

臨床実習開始前スキルスラボ実習フィードバック

年 月 日 (曜日)

氏 名 _____

1. 今日の実習内容

2. 新しく学んだこと・気づいたこと

3. 自分のよくできた点

4. 自分の反省点

5. 次回の実習までの目標 (または診療開始までの目標)

6. 指導歯科医からのコメント・サイン

図 2 スキルスラボ実習プログラムのフィードバック用フォーマット

「スキルスラボ実習フィードバック」は毎回の実習のサマリーを記入する用紙である。参加者は実習終了後に図2に示すフォーマットに従って実習内容の記録を行い、その日に実習した内容で新しく学んだこと、うまくできた点、反省点などを明確にし、参加者自身が実習目標を設定したうえで次回の実習に臨めるようにした。指導歯科医は前回、実習をすでに行っている研修歯科医に対しては、記入されたポートフォリオの記録を基に実習の指導を行った。研修歯科医のスキルスラボ実習プログラムの利用頻度を図3に示す。利用回数は1～4回に分布しており、平均利用回数は2.2回であった。

本研究では、実習の利点・改善点や運営の効率化について検討するため、スキルスラボ実習プログラムを受けた研修歯科医11名を対象に臨床研修の前期終了時点で質問紙調査を行った。質問紙調査の内容を表3に示す。質問紙調査ではスキルスラボ実習プログラムの開始時期や実習した内容、利用してよかった点、改善点などについて回答を得た。質問紙調査は毎週金曜日に行われている研修歯科医セミナーの時間を利用して研修歯科医に協力してもらった。回収率は100%であった。

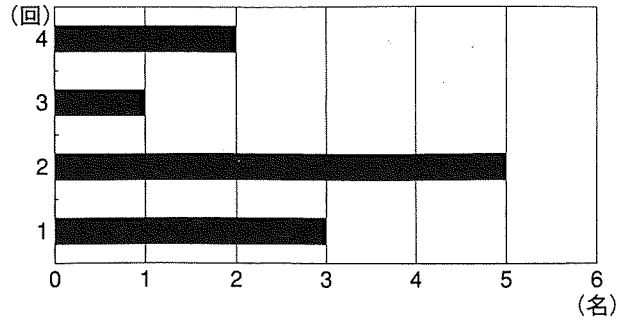


図 3 スキルスラボ実習プログラムの利用頻度

表 3 スキルスラボ実習プログラムに関する質問紙調査の内容

1. 臨床研修開始前スキルスラボ実習の開始時期
2. 臨床研修開始前スキルスラボ実習を行う時間帯
3. スキルスラボで実習を行った内容
4. 臨床研修開始前スキルスラボ実習のよかった点と改善点

結 果

臨床研修前期終了時点で行った、スキルスラボ実習プログラムに関する質問紙調査の結果は以下の通りであった。

1. スキルスラボ実習プログラムの開始時期

質問紙調査の結果から、スキルスラボ実習プログラムの開始時期についての希望は、歯科医師国家試験後からを希望する者(6名, 54.5%)と歯科医師国家試験合格発表後からを希望する者(5名, 45.5%)がみられた(図4)。今回のスキルスラボ実習プログラムの参加者のうち、本学出身者は4名、他大学出身者は7名であり、国家試験合格発表後からの実習開始を希望した5名はすべて他大学出身者であった。

2. スキルスラボ実習プログラムを行う時間帯

今回のスキルスラボ実習プログラムは、歯科医師国家試験合格発表前から臨床研修開始までの短期間のなかで実習時間をできるだけ多く確保するため、午前中の9～12時の時間帯をスキルスラボ実習プログラムの予約時間に優先的に割り当てた。

質問紙調査の結果では、スキルスラボ実習プログラムを行う時間帯としては午前中を希望する者が多く、11名中9名(81.8%)がこの時間帯を希望していた。また、13～15時は11名中5名、15～17時は3名と、時間が遅くなるほど利用希望者が減少することがわかった(図5)。

3. スキルスラボで実習を行った内容

スキルスラボ実習プログラムで実習を行った内容を図6に示す。スキルスラボでの実習内容はインレー窩洞形成(11名, 100%)や支台歯形成(9名, 81.8%)が多く、侵襲性のある治療内容を優先して行っていた傾向がみられた。また、コンポジットレジン充填(7名, 63.6%)やテンポラリークラウンの調製(6名, 54.5%)も半数以上の実習参加者が行っていた。

4. スキルスラボ実習プログラムのよかった点と改善点

スキルスラボ実習プログラムのよかった点と改善点について、質問紙調査の自由記載内容を基に特性要因分析を行った。その結果、よかった点については治療方法や手順をはじめとした「臨床を思い出す機会」、シミュレータや歯科材料などに慣れることができた「経験・慣れ」、指導歯科医に指導を受けたことにより自分の実力がわかったなどの「指導歯科医からの指導」に分類できた(図7)。

また、改善点については練習メニューを増やしてほしいなどの「臨床技能の練習」、タービンの故障などを含めた「シミュレータの不具合」、実習の開始時期や毎回の実習の進行度に関する「実習の進行」などの意見が挙げられていた(図8)。

