

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6回)

○大城歯科医療技術参与 定刻となりましたので、ただいまより「第6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、誠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の荒木企画官に御出席いただいております。なお、本日、大澤構成員から欠席の御連絡を頂いております。また、田口構成員は会議の途中で御退席の予定です。今回のワーキンググループについては公開となっておりますが、カメラ撮りについては、ここまでとさせていただきます。

続いて、配布資料の確認をお願いいたします。お手元のタブレット端末のフォルダ内に議事次第、資料1-1、資料1-2、資料2、資料3-1から資料3-4と、参考資料1から参考資料7を格納しております。机上配布資料は、資料1-1「歯科医師臨床研修の到達目標(案)」と「歯科医師臨床研修の実施状況に関するアンケート結果(概要)」の2種類です。資料1-1はタブレットに格納されている資料と同じものです。「歯科医師臨床研修の実施状況に関するアンケート結果(概要)」については机上配布のみとなっております。資料の不足やタブレット端末の動作不良等がありましたら、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。

○一戸座長 それでは、先生方、今日はお集まりいただきまして、どうもありがとうございます。今日もいろいろと御議論いただきますので、早速、議事に移らせていただきます。今日は最初に、以前から議論を行っていた到達目標について、事務局で現時点での案を整理していただきました。資料1-1「歯科医師臨床研修の到達目標(案)」と、資料1-2「到達目標「基本的診療業務」の見直し案」をもとにまず最初に御議論いただきたいと思います。その後、指導体制に関する現状と課題、それから、前回に続いて、大学病院における臨床研修の在り方について御議論をお願いする予定としております。大学病院の臨床研修については、こちらの構成員の中で、大学病院所属の方が4名いらっしゃいますので、その方たちの施設での現状をまず御紹介いただきまして、それを基に議論をしていただければと思います。時間が限られておりますので、早速始めさせていただきます。

では、資料1-1と資料1-2を、事務局から御説明をお願いします。

○藤本歯科保健課課長補佐 まず、資料1-1より御説明いたします。資料1-1は、6月28日時点版の「歯科医師臨床研修の到達目標(案)」です。これまで御議論いただきました「A. 歯科医師としての基本的価値観(プロフェッショナルリズム)」と「B. 資質・能力」、 「C. 基本的診療業務」の到達目標についてそれぞれお示ししております。「B. 資質・能力」において一部修正し、修正箇所は赤字でお示ししております。2ページ目の2. 医学知識と問題対応能力において、①「頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う」の「症候」を「疾患」とし、「頻度の高い疾患について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う」と修正しております。また、新たに④として、「高度な専門医療を要する場合には適切に連携する」を事務局案として追加しております。

次に3ページ目の、6. チーム医療の実践ですが、当初の案では、③は「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」としていましたが、いただいた御意見を踏まえ、新たな案として①「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」としております。

また、当初①は「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」としていましたが、修正し新たな案として②「多職種が連携し、チーム医療を提供するにあたり、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」としております。そして、当初②は「チ

ームの各構成員と情報を共有し、連携を図る」としていましたが、修正し新たな案として③「医療チームにおいて各構成員と情報を共有し、連携を図る」としております。

次は、資料 1-2 到達目標「基本的診療業務」の見直し案です。「C. 基本的診療業務」の見直しの案を表でお示ししております。左の表は第 4 回 WG 後に事務局で修正した案を、右の表は第 4 回 WG 後に事務局で修正した案に対して頂いた御意見をお示しし、中央の表はいただいた御意見を踏まえた本日 6 月 28 日時点の新たな事務局案をお示ししております。6 月 28 日時点の事務局案で、到達目標の文言の修正や並び替えを行った箇所は赤字でお示ししております。また、ピンク色で塗られている箇所は、到達目標(案)の文章や研修方法について御意見が多かった項目又は議論が必要な項目を、灰色で塗られている箇所は、到達目標(案)の文章については修正意見がなかったが、研修方法について御意見があった項目をお示ししております。以上です。

○一戸座長 ただいま事務局から御説明していただきましたけれども、これまで一番最初の頃に A. と B. の到達目標のところを議論していただき、それから C. の所で何回か積み重ねてまいりましたので、A. と B. の所は少し記憶のかたになってしまった部分もありますが、今、お話していただいたように、特に B. の所は、これまでの C. の議論を踏まえて B. の所を少し直したほうがいいのではないかと、今説明していただきました。ということで、B. の所は、現在やっている C. の部分も横目で見ながら、これを後で見えていただきたいと思っております。

C. のほうに入りたいと思っております。今、お話がありましたように、オレンジ色が付いている所は、いろいろな御議論や御意見があったところですが、それから、緑の所は、そうではなかったのですが、研修方法で少しどうだろうかという提案があったところですが、これから見ていただきますが、基本的に、ワーキングも第 6 回を重ねて、もうすぐ部会のほうもやるということですので、よほどでない限り、一旦部会に提案するような形でまとめていただければと思っております。どうしてもここだけはというところがあればですが、そうでなければ、なるべく一旦はこの事務局案でまとめさせていただくと有り難いということ念頭に置いていただきまして、見ていただければと思っております。

資料 1-2 を御覧ください。真ん中の所が 6 月 28 日時点での事務局案ですが、①患者の心理的、これは「基本的」を「心理的」に直したほうがいだろうということですが、それから、②全身状態を「理解」というのを「考慮」に、③検査結果を「判断する」ということを「解釈する」に、これは前回このようなことで先生方からもコンセンサスを得られたかと思っております。ここは表現ぶりの話なので、もしよろしければ、この形で一旦進めさせていただきたいと思っております。

⑤については、鈴木先生からもいろいろな御提案がありましたが、最終的にこのような形で、ただ、「一口腔単位」という言葉はやはり残しておいたほうがいいのではないかと御意見もありまして、現状は、「診断結果に基づき、患者の状況・状態を総合的に考慮した上で、考え得る様々な一口腔単位の診療計画を検討し、立案する」という形でまとめていただきました。いかがですか。よろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。では、一旦、この形で今日の時点ではまとめさせていただきます。

次ページですが、(2)基本的臨床技能等の②です。ここは前回まで、a~e の項目全てに「基本的な治療」が入っていて、f だけ「基本的な管理」ということだったのですが、どの項目も治療もあり管理もあるだろうということがありましたので、事務局で整理していただきまして、「一般的な歯科疾患に対応するために必要となる基本的な治療及び管理を実践する」というように大きくくくっていただいて、その中で具体的な項目として a の「歯の硬組織疾患」以下、f の「口腔機能の発達不全、口腔機能の低下」まで、このような形で並べていただいたということです。このほうが見やすいかということがありますので、よろしければこの形で一旦提案させていただきます。ありがとうございます。

⑥は「医療事故予防に関する基本的な知識と技能」と、もともとオーソドックスな書き方をしており

ましたが、ここでは「対策(知識と技能)」としてはどうかと。これは(知識と技能)を残しますか、それとも「対策」のみ。

○小嶺歯科保健課課長補佐 「対策」だけだとなかなかイメージが湧きづらいかなというのがあって、今、(知識と技能)という形で残しているのですが、もともとこのスタートは、インシデントレポートを書かせるようにしようというのがあったと思うので、例示の仕方として、例えば(インシデントレポート等)みたいな形の例示の仕方もあるかなとは思っているので、そこを今日は御議論いただければいいかと思います。

○一戸座長 ここは新しく出てきた部分でもあるので、先生方から御意見を頂ければと思います。「対策」だけでいいのか、括弧して「対策(知識と技能)」、あるいは具体例としての(インシデントレポート等)をここに書き込んだほうがいいのかということですが、いかがでしょうか。当初、インシデントレポートを提案いただいた丸岡先生、いかがでしょうか。

○丸岡構成員 これでいいと思っていたのですが、予防に関する対策というのもちょっと言葉としてはどうかと一瞬、思いました。ただ、今まではこれでいいと思っていたので、そこは皆さんの御意見をかえって伺いたいところです。

○一戸座長 という御意見ですが、いかがでしょうか。

○長谷川構成員 もしかしたら、「対策」を「方略」とかにしたら分かるのではないですか。

○一戸座長 いかがでしょうか。田口先生、何か御意見。

○田口構成員 難しいですね。でも、単純に「知識と技能」というだけよりは、「対策」という具体的な何か行動を示しているほうが、研修医がこれを読んだときに何をしなければいけないと言われると、「対策」と書いてあるほうがいいと思います。それが逆にインシデントレポートとやってしまうと、それだけやればいいのかみたいになるかなと思いますので。

○一戸座長 そうですね、前も懸念されたところでしたね、それだけでいいのかみたいな。

○田口構成員 むしろ、もうちょっと幅を広く持たせておいたほうが私はいいのではないかと思います。

○一戸座長 ちなみに対策と方略とどちらが。

○田口構成員 対策と方略、学生が方略と言って分かるかなとは思いますが。

○一戸座長 新田先生、いかがでしょうか。

○新田構成員 技能というと具体的に何を示すのですか。インシデントレポートを書くという技能でしょうか？

○一戸座長 これは、医療安全だけではなくて、感染予防も今これにまとめているはずですから、感染予防としての技能というのは多分いろいろあると思いますので、そういうことも含めてだと思えます。

○新田構成員 なるほど。

○一戸座長 「対策」というのは、「予防策」という言葉もあるぐらいですから、別に「対策」でもいいですかね。

○田口構成員 ここで、もし態度が抜けているというようになると、予防しようという気持ちはなくてもいいのかというように。

○一戸座長 そうですね。

○田口構成員 だから、知識と技能だけよりは、入れるのだったら態度も欲しいぐらいですので、むしろないほうがいいのかも。

○一戸座長 「基本的な対策」で一旦まとめましょうか。当然、態度もなければいけないという意見があるので、それでは、「対策」という言葉のみにさせていただきます。ありがとうございます。

次は、(3)患者管理の所で、①は「服用薬剤等」ということで、少し幅広の表現にさせていただいたと

いうことです。②については、必修がいいか、選択必修がいいのか、いまだに御意見が一致していない部分もあります。これは、取りあえずこの形で、更にいろいろな人の目を見ていただくことでいいかと思しますので、現状、このままにさせていただきたいと思えます。

③は、「全身状態に配慮が必要な患者に対し、歯科治療中にバイタルサインのモニタリングを行う」ということで、これはさっぱりしたということと、必修がいいか、選択必修でもいいのか、議論するのはその辺のことでしたか。必修と選択必修のことでしたよね。

