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

2011年版
（2009～2011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

2011年版
（2009～2011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 2011 年版（2009～2011 年）

目　　次

第 1 章　歯科医学教育について …… 俣木　志朗　2

第 2 章　歯学部の現状 …… 高田　　隆　4

1）歯学部の設置
2）教員組織
3）学生定員および在籍学生数

第 3 章　歯学部学生の受け入れ …… 高田　　隆　9

1）大学進学の動向
2）歯学部入試の現状
3）選抜法の改善

第 4 章　学生生活 …… 高田　　隆　15

1）学費・学納金
2）学生支援制度・奨学金
3）学生課外活動と特色ある行事
4）全日本歯科学生総合体育大会（オールデンタル）

第 5 章　歯科医学教育プログラム（学士課程教育）

1．教育改革等の動向 …… 村田　善則　20
2．教授要綱 …… 安井　利一　26
3．モデル・コア・カリキュラム …… 荒木　孝二　28
4．歯科医学教育カリキュラムの現状と改革 …… 桑田　文幸　30
5．倫理・態度教育の現状 …… 中島　一郎　39
6．基礎歯科医学教育と臨床基礎歯科医学教育の現状 …… 桑田　文幸　47
7．社会歯学系教育の現状 …… 中島　一郎　54
8．歯科における医学教育 …… 今村　佳樹　59

第 6 章　共用試験

1．モデル・コア・カリキュラムと共用試験 …… 荒木　孝二　62
2．CBT とその現況 …… 河田　英司　64
3．OSCE とその現況 …… 葛西　一貴　67

第 7 章　臨床実習 …… 田口　則宏　70

1）臨床実習の目標
2）臨床実習の実施状況

3）臨床実習の評価方法
4）臨床実習の体制について
5）臨床実習から歯科医師国家試験までの教育の実施について

第８章 特色ある教育・学習法

1．地域基盤型教育 …… 小川　哲次　78
2．問題基盤型教育 …… 影山　幾男　82
3．テュートリアル教育 …… 影山　幾男　85
4．シミュレーション教育（模擬患者・バーチャルペーシェントを含む） …… 小川　哲次　88
5．医療コミュニケーション教育 …… 小川　哲次　91
6．プロフェッショナリズム教育 …… 小川　哲次　95
7．ICT を活用した教育 …… 影山　幾男　98
8．その他（各大学で特筆すべき教育・学習法） …… 影山　幾男　104

第９章 歯科医学教育の自己点検・相互評価 …… 佐野　司，西川　慶一　107

1）制度とその運用
2）教員の教育能力向上（FD）

第 10 章 歯科医師国家試験

1．歯科医師国家試験の経緯と改革の動向 …… 大坪　真実　114
2．医育機関と国家試験 …… 奈良陽一郎　119

第 11 章 臨床研修

1．臨床研修制度の歴史と仕組み …… 髙田　淳子，青木　仁　124
2．実施状況 …… 樋口　勝規，寶田　貫　128
3．臨床能力の評価 …… 寶田　貫，樋口　勝規　131

第 12 章 大学院教育・歯科医学研究 …… 佐野　司，西川　慶一　134

1）大学院の制度改革
2）大学院の実態
3）大学院における歯科医学研究の動向
4）大学院の自己点検・評価

第 13 章 歯科大学・歯学部附属病院 …… 羽村　章　139

1）歯科大学・歯学部附属病院の設置形態と所属
2）患者数
3）病院事務・医療職員数
4）病床数
5）点検・評価
6）地域との連携

第 14 章 専門医制度 …… 一戸　達也　144
1）専門医・認定医制度の現状
2）専門医・認定医と一般歯科医との連携体制

第 15 章 生涯学習 …… 影山　幾男　147
1）生涯学習のあり方
2）生涯学習の現況
3）日本歯科医師会の役割

第 16 章 コデンタル教育 …… 石井　拓男　153
1）歯科衛生士教育
2）歯科技工士教育

第 17 章 国際交流 …… 森尾　郁子，中島　一郎　159
1）世界の歯科医学教育とその改革
2）外国の大学・学部との交流
3）留学生教育の現状と課題
4）諸外国への教育支援・途上国での地域医療教育

第 18 章 医学における歯科医学
1．医学教育における歯科医学教育 …… 丹沢　秀樹　167
2．医学部附属病院における歯科診療 …… 中川　種昭　169

第 19 章 学会および関連団体の活動
1．日本歯科医学教育学会 …… 俣木　志朗　170
2．日本医学教育学会 …… 俣木　志朗　172
3．日本歯科医学会 …… 江藤　一洋　175
4．日本歯科医師会 …… 影山　幾男　176
5．一般財団法人歯科医療振興財団 …… 安井　利一　178
6．国際関連学会 …… 森尾　郁子　179
7．教育関連委員会の活動 …… 影山　幾男　181

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　187

あとがき …… 岡野　友宏　193

■執筆者一覧（執筆順）

俣木　志朗　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 全人的医療開発学講座 歯科医療行動科学分野
高田　　隆　広島大学大学院医歯薬保健学研究院 口腔顎顔面病理病態学研究室
村田　善則　文部科学省高等教育局医学教育課
安井　利一　明海大学歯学部
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
桑田　文幸　日本大学歯学部基礎科学系生物・化学分野
中島　一郎　日本大学歯学部医療人間科学教室
今村　佳樹　日本大学歯学部口腔診断学講座
河田　英司　東京歯科大学歯科理工学講座
葛西　一貴　日本大学松戸歯学部歯科矯正学講座
田口　則宏　鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 健康科学専攻 社会行動医学講座 歯科医学教育実践学分野
小川　哲次　広島大学病院歯系総合診療科口腔総合診療科
影山　幾男　日本歯科大学新潟生命歯学部解剖学第１講座
佐野　　司　東京歯科大学歯科放射線学講座
西川　慶一　東京歯科大学歯科放射線学講座
大坪　真実　厚生労働省医政局医事課試験免許室
奈良陽一郎　日本歯科大学生命歯学部接着歯科学講座
髙田　淳子　厚生労働省医政局歯科保健課
青木　　仁　厚生労働省医政局歯科保健課
樋口　勝規　九州大学病院口腔総合診療科
寶田　　貫　九州大学病院口腔総合診療科
羽村　　章　日本歯科大学附属病院
一戸　達也　東京歯科大学歯科麻酔学講座
石井　拓男　東京歯科大学社会歯科学研究室
森尾　郁子　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 環境社会医歯学講座 歯学教育開発学分野
丹沢　秀樹　千葉大学大学院医学研究院
中川　種昭　慶應義塾大学医学部歯科・口腔外科学教室
江藤　一洋　日本歯科医学会会長
岡野　友宏　昭和大学歯学部口腔病態診断科学講座

第1章 歯科医学教育について

俣木　志朗

平成22（2010）年4月1日付で日本歯科医学教育学会（以下本学会）の理事長を拝命した際，この「歯科医学教育白書」を発刊することは本学会の重大な使命の1つとしてみずからに厳命してから，はや2年半が経過したところである．本書は本学会が刊行する白書としては，第3巻目になる．ここに，白書作成委員会 岡野友宏委員長をはじめとする委員会の方々，そしてご執筆いただいた皆様に深甚の感謝の意を捧げる次第である．

近年，わが国の医療を取り巻く状況は大きく変貌し，歯科医学教育に課せられた問題も高度化，複雑化している．特に，日本は他国に類例のないスピードで超高齢社会に突入しており，そのような社会的状況でどのような医療体制を構築し，運用していくかについては，国内的な問題にとどまらず，世界の多くの国々から注目を集めている．このような背景から，歯科医療者への教育を担う本学会の果たすべき役割はきわめて重大である．

本学会は歯科医学教育を総合的に研究して，具体的施策を提言するわが国唯一の学会である．本学会は創設以来，歯科医学教育における多方面への貢献があるが，そのなかで特筆するべきものとして，平成12（2000）年から平成21（2009）年まで10回開催された「歯科医学教育者ワークショップ」が挙げられる．これは，本学会の目標の一つである教育改善ならびに教育能力の開発・向上のための活動の一つである．平成22（2010）年からは，開催地を富士山麓に移し，ワークショップの聖地といわれる富士研で「歯科医学教育者のためのワークショップ」を開催している．一方，平成19（2007）年からは，日本医学教育学会が昭和49（1974）年以来，年に1回，同じく富士研で行っている「医学教育者のためのワークショップ」に，本学会から参加者を1名派遣する制度を導入しており，教育における医学と歯学の交流が図られている．さらに最近では薬学，看護学も加わり，医療系多職種の参加によるワークショップとなっている．

近年の歯学教育のあり方については，平成8（1996）年から平成11（1999）年に出された21世紀医学・医療懇談会の報告を受けた形で，歯学教育モデル・コア・カリキュラムの策定，卒前臨床実習の改善・充実，またその臨床実習に進級する学生の能力を担保する共用試験制度など，以前にはなかった具体的な制度が着実に実行に移された．しかしながら，平成21（2009）年度の「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議第1次報告～確かな臨床能力を備えた歯科医師養成方策～」が指摘するように，本来の目的である卒前臨床実習の改善・充実については，目標到達度が必ずしも十分とはいえないのが現状であり，種々の方策により，診療参加型臨床実習への改善・充実の取り組みが促されている．

平成22（2010）年度には，平成19（2007）年に続き2度目の歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われた．そこでは，新たに臨床実習の到達目標が明示され，翌23（2011）年度には診療参加型臨床実習コア・カリキュラム事例集（案）の提示と，卒前臨床実習の記録と臨床研修記録を連携させる連携ログブックの試作も行われている．今後の各大学における，改善と充実へ向けた取り組みが大いに期待されるところである．

一方，わが国の医学教育においては黒船騒動ともいえる事件が起こっている．2010年9月，米国の医師国家試験について米国ECFMG®（Educational Commission for Foreign Medical Graduates）は2023年からアメリカ医科大学協会（AAMC），または世界医学教育連盟（WFME）の基準により認証を受けた医学部卒業生以外の受験を認めない旨を，高等教育評価機構など日本の複数の認証評価機関に通知した．これに先駆けて2003年，WHO関連の医学教育NGOであるWFMEは，医学教

またき　しろう
日本歯科医学教育学会理事長，
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 全人的医療開発学講座 歯科医療行動科学分野
キーワード：ワークショップ，歯学教育モデル・コア・カリキュラム，歯学教育の質保証

育評価基準としてのグローバルスタンダードを策定している．日本では大学教育全般に関する認証制度は制度化されているが，医学教育に特化した分野別評価は行われていない．したがって，日本における現行の医学教育カリキュラムでは，2023 年から ECFMG®の受験資格を満たさなくなってしまうことになる．このため，平成 23（2011）年 9 月に全国医学部長病院長会議は「医学部・医科大学の教育評価に関わる検討会」を設置して検討に乗り出した．

歯学教育については，前述の平成 21（2009）年度の「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議第 1 次報告～確かな臨床能力を備えた歯科医師養成方策～」においても，第 3 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としている．質の高い優れた歯科医師を養成するための質保証を担保する仕組みの導入が必要と考えられる．

また歯学教育の質保証は国内のみならず，国際的な視点も必要とされている．欧米はもとより，最近では東南アジア諸国において歯科医療の国際化が進んでいる．その例として，マレーシア IMU（International Medical University）歯学部プログラムでは，オーストラリア，ニュージーランドのパートナー大学との合同プログラムを開設し，国際的に通用する学位の取得も可能となっている．シンガポールでは，7 カ国 89 大学の学位を歯科医師免許申請登録時に利用することを可能としている．さらに，東南アジア地域における高度職業専門人の移動について話し合いが開始されており，参加 10 カ国における ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Dental Practitioners について，東南アジア歯科医学教育学会（SEAADE）では，2012 年度香港大会において，Profile and Competency of ASEAN Dentists を作成し，その内容を参考として，各国の歯科医学教育を実施していこうという流れがある．

国家間を超えての高度職業専門人の移動を可能とするためには，人材能力育成の基盤となる教育に関して，その「質」が，国内だけでなく，国外にも示される必要が生じる．「高等教育」の質の保証のみならず，「歯科医師養成教育」の質の保証が必要となる．これまで，国家試験に合格すれば，歯科医師としては登録できたわが国だけの「内向き」の質保証が，はたして国外に向けて国際的に十分な説明責任を果たすことができるか否かが問われることになる．第 3 者機関による歯学教育の質保証の導入は，歯科医師養成教育機関としての「大学教育」の質が，初めて問われる機会となるであろう．

昨今の社会状況のなかにあって，すべての歯科医師がその社会的責務を果たし，生涯にわたる自己研鑽を行うことは，歯科医師に対する国民の理解と正当な評価を得るために必須であると考えられる．これまで本学会の活動領域は，主として歯科大学・歯学部における卒前教育と大学院教育，歯科医師臨床研修，コデンタルスタッフ教育などであったが，今後は歯科医師としての生涯教育，生涯研修の領域に進出する時代を迎えると思われる．歯科医師の生涯研修，生涯教育については，単独の学会が対象とするにはあまりにも大きな課題であり，関連学会，日本歯科医師会，厚生労働省などとの協調のなかで進めていくべきと考えられる．

今後とも，関係される皆様の一層のご理解とご協力をお願いする次第である．

第2章 歯学部の現状

高田　隆

1) 歯学部の設置

2012年現在，わが国には29の歯学部（国立大学11，県立大学1，私立大学17）が設置されている（**表2-1**）．地域別には，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・沖縄5校で，関東，中部，九州･沖縄に多くの歯学部が設置されている．単純な対人口比で1歯学部当たりの人口をみてみると，北海道と九州・沖縄で1歯学部当たりの人口が少なく，近畿が著明に多い状況となっており，入学定員1人当たりに対する人口比では，四国，近畿，中国が高い値である一方で，北海道，東北，関東，九州・沖縄が平均より低い値となっている（**表2-2**）．近年の歯科医学・医療を取り巻く環境の変化において，収容定員や歯学教育の内容に大きな変動や変化が生じているが，歯学部の設置数については1979年に岡山大学ならびに長崎大学に歯学部が設置されて以来，増減はない．わが国における歯科医学教育機関設置の経緯については，歯科医学教育白書2008年版（2006～2008年）に詳しく記載されているので，参照いただきたい．

なお，一部の大学の歯学部では，2004年以降，既設の附属歯科衛生士専門学校や歯科技工士専門学校などを改組して，4年制の口腔保健学科や口腔健康科学科などの歯学科以外の学科を有する大学が増加している．これらの学科では歯科衛生士，歯科技工士，社会福祉士，養護教諭，歯学研究者などの養成を行っており，「学士（口腔保健学）」「学士（口腔保健福祉学）」などの学士号が授与されている（第16章参照）．

たかた　たかし
広島大学大学院医歯薬保健学研究院 口腔顎顔面病理病態学研究室
キーワード：歯学部，教員組織，学生定員

2) 教員組織

2011年度の各歯科大学・歯学部の教員数を**表2-3**に示す．教員総数は4,570名で，その職階別内訳は，教授833名，准教授716名，講師1,024名，助教1,997名となっている．2008年の教育白書に記載された教員数に比較して，各職階にわたって教員数が増加し，総数で261名の増員となっている（歯科医学教育白書2008年版（2006～2008年）参照）．

各大学における教員数を個々にみてみると，いずれも大学設置基準で定められた員数を満たしている．一般に国立大学法人に比較して私立歯科大学のほうが多くの教員数を擁しているが，教員数と在学生との比較をみると一般に国立大学法人での教員比率が高くなっている（**図2-1**）．2008年版の歯科医学教育白書と比較すると，29校中17校で教員比率が高くなっている．これは在籍者数が減ったことによるところが大きいとみなされる．男女比を分析すると，教員総数の約20％が女性であるが，大学間でかなりの差がある（**表2-3**）．職階別では女性教員の7割が助教であり，職位が上がるほど女性教員の占める割合が減少している．男性では22％が教授，18％が准教授であるのに対し，女性では3％が教授，7％が准教授でしかない（**図2-2**）．歯学部学生の男女比が次項に示すように約6：4であることを考慮すると，教員組織における男女共同参画がさらに求められる．

3) 学生定員および在籍学生数

表2-4に2011年度における学生定員および在籍学生数のまとめを示す．

入学定員の合計は2,839名，募集人員は2,467名，収容定員は17,113名であり，在籍学生総数は15,375名である．2008年の調査では，入学定員の合計2,863名，募

表 2-1　歯科大学・歯学部の設置状況

名　称	設置認可年月日（旧制）	設置認可年月日（新制）	所在地
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
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
日本歯科大学生命歯学部生命歯学科*1	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
日本大学歯学部	1947年６月18日	1952年２月20日	東京都千代田区神田駿河台 1-8-13
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
九州歯科大学歯学部歯学科	1949年４月１日		福岡県北九州市小倉北区真鶴 2-6-1
大阪大学歯学部	1951年４月１日		大阪府吹田市山田丘 1-8
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
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
岩手医科大学歯学部歯学科	1965年２月２日		盛岡市中央通 1-3-27
東北大学歯学部	1965年４月１日		仙台市青葉区星陵町 4-1
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
広島大学歯学部	1965年４月１日		広島市南区霞 1-2-3
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
九州大学歯学部	1967年６月１日		福岡市東区馬出 3-1-1
明海大学歯学部*2	1970年３月17日		埼玉県坂戸市けやき台 1-1
鶴見大学歯学部歯学科*3	1970年３月17日		横浜市鶴見区鶴見 2-1-3
日本大学松戸歯学部*4	1971年２月18日		千葉県松戸市栄町西 2-870-1
朝日大学歯学部歯学科*5	1971年２月18日		岐阜県瑞穂市穂積 1851-1
日本歯科大学新潟生命歯学部生命歯学科*6	1972年１月29日		新潟市中央区浜浦町 1-8
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
奥羽大学歯学部*7	1972年２月12日		福島県郡山市富田町字三角堂 31-1
福岡歯科大学歯学部歯学科*8	1972年７月27日		福岡市早良区田村 2-15-1
徳島大学歯学部	1976年10月１日		徳島市蔵本町 3-18-15
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
鹿児島大学歯学部	1977年10月１日		鹿児島市桜ケ丘 8-35-1
北海道医療大学歯学部歯学科*9	1978年２月10日		北海道石狩郡当別町金沢 1757
岡山大学歯学部	1979年10月１日		岡山市北区鹿田町 2-5-1
長崎大学歯学部歯学科	1979年10月１日		長崎市坂本 1-7-1

*1 2006 年日本歯科大学歯学部から改称．*2 1988 年城西歯科大学から改称．*3 1973 年鶴見女子大学から改称．*4 1975 年日本大学松戸歯科大学から改称．*5 1985 年岐阜歯科大学から改称．*6 2006 年日本歯科大学新潟歯学部から改称．*7 1989 年東北歯科大学から改称．*8 2013 年福岡歯科大学口腔歯学部口腔歯学科へ改称予定．*9 1994 年東日本学園大学歯学部から改称．

表 2-2　地域別にみた歯学部の分布と１校当たりの人口

地域	人口*（万人）	歯学部数	入学定員合計（2011 年度）	１歯学部当たりの人口（万人）	入学定員１人当たりの人口（万人）
北海道	551	2	153	276	3.60
東北	933	3	228	311	4.09
関東	4,260	9	1,148	473	3.71
中部	2,357	5	510	471	4.62
近畿	2,090	2	213	1,045	9.81
中国	756	2	101	378	7.49
四国	397	1	40	397	9.93
九州・沖縄	1,459	5	371	292	3.93
全国	12,803	29	2,764	441	4.63

*人口は 2011 年２月国勢調査結果参照

表 2-3　教員組織（2011 年度の専任教員数）

機関名	学部，大学院，研究所等	教授		准教授		講師		助教		機関合計				機関総合数
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性総計	女性総計	
北海道医療大学歯学部	歯学部歯学科	26	0	18	1	22	5	28	17	94	23	108	23	131
	個体差医療科学センター	3	0	3	0	4	0	0	0	10	0	82%	18%	
	個体差健康科学研究所	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0			
	大学教育開発センター	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0			
	大学病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	歯科内科クリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
北海道大学歯学部	歯学研究科	17	0	15	1	1	0	41	6	74	7	108	17	125
	大学病院（歯科診療センター）	0	0	3	0	17	1	14	9	34	10	86%	14%	
岩手医科大学歯学部	歯学部	15	0	17	0	14	1	46	19	92	20	123	25	148
	共通教育センター	5	1	4	1	5	1	6	1	20	4	83%	17%	
	医歯薬総合研究所	3	0	3	0	3	0	2	1	11	1			
	附属病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
奥羽大学歯学部	歯学部	27	0	19	1	23	6	17	6	86	13	117	24	141
	附属病院	1	0	0	0	7	4	22	7	30	11	83%	17%	
	歯学研究科	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0			
東北大学歯学部	歯学研究科	22	1	9	0	4	1	41	15	76	17	115	25	140
	病院（歯科診療部門）	1	0	3	0	12	4	23	4	39	8	82%	18%	
明海大学歯学部	歯学部	22	0	21	1	24	7	34	13	101	21	101	21	122
	附属病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83%	17%	
日本大学松戸歯学部	歯学部	35	1	24	3	53	14	13	6	125	24	125	24	149
	大学院および附属病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84%	16%	
東京医科歯科大学歯学部	医歯学総合研究科（歯学系）	27	4	25	1	19	1	64	17	135	23	174	43	217
	歯学部	5	3	0	2	5	3	2	0	12	8	80%	20%	
	歯学部附属病院	0	0	4	0	9	4	14	8	27	12			
東京歯科大学	歯学部	34	0	28	1	37	7	50	13	149	21	261	48	309
	千葉病院	0	0	0	0	1	1	2	2	3	3	84%	16%	
	市川総合病院	20	0	15	0	19	1	32	12	86	13			
	水道橋病院	2	1	6	2	7	1	8	7	23	11			
日本歯科大学 生命歯学部	生命歯学部	28	1	25	3	14	16	16	6	83	26	164	69	233
	附属病院	10	0	23	4	23	12	19	25	75	41	70%	30%	
	共同研究センター	0	0	4	1	1	0	1	1	6	2			
日本大学歯学部	歯学部	33	0	23	1	44	5	49	19	149	25	149	25	174
	附属病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86%	14%	
昭和大学歯学部	歯学部	20	1	20	2	33	11	72	82	145	96	145	96	241
	附属病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60%	40%	
神奈川歯科大学	歯学部	22	2	20	0	40	11	22	9	104	22	104	22	126
	附属病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83%	17%	
鶴見大学歯学部	歯学部	20	2	16	4	28	4	53	29	117	39	129	40	169
	附属病院	1	0	1	0	2	0	7	1	11	1	76%	24%	
	附置研究所	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0			
新潟大学歯学部	歯学部	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	95	35	130
	医歯学総合研究科	23	0	20	3	0	0	27	15	70	18	73%	27%	
	医歯学総合病院	1	0	0	0	11	5	12	11	24	16			
日本歯科大学 新潟生命歯学部	歯学部	24	0	19	5	11	7	9	4	63	16	124	39	163
	新潟病院・医科病院	10	0	11	2	17	5	17	14	55	21	76%	24%	
	先端研究センター	2	0	2	1	0	1	2	0	6	2			
松本歯科大学	歯学部	28	0	11	2	15	4	26	11	80	17	102	21	123
	歯学独立研究科	6	0	4	1	1	0	0	0	11	1	83%	17%	
	研究所	0	0	3	0	6	2	0	1	9	3			
	病院	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0			
朝日大学歯学部	歯学部歯学科	52	0	20	1	25	6	43	18	140	25	155	30	185
	歯学部附属病院	0	0	0	0	0	0	15	5	15	5	84%	16%	
愛知学院大学歯学部	歯学部，歯学研究科	29	1	27	2	62	12	25	13	143	28	143	28	171
	歯学部附属病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84%	16%	
大阪歯科大学	歯学部歯学科	24	0	24	3	47	5	53	20	148	28	165	33	198
	附属病院	3	1	5	1	6	1	3	2	17	5	83%	17%	
大阪大学歯学部	歯学研究科	20	0	17	1	9	1	36	8	82	10	116	13	129
	歯学部附属病院	2	0	3	0	15	2	11	1	31	3	90%	10%	
	歯学部技工士学校	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0			
岡山大学歯学部	大学院医歯薬学総合研究科（歯学系）	17	1	17	1	0	0	34	15	68	17	106	26	132
	大学病院（歯学系）	2	0	1	0	18	0	17	8	38	8	80%	20%	
	医療教育統合開発センター	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1			
広島大学歯学部	大学院医歯薬学総合研究科	24	0	12	1	2	4	43	15	81	20	120	26	146
	大学病院	1	0	7	1	14	0	17	5	39	6	82%	18%	
徳島大学歯学部	ヘルスバイオサイエンス研究部（歯学系）	24	1	13	2	1	4	29	21	67	28	93	38	131
	医学部・歯学部附属病院（歯科）	0	0	1	0	13	1	12	9	26	10	71%	29%	
九州歯科大学	歯学部歯学科	20	0	15	1	7	1	41	23	83	25	91	29	120
	歯学部口腔保健学科	4	2	4	0	0	0	0	2	8	4	76%	24%	
	附属病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
九州大学歯学部	歯学研究院	17	0	14	2	3	0	31	13	65	15	97	21	118
	大学病院歯科部門	1	0	1	0	12	2	18	4	32	6	82%	18%	
福岡歯科大学	歯学部歯学科	33	2	16	2	28	6	35	15	112	25	112	25	137
	附属病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	82%	18%	
長崎大学歯学部	歯学部	19	1	12	4	1	0	34	17	66	22	93	33	126
	大学病院	0	0	2	0	16	2	9	9	27	11	74%	26%	
鹿児島大学歯学部	歯学部・歯系大学院兼任	19	0	14	2	2	0	45	12	80	14	111	25	136
	医学部・歯学部附属病院（歯科）	0	0	0	0	14	1	17	10	31	11	82%	18%	
計		807	26	648	68	831	193	1,360	637	3,646	924	3,646	924	4,570
		97%	3%	91%	9%	81%	19%	68%	32%	80%	20%	80%	20%	100%
		833		716		1,024		1,997		4,570				
2008 年度調査時の教員数（増減）		818（15）		686（30）		946（78）		1,859（138）		—		—		4,309（261）

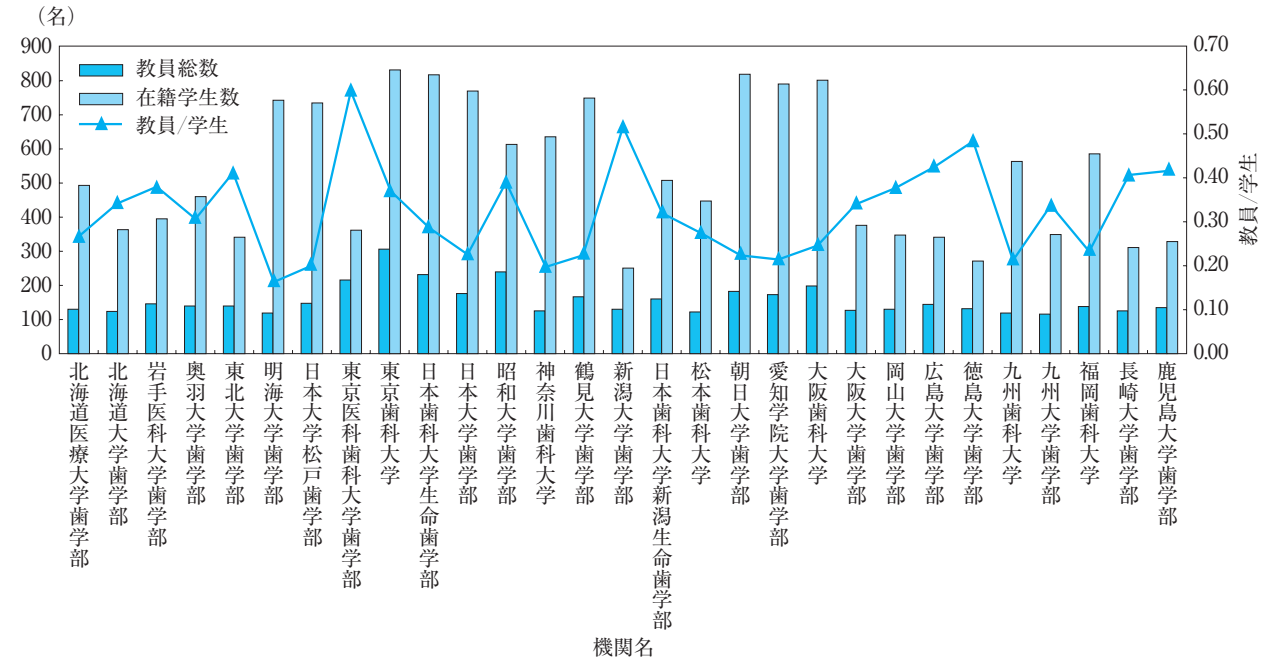


図 2-1　教員数と学生数ならびにその比

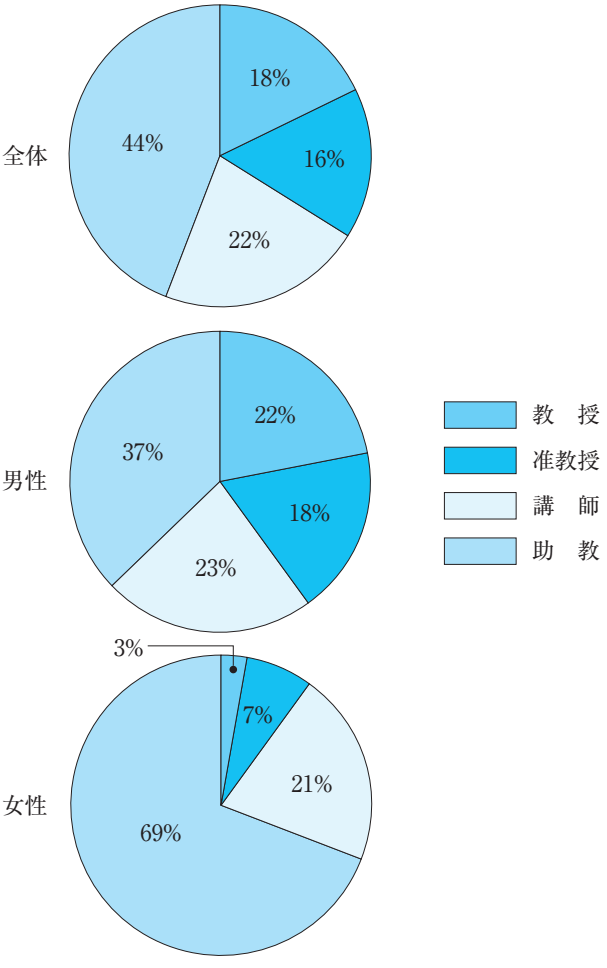


図 2-2　教員構成

集人員 2,627 名，収容定員 17,333 名[注)]，在籍学生総数は 16,459 名であり，いずれにおいても，2008 年度での調査に比べて 2011 年度で大幅に減少している．とりわけ，入学定員に関しては，歯科医師過剰問題と確かな臨床能力を備えた歯科医師養成方策などを背景として，2011 年度にさらなる削減が実施され，ピーク時の 1985 年に比べて 898 名（26.6%），1998 年に比べても 129 名（5%）の減となっている（入学定員については第 5 章参照）．

なお，在籍学生数を学年別にみてみると，一部の大学で 6 年生の在籍学生数が多くなっているところが見受けられる．また，在籍学生の男女比を平均すると，男性 62%，女性 38% であるが，国公立大学では男性 55.6%，女性が 44.4%，私立大学では男性 64.1%，女性 35.9% で，国公立大学で女性の比率が高くなっている．

注）2008 年版の数値より訂正あり．

表 2-4　歯学部歯学科における学生定員および在籍学生数（2011 年）

機関	入学定員	募集人員	収容定員	在籍学生総数	1 年次（男）	1 年次（女）	2 年次（男）	2 年次（女）	3 年次（男）	3 年次（女）	4 年次（男）	4 年次（女）	5 年次（男）	5 年次（女）	6 年次（男）	6 年次（女）
北海道医療大学歯学部	100	86	600	491	32	13	65	9	46	19	89	21	63	24	75	35
					45		74		65		110		87		110	
北海道大学歯学部*	53	53	318	366	43	43	41	23	26	22	34	21	39	21	27	26
					86		64		48		55		60		53	
岩手医科大学歯学部	75	57	470	392	26	16	36	24	50	8	53	23	54	21	61	20
					42		60		58		76		75		81	
奥羽大学歯学部	100	96	600	460	22	4	36	12	55	14	89	16	64	24	93	31
					26		48		69		105		88		124	
東北大学歯学部	53	53	328	340	34	17	53	16	38	23	24	23	39	17	38	18
					51		69		61		47		56		56	
明海大学歯学部	120	120	720	742	84	48	95	33	84	38	86	36	65	37	80	56
					132		128		122		122		102		136	
日本大学松戸歯学部	160	128	960	736	67	31	83	47	76	46	75	47	69	60	80	55
					98		130		122		122		129		135	
東京医科歯科大学歯学部	53	53	358	360	28	25	39	22	33	23	29	28	40	30	30	33
					53		61		56		57		70		63	
東京歯科大学	140	128	860	830	65	65	92	59	85	52	78	49	75	54	100	56
					130		151		137		127		129		156	
日本歯科大学生命歯学部	128	128	768	813	79	55	80	71	86	47	69	56	67	58	81	64
					134		151		133		125		125		145	
日本大学歯学部	160	128	960	770	93	41	92	54	69	42	68	60	73	47	70	61
					134		146		111		128		120		131	
昭和大学歯学部	105	86	630	612	40	46	62	58	55	59	42	49	43	51	52	55
					86		120		114		91		94		107	
神奈川歯科大学	120	100	720	634	42	22	85	25	59	36	79	43	73	41	87	42
					64		110		95		122		114		129	
鶴見大学歯学部	160	128	960	747	86	23	83	43	79	47	88	47	67	51	73	60
					109		126		126		135		118		133	
新潟大学歯学部	45	45	260	251	22	20	19	19	20	26	18	21	17	23	25	21
					42		38		46		39		40		46	
日本歯科大学新潟生命歯学部	120	73	720	507	34	14	53	26	57	26	61	27	59	33	80	32
					48		79		83		88		92		112	
松本歯科大学	120	80	720	446	34	13	38	13	43	12	72	17	38	12	112	42
					47		51		55		89		50		154	
朝日大学歯学部	140	128	840	818	110	40	103	38	69	38	85	45	89	50	101	50
					150		141		107		130		139		151	
愛知学院大学歯学部	130	128	780	789	84	48	87	48	96	47	74	46	77	40	96	46
					132		135		143		120		117		142	
大阪歯科大学	160	128	960	797	72	60	83	55	82	56	86	47	74	46	79	57
					132		138		138		133		120		136	
大阪大学歯学部	53	53	368	377	30	24	35	34	57	26	30	25	30	30	29	27
					54		69		83		55		60		56	
岡山大学歯学部	48	48	343	350	25	25	22	30	29	35	21	36	24	42	33	28
					50		52		64		57		66		61	
広島大学歯学部	53	53	348	344	27	27	26	36	26	30	33	28	23	27	32	29
					54		62		56		61		50		61	
徳島大学歯学部	40	40	255	270	27	15	23	17	28	21	22	14	25	21	40	17
					42		40		49		36		46		57	
九州歯科大学	95	95	570	563	62	38	53	46	52	41	67	35	48	33	59	29
					100		99		93		102		81		88	
九州大学歯学部	53	53	336	348	28	30	40	22	30	25	35	21	29	24	36	28
					58		62		55		56		53		64	
福岡歯科大学	120	96	720	586	70	31	59	37	62	32	53	43	51	41	62	45
					101		96		94		96		92		107	
長崎大学歯学部	50	50	315	310	30	20	28	25	25	27	26	29	30	21	32	17
					50		53		52		55		51		49	
鹿児島大学歯学部	53	53	326	326	36	22	31	21	30	27	36	17	31	25	30	20
					58		52		57		53		56		50	
計	2,839	2,467	17,113	15,375	1,432	876	1,642	963	1,547	945	1,622	970	1,476	1,004	1,793	1,100
					62.0%	38.0%	63.0%	37.0%	62.1%	37.9%	62.6%	37.4%	59.5%	40.5%	62.0%	38.0%
					2,308		2,605		2,492		2,592		2,480		2,893	

*北海道大学では 2011 年度から総合入試制度を導入しており，学部 1 年生を総合教育部所属としているため，正式には歯学部 1 年生はいないが，入学定員 53 名のうち 10 名を第 1 学年末に選抜することとしており，確定数の 43 は在籍数として考えられるので 43 を記入している．

第3章 歯学部学生の受け入れ

高田　隆

1) 大学進学の動向

わが国では，18歳人口の大学への進学率が5割を超えるユニバーサル化時代に突入し，大学受験生の9割以上が入学を果たす「大学全入時代」を迎えている．一方で，少子化による影響で，私立大学では小規模校を中心に半数近くで定員割れを起こしており，教育の質保証や赤字経営の解消などの問題点が顕在化している．また，長期化する経済不況も大学進学に大きな影響を与え，地元大学への進学や国公立大学への進学が顕在化する傾向がある．志願倍率の低下，合格率の上昇，入学歩留り率の減少などの指標が芳しくない大学あるいは学部・学科では，多様な選抜方法の導入や授業料の見直しなどによる学生の確保が大きな課題となっている．現在，グローバル化に対する対応の一環として秋季入学への移行についても本格的な議論が始められており，大学進学の動向に影響を与える因子として注目される．

2) 歯学部入試の現状

上記のような，わが国における大学進学の動向は歯学部入試にも当てはまり，歯科医療を取り巻く環境変化も相まって，入試の状況が大きく様変わりしている（**表3-1**）．

競争倍率（受験者数/合格者数）では，一般に国公立大学では高いレベルを維持しているが，私立大学では一部を除いて2倍を下回る大学が年々増加しており，実質的な競争倍率のない大学も少なくない（**表3-1**）．また，充足率（入学者数/入学定員）も，前回の白書を発行した2008年度には全機関の平均が96.9％（国公立大学：100％，私立大学：95.5％）で，私立大学の3校のみが100％に達していない状況であったが，2009年度には私立大学17校のうち12校で定員割れが起こっている．2011年には充足率が80％台に回復し，充足率が100％に達しない機関の数も10に減少したが，依然として充足率は低いレベルにある（第5章参照）．

2009年から2011年度の入試動向のなかで特筆すべき事項として，外国人の志願者，合格者ならびに入学者の増加を挙げることができる（**表3-2**）．わが国の歯科医学教育の国際化につながる動向として注目される．

3) 選抜法の改善

表3-3は2009～2011年度に実施された選抜法のまとめである．一般入試に加えて，公募あるいは指定校推薦入試，センター試験による選抜，AO入試，編入学試験，帰国子女を対象とした選抜や外国人特別入試等多様な選抜法が実施されている．2010年度ならびに2011年度からAO入試や大学入試センターによる選抜法を新しく加えた機関がある一方で，国立大学法人では入学定員の削減に伴って編入学試験を中止したところもある．なお，特徴ある選抜方式として，北海道大学では2011年度から総合入試制度を実施している．入学生は1年間総合教育部所属となり，入学生のうち10人は1年時終了時に専門学部を選択する．

たかた　たかし
広島大学大学院医歯薬保健学研究院 口腔顎顔面病理病態学研究室
キーワード：入学試験，選抜法

表 3-1-(1)　2009 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（外国人枠は別途記載）												編入学試験				計（編入学試験を除く）			
	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
北海道医療大学歯学部	212	120	28	45	5	4	3	10	163	154	15	21	18	17	17	10	指定校推薦	3	3	3	10									401	298	66	96
北海道大学歯学部	309	54	54	55									19	5	5	5														328	59	59	60
岩手医科大学歯学部	112	98	33	30	9	9	9	40																			12	11	9	若干名	121	107	42	70
奥羽大学歯学部	96	55	23	61	34	32	30	35																						130	87	53	96
東北大学歯学部	163	57	52	45									17	7	6	10														180	64	58	55
明海大学歯学部	254	219	73	80									45	22	19	10	指定校推薦	23	23	22	29							3	3	3	若干名	322	264	114	119
日本大学松戸歯学部	238	159	72	68	7	7	7	20									付属校推薦	19	19	19	35	校友子女	15	9	9	5	12	3	3	若干名	279	194	107	128
東京医科歯科大学歯学部	390	91	81	82																							49	16	14	16	390	91	81	82
東京歯科大学	397	133	70	約 60	82	46	46	約 45	158	62	12	25					帰国子女・留学生特別選抜	0	0	0	若干名							7	7	7	若干名	637	241	128	128
日本歯科大学生命歯学部	395	171	96	85	6	4	4	10	213	112	28	33															17	5	5	若干名	614	287	128	128
日本大学歯学部	343	142	83	95													付属校推薦	24	24	24	25	校友子女	28	17	16	8	15	5	5	若干名	395	183	123	128
昭和大学歯学部	366	149	69	63	46	26	26	23	123	30	4	10															19	6	4	若干名	535	205	99	96
神奈川歯科大学	147	127	52	60	22	22	20	45									卒業生子女	6	4	4	15						18	18	10	若干名	175	153	76	120
鶴見大学歯学部	268	183	87	83	42	42	41	45																			13	8	7	若干名	310	225	128	128
新潟大学歯学部	170	36	34	30	10	6	6	10									帰国子女	0	0	0	若干名						41	6	5	5	180	42	40	40
日本歯科大学新潟生命歯学部	96	49	25	約 41	31	29	27	約 30	62	23	5	25															7	6	4	若干名	189	101	57	96
松本歯科大学	91	72	17	35	7	6	5	10	28	25	11	10	4	4	3	5	指定校推薦	2	2	2	10	校友子女	8	8	7	10	10	9	5	若干名	140	117	45	80
朝日大学歯学部	162	148	48	68	73	69	30	20	13	7	1	10	35	32	29	10	指定校推薦	17	17	17	20	帰国生徒	0	0	0	若干名	5	4	2	若干名	300	273	125	128
愛知学院大学歯学部	253	128	60	62	47	45	45	31	56	28	4	11	6	2	2	4	指定校推薦	16	16	16	20	帰国生徒	3	2	1	若干名	8	8	7	若干名	381	221	128	128
大阪歯科大学	319	170	110	110	24	19	18	18																						343	189	128	128
大阪大学歯学部	185	64	60	60																							11	5	3	5	185	64	60	60
岡山大学歯学部	162	44	40	40	22	15	15	15									帰国子女	0	0	0	若干名						54	6	5	5	184	59	55	55
広島大学歯学部	278	55	52	50									20	3	3	5														298	58	55	55
徳島大学歯学部	284	30	30	30	12	10	10	10									帰国子女	0	0	0	若干名						20	6	5	5	296	40	40	40
九州歯科大学	255	84	78	78									76	17	17	17														331	101	95	95
九州大学歯学部	216	52	48	47									20	7	7	10	帰国子女	0	0	0	若干名										236	59	55	57
福岡歯科大学	116	83	59	約 56	15	14	14	約 15	32	15	5	約 10	28	16	16	約 15											6	4	3	若干名	191	128	94	96
長崎大学歯学部	262	42	39	35									21	11	11	15											55	6	5	5	283	53	50	50
鹿児島大学歯学部	166	55	52	50	6	4	3	5																						172	59	55	55
計	6,705	2,870	1,625	1,704	500	409	359	437	848	456	85	155	309	143	135	116		110	108	107	164		54	36	33	23	382	142	111	41	8,526	4,022	2,344	2,597

表 3-1-(2)　2010 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（外国人枠は別途記載）												編入学試験				計（編入学試験を除く）			
	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
北海道医療大学歯学部	112	73	12	40	3	3	3	10	139	132	21	16	14	13	10	20	指定校推薦	2	2	2	10									270	223	48	96
北海道大学歯学部	228	54	54	55									9	6	6	5														237	60	60	60
岩手医科大学歯学部	79	69	36	37	16	16	16	20																			16	14	11	若干名	95	85	52	57
奥羽大学歯学部	68	63	17	56	15	15	15	40																			7	7	5	若干名	83	78	32	96
東北大学歯学部	168	54	50	45									26	10	10	10														194	64	60	55
明海大学歯学部	103	88	34	50									63	62	49	60	指定校推薦	11	11	11	10						8	8	6	若干名	177	161	94	120
日本大学松戸歯学部	200	145	58	65	18	12	12	25									付属校推薦	21	21	21	30	校友子女	9	8	6	8	9	5	5	若干名	248	186	97	128
東京医科歯科大学歯学部	458	97	82	82																							16	6	6	6	458	97	82	82
東京歯科大学	314	119	63	約 60	77	56	56	約 45	121	65	9	25					帰国子女・留学生特別選抜	1	0	0	若干名					15	10	10	若干名	513	240	128	128
日本歯科大学生命歯学部	384	194	93	85	5	5	5	10	247	119	30	33															11	3	2	若干名	636	318	128	128
日本大学歯学部	389	151	83	87					137	24	7	8					付属校推薦	16	16	16	25	校友子女	26	21	21	8	5	2	2	若干名	568	212	127	128
昭和大学歯学部	317	107	56	56	54	42	41	27	113	29	6	10															15	6	3	若干名	484	178	103	93
神奈川歯科大学	102	95	34	60	9	8	7	45									卒業生子女	16	13	12	15	帰国子女	1	1	1	若干名	22	21	17	若干名	128	117	54	120
鶴見大学歯学部	132	106	46	73	28	28	28	45	25	20	1	10															17	12	10	若干名	185	154	75	128
新潟大学歯学部	152	32	30	30	21	10	10	10									帰国子女	0	0	0	若干名						29	6	5	5	173	42	40	40
日本歯科大学新潟生命歯学部	100	79	26	約 36	10	10	10	約 20	79	51	6	約 25															10	9	6	若干名	189	140	42	96
松本歯科大学	32	18	5	35	10	76	5	7	51	49	19	20	4	2	2	4	指定校推薦	2	2	2	7	校友子女	2	2	2	7	10	9	5	若干名	101	149	35	80
朝日大学歯学部	125	117	47	65	28	27	16	15	12	9	5	3	31	29	28	35	指定校推薦	10	10	10	10	帰国生徒	0	0	0	若干名	0	0	0	若干名	206	192	106	128
愛知学院大学歯学部	291	119	43	62	48	48	48	31	84	25	8	11	1	1	1	4	指定校推薦	27	27	27	20	帰国生徒	1	1	1	若干名	3	2	2	若干名	452	221	128	128
大阪歯科大学	261	128	85	約100	47	31	31	約 30																							308	159	116	130
大阪大学歯学部	185	65	62	60																							19	6	6	5	185	65	62	60
岡山大学歯学部	175	43	39	40	20	15	15	15									帰国子女	0	0	0	若干名						44	5	5	5	195	58	54	55
広島大学歯学部	326	57	54	50									25	1	1	5														351	58	55	55
徳島大学歯学部	167	41	32	30	14	5	5	10									帰国子女	0	0	0	若干名						32	6	5	5	181	46	37	40
九州歯科大学	388	126	110	103									50	10	10	17														438	136	120	120
九州大学歯学部	223	52	47	47									29	8	8	8	帰国子女	0	0	0	若干名										252	60	55	55
福岡歯科大学	120	106	48	約 55	7	7	7	約 20	15	12	3	約 6	24	23	23	約 25											9	7	5	若干名	166	148	81	96
長崎大学歯学部	205	46	43	40									24	8	7	10											29	5	5	5	229	54	50	50
鹿児島大学歯学部	272	57	52	50	10	3	3	5																							282	60	55	55
計	6,076	2,501	1,441	1,654	440	417	333	430	1,023	535	115	167	300	173	155	203		106	102	101	127		39	33	31	23	326	149	121	31	7,984	3,761	2,176	2,607

表 3-1-(3)　2011 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（外国人枠は別途記載）												編入学試験				計（編入学試験を除く）			
	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
北海道医療大学歯学部	135	101	18	34	1	1	1	10	111	109	7	12	15	15	15	20	指定校推薦	0	0	0	10									262	226	41	86
北海道大学歯学部	222	38	38	38									12	5	5	5														234	43	43	53*
岩手医科大学歯学部	66	60	30	37	6	5	5	20																			10	7	4	若干名	72	65	35	57
奥羽大学歯学部	36	33	16	51	9	9	8	45																			21	14	13	若干名	45	42	24	96
東北大学歯学部	125	46	41	43									22	10	10	10														147	56	51	53
明海大学歯学部	229	172	85	50									51	43	39	60	指定校推薦	3	3	3	10						15	11	10	若干名	283	218	127	120
日本大学松戸歯学部	150	112	54	53	3	3	3	35					16	14	14	5	付属校推薦	14	14	14	25	校友子女	6	6	5	10	13	11	7	若干名	189	149	90	128
東京医科歯科大学歯学部	385	99	86	85																							14	6	6	6	385	99	86	85
東京歯科大学	463	131	56	約 65	84	63	63	約 45	247	33	8	18					帰国子女・留学生特別選抜	2	2	1	若干名						33	9	9	若干名	796	229	128	128
日本歯科大学生命歯学部	349	160	78	75	26	26	25	10	217	93	19	33															19	10	8	若干名	592	279	122	118
日本大学歯学部	271	160	80	87					146	24	9	8					付属校推薦	18	18	18	25	校友子女	24	21	21	8	7	5	4	若干名	459	223	128	128
昭和大学歯学部	269	92	53	55	34	31	30	25	91	11	3	6															22	7	5	若干名	394	134	86	86
神奈川歯科大学	90	80	26	45	9	9	9	25					20	20	19	10	卒業生子女	9	9	8	20	帰国子女	0	0	0	若干名	11	10	5	若干名	128	118	62	100
鶴見大学歯学部	224	170	61	47	26	25	24	58	55	39	4	8	9	8	8	15											21	21	12	若干名	314	242	97	128
新潟大学歯学部	219	38	35	30	13	5	5	10									帰国子女	0	3	0	若干名						45	5	5	5	232	46	40	40
日本歯科大学新潟生命歯学部	111	88	20	約 25	6	5	29	約 15	75	40	11	約 13	14	13	13	約 20											10	9	6	若干名	206	146	73	96
松本歯科大学	8	6	3	22	2	2	1	10	52	52	24	30	13	13	9	10	指定校推薦	3	3	3	3	校友子女	5	5	5	5	11	9	6	若干名	83	81	45	80
朝日大学歯学部	179	149	70	65	14	14	4	18	36	19	10	3	48	41	39	30	指定校推薦	8	8	8	12	帰国生徒	0	0	0	若干名	13	11	5	若干名	285	231	131	128
愛知学院大学歯学部	208	138	76	62	26	25	25	31	66	16	2	11	1	1	1	4	指定校推薦	16	16	16	20	帰国生徒	2	1	1	若干名	8	7	6	若干名	319	197	121	128
大阪歯科大学	223	121	74	約 88	41	35	35	約 40																							264	156	109	128
大阪大学歯学部	167	56	54	53																											167	56	54	53
岡山大学歯学部	179	38	38	38	41	10	10	10									帰国子女	0	0	0	若干名						65	8	5	5	220	48	48	48
広島大学歯学部	451	55	50	50									22	3	3	3															473	58	53	53
徳島大学歯学部	261	37	34	30	15	6	6	10									帰国子女	0	0	0	若干名						20	5	3	5	276	43	40	40
九州歯科大学	425	109	100	100									79	20	20	20															504	129	120	120
九州大学歯学部	252	50	44	45									28	8	8	8	帰国子女	0	0	0	若干名										280	58	52	53
福岡歯科大学	120	103	52	約 35	2	2	2	約 25	26	16	7	約 6	31	31	31	約 30											14	14	10	若干名	179	152	92	96
長崎大学歯学部	278	46	42	40									22	8	8	10															300	54	50	50
鹿児島大学歯学部	244	57	48	48	7	4	4	5																							251	61	52	53
計	6,339	2,545	1,462	1,496	365	280	289	447	1,122	452	104	148	403	253	242	260		73	76	71	125		37	33	32	23	372	179	129	21	8,339	3,639	2,200	2,532

*2 年次に総合入試入学者 10 名が歯学部へ移行予定

表 3-2　外国人志願者数・合格者数・入学者数の推移（2009～2011 年度）

機関	志願者数			合格者数			入学者数		
	2009	2010	2011 年度	2009	2010	2011 年度	2009	2010	2011 年度
北海道医療大学歯学部									
北海道大学歯学部	4	0	0	1	0	0	1	0	0
岩手医科大学歯学部									
奥羽大学歯学部									
東北大学歯学部	2	1	3	1	0	1	0	0	0
明海大学歯学部	0	1	2	0	1	2	0	1	1
日本大学松戸歯学部									
東京医科歯科大学歯学部	2	6	4	1	0	1	1	0	0
東京歯科大学	7	2	4	3	1	2	3	1	1
日本歯科大学生命歯学部									
日本大学歯学部									
昭和大学歯学部									
神奈川歯科大学		13	26		12	24		9	19
鶴見大学歯学部	0	1	0	0	1	0	0	1	0
新潟大学歯学部									
日本歯科大学新潟生命歯学部									
松本歯科大学	6	5	14	6	5	13	4	4	11
朝日大学歯学部	0	1	0	0	1	0	0	0	0
愛知学院大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大阪歯科大学									
大阪大学歯学部	3	0	2	1	0	0	1	0	0
岡山大学歯学部	7	6	2	0	1	0	0	1	0
広島大学歯学部									
徳島大学歯学部									
九州歯科大学	3	3	6	1	0	0	1	0	0
九州大学歯学部	7	5	6	2	1	2	1	1	2
福岡歯科大学									
長崎大学歯学部									
鹿児島大学歯学部	7	11	10	3	2	1	1	1	1
計	48	55	79	19	25	46	13	19	35

表 3-3　各機関における選抜方法（2009〜2011 年度）

機関	一般入試	公募推薦入試	センター試験	AO 入試	その他	編入学試験	外国人選抜
北海道医療大学歯学部	○	○	○	○	指定校推薦入試		
北海道大学歯学部*	○			○			○
岩手医科大学歯学部	○	○				○	
奥羽大学歯学部	○	○				○（2010 から）	
東北大学歯学部	○			○			○（2011 から）
明海大学歯学部	○			○	指定校推薦入試	○	○
日本大学松戸歯学部	○	○		○（2011 から）	付属高校推薦入試，校友子女入試	○	
東京医科歯科大学歯学部	○					○	○
東京歯科大学	○	○	○		帰国子女・留学生特別選抜	○	○
日本歯科大学生命歯学部	○	○	○			○	
日本大学歯学部	○		○（2010 から）		付属高校推薦入試，校友子女入試	○	
昭和大学歯学部	○	○	○			○	
神奈川歯科大学	○	○		○（2011 から）	卒業生子女選抜，帰国子女選抜	○	○（2010 から）
鶴見大学歯学部	○	○	○（2010 から）	○（2011 から）		○	○
新潟大学歯学部	○	○			帰国子女特別選抜	○	○
日本歯科大学新潟生命歯学部	○	○	○	○（2010 から）		○	
松本歯科大学	○	○	○	○	指定校推薦入試，校友子女入試	○	○
朝日大学歯学部	○	○	○	○	指定校推薦入試，帰国生徒入試	○	○
愛知学院大学歯学部	○	○	○	○	指定校推薦入試，帰国生徒入試		○
大阪歯科大学	○	○			指定校推薦入試		
大阪大学歯学部	○					○（2011 から中止）	○
岡山大学歯学部	○	○			帰国子女選抜，私費外国人留学生特別入試	○	○
広島大学歯学部	○			○			
徳島大学歯学部	○	○			帰国子女選抜	○	○
九州歯科大学	○			○			
九州大学歯学部	○			○	帰国子女入試		○
福岡歯科大学	○	○	○	○		○	
長崎大学歯学部	○			○		○（2011 から中止）	○
鹿児島大学歯学部	○	○					○

*総合選抜入試制度

第4章 学生生活

高田　隆

1) 学費・学納金

表 4-1 に，学費ならびに学納金を国立大学法人，公立大学，私立大学に分けて記載した．国立大学法人では，一律に学費は入学金 282,000 円と授業料 535,800 円で，これに若干の負担を加えても大学間の差異はほとんどなく，6 年間の学納金合計は約 350 万円となっている．この金額は，2008 年のそれと変わっていない（歯科医学教育白書 2008 年版（2006～2008 年）を参照）．公立の九州歯科大学でも，国立大学法人より入学金がやや高く設定されているものの，6 年間の学納金合計は比較的低く抑えられている．一方，私立大学では，入学金，授業料とも高額で，これに加えて施設設備費，教育充実費を徴収する機関が大多数である．6 年間の学納金は 3000 万円近くになるものが多い．また，3 つの私立大学では寄付金を募るとしており 6 年間の学納金はさらに多くなるものと考えられる．特記すべきことは，2008 年度版の歯科医学教育白書に記載された学納金一覧と比較して，ほとんどの私立大学で，6 年間に納付する学納金の額が減少していることである．最も大きな学納金引き下げを行ったのは松本歯科大学で，これに次いで明海大学と朝日大学で大幅な引き下げが行われ，6 年間の学納金合計が 2000 万円を下回っている．

2) 学生支援制度・奨学金

日本学生支援機構（旧日本育英会）などの公的な奨学金や森田奨学育英会など各機関に共通して給付される奨学金に加えて，各大学で利用されている奨学金制度を**表 4-2** に示した．地方公共団体，公益法人，民間会社等の奨学金制度が活用されているが，大学独自の制度も散見される．

たかた　たかし
広島大学大学院医歯薬保健学研究院 口腔顎顔面病理病態学研究室
キーワード：学費，奨学金，課外活動，全日本歯科学生総合体育大会

3) 学生課外活動と特色ある行事

課外活動の主体を占める部活動やサークル活動の数を**表 4-3** にまとめた．総数でみると，大学間でかなりの差がある．一般に私立大学のほうが部やサークルの数が多い．なお，2008 年の調査で部ならびにサークルの総数が 986 であったのに対し，今回の調査では 947 に減少している．減少の原因として，学生数の減少や課外活動に参加しない学生の増加などが原因として挙げられるが，真相は定かでない，

また，年間行事では（**表 4-4**），新入生校外オリエンテーション，大学祭，全日本歯科学生総合体育大会（オールデンタル）などの各大学に共通した行事に加えて，独自の体育大会や後援会との懇談あるいは海外の大学との交流などが行われている．

4) 全日本歯科学生総合体育大会（オールデンタル）

全日本歯科学生総合体育大会は，スポーツを通じて他大学の歯科学生との交流や親睦を図るとともに人間形成に寄与することを目的として，1968 年に第 1 回大会が開催された．最近では 2011 年，日本歯科大学生命歯学部を事務主管として第 43 回大会が開催された．本大会は 3 月 11 日に発生した東日本大震災のため，その直後に予定されたスキー部門とアメリカンフットボール部門が中止された．被災した 3 校を中心にして学生，家族をはじめ多くの人にさまざまな被害が出た．同年の夏季大会は関係者の努力により開催されたが，ポイントによる順位づけは行わなかった．**表 4-5** に 2009 年から 2011 年

表 4-1　学費・学納金（2011 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	6 年間の総額 2008 年度比較
国立大学法人	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	28,000	3,524,800	無	
	東京医科歯科大学歯学部	282,000	535,800	0	0	160,150	3,656,950	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	83,800	3,580,600	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	
公立	九州歯科大学	520,000	535,800	0	0	0	3,734,800	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	0
	岩手医科大学歯学部	600,000	2,500,000	1,000,000	2,000,000	300,000	29,400,000	無	△ 2,500,000
	奥羽大学歯学部	500,000	3,500,000		0	0	21,500,000	無	△ 5,750,000
	明海大学歯学部	400,000	1,900,000	400,000	780,000	32,000	19,312,000	無	△ 10,080,000
	日本大学松戸歯学部	600,000	3,000,000	1,500,000	3,000,000	0	33,340,000	無	140,000
	東京歯科大学	600,000	3,500,000	1,000,000	4,300,000	57,000	32,142,000	無	0
	日本歯科大学生命歯学部	600,000	3,800,000	600,000	730,000	35,000	31,530,000	無	△ 20,000
	日本大学歯学部	600,000	3,000,000	1,700,000	3,000,000	140,000	33,340,000	有	0
	昭和大学歯学部	1,000,000	2,500,000	4,000,000*		0	28,500,000	有	△ 1,500,000
	神奈川歯科大学	600,000	3,850,000	500,000	3,550,000	0	30,550,000	無	△ 3,353,000
	鶴見大学歯学部	600,000	3,500,000	800,000	3,000,000	73,500	31,585,000	無	△ 300,000
	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	31,550,000	無	△ 1,340,000
	松本歯科大学	600,000	3,900,000	0	470,000	0	30,980,000	無	△ 25,925,000
	朝日大学歯学部	400,000	1,900,000	400,000	780,000	0	18,880,000	無	△ 10,620,000
	愛知学院大学歯学部	600,000	2,050,000	0	2,650,000	981,000	32,441,000	有	10,145,500
	大阪歯科大学	600,000	3,800,000	700,000	3,900,000	640,000	32,290,000	無	△ 8,000,000
	福岡歯科大学	600,000	3,500,000	800,000	700,000	700,000	31,750,000	無	△ 1,100,000

*施設設備費と教育充実費の合計

表 4-2　奨学金制度（2011）

機関名	奨学金制度の名称
北海道医療大学歯学部	学校法人東日本学園奨学金
北海道大学歯学部	岩垂育英会奨学金
岩手医科大学歯学部	岩手医科大学歯学部学業奨励奨学金，岩手医科大学父兄会奨学金，岩手医科大学大学院奨学金
奥羽大学歯学部	奥羽大学影山晴川育英奨学金制度
東北大学歯学部	—
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
日本大学松戸歯学部	エヌドット奨学金，桜樹奨学金（大学），鈴木奨学金（学部）
東京医科歯科大学歯学部	小林育英会奨学金
東京歯科大学	三菱商事緊急支援奨学金，小貫基金
日本歯科大学生命歯学部	学術奨励賞
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，日本大学歯学部同窓会奨学金，ロバート・F・ケネディ奨学金，古田奨学金，日本大学桜樹奨学金，日本大学エヌドット奨学金
昭和大学歯学部	学校法人昭和大学奨学金，昭和大学父兄互助会奨学金，昭和大学被災地入学者のための高須奨学金
神奈川歯科大学	弓削朝子奨学金，平和中島奨学金，　朝鮮奨学会
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
新潟大学歯学部	新潟大学学業成績優秀者奨学金制度，新潟大学修学支援貸与金制度 新潟大学修学応援特別奨学金制度
日本歯科大学新潟生命歯学部	日本歯科大学学術奨励金，交通遺児育英会，あしなが育英会，日本歯科大学育英奨学金
松本歯科大学	松本歯科大学奨学金
朝日大学歯学部	学資借入支援奨学金制度，歯学部育英奨学事業，朝日大学・みずほ銀行提携奨学融資制度，中村積善会，岐阜県奨学金，あしなが育英会，交通遺児育英会，岩垂育英会，ロータリー米山記念奨学金，中島平和財団，岐阜県国際交流センター外国人留学生奨学金
愛知学院大学歯学部	愛知学院大学応急奨学金，愛知学院大学開学 50 周年記念奨学金，愛知学院大学歯学部創立 50 年記念奨学金（平成 26 年度まで），曹洞宗育英会，同窓会奨学金，都道府県・市町村・諸団体奨学金制度
大阪歯科大学	朝鮮奨学会奨学金，大阪歯科大学奨学金制度，大阪歯科大学共済会奨学費制度
大阪大学歯学部	大阪大学教養教育優秀賞，大阪大学未来基金奨学金
岡山大学歯学部	電通育英会，ノートルダム育英財団
広島大学歯学部	日本証券奨学財団
徳島大学歯学部	徳島大学ゆめ奨学金
九州歯科大学	永松奨学会
九州大学歯学部	—
福岡歯科大学	福岡歯科大学学生共済会奨学金
長崎大学歯学部	—
鹿児島大学歯学部	鹿児島育英財団，北九州市奨学資金，島根県育英会
全機関共通奨学会	森田奨学育英会奨学金

表 4-3　部活・サークル数（2011 年）

機関名	部活数	サークル数	総数
北海道医療大学歯学部	35	30	65
北海道大学歯学部	16		16
岩手医科大学歯学部	44	9	53
奥羽大学歯学部	23	7	30
東北大学歯学部	15		15
明海大学歯学部	25		25
日本大学松戸歯学部	44		44
東京医科歯科大学歯学部	40		40
東京歯科大学	44		44
日本歯科大学生命歯学部	39		39
日本大学歯学部	36		36
昭和大学歯学部	78		78
神奈川歯科大学	40		40
鶴見大学歯学部	60		60
新潟大学歯学部	16		16
日本歯科大学 新潟生命歯学部	37		37
松本歯科大学	24	6	30
朝日大学歯学部	48		48
愛知学院大学歯学部	39		39
大阪歯科大学	42		42
大阪大学歯学部	12		12
岡山大学歯学部	8		8
広島大学歯学部	20		20
徳島大学歯学部	10		10
九州歯科大学	32		32
九州大学歯学部	9		9
福岡歯科大学	22	2	24
長崎大学歯学部	19		19
鹿児島大学歯学部	16		16
計	893	54	947

の種目，参加校数，参加者数，総合順位上位 3 校を示す．なお，2012 年，44 回大会は鹿児島大学の事務主管，7 校の共同主管，また各部門主管の下，すでに冬季 3 部門は無事終了し，夏季大会が始まっている．44 回大会から，フットサルが新種目として加わった．

表 4-4　特色ある年間行事（2011 年度）

機関名	特徴的な年間行事 （体育大会，学園祭など）
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），大学祭（6 月），球技大会（6, 11 月）
北海道大学歯学部	新入生合同合宿，歯学祭
岩手医科大学歯学部	医大祭
奥羽大学歯学部	奥羽祭，学長杯球技大会，学外研修，韓国・慶熙大学との国際交流
東北大学歯学部	—
明海大学歯学部	新入生歓迎球技大会，学園祭
日本大学松戸歯学部	体育大会，NU 祭（大学），学部祭，新入生歓迎行事，父母懇談，リーダースキャンプ，京都研修旅行，オリエンテーション（学部）
東京医科歯科大学歯学部	新入生オリエンテーション，体育際，御茶ノ水祭
東京歯科大学	新入生オリエンテーション，東歯祭，武道始め
日本歯科大学生命歯学部	合同合宿，富士見祭
日本大学歯学部	新入生オリエンテーション，球技大会，日本大学体育大会，桜歯祭，NU 祭，新入生校外オリエンテーション，リーダーズキャンプ，後援会総会，父母懇談会
昭和大学歯学部	新入生クラブ歓迎会，寮祭，夏季スポーツ大会壮行会，旗が岡祭，武重優秀クラブ賞表彰式，オリエンテーリング
神奈川歯科大学	稲岡祭（学園祭）
鶴見大学歯学部	本山一泊参禅会・紫雲祭（学園祭）
新潟大学歯学部	歯学部運動会，医歯学祭
日本歯科大学 新潟生命歯学部	合同合宿，浜浦祭
松本歯科大学	松濤祭，体育祭
朝日大学歯学部	朝日祭（大学祭），新入生学外研修
愛知学院大学歯学部	動物慰霊祭，楠元祭，解剖慰霊祭
大阪歯科大学	体育祭，大学祭
大阪大学歯学部	大学祭（まちかね祭），いちょう祭
岡山大学歯学部	大学祭（津島祭・鹿田祭）
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
徳島大学歯学部	大学祭（蔵本祭）
九州歯科大学	歯大祭（学園祭），体育祭，駅伝大会
九州大学歯学部	—
福岡歯科大学	体育祭，学園祭
長崎大学歯学部	歯学部祭
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 4-5　全日本歯科学生総合体育大会の種目と参加校・参加者数（2009～2011 年）

回	41		42		43	
年	2009		2010		2011	
事務主管校	明海大学歯学部		徳島大学歯学部		日本歯科大学生命歯学部	
優勝校	愛知学院大学歯学部		愛知学院大学歯学部		なし	
準優勝校	東京歯科大学		日本大学歯学部		なし	
3 位	日本大学歯学部		東京歯科大学		なし	
種目	**参加校**	**参加者**	**参加校**	**参加者**	**参加校**	**参加者**
ラグビーフットボール	16	400	13	295	14	321
アメリカンフットボール	8	176	7	146	中止	
スキー	22	181	19	175	中止	
硬式野球	18	411	16	383	15	317
準硬式野球	16	379	16	352	15	343
硬式庭球	29	870	28	837	27	727
ソフトテニス	18	391	14	317	16	293
サッカー	29	740	28	679	28	664
ゴルフ	22	360	21	327	21	307
卓球	20	231	18	209	18	210
バドミントン	27	586	26	535	26	545
バレーボール	24	535	20	417	20	387
バスケットボール	29	819	27	706	26	666
ボウリング	12	171	13	158	12	161
柔道	21	148	17	124	16	139
剣道	27	316	25	283	24	251
弓道	20	420	19	408	19	380
空手道	12	139	11	111	11	109
少林寺拳法	6	108	6	104	7	105
日本拳法	8	117	8	121	6	86
アーチェリー	8	157	6	129	6	126
陸上競技	19	179	17	162	15	145
水泳	21	313	20	285	17	237
ヨット	11	166	10	134	10	133
漕艇	7	81	6	70	4	56
合計		8,394		7,467		6,708

第5章 歯科医学教育プログラム（学士課程教育）

1．教育改革等の動向

村田　善則

わが国においては，歯科医師の量的整備の時代を経て，現在，歯科医師の質的向上が社会の要請となる時代が到来している．

本稿では，平成21年度から平成23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，大きく分けて3つのトピックスを紹介する．

1）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6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」では，「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議第1次報告～確かな臨床能力を備えた歯科医師養成方策～」を平成21年1月にとりまとめており，以下について提言している．

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

平成22年9月には，大学における歯学教育の状況を分析するとともに第1次報告のフォローアップを行い，必要に応じてヒアリングおよび実地調査を行うため，フォローアップ小委員会が協力者会議の下に設置された．

同小委員会が平成23年5月にとりまとめた「平成21年1月歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議第1次報告を踏まえたフォローアップ状況（まとめ）」の内容を以下に示す．

むらた　よしのり
文部科学省高等教育局医学教育課
キーワード：歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議，歯学教育モデル・コア・カリキュラム，診療参加型臨床実習コア・カリキュラム事例集（案）

【全体的な取組状況について】

すべての歯科大学・歯学部において第1次報告の提言を踏まえた改善の取組に着手されており，多くの歯科大学・歯学部で意欲的な取組がなされていることがうかがえた．

一方で，質の高い歯科医師を養成する観点から，現状の教育課程に改善が必要な歯科大学・歯学部も散見された．当該大学には猛省を促し，今後の教育内容の改善や入学定員の見直し，優れた入学者の確保などの検討を望みたい．

【フォローアップで見られた課題について】

(1) 診療参加型臨床実習の改善・充実，到達目標の設定，臨床能力評価の状況

臨床実習の遂行に必要な大学病院の患者数が明らかに不足しているごく少数の大学を除けば，多くの大学で最小限の患者数を確保できている．しかし，患者数は確保できている場合でも，大学の取り組み姿勢によっては，臨床実習中の学生が，十分な経験を積むことができず，ひいては十分な臨床能力を身につけることができていない例も見られた．

また，臨床実習中の学生が，十分な経験を積むことができるような大学においても到達目標の設定，臨床実習中又は臨床実習終了後の臨床能力の評価方法が不十分な例が見られた．

(2) 留年者等に対するサポートの実効性

留年者等成績不振者に対し，モチベーションを維持するための授業内容や個別指導などの工夫は見られるものの留年者数や国家試験合格率の状況の改善に結びついていない例が見られた．

(3) 優れた入学者の確保

競争倍率が限りなく1倍に近づくなど入学者選抜が機能していないと思われる例が見られた．

(4) 定期試験問題及び答案

出題形式が一部，単純想起型や多肢選択式となっており，学生に考えさせる問題となっていないケースが見ら

れた．また，定期試験の答案や得点分布から学力不振者が多いと思われる例があった．

(5) 研究者養成

将来の研究者養成に資するための学部教育における研究マインドの養成については，研究室配属などを行っていても必修でなく希望者のみが配属することとなっており，実際の配属者がごく少数にとどまっている例が見られた．

【今後の取組について】

今後，本小委員会は，平成 23 年度入学者選抜の結果及び第 104 回歯科医師国家試験の結果等の歯学教育を巡る状況も踏まえながら，さらに必要と判断した歯科大学・歯学部を中心とするが，引き続き全歯科大学・歯学部に対して書面調査，ヒアリング，実地調査の方法を選択的に活用することによりフォローアップを実施し，その結果について随時本協力者会議に報告していく予定である．

なお，本小委員会が今般，複数の歯科大学・歯学部の実地調査を行った際，診療参加型の臨床実習の定義については，歯学関係者間でも必ずしも共通理解がされていないと見受けられる状況であった．この状況を改善するため，改めて我が国の歯学部が目指すべき診療参加型臨床実習の定義の在り方について，「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」において可能な限り議論すべきであることを提言したい．

2) 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（平成 22 年度改訂版）は平成 23 年 3 月 31 日に公表された．今回の改訂は，「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」において提言された改訂の方向性に沿って行われた．具体的には，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未来の歯科医療を拓く研究者の養成，の 3 つの観点から検討し，さらに近年の歯学教育に対して社会から求められる事項および全体の利便性向上に留意しつつ，改訂を行った．以下，具体の内容を概説する．

(1) 歯科医師として必要な臨床能力の確保

各大学における主体的で実効性のある教育が展開されるよう，冒頭に記載の「歯科医師として求められる基本的な資質」の記載内容を修正するとともに，臨床研修との一貫性にも留意し，臨床実習終了時（卒業時）までに，到達すべき総合的な診療能力の基礎としての知識・技能・態度に関する目標を明確にするための改訂を行った．

診療参加型臨床実習の充実のために，その前提となる診療技能の向上・確保について各大学の学生が卒業時に到達すべき目標を明確化した．従来前文に掲載されていた「臨床実習」に係る一般目標，到達目標を，モデル・コア・カリキュラム本体中に「F 臨床実習」の単独領域として新設し，診療参加型臨床実習における一般目標，到達目標を明確にした．

(2) 優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施

冒頭に記載の「歯科医師として求められる基本的な資質」の記載内容を修正するとともに，安全で良質な歯科医療を提供できるように，口腔と全身の関わり，高齢者や全身疾患を有する患者などへの対応，予防歯学，社会歯学など，医学・医療との連携を含めた幅広い歯学教育が行えるよう関連項目に係る記載内容の改善・充実を図った．

(3) 未来の歯科医療を拓く研究者の養成

前文において，学生の興味や将来の専門分野への志向に応じて，学生が自由に選択可能なプログラムを提供すること，研究室配属等をとおした科学的・論理的思考の修得や基礎研究や臨床研究を実施するため必要な基礎的訓練など，学部教育のあらゆる段階を通じて学生一人ひとりの研究志向の涵養に努めるべきことを記載し，「歯科医師として求められる基本的な資質」の記載内容を修正した．

この他，歯学教育に係る多様な社会的ニーズへの対応として，緊急性が高く歯科の関与により社会への貢献が大きいと考えられる内容について，モデル・コア・カリキュラム全体の量的抑制に留意しつつ改訂を行い，また利便性向上などの観点からも改訂した．

3) 診療参加型臨床実習コア・カリキュラム事例集（案）について

文部科学省先導的大学改革推進委託事業「医学・歯学教育の改善・充実に関する調査研究」歯学調査研究チームにおいて，平成 22 年度改訂歯学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠した臨床実習のカリキュラム事例集（案）を策定し，その実施に向けて，各大学の現在の教育実態から実現可能な診療参加型臨床実習カリキュラムの立案および臨床実習カリキュラムの充実・改善を支援する事業を行った．

今回の策定作業では，まず診療参加型臨床実習，自験，介護および見学などの用語の定義を行い，診療参加型臨床実習の改善の促進を図った．さらに，診療参加型臨床実習の実施を支援するために，実際にいくつかの大学で実践されているカリキュラムを参考にして，専門領域ごとに診療参加型臨床実習の方策と評価を具体的に明示した．

表 5-1　平成 23 年度 歯学部歯学科入試結果

大学名	入学定員	志願者	受験者	合格者	入学者	充足率	充足率		
						平成 23 年度	平成 22 年度	平成 21 年度	平成 20 年度
1　北海道大学	※ 43	236	181	44	43	100.0%	100.0%	100.0%	101.7%
2　東北大学	53	150	127	57	51	96.2%	109.1%	105.5%	100.0%
3　東京医科歯科大学	53	316	184	60	53	100.0%	100.0%	100.0%	101.8%
4　新潟大学	40	235	159	43	40	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
5　大阪大学	53	169	136	56	54	101.9%	103.3%	101.7%	103.3%
6　岡山大学	48	222	150	48	48	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
7　広島大学	53	473	318	55	53	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
8　徳島大学	40	276	178	46	40	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
9　九州大学	53	286	175	60	54	101.9%	101.8%	101.8%	100.0%
10　長崎大学	50	308	216	54	50	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
11　鹿児島大学	53	261	189	62	53	100.0%	101.8%	101.8%	101.8%
国立大学　合計	539	2,932	2,013	585	539	100.0%	101.6%	101.0%	100.9%
12　九州歯科大学	95	433	399	101	95	100.0%	100.0%	101.1%	100.0%
公立大学　合計	95	433	399	101	95	100.0%	100.0%	101.1%	100.0%
13　北海道医療大学	86	262	248	226	41	47.7%	50.0%	68.8%	100.0%
14　岩手医科大学	57	95	88	85	52	91.2%	60.0%	75.0%	100.0%
15　奥羽大学	96	45	42	40	24	25.0%	33.3%	55.2%	100.0%
16　明海大学	120	285	258	220	127	105.8%	79.2%	95.0%	100.0%
17　東京歯科大学	128	796	740	232	128	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
18　昭和大学	86	394	361	134	86	100.0%	110.8%	103.1%	100.0%
19　日本大学	128	459	308	223	128	100.0%	100.0%	96.1%	99.2%
20　日本大学松戸歯学部	128	189	157	149	90	70.3%	75.8%	96.1%	100.0%
21　日本歯科大学	115	592	546	279	122	106.1%	100.0%	100.0%	100.0%
22　日本歯科大学新潟生命歯学部	73	206	196	147	49	67.1%	60.4%	59.4%	86.5%
23　神奈川歯科大学	120	141	134	129	63	52.5%	63.3%	86.7%	100.0%
24　鶴見大学	128	314	303	242	97	75.8%	59.4%	99.2%	100.0%
25　松本歯科大学	80	83	81	81	45	56.3%	43.8%	56.3%	35.4%
26　朝日大学	128	285	269	231	131	102.3%	82.8%	96.9%	100.0%
27　愛知学院大学	128	319	227	197	121	94.5%	100.0%	100.0%	100.0%
28　大阪歯科大学	128	283	264	129	128	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
29　福岡歯科大学	96	179	171	152	92	95.8%	84.4%	97.9%	100.0%
私立大学　合計	1,825	4,927	4,393	2,896	1,524	83.5%	78.7%	89.3%	95.5%
合　計	2,459	8,292	6,805	3,582	2,158	87.8%	84.7%	92.4%	96.9%

（※）北海道大学の入学定員 53 名のうち 10 名は第 1 学年末に選抜するため 43 名としている．　（医学教育課調べ）
（※ 2）私立大学については，募集人員である．
（※ 3）充足率＝入学者数/入学定員

本稿では，平成 21 年度から平成 23 年度を中心に，歯科医学関係者のご努力の様子の一端を紹介した．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，医学教育課においてとりまとめた，平成 23 年度の各歯学部の各種基礎データを掲載する（**表 5-1～4**）．

表 5-2　歯学部歯学科入試競争倍率推移

大学名	平成 20 年度			平成 21 年度			平成 22 年度			平成 23 年度		
	受験者数	合格者数	競争倍率	受験者数	合格者数	競争倍率	受験者数	合格者数	競争倍率	受験者数	合格者数	競争倍率
1　北海道大学	195	64	3.05	209	65	3.22	188	63	2.98	181	44	4.11
2　東北大学	189	60	3.15	158	65	2.43	172	64	2.69	127	57	2.23
3　東京医科歯科大学	236	59	4.00	197	59	3.34	182	63	2.89	184	60	3.07
4　新潟大学	125	44	2.84	120	42	2.86	117	42	2.79	159	43	3.70
5　大阪大学	162	65	2.49	128	65	1.97	137	65	2.11	136	56	2.43
6　岡山大学	164	58	2.83	133	59	2.25	129	59	2.19	150	48	3.13
7　広島大学	307	56	5.48	211	58	3.64	226	58	3.90	318	55	5.78
8　徳島大学	173	40	4.33	204	40	5.10	118	49	2.41	178	46	3.87
9　九州大学	171	60	2.85	160	62	2.58	187	64	2.92	175	60	2.92
10　長崎大学	225	52	4.33	225	53	4.25	166	54	3.07	216	54	4.00
11　鹿児島大学	154	59	2.61	126	62	2.03	172	62	2.77	189	62	3.05
国立大学　合計	2,101	617	3.41	1,871	630	2.97	1,794	643	2.79	2,013	585	3.44
12　九州歯科大学	477	98	4.87	281	102	2.75	360	104	3.46	399	101	3.95
公立大学　合計	477	98	4.87	281	102	2.75	360	104	3.46	399	101	3.95
13　北海道医療大学	631	293	2.15	357	298	1.20	248	223	1.11	248	226	1.10
14　岩手医科大学	245	156	1.57	136	133	1.02	112	107	1.05	88	85	1.04
15　奥羽大学	284	161	1.76	117	87	1.34	81	78	1.04	42	40	1.05
16　明海大学	499	221	2.26	288	264	1.09	163	162	1.01	258	220	1.17
17　東京歯科大学	509	176	2.89	577	261	2.21	466	248	1.88	740	232	3.19
18　昭和大学	702	180	3.90	502	205	2.45	449	178	2.52	361	134	2.69
19　日本大学	411	194	2.12	298	183	1.63	435	213	2.04	308	223	1.38
20　日本大学松戸歯学部	476	214	2.22	244	210	1.16	194	186	1.04	157	149	1.05
21　日本歯科大学	794	226	3.51	544	260	2.09	564	318	1.77	546	279	1.96
22　日本歯科大学新潟生命歯学部	270	151	1.79	119	101	1.18	180	156	1.15	196	147	1.33
23　神奈川歯科大学	664	270	2.46	347	336	1.03	165	153	1.08	134	129	1.04
24　鶴見大学	622	170	3.66	263	225	1.17	160	155	1.03	303	242	1.25
25　松本歯科大学	105	100	1.05	119	117	1.02	86	80	1.08	81	81	1.00
26　朝日大学	495	278	1.78	284	273	1.04	197	193	1.02	269	231	1.16
27　愛知学院大学	490	205	2.39	300	221	1.36	366	221	1.66	227	197	1.15
28　大阪歯科大学	283	183	1.55	306	136	2.25	294	141	2.09	264	129	2.05
29　福岡歯科大学	301	152	1.98	169	146	1.16	158	156	1.01	171	152	1.13
私立大学　合計	7,781	3,330	2.34	4,970	3,456	1.44	4,318	2,968	1.45	4,393	2,896	1.52
合　計	10,359	4,045	2.56	7,122	4,188	1.70	6,472	3,715	1.74	6,805	3,582	1.90

※競争倍率＝受験者数/合格者数　　（医学教育課調べ）

表 5-3　歯科医師国家試験合格率推移

（単位：%）

学校名	第 102 回（平成 21. 2 実施）			第 103 回（平成 22. 2 実施）			第 104 回（平成 23. 2 実施）		
	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	87.5	86.7	100.0	89.6	89.8	87.5	83.1	86.4	50.0
東北大学歯学部	71.2	75.5	50.0	84.8	95.9	52.9	86.2	93.9	44.4
東京医科歯科大学	83.5	88.5	66.7	83.1	85.5	66.7	91.5	91.5	91.7
新潟大学歯学部	81.0	88.9	33.3	90.4	97.6	63.6	83.3	88.6	25.0
大阪大学歯学部	90.4	92.1	80.0	89.6	93.4	50.0	86.4	86.4	85.7
岡山大学歯学部	89.3	91.8	78.6	95.1	96.4	83.3	85.5	84.7	100.0
広島大学歯学部	81.6	82.0	80.0	73.8	86.5	23.1	88.9	100.0	50.0
徳島大学歯学部	80.6	86.2	28.6	85.0	95.7	50.0	73.3	81.1	14.3
九州大学歯学部	82.7	83.3	81.0	84.4	86.3	76.9	93.2	95.2	81.8
長崎大学歯学部	78.0	85.4	45.5	87.0	91.1	69.2	82.0	88.5	44.4
鹿児島大学歯学部	83.1	91.7	45.5	84.8	88.5	71.4	75.4	82.7	33.3
国立大学　合計	82.9	86.7	64.6	86.0	91.3	61.3	84.8	89.1	57.0
九州歯科大学	68.3	77.1	33.3	84.7	93.2	63.9	86.5	93.5	50.0
公立大学　合計	68.3	77.1	33.3	84.7	93.2	63.9	86.5	93.5	50.0
北海道医療大学歯学部	62.7	69.8	47.8	60.8	75.7	39.2	63.5	75.3	44.9
岩手医科大学歯学部	48.7	59.0	37.9	49.6	63.0	38.8	52.3	64.8	37.7
奥羽大学歯学部	51.3	65.8	38.6	50.7	59.8	39.7	62.7	79.2	45.2
明海大学歯学部	59.9	62.6	52.5	58.4	64.5	47.5	76.2	88.5	55.9
日本大学松戸歯学部	71.0	76.9	57.4	69.4	78.8	48.9	72.8	78.1	59.1
東京歯科大学	87.1	88.2	80.0	90.0	93.4	68.4	82.6	86.4	46.2
日本歯科大学	79.1	84.4	58.1	79.7	88.6	51.5	76.5	82.9	51.9
日本大学歯学部	68.5	74.0	39.1	76.9	83.7	55.0	65.2	73.7	40.0
昭和大学歯学部	76.2	83.2	54.8	74.8	79.8	58.6	76.8	81.7	63.3
鶴見大学歯学部	57.7	63.4	45.6	57.1	77.0	33.3	64.3	77.0	43.2
神奈川歯科大学	64.2	80.9	40.0	65.0	71.8	50.9	66.9	72.4	55.4
日本歯科大学新潟生命歯学部	61.3	78.1	34.8	70.8	86.1	43.9	66.3	86.2	30.6
松本歯科大学	32.5	40.9	22.0	34.9	59.1	23.8	41.6	73.1	28.1
愛知学院大学歯学部	79.5	85.5	45.5	72.2	76.2	53.6	79.0	89.5	51.2
朝日大学歯学部	53.3	57.9	45.2	56.5	77.7	29.5	59.3	68.9	47.0
大阪歯科大学	61.6	71.7	43.1	65.8	81.1	38.9	66.3	79.0	46.3
福岡歯科大学	76.0	88.9	54.2	80.5	84.0	67.9	67.2	72.2	48.0
私立大学　合計	63.1	72.3	43.6	64.3	77.6	40.8	66.6	78.5	44.9
認定および予備試験	50.0		50.0	66.7	100.0	50.0	100.0		100.0
総合計	67.5	76.1	46.1	69.5	81.6	43.9	71.0	81.8	46.2

（厚生労働省発表資料を基に作成）

表 5-4　平成 23 年度　最低修業年限での歯科医師国家試験合格率

大学名	平成 17 年 4 月入学者数	平成 23 年 3 月新卒合格者数（編入学者および修業年限超過がある学生を除く）	最低修業年限での歯科医師国家試験合格率
1　北海道大学	61	48	78.7%
2　東北大学	57	42	73.7%
3　東京医科歯科大学	55	41	74.5%
4　新潟大学	40	35	87.5%
5　大阪大学	62	37	59.7%
6　岡山大学	57	45	78.9%
7　広島大学	55	46	83.6%
8　徳島大学	50	33	66.0%
9　九州大学	59	44	74.6%
10　長崎大学	50	41	82.0%
11　鹿児島大学	55	39	70.9%
国立大学　合計	601	451	75.0%
12　九州歯科大学	96	82	85.4%
公立大学　合計	96	82	85.4%
13　北海道医療大学	89	49	55.1%
14　岩手医科大学	80	37	46.3%
15　奥羽大学	95	55	57.9%
16　明海大学	120	82	68.3%
17　東京歯科大学	128	87	68.0%
18　昭和大学	96	57	59.4%
19　日本大学	128	81	63.3%
20　日本大学松戸歯学部	128	73	57.0%
21　日本歯科大学	128	71	55.5%
22　日本歯科大学新潟生命歯学部	96	47	49.0%
23　神奈川歯科大学	120	67	55.8%
24　鶴見大学	128	79	61.7%
25　松本歯科大学	112	32	28.6%
26　朝日大学	128	63	49.2%
27　愛知学院大学	128	95	74.2%
28　大阪歯科大学	128	79	61.7%
29　福岡歯科大学	96	62	64.6%
私立大学　合計	1,928	1,116	57.9%
国公私立大学合計	2,625	1,649	62.8%

（医学教育課調べ）

第5章 歯科医学教育プログラム（学士課程教育）

2. 教授要綱

安井　利一

平成19年度版歯科医学教授要綱の改訂は，全国29の歯科大学学長と歯学部長が集まった平成18年度歯科大学学長・歯学部長会議において提案され，現在，歯科医師を育てる教育の現場としては非常に重要な時期であるという判断のなかで決定された．

「歯科医学教授要綱」は，昭和22年に連合国軍総司令部（GHQ）の指導により歯科教育審議会で「歯学教授要綱」として作成されたのが始めである．その後，歯科大学学長会議（現在の歯科大学学長・歯学部長会議）に引き継がれ，昭和42年，48年，59年に改訂あるいは補訂が実施されてきた．平成6年に，歯科医学教育は，人体を対象とする健康科学（Health Science）の一分野であるということから，歯学教授要綱ではなく，歯科医学教授要綱と題名を変更して大幅な改訂が行われた[1]．その後，平成8年に歯科医学教授要綱の臨床実習編が出版され，続いて平成11年にテーマ別・疾患別にまとめ上げた歯科医学教授要綱が発行された．ほぼ10年に一度の改訂がなされてきた．

ところで，平成13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」が「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」を作成した．この歯学教育モデル・コア・カリキュラムは，「すべての学生が履修すべき必須の教育内容を精選し，必要最小限度の内容を提示し，およそ従来の6割程度の時間数で履修させる」という趣旨のものであった[2]．したがって，当時の教授要綱は，同じ最小限の教育内容を示すものであったことから，この時点で歯科医学教授要綱の使命は終了したとの意見があり，その後，積極的な改訂への動きはなくなったものと考えられる．さらに，参加型臨床実習における歯科医師法第17条の違法性阻却事由として「臨床実習開始前の共用試験」が実施されることとなり，実質的には歯学教育モデル・コア・カリキュラムと歯科医師国家試験出題基準が歯科医学教育の基本のように考えられてきた．しかしながら，一方で，歯科保健医療，あるいは福祉をめぐる環境は非常に大きな変化と進歩を示しており，歯科医師の行う先端的な歯科医療行為によって国民の健康増進・疾病治療，さらにはQOLの向上が図られていることも事実である．しかし，このような先端的な医療行為の裏づけとなる教育的な指針を，歯科医学の必要最小限度の内容を提示している歯学教育モデル・コア・カリキュラムや，あるいは歯科医師としての資格試験である歯科医師国家試験用に示された出題基準によって示すということは不可能なことも事実である．

したがって，歯科医師の養成に教育的な責任を有する大学の学長・歯学部長会議としては，歯科医師として教育されている，あるいは教育すべき内容というものを再度整理して，今後の歯科医師養成のための参考に資するということとともに，国民に対して歯科医学教育の内容を明確にすることを目的として，教授要綱の改訂になった．

1）歯科医学教授要綱改訂の方針

歯科医学教授要綱においては，歯科大学・歯学部における専門教育を基礎系，臨床系および社会系の歯科系領域，そして臨床系総合医学領域というように4つの領域に分類している．基本的には，基礎系領域のなかには，基礎系の一般領域と基礎系の歯科系の領域がある．さらに，歯科大学・歯学部でいう臨床系の領域は，臨床系の歯科系領域と臨床系の総合医学系領域に分類される．あえていえば，歯科医学教授要綱においては，いわゆる「隣接医学」という名称は一切使っていない．歯科医学のなかに，臨床系歯科系領域と総合医学系領域とが合わさっ

やすい　としかず
明海大学歯学部
キーワード：歯科医学教授要綱，歯科大学学長・歯学部長会議，平成19年

表 5-5　歯科医学教授要綱（平成 19 年改訂）記載の到達目標について，平成 23 年度では何割程度教育していますか

領域	10 割	9.5 割	9 割	8 割	7 割	6 割	5 割	4 割	3 割	2 割	1 割	無回答
基礎系歯科医学領域	12	1	6	1	2	1			1			5
臨床系歯科医学領域	11	1	7	2	1	1			1			5
社会系歯科医学領域	8		8	3	2	2				1		5
総合医学系領域	6		9	5	1	2				1		5

（数値：学校数）

表 5-6　歯科医学教授要綱（平成 19 年改訂）を大学・学部としてどのように扱っていますか

回答内容	学校数（%）
対応するためにカリキュラムを変更	2　（7%）
到達目標・キーワードをできるだけ教えるように指示	1　（3.4%）
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指示	5（17.2%）
授業責任者に参考にするように配布	12（41.4%）
特別なことはしていない	6（20.7%）
無回答	3（10.3%）

たものを「臨床系の領域」と理解しているからである．したがって，教授要綱では基礎系領域と社会系領域，臨床系の歯科系領域と総合医学系の領域という 4 つの領域について専門教育の体系化が図られている．

形式としては，一般目標，到達目標ならびに教育すべきキーワードを列挙することとした．到達目標には，「説明できる」という表現で，講義による知識レベルの内容を示し，「何々をつくることができる」とか，あるいは「何々の動作ができる」という表現で実習レベルの内容を示すこととした．

2）歯科医学教授要綱と教育の実態

昭和 59 年改訂の教授要綱では，「本来，教授要綱とはあくまでその学問のスタンダードな要目であって，それはいわば，人体における骨格にあたる．これに各大学が，フレキシブルに肉付けして血を通わせることになる．すなわち，この共通の骨組みによって教育レベルの下限が一律に保たれ，さらに上限にむけて血肉づくりがなされて，歯学士という歯科医師たりうる生命体を生みだすのである．そうした意味から，この新教授要綱は，まさしく昭和 60 年代における歯学教育の指針となるであろう」と述べており[3]，最小限度の内容と範囲という表現よりも，人体にたとえれば骨格になるという積極的な概念を示したことが注目に値する．本来，教育の指針ということであれば，最小限度ではなく骨格という表現が適正なのかもしれない．日本歯科医学教育学会のアンケート調査の結果から，歯科医学教授要綱と教育の実態について**表 5-5**，**5-6** にまとめた．

文献

1）歯科大学学長会議編集．歯科医学教授要綱．東京：医歯薬出版；1994.
2）医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議編集．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.
3）歯科大学学長会議歯学教授要綱改訂委員会．歯学教授要綱，昭和 59 年改訂版．東京：医歯薬出版；1984.

