

歯学生在臨床実習で行う歯科医業の範囲に関する検討会（第1回）

日時 令和4年6月1日(水)  
16:00～

場所

開催形式 オンライン会議

○事務局(堀之内) ただいまより第1回歯学生が臨床実習で行う歯科医療の範囲に関する検討会を開催いたします。構成員の皆様におかれましてはお忙しい中、お時間を頂きありがとうございます。

本日の会議に Web で御参加いただいている構成員におかれましては、座長からの指名がない場合で御意見、御質問等で御発言がある場合は手を挙げるボタンをクリックし、画面上で手を挙げていただき、指名を受けてからマイクのミュートを解除し、御発言くださいますようお願いいたします。また御発言いただくとき以外はマイクをミュートの状態としていただきますよう御協力をお願いいたします。本日は第1回目ですので、座長が決まるまでの間、事務局のほうで進行させていただきます。

本検討会の構成員を名簿順に御紹介いたします。

市川哲雄構成員 徳島大学大学院医歯薬学研究部教授

尾松素樹構成員 公益社団法人日本歯科医師会常務理事

葛西一貴構成員 日本大学松戸歯学部特任教授

柑本美和構成員 東海大学法学部教授

小西靖彦構成員 一般社団法人日本医学教育学会理事長

高梨滋雄構成員 高梨滋雄弁護士事務所

田口則宏構成員 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科教授

新田浩構成員 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授

長谷川篤司構成員 昭和大学歯学部教授

なお、田口先生より一部中座となる旨、尾松先生より途中までの御参加となる旨を御連絡いただいています。

続いて、事務局の紹介をいたします。歯科保健課長の小椋です。歯科保健課課長補佐の高田です。私は歯科保健課の堀之内です。よろしく願いいたします

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より、島田企画官に御出席いただいております。それではまず事務局を代表いたしまして、歯科保健課長より挨拶を申し上げます。

○歯科保健課長(小椋) 歯学生が臨床実習で行う歯科医業の範囲に関する検討会の開催に当たりまして、一言御挨拶申し上げたいと考えております。まず始めにでございますけれども、先生方におかれましては、御理解、御協力いただいていることにつきまして、この場をお借りいたしまして厚く御礼申し上げたいと考えています。

まず歯科医師の卒前・卒後の一貫した歯科医師の養成、これを推進していくためにおきまして、歯科医師法の改正を行ったところです。その改正の1つ目といたしましては、OSCE、CBTなどの共用試験、これに合格するというようなことを、歯科医師国家試験の受験資格の要件にするというようなことがまず第1点目でございます。

第2点目でございますけれども、その共用試験に合格した歯学生、これらの歯学生は臨床実習におきまして歯科医業を行えるというようなことを明確化したとしております。今

までは歯科医師法第 17 条におきまして、歯科医師でなければ歯科医業を行ってはならないと記載されておりましたので、学生が歯科医業を行うようなことがグレーゾーンという状況になっておりました。それをきちんと歯科の共用試験に合格した者は、歯科医業が行えるというようなことに明確化したということになっています。この改正に伴いまして、歯学生の診療参加型の臨床実習ですけれども、これが更に促進されるということが期待されているところです。

厚生労働省としては、歯科医師の資質向上の観点から、臨床実習で卒後臨床研修、文部科学省とかと関係学会等と連携を図りつつ、検討を進めていきたいと考えているところです。

本日ですけれども、活発な御議論を賜りたいと思っておりますので、忌憚のない意見交換ができたかと考えております。是非よろしくお願ひしたいと思ひます。

それとあと私事で恐縮でございますけれども、別の公務の観点から途中で中座させていただきたいと思っておりますので、こちらのほうも併せて御理解いただけたらと思ひます。本日どうぞよろしくお願ひします。

○事務局(堀之内) 今回の検討会につきましては公開となっておりますが、カメラ撮りについてはここまでとさせていただきます。

続いて資料の御確認をお願いいたします。構成員の先生方には事前にデータを送付させていただいております。議事次第、座席図のほか、資料は 1、2 まで。参考資料は 1~4 までお配りしております。不足している資料がございましたら、事務局にお申し付けください。

それでは続きまして、本検討会の座長についてお諮りしたいと思ひます。どなたか御推薦いただけますでしょうか。尾松先生、お願いいたします。

○尾松構成員 医道審議会委員でもある市川先生を推薦します。

○事務局(堀之内) ただ今尾松構成員より、市川構成員を推薦するという御意見がございました。皆様方いかがでしょうか。

(異議なし)

○事務局(堀之内) ありがとうございます。それでは皆様方に賛同をいただきましたので、市川構成員に座長をお願いしたいと思ひます。市川構成員におかれましては、以後の議事運営をよろしくお願ひいたします。

○市川座長 市川です。医道審議会歯科医師分科会委員ということで御指名いただきましたので座長を務めさせていただきます。私は、行政関係では歯科医師国家試験、歯科専門医制度、診療ガイドライン作成などに関わってきましたが、共用試験や歯学教育のシステム作成には余り関与した経験がありません。強いて言えばうちの大学の卒前臨床実習支援センターの立ち上げをしたという経験がある程度です。何卒、皆様の御協力で円滑な議論を進めさせていただければと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

それではまず議事に入ります前に、私のほうから座長代理に葛西構成員を指名させていただければと思ひます。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○市川座長 ありがとうございます。それでは葛西構成員、よろしく願いをいたします。

○葛西構成員 こちらこそよろしく願いいたします。

○市川座長 それではまず事務局から、資料の説明をお願いします。

○歯科保健課課長補佐(高田) 歯科保健課の高田です。それでは私のほうから資料の御説明をさせていただきますのでよろしく願いいたします。お手元の資料 1、2、参考資料 3 の順で説明をさせていただきますので、よろしく願いいたします。

まず資料 1、歯学生が臨床で行う歯科医業の範囲に関する検討会開催要綱となっております。趣旨といたしましては、令和 3 年 5 月 21 日に成立しました歯科医師法の改正に基づき、共用試験をクリアした学生さんは臨床実習を行うことができます。なお、この際、歯科医師として具有すべき知識・技能を確認する歯科医師国家試験とは内容が違うため、歯科医師の指導監督の下であっても臨床実習を行うことができる歯科医業の範囲を制限することとなっております。

具体的には、政令において、例えば学生さんが実施できないことを規定するとなっておりますが、歯科医師法の中で除外するものを、この検討会の中で御議論いただくということとなっております。

続いて別紙として、今回の構成員の皆様方の一覧を掲載させていただいております。

資料 2 に移ります。資料 2、歯学生の行う歯科医業の検討についてお示しをしています。2 コマ目、臨床実習における課題についてです。先ほど説明しました歯科医業を行った場合に歯科医師法違反が問われないわけですが、それをどのようにやられるべきかということ、法的に位置付けていく必要があるということが整理されているところです。

臨床実習の位置付けについては、2 コマ目下の図でお示ししてあるとおり、歯科大学の多くは 4 年生の後期又は 5 年生の春から 6 年生にかけて行われております。この後行われる臨床実習や生涯研修との一貫性ということも期待されているところです。

続いて 3 コマ目です。臨床実習の運用についてです。これまでの臨床実習の運用については、平成 15 年 3 月に取りまとめられました調査研究で、違法性の阻却についての考え方を整理しているところです。考え方については、4 コマ目、5 コマ目で歯科保健課長の通知としてお示ししているところです。

続いて 6 コマ目、卒前教育における共用試験の導入についてです。OSCE、CBT について議論がなされた上で、平成 14 年から 17 年に共用試験である OSCE、CBT のトライアルが行われて、平成 20 年 7 月には全ての歯科大学が参加するというような経過をとっているところです。

7 コマ目、共用試験の概要です。先ほど来お話しております共用試験には、CBT と呼ばれる知識を評価するものと、OSCE と呼ばれている技能・態度を評価するものの 2 つに分かれています。

8 コマ目、OSCE の実施状況としては、臨床実習の前の評価として Pre-CC OSCE と、臨床

実習の後の Post-CC Px と呼ばれているものが行われているところです。今回は Pre-CC OSCE が共用試験として全ての歯学生に受験していただく形になっておりますが、各大学におかれまして Post-CC Px についても行われているという状況です。

