

医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会(令和元年度第2回)

○大塚歯科保健課課長補佐 定刻より大分早いのですが、ただいまより「医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会(令和元年度第2回)」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を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をいただく予定です。このあと、お出でいただけることと思います。

本日は、前半に臨床研修施設の指定等について、後半に歯科医師臨床研修制度改正について議論を行っていただきます。前半は特定の個人や歯科医療機関等に関わる専門的事項を審議するため、公開した場合、率直な意見の交換や意思決定の中立性が損なわれるおそれがあることから、非公開としております。御出席の皆様におかれましても御配慮のほど、よろしく願いいたします。後半は公開となっております。

それでは、進行を一戸部会長にお任せいたします。よろしく願いいたします。

○一户部会長 委員の先生方、どうもお忙しいところをお集まりいただきましてありがとうございます。今、お話がありましたが、今日は予定3時間ということで、前半は施設の審査等なのですが、後半につきましては、この1月からワーキングでやってまいりました臨床研修制度の改正の案が取りあえずまとまりましたので、今日部会で先生方に御意見を頂きまして検討させていただきたいということでございます。大変たくさんの項目がありますが、スムーズな進行には是非御協力をお願いしたいと思います。

○青木審査官 それでは、後半の議題を始めさせていただきます。

後半の議題は歯科医師臨床研修制度の改正についてで、ここからは公開の会議となります。ただ、カメラ撮りについては冒頭のみとさせていただきます。カメラ撮りはこちらで終了させていただきます。

それでは、進行を一戸部会長をお願いいたします。よろしく願いします。

○一户部会長 それでは先生方、お疲れと思いますが、本日のもう1つの重要な議題である歯科医師臨床研修制度の改正について、議論を始めさせていただきます。まず、事務局から資料の確認をお願いします。

○青木審査官 後半の資料については、資料6「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中間報告」となります。タブレットに格納しているものと同じものを、先生方の机上にも配布しています。

また、ほかに参考資料として参考資料1「歯科医師臨床研修制度の改正に関するワーキン

「グループ中間報告-参考資料」のほか、2～8までの参考資料を御用意しています。資料の不足等がありましたら、事務局までお申し出ください。事務局からは以上です。

○一戸部会長 それでは早速、議論に入りたいと思います。御承知のように歯科医師臨床研修制度は平成18年に始まり、5年ごとに制度の見直しを行ってきたということで、この次は再来年、令和3年度の4月から新しい制度で行うということで、今、改正の見直しを行っています。昨年この部会で、見直しのための具体的なことを始めましょうということで認めていただき、ワーキンググループを設置していただきました。

実際のワーキンググループは今年1月31日に第1回を行い、これまでに9回ほど、ほぼ毎月1回、ワーキンググループで議論を重ねてきました。今日は、そのワーキンググループの中間報告ということで、一応のまとめが得られたので、部会の先生方に御覧いただき、いろいろと御意見を頂き、またワーキングに持ち帰って修正あるいは必要な追加等を行い、その後、また部会に提案する流れになると思います。

この後、事務局等から具体的に説明していただきますが、今回、ワーキングで検討したのは、大きくは、臨床研修の内容について、臨床研修施設について、指導体制について、この3つの柱で検討してきました。もちろん、最初の研修内容については、臨床研修の到達目標が非常に重要なので、ここの所は随分時間を掛けました。後ほど説明がありますが、今まで全て、基本習得コースも習熟コースも必修でしたが、今回は必修だけではなく選択を入れようということで、そのような議論をやってきました。それから評価のこと、あとは研究者、医科での基礎研究の時間枠を考えたのですが、そのようなことについても検討してきました。

臨床研修施設としては、前半で話題になっていましたが、管理型施設と協力型研修施設の関係性、あるいは管理型施設の管理の在り方、それから協力型研修施設と研修協力施設という位置付けがありますが、特に研修協力施設が、今のところ大変便法のように使われていて、1か月間だけ歯科診療するという形で使われていて、当初の目的と違った使われ方をしていることもあり、その辺も少し整理したほうがよかろうということで検討してきました。さらに、臨床研修施設の指定等の要件についても検討しました。

指導体制としては、特に指導体制の形だけではなく、質の保証、指導医等の質の保証ということで議論を重ねてきました。今日、この後いろいろと出てきますが、かなりたくさん項目を検討してきたので、先生方から御意見を頂ければと思っています。特に、この部会にはワーキングの構成員として参加していただいていた大澤先生、丸岡先生がいらっしゃるの、まずは大澤委員から、大澤委員の立場でコメントを頂ければと思います。よろしくお願いします。

○大澤委員 大学病院のほうとして、簡単に御意見いたします。現在、単独型・管理型としての研修歯科医の受入れというのは、大学病院が圧倒的に多くなっています。しかし、歯科医師臨床研修の課題の1つとして、大学によっては研修歯科医が担当できる高頻度の患者さんの確保が難しい大学病院があったり、現在構築を進めている地域包括ケアシステムの中で求められる在宅歯科医療などが弱い部分があります。また、それに関わる多職種連携などに関して、大学病院の研修では実施しにくい場合というのが問題点となっています。

また、先ほど先生方から御指摘があったように、歯科大学の附属病院では、多数の協力型の臨床研修施設を抱えているプログラムが多くあります。管理型の大学病院と協力型臨床研修施設との連携が重要ですが、その連携が十分とれていないというところも問題と思っています。いろいろな点を踏まえ、大学病院での研修がより充実したものとなるよう、管理型としての大学病院の役割や、大学病院の指導歯科医の要件、ほかとは違う部分もあるので、その見直しなどの議論を行ってきた次第です。

また、大学病院に限らず、様々な施設で研修を行うことが今後は必要になってくると思うので、より多様な研修が可能となるようにという観点から、先ほど座長からもお話があったような到達目標の見直し、研修施設の在り方等について議論を進めた次第です。以上です。

○一戸部会長 ありがとうございます。特に大澤委員は、歯学部附属病院という立場でもあるので、そのような視点でも今、少しコメントを頂きました。

続いて、病院歯科という立場で、丸岡委員から少しコメントを頂ければと思います。お願いします。

○丸岡委員 私は病院歯科で働いていますが、同様に病院歯科で働いている歯科医師はたった3%ほどだったと思いました。また、実は病院歯科で研修を受けている研修歯科医は7%ほどです。いずれも絶滅危惧種とまでは言いませんが、かなり少ない状況にあります。近い将来、先ほど大澤先生のお話にもありましたが、地域包括ケアシステムの歯科医療を担う歯科医師を養成するのにもっとも適した環境というのは、私は病院歯科の人間ですので病院歯科が最適だと思っています。例えば周術期の口腔機能管理とか、そのような多職種連携、チーム医療、その辺りに関しては歯科大学病院よりは明らかに実のある研修ができると私は信じています。

最初の1年で高頻度治療を研修するのは非常に大事だと私は思っていますが、これは私の個人的な意見ですが、最初の1年で医科の研修医と切磋琢磨して、全身管理やほかの分野の病気を知って、多くのパラメディカルと仕事の仕方を身をもって経験するというのは、

もっと大事かと思っています。本音を申し上げれば1か月でもいいので、あるいは本当は1年丸々、病院歯科で研修をするのがいいのではないかと私は考えています。ただ、そうはいかないので、このような議論をさせていただきました。

しかし、病院歯科では、最近、管理型の臨床研修施設として研修歯科医の受入れをすることが非常に困難な状況です。1つには募集人員が少ない、また募集人員が少ないところでマッチしても、国家試験不合格になってしまうと研修歯科医の受入れができません。今の環境では、臨床研修施設の指定を取消しをされざるを得ないところが出てきているのが大きな課題となっています。先ほど絶滅危惧種と言いましたが、病院歯科そのものも研修施設として絶滅の危機に瀕しているとまでは言いませんが、かなり退潮傾向であるということとを非常に危惧しています。

そこで、病院歯科が我々の特徴を生かして、臨床研修の施設としてより発展できるように、大学病院以外というよりは大学病院以上に充実した研修体制を整えられるような議論を行わせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○一戸部会長 ありがとうございます。ということで、ワーキングでかなりいろいろな、多面的な議論ができたかなと思うので、今日は是非先生方の御意見を頂ければと思います。資料6にそのあらましが出ているので、事務局から資料の御説明をいただけますか。

○大塚歯科保健課課長補佐 それでは、資料6の説明をさせていただきます。資料6の中間報告については、ワーキンググループで御議論いただいた各論点について、現状・課題、御意見、ワーキンググループでの結論という順番で示しています。

「1. 研修内容について」です。今回、到達目標を見直したというところが大きくありますが、到達目標案を資料6の後ろの別紙に示していますので御覧ください。今回見直した新たな到達目標は、平成28年度改訂版の歯学教育モデル・コア・カリキュラムで、「学修目標」が見直されたことを受け、また卒前・卒後のシームレスな歯科医師養成を推進していく観点から、歯科医師臨床研修の到達目標との内容の一貫性が必要であるということとを鑑みて、「A. 歯科医師としての基本的価値観」、「B. 資質・能力」、「C. 基本的診療能力」といった3つから構成するものとしています。

「A. 歯科医師としての基本的価値観」で示すプロフェッショナリズムに関する考え方は、医師・歯科医師共通であると考えられ、各項目における一般目標は、医師臨床研修の「A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)」と同じ項目となっています。「B. 資質・能力」については、同じく医学教育モデル・コア・カリキュラムに沿って見直された医師臨床研修の到達目標を参考にしつつ、歯学教育モデル・コア・カリキュラムと整合性を図るように目標を設定しました。「C. 基本的診療能力」には、「必修」と「選択」から