第5章 歯科医学教育プログラム（学士課程教育）

3. モデル・コア・カリキュラム

荒木　孝二

2002年3月に医学教育と併せて歯学教育モデル・コア・カリキュラムが策定され公開された．従来までの各大学独自の教育内容ではなく，大学卒業時に歯科医師の資格にふさわしい必要最小限の基本的な知識や能力を備えさせるための全国共通のコア・カリキュラムの実施であった．モデル・コア・カリキュラムの実施に併せて，臨床実習開始前の学生の学習到達度確認のために共用試験（CBT，OSCE）を実施することとなった．このために，わが国の多くの歯科大学・大学歯学部はカリキュラムの見直しを求められ，カリキュラム改革が行われた．アンケート調査によると，モデル・コア・カリキュラムへの対応でカリキュラムを変更した大学は29大学中21大学であった（**図5-1**）．ただしカリキュラム変更をしていない大学でも直近のカリキュラム変更の完成年度をみると，2002年度以降にカリキュラムを変更した大学がほとんどであるので，モデル・コア・カリキュラムの実施によってなんらかのカリキュラム変更を行ったと思われる．

歯学教育モデル・コア・カリキュラムは2008年3月と2011年3月に2度の改訂が行われている．特に2011年3月の改訂内容は文部科学省主催で開催された「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の提言を強く反映したものとなっている．その提言は，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未来の歯科医療を拓く研究者の養成，であり，これに④歯科医療全体を取り巻く情勢変化を踏まえ，歯科医療全般のなかで必要性や緊急性の高い内容を取り入れる（多様な社会的ニーズへの対応）ことが加えられた．

その結果，具体的には以下のような内容の改訂が行われた．

	はい	いいえ	未回答
カリキュラムを変更	21	8	0
シラバスに対応を記載	21	8	0
科目との対応を資料配布	13	15	1

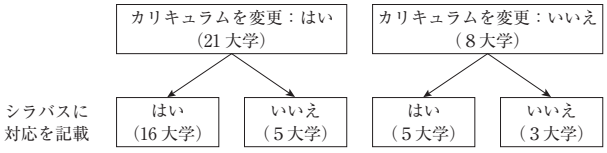


図5-1　モデル・コア・カリキュラムへの対応

1）従来前文に掲載されていた「臨床実習」にかかわる一般目標，到達目標を，本文中に「F 臨床実習」の単独領域として新設した．

2）関連が深かった従来の「A 医の原則」と「B 歯科医師としての基本的な態度」を統合して「A 基本事項」とした．

3）冒頭に記載されている「歯科医師として求められる基本的な資質」の記載内容を修正した．

4）安全で良質な歯科医療を提供できるように，口腔と全身のかかわり，高齢者や全身疾患を有する患者などへの対応に関する記載内容の改善・充実と，歯科医師に必要な医学的知識などの新設を行った．

5）学生1人ひとりの研究志向の涵養に努める項目を新設した．

6）多様な社会的ニーズへの対応として，医療安全の観点，患者中心のチーム医療の観点，大規模災害における歯科による個人識別等の観点，小児虐待防止の観点，男女共同参画促進の観点，のように緊急性が高く，歯科の関与により社会への貢献が大きいと考えられる項目を新設した．

この2011年3月のモデル・コア・カリキュラム改訂に対応した記載をシラバスに行ったかどうかのアンケー

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：モデル・コア・カリキュラム，歯学教育カリキュラム，カリキュラム改革

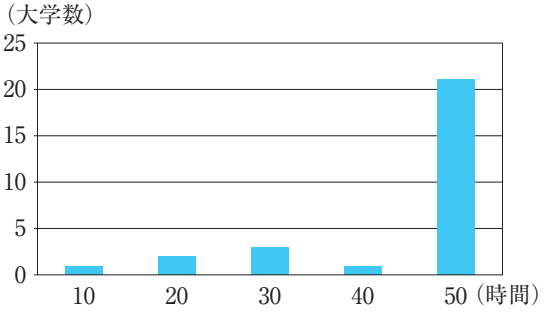


図 5-2 「歯科医師に必要な医学的知識」の教育時間数
n = 28, min = 10, max = 50.

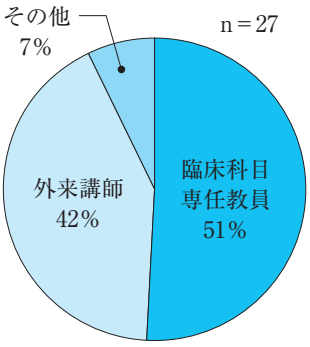


図 5-3 「歯科医師に必要な医学的知識」の教員の担当割合

ト調査では，29 大学中 21 大学が行ったと回答しているが，カリキュラム変更を行わなかった大学でも対応していると答えた大学が 5 大学あった（**図 5-1**）．また，2011 年 3 月のモデル・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学生に配布したかどうかのアンケートでは，したと回答した大学は 29 大学中 13 大学であった（**図 5-1**）．

2011 年 3 月のモデル・コア・カリキュラム改訂で新設された「E 臨床歯学教育 E-4-6）歯科医師に必要な医学的知識」についてのアンケート結果をみると，累計教育時間数は 50 時間が 21 大学，75％とほかの時間数よりも圧倒的に多いのがわかる（**図 5-2**）．ただ一部の大学で 10 時間，20 時間という非常に少ない教育時間もみられた．今後の改善を期待したい．また，この項目の担当教員は臨床科目専任教員が 51％，外来講師が 42％とほぼ自大学の教員が担当しているという結果であった（**図 5-3**）．なお，2 大学では 100％と 90％がその他，すなわち学外あるいは学部外教員が行っているとの回答であった．

第5章 歯科医学教育プログラム（学士課程教育）

4. 歯科医学教育カリキュラムの現状と改革

桑田　文幸

現在の歯科医学教育カリキュラムの基盤は，わが国の大学改革の大綱に沿って形成されている．2008年12月，学士課程教育の構築が将来にとって喫緊の課題であることを認識して，「学士課程教育の構築に向けて」（答申）が中央教育審議会によって取りまとめられた[1]．そのなかで，「公共的な使命を果たし社会から信頼に応える」「学士の水準の維持・向上のため教育の中身の充実を図る」「職業人としての基礎能力の育成と創造的な人材育成を図る」「教育の質の維持・向上を図るために大学間の連携・協同の必要性」などが骨子として示されている．各大学には教育課程編成・実施の方針であるカリキュラム・ポリシーの明確化が求められ，学習成果（ラーニング・アウトカム）を確立して，アウトカム基盤型の教育プログラム構築と教育の実施が進められている．文部科学省の調査によれば，直近の過去5年間に限って85％の大学でカリキュラム改革が実施され，過去10年間で導入率が大幅に伸びた科目・内容として，情報教育科目，文書作成の訓練，ボランティア活動，インターンシップ，大学外の教育施設における単位認定などを挙げている．この背景には，学生の意識変化や社会的ニーズに柔軟に応えようとする努力が各大学でみられることにあると思われる．

歯科医学教育においても改革が進められている．2011年3月には臨床実習開始前の共用試験に関連した歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成22年度版）[2]が初版から2度目の改訂版として提示された．各大学において同カリキュラムを参考にしつつ，特色ある教育プログラムの取り組みが進められた．特に臨床実習では，共用試験の導入によって診療参加型臨床実習が行えるシステムは整っており，キャリア教育の基盤形成が進んでいる．また，今日の歯科医学教育の課題として，医療人の国際的資質（コンピテンシー）の保証のあり方が論議されている．各大学は積極的に臨床実習から卒後臨床研修へと，学生が基本的歯科医療について知識・技能習熟できるように国際的視野に立って教育環境の整備を推進していく必要があろう．

くわた　ふみゆき
日本大学歯学部基礎科学系生物・化学分野
キーワード：カリキュラム改革，モデル・コア・カリキュラム，歯科医学教育

1）カリキュラム全般

授業1コマ当たりの時間を**図5-4**に示す．この結果を歯科医学教育白書の2008年版[3]と比較すると，90分が最も多いのは同様であるが，60分以内が7校で，前回のような50分未満はなかった．29校のなかで80分以上は72.4％を占めていた．次に，1日の授業実時間数（分：授業1コマの時間×1日の標準コマ数）を**図5-5**に示す．平均は366分で，330～360分に18校があり，最小で300分（1校），最大で450分（2校）であった．第1～第6学年の標準授業開始時刻は，最も早いのが8時30分（1校）で9時開始が13校であった．また，標準授業終了時刻の最も遅いのは，17時30分（3校）であり，学年によっては，18時30分授業終了が2校であった．これは，各学年によって最終授業の授業形態の違いによるものと思われる．

大学設置基準に卒業の要件として修得すべき単位数は188単位と定められている．各歯学部・歯科大学の学則によって定めている卒業に必要な単位数は**図5-6**に示した．最少は152単位（1校），200単位以上は17校で2008年度と同程度であったが，最多は271.5単位（1校）と各校でかなり開きがあり，授業形態の変更なども考える必要性があるものと思われる．なお，未回答が3校，単位制と授業時間制を併用した大学は2校であった．

直近のカリキュラム改革の完成年度を**図5-7**に示す．2011年度までに完成させたのは15校であり，これは共用試験の実施からモデル・コア・カリキュラム（平成

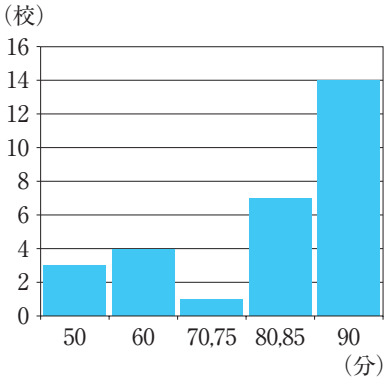


図 5-4　授業 1 コマの時間

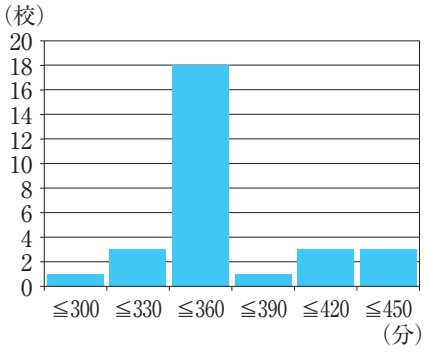


図 5-5　標準的な 1 日の授業実時間数

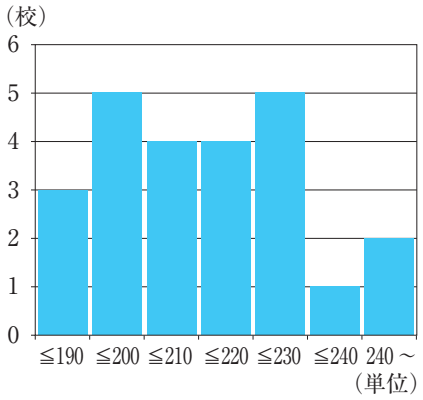


図 5-6　卒業に必要な単位数

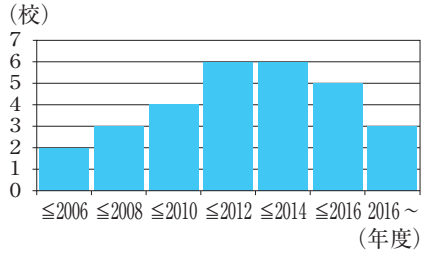


図 5-7　直近のカリキュラム改革の完成年度

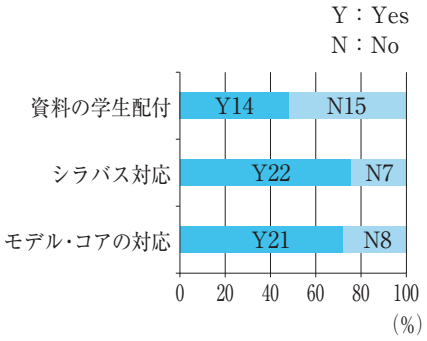


図 5-8　モデル・コア・カリキュラムへの対応

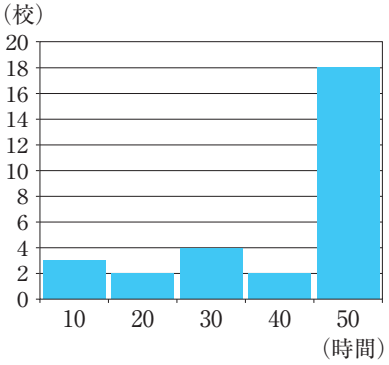


図 5-9　「基本事項 A-1～5」の教育時間数

19 年度改訂版）にいたる時期と関連していると思われる．また，最新のモデル・コア・カリキュラム（平成 22 年度改訂版）や社会のニーズなどに鑑みて，将来のカリキュラム改革の開始予定年度には，4 校が 2012 年度，5 校が 2013 年度，1 校が 2014 年度の 10 校であった．なお，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，診療参加型臨床実習を挙げていた大学が 9 校，初年度教育を挙げていた大学が 6 校，国際性，PBL などを挙げていた大学が 5 校という結果であった．

2) モデル・コア・カリキュラム

モデル・コア・カリキュラム（平成 22 年度改訂版）への対応に関する調査結果を**図 5-8** に示す．このモデル・コア・カリキュラムに対応するためにカリキュラムを変更したのは 21 校の 72%であった．また，シラバスにモデル・コア・カリキュラムとの対応を記載しているのは，22 校の 76%であった．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学生に配付しているのは 14 校の 48%であった．この結果は，前回の調査とほぼ同様であった．

モデル・コア・カリキュラム（平成 22 年度改訂版）「A 基本事項」の A-1～5 について，教育時間数を**図 5-9** に示す．50 時間が 18 校，62%と最も多く，30 時間以下が 9 校，31%であった．教育時間数は前回の調査結果と比較するとかなり増加しており，この分野の重要度が各大学において認識の高いことがうかがえる．また，「A 基本事項」の A-1～5 の教員の所属別比率を**図 5-10** に示す．これを前回（2008 年），前々回（2005 年）[4] との調査結果と比較すると，増加は一般教育系教員（4 → 14 → 16%）および臨床系教員（33 → 37 → 46%）であった．これに対して，減少は基礎系教員（21 → 14 → 10%）および外来講師（21 → 16 → 13%）であった．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，この分野がモデル・コア・カリキュラムの改訂によって，旧モデル・コア・カリキュラムの「医の原則」と「歯科医師としての基本的な態度」を統合した部分であることを反映したも

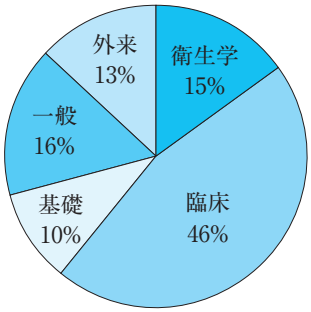


図 5-10 「基本事項 A-1～5」の教員の所属別比率

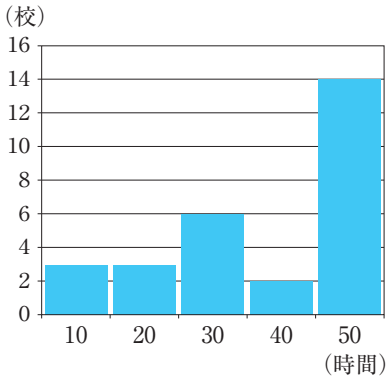


図 5-11 「基本事項 A-6～7」の教育時間数

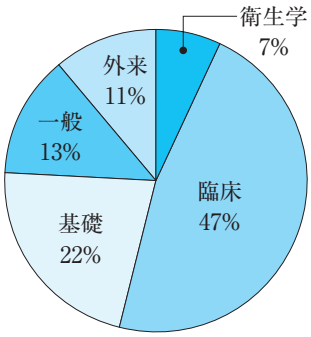


図 5-12 「基本事項 A-6～7」の教員の所属別比率

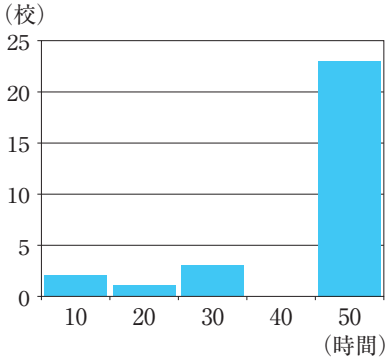


図 5-13 「社会と歯学」の教育時間数

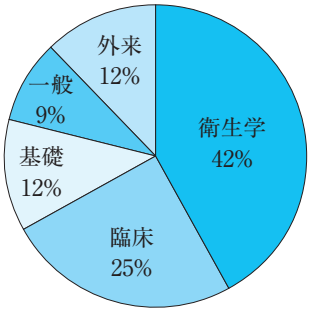


図 5-14 「社会と歯学」の教員の所属別比率

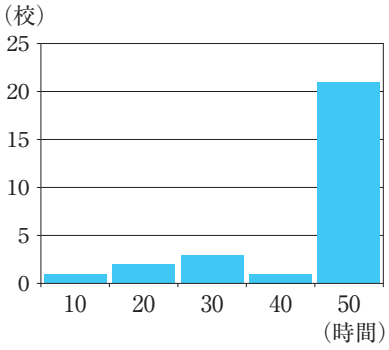


図 5-15 「臨床歯学教育（歯科医師に必要な医学的知識）」の教育時間数

のであるといえる．

「A 基本事項」の A-6～7 の生涯学習，対人関係能力についての教育時間数を**図 5-11** に示す（未記入 1 校）．この分野は，50 時間が 14 校（50%）で，上記の A-1～5 の調査結果（**図 5-9**）と同様な分布であった．この分野の教員の所属別比率を**図 5-12** に示す（未記入 1 校）．**図 5-10** と比較して，基礎系教員の増加がみられ，これは生涯学習の準備や研究マインドの涵養の部分を反映しているものであった．

「B 社会と歯学」についての教育時間数を**図 5-13** に示す．教育時間が 30 時間以下は 6 校（21%）で，前回と類似した結果であった．この分野は社会に有為な歯科医師を目指す基本的なものであり，必要性が認識された結果である．「B 社会と歯学」についての教員の所属別比率を**図 5-14** に示す（未記入 1 校）．「A 基本事項」の教員の所属比率と比較すると，「B 社会と歯学」においては，衛生学の教員が増加し，基礎系・臨床系教員が減少していることがわかる．

「C 生命科学」についての教育時間数は，28 校が 50 時間以上であり，1 校が 10 時間であった．「C 生命科学」についての教員の所属別比率はほとんどが基礎系教員であったが，臨床系教員が 3%前後を占める 2 校があった．これは各校における教育カリキュラムの特色や教員組織によるものと思う．

「D 歯科生体材料と歯科材料・器械」についての教育時間数（未記入 1 校）は，ほとんどが 50 時間（23 校：82%）であったが，10 時間 2 校，20，30，40 時間が各 1 校と各校間での開きがあった．また，「D 歯科生体材料と歯科材料・器械」についての教員の所属別比率（未記入 1 校）は，基礎系・臨床系の教員が大部分を占め，所属別比率は少ないが一般教育系教員も参加していた（5 校）．

「E 臨床歯学教育（E-4～6）歯科医師に必要な医学的知識」についての教育時間数を**図 5-15** に示す（未記入 1 校）．教育時間数はほとんどが 50 時間（21 校:75%）で，40 時間以下は 7 校であった．「E 臨床歯学教育（E-4～6）

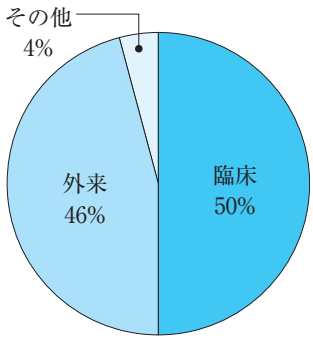


図 5-16 「臨床歯学教育（歯科医師に必要な医学的知識）」の教員の所属別比率

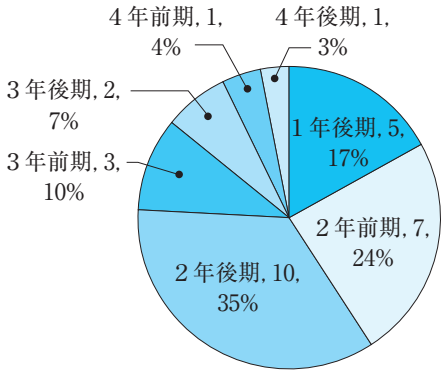


図 5-17 一般教育科目（専門科目との統合科目は除く）の最終授業時期

歯科医師に必要な医学的知識」についての教員の所属別比率を**図 5-16** に示す（未記入 2 校）．ほかの分野とかなりの隔たりがあり，臨床系教員（50%）と外来講師（46%）による教育で占められていた．どの大学においても，この分野における教育プログラムの構築に苦慮している現状がうかがえる．

3) Early Exposure

近年，多様化した入試制度の導入などによって入学した学生に対し，医療人になるために早期に現場に触れさせることで学生の動機づけを促す体験学習の実施が進んでいる．実施に関する調査結果から，実施は 27 校で 93% であった（**表 5-7**）．しかし，Early Exposure にもいろいろな学習タイプが存在し，各大学でそれぞれ工夫がなされ，学習方略では，見学実習が大部分を占めており，歯科・医科の付属病院，近隣の歯科医院，社会福祉施設の見学・研修が行われている．また，講義・示説や SGD なども取り入れて実施されている．評価については，見学実習後のレポート提出（23 校）やプレゼンテーション，観察記録・受講態度によって行われている．この Early Exposure には，今後さまざまな工夫がなされると思われる．

4) 一般教育・リメディアル教育

一般教育科目（専門科目との統合科目は除く）の最終授業時期についての調査結果を**図 5-17** に示す．最も多かった時期は第 2 学年後期（10 校）で全体の 35% であり，2008 年の調査よりも 5 校減少したが，第 2 学年前期で終了するのを合わせると 17 校で，前回と同数であった．第 1 学年後期で一般教育科目が終了するのは 5 校（17%），第 3 学年以降は 7 校（24%）を占めており，一般教育科目による授業は前回と大きな変化はみられず，第 3 学年までに終了するのは 27 校（93%）であった．第 2 学年以降に実施の一般教育科目については，ほとんどが英語であり，第 3 学年以降では英語に加えて，患者学入門，医事法学，倫理学，社会学，医療人間科学などの倫理・態度教育や生命科学基礎，サイエンス PBL 情報科学演習，体育実技であった．

リメディアル教育（大学教育を受ける前提となる基礎的な知識などについての補習教育）について，実施しているのは 22 校（76%）であり，私立の歯学部・歯科大学は全校実施であったが，国公立の実施校は 5 校であった．実施科目については，ほとんどが理科（物理，化学，生物）であったが，基礎数学は 5 校，実用日本語，言語表現法は 2 校で行われていた（**表 5-8**）．

5) 研究体験実習

学士課程において学生の態度教育や問題解決能力などを育むため，基礎講座や臨床講座に学生を配属させて，教員の指導による研究体験実習を通した教育方略が進められている[5]．これは，2008 年 12 月に中央教育審議会から発表された「学士課程教育の構築に向けて」（答申）[1] にみられる，学士課程教育の組織的・総合的な運営によって大学や大学関係者の主体性を尊重しつつ国際的な大学改革を実施して知の世界をリードする研究者への途を開く目標を達成するためにも欠くことのできない教育方略の一つと思われる．

表 5-9 に現在実施する 19 校の教科名・目標，実施学年，

表 5-7　Early Exposure を導入の大学，授業科目，学習方略および評価方法

	授業科目	学習方略	評価方法
北海道医療大学	歯学概論 医療人間学演習	講義 研修	レポート，受講態度 レポート，受講態度
北海道大学	歯科学概論	見学	レポート，受講態度
岩手医科大学	歯科医学概論 歯科専門体験実習	実習 実習	実習態度，発表，出席 レポート，出席
奥羽大学	歯科医療人間学Ⅰ 歯科医療人間学Ⅲ	附属病院見学 学外診療所見学	レポート，評価シート レポート，評価シート
東北大学	歯学概論 歯科臨床入門	講義 見学	出席，レポート 出席，レポート
明海大学	歯学概論 歯科基礎科学	講義，実習 テュートリアル	試験 レポート，プレゼンテーション
日本大学松戸歯学部	医療行動科学 1（歯科医学概論）	見学	レポート
東京医科歯科大学	早期臨床体験実習 歯学概説	見学，実習 病院見学，示説	レポート，実習態度 レポート，実習態度
東京歯科大学	コミュニケーション学Ⅰ コミュニケーション学Ⅱ コミュニケーション学Ⅲ	病院見学，SGD 患者体験・健診記録実習 患者誘導実習	レポート レポート 観察記録，レポート
日本歯科大学 生命歯学部	病院医療概論 医療管理学	見学，実習 講義	実習態度 定期試験，レポート
日本大学歯学部	医療人間科学Ⅰ（健康と社会） 医療人間科学Ⅲ（医療と倫理） 医療人間科学Ⅴ（生活と福祉）	歯科医院見学，実習，SGD 付属歯科病院見学，実習，SGD 社会福祉施設見学，実習，SGD	レポート，態度 レポート，態度 レポート，態度
昭和大学	初年次体験実習 初年次体験実習	病院・施設実習 歯科医院見学	実習態度，報告書 実習態度，レポート
神奈川歯科大学	解剖学	パワーポイントにより解決	—
鶴見大学	医療人間科学 歯型彫刻	見学 実習	レポート 実習態度，製作物
新潟大学	早期臨床実習	見学実習，体験実習	レポート，観察記録
日本歯科大学 新潟生命歯学部	プロフェッション 病院体験実習Ⅰ	講義，SGD 見学，実習	レポート，試験 実習態度，レポート
松本歯科大学	入門歯科医学実習	実習	製作物，レポート
朝日大学	早期臨床実習Ⅰ 早期臨床実習Ⅱ 早期臨床実習Ⅲ 早期臨床実習Ⅳ	病院見学 病院見学，相互実習 病院見学，相互実習 相互実習	出席，実習帳，学習態度 出席，実習帳，学習態度 出席，実習帳，学習態度 出席，実習帳，学習態度
愛知学院大学	歯科学概論	講義，見学	実習態度，レポート
大阪歯科大学	早期臨床体験実習	見学，日誌記載，接遇	レポート，実習態度
大阪大学	プレポリクリ	示説，見学，実習	学習態度，レポート
岡山大学	歯科医療演習 早期見学実習	示説 見学，実習，示説	レポート レポート，実習態度
徳島大学	口腔と健康 早期体験実習	示説 実習，見学	試験，出席 レポート，出席
九州歯科大学	歯科医学概論Ⅰ	見学	レポート
九州大学	アーリーエクスポージャⅠ アーリーエクスポージャⅡ	実習，見学 実習	観察記録 観察記録
長崎大学	学内早期体験実習 学外早期体験実習	大学病院歯科外来見学 外来見学，開業歯科医院の歯科診療見学	レポート レポート
鹿児島大学	早期臨床体験実習	見学	レポート，実習態度

表 5-8　リメディアル教育を実施している大学，科目名

機関名	科目名
北海道医療大学	基礎数学，基礎生物学，基礎化学，基礎物理，言語表現法Ⅰ
岩手医科大学	準備物理学，準備生物学，準備化学
奥羽大学	生物，化学，物理
明海大学	科学特論
日本大学松戸歯学部	数学，物理，化学，生物
東京歯科大学	自然科学演習，教養セミナー（実用日本語）
日本歯科大学生命歯学部	物理学，化学，生物学
日本大学歯学部	基礎自然科学演習（理科リメディアル：物理・化学・生物）
昭和大学	基礎数学，力と運動（物理），細胞の構造と機能（生物），生命活動の物質的基礎（化学）
神奈川歯科大学	生物，化学，物理
鶴見大学	リメディアル演習Ⅰ，リメディアル演習Ⅱ
日本歯科大学新潟生命歯学部	熱と物質の物理（補習と演習），細胞の生物学（補習と演習），生体物質の化学（補習と演習）
松本歯科大学	言語表現，基礎化学，数物系科学入門
朝日大学	数学・歯科基礎物理学・歯科基礎化学・歯科基礎生物学の補講として実施
愛知学院大学	物理，化学，生物
大阪歯科大学	基礎学力充実講義
大阪大学	生命科学基礎
岡山大学	初等数学，初等物理学，初等化学，初等生物学
広島大学	初修生物学，初修化学，一般物理学，基礎微分積分学，微分積分通論，基礎線形代数学，線形代数通論
徳島大学	自然科学入門
福岡歯科大学	基礎理科，基礎数学
長崎大学	基礎生物

形式などを示す．実施は単年 14 校，複数年 5 校で，学内発表会として口演発表が 11 校あり，発表はほとんど全員であった．また，各校において，数多くの教員がこの実習にかかわっている現状がある．研究体験実習での審査による賞は 8 校で授与していた．実施体制は，研究内容の当該講座あるいは学務（教務・教育）委員会が中心となり各講座（研究室）との協力分野を募って学生の配属を決めている．研究体験実習の経験から評価すべき成果については，科学的根拠に基づく医療を実践する精神の醸成，大学院への進学，SCRP での入賞，生涯学習への礎となるなどの調査結果であった．

文献

1) 中央教育審議会．学士課程教育の構築に向けて（答申），2008.
2) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調査委員会，モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会．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 22 年度改訂版）．2010.
3) 日本歯科医学教育学会白書作成委員会編集．歯科医学教育白書 2008 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2009.
4) 日本歯科医学教育学会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.
5) 後藤哲哉，小林　繁，本田栄子，舩越啓右，天野仁一朗，河岸重則，吉野賢一，村田貴俊，井上博雅，辻澤利行，西原達次，大住伴子，小園凱夫，田島清司，福泉隆喜．学生の基礎歯科学志向に対する基礎配属（研究室配属）の効果について．日歯教誌 2005；20：396-404.

表 5-9　研究体験実習を実施している大学，目標，実施学年，実習概要，成果など

機関名	目標	実施学年	形式	学内発表会	評価対象	実施体制	成果	特記
北海道医療大学	歯科医学研究 A,B,C：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．	3, 4, 5	年間 54 時間，学生が 4 ～ 5 名のグループを作り，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，SCRP，各種学会にて発表する．	口演発表	学内外発表	学生が希望する研究室を選択して，研究を実施する．	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，2009 年度 3 位に入賞した．	
北海道大学	研究実習Ⅰ，Ⅱ：研究のテーマ選択，実験，まとめ，発表，論文形式の報告書執筆の一連のプロセスを実際に体験し，みずから問題を提起し解決する能力を身につけることを目的とする．	5, 6	1．配属：配属講座：基礎講座および受け入れ可能な臨床講座　配属：実習の最初にあらかじめ配布した小冊子に提示されたテーマについて説明会で説明を受ける．配属先の希望を取り，受入枠内で決定．2．テーマ決定：各講座で行う．3．実験：各講座で進める．出欠を取る．4．研究発表会：研究実習の最後の時期に全員参加による学部内発表会を行う．発表会プログラムを公表〈ホームページにも公表〉発表．スライド，液晶プロジェクターまたは OHP/発表 6 分．質疑 2 分．5．論文提出：論文形式の報告書（本文＋図表＋引用文献）を作成し，発表終了後，提出する．提出部数：正 1 部，副 2 部（写真もコピー可），他に FD も提出	口演発表	日常評定・学内発表とその抄録	生体理工学教室が中心となり，各研究室との連絡調整を行い，学生を配属する．	問題解決能力，礼儀・作法，研究能力（手法および時間の調節），基礎的知識のそれぞれの明確な向上が認められるようになった．	大学院進学の後押しになる．
奥羽大学	解剖学実習：グループの一員としてテーマに関する調査，まとめ，発表を行う．	2	人体解剖に関し，4 人 1 組に 1 テーマを与え，それに関する発表を行わせ，学生同士の質疑応答または発表者と教員間でのディスカッションを行う．		日常評定			
東北大学	歯学基礎演習・基礎研究実習	5	できるだけ学生の希望に沿って基礎研究分野に配属し，歯学基礎演習では研究に先立ち，文献検索の習得や英文論文抄読を行う．基礎研究実習では，各分野担当教員との相談により研究テーマを決めて研究実習を行い，分野単位で成果を発表する．		日常評定，レポート	学生の希望に基づき，学部教務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．	大学院への接続となっている．基礎研究室と学生の交流の場となっている．	
日本大学松戸歯学部	医療行動科学 9（講座研究の体験）：各講座の研究活動に参加する．研究目標に基づく研究を実施する．	6	希望する分野の講座に配属され，研究活動に参加する．学生がみずから研究目標を定め，指導教官の指示に従って研究活動に従事する．その成果は，学内学会である日大口腔科学会で発表することができる．	あり	日常評定，レポート，学内発表	学務委員会（学習サポート委員会）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．	旧カリキュラムでは 2 年から 3 年にわたり実施していたが，平成 22 年度カリキュラム改訂により 6 年に実施することになった．6 年での実施により，学生の視野が広くなり，また研究意欲が向上しているため，短期間での研究が可能となった．	
東京医科歯科大学	研究体験実習：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．	4	自学自習を通しての問題解決能力の獲得，研究発表のプロセスの理解などを深めるために，歯学系大学院研究室はもとより，難治疾患研究所，医学系大学院研究室などの分野へ学生を配属し，研究の世界での「いろは」を体得し，研究活動を通しての失敗，成功の試行錯誤を繰り返すなかで，生涯にわたって続く基本的な学習姿勢，思考能力を養う場としている．	口演発表，ポスター発表	日常評定＋報告書＋学内発表	3 名のモジュールコーディネーターが中心となり，協力分野を募り，学生を配属させる	改善すべき点としては，1）分野への配属が複数名の学生になると研究テーマの重複がみられたこと，2）配属先を決定するプロセスとしては，昨年同様のマッチングシステムを採用したが，希望学生が受入れ可能人数よりも多かったり，受入れを表明しているにもかかわらず希望学生がいなかったりする事態に遭遇したこと，3）モジュール実施期間中には一堂に会する機会のない学生との連絡に e-learning としてのブラックボードを利用したことである．しかしながら，定期的に閲覧している学生ばかりではなく，依然として掲示板や電子メールなども活用せざるをえない場面があったこと，4）発表会を一次，二次と分けることでモジュールコーディネーターの負担が非常に増えたりしたこと，などが挙げられる．	成果発表会当日の夕方に，大学内のレストランで学生と指導教員を招待しての表彰式と懇親会を歯学部主催で開催している．成果発表会で優秀な成績を上げた学生には表彰（歯学部長賞）する．当該年度以降の海外研修候補者として優先的に選考される権利を与えられる．また，国内外の学会・学術大会への発表の支援を，日本歯科医師会/デンツプライが開催している SCRP 全国大会への学内代表者へ優先的に選考される．

機関名	目標	実施学年	形式	学内発表会	評価対象	実施体制	成果	特記
日本歯科大学 生命歯学部	生命歯学探究：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．	2	学生を23の講座・施設に分割して配属し，2年前期と2年後期において，それぞれの講座・施設の教員の指導のもとに，各配属先の提示した数種のテーマの中から学生がみずから選択し，研究の計画段階から自主的に研究活動を行う．	口演発表	日常の研究態度などの日常評定，出席率，学内発表への寄与など	教務部・学生部が中心となり，各講座・施設の研究テーマのプレゼンを行い，学生の希望を考慮して，学生を配属し，連絡調整を行う．	この実習経験者の一部がその後，研究活動を続け，2011年度のSCRPで臨床部門1位，総合2位に入賞したなど，研究活動の継続と学会発表などが行われつつある．	
日本大学歯学部	Approaches to Basic Research：学生が興味のある科学のテーマについて自身で研究する．	3	指導教員の各分野に学生3名が参加して，興味のある研究テーマについて指導を受けながら報告書をプロダクトとして作成，発表する．	口演発表	論文発表等	各研究室から教科担当者を決めて教育プログラムとして実施する．	学生の研究に対する関心をもたせるのに意義があった．	大学院に進学するための礎になってほしい．
昭和大学	研究入門：歯科医学（特に基礎歯学）の専門性の高い研究に直接触れることにより，近代歯科医学が科学的根拠の上に構築されていることを理解する．	3	本実習は，基礎系の全講座が開講し，履修する学生は配属される講座を選択することができる．講座ごとに独自のカリキュラムが設定されており，研究テーマの発案，研究計画の立案および遂行，結果の発表および考察という一連の過程を講義・実習・グループ討論を通して行う．なお，本科目は選択科目として開講している．		研究報告書・研究日誌・実習態度を総合して評価する．	実習責任者である口腔生化学講座教授がコーディネーターとして各講座との連絡調整を行い，学生を配属する．	通常の講義・実習では知る機会の少ない，専門性が高い最新の研究テーマおよび研究手法に学生が直接触れることにより，科学的根拠に基づく医療を実践する精神が身につくことが評価できる．その一方で，年間カリキュラムの関係で本科目に十分な期間を確保することが困難である．したがって時間を要する研究手法を用いる研究は対象とできない．この点は将来の検討課題である．	本科目の評価により最優秀となった学生を，スチューデント・クリニシャン・リサーチ・プログラム（SCRP）日本代表選抜大会への本学代表とする．
朝日大学	歯科医学研究入門Ⅰ・Ⅱ：歯科医学をテーマとした研究の一端を担当し，研究への意欲を涵養する．	2, 3	1グループ当たり8名程度を各分野研究室に配属し，与えられたテーマに基づき，研究活動に従事し，得られた成果を冊子にまとめる．また優秀なグループは，岐阜歯科学会において発表の機会を与えている．	口演発表	出席，受講態度，研究成果	研究入門部会が中心となって，研究テーマの取りまとめ，学生配属について検討する．	モチベーションの高い学生は，積極的に取り組むが，そうでない学生との差が大きい．	
大阪歯科大学	研究室体験実習：科学者としての歯科医師の形成および医学・医療に従事する際の選択肢の拡大	4	学生は，各教室・講座に少人数グループ（5名程度）で配属され，全教室・全講座の一つで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．		出席，態度，意欲，レポート	教務部委員会の委員が調整する．		
大阪大学	基礎配属実習：歯科医療の未来を拓く研究者の養成を目指すとともに，歯科臨床にも応用できるリサーチマインドの育成を目標とする．	3	すべての基礎科目が終了する3年次の11～12月に，それらの科目の総仕上げとして行われる．すべての学生を歯学部基礎科目を担当する9教室に分属させて基礎研究を体験させ，研究内容は学生が自由に選択可能なプログラムを提供する．	口演発表	日常評定，学内発表	教務委員会が中心となり，各教室との連絡調整および学生の配属を決定する．	卒業後に，基礎配属実習にて研究を体験した教室に大学院生として入学し，研究者を目指す学生がいることから，リサーチマインドをもった歯科医師の養成に寄与している点は大きい．しかし，学生によっては実習への取り組み意欲に差があり，十分な学習効果の得られていない場合がある．	
岡山大学	自由研究演習：実験研究を通じ問題解決，総合的応用判断能力を養い，科学的視点を身につける．	3	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等を行う．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置いている．	口演発表 31	日常の態度・意欲等，学内発表	教育委員会が中心となり，学生の希望調査を行ったうえで各研究分野との連絡調整を行い，学生を配属する．	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等が把握できる．臨床研究分野には負担が大きい．	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の醸成にもつながる．
広島大学	歯学研究実習	4, 5	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．		日常評価	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．		

機関名	目標	実施学年	形式	学内発表会	評価対象	実施体制	成果	特記
徳島大学	研究基礎ゼミ：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	3	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．		日常評定	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．	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．	
九州歯科大学	研究室配属：学生諸君が研究に対する理解を深めリサーチマインドをもった歯科医師になることを目的とする．研究室配属を通してリサーチを行っている研究者としての教員と接し，歯科医学に対する科学的な見方・考え方を養う．	5	毎年約 30 程度の研究テーマ（2011 年度：23 題）が出され，その研究テーマと内容を見て，学生が希望する研究室に配属される．遺伝子組換え，動物実験を行う場合は，教育講習を受講し，実験計画書のもと，実験を遂行する．また，倫理委員会への申請が必要な場合，申請書と実験計画書を提出し，調査研究を行う．研究室配属終了時には，各テーマごとにポスター発表を行い，学生および講座長の投票により，上位入賞者を表彰する．	口演発表，ポスター発表	研究室配属ノートに各時間ごとに行った内容を記載し，責任者の確認印をもらう．終了後，発表会を開催し，全員ポスター発表し，学生および講座長による投票で上位 10 グループが翌日口演発表を行い，優秀者（グループ）を表彰する．	大学院歯学研究科長を中心に教員，事務で構成された研究室配属運営部会が中心となり，各分野に研究室配属の研究テーマを提出させ，手引書を作成し，学生に配布する．手引書の中で学生が興味をもった研究内容について研究室を訪問して，詳細を聞くための日程調整を行う．さらに受け入れ可能人数を超えた場合，受け入れの調整を行う．また遺伝子組換え実験および動物実験を行う学生は，各教育講習を受講させる．	研究室配属を５年生で実施するため，６年生の夏休みに下記に示すスチューデント・クリニシャン・リサーチ・プログラム：SCRP に参加することになるので，研究内容について勉強しなおさなければならない．また英語発表の準備等にかける時間が十分でない，国家試験勉強との兼ね合いもあり，発表希望者が限られる．	口演発表の上位に選ばれ，本人（達）が希望すれば，世界規模で歯科学生による研究成果の実践発表（スチューデント・クリニシャン・リサーチ・プログラム：SCRP）に参加し，英語で発表する．
九州大学	Early Exposure Ⅱ：基礎・臨床の各分野で行われている研究に参加する．	3	3 年次の学生を，基礎，臨床の各分野に約 3 名から 4 名配属し，分野の定めた指導教員の指導に従って研究を実施する．各分野 1 テーマとして，終了時に発表会を行い，学務委員会投票および学生投票により優秀発表賞を決定する．	口演発表	学内発表，日常の観察記録	学務委員長が取りまとめ，歯学学生係が学生の希望を収集し，各教室と調整して配属先を決定する．	一部の学生は，この実習を機に配属された研究室での研究を続け，大学院へ進学することが評価すべき成果である．また，発表会のみならずレポート（論文）などの作成を課せば，より効果的な教育に変わる可能性があると考える．	
福岡歯科大学	基礎研究演習：基礎研究室において，研究の基本を体験するとともに，生命科学や医療技術の成果を学び，病因，病態を解明するなどの研究マインドを育成する．	3	研究室配属により，興味ある口腔医学テーマについて研究するために必要な基本的事項を体験する．		研究体験ノート	基礎医歯学部門長が中心となり，各研究室との連絡調整を行い，学生を配属する．	学生が意欲をもって取り組んでおり，実習に対する評価が高い．	
長崎大学	歯学ゼミナール・歯学研究コース：歯学部３～５年生が各講座で主に実験を行う．	3, 4, 5	歯学ゼミは基礎系講座において，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．歯学研究コースは，基礎および臨床講座において主として実験・研究を行うコースである．	あり	日常評定，レポート	教務委員会が中心となり，学生の希望を優先して，各研究室へ配属する．	本コースの設置により，大学院への希望者が上昇している．	歯学ゼミは本年度で終了する．歯学研究コースは昨年度から実施され，今後も続ける予定である．

第5章 歯科医学教育プログラム（学士課程教育）

5. 倫理・態度教育の現状

中島　一郎

今日の歯学教育においては，社会のニーズとして教育の質保証が叫ばれており，医療人として，どのようにキャリア教育を実践していくのか，さらには卒業時における学習のコンピテンシーはどうあるべきかなど，グローバルスタンダードとして通用するアウトカムを基盤とした教育の充実が求められるようになった．

わが国の歯学教育モデル・コア・カリキュラムでは歯科医師として求められる基本的な資質の条件として，歯科医師としての職責や患者中心の視点などが提言されている．各歯科大学・歯学部では高い倫理観や，プロフェッショナルとしての自覚をもった歯科医師の育成が教育のコンセンサスとなっている．

本稿では，2012年度における全国の歯科大学・歯学部を対象に行われた，白書編集委員会の調査アンケートのデータを基に，現在の各大学で，どのように倫理・態度教育の取り組みが行われているかを**表5-10〜12**に示した．また，前回の歯科医学教育白書（2008年版）における倫理・態度教育の現状調査結果の一部と比較検討も行った．この結果を，学生の態度領域の教育の質保証や評価のあり方などの情報共有にとどまらず，教育関係者間での今後の教育のあり方の議論に活用していただきたい．

1）各大学における倫理教育・態度教育の意義

アンケート調査からは，全調査対象校のうち1校（導入を検討中）を除いて倫理教育・態度教育が導入されており，医療人教育の基盤となる倫理・態度教育を重視していることが示され，多くの歯科大学・歯学部では倫理・態度教育が導入・実施されている．各校において教育目標・内容に共通性がみられるものの，実施状況では以下のような相違がみられた．

2）倫理教育

(1) 実施形態

実施形態として単科科目を採用している大学は20校であり，前回調査より2校減少した．統合科目を採用しているのは5校であり，前回調査結果の7校よりも減少した．一方，今回の調査では，倫理教育の科目別に単科科目と統合科目を併用した大学は2校，新たに教育ゼミ方式で授業を実施している大学が1校となった．

(2) 実施開始学年

今回の調査結果では倫理教育を初年次教育として実施しているのは11校（38%）であり，第2学年以降の教育として実施しているのは，17校（59%）であった．現在のところ倫理教育の導入を検討していると回答したのは1校（3%）であった．一方，前回の調査では初年次教育で倫理教育を実施した大学が13校であったことから若干の教育配置における移動がみられたが，ほぼ変化はなかった．

(3) 授業時間

倫理教育の全国の授業時間の平均は2,073.4分（34.6時間）であり，中央値は1,350分（22.5時間）であった．最多時間と最少時間は，それぞれ7,500分（125時間）と150分（2.5時間）であり，大学間において授業時間に顕著な差がみられた．この傾向は前回の調査結果と同様であった．

(4) 教育内容

教育内容としては各校に共通して医療倫理，医療倫理学の意義，生活倫理，宗教倫理，医療における原理・原則，医療面接，生死をめぐる倫理的課題，職業倫理，生命倫理，インフォームド・コンセントなどについて授業が実施されている．この傾向は前回の調査結果と同様で

なかじま　いちろう
日本大学歯学部医療人間科学教室
キーワード：倫理教育，態度教育，汎用的能力

表 5-10　各大学における倫理・態度教育の科目，教育方略および評価

	倫理教育									態度教育								
	科目名	実施形態			実施学年	コマ数	時間（分）	教育方法	評価方法	科目名	実施形態			実施学年	コマ数	時間（分）	教育方法	評価方法
		単科	統合	その他							単科	統合	その他					
北海道医療大学	医療倫理学	○			1	15	1,200	講義	試験もしくはレポート，学習態度の観察評価，出欠席の評価	医療人間学	○			1	15	1,200	講義，演習，見学	受講態度，報告書・レポート，出席率
	死生学入門	○			1	15	1,200	講義	試験もしくはレポート，学習態度の観察評価，出欠席の評価	患者学入門	○			1	15	1,200	講義	筆記試験，レポート，受講態度，出席率
北海道大学	全人教育演習			○3～4名が臨床および基礎の教員とゼミ形式で行う．	3, 4	30	2,700	人間性に関する内容を中心とした教員と学生のディスカッションにより，意識の向上，気づきなどを与える．	出席による評価									
岩手医科大学	医の原則・態度演習		○		3	24	2,160	講義形式	試験により評価	医の原則・態度演習		○		3	24	2,160	講義形式	試験により評価
	社会歯科学		○		3	20	1,800	講義形式	試験により評価	歯科医学概論		○		1	71	6,390	講義・実習	試験・実習成績により評価
奥羽大学	歯科医療人間学Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ，Ⅳ	○			1, 2, 3, 4	90	5,400	講義，スモールグループ討議，DVD，ロールプレイ，PBL（KJ法，二次元展開法），BSL-AED技能	レポート提出，小テスト，DVD評価（ロールプレイ），最終日の形成的評価の平均点にて	歯科医療人間学Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ，Ⅳ	○			1, 2, 3, 4	32	1,920	DVD撮影によるロールプレイ，チェック用紙による身だしなみのチェック	DVD撮影による評価，身だしなみチェック評価，見学レポート，見学先からの評価票による評価の総合評価
	倫理学	○			2	30	1,800	講義，テーマ演習（小論文作成）	小論文50％，定期試験2回を50％として評価	臨床総合演習		○		4	12	720	演習と実習	OSCE形式
	口腔解剖学			○授業の一部として	2	2	120	講義および慰霊式参加	解剖学の授業の一環として評価	社会歯科学	○			1	2	120	講義	中間試験（20％），定期試験（80％）で総合評価
	社会歯科学	○			1	3	180	講義	中間試験（20％），定期試験（80％）で総合評価	歯冠彫刻実習	○			2	2	120	講義，スモールグループディスカッション	実習試験の製作物，小テスト，態度・身だしなみ・忘れ物・遅刻による評価
東北大学	検討中									総合歯科学		○		5	1	90	講義	出席および履修態度
明海大学	医療倫理	○			2	27	3,240	講義	定期試験，レポート，出欠席									
日本大学　松戸歯学部	医療行動科学3（医療倫理学）	○			2	15	1,350	講義，SGD（事例検討），シネエデュケーション	試験，SGDのレポート，学習態度	医療行動科学	○			1, 2, 3, 4	120	1,350×8	講義，演習，事例検討，ロールプレイ，ポートフォリオ，シネメディケーション，ビデオ撮影，他	試験，SGDのレポート，観察評価，学習態度
東京医科歯科大学	歯学入門「医の倫理」	○			2	7	630	講義	筆記試験・プレゼンテーションとディスカッションへの参加，講義への出席等を基に総合的に評価	臨床体験実習Ⅰ		○		3	52	2,600	各診療科における，診療介助および見学	観察記録，自己評価，簡易ポートフォリオ等
	モジュール歯科医療入門ユニット「医の倫理」	○			3	5	250	グループ討議，プレゼンテーション，講義	筆記試験，ディスカッションへの参加程度，授業中の態度を総合的に評価	歯学概説のうちの「歯学部・病院」見学		○		1	3	300	研究室，附属病院の各診療科外来および病棟の見学	レポート

	倫理教育									態度教育								
	科目名	実施形態			実施学年	コマ数	時間(分)	教育方法	評価方法	科目名	実施形態			実施学年	コマ数	時間(分)	教育方法	評価方法
		単科	統合	その他							単科	統合	その他					
東京歯科大学	歯科医療管理学（医療倫理）	○			4	8	720	PBL（SGDによる問題解決学習）	1）観察記録（総括的評価） 2）レポート(総括的評価)	コミュニケーション学Ⅰ		○		1	10	900	1）各科講義 2）病院見学	1）観察記録（形成的評価） 2）レポート（総括的評価）
	生命倫理	○			1	13	1,170	1）講義 2）グループ討議 3）講義中に課すリアクション・ペーパーへの記述	1)定期試験(記述試験) 2)討論の発表内容 3)講義中に課すリアクション・ペーパー	コミュニケーション学Ⅱ		○		2	12	1,080	1）千葉病院臨床実習 2）講義 3）グループ討議 4）実習	1）観察記録 2）レポート：総括的評価
										コミュニケーション学Ⅲ		○		3	15	1,350	1）ロールプレイ実習 2）講義 3）臨地実習	1）相互評価フィードバック（形成的評価） 2）観察記録（総括的評価） 3）実習直後の客観テスト 4）レポート
										課題講義Ⅰ（コミュニケーション学Ⅳ）		○		4	6	540	講義と実習	1)観察記録(相互評価，形成的評価） 2）観察記録（総括的評価）
日本歯科大学生命歯学部	歯科医療の基本		○		2	13	1,040	各専門分野の担当者が講義を行う.	多肢選択式問題による客観評価から評価し，授業出欠状況と受講態度を成績の評価対象とする.	病院医療概論		○		1	25	2,000	講義，実習	出欠，受講態度
										総合臨床基礎学実習		○		4	12	1,920	実習	技能・態度評価，ミニOSCE
日本大学歯学部	医療と倫理		○		2	28	1,400	講義，演習のほかに病院見学実習を行っている.	定期試験と出席，レポート，小テストで評価する.	医療と倫理		○		2	28	1,400	講義，演習のほかに病院見学実習を行っている.	定期試験と出席，レポート，小テストで評価する.
昭和大学	医の原則・歯科医師の基本的態度(医の倫理)		○		3	6	360	講義および小グループ討議（SGD）	講義課題のレポート，SGDにおける態度および進級試験による評価	コミュニケーション A，B	○			1			講義，演習，ロールプレイ，疑似体験実習，SGDなどの多様な学習方法を用い，グループ分けによる相互討議・発表を行うとともに全体発表を行う.	演習・授業中の態度（30%），グループへの参加態度・積極性（20%），レポート・提出物（50%）を総合して評価する.
	医療人としてのヒューマニズム A，B	○			1	23	2,070	A：講義中心だが講演，映画上映，グループワークなども設定，B：講義，PBL	レポートなどの提出物：80%，授業態度：20%	福祉健康とコミュニケーション		○		2	2	180	歯科医療場面でのビデオを見て，コミュニケーションにおける問題点を発見し，いかに改善するかを検討する．さらに検討した点に留意しての模擬患者とのコミュニケーション演習を行う.	実習レポート（40%），実習態度（ポートフォリオ提出状況も含む）（60%）を総合して評価する.
	生命倫理A，生命倫理B	○			1	23	2,070	講義およびSGD	定期試験の成績(80%)に小レポート（20%）を加味して評価する.									
神奈川歯科大学	法学	○			1	1	75	配布資料にて説明	本試験									
	歯科医師力養成学	○			3	1	75	臨床体験法から学ぶ.	本試験，出席，受講態度									

	倫理教育									態度教育								
	科目名	実施形態			実施学年	コマ数	時間(分)	教育方法	評価方法	科目名	実施形態			実施学年	コマ数	時間(分)	教育方法	評価方法
		単科	統合	その他							単科	統合	その他					
鶴見大学	倫理学	○			1	14	1,680	教科書およびスライドを用いて講義内容を理解させる.	期末試験結果と出席,態度などを加味して総合的に評価する.									
	生命倫理学	○			2	14	1,680	教科書およびスライドを用いて講義内容を理解させる.	毎回の課題提出を義務化しており,自分の倫理的考えを加味して判断するが,中間と最後にはレポートを提出してもらい,総合的に判断する.									
新潟大学	医療倫理	○			4	8	720	講義,症例・事例を題材とした小グループ演習	試験の成績,出席点(出席率および授業中に課す課題)を1:1で配点して評価	臨床予備実習,臨床実習Ⅰ～Ⅲ			○臨床実習として	5,6		1,380	教員よりアドバイスを与える.	診療中随時あるいは診療終了後に形成的評価を行う.
日本歯科大学 新潟生命歯学部	医療倫理	○			4	7	630	講義,SGD	客観試験(臨時試験)									
	医の倫理入門	○			2	7	630	講義,自己学習,SGD	論述試験,客観試験,プレゼン・ディスカッションへの参加,レポート,出席状況	医療コミュニケーション実習	○			4	2	180	相互実習,講義	評価シート
松本歯科大学	医療面接法	○			3	8	720	講義,実習	定期試験,Weekly Test,態度,ノート・レポート提出等									
	社会歯科学	○			4	2	180	黒板,プロジェクター,配布資料を利用した講義	定期試験,Weekly Test,出席状況,受講態度,ノート・レポート提出等									
朝日大学	医療倫理学	○			1	15	1,800	講義	試験成績,平常成績(小テスト,受講態度)の総合評価	早期臨床実習Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ		○		1,2,3	40	4,800	病院見学開始前における,担当教員からの服装等の指導,学生相互による実習を実施. 病院において患者呼び出し,誘導等の診療補助を担当させる.	出席,受講態度,提出物による総合評価
	社会歯科学	○			4	15	1,800	講義	試験成績,平常成績の総合評価	客観的総合演習		○		4	8	960	グループに分けた学生のなかで,歯科医師役,記録役,評価者役に分け,模擬患者に対しシナリオに基づいた医療面接を実施し,その内容を学生相互に評価させる.	出席,提出物,授業態度(積極的参加の度合い,意見発表など含む)等により総合的に判定
愛知学院大学	医の原則	○			2	1	1,350	講義形式	レポート	歯科医師の基本的態度	○			3	1	1,350	講義,グループ討議	筆記試験,授業態度
大阪歯科大学	医の原則	○			3	15	1,200	講義,プリント,パワーポイント	試験	人権論	○			1	15	1,200	講義,PC,板書	試験
										社会福祉施設体験学習	○			1	29	2,320	講義,社会福祉施設体験	講義,レポート,出席,作業日誌,班別意見交換
										模擬患者演習	○			4	6	480	面接技法実習	出席状況,実習への参加意欲,レポート
										研究室体験実習	○			4	6	480	オリエンテーション,実験	出席状況,実習への参加意欲,レポート

	倫理教育									態度教育								
	科目名	実施形態			実施学年	コマ数	時間(分)	教育方法	評価方法	科目名	実施形態			実施学年	コマ数	時間(分)	教育方法	評価方法
		単科	統合	その他							単科	統合	その他					
大阪大学	口腔総合医療学	○			5	6	360	講義，医療面接については相互実習も実施	講義終了後の筆記試験，ロールプレイ中の観察記録	口腔総合医療学	○			5	2	120	講義，相互実習	観察記録，筆記試験
	歯学序説Ⅰ	○			1	2	120	講義，グループ作業，ロールプレイ	観察記録	歯学序説Ⅰ		○		1	2	120	講義，グループ作業，ロールプレイ	観察記録
	口腔治療学		○		4	2	120	相互実習	観察記録									
	口腔外科学		○		4	2	120	相互実習	観察記録									
岡山大学	生命倫理学	○			4	8	720		小テストあるいはレポートの総得点（合計）による．	早期見学実習		○		1	85	7,650	実習	レポート
										臨床技能実習		○		5	210	18,900	実際の臨床プロセスを模倣したシミュレーション実習	出席，レポート
広島大学	医療倫理学	○			5	8	720	シラバス参照	シラバス参照	総合歯科医療学	○			4	15	1,350	シラバス参照	シラバス参照
徳島大学	医の原則と医療安全	○			4	15	900	講義とスモールグループディスカッション	筆記試験	大学入門講座		○		1			1泊2日の合宿研修，講義	観察記録
九州歯科大学	医療コミュニケーションⅡ・Ⅲ，医療行動学，歯科医療人育成学Ⅲ		○		1，2，3，4，5，6	50	3,000	講義，SGD，PBL，ロールプレイ	出席，講義中の態度や演習への積極的参加度，ポートフォリオ，試験									
九州大学	医療倫理学入門（アーリーエクスポージャⅠ）		○		1	20	1,800	講義・演習など	出席，レポート，観察記録など	行動科学Ⅰ	○			3	14	1,260	講義および演習	筆記試験
	臨床倫理（医療系統合教育科目）		○		4	9	810	シナリオを用いたTBL	観察記録，ポートフォリオ，プロダクト	行動科学Ⅱ	○			4	15	1,350	講義およびロールプレイ	筆記試験
福岡歯科大学	生命・医療倫理学	○			2	15	1,200	板書中心の講義形式	記述および客観試験（80％），平常評価（20％）〔授業出席状況，および質疑応答等を含む受講態度による．〕									
長崎大学	コミュニティー教育・実習	○			3	3	270	講義	レポート	医療面接（医療行動科学）		○		5	4	360	再現ビデオから好ましい点，好ましくない点を考察・発表させる．	選択した再現ビデオの好ましい点，好ましくない点を解答させる．
	歯科東洋医学	○			3	1	90	講義	筆記試験									
鹿児島大学	歯科医療倫理	○			4	8	675	講義方式，学生同士のディスカッション方式	筆記試験	歯科臨床早期体験実習		○		1	30	2,700	講義・演習	実習態度をクラークの意見を参考にA～Eの5段階で評価する．レポートをA～Eの5段階で評価する．
	全人的歯科医療実践学	○			1	15	1,350	オムニバス講義方式	講義後のレポート，授業への参加態度，期末試験の各配点に従って総合的に評価する．									

表 5-11　倫理教育の内容における概要

倫理教育の内容	
・医療倫理学の意義，生活倫理，宗教倫理，医療における原理・原則，医療面接，生死をめぐる倫理的課題，職業倫理，生命倫理，インフォームド・コンセント ・死生学の意義と概要，死生学と死生観，医療における生と死教育，生死と宗教，西欧人の死生観，日本人の死生観，高齢者における生死教育，子供における生死教育，生死の準備教育，死と死にゆく過程，死への不安と恐れ，死別による悲嘆とその支援，ホスピス・ケア，ビハーラ・ケア ・歯科医師としての理想像およびその基礎となる人としての人間性に関するものをテーマとする． ・良好な医師・患者関係を築ける歯科医師となるため，医の倫理，医事法学，心理学，医療制度等について学ぶ． ・人間性と倫理性に富んだ歯科医師となるため，法律，倫理規範，保険制度等について学ぶ． ・4 コースのうちキャリアアップ学習にて実施している．自分を見つめて（生と死），歯科医師として，医療とホスピタリティー，インフォームド・コンセント，医療者の装身具の有無，医療事故の背景など ・現代倫理学の理論を学び，生命，医療倫理学へと発展させる． ・解剖学の歴史，日本における献体の歴史および変遷，慰霊式への参加 ・医の倫理規範，インフォームド・コンセント ・医療侵襲に利用得失が伴うのならば，みずからの進退の処分に関しては，自己決定の権利があるという新たな医師・患者関係に基づく医療倫理を医療の歴史的経緯，社会背景を通じて考える． ・歯科医師の法的責務，患者の権利と尊厳，プロフェッショナリズム，IC, 臨床倫理の 4 分割法，死生学，医療評価，緊急時の IC, コミュニケーション，医療における安全性など ・なぜ医の倫理を学ばねばならないのか？　倫理学および法学の視点から，「治療するとはどういうことか」「自己決定権」「いのちの平等」と「いのちの質」について考える．これからの生命倫理に求められること―批判的考察 ・将来歯科医療あるいは歯学研究を実践・遂行するために，医療・歯科医療および医学・歯学研究における倫理の重要性を理解する． ・最善の歯科医療を提供するために，倫理的な選択を行うための技法に関する知識・態度を身に付ける． ・現代社会の生や死にかかわる諸問題を理解する． ・さまざまな生や死のあり方を多面的に考え，知識を習得する． ・現代社会の生命倫理的諸問題に対する真摯な態度を培う． ・歯科医師として求められる基本的な資質や医学における倫理的な注意事項について理解するため，必要な医療安全や関連法規について理解する． ・医療における倫理，患者の権利について理解を深めること ・医療・歯科医療および医学・歯科医学研究における倫理の重要性を理解する． ・チーム医療の一員として，豊かな人間性をもった真心のある医療人となるために，さまざまな側面から人間の価値を理解し，人間の価値を尊重する態度と生命への畏敬の念を育む． ・A：社会における医療のあり方と医療者の責務を考えるために，医学研究，ハンセン病や水俣病の歴史，メディカルツーリズムの事例を検討する．B：生殖にかかわる倫理問題を広い視野から考えるために，問題の社会的背景を知り，生命倫理の基本原則を学ぶ． ・末期医療と法，生殖医療と法 ・患者の権利を熟知し，説明できる．	・日本における先人の叡智として医療者側と患者側との信頼関係の重要さを講義する．特に，医療倫理にとって態度教育は重要なので，先人の医療に関する倫理を理解してもらうように教育する． ・生命倫理の考え方から医療倫理の意味，内容，流れなどを配布資料を渡して，わかりやすく示して講義する． ・医療倫理学の主要な概念，原則，歴史，関連法規および意思決定の方法論 ・歯科医学研究および歯科医療における倫理の重要性について ・医療倫理を構築する前に必要な倫理規範の初歩を学ぶ． ・倫理と医療倫理，医療倫理と生命倫理，インフォームド・コンセント，患者中心の医療，医療面接のまとめ ・歯科医療と倫理 ・医の倫理に関する国際規範，歯科医師の責務・権利，患者の尊厳（権利・義務），インフォームド・コンセント ・医の倫理，生命倫理，歯科医師と患者・家族の関係 ・患者の尊厳，医の倫理，歯科医師の責務，インフォームド・コンセント ・医の倫理の歴史的転換，歯科医師と患者の権利と義務，インフォームド・コンセント，医学・歯学研究の倫理，生命維持治療の不開始と中止，安楽死，脳死，移植医療，人工妊娠中絶，生命の選別，生殖補助医療，胚・胎児の研究と利用，遺伝子医療，健康権と医療権 ・歯科医療と倫理，EBM，NBM，患者の権利と義務，インフォームド・コンセント，コンプライアンス，診療契約，医療安全，医療面接など ・歯科医療コミュニケーション基礎 ・医療面接 ・われわれの社会生活が法や倫理によって規制されているように，医学・医療（歯科医学・歯科医療や看護を含めて）も，法や倫理，とりわけ医事法や生命倫理（医療倫理）によって規制されている．それらは，いわば「医学・医療規制」という名の車の両輪である．このような観点から，本講義では，法と倫理の齟齬にも目配りをしつつ，生命倫理（医療倫理）の最重要領域（および関連する法規制）を解説する． ・医療倫理とリスクマネージメント，医療安全，カルテの記載法，医療情報 ・社会の一員としての学生，歯学生，病院実習生としての倫理教育を螺旋的に実施している． ・各臨床系分野において特有の医療倫理教育を実施している． ・医歯薬学それぞれに共通する医療倫理 ・医療者としての責任を自覚し，教養ある歯科医師となるために，医療倫理学と生命倫理学において問われているさまざまな倫理問題を学ぶことによって，哲学や倫理学の視点から医療行為のあり方を考える． ・歯科医療における医師の法的責任，死と生のはざまで生きる，いのちの重さと共生 ・イスラム思想・イスラム倫理と医学 ・医の倫理と生命倫理，患者の権利，医師の義務と裁量，インフォームド・コンセント，生と死にかかわる倫理的な問題 ・医療，歯科医療および医学・歯学研究における倫理の重要性を理解し，その実践モデルを学習する． ・医療・歯科医療および医学・歯学研究における倫理の重要性を理解する． ・歯科医療人に必要な倫理観について学ぶとともに，患者やその家族，薬害や医療事故の被害者の身になって，医療について考え，医療を実践できる歯科医療人を目指す．

表 5-12　態度教育の内容における概要

態度教育の内容	
・福祉施設研修，病院研修，報告会 ・医療人間科学の意義，人生における課題と関心，健康と社会とのかかわり，ものの見方・考え方，さまざまな人間関係，医療コミュニケーションとは，医療面接について ・医の倫理，医事法学，心理学，医療制度等を通じて，歯科医師としての態度はどうあるべきかを学ぶ． ・歯科医学とはどういうものか，歯科医師の使命とはどのようなものかを知ることにより，歯科医師としての基本的態度について理解を深める． ・DVD で撮影して自己評価および客観的評価，学内・外診療室学習での事前身だしなみチェックおよび実際の見学学習 ・28 課題に対する手技における態度 ・医の倫理規範，インフォームド・コンセント ・歯科学生としての心構え，将来歯科医師になるために必要な資質 ・医療面接について ・将来の歯科医師としての自覚を高めるために，各診療科の現場を体験して，基礎科目と臨床科目の関連性を理解し，歯科医療に必要な基本的な態度，技能，知識を身に付ける． ・大学院医歯学総合研究科の各研究室と歯学部附属病院の各診療外来を見学し，これから学習する歯科医学の概要を理解する． ・患者に求められる歯科医師を目指すために，歯科医療の概要を理解する． ・歯科医師と患者との信頼関係を確立するために，コミュニケーションの重要性を理解し，その能力を身に付ける． ・歯科学生として診療参加型臨床実習で適切な患者対応を行うために，コミュニケーションについて知識，技能，態度を修得する． ・高齢者への配慮とコミュニケーションをとるための態度，技能，知識を修得する． ・歯学生としての自覚と心構えを身に付けるために医療現場を体験修得する． ・実際の臨床で患者と接するために，各基礎実習で履修した知識と技能を整理し，臨床実習に必要な技能・態度を修得する． ・歯科医師としての態度，考え方 ・患者中心の歯科医療，患者の物語に基づく歯科医療，包括的総合歯科医療，地域歯科医療学	・医療における倫理，患者の権利について理解を深めること ・将来，病める人に対してや医療チームの一員として適切な態度で接することができるようになるために人間関係に必要な要素を理解し，人間関係や社会的秩序を維持するうえで人が守るべき行動様式，ならびに情報収集や情報伝達，情報交換が適切にできるコミュニケーション手法を習得・体現し，集団や個人で信頼関係を構築する． ・チーム医療における医療スタッフとの意思疎通や，患者との医療面接を正確かつ円滑に行うために，相手の心理，立場を理解し，的確，適切なコミュニケーションをとるための基礎を習得する． ・診療参加型臨床実習のなかにおいて問題解決（治療法の選択）を行う． ・コミュニケーション，コーチング ・病院見学等における患者対応時の基本的な言葉遣い，態度，服装，身なりの徹底 ・患者に対する基本的な態度，言葉遣いなど，医療面接の現場を想定して実施する． ・歯科医師としての人間関係の基本的態度を学問的および実践的に講義，実習を行い習熟する． ・人権保障の仕組み，ハラスメントとその対策，配偶者暴力とその援助，子どもたちの虐待と私たちにできること，社会的排除について，部落問題の昔と今，障害に対する 2 つの視座 ・社会福祉制度，コミュニケーション，体験学習，討論 ・オリエンテーション，ロールプレイ，口頭シミュレーション ・配属講座における研究実験 ・口腔総合医療学 ・歯科医療コミュニケーション基礎 ・学外施設見学，患者エスコート実習，および病院見学実習 ・患者との会話の仕方，電話の応答の仕方，アシストの仕方など ・大学で学ぶこと，医療人になるために身に付けなければならないこと ・コミュニケーション技法，医療倫理，問題発見・創造的問題解決，患者の心理，患者を重視した面接，対人ヘルスプロモーション，コーチング ・医療コミュニケーション，医療面接，診療録の原則，医療安全・感染対策，医療システム・医療の質管理，地域医療連携 ・医療人にふさわしい態度，患者接遇，医療安全と医療事故防止

あった．

(5) 学習方略

今回の総授業科目は 38 科目であり，その内訳で講義単独形式が 19 科目（50%），講義に事例・症例検討，相互実習，ロールプレイ，SGD を併用したのが 19 科目（50%）であった．前回の調査では，総授業科目の総数が 37 科目に対して，講義単独形式が 18 科目（49%），講義とほかの学習方略を併用したのが 19 科目（51%）であり，同様の調査結果であった．

(6) 評価方法

各校における評価方法としては，筆記試験もしくはレポート，プレゼンテーション，学習態度の観察，出欠席などが行われている．この傾向は前回の調査結果と同様であった．

3) 態度教育

(1) 実施開始学年

態度教育を初年次の教育として実施しているのは 14 校（48%）であり，第 2 学年以降の教育として実施しているのは，8 校（28%）であった．現在のところ態度教育を授業として検討中もしくは実施していないと回答したのは 7 校（24%）であった．この傾向は前回の調査結果と同様であった．

(2) 授業時間

態度教育の全国の授業時間の平均は 2,209.2 分（36.8 時間）であり，中央値は 1,230.0 分（20.5 時間）であった．最多時間と最少時間は，それぞれ 26,550 分（442.5 時間）

と 90.0 分（1.5 時間）であり，大学間において授業時間に顕著な差がみられた．この傾向は前回の調査結果と同様であった．

(3) 教育内容

教育内容としては，各校に共通して歯科医師としての基本的態度，人生における課題と関心，健康と社会とのかかわり，ものの見方・考え方，さまざまな人間関係，医療コミュニケーション，医療面接などについて授業が実施されている．この傾向は前回の調査結果と同様であった．

(4) 学習方略

全国の授業の総科目数は 40 科目であり，その内訳で講義単独形式が 5 科目（13%），実習，合宿，相互実習，ロールプレイ，SGD を併用したのが 35 科目（87%）であった．この傾向は前回の調査結果と同様であった．

(5) 評価方法

各校における評価方法として，筆記試験，レポート，学生の相互評価，学習態度の観察，出欠席などが指標として用いられている．この傾向は前回の調査結果と同様であった．

4) まとめ

今回の倫理・態度教育の現状に関して，前回の結果とは同様の調査結果であり，各大学・学部において独自の教育理念やカリキュラムポリシーの下で実施されていることが推察される．この領域の倫理教育の学習方略などに相違が認められた．

また，倫理教育では，行動規範となる「医の倫理」にかかわる知識の習得が求められただけでなく，さらに知識のみならず態度領域での行動形成も必要であることから，このように，約半数の大学で演習や SGD（Small Group Discussion）が積極的に取り入れられているものと考えられた．つまり，倫理教育と態度教育とが連続・連携して学習者のコンピテンシーを引き出していく統合的なカリキュラムとなっている現状が考えられる．

しかし，この領域の各校における歯学教育の教育目標等が同一であるにもかかわらず，実際に各大学において倫理・態度教育の評価方法に相違があり，今回のアンケート調査で，各校間で評価方法を比較できないことも明らかになった．国際社会における教育の質保証の側面から，なんらかの説明が必要であるものと考えられる．

わが国では，医学・歯学の医療系学部はほかの 4 年制大学・学部とは異なり，卒業してからの医療分野としての専門性が決定された教育カリキュラムで実施されている．一方，文部科学省は大学教育における社会的・職業的自立に必要な「基礎的・汎用的能力」の必要性を提言している．卒業する学校種にかかわらず，共通して身に付けさせる必要がある「基礎的・汎用的能力」は以下とされている．

・コミュニケーション能力（特に聞く力）
・粘り強さ（ディシプリン–鍛錬–に通ずる），我慢（継続）
・みずから課題を発見し，解決を図る力，みずから目標を立て，行動する力
・変化や未知の問題への対応力
・仲良くする能力（協調性）
・論理的な思考力
・段取りを組んで取り組む力　など

この導入背景としては，わが国における 18 歳人口の減少による大学全入時代，入学者の選抜基準の引き上げだけで解決できない問題，高大連携など大学を取り巻く問題などの存在がある．また学生の学習意欲の低下による大学教育への適応が困難となった実態がある．

各校から提出されたシラバスにおいても，倫理・態度教育の科目で大学生としての学習態度，社会人としての素養や見識，対人関係の構築などを教育目標とした授業内容が多々見受けられる．

今回の調査から各大学で行われている倫理・態度教育では，本来はキャリア教育として行われているものの，現在の日本の高等教育全体に求められている基礎的・汎用的教育のような新しい環境への社会適応，対人関係など個人の人間力の育成も含まれている教育実態が示されたと思われる．今後，各歯科大学・歯学部において「医療人である前に社会人であれ」とする基礎的・汎用的教育のあり方についても，倫理・態度教育としてどのように扱うのかを議論していく必要がある．

第5章 歯科医学教育プログラム（学士課程教育）

6. 基礎歯科医学教育と臨床基礎歯科医学教育の現状

桑田　文幸

1) 基礎歯科医学教育の実施状況

(1) 専門教育科目の授業開始時期

専門教育科目の最も早い授業開始時期の調査の結果は，第1学年の開始は16校，第2学年の開始は11校，第3学年開始では1校であり（未記入1校），第1学年で実施する場合の授業科目名は，歯型彫刻，歯の解剖学，解剖学，法歯学，人体の構造と機能，口と歯の構造・口の機能，細胞生物学などであった．

(2) 基礎系科目の統合

基礎系科目の統合に関する調査結果から，大学29校のなかで，基礎系科目の統合を実施していない大学は11校で，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，新潟大学，松本歯科大学，大阪大学，九州大学，福岡歯科大学，長崎大学である．私立は17校中12校（71%）の実施，国公立で12校中6校（50%）の実施であり，基礎系科目の統合化は明らかに私立のほうが進んでいるといえる．

基礎系科目が統合されているのは，解剖学，生理学，生化学，病理学，薬理学，細菌学，理工学，衛生学の各科目と全般にわたり，評価方法は個々の科目で評価する3校を除き，すべて統合科目全体で評価する結果であった．

基礎系科目を統合した大学，統合科目名とその名称および評価方法を**表5-13**に示す．

(3) 講座への配属実習

歯科医学教育における学生の知識探求や研究活動を支援するために，基礎講座や臨床講座に学生を配属させて教員の指導による教育方略が進められている．

実施校は21校（72%）で，前回の調査より5校の増加がみられた．基礎講座のみで配属実習を実施しているのが9校，基礎・臨床講座の双方で実施しているのが12校で，実施の学年・時間は各大学において工夫がなされている．実施学年は，第3学年が最も多く12校，次いで第5学年の7校で，経年的（2〜3年）に実施している8校があり，各大学の積極的な対応を認め，実施時間は最少12時間から最多360時間までかなりの開きがあった．評価方法は，出席状況によるものが全校で，次いでレポート，研究発表の順になっている．研究発表については，近年の諸学会においても学生セッション部門が設けられ，その手法を活用して，学生のコミュニケーション能力の向上を期待することが考えられる．この配属実習のねらいについての回答結果は，問題解決と研究能力が最も多く，次いで基礎知識であった．

この取り組みを高く評価したコメントには，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もたせることやリサーチマインドの涵養を挙げている．

2) 臨床基礎歯科医学教育の実施状況

大学生の学力低下が叫ばれる昨今，各大学の教育プログラムでは「知識理解を基本とする基礎学力」の修得が求められている．事実，全国の学力調査結果（文部科学省）や大学入試センター試験の結果，OECD（経済協力開発機構）による学力調査での国際比較などから学力低下を指摘するデータに関する数多くの報告がある．しかし，「ゆとり教育」の弊害による学習意欲（学ぶ意欲）の減退も指摘され，これらはキャリア教育で，学ぶ意識の向上につながる高等教育に課せられている[1]．

豊かな人間性と社会に有為な歯科医師の育成を目的とした学士課程教育には，共通教育や基礎教育の重要性も唱えられていることからも，この基礎教育には，専門科目の学習を通じた実践的な対応が必要であると考える．

