

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(第2回)

○藤本歯科保健課課長補佐 定刻となりましたので、ただいまより第2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、まことにありがとうございます。

本日は、オブザーバーとして文部科学省高等教育局医学教育課荒木企画官にご出席いただく予定です。

また、田口構成員は所用により途中でご退席の予定です。

今回のワーキンググループにつきましては、公開となっておりますが、カメラ撮りにつきましては、ここまでとさせていただきます。

(報道関係者退室)

○藤本歯科保健課課長補佐 続いて、配付資料の確認をよろしくお願いいたします。

お手元のタブレット端末のフォルダー内に、議事次第、座席表、委員名簿、資料1、参考資料1から5、参考資料6-1から6-3、参考資料7から9、机上配付として前回第1回目のワーキンググループの議事録をお配りしております。資料の不足やタブレット端末の動作不良等ございましたら、お知らせいただければと思います。

それでは、進行を一戸座長にお任せいたします。よろしくお願いいたします。

○一户座長 先生方、こんにちはというか、こんばんはに近い時間ですけれども、きょうは、お忙しいところ、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

前回の第1回ワーキングの議論を受けまして、きょうは具体的なところを先生方にご意見いただければと思っております。後ほど説明があると思いますけれども、歯科医師臨床研修制度改正における到達目標の個別項目ごとの見直しということで、きょうはお願いしたいと思いません。

早速、議事に入りますけれども、まず、資料1「歯科医師臨床研修制度の到達目標の見直しについて(2)個別項目」について事務局からご説明をお願いいたします。

○山口歯科医師臨床研修専門官 まず、資料1をごらんください。枚数が多いですので、説明を割愛するスライドもありますが、ご了承ください。

まず、スライド2枚目に、第1回のワーキンググループで出させていただきました課題と論点をお示ししております。

続きまして、スライド3枚目に、第1回のワーキンググループで出させていただきました到達目標の見直し(案)をお示ししております。こちらにもありますように、到達目標の構成としては、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」と整合性を図り、医師の到達目標を参考に「歯科医師として求められる基本的な資質・能力」の項目2から9は到達目標の「B. 資質・能力」の2から9の項目と一致させ、1のプロフェッショナリズムにつきましては「A. 歯科医師としての基本的価値観」の各項目と「B. 資質・能力」の1に対応しております。

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「B. 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「C. 基本的診療業務」と

し、臨床研修施設の特色等に応じてその一部を「選択研修」として選択できるようにしてはどうかという案を出させていただきました。

スライド4枚目に、第1回のワーキンググループに出させていただきました「到達目標の構成の変更(案)」をお示ししております。

新たな到達目標においては「A. 歯科医師としての基本的価値観」「B. 資質・能力」「C. 基本的診療業務」を構成要素として、その下に個別項目を設定し、それぞれの個別項目に対して「一般目標」「行動目標」を定めるという案を出させていただきました。

この案についてはおおむね同意いただいたところですが、新たな到達目標を具体的に検討するに当たり参考としております医師臨床研修の到達目標が、一般的にカリキュラムを立案する際に使用される「一般目標」「行動目標」の原則に必ずしもものつとっていなかったことから、今回お示しする歯科医師臨床研修の到達目標の案についても「一般目標」「行動目標」とはせず、一般目標と行動目標に相当する目標の案をお示しさせていただいております。この案につきましても、ご意見等ございましたら、後ほどご議論いただければと思います。

スライド5枚目には、第1回のワーキンググループでいただいたご意見のうち、総論的な内容に関するものをお示ししております。到達目標のあり方については、医師と共通にすることについてはよいのではないかというご意見をいただいた一方で、評価の基準やモデル・コア・カリキュラムとの整合性などの観点からもご意見をいただきました。

スライド6枚目以降、具体的な到達目標案をお示ししております。最初は「A. 歯科医師としての基本的価値観」についてです。

スライド番号7をごらんください。「A. 歯科医師としての基本的価値観」について、第1回のワーキンググループでお示した事務局案について「極めて概念的な態度を示す領域が多いので、一般目標だけにとどめるのもいいのではないか」「歯科医のあるべき姿ということと言うと、Aはベースにくるものであり、BとCの下に地盤みたいにしてあるものではないか」などのご意見をいただいております。

そこで、本日は「A」について、医師臨床研修の当該部分を基本とするが、歯科医療及び歯科医師臨床研修の特色や現行の到達目標との関係等を踏まえ、追加、修正の必要性についてどのように考えるかという観点でご議論いただければと思います。

スライド番号8には、医師の臨床研修の到達目標における該当部分をお示ししております。

スライド番号9、10、11には、現行制度における「歯科医師としての基本的価値観」に関連する内容をお示ししております。

スライド番号12には「歯科保健医療ビジョン」におけるプロフェッショナルリズムに関連する記載を示しております。

スライド番号13をごらんください。医師の「A. 医師としての基本的価値観」と現行の歯科医師臨床研修の到達目標等を踏まえた論点をお示しします。

まず、論点①-1です。医師では、人口構造の変化や疾病構造の変化、医師養成の動向等や入院医療から外来医療への移行を含む医療提供体制の変化等に関する議論を踏まえた記載となっております。歯科医師養成の動向や医療提供体制に関する問題点が異なる歯科医師において「限りある資源」に関する記載についてどう考えるか。

論点①-2です。現行の到達目標に記載されているQOLへの配慮という文言について、研修歯

科医が行う診療においてQOLを踏まえた治療方針の検討は重要であると考えられることから、QOLへの配慮については現行どおり記載してはどうか。

スライド番号14をごらんください。論点①-3、A-3、A-4については、現行の到達目標における記載と大きく変わるものではないと考えられることから、医師臨床研修と同様としてはどうか。

スライド番号15をごらんください。以上の論点を踏まえて「A. 歯科医師としての基本的価値観」の案を示します。A-1から「限りある資源」を削除、A-2には「QOLに配慮し」を追加し、事務局案とさせていただきます。

○岩田歯科保健課課長補佐 続きまして、スライド16からは「B. 資質・能力」についてです。

17ページ目をごらんください。まず、前回、第1回のワーキンググループで「B. 資質・能力」に関する事務局案をお示しさせていただき「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、医学モデル・コア・カリキュラムと共通になっている」「『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」につきましては、委員の先生方よりご同意をいただいているところでございます。

また、前回ワーキンググループにおける「B. 資質・能力」に関しましご意見といたしまして「現行の『基本習熟コース』と『基本習得コース』をあわせて整理し直すイメージということではいいのか」「細かく処置内容などを決めすぎて、それをしなかったら未修了となってしまうのも問題ではないか」とご意見をいただいております。

以上の点を踏まえ、今回のワーキンググループにおける各「B. 資質・能力」の項目につきましての論点は、「項目の構成は医師臨床研修の『B. 資質・能力』を基本にしつつ、各項目に関連する現状の到達目標、モデル・コア・カリキュラム等を踏まえながら、新たな到達目標を定めるかどうか」「『C. 基本的診療業務』及び『選択研修』設定が必要な項目をどう考えるか」とお示しさせていただきます。

まず「B-1. 医学・医療における倫理性」につきましては、19ページ目から21ページ目に、医師臨床研修の到達目標及びモデル・コア・カリキュラム及び現行の到達目標の関連内容をお示ししております。

22ページ目に「B-1. 医学・医療における倫理性」に関します論点をお示しいたします。現行の到達目標と医師臨床研修の到達目標の内容を踏まえた論点といたしましては「医学・医療における倫理性については、医師・歯科医師共通とするものであり、また現行の到達目標をさらに充実させるものになっていることから、医師臨床研修と同様としてはどうか」「研修期間中に体験・実施すると考えられる内容であるが、診療技術としての評価は困難であることから、『C. 基本的診療業務』は設定しないこととしてはどうか」となります。

論点を踏まえ、23ページ目が事務局案でございます。

続きまして「B-2. 医学知識と問題対応能力」につきましては、25ページ目から27ページ目に、医師臨床研修の到達目標とモデル・コア・カリキュラム、歯科保健医療ビジョン及び厚労科研の関連内容をお示ししております。

28ページ目に「B-2. 医学知識と問題対応能力」に関します論点をお示しいたします。現行の到達目標と医師臨床研修の到達目標の内容を踏まえた論点といたしましては「医学知識及び医療に関する知識の獲得と診療上の問題対応能力については、医師・歯科医師共通であり、さら

に現行の到達目標等も網羅するものであることから、医師臨床研修と同様としてはどうか」「『医学』『医療』について、『歯科医学』『歯科医療』に書き換える必要はないか」「研修期間中に必ず体験・実施すると考えられる内容ではあるが、臨床技術としての評価は困難であると考えられることから、『C. 基本的診療業務』は設定しないこととしてはどうか」となります。

論点を踏まえまして、29ページ目が事務局案です。

続きまして「B-3. 診療技能と患者ケア」につきましては、31ページ目に、第1回ワーキンググループ及び歯科医師臨床研修部会で委員の先生方よりいただきましたご意見をお示しいたします。