なる新たな到達目標の見直し案を作成し、限られた期間で効率的かつ特色のあるプログラムで臨床研修を実施するため、大学病院、病院歯科、歯科診療所など、あらゆる研修実施体制に対応できるようにしました。必修については、到達目標を達成するのに必要な症例数の60%以上を含むこととし、選択については「C-1 基本的な診療能力等」から1項目以上、「C-2 歯科医療に関連する連携と制度の理解等」から(2)多職種連携、地域医療の項目を含んだ上で2項目以上を選択することとしました。

続いて、(2)多面評価(360度評価)の推進・評価方法の標準化についてです。多面評価については、医師臨床研修でも望ましいことと明記されたことを受け、歯科医師臨床研修においても360度評価を推進してはどうか。協力型臨床研修施設等における評価のあり方、新たな到達目標に合わせた評価方法の標準化等について、引き続き検討していくこととしました。

(3)臨床研修修了後に基礎研究等を行うことを希望している研修歯科医に対する臨床研修プログラムのあり方についてです。医師臨床研修では、基礎研究医プログラムというのが位置付けられ、また、歯科医師臨床研修修了後の研修歯科医の進路でも、大学院等で研究に進む方が一定数いることから、リサーチマインドを養うことは大切であるものの、歯科医師臨床研修においては研修期間1年間のプログラムが大半であることから、医師臨床研修の基礎研究医プログラムに相当する規定は設けないこととしました。ですが、研修歯科医が基礎研究等を行うことについては、研修に支障が出ないように体制整備を行うことを前提に、各大学が状況に応じて研修歯科医の支援方法等、例えば研修時間外に研究を行うなどの検討をすることとしました。

続いて、「2. 臨床研修施設について」の論点に移ります。まず、歯科医師臨床研修の現状について総論的な内容は5ページにお示しするとおりです。平成30年度において、単独型・管理型臨床研修施設になっている病院は147施設、歯科診療所は60施設であり、必修化当初から比較すると増加傾向にあります。募集定員は余り変化しておりません。また、大学病院の研修プログラム数では、単独型のプログラムが約45%、管理型のプログラムが約55%となっており、管理型のプログラムでは、協力型臨床研修施設での研修期間が8か月というものが最も多くなっています。その他の現状については5ページに記載しています。

論点に移ります。(1)大学病院が管理型臨床研修施設になる場合の協力型臨床施設に対する役割についてです。研修管理委員会は研修プログラムの管理をすることが明記されていますが、協力型臨床研修施設についての具体的な管理体制についての記載等はないのが現状です。そこで、管理型臨床研修施設に設置する研修管理委員会の機能強化を図り、協力型臨床研修施設等に対して適切な管理や評価を行うこと等、その役割を明確にすること

としました。

(2) 連携型臨床研修施設・研修協力施設のあり方についてです。研修協力施設として登録されている施設の数は、その施設種別で見ると約7割が医療機関というのが現状です。その研修協力施設において、全身管理研修や訪問歯科診療の研修が行われているという現状も明らかになってきました。そこで、連携型臨床研修施設の指定基準を見直し、歯科診療の研修を実施する施設として協力型臨床研修施設2という仮名称を付け、その指導體制や連携方法をより明確にすることとしました。協力型臨床施設2(仮)については、参考資料のスライド45、46にお示ししているように位置付けをしています。

協力型臨床研修施設2(仮)の位置付けとしては、これまでの連携型の要件を含むこととしますが、全身管理研修を含め、歯科診療の研修を実施する施設であること、この協力型2(仮)の管理は管理型研修施設が行うこと、管理型と協力型2(仮)で臨床研修施設群を構成し、グループ化研修を前提としないプログラムも認めること、研修期間や歯科医師の要件は、これまでの連携型の要件と同じとすることとしました。また、研修協力施設のあり方を見直し、へき地・離島診療所での研修、歯科健診等の年に数回の研修を除き、基本的に歯科診療の研修をする施設は研修協力施設としては含まないものとする、このようなことを検討しました。

(3) 研修歯科医の受入れがなかった場合の臨床研修施設の指定の取扱いについてです。3年以上、研修歯科医の受入れがない場合、臨床研修施設の指定の取消しを申請できる規定があり、これに従って病院歯科等で臨床研修施設の指定の取消し申請を頂いていたこともあります。病院歯科や診療所での単独型・管理型に関しては、研修予定の方がいても様々な事情で研修を受入れられないということがありましたので、研修予定の方がいた場合には、受入れがなかった場合でも受入れがあったものとみなすこと。ただし、単独型・管理型研修施設で3年連続受け入れの実績がない施設が、その施設として指定継続を希望される場合は、「指定継続のための計画書」(仮)を出していただいた上で、指定継続の可否を判断するという結論に至りました。

(4) 臨床研修施設の指定取消し後、再び指定申請があった際の取扱いについてです。臨床研修施設の指定の取消しを申請した臨床研修施設が、再度の新規指定、再指定と呼んでいますが、申請をする場合がありますが、現状でこの再指定に関する規定はありません。そこで、3年連続受け入れがなく、指定取消しを申請した施設から再指定の申請があった場合には、新規指定の申請の基準に準じて取り扱うこととし、併せて「再指定のための計画書」(仮)の提出を求め、その内容も踏まえて審査することとしました。

(5) 歯科医師臨床研修予定者のマッチ後の異動に関する特例についてです。歯科医師国

家試験不合格等により、研修予定者を受け入れることができなくなった受入施設に対し、受入施設の募集定員を超えない範囲で、歯科大学病院にマッチ施設から研修予定者を異動させることができる特例がありますが、この特例については適切に運用するという前提で現行のまま継続、周知することとしました。

(6) 臨床研修施設の指定基準の見直しについてです。参考資料1のスライド51に臨床研修施設の指定基準のうち、歯科医師の要件に関する点について示しています。近年、病院歯科等においては常勤歯科医の先生が1名の場合も多く、臨床研修施設の人員要件を満たすことが困難になっている場合があります。そこで、現行制度で「常に勤務する歯科医師」と表記しているものについては、週1日以上勤務する歯科医師による常勤換算を認めることとするとしてしました。ただし、臨床研修施設は、年間を通じてその施設要件を維持するように歯科医師が勤務すること、加えて、研修歯科医が研修を行う日には各臨床研修施設において必要な歯科医師数が配置されていることとしました。

(7) 無床診療所が単独型・管理型臨床研修施設になるための指定基準についてです。病床を有しない診療所が、単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設の申請をする際は、協力的臨床研修施設として、原則2年以上連続して臨床研修の実績があることを必要としています。この要件を見直し、単独型・管理型臨床研修施設として申請する場合、直近の5年間において2年以上の臨床研修の実績があることとしました。

「3. 指導体制について」の論点に移ります。(1) 大学病院の指導歯科医の指導歯科医講習会の受講についてです。大学病院の指導歯科医の先生においては、5年以上の臨床経験を有する方であれば指導歯科医とするという取扱いとなっていますが、指導歯科医としてのスキルアップは必要という御意見もあり、大学病院の指導歯科医の先生方についても、指導歯科医講習会の受講を必須とするという結論に至りました。

(2) 指導歯科医の更新制についてです。現在の指導歯科医講習会の開催指針は平成16年以降変更されておらず、直近の指導歯科医講習会は全体として同じような内容で開催されているのが現状です。また、比較的経験の浅い先生からベテランの先生までたくさんいらっしゃる中で、その指導歯科医の資質にばらつきがあることから、指導歯科医の質を均一にする必要があるといった御意見も頂いています。指導歯科医講習会の受講方法や内容について見直すこと、また、指導歯科医は5年ごとの更新制を導入すること、指導歯科医更新のための具体的な方法については引き続き検討すること、先ほどの大学病院の指導歯科医を対象とした指導歯科医講習会についても、併せて検討していくこととしました。

(3) プログラム責任者講習会の受講についてです。医師臨床研修においては、制度改正に伴い、プログラム責任者講習会の受講が必須になりました。そこで、単独型又は管理型の

プログラム責任者は、プログラム新設後5年以内にプログラム責任者講習会を受講することを必須とすること、また、研修管理委員会は、プログラム責任者講習会の受講者を研修プログラムの中でより活用できるように促していくこと、プログラム責任者講習会の実施方法や内容等を見直すことを検討していくことを結論としました。

なお、施行期日については、令和3年4月の施行を念頭に議論を進めてきておりますが、項目ごとの具体的な運用開始時期については、引き続き検討することとしています。事務局からは以上です。

○一戸部会長 今、補佐から説明がありましたが、全体的な内容で何か御確認等ありますでしょうか。よろしいですか。そうしましたら、資料6に基づいて、これから1つずつ御意見を頂きまして、最後、全体を通した御意見等いただければと思います。適宜、参考資料1に、資料6の結論に至った、参考にした資料がいろいろと出ていますので、そちらも御覧いただきながら御意見を頂ければと思います。

まず最初に、「1. 研修内容について」、特に到達目標についての御意見を頂きたいと思えます。先ほども御案内がありましたように、到達目標ですが、現在の歯科医師がどこで活躍するのかということで、地域包括ケアですとか多職種連携ですとか、あるいは病院における周術期に歯科医師が関与するとかいろいろなことを考えたときに、これまでのような、平成18年から到達目標は内容が実質的に変わっていないということで、それも全ては必修、基本的な歯科治療技能となっていたわけですが、それをもう少しいろいろ幅を広げて、しかも、選択制を導入することで、歯学部が将来のキャリアパスを描いたときに幅広くいろいろな可能性にチャレンジできるので、選択制も導入しようということで考えさせていただきました。

