

イントロダクション

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科教授

田口 則宏

グループ別セッションですが、このワークショップでは、後ほど 90 分ほど皆様にディスカッションしていただいて、その後、全体討論するという流れになっております。その作業説明について始めていきたいと思います。

(スライド 2) このワークショップの趣旨でございます。他大学での取組やその特徴、多様性を共有し、自大学のカリキュラム改善を省察、促進することが、今回のワークショップの主な目的となっております。今回は昨年改訂された歯学教育モデル・コア・カリキュラムの現場での展開に関して検討することも狙いとなっております。テーマについては、後述する 3 つを予定しております。

(スライド 3) ワークショップの意味でございます。仲間同士の共同作業による問題解決とその効果です。仲間同士の共同作業はお互いの違いを認めるということから始まって、自分にはないところを補完し合うものとして位置づけて、知識を共有し合う契機となります。共同作業を通じてメンバー全員が必ずしも一つの共通の理解に到達することや、同じ知識を共有し合うということだけが仲間との共同活動を考えるときに重要なものではございません。それぞれのメンバーが持っている「発達の最近接領域」にお互いに刺激を与え合い、理解を促進させていくということが仲間との共同活動が持っている機能的な意味ということになります。

(スライド 4) このワークショップの具体的なやり方でございます。

グループ討議の時間です。13 時 25 分から 14 時 55 分の 90 分間となります。この間に、まずグループで自己紹介をしていただき、グループメンバーからの発表と質疑応答を行い、そして最後それぞれのテーマについて発表用ひな形、今回は Google スライドを用いますが、そちらに沿ってスライドにまとめ、最後の 5 分程度を発表の準備に充てていただければと思います。

(スライド 5) ブレイクアウトルームに移って討論していただきます。各グループは 3 から 5 大学がメンバーとなっております。まず初めに、グループファシリテーターから自己紹介があります。その後グループファシリテーターの指示に従って各メンバーは簡単な自己紹介をしてください。

それからグループファシリテーターは議論のファシリテートが主な役割でございますので、議論に積極的に介入することはいたしません。

(スライド 6) 司会者、資料作成者、発表者もあらかじめ割り振られておりますので、名簿を御確認ください。

進行は司会者にお願いをします。資料作成者は討論内容を Google スライドに記録してい

いただきます。発表者はグループの代表として上記資料を用いて発表していただきます。15時10分から16時30分に全体発表を行います。各グループは7分以内に発表していただければと思います。

(スライド7) この7分間の発表時間ですけれども、この時間を有効に使いたいと思いますので、発表者はパワーポイントに記載した内容を単に読み上げるのではなく、要点をまとめて御説明ください。もし発表時間が余るようであれば、質疑等に活用させていただきたいと思っております。

(スライド8) テーマはこちらに挙げている3つでございます。まず1つ目のテーマは「共用試験(CBT・OSCE)公的化後1年を経て見えてきた課題とその対策」、こちらはグループA・B・Cに議論していただきます。

テーマ2です。「令和4年度改訂版コアカリのカリキュラム改革における課題とその対応」、こちらはグループD・Eが担当です。

テーマ3、「臨床能力を担保するための診療参加型臨床実習の在り方」、こちらはグループF・Gに議論していただきたいと思います。

それぞれのテーマについて少し詳しく御説明をいたします。

(スライド9) まず、テーマ1です。「共用試験(CBT・OSCE)公的化後1年を経て見えてきた課題とその対策」です。「良質かつ適切な医療を効率的に提供するための体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」では、令和6年度に共用試験を公的化するとともに、合格した学生は一定の水準が公的に担保されることから、臨床実習において歯科医行為を行ういわゆる Student Dentist を法的に位置づけることとされました。

共用試験の公的化は医療の質を担保するために必要である一方、各大学において共用試験を実施するに際し、負担について大きいと考える傾向があることが明らかになっております。公的化後、各大学において共用試験を実施するに際し、現状の課題を抽出し、その解決策を求め、共用試験の円滑な実施を促すということでございます。

(スライド10) こちらで議論していただきたい内容でございます。

テーマ1で議論していただきたいことは、公的化に対して今まで行った準備及び運営を持続可能とするための今後の改善点、大学の負担を軽減し、運営を持続可能にするための大学間が連携して対応できると考えられる案件、必要と考えられる行政やCATO, CATOというのは共用試験実施評価機構ですが、外部からのサポート、このようなことを議論していただければと思います。

(スライド11) では続きまして、テーマ2の説明をいたします。

テーマ2は、「令和4年度改訂版コアカリのカリキュラム改革における課題とその対応」です。令和4年度改訂版コアカリが公開され、令和5年度の周知期間を経て令和6年度より適用されております。キャッチフレーズは「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」であり、資質能力に新規に「総合的に患者・生活者をみる姿勢」、いわゆるGEです。それから「情報・科学技術を活かす能力」、こちらITです

が、この2つが加えられています。

多くの大学では、カリキュラムの改善が行われ、コアカリ適用開始年度に当たり課題のある大学があることも明らかとなっています。令和4年度改訂版コアカリを用いた各大学のカリキュラム改革における課題と対応に関する情報収集・Good Practice を共有し、教育現場における課題抽出を行いその解決策を求めていきたいと思います。

(スライド12) ではテーマ2で議論していただきたいことを次のスライドに示します。

令和4年度改訂版コアカリ適用に際しての教育現場における課題及びその解決策、第1章、歯科医師として求められる基本的な資質・能力について、カリキュラム改革へ活かすことが難しい点、その対応策、それから新規に追加されたGE(総合的に患者・生活者をみる姿勢)、それからIT(情報・科学技術を活かす能力)に関連した課題とその解決策、歯学教育におけるDX推進の課題とその対応、このようなことを議論していただければと思います。

(スライド13) ではテーマ3の説明をいたします。

テーマ3は、臨床能力を担保するための診療参加型臨床実習の在り方です。令和4年度改訂版コアカリでは、「診療参加型臨床実習のさらなる促進」、「診療参加型臨床実習の充実による資質・能力の向上」について言及され、新たな「診療参加型臨床実習実施ガイドライン」も策定されています。「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」では、令和6年度に共用試験を公的化するとともに、合格した学生は臨床実習において歯科医行為を行うことが可能となるいわゆる Student Dentist と法的に位置づけられています。

(スライド14) 診療参加型臨床実習における学修目標には、歯科医学的知識の理解やそれに基づく臨床推論等の認知領域だけではなく、切削や検査等の精神運動領域、患者対応等のコミュニケーション、医療者としてのプロフェッショナリズム等の情意領域等が含まれます。

したがって、測定すべき能力に応じて様々な評価方法を選択する必要があります。特に診療参加型臨床実習では認知領域に立脚した精神運動領域、情意領域の評価が必要となります。これら3領域は認知領域の評価に比べて評価基準の明確化、客観性の担保が難しいため、評価方法の十分な検討が必要となっています。

一方、学生実習に適した患者・症例の不足も指摘されていますが、確固たる臨床能力を持つ歯学生の輩出は歯科大学・歯学部使命でもございます。

(スライド15) 各大学が工夫している診療参加型臨床実習の評価方法を共有し、評価の妥当性・信頼性・透明性等について高めるための方略を整理していただきます。また、歯科疾病構造が変化する中で、臨床能力を担保するための診療参加型臨床実習の在り方・改善策についても議論していただきたいと思います。

(スライド16) テーマ3で議論していただきたいのは、臨床能力を担保するための診療参加型臨床実習の在り方及び自験すべき実習項目の実施が困難な場合の補完教育の在り方、

診療参加型臨床実習の評価に関する現状・課題・解決策，そして必要と考えられる外部からのサポート，このようなことを議論していただければと思います。

（スライド 17）以上を踏まえてそれぞれ 3 つのテーマに分かれて議論をしていただきますが，これから少し休憩を挟みます。休憩を挟んで 13 時 25 分からグループ討論を開始していただきます。討論時間は 13 時 25 分から 14 時 55 分までの 90 分間，そして 15 分ほど休憩を挟みまして，全体討論が 15 時 10 分からということです。それぞれの発表時間は 7 分間，そして発表順は A, B, C, D という順番にまわりますが，テーマごとに質疑を設けたいと思います。したがって，各グループの発表後に直接質疑ではなくて 1 つ目のテーマ，A, B, C が終わってから 7 分間の質疑という感じで，テーマごとで質疑時間を設けたいと思っております。よろしくお願いいたします。

令和7年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ

グループ別名簿【歯学】

◎：司会者、○：発表者、◆：記録者

◆テーマ1：共用試験(CBT・OSCE)公的化後1年を経て見えてきた課題とその対策

グループA

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
A1	国立	新 潟 大 学	歯 学 部 教 授	◆ 山 村 健 介	A_山村健介_新潟大学
A2	国立	広 島 大 学	医系科学研究科 教授(副学部長(教育担当))	水 野 智 仁	A_水野智仁_広島大学
A3	私立	奥 羽 大 学	歯 学 部 長	○ 瀬 川 洋	A_瀬川洋_奥羽大学
A4	私立	日 本 大 学	歯科保存第Ⅱ講座 教授・学務担当	林 誠	A_林誠_日本大学
A5	私立	神奈川歯科大学	教 育 企 画 部 教 授	◎ 浅 里 仁	A_浅里仁_神奈川歯科大学

グループファシリテーター：平田 創一郎(東京歯科大学)

A_GF_平田 創一郎_東京歯科大学

グループC

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
C1	国立	岡 山 大 学	学術研究院医歯薬学域(歯) 教授(教務委員長(学部長代理))	◆ 吉 田 竜 介	C_吉田竜介_岡山大学
C2	国立	長 崎 大 学	生命医学学域(歯学系) 教授、副学部長	吉 村 篤 利	C_吉村篤利_長崎大学
C3	私立	日本歯科大学(新潟)	教 務 部 長	佐 藤 聡	C_佐藤聡_日本歯科大学(新潟)
C4	私立	朝 日 大 学	口腔病理学分野 教授(教務部長)	◎ 永 山 元 彦	C_永山元彦_朝日大学
C5	私立	東京歯科大学	副 学 長	○ 山 本 仁	C_山本仁_東京歯科大学

グループファシリテーター：山本 松男(昭和医科大学)