32ページ目から38ページ目に、医師臨床研修の到達目標とモデル・コア・カリキュラム、歯科保健医療ビジョン及び厚労科研の関連内容をお示ししております。

39ページ目に「B-3. 診療技能と患者ケア」に関します論点をお示しいたします。現行の到達目標と医師臨床研修の到達目標の内容を踏まえた論点といたしましては「当該項目は、診療に必要な基本的な技術や関係書類の記載等に関する内容であり、従来、具体的な目標を設定し、現行の到達目標を多く占めている部分であることから、より具体的な目標については『C. 基本的診療業務』と『選択研修』を設定することで、従来の到達目標の見直し、整理を行うとともに、臨床研修施設の特徴に応じた到達目標の設定が可能となるようにしてはどうか」「『C. 基本的診療業務』において、習得すべき個別の診療技術等、どこまで到達目標として設定すべきか」の詳細につきましては、次回の検討予定となっております。また「歯科においては、総合的な治療計画を立案する能力を身につけることは重要であると考えられることから、当該内容を追加してはどうか」「今後の歯科保健医療において、各ライフステージに応じた歯科保健医療の提供が求められていることから、②にライフステージへの配慮についても記載してはどうか」です。

論点を踏まえまして、40ページ目が事務局案です。②に「診察・検査の結果を踏まえ、一口腔単位の診療計画を作成する」、また③にライフステージへの配慮について追記しております。○藤本歯科保健課課長補佐 続きまして「B-4. コミュニケーション能力」についてご説明いたします。

スライド番号42と43は、医師臨床研修の到達目標及びモデル・コア・カリキュラムにおける「コミュニケーション能力」に関連する内容をお示ししております。

スライド番号44では、現行の到達目標の関連内容としまして、基本習熟コースの「(1)医療面接」と、厚労科研における「コミュニケーション能力」に関連する記載として必修コースの「(1)基本的診察・検査・診断・治療計画」をお示ししております。

スライド番号45では「コミュニケーション能力」に関する論点としまして、現行の到達目標と医師臨床研修の到達目標の内容を踏まえ「患者に対するコミュニケーション能力については、医師・歯科医師に共通するものであり、また、現行の到達目標とも同様の内容となっていることから、医師臨床研修と同様としてはどうか」また、コミュニケーション能力は「具体的な診療技能として評価することは困難であることから、『C. 基本的診療業務』は設定しないこととしてはどうか」の2つの論点としてお示ししております。

論点をふまえまして、スライド番号46では、事務局案をお示ししております。

次は「B-5. チーム医療の実践」についてご説明いたします。

スライド番号48では「チーム医療の実践」に関連する歯科医師臨床研修部会における主なご意見をお示ししております。

スライド番号49では、医師臨床研修の到達目標及びモデル・コア・カリキュラムにおける「チーム医療の実践」に関連する内容をお示ししております。

スライド番号50では、現行の到達目標における関連内容としまして、基本習熟コースの「(6)医療管理・地域医療」及び基本習得コースの「(6)地域医療」における「チーム医療の実践」に関連する内容をお示ししております。

スライド番号51では、歯科保健医療ビジョンにおける「チーム医療の実践」に関連する部分をお示ししております。

スライド番号52は、チーム医療の実践に関する論点を挙げております。

現行の到達目標においてチーム医療に関する記載は少ないですが、地域包括ケアシステムを構築する上でチーム医療の実践は不可欠であり、歯科保健医療ビジョンにおいてもかかりつけ歯科医としての連携のあり方や医科歯科連携の推進等について記載されています。一方、医療機関の状況や地域の医療提供体制によりチーム医療の取り組みについてはさまざまな形があると考えております。

「チーム医療の実践」のより具体的な目標については「C. 基本的診療業務」と「選択研修」を設定することで充実を図るとともに、臨床研修施設の特徴に応じた到達目標の設定が可能となるようにしてはどうか、またさらに今後、地域包括ケアシステムの中で口腔管理を推進していくためには、歯科専門職である歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士間との連携がより重要になると考えられることから、歯科専門職の連携について「B. 資質・能力」に追加してはどうかを論点としてお示ししております。

スライド番号53では事務局案をお示ししております。現行の到達目標と医師臨床研修の到達目標の内容を踏まえた論点としましては、医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図るとして、「① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する」「② チームの各構成員と情報を共有し連携を図る」に加え、新たに③として「歯科医療の提供にあたり、歯科衛生士、歯科技工士の役割を理解し、連携を図る」をお示ししております。

次は「B-6. 医療の質と安全の管理」についてです。

スライド番号55と56では、医師臨床研修の到達目標及びモデル・コア・カリキュラムにおける「医療の質と安全の管理」の関連する内容をお示ししております。

スライド番号57では、現行の到達目標の基本習熟コースにおける「医療の質と安全の管理」に関連する内容としまして「(4)医療安全・感染予防」をお示ししております。

スライド番号58では、歯科保健医療ビジョン及び厚労科研における「医療の質と安全の管理」に関連する内容をお示ししております。

スライド番号59では、「医療の質と安全の管理」に関する論点を挙げております。医療の質と安全の管理については「医師・歯科医師共通するものがあることから、基本的には医師臨床研修と同様とするが、日常の診療において唾液や血液等に触れる歯科診療の特性を踏まえた院内感染対策の実践に関する記載を追加してはどうか」「実践すべき内容が現行の到達目標と同程度に含まれていると考えられることから、『C. 基本的診療業務』は設定しないこととしては

どうか」を論点としてお示ししております。

スライド番号60では「医療の質と安全の管理」の事務局案をお示ししています。現行の到達目標と医師臨床研修の到達目標の内容を踏まえた論点としましては、患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性に配慮するとし、医師臨床研修の到達目標の「① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価、改善に努める」「② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する」「③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う」「④ 医療従事者の健康管理に（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。」の③と④の間に、新たな④として「歯科診療の特性を踏まえた院内感染対策について理解し、実践する」を追加し、「④ 医療従事者の健康管理に（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。」は新たに⑤としております。

○山口歯科医師臨床研修専門官 スライド番号61からは「B-7. 社会における歯科医療の実践」です。

スライド番号62をごらんください。この項目については臨床研修部会やワーキンググループでもたくさんご意見をいただいております。主なところでは、大学病院では訪問歯科診療を実施する診療科がないところも多く、あまねく全員を研修させるのは難しい、訪問歯科診療、多職種連携、全身管理など、卒前は見学なら、臨床研修では参加・実践というように進歩した書き方にする必要はないか、訪問歯科診療の必要性を考える上では社会的なシステムも学ばなければいけない、歯科医師としての最低限の技術と知識を持った上での在宅医療や地域包括ケアシステムへの参画ではないかなどが挙げられます。

スライド番号63、64には、医師臨床研修の到達目標と歯学教育モデル・コア・カリキュラムの該当部分、現行の到達目標における関連する目標を示しております。

スライド番号65をごらんください。歯科保健医療ビジョンには、地域包括ケアシステムに歯科医療機関等が積極的に参画すること、歯科医療機関と介護保険施設等との連携を推進すること、また、歯科診療所は、外来診療に加えて病院や在宅等における訪問歯科診療を行うこと、訪問歯科診療の提供が困難なところは訪問歯科診療を実施しているほかの歯科診療所との連携を図ること、病院は歯科診療所では対応できない特殊な診療設備や、より専門的な技術を要する患者の対応、入院患者に対する口腔機能管理等も行うことが重要と示しております。

スライド番号66は、厚労科研における本項に関連する記載を示しております。こちらでも必修コースに地域包括ケアシステムについて記載しております。

スライド番号67をごらんください。論点②-7-1として「現行の到達目標においては記載が少ない部分だが、地域包括ケアシステムの構築が進む中で、地域保健活動や訪問歯科診療に関する内容を含む本項目は非常に重要で、かつ、医師と考え方を共有する必要があると考えられることから、基本的には医師臨床研修と同様としてはどうか」「当該項目は、今後さらに充実が求められるが、一方、医療機関の状況や地域の医療提供体制等により、地域によって様々な取組があると考えられる」「より具体的な目標については『C. 基本的診療業務』と『選択研修』を設定することで充実を図るとともに、臨床研修施設の特徴に応じた到達目標の設定が可能となるようにしてはどうか」「国際社会への貢献について、1年間が大半である歯科医師臨床研修において到達目標に設定することは難しいのではないかと」を論点に示しております。

スライド番号68をごらんください。論点②-7-2、制度に関する部分（①②）について、歯科

医師臨床研修における到達目標をどのように考えるか、具体的には公費負担医療の活用が歯科での研修において適切かどうかという点についてです。

公衆衛生的な地域保健活動に関連する部分（③④）についてどのように考えるか、具体的には必要な対策を提案するということが1年間の歯科の研修の中で評価できるかという点についてです。

「C. 基本的診療業務」及び「選択研修」の中で、地域包括ケアシステムの推進に関連する次の内容（地域における医療介護連携、訪問歯科診療、かかりつけ歯科医の役割等）をどのように位置づけるかは、詳細について次回議論予定としたいと思います。

災害や感染症パンデミックなどへの対応について、歯科医師臨床研修において文末を「備える」とすることが歯科医師臨床研修の到達目標として適切かどうかです。

以上の論点を踏まえて、スライド番号69に事務局案をお示ししております。②、⑤については文末を「理解する」としております。

スライド番号70からは「B-8. 科学的探求」です。

スライド番号71をごらんください。第1回のワーキンググループでは、早い段階でリサーチマインドを培う必要があるとのご意見をいただいております。医師臨床研修の到達目標、歯学教育モデル・コア・カリキュラムの該当部分もあわせてお示ししております。