○藤本歯科保健課課長補佐　そうですね。

○一戸座長　文章としてはこういうもので、それから、試験が教育を変えるというのと一緒に、ここで求めると研修の質も上がってくるというところもありますので、一応、提案としては「必修」としておいていただき、部会でまた御意見を頂ければと思います。よろしいですか。ありがとうございます。

それから、⑤ですが、「入院患者に対し、患者の状態に応じた基本的な術前・術後管理及び療養上の管理を実践する。(選択必修)」となっていますが、少し先に行っていたら、7/9 ページに似たような表現がありまして、今のページのほうは、入院患者の実際の術前・術後管理及び療養上の管理という体を動かすこと、それに対して、7/9 ページの一番下の「入退院時における多職種支援」はそういう部分の知識レベルのことということで分けています。こちらのほうは全般患者管理ということで、患者に対する医療行為が主眼の行動目標の部分なので、そういうことを書かせていただいて、7/9 ページのほうは、多職種連携の知識レベルのことも基本にということで分けていただいたという形になります。ですので、前よりは少しオーバーラップの部分がなくなって分かりやすくなったかなと思いますので、よろしければこの形にしたいと思えます。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

4/9 ページ、①と②の並びですが、これはどちらがいいか先生方からも御意見を頂ければと思いますが、予防とか何かということ、実際の診療行為、どちらを先に並べたらいいかということで意見がありまして、今、取りあえず予防管理、口腔機能管理というのを先にして、それから診療、治療行為を2番目に並び替えてみたという案です。それがまず1点。

もう1つは、③に「全身状態に配慮が必要な患者への基本的な対応を実践する」ということで、ある意味非常に重要なことなわけですけれども、これは実は今回で言えば、一番上の②ですけれども、「各ライフステージに応じた歯科医療を提供する」ということに結局はそこにくられるのではないかとということで、一緒にしてもいいのではないかと御意見がありまして、こういう形にしてみました。ただ、「ライフステージに応じた歯科医療を提供する」だけだと、先ほどの「全身状態に配慮した」というニュアンスはちょっと薄れてしまうかなと、後から思いました。「各ライフステージと全身状態に応じた歯科医療を提供する」ぐらいにしておくと、③のことも合わせた形になるかなと感じたのですが、これは先生方から是非御意見を頂きたいと思えます。よろしく願いいたします。いかがでしょうか。「ライフステージ」だけだとどうしても年齢とか何とか、そういうことが前面に出てきてしまうので、それだけではないいろいろな状況も踏まえてということかなと思いましたので。

○鈴木構成員　この「ライフステージ」のところに「各ライフステージ及び全身状態に応じた」というようにそこで並記していけばカバー。

○一戸座長　そういうことを、いかがですかということで、今伺いました。

○鈴木構成員　全てにそれは重なると思えますので、まとめるということで。

○一戸座長　ありがとうございます。ほかはよろしいでしょうか。

○田口構成員　①も②もということになるのですか。

○一戸座長　私は②だけ、今の一番上だけ考えていました。2番目の①のほう、ライフステージに応じた歯科疾患の基本的な予防、「ライフステージと全身状態に応じた」みたいに書いたほうがいいですか。

同じことですかね。

○田口構成員 同じですよ。そうすると①も②もということになるのでしょうか。

○一戸座長 なるほど。ありがとうございます。新田先生はいかがですか。

○新田構成員 いいかと思えます。

○一戸座長 ありがとうございます。長谷川先生。

○長谷川構成員 それで、よろしいと思えます。

○一戸座長 丸岡先生もよろしいですか。

○丸岡構成員 これは①も②も「ライフステージ」が入るということですか。

○一戸座長 はい、どちらも「ライフステージに応じた」ということですが、予防・口腔機能管理ということと、具体的な歯科治療行為ということで、分けて行動目標となっている、到達目標になっているということだと思います。

○丸岡構成員 はい。

○一戸座長 それでは、今の一番上の②、それから2番目の①、いずれも「ライフステージと全身状態に応じた」という形でまとめていただいてよろしいですか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 はい。

○一戸座長 お願いします。

○小嶺歯科保健課課長補佐 事務局から1点補足、訂正です。順番を入れ替えたときに修正が漏れてしまったのですが、もともとは①の所で妊娠期・乳幼児期という「期」が入っていたのですが、今、順番を入れ替えると、2番目にその「期」が出てきてしまうようになってしまうので、そこも含めて事務局で整理をさせていただきます。すみません。

○一戸座長 確かにおっしゃるとおりです。その辺は事務局で分かりやすいように整理していただくことにしたいと思います。

それから、先ほどお話ししたように、今の真ん中の列で言うと、③は見え消しになっていますけれども、この部分はなくすということで、その下の4、5番目で③と④という新しい番号が付いています。番号が繰り上がることで、これを選択必修とするか、選択とするか、あるいは必修とするか、なるべく必修に近い形にしたいという思いはありますが、なかなか難しいところですが、いかがでしょうか、長谷川先生。

○長谷川構成員 今の現状では、在宅が必修になると、全ての所で応じられるかどうかはちょっと難しいかと思うので、選択必修ぐらいにしておいて、ほかに何かこれに代わるものを選択できるという形にさせていただいたほうが受け入れやすい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。ほかの先生方もよろしいですか。在宅患者については選択必修と、障害のある患者については、一応、選択というレベルで、いずれにしても、これは部会で御意見を頂いた上で、またこのワーキングでも再度もんでいただくことになろうかと思えますので、では、取りあえずはこの形で一旦進めさせていただきます。

次ページ、(1) 歯科専門職の連携です。3番目ですが、いろいろこれは御意見があり、少し変遷しましたが、現状では「多職種によるチーム医療について、その目的、各職種の役割を理解した上で、歯科専門職の役割を理解し、説明する。(必修)」、以前は「連携する」という形で行動のことを入れていたのですが、ここはあくまでも「説明する」として、その代わりに必修にすると。7/9 ページの所に少し具体的な項目が選択必修等のレベルで入っていますので、そういう形で分けたらどうかということになりましたが、いかがですか。よろしいでしょうか。田口先生、よろしいですか。

○田口構成員 はい。

○一戸座長 では、一旦この形で進めさせていただきたいと思います。

6/9 ページ、(2)多職種連携、地域医療です。地域包括ケアシステムについて、まとめてしまってもいいのではないかという意見もありまして、そのようなことも検討していただきましたけれども、やはり独立して、地域包括ケアシステムそのものの理解と、その中での歯科医療の役割の理解として分けたほうが、研修の内容としてシンボリックではないかということで、このようにそのまま残していただきました。よろしいですか。はい。

7/9 ページ、左のカラムでいくと③～⑥になります。当初、③として、「多職種によるチーム医療について、チームの目的、各職種の役割、歯科専門職の役割を理解し経験する」というのが1つ起こしてあって、その下に、そのほかの多職種チームですが、がん患者、NST とか摂食嚥下リハとか、それぞれが独立した内容になっていたのですが、実際に何をやるかという、がん患者さんやNST なり、そういう多職種の中で、歯科医師として、研修歯科医としてできることを経験しようではないかということになるとすると、③というのが極めて曖昧な内容になってしまうということで、事務局で整理していただきまして、真ん中の欄だと、2つ目と3つ目、③と④となっていますが、元の④と⑤ですが、がん患者さん、あるいは多職種について、元の③に書いてあったような内容を追加していただき、整理していただいたということです。

ですので、新しい③、上から2番目は、「がん患者等の周術期等口腔機能管理において、その目的及び各専門職の役割を理解した上で、チーム医療に参加し、基本的な口腔機能管理を経験する」。その下が、「歯科専門職が関与する多職種チーム(例えば栄養サポートチーム、摂食嚥下リハビリテーションチーム、口腔ケアチーム等)について、その目的及び各専門職の役割を理解した上で、チーム医療に参加し、関係者と連携する」という形で整理していただきました。書きぶり等は、まだ十分もんでいないところもありますので、まずこういう分け方でよろしいかということと、もうちょっと書き方をこうやって変えたらどうだという御意見がありましたら、是非、頂きたいと思います。いかがでしょうか。周術期のがん患者さんのことは、丸岡先生は非常に御意見がありまして、いろいろおっしゃっていただきましたけれども、こういう書きぶりでいかがですか。

○丸岡構成員 チーム医療と言えばチーム医療ですけども、まとめればチームですが、余りチームでやっているというよりは、役割を分担しているという感じですので、言葉の解釈の仕方なのかもしれませんけれども、そのようなことをちょっと思いました。

○一戸座長 田口先生、いかがでしょうか。

○田口構成員 今、おっしゃるとおりで、読み取り方だとは思いますが、文脈としては伝わるのではないかと思います。

○一戸座長 長谷川先生、いかがでしょうか。

○長谷川構成員 私は文言としてはいいと思います。

○一戸座長 新田先生、いかがでしょうか。

○新田構成員 はい。

○一戸座長 鈴木先生、何か。

○鈴木構成員 今、丸岡先生のお話を伺いまして、チーム医療という言葉は余り使わないのですか。

○丸岡構成員 確かに手術前には様々な分野が絡みますので、それをチームと言えばチームなのですが。

○鈴木構成員 チームでということですね。

○丸岡構成員 みんなで議論を出し合っとうこうという感じではないので。

○鈴木構成員 そうですか。私はそういう分野に実際にいないので、もしそうでしたら、多職種による医療という言い方にしてみれば実態に近いかなと思ったのですが、どうですか。多職種が参加するとい

う意味での。チーム医療という言葉を超余り出さないで、だから用語を出さないでいけば、多分、先生の。

○丸岡構成員 私自身の思い込みでこういうことを申し上げるのは非常に申し訳ないのですが、確かにいろいろなところから絡んでいますけれども、私たちがやるのは、その中での口の中の口腔機能管理を分担しているという感じですので、NST か RST みたいにチームで議論するようなことは日常的には余りないのです。口内炎がものすごく激しい方の場合は、例えば栄養士さんと話したりそういうことはしませんけれども。

○一戸座長 ただ、口内炎が激しくて、化学療法なり何なりの治療方針に対して、先生が主治医のほうに何かおっしゃれば、それは正しくチーム医療のごく簡単なことだと思うので。

