

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

現状の歯科医師臨床研修における評価方法に関する実態調査

研究代表者	田口 則宏	鹿児島大学・教授
研究分担者	長島 正	大阪大学・教授
	河野 文昭	徳島大学・教授
	一戸 達也	東京歯科大学・教授
	新田 浩	東京医科歯科大学・教授
	大澤 銀子	日本歯科大学・准教授
	秋葉 奈美	新潟大学・助教
	岩下 洋一朗	鹿児島大学・助教

研究要旨

新たな歯科医師臨床研修制度の開始に伴い、新規の研修評価方法の開発が望まれる。本研究では研修必修化以降 15 年間にわたって使用されてきたオンライン歯科医師臨床研修評価システムの使用状況を含め、全国の研修施設において使用されている評価方法の実態を明らかにし、現状の問題点や各施設での工夫点を理解することを通じて、新たな歯科医師臨床研修制度に適用できる評価方法の開発に向けた基盤を構築する。

A. 研究目的

令和 3 年 3 月に発出された「歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」において、新たな歯科医師臨床研修に関する到達目標が提言されたところである。これに伴い、各研修歯科医が到達目標に達したかどうかを適切に評価し、各臨床研修施設における修了判定に資する情報を創り出す方略の構築が必要であるが、現時点では明確な方針が打ち出されていない。現在の歯科医師臨床研修制度では、平成 18 年度の必修化の際、UMIN（大学病院医療情報ネットワーク）と国立大学歯学部附属病院長会議の連携を基盤として DEBUT（オンライン歯科臨床研修評価システム）が構築され、当初は多くの臨床研修施設で活用されていたが、現在ではその施設数は減少傾向にあると考えられるが、これまで歯科医師臨床研修における評価方法に関する一定の視点に基づく実態調査は行われてこなかった。

そこで本研究では、全国の研修プログラムを管理する臨床研修施設に対して、研修評価方法の実態調査を行い、形成的評価の実施状況や研修修了判定に資する評価方法、評価基準、また多面評価の実施状況などを明確にしていく。これらの活動を通じて、新たな歯科医師臨床研修制度における到達目標に対する適切な評価方法を構築する基礎資料とする。

## B. 研究方法

### 1) 現状の歯科医師臨床研修における評価方法に関する実態調査

現在の歯科医師臨床研修制度は、平成 18 年度の必修化の際、UMIN（大学病院医療情報ネットワーク）と国立大学歯学部附属病院長会議の連携を基盤として DEBUT（オンライン歯科臨床研修評価システム）が構築され、当初は多くの臨床研修施設で活用されていたが、現在ではその施設数は減少傾向にある（厚生労働省医政局歯科保健課の調査によれば、全国 28 歯科大学病院のうち DEBUT を利用している施設は 5 施設（18%）であった。）。その原因として、システム操作性の煩雑さがあり、協力型臨床研修施設でのシステムの使用頻度の低さが、普及を妨げた要因の一つであると考えられている。このようなことから、現在は研修プログラム毎に施設独自の研修評価方法が用いられている状況であり、これまで一定の視点に基づく実態調査は行われてこなかった。そこで、本研究ではまず全国の臨床研修施設に対して実態調査を行うこととした。

<調査対象施設>：令和元年度時点で、臨床研修施設は単独型、管理型を併せて 314 施設あり、それぞれが単一または複数の研修プログラムを有している。このすべての研修プログラムに対して調査を実施。

<調査対象者> 各研修プログラムにおけるプログラム責任者

<調査方法> Web アンケート方式

<調査時期> 2020 年 12 月～2021 年 1 月

調査項目については、詳細な検討を行うことが必要なことから、研究分担者毎にテーマを割り振り調査項目の選定を実施するとともに、分析についても同様の割り振りで担当した。また、調査方法は回答および集計の利便性を考慮し Web アンケート方式を採用し、外部業者に委託した。

（倫理面への配慮）

本調査は全国 300 以上の臨床研修施設における評価方法に関する情報を収集、分析する必要があるため、研究代表者が所属する鹿児島大学大学院医歯学総合研究科の疫学研究等倫理審査委員会に研究倫理審査を令和 2 年 9 月 28 日に申請し、同年 11 月 20 日に研究実施の承認を得ることができた（200156 疫）。

また、調査は鹿児島大学と業務委託契約を締結した株式会社バルクが実施するとともに、別途締結した「個人情報の取扱いに関する契約書」に基づき、情報の徹底管理を実施した。

## C. 研究結果

## 1) 現状の歯科医師臨床研修における評価方法に関する実態調査

調査は大きく、臨床研修施設や研修プログラム等の概要に関する内容（質問1～7）と、研修評価方法に関する内容（Q1～26）の二つに分けて行った。

今回の調査は158施設から回答が得られたが、その内訳は病院（医科大学（医学部）附属病院を除く）が39.2%と最も多く、次いで歯科診療所が24.1%、医科大学（医学部）附属病院が20.9%と続き、歯科大学（歯学部）附属病院は15.8%となっていた（質問1）。また、施設としての形態は単独型臨床研修施設が81.0%と最も多く、次いで管理型臨床研修施設が37.3%、協力型臨床研修施設が19.6%であった（質問2）。各施設が有する研修プログラム数については、「1つ」との回答が65.2%と最も多く、次いで「2つ」が23.4%、「3つ」が7.6%となっていた（質問3）。各施設に所属する指導歯科医数は2～3名が37%と最も多く、次いで4～10名が30%、11名以上が20%となっていた。またその指導歯科医のプログラム責任者講習会受講状況は、0～20%未満が41%と最も多く、ついで20～40%が21%、40～60%が18%となっており、同講習会の受講機会は各施設まで十分にいきわたっていない傾向が明らかとなった（質問4）。各施設に所属する指導歯科医を除く常勤歯科医師数は1～3名が38%で最も多く、次いで4～10名が27%、11名以上が22%となっており、比較的限られた歯科医師数での研修指導が行われている実態が明らかとなった（質問5）。各施設で1年間に受け入れる研修歯科医の総数は、過去3年平均で0～5名が71.5%と最も多く、51名以上との回答も8.9%見られたが、今回協力が得られた施設のうち、約8割の施設では10名以下の研修歯科医受入れとなっていた（質問6）。また研修歯科医一人当たりの一日平均患者数（過去3年平均）は、6～10名が42.4%と最も多く、ついで0～5名が38.6%であり、11名以上という施設も19.0%存在した（質問7）。

研修歯科医に対する評価方法については、「施設で独自に作成した評価方法を使用」が70.9%と最も多く、ついで「DEBUTを使用」が16.5%、独自の評価方法とDEBUTの併用が7.6%であり、DEBUTについては全体の24.1%が何らかの形で使用していた（Q1）。Q1で「DEBUTを使用」と両方の併用を回答した38の施設に対してDEBUTの使用実績を尋ねたところ「単独型施設又は管理型臨床研修施設になった当初から使用している」との回答が86.8%と最も多く、継続して使用されている傾向が明らかとなった（Q2）。同じ38施設に対してDEBUTを使用する上での問題点について尋ねたところ多くの意見が得られ、大きく評価項目に関する問題、操作面に関する問題、運用面に関する問題などが挙げられた（Q3）。一方、Q2で「当初は使用していなかったが現在は使用」、「当初使用していたが現在は使用」と回答した施設に、使用されなかった理由を尋ねたところ、今までのもので不自由がなかった、当初は手を付けられなかったなどの回答が得られた（Q4）。Q1で「施設で独自に作成した評価方法を使用」と回答した施設に具体的にはどのような方法かを尋ねたところ（Q11で形成的評価、Q15で総括的評価を尋ねているため、ここではこれら以外のものを抽出）、電子ログブック、独自の電子評価システム、ポートフォリオ、研修手帳、観察記録、OSCE、パラメディカルによる評価、自己評価と他職種による評価、指導医と研修

医による客観的評価と主観的評価、医科 EPOC 2 に準じた評価表を用いるなど医科研修に合わせた評価、学会発表や論文発表など様々な方法が用いられていた (Q5)。各施設における独自の取組みや工夫について尋ねたところ、ルーブリックや多段階評価などの評価基準の工夫、人物評価やプレゼンテーション評価など評価内容の工夫、指導歯科医だけでなく歯科衛生士、病棟看護師など多職種による評価、完全ペーパーレスやパフォーマンス評価、OSCE やカウンセリングの実施など様々な取組みが認められた (Q6)。一方で、各施設における評価方法での問題点を尋ねたところ、客観評価の難しさ (評価基準の設定が困難、主観的評価になりがちなど)、多面評価の未実施、評価項目の細かさや症例数の設定方法、評価のタイミングや評価に要する時間的問題、紙媒体での評価の際の管理・運用方法や作業量など人的コストなどが挙げられていた (Q7)。

形成的評価に関して、実施の有無を問うたところ、随時行っている施設が 62.7%、定期的に行っている施設が 27.2%であったものの、行っていない施設も 4.4%認められた (Q8)。形成的評価のタイミングは週 1 回程度が 37.2%と最も多く、毎日の診療後、毎日の終業時がそれぞれ 20.9%であり、比較的高頻度で実施されている傾向であった (Q9)。Q8 で形成的評価を「定期的に行っている」、「随時行っている」と回答した 142 施設に、形成的評価は誰が行っているかを尋ねたところ、指導歯科医との回答が 93%と最も多く、次いで研修プログラム責任者が 64.1%、指導歯科医でない常勤医が 45.8%、歯科衛生士などの医療スタッフが 31.3%となっていた (Q10)。同様の 142 施設に、形成的評価をどのような方法で行っているかを尋ねたところ、経験症例の質的な評価との回答が 69.7%と最も高く、次いで研修態度が 69%、症例発表が 64.8%、経験症例の量的な評価が 62.7%、口頭試問が 50.7%となっており、これらの方法が半数以上の施設で用いられている傾向であり (Q11)、各施設で特に重視されている方法は、経験症例の質的な評価が 21.8%で最も高く、次いで研修態度が 15.5%、ポートフォリオが 14.8%となっていた (Q12)。また、形成的評価をどのようにフィードバックしているかを尋ねたところ、研修歯科医との対面により直接的にフィードバックしている施設が 95.1%に上っていた (Q13)。

総括的評価において、最終的な評価は誰が行っているかを尋ねたところ研修プログラム責任者との回答が 81%で最も多く、次いで指導歯科医が 66.5%、施設長が 31.6%となっていた (Q14)。総括的評価で用いている方法を尋ねたところ、経験症例の量的評価が 77.8%もと最も多く、次いで研修態度が 67.7%、経験症例の質的な評価が 63.3%となっており、これらの方法が半数以上の施設で用いられており (Q15)、特に重視されている方法は、研修態度が 17.7%、経験症例の量的な評価が 17.1%、ポートフォリオが 16.5%となっていた (Q16)。経験すべき症例数をどのように設定しているかを尋ねたところ、過去の研修歯科医の症例数を参考に設定している、外来患者数や施設の事情により算出している、できるだけ多くのケースを経験させている、本人の力量に合わせて設定している、研修修了に必要と考えられる数を設定している、管理者や研修管理委員会が設定している、厚生労働省の例示を参考にしている、など多くの意見が挙げられた (Q17)。総括的評価の評価基準について尋ね

