

○堀齒科保健課主査 それでは、定刻より少々早いですが、構成員の皆様方がおそろいになりましたので、ただいまから、医道審議会齒科医師分科会を開催いたします。本分科会委員の皆様におかれましては、お忙しい中、御出席いただきましてありがとうございます。まず、委員の皆様の欠席等についてですが、本日、医道審議会齒科医師分科会の皆様から御出席いただいております。また、本検討会では、文部科学省高等教育局医学教育課の荒木企画官にオブザーバーとしてお越しいただいております。

本日は参考人として、北海道医療大学歯学部 of 齋藤隆史教授、東北大学大学院歯学研究科の佐々木啓一教授、大阪歯科大学歯学部の中嶋正博教授、日本歯科大学生命歯学部の沼部幸博学部長、新潟大学大学院医歯学総合研究科の前田健康教授、また、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構の栗原敏理事長、同じく江藤一洋副理事長にお越しいただいております。本分科会として、本日の審議に、参考人として御出席の承認を頂きたいのですが、よろしいでしょうか。

それでは、事務局を代表いたしまして医政局長より御挨拶を申し上げます。

○吉田医政局長 医政局長の吉田でございます。分科会委員の皆様方におかれましては、お忙しい中、本日、御参集いただき、また平素から我が国の医療行政、または歯科医療行政について、多大なる御貢献、御尽力を頂いておりますこと、改めて御礼申し上げます。ありがとうございます。

改めて申し上げるまでもなく、技術の高度化ですとか、あるいは患者さんのニーズの多様化という中において、歯科医師の養成についても、より質の高いものということが強く求められているのは、御案内のとおりかと思っております。取り分け、昨今の動きを見てみますと、入院歯科をめぐる、病診の連携というのはかねてからの御議論かと思いますが、取り分け、入院歯科についてのいろいろな取組が進んでいるということ、さらには医科歯科連携というお話もあろうかと思えます。また、ヘルスの関係につきましても、健康寿命の延伸に歯科分野が非常に大きく関わっている、あるいは貢献しているという流れの中で、従来の予防に加えて、介護予防をはじめとする生活支援の分野との連続の中で、歯科についても議論される、あるいは取り組まれていることが多いと承知をしております。

そういう意味では、学生の時代、歯学生の方々の臨床実習につきましても、これまで関係者の方々のお取り組みにより逐次充実はしてきたものの、更に昨今の動きの中でどう考えるかについて議論が必要ではないかと。私どもとしては、歯科実習における歯科医行為について改めて整理をする必要があるのではないかと思います。

この分科会、これまではどちらかというと国家試験の関係を御議論いただき、今年の4月にもいろいろと御議論を頂いたかと思っておりますが、本日からと申しまししょうか、今、申し上げましたような問題意識から、卒前教育から生涯研修までのシームレスな歯科医師養成というものをどう考えるかという点について御議論を頂いて、なかなか深い議論でありますので終わりのないものかと思っておりますが、私、事務局の思いとしては、御議論いただいた上で、年内ぐらいをめどに、一定の方向性のようなものをお示しいただければ、それを受

けながら私どもとしても並行して取組を進めさせていただけるのかなと思っております。今後、事務局として私ども一生懸命努めさせていただきますが、委員の皆様方、そして参考人の皆様方の御議論をよろしくお願い申し上げまして、冒頭の御挨拶に代えさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○堀歯科保健課主査　なお、局長は公務のため、途中で退席させていただきますので、事前に御了承いただきますようお願いいたします。今回の議事は公開となっておりますが、撮影はここまでとさせていただきます。それでは、以後の議事運営につきましては、分科会長をお願いいたします。

○田上分科会長　皆さん、こんにちは。分科会長の田上でございます。非常に重要な議題について、今後、検討していただくこととなります。どうぞよろしくお願いいたします。それでは早速、議事に移ります。まず、最初に事務局から資料の説明をお願いします。

○堀歯科保健課主査　事務局でございます。配布資料に関してですが、本検討会ではペーパーレスにて審議を行います。お手元にタブレット、ペーパーレス審議会タブレット操作説明書を配布しておりますので、御確認をよろしくお願いいたします。また、お手元のタブレットに、議事次第、座席表に続きまして、資料 1 として「シームレスな歯科医師養成に向けた取り組みの現状と課題」、資料 2 として、医療系大学間共用試験実施評価機構から御提出いただいた資料、資料 3 として「諸外国の歯学教育質保証システム」について前田参考人から御提出いただきました資料を御用意しております。参考資料に関しましては、参考資料 1～12 をタブレット内に格納しておりますので、御確認をお願いいたします。また、タブレットの操作方法の御不明点等ございましたら、お知らせください。それでは、分科会長、引き続きお願いいたします。

○田上分科会長　早速、議事に入りたいと思います。「シームレスな歯科医師養成に向けた取り組みについて」という議題です。非常に重要な歯科医師養成のプロセスを議論することとなります。今後、数回に分けて議論する形になろうかと考えております。今日、いろいろ意見交換いただくわけですが、その前に事務局から先ほど紹介がありました資料 1 「シームレスな歯科医師養成に向けた取り組みの現状と課題」を説明した後、医療系大学間共用試験実施評価機構より提供がありました資料 2 の医療系大学間共用試験実施評価機構資料を御説明いただきます。その後、前田参考人より、資料 3 「諸外国の歯学教育質保証システム」についてを御説明いただくことになっております。その後、各委員から、あるいは参考人の方も含めまして、御意見、御質問をお願いしたいと存じます。それでは小嶺補佐から資料の説明をよろしくお願いいたします。

○小嶺歯科保健課長補佐　事務局です。資料 1 をお開きください。資料 1 は、「シームレスな歯科医師の養成に向けた取組の現状と課題」ということで、先ほど局長の冒頭の挨拶にもございましたけれども、近年の高齢社会の進展に伴う患者像の変化ですとか、疾病構造の変化などに伴って、様々な患者のニーズに対応できる質の高い歯科医師の養成の重要性が高まっております。そういった背景を受けて、今回、このシームレスな歯科医師の養

成に向けての御議論を頂きたいと思っております。

3 ページ目を御覧ください。歯科医師の資質向上等に関する最近の動きをまとめております。個別のものについては、後ろで資料を出しているものもありますので、資料をお出ししていないものについて補足をいたします。歯科医師の国家試験から臨床研修、専門医、歯科医療提供体制について、養成から、その後の歯科医師としての働き方の部分を含め、今までの動きをまとめております。真ん中の「専門医」の所につきましては、平成 28 年から歯科医師の資質向上等に関する検討会の下ワーキンググループにおいて御議論いただいた中で、方向性(案)という形で取りまとめが行われました。一定の方向性というのは、この中でまとめきることは難しい状況でしたが、平成 30 年 4 月に歯科専門医機構が発足し、その中で、歯科の専門性の在り方ですとか、仮称という形ではありますが、「総合歯科専門医といった新しい専門医の在り方等につきましては、引き続き、現在も検討が行われている状況です。

それから、歯科医療の提供体制におきましては、資質向上等の検討会の中間報告として「歯科保健医療ビジョン」が取りまとめられております。今後、歯科医師の資質向上等に関する議論をしていく中では、歯科医師の働き方に関しても考慮が必要だろうということで、昨年度と今年度、厚生労働科学研究で調査を行い、分析を進めているところです。平成 30 年度の歯科医師の勤務実態等の調査研究の結果の概要につきましては、参考資料 7 に入れておりますので、お時間があるときに御覧いただければと思います。

4 ページ目は、卒前教育における共用試験の導入、それから臨床実習に関連する議論をまとめております。

5 ページ目は、歯学部卒前教育における臨床実習に関する考え方についてまとめられた平成 14 年度の厚生労働科学研究の概要をお示しております。ここで違法性の阻却についての考え方が示されております。

6 ページ目において、歯学教育における臨床実習の内容と分類ということで、平成 28 年の第 4 次改訂時の「歯学教育モデル・コア・カリキュラム」において、「G 臨床実習」の項目の別表として「臨床実習の内容と分類」が明示されております。

7 ページ目は、モデル・コア・カリキュラムの全体像になっております。

8 ページ目が、歯科医師国家試験制度改善検討部会の報告書、こちらは平成 28 年のものになりますけれども、その概要になっております。中段右側のⅣ.を見ていただきますと、患者の協力を得て、充実した診療参加型臨床実習を行う上で、患者にとって客観的に安心・安全を確保するために、共用試験、CBT の統一基準についても議論が進められるべきということが報告されております。この制度改善につきましては、4 年に一度、見直しを行うことになっておりますので、先週の金曜日から今年度の見直しの議論が始まっているところです。

9 ページ目、10 ページ目につきましては、歯科医師臨床研修制度の改正に向けた議論の状況をまとめたものです。令和 3 年度の制度改正に向けて、10 ページ目にありますよう

