

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
(令和6年度第2回)

日時	令和6年9月26日(木) 15:00～
場所	中央合同庁舎第5号館仮設第1会議室
開催形式	ウェブ開催

○加藤歯科保健課長補佐 厚生労働省の事務局です。定刻となりましたので、ただいまより「令和6年度第2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。構成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。

本日の会議は、Webにて執り行います。座長からの指名がない場合で、御意見や御質問等で発言がある場合は、左下の吹き出しボタンをクリックしていただき、御発言がある旨をお伝えいただくか、又は画面上で挙手していただいて、画面越しでお伝えいただきますようお願い申し上げます。なお、御発言いただくとき以外は、ミュートの状態としていただきますよう御協力をお願いいたします。

本日は、丸岡構成員から遅れて参加される旨、連絡を受けております。それ以外の構成員の先生方は参加されております。続いて、事務局の御紹介をさせていただきます。小嶺歯科保健課長、大坪歯科保健課長補佐、持田歯科保健課長補佐、私が歯科保健課長補佐の加藤です。よろしくお願いいたします。

また、本日はオブザーバーとして、文部科学省高等教育局医学教育課、堀岡企画官はじめ医学教育係から傍聴いただいております。よろしくお願いいたします。

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。続きまして、配布資料の確認をさせていただきます。事前にWeb上で公開しております議事次第、資料及び参考資料、参考資料は1～8までございます。御確認ください。それでは、進行を一戸座長にお任せいたします。よろしくお願いいたします。

○一户座長 先生方、こんにちは。お忙しいところ、お集まりいただきましてありがとうございます。今、説明がありましたが、資料は大丈夫でしょうか。今日の資料を御確認いただければと思います。今日も検討する事項がたくさんありますので、早速、議事に移らせていただきたいと思います。本日は、歯科医師臨床研修制度の改正における到達目標の見直しについて、前回の議論の続きと、臨床研修施設についても御議論をお願いしたいと思っております。それでは、先に進めたいと思います。まずは資料1です。歯科医師臨床研修制度の研修内容、それから、臨床研修施設の見直しについて事務局から御説明をお願いいたします。

○加藤歯科保健課長補佐 事務局でございます。資料について御説明いたします。次期歯科医師臨床研修制度の見直しについて、1.研修内容について、2.研修施設についてのPDFファイルを御確認ください。表紙を除き、右下にページ数が振っております。1～3ページについては前回のスライドのとおりです。3ページは、本日举行議論について書いております。最初に、研修内容については、第1回のワーキングについて引き続き議論していただき、2番目の臨床研修施設についても本日、議論できればと思っております。まず初めに、前回のワーキングで議論していただいた研修内容について御説明いたします。

4ページを御覧ください。こちらから研修内容についての資料になります。5ページ、

前回の見直し(案)①です。前回の提案としては、モデル・コア・カリキュラムとの整合性という観点から、目標 B「能力・資質」に情報・科学技術の項目を以下のように追加してはどうかということを御提案させていただきました。10 番が情報・科学技術の記載になります。

6 ページが前回のワーキンググループでの御意見になります。「個人情報の保護」は重要であり、「理解する」という文言ではなく、研修歯科医が身に付けて習慣形成できるような文言にしてはどうか等の御意見を頂きました。

それを踏まえて、7 ページを御覧ください。今回、御提案する事務局案です。7. 情報・科学技術を活かす能力として、①②に、実践する旨を記載いたしました。③には、IoT 技術や AI 等のデータの適切な活用について理解するという旨も付け加えた案を提案致します。ここまでの 1 つ目の議論です。

2 つ目の議論に移ります。8 ページを御覧ください。前回の御提案で、病院歯科については歯科医療提供体制等に関する検討会の中間取りまとめ等を踏まえ、到達目標の C として、⑨の病院歯科の機能に応じた歯科の役割を理解する等の記載を御提案いたしましたが、前回の会議で 9 ページにあるような御意見を頂きました。病院歯科で研修する歯科医が診療所との連携を経験することは重要なことではないか。つまり、病院歯科と歯科診療所との連携や、病院歯科と多職種連携やデータ管理、感染管理等、様々な経験について、歯科とその他の医科との連携についても御意見も頂いたところです。

それを踏まえて、10 ページが今回の御提案になります。今回の御提案として、⑤と⑩を別々の項目に分けました。⑤に、病院内の医科との連携の旨を記載し、⑩に予防接種病院歯科と歯科診療所の連携を経験する旨を記載しました。

また、この関連する記載項目として、がん患者等の周術期の到達目標については、回復期や入院患者にも記載し、修正したところです。

最後、3 番目の議論です。こちらはヒヤリハットに関する項目で、11 ページを御覧ください。前回、アクシデント、インシデント、医療事故の報告書、インシデントレポートを作成し、医療事故の発生要因を分析するという提案を致しましたが、12 ページにあるように、前回(第 1 回)のワーキングでの御意見として、研修医がインシデントレポート等を書く習慣を身に付けるようにしてはどうかなど具体的に、実践する行動に結び付くような到達目標にしてはどうかという意見を踏まえて、13 ページが新しい御提案になります。

「医療事故の発生要因を分析することにより、必要な対策について理解し、実践する」という御提案です。14～16 ページは、それを取りまとめたまとめになります。簡単ではございますが、事務局からの説明は以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。前回の議論の続きになりますけれども、資料 1 の右下の番号で 5 ページです。論点 1 として、前回、情報・科学技術を活かす能力というものを追加したらどうかということで、いろいろ御意見を頂いた結果、7 ページですが、これは 10 番の最後ではなくて、8 番の科学的探求の前に位置付けたらどうかというお話が

あったかと思しますので、ここでは7番となっていますけれども、「情報・科学技術を活かす能力」ということで、①～③として、ここに整理していただきました。これについて、まずは先生方の御意見を頂戴したいと思いますが、いかがでしょうか。田口先生、お願いします。

○田口構成員 田口です。7の部分の新規の1項目追加についても、全く異論はございません。それで①②③で、実践する、理解して実践する、理解して実践する、3番目については、AIとかIOTというのは実践するというように書いてしまうと評価もしなければいけなくなりますので、それは難しいだろうと私も思いますので、理解するというレベルでよろしいのかなと思うのですが。もし仮に、これがB領域に1つ加わりますと、1対1対応ではないとは思いますが、Cのほうにも同様の内容を追加するとか、今後そういった検討が必要になってくるのでしょうか。その辺りはいかがでしょうか。

○一戸座長 そうですね、Bが全体像でCが具体的ということになっていますので、どうですか、その辺。更に続いて、先の話ですけれども、検討が必要になりますか。

今の段階で、具体的にCのどこということとは分かりませんが、今後また、Cの話が出たところで少し考えたいと思います。ありがとうございます。ほかはいかがでしょう。よろしいですか。特段御意見がないようですので、今、一旦この形で進めるということにさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

続きまして、論点の2番目です。資料1の8ページ、前回、⑨病院の機能に応じた歯科みたいなことを書いてあったのですが、これについて、いろいろ御意見を頂いた結果、資料1の10ページに、⑤として、病院における歯科の役割を理解し、病院内の医科との連携を経験するとあり、選択ということで、医科歯科連携。それから、⑩のほうでは、歯科医療機関間の連携で、前回、これも大事だろうということで、いろいろ御意見を頂きましたので、こういうものを起こしていただいたと。あと、7番の所ですが、周術期だけではなくて、回復期等の入院患者の管理ということで、ここは回復期という言葉を追加させていただいたということだと思いますけれども、これについて御意見を頂ければと思います。いかがでしょうか。よろしいですか。

これは私の個人的な、これを読んだときの感じなのですが、医科歯科連携は研修する施設によって、なかなか全員が必修でというのは難しいのかもしれないので、選択でいいと思ったのですが。歯科医療機関の連携というのは、選択にする理由があるのかなとか、必修にしておいてもいいのではないかなと少し感じたところがありまして、どちらがいいかどうかという話については、先生方からそのところの御意見を少し頂戴できれば有り難いと思います。いかがでしょうか。病院歯科だけではなくて、例えば自分の所から近隣の大学病院に送るとか、そのようなことも含めて歯科歯科連携としては、いろいろなパターンがあると思いますので、というように感じたのですが。いかがでしょうか。長谷川先生、お願いします。