別紙を御覧ください。別紙の(1)到達目標、先ほどの資料6の17ページに別紙があります。医師の臨床研修制度もありますので、A. プロフェッショナルリズムと、B. 資質・能力について、これは医を準用した形で作ったとなっております。多少のことはありますが、基本的にはほぼ一緒です。それに対して、その後、20ページに、C. 基本的診療業務ということでたくさん項目を書かせていただきました。「C. 基本的診療業務」ということで、(1) 基本的診察・検査・診断・診療計画ですとか、(2) 基本的臨床技能等、この辺は、これまでの基本習得コース、習熟コースをある意味書き換えて、しかし内容としてはほとんど変わっていないということで、全てが必修になっています。これに対して、21ページの一番上、例えば(3) 患者管理の⑤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。これは選択にしております。(4)にも③と④は選択になっています。先ほどお話がありましたように、ここまでのところは基本的診療能力等ということで、こ

の選択の中から1つ選ぶ、1項目以上選んだプログラムを考えていただく。

それから、その下、今度は21ページの真ん中の2番です。2. 歯科医療に関連する連携と制度の理解等ということで、これはもう少し社会的なことをいろいろ、到達目標などを書き込んでありますが、この中には特に(2)多職種連携、地域医療ということで、③④が選択になっています。22ページの⑤～⑧も全て選択です。それから、(3)にも選択があるということで、このことについては、C. の2. は、(2)多職種連携、地域医療の項目を含んだ上で2項目以上を選択するプログラムを作ってほしいという形に、意見としてまとまりました。

ということで、今、かなりたくさんの方がありますので、なかなか全部見切れないかもしれませんが、部会の先生から、まず到達目標についての御意見を頂ければと思いますので、何なりと御意見いただければと思います。いかがでしょうか。

○栗田委員 まず言葉の確認です。20ページです。四角で囲まれている大項目のC. で、「基本的診療業務」とありますが、前のほうには「能力」と書かれているのですが、「基本的診療能力」。

○一戸部会長 そうですね。1ページ、2ページの四角の中は、「C. 基本的診療能力」と書いてありますね。ここでは「基本的診療業務」となっていましたね。これはどちらでしたか。ごめんなさい。それは整合が取れていません。確認します。

○青木審査官 事務局でも確認させていただきます。

○一戸部会長 すみませんでした。ちょっと確認が足りませんでした。

○栗田委員 どちらか適切なほうにさせていただければと思います。あと、内容を見させていただくと、結構、往診のところが選択になってくるのですが、これは選ばなくてもいいという形になってしまうのでしょうか。

○一戸部会長 例えばどの辺でしょうか。

○栗田委員 例えば、21ページの(4)の③が在宅療養、④が障害を有する方への対応で、これはどちらかを選ぶとなると、在宅療養の患者に対する訪問歯科診療をしない、臨床研修では選択しないという方も出てくるということですか。

○一戸部会長 理屈の上ではそうなります。

○栗田委員 現状で考えられている歯科医療のスタイルから考えると、もう訪問はある程度必須項目かと考えているのですが、これだと、それから欠けてしまう、ちょっと流れとはという気がするのですが、その辺は。

○一戸部会長 その辺はかなり議論がありました。こういうところも全て必修のほうがいいのではないかという話もあったのですが、ただ、現実問題として、例えば、先ほどもありました、大学で単独で1年いるようなプログラムがまだ現実に存在していますので、そう

すると、訪問診療がなかなか難しいのではないかとということもありまして、積極的にそういうことをしてほしいということはあるのですが、議論の中では選択ということでもとまったということです。ただ、先生の御意見についてはかなり議論はありました。

○栗田委員 そうすると、後ほどでも出てくるのですが、いわゆる研修協力施設、我々のところだと、そこに頼んで、1年間、我々は国立大学の医学部の病院ですので訪問診療をする機会がないので、協力施設に数日行っていただいて、無理矢理ということもないですが、訪問診療を経験していただくことをやっているのですが、これになると、それも本来の協力施設の業務から外すということも盛り込まれていますよね。一般のへき地医療とか島の医療をやるのが協力施設であってということになってくると、更にそういう機会が減ってくる。

○一戸部会長 それは、研修協力施設というのが、本来は歯科医療でない、例えば健診ですとか何かほかのこと、保健所業務ですとかというのを経験してもらいたいがための研修協力施設だったのですが、今、研修協力施設は実際には。

○栗田委員 確かにバラバラ。

○一戸部会長 ですので、後で話が出てきますが、協力型研修施設の2と今、仮に呼んでいますが、そういう施設を作って、歯科診療をやるのは研修協力施設ではなく、そういう所で短期間でもやらしてもらおうかという案になっています。

○栗田委員 そうですね。

○一戸部会長 ですので、基本的には、なるべく歯科大学附属病院だけに1年いるということではなく、外に出ていただいていろいろなことを研修していただきたいという根本的な発想はあります。

○栗田委員 そうですね。それだと、その流れからいくと、外に出ていただいて往診を経験するべきだと。

○一戸部会長 そうですね。

○栗田委員 していただくべきだとなると思うのですが、ここで必修から外れているのは、少し全体的に違うのではないかという気がします。

○一戸部会長 御意見として承ります。

○青木審査官 一戸部会長から御説明がありましたとおり、やはり時代の流れからしますと、委員の御指摘のとおり、訪問歯科診療についても研修の中で実施をしていただきたいという気持ちはもちろんございます。現状の到達目標の中でも、全身管理研修ということで、いわゆる病棟の研修又は訪問歯科診療のいずれかは少なくとも組み込んだ形の到達目標プログラムとしてくださいということで、今の運用がされております。基本的には、訪

問歯科診療についても、できる限り何らかの形で組み込んでいただきたいとは思っております。ただ、様々な臨床研修のプログラムがあります。例えば大学病院が協力型の施設と組んで実施をしていただくケースもありますし、病院歯科が協力型臨床研修施設、現行で言うと研修協力施設なのかもしれませんが、そこと組んで研修を実施していただくケースもあります。逆に、病院歯科等が単独で研修の実施をしているケースもありますが、診療所と組むなりして訪問診療をやってくださいというところまでは難しいのではないかと。ということで、現行としては訪問歯科診療を選択という形で位置付けているところです。気持ちとしては、委員御指摘のとおり、今後、訪問診療がやはり重要になってくると思いますので、何らかの形で、そこはやっていただきたいと思っております。現状として、できないところがどうしてもあるということで、選択という形で位置付けさせていただいているところです。

○栗田委員 分かりました。

○一戸部会長 先生がおっしゃるように、個人的には私もそうなのですが、なかなかやはりいろいろなことが。21ページの(3)の⑤がまず1つ選択です。これは入院患者さんに対するもの。それから、(4)の③の在宅患者さんの訪問診療、それから④が障害のある方への対応ということで、この選択のうちのどれか1つ以上を選びなさいということになっているので、全く訪問診療のチャンスを取ってしまうということではないと思いますし、恐らく、大学から外に出るプログラムであれば、一般の開業の先生は訪問診療をかなりやられていると思うので、そういう所に一緒に行っていただくチャンスは、現実には結構出るのはないかと期待しています。

○栗田委員 そうすると、先ほど審議していたような紙の所には、先ほどの患者数が、外来患者数と訪問患者数とわざわざ分けた数が載せられているのですが、それも必要がなくなってくる。

○青木審査官 申請書類の中身についてをどうするかは、また今後検討させていただきたいと思っております。やはりそこについては、現行のルールの中でも、訪問診療はできるだけしていただきたいものの、厳密に言うと、病棟の研修での全身管理か在宅のどちらかという形になっています。その中で、訪問診療の枠をあえて作っているという状況もありますので、その枠はできるだけ残す形で対応させていただきたいと思っております。いずれにしても、今後、全体的な制度の骨格が決まった段階で、申請書の中身については具体的に検討させていただきたいと思っております。

○一戸部会長 ありがとうございます。先生の御意見はまたワーキングに持ち帰って検討させていただきます。ほかの委員から何か。

○西原委員 ワーキンググループが細かく検討されたものを資料6で見させていただいて、その骨格になる部分が、私も参加しましたが、厚労科研の基本的な考え方を踏まえて作られているのだろうという認識で拝見しています。さらに今回、タブレットに参考資料が載せられているので、皆さん御覧いただくと、モデル・コア・カリキュラムの下記があつて、その下にシームレスな歯科医師養成に向けた改革全体案が、別の会議体ですが、厚生労働省の医道審議会の下で開かれているのが書いてある。ここで、私、基本的な質問というか、ある意味、身の丈に合った研修をしなくてはいけないという意味で伺いたいのは、法に基づく臨床研修というのは、1年若しくは2年と考えれば良い。例えば、今の現状では、医学部の病院で、歯科、口腔外科を開講している講座は2年研修ができていますか。

○青木審査官 現状、まず法令上ということで申し上げますと、歯科の臨床研修については1年以上実施をしなければいけないとされています。

○西原委員 1年以上ですよ。

○青木審査官 はい。

○西原委員 1年若しくは2年、2年の事例もあるということですよ。

○青木審査官 はい。

○西原委員 そのようなときに、我々のような公立の、歯科大学は1年の、さらに私立と公立は研修医に充てる金額の配分も国立と違うやり方でやられている中で、2年の系を組むのは採算が合うのか合わないのか考えて行っています。そのような各大学が工夫をしながらやろうとしたときに、この研修の前の臨床参加型の実習もモデコを7割と考えたときに、附属病院の歯科病院での実習だけでなく、訪問診療を学生実習で組み込んでいる大学が29大学の中であるのかなのか、その辺はワーキンググループで調査されたりしましたか。