○鈴木構成員 チーム医療ですね。

○新田構成員 項目としては、「多職種連携、地域医療」という項目なのですね。

○一戸座長 そうです。多職種連携ですかね。

○新田構成員 では多職種連携のほうが良いと思います。チーム医療という言葉が頻出しているので、重み付けが大きい気がします。この項目は地域医療と多職種連携という順番ですが、内容の順番を考慮すると入れ替えたほうが良いと思います。

○一戸座長 全体の順番を。

○新田構成員 C.-2. の(1) 歯科専門職の連携でも、「多職種によるチーム医療について」とありますが、分類としては、歯科専門職の連携で多職種連携ではないので、この部分が確かに、丸岡先生が言われたように、整合性というか、重み付けがちょっと曖昧という気はします。

○一戸座長 いろいろ直しているうちに、またほかの所で整合が取れなくなってしまうので、確かにそうですね。

○新田構成員 ここはまた事務局に整理していただくのが良いと思います。

○一戸座長 チーム医療という言葉と多職種チームという言葉は、幾つかいろいろな所出てきます。

○長谷川構成員 多職種連携という、イメージとして、患者さんが真ん中において、みんないろいろな業種、職がいるという感じを何となく私は想像します。チーム医療という、この輪っかの中の1つに患者さんもいて、患者さんのコンプライアンスとかそういうのを含めながら、患者さんも含めてみんな医療をしていこうというイメージがあって、私個人としてはチーム医療のほうがこれからしていくにはいいのかなと感じるのですが。意見だけです。

○一戸座長 そうですね。いろいろな人がいろいろな感じ方をされるので。今の新しい④のほうは、最初に「多職種チーム」という言葉が出てきて、それで、「チーム医療」というので、③のほうは「多職種」という言葉は出てこないですね。その辺がやはり並べたときに多少違和感があるのですかね。どうなのですか。例えば何でも並べれば良いというものではありませんが、③のほうは多職種によるチーム医療と書いたら変ですか。

○長谷川構成員 いいと思いますけれども。

○一戸座長 では、一旦、③の所は、「がん患者等の周術期等口腔機能管理において、その目的及び各専門職の役割を理解した上で、多職種によるチーム医療に参加し」というようにしていただいて、それから、全体の並べ直しがありますよね。

○小嶺歯科保健課課長補佐 そうですね。

○一戸座長 それを見た上で、先生方に後で確認していただけますでしょうか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 分かりました。

○一戸座長 よろしいですか。それで、また後ほど見ていただいて。一旦その形でできたら部会のほうにも提案させていただきたいと思います。

それから、一番下ですが、これについては、「入院患者の入退院時における」、先ほど出てきた所ですが、入院患者の治療等については、医療行為については先ほど出ましたので、ここでは入退院の支援ということで、その部分の理解をするという形になっています。

次ページです。⑦は「参画する」を「参加する」に変えて、⑧は「連携する」という形にしました。この辺は先生に前回認めていただいたとおりでと思います。「離島やへき地における地域医療を経験する。(選択)」、選択必修でもいいのではないかと、田口先生、いかがですか。

○田口構成員 我々は必修なのですがけれども、問題は、できない所がどれぐらいの感じで行けるのかということによるのではないかと、思います。あと、選択必修にするなら何と比較しての選択必修に並べるのかというところが。

○一戸座長 離島やへき地が余りなさそうな東京医科歯科大学の新田先生はいかがですか。

○新田構成員 離島やへき地は選択にもできません。今言われたように、③から⑧を選択必修にすることになるかと思えます。私どもの大学では訪問歯科診療も必ずできるわけではないので、訪問診療と離島やへき地だけを選択必修にされてしまうと困ります。この多職種連携の中で選択必修になるものが複数あって、その中で各施設で必修であるものがあればよいということですね。周術期は私どもの大学では必修としてますので、離島やへき地を選択必修にさせていただいても大丈夫です。

○一戸座長 離島やへき地を選択にするか、選択必修にするかは、なかなか。

○田口構成員 へき地ではなくても地域医療というくくりであれば、へき地かどうかは置いておいて。

○新田構成員 どこがへき地かという、確かに難しい部分がありますね。

○一戸座長 やはり地域の特殊性もありますので、部会の意見も聞きましょうか。

○鈴木構成員 結局、(2)の中で必修とか、選択必修ということですよ。(2)の中の①②③④とあるものの中で必修が1つあり、選択必修が複数あるという。

○一戸座長 選択必修については、結局、全体の中で幾つ選ぶか、それとも。

○鈴木構成員 そうか、こことは限らないですね。

○一戸座長 という議論をして、今の所は、全体の中で例えば選択必修が9つあるうちの、3つだけどれか選びなさいみたいな形になるというイメージです。

○鈴木構成員 そうすると、離島やへき地が余りなくても、選択上においてそれほど影響はないわけですね。

○一戸座長 はい。

○鈴木構成員 だったら、余りここだけ「選択する」としないほうが正しいような気がしますけれども。特に鹿児島大学のように、それをかなり重視している施設もあるとすると、やはりその状態も見ると必修に近い位置付けというのもあるでしょうから、そこも配慮したほうが良いような気がします。

○一戸座長 先ほど出てきた中では、障害のある人への歯科治療というのは選択になっていますが。

○鈴木構成員 選択ですか。

○一戸座長 はい。訪問診療は選択必修でしたか。

○鈴木構成員 選択必修ですね。

○一戸座長 だから、その環境にもよりますよね。

○鈴木構成員 そうなると、選択と選択必修がどう違うのかという話になりかねないですね。

○一戸座長 はい。これは本当に最終的な制度というか、運用の仕方のところでも考えなければいけないので、選択必修と言っているながら、ほとんど選択の余地がないみたいにかくさん求めてもいけないし。

○鈴木構成員 そうですね。

○新田構成員 1つの項目のくくりの中で複数の選択必修というのを作っていかないと。

○一戸座長 そうですよ。

○新田構成員 今のを全体にしてしまうと、選択と選択必修の区別というのは必要ないような感じがします。

○一戸座長 前回、どうするかというところで、前半の部分と後半の部分で余りにも数が違ったので、前半は選択必修と言いながら、ほぼ必修みたいになってしまっていて、こちらの多職種や何かのほうは、幾つかの項目が選択必修になって、そうすると、選び方がむしろ難しくなるので、全体の中でというように、前回の議論はそうなったのです。

○新田構成員 個々に考えていくと、やはりそこに齟齬が出てくる感じはあります。

○一戸座長 分かりました。田口先生、取りあえず今の形で部会に意見を求めてよろしいですか。

○田口構成員 はい。

○一戸座長 部会でこれは是非、選択必修だということになれば、もちろんそのようにさせていただきます。

最後のページですが、ここは語句を訂正しただけで、特に問題はないかと思えます。一旦、到達目標のC.については、こういう形でもう一度整理をし直していただくということにさせていただきたいと思えます。

それに伴いまして、先ほどの資料 1-1 ですが、B.のほうで、3 ページ目が「チーム医療の実践」ということで、今、先生方に見ていただいたC.の変更等を踏まえながら少し書きぶりが変わったということだと思いますので、これはこの形でもよろしいかと思えます。

2 ページ目の所は、A.の2.の④に「高度な専門医療を要する場合には適切に連携する」というのが新しく入りました。高度な専門医療というの、なかなかですけども。これは主にC.のどの辺を反映してこうなったのですか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 B.の議論のときの最後に、ここは連携の観点も入れたほうがいいのではないかと御意見を頂いて、その後、C.で個別の御意見を頂いたときに、最初に、5 月頃ですか、B.についても御意見を頂いた中で、こういった案で連携の部分はこういった表現はどうかということで御意見を頂いたので合わせています。①の「頻度の高い疾患」に対して、今度、もう少し頻度が少ないけれども、「高度な専門医療」についてはというところで、そこは連携が必要なのではないかと御意見を加えているという趣旨です。

○一戸座長 では、すでにここも議論がされていたということですね。

○小嶺歯科保健課課長補佐 そうですね。

○一戸座長 分かりました。それでは、一旦この形で。多分、8 月ぐらいですかね、部会が行われると思いますけれども、その前にもう一回あるのですか、こちらは。

○小嶺歯科保健課課長補佐 これから日程調整をさせていただきます。

○一戸座長 一応、今日のところは、今、頂いた御意見をもとに、部会に提出するような案をまとめていただければと思います。ありがとうございます。この議論は、一旦ここまでにさせていただきたいと思えます。

続いて、資料 2「指導体制に関する現状と課題」について、事務局から御説明をお願いします。

○藤本歯科保健課課長補佐 それでは、資料 2「指導体制に関する現状と課題」について御説明いたします。スライド番号 2 は、歯科医師臨床研修制度改正に関する論点(案)と今後の対応をお示ししておりますが、今回は指導体制について御議論いただきたいと思います。

スライド番号 3 では、歯科医師臨床研修部会でいただいた指導体制に関する主な御意見をお示しております。指導歯科医の更新制度の検討や、指導歯科医講習会の内容の充実等について御意見を頂いて

おります。

スライド番号4では、指導歯科医の要件についてお示ししております。指導歯科医の要件は、現行では指導歯科医講習会の1回の受講と臨床経験年数等で規定されており、更新制度はありません。また、大学又は大学の歯学部若しくは医学部の附属病院である病院については、5年以上の臨床研修を有する者であって、大学又は大学の歯学部若しくは医学部の附属施設である病院に所属していれば、指導歯科医として取り扱うことが可能となっております。

スライド番号5では、現行の指導歯科医講習会の開催指針についてお示ししております。開催指針は、歯科医師臨床研修制度が必修化された平成16年に作成され、その後、見直しは行われていません。開催指針には、指導歯科医講習会におけるテーマとして、(1)研修プログラムの立案(研修目標、研修方略及び研修評価の実施計画の作成)を必須とし、(2)～(12)の項目の幾つかが含まれていることと記載されており、それぞれの項目については資料にお示ししているとおりです。

スライド番号6では、指導歯科医講習会の開催状況について直近5年間の開催回数と受講人数の推移をグラフでお示ししております。指導歯科医講習会の開催状況は、近年では年間25回程度開催され、受講者数は約800名前後で推移しております。

