

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12回）

○青木歯科保健課臨床研修審査官 定刻になりましたので、ただいまより第12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。委員の皆様方におかれましては、お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。また、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ご出席いただいております。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。

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、参考資料1から参考資料8を格納しています。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。よろしくをお願いいたします。

○一户座長 皆様、遅ればせながら明けましておめでとうございます。本年もよろしくお願い申し上げます。既にご承知のように、ワーキンググループの報告書が1月7日に公表されたということで、いろいろな方に目を通していただいて、個人的にもいろいろなご意見を頂いている方もいらっしゃるかもしれません。そういう状況で、何点か引き続き検討しなければいけないということで、具体的な運用に関わる何点かの重要な事項がございますので、今日はそのことについて、先生方にご議論いただきたいということです。

今日、この後出てきますが、検討していただきたいのは症例数の考え方です。もう1つは、評価方法をどうやって標準化していくかということです。この2点について、今日は先生方からいろいろとご意見を頂きたいと思っております。

まず、前半部分の症例数の考え方について、事務局から資料のご説明を頂ければと思います。

○大塚歯科保健課課長補佐 それでは、資料の説明をさせていただきます。お手元の資料の「必要な症例数の考え方について」をご覧ください。ワーキンググループの報告書の中で、歯科医師臨床研修の到達目標のCの項目について、「必修」項目と「選択」項目を設定し、必修項目の割合について「必要な症例数」の60%以上を目標としたところですが、その考え方についてはさらなる整理が必要である致しました。資料の2ページと3ページについては、これまでご議論いただいた報告書の内容と、現行の関係通知の記載をしております。現行の通知では、研修プログラムには次に掲げる事項が定められていることとしており、その中に臨床研修の目標として、必要な症例数や研修内容を含むこととなっております。各臨床研修施設から提出いただく様式には、臨床研修の目標として症例数を記載することとなっております。

各臨床研修施設より年次報告で報告のあった症例数について集計させていただきましたので、5ページ、6ページにお示ししています。まず、外来診療において目標とする必要な症例数の記載の状況です。外来診療において目標とする必要な症例数は、51～100症例と記載している研修プログラムが最も多く、102プログラムありました。このうち100症例と記載されているプログラムが、40プログラムあったことが確認できています。また、6ページにお示ししているのは、訪問診療における目標とする必要な症例数の記載状況です。訪問診療において目標とする必要な症例数は、0症例と記載しているプログラムが最

も多く、67プログラムありました。次いで、1症例と記載されている研修プログラムは40プログラムの確認ができました。このように、研修プログラムにおける必要な症例数の記載状況は様々でしたが、具体的なプログラムを少し抽出して、7ページから9ページにお示ししています。

各研修プログラムにおける目標とする必要な症例数の記載例として、7ページに歯科大学、医科大学、病院歯科、歯科診療所における研修プログラム単独方式、管理型方式のプログラムから、設定されている症例数の記載を転記しています。このAからJまでの各プログラムの中で、更に細かく到達目標について、個々に記載があるのですが、その一部分を8ページと9ページにお示ししています。

今回は、医療面接に関するところの研修の記載状況をお示ししていますが、研修プログラムにより、必要な症例数の考え方が異なっていることがお分かりいただけるかと思えます。赤い枠の所で囲った所が、必要な症例数の考え方です。研修プログラムによっては特に記載がないものもございしますが、関与した部分が、部分的なものでも1症例として数えるといったプログラムですとか、一連の流れを経験することが望ましいとしているプログラム、また全ての行動目標を過不足なく含まれているものを1症例とするといったプログラムまで、様々ございます。

続いて、10ページの所には、臨床研修施設ごとのプログラム数の状況をお示ししています。現在、臨床研修施設として単独型又は管理型として、もしくは相当大学病院として研修を行っていただいている施設が314ございますが、その中で複数の研修プログラムを持つ施設が62施設ございました。そのうち、D-REISで症例数が確認できた施設は49の施設だったのですが、その中で12施設においては研修プログラムごとに異なる症例数を設定しているということが分かりました。

続いて、臨床研修修了者のアンケート結果をお示しします。研修歯科医が研修プログラムを選んだ理由としては、「研修できる患者数が多い」とした方が最も多く、次いで「症例の内容の幅が広い」ということが挙げられました。また、研修プログラムを選ぶ際に参考にした内容としては、「目標症例数」と回答した者の割合は32%、「症例内容」と回答した者は約36%でした。

以上、到達目標における必要な症例数に関してお示ししてきたところですが、その現状と課題を、13ページにお示ししています。研修プログラムに記載が必要な「必要症例数」は、「必要な症例数」の考え方も含めて、研修プログラムによって大きく異なっています。研修プログラムによる必要な症例数の違いは、研修プログラムの特徴の違いだけでなく、必要な症例数の考え方が研修プログラムによって異なっていることも理由の1つとして考えられます。

また、現在の研修プログラムにおける必要な症例数の考え方は、1つ目として、初診から治療終了までの一連を担当して1症例とする場合と、2つ目として、治療内容ごとに担当した症例を1症例とする場合の両者が混在しているというように考えられます。

また、同一の研修施設で複数の研修プログラムがある場合に、異なる研修プログラムであっても、必要な症例数が同一であるという施設もございます。

そして、臨床研修修了者のアンケートから、幅広く多くの症例を経験することを望んでいるものと考えられる一方で、研修プログラムに記載されている症例数や症例の内容を参

考にした者の割合は4割に満たない。現状では、必要な症例数の考え方が臨床研修施設によって異なっていることから、各研修プログラムで経験可能な症例数等の比較が難しい状況となっているものと思われます。

こういった点を踏まえて14ページにお示しする本日の論点です。1番目として、到達目標として設定する必要な症例数について、どのように考えていただくか。2番目として、必修項目の割合の60%以上を考えていただく際に、症例数で評価することが困難と考えられる項目について、どのように考えるか。この点をご議論いただければと思います。

○一戸座長 スライド番号の2番、下の四角の中の赤文字の所をご覧ください。報告書の中に「必修項目として経験すべき症例数は、各研修プログラムにおいて設定される「必要な症例数」の60%以上を含むものとする」とまとめました。この症例数というのは、どのようにして数えるのかという話です。今のスライドの14ページに書いてあるように、症例数というのは施設によって、一連の行為を全部やって初めて1症例というカウントする所もありますし、本当に切取りで、ここだけやれば1症例とカウントしている所もあるということで、そういうことをどうするかということです。

もう1つは2番目のところに関係しますが、数えられない、経験値を数えることが難しい幾つかの項目について、どちらかと言うと、選択の内容に多いかと思いますが、そういう項目も含めて、症例数の考え方を整理して、それを具体的に提示しないと、60%という計算もできないですし、プログラムを作るのに大分混乱を来してしまうということです。こここのところを、まず先生方にご意見を頂いて、方向性を見付けられればと思いますので、どうぞご自由にお考えを言っていただいて、少しずつ収斂していけばいいかなと思いますので、よろしく願いいたします。どなたでも結構です。何かご意見があれば。

○長谷川構成員 選択項目の中では、経験をして、経験を通して技能を理解していく、経験値を上げていくということが大事かと思いますが、割と重大でなかったとしても、あるいは見学などの比較的容易なことであったとしても、数値化して入れていくということは大事だと思います。

それに対して、実際に必修で行う治療に関しては、一連のことをきちんとやらなければいけないということは、もちろんすごく大事なことだと理解しているのですが、余りそれに捕われると、症例数が上がらないので、先ほどの選択のほうの経験数の考え方と齟齬が出てきてしまう、あるいはそこで60%に間に合わなくなってしまうと思いますので、実際の技能という部分が、ある程度切り取られた部分であったとしても、診療前と、実際に行った診療内容と、その予後というのが、小さなパックの中で一連となっていて治療効果というものが見られれば、1つの小さな区切りというもので数えてもいいのではないかと考えていますが、いかがでしょうか。

○一戸座長 長谷川先生としては、切取りというか、ある小さな単位でもいいのではないだろうかということですね。

○長谷川構成員 はい。

○鈴木構成員 症例数とか、こういう数をカウントしていく場合に、これをどう使うかということはある程度整理しておく必要があると思うのです。まず、最終的に、量がいけば質が高まるという部分と、量の前に質ができなければいけないという2つの側面があると思うのです。

うちでは、まず量にいく前に、とにかく時間がかかっても、多少時間をオーバーしても、とにかくちゃんとできるレベルまでは、まずやりましょう。こういうことをまずやらせるのです。そうすると、流れが見えるようになってくると。その後に、今度は体で覚えていくという部分が必要になりますので、やはり質もそのレベルを保ちながら、最高レベルではありませんが、60点ぐらいのレベルの質を保ちながら、あとは数をやっていく。このような二段階の教え方をしているのです。

そういうやり方ですると、習う側の研修医のほうも頭が整理できるのですが、もしここに出たものだけが指標になるとしたら、結局ポイントラリーをやるような感覚のほうが強くなってしまって、質というものに対しての視点が抜ける可能性があると思うのです。かと言って、質を数値にするのは難しいから量でいくのがいいと思うのですが、そこの質のことも念頭に置けるような量的な必要症例数にしていくのが望ましいかなと。書き込むのは難しいと思うのですが、運用上での工夫になるかもしれませんが、やはり1回数字が出ると、それが一人歩きして本当にポイントラリーをやっている感覚で、これだけやったというようなのが来ることが多いではないですか。ですから、それを避けるということもセットにして、これを作ったほうがいいかなと感じます。