9 コマ目、医道審議会歯科医師分科会報告書です。卒前・卒後の一貫した歯科医師養成、また共用試験の公的化といわゆる Student Dentist の法的位置付けについて、整理をされるとともに、10 コマ目、共用試験の公的化といわゆる Student Dentist が法的に位置付けられることの影響などについて整理がされているところです。

11 コマ目、共用試験における課題として、上段の枠囲み 1 つ目の○です。OSCE などの公的化においては、客観的な評価の信頼性の更なる向上のために評価者の養成、評価基準の確立、模擬患者の均てん化などを図る必要があるということで、令和 3 年度から歯科 OSCE の在り方、評価者養成に関する調査・実証事業を実施しています。

12 コマ目にその実施の状況というか事業の概要をお示ししていますが、こちらは共用試験実施機構（CATO）のほうで実施をいただいているところです。

13 コマ目、法律の内容についても少し触れておきたいと思えます。こちらのⅡ.の2.の所に、医師養成課程の見直しとなっています。①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、という部分が令和 7 年 4 月 1 日施行です。同試験に合格した学生が臨床実習として歯科医業を行える旨明確化としているものが、令和 5 年 4 月 1 日施行となっています。

続いて 14 コマ目です。歯科医師法の一部改正の中で、令和 3 年 5 月 28 日公布、令和 6 年 4 月 1 日施行となっていますが、歯科医師法の改正内容は大きく 2 つに分けられています。まずは共用試験を合格した人に歯科医師国家試験の受験資格を与えるということ。2 つ目に共用試験に合格した歯学生が臨床実習において歯科医業を行えるということを明確化したこと。大きくその 2 つとなっています。

15 コマ目です。その条文の全体像をお示するとともに、16 コマ目にはモデル・コア・カリキュラムのスケジュールです。というのは、こちら臨床実習に関する議論が出るわけですが、御意見をたくさん頂戴することになりますけれども、16 コマ目の下段のところに、モデル・コア・カリ改訂に向けたスケジュールというのを掲載しています。正に今回の改訂スケジュールと、こちらの医学生及び歯学生が臨床実習で行うことのできる医業及び歯科医業の範囲であったり、あとは CBT、OSCE の在り方の議論の中で、お互い並行して行うことで、文科省と連携を取りながら進めていきたいと思っています。

19 コマ目、医学生が行う医業についてで、こちらは本日参考資料 4 にも付けている内容になっています。

最後に 20 コマ目、論点として 3 つ御用意しています。下枠囲みの部分ですが、歯学生が行う歯科医業はどのように行われているか。そして 2 つ目としてどのように行われるべきか。3 つ目として 1、2 の議論を踏まえて、歯学生が行うことのできない歯科医業についてどのように考えるかとなっています。

続いて一気に説明させていただきます。参考資料3です。医学生が臨床実習を行う医業の範囲に関する検討会ということで、医科のほうの報告書を参考資料として御説明したいと思います。こちらは立て付けとして、歯科医師も同様であると考えられるもの、また歯科は医科とは少し状況が違うのではないかと思うものがありますので、それを踏まえて御説明したいと思います。

1. 背景、○が3つありますが、全て歯科医師についても同様の内容かと考えています。  
2. 臨床実習における医師の指導監督の状況についてです。1つ目の○、2つ目の○、「前川レポート」、「門田レポート」と出てきますけれども、こちらは歯科で言うところの資料2の3コマ目から5コマ目にありました、江藤一洋先生の報告書が該当するものとなっています。

続いて(2)、大学における管理についてとなっています。歯科医学において歯学教育モデル・コア・カリキュラムを基にやっているということについては同様ですが、2つ目の○、学生の管理、進捗具合等について、どのように管理しているかというのを御教授いただければと思います。

続いて(3)、患者の同意についてです。1つ目の○と2つ目の○の部分にあります、同意取得の方法が包括同意なのか、それとも個別同意なのか、両方なのかというところです。歯科については観血的な処置が多いこと、神経損傷のリスクなど、侵襲的な行為が多いと思いますが、実態的としてどのように行っているか、またどのように行われるべきか、などについて御教授いただきたいと思います。

3つ目です。患者が学生を学生として認識できるようにと書かれていますが、名札とか若しくは白衣などで分けるような学校もあるやに思いますが、どのように認知できるようにしているかということについて御紹介いただければと思います。

(4)として、1.2.3.につままして学生を指導するときどのように配慮しているか、又は指導教員がどのような要件を求められているか、シミュレーターでどのようにフォローしているかというようなこととなります。また患者相談窓口の設置について、どのように行っているか、どのように行っていくべきかについて、共有をいただければと思います。

3.(1)、医行為を行う場面、患者の状況、学生の習熟度などによって、医行為について個別に列挙して、これは行うべき、行うべきではないと明確に分けることは非常に難しいとは考えますけれども、先生方の御意見をお聞かせいただけたらと考えています。

最後の4ページです。(2)と書かれている所、処方箋の交付についてです。2行目、薬用効果の発現時点においては指導医の直接監視下でないことから、万一処方箋に過誤があった場合、危険や損害の回避ができず、処方箋の交付は政令で除くべき医業に当たると考えられるとされており、医科のほうでは処方箋について唯一除くべきと法律的に位置付けられたものです。歯科についてはどのようにあるべきかということ、先生方の御意見を御教授いただければと思います。

基本的にはこの参考資料3を参考にさせていただきながら、各大学の取組、またはこう

あるべきというような御意見を頂戴できたらと思います。私からは以上です。長くなりまして失礼いたしました。

○市川座長 ただ今の御説明について御質問はありませんか。なければ議論を進めたいと思います。歯科医師法の改正に伴って、臨床実習をどのようにすべきか、その範囲をどのようにすべきかということ江藤レポート、それから、この3月に出されました医学生に関する報告書を参考に、歯学生の臨床実習の範囲についてどうあるべきかを議論していきたいと思います。

本日は、論点 1、臨床実習はどのように行われているか、論点 2、臨床実習はどのように行われるべきか、論点 3、歯学生が行うことのできない歯科医療についての検討を行いたいと思います。

それでは、構成員の各先生方から御意見を頂戴したいと思います。まずは論点 1 と論点 2 について御発言いただきたいと思います。歯学生の教育に携わっているお立場から葛西構成員から御発言を頂ければと思います。葛西先生、よろしくお願いいたします。

○葛西構成員 臨床実習がどのように行われているかということなんですけれども、基礎実習で幾つかの技能をマネキンで習得した技術、そういったものを臨床実習で今度は患者さんに実施するということ。ただしそこにはやはり、指導する先生の監視の下でということで行われているということでもあります。臨床研修と違うのは多分、免許がないので、指導歯科医の本当に目の届く所でしか実施ができないという環境で行われているということなのですが。ただ、現在モデル・コア・カリキュラムにありますように、自験、いわゆる学生が自ら行わなければいけないという項目が幾つかありまして、それも大学が症例を決めてやっているところもあれば、非常に緩く、患者さんでできなければマネキンを使ってやればよいという形で補完している大学があります。ですが、基本的には管理の下でやるということを実施しておりますし、それから患者さんの許可といいますか、それが初診で包括的に、これから全部学生がやってもいいですよというやり方もありますけども、やはり歯科の場合はその都度、その都度、患者さんに確認をとってやらせていただくという治療になっていると思います。

したがって、学生さんの技量によっては、行っていい治療であっても、ちょっとこの学生さんには無理だ、あるいは患者さんによって、簡単な治療なんだけどいやいや学生さんは嫌だということで、なかなか思ったとおり、臨床実習の自験が進んでいないというのも現実であろうかと思えます。

そういったことで、実際の患者さんでやるべきことが、マネキンを使った補完的な教育で、代替えで行われている、まあ、ハイブリットですよ、そういう意味では。それが今の臨床実習の実態ではないかと思えます。ざっくりですが、そんな感じです。

○市川座長 ありがとうございます。指導者の確認・指導の下に行っていて、かつ一つ一つのステップを患者さんに確認して進められていると言うことですが、葛西先生の大学では、同意書の採取はどうなんでしょうか。

