成するためには，診療プロセス全体に関わる「管理責任」が歯科医師にはあり，実際に補綴装置を製作する「製造責任」は歯科技工士に要求される．両者間にはきわめて密接な関係が必要である．歯科医師と歯科技工士との就業内容は明らかに専業分化される時代であるが，最終補綴装置に対する「共通したイメージ」をもつためには歯科医師と歯科技工士とのコミュニケーションは必然であり，補綴装置製作に関わる情報を共有していかなければならない．多くの歯科医師が補綴装置の製作を行っていた時代においては，患者さんの口腔内の情報をすべて把握し，完成した補綴装置をみずからが口腔内に装着していたため，すべての責任は歯科医師が有し，さしたる問題点も生じなかったであろうが，最近は前述のように「補綴装置の製作」を体験していない歯科医師が臨床を行っている実態がある．歯科医師養成の卒前教育においては歯科技工実習の内容や時間数が大幅に削減され，歯科技工に対する理解がきわめて希薄になりつつあり，歯科技工士に対する指示能力に欠けている．一方，歯科技工士養成教育においては現状，臨床実習が規制され，臨床ステップに対する理解に乏しく，診療現場におけるコミュニケーション能力に欠ける．平成12～14年度の厚生科学研究において，臨床歯科医師や歯科技工士に対して実施したアンケート調査から，新卒歯科技工士の社会性や人間性について不満に思うことは，**図Ⅴ-7**に示すように「技術者としての向上心」が最も多いが，次いで，「礼節」「コミュニケーション能力」などが続き，診療に関わる歯科医師や直属の上司である歯科技工士との適切な人間関係が要求される．臨床現場において「歯科技工物は歯科医師の指示に基づいて行われること」が歯科技工士法第18条に明示されている．補綴装置の製作を依頼する歯科医師は，歯科技工士に適切な内容の歯科技工指示書をもとにコミュニケーションを十分に図らなければならない．そのためには卒前教育においては歯科補綴学の基礎知識の研鑽とともに歯科医療における補綴治療の流れを十分に理解し，卒直後の臨床研修期間には歯科技工を体験し，歯科技工士への指示内容について習得するとともに歯科技工士とのコミュニケーション能力を養う必要がある．



図Ⅴ-7　臨床歯科医師・歯科技工士が新卒歯科技工士に対して社会性・人間性で不満に思うこと [2)]



図Ⅴ-8　臨床歯科医師・歯科技工士が新卒歯科技工士に対して技術的内容で不満に思うこと [2)]



図Ⅴ-9　臨床歯科医師・歯科技工士が要望する新しく加える教育分野 [2)]

一方，歯科技工士教育において2年制教育では指定規則上2,200時間であるが，実際は2,500時間以上を費やしている養成機関も数多くあり，さらに修業年限の延長も議論されている[2)]．新卒歯科技工士に対する技術的な不満について，臨床歯科医師や歯科技工士は**図Ⅴ-8**に示すような内容を挙げているが，歯科技工は，単に解剖学的な基本形態にそって「もの」を製作するのではなく，歯周組織との調和，咬合や全身状態などを把握して機能的な補綴装置を製作する必要がある．また，セラミック

表Ⅴ-18　大綱化に伴う科目名の整合性（例）

教育内容		科目名	
		現存科目	新たに加える科目[2]
基礎分野	科学と技術の基盤	造形美術概論	基礎自然科学・情報科学 統計学
	人間と社会生活の理解	外国語（英語）	保健体育・社会倫理・介護福祉 歴史学・経済学・経営学・法学 倫理学・ボランティア活動
専門基礎分野	歯科技工と歯科医療	関係法規 歯科技工学概論	細菌学（感染症学）・公衆衛生学 高齢者歯科学
	歯・口腔の構造と機能	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	歯科理工学	品質管理学・CAD/CAM 概論
専門分野	有床義歯技工学	有床義歯技工学	スポーツ歯科技工学
	歯冠修復技工学	歯冠修復技工学	顎顔面補綴学
	矯正歯科技工学	矯正歯科技工学	審美修復技工学
	小児歯科技工学	小児歯科技工学	基礎実習・臨床実習
	歯科技工実習	歯科技工実習	

スやハイブリッド型のコンポジットレジンなどの新素材の開発によって審美的要素のウェイトがますます増加しているほか，インプラント治療の革新によって高度な技術と高精度の装置が要求されてきている．さらに生体情報のデジタル化や計測・加工技術の急速な進展，生体適合性に優れた材料の開発に伴って歯科医療分野にもCAD/CAM システムが導入され，歯科技工分野の複雑な部分を省力化させることが期待されている．近未来の歯科技工士数の減少を踏まえても技工作業の効率化，合理化，精密化を目指して新たな体系化が迫られている．これからの歯科技工士教育においてはコミュニケーション能力，CAD/CAM システム工学，医療安全，医療管理，経営経済学，X 線写真読影などの知識も要求され，臨床歯科医師や歯科技工士が歯科技工士教育に新しく加えるべき内容として挙げている項目（**図Ⅴ-9**）とも一致する（**表Ⅴ-18**）．現在，志願者の激減に伴い歯科技工士養成機関はかつての 72 校から 54 校にまで減少している．2009 年度の入学者数も 1,300 名で，就業者数からみても，近未来の歯科医療の危機的状況さえ感じる．しかし，一方では全国歯科技工士教育協議会において修業年限の延長（3 年制以上）が期待され，4 年制大学や大学院修士課程の設置も現実的となっている．先の教育カリキュラムの高度化や専門分化から鑑みても，これまでの歯科技工士教育は大きく変革すべき時が来ている．