○長谷川構成員 長谷川です。よろしくお願いします。今、病院歯科も必修にするという

お話だったのですが、個人の医院で病院歯科ではない所が管理型になっていて、という所の場合には、病院歯科を新たに組み入れなければいけないようなことになるかと思うのです。そこは、やはり病院歯科におけるということを理解しなければいけない、そこを必ず経験しなければいけないというのが必修になると、新たに群構成に、そういう施設を入れたりということが必要になってきたりするかと思うのですが、いかがでしょうか。今のままの選択のほうがよいのではないかと思う案なのですが。

○一戸座長 ありがとうございます。私は、別にこの協力型施設に入れましようとかという話ではなく、日常、自分の施設で診られないような人を大きな病院へ送ることはあると思うのです。そのときの紹介状の書き方とか、いわゆる診療情報提供ですが、また、向こうから来た返書の内容を理解するとか、そういうことができればいいのではないかなという意味で、必修でもいいのではないかなと思ったのですけれども。

○長谷川構成員 おっしゃるとおり、それはそれであると思うのですが、その項目が必修になるというのは少しハードルが高いと感じられる施設も出てきてしまうのかなと思いましたので。

○一戸座長 なるほど。ありがとうございます。ほかの先生方はいかがですか。田口先生、お願いします。

○田口構成員 田口です。今の選択を必修に変えるというのは、これは⑤のお話なのか、それとも。

○一戸座長 ⑩です。

○田口構成員 ⑩のお話ですね。病院歯科と歯科診療所との連携。今のお話は、病院歯科に限らず病院そのもので、医科も含めてというお話だったかと思うのですけれども。この書きぶりが病院歯科になっているところが、一戸先生のお話と、どの程度皆さんが理解してくださるかというところがあるのかなというのが1つと。

あと、仮に診療所で、単独型とか管理型をされている樋山先生の所だと、これが必修になった場合、実現は可能でしょうか。樋山委員の御意見を伺いたいと思います。

○一戸座長 樋山先生、お願いします。

○樋山構成員 必修になった場合、目線が病院歯科の研修医が歯科診療所との連携を経験するという意味で書いているのだらうなと思っていたので、必修になったときに、診療所だと必修にできない所もあるのかなと思いました。

○一戸座長 ありがとうございます。ほかの先生方はいかがですか。⑩に書いてある文章から、いろいろな読み取り方ができてしまうのかもしれないですね。ほかはいかがですか。

先ほどお話したように、⑩の文章が、私が先ほどお話したと適切にマッチしているかどうかということはあるのですけれども、単純な歯科医師同士の連携というのを、多分、みんなは普通にやるのだらうと思うので、そういうことは必修でもいいのかと、そのように感じたのですね。複数の歯科医師のチーム診療というか、そのようなニュアンスで考え

ていました。ただ、今の文章では先生方が御心配のように、ほかの取られ方をしてしまうということです。

歯科歯科連携というのをどこかに入れられるかどうか、少し考えてみたいと思いますので、今のところは、⑩はこのまま選択ということで、取りあえず進めさせていただくということでよろしいですか。ありがとうございます。では、そうさせていただきます。

続きまして、論点 3 のヒヤリハット等です。これについては、11 ページに前回の内容がありまして、御意見を受けたものが 13 ページになります。これは前回、先生方からたくさん御意見を頂いて、分析するだけではなくて、その後も対応しようということとで、このような書きぶりに変えていただいたということですが、これについて御意見はいかがでしょうか。特段、よろしいですか。長谷川先生、お願いします。

○長谷川構成員 ここの中で、アクシデント、インシデント、医療事故という辺りで、アクシデントと医療事故というのを違うように考えていらっしゃるのか、あるいは、次の医療事故報告書、インシデントレポート、また、報告書とレポートが混在していたりして、用語がすごく複雑なような気がするのですが、この辺りの用語の整理として、いかがでしょうか。

○加藤歯科保健課長補佐 事務局でございます。文言について説明させていただきます。アクシデント、インシデント(ヒヤリハット)、医療事故報告書、インシデントレポートという、いろいろな用語が出てきているところですが、これは歯科医師国家試験の出題基準を参考にしたところですが、このような国家試験出題基準や、モデル・コア・カリキュラムとの整合性の観点から、こういった記載を事務局(案)として御提案した次第です。以上になります。

○一戸座長 長谷川先生、いかがですか。

○長谷川構成員 流れとして、国家試験の出題基準からの流れであれば、用語自体を理解するのは分かりました。そういうことでお使いになっていいと思うのですが、この文章自体は「インシデントレポートを作成し」となっていて、「医療事故報告書とインシデントレポートを作成し」はいいと思うのですが、その前の部分が「アクシデントとインシデントを作成し」になってしまうので、ここの前後の所で合わないのかなと思ったりしますが、いかがでしょうか。細かいことで、すみません。

○一戸座長 おっしゃるとおりですね。これは、ブラッシュアップします。長谷川先生、次回にでもブラッシュアップしたものを、またお見せするというので、よろしいですか。

○長谷川構成員 すみません、もう 1 つ、ついでに申し上げてもよろしいでしょうか。この 7 番の部分というのは、こういう文章はとても必要だと思っているのですが、実際の基の所の 2 番の「歯科医療の質と安全の管理」の部分で、2 番の「日常業務の一環として報告、連絡、相談をする」というのと、インシデントレポートの役割、それから 3 番の「医療事故の防止の予防と分析」の辺りが被ったりしないかを確認したいと思いました。

○加藤歯科保健課長補佐

事務局です。御質問ありがとうございます。今回、先生のおっしゃっている報告、連絡、相談という記載が既にあるということで、今回新しく追加するインシデント(ヒヤリハット)の所を追加されると、被ってくる所があるのではないかとすることは、一部確かに、似たような報告、連絡、相談の中に入る所は一部分であるかと思いますが、その報告、連絡、相談というのは、別にインシデント(ヒヤリハット)だけではなくて、先生方、指導医との良好なコミュニケーションが重要だということです。今回、追加したいのは、ヒヤリハットの報告、インシデント(ヒヤリハット)の報告を特出しして、そして、それらをどのように分析するか、対策、そして実践するといった具体の所を強調できれば、特出しして到達目標に加えることができないかという観点で記載させていただいた次第です。以上です。

○長谷川構成員 分かりました。ありがとうございました。

○一戸座長 よろしいですか。

○長谷川構成員 プログラムを作る方が迷わなければいいかと思ってお話しただけです。ありがとうございました。

○一戸座長 そうですね。ほかは、いかがでしょうか。

○村上構成員 すみません、村上ですが、よろしいですか。

○一戸座長 村上先生、どうぞ。

○村上構成員 前も同じことを言ったのですが、私には、先ず初めにアクシデント、インシデントを起こさなければいけないような文章に見えてしまうのです。いろいろなアクシデント、インシデント等が発生した場合には、必要なレポートを作成し、うんぬんというのが、現場の感覚としては正しいのではないかと思います。アクシデント、インシデントを発生させて、その報告を書かなければいけないかのような文章の作りが、私にとっては、違和感を感じてしまいます。「発生した際には」という言葉を入れておくのは、このような文書には不適切なのですか。

○一戸座長 先生、先ほども御指摘を頂きましたので、ここはブラッシュアップいたします。

○村上構成員 それと、やはり言葉がリダンドな感じがしますが、「など」等の記載が許されるのであれば、「アクシデント、インシデント等が発生した場合には必要なレポートを作成し、」うんぬんということで、よろしいのではないかという感想を持ちました。

○小嶺歯科保健課長 歯科保健課長です。少し補足をいたします。今の村上構成員の御意見で、アクシデントに関しては確かに発生するのが当たり前のものではなくて防ぐものであると思うのですが、インシデント(ヒヤリハット)については、日常の診療の中で生じること自体が悪いことではなくて、むしろそういうことが起こったことに気づいて、きちんと分析をしていくということが重要であるということでヒヤリハットの報告のシステムを厚生労働省として歯科保健課でも作っているところです。ですので、ヒヤリハットを報告することは決して悪いことではなくて、むしろ、それに気づいて報告できることが非常に

