

日本学術会議歯学委員会・一般社団法人日本歯学系学会協議会共催

公開シンポジウム

「これからの歯学・歯科医療における人材育成」

日時：2015年2月7日（土）

場所：昭和大学旗の台キャンパス

16号館2階講義室

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

開 会

開会の辞

○司会（朝田副理事長） それでは、定刻になりましたので、本日の公開シンポジウムを開催させていただきます。

私、総合司会を務めます、歯学協の副理事長の朝田と申します。よろしくお願いいたします。
次第にのっとりまして、まず開会の挨拶ということで、宮崎先生にお言葉をいただきたいと思ひます。

よろしくお願いいたします。

○宮崎理事長 歯学協の理事長を務めております、宮崎です。

きょうは、年度末の大変にお忙しい時期にもかかわらず全国から大勢の皆様方にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。昨年は、歯学協のシンポジウムの日に確か大変な雪で、参加者も大変でしたが、きょうは天気に恵まれてよかったと思っております。

今回は、歯学協と日本学術会議の歯学委員会との共催ということで、こういうシンポジウムを企画させていただきました。私どものこの歯学協は、そもそも学術会議の歯学委員会と連携をして、学術の立場から歯学の諸問題を調査、研究し、関係機関や行政への政策提言、そして国民への啓蒙活動をしようということでやっている組織でございます。

今、超高齢社会になりまして、医療のあり方全般が問われておりますが、その中で、歯科医療がどうなるのか。随分逆風が吹いておりますが、今の歯科医療をよくして、日本の国民のために貢献して欲しいのは、何といたしてもこれからの若者です。若い方々が夢と希望をもって歯学部、歯科大学に入学して、そこでどういう教育を受けて、アウトカムを得て卒業して、社会に出て行って研修を積んで、その後のキャリア形成をしていくか。そういう縦につながる、歯学・歯科医療における人材育成について、議論するのがねらいです。

そういう意味で、若者を社会全体でサポートしていただきたいわけですが、そこには教育現場の大学、教育政策を担当している文部科学省、医療政策を担当している厚生労働省、あるいは歯学を担当している学会、歯科医療を担っている歯科医師会など、いろいろな組織が関与しております。今まで、それぞれのお立場からいろいろな提案もございましたが、一堂に会して若者の視点に立って、有能な人材が社会に活躍できるまでにどのように私たちが支援するか、そういうことがひいては歯科医療の将来、日本の国益にもなるであろうという立場から、きょうはポジティブな議論をしていきたいと思ひます。

どうぞ短い時間ではございますが実りあるシンポジウムになるように、よろしくお願いいたします。ありがとうございました。（拍手）

○司会（朝田副理事長） 宮崎先生、ありがとうございました。

それでは、学術会議より古谷野先生にお言葉をいただきたいと思ひます。

○古谷野日本学術会議歯学委員会委員長 日本学術会議の歯学委員会の委員長をしており

まず古谷野と申します。

学術会議は3年ごとの任期で、昨年10月にスタートした第23期では、私が歯学委員長を務めさせていただいております。

今回は、歯学協のほうで準備をいただいたシンポジウムに対して私どもも共催ということで、この開催に至りました。先生方にもいろいろな所属の専門の学協会を通じて、学術会議の全く違う分野、例えば原子力関連や経済学関連などのシンポジウムの案内のメールが届くのではないかと思います。本日のシンポジウムは学術会議と共催しましたので、全科学分野、政治・経済から文学、歴史、物理、工学、すべての科学分野の学協会に、学術会議を通じて情報が配信されておりますので、私たちがここでこういったことを議論しているということを広く——84万人いるといわれている日本の科学者コミュニティに発信できたわけです。

私たち歯科界にいる者としては歯科の中で一生懸命問題意識を持って、議論をして、よくしていこうと努力しているのですが、もう少し外に開かれた、外への発信力も同時に考えていく必要があると思いますので、そういった意味でも学術会議のプラットフォームを使っていただいて、私たちの活動をさらに有意義なものにしていけたらと思っております。

もう時間がありませんので、内容についてのご挨拶は割愛させていただきます。本日は、たくさんお集まりいただきましたが、この機会にいろいろと議論を深めていただければと思います。よろしく願いいたします。(拍手)

○司会(朝田副理事長) 古谷野先生、ありがとうございました。

シンポジウム

○司会(朝田副理事長) それでは、早速、シンポジウムに移らせていただきます。

まず初めに、座長の佐々木先生からスタートさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

「これからの歯科医療を支える歯科医師の育成について」

○佐々木座長 皆様、お集まりいただきましてありがとうございます。

本日のシンポジウム、3つのセッションに分かれております。私は、最初のセッション「これからの歯科医療を支える歯科医師の育成」の座長を務めます、学術会議連携会員、そして歯学協副理事長の佐々木です。

初めの演者は、窪木拓男先生でございます。窪木先生、どうぞ。

窪木先生は、皆さんご存じのとおり、現在、岡山大学のインプラント再生補綴学分野の教授、そして2012年から岡山大学の歯学部長をお務めになられておられて、現在、岡山大学において教育のいろいろな改革に取り組んでいらっしゃいます。とりわけ、抄録にも書いてございますように、今年度から文部科学省の課題解決型高度医療人材養成プロ

グラムに採択されて、基幹校のリーダーになられております。

窪木先生には、「超高齢社会に対応する歯学教育を如何に構築するか」というタイトルで、大学、すなわち教育側から見て、これからの歯学・歯科医療における人材育成という観点についてのお話をいただきたいと思います。

それでは、よろしく願いいたします。

「超高齢社会に対応する歯学教育を如何に構築するか」

岡山大学歯学部長 窪木拓男

○窪木 こんにちは。座長の佐々木先生、ありがとうございます。また、この会の準備をしていただきました多数の先生方に厚く御礼を申し上げます。

私は、現在、岡山大学の歯学部長を仰せつかっております窪木と申します。

私の出身は、補綴であります。きょうは、補綴学会の先生方もたくさんお見えになっており、先輩たちがたくさんおられる中で、大変緊張しているのですが、今、一番ホットというか、諸先輩方が築かれてこられたサイエンスのもとに、今、やっと歯学教育を本気で改革しようというタイミングが来たと感じております。そのお話を差し上げたいと思います。

