

セッションV 全体討議の概要

教育貢献の評価

Q：すでにこのような教育評価結果の活用を実践されている大学はありますか？

A：我々の大学では、研究、教育、診療すべてに関して、学生からの評価、上司からの評価がボーナスに反映されています。

A：我々の大学も人事考課は毎年実施していますが、教育を数値的に評価するのは難しく、結局はいろいろな要素を含めて行っています。

A：我々の大学も、評価による任期制をおこなっています。教育評価とはという定義をしっかりとっておかないといけないと思います。たとえば授業評価も行っていますが、学生に評判のいい講義が、必ずしもいい授業ではないということです。これに関連して、学生による評価というものもあまり信用は出来ません。

カリキュラムのまとめ役

参考意見：カリキュラムのすべてを見渡すコーディネーターの存在が必要です。おそらく、平成13年度コア・カリキュラムが出された時に、すべての大学で一度は実施されていることと思います。今回の改訂でも、さらにやる必要があるのかもしれませんが。カリキュラム改革を行う場合、まとめ役であるコーディネーターに権限を持たせること大事だと思います。

統合模型実習について

参考意見：統合模型実習の模型の値段についてですが、当初は5万円程度でしたが、今では2万数千円になっています。数が増えればそれだけ安価になります。ご提案いただいた「冠の除去症例」は参考になりました。今後、検討します。

臨床実習と MCQ について

参考意見：診療参加型臨床実習は MCQ に繋げるようにしなければならないだろうという話をしていました。そのような臨床実習ということは、技術的なものを MCQ に繋げていくということです。最終的にはフィードバックができるような実習が効果的です。最後はリンクノートというのがあったのですが、実際に行った実技、技能を知識の問題にしていくことで、実習を続けられるのではないかということです。自分で経験した症例がどのような問題につながっているか、リンクしているかを自ら調べて勉強するシステムです。

新たな試み・・・臨床推論の実習

参考意見：私どもの大学では、今年からトライアルとして、4年生から臨床推論を試験的に始めています。全く臨床経験がない学年を対象としています。あくまで症例ベースで行っています。こういう患者さんが来たら、どうすればよいかということをやっています。臨床実習開始時のスムーズな移行につながることを期待しています。これまでの縦割り教育の保存の症例、補綴の症例では、それぞれの症例については概ね理解できるのですが、実際こういう患者さんが来た時にどうしたらよいかということについて、臨床実習に入る前に、まだわけも分からない段階ですが実施しています。1回これをやってみると、臨床実習に入る時の学生のスタンスが変わってくるのではないかと考えています。そういうトライアルを今年から始めています。うまくいくかどうかわかりません。

患者確保について

参考意見：学生による臨床実習は非常に時間をかけて、治療できる環境を提供していると思います。患者さんの中にはかなり満足している方もいらっしゃるのではないのでしょうか？このような患者さんの声を大事にする方針はどうでしょうか？広報とかポスターに出してはどうでしょうか？

参考意見：少しでも多くの患者さんに触れるということと、数が少なくとも密に接するという両方をミックスして実習を行うことが理想です。上

司が率先して学生の患者になるというのも、教員の教育へのモチベーション向上につながると思います。

見学・介助の考え方

参考意見：見学の質を上げるという話がありましたが、最初の見学とか介助という定義の問題もあると思いますが、見学にも介助にも、いろいろとレベルがあると思います。ただ横について、ただ見ているだけで、術者に言われたら器具を取りに行く、これは受動的な見学・介助です。自分からもっと先んじてやっていくような、術者をもっと支援するような能動的な見学・介助というものがありますので、こういうものを症例の中に入れて行っても良いのではないかと思います。

臨床実習に協力いただける患者さんの同意書について

参考意見：治療計画に沿って治療内容や項目ごとに患者さんに訊いていけば、自験例が増えていくのではないかと思います。そして、患者さんが同意していただけたところは、自験させるというシステムは可能ではないか？ 1 口腔単位ですべてを自験することはできないが、部分、部分を自験することは可能ではないかと思います。

参考意見：私共の大学病院では侵襲度のレベルによる同意、取っている診療科とそうでない診療科があることが分かりました。来年国家試験を受ける学生ですと伝えています。もし不具合があれば、いつでも撤回できることをお伝えしておけば、だいたいの患者さんは同意してくださります。あとはスタッフでやりますからと言えば、まず問題になることはありません。

医学教育の 認証評価について

東京女子医科大学医学部医学教育学
吉岡俊正

- 1. 国際的な教育質保証制度の考え方
- 2. 医科大学国際認証制度の動向
- 3. 医学教育国際基準(グローバルスタンダード)について

話題

教育の質保証とは
各国の医学教育質保証実施状況

国際的な教育質保証制度の考え方

教育質保証の方法

無保証

・ 教育計画・実施

内部保証

・ 計画・実施・検証・改善
・ 内部評価

外部保証

・ 教育プログラムと組織
・ 外部評価

教育の質に関わる因子

内部因子
経営管理

大学理念
教育目標
設備・施設
教育予算
教育組織

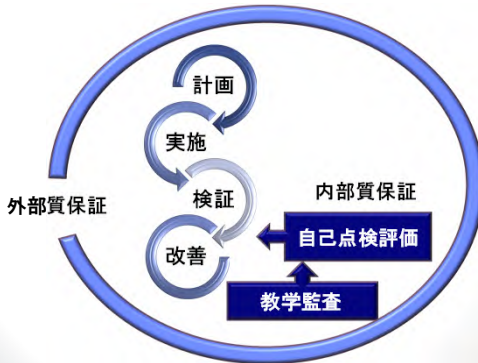
内部因子
実施

アドミッション(入
学者選抜)
カリキュラム
学生評価
ディプロマ(卒業
認定)

外的因子

コア・カリキュラム
国家試験出題
基準
社会的需要

教育の質保証段階



機関外からの教育質評価

外部評価

External Evaluation
External Review

評価→助言

任意の評価組織

認証評価

Accreditation

評価→適否判定

認証評価権限を付与
された評価機関

教育質保証の意義

教育機関

- ・教育改善の実践
- ・機関としての社会的信頼

社会

- ・教育への信頼
- ・教育水準の維持

機関別評価と分野別評価

機関別評価

高等教育機関評価

総括的

国内的

分野別評価

学部評価

個別的

国内・国際的

各国の医科大学・医学部分野別評価実施状況

実施国

・アメリカ合衆国
・イギリス
・カナダ
・ドイツ
・オーストラリア
・ニュージーランド
・韓国
・フィリピン
・マレーシア
・中国
・台湾
・モンゴル

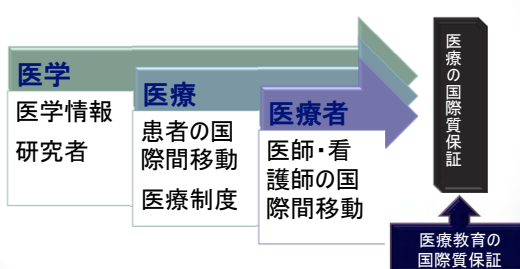
非実施国

・日本
・フィジー

国際的医学教育質保証の必要性

医科大学国際認証制度の動向

国際間の教育質保証の動向



• 適切な理念、目標、資源、教育課程をもち、質の保証された医療人教育を行っているか？
 • 教育期間の終了時に、どのような専門的知識技能態度(コンピテンシー)を体しているか？
 • 教育機関の質保証
 • 医療者の資質保証

GLOBAL STANDARDS GLOBAL ROLE OF DOCTORS

国際的質保証の構成

医科大学・医学部間で「国際基準」が注目されたきっかけ

2023年以降、国外の医科大学卒業生が米国で臨床研修を受けるための資格試験(USMLE)を受験するには、卒業した大学が米国の医科大学認証評価機関(LCME)による認証、もしくは世界医学教育連盟のグローバルスタンダードに沿った国際認証を受けてなくてはならない。

ECFMG FOR IMMEDIATE RELEASE September 21, 2010

World Federation for Medical Education (WFME)

- Global Standards (2003)
- Global Role of Doctors (2012 公開予定)
- Avicenna Directories

European Union (EU)

- Bologna Process
- WFME Global Standards ヨーロッパ版 (2007)

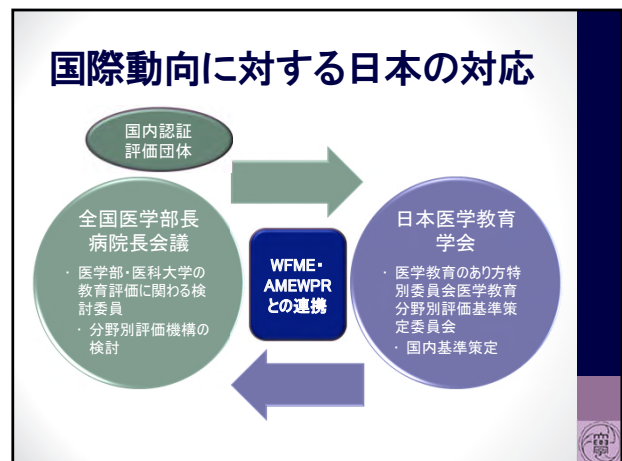
ECFMG

- 医科大学国際認証制度の提案

西太平洋地域 (アジア)