に「総合的な診療能力を持つ歯科医師のシームレスな養成」ということを、今回、大きなテーマに掲げ、到達目標の見直しを含め、制度の在り方について議論を行っているところです。

11 ページ目は、「歯科医師の資質向上等に関する検討会」のこれまでの状況をまとめた資料になっております。

13 ページ目からは「共用試験と Student Dentist の現状」になります。13 ページ目は共用試験の概要です。こちらは、また後ほど共用試験機構から詳しく御説明いただけるかと思えます。

14 ページ目は、OSCE の実施状況と課題等についてお示ししております。今回、共用試験の公的化について御議論いただくわけですが、中段の右側を見ていただきますと、OSCE を公的化、もし国家試験化したとすると、大きな課題として全国統一的な模擬患者の問題ですとか、その評価者、実施場所等の確保の問題等が生じると考えられていますさらに令和 2 年度には診療参加型臨床実習後客観的臨床能力試験の正式実施が予定されているという状況もあります。こういった中で、OSCE の公的化の是非について、どのようにしていくべきかというところを、本日、参考人の先生方もたくさん来ていただいておりますが、御意見を伺いつつ、検討を進めていけたらと思っております。

15 ページ目、16 ページ目は、今年度より全大学共通で発行が始まったとお聞きしております Student Dentist の認定制度の概要と認定書のサンプル画像になっております。

17 ページ目は、診療参加型臨床実習を行うときに、共用試験を行うことの位置づけをイメージ図でお示ししています。診療参加型臨床実習を開始する前に共通の試験を行うことによって、どこの大学においても一定のレベルの下で試験を行い、その質を担保した上で、実際の患者に向かう臨床実習を開始できることで、臨床実習からその後の臨床研修に向けての態度ですとか、技能、臨床的な知識の使い方等について、一定程度、一体的に進めることができるということが考えられると思えます。下の図は参考としてお示ししていますが、診療参加型臨床実習を行わない、若しくは共用試験を行わないということになりますと、国家試験のところでは一定のレベルの質の担保をした上で、臨床研修に入ることになるかと思えます。

最後、19 ページ目、20 ページ目は今回の御議論いただきたい点のまとめになっております。19 ページ目です。歯科医師の資質向上に向けて、今回、シームレスな歯科医師の養成について御議論いただくということに当たって、検討が必要であろうと思われる事項の全体像をお示ししております。卒前の臨床実習、国家試験、臨床研修と、それぞれ違う制度の中で運用されておりますけれども、シームレスな歯科医師養成を行っていくためには、一貫した評価・管理の必要性が言われているところです。

20 ページ目です。そこで本分科会においては、上段に示すような共用試験ですとか、Student Dentist の現状、そしてまた、医師においてシームレスな医師養成のための共用試験の公的化の議論が始まっていることなども踏まえて、今回、歯科医師の養成課程にお

ける共用試験の公的化、そして Student Dentist の位置付けなどについてどのように考えるか、今回は 1 回目ですので広く御議論いただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○田上分科会長 どうもありがとうございました。3 つの資料について、先に説明させていただきます。続きまして、医療系大学間共用試験実施評価機構より、資料 2 の御説明をお願いいたします。

○栗原参考人 まず最初に、私、機構の理事長を務めております栗原でございます。医療系大学間の共用試験実施評価機構では医師、歯科医師の資質向上のために共通の知識・態度・技能をきちんと評価しようということで、これまでも努めてまいりました。知識はコンピューターを使った、CBT(computer based testing)で行ってきまして、大分結果も集積されております。それから実習は、現在、診療参加型臨床実習になっておりますので、患者さんの前に出るためには一定の知識と技能と態度が必要だろうということで、診療参加型臨床実習の前の「Pre-CC OSCE」をきちんとやって評価して、その上で実習をやると。実習が終わった後に、どれだけ実習の成果が上がったかということを中心に評価しようということで、「Post-CC OSCE」というのを今後やっていこうということになっております。詳細につきましては、担当の方から御説明いただきたいと思います。そういうことで、機構の理事長としましては、是非、皆様の御要望にお応えできるような試験システムの開発に努めているところです。以上です。

○田上分科会長 ありがとうございます。それではよろしくをお願いいたします。

○斎藤隆史参考人 北海道医療大学の斎藤でございます。私は共用試験実施評価機構歯学系 CBT 実施小委員会の委員長を務めておりますので、これから共用試験実施評価機構と共用試験 CBT を中心にお話させていただきます。さらに歯学系 CBT 成績結果の経年データについてもお話しさせていただきますが、時間も限られておりますので端折りながら要点のみお話しさせていただきます。5 ページを御覧ください。平成 12 年に医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議におきまして、医学・歯学教育の改善方法について検討が開始され、医学教育モデル・コア・カリキュラム、歯学教育モデル・コア・カリキュラムの作成が標準作業として必須である理念が明確化されました。

それに伴い、6 ページにありますように、学修時間の 6 割程度を目安として、必要最小限の必須の教育内容を精選する作業が全国の医科大学・歯科大学関係者により行われ、その結果、医学教育モデル・コア・カリキュラム、歯学教育モデル・コア・カリキュラムが公表されたわけです。そこには卒業時までには取得すべき到達目標のレベルが明示されております。この臨床実習開始前までの到達レベルに準拠した共通の評価試験システムが共用試験であり、平成 17 年から正式実施に至っております。

9 ページを御覧ください。同時に臨床実習において医師・歯科医師の資格のない学生が患者に対して医行為・歯科医行為を行う不可欠な要件、つまり違法性の阻却事由の 1 つとして、事前に学生の能力と適性を評価し、質を保証することが必要であることから、

さらに、臨床実習に参加している学生が一定の能力を有することを社会に保証する共通の評価基準を設定することが重要であることから、共用試験が始まったわけです。

10 ページには、知識を測る CBT、技能・態度を測る OSCE についての説明がごございます。12 ページ目を御覧ください。共用試験実施の概要について少しビジーなスライドになっていますが、このスライドでは、Student Doctor という医学系の話が出ていますが、共用試験に合格しますと、AJMC から Student Doctor 認定証が発行され診療参加型臨床実習に参加できます。歯学系では、歯科大学長・歯学部長会議と、共用試験のデータを管理し試験の信頼性・妥当性を検討している共用試験実施評価機構の両方で、Student Dentist 認定運営協議会を設置し、全国統一の合格基準を設定し、Student Dentist 証を発行することになっており、今年度からトライアルが始まっているところです。

12 ページの右下にありますように、2018 共用試験受験実績を見てみると、医学系では本試験受験 9,384 人、再試験受験 681 人、歯学系では本試験受験 2,494 人、再試験受験 598 人ということで、医学系の再試験受験率は 7% であるのに対して、歯学系では 24% と高くなっていますが、これについては後後程説明させていただきます。

13 ページにありますように、共用試験の特徴としては、国家試験を除いて医学系・歯学系に対する全国共通の標準試験の実施は日本で初めてです。歯学系 CBT においては、約 8,000 題のプール問題から異なるセットの問題が受験生に出題されております。また試験日が大学によって異なっております。これも後で説明いたしますが、項目反応理論 (IRT) を利用することにより、学生の能力を信頼性・妥当性を持って評価できることが CBT に特化した特徴です。共用試験の結果は各大学の固有の試験と合わせて総合的に進級判定の指標として利用されております。実施の準備と運営に関しては参加大学教職員が責任者となって行っております。さらに、共用試験 CBT、OSCE の公平性・客観性・透明性を確保するために、他大学の教員が公益社団法人医療系大学間共用試験実施機構から機構派遣監督者として派遣されており、試験実施に関する質の保証を行っています。

それでは、歯学系 CBT について少し具体的にお話させていただきます。18 ページを御覧ください。出題ブロックの構成が記載されています。ブロック 6 までありまして、ブロック 1~4 は各 1 時間、単純 5 肢択一形式で 60 設問ずつで、ブロック内で問題の見直しが可能でブロックとなっています。ブロック 5 は 1 時間で設定されており、多選択肢 2 連問形式 20 設問、順次解答 2 連問形式 20 設問からなっており、多選択肢 2 連問形式に関しては選択肢が 7~10 設定できる問題で、鑑別診断、治療方針を問う問題になっています。順次解答 2 連問形式は 1 問目が臨床問題、2 問目が臨床に直接関係する基礎の問題で、これも歯学系 CBT に特化した特徴的な問題形式になっておりますが、この問題が問題形式の一つとして設定されたことにより、臨床系教員と基礎系教員間での教育の連携が図られてきた背景があります。ブロック 6 は 1 時間で設定されており、順次解答 4 連問形式 40 設問です。これは臨床推論形式で、臨床実習前の学生の問題解決能力、臨床推論能力を評価するための非常に重要な臨床問題になっております。ブロック 5、6 に関しては、次の問題

に進むと元の問題に戻ることができなくなっており、これも CBT に特徴的な問題形式の設定になっております。全 6 時間で 320 設問のうち 240 設問が採点対象、80 設問が試行問題として問題の分析に用いられております。