大事なことだと思います。そういう文化を作っていかなければいけないという趣旨もあって、今回、記載をしております。

先ほどの長谷川先生の御質問とも少し重なるかもしれないのですが、Cの1の基本的診療能力の(2)の基本的臨床技能等の所に、ヒヤリハット等を報告して、分析をするということを入れるということは、日常の診療の中で行うべきこと、通常、歯科診療所でも行うべきこととして今回、位置付けているということで、こういった形にさせていただいております。よろしくお願いいたします。

○一戸座長 村上先生、どうぞ。

○村上構成員 村上です。私も病院長をやっておりましたので、今、課長がおっしゃったことはよく理解しています。インシデントをきちんと拾い上げていくという文化が大事だということは、私も重々理解しているのですが、ここでは、ヒヤリハットが発生したと思ったら、ちゃんと報告しましょうと書いておいたほうが分かりやすいのではないですかと思いましたので発言させていただきました。インシデント(ヒヤリハット)に関して、アクシデントとは違うような取扱いをあえて意識されるのは、私は奇異に感じました。アクシデントであれ、インシデントであれ、それらを本人が自覚して、それらのことが起こったと思ったときには、報告しましょう、レポートを書きましょう、それから分析しましょう、実践しましょうということなのです。私はむしろ、アクシデントとインシデントの所を区別することに少し違和感を持つのですが、どちらが発生しても、それを自分が自覚して、起こったと思ったことをレポートに書きましょう、分析しましょう、実践しましょうと。ですから、その2つに段差を付けるということが、むしろ違和感があるので、文章としてはずっと並列に書かれていいのではないのでしょうか。

○小嶺歯科保健課長 御意見ありがとうございます。すみません、私も先生の意図を組み切れていなかったので誤解を招くような説明になってしまったかもしれませんが、並列に扱うということ自体は先生のおっしゃることはそのとおりだと思います。ここの表現の書き方は、また少し検討したいと思いますので、次回以降、また御意見を頂ければと思います。よろしくお願いいたします。

○一戸座長 ありがとうございます。ほかは、いかがですか。よろしいですか。そうしましたら、前回の宿題に関しては、論点1、資料1の7ページについては、おおむねこのような感じかと。それから、Cの所で、もしこれに関連したものが起こせるのであればということを検討しましょうと。それから、論点2については、現状ではこのまま、⑩は選択のままということですね。それから論点3については、表現ぶりをブラッシュアップいたしますが、内容としてはこのような感じで進めたいと思いますが、それでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。では、前回の宿題については、ここまでといたします。最後に、もし何かあれば、御発言をお願いいたします。

それでは、今日の臨床研修施設の見直しの議論をお願いいたします。事務局からお願い

します。

○加藤歯科保健課長補佐 事務局です。資料の 17 ページからは、臨床研修施設についての資料になります。18 ページを御覧ください。研修歯科医の採用に関するルールについての課題がありました。マッチングの参加施設にもかかわらず、マッチングと同時にマッチング外でも募集したという事例があり、また研修歯科医の募集定員数を誤認識しており、マッチング登録の募集定員数を誤登録するとともに、マッチング外の募集についても本来の定員以上の研修希望者に内定を出したといった事態が過去にありました。また、このマッチング外の方法で、本来、募集が可能な人数以上に内定を通知したことによって、募集定員をオーバーした研修希望者に対して内定を取り消したといった過去の事例もありました。こういった研修歯科医に不利益な募集・採用について問題となる事案が生じたことを踏まえ、研修希望者が不利益を被ることがないように、採用に関するルールについて検討してはどうかという課題を 18 ページにまとめました。

現状の研修歯科医採用のフローを 19 ページに示します。現状では、研修歯科医の採用については、1 番の上段、マッチングプログラムに参加する施設は、最初にマッチングへの参加登録があり、希望の順位が登録されて、マッチングの機械的な振り分けという流れになります。去年はマッチするものが約 83.9%、アンマッチのものが 16.1%で、その 16.1%の希望者は 2 次募集の採用に移っていくというのが、マッチングプログラムに参加する流れです。現状、少ないケースになりますが、歯科医師のマッチングプログラムに参加しない施設の採用の流れとしては、施設独自で、施設それぞれの採用の可否を決定して採用契約に移るということです。臨床研修施設は、1 か 2 のいずれか 1 つの方法を選択して、原則として公募によって募集を行うという採用が現状のフローです。

20 ページに、マッチング参加施設と、不参加施設の割合を示します。マッチング参加施設は、全施設の 94% (339 施設) になり、不参加の施設は 23 施設になります。この 23 施設の内訳は、14 施設が診療所で、大学以外の病院は 9 施設になっております。こちらを細かく、更にどんな施設になっているかということについて、特段例えば大都市部に集中しているわけではなくて全国にばらけていました。また、過疎部等にマッチング不参加施設があるかという訳ではなく、特徴を見受けることができませんでした。

21 ページは、歯科と医科との臨床研修に係る採用の違いについて説明いたします。まず、右側が医師臨床研修制度の採用ですが、医師のほうは、5 の「ス」で、原則として「医師臨床研修マッチング」を用いた公募による採用が行われることという記載があります。ただ、こちらについては、例えば基礎医学のプログラムなり、例外が幾つか認められております。その一方で、歯科においては、左側にまとめておりますが、原則として、「公募により行われること」という記載があります。

そこで、22 ページに、議論の案としては、まず現状として、研修歯科医の募集・採用について、「原則として、公募により行うこと」の規定のみであり、公募であれば歯科医師臨床研修マッチングプログラム以外の方法で募集することが可能となっております。現

在、歯科医師臨床研修マッチングプログラムに参加している施設は9割を超えていますが、参加していない施設もあります。現状では、歯科医師マッチングプログラムに参加する施設が歯科医師臨床研修マッチング協議会のマッチング規約違反等により、マッチングに参加できなくなっても、他の方法で募集が可能であるため、施設への実質的な影響は少ないというところが現状です。こちらを踏まえて、医師臨床研修制度と同様に、歯科医師臨床研修制度においても原則として、歯科医師臨床研修マッチングプログラムを用いた公募による研修歯科医の採用を行うことを施行通知に記載することとしてはどうかという論点を提案させていただきたいと思います。事務局からは以上です。

○一戸座長 部会に参加されている先生は、以前に少しお話を聞かれたかと思いますが、マッチングの制度をよく理解しないまま、マッチングやマッチング以外でも研修歯科医の希望者を募集してしまったというような施設があり、そういうことでちょっとトラブルが起きたのです。それに対し、対応としてということで今、お話がありました。全てをマッチングに参加させるというのは、やはり無理なので、書きぶりは原則としてというようなことは付いてしまうのですが、もう少しマッチングとそうでないものをはっきりさせましょうというニュアンスだと思います。これについて、先生方から御意見を頂ければと思いますが、いかがでしょうか。

○田口構成員 田口ですが、よろしいでしょうか。

○一戸座長 田口先生、どうぞ。

○田口構成員 医学のほうは、もともとの記載が、原則として医師臨床研修にマッチングを用いた公募による採用が行われることというような書きぶりのところ、歯科ではそういう表現になっていないというのは、施行の当初は何か、これは分けたほうがいいだろうということがあったのですか。

○加藤歯科保健課長補佐 事務局から説明いたします。歯科で、なぜそういう記載がないかということですが、調べましたところ、医科もかつてはこういう記載がなかったということです。医科のほうは、次の項目等にもありますが、採用がいろいろと決められておりますし、その過程において、マッチングを用いた公募によるということが後から加わったというような経緯を、マッチング協議会から情報として共有させていただきました。以上です。

○田口構成員 ということは、同じようなプロセスを今、たどっているという認識でよろしいのですか。私も、この提案には全く異論はありません。以上です。

○一戸座長 ありがとうございます。マッチングをきちんと理解しておいてもらえれば問題ないのかと思うのですが、中にはそうではない方もいらっしゃるということだと思います。ほかは、いかがでしょうか。樋山先生、どうぞ。