- 国際外部評価: 2006: 中国医科大学; 2009: フィジー大学医学部; 2011: モンゴル保健科学大学医学部; 2012: 東京女子医科大学医学部

認証評価に関わる国際動向



グローバルスタンダードの構造
臨床実習に関する基準

**医学教育国際基準
(グローバルスタンダード)について**

世界医学教育連盟グローバルスタンダード評価項目(領域)

1. 医科大学の使命と目標
2. 教育プログラム
3. 学生評価
4. 学生
5. 教員
6. 教育資源
7. プログラム管理
8. 管理運営
9. 継続的改良

WFME Office: University of Copenhagen, Denmark, 2003

グローバルスタンダードの構造

基本的水準

- ・全ての医科大学が達成すべき基準
- ・～なくてはならない。

質的向上のための水準

- ・より高質の教育を目指す際の基準
- ・～すべきである。

注釈

- ・それぞれの水準の意味、解説、具体例

2.5 臨床医学と技能

グローバルスタンダードの臨床実習に関する基準

2.5 臨床医学と技能 基本的水準

- ・医科大学は、学生が卒業時に適切な臨床的責任を担うことができるように、患者との接触を持つ学習機会を含み、適切な臨床的知識と技能を確実に修得させなくてはならない。

2.5 臨床医学と技能 質的向上のための水準

- ・全ての学生が患者ケアを担うことができるようになるために、早期から患者との接触機会を持つべきである。教育プログラム進行段階に合わせて様々な臨床技能の要素の訓練が組み込まれるべきである。

2.5 臨床医学と技能 注釈

- ・臨床科学の内容は、地域で必要とされること、関心や歴史的背景により異なるが、内科学(専門科目を含む)、外科学(専門科目を含む)、麻酔学、皮膚科学、放射線診断学、救急医学、総合診療/家庭医学、老年科学、産婦人科学、臨床検査学、神経科学、神経外科学、腫瘍学・放射線治療学、眼科学、整形外科学、耳鼻咽喉科学、小児科学、病理解剖学、理学療法とリハビリテーション科学、精神医学等を含む。
- ・臨床技能は、病歴聴取、身体診察、診断・検査技能、救急処置、コミュニケーション技能、チーム医療の先導技能を含む。
- ・適切な臨床責務には、健康促進、疾病予防、および患者ケアが含まれてもよい。
- ・患者ケアへの参加には、関連する地域での経験や他の医療・保健専門家との協働が含まれてもよい。

まとめ

国際認証評価の意義と課題

教育質保証の段階

- 教育機関
 - ・ 教育改善の実践
 - ・ 機関としての社会的信頼
- 社会
 - ・ 教育についての信頼
 - ・ 教育水準の維持
- 国際
 - ・ 国家間の教育水準評価
 - ・ 国際的信頼度の指標

国際基準の課題



まとめ



歯学教育－国際的視点から
診療参加型臨床実習カリキュラムWS
 (先導的大学改革推進委託事業・歯学調査研究チーム)
 -平成23年12月24日-



東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科歯学教育開発学分野
 先導的大学改革推進委託事業・歯学調査研究チーム委員
 森尾郁子

学生からの質問



**Q: 日本の歯科大学を卒業して、日本の
 歯科医師免許を持っていれば、外国でも
 歯科医師として働けますか？**

➤どの国(州)で？

➤どのような立場で？

歯科の専門分野の研修を受ける、教育研究機関で教員
 として臨床に関わる、開業医として働く.....



歯科医師の国境を越えた移動

歯科医師として働くための条件は、国(州)で決ま
 っているが、他国で得た歯科医師免許の相互
 認証という動きが高まっているのも事実である。

- 米国
- 欧州
- アジア
- 日本



米国の場合(米国歯科医師会、ADA)

州により異なり、一般的には当該州の歯科医
 師免許取得には、ADA/CODAの認証を受けた
 課程を修了し、NBDE (Part 1, 2)に合格し、州
 の臨床実地試験に合格することが必要

カリフォルニア州の場合 California (CA)

Must provide satisfactory evidence of having passed Part I and II of the National Board Written Examination by December 31, 2003. Results must have been on file with the Board by July 12, 2004; otherwise, applicant must have two years supplemental education in accredited program. The Dental Board has authority to approve international dental schools and graduates of those approved schools may apply directly for a California dental license without further education in an ADA accredited school. Currently, the University de La Salle in Leon, Guanajuato, Mexico is the only approved program.

米国およびカナダの場合

American Dental Association, Commission on Dental Accreditation (ADA/CODA)
<http://www.ada.org/117.aspx>

- 1) 卒前歯学教育プログラム認証基準
 Accreditation Standards for Dental Education Programs
- 2) 卒後歯学教育プログラム認証基準
 Accreditation Standard for Advanced Dental Programs
 - Advanced General Dentistry Education Programs in Orofacial Pain
 - Clinical Fellowship Training Programs in Craniofacial and Special Care Orthodonticsなど
- 3) 歯科医師以外の歯科医療職養成プログラム認証基準
 Accreditation Standards for Allied Dental Programs
 - Accreditation Standards for Dental Laboratory Technology Education Programs
 - Accreditation Standards for Dental Assisting Education Programs
 - Accreditation Standards for Dental Hygiene Education Programs



卒前歯学教育プログラム認証基準の構成

Accreditation Standards for Dental Education Programs

Standard 1- Institutional Effectiveness
 1-1...1-8

Standard 2-Educational Program
 Admission, Instruction, Biomedical Sciences, Behavioral Sciences, Practice Management, Ethics and Professionalism, Information Management and Critical Thinking, Clinical Sciences 2-1...2-27

Standard 3-Faculty and Staff
 3-1...3-5

Standard 4-Educational Support Services
 Facilities and Resources, Student Services, Student Financial Aid, Health Services 4-1...4-8

Standard 5-Patient Care Services
 5-1...5-8

Standard 6-Research Program
 6-1...6-2



International Accreditation by ADA/CODA

認証を受けた米国・カナダ以外の歯科大学卒業で、
米国の免許試験受験資格が取得できます

INTERNATIONAL CONSULTATION AND ACCREDITATION FEES *

1. Payment/Check should be made out to the American Dental Association.
2. Drawn on a U.S. account in U.S. dollars.
3. Send to:

The Commission on Dental Accreditation
c/o Anthony J. Ziebert, DDS, MS
211 E. Chicago Ave., Suite 1900
Chicago, IL 60611

4. Fee Categories

- a. Application fee for PACV Survey - **\$3000.00**
- b. Focused Consultation Service:
 - a. \$12,500.00 Focused Consultation Fee
 - b. Actual costs for Focused Consultation Visit, including travel, hotel, meals for 2 volunteers/staff for 7 days; estimated **\$12,500.00 to 15,000.00**
- c. Preliminary Accreditation Consultation Site Visit (PACV):
 - a. \$25,000.00 Consultation Fee for submission of PACV self study
 - b. Actual costs for Preliminary Accreditation Consultation Site Visit, including travel, hotel, meals for 4 volunteers/staff for 7 days; estimated **\$25,000.00 to \$30,000.00** **ここまでで \$85,500**

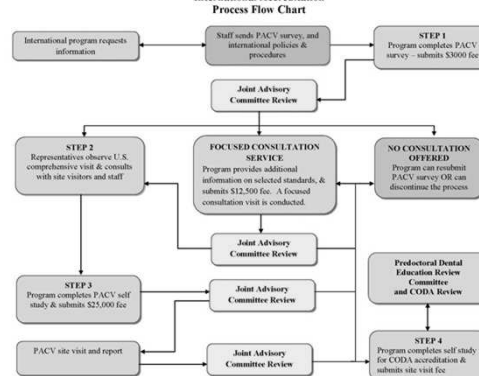
5. Actual costs for Accreditation Site Visit, including travel, hotel, meals for 7 volunteers/staff for 7 days, estimated **\$44,300.00 to \$47,000.00** **最後までいけば \$132,500**
 - a. Annual Fees are **\$7,800.00** per year (once accredited, programs must pay this fee every year)

* Fees are subject to change each year.

Guidelines for International Consultation and Preliminary Accreditation Consultation Visit (PACV) Survey
American Dental Association (ADA) /Commission on Dental Accreditation (CODA) Revised: May, 2009

認証を受けるのに約1000万円、
維持費としてその後約60万円の年間登録料

International Accreditation Process Flow Chart



Guidelines for International Consultation and Preliminary Accreditation Consultation Visit (PACV) Survey
American Dental Association (ADA) /Commission on Dental Accreditation (CODA) Revised: May, 2009

米国歯科大学における患者実習時間 Clock Hours – Patient Care - 56 schools (ADA Survey Center 2008/2009)

	Dental School-based	Community-based
平均	1,939.3 (N=56)	267.8 (N=53)
最高	3,105 ^{*1}	1,090 ^{*2}
最低	848 ^{*3}	9 ^{*4}

- (hrs)
- *1. University of Iowa (community-based: 412 hrs)
 *2. Harvard University (dental school-based: 1,050 hrs)
 *3. Louisiana State University (community-based: 396 hrs)
 *4. Indiana University (dental school-based: 1,771 hrs)

欧州の場合



- 政治主導による欧州連合域内での専門職免許の相互認証
1978年 European Directives
- ボローニャ宣言
2010年を目標に欧州高等教育圏の樹立
- 緩やかに、しかし確実に、より高い水準への収束を目指す



Undergraduate training in the European Union
Convergence or divergence?
Shanley et al., Eur. J. Dent. Educ. 1997: 1: 35-43.