スライド番号72には、現行の到達目標における関連内容、厚労科研の到達目標案における関連内容をお示ししております。

スライド番号73をごらんください。論点②-8として「科学的探求については、医師・歯科医師に共通するものであることから、基本的には医師臨床研修と同様としてはどうか」「歯科医師臨床研修の多くが1年間のプログラムであることを踏まえると、医療上の疑問点を『研究課題に変換する』まで到達目標とすることは困難ではないか」「また、医科と比べ歯科領域では治験が少ないことから、治験に『協力する』ことまでを到達目標とすることは困難ではないか」「より具体的な目標を設定した場合、その評価が困難になると考えられることから、『C. 基本的診療業務』は設定しないこととしてはどうか」。

以上の論点を踏まえまして、スライド番号74に事務局案をお示ししております。①は「医療上の疑問点に対応する能力を身につける」、③は文末を「理解する」としております。

スライド番号75からは「B-9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢」です。

スライド番号76、77には、医師臨床研修の到達目標、歯学教育モデル・コア・カリキュラムの該当部分、現行の到達目標及び歯科保健医療ビジョンにおいて関連する内容をお示ししております。

スライド番号78をごらんください。論点②-9として「生涯にわたって共に学ぶ姿勢については、医師・歯科医師に共通するものであることから、基本的には医師臨床研修と同様とするが、現時点において日常の歯科診療での応用は示されていないことから、ゲノム医療については記載しないこととしてはどうか」「歯科医師臨床研修の到達目標を明確にするために、『医師』を『歯科医師』と置き換えることとしてはどうか」「より具体的な目標を設定した場合、その評価が困難になると考えられることから、『C. 基本的診療業務』は設定しないこととしてはどうか」。

以上の論点を踏まえて、スライド番号79に事務局案をお示ししております。「医師」を「歯

科医師」に変えるとともに、③の括弧内を「薬剤耐性菌等」としております。

最後、スライド番号80に、到達目標の構成についてこれまでのご意見と本日の事務局案をあわせた案をお示しします。「A. 歯科医師としての基本的価値観」については「B. 資質・能力」と「C. 基本的診療業務」の全体の基本となるものとして位置づけております。また、「B. 資質・能力」の「3 診療技能と患者ケア」「5 チーム医療の実践」「7 社会における歯科医療の実践」については「C. 基本的診療業務（選択研修を含む）」を設定することとしております。

説明は以上です。

○一戸座長 ありがとうございました。

資料1はきょう、具体的な中身を議論していただきますけれども、今の事務局からのお話についてこの段階で確認等ございましたらお願いしたいのですが、何かありますか。よろしいですか。

それでは、具体的な議論に入らせていただきます。資料1のスライド番号2です。前回のワーキングで先生方に、前半はフリートークのような形で現状の歯科医師臨床研修のお気づきの点、問題点等をご指摘いただきました。後半で、実際どうやって制度を見直していくかということでお話をさせていただきました。

ここに記載がありますように、大きく2つ、到達目標につきましては、基本的な部分は医師の臨床研修の到達目標に準じた形で考えてはどうか。もう一方では、歯学教育モデル・コア・カリキュラムの特にAの部分がございまして、これとの整合も図ることが必要であろうということをご了解いただきました。もう一点は、コースの設計、必修と選択ということですが、これは次回以降になりますので、きょうはその部分の議論はいたしません。

きょうは、医師の臨床研修の到達目標、歯学教育モデル・コア・カリキュラムを踏まえ、新しい臨床研修の到達目標を考えていくということで、先ほど事務局から案をいただきましたので、これについて先生方からご意見をいただきたいということでもあります。

そのときに、これも先ほど説明がありましたけれども、一般目標と行動目標、これはコア・カリのところではかなりきっちりと分けて、あるいはカリキュラムプランニングのワークショップ等では言葉遣いをかなり厳しく求めるところではありますが、実際、医師の臨床研修の到達目標も必ずしもそうっていない、あるいはコア・カリでも一部そういう部分もあるということもありまして、ここの言葉の整理を始めますと、とてもではないけれども、終わらないという現実的な問題があります。今回は、先ほどもご提案がありましたが、具体的に一般目標何々、行動目標何々というふうには書いてありませんので、そういう形が果たしてよろしいかということもあわせて後ほどでもご意見をいただければと思います。そんなことで進めてまいりたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、スライドの3ページ目をごらんください。先ほどお話ししましたように、歯学教育モデル・コア・カリキュラムのAの部分です。「1 プロフェッショナリズム」から「9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢」を医師の臨床研修の到達目標との整合も踏まえて、新しい臨床研修の到達目標では「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）」と「B. 資質・能力」に分けて記載しよう、技能的なところについては次回以降「C. 基本的診療業務」というところでまとめて整理をしたらどうだろうかというお話になっています。

ということで「A. 歯科医師としての基本的価値観」に入りたいと思いますが、スライド6以降です。

スライド7に、本日の一番最初の論点ということで、論点①「医師臨床研修の当該部分を基本とするが、歯科医療及び歯科医師臨床研修の特色や現行の到達目標との関係等を踏まえ、追加、修正の必要性についてどのように考えるか」ということです。ここを議論していただきたいということだと思います。

スライド8に、現行の医師臨床研修の到達目標における基本的価値観がございます。A-1からA-4まで書いてあります。この部分は、その後のスライド9、10、11、12ということで、基本的な考え方はそう変わるものではないのだろうと思いますが、一部、スライド13にありますように、医師の臨床研修到達目標の場合には、例えば「限りある資源」という表現が使われています。これについては、論点①-1で「限りある資源」に関する記載についてどのように考えたらいいだろうか、あるいは、その次のQOLについてはここでは現行どおりに記載したらどうだろうかということが事務局から提案されていますが、まずここから先生方にご意見をいただければと思います。

「限りある資源」という表現ですけれども、これについて事務局からもう一度、このニュアンスというか、医師の臨床研修で「限りある資源」という言葉で何を言おうとしたのか、皆さんに説明していただけるとありがたいです。

○山口歯科医師臨床研修専門官 事務局でございます。

医師のほうでは、先生方もよくご存じのように、人口構造の変化がある一方で、医師の偏在といったものも一つ問題とされております。そういったことで、限りある資源ということが、医師の医療提供体制と歯科の医療提供体制というのが必ずしもここで一致するのか、そういった観点で議論されているということも含めて、歯科でそれを使うことが適切かということで議論いただきたいと思います。

○一戸座長 というご説明です。必ずしも医師数とか限ったことではなく、地域ごとの医療提供体制にかなりの濃淡があるというようなニュアンスと捉えればいいですか。

○山口歯科医師臨床研修専門官 さようでございます。

○一戸座長 そうということですので、基本的に医師の臨床研修の到達目標を横目で見ながら、使えるところは使わせていただくということにせよ、「限りある資源」という表現はいかがかということですが、先生方、いかがでしょうか。何かご意見があれば、どうぞ、大澤先生。

○大澤委員 大澤です。

今、ご説明いただいたように、確かに限りある資源ということで、医師のほうは偏在と医療提供体制が歯科とは異なっているかと思いますが、この部分においてはプロフェッショナルリズムということで大枠の段階というふうに考えると、歯科医師としてもやはりそういった医師の偏在とか、医療の現場のことはわかっているのいいのかなということ、そして、社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努めるというようなことにかかってくる文言だと思うので、入っていてもいいのかなと考えました。

以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。どうぞ、鈴木先生。

○鈴木委員 鈴木です。

この「限りある資源」は、今、人の偏在という、人の資源のことをおっしゃったのですが、もう一つ、お金のことを言っているのではないかと思ったのです。後ろのほうの「B-7. 社会における歯科医療の実践」というところで文章を少し変えています。医科のほうでは「医療費患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する」という文章、これを修正しようという案が出ていませけれども、私もそれに賛成です。基本的に日本の医療は健康保険を主体として行っているのに対して、歯科医療はそれもありますが、歴史的にも自由診療の世界というのがありまして、お金の部分に関しては、いわゆる健康保険だけではないということも考えると、余り「限りある資源」を言い過ぎると、結局、医科と同じ的な意味合いになってしまって、自分たちのもともとの構造を余り尊重していないみたいなニュアンスになるので、あえて外すところに価値があるという気もちょっとしておりますので、この事務局案に賛成です。

○一戸座長 ありがとうございます。

ほかは、いかがでしょうか。新田先生、何か。

○新田委員 「限りある資源」の解釈が、ご説明のあったような医師数と医療費ということですが、論点①-1の中なる「入院医療から外来医療へ」という部分も「限りある資源」に入っているのではと考えています。やはり、医師、入院ベッド、医療機関自体が中央偏在で、ということも含まれているという気がします。ここはどちらかというとならば歯科よりも医科に特徴的な部分であるので、削除してもいいと私は解釈しております。

