

## 歯科医師臨床研修制度の改正に関するワーキンググループ(第5回)

○大城歯科医療技術参与 では、定刻となりましたので、第5回歯科医師臨床研修制度の改正に関するワーキンググループを開催いたします。委員の皆様におかれましては、お忙しい中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

本日は参考人といたしまして、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科の窪木拓男先生、東京都立大塚病院の田中潤一先生にお越しいただいております。また、オブザーバーとして、文部科学省高等教育局医学教育課の荒木企画官に御出席いただいております。なお、本日、鈴木構成員からは御欠席の連絡を頂いております。今回のワーキンググループにつきましては公開となっておりますが、カメラ撮りにつきましてはここまでとさせていただきます。

続いて、配布資料の確認をお願いいたします。お手元のタブレット端末のフォルダ内に、議事次第、資料1、資料2-1、資料2-2、参考資料1~7を格納しております。また、前回の第4回ワーキンググループ後に、構成員の先生方から頂いた御意見をまとめた資料3を机上配布しております。資料の不足やタブレット端末の動作不良等がございましたら、お知らせいただければと思います。

それでは、進行を一戸座長をお願いいたします。

○一户座長 先生方、どうも今日はお忙しいところ、また暑い中お集まりいただきましてありがとうございます。今日は参考人ということで、岡山大学の窪木先生、都立大塚病院の田中先生においでいただき、実際に大学病院や一般の総合病院での研修の現状、あるいは非常に特色のあるプログラムをやられていますので、そのメリットや課題等を後ほど御紹介いただきたいと思っております。それを基に御議論いただければと思います。御発表の前に、資料1として、臨床研修施設に関する現状と課題について、事務局から御説明をお願いいたします。

○藤本歯科保健課課長補佐 それでは、資料1について御説明をいたします。本日は、臨床研修施設に関する現状と課題として、(1)大学病院(歯学を履修する課程を置く大学に附属する病院)、(2)病院((1)以外)について御議論いただきたいと思っております。

スライド番号2は、平成30年度の歯科医師分科会臨床研修部会でお示した歯科医師臨床研修制度改正に関する論点(案)と今後の対応についてです。本日は臨床研修施設について、その中でも歯科大学における研修体制のあり方と病院歯科における臨床研修の充実について御議論いただきたいと思っております。

スライド番号3から6では、歯科医師臨床研修部会で頂いた歯科大学・病院歯科に関する主なご意見をお示ししております。歯科大学における臨床研修について、「歯科大学への一極集中の緩和や、過疎地域や歯科大学のない都道府県での研修について考える必要性」や「病院歯科を取り巻く状況として病院歯科での研修の縮小の危惧や臨床研修施設として病院歯科を志望する者が少ない」等の御意見をいただいております。

スライド番号4と5では、到達目標に関するご意見をお示ししております。「歯科大学病院と病院歯科では研修の内容や特長に大きな違いがあると考えられるため、到達目標も歯科大学と医科大学・病院歯科で分けてはどうか」や「研修内容の選択の幅のフレキシビリティを上げることで満足度が上がるのではないか」といった御意見や、「周術期口腔機能管理や大学と病院歯科との連携」等、他職種連携についての御意見もいただいております。

スライド番号5では、到達目標の地域医療に関するご意見をお示ししています。「制度開始当所は、全身管理についての研修を実施するため病棟研修が導入されたが、実際には難しく、現在訪問歯科診療でも病棟研修でもよいという形にはなっているが、実際にはそれも難しいのではないか」、「大学病院が

訪問診療を主体的に行うことが難しい場合がある」といった御意見をいただきました。また、地域保健についても「病院歯科とか大学病院では、学校歯科医や保健所等との協力等はできない状況であり、歯科診療所との連携は絶対必要である」といった御意見をいただいております。

スライド番号6では、その他のご意見として、「大学としては、多彩なニーズへの対応として、医科と同様に基礎研究枠の検討も進めてほしい」といった基礎研究枠について、「現在、制度設計時の議論で、大学では必ずしも研修歯科医2人に対して指導歯科医1人でなくてもよい取扱いになっているが、大学病院での指導歯科医の取扱いをどのようにするのか」といった指導歯科医について、また、指定要件については、「研修施設の取消しの条件について見直すべきではないか」「病院歯科において常勤1人の場合も多く、常勤2名という要件が足かせになっていることも考えられるので、常勤換算の考え方も検討すべきではないか」との御意見もいただいております。

スライド番号7は、単独型・管理型研修施設の状況をグラフでお示ししております。平成28年度から平成30年度までの直近3年間の研修先は、卒業大学の病院・診療所は約6割と最も高く、一方で大学の病院・診療所（医学部、歯学部）以外の病院では7%、診療所では5%程度でした。

スライド番号8は、歯科医師臨床研修が必修化となった平成18年から平成30年までの単独型・管理型の臨床研修施設数の年次推移をグラフでお示ししています。歯科大学病院と医科大学病院の臨床研修施設数はほぼ横ばいではありますが、大学病院以外の単独型および管理型臨床研修施設数と、単独型および管理型臨床研修施設の診療所数については増加傾向です。

スライド番号9は、平成21年度から平成30年度の研修歯科医数と臨床研修施設種別の募集人数の年次推移をグラフでお示ししています。赤色の点線で示しているグラフが研修歯科医数です。募集人数の合計が3,500人程度で推移しており、研修歯科医数は近年2,000人前後で推移しています。

スライド番号10は、臨床研修必修化前の平成17年度から平成30年度までの臨床研修施設の種類のマッチ率の年次推移をグラフでお示ししています。全体のマッチ率は近年やや低下しており、マッチ率は平成30年度では全体で82.2%、歯科大病院・診療所では86.2%、歯科大病院・診療所以外の臨床研修施設では68.4%でした。

スライド番号11では、歯科大学病院における協力型臨床研修施設の研修期間として、平成30年度の歯科大学病院のプログラムの状況をグラフでお示ししています。複合型プログラム数については協力型臨床研修施設での研修期間ごとにグラフでお示ししております。平成30年度の歯科大学病院のプログラムの総数は92ありましたが、そのうち単独型プログラム数は42で全体の45.7%を占めていました。複合型プログラムは、協力型臨床研修施設への研修期間は3か月から9か月と幅があり、そのうち8か月が最多く19プログラムあり、全体の20.7%を占めていました。

スライド番号12は、平成18年度から平成30年度までの病院歯科の研修歯科医の受入状況についてグラフでお示ししています。単独型・管理型の臨床研修施設としての病院歯科の数は、平成18年度の103施設から平成30年度は147施設と近年増加傾向ではありますが、研修歯科医の受入れがない施設も増加しており、平成30年度は40施設でした。また、受入れがなかった施設のうちマッチ者がいた施設の割合は、平成30年度で16施設と4割を占めていました。

スライド番号13は、大学附属病院を除く病院歯科における歯科医師臨床研修の状況について、平成21年から平成30年までの病院歯科の募集定員総数、受入人数総数、募集定員に対する充足率をそれぞれグラフでお示ししております。近年では、病院歯科の募集定員に対する充足率は70%台で推移しています。

スライド番号14では、平成30年度の単独型・管理型の臨床研修施設として研修を行う病院歯科の状況について、歯科を標榜する病院数と大学病院を含まない単独型・管理型臨床研修施設の病院歯科の数

を都道府県別にグラフでお示ししております。単独型又は管理型臨床研修施設のうち、大学病院を除く歯科を標榜する病院の都道府県別の施設数は、東京、愛知、大阪、兵庫以外は10施設未満であり、1施設もない県は14県でした。

スライド番号15は、協力型・研修協力施設として研修を行う病院歯科の状況について、都道府県別にグラフでお示ししています。大学病院及び単独型・管理型臨床研修施設を除く協力型臨床研修施設、研修協力施設の病院歯科のうち、都道府県別の施設数はいずれも10施設以下であり、どちらもない県は、茨城県、栃木県、三重県、奈良県、高知県の5県でした。

スライド番号16では、歯科医師臨床研修制度のこれまでの主な改正内容として、平成23年度および平成28年度の改正時の研修内容と臨床研修施設についてお示ししております。平成28年度の制度改正時に、研修施設の指定取消要件の追加として3年以上研修歯科医の受入れがない場合、臨床研修施設の指定取消しとなるのが要件となりました。

スライド番号17では、平成18年度から平成29年度までの単独型・管理型臨床研修施設として研修を行っていた病院歯科の取消し又はプログラム廃止の状況について示しております。平成29年度以降は3年以上研修医の受入がなかったため臨床研修施設の取消またはプログラムの廃止となった施設が増加しています。スライド番号18、19では、参考として、歯科医師臨床研修予定者のマッチ後の異動についてお示ししております。平成25年1月に、歯科医師臨床研修予定者の受け入れに関する対応について、厚生労働省医政局歯科保健課から臨床研修施設(相当大学病院)へ事務連絡の発出を行いました。歯科医師国家試験の不合格等により研修予定者を受け入れる事が出来なくなった募集定員が少数である受入施設に対して、受入施設の募集定員を超えない範囲でマッチ施設から研修予定者を異動させる事ができます。当該受入施設における要件としては、病院歯科等の全プログラムの募集定員総数が5名以下であること、異動候補である研修予定者の希望順位表の登録を行っていることが挙げられます。また、マッチングにより研修予定者が当初マッチした施設の要件は歯科大学(大学歯学部)附属病院であること、研修予定者の要件は、受入施設の希望順位表登録を行っており、マッチ施設から受入施設への異動をする意思があることが必要となっています。スライド番号19では、研修予定者の異動・受入れに関する流れを図でお示ししています。

次に、平成29年度歯科医師臨床研修修了者アンケート調査の結果をもとに研修の実施状況について御説明いたします。

スライド番号21では、平成29年度歯科医師臨床研修修了者アンケートの概要をお示ししております。回収状況としましてはアンケートの回収率は81.1%、回答者の基本属性は男性が57.0%、女性が40.4%、無回答が2.7%でした。主に臨床研修を行った施設別の研修歯科医数は研修施設種別に、卒業大学の附属病院が939名、卒業大学以外の大学附属病院(医学部附属病院を含む)が361名、大学附属病院以外の病院が97名、歯科病院が30名、歯科診療所が122名でした。

スライド番号22では、都道府県別の臨床研修歯科医の状況として、臨床研修を実施した歯科医師数と臨床研修修了後に勤務等を行っている歯科医師数をそれぞれ都道府県別に示し、また、臨床研修を実施した施設と臨床研修修了後の勤務先等が同じ都道府県である者の割合をグラフでお示ししております。