19 ページはコア・カリ大項目別出題割合です。現在は、平成 22 年度改訂版歯学教育モデル・コア・カリキュラムに準拠して出題されており、出題割合はここに記載のとおりです。2021 年 12 月から開始される 2022 年度共用試験より、歯学教育モデル・コア・カリキュラム平成 28 年度改訂版に準拠した出題を予定しております。それに向けて、共用試験実施評価機構では CBT 問題と国家試験問題のすみ分けの検討も行っており、現在、出題割合の見直しを行っているところです。

続きまして、20 ページです。CBT では項目反応理論 Item Response Theory (IRT) を用いて問題の評価、受験生の能力を評価しております。まず、プール問題の蓄積までの流れが右側の黄色い枠内に記載されていますが、各大学に問題作成依頼を行い、本機構に問題が提出されます。現在は各大学に、7574 問の問題作成依頼を行っております。本機構歯学系 CBT ブラッシュアップ専門部会で問題のブラッシュアップを行っておりますが、昨年度の採択率は約 60% でした。これら採択された問題は試行問題（採点対象外問題）として出題して、個々の試験問題、すなわち項目について、学生の能力（総合得点）とその問題を正答する確率の関係を 2 パラメータ成長曲線、項目特性曲線という左側の曲線を用いて回帰分析し、パラメータ  $a$ 、 $b$  を求めるのですが、その下に示す公式を用いて分析を行っております。その後、事後評価において、正答率、識別指数、相関係数とともに両パラメータ値を基準として適正な問題を選んでそれをプール問題として蓄積しているところです。分析の結果不適切なと判断されたものはこの段階でプール問題から外れることとなります。

21 ページに項目識別力と項目困難度それぞれの説明があります。項目識別力は能力差の付く問題かどうかの識別の指標で、この曲線の傾きになっております。項目困難度は問題の難しさを示す指標で、グラフの右側に行くほど難易度が高くなります。例ですが、22 ページの項目特性値と問題の組合せで、異なる問題セットでの難易度の比較のグラフが出ています。同じ能力値を持つ受験生が受験した場合には、テスト A の 8 点はテスト B の 5 点に相当する。同じようにテスト A の 3 点はテスト B の 2 点に相当します。CBT では受験生ごとに問題が異なりますので、異なる問題の出題でも信頼性をのべる評価ができるというのが、IRT の理論です。

23 ページからは、CBT 問題の質の保証について記載しております。まず、毎年度 4 月に各歯科大学・歯学部へ問題作成依頼を行い、各大学で作問ブラッシュアップを行っていただき、6 月に締め切り締め切り日を設定し、本機構に問題を提出していただきます。その後、ブラッシュアップ専門部会でブラッシュアップを行い、問題評価・プール化小委員会において試行問題を決定します。受験生ごとに試行問題 80 問とプール問題の中の採点対象問題 240 問の組み合わせにより計 320 問出題されるわけですがけれども、問題セットを作成した後はプレテストと言いまして本機構の委員全員で学生が受験する CBT 問題を総覧し

て、ある問題のヒントになっているような問題がないか、似たような問題が出題されていないか、あるいは誤字脱字等がないかチェックを行っています。CBT 各大学での CBT 実施 1 か月前には CBT 実施キットを準備して、各大学に配布し、CBT が実施されます。歯学系の共用試験においては前期・後期の二期に分かれており、前期は 12～3 月に実施される私立大学、公立大学合わせて 18 大学の学生が受験するもの、後期は 6～9 月に実施される国立大学 11 大学の学生が受験するものです。モニター派遣と書いていますが、今年度から機構派遣監督者派遣と名称が変更され、本機構に設置される実施本部と連絡を取りながら責任を持って監督業務を行うということで、以前のモニターより責任が一層重くなっております。試験終了後は実施大学から CBT 実施キットを回収し、本機構で自動採点し、各大学へ成績を返却いたします。同時に CBT の解析結果を公表しております。試験実施後には、問題評価・プール化小委員会が問題ごとに事後評価を行い、次年度のプール問題として使用するのに適切か否かを決定して、それをブラッシュアップ専門部会、さらに次年度の問題セット組みにフィードバックしています。

24 ページを御覧ください。共用試験 CBT の問題の質の保証(1)です。共用試験 CBT では、異なる時期に試験を行い能力を評価できる、プール問題から受験生ごとに異なる問題をランダムに出題できる、また、出題セットの平均難易度に差がないようにすることができるということで、項目反応理論を用いて、採点対象外として出題した問題の評価を行います。これは試行問題として 200 回以上露出することにより信頼性の高い問題の分析ができることとなります。さらに、受験生の能力を IRT 標準スコアで示すことができます。一方、歯科医師国家試験に関しては、プール問題ではなく新作問題のみの出題となりますので、事前に問題の評価ができないために事後に評価することになってしまいます。その結果、採点除外問題が毎年出てくることとなります。

25 ページを御覧ください。CBT の質保証のためには、良質な問題を作成して、良質な問題をプールすることが重要になります。本機構では毎年各大学の採択率を公表する、全国説明会を開催し問題公募の趣旨をよく説明する、それから各大学開催される問題作成のための FD 講習会に本機構から講師を派遣し、作問、ブラッシュアップの指導を行う、あるいは学長・学部長宛てに FD 講習会開催の催促をさせていただき、さらに、学長・学部長と作問に関する懇談をさせていただき、といったことで良質な問題を集めてそれをプールしているところです。また出題問題の項目特性変化の検討ですが、大幅に正答率・識別係数が変動する問題も出てきますので、数値の不安定な問題を削除しています。あるいは用語の変更、例えば 2017 年の腫瘍に関する WHO 分類の改定等もありますので、しっかりと対応しているところです。また受験時に受験生のモニター画面には審議依頼ボタンがありますので、受験生からの審議依頼に対しても対応しているところです。また先ほど申し上げましたプレテストで不適切な問題が見つかった場合には、問題を差し替える作業を行っています。また同時に、試験信頼性向上専門部会が CBT・教育測定学・統計学・テスト理論の専門家によって組成されており、2 か月に 1 回開催され、CBT による評価の妥当性を



検討しております。このような種々のステップによって、良質で評価可能な問題が出題されていることとなります。

26 ページは共用試験の運営組織が記載されております。歯学系 CBT の所を御覧いただきたいのですが、歯学系 CBT 実施小委員会、これが全委員会の司令塔の機能を果たしております。2 か月に 1 回開催されており、CBT 全般をコントロールしている委員会です。その下にはブラッシュアップ専門部会、FD 専門部会があります。総合評価解析小委員会では、機構派遣監督者報告書や CBT 試験実施後に大学から送られてくる実施後調査票等を分析して、CBT の改善に資する提案を実施小委員会に対して行っています。問題評価・プール化小委員会では、先ほど申し上げましたように事後評価を行うとともに学生に出題する問題のセット組みを行っています。さらに試験信頼性向上専門部会は先ほど申し上げたとおりで、CBT の信頼性・妥当性を向上させるための裏付け作業を行い、CBT の質の保証を担保しているところです。また CBT および OSCE の試験実施にあたっては実施本部（本部長は理事長）を事業部に設置し、試験のコントロールを行っております。

27 ページは、大学を通じて学生に配布する個人成績表です。コア・カリごとの正答率、それをレーダーチャートに表したものが記載されています。さらに 2015 年度から素点表記に加えて、基準集団を 2013 年度として計算された IRT 標準スコアの表記を行っているところです。以上が CBT の概要です。

28 ページ以降は成績結果等についてですが、CBT に関するデータの経年変化について説明いたします。29 ページは CBT の受験者の推移です。2018 年度は 2,494 名が受験しました。30 ページには問題セット間の難易度差について、各セットの平均難易度の標準偏差の推移が出ています。2018 年は 0.43 です。非常に狭い範囲で各セット間で難易度差がない状態で、均質な問題セットが出題されていると言えます。

31 ページを御覧ください。全領域と各コアカリ・問題形式別の相関です。試験信頼性向上専門部会で具体的にはこのような分析を行っております。コアカリ別とタイプ別に分かれていますけれども、それぞれの領域の全体との相関になっており、例えば、A 基本事項は他の所に比べて相関が少し低い結果で、2018 年は 0.45 となっています。この部分はプロフェッショナリズムやコミュニケーション能力、チーム医療、医療安全等の項目を問うところですが、ここに関して更に改善が必要で、良問を増やす工夫を検討しているところです。また、D 歯科材料も 0.54 と、他と比べると少し低い値がとなっていますので、これも良問をプールしなければならないのですけれども、例えば、臨床教員による作問を促すこと等により良問をプールしたいと考えております。

34 ページには、問題形式別・コアカリ別項目識別力と項目困難度のグラフがそれぞれ出ております。識別力に関しては C 生命科学、いわゆる基礎の部分ですが、ここの識別力が高いです。それから問題形式別では多選択肢 2 連問、これは鑑別診断や治療方針を問う問題形式ですが、ここの識別力が非常に高くなっております。難易度に関しても同様となっております。