○一戸部会長 ワーキング、歯科医学教育学会に協力を依頼したあのアンケートは、それは入っていませんでしたか。

○青木審査官 29歯科大学に対してアンケートを実施し、に大学附属病院、そして、大学が持っている診療所で研修をしている所もありますので、大学附属の診療所に対して、いろいろな点について調査をしております。その中で、訪問診療を実施する研修の実施状況ということで、「大学病院での研修期間中に訪問診療はありますか」というものについてはお伺いはしているのですが。

○一戸部会長 学生のほうは。

○青木審査官 学生のほうについてはまでは今回、調査はしていません。

○一戸部会長 私が知る範囲でも、少なくとも数大学はあると。

○西原委員 そうですか。私が何を申し上げたいかということ、こういう議論を積み重ねて

作られたものを、やはり広報という形で丁寧に伝えることによって、このシームレスの10年なら10年、各医療施設が工夫できるわけです。モデコも、これはそれほど実習に関しては、クオリティが担保できていれば私は工夫できると思っています。関連病院として連携を結んだ地域包括ケアをやるという目的で、総合医科病院と回復期の医科病院臨床実習、クリニカルクラークシップに加えようと思っています。そうすることで、先生方が研修医で考えているプログラムにどう付けていくかという6年と1年のセッティング、そうしたら2年目はやらないでいだろうなどと考えています。そこで今回伺いたいのは、修了後、生涯研修にどう結び付けるかという議論はワーキングではされているのですか。

○一戸部会長 そのこのところの臨床研修終了後の生涯研修については、検討していません。日本歯科専門医機構などとの連携や継続性を考えないといけないと思います。

○西原委員 そうですね。

○一戸部会長 私は日本歯科専門医機構に少し関わっていますが、色々な状況からなかなか議論が進んでいないのが現状です。

○西原委員 私も副委員長を務めているのですが、分からない状況なのですが、やはりこのお絵描きの中で、生涯教育と専門医の問題を少し温度差なくつなげていかないと、研修医で今すごくいい形で議論がされているのだと思うのですが、その前とその後のつなぎの役割だということを考えたときに、ある程度作り上げたもので大学が努力しなければいけないもの、あるいは厚生労働省として、先ほど来、事務局から更新システムという言葉があったのですが、では更新システムを作業するのはどこなのか、外部なのか省庁なのかという具体の議論にだんだんなってくるのだと思うのですが、ひな型としては私はすごくいいひな型だとした上で、これは運用がすごく大事になってくるという思いがあります。そのときに、せつかくまとめられるのなら、責任の所掌を、可能であればどこかで大まかにでも作っておいたほうがいいのかと思います。

というのは、今、どの組織体でも内部質保証、あるいは内部統制という言葉で言われて、大学運営がそれぞれ求められている、国が認めた認証機関で機関別認証評価を受けているときに、内部質保証をなさいと言われているときに、このシステム全体像もやはり内部質保証が取れていないと、評価の問題もそうでしょうし、更新の問題もそうですし、全ていいことをおっしゃっている、これをどうPDCAを回して動かしていくかというのを考えていくのが次のステップだと思ったときに、そういう観点で、現実的なことも踏まえてまとめていかないといけないのだろうというのを総論として感じました。

○一戸部会長 ありがとうございます。モデル・コア・カリキュラムがおおむね60%ということもありまして、今回、こちらも、必修をおおむね6割以上ということで、あと選択を

各施設ごとに工夫していただくといいのかということで案を作らせていただいています。それから、質保証ということで、全体あるいは個別のことで、これについては、厚生労働省と更によく詰めていかなければいけない部分がたくさんあるかと思います。

○青木審査官 質の保証の観点で申し上げますと、特に、西原委員の御指摘に全てそのままお答えできるかどうかちょっと難しいところもあるかもしれませんが、大学病院は管理型になっている場合が多く、協力型臨床研修施設を含めたプログラムとしてどのような在り方をするのか、もう少しボトムアップができるのではないかということで、少し見直しをさせていただく項目があります。まずは、単体の臨床研修施設としての質の保証なりについて、御指摘の点も、どこまで具体的な内容まで盛り込めるか、今後よく考えさせていただきたいと思います。そういった中でも、少しでも前進をさせていただきたいと思っております。

また、制度そのものとしての質の向上については、今回も一戸部会長に座長をお引き受けいただいて御議論いただいているところですが、おおむね5年に1回、この歯科医師臨床研修制度についてはブラッシュアップをさせていただいておりますので、その中でしっかりと、今後も内容の向上をさせていただきたいと思っております。また、指導歯科医の更新制等についても少し御指摘がありました。この後の御議論の中でも出てくるのかもしれませんが、やはり今回のワーキンググループの中である程度方向性は決めて、今後もう少し具体的に詰めなければいけない項目がまだ幾つかありますが、そこについては、しっかりと何らかの形で検討を進めさせていただきたいと思っております。事務局からは以上です。

○一戸部会長 ありがとうございます。ということ、引き続き先生方にもいろいろ御意見を頂かなければいけないと思いますが、そういう形かと思っております。ありがとうございます。ほかに、鴨志田委員お願いします。

○鴨志田委員 20ページからの基本的診察能力だか業務だかの中の選択と必修の確認を、もう一回したいのですが、先ほどの一戸先生のあれだと、(3)と(4)の選択のうち、3つのうち1つでしたか。

○一戸部会長 1つ以上。

○鴨志田委員 1つ以上。

○一戸部会長 はい。

○鴨志田委員 この(3)と(4)にまたがる選択のうちの3つの項目のうち1つ以上ですか。

○一戸部会長 はい。

○鴨志田委員 次の2.は、これは全部で幾つあるのですか。7つの選択のうち。

- 一戸部会長 8つではないですか。
- 鴨志田委員 8つですか。
- 一戸部会長 (3)の所にも2つ。
- 鴨志田委員 8ですね。8のうちの2つということでしたか。
- 一戸部会長 (2)の所を1つ含んだ上で2項目以上という。
- 鴨志田委員 おかしいですね。
- 一戸部会長 先生、参考資料のスライド番号の11を御覧いただくと。
- 鴨志田委員 これですね。
- 一戸部会長 はい、先ほどお話したように、60%以上を必修ということと。
- 鴨志田委員 (2)の項目を含んだ上で2項目以上。
- 一戸部会長 はい。
- 鴨志田委員 分かりました。その大きい項目をまたがることについて、バランスの問題とかそういうのはどうかとちょっと思っただけなのですが。
- 一戸部会長 これはかなりいろいろ議論がありまして、全体として幾つ以上とかあったのですが、このぐらいが、何て言うのですか、前半は基本的な歯科治療技能、それから後半は社会の中での歯科医師の役割を果たすというニュアンスで少し分けたということですね。
- 鴨志田委員 本当は何か、1項目について6つか7つ細かい項目があって、そのうち選択が3つぐらいあって1つ選ぶというのが、形の上で何かすっきりしているように思いました。
- 一戸部会長 なるほど。ありがとうございます。余り選択をたくさん作ってしまうと、今度はプログラムを作るのが大変だということもありまして、このような感じかというところだったのです。ただ、先生がおっしゃるような議論はいろいろとありまして、どのように選択させようかというのを。
- 鴨志田委員 先ほどのお話だと、現実、現状を踏まえてというお話で、それはそれでよろしいと思います。
- 一戸部会長 ありがとうございます。大澤委員や丸岡委員も、もしワーキングの中での議論で思い出したことがあればおっしゃっていただければと思います。ほかに何かございますでしょうか。先生方におっしゃっていただいたことは、またワーキングに戻って、もし修正が必要であればそのようにいたしますので、是非、声を出してください。
- 西原委員 現実として、開業医、若しくは勤務医として勤める歯科医師が95%程度ですか、その現状の中で研修医が行われているのですが、今、歯科医師国家試験であったり、あるいはシームレスであったりの会議の中で、社会歯科学、前の言い方で管理ですか、要

は歯科医師として社会で、地域で、貢献して診療所を運営するに当たって、備えておかなければいけない知識を、あるいは技術を、CBTあるいは国家試験でもう少し社会歯科という概念をリフォームしながらでも入れ込んだほうがいいのではないかという議論が出ています。現状で、研修医の中のプログラムの中で、今は選択になっているのですか。

○青木審査官 事務局から少し。資料6の一番最後の22ページを御覧ください。別紙の一番最後のページです。社会歯科というような形での記載ではないのですが、例えば、まずは地域保健として、地域の保健福祉の関係機関、関係職種を理解し説明するといった項目から始まる4つ、その次の(4) 歯科医療提供に関連する制度の理解として、医療法や歯科医師法をはじめとする医療に関する法規及び関連する制度の目的と仕組みを理解し、説明するというような内容があります。地域保健の中の保健所の研修等については、組めないプログラムもあるかもしれないということで、選択という位置付けとさせていただいておりますが、それ以外のここに記載の項目については必修という位置付けにしております。

○西原委員 そうすると22ページの(3)とか(4)は、歯科医療の現状を考えたときに、ポピュレーションが多いということですので、この必修の項目がきちんと反映される、要は行われているか否かはフォローしておかないといけない必要最小限かもしれないと思うのですが、いかがでしょうか。