スライド番号23では、研修施設種別の自ら治療を行った患者数の状況として、主に臨床研修を行った施設において自ら治療を行った患者の割合をグラフでお示ししております。スライド番号24では、最も多く研修を行った症例の内容として、主に臨床研修を行った施設において、自らが治療を行った症例数をグラフでお示ししております。

スライド番号25では、平成27年度から平成29年度の歯科医師臨床研修修了者アンケートより全身管

理等に関する実施状況についてグラフでお示ししています。平成 29 年度修了者では全身管理に関する研修は約 9 割、入院患者に関する研修は約 8 割、訪問歯科診療については約 6 割が実施していました。また、いずれも研修を実施しないものは平成 27 年度から平成 29 年度まで約 3%でした。

スライド番号 26 から 32 は、再び平成 29 年度歯科医師臨床研修アンケートのデータをお示ししております。スライド番号 26 は、入院患者に対する研修の実施状況についてです。主に臨床研修をうけた施設種別の、入院患者に関する各研修の内容を経験した研修歯科医の割合をグラフでお示しております。大学病院以外の病院では、入院中の患者の歯科治療や見学を行う機会が多く、また、入院患者に関する研修を体験していない者は、卒業大学の附属病院や歯科診療所でそれぞれ 3 割程度でした。

スライド番号 27 は、訪問歯科診療に関する研修の実施状況についてです。主に臨床研修をうけた施設種別の、訪問診療に関する内容の研修を経験した研修歯科医の割合をグラフでお示ししています。主に歯科診療所で研修を行った研修歯科医は他の研修施設の研修歯科医に比べて訪問歯科診療を多く経験しておりその割合は 4 割程度でした。一方、主に病院歯科と卒業大学以外の大学附属病院で研修を行った研修歯科医は訪問診療を経験が少なく、それぞれの施設で 5 割前後でした。

スライド番号 28 は、全身管理に関する研修の実施状況についてです。主に臨床研修をうけた施設種別の、全身管理に関する内容を経験した研修歯科医の割合をグラフでお示ししています。全身管理に関する研修は、主に大学病院以外の病院で研修を実施した研修歯科医が多く経験し、卒業大学の附属病院と歯科診療所では、全身管理に関する研修の経験が少なく 1 割程度でした。

スライド番号 29 は、歯科専門職以外の職種との連携状況についてです。主に臨床研修を行った施設種別の歯科専門職以外との連携を経験した研修歯科医の割合をグラフでお示ししています。全ての研修施設で医師と連携した経験の割合が最も高く、特に大学附属病院以外の病院では、他職種と連携を経験した割合が高く見られました。

スライド番号 30 では、他職種との連携内容の状況についてです。主に臨床研修をうけた施設種別の他職種との連携の内容について経験した研修歯科医の割合をグラフでお示ししています。大学附属病院以外の病院では外来患者の歯科治療や入院患者の歯科診療、他科への紹介および他科からの紹介等で、また、歯科診療所は在宅患者の他科からの紹介で他職種と連携を行っていました。スライド番号 31 では、チーム医療に関する研修の実施状況についてです。主に臨床研修をうけた施設種別のチーム医療に関する研修内容を経験した研修歯科医の割合をグラフでお示ししています。大学病院以外の病院では、他の研修施設に比べてチーム医療に関する研修を多く経験していました。スライド番号 32 は、臨床研修修了後の進路についてです。歯科病院を除く主に研修をうけた 4 箇所の研修施設種別の臨床研修修了後の進路先を円グラフでお示ししています。グラフに記載されている数値は、進路先として選択した人数と割合を示しています。

卒業大学の大学附属病院や卒業大学以外の大学附属病院、大学附属病院以外の病院で主に研修をうけた研修歯科医は、研修をうけたそれぞれの施設を進路先として選択し、またそれぞれの施設で研修をうけた研修歯科医の 30%前後が歯科診療所を進路先として選択していました。歯科診療所で研修をうけた研修歯科医が、研修修了後も進路先として歯科診療所を選択した割合は高く 77%でした。事務局からは以上です。

○一戸座長 今回の資料の説明で、取りあえずこの段階で確認しておきたい点はありますか。大丈夫ですかね。今日はこの後、窪木先生、田中先生からお話を頂き、今の資料も含めて後ほど御議論いただければと思います。今の資料の 2 ページの赤枠で囲った所、これまで研修内容、到達目標の見直し等をやってまいりまして、大分議論が熟してきたかなというところで、今日は臨床研修施設、特に大学附属病院や一般総合病院の歯科という所での臨床研修の参考にさせていただいて、我々の議論の充実を図るとい

うことです。したがって、その下に書いてある「歯科診療所における臨床研修の充実」ということについては、次回以降に機会を与えていただくことになっていきますので、今日は上の2つということです。

それでは、せっかくお越しいただきましたので、早速ですが窪木先生から岡山大学における臨床研修の現状を御紹介いただければと思います。窪木先生、よろしく願いいたします。

○窪木参考人 参考人という名前が、ちょっとおどろおどろしいのですけれども、私が今まで関わってきた仕事の中で、お世話になった方々がここにたくさんおられるので、とても気が楽でよかったなと思っています。

私から資料に基づいて説明させていただきます。私は本日のミッションを十分把握していなかったようで、我々がやっている内容の概説をちょっとさせていただいて、今、大学の附属病院の中での研修ということをおっしゃっていただきましたが、それに関しては、また深く何か御質問がありましたら、お受けするというふうに補完をしたいと思います。

資料を御覧ください。2ページ目は、文科省の授業ですけれども、健康長寿社会を担う歯科医学教育改革というものを、全国の10大学の先生方とともにやらせていただきました。このミッションの中に研修教育が入っています。そういう意味でも、この授業の説明を少しだけしてから中に入っていきたいと思っています。

3ページを御覧ください。我々は、まずはこの授業を始めるに当たって、若しくは歯学部の中で、Undergraduate、研修教育を構築するに当たりまして、ミッションをちゃんと形成しなくてはいけない、ビジョン形成をしなくてはいけないと考えたわけです。一番重要なのは、歯学部附属病院だけ、若しくは今は全国で医科歯科統合している大学病院の附属病院だけを教育の場とすることに、時代も合っていない状況になっていると認識をしました。ただ、大きな問題なのは、我々教官、研修医を教えている教官も含めまして、出身がほぼ歯学部附属病院で教育を受けてきているということです。私たちの教育資源だけを使っていたのでは、私たちの至らない部分のコピーをつくってしまう、ただそれだけに終始してしまう可能性があるということです。

目標としては、歯学教育の場を地域包括ケアの要素に合致させること、例えば、超急性期病院のICU等を教育の現場とするということです。回復期、慢性期、維持期の病床のラウンド、そして老人介護施設、在宅介護現場、こういう地域包括ケアの要素に、上流か下流に向かって全ての要素に合致させていく必要があるのだろうと考えています。そうすることによって、医療現場で真に役立つ歯科医師を育成する、養成することができます。更には、ここに書かれているように、文理融合、老年医学といった、医療に加えて、より生活や福祉などの要素を含めた学部教育、研修教育でなくてはいけないと思っています。

4ページですが、そうしますとそれを方略に落とし込まなければいけないわけですし、4つの要素を策定しました。中四国の近隣の大学病院の先生方とともに、4要素をまず策定しまして、それを後でAuthorizeをさせていただいたのです。まずは知識という意味で、電子講義シリーズです。先ほど言いましたように、文理融合という側面から、死生学を非常に強調するというのを試みました。今、Advanced Care Planning等で、非常に脚光を浴びているこの死生学を、我々歯科医師の教育の中に入れていくということ、それから、全身疾患と口腔の関係、急性期医療、在宅介護医療というように、ターゲットを絞って電子授業を構築して、どこでも、いつでも、どなたでも見られるようなシステム作りをしようということです。実際に実習に出ていただくわけですが、実習は高度医療支援周術期口腔機能管理実習と名付けています。これは、つまり3番目ですが、超急性期病院の実習ということです。4番目は、在宅の実習ということです。この実習に出ていただく前に、やはりシミュレーション教育をして出ていかないと、非常に学生が戸惑ってしまうわけですし、特に挨拶やプロフェッショナルリズム、

倫理観など、そういう観点を十分シミュレーション実習、演習で教育をしておかなければ、現場になかなか投入できないという要素があります。このため、シミュレーション実習を追加しています。これに老人介護施設を利用した、PBL 演習を加えました。これは Early Exposure としてやっているのですが、老人介護施設のシステムや内容に慣れていただくということが、非常に重要だと思っています。

5 ページ目ですが、岡山大学も含めまして全国 11 大学でコンソーシアムを形成しました。先ほどの 4 要素を、ここで Authorize させていただきました。つまり皆でやろうということを、ここで決めたわけです。これが平成 26 年でした。

6 ページ目ですが、電子授業シリーズに関しては、先ほども申しあげましたけれども、死生学・認知症、生活習慣病と口腔、急性期医療、在宅介護医療と、我々が今まで教えてきた内容に比べますと、かなり専門的な内容をたくさん含んではいるのですが、学生たちからは現場に出る前に必要不可欠の知識だったと言ってもらっています。

7 ページ目ですが、1 つ 1 つ要素を御説明していきたいと思います。先ほども言いましたように、3 年次生の Early Exposure としてやっていますが、老人介護施設に出向いて口腔と全身健康の関連や栄養など、現場の問題点を抽出して皆で共有するという PBL 演習をしています。

8 ページ目です。シミュレーターを開発して、在宅歯科医療に出る前にどのような姿勢でなど、特に一番重要なのは患者の個人情報を実際に守らなくてはならないという、そういうプロフェッショナルな観点から、絶対に知っておかなくてはならない、絶対に守らなくてはならないことを、このシミュレーション実習で併せて教育をしています。

9 ページ目ですが、大学病院ならではの医科歯科連携です。超急性期病院としての多職種連携の現場を、そのまま実習の場として利用するということです。

10 ページ目が、在宅ということになります。在宅に関しては、先ほども申しあげましたように、我々教員が在宅の現場を十分知らないことが多いので、役に全く立たないのです。そうすると、よく御存じの方々にやはり助けてもらわないといけないという側面があります。一番上に書いてありますけれども、文科省の通知で「臨床教授、臨床准教授、臨床講師」という称号を付与しまして、我々の大学の教員として認定した上で FD を十分やりまして、学生を、あるときは開業医さんの場合、あるときは病院歯科の場合、あるときは老人介護施設の場合もありますが、そういう所に学生を派遣しています。これは協定を結んで、学生たちがトラブルに巻き込まれないように十分な配慮をして、保険等を全部カバーした上で出していくということです。