○一戸座長 先ほどの長谷川構成員の話からすると、一連の行為と切り取りという、1つのそういう側面がある。それから、あとは必要最低数なのか目標数なのか、幾つかの議論はあるのだらうと思いますが、一連の行為か切り取りかについてはいかがでしょうか。

○鈴木構成員 これもうちではやっています。具体的には、例えばう蝕処置を行う場合に、例えば浸麻をして、軟象除去して、仮封して、その後に充填してとか、いろいろとステップがありますが、これをステップに分けているのです。

私が研修医を教えるときに第一に教えているのは、とにかく浸麻なのです。浸麻ができないのでは話になりません。浸麻でみんなつまずいているのです。ということで、この浸麻のステップという1つ、これは治療行為ではあるけれども、ここに挙げるようなものではないわけです。もちろんやり方は教えますが、浸麻の数稼ぎをさせるのです。その後は、浸麻の数を数えるということで、う蝕処置のときだけではなかなかいかないのです。例えば歯科衛生士が処置をするときに、先に浸麻をしておかなければいけないケースがありますが、そういうときにやらせるのです。とにかくカウントして、浸麻を教わったら、ある意味ではワンパターンでできますので、それを10だとか20だとかをさせるのです。それで、とにかく浸麻のステップができるようになりました。

次に、今度は軟象除去とか、そういうステップをやります。そうすると、数がだんだんたまってくるのです。それで、浸麻のような処置はほかの処置とも共通、軟象などの場合だったらそれだけと。あと仮封というとエンドと共通だったり。そのように、ステップにすると、共通性のあるものだと数が稼げるわけです。

とにかく数をやっていけば、体が覚えていくということで、パーツとしてのカウントと、あとは一連として何症例やったかとの両方でやらせています。

○一戸座長 それを全部書けたら。

○鈴木構成員 書けないと思います。でも、現実的にはそういう方法が。

○一戸座長 それは研修の中ではステップステップが大事だと。

○鈴木構成員 はい。あともう1つは、限られた時間だということと、限られた患者数と

なったときに、どうやって効率よく教育していくかというのは課題としてあると思うのです。そのときに、数を数えている人間、それからフィードバックを見る人間ほど、成長が早いです。うちの場合は日次、月次、年間で何症例やったとか、その中で成功率というか、例えば決められた時間内でできたものを例えば☆、そうでなかったものを★というように、白黒は自分で判定を付けさせたりするのですが、意識している人は成長が早いです。逆に、漠然とやっていると時間ばかりかかっているということを感じます。

○一戸座長 今日の後半の議論に、そこが関係してくるかなと思います。ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。

○大澤構成員 大学病院等ですと、診療を一連で行わせたいのですが、研修歯科医が研修が始まってすぐに一連の処置をすべて行うことが難しかったり、途中で指導医が交替したりする場面もあるので、どうしても切取りになってきてしまいます。

また、配当の患者が全て配当されるかというわけでもないのですが、そうなると、プログラムによっては、あと施設によっては切取りというほうがいいのかないかなという気もいたします。

○新田構成員 研修のやり方でしょうか、研修歯科医用の診療室があって、ユニットを持ってやっている研修と、指導医のアシストをしながら、指導医の患者でここをやってごらんというような研修と、自ずと症例数の数え方を変えないといけなくなります。例えば医科歯科の場合は研修歯科医用の診療室があり、ユニットがありますので、例えばレジン充填で全部最初から最後まで一連でやって1症例で、途中で終わるということはありません。切取りができない研修になっていますので、症例数で計算します。

一方、学生のほうは、クレジット制と言って、浸麻、う蝕除去と、それぞれステップごとに指導医が印鑑を押して、それぞれに点数が付いていて、何クレジットを取ったかというような計算方法をしています。

クレジット制にするか、症例数にするかというのは、研修の仕方によって変わってくると思います。

○一戸座長 研修歯科医の診療の仕方によっても変わっていくのかもしれないですね。

○新田構成員 あと、先ほど長谷川先生がおっしゃっていたように、訪問などは回数でいくしかないと思います。研修歯科医が手を出せる部分が少ないので、見学とか介助となるので回数になります。回数と症例数と、どういうカウントにして必修の60%というように持っていくかということを検討する必要があります。

○一戸座長 必修項目の割合を60%としたときに、切取りでも一連でもいいのですが、高頻度治療というのはどうしたって経験数が多くなると思うので、一方では選択になってしまいますが、訪問診療は1回とか2回と行ったら、普通にやっていたら、あっという間に90%以上が必修の症例数を経験しましたというように、数字上はなってしまいます。

それで悪いことはないのかもしれませんが、できるだけ、外のそういうことを経験してほしいという意図で今回の到達目標を作っていますので、単純にそういう数だけというようにしてしまうと、60%というのは実質的には意味のない数字になってしまうと思うので、そこを何かうまく工夫できるといいかなという気がするのですが、いかがでしょうか。丸岡先生、田口先生、何かございますか。

○丸岡構成員 まず、今日のテーマそのものが、一番私が苦手なところですが、数で評価するというのが、一番できていないなという、多分、日本全国の中で最もできていない施

設のうちの1つではないかと自分の所は考えています。

なぜならば、うちは2年プログラムなのですが、最初の1年は、まず患者に触らせないです。ですので、そういう意味において、どうしようかなと思っていたのですが、先ほどの鈴木先生のお話にちょっと勇気を頂いたのですが、浸麻ですね。それはやらせませす。

ただ、実は私たちは、その前に、浸麻をする前に、この人がどういう状態なのかということの評価させることに重きを置いていますので、更に点数にならない。確かに、ここに「基本的診察」とか、この辺りの項目にあることは、ほとんどこれを1年間やらせているようなところですよ。

あとは病歴聴取などはばっちりやらせませすので、その辺りは逆に日本で見てもかなり自信はあるのですが、実際に歯科医師としてどうなのかということになると、途端に自信をなくします。ですので、まずはどういう人なのか、この人はどういう浸麻をすべきなのか、どういう考慮をすべきなのかということを考えさせてから麻酔をさせると。これがせいぜい1年目です。あとは歯石を取らせるとか、まずは口の中に慣れさせるというところは1年目です。

2年目になると、各科を、麻酔科とかを回しますので、それができたところで、やっとなレジン充填とか、その辺りをやらせるということですので、1年プログラムでは、そういう密度という面においては、非常に薄い、歯科医師として非常に薄いプログラムなのですが、それはなぜかと言いますと、歯科医師である以上、歯科治療というのは必ずやるので、それを最初からやらないでもいいだろうというのが、私の基本的な考えです。ですので、まずは歯科医師ではなくて、医師として全身を診ることに重きを置くというのが、私のこの2年間のプログラムの最重要ポイントですので、実は数で評価されてしまいますと非常に困ります。かと言って、確かに何か目標がないと評価の対象にはなり得ませんので、この辺りは、むしろ勉強させていただきたいと思っている次第です。我々は研修医専用の部屋も研修医専用のユニットもございませんので、切取りとして評価するしかないだろうというのが私の意見です。

○一戸座長 田口先生はいかがでしょう。

○田口構成員 意見をお伝えする前に、私は今日は5時半に帰らなければいけないので、よろしく願いいたします。

この件ですが、私の頭の中は割とすっきりしてしまっていて、数なのか質なのかという話は、目標に書いてあるのではないかなと思うのです。目標の所に、「実施する」とか「経験する」とか、数で数えられるものは数、「適切に行う」とか「説明する」といった、質を問うものは質なのではないかなと。

あと、切取りかどうかという話ですが、例えば義歯の治療ができるという目標があれば、それは印象採得で1回、咬合採得で1回とか、そういうカウントではなくて義歯治療ができるということだと思ふのです。印象採得ができる、咬合採得ができると書いてあれば、それはそれぞれでカウントしなければいけないと思うので。だから、目標にどう書いてあるか、どう書き込むかということかもしれません、そこである程度の判断をすることができないのではないかなと。ちょっとワークショップ慣れしすぎているのかもしれないけれども、そういうほうが伝わりやすいのではないかなと思うのですが。

○一戸座長 現状の、今動いている基本習熟コースとか基本習得コースというのがありま

すよね。全て必修です。かなりの施設が、実はあの6つずつをそのまま到達目標にしています。そうすると、これも始めたときに、これからモディファイすることなく、必修を全部並べ、選択を幾つか入れて、そのまま並べるプログラムがかなりの数できる可能性があると思うのです。そのときには、そうすると今のような細かいものにはならないですよ。一連の診療で、切り取りでは多分なくなりますよね。

そうになってしまうだろうなということと、先ほどの繰返しになりますが、必修と選択の中で、必修の症例が60%以上といったときに、選択はどちらかと言うと経験目標みたいなものが多いですから、数が圧倒的に違ってしまうから、すぐに必修部分が60%をはるかに超えた数になってしまうので、本当にそれでいいのかという素朴な疑問というか。

一番最初に私が到達目標を並べて見ていたときに、今更このようなことを言って混ぜ返すようで申し訳ないのですが、症例数というのではなくて、到達目標そのものが60%以上の必修が入っていて、選択であるの40%、そのようなイメージが最初にあったものですから、それを報告書のときに「症例数」と書きましたので、そこをよく考えないと整合が取れない状況になっている感じかなと思うのです。なので、先生方のご意見をたくさん出していただいて。

