

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7回)

○藤本保健課課長補佐 定刻より少し早いですが、ただいまより第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。本日は参考人として、日之出歯科真駒内診療所より石田義幸先生と、佐々木歯科・口腔顎顔面ケアクリニックの佐々木建一先生にお越しいただいております。

なお、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いております。また、丸岡構成員からご欠席の連絡を頂いております。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、カメラ撮りにつきまし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ー内に議事次第、資料1、資料2、資料3、資料4と参考資料の1から9を格納しております。また、机上配布資料としまして、石田参考人よりご提出いただいた日之出歯科真駒内診療所の単独型歯科医師臨床研修プログラムと、鈴木構成員よりご提出いただいたベル歯科医院の臨床研修歯科医募集の要綱を、それから、JDC navi OPENのチラシ、佐々木歯科・口腔顎顔面ケアクリニックの佐々木先生より、佐々木歯科・口腔顎顔面ケアクリニック研修プログラム(単独型)と(管理型)と、第15回南総再生歯科医療研究会の資料を机上に配布しております。資料の不足やタブレット端末の動作不良等がございましたらお知らせください。

それでは進行を一戸座長にお任せいたします。よろしく願いいたします。

○一户座長 それでは議事に移らせていただきます。今日は本当に暑い中、猛暑日みたいですがけれども、お集まりいただきましてありがとうございます。最初は前回の議論に続きまして、大学病院における臨床研修ということで、まず、日本歯科大学附属病院の大澤先生からお話を頂きます。その後に歯科診療所における臨床研修のあり方ということでご議論を頂ければと思っております。こちらの歯科診療所のほうについては鈴木委員、それから本日、参考人としておいでいただいた石田先生、佐々木先生、お三方からいろいろご紹介を頂きますと議論をさせていただければと思います。時間が限られていますので早速、まず、大学病院ということで大澤先生からお願いいたします。

○大澤構成員 よろしく願いいたします。日本歯科大学附属病院における歯科医師臨床研修について、お話をさせていただきます。スライドの2枚目から説明いたします。本院の臨床研修プログラムの概要です。まず、患者中心の全人的医療を理解し、全ての歯科医師に求められる基本的な診療能力を身につけ、生涯研修の第一歩とすることを目的としており、3枚目、4枚目にありますように、細かい歯科医師臨床研修の目的があります。こちらは1から8まであります。すみませんが、7に間違いがありまして、専門的知識や高度先進的歯科医療に目を向け、生涯研修への意欲への動機付けをするというように、申し訳ございませんが訂正をさせていただきます。時間も短いので目的の所は飛ばして病院の説明をさせていただきます。

まず、本学附属病院に関しましては、基本的には歯科の病院であります。診療科として内科、外科を併設しております。診療科の総合診療科というのは、いわゆる保存科・補てつ科がまとまって総合診療科となっており、2つの科があります。そのほか、小児歯科、矯正歯科、口腔インプラント診療科、歯科麻酔・全身管理科、口腔リハビリテーション科、歯科放射線・口腔病理診断科となっております。そのほか、センターがあります。顎関節症センター、心療歯科診療センター、顎変形症診療センター、口腔がん診療センター、スペシャルニーズ歯科センター、いびき・睡眠時無呼吸診療センター、歯科人間ドッグ、人間ドッグ・特定健診というセンターが8つあります。

特殊外来として、口腔アレルギー外来、マタニティ歯科外来、ホワイトニング外来、スポーツマウスガード外来、歯の細胞バンク外来、禁煙外来という構成になっております。基本的に総合診療科におき

まして歯学部 of 学生、そして研修歯科医が、多く研修を行います。この総合診療科 1 と 2 を合わせまして、基本的におおよそ 90 名弱の歯科医師が在籍しております。

続きまして研修プログラムのご説明をさせていただきます。スライド 6 です。本院には 3 つのプログラムがございます。管理型長期 (A) プログラム、こちらは定員 60 名。協力型長期 (B) プログラムが 50 名。協力型複数 (C) プログラムが 50 名となっております。管理型長期におきましては、研修歯科医はまず、4 月から 7 月まで大学病院で、特に総合診療科で研修を行っております。8 月から 11 月に関しましては協力型の施設に出向いての研修となります。また、12 月から 3 月は本院のほうに戻ってまいりまして、必修のプログラムと選択のプログラムを回るような形になっております。なので、総合診療科に必ずしもいるというわけではありません。協力型長期 B プログラムに関しましては、まず、本院の必修プログラムを 4 月から 7 月まで、その後、8 月から 3 月までは 1 か所の協力型臨床施設での研修となります。協力型複数 C プログラムに関しましては、まず、本院での必修、そして選択プログラム、8 月から 3 月まで 4 か月ずつ、協力型の施設を 2 施設回るという 3 つのプログラムがございます。

スライド番号 7、最終的に平成 30 年度、平成 31 年度のプログラムの研修を受けている研修歯科医の数です。実は、定員は 160 名ですが、大体 80 名程度という結果になっております。また、本学の特徴としては比較的、学内の出身の者が多く、他大学からは余り多くないというのが現状になっております。

次はスライド 8 です。研修プログラムとして、基本習熟コース、基本習得コースをメインに行っております。

9 枚目です。必修ユニットと選択ユニットというのがございます。これは研修歯科医全てが行うもので、基本的に 4 日間をベースとして組まれているものです。「必修ユニット」は、1 から 10 まであります。病棟や手術室・ペインクリニック、口腔リハビリテーション科、歯科技工、小児歯科、矯正歯科などを回るコースになります。「選択ユニット」組み合わせ自由と書いてありますが、これは基本的には 20 日間の選択ユニットを準備しております。研修歯科医はオリエンテーションのときに 20 日間を自由に組合せて研修管理委員会に提出いたします。例えば、心療歯科を 4 日取って、顎関節を 4 日取って、スペシャルニーズ (8 日間) のコースを取って、歯科人間ドックを 4 日というような形で、各自が自由に組合せを行っております。矯正や小児歯科、全身管理等においては、20 日間全部をフルに、その科で研修を行いたいという研修歯科医もおりますので、そういった幾つかを選択できる形になっています。

昨年度出した目標症例数ですが、スライド 10 にありますように、それぞれの内容に合わせて組んでおります。基本的検査・診断、外来での診査等というのは 5~10、また、総合診療計画等に関しましては、診療計画立案が 15、また、全ての研修歯科医が必ず 3 月に数日間かけて自分で行った症例の報告会というのを行っております。

スライド 11 枚目です。基本的治療に関しましても、5~15 というような目標症例数になっておりますが、実際には研修歯科医はこれよりも多くの症例を行っているのが現状です。スライド 12 枚目の必修ユニット、4 日間回るユニットですが、こちらに関してもミニマムリクワイアメントの症例数、若しくは回数等が設定されております。ただ、期間が短いということで、病棟も 1 症例であったり、4 日間で全身管理介助が 4 症例という形で設定されております。

13 枚目のスライドです。こちらは必修ユニット、研修歯科医に提示している学習目標、行動目標の 1 例となります。全ての必修ユニットにおいて、このような 4 日間の中でこういったことを行うかを明示しております。

スライド 14 枚目です。特に、訪問歯科診療、全身管理、チーム医療等について少しピックアップをしたものです。訪問診療等に関しましては、基本的に本院で行っているのが病院、これは急性期、リハビリ、療養型です。施設に関しては老健、特養、グループホーム等、居宅という幾つかの選択肢があります。

すが、実際に研修歯科医が全て行けるわけではなく、幾つか、その期間の中で、そのときにあった症例ということで行っております。

続きまして評価ですが、15枚目のスライドです。基本的に研修歯科医の評価はポートフォリオを用いた評価となっております。基本的には毎日、研修歯科医が行った内容、そして今日学んだこと、失敗したこと、次のステップへの対策ということを書いて、研修歯科医には一応、毎日指導医に確認をして見せるようにということで、指導医の検印をもらっております。個々の症例等に関してはその都度、形成的な評価、フィードバックをチェアサイド、もしくはその後、診療後に行っているのが現状です。

16枚目、こちらもポートフォリオの一部となっております。向かって左のほうに関しましては、医療面接を幾つかやることになっておりますのでそれを実際にやってみようだったか、これは協力型施設の先生方にも評価をしていただいているものです。また、向かって右のほうですが、こちらもそれぞれのいろいろな必修で行っている基本的な治療等に関してです。研修歯科医自身が、例えば3番の歯周疾患が基本的な治療を実践するという項目に関して、研修歯科医自身が自分で行動目標を立てて、実際に自己評価、どうだったか、そして、それを行って指導医の評価等ももらっているというような形で、研修歯科医自身が何をやるのかというのを自分で考えるようなポートフォリオの設定となっております。

17枚目です。こちらも部門別研修目標というのを立てており、これも研修歯科医が自分で目標を立てて具体的に何をやるのか、指導医と相談をしながら書いて進めていくような形です。

次に、各臨床研修プログラムに関する個別事項です。本院の協力型臨床研修施設数は143、内訳といたしましては開業歯科医院が138、病院歯科が5施設となっております。また、2018年度実際に研修を行った施設数ということで群内マッチング参加施設が121、実際の配属施設が70となっております。2名以上の配属があったのが27施設と聞いております。

19枚目です。プログラム責任者講習会の受講者数が現時点で6名、指導歯科医数が122名で、(91名)となっておりますのは大学の助教以上の数です。しかしながら、指導歯科医講習会受講者数がちょっと少なく31名です。そのほか、研修歯科医は、工場の見学としてトクヤマ研究所の見学や、GC小山工場見学、あとは本学にシムロイドというロボット型のロボットが何体かございますので、シムロイドを実際に使った研修、またポジショニング研修等を適宜行っているのが現状です。以上です。

○一戸座長 大澤先生、ありがとうございました。日本歯科大学の研修の現状をご説明いただきましたが、まずは少し時間を頂き、日本歯科大学の状況について先生方からご質問等があればお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○鈴木構成員 患者さんの臨床に関しては、担当制で行うとか、あるいはアシスト、その辺の内容はどうなのでしょうか。

○大澤構成員 実際には、総合診療科におきましては担当することもできるし、いろいろな先生につくこともできるということで、グループごとに何名かの研修歯科医に対して何名かの先生というような形で組んでおります。前は1対1等にしていましたが、ちょっとトラブル等もあり、ある程度少し自由が利くような範囲で、研修歯科医はその患者さんを追うこともできるし、いろいろな先生に付いて症例を学ぶという自由な選択の方式となっております。

○鈴木構成員 ありがとうございました。

○一戸座長 ほかはいかがでしょうか。

○長谷川構成員 すみません、6ページ目のスライドですが、研修プログラムを3つお示しいただいています。これを拝見すると、管理型の研修施設で行う4月から7月においては160名いらっしゃって、8月から11月が0名で、12月から3月が60名となっておりますが、我々、受け入れる施設としては、そのばらつきがなるべく均等であってほしいという感じがあるのです。その辺のところは、これでう

まく回っているのでしょうか。

○大澤構成員 実際に現場では、やはりずっと長期的に、例えばAプログラムであれば本院にいてということであると、研修歯科医も同じ患者さんをずっと追って見られるということで、そのような要望が多いのは事実です。そこが、うまくいっていないですね。

○長谷川構成員 7月になると、やはり診ていてなじんだ患者さんであっても終わりにして、他の施設に出るということになるのですね。

○大澤構成員 そうですね。8月からは研修歯科医の数は全く0ということになるので、今まで研修歯科医が行っていたものが、いなくなるため、業務は少し厳しいという現状があります。

○長谷川構成員 もう1点伺ってよろしいでしょうか。こうなると、8月以降の協力型研修施設の存在はとても大きなところだと思いますが、協力型研修施設で、やはりそれぞれの委員の中で評価基準や指導法もそれぞれの先生たちの思いがあるかと思いますが、その辺のキャリブレーションみたいなことは何かされているのがあれば教えていただけますか。

○大澤構成員 一応オリエンテーションや、委員会等を開いて、簡単なすり合わせをします。ただ施設によっていろいろ差があるのも現状ですので、その辺は最低限のということで行っているかと思います。