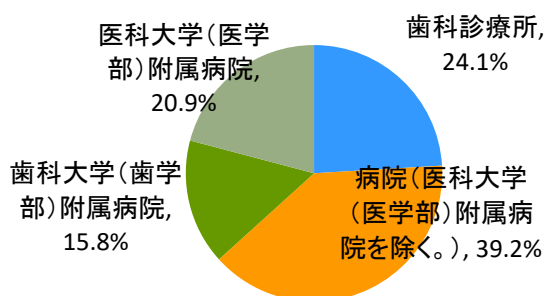
たところ多様な意見が得られたが、大きく「総合的な評価を重視する施設」と「経験症例に対する評価を重視する施設」の二種に分類される傾向であった (Q18)。

多面評価の導入状況を尋ねたところ、一部で導入している施設が 36.7%と最も多く、全面的に導入している施設は 12.7%にとどまっていた。一方で 27.2%は導入していないとの回答であった (Q19)。Q19 で「全面的に導入している」と「一部で導入している」と回答した 78 施設に、指導歯科医以外の評価者を尋ねたところ、歯科衛生士が 80.8%、関連する医療スタッフが 73.1%、事務職員が 51.3%となっていた。また患者と回答した施設も 12.8%認められた (Q20)。同じ 78 施設に対して多面的評価をどのようなタイミングで実施しているかを尋ねたところ、研修期間中随時実施が 60.3%、研修期間中に定期的に実施が 30.8%、研修歯科医の診療後が 23.1%であった (Q21)。また同様に 78 施設に対して多面評価を導入する上での工夫点を尋ねたところ、多職種の方々の本来業務以外の「評価」を担当させることへの配慮や評価内容の統一、指導者以外から評価を受けることに対する研修歯科医への配慮などが見られた。また多面評価の効果についてはスタッフ間のコミュニケーションの強化が図られた、学習意欲の向上につながった、医療提供体制が改善された、などの意見が見られた (Q22)。一方で多面評価を導入できていない施設に対して、その理由を尋ねたところ、実施方法に対する知識不足や必要性を感じない、多面評価の存在自体を知らない、人員不足や多忙、多職種からの協力が得られにくいなどの回答がみられた (Q23)。

今回協力が得られた 59 件の協力型臨床研修施設における研修評価方法を尋ねたところ、管理型臨床研修施設と全く同じ方法で評価している施設が 54.2%と最も多く、次いで管理型臨床研修施設の評価方法と協力型臨床研修施設独自の評価方法を組み合わせて評価している施設が 30.5%となっていた (Q24)。協力型臨床研修施設における研修評価は、総括的評価にどのように組み込まれているかを尋ねたところ、数値化まではしないものの、評価結果を取りまとめ修了判定資料としている施設が 50.8%と半数を超え、評価結果を数値化し総括的評価に組み込んでいる施設が 37.3%認められた (Q25)。

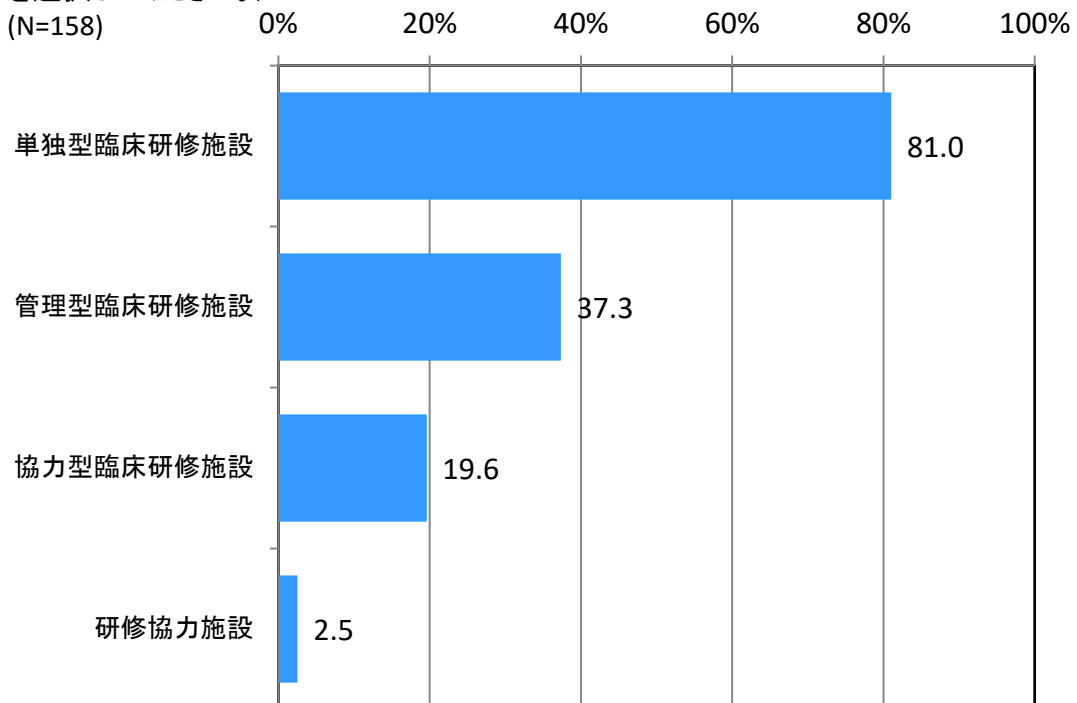
新型コロナウイルス感染拡大に伴い、研修評価に対して特記すべき取組みを尋ねたところ、感染対策や在宅研修などの評価内容の工夫、非接触式の評価方法の導入など評価方法の工夫などが行われていた (Q26)。

【質問1】施設の形態をお選びください。(ひとつだけ)  
(N=158)



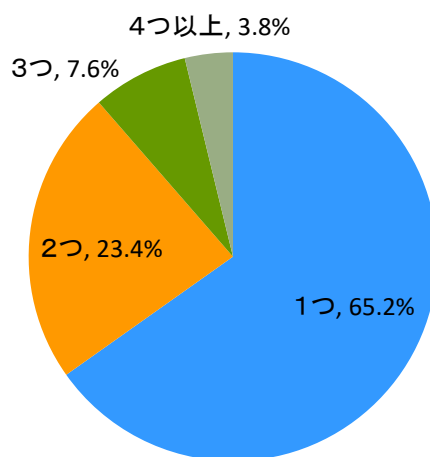
【質問2】 研修施設としての形態をお選びください。(該当するもの全てを選択してください。)

(N=158)

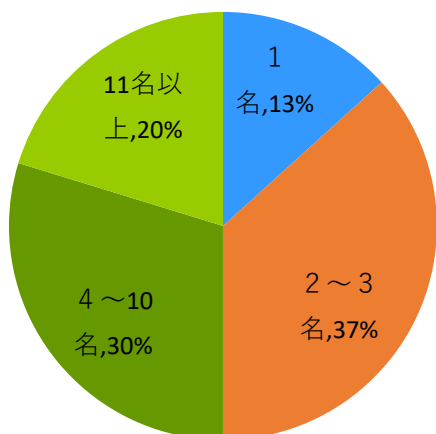


【質問3】 貴施設が有する研修プログラムの数をお選びください。(ひとつだけ)

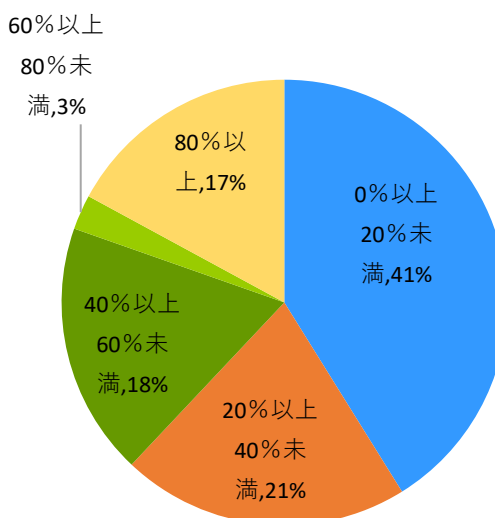
(N=158)



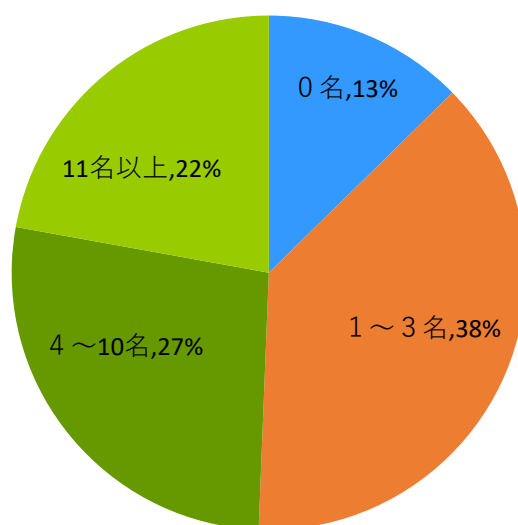
【質問4-1】 貴施設に所属する指導歯科医数（2019年度）をご記入ください。（N=158）



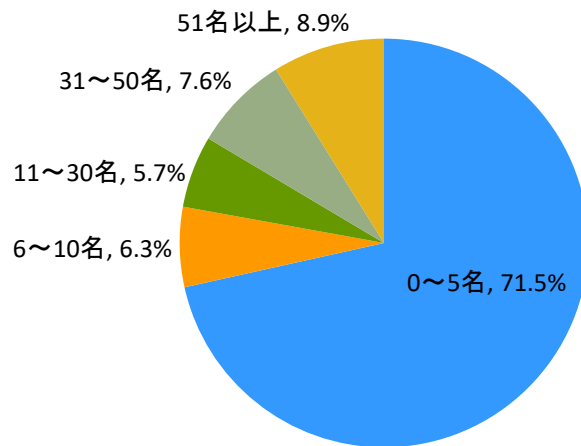
【質問4-2】 貴施設に所属する指導歯科医数（2019年度）のうち、プログラム責任者講習会受講割合をご記入ください。（N=158）



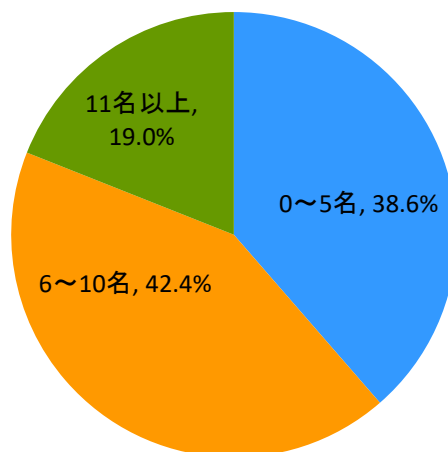
【質問5】 貴施設に所属する指導歯科医を除く常勤歯科医師数（2019年度）をご記入ください。（N=158）



【質問6】 貴施設が1年間に受け入れている研修歯科医の総数(過去3年平均)をお選びください。(ひとつだけ)  
(N=158)

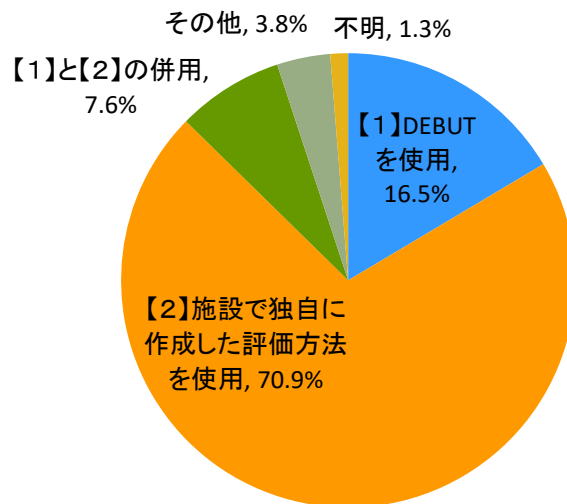


【質問7】 貴施設(単独型または管理型臨床研修施設)における研修歯科医一人当たりの一日平均診療患者数(過去3年平均)をお選びください。(ひとつだけ)  
(N=158)