まとめ

歯科医学における補綴分野の教育は患者ケアより治療・製作手技に重点がおかれ，特定領域での高度な医療技術を習得することに主眼がおかれているようであるが，一方では，基礎歯科医学分野を基盤にした基本的な臨床応用技能力が必要である．限られた時間のなかで行われる卒前教育や卒直後教育においては，新しい材料・機器・加工法に主眼をおくのではなく，「形態・機能・審美」回復のための基礎的知識の研鑽と補綴装置の基本的な製作法の習得，歯科技工士との情報交換の必要性について教育の行われることが望まれる．さらに卒後教育にあっては，これまでに口腔内に装着されてきた補綴装置の検証を行うとともに個々の症例に応じた問題解決能力の向上を図り，新素材や技術の研鑽に努める必要がある．歯科医療の特殊性から歯の実質欠損や歯の喪失に対する補綴治療においては，多種多様な人工材料によって「形態・機能・審美」の回復を図らなければならないことから，口腔内において長期間適切に維持されるべく補綴装置の製作に関わる歯科技工をおろそかにしてはいけない．

文献

1) 日本補綴歯科学会 第100回日本補綴歯科学会記念大会出版委員会編集．健康科学における歯科補綴学―21 世紀に目指すもの―．東京：日本補綴歯科学会；1999.
2) 研究主任　渡辺嘉一．平成 12・13・14 年度厚生科学研究　医療技術評価総合研究事業　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　研究報告書．2003.

■歯科医学教育白書作成担当者

斎藤　隆史　北海道医療大学歯学部 口腔機能修復・再建学系 う蝕制御治療学分野
栗田　啓子　北海道大学大学院歯学研究科 口腔健康科学講座 予防歯科学教室
城　　茂治　岩手医科大学歯学部 口腔外科学講座 歯科麻酔学分野
横瀬　敏志　奥羽大学歯学部 歯科保存学講座 保存修復学分野
菅原　俊二　東北大学大学院歯学研究科 口腔生物学講座 口腔分子制御学分野
草間　　薫　明海大学歯学部 病態診断治療学講座 病理学分野
葛西　一貴　日本大学松戸歯学部 歯科矯正学講座
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
小田　　豊　東京歯科大学 歯科理工学講座
宮坂　　平　日本歯科大学生命歯学部 歯科理工学講座
桑田　文幸　日本大学歯学部 基礎科学系
佐藤　裕二　昭和大学歯学部 高齢者歯科学講座
荒川　浩久　神奈川歯科大学 健康科学講座 口腔保健学分野
前田　伸子　鶴見大学歯学部 口腔細菌学講座
小野　和宏　新潟大学医歯学系
藤井　一維　日本歯科大学新潟生命歯学部 歯科麻酔・全身管理科
長谷川博雅　松本歯科大学 口腔病理学講座
吉田　隆一　朝日大学歯学部 口腔機能修復学講座 歯科保存学分野
服部　正巳　愛知学院大学歯学部 高齢者歯科学講座
田中　昭男　大阪歯科大学 口腔病理学講座
竹重　文雄　大阪大学歯学部附属病院 口腔総合診療部
皆木　省吾　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 咬合・有床義歯補綴学分野
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
吉本　勝彦　徳島大学歯学部 分子薬理学講座
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
丸田　道人　九州大学大学院歯学研究院 教育・医療情報担当室
岡部　幸司　福岡歯科大学 細胞分子生物学講座 細胞生理学分野
吉田　教明　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 医療科学専攻 展開医療科学講座 歯科矯正学分野
宮脇　正一　鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 健康科学専攻 発生発達成育学講座 歯科矯正学分野

■白書作成委員会

委員長	小田　豊	東京歯科大学 歯科理工学講座
委　員	岡野　友宏	昭和大学歯学部 歯科放射線学教室
	川口　陽子	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 国際健康開発学講座 健康推進歯学分野
	菊池　雅彦	東北大学病院（歯科部門）総合歯科診療部
	佐藤　博信	福岡歯科大学 咬合修復学講座 冠橋義歯学分野
	城　茂治	岩手医科大学歯学部 口腔外科学講座 歯科麻酔学分野
	前田　芳信	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（歯科補綴学第二教室）
	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

日本歯科医学教育学会雑誌別冊

歯科医学教育白書　2008 年版（2006 ～ 2008 年）

2009 年 12 月 15 日印刷
2009 年 12 月 20 日発行

理事長　東理十三雄
編　集　日本歯科医学教育学会白書作成委員会
発　行　日本歯科医学教育学会
〒 170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9　(財) 口腔保健協会内
電話：03-3947-8891　　Fax：03-3947-8341

制作　財団法人　口腔保健協会