まず、私は、口腔インプラントの専門医でもあり、実例があるとわかりやすいので、インプラントの話から差し上げたいと思います。

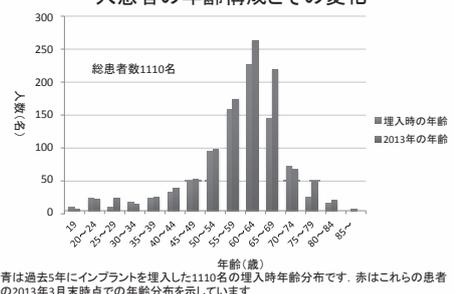
介護の現場から聞こえてくる口腔インプラントに対する不安は、大きなものがあります。インプラントの人工歯根を撤去せずにいても、その患者の生命予後を悪化させるリスク因子にならないか。また、脳梗塞や認知症、パーキンソン病などの患者において、手遅れになると咀嚼筋の拘縮、すなわち筋肉が引き伸ばされなくなって、硬くなってしまって、インプラント義歯を簡単には撤去できなくなる事例がある。口腔内にインプラント義歯が使用されているかどうかを判断して、それを撤去できる歯科医師が介護現場にまだまだ少ない。この3つのお話は、我々にとって身につまされる内容です。

このグラフは私のおります大学病院で、我々の分野の歯科医師が埋入させていただいたインプラント患者様の年齢別頻度を示します。トータルで1,000人ほどの患者様になります。大体何歳で口腔インプラントが植立されているかといいますと、50代後半、60代、70代ぐらいがピークになります。まだまだ後期高齢者にはあまりインプラント

介護現場から聞こえて来るインプラント義歯に対する不安

- ① インプラントの人工歯根を撤去せずにいても、その患者の生命予後を悪化させるリスク因子にならないか。
- ② 脳梗塞や認知症、パーキンソン病などの患者において、手遅れになると咀嚼筋の拘縮などにより、インプラント義歯を簡単には撤去できない事例がある。
- ③ 口腔内にインプラント義歯が使用されているかどうかを判断し、それを撤去できる歯科医師が介護現場に少ない。

2009年～2013年(過去5年間)のインプラント体埋入患者の年齢構成とその変化



が植立されていない状況です。ですので、先生方はもしかすると、まだまだ大丈夫と思っ
ていらっしゃるかもしれません。しかし、間違いなくこのピークは、10年後には後期高
齢者に突入するのです。今のこの状態を十分、歯科界が危機感を持って眺めておく必要が
あろうと思っています。

我々の大学病院で、これらの患者様を全員リコ
ールしておりますが、追跡できない患者様がかなりお
られます。追跡できないものを一生懸命連絡をとっ
てみますと、連絡がついたが来院できない方の中
には、認知症の方、悪性腫瘍の方、それから連絡が
つかない方の理由としては、体調を崩して、その後ど
こに行かれたか不明であるという方がほとんどで
あります。

ということは、追跡できない方は多くが、要介護
高齢者になられて、外来患者として来て頂くこと
ができなくなったということです。こういう要介護
の状態は、平均寿命と健康寿命のちょうど差に当
たります。男性ですと9年、女性は13年です。どう
でしょう、この9年、13年というのは、自分の生涯
80年に比べて、私はかなり長いと感じます。

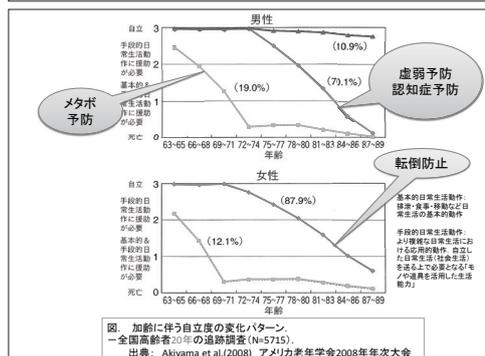
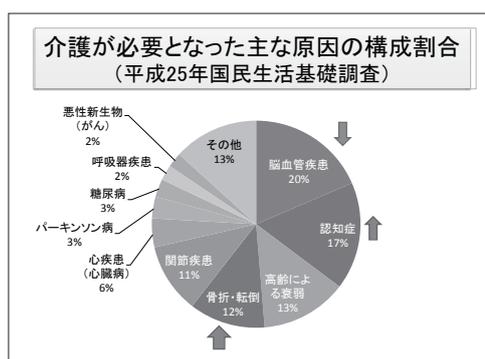
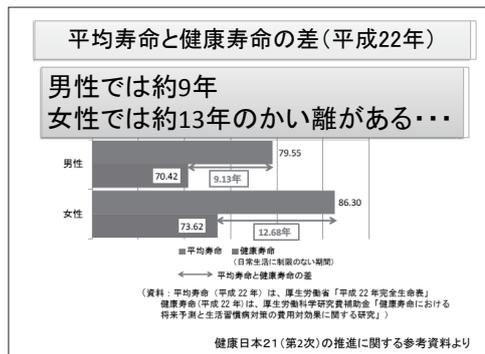
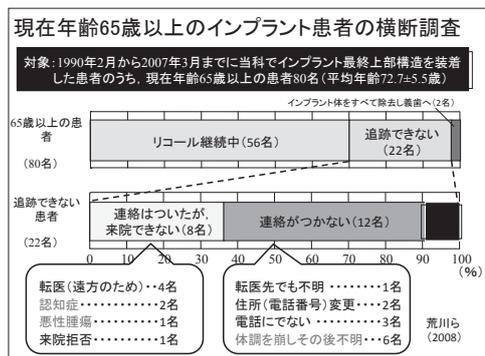
この時期を我々がいかに、クォリティー・オブ・
ライフと、それからクォリティー・オブ・
デスと最近をよくいわれますが、この時期をいかに
幸せに人生を全うするかということは大変重要
であろうと思っています。

では、この要介護になる原因は、どのようなもの
があるかといいますと、1位は脳血管疾患、2位は
認知症、3位は高齢による衰弱、4位は骨折・転
倒、5位は関節疾患、6位は心疾患、7位はパー
キンソン病、8位は糖尿病、9位は呼吸器疾患—
COPDです。それから、10位が、がんというこ
とになります。

死因のトップはがんですが、がんが要介護のト
ップの原因であるということではありません。我
々が脳血管疾患、認知症、高齢による衰弱に、も
っとも目を向けなくてはいけないということがわ
かります。

今まで我々歯科界は「健康日本21」を中心
に、メタボリック症候群についてかなりの力を注
ぎました。特に歯周病とメタボリック症候群の
関係は、とても認知が進んでおりまして、大変
優れた活動になっていると感じます。