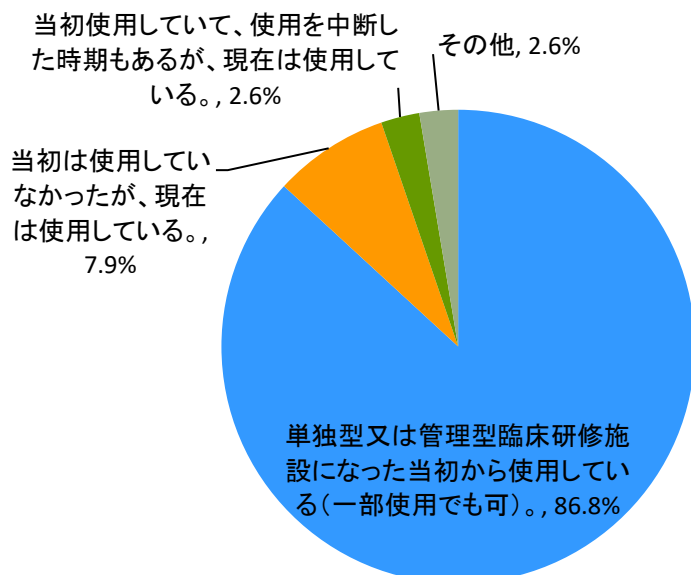




【Q1】貴施設にて受け入れた研修歯科医に対する評価方法(現在の評価方法)についてご回答ください。(ひとつだけ)  
(N=158)



【Q2】Q1で【1】、または【1】と【2】の併用と回答した方へ。貴施設におけるこれまでのDEBUT使用実績についてご回答ください。(ひとつだけ)  
(N=38)



**【Q3】(Q1で「DEBUTを使用」、「DEBUTと独自の評価方法の併用」と回答した方へ)**

使用する上での問題点はありますか。またその問題点をどのように克服していますか。具体的にご記入ください。

**【評価項目】**

- ・評価項目が多く、日常の中での評価する事の負担が多い。
- ・具体的な必要症例や症例数が決まっていればよいと思う ⇒プログラム上では症例数など
- ・当科は口腔外科診療を行っているため、一般歯科治療の研修経験が少なくなります。そのため、研修協力病院に依頼して補っています。
- ・何の疾患の患者さんかわからないので評価が難しい。備考欄に疾患名を入力してもらうようにしている。
- ・項目が多過ぎて複雑なので少なくしてほしい
- ・実際にそぐわないと思われる項目もある
- ・研修医、研修施設ともにあまり意味のないような項目も多々認められ、他の評価方法が良いと思うが、選択の余地がないため、併用している。独自の評価方法も取り入れている施設も多いと思われる。
- ・経験数や修得度だけで、歯科医師としての姿勢や意気込みなどが反映されていない。要領のいい研修医が得をする。
- ・自己評価と教員評価が乖離することがあり、評価の定義が曖昧と思われる。事前に定義を設定している。
- ・内容が現状にあっていない
- ・DEBUTのみでは到達目標に対する評価を管理できないため、他の評価法と併用している。実際の診療（研修）に対して、DEBUTの項目は入力しづらい。
- ・フィードバック機能は使用しにくい。
- ・評価段階がどれにあてはまるのか迷うケースがある。

**【操作面】**

- ・使用方法を十分理解できていないと思う
- ・使用していた評価シートと異なる、わかりづらい、DEBUTに合わせて使用している
- ・マニュアルを読んでもわかりにく、苦慮した。他病院へ訪ねてみたりした。
- ・使用法が煩雑でアクセスしにくい、また臨床実態に即していないとの声があります。

**【運用面】**

- ・事務側で登録がされていなかったため、スムーズに使用開始できなかった。
- ・手間がかかるが手間は必要と思う
- ・インターネットを使用する頻度が多く、ネットが使える環境を整備しました。
- ・電話問い合わせができると助かります。
- ・経験症例数が把握できない。
- ・特に問題なく使用できているが、協力施設側から「UMIN-ID・パスワードを忘れた」という問い合わせが非常に多い
- ・研修歯科医と指導歯科医が1:1の関係ではない（複数の研修歯科医を複数の指導歯科医が当番制で指導する）ケースでは使用が困難な場合があります。このため、別途ポートフォリオ等を導入して対応しています。
- ・指導医が評価の際に、患者の識別が難しい。対応として最後の備考欄にフリー入力での診察日などの診療に関わる情報を入力してもらっている。
- ・1人の患者に対し保存補綴外科治療を行う時、同じ患者番号を使用するのだが、入力した後どれがその患者か探すことが大変である。当院では紙媒体の到達目標評価表に記入をさせており、事実上DEBUTは使用していない。
- ・DEBUTを使用した場合、共通の修了判定基準がない。

**【Q4】(Q2で「当初使用していなかったが現在は使用」、「当初使用していて使用を中断したが現在は使用」と回答した方へ)**

当初使用していなかった理由又は使用を中断した理由をご記入ください。

- ・当初はすぐには手を付けられなかった。
- ・今までのもので不自由なかったから。
- ・研修医が国家試験に落ちて人数が2名から1名に減ったため。

## 【Q5】(Q1で「施設で独自に作成した評価方法を使用」と回答した方へ)

その評価方法はどのようなものか具体的にご記入ください。

### 【独自の評価方法】

- ・予め到達目標と歯科処置等(手技)を関連させた目標症例数を研修項目ごとに設定し、毎日達成した症例をWeb入力により集計する。(ニッシン・電子ログブックを利用)
- ・独自のCDP(Career Development Program)において、キャリア目標を定め、達成するために必要な能力や経験を計画的に積み重ねるシステムです。webサイトの「WhiteCross」の活用、セミナーやドクターキャリア診断等。
- ・各項目ごとに点数化し5点満点で評価する。
- ・診療内容やスキルに応じたルーブリック評価。
- ・ポートフォリオ(SEA)に対する9項目4段階の評価。
- ・診療記録、自己・指導医評価をまとめた研修ノートにより評価。
- ・研修手帳、ポートフォリオ、観察記録、OSCE、研修発表、研修状況(勤務状況等)。
- ・マニュアルと連動した教育チェックシートで5点満点の評価と理解度を図るためのテストを実施。

### 【多面評価・自己評価】

- ・Debutに研修姿勢を反映させている。パラメディカルの評価。指導医からの研修の積極的な取り組みをしているかを評価
- ・当院で独自に作成した評価項目について、プログラム責任者、研修指導医、その他の歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士が多面的に評価する。
- ・症例ごとの形成的評価と統括的評価 協力施設(歯科医師ではない)での自己評価と他職種の評価。
- ・自己評価と指導医評価各項目評価表の内容を達成する際に上級医と面談を行い達成度を評価する。
- ・指導医と研修医の双方に評価をさせる(客観的評価と主観的評価)形の評価方法など。

### 【医科の応用】

- ・医科エポックIIに準じて評価表を作成し、さらに歯科処置(抜歯、う蝕充填、歯周治療、義歯修理等欠損補綴)・周術期口腔機能管理症例数を毎月報告させ、1年間で集計しています。
- ・2年間の研修プログラムを行っており、医科研修に準ずる。
- ・医科研修が多いので独自でないと評価できない。

### 【その他】

- ・学会発表1回と論文投稿1編を課している。
- ・研修医の自己評価、指導医による評価、研修医による指導医の評価、研修環境の評価、管理委員会によるプログラムの評価を行い、その結果を定期開催される研修管理部会、管理委員会で共有している。

## 【Q6】貴施設における評価方法について、独自の取り組みや工夫があればご記入ください。

### 【評価基準】

- ・ルーブリック表を用いた症例報告の評価を指導医だけでなく研修歯科医にも行わせていること。
- ・到達目標に対してスモールステップを設定し、抽象的な到達目標を達成できるようにしている。
- ・テキスト「生涯歯を残せる時代の5つのスキル」の処置項目をベースに評価基準を設定。

### 【評価項目】

- ・まずは医療従事者として、歯科医療の技術面よりも歯科医師として人物を育成するように努力し評価している。
- ・学会発表を行い、プレゼンテーションの評価を行う。
- ・症例報告会の抄録をダブルブライントにてバイアスを消去し、公平に評価すること。
- ・研修歯科医としての人間性を指導医が5段階評価にて示すこと。

### 【評価者】

- ・多職種による評価(360度評価)を加えている。
- ・評価者は指導医だけでなく、病棟師長、外来歯科衛生士も評価に加わります。
- ・歯科衛生士による態度評価を導入。

### 【評価手法】

- ・完全ペーパーレス
- ・単独型プログラムでは・研修前半=診療毎にPFを作成して形成的評価を実施 研修前期~後期=3ヶ月毎に凝縮ポートフォリオを作成して、次の四半期の目標や課題を確認 研修後半=診療そのものをチェックリストを使用して評価するパフォーマンス評価(CA)を実施。
- ・OSCEの実施・定期的な個人カウンセリングの実施・振り返り時間の確保、充実・個別指導時間の充実。
- ・必須ケースの到達度をe-logbookを活用し協力型研修施設派遣の研修医を含め、リアルタイムに把握し、指導に生かすこと・The Dental Resident Manualを用いて、日々の記録をポートフォリオ用紙に記入する。
- ・電子ポートフォリオは学生も研修医も同じシステムを使用しているが、内容は研修医の方がアドバンスコースになっている。
- ・スタンプラリー形式になっており、研修手帳を確認すれば、研修医、指導医とも研修の進行状況が把握しやすいように工夫している。
- ・医科研修医制度に基づき臨床研修委員会で管理している。

## 【Q7】貴施設における評価方法について、問題点があればご記入ください。

### 【客観評価】

- ・指導医の判断による部分。主観的な評価になってしまう（客観性に欠ける）。
- ・段階的な評価がない（評価基準があいまい）。
- ・評価基準が明確でないため、協力施設や他科での研修期間中の評価があいまいになりがちである。
- ・評価の方法が数値によるものではなく、画一的ではないため、評価基準が評価者によって曖昧になる。
- ・評価者により研修医に求める技量や知識が異なっており、求めるものが高いほど評価が下がりやすい。
- ・点数化が難しい項目もある。
- ・自己評価が中心であることが問題としてあげられる。
- ・客観的臨床能力試験による評価も加味していますが、共用試験OSCEに似た方法で実施しているため、臨床実地試験的な方法を今後検討している。
- ・指導医による評価のばらつきが生じることがあるため、毎週直接指導に関わっている指導医によるミーティングで確認。

### 【多面評価】

- ・多面評価や360度評価を実施していなかった。
- ・他施設等第三者からの評価が必要かも知れない。

### 【評価内容】

- ・術者への積極的な介助や患者への取り組みなどの姿勢は評価されない。
- ・以前行っていたOSCEは、教員の削減や学部生に対する卒前評価などの業務負担増加などにより現在は行っていない。
- ・学部学生時に技術面の客観的評価の機会が増加した現在、研修医に対してはポートフォリオで技術面の評価をカバーすることが大切なのではないか、と考えている。
- ・項目が細かいため具体的に経験できない項目もある。
- ・経験すべき症例数、について再検討が必要