スライド番号7では、平成30年度の指導歯科医講習会の実施状況についてお示ししております。平成30年度の指導歯科医講習会は26回開催されており、そのほとんどは歯科大学で開催されております。主催者側から提出された開催指針に具体的に例示されていたテーマとしては「新たな歯科医師臨床研修制度」が最も多く、全ての主催者はテーマとして選んでいました。続いて「医療安全・感染予防」が多くの指導歯科医講習会で実施されました。また、開催指針に具体的に例示されている内容以外として、「KJ法」が最も多く、続いて「問題点への対応、2次元展開法」や「歯科医師臨床研修制度の検証」が多くの指導歯科医講習会で実施されました。

スライド番号8と9では厚生労働科学研究より、平成28年度に実施した指導歯科医講習会とプログラム責任者講習会の講習会企画責任者を対象に行った調査の結果をお示ししております。スライド8では、現行の開催指針に含まれているテーマのうち、指導歯科医講習会のテーマに必要と思われる項目をグラフでお示ししております。指導歯科医講習会に必要と思われる項目として「新たな歯科医師臨床研修制度」や「医療安全・感染予防」「研修歯科医、指導歯科医及び研修プログラムの評価」等が多く挙げられました。

スライド番号9では、現行の開催指針に含まれていないテーマで、指導歯科医講習会のテーマに必要と思われる項目をお示ししております。「地域包括ケアシステム」や「在宅歯科診療」「メンタルケア」「要介護高齢者への対応」が多く挙げられました。

スライド番号10では、指導體制(指導歯科医)に関する課題と論点をお示ししております。指導歯科医の課題として、これまで多くの歯科医師が指導歯科医講習会を受講し、指導歯科医になっていますが、指導歯科医講習会を複数回の受講者はほとんどいないと考えられ、実際に臨床研修に従事している指導歯科医師の数は明らかになっていません。

大学病院に所属する指導歯科医についての課題としては、現時点で大学病院に所属し、5年以上の臨床経験を有する歯科医師は指導歯科医とする取扱いになっており、また、大学病院に所属する指導歯科医の指導歯科医講習会の受講状況は、大学間で差があると考えられています。

指導歯科医師講習会の課題については、現行の指導歯科医講習会の開催指針は平成16年以降変更しておらず、直近の指導歯科医講習会のテーマについても類似の項目が多く、全体として同じような内容になっています。また、開催指針に例示されている項目であっても実施されていないテーマも見受けられます。

これらの課題を踏まえ、「指導歯科医の更新制についてどのように考えるか」、「協力型臨床研修施設の指導歯科医に対する質の担保についてどのように考えるか」、「大学病院の指導歯科医について、指導歯科医講習会の受講を義務付けることについてどのように考えるか」、「指導歯科医講習会の開催指針の見直しについてどのように考えるか」の以上 4 つを論点として挙げさせていただいております。以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。今、最後にお話いただいたように、この指導体制ということで、まずは指導歯科医の更新制については、是非、取り入れたほうがいいのだと思いますが、後ほど御意見を頂きたいと思います。それから協力型臨床研修施設の指導歯科医の質の担保ということでもあります。大学病院の指導歯科医は、先ほどもお話がありましたように、現状では、5年以上の経験があれば、一応「みなす」ということで、誰でもなれてしまうというところがあります。これもどうするかという話です。もう1つは指導歯科医講習会の開催指針の見直し、内容等ということで、この点について残りの時間で御議論をいただきたいのですが、いずれにせよ、こういうことにも関連しますので、今日せっかく4大学病院の先生方からそれぞれの施設の臨床研修の現状をまとめていただきましたので、これをお聞きいただいて、その上で今のような点について御意見を頂ければと思っております。

順番といたしましては、田口先生にまず最初にしていただきまして、それから新田先生、長谷川先生、最後に私も東京歯科大学の事例を御紹介させていただきたいと思っております。田口先生は飛行機の都合で5時半ごろ、先に退室をされますので、まず、田口先生から御説明をお願いいたします。

○田口構成員 概ね7、8分です。手短にお話したいと思っております。私は声がちょっとこんな感じでお聞き苦しいところがあるかもしれませんが、よろしく願いいたします。鹿児島大学の歯科医師臨床研修プログラムの現状ということです。1ページ目の下の所で、研修プログラムの到達目標と個別行動目標を掲げております。一般的なものがずらずらと並んでいますが、特に重視しているのは、個別行動目標の2番の医療コミュニケーション能力の基礎を修得するであるとか、5番目の高頻度の治療の臨床能力とか、9番目の地域医療とか、11番目の自己主導型学習、こういった所を主眼において、研修の指導を行っております。

1枚めくっていただきスライド3ですが、研修プログラムは我々の所は全部で3つ持っております、大学病院歯科医療(A)というものと、大学病院歯科医療(B)というものと、地域歯科医療プログラムです。上の2つが単独型、下が管理型ということになっています。募集定員は53名で、学部の定員と同じということになっています。

それぞれの特徴ですが、(A)プログラムという、大学にずっといるプログラムですが、これは図に示してありますとおり、半年間は私どもの歯科総合診療部に6か月、残りの6か月間は残りの12診療科から1つ選択をして、そこにずっと行くということです。結局これを選ぶ子たちは、将来もうこれをやると決めている人とか、あるいは大学院に進学をしたいとか、割とそういう感じの子が多いものですから、我々の歯科総合診療部にいる間にできるだけいろいろなことを学ばせたいということで、(A)プログラムだけは、特別にというわけではありませんが、週1回3か月ほどですが、下から2番目の所に書いてありますが、外の研修協力施設の一般歯科診療所に出向させて、そこで地域歯科医療を学ばせるとか、そういった工夫をしております。

次の(B)プログラムは(B1)と(B2)と2つに分かれております。(B1)の上のほうですが、基本は3か月×4のブロックに分かれています。1つはピンク色の成人系、成人系というのは保存科、補綴科など4診療科から1つを選び、次の発達系は口腔保健科、矯正、小児から1つを選び、あとブルーの所の外科系から1つを選び、残りは歯科総合診療部ということです。当初、ローテーションプログラムはこれだけで従来やっておりましたら、やはり常に研修医たちから希望があったのは、どうして保存と補綴の両方

が研修できないのですかと。成人系というのは保存と補綴の4診療科から1つを選ぶということになっておりましたので、それは確かにそうだという意見を組み込んで、(B2)とって、これはいわゆる高頻度治療系の保存系から1つ、補綴系から1つ、口腔外科系から1つというふうに、新たにプログラムを立ち上げて、これは5年ぐらい前から(B1)と(B2)という形で運営をしています。(B1)、(B2)はいろいろな組み合わせがありますので、結局、研修医たちはこの(B1)(B2)プログラムを選ぶ希望者が多いというような実態があります。

スライド7の所ですが、地域歯科医療プログラムというのは、私どもの所は6か月間協力型施設に向かうプログラムで、残り6か月は大学病院にいるということになっています。特徴の所にありますが、私どもの所は協力型施設は全部で38、大体40前後でやっておりますが、そのほとんどが県外です。鹿児島県の施設は今11件ほどだと思いますが、非常に少ないです。といいますのも、この協力型施設で協力してくださる先生は私どもの卒業生が多くて、卒業生はほとんど県外出身なのです。鹿児島出身者が鹿児島大学歯学部に入ることは非常に少ないものですから、どうしてもこういう構造にならざるを得ないのですが、そういった形でいろいろな所で勉強することができるという体制になっています。そして、このプログラムは離職型、離籍型出向という形で、そちらのほうに就職させるという形を採っています。

スライドの8、9、10はそういったことで、臨床研修施設のリストはありますが、見ていただきたいのは鹿児島県内の施設が11施設、それ以外は九州県内、あるいは関西とか、関東とかという施設が多いということをお覧いただけるかなと思います。

スライド11ですが、今の施設がどれぐらい実際に稼働しているのかというのを、過去平成18年からずっと現在まで表わしているところです。ちょっと色が濃くて見にくくて申し訳ないのですが、実際にそれぞれの年度で稼働した施設が、多いときには10幾つの施設、少ないときには3、4施設ぐらい。出向した研修医の数は、少ないときには4名、多いときにはプログラムの定員いっぱいの15名という感じで派遣をしております。九州の所だけ図に示しておりますが、鹿児島の施設を選ぶ人が年々増えていっています。この丸の色は横の四角と連動していると見てください。一番下の紫色が一番多いのは、やはり直近は鹿児島を選ぶ人が多いということを表しています。

スライド12の所ですが、今度はプログラム共通の研修内容で、ちょっと特徴がありましたので、一応これも入れておきました。全てのプログラム共通の研修内容としては、12ページは4月の一番最初の1か月のことを表していますが、私どもは一番最初の研修の初日、初日はオリエンテーションがありますが、それが終わって現場に出て行くとき、一番最初にOSCEを行います。12診療科あり、13ステーションのOSCEをやっております。7日と10日、この辺はワークショップをやっております。具体的な内容は次の13ページの所ですが、オリエンテーションプログラムの中で我々は参加型のワークショップでプロフェッショナリズムとか、保険診療、ヘルスコミュニケーションなどをワークショップ形式で学ばせたりしています。あとは、そこに書いてある一般的なものがずらずらと並んでいます。

スライド14は全プログラム共通の研修内容ということで、これはもうあらかじめ我々が指定をした指定研修、口腔外科外来・病棟、麻酔・全身管理、放射線、漢方といったものは全員に学んでいただいております。

スライド15ですが、全プログラム共通の内容です。処置研修というのは、これがいわゆる一般的な高頻度治療をするものですので、ここにあって書くこともなかったかもしれません。シミュレーション研修は、自由に練習するための器具を用意しておりますので、自由に研修ができる。選択研修とって、これはいろいろな希望する科に、メインのローテーション以外のところでの研修ができますよというようにしています。

スライド 16 です。各種セミナーであるとか、3 番目の辺りは FD 講習会、これは学部の教員対象の FD 講習会、教育系の講習会も聴講可能ということにしておりますが、参加する人は余りいないというのが実情です。