以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。

ほかの先生方、いかがですか。

どこに注目するかでいろいろご意見が出ていますが、長谷川先生、どうぞ。

○長谷川委員 長谷川です。

私もこれを初めて読んだときには、やはり医療の偏在的なことのほうが強く感じられて歯科には余りなじまないことかなとは思っていました。限られた医療というところは、私、全然観点になくて、そういう点で考えると、限られた材料を有効利用するとか、そういうものも歯科では非常に多かったです。ちょっと悩ましいところではありますけれども、文章的には歯科にはなくてもいいのかなと考えています。

○一戸座長 丸岡先生はいかがですか。

○丸岡委員 丸岡でございます。

私も、この論点①-1の「入院医療から外来医療への移行を含む医療提供体制の変化」というのがすごくひっかかる場所です。がんの化学療法は入院から外来に移っています。ただ、実際、患者さんは結構つらいので入院を希望する方もいらっしゃるのです。余り良い言い方ではありませんが、医療費抑制の一環といいたまいますか、外来に移している面がある。あとは、そもそも医師と歯科医師が違うのは、医科の場合、入院治療はDPCが多く、それは歯科には応用されておられませんので、この項目はあえて入れないほうがいいと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。

田口先生、どうぞ。

○田口委員 田口です。

お話をお伺いしていると、どのご意見にも一理あって、悩ましいのですが、Aの「医師としての基本的価値観」の一番最初にきていることを考えると、資源というのは無限に何でもあるのではない、限りある資源の中で我々は責務を果たして医療を提供していかなければいけないという大きな意味からすると、ここはあってもいいかなと思います。一つずつ見始めると、多分、限界はあるので、医科とは違うというところがクローズアップされてもいいのかなと思いますが、ひっかき回しているかもしれませんけれども、そんな気がします。

○一戸座長 どうぞ、大澤先生。

○大澤委員 大澤です。

皆さん方の意見を伺っていると、特に歯科ということに関して言えば、確かに「限りある資源」という言葉を抜いてもいいのかなという感じにはなってくる状況です。一応、一言。

○一戸座長 いいですよ、先生、これは絶対大事だと。限りある資源はどんなことでも必ず当然考えておかなければいけないのだと思います。

もう一点は、これはイの一番に見えるところなので、そういう意味でも、シンボリックにはあってもいい表現かなという気はするのですが、余りにも当然ということであれば、なくてもいいのかもしれませんが。どうでしょうね。

では、一旦ここは「限りある資源」を取らせていただく方向で、もちろん今後また見直すこともあり得ますが、ここはあえて書かなくてもいいのではないかということにさせておいていただきたいと思います。もちろん、途中の議論の中で復活したほうが良いということであれば、ぜひお教えください。

2点目のQOLへの配慮、これもシンボリックなものですが、いかがでしょうか。これはよろしいですか。

であるとすると、先ほど事務局からご提案いただきました15ページ目、事務局の案がここに書いてありますが、「限りある資源」につきましては、今回、一旦、外させていただきたいということと、A-2に「QOLに配慮し」という言葉を入れておいてはどうかということによろしいでしょうか。

ありがとうございます。

では、これについてはここまでとさせていただきます。

続きまして「B. 資質・能力」のところに移りたいと思いますが、17ページをごらんください。

これから先ずっと各項目で出てくることですが、「C. 基本的診療業務」及び「選択研修」をこの項目ではあえてつくらなくてもよいというもの、当然必要だというもの、これの整理が必要になってくると思います。一番最後の80ページに事務局からの案で「B. 資質・能力」の中では3番と5番と7番についてはCのところ具体的な内容をつくったらどうかというご意見をいただいていますので、これを頭に入れながら具体的なところをご議論いただきたいと思います。

まず、18ページの「B-1. 医学・医療における倫理性」という部分です。

19ページが、医師臨床研修の到達目標、モデル・コア・カリキュラムですね。

20ページもコア・カリ、21ページは現行の到達目標の中で倫理性に関する記載がされている部分を挙げてあります。

22ページに医師の臨床研修到達目標がありまして、この中で記載されていることについて、

赤い枠で書いてありますように、論点②-1、医学・医療における倫理性については医師・歯科医師共通するものであるので、また現行の到達目標をさらに充実させるものになっていることから、医師臨床研修の到達目標をそのままいただくのでもいいのではないだろうかということ、もう一点は、研修期間中、このことはとても大事なことです、一方で診療技術・技能として評価するというのはなかなか難しいことでもあるので、これは「C. 基本的診療業務」の中にあえてつくらなくてもよいのではないかという事務局の提案です。これについて先生方にご意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。長谷川先生、何か。

○長谷川委員 長谷川でございます。

もう一度、BとCのところなのですが、Cをつくるということは実際に何か行動させて見ていくというような形で、Bにとどめておく範囲でやるということは、実際の行動ではなく、そのことが学習なり何なりでできたというところまでで判断していく、あるいはそういう習慣が見られるとか、そういうもので判断するというところでよろしいでしょうか。

○一戸座長 たてつけとすると、コア・カリのAの領域をこちらではAとBに分けて整理しているので、実際の診療技能についてはコア・カリで言うともっと先のところですね。それは今回の臨床研修の中ではCで技能評価をしましょうとなっています。

ただ、当然のことながら、倫理、医療安全、そういう部分も研修の中であるレベルに到達したことは評価されなければならないのだらうと思いますが、具体的に評価項目として書きにくいので、あえてCの領域にはこれは入れなくてもいいのではないかというのが事務局で考えていただいた提案だということよろしいですか。

○山口歯科医師臨床研修専門官 そのとおりでございます。

○一戸座長 そういうことを踏まえて、長谷川先生のご意見をいただければ。

○長谷川委員 ありがとうございます。

私も実際の研修を担当しているとどうしても評価ということを考えてしまうので、その点ではCのところに入れずにBのところだけというのは大賛成です。項目についてはすばらしく練れていると思うので、特に足したり引いたりという意見はございません。

○一戸座長 ありがとうございます。

田口先生、いかがですか。

○田口委員 B-1に関しましては、私もこのままで問題ないのではないかと考えております。

ただ、さっき先生がおっしゃったみたいにCのつくりが、BとCは全く分かれているものではなくて、Bをさらに細かくした部分がCに流れていくというところが、みんなが見てわかりやすいのかなとは思いますが。BとCにすると全然違うものというふうにイメージされるかなというのがありまして、Bの細項目の部分を含ってCというのは、繰り返しですが、何となくどうだろうかと思えます。つくりの話です。

○一戸座長 その辺は、例の四角が積み重なっている絵もうまく描かないといけないと思いますが、ほかの先生方はいかがですか。ここは特段よろしいですか。

ありがとうございます。そうしましたら、こちらについては、事務局からご提案いただいたように、23ページのままの形できょうのところはゴーサインということにさせていただきたいと思えます。

24ページ、今度は「B-2. 医学知識と問題対応能力」があります。

スライド番号25が医師臨床研修の到達目標です。その下半分にはコア・カリの「A-2. 医学知識と問題対応能力」ということで、ここに書いていただいたのは「A-2-1) 課題探求・解決能力」の部分だと思いますが、こういうものが提示されているということです。さらには、現行の到達目標あるいは歯科保健医療ビジョンでもこのような関連の内容が記載されているということ踏まえて、27ページには厚労科研でもやはり同じようなことを書かせていただきました。

ということで、28ページの医学知識と問題対応能力に関する論点ということです。

まずは、論点②-2です。「最新の医学及び医療に関する知識を獲得し」というところですが、「医学」「医療」をあえて「歯科医学」「歯科医療」としたほうがよいのか、それとも「医学」「医療」のままにしておいたほうがよいのか。

もう一点は、先ほどの倫理性と同じく「基本的診療業務」の中にこれを求めるのは、なかなか評価が難しいので、特に記載しなくてもよいのではないかと。

その2点をご議論いただきたいところですが、まず1点目、前文としての「最新の医学及び医療に関する知識を獲得し」という部分、これに「歯科」をつけたほうがいいのか、つけなくていいのか、この辺についてご意見いただければと思います。いかがでしょうか。鈴木先生。

○鈴木委員 「歯科医学」「歯科医療」という言葉をどこかに入れないと医科と同じとみなされる危険性があるので、私はやはり絶対必要だと思います。

○一戸座長 なるほど。ほかの先生はいかがでしょう。新田先生、もしあれば。

○新田委員 私も同意見です。

○一戸座長 丸岡先生。

○丸岡委員 私は逆の意見で、むしろそれを入れるべきではないと思っています。知識としては医学知識があったほうが良いというよりも、むしろあるべきですので、やはりこの知識はあるべきである。ですので、ここを歯科に絞るのは余りよろしくないと考えます。

○一戸座長 ありがとうございます。

ほかの先生はいかがでしょう。大澤先生。

○大澤委員 診療する上で医科の知識というのは非常に重要になっていて、今後の超高齢社会においてはやはり医学、医療に関する知識が必要なのではないかと考えておりますので、「歯科」と置きかえなくてもよろしいのではないかと考えます。

○一戸座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○鈴木委員 追加です。私も医学のところを否定する必要はないと思ひまして、折衷案的な話になりますが、例えば「最新の医学を含む歯科医学」という言い方をして、要するに、歯科医学という領域を、医学とも接点があるというのを明示的に出すことによって両方考えていると言えるかと思ひます。