○葛西構成員 一応、初診患者さんには同意書をもって、医療面接から。それからその後のいわゆる歯科治療もその同意書でやっていけるのかなと思うんですが、やはり、実際には今日歯を削るよというときには、よろしいですかと聞いた上で、やっぱり嫌だということになった場合にはできないということですね。というのはやっぱり、患者さんも、担当する学生さんがどんな人なのか分からないので、一概に学生さんがやりますよと言っても、いいですよと言わないと診療してもらえないということもあるかと思うので、いいですよと言いますけれども、やはり、実際やる時になって、ちょっとやめてくださいという方はいらっしゃるのではやはりその。

○市川座長 初診の面接で包括同意書を取って、その治療のステップ、ステップで確認をして治療するというのでしょうか。

○葛西構成員 そうです、包括的に取ってもその治療においてどうなのかというのはまた、患者さんが悩むところですよ。

○市川座長 そこは、口頭での確認を取って決めるのが現状ということですか。

○葛西構成員 はい、口頭での確認になりますね、そこでは。

○市川座長 ありがとうございます。それでは、同じ教育に携わっている立場から田口構成員、よろしく願いいたします。

○田口構成員 今の議論の鹿児島大学の現状を、ちょっとお伝えしますと、同意書はもちろん取るわけですが、まずスタートとしては院内掲示があって、入口の所に、本院は教育研修病院ですという断りが1つあって、その上で全体の初診の所で一律の包括同意を取っております。

この包括同意も従来は歯科だけの包括同意だったのですが、最近は医学部と一緒にの病院になっておりますので、そうなるにつれて結構、複雑な包括同意書になっていて、歯科だけのことではないことまで書き込まれている包括同意なのです。そこで同意はほとんど頂けるのですが、実際、歯科診療になると、よりかなり具体的なことになってまいりますし、更にそこには侵襲行為が加わったり、今、正に葛西先生がおっしゃるように、学生と言っても、学生にもいろいろな方がいますので、そういう意味ではもう1回、やはり個別同意が必要だろうということで、院内掲示、包括同意、個別同意と3ステップがあるというのが現状です。

地方大学になると、やはり大学に求められている機能が通常の歯科診療と、いわゆる高度な医療を提供するということを求められるという側面がありますので、そういう意味では、ここに、今回の議論にある歯学生が行う歯科医業はどのように行われているかと言われると、かなり限定的です。

地方大学は特に、患者さんに触れられるようなケースが、やはり少ないと言わざるを得ないのです。なので、本当に許可は頂けても一連を全部やるというわけではなく、本当に先生が厳選して、この部分だけだったら学生ができるかという所だけをさせてあげるといったのが現状かと思えます。

挙げるときりがないぐらいなのですが、やはり患者からもクレームが来るわけで、やはり、どうしても制限を掛けざるを得ないというのと、学生の能力を、やはり先生たちが現場で測ってやりますが、そういう意味では今の CPX や Post-CC Px というシステムがありますが、それぞれの学生の能力を、先生方がどれぐらい把握して、そしてやらせてあげられるかということも、やはり 1 つ難しいと感じています。

その上での自験例ということですから、水準 1 というところで、自験をなささいということにはなっていますが、現場ではかなり、制限を掛けていかざるを得ないというのが現状です。

Post-CC Px や CPX は全学生にさせなければいけないということにはなっていますので、全学生は、やはり自験は当然していかなければ、臨床実習は終われないような状況はありますので、やはり先生方は、かなりそこは慎重に厳選しながら配慮しながらやっているというのは現状かと思います。鹿児島の状況は以上です。

○市川座長 同意は文書あるいは口頭でしょうか。

○田口構成員 院内掲示は掲示物があります。包括同意については、医学と歯学、両方共通の文書があります。個別同意は、これは各科に結構任されているようなところがあって、口腔外科系ではちゃんと紙で同意書を取っていたり、あるいは小さなう蝕を削ったりや、あるいは歯周病の治療ぐらいであれば口頭で同意ということもあって、そこは各科に任されているというのが現状です。

○市川座長 ありがとうございます。同じく、教育の立場から新田構成員、よろしく願いいたします

○新田構成員 東京医科歯科大学の新田です。東京医科歯科大学の臨床実習は、学生用の診療室があり、基本的には担当医制という形になっています。それで、学生数は年度によって違いますが、1 学年、45 人～60 人くらいです。今年度は 60 人ほどおり、補綴系教員が 3 人、保存系教員が 3 人、総勢 6 人が学生用の診療室に常駐しています。そうすると教員 1 人当たり 10 人程の学生の面倒を見ることとなりますが、実際にフルで患者さんが入っているわけではないので、おおむね 1 人の教員が 5、6 人を見ながら、もちろん時間もずれていますので目を届かせながら診療を指導しているということです。基本的には自験になります。東京医科歯科大学の場合は学生用の診療室がありますので、そのような形式で臨床実習をやっています。

同意書については、もしよろしければ画面を共有いたしますがよろしいでしょうか。

○市川座長 お願いします。

○新田構成員 できそうですね。ちょっと共有しますね。こちら、見えますでしょうか。

○市川座長 はい、見えます。

○新田構成員 これは学生さんに対する実習の協力への説明同意書です。こちらにありますように、基本的には主治医は学生の指導医である専門診療科歯科医師で、こちらに記載されているように学生は十分にトレーニングされていることを説明をし、主治医について

の説明があります。それから診断・治療計画について、2 ポツ目になります。このような形を取らせていただき、最後に学生の名前と指導歯科医の名前と、患者さんの同意を文書で頂くことになっています。これは今申し上げたように、医科歯科の場合は担当医制になっていますので、6年生が次の5年生の引き継ぐときに、年に1度これを交わしていただいています。初診の患者さんについては、もちろんこの書式で同意を得ています。

これは学生に限らずですが、抜歯処置、あるいは生活歯の形成、エンド処置のような外科的な、あるいは侵襲の大きな処置については、個別で同意を取っています。これは今申し上げたように、学生に限らず私たちも、私も生PZをするときは、患者さんから同意を得るシステムになっています。

医科歯科大学では学生用診療室以外に各科の診療室での実習があり、保存科、補綴科、あるいは口腔外科の病棟実習、あるいは手術室に入る実習もあるのですが、そこではこういった個別の同意書は取っていません。そこでは指導医の患者になりますので、なかなか自験をやらせることはなく、基本的には見学実習になります。大雑把にそんな感じです。以上です。

○市川座長 担当患者というのは、実施する場合には症例の担当になりますか。それとも、1人の患者さんを1口腔全体で見る感じでしょうか。

○新田構成員 1口腔全体です。ですから、1人の患者さんに計画を立てて、それで進めていきたいと思います。ただやはり、昨年10月にうちも特定機能病院になり、選定療養費等が掛かりますので、学生の患者さんが少なくなっているのは現状です。

ですから、例えばケースが足りない場合、1人の学生で義歯のケースが5つもある場合は、義歯のケースが足りない学生に、ケースだけではなく患者ごと交換する、明け渡すという形で対応しているところです。

○市川座長 指導体制ですが、指導医の資格は何かあるのでしょうか。

○新田構成員 特にないのですが、指導医は助教あるいは特任助教以上ということにしています。先ほど申し上げた補綴・保存の指導医3人は、助教が出せない場合は特任助教でも良いのですが、学生用診療室、第1総合診療室というのですが、そこには補綴系、保存系それぞれ1人以上の助教が必ずいるというシステムにしています。

○市川座長 診療の主体は学生になりますよね。医科歯科の場合はそういうことですね。

○新田構成員 そうです。基本的には、学生が担当していることになっています。

○市川座長 ありがとうございました。それでは、同じく教育に携わっているお立場から、長谷川構成員よろしくお願ひいたします。

○長谷川構成員 昭和大学の長谷川と申します。よろしくお願ひいたします。我々のところは、新田先生のように都心ではなく、どちらかというと東京都の南の外れの住宅街にある病院と、歯科病院という形になっております。これまでお話いただきました先生方の病院と同じように、同意についての院内掲示は行っております。それから、初診での包括同意につきましては、同意書あるいは包括同意のための特別な用紙というよりは初診の申込