35 ページは年度別 IRT 標準スコアの分布です。2013 年～2018 年の経年変化ですが、2013 年から 2018 年へ経年的に右側に移行してきております。36 ページは IRT 標準スコアとテスト得点(素点)との関係です。テスト得点 60 点の場合は IRT 標準スコアがどれくらいになるのか、そのような値が書かれております。この IRT 標準スコアは Student Dentist 認定の各大学における合格ラインの設定に利用されております。歯学系では IRT 標準スコア 400 ですので、大体素点で言うと 60 点ぐらいがカットラインカットラインカットラインカットラインオフラインになっています。

37 ページです。テスト得点(素点)・IRT 標準スコアの平均値の推移です。青色の波線が素点、赤色の実線が IRT 標準スコアになりますが、基準集団の 2013 年を IRT500IRT 標準スコア 500 としてあり、2018 年は 539 ですので少しずつ上昇しているのが分かります。学生の能力値が年々上昇しているということです。

次に、38 ページは実施月別 IRT 標準スコアの平均値の推移です。先ほど申しましたように前期と後期に分かれていますので、当然、後期受験のほうが前期受験と比べて半年ほど勉強する時間もありますので平均値は高いわけですが、その差が 2016 年と比べて 2018 年のほうが縮まっているのが分かると思います。前期は主に私立大学学生が受験しますので、私立大学の学生の学力の底上げにつながっていることがこのグラフから分かります。

39 ページは IRT 標準スコアのデータですが、これは経年的に低得点者が減少しているグラフです。40 ページは年々高得点者が増加しているというグラフです。

41 ページは再試験実施率の推移です。2006 年は 4%でしたが 2018 年は 24%となっております。これは医学系は、全国医学部長・病院長会議が設定した IRTCBT の合格ラインが IRT 標準スコア 359 で、先ほどお示しましたとおり再受験率は 7%なのですが、歯学系は合格ラインを IRT 標準スコア 400 に設定してあります。359 と 400 ですので、それほど違いはなく、本来ですと歯学系も 8~9%ぐらいの再受験率になるのですが、ほとんどの歯科大学・歯学部では IRT 標準スコア約 480、素点では 70 点から IRT 標準スコア約 510、素点で 73 点辺りに設定してありますので、このような高い再受験率になっております。難化する国家試験への対応を考えて、この時点から進級判定を各大学で厳しくしていることがこのグラフから分かります。

42 ページは本試験と再試験の IRT 標準スコアの比較、43 ページも平均値の推移のグラフになります。44 ページは 2 年連続受験者の IRT 標準スコアの分布で、2 年連続受験者の 2018 年の得点が右側にシフトしているのが分かります。

45 ページは 2 年連続受験者の推移で、これも右肩上がりになっております。共用試験実施評価機構、共用試験歯学系 CBT、及び CBT データの経年変化に関する説明は以上です。ありがとうございました。

○田上分科会長 どうもありがとうございました。非常に様々な分析、丁寧になさっておられることがよく分かりました。

続きまして、3 つ目の資料、資料 3 です。前田参考人より、諸外国の歯学教育について

の御説明をお願いいたします。

○前田参考人 新潟大学の前田でございます。資料 3 を御覧ください。1 ページはポンチ絵の御説明で、2 ページ目にまとめの文章が付けてあります。これの御依頼を受けたときに、我が国と、あとはアメリカの教育学会と、そしてヨーロッパの教育学会の中心であるイギリス、アジアの教育学会の中心であるのが台湾で、日本、アメリカ、イギリス、台湾の例をお示ししたいと思えます。

日本の場合にはもう既に御存じだと思いますが、6 年制で、卒前までが文部科学省、国家試験からは厚生労働省という形で、厚生労働省が臨床研修、後期研修等々となっていく形になっています。今御説明がありましたように、臨床実習の開始前には共用試験 (CBT と OSCE) があり、臨床実習終了時には技能試験を導入する予定になっています。

アメリカの場合は、皆さん御存じのように、高校卒業後、リベラルアーツを学ぶために 4 年間の大学があって、その後、歯科に特化した testing agency がありますけれども、その試験を受けて、いわゆる 4 年制のデンタルスクールに入学することになります。皆様方は御存じだったと思いますけれども、以前は大体 4 年生の中の 2 年次までに基礎を中心としたパート 1 の国家試験に合格する必要がありました。あと 4 年目の半ばまでにパート 2、これは臨床に従事したものに通る必要がありました。パート 1 に関してはこの 8 月で廃止になりました。パート 2 は 2022 年 8 月に廃止されるということで、現在は INBDE (Integrated National Board of Dental Examination) に移行しています。現在は移行期間で、2022 年 8 月 1 日以降はこれに一本化されます。この導入の経緯は、Clinical なものを考えられる歯科医師の養成ということで出題内容が変わってきて、今、日本の CBT と同じような試行問題を出して統計を取っているところです。その後、4 年目の夏に、全米を 5 つに分けた Regional 試験で、そこで夏には CBT とマネキンを使った試験、そして 1 月～3 月にかけては実際の患者を使った実技試験ということで質の担保をしています。その後、就職が決まった所、例えばオレゴン州ならばオレゴン州の開業試験、これも一種の国家試験みたいなものですが、これに受かるとその州で開業ができることになっています。アメリカの特徴としては、デンタルスクールからその専門医のところまでを第三者機関の CODA (Commission of Dental Accreditation) が一括管理しています。CODA がその認証評価も行っているということです。日本の場合、現在のところは機関別認証評価と、国立大学の場合は国立大学法人評価があり、分野別評価では、このような質の担保はグリップしていないことになります。

イギリスはちょっと変わっていて、5 年制の歯学部ですが、これのコントロールはやはり第三者機関の GDC (General Dental Council) で専門医までグリップしています。ここの認証が厳しく、質の保証は認証評価だけでやっているということです。臨床実習開始前には各大学で Clinical な Examination をしますけれども、各大学ベースになっています。国家試験もありません。その後、Dental Foundation Training が 1 年、Dental core Training が 2～3 年ありますけれども、その間には MFDS の試験がありますけれども、これ

は受けるか受けないかは自由だそうです。専門医のトレーニングも、これは GDC がきちんと決めたプログラムになっています。GDC のコントロールが非常に強いものになっています。

それでは台湾はどうかということですが、基本的には日本を追随しているような形でした。何が変わってきたかは、歯学部は 6 年制ですが、臨床実習開始前の試験は、OSCE だったのが、もう少し変化して、D-OSCE、歯科医師に特化した OSCE を導入していたわけですが、現在ではそれをやめて、技能重視の PICA(pre internship clinical assessment) テストに変わってきました。これは前歯部のブリッジの形成、6 番の窩洞形成、4 番のエンド、髓室開拓で、根管口明示、根管拡大のところまでやって、あと幾つかの選択問題があります。その後の試験に関しては、日本と同様に技能試験を臨床実習終了時にやるか、国家試験の中にその技能試験を入れるかが今議論になっています。現在のところ国家試験に関しては日本と同じように、知識ベースの国家試験になっています。臨床研修は 2 年あって、1 年目と 2 年目となっています。その後、後期研修・専門医・大学院に行くという、日本と同じようなシステムになっています。

まとめますと、アメリカ、イギリスでは認証評価できちんとした質の保証を担保するとともに、アメリカでは技能を重視した試験が INBDE、regional 試験、そして開業試験があるということです。以上です。

○田上分科会長 どうもありがとうございました。まず、3 つの資料について説明いただきました。本日この会議は、第 1 回目の分科会ということですので、これら共用試験あるいは臨床実習等に関する意見として、幅広い御意見をお願いしたいと思っております。参考人として参加いただいております皆様方からも御発言いただいてもよろしいかと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

最初の資料 1 で説明いただいたように、資料の最後に論点として 2 項目挙げてあります。例えば共用試験(CBT・OSCE)の公的化という動きが医学系で動いてきていると。そこで、歯学系についてもこれについて広く意見を頂きたいということですが、このことについていかがでしょうか。共用試験の信頼性ということについては、先ほど御説明いただいたとおりで、様々な会議では、かなり活発な意見交換がなされたと同っているところですが、いかがでしょうか。この辺りは、医学系の動きというのを一度整理して事務局から説明いただければと思いますが、よろしいでしょうか。

○小嶺歯科保健課長補佐 事務局です。医学系の動きについては、参考資料 9～12 がこれまで医師の分科会で議論された内容になっております。参考資料 9 の 2 ページを御覧ください。医師については、医療法及び医師法の一部を改正する法律、平成 30 年の法改正の中で、この第 2 条の赤字で書いてある所ですが、「大学が行う臨床実習をはじめとする医学に係る教育の状況を勘案し、医師の資質の向上を図る観点から、医師法の規定について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後 3 年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする」ということで、教育の状況を踏まえて議論をなささいという