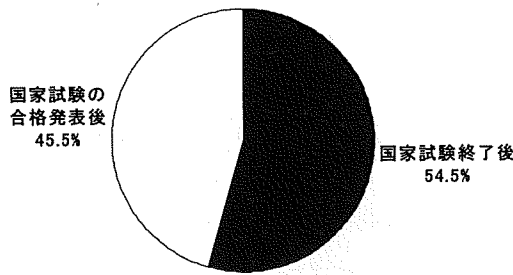


図4 スキルスラボ実習プログラムの開始時期

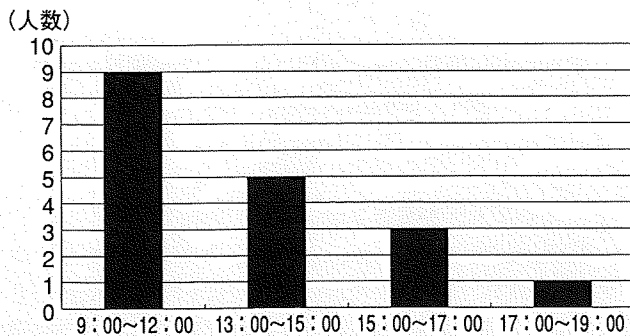


図5 スキルスラボ実習プログラムを行う時間帯

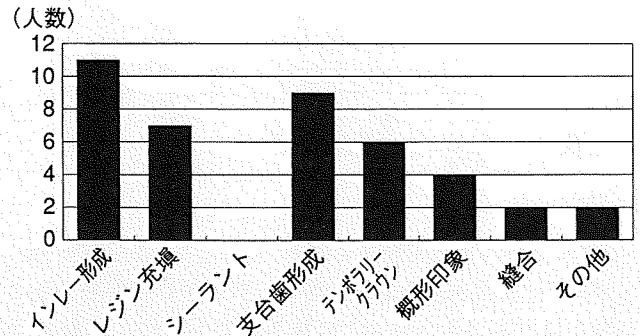


図6 スキルスラボ実習プログラムで行った実習内容

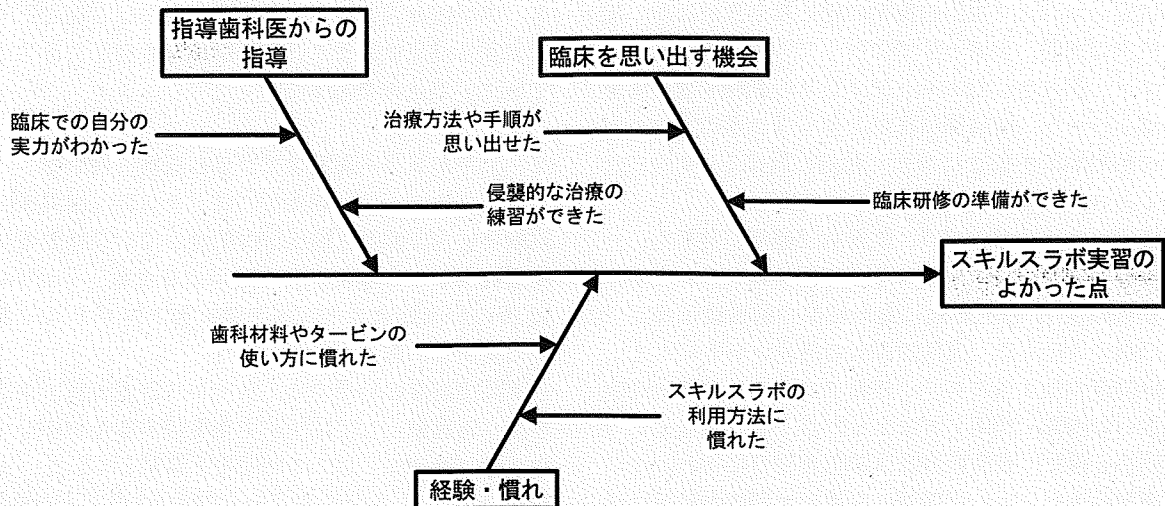


図7 スキルスラボ実習プログラムのよかった点

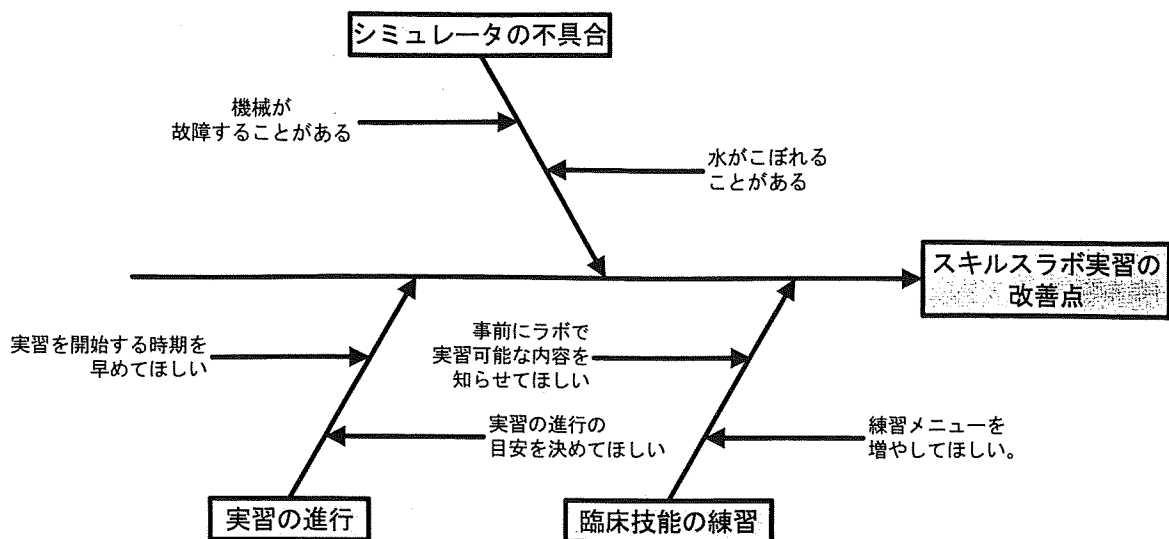


図 8 スキルスラボ実習プログラムの改善点

考 察

1. スキルスラボ実習プログラムの開始時期

質問紙調査の結果から、スキルスラボ実習プログラムの参加者のうち、6名(54.5%)が歯科医師国家試験後からの実習を希望しており、5名(45.5%)が歯科医師国家試験合格発表後からの実習を希望していた。特に歯科医師国家試験合格発表後からの実習を希望していた5名はすべて他大学出身者であり、歯科医師国家試験合格発表後に住居を決めてから実習を行いたいという事情があったようである。また、本学出身者は4名とも歯科医師国家試験後からの実習を希望していたため、次年度以降には本学出身者は歯科医師国家試験後に実習を行い、他大学出身者は歯科医師国家試験合格発表後に実習を行うように実習時期をずらすことも考えられる。

2. スキルスラボ実習プログラムを行う時間帯

本学におけるスキルスラボの利用時間は器材整備などの都合から原則9時半～19時となっており、実習を効率化する理由から通常2時間単位で実習を行うことにしている(表1)。しかし、本プログラムは臨床研修開始前までの短期間にできるだけ多くの手技を練習する機会を確保するため、例外的に9～12時の午前中3時間を利用して実習を行った。質問紙調査の結果では、スキルスラボ実習プログラムを行う時間帯としては午前中を希望する者が多く(11名中9名, 81.8%)、今回の実習で設定した予約時間の枠が支持される結果であった。スキルスラボでは通常、講義や実習後の歯学部学生や勤務時間後の研修歯科医が17時以降の時間帯に利用することが多い。

それに対して今回のスキルスラボ実習プログラムの参加者は17時以降の時間帯を希望した者は1名にすぎず、利用時間はあまり競合しないことがわかった。そのため、次年度以降のスキルスラボ実習プログラムでは基本的には午前中に実習を行うこととし、参加者の希望と指導歯科医の都合が合えばその他の時間帯に予約を取って実施することが望ましいと考えられた。

本実習では参加者への実習のフィードバックを行うことも重要な目的の一つであり、そのためには指導歯科医による指導とポートフォリオの記載も必要である。指導歯科医からは「指導歯科医側の都合のよい時間に合わせてほしい」との希望もあったが、指導歯科医による指導体制を確立するためにも、できるだけスキルスラボ実習プログラムを担当することに負担がないように配慮したいと考えている。

3. スキルスラボで実習を行った内容

スキルスラボでの実習内容はインレー窩洞形成(11名, 100%)や支台歯形成(9名, 81.8%)が多かった。スキルスラボでのシミュレーション実施のメリットとして、一般的に侵襲性のある手技を繰り返し練習できる点が挙げられている^{2,6)}。歯科診療では歯の切削や外科的手技を伴うことが多く、侵襲性のある処置も少なくない。臨床技能のトレーニングを十分に行わずに患者に対して侵襲性のある治療行為を行うことは、倫理的な面からも医療安全の観点からも問題があると思われる^{6,7)}。シミュレータの利用は短期的な臨床技能の向上に役立つと考えられており⁸⁾、臨床研修開始前の時期にスキルスラボでシミュレータを用いた実習を繰り返し行うことは有意義で、臨床研修への円滑な導入に有効だと考えられる。

また、コンポジットレジン充填(7名, 63.6%)やテンポラリークラウンの調製(6名, 54.5%)は半数以上の実習参加者が行っていたが、これらの実習はレジン系材料を使用する内容である。歯科診療では歯科材料の操作に対する慣れは治療の成否に直接的に関わる問題であり、実際に歯科材料を使用した実習ができたことが次項のスキルスラボ実習のよかった点にもつながったものと考えられた。

4. スキルスラボ実習プログラムのよかった点と改善点

スキルスラボ実習プログラムのよかった点と改善点について質的に検討するため、質問紙調査の自由記載内容を基に特性要因分析を行った。よかった点については「臨床を思い出す機会」に関する意見が挙げられており、国家試験受験のためにしばらく臨床から離れていた参加者にとって、手を動かしながら臨床の感覚を取り戻すよききっかけとなっていたことがうかがわれた。シミュレータや歯科材料などに慣れる経験ができた「経験・慣れ」も含めて臨床研修開始前の時期にさまざまな臨床手技を実習できた意義は大きく、実習中の参加者の臨床技能向上には目を見張るものがあった。指導歯科医からも「臨床研修開始前に研修歯科医採用予定者に練習する機会を与えることができ、効果的であった」「本実習により、研修歯科医の技能の到達度がわかった」などの意見が挙げられ、研修歯科医の臨床技能向上が体感されていた。臨床技能の向上のためには計測を用いる方法も考えられるが、本プログラムのように短期間のうちに多くの臨床手技を体験させるような実習方法には必ずしも適しているとはいえない。そのため、本プログラムでは研修歯科医が一連の臨床手技をできるかどうかを指導歯科医が判定することで、スキルスラボ実習記録用紙に押印を行った。

「指導歯科医からの指導」に関しては、「少人数で指導歯科医に直接指導してもらえることで、自分の切削時の癖がよくわかった」ことなどが挙げられており、研修歯科医に指摘された点をポートフォリオにまとめることで、より自分の実力が明確になったことも考えられた。指導歯科医からも「ポートフォリオが前回の実習内容を把握できた」「少人数なので、個々の弱点をピンポイントで指導できた」などの意見があった。ポートフォリオは適切にデザインされたフォーマットに記録することで臨床技能向上などの変化を追うことも可能となり、指導歯科医が研修歯科医の臨床技能を把握して指導に役立てることに適した方法であったと考えられる。

これらスキルスラボ実習プログラムのよかった点については、スキルスラボで臨床技能の実習ができる環境、指導歯科医による熱意ある指導、ポートフォリオの活用

による実習内容の把握などがうまく融合したことで達成されたと考えられ、今後もこれらの利点を活かしていきたいと考えている。

スキルスラボ実習プログラムの改善点で挙げられた「臨床技能の練習」については、「練習メニューを増やしてほしい」「事前にスキルスラボで練習できるメニューを知りたかった」などの意見がみられた。今回の実習内容は協力型研修施設の指導歯科医からの意見やスキルスラボで実習可能な内容を基に選定したが、本学の研修歯科医は本学出身者だけでなく、他大学出身者からも多く採用している状況を考えれば、他大学出身者の実習希望内容をあらかじめ調査して取り入れる必要があるのかもしれない。スキルスラボで練習できるメニューについては、説明会の参加者にはその場で説明したが、説明会に参加できなかった実習参加者には実習当日の説明となってしまうため、このような意見が出たものと考えられる。実習メニューを増やすことは比較的容易であるが、必須の実習項目にするとそれだけ時間を要することになる。そのため、期間内に十分にこなせる量の実習メニューを毎年見直す必要が考えられた。

「実習の進行」については、「スキルスラボ実習プログラムの開始時期を早めてほしい」という意見があったが、指導歯科医の確保も同時に必要となる。指導歯科医からの意見のなかには「指導歯科医の負担が大きい」という意見もあり、本実習に関わる指導歯科医の分担については今後の検討課題である。「実習の進行の目安を決めてほしい」という意見もみられたが、大学のカリキュラムと違い、本実習のように参加回数や参加者が毎回異なる場合には参加者の実習進行度を同じにするのはかなりの困難を伴う。さらに参加者の希望も反映しにくくなる欠点もあるので、現時点では実習の自由度を優先することを考えている。

また、「シミュレータの不具合」についてはタービンの焼きつきによる不具合があり、修理に多少の時間を要したケースがあった。タービンを連続使用する時間が長時間に及んだことで、タービンの注油を実習中にも行うなどの対策が必要だったと考えられる。デントシムやクリンシムからの水のこぼれについては、スキルスラボでは排水タンクに排水を溜めてから捨てるシステムになっており、歯学部の実習室環境のようにマネキンから配水管を通じてじかに排水されるわけではない。そのため、マネキンに溜まった排水をバキュームで吸引しないと水がこぼれることがある。この問題はスキルスラボの設置環境による影響が大きく、すぐに改善することは難しいため、バキュームでのこまめな吸引を推奨することで対応したいと考えている。スキルスラボの環境は各大学での事情により、大きく異なることが知られており⁶⁾、実情

に応じた柔軟な対応が望まれる。

今後ともスキルスラボのよかった点や改善点については検討を加え、研修歯科医や学生が利用しやすいような環境を整えるようにしたいと考えている。

結 論

平成19年度本学研修歯科医採用予定の希望者に対し、臨床研修準備のために臨床研修開始前のスキルスラボ実習プログラムを実施した。対象者は前期に協力型研修施設で研修予定の20名のうち11名であった。実習では歯科総合診療部の教員と臨床研修センターの教員の計5名が指導を行い、参加者は実習内容をポートフォリオにまとめた。

本実習の意義と効率化を検討するため、スキルスラボ実習プログラムを受けた研修歯科医11名を対象に臨床研修の前期終了時点で質問紙調査を行い、本プログラムのよかった点、改善点、効率的な運営について回答を得た。回収率は100%であった。質問紙調査の結果から以下の結論が得られた。

1. スキルスラボ実習プログラムの開始時期は歯科医師国家試験後から(6名, 54.5%)と歯科医師国家試験合格発表後から(5名, 45.5%)に分かれた。利用時間は午前中の希望が最も多かった(9名, 81.8%)。