ただ、男性にとって要介護になる方々の約20%



がメタボリック症候群で要介護になられます。女性の場合には12%です。当然この集団は高齢者の初期の段階では大変重要なターゲットですが、やはりトータルとして大きなマスを占めるのは、虚弱予防であったり、認知症予防が必要な集団であるのです。女性の場合には、これが骨粗鬆症、転倒によって起こることを十分認識して、歯科医療を進めていく必要があると思います。

高齢者の虚弱を「フレイル」と日本老年医学会が提唱。フレイルとは？

① 力(握力)が弱くなること
 ② 倦怠感や日常動作がおっくうになること
 ③ 活動性が低下すること
 ④ 歩くのが遅くなること
 ⑤ 体重が減少すること

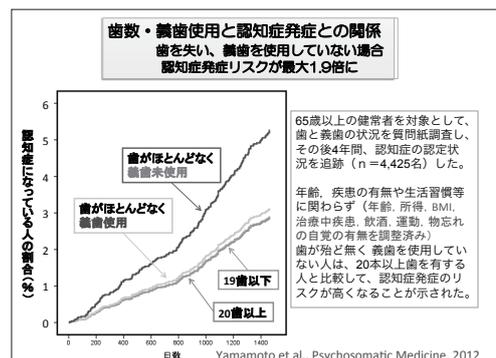
・このうち、1つも当てはまらなければ「健康」、1つか2つに当てはまる場合は「前虚弱」、3つ以上に当てはまれば「脆弱」

Fried LPら(2001)を改変

日本老年学会は、この虚弱の状態を「フレイル」と呼んでいます。力が弱くなること、倦怠感や日常動作がおっくうになること、活動性が低下すること、歩くのが遅くなること、体重が減少すること、このうちの1つも当てはまらなければ健康、1つか2つに当てはまる場合は前虚弱、3つ以上に当てはまる場合が虚弱ということで、定義づけられております。

この虚弱をいかに早く認識をして、それを予防していく、進行を抑制することが重要になるわけです。

また、認知症の発症に関して、特に歯の欠損のたくさんある方のリスクが高いことがわかっております。それに加えて、義歯を使用していない方がさらにリスクが高いことがわかっております。一方、歯はなくても、義歯がちゃんと入っていれば、認知症のリスクがそう高くないこともわかっております。これは、歯科がいかに認知症予防、虚弱予防に関与できるかということを示しております。今後、歯科の活動の大きなパートをここに大きく注がなければいけないと思っております。



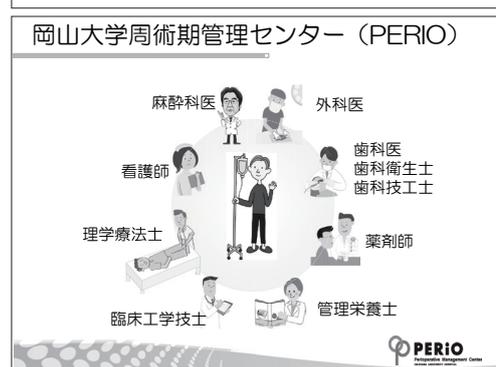
今のようなバックグラウンドをお話した上で、医療現場で歯科が関わる必要性がどういうところにあるかということをお話したいと思います。

1つは、急性期医療。大学病院は超急性期病院です。急性期医療、それから慢性期、回復期、そして在宅介護の医療、この2つが大きなターゲットであろうと思います。

このスライドは我々岡山大学病院の周術期管理センター—我々は通称P E R I O (Perioperative management center) と呼んでいるのですが、麻酔科医を中心にして、外科医、歯科医、薬剤師、管理栄養士、臨床工学技師、医学療法士、看護師が非常に強いタッグを組みまして、1人の患者さんの手術の前と後に大きく関わっております。

医療現場で歯科が関わる必要
 どのような局面で口腔ケアが必要か？

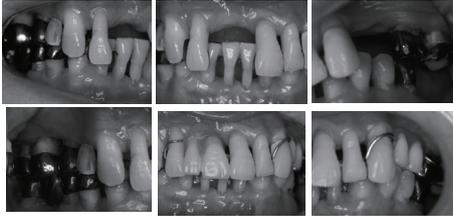
- 急性期医療
 - 体力を消耗する大きな外科手術前後
 - 臓器移植前の免疫抑制剤投与前
 - 抗ガン剤投与前後
- 慢性期・回復期病棟、在宅介護医療
 - 誤嚥性肺炎予防
 - 摂食嚥下リハビリテーション
 - 咀嚼機能の維持と栄養管理
 - 精神的なケア



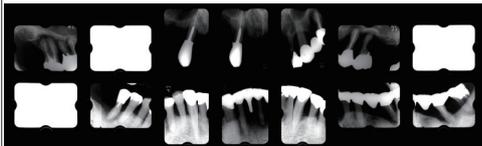
症例

- 70歳の男性
- 歯周病専門医によりSPTを受けていた。
- 2003年10月より、横行結腸がんのため外科医に受診。
- 現在、外科手術後の化学療法を受けている。
- 中程度の白血球減少症、血小板減少症。
- 最近、ガンマーカー(CEA)が上昇、外科医は追加の化学療法を考えている。

口腔内所見



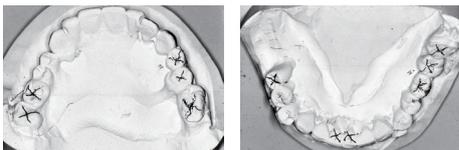
口腔内のレントゲン写真所見



- 重度の歯周疾患
- SPTではこの歯周疾患はコントロール出来ていない。
- この状態は、抗がん剤による免疫抑制により生じていると考えられる。

治療方針

化学療法の際に感染源となる歯を抜歯→義歯増歯



×: 抜歯した歯

具体的な症例を供覧します。70歳の男性で、歯周病専門医によりサポートティブなペリオドンタルセラピーを受けておりました。2003年10月から横行結腸癌のために外科医に受診しました。現在、外科手術後の化学療法を受けております。中等度の白血球減少症、血小板減少症があります。最近、癌マーカーが上昇して、外科医は追加でさらなる化学療法を考えている状況です。

口腔内をみますと、思ったよりも歯肉の腫れはないです。つまり、免疫の抑制状態では炎症が起こりにくい、見た目の炎症は弱いということがわかります。ただ、レントゲンを撮りますと、根尖まで吸収しているところがたくさんありまして、重度の歯周疾患に罹患しているということがわかります。ただ、この方はずっとSPTで歯周病をコントロールされてきたにもかかわらず、不幸にも抗癌剤による免疫抑制によって感染が急激に進んだと考えられるわけです。