書の下部の所に学生がこういう形で見学あるいは治療に携わるということを御了承いただけますかという内容の記載があり、初診申込書と一緒に添付されている書面でサインをもらう形を取っております。

それと、実際に患者さんの配当につきましては、配当はできない状況にあります。それぞれの患者さんは指導医に当たるドクターの担当になっていて、それが適切であるというものに関して症例ごとに、その都度学生さんに診てもらおう形を取っていると思います。基本的にはこの際に、書面での同意は取っておりません。口頭で同意を得ることに限られていると思われまます。

なお、新田先生が先ほどおっしゃられたように少し重い処置、我々のところでは生 PZ や歯を削る行動は対象に入っていないんですが、観血処置に限りましては医局員でも、全症例について患者さんから書面での個別同意を取るようになってきています。従って、観血処置を伴う、重い処置については全ての症例について書面での個別同意が取れていると認識しております。

また、お話に出ていた指導医についてのルール、すなわち講習会あるいは資格というのはありません。各診療科にヘッドライターと呼ばれる実習責任担当者を配置していますので、その先生のところに付く形になっております。指導医の資格というものは教室ごとに決めがあると思いますが、実習の管理をしている実習責任担当者の決定に基づいて適切な指導医の元に学生が配属される形になっていると認識しております。ちょっと雑駁な説明なのですが、何かあれば御質問いただけたらと思います。

○市川座長 ありがとうございます。今まで大学の先生方に御発言いただきましたが、こういう臨床実習の指導、安全管理体制については、個々の教室ではなく、学部全体での何らかの組織を持って管理、運営しているという理解でよろしいでしょうか。私も徳島大学の構成員で地方大学として、田口先生がおっしゃったような感じで臨床実習を行っていると思います。ここままで、何か御質問はありますでしょうか。なければ、今度は大学以外の立場からの御発言を頂きたいと思っております。

○尾松構成員 市川先生、手が挙っていますよ。

○柑本構成員 すみません、柑本です。

○市川座長 柑本先生お願いします。

○柑本構成員 質問させてください。いろいろと現状を教えていただき、ありがとうございました。指導監督の在り方として、各大学がどういった指導監督体制をとっているのかということは、医科の検討会の中でも問題になっていたのです。例えば大学において、指導監督する部門はきちんとあるのか、歯科医学生が行える歯科医行為の範囲や指導方法などについて、指針のようなものが出されているのかどうか、あるいは学生の評価がどのように行われているのかといったところについても、少し教えていただくと有り難いです。どうぞよろしく願いいたします。

○市川座長 柑本構成員の御質問に対して、御回答いただける方はいますか。田口先生ど

うでしょうか。

○田口構成員 いろいろ質問があつて全部覚えきれていないのですが、学生を統括する組織、学生がやっている臨床実習を統括する組織があります。まず学部の中には教育委員会とあって、教務関係全てを取り仕切る委員会があります。その中に臨床教育部会を設置しており、臨床教育というのは、臨床実習は5年生、6年生辺りになりますが、その前の1年生の早期体験実習や、臨床実習に入る前の予備実習といった一連を全部統括する会議体があります。その中で、特に臨床実習を担当する先生方が集まる会議体があります。まずそこで例えばこの会議は毎月第1火曜日に開催しているのですが、学生の実習の企画、運営、組織構成、カリキュラム立案を行っています。カリキュラム立案といっても、結局は各科の中で具体的には実習が行われていきますので、それぞれの診療科ごとに実習をさせる内容、すなわちシラバスを各科ごとに作っています。それが1冊の本のような形になって、毎年更新されます。これを各学生に配付し、教員にも配付し、実際にはそれに基づいて実習が行われているというような形になります。

実際の管理に関してはローテーション方式になっており、大体1週間単位でいろいろな診療科を回るような形で、一覧表が冊子体の中に入っていて、どの学生がいつどこにいるということが年間スケジュールで決められています。大体1つの診療科に年間3、4週ぐらい回るような感じで、全部組み合わせが決まっています。我々の所の臨床実習は、1年間のうち5年生の後期を臨床実習1、そして6年生の前期を臨床実習2と2期制に分けています。臨床実習1では、どちらかという体験ベース、後半では実際に患者さんに関わって診療するという感じで、後半でしっかり臨床に関わりますので、事前評価をしてOKだった場合はPostCC PXとあって臨床実地試験という実際の患者さんに協力いただいて試験をして評価をさせていただく形になります。

最終的に臨床実習の単位認定に関しては、結局各科ごとの実習が行われており、各科ごとの結果を集約して臨床実習という固まりになりますので、各科ごとの中での技能評価や態度や知識の評価結果を集約して、臨床実習の修了判定を行うような体制を組んでいるのが現状です。実情はそんな感じになっております。

○柑本構成員 詳しく教えてくださいありがとうございました。

○市川座長 ありがとうございました。徳島大学も今、田口先生が御発言したような内容の組織体制でやっています。多分、他の大学も同じような体制だと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、次は地域歯科医療への提供に御尽力いただいているとともに、卒後の生涯研修にも携わっていらっしゃいます尾松構成員から発言いただければと思います。尾松先生お願いいたします。

○尾松構成員 日本歯科医師会の尾松です。私が学生のときは、まだ実習が国家試験にあつて、それから試験もちょうどマークシートになった時代の人間ですので、学生の実習が大変だというのは分かっていたのですが、これだけ時代が変わって各大学で苦勞されてい

るというのがよく分かってきました。実習の内容で大変なのは、時間を割いてやればやるほど、今度は国家試験の勉強ができないということで、かなり実習の時間が減ったというのは聞いていたのですが、今、各大学の先生からのお話を聞いて、指導医の先生や大学の体制で頑張っておられるので、これからの日本の歯科界の未来は明るいなという感じがしております。

今、市川先生が言われましたように、日本歯科医師会としては、卒業した学生の臨床研習を指導する指導医の講習会、それからそれが終わってからの臨床の現場に出たときの卒業後研修を担当させていただいています。できるだけ臨床の現場にいる先生が、どれだけの大学で臨床実習をやっているかということを知っておかないと、指導するほうも大変だと思いますし、受けるほうも大変だと思いますので、日本歯科医師会としては今のコア・カリキュラムも変更になるということですので、その辺りがこれから検討されると思いますが、学生の実習の在り方について日本歯科医師会の会員を含めてアナウンスすることも我々の役目かと思っています。そうすれば、もっとスムーズに卒業研修などにいけると思いますので、我々は報告書が出来上がったときのアナウンスを心がけたいと考えております。今日は貴重な御意見を聞かせていただき、ありがとうございます。以上です。

○市川座長 ありがとうございます。尾松先生も私も、今では臨床実習をたくさんやったほうだと思います。医科は最近スキルスラボやシミュレーションというのがよく言われておりますが、歯科の場合は、昔はマネキン実習という用語が使われましたが、昔からシミュレーションの実習を十分やってから、臨床の場での予備実習、そして患者さんに対してある程度侵襲を伴う臨床実習をするという流れでやってきました。歯科でのシミュレーションやマネキン実習というものを御理解いただければと思っております。

それでは、次に日本歯科医学教育学会理事長を務められ、医学生の教育にも携わっていらっしゃる小西構成員から御発言いただければと思っております。小西先生よろしく願いいたします。

○小西構成員 1つ訂正をお願いしたいのですが、私は歯科医学ではありません。

○市川座長 すみません。医学教育でした。申し訳ありませんでした。

○小西構成員 いえいえ、とんでもないです。私がここに参加している1つの理由は、医科のほうでも行っておりました医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会の委員を務めていたことがあります。もう一点は、今も出ております医学のコア・カリの調査・研究委員会の座長として、文科省と一緒に仕事をしていること。もう一つは、昨年度の医師の国家試験の委員長を務めていたといういろいろな面で、私が今ここにいるのだと思います。

医科と歯科とは、やはり学生がやっていることも違うなということを感じておりました。医科の場合は、やはり入院中心の実習が多いですし、歯科に比べて実手技については余り大きな意味がないとは言いませんが、大きな重点が行われているというよりは、実際には実患者さんに医療面接を行ったり、あるいは検査計画を立てたり、電子カルテの記載をし