○樋山構成員 樋山です。質問なのですが、国家試験の浪人をされている方の中に、予備校の先生から、まず勉強しないといけないから、マッチングは二の次でいいからと言われて、学生としてマッチングに参加していない方がいらっしゃるって、国家試験には合格した

ので研修先を探しているという相談を受けることが、たまにあるのですが。そういう場合は、これはどうなるのですか。

○加藤歯科保健課長補佐 事務局です。19 ページを御覧ください。まず、マッチングに参加していない学生がどのような採用まで至るかという御質問かと思います。1 つは、この2番のフローになるか、若しくはこのマッチング後にアンマッチという所になり、こちら以降の二次募集という所で施設を探していただくという、いずれかになると考えているところです。以上です。

○樋山構成員 ありがとうございます。

○一戸座長 よろしいですか。要するに、国家試験の勉強が忙しければ、マッチングの登録だけしておいて、端からアンマッチ狙いで、後で空席補充狙いというやり方はできないことではないと。ただ、マッチングに参加しないと、最後にマッチングに参加している施設の空きに入るということは、基本はできないということだと思います。ほかは、いかがでしょうか。実際問題として、例えば〇〇や〇〇病院などは、マッチングを行っていない施設もあり、例えば東京歯科大学の学生で、そういう所に応募して採用してもらうという人もいますので、それはそれで。ですから、完全にマッチング制度だけで行うというわけではないのだと思うのですが、原則としてということで、その制度を、より良く理解してもらいたいということだろうと思いますが。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。では、この件については、事務局からの御提案で、そのまま進めさせていただきます。

資料の 20 ページを見ていただきますと、実際にマッチングに参加していない施設は結構あるのですよね。個別の名前は、今日ここでお示しすることはしませんが、このぐらいあるのだということは少し見ておいていただけるといいのかと思います。

それでは、次の論点で、臨床研修施設について、実地調査の位置づけについて御説明をお願いします。

○加藤歯科保健課長補佐 事務局です。23 ページからは、実地調査の位置づけについての説明のスライドになっております。24 ページを御覧ください。こちらは、本件の実地調査に関する課題なのですが、臨床研修の実地状況や新規指定時の指定の基準が適合しているかという適合状況等の確認のために、必要に応じて現在、地方厚生局の担当者が臨床研修施設(又は指定を受けようとする施設)に赴き、実地調査をしているところです。現状の歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令では、報告を求めることができる旨は記載されているが、「実地に調査を行うこと」については明記がありません。

近年、実地調査において必要事項を確認するため提出を求める資料に不備がある場合等に、追加提出を求める資料の判断が難しい事例がありました。25 ページを御覧ください。こちらは、医師臨床研修制度と歯科医師臨床研修制度の実地調査に関する法令上の位置づけになります。医師臨床研修については、省令において「実地に調査することができる」

旨の記載があります。一方で、先ほど申し上げましたが、歯科医師の臨床研修制度では、そのような記載はありません。

26 ページを御覧ください。こちらが、歯科医師臨床研修制度の実地調査を行っているときに確認を行う資料になります。臨床研修施設及び研修施設の指定を受けようとする施設の共通項目として、このようなものの確認を行っているところです。

27 ページを御覧ください。27 ページは、歯科医師臨床研修制度の近年の実地調査の実施状況について記載しております。昨年度は 37 施設に実地調査で赴きました。今年は 47 施設を予定しているところです。こういったことから、施設数が年々増えているということで、28 ページが現状と論点の提案になります。「現状と課題」として、臨床研修の実地状況の確認を行うため、必要に応じて報告を求めるとともに、地方厚生局の担当者が実地調査を現在行っております。実地に調査を行うことについては、医師臨床研修制度では令和 6 年 2 月の省令改正において省令に明記されたが、歯科医師臨床研修制度では明記されていない。一方で、近年では年間 40 施設前後の施設に対して実地調査を行っており、臨床研修指定を受けようとする施設に対しても調査を含んでおります。それらの位置づけを明確化すべきとの意見もあり、医師臨床研修制度等と同様に、実地調査を省令に位置づけてはどうかという論点を提案いたします。事務局からは以上です。

○一戸座長 こちらも、部会に参加されている先生はお分かりかと思いますが、今回、申請をしてきた施設には、実際に指導歯科医の指導体制がきちんとできているのかというのが問題になった事例がありまして、そのときに資料の提出を求めると、こちらが望むものをきちんと出してくれなかったというような事例がありました。それは、あくまでも現状では、指示をすることができるとか報告を求めることができるというような弱いニュアンスでしか書かれていないということがあり、今回、事務局から実地に調査を行うということをきちんと文章に書いておいたほうがいいのではないかと御提案だと思いますが、いかがでしょうか。

普通にやっていただいている分には、このような所でどうこう引っ掛かるわけではないのですが、中には、先ほどのマッチングもそうですが、臨床研修の仕組みをよく理解しないまま、何となく参加している施設等もあるようですので、変なことをしない歯止めにもなるかというところだと思います。

○田口構成員 田口ですが、よろしいでしょうか。

○一戸座長 田口先生、どうぞ。

○田口構成員 恐らく、各地方厚生局の皆様が施設に出かけて行くときの根拠になる法律とか、ルールがないことには、やはり行くときにも先方からいろいろ言われ兼ねないと思いますので、やはりルールとして、きちんと明記しておいて、かつ、十分に知らせておいて、知らせておくだけでも大分きちんとした資料を出してくれるのではないかと思いますし、必要があれば出かけて行くということであると。ただ、そう書いてしまうと、厚生局の皆様が出かけて行く機会が増えるのではないかと危惧もありますが、そこはまた別

の次元かもしれませんが、私としては賛成です。

○一戸座長 ありがとうございます。ほかは、いかがでしょうか。ここで厚生局から御意見を頂くことはないですね。御協力お願いしますということで、よろしいですね。ほかは、いかがですか。このような省令の整理というのは決して悪いことではないので、きちんとやれば、このことで大きな障害が出るということはないと思いますので、このまま進めさせていただいてよろしいでしょうか。

ありがとうございます。では、そのようにいたします。

続いて、3)臨床研修施設の地域偏在への対応ということで、これから事務局から御説明をしていただきますが、これは今日、結論を出そうというのではなく、先生方に現状を御理解していただいた上で、今後どういうことを考えていったらいいかということで、いろいろなお話、御意見を頂ければと思いますし、これからの議論の参考にしたいということです。是非、忌憚のない御意見を頂ければと思います。それでは、事務局から御説明をお願いします。

○加藤歯科保健課課長補佐 事務局です。29 ページから臨床研修施設の地域偏在への対応と題しまして、説明をさせていただきます。まず、30 ページを御覧ください。30 ページと 31 ページなのですが、前回、令和 3 年度のときの臨床研修施設の地域偏在に関わる課題や議論、改正の内容のまとめになっております。前回の改正においても、こういったところを検討されたところでした。前回の改正では、歯科大学への一極集中を緩和、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があるのではないかという課題がありました。それを受けて議論としては、今後、高齢社会に対応できる歯科医師を養成する観点から、在宅医療や地域医療、チーム医療等に関する研修の充実に向けて、大学病院、病院歯科及び歯科診療所それぞれでの研修のあり方についてどのように考えるか。地域の状況に応じた大学病院、病院歯科及び診療所間の連携のあり方について、連携型臨床研修施設の見直しを含め、どのように考えるかという議論がありました。

前回の改正内容としては、在宅歯科医療や全身管理に係る研修等の充実を図る観点から「管理型」又は「協力型」における研修プログラムの補完を行う臨床研修施設として、協力型(Ⅱ)臨床研修施設を新設する。また、これに伴い、従来の「協力型」を「協力型(Ⅰ)」として位置付けるという改正内容が行われました。前回の前の制度の「連携型」については廃止し、「連携型」として指定を受けている施設は「協力型(Ⅱ)」に移行するという改正内容にしたところです。

31 ページを御覧ください。前回、令和 3 年度改正時の課題としては、病院歯科、特に地方の急性期中核病院において研修歯科医の募集を取りやめざるを得ない場合が出てきている。また、前の前の改正ですが、平成 28 年時の改正において、臨床研修施設の指定取消し要件に、「3 年以上研修歯科医の受入れがないとき」が設定され、病院歯科でプログラムの廃止の理由になっていることが前回、令和 3 年度のときの課題になっておりました。それで、議論としましては、3 年以上研修歯科医の受入れがない臨床研修施設の取扱いを