くわた　ふみゆき
日本大学歯学部基礎科学系生物・化学分野
キーワード：歯科医学教育，専門教育科目，臨床基礎講義・基礎実習

表 5-13　基礎科目を統合した大学，統合科目とその名称および評価方法

機関名	統合科目の名称	統合している科目	評価法
北海道医療大学	口腔生命基礎科学	解剖学，発生学，組織学，生理学，生化学，微生物学，理工学	全体で評価
	臨床基礎学	解剖学，発生学，組織学，生理学，生化学，微生物学，理工学，薬理学，病理学	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	組織学，生理学，生化学，微生物学，理工学	全体で評価
	統合講義	組織学，歯周病学，放射線学，口腔外科学，小児歯科学，インプラント学，補綴学，保存学	全体で評価
	統合講義	微生物学，生化学，組織学，理工学，薬理学，病理学，生理学と臨床系科目	全体で評価
奥羽大学	生命基礎科学Ⅰ	生物，生理学，解剖学，組織学	全体で評価
	生命基礎科学Ⅱ	生物，化学，生化学	全体で評価
	歯科臨床基礎学Ⅰ	化学，物理，理工学，放射線	全体で評価
	歯科臨床基礎学Ⅱ	化学，物理，理工学，放射線，保存学	全体で評価
	統合科目Ⅰ（咬合学）	解剖学，生理学，小児歯科学，歯科矯正学，補綴学	全体で評価
	統合科目Ⅲ（咬合育成，発達，加齢）	解剖学，組織学，生理学，薬理学，衛生学，歯科矯正学，小児歯科学，高齢者歯科学，障害者歯科学	全体で評価
明海大学	総合講義	口腔解剖学，組織学，解剖学，生理学，生化学，微生物学，病理学，薬理学	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，生理学，医療と造形，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	歯科基礎科学	物理，放射線，補綴学修復学，矯正学，理工学	全体で評価
	生体の科学	化学，物理，生理，理工，生化学，組織学，薬理学	全体で評価
	細胞分子生物学	生物，組織学，生理，生化学，病理，微生物，小児歯科，口腔外科	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
	発生病態学	生物，解剖，生理，理工，生化，組織，病理	全体で評価
日本大学歯学部	細胞と生体の機能	生物，化学，生化学	全体で評価
	健康と栄養・休養の基礎理論	健康科学，衛生学	全体で評価
	生命現象と代謝（実習を含む）	生理学，生化学	全体で評価
	人体の生理機能	生理学，生化学	全体で評価
	口腔の生理機能	生理学，生化学	全体で評価
	クスリと生体反応	生理学，生化学，薬理学	全体で評価
	歯のかたち	解剖学，法医学	全体で評価
	総合歯科学演習	基礎科目すべて	全体で評価
昭和大学	口腔顎顔面の疾患	病理学，外科学，放射線学	全体で評価
	口腔科学の基礎と展開	衛生学，生化学，解剖学，生理学，病理学，薬理学，理工学，細菌学	全体で評価
	歯科臨床と口腔科学	生化学，解剖学，生理学，病理学，薬理学，理工学，細菌学	全体で評価
	口腔の生態学	衛生学，生化学，解剖学，生理学，病理学，理工学	全体で評価
	総括講義Ⅰ－Ⅳ	基礎系すべて	全体で評価
鶴見大学	医療人間科学実習Ⅰ	口腔解剖学，組織学，微生物学，病理学，理工学	全体で評価
	総合歯科医学	薬理学，発生学，生化学，微生物学，歯科医学英語，口腔解剖学，組織学，生理学，理工学，病理学	全体で評価
	歯周病の基礎と臨床	口腔解剖学，病理学，生化学，微生物学，歯周病学	全体で評価

機関名	統合科目の名称	統合している科目	評価法
鶴見大学	咬合学	歯科補綴学，小児歯科学，口腔解剖学，歯科放射線学，生理学，歯科保存学，歯科矯正学，口腔外科学	全体で評価
	歯科医学総論Ⅰ	分子生化学，理工学，口腔解剖学，歯科放射線学，生理学，歯科麻酔学，微生物学，保存学，薬理学，口腔内科学	全体で評価
	社会歯科学	衛生学・公衆衛生学，地域歯科保健学，高齢者歯科学，法歯学ほか	全体で評価
	齲蝕学	歯科保存学，衛生学・公衆衛生学，地域歯科保健学ほか	全体で評価
日本歯科大学 新潟生命歯学部	生体機能調節学	解剖学，生化学，生理学	全体で評価
	唾液と唾液腺	生化学，解剖学，生理学，組織学，口腔外科学	全体で評価
	齲蝕と歯周病の科学	微生物学，生化学，衛生学，組織学，病理学，生化学	全体で評価
朝日大学	基礎歯学入門Ⅰ	解剖学，口腔解剖学，口腔生理学，口腔生化学，口腔微生物学，口腔衛生学，公衆衛生学	全体で評価
	基礎歯学入門Ⅱ	口腔病理学，歯科薬理学，歯科理工学	全体で評価
愛知学院大学	総合示説（5年）	解剖学，生理学，細菌学	全体で評価
	総合示説（6年）	生化学，病理学，薬理学，理工学	全体で評価
大阪歯科大学	人体の構造と機能	生理学，薬理学	全体で評価
	細胞の構造，構成物質と代謝	生物学，生化学	全体で評価
	細胞のシグナル伝達	生物学，生理学，薬理学，生化学	全体で評価
	遺伝と遺伝子	生物学，細菌学，生化学	全体で評価
	細胞増殖，細胞分化および細胞死	生物学，口腔病理学，生化学	全体で評価
	人体と放射線	物理学，歯科放射線学	全体で評価
	人体と生体分子	物理学，化学，歯科理工学	全体で評価
	人体と薬物，化学薬品	化学，薬理学	全体で評価
	人体機能実習	生理学，薬理学	全体で評価
岡山大学	総合歯学演習	口腔形態学，口腔機能解剖学，口腔生理学，口腔生化学，口腔病理学，口腔微生物学，歯科薬理学，生体材料学，歯科保存修復学，歯周病態学，インプラント再生補綴学，咬合・有床義歯補綴学，歯科矯正学，顎口腔再建外科学，口腔顎顔面外科学，歯科放射線学，予防歯科学，小児歯科学，歯科麻酔・特別支援歯学，公衆衛生学	個々で評価
広島大学	口腔機能学基礎実習	生理学・生化学・薬理学	個々で評価
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	衛生学・予防歯科学を除く科目	全体で評価
	総合歯科学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	口腔解剖学，生理学，生化学，組織学，発生学	全体で評価
	一般基礎医学Ⅲ	口腔解剖学，生理学，生化学，組織学，発生学	全体で評価
	一般基礎医学Ⅳ	口腔解剖学，生理学，生化学，組織学，発生学	全体で評価
	一般基礎医学Ⅴ	口腔解剖学，生理学，生化学，組織学，発生学	全体で評価
	歯科基礎医学Ⅰ	口腔解剖学，生理学，生化学，組織学，発生学	全体で評価
	歯科基礎医学Ⅱ	口腔解剖学，生理学，生化学，組織学，発生学	全体で評価
	歯科基礎医学Ⅲ	口腔解剖学，生理学，生化学，組織学，発生学	全体で評価
鹿児島大学	口腔顎顔面疼痛学	解剖，生理，薬理，基礎歯科（心理）	全体で評価
	口腔顔面発生異常学	解剖，生理，病理	全体で評価
	総合歯科学	解剖，生理，生化，病理，細菌，薬理，基礎歯科，理工	全体で評価

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，2009～2011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，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，白書編集委員会による「45分間を1時間として算出すること」をアンケート依頼時に各機関へ求めた．

(1) 臨床系講義科目と臨床系基礎実習科目の総時間数と科目総数

表 5-14 に，各校の6カ年における臨床系講義科目ならびに基礎実習科目に割り当てられた総時間数と科目総数について，2009～2011年度の調査結果を一括して示す．

当該3年度の臨床系講義科目総時間数については，29校から回答が得られ，2011/2010/2009年度それぞれの平均総時間数は1,010/1,017/987時間であり，当該3年度の講義科目総時間数を前回の調査結果（2008年度）と比べると平均で約300時間の減少であった．なかでも，8校は大幅な減少結果であった．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11校であり，2011年度が2009年度に比べ減少した大学が4校，増加した大学が13校，また，2011年度が2010年度に比べて減少した大学4校，2010年度に比べ増加した大学が9校であった．このような変化の原因として，2007年に平成19年度改訂版および2010年に平成22年度改訂版として明示された「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―」を参考にしつつ，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を融合した統合科目の変化などが考えられる．

臨床系講義科目総数は，モジュール・システムを導入した1校を除く28校において，2011/2010/2009年度それぞれの平均科目総数は29/30/29科目であり，各大学における当該3年度の大きな増減は認められなかった．このことは，前述の総時間数の変化の原因や新たに設けた科目や既存科目との統廃合による精選化が図られているためと考える．

一方，診療参加型臨床実習開始前に行われる臨床系の基礎実習科目（臨床実習を除く，基礎実習室における技能・態度実習）の総時間数については，28校から回答が得られ，2011/2010/2009年度それぞれの総時間数は588/585/562時間であった．当該3年度の実習科目総時間数を前回の調査結果（2008年度）と比べると平均で約140時間の減少であり，前述の講義総時間数と同様に大幅減少であった．また，各校の2011年度で比べると，最多が1,078時間，最少が260時間であり，4倍の総時間の開きがあった．この結果から，学生の診療参加型臨床実習への円滑な移行が実践できる臨床系の効率的な基礎実習の策定が望まれる．

臨床系基礎実習の科目総数は，モジュール・システムを導入している1校を除く28校について，2011/2010/2009年度それぞれの平均科目総数は11/11/11科目であり，各大学における当該3年度での差は認めなかった．2011年度における科目総数は10科目以上18校（64%），5～9科目9校（32%），4科目1校（4%）であった．これらのことから，今後各校のカリキュラム策定に臨床系の基礎実習の学習目標と学習到達目標を明確にして診療参加型臨床実習への円滑な移行が期待される．

(2) 基礎系科目と臨床系科目とによる統合カリキュラムの導入

表 5-15 に，各校の6カ年における基礎系と臨床系との統合カリキュラムを導入した講義科目および実習科目に割り当てられた総時間数と科目総数について，2009～2011年度の調査結果を一括して示す．

当該3年度の講義科目総時間数については，29校中28校から回答が得られ，2011/2010/2009年度それぞれの平均総時間数は390/389/390時間であった．2011年度において統合講義を設定した大学は，回答が得られた28校すべてであり，そのうち25校は2009年度以前から実施しており，基礎歯科医学と臨床歯科医学との融合を図って横断的統合教育プログラムの実践がみられる．また，2011年度に統合カリキュラムを導入した講義科目の総時間数は，100時間未満が9校，100～200時間が8校，200～300時間が2校，300～500時間が1校，500時間以上が8校であった．さらに，各大学の2011年度の総時間数を2009年度と比べた場合，変化なし15校，減少4校，増加8校であり，各大学は，教育プログラム編成に学習環境・方略を模索しながら統合カリキュラムの改善に積極的に取り組んでいると思われる．

2011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総数について，モジュール・システムを導入している1校と回答なしの1校を除いた27校の調査結果から，5科目以下が19校（70%），6科目以上が8校（30%）であった．また，各大学の講義科目総数を2009年度と比べた場合，変化なし20校，減少1校，増加6校（1科目増加5校，2科目増加1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．基礎系・臨床系の数多い科目を効果的に統合したカリキュラム編成がうかがえ，大学によっては，基礎系・臨床系の科目に法学，物理などの一般・教養科目を統合した統合カリキュラムもあった．

一方，基礎系・臨床系の統合カリキュラム導入の実習

表 5-14　臨床系講義科目と臨床系基礎実習科目の総時間数と科目総数

機関名	総時間数/科目総数					
	臨床系講義			臨床系基礎実習		
	2011 年度	2010 年度	2009 年度	2011 年度	2010 年度	2009 年度
北海道医療大学	1,844/29	1,844/29	1,844/29	260/9	260/9	260/9
北海道大学	1,455/27	1,455/27	1,470/22	480/8	480/8	540/10
岩手医科大学	365/14	698/17	675/18	634/11	516/12	478/12
奥羽大学	1,256/29	1,330/27	1,330/27	720/10	760/11	760/11
東北大学	1,294/20	1,294/20	1,294/20	766/12	766/12	766/12
明海大学	1,360/14	1,360/14	1,360/14	＊/11	＊/11	＊/11
日本大学松戸歯学部	630/25	630/25	630/25	315/7	315/7	315/7
東京医科歯科大学	954/13 モジュール	952/13 モジュール	946/13 モジュール	1,078/11 モジュール	1,082/11 モジュール	1,078/11 モジュール
東京歯科大学	1,100/29	1,100/29	1,094/29	888/16	888/16	884/16
日本歯科大学生命歯学部	2,211/33	2,144/32	1,943/29	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	601/25	597/25	597/25	721/15	736/15	743/15
神奈川歯科大学	202.7/90	195/100	196/101	360/8	360/8	360/8
鶴見大学	1,158/45	1,158/45	1,154/45	700/13	668/12	672/12
新潟大学	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	672/24	672/24	672/24	336/12	336/12	336/12
松本歯科大学	960/19	990/20	960/20	690/9	690/9	690/9
朝日大学	1,800/33	1,710/29	1,470/24	450/14	480/15	450/14
愛知学院大学	1,230/29	1,230/29	1,230/29	750/11	750/11	750/11
大阪歯科大学	832/20	832/20	832/20	564/15	564/15	564/15
大阪大学	988/24	988/24	988/24	521/7	521/7	521/7
岡山大学	836/53	850/53	818/53	584/17	580/17	564/17
広島大学	525/13	525/13	525/13	495/4	495/4	495/4
徳島大学	590/28	590/28	560/28	540/8	540/8	540/8
九州歯科大学	1,134/36	1,074/34	1,074/34	582/15	582/15	582/15
九州大学	1,218/36	1,202/32	930/27	510/14	460/13	400/11
福岡歯科大学	1,166/30	1,164/32	1,106/42	538/7	562/7	562/8
長崎大学	667/22	657/21	657/21	521/13	521/13	521/13
鹿児島大学	1,285/14	1,285/14	1,305/14	525/8	525/8	525/8

＊総時間数回答なし
1 モジュールは，複数のユニットで構成されている．
時間数については，「45 分間を 1 時間として算出」することを白書作成委員会から依頼した．

科目総時間数については，29 校中 22 校から回答が得られ，2011/2010/2009 年度それぞれの平均総時間数は 65/67/67 時間であった．2011 年度において統合実習科目を設定している大学は，回答が得られた 22 校中 12 校であり，そのうち 7 校が 2009 年度以前から実施している．また，2011 年度の統合実習に割り当てられた総時間数は，50 時間未満が 3 校，50～100 時間未満が 4 校，100 時間以上が 5 校であり，導入した大学 8 校は 2010 年度と同様であることが確認できた．これらのことから，講義に比べて実習における基礎・臨床科目の統合化は少ない傾向が認められ，今後の各大学のカリキュラム・プランニングなどの取り組みに期待される．

2011 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総数について，モジュール・システムを導入している 1 校と回答なしの 7 校を除く 21 校の状況を示す．科目総数の状態は，1 科目 4 校（19%），2 科目 3 校（14%），3，5，7 および 8 科目はそれぞれ 1 校（5%），科目設定 0 は 10 校（48%）であった．また，各大学の実習科目総数を 2010 年度と比べると，統合カリキュラムを導入した 11 校において，9 校は変化なく推移し，2 校は減少であった．これらのことから，実習科目については基礎系実習と臨床系実習との有機的融合の難しさが推

表 5-15　基礎系と臨床系の統合カリキュラムを導入した講義科目および実習科目の総時間数と科目総数

機関名	統合総時間数/統合科目総数					
	講　義			実　習		
	2011 年度	2010 年度	2009 年度	2011 年度	2010 年度	2009 年度
北海道医療大学	78/3	78/3	78/3	30/1	30/1	30/1
北海道大学	120/1	120/1	120/1	—	—	—
岩手医科大学	1,272/6	1,226/5	1,272/5	86/2	—	—
奥羽大学	100/5	80/4	80/4	0	0	0
東北大学	90/1	90/1	90/1	0	0	0
明海大学	16/1	16/1	16/1	0	0	0
日本大学松戸歯学部	—	—	—	30/1	45/3	45/3
東京医科歯科大学	1,085/5 モジュール	1,088/5 モジュール	1,075/5 モジュール	76/1 モジュール	76/1 モジュール	73/1 モジュール
東京歯科大学	212/6	212/6	218/5	—	—	—
日本歯科大学生命歯学部	88.6/3	88.6/3	88.6/3	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	1,058/12	1,058/12	1,050/12	192/7	192/7	200/7
神奈川歯科大学	800/2	600/2	600/2	360/8	360/8	360/8
鶴見大学	196/7	196/7	188/7	0	0	0
新潟大学	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	56/2	56/2	56/2	—	—	—
松本歯科大学	1,470/3	990/4	1,020/2	—	—	—
朝日大学	1,050/3	1,140/4	1,230/5	0	0	0
愛知学院大学	90/3	90/3	90/3	0	0	0
大阪歯科大学	180/3	180/3	180/3	152/3	152/3	152/3
大阪大学	80/2	80/2	80/2	—	—	—
岡山大学	120/4	120/4	120/4	—	—	—
広島大学	210/7	210/7	210/7	—	—	—
徳島大学	170/6	170/6	170/6	0	0	0
九州歯科大学	60/2	60/2	—	0	0	0
九州大学	176/3	142/3	142/3	140/2	148/2	132/2
福岡歯科大学	892/2	1,570/3	1,520/2	78/1	132/2	132/2
長崎大学	424/16	410/15	410/15	158/5	158/5	158/5
鹿児島大学	615/6	615/6	630/6	0	0	0

時間数については，「45 分間を 1 時間として算出」することを白書作成委員会から依頼した．

察できた．

また，独創的な基礎臨床統合カリキュラムについて調査したところ，19 校で基礎・臨床にまたがった独創的な授業が実施されており，その概要を**表 5-16** に示す．基礎と臨床の多くの教員を動員して，基本的な知識からアドバンスト学習にいたる独創的な歯科医学教育への取り組みがみられ，学生の課題探究能力に資する意欲的な教育プログラムが実施されている．

本白書は 2009～2011 年を対象期間としたものであるが，2011 年 3 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 22 年度改訂版」，2011 年 1 月には中央教育審議会から「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について」（答申）の公表，および 2009 年 6 月には「歯科医師国家試験出題基準　平成 22 年版」が発刊されている．これらは，社会に有為な優れた歯科医師を育むための歯科医学教育の指標であり，幅広い卒前の基礎歯科医学教育や臨床基礎歯科医学教育の実施が求められている．

文献

1）中央教育審議会．今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について（答申）．2011.

表 5-16　独創的な基礎臨床統合カリキュラムを実施している大学，名称および実施目標・特徴など

機関名	独創的な基礎臨床統合カリキュラム	
	名称	目標・特徴・概要
北海道医療大学	咬合の科学	胎児期から乳児期，幼児期，小児期，成人期，老齢期にいたる咬合の変化および歯と歯列の成長発育，咬合関係，咀嚼機能の発達について，その成長変化の概念を系統的に理解することを目的にしている．
北海道大学	統合講義	「基礎と臨床にまたがったテーマを学生に与え，学生がグループ学習を経て，そのテーマを講義する」という内容である．学生が，与えられたテーマを通して基礎と臨床を統合して情報を収集し，グループ内の議論を経てまとめ，講義形式にデザインする．最終的に講義形態までブラッシュアップすることで，基礎と臨床双方からの理解が深まること，グループ内での議論などにより，明確な知識になること，情報収集から発表までの一連の流れを経験することで，情報発信能力が育成されることなどが，独創的である．
奥羽大学	天然歯と人工歯根	口腔インプラント学を軸として，歯・歯周組織の形態学を学び，病理学的に歯科疾患を理解させる．最終的には，咬合機能を天然歯とインプラントで比較し理解させる．
東北大学	合同講義	歯科領域の疾患・症例等に関するテーマについて，複数の専門領域にわたる知識や問題点の総合的な理解を図り，学際的な問題への取り組み方と問題解決能力を修得することを授業目標としている．基礎系および臨床系の複数分野の教員がそれぞれの立場から講義・解説することで授業を進めている．
明海大学	総合講義	唾液腺と歯に焦点をあて，基礎から臨床まで系統的に講義を行っている．
日本大学松戸歯学部	栄養学	わが国は少子高齢化が進み，2009 年の日本人の平均寿命は男性 79.29 歳，女性 86.0 歳（世界 1 位）で，高齢者人口は 22.1%（2008 年）であった．一方，健康寿命は男性 72.3 歳，女性 77.7 歳（世界 1 位，2003 年 WHO）であり，健康寿命を平均寿命に近づけるための方策を栄養学的に考えることは非常に重要である．生活習慣病に罹患する者のほとんどが以前は高齢者であったが，近年では，若年層で多く認められることから，母体の胎児環境が遺伝因子に影響し，生活習慣病の発症に関与する可能性が考えられる．少子高齢化を考えるとき，より健康な多くの子どもを産み育てる社会を作り，健康寿命を延ばして，高齢期を健康で生きがいのある生活が送れるように栄養学的に考えることを目標とする．
東京医科歯科大学	課題統合セミナー	①咀嚼と嚥下のバイオロジー，②ことばの世界，③歯科と色，④口唇裂口蓋裂，等のユニット授業をもっており，それぞれのテーマに応じて基礎と臨床の総合型授業を行っている．
日本歯科大学生命歯学部	基礎と臨床	歯科医師としての資格を取得し，的確な将来のキャリア選択をするために，基礎医学と臨床歯科学の知識を統合し，さまざまな臨床場面に対応できる基本的知識と応用力を身につける．
日本大学歯学部	専門歯科診療と科学	専門的な歯科診療や歯科医学について理解を深める．
昭和大学	口腔顎顔面の疾患	口腔病理，放射線，口腔外科の 3 科で統合カリキュラムを組み，口腔顎顔面部に生じる疾患について，臨床分類・病理学的特徴，画像所見，臨床所見・治療法・転帰などを一連の流れで学習することにより，疾患の的確な診断能力を獲得できるようにしている．
神奈川歯科大学	学習力養成講座	歯科医学における基礎歯科および臨床歯学の役割と教育の概要を理解し，歯学教育を自主的に学ぶ姿勢を育む．
鶴見大学	保存修復学・歯内療法学合同基礎実習	齲蝕に継発する歯髄疾患に対する処置を，それぞれの講座の実習領域を連携させて指導することで，実際の臨床に即した考え方，臨機応変な処置を修得させるため．
大阪大学	総合歯科学特論・臨床基礎歯科学	臨床実習期間中に臨床と特に関係の深いテーマに関する講義を，基礎，臨床の各教室が企画・担当し，複数の教室の連携，または単独の講師の講義によって示説する．学生にとっては臨床実習中であるがゆえに，復習となるだけでなく当該領域の新鮮な息吹を感じることができる．
岡山大学	テュートリアル 3	基礎歯科医学，臨床系歯科医学を総合的に含めたテュートリアル教育である．
広島大学	歯学総合科目	歯科領域で重要な疾患であるう蝕，歯周病，悪性腫瘍，および歯科臨床における検査，診断，口腔機能評価，さらに高齢者歯科や口腔疾患と全身疾患の関連について，基本的事項について学生の理解を深めるとともに，最先端の臨床知識を得るために，それぞれの事項について基礎から臨床まで一貫した教育を行う．
九州歯科大学	総合講義Ⅰ，Ⅱ	臨床をベースに，臨床系教員と基礎系教員のオムニバス方式による統合的講義を行うことにより，基礎医学で学習した内容を臨床に直結する，あるいは臨床医学で学習した手技・治療法の背景を基礎医学に直結することができる．
福岡歯科大学	基礎臨床統合演習	口腔顎顔面に発生する疾患の原因，発症機序，予防を深く理解するために必要な専門的な基礎知識を統合するとともに，各種疾患に対する診断法の基礎を習得する．
長崎大学	統合科目	5 年次前期で行う統合科目において，基礎と臨床の知識を有機的に統合することを目的として，臨床解剖学，臨床薬理学，臨床歯科器材・薬剤学，臨床検査学，疼痛学，摂食・嚥下リハビリテーション，成育歯学，硬組織学，口腔インプラント学などを開講している．
鹿児島大学	歯科東洋医学	東洋医学の講義は他大学でも実例が少ない．

第5章 歯科医学教育プログラム（学士課程教育）

7．社会歯学系教育の現状

中島　一郎

1）総合歯科診療・プライマリケア

高度な科学技術の進歩に伴い，歯科医学分野でも顎口腔系の疾患に対する診断治療に関する基礎研究や臨床研究が行われ，その結果として，さらなる歯科医療分野の専門化・細分化が行われている．一方，少子高齢化時代を迎えて，社会のニーズとして在宅医療や介護医療などの地域医療における基盤整備が進むなかで，患者を症例として診るのではなく，全人的に診る総合歯科診療の担い手が必要とされている．

個人や家族が最初に接する保健医療システムとしてのプライマリケアは，このような社会的ニーズに対応しており，歯科医師は口腔ケアを中心とした予防活動など基本的なサービスを提供し，また医師，医療に関する看護師など多職種チームのなかで，安心で信頼される医療の担い手として個人や家族の健康レベルの維持・増進に寄与するものである．

すなわち従来の歯学部教育や病院研修において口腔疾患のみならず患者の心理・社会的背景を含めた診療計画を立案するとともに，医療と福祉の連携に対応して行動できる医療人を育成することが求められている．本稿では，各歯科大学・歯学部における総合歯科診療とプライマリケア教育の実情について報告する．

(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

各大学における総合歯科診療またはプライマリケア教育を担当する部門（以下，総合歯科診療部門）について調査した結果を**表 5-17** に示す．全国歯科大学・歯学部において 3 校では，総合歯科診療部門に該当する部門がないとの回答があったが，ほかの 26 大学・歯学部では同部門が設置されていた．なお，2005 年および 2008 年度の調査結果では，全国の歯科大学・歯学部では総合歯科診療部門は設置されており，なんらかの総合歯科診療部門の統廃合が行われているものと考えられる．

教員スタッフでは，各歯科大学・歯学部間にばらつきがあるものの，教授，准教授，講師，助教などで講座の構成がなされている．

教育業務として，臨床実習が 21 校，卒後研修が 26 校，総合講義が 19 校，総合実習が 16 校など教育活動に従事している．さらに 8 大学においては模擬患者の養成も行うなどコミュニケーションスキルや患者の心理的配慮についても教育・研修活動の範囲としている．

診療業務として，教員の専門診療が 18 校，学生研修が 16 校，一般診療が 23 校，学生研修の一部が 24 校であった．また大学間での教育時間数のばらつきが大きかった．

(2) 教育内容

各大学において，総合診療科としての教育を行っておりプライマリケアおよび患者本位の医療にかかわる教育，医学的診断など既存の専門歯科学では扱えない教育を行っている（教育項目：医学判断学，臨床推論，医療コミュニケーション，POMR，症候学など）．

一方，教育目標（GIO と SBOs）が定まっておらず教育シラバスのない大学が数校あった．

(3) 総合歯科診療とプライマリケア教育の現状と問題点

今回の調査結果から，歯科医学的問題のほかに，患者の抱える心理社会的側面にも配慮できる総合歯科診療の教育業務と診療業務状況において，全国の歯科大学・歯学部に相違はなかった．このことから，地域医療での歯科におけるプライマリケアの担い手を養成することについて共通の概念の下で全人的医療を基盤とした歯学部教育と卒後研修が進んでいることが示された．このことはわが国において卒直後研修制度の発足が契機となったことが各方面から聞かれることであった．しかしながら，

なかじま　いちろう
日本大学歯学部医療人間科学教室
キーワード：口腔ケア，プライマリケア，総合歯科診療，在宅医療，介護医療，キャリア教育

表 5-17　総合歯科診療・プライマリケアの教育概要

	担当講座	設置年	構成				教育業務						診療業務					住み分け	卒前での教育						時間数	内容	GIO/SBOs	シラバス
			教授	准教授	講師	助教	臨実	研修	総合講義	総合実習	SP	その他	教員専門	学生研修	一般	学生研修の一部	その他		なし	独立科目	他科目	専任	外部	見学				
岩手医科大学	先進総合歯科	2006	1	2	0	0	○	○	○	○			○	○	○	○		治療内容とその難易度				○			50	2011年度よりカリキュラム変更し，横断的な7コースで臨床教育を行っている．このうち，第1～第3コースがプライマリケアに該当する．	○	○
奥羽大学	歯学部附属病院総合歯科	1999	2	2	4	3	○	○	○	○	○		○	○	○	○		総合歯科に組み込まれ，住み分けていない．			○総合歯科			○	112	診療参加型実習	○	○
東北大学	総合歯科診療部	2007	1	0	0	2		○	○	○				○	○	○		プライマリーケアを中心とすることで他科と区分している．			○卒前教育に含む				5			
明海大学	総合口腔診断学分野	1970	1	1	3		○	○	○	○					○	○		初診患者の各科への振り分けも担当している．				○			6	初期診断の基礎および臨床	○	○
日本大学松戸歯学部	歯科総合診断学講座（初診科）	2005	1	1	3	1	○	○	○	○	○				○	○		初診，プライマリーケアを担当				○			70	医学判断学，臨床推論，医療コミュニケーション，POMR，症候学	○	○
東京医科歯科大学	歯学教育システム評価学分野，総合診療歯科学系分野（歯科総合診療部）	1981	3	1	2	2	○	○	○	○			○	○	○	○		歯科保存学，歯科補綴学，口腔外科学の主要3科から専門の指導教員がそれぞれの専門分野を責任をもって担当，全体的な運用に関して歯科総合診療部の教員等が担当している．		○	○	○	○		2,607	講義・実習・演習	○	○
東京歯科大学	総合診療科	2002	0	3	3	1	○	○				○	○	○	○	○		明確な住み分けはない．	○									
日本歯科大学生命歯学部	総合診療科	1977	4	13	15	18	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○若手歯科医への診療指導，医科との連携，訪問歯科診療，患者教育のための活動	小児歯科を除く歯科一次医療（一般歯科診療，訪問歯科診療）にかかわる診療はすべて総合診療科で行っている．		○		○			957	診療参加型実習，臨床総合歯科学，総合医学	○	○
日本大学歯学部	口腔診断学講座	1973	1	2	0	2	○	○	○				○	○	○	○		口腔診断科では，来院された初診患者の診査・診断を担当している．			○					さまざまな講義科目の中で行っている		
昭和大学	歯科保存学講座総合診療歯科学分野	2004	1	0	2	1	○	○	○	○				○		○		臨床実習では総合診療計画立案に関する資料採得，資料整理の実習を実施するとともに実症例を用いた総合治療計画立案の演習を行っている．この延長として臨床研修ではほぼすべての患者で総合治療計画を立案して診療を行っている．			○	○			44	臨床実習における総合歯科診療の実習，演習，講義は保存歯学系臨床実習時間内で180分×2回，プライマリケアの実習は地域連携歯科学臨床実習で180分×9回実施している．	○	○
鶴見大学	総合歯科1，2	1975	1	0	3	3	○	○	○	○			○	○	○	○		総合歯科1および総合歯科2とも，既存の診療科との明確な住み分けを規制していないが，治療内容と難易度により患者に診療科の特徴を説明し選択していただいている．		○				○	1,208	学生1人当たり平均5～6人の患者さんを担当し，医療面接，診察，診断から最終治療，メンテナンスまで，一口腔単位の診療参加型臨床実習を行っている．	○	○
新潟大学	歯科総合診療部	2000	1	1	2	1	○	○	○		○	○	○		○	○		症例の難易度にもよるが，患者の希望により複数科にまたがる診療になってもかまわない場合には専門診療室へ，できるだけ1カ所で治療をすませたいなら総合診療室での治療を勧めている．		○				○	1,380	学生を担当医の1人と位置づけ，できる範囲で実際の治療，診療計画の立案を学生に任せて教員がそれを確認するという診療参加実践型の臨床実習を行っている．	○	○
日本歯科大学新潟生命歯学部	総合診療科	2001	8	14	17	37	○	○	○	○			○	○	○	○		特になし				○			5			

	担当講座	設置年	構成				教育業務						診療業務					住み分け	卒前での教育						時間数	内容	GIO/SBOs	シラバス
			教授	准教授	講師	助教	臨実	研修	総合講義	総合実習	SP	その他	教員専門	学生研修	一般	学生研修の一部	その他		なし	独立科目	他科目	専任	外部	見学				
松本歯科大学	歯科保存学第1講座，歯科保存学第2講座，歯科補綴学講座，口腔顎顔面外科学講座，病院での名称は総合診療科（初診・A1・A2・A3）	1972	8	1	3	12	○	○	○	○			○	○	○	○												
朝日大学	総合診療科	1997	3	1	1	7		○					○		○				○									
愛知学院大学	総合診療部	2006	1	0	6	8		○					○	○		○												
大阪歯科大学	総合診療・診断科	1999	1	4	3	1	○	○		○			○	○	○	○		総合診療を希望する患者の治療を総合診療科のみで行っている．				○		○	5			
大阪大学	口腔総合診療部	1997	1	2		1	○	○	○	○			○		○	○		当該部署は，臨床研修・臨床実習の場とすることで，既存の診療科と住み分けている．		○					15	歯科医学・歯科医療の概説，歯科医療管理学，医療心理，コミュニケーション，行動科学など．	○	○
岡山大学	総合歯科	2004	1	0	1	2		○	○						○	○		基本的には内容は同じ．しかし，高度な専門医療を必要とする場合は専門診療科が担当する．	○		○				30	講義（30時間）は「総合歯科医療の基本」と「歯科診療における安全管理」の2科目担当しており，以下の内容である．1）全人的歯科医療の実践，POS，EBM，NBMなどの総合歯科医療（口腔プライマリケア）についての基本的な知識の習得．2）医療コミュニケーション，チーム医療，安全に配慮した歯科医療の実践についての基本的な知識の習得．実習は，「診療参加型臨床実習（臨床実習）」のなかで，一口腔1単位の総合歯科診療をしているため，1,200時間程度が総合歯科診療に該当する．	○	○
広島大学	口腔総合診療科		1	0	2			○	○	○	○				○	○		卒直後臨床研修医が補綴・保存系の診療を行っている．		○		○		○	60		○	○
徳島大学	総合歯科診療部	2004	1	0	1	5	○	○	○	○	○		○	○	○			指導歯科医の専門性を重視，他科より紹介されている．	○						3	POSに基づく医療，POMR		
九州歯科大学	総合診療科（総合診療学分野と保健医療フロンティア科学分野の2分野で構成している．）		2	1	1	0	○	○			○	○		○	○	○		専門診療科が引き受ける診療項目以外は総合診療科が対応する．		○							○	○
九州大学	口腔総合診療科	2002	1	0	1	6	○	○	○		○		○	○	○	○		当科は臨床研修歯科医の指導を主目的とする科で，病院所属の診療科である．		○		○	○	○	72	行動科学，コミュニケーション学，医療面接，医科歯科連携診療，地域連携診療，カルテの書き方，インフォームドコンセント，医療安全・院内感染対策，診療姿勢の基本，有病者の歯科治療	○	○
福岡歯科大学	総合歯科	2001	1	0	2	2	○	○	○	○		○	○		○	○		診療内容の専門性（初診時に選択）．	○		○	○		○	70	医療面接・医療安全等の講義や一般総合診療を含めた実習	○	○
長崎大学	医療教育開発センター	2003	1	1	0	0	○	○			○	○	○			○		教員が出身診療科で担当していた患者を引き続き担当しているのみで，医療教育開発センターとして新たな患者の受け入れは行っていない．	○									
鹿児島大学	病院としては「歯科総合診療部」，分野としては「医歯学総合研究科健康科学専攻社会・行動医学講座歯科医学教育実践学分野」	2001	1	0	0	6	○	○							○	○		当診療部は各専門領域出身の教員が集まった構成のため，研修歯科医に対して一般歯科診療，プライマリーケアに関する教育を中心に行っている．						○	100	臨床実習の学生が1日2名ずつローテーションで来るため，臨床研修のオリエンテーション的内容としている．		

教育到達目標やシラバスの有無について各歯科大学・歯学部では多様であった．このことから総合歯科診療とプライマリケアの教育評価がいまだに確立されていない実態が明らかとなった．現状では総合診療部の教育と診療の方向性は不明確であると思われる．関係者各位が，一刻も早く「教育の質保証」について合意形成が行われることが望ましい．

2) 在宅医療と介護医療

平成 22 年度版の歯学教育モデル・コア・カリキュラムの「C 社会と歯学」では，健康と社会，環境のなかで保健・医療・福祉制度についての理解が求められている．とりわけわが国のような少子高齢化時代を迎えた国では，多様な社会的ニーズに対応した医療教育として，医歯薬学部の学生が卒前教育として社会と福祉分野における多職種連携の意義やあり方について理解を深めることが求められている．このような時代背景の下で，歯学部では，在宅・介護医療を課題とした社会歯科学系教育の取り組みが行われている．現状では，教育目標，学習方略や評価などは各大学・学部に委ねられているものの，これからの歯科医師に必須な教育ニーズに基づいた取り組みである．今回は歯科医学教育白書で，初めて調査された教育項目である．各校の授業・実習等の実施状況について報告する．

(1) 在宅医療

a）実施状況

在宅医療にかかわる教育を実施しているのは 24 校（83%）であった．授業の担当講座では障害者歯科学，高齢者歯科学などの社会歯科学系講座・診療科が 15 校（63%）であり，予防歯科学分野，補綴学分野および口腔外科学分野など予防・臨床系講座が 9 校（37%）であった．

b）授業時間

全国の授業のうち講義時間の平均は 3.7 時間であり，中央値は 2 時間であった．最多時間と最少時間は，それぞれ 15 時間と 1 時間であり，大学間において講義時間に差がみられた．実習は 6 校であり，施設見学・実習は 9 校であった．

(2) 介護医療

a）実施状況

介護医療にかかわる教育を実施しているのは 28 校（97%）であった．授業の担当講座では障害者歯科学，高齢者歯科学などの社会歯科学系講座・診療科が 16 校（57%）であり，予防歯科学分野，補綴学分野および口腔外科学分野など予防・臨床系講座が 12 校（43%）であった．

b）授業時間

全国の授業のうち講義時間の平均は 7.1 時間であり，中央値は 4 時間であった．最多時間と最少時間は，それぞれ 40 時間と 1 時間であり，大学間において講義時間に差がみられた．実習は 20 校であった．

(3) 教育内容

老人保健施設や障害者施設での介護体験，訪問診療などの実習を中心として福祉と医療の連携を学び，将来の歯科医師となるためのキャリア教育として行われている．学習方法では，問題解決型学習や，実際に口腔ケアを行うための医療チームに参加させるなどインターンシップが取り入れられている．このように，教育カリキュラムとしては多様性があるものの，医歯薬学部間での多職種間連携を基盤としてカリキュラムが立案された事例もある．そこで各歯科大学・歯学部のユニークな取り組み事例を以下に挙げる．

〈歯科大学・歯学部の取り組み事例〉

（事例 1）

施設に入居している知的障害者や要介護高齢者などの歯科医療に対する理解を深め，これらの患者の歯科診療における診断，治療，予防について習得するために，施設での臨床実習を実施．

（事例 2）

学外連携プログラムの一環として，学外の介護施設での介護体験実習を実施．

（事例 3）

5 年生を対象に高齢者疑似体験（商品名：うらしま太郎）を実施．また，5 年生と 6 年生を対象に，特別養護老人ホームの見学実習（目的：見学，食事介助，口腔ケア実習），介護老人保健施設の見学実習（目的：認知症患者介護，食事介助，車いす実習，移乗移動実習など）を実施．

（事例 4）

学生が数人単位で施設に赴き，訪問歯科治療だけでなく，搬送や移乗移動などの日常生活場面での介護場面の見学を実施．1 年次に要介護高齢者の疑似体験や車いすの搬送などの実習を実施．

（事例 5）

往診者に乗車させ訪問歯科診療に同行させたり，入院している患者さんの退院時カンファレンスに同席させ，医科・歯科連携を密に取るようにしている．

（事例 6）

特別養護老人ホームにおける介護体験実習を実施のほか，歯科医師，研修歯科医，臨床実習学生がチームとなって，施設の要介護者に対する口腔ケアを実施．

（事例 7）

取り組み 1：卒前歯学臨床教育における周術期管理・在宅介護に関するテュートリアル演習.

内容：4 年次学部学生を老人介護施設に派遣し，現場の問題点を抽出させたうえで解決策を議論する問題発見解決型テュートリアル演習を実施.

取り組み 2：卒前臨床実習における周術期管理・在宅介護に関するインターンシップ実習，平成 19 年度より，第 6 年次臨床実習生を臨床教授等が指導を行う後期高齢者医療・在宅介護施設に派遣する新しいベッドサイド・インターンシップ教育の構築を開始. このような試みは，歯科医師として必要な臨床能力の確保のために，学外機関を活用した臨床実習の促進が謳われた「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の答申（平成 21 年 1 月）にも合致する重要なプロジェクトである. 本目的に沿って，平成 21 年度からは，本インターンシップ実習を必須化している.

（事例 8）

介護医療の研修として，2 年次の早期体験実習のなかで老健施設へ出向き，お口の健康長寿教室の補助を実施. 6 年次には臨床実習のなかで老健施設に出向き，高齢者の口腔内診査，口腔ケアを実施.

（事例 9）

大学敷地内にある老健施設・特養において介護の宿泊実習を実施.

（事例 10）

離島における地域医療，在宅医療を実地見学する離島医療・保健実習を実施.

（事例 11）

歯科医療人間学Ⅱ，臨床実習において，障害を疑似体験（高齢者，妊婦，車いす，片麻痺，視覚障害，聴覚障害など）を実施.

（事例 12）

高齢者疑似体験，ケアプランの作成などを実施.

（事例 13）

「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」での見学実習を臨床実習期間中に実施. その実習スタイルは，学生自身が目的を作成して事前調査を行い，その仕上げとして「問題解決型」として実施. 希望者は，学年を問わず本講座で担当する訪問診療に同行させている.

今回の調査から在宅・介護医療など社会歯科学系教育の実施状況においては，ほとんどの歯科大学・歯学部が実施している現状が明らかになった. 一方，教育の担当講座の多くは社会歯学系であったが，臨床系である事例も少なくなかった. 学習方略については，各取り組み事例から検討すると要介護者を対象とした体験実習であることが多く，たとえば教育の実施時期によっては早期体験学習として，あるいは臨床実習としての位置づけで行われておりさまざまであった. わが国における地域医療のニーズが医療現場で叫ばれているが，事例のなかに医歯薬などの多職種連携の取り組みとして実施している大学もあり，医学教育と歯学教育分野での教育内容の共通化の教育実践のモデルケースもみられた.

今後の課題としては，教育の質保証の観点から，社会歯学系教育の教育目標，方略と評価について各校でのコンセンサスを深めることが必要であり，この取り組みを持続的可能とする環境構築が求められていくものと思われる.

第5章 歯科医学教育プログラム（学士課程教育）

8. 歯科における医学教育

今村　佳樹

昭和から平成にかけて，日本のみならず先進国においては，う蝕罹患率は大きく減少し歯科治療の内容も大きく変化した．今後，歯科医療はさらに治療的歯科医療から予防的歯科医療，再生医療へとその軸を移すことであろう．しかしながら，歯学教育の現状は，従前の歯科治療を中心としたカリキュラム構成であり，将来の歯科医師を育てるための教育内容への変換がなされているとはいいがたい．米国歯科医学教育学会は，2008年にMacy Study Report[1-3]を発表してこの問題を指摘し，これからの歯学教育に向けての方向性を提示した．このなかで特筆すべきことは，歯学教育における医学教育の重要性が指摘されており，施術的歯学教育から，予防歯科医療，遺伝子診断・治療，再生医療を中心とした診断・予防的歯学教育への転換の重要性が叫ばれていることである．国際的な歯学教育がいずれMacy Study Reportの提言に追随するであろうことは想像できる．世界の歯科医学の情勢は国際認証の流れのなかにあり，国際的な歯学教育の変換の流れに遅れないためにも，また，日本における医学と歯学の乖離が生じないためにも，医学教育の比重を上げた歯学教育のカリキュラムの検討が必要であろう．

1) 患者の安全を確保するうえでの医学的知識の習得

歯科治療に関連したトラブル（合併症，併発症，偶発症を含む）は，繰り返し報告がなされ，歯科医療現場での患者管理の重要性が叫ばれてきたところであるが，残念ながらこのトラブルは根絶することができない．これらのトラブルに関連した語句は，過去に混同して用いられてきた経緯があり，2009年の国立国語研究所の提言を受けて2011年に日本歯科医学会が各分科会に用語の統一を提言した[4]．これらの語意に基づけば，合併症，併発症はある程度発生を防止することはできても，偶発症は不可避であることが多い．医業，歯科医業の境界はあっても歯科医療行為に関連して生じたトラブルは歯科医師が責任をもって対応すべきもので，それを回避する努力と，いったん生じてしまったトラブルに対する対応については，その適否が問われることになる．日本歯科医師会は，2012年7月13日付で「インプラント治療に関する報道等に対する見解」[5]をメディアに公開した．この意見書の趣旨は，日本歯科医師会として早急に医療事故の予防に取り組むという意思表明とマスメディアにおいて医療過誤と医療事故，医療紛争を区別して取り扱い願いたいという申し出である．重篤な全身トラブルに際しては，2004年からは，一般市民がAEDを使用できるようになり，多くの市民が基本救命処置についての講習，実習を受講するようになった．このことにより，歯科治療時に患者の状態が急変した場合には，医療専門家である歯科医師には社会通念上一般市民以上の対応が求められる機運がある．トラブルに遭遇した歯科医師が，全身状態の把握もできず基本救命処置が行えなかったとなれば，従前以上に厳しい批判を受けるのは明白である．平成22年版歯学教育モデル・コア・カリキュラム（以下，コアカリ）[6]では，一般市民と同じレベルの基本救命処置を6年間での履修内容としており，これはまず最低限の必修要件を設定し，より進んだ対応については，卒業後に継続的な学習を行って段階的に履修することを求めていると考えるべきであろう．しかしながら，多くの歯科医師は卒後を含めて，このコアカリの教育の枠を超えて全身管理の研修を受けていないのが実情である．歯科医師が一般市民以上の対応を迫られるとなると，少なくとも研修医レベルで基本救命処置以上の教育が必要となる．そのためには，第一段階として教育者を対象としたさらなる研修と，将来的にはコアカリの改訂を含めたガイドラインの策定が検討される必要があるかもしれない．

いまむら　よしき
日本大学歯学部口腔診断学講座
キーワード：患者の安全確保，専門医療の連携，基礎医学の充実

2) 医療-歯科医療における医療専門職の連携に関する教育

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，第 12 回会議（平成 24 年 7 月）において歯学教育・歯科医療に関する最近の政府方針を概説しており[7]，チーム医療のなかでの歯科医師の役割，ならびに犯罪死の見逃し防止に資する死因究明制度における歯科医師の役割を重要視している．この資料から得られる情報を，著者なりに噛み砕いて現況を加味してまとめると，以下の 5 点になる．

(1) すでに糖尿病や心疾患などにみるように，全身疾患によって引き起こされる口腔症状や口腔環境によって影響を受ける全身疾患の因果関係は，近年その重みを増すばかりである．この領域においては，医学と歯学の知識のオーバーラップが医療を推進してゆくことを証明してきた．全身疾患によって引き起こされる口腔症状や，口腔保健が全身疾患の予防のうえでもつ意義については，現在教育がなされているところであるが，さらに学生に関心をもたせるべく，医学と歯学を直結した教育がなされるべきである．

(2) 従来の歯科と医科の狭間を埋める歯科医学教育が求められている．口腔顎顔面の痛みや不定愁訴，粘膜疾患などで医科と歯科を行き来する患者は多い．従来の歯科医学教育は，適切な治療を施せば口腔症状は治癒または寛解するという教育を行ってきた．しかし，実際には推奨される歯科治療を行っても改善しない病態があり，このような病態の診査診断，対応の方法を教育することが求められている．これらの教育においては，特に診査診断のためのストラテジーが重要であり，Macy Study Report では，全身の診査を含めた診断学の教育の重要性が説かれている．

(3) がん医療における周術期管理体制，病院における口腔ケア，栄養サポート，摂食・嚥下，感染制御，糖尿病，緩和ケアなどのチーム医療において，医科と歯科の連携がお互いの専門性を尊重し，それぞれの専門性を最大限に活かした連携を行うことで，患者中心の質の高い医療を提供することが求められている．このチーム医療にあっては，医師-歯科医師間の連携のみならず，他の医療関係職種を含めた連携や歯科医師だけでなく歯科衛生士を含めた歯科医療専門スタッフの参画も必要である．このようなチーム医療の一員として，また状況に応じてチームリーダーとして活躍できる歯科医師の育成が必要である．

(4) 再生医療の領域は，歯科と医科の境界をさらに見えないものにしている．遺伝子レベルでの歯科医療は，今後不可欠な領域であることは明白であり，この領域の学生への教育がより充実されるべきである．遺伝子を用いた医療は，再生医療のみならず，特定の疾患の治療や，発生学上・予防医学上の問題を含んでいる．医学歯学の垣根を越えて臨床が進む必然性があり，歯学教育で後れを取ってはならない領域である．

(5) 前述の歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議は，犯罪死や災害死における歯科医師の役割について，身元確認措置の迅速化，精度向上などを図るために，各大学における歯学教育のカリキュラムの改訂を含め，歯科法医学教育の充実を図り，学生の歯科法医学的知見の底上げを図るとしている．先般の大災害に際しての社会的要求をみても，歯科医師の社会的責務が重大なことは明らかである．医師に比べると，一次医療を担当する歯科医師の割合は圧倒的に多い．地域医療に密着する歯科医師であればこそ法医学的役割も要求されるわけである．法的には，歯科医師に検死が認められていない現状はあるが，生前および死後の歯科所見の照合・判定のみならず，DNA 鑑定など，医学的理論に基づいた診断の知識は必要であろう．歯科法医学教育のためには，地域ごとの専門教育が行えるような，大学単位での教育環境の整備が必要であろう．

3) 歯学教育の継続的な改善に向けて

歯学教育においては，従前より社会的ニーズに応じてカリキュラムの改善を行ってきた．コアカリでは，旧版から歯科医療における安全性への配慮と危機管理として医学教育の必要性が示されている．しかし，現在の歯科を取り巻く社会環境は，さらなる歯学教育の変革を求めているといえるだろう．

これからの歯学教育は，科学的データに基づいた教育がなされるべきであるが，そのためには継続した研究が必須であり，上述の Macy Study Report と歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議の提言はいずれも，歯学教育の継続した改善のための基礎医学研究者の育成を重要項目として挙げている．医科領域では，大学に所属しない医師の多くが研究を行い，生涯，研究発表を行うことを自身のタスクとしている者が多い．このような風潮が医学の質を底上げしているといえる．医学と歯学の乖離を起こさないためには，歯学教育においては，卒前から卒後教育までを含めた教育制度を考える必要がある．歯科基礎医学研究者を数多く育成して，他の生命

科学分野の研究者と知識を共有できるように，歯科界全体としての研究意識を高めることが，最も根本的な問題ではなかろうか．

社会が歯科医師に要求する医学的知識は増大するばかりで，一方では受験生の歯学部・歯科大学志願者の減少に伴い，学生の学力低下が危惧されるところである．歯学教育にあっては，第1学年入学時，あるいは低学年時から医学教育のなかの歯学教育を深く意識させ，学生の医学教育へのモチベーションを駆り立てることが不可欠で，今後の歯科医療の展開の成否を左右するであろう．

文献

1) Johnson L, Genco RJ, Damsky C, Haden NK, Hart S, et al. Genetics and its implications for clinical dental practice and education：report of panel 3 of the Macy study. J Dent Educ 2008；72：86-94.
2) Formicola A, Valachovic RW, Chmar JE, Mouradian W, Bertolami CN, et al. Curriculum and clinical training in oral health for physicians and dentists：report of panel 2 of the Macy study. J Dent Educ 2008；72：73-85.
3) Lamster IB, Tedesco LA, Fournier DM, Goodson JM, Gould AR, et al. New opportunities for dentistry in diagnosis and primary health care: report of panel 1 of the Macy study. J Dent Educ 2008；72：66-72.
4) 千葉逸朗，尾崎哲則，加藤一夫，日野出大輔，平田幸夫，他．用語委員会報告　口腔衛生関連学術用語の統一に関する見解．口腔衛生会誌 2011；61：318-28.
5) 日本歯科医師会．日歯，インプラント報道で見解　日歯広報，1568．東京：日本歯科医師会；2012. 7. 15. p. 3.
6) 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，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―．2011［サイト更新日　2011. 6. 3；閲覧日　2012. 7. 20］；平成22年度改訂版．URL：http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2011/06/03/1304433_3.pdf#search='歯学教育モデルコアカリキュラム'.
7) 文部科学省．歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議（第12回）配付資料．2012［サイト更新日　2012. 7. 23；閲覧日　2012. 7. 24］；URL：http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/035/gijiroku/1323562.htm.

第6章 共用試験

1. モデル・コア・カリキュラムと共用試験

荒木　孝二

2001年3月に「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「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について―学部教育の再構築のために―」が報告され，医学および歯学教育のモデル・コア・カリキュラムが提示され，それに基づく，臨床実習開始前の学生の適切な評価システムの構築のための大学間共用試験システム創設についての提言などがなされた．共用試験のトライアル実施は2002年1月以降に開始され4回のトライアルを経て，2005年12月に正式実施が開始された[1]．

また，医学および歯学教育のモデル・コア・カリキュラムは2008年3月と2011年3月[2]に2回，すでに改訂が行われており，それに合わせて共用試験の出題範囲も変更されてきている．歯学系共用試験CBTは2012年12月の実施から，2011年3月改訂の歯学教育モデル・コア・カリキュラムの内容で出題されることになっている．

歯学教育のモデル・コア・カリキュラムの改訂，共用試験CBT，共用試験OSCEに関する詳しい記述はそれぞれ本書の別項目で行われているので，本稿では共用試験の開始からちょうど10年が経過したのを機に，モデル・コア・カリキュラムと共用試験という観点からこの10年を振り返ってみることとする．

1) モデル・コア・カリキュラムの功罪

モデル・コア・カリキュラムが作られた当初の目的は，それまでほとんど行われていなかった医学部学生教育に診療参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）を導入するための医学生の能力の担保であり，逆に歯学部学生教育ではさまざまな理由で形骸化してきた臨床実習を少しでも以前の状態に戻すための歯学生の能力の担保であったことは間違いない．

10年経って29歯科大学・大学歯学部の臨床実習の実施状況をみると，モデル・コア・カリキュラムの導入が強い理由ではないにしても，以前よりは臨床実習を充実させていこうという兆しが見え始めてきたのは朗報である．

ただし，モデル・コア・カリキュラムの現時点での評価は大学内外ではやや異なっていると思われる．実際にモデル・コア・カリキュラムを用いてカリキュラム改革を行った大学の教員や，教育を受けている歯学生にとっては，臨床実習開始前の共用試験，特にCBTの出題範囲という意識が強く，6年を通した歯学教育全体としてのコア・カリキュラムであるという意識はあまり持たれていないと思われる．これに対して大学外の評価はかなり異なっている．わが国で初めて医学部および歯学部の大学教育内容として明確にコア・カリキュラムを作成したことは，高く評価されたとともに他の学部教育に対して大きな影響を与えた．すでに薬学部では薬学教育モデル・コア・カリキュラムが導入され，薬学共用試験も正式実施がされている．看護系大学教育，獣医学教育および管理栄養士養成課程でもモデル・コア・カリキュラム策定の調査研究が行われ最終案が報告されている．また，法科大学院コア・カリキュラム，国立高専機構によるコア・カリキュラムなどもすでに策定されている．なんでもモデル・コア・カリキュラム策定をすればよいというわけではないが，策定のためには各分野における教育関係者が一堂に会して，長期間議論を行うという過程が必ず生じる．この過程のなかで教育内容についての現状の把握，問題点，将来に向けての教育方向などが話し合われることは，その分野の教育レベルを間違いなく向上させていくと思われる．その結果として分野ごとにモデル・コア・カリキュラムが誕生している．

歯学教育モデル・コア・カリキュラムについても，平

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：モデル・コア・カリキュラム，歯学教育カリキュラム，共用試験

成 22 年度改訂が行われたのを機に，すべての歯科大学・大学歯学部で初めて策定した 10 年前の目的と意義を改めて見つめ直したいものである．

2) 臨床実習開始前の共用試験の功罪

歯学教育モデル・コア・カリキュラムが策定され，時期には多少の差があるにせよそれに合わせて 29 歯科大学・大学歯学部がカリキュラム改革を行った最大の理由の一つに，臨床実習開始前の共用試験の実施とその試験項目を歯学教育モデル・コア・カリキュラムのなかに示したことがあるといえる．教育カリキュラム作成には目標・方略・評価の 3 部門が揃って初めて効果的な教育が行われるという大原則からして当然ではあったが，医学・歯学教育の学年途中で，ほぼ資格試験に近いものを全国規模で実施するという発想を実現し，しかも知識を確認する CBT と，態度・臨床技能を確認する OSCE の 2 本立てで行うこととしたのは非常に画期的な出来事であったといえる．

また，共用試験実施のために日本全国の歯学系教員が CBT 問題作成と OSCE 実施に少なからずかかわることとなり，多くの教員が学生教育に強く関心を向けるようになってくれた．この証として，日本歯科医学教育学会会員数のこの 10 年間の急激な増加がある．共用試験が始まった 2002 年度はちょうど本学会創立 20 年を過ぎたときであるが，約 1,000 名の会員数であった．2011 年度は創立 30 周年を迎えた年であるが，2011 年度末（2012 年 3 月）の会員数は 1,765 名と 750 名以上の増加となっている．さらに近年では総会・学術大会での演題発表数は 150 題以上，参加人数も 400 名以上をコンスタントに達成しており，教育に対する熱意は変わらず高い水準にあると思われる[3]．

共用試験の実施にはプラスの副産物がある．CBT は医療系大学間共用試験実施評価機構が毎年全大学に問題の公募を行い，提出された公募問題を全大学から選ばれたブラッシュアップ委員が問題を修正し，事後評価解析委員が結果を基にプール問題を決めていく．OSCE は，実施大学だけでなく他大学の評価委員が採点を行う．そのための外部評価者養成 FD（Faculty Development）を全国規模で開催している．このように，普通であれば専門領域の全く異なる背景をもった教員が一堂に会して共用試験のために作業を行うので，おのずと連帯感が生まれる．さらに大学間での情報交換も盛んに行われるので，各大学の教育事情をリアルタイムに知ることができる．共用試験にかかわっている多くの教員が知人となり，共有部分も少なからず持つ．「教育」というキーワードで，全国的に大きなネットワークが構築されているので，今後も日本の歯学教育全体として次なる何かを行おうとした場合に，大きな原動力となることが期待できる．

文献

1) 医療系大学間共用試験実施評価機構．臨床実習開始前の「共用試験」第 9 版（平成 23 年）．2011.
2) モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会・専門研究委員会．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―平成 22 年度改訂版．2011.
3) 日本歯科医学教育学会白書作成委員会編集．歯科医学教育白書 2008 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2009. 180–2 頁.

第6章 共用試験

2. CBTとその現況

河田　英司

共用試験CBT（Computer Based Testing）は2005年の12月（2006年度共用試験）に4年間のトライアルを経て正式実施にいたった．トライアルから正式実施の第3回（2008年）までの状況については「歯科医学教育白書2008年版」[1]に報告されている．

2008年には共用試験の出題範囲を規定している歯科医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され，2009年からはその改訂モデル・コア・カリキュラムを基準に出題内容が変わっている．2011年3月に歯学教育モデル・コア・カリキュラム（平成22年度改訂版）は大幅に改訂されたが，それを基準とする問題は2012年から作られ2013年から正式に出題される．

ここでは，2008年12月から行われた第4回（2009年）以降の実施状況と，29の歯科大学・歯学部からの回答がそろったアンケート結果に基づき共用試験CBTの歯科医学教育に及ぼす影響について報告する．

1）歯学系CBTの実施状況

(1) 歯学系CBTの試験ブロックの構成

試験ブロックの構成は，第4回（2009年）まではトライアルから実施されていた構成と同じで，1〜4ブロックまでが①単純5肢択一問題がそれぞれ60設問，計240設問，5ブロックは②多肢選択順次解答2連問（L問題）が10セット20設問，③症例提示順次解答2連問（W問題）が10セット20設問の計40設問，6ブロックは④多肢選択順次解答4連問（R問題）が5セット20設問，⑤症例提示順次解答4連問（Q問題）の5セット20設問，計40設問の5種類の問題形式で合計320設問出題されていた．しかし第5回（2010年）からは多肢選択順次解答4連問（R問題）が出題されなくなり，6ブロックは症例提示順次解答4連問（Q問題）の10セット40設問のみの出題になった．320設問のうち評価後にプールされた採点問題（プール問題）と評価前の採点されない問題（新作問題）が約7：3の割合で含まれている．新作問題は機構の委員会の評価でプール問題と判定された問題のみが次年度以降のCBTに出題される．

1ブロックの試験時間は1時間で，合計6時間の試験時間となっている．初期には各大学の判断で各ブロックを連続して実施する（フライング）ことも可能であったが，現時点ではフライングは認められず，各ブロック間では必ず休憩を取るようになった．

(2) 基本統計量の推移

表6-1は正式実施後の6年間の基本統計量である．受験者は第1回が2,606名と最も多かった．第2回から4回にかけて減少していたが，第5，6回では2,500名台後半の受験者であった．

表6-2は正式実施6回分の平均正答率の推移である．第1回が78.3%，第2回が76.1%と高い正答率を示していたが，第3回以降は約73%と一定の正答率を保っている．

(3) 問題セット間の平均難易度の標準偏差の推移

共用試験CBTは各学生に異なった問題を出題し評価している．そのため学生間の難易度の差が極力少ないことが望まれる．最終トライアルで学生に出された問題では最高値65.7点，最低値58.0点で7.7点の差があったが，23年度には最高値73.7点，最低値は70.6点で差は3.1点と大きく縮まってきたことでわかるが，学生間の難易度の差は問題セット間の平均難易度の標準偏差で示される（**図6-1**）．トライアルでは1.00を超えていた標準偏差が，正式実施第1回には0.57に低下し，第4回以降は0.50以下で，学生間の難易度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6-2はモデル・コア・カリキュラム項目別・問題形

かわだ　えいじ
東京歯科大学歯科理工学講座
キーワード：共用試験，CBT，評価

表 6-1　歯学系 CBT 正式実施以降の基本統計量

	第 1 回 (2006 年)	第 2 回 (2007 年)	第 3 回 (2008 年)	第 4 回 (2009 年)	第 5 回 (2010 年)	第 6 回 (2011 年)
受験者数	2,606	2,530	2,466	2,421	2,565	2,584
平均正答率（%）	78.3	76.1	73.5	72.7	73.1	72.3
標準偏差	9.7	9.1	9.4	9.6	9.8	9.4
最高値	97.8	97.8	96.7	97.9	95.8	95.5
最低値	30.7	44	38.8	35	32.5	33.9
中央値	79.4	76.7	74.2	73.3	73.8	72.7

医療系大学間共用試験実施評価機構発表資料改変

表 6-2　歯学系 CBT 正式実施以降の平均正答率：モデル・コア・カリキュラム別・問題形式別（%）

	第 1 回 (2006 年)	第 2 回 (2007 年)	第 3 回 (2008 年)	第 4 回 (2009 年)	第 5 回 (2010 年)	第 6 回 (2011 年)
A	74.5	76.4	72.5	73.4	75.6	74.8
B	83.8	85.1	78.6	72.0	68.6	67.8
C	78.6	74.9	77.6	72.4	72.9	71.8
D-1	80.4	76.0	73.0	73.4	73.6	71.6
D-2	79.1	74.8	73.0	71.0	73.8	70.9
D-3	82.4	77.2	73.5	72.7	73.2	73.2
D-4	80.2	74.9	73.5	72.2	72.7	71.7
D-5	81.2	76.5	72.9	73.2	71.8	72.0
E	78.7	76.7	72.0	72.2	71.5	71.3
F-1	77.9	76.8	72.7	72.5	72.9	71.7
F-2	79.8	78.0	74.1	73.5	73.1	72.7
F-3	77.0	75.9	72.8	72.2	72.7	72.3
F-4	78.4	77.3	72.5	71.7	73.8	73.8
単純 5 肢択一	78.8	76.6	73.6	72.6	73.0	72.2
多選択肢 2/4 連問	77.5	74.9	73.8	73.6	73.1	72.4
順次回答 2/4 連問	76.4	74.8	73.2	72.9	73.8	72.7
合計	78.3	76.1	73.5	72.7	73.1	72.3

医療系大学間共用試験実施評価機構発表資料改変

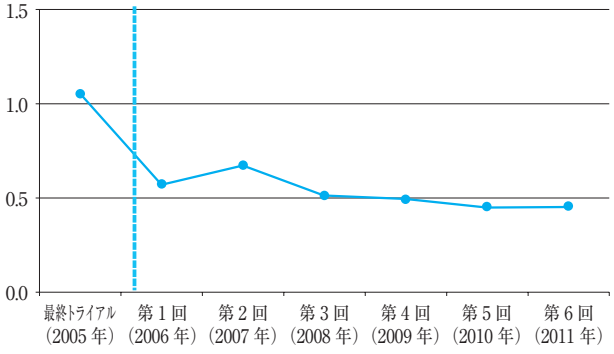


図 6-1　歯学系 CBT の平均難易度の標準偏差の推移
医療系大学間共用試験実施評価機構発表資料改変

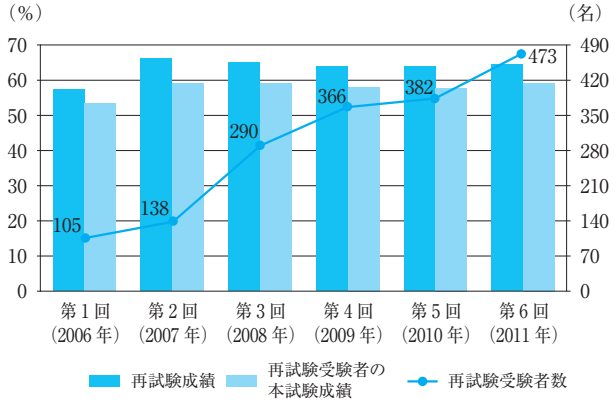


図 6-2　歯学系 CBT 正式実施以降の再試験の状況
医療系大学間共用試験実施評価機構発表資料改変

式別平均正答率の推移である．ほとんどの項目で第 1 回が最も高い正答率を示し，第 2，3 回と低下する傾向を示していたが，第 4 回以降からはどの項目も 72 ～ 74% の範囲に収まっており，各項目間の難易度に差が認められなくなった．項目 B（歯科医師としての基本的な態度）は第 5，6 回と約 68% の低い正答率を続けて示しているが，出題範囲，出題数の関係で起きた現象で，平成 22 年度改訂版モデル・コア・カリキュラムでは A，B が結合されており，この項目が低く評価されることはないと考える．問題形式別平均正答率も第 1，2 回に比べ低下しているものの，それ以降は 72～73% で同じような平均で推移している．これは共用試験 CBT が学生の知識

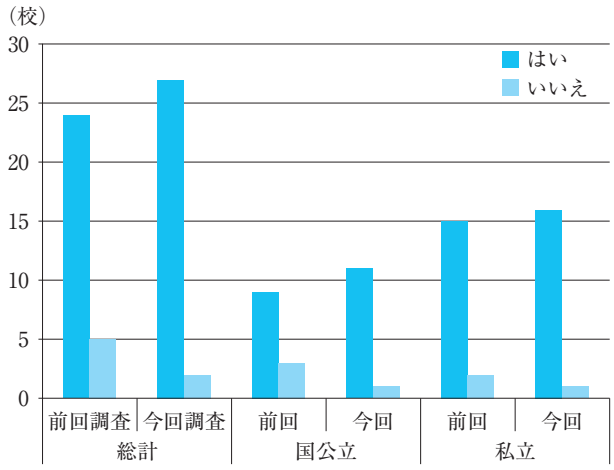


図 6-3　アンケート調査結果（1）共用試験に合わせたカリキュラム改訂を実施したか？

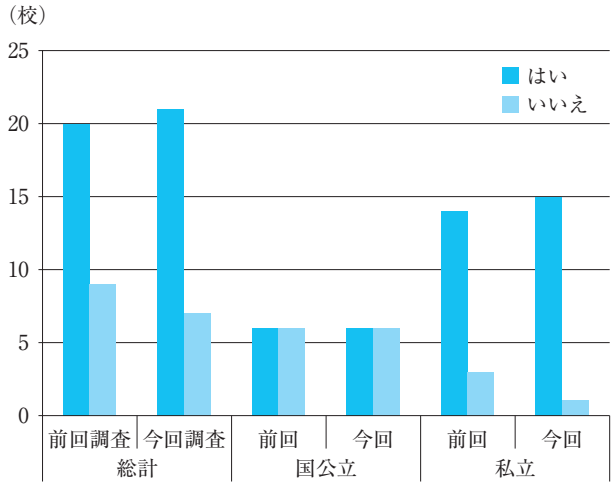


図 6-4　アンケート調査結果（2）共用試験 CBT の導入により，授業に変化があったか？

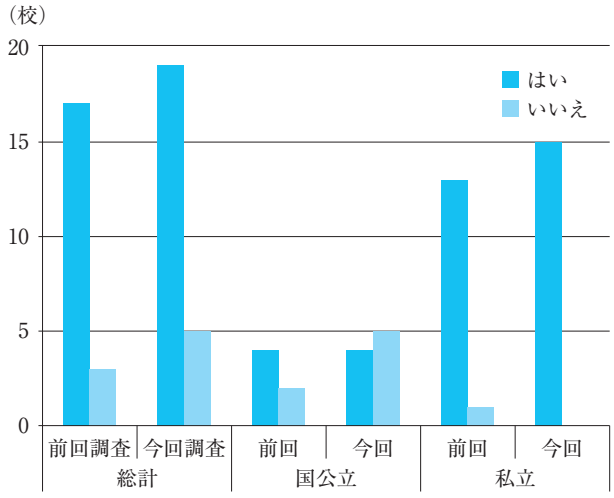


図 6-5　アンケート調査結果（3）貴学独自の客観試験の実施は？

の部分を正しく評価しているといえる．正式実施 6 回の実績に基づき，項目反応理論も取り入れ，臨床実習開始前の学生の知識の評価が整っていくものと考える．

(5) 再試験

図 6-2 に正式実施以降の再試験の状況を示す．再試験受験者は第 1 回では 105 名しかいなかったものが，回数を重ねるごとに増加し，第 4 回では 360 名を超え，第 6 回にはさらに 100 名増え，473 名となった．再試験受験者の増加は，学生のレベルの低下にだけ原因があるのではなく，各大学が臨床実習前の知識の整理を重要と考え，合格基準を変えてきたことも大きな原因であろう．確かに，第 1 回では再試験受験者の本試験の成績の平均が 53.4%，再試験の平均が 57.3%であったものが，第 2 回以降は本試験の平均も 60%に限りなく近くなり，再試験の平均点は約 64%になっている．

2) CBT と歯科医学教育

本白書作成にあたり日本歯科医学教育学会が 29 の歯科大学・歯学部に実施したアンケートのなかで，共用試験 CBT が歯科医学教育に与えた影響についての結果に関して前回（2008 年版白書）と比較して報告する．

(1) 共用試験とカリキュラム改訂

共用試験が正式に実施されてから 3 年目のアンケートでは**図 6-3** に示すように，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たが，今回の調査では，改訂した大学が 3 大学増え，27 大学（国公立 11 大学，私立 16 大学）が改訂を行った．改訂を行っていない 2 大学は今後も改訂の予定はないとの回答であった．

(2) 共用試験 CBT 導入による授業の変化

図 6-4 にアンケート結果を示す．授業に変化があったと答えた大学は前回に比べ 1 大学増え 21 大学（国公立 6 大学，私立 15 大学）であった．

(3) 大学独自の客観試験の実施

図 6-5 に示すように前回の調査では，独自の客観試験を実施していた大学は，20 大学から回答を得て，17 大学が実施（国公立 4 大学，私立 13 大学）しており，このうち 11 大学は共用試験開始前からそれぞれの大学で客観試験を実施していた．今回の調査では 24 大学からの回答で，実施しているのが 19 大学（国公立 4 大学，私立 15 大学）で，私立 2 大学が新たに客観試験を取り入れていた．

文献

1）日本歯科医学教育学会編集．歯科医学教育白書 2008 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2009．56-8 頁．

第6章 共用試験

3. OSCEとその現況

葛西　一貴

臨床実習開始前に行われる共用試験は2005年12月より正式実施が開始された．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OSCE（Objective Structured Clinical Examination）が導入された．OSCEは全27課題から6課題が出題され，実施大学によっては選択課題として心肺蘇生が追加され，7課題となる場合がある．本稿ではこのたび実施されたアンケート調査を参考にし，歯学系OSCEの実施状況と歯科医学教育についてその現況をまとめた．

1）OSCEの実施状況

(1) 共用試験歯学系OSCEの課題

2011年度の共用試験歯学系OSCEの課題は，27課題であり，医療者に必須と考えられる「心肺蘇生」の課題は，実施大学の試験環境整備が整うまでは，選択課題として取り扱いされている．新作課題として「う蝕象牙質の除去」は2013年度から実施される予定である（**表6-3**）．

OSCE課題の成績評価においては，大学ごとに実施する課題が異なること，また年度ごとに課題の評価基準が若干変更されているため，結果の解釈には注意を要する．いずれの領域においても若干ではあるが得点率は上昇傾向を示している（**表6-4**）．

(2) 外部評価者派遣の問題点

外部評価者の派遣は，試験の公正性と透明性を担保するために，これまではすべてのステーションに1名の外部評価者を配置してきた．そのため実施大学へは12名から18名の外部評価者が派遣されていた．外部評価者派遣の問題点として，実施大学の外部評価者への経費負担，派遣される外部評価者自身の負担，評価者の専門領

かさい　かずたか
日本大学松戸歯学部歯科矯正学講座
キーワード：共用試験，OSCE，外部評価者

表6-3　共用試験歯学系OSCE　課題一覧

1. 初診時医療面接
   - 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）
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　レジン充填
   - 5-2　根管治療
   - 5-3　支台歯形成
   - 5-4　テンポラリークラウンの作製
   - 5-5　普通抜歯
   - 5-6　フッ化物塗布
   - 5-7　予防填塞
   - 5-8　縫　合
   - 5-9　スケーリング・ルートプレーニング
   - 5-10　修復用隔壁の装着
   - 5-11　う蝕象牙質の除去（2013年度実施予定）

表6-4　2009～2011年度歯学系OSCE全国成績の概要

	2009	2010	2011年度
初診時医療面接（%）	81.7	81.7	82.1
基本的診察および検査能力（%）	84.0	84.0	85.0
基本的技能（%）	85.9	85.5	85.1
説明・指導（%）	86.0	85.5	86.3
基本的臨床技能（%）	83.8	84.9	84.4
総得点（%）	84.3	84.4	84.6
概略評定（満点6点）	4.56	4.55	4.57
分析対象受験者数（名）	2,585	2,562	2,580

表 6-5　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	種類	開催日	テーマ	担当大学	修了者
2009	WS Ⅰ	11 月 14，15 日	臨床技能系課題	徳島大学	58
	WS Ⅱ	6 月 13，14 日	医療面接系課題	松本歯科大学	29
	WS Ⅱ	8 月 22，23 日	補綴・育成系課題	岩手医科大学	56
2010	WS Ⅰ	11 月 27，28 日	臨床技能系課題	神奈川歯科大学	56
	WS Ⅱ	5 月 22，23 日	口腔外科系課題	大阪歯科大学	57
	WS Ⅱ	8 月 6，7 日	保存系課題	日本大学	58
2011	WS Ⅰ	11 月 12，13 日	医療面接系課題	朝日大学	56
	WS Ⅱ	6 月 4，5 日	補綴・育成系課題	九州歯科大学	58
	WS Ⅱ	8 月 20，21 日	医療面接系課題	北海道医療大学	29

域と担当課題との不整合，医学系 OSCE の実施形態との不整合などが挙げられ，より簡素化された新たな外部評価者の派遣方式の必要性が検討されてきた．

(3) 新たな外部評価者派遣

2010 年度からこれまでの大学推薦外部評価者を廃止し，外部評価者は課題ごとに 1 名配置されることになり，各大学に 6 名（選択課題を実施する場合は 7 名）の外部評価者となった．外部評価者の配置は各課題に 1 名としたが，各列間で環境に差がないよう外部評価者は列間を移動する方式とした．

各課題に 1 名の外部評価者を配置したことから，外部評価者および実施大学の負担は大きく改善された．また，外部評価者については，専門性を考慮した系統別の評価者配置が必要との観点から，専門性を考慮した系統別の評価者養成のため新たなワークショップ（WS Ⅱ）を開催することとした．

(4) 外部評価者の養成

従来の評価者養成ワークショップを WS Ⅰとし，参加要件は内部評価者を 2 回以上経験し各大学が推薦した者で，いわゆる「内部評価者養成コース」の位置づけとした．また，新規の WS Ⅱは WS Ⅰ修了者で，WS Ⅰ受講後に内部評価者あるいは外部評価者を 1 回以上経験した評価者を各大学から推薦していただき，「外部評価者養成コース」とした．**表 6-5** には 2009～2011 年に行われた評価者養成 WS の概要を示す．WS Ⅱは口腔外科系課題，保存系課題，補綴・育成系課題，医療面接系課題の 4 コースで，これまでの修了者数は 287 名となっている．

2) OSCE と歯科医学教育

このたびの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について述べる．

(1) 共用試験以前の臨床技能の評価法

共用試験実施以前の臨床技能評価は，ほぼ全大学で各科の模型実習による評価を実施しており，実習評価は講座単位に任されていたのが現状であった．模型実習による実技試験，実習製作物評価が主であり，客観試験と実技試験の組み合せや，レポート，態度・手技の観察記録などを用いて評価していた．

(2) 共用試験 OSCE による授業の変化

共用試験 OSCE の導入により「授業に変化が生じた」と回答したのは 24 大学であり，「変化なし」は 5 大学であった．具体的な変化については，新しい科目の設置，模型実習，相互実習，ロールプレイなどの組み入れ，模擬患者を用いた医療面接の授業や，ファントーム，マネキンを使用したシミュレーション実習を利用する授業の増加，態度教育にかかわる授業や総合歯科医療にかかわる授業が新たに組み込まれ，態度・技術の教育の重視などが挙げられる．

共用試験歯学系 OSCE の課題内容に則して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や医療面接コミュニケーション，シミュレーション実習など学習方略が改善され，カリキュラムの改変を行った大学が多数みられた．

(3) 模擬 OSCE などの実施状況

共用試験 OSCE への対策として，「模擬 OSCE などを実施している」と回答したのは 16 大学であり，「していない」と回答したのは 13 大学であった．また，模擬 OSCE などの実施が「大学・学部全体として」と回答したのは 5 大学，「各授業科目の自主性に任せて」は 14 大学，「大学・学部全体として行っていない」は 7 大学であった．

共用試験 OSCE 対策として各大学の OSCE トライアル報告書を「参考にしている」と回答したのは 12 大学，「参考にしていない」と回答したのは 17 大学であった．前回の調査と比較して，模擬 OSCE などの実施は増加傾向にあるが，大学・学部全体として実施しているのは前回調査と同様の 5 大学であった．

(4) 共用試験 OSCE の結果の利用

共用試験 OSCE の成績を進級の要件としてどのよう

に利用しているかについては，共用試験 OSCE のみ利用が 1 大学，OSCE と従来法の併用が 2 大学，CBT・OSCE と従来法の併用が 24 大学，その他 2 大学で，多くの大学が CBT・OSCE と従来法との併用であった．共用試験を進級に用いていない大学の存在もみられたが，多くの大学では共用試験の目的に沿って進級条件としている実態が明らかとなった．

(5) 医療面接の授業担当

OSCE 課題としての医療面接の導入を契機に，医療コミュニケーションの教育技法の普及・啓発やそれに携わる教員の教育能力の向上を図るための医療コミュニケーション・ファシリテータ養成セミナーなどが開催されるようになり，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．

医療面接の授業担当については，専任者が担当と回答したのは 13 大学，全科（関連科目）が合同では 9 大学，各科ごとには 4 大学，その他 4 大学であった（複数回答あり）．それぞれの大学の講座編成などに応じた対応と推察される．

(6) 模擬患者の導入および養成

模擬患者を人的資源として授業に用いているかの質問に対し，「模擬患者を導入している」が 20 大学，「導入していない」が 9 大学であった．また，導入学年については，2 年が 1 大学，3 年が 4 大学，4 年が 10 大学，5 年が 3 大学であった．

模擬患者の養成については，独自に養成しているのは 14 大学であった．模擬患者養成の工夫については，町民による学生教育参画を目的とした SP 研究会を設立，患者，知人，各種公開講座参加者などを募り講習会を開催，また地元の劇団に模擬患者をお願いしている事例もみられた．

(7) 設備（チェアー・ユニット）の使用法

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）について，「共用試験実施前」が 19 大学，「臨床予備実習時」が 18 大学，「臨床実習時」が 8 大学であった．共用試験 OSCE で診療室のユニットを使用することを想定し，試験前にチェアー・ユニットの使用を学習するケースが増加している．

(8) 共用試験 OSCE の歯学教育へ及ぼした影響について（自由記載から抜粋）

〈肯定的コメント〉

・全学的取り組みが図られ FD とともに教育の充実に寄与していると考える．また，教員は多忙になったが，学生にとっては良いことだと思う．
・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．
・臨床実習の到達目標として医療水準 1 の臨床技能の習得が明確になり，各診療科の実習内容が変更された．このことにより従来よりも診療参加型実習に円滑に移行した．
・臨床実習開始前に知識・技能・態度学習の到達度を評価することで，参加型臨床実習への移行がスムーズになったように思われる．
・診療参加型の充実を図り，社会の求める優れた歯科医師の育成ができる．
・臨床実習前に共用試験を実施することにより，臨床実習に必要な知識と技能の修得のための学生のモチベーションも向上した．
・OSCE による影響は少ないが，学生に歯科医師としての態度を実地で意識させるうえで効果的と考える．
・学生側，教員側とも，臨床実習開始前までの教育目標が明確になった．
・教員の教育手法の改善，学生のコミュニケーション能力が向上した．

〈否定的コメント〉

・教育内容が歯学教育モデル・コア・カリキュラムにとらわれすぎているように感じられる．
・画一化されてしまい，詳細まで学ばなくなった．
・各大学の独自性が失われ，また学生も共用試験合格のみを目指す者が増加し，興味をもった内容について深く探求しようとする学生が少なくなったように思える．
・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することが必要である歯科治療の到達度を邪魔している．
・教育に必要な物的・人的資源の増加が認められた．
・OSCE に関しては基礎実習を受け持っていない医療面接法，口腔外科学，歯科麻酔学および歯科放射線学講座にはそれぞれ OSCE 対策としての実習を新たに設定している．
・臨床前教育の中心がこの試験で成績を上げることに主眼が向いている．ともすれば，学生側にも共用試験出題以外の教育内容に対する興味，関心が低下したように思われる．
・学生が試験合格のためにマニュアル化しすぎているのではないかという指摘もある．
・CBT，OSCE の実施時期を機構の定義する期間内に設定しなければならず，時間割，科目の試験日などに影響し，全体の時間割の変更等により，負担が大きくなっている．
・臨床実習を実施するに値する能力（知識・技能）を共用試験 CBT，OSCE で評価することにより，教育者の教育内容に対する意識，学生側の基礎・臨床科目と臨床実習のつながりに関する意識が変化した．

第7章 臨床実習

田口　則宏

昨今の歯学教育を取り巻く環境の変化に伴い診療参加型臨床実習の充実が求められるようになり，加えて平成22年度の歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂で臨床実習に関連する項目が大幅に追加され，卒前における臨床教育の実質化に注目が集まっている．本稿では全国29大学歯学部で実施された2011年度の卒前臨床実習，およびそれとほぼ同時期に実施された歯科医師国家試験へ向けた教育状況について，質問紙調査結果に基づき報告する．

1) 臨床実習の目標

臨床実習に関する独自の目標設定は，29校中28校と大半の大学で行われていた．具体的には，臨床実習全体の目標設定を行っていたのが21校，講座ごとで目標設定をしていたのが24校であった．また双方とも設定していた大学は18校であった（**図7-1**）．これらの目標の学生および教員への周知方法については，「実習開始時のオリエンテーションでの説明」と「実習帳への記載」が同数の26校であった．その他は5校で，うちシラバスへの記載などを挙げた大学が4校あった（**図7-2**）．

臨床実習開始時に登院式などのセレモニーを行っているかどうかについて尋ねたところ，29校中26校で行っているとの回答であった．その具体的な方法は，式典形式（医療人としての自覚を促す各種行事や，登院生としての証の白衣や帽子，バッジの授与など）が16校，説明会形式（カリキュラムの説明や担当者の紹介など実務的な内容中心）が9校，その他（無回答含む）が4校という内訳であった．医療者として臨床現場に初めて踏み出すこの時期，医療者としての心得を教育する絶好の機会でもあり，多くの大学でさまざまな取り組みが行われていることが明らかとなった．

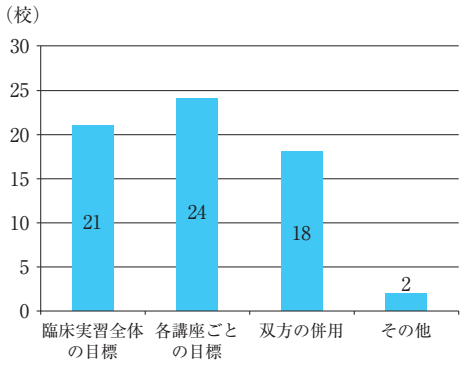


図7-1　臨床実習の目標設定

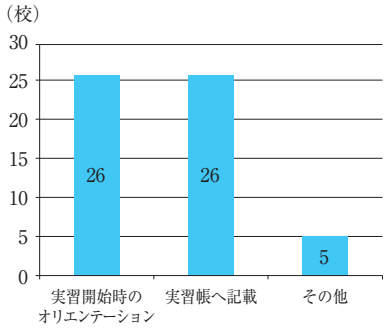


図7-2　臨床実習の目標の周知方法

2) 臨床実習の実施状況

(1) 実習実施時間と実施学年および学生数，担当教員数（常勤，非常勤）

臨床実習の実施時間は大学によってまちまちであり，平均で1,230時間であった（**図7-3**）．最も少ないのは

たぐち　のりひろ
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　健康科学専攻　社会行動医学講座　歯科医学教育実践学分野
キーワード：診療参加型臨床実習，臨床能力評価，指導体制，歯科医師国家試験

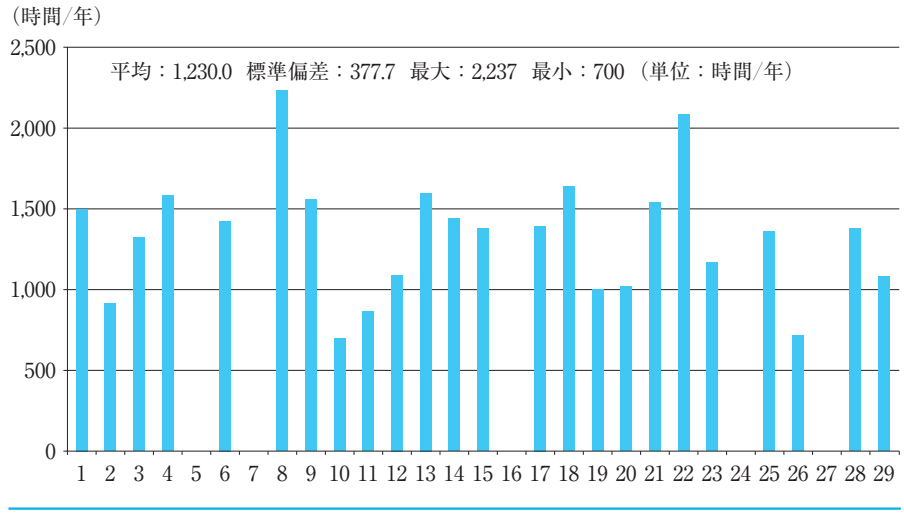


図 7-3　臨床実習の実施時間　※：5，7，16，24，27 は回答なし

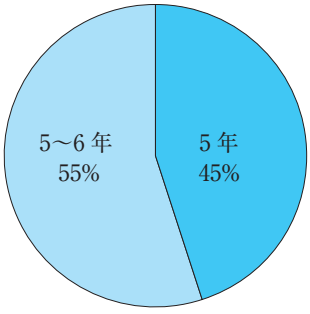


図 7-4　臨床実習の実施学年

700 時間，最も多いのは 2,237 時間で，その差は 3 倍以上となっていた．臨床実習実施学年は 5 年生でのみ実施している大学が 45％（13 校）であったのに対して，5 年生から 6 年生まで行っている大学が 55％（16 校）あった（**図 7-4**）．また臨床実習対象の学生数も大学によってばらつきがあるが，平均で約 100 名であった（**図 7-5**）．これに対応する担当教員数も大学によって差が大きく，カウント方法による違いもあるかもしれないが，平均で常勤約 99 名，非常勤約 23 名であった（**図 7-6**）．学生数と教員数の関係をみると，学生数が多い大学の教員数が多いわけではなく，1 教員が担当する学生数は，最小で 0.46 名，最大で 1.95 名となっていた．

(2) 臨床実習専用の治療室の有無と保有チェアー数

臨床実習専用の治療室を有していると回答した大学は 29 校中 15 校で，約半数の施設であった．また，そこで有しているチェアー数は 20 台以下の大学が 31％（4 校），40 台以下が 77％（10 校）であった．また 41 台以上を有する大学は 23％（3 校）であり，2 校は無回答であった（**図 7-7**）．

(3) 臨床研修との関連性

臨床実習と臨床研修の接続は，臨床能力を卒前から卒後にわたって有機的かつ一体的に育成していく観点から，今後重視されていく部分である．今回の調査では，4 校で「両者の接続を図っている」「屋根瓦式教育を行っている」「同一の診療室で行動しているため物理的障壁がなく円滑な交流が行われている」などの対応が取られていた．一方で，15 校と約半数の大学では，現時点で両者の関連はないとの回答であった．またその他の 10 校からは明確な回答が得られなかった．

(4) 臨床実習の実施方法と自主トレーニング設備

各科ローテーション方式で行っている大学が 14 校，学生診療室を中心に必要に応じて他科で実習を行っているのが 6 校，これら両者を併用しているのが 8 校という結果であった（**図 7-8**）．また学生のニーズに応じて自主的に臨床能力をトレーニングする設備があるかと尋ねたところ，29 校中 69％（20 校）で「有している」との回答であった（**図 7-9**）．トレーニング設備にも，大規模なスキルスラボから小規模な顎模型までが含まれる可能性があり，正確にはより詳細な調査が必要であろう．

(5) 診療参加型臨床実習への取り組み状況

臨床実習における診療参加型と見学型の実習の割合を**図 7-10** に示す．大学によって診療参加型臨床実習への取り組み状況に違いが認められた．また協力患者さんの確保方法についてもそれぞれ工夫をこらし独自の方法で行っている施設が多かった（**表 7-1**）．また診療参加型臨床実習を推進するうえで大学ごとの取り組みについても，さまざまな対応がみられ，たいへん興味深い（**表 7-2**）．

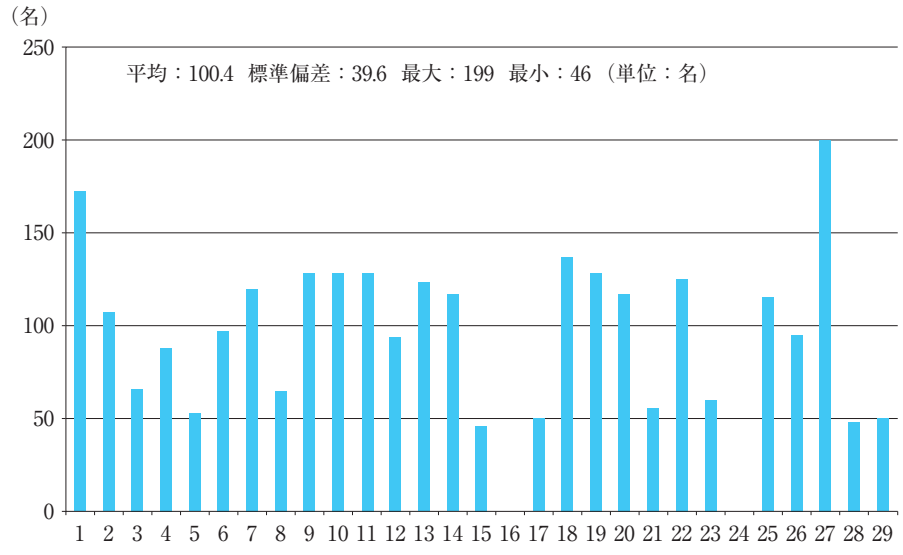


図 7-5　臨床実習の学生数　※：16，24 は回答なし

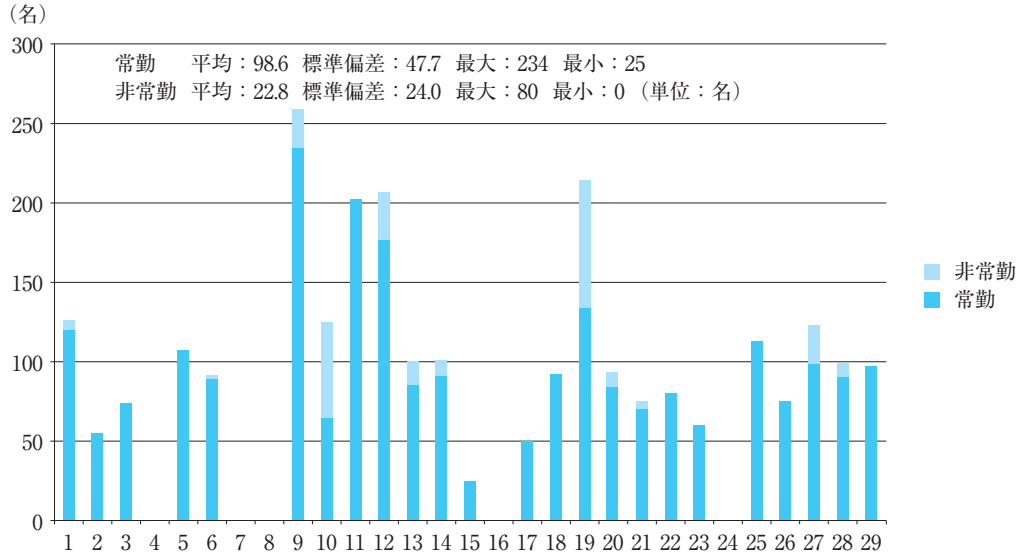


図 7-6　臨床実習の担当教員数　※：4，7，8，16，24 は回答なし

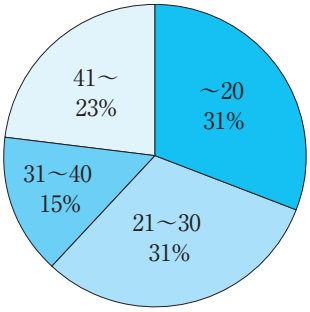


図 7-7　臨床実習専用の治療室におけるチェアー数（単位：台）

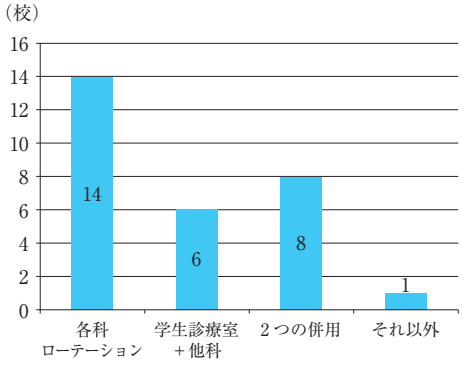


図 7-8　臨床実習の実施方法

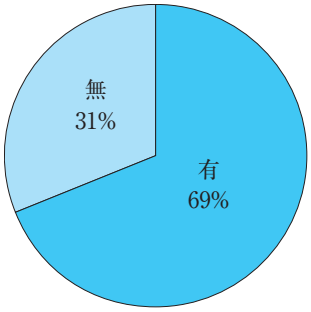


図 7-9　自主トレーニング設備の有無

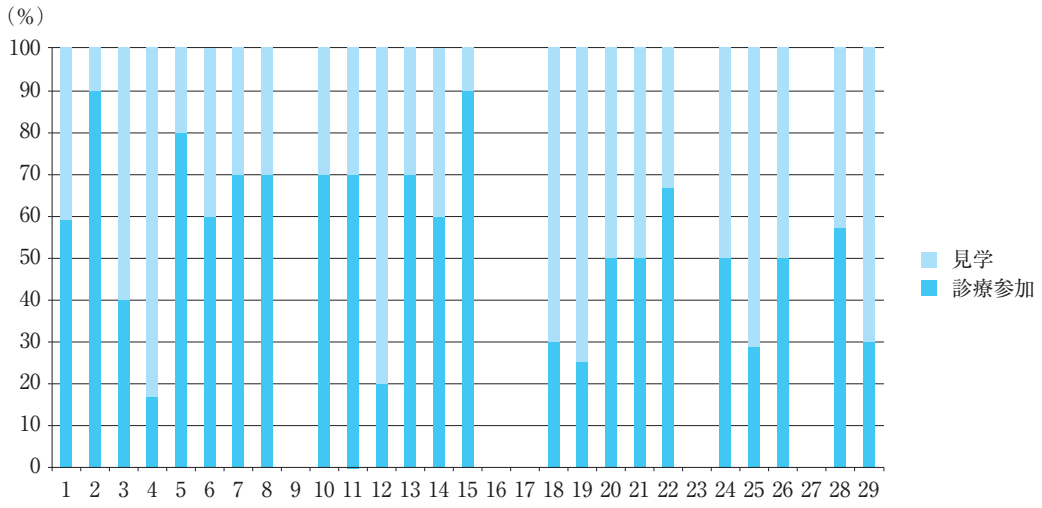


図 7-10　臨床実習における診療参加と見学の割合　※：9，16，17，23，27 は回答なし

表 7-1　協力患者さんの確保方法についての取り組み

【協力依頼】
・院内掲示に教育病院の使命を記し，臨床実習への協力をお願いしている（3 校）.
・臨床実習を理解してもらえるようなリーフレットを作成し配布している.
・初診時に紹介以外の患者さんについて教育病院の趣旨を説明し協力を求めている.
・来院患者すべてに学生の診療がありうることを周知している.
・初診時に学生診療室のメリット（時間をじっくりとれる，アポイントがとりやすい，など）を説明し協力を要請している（2 校）.
・近隣町村への健康出前講義開催時に，臨床実習への協力を呼びかけている.
・同意書を作成，配布し協力を依頼している（3 校）.
【新たな患者の確保】
・学生が自分で患者さんを獲得することを推奨している.
・実習生の家族，友人，後輩への協力依頼（2 校）.
・学生同士の診療を認めている.
・大学の新入生（3,400 名）に対する歯科検診.
【その他の取り組み】
・屋根瓦式をとり臨床研修と患者さんを共有する.
・臨床実習で診療が終了した患者さんには，学生が定期的にリコールしている.
・学生が診療した際には，患者さんからの評価を得ている.
・学生診療室の受付に隣接して会計計算窓口を設置し，迅速な会計計算が行えるようにしている.