2. スキルスラボ実習プログラムでの実習内容は侵襲性のある臨床手技や、レジン系材料を使用した治療を多く練習する傾向にあった。

3. スキルスラボ実習プログラムのよかった点についての特性要因分析では「臨床を思い出す機会」「経験・慣れ」「指導歯科医からの指導」に分類できた。また、改善点の特性要因分析では「臨床技能の練習」「シミュレータの不具合」「実習の進行」などに分けられた。

質問紙調査の結果から、本プログラムのよかった点、改善点、効率的な運営について明らかとなった。

本研究の要旨は第72回口腔病学会学術大会(平成19年12月8日, 東京)で発表した。

文 献

- 1) 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター編集. スキルスラボラトリー 2005. 1版. 東京:東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター; 2005. 35-40頁.
- 2) 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター編集. 医学・歯学教育とスキルス・ラボラトリー. 平成17年度:文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育プログラム」シンポジウム記録集. 1版. 東京:東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター; 2006.
- 3) Weller JM. Simulation in undergraduate medical education: bridging the gap between theory and practice. *Med Educ* 2004; 38: 32-8.
- 4) Kneebone RL, Scott W, Darzil A, Horrocks M. Simulation and clinical practice: strengthening the relationship. *Med Educ* 2004; 38: 1095-102.
- 5) 大山 篤, 新田 浩, 清水チエ, 大原里子, 礪波健一, 荒木孝二, 黒崎紀正, 俣木志朗. 本学歯学部附属病院における臨床研修記録としてのポートフォリオ導入. *日歯教誌* 2007; 23: 143-9.
- 6) 前野哲博. 第5回研修指導医のためのセミナー スキルスラボを利用した指導法. *Clinician* 2005; 545: 128-32.
- 7) Kapadia MR, Darosa DA, MacRae HM, Dunnington GL. Current assessment and future directions of surgical skills laboratory. *J Sur Educ* 2007; 64: 260-65.
- 8) Lynagh M, Burton R, Sanson-Fisher R. A systematic review of medical skills laboratory training: Where to from here. *Med Educ* 2007; 41: 879-87.

著者への連絡先: 大山 篤

〒113-8549 東京都文京区湯島1-5-45

東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部

TEL, FAX: 03-5803-5765

E-mail: a-ohyama.gend@tmd.ac.jp

Training Program for the Preparation of a Clinical Training Course in Clinical Skills Laboratory

OHYAMA Atsushi^{1,5)}, MAIKUMA Yoko²⁾, SATO Mitsuo³⁾, SHIMIZU Chie¹⁾,
OHARA Satoko¹⁾, HAMANO Hideya¹⁾, TONAMI Ken-ichi¹⁾, NITTA Hiroshi^{2,4)},
SHIOZAWA Ikumi¹⁾, ARAKI Kouji⁵⁾, KUROSAKI Norimasa⁶⁾ and MATAKI Shiro^{1,2,4)}

- ¹⁾ Oral Diagnosis and General Dentistry, Dental Hospital, Tokyo Medical and Dental University
²⁾ Center for Advanced Clinical Education, Dental Hospital, Tokyo Medical and Dental University
³⁾ Department of Sleep-Related Respiratory Disorders, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University
⁴⁾ Behavioral Dentistry, Department of Comprehensive Oral Health Care, Division of Comprehensive Patient Care, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University
⁵⁾ Center for Education Research on Medicine and Dentistry, Tokyo Medical and Dental University
⁶⁾ General Dentistry, Department of Comprehensive Oral Health Care, Division of Comprehensive Patient Care, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University

Abstract In the 2007 academic year, we conducted a training program for the preparation of a clinical training course in a clinical skills laboratory. The subjects were 11 out of 20 persons who were going to receive clinical training at cooperative training institutions in the first half of the year. We used simulators to train frequent clinical procedures in a clinical skills laboratory. Five advisory doctors from General Dentistry and the Center for Advanced Clinical Education instructed participants according to this program. Participants summarized the key points of their training contents in a portfolio at the end of each training session.

After 6 months of this program, we conducted a questionnaire about the advantages, improvements, and efficient management of this program. The same 11 participants were surveyed, and the collection rate was 100 percent. The results were as follows.

1. Participants thought this training program should be started after the national examination (54.5%) or after announcement of its result (45.5%), and wished to receive clinical training with this program in the morning (81.8%).

2. Participants of this program tended to train in invasive clinical procedures and treatments using resin materials.

3. From the analyses of cause-effect diagrams, we could classify the advantages of this program into "Chance to recall clinical situations", "Experience and familiarization", and "Instruction by advisory doctors". Improvements of this program were classified as "Training of clinical techniques", "Troubles with simulators", and "Progression on this program".

Key words clinical skills laboratory, simulation, dental education, dental resident, portfolio

原 著

患者の歯科臨床教育への協力に関する研究

——患者の協力承諾の意思決定に影響を及ぼす因子——

礪波 健一¹⁾ 塩 沢 育 己¹⁾ 佐々木好幸²⁾ 毎 熊 容 子¹⁾
 棚 橋 孝 之¹⁾ 高 橋 啓¹⁾ 大 山 篤¹⁾ 濱 野 英 也¹⁾
 大 原 里 子¹⁾ 清 水 チ エ¹⁾ 新 田 浩³⁾ 荒 木 孝 二⁴⁾
 黒 崎 紀 正⁵⁾ 俣 木 志 朗³⁾

抄録 近年、わが国の歯科医学教育において、診療参加型実習に協力をする患者を確保することの重要性が増している。本研究の目的は、患者が臨床教育に協力する意思決定に影響する因子を検討することである。新来患者として東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部を平成19年3月13日から4月27日までに受診した1,800名中1,052名を調査対象とし、解釈モデル、受療行動および教育協力の有無を調査した。調査対象のうち41名が教育協力患者となった。調査内容の分析結果より、解釈モデルでは、教育協力患者の解釈モデルは歯科医学的に妥当性がありと判断されたもの、あるいは解釈モデルそのものが抽出されなかったものがほとんどであったことから、患者の解釈モデルが単純であるほど教育協力への承諾を得やすくなっている可能性が示唆された。受療行動の比較では、セカンドオピニオン、転医、前医への不満、メディア、紹介状といった因子が教育協力患者に少なかったことから、社会の情報化とそれに伴う国民の医療に対する意識変化は、教育協力患者の獲得に有利に働いていないことが推察された。ロジスティック回帰分析の結果では、特定の担当歯科医師が教育協力の有無と有意に関連していたことから、担当歯科医師の面接手法が協力患者の確保に影響していることが示された。

キーワード 診療参加型実習、解釈モデル、情報化社会、医療面接、受療行動

緒 言

近年、歯科医学教育を巡る環境は大きく変化しているが、その1つに診療参加型臨床実習への回帰がある¹⁻³⁾。特に、平成18年度から歯科医師臨床研修が必修化となり、臨床研修および臨床実習に協力をする患者確保の重要性は増している。にもかかわらず、臨床教育に協力する患者の数は年々減少しているという印象を受ける。その理由の1つに社会の情報化が挙げられる。インターネットなどの普及により国民は簡単に医学情報を手に入れることができるようになり、患者と医療者の間に存在

した情報の非対称性が緩和された。その結果、患者と医療者の関係が、子供と父親の関係に象徴されるパターンリズム的なものから、消費者と提供者の関係に変化し、患者の権利意識も高まっている⁴⁾。加えて、医療事故に関する情報が増えており、患者の医療不信の原因となっている⁵⁾。患者自身がみずからの病態に対してもっている判断や信念は解釈モデルと呼ばれ、患者の満足度や受療行動に影響するといわれているが、前述したような社会の情報化は、患者の解釈モデルを複雑にし、その結果、教育協りに承諾を得にくくなっていることが推測された⁶⁾。

充実した診療参加型臨床実習を行うためには、円滑かつ効率的に協力患者を確保することは必須である。そのためには、解釈モデルや受療行動といった患者側の背景と、患者が教育に協力することを最終的に承諾するという意思決定との関係を明らかにする必要がある。本研究では、解釈モデルや受療行動といった患者背景を教育協力した患者とその他の患者で比較し、患者の教育協力承諾の意思決定に影響を与える因子について検討した。

¹⁾ 東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部

²⁾ 東京医科歯科大学歯学部附属口腔保健教育研究センター

³⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 歯科医療行動科学分野

⁴⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 歯学教育システム評価学分野

⁵⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 総合診療歯科学分野

平成19年12月28日受付

平成20年1月30日受理

表 1 調査項目

調査項目	調査内容	回答形式
年齢・性別		年齢, 性別を記入
主訴		急性痛/慢性痛/過去の痛み/その他から1つ選択
解釈モデル	診断 原因 重篤度 治療法 予後	あり (歯科医学的に妥当) あり (歯科医学的に妥当でない) あり (歯科医学的妥当性は不明) なし から1つ選択
受療行動	セカンドオピニオン 転医 前医への不満 メディア 紹介状 再来院	本病院受診理由の1つにセカンドオピニオンを得ることがあるか 発症から本病院受診の間に, 同症状についてほかに受診した歯科医院があるか 以前, 担当していた歯科医師に対し不満があるか 本病院受診理由の1つにメディアから情報を得たことがあるか 本病院受診時に他院からの紹介状があるか 以前に本症状, あるいは別の症状で本病院を受診したことがあるか あり/なし のどちらかを選択

対象および方法

1. 調査対象

東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部を平成19年3月13日から4月27日までに新来患者として受診した1,800名中1,052名を調査対象とした。

2. 調査方法

歯科総合診療部での診療科決定のための医療面接中に, 教員3名 (担当A, B, C), 医員5名 (担当D, E, F, G, H) の合計8名の初診担当歯科医師が, 表1に示す調査項目について調べた。調査に参加した初診担当歯科医師には事前に, 個々の調査項目について確認, 質問を行うことはせず, 通常の子診業務として医療面接を進めていくなかで患者が言及したものについてのみ記録するよう周知徹底した。

3. 統計解析

患者1人あたりから聴取する解釈モデル, 受療行動の項目数の担当歯科医師間の違いは一元配置分散分析とTukeyの検定を用いて分析した。また, 教育協力した患者と協力していない患者の各調査項目の該当人数の割合の差は χ^2 検定を用いて分析した。さらに, それぞれの因子の間の交絡の影響を検討するために教育協力の有無を従属変数, 調査項目を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。以上の統計処理は, 統計ソフトウェア-JMP 6.0.0 (SAS institute, USA) を用いて行った。