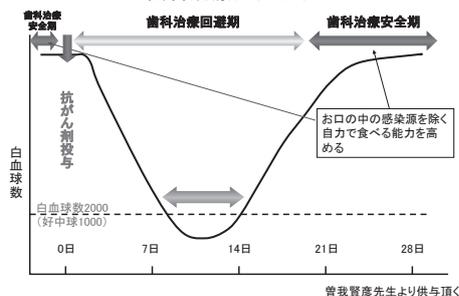
この状態で、抗癌剤を追加で投与するのは大変危険だとも考えられます。ですので、化学療法の前に感染源となる歯を抜去して、義歯を増歯して、口腔からの栄養を摂れるようにしていただくということ

可及的に感染源を除去。食事ができるようにした上で、積極的な化学療法



です。可及的に感染源を除去しました。たくさん歯を抜歯せざるを得ない。それも大学病院の管理下で抜歯

抗がん剤投与後の白血球数の変化と 歯科治療タイミング



をして、食事ができるようにある程度してあげた上で、積極的な化学療法になるべく早く入っていただくということを考えなくてはいけないのです。

それから、抗がん剤を投与しますと、骨髄抑制が多くの薬で生じます。そうしますと、白血球数がどんどん下がり、クリティカルな白血球数2,000以下になることもよくあります。歯科治療を回避しな

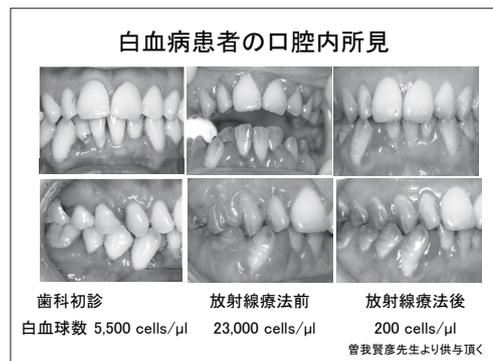
くってはいけない時期に歯科治療をするのではなくて、歯科治療が安全にできるタイミングで準備をして、安心して歯科治療に移っていただくことが重要です。

白血病は、口腔内に病変が出ることで有名な疾患です。化学療法を受けまして、最終的に放射線療法をして、骨髄移植をすることになります。放射線療法をする前には歯肉にアフタのようなものがたくさんできて、患者さんにとっては大変痛い。これは口腔ケアをすることによって、かなり改善できることもわかっております。国内には多数の白血病患者さんがおられて、歯科がここに必ず関与しなくてはいけないと思っております。

我々の周術期管理センターは、手術の決定日から手術に向けてすべての準備を始めます。周術期管理をシステム化して、パッケージとして患者に提供します。医師、歯科医師及びコメディカルスタッフ、コデンタルスタッフを広く含んだチーム医療として取り組みます。中心にいるのは麻酔科の医師ですが、現在は岡山大学の学長をされております。医師、歯科医師、看護師がこのようにタッグを組んで、毎週ミーティングをして、よりよい周術期管理を目指しております。

それでは、在宅医療にお話を進めたいと思います。私が申すまでもなく、在宅における口腔ケアは、

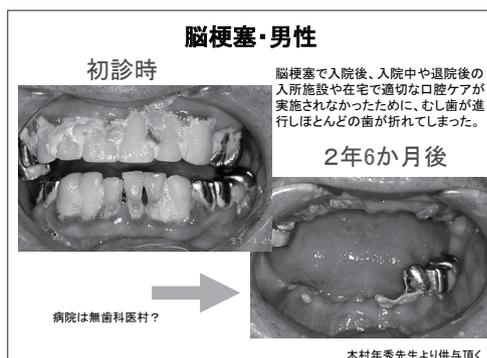
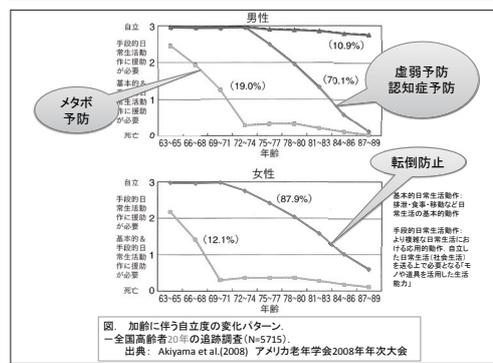
命にも直結する大変重要な処置になります。これは脳梗塞の男性ですが、2年6カ月後には、ちゃんとした処置が施されないまま、あっという間に歯が欠損をし、破折をしてなくなっ



周術期管理センター行動目標

- 手術決定日から手術に向けてのすべての準備を始めます。
- 周術期管理(術前管理・術後疼痛管理等)をシステム化して、パッケージとして提供する。
- 医師、歯科医師、およびコメディカルスタッフ、コデンタルスタッフを広く含んだチーム医療として取り組む。

医師
歯科医師
看護師
薬剤師
理学療法士
臨床工学技士
歯科衛生士
歯科技工士



ています。このようなことは、日常、日本では毎日起こっております。次に、介護現場のインプラント

- ### 歯科に対するニーズ
- 痛みを改善して欲しい(本人)
 - 可能ならインプラントを除去して欲しい(夫)
 - 口腔ケアをしようと思っても触らせてくれないので、十分なケアが出来るようにして欲しい(ヘルパー)
 - 口から全く食べられないので、少しでも食べられるようにして欲しい(主治医、ケア・マネ)
 - 口臭がひどいので改善して欲しい(全員)

トについてお話しします。この方は古いタイプのインプラントが埋まっております。上唇に、固定されているインプラントが強く食い込んでいて、上唇の痛みを訴えられております。歯科に対するニーズとしては、痛みを改善してほしい、可能ならばインプラントを除去してほしい、口腔ケアをしようと思っ

分なケアができるようにしてほしい。簡単にケアができるようにしてほしい。口から全く食べられないので、少しでも食べられるようにしてほしい。口臭がひどいので、改善してほしい。全国の介護施設で、また在宅で、このようなことが頻繁に起こっています。

これは彼女から撤去したインプラントの義歯です。

歯科が行った、今も毎日行っております、その膨大な歯科治療の後始末は誰がやるのか。介護の現場の介護職の方がやるのでしょうか。そうではなく、歯科医師が最後の最後まで面倒見て差し上げるだけの実力を、歯科医師もしくは歯科学生が身につけることが、今、本当に必要とされているのではないのでしょうか。