11 ページ目です。実際にどんなことをやっているかと言いますと、学生 1 人当たりのこういう現場に出向く日数は 2 日間だけです。そして、赤で示していますが、自験の割合は大体 27.0%、もう少し低いときもあったと思いますが、大体この程度です。当然、見学がメインになるということです。

12 ページ目です。今の Undergraduate で私たちがやっていること、岡山大学、連携 11 大学が、今、均てん化率が 90% ぐらいですから、ほぼ 9 割がたの 11 大学がこれをやっているということです。それに加えて、12 ページ、我々が今度は臨床研修においてこれをやろうということでスタートした内容です。一番最初に我々がやったのは、平成 18 年度から摂食嚥下リハビリテーションを研修に加えていこうということで、これが非常に分かりやすく、学部教育で十分できていない部分であるので、これをまず実習、研修を加えていこうということです。それから、平成 23 年に周術期の口腔機能管理の研修を加えました。平成 28 年度、30 年度の、この後半の 2 つですが、文科省の授業が軌道に乗りましたので、その要素を利用させていただいて、電子授業をこれに加えて、知識を十分に加えるということ、若しくは先ほど言いましたように、倫理観を含めて十分な教育をして外へ出そうということにして、平成 30 年度から在宅歯科医療研修に出しました。これは在宅現場での OCT ということになりま

す。そして、その前にシミュレーション実習を補完しながら出していくことを応用しました。

内容に関して、簡単にお話をします。13 ページ、最初にやりましたが、摂食嚥下リハビリテーション研修で1日のコースになります。全ての研修医が、この総合実習を含めて、13、14 ページにありますように、飲み物、食べ物を自参した上で総合実習、そして病棟の見学等を1セットで1日間、これにずっと関わっていくという内容です。

15 ページ目が、超急性期病院で展開をしている内容に関してです。1つ1つの要素についてですが、16 ページに、基本的なタイムスケジュールを示しています。超急性期病院は1週間のコースになります。オリエンテーションからスタートして、そこにありますような要素をこなしています。17 ページですが、ICU のラウンドに同行して、患者さんの口腔内を一緒にアセスメントします。18 ページですが、腫瘍センター(外来化学療法室)と一緒に伺いまして、多職種によるアプローチを学びます。特に口内炎等の問題が多発しますので、口腔ケアの現場をよく見てくるということです。19 ページ、クリーンルームです。白血病の骨髄移植等で対応される部屋ですけれども、易感染期における口腔管理のあり方を考えましようということです。20 ページです。周術期管理を岡山大学は PERiO というシステムでやっています。麻酔科医と看護師さんがメインにコントロールしています。歯医者さんが最初にきまして、右回りに薬剤師、管理栄養士、臨床工学技士、理学療法士、看護師、麻酔科医ということで、グルグルっと研修医がこのシステムにのっって患者さんに同行するという形で、この周術期管理を経験しています。21 ページですが、緩和ケアのカンファレンスと病棟ラウンドに参加をしています。これが、今の急性期病院の研修のあり方です。

22 ページは、在宅です。本日のトピックスでないようで、少しだけ話をさせていただきます。在宅歯科医療研修ですが、これは3つの要素がありまして、まずは先ほどの電子授業です。やはり知識を持って、プロフェッショナルな感覚を持ちながら出るということが重要ですので、複数回見ることのできる電子授業というのが非常に有効でためになるということです。それから、シミュレーション実習です。実際に、患者さんの体位変換などの実習をやっていないと、訪問歯科診療に出られないということです。この電子授業、シミュレーション、訪問歯科診療の3つの要素を1つのパッケージにして、下の行動目標の一番上の段が授業なのですが、e-learning の授業をトータルで15回受講していただきます。シミュレーショントレーニングを1回必ず受講する、訪問診療を協力施設で必ず1日は研修をするということです。中には、1日ではなく複数日行っている者もありますが、少なくとも1日はということです。その1日のうちで経験した患者の数をカウントするために、患者の数の分だけ判子を押してもらっていることをしています。

内容を見ていただきますと、23 ページですが、シミュレーション実習をやっています。特にポータブルユニットの使用法、車イス、ベッドでの歯科治療を大変姿勢が苦しいわけですが、それを経験していただく。体位変換・移乗の実習、口腔ケアの実習というようなことをやっています。24 ページは、その現場を見せたものになります。25 ページですが、在宅訪問歯科診療の実際の現場の地図です。複数の場所がありまして、岡山大学病院の近いほうの施設を示していますが、バスで移動しています。各自移動していただいて、その現場から今度は先生とともに在宅の現場と一緒に移動しているということです。

26 ページに、56 人の研修医の全員にアンケートを取っていますので、その内容を示してみますと、大変重要だと思えるのは、学生時代に訪問歯科診療の実習に参加したことがあるか、経験したことがあるかということです。約半数は自験したことがあることで、見学したことがあるということを含めると、岡山大学の場合には、4分の3ぐらいは自験と見学をしたことがあるということでした。ただ、他大学から来られている人は、やったことない人もいっぱいおりましたので、ここにあるようにやはり

今のところは、Undergraduate にやっている内容を補完しながら、研修教育をもう少し手厚くしなくてはならないと考えています。完全に Undergraduate の内容よりも、Advance なことだけをとということになりますと、ちょっとまだ経験していない人たちがたくさんいるということで、まだまだ十分な配慮が必要であろうと思っています。それから、訪問場所についてということですが、個人宅が3分の1、介護施設が3分の1、病院が3分の1ぐらいでしょうか。経験症例については、1人当たりの経験症例が14症例ぐらいです。内容は、口腔ケアが一番多く、その次が義歯、義歯の簡単な印象等を取っているもの、簡単な抜歯等の外科処置、充填、補綴となっています。

こういう経験をさせて、在宅歯科医療に今後関わりたいと思うかという質問をしています。1は全く思わない、5は非常に思うという5段階で点数化しています。実習前は3.54、実習後は4.0になっています。少し有意に上昇したという結果になっているようです。ただ進路を見てみますと、やはり残念ながら進路への大きな影響はありませんでした。つまり、在宅歯科医療に関わりたいとは思ってきただけけれども、実際に受皿が十分にそれにフィットしていない、そういうこともあって訪問歯科診療を一生懸命やっている一般開業医や総合歯科医をたくさん養成するところまでは、まだ至っていないという状況ではないかなと思っています。

27 ページ目ですが、こういう実習や研修をしますと、やはり本当に実力のある教員のマンパワーが、まだまだ不足してしまっていて、大学院教育も含めて、教員の養成が不可欠である、もう少し時間が掛かると感じています。協力施設の選定とFDということですが。今回、協力施設は複数ありますが、3つぐらいの協力施設しかないわけです。Undergraduate のほうは、臨床教授や臨床講師というようなシステムを使いまして、今、トータルで18ぐらいの施設を持っていますが、こういう研修医教育においては、残念ながらまだ3つほどしかないの、複数の施設を経験させられるように、十分なマンパワー、FDを十分やって、安心して送れる指導医を、これからまだまだちゃんとつくっていかないといけないというような状況だと思っています。もう少し Undergraduate の部分との協力体制を考えて、指導医を増やしていくということが重要だと思います。

自験はさせてやりたいのですけれども、Undergraduate の所でお見せしましたが、4分の1もやれば十分なほうでして、まだ見学がメインにならざるを得ない。それに加えて、研修医はそういう経験を皆で積んでくるようになれば、もうワンクッション、Advance な自験を増やすことを、協力施設又は指導員の方と相談しながらやっていくということだと思います。

最後に、キャリアパスにおける意義と書かれていますが、全てを経験できるわけではないけれども、超高齢社会のこれからを考えると、このような研修を経験するということは、将来の選択肢としての道を示すのに非常に重要なことをやっているという実感を皆が持ちながらこういう施設に出しています。

28 ページですが、こういう研修教育でやっただけでは駄目で、それを更に生涯教育に結び付けて、初めてそれが定着すると思っています。岡山県医療介護総合確保基金というものがありますが、その基金の事業で、ミールラウンドを模したスモールグループディスカッションをやっています。こういう本当の現場の多職種、お医者さん、管理栄養士、看護師さん、歯科衛生士さん、歯科医師、このような本当の意味での多職種連携の現場に、是非、教育を受けた研修医の方々がここに継続して生涯学習として関わっていただけるということをしていかなければ、一度動機付けはできたとしても、現場で本当に継続してやっていける方というのは一握りで少なくなってしまうだろうという現状で問題点を持っています。以上です、ありがとうございました。

○一戸座長 ありがとうございました。大変興味深い取組をされていて、後ほど、田中先生のお話の後で、先生方からいろいろと御意見、御質問を頂きたいと思っています。ちょっと背景だけ確認をさせていただきたいのですが、岡山大学は、先ほど窪木先生からお話がありましたように、そもそも文科省の課題

解決型のプログラム、コンソーシアムを組まれて、ここの最後の所にお名前が出ていまして、昭和大学や鹿児島大学、田口先生のお名前も出ていますけれども、一緒にコンソーシアムを組んで、このようなプログラムを教育改革ということで取り組まれて、その成果を更に研修の部分にいかそうということで、このようなことを今やられている。このワーキングでも、あるいは部会でも話題になっていましたが、大学病院に来ることのできない患者さんをどうするかというところに、非常に積極的にいろいろなプログラムを作って、解決策を探そうということでやられていまして、かなりの成果が上がってきているというように理解をいたしました。なので、大変参考になりました。

先生に1点確認なのですが、研修歯科医の定員というのは、先ほど56とかいう数がありますが、大体そのぐらいの数が定員ですか。

○窪木参考人 そうです。昨年度まではずっとマッチングが100%だったのですが、今年度、若干マッチングが100%ではなくなっていまして、先ほどデータを見せていただきまして、ちょっと下がっていました。ああ、こういう状況なんだと僕も理解しました。あと、もちろんそこから国家試験の不合格者が出ますので、更にその不合格者分だけ下がっていると。その成果がこういう数値になっているということです。