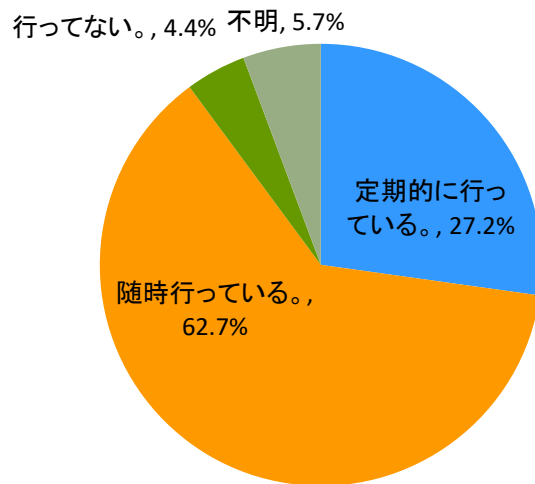
### 【評価の運用】

- ・評価のタイミング。到達度に個人差があるため、後半に課題が持ち越されることがある。
- ・評価に時間がかかる。
- ・指導医の評価や進捗状況を確認するために、時間がかかる。（ただし、そのために指導者も責任をもって指導にあたる利点がある）
- ・研修医と指導医の相性の問題。研修医が修得できていると思っても、指導医がそう考えていないことが多い。（Debut）
- ・指導医のアポイント状況で手厚く指導評価できない時がある。

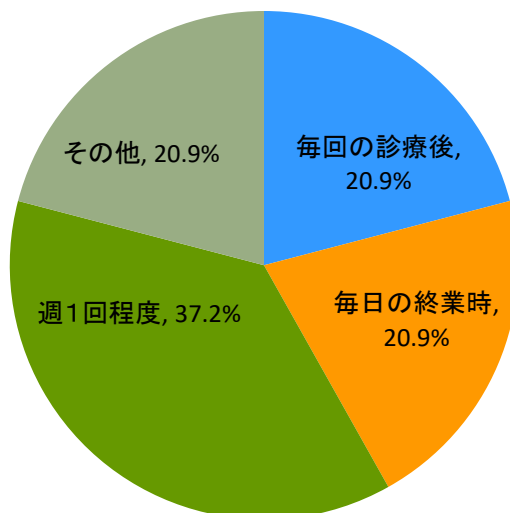
### 【評価管理】

- ・紙媒体での記録、評価のため、リアルタイムでの研修状況の確認が難しい。
- ・紙媒体管理の為、指導医が評価を書きこむ際や事務局が進捗把握する際に手間がかかる
- ・臨床研修歯科医の日々の症例登録の承認を指導歯科医が行うことにより症例としてカウントされる仕組みであるが、指導歯科医の都合などにより未承認のまま蓄積しサーバーの負担が増となる場合がある。
- ・紙ベースのため、集計に手間がかかる。これを電子化することが課題。
- ・指導医の作業量。
- ・採用研修医枠が1名なので、症例数の量的評価では年ごとにばらつきがでてるのが現状であるが、是正できていない。
- ・量と質のどちらに評価のウェイトをおくべきかいつも悩んでいます。
- ・他の研修施設との比較ができない。DEBUTなど共通の評価を併用し、他病院の研修内容を閲覧できるようにすれば、他の病院や大学との比較が可能になる。
- ・他施設との標準化ができていない。
- ・研修手帳は紙ベースのため、研修医からの提出が必須であり、事務方における研修状況の管理がしにくいこと。
- ・医科との違いが大きすぎる。
- ・指導歯科医・研修歯科医の人数が多く、均一な評価が出来ていない部分がある点。
- ・必須ケース数の達成を評価していますが、治療内容の評価まではできていません。基本的に、研修制度は落第させても予算がつけていただけるわけではないことも考えると、最終的にダメだしするものではないと思いますので、規程の必須ケースを満たせば可としています。
- ・長年の研修によりマンネリ化がおこり、DEBUTの入力など必要最低限(研修修了のための条件)しか入力しない研修医が少数であるが存在する。
- ・人的、時間的、経済的コストが年々かさんでいる。研修医から評価の根拠を求められたりする事もあるので、客観的な証拠をできるだけ残すように（難癖をつけられないように）指導に当たっているが、ベテラン指導医には受け入れられない事も多く、板挟みで精神的にも負担を感じる。
- ・評価の管理に手間がかかる。
- ・紙媒体での提出であるため、全体の実施数が即座にわからない。
- ・オンラインシステムへの入力滞ることで、特に協力型施設において研修進捗状況の把握が遅れることがある。

【Q8】貴施設では「形成的評価」を行っていますか。(ひとつだけ)  
(N=158)

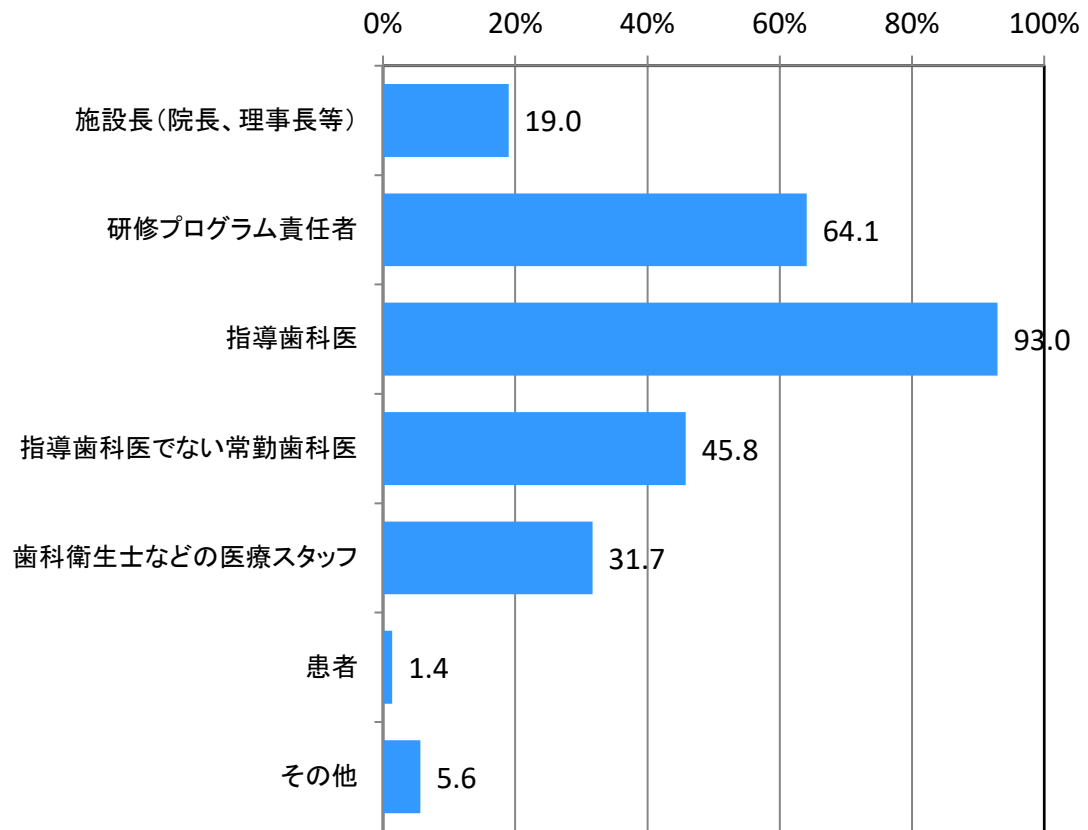


【Q9】貴施設での形成的評価はどのタイミングで行っていますか。(ひとつだけ)  
(N=43)

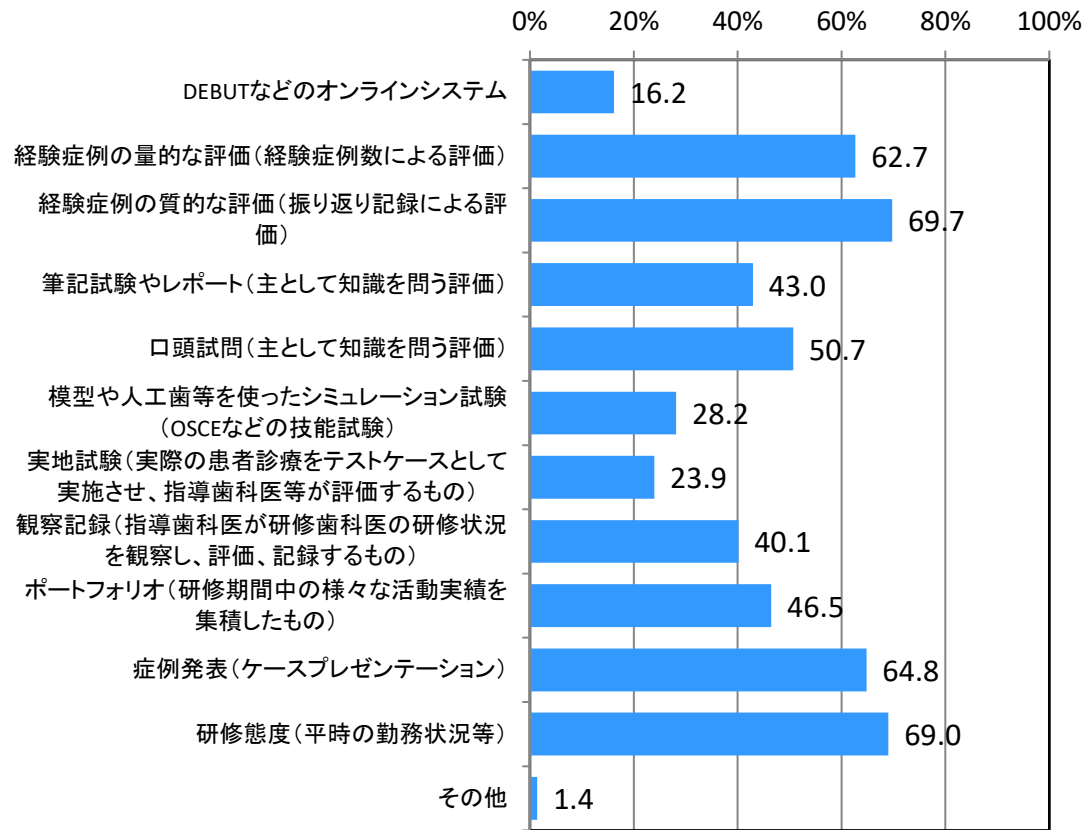


【Q10】貴施設では「形成的評価」は誰が行っていますか。該当するもの全てを選択してください。(いくつでも)

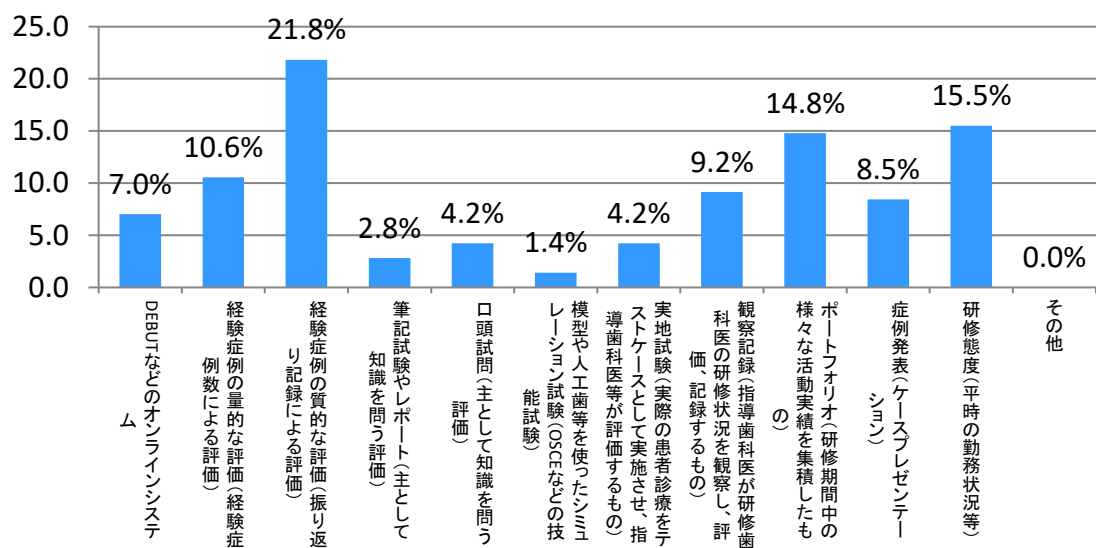
(N=142)