○長谷川構成員 技術の切り取りといったことが、本当に1つの技能だけというイメージに聞こえてしまったかと思うのですが、私は切り取っているのは、1つの、1日の治療の範囲の中だけなので、例えば先ほどのレジン充填をすることか、う蝕治療をすることについては、最初から最後までやるのが前提だと思います。その中で、詰めるだけ詰めればいだろうとか、固める所なら固めるだけという、その切り取り方はしていないつもりなので、1つの、1日の治療ということの中で、治療を受ける前と治療をして、その後はどうなったかという、そこが1つのワンクールになっていけばいいかなと思っていて、これだけというつもりはないので、ちょっと誤解のないようお願いいたします。

○鈴木構成員 私は追加なのですが、この到達目標とか今までのプログラムのことなどと離れて、現実のうちでやっている中で、どういう量的なあるいは質的な評価をするようになったかということの中の、カウントの効果なのですが、最終的には、自己評価できて、できたことの自信とか達成感を持たせるにはどういう方法がいいかということはずっと考えてきて、今の形になってきたのです。

それが、量を数えるほうがある意味では簡単なわけですが。質の評価というのはすごく難しいです。自己評価ですので、悲観的な人と楽観的な人で、同じことをやっても全然違うスコアを付けます。

だけれども、キャリブレーションと言いますか、質的なものも一般的にこういうのが合格ラインだよというものに、その人がもともと持っていた質的な評価のずれをなくしていくということも、プロセスとして必要だと思うのです。

ですので、1項目ずつ分けるとか、あるいは量で、ある量までいくと大体このぐらいの質のものになるというようなものだとすると、量の評価の中から質の評価につながっていくとか、いろいろなケース・バイ・ケースでやってきたのですが、最終的には臨床というのは自分でやって自分で評価しなければいけない部分なので、あくまでもこういう臨床研修というのは、補助輪が付いた自転車を漕いでいるようなもので、補助輪が外れるのが1年後なのか数年後なのか分かりませんが、そうなったときにちゃんといけるようにすると

いうことの途中のステップとして、これはあると思うのです。

どうしてもそのように思う背景に、大学で6年間教育を受ける、あるいは国家試験を受けるというときに、誰かの作った目標に沿ってやっていれば国試を通りましたとか、資格を取れましたという、受け身的なものが浸み込んでいるのです。それで、それを急に変えろという話ではないです。卒業してから、今度はあなたは一人前だからやってくださいというのだけれども、何をやったらいいのですかといって、また与えられるのを待つのです。

それを急に変えろというのは無理ですから、それを順次変えていく時期に、この研修プログラムというのはあると思うのです。余り丁寧に作ると、また受け身を始めるのです、それが得意ですから。だけれども、それで本当に一人前の歯科医というか、これから一人前になる歯科医はこうだなという理想像に近付くのですかという話が出てくると思います。

少なくともうちでは、そういう受け身的なことでは駄目だと思っているので、考えられるとか、あるいは自分で自己評価して、それでまた課題を見付けるということはかなり意識してやってきたのは、うちに来た研修医だけではなくて、一般的にそうだろうと思って、こういう所でも述べさせていただくのですが、その辺の、どうやって使っていくのかという中で、単に国試に通ったか通らないかみたいな、そういう採点とは違うものなのだというように捉えた中で、この議論を進めていきたいと思っているのですが、それは先生方のいろいろな意見の中から、着地点が見えるかなと思って、いろいろと拝聴したいと思いません。

○一戸座長 研修を開始した最初の頃は、仮にレジン修復であったとしても、その全てが上手にできるわけではないので、指導歯科医に折々助けてもらいながら、それを繰り返していくうちに一連のことができるようになるとすれば、切取りというのは、そのぐらいの単位での数をカウントしていくというのが、一番分かりやすいのかなと思うのです。だから、最初は全ては自分でできていないかもしれないけれども、ちゃんと途中は頑張りましたでもいいのかもしれないけれども。

もう1つは、仮に、ある程度は最小限の一連の単位を症例としてカウントするとしても、例えば丸岡先生のような施設、鈴木先生のような施設、かなり一般的な歯科診療の経験の量が違うと思うので、そうすると、目標症例数を高いものを理想論だけで書きなさいとすると、それによって、施設によっては苦勞される所もあると思うので、そうだとすると、必要最低数みたいなものを書いておいたほうがいいのかも、今お話を聞いて思ったのですが、ただ、これはいろいろなご意見があると思うのです。どうでしょうか。

今、数についても、結局、うちではこれだけできるとたくさん書いていて、先ほども「1万例」と書いてあるのもありましたが、そういう所もあれば、とにかく1例だけは絶対に経験してほしいということで、1例とか2例と書いてある所もあるようなので、そうすると、D-REIS なりを見たときに、研修を目指そうとしている人たちは、この数はどういう根拠で書いてあるのですかと分からないので、それはせめて整理してあげないといけなかな。

○新田構成員 個別の研修内容に対して何症例とか、そういう。

○一戸座長 目標とするのか修了を認定するための必要最低ラインとするのか。でも、うちではこれだけできるという宣伝にははいけないと思うのですが、どこか約束を決めておかないと、好き勝手に数を書かれてしまう可能性がありますよね。

○長谷川構成員 鈴木先生がおっしゃったような、治療したことにに関して自信とか、そういう経験値というのが必要だと思うのです。今までお話ししているような切り取るというところで、例えばレジン充填というものであれば、これは1回で完結するものなので、事前の検査をしておいて、あるいは見てくれなども見ておいて、患者と話をしておいて、治療をして、その後で患者からこのことで、痛いのが取れました、しみるのがなくなりました、見た目がよくなりましたというところが、ワンパックだと思うのです。

私が切り取ると言っているのは、例えば歯内治療で長くなるようなものに関して、最初の治療を始めるところから、ずっと根治も継続していて、根充をるところまでが1症例というのは苦しいので、そうではなくて、その中の治療が1個。根管治療としても、治療する前のそのときの痛みとか、症状とか、そういうものを理解していて、そのことを治療して、その後で患者から聞き取って、何かが変わったということは自信になると思いますし、その事前と術中と事後というものがワンパックになっていけば、1つの症例として切り取れるのではないかということの切り取りなのです。作業を1つというのだけだと、そこに自信とか経験値というものが余り出てこないのかなとは思っています。

○鈴木構成員 そうですね。先生のおっしゃることは、多分、作業のステップレベルとモジュール単位という概念ではないかと思うのです。今のお話は、前中後の3つのモジュールを見ていくと。私も、その部分で見ることもありますし、更にそれをもっと細分化して、1業1業というような単位で見ることと両方あります。

これは、研修医の到達レベルによって変えています。大抵、できないという研修医は全部できないのではなくて、あるステップのここだけできないのです。ここだけ集中的にさせるのです。

この評価の場合は違うのですが、そうすると、そこを絞り込まないと、漠然とやるのではやはり伸びないです。なので、ミクロで見たりマクロで見たりを常に把握しながら。それが指導医の仕事だと思いますけれども、そのようにしています。

ただ、これはそのように細かいことを書くものではないから、出ていなくていいと思うのです。ただ、大きなものだけが出ていると大雑把にやるから、研修成果が出にくいということはあるから、ある程度細かいところも出すということで行くと、長谷川先生のおっしゃるような、モジュール的な部分もあったほうが良いという気はします。

○一戸座長 多分、現場の先生方は、そうやって対応されているのですよね、実際には。

○鈴木構成員 やっている所はやっているでしょうし。

○新田構成員 今回提出された報告書の目標は、例えば歯科疾患を予防するための口腔衛生指導、基本的な手技を実践するで、括弧をして「必修」になっています。その症例数というのは、例えばそれぞれ1つずつの目標に対して、1症例とか2症例とか、そのように考えていけば、先ほど田口先生がおっしゃったような解釈でできるのかなと。

今回、目標ということで書いたもので、いわゆる個別のものよりも、必修が大分多いので、それぞれ1つずつやったって、多分必修は60%を超えるので、書きぶりで60%というのをうまくクリアするのが良いと思います。個々の診療項目で何症例というのは余り意味がなくて、それをやってしまうと、今言った切り取りだとか一連だとかというような話になってしまうと思います。そういうところは少し整理し、漠然とさせておいたほうが良いと思うのです。

○田口構成員 私たちの所なのですが、現行のものだと DEBUT があります。DEBUT というのは、割とざっくり習得コースと習熟コースの数えにくいタイプです。それと同じ頃だったか、ちょっと前かもしれませんが、国立大学附属病院長会議か何かが出した標準到達目標といって、かなり細かい、う蝕処置をすとか、義歯治療とか、結構細かく書いてあるものがあって、それと併用しているのですが、結局、その細かいものをざっくり版に全部ひも付けをして、これとこれとこれをやると、こちらの DEBUT のほうに何ケースと集約させています。DEBUT のほうを指導医が見て、何ケース以上やっているとか、ふだんの状況からして、これは達成したとか、達成しないという概略評定的なやり方をしているのです。

ですから、数の評価と質の評価を両方併せて、DEBUT の評価をしているというのが、今の我々のスタイルなのですが、結局、この新しい目標 A、B、C の領域の、特に C の領域の基本的診察とか、臨床技能の所に関しては、もう技能の話になりますので、ここは数の評価はいけそうな気がするのですが、A、B 領域などは、やはり数の評価がそぐわないところもあります。結局、混在せざるを得ない。縦軸で見るか横軸で見るかが、ぎゅっとミックスされた状態になっていますので、これだけの議論ではなかなか難しいのではないかなと。もちろん、1 個ずつに対して、これは質、これは数というように書いていってもいいのかもしれませんが。