ことになっているという背景があり、議論が始まっています。

参考資料9を見ていただくと、今回、本会議でお示しさせていただいたのと同じような形で医師の流れがまとめられています。医師についても Student Doctor の制度が先行して動いていましたが、そういった背景を踏まえ、また、医師については診療参加型臨床実習というのをより進めていくためにどう考えるかというところも含めての議論であったかと思えます。

それから、17 ページを見ていただくと、医師については卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言ということで、2018 年 5 月に日本医師会と全国医学部長病院長会議から提言が出ているということも背景にあるかと思えます。1 回目の会議が 6 月 19 日に行われて、医師のほうでも幅広い議論の上で、その後 8 月 1 日に 2 回目の議論、OSCE の公的化についてどう考えるかということ、それから、Student Doctor の公的に位置付けた場合の診療参加型臨床実習の在り方についてというところを、より議論を深める形で 2 回目の議論が今、行われているという状況です。以上です。

○田上分科会長 この辺りの内容については、歯学系の全国歯学部長会議においても様々な議論がなされてきていると理解していますが、その辺りの現状での歯学部長会議での動き等について、分科会委員よりも、参考人として参加していただいております前田先生、いかがでしょうか。現在の歯学部長会議での議論等については。

○前田参考人 歯科大学長会議で、まずは Student Dentist の問題をどうするかということになりました。Student Dentist の運営協議会は歯科大学長会議のメンバーと共用試験側からのメンバーで構成され、設置を合意して、一応 3 月 31 日にテンターティブな制度を設計して、現在、仮認定が始まり、国立大学から認定が始まってきたということです。

もう 1 つは認証評価の問題がありますが、これは、はっきり言ってまだほとんど進んでいないというのが大きな現状です。内容に関しては、今のところ文部科学省の補助金を基に、どこに依頼するか、業務委託するかということで、基準協会にやるということも決まりました。実際問題、第 3 サークルにおける大学評価に関して適応させるために、評価基準の見直し等の議論が始まったとは私どもは伺っておりません。

あとは、CBT、OSCE に関する対応に対して、若干議論があったということです。3 点ぐらいでしょうか。以上です。

○田上分科会長 まだ余り具体的なところまでは。

○前田参考人 一番具体的なところにいるのは Student Dentist で、ただ、どういう問題が出てくるかが分からないということで、トライアルを 2 年ぐらいやるということになっています。本格実施に関しては、新しいモデル・コア・カリキュラムに対応した CBT の試験が行われた時に、本格的な運用をしていこうということになっています。以上です。

○田上分科会長 今、説明いただいたような状況ということですが、共用試験の公的化ということで言うと、質の担保あるいは臨床実習をしっかりした形で実行していくために、

Student Dentist の位置付けのためにも必要な流れではないかということが、今回の資料 1 に提案されている論点の趣旨と受け取ってよいかと思いますが、この辺りについていかがでしょうか。意見としてはなかなか述べにくい内容かもしれません。

○一戸委員 先ほどの小嶺補佐の御説明でちょっと教えていただきたいのですが、先ほど出していただいた参考資料 9 の 2 ページで、これは医師法を書き換えるというか、何か表現を変えるということを想定しているということなのでしょうか。

○土岐歯科保健課長補佐 医事課補佐の土岐と申します。こちらの検討規定ですが、医師法の改正も当然その射程には入っていると考えていただいてよいと思います。医師の分科会の検討の中では、Student Doctor の取扱いの議論もしており、その中で、医学生の実施する医行為の取扱いについて、今、違法性阻却という形で行われているものについて、今後どう考えていくかといった議論もしております。もしその部分を整理することになれば、医師法に手を入れることになるのかなと考えております。

○一戸委員 私、歯科麻酔科なものですから、歯科医師の医科麻酔科研修のガイドラインを以前に厚労科研で作らせていただいたときに、そのきっかけとなったのは、東京都内の病院で歯科医師が医科の領域の麻酔を掛けていて事故を起こしたことでした。そのときに、調査委員会に参与していただいたある弁護士さんが、ガイドラインというのは課長通知で出ているので、課長通知で歯科医師法、医師法を縛るとするのは、法体系上とても変だ。なので、違法性阻却のために、本当に歯科医師の医科麻酔研修が必要だったら、医師法の中にそういうことも書き込めと。法律家としてはそういう意見だということをおっしゃったのです。それは現実的にハードルが高いのでしょうかけれども、ただ、課長通知で法律を縛るのは絶対おかしいということはかなり強くおっしゃったので、今回、お話を伺っていて、本当に必要であれば、医師法、また、これが進むのであれば歯科医師法もそういうことを考えないといけないのかなと先ほど聞いていて感じたものですからお聞きいたしました。

○田上分科会長 私どもも違法性の阻却ということで、それに基づいて大学では学生の臨床実習、侵襲行為を含むような内容まで当たり前のようにやってきていたというのが現状ですが、そういうことだと、しっかりした法的な整備が必要なのかというところですか。いかがでしょうか。

○三浦委員 共用試験といっても、CBT と OSCE では公的化に至る道のりはかなり違うように思うので、考えるというのも議論の中では有りかなと思います。OSCE については、公的化する際に模擬患者の手配等、実際的に課題となるところも多いようにも感じます。

一方、CBT では合格基準をどのように設定するかが課題として書かれていますが、先ほどの齋藤先生からの御説明を聞く限りですと、この辺りは工夫次第で公的化にふさわしい形にできるのではないかなとも思うところです。共用試験といっても CBT と OSCE は考える論点がちょっと異なってくるような気もするので、その辺りを勘案して議論を進めていくといいのかと思いました。

○田上分科会長 ありがとうございます。

○江藤参考人 共用試験の副理事長の江藤です。ただいまの御意見ですが、もともとこの議論というのは、国家試験は法的には知識と技能を試験すると規定されているところにあります。ところが、試験の制度設計上、実技試験の実施はなかなか難しいということで知識の試験、ペーパーテストになっているわけです。そういった意味では職能教育における実技の評価というのは必須であろうと思われまます。試験制度の設計上は難しくても、これは一応、二者一体という考えのほうがよいのではないかと思われまます。これは共用試験の見解ということではなくて、公的化といった場合にそういったことが必要ではないかと思われまます。というのは、社会的な評価として、職能教育というのはできてなんぼの世界でしょうとの認識があるからです。国家試験が1回のみペーパーテストによる知識の評価のみの試験が負担過重になっているというのは、改善の余地があるというのはかなり前から指摘がありますので、そこら辺のところは検討の余地があると思っております。以上です。

○田上分科会長 技術評価をどうするかという問題はあるにしても、技術教育は歯学教育の中で非常に重要な部分であるということです。いかがでしょうか。

○柳川委員 歯科医師会の柳川です。これまでの説明で、共用試験の公的化ということについては、当然ですが違法性の阻却というのが大きな課題になっているというのは理解しています。一方で、今もちょっとお話が出たように、歯科について座学偏重だという御指摘がありますので、そういった共用試験の段階で公的な位置付けというか、しっかりしておくことで、更に臨床参加型実習に進みやすいということであれば大いに理解できるし、賛成です。

1つ伺いたいのは、医科のほうの議論で医師法の改正も視野に入れられているということですが、例えば Student Doctor について資格として明確化されるとか、イメージで結構なのですが、教えていただければと思います。

○土岐歯科保健課長補佐 分科会の場で御議論いただいている範囲においては、Student Doctor の行う医行為をどう考えるかというところまでしか議論としては出ていないところで、その先の制度上どういう設計をしていくのかとか、法律上どういう位置付けをしていくのかというところについては、まだ具体的な議論がそこまでいっている状況ではないと理解しております。制度設計に関しては、当然、法制的にどういう造りにするのかということも含めて、こういった分科会での御議論を頂いた後に、我々、事務的にも詰めていく必要があるかなと考えています。

○田上分科会長 ほかによろしいでしょうか。

○市川委員 先ほど一戸先生が言われたように、法の整備の面からはきちんと進めていただければと思います。一方で、共用試験の公的化というところですが、公的化の意味するのは、ただ規則のなかに入れるということと同時に、これをきちんと共用試験が公的化に資するもので適切に運営できているかを担保することも非常に大事ではないかと思うわけです。これまで大学が歯科学生をきちんと育成しているという前提の上で国家試験という

のが成り立っているわけですから、そういった意味でも共用試験をオーソライズする、評価することが大事だと思います。

私も大学人ですから、大学の立場もありますし、今日は厚生労働省の委員ですから患者、国民の立場もあると思います。患者、国民の立場から言えば、共用試験が公的化に資するものであるかをきちんと評価していただくと言うことでしょうか、大学人から言えば、公的化について学生に対してきちんとその説明責任が果たされているかどうかという。ことになります。ところで、共用試験というものには現在、大学における認証評価に相当するような外部評価というものはあるのでしょうか。