"Out of 127 schools, 30 responded, yet the information provided is of considerable importance....."



DentEd Projects and Global Congresses on Dental Education

• DentEd 1998-2000

ブラハ



• DentEd Evolves 2000-2003

シンガポール



• DentEd III 2004-2007

ダブリン



Websites: <http://www.dented.org/>
<http://dented.learnonline.ie/>

PROFILE AND COMPETENCES FOR THE GRADUATING EUROPEAN DENTIST Update 2009

(PROFILE AND COMPETENCES FOR THE EUROPEAN DENTIST, 2004, Cardiff)

Jon Cowpe1
 A Plasschaert 2
 Winfried Harzer 3
 Heli Vinkka-Puhakka 4
 A. Damien Walmsley 5
 j.cowpe@btinternet.com

1Director Postgraduate Dental Studies, Wales, UK
 2 Radboud University Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands
 3Technical University of Dresden, Germany
 4University of Turku, Turku, Finland

Correspondence

Professor A.D. Walmsley
 School of Dentistry,
 The University of Birmingham,
 Birmingham, B4 6NN, UK
 Email: a.d.walmsley@bham.ac.uk

This document will be presented for the approval of the ADEE General Assembly on 28th August 2009.

General Dental Council (GDC, UK)
 The First Five Years
 The Undergraduate Dental Curriculum

Overseas Registration Exam (ORE) in UK

欧州経済領域 (European Economic Area, EEA) 以外の国で
歯科医師免許を取得した者が、UKで歯科医師としてGDCに登録するには

試験の構成

- Part 1 筆記試験
- Part 2 実地試験

受験資格

- 臨床経験 自験 1,600時間

You must have at least 1600 hours of clinical experience where you have personally treated patients in the dental chair.....; during your dental degree; during post-qualification experience; or a combination of the two. This cannot include time observing other dentists or assisting other dentists/dental students in undertaking diagnosis/treatment planning or provision of treatment...

- 英語能力 IELTS



アジアの場合ー東南アジア諸国連合ASEAN

Mutual Recognition Arrangement on Dental Practitioners (MRA) 2009年3月調印

その目的は

- 域内で歯科医師の移動を助ける
- 歯科医師免許の相互認証に向けての情報交換と協力体制の構築
- 標準化、資格に関する優れた取組の採用促進
- 歯科医師の能力向上を図る機会の創出



Mutual Recognition Arrangement on Dental Practitioners (MRA)の実現のために

ASEAN Joint Coordinating Committee on Dental Practitioners, AJCCD
各国のPDRA代表者2名以内からなる委員会

Member State	Professional dental regulatory authority ()
Brunei Darussalam	Brunei Medical Board
Cambodia	Cambodian Dental Council and Ministry of Health
Indonesia	Indonesian Medical Council and Ministry of Health
Lao PDR	Ministry of Health
Malaysia	Malaysian Dental Council
Myanmar	Myanmar Dental Council, Ministry of Health
Philippines	Professional Regulation Commission, Board of Dentistry and Philippine Dental Association
Singapore	Singapore Dental Council and Dental Specialists Accreditation Board
Thailand	Thailand Dental Council and Ministry of Public Health
Viet Nam	Ministry of Health

アジアの場合ー韓国

韓国では韓国歯学教育評価協会を設立
Korean Institute of Dental Education and Evaluation, KIDEE

KIDEEは歯学教育の認証機関として2006年に設立され、ADA/CODAに準じた形で2010年には2校、2011年は4校の歯科大学の認証をすでに行っており、2012年には5校の認証作業が予定されている。



会長Prof. Je-Won Shin (Kyung Hee University, 中央)と同協会の歯学教育認証委員会 (Committee on Dental Education Accreditation) の委員長Prof. Kack-Kyun Kim (Seoul National University, 左)

情報共有のスピード化→標準化を加速 国・地域が相互に品定めする時代に



ガイドラインの決定

ガイドラインに基づく評価

自己評価報告書
外部評価(査読)

評価のフィードバック

改善案の提案

教育の質保証のグローバルスタンダード

ご清聴ありがとうございました。



セッションⅦ 総合討論の概要

臨床実習と臨床研修について

Q： これまでの議論では、臨床実習と卒後臨床研修との違いが明らかにされていない、つまり、それぞれの定義付けがしっかりしていないのではないかと思います。その意味で、私は、研修歯科医と臨床実習生が同じ患者さんを診るという方式が高く評価されることは決してあってはならないと思います。

私は、臨床実習でも卒後臨床研修でも、最も重要なのは診療計画を立てることだと思います。診療計画の違いが臨床実習と卒後臨床研修との違いを現わす重要なポイントになると思うのです。同じ患者さんを研修歯科医と臨床実習生が診る場合、同じ患者ですから一つの診療計画に沿って診療は進行することになり、立場の弱い臨床実習生は、単に治療をすればいい、ということにつながってしまうのではないかと危惧します。私は診療計画の立案の違いが、臨床実習と卒後臨床研修との違いであると考えますが、そうでないと考えるにしても教育する側で、臨床実習と卒後臨床研修の違いを明確にしておく必要があると思います。

Q： 診療参加型臨床実習を進めていくと、学生がだいぶ出来るようになるので、研修の内容も卒前に下がって来るようになります。これまで、「何かが不足していたから研修する」という考え方を前提にすると、卒前にいろいろなことが沢山下がってくると、一体これまでの研修は何だったのだということになります。やはり診療参加型臨床実習を組み立てていく時に、卒業時点で目指すものはこれ、それ以上のことができる学生さんが一杯いる状況はいいかもしれませんが、どこが目標であるとか、臨床研修とのすみ分けはこうなっているという、そこがはっきりしたうえでの診療参加型の組み立てが構想として出てくるのではないかと思います。到達目標が卒前と卒後ではっきりさせずに、そんなに行ったり来たりするのは、好ましくないのではないのでしょうか？

A： 卒前臨床実習はここまで、卒後臨床研修になったらここまでという考え方は、理屈の上ではわかりますが、実際にそうである必要もないと私は考えています。歯科医師臨床研修の目標においても、ここまででいいという目標はありません。出来るところはどんどん伸ばすという考え方が基本です。その意味では、卒前と卒後にきちっとした敷居を作ってしまうという

のも、むしろ逆に問題かもしれないとも思います。歯科医師臨床研修の場合には多くの研修医が大学病院で研修を行います。今、公私立歯科大学病院に対する臨床研修の補助金が減っているとのことで、大変御苦労されていると聞いています。しかし、卒前である程度、非侵襲的な基本的臨床能力を教育しておけば、臨床研修歯科医になれば大学病院で患者さんを直接担当することが出来るわけで、それは少なからず医療収入につながるだろうと思います。自大学の病院で使える研修歯科医にするためにも、卒前臨床実習を充実させるべきと考えます。

臨床実習の評価

Q:3日間すごく勉強させていただいて、各大学の取り組みが良く分かりました。様々な取り組みがあって、それぞれの大学が取り組んでいかなければならないと感じました。そうした時に、国家試験、CBT、OSCEなどは、すごく形として残るものです。

一方、臨床実習というのは非常に大切なのですが、それを何か評価するような基準というか、そういうものは考えられていないのでしょうか？臨床実習を評価する基準が必要に思いますがいかがでしょうか？

A:現在は特にそういうものはないと思います。「A大学とB大学」の比較といった施設間の成績の比較は共用試験でも行っていません。共用試験 CBT や OSCE の全国平均はわかりますが、他大学の点数は公開されていません。共用試験は平均点と比較することはあっても、他大学と比較することはできない仕組みになっています。

現段階では、臨床実習の評価はそれぞれの大学で行うことであって、それぞれの大学の教育理念に沿って、教育が進められているわけで、大学間の比較を目的とするものではないと思います。自大学の教育カリキュラムによって少しでも良くなるという努力を継続的に経常的に行なっていく。自大学で自己評価、形成的評価を繰り返して行くのが基本的な姿ではないかと思います。

昨日のアンケートの回答にもありましたように、「いろいろ参考にはなったけれど、いざ実際に実行に移す工程がわからない」とのコメントが散見されました。各大学にいろいろな背景があるので、それを一件、一件、検証しながら、自大学に最も適したスタイルを作り上げていくことになると思います。したがって、一律に述べることはできません。今回のWSでの取り組み事例についても、各大学で一朝一夕に出来あがったものではなく、いろいろな先生がいろいろな立場で努力された結果、あのようなカリキュラムが出来

上がったのだらうと思います。ですから、いろいろな問題を解決するには、ある一定の時間はかかると思います。この問題解決に着手するにあたって、今回の **WS** で紹介された取り組み事例をヒントにして、何らかの手掛かりにさせていただくことを期待してこの **WS** を開催しました。