【Q11】貴施設では「形成的評価」はどのような方法を使用していますか。該当するもの全てを選択してください。(いくつでも)  
(N=142)

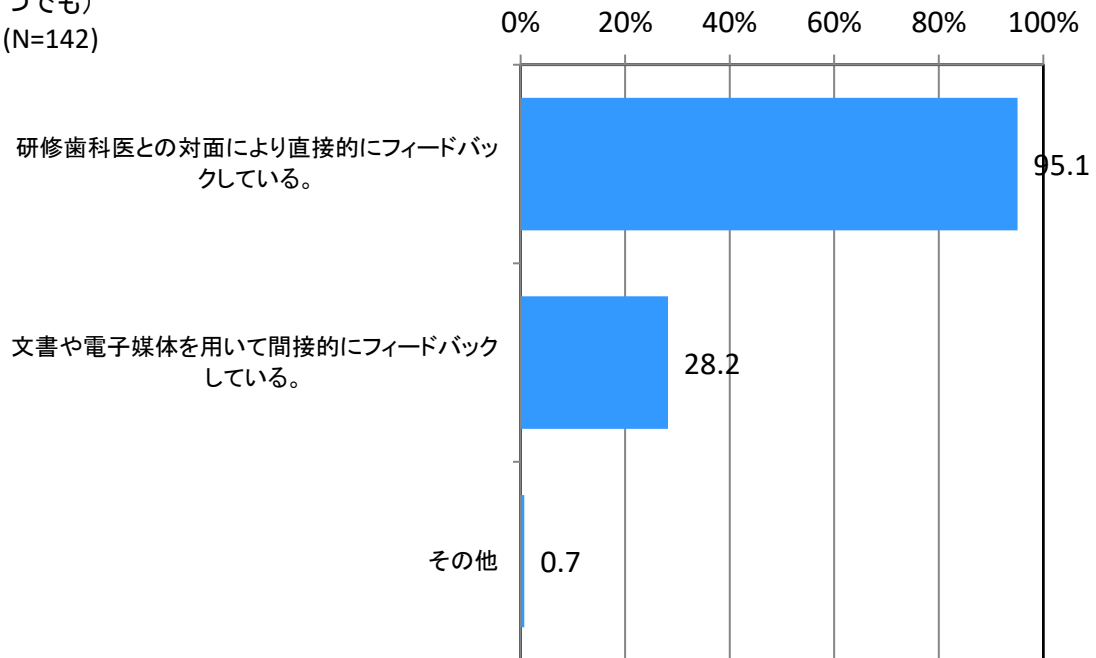


【Q12】Q11で選択した評価方法の中で、貴施設で最も重視している「形成的評価」方法はどれですか。あてはまるものをひとつお選びください。(ひとつだけ)  
(N=142)



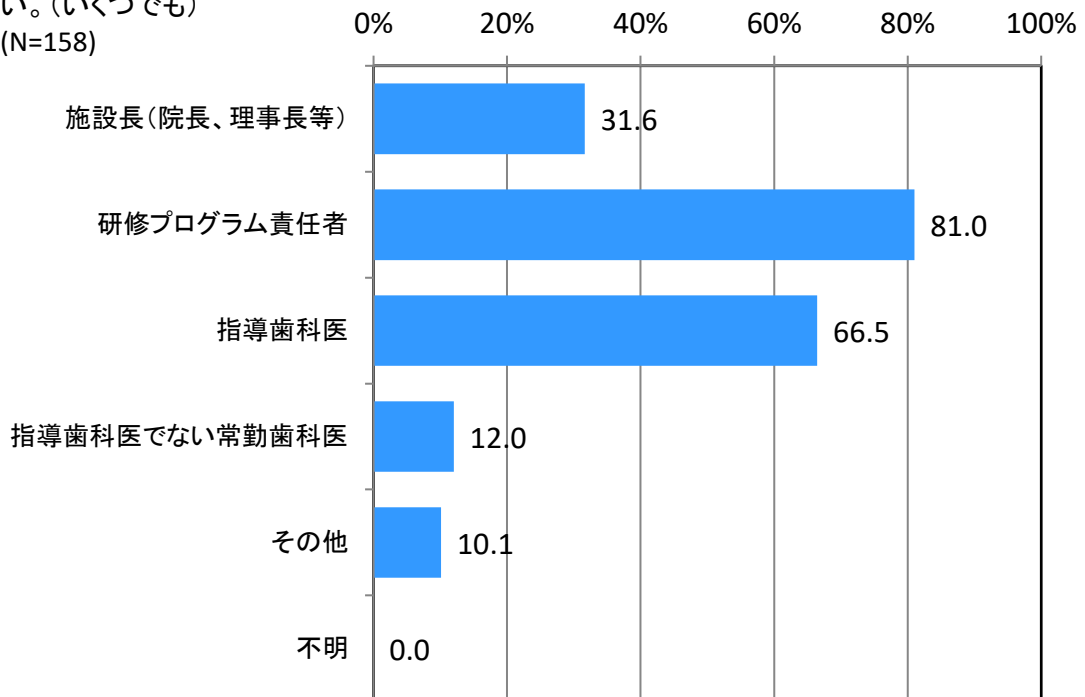
【Q13】貴施設では「形成的評価」の結果を、研修歯科医にどのようにフィードバックしていますか。該当するもの全てを選択してください。(いくつでも)

(N=142)



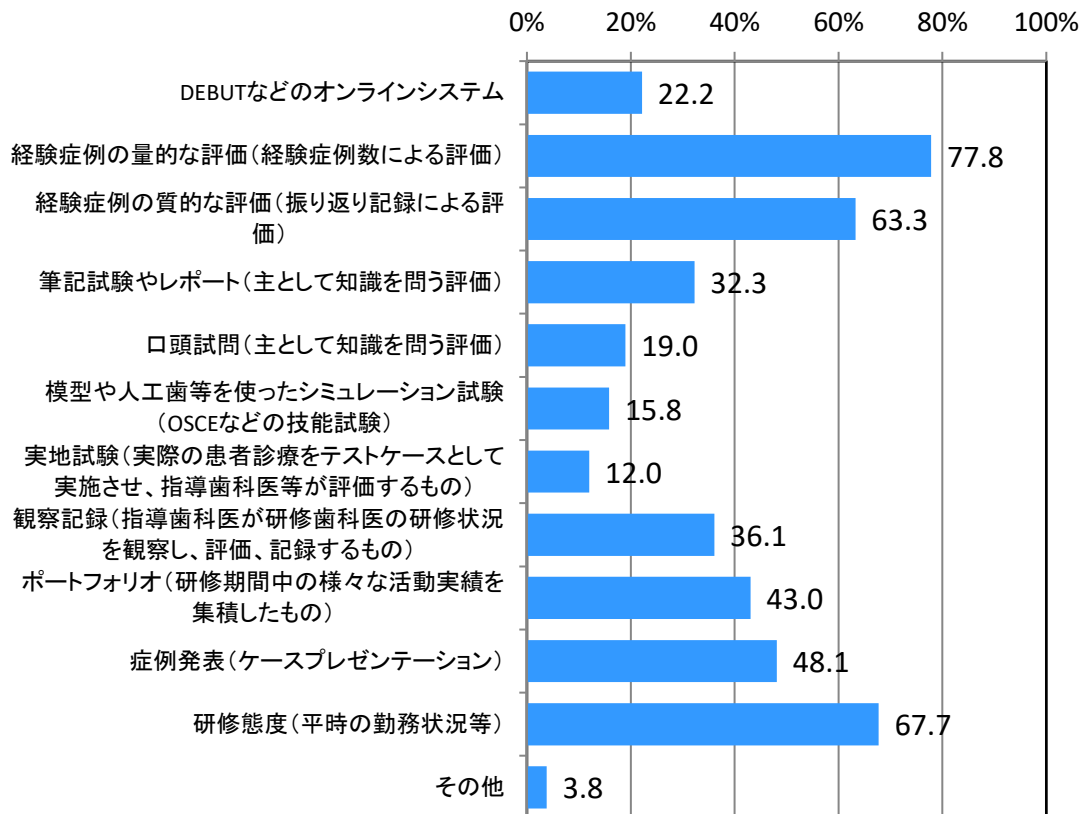
【Q14】「総括的評価(修了判定)」の最終意思決定は研修管理委員会で行われると思いますが、実際の現場において、個々の研修歯科医に対する最終評価は誰が行っていますか。該当するもの全てを選択してください。(いくつでも)

(N=158)

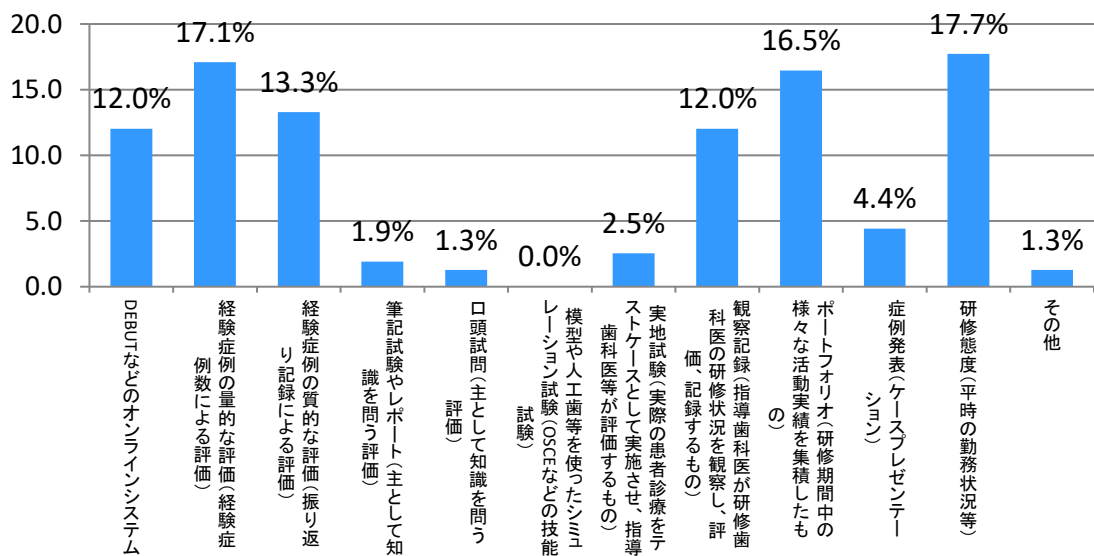




【Q15】貴施設では「総括的評価(修了判定)」はどのような方法を使用していますか。該当するもの全てを選択してください。(いくつでも)  
(N=158)



【Q16】Q15で選択した評価方法の中で、貴施設で最も重視している「総括的評価(修了判定)」方法はどれですか。あてはまるものをひとつお選びください。(ひとつだけ)  
(N=158)