○長谷川構成員 基本的には、そこそこの場所のやり方を尊重してということですか。

○大澤構成員 尊重してという形です。

○長谷川構成員 分かりました。ありがとうございました。

○一戸座長 ほかはいかがでしょうか。

○田口構成員 私も1つだけお伺いしたいのですが、今の長谷川先生のお話の続きかもしれませんが、評価の所を見ますと、ポートフォリオということですが、ポートフォリオだけですか。

○大澤構成員 基本的に最終的には、ポートフォリオだけですね。

○田口構成員 そうすると、ポートフォリオは一応、ミラーの臨床能力評価ピラミッドで学習の部分は評価できることにはなっていますが、ポートフォリオは結局、自分が自分の中を書き出す作業であって、客観的なものが情報としては余りないもので、例えば観察記録であったり、普段の状況やそういったものは評価には全く考慮せずに、本人の書きものだけで評価をしていくのですか。

○大澤構成員 書きもの、基本的にはそうになっています。ただ、いろいろ問題のある研修歯科医等に関してはそれぞれ研修管理委員会の先生に報告をしたりとか、そういったことはその都度やっているのが現状です。

○田口構成員 目標、症例数が設定されていますが、そのカウントみたいなものもここで一緒に。

○大澤構成員 そうですね。それは病院の事務と、あと実際に研修歯科医が何をやりましたということで指導医の判子をもらって出す紙みたいなものがあるので、別に取り替えているのが現状です。

○田口構成員 なるほど。また別にあるわけですね。

○一戸座長 新田先生は何か。

○新田構成員 協力型での評価ですか。うちの場合は1週間に1回レポートを書かせて管理型に送るようなシステムを取って、それから最終的な評価はこちらから評価表を送ってそれぞれの項目をABCD評価でやっていただいておりますが、日本歯科大学の場合はどのような方法で協力型臨床研修施設の評価をされるのですか。

○大澤構成員 基本的にポートフォリオは同じで、協力型の先生方にも合否等を付けていただくような形です。あとは、各自が決めた行動目標に対しての評価をいただいている状況です。それを最終的に、ポートフォリオを評価するものは決まっていますので、その先生方がかなりの量を、ある一定の期間で見ても評価をしているということなんです。

- 新田構成員 学内の。
- 大澤構成員 学内の先生方です。
- 新田構成員 スライドの 16 ページですが、ここで例に挙げている高頻度治療ですが、ここの項目の右側にポートフォリオとありますが、これはどのようなことを書くのでしょうか。
- 大澤構成員 これは、評価。
- 新田構成員 例えばこれは「歯周疾患の基本的な治療を実践する」ですから、研修歯科医は痛くない SRP を行うとか、そのような行動目標を具体的に書かれて自己評価をする。そのポートフォリオは。
- 大澤構成員 すみません、確認しておきます。確かにポートフォリオの中にポートフォリオが入っていますよね。評価。
- 新田構成員 ポートフォリオに記載したという感じですか。
- 大澤構成員 申し訳ありません、確認しておきます。
- 新田構成員 ありがとうございます。
- 一戸座長 せっかくですから、もし石田先生、佐々木先生何かご質問があれば。
- 佐々木参考人 訪問診療に関して、日本歯科大学はどのようにしているかを知りたいのですが。
- 大澤構成員 訪問診療の研修ですか。
- 佐々木参考人 そうですね。もう 1 つは、訪問診療で、外部の開業の先生方との何かコラボレーションや共同があるのかどうか。
- 大澤構成員 外部の先生とのコラボレーションは余りありませんが、基本的に口腔リハビリテーション科の先生方が訪問診療を行っていますので、申し込みがあった施設や居宅等に予定を組み込んで入れております。そのときに研修歯科医も一緒に参加する形になっています。
- 佐々木参考人 摂食嚥下か、VE や、場合によっては病院に連れてきて VF 等をすると思うのですが、その辺の例えば、普通の開業医の先生がなかなかやれないケースに関しては、大学は協力されるとか、そのようなシステム等は。
- 大澤構成員 VE、VF 等も、基本的に院内でよく行っていますので、口腔リハビリテーション科の必修ユニット等で通常診ることは可能になっています。また VF 等でも選択ユニットでも確か口腔リハに 20 日間いるコースもありますので、興味がある研修歯科医等はそちらで、より深く学ぶ形になっています。
- 佐々木参考人 なかなか協力は難しいですか。
- 大澤構成員 協力は、そうですね。やはり単独でやっていることが多いかと思います。
- 一戸座長 石田先生、いかがですか。
- 石田参考人 このプログラムの中でいくと、うちの施設などは、大学の管理型の協力型施設になっているわけですが、先ほど新田先生からお話がありましたが、評価ですね。我々の使命としては、いろいろなことを多く、訪問診療も含めて経験させるようにしています。評価の基準はあまり厳しくしていないので、大学に戻った後に数多く経験して、評価も悪くない割にはできていない、ということはないですか。
- 大澤構成員 そうですね。逆に外に行ったときのほうが、大学病院にいますと外部施設でのほうが真面目に研修を行っている研修歯科医が多いというのが習慣になってしまうのですが、やはり戻ってきたときに何らかの成長は見られるので各施設でいろいろ行っていると感じています、すみません。
- 一戸座長 いろいろご意見等をありがとうございます。私からも教えていただけますか。先ほど長谷川先生からもお話があった 6 枚目です。日本歯科大学は、臨床研修が始まった当初から最初の 4 か月は皆さんが大学に行って、その後に協力型に行ってもらおうというプログラムでしたよね。そうすると、研

修歯科医が4か月治療を担当していて、その後せっかく若いとは言え、診てくれていた先生がいなくなってしまうですね。Aの場合には、また12月に戻ってきて、もしかしたらその人が担当するかもしれませんが、そういうことで患者さんにとっては、そこはそんなに違和感はないですか。

○大澤構成員 そうですね。研修歯科医と一緒に歯科医師が必ずつきますので、最初は研修歯科医と一緒にやりながら、いなくなってしまう期間は指導医のドクターが1人、若しくは学生も同じ診療科内にいますので、指導医、研修歯科医、歯学部 of 学生という形で行っていることが多いので、その後は歯学部の学生が引き継いだりというような形を取っています。

○一戸座長 それともう1つは、本日この後、開業医の先生方のご紹介もあると思いますが、160名の定員は満たさないにせよ、これだけの人を大学に抱えるよりは何とかして外で研修してもらおうという考えは余り議論されていないですか。ちなみに東京歯科大学は何とかして、外に管理型なり何なりをつくって、そちらに行ってもらおうということを今、模索しているのですが。

○大澤構成員 正直なところ、160という数を、この指導医の数で見られるかということ、非常に厳しいものがあるのが現状で、定員としてはちょっと多いのではないかという意見が出ていることはあります、院内からは。

○一戸座長 やはり大学だけが頑張ってもしょうがないので、受けていただけるのが、本日おいでの先生方のような施設がたくさん増えないことにはしょうがないのですが、それは何か、そのような方向を考えないといけないかと思います。後で、議論していただきます。

○大澤構成員 はい。

○一戸座長 それから9枚目ですが、選択ユニットもいろいろ組んでいただいて、非常にいいなと思いましたが、このようなところを選択した人は、そこでそのまま、この診療科に入局するというふうにつながるのですか。

○大澤構成員 もともと歯科麻酔、全身管理等に興味がある研修歯科医は20日間のプログラムを取って、その後、非常勤として残りたい方も中にはいらっしゃいます。矯正歯科や小児歯科も、自分の進路が決まっている研修歯科医にとっては20日間のプログラムを取る方が多いかと思います。

○一戸座長 今は、これは1つの大学の中での選択になりますが、要するに、今、このワーキングで考えていただいている選択必修や選択プログラムというのが、そのような研修歯科医が将来進んでいくときの1つのキャリアのチョイスになればというのがあるので、私はこういうのがつながるといいなと思います。

○大澤構成員 そうですね。あとは、もう本当に興味のあるのをいろいろ見たりすることもできるので、本当に研修歯科医がいろいろ見たい場合には4日間のコースを幾つか取ったりということもあります。

○一戸座長 それはどちらかということ、いろいろ見学をしてみたい人ですね。

○大澤構成員 そうですね。4日間なので余り深いところまではできないですが、いろいろ見てみる点では。

○一戸座長 幾つもで、すみません。14ページの口腔リハビリテーションは多摩センターに行かれるのですか。

○大澤構成員 これは本院の口腔リハビリテーション科で行っています。

○一戸座長 ということは、生命歯学部の中での研修は、多摩センターは研修協力施設としても。

○大澤構成員 研修歯科医は行ってないです。

○一戸座長 行っていないのですか。

○大澤構成員 行っているのは学生だけです。

○一戸座長 学生だけ。

○大澤構成員 学生は行きますが、研修歯科医は昨年度と今年度も本院の口腔リハビリテーション科で行っております。

○一戸座長 そうですか。最後にすみません。18 ページの協力型臨床研修施設が 143 あって、2018 年度に実際に研修を行った施設が 70 あるのですね。143 で 70 はすごい確率というか、うまく散らばっているなと思いますが、ここは何か全てが素晴らしい施設で、みんないろいろな所に行ってみたくて、そういうことなのですか。

○大澤構成員 基本的に協力型の施設の先生方には 4 月の時点でご紹介しに来てもらって、研修歯科医と実際に話していただく機会を設けてはいますね。多分、毎年このような感じだったので。

○一戸座長 以前に長谷川先生に昭和大学のご紹介をしていただいたときに、大分実績がないと、うまく減らして、今 40 か 50 でしたっけ。

○長谷川構成員 35 ぐらいですね。

○一戸座長 そのぐらいまでいったので、です逆でいうと、こんな 70 もいけるところがあるというのは。評判が悪ければ多分いかないですから。

○大澤構成員 そうですね。

○一戸座長 こんなによい施設がたくさんあるということですかね。分かりました。ありがとうございました。いろいろお聞きしました。ほかに先生方から、何か。いずれにしても日本歯科大学の研修プログラムもそうですし、前回お話いただいたプログラムもそうですが、大学のプログラムと、本日お話しただく開業の先生方のプログラムとがうまく組み合わせてできるといいなというのがこれからの議論だと思いますので、よろしいでしょうか。では一旦、日本歯科大学のご紹介はここまでにさせていただきます。

前回、ここにいらっしゃる委員については、各大学の現状や数を教えていただきましたが、せっかくの機会なので全国の大学のプログラムについて内容を教えていただいたほうがいだろうと思ひ、取りまとめて検討するという事で歯科医学教育学会に協力をお願いして、昨日、各施設の責任者の方にメールで発信いたしました。ここにいらっしゃる先生のところにも昨日のうちに着いているかと思ひます。この間書いていただいたものに少し足すだけですので、申し訳ありませんがご協力をお願いしたいと思います。ただ、できたら次回のワーキングのときに、多少でも取りまとめて、ここで報告できればと思うので締切りが来週末ぐらいになっていますので、ご協力をお願いいたします。よろしいでしょうか。ありがとうございました。それでは大学の件は、ここまでさせていただきます。

次は、診療所での臨床研修として、お三方の先生からお話をいただければと思ひます。まずは、ベル歯科の鈴木先生からご紹介いただき、ついで石田先生、最後に佐々木先生ですが、続けてご紹介いただき、その後でご質問、議論をしていただければと思ひますのでよろしくお願ひいたします。では鈴木先生、お願ひいたします。

○鈴木構成員 開業医の一例ということで、ベル歯科の実例についてご紹介いたします。資料のスライドの部分と、冊子になっているものをお配りしておりますが、こちらは研修歯科医の募集要項です。毎年 6 月頃に作って応募者に渡して見ていただくということで、今年の新しいバージョンです。あともう 1 つチラシみたいなものがありますが、これは最後にご紹介しますが、研修施設としての認知度を上げていくのが 1 つの大きな課題です。その管理型とか単独型の研修施設の情報サイトを私の医院のほうで別会社みたいなものがあるのですが、そこが始めたところのご紹介を後ほど補足的にしていきたいと思ひます。

スライドの 1 番目は表紙です。2 枚目のスライドは今日お話する内容の目次のようなものです。3 枚目が当院の概要についてです。歯科医師数は常勤が 8 名、非常勤が 7 名ということで、これは研修歯科