見直してはどうかという議論がなされ、前回の改正内容としては、「単独型」又は「管理型」である病院歯科と歯科診療所に限り、研修予定者がいたにもかかわらず、歯科医師国家試験の結果等により受入れがなかった場合については、当該年度に研修歯科医の受入れがあったものとみなす取扱いとする。加えて、「単独型」又は「管理型」で3年以上研修歯科医の受入れがない施設のうち、指定の継続を希望する施設に対しては「指定継続の計画書」の提出を求め、その内容を踏まえて指定継続の可否を判断することとして運用することとなりました。

持ち回りの今年度の分科会、医療審議会歯科医師分科会臨床研修部会の資料になっているのですが、こちらについても前回の制度改革では「協力型(Ⅱ)」を新設したということと、病院歯科と診療所については、指定継続の在り方を見直したところです。まずは、こういった状況がどうなっているのか、引き続き検討を行ってはどうかということも、部会で御意見を頂いているところです。

前回、令和3年度以降の部会においても、地域偏在に関しては、部員の先生方から意見を頂いているところで、33 ページに記載されております。前回、令和3年度の改正時に議論された臨床研修施設の地域偏在について、現状においても同様の傾向が見られるのではないかと。また、地方においては、臨床研修施設数、研修歯科医数が少ないという意見や、協力型施設はすばらしくやってもらっている一方で、偏在の点で言えば、地方の先生が、より臨床研修施設に指定される必要があるのではないかとといった御意見。また、研修歯科医や臨床研修施設の地域偏在は、我が国の歯科医療のあり方に関わる問題であり、歯科医療のあり方を踏まえて解決すべき問題ではないかとといった御意見、地域偏在については、歯科医師提供体制や需給の議論が必要ではないかとといった御意見も部会で頂いているところです。

34、35 ページにつきましては、前回、令和3年度のときの議論の経緯の資料を載せております。本日は、前回の令和3年の改正において、そういった「協力型(Ⅱ)」や病院歯科の取扱いを踏まえて、現状はどのようになっているのかということをお調べさせていただきました。現状については、36 ページからになります。

まず、臨床研修施設数について、36 ページに示します。上段のグラフでは、協力型施設の診療所が最も多く、約2,000施設で近年は経過しているところです。グラフの下の方を見ますと、協力型の施設(大学以外の病院)、いわゆる病院歯科の施設数が近年増えているところです。

37 ページは、研修歯科医の人口100万人あたりの都道府県別の研修歯科医の数です。こちらを見ますと、歯学部のある都道府県や大都市に、研修歯科医が多く集まっているところが見受けられます。

次に38 ページです。都道府県別の研修施設数(単独型・管理型)の都道府県別のグラフになります。こちらを見ますと、大都市圏にそういった施設が集中しているのを見て取れるかと思います。

39 ページは、「協力型(Ⅰ)」の都道府県別の分布になります。こちらも同様に、単独型・管理型と同様の傾向が見られるのではないかと考えております。

40 ページを御覧ください。こちらは「協力型(Ⅱ)」の都道府県別の分布です。「協力型(Ⅰ)」よりも少なだらかなのかもしれませんが、やはり大都市に集中している傾向があります。

41 ページが、前会の制度改正で新設した「協力型(Ⅱ)」の臨床研修施設数の年次推移です。まず、上段のグラフは施設の数ですが、年々、施設数が増えているのが見て取れます。なお、この R6 というのは令和 6 年度の記載ですが、まだ 1 つの指定の部会しか行っていません。次回の部会では、さらに施設が加わることが予想されます。下段のグラフは、取消しの経過です。

次に 42 ページを御覧ください。こちらにつきましては、施設の類別についての年次的な経過になっております。濃い青が診療所で、協力型(Ⅱ)の施設のうち診療所の施設がこのような経過になっております。水色が大学以外の病院、緑と黄色がそれぞれ医科大学、歯科大学となっております。

43 ページを御覧ください。こちらは協力型(Ⅱ)の研修施設において、どのような研修が行われているかというグラフになります。まず、上段のグラフは研修内容別なのですが、半分の施設において、訪問歯科診療研修を行い、約 3 分の 1 の施設では全身管理の研修が行われています。下のグラフは、施設の種類の研修内容のグラフ分布になります。協力型(Ⅱ)の臨床研修施設が診療所である場合、訪問歯科の研修を行っているものが最も多く、一般歯科研修を行っているものがそれに続いております。一方で、大学以外の病院が協力型(Ⅱ)の施設であった場合は、一番多いのが全身管理、次に訪問歯科診療となっています。医科大学、歯科大学が協力型(Ⅱ)の施設になっている場合は、それぞれ全身管理が最も多い研修になっているところが、当課の調べで分かりました。

44 ページを御覧ください。こちらは管理型研修施設と協力型(Ⅱ)の研修施設のそれぞれの施設の種類の関係を示しております。まず、上のグラフですが、診療所、大学以外の病院、医科大学、歯科大学と、4 つのグラフがあります。これは診療所が管理型であった場合、34 施設の診療所が協力型(Ⅱ)として加わっているグラフですが、診療所、つまり管理型研修施設においては、協力型(Ⅱ)の施設が診療所である場合と、大学以外の病院である場合、それぞれ 34 施設、40 施設といったところです。大学以外の病院が管理型の施設であった場合、協力型(Ⅱ)はどのような施設が多いのかと言うと、最も多いのが診療所であるということが見て取れます。医科大学、歯科大学につきましては、診療所が協力型(Ⅱ)として最も多く、その次に大学以外の病院と続いております。

下のグラフは、診療所、大学病院、医科大学、歯科大学別の管理型施設ごとで、どのような研修を協力型(Ⅱ)の施設で行っているかというグラフです。こちらは診療所が管理型施設であった場合、協力型(Ⅱ)においては、全身管理を協力型(Ⅱ)で行っていることが見て取れます。一方で、大学以外の病院が管理型であった場合、協力型(Ⅱ)の施設において

は、訪問歯科を研修しているといったところが見て取れます。医科大学についても同様に訪問歯科、歯科大学についても訪問歯科が最も多く、協力型(Ⅱ)ではそういった研修を行っているところが見て取れました。

45 ページは、歯科大学病院における訪問歯科診療と全身管理研修の実施状況について、前回の制度改正の資料で示しています。

46 ページですが、前回の制度改正におきまして研修協力施設の運用が変わりました。協力型(Ⅱ)の施設の新設に伴い、令和3年度の改正においては、研修協力施設は診療を行わない施設になったところです。

47 ページは、研修協力施設の種類の变化を示しております。こちらは、先ほど申し上げた研修協力施設が診療を行わないという施設になりましたので、診療所や大学以外の病院につきましては減少傾向が見られているところです。

48 ページには、これまでの主な改正内容について記載させていただいているところです。こちらは前の前の改正、つまり平成28年度の改正においては、臨床研修施設の指定取消しの要件につきまして、3年以上の研修歯科医の受入れがない場合が加わったところです。そういった改正を踏まえて、令和3年の改正においては、49 ページを御覧ください。

3年以上の研修歯科医の受入れがない臨床施設の取扱いというところですが、3年以上研修歯科医の受入れがない場合、指定を取り消すことができますとありますが、1施設あたりの研修歯科医の定員が少ない場合は、歯科医師国家試験の結果によっては、受入れ人数が0人になることにより、研修歯科医を受け入れる予定であったにもかかわらず、3年以上受入れがない状態となり、臨床研修施設の指定の取消しを申請する臨床研修施設が出てきている。一方で、歯科大学がない地域の病院歯科は、臨床研修施設が地域医療の拠点であると同時に、当該地域の歯科医師養成の拠点となっている場合もあることから、3年以上研修歯科医の受入れがない場合の臨床研修施設の指定継続について検討を、前回の令和3年度の制度改正について行われたところです。

