

○藤本歯科保健課課長補佐 定刻より少し早い時間でございますが、ただいまより、第1回歯科医師臨床研修制度の改正に関するワーキンググループを開催いたします。

委員の皆様におかれましては、お忙しい中お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

第1回の会議ですので、まず会議に先立ちまして、委員の御紹介をさせていただきます。

東京歯科大学教授・副学長 一戸委員です。

○一戸委員 一戸です。よろしくお願いいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 日本歯科大学准教授 大澤委員です。

○大澤委員 よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 医療法人社団ベル歯科 ベル歯科医院院長 鈴木委員です。

○鈴木委員 鈴木です。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 鹿児島大学教授 田口委員です。

○田口委員 田口でございます。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 東京医科歯科大学准教授 新田委員です。

○新田委員 新田です。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 昭和大学教授 長谷川委員です。

○長谷川委員 長谷川です。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 国立国際医療センター病院歯科・口腔外科診療科長 丸岡委員です。

○丸岡委員 丸岡でございます。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 また、文部科学省より安藤技術参与に御出席いただいております。

○文部科学省安藤技術参与 安藤です。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 続きまして、事務局の紹介をいたします。

厚生労働省医政局歯科保健課長の田口です。

○田口歯科保健課長 田口でございます。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 同じく歯科保健課課長補佐の古田です。

○古田歯科保健課課長補佐 古田です。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 歯科保健課課長補佐の小嶺です。

○小嶺歯科保健課課長補佐 小嶺です。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 歯科保健課歯科医師臨床研修専門官の山口です。

○山口歯科医師臨床研修専門官 山口です。よろしくお願ひいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 私が歯科保健課課長補佐の藤本です。よろしくお願ひいたします。

なお、今回の検討会につきましては、公開となっておりますが、この後のカメラ、スマートフォンでの撮影は御遠慮ください。

続いて、医政局歯科保健課課長より御挨拶がございます。

○田口歯科保健課長 初めまして、歯科保健課長の田口でございます。

本日は、お寒い中、第1回目の「歯科医師臨床研修制度に関するワーキンググループ」に御出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

また、本グループのワーキンググループの委員就任に当たりましては、御快諾をいただきまして、ありがとうございます。

さて、歯科医師の臨床研修制度でございますけれども、平成18年4月に必修化をされまして、これまで5年ごとに2回の制度改正を行ってまいりました。次の改正が平成33年の4月を予定してございます。これに向けまして、昨年の7月でございますけれども、歯科医師臨床研修部会で議論を開始させていただきました。臨床研修のさまざまな課題について、これまで2回ほど議論をさせていただきました。

このワーキンググループでございますけれども、歯科医師臨床研修部会で議論された内容につきまして、より詳細な検討を行うべく設置されたものでございます。御案内のとおり、歯科保健医療を取り巻く状況は非常に多様化をしてございまして、時代のニーズに対応した歯科医師の養成は非常に急務になってございます。今後、御検討に当たりましては、日ごろより、研修歯科医師を御指導されている先生方の御意見が反映され、また、現行の制度よりも時代のニーズに対応したよりよい制度になりますよう御検討いただければと考えてございます。非常に限られた短い時間の中での検討になろうかと思っておりますけれども、何とぞよろしく願いいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 なお、進行につきましては、座長選出の間、事務局で行います。

本ワーキンググループは、次の平成33年度の歯科医師臨床研修制度見直しに向けて開催された平成30年度医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会での議論を踏まえ、次期制度改正に向けた具体的な検討及び措置を講ずる目的で設置いたしました。

どなたか座長を御推薦いただけますでしょうか。

○長谷川委員 一戸先生にお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

○藤本歯科保健課課長補佐 では、長谷川委員より御推薦があったように、一戸委員を座長として選出したいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○藤本歯科保健課課長補佐 では、一戸委員、座長席まで御移動をお願いいたします。

(一戸委員座長席へ移動)

○一戸座長 ただいま座長を拝命いたしました一戸でございます。

限られた時間ですので、先生方の御協力ですスムーズに実りある議論を進めてまいりたいと思います。御協力をよろしく願いいたします。

議論に入る前に、先ほど田口課長からもお話がありましたが、平成で言うと33年に歯科医師臨床研修が新しい制度になるということで、そうしますと、来年、平成で言うと32年

の4月、6月には、新しい制度のもとに申請をしていただくこととなります。そのための制度づくりですから、今年のうちには作業を終えて、部会で検討をしていただいて、公にするということになりますので、このワーキングは実はすごくタイトなスケジュールで進めなければいけないということになっております。

ということもありまして、効率よく議論を進めさせていただければと思います。ぜひ、たくさんの御意見をいただきたいと思いますが、一方で効率よく進められればと思います。ぜひ、御協力をお願いいたします。

それでは、早速始めてまいります。

まずは、資料の確認を事務局からお願いします。

○藤本歯科保健課課長補佐 本日の配布物は、まず議事次第、座席表、そして、タブレット端末がございます。タブレット端末のフェルダ内には資料1と資料2、そして、参考資料1、参考資料2、参考資料3、参考資料4-1、参考資料4-2、参考資料4-3、参考資料5、参考資料6、参考資料7を格納しております。

資料不足やタブレットの動作不良がございましたら、事務局までお知らせいただければと思います。

それでは、一戸座長にお任せいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○一戸座長 ありがとうございます。

資料よろしいでしょうかね。

それでは、議事に入りたいと思いますが、まず、資料1と2につきまして、事務局から御説明をお願いしたいと思います。

○山口歯科医師臨床研修専門官 まず、資料1でございますけれども、こちらは、「歯科医師臨床研修制度の改正に関するワーキンググループ」の設置要綱でございます。こちらにつきましては、お時間があるときにごらんいただきたいと思っております。

早速ですが、資料2の「歯科医師臨床研修制度の到達目標の見直しについて」をごらんください。ページの右下にスライドの番号をつけております。

スライドの2をごらんください。歯科医師臨床研修制度の改正の経緯について、簡単に御説明いたします。

歯科医師臨床研修制度は平成18年度に必修化されて以降、5年ごとに制度改正を実施してきました。

次期制度改正に向けて、平成30年7月より医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会において議論を開始しました。

その議論を踏まえ、今後、本ワーキンググループにおいて、より詳細な検討を行います。

スライド番号3番は、平成23年度及び28年度の改正内容を示しております。こちらは、お時間の都合上、説明を割愛させていただきます。

スライド番号4をごらんください。歯科医師臨床研修部会で議論された「歯科医師臨床研修制度改正に関する論点」です。大きく、1. 研修内容、2. 臨床研修施設、3. 指導体制の

3つの観点で議論されました。

本ワーキンググループでは、これらの内容の詳細に関して、さらに、議論を進めていただきますが、本日は到達目標の見直しについて御議論をいただきたいと思います。

スライド番号5は、研修内容について、歯科医師臨床研修部会でいただいた主な御意見です。

スライド番号6をごらんください。「歯科医師臨床研修における到達目標の課題と論点」をお示しします。

現行の到達目標の課題として、

- 1)平成18年の必修化以降、見直しがされていない。
- 2)そのため、現在の歯科医療のニーズと必ずしも合致していない部分がある。
- 3)歯学教育モデル・コア・カリキュラムの「学習目標」、臨床研修の到達目標との内容の一貫性がない。
- 4)具体的な診療技術に関する到達目標の記載がない。
- 5)研修歯科医の将来の目標設定に資するものとなっていない。
- 6)臨床研修施設の特徴を反映した到達目標（コース構成）となっていない。

ことなどが指摘されております。

そこで、本日のワーキンググループの論点は、大きく分けて2つ。

①到達目標の構成について

- 卒前・卒後のシームレスな歯科医師養成を推進していく観点から、歯学教育モデル・コア・カリキュラムとの整合性を図ってはどうか。その際、基本的な枠組みは、平成32年度改正に向けて改定された医師臨床研修の到達目標を参考にしてはどうか。

②コース設計について

- 歯科医療に対するニーズが多様化している中、現行の到達目標において一律となっている基本的な研修内容である「必修コース」と、より多様な研修内容である「選択コース」を組み合わせたコース構成としてはどうか。

を挙げさせていただいております。

詳細は後ほど説明させていただきます。

スライド番号7をごらんください。

現行の臨床研修の到達目標は、研修歯科医が医療の安全を確保し、かつ、患者に不安を与えずに行うことができる場合に、当該項目を達成したと考える「基本習熟コース」、臨床研修修了後、早期に習熟すべき項目であり、臨床研修中に頻度高く臨床経験した場合に当該項目を達成したと考える「基本習得コース」に分かれております。

こちらの詳細については、必要に応じて、参考資料4-3をごらんください。

スライド番号8をごらんください。卒前教育、つまり歯学教育モデル・コア・カリキュラムについては、こちらに示すと通りの構成となっており、平成28年度改定版では、「多様なニーズに対応できる歯科医師の養成」をキャッチフレーズとしております。

スライド番号9をごらんください。歯学教育モデル・コア・カリキュラムの中の大項目のうち、「A. 歯科医師として求められる基本的な資質・能力」をお示ししております。こちらは、プロフェッショナリズムやコミュニケーション能力など、医療人として共有すべき価値観として盛り込まれております。これらは中項目まで、医学・歯学との間で共通になっております。

スライド番号10をごらんください。参考に、医師臨床研修の到達目標の項目をお示しします。「B. 資質・能力」の2番から9番までの項目が医学教育モデル・コア・カリキュラムの項目と一致しております。

スライド番号11をごらんください。本日の論点1つ目の「到達目標の構成（枠組み）について」です。歯科医師としての使命・遂行に求められる資質については、歯学教育モデル・コア・カリキュラムの「A. の歯科医師として求められる基本的な資質・能力」とほぼ同様と考えられることから、臨床研修の新たな到達目標の構成は、それを参考としてはどうかという点について御議論いただきたいと思っております。

具体的には、

① 歯科医師臨床研修の基本理念に掲げられている「歯科医師としての人格のかん養」の考え方は「歯科医師としての基本的価値観」として、「1. プロフェッショナリズム」に掲げられている内容を参考にしてください。