○一戸座長 この50数名については、今お話を頂いたような、その在宅の研修ですとか、皆さん受けるチャンスはあるのですか。

○窪木参考人 そうです。全ての方々にこれを提供しています。

○一戸座長 ありがとうございます。後ほど先生方からいろいろと御質問を頂きたいと思います。

続きまして、今度は総合病院の歯科、口腔外科の中での研修ということで、都立大塚病院の田中先生にお話を頂きたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○田中参考人 都立大塚病院の田中と申します。本日は貴重な時間を頂きましてありがとうございます。窪木先生のようなシステマティックなスライドは作ってきませんで、誠に申し訳ございません。

2ページ目に書いてある人口の偏在化というのは、皆様いつも耳にされることだと思いますが、今の日本では、人口の恐らく28%ほどが65歳以上の超高齢社会になってきていると思います。平均余命もどんどん右肩上りになっておりますが、実は健康寿命との間に、男性だと9年、女性だと12年ほどの開きがあります。この開きに入られる方々が、要介護や要支援という状態になります。そうすると、2005年の小泉改革で長期療養型の病床が減らされたことから、今は地域包括で在宅患者として療養されているという状況だと思っております。

一方で、歯科領域では1990年から8020運動というものが開始されました。当時の女性の平均余命が約80歳ですので、死ぬまで20本の歯で噛めればよいということだったと思います。今は恐らく、8020の達成率は50%以上になっていっていると思いますが、我々総合病院に来院される患者さんの中には、スライドの7ページにありますように、歯周病のひどい方が多々いらっしゃいます。残存歯数だけは8020を達成されていますが、基本的に1週間に1回ぐらい歯肉が腫れます。何も運動制限がない方であれば、御自分で歯医者さんに行って、歯肉膿瘍を切ってもらって消毒してもらってまた薬をもらってどうのこうのとできるのですが、これが介護施設だとか、寝たきりになってしまいますと、なかなかそうはいきません。

8ページ目、2017年の中医協からの資料を抜粋しました。治療がある程度完結した患者さんが、これから終末期を迎えるに当たって、だんだん治療中心型ではなくて、管理型に移行するという図が出てくるかと思ひます。ただ、我々病院歯科が実感しているのは、まだまだ介護を受ける患者さんの中にも、抜歯等々の治療が必要な患者さんがたくさんいるのではないかということです。そうすると、地域包括ケアで周りの歯医者さんが御覧になる患者さんの中には、介護タクシーの手配だとか、あるいは在宅介

護ホームにいらっしゃいますと、自分で承諾書を書けない、あるいは家族の承諾がすぐに得られない患者さんが多々いらっしゃるかと思いますが、その場合、高次医療機関に紹介できず介護施設、あるいは在宅、居宅訪問された先生方が、初期治療をやらなければいけない場面がいっぱい出てくると思います。ところが、基礎疾患をたくさん持っている患者さんばかりですので、虫歯だけ削る歯医者では対応できないと考えております。

実際の症例を2例ほど用意しました。症例1は、地域の口腔保健センターの歯科医師が居宅訪問で御覧になられた方です。噛んで痛くてグラグラな歯だから抜かなければいけない。口腔保健センターですので、コアグチェックという簡単なPT-INRを測るような機器がそろっておりました。実際やってみたら5.0というふうに出たらしいのですが、多分機器の誤作動だろうということで、歯を抜いたら、血が止まらない状態で我々の所に緊急搬送されました。拝見いたしますと、PT-INRは確かに5.52でした。裏事情として、居宅や介護施設にいらっしゃる患者さんは、医科のほうから薬はずっと継続的に出されますが、その薬が実際にまともに奏効しているかどうかという血液検査は年に1回やるかどうかというバックグラウンドがあります。我々の所では、すぐに局所止血を行いまして、ビタミンKを投与して止血を行いました。

次の患者さんは御存じのごとくBRONJの患者さんです。この方は介護施設に入所されておまして、口腔ケアを受けていたにもかかわらず、残根の歯をずっと放置していたら、こんなBRONJになってしまいました。したがって、居宅ないし介護型老人施設にいらっしゃる患者さんの口腔ケアに訪問する歯科医師の教育も必要になってくるのではないかと考えています。

13枚目のスライドに、我々の臨床プログラムの特色というのが書いてあります。概要は、患者中心の全人的医療を理解して、全ての歯科医師に求められる基本的な診療能力を身に付け、生涯研修の第一歩とすることです。その特色としては、基礎疾患を有する患者さんの歯科治療に際して、隣接医学に習熟した歯科医師を育成すること。もう1つは、口腔外科診療に従事しながら、口腔外科への造詣を深めること。2年コースでその間には、3か月間の医科麻酔の研修と、約3週間の区の口腔保健センターへの院外研修があります。そこでは居宅への訪問歯科診療や、摂食嚥下の研修が入ってきます。目標は、将来的には地域における歯科治療の中心的な人材になっていただきたいということ、また、歯科と医科との隔たりがないような、医者にストレートにものを言える歯科医になっていただきたいということを目指しております。

14枚目には、当科の1年間の実績を載せてあります。常勤歯科医師は3名、常勤的非常勤が2名おります。看護師は4名で2名ずつの持ち回りです。歯科衛生士は常勤が2名、非常勤は3名です。そこに患者さんの情報が書いてありますが、周術期口腔機能の管理も当然やっております。

15枚目のスライドには、研修医の1日が出ております。朝は早いです。8時前に病棟回診をします。これは我々の口腔外科病棟の回診です。9時から外来の診療が始まりますけれども、当然予習が必要なことから研修医もそれにいろいろ付き合わせます。基本的に1年目というのは、先ほどの窪木先生のように、医療倫理だとかいったようなことを座学で教えることが、我々のマンパワーとして非常に難しいものですから、我々の診療態度や診療方法を見てまねなさいということで、1年生は基本的には介助が主な仕事になります。夕の病棟回診後、一応は終業しますが、その後は自己研鑽です。文献を読みなさい、この勉強をしてきなさいということに課します。火曜と木曜は手術日ですので、ずっと手術の助手として朝から夕まで、夕方は就業時刻で帰れるわけではなくて、我々と一緒に術後の管理をします。2年目になりますと実際に診療してもらいます。しかし予約を取得された紹介患者さんを研修医に診させることは難しいことから、予約外でいらっしゃった方とか、救急でいらっしゃった方を研修医に診せて、自分で処置をやってもらいます。

これが今年の3月に卒業した、2年研修を行った研修医の習得結果です。16枚目に記載しております。麻酔科研修を3か月行いますと、口腔外科の全身麻酔が41件、医科の麻酔が78件、合計で120件弱の全身麻酔を経験できます。それから、クルズスは基本的に医科が主ですが、例えば輸液の実際、脳梗塞の見方などについて年15回ほど講義を受けます。さらに学会方式として研修医の発表会があります。これは2年で3回です。

それから、多職種連携に関しましては、毎月キャンサーボードがあります。また、我々が手術した口腔癌の摂食嚥下リハは、当然リハビリ科の医師とSTと我々との合同で行っております。病棟カンファレンスは看護師と毎週行っています。そのほかに、地区歯科医師会の訪問歯科ドクターと歯科衛生士と我々で、症例検討会を年に3、4回行っております。そのほか高次医療としましては、顎変形症や先天異常に関しまして出身大学の矯正歯科と一緒に行っております。院外研修は約3週間です。摂食嚥下リハ、居宅への訪問歯科診療、そのほかに学校歯科検診が3日間あります。

2年の研修を終わりますと、当然隣接医学の知識が得られます。静脈ラインは当然のごとく確保できます。一次救命もできます。心電図も読影できます。あとは、血液検査データが非常によく理解できます。それから、例えば口腔外科学会、口腔科学会等の専門学会で発表もさせます。そうすると皆さん大体口腔外科医に興味を持ってくれます。

我々の所の研修医の進路先ですけれども、2007年から今までに12名の研修医が卒業しておりますが、母校を含めて約半数が口腔外科の医局に残りました。残りの4名は、これも口腔外科に非常に近いと思うのですが、矯正歯科、歯科麻酔、インプラント、顎補綴に出局しております。開業医に勤務した者は2名でした。

こちらのワーキンググループでの資料から頂いたスライドです。ここに全身管理や入院患者の研修を行うという施設が結構あると思うのですけれども、果たしてこれが実際、患者さんが気分が悪くなった、あるいはバイタルに問題があるときに、適切な対応ができるかということ、いかななものかと思う次第です。

何より危惧しているのは、19枚目のスライドにありますけれども、急性期病院の研修施設が100%満たされていないということです。学生が卒業して最初に研修を行う場所として病院歯科を選ばないと、多分彼らは、厳しい研修としての病院歯科での研修を受けるチャンスは二度とないと思います。急性期病院歯科において約3割の研修施設が空いている状況は非常にもったいないというのが私の本音です。病院歯科での研修に人気が無い問題点として次の事が考えられます。1番の問題点は、急性期病院の病院歯科は、大体口腔外科を主な診療としておりますけれども、口腔外科を嫌う学生が多いのではないのでしょうか。その理由としては、きつい、厳しい、拘束時間が長いということで、これは是非、学部教育の先生方に、もうちょっと口腔外科に興味を持ってもらうような御指導を頂ければと思います。そうしないと、今後の歯科医療というものに、非常に危惧が出てくるのかなと思います。

それともう1つは、これはついこの間、自分の所で経験したことですけれども、定員が1名で同級生がいらないというのも非常に問題かと思えます。それから、病院歯科での2年研修が良いとする意見が多いと思いますが、中にはそれが嫌だという方もいらっしゃるということです。以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。丸岡先生がいろいろと悩みをお話になっていることと通じるものがたくさんあったかと思えます。ちょっと確認ですが、先生の大塚病院の定員は1ですか。

○田中参考人 1です。

○一戸座長 それから、一応背景として、都立病院は、病院ごとに都が求める拠点機能というか、例えば駒込だったらがん感染症とかあるじゃないですか。大塚病院が、特に求められているのは。

○田中参考人 今は、特に母子保健です。

○一戸座長 なるほど。でも、研修の内容としてはそこに特化するわけではないですね。

○田中参考人 はい。

○一戸座長 あと、もう一点は、先ほどの、外の施設に行ったりしますよね、院外研修ですか。これというのは大体2年目にやるのですか。

○田中参考人 1年生の後半です。9か月目です。4月に入って、翌年の2月に行っています。

○一戸座長 なるほど。麻酔科は2年目ですか。

○田中参考人 麻酔科は1年生の最後の3月に、一応歯科だけ、口腔外科だけに対応し、あとの2年目からは、医科のほうに入ります。

○一戸座長 分かりました。ありがとうございます。というような背景で、岡山大学の窪木先生、大塚病院の田中先生がいろいろ工夫されながら、研修のプログラムをやっていただいているということですので、せっかくですから、この2人に先生方からいろいろと御質問、素朴な疑問等ありましたら、御発言いただきたいと思います。いかがでしょうか。