3）臨床実習の評価方法

臨床実習の評価は経験ケース数，見学を含めた参加数，観察記録，実地試験，ポートフォリオなど多様な方法が利用されている．これらの評価方法の利用状況について調査したところ，最も多く利用されていたのは見学を含めた参加数（21 校），次いで経験ケース数（19 校）で，量的な評価が多く利用される傾向にあった（**図 7-11**）．また客観的臨床能力試験（OSCE）は 14 校で，観察記録も約半数の 15 校で利用されていた．その他としては，実習態度や記述試験，客観試験（多肢選択形式），症例発表，口頭試問，ポートフォリオなどが用いられていた．調査では，これらの利用割合を尋ねたが，多くの大学で「科によって異なる」や「無回答」となっており，一定の形にまとめることは不可能であった．臨床実習の評価方法として OSCE を導入している大学は 14 校，導入を検討している大学は 9 校，導入予定なしと回答した大学は 6 校であった（**図 7-12**）．評価を行っている時期としては，29 校中 24 校が実習終了時に行っていると回答し

表 7-2　診療参加型臨床実習を推進するうえでの大学ごとの取り組み

【理念・目標】
・個別到達目標の設定により，各診療科の取り組みを促している．
・コンピテンシーを制定し，卒業時にできるべき臨床技能を具体的に想定できるようにした．
・臨床実習手帳を学生に持たせている．自験，介助，見学の実施状況が一目でわかり，学生への指導時に有効に活用できる．
・診療参加型とはイコール自験であることを，臨床実習の指導理念としている．
【実習体制】
・教員・学生・担当患者の組み合わせを作り，1 学生に対し，補綴系・保存系のそれぞれ複数の教員が指導を行うシステムとしている．
・補綴・保存・口腔外科・歯周の指導医の下に患者担当制を行っており，専門チーム診療の一員として臨床に参加している．
・保存系補綴系各 3 科で学生専用診療室を構成し，各科の連絡を密にし，学生が一口腔単位中の治療に多く参加できるよう心掛けている．
・主治医インストラクター制度（学生を指導する専門診療科インストラクターのなかから主治医担当教員を決定する）の導入．
・自験（実際に患者に触って診療する）の点数を高くしている．
・学生 1 ないし 2 に対して指導医 1 の割合で常に安全を確保しつつ，診療を実施している．
【実習内容】
・総合歯科（歯科保存学，歯科補綴学）の実習期間に 1 名以上の患者の一口腔単位の実施を課している．
・自験をスムーズに実施できるようにシミュレーション実習を充実させている．
・SP（近隣町村の住民数十名を養成）に協力していただき，医療面接およびコミュニケーション教育を行っている．
【その他の取り組み】
・1 年に 1 回，歯学部長と病院長の連名で，臨床実習に協力していただいた患者さんへ感謝状を贈呈している．
・臨床実習中の私費料金は 25%引きとしている．

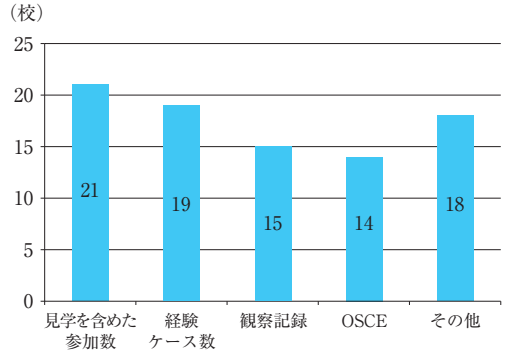


図 7-11　臨床実習で用いている評価法

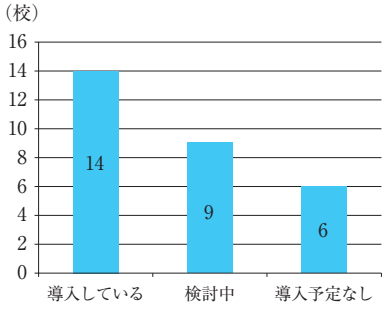


図 7-12　臨床実習の評価法に OSCE を導入しているか

た（**図 7-13**）．また学生に対する評価結果のフィードバックは，評価終了時に行っているのが 15 校，実習終了時に行っているのが 10 校，2 校が両方の時期に実施されており，6 校はフィードバックを行っていないとの回答であった（**図 7-14**）．

4）臨床実習の体制について

(1) 指導組織について

臨床実習を直接管理する会議は月に 1 回程度開催されている大学が 23 校で，79％を占めていた（**図 7-15**）．また臨床実習を担当する教員に対するオリエンテーションプログラムを有する大学は 17％（5 校）で，79％（23 校）はないとの回答であった（**図 7-16**）．教員の教育活動に関する客観的な評価システムを有する大学は 24％（7 校）で，76％（22 校）はないとの回答であった（**図 7-17**）．これらの点は教員の FD（Faculty Development）や教育業績評価システムに関連する部分であり詳細は別項に譲るが，今回は臨床実習に特化した形での運用実態の調査を行った．その結果，少数ながら運用されている施設もあり，今後他大学でも導入が広がることを期待する．

(2) 臨床実習における患者について

臨床実習において，学生が診療を見学することに関し

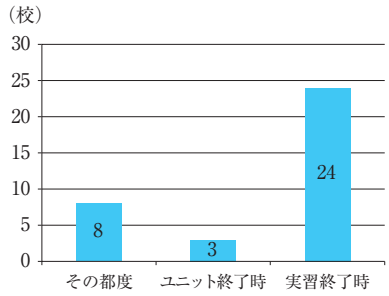


図 7-13　臨床実習の評価を行う時期

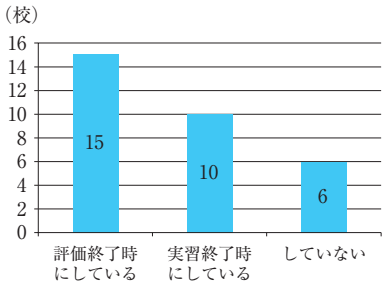


図 7-14　評価のフィードバックを行う時期

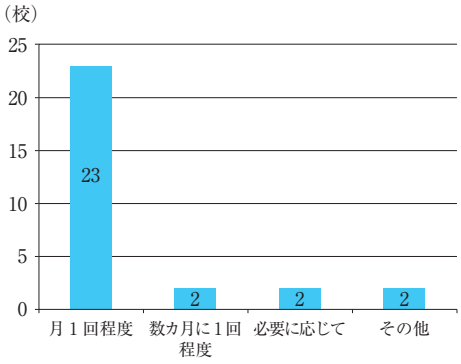


図 7-15　臨床実習を直接管理する会議の開催間隔

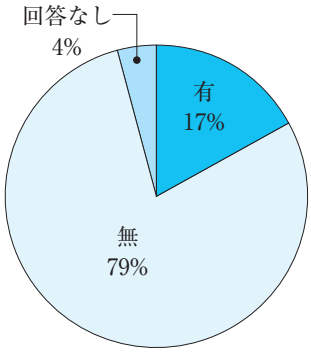


図 7-16　臨床実習を担当する教員向けオリエンテーションプログラムの有無

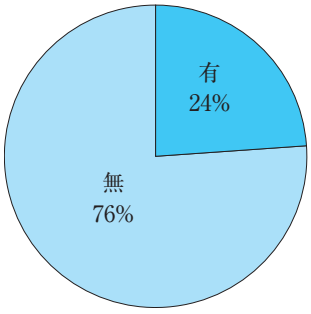


図 7-17　教員の教育活動に関する客観的な評価システムの有無

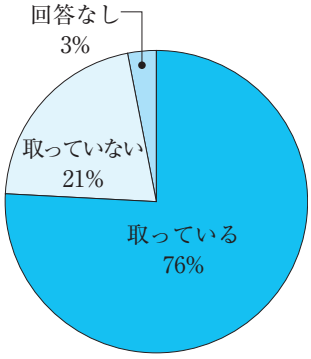


図 7-18　学生が見学することについて患者さんから同意書を取っているか

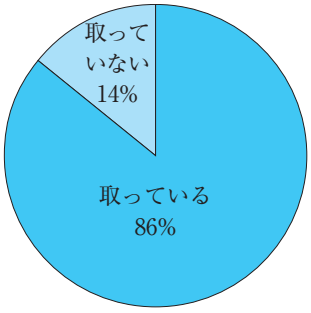


図 7-19　学生が診療に参加することについて患者さんから同意書を取っているか

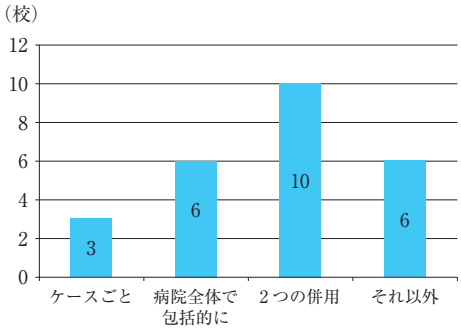


図 7-20　患者さんからの同意書の取り方

て患者さんから同意書を取っていると回答した大学は 76%（22 校），取っていないと回答した大学は 21%（6 校）であった（**図 7-18**）．一方，学生が診療に参加することについて患者さんから同意書を取っていると回答した大学は 86%（25 校），取っていないと回答した大学は 14%（4 校）であった（**図 7-19**）．また，臨床実習実施にあたって患者さんからの同意書はどのような形態で取っているかを尋ねたところ，「ケースごとに取っている」「病院全体で包括的に取っている」と回答した大学はそれぞれ 3 校，7 校で，「双方の併用」と回答した大学は 10 校であった（**図 7-20**）．臨床実習に関して，患者さんからのフィードバックをどのように取っているかを尋ねたところ，「アンケート」が 9 校，「インタビュー」が 5 校で，半数弱の 12 校がそれ以外の方法と回答してい

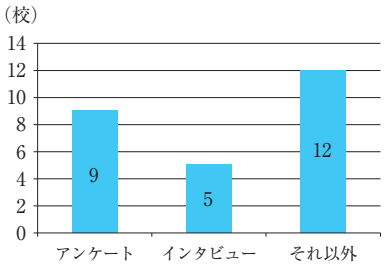


図 7-21　臨床実習に関して患者さんからフィードバックをどのように得ているか

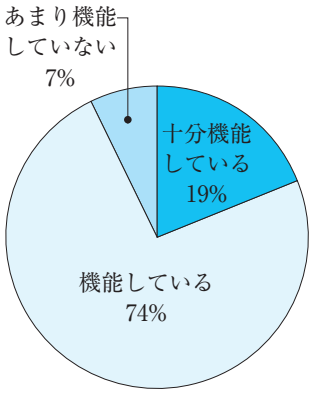


図 7-22　臨床実習における学生の精神面のサポート体制がどの程度機能しているか

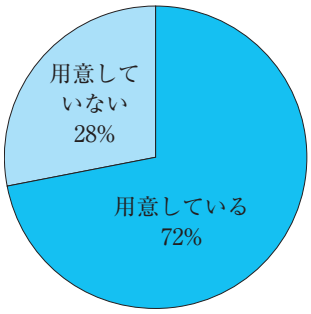


図 7-23　歯科医師国家試験対策の特別なカリキュラムを用意しているか

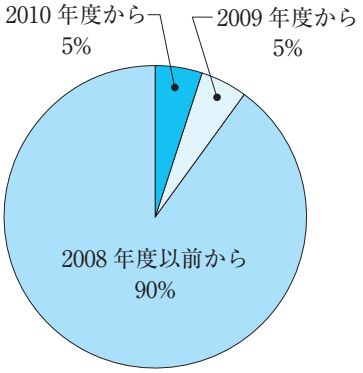


図 7-24　歯科医師国家試験対策の特別なカリキュラムを開始した時期

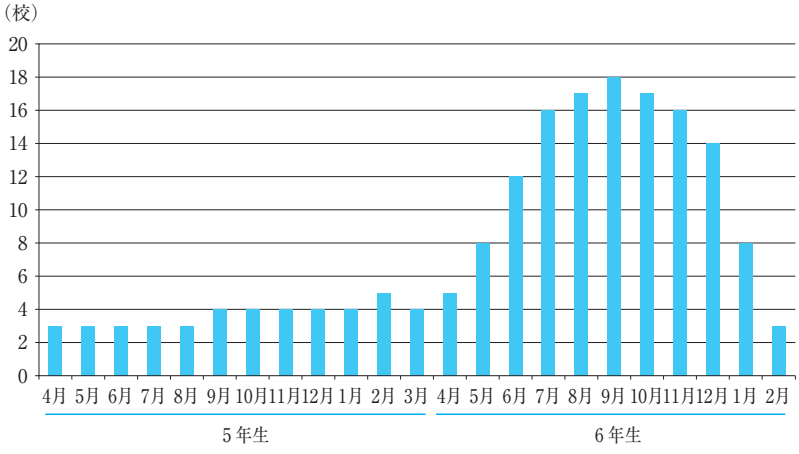


図 7-25　カリキュラムの実施時期

た（図 7-21）.

(3) 学生について

臨床実習中の学生への精神面でのサポート体制について，27 校がそのシステムがあると回答していたが，そのシステムが十分機能していると回答した大学は 19%（5 校）にとどまり，機能していると回答した大学は 74%（20 校），あまり機能していないと回答した大学も 7%（2 校）存在した（図 7-22）．サポートの方法は，主として担任やテュータなどの教員が，必要に応じて個別に相談にのる体制が多いようであった．学生にとっては初めての臨床体験であり，医療者として接する患者さんや，直接指導を受ける教員との濃厚なかかわりのなかでストレスを受けることは想像にかたくない．また同時に，国家試験も間近に控え，将来への不安も増す一方であるため，なんらかの形で精神面でサポートが必要な場合も多くある．教育組織としては，それらに対応できる万全の体制を整えておくことはきわめて重要であると考えられる．

5) 臨床実習から歯科医師国家試験までの教育の実施について

歯科医師国家試験対策として特別なカリキュラムを用意している大学は 72%（21 校）あり（図 7-23），用意していない 8 校のなかで，今後用意することを検討している大学は 3 校あった．またこの特別なカリキュラムをいつから行っているかについて尋ねたところ，21 校中 90%（19 校）が 2008 年度以前からと回答していた（図 7-24）．カリキュラムの実施時期は，5 年生の 4 月から 6 年生の 2 月までのほぼ 2 年間にわたり広く分布しており，特に 6 年生の中盤から後半に開講されている大学が多い傾向であった（図 7-25）．この実施形態についてはカリキュラムを用意している 21 校中 20 校が講義・セミナー形式であり（図 7-26），その担当教員はすべての施設で自大学教員がかかわっており，3 校では両教員がかかわっていた（図 7-27）.

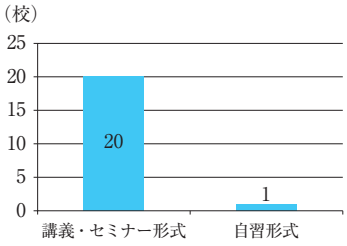


図 7-26　カリキュラムの実施形態

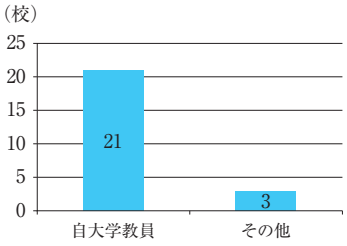


図 7-27　カリキュラムの担当者

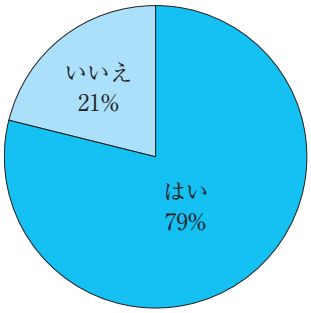


図 7-28　国家試験に対する模擬試験の受験を推奨しているか

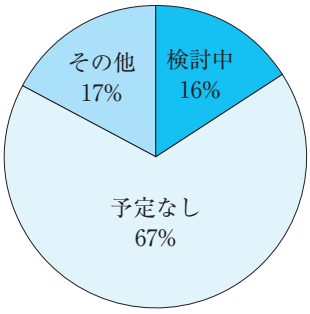


図 7-29　国家試験に対する模擬試験の受験を推奨していない場合，今後推奨する予定はあるか

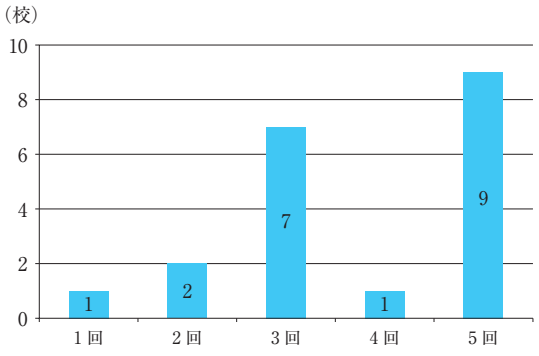


図 7-30　模擬試験は何回の受験を推奨しているか

学外業者が実施している歯科医師国家試験対策の模擬試験について，受験を推奨している大学は 29 校中 79%（23 校）であった（**図 7-28**）．また今後推奨する予定があるかについては，67%（4 校）が予定なしと回答していた（**図 7-29**）．受験を推奨する回数については 3 回および 5 回が多い傾向であった（**図 7-30**）．

試験結果を学生の指導へ活用するために行っている工夫について尋ねたところ，「問題ごとの結果を分析し，追加教育が必要な部分について講義等に反映させている」「学年主任，担任，テュータなどが，結果を基に個人的に面談等を通じてフィードバックを行い，弱点等を指導している」「学生個々の弱点等について，テュータなどが中心となり個別指導を行っている」など，直接的な教育改善に活かすための工夫が多い一方で，「国家試験の結果とともに成績を検討し，次年度以降の指導の参考にしている」「大学の教育効果の確認」などカリキュラム全体や将来へ向けた活用をしている大学も認められた．

本調査は，平成 22 年度のモデル・コア・カリキュラムの改訂や，「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の調査などに伴い，各大学で臨床実習に対する取り組み方に変化が現れた時期に調査を行っており，結果として一部無回答が多く出た項目も生じた．見学主体であった臨床実習のあり方が，診療参加型へ大きくシフトしはじめようとしており，今後の動向は注視が必要である．

第8章 特色ある教育・学習法

1. 地域基盤型教育

小川　哲次

地域基盤型教育（Community-Based Dentistry）は，わが国のみならず世界の歯科医学教育の大きな目標の1つである．歯学モデル・コア・カリキュラム（平成22年度改訂版，平成23年3月）においても，歯科医師として求められる基本的な資質に，「医療を巡る社会経済的動向を把握し，地域医療の向上に貢献するとともに，地域の保健・医療・福祉・介護および行政等と連携協力する」（地域医療）が挙げられており，各教育機関には，Aの基本的事項はもとより，B 社会と歯学，F-5 地域医療などについての学士課程教育の実施が求められている．本稿では，2008年版白書[1-3]に引き続き，この地域基盤型教育ならびに在宅歯科医療（口腔衛生管理を含む）の教育の進展状況について述べる．

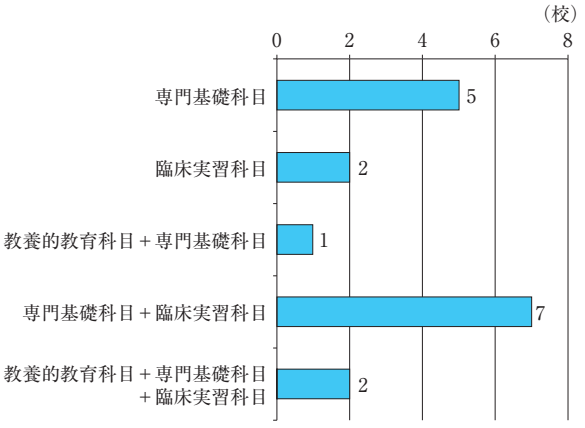


図 8-1　地域基盤型教育のカリキュラムストラクチャー

1）地域基盤型教育

地域基盤型教育の実施についての質問の回答は，臨床実習前の教育課程のなかでは，実施しているが15校，実施していないが14校であった．また，臨床（病院）実習のなかでは，回答のあった27校のうち，実施しているが11校，実施していないが14校，検討中であるが2校であった．これらの実施校では，専門基礎科目として実施しているが5校，臨床実習科目として実施しているが2校，教養的教育科目と専門基礎科目の両者で実施しているが1校，専門基礎科目と臨床実習の両者で実施しているが7校，教養的教育科目，専門基礎科目および臨床実習科目として実施しているが2校あり，臨床前教育から臨床実習へと継続して実施しているという回答が合わせて9校あった（**図 8-1**）．

実施校での授業・演習・実習・臨床実習の実施形態は，臨床実習前では，単科科目が6校，統合科目が6校，単科科目と統合科目の併用が2校，その他が2校であった．臨床実習では，臨床参加型が5校，講義と臨床参加型が2校，その他（学外施設，離島での実習など）が4校であった．また，その担当教員は，臨床実習前教育では，常勤が6校，非常勤が1校，常勤と非常勤が7校であり，臨床実習では，常勤が4校，非常勤が3校，常勤と非常勤が3校であった．授業・演習・実習ならびに臨床実習の担当分野を**表 8-1**に示した．臨床実習前教育では，外部施設勤務・開院歯科医師は3校，福祉施設職員・ボランティアが2校，社会歯科・口腔衛生・予防歯科・口腔保健が9校，高齢者歯科･補綴系歯科が2校，摂食嚥下･リハビリテーション・口腔ケアサポートなどが2校，小児歯科・矯正歯科・障がい者歯科が5校，口腔外科・診断系が2校，総合歯科系が2校，保存系治療科が1校，地域医療学・内科が2校，教養科目・基礎科目3校などと多岐にわたっていた．一方，臨床実習では，社会歯科･口腔衛生・予防歯科・口腔保健が3校，小児歯科・矯正歯科・障がい者歯科が2校，全講座・診療科が3校，地域医療学・内科が2校であった．

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：地域基盤型教育，在宅歯科医療，口腔衛生管理（口腔ケア）

表 8-1　授業などの担当分野

授業などの担当分野	臨床実習前	臨床実習中
施設勤務・開院歯科医師	3 校	なし
福祉施設職員・ボランティア	2 校	なし
社会歯科・口腔衛生・予防歯科・口腔保健	9 校	3 校
高齢者歯科・補綴系歯科	2 校	1 校
摂食嚥下・リハビリテーション・口腔ケアサポートなど	2 校	なし
小児歯科・矯正歯科・障がい者歯科	5 校	2 校
口腔外科・診断系	2 校	なし
総合歯科系	2 校	なし
保存系治療科	1 校	なし
全講座・診療科	なし	3 校
地域医療学・内科	2 校	2 校
教養科目・基礎科目	3 校	なし
その他	機械工学	なし

表 8-2 は，臨床実習前の授業・演習・実習ならびに臨床実習の時間数，教育（学習）項目（内容），教育方法（方略），評価方法について，初年次から 2 年次，初年次から 3 年次，3 年次，4 年次，5 年次（前期），臨床実習と段階的に収載したものである．低学年では，患者の求めるもの，患者–歯科医師関係，他者の視点など心の質や倫理性にかかわる学習目標について，学外施設での体験などを通じて学び，専門基礎科目では，高齢者，障がい者，保健福祉，地域歯科保健，離島歯科保健，医療連携，口腔ケアやリハビリに関する講義ならびにアクティブラーニングなどとともに，歯科医院，障がい者施設，老人保健施設，福祉施設，保健所，離島などでの見学体験により知識の意味づけ（ネットワーク化）を行う．また，臨床実習では，これらを実際に体験することにより学修することが中心となっている．これらの評価方法においては，知識を筆記試験やレポート，技能・態度を観察記録，ポートフォリオなどを用いて評価している．

2) 卒前教育での在宅歯科医療，介護医療，口腔衛生管理（口腔ケア）の教育

在宅歯科医療（口腔衛生管理を含む）教育の実施についての回答のあった 26 校では，実施しているが 14 校，実施していないが 10 校，検討中であるが 2 校であった．また，臨床実習として実施しているという回答が 6 校あった．

これらの在宅歯科医療（口腔衛生管理を含む）教育の実施しているという回答の 14 校のうち，在宅歯科医療教育を実施しているのが 13 校，介護医療教育を実施しているが 14 校，口腔衛生管理（口腔ケア）教育を実施しているが 14 校であった．

科目（授業）などの担当分野をみると，在宅歯科医療教育では，社会歯科・口腔衛生・予防歯科・口腔保健学が 4 校，高齢者歯科が 4 校，補綴系歯科が 4 校，摂食嚥下・リハビリテーション・口腔ケアサポートなどが 3 校，その他が 3 校であった．介護医療教育では，社会歯科・口腔衛生・予防歯科・口腔保健学が 6 校，高齢者歯科が 4 校，補綴系歯科が 3 校，摂食嚥下・リハビリテーション・口腔ケアサポートなどが 3 校，その他が 1 校であった．口腔衛生管理（口腔ケア）教育では，社会歯科・口腔衛生・予防歯科・口腔保健学が 6 校，高齢者歯科が 4 校，補綴系歯科が 2 校，摂食嚥下・リハビリテーション・口腔ケアサポートなどが 3 校であった（**表 8-3**）．

表 8-4 は，在宅歯科医療教育，介護医療教育，口腔衛生管理（口腔ケア）教育についての講義・見学・実習（学内・学外）の時間数を示したものである．

在宅歯科医療教育，介護医療教育，口腔衛生管理（口腔ケア）教育では，1〜19 時間の講義が実施されており，半数の 5〜6 校で 1 時間以上の見学・実習が行われていた．

表 8-5 は，在宅歯科医療教育，介護医療教育，口腔衛生管理（口腔ケア）教育において，院内ならびに院外施設を活用した演習・実習についての特色のある教育方法の事例を示した．

大学の学部関連系によるチーム医療，周術期管理に関するテュートリアル演習，学生を往診車に乗せての訪問歯科診療，地域の歯科医院，保健施設，地域や離島の介護老人施設を活用した在宅介護ならびに口腔衛生管理（口腔ケア）など特色のある教育が行われている．

今回の調査と 3 年前の調査を比べると，地域基盤型教育ならびに在宅歯科医療教育，介護医療教育，口腔衛生管理（口腔ケア）教育などが，初年次教育ならびに専門基礎教育から臨床実習へと縦型あるいは螺旋型のカリキュラムとして広がりつつあることがわかってきた．

表 8-2　地域基盤型歯科医療教育についての初年次から臨床実習までの事例

	科目名	教育時間数（時）	教育項目（内容）	教育方法（方略）	評価方法
初年次～2年次	患者学入門	回答なし	患者が求めるもの，「心の質」すなわち高い倫理性を考える．	見学研修	レポート，試験，出欠席，受講態度
	行動科学基礎	30	歯科医師–患者関係である mutual participation を実践するために，これまで気づかなかった他者の視点に気づき行動するという，適切な人間関係を構築する能力を習得する．	夏休みに学外体験学習を行う．そのための準備として，グループディスカッションや学外講師の講義を行う．また体験学習後は振り返りとグループディスカッションを行う．	体験学習終了後のレポート，まとめのレポート，学外施設へのかかわり方やクラスへの参加態度を総合的に評価
1～3年次	社会と歯科医療コース，初年時体験実習	60	高齢社会における地域医療の中核を担う歯科医師になるために，わが国の社会保障制度における社会福祉制度を理解し，高齢者の生活の場を直接知るとともに，将来の歯科医療担当者の視点から口腔ケアを実践できる技術と要介護高齢者に対する態度，日常介護技術を修得する．	学年全体を3つ（講義，地域実習，コミュニケーション実習）に分けて教育する．実習は学内で行う介護基礎実習と地域の施設で行う応用実習に分け，応用実習の実習施設は地域の6施設で行う．電子ポートフォリオを活用する．	定期試験（70%），小テスト・実習レポート（20%），実習態度（電子ポートフォリオ提出状況も含む）（10%）
3年次	歯科医療人間学Ⅲ	4	学外研修施設（歯科診療所）の見学	講義，ロールプレイ，実習，チェックシート	身だしなみ，態度の評価シート，施設からの評価シート
	コミュニケーション学Ⅲ「介護施設実習」	4.5	高齢者への配慮とコミュニケーションをとるための態度，技能，知識を修得する．	講義，臨地実習	実習中の観察記録，実習直後の客観テスト，レポート
	衛生学実習	4.5	保健医療福祉および地球規模の環境保全を理解し，保健医療福祉の分野における疫学および栄養学の重要性を理解する．人間の健康の科学である衛生学・公衆衛生学・栄養学の知識を身につけ，歯科医師として公衆衛生活動のなかで，たえず思考し，広い視野と社会的洞察力で展開できる能力を修得する．	講義，教育用 Web の活用	1）講義評価，2）実習評価
	ソシアルエクスポージャ特論Ⅰ	22.5	歯科医師による講義（病院歯科・地域歯科医院・国際医療援助の立場から），バリアフリーに関する体験実習，歯科プレゼン英語	講義，実習およびプレゼンテーション	課題の提出，出席および発表
	口腔衛生学	13.5	地域歯科保健（母子保健・学校保健・産業保健・成人保健・高齢者保健など）	行動目標とキーワードを理解できるよう，プリント，プロジェクターを用いて教科書の記載事項などの説明を行う．	試験，出席，態度
	社会と歯学（口腔衛生学および社会歯科学）	9	地域における口腔の健康づくり，地域におけるヘルスプロモーションの展開，保健所・市町村の活動と歯科保健活動，社会保障制度のなかの歯科の位置や特異性，保健･医療･福祉・介護との連携	講義，小グループディスカッション	その時間の小テスト，感想文，出席・態度，試験
4年次	社会歯科	4.5	歯科医師として適切な歯科医療を実践するために社会歯科学についての知識を習得する．	講義	講義ごとのプレ・ポストテスト
	統合講義（4年）	7.5	開業歯科医師，国保診療所長等を非常勤講師として招き，歯科医療連携について学ぶ．	講義形式	試験によって評価
	加齢歯科学Ⅱ，統合科目	6	医科歯科連携，病院内での他職種連携	講義	形成的評価（筆記試験）
5年次	小児歯科　臨床予備実習学外体験実習	3.5	障がい者施設見学，障がい者のセルフケア指導，障がい者施設職員とのケーススタディー	見学実習	観察記録
	高齢者歯科学	4.7	老人保健施設，老人病院での口腔ケアと口腔リハビリアセスメント実習	口腔ケアとレポート提出	実習評価，レポート評価，口頭試問，小テスト
	離島歯科医学（統合科目）	10.5	離島における歯科医療，保健，福祉について学習することで，地域における保健，福祉，医療のあり方について考える．また，5年生後期から始まる，離島歯科保健医療実習について，その意義や目的を学ぶ．	オムニバス形式の講義	主にレポート
	地域・離島歯科医療学	10.5	地域および遠隔地における歯科保健および医療活動	講義	小テスト，レポート
臨床実習	総合歯科学	3	国保診療所等での実習を通し，地域における歯科医療の実情を認識するとともに，その意義について学ぶ．	実習	指導者による実習評価およびレポートにより評価する（臨床実習の評価に加える）．
	スペシャルケア外来（高齢者歯科）への各科実習	14	要介護高齢者への基本的対応，要介護高齢者の口腔衛生指導，摂食機能療法の介助について修得する．	①スペシャルケア外来（高齢者歯科）での要介護高齢者の基本的対応の見学を行う．②病院外部の要介護高齢者施設での要介護高齢者の口腔衛生指導の実施と摂食機能療法訓練の介助を行う．	実習に出席することとレポートにより評価
	学部連携病棟実習	40	多くの医療職種が連携・協調し，情報共有と討議により患者の求める医療を提案，実施することが望ましい医療であることを理解し，将来的に実践できるようにするために，病棟での医学部・歯学部・薬学部・保健医療学部学生と連携して患者を担当し，歯科医師としてチーム医療の実践に必要な知識，技能，態度を習得する．	実習時期を3期に分け，大学附属7病院の40病棟の病棟ごとに1週間，同一患者を担当し，医学・歯学・薬学・保健医療学部の学生チーム（4～6名）が担当し，連携・協力し，情報共有と討議を通して，学生チームとして担当患者の問題を把握し，その優先順位を決定したうえで，問題の解決に必要な治療・ケアプランを医療スタッフに提案する．	実習レポート･ポートフォリオ（40%），実習態度（60%）により評価する．
	臨床実習ⅡおよびⅢ	16～32	臨床実習協力指導医（学外開業医）の下での診療見学	学生のなかから希望者を募り，それぞれの施設に見学に赴く．	希望者を対象に体験型実習として行っているため，特に評価は行っていない．
	小児歯科学外臨床実習	2	小児患者の来院時から処置完了までに対応と取り扱いを習得する．	実際の臨床現場における小児歯科診療の臨床見学や診療補助を通して，これまでに習得した知識と技術を確認し深める．	臨床見学，アシスタントケース，実施ケースや各種実習項目の履修内容と教授試問により，知識・技能・態度を総体的に評価する．
	口腔衛生科臨床実習	162	病院外の臨地実習として臨床実習生を保健所に引率し，3歳児・1歳6か月児健康診査での見学と実習を通じて，歯科検診の役割と乳幼児健康診査の意義を理解させる．	臨地実習（幼児の歯科検診），乳幼児健康診査の見学	小テスト，出席・実習態度，レポート
	学外インターンシップ実習	回答なし	臨床講義および実習を行っている．	臨床教授，臨床准教授または臨床講師による講義とそれらの講師の歯科医療機関での実習を行っている．	臨床教授，臨床准教授または臨床講師が所属する各診療科が評価
	臨床実習	25	特色ある歯科医療施設の検索・閲覧ができる．海外の歯科医療と歯学教育研修の体験方法を説明できる．地域歯科医療における口腔医学実践の特徴を説明できる．	情報処理実習，キャリアカンファレンス実習	評価シート，ポートフォリオ
	離島医療・保健実習	40	離島にて歯科医療，保健，福祉の実習をさまざまな施設にお願いして実施している．	月曜日から金曜日まで泊まりがけで，保健と福祉に関しては医歯薬共修の実習を行っている．	離島実習サーバー上に実習終了後にレポートを書き込み，教員が確認している．
	離島巡回歯科診療同行実習	回答なし	地域および遠隔地における歯科保健および医療活動	希望学生のみが参加できる形態をとっている．	レポートの作成

表 8-3　在宅歯科医療，介護医療，口腔衛生管理（口腔ケア）教育の担当分野

授業などの担当分野	在宅歯科医療	介護医療	口腔衛生管理（口腔ケア）
社会歯科・口腔衛生・予防歯科・口腔保健	4 校	6 校	6 校
高齢者歯科	4 校	4 校	4 校
補綴系歯科	4 校	3 校	2 校
摂食嚥下・リハビリテーション・口腔ケアサポートなど	3 校	3 校	3 校
その他	3 校	1 校	なし

複数の分野が担当している場合を含む

表 8-4　在宅歯科医療，介護医療，口腔衛生管理（口腔ケア）の講義，実習・見学（学内・学外）の実施状況

時間	在宅歯科医療			介護医療			口腔衛生管理（口腔ケア）		
	講義	実習・見学（学内）	実習・見学（学外）	講義	実習・見学（学内）	実習・見学（学外）	講義	実習・見学（学内）	実習・見学（学外）
1〜2 時間	6 校	2 校	1 校	6 校	なし	2 校	5 校	3 校	1 校
3〜4 時間	4 校	1 校	2 校	5 校	3 校	1 校	3 校	3 校	2 校
5〜9 時間	1 校	2 校	2 校	1 校	1 校	3 校	2 校	なし	2 校
10〜19 時間	1 校	なし	なし	1 校	1 校	1 校	2 校	なし	1 校
20 時間以上	なし	なし	なし	なし	なし	1 校	なし	1 校	なし

表 8-5　在宅歯科医療，介護医療，口腔衛生管理（口腔ケア）の特色ある教育手法

学内・学外施設を活用したユニークな教育手法
・1 年生：歯科医院見学，2 年生：地域の介護福祉施設にて口腔ケア・食事介助実習（同一施設に 2 回訪問）を行い，保健医療学部で車椅子介助法，身体介助法を実習する．3 年生：地域の施設で就学前幼児の療育体験実習を行う．5 年生：大学附属 5 病院の 40 病棟で学部連携病棟実習（口腔衛生管理を含む）を他学部学生とチームを組んで実習（1 週間）する．介護福祉施設訪問歯科診療実習．6 年生：地域の訪問診療，訪問歯科診療，訪問薬剤指導，訪問看護を学部連携地域医療実習として行う（選択実習 2 週間）．
・「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」での見学実習を臨床実習期間中に行っている．その実習スタイルは，学生自身が目的を作成し，事前調査を行い，その仕上げとして「問題解決型」として実施している．希望者は，学年を問わず本講座で担当する訪問診療に同行させている．
・臨床実習の学年（6 年次）において，近隣の高齢者施設に赴き，在宅歯科治療の見学ならびに口腔ケアや歯科治療の補助などをインストラクターの歯科医師の指導の下に行うだけでなく，車椅子移動や移乗，あるいは患者とのコミュニケーションなどをとる実習も行っている．
・特別養護老人ホームにおける介護実習を取り入れ，相互体験実習を実施するほか，歯科医師，研修医と一緒に入所者の口腔ケアを実践するよう取り組んでいる．
・卒前歯学臨床教育における周術期管理・在宅介護に関するテュートリアル演習．内容：4 年次学部学生を老人介護施設に派遣し，現場の問題点を抽出させたうえで解決策を議論する問題発見解決型テュートリアル演習を実施．
・学生を往診車に乗せて訪問歯科診療に同行させる．
・離島実習のうち 1 日，介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）にて入所者の口腔ケアの実習を行っている．

地域に学ぶ，地域基盤型教育では，医学系[4]の「医療や公衆衛生に対する地域に根ざしたアプローチ」と共通したものがあり，医療連携を視野に入れた教育システムづくりを期待したいものである．

文献

1）日本歯科医学教育学会白書作成委員会編集．歯科医学教育白書 2008 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2009. 140-1 頁.

2）日本歯科医学教育学会白書作成委員会編集．歯科医学教育白書 2008 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2009. 142-3 頁.

3）日本歯科医学教育学会白書作成委員会編集．歯科医学教育白書 2008 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2009. 144-5 頁.

4）高村昭輝，伴　信太郎．地域立脚型の卒前医学教育―医学教育の新しいパラダイム―．医学教育 2010；41：255-8.

第8章 特色ある教育・学習法

2. 問題基盤型教育

影山　幾男

問題基盤型教育（以下 PBL = Problem Based Learning）は学習者が事例を基に問題を見つけ，発見した問題を自分の力で解決することにより学ぶ過程をいう．テュートリアル教育とは PBL を実践するための教育形態の一つであり，この 2 つは違うことを認識すべきである．PBL とは，具体的な状況を事例として与え，グループ討論を通して学生が自主的に自分に必要な学習項目を設定し，みずからの力でそれを習得することを通して，自己開発型学習の学び方を修得させようとするものである．この方法は，1952 年米国 Case Western Reserve 大学で創案され，1969 年カナダの McMaster 大学医学部で確立された新しい医学教育モデルである．現在では，世界的規模で医学教育の中心的な学習形態の一つとなっている．

PBL の事例に基づく問題発見とは，実際の自然・社会現象，実験的観察，患者の疾患経過・心理などを出発点として問題点を見いだして学習を行うことである．すなわち投げかけられた事例から学習者が創出した疑問，興味，考えが問題点（Problem）なのである．学生はその事例を熟読し，グループで討論して，その事例から論点を抽出する．学生は事例について内在する問題，理解，解釈に不足する情報，事例の展開の予想などを発散的に考える．さらに，自分 1 人あるいはグループですでにもっている知識で解決できること，解決・理解・結論づけることができないことを明確にして問題とする．問題解決には何がわかって，何を知らないかを認識するプロセスが必要である．

PBL では以下の項目を学生が修得することを目的としている．

1）自己学習能力の育成：PBL では学生は能動的に何が問題なのか気づき，問題点を抽出し，それについて学習することができる．

2）コミュニケーション能力の育成：患者とのコミュニケーションはもちろんのこと，医療従事者間でも対話は大切である．PBL では学生が少人数グループのなかでコミュニケーション能力を高めることができる．

3）問題発見・解決能力の育成：歯科医師は生涯にわたり，さまざまな問題に直面することになる．それらの問題を迅速かつスムーズに解決しなければならない．PBL では学生が問題点を抽出した後，いかにその問題点を解決するかということを学ぶことができる．

4）生涯学習実践のために必要な知識と活用技術の修得：昨今の歯科医療の進歩は目覚ましいものがある．常に，新しい情報を得なければならない．PBL では学び方を学ぶ方法を取り入れているので，学生が常に新しい歯科医療知識と活用技術を修得することができる．

5）情報収集能力の修得：現代は情報の渦に囲まれている．膨大な情報のなかから必要な情報を見極める能力が必要となる．PBL は多くの情報を吟味することで情報収集能力を高めることができる．

1）問題基盤型教育の現状

問題基盤型教育の導入状況，担当教員，実施学年，教育時間に関する各大学歯学部・歯科大学のアンケート結果を**図 8-2〜5** に示す．

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：問題基盤型教育，PBL

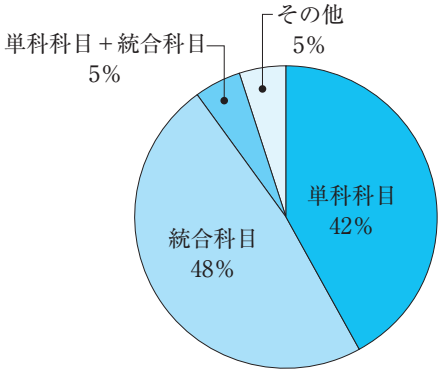


図 8-2　問題基盤型教育の導入状況

PBL を導入している歯学部は 29 校中 19 校（国公立 8 校，私立 11 校）であった．実施形態としては単科科目として導入している歯学部は 8 校，統合科目として導入しているところは 9 校，単科科目と統合科目と合わせて導入している歯学部が 1 校，その他が 1 校であった．前回の調査（2006～2008 年）では 23 校の歯学部が導入していたので，4 校が導入を取りやめたということである．

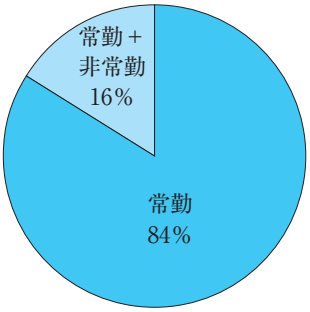


図 8-3　担当教員

担当教員については常勤教員が担当している歯学部は 16 校，常勤と非常勤教員が担当している大学は 3 校であった．教員の専門分野は教養系，歯科基礎系，診療系であった．

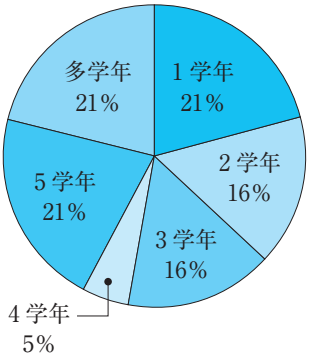


図 8-4　実施学年

実施対象学年は 1 学年～5 学年にかけて行われていた．1 学年では 4 校，2 学年では 3 校，3 学年では 3 校，4 学年では 1 校，5 学年では 4 校，残り 4 校は多学年にわたっていた．

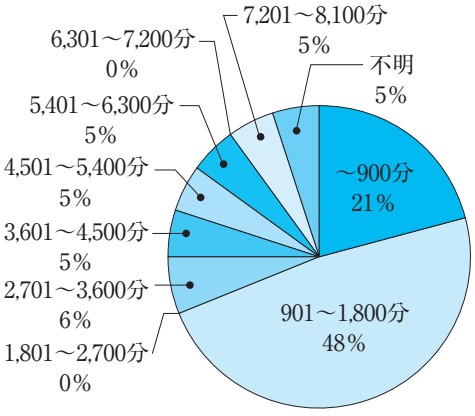


図 8-5　教育時間

大学によってもばらつきがあるが，900～1,800 分（15～30 時間）までが，一番多く認められた．

2）教育項目と教育方法（方略）

北海道医療大学は 3 学年で，与えられた疾患を想定したシナリオを作成し，医療面接の問答を作成，学生同士で行わせたり，模擬患者を活用した医療面接の実際を試みている．教育方法はテュートリアル，ロールプレイを用いている．岩手医科大学は 1 学年で，問題発見・解決の方法を学ばせている．教育方法はテュートリアルとワークショップを用いている．東京医科歯科大学，東京歯科大学，日本歯科大学生命歯学部，日本大学歯学部，昭和大学，松本歯科大学，朝日大学，岡山大学，徳島大学，九州歯科大学，九州大学，長崎大学は基礎歯学，臨床歯学について，PBL を行っている．大阪大学は 5 学年に総合診療計画の立案をさせ，グループ討議，セミナー形式で発表をさせている．福岡歯科大学は 2 学年に社会問題や医療倫理について，ディベートや発表をさせている．奥羽大学は 1 学年から 4 学年まで数々のテーマを設定し，歯科医師側と患者側から問題の状況を把握・解決しグループディスカッションさせている．明海大学は 1，2 学年に生涯学習の準備，対人関係能力の向上をさせるため，グループで発表・討議させている．

3) 評　価

PBL を実施している大学はおおむね，出席，コアタイムの態度，参加意欲，学習プロダクト，知識確認試験，ポートフォリオ，レポート，合同発表，グループ討論などにより総合的に評価されていた．福岡歯科大学では 1 グループごとのディベートにおける個人単位（発言内容，発言回数，役割の遂行度など）の観察評価，さらにディベートにおけるグループ単位の観察評価，提出物における個人単位の評価を，毎週各グループにライターがつき，点数をつけて評価していた．長崎大学では出席，学習技能，推論技能，グループ技能，フィードバック技能の 5 項目で評価するという手法をとっていた．

2008 年には PBL を導入している歯学部は 29 校中 23 校であった．今回の調査では 19 校となっており 4 校の歯学部が PBL の導入を取りやめた．PBL の導入の問題点についても各大学でさまざまであると考えられる．テュータの確保が困難，ワクワクする事例（シナリオ）の作成が難しい，事務職員の協力が得られない，PBL 導入に反対の教員が多い，日本の学生には PBL は合わないなど，問題点は枚挙にいとまがない．しかし，PBL の基本は学習者が事例を基に問題を見つけ，発見した問題を自分の力で解決することにより学ぶ過程である．これまでの教育は，教員中心，講義中心の知識注入型の教育であり，学習意欲の低下や講義で得た知識を応用的に活用することができないでいた．また，近年の歯科医学・医療の急速な進歩と知識量の増加は，大学教育ですべてを教えることは不可能になっただけでなく，教えられた知識はすぐに古くなってしまうことを示している．このことは，卒後においても生涯にわたり治療に必要な最新の知識を導入し診療の問題を解決していかなければならないことを意味している．すなわち，歯学は自然科学の一分野であることを再認識し，歯学研究についても，どれが帰納法的方法，もしくは演繹的方法が良いのかを見極めて研究を進めていかなければならない．さもなくば，日本の歯科医学教育は世界に遅れを取るばかりであると考える．

第8章 特色ある教育・学習法

3. テュートリアル教育

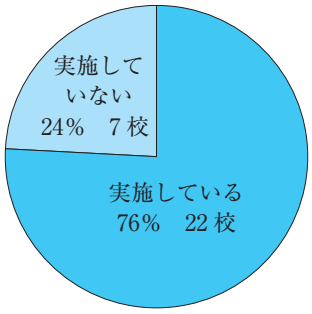
影山　幾男

テュートリアル教育とはテュータ（助言者＝個別指導教員）の陪席の下，少人数グループで討論が行われる教育の形である．すなわちテュートリアルとはテュータによる少人数教育の一般的な総称である．テュータが少数の学習者（以下，学生）に対して個別指導する教育形態をいう．すなわち，従来からあるセミナー，個別的な学生生活指導，家庭教師もこの範疇に入る．

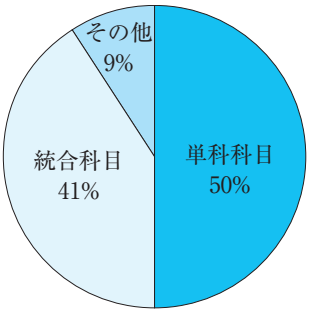
テュートリアルのグループは討論しやすく，かつ各学生の考えを共有しやすい少人数で構成される．そのなかで，お互いに評価し教え合いながら学びを深めることができる．ループが効果的に機能するためには相互評価と教育が重要である．テュートリアルには2つの意義があり，1つは学び方を学ぶこと，つまり学ぶプロセスを習得することである．もう1つの意義は相互教育である．教えることは最大の効果的な学習方法である．テュートリアルでは共通の到達目標を設定し学生が自己学習をして結果をもち寄る．そしてグループ討論で個人が学習した結果を教え合うことにより，自分の得た知識が正しいかどうかを確認し，かつ自分が目を向けなかった他者の情報・考えを自分の知識の上に重ねることができる．

1) テュートリアル教育の現状

テュートリアル教育の導入状況，実施形態，担当教員，実施学年，教育時間に関する各大学歯学部・歯科大学のアンケート結果を**図 8-6～9** に示す．



8-6-(1)　実施状況

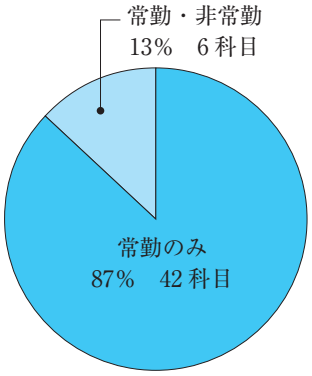


8-6-(2)　実施形態

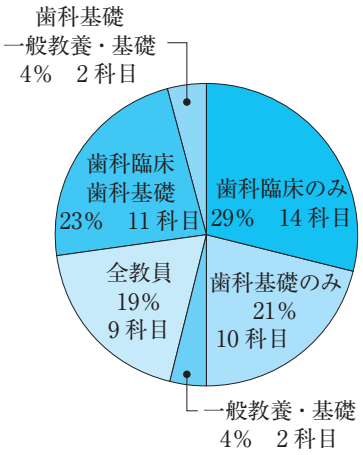
図 8-6　テュートリアル教育の導入状況

臨床前の教育課程のなかで，テュートリアル教育を導入している歯学部は29校中22校（国公立8校，私立14校）であった．実施形態としては単科科目として導入している歯学部は11校，統合科目として導入しているのは9校，その他が2校であった．

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：テュートリアル，テュータ



8-7-(1)　教員と専門分野



8-7-(2)　テュートリアル教員の専門分野内訳

図 8-7　担当教員と専門分野

担当教員については常勤教員が担当している歯学部は 18 校，常勤と非常勤教員が担当している大学は 4 校で，常勤教員の専門は教養系，基礎系，臨床系の 42 科目であったのに対して，常勤・非常勤教員が担当している専門分野は基礎系，診療系の 6 科目であった．昭和大学においては医学系・薬学系教員も含んでいた．

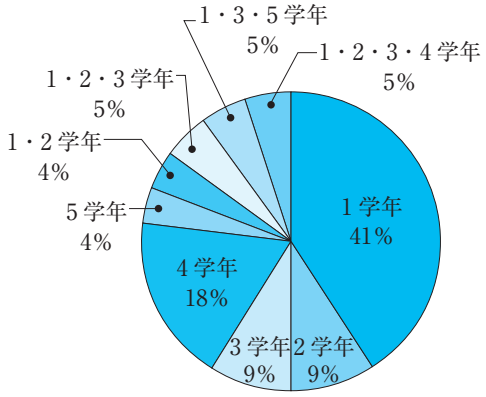


図 8-8　実施学年

実施対象学年は 1 学年～5 学年にかけて行われていた．1 学年では 9 校，2 学年では 2 校，3 学年では 2 校，4 学年では 4 校，5 学年では 1 校，残り 4 校は多学年にわたっていた．

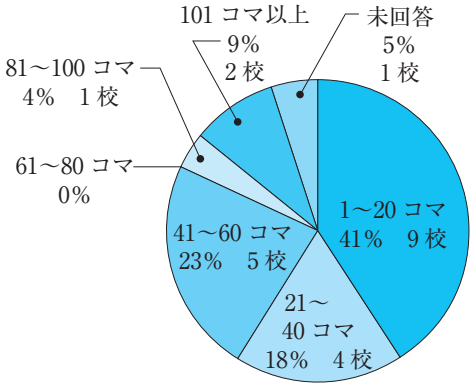


図 8-9　教育時間

大学によってもばらつきがあるが，20 コマ以内が一番多く認められた．

2)　教育項目と教育方法（方略）

北海道医療大学は 4 学年で，SP 模擬患者を前に，医療コミュニケーションを行い，医療情報を的確に把握させている．教育方法はテュートリアルを用いている．また英語論文を読み，重要事項・問題点を抽出し発表させている．岩手医科大学は 4 学年で，PBL をテュートリアル教育形式で行っている．奥羽大学では 3 学年に口腔保健に関する内容について，KJ 法を用いて問題解決させている．日本大学松戸歯学部では 1～3 学年に医療行動科学を小グループで学習させている．東京医科歯科大学では 3 学年に部分床義歯の設計や，無歯顎患者の治療方針についてテュートリアルを実施している．さらに 3～5 学年に EBM（Evidence Based Medicine）・EBD（Evidence Based Dentistry），歯科医療情報，歯周病などの臨床科目などについて，グループでプレゼンテーションを行わせている．日本歯科大学生命歯学部では 1 学年と 5 学年に PBL をテュートリアル形式で行わせている．日本大学歯学部では 1～3，5 学年に課題探求，臨床問題についてテュートリアル形式で実施している．昭和大学は 1 学年には整理，医療倫理など多岐にわたる内容，3 学年には脳梗塞，パーキンソン病などの他業種がかかわる内容に関して，テュートリアル形式で実施している．

神奈川歯科大学では２学年に，介護体験などをテュートリアル形式で発表実施している．鶴見大学では１学年に理想の歯科医師像や病院見学，基礎医学に関してテュートリアル形式でテュータ立ち会いの下，KJ 法を用いて発表させている．また，高学年では臨床科目に関して，テュートリアルを実施している．新潟大学では３学年に医療，健康，生命の話題に対してインターネット上のウェブサイトでテュートリアルを実施している．日本歯科大学新潟生命歯学部では１，３，５学年に対して，３段階の累進型のテュートリアル教育を実施している．すなわち１学年には学び方を学ぶ学習項目発見型，３学年には基礎と臨床を統合させる関連領域学習型，５学年では診療問題の解決方法を学ぶ診療問題解決型である．松本歯科大学では１学年に対して教養的要素をもつ各テーマについて小グループで問題点を抽出させ，発表させている．朝日大学では 1〜4 学年に基礎医学，臨床医学に関してテュートリアル形式で実施している．大阪大学では 4〜6 学年に対して，補綴学，保存学，歯周病学，口腔外科学の臨床事例に対して治療計画を検討させ，グループごとに発表させている．岡山大学では１学年に基礎疾患についてテュートリアルを行わせ，３学年には対人コミュニケーションについてテュートリアルを実施，５学年には EBM の臨床歯科医学への利用法についてテュートリアルを用いている．広島大学では１学年に歯科医療者に求められる理想像についてテュートリアル教育を実施している．九州歯科大学は１学年ではヒューマンリレーションズという科目のなかで基礎医学のシナリオよりテュートリアルを実施している．また高学年でも臨床問題に関してテュートリアル教育を行っている．九州大学では２学年にテュートリアルを実施している．福岡歯科大学では１学年に医療人としての自覚と口腔医学の概念を小グループで発表させている．長崎大学は臨床歯学について，グループディスカッションさせている．

3) 評　価

テュートリアルを実施している大学はおおむね，各テュータが出席，コアタイムの態度，参加意欲，学習プロダクト，知識確認試験，ポートフォリオ，レポート，合同発表，プレゼンテーション技能，グループ討論などにより総合的に評価していた．長崎大学では出席，学習技能，推論技能，グループ技能，フィードバック技能の５項目で評価するという手法をとっていた．新潟大学においてはウェブ上での発言とレポートで評価していた．

テュートリアル教育とはテュータの陪席の下，少人数グループで討論が行われる教育の形態である．PBL テュートリアルだけが，テュートリアル教育なのではない．今回の調査では，テュートリアル教育の導入は 29 校中 22 校であったが，将来さらに増加すると思われる．

医学教育のなかでは，テュートリアル教育は PBL（問題基盤型学習法）の実践方法である．PBL では事例を基に問題発見・解決を行うが，学生は事例内容のエキスパートではない．エキスパートではない学生が個人学習に終始すると，問題設定，情報分析，解析が偏向し，誤っていたり問題解決が不十分だったりする．共通の目的で学習するグループ内での相互評価・討論により適切な方向と結果に到達させるのがテュートリアル教育である．そしてテュータはグループが間違った方向に向かうときに助言する者である．

第8章 特色ある教育・学習法

4. シミュレーション教育（模擬患者・バーチャルペーシェントを含む）

小川　哲次

臨床現場と同様のリアリティーを再現したクリニカルスキルスラボは，繰り返し練習のできるシミュレーション設備を備えており，臨床実習開始前，そして臨床実習さらに卒後の生涯学習におけるトレーニングにきわめて有用である．

本稿では，特色ある教育として，現在開発が進んでいるデジタルの最先端のロボット[1, 2]ならびにIT技術を応用した高次シミュレーションあるいはバーチャルシミュレーション[3-5]，さらにアナログの人的資源である模擬患者（SP：Simulated Patient）とのロールプレイなどによるシミュレーションについて取り上げる．これらは，教育資源そしてツールとして高い効果が期待できる．

1) ロボット，ITを利用した高次シミュレーション教育

臨床前の教育課程のなかで，ロボット，ITなどを利用した高次シミュレーション教育を実施していますかという質問に対しての回答は，臨床実習開始前（回答29校）では，実施しているが3校，検討をしているが2校であった．また，臨床実習中の実施について（回答27校）は，実施しているが2校，検討をしているが3校であった．

表8-6に，実施例での対象学年，教育時間数，教育項目（内容），教育方法（方略），評価方法などを示した．4～5年生での教育時間数は2～48時間で，高次ITを用いて診断，治療計画などの臨床判断のシミュレーション，患者ロボットを用いてのレジン修復，支台歯形成，ITシミュレータを用いての心肺蘇生実習や臨床実習終了時OSCEへの応用などが実施されていた．

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：ロボットシミュレーション，バーチャルシミュレーション，SPシミュレーション

2) バーチャルシミュレーションを活用した教育

臨床前の教育課程のなかで，バーチャルシミュレーションを活用した教育を実施していますかという質問に対しての回答は，臨床実習開始前（回答29校）では，実施しているが6校，検討をしているが2校であり，臨床実習開始後（回答27校）では，実施しているが2校，実施を検討しているが3校であった．また，ロボットならびにITを利用した高次シミュレーション教育あるいはバーチャルシミュレーションを活用した教育のどちらも実施しているのは3校であった．

表8-7に，バーチャルシミュレーションを活用した教育実施例での対象学年，教育時間数，教育項目（内容），教育方法（方略），評価方法などを示した．

3) 模擬患者（SP）を活用したシミュレーション教育

模擬患者（SP）を活用した教育を実施していますかという質問への回答は，臨床前の教育課程のなかでは，実施しているが19校（回答29校），実施していないが10校であり，臨床実習開始後では実施しているは3校（回答25校中）であった．また，臨床実習開始前と後のいずれも実施していないという回答は7校であった．SPシミュレーション教育の実施対象学年については，1～2年で1校，3年で4校，4年で11校，5年（前期）で5校，臨床実習中に3校の実施であった（**図8-10**）．

SPシミュレーション教育の目的（内容）は，医療コミュニケーションが7校，医療面接が19校，説明ならびにインフォームド・コンセントが7校，患者指導・教育が4校，身体診察が2校であった（**図8-11**）．また，基礎疾患を有する患者やコンプライアンスや感情面の問題を抱える患者の医療面接については，2校で実施されていた．SPシミュレーションは，実施校のすべてでロ

表 8-6　ロボット，IT を利用した高次シミュレーション教育の事例

	学年	教育時間数	教育項目（内容）	教育方法（方略）	評価方法
1	4 年	13.3	コンピュータ上で診断，治療計画など，臨床判断のシミュレーションを行う．模型上で歯を切削し，三次元計測して客観的評価を行う．	LMS を用いて SCORM 教材 139 本を実施する．シミュレータを用いて歯の切削，評価実習を行う．	実施教材数，SCORM 得点，切削の客観評価結果など
2	4 年	12	支台歯形成実習	理想的な支台歯形成を行う．	理想的な形態と学生が形成した形態を比較検討する．
3	5 年	48	患者ロボットを用いた臨床手技の習得（特にコンポジットレジン修復）	学生代表者の実習，指導者の評価とフィードバック，他の学生の実習	個別に，実施状況を見て評価，一連の手技が習得できるまで行う．
4	5 年（臨床実習）	2	心肺蘇生の理解	シミュレータ	実技および理解度を評価
5	5 年（臨床実習）	8.4	浸潤麻酔についての基本的な態度，技術が習得されているか，全身状態を評価するために脈拍，血圧，酸素飽和度についての基本的態度，技術，知識を確認し，患者の不快症状への対応	2 人の指導医の評価とフィードバックを行う．評価の低かった学生に対しては，再試験を行う．	臨床実習で高頻度に接する治療内容をテーマとし，手技術式だけでなく診察診断や患者説明なども含めた一連の医療行為を実施し，治療中の偶発症に対応できるかを評価する．

表 8-7　バーチャルシミュレーションを活用した教育の事例

	学年	教育時間数	教育項目（内容）	教育方法（方略）	評価方法
1	3 年	1.3	歯科用ユニットの使用法，患者への接遇，フォーハンドによる診療術式について習得させる．	シミュレータを用いたシミュレーション実習	レポート，出欠席
2	3 年	1	部分欠損を有する（実習で用いる顎模型と同一の欠損）バーチャルペーシェントに対して，医療面接，診察を行い，検査，診断，治療法の選択までの一連の過程を学習する．	バーチャルペーシェントシステムを学生の自宅において実習期間内に実施する．	システムに表示された点数で評価し，ユニット評価に加える．
3	4 年	3	薬物により起こる生体反応を観察して薬理作用を理解する．	実験動物を用いた実習を行い薬理反応を確かめる．一部の実習内容をシミュレーションにより行い，実習を疑似体験する．その結果，動物数を減少，実習に伴う負担を軽減できる．	実習レポートによる総括的評価
4	4 年	3	学校歯科健康診断における記録および事後処理に関するシミュレーション実習	コンピュータを用いたシミュレーション実習	レポート
5	4 年	1	歯の痛みを主訴に来院した（実習で用いる歯と同一部位）バーチャルペーシェントに対して，医療面接，診察を行い，検査，診断，治療法の選択までの一連の過程を学習する．	バーチャルペーシェントシステムを学生の自宅において実習期間内に実施する．	システムに表示された点数で評価し，ユニット評価に加える．
6	4 年	1	本学にて開発したシミュレータを用いて，支台歯形成の手順を学習する．	シミュレータを用いて，学生が自習形式で臨床術式の手順を学習する．	教員による観察記録
7	5 年（臨床実習）	16	窩洞形成についての講義後，デントシムにて，下顎左側第二大臼歯（O），下顎第一大臼歯（MO）のインレー窩洞形成	講義，デントシム（実技）	デントシムによる総括評価

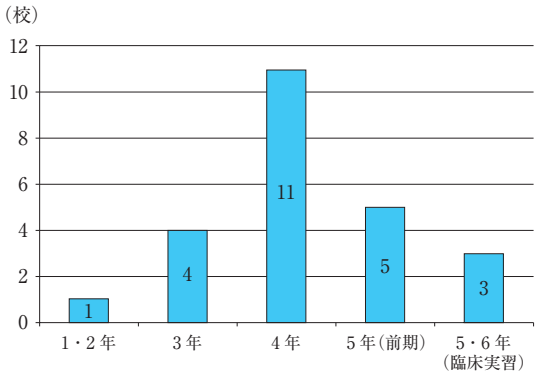


図 8-10　模擬患者（SP）シミュレーション授業の実施学年

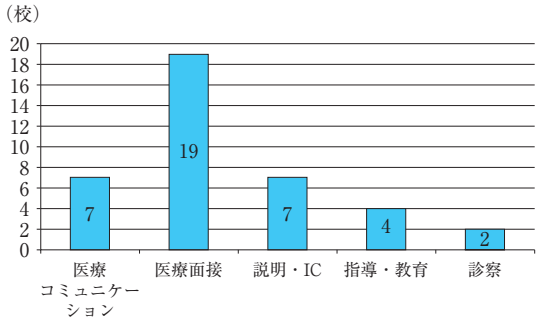


図 8-11　模擬患者（SP）シミュレーションの内容

ールプレイとして実施されていたが，SP シミュレーションを講義に活用しているところが数校あった．

本稿では，ロボット，IT などを利用した高次シミュレーション教育，バーチャルシミュレーション教育，模擬患者（SP）シミュレーション教育について取りまとめたが，著者の質問項目の設定に不備があったため，解釈に戸惑われたのではないかと推察している．ロボット，IT などを利用した高次シミュレーション教育，バーチャルシミュレーションを活用した教育については，高額であるとともに，ソフトや IT，ロボット機器の開発が必要であるため，これからの普及を期待している．

また，模擬患者（SP）シミュレーション教育については，広く普及してきているが，共用試験歯学 OSCE 受験前の SP トレーニングへの活用という限定的なものが多く，臨床実習を開始するにあたって必要な全身疾患（医療連携），訪問歯科，困難例（コンプライアンス，感情面），臨床推論など，SP の幅広い活用が望まれる．

文献

1) 日本歯科医学教育学会白書作成委員会編集．歯科医学教育白書 2008 年版．東京：日本歯科医学教育学会；2009. 134-9 頁.
2) 宇塚　聡，浅井尚武，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.
3) 川崎弘二．歯の切削コンピュータ・シミュレーション・システム（DentSim）の応用とその考察．日歯教誌 2000；16：52-9.
4) Buchamann JA. Use of simulation technology in dental education. J Dent Educ 2001；65：1221-31.
5) 日本医学教育学会編集．医学教育白書 2010 年版．1 版．東京：篠原出版；2010．52-3 頁.