スライド 17 の所で、ここからが研修協力施設ということで、いわゆる選択したりとか、全員行かせたりというところなのですが、先ほど地域医療とか離島医療の話がありましたが、この 2 番目の巡回診療というところが、1 つは施設診療といって、いわゆるへき地診療、それから離島診療というのが実際の離島です。この 2 つの中から、必ずどちらかには参加してくださいねというふうにしています。参加費（旅費、宿泊費）についても我々のほうでお金を負担しておりますので、本人たちが払うことは、実費、食費ぐらいになっております。下のほうにもありますが、訪問診療というのがあります。これは結局大学ではできませんので、外の診療所、協力型施設をお願いをして、そこに全員を行かせて訪問診療をしているというのが現状です。離島に関しては、その下の左側のブルーの地図みたいなものがありますが、赤のラインが引いてある所、全部で 10 個ぐらいの島がありますが、鹿児島県が抱えている人口が 100 人前後の小さな島で、そこに鹿児島県歯科医師会が巡回診療といって、一番右下にあります、船に訪問診療車を乗せて、船で巡回して行って、そこで診療をするという体制なのですが、これに同行させてもらって、診療もするというような研修になっています。

スライド 19 ですが、上のほうを御覧いただくと、実際に公民館みたいな所を借りて、ポータブルをばたばたと数時間で組んで、午後からずっと診療をして、時には来場者さんとお話をしたり、講話をしたり、片付けも全部自分たちですとといった、一連のこと全部自分たちでやるというような研修をやっています。離島はそんな感じです。

スライド 20 ですが、訪問歯科診療、全身管理、チーム医療、こういった研修については、結局大学病院でもできない所がありますので、こういった協力型、あるいは研修協力施設の力をお借りして、やらせていただいているのが実情です。

スライド 21 で、研修の評価方法については、私どもは DEBUT を使っております。DEBUT というのは、1 回覚えてしまうと、もうそれですと突っ走ることができますので、覚えている人たちが多かったものですから、DEBUT を基本的には使っております。それ以外に、先ほどお伝えしましたが、OSCE を年 2 回やっております。これは研修の初日と、最後のほう。結局なぜ 2 回やるのかというと、初期のときには当然臨床ができないわけですが、後半になるとできるようになっていると。その実力の差を自分自身が体験、体感することができるという意味で、これはどちらかということ、研修の評価方法というよりは形成的な評価としての OSCE と。いわゆる方略としての OSCE という形で使っております。

2 番目のポートフォリオ評価、これは SEA (Significant Event Analysis) といって、振り返り記録を重視するような、与えられたものだけではなくて自分で学び取ってくるようなものをちゃんと記録をして、評価の対象にするというようにしています。

3 番目の総括的評価ですが、これがいわゆる総合的に評価をするものなのですが、ケースが何ケースあったとか、そういったものはもちろん大事なのですが、それだけにとらわれずに、もっと総合的に評価をする必要があるだろうということで、その下の 22 ページにあります、知識、態度、技術、情報収集、総合判断、そして概略評定としてプロフェッショナリズム、一番最後の所には歯科医療者としての適性、そこも含めて全ての項目について 4 段階評価を全診療科から出していただきます。最終的には下から 2 番目の総合評価、A、B、C、D という所を、全部点数化をして、研修期間、12 か月分の何箇月ということで、各科の研修期間で按分をした形で評価をするようにしています。そうすると、不公平がないとか、なぜこの人が A なのかと言われたときに、その根拠は、ここの知識がこうだからですよみたいな根拠ができるということで、総括的評価というのを昔から使っております。

最後ですがスライド 23 の所で、これは一応数字ということでしたので、プログラム責任者講習会の受講者数は、記録があるものを探したところ、7 名でした。ただ、受けたけれど外に出てしまった人とかもおりましたので、現在の在席者中では 7 名でした。現在の指導歯科医の数は 93 名で、指導歯科医講習会の受講者数は 89 名でした。ということは未受講者が 4 名いるのですが、2 人がこの 4 月に採用されてきた人たちで、残りの 2 人は教授でした。この教授の 2 人は、証拠(修了証)がないというので、我々はそこは結構厳しく線を引いています。一応 89 で、実質はほぼ全員受けているというのが現状です。以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。今の段階で田口先生に、何かお聞きになりたいことはありますか。よろしいですか。9 割方、皆さん在籍なのですか。

○田口構成員 在籍です

○一戸座長 あと、その離島診療は何日ぐらい行かれるのですか。

○田口構成員 長い所ですと 1 週間ぐらい、ちゃんとしたルートでは 4 泊 5 日とか 6 泊 7 日で組むのですが、ほとんどの場合はこの季節にやりますので、雨で船が止まるとか、それはもう日常茶飯事です。だから、もう研修期間がある意味かなり弾力的に運営をしないとできないような、欠航になってキャンセルになることはもう年間何回もあります。

○一戸座長 行けないのだったらまだいいのですが、行って帰って来れないと大変ですよ。

○田口構成員 それもありますね。どっちがいいのか分かりませんが。

○一戸座長 無理やり休まされてしまうとか。

○田口構成員 そうですね。本人は楽しい。

○一戸座長 分かりました。よろしいですか。ありがとうございます。では、新田先生お願いします。

○新田構成員 それでは、東京医科歯科大学の臨床研修プログラムの概要をお話させていただきます。東京医科歯科大学の特徴は 2 ページにありますように患者数が多いということです。ですから、臨床実習、あるいは臨床研修に配当できる患者さんがある程度確保されているということです。3 ページですが、臨床研修制度の導入は、昭和 62 年に一般歯科医師臨床研修委託事業が開始したときから東京医科歯科大学では臨床研修の制度を始めています。

4 ページにありますように、昭和 62 年から平成 18 年度に必修化されるまでに、988 人の研修歯科医を受け入れています。そのうちの 2 割の 200 人が東京医科歯科大出身で、ほかは他学出身ですので、他学出身の研修歯科医に対しての指導に慣れている、指導力を培われたということがこれで分かるのではないかと思います。5 ページは、必修化後の直近 7 年間のものですが、右下の他学率というか、定員は今 66 名ですけれども、今年は 42%の方が東京医科歯科大以外の大学を卒業した方ということで、かなり他大学卒の研修歯科医も来ています。

そういう背景がありますので、うちのプログラムの特徴は、恵まれた診療機会ということです。研修歯科医でもいいという患者さんが多いということと、後ほど出てきますが研修歯科医用のユニットが 30 台ありますので、恵まれた診療機会を得ることができます。あと診療実践型ということです。参加型と言われてはいますが、うちの場合は実際に担当医制で実際に診療をするので、あえて「実践型」ということで赤い字で強調させていただいています。先ほど申し上げたように研修歯科医の受け入れが昭和 62 年度から始まっていますので 20 年以上の歴史を持つ臨床研修制度、教育熱心な指導歯科医がいるのが特徴となります。

7 ページをご覧ください。うちのプログラムも全部で 3 つございます。プログラム 1 はいわゆる群方式の 6 か月東京医科歯科大、6 か月協力型。プログラム 2 は通年総合診療研修と言って研修歯科医用の診療室で通年研修します。プログラム 3 は、定員は少ないのですが、これは 4 か月ごとに 3 つ、保存科、

補綴科、口腔外科をローテーションするプログラムです。東京医科歯科大ではプログラム1の人数を多くして、なるべく外の歯科医療の実態を知ってもらうように考えています。

8ページです。それぞれのプログラムの特徴ですけれども、今申し上げたようにプログラム1では協力型に行ってもらって大学以外の歯科医療事情、歯科医療形態を知ってもらいたい。プログラム2では通年患者さんの治療ができますので経過管理、治療を1年間やれるという特徴です。プログラム3は、実際には自分の患者さんを持ちませんので指導歯科医のアドバイスの下、上級者の診療を見ながらあとはレジン充填の一部などをしてもらうようなものになっています。

プログラム1は群方式です。うちは協力型施設が現段階で46施設あります。10ページを見ていただきますと、一番ピークが52施設だったのですが、今、協力型の募集をしていません。このグラフの下の方は実際に研修歯科医が研修に行った施設数になりますが、大体30施設ぐらいあれば充足していることとなりますので、今は協力型臨床研修施設の新規の募集はしていません。私どもが良く知っていて、大学で教育経験があつて東京医科歯科大の事情を分かっている開業した先生の診療所に協力型臨床研修施設となつていただいています。1年に1つぐらいずつ増えているところです。割が合わないと思つた協力型施設は辞めていくという感じではあります。うちも完全移籍型ですので給料は協力型のほうから払ってもらっています。

今、訪問診療と地域医療のことが課題になっていますが、私たちの施設でも、協力型で訪問のほうをやってもらいたいと思つているのですが、このスライドは協力型臨床施設の年次報告書に記載された実際の訪問診療をやっている患者数の2018年度の集計です。黄色で記載した施設は2019年度派遣予定の協力型施設になっています。鈴木先生のところのベル歯科は訪問患者数は2,200人ぐらいですから、ベル歯科に研修歯科医が行くとそこで訪問も経験できることとなります。中には全然やっていない所もあります。今、こういった実態です。訪問診療をしている協力型の施設には、なるべく研修歯科医に訪問に参加するようにとお願いをしているところです。

プログラム2は、通年大学病院でやる研修です。13ページを見ていただきますと、研修用のユニットが34台ございますので患者さんを配当して、こちらにありますように一対一で患者さんを診療するスタイルになっています。診療風景が14ページにあります。指導体制は歯科総合診療部3名、保存科3名、補綴科3名、口腔外科1名の指導歯科医が常駐し、あと非常勤の臨床教授6名に日替わりで来ていただいております。

本院の指導歯科医の概要ですが、指導歯科医師数は、うちの場合は大学病院なので臨床経験5年以上の人ということで150名程度、そのうち指導歯科医講習会を受講している方は72名ということになっています。プログラム責任者講習会の受講者は今、18名、現役でいます。

研修歯科医用の施設として、22台のラボユニットを有する研修歯科医技工室が用意されており、基本的に外注もできますけれども、外注のできない技工物、例えば個人トレーとか個歯トレー、あるいはインレー、メタルコアなどは研修歯科医が作るようになっていきますし、技工の好きな研修歯科医は金属床も自分で作れるようになっていきます。東京医科歯科大の非常にいいところは専門の歯科技工士が常駐していますので、技工に関してもかなりのレベルの指導を受けることができます。

次に「全身管理研修」です。これは選択研修ではなく選択必修になっています。歯科麻酔科、スペシャルケア外来、これは高齢者を扱っている所ですが、あと障害者歯科、病棟、この4つの中から必ず選ばなければいけないということになっています。プログラム1は週半日を5か月間やってもらいます。プログラム2は週半日を5か月、あるいは通年でやりたい人は11か月、プログラム3は必ず外科にいた時は病棟に2か月行ってもらふことになっています。このような形式で選択研修をやっています。