○江藤参考人 必要だと思いますが。

○市川委員 今のところはないというわけですね。

○江藤参考人 ただ、内閣府による公益認定を受けてますが、先生がおっしゃるような第三者評価という形での評価はないです。ただし、公的化に向かっては、そういった外部評価というのが必要になってくると思われま。ただ、公的化というのは共用試験自体が言うことではなくて、これは国の制度ですから厚労省の所管だと思います。

○田上分科会長 公的化が具体的にどういうことを指すのかということも指摘されたところですが、厚労省としてはこの辺りはどのようにお考えなのでしょうか。

○土岐歯科保健課長補佐 まず、今行われている OSCE とか CBT を公的に位置付けるといっても、公的に位置付けるというのがどういう効果を持たせたいのかということとセットで考えていただく必要があるかなと思っております。医科のほうの検討では、そこが正に Student Doctor として、医学生が行う医行為と、CBT であつたり OSCE を公的に位置付けるということの意味というのをセットで御議論いただいているものと認識しています。

○田上分科会長 それで論点 1、2 というのはつながってくるということですか。

○前田参考人 私は Student Dentist の運営協議会の座長もやっていて、どのようなカットオフラインを決めるか、制度設計をするかというのを半年ぐらいにわたって議論したのですが、そのときに CBT の IRT スコアというのは非常によくできていて、これはどこの大学の先生も言うのですけれども、CBT の成績と国家試験の合否というのは相関しているぐらい精度があるようなものなのです。いろいろ大学の規定を調べると、大体が 60% を進級要件にしていますと。そうすると、60% というのは IRT でいうと 400 です。400 という、統計学的に  $\text{mean}-1.5\text{SD}$  で大体 6% が不合格する値です。そうやってみると、医科も  $\text{mean}-1.5\text{SD}$  の所が 360 でしたかね、ぐらいのところでもカットオフ値を作っていると。

歯科の場合は、IRT と素点を比べると、全体的に素点が高いのです。結局どこの大学もはじめ 60 点でカットオフ値にして、そこで不合格にしていたのですが、それだとはっきり言って国家試験は全く通らないという状況になってきて、IRT スコアが 500 という大体平均値ですから、そうすると大体今の CBT の平均が 74% ぐらいですか、そのぐらい上になっていますので、現在では大体 70 に今セットしてきたという形になっています。度数分布もちゃんと共用試験の冊子に出っていますが、これを見れば大体どの辺の順位かとい



う全国順位も分かるので、統計学的には CBT の信頼性は非常に高いと。なので、IRT の標準スコアでカットオフ値をどうするかということだけが、すぐ議論になっていきました。

ただ、OSCE の場合は、合格率が 99.5%、再試験は各大学に任せられているということで、どのようにして Student Dentist を与えるかというときに、結局、合格と認めたものは合格と。点数を出してもらったものは、IRT の標準スコアの申請書にはきちんと書いてもらって何年度というようにやったのですが、OSCE の場合はきちんとした IRT のような客観的な指標がないので、合否というだけになっている状況です。OSCE の場合は、モデル・コア・カリキュラムの改訂のときの臨床実習の内容と分類を作ったのですが、それにまだちょっと齟齬があり、合っていないのです。モデル・コア・カリキュラムの改訂のときには、臨床実習に上がる前の基礎実習の項目を新たに平成 28 年度改訂で F で作りしました。それをきちんとやって、OSCE があって臨床実習に上がっていくというふうに作っているのですが、今の OSCE の学習課題がモデル・コア・カリキュラムと少し齟齬があるということと、客観的な評価の信頼性をどうやって上げていくかが OSCE の問題かなと、Student Dentist の会議ではそういう議論がありました。

○田上分科会長 ありがとうございます。

○林委員 今回、教えていただいた IRT は 400 前後が非常に相関しているというのはよく理解できて、それが患者さんの要求に応える水準に合致してきているというのも理解できました。一方、前田先生から御提示いただいたアメリカやイギリスの例は、early exposer になっていると思います。イギリスは、例えば 2 年、3 年、4 年というようにペリオから始まり、エンド、補綴、最終的には総合的なことができるようにということになっていると思います。このように、がっちり標準化してしまうと、前倒しにしていくことはちょっと難しくなるようなイメージがあるのですが、それは何か日本独自の工夫で、若いときから臨床に触れられるような独自の工夫が要るのかなとったりもいたしました。今の議論を伺っていると、大体 1 年ぐらいで臨床を終わってということなのですが、海外の人と議論すると、たった 1 年なのかとよく言われますので、その辺りの何らかの工夫が必要なのかなと感じました。

○田上分科会長 いかがでしょうか。

○三浦委員 臨床能力の評価で、共用試験においては CBT、OSCE を一体化して考えるべきということで、御説明を伺ってそのとおりだと理解したところです。一方、OSCE の現状を考えると、そのまますぐに公的化へ進めるのは正直厳しい状況かと思っておりますので、まず OSCE の評価の精度を上げていくことと Student Dentist との関連性の整理をしていかないと、両者一体としての公的化の議論はなかなか先に行かないような気もするところです。その点も含めて、何かヒントになるような情報を頂ければ幸いです。

○田上分科会長 確かに OSCE の評価は、CBT と違って、かなり合格率も高いということです。私が卒業した頃は実技試験があった時代です。実技試験の課題は余り選択の余地がなくて、大体決まっているような内容でしたが、それでも実技試験に向けてかなり練習

して、技術の向上を全員が図っていたわけですから。その結果、実技の評価でどうだったかという、実技で落ちるということはまずなかったという、現実にはそういう試験だったというふうに経験しております。それでもかなり技術の向上が見られたということもあるので、OSCE についてはまた新たな、非常によく準備された内容になっていますので、もっと良い評価法も出てくるのではないかと思います。参考人で参加していただいておりますが、齋藤先生、CBT についてはかなり詳細な説明を頂いたのですけれども、OSCE について少しコメントを頂くことはできますでしょうか。

○齋藤隆史参考人 OSCE に関しては次回以降で議論すると伺っております。

○田上分科会長 次回ぐらいまで、そうですか。この場では、OSCE についてどう評価していこうかという問題提起がされましたので、今後、議論していくということによろしいでしょうか。

○前田参考人 先ほど、台湾の所で少しお話しましたが、はじめ台湾は OSCE を臨床実習前でやっていたのが、今は PICA(pre internship clinical assessment)になったというので、先ほどちょっとお話しましたが、1 番から 3 番までのブリッジ、そして 6 番の MOD 窩洞形成、ラバーダムを掛けて 4 番の髓室開拓、根管形成というのに加え、OSCE でやっているような抜歯鉗子を選ぶというコンビネーション方式に変わってきたのです。だから、OSCE から実技試験をプレに入れてきたということになります。そうすると、実技試験を入れると割と精度が上がってくる、それで変えたというようにして情報を頂きました。

○井上委員 そうすると、OSCE の論議をするときに、できればプレの OSCE と臨床実習終了後の OSCE とどう関連付けるかということ、やはり実際に臨床実習でどういうことをやらせるかということが非常に大きくなるかと思っておりますので、そういうところも含めて、次回になりますか、そういう会議のときには是非、構想をお知らせいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

○田上分科会長 論点の 2 点目に挙がっている Student Dentist の位置付けということで、しっかりした臨床実習を行ってよろしいという形の制度としていくためには、共用試験のところでの公的化というのは必須の流れのようなところかと思っております。

○一戸委員 CBT の IRT のことでちょっと教えていただきたいのですが、先ほど齋藤先生から説明いただいた資料の 30 ページで、歯学系の CBT の IRT の基準集団というのは 2013 年、単年ですよね。医のほうは 3 年の平均で、しかも安定している時期を選んで基準集団にしましたよね。歯のほうは、なぜ 2013 年だけを選んで基準集団にしたのでしょうか。

2013 年だけが○一戸委員 素点が低い年を IRT の基準集団としたということは、ここで 500 と 350、400 とこの素点を基に IRT の数が決まっていくわけではないですか。なので、素点が低いのを基準集団にすると、現在の IRT のスコアというのは必然的に高くなっていくということではないのですか。

○前田参考人 IRT の基準集団の見直しという話は、信頼性向上委員会でも話が出ています。各大学が今、どういうわけか IRT スコアがどんどん上がってきていますよね。各大学

のカットオフ値を高くしているから学生が勉強するようになったとか、いろいろな話もありますが、2013年を選んだ理由は、IPADの共用試験の資料で37ページを御覧いただけますか。テスト得点(素点)・IRT標準スコアの平均値の推移とありますよね。2006年から始まってきましたが、はじめ共用試験の意義として80点ぐらいの試験にしましょうという話でしたが、実際問題、セット組みのときに平均点は当然予想できますよね。それが試行問題をやって予想できてきて、だんだんプラトーになってきたら、取りあえず2013年にしましょうというので選んだのが2013年だと私は理解しています。