コメント：

この2日間でいろいろと我々の気がつかないことがいくつわかりました。しかし、「自験」と書いてあるものを、我々は受け入れますよというわけにはいかないと思います。大学によって学生の能力レベルのばらつきが違います。我々の大学もそんなに素晴らしい学生ばかりではありません。でもその人たちが医療人として生きて行けるように指導しなくてはならない。ですからログブックとか症例数だけの話ではなくて、ポートフォリオのようなものも何らかの形で入れて行っていただきたいと思いますし、そういう進捗の遅い学生を指導するような形も想定した、システムづくりを是非取り入れていただきたいと思います。

Q:質問とお願いがあります。

今後、臨床実習コア・カリキュラム事例集（案）がどういう日程で、どのような形で最終的に纏められる予定なのかと言う点と、一番今回の **WS** で有意義だったと思うのはやはり皆様方が同じような問題に関して、いろいろな取り組みをされているということがよく理解できて、これが各グループのプロダクトになりました。プロダクトの公表ということが難しいのであれば、せめて今回の **WS** の資料を大学に持ち帰って関連する教員に見せながら説明できるという環境を作っていただきたいと思います。

A:これはあくまでも事例集（案）です。いつか案が取れると思います。今回ご指摘いただいた用語の統一を図って、もう一回我々メンバーで見直して、もう少しわかりやすく校正したいと思います。あと実現性がどうなのかというご指摘も随分受けています。診療参加型とは言え、知識領域が多いのではないかなどの指摘もありました。この **WS** でご指摘いただいたことを中心に見直したいと思います。また、先ほどご指摘がありました「レベルの高い見学・介助」の件ですが、研修医の実力がわかるということがよく言われています。ただ見ているだけの見学・介助ではなくて、特に介助ではどれだけのことができるのかという点で、新たな視点が生まれたような気がします。こういうことも含めて、今後診療参加型臨床実習の事例にも反映できるのではないかと思います。なお、今回の **WS** での全ての発表資料、各グループの発表デー

タは、後日まとめて参加者の皆様にお送りします。ご自由にご活用ください。

Q:時間的、時期的なものについてうかがいます？今年度中にまとめるのでしょうか？

A:はい、今年度内に形をまとめますが、案の段階です。これで臨床実習をやってくださいというものではありません。あくまでも事例集ですので、それぞれの大学の教育環境に合わせて、この事例集からのつまみ食いでも結構ですので、現在よりはより診療参加型の臨床実習になるように、そのヒント集、チップとして使っていただきたいということです。

Q:その内容については十分理解できたのですが、この WS に参加していない者にとっては、案がとれた状態で見ると、これが標準だよと理解されるのではないかと思います。・・・。

A:その点については、事例集（案）のまえがきにもその趣旨が記載してあります。各大学における診療参加型臨床実習を促進するものという位置づけです。

Q：レベルの高い教育と診療が行われている大学病院となるように、それを目指にして、推し進めていく立場に自分がいるわけですが、ネガティブなことは言いたくないのですが、実際はかなり難しい立場にあります。今回もこの「自験」というものが明確になりますと、自大学に戻って、保存、補綴、口腔外科の指導医の先生方に説明して、診療参加型臨床実習を推進しやすいということがあります。自験の定義についてお願いします。

A：用語の整理については今年度初めて行いました。事例集（案）の4ページに記載されています。かなり大雑把ではありますが、示してあります。これでは不足でしょうか？

Q：具体的にいうと、たとえば支台歯形成の場合、最初から最後まで自分でやらなければならないのか、途中から指導医がやってもいいのか？という点などの、ひとつひとつの細かいところが、自大学にかえると私自身が説明できない。そういう意味で苦しい立場になります。

A：確かに教育の現場ではその通りだと思います。実習生の個別の能力に応じたキメの細かい対応が必要になります。掲げている目標はここだけでも、

君の場合はまずここまで出来るようにやってみよう、などというある程度個別の対応になるのではないのでしょうか？当然、掲げられている目標の部分的なところを、まず達成することを目指すということも、実際には行われることだと思います。要は目標を設定する時に、どのレベルを主要な対象者とするかにかかっています。進度の芳しくない実習生には特別の配慮が必要となると思います。

連携手帳について

Q：連携手帳に関してですが、この研究事業の成果として連携手帳を作成した、という点では評価されると思いますが、連携手帳を作成するという点よりも、実際に大学に配布して、これがどう活用されるかということが重要だと思います。私たちが目指すべきところは、「この手帳を使うことで、臨床実習と卒後臨床研修との連携できます。研修先にこの手帳を持っていけば、臨床実習での実績がよくわかって便利です。」ということではなくて、この事業の成果を 5 年先に評価した時に、良かったのか、悪かったのか、ということが客観的に評価でき、さらにフィードバックできるシステムを作ることだと思います。この事業の成果を 5 年先に評価した時に、単に、学生、研修医、指導医の感想を列記するような報告書しか作成できないようではダメだと思います。これをデータベース化して分析すれば、客観的な評価もできるでしょうし、教育の中でのエビデンスを作るいい材料になると思います。そういう点で是非、この連携手帳を電子化して欲しいです。理想的には、iPad などを使って、研修医が自分の臨床ケースを入力して自動的に集計することも可能だと思います。そのような電子化を含めて、数年後にフィードバックできるシステムを構築することが大切であると思います。教育システムそのものについて 5 年先にフィードバックできるデータベースを構築することが目標であってほしいと思います。また、いろんな分析が可能になるわけですから、単に教育現場の改善だけでなく、研究としてまとめることも可能であり、教育の研究論文として発表することもできると思います。このようなデータベース化できる連携手帳の開発を是非お願いしたいと思います。やれることからやる、ではなく、将来を見越して建設的に取り組んでいただきたいと思います。

A：ご意見ありがとうございます。1 日目にご意見をいただきました時に、今回の連携ログブックの作成費用が 1 冊千円と申し上げました。そして、その費用対効果についてのお話をいただきました。現在、オンライン歯科医師臨床研修評価システム（DEBUT）では、登録料金だけで研修歯科医一人あ

たり 2000 円です。それに加えて仕様のバージョンアップにはまたさらに経費が必要で、国立大学附属病院長会議から予算を計上して運営しています。ですから電子化の費用対効果は決して良好とは言えません。

確かにご指摘のようにオンラインシステムは参考になることが沢山あると思います。

理屈の上ではその通りだと思いますが、今回WSを開催してここで問題としていることは、診療参加型臨床実習をどうやって実施していくかということであって、使う道具や解析方法のことは二次的なことだろうと思います。オンラインシステムにすればデータベース化は容易であり、基礎的なデータを取るということでは非常に重要なことだと思います。長期的にみた時に、その効果を判定する際、解析に使えるというのは先生のご意見の通りだと思います。データベース化については十分に参考にさせていただきたいと思います。有難うございました。

Q：このログブックは、今後も検討されて形を変えてまた出てくるという解釈でよろしいのでしょうか？

A：少し時間はかかると思いますが、今後も内容をブラッシュアップして、どこかでトライアルとして試用することになると思います。いろいろな項目やステップ、症例数をチェックすることが目的とは考えていません。経験の有無を重要視しています。何十回の見学をするのと、1例だけ自験するのでは、意味が全く異なると思います。経験があるのかないのかが問題で、症例数を沢山やっているかの問題ではありません。ログブックは実際に経験したか、しないかぐらいは記録できるものであって欲しいと思っています。特に臨床研修に行った時に、経験している、していないということは、医療安全（患者安全）上からも、非常に重要な情報になると思います。

Q：私どもの大学では、各学年にクラス担任がいて、学年主任が客観的な総括評価を行なっています。父兄が大切なので、学生の通知表みたいなものを各学生の父兄にコメントを書いて送っています。ログブックには、この通知表的な要素をもうちょっと入っていていいのではないかと思います。要するに症例数だけではなくて、質的なことについて記述したり、成績がよくても、臨床実習をさせてはいけない学生に対する対応したりすることもあります。逆に経験症例数は少ないけれども、こういうことには長けているとか別の長所にも触れられるような、応用が利くものであってほしいと思います。教員の署名入りで、学生の質を私が評価しました。この学生

はこういう人物ですよということで、この連携手帳（ログブック）をその学生の評価に用いる、このような通知表的な要素があつていいのではないかと考えます。

- A：学習者の通知表的な機能を持った使用法ということですが、それは各大学での教育に対するひとつのスタイル、特徴といえるものです。特に父兄に対して、大学として「預かっているあなたのお子さんをこれだけ教育していますよ」という姿勢の表れと捉えてよいのではないかと思います。各大学の方針に沿って活用していただければそれでよいと思います。今回の連携ログブックには、領域の切れ目の箇所に指導医が自由記載でコメントが書ける欄が用意されていて、ポジティブな評価を記入するのは問題ないと思いますが、ネガティブな評価は書きにくかったり、学生がそのページを破り去ったり、というようなことも有り得ますので、実際の運用には難しいところもあると思います。個人情報的な内容については取り扱いに注意することが必要です。

コメント：医学系チームからの情報提供（医学系チームリーダー）

（東京大学医学教育国際協力研究センター 北村 聖教授）

この冊子による評価ですが、医学チームの今の取り組みを参考にしていただけだと思います。医科の方では、似たようなものでログブックとかポートフォリオというものを作ろうとしています。まだできていませんが、共通したものを作っています。まず学生本人のための形成的評価にも使いますし、学内での総括的評価にも使います。さらにできれば、研修医採用時の参考資料にしたいと考えています。自分はこういう症例を経験したので、この病院で研修したい、さらには研修医評価も入れて、今度は専門医のいわゆる後期研修を受けに行く時に、学生時代にはこれを経験し、研修医時代ではこんな症例を経験したという具合に、採用時に参考として使用できると考えています。