あるいは、先ほどの資料1に関連してでも結構ですので、御発言があればどうぞ。田口先生、あればどうぞ。

○田口構成員 ちょっと私もまだ頭が整理できていないのですが、窪木先生のお仕事というか、今の御説明の中では、私ども鹿児島大学も、一部御協力をさせていただいたことがありまして、我々の大学でできることというのと、こういった取組の中でも、特に地方の中でも更に地方、いわゆる離島であるとか、そういった所の教育を我々は主に重点を置いてやっております。そういった中で、地域包括ケアモデルの中での、鹿児島大学でできる取組を御協力させていただいていました。その中で、臨床研修という切り口で見ると、どういう貢献ができるのかなというのを常に考えておりまして、今回の岡山大学のこの取組をもって初めて、私ども鹿児島大学では、全国の歯学部を離島に連れて行くプログラムを、3、4年ぐらい前なのですが、初めて企画をしまして、毎年十名弱の希望者をもって、いろいろな島に派遣というか、実習に連れて行くようなことができるようになっております。今後も継続する予定です。それは学生の話なのですが、研修医ということになりますと、どういうふうにプログラムの中に折り込めばいいのかなというのは、ちょっと難しいなと考えています。現実には、鹿児島県の歯科医師会でやっている離島巡回歯科診療というのがありまして、そこに同行して、研修医を派遣して、地域医療、離島医療、離島歯科医療の研修を行っているのですけれども、前回までの研修プログラムの目標の中には、選択項目というのですかね、選択の1つとして入れていただいておりますので、そういった意味では、我々ができることもあるのかなと考えておりますけど、全国の視点で見ると、どういうふうにこれがかされていくのかということとは、考えるところがあります。

○一戸座長 離島というのはやはり、鹿児島とか長崎の場合くらいしかできないですね。ただ、特色ある選択のプログラムを目標に入れておくというのは。

○田口構成員 一方でいくと、今度はその都市部での地域医療とか、そういったものも我々は関心を持っておりまして、都市の中にもそういう、どこも全て病院があるというわけではないと思うのです。そういったところでどういうアプローチをしていくのかということとは関心があるので、おしなべて研修プログラムを作ろうとすると、なかなか難しいなと思います。

○一戸座長 新田先生、どうぞ。

○新田構成員 窪木先生には教育学会のときにも質問させていただいておりますけれども、先生の所ではもう既に学生が訪問診療で2日間行っているということで、システムとしてはかなり出来上がっている感じを受けます。一方、研修医のほうはなかなか施設が少ないと。学生が行っている施設に臨床研修医が行くというようなアイデアというか、逆にそれができない理由が何かありましたら教えてもらいた

いのです。

○窪木参考人 今、先生がおっしゃったとおりです。どうしても研修教育のほうが後発なものですから。あと、施設の認定基準が、文科省の認定基準と厚労省の認定基準でちょっと違うものですから、そこに付いていけないという、ただそれだけだと思います。今、先生がおっしゃったように、文科省の施設基準で成り立っている所の先生たちは、年間2遍もFDをやっている、トラブルがないように本当に細心の注意を払いながら、まずは教える人の教育レベルを上げることがとても大切なので、一生懸命やっています。今度はそこに研修医が徐々に浸透して行きつつある。最初は1か所だけだったのですけれども、今は2つになり3つになりというような状況で、文科省の施設基準に合致した人たちに今度はちゃんと指導医になっていただいて、Postgraduateのほうも教育ができるような体制作りをすべきだろうと思っています。

それから、Undergraduateのほうはコアカリキュラムで、その現場を見てくれば良いという到達目標になっていて、体験をさせるというコアカリキュラムの状況なのですけれども、やはり研修医のほうは、もう少しワンクッション踏み込まなければいけないのではないかと我々は思っているのですが、現状では、まだ体験をしていくとどまっているのです。そういう意味でも、よりFDをちゃんとして、先生がおっしゃっていたように、研修医のほうはUndergraduateの教育の経験がある人たちに、よりアドバンスをやってくれよと。そして大学病院の中でも、まずは研修医とUndergraduateというように、より経験がある人たちがUndergraduateを教えるという、少し屋根瓦方式を組んでいくことによって浸透していくのではないかなと思います。御指摘いただいてありがとうございます。

○一戸座長 先生、その文科省の施設基準と厚労省の施設基準というのは。

○窪木参考人 この中でもちょっと述べたように、これもはっきりと文科省がこれを推奨しているわけでもないのですが、私がこの課題解決の授業をやって、この授業の中で在宅を出さなければいけないということで、文科省の方と何回かディスカッションをやりました。資料2-1の10ページのタイトルに「在宅介護歯科医療演習」と書いてありますが、その下に小さな文字で文科省の通知が出ています。平成9年10月1日に「臨床教授(臨床助教授・講師を含む)称号の付与について」という通知です。この内容をずっと読んでみますと、実際に学生をその施設に送ってよいという表現があります。その代わりに臨床講師等の選考をちゃんとフェアにしないで、そしてFDをちゃんとやりなさいということまで含め、かなり詳しく書いてあるのです。そういう内容でUndergraduateをやっています。この方々に是非、研修医が教えられるように施設要件、指導医になっていただくように、私も働きかけたいと思っています。

○一戸座長 ということは先生、研修歯科医は指導歯科医とペアで行って研修協力施設にしておけば、どこでも使えますよね。今はそういう仕組みにしにくいということですか。

○窪木参考人 はい。

○一戸座長 一人で放っておいてはいけないのでしょうかけれども、それはなかなか現実的に難しいということですか。

○窪木参考人 はい。

○一戸座長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

○長谷川構成員 窪木先生の所の素晴らしいコースを拝見したところですが、1つだけ先に質問させていただいてよろしいでしょうか。26ページに表があります。このグラフの中の56名という全体の中で、自学率というか、先生の所で学生時代にこういう教育を受けて、その後に研修に行った進んだ方はどのくらいいらっしゃるのでしょうか。

○窪木参考人 56名のうち、大体半分が岡山大学出身で、そのもう半分が他大学出身の方です。おしな

べてこういう統計を取りますと、半分が自験したことがあるということです。

○長谷川構成員 そうすると、この29名のオレンジ色の所は、ほとんどが自学の方ということですか。

○窪木参考人 自学に近いと思いますね。自学プラス他大学の方も含まれていると思います。

○長谷川構成員 もう1つは一方で、卒業生の中で何パーセントぐらいが、先生の所の研修医にそのまま進まれるのでしょうか。

○窪木参考人 学年によってカラーがものすごく違って、全然残ってくれない学年と、今年はえらく残ったねという学年があります。たくさん残ったときは、やはり半分ぐらいは残るという形で、うまく残ってくれなかったね、大学院に入ってくれなかったねというときは2割ぐらいになってしまったりということで、私たちの努力も足りないのかもしれませんが、非常に学年によって差があるという状況です。

○長谷川構成員 そこら辺で、教員のマンパワーが不足しているという先生のお話があったのですが、例えば学生たちや研修医たちが先生の所で研修をする、こういう教育を受けるということで、その先のキャリアパスはどのような、例えば認定医などを見据えて、先生の所に行ったお陰でほかと差別化できるような、何か特別なものを得るような機会はあるのでしょうか。

○窪木参考人 そこは余り積極的にやっているわけではないのですが、かなりの研修医が地域の中核病院とか開業医に最終的には就職しています。最近、岡山ぐらいのサイズの地方では、跡取りのいない開業医が少しずつ増えています。そういう開業医たちがある時はM&Aで統合することもあるのですが、ある時はコンソーシアムを組んでいます。1人だけでやっていると大体が外来診療しかできず、在宅に行くマンパワーがないのです。そうすると、こういう経験をしている人たちに、一生懸命に外来診療をやっている人の所に入らせていただく。若しくはそこがM&Aをして、その2軒を買って統合した所にそういう人が入って、外来診療もやりながら訪問診療もできるという体制作りが徐々に進んでいるように思います。そういう所にどんどん吸収されているというイメージがあり、いい方向ではないかと思っています。

○長谷川構成員 最近の学生というのは、もちろん実務もやっていかななくてはいけないと思うのですが、実務もさりながら、やはり実務経験の先に肩書きというのが見えていて、そこがあるからあえてそこに進んでいくという子が多いように、私どもでは感じているものですから質問させていただきました。ありがとうございます。

もう一点、田中先生にお願いしてよろしいでしょうか。私が感じるのは、窪木先生の所ではコースを作って、研修医全体にそういうものを経験させ、将来的にそういうように進んでいくような道筋を見せてあげる、あるいは経験させるというように感じるのですが、ことです。逆に田中先生の所では、2年間の研修でしっかり身に付けさせるというような形で、すごく差別化があると思っています。その辺で定員が1名というのは、もっと受け入れていただかないと、今般は国家試験に落ちる可能性も非常に多いので、もう少し枠を広げておいて、受け入れるというお考えはあるのでしょうか。

○田中参考人 窪木先生の所の研修プログラムを拝見しますと、正に研修です。我々の所のプログラムは、基本的に2年目はマンパワーとして、いかに我々の手伝いをしてくれるかという、いわゆる（一般的な）会社と同じ考え方だと思います。自分の会社に入社した者が研修を受けて、いかに（早く）実践でやっていけるかというための研修です。先生のほう（皆様方）に別添の資料として、うち（当科）のプログラムを配らせていただきましたけれども、給料が30万2000円なのです。これだけ頂いて（貰って）いるのであれば、還元をするのは当たり前だろうという考え方がありますので、研修というのではなくて、もう実践部隊を育てるということなのです。そうすると、この給料を払いながら2名というのは多分、小池知事（東京都）は許さないのではないかと思います。