○一戸座長 平成 28 年でしたかの改正のときに、数を書きましようとなりました。それが生きているのです。それで、今回それを更に 60% という議論で、報告書の流れは作ったものですから、では、本当にどうやって数えるのという話になりますよね。なかなか難しいですね。事務局から何かありますか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 先ほど新田先生がおっしゃった話というのは、一戸先生が当初、漠然と項目で考えていたとおっしゃっていた考え方と、割と近い考え方に、どちらかと言うようになりますかね。今回の到達目標を作った各項目の中で、経験できる症例、例えば必修の中で、症例を考えられるものについては、少なくとも 6 割と言うか、必要症例数の定義次第ですが、少なくとも経験するものを 6 割以上含みなさいというような、この項目として含んでいくというような、治療単位ではなくて項目単位で考えるということであれば、多分一戸先生がおっしゃっていたこととちょっと近いのかなという気が、今お話を伺っていて思ったのです。

そうすると、どうしても症例数では考えにくい、連携を図るとか、そのように除外をしなくてはいけない項目は最小限あるような気はするのですが、そうではないものについては、この項目単位で症例を考えていきつつ、ミニマムの必要症例数を決めて、あとは施設単位で、実際に到達度を評価するための細かな目標という量的な評価という、後半の評価の部分とも絡んでくると思うのですが、そことも併せてご議論いただいてもいいのかなと思います。どのように評価するのかというのは、正に量で評価したほうがいいものと、そうではないものがありますので、後ろとつながる気もするので、一旦後ろも説明させていただいて、また併せてご議論いただいてもいいのかなと思っています。

○一戸座長 今の小嶺補佐のご意見はいかがでしょうか。では、田口先生は 5 時半には出なければいけないということもありますので、後半のものも説明を聞いて、併せて検討するというところでよろしいですか。では、後半の説明をお願いいたします。

○大塚歯科保健課課長補佐 資料は 15 ページ以降になります。評価方法の標準化につい

てとして、ワーキンググループの報告書では、「評価については、多面評価を推進するとともに、その評価基準・評価方法については、検討事項となっている。」という記載をしております。

そして、現行の関係通知の記載としまして、評価や基準についての項目を 17～19 ページにお示ししています。修了判定については、「修了判定の評価を行う項目や基準等を示すもの」とありますけれども、具体的な方法等についての記載はありません。

18 ページ、研修期間中の評価についてです。個々の項目については随時記録を行くこととしておりますが、研修歯科医手帳や、インターネットを用いた評価システムなどの活用が考えられるという記載があります。研修修了時の評価として、症例数や臨床研修の目標の達成状況を報告していただくこと。こちらには「行動目標の達成度の評価及び臨床歯科医としての適正の評価に分けて行う」と記載があります。

19 ページでは、臨床研修修了の評価として、「各到達目標について達成したか否かの評価を行い、少なくとも到達目標に示された全ての項目について目標を達成しなければ、修了を認めてはならないこと」という記載があります。現行制度での記載以上になります。

20 ページ以降は第 9 回ワーキンググループでもお示しした歯科医学教育学会を通じて行ったアンケート調査の結果です。現状、歯科大学若しくは歯科大学に附属する臨床研修施設において 360 度評価を行っている施設は 36% でした。到達目標に対する評価として、その評価方法については、大学が独自に作成した評価シート等を用いて行われている施設が多かったという結果でした。また、定期的に評価していただいている施設が、大学においては 89% 程度でした。

22 ページは、その到達目標に対する評価が続きます。定期的にフィードバックを行っている施設が大半でした。そして、協力型臨床研修施設における研修内容の評価方法としては、大学と同じような方法で実施している施設が大半という結果でした。

研修内容等の評価状況については、実地調査等で得た回答を 24 ページにまとめております。例えば、到達目標の達成状況の評価方法はどのような方法でおこなっているかについてですが、研修手帳、e-logbook、DEBUT、ポートフォリオ等を用いているという回答が多くありました。進捗状況の管理の頻度については、治療ごとに行われている施設から、週ごとに行っていたり、年 1 回年度末に症例数を数えているという施設まで様々でした。

指導歯科医間における指導方法等に関する議論の状況としては、日常的に行っていただいている施設から、状況によって必要に応じていたり、研修管理委員会を通じて行っている等様々な状況があります。

協力型臨床研修施設における研修内容の評価方法については、研修ノートや手帳を活用しているものから、又は研修実習責任者から直接報告をしているもの、場合によっては把握していないものまで様々でした。

このほか臨床研修について様々なご意見をいただく中で、特に評価方法に関することとして、評価基準が不明確であったり、この評価のシステムの改善の必要があるのではないかと。統一した評価基準があるとよい。研修施設によって、到達目標の研修内容や症例数に差があるので、もう少し統一したほうがよいのではないかと。指導マニュアルのようなものがあるとよいのではないかと。このようなご意見を頂戴しております。

少しページは飛びますけれども、現在、シームレスな歯科医師養成に向けた改革という

ことで議論を進めさせていただいており、そのような観点から、卒前教育、卒後臨床研修について一貫した評価や管理の必要性が示されています。

歯学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて例示されている、臨床実習のポートフォリオにおいて、臨床実習時の評価に当たり、臨床研修修了に求められるレベルというような記載もありましたので、こちらも資料としてお示ししています。

こちらの臨床研修の評価に関しては、現在厚生労働科学研究の研究課題公募として、「シームレスな歯科医師養成に向けた歯科医師臨床研修の評価についての研究」を公募中です。具体的な評価方法等については、こちらの研究課題のほうで研究を進めていただくことにはなります。

最後のスライドは、現状と課題及び論点になります。現状において、各臨床研修施設において修了判定のための評価項目や基準等を定めることとなっておりますが、「評価基準が不明瞭であり、評価が難しい」、「どのように評価をしてよいか分からない」等の意見がありました。共通の評価ツール(DEBUT)というものはありますけれども、実際にはそれぞれが作成した評価シートやポートフォリオ等を別途又は追加して使用している施設が多くありました。

このように、到達度の管理や評価方法が様々な方法でなされていますので、臨床研修修了時点での技術の修得度等が分かりにくい。臨床実習における評価との連続性については考慮されていないことが多いと思われるということが現状です。

以上を踏まえ、新たな到達目標、A. 歯科医師としての基本的価値観、B. 資質・能力、C. 基本的診療業務のそれぞれの項目について、評価に必要な視点や評価方法についてどのように考えていくかというところをご議論いただければと思います。以上です。

○一戸座長 できるだけ共通の土俵でということで成作された DEBUT も、先ほどの資料によると 28 のうち 5 施設しか当時は使っていなかったということです。各施設がその施設独自の評価方法や修了判定、しかももともとのプログラムには必要最低数であったり、目標症例数が様々ということなので、せめてそれが皆の分かりやすい形で統一されたほうが、研修歯科医のためには、あるいはそれを目指す人のためには親切でしょうということです。そういうことを踏まえて、いろいろご意見を頂ければと思います。田口先生、先に思いの丈をどうぞ。

○田口構成員 とてもテーマが大きくて難しいですね。

○一戸座長 科研になるぐらいですからテーマが大きいです。

○田口構成員 そうですよ。

○一戸座長 でも、ここでいろいろご意見を頂ければ、それがまた科研に参考資料としてつながるかもしれないので、いろいろなご意見を皆さんから頂ければと思います。

○田口構成員 学部教育の話をしていただきます。学部教育は、もちろんモデル・コア・カリキュラムというのがあります。医科のほうも結構多くの大学で実践されていると思うのですが、アウトカム基盤型教育というのが導入されていると思うのです。あれは、6年間の卒業するときの学習成果を最初に明示して、それで逆算してカリキュラムを作っていきます。卒業する時点でこういう能力が備わっていてほしいという目標があります。例えば、鹿児島大学歯学部では全部で 29 項目の目標をコンピテンシーとして作っています。そうすると、その 29 項目というのは言い換えれば「物差し」が 29 本あって、目

盛りが 10 まであり、そこまで行けばそれぞれの能力が到達したとみなすことができます。1 年生のときには当然ゼロとか 1。2 年生、3 年生とどんどん上がってきて、6 年生になったら 10 になっていれば卒業。それが 29 本の物差しがあるというように考える。

今、シームレスというように卒前と卒後がなったということは、卒前も卒後も 1 本の「物差し」でつなげて考えることができるようになったと考えられます。その「物差し」が、卒業の時点では目盛りが 10 までだったけれども、臨床研修修了のときにはそれが 20 になっていて、5 年とか 10 年したら 50 になっているというように、同じ「物差し」上にそろえていくと分かりやすい。ただ、本当に同じ「物差し」でいいのかどうかというのも議論しなければいけない。あとは、どうだったら 10 なのか、その評価方法というか評価基準みたいなものを、量でやるのか質でやるのかというのも考える必要があると思います。結局「物差し」自体は卒前も卒後もそんなに変わらないのではないかと思います。

臨床研修修了の時点は、先ほど鈴木先生から、独り立ちをするというお話がありました。巣立ち(EPA)という話があります。Entrustable Professional Activity と言って、1 人で診療を任せられるレベルというのが卒後研修修了の時点だとすると、そこを逆算して臨床研修、臨床実習、卒前教育とつながっていくのではないかと単純には考えています。ただ、それを現実にどう落とし込むかと言われるとなかなか難しいと思います。