もう1つの大きなターゲットは、摂食嚥下障害です。

我々は、口の中の構造の障害はよく知っています。

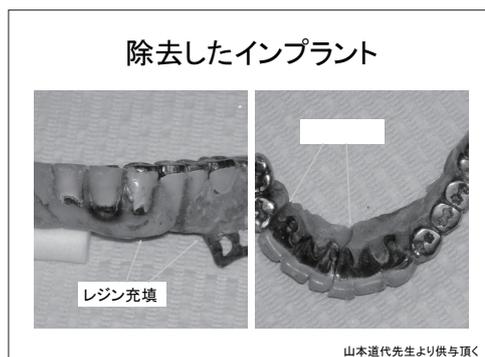
ところが、機能性の障害とか、心理的な障害、例えば脳障害、神経筋疾患、精神疾患、この

ような疾患をちゃんと現場の医療、歯科医療と結びつけて理解できているのでしょうか。

また、摂食嚥下障害患者の栄養管理に関わるには、経口摂取で全必要栄養のどの程度賄うか。例えば、経管栄養と経口摂取、胃瘻と経口摂取の組み合わせでトータルの必要栄養を供給しております。口腔摂取、経口摂取がどれぐらいのパートを受け持っているのかということをも十分理解しながら歯科治療を行わなければ、本当にかめる入れ歯を提供すべきなのか、それともメインの栄養は胃瘻から得ていただいて、楽しむための歯科治療をすべきなのか、我々は理解できないということになります。

現在、V E 検査等により歯科医師によって、どれぐらい食べられるのか、飲み込めるのかという検査をして、それにあわせて管理栄養士によって食形態をフィットさせていくという、口腔栄養関連サービスが重要性を増しております。たぶんこれは27年度の介護保険の改定に含まれるだろうといわれているわけですが、これに対応できる歯科医師が今、どれだけ歯科界にいるのでしょうか。

また、認知症を有する高齢者はどんどん増加しま



山本道代先生より供与頂く

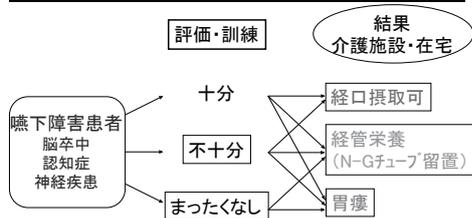


山本道代先生より供与頂く

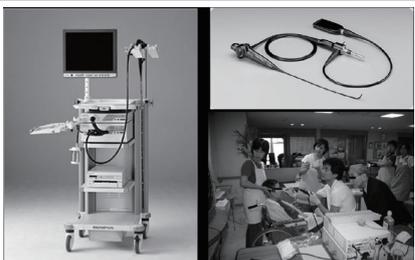
摂食・嚥下障害が起きやすい疾患

- 組織構造の障害 (器質的障害) 口腔・咽頭・食道の炎症、腫瘍、炎症
- 組織の運動障害 (機能的障害) 脳障害: 脳血管障害、脳腫瘍、脳炎、頭部外傷、急性脳症、神経筋疾患: ALS、パーキンソン病、筋ジストロフィーなど
- 精神活動の障害 (心理的障害) 精神疾患: 認知症(痴呆)、うつ病、心身症など

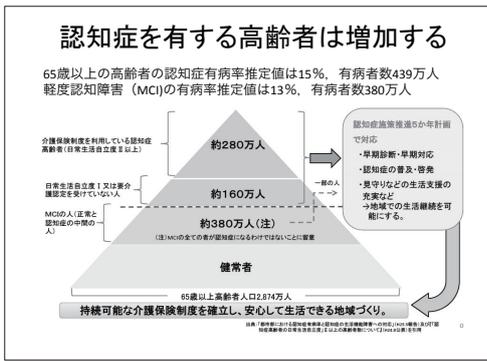
摂食・嚥下障害患者の栄養管理に関わるには、経口摂取で全必要栄養のどの程度をまかなうかを理解



歯科医師と管理栄養士による口腔栄養関連サービス 平成27年度介護保険改訂(予定)

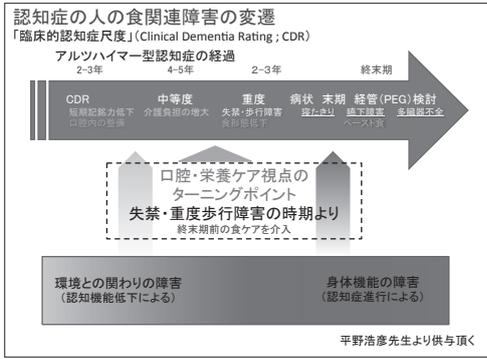


菊谷 武先生より供与頂く



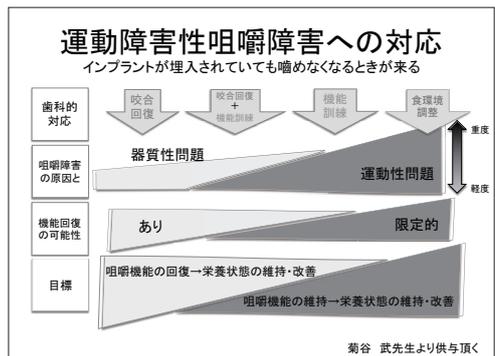
す。ご存じのとおり、政府は認知症に対する重点対策を閣議決定し、対応しようとしています。この大きな三角形が全体の高齢者ですが、この3割を増すようなパートが、認知症の患者さんになろうとしているわけです。

この図は、平野先生にお借りしたのですが、認知症の方の食関連障害の変遷を示しています。その代表例であるアルツハイマー型認知症は、軽度の場合、中等度の場合、重度の場合、末期の場合と進行します。口腔内の整備は軽度のときにやらなくては、重度になってしまいますと口も開けてもらえないということにもなります。そして、食形態を調節する時期が必ずまいります。こういう自然経過は、口腔、栄養ケアの視線で必ず理解して、我々歯科医は口腔

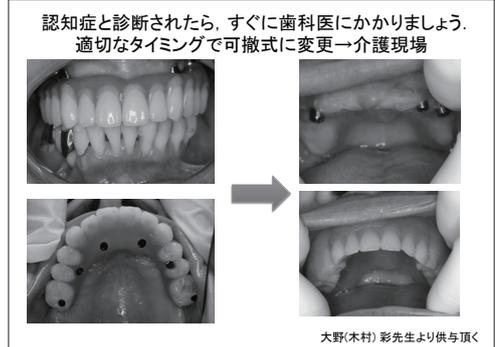


内の環境の整備をトライしなくてはいけないと思います。

また、インプラントが埋入されても、いつかかめなくなるときがくるということを十分理解しておく必要があると思います。これを日本歯科大学の菊谷先生は運動障害性咀嚼障害と呼ばれています。つまり、噛めない、飲み込めない患者を目の前にして、歯を補うだけの歯科医ではだめだと言うことです。機能障害への対応、さらには、低下した機能に合わせた食形態の選択が出来なくてはならない時代であるのです。