② 歯科医師臨床研修において求められる診療に対する姿勢、考え方については、「資質・能力」として、歯学教育モデル・コア・カリキュラムの「2. 医学知識と問題対応能力」から「9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢」に掲げられている内容を参考にしてください。一方で、歯科では、診療技能や手技に関して求められる項目も多いことから、

③ 「資質・能力」の各項目に対応する具体的な診療技能・技術に関する項目については、「基本的診療業務」として示してはどうか。

という点が挙げられるかと思っております。

スライド番号12をごらんください。この論点1つ目の構成の変更（案）をイメージでお示したものです。

現行の到達目標と新たな到達目標（案）の関係は、「基本習熟コース」と「基本習得コース」という構成を、「A. 歯科医師としての基本価値観」「B. 資質・能力」「C. 基本的診療業務」の3つの構成要素とした枠組みとし、その中に個別項目を設定し、現行の到達目標における各項目の行動目標は、新たな到達目標の項目の個別項目に対して、「一般目標」「行動目標」を定めてはどうか。

と考えております。

スライド番号13をごらんください。歯科医師の臨床研修到達目標と歯学教育モデル・コア・カリキュラムとの関係についての案をお示しします。

歯学教育モデル・コア・カリキュラムの「歯科医師として求められる基本的な資質・能力」の項目2番から9番は、到達目標の「B. 資質・能力」の2番から9番の項目と一致さ

せること。

また、1の「プロフェッショナリズム」については、「A. 歯科医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」の各項目とB-1に対応しております。これらは、医師臨床研修の到達目標を参考にしています。

スライド番号14をごらんください。各項目の「一般目標（案）」をお示ししております。

まず、「A. 歯科医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」についてです。プロフェッショナリズムに関する考え方は、医師・歯科医師共通であると考えられることから、「一般目標」は医師臨床研修の「A. 医師として基本的価値観（プロフェッショナリズム）」と同じとしてはどうかという観点で整理しております。

スライド番号15番、16番は、「B. 資質・能力」に関する「一般目標（案）」です。「資質・能力」に該当する歯学教育モデル・コア・カリキュラムの各項目は、医学教育モデル・コア・カリキュラムと共通になっています。よって、「B. 資質・能力」の各項目における「一般目標」は、医師臨床研修の「B. 資質・能力」を参考としてはどうかという観点で整理しております。

スライド番号17～20番は、現行の到達目標と新たな到達目標（案）との対比イメージ（案）をお示ししております。こちら、現行の到達目標の各行動目標を新たな到達目標（案）に当てはめるとどこに入りそうかということイメージで表したものです。現行の到達目標の各行動目標をどのように見直すのかという点の詳細につきましては、次回、お時間を割いて御議論いただきたいと思っております。

スライド番号21をごらんください。ここからは論点②に移ります。論点②-1として、現行の到達目標においては、臨床能力を身につける「基本習熟コース」と、知識態度及び技能を習得する態度を養う「基本習得コース」に分けられていますが、これらの内容に関する検討を行った上で、基本的に習得すべき内容を「必修コース」とし、さらに、臨床研修施設の特色等に応じて、その一部を「選択コース」として選択できるようにしてはどうかという点を御議論いただきたいと思っております。ここでは、便宜的に「選択研修」と呼ばせていただいております。

スライド番号22をごらんください。座長の一戸先生を研究代表者とする厚生労働科学研究において「歯科医師の養成及び評価に関する総合的研究」より、到達目標に関して、ここに示す課題を挙げており、到達目標の案として「選択コース」の導入が提案されております。

スライド番号23をごらんください。さらに、論点②-2として、「選択研修」の位置づけについて御議論いただきたいと思っております。「選択研修」を、その内容に応じて、

- ①当該項目に含む項目のうち、いずれかについては研修期間中に習得することが必要であると考えられる項目（選択必修）

さらに、

- ②研修期間中に実施するには専門的な内容も含まれるが、施設の特徴に応じて研修可能

とする項目（選択）

があろうかと思えます。これらについてどのように考えるか、御議論いただければと思います。

下に、これら「選択研修」を導入したときの研修プログラムの簡単なイメージ図の1例をお示しします。

スライド番号24をごらんください。到達目標の構成のイメージです。仮に、「選択研修」を導入した場合、先ほどの新たな到達目標（案）の枠組みの中に2の「選択研修」が追加されることになろうかと思えます。

スライド番号25をごらんください。最後に、本日の論点2点を反映させた到達目標の見直し（案）のまとめをお示しします。

以上のように、本日は、到達目標の①「構成・枠組み」について、及び、②「コース設計」について、委員の先生方より御議論をいただきたいと思えます。

事務局からは以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。

まずは、この時点で、先生方から御質問・御確認等、何かございましたら、御発言をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

よろしいですか。

それでは、具体的な議論に進んでまいりたいと思えます。今、山口専門官から、論点が2つあるという提案をいただきましたが、そこに入る前に、資料2の5ページ目を見ていただければと思います。昨年の7月からでしたか、臨床研修部会（親会）でいろいろと議論をしてまいりましたけれども、ここに書いてあることは、大きく言えば、今の臨床研修のうち保存や補綴を中心としたオーソドックスな研修をさらに充実させる必要もあるだろうし、一方では、こういう超高齢社会の中で、地域包括ケアといいますか、地域の中で歯科医師が多職種連携を実践しながら活躍していけるような研修の仕組みも重要だということ、いろいろな御意見をいただいたわけです。

先ほど御紹介いただきました厚労科研でも、これからの歯科医療のあり方を考えながらいろいろな提案を書かせていただいたわけですが、そういうことを踏まえて、これから具体的な議論をお願いしたいと思っています。

ただ、きょうは初回ですので、今後の大きな方向性を、まずこの論点で間違いないのか。もうちょっとほかのこともやっておいたほうがいいのかということについて先に議論し、委員の先生方のコンセンサスを得て具体的な話を進めたいと思えます。論点の議論に行く前に、現状、先生方がいろいろ歯科医師臨床研修の指導歯科医として関わっておられる中で、こんなことも問題だよねとか、日ごろ、非常にここを困っているのだとかということがあれば、御意見をいただいて、そういうことも頭の片隅に入れながら議論を進めてまいりたいと思えます。最初のお時間を少し頂戴して、フリートークでお話をいただければと思うのですが、どなたでも結構です。何か口火を切っていただけると。

どうぞ、丸岡委員。

○丸岡委員 丸岡でございます。

私は総合病院の歯科におりますので、日常生活で、医師と話をする機会が多く、あとは、多職種連携というお話が出ましたが、ほぼ全ての職種の方たちと一緒に仕事をしております。

そこで思いますのは、病院にいますと、自分が歯科医師という養成課程を経た、そういう教育を経た者であることをちょっと忘れるぐらいです。どういう意味かといいますと、口のこと、顎のことに関しては、彼らは本当に素直に聞いてきます。ところが、我々はわからないことのほうが多いのですけれども、いろいろなことを内科の先生とか外科の先生とかと非常にフランクに話すことができます。ですので、先ほどお話に出ました地域包括ケアに関しましては、多職種と連携するという意味で、病院歯科にいて非常によかったと思います。

私は大学の歯学部で17年、その中で基礎研究もしました、留学もしましたし、それで、今、この病院に出て12年です。こういう生活をしてみますと、常に思いますのは、歯科というのは医学の一分野であり、ただ、それは非常に重要で大きい一分野だと思ようになりました。

この臨床研修制度も、医師のほうは進んでおりますので、その会議に私は出ているのですが、今まではぼうっと聞いていたところが、今回この話をいただいて、読み比べてみますと、極論を言いますと、医師の臨床研修制度をほぼ丸ごと借りてしまっているのではないかなど。なぜかといいますと、医師の中には、眼科の先生もいますし、リハ科の先生もいます。ですので、全て全身がわかっている方ばかりではない。あとは、「全身管理」という言葉も、これに随分出てくるのですが、私も大学で口腔外科が専門でしたので、大学にいたときは、口腔外科の先生は全身管理をわかっていると思われていたのですが、今から考えますと、その当時は何もわかっていなかったと思うのです。ですので、私にも全身管理をできるのかと言われればそんな大層なこといまだにできているとは思えません。全身管理をする研修医の育成を目指すというのは多分無理です。

ですので、僕が思いますのは、地域包括ケアにしても何にしても、例えば、血圧の高い人が歩いているのを見たことがあるか。ぜんそくの人がせき込んで苦しそうにしているのを診たことがあるか。その口の中を見たことがあるかという何気ないことの方が結構大事なんだろうと思うのです。頭の中だけで考えるのではなく実際に目の前にしてみることが大事です。

あとは、医師のほうの研修で話題になっておりますのは、目標設定がなされているのですけれども、それが今議論になっているのは、研修医がそれを達成して楽しいか。ちょっと例えは悪いですが、ゲームをクリアするように、わくわくしながらそれを努力して乗り越えて、それで、ああ、達成したというふうに喜ぶような目標になっているかというのが、医師の現場のほうでは話題になっています。

あとは、シームレスというお話も出ましたけれども、医科の学生さんと歯科を比べますと、例えば、うちは病院ではありますが、研究機能もかなりありますので、研究費の説明会をする。そうすると、医科の先生たちは研修医も出てきます。ところが、私が悪いのかもしれませんが、うちの先生は言わないと出ないのですね。ですので、いかにアンダーグラデュエートの段階でリサーチマインドが培われているかということも強く感じます。確かに、歯科は養成も学部も別ですし、資格も別ですので、どうしても歯科だけの論議になるのですが、医学の中の一分野であるということ、研修医さんたちにわかっていただくような仕組みをつくっていただきたいと考えております。

以上です。

○一戸座長 貴重な御意見を早速いただきまして、ありがとうございます。たくさんのお示唆がございましたが、今のことも踏まえて、あるいは、全く別のお話でも結構ですけれども、御意見をいただければと思います。

鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 鈴木です。

私のところは、開業医で、研修施設としては、医科歯科大学の協力型から始まりまして、今、単独型も行っているのですが、その中の両方から来た研修医を見て思うのは、まず、意欲の高い研修医と低い研修医が非常に幅が広いということなのです。高い人も低い人も、これは個人的にもともと意欲が高いかどうかというのはあるのですが、私は低い人を見て思うことは、将来的な自分のイメージがあんまり持てないから、目先のところだけを見ていて、それでなかなか意欲が高まらないという部分もあるのかなという気がします。

そういう意味でいくと、その目標像というものが高い人も自分なりにイメージを持とうとしているけれども、模索しているであろうし、それから、低い人の場合だと、もともとそういうふうなところまでは意識がないので低いままであるというような共通点があるかと思えます。

そういう点では、この研修制度が変わっていく中で、将来、自分がこういうところに行くというイメージが見えるような形態になってきて、理想的にはキャリアパスにつながっていくような形のものであると、その研修医たちが、自分はこれを選ぶとか、こういうルートがあるなら、これをやってみたいとかというような方向性につながっていくものであると、非常に有意義ではないかと考えております。

以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。確かに、研修歯科医は、自分の将来像を描ける、こういうところで活躍したいというようなものが目標の中に出てくるとやりがいがあるのだらうと思います。ほかに御意見いかがでしょうか。

何でも結構です。きょうは出だしですので、新田先生どうぞ。

○新田委員 最近、訪問歯科診療とか、多職種連携とか、そういう研修を入れなければい

けないという、当然そういう要求はあるのですけれども、大学病院での研修では、訪問診療をしている診療科がなかなかないので、それを現実的にあまねく全員の研修医にさせるというのは、今は非常に難しい状況で。ある施設にお願いして行ってもらうこともあるのですけれども、そこで事故とか起きたときの責任の所在がはっきりしなくて、そこが曖昧な状況で派遣するのは無責任なことになると思っています。私も臨床研修施設、口腔外科の病院等を見学に行っていますけれども、その辺の責任がはっきりしない部分があって、個人的には、各国立大学病院も歯科大学病院も、訪問診療をする部門をつくって、研修医をそこに派遣するようなシステムをつくらないと非常に難しいなと思っているところが実際です。ですから、目標の中に、訪問歯科診療がありますが、現場としては運用が難しいなという思いは非常にあります。

うちの戸原先生は摂食嚥下をやっているらしいんですが、そこに週3日くらい研修医が行くのですけれども、少し下世話な話になりますが、そのときの交通費をどうするのかとか、間に合わなかったときどうするのかとか、そこがきちりしてない部分があるので、そういうところを解決すれば、実は簡単に、例えば医科歯科大学の中に訪問診療の部門があって、そこに研修医を毎週何人か送り込んで一緒に行かせる研修ができるかと考えています。ただ、それが現在ないからなかなか難しいかなと思います。病院をあげてそういうことを推進するようになるといいかなと思います。

以上です。

○一戸座長 先ほどの丸岡委員のお話にもちょっとかぶるかもしれませんが、歯科医師は、訪問診療と言うと、訪問して、何か治療行為をしなければいけないというふうにとらわれてしまっていることがないのかなとちょっと思うのです。行って、これできないね、危ないねというのがわかるだけでも大分進歩だと思うのです。そうしたら、歯ブラシするだけでもいいし、歯ブラシだけだって危ないこともあるかもしれないけれど。歯科医師は伝統的に技能重視の教育をされてきたから、どうしても、行ったら自分は何か手を下さないと気が済まない部分があるのではないかなと。その考えは変えてもらわないといけないかなと、個人的には思うのですね。

実は僕もそうですが、ここにいらっしゃるほとんどの先生が、大学なり、御自身の診療室に来ることができる患者さんを診ている。実際には、世の中にはそういうところに来られない患者さんがたくさんいて、そういう人たちにどうやって歯科医療を提供しようかということがこれから多分大事なので、そのための仕組みづくりを、今、新田先生がおっしゃったようなこともそうですし、考えないといけない。ただ、1年の中で、それがどれだけできるのかというのはありますが、そんなことを考えていかないといけないかなと感じています。

長谷川先生、どうぞ。

○長谷川委員 長谷川でございます。

私どものところでは、一般歯科の充実という部分に関しましては、数年前から、プロト

コールといいますかポートフォリオといいますかそういうものである程度管理するようにはなっているのですが、非常にばらつきがあります。では、その件数が多いからと言って、その人が本当に臨床を実践できるようになっているかということ、また、それも違うのかなということです。その辺に求められているのが評価なのか、その辺をどういうふうな課題にしていくのが、本当に研修医が終わった段階で充実した、自分の方向性がよく見通せるようにしてあげられるのかということと迷っているところではあります。それが1点と。

もう一点は、今、根本的な考え方である、医師としての基本的価値観というようなところで、医科と同じようにしていくのは非常によい考えだと私は思います。実際に、プロフェッショナリズムに関する内容は現状のプログラムの中にも似たようなものはあるのですが、実際の評価にあたっては基準が非常に曖昧で、本当にさじかげんだけで評価を出しているところがあると思います。

ですから、評価として本当にその人が達せられているのか、あるいは、どんなところが足りないのかということがその学習者である研修医さんが理解しやすい方法が考えられたらすばらしいかと、ふだんから考えております。

○一戸座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

田口先生、どうぞ。

○田口委員 鹿児島県の田口でございます。

この中では、もしかしたら地方代表みたいな感じのところになるかもしれませんがけれども、私ども鹿児島大学を含め地方の大学では、大学病院の機能が、第三次医療機関といえますか、かなり専門性を高めないと、逆に言うと、その専門性を求めて患者さんが来院されるケースばかりと言っていいぐらいではないかと思うのです。

例えば、私ども鹿児島大学では、紹介状をお持ちでない初診の患者さんは、歯科で週に10人いないぐらいです。もうほとんど皆さん紹介状をお持ちで、そこにはどの診療科と全部書いてあるのですよね。そうすると、例えば、先ほどの長谷川先生の話もありますが、総合歯科みたいなくりがもはや大学では不要になっているかもしれないのです、我々のところは。専門診療科の専門的な治療を求めて来られる患者さんばかりなので、そうなってくると、臨床研修を大学病院の中でやること自体がちょっと難しい部分が出てきはしないかと。大学だけでやるわけではなくて、もちろん外と一緒にやるわけですがけれども、そういった意味では、地域に研修医を出して、地域と一緒に育てるといような、例えば今回出ていますような選択制のプログラムとかそういったものを積極的に活用することがすごく大事なのではないかなと思っています。

昨日ちょうど、国立大学系の総合歯科の先生が全国から集まって、大阪で会議をしたのですけれども、そういったところでも、患者さんの確保とか、あるいは、極端なことを言うと、研修医さんの確保とか、あるいは研修医になるためのマッチングのところとか、い

ろいろなことが昨日も話題になりましたけれども、そんな話も、また、今後この会議の中で参考意見として述べさせていただけたらいいかなと思っております。よろしくお願ひします。

○一戸座長 ありがとうございます。

大澤先生いかがですか。

○大澤委員 日本歯科の大澤です。

今まで、いろいろな先生方、委員の先生方が出された意見もそうなのですが、大学におりますと、指導医の資質もちょっとばらつきがあったりといったことがあって、比較的経験の浅い先生からベテランの先生までいますので、こちらの大学病院として、我々のほうとして問題としているのは、指導医の資質をより均一化というか、そういったこともかなり必要かなと思っております。

また、東京にある大学としては、なかなか症状の厳しい方が見えられることが多くて、また、研修医が実際に診療に参加しますという同意が得られづらいという方もちょっといらっしゃるので、そういった意味では研修医等も診療に参加しますということをより市民の方、国民の方にわかっていただくといった、そういったことも今後研修を充実させる上では必要なかなと考えました。

以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。

指導歯科医のことにつきましては、また、次回以降、具体的に検討をしたいと思ひます。例えば、大澤先生のところも、田口先生のところと同じように、ほとんどの方が紹介状を持って来られるのですか。

○大澤委員 紹介率は大体半分ぐらいなのですね。紹介状がなくても、ふと見えられる方とか、ほかのクリニックもしくは近隣の大学病院にかかっている方もいらっしゃるか、そういった方も多くいらっしゃいます。

○一戸座長 研修歯科医は、そういう紹介状なしの患者さんの初診というか診療に関わる機会が多いですか。

○大澤委員 比較的難易度の高いというよりは簡単なもの。ただ、紹介状がある方でも、指導医と一緒にという、全て手を動かすというわけではないのですが、一部参加するといったことはしております。

○一戸座長 それは、田口先生のところはどうかですか。ほとんどが紹介状をお持ちで、専門の科に行ってしまう。

○田口委員 そうですね。本質的に困っているのは、そういう意味では臨床実習のケースがないのですよね。学生がそもそも触れられないケースだらけでして。だから、自験とかよく臨床実習のほうで言いますけれども、自験とか一連も全部やるということがそもそもやらせていいのかみたいな話にもなってきてしまうのですけれども、臨床研修の場合は、そういった意味ではライセンスがありますので、丸ごと全部ということはないにしても、

ある一連の流れのところ研修医にさせるというようなことは積極的にさせようとはしてはいますが、やはり患者さんの同意がなかなかとれないとかいうことのほうが大きくて、そこをクリアするので結構困っています。そういった意味で、外の研修協力施設に週一で外の診療所に出すとか、そういった工夫をいろいろしながらやっております。

○一戸座長 そういう点は、医科歯科大学は多くの患者さんが見えるので、研修歯科医が初診も担当されますか。

○新田委員 うち、紹介率は30%ですけれども、初診で来られて、もちろん簡単な症例ですけれども、研修医に向いている症例があったら、初診担当の人が「研修医でいいですか」あるいは「学生でいいですか」という許可をもらって、オーケーが出れば研修医に配当します。簡単な症例だけけれども、患者さんが専門外来がいいということで専門外来にいて、専門外来だとウェイティングが長いので、「あなたは、順番が来るまで6カ月待ちですよ」と説明すると、「それだったら、研修医でもいいです」というような、そういう2段階の枠組みで、研修医なり学生さんなりに配当していますね。