第8章 特色ある教育・学習法

5. 医療コミュニケーション教育

小川　哲次

わが国の歯科医学教育では，モデル・コア・カリキュラムの導入と臨床実習開始前の共用試験歯学 OSCE や卒業時の実技試験の実施などもあり，対人コミュニケーション，ヘルスコミュニケーション，医療コミュニケーションについての教育が広がりつつあるといえる．日本歯科医学教育学会は，医療コミュニケーション教育を側面から支援するために，教育能力開発委員会主催のコミュニケーションファシリテータ養成セミナー（初級編）が，2007 年より名古屋市で開催され，2012 年には第 6 回の開催を迎えている．また，2008 年には，第 28 回日本歯科医学教育学会総会・学術大会のシンポジウムⅢにて，「医療コミュニケーション教育のカリキュラムストラクチャーのあり方」についての提案をしたところである．

そこで，前回の歯科医学教育白書（2008 年版）では，取り上げることがなかった医療コミュニケーション教育について，今回（2009～2011 年），初めての調査を行ったので，その結果を以下に報告する．

今回の質問紙調査では，臨床実習前の教育課程のなかで，医療コミュニケーション教育（ヘルス・対人コミュニケーション教育を含む）を実施していますかの質問に対する回答は，実施しているが 26 校，実施していないが 3 校 であった．また，臨床（病院）実習のなかで，ヘルスコミュニケーション，対人コミュニケーション，医療コミュニケーション教育を実施していますかの質問に対する回答は，実施しているが 17 校，実施していないが 8 校，回答なしが 4 校であった．

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：医療コミュニケーション，ヘルスコミュニケーション，対人コミュニケーション

1) 臨床実習開始前までの対人コミュニケーション，ヘルスコミュニケーション，医療コミュニケーション教育の現状

図 8-12 に各校の医療コミュニケーション教育の実施年次を示したが，コミュニケーション・対人コミュニケーションは主に初年次から 2 年次，ヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育は，主に初年次から 3 年次にかけて実施されていた．また医療コミュニケーションの専門教育については，3 年から 5 年前期に実施されていた．そこで，回答のあった臨床実習前までのすべての授業科目（64 科目）をコミュニケーション・対人コミュニケーション（11 科目），ヘルスコミュニケーション･医療コミュニケーションの基礎教育（12 科目），医療コミュニケーションの専門教育（41 科目）の 3 分野に分けて，実施形態，教育担当分野，時間数，教育項目（内容），教育方法（方略），評価方法について検討した．

まず，授業の実施形態（**図 8-13**）では，コミュニケーション・対人コミュニケーション，ヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育，医療コミュニケーションの専門教育の分野のいずれにおいても単科科目での実施が 50％を超えているが，統合型での実施も 30～50％近くあった．授業の担当分野（**表 8-8**）では，コミュニケーション･対人コミュニケーションでは，コミュニケーション系分野と基礎歯科医学系分野が主体であったが，ヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育から医療コミュニケーションの専門教育へと歯科医療の専門性が高くなるに従って，社会歯科・口腔保健学系分野と歯科臨床系分野の担当が増えていた．

また，授業時間数では，コミュニケーション・対人コミュニケーションでは，1～5 時間が 1 科目，10～19 時間が 2 科目，20～29 時間が 3 科目，30 時間以上が 5 科目あった．ヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育では，1～5 時間が 4 科目，10～19

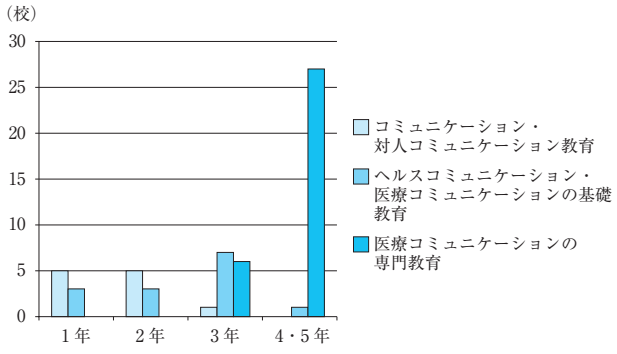


図 8-12　医療コミュニケーション教育（授業など）の分布

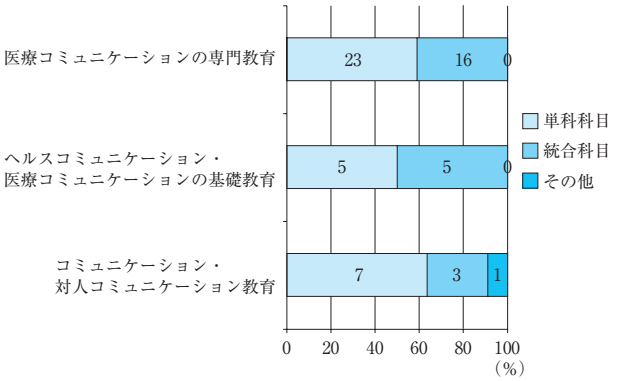


図 8-13　コミュニケーション･対人コミュニケーション（11 科目），ヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育（12 科目），医療コミュニケーションの専門教育（41 科目）の実施形態

表 8-8　医療コミュニケーション教育の担当分野

授業の担当分野	コミュニケーション・対人コミュニケーション教育	ヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育	医療コミュニケーションの専門教育
コミュニケーション系分野	コミュニケーション・心理・行動科学 7，外国語 2	コミュニケーション・心理・行動科学 4，外国語 2	コミュニケーション・心理・行動科学 3
社会歯科・口腔保健学系分野	社会思想学 1，歯科医療行動科学 1	倫理学 1，医療人間学 1，社会歯科学・口腔保健学 1，歯学教育室・支援室 1	社会歯科学・口腔保健学 4，歯科医療行動科学 4，口腔衛生学 3，歯学教育室・支援室 2，医療人間学 1
基礎歯科医学系分野	口腔解剖・組織学 1，口腔病理学 1，口腔生理学 1，歯科薬理学 1	歯科薬理学 1	歯科薬理学 2
歯科臨床系分野	総合歯科 2，歯科補綴学 1，高齢者歯科学 1，口腔外科学 1，歯科麻酔・全身管理学 1，小児歯科学 1	総合歯科 4，小児歯科学 3，保存修復学 2，歯内治療学 1，歯科補綴学 1，高齢者歯科学 1，口腔外科学 1，歯科麻酔・全身管理学 1，矯正歯科学 1	総合歯科 14，口腔外科学 10，歯内治療学 7，小児歯科学 7，歯科補綴学 6，保存修復学 5，歯科放射線学 5，歯周病学 3，歯科麻酔･全身管理学 3，矯正歯科学 3，口腔診断学 2，高齢者歯科学 1，障害者歯科学 1，心身歯科学 1
その他	歯学部全講座 2，医学系分野 3	歯学部全講座 2，臨床系講座 1，医学系分野 2	歯学部全講座 2，医学系分野 2

＊欄内の数字は授業の担当数

表 8-9　医療コミュニケーション教育科目の授業時間

	コミュニケーション・対人コミュニケーション教育	ヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育	医療コミュニケーションの専門教育
1～5 時間	1 科目	4 科目	15 科目
6～9 時間	なし	なし	7 科目
10～19 時間	2 科目	2 科目	12 科目
20～29 時間	3 科目	4 科目	5 科目
30 時間以上	5 科目	2 科目	2 科目
計	11 科目	12 科目	41 科目

表 8-10　対人コミュニケーション・医療コミュニケーション基礎の教育方法（方略）

アクティブラーニングを活用した特色ある教育事例
・ロールプレイ，DVD でのロールプレイ，資料配布，穴埋め記述，テープを聞いての感想文，文章の記述方法について
・講義，演習，ロールプレイ，疑似体験実習，スモールグループディスカッション
・講義・講演を聴く，振り返りシートを活用し，自己を知る．グループ討論を通して，他者と意見を交換する．医療問題について資料を基に討論する
・講義，グループ作業，ロールプレイ
・講義，社会福祉施設体験
・フィールドワーク，体験学習，講義，実習，グループディスカッション，ロールプレイング
・講義にてコミュニケーションおよび医療面接の基本を学ぶ
・双方向型授業，スモールグループディスカッション，ロールプレイ
・すべての授業は双方向ならびにアクティブラーニングで行っている
・講義，演習，PBL，SGD，ロールプレイ，SP 演習
・講義，小グループによる演習
・体験実習を通じ能動的に学習することにより，気づきを得る
・講義および実習（常勤教員に付き添って治療，教育，研究の現場を見学する）
・約 25 名ずつの学生に対して講義，エクササイズ，ロールプレイ，および模擬患者参加型実習

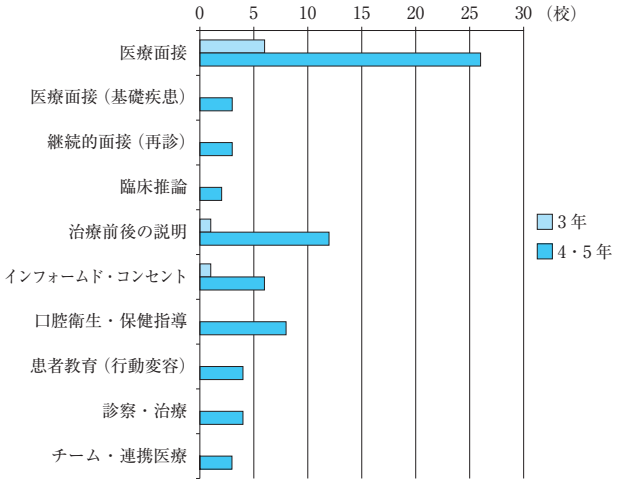


図 8-14　医療コミュニケーションの専門教育（41 科目）の内容

時間が 2 科目，20〜29 時間が 4 科目，30 時間以上は 2 科目あった．一方，医療コミュニケーションの専門教育では，1〜5 時間が 15 科目，6〜9 時間が 7 科目，10〜19 時間が 12 科目，20〜29 時間が 5 科目，30 時間以上が 2 科目あった（**表 8-9**）．

コミュニケーション・対人コミュニケーションの教育項目は，コミュニケーションの基本理論や人間力とコミュニケーションの大切さを理解し，言語・非言語メッセージの解読と翻訳のプロセスについての多様性（関係性，立場，年齢，社会的・文化的・地域的背景，ディスコミュニケーション，ジェンダー，異文化など）について，アクティブラーニングにより体験しながら学ぶものが主体であった．ヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育では，コミュニケーション・対人コミュニケーションの内容に，健康と病との関係，患者・家族・重要他者-医療者間，ならびに他（多）職種間の人間関係性に焦点を当てていた．また，コミュニケーション・対人コミュニケーションとヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育では，**表 8-10** に示すようなアクティブラーニングを活用し，講義・解説のほかにグループ学習，PBL テュートリアル，ロールプレイ，ディベート，プレゼン，演劇やアクティビティーなどの演習ならびに実習，そして疑似体験，学外体験実習などが実施されていた．

一方，医療コミュニケーションの専門教育では，**図 8-14** に示すように，基本的な医療面接ならびに基礎疾患を有する患者の医療面接，再診時の継続的面接，臨床推論，治療前後の説明，インフォームド・コンセント，口腔衛生・保健指導と患者教育（行動変容），診察・治療，チーム・連携医療などにおける感情面への対応，情報収集と共有，交渉などの実際について，講義，グループ討論，発表，ロールプレイ，演劇，模擬患者（SP）シミュレーションなどを活用して理解を深めるとともに，学生相互でのロールプレイや模擬患者とのロールプレイ（PBL 形式のトレーニング，フィッシュボール型のトレーニング，個別トレーニング）などにより，医療コミュニケーション能力を高める教育が実施されていた．

評価方法については，コミュニケーション・対人コミュニケーションとヘルスコミュニケーション・医療コミュニケーションの基礎教育，そして医療コミュニケーションの専門教育とに分けてまとめた（**図 8-15**）が，筆記（論述，客観）試験とともに，提出物・レポート，観

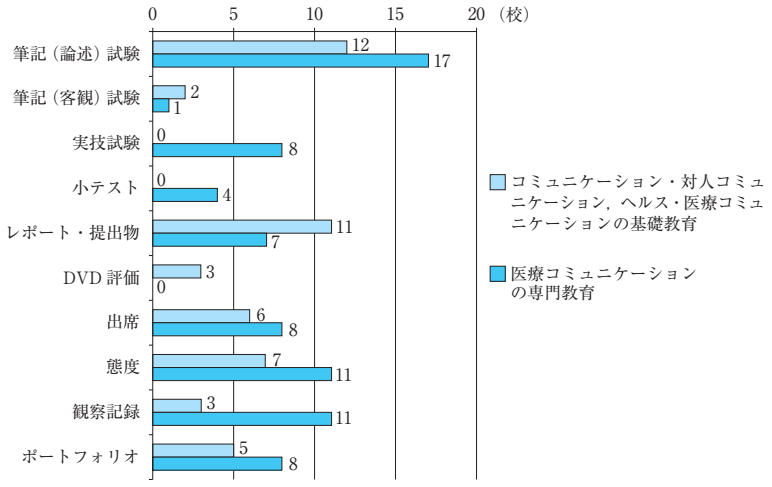


図 8-15　医療コミュニケーション教育の評価方法

察記録，実技試験，ポートフォリオなど種々な評価が用いられていた．また，態度（授業中の），出席状況を評価するという回答が比較的多数あったが，その評価の詳細については記述がなかった．

2) 臨床実習開始後の医療コミュニケーション教育の現状

医療コミュニケーション教育は，すべての歯科医学教育機関附属病院での診療参加型臨床実習において実施されているであろうが，今回の質問紙調査では，臨床（病院）実習のなかで，ヘルスコミュニケーション，対人コミュニケーション，医療コミュニケーション教育を実施していますかの質問に対する回答は，実施しているが 17 校, 実施していないが 8 校 , 回答なしが 4 校であった．

実施していると回答した 17 校では，臨床実習における自験が中心であったが, 患者（あらかじめ同意を得た）との面接場面を DVD を用いて振り返りを行う事例や，模擬患者（SP）とのロールプレイが 2 校，学生相互のロールプレイが 2 校あった．また，感情面やコンプライアンスなどにより対応が困難な事例についての講義の実施が 2 校，コンフリクトな症例に対する SP シミュレーション教育を実施しているという回答が 1 校あった．

対人コミュニケーション，ヘルスコミュニケーションそして医療コミュニケーションは，歯科医療人として兼ね備えておくべき必須のコンピテンスであり，患者・家族-歯科医療者間の関係性の構築，情報の収集と共有，行動の変容，そしてキュアーとケアリングに欠かせないものである．医療系で教育を担当する教員は，コミュニケーションが送り手と受け手それぞれの翻訳と解読，解読と翻訳のプロセスであるという理論的背景などとともに，医療者が医療の専門職として，医療機関の内外にかかわらず，患者や家族などに対してなんらかの言語・非言語コミュニケーションのパフォーマンスを示せば，それが医療的介入になる（繋がる）ことを銘記すべきである．また，学習者には，ニーズの多様化する患者･家族，そして医療や健康にかかわる多（他）職種との良好な人間関係づくりには，常に行為中や行為後の省察をし，考え，悩み，迷いながら，それぞれの医療コミュニケーション能力を向上させていくことを学び取ってほしいものである．

第8章 特色ある教育・学習法

6. プロフェッショナリズム教育

小川　哲次

プロフェッショナリズムは，学士課程修了時に獲得すべき重要なコンピテンス（価値ある行動特性を有する能力）の1つであり，将来のプロフェッショナル（歯科医療者または歯科医学の研究者・教育者）として必須の「予測困難な時代において生涯学び続け，主体的に考える力」あるいは「生き抜く力」の最も重要な部分を占めるといえる．また，歯学モデル・コア・カリキュラム（平成23年3月改訂）の歯科医師の基本的資質には，卒業時までに獲得（学修）しておくべきラーニングアウトカムの1つであるプロフェッショナリズムが含まれている．Hardenら（1999）[1]は，アウトカム基盤型教育におけるラーニングアウトカムとして，3-circle modelを提唱した．これを，「正しい（適切な）人（“The right person”）が，正しい（適切な）方法（“Doing the right thing”）で，正しく（適切に）（“Doing the thing right”）行う（“Doing it”）」と言い換えるとわかりやすいであろう．このようなラーニングアウトカムの学修には，Sternら[2]や大生[3]が提示しているように，これまでの倫理・生命倫理・医療倫理，行動科学，医療コミュニケーションなどの個別授業科目に加えて，縦型あるいは螺旋型のカリキュラムストラクチャー（**表8-11**）を整えることが必要となるであろう．

医のプロフェッショナリズムでは，患者の自律性，患者の福利優先，社会正義の3原則（医の新千年紀宣言，2002）[4]，その構成概念として，医療のエキスパート，人間性，利他主義，卓越性という4柱からなる神殿モデルを提唱した（Stern，2006）[5]．また，歯学系では，アメリカ歯科医学教育学会[6]が，責任・責務，尊敬・敬意，高潔・誠実，コンピテンス・卓越性，利他主義・奉仕の心，公平性の6つをプロフェッショナリズムのコアバリューとして用いている．

これまでも，プロフェッショナリズムに関する教育は，態度教育，医療・生命倫理教育，社会歯科・歯科保健教育，行動科学教育，医療コミュニケーション教育，医療安全教育，医療連携教育など，社会の要請に応じて順次取り入れてきたが，それぞれが個別の到達目標型授業科目としてバラバラに実施されてきた経緯がある．プロフェッショナリズム教育の必要性が叫ばれ始めたのは今世紀に入ってからであるが，このプロフェッショナリズム教育と医学・歯科医学教育の質の保証とグローバル化に資するためのアウトカム基盤型教育の実施とは唇歯の関係にあり，これまでの個別で行ってきた教育体系を見直し，態度や行動科学を中心としたプロフェッショナリズム教育として体系化することが求められている．

本稿では，2008～2011年時点において，プロフェッショナリズム教育に該当する授業内容を取りまとめた結果について述べる．

臨床前の教育課程のなかで，プロフェッショナリズム（倫理・態度を含む）教育を実施していますかの質問に対して，28校が実施していると回答した．臨床（病院）実習のなかで，倫理および医療倫理教育を実施していますかの質問には，実施しているという回答が14校あった．臨床実習前の教育内容（**表8-12**）をみると，回答のあった28校のすべてで，法規・法律，医療（臨床）倫理，患者-医師関係，態度，インフォームド・コンセントなどが行われ，医療コミュニケーションは26校で教育が行われていた．次いで多かったのが生命倫理，社会とのかかわり，医療安全（感染），省察，倫理，死生学，人間学，医学研究・臨床研究など，行動科学，公害・薬害，医事紛争，ヘルスプロモーション，ターミナルケア，医療の質などがそれに次いで行われていた．

これらの教育方法（方略）では，28校の倫理・プロフェッショナリズム教育にかかわる84授業科目のうち，講義・解説・説明が71.4%，演習（相互，ロールプレイ

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：プロフェッショナリズム，倫理，臨床倫理，医療倫理

表 8-11　プロフェッショナリズムの教授法と評価法 Teaching professionalism（Stern ら[2]，大生[3]から改変引用）

望ましいあり方の設定 Setting expectation	学習環境の提供 Providing experiences
・白衣（授与）式 White-coat ceremonies ・オリエンテーション Orientation sessions ・方針や手順 Policies and procedures ・綱領や憲章 Codes and charters	・正課カリキュラム　Formal curriculum ・PBL（課題解決型学習）　Problem-based learning ・倫理学を学ぶコース　Ethics courses ・患者-医師関係を学ぶコース　Patient-doctor courses ・国際選択科目　International electives ・潜在的カリキュラム　Hidden curriculum ・ロールモデル　Role models ・寓話　Parables ・教師としての環境　The environment as teacher
アウトカムの評価 Evaluating outcomes	
・医学部入学前の評価　Assessment before enter medical school（Multiple Medical Interview*） ・教員の評価　Assessment by faculty ・同僚の評価　Assessment by peers ・患者の評価（患者満足度）　Assessment by patients（patient satisfaction） ・多角的評価（360 度評価）　Multi-perspective（360-degree）evaluation	

* Multiple Medical Interview（MMI）：多種多様な面接を組み合わせた OSCE 形式の試験

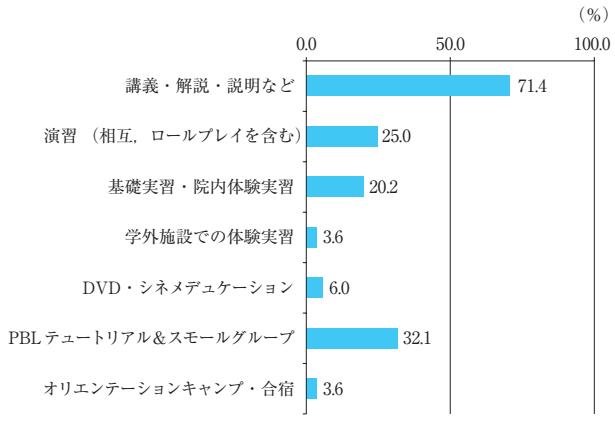


図 8-16　教育方法（方略）

倫理・プロフェッショナリズム教育にかかわる授業 84 科目の内訳

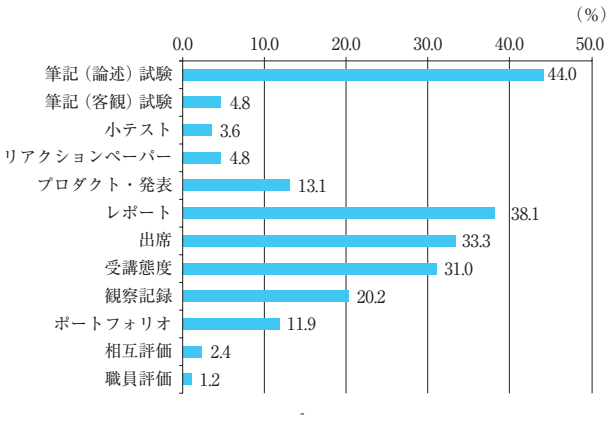


図 8-17　教育評価法

倫理・プロフェッショナリズム教育にかかわる授業 84 科目の内訳

を含む）が 25.0%，基礎実習・院内体験実習（早期体験を含む）が 20.2%，学外施設での体験実習（早期体験を含む）が 3.6%，DVD・シネメデュケーションが 6.0%，PBL テュートリアルとスモールグループ討論が 32.1%の授業科目でそれぞれ行われていた（**図 8-16**）．

また，評価方法では，28 校の倫理・プロフェッショナリズム教育にかかわる 84 授業科目のうち，筆記（論述）試験 44.0%，筆記（客観）試験 4.8%，小テスト 3.6%，リアクションペーパー 4.8%，プロダクト・発表 13.1%，レポート 38.1%，出席 33.3%，受講態度 31.0%，観察記録 20.2%，ポートフォリオ 11.9%，相互評価 2.4%，職員評価 1.2% であった（**図 8-17**）．

臨床実習におけるプロフェッショナリズム教育については，回答数や記述内容が少なかったこともあるので詳述はしないが，臨床実習開始時のセレモニーについての記述をみると，宣誓，誓い，宣言文の朗読，白衣・帽子・バッジの授与，全教職員の出席，家族の参加などの式典，オリエンテーションなどが実施されており，望ましいあり方を明示する機会としてきわめて有用である．また，診療参加型臨床実習は，臨床実習前までに培ったプロフェッショナリズムの知識をベースにした行動を起こすことにより，実際に体験学習ができる絶好の機会であるので，患者や家族，そしてロールモデルである医療者ならびに教職員を含めての学びの支援体制を築くことが求められる．

表 8-12　プロフェッショナリズム教育（倫理・態度を含む）として回答のあった授業科目の内容

授業の項目（内容）	
患者-医師関係	28 校
態度	28 校
法規・法律	28 校
医療（臨床）倫理	28 校
インフォームド・コンセント	28 校
医療コミュニケーション	26 校*
生命倫理	10 校
社会とのかかわり	8 校
医療安全（感染）	8 校
省察	7 校
倫理	7 校
死生学	7 校
人間学	6 校
医学研究，臨床研究	5 校
プロフェッショナリズム	4 校
行動科学	4 校
公害・薬害	4 校
医事紛争	3 校
ヘルスプロモーション	3 校
ターミナルケア	3 校
医療の質	3 校
医療・保険制度	3 校
福祉制度	3 校
人権論	2 校
QOL	2 校
ハラスメント	1 校
患者学	1 校
心理学	1 校
医療ツーリズム	1 校

*第 8 章　特色ある教育・学習法
5. 医療コミュニケーション教育から引用

過日の第 31 回日本歯科医学教育学会総会および学術大会（2012 年 7 月 20，21 日，岡山市）では，「プロフェッショナリズムをどう育むか（シンポジウム Ⅰ）」についての熱い議論がなされたが，プロフェッショナリズムの教育については，知識のレベルから，時期を追って態度・姿勢・実際の行動のレベルへ継続するような実践的なものでなくてはならない[3]ことや，プロフェッショナリズムは価値ある行動をする（示す）能力であり，医療者と患者や家族そして国民との社会契約という概念に基づく能力である[3,7]ことを銘記して臨む必要がある．

わが国におけるプロフェッショナリズム，そしてその教育についての開発が始まることを期待してやまない．

文献

1) Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M. AMEE Guide No. 14：Outcome-based education：Part 5 — From competency to meta-competency：a model for the specification of learning outcomes. Medical Teacher 1999；2：546-52.
2) Stern DT, Papadakis MI. The developing physician becoming a professional. New Engl J Med 2006；355：1794-9.
3) 大生定義．医学教育とプロフェッショナリズム．日医大医会誌 2011；7：124-8.
4) ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine：ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine；European Federation of Internal Medicine：Medical professionalism in the new millennium：A physician charter. Ann Intern Med 2002；136：243-6.
5) Stern, DT. 2006. Measuring Medical Professionalism. New York：Oxford University Press；2006. pp.15-32.
6) ADEA Statement on Professionalism in Dental Education. http://www.adea.org/Pages/Professionalism.aspx（accessed on 18 July, 2012）.
7) 宮田靖志，野村英樹，尾藤誠司，他．提言　医師養成課程におけるプロフェッショナリズム教育の導入と具体化について　第 16 期日本医学教育学会倫理・プロフェッショナリズム委員会．医学教育 2011；42：123-6.

第8章 特色ある教育・学習法

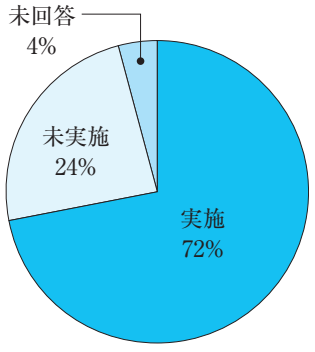
7. ICTを活用した教育

影山　幾男

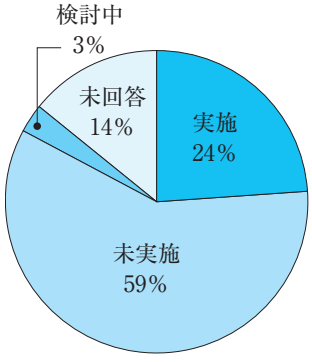
1950年代，学校の教室には黒板のみが置かれ，60年代になると黒板の他，ホワイトボードやOHP装置などが置かれた．1970年代になると60年代の装置に加えて，スライドが主流となってきた．平成に入りマッキントッシュのコンピュータが台頭し，スライドプロジェクター，ついにはコンピュータからの画像がすぐ映せるビデオプロジェクター，教材をカラーで提示できる装置などが視覚素材の中心になってきた．現在では，テレビによる遠隔講義，マルチメディア，LANを利用した教員と学生の相互伝達など，眼を見張るものが矢継ぎ早に現れてきている．このように情報通信技術Information and Communication Technology（ICTと略す）を活用した教育が普及しつつある．

今回，日本の29歯学部のICTの利用状況を調査することにより，日本の歯学部の現状を報告することで，ICT利用の利点，欠点を抽出しICTを効果的に使用する方法について考察できれば幸いである．臨床前の教育課程と臨床（病院）実習中と区別して調査を実施した．アンケートの結果として，臨床前と臨床（病院）実習中のICT教育の実施状況，臨床前と臨床（病院）実習中のICT教育の実施形態，臨床前と臨床（病院）実習中の教員の割合と各教員の専門分野，実施学年，および教育時間数を**図8-18～22**に示した．また教育項目，教育方法，評価方法については**表8-13**にまとめた．なお，ICTを活用した教育に関しては各大学での認識の違いはまだ存在する．これはICT活用教育の定義，概念がいまだ確立されていないことが混乱を招く元になっていると考える．

アンケートにご協力いただきました各大学担当の方々に心より感謝申し上げます．



8-18-(1)　臨床前ICT教育の有無

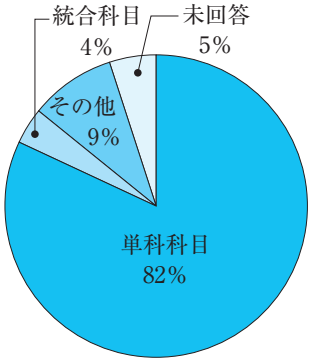


8-18-(2)　臨床実習中ICT教育の有無

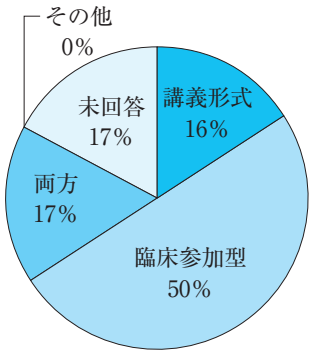
図8-18　臨床前と臨床（病院）実習中のICT教育の実施状況

臨床前にICTを導入している歯学部は29校中21校（国公立10校，私立11校）であった．病院実習でICT導入を実施している大学は7校（国公立4校，私立3校）であった．

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：ICTを活用した教育，臨床前，臨床実習中



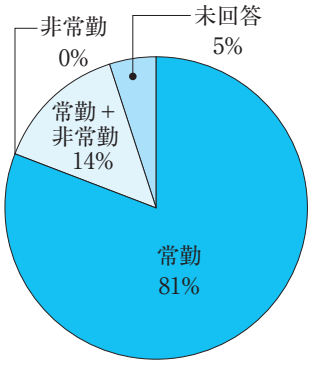
8-19-(1)　臨床前 ICT 教育実態形態



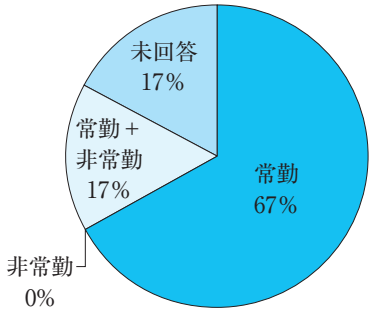
8-19-(2)　臨床実習中 ICT 教育実施形態

図 8-19　臨床前と臨床（病院）実習中の ICT 教育の実施形態

臨床前では，単科科目として 82％が，4％が統合科目として導入していた．病院実習中は講義より臨床参加型が圧倒的に多い．



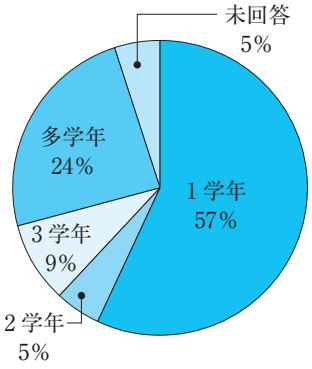
8-20-(1)　臨床前 ICT 教育担当教員勤務形態



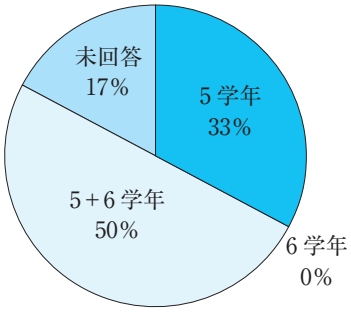
8-20-(2)　臨床実習中 ICT 教育担当教員勤務形態

図 8-20　臨床前と臨床（病院）実習中の ICT 教育担当教員の割合と各教員の専門分野

臨床前教員の割合は 81％で常勤の教員が，14％で常勤と非常勤の教員が担当していた．病院実習中では常勤は 67％であった．



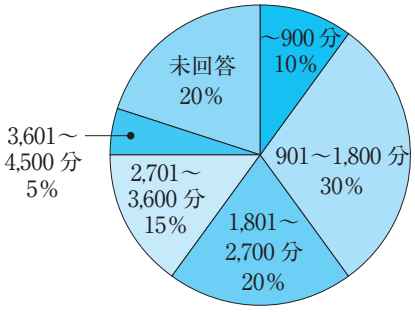
8-21-(1)　臨床前 ICT 教育実施学年



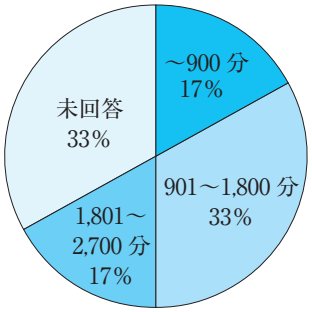
8-21-(2)　臨床実習中 ICT 教育実施学年

図 8-21　実施学年

臨床前の実施学年は 1 学年が圧倒的に多く，次いで多学年，3，2 学年と続く．病院実習中は 5，6 学年と高学年が多い．



8-22-(1)　臨床前 ICT 教育時間数



8-22-(2)　臨床実習中 ICT 教育時間数

図 8-22　教育時間数

臨床前の総時間数は 901～2,700 分の間が多いのに対し，病院実習中は 1,800 分を下回る時間であった．

表 8-13　教育項目，教育方法，評価方法

8-13-(1)　臨床前

機関名	科目名	教育項目	教育方法	評価方法
北海道医療大学歯学部	情報処理演習	PC を用いて文章作成，表計算，プレゼンなどのソフトウェアの使用法を習得し，情報処理技術や表現方法を修得する．PC を用いた自己表現方法を学ぶ．	演習	プレゼン，作成試料の評価，受講態度，出欠席
奥羽大学歯学部	ICT Ⅰ	コンピュータを駆使して問題作成，プラッシュアップおよびプレゼンテーションを行うことで歯学基礎科目を学習する．	コンピュータを用いて，出された課題について学生個人で問題を作成し，グループごとに問題に対するプラッシュアップとプレゼンテーションを行う．問題に対しては最終的に教員からも解説を行う．	定期試験，追・再試験の結果を 40%，問題課題 40%，授業態度を 20% とし，総合で 60% 以上を合格とする．
	ICT Ⅱ	コンピュータを駆使して問題作成，プラッシュアップおよびプレゼンテーションを行うことで歯学基礎科目を学習する．	コンピュータを用いて，出された課題について学生個人で問題を作成する．提示された問題に対しては最終的に教員からもフィードバックを行う．	定期試験，追・再試験の結果を 60%，問題の提出状況を 20%，授業態度を 20% とし，総合で 60% 以上を合格とする．
	ICT Ⅲ	各科目において重要事項を把握し課題に対して理解度を深めるために，PC での問題解答法を習得する．	コンピュータを用いて，出された課題について学生個人で問題を解答する．提示された問題に対しては最終的に教員からもフィードバックを行う．	定期試験，追・再試験の結果を 60%，問題の提出状況を 20%，授業態度を 20% とし，総合で 60% 以上を合格とする．
日本大学松戸歯学部	歯科医学総合講義 4 ほか	講義演習　実習など	演習問題　資料提供　会議室	形成評価
東京医科歯科大学	う蝕と歯髄疾患	模型実習，臨床予備実習の予習（復習）用に手技，注意事項の確認	SIM システム（ブラックボード上）に，独学用の設問（順次解答式）を設定し，模型実習，臨床予備実習の予習・復習用に手技，注意事項が確認できるように用意してある．	点数は SIM 上で学生自身が確認できるが，この点数を教育者側は直接評価せず，模型実習，臨床予備実習（および臨床実習）に反映されたものが間接的に評価される．
東京歯科大学	各教科全般で実施			
日本歯科大学生命歯学部	情報リテラシー	医学情報は，歯科医師が行う医療活動の源であるという重要性を認識したうえで，ICT（Information and Communication Technology）を活用して，情報を収集・分析・評価したうえで，生涯にわたって患者さんのためにモラルに則って効果的に利用するための技術と表現方法を含む能力を修得する．	PC を用いた実習	製作物，レポート，小テスト，受講態度，ならびに出欠席によって総合的に評価する．
日本大学歯学部	情報リテラシー	急速に発展した情報化社会において，パソコンの活用は不可避であるため，パソコンの基本的な操作法と活用法を理解する．	情報コンテンツ（文書，図表）の作成，数値データの処理と解析，各種情報の検索，収集および管理についての概略を学び，実際にパソコンを操作して学習する．	提出物，実技試験および定期試験により評価する．
	歯のかたち	歯の形態とその特徴を学習し，展開図ならびに CT 画像から歯の立体的な構造を理解する．	講義と実習	成果物などの提出と口頭試問，小テストを随時行い，筆記試験および歯の鑑別試験，定期試験で評価する．
	医療面接	歯科診療における初診から，診査・診断，治療計画，治療，メインテナンスまでの医療場面における歯科医師と患者さんとのコミュニケーションの理論と実際について演習を行う．	講義の受講や教材ビデオを視聴後，歯科医師役，患者役と評価者役に分かれてロール・プレイを行う．	定期試験，また演習内容を課題とする試験を行い，臨床実習開始前における医療面接技能を評価する．
昭和大学歯学部	情報リテラシー	1. 図書館と蔵書検索システム（OPAC）が利用できる．2. インターネットで適切なキーワードを用いて情報を検索できる．3. 信頼度を評価したうえで情報を入手できる．	e-learning，講義，TBL，SDL を併用して教育を行っている．	e-learning による試験，提出物，ポートフォリオによる評価を行っている．
鶴見大学歯学部	衛生学・公衆衛生学Ⅰ	疫学/統計学/健康増進と予防医学/感染症/食品衛生/公衆衛生学演習	サブノートによる繰り返し学習を実施．講義ビデオを録画後，DVD 化および IT 化し，ICT（Information and Communication Technology）を活用した繰り返し学習を実施．	講義の重点項目とサブノートによる繰り返し学習を点数化し評価
	病理学	病理学，口腔病理学の実習	デジタル画像を用いた病理組織像の習得	期末試験
	薬理学実習	薬物動態パラメーターの意味を理解し，(1)薬物による薬物動態の違いと適切な投与経路，(2)肝臓・腎臓障害が薬理作用の発現や持続時間などに及ぼす影響，を理解する．	薬物適用後の血中濃度推移を薬物動態シミュレーションソフトでモニターし，薬物の種類，投与経路，患者の全身状態による薬物動態パラメーターの違いを比較する．	レポート作成による総括的評価
	医療人間科学実習Ⅰ	1. 全身疾患（肝臓障害）が薬物の効果や有害作用に及ぼす影響を理解する． 2. 医薬品添付文書を検索し，医薬品情報を入手する方法を理解する．	1. 薬物適用後の血中濃度推移を薬物動態シミュレーションソフトでモニターし，グラフから得られる薬物動態パラメーターの違いから，肝臓疾患が薬理作用や中毒の発現に及ぼす影響を考察する．2. インターネットから医薬品添付文書を入手し，副作用，相互作用などの医薬品情報を読み解く．	レポート作成による総括的評価
	歯周病学	歯周病学全般	講義内容のハンドアウトをインターネットよりダウンロードできるようにしている．これにより歯肉の色などの情報が正確に学生に伝わる．	定期試験により評価

機関名	科目名	教育項目	教育方法	評価方法
新潟大学歯学部	インターネット・テュートリアル	医療，健康，生命にまつわるさまざまな話題を取り上げ，そこから引き出される疑問点，問題点を議論し，教員のアドバイスを受けながら，自主的に調査・学習し，グループ内で学生同士議論する．	インターネット上のウェブサイトで行うテュートリアル	ウェブ上での発言とレポートで評価
日本歯科大学新潟生命歯学部	おおむねすべての講義で			
朝日大学歯学部	情報処理基礎・演習	パソコンを利用したコミュニケーション，アプリケーションスキルの修得，情報検索やプレゼンテーションへの利用など基本的な能力を身に付けさせる．	パソコン実習室における基本的な操作，パソコンを用いた課題の提出など実習を中心に行う．	試験および平常の成績による総合評価
愛知学院大学歯学部	生体材料・歯科材料	共晶状態図などの理解．熱電対を用いた温度測定のUSB基板を介したデータ取り込みと解析	Safariなど Webブラウザの上でアプレットを作動させ，状態図を理解させる．AD変換を行った後のデータを新規開発ユニバーサル基板を介して Macintoshに転送し，外部データの解析を行わせる．	ペーパー試験．レポート
大阪歯科大学	基礎情報科学	情報機器の基本操作，文書化の基本操作，表計算ソフトの活用，Power Pointとスライド作成		小テスト，基礎技能テスト，課題についての提出物・作品の内容と表現の完成度，
	歯科医学情報科学	歯科医療情報科学，コンピュータ歯科医院ネットワーク，歯科医療における情報システム，歯科医院における情報ネットワーク，院内ランシステム，歯科医療とインターネット，医用画像処理，CD/CAMメディカルメカトロニクス，医療情報システム医用データベース情報倫理，情報倫理	教科書を用いた講義	ユニット試験
大阪大学歯学部	口腔総合医療学	歯科医療と倫理，EBM，NBM，患者の権利と義務，インフォームドコンセント，コンプライアンス，診療契約，医療安全，医療面接など	学生全員にクリッカーを貸与して国家試験の形式に準じた問題を解かせ，その結果に応じて解説を加える．	クリッカーにより収集した成績，観察記録
岡山大学歯学部	情報処理入門	歯学教育と歯科臨床で用いられる情報通信技術（ICT）を，講義と実習を通して体得する．	学生用PCを用い，各種ソフトウェア，電子メール，Web利用などについて授業を行う	2/3以上の出席は必須：レポート・実習・テストによって総合評価
	英語（歯学部）	基本的な医歯学用専門英語の講義を行う．	ALC Net Academyを利用したe-learningによる授業	2/3以上の出席は必須；テストによって評価
	外科病理診断基礎実習	口腔病変および病理解剖標本を観察し，病理組織像の理解を深める．	バーチャルスライドシステム，Web classを利用したe-learningによる実習	出席は必須；レポート・実習態度・テストによって総合評価
徳島大学歯学部	医療情報	病院情報の管理，運営，徳島大学病院の病院情報，ワード，エクセル，パワーポイントの使い方，ホームページの使い方	講義と演習	レポート
九州歯科大学	情報処理実習	理系学生として必要な，オフィスソフト（ワープロ，表計算，プレゼンテーション）の習熟．情報の利活用や，メールなどの利用における倫理教育	各ソフトの利用実習を行う．また情報倫理の講義も加えて行っている．	各ソフトについて，課題を設定し，プレゼンテーションや提出物の評点を積算している．
	医療情報学	医療に関する情報の取り扱い，個人情報保護，情報セキュリティ，経営マネジメント	講義形式で行っている．	全8回の講義について，レポートを課し，評点を積算する．さらに小テストの点数も加える．
九州大学歯学部	歯学総論II，III，歯学英語	歯学英語教育のなかにe-learningを取り入れた英語およびプレゼンテーション教育	e-learning	レポートなど
福岡歯科大学	情報処理実習 I・II	パソコンの取り扱いを学び、パソコンを利用してネットワークに接続することを学び，パソコン上の各種アプリケーションソフトの利用の仕方を学ぶ．本実習では，パソコンとその基本操作，電子メールとインターネット，プレゼンテーションソフトを用いたプレゼンテーション法，ワープロソフトを用いた文書作成と編集を学習する．	プリントとパソコン（Windows）を使用した実習	実習出席，実習態度，確認テスト，レポートなどにより総合的に判断する．
長崎大学歯学部	1. 細胞生物学プラクシス	基礎歯科医学を学ぶうえで基本となる細胞生物学について演習形式で学習，理解を深める．	細胞生物学に関するテーマについて小グループで自学自習し，その結果を発表し討論する．	授業への積極的な参加状況，成果発表の良否およびレポートを総合的に判断して評価
	2. 細胞生物学入門	歯科医学を学ぶうえで，基本となる細胞生物学について理解する．細胞とは，細胞の化学成分，エネルギー，触媒作用，生合成，DNAと染色体，遺伝子発現の調節，膜の構造，膜輸送，細胞が植物からエネルギーを得る仕組み，ミトコンドリアにおけるエネルギー生産，細胞内区画と細胞内輸送など	液晶プロジェクターおよび板書を中心として，教科書に沿って単元ごとに講義を行う．	前期，後期の各定期試験期間中に行う筆記試験の得点により評価する．
	3. 生化学	生命現象の基本となる生体分子の構造，機能および生化学反応の原理や代謝反応を学び，生命活動を分子レベルの現象として理解する．	教科書の内容を中心にプロジェクターを用いた講義と演習問題を解くことにより進行する．特に1年次細胞生物学入門で既習の章は演習問題が中心．プレ・ポストテスト，質疑応答により理解度を確認し，科学的思考力の涵養を図る．	定期試験90%，レポート（WebClass 問題を含む）10%．毎回の「質問＆内容カード」の質問内容によっては加点することがある．

機関名	科目名	教育項目	教育方法	評価方法
長崎大学歯学部	4. 生化学実験	タンパク質などの定量実験，遺伝子増幅法，酵素反応解析法などを実施し，その技術を身に付けるとともに，これまでどのような実験，観察によって科学的な知見が得られてきたかを理解する．	課題レポートおよび実習レポートの作成を通じて，論理性を身に付ける．	定期試験時に筆記試験を実施．学部規則に従う，レポート提出までを出席とみなし，未提出では，受験資格を失う可能性があるので注意，期末試験 60%，実習レポート 30%，課題・発表など 10%
	5. 病理学総論および同実習	病理学総論として各種疾患の原因・成り立ち・病態を解説する．実習標本の顕微鏡観察を通して疾患の成り立ちや臨床病態などについて総合的に考えさせる．	プリント，プロジェクター，板書を併用，口頭で授業を進める．プリントは簡潔なもので，講義内容は各自筆記，病変の肉眼的・組織学的視覚素材は液晶プロジェクターで供覧	定期試験（筆記試験）の得点（100%）
	6. 口腔生化学	一般生化学で得た知識を基に，口腔領域，結合組織，硬組織に関する生化学を理解する．	教科書の内容を中心に，プロジェクターを用いた講義，WebClass を活用する．	定期試験 90%，レポート（WebClass 問題を含む）10%，毎回の「質問＆内容カード」の質問内容によって加点することがある．
	7. 口腔病理学および同実習	病理学各論として講義では，口腔領域での各種疾患の原因・成り立ち・病態を解説する．実習標本の顕微鏡観察を通して疑問を解決し，総合的な理解を導く．	講義では，プリント，プロジェクター，板書を併用，口頭で授業を進める．プリントは簡潔なもので，講義内容は各自筆記，病変の肉眼的・組織学的視覚素材は液晶プロジェクターで供覧，実習では，配布された病変について顕微鏡観察をする．	定期試験（筆記試験）の得点 100%
	8. 小児歯科学実習	小児歯科診療に必要な基本的技能，知識，態度を習得する．	マネキン，模型上で小児の修復物の作成と生活歯髄切断を行い，その技術，知識を習得する．	ステップごとの作成物の採点，インストラクターの個人評価（最大 20% まで）
	9. 歯科矯正学	矯正臨床に必要な基本的知識，技術をタイポドント実習によるシミュレーションや模型実習を通して習得する．	講義形式であり，授業内容のプリントを配布する．WebClass を利用して学生の予習・復習による自主的学習意欲を高めるため講義資料および講義内容を公開し，フィードバック機能により学生と教官の双方向の対話を図る．さらに学生の理解度を逐次確認するため小テスト（pre, post test）を実施する．講義と並行してセファロ実習も実施する．	各課題の製作物評価（40 点），定期試験時の筆記試験（50 点），WebClass でのオンラインテスト（10 点）により，総合評価を行う．
	10. 歯科矯正学実習	口腔・頭蓋・顔面領域における発生および成長発育の基礎知識を学び，矯正治療の目的，必要性，臨床的意義を理解し，異常に対する検査，診断，治療法を理解する．	講義，実習，e-learning	各課題の製作物評価（40 点），定期試験時の筆記試験（50 点），WebClass でのオンラインテスト（10 点）により，総合評価を行う．
	11. 成育歯学	4 年次までにすでに学習した予防歯科学，小児歯科学，矯正歯科学などの基礎知識を学生みずから総合的に再構築し，成育歯学として子どものライフサイクルに応じた口腔保健管理，咬合管理ができるように検査，診断，治療，メインテナンスについて総合的理解を深める．	PBL テュートリアル形式（15 回）と講義形式（7 回）合計 22 回実施．	PBL 形式授業は出席，態度，討議内容，自学自習の結果の発表などを各担当のファシリテータが総合的に評価．定期考査は，本試験，再試験とする．点数の配点は，時間数に応じて PBL 評価と定期試験とで総合評価し 60 点以上を合格とする．
	12. 口腔感染・免疫学	口腔領域に発生する感染症の概要，感染に対する生体の免疫システムの基本知識・理解を習得する．	PBL 形式および講義形式で行う．自主学習支援のため Web を利用した講義資料の公開を行う．	レポート 50%，演習問題 20%，発表・討論態度 30%
	13. 硬組織科学	臨床ケースのなかで，問題点を見いだし，その解決策を見つける方法を理解する．	PBL67%，講義（4 回）33%	PBL は授業態度，討議内容を各ファシリテータが総合的に評価する（67%）．講義に関しては，試験を実施（33%），各 60%が合格基準
	14. 基礎歯学輪講	最終学年での歯科の基礎学を再履修することにより，歯学全般の知識を整理・確認する．	各基礎分野から 1 名の担当教官による講義形式	各分野で試験を行い，総合的に評価する．合格基準は 70 点
鹿児島大学歯学部	情報活用基礎	ICT スキルの基礎の教授	セミナー	参加態度

8-13-(2)　実習中

機関名	科目名	教育項目	教育方法	評価方法
奥羽大学 歯学部	総合歯科（診療科学）	レセプトコンピュータを使用して，保険診療の仕組み，レセプトの書き方から診療の流れを学習する．	PC，保険証	修了を認定する概略評価
東京歯科大学	各教科全般で実施			
昭和大学 歯学部	全身疾患と口腔内科	1．歯科受診患者で高頻度にみられる基礎疾患について，医療面接におけるポイント，医科担当医への診療情報提供書の記載，歯科治療を行う際のリスク診断などを行う．2．口腔内科的な疾患（顎関節症，舌痛症，口腔乾燥症，口腔顔面痛など）を学ぶ．	e-learningを活用した小テスト，演習，CBT，講義を行う．	e-learningを用いたCBT，定期試験，小テスト
鶴見大学 歯学部	歯周治療学	臨床実習における歯周病患者の診査診断結果から治療計画を立案し，その妥当性についてを教育する．	臨床実習における歯周病患者の診査診断結果をパワーポイントにまとめ，治療計画を立案したうえでプレゼンテーションを行う．カンファレンス形式の教育内容	カンファレンス時の質疑応答を通じて学生の知識，態度，そのほかを評価する．
	歯科放射線学	画像診断学とデジタルシステムについて	実際の画像を提示し，診断をする．実際のデジタルシステムを利用し撮影実習，デジタルの実体験をする．	客観式のテストと講義内容記載のノートとの総合評価
広島大学 歯学部	臨床実習	全人的医療の実践，優れた医療人の育成，新しい医療の探求	実習	個人的評価
徳島大学 歯学部	臨床実習	診療録の閲覧，エックス線写真の読影，検査，技工オーダ	実習	これだけでは評価しない．
長崎大学 歯学部	1．個人情報保護に関する講義	病院情報に関する個人情報の法律とその取り扱いおよび情報セキュリティー	講義とe-learning，オンラインテストによる振り返り学習	オンラインテストでの評価
	2．電子カルテ操作研修	電子保存の3原則，電子カルテの説明，操作研修	講義と電子カルテによる実習	
鹿児島大学 歯学部	情報活用基礎	ICTスキルの基礎の教授	セミナー	参加態度

第8章 特色ある教育・学習法

8. その他（各大学で特筆すべき教育・学習法）

影山　幾男

教育とはドイツ語で Erziehung，英語で Education と訳される．ドイツを訪ねると，建物の扉には必ず Ziehen と Drucken と書かれている．Ziehen とは英語で Pull の意味であり，扉を引くということである．ドイツ語の Erziehung（教育）には学生の能力を引き出すという意味が含まれる．これまでの教育は教師がもつ知識を学生に詰め込むだけの教育が主流であった．すなわち教師中心，講義中心の知識注入型の教育であり，学習意欲の低下や講義で得た知識を応用的に活用することができないなどの欠点が指摘されてきた．歯学系実習においても同様のことがいえる．少しばかり専門用語を覚えだした教員は，学生に対して得意気に教え込む．たとえば，著者が専門の肉眼解剖学実習ではよくみられる光景である．しかし，これは本当の教育なのであろうか．これは教育とはいえない．知識の押し売りである．まず初めにヒトの形態や仕組みを詳細に観察し，丁寧なスケッチを行う．その際に生じた疑問点を列挙しておく．その後，その疑問点に対しての真の仮説を立て，発生学や形態学の成書において調べ，ほかの班の剖出も観察する．さらにその形態がもつ意味を考え，なぜその場所にその形態が必要かを学生と一緒に考える．少なくともこのようなプロセスを踏むと解剖学が単なる暗記の学問ではないことが理解できる．これからの教育には，このプロセスが必要である．

以下，特筆すべき教育・学習法についてのアンケート結果を**図 8-23**～**25** および**表 8-14**～**16** に示す．

W. C. Rappelye は「医学部教育で医師を作り出すことはできない．医学部でできることは，単に学生のために医学の初歩的知識と健康問題への応用，科学的探究の方法及び考え方の訓練，そして，教育や研究を実施し，献身しているものとの関わりから生ずるインスピレーションや物の見方を学ぶ機会を与えることだけである．医学は学生自らが学ばなければならないもので，教師が教えられるのはほんの僅かな部分だけである」と述べている．やはり，大学がどのような素晴らしい教育方法を準備しても，学生のモチベーションが欠落していればよい結果は得られない．

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：各大学で特筆すべき教育・学習法

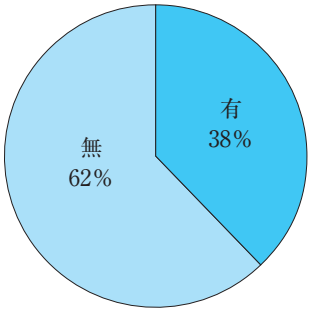


図 8-23　特筆すべき教育・学習法の実施

特筆すべき教育・学習法を実施している歯学部は 29 校中 11 校（国公立 5 校，私立 6 校），38%である．

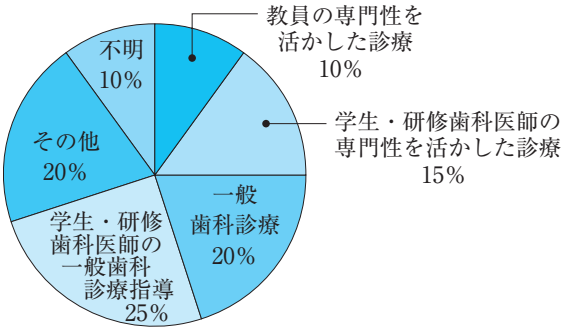


図 8-25　その部署が担当している診療業務

各大学とも，おおむね一般歯科診療や学生・研修歯科医師の一般歯科診療指導をしている部署が担当していた．

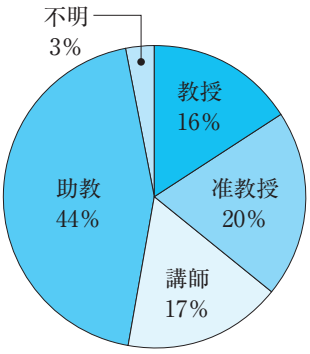


図 8-24　専任教員の構成

専任教員の構成は教授 16%，准教授 20%，講師 17%，助教 44%であった．

表 8-14　特筆すべき教育・学習法の担当部署とその名称

大学名	担当部署
1. 奥羽大学歯学部	診療科学講座
2. 日本大学松戸歯学部	歯科総合診療学講座
3. 東京医科歯科大学歯学部	医歯学融合教育支援センター
4. 日本歯科大学生命歯学部	臨床実習教務委員会，臨床実習学生委員会
5. 日本大学歯学部	卒直後研修科
6. 昭和大学歯学部	歯科保存学講座，総合診療歯科学分野
7. 朝日大学歯学部	歯科医学教育推進センター
8. 大阪大学歯学部	口腔総合診療部
9. 九州歯科大学	WADS キャンプ実行委員会
10. 長崎大学歯学部	医・歯・薬合同，離島医療・保健実習
11. 鹿児島大学歯学部	歯学部の各講座

表 8-15　特筆すべき教育・学習法の実施形態

大学名	卒前臨床実習	歯科医師臨床研修	臨床系講義	臨床系実習	SP 養成	その他
奥羽大学歯学部	1		1			1
日本大学松戸歯学部	1	1	1	1	1	
東京医科歯科大学	1		1			1
日本歯科大学	1					
日本大学歯学部		1				
昭和大学歯学部	1	1	1	1	1	
朝日大学歯学部						1
大阪大学歯学部	1	1	1	1		
九州歯科大学						1
長崎大学歯学部	1					
鹿児島大学歯学部						1
合計（大学数）	7	4	5	3	2	5

表 8-16　各大学で特筆すべき教育・学習法の具体的内容

機関名	一般目標	到達目標	将来計画
奥羽大学歯学部	患者に対する接し方や治療方針の説明，さらに患者との信頼関係の確立など疑似体験実習における基本的な知識，技能および態度を修得する．	1：医療面接を実施する．2：歯科診療における術式を述べる．3：器具・材料の名称と使用方法を説明する．4：歯科診療録を記録する．5：支台歯形成および窩洞形成を実施する．6：歯内療法処置を実施する．7：無歯顎模型で印象を採得する．8：全部床義歯の咬合採得を行う．	学生のみならず研修歯科医師まで指導する体制を確立
日本大学 松戸歯学部	歯科医学の専門分化に対して口腔疾患を総合的に診るとともに，患者の全身機能との関連，生活習慣，社会環境などの背景にも配慮し，歯科の common disease を対象に診断・治療と継続的な care を包括的に捉える．	1：Super Generalist としての診療能力を高める．2：器質的な問題だけでなく，精神心理社会的側面にも配慮する．3：患者中心の歯科医療の実践を目指す．4：より高度な「患者対応学」を教育の要とする．5：情報収集能力と総合的決断力を重視する．6：基本的な臨床能力の獲得を目指す．	歯学の縦割りな学問を統合化させるような位置づけとして，基礎医学・臨床歯科医学に加えて卒前，卒後を通した医療行動科学としての体系化を目指したい．
東京医科歯科大学歯学部	複数学科の学生がともに共通目標に向かって学ぶ．	1：医歯学基盤教育（医学英語，臨床統計，生命倫理）．2：頭頸部基礎．3：頭頸部臨床．4：老年医学．5：包括医療学習	未回答
日本歯科大学	歯科臨床に関する課題を通して，異なる年齢や業種の病院職員とともに研究や調査に参加し，臨床研究や患者対象調査の重要性を理解する．	1：広い視野から医療に関する問題を抽出する．2：倫理指針を守って行動する，調査対象者の人権に配慮する．3：調査研究の対象となる事物を尊重する．4：データの収集方法に習熟する．5：共同研究者と協力関係を確立する．6：プレゼンテーション技術に習熟する．7：研究チームの考えをまとめて表現する．8：根拠に立脚した討論を実施する．	未回答
日本大学歯学部	歯科診療を適切に行うために，島しょ地区における地域医療について知識，態度，技能を習得する．	1：地域歯科保健活動を説明する．2：住民ニーズに応じた地域歯科保健活動を実践する．3：患者の心理・社会的背景に配慮する．4：診療所でのチーム医療を実践する．5：歯科診療所における口腔ケアを実践する．6：歯科保健指導と口腔管理法を指導する．7：医療連携を説明する．8：遠隔医療の有効性を説明する．	今後とも地域医療の重要性について卒前教育から理解を深めるようにカリキュラムをさらに改善していきたい．
昭和大学歯学部	歯科医師としてのプロフェッショナリズムを意識するとともに，担当する患者の痛みや苦悩を共有し，最良の問題解決に尽くす．さらに，QOL 向上のための機能回復，審美性回復の基本となる残存歯をできるだけ健全な状態で保存するための保存歯学系治療の基本的技能を包括的に習得するとともに，患者ニーズを考慮した総合治療計画に沿ってこれらの治療を安全かつ効率的に実施する．	1：一患者単位の総合治療計画が立案できるように医療情報を収集する．2：POS に基づく患者中心の総合治療計画立案を実践し，患者への説明ができる．	将来的には，臨床実習で習得した技能と，臨床研修で求められる技能が十分に整合し，より高度な臨床研修（患者主体の安全・安心な治療）が実施できるように調整中である．
朝日大学歯学部	未回答	未回答	モデル・コア・カリキュラム，歯科医師国家試験出題基準，歯科医学教授要綱に沿って授業が計画され，また実践されているか，授業モニター，試験問題等を通じ確認することとしている．また試験結果を調査・検討することで，授業内容との不整合の有無についてチェックし，教育内容の向上を図るものとする．また，成績不良学生に対する指導の徹底を図ることで，学生サポート教員を配置する．
大阪大学歯学部	歯科医業において，コデンタルスタッフや患者との間に適切な人間関係を築き，適切な歯科医療が行えるようになるために，歯科医療管理に関する知識・態度および各場面で適切に判断し行動する能力を身に付ける．	1：健康論の概念および定義を説明する．2：医療倫理に関する法規・法律等を説明する．3：医療倫理上，問題のない歯科医療を選択する．4：歯科医師の法的義務を列挙する．5：患者の自己決定権を尊重しインフォームドコンセントを得る．6：歯科医療における事故の特性を説明する．7：インシデントおよびアクシデントを説明する．8：医療事故は日常的に起こる可能性があることを認識し適切に行動する．9：医療機関における安全管理体制を説明する．10：科学的根拠に基づいた医療を実践する．11：コミュニケーションの目的と技法を説明する．12：歯科医療を行ううえで必要なコミュニケーションを実施する．13：保健医療情報の利用および管理方法を説明する．14：総合歯科医療を実践する．	臨床実習・臨床研修の責任部署として位置づけられ，教育技法を含む口腔総合医療学の研究分野として活動している．
九州歯科大学	新入生相互および教職員との親睦を深め，将来における歯科医療人としての意識を育む．また，研修を通して，時間を守ることの大切さや挨拶の励行，さらには，各セッションを経験することによりコミュニケーション能力を養うことを目的とする．	未回答	未回答
長崎大学歯学部	離島地区で医・歯・薬学生合同の実習に参加し，地域に立脚した保健・福祉・医療体制を理解する．	1：地域における保健・福祉・医療の連携を理解する．2：医師・歯科医師・薬剤師・看護師等の多職種のチーム医療について理解する．	未回答
鹿児島大学歯学部	未回答	未回答	未回答

第9章 歯科医学教育の自己点検・相互評価

佐野　司，西川　慶一

1）制度とその運用

1991年の大学設置基準の大綱化に伴って「大学の設置基準」が変更され，各大学は比較的自由に教育・研究活動を展開できるようになった．しかしその一方で，これまでの「設置基準」で確保されていた大学教育および研究の質を維持することを目的として，自己点検・評価の実施が努力義務として課された．そして，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・研究水準を確保するためには多元的な評価システムの確立が不可欠であり，自己点検・評価の実施およびその結果の公表の義務化，自己点検・評価結果に対する外部検証の努力義務化，大学評価のための第三者評価機関の設置が必要との提言がなされた．これを受け，1999年の大学設置基準の改正では，自己点検・評価の実施およびその結果の公表の義務化，自己点検・評価結果に対する外部検証の努力義務化が法制化された．また，大学評価機関の創設準備評価委員会が発足し，2000年に「大学評価・学位授与機構」が設立された．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，各大学から教育・研究活動に関する情報を得て調査・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．そして，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，すべての大学が国から認証された評価機関（第三者評価機関）の評価を受けなければならないという認証評価制度が2004年度に導入された．

(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，評価結果に基づいて改革を促進することにある．すなわち，大学としてのさまざまな活動をみずから点検し，多面的な評価を受け，その結果を公表し，みずから改善して，大学・学部としての存在意義について国民の理解が得られるように改革を進め，「競争的環境の中で個性が輝く大学」であり続けることが目的である．決して大学のランク付けのために行うものではないことを正しく認識する必要がある．

(2) 自己点検・評価の項目および点検・評価基準

大学は有能な人材を育成するとともに，新たな知識と技術の創造と活用，学術文化の継承と発展などを通して，学問の進歩と社会の発展に貢献するという使命を担っている．この使命を自覚し，大学が掲げる理念・目標の達成に向けて，その水準を維持する必要がある．このため，検証すべき自己点検・評価の項目は多岐にわたる．ここでは，大学基準協会の各分科会による点検・評価項目および大学基礎データ項目から抜粋した内容を示す．

①大学・学部などの理念・目的および教育目標

理念・目的などの検証，健全性・モラルなどが評価される．

②教育研究組織

大学の理念・目的を踏まえ，必要十分な教育上の組織を設置し，適切に管理・運営しなければならない．そのために適切な学部・研究科などの設置，教職員数の確保，施設・設備の配備などが点検・評価される．

③学士課程の教育内容・方法など

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

ⅰ）教育課程等

学部・学科等の教育課程，カリキュラムにおける高・大の接続（円滑な後期中等教育から高等教育への移行のための導入教育の実施状況），カリキュラムと国家試験（受験率・合格者数・合格率など），カリキュラムにおける臨床実習の位置づけ，インタ

さの　つかさ，にしかわ　けいいち
東京歯科大学歯科放射線学講座
キーワード：自己点検，相互評価，FD

ーンシップ・ボランティアの制度導入，履修科目の区分，授業形態と単位の関係，単位互換・単位認定，開設授業科目における専・兼任教員比率，社会人学生・外国人留学生などへの教育上の配慮，生涯学習への対応，正課外教育などが評価される．

ⅱ）教育方法

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

ⅲ）学位授与

学修の成果にふさわしい学位を授与する必要がある．修業年限内に学位が取得できているか，指導体制や指導法が適切かなどが評価される．

④学生の受け入れ

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

⑤学生生活

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

⑥研究活動と研究環境

ⅰ）研究活動

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

ⅱ）研究環境

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

⑦社会貢献

社会への貢献度とそのシステムの構築，学外の教育機関，企業・団体および地域などとの連携について評価される．また，国際学術誌等への公開，研究者・留学生との情報交換や交流など国際社会への貢献度も評価される．

⑧教員組織

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

⑨事務組織

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

⑩施設・設備など

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

⑪図書・電子媒体

図書の量および質，図書館の整備，利用状況および利用促進への方途，学術情報へのアクセス，図書館ネットワークの構築状況等について評価される．

⑫管理運営

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

⑬財務

教育研究と財政（財政基盤の充実度，中・長期的な財政計画と将来計画など），外部資金の獲得状況，授業料以外の財源の確保など，予算編成，予算の配分と執行，財務監査，私立大学財政の財務比率などについて評価される．

⑭点検・評価

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

⑮情報公開・説明責任

組織・運営と諸活動の公開状況，財政公開，自己点検・評価の結果の公開状況などについて評価される．

(3) 歯科医学教育における自己点検・評価の現状

①第三者評価機関による評価

各大学が評価を受けた第三者評価機関の集計結果を**表 9-1** に示す．「歯科医学教育白書 2008 年版」の集計結果と比較すると，変化はわずかであった．11 校が財団法人大学基準協会で行っており，独立行政法人大学評価・学位授与機構と財団法人日本高等教育評価機構でそれぞ

表 9-1　第三者評価の実施機関

機関名	大学数	2008 年版の調査結果
大学基準協会	11	12
大学評価・学位授与機構	7	5
日本高等教育評価機構	7	5
国立大学法人評価委員会	2	2
外部評価委員会	4	3

表 9-2　自己点検・評価の実施間隔

実施間隔	大学数	2008 年版の調査結果
1 年	8	9
2 年	2	1
3 年	2	5
3〜4 年	2	
3〜6 年	1	
6 年	2	（5 年） 4
7 年	6	4
不定期	6	6

表 9-3　自己点検・評価の実施項目

項　目	大学数	2008 年版の調査結果
1. 使命および目的	28	27
2. 教育研究組織	28	29
3. 教育活動	28	28
4. 学生の受け入れ	27	26
5. 学生生活	27	24
6. 教員の教育研究環境	27	27
7. 社会貢献	27	23
8. 教員組織	26	24
9. 事務組織	23	22
10. 大学設備	27	26
11. 図書館等	23	22
12. 管理運営	29	24
13. 財務	25	22
14. 自己点検評価体制	22	23
15. 情報公開・説明責任	21	19
16. その他	5	5

れ 7 校ずつ，国立大学法人評価委員会で 2 校が行っていた．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 4 校あった．2 カ所の第三者評価機関で評価を受けていた大学が 2 校あった．また，私立大学は大学基準協会か日本高等教育評価機構のどちらかの評価を受けていたのに対し，国公立大学では 12 校中の 7 校が大学評価・学位授与機構の評価を受け，6 校は国立大学法人評価委員会もしくは大学独自の評価委員会で評価を受けていた．

②自己点検・評価の実施間隔

自己点検・評価は歯科大学・歯学部 29 校すべてで実施されており，**表 9-2** に示すように，毎年実施している大学が 8 校と最も多く，続いて 7 年ごとが 6 校であった．一方，不定期に実施と回答した大学が 6 校あった．「歯科医学教育白書 2008 年版」の集計結果と比較すると，かなりの変化がみられた．

③自己点検・評価の実施項目

自己点検・評価の実施項目についての集計結果を**表 9-3** に示す．「歯科医学教育白書 2008 年版」の集計結果と比較すると，各大学で項目数を増加させている傾向がみられた．「管理運営」については全校が，「大学・学部の使命および目的」「教育研究組織」「教育活動」の 3 項目については 28 校が，「学生の受け入れ」「学生生活」「教員の教育研究環境」「社会貢献」「大学設備」の 5 項目については 27 校が実施項目としていた．「その他」として追加された項目には，病院，診療，教育システム，地域貢献，研究活動，国際交流などがあった．

④歯科医学教育における自己点検・評価の公表

自己点検・評価結果の報告書は，「歯科医学教育白書 2008 年版」では 3 大学が未公表となっていたが，今回の調査ではすべての大学が公表を行っていた．ただし，2 校の公表は学内限定であった．公表の手段としては，14 校が報告書（冊子）を作成し，14 校が Web ページでの公開のみであった．公表に Web ページを使用している大学は 22 校で，「歯科医学教育白書 2008 年版」の 15 校に比べて大幅に増加した．

⑤歯科医学教育における自己点検・評価の問題点

アンケートの自由記載欄に示された自己点検・評価の問題点を**表 9-4** に示す．全体を要約すると，まず自己点検・評価を実施するにあたって，人的，時間的，経済的負担を軽減するための効率化の重要性が指摘された．これに伴って，評価内容，評価基準，評価方法，フィードバック方法の確立が必要とされた．これ以外には，教育内容の充実，学生支援体制の改善，教育環境の整備に関連する問題点が挙げられた．

歯科大学・歯学部に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．また，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．このため，自己点検・評価によってさまざまな活動をみずから点検し，評価し，その結果を生かして教育目標を達成するための改善・改革を絶えず行う必要がある．さらに，自己点検・評価の結果を公表し，各歯科大学・歯学部がどのような理念と目的をもって教育を実践しているのかという大学のあり方を国民に広く知らしめる必要もあ

表 9-4　自己点検・評価の問題点

- 効率の高い自己点検・評価システムの構築が難しい.
- 統合型授業の客観的評価法，内容，方法の改編を行う必要がある.
- 評価方法，評価基準とフィードバックの適切な方法について検討を行っている段階であり，統一した内規が確立していない.
- 自己点検評価体制および情報公開・説明責任において，対応が若干不十分な点がみられる.
- 外部評価のための審議会と各部局との協力・連携を強化し，活動方針の見直しや評価活動を行う必要がある.
- 報告書作成作業が煩雑である.
- リメディアル教育を充実させる必要がある.
- 電子ジャーナルと視聴覚素材を充実させる必要がある.
- 学生の自主学習場所の利便性を改善する必要がある.
- 学生の学習補助を含む国試受験支援体制を整備する必要がある.
- 想定される留学生の増加に対応した学内支援体制を充実させる必要がある.
- 女性教員や外国人教員の雇用を拡大する必要がある.
- 教育・研究の目的を達成するために分野の改編が必要である.
- 教員の社会貢献活動への参加意識と実績を向上させる必要がある.

る．自己点検・評価は，「医学部評価のためのガイドライン」にもあるように，「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.

2）教員の教育能力向上（FD）

高等教育の質の保証については，欧州のボローニャプロセス（2010 年実施）に始まり，経済開発協力機構（OECD）による Learning Outcome（学習成果）の試験（AHELO，2011 年）の導入へと続き，急速にグローバル化が進んでいる．わが国においては，中央教育審議会大学分科会制度・教育部会で論議され，「学士課程教育の構築に向けて」という大学教育改革に関する答申が取りまとめられた（2008 年 12 月 24 日）．このなかで，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ことが提言された.

FD には，大きく分けて，個人を重視した教職員の能力開発の活動（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実施・評価に関する教育改善の活動（ID：Institutional Development），機関などの組織構造の改善活動（OD：Organizational Development）がある．FD は，米国では個人の教育能力の開発や向上に重点を置く教育改善の活動を指しており，英国ではこれを Academic Staff Development（SD）と称して実施している．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捉える場合と，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かか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 のあり方を探るために，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調査を実施した．なお，教授法開発（Instructional Development）を別に分類することもあるが，ここでは狭義の FD に包含させた.

表 9-5　広義の FD（狭義の FD，ID，OD）の実施大学数

FD の種類	実施大学数	2008 年版の調査結果
狭義の FD	29	29
ID	8	9
OD	4	4

表 9-6　広義の FD（狭義の FD，ID，OD）の実施大学における年間当たりの実施時間

FD の種類	最大値	最小値	平均値	中央値
狭義の FD	80.0	1.5	26.5	20.0
ID	40.0	1.0	14.4	8.0
OD	10.0	4.0	6.5	6.0

(1) 歯科医学教育における FD の現状

①広義の FD（狭義の FD，ID，OD）の実施大学数

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

表 9-5 に示すように，狭義の FD は 29 大学すべてで実施されており，ID および OD についてもそれぞれ 8 校，4 校が実施していた．この集計結果は「歯科医学教育白書 2008 年版」とほぼ同等であった.

②広義の FD（狭義の FD，ID，OD）の年間当たりの実施時間数

表 9-6 に FD（広義）の実施大学における年間当たりの実施時間を示す．FD（狭義），ID，OD ともに大学間で実施時間に大きな差がみられた．実施時間が最も長かったのは狭義の FD で，平均で 26.5 時間であった．ID

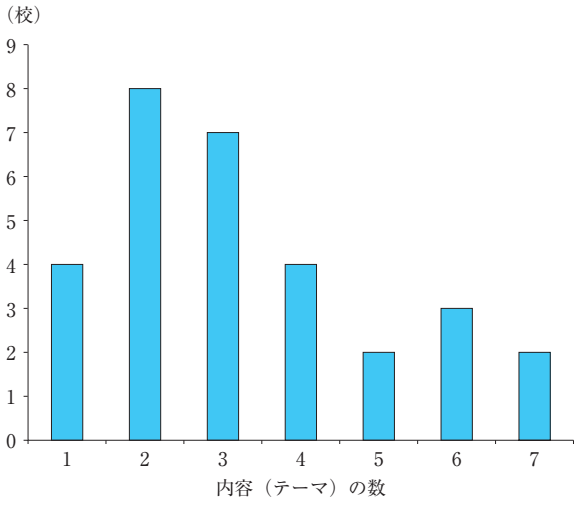


図 9-1　FD（狭義）で実施した内容（テーマ）の数

表 9-7　FD（狭義）の実施形式と実施大学数

形　式	大学数
ワークショップ	25
講演会	18
コンサルテーション	3
その他	3

表 9-8　FD（狭義）の実施形式と実施内容（テーマ）数

形　式	内容（テーマ）数
ワークショップ	63
講演会	26
コンサルテーション	5
その他	4

と OD については，それぞれ平均 14.4，6.5 時間であった．

③ FD（狭義）で実施した内容（テーマ）の数

図 9-1 に FD（狭義）で実施した内容（テーマ）の数と実施大学数を示す．2 種類のテーマについて実施した大学が最も多く，8 校であった．2 校は 7 種類のテーマについて実施していた．テーマ数の平均値は 3.4，中央値は 3 であった．

④ FD（狭義）の実施形式

表 9-7 に FD（狭義）の実施形式と実施大学数についての集計結果を示す．ワークショップ形式で実施している大学が最も多く，25 校であった．17 校は複数の形式を組み合わせて実施していた．

表 9-8 は FD（狭義）の実施形式と実施内容（テーマ）数についての集計結果である．多くの大学で複数の内容（テーマ）が実施対象になっている様子がうかがえる．ワークショップは複数日にわたって実施されることがあるが，2 日間で実施されたのが 4 テーマ，3 日間は 1 テーマ，1 泊 2 日が 16 テーマ，2 泊 3 日で 1 テーマであった．なお，「コンサルテーション」の内容は，「授業要綱（シラバス）の書き方」「全学 FD 教育力基礎プログラム」「共通教育科目別 FD」「教員・学生のメンタルヘルスケア」「クラス代表懇談会」であった．「その他」は会議や研修会の形式で実施されていた．

表 9-9　今後実施したい FD（広義）の例

- メンタリングについて
- 臨床技術教育について
- 効果的な授業運営について
- 外国語による歯学教育について
- ティーチングポートフォリオについて
- 学生とのコミュニケーション技法について
- カリキュラムポリシーに基づく講座編成について
- アクティブラーニングを用いた教育手法について
- 屋根瓦方式の臨床実習の具体的実施について
- 各分野で独自に進めている学習法や評価に対する相互評価法について

表 9-10　FD（広義）のための学外研修活動の例

派　遣　先	派遣大学数
日本歯科医学教育学会主催ワークショップ，セミナー，講演会	19
他大学主催教育ワークショップ，セミナー，シンポジウム	5
日本私立大学連盟主催研修会，セミナー	2
歯科医療振興財団主催ワークショップ，セミナー	2
文部科学省主催ワークショップ，公開シンポジウム	1
各学会主催ワークショップ	1

⑤各大学が今後実施したい FD（広義）

表 9-9 に各大学で今後実施したいと考えられている FD（広義）の内容（テーマ）を示す．「歯科医学教育白書 2008 年版」とほぼ同じ内容（テーマ）であるが，高度な教育手法に関連するものが多い．

⑥ FD（広義）のための学外研修活動

FD（広義）のために各大学が教員を派遣している学外研修活動の例を**表 9-10** に示す．日本歯科医学教育学会主催のワークショップ，セミナー，講演会が最も多く，19 校が派遣していた．

⑦ FD（広義）のための常設委員会（組織）

学内に FD（広義）のための常設委員会（組織）を設置しているかどうかについての集計結果を**表 9-11** に示す．設置している大学は 26 校で，残りの 3 校は設置していなかった．しかし，その 3 校でも教育に関連する委員会が FD を主催していた．

表 9-11　FD（広義）のための常設委員会（組織）の有無

有	26 大学
無	3 大学（3 大学とも関連する委員会が FD を主催）

表 9-12　FD（広義）実施の効果の有無

有効	21 大学
不明	4 大学
無回答	4 大学

表 9-13　FD（広義）による具体的な効果の例

内　容	大学数
・教員の意識向上	9
・教育手法についての理解度向上	8
・授業方法の改善	6
・作成問題の質の向上	1
・授業内容の統一	1
・学生からの評価の向上	1

⑧ FD（広義）実施の効果の有無

表 9-12 に FD（広義）実施の効果の有無についての集計結果を示す．21 校が効果ありと判定したが，効果は不明とした大学が 4 校あった．

⑨ FD（広義）による具体的な効果

FD（広義）実施による具体的な効果として提示された内容を**表 9-13** に例示する．「歯科医学教育白書 2008 年版」とほぼ同じであるが，主に教員の意識・能力，教育手法の改善と向上が挙げられている．

⑩ FD（広義）の具体的な問題点

FD（広義）実施に際しての具体的な問題点として提示された内容を**表 9-14** に例示する．FD（広義）実施の効果と同様，「歯科医学教育白書 2008 年版」とほぼ同じであるが，新たな FD（広義）を立ち上げる際の困難さ，教員間の温度差，時間的・空間的・経済的負担，教育業績が業績として低評価な点などが挙げられている．また，実施による効果の評価法が不明確な点も指摘されており，これは「⑧ FD（広義）実施の効果の有無」で 4 校が効果は不明とした結果と対応している．

(2) 歯科医学教育における授業評価の現状

①授業評価の実施大学数

表 9-15 に授業評価を実施している大学数を示す．学生による評価は 28 校で実施され，残りの 1 校も実施を予定している．この結果は「歯科医学教育白書 2008 年版」と同じである．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はマークシートと自由記述の併用方式であり，2 校が学内限定の Web で評価を行っている．対象学生については，28 校中 25 校が全学年としており，

表 9-14　FD（広義）の具体的な問題点の例

- 新しいプログラムの立案と実施に苦慮
- 適切なテーマ設定が困難
- 外部講師の指導と学内事情との不一致
- 場所や人数の制約によって講演会型 FD が増加
- 単一大学での内容の充実化が困難
- FD だけによる意識改革には限界が存在
- 参加の動機づけが困難
- 低い業績としての評価
- 成果の長期継続が困難
- 参加者の時間的負担
- 教員間に温度差が存在
- 低い出席率
- 成果を現場へ反映することが困難
- 少ない経済的支援
- 実施による効果の評価法が不明確

表 9-15　授業評価の実施大学数

	学生による評価	上司，専門家，同僚による評価
有	28	10
無	1（実施予定）	18（6 大学が実施予定）
無回答	0	1

表 9-16　授業評価を担当する常設委員会（組織）の有無

有	17 大学
無	11 大学（うち 8 大学が関連部署が担当）
無回答	1 大学

「歯科医学教育白書 2008 年版」の 23 校より増加した．

一方，上司（管理者，組織など），専門家，同僚による評価を実施しているのは 10 校で，「歯科医学教育白書 2008 年版」より 2 校増加した．実施していない 18 校のうち 6 校は実施を予定している．

②授業評価結果の公表

学生による授業評価を行っている 28 校すべてが担当教員へのフィードバックを行っていた．集計結果を報告書あるいは Web ページで公開していたのは 13 校で，このうち Web を利用していたのは 7 校（学内限定 3 校）であった．

③授業評価のための常設委員会（組織）

学内に授業評価を担当する常設委員会（組織）を設置しているかどうかについての集計結果を**表 9-16** に示す．設置している大学は 17 校で，11 校は設置していなかった．しかし，そのうち 8 校では教育に関連する部署が授業評価を担当していた．

④授業評価による具体的な効果

授業評価による具体的な効果として提示された内容を

表 9-17　授業評価による具体的な効果の例

内　容	大学数
・授業の工夫	5
・配布資料の工夫	3
・教育能力の向上	3
・教員の自己努力による評価点の上昇	2
・教育に対する学内全体の意識向上	2

表 9-18　授業評価の具体的な問題点の例

- 低いアンケート回収率
- 記名式と無記名式でのアンケート結果の相違
- アンケート慣れによるいい加減な回答
- 評価基準の曖昧さ
- 評価のための負担
- 授業改善の努力をしない教員の存在
- 評価結果の検証が不十分
- 評価による改善効果が不明
- 教員の個性喪失の可能性
- 高い評価結果に対する対応

表 9-19　教育活動業績を昇進などに反映させるための客観的評価制度の有無

有	16 大学
無	11 大学（うち 4 大学が導入予定あり）
無回答	2 大学

表 9-17 に例示する．「歯科医学教育白書 2008 年版」とほぼ同じであるが，授業や配布資料の工夫，教員の意識や能力の向上などが挙げられている．

⑤授業評価の具体的な問題点

授業評価に際しての具体的な問題点として提示された内容を**表 9-18** に例示する．やはり「歯科医学教育白書 2008 年版」とほぼ同じであるが，評価する側の態度，評価法，人的・時間的負担，評価結果の利用に関する問題が大半を占めていた．また，高い評価結果が得られた場合の対応が不十分との指摘もみられた．

⑥教育活動業績に対する客観的評価制度の有無

教育活動業績を昇進などに反映させるための客観的評価制度の有無についての集計結果を**表 9-19** に示す．客観的評価制度を導入しているのは 16 校で，「歯科医学教育白書 2008 年版」より 1 校減少した．未導入なのは 11 校で，うち 4 校が導入予定とした．「歯科医学教育白書 2008 年版」では導入予定が 6 校であったことから，実際の導入にあたっては相当の困難を伴うものと推察される．

表 9-20　教育活動業績評価の具体的な内容と方法の例

- 各教員から提出された教育活動報告を評価
- 教育活動を点数化して教育業績を客観的に評価
- 職位ごとの必要要件を教授会申し合わせとして作成
- 独自の教員評価要項に従って評価
- 教育活動や授業評価結果などを点数化し，任期更新審査時に使用
- 教育活動に特筆すべき功績があった場合には昇給や表彰
- 学生による授業評価の高い教員を昇給の対象
- 授業評価点トップ 3 に対してベストレクチャー賞を与え，賞与を割増

表 9-21　その他の FD（広義）への取り組みの例

- 国内・国外の教員能力開発ワークショップへ派遣（13 校）
- 学外の FD 活動に参加した教員によるフィードバックを学内で実施（2 校）
- 事務職員やコデンタルスタッフを含めた SD を開催
- 歯学部以外の取り組みを参考にするための FD を実施

⑦教育活動業績を評価するための具体的な内容と方法

教育活動業績を評価するための具体的な内容と方法として提示された事項を**表 9-20** に例示する．各教員の教育活動を適正に評価するためのさまざまな工夫と試みがなされているが，任期更新，昇進，昇給，表彰などの具体的な対応に言及した大学は 3 校のみであった．

⑧その他の FD（広義）への取り組み

各大学によるその他の FD（広義）への取り組みの例を**表 9-21** に示す．最も多かったのは国内・国外の教員能力開発ワークショップへの教員の派遣で，13 校が実施しており，「歯科医学教育白書 2008 年版」の 8 校に比べて大幅に増加した．また，事務職員やコデンタルスタッフを含めて FD（広義）を実施する，歯学部以外の取り組みを参考にするといった従来型より一歩進んだ試みもみられた．

高等教育の質の保証と継続的向上を図るには，狭義の FD（Faculty Development）とともに，ID（Institutional Development）および OD（Organizational Development）への取り組みが必須であることはいうまでもない．今のところ，ID や OD を実施している大学は FD（狭義）に比べてわずかである．しかし，FD（狭義）が着実に成熟していることから，今後は徐々に ID および OD に取り組む大学が増加するものと予想される．

第10章 歯科医師国家試験

1. 歯科医師国家試験の経緯と改革の動向

大坪　真実

歯科医師国家試験は，歯科医師法第10条の規定により施行されている．その出題内容は「臨床上必要な歯科医学及び口腔衛生に関して，歯科医師として具有すべき知識及び技能」と歯科医師法第9条で規定されており，日本の歯科医療の質を担保するうえできわめて重要な試験である．

本稿では，平成24年4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の内容を簡単に紹介するとともに，歯科医師国家試験の変遷について述べる．

1）歯科医師国家試験制度の現状と課題

(1) 概　況

歯科医師国家試験は，昭和22年4月に第1回が実施されて以降，わが国の歯科医療や歯学教育を取り巻く環境の変化に合わせて改善を行い，昭和57年の歯科医師国家試験制度改善検討部会設置以降，おおむね4年ごとに検討を重ね質の向上に努めてきた．また，同年の委員会報告において，より一層均質な試験問題を作成するために歯科医師国家試験出題基準の必要性が提言されたことを受け，昭和60年に出題基準を作成して以降，改定を行ってきた．

(2) 歯科医師国家試験の現状と課題

平成24年4月18日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において，歯科医師国家試験の出題数と出題形式については現状維持とされた．また，今後，充実を図る必要のある出題内容として下記が挙げられた．

・歯科医師として必要な，高齢者や全身疾患を持つ者等への対応に関する出題（全身疾患，検査及び多職種連携等に関する出題）
・歯科口腔保健の推進に関する法律の制定等を考慮した歯科疾患の予防管理に関する出題
・医療保険・介護保険等を含む現行の社会保障制度に関する出題
・歯科領域から推進する，口腔と全身疾患との関係に関する出題（禁煙指導と支援，食育と食の支援等）
・救急災害時の歯科保健対策・法歯学に関する出題

（社会問題化している「小児虐待」「医療安全・感染対策・薬害等」及び「放射線の人体に対する影響等」については継続して出題）．

報告書では，このほかに，参加型の臨床実習で得た能力をより適切に評価できる臨床実地問題の出題の推進や，必要最低点の設定，近年の歯科大学・歯学部入学状況の変化などを踏まえた合格基準の改善およびプール制の見直しについて述べられている．

また，今後検討すべき課題として，出題基準の改定にあたっては，歯学教育モデル・コア・カリキュラムと卒後臨床研修との整合性を考慮した総合的な検討が必要であるということや試験問題のより精密な評価の必要性について書かれている．平成19年の同部会で今後検討が必要とされた多数回受験者への対応については，現状においては導入しないという提言がなされた．

2）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10-1，2**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

おおつぼ　まみ
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 10-1　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
筆記試験の実施日数			2.5 日	3.5 日	2.5 日		2 日		1 日			1 日	1 日		1.5 日	1.5 日	1.5 日		2 日	2 日	2 日	2 日
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 57 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 問	60 問	60 問	60 問		80 問	100 問	105 問	
		必　修																		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を採用，105 回は計算問題を導入									
		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 試　問	→									昭和 50 年に廃止，昭和 58 年以降は臨床実地問題を採用									
		実技（実地）試験 保　存	実　技	→									→		昭和 57 年に廃止，昭和 58 年以降は臨床実地問題を採用							
		実技（実地）試験 補　綴	実　技	→									→		昭和 57 年に廃止，昭和 58 年以降は臨床実地問題を採用							
	禁忌肢																			平成 14 年より導入		

表 10-2　歯科医師国家試験回数別合格者

回数	施行年月日	合格決定日	合格発表日	受験者数(名)	合格者数(名)	合格率(%)	回数	施行年月日	合格決定日	合格発表日	受験者数(名)	合格者数(名)	合格率(%)
1	S22.4	S22.6.18	S22.6	1,079	761	70.5	55	S49.3.10,4.3-13	S49.5.1	S49.5.10	2,025	1,857	91.7
2	S22.10	S22.11.27	S22.11	411	157	38.2	56	S49.9	S49.11.1	S49.11.8	293	226	77.1
3	S23.4	S23.7.26	S23.7	1,208	928	76.8	57	S50.3	S50.5.6	S50.5.16	1,893	1,795	94.8
4	S23.10	S23.12.21	S23.12.23	394	213	54.1	58	S50.9.28,9.29-10.1	S50.10.29	S50.11.16	230	167	72.6
5	S24.4	S24.6.14	S24.6.18	1,325	907	68.5	59	S51.3.28,4.5-12	S51.5.6	S51.5.15	2,085	2,005	96.2
6	S24.10	S24.11.29	S24.12.1	582	508	87.3	60	S51.9.26,9.27-29	S51.10.27	S51.11.10	193	106	54.9
7	S25.4	S25.6.20	S25.6.23	1,234	1,051	85.2	61	S52.3	S52.5.6	S52.5.16	2,447	2,346	95.9
8	S25.10	S25.11.24	S25.11	374	268	71.7	62	S52.9.25,9.26-28	S52.10.31	S52.11.8	277	212	76.5
9	S26.4	S26.6.15	S26.6.16	656	496	75.6	63	S53.3.26,4.3-11	S53.5.9	S53.5.19	2,853	2,732	95.8
10	S26.10	S26.11.20	S26.11.22	265	248	93.6	64	S53.9.24,9.25-27	S53.10.26	S53.11.9	250	186	74.4
11	S27.4	S27.6.2	S27.6.5	801	759	94.8	65	S54.3.25,4.3-11	S54.5.2	S54.5.18	3,150	3,080	97.8
12	S27.10	S27.11.17	S27.11.19	232	205	88.4	66	S54.9.30,10.1-3	S54.10.29	S54.11.8	304	239	78.6
13	S28.4	S28.5.21	S28.5.21	283	247	87.3	67	S55.3.9,4.7-15	S55.5.8	S55.5.21	2,906	2,791	96.0
14	S28.10	S28.11.9	S28.11.13	73	45	61.6	68	S55.9.29,9.30-10.2	S55.10.29	S55.11.7	250	154	61.6
15	S29.4	S29.5.21	S29.5.24	491	451	91.9	69	S56.3.19,4.6-14	S56.5.8	S56.5.21	3,108	3,058	98.4
16	S29.10	S29.11.5	S29.11.8	81	50	61.7	70	S56.9.28,9.29-10.1	S56.10.31	S56.11.7	194	98	50.5
17	S30.4	S30.5.24	S30.5.28	595	526	88.4	71	S57.3.18,4.5-13	S57.5.12	S57.5.19	2,998	2,790	93.1
18	S30.10	S30.11.10	S30.11.11	159	96	60.4	72	S57.9.27,9.28-30	S57.11.1	S57.11.8	332	159	47.9
19	S31.4	S31.5.22	S31.5.26	479	413	86.2	73	S58.4.9-10	S58.5.12	S58.5.19	3,390	3,214	94.8
20	S31.10	S31.11.8	S31.11.14	125	77	61.6	74	S58.9.26-27	S58.10.31	S58.11.7	288	126	43.8
21	S32.4	S32.5.24	S32.5.30	720	653	90.7	75	S59.4.5-6	S59.5.12	S59.5.19	3,341	3,097	92.7
22	S32.10	S32.11.6	S32.11.14	154	90	58.4	76	S59.9.25-26	S59.10.31	S59.11.7	303	195	64.4
23	S33.4	S33.5.30	S33.6.5	782	699	89.4	77	S60.4.3-4	S60.5.11	S60.5.18	3,317	3,157	95.2
24	S33.10	S33.11.7	S33.11.12	167	82	49.1	78	S60.9.28-29	S60.10.31	S60.11.7	226	125	55.3
25	S34.4	S34.5.28	S34.6.5	860	734	85.3	79	S61.4.2-3	S61.5.10	S61.5.16	3,368	3,112	92.4
26	S34.10	S34.11.6	S34.11.11	199	105	52.8	80	S62.4.2-3	S62.5.9	S62.5.15	3,668	3,361	91.6
27	S35.4	S35.6.9	S35.6.17	926	727	78.5	81	S63.4.5-6	S63.5.10	S63.5.17	3,531	2,979	84.4
28	S35.10	S35.11.10	S35.11.15	285	180	63.2	82	H1.4.5-6	H1.5.9	H1.5.16	3,851	3,576	92.9
29	S36.3	S36.5.29	S36.5.30	908	789	86.9	83	H2.4.4-5	H2.5.8	H2.5.15	3,419	2,901	84.8
30	S36.9	S36.11.10	S36.11.11	206	152	73.8	84	H3.4.3-4	H3.5.7	H3.5.13	3,585	3,249	90.6
31	S37.3	S37.5.14	S37.5.15	946	920	97.3	85	H4.4.7-8	H4.5.8	H4.5.15	3,308	2,762	83.5
32	S37.9	S37.11.9	S37.11.10	84	67	79.8	86	H5.3.17-18	H5.4.13	H5.4.20	3,570	3,231	90.5
33	S38.3	S38.5.13	S38.5.14	926	894	96.5	87	H6.3.16-17	H6.4.12	H6.4.19	3,382	2,998	88.6
34	S38.9	S38.11.8	S38.11.9	81	40	49.4	88	H7.3.15-16	H7.4.12	H7.4.19	3,153	2,765	87.7
35	S39.3	S39.5.8	S39.5.13	925	910	98.4	89	H8.3.19-20	H8.4.10	H8.4.17	3,176	2,857	90.0
36	S39.9	S39.10.27	S39.10.29	58	33	56.9	90	H9.3.18-19	H9.4.9	H9.4.16	3,083	2,710	87.9
37	S40.3	S40.5.6	S40.5.8	949	935	98.5	91	H10.3.18-19	H10.4.10	H10.4.17	3,017	2,655	88.0
38	S40.9	S40.10.26	S40.10.27	48	39	81.3	92	H11.3.17-18	H11.4.9	H11.4.16	3,056	2,554	83.6
39	S41.3	S41.4.26	S41.4.28	1,003	991	98.8	93	H12.3.15-16	H12.4.12	H12.4.18	3,014	2,102	69.7
40	S41.9	S41.10.26	S41.10.28	47	32	68.1	94	H13.3.14-15	H13.4.11	H13.4.17	3,446	3,125	90.7
41	S42.3	S42.4.26	S42.4.28	1,040	1,032	99.2	95	H14.3.20-21	H14.4.18	H14.4.23	2,956	2,462	83.3
42	S42.9	S42.10.25	S42.10.28	58	40	69.0	96	H15.3.19-20	H15.4.17	H15.4.22	3,208	2,932	91.4
43	S43.3.10,4.1-13	S43.4.26	S43.4.30	1,061	1,050	99.0	97	H16.3.17-18	H16.4.14	H16.4.20	2,960	2,197	74.2
44	S43.9.30,10.1-3	S43.10.25	S43.10.28	41	30	73.2	98	H17.3.16-17	H17.4.14	H17.4.19	3,343	2,493	74.6
45	S44.3.16,4.2-12	S44.4.24	S44.4.26	1,094	1,080	98.7	99	H18.2.11-12	H18.3.30	H18.4.5	3,308	2,673	80.8
46	S44.9	S44.10.27	S44.10,29	44	22	50.0	100	H19.2.10-11	H19.3.26	H19.3.28	3,200	2,375	74.2
47	S45.3.15,4.2-11	S45.5.1	S45.5.6	1,111	1,005	90.5	101	H20.2.9-10	H20.3.25	H20.3.27	3,295	2,269	68.9
48	S45.9.26,9.28-30	S45.10.27	S45.10.30	213	183	85.9	102	H21.2.7-8	H21.3.25	H21.3.27	3,531	2,383	67.5
49	S46.3.14,4.5-10	S46.4.23	S46.5.1	1,522	1,475	96.9	103	H22.2.6-7	H22.3.25	H22.3.29	3,465	2,408	69.5
50	S46.9.28,9.29-10.1	S46.10.25	S46.10.29	91	49	53.8	104	H23.2.5-6	H23.3.17	H23.3.22	3,378	2,400	71.0
51	S47.3.12,4.3-12	S47.4.25	S47.5.6	1,771	1,651	93.2	105	H24.2.4-5	H24.3.15	H24.3.19	3,326	2,364	71.1
52	S47.9	S47.10.24	47.10.30	185	94	50.8	106						
53	S48.3	S48.5.1	S48.5.8	2,023	1,647	81.4	107						
54	S48.9	S48.10.24	S48.10.31	456	328	71.9	108						
計											158,081	134,972	85.4