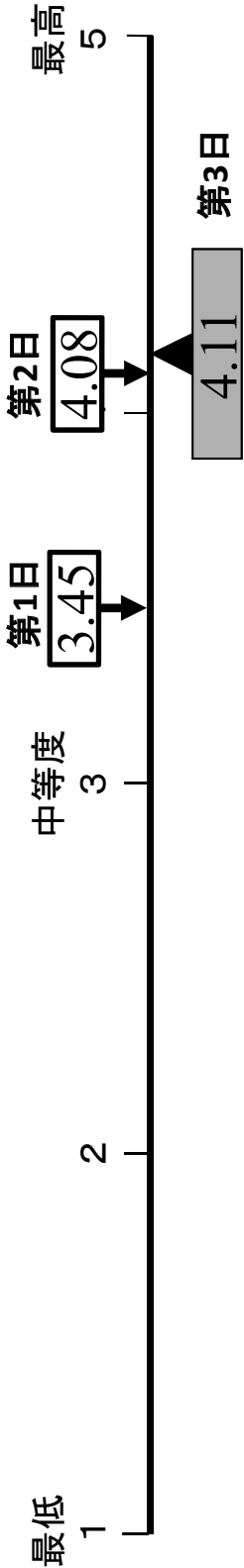
この参考となったのは工学部の建築学科のシステムです。USBの中にその人が学生時代からずっと設計した設計図や写真などが収められていて、それがキャリアとなって就職の時などに資料として使われるそうです。今後は医師の方は、評価表を含めてこれに全部載せていきたいと考えています。勿論、オンラインにしたいのですが、そこに個人情報があるので、紙がいいのか、オンラインがいいのか本当に難しいところです。オンラインがいいという意見もありますが、評価はどうするのか、指導医の評価がもし漏れたりすると大変な問題になります。オンラインによる評価システムは長所も多いの

ですが、微妙な問題を含んでいるので、今後の課題ということでご理解いただきたいと思います。

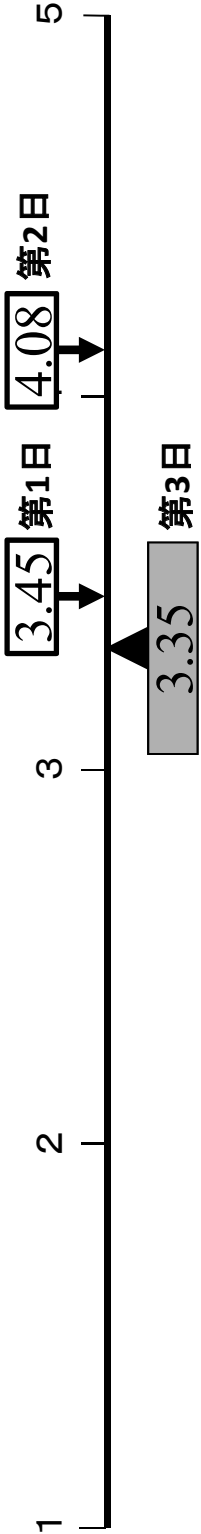
コメント：ログブック、ポートフォリオ、プログレスブックなどのお話がありましたが、これらは臨床実習において双方向性に活用しなければならないと思います。そういう点で、今回のWSでは、各大学の臨床実習の手引きや臨床実習手帳を一堂に会して、見渡す機会が得られて非常に良かったと思います。これらの資料は各大学の臨床実習に向ける姿勢の表れのひとつとして捉えることができると思います。プレナリールームの後部に閲覧できるようになっておりますので、お帰りになる前にご覧いただき、参考にいただければと思います。

第1～3日の評価

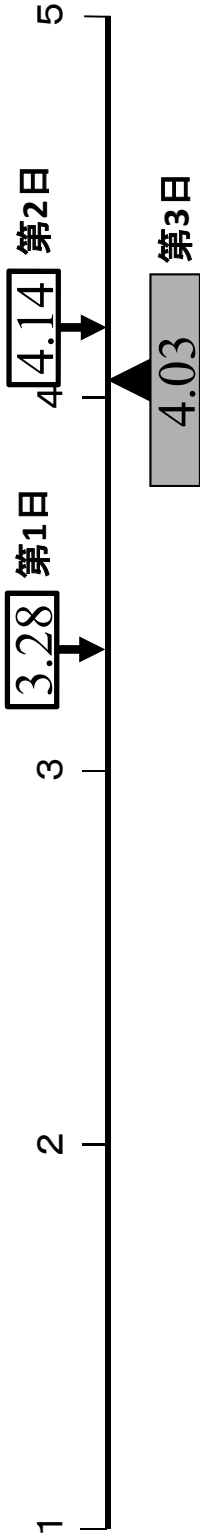
1 今日のワークショップの流れにスムーズに入り込めましたか。



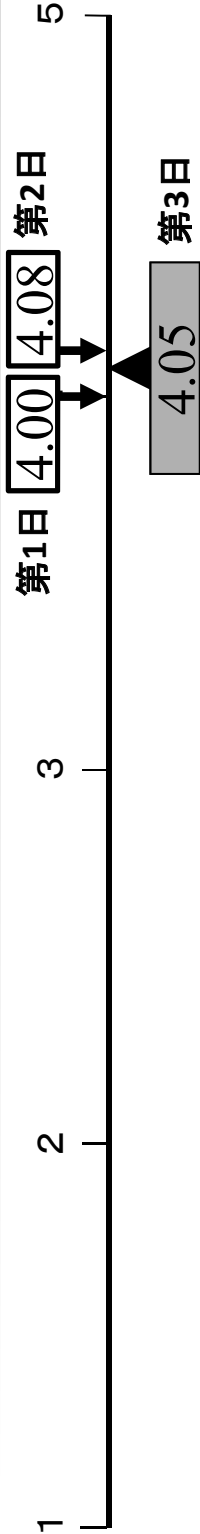
2 今日、あなたは討議にどの程度参加しましたか。



3 今日の内容は、あなたのニーズにマッチしましたか。



4 今日のタスクフォースの仕事はよかったと思いますか。



WS アンケート結果

第 1 日目 (2011/12/22)

5. 今日、よく理解できたことは何でしたか。

- コアカリの概要・概念 (3)
- 診療参加型臨床実習の実情が再確認できた。(2)
- 診療参加型臨床実習の方向性 (2)
- 診療参加型臨床実習継続の困難さ (2)
- 診療参加型臨床実習を充実させる必要があること (2)
- 診療参加型臨床実習を実践するために、きっちりとした方略と評価を行うことの大切さ
- 臨床実習コアカリキュラムの内容 (3)
- 臨床実習コアカリキュラムの目的
- 目標から練り直しが必要であること.
- 臨床実習の方略・評価を立案すると、コアカリの目標修正が必要となってくること.
- 臨床実習の可・不可の境界
- 他大学の先生と臨床実習について話し合うことの重要性 (2)
- 他大学の先生とディスカッションできた.
- 大学によって実情が異なること (2)
- ログブック (6)
- 今後の歯科医学・臨床実習の進め方の方向性 (3)
- 臨床実習のレベルアップの第一歩が確実に始まっていることが実感できた.
- 臨床能力の保証にも 10 年かけて煮詰めていくということ.
- 江藤先生の 10 年かけて目標を達成すべしというコメントに勇気づけられた.
- 全国統一した臨床実習が必要かもしれないという考えが生まれつつあること.
- 臨床実習と臨床研修の継続性に文科省・厚労省が取り組もうとしていること
- 今日の WS の意義 (2)
- 今のところない

6. 今日、あまり理解できなかったことは何でしたか。

- H22 年度改定コアカリは本当に全国的にコンセンサスを得られているのか
- コアカリキュラムの拘束度
- 卒前に求められる最低限の技能・知識はどこまでか
- 診療参加型臨床実習の統一化
- 診療参加型臨床実習を推進するための方略にあまりにも知識重視のものが多すぎる
- 各方略が本当に実行できるかどうか
- 方略における時間の表記法
- ログブックの意義（2）
- ログブックの活用法（3）
- 臨床実習コアカリキュラムの用途
- 臨床実習カリキュラム事例集の位置づけ（3）
- 臨床実習の範囲（模型実習も含むのか）（2）
- 地域格差におけるライン引きについて
- 実践性が具体的にイメージできない
- 今後の活用法
- 用いられている用語の意味（2）
- 特になし（3）

7. その他のご意見（何なりとご自由に）

- 文部科学省・厚生労働省の臨床実習に対する考えが理解出来てよかった。
- 各大学の実習方法がもっとわかるように、29 大学の担当者会議あるいは資料を残して欲しい（本日の展示では少ない）
- 事例集全体の LS, EV の用語が統一されておらず, SGD を行う際にコンセンサスを得ることが難しく, 建設的な意見を出しにくかった。
- コアカリキュラムの中で用いられている用語の不統一が気になる。
- モデルコアカリキュラムが不変という前提では議論が止まってしまうことが何度かあった
- 臨床実習と保険診療の法的な矛盾がないのか疑問に思っています。
- 事例集に, 一口腔単位, 検査学などが無い
- 事例集の説明はもっと簡単にしてもよかったのではないかと
- 事例集は「モデル」なのか, 「コア・カリ」なのか