C_GF_山本 松男_昭和医科大学

◆テーマ2：令和4年度改訂版コアカリのカリキュラム改革における課題とその対応

グループD

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
D1	国立	東京科学大学	歯 学 部 歯 学 科 長	◎ 井 関 祥 子	D_井関祥子_東京科学大学
D2	国立	鹿 児 島 大 学	歯 学 部 教 育 委 員 長	◆ 菊 地 聖 史	D_菊地聖史_鹿児島大学
D3	私立	北海道医療大学	微 生 物 学 分 野 ・ 教 務 副 部 長	永 野 恵 司	D_永野恵司_北海道医療大学
D4	私立	松本歯科大学	理 工 学 講 座 ・ 図 書 館 長	○ 黒 岩 昭 弘	D_黒岩昭弘_松本歯科大学

グループファシリテーター：木尾 哲朗(九州歯科大学)

D_GF_木尾 哲朗_九州歯科大学

◆テーマ3：臨床能力を担保するための診療参加型臨床実習の在り方

グループF

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
F1	国立	東 北 大 学	総 合 歯 科 診 療 部 教 授	◎ 小 川 徹	F_小川徹_東北大学
F2	私立	鶴 見 大 学	歯 学 部 長	山 本 雄 嗣	F_山本雄嗣_鶴見大学
F3	私立	大阪歯科大学	教 務 部 長	◆ 山 本 一 世	F_山本一世_大阪歯科大学
F4	私立	福岡歯科大学	全身管理・医歯学部門長／口腔画像診断学分野教授	○ 香 川 豊 宏	F_香川豊宏_福岡歯科大学

グループファシリテーター：沼部 幸博(日本歯科大学)

F_GF_沼部 幸博_日本歯科大学

グループB

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
B1	国立	大 阪 大 学	歯学部附属病院 口腔総合診療部 准教授	◆ 野 崎 剛 徳	B_野崎剛徳_大阪大学
B2	国立	九 州 大 学	歯 学 研 究 院 教 授	◎ 熱 田 生	B_熱田生_九州大学
B3	私立	岩手医科大学	教 授	○ 今 一 裕	B_今一裕_岩手医科大学
B4	私立	昭和医科大学	歯 学 部 小 児 歯 科 学 教 授	船 津 敬 弘	B_船津敬弘_昭和医科大学

グループファシリテーター：入江 浩一郎(長崎大学)

B_GF_入江 浩一郎_長崎大学

グループE

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
E1	国立	北 海 道 大 学	教 務 委 員 会 委 員 長	◎ 長 谷 部 晃	E_長谷部晃_北海道大学
E2	公立	九州歯科大学	学 部 長 (口 腔 応 用 薬 理 学 分 野 教 授)	◆ 竹 内 弘	E_竹内弘_九州歯科大学
E3	私立	明 海 大 学	教 授	○ 坂 東 健 二 郎	E_坂東健二郎_明海大学

グループファシリテーター：秋山 仁志(日本歯科大学)

E_GF_秋山 仁志_日本歯科大学

グループG

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
G1	国立	徳 島 大 学	歯 学 部 長	湯 本 浩 通	G_湯本浩通_徳島大学
G2	私立	日本歯科大学	教 務 部 ・ 学 生 部 ・ 教 務 部 長	◆ 新 谷 明 一	G_新谷明一_日本歯科大学
G3	私立	愛知学院大学	歯学部高齢者・在宅歯科医療学講座教授 教務主任	◎ 木 本 統	G_木本統_愛知学院大学
G4	私立	日本大学(松戸)	研 究 担 当	○ 清 水 武 彦	G_清水武彦_日本大学(松戸)

グループファシリテーター：則武 加奈子(東京科学大学)

G_GF_則武 加奈子_東京科学大学

グループ別セッション — 全体報告会 —

【テーマリーダー】

日本歯科大学新潟生命歯学部 前田 健康
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 田口 則宏

【金森】 それでは、全体報告会を始めたいと思います。先生方に作成いただいた資料を御発表いただき、時間の許す限り、質疑応答をしたいと思います。各グループの発表が7分と時間が限られておりますので、円滑な進行に御協力をお願いいたします。

質問がある場合は、Zoomの手を挙げる機能を御利用ください。時間が限られているため、全ての質問や御意見に対応することはできない可能性がございますので、あらかじめ御了承ください。

ここからの進行は、グループ別セッションのテーマリーダーである日本歯科大学新潟生命歯学部客員教授の前田健康先生、鹿児島大学大学院医歯学総合研究科教授の田口則宏先生にお願いします。

【前田】 それでは、これから全体報告会を始めさせていただきます。先生方、活発な御議論をありがとうございました。

テーマリーダーは、日本歯科大学新潟生命歯学部の前田と、鹿児島大学大学院医歯学総合研究科の田口が担当させていただきます。どうぞよろしくお願いしたいと思います。

先生方に作成いただいた資料をこれから御発表いただいて、時間の許す限り質疑応答をしたいと思っておりますが、今年度は各グループの発表が7分と時間が限られておりますので、円滑な進行に御協力をいただきたいと思います。

それでは、テーマ1のグループAの御発表をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(テーマ1)

共用試験(CBT・OSCE)公的化後1年を経て見えてきた課題とその対策

■A グループ

【瀬川】 テーマ1の発表を担当いたします奥羽大学の瀬川でございます。よろしくお願い申し上げます。

テーマ1は、共用試験(CBT・OSCE)公的化後1年を経て見えてきた課題とその対策ということでございましたけれども、特にCBTに関しましては、実施そのものについて、課題は特段ないというのが我々のグループの参加者の多くの意見でございました。ただ、CBTの開催に際しまして、会場設営が結構大変だということと、その中で、PC間の仕切りとい

う、PC の間をほかの人が見えないように囲うというところを実際行っている大学がございまして、隣の受験生は問題が違うので、それが必要かどうかということで、改めて機構に確認をしたらどうかという話がございました。

それから、OSCE に関してですけれども、OSCE は様々な負担が多いということで、いろいろな意見が出ましたけれども、その中で特に OSCE の実施ということで、特に追再試験を実施するという中においては、その対象となる受験生が少人数だということで、そのために全ての課題を設営して、ステーションを構築して実施するということが大変だというのは、これはかなりのところで負担に感じられているということでした。これは今すぐにといいことではないということではありますけれども、複数の大学の対象者、受験生を集めて、拠点を決めて、それで1か所、例えば1か所といっても、東京は1か所ということになると大変だと思いますから、例えばそれぞれのブロックで拠点を決めて実施してはどうか。そうすることによって、財政的にも各大学の負担が減るということ。あとは、そこでずっとやっていただくということではなくて、その拠点を例えば各大学で持ち回りをするということ、ただし、その実施をするに際しては、特に私立と国立ではカリキュラム等が違うというところから、そういったところも工夫していく必要があるでしょうという話が出ました。

次に、OSCE の評価者の派遣ということで、これも移動の負担というのがかなり大きいということで、現状、かなり広い地域にまたがって行っているということなので、これも、ブロックを決めて行っていったらどうかという話が出る。そのことによって、移動あるいは交通費の負担というものの軽減につながるということでございます。

それから、共用試験そのものの認知度ということで、これについては、その大学の内部で学生にも認知度を浸透させるということで、この共用試験そのものが公的化されたということの重要性、それから、患者あるいは国民にも、より一層 PR していく必要があるだろうということが、課題として出ております。

それから、共用試験と国家試験とのすみ分けということで、これは最後で申し上げる CBT の合格基準とも関連してきているところですが、それぞれ、共用試験は何を求めているのか、国家試験は何を求めているのか、これははっきりしているところではあるのですが、その辺が不明確ではないかということが出ておりまして、そういった意味においては、CAT0 や行政が主導して国民の認知度を上げるということが必要だろうと、それとともに、国家試験のすみ分けを明確化する。そのことで国家試験の合格率という部分とのミスマッチといいますか、例えば、共用試験の合格率と国家試験の合格率の差というものを極力解消する、そのことによって国民目線で理解が得られるのではないのかというようなことが出てございました。

それから、OSCE のステーションの設置ということ、これは先ほど申し上げましたから、割愛いたします。

最後になりますけれども、CBT の合格基準の適正性ということで、これは、特に今は IR

T が 481 というようになっておりますけれども、このことについては数年にわたってデータを蓄積して解析した上で、また適切に評価する必要があるのですけれども、先ほども申し上げましたように、CBT に合格したのに、国家試験に不合格になるということがないような形で、これから明確に位置づけを行っていくということと、あと、最後になりますけれども、これは今、すごく大切な部分になっておりますが、国家試験の合格基準といえますか、合格者数の問題ですね、そのところを、文部科学大臣と厚生労働大臣で、さきの平成 18 年に取り交わされていた意見書のところ、それを今後、このような実情に合わせた形で検討していただければいいかなと。

雑駁ではありましたが、グループ A では、こういった形で話をさせていただきました。

以上でございます。

【前田】 ありがとうございます。

グループ A の人は、課題としては、環境の問題、認知・理解の問題、評価という 3 点に分けて、それぞれの課題と対策についてまとめていただきましたが、何か御質問はございますでしょうか。

なければ、最後にまとめて、このセッションで、また、お話を伺いたいと思います。

それでは、次に、グループ B からお願いいたしたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

■B グループ

【今】 よろしくをお願いします。グループ B、岩手医科大学冠橋義歯・口腔インプラント学の今でございます。よろしくをお願いします。

我々もグループ A と同じ課題になりまして、共用試験（CBT・OSCE）公的化後 1 年を経て見えてきた課題対策について、お話しさせていただきます。よろしくをお願いします。

現状と課題ですけれども、まず公的化の意味ですね、こちらのいわゆる Student Dentist というところで認定が出るということは非常に意義深い、意味が大きいところではございますけれども、学生もそれで少し引き締まった思いというのはあろうかと思うのですけれども、もともとこちらに関しては、学生もそれなりの意識で出てきていただいていたところからまず一つと、あとは課題にも書いておりますけれども、患者の受け止め方が変化しないというところになろうかと思います。