○一戸部会長 ほかはいかがでしょうか。青木さん、例えば今日見切れないときに、この一両日ぐらいだったら御意見を事務局に頂くとか、そういうことは可能ですか。

○青木審査官 今後、11月中旬ぐらいに次のワーキンググループの開催を予定しております。今回の会議もお時間限られていますので、後でお気付きの点があれば、おっしゃっていただければ事務局で対応を検討させていただきたいと思います。

○西原委員 そのときにこの参考資料はPDFで送ってもらえますか。

○青木審査官 お送りするようにいたします。

○西原委員 最新バージョンを。

○青木審査官 今の現状、厚生労働省のホームページにも掲載させていただいております。

○西原委員 分かりました。

○一戸部会長 ホームページに昨日アップされましたので、先生方、すぐダウンロードできます。

○青木審査官 もし御入用であれば、別途お送りさせていただきたいと思います。

○鴨志田委員 少し話題が変わってしまうのですが、基礎研究プログラムの話は先ほど御説明があったと思いますが、専念規定についてを今回変えるのか、ニュアンスが変わるのかということと、私はちょっと知らないのですが、社会人大学院について今はどのようにな

っているのですか。

○一戸部会長 先生、それは次の次のところで出てきますので。

○鴨志田委員 そうですか、失礼しました。

○一戸部会長 では、到達目標についてはおおよそよろしいでしょうか。到達目標はかなり分量が多いので、見ていただいて何か御意見があれば、また、事務局にお寄せいただければ、ワーキングで宿題とさせていただきますので、よろしくをお願いします。

続きまして、(3)の「多面評価の推進」についてです。3ページにも記載されていますけれども、医科のほうがこういうことを「医師臨床研修指導ガイドライン～2020年度版～」で、360度評価を取り入れることが望ましいと記載されています。歯科医師でもそういうことに取り組んでいる幾つかの施設が出てきたということで、こういうことを是非推進しよう。ただ、具体的にこうなさいと、まだそこまでは書き込めないで、ここでは「推進する」ということと、実際にどうするかを引き続き検討していかないといけないということで、中間報告になっています。ですので、ここは多少曖昧になっていますけれども、方向性としては是非これをやっていこうとなっています。これについてはいかがでしょうか。こういうことは特段問題ないですかね。是非その方向でということで、よろしいですか。要は指導歯科医だけではなく、いろいろな人から評価を受けるし、また指導歯科医自身も評価を受けるし、多面的な目でお互いに見合おうということだと思えます。よろしいでしょうか。では、ここはこういう形でそのままにさせていただきます。

その次が(3)、先ほど鴨志田委員からお話のあったことです。「臨床研修修了後に基礎研究等を行うことを希望している研修歯科医に対する臨床研修プログラムの在り方」、これについては先ほども事務局から説明がありましたが、基本は歯科医師臨床研修1年以上ということで、多くのほとんどのプログラムが1年ということを考えますと、その中で、医師臨床研修制度のような「基礎研究医プログラム」というものを組み込むのは厳しいかということで、ワーキングの中ではそのような結論になりました。すなわち「基礎研究医プログラム」に相当する規定は設けない。ただ、実際にはそういうことに興味のある方もいますし、それから、先ほどお話のあった社会人大学院ではないですが、そのようなこともありますので、このポツの2つ目、「研修歯科医が基礎研究等を行うことについては、研修に支障が出ないように体制整備を行うことを前提に、各大学が状況に応じて研修歯科医の支援方法等(研修時間外に研究を行う等)を検討するものとする」ということで、なかなかここに社会人大学院と明記はできないのですが、そういうことも考えてもいいというようなニュアンスになっていると思います。

鴨志田委員がおっしゃった、専念規定については崩れていません。臨床研修については

その研修の時間、そのことについては専念規定はありますけれども、研修そのものに影響がないような時間外に、こういう研究に参加すること自体は否定しないということを、今まではグレーだったものを明記したような感じになります。ということですね。

○青木審査官 今まで厚生労働省として、いわゆる社会人大学院等、臨床研修の時間外のことについて、特段、お示ししているものはありませんでした。今回、このような形で、部会長がおっしゃったように、臨床研修としてはやはり専念していただかなければいけないので、その時間外にやるものについて、例えば時間外に研究をすることについては、いろいろな状況があると思いますので、そうした支援方法を検討した上で、各大学の状況に応じて検討していただいた上で実施をするのであればしていただくのもあるのではないかと、考え方をお示しするというものです。

○鴨志田委員 私はどちらでもいいのですが、それは結構なことだと思うのですが、専念規定と一方で言うておいて、専念規定の除外項目として大学の研究とかが入ると、そういう考えになるわけですね。時間外とおっしゃったけれども、今の専念規定は時間外でアルバイトも駄目なのでしょう。そのように私は理解したのですが。

○一戸部会長 時間外で、指導歯科医がないのに歯科診療をやることは駄目ですね。

○鴨志田委員 そういう意味ですか。

○一戸部会長 専念規定はそういう理解でいいのですよね。

○青木審査官 歯科医師が臨床に従事する場合は臨床研修が終わってないといけなくて、研修期間中に時間外とは言え、歯科の診療に従事することはできません。ただ今回、時間外、例えば研修が5時、6時に終わった後や、土日に自分の自由な時間をどうするか。そういった時間を使ってそういった研究を実施したいという方について、何らかの支援方法を検討するのもありではないかということで、お示ししております。

それは、例えば、深夜まで研究をしていて翌日の臨床研修に響くようなことはもちろん駄目だけれども、そうした影響がない範囲で研究をするということもあるのではないかと、考え方をお示しするというものです。

○鴨志田委員 臨床か臨床ではないのかというのは理解しましたがけれども、重ねて恐縮ですが、ここでは基礎研究と断っていますよね。臨床研究はどうかですか。

○一戸部会長 ワーキングの中では、この表現は基礎研究となっていますが、別に臨床系の社会人大学院のような、そういうようなイメージも別に否定はされないだろうというように。

○鴨志田委員 基礎講座という意味ではないのですね。

○一戸部会長 はい。ワーキングの中ではそういう議論でした。

○鴨志田委員 分かりました。

○栗田委員 実際、我々は医学部の中ですので、今、医師の研修も大学院入学1年目からOKになっていて、やっていますので、多分、それに倣って大学で担保すればいいという理解でよろしいですね。

○一戸部会長 はい。ここに社会人大学院生とはやはり書ききれないので。

○栗田委員 大学できちんとやれば。

○一戸部会長 大学できちんと研修は研修としてきっちり管理した上で、その空いた時間にそういうことがあっても、きっちり管理されているのであれば、そういうこともありではないかというニュアンスだと思います。今まではそこは全く分からなかったのが、グレーだったのです。社会人大学院生をもう既に取っている所も、御承知のようにありますし、一方では、絶対それはいけないという扱いにはなっていなかったのということです、この辺はいかがでしょうか。最終的には、なかなかこういう書き方だと意図が伝わりにくいところもあるのかもしれないですけども。

○青木審査官 最終的な報告書の表現とか、実際に運用する段階では、多分、いろいろなお問合せもあると思いますので、Q&Aでいろいろお示しをするような形のものもありますし、制度の全般の周知の方法についてはよく検討させていただきたいと思います。

○一戸部会長 そうなのですが、よろしいでしょうか。特にここは以前、西原委員からいろいろ御意見がありました、いかがでしょうか。

○西原委員 教員が大変だろうと思っています。

○一戸部会長 よろしいでしょうか。では、一旦この形にさせていただきます。

続きまして、今の所が研修の内容についてですが、今度は「2. 臨床研修施設について」、御意見を頂きたいと思います。まずは資料6の6ページ、(1)大学病院が管理型臨床研修施設になる場合の協力型臨床研修施設に対する役割です。このようなのができた背景は、協力型研修施設になっているにもかかわらず、研修管理委員会にもまず出ない、研修歯科医も全然受けない、名前だけ欲しいのではないかというようなところが現実を感じられることもありまして、協力型研修施設になっていただいた以上、きちんとその役割を果たしていただきたいと。

それから後でも出てきますが、常々最新の知識も仕入れていただいて、指導歯科医としての資質の更新にもつなげていただきたいということで、そのようないろいろなことから、大学病院が管理型研修施設になるときの協力型研修施設に対する管理というか、そういうことをもう少しできるようにしたほうがいいのではないかということで、こういう項目が出たということです。

これにつきましては何かありますでしょうか。よろしいですか。委任状だけの協力型施設をなるべく少なくしたいということだと思います、よろしいでしょうか。では、一応この形で進めさせていただきます。

次に、これは先ほど御意見を頂いた所ですが、(2)連携型臨床研修施設・研修協力施設の在り方です。資料の7ページ、参考資料1のスライドでは45、46ページ辺りを御覧ください。分かりやすいのは46ページです。骨子としては連携型臨床研修施設・研修協力施設の在り方を見直すと同時に、協力型の2、これはまだ名称は仮ですが、こういうものを作り、ここで実際に歯科診療をやっていただく。それから研修協力施設は、先ほどのような特殊なへき地とか、あとは健診と保健所の業務とかそのようなことで分けをして、施設をはっきりさせたほうがいいのではないかということでこのような形になりました。ちょっと見ていただいて、これについて御質問等があればお受けしたいと思います。