○長谷川構成員 分かりました。現場での数ということよりも、やはり予算も問題だということですか。

○田中参考人 恐らく東京都の考え方としては多分、どちらかと言うと（研修医の待遇は常勤的）非常勤歯科医師という考え方のほうに偏っているのかなという気がします。

○長谷川構成員 ありがとうございます。

○一戸座長 今までに定員1で、今年はいなくなってしまったというときは何回かあったのですか。

○田中参考人 ありました。やはり個人の性格もあると思うのですが、入って来て2年目と1年目、1つ上の先輩と人間関係が余りうまくいかないと、孤立してしまう可能性があると思います。大学のようになんか医局員がいる所であれば、自分の2つ上3つ上がいるわけですけども、基本的に1つ上の先輩の次はもう10年目ですから、自分が大学に入ったときの講師クラスの先生ということで、心を開いてというところがなかなか難しかったのかなと。本人の性格の問題もあるとは思いますが、実はそれで1年生が研修を中断してしまいました。

○一戸座長 それは中断なり何なりですか。そうでなくて、国家試験に落ちていなくなっていて、今年は研修医がいないということですか。

○田中参考人 国家試験に関しては通りそんな人しかマッチングに登録しないということで、今のところは大丈夫です。

○一戸座長 ちなみに丸岡先生の所は、定員は幾つでしたっけ。

○丸岡構成員 今は2人です。プログラムの開始当初は3人だったのですが、研修医の数というのは、東京では余り数を増やさないという方針があったので、医科に合わせて1人減らしたという経緯があります。

○一戸座長 病院歯科の定員が増えると、みんなそちらに目が向くのだろうと思うのですがね。

○新田構成員 また窪木先生に御質問です。先生のスライドの11ページでは、平成26年度の訪問施設数が149で、平成27年度が233と、かなりの数が増えているのです。これはどうしてですか。施設側にとっても相当いいことがないと、こんなに増えないかなという気もするのです。その辺で増えた理由というか。

○窪木参考人 実は、平成26年度というのは最初の年で、私たちにとっても本当に優秀な人を一生懸命探したときだったのです。在宅をちゃんとやっていて、教員としての資質というの、助教以上で任用されるぐらいの資質を持っているということを基準にしました。最初は本当に準備が不足していたこともあり、その方々に余りたくさんの症例数を見せていただけなかったのです。FDを何度もやって、やっとその人たちの教員としての資質が整ってきたという感じです。

平成27年度になりますと、だんだん慣れていらっしやいました。学生を2日間預けているのですけれども、その2日間の中でここここここへ連れて行ってやろうというような教育効果がある所を選んでいただけるようになったのです。ですから、最初はただの臨床科だったわけですが、徐々に先生としての資質が整ってきて、こうやって数が増えて、また効果の上がりそうな所を選んでいただけるというようなことがあって、トータル的人数が増えているということだと思います。

○新田構成員 そうすると、学生を受け入れてくれている先生とか臨床教授の数は余り変わらないけれども、機会を増やしてくれているというイメージですか。

○窪木参考人 資料にもありますように、最初は担当臨床講師の数を14人任命していますが、それが20人になっていますので、人数も確かに増えているのです。しかし、それだけではなくて、教員として徐々に自覚が出てきて、教育効果ということを考えていただいて、ここにも連れて行ってやったほうが良いなということで数が増えていった、トータルで相乗効果が出たと思っております。

○新田構成員 そうすると、この担当臨床講師数の20人は、いわゆる歯科診療所数とイコールみたい

な感じですか。

○窪木参考人 そうです。御開業の方もおりますし、先生のように地域の中核病院の歯科の方もおります。口腔外科ではなく、どちらかと言うとサポート係と言いますか、口腔内科に近い先生方とか、老人介護施設を持っていらっしゃる歯科医師とか、老人介護施設と連携が非常に強い歯科医師とか、そういった方々が含まれて 20 名となっております。

○新田構成員 よく分かりました。ありがとうございました。

○大澤構成員 窪木先生に伺いたいのですが、学生時代に全く経験がない人も、いろいろ研修を始められていると思うのです。学生時代に全くない人と、自験をしたことがある人との間で、学生時代にうまくやれなかった人というのは付いていけているのかなというのが気になるところです。シームレスとは言いにくいところもあって、その辺はいかがでしょうか。

○窪木参考人 シームレスとは言いにくいですね。本当にそうです。先ほど先生からも御質問がありましたが、半分ぐらいの方は経験がある、現場に行ったことがあるのです。そして Undergraduate で教育を受けているので、例えばそこで写真を撮ってはいけないとか、そこで見た個人情報を出してはいけないとか、栄養管理という面で、どうしても冷蔵庫の中まで見なくてはいけないとなると、お医者さんのプロフェッショナリズムがちゃんとしていないと、「あそこの患者さんは大変だったよ」とポロッと言ったりということが起こるのです。

どうしても現場というか、家の中に入ってしまうので、先生がおっしゃったように、その部分で慣れていらっしゃる、一遍行ったことのある人は、こういうことなんだとなる。自分のおじいちゃん、おばあちゃんがいるような所に行っているけれども、それは医療として行っているのだという自覚もあります。ただ、初めて行く人は本当にそれが分からなくて、最初の挨拶から非常に失礼な挨拶になったり、踏み込んではいけない場所までズカズカ踏み込んでみたり、十分な説明ができなかったり、そういう本当の意味での一番最初の根本のコアのところができてない。そういう意味で、私たちもどうしても授業をやらなければいけないなと思っているのは、それをステップ・バイ・ステップで、また何遍も見られるツールを持っているということが、学生たちにとっては有り難いのではないかと考えています。私も何とも上手に言えませんが、とにかくそこにシームレスではない大きな大きな差があり、苦労をしているというのが現状です。

○大澤構成員 あと、もう一点あります。岡山の研修を希望される方というのは、在宅とかを、よりやりたいと言って希望される方が多いのでしょうか。

○窪木参考人 これの十分な宣伝ができていのかどうかというのは、私は分からないのですが、座長もおっしゃったように、課題解決がうまく動いていて、案外 Undergraduate の学生たちにお医者さんとしての自覚というか、歯を修復している歯科医師というのではなく、ある意味で栄養、食べることは生きることですので、そういう自覚を持って医療に参画している、歯科医師としてのプライドを持ちながらやれているということが、ある程度良い方向に関与しているのではないかと考えています。Undergraduate でやっているということは、よく皆さん御存じのところもありますので、他大学から研修医で入ってくる時にはハードルも大きいのですが、ちょっと経験してみたいという人が入ってきていると思います。

○一戸座長 ほかにいかがでしょうか。

○丸岡構成員 非常に感銘を受けました。私は、歯学部を離れてから 13 年たちますが、こんなに歯学部附属病院だけを教育場面とすることは合っていないということを、その当時から思っていたのですが、窪木先生のような、岡山大学のような研修というのは、歯学部附属病院では今は全国的にこういう感じなのですか。それとも岡山が非常に進んでいるのでしょうか。なかなか答えにくい質問ですけれども。

○窪木参考人 ちょっと答えにくい質問ですね。文科省の事業で均てん化、どれぐらいこういうことができているか、急性期病院も見ているか、在宅も見ているか、実習を持っているかというのを計算しましたら、10大学のうちの9割が「持っている」とおっしゃっています。何しろこの事業は最後に成果が上がらないと文科省から怒られるので、不十分でありながらも、最後にマルを付けていただいた所もあるかもしれませんが。そういう中で2つの大きな事例があります。

1つは、九州大学が福岡歯科大学と教育統合・連携をやりました。九州大学には超急性期病院がありますが、在宅のコンテンツがないのです。そして福岡歯科大学は老人介護施設を自分で持っていて、在宅の有名なプログラムを持っていらっしゃるのです。しかし、福岡歯科大学には超急性期病院がないのです。この両大学がタッグを組んでいただいて、超急性期病院の教育と在宅の教育が両方の大学でできるようになったというのは、ものすごく大きなメリットでした。

失礼を顧みずに言いますと、大阪大学医学部と歯学部は統合されていない附属病院で、距離も非常に遠いのです。超強大な医学部附属病院と強力な歯学部附属病院があり、非常に分かれていたのですけれども、ついに大阪大学は医学部の病棟の実習で教育統合を始められました。そういう意味で歯学部は、今先生がおっしゃったようなノリで徐々に変わりつつあります。その上に研修医教育ということになろうと思いますけれども、研修医教育のほうは、うちではまだ全然十分ではないと本当に思っています。できれば、我々も1週間とか2週間とか出してやりたいのですけれども、なかなかそういう状況がまだできていないということです。しかし、Undergraduateは変わりつつあると思います。

○丸岡構成員 研修医の勤務時間と言いますか、研修時間は何時まででしょうか。例えば、外に行きますと3時とか5時15分には終わりませんよね。その超過した勤務の場合はどうなっているのでしょうか。

○窪木参考人 これは働き方改革で、厚生労働省に聞くしかないのではないのではないかと思うのです。岡山大学も、もめにもめていて、何をやっている時間を勤務時間とするかという定義作りから各大学がやっているという現状です。

先生がおっしゃるように、こういうトラブルは絶えません。例えば、指導医たちは在宅の目の前の患者を診ていて、まだ帰れないじゃないか、まだ診てあげなければいけないし、もう1軒、もう2軒行かなければいけないという状況の中でやられているのですが、学生や研修医の人たちは時間の問題で、ここまでしか関与できないということで途中で抜けるということで、これがある意味、指導医から見ると「あいつら、一体どういうことなんだ。プロフェッショナリズムがなってない」ということで、大変失礼なことをやってはいるのですけれども、現状では働き方改革もあり、そこは非常にグレーな状況で推移しています。できればそこをもう少し、先生がおっしゃるように、学生にちゃんと関与させてやりたいし、させても余りトラブルにならないようなシステム作りができればと思っております。

○丸岡構成員 先生の所もそうなのかと、とても安心いたしました。先生のお話は、本当に自分の所の話を聞いているのではないかと思うぐらい、非常に感銘を受けまして、先生にお声掛けをして、本当に良かったと思えました。

○一戸座長 ほか、いかがでしょうか。

○田口構成員 この「研修施設に関する現状と課題」の部分について、これは私、前も言ったかと思うのですけれども、私どもの大学病院、特に地方に置かれた大学病院では、いわゆる特定機能病院というものと臨床研修あるいは臨床実習の学生の経験数をどう確保するかというところのせめぎ合いでいつも困っております。

特に鹿児島のような、来られた方はお分かりかと思うのですけれども、街から大分離れた所の更に丘の上にあります、そんな所に来る患者さんは、本気で来る人しか来ないのですよね。本気でというの