今後、公的化を意味あるもの、より意義深いものとしていただくということで、広報活動について、どのようなものが適切かということは、我々はそこまでは議論できてはおりませんが、どこかで何か、文部科学省なり厚生労働省なりから社会的な発出というものを一つ御検討いただきたいなと思っております。あとは、OSCE の話になりますけれども、試験環境がばらばら、各大学でステーションのつくり方に関しては、非常にばらばらというところでありまして。一大学では例えば実習室を改造して使ったり、また、ほかの大学では診療室を使ったりというところで、試験環境の画一化というのも非常に難しいと

いうところが議論されました。

次、人的資源の課題に移りたいと思います。基本的には多くの基本的臨床系教員がほぼ総出でなるということ、あとは医員ですとか大学院生、こちらも補助的なものとして動員しているというところが実情になろうかと思います。

あとは認定評価者講習会に参加したり、更新に関しては今後オンラインなろうかと思うのですけれども、そういったところも今後負担になるのではないかというような議論がありました。

あとは標準化の SP の養成と確保です。大学等で我々がやっているところでもありますけれども、こちらも対応については大変というところがありました。

あとは事務職員です。基本的に事務職員と我々教員が共に手を取り合ってやるお仕事というところになりますけれども、事務職員の事務的負担が OSCE の開催前後になると非常に緊張感、いつもある緊張がより高まるということも、我々、情報共有いたしました。

そちらの対策ですけれども、先ほどお話ししましたが、認定講習者の取得に関しては物理開催というのはよろしいかと思うのですけれども、今後は更新に関してはオンラインでやるというのを伺いしておりましたので、そういったところなるべく負担を減らしながら、認定講習会の運営とか認定評価者を増やすというところで対策していきたいと思います。

あと、SP の確保ですね。都会は大丈夫だと思うのですけれども、田舎ではこちらもなかなか大変になっておりますので、機構でも何か手当していただいて、要請に関して、今もバックアップいただいておりますけど、より多くのバックアップがいただければ、すごくうれしく思いました。

あとは人事面です。こちら、人手という点での人事の話になりますけれども、人手も多く割かれますので、事務的な対応とかも効率よくるように、何かしらの補助、助けが必要であろうというような話合いがなされました。

次、物的資源の課題になります。必要物品、基本的な資材とか Wi-Fi 等の整備が大変になっております。

あとは OSCE で使う模型等に関しても、対応、準備が非常に煩雑であるというのが情報共有なされました。

対策としては、例えば資材準備に関しましては、今、顎模型等は御供与いただいているところでもありますけれども、ピンセットやミラー等に関してもパッケージング化していただいて貸与するということができれば、よりよいのではないかというような議論がなされました。

あとは今、OSCE に関してですけれども、タブレットで評価を入力するというような方向性で動いているかと思うのですけれども、もちろんこちらも大学からの手当でタブレット端末の活用というところにはなっているのですけれども、装備の設備に関しまして、何かしら機構で手助けいただければ、よりよいのではないかというような対策の話合いがなさ

れました。

あとは最後、現状課題として費用面です。先ほどのお話にも関連しますが、例えばタブレット端末の新設ですとか、あとはWi-Fi設備の確保というところで、予算の確保が非常に大変になっております。

あとはOSCEです、病院でなされている大学もたくさんあると思うのですが、基本的には大学病院をある程度閉めてOSCEの運用をするというところで、病院の診療にも支障が出るというところになってこようかと思えます。

こういった物的なものに関しては、機構等の予算的な補助があるとうれしいような話合いがなされました。

あとはCBTに関してですが、基本的にパソコンルームがあるところであれば運用上特段問題はないのですが、そういった設備がないところは、業者にリース等でCBTを使う、その場合は最新のスペックで適切なものを使うということになっていると思うのですが、CBT用のノートパソコンの貸与というところで、予算、別建てで稼働が必要というところになっておりますので、そちらも御報告と対策に関して考えていただければうれしく思います。

以上で、グループBの発表を終わらせていただきます。ありがとうございます。

【前田】 ありがとうございました。

今、何か、ぜひ聞きたいということはございますか。まとめてよろしいでしょうか。

それでは、グループCの御発表をお願いいたします。よろしくお願いします。

■C グループ

【山本】 グループC、発表の東京歯科大学の山本でございます。よろしくお願いいたします。

私どものグループでは、まず、OSCEに関しましては、教職員を含めた人の負担、それから、SPについてのお話ということになりました。Aグループ、Bグループと大分重なっているところもあるのですが、まず、SPのところからどんな話題が出たかということですが、認定されたSPが本当に基準どおり、質が均一に保たれているのか、それから、全体としての人数が本当に足りるのかというところでございます。大学によっては、それぞれ自前でSPを養成してというところもあるけれども、それもいつか人が足りなくなってくるということが十分に考えられるので、CATOで養成して、派遣をしていただくのいいのではないかという話が出ました。ただし、現実的にはそういった派遣の旅費とかもかかってしまうので、ある程度ブロックに分けて、それぞれに拠点があって、そこから来ていただくということではどうかという話になりました。

それから、これはSPに限りませんが、AIを使った評価であるとか、ビデオで撮影したりしておりますので、そういったもので評価ができてくるようになるという、長期的な話になりますが、そのようなことが話題として出ました。

SPに関してはそのような形ですが、あと、人の負担ということでは、まず、若手

教員に負担がかかるというところ、それから、労務管理として、日曜日にやっているところが多いということです。そうすると、C グループでは大体の大学が代休を取っていただくことで対応しているということですけれども、そうすると、診療に差し支えてくるのではないかなというところが出ました。

また、認定評価に関しましては、評価を受けた先生、評価者の先生の有効期限が5年となっていますけれども、その5年間、本当にきちんとした評価ができるのか、自分で本当にそれができかどうかということで大変心理的に負担がかかるということで、ステーションの数は増やさないにしても、課題として、もう少し裾野の広がった、自分の専門領域を生かせるような広い課題にさせていただくといいのかなというようなお話も出ておりました。

あとは、会場であるとかというのはA グループ、B グループと同じで、そういったものがあるといいというお話でございます。

続きましてCBTについてでございますが、CBT では、コンピューターを用いて、コンピューターの更新、それから入替えが必要になるということで、金銭的な負担が大きいということ。

それから、評価者の見解が異なっている。前年度に意見をいただいて、今年度、それに従ってやっていったけれども、駄目と言われているというようなところで、機構からおいでになる評価の先生によって、違っているところが出ているのではないかな、そういったところは統一してほしいという話が出ておりました。

また、試験会場等の動線とか、事前にCATOに提出している書類もあるのですが、そのチェックというところも、きちんとお願いしたいというような話が出ました。

また、作問について、連問に関しましてはかなり、連問作成をするのだという意識を持って診療しないと、なかなか4題あるようなものは写真がそろってこないというところもあるので、場合によっては、これからの時代は、生成AIでつくったものでもどうなのかなと、そういったものの画像はどうなのだろうかというようなことが話題になったというところがございます。

CBTあるいはOSCEに関しても、具体的にこのような形の冠橋のモデルというようなものを発表していただくと、それとなるべく類似した、与えられた条件で類似したものができるとのではないかなというような話が出ました。

C グループからは以上になります。

【前田】 3つのグループ、ありがとうございました。

いろいろ話を伺ってみると、大体同じような意見が集約されてきたのかなと思っておりますけれども、それでは、ここでテーマ1に関してディスカッションをしたいと思います。どなたが口火を切っていただけませんかでしょうか。

いかがでしょうか。

【山本】 よろしいでしょうか。

【前田】 はい、どうぞ。

【山本】 C グループ、東京歯科大学の山本でございます。

今の発表で抜けてしまったのですけれども、情報漏えいに関して、かなり気を遣うところが多い。それから、SP はボランティアで来ていただいているのですけれども、かなり 1 日拘束しているというようなこともございますので、この辺、何かよい対策はないかというような話題が出たので、もし、それに関する意見がございましたら、お教え願いたいと思います。よろしくお願いいたします。

【前田】 ありがとうございます。

こういう対策を考えると、大体が要望事項ということになるのですけれども、大学側として、自分ができる対策と、それ以外ということで、山本先生、何か解決策というのはございますか。ここに書いてあるのは課題を公開するとかということで、あとはいつも出てくる国に実務や費用をお願いしたいということ、大学として何ができるということはございますかね。

【山本】 大学としては、人をいっぱい出しておりますので、それと、特に SP に関しては、自前でやっていくことがだんだん難しくなってくる、その中で、例えば情報漏えいであるとか、何とかの規則をしていくというところでは、本当に注意喚起をしていくことがメインになってしまうのかなというような気がするのですが、もし、ほかの大学で、このようにしているというのがあれば、お教えいただければと思います。

【前田】 一大学ではなかなかできないことで、CATO と要相談、行政と要相談ということになってくるかと思います。

山本先生の御発表のところで、こちらでも話していたのですけれども、これから、ICT を使った問題作成だとか評価ということをして、省力化を図っていかないと駄目なのではないかなということも考えていました。このことに関して何か、ほかの A グループ、B グループで御意見等、話題になったようなことがございましたか。A グループのグループファシリテーターの平田先生、入江先生、いかがでしょうか。

【平田】 すみません、平田です。

A グループでは、AI とか、そういったものの解決策という議論は特になかったものですからということだけ御報告でございます。

【前田】 はい、分かりました。

あと、全体討論会で、最後に大きな問題として、公的化としての均てん化の問題というのが出ていたと思いますので、公的化について、後ほど、また議論を深めたいと思っています。

それでは、先に進ませていただいて、テーマ 2 の令和 4 年度改訂版コアカリのカリキュラム改革における課題とその対応ということで、グループ D の発表をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

(テーマ2)

令和4年度改訂版コアカリのカリキュラム改革における課題とその対応

■D グループ

【黒岩】 松本歯科大学の黒岩です。

発表させていただきます。令和4年度改訂版コアカリのカリキュラム改革における課題とその対応ということで話し合われました。

医療人の養成、総合的に患者・生活者をみる姿勢、情報・科学技術を活かす能力というキャッチフレーズの下に、新しいコアカリができて、D グループでは非常に活発に意見が出ました。まず、この表の最初ですが、これは令和4年度のコアカリ適用に対して、教育現場における課題及びその解決策ということで、私は要約して説明いたしますけれども、新しい項目が追加されて、コアカリはコアが大きくなり過ぎてしまった、もっとコアにまとめたものではないといけないという意見が出ました。それによってシラバスが複雑に細かくなり過ぎてしまって、教員も学生も内容をイメージしにくいのではないかという問題があると発言が出ました。