医の数も含めていますが、研修歯科医は1名～3名です。指導医の数は2名、プログラム責任者は、私ですが1名という構成です。その他の職種としては、歯科衛生士の常勤が8名、非常勤が1名、歯科技工士が常勤のみ1名、歯科助手は常勤が10名、受付事務は常勤と非常勤で6名と4名。その他として掃除等をする人たちはパートが11名です。一応、人数的には51名います。常時いるのが大体30～40名です。歯科ユニットの数は15台で、このうち一般診療用が8台、研修歯科医が使うのはその中の一部です。外科用が1ユニット。予防処置用は衛生士用ですが、6ユニットです。エックス線の設備に関してはここに記載のとおりです。

スライドの4番、当院の所在地は、神奈川県海老名市という所です。小田急線では新宿から40～45分ぐらい、横浜からは相模鉄道線で30分ぐらいという所で、東京の郊外ということになります。人口は13万人程度。最近は大型の商業施設ができて少し人口が増加し、年齢構成として、高齢化はまだ少ないほうで、ちょうど2、30年前の日本の人口構成っぽい感じの所です。ですから、小児とか若い年齢層の患者さんが多いという特徴はあります。

スライドの5番、これは当院の研修施設としての沿革です。診療所を開設したのはちょうど30年前の1989年。1997年に法人に変えました。2004年に東京医科歯科大学の従たる施設というものになりました。これは今日ご出席の新田先生は私の同級生ですが、医科歯科大学で今後、研修施設として協力がある、このときは「従たる施設」と言いましたが、そういうものを作って協力してほしいという話もありまして、私も今後は研修というものが柱になっていくなという感じもして、お引受けしました。2006年から義務化され、その後、何年か行った中で単独型施設になる方法があるということ、医科歯科大学の協力型の知り合いの1人から言われたのです。私も医科歯科大学の協力施設としてやっていて、効果は感じたのですが同時に限界も感じたのです。それはどういうことかと言いますと、半年間、医科歯科大学の場合は前期又は後期いくのですが、半年たつと研修歯科医も結構軌道に乗ってくるのです。ところが、そこで尻切れトンボみたいになるという問題がありまして、やはり臨床医がきちんとできるようになるためには一環した教育が必要だろうと思いました。そうなりますと、1年間の研修施設としてできる方法をこちらで始めることと、更に1年で終わるわけは当然ないので、ある程度の期間が必要だと思いました。その期間というのは何年かということですが、ある意味では期間無制限ということにもなるのですが、一応、区切りとして5年と設定しました。その理由は、例えば大学で1年間研修をした後大学院へ行く人は4年間行くわけで、5年たったところでキャリアとして区切りになるわけです。そして、アメリカは臨床型の大学院がありますし、そこは科によって違いますが2～4年ぐらいというものを見てきましたので、やはり、そのぐらいは1つの目安と思ひまして、それで5年間という設定をしました。ですので、この5年間のプログラムというのは、2011年に単独型の研修歯科医を採用したのと同時に始めたものですが、1年目はいわゆる臨床研修歯科医で、2年目は形の上では勤務医ですが、うちの中では研修歯科医として扱う。そして、5年間全部完了するとプログラム終了という形にしました。

スライドの6番、その研修として、うちで現在行っているものの種類を挙げております。単独型の臨床研修は1年間当院で行っていくものです。このゴールは「予防+治療型」歯科診療の概念を理解し、その基本的な処置を行うスキルを習得するというところで、「予防+治療型」というのは何なのかということで、これはスライドの12枚目に書いてありますが、今後の歯科診療は、多分私の予想では治療のみを行う形はもう終わっていくだろうと思ひます。それよりも健康維持としての歯科医療というものが拡充すると思ひました。そうしますと、やはりメンテナンスや発症予防としての歯科医療が必要になります。一方で、歯科治療もやり直しをしないような治療が必要になる。

そういうことで、考え方としては予防をベースに置きながら、治療は必要なときに行っていく歯科診療になっていくだろうと予想し、そのやり方を当院で実践してきたのです。それを私1人ができてもし

ようがないので、今後そういうことに関心のある歯科医というか、新卒の人たちにも教える機会を作ろうと思って、この研修を始めました。最も入口部分のところを、1年目で少し知識を持つことと、体験をするという位置付けにしております。

協力型研修は、医科歯科大学の協力型施設になっておりまして、毎年1人受け入れているのですが、こちらは期間が半年間ですので、1年間の研修のうちの前半部分を終わると。ですから、本当にさわりだけということになりますが、一応、内容的には1年間の研修の中の、なるべくポイント部分だけは伝えられる形で進めております。

3つ目の5年プログラムは、先ほどご紹介した単独型研修の後に続けて設けております。ただ、これはいわゆる国が定めた臨床研修とは違いますので、オプション的なものになります。そして、ページ番号が左上に書いてありますが、これは募集の冊子のページに対応させたものですので、後ほど時間のあるときにご覧いただければと思います。

スライドの7番、定員と受け入れ人数の過去数年間分を書きました。単独型と協力型というのは、募集人数が全く違いますので、それぞれ別の表になるのですが、単独型に関しては、定員を2名から3名で行っております。応募の数はだんだん増えてきて、昨年度は8名の応募があって、内定したのが3名。ところが、国家試験に落ちた人もいまして、なかなか甘くはないのですが、結局、採用したのは1人という形になりました。

2016年度ですが、編入2名とありますが、この年は完全な大凶作で、応募0、ですので当然、採用が0だったのです。つまり、ポストが空いていたのです。今年はいないなということで、もちろん医科歯科大学からの人はいるのですが、そうしたら4月に電話が架かってきたのです。今行っている研修施設を辞めて移ってきていいですかと言うので、それが4月3日ぐらいなのです。これは研修施設を始めるのを忘れたのかと思ったらそうではなくて、どこかへ行っていたのですが、合わないとか言って、3日ぐらいで辞めると言うので変だなと思ったのですが、こちらにも空いていますので、いいよと言ったのです。そうしたら、やはり少し癖がありましてね。結局、6月ぐらいになって、もともと、うちに2年以上の歯科医がいて、その人とどうも折り合いが悪くて、6月ぐらいになったら、また言っていることが変わってきて、今度は大学へ行くとか言い出して、それで3月間ぐらい居て居なくなってしまうのです。こちらにもよく分からなかったのですが、ただいろいろな人がいるなと思って、私も社会勉強的にはなったのですが、それでまた単独型がいなくなりました。その後、今度12月にまた電話が架かってきたのです。そちらはいわゆる病院歯科へ行っている人だったのです。そこでどうも折り合いが悪いというか、何かついていけないみたいな話になったというので、家が神奈川県だったようで、それで実家から通える所で探したらしいのです。この人は優秀だったのです。真面目だし、何でこの人はそんなに悩んでしまうのかなと思ったのですが、3月の終わりまで4か月ぐらいきちんとやりました。そんなことで、編入ということもあるのだなと制度としては知っていましたが、実例として経験した年になります。人数は例年1名～3名ということで推移しております。

スライドの8番、研修終了後どこへ行ったかを見ております。単独型のプログラムのケースでは、必ずしも全員が5年プログラムに行っているわけではありません。大体、行くのは半分から3分の1ということで、ほかの診療所に勤めるという人も結構います。医科歯科大学の協力型で来る人たちも、この中には他の診療所に勤めるとか、大学へ行くというケースがあります。例外的には協力型の医科歯科大学の研修を受けていたが、その後うちに留まって5年プログラムになる人も過去には1つだけ例があります。

スライドの9番、当院の臨床研修プログラムの特徴ということで5つを挙げました。それぞれについて順番に説明していきます。

スライドの 10 番、歯科医師の幅の広さとチーム医療ということです。当院では訪問診療を行っておりまして、訪問診療を専属に行っている歯科医が 1 名おります。口腔外科と矯正に関しては、非常勤で、それぞれ専門医の資格を持っている者が月に何日か来て行っております。多職種との連携ということで、歯科衛生士、助手、技工士との連携を図っております。スライドの右下に小さい字で予約票が書いてありますが、これは当院で開発した予約票です。歯科医師と衛生士のアポイントが一覧で見られるようにして、この中で連携した診療も行えるような形を整えております。

スライドの 11 番、当院の設備の平面図です。右側の「本館」の黄色の所は 1989 年に開設したときの建物でユニットが 4 台あります。左側の青色で書いてあるのが、「新館」で 2005 年から使っている建物です。新館の 1 階は、歯科衛生士の予防のフロアです。2 階は主に自由診療と外科の手術室という形で構成しております。また、新館の一部を増築して研修歯科医の研修室も設けております。

次は診療形態に関してです。先ほど「予防+治療型」といったような診療形態について申し上げましたが、私が思うに、診療形態は 3 形態あると思っております。一番初期の形態は、治療中心型で、これは治療のみを行っております。次が治療+予防型で、これは治療を行った後にブラッシング指導を行って、ケアの仕方を指導してあげるやり方です。3 つ目のやり方は、予防+治療型で、管理をベースにしながら必要なときに治療を行っていくという形態です。この 3 つ目の形態を実際に診療として実践できるような歯科医をつくっていく。さらに歯科診療の治療の場面でも、国際的に見てもおかしくないような治療ができるような歯科医をつくるということを目的に研修を、5 年プログラムでは特に実践しております。

次のスライドは、当院の中でどのような研修をやっているかという説明です。左上の「5 つのスキル」という本については、クインテッセンス出版から昨年 1 月に出版した本で、研修歯科医の最も入口部分として身に付けるべき技術、あるいは考え方をまとめた入門書です。これはもともとは当院でプリントで研修歯科医にいろいろな指導を行っていたのですが、2009 年に新田先生から、「クインテッセンス出版から、何か本を書いてくれという人が来ているから、紹介してもいいか」と言われたのです。その出版社から研修歯科医向けの本を実習書のようなものを出してほしいと。もちろん私は本なんか書いたことがありませんので、急に言われても困るということでしたが、順次、コンテンツを出版用のものに仕上げ、9 年もかかって、ようやく昨年 1 月に発行しました。これはもともと当院の研修歯科医向けの講習で行ってきた内容を、もう少し完成度を高めて少しきれいに見えるように写真などを撮り直して出したものです。ですから、当院の教科書として使っております。

右側のほうに表が 2 つ出ております。これは研修歯科医の冊子に大きく出ておりますので、参照していただきたいのですが、1 年間の研修内容についてのスケジュールを書いてあります。

次のスライドは、その中で特に相互実習について書き出したものです。やはり、模型実習を行い、次に患者実習で、臨床を行うときは結構ギャップが大きいわけですが。それを埋めていくために週に 1 回、大体金曜日の夜が多いのですが、患者はうちの中のスタッフで、う蝕などのあるスタッフに、ただで治療してあげるよということで、症例になっていただいて、研修歯科医の 1 年目又は 2 年目が実施者、アシストも同様に 2 年目、3 年目の研修歯科医がアシスト。その上が指導役になって、それぞれで内容を相互にチェックしながら、もちろん患者役は中のスタッフですから、このやり方は駄目だとかということも遠慮なく言える状態でスキルを身に付けさせます。その上で、臨床の現場にも出していくという方式を取っております。

スライドの 15 番、アポイント表についての解説になります。多職種の連携で、歯科衛生士との連携という部分では、これは研修歯科医の例ですが、アポイントが左側に書いてあります。担当している患者さんが歯科衛生士に予防措置を受けるという場面があります。このケースの場合はアポイント表の 2 か所に患者さんの名前が出てきて、そして予防処置が終わった後、また治療の部分に戻るというアポイ

ントの取り方もしながら、歯科医と衛生士が役割分担をして診療を行っていくということを体験させております。

スライドの 16 番、病院や大学との連携については、当院は単独型施設で、しかも外来だけですので病院での実習はできないので、すぐ近くにある海老名総合病院の口腔外科に、秋頃に 12 回の研修に行くようにプログラムを組んでおります。海老名総合病院の口腔外科は、それ自体も単独型の研修施設になっております。その歯科医長の石井良昌先生は、歯科医師会でも一緒にやる機会がありまして、そういう点では地域医療と病診連携という形においては、ちょうど連携できている場面を研修歯科医も体験できるかと思えます。その研修内容に関しては下のほうに記載しております。外科のアシストを行う、あるいは訪問診療的なことを行う。あるいは NST カンファレンスというのがあるのですが、これは見学からアシストまでが大体の研修内容で、その研修歯科医が実際の診療まで担当するところまではできません。多職種との関わりでは、歯科診療では余りないですが、NST などでは、ここに記載したような職種の人たちとの接点が体験できる状態になっております。