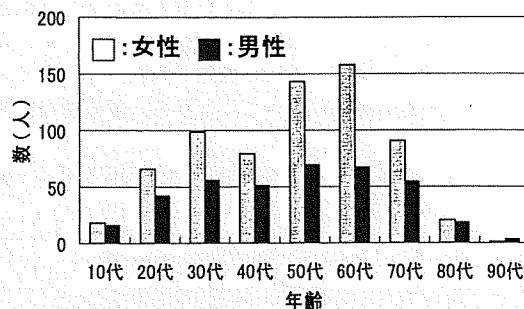


図 1 調査対象の年齢分布

結 果

1. 調査対象の概要

調査対象となった初診患者1,052名の男女の比率は, 男性376名 (35.7%) に対し, 女性676名 (64.3%) と女性の割合が多かった。年齢分布では, 男女ともに30歳代および50~60歳代が極大となる傾向を認めたが, 男性よりも女性のほうがその傾向が著しかった (図1)。教育協力した患者は1,052名中41名で, 学生と研修歯科医がほぼ同数となった (図2)。また, 学生に教育協力した患者のうち, 7名は学生自身が協力を直接要請し承諾した友人や親戚などの本人紹介の患者であった。本人紹介の患者の年齢, 性別の内訳は20歳代男性3名, 女性1名, 50歳代男性1名, 女性1名, 70歳代男性が1名であった。

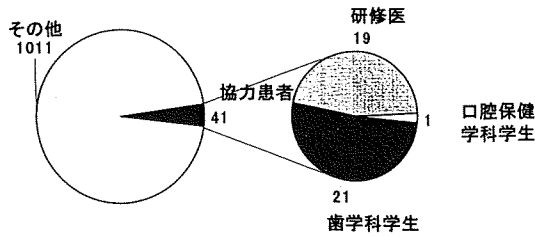


図 2 教育協力患者の割合

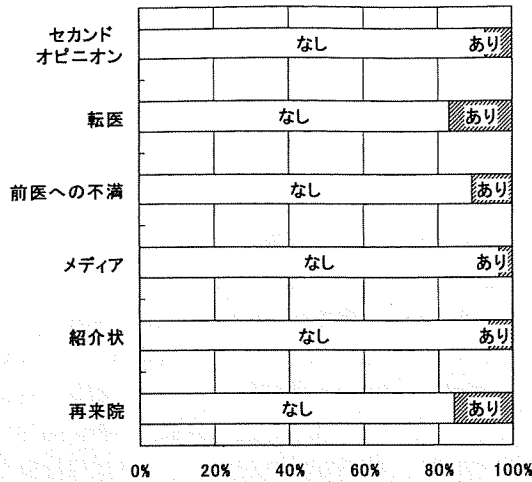


図 4 受療行動 (全体)

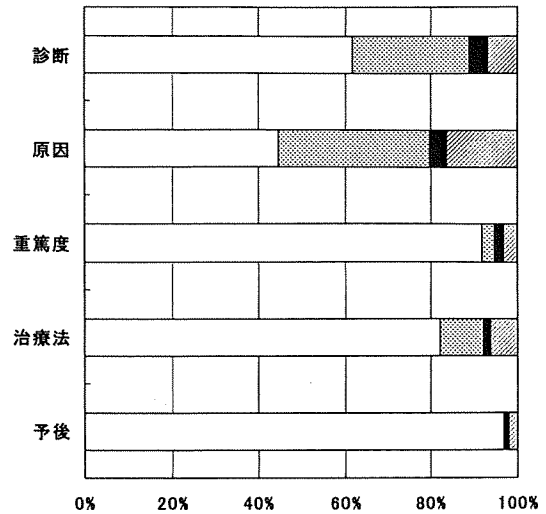


図 3 解釈モデル (全体)

表 2 担当歯科医師により聴取された解釈モデルおよび受療行動項目数の違い

	解釈モデル (個数/人)	受療行動 (個数/人)
担当 A	0.62 ^a	0.64 ^{def}
担当 B	1.94 ^b	0.34 ^e
担当 C	1.06 ^{ac}	0.84 ^{df}
担当 D	0.79 ^a	0.66 ^f
担当 E	1.10 ^c	0.46 ^e
担当 F	2.25 ^b	0.88 ^d
担当 G	1.25 ^{ac}	0.75 ^{def}
担当 H	0.60 ^a	0.27 ^e

a, b, c, d, e, f: 同じ文字間では統計的に有意差 (p < 0.05) なし

2. 解釈モデルおよび受療行動

解釈モデルの調査では、診断、原因、重篤度、治療法、予後の項目で「あり」とされた人数は、それぞれ全体の 38.4, 55.5, 8.2, 17.9, 3.4%であった (図 3)。また、受療行動などに関する調査ではセカンドオピニオン、転医、前医への不満、メディア、紹介状、再来院の項目が「あり」とされた人数は、それぞれ全体の 7.2, 16.9, 10.8, 3.7, 6.4, 15.8%であった (図 4)。一方、患者 1 人あたりから聴取する解釈モデル、受療行動の項目数は担当歯科医師の間でばらつく傾向を示し、統計的に有意差 (p < 0.05, 表 2) を認めた。

3. 教育協力患者とその他の患者の比較

教育協力した患者はその他の患者よりも男性の割合が大きかった (p < 0.01, 図 5)。特に 20 歳代の男性が多く、逆に 30 歳代の男性, 40 歳代の女性が少なかった (図 6)。50~70 歳代の男女構成はほぼ一定であった。初診担当患者の数や協力患者を獲得した数は担当歯科医師によってばらついてはいたが、教員による協力患者の獲得率は、医員の獲得率よりも大きくなった (p < 0.05) (図 7)。主訴の比較では、協力患者に急性の疼痛が多かったが、統計的に有意差は認められなかった (図 8)。解釈モデルで

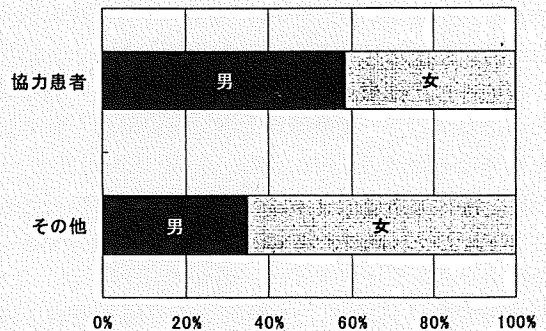
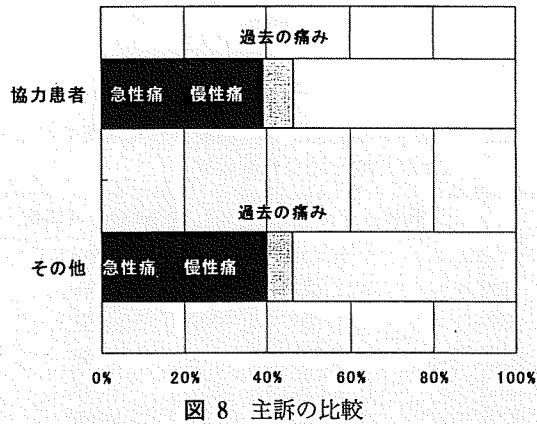
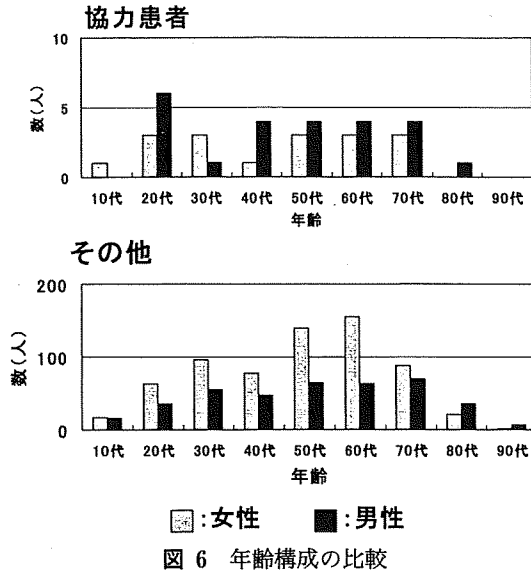
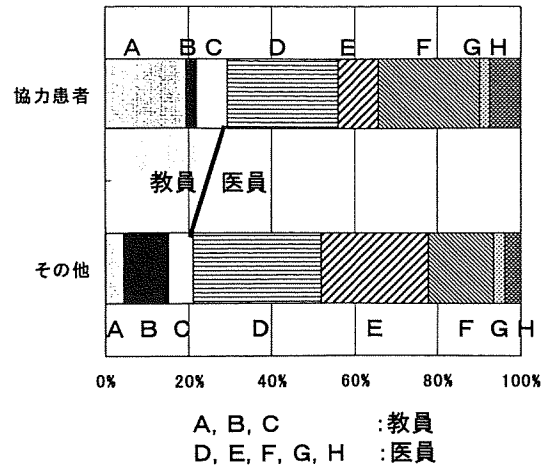


図 5 男女比の比較



は、協力患者はほかの患者と比べて、診断の解釈モデルをもっている割合が多く、逆に原因、重篤度、治療法の解釈モデルをもっている割合は少ない傾向が認められた(図9)。特に原因については、「あり(歯科医学的に妥当である, 妥当でない, 不明の合計)」とした群の割合に統計的有意差が認められた ($p < 0.05$)。さらに、協力患者の解釈モデルには歯科医学的に妥当でないと判断されたものはなかった。受療行動の調査項目では、教育協力した患者はその他の患者と比較して、セカンドオピニオン、転医、前医への不満、メディア、紹介状といった要因をもつ者が少なく、本学再来院が多くなる傾向を示した。特に、セカンドオピニオン、紹介状 ($p < 0.05$) と転医、本学再来院 ($p < 0.01$) の要因で教育協力患者とその他の患者との間に統計的有意差を認めた(図10)。



4. 患者の教育協力に関連する因子

単変量解析の結果、患者の教育協力の有無に対し、危険率5%で有意な項目は、担当B、職位、解釈モデルの原因、受療行動の紹介状であった。危険率1%で有意な項目は、担当A、担当E、性別、受療行動の転医、再来院であった。そこで、これらの因子が患者の教育協力にどのように関連しているか、ロジスティック回帰分析を行った(表3)。危険率5%で有意な項目は、担当Aと受療行動の転医、危険率1%で有意な項目は性別であった。