あとは既存の科目への当てはめが困難な項目がある。

また、共用試験や国家試験、それに対してどの様に区分けされて、このコアカリに関係するのかが問題である。

若い先生の教員の教育へのモチベーションが低いのではないかと問題提起されました。基幹科目の再構成が必要になってきている。しかしながら、臨床科目には難しいのではないかという意見が出ました。再構成への対応ですが、既存の科目に落とし込むまたは新規に科目を開講する、これを目標に教員に対するコアカリやカリキュラムマップ等に関する教育（FD）を行う必要がある。特に、コロナ禍中は対面での実施が難しかったので、これから、もう少し増えてもいいのではないかという話が出ました。ところが、我々は、これまでいろいろなワークショップを受け、いろいろな関係で教育に関する項目を構築する機会があったのですが、どうも若い先生方においては教育に関する関心が薄れてきているのではないかという発言があり、これへの対策としては教育関係の学会やワークショップに参加して教育への関心を高めることや、研究等の評価は高いのですが、教員が教育活動に参加したときの評価を高めることが必要だと思います。長期的には基幹科目の見直しも必要になってくるとのことなど、導入に関する現状と対応について話し合いました。

2 番目は、第1章の歯科医師として求める基本的な資質・能力についてですが、これに関して、限られた授業時間内に新しい項目を入れていくのは難しい。

専門家がいらない。そして教員を養成しにくいという話でした。

そのため、非常勤講師や機材のための予算の確保が難しい。

それに、専門家が少ないので、評価方法も曖昧になってしまうのではないかということもありましたが。現状は、既存の科目に落とし込んでいるようです。

一つのアイディアとして、学内の他学部の先生やOBの先生に依頼すれば、あまりお金はかからないのではないかという対応策も出ました。

3番目は新規に追加されたGEとITに関する問題と、あとは歯科教育におけるDXの推進の課題に関してです。特にGEについて、地域の歯科医師会などとの連携が必要という意見が出ました。また、CAD/CAMに代表される歯科医療DXに関しては歯科医師や不足してきている歯科技工士との間にギャップ等があるのではないかという意見が出ました。

GEに関しては、既存の科目で対応している大学もあり、うまく功を奏しているようです。

ITに関して、新規科目を開講、他学部の教員に依頼するなどということがありました。地域性も考えた現状分析が必要ではないかという話となりました。

これで私の説明を終わらせていただきますが、活発な意見が多かったので、同じグループで追加等があれば、よろしくお願いいたします。

【前田】 ありがとうございました。

何かグループで追加はございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、なければ、グループEの先生方、よろしくお願いします。

■E グループ

【坂東】 グループE、発表、明海大学の坂東でございます。よろしくお願いいたします。

グループEでは、テーマ2の改訂版コアカリのカリキュラム改訂における課題とその対応について話し合いました。

最初に、改訂版コアカリ項目への対応状況と課題ということだったのですけれども、我々、北海道大学、九州歯科大学、明海大学では、全てのコアカリ項目について、既存の科目に全て落とし込んでいて、コアカリ項目の網羅できていない部分については、最終的にねじ込んだということで、モデル・コア・カリキュラムという、組み込まないといけないものという考えで対応をしたということでした。

その評価ですけれども、今年度が終わったところで、きちんとそれが達成できているかというところを検証していくということです。全てのコアカリ項目について落とし込んでいったのですけれども、落とし込むのが難しかったというのが、第1章の歯科医師として求められる基本的な資質・能力という辺りになります。ここの辺りですけれども、話合いの中で各大学のアンケート結果を見たのですが、各大学で様々な対策をされているようですけれども、どうなのだろうというところが文面からにじみ出ているというか、少し何をしたらいいのか分からないというようなところが伺えるということでまとまりました。

それで、対応としましては、学会などで各大学の取組を情報共有しながら、大学間で、モデル・コア・カリキュラムということなので、レベルに大きな違いが生じないようにして、充実させていこうということになったのですけれども、何でも去年のこの会でも話題になったそうですが、歯科医学教育学会で作成したコアカリガイド動画というものがあるので、それについて周知して、この会が、ワークショップが終わった後にでも、す

ぐ確認していこうということで話がまとまりました。

あと、第1章の項目については、到達度の評価が非常に難しいということで、本当にどのようにしたらよいのかということで、結局のところ、生成AIの活用を検討してみてもどうかということで、それもよいのではないかとということで落ち着きました。

そして、ITについてですけれども、専門教員が不足しているということと、あと、DXにつきましても、アンケート結果を見ますと、どの大学でも多方面にいろいろなことが及んで、どこまでやればDXなのかというような感じも見受けられるということでした。あと、IT、DXとなりますと、予算が非常に問題になっていまして、例えば、当大学でも学生が非常にタブレット端末を多用するようになったのですが、そのようなものを朝から晩まで使っていると、電池がなくなるので、電源の設置を要求されたり、とにかく、タブレット端末が普及してくれば、Wi-Fi環境も強化していかないとはいけませんし、とにかくお金がかかるということで、お金について対策はないというところなんです。ただ、DX推進については、いろいろな補助金などありますので、そのようなところに応募していくという努力をしていくしかないのではないかとというところなんです。

あとITに関する教育ですけれども、教養レベルで情報処理学のような講義を開講して、そこで行っているというところなんですけれども、文部科学省で数理・データサイエンス・AI教育プログラム認定制度というのがありますので、各大学でその認定を目標にするというのが一つのITリテラシーの教育の目安になるのではないかとという対応が話し合われました。

以上です。

【前田】 ありがとうございます。

テーマ2はコアカリのカリキュラム改革における課題とその対応ということでしたけれども、御追加ございますか。

私、今伺っていて、コアカリの内容、量といったものの、それと現行カリキュラムとギャップの問題があるということと、今回の令和4年度コアカリ改訂では、アウトカム基盤型カリキュラムへ移行への中間系みたいな形になっているので、IT教育についてと学修項目との連携がうまく、まだ、みんな理解できていないのかなと思って聞いていました。

予想どおり、ITというところに関しては、これは出てくるだろうという予想はしていたのですけれども、ITのところのコンピテンシーの教育として何か、ほかの先生方で他大学に参考になるようなグッドプラクティスはございますでしょうか。いかがでしょうか、どなたでも結構ですが。

次回のコアカリの改訂のときに、コアカリの内容、ボリュームの問題、現行とのギャップの問題は、大きな目玉になるのかなと思っています。

今度のコアカリの改訂では、コンピテンスペースでなかなかできなかったもので、まだ、各大学で、これに対する取扱いというか、採り状態が続いているのかと思っています。

次回の改訂で、コンピテンシーの学修項目の連携をもう少しうまく読み取るとできると

いう、解決する部分もありますけれども、こういうことをやっている教員が不足しているのと、資源がないということが大きな問題なのかなと思っていました。

ただ、IT を使った歯科医学教育というのはどうしても避けられないことだと思っていますので、これに対する方策は、29 歯科大学、教育学会も含めて、29 歯科大学で考えていく必要があるのかなと思っています。

ほか、いかがでしょうか。何か御発言ございますか。

【黒岩】 すみません、いいですか。

【前田】 はい、どうぞ。

【黒岩】 2 つありますが、まず、素晴らしい目標でこのコアカリができたのですが、せっかく法制化で区切りとしての共通試験ができたので、これを目標として、Student Dentist をもう少し皆でアピールすれば、1 つの目標に学生も教員もまとまるのではないかなと思います。もう 1 つとして IT のことに関してですが、IT によって相当、口腔内に入る装置の製作に関しての技術は広がりますが歯科技工士は減って、私達はどうやって学生にこの現状を教えていくか、その仕組みも全然できていませんので、ぜひ、そういうこともまた考えていただければと思っています。よろしくお願いします。

【前田】 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

IT というと、どうしてもコンピューター教育と捉えられるかもしれませんが、AI 時代が来たときの歯学教育は、歯学生に何を勉強させるかということも、いま一度振り返らないと、歯科のための IT 教育、AI 教育ということで、少し議論をしていかないと駄目なのではないかなと思っています。AI を活用することで、教育のサポートの支援の一手段として用いていくのが歯学における IT 教育だと思っています。

また、コアカリの第 1 章で掲げた基本的な資質・能力は、6 年間の教育だけではなくて、6 年間プラス研修医、そして、一生涯使っていくものだという大きな目で少し捉えたほうがいいのかなと思っています。伺って伺っていました。

それでは、次に交代してテーマ 3 ですけれども、田口先生にお願いしたいと思います。

【田口】 では、次のテーマに移りたいと思います。テーマ 3 です。臨床能力を担保するための診療参加型臨床実習の在り方ということで、こちらは F グループと G グループに御議論いただきました。

では、まず、F グループから発表をお願いいたします。

(テーマ 3)

臨床能力を担保するための診療参加型臨床実習の在り方

■ F グループ

【香川】 F グループの福岡歯科大学の香川でございます。よろしくお願いいたします。

まず、スライドを2枚に分けましたので、1個前の9番のスライドを見せていただけますでしょうか。ありがとうございます。

当然ながら、参加型臨床実習の目的として、学生が主体的に関与していかないといけない。主体的に関与して、知識や技術、もちろん態度も学んでいかなければならないわけですね。そこで、話合いのところで、各大学で非常に特徴的な現状がありましたので、まず、そこを少し紹介させていただきます。

例えば東北大学だと、トレース症例というのをを行っているそうでございます。これは、要は初診からずっといろいろな診療科を回って治療していくときに、それに随時について、要は治療の最初から最後位までをしっかりと見ていくような実習をされているということですね。それから、あとは医科、それから摂食嚥下とか周術期のカンファにも学生を参加させて、そういったモチベーションをずっと上げていっているということですね。

鶴見大学においては、各班に分かれて、担当患者の症例報告を保存・補綴、これが必須のケースとして行われているそうです。

大阪歯科大学は、急性期病院で口腔ケアの体験とか、慢性期病院で摂食嚥下の見学をしたりして、他職種のそういったところに対してもしっかりと学んでもらおうというところをされているようでございます。