「医療」と「歯科医療」ということに関してですが、学問としては確かに隣接医学を学校でも習うぐらいですから必要だと思いますが、医療に関しても同じように、例えば入院制度だとか、いろんなことまで知識を必要とするのか、それともオプション的なのかということになると、医療に関してはちょっと薄いとしたり「医療を含む歯科医療」と言わなくても「歯科医療」だけでもいいのかなど、その辺は皆さんのご意見なのですが、両方出すことで、両論併記みたいな感じになりますけれども、まとまるのではないかと思ひます。

○一戸座長 貴重なご意見、ありがとうございます。

どうぞ。

○長谷川委員 私も同じで、あえて含みがある医学だけにするよりは、医学と歯学、両方並べて、見た人が両方ともなのだなというほうがわかりやすいのかなと感じました。

○一戸座長 例えばどんな表現になりますか。先ほどの鈴木先生の。

○長谷川委員 「を含む」とおっしゃいましたね。最新の医学、歯学、それに関する医療ですか。そういう感じで2つ入っているという。

○一戸座長 入っていたほうがいい。

田口先生。

○田口委員 確かに、聞けば聞くほどどれも一理あるような気がするのですが、例えば「最新の医学を含む歯科医学及び医療に関する知識」という感じなのですか。医学、歯科医学をちゃんとはっきり形として見えるようにしておくということですね。私もどちらかということ、ニュアンスとしては幅広くというほうを推したいとは思っていますが、そこに具体的に歯科医学のこともというのであれば、医学及び歯科医学と併記することもいいのではないかと考えています。

○一戸座長 ありがとうございます。

行為としては、医療の中に歯科医療もあるのでしょうかけれども、学問体系としては一応学部が別で、医学教育、歯科医学教育と分かれていますから、そういう意味では、それこそ「医学・歯科医学」と書いたほうがわかりやすいのかもしれないですね。ただ、「医療・歯科医療」というのはどうなのでしょう。

○小嶺歯科保健課課長補佐 事務局です。

少し難しいところで、医師法、歯科医師法でいくと、医行為、歯科医行為、分かれていますので、別という考え方もあります。でも、そうはいつでも医療の中に歯科医療も全部入るところはありますので、ここは事務局でももう少し検討させていただきます。先生方から、医学と歯科医学に関しては両方入れたほうがよさそうだというご意見も結構いただいていますので、それらをあわせてどういった表現ぶりが考えられるか、またほかのものも少し調べながらもう一回検討したいと思います。

○一戸座長 そうですね。ありがとうございます。ここは宿題というか、さらに検討させていただきたいと思います。

それに関連して②の「最新の医学的知見に基づいて」、医師の臨床研修の到達目標ではそう書いてあります。これも今の医学、歯科医学のところはどうしてもかかわってくるかと思えます。これもあわせて検討したほうがよさそうですね。ありがとうございます。

どうぞ。

○長谷川委員 長谷川です。

B-2の部分で、①で臨床推論のプロセス、②で臨床決断、③で診療計画を立案し、実行とあるのですが、この中で、例えば「高次医療が必要な場合に連携していく」というところを、問題解決の中に入れなくてもよいのでしょうか。医科のところにはないものを無理やり考えるのはおかしいのかもしれないのですが。

○一戸座長 それは必要だったらあれですけども、ほかのところはどうですかね。

○長谷川委員 B-5のチーム医療のところでは少しありますが、どちらかという書きぶりが、実際の診療内容とか疾患への対応能力の問題のことではないことで、コミュニケーションに基づくチーム医療が前面に出てきているように感じたもので、提案させていただきました。

○一戸座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。大事な論点かもしれません。これについてはここに入れるのがよいのか、チーム医療のところに入れるのがよいのか、ちょっと検討してみましょう。今、なかなか難しいと思うので、宿題にさせてください。ありがとうございました。

それでは、今の宿題もあるという前提でB-2については29ページに記載のこの内容に当面させておいていただきまして、必要があればまた直したいと思います。

それでは、今度は30ページです。「診療技能と患者ケア」といういよいよ技能的な部分で入ってまいりましたが、これにつきましては、前回のワーキンググループでも大変たくさんのご意見をいただきました。歯科医師としての基本的な技能をきっちり研修しなければいけない、一方では、地域包括ケアというか、地域医療の中での歯科医師の活躍の場をきっちり見て研修してほしいということがありました。

32ページは医師のほうですね。

ここはたくさんあります。厚労科研でもあります。

ちょっと先に行きますが、39ページに医師のほうの到達目標が記載されています。赤い枠の中に、論点②-3ということで記載していただきました。まずは、より具体的な目標については「C. 基本的診療業務」と「選択研修」を設定してはどうだろうかということです。その内容については次回以降またご議論いただきたいと思います。それから、これまでもよく出てきます総合的な治療計画、診療計画の立案をぜひここに加えてはどうだろうかということ、それから、歯科の場合、特に最近よく言われているライフステージへの配慮も必要ではないだろうかということで、そんなことから40ページにそのことを踏まえた事務局案が出ていますが、論点②-3、順々に先生方からご意見をいただければと思います。

まずは、具体的な目標を基本的な診療業務の中に書き込む、これは特に問題ないですね。ここはまさしく技能のところ为主体ですので、それはさせていただきたいと思います。

2点目の総合的な治療計画を追加してはどうかということですが、これについてはいかがでしょうか。特にこれもご異論ないですか。

それから、ライフステージへの配慮ということがありますが、この辺もよろしいですか。

そのままいかないでご意見いただいて結構ですよ。40ページのB-3の案はいかがでしょうか。どうぞ、鈴木先生。

○鈴木委員 歯科医院に通うに当たって、医科の場合ですと、やはり年齢に応じて、例えば高齢者が多い科、小児が多い科とか、診療を受ける科が違うというところがあると思いますが、歯科の場合は一つの医院で小児から高齢者までずっとかかるというケースが多いわけです。そういう意味からすると、一つの診療科がずっと診ていくという、ライフステージという言葉は歯科に特に当てはまるものだと思いますので、やはりここに明示的に書いたほうが良いと思います。

もう一つ、治療計画を作成するという部分に関しても、本来は一口腔単位でやらなければならないのに一歯単位で立てているという現状も結構あると思っています。そういう意味では、

ここでは一口腔単位という言葉を出して、ここに基づいて勉強しましょうというふうな形で、非常に賛成と思っております。

○一戸座長 ありがとうございます。

ほかのご意見はいかがでしょう。田口先生。

○田口委員 今の治療計画のところですけども、これはB-3ですが、先ほどのB-2の最後のところの「診療計画を立案し、実行する」と、ここの「診療計画を作成する」が若干かぶっているような気もしています。

あと、診療と治療という言葉の話もあると思いますが、例えばB-2のほうではもう少し大きなところから、B-3はかなり具体的なところからというのがわかるような表記にしておくのではないかと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょう。どうぞ、長谷川先生。

○長谷川委員 文言のことで申しわけないのですが、一口腔単位という言葉は少し古いのではないかと、一患者単位なのではないかということです。患者さんの背景とか、そういうことも考えての全人的な医療。そういう言葉に詳しい先生方からは批判が出ないようにしておいたほうが良いとちょっと感じました。

ライフステージは、体が年齢とともに変わっていくという話でしょうけれども、ライフサイクルみたいものも考えていくということも入れてもいいのかなと思います。ただ、ここに文言を多くするのは必ずしもいいとは思わないので、①と③のあたりと重ならないようにしながら、うまくつくっていったらと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。

確かに先生がおっしゃるように、①で患者さんの社会的側面まで含めて情報を集めていながら、②では「診察・検査の結果を踏まえ」しかなかったですね。そこは確かに整合がとれるようにしたほうが良いかもしれません。

私、一つ気になるのが、さっき田口先生がまさしくおっしゃいました診療計画と治療計画という言葉で、特に自分のところに来ることができる患者さんにそれぞれ歯科治療を行うのであれば治療計画でいいのでしょうか、訪問先に行って治療などはとても無理という人がいて、それでも口腔のケアはしましょうというときには、治療計画という言葉はちょっとそぐわないのではないかと思います。ここは言葉を少し考えたほうが良いかなという気がするのですが、いかがでしょうか。そういう考え方はどうなのでしょう。鈴木先生、どうぞ。

○鈴木委員 私も、治療と診療を区別して考えています。診療の中に、うちの場合は予防を結構メインにやっていますが、治療と予防という位置づけでおります。要するに、診療というのは治療を含むもっと広い概念と考えていますので、先生のおっしゃる診療という言葉のほうがふさわしいと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。

長谷川先生、どうぞ。

○長谷川委員 長谷川です。

私も、診療というのは診察と治療を略したものだとして理解しておりまして、診療というと診察から治療まで入っていて、治療というと実際に何らかの医療的な介入をするという感じがしま

す

○一戸座長 例えばブラッシング指導というのは、先生のコンセプトでいうとどこに入るのですか。

○長谷川委員 ブラッシング指導は介入なのだと思います。

○一戸座長 治療ということですね。

○長谷川委員 はい。それより前に、例えば検査をしたり医療面接をしたりというところまでは診察だと思いますが、診察から一步入って、ブラッシング指導も治療だと個人的には思っています。