ただ、2013年のIRTの標準スコアの集団が良いのかどうかというのは、やはり今検討していて、医科と同様に3年ぐらい見てやったらいいのではないかという話は伺いました。どこを取ってくるかというのはこれからの議論で、多分、今の状態で試行問題をやってきて、新たなコアカリで出題される2022年でしたかね、そのときにまたIRTの基準集団の見直しがくるでしょう。ただし、IRTの標準スコアは、結局は標経年的に使用できる標準偏差ですよね。経年的な標準偏差なので、余り変わらないという予想は立てていると思います。正確なことは分かりませんが。

○一戸委員 いろいろな状況はあるのでしょうかけれども、医学系のほうを見て数年間の平均で、基準となる集団を決めているわけですから。

○前田参考人 医学系のほうがIRTを導入した時期が早いのですよね。歯科は平均点がブレていたので、IRTで評価するということが歯科の場合は遅れていたという実際問題もあるかと思います。

○一戸委員 ただ、複数年の基準集団を基にというほうが納得しやすいのではないかなど。

○前田参考人 そのがいいと思っています。

○田上分科会長 ほかにいかがですか。

○西原委員 今日せっかく参考資料9で、医師分科会の情報を頂いているのですが、この歯科医師分科会が今後進めていく方向性として、参考資料9の19ページに論点の整理を2点していただいております、「シームレスな医師養成に向けた改革全体案」とあります。今日は歯科医師の場合、共用試験に関連する先生方に御意見を頂いて、CBT、この次はOSCEということですが、今、医師分科会も並行してずっと行われていると理解しているのですか。

○土岐歯科保健課長補佐 はい、おっしゃるとおりです。

○西原委員 そのようなときに、下のほうにグリーンで両方向型のインサートがあって、「EPOC等による一貫した評価・管理」と「CBT・OSCEによる一貫した評価」とありますが、この辺は今後どのような議論が展開していくかというのは、まだ今後の問題だとは思いますが、何か頭出しの御意見とか、医科分科会の中で出ているのですか。というのは、文部科学省と厚生労働省の省庁を超えて、何らかの施策を打たないとこのようなことができないとしたときに、医科のほうは何かお考えがあってこのような書き方をされているのですか。

もう少し平たく言いますと、文部科学省が医師歯科国家試験まで、そして、歯科医師国家試験が終わった後の卒後研修と生涯研修を、今後、厚生労働省が考えながら、ここに一番キーワードとして「シームレス」とあります。このシームレスは会話しないとできないところだと思いますが、先ほどの前田先生の外国の事例も、組織としてしっかりした基盤があればシームレスはできるのですが、省庁間の調整も含めて、あるいは法律の改正も先ほど医師法、医療法の話がありましたが、様々な問題がこれから先に想定されてくるときに、この医師分科会がどの辺まで踏み込んで大胆にものをクリエイティブに作っているのか、作っていったいいのかなというように思いがあるのでお伺いしたい。

○土岐歯科保健課長補佐 医師分科会での御議論につきましては、先ほど背景も含めて小嶺と私のほうから御説明したとおりです。シームレスな医師養成に向けた改革という観点で申し上げますと、先ほど御説明した共用試験の公的化と、Student Doctor をどう考えるかということも含めてですが、この緑色の棒の上側の一番右側ですが、学部と臨床研修をなるべく圧縮することで、要は基本的な診療能力の修得が早期に可能になるようにということも含めて、医師偏在対策とのつながりも含めて御議論は必要だと思っております。

実際に文科省との連携という部分ですが、例えば臨床研修プログラムの到達目標みたいなものを、医学部のコアカリキュラムと整合性を持ったものに改正していくとか、そういった対応も別途行っており、その辺も含めて文科省とも連携してシームレスな医師養成を進めていきたいと考えております。

○西原委員 今伺って、我々も研修の教育プログラムを考えるときは同じように動いています。そこで、もう1つ踏み込んで伺いますと、医科の場合、プレ OSCE と Post CC OSCE で、先ほどの前倒しで学生の医行為を考えていくときに、やはり Post CC OSCE に比重がかなり高めに今後設定されていく。言い方を変えますと、Post CC OSCE の位置付けというのは非常に重たいものになってくる可能性があるのですか。議論の進み方においてどのようにお考えですか。

○土岐歯科保健課長補佐 医師分科会のほうでも、OSCE についてはいろいろ御意見が出ております。特に Post CC OSCE の部分については始まって間もないということもありますし、その評価をどうしていくかというところについては実は慎重な意見も出ているところですので、今後更に議論を深める必要があると考えております。

○西原委員 ということは、今後我々が進めていく中で、厚生労働省の動きとしては、医師分科会とのコミュニケーションもこれまでと同じようにしながらという理解で、我々はそう考えながら活動していったいのでしょうか。

○小嶺歯科保健課長補佐 事務局です。それは医師分科会の動きも見ながら、一方で歯科医学教育、歯科医師の養成に特有の部分もあると思いますので、そういったところは全く同じようにできるかどうかは、また御議論いただきたいと思いますが、もちろんそこは連携をしながらやっていきたいと思っております。

1 点補足をしますと、医師のほうの 19 ページの「EPOC 等による一貫した評価・管理」

の部分で、少し医科のほうで議論が進んでいる部分として、臨床研修の評価を今 EPOC を使って行われているわけですが、卒前の臨床実習に当たる、卒前の教育での臨床技術の評価に関しても、EPOC をベースにした共通の評価指標、評価の仕組みを作ろうという議論が、今、医科のほうでは進んでおります。それで医科の分科会のほうでは「EPOC 等による一貫した評価・管理」が、今後目指すべきところとして独立して書かれているという状況です。歯科ではまだその部分までは議論が進んでいませんので、合わせた形で CBT・OSCE の評価も含めての「一貫した評価・管理」という書き方を今回はさせていただいております。

○西原委員 ある意味、今後の努力目標、到達目標的に考えていると。分かりました。

○前田参考人 追加でよろしいですか。今の西原先生のお話ですが、私はモデル・コア・カリキュラムの改訂のときに、医科のモデル・コア・カリキュラム改訂と臨床研修のモデル・コア・カリキュラムの合同会議に出席しました。それで医科の資質能力のモデル・コア・カリキュラムと臨床研修での到達目標を一致させようという会議がありました。

歯科の場合は参考資料 6 の 6 ページ、これは今年の医学教育のワークショップで荒木企画官がこれと同じようなシェーマを出しましたが、モデル・コア・カリキュラムと歯科医師国家試験の出題基準は整合性を取りましたと。しかし、臨床研修の到達目標は取れていないというお話をされて、ここがシームレスのを考える上での問題の一つではないかという話をこの間の講演で伺いました。

確かに歯科医師国家試験の出題基準の改訂に私は参加しましたが、そのときは総論の所とモデル・コア・カリキュラムの内容を見ながらやりましょうというのはありましたが、臨床研修に関してはそこまでいっていなかったというのが実際のところでした。

○柳川委員 今の論点とまた違うのですが、できたら参考人の皆さんから意見を頂きたいと思います。この共用試験が公的化されるとなったときに、今でも公的な部分が多いと思いますが、先週の金曜日にも国家試験の改善検討委員会がありまして、そこでの議論で例えば、必修問題をもっとベーシックなものにしていく、本来の位置付けでいくのだというのはそのとおりでと思いました。特に CBT についてですが、もしも共用試験が現在よりも公的化されますと、いわゆるその後の国家試験との役割分担といったものがはっきりしてくる、変わってくるというか、そういう可能性はあるのですか。

○江藤参考人 共用試験 CBT は基礎ないしは臨床基礎、国家試験は臨床実地というのはかなり前からそういうすみ分けをすべきだという議論はあります。それによって、現在の国家試験の受験生の負担荷重が減少するだろうという話があります。医科のほうは、共用試験と国家試験の用語の統一とか準備に取り掛かっているというように聞いております。ただ難しいのは、毎年新しい受験するという状況を考えると、公平性の面からいきなりドラスティックに国家試験を改革するのは困難なために、部分的な改善の積み重ねをやらざるを得ないという事情があります。ですから、先生の御指摘の点は、関係者は十分に考えていると言っているかと思っております。

○田上分科会長 ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。

○小嶺歯科保健課長補佐 事務局から、1つ前の議論に戻って補足をさせていただきます。歯科医師臨床研修の到達目標については、先ほどお話がありましたように、今、正に議論をしている最中で、今回モデル・コア・カリキュラムと整合性を取るようにということで到達目標は割と大きな見直しをしている最中です。また、議論が進みましたら、この分科会の中でも状況を御報告できるかと思います。

○田上分科会長 様々な議論の中で、卒前の教育というのは臨床研修を受けるに際して必要な能力を養成するという考え方もあるわけですが。その辺りは今まで例えば学部の臨床実習の内容を考えると、卒後の臨床研修の内容を考えると、なかなかコミュニケーションが取りにくかった。そこが正にシームレスな教育ができていなかったということで、やはり一貫した形でその辺りを管理できるような組織作りも必要かと我々は普段からよく感じているところです。