福岡歯科大学におきましては、隣接科の医科にいろいろな診療科がございますので、全ての医科の診療科に、数日ではありますが、回っております。

あとは先ほどの東北大学のトレース症例と似ているものですが、初診開始型実習として、新患で来た患者に対して、基本的には終診までずっと担当していくというものがございます。それが基本的に症例を5例担当するのですが、そのうち1例は自分で患者を連れてくるという縛りも行っております。

このような形で様々な取組を行って、右に書いておりますとおり、コアカリに基づいて、一定の診療技術を自験、この自験をしっかりと行わせて習得させるとともに、今後の臨床研修や生涯研修にシームレスにつないでいくことが求められるのかなというのがグループの意見でございました。

続いて、診療参加型臨床実習の評価に関する現状・課題・解決策ですが、まず、課題といたしましては、学生にこういったケースを取りなさいというときに、学生は、私は何例取ったと、症例数のみを重要視します。要は判こです。症例の部分にポートフォリオ等でも同じですが、集めていって、その数で満足してしまうわけです。

そういったときに、個々の治療の過程をしっかりと把握しながら自験を行っていくのかとか、そういった能力の評価ということが、まだされていないところが多いということでした。

したがって、右に書いてありますが、電子ポートフォリオを導入するとか、これに対してはコピー防止策が必要になってくるかもしれません。ほかの学生の書いたものもそのままコピーして、ぼんと貼りつけることも可能になってまいりますので、そういった注

意点もあるかもしれません。

それから、あとは各大学独自で MiniCPX のようなものをしていくというのも一つのアイデアかなという話が出ております。

あとは、各大学で評価の項目が違っているということも問題になってくるのかなと思ひまして、全ての大学へ共通のルーブリック評価の作成をする必要があるのではないかなという意見も出ました。

それから、あとは水準Ⅰの項目については、客観的評価の項目をしっかりと設定して、学生にフィードバックをして形成的に活用する。この場合の評価も、本人だけではなくて、周りの歯科衛生士さんの評価であるとか、逆に患者からの評価、例えば、先ほど口に当たって痛かったところがありましたとか、そういった評価をすることも、学生のモチベーションを上げるのに非常に役立つのではないかなというような意見も出ました。

あとは評価を行った項目を現状ではほとんどの大学が紙媒体で行っているかと思うのですが、これを電子化して、リアルタイムにその学生が、今、この期間にはどれぐらいのところまでマスターしているのかというのをしっかりと把握して、遅れている学生にはより深く指導してあげるとか、そういったことが必要なのではないかなという意見が出ました。

それから、あとは左側の医療安全・感染予防の意識が、なかなか上がっていないというところもありますので、これに関しては、基礎実習時からしっかりと、これらを意識した実習を行っていく必要があるのではないかなという意見が出ました。

それから、1 つ前の項目になるのですが、自験すべき実習項目の実施が困難な場合の補完教育です。これはどこの大学も、恐らく、シミュレーターとか、模型とか、それから相互実習等で行っているかと思うのですが、それだけでは全ての症例を補完することはなかなか難しいということですので、例えば学内で、これの症例は足りないなというものは、そういった高頻度診療に対しては、学外の施設を連携して、そこで行ってもらうとかも必要なのかなと思っております。

あとは VR とか、歯科においては恐らく AR のほうが非常に向いているのかなと私は思うのですが、AR を活用して、患者を実際に触らなくても、ある程度の体験ができるようなコンテンツをしっかりとつくり上げることも非常に重要になってくるのかなと思っております。

それから、これはどこの大学でも昔から言われていることですが、評価者におけるばらつきですね、同じことを学生がしても、A という先生と B という先生で評価が異なるということは出てきてしまうことではございます。これに関しては、指導医資格のしっかりとした明文化、それから、卒前臨床実習の指導医向け講習会などを行って、例えば新規教員は必須にする、そして、ずっといる教員に対しても、例えば5年に1回は受講してもらうとか、そういったことで、常に一定の評価レベルをきちんと持っているかどうかということを見ていかなければいけないかなと思っております。

それから、先ほども申しましたが、360 度評価ということで、歯科医師だけではなくて、

ほかの医療スタッフであるとか、患者からの評価を行ってもらおうということも非常に役に立つのかなという意見が出ました。

それから、最後の必要と考えられる外部からのサポートですが、大学にもよるのかもしれませんが、最近、患者の数も減ってきております。あとは、同意を求めたときに、同意をしないという患者が、実はうちの大学だけかもしれませんが、少しずつ増えてきているのですね。そういったこともありまして、例えば先ほども申しましたように、VRの実習施設、実習のコンテンツとかARのコンテンツ、こういったものを様々なバージョンで充実していく必要が、これは必ずそのうち必要になってくるのかなと思います。ただ、それをつくるには、ある程度の専門的な知識というのが必ず必要になってまいります。それを行政による、もちろん予算も必要になりますので予算的なサポート、それから技術的なサポートですね、そういったことをしていただいて、ぜひ開発支援をしていただければ、VRとかARが普及してくるのかなという意見でございました。

以上でございます。

【田口】 ありがとうございました。

ただいまの御発表ですけれども、もし、ここで確認したいというようなことがありましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいですか。質疑は後でまとめて行いたいと思いますが、よろしいですか。

では、最後のグループにまいりたいと思います。グループGになります。同じテーマについて、グループGの御担当の方、説明をよろしくお願いします。

■G グループ

【清水】 日本大学松戸歯学部の清水でございます。

グループGの発表を行います。同じように、臨床能力を担保するための診療参加型臨床実習の在り方についてです。

課題もあるのですが、まず、評価については後ほどにしまして、そのほかの課題でございますけれども、我々のグループでは、4名とも共通して、患者の確保が最も難しい課題であるという意見が出ました。来院患者数が減少しておりまして、学生全員に十分な患者を配当することが難しくなっているというか、できなくなっているという意見が出ております。

それに付随しまして、それぞれの処置を単発で行わないと、多くの診療を経験させることがもう難しくなっておりまして、1口腔単位で治療を経験させるということは非常に難しいという意見が出ております。ですので、我々のグループでは、一番の問題点は患者確保ということになっているかと思っております。

次にありますのが、教員へ、これは研究あるいは座学の教育も含めて、多くの負担がかかっております。ですので、そこで臨床実習にかけるエフォートというのが限られてきてしまっているという意見が出ました。

また昨今、学生の多様性という問題で、様々な問題、特に識感ですよね、様々な識感を

有した学生が臨床実習に上がってくることが見受けられるという意見がございます。それぞれ対応しなければいけませんので、個別に合理的な配慮を考えなければいけない、こちらで工夫しなければいけないという問題点がございます。ただ、実際、かなり難しい学生も、各大学ともおられるのではないかと想像いたします。

また、限られた時間の中で、先ほどお話がありました国家試験へ向けた学修と臨床実習の両立をしなければいけないという中で、コアカリにある全ての求められている自験を実施できるかどうかというのが問題になってきております。

右に臨床実習の在り方とありますけれども、理想的なことは、より多くの自験を実施させることで、態度を含めた基本的な歯科臨床能力を修得すべきだろうと考えてはおります。そういう意見になっております。

ただし、先ほどありましたように、実際、患者確保が非常に困難であるという状況です。ですので、何とか各大学、自助努力で患者を獲得しようという様々な努力をしているわけですが、社会的に患者の理解を求めるような活動が必要なのではないかという意見も出ました。

その下にある項目は非常に各論的な、私達もあしたの患者が必要なわけですから、あしたの患者を得るためにどうしたらいいのかというような意見を並べさせていただきましたが、大学によっては、先ほどもお話が出ましたが、御家族あるいは部活の関係者、友人、そういった方にもお願いして患者となっていていただく、あるいは選定療養費を廃止していただけると、より患者は集まるのではないかという意見もありました。

また、これは幾つかの大学でありましたが、1名の患者に2名の学生をつけないといけないという状況、私立大学では学生が多いですので、そういう状況が発生してきております。そういった患者の有効活用をして臨床経験を積ませるという方法もあるだろうと思います。

また、一口腔単位の治療を学生に経験させること、これがまさに理想ではあると思うのですが、けれども、実際、非常に難しい状況です。患者個々、治療、診療内容も全く異なります。ですので、単発的なローテーション配属の中で診療を経験させるであるとか、そういった対応も、どうしても必要になってくるであろうということです。

また、患者に何らかのインセンティブを付与して、患者に何とか同意を増やしていきたいといった取組も、これも各大学で必要なのかもしれませんが、社会的に何かあると非常にいいかなと思っております。アメリカやカナダのような自費診療で診療費を大幅に安くするとか、そういうことは日本では難しいとは思われますけれども、何らかのインセンティブを患者に与えるということが一つのアイデアかなという意見が出ました。

次に、評価ですけれども、評価については別項目にしたのですが、評価は、先ほどありました教員間で評価基準はあるのですが、それぞれの教員の基準が違う、ばらつきがあるという意見がございました。

また、評価方法そのものが、先ほどもありましたけれど、件数が点数になってしまう、

これは学生の能力を正確に抽出しているとは言えないのではないかという意見がありました。

これらの解決方法としては、FD 教育あるいは講習会を行って、教員の評価能力を向上させていく、継続的に向上させていく。

ワークショップ等で評価のすり合わせを行う。

評価基準はあるのでしょうか、それが基準どおり運用されないということで、そのさらなるマニュアルが必要だろうという意見もありました。

件数ではなくて、ルーブリック評価で積極的に評価していくことのほうが、より正しい評価なのではないかという意見もありました。

また、学生アンケートを活用している大学もあると思いますが、学生もかなり正直に、辛辣な意見も出しますので、そういったことを教員にも開示して、公正な評価に取り込んでいくといったことも必要だろうという意見がございました。

補完教育に関しては、多くの大学から、コアカリにある I の自験をさせる項目を、全て自験を実施させるのは困難であるということです。ですので、例えば支台歯形成というのは本当によい例だと思うのですが、その補完教育はどうしても必要になるだろうと思います。