○一戸座長 わかりました。ありがとうございます。

診療とすると、B-2とまたかぶってきて、そこの整理も必要かなと思いますが、私のイメージでは、治療というと、歯を削った、何だのということと現場の研修歯科医の人、指導歯科医の人は捉えてしまって、訪問先でも何かやれみたいになってしまうといけないというところがありまして、そういうことをちょっと感じたものですから。

ほかはいかがでしょうか。

ここの部分は、B-2に先ほど診療計画が出ていまして、その辺の整合もとらなければいけないということで、言葉の見直しは必要かと思いますが、よろしいですか。

○丸岡委員 ちょっと別のことなのですが、④は医師臨床研修の到達目標と同じなのですが、「その根拠に関する医療記録や文書」というのは具体的に何を示しているのでしょうか。その前のページにある「厚労科研における『B-3. 診療技能と患者ケア』に関連する記載」だと「診療に関する書類・記録（診療録、処方箋、歯科技工指示書、診療情報提供書等）」と、すごくわかりやすい表現なのですが、ここにくると「その根拠に関する医療記録や文書」というのは何を示しているのかわからないのです。私がわからないだけであればいいのですが。

○一戸座長 お願いします。

○小嶺歯科保健課課長補佐 事務局でございます。

厚労科研と、もともとベースになっている医科は表現は違うのですが、示しているものは同じだと思います。診療録のことを診療の根拠となる記録という表現を行政庁はするのであるため、恐らくそこの印象があって持っているのではないかと思います。ここで意味しているところは、診療録とか、それに関連する歯科だと技工指示書なども含めての診療にかかわる文書全般を意味しているということでしょうかと思います。

○丸岡委員 「その根拠に関する」が「文書」にもかかるということですか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 「その根拠に関する医療記録」と「文書」が、どこで「や」でつながっているか、ちょっとそこまで詳しくはありませんけれども。

○丸岡委員 済みません。ちょっと細かいのですけれども、何を示しているかわからないようにしているのか、それとも私だけわからないのか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 我々の思いとしては、厚労科研で書いていただいていた38こま目の行動目標の⑥と同じ意味で捉えるということで考えておりました。

○丸岡委員 わかりました。捉えるということで理解いたします。

○一戸座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

では、B-3、40ページにつきましては、おおむねはこの形ですけれども、治療計画、診療計画についてはB-2との整合もありますので、そこは後でまた考えたいと思います。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

41ページの「B-4. コミュニケーション能力」に参ります。医師の臨床研修のことが書いてありますが、その先、コア・カリ、現状の到達目標、厚労科研等でも書いてありまして、45ページにコミュニケーション能力の医師のほうがもう一度記載されています。これについては、基本、別に変える必要はないのではないかとということです。もう一つは「C. 基本的診療業務」は設定しなくてよいのではないかとありますが、ここはよろしいでしょうか。

ありがとうございます。では、46ページはこのままとすることにさせていただきます。

47ページの「B-5. チーム医療の実践」です。チーム医療については臨床研修部会でもこのようなご意見が出ておりました。これから先、地域医療の中で歯科医師が活躍できる場ということで、このチーム医療についてはかなりいろいろなご意見をいただいています。

49ページに医師臨床研修におけるチーム医療の実践ということで書いてありまして、こんな内容ですね。

それから、現行の到達目標や歯科保健医療ビジョンでもこういうことはとても大事ということです。

52ページに、医師の臨床研修到達目標を踏まえて、論点②-5が書いてあります。これにつきましては「C. 基本的診療業務」と「選択研修」を設定したほうが、具体的な行動がありますので、そういうふうにしたほうがいいのではないかとということです。

それから、医師の臨床研修到達目標の場合には、1点目が「医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する」、2点目が「チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る」ということで、この2つだけになっています。彼らのこの到達目標に歯科医師が頭にあったのかどうかよくわかりませんが、こういう記載になっています。これについては、論点②-5の一番下に「今後、地域包括ケアシステムのなかで口腔管理を推進していくためには、歯科専門職（歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士）間の連携がより重要になると考えられることから、歯科専門職の連携について『B. 資質・能力』に追加してはどうか」という事務局からのご提案があります。

ということですので、53ページを見ていただくと、③の赤字で書いた部分が医師の到達目標に追加された形になっているということです。これについて先生方からご意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

ちなみに、田口先生は今、帰られましたが、ここについての田口先生のご意見としては、この③は①と重複している気がする、それをあえて別立てすることに意義を見出すのかというようなご意見をいただいています。こういうことをシンボリックに書くことに意味があるのか、それとも重複という印象を与えてしまうのかということだと思いますが、いかがですか。長谷川先生。

○長谷川委員 長谷川です。

どちらかというと、③が入ることで①が③と同じような「歯科医院の中のチーム」という意味でとられてしまう危険性があるかなと思いますので、①の「医療」の前に、例えば「医科歯科

連携の」とか「医科歯科協働の」というような医療を提供する組織、あるいは地域包括ケアシステムなのかもしれませんし、そういう形の組織の中でというようなことを書いてあげると、③を足したときに生きるのかなと感じました。

○一戸座長 ありがとうございます。

ほかの先生、いかがでしょうか。鈴木先生。

○鈴木委員 この文章全体の中で、歯科衛生士、歯科技工士という言葉が1回も出てきていないというのは問題だと思います。というのは、職業上ちゃんと資格もありますし、その2つの専門職と歯科医師の関係というものが明示的に出ないといけないと思いますので、ここで重複するかどうかという問題はあるにしても、全体の中で1カ所は出すという意味では、ここかあるいはどこかに書いておくべきではないかと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。確かにほかのところは余り出てこないのですね。

ほかのご意見はいかがでしょうか。

ただ、今、長谷川先生がおっしゃったように、①は医師のをそのまま持ってきて、医療を提供する組織というよりも、我々からすると医歯連携の何かそういうイメージがここで伝わるといいのかもしれないですね。いかがでしょうか。新田先生。

○新田委員 ③の「歯科医療の提供にあたり、歯科衛生士、歯科技工士の役割を理解し、連携を図る」というこの書きぶりですと、上に書いてあるような地域包括ケアシステムだとか、そういうところが連想されない気がします。日常の歯科医療という感じもするので、上にあるような「地域包括ケアシステムの中で」とか「チーム医療を提供する組織の中で」とか、何かそこに一つ言葉を入れておかないとわかりにくい気がします。上に書いてあるように、歯科専門職間の連携が、いわゆる地域包括ケアシステムの中で重要だというお話になりますので、それがわかるような書きぶりのほうがいいと思います。これだとちょっとぴんとこない部分があるので、検討の余地があるかと思います。

○一戸座長 なるほど。ほか、いかがですか。

①と③をうまく整理して違うことを説明するのはなかなか難しいかもしれないですね。

そうすると、書き方は別としても、歯科衛生士や歯科技工士という名称を出すこと自体は出したほうがいい、大澤先生もそういう感じでよろしいですか。

○大澤委員 最初にこれを拝見したときに、私も田口先生の意見とすごく近くて、歯科医療の提供に当たり、もちろん歯科衛生士、歯科技工士の役割を理解し、連携するというのは非常に重要なこととは思いますが、もしかしたらこればかりにスポットを当てられてしまうのか、①の医療という全体の枠でいろいろなところに歯科医師が出ていかななくてはいけないところもありますので、薄まるかなと感じはしていたところです。ただ、自分の中で今、これがいいのではないかというのがわからなくなって、コア・カリの中でも既に歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の役割分担・連携ということは出てきてはいるので、自分の中で答えがまとまってはいないのですが、難しいと考えています。

○一戸座長 ありがとうございます

①が歯科医療を提供する組織ということであるならば、③は要らないのだろうと思いますが、ここが地域の医療全体ということの意味するのであれば、③は別途置いておいたほうが確かにシンボリックでわかりやすいと思います。いずれにせよ、①の医療を提供する組織というのは

もう少し工夫が必要かもしれないという感じがするのですが、その辺、事務局の方、小嶺さん、お願いします。

○小嶺歯科保健課課長補佐 少し難しいところで、我々も悩んだのは、B-7にも社会と地域の関係というところで地域包括ケアシステムの部分が出てきます。68こま目を先に見ていただきますと、⑤で「地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する」というところがあり、そこで地域包括ケアシステムが出てくるので、その前のチーム医療のところはもう少し、小さいという言い方はよくないかもしれないのですが、日常的な連携というのもやや意識したところがあります。ここをどう書き分けるのかは難しく、またご意見をいただければと思いますが、あえて地域包括ケアシステムでの歯科職の連携をB-7のほうに書くということもあり得ると思います。こちらのほうではもう少し日常のという趣旨でここまでは書かずにとということもあるかと思いますが、ご議論いただければと思います。

医科のほうの議事録を見ますと、このチーム医療のところにも、地域包括ケア等を提供するため、関係機関や諸団体の役割を理解し、連携するというような趣旨も入ってはいるので、ここに入れても間違いではないというか、言い方はそんなにずれはしないというのもあり、難しいところですが。またご意見いただいて事務局でも考えたいと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。

というような状況で、どうしてもたった一つのところに全てを整理して書き込むというわけにいかないの、オーバーラップする部分は出てくるのだろうと思います。

○新田委員 私、チーム医療というと、多職種連携とか、そういうチーム医療の話かと思っていたので、③は私が最初感じていたとおりであったということですね。わかりました。