改正の概要としては、「単独型」又は「管理型」の病院歯科と病院歯科診療所に限り、研修予定者がいたにもかかわらず、国家試験の結果等により受入れがなかった場合は、当該年度に研修歯科医の受入れがあったものとみなす取扱いとする。「単独型」又は「管理型」で3年以上受入れがない施設のうち、指定継続を希望する施設については、「指定継続の計画書」の提出を求め、その内容を踏まえて指定継続の可否を判断することとしたところです。

50 ページを御覧ください。そういった指定の取消しの経過、病院歯科における病院歯科の単独型・管理型の研修施設の取消しについて示しております。この推移なのですが、平成28年に、その取消しが設定されたところ、13施設が取り消されておりました。それが令和3年の制度改正により、取消しが僅か2つの施設にとどまっていて、青色のグラフの数のとおり、17施設が取り消しにならなかった扱いになった、つまり、レスキューさ

れた施設です。

本日のまとめとして、現状と課題について述べさせていただきます。前回の改正時に議論された臨床研修の地域偏在、特に歯学部歯科大学がある都道府県への一極集中については、現状においても、同様の傾向となっている。前回の制度改正で新設された協力型(Ⅱ)臨床研修施設は、現在 260 施設であり、増加傾向であります。研修協力施設については、前回の制度改正後、診療を行う施設は減少しているが、依然として一定数はあります。臨床研修施設の取消しについては、3 年以上の受入れがない理由での取消しは大幅に減少いたしました。

論点ですが、前回の制度改正で対応した次の内容については、引き続き現状のままの運用としてはどうか。つまり、研修協力施設は、原則として研修歯科医自らが診療に関わる研修を行う施設を含まないものとする取扱いと、3 年以上受入れがない施設の特例の取扱いについてです。また、地域偏在対策につきましても、臨床研修終了後のキャリアパスの課題とあわせて、次回以降の本ワーキングで引き続き検討することとしてはどうでしょうかということも、論点として御提案させていただきたいと思います。事務局からは以上です。

○一戸座長　たくさん説明がありました。前回の改正で協力型(Ⅱ)とか、研修協力施設というものの位置づけを整理しました。それから一部の施設で、3 年以上受入れのない施設の特例を設けました。これらについては、改正してから、まだ丸 2 年という状況ですので、ここで大きくいじることは余りよろしくないのもう少しこのままでいいのかなという気がします。まずは、このところについて何か御意見はありますか。実際に御自身の施設、例えば協力型(Ⅱ)や研修協力施設ということで、うまくいかないとか、トラブルを抱えたとか、あるいは、このようにして工夫しているということがあれば御紹介いただければと思います。今のところは、そんなに大きな問題はないですね。後ほどでも、御意見があればお願いします。

本日、結論が出る問題ではないのですが、地域偏在の話です。研修歯科医だけではなくて、歯科医療の体制、歯科医師の地域偏在にもつながる問題について、臨床研修、研修歯科医にどのように研修の場を提供し、地域医療の中で活躍してもらうかという、大きな意味での仕掛けを作らないと、大都市、大学病院に集中しがちです。開業医の先生方の管理型、単独型が増えてはきていますけれども、それでも大都市集中というところで、これをどうやって改善していくのか。この辺について、ざっくばらんにいろいろと御意見を頂ければと思うのですが、いかがでしょうか。

例えばですが、田口先生のいらっしゃる鹿児島県と長崎県。福岡県は別として、鹿児島と長崎県は大学もあるし、いろいろな研修歯科医の離島診療とか、特色のある研修のプログラムが作れるのですが、一方で、宮崎県、大分県、佐賀県といった所、熊本県は口腔病院があるから多少あれかもしれないのですが、そういう所について、そこで研修ができるというのは、最終的には歯科医師の地域偏在の解決の 1 つの道筋になるのではないかと感

じているのですが。田口先生、お願いいたします。

○田口構成員 例えば、私どもの臨床研修を受ける研修医たちの状況は、学部定員が 53 名で、卒業するのは 50 名程度なのですが、そのままスライドして、うちの大学に残ってくれる人、マッチングあるいは国家試験のセレクションで、最終的に研修歯科医として受け入れる人数規模としては、いつも 30 人前後になるのです。マッチングは 50 近くはいくのですが、大体 30 名前後の研修医の数で、今年は少し少なくて 24 と、大分減っています。

その中の内訳として、自大学の卒業生が 6 割から 7 割程度で、外から来る人が 3 割から 4 割程度です。その外から来る方々は、ほとんどが地元が鹿児島県だからということで、関西とか関東とかに行って帰ってこられるという、歯医者や娘さんや息子さんが中心になっています。そういう方々は、そういうマインドをもって帰ってきていますので、そこに残ってくださることが多いです。

けれども、結局のところ、今のマッチング制度は、クリックすればどこへだって行ってしまうというような、特にコロナのときは、選考試験そのものがオンラインになっていましたので、極端なことを言うと、オンラインであちこち全国の採用選考試験を受けまくってという感じで、鹿児島には全然残らなかったということが、コロナのときには顕著に出ていました。最近では、また対面で選考試験をするようになってからは少し戻ってきたのかなと思いつつも、一度、外に出る流れが出てしまうと、もう歯止めが効かなくて、「あそこは結構よかったよ」と言うと、どんどん外に出て行ってしまうという感じで、選考試験のオンラインのやり方が、外に出ていくのに拍車を掛けているのかなというのは、一つ考えています。

あと、宮崎県とか近隣の県のお話ですが、大学としても地域医療を支える使命がありますし、鹿児島県というのは南に 600km、沖縄の手前まで全部鹿児島県ですので、各離島に歯医者はいるべきだという考えを持っていて、離島診療、離島研修の実施をして、実際に現地に行かせて行うのですが、その瞬間は楽しんではくれますが、そこに長く居るかと言われると、「いい経験ができてよかったです」と言って関東のほうに行ってしまうとか、そういう方が多いです。でも、そういうことをしないと、そういうことすら知らないままということになりますので、学部や病院としても、外に出す研修は行っています。

宮崎、熊本の辺り、特に南九州の辺りは、うちの卒業生が割と点在していますので、卒業生の所で研修を受け入れたいという御希望があれば、協力型(Ⅰ)施設にして、出すと。最近は協力型(Ⅱ)のパターンで、どちらかと言うと協力型(Ⅱ)は訪問診療が中心になっていますけれども、少し幅を広げていってもいいのかなとは思いつつも、協力型(Ⅱ)は、期間として何箇月も行ったきりということではないと思いますので、協力型(Ⅱ)の使い方については検討を進めています。やはり協力型(Ⅰ)にせざるを得なくて、協力型(Ⅰ)でやるにしても、まだ早いかなとか、悩ましいところはございます。

あと、医科の話をさせていただくと、鹿児島大学は、鹿児島県の医師不足が顕著になっ

ていまして、医師を何とかして鹿児島県に残そうというのを県単位で考えています。県が地域医療再生計画を作って、いわゆる基幹病院のような研修施設と連携して、県主導で研修医確保事業をやるのですが、大学病院にも予算をくださって、1つの総合臨床研修センターを作ってくれています。

そこで研修医たちが給料をもらいながらやるのですが、市中の病院に比べると大学病院の給与は相対的には低くなってしまって、結局、研修医が外にどんどん流れていくという感じではあります。

ただ、県としての取組としては、県そのものがそのように、鹿児島県での医師をキープしようという意思是っかり見て取れますので、同じようなことが歯科の場合でも県単位で、そういう事業があると、多少は何かしらの固まり、一体感とか連帯感として動きがあるのか、その辺は歯科医師会も絡んでくるのかもしれませんけれども、医師のほうは県がすごく熱心に取り組んでいるところあって、我々としては羨ましいなと思っているところです。長くなりましたが、このような状況です。

○一戸座長 医師のほうは、厚生労働省でも偏在に関する議論はやられているのですよね。差し支えない範囲で、課長から教えていただけますか。

○小嶺歯科保健課長 手元に詳しい資料はないのですが、医師の地域偏在対策については、8月の末に、武見大臣がパッケージで打出しをしたところです。

今までも取組は行われているのですが、医師の地域偏在がより顕著になっているということで、これから検討を進めていくという動きにはなっています。

○一戸座長 ほかの先生方からも御意見を頂こうかと思えます。堀岡さんから、医師のほうのことで、参考になるような情報はございますか。

○堀岡企画官(文科省) 医師のほうは田口先生から御紹介いただいたとおりです。実は、都道府県別の点数もあって、都道府県別の点数を、そもそも都会の点数を減らして、医師不足のほうを上げたり、そういう臨床研修の時点から医師偏在に資するような対策というのは長年とられております。