スライドの 17 番は訪問歯科診療に関してです。当院では、歯科診療の中でも外来ではなくて、訪問診療として専属の歯科医師が行っておりますが、その訪問診療に同行して研修歯科医が行くという形になります。

スライドの 18 番、主な訪問診療先については、3 つの特別養護老人ホームと個人の居宅の 4 か所に行っています。研修内容は左下に記載のように、最終的には口腔ケアの実際の処置を行う、あるいは義歯の調整、う蝕処置も、簡単な症例とかは進度の早い研修歯科医が行うというところまで、1 年間の中で体験させております。

スライドの 19 番、地域医療への参加については、海老名歯科医師会のいろいろな行事がある中で、6 月に市民向けの歯の健康習慣の行事があります。このようなときに研修歯科医も参加させて地域との活動を体験させるということを行っております。

スライドの 20 番、目標症例数については、先ほどの日本歯科大学の症例の記載と同様に、種類別と必要症例数などについて掲載しております。

スライドの 21 番、実際の結果については、昨年、研修を終了した研修歯科医の実例で、棒グラフで記載しております。左側の青い棒が必要症例数で、右側のオレンジ色が実際に行った症例という形になり、いずれも必要症例数を超える数を経験しました。

スライドの 22 番、評価方法については、量的な評価と質的な評価の 2 種類で行っております。量的な評価というのは、自分が担当した症例を種類別に数を数えています。この表は小さくて読めないのですが、1 か月の症例の全体の考察を書いた紙です。右側の用紙は、質的な評価ということで日報を書かせて、それぞれ記載したのに対して指導医がこの内容に関してコメントを赤字で記入するというのを毎日行っております。

評価方法の中でも、歯科の内容とはまた変わりますが、医療安全に関係する部分になってくると思いますが、当院では全ての職員に改善カードを出す機会を作っております。これはヒヤリハットを記載したりとか、あるいは改善策を書いたりというもので、これは自由に提出するもので、特に 1 年目の研修歯科医に対しては最低 1 日 1 枚を書くことを義務付けております。それを提出する中で気付きをすること、あるいは、それぞれに自分が考えていることを紙にまとめて書く練習をさせます。週 1 回 1 時間のミーティングを行って、ディスカッションしたり、医療安全についての通達をしたり実習をしたり、いろいろなことをやるのですが、その中で議事録に特に良いものは取り上げて周知するというを行っております。

スライドの 24 番、5 年プログラムについて記載しております。これは話が今回から外れますので省略

します。次のページ、5年プログラムは1年プログラムに引き続くものになりますが、それが終わった後はどのような所に、進路としてあるかというのを示したというキャリアパスとなります。

スライドの26番、この研修を行っていく上で、問題点として何があるかを少しまとめて欲しいと、事務局から依頼がありましたので、それをまとめました。簡単に申し上げますと、研修歯科医には個人差がある。その個人差は何かと言うとスキルとモチベーションです。スキルはまだいいのですが、モチベーションの差は研修で変えていけるものかどうか、なかなか難しい課題と感じております。

次に指導者への負担が歯科医又は衛生士、本来の業務を行いながら指導をしていくということで、やはり研修歯科医の数が多くなるとかなりの負担になっていくのも否めないです。

スライドの27番、この研修歯科医を受け入れにくいと感じている部分はないでしょうかという質問に対しては、研修施設として大学の名前はみんな知っていますが、うちのような開業医は知名度が低い。ということは、余りあることもみんな知らないというのが現状で、それをどうやって知名度を上げていくかということが課題です。その解決策の1つとして、添付資料のチラシの「JDCnavi」が、全国の単独型、管理型研修施設の約300の施設の詳細情報を載せるサイトを作って少し始めたところです。今十数件の施設が掲載しております。日本歯科大学も掲載していただいて、ちょうど今出たところです。ありがとうございました。

こういう形で学生側のほうに周知してくると、学生のほうは求めているニーズは多くはないのですがいますので、その結果として、応募してくる学校、あるいは住んでいる地域が広がってきたと感じます。

2つ目の課題としては、国家試験の不合格による内定後の欠員の発生。これは今年そういうことがあったのですが、これはしょうがないと言えましょうがないのですが、ただ、アンマッチになった人から受け入れていく方法もあると、この会議の中でもお聞きしましたので、そういうような形で欠員をなるべく出さないでいく方法も今後検討していかなければいけないと思います。

また、研修は単独で行うと言っても、やはり他研修施設との情報交換や連携は非常に重要だと思いますので、この会議を含めて他の施設での良い例でこちらが学ぶことと同時に、うちが行って来て、ほかが参考になるものがあれば、そういう情報を出しながら進めていきたいと思っております。

次のスライドは、工夫についてです。過去に行ったものの例としては、去年、座談会を福岡と仙台で試しに行って、それぞれの会場に学生で興味のある人は集まってきて、いろいろな質問が出たので、こういう機会も必要だと感じました。

スライドの29番、これも事務局から依頼された内容です。協力型施設が管理型又は単独型になるための課題としては何があるでしょうかということです。私がこういうふうにした課題というのは、自分が行っていく中で、ここはハードルとして高いが、これはポイントとして絶対に外せないと思ったものを記載しました。1つ目は、カリキュラムの設計ということで、少なくとも魅力的なカリキュラムを作っていかなければいけないし、さらに、これが社会的に意味があるものにならなければいけないと思います。自分の医院に人集めをするために、青田買的に施設があるという考え方の人も時々来ますが、私は余りそういう個人的な理由よりは、きちんとしたコンセプトが必要だと思います。実際、3番目に書いたように、研修歯科医への魅力をつくると。研修歯科医も、学生の段階で選ぶときは見る人は見ているなど思うのです。そういうことでは、学生も施設の側も両方とも切磋琢磨するような意識でやっていく必要があると思います。

2番目に運営をしていく上では、やはり自力で行っていくという意識とマンパワーと経済力が必要だと思います。どうしても協力型の場合は、大学のほうがかなりの部分の面倒を見てくれているわけですし、実際、事務作業の部分は協力型からは一切見えません。その結果、受け身的にしているいいのではないかとこの考え方は結構出やすいと思います。実際には、自力でやるとなると、そこの部分は自分とし

ての主体性がかなり必要だと感じています。以上で、私からの説明は終わりです。

○一戸座長 ありがとうございます。いろいろとご提言、ご提案を頂きました。まずは先生方、お三方からお話を頂いてから後で議論をさせていただきます。続きまして、日の出歯科の石田先生からお願いします。

○石田参考人 よろしく申し上げます。札幌市の医療法人仁友会日之出歯科の真駒内診療所の石田です。まず2ページ目の本プログラムの特徴ですが、我々の施設は単独型プログラムを1つ持っています。考えとしては、卒後1年目は、歯科治療の方法・手技への関心が高いと思いますが、歯科医療に対する考え方を形成する大切な時期と捉えています。当診療所での1年間は基本的な診療技術及び知識を習得することが目標となりますが、入院管理下での歯科治療や全身麻酔をはじめとする各種麻酔管理下での治療、訪問診療あるいは救急歯科医療を通して、将来の専門分野あるいは生涯研修の橋渡しとなってほしいという考えで研修を行っています。

目標はここに書かれているとおり、最低限必要な知識、技術、技能、態度の習得。あとは将来の専門分野に向けた、あるいは生涯研修の橋渡しとなる臨床研修としています。特徴は先にも述べたとおり、有病高齢者、障害者、歯科治療恐怖症や異常絞扼反射を有する患者さんに対して行っている入院下歯科治療、全身麻酔をはじめとする各種麻酔管理下での歯科治療、あるいは訪問歯科診療、当診療所では365日24時間急患対応を行っていますので、その救急歯科医療を研修することにより、超高齢化社会と多様化する患者のニーズに十分に対応できる歯科医師を養成していくことを特徴としています。

次に3ページ、当診療所の指導体制、設備等に関してです。職員数は歯科医師が常勤11名、非常勤は主に当直のアルバイトの口腔外科や歯科麻酔科の先生ですが11名、常勤11名のうち、指導歯科医が6名、歯科衛生士が36名、看護師は常勤1名、非常勤として9名のパートがいますので毎日2名の看護師がいる体制をとっています。あとは院内技工がありますので、技工士が13名、その他以下に示しているようなスタッフ構成となっています。

常勤歯科医師の主な資格としては、昨年、日本歯科麻酔学会の指導施設に民間の診療所として初めて認定していただいて、指導医が1名、専門医と認定医がここに示しているとおりに在籍しています。そのほか老年歯科医学会と障害者歯科学会の指導施設や臨床研修施設になっていますので、当診療所に在籍していることで、日本歯科麻酔学会も含めて専門医と認定医を取得可能になっています。矯正歯科学会認定医の先生は大学から途中で移ってきた先生になります。小児歯科の認定医は、当診療所生え抜きの先生になっています。常勤11名のうち2名が大学に何年か勤務してから移ってきた先生で、それ以外は研修歯科医のときから当診療所に在籍している先生方となっています。

診療台数は、3階建ての建物になっていて、1～3階の診療室にそれぞれ26台、4台、7台、口腔管理を行う予防指導室に4台、合計41台の歯科ユニットがあります。そのほか、外来と全身麻酔での歯科治療を行う手術室に1台ずつあります。そのほかの設備としては、有床の歯科診療所ですので、病床数が14床あります。リカバリーが1床と、移動式リカバリーチェアが3台。全身麻酔器が2台、あとは以下に示しているような設備を有しています。

4ページに、うっすら見えているのが診療所の外観なのですが、3フロアに分かれている建物です。研修の特徴は、ここに示している3項目に分けてご説明したいと思います。5ページは、歯科臨床研修に関してですが、まず指導歯科医が6名在籍していますので、最初の半年間は1か月ごとに6名の先生方の所を交代で回ります。その結果、研修歯科医の能力とか、人と人との合う合わない等も加味して、残りの半年間をどうするかを決定します。これまでは指導医1人に固定することが多かったです。6名の指導医は、小児の患者さんが多かったり、障害児が多かったり、有病高齢者・認知症の患者さんを特に多く診ていたり、矯正歯科を専門にやっている先生もいますので、多岐にわたる研修ができるのでは

ないかと思っています。多くの患者さんの見学・治療ができると書いてありますが、指導医は大体1日60～70人の診察をしていますので、患者数が多いことと、1日の診療所の外来患者数が300人前後になっていますので、かなり多くの研修ができるとしています。また担当医制を取っていますので、初診から治療を完了して、その後のメンテナンスまで1人の先生が行っていますから、長い患者さんですと、10年、20年通われています。断片的な見学にはなりますが、かなり長期にわたった経過を見ることができると思います。

あとは救急隊から搬送された患者ですが、札幌市では歯に関する事で119番に問い合わせをすると、当診療所に搬送されてきます。例えばファイターズの観戦中にファールボールが当たった人も、こちらに搬送されてきます。不定期ですけども、そういった患者さんの見学ができるというのも特徴の一つだと思います。模型実習に関しては、抜去歯牙とマネキンを用いた実習を行っています。

訪問診療は、年間8,000件くらい行っています。毎週半日から1日は施設や在宅への訪問診療に指導医1名と歯科衛生士1、2名プラス研修歯科医という形で行っています。1日行った場合30人くらいの訪問診療に携わることができます。

医療面接、歯科健診ですけども、新患や再来初診の患者さんの予診は全て研修歯科医が行っています。札幌市の歯周病検診も、まずは研修歯科医がやって、指導医が確認するようにしています。後期高齢者の歯科健診も同様に行っています。1歳半健診、3歳児健診に関しては、我々が歯科医師会の当番で行っていますが、よく保健師さんや看護師さんの学生が見学に来ているので、同様に連れて行きたいと思っています。