時々、本当に難しい症例が配当されたりして、逆に研修医なら早くやってくれるからと言って、難しい症例が来ちゃうときは、研修医の初診担当の私のような指導歯科医が診て、これはちょっと難しいから、専門外来に引き上げてくれと依頼して、症例の難易度はコントロールしていますね。

初診の患者さんで研修医に割り当てられるのは、1日に大体3～4人ですかね。そういうイメージです。

○一戸座長 いずれにしても、さっきの話に戻りますけれども、大学なり、丸岡先生のようなところは、たくさんの指導医がいて、研修歯科医にもそれなりの数を経験させてあげることができるかなということですが、例えば、鈴木先生のところは、今、研修歯科医は何人いらっしゃいますか。

○鈴木委員 今は、協力型も1人いるので、4人です。

○一戸座長 実際、どのぐらい診療をやられていますか。

○鈴木委員 一応、うちは5年間のプログラムをやっております。これは臨床研修が1年間の後に、さらに、4年間うちに残って、研修と言っても、実際には勤務医ですけれども、それで、2年目3年目と、やる内容がだんだん変わってくるのですね。主に初診患者さんの診査と、それから、主訴の処置は1年目2年目の仕事というふうにしているのです。つまり、初診で来た患者さんは、原則として、研修医か2年目が診てもらうので、そういう点ではかなり患者数は診るのですね。去年、研修をうちで1年間終わった者は延べ患者数で2,400人ぐらい診たのです。初診患者は100人以上診ているのですけれども、そういう意味でいくと、症例数は非常に多いという利点はあります。

ただ、今回、複数いると、やはり差が出てきてしまうのです。どうやって差が出るかという点、1つは、患者さんとの相性なども考えると、うちの受付で、患者さんが来たときに、誰にするかというのを、ある程度ミスマッチが起きないようにそこで調整するわけで

す。レンジが広い研修医の場合は何でもオーケー。そうすると、それで、また、実力がつくし、そうでないと、これは難しいかなとかとだんだん減ってきてしまうという個人差がかなり出てくるのですね。もし、それを無視というか、まあいいやと思って行くと、それでも、終わった後に「ちょっとかえてもらえませんか」みたいな話は出てくるのですよ。クレームまでいかないですけども、「わかりました」みたいな感じで。

ですから、結局、患者数はもちろんそうですけれども、個人差というのが次の問題に出てくるので、一人一人が最低限ここまで行くというのはやはり低く設定せざるを得ないかなと。ただ、いわゆる機会の平等としてのものは確保するというところが、症例数がいくらあっても、現実の差が非常にしやすいというのを体験しています。

○一戸座長 先生は、何で5年と定めたのですか。

○鈴木委員 5年と決めたのは、多くの場合、歯科医は研修を1年した後、勤務するという人が約半数いるのは統計にも出ていますけれども、その中で、臨床を徹底的にやりたいというような歯科医はいるなど20年ぐらい前に思ったのですね。その中で、例えば大学院へ行くというケースは、臨床もそうですけれども、どちらかという、学位を取ることが一つの大きな目的になっていますので、そういう点で言うと、とにかく学位とか勉強よりも臨床を行いたい。

それも一般診療を行いたいというような場所が日本じゅうあるかなと思って見ると、あんまりあるとは思えなかったのですね。それだったら、うちでつくればニーズがあるのではないかと思って始めて、何で5年なのかというと、本当は自分の診療を充実させていくようなエンドレスな部分はあるのですけれども、それは20年なんて言っていられないですし、私の経験では、5年みっちりやればいい線まで行くなと思って、それで、5年にしました。学位を取る人たちも、1年プラス4年で5年ですので、要するに、卒後5年である程度アウトプットが出るなと思ひまして、それで、5年のプログラムに設定した次第です。

○一戸座長 その5年の例えば3年目4年目の上のほうの経験を進んだ人たちは、訪問診療とかもされるのですか。

○鈴木委員 訪問診療は、1年目の臨床研修のときに行って、それ以降は、そこに興味ある人の場合ですと、それ以降もなのですけども、今のところ、一般診療をしたいという、それも研修医の希望に応じてある程度アレンジしていくのですけれども、原則としては1年目が多いです。

○一戸座長 むしろ、1年目の臨床研修の法律で定められた期間の中で訪問診療に行くということですか。

○鈴木委員 そうです。

○一戸座長 実際、どんなことをするのですか。

○鈴木委員 実際は、訪問診療は、うちで訪問診療専門の歯科医が1人いまして、その歯科医が居宅と施設に3カ所ぐらい行っているのですよ。その診療について行って、最初は

アシスト。その後、簡単な処置の一部を処置させるというようなことと、あとは、歯科衛生士が口腔ケアをしているところの手伝い、あるいは、交代で行うというようなところで、さわりの部分です。

○一戸座長 その研修歯科医が訪問診療のときに、その訪問の看護師さんとかいろいろほかの職種と話す、あるいは、議論をする場というかそういうのはあるのですか。

○鈴木委員 それは、現場に行くと、ほかの職種の人たちと、全く触れなかった人たちと会いますので、百聞は一見にしかずみたいなところがありまして、実際に処置をするところまでいなくても、こういう職種があるとか、その人たちはこういう仕事をしているとか、そういうことで、外来とは違う経験をしてきている。それは、外来がこういうふうにしていくべきだみたいなことにつながる一つの視点を提供する機会になっている気はします。

○一戸座長 彼らの共通言語を理解するのは、結構大変だと思うのです。

○鈴木委員 そこまではどうなのでしょう。ただ、うちでは、訪問診療とはまた別に、口腔外科の外来は、総合病院の歯科に12回行かせているのです。そちらでは、いわゆる病院歯科と接点があるのですけれども、そこでは、医科のいろいろな科の人たちとの仕事の役割分担は体験してきているようです。

○一戸座長 済みません、一人で聞いてしまって。鈴木先生のところはすごい仕組みができていますが、先生方も、鈴木先生に何かお聞きになりたいことがあれば。

○田口委員 僕は医学教育みたいな分野をちょっと勉強しているものですから、ちょっとコメントですけれども、正統的周辺参加という理論があるのですけれども、要するに、何か目標を設定して、それに行け行けと一生懸命するのではなくて、その場にぼんと放り込む。そうすると、その人は、俺の役割って何なのだろうみたいなのを自分で認識をして、俺ができることはこういうことなのかなと自分で学び始めていくみたいなことを臨床研修の場でするのが、そういった意味では、今の先生のお話ですと、もう放り込まれて、みんなから言語を学びながら、自分でもがき苦しみながら成長していくということだと思えるのですね。だから、その学びの場をつくってあげるというのが臨床研修ですごい大事なことなのではないかなと今感じました。

○一戸座長 そうですよ。今のところは、どうしたって、1年の中でやるわけですから、そうしたら習熟のレベルにまで達するのは困難ですから、その場に行って、我々の活躍の場はこういうところにあるのだということを実感してもらうことがとても大事だと思います。

○田口委員 私どもは鹿児島ですけれども、離島がありますね。離島はいろいろなところがありまして、そこに学生を実習で連れていったりするわけですけれども、例えば、研修医も離島巡回歯科診療といって、鹿児島県が年にツアーではないですけれども、1つの島に2日とかで転々と回って行って離島診療をするわけですね。そこに研修医を同行させて、チームの一員としてやるのです。そうすると、一つの島は、例えば人口が100人にも満たな

いような、数十人しかいないようなところで、歯科のチームが5人とか行くと、それだけでも人口の1割ぐらいの人の歯科チームがやって来て、その中で研修医がやらなければならない役割も、みんなから期待されてやるわけで、そういうところに行くと、研修医は結構成長してマインドを持って帰ってくるのですよね。だから、ああいう場はすごくいいなと思って、継続をしているのです。

ただ、その後、例えば地域医療にそういうふうにながったり入り込んでいくのかと言われると、「いや、あれは経験しただけで、やっぱり僕は都会に行きます」とか、なかなか続きはしないのですが、ただ、医療者としての心構えみたいなのはすごくいい勉強をする機会になっているのではないかなと思っています。

○一戸座長 ありがとうございます。

一方で、丸岡先生のところは、研修期間は2年間ですか。

○丸岡委員 一応2年ですが、先ほど鈴木先生の話聞いて、実はうちも、もともと5年で考えています。実は、これを言うとちょっと怒られてしまいますが、最初の1年は、ほとんど歯科治療をさせません。いわゆる病棟にとにかくいなさいと。ですから、周りの医科の研修医も同じですので、全く不満の声はないというよりも、それを承知の上で来ますので、病棟に放り込んで、いろいろな人たちと話をさせる。あとは、外傷がうちは物すごく多いので、外傷のファーストタッチとか、あとは口腔ケア。その辺りから徐々に口の中を触らせます。

2年目になって、救急と麻酔を2カ月ずつ回らせます。戻ってくると、かなりいろいろな言葉がわかるようになっていきますので、あとは、ネットワークもできますし、そこで歯科治療を少しずつ入れていきます。研修期間は2年ですが、2プラス3と考えていまして、3年目以降は、実際の外来をそのままやらせます。

あとは、さっきファーストタッチと言いましたけれども、初めて診た患者はそのままオペをさせる。ですので、場合によっては、3年目で骨折のオペもできます。もちろん、ほとんどできませんけれども、そこまで考えさせると、さっき田口先生がおっしゃいましたが、それを考えさせる過程で物すごい勉強になるみたいです。

そのまま5年目、いわゆる後期研修の3年目までやらせると、骨折のオペであれば、そんなに難しければ、余り手を出さなくても、あとは、これは私が教えたというよりも勝手に育ってくれているのですが、それは専門の先生から見たら大したことではないでしょうが、通り一遍の歯科治療ができるようになります。それを世に送り出すと。ですから、5年でやる人は来いというふうに、ちょっと高飛車な募集をしているのですが、それでも、20人以上応募が来ますので、そういうことをやりたい、ある意味マゾヒスティックな人たちはいるのだなと思います。うちはかなりイレギュラーなのですが、そういう研修の形もあるのではないかなとは思っております。