シームレスで卒前と卒後、医科もそうですけれども、つなげたという意味はきっとそういうところにあるのではないかと思います。同じ目標にそろえたわけですから、その目標の中のどのレベルまで達成したら卒業してもいいよ、ここまでだったら臨床研修修了してもいいよというように、ようやくそういう議論ができるようになったのではないかと個人的には考えています。

○一戸座長 コアカリキュラムが改定され、臨床研修の到達目標がここでおおよそフィックスされ、今年の国家試験の出題基準はこれからやるのですよね。こういうものを念頭に置いて、うまくつながるような出題基準ができるのだといいのでしょうか。同じ時期に皆で相談して、ヨーイドンでできれば一番いいのでしょうか。

○田口構成員 そうですね。

○一戸座長 改正のサイクルが違うのであれですけれども、具体的に行うときに、DEBUT を使っているのは国立大学でしょうか。

○田口構成員 うちでは使っています。

○一戸座長 医科歯科大学もそうですか。

○新田構成員 うちでは使っていません。

○一戸座長 最初は使っていたのではないですか。

○新田構成員 うちでは 2 か月間使いましたけれども、指導医の負担が大変なので導入を見送りました。1 人の指導医が、1 日に 10 人の研修歯科医の複数の治療を見るのですが、その日の入力の際に個々の症例を覚えきれないのです。研修歯科医が入力し、その後で指導医ですから、人数が多くて正確な情報を入力するのは無理なのです。各診療室に行って、1 人か 2 人の研修医が切取った治療の評価というのは簡単にできますが、うちの研修システムでは、指導医の負担が大きく、指導医からものすごいクレームが来まして、これはもう絶対無理ということで、導入していません。

○一戸座長 そうなのですか。

今は、医科歯科大学で作った評価シートとか何とかというものを使っているのですか。

○新田構成員　うちの場合はどちらかというとも症例数ごとなので、指導医が見て OK だったら印鑑を押す。例えば、レジン充填が 1 人 10 症例以上とか、ミニマムリクワイアメントは決まっています。

○一戸座長　必要最低数みたいなものを決めていると。

○新田構成員　そうです。

○一戸座長　DEBUT を使われていますか。うちは使っていないですけども。

○田口構成員　いや、私ではなく、現場の指導医であったりです。

○一戸座長　結局施設の研修の実態に合わせて、DEBUT が使いやすいければあれなのですが、必ずしもそうではない。あるいは、研修歯科医と指導歯科医の数の割合とか諸々のことを考えると、評価の方法の統一というのは難しいのかと思うのです。それぞれの施設に合ったものにしていく。ただ、最後に修了を判定するときに、全くそこまで全部自分で判定されてしまうと、ある人はすごく良い研修をやって、すごく良いところまで到達した。ある人は、全然そういうレベルではないけれども、同じ修了認定だけされたみたいなものもどうかなと思うのです。

評価方法を全く同一にする必要はないのだと思うのですけれども、最後に共通のフォーマットで修了が認定されるような資料といったものがあるといいのかと感じたりします。それがどういうものかというのはまだ具体的にはイメージはないです。全く独自で、最初から最後までそれぞれの施設にお任せというのもどうかなというところはあります。それに量と質を両方うまく書き込めるのか、これはかなり工夫が必要だと思います。鈴木先生いかがですか。

○鈴木構成員　途中のプロセスのところにもどのぐらい切り込むか、あるいは結果だけの最後のものだけを出すかということが、この理論の中に入ってくると思うのです。どちらかというとも、途中の部分なるべく細かくこの中に入れようという方向性の中で今は議論しています。そうすると、喧々諤々になると思うのです。私は、細かいのを入れるというのは必要だと思います。ここの議論の中の前提に、その物差しの取り方も全部共通のものにしようというのも何か前提条件にあるような気がします。

実は、物差しはケース・バイ・ケースである。そして、それはどの物差しにするかはその施設が選んでください、ということを入れた上で、こういう物差しでこのスコアまで行ってもらいたいと言っているというようにすれば自由度は出てきます。自由度の中には、途中まで縛っていて、それでどうしろと言うのではなくて、ある程度物差しの種類も、目盛りの刻みも自由度がある中で、こういうゴールを研修プログラムでやっていますというようにすれば透明性が高くなると思うのです。

それから、こちらのガイドラインを作る側にとっても、いろいろなケースのことを考えるのではなくて、方向性を見せているということですから、今まで議論してきたものに整合性を取るということに振り回されなくて済むかなと思います。どこまで細かく入れるかということの中で、目盛りまで入れないほうが良いというのが私の実感です。実際にうちの研修医に指導する場合でも、特に注目して教えるものというのは、当たり前なのですが、最終的に全然別になってきています。そのときには、当然目盛りの付け方も変えています。そうすれば成果があります。

逆に言うと、ある決められた物差しでやりなさいと言ったら、全然その人に合わないものをやるから意味がないということがあります。やはり、その現場の中で指導者のほうが創意工夫的にやるような所だったら、そこがやりやすいようにこの仕組みを作っておいたほうが賢いのではないかと思います。逆に受け身的に全部お膳立てしてくれたらやりやすいというような研修施設向けにこういうものを作るかどうかという議論にもなってきたかねないと思うのです。これは、研修施設はこのレベルに行ってほしいというところで選んでいるはずですから、余りおんぶに抱っこでなくてもいいのではないかと思います。

○一戸座長 指導歯科医なり、プログラム責任者、講習会を受けた人が責任者になるという継続の時代ですけれども、そういうのにも関連してきますね。

○鈴木構成員 そういうところともつながってきます。

○一戸座長 大澤先生いかがですか。

○大澤構成員 先ほど一戸先生がおっしゃっていた、漠然と共通のフォーマットで、ある程度量と質をどの施設でもクリアしなければいけないと思います。しかし、特徴のあるいろいろな施設があります。そうすると、ミニマムリクワイアメント的なものを何か準備したほうができるという気が漠然としています。

○一戸座長 私もそんなに具体的な、というのではないのですけれども。

○大澤構成員 細かくするよりも、そういうほうが良いのかなと思います。

○一戸座長 折々の評価はその施設のやり方でいいと思います。

○大澤構成員 最終的にということですか。

○一戸座長 最後に修了判定した後でもいいのですけれども、これだけのものが身に付きましたという、それが共通フォーマットがあると分かりやすいのかなと。

○大澤構成員 それは、すごく分かります。

○一戸座長 そうすると、例えば全国研修歯科医がそれを持って、私はこれだけやりましたと、どこへ行っても次のキャリアのときに通用するみたいなものができれば。

○大澤構成員 イメージですが、いいのかなと思います。

○一戸座長 私も、見せる紙の中身はまだ全然イメージがないですけれども、そんなものがあってもいいのかなとちょっと思いました。

○長谷川構成員 やはり、研修をやったということを世の中の人皆さんに理解してもらうためには、その後に修了認定の実地試験とか、そういうものがあつたほうがいいのかなとはもやもやと考えていました。実際にはその場所によって、症例の偏りがあつたりするので、これが通らなければ研修の終わりは認めないという話になると、それはまだ厳しい話になろうかと思うのです。

鈴木先生のお話の中でもちょっと見え隠れするのですけれども、研修医がやったやり甲斐とか、将来的なものにつなげていく意味では、レポートが良いかどうか、症例報告が良いのか分かりません。将来的にこの部分、例えば保存的な治療、補綴的な治療、そういうものをもっともっと良くしていくためにはどのように将来勉強していくのがいいのかというのを、研修期間の中につかんだというレポートというものも評価としては良いのではないかと感じています。

○一戸座長 丸岡先生の所は2年コースなので。

○丸岡構成員 いろいろ聞いてまいりますと、こういう項目と言いますか、こういうのは

最低限やっておいてくださいというぐらいの、先ほどからお話に出ている漠然とした項目でいいのかと。ただ、施設によって、個人によって、できるできないというのが決まっています。できる者は最大限伸ばしたほうがいいですから、ある人は100なり200なり300になるかもしれませんが、ある人はやっと超えたぐらいだと。超えるとか、できるということが大事なので、余りかちっと決められてしまうと、我々みたいな所は非常に困るからという意味ではないのですが、伸ばすところは伸ばして、伸ばせないところは最低限乗り越える項目というのでいいのではないかと考えています。

○一戸座長 先生方のご意見を聞いていると、先ほどの前半のことに関して言えば、書くのであれば必要最低数のほうが無難かなという感じですか。必要最低数、それから診療の基本的な単位みたいな感じですかね。その中で更に細かいチェックというのは施設ごとにやっても当然良いわけですね。何がいいですかね。

○鈴木構成員 確かに最低数ですよということを明示するのと、これはここまで行けばいいのだと思うのでは、同じシステムでも違いますよね。

○一戸座長 違いますね。

○鈴木構成員 大抵ここまで行けばいいのだ、ということになるではないですか。例えば、入学試験の偏差値というのは、一番点数の低い人が入ったらこの数字だったという数字ではないですか。だけれども、本当はもっと幅があるわけですね。ですから、その学校をその偏差値で見るというのは最低ラインで比較しただけで、最高ラインの比較には全くなっていないですよ。

○一戸座長 そうですね。

○鈴木構成員 でも、世の中はそうは見ないではないですか。だから、これをその数字が出たときに独り歩きしやすいという危険性もやはり念頭に置く必要があると思います。つまり、これは最低ラインとしてのものであって、その施設ごとに望むものは別途作ることとか。それはそれでまた別に明示してもよいとか。こういうことを書くと、全然意味が違ってくると思います。