5. 研修医協力患者と学生協力患者の比較

学生協力患者よりも研修医協力患者のほうが、主訴に急性症状を訴えている者が多かった ($p < 0.05$, 図11)。

考 察

歯科総合診療部で診察した初診患者でも、調査に参加していない初診担当医が診察した患者は、調査対象となっていない。その結果、調査対象は調査期間中の全初診患者全体の58.4%にあたる1,052名となった。本外来では、患者は受け付けた順番に初診担当医に診察され、患者がどの初診担当医にあたるかは恣意的に決定されない。したがって、調査対象は調査期間中に歯科総合診療部で診察した初診患者全体の傾向をある程度反映したものと考えられる。

調査対象の男女の比率は男性35.7%に対し女性64.3%であり、1995年の調査の男性35.7%、女性64.3%と等しかった⁷⁾。一方、年齢構成は、1995年は男性では20歳代が、女性では20歳代、50歳代が多く認められたが、本研究では男女の20歳代のピークが小さくなり、女性の50歳代のピークは60歳代に移動していた⁷⁾。また、1995年にはなかった70歳代の患者も本研究では調

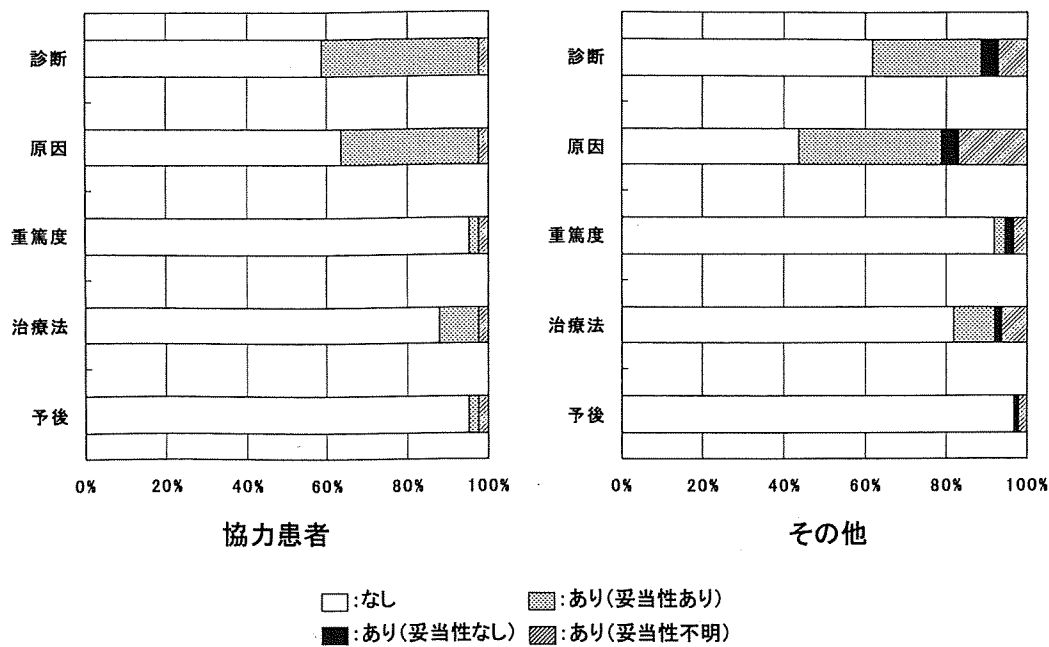


図 9 解釈モデルの比較

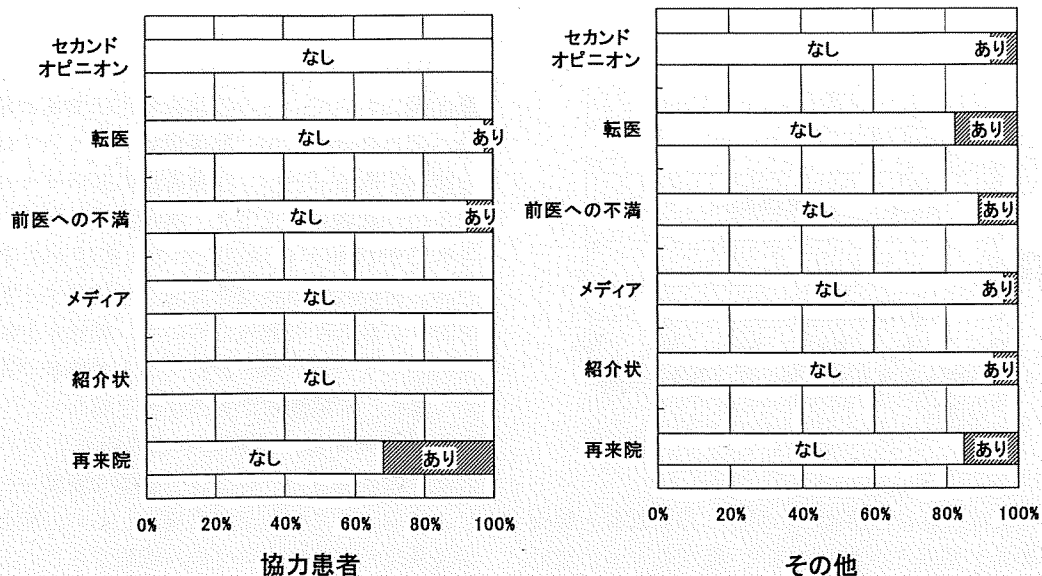


図 10 受療行動の比較

査対象に含まれており、全体として1995年の調査の対象よりも高齢化していた。この理由の1つに本学歯学部附属病院の診療科の編成が変化していることが挙げられる。たとえば2000年には顎関節症の専門診療科である顎関節外来が設置された。本学歯学部附属病院における1986年から1990年にかけての調査では、顎関節の異常を訴える患者は19歳以下が最も多く、年齢が高くなるにつれ次第に減少していることが報告されている⁸⁾。したがって、顎関節に愁訴をもつ多くの患者が歯科総合

診療部を受診せずに直接顎関節外来に担当されるようになった結果、歯科総合診療部にて患者が相対的に高齢化したことが考えられる。さらに、従来の高齢者歯科外来が、全身管理を必要とする患者を診療するスペシャルケア外来に再編成された関係で、以前は直接高齢者歯科外来に担当された70歳以上の患者が、2006年11月以降、歯科総合診療部を受診するようになったことも年齢構成に影響しているものと思われる。

全人的医療の実現のための医療面接には、患者理解の

表 3 患者の教育協力行動に影響を与える要因

	単変量解析			多変量解析				
	p 値	オッズ比	95% CI	p 値	オッズ比	95% CI		
初診担当歯科医	担当 A	担当	0.0007	5.20	2.13-11.46	0.0459	2.96	—
		非担当		1.00				
	担当 B	担当		1.00				
		非担当	0.0457	4.78	1.02-85.24	0.0971	5.95	—
職位	担当 E	担当		1.00				
		非担当	0.0100	3.25	1.28-10.94	0.1380	2.38	—
	教員	教員	0.0384	1.96	1.04-3.68	0.2100	1.68	—
		医員		1.00				
性別	男性	0.0025	2.64	1.41-5.06	0.0023	2.76	—	
	女性		1.00					
解釈モデル	原因	あり		1.00				
		なし	0.0130	2.23	1.18-4.36	0.3187	1.44	—
受療行動	転医	あり		1.00				
		なし	0.0024	8.55	1.82-151.51	0.0377	8.53	—
	紹介状	あり		1.00				
		なし	0.0190	3,185.35	—	0.8612	7,592.21	—
	再来院	あり	0.0095	2.60	1.28-5.04	0.2350	1.54	—
		なし		1.00				

—：測定不能

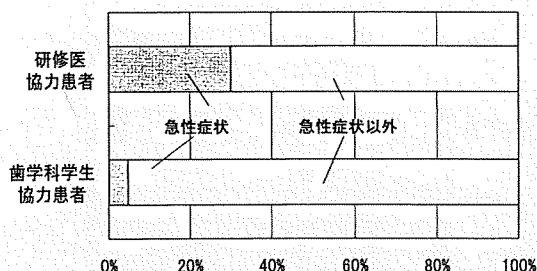


図 11 研修医協力患者と学生協力患者の主訴の比較

ための情報収集、患者の感情への対応、患者教育と動機づけの3要素が基本とされている⁹⁾。解釈モデルに注目した場合、医療面接の機能は、患者がもつ心理社会的問題を含んだ解釈モデルと、医療者がもつ医学生物学的な解釈モデルをすりあわせることにあり、解釈モデルを共有することが最終的な目標となる¹⁰⁻¹²⁾。ナラティブ・ベイスト・メディスンの見地からは、ナラティブ（解釈モデル）を共有する過程は患者-医療者の関係構築に寄与し、またナラティブを共有すること自体に治療効果があるとされる¹³⁾。歯科総合診療部における予診業務は専門外来を決定することが目的であり、予診担当歯科医と最終的な担当歯科医は別の者となるため、時間をかけ解釈モデルについて深く聴取しても、必ずしも患者に益するところとならない。したがって、歯科総合診療部での医

療面接において、予診担当歯科医は情報収集と患者の感情への対応は行うが、関係構築という点では簡略化される傾向がある。一方、医療面接の解釈モデルのすりあわせという機能を考えると、医療面接の行い次第で聴取される解釈モデルが変化する可能性がある¹⁰⁻¹²⁾。本研究は、歯科総合診療部を受診した時点での患者の教育に協力するか否かの意思について、現状を分析することを目的としている。調査を行うことで患者が不利益を被らず、また、医療面接の質が現状と異なったものとなることを防ぐために、本研究では解釈モデルや受療行動の個々の調査項目について逐一確認や質問を行うことを避け、日常行っている予診業務としての医療面接中に患者が言及したものについてのみ記録することとした。患者は、①解釈モデルのある人、②自分だけでは解釈モデルをつくれぬ人、③解釈モデルをもっているが、なかなか言い出せない人、④非現実的な解釈モデルをもっている人の4つに分類されるという^{11,12)}。本研究の調査方法では、みずからの解釈モデルを伝えようとする意思が比較的強い人の解釈モデルが多く検出され、逆に、上記分類②③に該当する患者の解釈モデルが検出された可能性は低かったと考える。