従来型の模型実習、シミュレーション実習、あるいは、侵襲の少ないものであれば、例えばラバーダムである、あるいはフッ素、フッ化物の塗布である、あるいは浸潤麻酔とか、そういったものであれば相互実習も可能であろうかと思います。

あるいは、今後、VR、バーチャルリアリティを活用して、既に活動している大学があるという御意見がありました。これを広めていって、より自験に近い形で臨床能力を獲得するという方法があるのではないかという意見が出ました。

また、外部からの支援というところまで、意見が出なかったのですが、それが右上にあります患者の社会的理解を得るという、こちらの周知を社会的に行っていくというのが一つの外部から必要なことなのではないかと言えるかと思います。

G グループの発表は以上となります。

【田口】 発表ありがとうございました。

ただいまの発表に対しまして、確認したいこととか、そういったのはよろしいでしょうか。あるいは補足とか、よろしいでしょうか。

よろしいようであれば、今の 2 件につきまして討論していきたいと思います。それぞれ診療参加型臨床実習の問題点、まず、F グループは、実際、どのように実習を動かしているのか、各大学の事例を少し御紹介いただいたり、あるいは評価の方法について、能力評価よりは数の評価、ケースの評価をされているであるとか、ルーブリックの御提案とか、シミュレーター、VR、AR、そういったお話がございました。

後半の G グループは、主に冒頭では患者の確保がなかなか難しい状況があるといったお話であるとか、あと、評価基準が先生方によって異なるとか、あるいは FD、ルーブリック、

そういったお話でございました。

今の2件につきまして、質問があればお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

よろしければ私から一つ伺いたいのがあって、2 つともグループの中で評価のところですけど、どちらかというと現場では量的評価が中心になっていて、能力評価が少し手薄になっているというような御発言だったと思うのですが、今は、例えば CPX であるとか CSX、共用試験でポスト CPX というのは既に運用されていると思うのですが、あの辺りの活用とか、そこには既に評価基準がいろいろ出ているわけですけど、どちらかのグループでは、たしか「CPX」という表現もあったような気はしたんですが、そういうものの活用みたいなのはいかがでしょうか。F グループはそういう話があったかもしれませんが、香川先生、いかがですか。

【香川】 ありがとうございます。

確かに CPX とございますが、その1回だけでは、当然、様々な評価ができないわけで、あの項目以外の評価に関しても、きちんと CPX みたいに評価項目をしっかりとつくって、それもまた、できたら全国共通のそういった評価項目をつくればいいのかという意見でございました。

ただ、手前みそですけど、私の大学においては、各項目について、こういった CPX のような形で評価項目を、例えば、う蝕除去に関しては、過程ごとに、できた、できていないかという評価表をつくって評価をしております。

【清水】 よろしいでしょうか。G グループは、ここからは、一度書いて、削除してしまったのですが、大学によっては、ポスト CPX を臨床実習の点数の中にも組み込んでいるという、私の大学でも、100 点満点のうち 10 点、ポスト CPX が入っています。具体的には、CPX のケースの数で点数化して、より学生に積極的に CPX を受けさせるような方策も取っております。そういった意見もございました。

以上です。

【田口】 ありがとうございます。

CPX がきちんと臨床実習の中に組み込まれていて、それが能力評価の一部を担っているということですね。恐らく CPX のような実際の臨床の実地を評価されるということが学生にあらかじめ伝わっていると、学生の臨床実習に参加しようという意欲、全く初見でいきなり診療するのはなかなか難しいと思いますので、自験をしよう、診療参加しようという意欲が高まっていくのかな、そういう意味では CPX、CSX の効果はあるのかなと思うのですが、現場でどの程度浸透しているのかなというところが気になりました。

私からは以上ですが、参加者の皆様から御質問等はいかがでしょう。

【秋山】 グループファシリテーターの秋山ですが、1 点よろしいでしょうか。

【田口】 はい、お願いします。

【秋山】 事前アンケートを見ますと、診療参加型臨床実習の実施期間に関しまして、一番短いところが 8 か月で、一番長いところが 1 年 6 か月あります。それで、結構、臨床

実習の期間に幅があることと、あと、今年から共用試験公的化後の臨床実習生が初登院をしている状況となっているのですが、診療参加型臨床実習をより充実させるために、期間等に関して、グループ等でその討議等はありませんでしたでしょうか。どれくらいにすると、患者の確保等も含めて、きちんとした公的化後、いわゆる Student Dentist として対応ができるというようなところのディスカッションがないと、結局、公的化をして、違法性の制約がなくなった状況でもありながら、今までと全然変わらない状況をまたやっているというのはあまりよろしくないなと思ったところもありましたので質問させていただきました。

【田口】 ありがとうございます。期間についての御質問ということですね。いかがでしょうか、何か。例えば公的化になって少し変えたとか、ただ、このアンケートから見ると、実習時間を増やしたとか、そういうところまでは読み取れなかったかなと思うのですよね。

いかがでしょうか、実習のボリュームを変更したとか、そういったグッドプラクティスというか、事例をお持ちの施設がありましたら、御紹介いただければと思います。

【清水】 すみません、G グループでは臨床実習期間に関する議論はありませんでした。

【田口】 ありませんでしたか。

【清水】 はい。

【田口】 ありがとうございます。

アンケートを皆さんも事前にお目通しいただいていると思うのですが、結構細かく記載はされているのですが、診療参加型臨床実習の部分に関しては、それほど大きな変化はない。どちらかというと、コアカリ中で、診療参加型臨床実習実施ガイドラインというのもきちんとつくって、それを読み取りながら実習に活用しているというところが大半だったのですが、中身を見ると、それほど大きな変化はないのかなと読み取れますでしょうか。

ただ、G グループでしたかね、診療参加型臨床実習をしようと思っても、ケースがない、患者が少ないというところは、これは今、どこの大学でも困っている状況ではあるかと思うのです。これについての対応策というのは、先ほど少し説明がございましたが、アイデアとしては、患者へのインセンティブであるとか、特定機能病院だから 5,000 円程度をなしにしようとか、そういったことがあるかと思いますが、現実的に何か具体的な取組みたいなのは、清水先生、いかがでしょうか。そういうお話はなかったでしょうか。

【清水】 これは現実的に行っているものもございまして、例えば家族や友達に頼むというようなことは、幾つかの大学では、これは実際に行っていると聞きました。

また、一番下のインセンティブに関しては、これは私のところですが、なるべく早く患者を、順番を、ウェイティングが発生するときがあるのですけれども、ウェイティングなしで、必ずすぐに診てあげるというようなインセンティブを付与したりしております。

あとのところは、今、患者を有効利用というのは実際に行っていることだと思います。

なかなか具体的に有効な方法というのは、むしろ御意見がありましたら教えていただきたいかなと思います。

以上です。

【黒岩】 すみません。

【田口】 交錯していますが、どうぞ、どちらか、先のほうで。

【黒岩】 黒岩でいいですか。

【田口】 はい、お願いします。

【黒岩】 度々同じようなことを言ってすみませんが、せっかく公的化したので、『Student Dentist』を患者に強く知らしめる必要があると思います。私たちの病院では、チェアの横にポスターを貼ってあります。『Student Dentist』というのと、『臨床実習に御協力ください』というのです。例えば、バキュームして手伝っているときや、口腔内を磨かせていただけないかというときに使って、『今年から、試験がしっかりして、この方は Student Dentist という資格を持ったから安心ですよ』のように少しずつ啓蒙しないと、今までと全然変わらないので、学生もカードを胸につけただけでは何も変わりません、これならインセンティブをつけるよりも早い話だと思うので、ぜひ、それを皆でやるのはどうですか。よろしくお願いします。

【田口】 周知をするということですね。

【黒岩】 はい。

【田口】 きちんとそういう能力を持っていますということをアピールするということですね。

ありがとうございます。

そういたしましたら、一応、診療参加型臨床実習の在り方についてのディスカッションは以上で閉じまして、全体の討論に移りたいと思いますが、どうしましょう。

【前田】 私が担当します。

それでは、3つのテーマを通して、歯学教育の改善・充実に関して、先生方、御意見、こういうことも議論したいということが何かございますか。いかがでしょうか。

今、黒岩先生からお話のあった公的化の意義の方法というのは、行政、CATO も大事ですが、けれども、各大学での意識も、非常に重要であると思っています。せっかくいろいろな制度設計をして、いろいろな方々の御尽力でここまで来たのですから、違法性の阻却のためにこういうことをやっているのだということをぜひ各大学で広報して、臨床実習の充実に努めて、いい歯学生を卒業させていただきたいと思っています。いかがでしょうか。

では、話題を変えて、私、この間の入試のとき、出ていましたら、生成 AI を使って学生、受験生が面接に対応してきていました。そのときに気になって生成 AI を見てみたら、AI 時代における歯科医師の役割というのはどんなものなのかなと思い、検索してみました。そうすると、AI 時代でも歯科医師という職業はなくなりませんよと、まず出てきます。でも、歯科医師に求められる AI の能力というのは、診断だとか、そういうサポート支援シス

テムであるというのは出てきます。でも、この AI 時代であっても、歯科医師が患者に対して行う繊細な治療、患者に対する思いやりといったようなプロフェッショナルなことに限っては、AI ではこれは代替できないというのは出てきます。ということを考えれば、この時代であっても、先生方には、いい歯科医師を養成する、輩出していくために、いろいろな御努力をさらに続けていただきたいと思います。

先生方御存じのように、平成 21 年に歯学教育の改善・充実に関する調査協力者会議の 1 次報告書が出ました。平成 21 年は、2009 年ですから、今から 16 年前のことです。それから、歯科を取り巻く環境だとか、現在の状況は随分変わってきました。こういった中で、IT とか DX の問題は避けて通れなくなっています。どこかのグループでもございましたけれども、AI を使った評価だとかという話も出てきました。IT を使った実習も必要になってくるでしょう。CAD/CAM を使った実習が、これが普通のクラウン・ブリッジからデンチャーにまで、あるいは矯正のプレートをつくるようなところまで入れていく必要も出てくるでしょう。そういったものを歯学教育の中に落とし込んでいかなければなりません。

先生方、また、今度、コアカリの改訂が行われてきます。そのときに、各大学では、こういう内容を入れていくのだということを考えるとともに、どういったカリキュラムがこれから求められるのかということを各大学で今のうちから考えておいたらいかがでしょうか。