○栗田委員 先ほどお話を伺ったので大体内容は理解しましたし、この制度がいいと思うのですが、これとあと13ページの、後ほど出てくるのですが、いわゆる指導歯科医講習会を必ず受けなければいけない必修の状況になって、今回、これが協力型2にもしなると、その指導医が1名いなければいけない形になる。我々地方の研修施設がなかなかこの指導歯科医講習会に行けない、機会が少ないのと、多くの場合が歯科大学が開催していて、その先生方でいっぱいになってしまっていて、というのが我々医学部の中の課長が集まる会議があるのですが、そこでそういうチャンスがない。なのでそういう施設が作れなくて研修協力施設を利用しているという意見もあるので、これはいいことなので是非進めたいのですが、もう少し指導歯科医講習会を受けやすくしていただくというか、そちらの充実がないと、この制度を作っても研修施設が減っていく状況になってしまいますので、その辺をお願いしたいと思います。

○一戸部会長 後ほどまた議論をしたいと思います。確かに指導歯科医講習会はプラチナチケットで、なかなか手に入らないところもあります。多少これは猶予期間というか、完成形になるまでに少し時間を置かないといけないですよ。

○青木審査官 そうですね。全体的な施行の時期にも関係してくるのかと思いますが、一番最後の所で、基本的には令和3年度の運用開始を目指してはおります。ただ、特に大学病院の指導歯科医の指導歯科医講習会の受講とか、プログラム責任者講習会の受講の必須化であるとか、指導歯科医の更新制を考えていくと、委員御指摘のとおり全体のキャパシティ等も考えながら、更新する場合も具体的にどのような形、同じようにフルに指導歯科医講習会を受けていただくのか、e-learning等を活用するのか、そういうことも含めて、施行の時期、内容についてはよく検討させていただきたいと思います。

なっていますが、もう少しいろいろなパターンも検討させていただきながら、具体的にワーキングで検討を進めさせていただきたいと思います。

○鴨志田委員 分かりました。

○一戸部会長 鋭い御指摘で、ちょっと宿題にさせてください。いずれにせよ協力型2というのは、管理型にぶら下がれる。連携型というのは協力型の一群で、ぶら下がっているという、そこが大きく変わりますので、管理型としては使い勝手がよくなるという感じかと思えます。

ほかに何か御意見はありますか。よろしいでしょうか。では、今のところは少し青木さん、また大塚さん、引き続き検討させていただきたいと思います。

続きまして、(3)研修歯科医の受入れがなかった場合の臨床研修施設の指定の取扱いについてです。特にこの結論の1つ目のポツで、病院歯科及び診療所の単独型・管理型臨床研修施設に限り、マッチ者がいたにもかかわらず、国家試験不合格等により受入れがなかった場合については、受入れがあったものとみなすということで、これは丸岡委員からもワーキングでも随分と御意見がありました。丸岡委員の所は大きな病院で、定数もたくさんあって、そのようなことはないのですが、小さな所で定員1とかいう所では、せっかく受け入れようとしていただいても、国家試験の結果、いなくなったと。それが少し続いたらもう取消しみたいになってしまう。やる気はすごくおありになるのに、現実的にはそのようになってしまったという所がある。あるいはそういうリスクを抱えていますので、マッチしていれば、残念ながらいなくなったとしても受入れがあったものとみなすことで、そういう所が取消しにならないで済むだろうと。ワーキングの議論の中でも病院歯科とか、先ほどありました訪問診療とかそういうのを是非経験してもらいたいということがありますので、そういう場を広げたいということでこういうことをしたらどうかという話になっています。なので、ここの2つ目のポツにありますように、3年連続受入れの実績がない場合には、希望するのであれば、「指定継続のための計画書」(仮)のようなものを出していただき、審査の対象になるのかなと思います。一応基本的には、やる気があるのであれば続けていただきたい、マッチ医者がいたのであれば是非続けていただきたいということだと思います。これはいかがでしょうか。

○尾松委員 私もそういう病院歯科を知っていますので、是非これは実現してあげたいと思います。

○一戸部会長 周術期関係は病院歯科、医学部口腔外科で研修できるというのは非常に重要なので、何よりも歯科大学附属病院の中にたくさんの研修歯科医がいて、1年をなんとなく過ごすということがないように、できるだけいろいろなことを経験していただきたいと

ということもありまして、このような形になっています。よろしいでしょうか。では、こういう形でさせていただきます。

続きまして、(4) 臨床研修施設の指定取消し後の再び指定申請があった際の取扱いです。そのようなことがあった場合には、1つ目のポツで、新規指定に準じて取り扱う。それから「再指定のための計画書」(仮)の提出を求めて審査する。もう1つは、現行の省令第6条に指定の基準が定められていまして、取り消された場合にはその取消しの日から起算して2年を経過していないときは指定してはならないということで、要するに丸2年たたないと申請できないという話になるかと思えます。基本は今の既にあるものを利用しながら、このような提出を求めて再指定してもいいと。新規の申請と同じ扱いになるという話だと思います。これはよろしいでしょうか。

○鴨志田委員 指定を取消しになって2年間は申請ができない、今現行はそうですね。

○一戸部会長 現行はそうです。

○鴨志田委員 今度変えようというのも、指定を取消しになって2年間申請ができなくて、今度新たに申請をするときは、再指定のための計画書をプラスアルファで出すのはどうかと、そういう案ですか。

○青木審査官 まず、厳密に言うと、指定取消しについては、2パターンありまして、厚生労働大臣から、臨床研修を受ける施設としては適当ではないので取消しをしますとあって、指定を半ば強制的に取り消すというパターンと、施設側から申請がされて、申請をもって厚生労働大臣が施設の指定を取り消すというパターンがあります。今回、2年を経過していないときは指定をしてはならないという規定は、前者、つまり取消の申請はないけれども、厚生労働大臣が指定を取り消す場合に適用されており、そこのルールは変えないというものです。

次に、順番が前後しますが、再指定の関係です。これまでの例では、指定取消しをするための申請書が出されていますが、それは例えば指定基準を満たさなくなったとか、研修歯科医の受入れができなかったとか、いろいろな理由があります。改めて指定の申請をするということは、こういった点について何らかの改善がされていることが必要ですので、指定取消しを申請した施設から、再度指定の申請があったときについては、計画書を出してもらってはどうかというものです。

ちょっと現行のルール自体が、分かりにくい部分もありますけれども、今までは再指定のための申請書を出してきたとしても、例えば昔と同じプログラムをそのまま出してきた施設については、単純にそのまま新規施設として審査をし、部会にお諮りをして審査をしていただいていたのですが、昔指定をされていて、取り消しをしたのであれば、何らか改

善をしてもらい、再度の指定の申請をしてもらったほうがいいのではないかということで、今回のような計画書を出してもらおうという、ワーキンググループとしての結論をいただいているものです。

○鴨志田委員 すみません、ちょっと理解ができません。

○青木審査官 分かりにくくて申し訳ありません。申請がなかったけれども、厚生労働大臣から指定を取消しにした施設は今のところありませんので、基本的には、施設が自分で自ら指定の取消しの申請書を出してきて、結果として指定取消しをされる施設しか今のところはありませぬので、現行のルールとしては大きな影響はないのではないかと考えております。

○鴨志田委員 時間があるときに私によく教えてください。

○一戸部会長 後でまたじっくり読んでいただいて。これはほとんど該当になるような所はないと思いますが、こういうことも作っておかないと、漏れが出てしまうといけないということがありますので。よろしいでしょうか。

続きまして、(5) 歯科医師臨床研修予定者のマッチ後の異動に関する特例です。こういうのがあることは御存じですか。スライド48、49です。48の所に説明がありますけれども、一番下の別添の所です。受入施設、全プログラムの募集定員総数が5名以下で、異動候補である研修予定者の希望順位表登録を行っている、大学にマッチしたのですが、ほかの所にも登録を行っていて、その後、もしほかの所の希望があった所に空きが出た場合には、大学からそちらに移ることができるような内容の特例があります。これについては、1つは大学にマッチしてしまった、だけど本当は病院歯科にも興味があると。病院歯科が、国試でいなくなって空きが出た場合のようなときに、そういう所に移ることが、特例として認められると。青木さん、そういう説明でいいのですよね、違いましたか。

○青木審査官 基本的には部会長から御指摘いただいたとおりですが、空いてしまった所はどこでもいいというわけではなくて、一定の条件がありますけれども。

○一戸部会長 事前に登録がしてあった施設ですね。そういう場合に特例がありまして、それについては今後もそのままにしたいと。特例をなくすことはないということです。

○青木審査官 ワーキンググループでは、この特例自体が余り知られていないのではないかと御指摘も頂いておりますので、そういう周知の方法も含めてもう少し考えたほうがいいのではないかと、特例としてはそのまま残しつつ、周知の方法等についてよく考えさせていただきたいと思います。

○一戸部会長 よろしいでしょうか。

それでは、(6) 臨床研修施設の指定基準の見直しです。これも運用上はすごく影響がとい

うか、使い勝手がよくなるかと思います。常勤歯科医師数ではなくて、常勤換算の歯科医師数の考え方を入れるということです。スライド51ですが、協力型施設であれば指導歯科医が1名以上、常に勤務する歯科医師が2名以上ですが、この常に勤務する歯科医師とは同じ人がずっとというように今まではなっていたのですが、そこを人が代わっても、1日当たり2名という頭数で計算できればそれでも認めようという考え方です。そうすることによって、これまで常勤の、常にいる人が足りないがために、やる気はあるけれども協力型施設になれなかった所も、そのパートできちんと満たしていれば協力型施設になれるということで、研修の裾野を拓げることができるかなということです。そういう意図でこれはいいのではないかとということですが、いかがでしょうか。