レントゲン研修を週1日設けて、60～90枚の撮影を行っています。患者さんとのコミュニケーションを図ったり、デンタル・オルソ・3DCT等の撮影能力に関しては、1年目でどんなものでも撮れるぐらいの能力は付いていると思います。ほとんどの歯科医師が開業することからしても、こういったことができるようにしておくというのは重要だと思います。

6ページは、特徴の2番目の病棟研修についてです。左に載せてある表は、7月8日から1週間の予定表です。患者名のところは黒塗りにしています。症例数としては結構タイトに行っています。昨年の全身麻酔は年間470例、総管理数は、静脈麻酔、静脈内鎮静法を入れると1,700例になります。麻酔管理下歯科治療の研修は、点滴回路の組み立て、モニタ装着、バイタルサインの確認、静脈路の確保も症例を選んでさせています。高頻度治療に関しては、鎮静かかった状態でやらせたりもしています。

入院下歯科治療ですが、当診療所では訪問診療で行ったときに、根面カリエスで抜髄が必要だったり、抜歯が必要だったり、全身疾患がある場合は入院で管理するようにしています。周術期管理の研修として、入院時の病歴聴取、検査、摂食嚥下機能のスクリーニング検査を行っています。また移動介助、食事・入浴介助も研修歯科医が行っています。当直業務に関しては、研修の最後に希望があれば行います。

7ページの研修の特徴の3番目、他部署での研修と研修会ですが、歯科医師のほとんどが開業医になることからしても、各部署の業務等についても当然、把握しておかなければいけないという考えで実施しています。まず事務の研修は保険診療、カルテの作成、レセプト、レセ電の仕組み、いつ送っているのかとか、そういったことを理解させています。また待ち時間などの患者さんのクレームも、まず事務に来ますので、そういった対応を見学になります研修させています。

技工部にも数日張り付きますので、技工物作製の流れ・指示書等を理解できると思います。消毒部では、医療安全・感染対策・スタンダードプリコーションについて研修しています。カルテ勉強会は、入ってきた4月に療養担当規則から保険診療の仕組み、カルテへの記載のルール等を勉強させています。研修会は、週1回、臨床検討会として外来・入院・訪問・麻酔管理症例の検討会と、論文抄読会を研修歯科医も含めて行っています。輪読会は週に2回行っていて、現在はMGHの麻酔の手引きと根

管解剖について行っています。

臨床歯科麻酔勉強会は、歯科麻酔学の指導施設になってから、毎週月曜日、こういう流れや考えで麻酔を行っているということ、研修歯科医は聞いているだけですが、30分ぐらいランチミーティングをしています。院内講習会は、月に1回、診療時間を1時間だけにして実施しています。BLSの講習会から、実際に患者を呼んで、形成とか抜歯を研修歯科医も含めて行って、それを指導医と、後でフィードバックするということなどを行っています。

講演会は、外部講師を招いて、脳外科とか心臓外科とか循環器内科とか、そういった先生方を招いて講演会等を行っています。当診療所では学会発表を各学会1題は出すようにしていますので、その予演会等にも参加させています。

次のページは、受入研修歯科医の推移・進路です。直近8年間を抜粋してきました。ここ最近の定員は5名。複合型の協力型施設としても5名となっています。フルで来れば10名です。余り人気がなく、単独型で1名、複合型で1名で推移しています。ただ単独型で来た研修歯科医は、2年目は大体当診療所に残っています。2012年の研修歯科医は8年目として現在頑張っていますし、2014、2015年の研修歯科医は、4年間勤務した後に結婚、出産等に伴って退職。それ以外は現在も在籍しています。

9ページ、研修歯科医の確保や指導等に関して工夫している点です。やはりなかなか研修歯科医が集まらないということで、大学主催、歯科医師会主催の説明会に参加する。あとは大学側の了承を得て、放課後に当診療所の説明会を開催する。北海道大学の学生を学外実習生として受け入れる。マッチング協議会へ参加するなどの取り組みを行っています。

指導する上での工夫ですが、従来に見て学ぶ、背中を見て育つというのは今はなかなか難しく、教える、会話する、勉強会を開催するというようなことから行っています。できないことをつい注意したくなりますが、まずはできたことを褒めるようにしています。一番大事になるのは1学年上の先輩からのアドバイス(フォロー)だと思います。やはり直近の先輩というのは一番の目標になると思うので、研修歯科医が代々続くということが大事だと思います。

歯科医師臨床研修実施上の問題点・課題ですけれども、まず1年目の歯科医師臨床研修の意義として、1年間で研修できることには限りがある。謳ってあることが全部できるようになるかということ、そこまではなかなかいかない。ダイジェスト版のような形になると思います。特に半年間で協力型施設として受け入れた研修歯科医は、なおさらだと思います。それでも、1年目に経験したこと、肌感覚で得た経験知というのは、「三つ子の魂百までも」ではないですけども、ずっと残っていくと思います。1年目で、どれだけいろいろな研修項目を提供してあげられるかが、その後のことを考えたら重要だと思います。あとは、指導歯科医がロールモデルとなって、自己研鑽できる歯科医師を養成し、それが結局は生涯研修につながるのではないかと考えます。

当診療所では今年は久しぶりに人気があって、日之出歯科診療所も合わせて17、18人の希望者が来ました。6名指導歯科医がいるので、マックスで12名受け入れることができるのですが、下に書いてあるように、2~3年までは指導歯科医が寄り添っていかないと、なかなか独り立ちするところまではいかないと思います。そのため受け入れ研修歯科医数を増やしたいのですが、5名から3名ぐらいが適正だと思っています。

マッチング協議会に対しての要望ですが、施設で研修できる内容を分かるようにしたらよいのではないかと思います。こういう研修したいということから施設が絞れてくるとか、そういった格好にして、学生が能動的に自分がやりたいことから施設を選べるようになったら面白いと思います。

当診療所の研修施設としての沿革です。従来、卒業した後は、研修歯科医という立場はなかったのですが、2年目から待遇面で歯科医師手当が付くとか、週に1日大学等へ研修に行かせてもらえるとか、

そういう線引きがありました。2000年からは今までの1年目の歯科医師と比べると、基本的な知識技術の習得度というか到達度が、ちょっと不十分なのではないかということで、それを補う形で、当法人独自の2年間のレジデント制度を開始しました。

その後2006年には歯科医師臨床研修が必修化されて、当診療所は単独型の施設として当初からスタートしています。また、協力型施設として東医歯大、北大からの研修歯科医受け入れも行って来ました。

2017年には当法人独自のレジデント制度を廃止しました。1年間の臨床研修にプラス1年のレジデントで立ち立ちできるわけでもなく、卒後3年くらいは広い意味での研修期間と捉えれば必要ないと考えたからです。

次に、診療所内での多職種との連携です。歯科技工士、病棟の看護師、ヘルパー、非常勤の放射線技師、歯科衛生士との連携です。ここに書いているように、技工士とは指示書の作成、義歯の研磨・洗浄指示、シェードテイキング等と一緒にいたりしています。病棟に関しても、ここに書いているような指示を自験、アシストを行っています。放射線技師は、デンタルX線写真撮影の経験がないので、歯番を含めて撮影方法等を研修歯科医が指導しています。歯科衛生士との連携については、当診療所では歯科衛生士が必ず付く診療スタイルですので、役割分担や器具の受け渡し、より早く診療ができシステムを学んでいます。

次のページは訪問診療での多職種との連携になっています。現在、研修歯科医が訪問診療で行っている施設は、特養・老健・障害者支援施設となっています。看護師、ケアマネ、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパーが向こうにいて、こちらは指導医と衛生士、研修歯科医の3名で行っています。向こうからこちらに対しては普段の生活の様子、口腔清掃状況、食事内容や摂取状況、義歯の使用、また既往疾患や服薬の把握、生活上の問題点については、患者さんが上手に伝えられないことを翻訳代弁してもらうことで、バックボーンをしっかりと把握できるようにしています。

こちらから向こうに対しては、口腔清掃、う蝕などの疾患の現状報告、治療方針の説明、その日行った治療や日常生活における留意点などの情報提供を行っています。あと施設職員等に対して歯科全般の啓蒙活動として、なぜ義歯は合わなくなるのか、高齢者にはどのような歯科疾患が多いのかとか、そういったことをお話しています。ここに書いている◎、○、□が研修歯科医の携わる度合いを示しています。

実際に患者さんを診るのに向けた研修歯科医の事前準備としては、まず何よりも保険診療を理解することを第一に行って、そのあと模型実習を抜去歯牙、マネキンを用いて行っています。これはカリキュラムを組んで行っているのですが、やればやるほど残業させることになるので、その辺を考慮しながら行っています。当診療所の診療マニュアル、ポジション、治療方法、器具の持ち方や使い方、材料等を理解してもらい、臨床検討会や普段の診療中の会話の中で理解度を判定していきます。最終的には、知識・技術の到達度が十分であると指導歯科医が判断した後に、単純軽微な診療から段階的に実践させています。やはり能力の高い人はかなり早い段階からさせますし、なかなか追いつかない人はちょっと時間が掛かりますが、最終的な到達度としては、目標ラインを超えるようにしています。

15ページは、歯科医師到達目標として当診療所で大まかに設けているものです。1年目の半年たった時点から、実際に患者を配当しています。自分の担当の患者さんがいます。2年目になるとそういった配当をもっと増やして行って、1日10人ぐらいいは患者さんを診るようにしています。また、日当直業務や、他施設での麻酔研修も開始します。訪問診療は1人で指導医なしで行ってもらうようにします。3年目になると、保険診療で難しいものでなければ大体、立ち立ちしてできるようになり、1日10人から20人は診られるようになります。学会活動も開始します。5年目の歯科麻酔認定医を取得している頃になると、自己研鑽する能力というのが身につけていますので、例えばインプラントとか、今までやった

ことのないような治療を行う場合は、見本を示して一緒に何例かやれば自己研鑽で能力を上げていくことで、できるようになっています。先ほど鈴木先生がおっしゃっていた、5年でというのは本当にそうかなと思います。

次の絵なのですが、歯科医師臨床研修についての考え方です。大学の先生方が行ってくれた大学教育、卒前教育という土壌の中で撒いた種が、歯科医師として芽を出して、歯科医師臨床研修というエッセンスを組み込んで、すくすく育てていく。次の図で示しているように、我々が目指す歯科医師像は日々の臨床、講習会や学会活動、歯科医師活動、そういった自己研鑽、生涯研修で、より豊かな土壌を自分で作って行って、歯科臨床と歯科麻酔・周術期管理という二本の太い幹をからめた樹木で、その上に全身麻酔での歯科治療や入院患者の治療、障害者の歯科治療、摂食・嚥下・訪問といったものが存在している、という考えで研修を行っています。以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。それでは、佐々木先生お願いします。

○佐々木参考人 千葉県館山市にあります佐々木歯科・口腔ケアクリニックの院長の佐々木と申します。当院では、約15年前に開業いたしまして、間もなく東京歯科大学の協力型の研修施設を運営してまいりました。まず、当院での研修の状況を説明していただきたいということだったのですが、時間がなくて主に写真での説明となります。石田先生がおっしゃったような内容の、当院は有床歯科施設を運営していますので、目標は日之出歯科だったのです。ほぼ同じような内容のことをやっています。

今現在は、単独型と管理型と協力型の3タイプの施設を運営しています。4月に、今年は単独型2名が入職しまして、そのときに入職式とオリエンテーションを3日間にわたって行っております。当院の特徴は、3ページですが、有床歯科施設(3室3床)で非常に小さな有床歯科施設ですが、全身麻酔を配置しています。研修施設としては、臨床研修施設のほかに、日本口腔外科学会研修施設、日本障がい者歯科学会臨床経験施設、日本顎顔面インプラント学会研修施設の4施設があります。館山市は、人口減少が千葉県の中でも大きなほうでして、また高齢化率が著明に突出しております。東京の30年、40年先をいっているとよく言われています。現在の館山市の人口は4万5,000人、高齢化率が38.3%、館山市の要支援・要介護者数が3,604人と、非常に高齢化に伴う介護者数も増えています。こういった特徴のある町です。