は、いわゆる紹介状をお持ちの方であるとか、特定の目的を持って来られる方しか来られないような所です。私ども総合診療部では紹介状をお持ちの方も持ちでない方も新患で対応するわけですが、紹介状をお持ちの方は、当然ですがそのままスルーで口腔外科とかに行くわけですが、持ちでない患者さんは週に10人いるかいないか。その患者さんを研修と臨床実習というところで振り分けていくといっても、たかが知れているのです。そういったところの、いわゆる特定機能病院としての機能は当然果たさなければいけないわけですが、今度は教育病院としての機能がなかなか果たしにくいという現状と課題を我々は持っています。

これは、岡山大学さんはそんなことはないと思うのですが、100円バスが走るような所で患者さんはどんどん来られているとは思いますが、その辺りの課題とか現状はいかがなのでしょう。

○窪木参考人 先生が思っているように、私たちどうしても、教育のために一般の患者さんを欲しいといいますか、先生も感じていらっしゃるように、大学病院ですので、すごくスペシャルな患者さん、例えば精神的に参っている人とか口腔顔面痛だとか、ちょっと難しい患者さんはたくさんおります。それはそれで研修目的にもかなうのかもしれませんが、今、先生がおっしゃったような、ジェネラルで総合歯科の名前にふさわしい、そして、それに少し全身疾患があるような患者さんが私たちは最も欲しいのですが、そういう患者さんが余り集まらないので困っています。これは、1つの問題点としましては、先生も御存じだと思いますし、鹿児島大学も困っていると思いますけれども、初診のときにお金を、紹介状なしで来られた場合にはお金が3,000円ちょっと必要ですよ、そういう足かせがありますと教育のためとは言え、なかなかそういう、本当にプライマリーなジェネラルな方々が集まりにくいという問題が大学病院にはあります。今後は、やはり大学病院の位置付けがどんどんジェネラルに行くとは思えないので、外の病院と教育連携を進めるということが今後の大きな目標ではないかと思っています。

○一戸座長 窪木先生、ちょっと教えていただきたいのですが、岡山大学は医歯学総合病院ではないですか、多くの国立大学はそうですよね。それから、先ほど御紹介いただいた九州大学と福岡歯科大のような連携もありだと、正しく先生が今おっしゃったように、自分の大学病院だけでは十分に研修、卒前の教育もそうなのでしょうけれども、十分にその全てを勉強させてあげることが難しい現在、医学部の病院を利用したり外のいろいろな施設を利用したりということに、当然シフトせざるを得ないのだらうと思うのです。

一方で、昭和大学は医学部がありますし、岩手医大もそうですが、そうでない私立大学も結構あります。東京歯科大学も医学部を持っていませんが、今のところは市川総合病院でそれに類することを多少なりとも経験し、病棟で口腔ケアをやったりとかしてもらっているのですが、全ての研修歯科医がそのような体験ができるわけではないですね、どうしても市川総合病院にマッチした人たちが中心になってしまいます。先生の今やられているようなことを、医学部を持たない私立大学のような場合に、どんなことをしたら、少しでもブレイクスルーがあるのかなという、先生からヒントがもし頂ければと。

○窪木参考人 これはとても難しい問題だと思います。知識に関しましては、こういう電子授業を共有することで十分いけるのではないかと思います。私たちのコンテンツを使っただけでもいいですし、医科歯科大学もたくさんコンテンツをお持ちで全国共有ができるのではないかと。それを研修医のコンテンツとして、より使いやすい整備をこれからしていく必要があると思います。やはり超急性期病院に関しましては、本当に急性期病院と組んでいただく必要があるのではないかとちょっと思います、私は。

それから、先生のようにかなり高度な口腔外科の病棟をお持ちのような、そういう施設と、先生の卒業生も山ほど、日本中のそういう施設に関与されている方々がおられる、そういう教育連携を持ってい

ただ、何か、1つぐらいは超急性期病院を教育の中の1つのコンテンツとして持っていただくと。そうしませんとやはり、がんの化学療法の患者さんであるとか、自己免疫疾患の患者さんであるとか、そして最近はおブジーボのように非常に免疫力を触るようなお薬もたくさんありますし、骨粗鬆症もそうですが、こういう患者さんへの対応を積極的に教育していかなければいけない現状を考えると、そういう教育連携を進めることが、ある意味歯学部での研修医教育の競争と申しますか、ランキングを作ると申しますか、そういう意識をしなればいけないのではないかとちょっと思っています。以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。その辺は現実問題としてどうですか、大澤先生。

○大澤構成員 本学は歯科の単科大学で医科の病棟等がないので、その辺りは本当に悩ましいところではあるのです。歯学部の学生について、訪問に関しては、少しずつ多摩クリニックという、リハビリが専門の病院なのですが、そちらのクリニックでは訪問に出しておりますので、1年時の Early Exposure から5年生ということで一応行っているのですが、逆に、実際の周術期のほうが少し手薄になっているのかなというのは、本当に感じているところではあります。

○窪木参考人 多摩クリニックは日本の歯科界の宝だと私は思います。ああいう、コアにしているいろいろな患者さんのサポートをされているという現場は、在宅とか老人介護施設の結集した1つの地域包括ケアのあり方として素晴らしいと思いますし、教育に使われるということは羨ましいと思います。

それから、昭和大学の医科歯科連携というか、医科、歯科、薬科、そして看護ですか、この連携も、歯科の教育機関としては、あり得ないぐらい素晴らしいと私は思っています。ですので、こういう所を、先生方のコンテンツをみんなで共有し合うという体制を作ればレベルアップはあつと言う間に、そこまでレベルアップできるのではないかとちょっと思っていますので、是非少し門戸を広げていただければと思います。

○大澤構成員 ありがとうございます。検討します。

○一戸座長 現実問題としては、全てを必修で体験していただくというのは難しいのかもしれないですけども、そういうものが選択できる幅があれば、随分といろいろな特色のあるプログラムが作れると思うので、そうすると研修歯科医も、この病院のこのプログラムで研修してみたいということになるのだろうと思います。

一方で、田中先生、丸岡先生の所もそうなのでしょうけれども、歯科、口腔外科が中心ではないですか。口腔外科医になるんだと入ってきてくれる人は、もちろんすごくやりがいがあるんですけども、口腔外科も勉強しながら将来は一般歯科医院の勤務医になるんだという人が、なかなか一般の歯科治療が経験できないんだと、そのような悩み事はいかがなのですか。

○田中参考人 確かにございます。基本的には、保存補綴系の研修は非常に手薄だと思います。ただ、これも自分の私的な考え方なのですが、ある程度、全身疾患を学ぶとか、いろいろな病気に対応する知識なりテクニックを持つというものは、やはり病院という施設がないと経験できないことであると思います。あと、歯を削ったりとかは、こんなことを一般歯科の先生に言うと怒られると思うのですが、歯を削ったりとかは今後、自分が歯科医師として生きていく上でやっていかざるを得ないことだと思いますので、これは研修が終わった後でも徐々にできるのではないかと考えております。最低限必要な、極端な話ですがブリッジなどは多分1本入れるぐらいだと思います、それも他科の入院している患者さんに対してですけども。それぐらいで、あとはほとんどできない状態です。抜髄も、恐らく1本やるかどうかぐらいだと思います。従いまして保存・補綴に関する研修では研修医としては非常に不完全な者を育てているかもしれません。

○一戸座長 でも、先ほどもお話ししましたが、それぞれが特色あるプログラムで、そういう中で育ってあげればいいのかと思うのです。ほか、先生方からいかがでしょうか。今日は、それぞれ非常に特

色ある、大変参考になるお話を頂きましたが、それを基に我々の到達目標なり施設のことなりを更に充実させなければいけないので、もしその視点でまたお聞きになりたいこと、確認をしておきたいことがあれば、是非御質問いただければと思います。

○田口構成員 これ、どなたにという訳ではないのですけれども、研修施設の指定要件というのですか、資料1の16ページの、3年以上研修医の受入れがないときに取り消すことができるという所です。受入れがないときに取り消すことができるというのは、取り消すことができるであって、取り消さなければならぬということではないというように解釈はするのですが、17ページを見ますと、これは単独型・管理型研修施設の取消しの事例、あるいはプログラム廃止の状況についてお示しされているわけですが、これ、協力型でこのように廃止されている、あるいは取り消されている事例は、どれぐらいあるものなのでしょうか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 協力型のほうは、まだきちんと数を正確には調べられていないのですが、確実に単独型・管理型よりは、恐らく数は多く、もうちょっとあるのかなと思っています。うちのほうでも調べてみたいと思います。すみません。

○一戸座長 協力型施設に関して言えば、管理型でこの施設を外すとかということがないと、なかなかすぐには分からないですね。厚生局のほうで受入実績などは分かるのでしょうかけれども、直ちにはなかなか表に出てこないかなと思います。

○田口構成員 この法改正が行われた以降、3年以上受入れがない所については自動的に取消しをしているという施設もあるとお伺いしたことがあるのです。私どもの所は、そうは言っても、マッチングの状況もそれほど高くもないですし、研修施設は、協力型は全部で40弱ぐらいに対して定員が15名のプログラムですので、常にいっぱいになることもないのです。まんべんなく行ったとしても3年に1回ということで、しかも、大概行く所は決まった施設ばかりに行きますので。それでもやはり、プログラム説明会であるとか、あるいはマッチングのときに、積極的に関与してくださるとか、研修管理委員会に積極的に参加してくださるといふ実績を持って研修に関わっているということで、取消しをするなどということは一切していません。この解釈は、どのように解釈したらいいのかなというのは常々感じているところです。施設によっては、平成18年に研修が始まった頃に百何施設とかとバーツとたくさん作って、ほとんど動いていないというような所もあると聞いてはおります。それは、今のところはそれぞれの研修管理委員会の解釈で運用してよろしいということですかね。

○小嶺歯科保健課課長補佐 基本的には、研修管理委員会で御判断いただいているというのと、3年以上受入れがなかった場合に、現時点では厚生局から、今こういう状態ですということをお知らせはして、それで施設側に御判断を頂いているのですけれども、実際それで取り下げるのは嫌だというような形でもめたケースがあるというのは、今のところは聞いてはいないのです。実際も受入れがないので、現状そうなっているのですけれども。恐らく、今後出てくるのは、取り消されたのだけれども、これからもう一度やりたいというところの扱いをどのようにしていくのかというところの御議論を、これから進めていただく必要があるのではないかと考えています。

○一戸座長 よろしいですか。あと、田中先生の所は、2年間のプログラムのうちの1年目の最後の辺りで3週間ほど外に出る。基本は、あとはずっと先生の施設に入ることですよね。