あと、ボリュームが多いと愚痴をこぼすだけではなくて、本当のコアは何か、コンピテンシーは何かということを、各大学の先生方、いろいろな教育学会等々で議論を深めていただきたいと思います。

このように大学病院が置かれている状況がすごく厳しくなっている状況、あと、歯科疾病構造がますます変化していっている中、歯科医師の数の問題よりも、今は歯科医師偏在がいろいろ話題になってきて、厚生労働省でも検討会が立ち上がってきています。あと、少子高齢化の問題、こういったことを考えた中で、どこかで、これからの歯科の教育のグランドデザインを議論する場をつくったらどうかと、先ほどこちらでは話をしていました。単に与えられたカリキュラムをこなして、国家試験に合格させるということも大事ですけれども、これに加えて、歯科の繁栄のためには、先生方の叡智を集めて、どうやったらいい学生が育てられるかといったような教育のカリキュラム、カリキュラムの中には当然方略もあると思います、そういうことに関しても、また一度、先生方と議論をさせていただきたいと思います。

私からは以上ですけれども、田口先生、何か追加はございますか、よろしいですか。

【田口】 はい、ありがとうございます。私からは特にはございません。

【前田】 ありがとうございます。



グループ A

◎:司会者 ○:発表者、◆:記録者

グループA					
No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
A1	国立	新 潟 大 学	歯学部 教授	◆ 山 村 健 介	A_山村健介_新潟大学
A2	国立	広 島 大 学	医系科学研究科 教授(副学部長(教育担当))	水 野 智 仁	A_水野智仁_広島大学
A3	私立	奥 羽 大 学	歯 学 部 長	○ 瀬 川 洋	A_瀬川洋_奥羽大学
A4	私立	日 本 大 学	歯科保存第Ⅱ講座 教授・学務担当	林 誠	A_林誠_日本大学
A5	私立	神奈川歯科大学	教育企画部 教授	◎ 浅 里 仁	A_浅里仁_神奈川歯科大学
グループファシリテーター:平田 創一郎(東京歯科大学)					A_GF_平田 創一郎_東京歯科大学



グループA テーマ1：共用試験(CBT・OSCE)公的化後1年を経て見えてきた課題とその対策

*こちらのスライドは記録集（報告書）に掲載されます

現状・課題	対策
OSCEの追再試験の際、少人数の対象者のためにステーションを構築するのが大変である	複数の大学の対象者を集めて、一カ所にまとめるというのはどうか？財政的にも各大学の負担が減ると思われる。担当は各大学持ち回りで行うなど。ただし、実施拠点はカリキュラムなども考慮し、私大、国公立大別にするなどの工夫も必要。
OSCE評価者の派遣について、移動の負担が大きい（現状はかなり広い地域にまたがったブロック？になっている）	移動の負担を減らすために、地域などを考慮した外部評価者のブロック制の導入
共用試験の認知度（歯科大学内、患者様に限らず国民にも！）が低い。 国家試験とのすみ分け（それぞれの試験が何を求めているのか）が不明確	CATOや行政が主導して国民の認知度を上げる活動を行う それと共に国家試験とのすみ分けも明確化していく。そのことで国家試験合格率とのミスマッチの（国民目線での）理解も得られるのでは？
OSCEのステーション設置、CBTの隣席とのパーティションなど会場設営の負担が大きい	どの程度の厳密度が求められるのかのある程度の基準を大学間で共有する（CBT、OSCEの全国説明会ではある程度周知しているはずだが大学内へのフィードバックを徹底すべきか？）
CBTの合格基準は適正なのか？	早急に高くする必要はない（数年にわたってデータを得て、解析した上で考える）国家試験の合格ラインを意識するのではなく、それぞれの試験の位置づけを明確化する。



グループ B

◎:司会者 ○:発表者

グループB					
No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
B1	国立	大 阪 大 学	歯学部附属病院 口腔総合診療部 准教授	◆ 野 崎 剛 徳	B_野崎剛徳_大阪大学
B2	国立	九 州 大 学	歯学研究院 教授	◎ 熱 田 生	B_熱田生_九州大学
B3	私立	岩 手 医 科 大 学	教 授	○ 今 一 裕	B_今一裕_岩手医科大学
B4	私立	昭 和 医 科 大 学	歯学部小児歯科学 教授	船 津 敬 弘	B_船津敬弘_昭和医科大学
グループファシリテーター:入江 浩一郎(長崎大学)					B_GF_入江 浩一郎_長崎大学



現状・課題	対策
公的化の意味はどこにあるのか 試験環境はバラバラなのに、評価基準だけは一定 患 者さんの受け止めが変化していない	公的化を意味あるものにするための施策がほしい 社会への広報を行なってほしい
人的資源の課題 ・多くの教員、医員、大学院生を動員する必要がある ・認定評価者講習会や認定の更新も大きな負担になる ・標準化SPさんの養成・確保がたいへん ・事務職員の負担もかなり大きい	講習会をオンラインや持ち回り開催にするとかなり負担が 減る。 SPさんは機構で養成して派遣してもらえると助かる 人事面での手当もほしい
物的資源の課題 ・必要物品（資材やWi-Fi等も）の整備がたいへん ・資材の準備がたいへん	共通で利用できるセンターのようなものが必要？ 必要な物品をパッケージ化して貸与してほしい
費用面の課題 ・予算の確保がたいへん ・病院の診療に支障が出る	公的な予算補助がほしい



グループ C

◎:司会者 ○:発表者

グループC					
No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
C1	国立	岡 山 大 学	<small>学術研究推進部学長(吉) 教授(教務委員長(学卒名代))</small>	◆ 吉 田 竜 介	C_吉田竜介_岡山大学
C2	国立	長 崎 大 学	<small>生命医科学域(歯学系) 教授、副学部長</small>	吉 村 篤 利	C_吉村篤利_長崎大学
C3	私立	日本歯科大学(新潟)	教 務 部 長	佐 藤 聡	C_佐藤聡_日本歯科大学(新潟)
C4	私立	朝 日 大 学	<small>口腔病理学分野 教授(教務部長)</small>	◎ 永 山 元 彦	C_永山元彦_朝日大学
C5	私立	東 京 歯 科 大 学	副 学 長	○ 山 本 仁	C_山本仁_東京歯科大学
グループファシリテーター:山本 松男(昭和医科大学)					C_GF_山本 松男_昭和医科大学



現状・課題	対策
人的な負担が大きく、教職員の数が必要。 OSCEで特に不足し、若手教員の負担(実務的、心理的)が大きい。	専門領域を生かせる課題を作成(課題数は同じで分野を広げれば良いかも)。 全体講習の試験の見直し(細かい問題を止める)。 OSCE会場を作る(長期的には)。 AIを用いた評価系の作成(長期的には)。
模擬患者の確保と、質の均一化に問題がある。公的試験としては質的な統一感が必要。	CATOからの派遣により質的に安定するのではないか。 地方ごとに取りまとめ派遣。 OSCE会場を作る(長期的には)。 AIを用いた評価系の作成(長期的には)。
CBT試験作成の負担。特に臨床系問題の画像収集に負担が大きい。 CBT用PC、受験会場の負担。 評価者による試験環境の指摘が一定ではない。	画像生成AIの利用が可能か？ CBT用のPCの配布。 CATOによる会場図面の事前チェックなどを強化。 CBT共通会場も作ってもらいたい(長期的には)。
守秘義務を守ること、情報漏洩に気を配ることに負担。 模擬患者を含め、1日丸々拘束は厳しい。	OSCEでは課題数を増やし課題を公開する。 全体として、公的試験になったのであれば、国に実務や費用の面で負担をお願いしたい。



グループ D

◎:司会者 ○:発表者

グループD

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
D1	国立	東京科学大学	歯学部 歯学科長	◎ 井 関 祥 子	D_井関祥子_東京科学大学
D2	国立	鹿児島大学	歯学部 教育委員長	◆ 菊 地 聖 史	D_菊地聖史_鹿児島大学
D3	私立	北海道医療大学	微生物学分野・教務副部長	永 野 恵 司	D_永野恵司_北海道医療大学
D4	私立	松本歯科大学	理工学講座・図書館長	○ 黒 岩 昭 弘	D_黒岩昭弘_松本歯科大学
グループファシリテーター:木尾 哲朗(九州歯科大学)					D_GF_木尾 哲朗_九州歯科大学



現状・課題	対応
<ul style="list-style-type: none"> ・新しい項目が追加され(コアが大きすぎる)、シラバスが複雑に(細かく)なっており、教員も学生も内容をイメージしにくい。 ・既存の科目へのあてはめが困難なものがある。 ・共用試験や国家試験などへの接続の問題がある。 ・教員の教育への関心(モチベーション)が低い。 ・基幹科目の再構成が必要になってくる(臨床科目は難しい)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の科目に落とし込む。 ・新規に科目を開講する。 ・教員に対するコアカリやカリキュラムマップ等に関する教育(FD)を行う(コロナ禍中は対面での実施が難しかった)。 ・教育関係の学会やワークショップに参加するなど教育への関心を高める。 ・教育活動に対する評価を高める。 ・長期的には基幹科目の見直しも必要になってくる。
<ul style="list-style-type: none"> ・限られた授業時間内に新しい項目を入れていくのが難しい。 ・専門家がいらない。すぐには教員を養成できない。 ・非常勤講師や機材のための予算の確保が難しい。 ・評価方法もあいまいになってしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の科目に落とし込む。 ・学内の他学部の先生やOBの先生に依頼すればあまりお金がかからない。
<ul style="list-style-type: none"> ・GEについて、地域の歯科医師会などとの連携が必要 ・CAD/CAMに代表される歯科医療DXと歯科医師や技工士不足のギャップ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・GEについて、既存の科目で対応 ・ITについて、新規科目を開講、他学部の教員に依頼など。 ・地域性も考えた現状分析が必要



グループ E

◎:司会者 ○:発表者

グループE

No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
E1	国立	北 海 道 大 学	教務委員会委員長	◎ 長 谷 部 晃	E_長谷部晃_北海道大学
E2	公立	九 州 歯 科 大 学	学部長<口腔応用薬理学分野 教授>	◆ 竹 内 弘	E_竹内弘_九州歯科大学
E3	私立	明 海 大 学	教 授	○ 坂 東 健 二 郎	E_坂東健二郎_明海大学