○一戸座長 定員は何名ですか。

○丸岡委員 定員は2人です。各学年2人ずつですので、レジデントが3年、後期研修が

3年までですので、研修医という身分は10人います。

○新田委員 修了認定は1年ですか。

○丸岡委員 修了認定は1年です。それがちょっとややこしいのです。

○新田委員 辞めてしまう人はいますか。

○丸岡委員 いません。というか、今年、実は辞めるといふか、2年で修了する者がおりますが、本人の希望も聞き、話し合っ、て、ちょっと外に出たほうがいいだろうと。ちゃんと行き先は用意します。

○新田委員 マッチングがうまくいっているのですね。

○丸岡委員 マッチングしても国家試験に落ちる人がいるというリスクがあるのですが、今のところは、一回も外してないです。

○一戸座長 研修歯科医が、歯科の場合にはどうしても歯学部附属病院に集まってしまうので、何とかしてそうでないルートを確保したいということで、部会の中でもいろいろ話があるのですね。その中で、開業の先生で、管理型、単独型になっていただだける方がふえると、それもいいのですが、一方では病院歯科の先生方にぜひたくさん受け入れていただきたいという話が出るのですね。

○丸岡委員 病院歯科で協議会というのが実はございまして、研修歯科医を受け入れないと、3年間受け入れないと外されるというか。

○一戸座長 外すことがマストではないのですけれどもね。

○丸岡委員 それが、病院歯科では、病院歯科は口腔外科の先生が多いので、病院歯科の地盤沈下というのは非常に気にしております。ですので、「選択」というところを、できれば半年いるとすごくいいのですけれども、1カ月でも、先ほど言ったように、病気の人を見慣れるというか、頭の中でありまして、こういう病気の人はこちらののだと思っ、て、実際は診てみるとどうということはないのですよね。ですから、どうということはないということを1カ月では不十分だと思いますが、1カ月なり2カ月なり、そういう選択は、そのために病院歯科を1カ月なり2カ月なり3カ月なり御利用いただくというのは、私は1つの案ではないかと考えています。

○一戸座長 そうですよ。ぜひ、そういうところに行くような仕組みに。

残念ながら、多くの病院歯科の定員は1あるいは2、3というところもあるのかもしれませんが、1だと、マッチしても国家試験でいなくなってしまうリスクが結構あって、そういうことを繰り返しているうちに、病院歯科の先生方も、こんなではやってられないよと研修施設から撤退してしまうというのが現実にあるのですね。なかなか解決策はないのですけれども、そういうところで研修できるチャンスがふえると、多くの研修歯科医を大学だけが抱えて、結局、あんまり実のない研修で1年を過ごしてしまうということが避けられるのではないかなと思うのです。思うだけで、なかなか解決策は見つからないのですが、ただ、先生方からもしいアイデアがあれば、この中でも盛り込めれば。

○田口委員 同じようなことで、例えば先生方のような、そういう医科に特化した、ある

いは、全身のことを診れるような施設もあれば、我々みたいに、どちらかというところと地方で地域でということがあれば、そこは例えば連携を、たすきがけをして、プログラムを一つにしてやるとかということも、今のところ不可能ではないですよ。東京と鹿児島で、研修医が本当に行くのかということはあるのですが、もうちょっと近隣でそういうようなことができれば。あるいは、南九州のほうですと、例えば宮崎と鹿児島でそういうプログラムを共有すればとかということのようなことは、将来的にはあり得るのかなとは思っています。

○一戸座長 逆に、遠いほうが喜ぶ人も。

○田口委員 いますね。

○一戸座長 東京歯科でも、北海道だったら行ってきますと言って行く人もいます。

○田口委員 そうですね。

我々も北海道の研修施設と連携していますけれども、見学には行きますね。採用はされてないですけどもね。そういった話は九州大学福岡地域の都市部の患者層と鹿児島の地方を両方とも経験させるようなプログラムをつくったらどうかという話題は時々出たりします。

○鈴木委員 私のところで、口腔外科に12週間行くとお話ししましたがけれども、その病院は海老名総合病院というところで、うちのすぐ近くにありますが、そこでも、単独型で研修医1名いるのですね。病院歯科なので、一般診療をする時間とか、あとは、症例数が少ないということで、余りにも歯科治療を知らな過ぎるから、一回ちょっと見学させてくれと言われたことがあるのです。

うちに来て、何回か見て、歯科診療とはこういうものだということを少しイメージを持って帰ったということなのですけども、それはいわゆるちゃんとしたプログラムとして最初から組んだものではなくて、本当に見学に2、3回来たという程度ではあるのですけれども、それぞれの研修施設の特徴を出すのと同時に、相互乗り入れ的というか、あるパーツ部分で、2、3日来るぐらいだったらいいよとか、あるいは、自分のところはこういうふうになっているから、みんなどンドン見に来てちょうだいとかあると思うのですね。

その研修施設間の特徴を含めて、どこで何やっているかというのは、研修施設からほかの研修施設はさっぱりわからないのですよね。結局、自分のところで自力でやっているけれども、実は、ほかもやって、あっちに外注したほうがよかったかなというのもあったりして、私はそういう意味で言うと、コミュニケーションというか、それぞれが見えるというのは、学生が選ぶ上での見える化ももちろん重要ですけども、きょうの丸岡先生の話も私は非常に参考になったのですけれども、そういうところがあったのだと思う意味でも、もっと見える状態にして、さらに、ちゃんとプログラムの中に入れるかどうかまでは、まだちょっと難しいかとは思っているのですけれども、ある意味では単位でその部分は少し読みかえるというか、文化系の大学は、最近、単位をほかの学校でも取れるらしいのですよね。それで、双方にいろいろな自分の興味あるところで単位を取っていくのがあるなどという話を聞いたのですけれども、制度的には難しいにしても、それは一つの解決策なのかなと

は感じています。

○一戸座長 海老名総合病院は口腔外科だけですか。

○鈴木委員 摂食嚥下も行っています。

○一戸座長 そうなのですか。

○鈴木委員 口腔外科ですけれども、歯科医の仕事を大分講義をして、そういう意味では非常に特徴があるので、私も外に行かせる価値を非常に感じておりまして、助かっています。

○一戸座長 今の先生のお話は、後で最後のところで出てくるかもしれません。「選択コース」とかそういうのが、複雑にはなるのでしょうかけれども、融通がききやすくなるのかなという気がします。

ほか、いかがでしょう。何でも結構です。

どうぞ、長谷川先生。

○長谷川委員 今大学でない施設の先生方から、素晴らしい研修の状態を聞かせていただいたところですが、それぞれに完成した姿をお持ちになっていて、そのために何年間の研修をやりましょうということなのだと思います。それはそれで十分理解しますし、素晴らしいことだと思うのですが、我々、大学で研修を担当しておりますと、学生あるいは研修の予定者が非常に多様化しており、かつかなり多くの人を、最終的には大学で受け入れなければいけない状況にありますので、そこの部分で、一つのこういうコース決まっているのだよ、5年間だよ、あるいは1年間だよというのもなかなか受け入れてもらえなくて。結局はそれぞれの2年目を考えると、ここも行ってみたい、ここも行ってという希望をかなえてそれを選ばせるのが良いのではないかと。

我々のところでは、素晴らしい目標があって、こんな研修医をつくるのだということよりは、よい2年目につなげてあげるために、本人たちがやりたいことをできるだけやらせてあげて、歯科医師という仕事が本当に楽しいものでいいものだというふうに感じて研修修了してくれることを意図している状況にあります。そういうことなので、今の先生方の御議論とはちょっと外れてしまうかもしれませんが、かなり多くの大学ではそんなような状況かなと思っています。

それと、もう一つ、少し離れてしまうかもしれませんが、我々のところでは、100名の研修医の中で15名ほどですけれども、完全に患者配当制で治療させています。研修医1人につき大体30名ぐらいの担当患者を持って1年間のコースで治療するような形でやっております。以前は、そこが半年間のコースという形でやっていたのですが、半年間でやっていると、患者さんが来なくなってしまいます。研修で大事なところは、研修医に実を上げさせる、きちんとした一般診療ができるようにすると考えたときに、完全な配当をすることはとても大事なことだと思っているのですが、半年に一編ずつ担当医が変わるといことだと、患者さんは明らかに減っていきます。それで1年のコースにするようになったら、非常に患者さんの定着率がふえました。

ですので、患者さんの立場で考えると、1年ごとに担当医が変わるのであれば多分患者さんは許してくれるのではないかとこの数年間研修を見ながら感じていますので、その辺のところも御検討をいただけるとありがたいなと思っております。

○一戸座長 ぜひ、先生から提案してください。

○長谷川委員 はい。

○一戸座長 ほかにいかがでしょうか。

○田口委員 臨床研修は、平成18年に始まったころ、私はこの制度とかに関わったことはないのですが、何となく私が思っているのは、あんまり専門診療科にとらわれない患者さんを、一人の人間、一つの口として、全てのことを一人で全て診療できるようにする、総合歯科的なものが臨床研修の中で求められているというのは、それはそれでよろしいのですけれどもね。

もし、それをしようとする、例えば鹿児島みたいなところはできないのですよね。そういう患者さんがいないのですよ。やろうとすると、それは本当に、外には、むしろ、そういう方ばかりおられますから、例えば、協力型施設にもお願いをせざるを得なくて、大学では、ほとんど専門的なことしかできない。今ちょうど長谷川先生がおっしゃっていたようなプログラムを、我々も1年間でべったりというのをやっていたのですが、ここに来る患者さんは本当にわずかで、1人の研修医が20人とかしか患者さんを持ってないかとなると、プログラムとしても成立しなくて、研修医が遊んでしまうのですよね。

というので、当初は18年のころからはそういうプログラムを持っていましたけれども、どんどん変えていって、今は総合歯科でやる役割はどんどん変わって、むしろ、管理という、コントロール、マネジメントに徹するようふうに、大分シフトしているのですよね。それは18年のときの目標と今の研修目標も、そういう意味ではちょっと変わってくるのかなというのも、今回、ちょっと勉強させていただきたいと思います。