さらに、認知症と診断されたらすぐに歯科医にかかりましょうという運動を、精神科医や総合内科医と一緒に、歯科は行うべきです。適切なタイミングで口腔内の補綴物を可撤性に変更して、介護がしやすい口腔内にして差し上げることが必要だということです。



先ほど座長からご紹介がありました、このタイミングで、課題解決型高度医療人材養成プログラムが採択されたことは大変喜ばしいと思っております。

健康長寿社会を担う歯科医学教育改革

—死生学や地域包括ケアモデルを導入した医科歯科連携教育体制構築—

課題目標:口腔から全身健康に寄与できる歯科医師、及び、急性期、回復期、維持期、栄養サポートチーム(NST)、在宅介護現場をサポートできる歯科医師を育てる。また、適切なタイミングで、患者の病状、介護環境や時期等に合わせたケアの提供が可能な歯科医師を育てる。さらには、高齢者の「食」を基盤とした健康増進、介護予防、遠隔予防を目的とした新しい歯学教育、研究を推進できる歯科医師を育てる。

1. 歯科医は患者の死生学に寄り添うこと... 2. 患者の食生活に寄り添うための歯科医師の役割... 3. 急性期・回復期・維持期・栄養サポートチーム(NST)の連携... 4. 教育現場が大学で実践できるツールが不足... 5. 歯科医の「食」を基盤とした健康増進、介護予防、遠隔予防を目的とした新しい歯学教育、研究を推進できる歯科医師を育てる。

1. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学) 2. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学) 3. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学) 4. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学) 5. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学)

1. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学) 2. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学) 3. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学) 4. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学) 5. 連携シナジー(連携大学・連携大学・連携大学)

要介護者高齢者施設の訪問に基づくPBL教育

(症例見学の日程)

13:00~13:20 第一示談室にて実習の説明
13:20~14:00 移動(バス:旧東門出発)
14:00~15:00 口腔内診査、患者へのインタビュー(50分程度)、施設見学(10分程度)
15:10~15:50 移動(バス)
15:50 大学到着

A,B,C,D班(2回目)行き先 特別養護老人ホーム ハモニカドワーエ
E,F,G,H班(3回目)行き先 特別養護老人ホーム ハモニカ

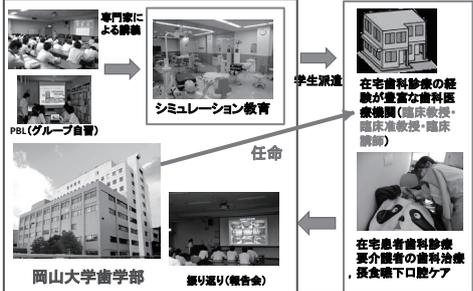
在宅歯科医療実習に向く前のシミュレーター教育



- ・四肢の関節は可動で、かつ、曲がった状態を保持でき、頸部は後屈困難な状態を再現することができる。
- ・口腔部は歯列模型を着脱可能な状態で、口腔ケアができる。

宮脇卓也先生より供与頂く

学外の臨床講師を利用した在宅介護歯科臨床実習



診療参加型臨床実習

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となって住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を喫緊に実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部、高齢化の進展状況は大きく異なる地域が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、従業者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



ケアの電子システムの中に必ず含まれていく社会にならなくては、歯科はなり行かないと思います。

まとめさせていただきます。少なくとも歯科医療の残骸が介護の現場で邪魔にならないよう、歯科が医療に本当の意味で貢献できる体制を創りましょう。我々が行った歯科治療の後始末だけでも膨大な医療資源を必要としています。これにより、歯科界はたぶんある意味救われるというようにも思います。歯科と医科のシームレスな協力体制のもと、シミュレーション教育や臨地実習を含めた他職種連携教育を構築しなくてははいけません。そのためには、歯科の教育・研究レベルを、医科と対等にコミュニケーションができる様に向上させる必要があります。疫学の研究、ライフサイエンス、両面です。老年医学を中心にした文理融合、ロボット工学や建築工学を巻き込んで学際新領域を開拓しなくてははいけません。超高齢社会への対応は、ある専門家、例えば口腔リハビリテーション科の専門医にやってもらえばいいという考えでは追いつきません。何しろあれだけの認知症の方が増えるのですから。

まとめ

- ・ 少なくとも歯科医療の残骸が、介護の現場で邪魔にならないように
→これだけでも膨大な医療ニーズ
- ・ 歯科と医科のシームレスな協力体制の上に、シミュレーション教育や臨地実習を含めた多職種連携教育を構築する
- ・ そのためには、歯科医学の教育・研究レベルを、医科と対等にコミュニケーションが出来るレベルに向上させる必要がある(疫学、ライフサイエンス両面)
- ・ 老年医学を中心にした、文理融合、学際新領域の確率
- ・ 超高齢社会への対応は、ある専門科(例えば、口腔リハビリテーション科)がやってくればよいという考えでは追いつかない

謝辞

連携大学の先生方

- ・ 恒石美登里先生
- ・ 木村年秀先生
- ・ 曾我賢彦先生
- ・ 佐藤 勝先生
- ・ 縄稚久美子先生
- ・ 木村 彩先生
- ・ 水口真実先生
- ・ 飯田征二先生
- ・ 宮脇卓也先生
- ・ 西村英紀先生
- ・ 高柴正悟先生
- ・ 平野浩彦先生
- ・ 菊谷 武先生
- ・ 高橋賢晃先生

最後に、連携大学の先生方に御礼申し上げ、またスライドに示しました先生方に厚く御礼を申し上げ、私の講演を閉じたいと思います。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

○佐々木座長 窪木先生、ありがとうございました。だいぶ急がせたようで、申しわけございません。

「社会状況に応じた歯科医療人の育成」

—日本歯科医師会が進める生涯研修—

日本歯科医師会常務理事 中島信也

○佐々木座長 それでは、次の講演に移らせていただきます。

次の講演は、日本歯科医師会の学術担当理事でございます、中島信也先生にお願いいたします。

中島先生は、皆様ご存じのように、東京歯科大学をご卒業後、2011年から日本歯科医師会の常務理事という形でご活躍でございます。また、歯科医学会の常任理事、そして歯学協のほうでは監事としてご参画いただいております、我々の活動にご協力いただいております。