たりというようなことが医行為に思われているところがあります。ですので、実際患者さんにメスを入れたり、あるいは何か薬物を注射したりというようなことは、医学生のところではまずすることはないと、常識的にも実態的にも考えておりますので、実患者さんへの治療が実習に入っている歯科との違いが少しあるとは感じていました。それを前提にした上で申し上げますが、基本は医科の場合は院内掲示と包括同意で進めております。ただ、やはり少し重い処置等を伴うことがあれば個別同意を取ることになっておりますが、何らかの侵襲を伴う行為が本当に実習の場でさせるかということ、現場の指導医としてはまずは滅多にないだろうなど。見学、あるいは一緒にする形になるだろうなどと思います。

先ほど申しましたように入院が中心になりますので、医科の場合は外来での同意取得は課題になりました。外来の一般では取れるのですが、例えば救急外来での経験は大変学生にとっては勉強にもなりますし、非常に学習効果が高いところですが、ただ、救急患者にいちいち同意書を書いてくださいとは、とても言えません。こういうところが医科では少し問題となっておりました。先ほど歯科の皆さんがおっしゃっていたことに関して、医科の面ではこうでしたということをお知らせしました。以上です。

○市川座長 小西先生ありがとうございました。医科と歯科のそれぞれの教育方法の違い、これまでの経緯、それから今回の臨床実習で行う医療の範囲、歯科医療の範囲を決める際の違いについてお話を頂きました。何か御質問はありますか。報告書では、臨床実習で行うことのできる医行為を個別に列挙せずに、それは包括的に指導者が範囲を決めるというような内容になっているのですが、ここのところでは大きな議論はなかったですか。

○小西構成員 これは私が答えるかということもありますが、基本は包括的な同意ということになっていたと思います。ただ、それぞれの大学ですべきこと、あるいはこういうことはしないほうが良いということも含めてになると思いますが、それぞれの大学で基準を決めることになっていたと思います。それには、そちらで言う江藤レポートになるのかもしれませんが、医科のほうでは平成30年に門田レポート、その前の平成3年に前川レポートというものが出ておりましたので、基本はそういうものを参考にしながら各大学で基準を作っていくという方針になっていたと記憶しております。

○市川座長 ありがとうございます。あとは指導医の資格などの議論はどうでしたか。

○小西構成員 指導医の資格、指導医の質は、やはり患者さんからも強い意見が出たと思います。やはり指導医の質というのは大変重要だということで、この会議でもいろいろな話合いがなされたと考えております。医科の場合は卒後に2年研修があります。これは私が一意見として申し上げたところですので、会全体の合意というような感じで報告書に載ったものではありませんが、医師の臨床研修と卒前の臨床実習とはかなり似たものになってきていると。特に医業ができるということになると、それこそ今この検討会でできるものとできないものを決めるという会かと思いますが、基本的に同じように患者さんに接することができるというのが医科の考え方です。ですので、卒後に行っている指導医講習会が、1つの指導医の質になるのではないかということ、私からは説明したことがありま

す。その指導医講習会の中に、卒前に関するコンテンツなどを入れることで、卒前の指導医の質も一定保証できるのではないかなということをお私から提案いたしました。ただ、全体のコンセンサスとして、報告書に載ったということまでには至っておりません。以上です。

○市川座長 ありがとうございます。ほかに何かありますか。小西先生ありがとうございます。

それでは、医学生が臨床実習を行う医業の範囲に関する検討会の構成員も務められています柑本構成員から御発言を頂きたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

○柑本構成員 意見というよりも、歯科のほうでどうなっているのかを教えてくださいたいことを、質問として申し上げてもよろしいでしょうか。

○市川座長 はい、よろしくお願ひします。

○柑本構成員 ありがとうございます。私からは、各大学の指導監督体制の在り方について先ほど質問させていただきましたが、医科のほうではやはり現場での実際の指導監督体制も1つ問題になっています。特に、医学生が侵襲性の高い医行為を行う場合には、現場での指導医の適切な指導監督が必須であるというような意見が、患者さんの立場からも出されていたりしておりました。先ほど、大体、指導医が付いてきちんと見える位置で指導しているというお話だったのですが、特に歯科医行為の場合には歯を削ったり、血が出るような行為をなさることも先ほどから出ていましたので、もう少し具体的に何かあったときの介入、指導をどうされるのかということについて教えていただければと思えます。

それから、レポートの中にも、段階を踏まえた歯科医行為の記載がありましたが、絶対に歯科医学生に行わせるべきではない歯科医行為が存在するのか、あるいは想定し得るのかといったようなことについても教えていただけると有り難いです。よろしくお願ひいたします。

○市川座長 今の2点についてどなたか御発言いただけますか。

○新田構成員 新田です。確かに柑本先生がおっしゃったように、侵襲性の高い処置は当然学生にやらせるのは、指導医としても怖いわけです。もちろん患者さんも怖いのですけれども。基本的には最初は指導医が主にやってしまうのが実態です。それで先ほど申し上げたように、1人の指導医が複数の学生を見ることになっていますけれども、それが危ない行為が複数同時に走るということはありません。必ずステップステップごとに学生の処置については指導医のチェックが入ります。判子を押してもらわないと次のステップに進めない体制を本学は取っていますので、そこについては非常に注意深く指導しているところですよ。

例えば、学生が頬粘膜を傷つけたというのは実態としてはありますけれども、それについてはすぐ適切に指導医がそこにいますので対応しているということで、大きな事故は余り起きていないのが実態です。それから先ほどからもありますが、学生の力量を見ながら

傍にしながらやっているのが実際です。あと、もう一つは何ですか。

○柑本構成員 絶対的に歯科医学生に行わせるべきではないものです。

○新田構成員 そういう歯科医療行為はないと思います。当然、口腔外科の先生がやるような大きな手術はできるわけではありませんし、もちろん難しい症例については学生には配当しないということです。歯科医療行為の区分けは結構難しく、1つの診療行為についても例えば削る、型を取る、セットするという流れがあります。治療の流れの中で難しい部分については、学生ではなくて指導医がそこをサポートしながらやるということです。例えば親知らずをいきなり抜かせるというようなことは、まずやらせないですね。学生の力量を見ながら、例えば親知らずでも抜いた後の縫合だけを学生にやらせるとか、そのような1つのプロセスの中での難易度を見ながら、指導医がやらせる行為とやらせない行為を判断しているということになると思います。以上、回答になっているか分かりませんが、そのような感じですよ。

○柑本構成員 ありがとうございます。今、抜いた後の縫合は学生にやらせるということでしたが、縫合というのは、かなり侵襲度が高いような気がいたします。例えばそういったものを学生にさせるときは、大体どこの大学でも事前のトレーニングを経た上で実際の治療行為を行わせているのでしょうか。

○新田構成員 もちろんそのようになっています。先ほどから出ている共用試験 OSCE の中にも縫合という課題がありますので、全ての学生はそれをやっているということになります。当然、いきなり学生に縫合をやらせることはありませんので、見学を経てできるかできないかを判断して、うまくいっていないなと思ったらそこで指導医が代わるような体制になっています。放置は絶対にありませんので、傍に付きながら手技を見ながら指導ということになっていますので、縫合でトラブルたことはまずないのが実態です。

○柑本構成員 分かりました。どうもありがとうございます。

○市川座長 ありがとうございます。新田先生、OSCE の課題と実際に臨床実習で行わせるものは、ある程度比例していると考えてよろしいでしょうか。

○新田構成員 全てが OSCE の課題で網羅されているかということ、そんなことはないと思うのですが、おおむね網羅しています。

○市川座長 臨床実習で行うものは、少なくとも実習前にマネキンなどで行っているという理解でよろしいでしょうか。

○新田構成員 そうです。それをクリアして臨床実習に上がってきていると、正にそこが共用試験の目的になるかと思います。

○市川座長 侵襲が加わるものについては、監督者と学生が1対1できちんと指導の下に行うということですか。

○新田構成員 そうです。

○市川座長 今のような理解で、その他の構成員の先生方よろしいでしょうか。葛西先生いかがですか。

○葛西構成員 よろしいと思います。参考資料にもなっていますが、江藤レポートにある水準、歯科治療を幾つかに分けて、水準の 1~4 に分けて、1 はやっってくださいと。あとは、場合によっては見学のみというような枠組みが暗黙の了解として今でも臨床実習の中で各大学が、学生がやるべき治療というものを大体決めております。そこから外れるような難しい治療は学生には求めないというのが大方の考え方だと思います。