- ログブックの全大学間での使用と統一には反対
- 「相互実習（浸麻）は危ない（トラブルがあった）からやらない」という発言がありましたが、いきなり患者さんで行うのでしょうか（臨床実習を行わない方向の意見ではないかと思いました）。
- 環境が違うので、各大学で統一するのは限界があるのでは。
- 個々に自験を求めるとスキルアップにつながるか、全身的診療の視点が欠けることが懸念される。
- 自分の専門分野について作業を行いたかった
- 各大学の臨床実習を前進させようとする姿勢で討議が行われていた。
- 各大学のモデルコアカリに対応したシラバスがどのようなものになるのか、2～3年かけて調査しながら検討を続けていく必要があると思います。
- 作業の時間が短く、十分なディスカッションが出来ない部分がありました。
- 患者のデータ収集及び治療方針の立案についてのまとまった項目がなく、いわゆる包括的診療を具体化する方策が乏しいと感じました。臨床実習にでてくると学生は今まで経験したことのないこの分野で明らかに戸惑っています。
- 明日以降、もう少し話を聞いて、充実して帰りたい。
- 非常に勉強になっている

第2日目（2011/12/23）

5. 今日、よく理解できたことは何でしたか。

- 実践例の紹介（2）
- 総合模型実習について（2）
- 指導医のあり方について（2）
- 患者確保にむけた努力
- 医療人教育の実情
- 訪問歯科診療の実習について
- 患者の協力を依頼するための方法（2）
- 学用患者
- 学用患者の確保（2）
- 我々の施設では取り組んでいない実習（在宅、他学部チーム）

- ・ 少ない患者での自験例の確保
- ・ 自験の大切さ
- ・ 求められている診療参加型実習
- ・ 各大学が様々な事情の中でしっかりと対策をとっていること
- ・ 各大学が、臨床実習を良くしようとしていること（2）
- ・ 他大学の取り組みの多様さ（7）と問題点
- ・ 各大学が臨床実習カリキュラムのプランニングで苦労していること.
- ・ 各大学がそれぞれの特徴や地域性を生かして臨床実習を行っていること
- ・ 各大学での問題点
- ・ 臨床実習の内容の多様さ（2）
- ・ 他大学で行っている臨床実習について（6）
- ・ 参加型臨床実習を充実させるための工夫（方策）（2）
- ・ 診療参加型臨床実習の共通問題について
- ・ 登院前の教育の重要性
- ・ 講座ごとに行っている基礎実習の限界
- ・ 実行に移すまでの難しさ
- ・ 教育における評価の困難さ（2）
- ・ 教員の教育に対する熱意の評価は難しい
- ・ 医療人教育の重要性

6. 今日、あまり理解できなかったことは何でしたか。

- ・ 研修医を含める屋根瓦方式の利点・欠点をもう少し検討してみたい
- ・ 臨床実習と臨床研修の関わり合い方をどうすれば良いか
- ・ 臨床実習と臨床研修の到達目標の違い
- ・ 医学部と一緒にいる大学での事例を、医学部のない大学ではどのようにするか.
- ・ 改善への具体例を示されたが、その実現のための行程については十分に理解出来なかった.
- ・ 臨床実習のあり方に関する平均的？標準的？共通的？見解
(参加者に共通のものがあるのかないのか、そこが見えなかった)
- ・ 自験例 水準1 をクリアするにはどうすべきか
- ・ どのように実行していくか
- ・ 少ない患者数，指導者でより効果的な参加型臨床実習を推進する方法について
- ・ 学用患者の治療費を特別に設定している大学があったが，保険制度上の

問題をどうクリアしているのか。

- ・ 参加型臨床実習の指導医をいかにして養成するかという方向の話も聞いてみたいと思いました。
- ・ 国（役所）の考える方向性
- ・ 各大学の具体的な実施状況
- ・ 特になし（１５）！

7. その他のご意見（何なりとご自由に）

- ・ いろいろ勉強になりました。
- ・ 各大学の工夫が参考になった。特に研修医と実習生との共習，ハイブリッド式，

リンクノート

- ・ 色々な特色ある臨床実習を知ることが出来て，非常に有意義でした。
- ・ 各大学で臨床実習実施のバックグラウンドが違っているが，それぞれ良く工夫していることがわかりました。
- ・ 他大学と問題点を共有できた
- ・ 様々な問題点を解決するため，すぐに応用できそうなことがあったので大変良かった。
- ・ 色々な方策があることを知り，とても参考になりました。１つでも取り入れられたらと思います。
- ・ 自大学の臨床実習の方法を改善していく上で，様々な取り組み例が参考になります。
- ・ 多くの事例を参考にさせていただいた。自大学に取り入れたいが，難しさも感じる。
- ・ 各大学で形式が異なっていて（期間，専門診療室，屋根瓦の方式），どれがいいのか分からなくなってきた。患者の確保の行い方が大変良かったです。
- ・ 各校の担当の方がプライドを持って変革・実施されている姿が素晴らしかったです。
- ・ 今後の臨床実習に参考となるご意見を多く聞くことができました。本学でも導入可能な事例もあり，是非参考にさせていただきます。
- ・ たくさんの効果的なカリキュラムを呈示していただき，とても有意義でした。
- ・ 現在我々が行っている臨床実習は総じて良い方向に向かっていることを認識しました。本日のレクチャーを参考に更に改善したいと思います。

前向きに！！

- 訪問診療に取り組みたいと思いました。
- 「診療参加型」の定義をもう一度はっきりさせないと全国的な実施が困難になるように思いますが、間違っていますか？
- 診療参加型とはどの範囲まで含められるのか、患者の多い大学も少ない大学も共通のコンセンサスを作るべきではないか。
- セッションⅣ 期待が多きかったためか、一部かなり特殊な例の紹介もみられ、自分のニーズにマッチしない点もあった。
- セッションⅣは大変興味深かったですが、間に休憩があればより集中できたように思います。(2)
- 日大の中島先生のご講演は素晴らしかったです。
- 東歯市川病院における臨床実習（一戸委員）がメディコデンタルの概念に基づいていることが再確認できた。
- セッションⅣで各 TF の方々が発表されたような内容からセッションⅤの議論を深めていった方がポイントを絞り込めたかもしれないです。
- セッションⅢの時間が不足していて、それがメインであるので、次回機会があれば長く設定してください。
- 指導医の養成とレベル維持を全国的に統一
- 教育するということを多くの大学ではどのように教員に教育されているのかを知りたいと思った。
- 全大学で現行の臨床実習がかなり違うので統一性は図れないのではないかな。
- ログブックは難しいのではないかな。
- 冬の寒い日、外に昼食を摂りに行くのは！（雨・雪でなく幸い）。有料でも手配して頂ければ助かります。
- お昼を食べながらチームメンバーと話をしたかったです。実費を払って弁当配布でも良かったような気がします。
- 事例集のブラッシュアップをもっとすすめたい。
- 時間をかけてかえていかなければならないことが多く、歯学部長会議などでもっと議論していただければと思います。

第3日目 (2011/12/24)

5. 今日、よく理解できたことは何でしたか。

- 参加型臨床実習の方向性 (2)
- 参加型臨床実習 (見学・介助・自験) が必要なこと (2)
- 臨床実習に対する皆さんの熱意
- 学用患者の確保に各大学で色々な工夫がなされているということ。中でもチーム医療の1つとして対応するとの考えは、患者さんへの説明を行う上で現実的で実現しやすいと思いました。
- 患者確保のためのアイデア
- 各グループから報告のあった課題に対する対策 (2)
- 各大学における多様性のある取り組み
- 各大学での現状の困難さ、工夫されている点
- 学生の知識・技能・態度をいかに高めるかのレシピ
- 今回の WS で行った (決まった) 事を、今後各大学ですべて行わなければならないと思い緊張して参加しましたが、そうではなく安心した。
- 事例集の考え方、受け止め方 (2)
- ログブックの方向性 (2)
- ログブック活用の意義 (3)
- 紙のログブックは強行される (反対を押し切ってまで)
- 国家試験への繋がり
- 指導医育成の重要性
- 今後の歯科医学教育の方向 (国際化を含めて)
- 国際的な視点からの教育・臨床実習のあり方、評価の必要性
- 各国の医学・歯学の事情
- グローバル・スタンダードは中長期的視野に入れないといけないこと
- 医学・歯学教育の国内・国際認証の重要性 (2)
- 国際認証制度の動向・仕組み (10)
- 歯科医学に関する国際情勢 (2)
- 国際的な教育水準を考慮する必要があることがよく分かりました
- 国際的な教育水準の中で臨床実習の重要性が理解出来た
- 国際的な視点での臨床実習
- 国際的な認証の流れがあること
- 歯科医学教育を、国内・外で外部評価する、そして認証するという流れ

が始まったことを理解した（TPP のように）

- 吉岡先生と森尾先生の話
- 日本の医学・歯学教育の特異なこと
- 国際的にみた歯学教育にはばらつきがある.
- 海外で歯科医療をおこなうためにはどうしたら良いか.
- 臨床実習が一度後退すると、復活には 10 年以上かかる
- 本 WS の目的, 卒前臨床実習の位置づけ