○栗田委員 これだと、身につまされるというか、週に1日来ていけば常勤と見ていいのか、毎日誰かが来ていなければいけないのか。

○一戸部会長 それが、52ページに書いてあるのですが。頭数としては、その2名分はいなければいけないです。協力型施設だとすれば、人が違って2名分は必ずいてほしいと。

○栗田委員 週1だとすると、月火水木金と5人いなければいけないということですね。

○一戸部会長 例えば、何曜日だけは1名しかいないと、それは駄目なのです。そこまでは認めていない。それをこの52ページに書いています。

○栗田委員 そうすると、実際は病院歯科はかなり厳しい。恐らく、毎日パートを取っている病院はまずないので。ないですよ。皆さんは御存じないかもしれないですが。実際にはかなり難しい。よさそうに見えて、実際、これを利用できる施設は限られると思います。病院の経営から考えると、週1日5人雇うと、常勤1人を雇ったほうが安いので、病院としてはそのような勤務形態を取ることはまずないです。これは実際、その辺を緩めていただいたほうが有り難いと思います。

○一戸部会長 現行の法律から外れないで、少し幅広く扱えるようにということでこういうふうになったのだと思いますので。

○青木審査官 11ページの御意見の所にもありますが、ワーキングでも確かにいろいろな御意見を頂きまして、御意見の中の2つ目にあるように、「人員体制が整っていないことは、研修歯科医の不安材料になりかねないので、常勤換算を導入するとしても多少のハードルがある指定基準を検討してはどうか」というような御意見も頂いております。今御指摘いただいたように、今は、常に勤務する歯科医師として、同じ人がずっと、月火水木金いなければいけないことになっていますが、今回の見直しで、例えば、月火はAさんがいて、水木金はBさんがいるというようなケースであるとか、5人、A、B、C、D、Eさんがそれぞれ別の曜日にいらっしゃるというようなケースでもいいのではないかとということです。まず一

歩、緩めた形で運用してみて、それで支障があるのだったらもう少し今後考えたほうがいいのではないか。ハードルを一気にある程度下げてしまうと、支障があったときに元に戻すことが難しいのではないかというような御意見もあって、少しずつ状況を見ながら検討してはどうかというような御意見も頂いて、まずは今回のような結論を得ているような状況です。

○栗田委員 よく分かります。ですが、実際にはちょっと厳しいのが実情です。

○一戸部会長 実際に運用してみた結果で、また次のとき、先になってしまいますが、見直しを考えたほうがいいのかもかもしれませんね。運用してみないと何とも言えないので。

○鴨志田委員 一般の診療所にとっては大変有り難くて、施設の審査などをしていると、2人ができなかったから指定をやめるという例もたくさんあるので。いろいろな方がいらっしゃいますが、やる気があって実績がある所は、たまたま常勤の勤務医がいろいろな事情で、御結婚されるとか、出産されるとか、お辞めになるケースもありますから、そういった意味では、こういう体制で緩めていただくのは大変有り難いと思います。調子に乗ってもう1つ言いますと、52ページの左下の、認められていない表がありますね。

○一戸部会長 はい。

○鴨志田委員 このとき、指導歯科医Aと上級医Bがいますが、このBさんが指導歯科医の資格を持っている場合には、月曜日は3人いらっしゃいますから、指導歯科医のAさんはいなくてもよろしいですか。

○青木審査官 指導歯科医については、今回、常勤換算の考え方を適用しませんので、指導歯科医については常勤でいていただかなければいけないことになります。参考資料1の52ページ目の左下の例で言いますと、仮に上級医Bが指導歯科医の講習会を受けていて要件を満たしているとしても、指導歯科医は常勤でいていただく必要がありますので、指導歯科医Aという方はいていただく必要があります。

○鴨志田委員 分かりました。

○一戸部会長 ほかは何かございますか。よろしいでしょうか。では、こういう形で。

それから、(7)です。これも今までハードルが高かったことですが、無床診療所がある実績をもって単独型・管理型研修施設になるということで、2年連続で受入れ実績がないといけないと言っていたのですが、それを少し緩めて、直近の5年間に於いて2年以上の臨床研修の実績があるということで、それを満たせば単独型・管理型として、申請要件を満たすようにしてはどうかということです。いかがでしょうか。これもなるべく大学以外の単独型・管理型を増やして、そういう研修の場を広げたいということの一つだと思います。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

最後に、「3. 指導体制について」の所に移ります。先ほど栗田委員から御指摘がありました。まずは(1)大学病院の指導歯科医の指導歯科医講習会受講ということで、この受講を必須とする。それから、この後に出てきますが、指導歯科医の更新制と併せて必要な検討を行う。実際には、令和3年度にこの改正が行われたところで、直ちにその場で全員がということには当然できないので、何年かの猶予期間とかいろいろなことで運用を考えなければいけないと思いますが、基本的には、指導歯科医講習会を受講しておいていただきたいということです。参考資料のスライドの56ページです。これは29歯科大学歯学部の指導歯科医の数と、それから、指導歯科医講習会受講者の数のグラフが出ています。大学でもこの程度のところ。最初にお話しましたが、指導歯科医の質を上げる意味でも、あるいは、担保する意味でも、こういうことを求めたほうがいいたろうと、これはワーキングで出た結論ですので、こういう形にさせていただければと思います。いかがでしょうか。

ここにいらっしゃる方、皆さんはもう受講済みなので、余り実感がわからないかもしれませんが、大学には、特に歯科大学歯学部では、そこに5年間いけば指導歯科医とみなすという規定がありますので、残念ながら、何となく指導歯科医になっている人もおります。大学を辞めた途端に指導歯科医の資格がなくなってしまうということです。大学を辞めても指導歯科医であっていただきたいこともあるとすると、早めに指導歯科医講習会を受けておいていただくことで、外へ出たときもその方がまた活躍できますので。そういうことで、よろしいでしょうか。

(2)指導歯科医の更新制です。これも質保証の一環です。5年ごとの更新制にして、更新要件等はまだ詰め切れておりませんが、先ほどもちょっとお話に出ていましたが、e-learningもそうですし、それから、例えば、研修管理委員会の所に来ていただいたときに、簡単な講習を受けていただくこともあるでしょうし、一方では、大学の指導歯科医については、大学の学内、あるいは病院の院内で、いろいろなFD活動的な研修が行われていると思いますが、要件を満たすものがあればそういうものも認めてもいいのではないかという議論はありました。なので、そこはまだ詰め切れていない部分がありますので、引き続き検討したいと思います。いずれにせよ、質保証という意味で更新制を導入してはどうかということです。いかがでしょうか。よろしいですか。少し厳しくなるかもしれませんが、対国民ということを考えればこういうのは必要かと思います。

○鴨志田委員 これは医学部のほうも、医師のほうもそのようになっているのですか。

○青木審査官 医師のほうの指導医については、今のところ更新制は導入されておられないので、導入するとしたら歯科のほうが先になる形になります。

○一戸部会長 たまには歯科が先でもいいではないですか。よろしいでしょうか。では先

生、指導歯科医更新制はよろしいですね。

それでは、(3)プログラム責任者講習会の受講です。プログラム責任者講習会の受講を終了した方が、プログラム責任者あるいはプログラムに強く関与していただきたいということで、こういうことがあったほうがいいたらうという議論です。ただ、先ほどの指導歯科医講習会もそうですが、プログラム責任者講習会が1回に出てくる数がまだ少ないので、これも多少の猶予期間を置かないとなかなか厳しいかなというところがあります。この辺の具体的な運用については厚生労働省と少し検討しなければいけないと思います。よろしいでしょうか。ありがとうございます。4. 施行期日についてはいいですね。一応そういうことを目指している。

○青木審査官 施行期日は、先ほどのとおり、例えば、マッチ者がいたけれども結果的に受入れがなかった施設の取扱いであるとか、早めに施行したほうがいいものもありますし、例えば到達目標のように、変えた場合にプログラムを各施設でいろいろ見直さなければいけない項目もあると思います。そういうものは周知をした上で、各施設でいろいろ準備をしていただかなければいけないと思います。また、先ほどのとおり、今後、まだもう少し具体的な運用を詰めなければいけない項目もありますので、時期については、基本的な大きな制度としては令和3年ということで作らせていただきたいと思いますが、具体的なそれぞれの時期については、内容等も含めて、検討させていただくことを念頭に置いています。今回、いろいろ御議論いただいて、改正内容としてはいいものだとしても、やはり一定程度の準備がかかるものについては、その周知期間も含めて確保した上で運用させていただく、現場で混乱がないようにしっかりさせていただきたいと考えております。

○一戸部会長 かなり駆け足でやりましたので、まだまだかもしれません、全体的に何か、ほかに御意見はありますか。

○尾松委員 指導者の講習会なのですが、日本歯科医師会では、東京歯科大学、日本歯科大学に御協力いただいてやっているのですが、各歯科大学での指導者の講習会は今後どうなっていくのか。例えば、前はやっていたけれどもやらなくなった大学もあると聞いていますが、その点はどうでしょうか。日本歯科医師会でやっている講習会は本当にプラチナチケットで、応募してもなかなか受講証がもらえないぐらいなのですが、どうでしょうか。

○一戸部会長 それはアンケートで調べませんでしたか。

○青木審査官 各大学での指導歯科医講習会の実施について、昔はやっていたけれど今はやらないとか、もう1回復活をするとか、いろいろあるとは思いますが、最近は診療所で実施している所もありますが、指導歯科医講習会を実施するかしないかについては、各大学、各施設の御判断になっています。ただ、仮に更新制なり、大学病院の指導歯科医も何らか

