

協力型（I）臨床研修施設として申請される病院、診療所の皆様へ

協力型（I）臨床研修施設：

北海道大学病院（以下「当院」という。）の複合型プログラムにて前半（5月1日～9月30日）、後半（10月1日～2月末日）のいずれかの期間において、当院研修歯科医の受入を行う。また、協力型（I）臨床研修施設での研修期間は、当該施設にて研修歯科医の雇用を行う。

1. 新規申請から研修歯科医受け入れまでの流れ

（1）協力型（I）臨床研修施設新規参入申請書提出

受付期間：令和8年6月8日（月）～7月31日（金）

（2）書類受付後に、必要に応じてヒアリング・施設訪問等予定

（3）本院臨床研修管理委員会（令和9年3月13日（土）開催）において、新規協力施設としての参入の可否を審議

（4）参入について了承を得られた場合、厚生労働省へ新規協力施設として申請手続き開始※令和10年度プログラムとして申請予定

（5）申請の翌年度から研修歯科医受け入れ開始

※令和10年度から受入可

2. 協力型（I）臨床研修施設の指定の基準

以下の条件を満たしていることが必要になります。

（1）「歯科医師法第一六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令」第2条に規定する臨床研修の基本理念「臨床研修は、歯科医師が、歯科医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、歯科医学及び歯科医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」に沿った研修を行うこと。

（2）常に勤務する歯科医師が2人以上であり、研修指導に熱意を持つ指導歯科医を常勤で置くこと。

○「常に勤務する歯科医師」

非常勤歯科医師も含め当該施設で定めた歯科医師の勤務時間のすべてを勤務する歯科医師（各施設において常勤歯科医師の勤務時間として定められている時間のすべてを勤務する歯科医師であって、常勤歯科医師の勤務時間よりも短い時間勤務する歯科医師は含まれない。）

○「指導歯科医」

一般歯科診療についての的確に指導し、適正に評価を行うことができ、以下の①、②のいずれかの条件に該当する者

①7年以上の臨床経験を有する者であって、指導歯科医講習会を受講していること。なお、都道府県歯科医師会会長の推薦があることが望ましい。

②5年以上の臨床経験を有する者であって、日本歯科医学会・専門分科会の認定医・専門医の資格を有し、指導歯科医講習会を受講していること。

※ 指導歯科医講習会は、「歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会の開催指針について」（平成16年6月17日付け医政発第0617001号）にのっとり開催されたもの。

(3) 歯科又は歯科口腔外科を標榜していること。

(4) 当該医療機関の開設歴が3年以上であること。

(5) 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備を有していること。（歯科主要設備として歯科診療台、デンタルエックス線装置、パノラマ断層撮影装置、オートクレーブ、生体モニター、口腔内画像処理システム、ポータブルユニットなどのほか、臨床研修に必要な図書又は雑誌、文献検索のためのインターネット接続環境など）

(6) 患者の病歴に関する情報を適切に管理していること。

※病歴管理者が選任されており、診療に関する諸記録の管理が適正になされている。

(7) 医療に関する安全管理のための体制を確保していること。

※①の事項を満たし、②及び③の事項については、体制整備に努めることをいう。

①医療に係る安全管理を行う者を配置すること。

②病院においては、安全管理部門を設置すること。

③患者からの相談に適切に応じる体制を確保すること。

(8) 適切な指導体制を有していること。

当該施設における臨床研修の実施を管理する研修実施責任者を配置していること。

(9) 受け入れる研修歯科医の数が、臨床研修を行うために適切であること。

※最大で指導歯科医1名につき、研修医2名

(10) 研修歯科医の募集及び採用は、原則として、「歯科医師臨床研修マッチング」を用いた公募により行われること。

(11) 研修歯科医に対する適切な処遇を確保していること。

3. 募集施設数

若干数

4. 提出書類

(1) 北海道大学病院歯科医師臨床研修協力型（I）臨床研修施設新規指定申請書

(2) 任意様式

① 貴施設が歯科医師臨床研修において重視している教育方針・理念についてご記載ください。

例：患者中心の診療、地域医療、多職種連携、医療安全、Evidence-Based Dentistry (EBD) など

② 貴施設では、どのような診療体制・指導体制のもとで研修歯科医を育成したいと考えているか、具体的にご記載ください。

例：診療参加型研修、症例検討、形式的フィードバック、段階的指導、臨床推論教育など

③ 貴施設での研修を通じて、どのような歯科医師を育成したいと考えているか、また、他施設にはない貴施設独自の教育的特色・強みについてご記載ください。

例：総合的視点、臨床推論能力、患者対応力、地域包括ケア、専門性、生涯学習能力など（どのような研修方法でどのような研修歯科医を育てたいかについてのお考えを具体的に記述してください。）

(3) 研修責任者履歴書（任意様式）

(4) 指導歯科医師予定者が受講した指導歯科医講習会修了証書（写）

5. 提出期限

令和8年7月31日（金）締切

6. 提出先

北海道大学病院臨床研修センター

〒060-8648 北海道札幌市北区北14条西5丁目

TEL: 011-706-7050 FAX: 011-706-7051、

MAIL: skenshu@med.hokudai.ac.jp

HP : <https://clinical-training-center.huhp.hokudai.ac.jp/dentist-resident/>

7. その他

歯科医師臨床研修制度及び協力施設基準についての詳細は、以下のサイトでご確認ください。

- 歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080821_1.html

- 歯科医師臨床研修制度-提出書類一覧

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115595.html>

※ 協力型（Ⅰ）臨床研修施設として、厚生労働省に申請を行う際は、「様式1-3：臨床研修施設申請書（新規申請）（協力型（Ⅰ）臨床研修施設）」の作成が必要となります。

以上