中島先生には、抄録の最後に書いてございますように、今後の社会状況に応じた高度な歯科医療に対してどのような歯科医療人を育成するか、あるいは環境整備について、日本歯科医師会としてのご意見をいただくということになっております。

それでは、中島先生、よろしくお願いいたします。

○中島 先生方、はじめましてという方は、たぶんいらっしゃると思いますが、今、ご紹介いただきました、日本歯科医師会で学術・生涯研修を担当しています中島と申します。

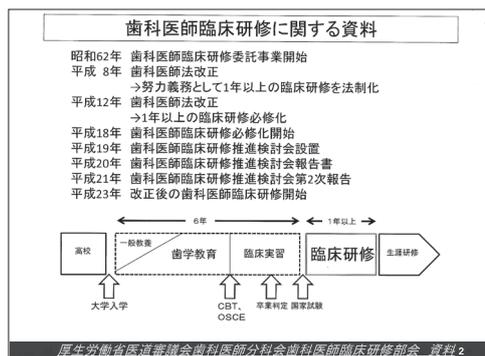
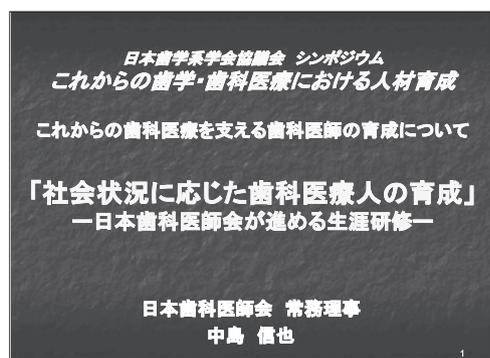
本日は、歯科医療における人材育成について20分という時間をいただきましたが、最近私も日本歯科医師会が考えている生涯研修という題材で講演をお願いされるという機会が増えて参りまして、これも歯科界全体として本日のテーマのような課題の重要性を認識している証拠ではないかと考えながら、きょうのスライドを作成してまいりましたので、

少しお聞きをいただければと思います。

まず、きょうのテーマであります「これからの歯学・歯科医療における人材育成」ということの中で、歯科医師会がどう関わるかということですが、窪木先生と一緒に「これからの歯科医療を支える歯科医師の育成について」という課題を頂いておりますので、その観点で考えてみますと、私に課せられた講演内容

は、たぶん社会状況に応じた医療人の育成を日本歯科医師会が生涯研修を通じてどう進めていくのかというところにたどり着くのではないかと考え、このような題名で進めさせていただきたいと思っております。

最初に、これは、厚労省の医道審議会歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会の資料から抜粋させていただいたものです。歯科医師の臨床研修に関する資料として、時系列で研修の流れが表わされています



が、ここに注目してください。歯科医師養成の中で、高校を卒業して、大学入学と同時に歯科医師の養成が始まるということだと思いますが、窪木先生がおっしゃいましたように、歯学教育も少しずつ変わってきていますが、歯学教育と臨床実習に関わるところまでは文科省の範疇ということになります。また、ここから臨床研修——今、1年以上ということになっていますが、ここは厚労省。厳密には国家試験から厚労省の範疇かと思いますが、ここまでが普通でいくと7年というタイムスケールになります。

臨床に携わる、携わらないは別として、実際に歯科医師として仕事をするのは、ここから先になりますので、この1年を入れたとしても、ここから膨大な、たぶん今は70歳で引退される方は少ないと思いますので、このあと50年以上の長い期間を生涯研修をしながら、臨床に当たり、研究に当たりという形になるのだと思います。歯科医師会が進めている生涯研修は、表におけるそれぞれの長さは別として、その研修内容が継続的でなければいけないと考えています。今、お話にありましたように、卒前研修については文科省、臨床研修については厚生労働省、そして、その後の日常臨床における研修をどこが担うというところで、我々、歯科医師会と歯科医学会がそれに携わるべきポストにあるだろうと認識をしています。その内容は、社会の状況に見合った研修でなければならず、疾病構造の変化、社会状況の変化に見合った社会が求める歯科医療、口腔保健といった視野でフレキシブルに変化させていく必要があると思われます。今の日本さらには先進国では、健康長寿社会実現のための歯科医療をどうするかという問題が重要な課題として挙げられています。窪木先生のスライドにもたくさん出てきましたが、健康長寿というキーワードをもとに、これからの研修が成り立っていくということは間違いないであろうと思います。

継続的な生涯研修

- 卒前研修 ⇒ 文部科学省
- 臨床研修 ⇒ 厚生労働省
- その後の日常臨床における研修
 - ⇒ 歯科医師会
 - ⇒ 歯科医学会

我が国の社会状況に見合った研修

健康長寿社会実現の為の歯科医療・口腔保健

継続的な生涯研修

- 卒前研修 ⇒ 文部科学省
- 臨床研修 ⇒ 厚生労働省
- その後の日常臨床における研修
 - ⇒ 歯科医師会
 - ⇒ 歯科医学会

我が国の社会状況に見合った研修

健康長寿社会実現の為の歯科医療・口腔保健

卒前研修(大学教育)

H23年3月
歯学モデル・コア・カリキュラム改訂概要

・**歯科医師として必要な臨床能力の確保**

- ・優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施
- ・未来の歯科医療を拓く研究者の養成
- ・多様な社会的ニーズへの対応
- ・モデル・コア・カリキュラムの利便性向上等に係わる対応

卒前研修については、後ほど文科省からの発表もありますので、ざっとだけご紹介させていただきますが、この黄色い字を残したのは、すべてこの部分に特化した内容が継続されていかなければいけないという意味で、あえてこの部分を残させていただいて、きょうのこの会がこの問題について、現在の歯科医学教育におけるコンセンサスを得る場になればと思っておりますので、その辺も踏まえてお聞きいただければと思います。

先ほどから出ていると思いますし、今後詳しいことがあると思いますが、これは釈迦に説法なので、私が先生方にお話する内容ではありませんが、モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われて、この大事なところは、歯科医師として必要な臨床能力