先ほど田口先生から所感で言っていたとおりで、例えば出身地がA県で、出身大学もA県で、初期臨床研修もA県でやると、そのままA県に残る割合が9割以上ということが、医師ではデータで出ているのです。でも、例えばA県出身で、A県で大学を出ても、B県で臨床研修をしてしまうと、その後はAに戻ってくる確率は非常に低くて、3割とか4割です。

逆に、B県出身でもA大学出身で、A県で臨床研修をすると、そのままA県に残る割合は90%と大して変わらずに75%とか80%ですので、そういう意味では初期研修をどこでやっていただくのかというのは、どこ出身とか、どこの大学を出たかということよりも、非常に重要な偏在対策になるという考え方でやっていて、文科省としても、それに協力する方向で、偏在対策をきちんとやっていこうと思って協力しております。

○一戸座長 医学のほうは、少なくとも各都道府県に1大学、医学部があって、医師臨床

研修は病院ベースだから、初期研修医をそういう所に置くということは、ある意味でやりやすいです。歯科は、たかだか 29 学部しかなくて、歯学部のない都道府県がたくさんあって、先ほどの資料でも、単独型と管理型の研修施設が県に 1 つしかないという所がたくさんあります。

研修歯科医がそういう所で研修できるような仕組みを考えないと、偏在対策といっても、医師とは違うことが必要なのではないかと思っているのです。堀岡さん、どうでしょうか。

○堀岡企画官(文科省) 小嶺課長、歯科は大学がない所は少ないのですか。

○小嶺歯科保健課長 そうです。大学がない所は臨床研修施設は少なく、大学がある所には多いです。

○堀岡企画官(文科省) きれいにそういう相関なのですね。薬剤師は全然そういう相関はなくて、薬学部がない所でも多い所もあれば、あっても少ない所もあります。富山などはあるのに少ないのです。

結構、職種によって、傾向は違うみたいなので、職種によっても偏在対策を考えないといけないのだなと。私は横並びで見ますので、すごく感じているところです。

少し参考になるかなと思うのは、医師のほうの特に専門研修とかで、多い所と少ない所でプログラムを組むと、制度上優遇措置があるのです。福島県ですと研修するのは嫌だけれども、研修期間の中で一定の期間を福島でやるのは、すごくやりたいという希望というのは結構多くて、そういう連携ということで、地域と組むということを推奨するとか、そういうことは参考になるのかなと思いました。

○一戸座長 ちなみに、優遇措置というのは、どのようなことなのですか。

○堀岡企画官(文科省) シーリングというのが掛かっていて、東京の皮膚科が一番顕著なのですが、何人以上は取れないというようにアップで決めてしまっているのです。ですけれども、そういう医師不足地域に 1 年以上行くようなプログラムだと、それよりも多く取ってもいいのです。幾分は多く取れるという優遇があるので、すごく人気がある大学の医局などは、その優遇措置を使って、一定期間、福島とか、そういう医師不足地域に行ってもらおうというプログラムを組んで、結構、人気だと聞いています。

○一戸座長 それは、そのために補助金が少し上乗せされるとか、そういう話ではないのですか。

○堀岡企画官(文科省) シーリングが緩和されるという優遇措置です。

○一戸座長 ほかの委員の先生方、今のお話もお聞きになりながら、何かあれば忌憚のない御意見を頂ければと思います。今日、結論を出すわけではないし、それから御承知のように歯科医療提供体制等に関する検討会の中間取りまとめも 5 月に出ましたので、そのようなことも横目で見ながら考えていかなければいけない、全体像を考えていかなければいけないということだと思います。ここの議論だけで全てが解決するわけではないのですが、先生方の素朴な御意見を頂くのは、厚労省の方々も参考になるとと思いますので、是非お願いしたいと思います。いかがでしょうか。樋山先生、どうぞ。

○樋山構成員 34 ページの意見の所で、令和元年のワーキンググループで、歯科大学への一極集中を緩和するために歯科大学の定員を減らすというのは、歯科大学での研修医の定員を減らすという意味ですか。「自大学の出身者の割合を制限するなどの検討が必要ではないか」という意見が以前に出ていて、私も単純に考えると、大学に集中しないようにするには、大学以外にばらけるようにしたらいいのではないかと思ってしまったのですが、これは前回に出た意見だけれども、結局、今のところは協力型の見直しという案で前は落ち着いているというのは、歯科大学の定員を減らすとか、診療所の研修施設を増やすというのは、何か困難なことがあったのでしょうか。

○一戸座長 歯科大学の定員のこととか、情報があれば説明をお願いします。

○加藤歯科保健課長補佐 事務局です。整理しますので、少々お待ちください。

○一戸座長 樋山先生、東京歯科大学、うちは1学年に130名くらいの学生がいます。現時点で研修歯科医の定員は100名ちょっとだと思います。要するに、外で研修をしてもらいたい。それが病院歯科であろうが、開業の先生方の所であろうが、とにかく大学のぬるま湯にいないでほしいということで、何年も前から定員を減らしたのです。もう1つは、実質的に、それだけの研修歯科医を抱えるスペースがないということもありました。

それはそれで、遅くなって帰ってきてくれる人もいるのですが、一方で、外がよくなって、本当は大学に残ってほしかったのだけれども、いなくなってしまったという人も、現実にはいます。例えば他の医学部付属病院で、そちらのほうが環境がいいからというようになってしまうと。そういうこともあって、今のところは半分成功、半分はうまくいっていないというような感じかなと思います。

いずれにしても、病院歯科というか、歯学部だけでなく一般の医師とも、たくさん連携がとれる、あるいは開業の先生の所で、その診療室だけではなくて、訪問診療とか、いろいろなことが経験できる。そういう所にどんどん出て行ってほしいということはありませんし、前回の議論でも、そのような話はあったと思います。あと、課長から追加をお願いします。

○小嶺歯科保健課長 当時の議論を全部は覚えてはいないのですが、今、一戸先生が言ってくださったように、大学によっては外に出す努力をそれぞれしてくださっている所もあると思います。

その一方で、医科のシーリングのように、ルールとして数を決めてしまうというところまでは、前回の議論ではできなかったというのがあります。

1つの要因として、課内で議論をしたときに、もし歯科大学分を減らすとすると、その分の定員をどこで見るかといったときに、受け皿となる病院とか、診療所の単独型とか管理型の施設が十分にあるかということ、なかなか難しいということもあって、これをルールとして数を決めるという議論は、まだ難しいということで、具体の制度改正の中までは反映できなかったというのがあります。

その一方で、議論として、地域にある病院歯科であったりとか、診療所の中で臨床研修

歯科医を受け入れてくれる所を増やしていく、「管理型」又は「単独型」でも、できる所を増やしていくことはやっていかなければいけないということで、前回の制度改正案の中では、特に病院歯科の部分であったり、定員が少ない所がすぐに落ちてしまわないようにというところの改正を行ったという経緯があります。

○一戸座長 よろしいですか。

○樋山構成員 ありがとうございます。

○一戸座長 大澤先生、今の件について何か御意見があればお願いします。

○大澤構成員 本学も東京の大学で、かなり学生数が多く、多くの研修歯科医を採っていました。数年前から、募集の人数は少し減らしています。

学生の視点からのお話をさせていただくと、マッチング等が行われるのが6年生の前期の段階になります。大学としては5年生の間に研修施設の見学に行くことを促してはいるのですが、なかなか5年生のときには実感が湧かない学生がおおいです。将来のことを見据えた学生は自分でいろいろと見学に行っておりますが、多くの学生はそのまま何となく5年生を終わって、6年生になり、マッチングを受けなければというときに、研修先を探し出すというような感じです。

6年生の前期には、試験があり、マッチングについていろいろと調べていない学生が、残念ながら本学にはおります。そのような理由で、自分の知っている地域や、自大学を研修先として選んでいると、本学の学生を見ていると感ずるところです。