※昭和 60 年までは年 2 回実施

ずつ計 50 題が出題されていた．この論述式による出題は第 58 回（昭和 50 年）まで続いた．第 3 回（昭和 23 年）以降，基礎系科目が順次追加され，第 7 回（昭和 25 年）には，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，一層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改善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

表 10-3　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）
LA タイプ	6 つ以上の選択肢のなかから 1 つの正解を選ぶもの
計算問題	数値を解答させる非選択形式のもの

に改められ，各科目間を横断的に思考させるような問題の出題が可能となった．同報告書では，領域別合否基準の導入や必修問題の導入についても検討すべきである旨の提言がなされた．

(7) 第 9 期（平成 14〜17 年）

平成 12 年の歯科医師国家試験制度改善委員会報告書では，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 タイプ（**表 10-3**）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，必修問題を 70 題に増加することとなった．

また，第 105 回（平成 24 年）から，LA タイプと計算問題を導入した．

第10章 歯科医師国家試験

2. 医育機関と国家試験

奈良　陽一郎

歯科医師国家試験は，全国29校の歯科大学・大学歯学部（以後，歯科大学）で学習を修めた新卒者・既卒者を対象として，「歯科医師免許証」という国家（厚生労働省）認証の免許を交付するか否かの総括的評価といえよう．一方，各歯科大学では，平成14年度導入，平成19・22年度改訂の歯学教育モデル・コア・カリキュラム―教育内容ガイドライン―を含め，熟考を重ねた特色ある6カ年の教育を行い，課程修了者を対象として，「卒業証書」という医育機関認証の証書を授与するか否かの総括的評価を行っている．

歯科医療を受ける立場にある国民としては，総括的評価である国家認証の歯科医師国家試験と医育機関認証の卒業試験による教育評価が整合し，両者による適正な評価を充たした多数の歯科医師が毎年輩出されることによって，わが国の歯科医療の選択の豊かさや医育機関の質の高さを感じることができる．

そこで本稿では，医育機関（以後，歯科大学）を取り巻く状勢を確認し，希望や志を抱きながら，ひた向きに学んだ学生が受験した近年の国家試験を客観的に見つめ直し，学生の支援者である教員・歯科大学がそれぞれの立場から自問自答を促す機会としたい．

1）近年における歯科医師国家試験の変遷

図10-1に，本年（2012年）2月実施の第105回歯科医師国家試験を含めた過去10回の試験における新卒・総数・既卒受験者ごとの合格率（%）ならびに実施日，合否判定基準，合格者数，受験者数，主要な変更などの変遷についてまとめた．

第96回では，一般問題200問/臨床実地問題100問/必修問題30問による合計330問が出題された．当該試験の合否判定基準は，正答率において一般・臨床実地問題がともに60%の，必修が80%（注：82.8%は削除問題などの取り扱いによる）の絶対評価，ならびに禁忌肢問題選択数1問以下という条件であった．

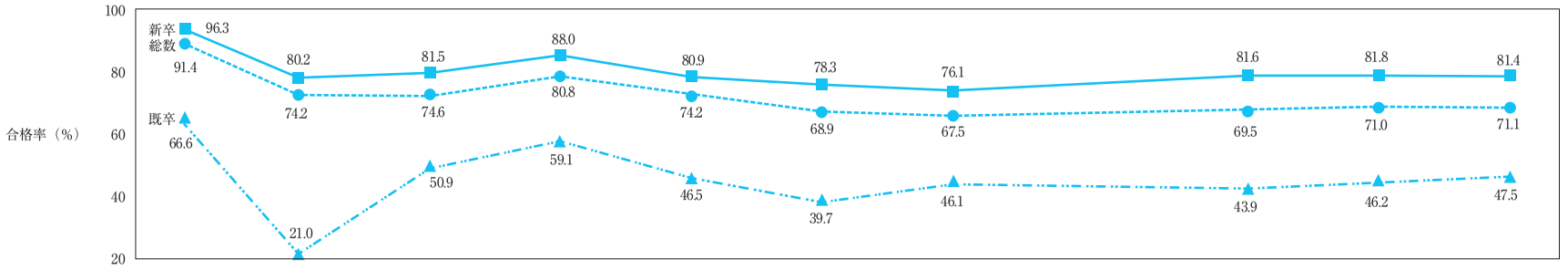
第97回では，一般・臨床実地問題への相対評価の新規採用によって，正答率についてはそれぞれ64.0%・61.8%以上が求められ，さらに，領域ごとの一般・臨床実地問題による統合正答率について規定した“基準点以下の領域数：0領域”が判定基準に新規採用されることによって，実質的な合格基準の引き上げがなされた．その結果，合格率は急激に減少し，新卒・総数受験者においては前年比－15%以上の，既卒受験者では－45%以上の合格率低下をきたした．

第98回では，禁忌肢を含むと考えられる必修問題が2日間の一般問題中に分散され，さらに従前では一般問題としての出題のみであった「歯科疾患の予防・管理」領域が，臨床実地問題としても出題され，さらに臨床実地問題の正答率判定基準も前年度比＋4.2%の66.0%に引き上げられた．

第99回では，平成18年版歯科医師国家試験出題基準に基づく実施と大きな試験条件の変更がなされた．すなわち，一般10問，臨床実地5問，必修20問の増問によって，国試問題総数は合計365問となり，一般・臨床実地問題の合否判定基準はそれぞれ69.9%・70.5%が求められ，正答率70%では合格が危うい条件となっていた．加えて“歯科医師臨床研修”の必修化に伴い試験実施日が約1カ月早まることによって，学生も大学・教職員もともに苦慮した．

第100回では，1問当たりの解答設定時間の30秒間短縮，解答テクニックによって正答肢を得ることができるKタイプ問題の撤廃，否定形の設問文による問題の削減が行われた．また，一般・臨床実地問題の合格基準が前年比でそれぞれ5.8%・12.8%引き下げられたにもかかわらず，総受験者に対する合格率は逆に低下している

なら　よういちろう
日本歯科大学生命歯学部接着歯科学講座
キーワード：歯科医師国家試験，合否判定基準，受験生・教員アンケート



国家試験		第 96 回	第 97 回	第 98 回	第 99 回	第 100 回	第 101 回	第 102 回		第 103 回	第 104 回	第 105 回
実施日		H15/3/19・20	H16/3/17・18	H17/3/17・18	H18/2/11・12	H19/2/10・11	H20/2/9・10	H21/2/7・8		H22/2/6・7	H23/2/5・6	H24/2/4・5
合否判定基準	一般問題	60.0 (200)	64.0 (200)	64.5 (200)	69.9 (210)	64.1 (210)	63.2 (210)	55.6 (210)	領域 A 一般問題 (190)	53.5	57.7	66.1
	臨床実地問題 正答率（問題数）	60.0 (100)	61.8 (100)	66.0 (100)	70.5 (105)	57.7 (105)	57.7 (105)	59.0 (105)	領域 B 臨実問題 (105)	56.7	60.8	73.9
									領域 C	58.0	51.8	64.0
	必修問題	82.8 (30)	83.3 (30)	80.8 (30)	80.0 (50)	80.0 (50)	80.0 (50)	80.0 (50)	必修問題 必修問題 (70)	80.0	80.0	80.0
	禁忌肢問題選択数	1 問以下	1 問以下	1 問以下	1 問以下	2 問以下	1 問以下	2 問以下	禁忌肢問題選択数	2 問以下	2 問以下	2 問以下
	基準点以下の領域数		0 領域	0 領域	0 領域	0 領域	0 領域	0 領域	基準点以下の領域数	*	*	*
合格者数		2,932	2,197	2,493	2,673	2,375	2,269	2,383	合格者数	2,408	2,400	2,364
受験者数		3,208	2,960	3,343	3,308	3,200	3,295	3,531	受験者数	3,465	3,378	3,326
主要な変更など			＊一般・臨実問題への“相対評価”の新規採用 ＊“領域”判定の新規採用	＊必須問題の配置を分散 ＊「歯科疾患の予防・管理」領域から一般に加え臨実問題としての出題	＊H18 年版出題基準に基づく実施 ＊一般 10 問，臨実 5 問，必修 20 問の増問 ＊約 1 カ月の早期実施	＊解答設定時間の 30 秒間短縮（一般 60 秒間，臨実 150 秒間設定） ＊K タイプ問題の撤廃 ＊定形設問文問題の削減（365 問中 4 問） ＊必修問題の配置を集束 ＊禁忌肢選択数基準を“2 問以下”に変更	＊一般問題の 28% に X2 問題を新規導入 ＊一般問題の 8% が視覚素材付き問題 ＊臨実問題の 42% が X2 問題（前年度比 +7%） ＊禁忌肢選択数基準を“1 問以下”に変更 ＊否定形設問文問題は 365 問中 2 問	＊一般問題の 9% に XX 問題を新規導入 ＊一般問題の 39% が X2 問題（前年度比 +11%） ＊一般問題の 11% が視覚素材付き問題 ＊臨実問題の 38% が X2 問題（前年度比 -4%） ＊禁忌肢選択数基準を“2 問以下”に変更 ＊否定形設問文問題は 365 問中 7 問	主要な変更など	＊H22 年版出題基準に基づく実施 ＊合否判定基準に領域を新規採用 ＊一般問題を 20 問減問，必修問題を 20 問増問 ＊臨実問題の 5% に XX 問題を新規導入 ＊一般問題の 18% が XX 問題（前年度比 +9%） ＊一般問題の 40% が X2 問題（前年度比 +1%） ＊一般問題の 11% が視覚素材付き問題 ＊臨実問題の 31% が X2 問題（前年度比 -7%） ＊否定形設問文問題は 365 問中 2 問	＊一般問題の 13% が XX 問題（前年度比 -5%） ＊一般問題の 39% が X2 問題（前年度比 -1%） ＊一般問題の 8% が視覚素材付き問題 ＊臨実問題の 10% が XX 問題（前年度比 +5%） ＊臨実問題の 33% が X2 問題（前年度比 +2%） ＊否定形設問文問題は 365 問中 2 問	＊一般問題（1 問）と臨実問題（2 問）に LA 形式を新規導入 ＊一般問題（1 問）と臨実問題（2 問）に計算問題を新規導入 ＊臨実問題から XX 問題削除（前年度比 -10%） ＊一般問題の 7% が XX 問題（前年度比 -6%） ＊一般問題の 49% が X2 問題（前年度比 +10%） ＊一般問題の 19% が視覚素材付き問題（前年度比 +11%） ＊臨実問題の 28% が X2 問題（前年度比 -5%） ＊否定形設問文問題は 365 問中 4 問

図 10-1　歯科医師国家試験における合格率ならびに合否判定基準などの変遷

ことから，第 100 回受験生は難度の高い問題に取り組んだことが推察できた．さらに，禁忌肢問題選択基準における“1 問以下”から“2 問以下”への変更，必修問題の配置集束化が図られた 50 問連続での実施が確認できた．

第 101 回では，一般問題の 28％に X2 タイプが新規導入され，8％には視覚素材が用いられた．また，臨床実地問題の 42％（前年比＋7％）が X2 タイプであり，禁忌肢問題選択基準は再び“1 問以下”となった．

第 102 回では，一般問題において 9％に XX タイプが新規導入され，さらに 39％（前年比＋11％）が X2 タイプ，11％が視覚素材付きとなり，臨床実地問題の 38％（前年比－4％）が X2 タイプであった．また，禁忌肢問題選択基準は“1 問以下”から“2 問以下”へ再度の変更がなされ，多数の禁忌肢選択受験者の存在が推察された．

第 103 回では，平成 22 年版歯科医師国家試験出題基準に基づく実施と大きな試験条件の変更がなされた．すなわち，従前の合否判定基準である一般問題と臨床実地問題による区分に代えて，領域 A・B・C による区分の新規採用が図られ，また，一般問題の 20 問減問，必修問題の 20 問増問，臨床実地問題の 5％に XX タイプの新規導入がなされた．さらに，一般問題において 18％（前年比＋9％）が XX タイプ，さらに 40％（前年比＋1％）が X2 タイプ，11％が視覚素材付きとなり，臨床実地問題の 31％（前年比－7％）が X2 タイプであった．加えて，領域による正答率の合否判定基準はいずれも 60％未満となり，受験生は高難度の問題に取り組んだことが推察できた．

第 104 回では，一般問題の 13％（前年比－5％）が XX タイプ，39％（前年比－1％）が X2 タイプ，8％が視覚素材付きとなり，臨床実地問題の 10％（前年比＋5％）が XX タイプ，33％（前年比＋2％）が X2 タイプであった．また，領域による合否判定基準はいずれも正答率 61％未満であり，領域 C では正答率 51.8％にとどまり，高難度の問題によって構成されていたことが推察できた．

そして今年（2012 年）2 月実施の第 105 回では，一般問題（1 問）と臨床実地問題（2 問）に LA タイプならびに計算問題がそれぞれ新規導入され，一方，過去 2 年導入されていた臨床実地問題への XX タイプが消失した．また，一般問題の 7％（前年比－6％）が XX タイプ，49％（前年比＋10％）が X2 タイプ，19％（前年比＋11％）が視覚素材付きとなり，臨床実地問題の 28％（前年比－5％）が X2 タイプであった．合否判定基準は領域 A/B/C それぞれ正答率 66.1/73.9/64.0％となり，前年度に比較し約 10％の正答率上昇が確認でき，また同時に合格者数 2,364 名（前年度比－36 名）であったことから，第 105 回受験生は前年度受験生より平易な問題に取り組んだことが推察できた．

これら過去 10 回の国家試験における合格率，合否判定基準，合格者数，問題条件の変更などの変遷から判断できるとおり，近年の国試は従前に比べ明らかに難度が高まり，ここ最近は約 2,400 名の合格者数となっている．また，第 105・104 回間においては難易度較差も認められる．

教育評価には，妥当性，再現性，客観性が求められる．国家認証の総括的評価であると同時に，資格獲得試験である歯科医師国家試験にもこれら要件は求められる．しかし，近年における国家試験の変遷を見つめると，従前に比べて高難度化，選抜試験化，難易度変化も推察できることから，国民の歯科医療を担う歯科医師に求められる妥当性，再現性，客観性に長けた国家試験のあり方についての再検討が望まれる．

2) 歯科医師国家試験に関する受験生・教員へのアンケート調査

日本歯科医学教育学会では，平成 20 年 2 月実施の第 101 回歯科医師国家試験において教員を対象とするアンケート調査を，平成 21 年 2 月実施の第 102 回歯科医師国家試験からは受験生・教員を対象とするアンケート調査[1]を実施している．また，第 104 回アンケート調査[2]以降は歯科大学学長・歯学部長会議からの調査依頼を受けての実施となっている．

受験生対象のアンケート調査（第 102 回/第 103 回/第 104 回）では，それぞれ 23/24/24 項目の設問に対する回答が 29 校すべてから得られ，回答者総数は 2,024/1,962/1,939 名であった．主要な設問に対する最多回答は，以下のとおりとなっている．

国試受験経験について，1 回目（95.3/96.8/96.2％），**国試の内容は全般的に**，A 適切，B やや不適切（第 104 回 32.7％），C 非常に不適切（第 103 回 38.0％），D 何とも言えない（第 102 回 32.2％），**問題数は（第 102 回の設問）**，A 適切（49.2％），B 多すぎる，C 少なすぎる，D 何とも言えない，**1 問題あたりの試験時間は（第 102 回の設問）**，A 適切，B 長すぎる，C 短かすぎる（45.5％），D 何とも言えない，**X2 タイプの問題数について**，A 適切（第 103 回 50.8％/第 104 回 51.0％），B 多すぎる（第 102 回 62.4％），C 少なすぎる，D 何とも言えない，**XX タイプの問題数について**，A 適切，B 多すぎる（62.4/62.4/54.7％），C 少なすぎる，D 何とも言えない，**必修問題の数は**，A 適切（第 102 回：50 問 54.9％/第 103 回：70 問 41.0％/第 104 回：70 問 54.3％），B 多すぎる，C 少なすぎる，D 何とも言えない，**禁忌肢問題の要否は**，A 必要，B 不要（60.9/48.3/48.3％），C 何とも言えない，**一般問**

題について，〈問題の質は〉，A 適切（第 103 回 37.1%/第 104 回 38.9%），B やや不適切（第 102 回 40.6/%），C 非常に不適切，D 何とも言えない，〈問題数は〉，A 適切（43.2/60.6/59.2%），B やや不適切，C 非常に不適切，D 何とも言えない，〈1 問題あたりの解答時間は〉，A 適切（第 103 回 45.6%/第 104 回 48.9%），B 長すぎる，C 短かすぎる，D 何とも言えない，**臨床実地問題について**，〈問題の質は〉，A 適切（第 103 回 38.9%），B やや不適切（第 102 回 36.0%/第 104 回 43.1%），C 非常に不適切，D 何とも言えない，〈問題数は〉，A 適切（61.8/74.3/68.8%），B やや不適切，C 非常に不適切，D 何とも言えない，〈1 問題あたりの解答時間は〉，A 適切（第 103 回 67.2%/第 104 回 61.8%），B 長すぎる，C 短かすぎる，D 何とも言えない，**視覚素材の画質について**，A 適切（第 103 回 45.5%），B やや不適切（第 102 回 41.7%/第 104 回 42.8%），C 非常に不適切，D 何とも言えない，**昨年の国試と比べて今回出題された問題は全般的に**，A 変わらない，B 良くなった，C 悪くなった（第 102 回 50.0%/第 103 回 58.9%），D 何とも言えない（第 104 回 36.0%），**大学で学習した歯科医学と国試問題との間の整合性について**，A 非常に高い，B やや高い，C やや低い（37.5/38.4/32.1%），D 非常に低い，E 何とも言えない，**資格試験としての歯科医師国家試験について**，〈実施回数（年 1 回）は〉，A 妥当，B 増やすべき（59.1/56.9/51.2%），C 何とも言えない，〈試験日数は〉，A 妥当（75.9/80.0/78.0%），B 短くすべき，C 長くすべき，D 何とも言えない，〈資格試験としての国試について実技試験の導入は（第 103 回からの設問）〉，A 適切，B やや不適切，C 非常に不適切，D 何とも言えない（35.0/35.3%），**あなたの試験会場について**，〈室内の温度は〉，A 適切（61.6/56.6/68.7%），B やや不適切，C 非常に不適切，D 何とも言えない，〈椅子や机の状況は〉，A 適切（48.7/50.6/63.6%），B やや不適切，C 非常に不適切，D 何とも言えない，**過去の国試問題について**，A 反復学習した（74.2/74.0/69.1%），B 少し学習した，C 学習しなかった，D 公開を知らない，**あなたの卒業大学は国試対策について**，A 積極的に実施した（43.1/51.7/53.0%），B 少し実施した，C 全くしなかった，D 何とも言えない，であった．

一方，教員対象のアンケート調査（第 102 回/第 103 回/第 104 回）では，いずれも 22 項目の設問によって 29 校すべての教学職務担当者（学長・正副学部長・正副教務部長/委員長など）から回答が得られた．主要な設問に対する最多回答は，以下のとおりとなっている．

〈実施状況（期間，問題の量と質，時間配分，案内，受験環境など）は全般的に〉，A 非常に不満，B やや不満（第 102 回 45%/第 103 回 52%），C やや満足（第 104 回 45%），D 非常に満足，〈貴大学受験生の大学における成績と国試成績との相関は〉，A 強い正の相関，B 正の相関（87/83/79%），C 負の相関，D 相関なし，E 未検討，〈大学における成績が良かったにもかかわらず国試で不合格となった貴大学受験生数は〉，A 0 人（第 103 回 38%），B 1 人，C 2～3 人（第 102 回 31%/第 104 回 38%），D 4～5 人，E 6 人以上，〈国試は現行のままでよい〉．A 強くそう思わない（第 102 回 41%），B ややそう思わない（第 103 回 52%/第 104 回 52%），C ややそう思う，D 強くそう思う，〈国試に Advanced OSCE などの実技試験を導入すべきである〉．A 強くそう思う，B ややそう思う（第 103 回 38%），C ややそう思わない（第 102 回 38%/第 104 回 48%），D 強くそう思わない（第 102 回 38%/第 103 回 38%），〈共用試験 CBT 化（順次解答連問，多選択肢連問などの導入を含む）を推進すべきである〉．A 強くそう思う，B ややそう思う（第 102 回 41%），C ややそう思わない（第 102 回 41%/第 103 回 45%/第 104 回 45%），D 強くそう思わない，〈正解肢数を指定しない一問多答形式（XX タイプ）の問題の導入を推進すべきである〉．A 強くそう思う，B ややそう思う（第 102 回 42%/第 103 回 38%），C ややそう思わない（第 104 回 41%），D 強くそう思わない，〈必修問題の情報は開示しないでよい〉．A 強くそう思わない（73/72/79%），B ややそう思わない，C ややそう思う，D 強くそう思う，〈必修問題の合格基準（80% 正解を合格とする絶対評価）は改めるべきである〉．A 強くそう思う，B ややそう思う（第 104 回 48%），C ややそう思わない（第 102 回 44%/第 103 回 48%），D 強くそう思わない，〈必修（と推定される）問題の質・内容は適切である〉．A 強くそう思わない（第 103 回 52%），B ややそう思わない（第 102 回 49%/第 104 回 41%），C ややそう思う，D 強くそう思う，〈一般問題の質・内容は適切である〉．A 強くそう思わない，B ややそう思わない，C ややそう思う（52/48/66%），D 強くそう思う，〈臨床実地問題の質・内容は適切である〉．A 強くそう思わない，B ややそう思わない，C ややそう思う（52/62/52%），D 強くそう思う，〈合否判定における相対評価の基準は開示しないままでよい〉．A 強くそう思わない（69/76/79%），B ややそう思わない，C ややそう思う，D 強くそう思う，〈禁忌肢問題の情報は開示しないままでよい〉．A 強くそう思わない（83/76/76%），B ややそう思わない，C ややそう思う，D 強くそう思う，〈問題の質は経年的に確実に良くなっている〉．A 強くそう思わない，B ややそう思わない，C ややそう思う（52/48/48%），D 強くそう思う，〈問題の出題領域や数に偏りはない〉．A 強くそう思わない，B ややそう思わない，C ややそう思う（52/48/55%），D 強くそう思う，〈難易度は経年的に一定に保たれている〉．A 強くそう思わない（第 103 回 48%），B ややそう思わない（第

102回59%/第104回55%），C ややそう思う，D 強くそう思う，〈受験生の所属（卒業）大学に対する詳細な試験成績の通知は不要である〉．A 強くそう思わない（83/72/86%），B ややそう思わない，C ややそう思う，D 強くそう思う，〈試験問題のプール化をさらに推進すべきである〉．A 強くそう思う，B ややそう思う（58/52/66%），C ややそう思わない，D 強くそう思わない，〈受験者総数に対する合格率70%未満は適正かつ妥当である〉．A 強くそう思わない（52/48/48%），B ややそう思わない，C ややそう思う，D 強くそう思う，〈国試は卒前教育に大きな影響を与えている〉．A 強くそう思う（80/79/83%），B ややそう思う，C ややそう思わない，D 強くそう思わない，〈現行の国試の継続と歯学部の予備校化とは無縁である〉．A 強くそう思わない（49/52/48%），B ややそう思わない，C ややそう思う，D 強くそう思う，〈モデル・コア・カリキュラム，国試出題基準，臨床研修到達目標には整合性がある〉．A 強くそう思わない，B ややそう思わない（45/48/55%），C ややそう思う，D 強くそう思う，〈受験回数の制限を設定すべきである〉．A 強くそう思う，B ややそう思う（34/52/59%），C ややそう思わない，D 強くそう思わない，〈歯科医師育成に関して文部科学省と厚生労働省との連携は進んでいる〉．A 強くそう思わない，B ややそう思わない（42/55/52%），C ややそう思う，D 強くそう思う，であった．

3) 国民が求める歯科医師国家試験の確立

近年の国家試験では，従前に比べ高難度化が確認できる．国家試験とは，国民の期待に応える歯科医師として求められる能力について，妥当性・再現性・客観性が担保された条件下で実施される資格獲得試験であることが本来の姿である．また，医療はこれを行う者のためにあるのではなく，これを受ける者のためにある．

国民のための歯科医療であるならば，歯科医師数の決定権は国民にあり，国家試験が歯科医師数の削減手段となっている現状の側面は，国民不在の実態とも考えられる．さらに，国民は本当に歯科医師数の削減を望んでいるか否か，合格基準の引き上げと定員削減は国民の歯科医療満足度の上昇，歯科医師の資質向上，入学者の質の担保，臨床実習・臨床研修における患者確保を促す適切な方略か否か．これらの問いに対し，わが国の関係省庁・医育機関・教員・歯科医師が知恵を絞り，“国民が求める歯科医師国家試験の確立”を目指すときを迎えている．

文献

1) 日本歯科医学教育学会．第102回および第103回歯科医師国家試験調査結果（報告）．日歯教誌 2011；27：86–166.
2) 日本歯科医学教育学会．第104回歯科医師国家試験調査結果（報告）．https://kokuh.sugarsync.com/getfiles/dxter8qibt6wg（2011年7月20日アクセス）

第11章 臨床研修

1．臨床研修制度の歴史と仕組み

髙田　淳子，青木　　仁

1）歯科医師臨床研修制度の経緯

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おり，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．しかし医師免許をもたない状態での修練活動は，研修医の身分や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．

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当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．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見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．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．

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，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．

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．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委員会から，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．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，歯科医師臨床研修を1年以上の努力義務とした．平成12年には医師，歯科医師同時に法改正され，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．

歯科医師臨床研修が必修化された後の制度の問題点を把握し，改善策を講じるため，平成19年1月に「歯科

たかた　じゅんこ，あおき　じん
厚生労働省医政局歯科保健課
キーワード：歯科医師臨床研修，臨床研修歯科医，歯科医師臨床研修推進検討会

医師臨床研修推進検討会」を設置し，歯科医師臨床研修における課題の整理などを行い，平成 20 年 12 月に第 1 次の報告書（「歯科医師臨床研修推進検討会」報告書）の取りまとめが行われた．その後，平成 21 年 12 月には，臨床研修施設の指定基準のあり方や研修管理委員会の役割の強化などについて議論が行われ，歯科医師臨床研修推進検討会第 2 次報告（以下，「第 2 次報告」という）が取りまとめられ，平成 21 年 12 月に第 2 次報告を踏まえた歯科医師臨床研修制度の見直しを行う旨の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が出された．これを踏まえ，平成 22 年 4 月に「歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令」の改正（平成 22 年厚生労働省令第 68 号）が行われ，同年 6 月に「歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修省令の施行について」の改正（平成 22 年 6 月 4 日医政発 0604 第 1 号）が行われ，平成 23 年 4 月より，改正後の歯科医師臨床研修制度が実施されている．

表 11-1　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
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
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等について
平成 21 年 12 月	**歯科医師臨床研修推進検討会第 2 次報告** **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）
平成 22 年 4 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」の改正** （平成 22 年厚生労働省令第 68 号）
平成 22 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省令の施行について」の改正** （平成 22 年 6 月 4 日医政発 0604 第 1 号）
平成 23 年 4 月	**見直し後の歯科医師臨床研修制度　開始**

表 11-2　歯科医師臨床研修の施設の指定基準

	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 受入研修医の半数以上	3 名以上 受入研修医の半数以上	2 名以上 受入研修医の半数以上
	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置く	

	名称	単独研修方式	臨床研修施設群方式	
		単独型	管理型	協力型
平成 17 年	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持つ研修歯科医	プログラム責任者当たり 20 名まで	プログラム責任者当たり 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		

	名称	単独研修方式	臨床研修施設群方式		
		単独型	管理型	協力型	連携型
平成 23 年	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	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	1 名以上
	受け入れ研修医	指導歯科医数の 2 倍まで	指導歯科医数の 2 倍まで	指導歯科医数の 2 倍まで	指導歯科医数の 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または当該年度に募集する研修歯科医とおおむね同数	常勤換算で，常に勤務する歯科医師とおおむね同数または当該年度に募集する研修歯科医とおおむね同数	常勤換算で，常に勤務する歯科医師とおおむね同数または当該年度に募集する研修歯科医とおおむね同数	常勤換算で，常に勤務する歯科医師とおおむね同数または当該年度に募集する研修歯科医とおおむね同数
	歯科衛生士	必須	必須	必須	必須
	施設開設歴	3 年以上	3 年以上	3 年以上	3 年以上
	研修プログラムの期間	原則合計 1 年	連続した 3 カ月以上	連続した 3 カ月以上	5 日以上 30 日以内
	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持つ研修歯科医	プログラム責任者当たり 20 名まで	プログラム責任者当たり 20 名まで	—	—
	研修実施責任者	—	—	配置すること	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			

第11章 臨床研修

2. 実施状況

樋口　勝規，寶田　貫

歯科医師臨床研修は2006年に必修化され6年が経過し，制度や各施設の運営は徐々に変化しつつある．そこで，2009～2011年の運営状況を調査した．

1）歯科医師臨床研修の実施状況

(1) 歯科医師臨床研修施設数

厚生労働省医政局歯科保健課の公表資料によると，施設数は3年間で242施設増加し，2011年では2,132施設が登録されている．増加の原因は大学病院以外の施設の増加にある．単独型および管理型臨床研修施設は徐々に増加しているが，歯科診療所における協力型臨床研修施設の増加が著しく213施設増加していた（**表11-3**）．

(2) 研修歯科医の募集数

歯科医師臨床研修マッチング協議会（以下，歯科マッチング協議会）の公表資料によると，研修歯科医の募集数は発足当初は3,797人であったが，徐々に減少し過去3年間は3,600人前後で推移している．減少の原因は歯科大学病院募集数の減少傾向にある．一方，その他の施設における募集数は徐々に増加している（**表11-4**）．

(3) 歯科医師国家試験合格率，その後の充足率

歯科医師国家試験は，各施設が採用試験を実施して正式に採用する前の大きなハードルとなる．国家試験の合格率は2007年度に大きく減少し，2009年は67.5％であったが，やや回復し2011年度は71.0％であった．一方，研修歯科医の充足率は横ばいで，150％前後で推移している（**表11-5**）．この現象は，以前の白書にも報告されたように，募集数が減少し不要な定員が徐々に削減されていることによると考えられる．

ひぐち　よしのり，たからだ　とおる
九州大学病院口腔総合診療科
キーワード：歯科医師臨床研修，臨床研修歯科医，歯科医師臨床研修マッチングプログラム

表11-3　歯科医師臨床研修施設数

		2009年度	2010年度	2011年度
大学病院	歯科大学附属病院	31	32	32
	医科大学病院	66	67	68
その他の病院	単独型	100	102	108
	管理型	14	12	12
	協力型	99	103	110
歯科診療所	単独型	19	22	27
	管理型	7	8	8
	協力型	1,554	1,656	1,767
合計		1,890	2,002	2,132

＊厚生労働省医政局歯科保健課HPより引用　（単位：施設）
注）施設数は，各年4月1日現在
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11-4　研修歯科医の募集数

	2009年度	2010年度	2011年度
歯科大学病院	3,118	3,078	3,055
その他の施設	494	502	542
合計	3,612	3,580	3,597

＊厚生労働省医政局歯科保健課HPより引用　（単位：人）
注）歯科医師臨床研修マッチング協議会公表データより作成（前年度に行われたもの）

表11-5　歯科医師国家試験後の充足率

		2009年度	2010年度	2011年度
国家試験	合格者数	2,383人	2,408人	2,401人
	受験者数	3,531人	3,465人	3,381人
	合格率	67.5%	69.5%	71.0%
充足率（募集数/合格者数）		151.6%	148.7%	149.9%

＊厚生労働省医政局歯科保健課HPより引用

表 11-6　歯科医師臨床研修マッチング結果

	2009 年度	2010 年度	2011 年度
参加施設数	218	231	236
研修プログラム数	287	303	307
募集定員	3,580 人	3,597 人	3,590 人
希望順位登録者数（A）	3,816 人	3,747 人	3,670 人
マッチ者数（B）	3,347 人	3,291 人	3,269 人
空席数	233	306	321
マッチ率（B）÷（A）	87.70%	87.80%	89.10%
第 3 希望までのマッチ率	94.90%	95.30%	94.20%

＊歯科医師臨床研修マッチング協議会公表データより作成

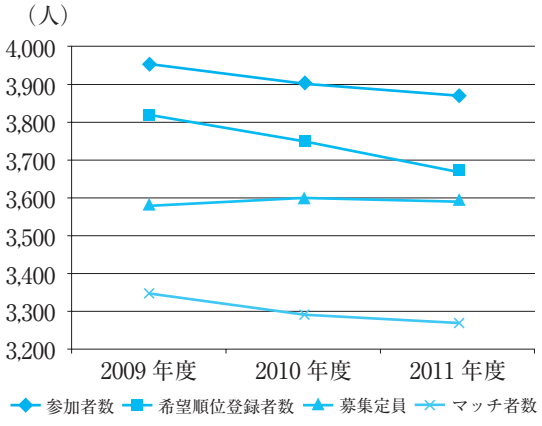


図 11-1　歯科マッチングの状況
（歯科医師臨床研修マッチング協議会公表データより作成）

2）歯科医師臨床研修マッチングの状況

歯科医師臨床研修マッチング（以下，歯科マッチング）には，歯科医師臨床研修に関与する施設（参加施設）および臨床研修を希望する者（参加者）のほとんどが参加している．以下に歯科マッチング協議会のデータ（**表 11-6**，**図 11-1**）を示すが，参加は任意であるため，厚生労働省の非参加施設を含めた数と異なる．

(1) 歯科マッチング参加状況

歯科マッチングへの参加者は 95％強が希望順位を登録しているが，わずかながら減少傾向にある．一方，募集定員は希望順位登録者数を下回る年が，2008 年度以降続いている．2009 年度は登録者 3,816 人に対し募集定員は 3,580 人で，236 人が研修先を確保できない状態となった．この差は，2011 年には減少したとはいえ 80 人の差がある．前述のごとく歯科マッチングへの参加は任意であるが，やはり募集定員が参加者を下回る現状に関しては，検討課題と考えられる（**図 11-1**）．

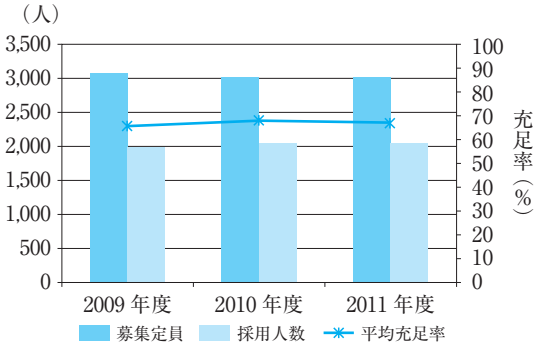


図 11-2　歯科大学および歯学部の附属病院の実情
（アンケート調査による）

(2) 歯科マッチング率

歯科マッチングに関しては，参加施設およびプログラム数は増加しているが，2009 年度以降のマッチング率は 90％をやや下回って推移している．アンマッチ者は，引き続き参加施設の空席情報を歯科マッチング協議会のサイトで検索し，受け入れ可能な研修先を探さなければならない．一方，第 3 希望までのマッチング率は 2008 年度よりも上昇して 95％前後で推移しており，参加者の希望に沿った施設で，研修が研修制度開始時期よりも確実に行われるようになっていた．この点は歯科マッチングの制度を十分に評価できる．

研修希望者よりも募集定員が下回っているにもかかわらず，参加施設によっては空席がみられる．空席数に関して 2009 年は 233 であったが，2011 年には 321 まで増加している．この現象に関しても，施設やプログラムの内容を含めて検討すべき多くの課題である（**表 11-6**）．

3）歯科大学および歯学部の附属病院の実情

歯科大学および歯学部の附属病院における臨床研修の実情を検討する目的で，29 大学へアンケート調査を行った．大学によっては，研修施設が複数の場合があるため，アンケート調査と厚生労働省および歯科マッチング協議会の発表の数と若干数が異なることを，お許し願いたい．

プログラム数は 81 または 82 で推移し，平均プログラム数は 2.8 前後である．募集定員数は 3,000 人台で推移し，2011 年度は 3,016 人であった．一方，採用人数は 2,000 人前後で推移し，充足率は 2011 年度で 66.97％と，30％強が歯科大学以外で研修している（**図 11-2**）．

直近の 2011 年度を詳細に分析すると，採用研修歯科医数は平均 67 人で，プログラムは単独方式よりも群方

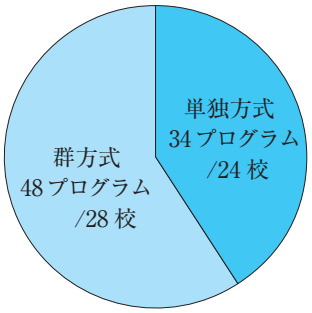


図 11-3　研修プログラム数
（アンケート調査による）

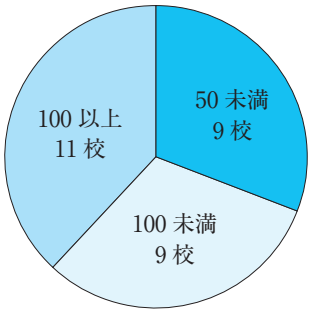


図 11-4　協力型臨床研修施設数（2,537施設）
（アンケート調査による）

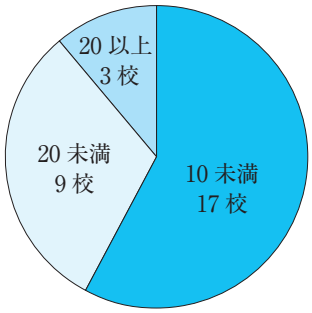


図 11-5　研修協力施設（265 施設）
（アンケート調査による）

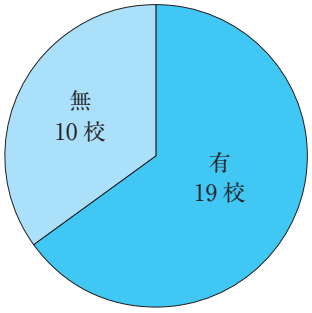


図 11-6　臨床研修専用診療室
（アンケート調査による）

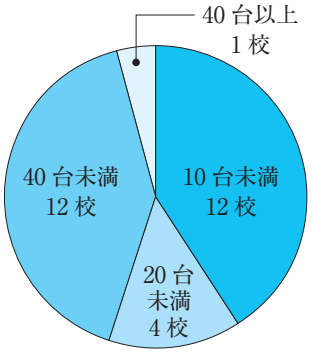


図 11-7　研修歯科医専用の診療用チェアー数
（アンケート調査による）

式が多かった（**図 11-3**）．協力型臨床研修施設の保有数は，5〜180 と大学間の差が大きかった（**図 11-4**）．研修協力施設は 10 施設未満が多く，全く採用していない施設が 4 施設みられた（**図 11-5**）．なお，2010 年度より新たに設けられた連携型臨床研修施設は，残念ながら全くみられなかった．この点も，今後の改善すべき課題の 1 つである．研修歯科医専用の診療室は 19 大学が保有し，過半数を占める（**図 11-6**）．研修歯科医専用のチェアー数の確保はばらつきがあり，10 台未満また 20〜40 台が多く，おのおの 12 大学であった（**図 11-7**）．

歯科医師臨床研修の制度自体は，「歯科医師臨床研修制度推進検討会」による 5 年ごとの見直しにより，今後も改善されていくと思われる．指導歯科医の育成に関しては，各大学や日本歯科医師会を主に指導歯科医講習会が各地で開催されており，富士研ワークショップやプログラム責任者講習会は日本歯科医学教育学会により引き続き開催され，指導する側の体制作りが充実していくものと思われる．今後も，厚生労働省，日本歯科医師会，日本歯科医学教育学会，大学，病院など関係各機関が連携を密にして，本制度がより良いものになることを期待する．

また，「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の第 1 次報告（2009 年 1 月）のなかで，卒前臨床実習のさらなる充実が提言され，臨床実習から臨床研修への流れも大きく変化していくことであろう．

第11章 臨床研修

3. 臨床能力の評価

寶田　貫，樋口　勝規

臨床能力評価の実情を検討する目的で，29大学へアンケート調査を行った．

1) 到達目標の設定

到達目標の設定に関しては，28大学より回答を得た．なお1大学は回答がなかった．

研修の到達目標は28大学のすべてが，歯科医師臨床研修評価基準検討委員会作成の「歯科医師臨床研修の到達目標」に準じて設定していた．そのうち13大学(45%)が，さらに「独自の到達目標を設定」していた．

2) 採用している評価システム

評価を行うシステムに関しては，8大学（28%）がDEBUT（Dental Training Evaluation and Tabulation System：オンライン歯科臨床研修評価システム）を採用し，そのうち1大学はDEBUTのみで評価を行い，7大学は「独自の評価方法」を併用していた．残りの20大学（69%）は「独自の評価方法」のみを採用していた．したがって，27大学（93%）が「独自の評価方法」を設定していることになる．

評価に際し，26大学（90%）が評価基準を明確に設定しており，その基準を「DEBUTに準じている」のが7大学（24%），「独自の基準を設定」しているのが17大学（59%），両者を評価基準としているのが2大学（7%）であった．独自の基準には，「習熟習得コースの各到達目標を利用」「ミニマムリクワイアメントを設定」「独自の評価シート・基準を作成」「評価マニュアルを作成」などがみられた．

これらの評価基準は26大学（90%）で研修歯科医に周知されており，その周知方法は「研修要項・研修手帳等に記載」「研修開始のオリエンテーションで説明」が大多数を占めていた．

3) 評価者および評価の認証組織

29大学すべてで指導歯科医が臨床能力の評価を担当し，9大学では指導歯科医以外の職種も評価に加わっていた．指導歯科医以外の職種の内訳は，歯科衛生士（6大学），歯科技工士（3大学），看護師（3大学），放射線技師・プログラム責任者・事務職員（各1大学）であった．指導歯科医以外の業種を加えた多方面からの評価（360度評価）を取り入れ，客観性・公平性を実現するために努力されていた．このような多角的な評価は，評価者にとっても自己を振り返り今後の行動改善や育成の一助となる有用な評価方法と考えられている．

評価を認証する組織は，28大学（97%）が研修管理委員会であり（1大学は回答なし），そのうち5大学ではその他の組織も評価に加わっていた．その組織は，「研修管理委員会の下に置かれた主任指導者会議」「指導歯科医責任者会議」「各プログラムの委員会」「歯科医師臨床研修カリキュラム専門委員会」「研修委員会（本院の職員だけで構成している委員会）」であった．

4) 評価方法

実施されている評価方法の種類を**図11-8**に示した．「観察記録」が25大学（86%）と最も使用され，次いで，「レポート」「口頭試問」であった．「その他の評価方法」には，ポートフォリオ，症例報告が多く含まれていた．

25大学（86%）で複数の評価方法を用いており，そ

たからだ　とおる，ひぐち　よしのり
九州大学病院口腔総合診療科
キーワード：研修評価，到達目標，研修修了認定

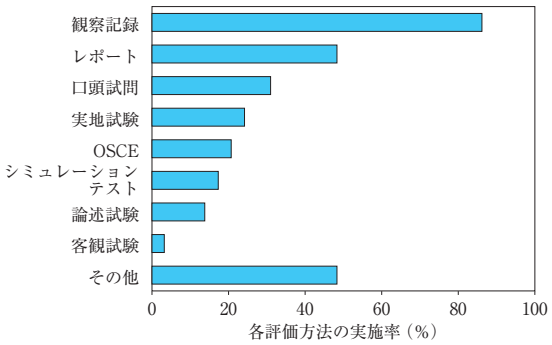


図 11-8　臨床能力の評価方法（複数回答あり）

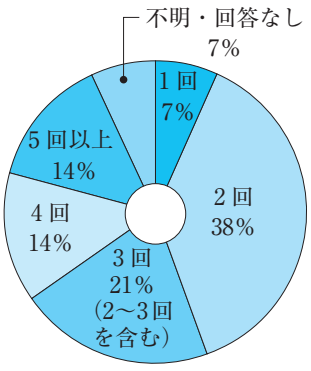


図 11-10　研修期間中の評価回数

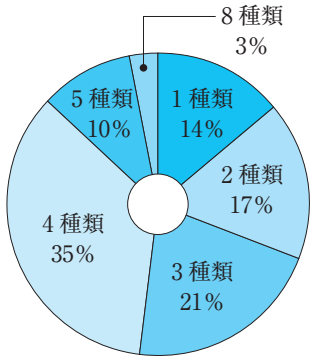


図 11-9　実施している評価方法の数

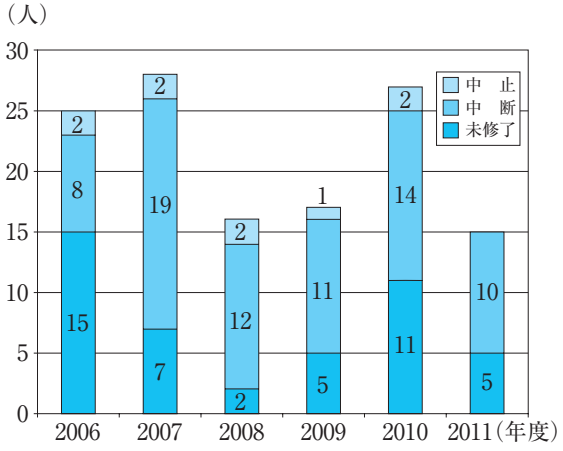


図 11-11　研修未修了・中断・中止になった研修歯科医数の推移

の評価数を**図 11-9** に示した．最大で 8 種類であり，平均 3.3 種類の評価方法を用いて評価していた．複数の評価方法を採用している場合に最も重視している評価方法は「観察記録」との回答が多かった．

5）評価の回数と時期

研修期間中の評価は，ほとんどの大学（28 大学）で複数回実施されているが，その頻度は各大学でさまざまであった（**図 11-10**）．また評価の実施時期も各大学でさまざまであり，各大学の実情に合わせて工夫されているようであった．

6）評価の周知

評価結果の各研修歯科医への伝達は，26 大学（90%）で実施されており，伝達の際には，22 大学でヒアリングまたはフィードバックを行っていた．

また，基準に満たない場合の対応は，20 大学（69%）で決められていた．その内容は各大学でさまざまであったが，研修の進捗状況を把握・評価し，研修歯科医が修了基準に不足している部分を研修できるよう配慮し形成的評価に努めていた．

7）研修修了認定の基準

すべての大学病院で，研修修了認定の基準が定められていた．そのほとんどが，複数の評価結果を基に総合的評価を行う方式であった．日々の実績をさまざまな評価方法を用いて点数化して診療能力を評価，それに勤務状況，研修態度を加味し，それらを総合評価して研修修了認定基準としていた．

8) 研修未修了・中断・中止者の推移

2006 年度から 2011 年度までの 6 年間で，研修未修了者は 45 人，研修中断者は 74 人，および研修中止者は 9 人で，合計 128 人となった．それぞれの研修歯科医数の推移を**図 11-11** に示した．

「未修了」の原因として，出産，病欠，本人の都合，休止日が多いなどが認められた．その対応は，すべての大学病院が研修期間を延長し，最終的に研修修了となったようである．しかし，1 例は，婚約者の勤務先への転居による移動がその理由であり，いまだ未修了のままである．

「中断」への対応で多かった回答は，「同施設内の別プログラムへの変更」が 9 回答，「他施設での研修継続」が 6 回答であった．

「中止」への対応は，本人と場合によっては保護者も同席して面談を行い，十分な協議のうえ「中止」の決定手続きを行ったようである．なお，「本人死亡による中止のため，対応なし」が 3 回答あった．

・研修歯科医の臨床能力評価は，各大学が独自の方法を用いて実施していた．
・評価には，1 指導歯科医ではなく多職種が関与し，客観性・公平性を高めていた．
・研修期間中に複数回の形成的評価を行い，研修の進捗状況を把握・評価できるよう配慮していた．
・研修が規定期間内で修了しない場合には，できるだけすみやかに修了基準を満たすよう，十分な配慮が行われていた．

第12章 大学院教育・歯科医学研究

佐野　司，西川　慶一

1）大学院の制度改革

大学院は大学の学部に設置された研究科の集合体として戦前から存在したが，1947年に学校教育法が制定され，そのなかに教育研究機関としての課程制大学院という概念が導入された．その後，1974年に大学院設置基準が初めて法令として制定され，課程の設置と区分，修士課程および博士課程の目的，修業年限などが制度化された．さらに，学位規則が改正され，大学院の課程を修了した者に学位を授与することとなり，課程の修了と学位との関係が明確化された．大学院設置基準は学校教育法の規定に基づいて定められるもので，大学院の設置にあたって満たさなければならない基準を示す．大学の設置が大学設置基準を満たさなければならないのと同様である．

また，1976年に学校教育法の一部が改正され，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た．1989年には大学院設置基準が一部改正され，博士課程の目的が「研究者として自立して研究活動を行うに必要な高度の研究能力及びその基礎となる豊かな学識を獲得すること」から「研究者として自立して研究活動を行い，又はその他の高度に専門的な業務に従事するに必要な高度の研究能力及びその基礎となる豊かな学識を獲得すること」に変更された．

1991年には，大学院の研究機能を強化することを目的として，文部省（当時）に設置された大学審議会より「大学院の整備拡充について」および「大学院の量的整備について」が答申され，これらに基づいて大学院重点化政策および大学院生倍増計画が開始された．従来の大学は学部を基礎として教育研究組織が形成され，そこに大学院が付随する形で運営されている．大学院重点化とは，一般的には大学の教育研究組織の基幹を学部から大学院に移すことを意味する．これにより，学部教育に対する大学院教育の重点化，大学院研究科の部局化，あるいは特定の国立大学大学院の重点整備などが図られた．

1998年に大学審議会が答申「21世紀の大学像と今後の改革方針について」をまとめると，これを基にして1999年に学校教育法の一部が改正され，大学院研究科を学部と同等の組織として位置づけ，研究科以外の基本組織を設置することが可能になった．大学院設置基準も一部が改正され，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年の学校教育法の一部改正で，専門大学院制度から専門職大学院制度へと移行した．大学院の目的も「学術の理論及び応用を教授研究し，その深奥をきわめ，又は高度の専門性が求められる職業を担うための深い学識及び卓越した能力を培い，文化の進展に寄与すること」に変更された．

このように，元来研究のみを目的としていた大学院の役目は徐々に変化していった．大学院の重点化にはさまざまな功罪があるとされているが，専門職業人の育成とそのための研究展開という目的が今後も継続するのは間違いない．歯科医学分野では，結果的に大学院重点化の実施大学になった例が多いため，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ような誤解を生じやすいが，本来の目的を正しく認識することが重要と思われる．

2）大学院の実態

(1) 大学院重点化

大学院重点化実施の有無についての集計結果を**表12-1**に示す．正確には「重点化」ではなく「大学院組織の改組を伴う部局化」であるが，実施した大学は15校で，うち11校は国立であった．私立でも4校は実施

さの　つかさ，にしかわ　けいいち
東京歯科大学歯科放射線学講座
キーワード：大学院教育，制度改革，点検と評価

していた．逆に，実施していない大学は 14 校で，うち 13 校は私立であった．この 14 校のうち，6 校は重点化を検討中とし，8 校は重点化の予定がないとした．「歯科医学教育白書 2008 年版」では検討中が 4 校，予定なしが 10 校であったため，単純計算では予定なしの 2 校が検討を始めたことになる．

(2) 大学院教育における医科との連携

大学院教育で医科との連携が進展しているかどうかについての集計結果を**表 12-2** に示す．「進展している」との回答は 16 校，「進展していない」との回答は 12 校で，「歯科医学教育白書 2008 年版」の 14 対 13 に比べて若干「進展している」大学が増加した．

表 12-3 には，医科との連携による利点として提示された内容を例示する．目立って多かったのが，研究・教育に関する専門領域の拡張と研究・教育の効率化であった．それ以外にも多くの利点が挙げられ，どの大学も医科との連携による利点を十分認識しているようであった．逆に，医科との連携に伴う問題点として提示された内容を**表 12-4** に例示する．最も多い意見でも 3 校であり，各大学の実情によって問題点に差が生じるものと推察された．

(3) 社会人大学院制度

社会人大学院制度の導入の有無についての集計結果を**表 12-5** に示す．26 校が導入し，未導入の 3 校のうちの 2 校も導入を検討中であった．「歯科医学教育白書 2008 年版」では導入済が 22 校で，4 校の増加がみられた．

表 12-6 に社会人大学院制度の導入に伴って生じた変化を例示する．導入の主目的の一つである学生数の増加は当然であるが，カリキュラムなどを変更したり，研究時間の確保が難しい社会人大学院生のために長期履修制度を導入したりといった教育研究環境を整備するための大学側の対応が目立つ．

表 12-7 には，社会人大学院制度の導入による利点を例示する．これまで社会人が学位を取得するためには，修業年数の長い別の教育体制を利用するしかなかった．しかも，そのような体制では大学院に比べて十分な教育がなされないのが一般的であった．社会人大学院制度導入の利点の一つとして，これらの問題点が改善されることが挙げられた．また，社会人大学院生は社会の第一線で仕事をしており，豊富な臨床経験をもつ．このため，多様性をもった大学院生集団が構成され，一般大学院生と社会人大学院生の間に知的な相乗効果が生まれて，相互に研究活動が活発化することになる．臨床経験をもつ社会人大学院生との意見交換は，臨床に直結した研究テーマの発掘にもつながる．このように，臨床経験をもつ社会人大学院生の存在は，大学院の活性化に有用との意見が多くみられた．

表 12-1　大学院重点化の機構改革を実施した大学数

実施の有無		重点化の予定	
有	15（うち私立は 4 校）	——	
無	14（うち国公立は 1 校）	検討中	6
		無	8

表 12-2　大学院教育における医科との連携の進展

有	16
無	12
無回答	1

表 12-3　医科との連携による利点の例

研究・教育に関する専門領域の拡張（9 校）
幅広い指導体制による研究・教育の効率化（8 校）
基礎疾患・全身疾患との関わり合いの推進（4 校）
医学分野の研究者との交流（3 校）
関連する医学的専門知識の取得（2 校）
研究の質と成果の向上（2 校）
学際的な研究・教育プロジェクトの立案
研究手法などの情報の取得
研究設備の相互利用

表 12-4　医科との連携に伴う問題点の例

異なる教育・研究体制間での調整の必要性（3 校）
歯科医学研究の独自性損失・軽視・低評価の危険性（3 校）
教員の負担が増加（3 校）
医科とは異なる研究内容（2 校）
歯科と医科との間の意識の相違（2 校）
臨床研究における歯科医師法と医師法間の壁
歯科医学の教育時間が減少
学生間の相互連携が困難

表 12-5　社会人大学院制度

導入の有無		導入予定	
有	26	——	
無	3	検討中	2
		無	1

表 12-6　社会人大学院制度導入による変化の例

学生数の増加（6 校）
カリキュラムや講義などの変更（5 校）
長期履修制度などの社会人大学院生用の環境整備（4 校）
大学院生の多様化（3 校）

表 12-7　社会人大学院制度の導入による利点の例

一般大学院生と社会人大学院生との知的相乗効果（6 校）
開業医での学位取得や生涯学習といった社会的ニーズへの対応（6 校）
多様な大学院生による活動の活発化（4 校）
臨床に直結した研究の推進（4 校）
人材発掘の可能性（2 校）
これまでの制度より短期間で学位取得が可能

一方，社会人大学院制度導入に伴う問題点も多く，その例を**表 12-8** に示す．特に目立って多いのが教員の負担増加と社会人大学院生の勤務の都合による時間的制約であった．教員の負担としては，同じ講義を昼間と夜間に 2 回実施しなければならない，休日に指導しなければならないという内容が多かった．時間的制約については，研究時間自体が不足，時間不足に伴う研究内容の制限，時間不足に伴う指導教員との議論不足などが挙げられた．

(4) 歯科医師臨床研修必修化の影響

2006 年度から必修化された歯科医師臨床研修制度は，すべての歯科医師を対象に，卒直後の 1 年間の研修を義務づけている．この制度には専念規定があるため，研修修了後の大学院進学者の減少が危惧されていた．**表 12-9** は，歯科医師臨床研修必修化によって大学院入学者に増減があったかどうかを調査した結果である．「変化なし」が 9 校，「増加」が 5 校，「減少」が 15 校で，明らかに影響があるように思われる．「歯科医学教育白書 2008 年版」では「変化なし」が 5 校，「増加」が 5 校，「減少」が 19 校で，「減少」校が 4 校減少した．**表 12-10** は歯科医師臨床研修必修化に伴う大学院入学者減少への対策を例示したものであるが，各大学とも種々の工夫をしており，これが「減少」校の 4 校減少につながったのではないかと推察される．

(5) 大学院教育における特徴的な取り組み

大学院教育において実施しているカリキュラムや制度の工夫を**表 12-11** に例示する．大学院生に研究成果発表を課している大学は多く，海外での学会発表を推奨かつ費用助成している大学も多い．海外での発表を推奨する大学では英語教育にも力を入れており，英会話クラス，英語による学内発表会，英語の必修科目化，米国での歯科英語研修などが実施されていた．また，特色あるコースや授業を実施している大学も多く，研究者養成コース，先進臨床歯科医養成コース，臨床専門医養成コース，基礎系大学院生による臨床参加プログラム，診療協力専門職育成コース，歯工学連携プログラム，PBL 教育，医科演習，医歯薬栄保での横断的共通科目などが挙げられた．さらに，独自の奨学金制度を導入している大学も 12 校あった．

表 12-8　社会人大学院制度の導入に伴う問題点の例

教員の負担が増加（14 校）
勤務の都合による時間的制約（11 校）
負担の割に少ない研究成果（2 校）
カリキュラムの複雑化（2 校）
学位論文作成時期の遅延（2 校）
質の低い大学院生が存在
一般大学院生との不公平が存在

表 12-9　歯科医師臨床研修必修化の影響

大学院入学者の増減		対策の有無	
変化なし	9	——	
増加	5	——	
減少	15	有	15
		無	0

表 12-10　歯科医師臨床研修必修化に伴う大学院入学者減少への対策の例

臨床研修歯科医師に対する説明会を開催（8 校）
専門医取得などの付加価値を強調（3 校）
大学院案内を作成して学部学生に配布
募集要項を全国の歯科系大学に配布
独自の奨学金制度の実施
学部・大学院一貫の歯学研究コースを設置
社会人大学院生の確保（5 校）
留学生の確保（4 校）

表 12-11　大学院教育における特徴的なカリキュラムや制度の例

独自の奨学金制度（12 校）
中間発表会の実施（11 校）
特色あるコースや授業の実施（11 校）
英語対策（8 校）
海外研究発表費用助成制度（7 校）
大学院生個人への研究費助成（2 校）
短期海外留学の費用助成制度（2 校）
表彰制度（2 校）
早期修了制度
長期履修制度
海外研修制度

3) 大学院における歯科医学研究の動向

歯学部・歯科大学の社会的使命は教育・臨床・研究にあるが，大学院では特に研究への重みが大きい．**表 12-12** に各大学院で取り組んでいる重点的な研究テーマを例示する．これらの内容は「歯科医学教育白書 2008 年版」とほぼ同じであり，特に真新しいものはないが，一朝一夕に成果が出るものではないため，研究内容がより高度になっているものと思われる．

4) 大学院の自己点検・評価

さまざまな規制緩和によって，大学院教育の質的水準を維持するには自己点検・評価，相互評価，第三者評価が欠かせない状態になっている．

(1) 第三者評価機関による評価

各大学が評価を受けた第三者評価機関の集計結果を**表 12-13** に示す．10 校が財団法人大学基準協会で行っており，独立行政法人大学評価・学位授与機構で 6 校，財団法人日本高等教育評価機構で 7 校，国立大学法人評価委員会で 2 校が行っていた．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．また，2 カ所の第三者評価機関で評価を受けていた大学が 2 校，評価を受けていない大学が 1 校あった．

(2) 自己点検・評価の実施間隔

自己点検・評価は 28 校の大学院が実施し，**表 12-14** に示すように，毎年実施している大学が 9 校と最も多く，続いて 7 年ごとと不定期が 5 校であった．「歯科医学教育白書 2008 年版」の集計結果と比較すると，かなりの変化がみられた．

(3) 自己点検・評価の実施項目

自己点検・評価の実施項目についての集計結果を**表 12-15** に示す．「歯科医学教育白書 2008 年版」の集計結果と比較すると，各大学で項目数を増加させている傾向がみられた．「教育研究組織」と「教育活動」については自己点検・評価を実施している 28 校すべてが実施項目としていた．

(4) 自己点検・評価の公表

自己点検・評価結果を公表した大学は，「歯科医学教育白書 2008 年版」では 17 校であったが，今回の調査ではすべての大学が公表を行っていた．公表の手段としては，12 校が報告書（冊子）を作成し，14 校が Web ページでの公開のみであった．公表に Web ページを使用している大学は 20 校であった．

表 12-12　大学院での重点的な研究テーマの例

再生医療（7 校）
口腔癌（4 校）
摂食・嚥下機能と障害（4 校）
唾液腺の機能と障害（3 校）
アンチエイジング（2 校）
口腔環境制御（2 校）
歯周病（2 校）

表 12-13　第三者評価の実施機関

機関名	大学院数
大学基準協会	10
大学評価・学位授与機構	6
日本高等教育評価機構	7
国立大学法人評価委員会	2
外部評価委員会	3

表 12-14　自己点検・評価の実施間隔

実施間隔	大学院数	2008 年度版の調査結果
1 年	9	8
2 年	1	1
3 年	3	5
3〜4 年	2	
5 年		2
3〜6 年	1	
6 年	2	
7 年	5	4
不定期	5	7

表 12-15　自己点検・評価の実施項目

項目	大学院数	2008 年度版の調査結果
1. 使命および目的	26	26
2. 教育研究組織	28	27
3. 教育活動	28	27
4. 学生の受け入れ	27	25
5. 学生生活	26	22
6. 教員の教育研究環境	25	26
7. 社会貢献	24	21
8. 教員組織	24	23
9. 事務組織	22	21
10. 施設設備	24	24
11. 図書館等	21	19
12. 管理運営	26	23
13. 財務	22	18
14. 自己点検評価体制	22	22
15. 情報公開・説明責任	19	17
16. その他	5	2

表 12-16　自己点検・評価の問題点

- 大学院教員の教育・研究能力の向上につながるように点検・評価項目および評価方法の検討を継続する必要がある．
- 学生や社会のニーズに基づいて，教育目的やカリキュラムを恒常的に検証する必要がある．
- 各実施部局との協力・連携をより一層強化し，活動方針の見直しや評価活動を行う必要がある．
- 大学院生が標準修業年限で学位を取得できるように教育カリキュラムを改善する必要がある．
- 自己点検・評価の体制および情報公開・説明の責任において対応が若干不十分である．
- 人的・物的資源に限りがあるため，毎年実施することは困難である．
- 報告書作成作業が煩雑である．

(5) 自己点検・評価の問題点

アンケートの自由記載欄に示された自己点検・評価の問題点を**表 12-16** に示す．全体を要約すると，まず，自己点検・評価の目的が大学院教員の教育・研究能力の向上，学生や社会のニーズへの対応，各実施部局との協力・連携の強化などにあることから，点検・評価項目，評価方法，教育目的，教育カリキュラムなどを恒常的に検証することの必要性が指摘された．また，自己点検・評価の実施や報告書の作成がかなりの負担になっている現状も明らかにされた．これらの内容は「歯科医学教育白書 2008 年版」とほぼ同じであることから，問題点に対する有効な改善策が講じられていないのは明白である．その理由が改善策に着手できない状態にあるのか，それとも自己点検・評価の実施自体が目的化してしまっているのかは不明であるが，いずれにせよ，マンパワー不足の影響が大きいことは間違いないように思われる．今後は，人的・物的・経済的資源を効率よく活用できるように，より省力的で，より客観的な自己点検・評価を実施していく必要があると考えられる．

第13章 歯科大学・歯学部附属病院

羽村　章

1) 歯科大学・歯学部附属病院の設置形態と所属

大学設置基準第39条に,「医学又は歯学に関する学部」には教育研究に必要な施設として附属病院を置くもの,と定められているため，各歯科大学・歯学部には附属病院が設置されている．**表13-1**には，それぞれ12校の国公立と17校の私立歯科大学・歯学部名と主たる附属病院名，設置形態，そして附属病院が大学のどの組織に所属するかを，北から南への所在地順に示した．なお，これらの調査は各大学のホームページに示してある組織図や，附属病院ホームページの情報を基に行った．

国立大学歯学部では，9校が歯科を併設した特定機能病院であり，医科が併設している歯科病院（大阪大学歯学部附属病院）と歯科病院（東京医科歯科大学歯学部附属病院）がそれぞれ1校ずつで，所属は大学附属が7校，歯学部附属と医学部・歯学部附属がそれぞれ2校であった．公立の附属病院では，医科が併設された歯科主体の病院（歯科病院）で大学附属であった．私立歯科大学・歯学部における設置形態は，14校は医科が併設している歯科病院であり，日本大学歯学部と日本歯科大学新潟生命歯学部の2校が歯科病院，岩手医科大学歯学部1校が歯科を併設した特定機能病院であった．所属は，12校が歯学部附属であり，4校が大学附属，大阪歯科大学1校が歯学部・大学院附属であった．

国立では歯科併設特定機能病院で大学附属が，私立では医科併設歯科病院で歯学部附属が多勢を占めた．

はむら　あきら
日本歯科大学附属病院
キーワード：歯科大学・歯学部，附属病院

2) 患者数

表13-2に，2009年から2011年までの各附属病院患者数を示した．2009年から2011年までの一校当たりの年間平均歯科外来患者数は，161,913，165,138，167,991人であり2002年から引き続き増加傾向がみられた．歯科入院患者は，6,044，5,968，6,023人であり，この3年間での大きな変化はなかった．歯科外来患者数は，最多で約450,000人，最少約50,000人で大学により大きな差がみられたが，27病院中24病院の歯科患者数は平均値±1SD内であった．一方で歯科入院患者数については，特定機能病院では約8,000人であり，それ以外の病院の約4,000人と比較して倍以上の歯科入院患者数であったことは，一般病院や診療所からの紹介患者への高次医療を行う特定機能病院では，歯科においては歯科口腔外科手術症例が多いことをうかがわせた．

国立と私立の比較では，前述のように歯科外来患者数では差がないが，国立は特定機能病院が多いことから，私立に比較して歯科入院患者数が多くなっていた．公立は，歯科外来患者数，歯科入院数ともに，国立よりも私立に近い数値であった．

3) 病院事務・医療職員数

表13-3に，2011年度の病院事務・医療職員数を示した．なお，附属病院の設置形態により病院事務・医療職員数は大きく異なる．すなわち，特定機能病院では診療科数や病床数が多いため，一病院当たりの専任の事務職員数は約175人，専任の看護師数は約870人であるのに対し，医科併設も含めた歯科病院ではそれぞれ約16人と25人であった．薬剤師，管理栄養士，放射線技師，視能訓練士，言語聴覚士は，特定病院ではほぼすべてに専任がいて，それぞれ約51，9，44，5，4人であった．

表 13-1　歯科大学・歯学部と主附属病院名，設置形態，所属

	No.	大学名	主附属病院名	設置形態	所属
国公立	1	北海道大学歯学部	北海道大学病院	歯科併設特定機能病院	大学附属
	2	東北大学歯学部	東北大学病院	歯科併設特定機能病院	大学附属
	3	東京医科歯科大学歯学部	東京医科歯科大学歯学部附属病院	歯科病院	歯学部附属
	4	新潟大学歯学部	新潟大学医歯学総合病院	歯科併設特定機能病院	医学部・歯学部附属
	5	大阪大学歯学部	大阪大学歯学部附属病院	医科併設歯科病院	歯学部附属
	6	岡山大学歯学部	岡山大学病院	歯科併設特定機能病院	大学附属
	7	広島大学歯学部	広島大学病院	歯科併設特定機能病院	大学附属
	8	徳島大学歯学部	徳島大学病院	歯科併設特定機能病院	大学附属
	9	九州大学歯学部	九州大学病院	歯科併設特定機能病院	大学附属
	10	長崎大学歯学部	長崎大学病院	歯科併設特定機能病院	大学附属
	11	鹿児島大学歯学部	鹿児島大学病院	歯科併設特定機能病院	医学部・歯学部附属
	12	九州歯科大学	九州歯科大学附属病院	医科併設歯科病院	大学附属
	No.	大学名	主附属病院名	設置形態	所属
私立	1	北海道医療大学歯学部	北海道医療大学病院	医科併設歯科病院	大学附属
	2	岩手医科大学歯学部	岩手医科大学病院	歯科併設特定機能病院	大学附属
	3	奥羽大学歯学部	奥羽大学歯学部附属病院	医科併設歯科病院	歯学部附属
	4	明海大学歯学部	明海大学歯学部付属明海大学病院	医科併設歯科病院	歯学部附属
	5	日本大学松戸歯学部	日本大学松戸歯学部付属病院	医科併設歯科病院	歯学部附属
	6	東京歯科大学	東京歯科大学千葉病院	医科併設歯科病院	歯学部附属
	7	日本歯科大学生命歯学部	日本歯科大学附属病院	医科併設歯科病院	生命歯学部附属
	8	日本大学歯学部	日本大学歯学部付属病院	歯科病院	歯学部附属
	9	昭和大学歯学部	昭和大学歯科病院	医科併設歯科病院	歯学部附属
	10	神奈川歯科大学	神奈川歯科大学附属病院	医科併設歯科病院	大学附属
	11	鶴見大学歯学部	鶴見大学歯学部附属病院	医科併設歯科病院	歯学部附属
	12	日本歯科大学新潟生命歯学部	日本歯科大学新潟病院	歯科病院	新潟生命歯学部附属
	13	松本歯科大学	松本歯科大学病院	医科併設歯科病院	大学附属
	14	朝日大学歯学部	朝日大学歯学部附属病院	医科併設歯科病院	歯学部附属
	15	愛知学院大学歯学部	愛知学院大学歯学部附属病院	医科併設歯科病院	歯学部附属
	16	大阪歯科大学	大阪歯科大学附属病院	医科併設歯科病院	歯学部・大学院附属
	17	福岡歯科大学	福岡歯科大学医科歯科総合病院	医科併設歯科病院	歯学部附属

その他の病院では専任の薬剤師と放射線技師は約 4 人と 3 人であった．また，専任の管理栄養士がいない私立が 5 病院あり，すべて医科併設歯科病院であった．専任の言語聴覚士がいる歯科病院は国立 1，私立 4 の計 5 病院で，複数の専任言語聴覚士がいるのは日本歯科大学附属病院と昭和大学歯科病院の 2 校であった．

歯科衛生士や歯科技工士などの歯科関連職員数については，特定機能病院では約 17 人と 6 人であった．一方，その他の病院では約 27 人と 9 人であった．歯科関連職員について国公立と私立を比較すると，専任歯科衛生士数は国立で約 14 人，私立は約 30 人で，私立は国立の 2 倍の専任歯科衛生士がいる結果となった．専任の歯科技工士は国立が約 7 人，私立で約 9 人であり，歯科衛生士と異なり大きな差はなかった．

4) 病床数

各病院の病床数を国公立と私立に分け，**表 13-4** に示した．国公立では 3 病院を除き歯科・口腔外科専用病床にて運用されており，一病院当たり約 37 床を有していた．私立では，2 病院は歯科病院であり医科の併設がなく，医科併設歯科病院の 4 病院が医科は外来だけであるので，これらの 6 病院は歯科・口腔外科専用病床であるが，他の 11 病院は医科との共用病床で運用されている．私立における歯科・口腔外科専用病床数は，一病院平均約 15 床であるが，共用病床を入れると約 35 床となり，国公立と私立には大きな差はない．

表 13-2　患者数

（単位：人，主附属病院のみ）

	No.	主附属病院名	2009 年度				2010 年度				2011 年度			
			歯科外来	医科外来	口腔外科等歯科入院	医科入院	歯科外来	医科外来	口腔外科等歯科入院	医科入院	歯科外来	医科外来	口腔外科等歯科入院	医科入院
国公立	1	北海道大学病院	171,972	580,853	828	14,852	175,300	583,921	933	15,410	183,796	587,826	1,080	15,535
	2	東北大学病院	127,032	541,296	9,142	385,471	125,770	525,945	8,343	383,483	134,049	549,124	8,341	396,343
	3	東京医科歯科大学歯学部附属病院	446,582	0	17,508	0	450,141	0	18,387	0	460,556	0	17,169	0
	4	新潟大学医歯学総合病院	139,017	354,344	11,388	255,636	137,395	366,172	10,653	257,867	139,490	370,978	10,421	258,787
	5	大阪大学歯学部附属病院	206,864	555	11,363	0	210,563	558	12,113	0	212,286	570	11,958	0
	6	岡山大学病院	145,262	395,506	7,032	260,171	151,010	408,584	7,446	262,354	154,710	428,657	7,741	263,094
	7	広島大学病院	122,534	405,320	7,737	246,826	128,695	423,639	7,556	240,510	133,446	439,700	9,738	247,377
	8	徳島大学病院	103,491	304,632	5,602	197,299	107,891	306,314	6,308	197,771	107,824	314,999	6,467	198,080
	9	九州大学病院	147,641	471,732	12,496	380,671	150,277	488,329	12,123	381,183	158,422	505,563	11,944	377,533
	10	長崎大学病院	107,042	280,162	7,951	261,437	114,303	293,483	7,456	270,713	109,826	305,073	7,863	274,899
	11	鹿児島大学病院	99,817	216,126	10,350	200,308	101,348	205,722	10,817	190,957	102,265	204,223	10,568	186,684
	12	九州歯科大学附属病院	129,537	3,852	837	0	128,599	3,965	834	0	126,356	3,416	855	0

	No.	主附属病院名	2009 年度				2010 年度				2011 年度			
			歯科外来	医科外来	口腔外科等歯科入院	医科入院	歯科外来	医科外来	口腔外科等歯科入院	医科入院	歯科外来	医科外来	口腔外科等歯科入院	医科入院
私立	1	北海道医療大学病院	48,749	68,717	1,508	2,751	54,029	70,005	1,455	2,706	55,423	69,491	1,371	3,051
	2	岩手医科大学病院	105,178	423,765	10,660	333,626	102,433	420,616	10,150	335,976	110,136	424,213	9,106	333,032
	3	奥羽大学歯学部附属病院	84,025	3,972	1,520	0	80,045	4,070	1,681	0	75,107	3,636	1,106	0
	4	明海大学歯学部付属明海大学病院	146,289	14,836	5,549	6	144,921	14,345	4,977	2	144,736	14,316	5,052	2
	5	日本大学松戸歯学部付属病院	237,275	17,480	6,259	12	239,296	17,922	5,669	11	240,984	18,508	5,204	19
	6	東京歯科大学千葉病院	257,850	6,782	8,863	0	257,246	7,301	8,955	0	261,552	7,712	8,848	0
	7	日本歯科大学附属病院	161,669	8,557	2,504	337	166,285	9,278	2,535	561	173,697	9,119	2,973	397
	8	日本大学歯学部付属病院	197,284	0	2,792	0	195,380	0	2,859	0	202,003	0	2,943	0
	9	昭和大学歯科病院	208,775	4,431	5,446	0	210,843	4,668	5,363	0	214,097	4,066	5,299	0
	10	神奈川歯科大学附属病院	132,601	3,400	446	18	131,645	3,144	472	32	137,980	2,445	578	24
	11	鶴見大学歯学部附属病院	231,358	18,983	623	131	257,616	21,249	522	322	257,268	17,996	563	48
	12	日本歯科大学新潟病院	135,285	0	4,639	0	132,626	0	4,719	0	129,398	0	4,590	0
	13	松本歯科大学病院	103,242	13,500	1,559	1,177	109,439	16,695	1,572	1,454	112,980	18,915	1,655	2,075
	14	朝日大学歯学部附属病院	138,027	10,610	1,863	0	147,265	10,703	1,715	1,237	154,183	10,719	1,647	1,146
	15	愛知学院大学歯学部附属病院	209,299	9,937	8,247	0	215,064	9,854	7,896	0	212,657	9,886	8,361	0
	16	大阪歯科大学附属病院	235,436	22,996	6,483	1,084	244,328	21,039	6,897	868	244,296	18,382	6,992	1,017
	17	福岡歯科大学医科歯科総合病院	116,353	26,504	4,085	6,123	119,248	32,339	2,671	8,060	122,213	34,022	4,241	6,285

表 13-3　病院事務・医療職員数

（単位：人）

	No.	主附属病院名		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
国公立	1	北海道大学病院	専任	220	0	35	874	74	4	7	48	7	3	13	6	0
			非専任	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	東北大学病院	専任	188	113	85	1,101	113	4	12	61	12	6	18	7	922
			非専任	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	東京医科歯科大学 歯学部附属病院	専任	34	1	9	59	16	1	1	7	0	1	32	18	13
			非専任	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	新潟大学医歯学総合病院	専任	90	0	44	797	3	2	5	37	0	4	12	6	87
			非専任	54	0	0	19	1	5	0	4	6	1	5	0	46
	5	大阪大学歯学部附属病院	専任	37	0	3	48	0	0	1	3	0	1	3	9	3
			非専任	15	0	2	1	4	0	0	1	0	2	4	3	4
	6	岡山大学病院	専任	156	6	52	842	2	0	6	42	5	4	15	7	112
			非専任	76	12	0	20	20	0	0	1	1	0	1	0	17
	7	広島大学病院	専任	317	58	59	792	47	0	10	39	8	4	21	7	1,117
			非専任	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8	徳島大学病院	専任	118	0	37	618	25	5	11	37	3	2	15	6	126
			非専任	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	9	九州大学病院	専任	261	不明	68	1,204	49	1	6	58	4	6	15	5	296
			非専任	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10	長崎大学病院	専任	143	22	40	808	1	2	12	31	4	2	15	5	850
			非専任	16	37	0	15	44	0	0	0	0	0	0	0	35
	11	鹿児島大学病院	専任	78	0	31	559	4	0	4	28	0	1	10	4	69
			非専任	72	0	5	39	38	0	0	3	2	0	4	1	52
	12	九州歯科大学附属病院	専任	2	0	1	23	0	0	1	2	0	0	2	2	3
			非専任	2	0	2	8	5	0	0	0	0	0	7	0	10

	No.	主附属病院名		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
私立	1	北海道医療大学病院	専任	6	0	5	15	0	1	1	3	0	1	12	3	2
			非専任	3	16	0	18	2	0	0	0	2	1	7	2	4
	2	岩手医科大学病院	専任	181	64	54	1,084	53	4	12	56	6	4	34	9	857
			非専任	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	奥羽大学歯学部附属病院	専任	16	0	3	15	0	1	0	3	0	0	20	5	3
			非専任	5	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	明海大学 歯学部付属明海大学病院	専任	5	3	3	15	1	3	0	3	0	0	8	1	3
			非専任	19	14	0	8	8	1	0	0	0	0	18	1	30
	5	日本大学 松戸歯学部付属病院	専任	23	20	2	15	2	0	1	5	0	0	27	6	0
			非専任	3	9	0	11	51	0	0	0	0	0	6	0	0
	6	東京歯科大学千葉病院	専任	18	0	4	24	5	0	1	5	0	0	41	8	0
			非専任	22	21	1	0	0	1	0	0	0	1	7	0	0
	7	日本歯科大学附属病院	専任	21	0	2	28	3	0	1	3	0	2	43	15	4
			非専任	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	8	日本大学歯学部付属病院	専任	13	18	3	14	1	2	1	3	0	0	25	10	0
			非専任	0	0	0	3	0	0	0	2	0	0	9	3	0
	9	昭和大学歯科病院	専任	23	2	3	21	2	3	0	5	0	2	33	17	16
			非専任	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	10	神奈川歯科大学附属病院	専任	11	3	2	18	0	0	0	2	0	0	26	8	3
			非専任	1	27	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	11	鶴見大学歯学部附属病院	専任	16	8	2	22	0	0	1	3	1	0	38	10	3
			非専任	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	12	日本歯科大学新潟病院	専任	7	0	3	19	2	0	1	5	0	0	31	8	0
			非専任	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	13	松本歯科大学病院	専任	16	0	2	27	0	0	1	4	2	0	40	8	50
			非専任	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	14	朝日大学歯学部附属病院	専任	10	16	2	15	2	1	0	3	0	0	24	3	10
			非専任	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	15	愛知学院大学 歯学部附属病院	専任	17	0	2	35	1	0	1	5	0	1	36	13	5
			非専任	6	45	2	4	3	0	0	0	0	6	8	0	1
	16	大阪歯科大学附属病院	専任	24	0	3	28	1	0	1	4	1	0	36	18	5
			非専任	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	1
	17	福岡歯科大学 医科歯科総合病院	専任	8	0	3	33	0	1	1	4	1	0	33	4	4
			非専任	0	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1

表 13-4　病床数　　（単位：床）

	No.	主附属病院名	歯科・口腔外科	医科・歯科共用	医科・その他
国公立	1	北海道大学病院	26	910	10（休床中）
	2	東北大学病院	32	0	1,276
	3	東京医科歯科大学歯学部附属病院	60	0	0
	4	新潟大学医歯学総合病院	38	0	787
	5	大阪大学歯学部附属病院	40	0	0
	6	岡山大学病院	26	0	809
	7	広島大学病院	40	0	706
	8	徳島大学病院	22	0	674
	9	九州大学病院	38	0	1,237
	10	長崎大学病院	24	35	826
	11	鹿児島大学病院	32	688	0
	12	九州歯科大学附属病院	60	0	0
	No.	主附属病院名	歯科・口腔外科	医科・歯科共用	医科・その他
私立	1	北海道医療大学病院	0	24	0
	2	岩手医科大学病院	32	2	1,105
	3	奥羽大学歯学部附属病院	22	0	0
	4	明海大学歯学部付属明海大学病院	0	60	0
	5	日本大学松戸歯学部付属病院	0	33	0
	6	東京歯科大学千葉病院	40	0	0
	7	日本歯科大学附属病院	0	42	0
	8	日本大学歯学部付属病院	24	0	0
	9	昭和大学歯科病院	22	0	0
	10	神奈川歯科大学附属病院	0	23	0
	11	鶴見大学歯学部附属病院	0	32	0
	12	日本歯科大学新潟病院	50	0	0
	13	松本歯科大学病院	0	31	0
	14	朝日大学歯学部附属病院	0	30	0
	15	愛知学院大学歯学部附属病院	44	0	0
	16	大阪歯科大学附属病院	16	13	6
	17	福岡歯科大学医科歯科総合病院	0	50	0