6. 今日、あまり理解できなかったことは何でしたか。

- 国際化, グローバル化と臨床実習の自験
- モデルコアカリキュラムにある水準に関する問題（大学毎に設定できるか, 水準項目の移動は）
- コアカリについて, 自分の大学ではオリジナリティを発揮して運用すれば良いとのことですが, 結局統一できないのではないかと, また研修へのスムーズな移行が困難になるのではないかとという疑問が残りました.
- 臨床実習・臨床研修において最小限求められる教育内容が不明確であった.
- 臨床参加における実習生と研修医の違い
- 臨床実習の評価に関するディスカッションが不足していたように思う. 数で評価, 診療内容で評価など, 今後もう少し深く検討できれば.
- ログブックの実用
- ログブックの活用方法（ケース制が良いとは思っていないのですが, 現行の「やったーやらない」の形ですと, 研修医の **phase** がスタートする時点では研修医のレベルが分からず現状とほとんど変わらないです）
- ログブックの真の目的, 意味
- ログブックの将来性について
- ログブックの実現性
- ログブックの実用的な価値について
- 紙のログブックにこだわるのが理解出来ない. エクセルファイルでもいいのではないのでしょうか.
- 同意書の必要性
- 文書による患者の同意をどのように取れば良いか（2）
- 課題が多く, 自学の教職員にどう意義づけさせたら良いか悩む
- 医学における国際的な認証評価（2）
- 国際的な認証評価への今後の取り組み方法（3）

- 国際的な認証制度が今後どのように浸透していくのか.
- 日本とフィジーだけが分野別評価をしていない理由
- 認証制度のデメリットについて
- 今後、歯科の国際的立場あるいは対応はどのように変わるのか（国策として、各校の対応として）、そのために歯科医学教育が変わるのか or 変えるべきか
- すっきりとした感じがなく、本当の理解には至っていないというのが自己評価です。ただ、診療参加型臨床実習は自大学にとってプラスになるので、推進していくことにはかわりはありません。
- 医育機関によって臨床実習は相違があるのが当然で、標準化するのは非常に困難であると考えますが、必要な事なので各医育機関の本音が不明でした。
- 29 大学共通の臨床実習のもっていく方向性
- 江藤先生の最後の話で、また振り出しに戻ってしまったような気がした。
- 特になし（6）

7. その他のご意見（何なりとご自由に）

- ログブックをさらにブラッシュアップする必要があるので、若手の参加者をもってワークショップを開催されては如何でしょう。
- 今後もこのような WS を企画することにより、参加型実習で最も重要と思われる指導医の質・モチベーションを高めるとともに、情報交換により少しでも均質化につながるのでは？
- 国際的な日本の歯科医療（森尾先生）の話をさらに発展させなければと思いました。
- 事例集が大学の総括評価にならないように願います。
- 大学に戻って忘れないうちに教員に伝えたいので、資料を早く送って欲しい。
- 人的資源の減少においてもめげずに、基礎、相互、臨床実習が有意義に移行（学生が理解・向上できる）できるシステムを考え直したい。
- 3日間、内容の濃い WS でした。事例集、ログブックに関して更に検討する時間が必要だったのでは（でも4日間になるのはキツイですが）。
- 現状の用語の定義付け（自験・見学・介助）であると、現場で指導を行うものの間で統一性を図りにくいので、修正をお願い出来ればと思います。
- 「事例集」との位置づけは理解していますが、できればコアカリの今回

判明した不備も同時に修正をお願いしたいです。

- 事例集について討論にもありましたが、知識領域の学習が多すぎます。学生には共用試験で臨床実習が担保されていますので、知識領域はカリキュラムに組み入れるのではなく、自学自習による予習に振替えるべきと思います。臨床実習では低学年で学んだ知識・技能・態度の動きを体験させるべきと考えます (Dynamic)。
- 事例集のブラッシュアップですが、時間が足りませんでした。
- 用語の定義の明文化を是非お願いします。
- 事例集のブラッシュアップは専門分野を行いたかった。
- セッションV問題点に対する対策のテーマが各班であまり一致しなかったのが良かった。
- この時期にワークショップ、と思いましたが、価値あるものでした。有り難うございました。
- 大変勉強になりました。ありがとうございます。
- 色々勉強になりました。
- 事例集のブラッシュアップ以外は大いに勉強になりました。
- 3日間非常に勉強になりました。自学に持帰り改めて考えたいと思います。
- 3日間大変勉強になりました。これから大学に持ち帰って問題が大きく大変になるだろうと思います。
- 他大学の臨床実習の形態がわかりとても参考になった。
- 有り難うございました。参考になるアイデアを是非取り入れていきたいと思います。
- 全国の現状が見られた
- 各大学の取組みを知り、有益でした。診療参加型臨床実習に関する理解が深まった。
- 参加型臨床実習に向けて前向きな意見が多数あり、参考になったが、患者の立場からの意見、議論がなされていなかったのは残念です。
- 「学生が診療している病院は良い病院」の表現に向けて、しっかりと学内や地域にフィードバックしていきたい。
- 各大学の独自性を保ちつつ、一定レベル以上の臨床実習が何らかの形（内部・外部）で担保される必要があると思いました。
- 学内には色々な意見があります。学内での臨床実習改善に役立つツールとして他大学の情報・国際的な情報が役立つと思いますので、今後とも交流の場（機会）が形成されると助かります。
- 歯科医学教育の中で、最も重要な部分が臨床実習であることを改めて理

解した。10 年をかけて国際レベルをクリアする臨床能力をもった教育をすすめるためには、臨床実習に特化した組織を学内に作る必要がある。その組織に強い権限を持たせること、リーダーに能力と熱意を持った人を選ぶこと、このことをまず実行したい。

- 「学用患者の確保が絶望的」と記載したのは、その中にあって国立大（少数ですが）と同程度の症例を確保しているということを知って欲しかったからです。病院は今赤字です。その中にあって臨床実習をさらにどう改善していくか、努力していることを理解して欲しいところです。他大学の取組みを参考に改善していきます。有り難うございました。
- 歯科医師法 17 条と車の免許の話がありましたが、医師法 17 条の解釈が心配になりました。医歯については、免許は必要条件ですが、十分条件の方はそれほど厳密に明文化されているように思えないところがあります。そうゆうものであるかどうか勉強してみます。
- 参加型臨床実習を実現するには時間が必要であると感じた。
- 臨床実習をアピールするホームページなどを学部長会議などで作成して、各大学で作成するというのはどうでしょうか？
- 3 日間を通じ、「患者さんに学生が治療することを認めて頂くのは難しい（学生がするなんて申し訳ない....）」という雰囲気を感じた。しかし、学生による治療にも利点があると思う（時間をかける、質を保証している、など）。指導医自身が学生に処置をさせることをネガティブに考えているようでは、患者確保は難しいだろう。
- 臨床実習生の治療技術以外にもプロフェッショナリズム等のユニークな教員の取組みが紹介された。これらが方法公開されると、受験生の大学の選択に役立つと感じた。
- 育てる側（教員）になる卒業生が増える制度も考えて頂きたい。リサーチマインドといいながら現状をすすめていくと、「教員」になる人が減っていく気がする。
- 医療人としての資質の適正化と維持のありかた。
- 共用試験、臨床実習、国家試験、臨床研修それぞれの連携を文科省と厚労省との間でしっかりと話し、方向性を打ち出して欲しい。
- 私大と国立大では臨床研修制度を実施する際、同じ法律でも補助金については文科省と厚労省があり、統一した教育システムを話すのは困難。
- コアカリキュラムにはありませんが、メンテナンス患者の PMTC、ポケット洗浄などは初心者が患者を担当する際には導入しやすいと思います。今回話題にあまりあがりませんでした。患者とのコミュニケーション・信頼関係を築くには良いと思いますし、患者の口腔内の触り方、診

療ポジションの練習にはとても有効です。コアカリキュラムの事例に求められている技能的なものは上記の導入がベースにあるとより多くの技能的なもの（コアカリの項目）が上乘せされていくと思います。

- 最後に江藤先生が①違法性の阻却，②診療費負担に言及され，それらについてある程度理解できたが，文章にしてさらにクリアにしていれば良いと考えます。
- 企画の段階（方向性の確認）での広報・周知を丁寧に実施し，全大学が前向きの意識をもって検討する状況の中でこうした提案・企画を実施する必要があると思う。また上記観点からも，実務メンバーは全国の大学から公平に選抜し依頼すべきと思う。