素晴らしいプログラムはたくさんあるので、どのように学生に知ってもらうかというのは本当に悩んでいるところです。何かいい方法があれば、学生は自分に合ったプログラムを見付けて、地方にも行ってくれるのではないかと感ずているところです。

38 ページ、39 ページの資料を見ると、本当に地域の偏在が顕著で、恐らく協力型(I)が全くない都道府県もあるようです。そのような所に、指導歯科医を育成して臨床研修に携わっていただけるかを考える必要なのかなと思っております。

指導歯科医講習会をサポートする事業にも参加させていただいているのですが、指導歯科医が少ない地域で開催をサポートしていくとか、そういった側面からも、偏在を少し緩和することができればよいのではないかなと思います。長くなってすみません。

○一戸座長 いろいろな情報をありがとうございました。長谷川先生、いかがですか。

○長谷川構成員 数年前までは、学生は慣れ親しんだ自分の大学とか、広く経験できるから大学病院というような選び方をしていたように思うのですが、最近は、みんなとは言いませんが、学生も少しずつよくなってきてというか、自分のキャリアなどをよく考えていて、その先の専門医を見ている学生たちが増えてきているように思うのです。

ですから、先ほど堀岡先生がおっしゃったようなことで、専門医になるためのアドバンテージが地域にあるというようなこと、例えば、今は専門医機構とかで専門医のお話をされていると思うのですが、その中の例えば総合診療とか、地域でなければ経験できない、そういう所でやると、より良く学べるというようなことで、地域に専門医になるためのア

ドバンテージを何か置くということが必要なのかなと思います。そうすると、学生は将来的に開業医になる方がほとんどだと思うので、地域のどこに行ったら、どのような専門医の資格を取っていたら自分が有利か、あるいは地方に行ったら専門医を取るのに有利になるということが分かれば、地域に行く可能性があるのかなとは思っています。本筋とは違うかもしれませんが、少し先を見てもいいかなと思いました。

○一戸座長 先生から「専門医機構」という名前を出していただいたので、ちょうどよかったです。村上先生、そういうお立場で、御意見があればお願いいたします。

○村上構成員 全体を見たときに同じ問題を抱えていて、歯科においては、コアになる研修施設が大学病院に偏ってしまっていて、地域にそういったことを依頼できる仕組みが、歯科全体にないということがあります。

専門医に関しても、実は同じ状況があって、恐らく大学が存在する地域に偏在する形で様々な専門領域の指導医が偏在しているという状況が、もう一つあります。

あと、各大学の事情からすると、歯科系大学自体もいろいろな意味で人を抱えておきたいという状況があると思います。この場での議論ではないですが、歯学部学生の将来のキャリアパスの1つとして、次代の研究を支えてくれる大学院生を確保しておきたいという思いも、各大学にはあろうかと思うのです。

すなわち、次代を担う歯科医師や歯科医学研究者を確保しようとする綱引きをしている状況があると思います。「すべて良し」というルールはなかなか難しいですが、どこかが強引に綱引きをするということがないように、今おっしゃったような専門医の方向に向けたキャリアパスとか、大学院生の方向に向かっていくキャリアパス、あるいは地域に根差して地域医療の最先端で医療を行っていくというキャリアパスとか、それぞれ同じ太さのチャンネルを提供できるような絵を、例えば地域に歯科医師を送り込むだけを議論するのではなくて、先程申しあげた歯科医師のキャリアパスが同じ太さで存在するというを示すような議論が必要なのかなと、今お話を伺っていて思っていました。

私はおっしゃっていただいたとおり、専門医機構側からディスカッションを拝聴して、必要な議論があればするようと言われているのですが、専門医数の地域偏在に関しても同じような問題を抱えている背景があって、今日、御議論いただいているような形で、研修のみならず、専門医の育成に関しても、地域で育成できるような仕組みを作るべきということは大変必要なディスカッションであろうと思いました。

もう1つは、医科と違って各都道府県に拠点になる大学がないということを考えると、それに相当する施設を各都道府県に、制度として設置するというような議論があればいいのかなと。大きな病院歯科のような所に、それを依頼できるような所があるのであれば、各都道府県に、コアになる病院歯科なら病院歯科のようなものを設置できて、大学だけに頼らないような研修の仕組みを作るとするのが全国レベルで仕組みとして出来上がると、よろしいのかなと思いました。フリートークのようで、直ぐにはできないことをたくさん言ってしまいましたが、感想として申しました。

○一戸座長 全てが直ちに動かせるわけではないと思いますが、小嶺課長も、大坪補佐も、いろいろと参考になることだろうと思います。田口先生、どうぞ。

○田口構成員 私は冒頭にいろいろとお伝えさせていただいたとおりですが、地域で学ぶからこそ得られるものというのは多分いろいろとあると思います。我々は地域にしかおりませんので、むしろ都市部で学べることもあるのだろうなと思いつつ、でも地域のほうが、例えば地域包括の話であったり、現地で完結する医療というのは、例えば離島などに行けば正に顕著ですが、誰にも頼れない、自分で完結する以外にないというような医療の提供の仕方というのは、正に離島ならではのなと思ったり、あるいは過疎地域でもそうです。

ということで、そういう意味では、先ほど長谷川先生から御提案いただいたように、専門医機構と連携するかどうかは分かりませんが、地域でなければ学べないこと、そういうポイントが1つあるというのは確かに、いいアイディアだと思って聞いておりました。

ただ、研修医制度という大きな枠組みの中で、これをどう運用するか、あるいはシーリングのような上限を設けるというのは、かなり大胆なアイディアかと思いますが、医科でやっているようなアイディアがあるのであれば、歯科のほうに持ってきても理解は得られやすいのかなとも思いますので、ここは少し御検討いただけるといいのかなと思いました。

○一戸座長 昔からあるシームレスな歯科医師養成というところで、卒前臨床実習、国家試験、臨床研修、生涯研修と、つながる絵を描くのは簡単だけれども、実際にどうするかとなると、今おっしゃっていただいたようなたくさんの課題があります。

これも名前を出してしまって申し訳ありませんが、長野県は歯学部があるにもかかわらず、北のほうは過疎地域ですよね。結局、松本市、長野市といった所には歯科医師が集中していますけれども、ほかの所はほとんどいない。

そういう一つ一つを解決するような、根本的に難しいのかもしれませんが、そういうことを考えないと、研修歯科医が、その後も地域に根差して歯科医療の提供を行うところにつながらないのかなと。言っていて、どうやって解決すればいいのか、さっぱり分かりませんが、そのような感じがいたします。ほかには何かありますか。そろそろ時間になりますが、最後にこれだけは、というのはありますか。よろしいですか。

先生方、今日の前半のほうの、前回の宿題の所で、もしお気づきの点があれば、追加で御発言をお願いいたします。基本的には、先ほどお話ししたような方向でまとめるつもりで、少し見直しも行いたいと思います。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

いずれにせよ、この地域偏在への対応というのは、引き続きの議論になりますので、また先生方にもいろいろと情報を仕入れていただきながら、この場で御発言いただければと思います。堀岡さんから何かありますか。

○堀岡企画官(文科省) 医師だけが、とてつもなく偏在対策ということがすごくあったのですが、最近は歯科医師、薬剤師も本当に出てきて、医療関連職種は国民の命に直結する職種なので、どの職種も大事で、偏在対策はどの職種も大事なのだなと思っております。

文科省の立場では、医学も歯学も、みんな大学を所管していますので、それは頭に入れて日々分析しております。今後とも、よろしくお願いいたします。

○一戸座長 医科のほうのいろいろな情報を、堀岡さんの立場で教えていただければと思いますので、引き続きよろしくお願いいたします。よろしいでしょうか。

では、今日の議論はおしまいにさせていただきます。事務局からスケジュール等のご説明をお願いいたします。

○加藤歯科保健課長補佐 皆様、本日も御議論いただきまして誠にありがとうございました。次回の第3回歯科医師臨床研修制度改正に関するワーキンググループですが、決定次第ご連絡致します。構成員の皆様におかれましては、お忙しいところ恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

○一戸座長 本日のワーキングはこれで終了いたします。長時間ありがとうございました。お疲れ様でした。