

症例2において、抜髄処置の省略を試みたが、歯髄炎と思われる疼痛が発現した。本法適用時は完全埋伏でない限り、術前の抜髄もしくは歯冠除去時の抜髄や断髄等の処置が必要と思われる。

二回法抜歯は1回目、2回目共に手術侵襲が小さいので、下歯槽神経麻痺の回避だけでなく、長時間に及ぶ抜歯によって起きる術後の不快症状や合併症の予防にも有効と報告されている¹⁾。困難が予想される下顎智歯抜歯に際しては術前に本法適応の可能性を患者に伝えておけば、安全でゆとりある抜歯が行えるのではないかと思

う。

【参考文献】

1. 仲井義信, 和気裕之, 岩城博: 2回法智歯抜歯 術後知覚麻痺を回避する一方法, デンタルダイヤモンド19(12):25-42, 1994
2. 野村泰慎, 野口信宏, 後藤昌昭, 他: 埋伏智歯2回法抜歯についての検討 智歯と下顎管が近接した症例に対して, The Quintessence 19(9):1899-1904, 2000

22. 第4学年口腔外科学の系統講義における各種試みについて

○柴田 考典, 金澤 香, 有末 眞, 武藤 寿孝,
平 博彦, 永易 裕樹, 奥村 一彦, 村田 勝
(北海道医療大学歯学部口腔外科学教室)

【目的】2005年度から第4学年における共用試験(全国共通登院資格試験, CBT: Computer Based TestingおよびOSCE: Objective Structured Clinical Examination)の導入, 2006年度からの歯科医師国家試験への実技試験, および筆記試験の判定における相対評価の導入, さらに同年からの歯科医師卒直後研修の義務化の開始など, 歯科医師の養成に関わる環境は厳しさを増している。そこで, 口腔外科学教室では卒前における口腔外科学の教育体制を抜本的に改革することとし, 2002年10月より検討を始め, 2003年度の第4学年の系統講義から試行を開始したので, 現在進行中の改革の骨子について報告した。

【方法】まず, 2003年2月16日(曜日)に当別キャンパスにて口腔外科学教室の教員全員が参加して「本学における口腔外科学卒然教育の問題点」についてワークショップを実施し, 問題点の抽出および教育改革に対する共通認識の醸成を図った。ついで, バイタルサインと頭頸部診察の実習導入, すなわち, 第4学年を2班に分け, 各班全員で医学教育学会編ビデオテープの「脈拍・血圧測定」および「頭頸部の診察」を再生・視聴した後, 各7名の小グループに別れ, 各1名のインストラクターの指

導のもと約2時間の相互実習を行った。さらに, 従来は講座単位のカリキュラムにより, 学生は平行して異なる単元について講義を受けていたのを, 一つの単元について連続して受講できるよう改めた。さらに, 系統講義の問題点抽出の一助とすべく, 全講義に授業評価を取り入れた。すなわち, 授業評価は5段階のレーティング・スケールからなる質問10問, 自由記載欄, および100点満点の総合的評価点3項目の評価票を製作し, 原則として講義終了直前に評価票を配布し実施した。なお, 評価票は無記名で記載させた。

【結果および考察】ワークショップによる検討の結果, 第4学年の系統講義における抜本的改革の骨子として,

- 1) 講座間のカリキュラムの統合,
- 2) 全講義に対する授業評価の導入,
- 3) 実習の導入,
- 4) チュートリアル演習の試行,
- 5) 学習効果の形成的評価への多肢選択式客観試験の採用を抽出し, 2003年度の第4学年の系統講義から試行した。