解釈モデルの提唱者である Kleinman¹⁰⁾は、患者の解釈モデルは明瞭さに欠け一貫性が認められないことが多い一方で、臨床家が診察時に構築する解釈モデルと同じく、原因論、症状の開始、病態生理学、病気の経過およ

び治療法より構成されると述べている。そこで、本研究では調査する解釈モデルの項目を、患者自身が考える、診断名、原因、重篤度、治療法、予後とした。また、これらの内容が初診担当歯科医と合致する、すなわち歯科医学的に妥当性があるかも、患者の解釈モデルの質を検討するうえで重要な情報と考え同時に記録した。調査の結果では、特に原因および診断名に患者の解釈モデルが多く認められた一方で、担当歯科医師により解釈モデルを聴取した数にばらつきがあることも明らかになった。前述したように、医療面接中に患者の解釈モデルの変容、再構築がおこりうるが、この過程には医療者の面接手法が関係している¹¹⁾。したがって、本研究で行われたような予診業務としての比較的簡略化された医療面接においても、担当する歯科医師の個性や医療面接手法といったものが解釈モデルの形成・抽出に関連している可能性が示唆された。一方、受療行動については、患者の教育協力行動に影響を与えると考えられた5つの項目を調査した。得られた結果は、解釈モデルと同じく担当歯科医師間で聴取した数が異なる結果となったが、解釈モデルほどのばらつきはなかった。その理由としては、解釈モデルは患者の考えといった内面的なものを対象としているのに対し、受療行動は判定基準が行動の有無と明確であるため、担当歯科医師間の面接手法の違いが与える影響が比較的少なかったためと考える。

解釈モデルの分析では、教育協力患者の解釈モデルには歯科医学的な妥当性という点において不明なものが存在したものの、妥当性がありと判断されたもの、解釈モデルそのものが抽出されなかったものがほとんどであったことから、患者の解釈モデルが単純であるほど教育協力への承諾を得やすくなっている可能性が示唆された。受療行動の比較では、セカンドオピニオン、転医、前医への不満、メディア、紹介状といった因子が教育協力患者に少なかったことから、それらの受療行動に該当した患者からは教育協力へ承諾を得にくい、あるいは担当歯科医師が積極的に協力要請をしなかったことが考えられる。いずれにしても歯科医療において患者が直接経験した不満のみならず、社会の情報化とそれに伴う国民の医療に対する意識変化は、教育協力患者の獲得に有利に働いていないことが推察された。ところで、臨床教育への協力を承諾するか否かの意思決定は、最終的には患者自身に委ねられているが、患者の考え方や背景以外にも、本学の教育システムや、担当歯科医師に帰する因子も影響している。たとえば教育協力患者の年齢、性別構成で、その他の患者には認められなかった20歳代の、特に男性にピークが認められた。これは学生自身が協力要請した本人紹介の患者に同世代の友人が多く含まれていることによる。すなわち、学生自身のクラブ活動などの交友

関係を患者確保に利用したことにより、そのような年齢・性別特性が認められる結果となったと考える。また、教育協力患者で急性症状を訴える者の割合が大きく、特に研修医の患者にその傾向が顕著であった。これは、専門外来では治療が開始されるまでの待ち期間があるのに対し、教育施設、特に研修医の診療室では担当が当日決定され、迅速に急患対応できるという教育システムの特性が患者の判断に影響していることが推測される。一方、教育協力患者は、原因、重篤度、治療法、予後の解釈モデルをもっている割合がその他の患者よりも少ないが、診断の解釈モデルをもっている割合は大きくなった。教育協力患者の解釈モデルはほとんど歯科医学的に妥当なものであるため、専門家でなくても診断できる程度のわかりやすい疾患をもつ患者が教育協力患者に多くなっていることを示すものである。これには、教育目的であることへの配慮から担当歯科医師がそのような典型的な症例を好んで学生や研修医に担当していることが関係していると考えられた。また、教育協力患者のほうに再来院の患者が多いことは、過去の本病院における診療実績が評価され患者の教育協力を得ているためと思われるが¹⁴⁾、他方担当歯科医師も再来院の、特に以前協力を得た患者には再度協力を依頼しやすいといった事情があることも想像された。教員が医員よりも協力患者を担当する割合が多かったのは、それぞれの業務内容の差が、予診業務にて患者に対する教育協力を要請する際にも影響を与えていたことが考えられた。ロジスティック回帰分析では、単変量解析で有意差を認めた担当BとE、職位、解釈モデルの原因、受療行動の紹介状、再来院のオッズ比が多変量解析で大きく変化したこと、これらの因子が交絡の影響を受けていることが示された。したがって、教育協力に関する患者の意思決定は、それぞれの因子が独立して影響するものではなく、医療面接のさまざまな因子が相互に影響していることが考えられる。多変量解析では担当A、性別、受療行動の転医が、教育協力の承諾と有意に関連していた。特定の担当歯科医師が教育協力の有無と強く関連していたことから、担当歯科医師の面接手法の違いは協力患者の確保に無視できないものと考えられる。しかし、どのような医療面接手法が予診における患者確保に寄与するかは本研究の結果からは明らかではなく、今後の検討課題と考えられる。

結 論

患者が臨床教育に協力することを承諾する意思決定に影響する因子を検討する目的で、本学歯学部附属病院歯科総合診療部を平成19年3月13日から4月27日まで受診した新来患者1,800名中1,052名に対し、解釈モ

デル, 受療行動および教育協力の有無を調査したところ以下のことが明らかになった。

1. 調査対象 1,052 名中 41 名が協力患者となった。
2. 解釈モデルの分析では, 教育協力患者の解釈モデルは歯科医学的に妥当性があると判断されたもの, あるいは解釈モデルそのものが抽出されなかったものがほとんどであったことから, 患者の解釈モデルが単純であるほど教育協力への承諾を得やすくなっている可能性が示唆された。

3. 受療行動の比較では, セカンドオピニオン, 転医, 前医への不満, メディア, 紹介状といった因子が教育協力患者に少なかったことから, 社会の情報化とそれに伴う国民の医療に対する意識変化は, 教育協力患者の獲得に有利に働いていないことが推察された。また, 教育協力患者のほうに再来院の患者が多いことから, 過去の本院における診療実績が患者から協力を得ることに結びついていることが考えられた。

4. ロジスティック回帰分析の結果では, 特定の担当歯科医師が教育協力の有無と関連していたことから, 担当歯科医師の面接手法が協力患者の確保に影響していることが考えられた。

文 献

- 1) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議. 21世紀における医学・歯学教育の改善方策について—学部教育の再構築のために—. 平成13年3月27日.
- 2) 江藤一洋. モデル・コア・カリキュラムと臨床実習—歯学部卒業時の学生の臨床能力について—. 日歯教誌 2002; 18: 38-42.
- 3) 高橋信博, 伊藤公一, 笹野高嗣, 江藤一洋. 歯科医学教育の質の向上を考える. 日歯教誌 2006; 22: 246-8.
- 4) 村上陽一郎. 21世紀の「医」はどこに向かうか. 1版. 東京: NTT 出版; 2000. 219-44 頁.
- 5) 黒川 清. 大学病院革命. 1版. 東京: 日経 BP 社; 2007. 23-62 頁.
- 6) 日本医学教育学会医学医療教育用語辞典編集委員会. 医学医療教育用語辞典. 1版. 東京: 照林社; 2003. 51 頁.
- 7) 藤沢盛一郎, 山本 仁, 山本あかね, 池内 仁, 石田 恵, 五十嵐 公, 佐澤尚子, 早川淑子, 清水チエ, 黒崎紀正. 総合診断部における4年間の新来患者の臨床統計的観察. 口病誌 1997; 64: 376-83.
- 8) 石田 恵, 五十嵐 公, 押尾はるみ, 飯田浩司, 清水チエ, 俣木志朗, 黒崎紀正. 東京医科歯科大学歯学部附属病院における新来患者に関する調査. 口病誌 2001; 68: 93-8.
- 9) Steven A, Cohen-Cole MD. メディカルインタビュー. 1版. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル; 2003. 3-58 頁.
- 10) Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med 1978; 88: 251-8.
- 11) 丹澤章八. 鍼灸臨床における医療面接. 1版. 東京: 医道の日本社; 2002. 113-20 頁.
- 12) Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. 1st ed. Berkley: University of California Press; 1980. p. 71-118.
- 13) 斎藤清二, 岸本寛史. ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践. 1版. 東京: 金剛出版; 2003. 13-61 頁.
- 14) 水野正敏, 佐藤武雄, 長田 保, 亜鉛華ユーヅノールセメントによる根管充填の臨床成績について. 日歯保存誌 1966; 8: 250-63.

著者への連絡先: 礪波健一

〒113-8549 東京都文京区湯島 1-5-45

東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部

TEL, FAX: 03-5803-5889

E-mail: ken1.gend@tmd.ac.jp

Study on Patients' Cooperation for Dental Clinical Training
—Factors Influencing the Patients' Decision-making for Cooperation—

TONAMI Ken-ichi¹⁾, SHIOZAWA Ikumi¹⁾, SASAKI Yoshiyuki²⁾, MAIKUMA Yoko¹⁾,
TANAHASHI Takayuki¹⁾, TAKAHASHI Kei¹⁾, OHYAMA Atsushi¹⁾, HAMANO Hideya¹⁾,
OHARA Satoko¹⁾, SHIMIZU Chie¹⁾, NITTA Hiroshi³⁾, ARAKI Kouji⁴⁾,
KUROSAKI Norimasa⁵⁾ and MATAKI Shiro³⁾

¹⁾ Oral Diagnosis and General Dentistry, Dental Hospital, Tokyo Medical and Dental University

²⁾ Center for Education and Research in Oral Health Care, Faculty of Dentistry, Tokyo Medical and Dental University

³⁾ Behavioral Dentistry, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University

⁴⁾ Education System in Dentistry, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University

⁵⁾ General Dentistry, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University

Abstract In recent years, the importance of patients' cooperation for clinical training has increased in dental education in Japan. The purpose of this study was to investigate the factors which influence patients' decision-making for cooperation. The explanatory models, the attending behaviors and the decision on cooperation for clinical training was examined for 1,052 out of 1,800 new out-patients who visited the clinic of oral diagnosis and general dentistry in the Dental Hospital of Tokyo Medical and Dental University from March 13 to April 27, 2007. As a result, 41 patients among the examinees decided to cooperate with the clinical training. Unreasonable explanatory models could not be found in the cooperative patients judging from the standpoint of dentistry, therefore, the patients with simpler explanatory models would tend to be cooperative.