○一戸座長 それこそ協力型施設で、外でそういうことをやってもらったと思いますね。

○田口委員 まさにそういうことで、大学ではできないことが、むしろ、外ではそれしかできない、総合歯科的なことしかできないわけですので、積極的に外に出すようなプログラムを今どんどんつくっているところです。

○一戸座長 そうすることによって、大学に常にいる研修歯科医の数を減らせるので、先生方の負担も減るのではないかと。

○田口委員 でも、「じゃ、おまえらは何をやっているのだ」と言われてしまいます。遊ぶわけにもいけないので、何かしないといけないわけですが、本当に、今はそのせめぎ合いのところ、研修プログラムの目標の改訂というところには我々は非常に興味を持って今回臨ませていただいております。

○一戸座長 ぜひ、そういうことも踏まえて、積極的にいろいろ御提案いただければと思います。

ほかはいかがですか。

どうぞ、新田先生。

○新田委員 先ほどから、訪問歯科診療の話ばかりなのですがすけれども、うちの大学の研修の課題は、自分はそこだと思っていまして。今回、このモデル・コア・カリキュラムと整合性をつけるように組んでいくというお話で、それは非常にはいいなと思っていまして。そうすると、いわゆる卒前でやる訪問歯科診療とか、多職種連携とか、全身管理等で、卒後の臨床研修でのそれらとの違いをできれば明確に。明確にはならないかもしれないけれども、もし、シームレスに考えるのだったら、そこも踏まえてやるべきだなと思うのです。

例えば、現場に行ってみ学ということが、本当に臨床研修でそれをやらなければいけない。見学は学生でもできるのではないかなというのが僕の考え方です。ですから、研修だったら、そこに参加して実践する何か一つでも入れたほうがいいのではないかなと思っています。その卒前と卒後の同じモデル・コア・カリキュラムと同じような目標が立てられるので、段階的にうまくやればいいなとは思っていますね。卒前ではそれをやらないで、それは卒後に持っていくというような考えだと、また、同じような感じになってしまうので、そこはうまく持っていけばいいなと思っていますね。

○一戸座長 そうですね。シームレスに考えると、行動目標はほとんど変わらないわけですから、当然、段階を踏んでいって、それは重要なことです。

○新田委員 結局、このモデル・コア・カリキュラムの一番後ろの部分に、「臨床実習の内容と分類」があって、指導者のもと実践する、あるいは、指導者のもとでの実践が望まれる、指導者の介助をする、指導者のもとで見学・体験することが望ましいという段階がありますので、それを横滑りでもいいから、一つずつステップアップしていってやるような方式にしていくと、学生さんもわかりやすいし、研修医もわかりやすいし、指導医のほうもわかりやすい。全ての診療項目もそうなるっていくといいのですけれどもね。特に、訪問などはそういう概念を入れていったほうがいいのかなと思います。

○一戸座長 もちろん訪問だけに偏る必要はないのですけれども、これからの時代、それは非常に重要なことだと思います。

それから、先ほども御説明がありましたが、コア・カリと国試の出題基準と、それから、この臨床研修で、その目標に乖離がないように進めていきたいと思いますという話ですけれども、さらに、その先、法令で定めた1年間の臨床研修の後に、実は、先生方も御存知かと思いますが、日本歯科専門医機構というのができて、その中で、新しい専門医制度のプランを今つくっています。それはこういう議論を踏まえた、その延長線上に多分あるのだらうと思うのですね。すなわち、超高齢社会の中で、現場で活躍できる歯科医師を養成するための、専門医ですから5年のプラン。最初の1年間は臨床研修をやって、そのずっと延長線上にということになるのだらうと思うのですね。

なので、ここの議論は結局そういうところにも反映されてくると思うので、そんな意味でも先を見通しながらということになると思います。

ほかはいかががでしょうかね。

問題点の共有というか、共通認識というか、そんなことが大分できてきたかなと思います。

具体的な本当の議論は、また、この先順々にしていくわけですが、そろそろ論点のほうに入りますかね。時間も大分過ぎてきました。

まず1点目の論点について、また、先生方に御議論いただければと思います。今回の論点の①「到達目標の構成」ということで、資料2のページの6ですけれども、

- 卒前・卒後のシームレスな歯科医師養成を推進していく観点から、歯学教育モデル・コア・カリキュラムとの整合性を図ってはどうか。その際、基本的な枠組みは、平成32年度改正に向けて改定された医師臨床研修の到達目標を参考にしてはどうか。

という論点で、資料2の11ページにそのようなことが書かれています。細かい話は、今後、また、たくさん議論をしていただくのですが、基本的に、今までの議論を踏まえて、こういう方向性がよろしいのか。それとも、もうちょっとこういうことも考えておいたほうがいいのか。御提言をいただきたいのですが、いかがでしょうか。

基本的には、コア・カリ、国試の出題基準、それから、この研修の目標は離れたら困るので、ここところは、書きぶりはともかくとして、整合を図るという方向は問題ないかとは思いますが、よろしいですか。

(各委員首肯する)

○一戸座長 それから、もう一つは、医師臨床研修の到達目標を参考にする。さっき丸岡先生は、本当にそれは非常にいいのではないかと、基本は同じはずなので、そういうことであるかと思うのですけれども、いかがですか。

○長谷川委員 チーム医療とか連携医療と言うからには、ここ（医師臨床研修の到達目標）がわかっている共有できないと、十分な連携ができにくいのかなと思います。その意味からもやはり医科に合わせてということはよろしいかと思えます。

○一戸座長 そうですよ。ありがとうございます。

そういうところで、共通の問題意識を持ってやっていくということだろうと思います。

では、論点①は、基本骨格はこれでよろしいですか。議論は、また、今後していくとしても。

ということで、12ページの「新たな到達目標（案）」ということで、「歯科医師としての基本的価値観」「資質・能力」「基本的診療業務」という箱が3つこんな形で重なった絵がありますけれども、この形の絵がいいのかどうかは、まだ、僕もちょっとわかりません。これは先生方の御意見を聞きながら、最終的に、絵を出すときにどういうイメージにすればいいのか検討してみたいと思いますが、こんな感じでよろしいですか。

では、基本的にはそういう方向で論点①については進めていくということで、先生方の御賛成をいただいたということだと思います。

それから、もう一点が論点②です。コース設計で、これも先ほどからいろいろ御意見をいただいた中で、多様な研修をこれから、例えば大学だけにとどまらず、いろいろなとこ

ろでいろいろなことをできるチャンスを与えるという意味では、この選択制度があつて、その中に選択の必修とか本当の純粹の選択とかというのがあつると、使い勝手が大きいかなとは思いますが、ただ、実際運用するとなつとなかなか複雑かなとも思います。

基本路線として、こういうことを検討していくという、その辺はいかがですかね。

○新田委員 前の「基本習得コース」と「基本習熟コース」の区別が非常にわかりにくくて、今回、「選択」と「必修」に分けるのは、非常にすっきりしてきている。それこそ、研修医が見たときによくわかる設計だなと思って、いい方向だと個人的には思います。

「基本習得コース」「基本習熟コース」で、指導者講習会で説明するときも、非常に説明しにくくて、両方必修ですよという意味合いが、では、何で違うのみたいなことで、非常にすみ分けが難しい内容だったということで、今回のほうがいいかなと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。

○田口委員 今のに関連してですけれども、22ページの資料のところに、「基本習熟コース」は臨床能力を身につける、「習得コース」は知識、態度及び技能を習得する態度を養うという、僕は初めてここで文字として理解をしました。

要するに、「習熟コース」は、もう能力を身につけている状態、「習得」は、身につけようとする態度という、多少グレードがあるのだと思うのですけれども、それを包含して、今回は全て一つの目標のところに落とし込んでいって、それプラスアルファの選択するというようなことになるのですよね。

○一戸座長 今回は、厚労科研の報告書で、「習熟コースと」「習得コース」を整理して、必修の中にもう一度整理した形で入れ込んでいる。それから、そのほかに選択ですね。「選択必修」は幾つか提案してありますけれども、そういうものを組み合わせでやったらどうかと。

これは厚労科研の報告書としては、例えば、終末期医療とか何かいろいろ書きました。ただ、それが本当に適切なのかは、また、先生方に議論をしていただいて、いろいろなものがあつて得ると思うので、そういうのをぜひ組み込んでいく議論が今後できればいいかなと思います。

○田口委員 そうすると、今まで、「習得コース」であつたものも必修になってくる可能性はあるということになりますか。

○一戸座長 「習得コース」であつても、基本は必修ですから、数多く経験するぐらいの感じですよ。

○田口委員 態度を身につけるといふのをどう評価するのかというのがなかなか難しい。「やる気あります」と言われればそれまでなので。「やりたいのですけれども、ケースがなかったのです」といふのは、うちのパターンですよ。

○一戸座長 例示として、あの中に救急処置というコースがありますけれども、それはあんまり数多く経験してしまつてはいけないわけですよ。

○田口委員 最近、コア・カリの前文にも書いてありますけれども、アウトカム基盤型と

かエビデンスとか、ああいったものとの整合性を見据えながらつくりましたみたいな文言があると思うのですけれども、あんまり細かくこういう処置をするとかとかやってしまうと、それをしなかったら未修了みたいになってしまうというところを、少しまるっとしたような表現で、能力観として表現しておけば、それこそ「習得コース」の部分もそこに含まれるのかな。これは書きぶりの問題なのかもしれませんが、例えば、今、何を何ケースやったみたいな、ケースの数のカウントみたいなものがありますね。あれも、結局、いっぱい挙げると自分で自分の首を絞めているような気もするし、少なければ研修医は集まらないし、あれもなかなか難しいわけですが、ああいうケースのこともですけれども、能力として目標を設定するのであれば、そういうような表現にさせていただけるのかなと思いますね。

○一戸座長 先生、ぜひ提案してください。

いろいろな具体的なことを考えていくと、特に「選択」の中でいろいろなことができるのかなと思っておりますので、それは、この先、考えていただいているいろいろ提案していただきたいと思います。丸岡先生や鈴木先生のところはこれだけ工夫されているとか、そういうのが入るといいかなと思います。