○田中参考人 そうです。

○一戸座長 窪木先生の所の研修プログラムは、基本的にはほぼ単独の形ですよ。

○窪木参考人 そうです。

○一戸座長 先ほどの資料1のスライド番号11を見ていただきたいのですが。実は、歯科大学病院における協力型臨床研修施設の研修期間ということで、8か月というのが一番多かったのです。という

ことは、8か月のうちに1施設なのか2施設なのか分からないのですが、管理型である大学には4か月だけで、あとはずっと協力型である、開業の先生かどうかは分かりませんが、そういう所に行っているということです。それぞれの研修の目標があるのでしょうか、それはそれでいいのだと思うのですが、管理型のほうがずっと短期間であるということは、現実には結構あります。これは、歯科大学の場合には、ある程度の数を抱えながら、しかし、中には余り置いておきたくないという現実的なことから、このようになってしまうのだらうと思うのですが、その辺、いかがですか。

○長谷川構成員　そこ、ちょっと伺いたいところです。8か月のこのようなプログラムを組んでいらっしゃる所の中で、出ている研修医さんが在籍型で出向されているのか、それとも移籍型でされている所が多いのかというのは、知りたいところかなと。やはり、補助金等の問題もあって、12か月分を大学で研修医への給料を出すというのもなかなか負担が大きいことだと思うので、そういうこともあって行われているのかなとちょっと邪推しているところではあるのですが、もしその辺が分かれば、教えていただきたいと思っています。

○一戸座長　うちは在籍出向です。

○大澤構成員　在籍です。

○田口構成員　うちは離職させていますので、全部そちら協力型施設で。だから、給料はそちら協力型施設が払ってねと。

○長谷川構成員　それも8か月ですか。

○田口構成員　6か月です。

○新田構成員　恐らく、国公立は完全移籍型が多いのだと思います。私立は、ほとんどの場合は在籍出向で、確か北海道大学は在籍出向のプログラムがあるかと聞いています、確かな情報ではないですが、

○長谷川構成員　うちも6か月ですけれども、在籍で出向しています。ありがとうございます。

○新田構成員　資料1の7ページに「研修先(単独型・管理型臨床研修)の状況」というのがございます。先日、大阪大学で臨床研修の会合がありまして、国公立大学の話ですけれども、結構研修医が残らないと、自大学に残らなくて困っているという状況が、結構多数、複数の病院から出てきました。ところが、7ページを見ると、卒業大学の病院、診療所に残っている人は、平成28年から平成30年まで、逆に増えているような感じがあって、何か国公立の実感と随分違うのだなというイメージがあるのです。これは特に、国立大学と私立大学で分けているとか、情報として分けることはできるのですか。データとして、研修医の定員割れが起きている国公立大学が増えていまして、みんな、どう対策しようか、それこそ魅力あるプログラムを作らなければ残らないというような話にはなっていたのです。多分、国立と私立で分けると、ここの部分が違うのかなという気がしますので、少しそういう観点も必要かなと思います。

○一戸座長　それは、先生、その定員割れをしたその人たちは、どこに行くかというのはまだ分からないのですか。

○新田構成員　そうなんです、そこが分からないので、そこが非常に興味のあるところです。私は、いわゆる病院歯科に流れているのかなと思ったのですが、そうでもないのだなと思ひまして。この問題点の所にも書いてありましたよね、大学でなくてほかの所に行ったほうがいいみたいなことが書いてあったので、実態はそんな感じではないかと。例えば3ページに、歯科大学への一極集中を緩和するため歯科大学の定員を減らすというような提言がございまして、何か今、国立大学は、逆に欠員を出さないために定員を減らすみたいなの、何かそういう話もチラホラありますので、実態がどうなのかなとちょっと思っています。

○一戸座長 この話は部会の中で、私立大学の定員の大きな所でどうしようというのが、多分主だったと思いますよね。

○新田構成員 私立大学の。

○一戸座長 私立大学の、はい。

○丸岡構成員 もう私は大学にいないので、ちょっとあまのじゃく的なことを申し上げますけれども、自分の大学の人が何人残ったかというのは別に、そんな大した問題ではないと思うのですよね。逆に、かえって魅力的なプログラムだと、ほかの大学から優秀な人たちが来るので、自大学の比率が下がっても特に問題はないと思うのです。

○新田構成員 要するに定員割れだから、自大学ではなくて。

○丸岡構成員 そうです。だから定員がどれくらい埋まったかということの問題にすればいいだけで、自大学に残る、残らないというのは、特に問題がないような気がするのですよね。だから、自分の大学を残したいという感情はあると思うのですが、かえってほかの所を見たほうが、視野が広がるのではないかと私は思います。こんなことで突っ掛かって申し訳ないのですが。

○新田構成員 私も同意見で、言わば問題点は、先生がおっしゃったように定員割れなのです。うちの大学も、自校率というのですか、自学率が実はそんなに高くないのです、昔から、70%とか。

○丸岡構成員 十分高いと思います。

○新田構成員 もっと高い所もあります。今はもう少し低いですかね、60%台にはなっているかと思いますが。ただ、定員割れをすると、やはり各大学は困るので、特に国立大学は困っているかなというような気がして、そここのところ。先生がおっしゃるように、国立大学の場合は定員割れが問題かなと思っています。

○一戸座長 臨床研修制度が始まって、ほかの大学に行くという垣根がすごく低くなったというのは、現実ありますし、うちも、うちの大学院生は、今、随分ほかの大学から来てくれるようになって、今まで、トータルで29 歯科大学のうち半分ぐらいの大学からは大学院に来てくれるようになったので、そういう意味では、研修制度のいいところなのかなと。

○新田構成員 どこへ行ってしまったのかなと。

○一戸座長 すみません、今日はこれだけでこの時間になってしまいました。本当は、もう少し早めに進めば、到達目標の直した部分を少し議論していただく予定だったのですが、今日これからでは、どうしよう、ある程度こういうものでどうかと提案をしますか。また、ずっと御意見を頂いてばかりだと、時間が掛かってしまうので。

○小嶺歯科保健課課長補佐 そうですね。幾つか、事務局で集約しにくいものがありますので、それは御議論いただくとして、おおよそまとめられるものは、事務局側でもう少しまとめて御提案させていただくような形にしたいと思います。

○一戸座長 その進め方でよろしいですか。

○小嶺歯科保健課課長補佐 はい。

○一戸座長 ではこれは、宿題を含めてまた追ってお送りさせていただきたいと思いますので、ちょっと見ておいていただけますか。もうそろそろ時間なのですが、そのほかに最後、窪木先生、田中先生に御質問、あるいは、窪木先生、田中先生から我々に助言というか、今後の議論の参考になるような御指摘を頂ければと思います。どうぞ、もし良ければ一言ずつでも。

○窪木参考人 これは私、一度田口課長に申し上げたことがあるのですが、先ほどからマッチングについてフルマッチしなくなってきたということもありまして、全体的に大学院生の数が減っているのではないかと。これはある意味、歯科医師過剰ということが大分緩和されてきて良い感じになってきて、

東京はまだ過剰かもしれませんが、私はよく分からないのですけれども、地方の国立大学の、地方の、岡山、広島という所を見ても、かなり緩和されてきたというイメージがあります。募集がたくさん来るのですけれども、そこに出せないのです。歯科医師を出せなくなっている。そういう観点から、みんなが就職先があるものだから大学院に残ってくれなくなっていて、基礎研究がかなりやばいのです。

ここは研修制度を議論する所だと思うのですけれども、トータルで、やはり研究をある程度視野に入れながらというふうにしなせんと、歯科界でイノベーションが起こらないということになる。そうすると、今のまま旧態依然とした教育をしなければいけなくなってしまうのです。これだけ世の中ではイノベーションがどんどん動いていまして、御存じのとおり、全てがデジタルになろうとしていますし、分子生物学もかなり進歩していて生物学的製剤がどんどん出てきていて、そしてそれを理解するためには、やはりある程度のサイエンスが分かる人をつくっていかなければいけないという現状の中で、大学院生の数がどう動いているかというのも少しウォッチしていただけたら、それが1つの大きな歯科医師過剰のメルクマールの一部にもなるのではないかとちょっと思っています。以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。正しく先生がおっしゃったことは今日の資料1の6枚目にもあって、部会でも問題になっているのですが、基礎研究枠の検討とかということがあります。ただ、1年の研修期間の中にそれをどう組み込むかというのは、なかなか難しいと。だとすると、これは私の個人的な意見ですが、現在グレーゾーンの大学院と研修をとというようなことも、社会人大学院のような形も、もう少し考えようがあるのではないかと考えていますが、これはまだ結論が出ていません。ただ、そのようなことも話題にはなっています。ありがとうございました。田中先生、何かございましたら。

○田中参考人 2つだけ先生方にお願いがあります。働き方改革うんぬんの前に、まず若い歯科医師にはプロフェッショナルリズムを持たせていただきたい。それあつての働き方改革だと思っております。

2点目といたしましては、学部教育をなさる先生方におかれましては、是非、口腔外科に興味を持つように学生さんを指導していただきたいと思っております。1ついけないのは、これは口腔外科の医局員にも問題があつて。大体、口腔外科の医局員というのは偉そうに威張っているわけです。そうすると、そういうところから改革していかないと、なかなか興味を持ってくれないのではないかと考えております。それは是非、学部の先生方にお願いしたいと思っております。よろしくお祈りします。

○一戸座長 貴重な御意見、ありがとうございました。それでは、今日はこれで時間になりましたので、一旦、議論をここまでにさせていただきまして、今日の岡山大学と都立大塚病院の資料も参考にさせていただきながら、次の議論を進めたいと思っております。それから、先ほどもお話しました到達目標については、事務局でちょっと整理していただいたものをお送りさせていただいて、ある程度はこの方向でいきたいというものと、それから、ここだけはもうちょっと議論してくださいというように仕分けをしてお送りしたいと思いますので、よろしくお祈りします。

それでは、あと、事務局から何かございますか。

○大城歯科医療技術参与 皆様、本日は御議論いただきありがとうございました。次回の第6回歯科医師臨床研修制度の改正に関するワーキンググループですが、6月28日(金)16時より行います。委員の皆様におかれましては、お忙しいところ恐縮ですが、何とぞよろしくお祈りいたします。事務局からは以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。それでは、今日のワーキンググループは終了させていただきます。どうもありがとうございました。