またコア・カリを考えると、early exposure という言葉が随分言われて、諸外国のカリキュラムを見たときには、歯学部に入れば1年目から口腔内を触わって簡単なスクーリングをやったりということがあったわけですが、CBT というのが入ったことでかえってCBT・OSCEの後でない臨床に出られないということになって、日本では非常にほかの国と比べて、early exposure と言いながらも、それが達成できていないということもありました。様々なそうしたことが今まであった中で、それらをうまく生かして、今回の議論の中で共用試験の公的化、臨床実習をしっかりと充実したものにしていくための Student Dentist の位置付け、あるいはその後の臨床研修の在り方にまで話が及ぶような形の議論ができればと思っております。ほかに何かありますか。

○佐々木参考人 東北大学の佐々木です。今、座長からシームレスの意味合いについて初めてきちんとした形で出たなと思っております。私はそこで、例えば医科で議論されている内容と歯科で議論されている内容は大分意味合いが違える部分があるのです。要は、医科の臨床研修、そして後期研修というのは、あくまでもその後の専門医制というところを見据えた形でやられていると思うのです。結局、外科と内科は全然別な所に行ってしまうしというところがまず大前提としてあって、その中で臨床研修あるいは臨床実習、Student Doctor というものを考えているのだろうと思うのです。

我々が考えるときに、しかしシームレスだと言っても臨床研修のところぐらいまでしかいかない。私たちはその部分はもう少しきちんと考えておいたほうがいいのかと思います。というのは、アメリカやヨーロッパはしっかりとした形での臨床実習とかの評価をやられているとみんなで見っていますが、あそこでやられているのはあくまでも高頻度治療の所の担保なのです。その辺も私たちは、今回の議論の上では是非頭に入れて議論を進めるようにしたほうが、何から何まで一緒になってしまいそうなので、その部分は私は皆さんと情報共有をしながらやっていきたいと思っております。

○田上分科会長 どうぞ。

○前田参考人 学部長の立場でいくと、今の歯科医師国家試験の出題内容に対応するのは国立大学はなかなか難しい。コア・カリはいいけど難しい。モデル・コア・カリキュラムと国家試験出題基準は少し離れているという感じがあります。この委員としては、私の1つのプロポーザルとしては、アメリカの INBDE が今試行されていますが、そこに参考問題が Web でたくさん出ているのです。それは、結局、臨床実習が終わったときにやる試験なので、今やられている歯科医師国家試験の改善部会でそういうものを供覧して、こういう内容のものを国家試験の各論、臨床実地問題にこういうイメージで作ってくださいというようなことを提言していく。国家試験が変わると、臨床実習をやっていないとできないのだということになってくると思うのです。ですから、改善部会で一度 Web からダウンロードして見て、臨床実習の後でアメリカとしてはこんなことを考えているのだということとを共有していただけるといいのではないかとと思います。

○田上分科会長 ありがとうございます。いかがでしょうか。

○沼部参考人 日本歯科大学の沼部です。歯科医師国家試験の話が出てきたので、思っていることを少しだけお話ししたいと思います。

今回の話は、シームレスな歯科医師養成に向けた改革全体案で、医科と比べるという話があったのですが、医科と歯科の大きな違いというのは、恐らく歯科医の方々はみんな分かっていると思います。歯科医師国家試験がかなり高難度化しているという部分です。大体、現役で 100 人中 70 人ぐらいです。普通の浪人も含めると 65%、3 人に 1 人は落ちるという国家試験であるということです。となってくると、こういうものがその間に挟まっていますと、前後に大きな影響が出るのです。例えば診療参加型臨床実習についても、本当は技術領域のところを勉強しなければならないのに、かなり知識領域の勉強に食われている部分があって、やはり、ゆがんできているような気がするのです。

恐らく、今、誰もが 2,000 人合格者であるというのを、これは資格試験だとは思っていないと思うのです。合格者がたまたま 2,000 人になったということで、ここ数年来移行しているということですが、やはり学生はそうは思っていない。上から 2,000 人しか受けられませんということ、それを突き付けられているのが歯科医師国家試験なのです。ですので、この辺りを考え直す必要があるように思います。恐らく、歯科医師会の需給問題等の絡みもあると思いますし、歯科医師国家試験の試験改善部会のほうでも、こういう議論もあるのかもしれませんが、やはり医科とは違う中でシームレスということを考えていかないと、歯科の実情に合わないもので制度を作ってしまうような気がします。その辺りを少し注意をして話を進めるべきではないかと思いました。以上です。

○田上分科会長 ありがとうございます。ほかにいかがですか。よろしいでしょうか。医科の議論もいろいろ参考にしながらということですが、例えば診療参加型臨床実習という言葉一つ取っても中身がかなり違くと。歯科の場合には卒業時点で一人で患者さんを担当して、侵襲的な医療行為をほぼ全ての領域でやっていくということもありますので、そういうことも十分に歯科の特殊性を踏まえた上での議論も必要かなと、皆さんの議論を聞き

ながら思ったところです。今後、少し回数を重ねて、詳細な議論に入っていければと思います。

もうそろそろ予定の時間になってきておりますが、何かほかに御意見ございますでしょうか。よろしいですか。

○市川委員 シームレスということで、それぞれの段階での理念、例えばスチューデントデンティスト時点、国家試験受験時点、卒後研修修了時点の資質要件や到達目標というのが現状ではどうかという資料があれば非常に分かりやすいと思いますし、先ほど委員長が言われたような言葉や用語の定義をきちんとしておかないと混乱すると思いますので、そういった資料もあれば非常に有り難いです。

○田上分科会長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。よろしいですか。

○斎藤隆史参考人 診療参加型臨床実習、特に自験の定義等ですが、文科省の歯学教育の改善充実に関する調査研究協力者会議フォローアップ小委員会で定義をしていますので、それを踏まえたうえで到達目標の現状、つまり現状で各大学でどう診療参加型臨床実習がどのように行われているのかという実態をまずしっかりと調べる必要があるのではないかと思います。その上で、シームレスな歯科医師養成に向けた取り組みに関する議論を進めていかないと、そこだけ議論が抜け落ちていくことを危惧いたします。

また、先ほどの議論に戻りますが、診療参加型臨床実習を推進するために、共用試験 CBT・OSCE、を公的化していくということですが、診療参加型臨床実習を終了した時点で、その成果をしっかりと評価することができるような国家試験であるべきだと思いますので、やはり、臨床能力の適切な評価が必要になってくると思います。その観点から、共用試験 CBT では知識をしっかりと評価する、臨床実習が終わった段階では臨床能力をしっかりと評価する、そういった国家試験であるべきだと思います。そのようなすみ分けされた試験制度設計により、先ほど沼部先生がおっしゃったようなことも解決されていくのではないかと考えます。

もう1点は、Student Dentist 制度を法的に位置付けることに関してです。現在の臨床実習において大学の先生方は医療安全に特に細心の注意を払いながら教育していると思います。医療事故が起こったらどうしようというところで診療参加型臨床実習に踏み切れないところもあるのではないかとということも聞いておりますので、それを考えますと、法的な整備は必ず必要ではないかと思えます。学生がどういった立場で患者を診療するのかを法的にしっかりと担保していただくことが必要と思えます。例えば、それは大学内での臨床実習に限らず、私の大学の話で恐縮ですが、臨床実習用の患者数が不足している中でどのように工夫して診療参加型臨床実習を進めていくかということが長年の懸案事項でしたが、臨床実習生に多様な経験を積ませ、その中から基本的な臨床能力を身に付けさせようということで、6年前から臨床実習カリキュラムに学外医療機関実習を導入しております。特に札幌の歯科医院を利用させていただき、臨床教授の下で診療参加型臨床実習を推進しています。今後、臨床実習が全国的にそのような流れになっていくのではないかと推測い



たしますが、大学病院での患者数不足、指導医不足がある中で、外部の先生方に協力いただき、しっかりと臨床教育を行っていくということです。外部医療機関においても、Student Dentist 制度の法的整備がしっかりとなされていれば、診療参加型臨床実習がさらに推進されていくのではないかと思います。以上です。

○田上分科会長 ありがとうございます。よろしいですか。せっかくですので、何でも御意見を言っていただければと思います。またこの後も引き続きいろいろと御意見を頂くことになるかと思いますが、まずは本日いろいろ御意見を頂いたということで、これをまた整理して、次回以降に準備を進めていきたいと思っています。更に詳細な点についても議論を深めていきたいと思っています。本日は予定の時間になりましたので、事務局から何か連絡事項がありましたら頂きたいと思っています。

○堀歯科保健課主査 事務局でございます。本日は御審議いただきありがとうございます。今後の分科会の進め方等については、田上分科会長と相談させていただきます。次回の分科会の日程については 10 月下旬を予定しておりますので、どうぞよろしく願いいたします。事務局からは以上です。

○田上分科会長 それでは、以上をもちまして、本日の歯科医師分科会は閉会とさせていただきます。どうもありがとうございました。