参考資料

平成 22 年度歯学教育モデル・コア・カリキュラム水準表

臨床実習内容

水準 1	水準 2	水準 3	水準 4
指導者の指導・監視のもとに実施が許容される歯科医療行為	状況によって指導者の指導・監視のもとに実施が許容される歯科医療行為	原則として指導者の歯科医療行為の介助にとどめるもの	原則として指導者の歯科医療行為の見学にとどめるもの
1. 診察・診断・治療計画			
〔基本的診察〕 ・医療面接 ・口唇・口腔、顎、顔面の診察 ・触診 ・打診 ・動揺度検査 ・温度診 ・咬合状態の診察 ・補綴装置の診察 ・血圧・脈拍・呼吸・体温の測定 ・口腔・顎・顔面の写真撮影 ・エックス線検査 口内法 ・診査用模型の作製 ・電気診 ・透照診 ・インビダグンス測定検査 ・根管内細菌培養検査 ・根管長測定検査 ・歯周ポケット測定 ・ブラーク指数測定 ・歯石指数測定 ・出血指数測定 〔その他〕 ・診断（簡単なもの） ・診療計画（簡単なもの）	〔基本的診察〕 ・聴診（顎関節） ・化学診 ・塗抹検査 ・切削による検査 ・唾液分泌能検査 ・咀嚼能率検査 ・う蝕リスク検査 ・エックス線検査 パノラマエックス線撮影法 ・歯周ポケット滲出液の検査 〔その他〕 ・採血、穿刺	〔基本的診察〕 ・血液検査 ・免疫学的検査 ・一般細菌検査 ・細胞診検査 ・生化学検査 ・顎口腔機能検査 ・心電図検査 ・呼吸機能検査 ・口臭検査 ・心理学的検査 ・エックス線検査 口外法 ・根管内視鏡検査 ・実体顕微鏡による検査 ・歯周ポケット内細菌検査 〔その他〕 ・診断（複雑なもの） ・診療計画（複雑なもの）	〔基本的診察〕 ・病理組織学的検査 ・止血機能検査 ・金属アレルギー検査 ・MRI 検査 ・超音波検査 ・末梢神経機能検査 ・核医学検査（シンチグラム等） ・嚥下機能検査 ・エックス線検査 頭部規格撮影法、造影撮影法、断層撮影法、CT 撮影法 〔その他〕 ・診断（複雑なもの） ・診療計画（複雑なもの）
2. 治療・術式			
〔一般的事項〕 ・患者への病状の説明（簡単なもの） ・インフォームドコンセント（簡単なもの） ・診療録の作成 ・処方箋の作成 ・局所麻酔 表面麻酔、浸潤麻酔 〔歯・歯周疾患の治療〕 ・窩洞形成（単純、複雑） ・コンポジットレジン修復 ・グラスアイオノマー修復 ・メタルインレー修復（単純） ・ラバーダム防湿 ・仮封 ・象牙質知覚過敏処置 ・覆髄法 直接覆髄法、間接覆髄法 ・抜髄法（簡単なもの） ・感染根管治療（簡単なもの） ・根管充填法（簡単なもの） ・歯周基本治療 ブラークコントロール指導 スケーリング ルートプレーニング 習癖に対する習慣矯正	〔一般的事項〕 ・検査指示書の作成 ・歯科技工指示書の作成 ・医療情報提供書の作成 ・局所麻酔 伝達麻酔 〔歯・歯周疾患の治療〕 ・メタルインレー修復（複雑） ・IPC ・イオン導入 ・歯髄鎮痛消炎療法 ・断髄法 ・抜髄法（複雑なもの） ・感染根管治療（複雑なもの） ・根管充填法（複雑なもの） ・アペキシフィケーション ・歯周基本治療 咬合調整（少数歯） マウススクリーン製の作製 ナイトガードの作製 ・固定（複雑な暫間固定）	〔一般的事項〕 ・患者への病状の説明（複雑なもの） ・インフォームドコンセント（複雑なもの） ・診断書の作成 〔歯・歯周疾患の治療〕 ・レーザー、エア・アブレイシブおよび化学機械的な方法によるう蝕除去 ・セラミックインレー修復 ・レジンインレー修復 ・外科的歯内療法 外科的排膿路の確保 ヘミセクション ・外傷歯の処置 ・歯の漂白、変色歯の処置 ・歯内歯周病変の処置 ・歯周基本治療 咬合調整（多数歯） ・歯周外科手術 新付着術、フラップ手術 歯肉歯槽粘膜形成術	〔一般的事項〕 ・保護者または家族への説明 ・死亡診断書の作成 〔歯・歯周疾患の治療〕 ・CAD/CAM による修復物作製 ・外科的歯内療法 根尖搔爬、歯根尖切除、逆根管充填、歯根切除、再植、歯内骨内インプラント ・固定（永久固定） ・歯周外科手術

固定（簡単な暫間固定） ・手術後処置（抜糸、洗浄） ・メンテナンス 〔歯の欠損・咀嚼障害〕 ・クラウン 支台歯形成・修復処置（簡単なもの） ・固定性欠損補綴処置 平行関係に問題の少ないブリッジの支台歯形成と補綴処置 ・可撤性欠損補綴処置 部分床義歯による簡単な欠損補綴症例 全部床義歯による簡単な欠損補綴症例 〔口唇・口腔・顎・顔面領域の疾患〕 ・抜歯 永久歯（簡単なもの） ・口腔内消炎手術 小膿瘍切開 〔口腔保健〕 ・口腔保健指導 ・う蝕の予防 フッ化物塗布 予防填塞 ・歯周病の予防 口腔清掃 〔全身管理〕 ・バイタルサインの把握 ・ショックの救急処置 気道確保、人工呼吸 ・胸骨圧迫 ・誤嚥に対する処置 〔成長発達・不正咬合〕 ・模型および顎態分析 ・成長発育期の口腔・顎顔面の診査 ・診断、治療方針の立案、保健指導 ・定期健診時の診察と検査 〔心因性疾患〕 ・対人関係能力・患者対応能力の訓練 医療面接 チームマネジメントの理解 〔高齢者〕 ・口腔内状態の診察 ・ホームケア指導 ・口腔保健指導 〔障害者〕 ・口腔内状態の診察 ・ホームケア指導 ・口腔保健指導	歯周外科手術 ・歯肉切除術、歯肉整形術 ・歯周ポケット掻爬術 〔歯の欠損・咀嚼障害〕 ・歯冠形態修正 ・簡単な補綴装置破損の修理・調整 ・スプリント作製 〔口唇・口腔・顎・顔面領域の疾患〕 ・抜歯 乳歯（簡単なもの） ・口腔内消炎手術 歯肉弁切除 ・歯肉息肉除去手術 ・頬口唇舌小帯整形手術 ・歯槽骨整形手術 ・口腔内縫合処置 〔口腔保健〕 ・う蝕の予防 生活指導（摂食指導等） ・歯周病の予防 ・口腔の健康の維持管理に関する指導 〔全身管理〕 ・過換気症候群に対する処置 〔成長発達・不正咬合〕 ・矯正治療計画の立案 ・矯正装置の作製 〔心因性疾患〕 ・受診者の心理的背景の理解と把握 ・患者の社会的・環境的背景の理解と把握 〔高齢者〕 ・口腔疾患予防処置 〔障害者〕 ・口腔疾患予防処置	遊離歯肉移植術 ・歯根分離術、歯根切除術 ・トンネル形成術 ・局所薬物配送システムの応用 〔歯の欠損・咀嚼障害〕 ・複雑な補綴装置破損の修理・調整 ・咬合調整 ・固定性欠損補綴処置 困難なクラウンブリッジの支台歯形成と補綴操作 ・可撤性欠損補綴処置 困難な欠損補綴症例 ・顎口腔機能の診断と治療計画の立案 〔口唇・口腔・顎・顔面領域の疾患〕 ・抜歯 永久歯・乳歯（困難なもの） ・口腔内消炎手術 顎骨骨膜炎 ・口腔外消炎手術 ・抜歯窩再掻爬術 ・腐骨除去手術 ・歯根嚢胞摘出術 ・骨折の非観血的整復術 ・顎関節脱臼の非観血的整復術 〔口腔保健〕 ・集団に対する歯科健診 フッ化物洗口法 〔全身管理〕 ・入院患者の処置と手術 ・入院患者の管理 ・全身疾患を有する患者の歯科治療 ・感染事故に対する処置 ・精神鎮静法 吸入鎮静法、静脈内鎮静法 〔成長発達・不正咬合〕 ・咬合誘導 ・小児の重症う蝕の治療 ・保険装置の作製 ・抑制矯正治療 ・矯正装置の操作 〔心因性疾患〕 ・心因性疾患を有する患者への対応 〔高齢者〕 ・高齢者の歯科治療 〔障害者〕 ・障害者の歯科治療	歯槽骨切除術、骨移植術 ・フラップ手術（複雑なもの） ・歯周組織誘導再生法（GTR） 〔歯の欠損・咀嚼障害〕 ・デンタルインプラントの作製 ・固定性欠損補綴処置 可撤性支台装置による複雑な欠損補綴処置 ・可撤性顎欠損補綴処置 顎顔面補綴治療症例 〔口唇・口腔・顎・顔面領域の疾患〕 ・抜歯 埋伏歯 ・口腔内消炎手術 骨髄炎 ・歯の移植と再植 ・顎骨腫瘍摘出術 ・顎堤形成術 ・骨折の観血的整復術 ・デンタルインプラント埋入手術 ・顎関節症の治療 〔口腔保健〕 ・集団に対する歯科保健指導 ・保護者または家族に対する生活指導 〔全身管理〕 ・全身感染症を有する患者の歯科治療 ・全身麻酔 〔成長発達・不正咬合〕 ・包括的矯正治療 〔心因性疾患〕 ・心因性疾患を有する患者の管理 〔高齢者〕 ・要介護者に対する歯科治療
--	--	--	---