周術期に関しても、2年前から必修ということで、研修歯科医は毎週半コマ以上と書いてありますが、

ちょっとこれは間違いで、必ず半日以上は全員行くことになっています。毎週半コマ行っているわけではなく年間で半コマ以上は行くことになっています。だから、ちょっと見学しに行く程度です。ちょうど、東京医科歯科大学は隣に医学部がございますので、そちらで出張するときと一緒にしてもらいますが見学程度です。

「選択研修」は、各診療科それぞれプログラムを出していただいて、研修歯科医が好きな選択研修を受けられることになっています。赤字になっている「息さわやか外来」と「摂食リハビリテーション外来」は地域医療という分類になりますので、「息さわやか外来」に行くと、保健所の研修が4日から5日あります。そこに2018年では6人行っています。摂食リハは大体3日間行って、いわゆる治療ではなくて検査の方をやります。2017年は20人行っていたのですが2018年度は3人と、年度によって希望者の数が変動しています。

プログラム3はローテーション研修ですので4か月ごとに3科を回ることになっています。

研修の評価と修了認定についてです。プログラム1の協力型臨床研修施設での研修は所定の評価表で評価してもらっています。総合診療研修、プログラム1と2では、ベーシックリクワイアメントの達成、ケース数を出してもらっています。プログラム3はケース数ではなく、やはりこれも協力型臨床研修施設と同じような評価表で評価していきます。

プログラム1、半年、東京医科歯科大にいる人たちはリクワイアメントとして、「合計点数900点」と書いてありますけれども、それぞれ東京医科歯科大では下にあるように保存修復では単純窩洞は5点、歯内治療では1根管処置すると20点等、それぞれ診療項目によって点数が決まっており、その合計点900点がプログラム1のリクワイアメントとなります。プログラム2、通年ではその2倍の1,800点になっています。

25 ページです。プログラム1A、後半に東京医科歯科大に来る人たちのケース数が書いてあります。多い人は修復を32症例、クラウン・ブリッジも12症例、義歯も9ケース作成しています。平均の点数が大体1,440点ですので、普通にやっていたら900点は超えます。同様にプログラム2もそうです。通年のプログラム2の平均点が3,400点、リクワイアメントは1,800点ですので、これも普通にやっていたらこれぐらいの点数にはなります。御覧のように修復も64ケース、クラウン・ブリッジも18ケース、義歯も13ケース等、結構やる人はやるということです。

それから、先ほど申し上げたように東京医科歯科大の総合診療研修は一对一で患者さんを担当していますので、どれだけの稼働額か病院で出てきます。大体、プログラム1の半年の人は平均で15万円から18万円の稼働額になります。プログラム2の人はやはり経験が増えますので稼働額が月で25万円ぐらい、大体自分の給料分まではなかなか稼いでいないというのが実態です。患者数もすぐ出ます。大体、半期の人は200人ぐらい、通年の人は500人ぐらいの患者を診ているということになります。あと、プログラム3の保存科研修ではミニマムケースを設定しています。

東京医科歯科大学では必修化になってから今まで1,116人の研修歯科医が修了しています。その間、いろいろプログラムの改革・向上等をやって、全身管理研修は最初からですが、摂食リハ研修は2015年から、周術期の研修は2017年からやっています。評価にはポートフォリオを導入しており、研修歯科医セミナーでは学外から講師の招聘もあります。あと、最近、外国人の受験生がいますので、去年からは採用試験で英語での回答も可にしています。研修歯科医教育への先端技術の導入も図っており、ここにあるセレックなども2013年、感染対策でクラスB滅菌器も研修歯科医の診療室だけ逸早く入れています。

研修歯科医からの評価も、平成26年の実態調査では東京医科歯科大の研修プログラムの満足度は高いという結果も出ています、ちょっと宣伝になってしまって申し訳ありません。あと、2015年、本院で

受けた日本医療機能評価機構による病院機能評価でも、歯科医師の臨床研修の部門に関しては本院で唯一S評価をいただいています。

研修歯科医の修了後の進路ですけれども、下段の数は研修歯科医の修了者の数ですが、大学院に残る人が30人ぐらい、あとは研究生として10人程度残ります。次のページを見ていただきますと、研修を修了して60%から75%ぐらいの方が大学に残っていただいているという状況でございます。東京医科歯科大学の臨床研修プログラムの概要は以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。何か先生方から御質問はありますか。

ちなみに先生、東京医科歯科大学卒業の学生さんはどのプログラムを一番希望するのですか。

○新田構成員 マッチングなので、どれを希望しているのか難しい部分がありますけれども、やはりプログラム2が一番と思います。

○一戸座長 通年の総合診療研修。

○新田構成員 通年が多いと思いますね。全部、成績順になるので、東京医科歯科大の人のほうが成績が良い人が多い感じはしますけれども。プログラム1を選ぶ人も結構います。プログラム3もいるんですよ。やはり、東京医科歯科大の学生は引っ越すのが嫌だというか、プログラム1になってしまうと北海道とか、ほかの地域にも行く所があるので、そういう点もあって大学というか、東京に残りたいという人が1か3を選ぶことが多いです。

○一戸座長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。それでは長谷川先生、お願いします。

○長谷川構成員 昭和大学の臨床研修について御説明させていただきます。まず3ページ目を御覧ください。昭和大学自身は、関東大震災のあと、医療が大変不足したところから出てきた大学でございますので、国民の健康に親身になって尽くせる臨床医家を作ること、もう1つは実際に外来に役立つ、実地に役立つ医師を育てることが理念に掲げられておりますので、この2点は絶対に外せないというところでプログラムを作ってきております。

国民の健康に親身になって尽くせるということに関しては、患者中心の医療ということを常に理解して、実地に役立つ医師にということに関しましては、専門診療とか地域医療というものをしっかり意識できる、その辺の動機を強く持っているというのが1年間の成果として表れてくるように作っていきましょうと。

プログラム自身は、3か月ずついろいろな所を回ったり、いろいろ試してきましたけれども、やはり患者さんにしっかり向き合っただけで信頼されるような歯科医、それから同じ職種の職場から信頼される医療人という意味では、やはり6か月間、きちんと同じ診療室にいるということが大事である。それと、いろいろなことを体験させてあげるという意味では、将来のキャリア・パスを考えて2か所、少なくとも2つの経験をさせてあげることがいいということで、実際には7ページを御覧いただきますと研修プログラムは現状では2つという形になっております。プログラムAは50名、プログラムBも50名、合計100名です。プログラムAは半年間学外の協力型研修施設で地域医療を学ぶ、半年間は学内で一般診療あるいは専門の歯科医療を学ぶ。プログラムBは、1年間学内なのですが、半年間は一般診療、半年間は専門診療という両方を体験するような形にしております。学内での一般診療と専門診療についての分け方は8ページ目にお示ししたとおりです。

いきなり研修の評価になって申し訳ないのですが、10ページ目に評価の方法です。まず、厚労省から提示されている基本的な行動目標が10ページ目に出ています。これらのところ、常に研修に当たってはこれらの行動目標を意識していただきたいというようにお願いしておりますので、こちらのそれぞれの項目に対して4段階(優秀・良好・合格・不可)を付けるような形を1つは取っております。

もう1つは、11ページに、昭和大学のオリジナルとして研修に対する姿勢ということで、ふだんの生

活ですとか歯科医師としてのプロフェッショナルリズム等に関して幾つか項目を付けて評価しています。その評価方法が12ページに示されたような形になっております。13ページ目に量的評価を示しているのですが、先に進みますが15ページ目を御覧ください。15ページ目に基本習熟コースと基本習得コースの年間での必要な症例数が書いてあります。上は習熟コースの年間での必要症例数となっております。下の基本習得コースに関しましては目標の症例数というようにしており、できるだけこれを目指しましょうということにしております。

13ページにお戻りください。高頻度治療の例が出ておりますけれども、それぞれに細分化された項目が出ていて、目標症例数、指導体制、それから症例数の数え方、修了判定基準などが明示されていて、これらは研修最初に配る研修手帳に明示されております。

それらの治療が終わりました暁には、14ページに示しますような、ポートフォリオと言うにはフィードバックの例が非常に少なく、どちらかと言うとプロトコールのようなものなのですが、こういうものを書いて最終的に1つの形が修了するというようにしております。

それから、3年ほど前から、16ページにお示ししますように360度評価をなるべくしたいということで、半年に1回、同僚評価と患者評価をするようにしております。

17ページにお示ししますような、最初に申し上げたとおり、研修医にはこの到達目標を常に意識してくださいというようにお話していますので、経験の頻度や現在自分がその到達目標をどのくらいできるようになっているかを、随時、付けてもらうような形を取って自己評価として最終的に提出してもらっています。

18ページで、複合型プログラムの場合の協力型研修施設について御説明させていただきます。19ページを御覧いただきますと、協力型研修施設は平成16年に40施設から始まり、最盛期には114施設まで増えたのですが、やはり行っている所が年間に15、16施設、多くても20施設ですので、行かない所が多くなっていき、その質が担保できないということで、その段階から少し過去に行っていない所は整理をさせていただきました。ということで、平成29年、30年辺りのところは大体40施設弱ぐらいの所になっております。この内訳は、スライドにもありますように平成31年度の内訳ですが、病院歯科が4施設、一般開業の歯科医院が34施設、これぐらいの割合になっております。地域別には東京、神奈川、千葉、埼玉という近県四県が36施設で、それ以外が2施設、ほぼ関東の近県に集中している形になっております。

スライド20にお示ししているのは協力型臨床研修施設への本年度の配属です。お示ししますように一般開業歯科が15施設、病院歯科が3施設ぐらいの所に39名が配置された状態になっております。

21ページは、全身管理やチーム医療に関する研修状態ですが、22ページを御覧ください。22ページに必修研修のコースが挙げてございます。まず1番目として、これは全員受けていただくのですが全身管理研修です。病棟や外来、内科もありますので内科、薬局等を回っていただき、全身管理のスキルを少し高めていただくことを1週間の研修で受けていただいております。

それから口腔ケアセンター研修。本学には関連病院が8病院あり、その中にそれぞれ歯科室がございますので、それぞれの病院歯科の中で5病院5施設を使用し、ローテーションして周術期の口腔ケアに参画していくということを1週間の研修でやっていただいております。

それから、画像の診断に強くなるという意味で、放射線科に御協力いただき、実際にレントゲンを撮るスキル、最新の器具等の読影等に参加して、そういうものを経験するような必修のコースも用意しています。