The comparison of attending behaviors indicated that the cooperative patients had fewer factors concerning behavior such as demanding a second opinion, changing the doctors, gathering information by media and having a letter of referral from another dentist; therefore, the patients' views developed in today's information society are suggested to have negative effects on their cooperation.

The result of logistic regression analysis showed a significant correlation between the specific dentist in charge and the patients' cooperation ($p < 0.05$), therefore, the skill of medical interview may considerably affect obtaining patients' consent to cooperate with clinical training.

Key words clinical training, explanatory model, information society, medical interview, attending behaviors

シンポジウムⅡ

新歯科医師臨床研修1年終了後の検証

オーガナイザー
俣木志朗¹⁾

シンポジスト
平田創一郎²⁾ 新田 浩³⁾ 秋山仁志⁴⁾

新歯科医師臨床研修1年終了後の検証

俣木志朗

平成18年度に必修化された新歯科医師臨床研修制度の第1期生が今春研修修了を迎えた。この歯科医師臨床研修制度を今後、より実効あるものとするためには、新制度の現況をさまざまな側面から調査し、本制度の有効性、効率性などに関する継続的な評価が必須と考えられる。また、臨床研修に関する省令では「厚生労働大臣は、省令の施行後5年以内(平成22年まで)に、省令の規定について所要の検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」とされており、平成22年に行われる歯科医師臨床研修制度見直しに備え、経年的な新歯科医師臨床研修に関する基礎データの蓄積が必要となる。

そこで、今後の歯科医師臨床研修制度の運用、改善に向けた基礎的資料を得るために、平成18年度厚生労働科学研究「新歯科医師臨床研修制度の評価に関する調査研究」として、臨床研修歯科医、単独型・管理型臨床研修施設、協力型研修施設および臨床研修プログラムを対象にアンケートによる調査研究を行った。調査項目は、研修歯科医の分布状況、中断・休止・再開事例の検討、研修内容・研修効果、研修歯科医のメンタルヘルスなどについてである。さらに歯科大学・歯学部附属病院のない府県における臨床研修施設および研修歯科医に対する聞き取り調査も併せて実施した。

その結果、歯科医師臨床研修の実施率は99.0%と高率を示したが、研修歯科医の都道府県ごとの分布には偏り

が認められ、歯科大学・歯学部がある都道府県で多い傾向があった。また新制度の歯科医師の資質向上への貢献度について、おおむね8割以上から肯定的な評価の回答を得ることができた。一方、研修歯科医に健康問題が起きるリスクはほぼ標準的な全国レベルであり、研修歯科医のストレスは歯科大学病院(単独型)では少なく、一般病院歯科(単独型)で高い傾向を示した。また、研修歯科医の4割以上が「抑うつ状態」である可能性が示された。聞き取り調査では、臨床研修の実施内容については、多少の問題点はあるものの、研修歯科医、指導歯科医の双方からおおむね充実しているとの回答を得た。一方、研修内容、評価方法、待遇面、制度、補助金、地理的要因に関して多くの問題点が指摘された。

本シンポジウムでは、本厚生労働科学研究の各分担研究者により、「制度面からの検証」「管理型・協力型研修施設からの検証(研修内容・研修効果に関する調査研究)」「修了研修歯科医からの意見・要望/研修制度におけるストレスマネジメント」についてご講演をいただいた。本シンポジウムにおける活発な討議が、今後の本制度改善の一助となることを願ってやまない。

制度面からの検証

平田創一郎

1. 研究目的

歯科医師臨床研修必修化にあたり平成18年の歯科医師国家試験合格者のほぼすべてが臨床研修を受けることが予想され、また、臨床研修修了者はその申請により歯科医籍に臨床研修修了歯科医師として登録することから、臨床研修修了者数は確実に把握できることとなったが、新制度の有効性、効率性を評価するためには、臨床研修を受けている者の状況について精査が必要である。

一方、平成10年の「歯科医師の需給に関する検討会報告書」では、歯科医師数適正化のための施策として臨床

¹⁾ 東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科臨床研修センター長/東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 包括診療歯科学講座 歯科医療行動科学分野

²⁾ 東京歯科大学社会歯科学研究室

³⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 包括診療歯科学講座 歯科医療行動科学分野

⁴⁾ 日本歯科大学附属病院総合診療科

研修の必修化と歯科診療所の地域偏在の是正が挙げられており、平成18年の「今後の歯科保健医療と歯科医師の資質向上等に関する検討会中間報告書」においても、歯科医師の地域偏在を解消するための取り組みの必要性がうたわれている。新規参入歯科医師である研修歯科医の動向を把握することは、歯科医師の地域偏在および需給を検討するうえで重要である。

以上の理由から、平成18年度の新歯科医師臨床研修の実施状況を調査し、実施率、研修歯科医の分布状況、中断・休止・再開事例につき検討を行った。

2. 研究方法

平成18年度に新歯科医師臨床研修制度の研修歯科医の募集を行った272の研修プログラムすべてを対象とし、平成19年2月1日から平成19年2月13日までの期間に調査票を郵送およびE-mailにて送付した。調査票の回収はE-mail, FAX, 郵送および電話問い合わせにより行った。

質問項目は以下の2つとした。1) 研修プログラムごとに平成18年4月から平成19年3月までの月ごとの単独型、管理型または協力型各臨床研修施設に在籍する研修歯科医数。2) 研修の休止、中断または再開がある場合には、当該研修歯科医ごとにその旨とその時期。

3. 研究結果

272プログラムすべてから回答を得た。

研修歯科医の総数は2,645名であった。

平成19年1月までの休止例は12例であり、把握できた理由は病休(7例)および出産(3例)であった。中断例は16例であり、うち4例が別の研修プログラムで研修再開を行っていた。

平成18年4月から平成19年3月までのすべての月で、研修歯科医の在籍しない都道府県はなかった。月別で研修歯科医数の最大は473名、最小は2名であり、平均した研修歯科医数の最大は東京都の432.8名、最小は高知県の2.5名であった。歯科大学・歯学部を有する都道府県は研修歯科医数が多く、19県で研修歯科医数は10名以下であった。

4. 考察

研修歯科医の受け入れキャパシティはおおむね充足されていると考えられるが、地域格差が大きいことが明らかとなった。また、都道府県をまたいだ臨床研修施設群方式が研修歯科医の地域偏在の是正の一助となることが示されたが、地域偏在の解消にはいたっておらず、今後、協力型臨床研修施設の少ない県においてさらなる臨床研修施設数の拡充が必要と考えられる。

新歯科医師臨床研修制度の研修内容・研修効果に関する調査研究

新田 浩

1. 研究目的

新歯科医師臨床研修制度の初年度における研修内容・研修効果について調査・分析し、新制度の有効性を評価するとともに、今後の制度の運用、改善に向けての基礎資料を収集するためにアンケート調査を行った。

2. 対象と方法

対象：平成18年度研修歯科医、単独型・管理型、協力型臨床研修施設。

調査期間と方法：平成19年2月22日から同年3月7日までとした。WEB上で回答ができるように整備した。アンケートに対する回答は自由意思で行い、不利益をもたらさないように、個人、施設の識別を不可能とし、プライバシーの保護に関しては十分に配慮した。

3. 質問項目

研修歯科医向けアンケートでは研修内容・研修効果、新制度全般に関する選択式および自由記入式の30の質問項目を設定した。また、新歯科医師臨床研修の到達目標である基本習熟コース、基本習得コースそれぞれの項目の到達度について回答を求めた。

臨床研修施設向けアンケートでは23(単独・管理型)あるいは20(協力型)の質問項目を設定した。また、新歯科医師臨床研修の到達目標それぞれの項目の重要視度について回答を求めた。

4. 研究結果

誌面の都合上、アンケート項目のなかから、いくつか抜粋して解説する。

研修歯科医694名(総数2,645名)、単独・管理型92施設(総数168施設)、協力型309施設(総数911施設)から回答を得た。研修方式については、単独型40%、群方式60%であった。

1) 研修内容

「すべての研修内容を100%としたときの内訳」(表1)では、協力型施設で自験が少ないが、「自験患者の延べ数」(表2)および総ケース、処置別ケース数で、単独・管理型施設より多かった。

2) 評価

「評価方法」(表3)の結果より、研修歯科医と研修施設では重要視している評価方法が異なっていた。

表1 すべての研修を100%としたときの研修内容の内訳

	座学	実習	見学	アシスト	自験	その他
研修歯科医	9	11	17	29	32	2
単独・管理型施設	10	17	15	21	35	2
協力型施設	10	24	21	25	18	1

(%)

表2 自験患者数

	0名	1~20名	21~50名	50名以上
単独・管理型施設	5.5	56.7	17.4	20.4
協力型	3.8	30.3	21.8	44.8

(%)

表3 評価方法

	研修歯科医手帳	ポートフォリオ	症例検討会	観察記録	レポート	口頭試問
研修歯科医	57.1	56.1	36.7	24.9	20.7	14.0
単独・管理型施設	60.2	19.4	64.5	38.7	44.1	40.9
協力型施設	61.9	27.4	36.1	42.3	40.0	69.0

(%)

表4 歯科医師としての資質の向上への貢献度

	貢献した	少しは貢献した	あまり貢献していない	貢献していない
研修歯科医	39.4	41.6	12.9	6.0
単独・管理型施設	43.0	44.1	9.7	3.2
協力型施設	38.4	45.5	12.6	3.5

(%)

表5 新歯科医師臨床研修到達目標の平均到達度(研修歯科医)と重要視度(研修施設)