5) 点検・評価

医療法第 25 条第 1 項の規定に基づき，大学附属病院には数年に一度，地方自治体による立ち入り検査が実施されている．医療法に規定された医療従事者数や，診療録などの管理状況，安全管理・感染予防体制の確保状況が検査され，病院を良質で適正な医療を行う場としてふさわしいものとするために行われているので，すべての歯科大学・歯学部の附属病院は，ある程度の評価を受領しているといえる．しかし，この立ち入り検査だけでは病院機能の評価・点検は不十分であるため，多くの病院で外部評価を受け入れている．

岡山大学病院と岩手医科大学病院を除く特定機能病院と東京医科歯科大学歯学部附属病院，日本歯科大学附属病院，福岡歯科大学医科歯科総合病院は，財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審し認定されている．また，広島大学病院では，医療サービスのマネージメントに対し ISO 9001, 2008 を取得している．なお国公立と一部の私立は，医療安全と感染予防対策について，2 年に一度の大学病院間で行う，医療事故防止のための相互チェックを行っている．

6) 地域との連携

特定機能病院では，病院や診療所からの紹介患者に対する高次医療を行うことが多いので，地域医療連携センターなどの専門部門を設置しており，地域との連携体制が整っている．また，地域医療機関との医療機能連携を締結して，一次・二次医療機関との診療内容の差別化を行っている．さらに，がん拠点や災害拠点病院としての役割も担っている．

歯科病院や医科併設歯科病院でも地域連携室などの部門を設置し，地域の歯科医療との連携を図るだけでなく，介護・福祉関係などの機関との連携も図られている．また，地域の歯科医師会と協同した講演会や講習会，一般市民向けの情報提供の場を提供している病院も多い．

第14章 専門医制度

一戸　達也

医学や歯科医学の急速な進歩・発展によって，歯科医療が高度化するとともにその内容が細分化かつ専門化してきている．このような状況の下，国民が医療に求めるニーズはますますレベルが高くなり，高度で専門的な歯科医療を安心・安全な環境で適切に提供できる歯科医師が強く社会から求められるようになっている．

平成14年4月1日付の医療機関の広告規制の緩和に伴い，医師・歯科医師の専門性に関し，告示で定める基準を満たすものとして厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定する資格名が広告できるようになった．現在，歯科医師の専門性については，5団体の5資格名が厚生労働大臣の承認を受けて広告可能になっている（**表14-1**）．これらの専門医は，一般歯科医師からみてもその専門性がわかりやすい領域を担当している．しかし，その他にも，歯科系の多くの学会が専門医制度や認定医制度（以下，専門医・認定医制度）を制定し，各領域の専門家を養成している．

医科系学会の場合，現状では，各学会が制定した専門医制度を社団法人日本専門医制評価・認定機構が審査・評価し，専門医の質の維持・向上を図っている．一方，歯科系学会の場合にはそのような第三者機関が存在しないため，日本歯科医学会のなかに専門医制協議会を設置している．実際に広告可能な専門医として厚生労働大臣の承認を受けるためには，歯科系の専門医の場合，まず申請学会が日本歯科医学会専門医制協議会で当該学会の専門医制度の審査を受け，承認された後に当該学会が厚生労働大臣に広告可能な専門医の資格を申請する．これを受けて，厚生労働大臣は日本歯科医師会など関連団体の意見を聞き，広告の可否を判断することになっている．現状では，前述の5資格のほかに，4団体の4資格が厚生労働大臣に申請中である．

いちのへ　たつや
東京歯科大学歯科麻酔学講座
キーワード：専門医，認定医，指導医

従来から，歯科医師は個人開業医の割合が圧倒的に多いために，一人の歯科医師が歯科全般を担当することが一般的であり，専門分野という意識が歯科医師の側でも患者の側でも希薄であった．このため，個人の歯科医師が専門分野のみで開業することは現在においてもまれである．一方で，前述したように，国民が高度で専門的な歯科医療を安心・安全な環境で適切に提供できる歯科医師を求めるようになってきた現在，開業医が中心となっている歯科医療の特性と歯科医師の専門性との間で，歯科における専門医のあり方について，さまざまな議論が行われていることも事実である．

これらのことを踏まえ，今回の白書では，日本歯科医学会専門分科会および認定分科会の専門医・認定医制度についての現状をまとめた．

1）専門医・認定医制度の現状

現在，日本歯科医学会には21の専門分科会と19の認定分科会があり，16の専門分科会と15の認定分科会が専門医・認定医制度を制定している（**表14-2，3**）．

専門分科会のなかで，専門医制度を有している学会は12学会あり，4学会は認定医制度のみとなっている．3学会については，専門医・認定医・指導医などの立場のほかにその他の認定資格名を制定している．専門分科会のうち専門医・認定医制度を有していない学会は，歯科基礎医学会，日本歯科医史学会，日本歯科医学教育学会の3学会である．日本歯科理工学会は専門医・認定医制度は制定していないが，称号認定制度（Dental Materials Adviser, Dental Materials Senior Adviser）を実施している．日本歯科薬物療法学会はICD協議会に加盟し，ICD（Infection Control Doctor）養成のための研修会などを実施している．

認定分科会のなかで，専門医制度を有している学会は3学会のみであり，12学会は認定医制度のみとなってい

表 14-1　広告可能な歯科系専門医

専門医の名称	学会名	認定年月日
口腔外科専門医	公益社団法人　日本口腔外科学会	2003. 11. 19
歯周病専門医	特定非営利活動法人　日本歯周病学会	2004. 10. 5
歯科麻酔専門医	一般社団法人　日本歯科麻酔学会	2006. 3. 24
小児歯科専門医	一般社団法人　日本小児歯科学会	2006. 3. 24
歯科放射線専門医	特定非営利活動法人　日本歯科放射線学会	2010. 3. 17

表 14-2　専門分科会の専門医・認定医制度

学会名	会員数 (2011.9.30現在)	制度	認定医数	会員歴	専門医数	会員・認定医歴	指導医数	会員・認定医・専門医歴	備考
特定非営利活動法人 日本歯科保存学会	4,465	専門医 指導医			746	会員歴 5 年以上	326	専門医歴 5 年または 10 年以上	
社団法人 日本補綴歯科学会	6,695	専門医 指導医			1,145	会員歴 5 年以上	661	会員歴 15 年以上かつ専門医	
公益社団法人 日本口腔外科学会	9,707	専門医 指導医			1,800	会員歴 6 年以上	813	会員歴 12 年以上かつ専門医歴 3 年以上	注 1)
一般社団法人 日本矯正歯科学会	6,350	認定医 専門医 指導医	2,736	5 年以上	268	会員歴 12 年以上かつ 認定医	570	会員歴 12 年以上の認定医かつ 大学矯正歯科における指導歴 3 年以上	
一般社団法人 日本口腔衛生学会	2,463	認定医 指導医	277	3 年以上			46	会員歴 10 年以上かつ認定医歴 5 年以上	
特定非営利活動法人 日本歯科放射線学会	1,285	認定医 専門医 指導医	232	2 年以上	214	会員歴 5 年以上かつ 認定医	71	会員歴 10 年以上かつ専門医歴 3 年以上	注 2)
一般社団法人 日本小児歯科学会	4,431	認定医 専門医 指導医	174		1,237	会員歴 5 年以上	170	会員歴 15 年以上かつ専門医	
特定非営利活動法人 日本歯周病学会	8,676	認定医 専門医 指導医	258	3 年以上	1,025	認定医歴 2 年以上	194	専門医歴 7 年以上	
一般社団法人 日本歯科麻酔学会	2,355	認定医 専門医 指導医	1,087	2 年以上	241	会員歴 5 年以上かつ 認定医	31	診療部門の長である専門医	
日本歯科医療管理学会	1,203	認定医							注 3)
一般社団法人 日本障害者歯科学会	4,426	認定医 指導医	874	3 年以上			95	会員歴 10 年以上かつ認定医歴 5 年以上	
一般社団法人 日本老年歯科医学会	2,523	認定医 専門医 指導医	204	3 年以上		会員歴 5 年以上かつ 認定医歴 2 年以上	146	会員歴 10 年以上かつ専門医歴 5 年以上 会員歴 10 年以上かつ認定医歴 7 年以上	注 4)
公益社団法人 日本口腔インプラント学会	12,254	専門医 指導医			705	5 年以上	166	会員歴 10 年以上かつ専門医歴 3 年以上	注 5)
一般社団法人 日本顎関節学会	2,534	専門医 指導医			291	5 年以上	180	会員歴 10 年以上かつ専門医	
特定非営利活動法人 日本臨床口腔病理学会	527	専門医 指導医			110	日本病理学会会員歴 3 年以上		口腔病理専門医かつ資格更新 1 回以上	注 6)
日本接着歯学会	924	認定医 指導医	874	3 年以上			46	会員歴 10 年以上かつ認定医歴 5 年以上	

注 1）その他の資格：専修医，注 2）その他の資格：歯科エックス線優良医，PET 核医学歯科認定医，注 3）2012（平成 24）年度から認定医制度開始，
注 4）2012（平成 24）年度から専門医制度開始，注 5）その他の資格：認証医，注 6）日本病理学会口腔病理専門医，日本病理学会口腔病理専門医研修指導医

表 14-3　認定分科会の専門医・認定医制度

学会名	会員数(2011.9.30現在)	制度	認定医数	会員歴	専門医数	会員・認定医歴	指導医数	会員・認定医・専門医歴	備考
日本レーザー歯学会	892	認定医 指導医	125	3年以上			68	認定医歴5年または10年以上	
一般社団法人 日本有病者歯科医療学会	1,073	認定医 指導医		3年以上			109	会員歴10年以上かつ認定医歴5年以上	
日本歯科心身医学会	640	認定医 指導医	57	5年以上			40	認定医のうちから理事会で委嘱	
特定非営利活動法人 日本臨床歯周病学会	1,980	認定医 指導医	330	3年以上			79	会員歴7年以上かつ認定医	注1)
日本歯内療法学会	1,847	専門医 指導医			162	会員歴5年以上	58	専門医歴5年以上	
日本歯科審美学会	4,015	認定医	112	5年以上					
日本歯科東洋医学会	693	認定医 専門医 指導医	91	5年以上	10	認定医歴10年以上	22	専門医歴3年以上	
日本スポーツ歯科医学会	1,071	認定医	73	3年以上					
日本顎顔面補綴学会	602	認定医	124	5年以上					
特定非営利活動法人 日本顎咬合学会	7,036	認定医 指導医	3,267	2年以上			263	会員歴10年以上かつ認定医	
日本磁気歯科学会	418	認定医	48	3年以上					
日本小児口腔外科学会	712	認定医 指導医	36	5年以上			96	会員歴8年以上かつ認定医歴3年以上	
公益社団法人 日本顎顔面インプラント学会	1,242	専門医 指導医			10	会員歴5年以上	190	会員歴10年以上かつ専門医歴3年以上	
日本外傷歯学会	715	認定医 指導医	223	5年以上			46	理事会が指定	
日本口腔診断学会	1,097	認定医 指導医	176	3年以上			76	会員歴10年以上かつ認定医	

注1）本学会認定医は日本歯周病学会認定医と同条件で歯周病専門医を申請可能

る．専門医・認定医・指導医などの立場のほかにその他の認定資格名を制定している学会はない．認定分科会のうち専門医・認定医制度を有していない学会は，日本顎口腔機能学会，日本顎変形症学会，日本口腔腫瘍学会の3学会である．日本口腔感染症学会は，日本歯科薬物療法学会と同様にICD協議会に加盟し，ICD養成のための研修会などを実施している．また，専門分科会と認定分科会とを問わず，いくつかの学会では歯科医師ばかりでなく歯科衛生士や歯科技工士など，その他の職種に対する認定制度を実施している．

2）専門医・認定医と一般歯科医との連携体制

専門医・認定医制度を有している学会のうち，一般歯科医師との連携のための特別な事業を行っていると回答した学会は専門分科会が16学会中6学会，認定分科会が15学会中4学会であった．これらのうちの多くは，会員である一般歯科医師に対する研修事業を行っているという回答であったが，いくつかの学会では非会員に対する研修事業などを実施していた．

代表的な例として，日本口腔外科学会は，地域歯科医師会・病院歯科口腔外科・行政と連携しながら研修会などを通じて病診連携を推進している．日本歯科麻酔学会は，都道府県歯科医師会・郡市区歯科医師会との共催で「安全な歯科医療のためのバイタルサインセミナー」を開催し，安全な歯科医療の普及を推進している．その他にも，各学会が一般歯科医師を対象とした研修会やカンファレンスなどを開催しており，患者ばかりでなく，広く一般の歯科医師に対して専門医・認定医として修得した知識や技能の普及・啓発に積極的に取り組んでいる姿勢がうかがわれた．これらの研修会などはわが国の歯科医療のレベルを底上げすると同時に，歯科医師の専門性を広く国民に認識してもらうためにもきわめて重要なことであり，今後も一層の充実が期待される．その一方で，現状では多くの専門医・認定医が大都市や歯科大学・歯学部周辺の都市に偏在する傾向があることも事実であり，わが国の歯科医療を広くレベルアップするために，この偏在の解消が今後の重要な検討課題であると思われる．

第15章 生涯学習

影山　幾男

生涯学習とは人が生涯にわたり学び・学習の活動を続けていくことである．人が自己の充実・啓発や生活の向上のために，自発的意思に基づいて行うことを基本とし，必要に応じて自己に適した手段・方法をみずから選んで，生涯を通じて行う学習だという定義（昭和56年の中央教育審議会答申「生涯教育について」より）が広く用いられている．大学における生涯学習では，少子化，大学全入時代を前に手持ちの教育インフラが活用されている．文部科学省の指導もあって，現在では昼夜開講制や夜間大学院の制度を導入して社会人でも高度な教育を受けられるようにカリキュラム編成をしている大学が増えている．

歯科医師における生涯学習とは，卒後においても生涯にわたり治療に必要な最新の知識を導入し診療の問題を解決するために学び続けることである．少子高齢社会の到来に伴う歯科疾病構造の変化や社会ニーズの多様化により，歯科医師に求められる資質・技能は多様化している．これらの変化に対応するため，日本歯科医師会や学会，大学，大学同窓会などが中心となり，歯科医師の生涯学習を提供してきている．しかしながら，卒前教育・卒後教育・生涯教育の一貫した教育プログラムは未整備であり，歯科医師生涯学習をより充実したものとするために教育プログラムの整備が求められる．

1）生涯学習のあり方

学会，歯科大学・歯学部が中心となり，卒前教育・卒後教育・生涯教育の一貫した教育プログラムのあり方について議論し，プログラムを整備する全国の歯科大学・歯学部はアドミッションポリシー，カリキュラムポリシー，ディプロマポリシーを常にブラッシュアップを行うとともに，卒前教育・卒後教育・生涯教育を見据えた歯学部卒業生のキャリアパスを明示する．次に，関係諸団体が緊密な連絡を取り，卒後教育・生涯学習を充実する．さらに医科，コデンタル，介護職，福祉職などほかの関連職と連携し，協働を目指したプログラム開発を行う．

(1) 日本歯科医学教育学会や関連学会の教育委員会が連携し，広く生涯学習を議論する場を設置し，生涯学習プログラム案について議論を深める．
(2) まとめられた提言案を全国歯科大学・歯学部長会議など，全国歯学教育機関および日本歯科医師会に提示し，生涯学習プログラム案を作成する．
(3) 全国規模のFDを開催し，生涯学習プログラム案のブラッシュアップおよび啓発活動を行う．
(4) 関係行政機関は卒後教育・生涯教育の評価体制を構築するとともに，全国歯科大学・歯学部および日本歯科医師会は自己評価システムを構築する．

歯科医学，生涯学習のあり方として，歯科医学・医療・科学技術の進歩と社会の変化（経済的側面を含む）やワーク・ライフ・バランスに留意して，歯科医師としてのキャリアを継続させる生涯学習者としての能力（知識，技能，態度・行動）を身に付ける．

具体的には下記の3項目に要約できる．①みずから問題点を探し出し，自己学習によってそれを解決する．②歯科医学・医療に関連する情報を客観的・批判的に統合整理する．③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の重要性を説明する．

さらに研究マインドの涵養を推進するため，生命科学や医療技術の成果について生涯を通じて学び，病因や病態を解明する．上記の目標を念頭におき以下の項目を実施する．①研究は医学・医療の発展や患者の利益の増進を目的として行われるべきことを説明する．②生命科学の講義・実習で得た知識を基に，診療で経験した病態を解析する．③患者や疾患の分析を基に，教科書・論文な

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：生涯学習，歯科大学，日本歯科医師会

どから最新の情報を検索・整理統合し，疾患の理解・診断・治療の進化につなげる．④検索・検出した医学・医療情報から新たな課題・仮説を設定し，解決に向けて科学的研究（臨床研究，疫学研究，生命科学研究など）に参加する．

2) 生涯学習の現況

大学：生涯学習を導入している大学は 23 校である．以下，**表 15-1** にまとめた．

生涯教育のカリキュラムを立ち上げている学会の 1 つに日本老年歯科医学会がある．活動内容は 2011 年度総会にて支部設立が承認され，他学会・地域歯科医師会と連携し，支部活動が活発に行われ内容の充実を図っている．2011 年度は各支部において 24 の研修会が開催された．その教育・ガイドライン委員会では日本補綴歯科学会，日本障害者歯科学会とともに，摂食・嚥下障害，構音障害に対する舌接触補助床（PAP）に関する文献を収集，検討しガイドラインを完成させた．

以下，生涯学習に関してどのような取り組みを行っているかについて，専門分科会と認定分科会に区別して**表 15-2** にまとめた．

3) 日本歯科医師会の役割

平成 24・25 年度に日本歯科医師会から提出された日歯生涯研修事業実施要領によると，日歯生涯研修事業の概要が目的，実施主体，実施対象，「JDA E-system」の利用方法，研修項目と研修コード，研修方式と研修単位について説明されている．その目的として，「歯科医師は国民の健康維持・増進に責任を持つ専門職であり，歯科医学の進歩に対応して必要な研修を生涯にわたって続けることは当然の責務である．また，世界の歴史に前例を見ない速さで高齢社会になった日本において，歯科医師の社会的責務は今後一層大きなものとなる．日本歯科医師会会員がその責務を果たすために不断の努力を重ねるための支援を行うこと，また，この事実を広く国民に提示し，国民の理解と正当な評価が得られるようにすることが本事業の目的である」と述べられている．その実施主体は日本歯科医師会ならびに都道府県歯科医師会であり，日本歯科医学会，同所属専門分科会，同所属認定分科会，歯科大学，大学歯学部，日本学校歯科医会などの協力により，「JDA E-system」を利用して実施する．この事業を推進するため日本歯科医師会ならびに都道府県歯科医師会に学術（生涯研修）委員会，またはこれに準ずる機関を設置する．

研修項目は臨床歯科医にとって基本的かつ必須のカリキュラムの全体像（項目）を「日歯生涯研修ガイダンス」としてまとめた．会員が研修を行い，「日歯生涯研修事業」において単位を取得するには，該当する研修コードを登録することが必要である．研修方式は，講義を受講する受講研修，用意された教材を用いた教材研修，歯科医学大会での症例発表，歯科医学関係雑誌への学術論文の投稿などの主体的な活動を行う能動的研修，研修会など（学術大会・総会，学会，歯科医学大会，生涯研修セミナーなど）を受講する特別研修などがある．

表 15-1　生涯学習の現況に関する調査（大学）

機関名	生涯学習の内容
北海道医療大学 歯学部	生涯学習事業は，本学の特徴である「保健」「医療」「福祉」をキーワードに実施しており，講座を①主催事業，②共催事業，③後援事業，④支援事業の 4 つに区分して実施している．①主催事業は，全学的に協力して行う講座で，2011 年度は，「子育て支援」をテーマとして本学の特色を活かした内容で全 4 回実施した．②共催事業は，自治体などの地域との結びつきを重視し，③後援事業については，主に本学同窓会が主催となって行うセミナーを，大学がバックアップする形で実施している．
北海道大学歯学部	北海道大学歯学部同窓会が中心となり，北海道大学歯学部が協力する形で，同窓生に対し，毎年生涯研修セミナーを開催している．
岩手医科大学 歯学部	地域住民などを対象とした「市民公開講座」を毎年開催している．平成 23 年度は 2 日間にわたり，医・歯・薬学部の教員が専門領域に関する講義を実施した．
奥羽大学歯学部	市民対象の公開講座
東北大学歯学部	宮城県から業務委託を受けて実施している「大学開放講座」で，対象は，県内在住で原則 18 歳以上の者（ただし，高校生は認める）．1 講座 50 人以上で，1 回の時間単位を 2 時間程度，総回数 4 回程度，総時間数 8 時間程度とするもので，受講料は無料．歯学研究科では，1 回 2 時間，総回数 5 回で，10 時間の講座を毎年開講している．

機関名	生涯学習の内容
明海大学歯学部	「明海大学・朝日大学歯学部生涯研修部」「クリニカルベーシックセミナー」「クリニカルステップアップセミナー」「ハンズオン」のベーシックからアドバンスまで多彩なプログラムを用意しており，あらゆる先生方の臨床テクニックの向上につながるように考えている．
日本大学 松戸歯学部	本学部卒業の有無にかかわらず歯科医師を対象にスキルアップのための研修会を定期的に開催している．コース名を例示すると，次のとおり．コース名：顎関節治療を導入して診療の幅を広げよう！；マイクロスコープ治療―ハンズオン―；根管治療の勘どころ；実践！　これから始めるインプラント治療―4日間コース―；総義歯の達人になる臨床2日間コース―印象から調整までの患者研修―；歯列拡大による非抜歯矯正治療の診断と治療法―3日間コース―；患者さんの訴える所見が口の中になかったら？―難症例と心身医学的対応―；歯周治療の基礎知識と歯周組織再生療法実習　など
東京医科歯科大学 歯学部	毎年，東京都歯科医師会に協力して，臨床の4分野が交代で，卒後研修を大学で実施している．また本学歯科同窓会と協力し，大学の各分野がContinuing dental educationとして，学術講演会や臨床に関連した実習コースを提供している．さらに全国の歯科医師会，学術団体などからの要請に応じて，歯科医師，歯科衛生士，歯科技工士を対象とした生涯学習（講演会，実習コースなど）を，専門分野の教員が適宜実施している．
東京歯科大学	卒業後，大学で学べるよう，専攻生，一般専修科生，臨床専門専修科生といったリカレント教育システムを構築している．また，社会人大学院生の募集も行っている．
日本歯科大学 生命歯学部	卒後研修として，講演会の開催などの活動を行っている．
日本大学歯学部	年に2回，本学部の同窓生および一般歯科医療従事者（開業医等）対象に歯科の専門的な内容について講演会を設けている．
昭和大学歯学部	2～5年次までのPBLテュートリアル教育で，生涯にわたる問題発見・問題解決の力を育成している．
鶴見大学歯学部	「口の中から学べること」というテーマで，なぜこれだけ歯科医療が進歩しているのに，虫歯や歯周病はなくならないのかを熟考する．歯を悪くしたり喪失したりすることは悲しいことであるが，その経験から何を学び成長するかが重要な鍵となる．一方，人間の口腔機能は文化や芸術を生み出すほどにたいへん高度に発達し，なかでも食べる楽しみ（食文化）は人生最高の，そして最後の楽しみになる．健口・口福から健康・幸福までいろいろな実習を交えて体験的に学ぶ講座であり，歯を喪失した人にも幸せに生きるためのヒントを探す．
朝日大学歯学部	1999年から明海大学・朝日大学歯学部生涯研修部を設置し，高度先端医療の最新知見やテクニックを得るための歯科医師研修プログラムを開設している．また，姉妹校のカリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）歯学部生涯研修とのジョイントプログラムを共同で推進している．
愛知学院大学 歯学部	生涯学習･対人関係能力（3年春学期開講）で歯科医師としての生涯学習の重要性について講義を行っている．（コミュニケーション，歯科医師会などの社会的活動，ボランティア活動，学会活動，チーム医療）
大阪歯科大学	公開講座
大阪大学歯学部	①大阪大学歯学部同窓会主催の臨床談話会に講師を派遣 ②大阪大学歯学部同窓会主催の臨床研修会にスタッフを派遣し，実習を行っている．
岡山大学歯学部	摂食嚥下セミナー，口腔インプラントセミナー（地域の医療関係者らに対する研修） 歯学会での歯科衛生士，歯科技工士セッション 入れ歯の作成・使用・維持管理に関する講座（市民向け） 歯学・医学などの保健と健康，病気全般に対する知識・予防対策などに関する講座（市民向け）
九州歯科大学	e-ラーニングによるオンデマンドの生涯研修システム「Q-shidaiゼミ」を開講し，Webで公開している．
九州大学歯学部	開業医向けの歯科臨床セミナーを年2回実施している．
福岡歯科大学	平成23年度の生涯学習の実績として，下記の5つの卒後研修を実施した． 1. 口腔インプラント臨床研修コース（中級編） 2. 口腔インプラントセミナー 3. 口腔インプラント初級講習会 4. 保存・歯周治療の基本と応用 5. 口腔外科・全身管理・画像診断学講習会
長崎大学歯学部	同窓会と連携し，卒後研修セミナーを定期的に開催している．
鹿児島大学歯学部	鹿児島大学歯学部公開講座：地域の歯科医療従事者，一般社会人対象にお互いの情報交換と緊密な連携，お互いの学習を目的に昭和54年度よりさまざまなテーマで開催している．昨年は「最近の歯科医療―審美性の回復と全身の関わり―」というテーマで開催している．

表 15-2　生涯学習の現況に関する調査（分科会）
15-2-(1)　専門分科会

学会名	活動内容
特定非営利活動法人 日本歯科保存学会	学会専門医制度を通して専門領域の研鑽の場を会員に提供している．年 2 回の学術大会開催は開催県・地区歯科医師会を通して地域歯科医師に告知し，日本歯科医師会生涯研修認定学術事業としている．また市民フォーラムや市民公開講座を年 2 回以上開催して地域歯科医師の研修の場を提供している．
社団法人 日本補綴歯科学会	生涯学習公開セミナーを開催している．これは，本学会の会員および地域で歯科医療に従事している歯科医師を含めた非会員歯科医療関係者を対象に，歯科補綴学の知識や技術の向上を図るための学術的研修の場を提供することを目的としている．本セミナーは（社）日本補綴歯科学会による社会貢献事業の一環として実施されるもので，会員，非会員の区別なく無料で公開している．本学会の 9 支部で開催する支部学術大会に併せて開催する場合と，地域歯科医師会と共同で開催する場合があり，年間開催回数は 8〜10 回である．会員，非会員の参加比率は 6：1 程度である（平成 22 年度回収アンケートからの推定）．一方，本学会の専門医資格を取得した会員と，専門医資格の取得を目指す会員を対象として，専門医研修会を開催している．年間開催回数は 1 回である．
公益社団法人 日本口腔外科学会	本学会では，2001 年より「歯科臨床医リフレッシュセミナー」の研修会を設立した．対象は，歯科口腔外科標榜医，臨床歯科医，本学会会員で，主目的は地域における研修と連携医療の推進支援であり，その後，関連医療連携委員会の下に開催されている．本セミナーの最近の主なテーマは「歯科治療における医療関連死と究明制度」であり地域歯科医師会の協力を得，現在毎年本学会 6 地方会開催日に併せて行っているが，生涯学習の一助として出席者の好評を得ている．
一般社団法人 日本矯正歯科学会	学会のなかに生涯研修委員会を設けており，6 名の委員で構成されている．委員会の事業として，年 1 回，生涯研修セミナーを開催し，会員の生涯研修に寄与する企画を立案，遂行している．その他，毎年の学術大会において，特別講演，シンポジウム，ラウンドテーブルディスカッションなど，生涯教育にふさわしい企画がなされており，大会参加者は毎年総会員数の 60〜70％に達している．さらに認定医制度と連動して，その更新に必要な研修として，学術大会や地方学会への参加を推奨するために必要な参加ポイントの取得を課している．
一般社団法人 日本口腔衛生学会	年 1〜2 回の認定医研修会を実施している．新規および更新により認定医を目指す者は，指導医のいる認定医研修機関での 3 年以上の研修を義務づけている．
日本歯科理工学会	称号認定制度を施行し，Dental Materials Adviser ならびに Dental Materials Senior Adviser を認定することによって，歯科材料・器械に関する深い知識と優れた技術を有する人材の育成に努めている．年 2 回開催されている学術講演会では，必要に応じて Dental Materials Adviser/Dental Materials Senior Adviser 特別セミナーを開催し，研修の機会を設けている．また，昨年度は歯科理工学教育用語集の第 2 版を発行し，称号認定資格保有者に無料で配布した．
特定非営利活動法人 日本歯科放射線学会	一般歯科医師を対象とした生涯学習は本学会教育委員会が担当するが，特に歯科医師生涯研修支援・歯科エックス線優良医研修・日歯生涯研修事業の担当部門（委員 10 名）を置いて活動している．「歯科医師生涯研修会」を年 3〜4 回開催する．エックス線の有効利用と適正な管理を含み，パノラマエックス線写真の読影，歯科用コーンビーム CT，インプラントの画像診断などの研修会を行っている．多数の一般歯科医の参加があり，好評である．今後も同様な啓発活動を全国的に展開する予定である．
一般社団法人 日本小児歯科学会	毎年開催される一般社団法人日本小児歯科学会全国大会において，学術委員会主催によるワークショップを開催している．また，年 2 回専門医・認定医を対象とした生涯研修セミナーを開催している．さらに，専門医認定委員会が主催する専門医を対象としたセミナーを年 3 回開催している．
特定非営利活動法人 日本歯周病学会	生涯教育については，年 2 回行われる学術大会において，学術研究発表のほかに認定医・専門医教育講演，臨床ポスター発表会，歯科衛生士教育講演を行い，会員ならびに一般歯科医師・歯科衛生士に対する生涯教育に力を入れている．また，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．さらに秋の学術大会を改変し，歯科系大学のない府県で開催することで，地域歯科医師会・歯科衛生士会との協調を深めるとともに，歯周病学の普及・向上により，国民の健康増進に寄与することを重要な目標と考え取り組んでいる．
一般社団法人 日本歯科麻酔学会	①リフレッシャーコースの開催：年 1 回 4 つのテーマを基にそれぞれ講義形式（1 講義：80 〜 90 分間）の講習会を行っている．テーマおよび講師の選定は教育研修委員会が企画し，運営も同委員会が当たっている．本コースにより日本歯科医師会実施の生涯研修事業による単位取得も可能である．なお，本コースは平成 24 年度で第 26 回となる． ②日本 ACLS 協会トレーニングサイトとの共催で AHA-BLS（一次救命）コースおよび AHA-ACLS（二次救命）コースを開催：会員および近隣の医療従事者を対象とした AHA-BLS コースおよび AHA-ACLS コースを大阪および東京で年間 4 〜 7 回開催している．

学会名	活動内容
日本歯科医史学会	年間 9 回の月例会（第 3 金曜日）を開催し，会員だけでなく広く有志からの発表を募り近々の話題を提供している．
日本歯科医療管理学会	医療管理自体の基礎部分を学部学生あるいは研修医などの若い世代から開業前までに習得すべきと考えている． 1）本学会では，生涯教育を考慮し，歯科医療管理を診療管理と経営管理に大別し，幅広く教育講演を総会時に実施している． 2）全国の 8 地方支部では，年 1 回の大会を開催し，支部会員の今日的テーマを取り上げ講演，シンポジウムを行っている． 年 1 回の学術大会，支部（8 支部）学術大会において，歯科医療管理の教科書を継続的に学べるように，教育講演という形で実施している．特に医療の安全・安心を中心に医療管理を継続的に学べるようにプログラムを作っている．また，認定医に関しては，5 年ごとの更新があり，100 時間の研修期間を義務化している．
一般社団法人 日本歯科薬物療法学会	1. 歯科における薬物の知識と適正使用についての知識を得るように歯科医師，歯科衛生士および薬剤師を対象として教育制度を設けて生涯教育を行っている． 2. インフェクションコントロールドクター（ICD）制度加盟学会として ICD 教育に関する企画に参画し，ICD 講習会を学術総会時に行い，認定 ICD 更新のための単位を付与している．
一般社団法人 日本障害者歯科学会	学会総会および学術大会において，障害者歯科医療の基礎的・基本的知識の習得のために教育講座を 4 題，新規性のある情報提供のために教育講演を 2 題行っている．また認定医対象に認定医研修会を年 2 回開催し，認定医が習得すべき情報を学習できる機会を設けている．さらに認定医更新のために関連学会やセミナー出席を単位として認め，積極的な学習を促し，生涯教育の一環として位置づけている．また，地方での学術集会にて会員や認定医対象のセミナーを開催している．
一般社団法人 日本老年歯科医学会	2011 年度総会にて支部設立が承認され，他学会・地域歯科医師会と連携し，支部活動が活発に行われ内容の充実を図っている．2011 年度は各支部において，主催・共催・後援を合わせ 24 の研修会が開催された．
日本歯科医学教育学会	卒後教育委員会において，歯科医師臨床研修プログラム責任者講習会を開催している．また，教育能力開発委員会では，歯科医学教育者のためのワークショップと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ている．
日本口腔インプラント学会	専門医に対しては，年 6 回の専門医教育講座を，また従来会員だけによる講習会であった口腔インプラント専門医臨床技術向上講習会については，非会員にも開放し生涯研修を行う予定である．
一般社団法人 日本顎関節学会	本学会では，生涯教育の教育プログラム一環として，年 2 回の学術講演会と学会総会・学術大会時の教育講演を含め年 3 回開催している．学術講演会は 1 回に学会が依頼した 4 名の卓越した講師陣により基礎，臨床の主題についての講演が行われ，参加者は 80～100 名で，学会員以外でも自由にこの講演会に参加，聴講ができ，一般医療関係者に開放されている．また，この講演会への出席聴講は顎関節疾患の診療に携わる者の知識と技能の修得に寄与するのみでなく，学会員に対しては認定医資格取得および専門医資格取得，さらに専門医資格の更新の一助となるように学会内で位置づけられており，最新の知識と技能を吸収できるように講演内容が選択されている．
特定非営利活動法人 日本臨床口腔病理学会	毎年開催される学術集会において，学術委員会と大会プログラム委員会主催による教育講演を開催している．平成 20 年度より，日本口腔外科学会，日本歯科放射線学会，日本顎顔面インプラント学会とともに，年 2 回の合同教育セミナーを行っている．
日本接着歯学会	定期的に，認定医研鑽会，シンポジウムを開催している．認定医研鑽会，シンポジウムでは接着歯学に関する最新情報を提供し，技能修得のための研修の場となるよう，テーマ，講師を選定している．

15-2-(2)　認定分科会

学会名	活動内容
日本レーザー歯学会	本学会では認定医委員会と研修委員会を設けており，年 1 回の学術大会では必ず認定医講習会および安全講習会を開催し，歯科医のための生涯学習の一環として歯科用レーザーの安全使用に関する知識と技術の向上を図っている．この認定医講習会は学術大会開催時以外にも年 1～2 回開催している．また学術大会に合わせ可能なかぎり市民公開講座を開催して，一般市民に対しても歯科用レーザーについての基礎知識の普及に努めている．
日本口腔感染症学会	①年 2 回の認定講習会を実施している．②インフェクションコントロールドクター（ICD）制度加盟学会として，ICD 講習会を学術総会時に行い，ICD 認定，および認定更新のための単位を付与している．
一般社団法人 日本有病者歯科医療学会	2010 年より，認定医制度を立ち上げ，有病者に必要とされる歯科医療を提供するための知識をもつ歯科医師の養成を行っている．このほか，学術教育研修会（学術大会時に併催），学術教育セミナー（2011 年から）を開催している．

学会名	活動内容
日本歯科心身医学会	認定医研修会を学術大会の期間内で実施している．学会でまとめた成書「歯科心身医学」を通じて歯科心身医学の重要性を啓蒙している．
特定非営利活動法人 日本臨床歯周病学会	本会にある７つの支部ごとに，支部教育研修会を年に数回開催し，会員ならびに一般歯科医師の教育の場としている．支部教育研修会は，認定医申請・更新の研修単位となっている．
日本歯内療法学会	2010 年 1 月に認定医制度を専門医制度に改正し，専門医制度規定に従って認定臨床研修を実施（年 4 回）し，一般会員および専門医有資格者も歯内療法の知識の整理，確認のための生涯学習，および専門医申請と継続のために受講している．さらに，年 1 回の専門医セミナーを開催し，学会会員の研修の場を提供している．
日本歯科審美学会	年 1 回行われる学術大会において，認定医講習会を実施している．さらに認定医更新のための関連学会やシンポジウム・セミナー出席を単位として認め，生涯教育の一環として位置づけている．また，「歯科審美」における基本的な知識，技能を広く普及することを目的に，本学会の会員ならびに一般の歯科医師，衛生士，技工士を対象とした「歯科審美セミナー」を年 3～4 回，東京，名古屋，大阪，福岡を中心に開催している．
日本顎口腔機能学会	顎口腔機能の測定，分析に関するセミナーを，2 年に 1 度，泊まり込みの日程で開催している．一般臨床で使用される咀嚼機能検査，咬合診査なども含まれており，会員，非会員の理解と技能向上に役立っている．
特定非営利活動法人 日本顎変形症学会	本学会では，学会総会・学術大会時に教育講演や特別講演，シンポジウムを開催し，顎変形症に関する最新の知識と技能を吸収できるように講演内容が選択されている．また，年 1 回若手歯科医師を対象とした教育研修会を開催し，会員の知識ならびに技術の向上を図っている．さらに，一般市民を対象とした市民公開講座を年 1 回開催し，顎変形症治療の啓蒙活動を行っている．
日本スポーツ歯科医学会	認定研修会を年 2 回開催（非会員も聴講可）．また，認定医については毎年 1 回，特定のスポーツを対象とした学会認定医アドバンストセミナーを開催し，現況を学習できる機会を設けている．また，マウスガードテクニカルインストラクターの認定や認定マウスガード研修施設における学会認定マウスガード講習会を行うことで，スポーツ歯学の普及・啓発を実施している．
日本顎顔面補綴学会	学術大会時に教育研修会を実施し，参加を認定医更新の必須項目にしている．International Society for Maxillofacial Rehabilitation という国際学会の団体会員権利を取得しており，会員が安価で参加できるようにしている．
特定非営利活動法人 日本顎咬合学会	当学会は全国を 6 支部に区分し，毎年同一のテーマを決めて，同一の講師による認定医教育研修会を実施し，認定医のレベルアップを図っている．また，平成 24 年度には第 1 回指導医研修会を開催する予定である．
日本磁気歯科学会	国際磁気歯科インターネット会議を開催しており，会員に限らず，世界中からの意見交換を行える場を設置している．日本歯科医師会に日本磁気歯科学会の理事による講演標題リストを提示し，随時歯科医師会の学習会で講演できる旨を紹介している．
日本小児口腔外科学会	本学会の学術・教育研修委員会が企画して，日本小児口腔外科学会総会・学術大会において，AHA（アメリカ心臓協会）の BLS（一次救命措置）正式認定コースを開催している．また，学会の認定医委員会で年 2 回程度，認定医・指導医を対象とした生涯研修セミナーを企画し，開催を予定している．
公益社団法人 日本顎顔面インプラント学会	本学会独自に年 1 回口腔顎顔面領域のインプラントおよび生体材料に関する教育研修会を行っている．日本口腔外科学会，日本臨床口腔病理学会，日本歯科放射線学会と本学会による 4 学会合同教育研修会を年 2 回行っている．いずれも会員に対する卒後教育と研鑽を求めるためである．専門医制度の導入により，専門医取得のための学習，5 年ごとの更新によって生涯学習の維持を図っている．
日本外傷歯学会	全国の地方支部会を東日本地方会・西日本地方会として開催し，生涯教育として地域医療を充実させることにより国民の健康増進に寄与することを目的として実施している．
日本口腔診断学会	生涯学習関連委員会として認定委員会を設置し，年 1 回の認定医研修会を実施している．新規および更新により認定医を目指す者は，指定された研修機関で定められた研修カリキュラムに従い 3 年以上の研修を受けることを義務づけている．また，年 1 回の学術大会開催は開催県・地区歯科医師会を通して地域歯科医師に通知し，地域歯科医師の研修の場を提供している．
一般社団法人 日本口腔腫瘍学会	年 1 回の学術大会にて，教育講演，シンポジウム，ワークショップを通じて口腔腫瘍に関する知識，手技の習得を図っている．第 30 回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会（2012 年 1 月）にて第 1 回教育研修会を開催した．今後も引き続き，口腔腫瘍に関する基礎知識，基本手技の習得を目的とした教育研修会を定期的に催す予定である．今後，市民公開講座の定期的な開催も計画している．

第16章 コデンタル教育

石井　拓男

1）歯科衛生士教育

(1) 概　要

歯科衛生士の養成は，2012 年 4 月現在 155 校で行われている．2010 年の 4 月に入学した歯科衛生士学校・養成所の新入生は，全員 3 年以上の修学年限を受けることとなり，2012 年の 3 月に実施された歯科衛生士国家試験の新卒受験者は全員 3 年以上の教育年限修了者となった．また，2012 年現在で 4 年制の歯科衛生士の大学は 8 校となっている．

教育年限の切り替えのため，2006 年の 7,312 人をピークに歯科衛生士国家試験の受験生が減少するということが生じた（**図 16-1**）．2012 年の受験生が，3,661 人と極端に少なくなった．この年，教育年限が変わったことから 3 年生の卒業生が出ない学校・養成所が全体の半数近くもあったためであった．2012 年の全国の歯科衛生士学校・養成所の在校生数から，全国で第 3 学年がそろって卒業する 2013 年には 5 年ぶりに歯科衛生士国家試験受験者が 6,000 人を超し，2014 年には 8 年ぶりに 7,000 人を上回ることが予測されている．

2005 年頃から，歯科衛生士学校・養成所の受験希望者が減少し，定員割れとなる学校・養成所が全国的にみられた．歯科医師のワーキングプアがマスコミで取りざたされ，それが原因との観測がなされた．しかし，教育年限の切り替えが歯科衛生士を志す受験生の減少に大き

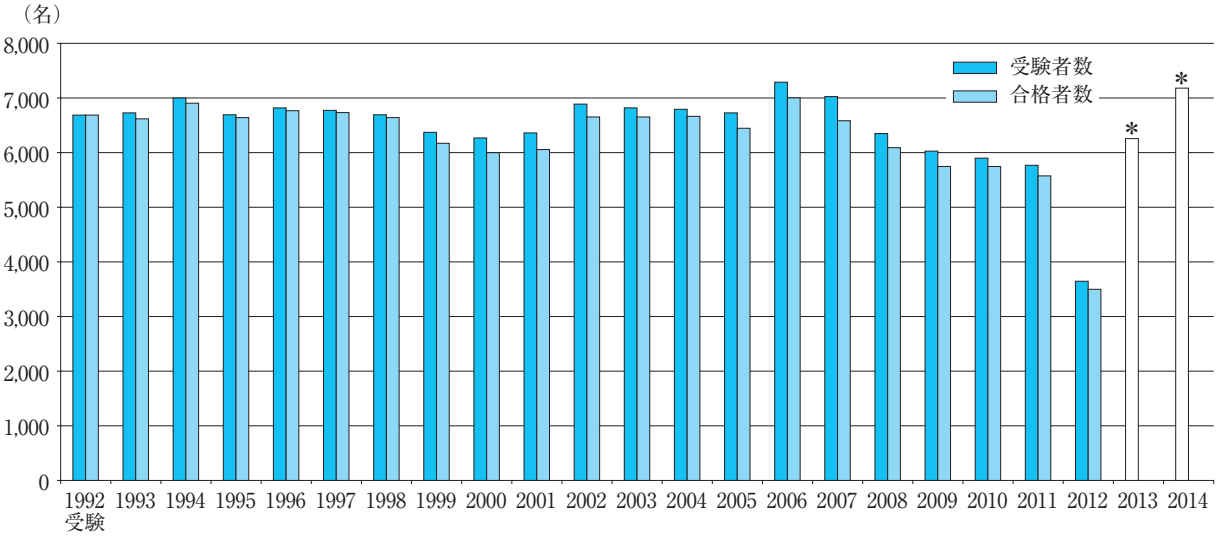


図 16-1　歯科衛生士国家試験受験状況の推移

歯科医療振興財団調べ（＊：歯科衛生士教育協議会の予測値）

いしい　たくお
東京歯科大学社会歯科学研究室
キーワード：歯科衛生士教育，歯科技工士教育，教育制度

表 16-1　歯科衛生士国家試験出題基準の変化

平成 19（2007）年版	平成 23（2011）年版
人体と口腔の構造と機能（解剖学及び生理学） Ⅰ　解剖学 Ⅱ　組織・発生学 Ⅲ　口腔解剖学 Ⅳ　生理学 疾病の成り立ち及び回復過程の促進（病理学，微生物学及び薬理学） Ⅰ　病理学 Ⅱ　微生物学 Ⅲ　薬理学 歯・口腔の健康と予防に関わる人間の社会の仕組み （科学的思考の基盤，人間と生活） （1. 口腔衛生学） Ⅰ　総説 Ⅱ　口腔清掃 Ⅲ　齲蝕の予防 Ⅳ　歯周疾患の予防 Ⅴ　口臭の予防 Ⅵ　不正咬合 Ⅶ　歯科疾患の疫学と歯科保健統計 Ⅷ　地域口腔保健活動 （2. 衛生学・公衆衛生学（衛生行政・社会福祉を含む）） Ⅰ　衛生学・公衆衛生学 Ⅱ　衛生行政・社会福祉 （3. 栄養指導） Ⅰ　生化学の総説 Ⅱ　栄養学の総説 Ⅲ　食生活 Ⅳ　食生活指導の基礎 臨床歯科医学（歯科臨床大要） Ⅰ　歯科臨床概論 Ⅱ　歯科保存学 Ⅲ　歯科補綴学 Ⅳ　口腔外科学 Ⅴ　小児歯科学 Ⅵ　矯正歯科学 歯科予防処置論（歯科予防処置） Ⅰ　総説 Ⅱ　予防的歯石除去 Ⅲ　齲蝕予防処置 歯科診療補助論（歯科診療補助） Ⅰ　総説 Ⅱ　共同動作 Ⅲ　主要歯科材料の種類と取り扱い Ⅳ　保存治療時の診療補助 Ⅴ　補綴治療時の診療補助 Ⅵ　口腔外科治療時の診療補助 Ⅶ　小児歯科治療時の診療補助 Ⅷ　矯正歯科治療時の診療補助 Ⅸ　エックス線写真撮影補助 Ⅹ　臨床検査法 Ⅺ　救急処置・心肺蘇生法 歯科保健指導論（保健指導） Ⅰ　総説 Ⅱ　保健指導の基礎 Ⅲ　口腔清掃法 Ⅳ　食事指導法 Ⅴ　集団の指導法 Ⅵ　各現場における口腔保健教育活動	一　人体（歯・口腔を除く）の構造と機能 Ⅰ　人体の構造 Ⅱ　人体の機能・構成成分 二　歯・口腔の構造と機能 Ⅰ　歯・口腔の構造 Ⅱ　歯・口腔の機能・組成 三　疾病の成り立ち及び回復過程の促進 Ⅰ　病因と病態 Ⅱ　感染と免疫 Ⅲ　生体と薬物 四　歯・口腔の健康と予防に関わる人間と社会の仕組み Ⅰ　総論 Ⅱ　口腔清掃 Ⅲ　う蝕の予防 Ⅳ　歯周病の予防 Ⅴ　その他の歯科疾患の予防 Ⅵ　歯科疾患の疫学と歯科保健統計 Ⅶ　地域歯科保健活動 Ⅷ　環境・社会と健康 Ⅸ　保健・医療・福祉の制度 Ⅹ　栄養・食生活の基礎 五　歯科衛生士概論 Ⅰ　歯科衛生士とその業務 六　臨床歯科医学 Ⅰ　歯科臨床の基礎 Ⅱ　歯・歯髄・歯周組織の疾患と治療 Ⅲ　歯の欠損と治療 Ⅳ　顎・口腔領域の疾患と治療 Ⅴ　不正咬合と治療 Ⅵ　小児の理解と歯科治療 Ⅶ　高齢者の理解と歯科治療 Ⅷ　障害者の理解と歯科治療 七　歯科予防処置論 Ⅰ　総論 Ⅱ　歯周病予防処置 Ⅲ　う蝕予防処置 八　歯科保健指導論 Ⅰ　総論 Ⅱ　歯科保健指導の基礎 Ⅲ　口腔清掃指導法 Ⅳ　生活指導 Ⅴ　歯科衛生教育活動 九　歯科診療補助論 Ⅰ　総論 Ⅱ　主要歯科材料の種類，取扱いと管理 Ⅲ　保存治療時の診療補助 Ⅳ　補綴治療時の診療補助 Ⅴ　口腔外科治療時の診療補助 Ⅵ　矯正歯科治療時の診療補助 Ⅶ　小児歯科治療時の診療補助 Ⅷ　高齢者治療時の診療補助 Ⅸ　障害者治療時の診療補助 Ⅹ　エックス線写真撮影時の診療補助 Ⅺ　臨床検査法 Ⅻ　救命救急処置

表 16-2　歯科衛生士教本の変化

新歯科衛生士教本	最新歯科衛生士教本（2002 ～ 2012 年）
解剖学・組織発生学・口腔解剖学	人体の構造と機能 1　解剖学・組織発生学・生理学
生理学	歯・口腔の構造と機能　口腔解剖学・口腔組織発生学・口腔生理学
栄養指導・生化学	人体の構造と機能 2　栄養と代謝
病理学	疾病の成り立ち及び回復過程の促進 1　病理学
微生物学	疾病の成り立ち及び回復過程の促進 2　微生物学
薬理学	疾病の成り立ち及び回復過程の促進 3　薬理学
口腔衛生学・歯科衛生統計	
	歯・口腔の健康と予防に関わる人間と社会の仕組み 3　保健情報統計学
衛生学・公衆衛生学	歯・口腔の健康と予防に関わる人間と社会の仕組み 1　保健生態学
衛生行政・社会福祉	歯・口腔の健康と予防に関わる人間と社会の仕組み 2　歯科衛生士と法律・制度
歯科衛生士概論	歯科衛生学総論
歯科臨床概論	
保存修復学・歯内療法学	歯の硬組織・歯髄疾患　保存修復・歯内療法
歯周治療学	歯周疾患　歯周治療
歯科補綴学	咀嚼障害・咬合異常 1　歯科補綴
口腔外科学・歯科麻酔学	顎・口腔粘膜疾患　口腔外科・歯科麻酔
歯科矯正学	咀嚼障害・咬合異常 2　歯科矯正
小児歯科学	小児歯科
	高齢者歯科
	障害者歯科
歯科予防処置	歯科予防処置論・歯科保健指導論
歯科保健指導	
歯科診療補助	歯科診療補助論
歯科放射線学	歯科放射線
臨床検査法	臨床検査
歯科器械の知識と取り扱い	（歯科機器：発行準備中）
歯科材料の知識と取り扱い	（歯科器材：発行準備中）
	口腔保健管理
	歯科医療倫理
受付・応対・事務	
	化学
	生物学
	心理学
	歯科英語
	歯科衛生士のための齲蝕予防処置法（最新教本シリーズではない形で発行）

（全国歯科衛生士教育協議会監修）

く影響していたことも，**図 16-1** は明確に示している．

(2) 歯科衛生士教育の変化

教育年限が 3 年以上となった契機は，1999 年 5 月 28 日に厚生省（当時）健康政策局より出された「歯科衛生士の資質の向上に関する検討会意見書」にある．さらに，その遠因は，1996 年に厚生省で開催された「今後の歯科保健医療の在り方に関する検討会」で，在宅歯科医療での歯科衛生士の資質が問題とされたことにあった．要介護高齢者への歯科としての対応，さらに，医科疾患患者への歯科医療従事者の対応が厚生行政で取り上げられた．このときの課題として，歯科衛生士の質的な養成が不十分であることが挙げられた．

(3) 歯科衛生士国家試験出題基準の変化

検討会意見から 10 年以上を経て，歯科衛生士教育年限も変わり，歯科衛生士教育に明らかな変化がみえてきた．**表 16-1** は，2007 年と 2011 年の歯科衛生士国家試験出題基準の変化を示したものである．

基礎科目とされる領域では，解剖学や生理学，病理学

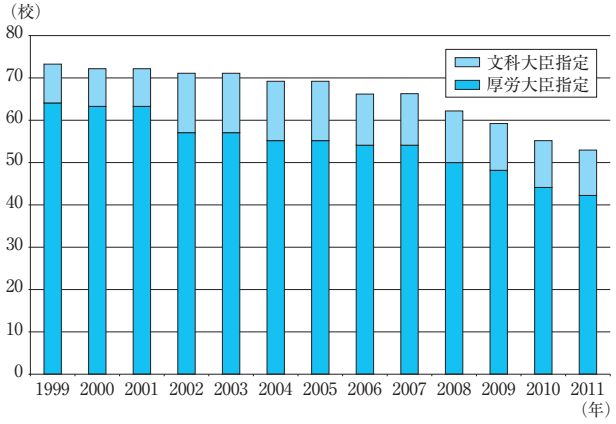


図 16-2　歯科技工士学校・養成所数の推移

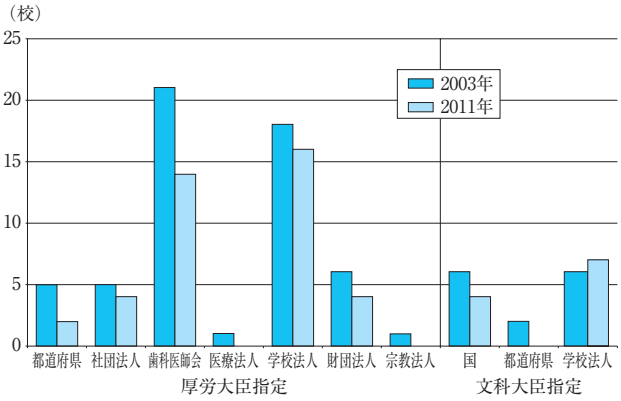


図 16-3　歯科技工士学校・養成所設置主体別の推移

などのこれまでの学問体系を表す用語がなくなり，人体の構造，歯・口腔の構造，病因と病態といった文言による項目立てに変わった．

歯・口腔の健康と予防に関わる人間と社会の仕組みという大項目において，環境・社会と健康，保健・医療・福祉の制度，栄養・食生活の基礎という項目が新設された．ことに，保健・医療・福祉の制度は，歯科衛生士教育を見直すことになった社会的な背景に応えるものと思われる．

臨床歯科医学において，これまでの歯科保存学，歯科補綴学といった項目立てであったものが，歯・歯髄・歯周組織の疾患と治療，歯の欠損と治療などの記載に変わった．さらに，高齢者の理解と歯科治療，障害者の理解と歯科治療という新たな領域が加えられた．

主要 3 科のなかで，歯科予防処置論において，予防的歯石除去という項目が歯周病予防処置とされたことも，歯科衛生士の資質を見直した象徴的なことといえよう．

(4) 歯科衛生士教本の変化

全国歯科衛生士教育協議会が監修する，歯科衛生士教本も大きく変化した．**表 16-2** は 2002 年から作られ出した最新歯科衛生士教本とそれ以前の教本との比較をしたものである．当然，歯科衛生士国家試験の出題基準と連動する部分が多くなっている．高齢者歯科と障害者歯科という教本が作られたことや，歯科医療倫理がこのシリーズの初期に発刊されたことも，歯科衛生士教育の変化として特記すべきものと思われる．

全国歯科衛生士教育協議会は，歯科衛生士教育の変革を踏まえ，2012 年 3 月に「歯科衛生学教育コア・カリキュラム―教育内容ガイドライン」を作成し発表した．歯科衛生学とは，最新歯科衛生士教本の「歯科衛生学総論」で，歯科衛生士が歯科疾患の予防処置，歯科診療の補助および歯科保健指導を中心とした歯科衛生業務を専門職として実施するための理論的・実践的根拠となる学問体系であると定義づけられている．歯科衛生士学校・養成所の学生が，学習すべき歯科領域の学問の総称ということである．基礎分野，専門基礎分野，専門分野の 3 分野に大別し，学習単位別に到達目標が示されている．

世の求めに応じて歯科医学・歯科医療は変化し，同時に歯科衛生士の業務も変化していくことになる．そして，それに応ずるように歯科衛生士教育も変化せざるをえないのである．

2) 歯科技工士教育

(1) 概　要

歯科技工士の養成は，2012 年 4 月現在 53 校の歯科技工士学校・養成所でなされている．2009 年と 2011 年に国立大学歯学部のなかに 4 年制の歯科技工士教育機関が設置され，高度な専門知識に基づく人材の養成が期待されているところである．一方，**図 16-2** に明らかなように，年を追って歯科技工士学校・養成所が減少してきている．ことに 2008 年以降の変化が大きくなっている．歯科技工士学校・養成所の種別の変化をみたのが**図 16-3** である．2003 年と 2011 年との比較では，文部科学大臣指定の学校法人立のみが増加しているが，他はすべて減少していた．特に歯科医師会立の減少数が著しく，21 校あったものが 14 校にまで減少した．また，医療法人立と宗教法人立がそれぞれ 1 校あったが 2011 年にはなくなっていた．さらに，文部科学大臣指定の都道府県立は 2 校あったが，これも 2011 年には両校とも廃校となっていた．

歯科技工士国家試験の受験状況を示したのが**図 16-4** である．同試験は，現在は都道府県が実施・発表しているため，厚生労働省が特別に集計したものである．この 3 年間で，受験者と合格者が明らかに減少しているとい

表 16-3　歯科技工士国家試験出題基準の変化

平成 8（1996）年版		平成 24（2012）年版	
歯科理工学	1. 歯科材料の性質	歯科理工学	1. 歯科材料の性質
	2. 印象材		2. 印象材
	3. 石膏		3. 石膏
	4. ワックス		4. ワックス
	5. レジン		5. レジン成形
	6. 陶材		6. セラミック成形
	7. 金属の基礎的な性質		7. 金属成形
	8. 金属の腐食		8. 切削・研削・研磨
	9. 架工と熱処理	歯の解剖学	1. 歯の概説
	10. 歯科用金属材料		2. 永久歯の形態
	11. 金属の接合		3. 歯の発生
	12. 切削・研磨とその機器		4. 歯と歯周組織
	13. 鋳造理論		5. 歯の異常
	14. 鋳造用原型製作材料		6. 歯列と咬合
	15. 埋没材		7. 頭蓋の骨
	16. 鋳造用原型の埋没		8. 口腔周囲の筋
	17. 鋳型の加熱		9. 口腔
	18. 鋳造用合金の融解とその機器	顎口腔機能	1. 顎口腔系の概説
	19. 鋳造方法とその機器		2. 顎口腔系の形態
	20. 鋳造欠陥とその対策		3. 下顎運動
歯の解剖学	1. 口腔各部の構造		4. 下顎位
	2. 歯の概説		5. 歯の接触様式
	3. 永久歯の形態		6. 咬合器
	4. 歯列	有床義歯技工学	1. 全部床義歯技工に関連のある生体についての基礎知識
	5. 歯と歯周組織		2. 全部床義歯の特性
	6. 歯の発生		3. 全部床義歯の印象に伴う技工操作
顎口腔機能学	1. 顎口腔系器官の機能の概説		4. 全部床義歯の咬合採得に伴う技工操作
	2. 下顎位		5. 全部床義歯の人工歯排列と歯肉形成
	3. 下顎運動とその基準		6. 全部床義歯の蠟義歯埋没とレジン重合
	4. 咬合器		7. 全部床義歯の咬合器再装着および削合，研磨
	5. 義歯及び修復物の咬合		8. 部分床義歯の特性
有床義歯技工学			9. 部分床義歯の構成要素
Ⅰ　全部床義歯技工学	1. 全部床義歯の概要		10. 部分床義歯の印象採得に伴う技工操作
	2. 全部床義歯技工に関連のある生体についての基礎知識		11. 部分床義歯の咬合採得に伴う技工操作
	3. 印象に伴う技工操作		12. クラスプ
	4. 咬合採得に伴う技工操作		13. アタッチメント
	5. 人工歯排列と歯肉形成		14. テレスコープ義歯
	6. ろう義歯の埋没とレジン重合		15. バー
	7. 咬合器への再装着，削合および研磨		16. 部分床義歯の人工歯排列と歯肉形成
	8. 改床法と修理		17. 部分床義歯の蠟義歯の埋没とレジン重合
Ⅱ　部分床義歯技工学	1. 部分床義歯の概要		18. 修理
	2. 印象に伴う技工操作		19. リベースとリライン
	3. 咬合採得に伴う技工操作		20. オーバーデンチャー
	4. 維持装置と連結装置の製作法		21. 金属床義歯
	5. 人工歯排列と歯肉形成	歯冠修復技工学	1. 歯冠修復技工学概要
	6. ろう義歯の埋没とレジン重合		2. クラウンの概要と種類
	7. 研磨		3. ブリッジの概要と種類
	8. 金属床義歯		4. クラウン・ブリッジの具備条件
	9. 改床法と修理		5. クラウン・ブリッジの技工操作
歯冠修復技工学	1. 歯冠修復の概要		6. ブリッジ
	2. 歯冠修復物および架工義歯の要件		7. インプラント（人工歯根）
	3. 歯冠修復物および架工義歯の製作順序	矯正歯科技工学	1. 矯正歯科治療の概要
	4. インレー，アンレー		2. 矯正歯科技工用器械・材料
	5. 一部被覆冠		3. 矯正歯科技工の基本的実技
	6. 全部被覆冠		4. 矯正用模型の製作
	7. 歯冠継続歯		5. 矯正装置の必要条件と分類
	8. 架工義歯の概要		6. 矯正装置の種類と製作
	9. 架工義歯の支台装置		7. 保定装置
	10. 架工義歯のポンティック	小児歯科技工学	1. 小児歯科治療の概況
	11. 架工義歯の連結部		2. 口・顎・顔面の成長と発育
矯正歯科技工学	1. 矯正歯科治療の概要		3. 乳歯の歯冠修復物
	2. 矯正技工用器具		4. 保隙装置（咬合誘導装置）
	3. 矯正歯科技工の基本的実技		5. スペースリゲーナー
	4. 矯正用模型の製作	関係法規	1. 衛生行政
	5. 矯正装置		2. 歯科技工士法
	6. 矯正装置の種類と製作		3. 歯科医療関係法規
	7. 保定と保定装置		
小児歯科技工学	1. 口・顎・顔面の成長と発育		
	2. 乳歯の歯冠修復物		
	3. 保隙装置（咬合誘導装置）		
	4. スペースリゲイナー（咬合誘導装置）		
	5. 口腔習癖除去装置		
関係法規	1. 衛生行政		
	2. 歯科技工士法		
	3. 歯科医療関係法規		
	4. その他の関係法規		

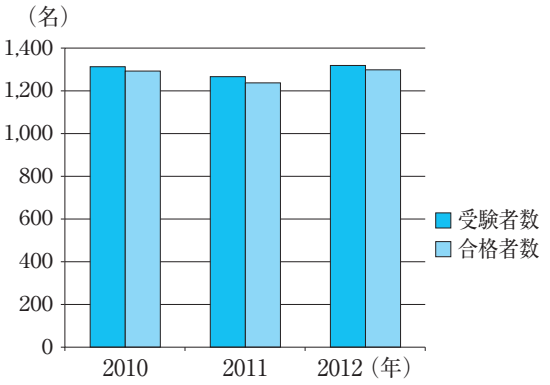


図 16-4　歯科技工士国家試験受験状況の推移

うことはみられない．しかし，**図 16-2** にみられる歯科技工士学校・養成所の減少は，早晩歯科技工士国家試験の受験者数にも表れてくることが容易に推測される．

(2) 歯科技工士教育の変化

歯科技工士教育を法的に規定しているのは，歯科技工士学校養成所指定規則である．この規定で，修業年限を 2 年以上とし，同時に学科課程を示し学科目と時間数を提示している．現在は，12 科目 2,000 時間と選択必修科目 200 時間を合わせた 2,200 時間と定められている．

指定規則以外に，歯科技工士教育に影響のあるのが歯科技工士国家試験である．歯科技工士国家試験の出題基準の見直しは不定期になされており，最近では 16 年の間隔をおいて改正がなされた．出題基準改正の間隔が長く不定期である理由は，歯科技工士の国家試験が実際の執行が都道府県に委ねられていることが大きく影響しているものと思われる．都道府県個有の技工士教育と国家試験問題の作成がなされており，国が出題基準を提示し都道府県がそれを遵守しても，実際は都道府県で異なった試験問題が作られているのが現状である．このこともあり，歯科医師や歯科衛生士のように出題基準の短期間での改正や定期化は難しいものになっている．

しかしながら，歯科疾患の構造的変化と歯科医療提供体制の変化は歯科技工士教育と国家試験の構成を変えざるをえない状況を招いた．**表 16-3** に歯科技工士国家試験出題基準の変化を示した．1996 年版と 2012 年版との間に大きな変化の生じたことが明らかである．**表 16-3** では，歯科理工学の金属と鋳造部分の取り扱いが 1996 年版に比べ 2012 年版では明らかに減少したことがわかる．一方で，指定規則に提示された歯科理工学の 150 時間は歯科鋳造学の 50 時間を合わせて 200 時間であったものが，1994 年に歯科理工学 220 時間と増加されたままとなっている．出題基準で変化の大きな有床義歯技工学は，指定規則では 550 時間から 1994 年には 440 時間に減少し，歯冠修復技工学も同時期に全く同様に時間数を減じている．2012 年の国家試験出題基準と現行の指定規則との整合性を図ることが望まれる．

表 16-4　歯科技工士教本の変化

歯科技工士教本	新歯科技工士教本（2006 年～）
歯科理工学①	歯科理工学
歯科理工学②	
歯の解剖学	歯の解剖学
顎口腔機能学	顎口腔機能学
有床義歯技工学	有床義歯技工学
部分床義歯技工学	
有床義歯技工学	
全部床義歯技工学	
歯冠修復技工学	歯冠修復技工学
矯正歯科技工学	矯正歯科技工学
小児歯科技工学	小児歯科技工学
歯科技工士関係法規	歯科技工士関係法規
歯科技工学概論	歯科技工学概論
造形美術概論	歯科技工美術概論
	歯科英語
	歯科技工実習

（全国歯科技工士教育協議会編集）

(3) 歯科技工士教本の変化

全国歯科技工士教育協議会の編集する歯科技工士教本は，2006 年から新歯科技工士教本の出版が開始され，2012 年にはその全容が明らかとなってきた．それまでの歯科技工士教本は，1994 年から制作出版が始まった全 12 冊であった．

表 16-4 に示すように，新教本では歯科理工学①②が 1 冊となり，有床義歯技工学が部分床義歯技工学と全部床義歯技工学の 2 冊であったものが有床義歯技工学の 1 冊となった．歯科技工士国家試験の出題基準と連動した当然の変化であると思われる．造形美術概論が歯科技工美術概論となり，歯科英語と歯科技工実習が新設された．

全国歯科技工士教育協議会は，1974 年の歯科技工法（当時）施行規則と養成所指定規則の改正に伴い，新しい視点での教科書出版を計画し実施した．その後，上記の 1994 年から大規模な教科書の見直しを行い，さらに 2006 年から 3 度目の大きな変革を実施したのである．これまで述べたように，歯科医師と歯科衛生士の教育が，国家試験の出題基準が改正されるたびに見直され，教科書もそれに合わせて改訂などが継続的になされてきている．歯科技工士教育は，この仕組みが異なっている．従来から幾度となく提案されてきた，歯科技工士国家試験実施方法が変わることで，歯科技工士の教育が大きく変わっていくであろうことは確かである．

第17章 国際交流

森尾　郁子，中島　一郎

1）世界の歯科医学教育とその改革

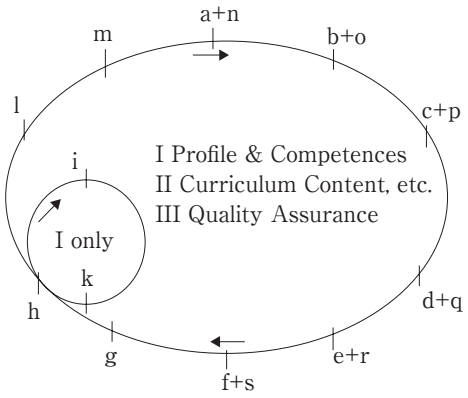
高い倫理観，正確な知識，確かな技術を備え，患者とはもちろんのこと，患者にとってベストの治療が行えるように患者にかかわる多職種の人々とも意思疎通を図ることができる．そしてみずからの治療を謙虚に振り返り，歯科医師としての生涯を通してさらなる研鑽を続ける姿勢をもち続ける．国民が求める歯科医師像は，国によってあまり違わないのではないだろうか．諸外国の歯科医学教育学会が掲げる歯科医師像にも大きな違いはないように思われる．

歯科医師を目指す学生は学部教育のうちに，社会が求める歯科医師となるための基盤を形成しなければならないが，その目標に到達するためにさまざまな教育手法が考案され，実践されて，国内外の歯科医学教育学会のテーマとして取り上げられている．教育手法については学生の気質や歯科大学入学前の初等・中等教育の違いなどから，国や大学の現状に合わせて行われるものであり，今後も新たな教育手法が考案され，試行されると予想されるが，今後もあまり変わることはないと思われるのは次の2点である．第1は，過程重視から結果重視への傾向である．歯科大学卒業時に備えるべき能力を設定し，学生がそれらの能力を獲得できるように計画された課程をすべて修了すれば，学生がそれらの能力を獲得しているはずだという希望的推測は，すでに通用しなくなるという点である．学生が卒業時に求められる能力を確かに身に付けたことを，歯科大学がどのように確認したかを社会に向けて示さなければならない時代になりつつある．第2は，卒業時に求められる能力，特に知識や技能の点では，歯科医学・医療の進歩や社会の変化に伴って変わるという前提で，カリキュラムも改編されるものであるが，カリキュラムがどう変わろうと教育の質保証システムは，教育機関内部にしっかりと構築されていなければならないという点である．米国の歯学教育課程の認証制度は，米国歯科医師会・歯学教育認証委員会（American Dental Association, Commission on Dental Accreditation, ADA/CODA）が行っているが，米国・カナダ以外の国で，国際認証サービスを開始している．アジアでは韓国の歯学教育界が高い関心を示しており，もし韓国の歯科大学がADA/CODAの国際認証を受ければ，その歯科大学の教育の質は米国・カナダの歯科大学と同等であり，その卒業生には米国の歯科医師免許試験（National Board Dental Examinations, NBDE）の受験資格が与えられることになる．

欧州では，質保証システム構築の前に，政治主導で歯科医師免許の相互認証が現実のものとなっている．厳密な意味での認証制度とはいえないものの，欧州歯科医学教育学会が中心となって欧州の歯学教育ガイドラインであるProfile and Competences for the Graduating European Dentistの定期的な見直しと，自己評価と外部評価者による視察からなる同僚評価による質保証システムの構築が，緩やかではあるが着実に前進している（**図17-1**）．

アジアでは東南アジア諸国連合（Association of South-east Asian Nations, ASEAN）で2009年3月にMutual Recognition Arrangement on Dental Practitioners（MRA）が調印され，ASEAN域内での歯科医師免許の相互認証に向けた情報交換と協力体制の構築が開始されている．加盟10カ国の歯学教育内容には，現時点でかなりの隔たりはあるものの，欧州で行われたようなことが，東南アジア歯科医学教育学会（South East Asia Association for Dental Education, SEAADE）を中心に行われようとしている．東南アジアの歯学教育ガイドラインであるProfile and Competency of ASEAN Dentists

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　環境社会医歯学講座
歯学教育開発学分野
なかじま　いちろう
日本大学歯学部医療人間科学教室
キーワード：歯学教育の国際化，外国人留学生，英語教育



a. Prepare draft discussion paper
b. Discussion in ADEE working groups
c. Draft revision by TF
d. Draft to dental schools for feedback
e. Final document prepared by TF
f. Approval by GAADEE
g. Agree on final document
h. Publication in EJDE
i. Sent to Assoc. Compt. Auth.
k. Meeting for review TF + Association
l. Feedback on use from dental schools
m. Discussion in working groups ADEE
n-s = a-f

図 17-1　歯学教育の質保証サイクルの欧州モデル（Alphons Plasschaert 元 ADEE 会長提供）

の作成が 2012 年 11 月の SEAADE 香港大会で予定されている．

グローバル化が進行する世界で，医療職を含む専門職の資格をめぐる相互認証の動きは「国と国」,「国と地域」,「地域と地域」の間で進むことが予想される．資格の相互認証は，資格の取得にいたる教育内容がほぼ同等であることを前提としており，教育内容の評価と育成された人材の能力の評価を避けて通ることはできない．わが国の歯学教育の「質」が，国内だけでなく，国外にも示され，認められる必要はないのか．アジア地域における先進国として，また，優れた歯科医療，歯科医学研究を自負するわが国において，こうした世界の潮流を念頭におくことが必要である．

2）外国の大学・学部との交流

(1) 学術交流協定の締結状況

海外との教育機関との交流協定の締結状況を**表 17-1** に示す．交流協定校の総数は 266 校に及んでおり，前回調査時（2008 年）の 238 校から増加していた．地域別にみるとアジアが最も多く，次いで北米，欧州の順になっている．交流活動の主なものは，教員（研究者）交流，学生交流，共同研究であり，海外医療協力活動を挙げる大学もあった．

(2) 国際交流関連の学内組織

歯科大学・歯学部内の国際交流について協議する委員会（国際交流委員会など）の有無については，24 校があると回答しており，前回調査の 21 校から増加していた．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，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 5，7 校であった．

(3) 学部学生の短期海外派遣

各大学の学部学生対象の短期海外研修プログラム（おおむね 1 カ月以内）の実施状況について**表 17-2** に示す．2009～2011 年度の派遣学生数は，語学研修として 150 名を派遣している大学から，歯科に関連した研修で数名を派遣している大学までさまざまである．派遣形態は，集団派遣が 16 校と多く，個別派遣 4 校，双方の形態で派遣を行っているのが 1 校であった．集団派遣の 16 校すべてで教員が随行しているが，個別派遣でも場合によっては教員が随行すると回答した大学が 1 校あった．大学からの補助金については，部分的負担が最も多く 12 校，補助金なし 6 校，全額負担 3 校となっていた．

(4) 海外の歯科大学からの学部学生の短期研修受け入れ

16 校が受け入れており，2009～2011 年度の受け入れ人数は，100 名以上を受け入れた大学が 4 校あった．

(5) 国際交流に関する授業科目

必修科目中に国際交流に関連する授業があると回答した大学は 7 校，選択科目中で 1 校，双方あると回答したのは 2 校であり，前回調査（9 校）とあまり変化はみられなかった．

3）留学生教育の現状と課題

(1) 外国人留学生の現況

2012 年 5 月 1 日現在，歯科大学・歯学部に在籍する外国人留学生数を，大学別に**表 17-3** に示す．留学生総数は 325 名で，前回調査時（2009 年 5 月 1 日現在）の 287 名より増加していた．国立大学に 252 名（77.5%），公立大学に 2 名（0.6%），私立大学に 71 名（21.8%）が在籍し，性別は男性 161 名（49.5%），女性 164 名（50.5%）で，在学段階別にみると，大学院学生 243 名（74.8%），

表 17-1　海外の教育機関との協定締結状況と国際交流に関連する部署などについて

大学名	海外の教育機関との協定締結状況								海外の教育機関との交流活動（主なもの３つまで）	国際交流について協議する委員会の有無	国際交流担当部署の有無 ①教員　②事務職員
	アジア	欧州	北米	中南米	オセアニア	アフリカ	その他	総数			
北海道医療大学歯学部	2	1	0	0	0	0	0	3	①特別講演・学会・セミナーなどの開催　②共同研究　③学生交流	無	無
北海道大学歯学部	4	0	1	0	0	0	0	5	①学生交流　②合同で研究発表会を実施	有	無
岩手医科大学歯学部	0	0	1	0	0	0	0	1	①ＦＤ　②学生実習　③教育システムに関する共同研究	無	①国際地域医療協力部門
奥羽大学歯学部	1	0	1	0	0	0	0	2	①学生の研修交流　②教員の学術交流　③教員の研究交流	有	①学生部・国際交流担当 ②学事部・学生課
東北大学歯学部	4	2	2	0	0	0	0	8	①学部生・大学院生・若手研究者の学術交流　②共同研究 ③大学院生の共同教育	有	①歯学イノベーションリエゾンセンター（国際連携）
明海大学歯学部	2	2	2	1	0	0	0	7	①学生の海外研修派遣　②協定校からの研修生の受入	有	②歯学部事務部学事課
日本大学松戸歯学部	1	0	1	0	0	0	0	2	①教員間の共同研究　②歯学生，研究生等の学術文化交流	有	②庶務部
東京医科歯科大学歯学部	29	3	5	0	1	0	0	38	①教員の受入・派遣　②学生の受入・派遣　③共同研究，セミナー等の開催	有	①国際交流担当副学部長，国際交流委員長 ②歯学部総務課総務掛
東京歯科大学	5	2	2	0	0	0	0	9	① Elective Study を実施し，他大学へ学生を訪問，教育施設を見学させ，海外の歯科医学に触れさせている．②姉妹校と毎年交互に大学を訪問し，英語による学術講演や研究発表を行っている．	有	①国際渉外部・部長 ②国際渉外部・事務員
日本歯科大学生命歯学部	6	4	4	0	2	0	0	16	①学部学生の短期学生交換または受入　②大学院生の受入 ③教員の交換	有	①学生部 ②学生部，庶務部
日本大学歯学部	3	0	0	0	0	0	0	3	①教員および学生の交換　②共同研究プロジェクトの推進 ③学術資料の交換	無	②研究事務課　課長補佐
昭和大学歯学部	7	2	4	0	1	1	0	15	①学術交流　②学生交換留学　③共同研究	有	①歯学部学生国際交流委員会・委員長（教授） ②国際交流センター　係長
神奈川歯科大学	0	0	0	0	0	0	0	0		有	無
鶴見大学歯学部	6	2	2	0	1	0	0	11	①学部学生交換研修プログラム　②教員研究プログラム	有	①歯学部・教授
新潟大学歯学部	16	1	1	1	0	0	0	19	①教員の交流　②学生の交流　③共同研究	有	①副学部長（国際担当）
日本歯科大学新潟生命歯学部	5	5	4	0	2	0	0	16	①共同研究　②学生交流	有	①解剖学講座教授 ②庶務人事職員
松本歯科大学	4	1	2	0	0	0	0	7	①共同研究　②研究情報や学術資料の交換　③研究者の交流（相互派遣）	無	②対外交流関係室
朝日大学歯学部	4	3	3	0	0	0	0	10	①学生海外研修派遣　②学生海外研修受入　③客員研究員受入	有	①歯学部国際交流委員長 ②歯学部事務課課長補佐
愛知学院大学歯学部	5	1	1	0	0	0	0	7	①海外医療協力活動　②文化活動　③臨床見学および研修	有	②国際交流センター主任
大阪歯科大学	8	3	1	1	1	0	0	14	①上海交通大学口腔医学院との交流　②コロンビア大学歯学部との交流　③シドニー大学歯学部との交流	有	①国際交流部・国際交流部長 ②庶務部・庶務課長
大阪大学歯学部	3	3	4	1	0	0	1	12	①研究者交流　②学生の派遣・受入　③情報および資料の交換	有	②歯学研究科総務課庶務係
岡山大学歯学部	8	1	3	1	0	0	0	13	①短期留学	有	無
広島大学歯学部	13	3	1	1	0	0	0	18	①留学（派遣），短期海外派遣　②留学（受入），短期海外受入　③海外医療支援（派遣）	有	①特任准教授，特任助教
徳島大学歯学部	10	2	1	0	1	0	0	14	①若手研究者育成に向けた学術交流の推進　②教員間の学術交流の推進　③歯学部学生間の交流	有	①国際連携推進企画室会議・委員長 ②医歯薬事務部歯学部事務室総務係・事務員
九州歯科大学	2	0	0	0	0	0	0	2	①教職員の交流　②学生の交流　③共同研究活動		
九州大学歯学部	5	2	0	1	0	0	0	8	①釜山大学校歯学部との学生交流　②歯学部生・大学院生の受入　③教員・研究者の相互訪問による教育・研究・臨床打ち合わせ会施行	有	①小児口腔医学分野・教授 ②医系学部等学術協力課学術総務係・係長
福岡歯科大学	3	0	1	0	0	0	0	4	①教員・学生の派遣・受入　②学術研究協力の構築・推進 ③国際協力活動の実施	有	① ②総務課庶務係
長崎大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0		有	無
鹿児島大学歯学部	2	0	0	0	0	0	0	2	①研究者の交流　②学生の交流　③共同研究・調査	有	②医歯学総合研究科等総務課臨床研究・倫理審査係
計	158	43	47	7	9	1	1	266			

表 17-2　学部学生対象の短期海外研修プログラムの実施状況，海外歯科学生の短期研修受け入れ状況，国際交流関連授業

大学名	学部学生の短期海外研修プログラム（おおむね 1 カ月以内）							2009〜2011 年度の海外歯科学生の短期研修受入（おおむね 1 カ月以内）			歯学教育カリキュラムのなかで，国際交流に関連した授業の有無 ①必修科目中 ②選択科目中
	有無	2009〜2011 年度の派遣人数	派遣形態 ①個別 ②集団	大学からの補助金 ①全額負担 ②部分負担 ③なし	教員の随行	主な研修内容	これまでの派遣で経験した問題点・課題など	協定校から	協定校以外から	合計	
北海道医療大学歯学部	無	—	—	—	—	—	—	0	0	0	無
北海道大学歯学部	無	—	—	—	—	—	—	15	0	15	無
岩手医科大学歯学部	有	3	②	③	有	英語圏における語学研修	—	0	0	0	① ②
奥羽大学歯学部	有	0	②	②	有	単位互換交換学生プログラム	感染性疾患（SARS 等），政情不安，天災などで中止せざるをえなかった．学生の参加費負担，特別プログラム作成などの教員負担が大きい．休暇期間が違うため研修期間の調整が難しい．	0	0	0	①
東北大学歯学部	無	—	—	—	—	—	—	4	0	4	無
明海大学歯学部	有	100	②	①	有	現地の教員や学生たちとの交流を通じて，世界各国の歯科医学の現状を学ぶ	—	115	30	145	無
日本大学松戸歯学部	有	7	②	②	有	語学研修および講義，フィールドワークを通じた異文化理解	—	0	0	0	無
東京医科歯科大学歯学部	有	16	①	②	無	歯科大学および関連病院の見学，授業参加，学生との交流など	毎年歯学部から 4 名の学生を，大学の奨学金を支給して海外に派遣している．派遣学生の選考を待って派遣先との調整を始めると間に合わないことが多い．計画的な派遣が今後の課題．現地での危機管理は最重要課題であり，学内外の危機管理体制を構築する必要．2012 年度からは，協定校に教員が付き添う集団派遣を計画している．	142	10	152	① ②
東京歯科大学	有	34	②	②	有	医療機関，大学の見学など	研修内容を発表する場がない．	36	1	37	①
日本歯科大学生命歯学部	有	4	②	②	有	カナダ・米国の歯科大学・開業歯科医の実情	協定締結校以外からの学生の場合において，宿舎を学生側が事前に予約したものに満足できず，急遽大学側で手配し直すことが多かった．	54	6	60	無
日本大学歯学部	無	—	—	—	—	—	—	0	0	0	①
昭和大学歯学部	有	40	① ②	②	無	語学研修，医療機関見学，実習	学生の英語力向上を図るプログラムが必要．また歯学英語を学習する授業も必要．	38	2	40	②
神奈川歯科大学	有	10	②	③	有	語学などの研修	6 年生が対象であり，国家試験終了後に行くため，国家試験の情報が得られない．	0	0	0	無
鶴見大学歯学部	有	60	②	②	有	施設見学，授業見学および参加，発表	教員の付添の有無，研修後の文書による報告書の義務化，研修の単位化	40	10	50	無
新潟大学歯学部	有	27	②	②	有	海外の歯科医療，歯学教育の現状について	今までのところおおむね良好な結果を得ているが，派遣先でのプログラムの内容について協議する機会を設け，派遣学生の学年，所属学科に応じた効果的なプログラムの提供を要請する必要がある．	24	0	24	無
日本歯科大学新潟生命歯学部	有	9	②	②	有	臨床見学	—	6	0	6	無
松本歯科大学	無	—	—	—	—	—	—	0	0	0	無
朝日大学歯学部	有	98	②	①	有	臨床に参加，講義など	学生は派遣校で臨床や講義に参加するが，コミュニケーション能力（主に英語）向上が課題	117	29	146	無
愛知学院大学歯学部	有	150	②	③	有	語学研修	参加者数が年々減少傾向にある．	6	7	13	無
大阪歯科大学	有	30	②	②	有	歯科医学についての講義，実習，病院見学	現地との連絡が十分でないことがあり，そのため現地で臨機応変に対応する必要性を感じる．	24	0	24	無
大阪大学歯学部	有	9	②	③	無	特別授業受講，施設見学	派遣時期が限られており，その期間を受入先と調整するのに時間がかかる．学生の海外派遣期間の相互大学間の単位認定制度の整備が必要．学生の海外派遣には，安全な地域の選択などの対策をとっているが，学生や派遣先大学との連絡網などさらなるリスク対策が課題	6	20	26	無
岡山大学歯学部	有	12	①	③	無	歯科系の授業の受講，病院見学，実習参加，現地でのボランティア活動への参加，研究室での研究補助	高いレベルの語学力が要求されるため，派遣までの語学トレーニングが必要．費用の個人負担が大きいため，希望者に限りがあり，プログラムを運営するにあたり，この点をどのように解決していくかを検討する必要がある．	0	0	0	①
広島大学歯学部	有	40	①	②	双方の場合がある	海外の大学での授業を受講したり，医療現場を視察するなど	—	135	7	142	①
徳島大学歯学部	無	—	—	—	—	—	—	0	0	0	無
九州歯科大学	無	—	—	—	—	—	—	0	0	0	無
九州大学歯学部	有	26	②	①	有	大学病院見学，学生交歓会	相手国での説明にあたり，日本の歯学教育のスタンダードを紹介できる共通の英語版ファイルの作成が必要．学部学生のときから，小グループでの継続的相互交流も大切である．それを支援できる基金の創成が必要	—	—	—	①
福岡歯科大学	有	47	②	②	有	学校施設・教育プログラムの視察，現地文化交流	ブリティッシュコロンビア大学派遣の際に，海外旅行保険でカバーできる医療サービスを提供できる医療機関が付近に少なかったため，自己負担受診のリスクがあった．	25	7	32	無
長崎大学歯学部	有	20	①	③	有	語学研修	語学研修にとどまっており，臨床関連の研修が今後の課題である．	0	0	0	①
鹿児島大学歯学部	無	—	—	—	—	—	—	0	0	0	無