あと、少しだけ時間がありますので、論点①と論点②については、きょうのフリートークの議論も踏まえて、基本路線はこれで行きましょうということで御了解いただけたかと思っておりますので、次回の議論に向けて、論点①あるいは論点②について、きょうまとめるというわけではないですけれども、具体的なこんなことを考えたらどうかという提案があれば出していただいて、次回、その続きの議論ができればなと思います。まずは、論点①のほうですね。17ページから20ページまで、例えばこんなふうに、現行の到達目標と新たな到達目標の対応イメージ（案）ということで書いてあります。機械的にはめていくところなるのかなというところですが、何かお気づきの点があれば、教えていただけますか。

○田口委員 また、これは質問ですが、例えば、C.の「基本的診療業務」は、21ページのところには、研修歯科医が研修期間中に習得すべき基本的に記載することとしてはどうかという、これは御提案なのかもしれませんが、これはかなり具体的なものをイメージされているというか、例えば抜歯ができるとか、そういうケースのことをイメージされているのか。それとも、医科のほうのC.のところを見ると、もっとざっくりしていますよね。地域医療とかああいうようなことをイメージされている。その辺はいかがなのですか。

○山口歯科医師臨床研修専門官 具体的なところは、次回以降の御議論かなとは思ってはいるのですが、先ほど申し上げましたように、歯科はテクニカルな部分、手技的な部分は御承知のとおり求められるところかなと思っておりますので、C.のところには、例えばこういった治療ができるとか、診療録を遅滞なく作成できるとか、そういう具体的なところが入ってくるのかなというイメージはあります。

B.のほうは、ここに出ている17~20のスライドについては、あくまで概念的な振り分けということで、B.の中のどこに入ってくるのかなというのをイメージしておりました。医科のほうは、B.もどちらかといえば概念的なところを書いてあって、そこを少し細かくしていった部分でC.が基本的診療業務という、今回入れていくのはどうかと。なので、C.という部分は、今回、医科とは少し違うたてつけにはなるかなとは思いますが、あくまでB.とリンクしたような位置づけで考えていいのかなと。先ほどの資料の12ページにあるような箱のB.とC.が横並びになるようなイメージで考えております。

○一戸座長 先生に提案していただいて、もし、もっといい絵があれば。これは別に決まったわけではないので。

○小嶺歯科保健課課長補佐 少し補足させていただくと、部会の議論の中で、技術をどのくらい習得しているかということももう少し評価が必要ではないかという御意見があり、そういう意味で技術の部分を書き込むところとしてC.が位置づけられるのではないかとイメージで、今、横に書いております。

ただ、これが本当にいいのか。今お話を伺っていて、技術をどこまで目標として定めるのかというのは御意見あるところだと思いますので、そこも踏まえて、C.をどこまで書くのかというのは、また、検討をしたいと思います。

○一戸座長 これは、これを見ながら先生方からいろいろ御意見をいただいてまとめ上げていくものだと思いますので、決まったものではございません。

それこそ、数をどこまで書き込むかということも、もう一度議論がもしかしたら必要かもしれないし、一方では、到達目標とそれこそ経験目標みたいな両方かなり具体的に書くのかなどということもあるのかもしれない。

○田口委員 B.のところでは能力、C.のところではケース、横で見るか、縦で見るかみたいなようなイメージでよろしいのですかね。

あと、12ページですけれども、A.の領域、B.の領域、C.の領域、それぞれに対して、個別で一般目標とか行動目標とかが、これは医科が実際そういうふうに表現されているので、そういうことなのかもしれないのですけれども、いわゆるGIOとかSB0みたいな、ここはGIOだけ、ここはSB0だけとかいうようなのは、これは医科と同じにしてはどうかというようなイメージですね。

○一戸座長 A.のところは、極めて概念的というか、態度領域が多いなので、一般目標以外の個別の行動目標を書いてもなかなか難しいかなというところで、一般目標だけにとどめるのもいいのではないかと、そんな意見もあるということです。

○田口委員 逆に言うと、行動目標を全部足し算したら一般目標になっていないといけなわけだから、そんなことは多分書けないですね。

○新田委員 12ページの絵は、医科とは全く違うもの。医科がこれを提案しているわけではないのですね。歯科独自のもの。

○山口歯科医師臨床研修専門官 医科では、このような図にはなっていないです。医科の

部分では、C.の技術的なところは、例えば外科を何週間ローテートするとかそういったことの記載はあるのですけれども、具体的にこういった技術を習得するということは、そういうたてつけにはなっていないのかなと認識しております。

○鈴木委員 1つ質問ですけれども、このB.とC.はかなり具体的なものなので作りやすい部分で、A.は概念的で非常によくわからないというふうになりやすいのですけれども、ただ、一番重要なのは私はA.だとは思っているのですね。

というのは、うちで5年プログラムをしている中で、3年目ぐらいに大体壁が来まして。B.とかC.のことを大体3年ぐらいすると一通りできたような、その本人はできたと思うのですけれども、こっちから見るとできた気がしているというふうに認識するのですけれども、そこから伸びる人と伸びない人は、A.のプロフェッショナリズムがどれだけ深いかという部分なのですよね。そういう意味でいくと、1年間の研修ということではなくて、歯科医のあるべき姿ということで言うと、A.はベースに来るもので。ですから、箱で言うと上に載っているわけで、B.とC.の下に地盤みたいにしてあるみたいな、そういう感じではないかと思うのです。

それは概念の話ですけれども、具体的に、医科のほうでは、この位置づけをさらに現実のものにどういうふうに結びつけているか、そのケーススタディ的なところをちょっと知りたいと思うのですが、何かそういう情報はありますか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 A.の部分については、参考資料7をごらんいただくとわかるかと思うのですけれども、「医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」も、今、御提案したのと同じような形なのですけれども、これは本当に、一戸先生がおっしゃられたように、極めて概念的な考え方を、歯科医師、医療従事者として持つべき基本的価値観の考え方を示しているところで、ここに対して具体的な、では、このために何かすべきみたいなことは示していないというか、あくまでも考え方だけを示している形になっています。

恐らく、ここが、行動目標を定めてしまうと評価が難しいと先ほど御意見あったとおり、そういう意味で我々が今回、案としてたたき台でつくらせていただいた12コマ目のA.の箱の中に「各個別項目に対して、一般目標を設定」と書かせていただいて、あえて、行動目標を書かなかったのは、ここに行動目標を設定するのは無理だろうと考えての一応案として書かせていただいたところです。

○鈴木委員 多分、課題は、形はよくなったが、形骸化するということをいかに避けるかということだと思えるのですけれども、かと言って、今の議論に出るようなことが、書けばとか、何かをみんなにすればというものではないと思うのですけれども、この課題をクリアするのが、実は臨床研修の重みを持たせていく部分で非常に重要な部分だと思うのですけれども、私も、このプロフェッショナリズムについてどういうふうにしたらできるようになったなどということまでいかなくて、いつも模索しているレベルなのですけれども、時々、訓話みたいなことを言ったりとか、あとは、失敗したときに、なぜ失敗したのかと

いうことで、それを見ると、やはりこのベースの部分とかそういうようなところでしかできないのですけれども、もしかしたら、そういうことをそれぞれ研修施設の中でいろいろやった成功事例とかそういうものを共有して、それを広げていく。

例えば、学会で発表するのもあるでしょうし、それから、研修施設ごとに個別に教えるではなくて、例えばeラーニング的なもので何か教材があって、どの研修医もこれを一応見るとかですね。あと、これは参考のものですよみたいな何かライブラリー的なものがあるとかというふうな形でやっていくと、もうちょっと情報の共有化と同時に、研修施設的に見ると結構不得意な分野をカバーできるのではないかなというふうな気もしてまして。A.の部分は非常に重要だし、それが実行可能なものに落とし込んでいくというのも、この議論ではそこまでは書かないと思うのですけれども、それもちょっと視野に入れてやっていく重要な課題だと思います。

○一戸座長 研修歯科医のこういうプロフェッショナリズムを養成するに際して、指導歯科医も自分を高めていかなければいけないのだと思うのですね。研修管理委員会は、全て委任状とかという指導歯科医こそこういうところをすごく勉強をしてほしいなというところがあって、例えば、先生が今おっしゃったようなことは、研修歯科医ももちろんですが、指導歯科医も研修管理委員会の中でこういうのを再び学ぶ場があるといいのかなと。それは次回以降に、大澤先生に先ほども御指摘いただきましたが、そんな仕掛けもつくるといいのかもしれないですね。

○田口委員 もう一つ確認をさせていただきたいのですけれども、この(13ページ)図のこちら(右)側を臨床研修の目標に当てはめている関係だと思うのですけれども、こちら(左)側のほうはコア・カリのAのところですよ。コア・カリは、A、B、C、D、E、F、Gとある中のAのところだけをこっちに持ってきていますけれども、B以下のことについては、医学部でも同じようなことになっているわけですが、Aのところだけを持ってくるというような関係で、B以下については今回は触れないと。

○山口歯科医師臨床研修専門官 今回、枠組みの整合性として図るところは、教育モデル・コア・カリキュラムのAの部分と、それを臨床研修では、この中では歯科医としての基本的価値観と資質・能力に分けてありますけれども、枠組みの整合性としてはその部分という御理解でいいかと思います。

○田口委員 何となくコア・カリがA～Gまであるのを、Aのところだけを研修で。では、B以下はやらなくていいのかみたいなことで誤解されやしないかなと。A～Gそろって一つの歯科医師像みたいな認識を僕は持っていたものですから。

○一戸座長 細かい字面は違ってしまいうけれども、コア・カリでも、国試の出題基準でも、あるいは、この研修の到達目標でも、それこそ高齢者が独立したとか重要になったとかとういことはきっと反映されるのだらうと思いますので、大枠ではAのところは反映されるのだらうと思います。