次の4ページをご覧ください。現在、当院では歯科医師臨床研修指導歯科医が、常勤で6名、非常勤で4名おります。プログラム責任者が常勤で2名いまして、今年1名受講予定です。歯科衛生士の数は17名です。研修歯科医の9割は大学に今まで就職しております。その理由として、当院の勤務医のほとんどが口腔外科、歯科麻酔科が大半で、また大学関係者、経験者ばかりです。日頃、そういった研修歯科医との会話の中で、大学のほうに魅力を覚えていくと。最終的には当院に残ってほしいのですが、大学のほうに就職するという方が大半です。

5ページにいきます。当院の研修歯科医師数の年次推移です。2010年から協力型を開始しまして、最初の4年間は協力型のみでした。2014年から管理型を開始して、2019年から単独型を開始しております。受け入れた研修歯科医の数はそこに書いてありますが、2010年は東京歯科大学の協力型ですので、1人4か月で来ております。2013年までは2名から3名、2014年は管理型ですので当院で1名で、4か月間東京歯科大学のほうに協力型として出向しております。2019年は単独型が2名、明日からですが、8月から11月まで、大学からの協力型で1名参ります。

私の考えは、最初研修施設を運営するのに協力型臨床研修施設で、ある程度の経験を積んだ後に、管理型というように履行してきました。それは、まず大学が管理型で、当院が協力型でやることによって、運営の仕方とか、いろいろなノウハウを大学と一緒にやっていけるということで、経験知を積むということで、協力型から開始しております。また何年かして、受け入れることに十分な経験を積んだ

と思ったときが、4年目、5年目に管理型を追加しました。なぜ単独型にしないで管理型を追加したかと言うと、主に大学ですが協力型になっていただいて、そこで何か当院のほうで至らぬところがあった場合には大学から指摘を受けるといったことができるだろうと、監視役の意味で大学に協力型になってもらっています。これで10年ほど経験しましたので、今年から単独型というように、合計3つのタイプの研修施設を行っております。

5ページの2番目をご覧ください。管理型、単独型を運営するためには、十分な数の研修指導歯科医と歯科衛生士が必要だと思っています。先ほど、石田先生がおっしゃったことと同じです。また、管理型・単独型研修施設には、専従事務スタッフがいることが望ましいと思います。現在はそういう方が1名います。

次のページにいきまして、当院の概要です。2階建てです。後から2階の半分は追加したのですが、45名の職員数で、非常勤を入れると50数名います。常勤換算で45名になります。こちらに写真が載っているスタッフです。次のページにいきますと、地域の口腔外科の専門医、歯科麻酔医が大半です。私の経歴が大学の口腔外科に10年間、亀田総合病院の口腔外科の部長で14年、その後に関業したものですから、どうしても口腔外科というのが1つの柱になっております。開業した当初から、安房地域医療センターという総合病院がありますが、そちらのほうと、外傷に関して提携してございまして、総合病院のほうに外傷が搬送されますと、CT等を撮影して、中枢神経に疾患がない、外傷がないことが確認されたら、当院のほうに搬送してくるという仕組みで運営しております。今年で16年目になるのですが、そういったことで救急車が写真のように、しょっちゅうではないのですが、年間に何回か来ます。あと、日本口腔顎顔面外傷学会を2016年に私が大会長として開催しています。そういったことで、外傷に関しては特に力を入れておりました。8ページをご覧ください。主に口腔外科を中心に全身麻酔を行っています。また、2階が全身麻酔、特に口腔外科の手術室ですが、1階に障害者用の全身麻酔の配管がされております。1日に2件まで、全身麻酔を行うようにしております。ただし、月に1回の頻度で行っています。麻酔のほうは、当然、歯科麻酔の専門医に来てもらっています。あと、外来においては、患者の約70%が一般歯科診療です。あとの30%が、口腔外科と口腔内科的な疾患というようになります。外来の一般歯科診療の様子が、右の写真になります。

9ページをご覧ください。当院は開業当初から口腔内科、また口腔腫瘍外来というものを院内に1室設けております。ここは、私どもは日本がん治療認定機構の認定・専門医でしたが、今は更新していません。大学から口腔外科の者で、後輩ですが、日本がん治療認定機構の専門医と一緒にずっとやっけていまして、口腔内科と口腔腫瘍外来を担当していただいています。ここにはユニットは置いておりません。内科の診察室と全く同じで、対面形式で、まず看護師がバイタルを計測しまして、その記載をしているところです。また、口腔外科医ですが、口腔内科にいる担当医が患者の問診、視診・触診等を行って、場合によっては検査を行います。どういった検査なのかと言うと、その下に書いてあるように、高齢者が非常に多いものですから、口腔乾燥症、舌痛症、口内炎、味覚異常、また口腔心身症、そのほかいろいろ疾患の方が来ます。非常に多くの方が、こういった悩みを抱えている地域でもあります。

11ページは研修状況です。まず、これはどこでもやられていることだと思いますが、抜去歯牙を用いた形成の練習で、大体4月、5月の4時から6時の間に行うようにしていますが、たまに診療後になることもあります。そこで残業時間対策が課題になっております。あと抜歯の実習に関しては、私は昔からやっているのですが、抜去歯牙の歯根にガーゼを1枚巻いて接着剤で固定し、石膏に埋没してヘーベルをかけます。このヘーベルの引っ掛かり状況というのは比較的よく分かるので、この方法でずっと研修歯科医には教えております。あと、マネキンも1台ありますので、マネキン実習でポジショニング等も実際に実習で行っています。

12 ページです。歯科医師臨床研修指導歯科医が 5 名いますが、指導を受けながら実際に形成の練習を行っている状況を示しています。また、13 ページにあるように、歯科麻酔認定医による採血と血管確保の実習も行って、互いに採血をし合い、血管確保の実習を行った上で、今度は指導医の下で患者にも点滴や採血も 1 年間に 2、3 例は経験してもらいます。14 ページですが、鑷子と尖刀の使用方法が意外とできなくて、粘液嚢胞摘出術を想定して、みかんの皮剥きを毎年研修歯科医にやらせているのですが、何も言わずにやらせると、鑷子の使い方が左の方のように、ちょっと違うのかなというところから始まって、この使い方等を教えていきます。縫合実習も同じように日程を組んで、毎日のように縫合実習は行っています。

15 ページです。実際の患者の印象採得を行っている状況です。これは 5 月か 6 月頃ですから、患者の形成まではいっていない状況です。まず印象採得からということです。こういうした状況で、ここで指摘をしたのが、こうした状況でやるのだと。あと咬合採得に関しても、こうした状況でやったほうが顎位の問題でいいですよという指摘をしながら、実際に経験してもらっています。

次に、写真の右のように、VE の体験です。これは研修歯科医同士で体験してもらって、評価法を学ぶというところを指導医の下で行っています。次の 16 ページですが、歯科麻酔専門医による気管挿管です。この実際の患者での挿管風景です。一戸先生が指導されておられますが、研修歯科医には、これを年間に 3 例ぐらいはやっていただきたいと思っています。患者がいれば、もっと多くてもいいと思います。

17 ページご覧ください。先ほど話をしましたように、当院のほうは非常に超高齢社会ですので訪問診療や認知症、要介護者への接し方、外来診療と異なる歯科医療の在り方について、訪問診療で教えないといけないという状況になっていますので、ここに特に力を入れています。次の 18 ページですが、これは皆様もご存じだと思いますが、東京都の人口の変化です。私が開業した年が 2005 年で、現在は 2020 年ですが、2005 年から 2045 年の人口の変化を見ますと、人口は若干増えるぐらいで、ほぼ同じ人口です。しかし、年齢分布からいくと、80 歳から 30 歳まで、20 代後半までは、ほぼ同じぐらいの比率でピラミッドが推移します。それに対して 19 ページですが、館山に関しては急激な人口減少が現在起きております。2005 年では約 5 万 1,000 人ほどの人口がありました。2045 年は 3 万人ちょっと、今後どんどん減っていくわけなのですが、現在は 4 万 5,000 人です。15 年間で 6,000 人の減少がありまして、さらにこれからそれが加速度的に減少していきだろうということです。それから、人口の構成比率が、50 歳から 70 歳が一番多い人口構成でしたが、2045 年には 70 歳以上が大半だという、棺桶型のピラミッドになると言われています。特にここで注目すべきは、2045 年には 90 歳以上の女性が最も多い比率になるということです。したがって、要介護者の数がこれから激増していきだろうと考えます。

20 ページをご覧ください。当院の高齢者の外来患者数の推移を調べてみました。レセプトのコンピューターから引き出した数値で、時間がなかったので 75 歳以上で区切ることができませんでした。同じグラフにするのはおかしいのですが、参考までに同じグラフに書いてみました。開業 1 年目から 4 年目までが、老人保健という括りで、70 歳以上を示しています。5 年度からは 75 歳以上の後期高齢者ということで示しました。右肩上がりに 70 歳以上、75 歳以上が増えていまして、これは実数ですが、今現在では 1 年間に 7,000 人近く 75 歳以上の方が見えています。右の図は館山の人口減少の状態を示しています。5 万人ちょっといたものが、現在は 4 万 5,000 人ほどです。当院の患者数が、ID 番号が 2 万 3,000 ですから、純粋に館山の方だけが来た想定するなら、館山の人口の半分が当院の患者ということになります。当院の 75 歳以上の高齢者数が約 15% ぐらいですので、大雑把に右の直線のような関係になるのかなと考えます。

今後の問題は、訪問診療に行ける所はまだいいのですが、公共交通機関のダイヤがどんどん減少して

います。この数年で特急がかなり廃止になりまして、駅の数も減るとい状況になっています。また、今は何とかバスの数は担保されていますが、これから減少していきたくらうと考えます。また、運転免許証の返納が進んでいます。あと、老々介護や独居で身寄りがいない方の増加などにより、通院できない方が増えてくるだろうと考えます。解決策としては、訪問診療を活性化して、又は送迎ということも今後は考えないといけないのかなと思っけていますが、先月に安房歯科医師会の総会があつたのですが、会員は約40数名いるのですが、平均年齢が63歳ということで、10年後の安房歯科医師会の存続が大丈夫なのかという話起きています。みんな高齢化していますので、余り訪問診療に行きたがらないという問題が安房地区では起こっています。

21ページをご覧ください。当院の訪問患者数の推移を示しています。開業後経過年を左のグラフに表わしています。最初は数名から始めたのですが、現在は1年間に2,700~2,800人まで増加しています。また、外来から訪問へ移行した患者数も、このところで顕著に上がつてきていて、まだ1年間では25名程度ですが、実際には外来に來られなくなった方は潜在的にはもっとたくさんいて、お亡くなりになった方、訪問にいていない介護状態の方もたくさんいらっしゃると思っけています。拾い上げただけでこついった数です。これもこれから増えてくると思っけています。

22ページをご覧ください。当院の訪問診療の患者数の推移です。左の図ですが、のべ約4万6,000人ぐらいが、9年目をピークにして減少傾向になってきています。先ほど申し上げたように、介護のほう、もしくは人口減少によって、去年が一番少ないのですが、これからもどんどん減少していくものと思っけています。それに伴つて、訪問の割合が右のグラフのようにどんどん増えてきています。これはもっと加速していきかなうと思っけています。現在、訪問のほうは2年前に2台に増やしまして、現在は車2台で動いています。体制としては、歯科医師、衛生士、看護師の3名体制で1台、もう一台のほうも同じような体制で運営してあります。そこに研修歯科医が右の写真に写つてありますが、研修歯科医が1名配属されません。去年までは1週間に1日だけが訪問診療という形だったのですが、今年には外来が半分、訪問診療が半分という形で、50%づつの割合で研修歯科医も行くようにしています。

次のページをご覧ください。訪問診療を行つてると、非常にリスクのある患者がたくさんおられます。場合によっては、訪問先で患者が亡くなることも想定しなければならない、こついったことも常日頃から考へて訪問診療に向かっています。とにかく、そのときもそうですが、近隣の内科医、もしくは担当するかかりつけの内科医、こついった医師との連携というのは非常に重要です。病院の口腔外科ですと、がんで亡くなる方が大半ですが、実際には訪問診療で亡くなった場合には、内科的な疾患で亡くなる方が多いものでしたら、歯科医師が死の宣告をすることは絶対にできないというように普段から言つておいて、内科医との連携というのは常に意識しながらやつていくと。幸いに、今のところ死の場面に遭遇したことはありませんが、ニアミスは何回かあつたと聞いています。こついったことも非常に、今後訪問診療をやる上では、研修歯科医にも常日頃から、こついった危険性と隣合わせだという話をしています。