グループファシリテーター:秋山 仁志(日本歯科大学)

E_GF_秋山 仁志_日本歯科大学



現状・課題	対応
<p>R4年版コアカリ項目への対応状況と課題 シラバスで確認し、すべての項目への対応を終えている。</p> <p>生成AIに関する知識など、教員の理解が不十分なところがある。</p>	<p>各科目における対応状況のレベルと問題点は、R6年度新入生の進級にあわせてこれから検証が必要。</p> <p>生成AIの活用方法等についてFDなど活用して教員の資質向上をはかる。</p>
<p>第1章 歯科医師として求められる基本的な資質・能力GE（総合的に患者・生活者をみる姿勢） アンケート結果から、各大学で対応されているが、方法が様々である。</p> <p>到達度の評価が難しい。</p>	<p>学会等で各大学の取組みを情報共有しながら、大学間でレベルに大きな違いが生じないようにしながら、より充実したものとする。</p> <p>歯科医学教育学会で作成したコアカリガイド動画をあらためて周知・確認する。</p> <p>評価にも生成AIを活用できないか？</p>
<p>IT（情報・科学技術を活かす能力） ・専門教員の不足 ・DX 推進については多方面に及ぶので、取り組みのレベルも様々。予算の問題。</p>	<p>他学部・他大学の教員の協力をあおぐ</p> <p>数理・データサイエンス・AI教育プログラム認定制度の認定を受けることを目安にする。</p> <p>学会等で各大学の取組みを情報共有しながら、充実をはかっていく。予算については対応策なし。</p>



グループF

◎:司会者 ○:発表者

グループF					
No.	区分	大学名	役職	氏名	Zoom表示名
F1	国立	東北大学	総合歯科診療部 教授	◎ 小川 徹	F_小川徹_東北大学
F2	私立	鶴見大学	歯学部 部長	山本 雄嗣	F_山本雄嗣_鶴見大学
F3	私立	大阪歯科大学	教務部 部長	◆ 山本 一世	F_山本一世_大阪歯科大学
F4	私立	福岡歯科大学	全身体質・歯学部 門長／口腔画像診断学分野教授	○ 香川 豊宏	F_香川豊宏_福岡歯科大学
グループファシリテーター:沼部 幸博(日本歯科大学)					F_GF沼部 幸博_日本歯科大学



現状・課題	診療参加型臨床実習の在り方
<p>東北大学 5年11月～6年10月、専用診療室なし、一般実習（保存・補綴とローテート実習（高頻度以外のもの（口腔外科含む））助教以上の教員8名以上）、担当患者はないが、トレース症例1症例以上（保存・補綴症例を有する患者）について各診療科やを回る（医科にも回る計画）、医科や摂食嚥下、周術期のカンファにも参加、包括同意に加え症例毎に書面で個別同意</p> <p>鶴見大学 5年4月～5年3月、専用診療室（保存・補綴の一般診療）、その他はローテート実習のハイブリッド、助教以上の教員（ほぼ5年以上）、配当患者あり、各班に分かれて担当患者の症例報告（保存・補綴）が必須、包括同意に加え患者毎に書面で個別同意、見学については口頭で同意</p> <p>大阪歯科大学 5年4月～5年3月、専用診療室（保存・補綴）、その他はローテート実習のハイブリッド、助教以上の教員（ほぼ5年以上）、専門学会の認定医、共用試験の認定資格、指導歯科医講習会受講を推奨、配当患者あり、初診時に書面で包括同意、患者毎に口頭で同意取得しカルテに記載、急性期病院で口腔ケア、慢性期病院で摂食嚥下治療見学</p> <p>福岡歯科大学 5年4月～5年3月、専用診療室はないが、学生専用ユニット（相互実習やシミュレーション実習に使用）、ローテート実習で、保存・補綴・口腔外科は長めに設定、耳鼻科や整形外科などの医科にも回る、助教以上の教員（ほぼ5年以上）、担当医制、初診開始型実習（新患について初診から終診まで、前期・後期で計5例、そのうち1例は自分で連れてくる）、初診時に書面で包括同意、拒否の場合はカルテに記載、症例毎に口頭で同意取得しカルテに記載</p>	<p>コアカリに基づき、一定の診療手技を自験し修得するとともに、臨床研修や生涯研修につなぐことが求められる。</p>



現状・課題	診療参加型臨床実習の在り方
<p>・診療参加型臨床実習の評価に関する現状・課題・解決策</p> <p>症例数のみが重要視され、能力の評価になっていない</p> <p>医療安全・感染予防の意識が低い</p> <p>自験すべき実習項目の実施が困難な場合の補完教育</p> <p>評価者のバラツキが評価に少なからず影響する</p>	<p>→ 電子ポートフォリオ（コピー防止策が必要）や大学独自の能力試験（MiniCPX）が望まれる、全大学共通のルーブリック評価の作成、水準Ⅰについては客観評価の項目を設定し評価、フィードバックして形成的評価に活用（現状では紙媒体なので、電子化によりリアルタイムの評価が望まれる）</p> <p>→ 基礎実習時からこれらを意識した実習</p> <p>→ シミュレーターを用いた実習、相互実習、学内で症例不足の高頻度診療を学外の施設連携</p> <p>→ 指導医資格の明文化、卒前臨床実習の指導医向け講習会の実施（新規教員は必須）、360度評価（医療スタッフ、患者）</p>
<p>・必要と考えられる外部からのサポート</p> <p>学用患者の増加が困難な状況</p>	<p>→ VR実習等充実のために行政による予算的・技術的（開発支援）サポート</p>



グループ G

◎:司会者 ○:発表者

グループG					
No.	区分	大 学 名	役 職	氏 名	Zoom表示名
G1	国立	徳 島 大 学	歯 学 部 長	湯 本 浩 通	G_湯本浩通_徳島大学
G2	私立	日 本 歯 科 大 学	教務部・学生部・教務部長	◆ 新 谷 明 一	G_新谷明一_日本歯科大学
G3	私立	愛 知 学 院 大 学	歯学副学長・在宅歯科医療学講座教授 教務主任	◎ 木 本 統	G_木本統_愛知学院大学
G4	私立	日本大学(松戸)	研 究 担 当	○ 清 水 武 彦	G_清水武彦_日本大学(松戸)
グループファシリテーター: 則武 加奈子(東京科学大学)					G_GF_則武 加奈子_東京科学大学



現状・課題	診療参加型臨床実習の在り方
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none">・来院患者数が減少しているため、学生への十分な患者配当が難しくなっている。・それぞれの処置を単発で行わなければ、多くの臨床を経験させることが難しく、1口腔単位の治療を経験させることが難しくなっている。・教員への様々な負担が大きくなっているため、診療時間が限られてきている。・様々な問題を有する学生が多くなったため、個別に合理的な配慮求められている。・限られた時間の中で、国家試験へ向けた学習と臨床実習の両立が求められている。	<p>多くの自験を実施することで、態度を含めた基本的な臨床能力を修得すべきである。 患者確保に関して困難さがあり、各大学の自助努力は必要であるものの、社会的理解の醸成が必要。</p> <ul style="list-style-type: none">・家族や部活の関係者、友人知人を患者として治療・選定療養費の5000円の廃止・患者の有効活用（1名の患者を2名から3名の学生が担当して経験を共有させる）・1口腔単位治療が理想ではあるが、単発的な症例を学生に配当することで、学生の臨床経験を積ませる。・患者に何らかのインセンティブを付加して、実習に協力してくれる患者を増やす。
<p>評価についての課題</p> <ul style="list-style-type: none">・教員間の評価基準にばらつきがある。・評価方法が学生の能力を正確に抽出しているとは限らない。	<ul style="list-style-type: none">・FD教育や講習会を行い、教員の評価能力を向上させる。・ワークショップ等で評価のすり合わせを行う。・評価マニュアルの作成。・ルーブリック評価の積極的な導入・学生アンケート等を活用し、問題点を抽出する。
<p>補完教育について</p> <p>患者確保が困難でありコアカリで必要な全ての自験実施は困難である。補完教育が必要となる。</p>	<p>90</p> <p>模型実習、シミュレーション実習により補完。 相互実習により補完 VRを活用して補完</p>

閉会挨拶

一般社団法人日本歯科医学教育学会理事長

秋山 仁志

本日は、令和7年度医学・歯学教育指導者のためのワークショップに御参加いただき、ありがとうございました。

本ワークショップは、文部科学省の主催の下、医学・歯学教育改革の確実な定着を図り、各大学における主体的かつ組織的な教育内容・方法の改善に資することを目的として、平成17年度から毎年開催されており、歯学教育指導者が直面する具体的な課題について、論議がなされております。

本日は、日比謙一郎文部科学省高等教育局医学教育課長の開会の御挨拶、小嶺祐子厚生労働省医政局歯科保健課長の御挨拶の後、文部科学省松本晴樹医学教育課企画官から「歯学教育を巡る動向について」、厚生労働省奥田章子歯科保健課課長補佐から「シームレスな歯科医師養成について」、鹿児島大学田口則宏教授から、本ワークショップのイントロダクションの説明がありました。

その後、グループ別セッションでは、参加者の皆様に、共用試験（CBT・OSCE）公的化後1年を経て見えてきた課題とその対策、令和4年度改訂版コアカリのカリキュラム改革における課題とその対応、臨床能力を担保するための診療参加型臨床実習の在り方の3つのテーマで、グループ討議をしていただきました。本ワークショップで論議されました内容は、歯科大学・歯学部における現状と、その課題等を知る大変重要な機会となりました。

本日のプロダクト成果は、歯学教育指導者の皆様に、各大学での取組やその特徴、課題と現状を共有していただきましたので、皆様の大学カリキュラムの改善の省察、促進をしていただければと思います。

結びに、暑さがますます厳しくなっております。皆様におかれましては、今後とも、お体にはくれぐれも御自愛いただきますよう、切にお願いいたします。

それでは、令和7年度医学・歯学教育指導者のためのワークショップの閉会の挨拶とさせていただきます。皆様、本日はありがとうございました。