○一戸座長 あるいは、最初から必要最低数と目標の両方を書けというのもあると思うのです。

○鈴木構成員 そうそう、二重にそっちを。

○一戸座長 結構施設には大変だけれども。

○鈴木構成員 大変だけれども、それを両方でも同じでもいいという、こういうふうになってもいいしみたいなようにすると、この議論をしている中で、そのどっちのほうにこの施設は重視しているかという視点も見えてくると思うのです。先ほど出ていた1万というのは1万できるのかなと。私は、SPを1万人やるのかなとったりしていました。でも、そこは最低のわけがないですよ。どっちかというのと、到達できる理想値を言っているのかもしれませんが。そうだとすると、その性格がこの数字を出していく中で、複数の数字になるかもしれませんが、その中のここだけは埋めてくださいとか、こっちは埋めてくださいと。必修で埋めなければいけないところと、選択的に埋めるところでもいいです。そうすると、読むほうから見ると理解しやすい、誤解を招きにくい、というのものもある。つまり、表示の仕方も工夫だと思います。

○一戸座長 必要最低数にしたときに、1と書かれるのが一番困ります。

○鈴木構成員 そういうことですね。なかなか難しいのですが、最低数の合計値は幾つ以上であるとかとか、この地区では幾つというようにやれば縛りになってしまう。どうなのですかね、そういう数字を見たときに、最終的にこの研修プログラムというのは学生が選ぶものです。学生に採用されるようなプログラムの競争になればいいわけではないですか。1と書いてあるのは、一番楽な所を探すという人だったらその1を探すのかもしれない。それはそれで100になったらやるかと言っても、どうせやらないみたいなどころもある。それは選択ということである程度やらざるを得ないのではないですか。

○一戸座長 一方では、どれだけその数を参考にしましたかと言ったら、余り参考にしていないという人が多かったというのも、一応この。

○鈴木構成員 確かにそうです。ただ私は思うのですけれども、参考にしたかしなかったかは、研修医が選択する部分で感じるのは、リサーチをしていない学生が大半だと思っています。つまり、自分の出身校に行けばいいや、エスカレーター式に行けばいいやと思っている人が大半で、リサーチもしていないのです。ですから、研修内容などリサーチするわけがないです。ということは、この数字を参考にしたらどうか以前に、もっと自分の進路について真剣に取り組んだかどうかという質問のほうが実態が見えると思います。これはこれで良いのですけれども、もうちょっと切り込んだアンケート調査によって実態がもっと見えてくると思います。そこは、学生側が改善すべき点だと思います。

○一戸座長 確かにそれは母校に研修で残り、協力型施設は良い噂の所に行く。

○鈴木構成員 まあ楽な所にとというのが非常に多いです。

○一戸座長 データを見ないという研修歯科医が多いのも事実かもしれません。他にはいかがですか。田口先生、あと15分なので思いの丈をしゃべっておいてください。

○田口構成員 現行ではDEBUTのようなシステムがあって、実際に使おうとするとなかなか使いにくいという話があります。今後のことなのですけれども、そういうシステム的なものを何か用意するのか、それとも何か枠組みで、こういうことは最低評価してください、やり方はお任せしますみたいな感じにとどめておくのか。例の研究班がやることかもしれませんけれども、どういうところまでこの評価方法、評価システムを踏み込んでいくかというところがちょっと気にはなります。

○一戸座長 基本的な共通認識だけ持って、あとは施設ごとにお任せせざるを得ないというのが現実ではないかという気がします。

○田口構成員 医科の話をしていると、EPOC2を作って、システムを相当完成度高く作って、全国説明会を開いて、参加登録をやってとか、相当やっています。

○一戸座長 EPOCというのは実際にどうなのですか。

○田口構成員 EPOC2というのは、多分この4月から動かすのではなかったですか。

○一戸座長 ほぼ100%使っているのですか。

○田口構成員 使っているかどうかはどうなのでしょうね。

○文部科学省荒木企画官 医事課のほうと、文部科学省でもいろいろ情報収集しています。新しい臨床制度はこの4月からですので、それに合わせて1月20日にも説明会が開かれます。現行のEPOCでも、多分7割ぐらいの方が使われています。前回の医療法・医師法の改正で、電子的にそういう評価をしろという形の局長通知になっています。電子的ということで、これまでも一部研修病院で自前のものを行っている所もあるのですが、EPOC2

として新しい臨床研修の到達目標に合わせた形のものを作ったので、そちらに移行すればいいというようなことを医事課のほうでも考えているでしょう。我々も、卒前の部分も併せて拡張するというのを、研究班のオブザーバーとして出て議論しています。

そういう意味では、シームレスを実現するためにも、そういうシステムのなところで卒後はまず EPOC2 で来年度スタートし、卒前についても少しそれとリンクしたような形で既にシステム開発の項目に入れていただいているので、今後使えるのかなという気がします。

○田口構成員 そういうことを聞いているので、ふわっとした感じで着地して大丈夫かどうかというのがちょっと。

○鈴木構成員 実例が出ていないのですよね。

○田口構成員 そうです。

○鈴木構成員 これから出るかもしれないということですね。

○一戸座長 長谷川先生何かありますか。

○長谷川構成員 ないです。

○一戸座長 新田先生いかがですか。DEBUT は使わないという問題とか。

○新田構成員 いやいや DEBUT は使わないと言っているわけではないのですが、先ほど長谷川先生がおっしゃっていた症例報告というのものもあるかと思えます。

○一戸座長 修了の。

○新田構成員 何かフォーマットを作って、日本全国の研修医が 1 症例必ず症例報告をすることを修了認定の条件にする。そうすると、研修修了後の採用試験のときに、君の研修修了の症例を持ってきなさいみたいな感じで使用されると、ある程度臨床をきっちりやらないと研修を終えられないという目標ができるという気がします。医科歯科の研修医が一番プレッシャーを受けているのは症例報告なのです。みんなの前で症例報告するときの緊張感と、終わったときの開放感というのはすごく感じます。研修歯科医全員にそういうのを経験させるといいと思えます。

また、卒後に医局やスタディグループなどで症例報告をして学んでいく。先ほど言った自己評価だけではなくて、他己評価というか、症例発表というのは学会発表と同じようなことですので、そういう部分で全国一律にそれを課すというのも一つの案としてはありかなと思います。丸岡先生の所では、いつもやっているわけですからね。

○丸岡構成員 これは、望むところですよ。

○新田構成員 望むところなので、十分練った共通のフォーマットにするのが良いと思います。また、いろいろ個人情報隠して、各施設で研修歯科医の症例発表を公開することで、研修医も研修施設を選択するための情報となるのではと思います。

○一戸座長 いずれにせよ、共通の DEBUT かどうかは別として、その共通のものを直ちに導入できないとするならば、せめて修了を認定した段階では、共通のフォーマットでその人の研修の 1 年間を見ることができるよう、今の症例のレポートでもいいでしょうし、何かしらそういうものがあると分かりやすいのかなと。余り細かいものをたくさん求めてもいけないのでしょうけれども、共通フォーマットというのは何かあるといいなという気がします。それに向けて 1 年の最後だけやるのではなくて、折々のフィードバック、鈴木先生が先ほどおっしゃったように、幾つかの施設は 1 年の最後にまとめて評価みたいなのが書いてありましたが、そういうのではなくてやってもらわなければいけないのでしょ

○田口構成員 私たちの所なのですけれども、DEBUT の話は先ほどしたとおり、ケースとか何かいろいろなものはその DEBUT の中に織り込まれていて、DEBUT で評価をするわけです。DEBUT で評価したことだけが、うちでは修了判定に用いられるわけではないのです。DEBUT も 1 つの構成要素だし、ポートフォリオもありますし、当然日常の観察記録も付けていますし、いろいろなものがあります。それから、出退勤や勤務の状況もあります。それを最後に 1 つにまとめるものを作っています。

これは、知識と技能と態度と情報収集と総合判断、いわゆるプロフェッショナルリズムの 5 項目で評価するシステムです。その 5 項目を全部「概略評定」的に評価しています。知識についても、医療安全だとか、細かい知識の中に幾つか項目があって、技術についても項目があってみたいな感じで、ざっくりといろいろなものを総合すると、この人は知識については達成したのかみたいな感じで 5 項目作れます。最終的に合格なのか、不合格なのかみたいなのを最後に判定するという感じです。

数段階のステップを踏んで、その 1 枚の評価シートは、各診療科の指導医にも付けてもらいます。合算するときにはローテーション等で出向した期間割り、すなわち 12 分の何箇月みたいな感じで全部期間割で按分をしていって足し算して数値化してやっています。

あとは、一番下の所に「歯科医師としての適正があると認められること」というのが 1 項目付いています。そこでノーということは大概ないのですけれども、それもちゃんと評価項目として入れています。その 1 枚に最終的には全てを集約させるというようにしています。そういうものが、もしかしたら全国共通であるといいのかと思います。

○一戸座長 その辺も含めて科研のほうに記録を残したものをお渡しすることになるのでしょう。本日の前半のことについて、基本は必要最低数を提示する。合わせて普通の目標の数も書いたほうが良いという提言を出しますか。一長一短はあると思います。それから、症例について基本は普通の診療行為の 1 単位ということで、本当の細かい切り取りはしないということ。それから、先ほどからなかなかなのですけれども、その 60% については数をどうやって数えるかというところで、まだ先生方のご意見はいろいろなのです。