○市川座長 長谷川先生、いかがですか。

○長谷川構成員 新田先生のお話に少しだけ追加させていただきたいのは、我々歯学部での臨床基礎実習、先ほどのマネキンやシミュレーターを使ってやる実習が、臨床実習に入る 5 年生の前の 3 年生、あるいは 4 年生に実施されますが、その実習では必ず重要なステップごとに 1 段階 1 段階、指導医に見てもらって進めていくような実習形態になってます。例えば虫歯の治療をする際に重要なのは、やはり虫歯の部分、すなわち感染している部分をきちんと取って、その後詰めていくということで、感染している部分を取らずに、あるいは取れているか十分な確認ができずに詰めてしまうのはまずいことになるわけです。ですから、学生はどういう段階が重要で、指導医に必ず見てもらわなければいけないステップかということをも十分理解した上で、臨床実習に臨んでいると思います。

あとは、歯の中に薬を詰めたりした場合、指導者が術者と立場を入れ代わって口の中を診て密閉性を確認することを必ずしていると思います。実際に口の中というのは非常に狭い限られた範囲になりますので、術者である学生と指導医と一緒に同時にのぞき込むのは難しい場合がありますので、横から見ていて概ね OK というだけではなく、実際に術者を入れ代わって診るというような形で、かなり丁寧に指導・確認した上で先に進ませていると認識しております。

○市川座長 ありがとうございます。柑本先生よろしいでしょうか。

○柑本構成員 ありがとうございます。

○市川座長 それでは、医科、歯科に関わる弁護にも多く関わっていらっしゃる立場の高梨構成員、発言を頂ければと思います。

○高梨構成員 ここまでのお話は勉強になりました。ありがとうございます。前のミーティングのときも申し上げたのですが、私は裁判官ではないですが、訴訟に関わる人間として、法曹から見たときに、東京地裁は医科と歯科が両方医療集中部という所に係るわけですが、どういう違いがあるのかと言いますと、やはり、患者の主訴を記録していないカルテが多い。全部が全部そうとだと申し上げているのではなくて、トラブルを起こした方のカルテという意味で御理解いただきたいのです。あとは SOAP に沿っていないために、歯科医師が何を考えていたのかというのがカルテから推察できないのです。また、これも繰り返し申し上げますが、インフォームドコンセントの在り方が、医科はどちらかと言いますと過剰気味な印象があるのですが、歯科については、丁寧になされておらず、それはもう少し改善の余地があります。

今伺ったことによりますと、指導医に従ってできるだけ侵襲性の低いものについて、学

生さんの技量に合わせていると伺いましたので、学生さんがやるときに特にインフォームドコンセントで気を付けなければいけない点は多分ないと思うのですが、指導医の先生がインフォームドコンセントを取るのに当たって、物事のリスクをきちんと説明しているかということ、意識的に学生さんに見せるようにしていただけると、いろいろなトラブルが防げるのではないかと思います。

これについては資料をそろえていれば正確に御説明できるのですが、平成 13 年に乳房温存治療術を説明しなかった。今は保存療法と放射線照射の合わせ技が標準的な治療になっていますが、当時、全部切除が中心だったときに、患者さんが、部分切除術に関心を持って、できれば残したいと。女性としてシンボライズな体の一部なので残したいという希望を一生懸命言っていたのに、部分切除術と放射線療法との合わせ技では黒い影が残るのですよとか、ネガティブなことばかり言って、強引に全部切除術で手術を実施したということは、患者の自己決定権を侵害しているのだという最高裁判例があります。そのときに病名や期待できる予後と、しなかったときの予後、他の療法の利害特質、他の療法を採った場合というのがかなり丁寧に最高裁判例で示されて、今、医科の同意書というのは、大体それに沿って同意書の説明項目ができていて、こういうメリットがありますし、あなたは今こういう病気で、こういう治療法を予定しています、それにはこういうメリットとデメリットがあって、ほかにはこういう方法がありますが、その場合、こちらを選択すれば違ったことが期待されるとの説明がなされています。

少しやり過ぎな感はあるのですが、それに比べますと、歯科のほうは、実際、矯正と、抜歯のトラブルが多いのですが、事前にデメリットを説明しないで歯科医師の判断としてはいけるのだと思ってやったら、神経損傷とか治療の長期化とか、そういうことが起きてトラブルになるというケースが非常に多いのです。それを考えますと、やはり指導医の方が学生さんに、インフォームドコンセントの在り方はこういうものだということを意識的にお見せいただくと、トラブルは非常に防げるのではないかとお話を伺って思いました。

そういった意味で、指導医の先生の責任はかなり大変なことをお願いしているということは重々承知しているわけですが、そういうことで防げるトラブルは歯科の場合特に多いので、患者との無用のトラブルを避けるためには、十分な利害得失の説明を指導医の先生に心掛けていただくと、それを見た学生さんのほうが、ああ、ああいうふうにするのだと分かって、余計なトラブルを起こさなくなるのかなとお話を伺って思いました。私からは以上です。

○市川座長 ありがとうございます。先ほど小西先生がおっしゃったように、医科の場合は医療面接と診断、考え方を臨床実習で養う。歯科の場合も当然そこもあるのですが、それに加えて、プラクティスもこれまでの長い経緯で多く含まれております。高梨構成員が指摘された点の現在の歯科の臨床実習についてはいかがですか。新田先生、どうですか。  
○新田構成員 指導医の責任がかなり大きいというのは、本当にそのとおりだと思います。特に学生さんの場合は付きっきりで教えていますので、その辺はかなり厳しく指導してい

るところが実際です。

先ほども申し上げたように、これは専門的ですが、これまで根の治療とか、あるいは被せものを作る、歯を削る治療についての同意書というのは、今まで取っていなかったのですが、やはりその部分で、患者さんとのトラブルは結構ありました。これは学生に限らずですが、もともと学生にはそういう処置をするときには患者さんから同意書を得ていたのですが、これは今、全病院で広げていまして、なるべくトラブルのないように、どちらかと言いますと、学生から発信するみたいな感じになりますが、そのようなことで、指導医のほうはかなり責任があるので、ある意味自分の身を守るためというところもあるので厳しく指導しているところです。それが今全学的に発展しているということです。

最初、私もそこまでやるのかと思っていたのですが、これは結構慣れてしましますと、患者さんは、そんなので取るのですかと言っているのですが、やはり、その危険性を患者さんに説明することによって、自分の身を守ることにもなるので、その部分をしっかりすることによって病院全体も安全で安心な治療が、学生さんではなくて患者さんも含めて良くなってきていると感じています。回答になっていないのですが、最初の部分できちんとやることによって、全体も良くなってくると。学生に教育することによって、その学生が大学病院に残って、またそれを次の学生さんに指導していくという、屋根瓦方式のような形になっていますので、そういう意味ではそこは厳しくさせていただいているところです。

○市川座長 ありがとうございます。研修医の指導のための研修とかセミナーはあるのですが、臨床実習の指導医のための全国的な研修やセミナーはあるのですか。

○新田構成員 それは今ないです。今、OSCE のほうも認定評価基準、そちらのほうを今やっていますが、実際の指導についての講習会という、全国的なものは今はありません。

○市川座長 ありがとうございます。ここままで何か御質問、あるいは御発言はありますか。

○高梨構成員 1 個だけ追加で言わせていただきたいことがあります。特に親知らず抜歯の同意を取るときに、Winter の公式という、抜歯の難易度の表みたいなものがあるはずですが、それと患者さんのパントモなり、デンタルを使って対照して、あなたはこれぐらい難しいものです、簡単ではありませんとか、そういうことをやっていただくと、比較的患者さんのほうも簡単に、自分は簡単なものなのか、難しいものなのか、ここに神経が走っていますよという話をしていただくと、患者の理解の観点から言いますと分かりやすい説明になるのかなといつも思っています。それは何でかと言いますと、事故が起きてから、うちの事務所で Winter の公式を知って、パントモも比較して、私が、あなたの抜歯の場合、歯根と神経が近いため難しく、抜歯時に歯根が神経を押して切れてしまったのだと思いますと説明しますと、そういう説明をしてほしかったというお話をいただきます。説明するほうも多分そのほうが楽だと思いますので、そういう説明があるといいなど、ついでに言わせてください。よろしくお願いします。