高齢者施設研修ですが、現在、企画はしているのですが、受け入れ施設がちょっと少なくてトライアルという状態で推移しております。年間で大体5名から7名ぐらいが現状で行っている状態で、最終的

にはできればこれを必修化していきたいと考えております。

23 ページです。選択研修の内容、24 ページに選択研修という意味では実地ではないのですが半年間に 17 回ずつ臨床セミナーというものを準備しています。毎週火曜日の夜に 1 時間半ほどの講義を、研修を担当している診療科と病理学にお手伝いいただき、17 部門でそれぞれ講義を用意しています。これは研修医が自分の好きな所を選択して受けていただく形にしております。

指導医の数につきましては 26 ページにお示ししております。1 年前の平成 30 年度のデータで恐縮なのですが、学内に指導医は 119 名、指導医講習会を受講している者が 78 名、プログラム責任者講習会を受講している者が 6 名という状態です。

その他、特徴的な内容ということで 28 ページにお示ししております。協力型研修施設の決定の際に、以前は研修医の方が一方的に選択して、お願いして配属するという形をしていたのですが、やはりトラブルがあったりいろいろなことが起こっておりました。そこで、全員で全体の合同面接会というお見合いをして、更に二重に研修施設のほうに見学に行ってもらって、両方お互いに良いという組合せを作って、マッチングシステムと同じような形を使って配属先を決定するようなことにしております。こうしてからはトラブルがなくなったわけではないのですが激減しました。まだ、幾つかありますけれども激減したということでございます。

もう 1 点は 29 ページにあります、スキルスラボを整備いたしました。東京医科歯科大学さんほどではないのですが、技工実習室の所が自由に使えるようになっておりますので、技工装置 (36 台) で技工することができますし、技工室に行って技工士さんにアドバイスをもらえるような場所も 3 席か 4 席確保できております。それからシミュレーション室というものが、実際にマネキンの人形の付いた、タービン、エンジンの付いたトレーニング装置が 10 台、歯科ユニット、マネキンを乗せて使う形ですが、この形のユニットが 4 台、研修医たちが自由に使えるように整備しております。雑駁ですが昭和大学の研修の進捗状況は以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。何か長谷川先生によろしいですか。時間も大分押していますので、東京歯科大学のものをざっと簡単に紹介をさせていただきます。2 ページ目、東京歯科大学には 3 つの施設がありまして、それぞれにこういうプログラムを持っているということで、括弧の中の赤い字が 1 日の平均の歯科の患者さんの数です。水道橋が 700 名ほど、市川が 140 名ほど、千葉が 600 名、後で出てきますが、千葉歯科医療センターは縮小している最中なので、現在は 500 名ぐらいだと思います。

次の 3 ページ目が水道橋病院のプログラムですが、4 つありまして、単独が 5 名、あとはいわゆる群方式ということで、25 名、25 名、20 名というものです。B と C は同じで、8 か月が管理型、4 か月が協力型ということですが、行くタイミングがちょっと違うということで、B と C になっています。それから、D は 8 か月が協力型で、4 か月が水道橋病院ということです。

4 ページ目に書いてありますように、水道橋病院は歯科病院としての専門的ないろいろな研修をやってもらいましょうということです。総合研修ということと、専門研修はローテーションで選択していただいて 1 か月ずつ回るとのことと、一部、研修協力施設で研修を行うということになっています。

5 ページ目です。水道橋病院で、特に訪問診療の研修を選択で行った場合、1 か月間ですけれども、大体毎日 1 か所行っていると聞きました。なので研修医は 20 か所ぐらい訪問診療に行くようです。やることは簡単な口腔ケア、それから摂食・嚥下関係の間接訓練等と、それからごく基本的な診断、その手のことを研修していると聞きました。

それから市川総合病院は、6 ページ目に書いてありますように市川市にありまして、570 床の総合病院です。こういう診療科がございまして、その中で 8 ページが市川総合病院のプログラムです。A と B がありまして、A のほうは単独プログラム、ただ、単独とは言っても、間に 1 か月だけ研修協力施設に

行くのですが、このAプログラムというのは、正しく丸岡先生のような病院歯科に特化したような感じ
です。ですから研修協力施設といっても総合病院に行くようになっています。あとは院内で医科です。
特に内科、麻酔科です。麻酔科は1年目の研修なので、歯科症例しかやらないということですが、麻酔
科研修もやると。あとは放射線診断科に行くと言っていました。

それから、下のBは群方式です。これは定員8名だけですけれども、協力型の施設、これは歯科診療
所ですが、こういう所に行くということと、それから研修協力施設にも行くということで、こんな形で
す。下の右端に書いてありました「OCC」というのは、東京歯科大学口腔がんセンターのことです。こち
らのほうの研修、それから病棟の研修も行うことになっています。

9ページになりますが、市川総合病院の場合には、病院歯科の研修ですので、脳卒中患者さんの口腔
ケア等、ICUなど病棟に研修歯科も付いていってやっているということです。それから、この10ページ
は、市川総合病院のいわゆる歯科のスキルスラボではなくて、医科のスキルスラボです。こういうもの
を作っていますので、ここで研修を行うということを当初はやったのですが、今年度はやっていない
みたいです。学生の臨床実習だけ使っているようで、研修歯科医は今年度はやっていないという話を後
から聞きました。

それから11ページが、ついこの間、6月1日に、「すがの訪問看護ステーション」というものを市川
総合病院の所に作りました。これはまだ始まったばかりなのですが、もう既に数十件ぐらいの患者さん
がいらっしゃるといって、これについては近い将来、研修歯科医、あるいは臨床実習の学生が、こ
ういう形で看護師さんに付いて、患者さんの居宅に行くということを想定して、今、準備をしていると
いうところです。

それから12ページが、千葉歯科医療センターの研修ですけれども、千葉歯科医療センターは単独方
式をやめました。縮小しているということで、スタッフは大分減っていますので、全て群方式です。4か
月間、外に出るといふものと、8か月間に2か所、外に出るといふ、その2つのタイプになっています。
いずれも20名ずつです。

13ページは、千葉歯科医療センターの基本的な特徴なのですが、地域医療です。今年の4月か
ら無床歯科診療所になっていますが、来年の秋には新しい建物になりますので、正しく地域医療の中
での研修をしていただくということで動いています。

14ページは、2018年度の患者さん600名ぐらいのうち、このような患者さんです。口腔外科の小手
術です。埋伏智歯の抜歯等の紹介の患者さんが多いのですが、このような割合で患者さんが来ている
ので、こういう人たちで研修をするということです。

それから15ページです。現在、千葉歯科医療センターは、無床診療所になったために、入院患者さん
については、全部市川総合病院で全身麻酔の手術をするということになっておりますので、したがいま
して、病棟の研修ができなくなったということがあり、16ページに記載のように、病棟研修、全身管理
研修を市川総合病院ではなく、千葉大学などでやらせていただくことにいたしました。それから、その
ほかに、地域の口腔保健センター研修ということで、これは研修協力施設ですが、研修歯科医は、年1
回ぐらいですけれども千葉市の休日救急診療所、それから船橋市のさざんか歯科診療所で障害者歯科の、
ほぼ見学ですが、それを経験していただくということです。

それから17ページは、来年秋以降にできる新しい千葉歯科医療センターですが、このような施設に
する見込みということで、現在、予定をしております、その中で研修歯科医の診療もできるような仕
組みを検討中ということです。

18ページ以降に幾つかの数字が記載されていますので、これは見ていただければと思います。一番最
後、20ページにプログラム責任者講習会受講者数や指導歯科医数、指導歯科医講習会受講者数を記載い

たしました。以上です。

何か御質問はありますでしょうか。よろしいですか。丸岡先生、鈴木先生、大学以外の先生方でも、何か大学の研修のことで御指摘、御質問等ございましたら。

○鈴木構成員 協力型のほうに行く学生が、やはり全部ではなくて一部ということになると思うのですけれども、その中で研修医が行きたがる所と行きたがらない所が、はっきり分かれているのではないかという気がしているのです。ですから、大学が用意した割には、偏在しているなという気がするのですが、それはどの辺に学生側のニーズというか、視点があるとお考えでしょうか。

○一戸座長 我々が提供する情報よりも先輩の研修歯科医からの、大っぴらにも裏にも、いろいろなそういう情報のほうが、多分、確実で、彼らはかなりそういう情報網を持っているのではないのでしょうか。いかがですか、先生。

○鈴木構成員 そうですね、実際にロコミの知恵というのはあると思うのですけれども、先ほどから研修を更新制にするという話の中で、私は思うのですが、私も医科歯科大学がやっている協力型も見ていて、やはり非常にばらつきが大きいなと思っているのです。大学のほうが、ある点で常に教育の機会というか、均等化の機会があると思うのですけれども、問題は、協力型のほうが余りにもばらつきが多くて、その結果として、学生側から見て行きたい、行きたくないとか、それから大学も、行かせたいとか行かせたくないというような問題がセットになっているなという気がするのです。

そうすると、協力型をどうしていくかという中で、行っていない所は中止にしていましょうとかはあるのですけれども、やはり、どの範囲までが指導歯科医とか施設なのかという線引きが、特に大学から協力型に行くという部分で一番出るのではないかという気がしているのです。ですので、大学のほうがどのようにしていきたいかという部分も、私は大学の人ではないですが、新田先生がかなり苦勞しているなという部分も見たりして、そこをやはり、この議論の中で反映させたほうがいいかと感じました。

○一戸座長 鈴木先生のおっしゃるとおりだと思います。長谷川先生に、これだけ減らした苦勞を。

○一戸座長 ありがとうございます。一挙に減らした長谷川先生。

○長谷川構成員 実は私どもの所では、いずれは、これは減らす方向に行きますという話をキャッチしていたものですから、ちょっと記憶が定かではないのですが、恐らく平成 22 年度ぐらいから、非常に数が増えていった時期なのですが、その時点で3年間の任期制でお願いしますということで、最初から契約するときをそれをしていました。ですので、変な話ですが、それが時限爆弾になっていて、「平成 25、26 年ぐらいのところから3年間、全然なかったですね、申し訳ないですが」という形で御協力いただきたいとお願いして取り下げさせていただいた所がたくさんございます。