の形で指導歯科医講習会を受けていただく形にすると、昔に設定した指導歯科医講習会はこういうふうにしてくださいという指針の見直しもしなければいけないと思います。指針の見直しの中で、今後、指導歯科医講習会をできるだけ開催しやすくする視点も必要だと思います。そういった中で、今までやっていなかったけれども、新たにやるとか、今までやっていてやめたけれども、やはりもう1回やるとか、いろいろな形で指導歯科医講習会の数が少し増えていくのではないかと期待したいところです。ただ、制度としては、現行でどれぐらいの指導歯科医講習会が実施されているかもある程度念頭に置きながら、先ほどのとおり、施行の時期とか、具体的な内容についてはよく検討させていただきたいと思います。

アンケートについてですが、大学で指導に当たられている方、指導歯科医になっている方で、指導歯科医講習会を受けているか受けていないかについては調査項目で確認しておりますが、大学として、指導歯科医講習会をやっているやっていない、昔はやっていただけ、今はやっていない、それはなぜですかみたいところは今回は確認しておりません。年間20数施設ぐらいで指導歯科医講習会が実施されている現状がありますが、その数が今後どうなるか、昔の数と比べてどうなっていくかについては、今後の指針の見直しも含めて、よく様子を見させていただきたいと思います。

○尾松委員 あと、更新制になると、先ほど一戸先生がおっしゃったように、受講してやらなければいけないところがありますので、大学か、ひょっとしたら歯科医師会の所に指導の先生が行って、指導することになるかと思っておりますので、その辺をまたよろしくお願ひしたいと思ひます。

○青木審査官 指導歯科医の更新の場合の具体的な講習内容、あとは受講方法ですね、e-learningなのか、歯科医師会も各地でいろいろ研修を実施されていると思ひますし、大学病院や大学のほうでもいろいろ研修会を実施されていると思ひますので、そういった中で、新たに更新用の研修会を設けるのも一つあるかと思ひますが、既存でいろいろ実施されている中で、何か御協力いただける内容があれば、そこはよく連携させていただきながら対応させていただきたいと思ひます。

○一戸部会長 ほかにはいかがでしょう。

○田上委員 受け入れの研修医数というのは、やはり触れてはならない、ワーキングなどで検討する、例えば歯科大学が、特に首都圏の大きな大学は100何十人も受け入れると。やはり一極集中型というか、首都圏の歯科大学にかなりの人数が集中しているということがあると思ひます。それでいい研修ができていゝのならいいと思ひますが、私などが大学にいますと、地方の国立大学だと人員が足りませんし、やはり学生教育というのにかなりパ

一センテージを取られていますので、研修医に対して指導が十分にできているかという、そうでないような気がしますので、もし可能であれば、歯科大学が研修医をたくさん取らないで、各大学ではなくて、病院歯科だったり、研修施設のほうに多くの方が行かざるを得ないような状況にするというのは、ちょっと極論過ぎるといいますか、それは触れてはいけない部分なのではないでしょうか。

○一戸部会長 実はワーキングの議論の中でその話は出まして、いかにして大学から外に行っていただくか。多分、後で青木審査官から、あるいは大塚補佐から説明していただければいいと思いますが、法律上、数をどうこうといっても、多分、それは無理だと思いますが、少なくとも東京歯科大学としては、大学に置きたくない、いかにして外へ出すかを検討しています。多分、これから、大学それぞれが研修歯科医をそんなに抱えていられないと思うのです。だからこそ、病院歯科とか、それから、地域で活躍していて、一般歯科治療ではなくて訪問診療だとか、そういうことに精力的にやっていたらいい、地域包括ケアの中で活躍している歯科医院にどんどん出て行ってもらったほうがいいと思うのです。

○田上委員 資料の20何ページでしたか。

○一戸部会長 参考資料ですか。

○田上委員 はい。平成30年までのデータが出ていましたが、今のところ、年々増えていますね。平成28年から30年までは、26ページですが、卒業歯科大学に残る数が、60.3%、61.7%、62.6%と上がってきているので、これをどうにか。

○一戸部会長 これですか。

○田上委員 はい。それがちょっと不安に思いましたので質問いたしました。

○一戸部会長 これは、各大学が意識して外に出そうと思っていただくのがまず大前提かなという気がします。数をどうこうということは、それは無理ですね。

○青木審査官 例えば、地域偏在で、地域の医療をある程度確保するという観点で、医師のほうであるような、地域の枠のような考え方はないわけではないのかもしれませんが、例えば、ある特定の医療機関、大学で、定員は何名が上限ですよというのは、現行はなかなかそこまでの御議論はいただけていないのが現状かと思います。ただ、どちらが先になるかという話もあるのかもしれませんが、大学病院から外へ出すときに、受け皿としては病院歯科だったり診療所だったりするわけですが、今回の改正の中では、地域包括ケアシステムなり、一般歯科診療の研修がしっかりできる環境を整える中で、病院歯科とか歯科診療所で担う役割も大きくなると思うので、そういった研修先の枠が広がるように、いろいろな見直しの検討をいただいているところです。

最終的に、大学以外の枠がある程度広がってくれば、大学としてのお考えになるかもしれませんが、今後、大学のほうも定員を考えていく、見直しをしていくことはあり得るのかと思っています。そこはどちらが先かになるかと思しますので、そういった状況をよく見ながら、社会が求める歯科医師として、どのような在り方がいいのかということも含めて検討させていただければと思います。

○田口歯科保健課長　そこは、今まで改正をやってきましたが、今回、例えば報告書の中に、例えば国、あるいはこの部会が、どういう方向性を持って今後臨床研修をやっていくのかというところに、今、正に言ったような形で、例えば、今回は、先ほど言いましたが、大学だけではなくて、病院歯科とか診療所といった所に分散していこうという方向性を出していますし、それから、いろいろな所での質の向上をやっていきますので、そういう総論的な部分というか、国の大きな方向性というものをまず報告書の大きな所に書かせていただいて、これからはこういうところを目指しているのだというところで、いろいろなところで考えていただくというやり方はあると思います。数だけを絞って何とかというのはなかなか難しいかもしれませんが、大きな方向性はこういうものだというところをきちっと示していくことは大事なのではないかと思います。そういう意味でいうと、次の部会で最終的に考えていただく報告書の中身というのはすごく大事になってくると思います。

○一戸部会長　分かりました。ありがとうございます。田上委員、是非、次また、文案に。ワーキングの中でもそういう議論はかなりありました。大学だけにいるということはなるべくやめていただきたいとか、外へ誘導するような形を何とか取れないか。それは私個人的にもそう思っていたので。ただ、現状ではそういう状況ではない。ほかはいかがでしょうか。

○丸岡委員　先ほどのお話ですが、医科のほうは、特にうちの病院は霞ヶ関から近いものですから、厚労省のほうから強い要望があって、3割ほど減らしたと。それで、我々も3人取っていたのですが、我々だけ減らさないわけにはいきませんので、歯科ではありますが、3名から2名に減らしたということがありました。ただ、周りを見てみますと、強い指導を聞かないふりをしたのか、減らしている所はありませんでした。

○一戸部会長　よろしいでしょうか。今日はたくさんの御意見を頂き、ありがとうございました。ただ、先ほどの到達目標も含めて、まだまだ、よく見ていただくとお気付きの点もあるかもしれませんので、各委員には、後でPDFでお送りさせていただきますので。整理の都合もありますので、できれば今週中ぐらい。

○青木審査官　そうですね。もう水曜日ですが、早めに頂けると。

○一戸部会長　なるべく早めにとということで。御意見があれば、是非お寄せいただければ

と思います。ワーキングのほうで検討させていただいて、最終案を作って、それを次の部会でもう一度見ていただくことになるかと思います。あと、最後の、今後の流れというのは、先ほど皆さんに説明していただきましたか。

○青木審査官 そちらはまだです。

○一戸部会長 これだけでもちょっと説明しておいていただけると。今後の大きな流れというのを。

○大塚歯科保健課課長補佐 参考資料1の最後のページ、68ページに、令和3年度歯科医師臨床研修制度改正に向けたスケジュール(案)としてお示ししています。本日が歯科医師臨床研修部会の第2回となりますので、御議論いただいた内容を踏まえて、11月に開催予定の第10回ワーキンググループと、12月の第11回ワーキンググループで最終的に議論をまとめまして、12月に予定している第3回臨床研修部会で報告の予定です。その後、全てのご意見を取りまとめまして、省令改正通知案の作成し、令和2年3月末までに公示・発出を予定しております。省令・通知の施行は令和3年4月を目指すというスケジュールでございます。

○一戸部会長 大きな流れとしてはこんな状態ですので、年末から年明けぐらいですか、パブコメとかいろいろな手続があって、その後、改正のための作業になるかと思います。いずれにせよ、今日のことについてお気付きの点、なるべく早めに事務局のほうにお寄せいただきたいと思います。その上でまだ作業は続きますので、今後も是非御協力をお願いしたいと思います。時間が大分過ぎて申し訳ありませんが、今日の議論はここまでにさせていただきたいと思います。最後、事務局から御連絡等があればお願いします。

○青木審査官 本日につきましては、長時間にわたり御審議いただきまして、ありがとうございました。次回の歯科医師臨床研修部会については12月中旬を予定しております。今回お配りした机上の資料につきましては、タブレットについてはそのまま残しておいていただければと思います。先ほどございましたが、電子媒体の資料については各委員の皆様方に別途お送りさせていただきたいと思います。事務局からは以上です。

○一戸部会長 今日は長時間にわたり御議論いただき、ありがとうございました。お疲れさまでした。これで終わらせていただきます。