○小嶺歯科保健課課長補佐 そうですね。Bの部分は割と研修医とまた重なってくる部分

はあるかなとは思いますが、恐らく、C～Fの部分は、今度個別のことをどう学んでいくかという観点で書かれているので、逆に、その学んだことが、実際に臨床の現場でどういう技術を求められるかというのは、Aの中に逆に落とし込まれるような形での整理になっていくのかなとは思いますが。

○田口委員 モデル・コア・カリキュラムのどこかに全てのことを通じてAが代表されるような基本的な資質・能力なのですよというのがどこかにあると、何となく僕はA～Gがそろって初めてみたいに思っていたものですから、どこに何かそういう説明があるといいのかなと思います。

○小嶺歯科保健課課長補佐 そうですね。そこは、また、検討させていただきます。

○一戸座長 いろいろ具体的な次回への提案がいただけたと思います。

ほかにいかがでしょうか。論点①については、大体こんなところでよろしいですか。

では、次回につながる提案ということで、論点②のほうで何かございましたら、いただけるとありがたいです。

論点②のほうは、厚労科研の報告書、先生方既にお目通しかもしれませんが、それを見ながら、また、提案いただければいいのかなと思いますけれども、実際に、終末期医療なんていう選択コースをつくって、参加する人はいますかね。どうなのでしょうね。

○長谷川委員 現状では、前年度の6月までにコースとかそういうものを提示して、厚労省の許可を得るというルールです。少しずつ研修を充実させていくということを考えていくと、一般歯科に当たる部分をしっかりやらせることが重要です。選択があることはとてもいいことだと思うのですが、必修の課題が終わらなければ選択には行けない、というほうがきちんとやるべきことをやらせられると思います。もし、事前に前年度に届けているものを実際に運用していくときに、我々はこういうプログラムを組んでいるけれども、この方については必修を最後までやらせたいから、選択のほうをやらないことも可能だよというプログラム運用にちょっとフレキシブルなところを盛り込んでいただけたらありがたいなと思っています。

○一戸座長 今回の資料6が厚労科研の報告書のエッセンスで、この最後のページが、今、長谷川先生がおっしゃったようなことで、この絵は一応先に必修をやったら選択になっていますね。これが本当にこの形がいいのか。

真ん中のは、必修と一部選択を織り混ぜながらずっと行くというのですね。

○長谷川委員 はい。

○田口委員 我々地方大学では、資源が、チャンスが、患者さんがいつでもというわけにはいかないで、4月からいきなり離島に行くとか、~~5~~年間通じて組まれているスケジュールの中で選択する人はそこに行きなさいとかとやっていかないと、3月にみんな離島に行きますみたいになってしまうので、ちょっと無理なところがあって、理屈は非常にすっきりわかるのですけれども、資源が限られているところも考慮しないと。

○長谷川委員 おっしゃるとおり、受け入れ側のことを考えると、選択のプログラムで例

えば1月から3月だけ人がたくさん来られても、その受け入れ人数は限られてしまうので、年間を通して何期かに分けてという形が良いのかなとは思いますが。それは十分理解しています。

○一戸座長 この真ん中の絵は、例えば、週5日のうちの4日間は必修コースをずっとやっていく。1日だけは選択コースをみたいなので、並行してやっていくということを議論しました。

○長谷川委員 はい。

○一戸座長 フレキシブルなコース設計を実際に文章で書いてやってもらうのはなかなかこれは難しいのかもしれないですけども、でも、意図としてはなるべくフレキシブルにつくりたいですね。

○田口委員 既にもう、複数の診療科をローテーションするようなプログラムだと、どの診療科に行きますかみたいなのは、もう既にそれは選択必修ですね。十幾つの診療科を全部行くわけにはいかないから、既に運用されているのは選択必修コースだと思いますし、あるいは、我々でしたら、離島に行くのか、へき地に行くのか、幾つかの中から1つを選びなさいというのも、きっと選択必修でしょうし、お金があるのだったら、別のプラスアルファの研修に行きなさいと言うと、それは単純に選択研修ですが、実はもう既にいろいろ提供がされているのではないかと思うのですけれども、それをきちんと書き込むのかどうかというところなのではないでしょうか。ある意味、ここが一番特徴を出せるというか、売りにできるようなところをやっております。

○一戸座長 まさしく、各施設の売りをつくれるのだらうと思いますので、例えば丸岡先生のようなところだからこそよくできる研修の中身もあるでしょうし、鈴木先生のところだからこそという研修の内容もあるでしょうし、大学病院としてのオーソドックスなやり方もその中に色をつけるとか何とかいうことができるといいのかな。

○新田委員 現行のものだと、コースの中に行動目標が羅列されていて、わかりやすいとか、そういう理解で今まではやってきていて、今回新しくなると、新たな到達目標があって、さらにまた、コースが別にあって、コースごとに、また、到達目標を設定するようなイメージなのではないでしょうか。

○一戸座長 全体としての一般目標・行動目標があってということですか。

○新田委員 今のだと、例えば「習熟コース」の中に医療面接があって、これを1～9まで張りつけたものがほとんどの全ての大学病院のプログラムの中のコースになっているわけですね。今回は新しくなったときに、そこの部分は新たな到達目標が出てきて、必修コースと選択コースが、また、別個にページとしては来るというイメージですかね。

○一戸座長 選択コースは特に各施設が自由に行動目標をつくれるわけですからね。

○新田委員 選択コースはそうです。必修コースは、前は医療面接とか総合診療計画とか、いわゆる一つの項目についてさまざま行動目標がありましたけれども、そうすると、今度は、行動目標自体が新たな到達目標になりますから、いわゆる手技別に分けるのと、2つ

出てくるのかなと。

○一戸座長 それは、参考資料6の後ろのほうに、厚労科研では一応こういうような提案をしたじゃないですか。これがそのまま生きるかどうか知りません。ただ、こんなものがベースにあって、今のような議論をしていただければいいのだろうと思うので。これは、今の習熟と習得の中身をこちらになるべく入れて、それから、ワークショップをやりましたので、そういうところに出てきた御意見を反映させた形でこれをまとめてあるので、これをもとに実際の行動目標などを決めていただければいいかなと思います。

この辺は、次回のワーキングまでに少し眺めていただいて、御意見を、また、いただければいいと思いますので、きょう、具体的などころを詰めるわけにはいかないと思います。

ほかに何か。

○田口委員 これも細かいことですが、選択コースとか選択必修コースは、コア・カリとそうでないのは、あれは6：4とか割合がおぼろげながらイメージがあると思うのですが、メインがどれぐらいでとかそういう割合、あるいは、時間的なものみたいなのも決めるのですか。

○一戸座長 この提案では、必修は最低半分以上ですね。逆に言うと、選択を半分までつくれる。これはそういう提案です。ただ、それはここでの議論で、そんなに選択をふやしてはいけないよとかということであれば、もう少し短くすればいいことですし。

○田口委員 あるいは、目標に到達すればいいということなのではないでしょうか。その目標をどこに設定するのか。

○一戸座長 だから、果たして、本当にそれだけ選択コースとしてたくさんのコースを準備できるのか。なので、それはきょうまさしくこの参考資料6をもう一度眺めていただいて、次回にいろいろと提案していただければと思います。

厚労科研では、自由な発想でいろいろ書きましたので、これがそのまま全てできるかというのはなかなか難しいところもあるかもしれませんので。ただ、意図とすると、なるべくそういう選択をつくって自由度を増すことで、研修歯科医もいろいろな経験ができるのではないかと。もう一つは、大学にたくさんの研修歯科医を抱えなくても済むのではないかと。まさしく病院歯科とか在宅とかそういうことを研修するチャンスもふえるのではないかと。というようなことで、これを書いておきます。

ほかはよろしいですか。

○丸岡委員 資料2の9ページはモデル・コア・カリキュラムの1のプロフェッショナルリズムのところ、「患者中心の歯科医療」と書いてあるのが、それが、14ページのA-2の「患者の価値観や自己決定権を尊重する」というふうに書きかえられているというか、そういう理解でよろしいのですか。

これはどういう意味かといいますと、「患者中心の医療」という言葉は、うちの病院では余り使わない言葉で、実は、うちの理念を決めるときに僕が強硬に主張して、「患者の

立場を尊重した」に変えてくれと言って、変えてもらった経緯がありますので、これはモデル・コア・カリキュラムですから、もう変えられないというか、文科省のほうですから変えられないですが、それがA-2の「患者の価値観や自己決定権を尊重する」という意味としてこちらで書いているのでしょうか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 はい。

○丸岡委員 この表現がすごく好きです。ありがとうございます。

○一戸座長 次回、また、細かいことでもお気づきの点があれば、ぜひ出していただいて、それをどんどん反映させていければと思います

きょうのところは、こんな感じで大体よろしいですかね。随分御意見をいただいたので、よかったかなと思います。

今までの点で、事務局のほうで、ほかに何か追加というか、御指摘というか、ございますか。大丈夫ですか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 はい。

○一戸座長 それでは、時間もそろそろ来ましたので、次回のワーキングで、順々にきょうの議論を具体的にどうやって実現していくかということになるかと思います。

最初にお話ししましたように、このワーキングで原案をつくって、部会で認めていただいたものを、今年の秋ぐらいには一旦出して、パブコメをもらうことになります。早くに各施設に提案をしないと、33年に向けて、来年の準備をしていただかなければいけないので、相当タイトなスケジュールで先生方にはいろいろお知恵を拝借することになるかと思えますけれども、よろしくお願ひしたいと思えます。

それでは、これできょうは終わらせていただきます。最後に、事務局から今後のスケジュール等について御説明をお願ひしたいと思えます。

○藤本歯科保健課課長補佐 皆様、本日は御審議いただき、ありがとうございました。

次回の第2回歯科医師臨床研修制度改正に関するワーキングでございますが、2月を予定しておりますが、具体的な日程はまだ未定でございますので、決まり次第御連絡したいと思います。委員の皆様におかれましては、お忙しいところを恐縮ですが、何とぞよろしくお願ひいたします。

事務局からは以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。

それでは、また、追って御連絡をさしあげるかと思えますので、ワーキングで先生方のお知恵を拝借したいと思います。

きょうはここまでで終わりにさせていただきます。どうもありがとうございました。