○市川座長 ほかにありませんか。親知らず、難抜歯の話が出たのですが、論点3で、歯学生が行うことのできない歯科医療、これはやらないほうがいい、あるいはやったほうがいい範囲ということで、先ほどの医学生の臨床実習の範囲に関する会議の報告書では、処方箋の交付は医学生が行うことができないと整理をされています。それ以外の行為については、各施設で判断をするということになっているようですが、歯科の場合はいかがですか。これについて御発言を頂けたらと思います。

○柑本構成員 その点について、私から先に申し上げます。医科の医行為のほうでは、いろいろな書類が、実は検討会の過程では問題になりました。ただ、書類を発行する行為の中で、処方箋の交付というのは患者さんに直接的な被害が及びうる行為ですので、実効性を担保することが大事といった観点から、あえて明示的に処方箋の交付を政令の中で挙げさせていただいたという事情があります。しかしながら、本来的には処方箋の交付に限らず、診断書の交付などについても医師が責任を持って作成し、患者に説明して渡すべきだという考え方がベースの所にはありますので、政令では明示的に除外していませんが、その趣旨は診断書等の交付にも及ぶべきだということで、医師の責任の下で作成されるというような文言が報告書の中に入っているかと思います。

大方の書類は、医科と歯科ではそんなに違わないと思いますが、医科のほうにはないが、歯科のほうにはあるといったような書類はあるのですか。

○市川座長 歯科技工指示書というのがありまして、歯科医療の中でいろいろな処置をして型取りをした後に、歯科技工士に装置を作ってもらったときの指示書です。多分、歯科独特のものだと思います。

○柑本構成員 ありがとうございます。その指示書というものは、作成する、あるいは患者さんに直接交付するものではないわけですね。

○市川座長 はい。

○柑本構成員 それを作成したとして、患者さんに直接的な被害が及びうるような事態は想定できるのですか。

○市川座長 直接的にはないでしょう。間接的に出来上がってきたものが、もしも問題があれば、間接的に患者さんに対して迷惑をかけたり、調整時間が長くなったりということはあるかと思います。

○柑本構成員 例えば指示書を出しました、技工士さんたちが型を作りました、患者さんの歯の中に入れます、その前の段階で指導医の先生たちがチェックをされて、そういった事態を止めるということはあるわけですか。

○市川座長 一般的だと思いますし、実際、本来は監督をして指示を出すのは、最終的にはその指導者になりますから、実質的にはないと思いますが、規則的にどうかという問題はあるかと思います。

○柑本構成員 分かりました。ありがとうございます。

○市川座長 この点について、厚労側、補佐、いかがですか。

○歯科保健課課長補佐 今、市川先生からあったとおり、技工指示書というのは、歯科医師から歯科技工士に渡し、歯科技工士がその内容に基づいて義歯や被せもの、冠や義歯などを作るわけですが、製作された技工物は直接患者に納品されるわけではなく、歯科診療所に納品されて、それを歯科医師が確認のうえ、診察時に患者さんの口の中に入れるという流れになります。また、実際に技工指示書をカルテの口述筆記のように、学生さんが少し書いて、指導医に見てもらおうということがあるとは思いますが、技工指示書を1人で全部書いて、発行するところまでやるのが現実的かと言いますと、実際には指導監督のもとに行われることではないかと思えます。

言うまでもありませんが、納品された技工物を患者さんが自分で口の中に入れるはずももちろんありません。また、納品された技工物が合わなかった場合には、そこで再製作を依頼したり、チェアサイドで調製を行ったりしますので納品されたものによって、患者さんの健康が即座に侵されるということは想定しづらいかと思えます。

○市川座長 今、柑本構成員が言われたように、行うことができない医業の例として、処方箋について書かれております。診断書とかそれ以外のいろいろな文書についても、同じように見なすという考え方のようなのですが、歯科でも基本的には診断書、処方箋、いろいろな指導の文書がありますから、これも同じように考えていくべきかとは思いますが、この辺について御意見はありますか。

○新田構成員 柑本先生のお話は、診断書は政令には含まれないということですか。

○柑本構成員 はい、そういうことです。

○新田構成員 あと歯科技工書についても、それ自体が医行為なのかなということですが。歯科技工指示書自体が医行為なのかということも考えなければいけない部分かと思えます。技工依頼指示書には歯科医師の氏名を書かなければいけない規則になっています。ですから、そこは歯科医師法から離れた部分の論議という気が、今のお話を聞いて少し感じましたが。

○高梨構成員 法的観点から申し上げますと、特に診断書については、それが社会的信用があるために、社会的に必要な証明文書、要するに労災や保険について必要な場合があるわけです。そうなりますと、それはその作成名義が誰かということに着目すると、それは学生さん名義のものを作ってもいいけど意味がないですね。法が期待している診断書の機能を果たし得ないものを学生が作っているのか、いけないのかという議論自体は私はナンセンスだと思うのです。法が期待しているのは資格を有していて判断力がある歯科医師が作成することだと思えます。歯科技工書もこれに類して考えることができるのではないかと思えます。ですから、事実上作ることにはできても意味がないものなので、それを普通に真面目に歯科医療の中での役割を考えますと、学生さんが作ったものというのは、指示書はこういうふうで作ってねで終わりになるべきもので、歯科医師の方がチェックをして、そうそう、こういう書き方でいいのですよとか、そういうふうな指導をして、それは紛らわしいからシュレッターで処理しておいてねと扱うべきものではないかと思えます。歯科

技工書も診断書も、学生が事実上は作りうるけれども、法が期待している機能を果たしうるものでは当然ないわけで、あんまりそれを作れる、作れないという議論をすることは意味がないのではないかというのが、私の意見です。

○市川座長 歯科保健課は説明、何か補足はありませんか。

○歯科保健課課長補佐 高梨先生と同意見ではありますが、追加で念のため補足で申し上げますと、歯科技工指示書は、歯科医師法に規定されているものではなくて、先生が今おっしゃったように、歯科技工士法の中で、歯科医師が発行した指示書に基づかなければ技工を行ってはならないと規定されております。そのオーダーシートである技工指示書がなければ技工士は働けないと言いますか、作業ができないという規定です。先生、御指摘のように、こちらの指示書の中には発行した歯科医師の氏名を記載するとなっております。以上です。

○市川座長 ありがとうございます。歯学生が行うことのできない歯科医業についての、それ以外のご意見はありませんか。小西先生、お願いします。

○小西構成員 それほど大した意見ではありません。今、恐らく話になっているのが、外来といいますか、歯を削る椅子の上に座って何々することが、割と話の中心というか、ほぼ全部になっているように思いましたので、質問ですが、例えば歯学生が歯学部の病院とかで実習をする場合、診察室の歯を削るところだけが実習なのではないかということ、それで先ほど柑本先生がお伺いになられた、その上で病院全体で行う歯学部の歯学生の実習の中で、何か歯学特有のものがいないかを、もう1回柑本先生の同じ質問を、デンタルチェアの上での歯を削る行為だけでなく、何かないですかをお聞きしたいと思います。

○市川座長 今の小西構成員の御質問に対して、いかがでしょうか。長谷川先生、どうでしょうか。

○長谷川構成員 今まで小西先生から医科の話も聞かせていただいて感じたことを述べさせていただきます。一部イレギュラーな発言になっていたら申し訳ないのですが、医科の臨床実習では基本的には処置に直接加わるというか、実際に行うことが少ないように拝聴しました。そのような実際に処置を行わない実習形態中で、処方箋作成の学修機会が出た場合に、処方箋によって患者さんの健康を害したりするリスクことが大きいということを考慮すれば、自ずと禁止しなければならない。そこで線引きをされていると思うのです。もちろんたくさんある医行為のことを全部、これも駄目、これも駄目と侵襲度の大きいものまで全部入れていったら切りがないのだと思うのですが、そこが医科での線引きなのではないかと。歯科の臨床実習ではチェアの上で患者さんの口を開け実際に処置する行為が桁違いに多いように思うのです。