○長谷川構成員 60% 自体の私の受け取り方としては、40% になる先ほどの選択になるものというのは、比較的それが達成されるかされないかということよりは、見たり、聞いたり、経験していくということがたくさんになっていくので、そのことが 40% を超さないというイメージで、患者さんを全然治療しないで、いつもいつも訪問にずっと付いていくばかりで実際には何もやらない、一般診療も全くやらないというのは困る話だと思うのです。そういうケースも数えて構わないのだけれども、それが 40% を超さないでくださいという意味で 60% というのを言っているのだと私は理解していました。

そういう考えであれば、60% がどうこうということよりは、どちらかという、そちらのほうの実際に手を動かしたりなどという、患者さんに直接接触することがないようなものが超さないようにというので、押さえのために 60% というのが存在しているという考え方ではいかがでしょうか。

○一戸座長 実際に訪問診療にしろその他のものにしろ、選択にしたものというのは、基本的な歯科治療に比べて圧倒的に経験の数が少ないではないですか。40% どころか、数だけ数えると 10% なんてとてもいかないと思います。

○長谷川構成員 行かないです。

○一戸座長 そうすると、現実的には 60%と書いたけれども、ほとんど意味がない数字になってしまうのかというところがあります。その数字にちゃんと意味を持たせるのか、それとも報告書ではそう書いたけれども、やはりこれは見直しておかしいのだと言うのか。どこでそうかなのです。

○田口構成員 60%と聞いて思い出すのは、コアカリキュラムですか。

○一戸座長 あのとときはそうでした。コアカリキュラム 60%だからみたいな、そのままの勢いで 60%にした部分があったのです。

○田口構成員 そうですよ。

○一戸座長 本当に具体的な数だったのか、私も含めて皆さんの頭の中でのイメージが余り統一されていない状態で 60%という数は多分出てしまった。なんとなくコアカリキュラムにあるから 60%でいいかみたいになってしまったところがありましたので、これをどうやってちゃんと説明するかというのは、今後の影響にすごく大きいことなのです。

○田口構成員 逆に言うと、コアカリキュラムが 60%というのは検証されているのかというのがあります。

○一戸座長 そう、それもありますね。荒木さんには怒られてしまいますけれども。大澤先生どうでしょうか。

○大澤構成員 60%という値を考えたときは、細かい症例数などは丸っきり頭にはなくて、そのプログラム全体として、選択をもっとやりましょう、という意味で 40 というか割合を付けていたような気がします。ですから、割合を決めていたときには、本当に細かく何例やりましょうということではなく、プログラムの中で選択をちょっとずつ始められるようなイメージでした。

○一戸座長 そんなイメージで話していた記憶があります。

○新田構成員 最初は 50%だったのですが、50%で必修はないでしょう、そこは差を付けなければいけないので、60%ですねと言ったら、一戸先生がコアカリキュラムも 60%だということで。確かそんな議論だったというのが私の記憶です。

○一戸座長 私も正確には覚えていないのですが、あのとときは到達目標の数ベースの話をしていたような気がするのです。

○新田構成員 そうなのです。

○一戸座長 具体的な症例数というよりは。

○新田構成員 だから、症例数と、先ほどの訪問の回数というのをうまく整理してやれば、なんとか説明できるのではないかと思います。その症例数を、何に対してどの項目について症例数を書くかというのはまだ決まっていないので、トータルの症例数が出てこないのです。だから、パーセントの議論をしてもちょっと難しいところがあります。この目標の中にも、適切に保険診療を行うというのが必修になっていて、そうしたら保険診療は全部その症例数に入るかというのと、入れることもできるはずですよ。

○一戸座長 先ほどから 1つの例として挙がっている訪問診療というのが、今回は選択ではないですか。だから、極端な話が選ばなくてもいいわけですよ。

○小嶺歯科保健課課長補佐 そうです。

○一戸座長 そうするとカウントできない、数のカウントがそぐわないような選択だけ選ばれてしまうと、数の出しようがなくなってしまいます。

○新田構成員 そうですね。回数と時間の配分で 40%。時間のファクターが入ってきますから、それをトータルの 40%、60%みたいな解釈になります。症例数と書いてあるではないかと言われてしまうと、ちょっと困るところがあります。

○鈴木構成員 書き方として、症例数とか、回数とか、時間をこういう割合にしていくという中で、適切な方法を各施設ごとに運用してくれという言い方は駄目なのですか。その物差しを選んでくださいますか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 事務局です。資料を細かく提示できていないのであれなのですけれども、例えば今回報告書で書いた必修の項目の 60%というのは、この組まれたプログラムというのが適正に組まれているかどうかという判断をするための基準として 6割というものをまず決めました。

そうすると、それを判断するために必要な症例数として考えて整理をして、その基準を示すということにすれば、今回の目標については、例えば「心理的・社会的な背景を考慮した上で、適切に医療面接を実施する」という項目に対しては、トータルで 1 症例として考えて、それを何症例経験するかということ、項目ごとに粗々その症例の数え方の考え方を基本決めた上で、それに対してプログラムの審査の必要性で施設に出してもらおう。

実際に研修医が経験したことを評価する指標としての 60%ではなくて、プログラムの必要性の 6割と考えますという形で、もうちょっと詳しく取扱いについてを決めてあげて、個別の達成度を評価するときの基準とは少し分けて考えたほうが、プログラムに書いてもらうものと、実際の基準を今すり合わせるのはちょっと難しそうだなと、お話を伺っていて思いました。

今回の別添で事務局案としては丸だけで示しましたけれども、ここはもう少し精査が必要ですし、これにもう少し考え方を。基本的には 1 症例単位で、大体考えられるのではないかと。この考え方でいくと、ここに書いてある表現ぶりでいくと、ある程度範囲を、これを 1 症例と考えていいですよということさえ決めてあげれば、1 症例単位でいけるのではないかと感じます。

難しくなるのは、基本的診療能力の(2)の基本的臨床技能の②をどう考えるのかというところがちょっと議論になるかと思えます。そうでないところは、基本的な 1 症例単位というのは考えやすいところが大半かと思えます。あと、絶対にこれは症例とは考えられないので数から除外しましょうというものも、説明するというものは除外するというのを明確にしてあげる。そこをまず決めれば、なんとなく 6割というものが示せるようになるのかなと。

あくまでも研修の達成度の評価としての症例のカウントの仕方というのは、また科研の班も含めて、別途もう少し細かく議論していただくというようなことで切り分けると、整理ができるかもしれないと思えました。もともと項目でイメージされていた、というところの形を少し具体的に数字化するのであれば、この項目に対してどう数えて何パーセントというようにしていくしかないのかなと。そして報告書と矛盾がないようにするために、もうちょっと事務局でも整理をした上で、次回資料を出させていただきます。それでご議論いただいてもよいのかと思えます。

○一戸座長 必要最低数なのか、目標数なのか、今日の先生方のご意見だと、必要最小数のほうがいいのではないかとということなのですが、目標数というか、標準的な数みたいな

のを併せて書いたほうがいいのですね、どうなのですかね。

○小嶺歯科保健課課長補佐　そこら辺は必要ということで、多分、ここは通知ベースで書いている所なので、多分これから多少直していける部分なので、正にご意見を伺えればと思うのですが。恐らくこの必要症例数が前回の改正のときには入った一番の要因というのは、どんな研修ができるか分からない、余りにも研修間で、終了時でばらつきが大きいし、何がどのくらいできるのかも全然見えないというのがあって、少な過ぎる所から、多過ぎるということはないのですが、少な過ぎる所があるのではないかという問題意識の下に、数をきちんと示しましょうということがあったと思うので、同じ基準で数を示すということは、多分、今回整理をしないと、そのときの議論の結果が余りやった意味がなくなってしまうという案ですね。

○一戸座長　必要最低数と例えば前年実績、平均実績とかと書いたほうがいいのかもしい。

○鈴木構成員　結果を出したほうが信用できる数字だと思います。

○一戸座長　それは、でも数は出せますよね、一手間はかけて。

○鈴木構成員　手間はかかるけれども、でも最低数と最高数と平均値、それを出せば大体実態は分かりますよね。そこまできちんとデータを出すかというのはあるけれども。

○一戸座長　求める必要最低数と昨年実績の平均値ぐらい出してくれれば、大分参考にはなりますよね。

○小嶺歯科保健課課長補佐　ただ、その書き方はその基準というのは、施設によってあれが違うので、これはこういう基準で計算したときに、数を数えたときにこうなっていますよということがきちんと分かるように書いていただくというのは施設ごとにあってもいいのかなと思うのですが。

○一戸座長　そういう数だったら、参考になりますよね。平均ぐらいだったらね、きっとそんな大きな手間なくできますよね。

○鈴木構成員　その辺、数を数えていけば、エクセルは一瞬ですからね。

○小嶺歯科保健課課長補佐　結構大変かもしれない。

○一戸座長　どうでしょう、出せそうですか。もし、求めたら。

○大澤構成員　結構大変かもしれません。

○長谷川構成員　最小値にさせていただくことは、やはりやりやすいだろうなと思います。

○一戸座長　必要最小値、前年実績みたいな。

○長谷川構成員　前年実績も、うちはそんなに難しくはないと感じています。

○鈴木構成員　あと、ちょっと話が違うのですが、例えば大学で管理型で行っている場合は、その大学内で行うのと、共用型という2つの足し算になります。

○一戸座長　そうですね。

○鈴木構成員　そうすると、どこへ行ったかという、数字って、もうばらばらで、すごい表示偏差が出てくるという、出るかなって思いますよね。

○一戸座長　それはそうですね。附属と共用型方式で大分違ってしまいますよね。

○鈴木構成員　そうすると、例えば管理型だったらその中で行ったのと、外で行ったのはこうだという数字を分けたほうが、もうちょっと実態は見えるかなという気はちょっとします。面倒くさいけど、計算は。もしかしたのは外へ行ったら、カウント不能となるのか