①は、医科系の中には、例えば看護師、臨床検査技師、そういう言葉が出てこないの、統一性がないので、読む人が理解しにくくなる部分はどうしてもあると思います。難しいところですが。

○一戸座長 ①は書き始めたら切りがないですから、すごくたくさん職種が出てくるでしょう。これは書くにしても、例えば今は③になっていますが、これを一番最初に持ってくるというのはいかがなのですか。その上で広く医療のことを。

○小嶺歯科保健課課長補佐 整理としてそれもあかなと思います。1番目に歯科医療の話を持ってきて、今の①、②の部分、先ほど先生にご意見をいただいたように医科との連携の部分を明確にした上で歯科の話、先を持ってくるというふうな、①、②も少し変えることによって③を先を持ってくる意味というのはあかなとは思いますが。

○一戸座長 歯科の研修到達目標ですので、そんなことを念頭に置きながら、もし必要であれば、また次回さらに議論させていただくということでもよろしいでしょうか。時間も大分押してきましたので、先に行かせてください。

それでは、次が「医療の質と安全の管理」というB-6のところですが。医師臨床研修の到達目標がありまして、コア・カリ、現行の基本習得コースに記載されていること、歯科保健医療ビジョン、厚労科研等がありまして、59ページに医師のほうの到達目標が記載されています。

この中で、事務局からの提案としては、一つが歯科診療の特性を踏まえた院内感染対策の実践ということ、もう一点は、これだけの特出しして診療業務にするということではなく、これはやって当然のことですから、ここはあえて設定しなくてもいいのではないかと、

60ページの「医療の質と安全の管理」に「④歯科診療の特性を踏まえた院内感染対策について理解し、実践する」を追加したという形になっています。いかがでしょうか。丸岡先生、いかがですか。

○丸岡委員 このとおりで私は大変満足しております。

○一戸座長 ありがとうございます。

基本的なことですので、ここはよろしいですか。この院内感染対策は、残念ながら時々新聞記事とか、いろんなどころに出てきますので、そういう意味でもシンボリックにこういうのを入れておいたらいいかなというところではあります。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、続きまして「B-7. 社会における歯科医療の実践」ということで、まずは第1回ワーキンググループにおける主なご意見ということで、先ほどもありましたが、地域のこと、一方では一般的な診療のこと、いろいろ書いてあります。部会でもたくさんご意見をいただいています。

それを踏まえて、医師臨床研修の到達目標、モデル・コア・カリキュラム等、厚労科研でも触れました。

ということで、67ページに進みます。医師の到達目標は「医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する」と記載されています。これにつきまして、①から⑥まで書いてあります。こちらにつきましては、先ほどもいろいろ論点をいただきました。

基本的には、具体的な内容について、地域の歯科医療ですから「C. 基本的診療業務」及び「選択研修」を設定したいということ、国際社会についてはここまで書くかどうかということ、医療制度についてどこまで書くか、公衆衛生学的な地域保健活動に関連する部分をどこまで書くかというようなことを提案いただいています。あるいは災害パンデミックですね。

事務局案としては、69ページに書いたような整理をしたらどうだろうかということですが、ここはいろんな論点があるかと思いますが、先生方からご意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

まずは「C. 基本的診療業務」でこれの具体的な内容を記載するということはよろしいでしょうか。

それでは、その先ですね。「地域社会と国際社会に貢献」が「地域社会に貢献」になっているということで、1年の臨床研修ですから国際社会はその先考えてもらいましょうかというニュアンスだと思いますが、ここはよろしいですか。

○長谷川委員 数年前に研修のシステム自体の中で多様性に対応するというので、途中で留学があったり、そういうのも可能だということ踏まえてこの辺が入っているのかなと捉えていたのですが、そういう意味では、全員が到達すべき目標に対してこれが入っているというのはちょっと難しいとは思いますが、多様性の中で達成されるシンボルとして入れておくのも一つの方法かなという気もします。

○一戸座長 書くとなると「国際社会に貢献する」まではなかなか書きづらいですね。国際社会にも目を向けるような、そういう素養を養うみたいなことが丸のほうで書いてあるのはいいのかもしれないですね。これは検討課題ということで。

そのほかの部分、医療制度や公衆衛生学的なというところで、もともと医師のほうでは⑥までであったものが、こちらの新しい案では⑤までになっています。医師のほうの①と②をまとめて、新しい歯科医師のほうでは①になっています。「健康保険を含む保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する」ということで、2つをまとめた形になってはいますが、この辺はいかがでしょうか。医療費の負担と歯科医療の中での負担はいろいろと特色がありますので。

○新田委員 医師のほうでは「保健医療に関する法規」になってはいますが、歯科のほうではここにあって「健康保険」を入れたのは②の健康保険を生かしてということですね。まず「含む」まで入れた意図というのは何かございますか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 健康保険の部分については、保険診療の診療報酬の基本になる部分の考え方になるので、ここは研修医のときからしっかり学んでいただきたい。もちろん、①の保健医療に関する法規に入るのですけれども、ここは特にやっていただきたいということで、あえて入れています。

②の医療費の患者負担の配慮とか、公費負担医療の部分についてももちろん大事なところではあるのですが、臨床研修の中で直接、公費負担医療など研修医が接するような場面は余りないかなというところで、①と②は一緒にさせていただいたところです。

○一戸座長 ということで、基本的な保健医療、保険診療について勉強してもらいたいというニュアンスが強いのだらうと思います。ここはよろしいですか。

それから、医師のほうの③、④が少し書きぶりが変わって、歯科医師のほうの②と③になっていますけれども、いかがでしょうか。これは番号が変わっただけですか。

○山口歯科医師臨床研修専門官 ②の文末が「理解する」に変わっております。

○一戸座長 医師のほうの「必要な対策を提案する」がこちらでは「公衆衛生活動を理解する」、基本的なことを勉強してくださいということだと思えます。

次回以降の議論になると思いますが、地域に出る期間というのもなかなか長くとれるわけではないと思いますので、地域歯科医療の基本的な部分を学んでくださいという意味では余りたくさんを求めるわけにもいかないと思うので、このぐらいかなというところだと思いますが、全体、よろしいですか。

ありがとうございました。では、B-7については、一応、この形でいきたいと思えます。

「B-8. 科学的探求」というところで、リサーチマインドの話、医師臨床研修、コア・カリ、厚労科研等の記載がございまして、73ページに医師臨床研修の到達目標が記載されています。3つの項目がありまして「①医療上の疑問点を研究課題に変換する」「②科学的研究方法を理解し、活用する」「③臨床研究や治験の意義を理解し、協力する」ということですが、ここまで1年の臨床研修ではなかなか難しかりうということで、歯科医師のほうでは「①医療上の疑問点に対応する能力を身に付ける」「②科学的研究方法を理解し、活用する」「③臨床研究や治験の意義を理解する」というぐらいでどうだろうかということですが、これはいかがでしょうか。

ちなみに、田口先生からご意見をいただいたのは、「①医療上の疑問点に対応する能力を身に付ける」という表現はB-8の科学的探求という内容から外れているのではないだろうか、表現として違うのではないだろうかということ。例えば「医療上の疑問を科学的に分析する」などの表現がよいのではないかとご意見をいただきました。いかがでしょうか。長谷川先

生。

○長谷川委員 私は、この文章というのは言葉が非常に難しい文章だと思っています。これだったら、素直に「EBMのためのステップを理解する」とか、そういうほうが、実際そういうことだと思います。医療上、自分が医療面接で話していること、いろんな情報の中からちゃんとクリニカルクエストがつくれるということが最初の①のところなのだと思いますが、言葉尻が、余りここに接する機会のない方にとっては難しい、接しにくいところなのかと思っています。

②も「科学的研究方法を理解し」というのが、例えば実際にEBMといっても論文に引く人はそんなにいないと思うので、「ガイドラインを適切に利用する」とか、そういうほうがわかりやすいという気がいたします。

③の「治験の意義を理解する」、治験をやらなければいけないということは、我々はEBMを使って診療するということは科学的なアプローチでいいことなのだと思いますが、歯科の場合にはEBMとかガイドラインというのが整備されていない部分もかなり多くて、自分がやった診療のデータ、そういうものをビッグデータにしてきちんと残していけるようなアプローチについてわかっていることが必要。そういうことで自分たちもEBMを利用する、でも自分たちがEBMをつくっていかなければいけないということを理解するというような意味なのかと理解していて、この文章は文言がわかりにくいと感じています。

○一戸座長 例えば先生だったらどうやって。

○長谷川委員 済みません。宿題にさせてください。

○一戸座長 いずれにせよ、ちょっとニュアンスが曖昧かなという感じですね。

どうぞ、新田先生。

○新田委員 やはり①のところは、田口先生のご意見のように、何か科学的なものを入れておかないとわからなくなるので、田口先生の表現が適切かなと思いました。

○一戸座長 「医療上の疑問を科学的に分析する」はわかりやすい。

○新田委員 私もここをいろいろ考えていたのですけれども、その言葉はフィットする感じがします。

○一戸座長 確かに。

○新田委員 以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。丸岡先生。

○丸岡委員 私は、この文章は絶妙だと思っています。別に科学的に対応する必要はないのではないかと考えています。例えば日常の診療で何か不便だと思うことはたくさんあると思います。こういう道具があったらいいだろうと、今、日本歯科医師会でもやっていますが、いわゆるニーズ・アンド・シーズですね。私はその部署の室長をやっているからかもしれませんが、ふだん何となく診療上で考えた好奇心、どういう道具があったらいいだろうかと考えることはすごく楽しいと思います。医療ニーズを考えるということで私はこの①を理解しました。