## 【Q17】(Q15で「経験症例の量的な評価」と回答した方へ)

経験すべき症例、手技および経験症例数はどのように設定していますか。具体的にご記入ください。

### 【過去の研修歯科医の症例数を参考にする】

- ・前年の研修歯科医が実際に行った症例数を参考に、ミニマム値を設定している。
- ・過去の担当患者数から1年間の臨床研修で可能な症例数を割り出す。
- ・今までの研修医の平均的なもの。
- ・当初は、経験すべき症例数を指導医側で設定し、その後は、過去の研修医の症例数を参考値として設定している。
- ・過去の実績から勘案し経験症例数を決定している。
- ・過去の研修歯科医の経験症例数から達成すべきミニマムリクワイヤメントを設定している。
- ・過去の研修医の経験数と中身の振り返りをして判断しています。

### 【外来患者数や施設の事情より算出】

- ・平均患者数と症例の割合をもとに年間で十分な経験ができると思われる数をプログラムに標記している。
- ・研修先での患者数、一般目標、行動目標により設定。
- ・当科での患者数、疾患分布と研修医数から。
- ・当院の診療体制、診療重点項目の特性から設定。
- ・その年度の患者数より換算して決めている。
- ・当院で経験できる症例数をもとに、独自に設定。
- ・その日のアポイントにより変動あり。事前にレポートを記録してもらい、指導医の許可が得られたら処置を可とする。
- ・診療患者数より設定している。
- ・来院患者の症例等を参考に、研修時の目標症例数を設定している。
- ・自験症例数、見学症例数のボーダーラインは平均来院患者数を元に設定している。
- ・一般的歯科臨床で高頻度に遭遇する基本習熟コースおよび当院の特殊性、地域性、病院特性を考慮した高頻度に遭遇する疾患、診療内容に応じて症例数を設定している。

### 【経験できるケースはできるだけ】

- ・経験できる症例は可及的に経験してもらっている。
- ・ノルマは設定していない、研修途中で足りない分をあてがい終了時にひととおり研修できるように配慮している。

### 【本人の力量に合わせる】

- ・基本習得コース、習熟コースの症例目標数を目安に設定するが、本人の成長具合によって変わる。
- ・歯科診療の中での高頻度治療を中心に、研修医の習熟度をみながら症例数を加減している。

### 【研修修了に必要と考えられる数】

- ・基本的に必要な症例
- ・必要最低限の症例数は一応設定しているが、無理な時は少なくともどの分野も経験はするように症例配当している。
- ・保険診療を単独で実施するにあたって最低限身につけるべき内容を広範的に網羅する。
- ・研修項目と到達目標を達成するために必要と判断した数を設定。
- ・各科目において経験が必要と判断している症例数を挙げ、その総数を提示しています。
- ・臨床に出て、困らない程度に各手技を満遍なく与えている。
- ・必要不可欠な症例を選択。
- ・到達目標に基づいて、最低限の経験すべき症例数を設定している。

### 【管理者、管理委員会が設定】

- ・臨床研修プログラム責任者による設定。
- ・指導医と相談し決定している。
- ・2019年度までは研修管理委員会で定めた各処置ごとのノルマにしたがっていた、2020年度からはトータルの最低症例数のみを定めている。
- ・概ね獲得可能であろうと考えられる症例数に設定している。
- ・あらかじめ到達できるであろう症例数を設定。
- ・総合診療部で常に指導をしている指導医による決定。その量についてはオリエンテーション時に説明済。
- ・歯科研修管理委員会にて審議の上設定。

### 【厚生省の例示を参考】

- ・厚生労働省の示す経験すべき症例数を参考に、研修プログラムに経験すべき症例数を設定し、これに基づいている。
- ・厚生労働省や他で定めている到達目標をもとにプログラム責任者等が作成し、研修管理委員会にて協議、承認を得ている。

### 【その他】

- ・研修施設の認定を受ける際、参考にした数件の施設のプログラムを参考にして設定した。
- ・特に設定はしていない。

【Q18】「総括的評価（修了判定）」における評価基準についてお伺いします。貴施設における具体的な修了判定基準について、評価方法毎にご記入ください。

1. 「総合的な評価」を重視する施設

経験症例、診療への姿勢、ポートフォリオ（振り返り）、研修態度（学習意欲など）、勤務態度、指導医や多職種からの評価、学会発表、論文投稿、勉強会への出席状況、観察記録、自己評価など

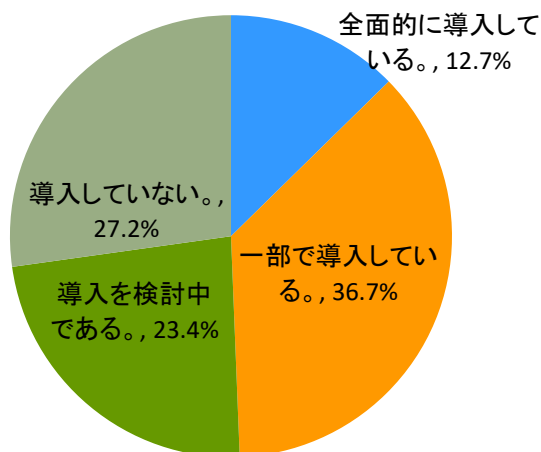
2. 「経験症例に対する評価」を重視する施設

目標症例数（自験数、見学数）の達成度（量的な評価）、技能評価（質的な評価）、患者さんへの態度、レポート、口頭試問、筆記試験、症例発表、DEBUT、保険診療点数など

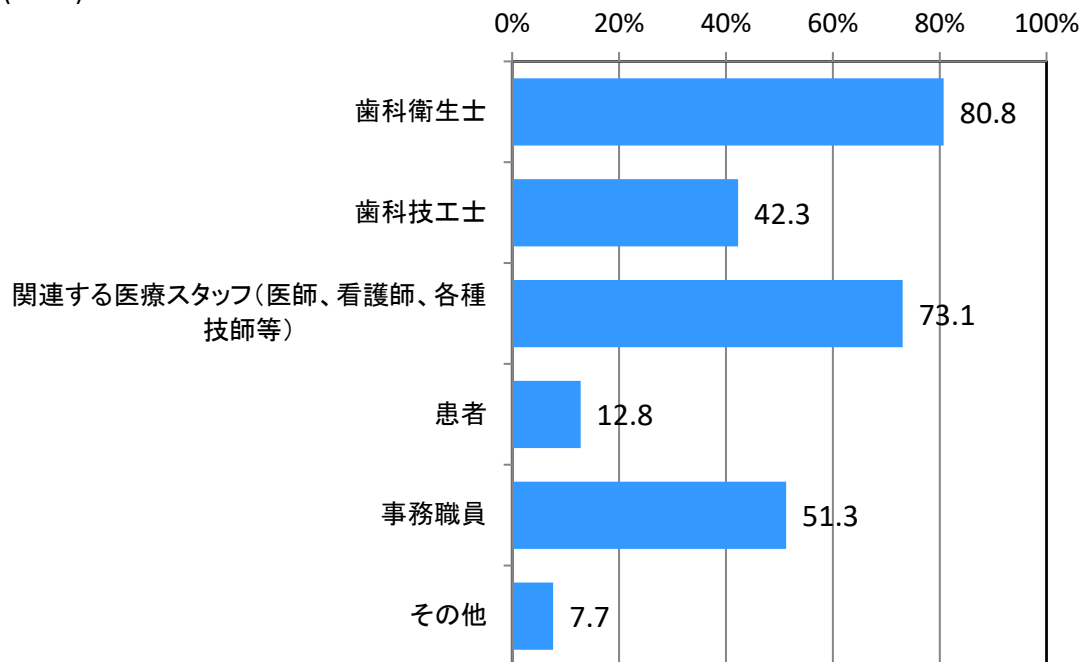
これら以外に、「休止期間が45日を超えていないこと」、「医療人のとしての適性」、「安心・安全な医療の提供」、「法令遵守」など

【Q19】貴施設では多面評価を導入していますか。（ひとつだけ）

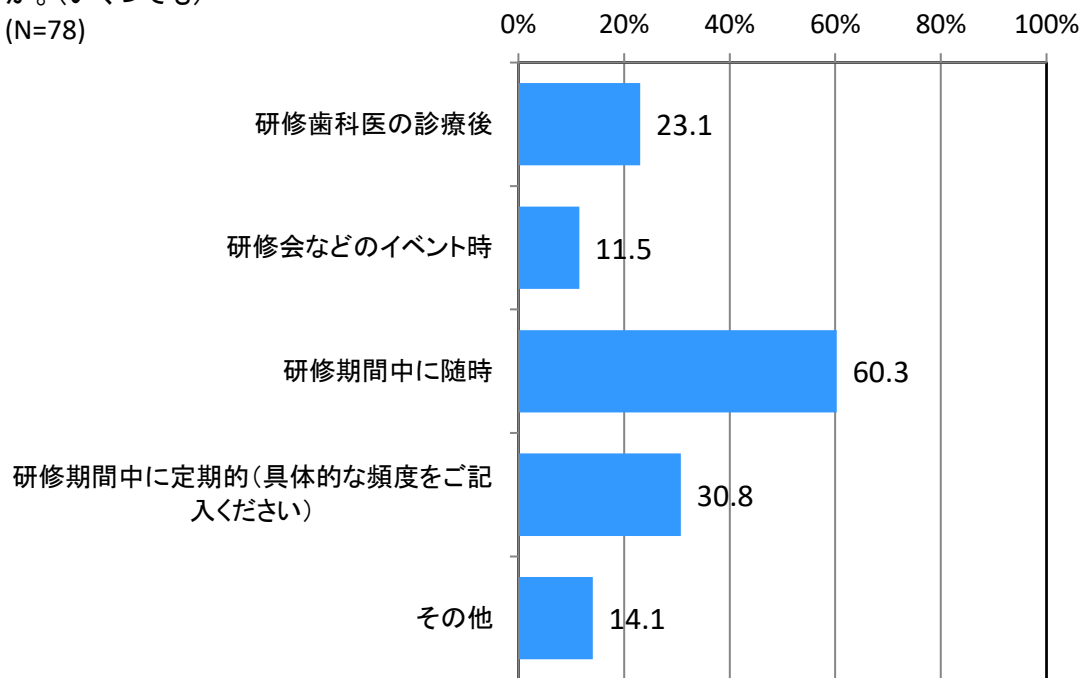
(N=158)



【Q20】 指導歯科医以外の評価者はどなたですか(いくつでも)  
(N=78)



【Q21】 貴施設ではどのようなタイミングで多面評価を実施していますか。(いくつでも)  
(N=78)



【Q22】(Q19で「全面的に導入している」、「一部で導入している」と回答した方へ)  
(多面評価を)導入する上で工夫した点や、導入したことによる効果についてご記入ください。

#### <工夫点>

- ・歯科衛生士や事務職員の部署をローテーションで体験させる。
- ・研修医があまり委縮しないようにできるだけ過去の例を話をして理解を深めるようにしている。
- ・本来、評価する義務のない方への協力依頼に苦労しましたが、歯科医師とは異なる視点で評価・フィードバックを受けられることから研修歯科医には好評のようです。
- ・医科研修医への導入を歯科研修医に導入した。歯科以外の専門職から歯科医師への期待や思いを知ることができた。
- ・評価の内容を各職種で統一する。
- ・Google formで評価アンケートの集計を適宜実施
- ・二人に評価してもらい平均値的な評価とする。
- ・協力型施設にて、スタッフ全員の前で症例のプレゼン、レポート報告を行っている。
- ・自由解答とパーセンタイルで記入できる評価シートを作成した。評価者の名前が見えないように、情報秘匿を徹底した。(女性は評価することを嫌う為)
- ・総括的評価シートを作成している。
- ・I(アイ)メッセージとYouメッセージを全職員が記載し言語でも伝える。研修者は直接メッセージを受け取ることができ、評価者は研修を振り返ることができる。