ですから、歯科では、自ずと線引きのラインが違うのではないかと。繰り返しになりますが、医科では処置をしないことが前提で、その中でも処方箋が危ないというところで線引きがされているように思うのですが、歯科では処置をすることが前提になっている部分が多いので、もう少し違うところに線引きがないといけないのかと、お話を聞きながら、

私はこう思っています。

○市川座長 ありがとうございます。小西先生、いかがでしょう。御理解いただけましたか。

○小西構成員 よく分かりました。そんなにこだわっているというよりも、恐らく病棟で患者さんを持たれるような実習もきっとあるのかなということを想定して、そういう場で何か歯学特有のものが無いかということを知りたいのが、私の質問でございます。やはり実習が違うというのは、冒頭に申し上げたとおり、私もそう思います。

○市川座長 当然、歯科の場合も入院というのがありますから、その入院に関するいろいろな臨床実習もありますし、当然、医療面接、カルテ書き、診断もありますし、それプラス、実質の処置のところと比較的多いわけです。そこで線引きというのも非常に難しく、個別にそれを列挙するのは非常に難しいと思いますが、新田先生、これはコア・カリキュラムではどうなっているのでしょうか。

○新田構成員 よろしいでしょうか、新田です。先ほどからも申し上げているように歯科医師の行為自体が様々なプロセスがありますので、それを一つ一つピックアップしてやっていい、やっていけない行為というのは実際にはできないと思います。区分けはできません。特にやっていけない行為を設定するほうが現実的でないということです。処方箋については、医科と同じような考え方であれば、それは難しいですし、先ほどの診断書の話についても、結局、学生が書くことはまず有り得ない。必ずチェックを受けて、先ほどの私の同意書にもありましたように主治医は基本的には教員ですので、学生さんがそこで単独で書くこと自体が、実際には有り得ないので、特にやっていけない行為として規定するのは難しく、できないと思っています。以上です。

コア・カリでも、多分その辺は触れないと思うのですが。コア・カリでは分類的なもので挙げていくことはできるかと思うのですが。

○市川座長 ありがとうございます。葛西先生、これはいかがですか。

○葛西構成員 臨床実習を行う、行わない、つまり、その判断基準が指導医が持っているということなので、臨床研修の場合は、研修指導医の講習会とかがありますが、先ほどから問題になっていますが、臨床実習の指導医は、いったいどういう人がやっているの、どういう資格があるの、どういう質を要求されているのというところがないので、非常に法的にこれはやってはいけないと言いながら、実は現場の判断というのは指導医ですというところがあって、指導医の質の向上というのが、今、これは資質の問題だと感じていますので、それが十分に質が保証されていることを前提に臨床実習が行われているのは、これは一番求められるところかと思います。全ては指導医が判断しているということです。以上です。

○市川座長 医科歯科でもそうでし、うちの大学もそうですが、指導医は助教以上ということ。ただし、助教以上というのはどういった資格か？、指導医の要件と比例するかという問題もでてくると思います。そういった意味では、指導医の要件、あるいは臨床実

習の評価というところが今後非常に重要になってくるのだらうと思っています。

そろそろ時間になってきましたが、そのほか御質問あるいは御意見はありますか。

○高梨構成員 高梨ですが、先ほどおっしゃられたことは、ごもっともだと思っています。法の立て付けから言っても、医行為、歯科医行為、両方ともそもそも定義があってないようなもので、鵠的なのですね。医行為も歯科医行為も。そう考えると、侵襲性とか、学生さんの技量とかを含めて、各教育機関が自律的に判断をなさっていくことしか、今の法の立て付けではやりようがないのです。例えば、医行為の定義はこうだ、だから、これはやっちはいけないとかいう結論は出せない以上は、先ほど先生方のおっしゃった指導医の責任で判断する。要するに、各教育機関で自律的な責任において判断して、その代わり患者さんに対して十分にインフォームドコンセントを取るとか、いろいろ工夫は必要なのでしょうが、そうしていくしかないわけです。歯科医行為の具体的な内容を厚生労働省が決めてないのだから、やりようがないというのが、答えるとしたら、それが答えになるのだらうと思うので、厚生労働省に、この場で考えてくれとは言いませんが、将来的にはそこは考えていかないと、いつか行き詰まるときが出てきてしまうときがありますので、厚生労働省に課題があることを厚生労働省は自覚してください。

○市川座長 ありがとうございます。ここは、実際問題、個別的にこういったことを切り分けるのは非常に難しいところがあります。そういった意味で、指導医の育成、それから評価方法を明確にしなければいけません。さらに、臨床実習を受ける患者さんに対する説明と同意は、非常に重要になってくると思います。院内掲示、包括的な同意、一つ一つの個別同意をどうするかが重要になります。この辺の同意について、もう少し時間がありますが、御発言はありますか。いかがでしょうか。歯科の特殊性を踏まえた同意についても。高梨先生、お願いします。

○高梨構成員 私だけしゃべっていて、申し訳ないです。これも法的な観点、前振りで話させていただきますが、よく裁判所で、都内の医学部・歯学部と協議会をやっているのですが、裁判所と弁護士と。裁判所が患者への説明義務を医療界に押し付けているのだというクレームがよく来ます。でも、これはそうでなくて、第二次世界大戦後の、ヘルシンキ宣言とか、ニュルンベルク裁判での、人類のためだと、一部の人を犠牲にして人体実験をやっちはいけないということから患者のコンセントの重要性が明らかになって、ただ、医師と患者の同意といっても、情報が非対象性だから、専門家のほうが患者に対して説明する義務がある、それを説明義務という形で法律家は捉えたのです。要するにそれは医療界が、歯科医療界もそうですが、インフォームドコンセントということは大事だという価値判断があって、法律家はそれを専門家の説明義務と捉えて、説明する必要があることを申し上げているわけです。

説明は何のためにやるのかとより具体的に言ったら、患者の自己決定権を尊重するためです。要するに、これは受けていいのか、受けていけないのかを、一般人の判断ができるようにしないとイケないということです。

ですので、患者さんがその医行為を受けるかどうか、判断できるように説明しなくてはいけないのです。医療は完全ではありませんし、不確実な面がありますから、当然悪い結果が出ることもある。そのときに、いや、でも、それは御説明させていただいて、あなたの受け入れられて行ったものだから、仕方ないということは分かってくださいということは、言える説明が求められているということです。

ただ、それに、その逆の話も前回させていただきましたが、歯科医療全体が機能するためには、第1回の患者さんがどの歯科医師の方に、歯科医師の資格を取るのに、第1回の患者さんがいると。そうしないと、歯科医療は国民に提供できない。であるならば、それを受け入れることも考えてくださいということも、患者さんのほうでリテラシーを上げていって、理解してもらうようにしていけないといけないのが、私の思うインフォームドコンセントの説明の重要性。特に学生さんがやる時のということに対する意見です。失礼しました。

○市川座長 ありがとうございます。最終的には、また基本的な所に戻ってくると思います。歯科医師法の改正に伴って、歯学生が臨床実習を行う際の歯科医療の範囲を、今日の議論を踏まえて、今後、文書化をしていくこととなります。指導・安全体制、同意方法、評価方法、それから、歯学生ができない歯科医療の範囲を、今日、議論をさせていただきました。これをもって、次回の検討会に進みたいと思います。最後に、何か御発言したい方はいらっしゃいますか。ございませんか。事務局、今日の議論で足りないことはありますか。なければ、事務局にお返ししたいと思います。

○事務局(堀之内) 本日は御議論いただき、ありがとうございます。次回の検討会において、本日、御議論いただいた内容を報告書として取りまとめた資料をお示しいたします。次回の検討会の日程については、事務局より追って御連絡させていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。事務局からは、以上となります。それでは、本日の検討会は、これにて閉会といたします。構成員の皆様、貴重な御意見、ありがとうございます。