表 17-3　歯科大学・大学歯学部別の留学生数（2012 年 5 月 1 日現在）

大学名	大学院学生							研究学生							学部学生							計（名）
	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	3	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
北海道大学歯学部	1	1	0	0	4	3	9	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2	12
岩手医科大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	0	0	2	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	6	6
日本大学松戸歯学部	0	0	0	0	3	6	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
東京医科歯科大学歯学部	21	26	3	3	19	24	96	0	2	0	0	1	3	6	0	0	0	0	0	3	3	105
東京歯科大学	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	7	7
日本歯科大学生命歯学部	1	0	0	0	2	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	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
昭和大学歯学部	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
神奈川歯科大学	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	1	20	20
鶴見大学歯学部	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	4
新潟大学歯学部	3	2	0	0	2	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
日本歯科大学新潟生命歯学部	0	0	0	0	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
松本歯科大学	0	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
朝日大学歯学部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	2	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
大阪大学歯学部	2	3	0	1	2	2	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	12
岡山大学歯学部	4	0	0	0	3	1	8	1	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	2	3	5	16
広島大学歯学部	6	6	0	1	4	7	24	0	0	0	0	2	3	5	0	0	0	0	0	1	1	30
徳島大学歯学部	0	5	0	0	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
九州歯科大学	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
九州大学歯学部	1	2	0	0	8	12	23	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2	4	7	31
福岡歯科大学	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
長崎大学歯学部	1	0	1	0	2	0	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
鹿児島大学歯学部	0	1	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	6	9
計	40	46	6	5	70	76	243	2	3	0	0	4	9	18	0	0	0	1	39	24	64	325

学部学生 64 名（19.7%）で，研究や臨床修練目的の研究学生が 18 名（5.5%）であった．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 91 名（28.0%），留学生の母国など，外国政府の奨学金を支給されている派遣留学生は 12 名（3.7%），私費留学生は 222 名（68.3%）であった．

留学生は世界 33 の国・地域から集まっているが，地域別にみるとアジアが 93.8% と最も多く，国別でみると，中華人民共和国 99 名（30.5%），大韓民国 52 名（16.0%），バングラデシュ 33 名（10.2%），タイ 25 名（7.7%），インドネシア 21 名（6.5%）の順であった（**表 17-4**）．

(2) 英語による大学院歯学教育コース

英語による大学院コースをすでに行っていると回答したのは，東北大学，東京医科歯科大学，新潟大学，徳島大学，九州大学の 5 校であった（**表 17-5**）．

(3) 留学生や外国人歯科医師・研究者を対象とした特別な教育支援プログラム

留学生や外国人歯科医師・研究者を対象とした特別な教育支援プログラムがあると具体的に回答したのは 5 校であった（**表 17-6**）．

(4) 留学生教育における課題

前回調査時とほぼ同様な問題点が各大学から挙げられ

表 17-4　国・地域別の留学生数（2012 年 5 月 1 日現在）

国・地域	大学院学生							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	人数（名）	%
	男	女	男	女	男	女		男	女	男	女	男	女		男	女	男	女	男	女			
中華人民共和国	3	6	0	0	31	39	79	1	1	0	0	2	4	8	0	0	0	0	4	8	12	99	30.5
大韓民国	1	1	0	0	5	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	13	44	52	16.0
台湾	0	0	0	0	7	1	8	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	4	3	7	17	5.2
モンゴル	0	1	0	0	1	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2.2
タイ	5	11	1	0	3	3	23	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	25	7.7
ベトナム	2	1	0	0	1	1	5	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1.8
カンボジア	2	2	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.2
マレーシア	0	3	1	1	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	8	2.5
インドネシア	3	6	0	1	5	4	19	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	21	6.5
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	0.6
ミャンマー	0	1	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.9
スリランカ	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.6
バングラデシュ	10	4	0	0	10	9	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	10.2
インド	0	1	0	0	0	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1.5
パキスタン	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.6
イラン	1	0	0	0	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.2
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	0.6
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
サウジアラビア	0	0	4	3	1	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2.8
ネパール	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.6
アフガニスタン	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3
アジア小計	32	40	6	5	68	75	226	1	2	0	0	4	8	15	0	0	0	1	39	24	64	305	93.8
ニカラグア	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3
パラグアイ	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3
ブラジル	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0.6
ベネズエラ	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3
ペルー	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0.9
ホンジュラス	0	1	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	2	4	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	9	2.8
イエメン	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3
エジプト	2	1	0	0	2	0	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1.8
タンザニア	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3
アフリカ　小計	4	1	0	0	2	0	7	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	2.5
アルバニア	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3
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
ベラルーシ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.3
欧州　小計	1	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0.9
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	0	0	0	0	0.0
計	39	46	6	5	70	76	242	2	3	0	0	4	10	19	0	0	0	1	39	24	64	325	100

表 17-5　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

大学名	コース名
東北大学	グローバル 30 による英語特別コース
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（学術振興会からの支援終了後も大学本部からの支援を受け，引き続きインドネシアをはじめとするアジア諸国からの留学生を受け入れている）．本コースでは，留学生所属分野を中心とした各種コースワークおよび一部専攻個別科目を英語で提供している．また，平成 20 年度大学院 GP 採択課題「プロジェクト所属による大学院教育の実質化」による大学院教育改革においても，必修科目および基礎歯学・臨床歯学コースワークの一部を英語で提供している．
徳島大学	大学全体（医学部，歯学部，薬学部，医学部栄養学科）で秋入学の英語特別コースが制度としてある．各研究部で国費 1 名私費 1 名の抱き合わせ（2 名）で学生を募集している．講義は英語で行っている．
九州大学	グローバル 30 による英語特別コース（大学院博士課程）

表 17-6　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―（学術振興会からの支援により行うほか，大学のフォローアップ資金を得て元留学生の継続的指導を行っている．）
昭和大学	3 カ月以上研修または研究を行う学部・大学院生に対する 1 年を限度とした奨学金制度．また，学部・大学院留学生および招聘研究者に対する宿舎の無償貸与制度
新潟大学	大学院イニシアチブ採択課題「留学生大学院教育の実質化による国際貢献」の継続的実施により，インドネシアを中心に留学生の経済的負担軽減に配慮したシステム，すなわち，1 年次のみ日本に滞在し，2 年次～ 4 年次は，本学指導教員の留学生出身大学あるいは近隣にある拠点校への訪問，および e-Learning，e-mail を駆使した学位研究指導を行い，学位論文作成，学位取得へと導いている．
徳島大学	国際センターでの留学生の生活支援など
九州大学	留学生センターでの全学の留学生を対象とした日本語研修プログラム

表 17-7　留学生教育における課題

言葉の問題（日本語，英語）	東北大学，新潟大学，東京医科歯科大学，岡山大学，徳島大学
教育支援体制の問題	明海大学，東京医科歯科大学，松本歯科大学
経済的な問題	東北大学，明海大学，新潟大学，岡山大学
住居の問題	大阪歯科大学
文化，生活習慣の違いによる問題	新潟大学，鹿児島大学
帰国後のフォローアップの問題	明海大学

ていた（**表 17-7**）．

「留学生受け入れ 30 万人計画」や「グローバル 30」といった国の施策にもかかわらず，国の経済状況を考えると，国費留学生数は今後も大きな増加は見込めないため，留学生数を増やすには，私費留学生を増やさざるをえない．今回の調査でも私費留学生は，勉学意欲はあるものの主に経済面からその生活環境は厳しいといわざるをえず，学生支援機構あるいは民間の奨学金の獲得も厳しい状況であり，安心して留学生が勉学に打ち込めるように，留学生への経済的支援を望む意見が多かった．

実りある留学生活のためには，研究開始前に日本語研修や日本文化・生活習慣に触れる機会を設けることが，その後の指導教員などとの良好な人間関係を築くうえで重要であると指摘する意見もあった．留学生希望者からの相談への英語での対応や，英語特別コースに入学する学生に英語で対応できる事務職員の育成を課題として挙げる大学もあった．

日本留学を希望する学生側の問題も指摘されている．語学能力だけでなく学力や研究に対する姿勢に個人差が大きく，対応に苦慮する現実もあることから，入学者選抜にあたっての配慮が必要であることがうかがわれた．

日本の大学では，秋入学の議論が盛んに行われているが，日本の教育システム，日本からの人材流失問題なども含め，国益にかなう，総合的な留学生教育戦略の提言が行われるべきであるとの指摘もあった．

4) 諸外国への教育支援・途上国での地域医療教育

国際協力は，2国間，多国間などで行われる国境を越えた援助・支援活動である．特に貧困，劣悪な保健衛生環境，乏しい食糧，不十分な教育，低い生産活動など，さまざまな問題を抱える開発途上国に対し，先進国は設備投資や技術移転を通じて当事国の社会・経済基盤の発展を支援することが求められている．歯科医療も，口腔の健康維持・増進にかかわり，開発途上国の主要な保健医療ニーズの一つとなっている．そこで日本の医療系大学・学部が発展途上国の医療系大学における歯学教育制度の基盤形成を支援したモデル事業の概要を報告する[1]．

(1) 取り組みの背景

発展途上国の医療系大学では，国際水準を目標とした教育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．一方，途上国側に海外から最新の医療機器が物的資源として移転されても，現地において有効活用される保健医療の教育基盤がなければ，医療の発展は難しい．先進国側から途上国における医学・歯学教育の持続可能な発展を支援する教育方略のあり方が求められている．

ラオス人民民主共和国（以下，ラオス）はアジア地域での最貧国の一つであり（ASEAN Statistical Yearbook, 2001予測），国民の平均寿命は男性53歳，女性55歳，乳児死亡率は10％（ESCAP人口統計2002）とのデータに示されるように，一般的な健康教育や医療の供給システムの遅れなど深刻な問題点がある．また歯科医師数の絶対的な不足から口腔保健医療の基盤整備が求められている．

日本大学歯学部は，ラオスの保健医療分野の大学教育支援方法として，日本側と当事国の保健医療ニーズを共有化して，現地の医療系大学の教員を対象に，そのニーズに対応した口腔保健と小児保健分野の教育支援プロジェクトを立ち上げ，日本側と教育研究を共同開発する取り組みを行っている（Project-based Learning, PBL）．

(2) 教育支援プロジェクトの経緯と成果

2007年度から，日本大学歯学部はラオスにおける唯一の医療系大学であるヘルスサイエンス大学と交流協定を締結した．同年度から文部科学省の途上国の大学の教育支援を目的とした「国際協力イニシアティブ」教育拠点形成事業に参画してヘルスサイエンス大学歯学部の教育協力プロジェクトを推進する契機とした．

本プロジェクトでは，ボリカムサイ県における地域医療分野の草の根支援事業の枠組みを通じて，小学校の学童を対象として，口腔疾患（う蝕，歯周疾患や不正咬合）や発育不全・貧血などと生活環境（食生活・栄養状態）との関連性，またはプライマリ・ヘルスケアの効果に関する調査を通じてEBM研究について約3年間の教育支援を実施した．

本事業の成果として，ラオスにおける小児の発育・栄養状態に関する医療情報の収集や分析を行い，小児の発育・栄養や口腔保健が直面する問題点を抽出し，これら解決方法をまとめた保健・医療の基礎資料や以下の教材群や教科書を作成した[2]．

・ラオスにおける学童の身体発育曲線
・ラオス語の母子保健手帳モデル
・口腔保健・栄養学の講義資料
・医療統計学の教材
・小児の貧血実態調査
・小児保健と口腔保健の教科書

これら教材群では疾病の原因を明らかにし，どのような保健・医療活動が健康の維持・管理に効果的であるかについてラオス独自のケース・スタディも例示し，同国における母子保健，小児保健，学校保健のガイドラインとしても汎用性のある内容とした．

(3) 口腔保健分野の修士課程の発足と今後の展望

こうした教育支援活動を通じて2009年11月にヘルスサイエンス大学に口腔保健分野における修士課程が設置された．現在も修士課程の学生を対象に講義や実習が行われている．修士課程が発足して3年目の現在，先行事業で作成された教科書が授業で活用され，問題解決型学習が教授方法として採用されている．

今後は本学部との遠隔医療システムを活用した教育研究事業の導入が計画されており，さらなる新しい教育体系の構築に協力する．疾病の診断・治療技術が向上していく一方で，国民にとって安全な医療倫理や医療管理のあり方が新たな課題として問われていくものと思われる．

文献

1) 文部科学省ホームページ．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．http://www.mext.go.jp/a_menu/kokusai/kyouiku/main5_a9/002/08070303/011.htm（2012年11月12日）
2) 文部科学省国際教育協力アーカイブス．http://e-archive.criced.tsukuba.ac.jp/（2012年11月12日）

第18章 医学における歯科医学

1．医学教育における歯科医学教育

丹沢　秀樹

医学教育における歯科医学教育の実態と問題点を明らかにするために，全国の医学部に対するアンケート調査を実施した．アンケートの内容は**表 18-1** に示すようなもので，主に，講義の担当講座/科が設置されているかどうかという点と，医学生に対する講義の実施状況を尋ねるものであった．さらに，全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議に依頼し，歯科口腔外科が設置されている医学部口腔外科の歯科医学教育活動状況に関する情報の提供を求めた．全国医学部附属病院の歯科口腔外科は62 大学に設置されている．

1）アンケート調査結果を基にした医学教育における歯科医学教育の現状

理解をしやすくするために，医学部を歯科との関係で大きく 3 群に分けて分析した．

(1) 歯学部も歯科/歯科口腔外科も設置されていない医学部における歯科医学教育

歯学部の併設もなく，医学部内の歯科，あるいは歯科口腔外科も設置されていない医学部は全国に 4 施設ある．このうち，3 施設（75%）から回答をいただいた（**表 18-2**）．回答をいただいた 3 施設すべてで，**表 18-3** に示すように，歯科医学教育が医学生に対して実施されていなかった．

(2) 大学内に歯学部が併設されている医学部における歯科医学教育

歯学部が併設されている医学部は，全国に 14 施設存在する．これら 14 施設中 11 校からアンケートに回答をいただけた（**表 18-2**）．医学部学生に対する歯科医学教育が行われているのは 11 施設中 6 校であり，残り 5 校においては歯科医学教育を実施していないとの明確な回

たんざわ　ひでき
千葉大学大学院医学研究院
キーワード：医学教育，集学的研究・治療，全人的教育

表 18-1　医学における歯科医学教育に関するアンケート調査内容

1. 歯科（歯科口腔外科）学講座はありますか．
2. カリキュラムに歯科医学に関する講義や臨床実習がありますか．
3. 歯科医学に関する講義や臨床実習はどの程度の時間ですか．
4. 担当教員はいますか．
5. カリキュラムの GIO と SBO についてはどのように行っていますか．
6. 講義の具体的な内容を教えてください．
7. 医科歯科連携についてどのようなカリキュラムを組んでいますか．

表 18-2　アンケート回答率

	総数	回答数	(%)
歯学部も医学部内の歯科/歯科口腔外科もない大学	4	3	(75.0)
医学部に歯学部が併設されている大学	14	11	(78.6)
歯学部はないが医学部内に歯科/歯科口腔外科が設置されている大学	62	45	(72.6)

表 18-3　医学部における歯科医学教育の実施状況

	回答数	歯科医学教育実施大学数	(%)
歯学部も医学部内の歯科/歯科口腔外科もない大学	3	0	(0.0)
医学部に歯学部が併設されている大学	11	6	(54.5)
歯学部はないが医学部内に歯科/歯科口腔外科が設置されている大学	45	42	(93.3)

（アンケート集計）

表 18-4　医学部附属病院歯科口腔外科による医学部学生以外に対する講義状況（回答総数 53）

医学部附属教育施設	看護系教育施設	歯科系教育施設
26　(49.1%)	32　(60.4%)	26　(49.1%)

（全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議調査）

答を得た．

(3) 歯学部は設置されていないが，歯科/歯科口腔外科が設置されている医学部における歯科医学教育

歯学部はないが，歯科/歯科口腔外科が設置されている医学部は全国に 62 施設存在し，また，歯科，あるいは歯科口腔外科が単なる診療科であり講座ではない施設が 6 校ある．今回のアンケートに回答があったのは 45 校（72.6%）である（**表 18-2**）．これら 45 校のうち 42 校（93.3%）で医学部学生に対する歯科医学教育が行われている．一方，3 校（6.7%）においては医学部学生に対する歯科医学教育は行われていなかった（**表 18-3**）．

全国医学部附属病院歯科口腔外科科長会議の調べによると，医学部歯科口腔外科は，医学部の学生に対する講義・実習ばかりでなく，放射線技師学校などの医学部附属教育施設において歯科医学教育を担当している．さらに，看護学部・看護学科，地域の看護学校，教育学部養護教員養成課程などの看護系教育施設においても歯科医学教育を実施しており，歯科衛生士学校，衛生短大，歯科技工士学校などの歯科系教育施設においても講義や実習を行っていることも併せ考えると，地域歯科医学教育に大きく貢献している実態が浮き彫りになった（**表 18-4**）．

2) 医学教育における歯科医学教育の課題

本アンケート調査の結果をみると，医学部における歯科医学教育が実施されていない大学が 59 校中 11 校（18.6%）も存在することがわかる．しかも，回答のない，つまり，この問題に対する興味や認識が不足している大学数を考えると，約 20%程度の医学部において，医学生は歯科医学教育を受けていないものと推測される．歯科でなくとも耳鼻咽喉科などによる講義があるから医学生に歯科医学教育は不要であるとする考え方もあるものと憶測もされよう．さまざまな考え方があり，それらを尊重して受け入れたとしても，歯科医学教育を受けた者でなければ歯科医学教育はできないので，ぜひ，医学教育担当者にはご一考いただきたい．医師には歯科的知識は必要ないと考えている可能性もある．しかし，医学生の実習において，鼓膜や眼底の検査などは必修とされているが，それらの実習を受けた学生が耳鼻咽喉科医や眼科医に必ずしもなるわけではないのと同様で，最低限の歯科医学知識は医学生にも必要であることは，どなたにもご理解いただけるはずである．口腔ケアをはじめ，口腔と全身の関係が重要であることは，次第に認識されてきている．その反面，口の中を観察しない医師の存在も，日常よく見聞し，経験もするところである．また，医学教育において，薬剤の剤型とも密接な関係をもつワックス，再建プレートや人工関節などの金属材料，人工関節や人工骨などに用いられる合成樹脂など，医療で常用され歯学教育では必須とされている項目が，医学教育では完全に欠落している．さらに，歯科医学では当たり前になっている，印象採得と模型上での診断・作業手法や人体計測学などは，医学においてときに非常に有用で価値あるものである．これらの点からも，医学教育において歯科医学を，少なくとも紹介する必要性は誰でも認めるものと考える．しかし，現実には，コア・カリキュラム設定，CBT 共用試験，医師国家試験などの対策に多くの努力が払われていることが，医学教育に歯科医学教育を取り入れるゆとりを失わせているようにも思われる．ぜひ，医学教育界の方々にご検討をいただくことをお願いしたい．

このように，医学教育に歯科医学教育が取り入れられることが望ましいことは，以前から指摘されてきた．しかし，本アンケート調査結果からは，歯学部が併設されている医学部においてさえ，約半数の施設では，歯科医学教育が実施されていないことがわかり，医学教育関係者と歯科医学教育関係者の間で一層の話し合いと理解が必要であるといえよう．

第18章 医学における歯科医学

2. 医学部附属病院における歯科診療

中川　種昭

本稿にかかわる調査として，1. 附属病院に歯科（歯科口腔外科）の診療科があるか，ある場合に 2. 主な診療内容・領域，3. 院内における歯科医師の役割（医師やコメディカルへの教育活動）といった内容の調査がなされた．アンケートの送付先は 80 ある大学医学部，医科大学で，58 大学から回答が得られた．そのうち，11 大学は歯学部のある大学で，アンケート内容が歯科にかかわる治療は歯学部病院で行われているという報告が多かったため，主に歯学部のない 47 大学の附属病院の回答を参考にまとめることにした．

回答を得た歯学部のない大学医学部，医科大学 47 大学中，44 大学には診療科としての歯科，歯科口腔外科，口腔外科が存在することが明らかになった．44 大学すべてにおいて行われているのは，いわゆる口腔外科分野の歯科治療である．内容は，口腔領域の良性腫瘍，悪性腫瘍，外傷，先天異常，のう胞，口腔粘膜疾患，顎変形症，唾液腺疾患，口腔（顎顔面）インプラント治療，顎関節疾患，抜歯（埋伏歯などの難抜歯），顎顔面の炎症性疾患など，幅広く対応されている．

また，一般歯科治療も 26 大学で行われている．その多くは入院患者，あるいは全身疾患をもついわゆる有病者に対する歯科治療ということで限定している施設が多い．

院内における歯科医師の役割として，特記すべきことは，口腔ケアを診療行為として取り入れている施設，また医師や看護師へ口腔ケアに関する講義やセミナーを行うことで貢献しているところが多いことである．少なくとも 23 施設では積極的な口腔ケアの実践とセミナー，講義を行っていると述べている．さらに，口腔ケアの内容について周術期の口腔ケア，悪性腫瘍患者の緩和ケア，NST への参加等を明記している施設が 10 施設以上あった．これは，病院全体が診療科を越えてチーム医療という形で患者を中心とした医療を展開し始めていることとつながっている．1 例として，腫瘍センターが開設され，医科同士の連携だけでなく，そのなかに口腔ケア施設が常設されたことも注目に値する．

院内における歯科医師の役割として，他科とのコラボレーションを挙げている施設が複数あった．特に耳鼻咽喉科，形成外科，放射線科との連携はたいへん重要で，実際の手術の連携を含め，患者中心の医療を総合病院で行っていくためには必須である．最近では，口腔疾患と内科的疾患の関連性も重視されているため，そのような連携や情報交換を患者の全身症状に応じた内科と行うことも重要となっている．近年，ビスフォスフォネート製剤と顎骨壊死の関連が注目されており，医科からの対診依頼が増加していることも注目すべき点である．

摂食嚥下リハビリテーションに関して行っている施設も少数であるが存在した．リハビリテーション科が担当している施設が多いと考えられるが，歯科のこの分野へのかかわりも今後注目される．

院内の歯科医師の役割として，医学部学生のポリクリ実習も重要である．将来の医師に対して，病院内での歯科医療の重要性を理解してもらい，連携の必要性を直に経験してもらうのは貴重な機会であり，将来の医科歯科連携といった視点からもたいへん重要なことである．

以上述べてきたように，総合病院における歯科口腔外科，歯科医師の役割は口腔外科治療，有病者の歯科治療といった従来の範疇を超えて，他科との連携治療，さまざまな状況での口腔ケアなどが重要になっている．特に口腔ケアの重要性は，外来，病棟において日を追うごとに増しており，保険点数が 2012 年 4 月より収載されたことからもより大きなものとなっていくであろう．歯科医療従事者がこの分野に積極的にかかわり，医師，看護師と連携していくことが，患者さんの幸せにもつながっていくものと考えられる．

なかがわ　たねあき
慶應義塾大学医学部歯科・口腔外科学教室
キーワード：口腔外科治療，有病者歯科治療，口腔ケア

第19章 学会および関連団体の活動

1．日本歯科医学教育学会

俣木　志朗

日本歯科医学教育学会は1982（昭和57）年に設立された．本学会は，歯科医学教育を総合的に研究して具体的施策を提言している，わが国唯一の学会である．以下に本学会の概要と2009年度以降の活動について記す．

1）日本歯科医学教育学会の概要

(1) 会員数の推移

2008年度以降の会員数の推移は**表19-1**のとおりである．新入会員数は，約140～190名の間で毎年変動を示している．

(2) 会員構成

2012年3月31日現在の会員数を**表19-2**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，病院および医療機関などのコデンタルスタッフ

③機関会員：本学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：本学会の目的に賛同し，理事会の承認を得た者

⑤名誉会員：本学会のための功績が顕著で，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

2012年3月31日現在の役員構成を**表19-2**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，総会・学術大会：年1回が開催されている．

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　全人的医療開発学講座
歯科医療行動科学分野

表19-1　2008年度以降の会員数の推移

	総会員数	新入会員数
2008年度末（平成21年3月末）	1,707名	156名
2009年度末（平成22年3月末）	1,730名	197名
2010年度末（平成23年3月末）	1,701名	138名
2011年度末（平成24年3月末）	1,765名	179名

表19-2　日本歯科医学教育学会の会員・役員構成

〈総会員数〉		1,765名	〈役員〉	
内　訳	歯科大学・歯学部	1,386名	理事長	1名
	医学部口腔外科	12名	副理事長	2名
	一般臨床医	102名	常任理事	16名
	名誉会長	1名	理　事	57名
	名誉会員	29名	評議員	274名
	顧　問	1名	監　事	2名
	購読会員	15名		
	賛助会員	11名		
	寄贈会員	10名		
	機関会員	29大学		
	その他	169名		

（2012年3月31日現在）

(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挙げた会員を表彰している．

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，応募年度の本学会学術大会で発表されたもの．

②優秀論文賞：応募年度の日本歯科医学教育学会雑誌又は他の歯科医学教育関連の英文誌に掲載された原著論文（電子ジャーナルも可）．

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若手教育者の業績．

表 19-3　日本歯科医学教育学会総会・学術大会状況一覧

回	年　度	開催期日	担当機関	大会長	会　場	参加者
28	2009	平成 21 年 11 月 6～7 日	広島大学大学院	高田　隆	広島国際会議場	515 名
29	2010	平成 22 年 7 月 23～24 日	岩手医科大学歯学部	三浦廣行	岩手医科大学歯学部	450 名
30	2011	平成 23 年 7 月 16～17 日	日本歯科大学生命歯学部	住友雅人	日本歯科大学生命歯学部	639 名
31	2012	平成 24 年 7 月 20～21 日	岡山大学大学院	松尾龍二	岡山コンベンションセンター	442 名

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，口演及びポスター発表ともに可とする．

(5) 経　理

本学会の 2008 年度から 2011 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
2008（平成 20）年度	20,023,372 円	17,975,446 円
2009（平成 21）年度	20,036,041 円	21,244,548 円
2010（平成 22）年度	19,417,497 円	18,036,696 円
2011（平成 23）年度	20,943,145 円	20,428,154 円

2）本学会の活動

(1) 常置委員会および特別委員会

本学会は以下の常置委員会および特別委員会を設置して活動している．

〈常置委員会〉

①総務委員会

②経理委員会

③機関会員委員会

④編集委員会

機関誌「日本歯科医学教育学会雑誌」の編集・発行を担当している．発刊は年間 3 号で，2009～2011 年の間に第 25 巻，第 26 巻，第 27 巻を発行した．

〈特別委員会〉

⑤教育国際化推進委員会

ADEE（Association for Dental Education in Europe）などの諸外国の歯学教育関連学会に積極的に参加している．

⑥教育能力開発委員会

2000 年から「歯科医学教育者ワークショップ」を 10 回開催した実績を踏まえ，2010 年から静岡県裾野市の富士教育研修所において「歯科医学教育者のためのワークショップ」を開催している．また，2007 年から「医療コミュニケーション・ファシリテータ養成セミナー」を毎年 1 回，名古屋で開催している．一方，厚生労働省医政局からの医師・歯科医師再教育研修団体研修への協力依頼に応え，2006 年度以来，毎年春と秋に 2 回，ファシリテータを 4 名程度派遣している．

⑦教育評価委員会

歯科医師国家試験に関するアンケートを受験生と教員を対象に実施し，調査結果を発表している．

⑧卒前教育委員会

歯科医学準備教育の現状とあり方について検討を重ねている．

⑨卒後教育委員会

平成 23 年度から公募制となった歯科医師臨床研修プログラム責任者講習会の企画・運営を担当するほか，卒後教育研修会を開催している．

⑩倫理・プロフェッショナリズム教育委員会

「歯科医療倫理教育に関するワークショップ」などを開催している．

⑪広報委員会

本学会のホームページの充実化を図っている．

⑫白書作成委員会

3 年ごとに発刊する歯科医学教育白書の企画・作成に当たっている．

⑬機構検討委員会

各委員会のミッションの明確化と役員選挙にかかわる規約改正の協議を行っている．

⑭学術賞選考委員会

⑮選挙管理委員会

(2) 総会・学術大会の開催

2009 年度（第 28 回）から 2012 年度（第 31 回）までの総会・学術大会開催状況を**表 19-3** に示す．

第19章 学会および関連団体の活動

2. 日本医学教育学会

俣木　志朗

1) 事業目的と沿革など

日本医学教育学会は，医学教育に関する研究の充実・発展ならびその成果の普及を目的として，全国医学部長病院長会議の賛同の下に，牛場大蔵氏（初代会長）を中心として，1969（昭和 44）年 8 月に創立された．以来，わが国の医学教育の改善に努力を積み重ね，1997（平成 9）年には日本医学会に第 90 分科会として加盟を認められている．

創立時に比較して十数倍に増加した会員のニーズに応えるため，運営委員会制は 2002 年 1 月から理事・評議員制に移行した．また，2010 年 10 月に一般社団法人となり，2012 年 6 月からは第 17 期体制となっている．2012 年 7 月現在，個人会員 2,451 名（うち学生会員 167 名，海外 8 名），機関会員（大学・病院など）220 機関，賛助会員 22 社となっている．

2) 事業内容の概要

日本医学教育学会の近年の具体的活動は以下のとおりである．

①総会・学術大会（医学教育学会大会）の開催（毎年）
②機関誌「医学教育」の隔月刊行および補冊（大会抄録集）の刊行と配布
③学会ホームページでの情報発信
④各種委員会の活動
⑤「医学教育賞」の選考
⑥「医学教育白書」の刊行（4 年ごと）
⑦医学教育に関する図書・文献資料の刊行
⑧「医学教育者のためのワークショップ」の主催
⑨臨床研修研究会主催「プログラム責任者養成講習会」への協力
⑩医学教育に関するセミナー・ワークショップなどの開催・協力
⑪各機関の「医学教育ユニット」との連携
⑫医学教育を通じての国際貢献
⑬医学教育諸団体・省庁などとの連携・協力，WHO など国際教育諸機関との連絡や交流，会員・医学教育機関からのニーズに応えるサービスや協力など，本会の目的を達成するための諸事業

3) 各種委員会活動

日本医学教育学会は，以下の委員会を設置して活動している．

○編集委員会
○広報・情報基盤開発委員会
○国際関係委員会
○基本能力教育領域
　・入学者選抜委員会
　・倫理・プロフェッショナリズム委員会
　・準備教育・行動科学教育委員会
　・医学教育専門家制度委員会
　　・医学教育専門家制度 WG
　・基礎医学・生命科学委員会
○臨床教育領域
　・卒前臨床教育委員会
　・コア・コンピテンス教育委員会
　・国家試験・共用試験委員会
　・臨床研修委員会
　・生涯教育委員会
○教育開発領域
　・業績評価委員会

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　全人的医療開発学講座
歯科医療行動科学分野

・FD 委員会
・教材開発・SP 委員会
・教育研究開発委員会
・大学院教育委員会

○特別領域
・医学教育賞等特別委員会
・選挙特別委員会
・研究倫理・COI 委員会
・地域医療・多職種連携教育委員会
・分野別認証検討委員会
・震災経験を医学教育に生かす委員会

4) 特徴ある主な委員会活動

上記の各種委員会のなかで，特徴的な活動の一部を紹介する．

①編集委員会

日本医学教育学会発行の定期刊行誌「医学教育」の編集を担当し，年 6 号と大会抄録号の計 7 冊を刊行している．「医学教育」では，医学教育だけでなく，広く医療者教育にかかわるすべての人に，現在わが国で行われているさまざまな教育実践の紹介，医療者教育をテーマにした研究論文を提供している．そのほか，重要課題についての特集を企画し，多くの読者との経験の共有を図っている．また，医学教育担当者に必要な学習理論や海外の情報などの紹介も行っている．

②広報・情報基盤開発委員会

「広報」としては，国内外の人々に本学会の活動を広めること，医学教育に関する最新の情報を迅速に提供することを大きな任務としている．「情報基盤開発」としては，これまでの情報基盤開発委員会が立ち上げた「医学教育情報館 MEAL（Medical Education Assets Library）」サイトによる医学教育用語集，有用な文献と書籍の紹介，医学教育に関する資料などの提供を行っている．また，学会として 4 年に 1 度刊行している「医学教育白書」の制作も担当している．

③倫理・プロフェッショナリズム委員会

わが国の医師養成課程における生命倫理，医療倫理，臨床倫理，プロフェッショナリズム教育の質の向上を目指して幅広い活動を行っている．学術大会でのシンポジウム，パネルディスカッション，学会誌などでの発表のほか，「白浜記念臨床倫理ワークショップ」や講演会の定期開催，ユネスコや米国の教育関連資料の翻訳などにも取り組んでいる．

生命倫理や医療倫理の教育については，医師以外の医療職の方や倫理，法律，心理などの医学以外の分野の方とのディスカッションが欠かせないとしており，広く協力を求めている．

④準備教育・行動科学教育委員会

本委員会では，医療の受け手である一般市民が心おきなく医師の提供する専門的な知識・技術を享受できるよう，「人間中心の医学・医療」の前提条件となるはずの教育（準備教育）について内容や方法を吟味している．これまでは，文化人類学，社会学，臨床医学，日本語教育学，リハビリテーション学，人間関係論などに背景をもつ委員が討論し，「準備教育モデル・コア・カリキュラム〈委員会版〉」を試作した．今後は，それを集約して見える形にすることを第 1 の目標としている．また，「準備教育」の定義は，専門教育に入る前の準備教育（狭義）ではなく，医学部のカリキュラムで教養教育と専門教育が楔形になった現在では，社会に出る前の準備教育（広義）と認識し，「生涯学習準備教育モデル・コア・カリキュラム」を扱っている．

⑤基礎医学・生命科学委員会

卒前における基礎系科目の教育については，統合カリキュラムの導入や授業・実習時間数の削減などによってその存在感が薄れつつある．しかし，臨床の基本は基礎医学にあり，基礎医学の理解の上に，臨床における診断や治療が成り立つものであることから，今後の医師養成教育のなかに，基礎医学や生命科学分野の教育を，いかに効果的に組み入れるかを検討する必要がある．さらに，医学部・医科大学における基礎医学分野では，医師免許をもつ教育者・研究者が減少を続けており，臨床を視野に入れた教育や研究の視点が希薄になる傾向も認められる．こうした事態は，日本における医学研究全体の衰退を招くと危惧されており，MD-PhD プログラムなどの基礎医学分野の後継者育成のプログラムも改めて構築していく必要がある．これらの課題を検討し，提言していくのが本委員会の役割である．

⑥卒前臨床教育委員会

学生の臨床能力の評価法をテーマとし，臨床実習の評価法および臨床実習終了後の OSCE の実施状況について全国の大学を対象として調査を行っている．また臨床実習終了後の OSCE を実施している大学を数校選んで OSCE 当日に見学し，実施方法などについて詳細な調査を行った．今後，臨床能力習得のための方略をテーマにしたいと考えている．

⑦コア・コンピテンス教育委員会

本委員会で取り扱うコア・コンピテンスは学習成果基盤型教育（Outcome-based Education）において医学生が卒業時に有する達成目標である．本委員会ではコア・コンピテンシーを明確にするとともに，コア・コンピテンスを達成するカリキュラムのフォーマットの作成を試

みる．

⑧臨床研修委員会

臨床研修，特に初期臨床研修とは，医学部卒業生が医師国家試験に合格して医師となった後，臨床現場で医師として必要な知識や技術や態度を修練し習得することである．2004 年以降は，法律によって診療に携わるすべての医師に対して義務づけられた．その後，2009 年度に 1 度見直しがなされた．次の 2014 年度見直しに向けて準備が進められている．社会が求める医師を養成するうえで，臨床研修制度はきわめて重要な役割を果たしている．医学教育に携わるさまざまな立場の方々の意見を集約して，より良い制度を目指して提言をまとめていくことを目指している．さらに，臨床の現場で充実した研修を実現するための指導法の普及や指導医養成のあり方を継続的に検討すること，加えて，社会に説明責任を果たすために研修医の目標達成度を評価する方法を開発することも本委員会の使命だと考えている．

⑨業績評価委員会

教育業績を適正に評価することは，教育の現場においてきわめて重要である．医学部では学生の定員増や医学教育のグローバル化，多忙な臨床活動により教育現場は疲弊している感がある．研究や臨床と比較して，教育業績は評価方法が確立・標準化されておらず，個人の実績につながらない現状がある．このような状況は個人にとって不利益であるだけでなく，教育に尽力する教員の意欲減退と医学部教員の教育離れを引き起こし，医学教育の質の低下につながる．本委員会ではこれらの状況を踏まえ，教員の教育業績を適正かつ客観的に評価する方法を確立する．医学部においては臨床実習に代表される診療参加型，問題解決型の教育手法が取られることから，従来の量的評価に加え質的評価を含め，より適正な評価方法を開発する．さらに評価方法を標準化し，多くの大学で使用可能な制度を確立することで，医学部教員の教育への意欲を高め，医学教育の質の向上につなげたい．

⑩ FD 委員会

FD 委員会は卒前教育や臨床研修，そして生涯教育にかかわる全国の医学教育指導者の能力開発の現状を調査・紹介し，わが国における医学教育にかかわる能力向上に寄与することがその役割である．そのなかには，卒前・卒後医学教育の指導的立場に立っておられる諸氏に参集いただき，年に 1 回，富士山麓で行っている医学教育者のためのワークショップ（富士研ワークショップ）の立案・運営も挙げられる．このワークショップは 2011 年で第 38 回目の開催になり，前半はアドバンスコースとしてのカリキュラム・プランニング，後半では医学教育を取り巻く新たな課題の討議を行うスタイルが定着した．近年，後半で扱った内容は，卒前・卒後医学教育のつながりについて，専門医制，Practice-Based Teacher Education などがある．

⑪教育研究開発委員会

より良い医学・医療教育を行うには，教育を改善するための地道な研究活動が必要である．教育の理論や方法は不変ではなく，社会的ニーズを踏まえて現状や問題点を明らかにし，新たな理論を構築し，教育方法を開発していくことが求められている．本委員会では，医学教育の研究を促進するための方策を検討し，具体的な活動を展開している．医学教育の研究に役立つ資料の紹介・作成，研究方法を学ぶためのワークショップの企画運営，若手研究者をサポートするシステムづくり（メンタリング・プログラム）などを行う予定である．わが国の医学教育をさらに発展させ，その成果を世界に向けて発信し，世界の医学教育の改善に貢献したい．

⑫研究倫理・COI 委員会

前身となる COI（conflict of interest：利益相反）委員会は，2011 年に出された日本医学会による「医学研究の COI マネージメント」をきっかけとし，アドホックに立ち上げられた．同時期に立ち上げられた倫理委員会では，以前医学教育研究開発委員会において議論されてきた「日本医学教育学会研究倫理指針」に関して，さらなる議論がなされ，2012 年 4 月に理事会承認がなされた．

研究倫理・COI 委員会は，2012 年 6 月からの第 17 期理事会において，上記の背景を踏まえて新しく設置された委員会である．基本的には，医学教育研究における COI や研究倫理を中心に取り扱うことになる．

第19章 学会および関連団体の活動

3. 日本歯科医学会

江藤　一洋

日本歯科医学会は歯科医学を振興して，国民のための歯科医療の向上に貢献していくことを使命としている．

日本歯科医学会は事業のなかで特に重要と思われるもの6つを重点計画として掲げている．歯科医療への学術的根拠の提供体制の構築，歯科医療技術革新の推進，専門医制度のあり方の検討，国際連携の推進，歯科医学未来構想の構築，学会機構改革の推進である．

歯科医療への学術的根拠の提供体制の構築のために，2つの組織がある．1つは歯科医療協議会であり，もう1つは歯科診療ガイドラインライブラリー協議会である．

歯科医療協議会は適切な歯科診療報酬の検討のために各分科会，診療所，大学の調査研究成果を基に作成された診療ガイドライン，プロジェクト研究やタイムスタディーなどを学術的根拠にして，診療報酬改定に向けて歯科医療技術の評価・再評価提案書（中医協へ提出）の作成を行っている．

2つ目の歯科診療ガイドラインライブラリー協議会の目的は，科学的根拠に基づく歯科疾患の予防および治療の適切な選択に資するためのガイドラインの作成にある．

現在，日本歯科医学会診療ガイドラインライブラリーに収載されているガイドラインは20編で，そのなかの10編はMindsに掲載されている．

重点計画の2つ目は，歯科医療技術革新の推進である．歯科医療機器産業ビジョンを平成19年に作成（平成24年に改訂）した．これにより国の医療機器産業政策への参画が可能となった．また，臨学産の連携体制をつくり喫緊の課題として在宅歯科器材の開発を進めており，平成24年度には，経済産業省の課題解決型医療機器の開発改良事業に採択されている．

重点計画の3つ目は専門医制度のあり方の検討である．歯科保険医療体制と共存できる専門医制度の構築を目指し，国民および歯科界の理解を得られる方策を検討しているところである．

重点計画の4つ目は国際連携の推進である．アジアにおける日本の存在感が少し弱くなっているので，アジアを基盤にして日本の歯科医学・医療を発展させて，欧米と競争する，そういった方向にもっていきたいと考えている．そのためには，日本留学経験のあるアジアの先生方と連携できるようなネットワークをつくり，これをハブにしてアジアを基盤にして日本の歯科医学の発展を図っていくのも1つの方向と考えている．

事業計画の5つ目は歯科医学未来構想の構築である．現在，世界的な歯科医学の研究拠点を目標に歯科医学の研究ネットワーク構築を学術会議より文部科学省に申請しているところである．

次に6つ目の重点計画である．現在，日本歯科医学会に参加している分科会の数は40ある．これは，行政・国民から各種の調査・研究依頼に十分に対応するためである．すなわち行政から日本歯科医学会を通しておのおのの分科会へ，おのおのの分科会から日本歯科医学会を経て行政・国民へアピールする体制となっている．そして2015年頃までには，法人制度改革に従って日本歯科医学会の組織と財政のあり方について見直しを行わなければならない．重要な点はいかなる組織形態になろうとも，日本歯科医学会が学術的に中立かつ独立の組織として国民の信頼を得られる形にすると同時に，歯科医療の担い手である日本歯科医師会との連携協力体制をさらに強化することである．

最後に，日本歯科医学会の役割は個々の分科会の叡知とアイデアをいただき，日本歯科医学会全体としての合理性を図り，総意を得て，歯科医学におけるオールジャパンの力を結集することにより，歯科再生へ向けて，力を尽くしていくことである．

えとう　かずひろ
日本歯科医学会会長
キーワード：臨学産の連携体制，歯科医学におけるオールジャパン体制

第19章 学会および関連団体の活動

4. 日本歯科医師会

影山　幾男

1) 概　要

日本歯科医師会は，1903（明治 36）年 11 月に設立され，2003（平成 15）年に創立 100 周年を迎える．現在の「社団法人 日本歯科医師会」は 1947（昭和 22）年に旧「日本歯科医師会」が改組されたもので，民法第 34 条により厚生大臣（当時）の認可に基づいて設立された社団法人である．日本歯科医師会は，都道府県歯科医師会を法人会員として，また都道府県歯科医師会会員となっている歯科医師を個人会員として組織され，会員の拠出する会費によって運営されている．日本歯科医師会は，わが国の歯科医師社会を代表する唯一の総合団体であり，医道高揚や公衆衛生活動および学術研修事業等を行っている．また，国際的学術交流にも力を入れており，世界歯科連盟（FDI）に加盟し，年次歯科大会には代表団を派遣している．そのほか医道審議会や，医療審議会および中央社会保険医療協議会（中医協）など政府関係の各種審議機関に参画するとともに，日本歯科衛生士会や日本歯科技工士会などの歯科関係団体に加え，日本医師会，日本薬剤師会，日本看護協会などの医療関係団体とも緊密な連携を取り，わが国の歯科医療および社会福祉の発展向上に努めている．なお，2012（平成 24）年 7 月末日現在の会員数（法人会員を除く）は，64,993 名である．

2) 沿　革

日本歯科医師会は 1903（明治 36）年の 11 月に設立されて以来，100 有余年が経過している．

(1) 日本歯科医師会の始まり

交通も不自由であり，歯科医師の数も少なかった 1890 年代，日本各地に歯科医師の団体ができ始めた．その頃，医師の団体が医師法制定を目指して活動を始めたことを受け，歯科医師においても全国的な歯科医師の団体の設立が急務であった．1903（明治 36）年に大阪で内国勧業博覧会が開催された際，全国より 200 名余の歯科医師が参集して懇親会が開かれた．この席上で，全国各地にある歯科団体をベースにし，もしくは新設して全国的な歯科医師会を組織することを決定した．13 名の委員を選出し，5 回にわたる委員会で準備を進めた．その年の 11 月 27 日，東京・京橋にあった地学協会の講堂に全国から 114 名の歯科医師が集い，「大日本歯科医会」の発会式が行われた．これが，全国組織の歯科医師団体である「日本歯科医師会」の始まりである．

(2) 大日本歯科医会時代（1903（明治 36）年 11 月 27 日～1907（明治 40）年 3 月 31 日）

大日本歯科医会の活動の主な目標は，歯科医師の身分や業務を確立する歯科医師法の制定だった．1904（明治 37）年 10 月，歯科医師法草案がまとめられ，1906（明治 39）年 3 月に医師法と同時に貴族院で可決成立，5 月 2 日に公布となった．日本歯科医師会では，この日を歯科医師記念日と定めた．

(3) 日本聯合歯科医会時代（1907（明治 40）年 4 月 1 日～1918（大正 7）年 3 月 31 日）

歯科医師法の制定に伴い，歯科医師会規則が公布され，これに基づいて，各地区に公的な歯科医師会が設立されるようになったが，人数の少ない地方ではうまくいかなかった．そこで，いろいろな性格の歯科医師の団体ができたので，その連絡機関として日本聯合歯科医会が誕生した．

この日本聯合歯科医会は，歯科医師試験規則の制定や，医師に歯科医業を禁止する問題などに直面し，後に歯科医師法改正運動に発展した．そして，1916（大正 5）年，医師が内務大臣の許可を受けずに歯科医業を行うことを禁止する条項などを加えた歯科医師法の改正に成功した．

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：日本歯科医師会，歯科医師

また，公衆衛生運動や学校歯科医，陸海軍に歯科軍医を設置する運動が開始されたのも，この時代である．

(4) 日本聯合歯科医師会時代（1918（大正 7）年 4 月 1 日～1926（大正 15）年 11 月 9 日）

歯科医師会規則による公的歯科医師会が地方に続々と設立されたので，会の名称も日本聯合歯科医会から，日本聯合歯科医師会と改めた．役員は再び会長制とし，代議員制度（都道府県会長会議）を導入した．

この期間には，口腔衛生の普及，初のムシ歯予防デー実施，小学校への歯科衛生施設の設置，学校歯科医と歯科軍医制度の実現，産業歯科衛生の問題，歯科医師の課税問題などについて政府に申し入れをした．

(5) 第 1 次日本歯科医師会時代（1926（大正 15）年 11 月 10 日～1943（昭和 18）年 1 月 27 日）

歯科医師法の改正により，歯科医師会は強制設立の公法人となった．この改正により，1926（大正 15）年 11 月 10 日に日本聯合歯科医師会は「日本歯科医師会」として改めて認可され，再発足した．これは健康保険法の施行に伴い，政府や健康保険組合などとの公式の交渉団体としての性格をもつためであった．この期間には，保険診療についての契約，支払方式，診療方針などの問題について政府と協定の取り決めを行った．また，多年の念願であった学校歯科医制度（1931（昭和 6）年）と歯科軍医制度（1940（昭和 15）年）も実現した．また，1931（昭和 6）年には学校歯科医大会を実施し，1932（昭和 7）年には学校歯科医会を発足した．ほかには，1928（昭和 3）年のムシ歯予防デーの実施，1938（昭和 13）年の厚生省の設置，歯科材料などの配給統制などがあった．

(6) 第 2 次日本歯科医師会時代（1943（昭和 18）年 1 月 28 日～1948（昭和 23）年 3 月 31 日）

名称は日本歯科医師会として全く変わらないが，1942（昭和 17）年に国民医療法の制定に基づいて，歯科医師会は医師会とともに国策遂行のための国策団体となり，強制設立，強制加入の団体として性格は全く異なるものとなった．これにより，歯科医師はすべて歯科医師会の会員となることが義務づけられ，その役員は任命制となり，日本歯科医師会は厚生大臣が，都道府県歯科医師会は知事が任命するものとなった．また，代議員の半数は任命となった．この間に，歯科医師の補習教育，いわゆる錬成，挺身歯科診療活動などが行われた．

(7) 社団法人日本歯科医師会時代（1948（昭和 23）年 4 月 1 日～現在）

戦時下の国策団体としての日本歯科医師会は，終戦によって当然改組が問題となったが，1946（昭和 21）年 10 月，連合軍総司令部からの覚書によって改組協議会がつくられ，その成案に基づいて，民法上の社団法人として，再発足することとなった．1947（昭和 22）年 9 月 15 日に厚生省の定款認可がおり，1948（昭和 23）年 4 月 1 日より社団法人日本歯科医師会として発足し，今日に及ぶ．現在では社団法人として任意加入，任意設立の団体となり，同時に各都道府県歯科医師会も独立した社団法人となった．

第19章 学会および関連団体の活動

5. 一般財団法人歯科医療振興財団

安井　利一

1) 一般財団法人歯科医療振興財団について

一般財団法人歯科医療振興財団は，昭和62年6月1日に設立された．国の公益法人制度改革により，平成24年4月1日に財団名を「財団法人歯科医療研修振興財団」から「一般財団法人歯科医療振興財団」に変更した．本財団の目的ならびに事業は次のとおりである．

(1) 目　的

財団は，歯科医師臨床研修に対する支援，臨床歯科医学および歯科医療に関する啓発，普及ならびに歯科臨床研修制度の在り方等に関する調査研究を行うとともに，歯科衛生士にかかる試験事務等を行うことにより，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を目的とする．

(2) 事　業

①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医師臨床研修に対する支援
②歯科医療および歯科臨床研修等に関する調査研究および研修事業の実施
③日本歯科医師会等の行う生涯研修事業への協力
④歯科衛生士にかかる試験事務および登録事務の実施
⑤歯科衛生士の資質向上のための研修事業の実施
⑥その他，財団の目的を達成するための必要な事業

2) 歯科医師等研修事業

(1) プログラム責任者講習会

一般財団法人歯科医療振興財団（厚生労働省補助事業）の主催で厚生労働省・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実施される．平成23年度は，日本歯科医学会の協力を得て平成24年3月17日（土）～3月20日（火）の3泊4日で実施した．

参加対象者は，指導歯科医講習会を修了している者で，歯科医師臨床研修施設において，研修歯科医の教育指導の管理的立場にある者（研修管理委員会委員長，研修プログラム責任者，副研修プログラム責任者，これらの予定者）である．定員は40名であった．

(2) 歯科医師臨床研修指導歯科医講習会

一般財団法人歯科医療振興財団（厚生労働省補助事業）および各歯科大学・各歯科医師会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講習会を実施し，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．

(3) 歯科医師臨床研修マッチングと歯科医師臨床研修マッチング協議会

歯科医師臨床研修希望者と臨床研修を行う施設の研修プログラムとの研修歯科医マッチング（組み合わせ決定）および研修希望者の支援に関する業務を行い，臨床研修が円滑に行われることを目的とする歯科医師臨床研修マッチング協議会が平成17年4月に発足し，以降毎年マッチングを実施している．歯科医師臨床研修マッチング協議会は，社団法人日本歯科医師会，社団法人私立歯科大学協会，国立大学歯学部長・歯学部附属病院長会議および一般財団法人歯科医療振興財団の4団体で構成され，その事業は一般財団法人歯科医療振興財団で行っている．マッチングに関して，平成23年度は，参加者数3,866名，希望順位登録者数3,670名，希望順位未登録者数196名，参加者最大希望順位登録者数20名，参加者平均希望順位登録数3.78，研修プログラム数307，参加施設数236，募集定員3,590名であり，マッチ者数は3,269名でマッチ率（対登録者数）89.1%，マッチ率（対募集定員）91.1%という結果であった．

やすい　としかず
明海大学歯学部
キーワード：一般財団法人歯科医療振興財団，目的，事業

第19章 学会および関連団体の活動

6. 国際関連学会

森尾　郁子

本項では世界の歯科医学教育に関連する団体の概略，ミッション，最近の動向について紹介する．

1) 米国歯科医学教育学会（American Dental Education Association（ADEA））

米国・カナダにおいて「歯学教育を代表する声」として，1923年創立以来，19,000名以上の会員（学生，教職員，口腔保健にかかわる企業など）を有し，一般・専門歯科医師，歯科衛生士，歯科助手，歯科技工士の育成にかかわっている．教育は動的なプロセスであり，科学が絶え間なく進歩するなかで，変化をいち早く捉え，教育現場に反映していくことが歯科医療人育成に大切であり，人々の口腔保健向上にとっても必須である．歯科医療従事者を目指す若者や，歯科医療人育成，歯学研究，口腔保健行政にかかわる人々にとっての重要な機関である．

ミッションとして，①歯学教育全般にわたる質の向上，②歯学教育の多様なニーズの支援と擁護のためのパートナーシップの構築，③個人・機関会員の個々のニーズへの対応，④会員間の意思疎通，情報共有の促進，⑤歯学教育における多様性の拡大，⑥口腔保健の増進，を掲げている．役員構成は会長，前会長，次期会長，担当別副会長，事務局長からなる．学術誌として「Journal of Dental Education」を発行している．

学術大会は年1回開催されているが，そのほかにも対象別にさまざまな会議，ワークショップを開催している．最近の学術大会のテーマは，医療人育成という広い観点からの人的ネットワークの構築（フロリダ，2012年3月17～21日），多職種連携教育，学生のやる気を引き出す教育的アプローチ，省察と自己評価のための手法（シアトル，2013年3月16～19日）となっている．

2) 欧州歯科医学教育学会（Association for Dental Education in Europe（ADEE））

1975年に欧州の歯科大学，歯学教育にかかわる人々のために創立されて以来，歯学教育の質の向上，歯学教育者の育成，教育研究支援，歯科医療従事者育成に関与している．会員は欧州の歯科大学，歯科専門学会，各国の歯学教育関連団体などで会員リストはWeb上で公開されている．1978年の欧州連合の指令に基づき，歯科医療専門職免許の相互認証化を受け，歯学教育の質の標準化が急務となり，Diarmuid Shanley教授らが中心となって始まった欧州連合の3つのプロジェクト（DentEd, DentEdEvolved, DentEd Ⅲ）を通して，欧州の歯学教育ガイドラインである「Profile and Competencies for European Dentists」の編纂と普及，自己評価と外部評価者による視察からなる質保証の枠組み構築が行われた．同プロジェクト終了後はADEEが事業を引き継いでいる．視察の目的は認証評価ではなく，各歯科大学が視察団からのフィードバックを基に，教育の質向上のために活用することを目的としており，緩やかではあるが，こうした努力の積み重ねにより欧州全体の歯学教育の質を高いレベルに収束させることを目指している．視察の報告書はWeb上で公開されている．

ミッションとして，①歯学教育の推進と欧州全体の歯学教育レベルの向上，②同僚評価支援と歯学教育の質保証，③教育における評価方法の改善，④人的交流とプログラムの相互利用の推進，⑤歯学教育に関する知識・理解の普及，⑥歯学教育に関する欧州の窓口となる，を掲げている．役員構成は，会長，前会長，財務担当理事，学会誌編集担当理事，事務局長ほか5名からなる．学術誌として「European Journal of Dental Education」を発行している．

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　環境社会医歯学講座　歯学教育開発学分野
キーワード：ADEA，ADEE，SEAADE，IFDEA

年1回，学術大会を開催している．最近開催された会議のテーマは，歯学研究と教育に与える研究の影響力（アムステルダム，オランダ，2010年8月25～28日），歯学教育へのコンピュータ技術の活用（アンタルヤ，トルコ，2011年9月7～10日），エビデンスに基づいた歯科医療（リヨン，フランス，2012年8月29～31日）となっている．

3) 東南アジア歯科医学教育学会（South East Asia Association for Dental Education（SEAADE））

SEAADEの構想は1980年代後半にIADR東南アジア部会の場で議論が始まり，1990年のFDIシンガポール大会で，その設立が実現した．そうした経緯からか，SEAADEの年次大会はIADR東南アジア部会と同時に開催されている．学会の前日には歯学部長会議，ワークショップなどが開催される．会員は主に東南アジアの歯科大学であるが，台湾とインドも加わっている．日本からは東京歯科大学が参加しており，2011年シンガポール大会では佐野　司教授が同大学長代理として歯学部長会議，ワークショップに参加した．SEAADEでも2005年から歯科大学の視察による同僚評価を行っている．

ミッションとして，歯学教育・歯学研究の推進，人的交流や情報共有の推進等を掲げている．役員構成はADEA同様，会長，前会長，次期会長，財務等各担当理事と事務局長からなる．任期2年で，偶数年に総会において選挙を行い，次々期の役員を決めている．一時独自の学会誌の発行を議論していたことがあったが，実現にはいたっていない．

IADR東南アジア部会とSEAADEは，香港，シンガポールがリードする局面が多いが，多くの参加者を送っているタイや，インドネシアが存在感を示すなかで，インド，パキスタンといった国々からの参加者の動向が今後注目される．年1回学術大会が開催されるが，教育に関する演題数はあまり多くない．2010年は台北，2011年はシンガポール，2012年は香港で開催された．

4) 国際歯学教育者・団体連盟（International Federation of Dental Educators and Associations（IFDEA））

1992年にInternational Federation of Dental Education Associationsとして，各国・各地域の歯学教育関連団体の連盟として設立された．ADEA，IADR，あるいはFDIの年次大会の際に会議を開催しており，わが国からは日本歯科医学教育学会が代表として参加していた．

欧州では国レベルではなくADEEが中心となって，歯学教育の標準化を進めてきたが，そこには常にADEAとの連携があった．また，ADEAの年次大会にはADEEの代表者が参加し，SEAADEはADEA，ADEEの動向を注視し，導入できるものはいち早く取り入れている．こうした状況で，各国・各地域の連携を図るためのプラットフォームとしてのIFDEAという組織の意味は薄れてきていた．2007年9月にダブリンで開催されたGlobal Congress on Dental EducationⅢで，略語は変わらないものの，正式にInternational Federation of Dental Educators and Associationsと改名され，歯学教育関連団体の連盟ではなく，個人や企業も会員となることができる団体へと変貌した．現在では900以上の世界の歯科大学と3万人を超える会員を対象に，歯学教育関連情報のWeb上での共有と人的ネットワーク構築のための役割を担う存在になっており，役員名簿にはかつて欧州の歯学教育プロジェクトを牽引していた情報通信技術に長けた人材が名を連ねている．

個人会員の場合，入会は無料であり，英語による歯学教育教材が利用できる点で，日本の歯学教育者にとっても注目すべき存在となっている．

以上みてきたように，世界の歯学教育関連団体は互いの連携を深めつつ，進化している．日本歯科医学教育学会の活動が世界からより見える形となるために，英語での情報発信とこうした団体との連携が今後の課題である．

文献

1) ADEA：http://www.adea.org/Pages/default.aspx（2012年7月31日）
2) ADEE：http://www.adee.org/（2012年7月31日）
3) SEAADE：http://www.seaade.org/（2012年7月31日）
4) IFDEA：http://www.ifdea.org/Pages/Default.aspx（2012年7月31日）

第19章 学会および関連団体の活動

7．教育関連委員会の活動

影山　幾男

現在，歯学関連学会は21の専門分科会と19の認定分科会とに区別される．21の専門分科会には歯学教育に関する20の委員会があり，19の認定分科会には17の委員会がある．歯学には歯学教育が欠かせないことがわかる．専門分科会のなかで日本歯科医史学会は専門委員会は設置していないが，歯学教育に関するアンケート調査，ワークショップの開催，さらに歯科医学史において必要と思われる歯学教育カリキュラム案の作成を計画中である．認定分科会においては　日本口腔感染症学会と日本歯科審美学会には教育委員会，教育活動は認められないが，ほか17団体には委員会が存在する．

専門分科会と認定分科会の教育活動，関連団体の活動報告については**表19–1，2**にまとめた．そのなかで特に日本歯科医学教育学会においては1）教育国際化推進委員会，2）教育能力開発委員会，3）教育評価委員会，4）卒前教育委員会，5）卒後教育委員会，6）倫理・プロフェッショナリズム教育委員会と，日本歯科医学会のなかで教育に特化した6つの特殊委員会を設置していることで存在意義は大きい．

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：教育関連委員会，専門分科会，認定分科会

表 19-1　各専門分科会の教育関連委員会

学会名	委員会名称	委員数	活動内容
歯科基礎医学会	教育検討委員会	7	基礎系歯学の教育について，教育方法，カリキュラム編成などを検討するために，本学会に教育検討委員会を設けている．高齢化社会を迎え，歯科医師が全身的な基礎疾患をもった患者の歯科治療，口腔衛生に携わる機会が増えるであろうことに鑑みて，基礎系歯学の教育はいかにあるべきか，コアカリキュラムの内容などについて検討している．
特定非営利活動法人 日本歯科保存学会	教育問題委員会	9	1）年 2 回の学術大会開催時に定期的に委員会を開催し，歯科保存学の教育に関連する事項について審議と意見交換を行っている．現在，歯内療法学および歯内療法学基礎実習のガイドラインを作成中である． 2）文部科学省，厚生労働省，共用試験機構，大学などの行政，教育関連機関に対し，卒前・卒直後の臨床実習・研修内容について専門学会の立場から要望を述べ，意見を具申していきたいと考えている．
社団法人 日本補綴歯科学会	教育問題検討委員会	6	卒前卒後の補綴学教育のあり方に関する基準を明確に示し，専門医へのキャリアパスを明確に示すように，また一般的な補綴医療の水準を少しでも高められるようにすることを目的としている．本委員会から，2006 年以降歯科補綴学に関する知識，技能の基準が提案されている．これらを踏まえ，現委員会では以下の活動を行っている． 1）補綴専門医制度の充実のために，カリキュラムの立案 2）研修歯科教育における現状把握：アンケート調査 3）補綴基礎実習の改善および意見交換：ワークショップの実施 4）コアカリキュラム・教授要綱・国家試験出題基準の整理
公益社団法人 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	本委員会は，口腔外科学会会員で，認定医資格取得を目指す若手研究者会員の育成を主な目的として 1981 年に設置された教育研修委員会とカリキュラム委員会を改組して，2007 年 10 月に設置された． 専門医制度関係のカリキュラムの作成などに関する業務と併せて，2003 年 11 月の口腔外科専門医の認定に伴って，専門医資格取得の必須研修会とされた教育研修会の実施を担当している．同研修会の重要性が定着し，2007 年度からは年 2 回の実施とされ，各回の参加者も 300～500 名（従来，100～150 名）と大幅な増加をみせている．時宜を得たテーマ設定の下，2 日間にわたる活気あふれた研修会となっている．
一般社団法人 日本矯正歯科学会	卒後教育委員会 生涯研修委員会 研修機関検討委員会	7 6 8	1）卒後教育委員会が，卒後の専門教育に関して必要なカリキュラムの内容を検討し，認定医・専門医改革検討委員会において認定医取得のために必要な基本研修，臨床研修の到達目標を定め，研修内容を統一化した．さらに，認定医制度のなかで，基本研修修了程度検定試験を施行しており，卒後教育委員会が企画・運営にあたり，研修の到達目標を基準とした試験が行われている． 2）生涯研修委員会の事業として，年 1 回，生涯研修セミナーを開催し，会員の生涯研修に寄与する企画を立案，遂行している． 3）研修機関検討委員会が，卒後の歯科矯正臨床教育にあたる基本研修機関および臨床研修機関の設備と，カリキュラムの内容に関して，毎年の報告書，ならびに新規申請書の書類審査をするとともに，基本研修機関に対して毎年数施設の実地調査・指導を行っている． 4）卒後教育委員会，研修機関検討委員会，認定医委員会により，毎年，指導者講習会を開催し，指導内容の標準化を図っている．
一般社団法人 日本口腔衛生学会	教育委員会	6	歯学教育における口腔衛生学関連教育に関して，口腔衛生学会所属講座の実質的な教育分担範囲についての具体的な共通認識を教授要綱に基づいて明確にすることを目指している．現在，各大学における口腔衛生関連講義の教育実態を調査し，その結果に基づいた本学会関連の教育分野における具体的コア教育項目を定め，その認識を学会活動を通して広く浸透させるべく活動を進めている． Profile and competences for the graduating European dentist update 2009（Eur J Dent Educ 14：193-202，2010）に基づいて，日本の歯科医学教育における口腔衛生学関連の教育が目指すコンピテンシーを集約してその結果を現在のわが国のモデル・コア・カリキュラムと比較検討することで今後の口腔衛生学関連の教育分野が担う責務確認を進めている．
日本歯科理工学会	教育検討委員会	35	活動内容としては，（1）材料科学の基礎理論に立脚しつつ，臨床に即した歯科理工学教育方法の模索，（2）歯科理工学教育用語の選定とそれらの定義の明示，（3）歯科理工学教授要綱の策定，（4）歯科衛生士・技工士教育との連携などが挙げられる．現在，歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂を受け，歯科理工学教授要綱との整合性について検討を加えている．また，「歯科理工学教育用語集」と新たに発行された「保存修復学専門用語集」との用語ならびにそれらの定義の整合性について検討している．
特定非営利活動法人 日本歯科放射線学会	教育委員会	10	1）卒前・臨床研修を担当する委員会が設置されており，卒前教育については，「歯科放射線学教育の指針」を 2004 年に作成し，その後定期的な見直しを行っている．また，卒後研修のカリキュラム立案・実施・評価・管理を企画している．教授要綱については 2007 年に作成した．共用試験・国家試験については，範囲・難易度の適切さなどを順次検討している． 2）教育研修会（歯科放射線専門医・認定医の研修支援），実技研修会を年 2 回行っている．実技研修会の内容は以下のとおりである． （1）頭頸部の超音波診断法，（2）頭頸部の MR 診断法 3）生涯学習（歯科医師生涯研修支援，歯科エックス線優良医研修担当，日歯生涯研修事業担当）

学会名	委員会名称	委員数	活動内容
一般社団法人 日本小児歯科学会	教育問題検討委員会	5	平成 23 年度は，各歯科大学ならびに大学歯学部の小児歯科学講座教員を対象に，平成 21 年よりの継続課題となっている「小児歯科学実習における理想的な顎模型」を設計すべくワークショップを開催し，学生の臨床基礎実習（模型実習）の基準化に取り組み，確実な成果を得ている．また，小児歯科学の試験問題に関し，小児歯科専門医が学生にわかりやすく指導するに際して用いるための解説を作成すべくワークショップを開催した．なお，モデル・コア・カリキュラムに基づいた到達目標を各歯科大学ならびに大学歯学部小児歯科などで，どのように教育しているかの情報交換を兼ねており，(1) 現在の教育に必要なことの明確化，(2) 若手教員の教育への参加の啓発，(3) 大学間での教育内容のすり合わせを行うことの重要性に関して大きな効果があった．
特定非営利活動法人 日本歯周病学会	教育委員会	6	歯科大学あるいは大学歯学部における歯周病学教育の向上のために，歯周病学教育実践に関する諸問題について検討し，学会理事会に提案する．具体的に現在進行している主なものは， 1）卒前教育における歯周病学実習に用いる学会推薦模型の作製 2）学会推薦模型を用いた卒前歯周病学実習での理解を助けるために，歯周外科など種々の実技項目に関する動画作成と学会ホームページからの配信 3）歯周病学教育の発展に寄与した発表の表彰
一般社団法人 日本歯科麻酔学会	教育研修委員会	8	一般社団法人日本歯科麻酔学会は，歯科麻酔学にかかわる研究，診療，教育の進歩および発展を図り，歯科医療における安全性の向上と地域社会の福祉に貢献し，これらに携わる会員および社員の育成と向上を図ることを目的としている． 教育研修委員会では，この目的遂行の一環として，歯科麻酔学の専門性を有する歯科医師，医師の育成と生涯教育，学問としての歯科麻酔学の質を維持し発展させることを主な活動主旨としている．具体的な活動内容としては，会員および社員を対象として定期的にリフレッシャーコースを企画・運営している．本コースへの受講参加は，本学会認定医および専門医における更新申請時の資格条件の単位として認定されている． また，日本 ACLS 協会トレーニングサイトとの共催で，AHA-BLS コースおよび AHA-ACLS コースを開催しており，会員の救急救命の初期治療に対する理解を深めている．AHA-BLS コースへの受講参加は，本学会認定医申請時の資格条件，AHA-ACLS コースへの受講参加は，本学会専門医申請時の資格条件である． その他，歯科治療を安全に行うための理解項目として必須である，基本的なバイタルサイン（血圧，脈拍，呼吸，体温）の意義，パルスオキシメータの使用意義と使用法，および安全を確保するための医療面接（問診）と全身状態の診察法を習得することを目的とするバイタルサインセミナーを都道府県歯科医師会・郡市区歯科医師会の共催により行っている．
日本歯科医史学会	専門委員会の設置なし		1）全国歯科大学（歯学部）に歯科医学史の教育状況に関するアンケート調査を実施した． 2）歯学教育における「歯科医学史」の教授内容（要綱）作成のためのワークショップの開催を行った． 3）歯科医学史において必須と考えられる教育カリキュラム案の作成を計画中である．
日本歯科医療管理学会	学術委員会 教育課程委員会 情報管理委員会	4 5 12	〈学術〉本学会の学術関係の窓口としての検討委員会 日本歯科医学会，厚生労働省など外部からの意見答申，意見具申に対応，ならびに学術に関する会議への出席 日本歯科医師会関係の学術関係会議への出席などと本学会の学術関係の窓口としての仕事全般 本学会の学術大会に関する学術的助言 日本歯科医学会会誌に学術論文の投稿および学会活動を報告する． 「歯科医学を中心とした総合的な研究を推進する集い」に参加する． 歯科医療管理に関する用語の見直しに協力する． 〈教育課程〉「歯科医療管理学」を大学教育のなかに普及させるための調査・研究の実行委員会 大学教育における教育カリキュラム等の検討，および，「歯科医療管理学」を各大学のなかで講義されるよう働きかける． 〈情報〉学会 HP，本学会活動の IT 化推進にかかわる委員会 日本歯科医学会，日本歯科医師会などにおける情報管理にかかわる答申ならびに会議等に出席 日本歯科医学会のホームページに日本歯科医療管理学会の情報を提供する．
一般社団法人 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 日本歯科薬物療法学会認定制度教育委員会 ICD 委員会	3 4 2	歯科において使用される医薬品に関する適切な治療の実施ならびに，薬物療法の知識と実践に優れた治験担当者の育成を目的として毎年講習会を行っている．本委員会は講習会のテーマ，内容，演者などについて検討している． 認定制度教育講演会の開催にあたり，テーマ，内容，演者などについて検討している． ICD 講習会のテーマ，内容の検討
一般社団法人 日本障害者歯科学会	教育カリキュラム委員会	11	卒前教育のカリキュラムについてを検討している．

学会名	委員会名称	委員数	活動内容
一般社団法人 日本老年歯科医学会	教育・ガイドライン委員会	6	摂食・嚥下障害，構音障害に対する舌接触補助床（PAP）の診療ガイドラインについて，日本補綴歯科学会，日本障害者歯科学会とともに，文献を収集し，推奨度を再度検討しガイドラインとして完成させた． 平成 22 年度は，日本歯科医学会からの依頼に基づき，「歯学教育モデル･コア･カリキュラム」の改訂に関する連絡があり，答申した．その結果，取りまとめ案に大幅に意見が取り入れられた． 医歯薬出版より老年歯科に関する教科書の作成を依頼され，下記の資料を集めている． 1）国試資料（必修事項，歯科医学総論と各論） 2）モデル・コア・カリキュラム 3）歯科医学教授要綱 4）高齢者歯科学教育基準（本学会で作成したもの） 5）ECG の教育基準（ヨーロッパ老年歯科医学会） 6）専門医制度のカリキュラム案（本学会認定委員会）
日本歯科医学教育学会	教育国際化推進委員会	6 40	国際学会への参加と会員への情報提供，ならびに本学会活動状況の海外への情報発信
	教育能力開発委員会	8	歯科医学教育者のためのワークショップ，医療コミュニケーション・ファシリテータ養成セミナーの開催を含め歯科医学教育能力の向上を見据えた活動
	教育評価委員会	7	歯科医師国家試験に関する全国調査を含め形成的・総括的評価にかかわる調査検討
	卒前教育委員会	6	準備教育を含め卒前の歯科医学教育にかかわる調査検討
	卒後教育委員会	6	歯科医師臨床研修プログラム責任者講習会の開催を含め卒後の歯科医療・歯科医学の向上・改善を見据えた活動
	倫理･プロフェッショナリズム教育委員会	7	倫理・プロフェッショナリズム教育に関する研修会の開催を含め歯科医療・歯科医学における専門職としての倫理・意識にかかわる活動
公益社団法人 日本口腔 インプラント学会	教育委員会	11	本委員会では，学会員の知識・技術向上を目指し活動を行っている．活動項目は以下のようである． 1）口腔インプラント臨床指針（仮題）の作成 2）口腔インプラント基礎実習模型および実習用インプラント器材の試作 3）口腔インプラント基礎実習書の作成 4）口腔インプラント基礎実習用ビデオの作成 5）専門医臨床技術向上講習会の開催（年 3 回） 6）BLS 講習会の開催（年 2 回） 7）学術大会でのシンポジウムの企画 8）日本歯科医学教育学会での口演発表
一般社団法人 日本顎関節学会	専門医研修委員会	10	専門医研修カリキュラムの作成
特定非営利活動法人 日本臨床口腔病理学会	教育委員会	5	毎年開催される学術集会・総会時に委員会を開催するほか，随時メール会議を行っている． 平成 16 年度より毎年，若手会員，特に専門医取得に向け，生涯学習の一環として教育セミナーを，腫瘍診断，病理解剖，細胞診断の各コースを設け行っている，参加者は定数制として高度な実務習得を目指し教育効果の充実を図っている．平成 20 年度より，日本口腔外科学会，日本歯科放射線学会とともに，年 2 回の合同教育セミナーを行っている．平成 23 年度には，口腔病理基本画像アトラスを Web に公開し，広く口腔病理学を学ぶ人に役立つよう一般に公開をしている．本アトラスは歯学生，医学生，コメディカルの学生教材としても提供している．また，全国歯科大学の口腔病理に関する教育カリキュラム調査研究を行い，教育の質の向上を目指している．23 年度には開発途上国における口腔病理医育成のため，海外交流委員会と合同で，アジア口腔病理教育セミナーを実施した．
日本接着歯学会	医療・教育委員会	7	接着歯学を一般の臨床家に広めるために，希望する大学があれば，卒後研修の講師として接着歯学会から講師を派遣している．2011 年度の実績としては，年度内に 3 回，講師を派遣した．

表 19-2　各認定分科会の教育関連委員会

学会名	委員会名称	委員数	活動内容
日本レーザー歯学会	教育問題検討委員会		レーザー歯科医療に関する歯学教育国家試験ガイドライン，コアカリキュラム，さらに国家試験への出題状況を踏まえ，歯科大学および開業医へのアンケート調査を実施した．この結果は，本年度の歯科医学会総会で報告し，歯科大学でのレーザー教育のガイドラインを作成する予定である．卒後の教育，研修については，認定医講習会，安全講習会を開催している．レーザーの教育，診療についての安全で正しい診療に努めている．
日本口腔感染症学会	設置していない		
一般社団法人 日本有病者 歯科医療学会	専門・認定委員会 学術研修委員会	10 8	2010 年，認定医制度を立ち上げ，有病者に必要とされる歯科医療を提供するための知識をもつ歯科医師の養成などを行っている．認定医，指導医，認定研修歯科診療施設の認定を行っている． 年 1 回，学術大会開催時に「学術教育研修会」，2011 年からは学術教育セミナーを開催している．
日本歯科心身医学会	学術委員会	10	年 1 ～ 2 回の委員会開催に加え，必要に応じてメール会議を開催している．学部学生教育に歯科心身医学をどのように組み込むかについて，各大学のシラバスを調査している．また，歯科衛生士の歯科心身医学教育に必要な事項を調査している．
特定非営利活動法人 日本臨床歯周病学会	認定医委員会	10	国民に対して質の高い歯科医療を提供する認定医の審査
日本歯内療法学会	学術委員会	11	歯内療法学の基本技能修得と最新器材による先進歯内療法の技能修得教育を目的とした教育教材作成事業の開始予定 国民に対して質の高い歯科医療を提供するとともに，学会会員に対する先進歯内療法の教育と歯科大学学部教育への貢献に寄与する．さらに，国内だけでなくアジア地区を中心とした国際的標準歯内療法の基本技能教育を拡大し，歯内療法のユニバーサルデザインを本学会主導で啓蒙することを目的とする．
日本歯科審美学会	なし		
日本顎口腔機能学会	顎口腔機能の測定，分析に関するセミナーを担当する委員会がある．	3	顎口腔機能セミナーの企画・立案．さらにはセミナー内容の単行本としての出版
日本歯科東洋医学会	認定医認定委員会 学術研修企画運営委員会	17 15	学術委員会を年 4 回は開催し，学会員の知識の向上のための企画などを行っている． 認定医認定委員会は随時開催し，学会認定医の知識の向上のための学術研修会の企画，認定医の審査などを行っている．
特定非営利活動法人 日本顎変形症学会	学術委員会		1）学術奨励賞の選考 2）学術大会ポスター賞の選考 3）教育研修会の開催
日本スポーツ 歯科医学会	教育普及委員会	6	1）新しい歯科医学の 1 分野として，平成 19 年改訂「歯科医学教授要綱」（歯科大学・歯学部長会議）を礎に，学問体系の確立とその普及活動を目途に，本学会に教育普及委員会を構成している． 2）本分野はフィールドワーク主体の実践歯科医学であり，その教育普及に関する活動に重点をおいている． 3）スポーツによるヘルスプロモーションから，口腔の健康を通じて国民が健康や QOL の維持向上を目指すことは，スポーツ安全管理の必要性を広く啓発させるために重要であり，これらにかかわる活動を推進している．
日本顎顔面補綴学会	医療委員会	5	歯科医学会で開催される医療技術評価などの説明会や歯科医師会主催の勉強会の情報を会員に周知させている．さらに，この委員会は新たな顎顔面補綴の材料の開発や紹介を会員に情報提供なども行っている．
特定非営利活動法人 日本顎咬合学会	認定審議会 認定審議運営委員会	31	年 1 回認定医検定試験を実施し，認定医を認定する事業を実施しているが，それに伴い，認定医検定試験テキスト（咬合分野，歯周分野，歯内分野）を作成している．試験実施前にはそれぞれの分野の専門の大学教授による講習を行っている． また，認定された認定医を対象に 6 支部で毎年テーマを決めて認定医研修会を実施しているが，臨床医で構成されている当学会は健康と口腔の関わりが重要であるということで，昨今は特に「咬合」と「咀嚼」をテーマに掲げ，研修会を開催している． 2011 年の認定医研修会の参加者は約 700 名であった．

学会名	委員会名称	委員数	活動内容
日本磁気歯科学会	ISO 対策検討委員会	10	学会発信の ISO 規格を取得するために各施設で協力してデータを蓄積し，世界へ向けた磁性アタッチメントの教育的指針を作成している．
	国際インターネット会議	2	インターネット上で学術発表を行い，世界中と質疑応答を画面上で展開し，磁気歯科界の啓発を行っている．
	医療委員会	3	歯科医学会で開催される医療技術評価などの説明会や歯科医師会主催の勉強会の情報を会員に周知させている．
日本小児口腔外科学会	学術・教育研修委員会 認定医委員会 編集査読・学術用語委員会	9	1）日本小児口腔外科学会総会・学術大会時に開催されている AHA（アメリカ心臓協会）の BLS（一次救命措置）正式認定コースの開催運営を行っている． 2）認定医・指導医制度に伴い研修会開催を認定医委員会とともに，検討を行う予定である． 3）編集査読・学術用語委員会は本学会雑誌中に教育シリーズを企画し，小児口腔外科に必要な基本的知識や手術法についての解説を行い，教育的活動を実施している．
公益社団法人 日本顎顔面 インプラント学会	教育研修委員会	6	年 3 回開催される教育研修会を中心に，年次総会・学術大会においても特別講演，教育講演，シンポジウムを組んで，インプラント治療の適応症の選択，手術の基本である解剖学を中心に，確実な埋入術式，関連手術の術式を学んで実践し，医療の安心・安全に努めている．また生体材料の素材や臨床応用についても教育を通じて検討している．
日本外傷歯学会	教育問題検討委員会	8	共用試験・国家試験について，範囲・難易度の適切さなどを順次検討している．
日本口腔診断学会	学術委員会	12	口腔診断学に関する卒前卒後教育について，本委員会を年 1，2 回開催し，検討している．なお，卒後教育に関しては認定委員会が所掌している．
一般社団法人 日本口腔腫瘍学会	教育研修委員会	6	若手の人材育成を目的に，2011 年に設置された．第 30 回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会（2012 年 1 月）で第 1 回教育研修会「〜口腔癌レジデント・マニュアルのキック・オフ〜」を開催した．今後も引き続き，口腔腫瘍に関する基礎知識，基本手技の習得を目的とした研修会を定期的に催す予定であり，研修カリキュラムを作成中である．

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　日本大学松戸歯科大学（現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
平成 22（2010）年	7 月 22 日　平成 22 年度　医学・歯学教育指導者のためのワークショップ（文部科学省主催，主なテーマ：今後のモデル・コア・カリキュラムの改訂等に向けた検討） 9 月　米国の医師国家試験について，2023 年よりアメリカ医科大学協会（AAMC），または世界医学教育連盟（WFME：WHO の下部組織）の基準により認証を受けた医学部卒業生以外の受験を認めない旨，高等教育評価機構など日本の複数の認証評価機関に米国 ECFMG®から通告 9 月 14 日　第 9 回歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 12 月 13 日　第 10 回歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議
平成 23（2011）年	3 月 31 日　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―改訂版の公表 5 月 25 日　第 11 回歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 平成 21 年 1 月　歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議第 1 次報告を踏まえたフォローアップ状況（まとめ）について公表 7 月 27 日　平成 23 年度　医学・歯学教育指導者のためのワークショップ（文部科学省主催） 9 月　医学教育認証制度発足に向けて，全国医学部病院長会議が「医学部・医科大学の教育評価に関わる検討会」を設置 12 月 22～24 日　平成 23 年度　文部科学省先導的大学改革推進委託事業―診療参加型臨床実習カリキュラム立案・実施のためのワークショップ開催
平成 24（2012）年	3 月　文部科学省先導的大学改革推進委託事業―医学・歯学教育の改善・充実に関する調査研究　最終年度報告書を各大学へ送付 7 月 17 日　第 12 回歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議

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.

あとがき

歯科医学教育白書は今回で3版目を迎えました．2005年版，2008年版に続く2011年版です．この白書の目的はわが国における歯科医学教育の実態を会員と関係者に周知することにあります．本来，白書の目的であるべき現況分析や問題点の整理，将来に向けた提言を述べるには至っていません．むしろ現状分析のための資料を客観的に記述するにとどまっています．

この資料の源になったのはいうまでもなくアンケート調査結果であり，ご協力をいただいた大学歯学部・歯科大学および日本歯科医学会専門分科会・認定分科会の皆様方には深く感謝申し上げます．そのご協力なしには白書はありえませんでしたし，お答えいただいた内容そのものが白書の内容になりますので，責任の一翼を担っていただくことになりました．加えて，このアンケート結果を含めて，各分野の執筆を担当された先生方にはご多忙ななか，多難な作業をお願いしました．また当方からの校正にも快く応じていただきました．このように，この白書は学会挙げての作品であることを強調しておきます．また同時に記載内容について学会に責任があることもお断りしておきます．

歯科医学教育はこの20年，とりわけ大きな変革を経験しました．これからも当分の間，試行錯誤を繰り返して発展していくことでしょう．とくにグローバルな視点を持ちながら，わが国にふさわしい歯科医学教育を目指すことになるでしょう．この白書がその参考になればと念じております．

岡野　友宏
白書作成委員会　委員長

■歯科医学教育白書作成担当者

坂倉　康則　北海道医療大学歯学部口腔構造・機能発育学系解剖学分野
八若　保孝　北海道大学大学院歯学研究科 口腔機能学講座 小児・障害者歯科学教室
木村　重信　岩手医科大学歯学部微生物学講座分子微生物学分野
齋藤　高弘　奥羽大学歯学部口腔衛生学講座
髙橋　信博　東北大学大学院歯学研究科 口腔生物学講座 口腔生化学分野
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
水口　俊介　東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 摂食機能回復学講座 全部床義歯補綴学分野
河田　英司　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
中島　一郎　日本大学歯学部医療人間科学教室
佐藤　裕二　昭和大学歯学部高齢者歯科学講座
菅谷　　彰　神奈川歯科大学口腔治療学講座歯周病学分野
大久保力廣　鶴見大学歯学部有床義歯補綴学講座
小野　和宏　新潟大学歯学部口腔生命福祉学科口腔保健学分野
佐藤　利英　日本歯科大学新潟生命歯学部歯科補綴学第１講座
宇田川信之　松本歯科大学口腔生化学講座
磯﨑　篤則　朝日大学歯学部口腔感染医療学講座社会口腔保健学分野
池田やよい　愛知学院大学歯学部解剖学講座
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
宮脇　卓也　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 歯科麻酔・特別支援歯学分野
内田　　隆　広島大学大学院医歯薬保健学研究院 口腔細胞生物学研究室
吉本　勝彦　徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 分子薬理学分野
細川　隆司　九州歯科大学口腔再建リハビリテーション学分野
髙橋　一郎　九州大学大学院歯学研究院 口腔保健推進学講座 歯科矯正学分野
大関　　悟　福岡歯科大学口腔・顎顔面外科学講座口腔腫瘍学分野
吉田　教明　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 展開医療科学講座 歯科矯正学分野
佐藤　友昭　鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 生体機能制御学講座 歯科応用薬理学分野

■白書作成委員会

委員長	**岡野　友宏**	昭和大学歯学部口腔病態診断科学講座
副委員長	**桑田　文幸**	日本大学歯学部基礎科学系生物・化学分野
委　員	**一戸　達也**	東京歯科大学歯科麻酔学講座
	小川　哲次	広島大学病院歯系総合診療科口腔総合診療科
	影山　幾男	日本歯科大学新潟生命歯学部解剖学第１講座
	佐野　　司	東京歯科大学歯科放射線学講座
	高田　　隆	広島大学大学院医歯薬保健学研究院 口腔顎顔面病理病態学研究室

日本歯科医学教育学会雑誌別冊

歯科医学教育白書　2011 年版（2009 ～ 2011 年）

2012 年 12 月 15 日印刷
2012 年 12 月 20 日発行

理事長　俣木　志朗
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　（一財）口腔保健協会内
電話：03-3947-8891　　Fax：03-3947-8341

制作　一般財団法人　口腔保健協会