こついったリスクがある患者の抜歯とか、こついったものは簡単に居宅でやつたり、もしくは施設で行つたりということはずせぬ、こついった入院施設がありますから、1日入院という形で、午前中に連れてきて、抜歯して夕方に問題がなければ連れて帰るとこついった形の入院のあり方も今、模索しながら始めたばかりのところですが、こついった方法もあるのではないかなうと思っけています。ここではモニターを觀察しているのは看護師です。白衣を着ているのが歯科麻酔医です。赤い服を着ているのが衛生士で、左の黒い服が指導医としての口腔外科医です。向こうにいるのが見学をしている研修歯科医です。

当然、研修歯科医には訪問先でのリスクがない、基礎疾患が余りない方、安全にできると判断された場合には、指導歯科医の指導の下に、充填処置や義歯作成なども実際に行つてもらっています。

25 ページをご覧ください。看護師による入院管理です。小児歯科専門医が全身麻酔を行っているところです。障害児の歯科医療も当院の力を入れているところです。実際に、26 ページには千葉県歯科医師会から、障がい(児)者を受け入れ、2次医療機関として認定されています。

27 ページをご覧ください。もう1つ、当院が力を入れているのは、医療安全です。研修歯科医には医療安全風土作りの手法と実際を学んでもらうということで、力を入れています。医療安全は医院、病院経営の根幹だと、私は考えています。外来でやっていることは、オペ室の覆い布は滅菌ナイフと同じように、オペ室は滅菌ということもありますが、外来ではこういうタオルで顔の大半を覆って危険から守ることも非常に重要なことかなと思っていますし、次のページの拡大鏡とインカムも非常に重要だと思っています。また、外来で抜歯を行ったり歯牙を間違えないようにするためにも、タイムアウト、サインアウトといったものを衛生士と一緒にやって行っています。あと、1年か2年に1回は、BLSの院内実習を歯科麻酔医の指導の下に行っております。

30 ページをご覧ください。うちではずっとこの10年間、金属製の補綴物にノブを付けています。これは障害者歯科学会では推奨している方法だと聞いています。のべ1年間に4万人の患者を診ていて、皆がこういう補綴物ではないのですが、これを始めるまでは、誤飲が年間に平均2人ほど発生していました。これを付けることによって、10年間の間で皆務となっています。ということで全員参加型で医療安全委員会を行っています。30ページの右の写真がその風景です。これは部署会議、KYT報告、小委員会というように、年間2回の小委員会が回るような頻度で、医療安全委員会の活動を行っています。そのほかに勉強会を毎月2回、毎週外来術前カンファレンスを行っており、主に外科処置に関してです。あと、毎月1回の全身麻酔のカンファレンスと歯科麻酔科医によるプレラウンド、その下の32ページに、医療安全委員会の各種委員会、あと別のページにメンバー表があります。そして、医療安全管理委員会と小委員会の大体の仕事内容をここに記載しています。

33 ページをご覧ください。医療安全委員会で報告されたKYTは、このインシデント報告、アクシデント報告を基に、適切な事例を毎月抽出して、それをKYTで各部署で行っています。それを医療安全委員会のときに報告していただいて、その解決策として1つないし2つの月間標語を選定して、今月の行動目標ということで、全員が目につくような所に何箇所かに掲示してあります。こういったことを研修歯科医も一緒になって体験させております。

34 ページをご覧ください。地域医療連携ということですが、多職種連携・地域医療連携を推進するためには、地域で行われている医科・介護関係の勉強会や講習会にはなるべく出席するようにする。地域医療連携を推進するためにはどうすべきかということで、それに対する私の考えです。また、地域医療連携は、主に訪問診療を行うことで醸成されると考えています。それには地域包括支援センターやケアマネージャーとの密な連携が不可欠だと考えます。また、歯科医院からの医科・薬局・看護師・介護関係者・行政への勉強会などの働きかけも非常に有効だと考えています。地域に存在する総合病院、特に歯科のない総合病院、また精神科病院、特別養護老人ホーム、グループホームなど、当院では20施設以上と連携して、研修歯科医も一緒に同行していくと。そして、そういう中でのナースとのやり取りとか、いろいろなことを実際に見学して覚えてもらっています。また、総合病院内のNSTチームやST、PTを含めた摂食嚥下リハチームとの勉強会、講習会などにも、研修歯科医はそこに参加できる時は参加させています。

また、そういうことを行うことによって、多くのMD、医師たちの参加も実際に増えてきております。ということで連携の絆が、より強固になってくると考えています。

地域医療連携、訪問診療を有効にするためには、訪問診療の求めには素早く応じて、丁寧で誠実な対応を心掛けると。できれば、患者の情報共有を直接、医師やナースなどに伝える努力をする。各種書類

の発行が遅れないように努めるなどの基本的なことを丁寧に行っていくことだと思います。

35 ページをご覧ください。今年は先月、第 15 回南総再生歯科医療研究会を開きました。本会は年に 2 回開催していて、年 2 回は全職種が一堂に介する会としています。そこには、歯科医師、医師、歯科衛生士、看護師、介護関係者、行政が参加しています。これも 1 つの地域医療の連携につながっていくものと考えています。また、そのほかにも南房総緩和ケア懇話会、これは亀田総合病院で始めたものですが、この世話人になっています。また医師が始めた安房地域医療ねっとというのがあり、こちらにも主に介護関係の医師と介護、歯科医師も加わっていますが、この会にも参加しています。先ほど申し上げました総合病院の NST との定期合同のカンファレンス、あとは外傷で、消防救急隊や、救命救急科と協働して、外傷の治療といったものも地域医療連携につながっていくのかなと考えます。

また、最後になりますが、歯科医療の最先端を学会で学んでほしいということで、研修歯科医には、必ず 1 年間に最低 1 回、場合によっては 2 回、学会に連れて行くということをやっと継続してきました。商業誌などの知識だけではなくて、歯科医師として積極的に文献検索など情報収集する能力が必要と考えております。医学部、歯学部図書館に直接連れて行って、そこで文献の検索の仕方などを、4 月に今年の研修歯科医 2 名に教えました。

また、本人が興味を持つような学会会員になるということも、いろいろな学会の特徴を我々が知っているだけのことを教えてあげて、その中からそういう興味があれば、早目に会員になってもらうということも、将来、専門医を取るときに役に立つのかな。ここも無駄にお金を使うことにならないように、十分に指導しながら、そういう研修歯科医になってもらいたいと考えています。

また、1 年間うちにいる間に、最後に、研究テーマを 1 つ決めて院内発表を行ってもらっています。また、レクリエーションを 1 年間に 1 回実施しています。館山というのは海に近い町ですので、夏が特にこういうレクリエーションにはいいなと思っていて、夏場にこういったことを研修歯科医主催で、費用のほうはこちらで出しますが、行っております。計画、実行力、会計など全て、ここでリーダーシップを含めて養成して行って、スタッフとの交流として、早くスタッフとの打ち溶けた関係というのが、これを期に一気に深まるということもよくあります。また、今回の 2 名に関しては、学会発表をしたいということですから、研修歯科医に IgG4 関連疾患について、10 月に日本口腔外科学会で発表予定です。学会活動は、毎年 2 演題から 6 演題、常勤のドクターは行っておりますが、今年初めて研修歯科医にも発表してもらおうというように考えています。

最後のページです。これからの超高齢社会における要介護者急増と訪問診療の普及のためには大学教育は重要だと思います。また、研修歯科医も訪問診療の重要性とやりがいを持てる座学で教わった内容と臨床がつながるプログラムが必要だと考えています。歯科医療に対する医科の医師や地方行政の理解が、まだ地方では不十分かなと考えています。当院は比較的連携が取れているほうだと思いますが、医師や地方行政の歯科医療に対する理解がもう少しあれば、開業医の先生方もスムーズな医療連携が組めるのではないかと考えます。また、医科、歯科の基本的な疾患や治療のガイドラインなどの学習も研修歯科医には必要だし、研修歯科医だけにとどまらず、我々常勤の歯科医師にも生涯にわたって必要なことだと思います。

また、研修歯科医の確保ということで、現在、当院のような地方には研修歯科医は余り来たがらないという現状があります。現在、ホームページ、研修施設情報サイト、JDC 等、現在はホームページも改良中ですので、もう少し充実させていこうと思っています。また、協力型から管理型、単独型に移行するにつれて、指導歯科医とプログラム責任者を増員して、研修受け入れ人数を増加していく等、魅力ある歯科医院づくりをホームページを通してアピールできればと考えています。ここは他の施設もそうですが、課題のところですか。以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。先生方のプレゼンが大変盛りだくさんで、既に時間を超過してしまっただけですが、少しいいですか。大丈夫ですか。

お三方の先生方から頂いた内容は、もう先生方がお気付きのように、大学の研修歯科医では苦勞している訪問診療とか多職種連携とかを当たり前のようにやられている。多分、評価については、先ほど鈴木先生からお話がありましたが、質の評価と量的評価というところは大澤先生からお話がありましたが、ほとんど変わらないのだろうと想像します。ともかく、大学では難しいことが極めて当たり前のようにできている。ただ、そのためには指導歯科医の数も確保しなければいけないし、歯科衛生士さんも確保しなければいけないし、現実的にはなかなか。それからもう1つは、大学に比べて存在を知らせるのが難しいというところがあって、大学だけでなくいろいろな施設で、前々回やった病院歯科もそうですけれども、いろいろな施設で研修の道を開くというときに、どうやっていくかというのはすごく思案のしどころだなと改めて思いました。

本当にもう時間がぎりぎりなのですけれども、今日、委員の先生方には、3つの論点、歯科診療所での歯科医師臨床研修を普及させるためにはということと、現在議論中の到達目標、特に多職種連携、訪問診療も含めて、を充実させるためにどうやったら、必修化に向けてハードルをどのようにクリアしていけばいいのかということ、それからもう1つは、評価のところでは目標の症例とか達成度ということを、論点として委員の先生方には事前に考えてきていただいたことはありますが、そんなことを念頭に置きながら、今のお三方の開業歯科医での研修についてご質問あるいはご指摘等を頂ければと思います。時間が限られていますので、お一方、1点ずつでも是非出していただければと思います。いかがでしょうか。

○長谷川構成員 3人の先生方、どうもありがとうございます。どちらも、施設も大学と本当に肩を並べるような規模だったりするような状態なのです。私は大学病院ではなくて、先生方の組織の所で研修をするという立場に立って考えてみますと、やはり自分が安心して研修をしたい、それから、今後、在宅などを中心とした地域医療というようなものに出ていくために、どういうものを教えてもらえるのか、どのようにしていただけるのかというところで、1つは、今までの病院とか、そういう所でのインシデントとか、そういうものの公開とか閲覧、そういうものについてどのようにされているのか。それから、鈴木先生の所では改善カードとか、石田先生の所では院内講習会の話、佐々木先生の所は本当に実習を全部出していただいていたのですけれども、全身管理とか救急蘇生その他、何か救急があったときに対応できるようなものを前面に出されると良いのかなという気がします。あれでしたら、その辺のところをもう一度、おもて面に出していくと、もっともって人が来るのかなと。私だったら、そういうところが前面に出ていると、ああ、ここで安心して、大学病院の研修ではなくて個人でやっている医院の所で研修したいと思うのではないかと感じました。何かコメントがありましたら、頂けたらと思います。

○一戸座長 先生方、もし回答等がありましたら、簡潔にお願いできればと思います。いかがでしょうか。

○鈴木構成員 では私から。見学に来た段階で、やはりみんなはそういうところを結構チェックしていると思います。関心のある学生は、その中で症例数とかどこまでやるかといったようなものを見ているので、やはり文字上でも必要ですし、まず見に来て、それで評価してくれというようなことが、現状では一番、受入れにつながっているのかなと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。

○石田参考人 実際に見学に来てもらったり、説明会のときにそういったお話をさせてもらうことで対応しているのが現状です。

あと、インシデントの報告に関しては研修歯科医も、スタッフから上がってきたものは全部見るようにしていますし、過去に「ああ、こんなことが起きているんだ」と見られるようにしています。