②に「科学」が入っているので、あえて①に入れる必要はないだろうと思っています。やはり日常の診療で何でこの病気は治らないのだろう、もうちょっとこういうふうにしたらいだろう、これも臨床研究のシーズになると思います。ですので「活用する」という表現はすごくいいと思います。

「③臨床研究や治験の意義を理解する」、これも実は大事なことで、医師のほうは、いわゆ

る臨床研究法も変わりましたので、その一番大もとを理解する出発点になるだろうと、ですので、私はこの文章は非常に絶妙な文章だと思って読んでおりました。

○一戸座長 ありがとうございます。

特に③は、やはり意義はわかっていなければいけない。1年でそこに参画するというわけにいかないのしょうけれども、このことはぜひわかっていたいただきたいし、危なっかしく臨床研究まがいのことを下手にやらないようにちゃんと手続を踏んでやっていただきたいということでは大事ななと思います。

①については、丸岡先生がおっしゃったことも確かにそのとおりですので、田口先生からいただいたご意見と丸岡先生のご意見も踏まえて、ここは宿題ということで、もう少し書きぶり、ニュアンスを含めて考えてみたいと思います。よろしいですか。

ありがとうございます。では、そうさせていただきます。

その次が75ページです。「生涯にわたって共に学ぶ姿勢」ということで、医師臨床研修の到達目標、コア・カリ等、保健医療ビジョンのことも書いてあります。

78ページにこのようなことが記載されていまして、まず1点は「医師」と「歯科医師」という表現、ゲノム医療等どこまで書くか書かないかというようなことがあります。

それを踏まえて事務局としてつくっていただいた案が79ページです。「医療の質の向上のために省察し、他の歯科医師・医療者と共に研鑽しながら」ということで、ここを「歯科医師」にし、②も「歯科医師」にした。

③は、「ゲノム医療」という言葉は歯科の現場ではまだまだということなので、いわゆるAMR対策アクションプランなのですが、「薬剤耐性菌等」だけが入っているので、何か不自然に浮いている部分もあります。と書いて書き込むと今度はそれだけをやればいいのかみたいに読まれてしまうリスクもありますので、書き方が難しいのですが、一応、事務局としてはこういうまとめ方をさせていただいたということで、これについて先生方にご意見をいただければと思います。

「医師」を「歯科医師」にすることはよろしいですか。

③のAMR対策のところは、これはこれで厚生労働省としても非常に力を入れていることなのですが、「ゲノム医療」にかかわって、歯科としてこれを入れておくといいというものが先生方であれば、教えていただけると入るかもしれません。何かありますか。今、ぱっと考えたら教えてくださいといってもなかなかですね。どうぞ、鈴木先生、何かあれば。

○鈴木委員 どうしても最新動向というと、新技術、新しいコンセプト、そういうところに目が向きやすいと思いますが、一つ、私が最近なるほどと思ったことなのですが、もともとは日本で齶蝕対策にサホライドが使われていましたね。日本ではどちらかというと古い材料で、あんなのを使うかみたいな感じがあると思いますが、実は東南アジアや中南米で結構見直されています。

それはなぜなのかというと、生活水準が上がって齶蝕がだんだん多くなってきた。一方で、なるべくコストがかからないコントロール法ということで、アメリカ人の研究者が日本にサホライドがあるのを見つけて、これはいけそうだと思って研究して、見直されたわけです。IADRでもかなりポスター発表されているという話をその方面の研究者から聞いたのですが、先進国は先ばかり見ている割に自分たちの足元というか、後ろから来る人たちがどういうふうになっ

ているか意外と無関心だと思います。これに関しては、昔の日本で行っていた方法が見直されたという状況です。

日本の歯科医は、そんな昔のものなんて関係ないと言いながら新しいものを追っているのですが、実はそれをベースにしたものが理解できていないという部分があると思います。結局、自分が知っている歯科医療というのは、自分が歯科医になってからですから、長くて20～30年程度なわけです。つまり、40年前、50年前の歯科医療でよかった部分というのは意外と知らないわけです。

でも、40年前、50年前に相当するような歯科医療をやっている国が東南アジア、中南米、アフリカとかあるわけですから、そういう意味でいくと、海外の歯科医療、別に先進国ではなくて、いろんな諸外国ぐらいの感じのそういうことを知るといえるのは必要ではないかと思って、耐性菌の話とは全然違う話ですが、ちょっと見落としがちな視点としてはそういうことをちょっと私は入れたいと思います。実際、うちの研修医にはそういうことを言って、日本の歯科医療はこういう形で来たという話をするときの材料に使わせていただいたりしております。

○一戸座長 ありがとうございます。

AMR対策だけがここに書いてあるとこればかり目が行ってしまうので、かといって下手なものを書くとそこだけやればいいのかになって。

○新田委員 今の鈴木先生のお話で気がついたのですが、たしか最初のほうに医学・歯科医学という議論がありましたので、ここはあえて「歯科医師」を入れるのだったら、③のところも「医学・歯科医学」にして「薬剤耐性菌」を省くのも一つの考えだと思います。歯科医師にとっては医学だけではなくて歯科医学を学ばなければいけないし、歯科医療も学ばなければいけないので、そういう意味合いを込めれば、ここで薬剤耐性菌が出ているのがやはり少し唐突であるので、削除するのも一つの考えかなという気がします。

以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。

このAMR対策は厚労省としても入れたいところですよ。これはほかにも何か入れるべきものがあれば次回までまた考えましょう。

○小嶺歯科保健課課長補佐 AMR対策については、国内だけではなくて世界的な問題になっている部分もあって、国としても問題意識があり、取り上げているところです。

ほかに入れるものがあればというのは、これからCの議論をしていく中でも思いついたらそのとき言っていただければ構いませんので、次までに結論を出すということでもなくご検討いただければと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○新田委員 超高齢社会になって、そこにかかわる歯科医師の姿勢みたいな、そういう部分を最後に入れてもいいと思いました。要するに、歯科医師ができる超高齢社会における役割ですね。そういうのが政策にもかかわってくるし、歯科医学にも医療の最新動向にもかかわってくるので、そういう歯科特有の部分を入れてもいいと思いますが、ここも文言の話と全体の流れ、C領域の部分ともかかわってくるかと思いますが、そういう案も一つあるかと思っています。

○一戸座長 ありがとうございます。それはぜひ考えてみます。

きょう、個別にご意見をいただいたので、全体として見たときにここはちょっと整合がとれていないのではないかというのも出てくると思うので、それを次回以降またさらに詰めていきたいと思います。

一応、今のB-9では、新田先生からもご意見をいただきました③の「医学」「医療」のところ、これは「医学・歯科医学」という形でできればそういうふうにさせていただきたいと思います。

最後、80ページ、途中、一部確認しなかったところもありますが、Aの部分、Bの部分の中で、Bの「3 診療技能と患者ケア」「5 チーム医療の実践」「7 社会における歯科医療の実践」、これにつきましては技能的な側面が非常に多いので、さらにCのほうに具体的な内容を書き込んでいくということで次回以降議論していただければと思います。

ということで、大分、駆け足になりましたが、きょう、全般にわたって先生方からお気づきの点、もうちょっとここをとというのがありますか。丸岡先生。

○丸岡委員 今、思い出したのですが、うちの病院は研修医のミニマムリクワイアメントでインシデントレポートを出すというのがあるのです。アクシデントはなかなか出せませんが、インシデントは出せるので、それを一個書かせるというのはすごく大事だと思います。それをどこに入れ込むのか、これは多分Cの論議になるのかもしれませんが、例えば水がはねたユニットの上に患者さんが座ってしまったとか、その程度でもいいので、そういうのをどこかに入れたいと突然思いました。

○一戸座長 ありがとうございます。

厚労科研ではインシデント事例の何とかと書いてある。ただ、それは、現状では「歯科医療の質と安全の管理」というところに入っているので、入れるとすると3番のところにもそういうのをつくるのですかね。それは考えたいと思います。

ほか、よろしいでしょうか。

残念ながら次回で終わりませんので、まだしばらく続きます。いろいろと議論していただければと思います。

ありがとうございました。では、時間になりましたので、きょうのところはここまでにさせていただきます。今後のスケジュール等のご説明を事務局からお願いします。

○藤本歯科保健課課長補佐 皆様、本日はご議論いただき、ありがとうございました。

次回の第3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」でございますが、3月29日（金）13時半より行います。委員の皆様におかれましては、お忙しいところ恐縮ですが、何とぞよろしく願いいたします。

事務局からは以上です。

○一戸座長 ありがとうございました。次回は3月29日、当初、午前中とご案内したかもしれませんが、13時30分になりましたので、よろしく申し上げます。

それでは、これできょうは終わらせていただきます。どうもありがとうございました。