#### <効果>

##### 【コミュニケーションの強化】

- ・職員全員と意思疎通がスムーズにできるようになった。
- ・幅広い方々とコミュニケーションを取ることで、人間力がアップしている。
- ・病院職員が研修歯科医師に関心をもって接しているように感じる。総じて研修にかなり協力的になった。
- ・会議室でオープンで討論ができるようになった。
- ・自分では見えない点、気づかない点がある。
- ・研修歯科医を、自分たちの組織の一員として接してサポートしてくれるようになったと思う。
- ・歯科医師を指導する、評価することに躊躇している歯科衛生士・歯科技工士もいたが、先輩として助言してもらえるようお願いすることによって、職種の違う視点で助言してもらえるようになったと思う。
- ・全職員が研修に関わり一緒に研修医を育てているのだという自覚を持つことができ、また職員自身の成長にもつながる。

##### 【学習意欲】

- ・研修医のモチベーションの向上、行動変容の改善につながる。
- ・研修医がスタッフとの人間関係にも注力するようになった。
- ・研修歯科医同士の相互評価で、自らへの振り返り効果が期待できるようになった。
- ・研修施設全体で研修医の指導を行っているという雰囲気が出るのと研修医にとっても多面評価されているという安心感が持てる。
- ・研修医にとっては、患者さんやスタッフの立場からの視点や価値観を学ぶことができた。
- ・何が出来て、何が苦手か研修医が自分で理解できる。

##### 【社会性】

- ・医療行為だけでなく、社会人としての評価も行うようになった。
- ・技術的な点だけでなく、歯科医師として持ち合わせるべき協調性や傾聴姿勢、応対姿勢などについても評価・助言を行うことができる。

##### 【評価方法】

- ・指導医、上級医のいないときの研修態度や患者への接し方なども見てもらえる。
- ・評価すると構えるのではなく、日常的な会話の中で自然に評価を尋ねる。
- ・主観的な評価となっている印象がある。
- ・多方面からの意見を取り入れられるので、偏りの少ない適切な判断ができる。
- ・指導医からでは見えない部分、目の届かない部分の評価が、歯科衛生士、看護師等からの評価で可能となった。
- ・導入によって指導歯科医だけでは気づかないこと(技量や知識、性格など)も知ることができより客観的に評価することができる。

##### 【医療提供への効果】

- ・ベテラン歯科衛生士が補助につくことで患者の安心感が生まれる。
- ・医療面接や对患者様への接遇、また、医療チームの一員としての役割などを学ぶことができる。
- ・チーム医療の基盤が出来る。
- ・より安全に研修が行えるようになった。
- ・看護師や衛生士の目線から、処置や患者対応に関して具体的な指摘をもらっている。
- ・導入したことで、人にどう見られているか、人がどう感じているかといったことを意識させ、結果、患者様からの評価向上につながると思う。

【Q23】(Q19で「導入を検討中である」、「導入していない」と回答した方へ)

Q23. 現在導入していない(できていない)理由についてご記入ください。

【存在を知らなかった】

- ・多面評価の考え方が無かった。
- ・聞いたこともなかったから。
- ・そのような情報がない。
- ・多面評価の有効性について認識がなく、指導医評価のみだと思っていた。研修医の360°評価の基本的な仕組みを知らなかった。

【必要性を感じない】

- ・必須ではないため。
- ・条件として規定されたものではなかったため。
- ・積極的に多面的評価が必要とっていなかった。
- ・研修プログラムの実績がまだ浅く、現状多面的評価を行う段階に達していないため。
- ・多面評価の必要性を知らなかった。

【実施方法の知識不足】

- ・わかりにくいため。
- ・知見が無いため、勉強不足のため。
- ・過去に多面評価を行ったことがないため。
- ・評価の基準設定が難しい。
- ・評価方法など具体的な手段がない。
- ・評価方法が確立していない。
- ・患者、パラメディカルからの評価は客観性がなく、困難かと思えます。
- ・多面評価の価値が不明。
- ・そういった評価方法が有効であることの認識が欠けていた。

【計画中】

- ・臨床研修制度改正に伴い実施することとしている。
- ・評価項目について検討中のため。
- ・評価システムの変更のため、2019,2020年度は実施できなかった。

【人員不足・多忙】

- ・人員不足
- ・時間、人手ともに不足しているため。
- ・臨床業務に圧迫されており、余裕がない。
- ・多面的評価が望ましいと考えるが、コデンタルスタッフや患者さんからの評価を受ける方略検討に労力を割いているため至っていない。
- ・電子ポートフォリオに組み込む余裕が現時点ではないため。
- ・体制が不十分であるため、環境が整っていないため。
- ・現在、評価者の教育や制度の整備を行っていない。
- ・現在のポートフォリオ評価だけでも非常に大変である。評価対象である研修医の人数が2～3名であれば可能かもしれないが、40名を超える現状では厳しいため。

【協力が得られにくい】

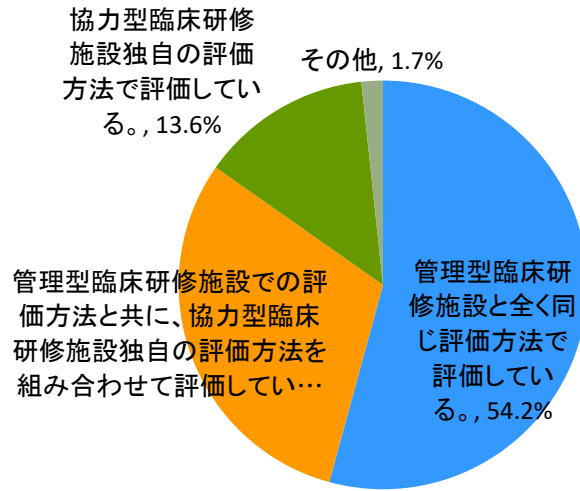
- ・一般歯科診療所のため、研修歯科医師への評価を患者に協力してもらうことは難しい。
- ・歯科医師以外のスタッフでは評価基準の共有が難しい。
- ・患者アンケート等の倫理的問題
- ・病棟看護部長・各医療チームの担当者などの評価を受けたいが、評価者の仕事量が増加してしまうので、少しためらっている。
- ・(多職種は)評価を業務に含んでいないため。

【非公式では実施している】

- ・4人と少人数である為、研修医・指導医・衛生士との各面談で状況がある程度把握できていた為。(しかし記録に残す必要性を感じて導入準備中である)
- ・口頭での評価はあったが、記録として残していなかった。
- ・技師・看護師の意見を参考に評価しているため。
- ・試行的に、同僚評価(同僚による行動、人物評価、ピアレビュー)を実施しているが、まだ、最終成績には組み込んでいない。
- ・参考意見としては取り入れている。対象を検討し導入を目指す。

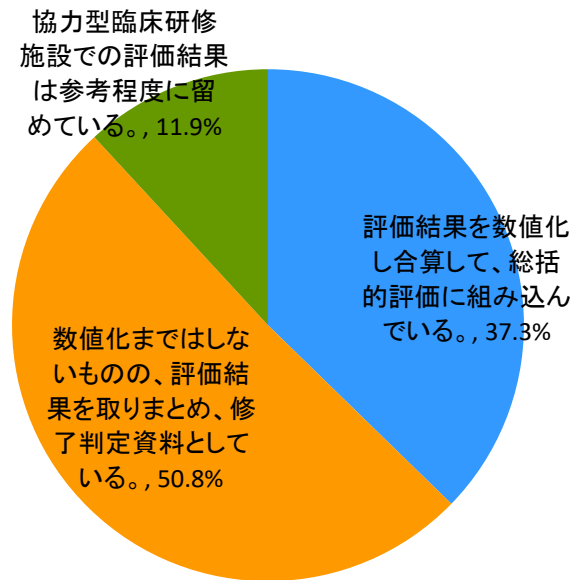
【Q24】貴施設が管理している協力型臨床研修施設における研修評価の方法は次のうちどれに当てはまりますか。(ひとつだけ)

(N=59)



【Q25】協力型臨床研修施設における研修評価は、総括的評価(修了判定)にどのように組み込まれますか。(ひとつだけ)

(N=59)



【Q26】新型コロナウイルス感染拡大に伴い、貴施設においても臨床研修の管理運営に関して様々な取り組みを行っておられると思います。特に「研修評価」に関する事項で、特記すべき取り組みがあればご記入ください。

【評価内容】

- ・感染症対策については厳重に研修し、評価している。
- ・Web研修の評価を加えた。
- ・コロナ過により従来以上に患者様のパーソナルな部分も細かく考える機会となった。
- ・原則はこれまで同様となるが、在宅研修も行っているため、在宅研修の課題に対する評価も加えて行う。
- ・患者の減少により、症例数の減少がみられるが、最終評価に与える影響については現在不明。

【評価者】

- ・玄関トリアージのスタッフに加わることで、病院内の多職種（看護師、事務職員など）からの接遇などに対するフィードバックが得やすくなった。

【評価方法】

- ・非接触を目的としてデジタル化による評価方法の導入が進んだ。
- ・研修評価を行う試験では、大きな研修室を借りて、換気を考え、ソーシャルディスタンスに気を付けて行っている。
- ・量的基準を緩和する方針。
- ・課題研修が例年より多くなったため、その評価の重みを換算して総括的評価に取りまとめる予定である。

#### D. 考察

現状の歯科医師臨床研修における評価方法に関する実態について、全国 314 施設を対象に調査を行ったところ 158 施設から回答が得られ、回答率は 50.3%であった。歯科医師臨床研修の実施は、大学病院のように複数のプログラムを有し多くの研修歯科医を受入れる形態と共に、1～2のプログラムを有し少数の研修歯科医を受け入れている小規模施設での形態があり、今回の調査では両者の施設から情報が得られた。DEBUT の使用状況については全体の約 2 割にとどまり、多くは施設独自で作成した評価方法を使用していた。公的に行われる歯科医師臨床研修制度では社会が求める医療人を育成するために、一定の方法で研修歯科医の評価が行われることが望ましいが、現実には各臨床研修施設の背景や受け入れる研修歯科医や評価する指導歯科医の人数などによって効率的な評価方法が用いられていると考えられた。特に DEBUT を使用している施設からは多くの問題点が指摘されており、今後新たな臨床研修制度における評価方法を構築する上で大変参考になる。形成的評価は大半の研修施設で行われており、施設の規模や施設の擁する人的、物的資源を駆使して、様々な形で実施されている傾向であったが、形成的評価の結果は 95%以上の施設で研修歯科医本人に対して対面でフィードバックされており、研修歯科医個々の成長に合わせて各施設で丁寧に育成している様子が推察され印象的であった。総括的評価では、大きく研修歯科医の態度や研修意欲、省察力などの「総合的な評価」を重視する施設と「経験症例に対する評価」を重視する施設の種類に分けることができ、特に前者の割合が多い傾向であった。この点は、新たな評価方法を構築する際に、一つの重要な視点となりうると考えられる。多面評価については施設によって認識が大きく異なり、概念そのものの理解が進んでいない部分



も見受けられた。一方で、多面評価を導入している施設では苦勞している点もあるものの、スタッフ間のコミュニケーション強化や研修歯科医の学習意欲向上などの具体的な効果も実感されており、今後歯科医師臨床研修において多面評価を普及させていく必要があると考えられた。

#### E. 結論

歯科医師臨床研修の評価方法については、各施設の背景に合わせた様々な評価方法が運用されていたが、社会が求める歯科医療人の育成を目指す本制度において、研修歯科医が持つべき基本的臨床能力の質を担保する共通の評価方法は認められなかった。今回の調査で、全国の臨床研修施設において研修歯科医の評価を行う際に重視している視点が明らかとなったため、新たな歯科医師臨床研修制度における評価方法を確立する上で貴重な情報が得られたと考えられる。

#### F. 健康危険情報

今回の研究内容は歯科医師臨床研修施設の担当者に対するアンケート調査が中心であり、健康に害を及ぼす介入等は一切含まれていない。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) 田口則宏、西村正宏、杉浦 剛、吉田礼子、松本祐子、作田哲也、岩下洋一朗、大戸敬之、鎌田ユミ子. COVID-19 パンデミック禍における鹿児島大学での歯学教育の取り組み. 医学教育・2020・51(5)525-527.