○長谷川構成員 研修歯科医も閲覧できるということですか。

○石田参考人 そうです。

○長谷川構成員 ありがとうございます。

○一戸座長 ありがとうございます。

○佐々木参考人 実は、うちでは本当に始めたばかりで、今現在、研修歯科医用のホームページを作っている最中なのです。余りに露出度が少ないと、これでは研修歯科医は誰も見ないよということを非常勤のあるドクターに指摘されました。日之出歯科のホームページを見ますと、最初に研修歯科医のことが書いてあったものですから、まず最初にそこを少し加えたところ。今、ホームページを新たに作っている最中ですので、それが、恐らく来月辺りに完成するかなと思うのです。そうしたら、今おっしゃられたように、救急のことを前面に出したりとか、ある程度、文字でプログラムとか、そういったことも含めて載せていきたいと、思っているのです。実はそういったことで、今後の課題にさせていただきたいと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。結局、研修を希望する学生が簡単に得られる情報は文字の情報で、D-REIS しかないというのが、残念ながら現状なので、いかにして存在を知ってもらうことですね。ということかなと思います。先生方、いかがでしょうか。新田先生、もしあれば。

○新田構成員 各施設とも、大学病院と連携しながら最初に協力型になってからということで、しっかり手順を踏んでやられているので、大学からいろいろ発信して研修歯科医に伝えていく方法が常套というような感じはいたします。

あと、研修歯科医が来ても、訪問をたくさんやりたがる研修歯科医もいますけれども、やはり基本的な技術を学びたいという方もいるので、余りそこを強調されすぎると、かえって敬遠されるような部分もあるのではという気もいたします。

ですから、適切な配分をちゃんとする取組をしていますよというのがいいと思うのです。日之出歯科は、24 時間対応ですが、行くと仕事が大変なのかなとか、ノルマがきついのかなとか思われてしまい、何か、そういうイメージも払拭するようなプレゼンの方がいいと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○一戸座長 今日、先生方が紹介していただいたのは、恐らく 1 施設で全て必修というプログラムだろうと思うので、どうなのでしょうね、難しいのかもしれないけれども、大学のように必修の部分と、あと、選択が幾つかあると、学生もその中で魅力的なものを拾っていくということはできるのかもしれないですね。そう簡単にはいかないかな。

○新田構成員 あと、ちょっと感じるのですけれども、余り人数を増やしてしまうと、逆に指導の目が行き届かないというようなことがあります。大学病院は人数が多いので皆さんの施設のようなプログラムをすごく作りにくいということがありますので、人数もある程度、上限を決めてやられたほうが安心で安全な研修になると思えました。

○一戸座長 もしくは、先生方がおっしゃった、指導歯科医の数をいかにして確保できるかというのが大前提ですね。

○新田構成員 プレゼンを聞いていると本当に行きたくなるような施設なので。卒前の学生 2 年生、3 年生、4 年生辺りにも是非知ってもらいたいですね。日之出歯科の場合、昔、工藤先生が学生に 2 時間ほど講義をするとかなり反響があって夏休みも何人か見学しに行ったりしていたので、やはり、そういう取組も大学が積極的にやっていった方がいいと思います。

○一戸座長 ありがとうございます。他の先生方はありますか。

○田口構成員 私は、どなたかのプレゼンテーションの中にもあったと思うのですが、ほとんどの歯医者は将来的には地域に出て行って診療所を運営してということが、ある一定のゴールだとすると、例えば先生方の所に出て行って、ベル歯科さんでしたら5年間の研修のプログラムがあると、日之出歯科さんでしたら1、2年、今は廃止という話もありましたけれども。結局、将来、自分が目指す所にそのまま自然に移行していくような研修プログラムになっていますので、大学よりも魅力がちゃんと伝われば、むしろ先生方の所に研修歯科医が行くほうが私はいいのではないかと思うのです。研修の能力が、どの段階、卒前から卒後のシームレスとか、最終的に自分の能力がどこに到達するのかというのが、医学教育のほうではEPA (Entrustable Professional Activity) と言いますけれども、「巣立ちの能力」といって、独り立ちできる能力をどの段階で身に付けようかというときに、例えば鈴木先生の所だと、恐らく5年ぐらいが一定のゴールというか、そこになると、あとは独り立ちして、大体、何でもできるようになっていくのではないかという、マイルストーンの一番最後のゴールの所が割と明確になっているような気がします。大学だと、どちらかという、やはりある程度のところまでいくとハイエンドな専門的なことばかりになってしまうのだけれども、それが現場で、地域の文脈でそのまま能力を発揮できるというようなことになっているところからすると、やはり診療所で研修を進めていくというのが非常に重要なのではないかというような感想を持ちました。

その中で、最後の佐々木先生の所はそういう、どれぐらいの、期間というか、スパンというか。大体、これぐらいまでやったら独り立ちできるのではないかみたいなものは、何か定めていらっしゃるのでしょうか。

○佐々木参考人 うちに来る研修歯科医たちは1年間の間で大学に行ってしまう人が大半なものですから、なかなか。一昨年残ったドクターが、うちに初めて残ったのです、管理型の。それぐらい、ほとんど大学に戻ってしまうものですから、なかなかそういう、育てていこうという感じではなかったです。どちらかという、みんなが大学に行ったほうがいいよと、そういう勧め方をするものですから、院長にとっては非常に複雑な気持ちだったのです。私も大学院に長くいたものですから、最初はそういったのがいいのかなということ、そういう。最近は考え方を少し変えまして、うちに残していいのではないかと思って、なるべくそういう魅力のあるものにしていこうと、実は思い始めたばかりなのです。1年間では、とてもではないけれども完成するような歯科医師は絶対に無理なのです。その後、やはり継続して、先ほど皆さんがおっしゃったように、最低でも3年、ふだん見ている3年ぐらいは研修歯科医以外のドクターが来て掛かりますので、そういった形でプログラム、研修歯科医以外のプログラムも作って養成していくことがいいのかなという、お二人の話を聞いていて、それはまた別枠として作ってもいいかなと思っています。実際には、その人の能力によって進捗状況は大分違いますけれども、3年ぐらいで独り立ちできるようなものがないかなと考えております。

○一戸座長 実際、佐々木先生に怒られますけれども、私も、「麻酔科において」と言って何人かリクルートしていました。

○大澤構成員 かなり、本当にきめ細やかなプログラムで、すごく魅力があると感じました。研修歯科医それぞれの応募動機は、各先生の所でどのように把握されているのか、簡単に教えていただければと思うのですが。

○鈴木構成員 当院の場合ですと、とにかく臨床を一人前にできる歯科医になりたいという動機がまず第1点です。それともう1つ、最近感じるのですけれども、私、結構、外国に行って講演をしたりとか、そういう機会が多くて、そういうのもチョロッと見せるのです。そうすると、学生で結構、交換学生で海外に行ったとか、そういう人たちがそういうことを引き続きできる場所ということで、どうも来てい

るような感じがします。そういうことで、その人の好みに合ったというところもあるような気がします。

○石田参考人 当診療所は、今年は結構、人気があって 10 人くらい来たのですけれども、訪問診療をやりたいという人が一番多かったです。実際に訪問診療がどういう状況なのかを経験してみたいということです。その次に多くて、これまで一番多いのは、歯科治療と麻酔歯科を両立させたいという、全身管理ができて歯科治療もできる歯科医師になりたいという学生が多いです。

○大澤構成員 それは、東医歯大の学生が多いのでしょうか。

○石田参考人 そうですね、北大と東医歯大の学生が多いです。北海道出身の他大学に行っている学生が、せつかく北海道に帰ってくるのだったら顔を出してほしいのですけれども、やはりちょっと知名度がないのかな。そういう意味でも、マッチング協議会とか、D-REIS で、どういう研修をやりたいと検索したら施設名が出てくるという逆の、能動的に検索できるようなのもいいのかなと思います。

○大澤構成員 本院だと、歯科麻酔はすごく人気がある科なのです。私自身、学生に、「いろいろな施設を見に行きなさい」と学生時代には言うのですが、なかなか、本学の特徴なのか、余り外に出ていかない気質があるので、もっと先生方の魅力あるプログラムを広めたいというのをちょっと考えてみます。佐々木先生は、いかがですか。

○佐々木参考人 実は、私は大学で口腔外科の手術をしたり、講義もしているのです。学生さんたちは全員、私が口腔外科だと知っているのです。あと、学会関係者で、口腔外科で私を、みんな知っているわけなのです、会員の方は。ですから、いままで、100 パーセント、うちには外科希望しか来ていません。

○大澤構成員 もう外科をやるのだと。

○佐々木参考人 ええ、外科希望者しか来ないです。ええ、本当に複雑な気持ちなのですけれども。研修歯科医の説明会のときに、必ず外科専門ではないからと、7 割は一般歯科診療をやっていますと言うのですけれども、外科希望しか来ないのです。何とかこれを一般歯科診療に持っていきたいと思っているのですけれども、なかなかそれが難しくて。そういうところでも、最初から門戸が狭くなってしまっているなという、うちはそういうところがあります。何とか、それをホームページででも払拭して幅広い人材が来てくれればと思います。悩みの種です。

○一戸座長 よろしいですか。

○大澤構成員 はい。

○一戸座長 そろそろ時間ですけれども、何か、最後にもう 1 つだけというのがあれば。

○長谷川構成員 今、本当に、3 先生とも、お聞きすると、単独型の施設は、これから増えてほしいとすごく願っているのですが、私が選ぶとすれば、先生方の施設に行きたいと思っています。そうすると、どうしても外科とか麻酔とかを経験した先生でないと単独型の施設をやるのは、今、難しいのかなと感じてしまうのですが、先生方、一般歯科しかやっていない先生が管理型になっていくということに関して、否定的なお考えですか、やはり口腔外科とか麻酔科を経た人がやるべきというお考えでしょうか。何か、その辺のご示唆がありましたらお願いします。

○鈴木構成員 私の場合は、もともと補綴出身なので、麻酔とか、口腔外科とか、そういう、いわゆる専門知識をもってというものでもないのと、あと、補綴の後、今度は予防のほうに興味を持ちました。そういう意味でいくと、いわゆる一般診療をベースにした形でやっています。

○一戸座長 ありがとうございます。

○石田参考人 当診療所では、先ほども、図に示したように歯科臨床と歯科麻酔の 2 本の幹でもって太い幹を作っているという考えです。地域包括ケアを考えたときに、訪問診療や麻酔管理を行っている先生方の所に研修歯科医がたくさん行くべきだと考えます。そういう意味では、研修プログラムの中にそ

ういった研修を実施する協力型施設でもいいので組み込みさえすればいいのではないかと思います。一人で開業したり、分院展開しないで、なるべく複数の歯科医師が在籍するクリニックが増えていってくれば自ずと管理型の施設が増える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。

○佐々木参考人 私も同じ意見で、口腔外科とか歯科麻酔の専門医だからそういった、単独型、管理型がしやすいということはないと思います。どちらかという、その地域の特徴がそれぞれありますので、そこをうまく伝えていくようなやり方、また、そういった、例えば、自分の実家が田舎だからそういった所に行きたいとか、そういった所で研修をしたいというようなことをうまく伝えていければ、要するに、専門医は関係なしで私はいいいと思います。

○長谷川構成員 ありがとうございます。

○一戸座長 ありがとうございます。今日の3施設もそうですし、非常に特色ある、開業の先生方の施設が増えてきているので、もちろん大学は管理型で、開業の先生は協力型というのは、これまでのオーソドックスな形ですけども、そうではなく、こういう先生方の所は管理型になって、大学が協力型あるいは研修協力施設として一部協力するみたいなことにシフトしていけると大学の負担も減りますし、きっと先生方のやりがいも増えて、それが広がっていくと日本全体の研修が、より良く普及していくのではないかと思いますので、そんなことを踏まえながら、次回以降、引き続き議論をお願いしたいと思っています。今日はちょっと時間が過ぎましたが、ここまでにさせていただきまして、事務的なことをお願いします。

○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8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、8月20日(火)16時より予定しております。構成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 今日はどうもありがとうございました。大変貴重な充実した議論を頂きまして、ありがとうございました。