	基本習熟コース					
	医療面接	総合診療計画	予防・治療 基本技術	応急処置	高頻度治療	医療管理、 地域医療
研修歯科医*	86.9	81.3	83.2	69.8	76.7	74.1
単独・管理型施設	74.1	69.8	71.0	64.1	67.3	55.5
協力型施設	66.0	64.5	58.6	58.4	64.5	56.2
	基本習得コース					
	救急処置	医療安全・ 感染予防	医療評価 管理	予防・治 療技術	医療管理	地域医療
研修歯科医*	61.8	78.3	80.1	74.1	77.0	63.5
単独・管理型施設	71.0	74.0	43.0	49.5	53.4	31.2
協力型施設	48.5	58.5	57.0	43.9	55.5	35.2

*「到達している」+「ほぼ到達している」 (%)

3) 研修期間

「適切な研修期間」では、研修歯科医、協力型施設では1年、単独・管理型では2年と回答したものが多かった。また、協力型施設での研修期間では6カ月との回答が一番多かった

4) 新制度の貢献度

「新制度の歯科医師としての資質の向上への貢献度」(表4)については、研修歯科医、研修施設の両者ともに、ある程度の貢献度を認めていた。

5) 新歯科医師臨床研修の到達目標

「新歯科医師臨床研修の到達目標についての到達度・重

要視度」(表5)については、基本習熟コースでは応急処置の到達度が最も低く、他の行動目標の到達度は70%を超えていた。医療管理・地域医療の重要視度が低かった。基本習得コースでは、救急処置、地域医療の到達度が低かった。予防・治療技術、地域医療の重要視度が低く、今後、研修プログラムに協力施設の取り込み、到達度の低い研修の対策の必要性が窺われた。

6) 自由記入式項目

研修歯科医の意見として「単独・管理型施設に望むこと」では、①指導歯科医の資質の向上と増員、②給与の増額と交通費の支給、③患者数増加、④プログラムの充

実、「協力型施設に望むこと」では、①指導歯科医のレベルアップ、②自験例の増加、③施設による格差の是正、④研修内容の充実、「国に望むこと」では、①給与の増額と増額ができない場合にはアルバイトの許容、②保険点数の増点、③協力型施設の増加、④本制度の是非が挙げられた。

単独・管理型の意見として、「研修歯科医に望むこと」には、①積極性、②医療人としてのマナーなど、研修歯科医としての態度に関する意見、「協力型施設に望むこと」には、研修歯科医の診療機会の増加、「国に望むこと」には、①研修期間の延長、②補助金の増額、③事務手続きの簡素化に関する意見が挙げられた。

協力型施設の意見として、「管理型施設に望むこと」には、①卒前・初期研修の充実、②研修歯科医とのマッチング、③情報提供、④受け入れ期間と時期、「国に望むこと」に関しては、①補助金の増額、②医科との格差是正、③本制度の是非、④事務手続きの簡素化に関する意見が挙げられた。

5. 結論

本研究により、新制度は歯科医としての資質の向上にある程度貢献することが明らかとなった。

また、研修内容、評価方法、待遇面、制度上の多くの問題点も抽出され、今後の制度の運用、改善に向けての基礎資料を得ることができた。平成18年度以降も、アンケート項目、回答方法を改善し、回答率を上げ、継続して本制度の有効性を調査することが必要である。

修了研修歯科医からの意見・要望/研修制度 におけるストレスマネジメント

秋山仁志

「研修制度におけるストレスマネジメント」

日本歯科大学附属病院研修プログラム責任者

秋山仁志

平成18年4月より歯科医師臨床研修制度が必修化され、歯科診療に従事しようとする歯科医師は1年間以上の歯科医師臨床研修を行うことが義務付けられた。研修歯科医が精神的、経済的に安定して研修に専念できるための研修体制の整備は、研修歯科医の資質の向上を図るうえで重要であり、研修歯科医の職場における健康管理上、重要な問題であると考えられる。今回のシンポジウムにおいて、平成18年度厚生労働科学特別研究事業・新歯科医師臨床研修制度の評価に関する調査研究で行った研修歯科医のメンタルヘルスに関するアンケート調査結果を踏まえて、研修制度におけるストレスマネジメントを報告した。

研修歯科医のメンタルヘルスに関するアンケート調査は、平成18年度歯科医師臨床研修を行っている全研修歯科医を対象とした。調査期間は、平成19年2月22日から3月7日までとし、アンケートへの回答は、新歯科医師臨床研修制度の評価に関する調査研究のホームページ上で5～10分程度で回答が行えるようにした。調査項目は、研修施設の種別、協力型施設数、研修修了後の今後の予定、ストレス要因の認知として簡易職業性ストレス評価票(57項目)、ストレス反応として抑うつ状態自己評価尺度(20項目)の合計80項目とした。研修歯科医のメンタルヘルスに関するアンケートの総回答者数は638名であり、平成18年度歯科医師臨床研修を行っている全研修歯科医の約1/4から回答を得た。研修施設の種別でみた場合、アンケートに回答した研修歯科医の6割以上が臨床研修施設群方式で臨床研修を行っていた。また、研修修了後の予定に関する回答は、別の医療機関に就職が約4割、研修した医療機関に就職が約3割、大学院へ進学が約2割であった。職業性ストレス簡易調査票の分析による研修施設の種別でみた結果は表1に示す。研修歯科医の健康問題に起きるリスクは102.83であり、全国一般の標準的な集団と比較してほとんど変わらないことが認められた。また、歯科大学病院(単独型)での研修歯科医のストレスは少なく、一般病院歯科(単独型)での研修歯科医のストレスは多くなる傾向があった。また、在籍した協力型臨床研修施設が1施設の研修歯科医と比較すると、在籍した施設数が2施設の研修歯科医のほうがわずかに健康リスクは増加したが、在籍した施設数が3施設以上の研修歯科医の健康リスクは減少を示した。抑うつ状態自己評価尺度(CES-D)でみた研修施設種別の結果は表2に示す。16点以上を「抑うつ状態」と判定した場合、本調査時期において、研修歯科医の4割(45.9%)以上が「抑うつ状態」であった可能性が示唆された。本調査結果から、研修歯科医は、対人医療専門職としての一般的な歯科医師の職業ストレスに加え、研修歯科医特有のストレス要因も抱えており、研修歯科医は、健康問題にリスクを抱える傾向があることが推察された。

医療現場にとって、適度なストレスがよりよい歯科医師臨床研修を生み出していることも事実であるが、研修歯科医がストレス反応として、抑うつ状態、燃え尽き状態に陥ることがないように十分に配慮し、各臨床研修施設は、今後とも研修歯科医が精神的にも身体的にも安心して臨床研修に専念できる研修体制を整備する必要がある。また、医科においては、研修医を教える指導医も2割がうつ状態であるとの報告があることから、指導歯科医自身が精神的に余裕をもって、研修歯科医を指導できる環境を整備すること、また研修歯科医が仕事や人生に関

表1 職業性ストレス簡易調査票の分析による研修施設の種別でみた結果

	回答数	総合した健康リスク [†]
病院口腔外科(管理型)+診療所(協力型)	2名(0.3%)	63.24*
歯科大学病院(単独型)	183名(28.7%)	78.72
一般病院歯科(管理型)+診療所(協力型)	5名(0.8%)	95.23*
大学病院(管理型)+病院歯科(協力型)	73名(11.4%)	98.79
病院口腔外科(単独型)	47名(7.4%)	100.43
大学病院(管理型)+診療所(協力型)	309名(48.4%)	103.24
その他	6名(0.9%)	111.86*
一般病院歯科(単独型)	12名(1.9%)	134.40*
診療所(管理型)+診療所(協力型)	1名(0.2%)	136.88*
全体で評価した場合		102.83

*回答数少数のため参考値

[†]健康リスク:100=健康問題が起きるリスクが全国一般の標準的な集団

表2 抑うつ状態自己評価尺度(CES-D)でみた研修施設種別の結果

	最高	最低	平均	SD	16点以上の研修歯科医
大学病院(管理型)+診療所(協力型)	60	0	17.81	10.55	145名(46.9%)
歯科大学病院(単独型)	60	0	15.34	10.54	67名(36.6%)
大学病院(管理型)+病院歯科(協力型)	44	1	16.82	9.30	38名(52.1%)
病院口腔外科(単独型)	59	1	17.43	12.61	26名(55.3%)
一般病院歯科(単独型)	37	5	22.58	9.43	10名(83.3%)
一般病院歯科(管理型)+診療所(協力型)	24	9	17.75	7.50	2名(40%)
病院口腔外科(管理型)+診療所(協力型)	26	10	18.00	11.31	1名(50%)
診療所(管理型)+診療所(協力型)	—	—	13	—	
その他	32	2	20.16	11.87	4名(66.7%)
全体で評価した場合	60	0	17.06	10.58	293名(45.9%)

して、先輩として相談でき、適切な助言と励ましを与えてくれるような情緒的支援者の存在も大切であり、研修管理委員会は、研修歯科医の精神的・心理面に配慮し、研修歯科医が十分なメンタリングを受けられるような体制を整備しておくことも重要である。研修歯科医のメンタルヘルスケアは、指導歯科医だけで抱え込む問題ではなく、研修管理委員会による全体的な視点からのコーディネートにより、組織を挙げての対応が望まれる。

「修了研修歯科医からの意見・要望」

平成18年度日本歯科大学附属病院研修歯科医
井上修輔

平成18年度日本歯科大学附属病院管理型長期プログラムで臨床研修を修了した立場から、今回のシンポジウムIIにおいて、新歯科医師臨床研修制度に関する意見・要望について述べた。

今後の歯科医師臨床研修への要望として、現行では臨床研修専念義務によりアルバイト行為は禁止であるが、

アルバイト行為に関してある程度の配慮がもたらされると生活的に好ましいこと、自身が行った研修プログラムは協力型臨床研修施設での研修が1施設のみであったが、多くの協力型臨床研修施設で研修が行えるとよいこと、研修指導内容のさらなる充実が図られるとよいことなどを報告した。

本制度下で歯科医師臨床研修を行ったことにより、基本的・総合的な歯科診療能力を修得できたこと、大学病院、一般開業医両方の職場でこれからも永く付き合い合える関係が多方面に築けたこと、院長、スタッフ、ならびに患者とのコミュニケーションなど人間関係の大切さを学ぶことができた。また、口腔に関係した全身管理を含めた健康回復、医療安全、感染予防の重要性を理解し、さらには、学校検診、訪問歯科診療への参加など経験することもできた。

新歯科医師臨床研修制度は、歯科医師人生の第一歩にあたり、きわめて有意義な1年間を過ごすことができる制度であると考えられる。