なという気もします。そこまできちんとみんな数字を出してくれるかどうかという点は。でも、なるべく正確な数字で判断ができる数字を出すというのがこれは目的ですよ、この研修のこの本来のものは。それで、かつ、新田先生がさっきおっしゃっていたように、面倒くさくないということですね。こっちの運営する側は。

○一戸座長 そうそう、現場がとても大変だということでは。

○鈴木構成員 では駄目ですよ。楽に出る。

○一戸座長 実効性のあるものは、容易で。

○鈴木構成員 容易で、かつ判断をしやすいものが果たして何なのかということで、しかも、今回議論しているものはそのものということで、必要症例数って出ていると思うのだけど、もしかしたら、症例数以外のものの、ほかのもののほうがいいということになってくるのかもしれないね、いろいろと考えてきたら。多分、症例数の中の何かというところに突き当たるとは思いますが。

○一戸座長 実際問題ですね、カウントしやすいのは数なのですよ。

○鈴木構成員 それとあともう1つ、ここまで出てきたのは、訪問診療がいつも代表で言ってますが、ゼロでは困るという話ですよ。ゼロでは困るところをなくすためには、どうしたらゼロをなくせるかということで、このカウント方法を編み出していくということかと思うので、最低数を出すというのは1つの方法です。あるいは平均数とか、その施設ごとの平均数を出せば、低目と高目が見えるから横で比較しやすいということで、それはゼロをなくす方向性としては有効だと思いますし、見ているだけなのか、本当に手を動かしてやっているのかは別としてもという、回数というレベルだったら、それでこちらが作る側の目標とするものは得られるかなと思います。

何をしたいのかということによって、またこれを作っていくというのが、いつも行ったり来たりだと思うのですが、とにかく学生側から選びやすいというのは絶対にあるでしょうし、余り偏ったことをやってもらっては困る。これもはっきりしていますし、他にあと何が出てくるかですよ。あとはもちろん面倒くさくない。とにかく施設が面倒くさくない。

○長谷川構成員 症例数の確認なのですが、例えば1つの症例で、今、今日やりましたということで、丸で囲まれた数字の所のあれが、幾つも同時にクリアできるという言い方はよくないのですが、同時にこれが終わっていくというのもあり得るわけですね。例えば初診で医療面接をして、診察、診断をしてというと、(1)番の①②③④が終わって、その患者がかかりつけ医があって、こうですよと言えば、そこに問い合わせをすれば(3)の②番というふうに、5つのものが同時進行で1つの症例としてこの所にそれぞれ1症例ずつ終わっていくという考えでよろしいですね。

○一戸座長 ということだと思います。ちゃんと記録に残しておかないと前年実績は出せないですよ。

○長谷川構成員 そうですね。それぞれ別々ですと言っても、同じ1個の所に5つ〇が付いていると、それをカウントする、全部を引き上げるのはちょっと難しいかもしれないですね。

○一戸座長 具体的な数をどこに書くかというのは結構大変なことですね。いずれにせよ、ある単位の診療行為を単位の1つとして必要最低数は提示しましょう。それから60%と

いうことに関しては先ほどのいろいろもうちょっと工夫が必要かなと。ただ、余り数だけに拘らないでという感じですかね。それと評価のほうは現実問題としてなかなかどれか 1 つの方法で全国でやりましょうというのは今のところは難しそうなので、それは施設にお任せするとしても、最終的な終了認定のところでは、全国どこでも分かるような統一された書式、あるいは症例報告でもいいのですが、何かしらそういうその人の経験が分かるようなものがあるといいねという感じですかね。

折り折りの是非、フィードバックはやっていただきたいので、それについてはどうなのですかね。そういうのを積極的に取り組んでくださいみたいなことをどこかで書くのですかね。そうでないと、毎年 3 月に全部集計してオーケーみたいなものになりますよね。ちょっと今日はどうも議論が曖昧なままなのですが、どうぞ、丸岡先生。

○丸岡構成員 今日、なんで来たくないのかなと思っていたのが、私も前から聞いていたのですが、先ほど小嶺補佐がおっしゃったこの(2)の基本的臨床技能等の②の所ですね。この a. から f. のうちのうちが絶対に弱いのは、a. b. e. かなと。c. d. f. に関しては、恐らくくどくどとありますので、これに関しては大丈夫だと思ったのと、あとは私の立場で言うと、このことを病院歯科の先生に説明しないといけないのですが、そうすると、必ず出てくるのが恐らくこの(4)の患者の状態に応じた歯科医療の提供の③在宅療養患者等に対する訪問歯科診療、これはかなり恐らく普通に出てくる質問は、これは往診では駄目なのかという話に、往診で代わりにならないのという話が多分出てくると思うのです。往診だって一緒じゃないかと。ベッドサイドに行くのと、病院の中ですけど、何も無い所に行きますので、それで代わりにできないのかどうかと言われるような気がするのです。

あとは最後に何となく出てきたように 1 人の患者の例えばレジン充填をすると、医療面接をしたのと、今度はこの辺がオセロみたいにパタパタパタッと変わっていく。それを 1 と考え始めると、また数のゲームになって、また元に戻ってしまうのではないかという危惧が、最後にちょっと感じたのですが、ですので、やはり何というのでしょうか、大学の先生って、わりと数で管理せざるを得ないような所があると思うのですが、私たちみたいな鈴木先生もそうでしょうけれども、少人数でやっている、毎日がフィードバックなので、数は余り関係ないかなという気が私にはするのですね。それがやはり今日この議論がちょっと嫌だった理由の 1 つかなというように、最後で思いました。

数で集めたほうが偉いという評価基準というのは、もちろん集めないのは悪いと思うのですが、我々のような所ではそれはあり得ないのですね。やらないやつ、あるいはサボっているやつというのは、もう日々チェックしていますので、極端なことを言うと時間単位で見えていますので、時間単位どころか分単位でこいつはこういうやつだというように判断できますので、我々のような小さい部署ではあり得ないのですね。やはり大学病院のようなもう何十人という所と、我々のような 2 人、3 人の所とでは、やはり余り一緒くたの評価にさせていただきたくないなというのは、非常に我がままなのですが、本音ではあります。

○一戸座長 大学だけでなくいろいろな所に研修歯科医がもっとばらけてくれるとなんでしょうけど、現実問題として歯科はまだちょっと難しいかなというところはあります。ただ、今日はなかなか結論に至らないのですが、どうでしょう。

○小嶺歯科保健課課長補佐 恐らく、今日はこれで結論を出すのは難しいと思いますので、今日いただいたご意見をもう 1 回整理をさせていただいて、また、次回、ほかの議題もあ

るのですが、もうちょっと整理したものをお伝えしつつ、もう少し追加でご意見を伺って、また決めていったほうが良いかなと思います。今日まとめるというのは、今の状況では難しいですね。

○一戸座長 なんとなくの方向性はあるのですが。

○小嶺歯科保健課課長補佐 そうですね。皆さん方、先生方がどういうイメージで6割というのを考えていらっしゃったかというのがまた違っていたという、多少違っていたということも、今日ご意見を伺えたこともすごく大事なことだと思いますので、それも踏まえて今日のご意見を一旦整理をさせていただきたいと思います。

○一戸座長 次回、どこかにきちんと着地しないと、次回どころか、13回、14回目までになってしまいますので。

○長谷川構成員 数の話でいくよりは、何かやはり何かができるというところの具体的な何か最終的に成果として、そういうものを見てあげる。あるいはできなかったとしても、将来的にそのことをどうやって学んでいくか、どういうふうにしていくのだという方向性というのが、しっかりこの1年間で掴めたのであれば1つの研修としては成功なのかなと思うので、そういうような考え方に。

○一戸座長 それはそうですね。もう臨床研修でもう15年もたって、まだ数かみみたいな、そもそも論があるので、やはり資質を何とかして評価したいというのは当然なのですが、ただ、なかなかそこは難しい。そうすると、分かりやすいのは数になってしまいますね。そういうことで申し訳ないのですが、今日はちょっとまとまらないですが、よろしいでしょうか。方向性としては皆さん、決して全然意見がばらばらというわけではないのですが、それをどうやってまとめるか、収斂させるかというところは、ちょっともう一工夫必要かなというところです。あと、何か小嶺さん、もう少し最後の5分間考えろとなれば。

○小嶺歯科保健課課長補佐 大丈夫です。

○一戸座長 大丈夫ですか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 はい。

○一戸座長 先生方からあと何か、最後にご発言よろしいですか。では、次回もこの宿題も出ますので、また、次回、たっぷりと議論していただければ、すみません、今日は何かうまくまとまらなくて申し訳なかったです。ありがとうございました。そうしたら今後のこと、スケジュールをお願いしたいと思います。

○青木歯科保健課臨床研修審査官 本日はご議論をいただきましてありがとうございました。次回、本日の議論を少し整理をさせていただいた内容もございますし、ほかの議題もございます。次回の第13回の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については、来月に開催させていただきたいと考えております。構成員の皆様方におかれましては、お忙しいところを申し訳ございませんが、どうぞよろしくお願いいたします。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。それでは次回、13回で何とかまとめられればいいなということで、ご協力をお願いしたいと思います。今日はこれで終わらせていただきます。ありがとうございました。