2) Okawa T, Abe S, Nakano M, Oka K, Horikawa E, Matsuka Y and Kawano F・Evaluation of the measurement precision and accuracy in the dental CAD/CAM system,・Dental Materials Journal, 2020・39 (784-791) .

3) Kobayashi A, Kasahara M, Koshika K, Akiike Y, Matsuura N and Ichinohe T・Remifentanyl infusion during desflurane anesthesia reduces tissue blood flow while maintaining blood pressure and tissue oxygen tension in the masseter muscle and mandibular bone marrow・Journal of Veterinary Medical Science・2020 Nov 16. doi: 10.1292/jvms.20-0212. Online ahead of print.

4) Ichinohe T, Akiike Y, Saito N, Koike M, Koshika K and Matsuura N・Effects of stellate ganglion block on muscle blood flow during hypercapnia・Anesthesia Progress・2020・67 (135-139) .

5) Handa T and Ichinohe T・Acupuncture combined with trigger point injection in patient with chronic myofascial and referred pain・Bulletin of Tokyo Dental College・2020・61 (121-126).

6) Ichinohe T・Clinical practices and education of intravenous moderate/deep sedation in Japan・Clinical Dentistry・2020・2 94 (32-35).

7) Noritake K, Kanamori Y, Nitta H・A remote program for residents to solve clinical questions and improve presentation skills・J Dent Educ・2020・Oct 22. doi: 10.1002/jdd.12473.

8) Umemori S, Aida J, Tsuboya T, Tabuchi T, Tonami K, Nitta H, Araki K, Kondo K・Does the second-hand smoking associate with tooth loss among older Japanese?: JAGES cross-sectional study・International Dental Journal・2020・70 (388-395) .

9) Inagaki K, Nitta H, Tajima N. et al・A large-scale observational study to investigate the current status of diabetic complications and their prevention in Japan (JDCP study 6): baseline dental and oral findings・Diabetology International・2020・DOI: 10.1007/s13340-020-00465-3.

10) 礪波健一、梅森 幸、則武加奈子、金森ゆうな、葛西美樹、小西富代、下山和弘、新田 浩・歯科ドック受診に及ぼす広報メディアの影響・ジャパンオーラルヘルス学会誌・2020・15 (10-15) .

11) 稲垣幸司、新田 浩、田嶋尚子・糖尿病合併症の実態とその抑制に関する大規模観察研究ベースライン時の口腔所見・JDCP study 6. 糖尿病・2020・63 (195-205).

12) 長澤麻沙子、河野博史、大久保昌和、秋葉奈美、峯 篤史、魚島勝美・企画：第128回学術大会イブニングセッション2 補綴歯科における「技能教育」を考える・日本補綴歯科学会誌・2020・12(243-256).

13) Shiozawa M, Takeuchi H, Akiba Y, Eguchi K, Akiba N, Aoyagi Y, Nagasawa M, Kuwae H, Izumi K, Uoshima K, Mizuno J・Biological reaction control using topography regulation of nanostructured titanium・Scientific Reports・2020・12 (2438) .

14) 岩下洋一朗、吉田礼子、松本祐子、大戸敬之、作田哲也、田口則宏・3Dカメラを応用した新規コミュニケーション分析方法の構築－医療面接中における研修歯科医の顔面の表情と動作の解析－・南九州歯学会雑誌・2020・1 (33-38).

## 2. 学会発表

1) 田口則宏、鎌田ユミ子. 補綴歯科医に求められる能力の修得を考える－コンピテンシーの段階的修得プロセス－. 令和2年度日本補綴歯科学会九州支部学術大会 (WEB), 2020.

2) 吉田礼子、松本祐子、作田哲也、大戸敬之、鎌田ユミ子、岩下洋一朗、田口則宏. COVID-19パンデミック禍における鹿児島大学病院歯科医師臨床研修. 第2回南九州歯学会学術大会 (WEB), 2020.

3) 大戸敬之、岩下洋一朗、鎌田ユミ子、松本祐子、作田哲也、吉田礼子、田口則宏. 授

業科目「プロフェッショナルリズム」の受講経験の有無によるプロフェッショナルリズム醸成過程への影響. 第 39 回日本歯科医学教育学会学術大会 (WEB), 2020.

4) 田口則宏、岩下洋一朗、田松裕一、西村正宏. アウトカム基盤型教育に基づくコンピテンシー評価システムの開発. 第 39 回日本歯科医学教育学会学術大会 (WEB), 2020.

5) 吉田礼子、松本祐子、大戸敬之、作田哲也、鎌田ユミ子、岩下洋一朗、田口則宏. 歯学生の多職種連携に関する用語の認知. 第 39 回日本歯科医学教育学会学術大会 (WEB), 2020.

6) 大戸敬之、作田哲也、岩下洋一朗、松本祐子、吉田礼子、田口則宏. プロフェッショナルリズムの授業が歯学生に影響を与えるか. 第 52 回日本医学教育学会 (WEB), 2020.

7) 宮本佑香、大戸敬之、作田哲也、岩下洋一朗、松本祐子、吉田礼子、田口則宏. 歯科医師の就業地選択に影響する要素—離島の歯科医師と、そうならなかった歯科医師の語りから—. 第 52 回日本医学教育学会 (WEB), 2020.

8) 石崎元樹、松永真由美、矢崎龍彦、大山定男、木村麻記、澁川義幸、一戸達也. ラット扁平上皮癌細胞の機械感受性イオンチャネル. 第 62 回歯科基礎医学会学術大会 (Web), 2020.

9) 矢崎龍彦、石崎元樹、松永真由美、大山定男、黒田英孝、木村麻記、澁川義幸、一戸達也. 三叉神経節ニューロンの機械刺激誘発性細胞間コミュニケーション. 第 62 回歯科基礎医学会学術大会 (Web), 2020.

10) 小崎芳彦、松浦信幸、一戸達也. ミダゾラム感受性の個人差にかかわる因子の多変量解析. 第 48 回日本歯科麻酔学会総会 (Web), 2020.

11) 矢崎龍彦、黒田英孝、一戸達也. 三叉神経節ニューロンの機械刺激誘発性細胞間コミュニケーション. 第 48 回日本歯科麻酔学会総会 (Web), 2020.

12) 伊藤佳菜、齋藤絢香、小鹿恭太郎、半田俊之、松浦信幸、一戸達也. 側貌頭部エックス線規格写真の解析による気管挿管困難度の予測. 第 48 回日本歯科麻酔学会総会 (Web), 2020.

13) 久木留宏和、吉田香織、小鹿恭太郎、木村邦衛、半田俊之、松浦信幸、一戸達也. 術前検査の胸部エックス線画像で判明した気胸の 1 例. 第 48 回日本歯科麻酔学会総会 (Web), 2020.

14) Saito N, Kimura M, Mochizuki H, Kouno K, Ando M, Ohyama S, Ichinohe T, Shibukawa Y. Activation of CGRP receptors increased intracellular cAMP level in odontoblasts. 68th Annual Meeting of Japanese Association of Dental Research (Web), 2020.

15) Ishizaki M, Matsunaga M, Yazaki T, Saito N, Ohyama S, Kimura M, Shibukawa Y, Ichinohe T. Activation of mechano-sensitive ion channels in cancer cells establishes paracrine network via endothelin signaling. 68th Annual Meeting of Japanese Association of Dental Research (Web), 2020.

16) Yazaki T, Ishizaki M, Matsunaga M, Ohyama S, Kuroda H, Kimura M, Shibukawa Y, Ichinohe T. Mechanical stimulation-induced intercellular communication in trigeminal ganglion neurons. 68th annual Meeting of Japanese Association of Dental Research (Web), 2020.

17) Matsunaga M, Kimura M, Ishizaki M, Yazaki T, Ohyama S, Shibukawa Y, Ichinohe T. Piezo1 channel activation evokes mechanosensitive Ca<sup>2+</sup> signaling in human odontoblasts. 68th Annual Meeting of Japanese Association of Dental Research (Web), 2020.

18) 鈴木奈穂、佐藤瑞樹、熊井鈴子、福島圭子、久木留宏和、小杉謙介、斉藤 崇、辻野啓一郎、横尾 聡、新谷誠康、一戸達也。歯科恐怖症をもつ知的能力障害者に行動変容を行った1例。第37回日本障害者歯科学会学術大会 (Web), 2020.

19) 熊井鈴子、佐藤瑞樹、鈴木奈穂、福島圭子、久木留宏和、小杉謙介、斉藤 崇、辻野啓一郎、横尾 聡、新谷誠康、一戸達也。ブラッシング指導と患者の環境の変化により口腔衛生状態が改善した知的能力障害者の1例。第37回日本障害者歯科学会学術大会 (Web), 2020.

20) 梅森 幸、礪波健一、則武加奈子、岩城麻衣子、木村康之、新田 浩、荒木孝二。東京医科歯科大学歯学部歯学科「行動科学基礎」における アンプロフェッショナルな行動の考察。第39回日本歯科医学教育学会学術大会 (Web), 2020.

21) 金森ゆうな、則武加奈子、梅森 幸、岩城麻衣子、城戸大輔、竹内祥吾、秀島雅之、木村康之、服部旭威、礪波健一、海老原 新、荒木孝二、新田 浩。東京医科歯科大学研修歯科医に対する試行的臨床技能試験の研修歯科医による評価。第39回日本歯科医学教育学会学術大会 (Web), 2020.

22) 礪波健一、梅森 幸、則武加奈子、岩城麻衣子、木村康之、荒木孝二、新田 浩。アンプロフェッショナルな行動と医の倫理筆記試験の得点との関係。第39回日本歯科医学教育学会学術大会 (Web), 2020.

23) 則武加奈子、金森ゆうな、海老原 新、城戸大輔、岩城麻衣子、木村康之、楠 侑香子、秀島雅之、礪波健一、梅森 幸、荒木孝二、新田 浩。在宅勤務を命じられた研修歯科医への臨床研修実施奮闘記。第39回日本歯科医学教育学会学術大会 (Web), 2020.

24) 則武加奈子、田野ルミ、福田英輝、大島克郎、渡邊洋子、大城暁子、新田 浩、三浦宏子。歯科衛生士に対する復職支援・離職防止等推進事業での研修受講者における勤労観。第26回関東甲信越歯科医療管理学会学術大会、2020.

25) 木村康之、石井牧子、礪波健一、豊福 明、新田 浩、荒木孝二。職種経験年数1年未満の歯科医療従事者のインシデントの分析。第15回医療の質・安全学会学術大会、2020.

26) 金森ゆうな、關 奈央子、則武加奈子、須永昌代、ジャネルモロス、森尾郁子、荒木孝二、木下淳博、新田 浩。東京医科歯科大学歯学部附属病院研修歯科医の歯科英

語能力評価. 第 85 回口腔病学会学術大会、2020.

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し