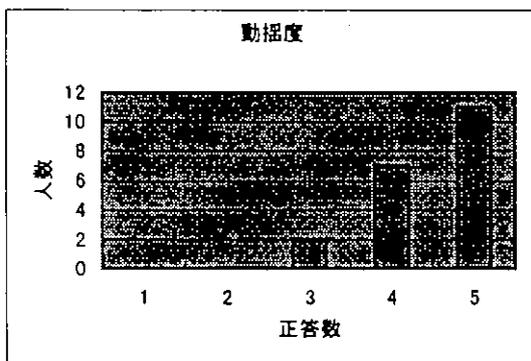


しかし、誤差範囲を1mmとしたこと、また模型による誤差もあり問題が残る。

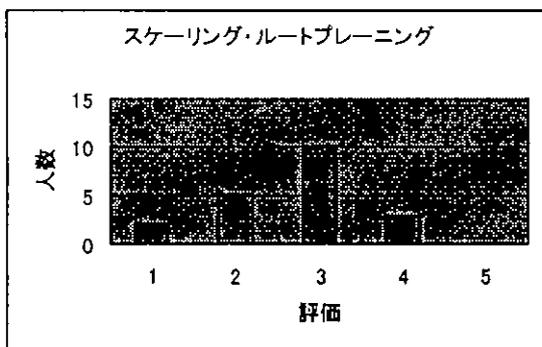
4. 動揺度診査

ほぼ全ての学生が指示した5歯の動揺度を正しく評価できているが、動揺度1と2の中間、および動揺度2と3の中間の値をどのように判断するか主観が入り評価が難しい。



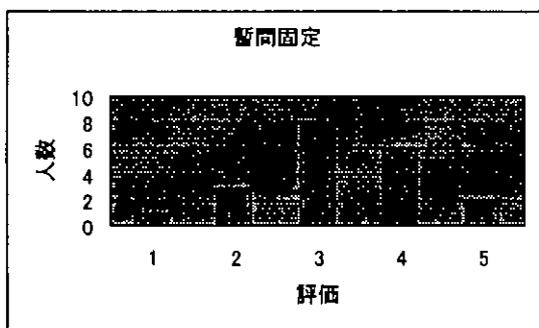
5. スケーリング・ルートプレーニング

学生の手技の優劣およびスケラーの正しい使い方の差が結果に反映されているものと思われる。



6. 暫間固定法

学生の手技の優劣が結果に反映され評価しやすい。



3) 歯周ポケット深さ診査

誤差1 mm以内で顎模型の歯周ポケットが計測されているパーセント評価で、ほぼ80%以上の割合で歯周ポケットを測定できた。

しかし、誤差範囲を1 mmとしたこと、また模型による誤差もあり問題が残る。

4) 動揺度診査

ほぼ全ての学生が指示した5歯の動揺度を正しく評価できているが、動揺度1と2の中間、および動揺度2と3の中間の値をどのように判断するか主観が入り評価が難しい。

5) スケーリング・ルートプレーニング

学生の手技の優劣およびスケーラーの正しい使い方の差が結果に反映されているものと思われる。

6) 暫間固定法

学生の手技の優劣が結果に反映され評価しやすい。

4. 考 察

4年生に行う歯周模型実習は、5年で履修する臨床実習に必要な技能や態度を培う重要な授業の1つである。これまでの歯周治療学実習では知識、技術の習得度の判定を、各班の模型実習担当ライターが学生の実習態度や実習課題の進行状況などを考慮して評価してきた。しかし評価基準が具体的な基準をもたず主観的であること、また各ライター間の差などから、必ずしも統一した判断が下されていたわけではない。しかしながら正しい歯周治療における知識と技術が習得されているかを客観的に知ることは、学生への細かな指導のためにも、また臨床実習に進むことのできる能力を持っているかを知るためにもきわめて重要であると思われる。そのためにOSCE (Objective Structured Clinical Examination) 客観的臨床能力試験を行うこと

が必要となっている。

今回我々は、歯周治療における診査4項目と治療2項目を評価項目として、客観的臨床能力試験が行えるかについて検討したところ診査の2項目と治療の2項目で客観的な評価を行えることが明らかとなった。

診査4項目の内、歯肉、歯の形態異常と歯周骨欠損の形態診査は、学生に異常部位とその名称を列挙させることにより正答数から客観的に知識の習得度を判断できることが示された。歯周ポケット診査では隣接面における正しいポケット探針使用の技術の評価することにねらいがあった。しかし、臨床における誤差範囲が±0.8 mmと言われていることから、本研究では誤差を±1 mmとしたところ差が少なくなり、ほぼ全ての学生が80%以上の割合で歯周ポケットを測定できた。また、全ての模型に一律に同じポケット深さが与えられているわけではなく、種々のファクターが入りこんでいることから客観的な判断が下せたかについては疑問が残る。同様に動揺度診査では顎模型間の誤差や動揺度1と2の中間、および動揺度2と3の中間の値をどのように判断するかなど主観が入り客観的な評価ができたか難しいところである。

治療2項目であるスケーリング・ルートプレーニングおよび暫間固定法は、評価基準を上述したような5段階に設定したところ比較的容易に客観的判断を下すことができた。

診査項目では歯肉、歯の形態異常の診査、歯周骨欠損の診査および治療項目ではスケーリング・ルートプレーニングと暫間固定法に関しては十分に多くの学生に客観的にその知識や技術に対して評価を行うことができることが分かった。また、客観的臨床能力試験を行う場合、評価法となる基準作りが重要であるとともに、試験の媒体となる顎模型の質

の向上が不可欠であることから、これらを解決することによりさらに色々な評価項目を客観的に判断しうるようになると思われる。

5. 結 論

本学において開発した歯周疾患を再現した顎模型を用い、上述した評価法を用いることにより 1. 歯肉、歯の形態異常の診査 2. 歯周骨欠損形態の診査についての知識の評価、 3. スケーリング・ルートプレーニング 4. 暫間固定法 についての技術評価が可能であることが示された。

また本法は多数の学生を対象とした歯科医師国家試験においても応用可能であると思われる。さらに、顎模型を改良することにより今回示した評価項目以外の項目でも客観的に評価しうることが考えられる。