あとは、実際にはその3年間というのが、平成 28 年度の改正の際にきちんと出していただけたので、そのところを御旗にさせていただいて、こういうことで、研修医へのきちんとした指導が担保できないので、一回取り下げただけませんかというお願いをしながら減らしてきたところですよ。

○一戸座長 今日、机上配布していただいたアンケート結果でも少し見えてきておりましたが、もう少し幅広く集めて参考になるかということもありますので歯科医学教育学会等に、協力してもらえれば一番簡単かなとも思いますので、その辺のことも事務局のほうで御検討をお願いします。

時間が本当に僅かなのですが、先ほど鈴木先生が大変良い御意見をおっしゃっていました。大学のそんな状況も踏まえながら、先ほどの資料 2 の最後の 10 ページの「論点」ということで、何もまだ論点を論じていないのですが、指導歯科医の更新制、それから協力型臨床研修施設の指導歯科医に対する質の担保、大学病院の指導歯科医について指導歯科医講習会の受講を義務付ける、それから指導歯科医講習会の開催指針の見直し、大括りに言う限り、これらに反対される先生は多分いらっしやらないと思います。是非、必要な見直しをしたほうがいいたらと御同意いただけると思うのです。

ただ、具体的なことを考えなければいけないので、残された時間は本当に僅かですが、何でも結構です。ここは是非、こういうことを考えてほしいというのをおっしゃっていただけると、事務局のほうでメモをしておいていただけますので、何かございますか。

○丸岡構成員 指導歯科医の講習の更新というのは、かなり忙しい人たちなので、人を集めるのがかなり難しいと思うのです。実は我々の病院は、こういう医療安全なども、様々なレクチャーが年に何回もあるのです。それを誰が作るのだという話になってくると思うのですが、eラーニングを使っているのです。ビデオを見るのも、ちゃんと時間が経過するのを見ているというか、何かそういうシステムがあるみたいで、ちょっと飛ばしたりすると、その後の問題が全部答えられないのです。1問でも間違えると先に行けないとか、かなり厳しい作り方をしているので、更新に関しては、そういうのを使うというのも1つの手かなと思っています。

○一戸座長 eラーニングということであるとすると、中身を検討しなければいけませんけれども、日本歯科医師会そのものは作っているのですが、ああいうもののうちの幾つかは、「これを指定してやってください」でいいのかもしれないですね。

○鈴木構成員 日本歯科医師会の研修システムなのですが、私は日歯の学術委員になりまして、ここ2年間やってきたのですが、今までの研修の制度が形骸化しているということで、その内容をやはり充実しようということで、今までの日歯の雑誌の論文を、全部、20年間、それぞれの論文に対して問題を作ったのです。

ですから、私なども作ったのですが、毎月10本ぐらい宿題が来まして、それを1年ぐらいやって気が狂いそうでしたけれども、それは余り難しくしないで、取れるようにしているのですが、やはり日歯の場合ですと、アクセシビリティというのは結構重要なのです。

特に先ほども離島の話が出ましたけれども、離島は歯科医が勉強に来るのも大変だという話が出てしまうのです。それで結果としては、都会部ばかりを見ているのでは、セミナー形式だと限界があるみたいな話もありました。やはり時間が忙しいから、ある特定の日のこの時間に、この場所に来なさいというのは難しいから、では、遠隔でできるようにしようということがありましたので、私はやはり、これから更新制ということの中にeラーニングなど、いつでもという部分が、まず、必ず来るだろうと思います。

その中で、日歯のコンテンツもいいと思うのですが、ただ、この研修医の指導者というのは、自分が勉強するのではないですよ。教育方法の勉強とか、あともう1つ今回ちょっと抜けていたというか、私が要望で言いたいのは、開業医は大学教育が何をやっているか全然知らないのです。OSCEとかCBTという言葉は何となく断片的に聞いているのですが、自分が卒業したときにやっていなかったら訳が分からないのです。それから、教育内容が変わってきているということも知らないのです。

新田先生が何年前か前まで、いつも要望というか質問というか、クレーム的に言われていたのが、なぜインレーを教えないのだと、その研修施設が言うわけです。ところが、今はもうレジン充填の時代ではないですか。インレーなんか今どきやるかよと、大学のほうでは思っていたのかもしれませんが、そうも言えないから聞き流しているような感じに思いましたけれども、それは自分の数十年前の教育を見ていたということであって、私は開業医の勉強不足だと思っているのです。

逆に言うと、今の研修施設になるのであれば、今の教育内容をもっと理解するべきであるというベースラインが、やはり教育内容はどんどん変わってきていると思うのですけれども、それを更新制の中の1つの条件に入れるべきで、そうするとこの項目の中に、実は「現在の教育内容を理解していること」というのはないではないですか。大学の人たちは当然理解していますよ、だって毎日教えているから。でも開業医は全く知らない。そこを埋める意味でも、もちろん大学に行って勉強なんかできませんから、

eラーニングとか、あとは丸岡先生がおっしゃったようなeラーニングのシステムです。こういうのは市販であるのですよね。いろいろと習熟度なども見た上で評価していくというのがありますので、それを使えばそう難しくないという気がします。

あともう1つ、ちょっと私のジャストアイデアなのですが、各大学にかなり特徴のある教育内容があって、それが余りにも29院で細分化されていると思うのです。もっと共通引用をしていくような形で、例えば離島の話は、私は聞いて初めて知りましたが、なかなか面白いと思うのです。各大学でコンテンツを作って、ほかの大学でも見れるとすれば、選択研修的なことをやろうと思えばできるのではないですか。

この場合というのは、経験はしていませんがというようにして、29の大学とか、あとは丸岡先生のような病院、うちのような開業医の、それぞれのコンテンツの中で、これは広げたほうがいいとか、広げてもいいというものを集めた形で、なるべく多くの指導医が教育を受けられる機会というものが必要かなと、そろそろそういう段階に来ていると思いました。以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。ちなみに先生、更新期限というか、どのぐらいの間隔で更新をしたらいいと思いますか。

○鈴木構成員 多分、この研修制度の見直しは5年ごとになっていますから、やはり5年が1つの目安かなと思います。

○一戸座長 分かりやすいですかね、5年ぐらいが。

○鈴木構成員 はい、それに合わせて。

○一戸座長 そうですね、ありがとうございました。ほかに何でも結構です。6時まで、あと1分か2分ですけれども、どうぞ。

○長谷川構成員 指導歯科医講習会の開催指針についてなのですが、どちらかと言うと基本的にはカリキュラムプランニングになっていて、今、先生のほうからお話があったように、場合によればカリキュラムプランニングは、eラーニングでもできないことはないと思うので、実際にやはりアウトカムベースになるような、例えばコミュニケーションですとか、プロフェッショナルリズムとか、そういうものを考えるような、みんなで一緒に話し合ってみないと分からないというようなものを取り入れていくような形にしていってはいかがかなと思いました。

○一戸座長 ありがとうございます。常に新しい研修制度と言いながら、十数年前の研修制度を説明しているという、あれを何とかしないと。参加するまでにあれを全部見てこいというぐらいにしないと、なかなか発展しないのかなと思います。ほか、新田先生はいかがですか。何でも結構です。最後に1つ。

○新田構成員 指導歯科医講習会についてですが、大学の教員は大学の中でカリキュラムプランニングのワークショップなどをやるので、できれば、それを受けたら免除にしてもらえれば、人数も増えるのでいいかなと思います。指導歯科医講習会に行くとそれなりの費用が掛かりますので、学内であれば指導歯科医の資格がなくても指導ができますので、資格を取りにいかない傾向があります。

この間も話したのですが、学内の人で指導歯科医講習会を受けに行く人は大学を辞める人で、辞める前に取っておいて開業したときに使えるとか、就職するときに有利という理由で、大学にいるうちなら休みも簡単に取れるところもありますので。うちは教員全員が受けていないので申し訳ないのですが、教員は全てカリキュラムプランニングのワークショップの受講は必須ですから、内容的にはそんなに変わらないので、大学のそういう講習会を認めるのもいいと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。丸岡先生、何か最後に一言。

○丸岡構成員 これに関しては、もうないです。先ほど申し上げました。

○一戸座長 ありがとうございます。事務局のほうから、この辺は意見を聞いておいてということがありましたら、おっしゃっていただけると。基本は、やはりここの論点は確かだと思うので、是非、次のときまでに提案をしたいと思いますが、ここだけは特にということなど、何かありますか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 そうしましたら「論点」の○の2つ目で書かせていただいていたところなのですが、協力型の臨床研修施設に対して、管理型が多少その責任を持つというか、ある程度指導するということに対して、実際に可能かどうか、どの程度可能かというところの御意見を伺えればと思います。

○一戸座長 どうでしょう、長谷川先生。

○長谷川構成員 自分の所では足りていないのですが、この「質の担保」という所で、研修医が症例数の数をやるということよりは、どれだけのフィードバックを受けたかということだと思うのです。私どもの所はまだできていないのですが、ポートフォリオなどで、フィードバックの所がきちんとできているような診療室というものを、ちゃんと高く評価できるような評価システムがあったほうがいいのかという気がします。答えになっていなくてすみません。

○一戸座長 いえ、ありがとうございます。新田先生、何かありますか。

○新田構成員 協力型臨床研修施設にも複数の指導歯科医がいるので、その人たちを呼び出してというのは非常に難しいと思います。臨床管理委員会などで来てくれる、各施設のトップみたいな方に対して、いろいろな講習、いわゆる地域包括ケアシステムの研修管理委員会に合わせて、講演とかセミナーをやって、持ち帰ってもらうというような方法だったら可能かなと思いますけれども、やはり複数の指導医がいる所だと結構きついかと思います。今、そういった研修管理委員会に合わせて、何かセミナーをやるというのは、結構こちらにも真剣度を示す意味ではいいような気もしますが、ただ、それが質の担保になるかということ、難しいとも思います。

○一戸座長 ありがとうございます。本当は、ここの議論をもう少しちゃんとしなければいけなかったのですが、不手際で時間がなくなってしまって申し訳ありませんでした。これについては、また続けてお願いしたいと思います。最後に、事務局から何かありましたらお願いします。

○大城歯科医療技術参与 皆様、本日は御議論いただき、ありがとうございました。次回の第7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すが、7月31日水曜日2時より予定しております。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、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す。7月31日14時ということで大丈夫ですか。お時間の都合のつく先生はお集まりいただければと思います。今日はちょっと延びましたが、これで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。