歯科医師臨床研修制度:目的

患者中心の全人的医療を理解し、すべての歯科医師に求められる基本的な診療能力(態度、技能及び知識)を身に付け、生涯研修の第一歩とすることである。

12

歯科医師臨床研修の到達目標

基本習熟コース

「研修歯科医自らが確実に実践できること」

- (1) 医療面接
- (2) 総合診療計画
- (3) 予防・治療基本技術
- (4) 応急処置
- (5) 高頻度治療
- (6) 医療管理・地域医療

基本習得コース

「頻度高く臨床において経験すること」

- (1) 救急処置
- (2) 医療安全・感染予防
- (3) 経過評価管理
- (4) 予防・治療技術
- (5) 医療管理
- (6) 地域医療

13

の辺は非常に大事なことで、これから継続的に生涯研修をしていく中ではまさしく基礎をなすことになるのではないかと思います。

実際に到達目標が挙げられていますが、基本習熟コースの中には、医療管理、地域医療にかかるところ、それから高頻度治療についても、我々歯科医師会の会員である開業医である臨床研修指導歯科医の先生方に期待されている項目ではないかと認識しています。

また、基本習得コースの中における医療管理の面とか、地域医療の面も、私どもの会員の力が非常に大切になってくるであろうと思います。また、昨今の医療安全等々を考えると、感染予防についても、一般開業医がどのように対応しているのかを学生の

うちから理解をしていかなければいけないし、若い先生方はその重要性を十分認識しておくことが必要です。なぜかという、大学にいるときは受け身で良いかも知れないけれども、開業すれば自分が率先して管理者としてやっていかなければいけないということがありますので、ぜひそういった立場になったらという認識でやっていただくことが必要です。それから、開業医は臨床ケースを長くフォローできるという特徴がありますので、治療経過についても長い臨床ケースに対応できる評価管理の必要があります。さらに、このデータをもとにしてエビデンスの構築ができるような、臨床研究をまとめることが歯科医師会としてできればということも今考えておりますが、そういった臨床に即したエビデンス作りも我々の務めではないかと考えています。

その後の歯科医師会、歯科医学会による研修についてですが、今、日本歯科医師会が行っている日歯生涯研修事業が核になると思っています。生涯研修事業は、本会の会員が専門職として生涯を通じて学び、歯科医師としての知識・技術を高めること、また国民に安心安全な歯科医療を提供する為にあることは当然ですが、それプラス、会員が積極的に生涯研修に取り組むことは、その成果が国民に還元されるばかりでなく、本会が、——本会ということは、要するに歯科医師、さらに歯科界全体がそういった団体につながると考えますが、社会に高く評価されることにつながり、国民の信頼を得られるために全会員が参加するべきものだということを、会員に常々お話しさせていただいています。

これはどういう意味かという、ややもすると非常に勉強熱心な会員の先生方は、今はいろいろな研修の機会がありますので、そういったところに積極的に参加されて個々にご自分の興味のあるテーマについて勉強するという状況がありますが、これだけですとなか

継続的な生涯研修

- 卒前研修 → 文部科学省
- 臨床研修 → 厚生労働省
- その後の日常臨床における研修
→ 歯科医師会
→ 歯科医学会

我が国の社会状況に見合った研修

健康長寿社会実現の為の歯科医療・口腔保健

14

なか国民の理解が得られにくいという現状があります。歯科医師は、どういう研修をしているのかということがある程度数字であらわれていたり、形としてあらわれてこない、なかなか歯科医師、歯科界全体が勤勉な業界であるという認識はされない。そうしないと信頼が得られないので、結局、いろいろなことをこれからやっていくにも、患者さんである国民の理解が得られなければできないことですので、そういったことも非常に大事だと認識していただいて、生涯研修事業あり方を皆さんで理解していただいて進めていくことが大事なのだと考えています。このためには、この制度が今言ったような法的な位置づけがされるということと、それから専門医制の問題も今出ておりますので、そういったことも含めながら各方面と連携を図って進めていく必要があるかと思えます。

昨今においては、先ほど来申し上げていますように、世界に前例を見ない速さで超高齢社会になった日本における歯科医療のあり方が、世界からも問われていますので、その辺のところを「健康長寿」というキーワードをかかげて対応していくことが必要だと思います。

今、我々会員の中には、いろいろな面で温度差がどうしてもあります。地域差もありますし、その人の置かれている環境によっても違うのですが、患者

さんに理解をしてもらって、信頼を得るためには、「歯科医師会の先生はこういう考えで対応しているのだ」ということが、やさしく丁寧に会員が同じように説明され、国民からも評価されなければいけないと思っています。

そのために、いろいろな施策を行ってきたことを平たく、患者さんにもわかりやすい言葉で、このように表わしてみました。「歯が丈夫な人は長生きをするというデータがあります。きちんとした口腔ケアをすると、病気になりにくくなったり、食べられなくなった人が食べられるようになったという症例があります。

「歯が丈夫な人は長生きする、というデータがある。きちんとした口腔ケアをすると、病気になりにくくなったり、食べられなくなった人が食べられるようになった、という症例がある。

「食べる」「しゃべる」という行為はもちろんのこと、それらが可能にする人間のさまざまな営み、その先にある喜びまで、口は支えているのだ。だから、私たちははじめよう。

「歯」から「口」全体へ、その仕事の領域を広げること。そのことに積極的に取り組むだけでなく、口腔ケアの重要性を、広く、世の中に伝えること。もっと多くの人の健康で豊かな生活を支えていくために。社会において、もっと価値ある存在として認められるために。

口は、「生きる」の入口です。

(歯科医師会雑誌特集号「国民の生活を支える歯科医療」平成25年2月号) 17

葉で、このように表わしてみました。「歯が丈夫な人は長生きをするというデータがあります。きちんとした口腔ケアをすると、病気になりにくくなったり、食べられなくなった人が食べられるようになったという症例があります。食べる、しゃべるという行為はもちろんのこと、それらを可能にする人間のさまざまな営み、その先にある喜びまで口はささえているのだ。だから、私たち始めよう。歯から口、全体へ。そして仕事の領域を広げること積極的に取り組むだけでなく、口腔ケアの重要性を広く世の中に伝えること。もっと多くの人の健康で豊かな生活を支えていくために。社会においてもっと価値ある存在として認められるために。」これは実は一昨年になりますが、BS朝日で日本歯科医師会が費用を出してテレビ放送した中でも使われたものですが、そのテーマが「口は、『生きる』の入り口」ということで放送させていただきました。歯科医師会雑誌の特集号として、平成25年2月号に「国民のすすめ／生活を支える歯科医療」というところにとじ込みましたので、見ていただいて読み返していただければありがたいと思います。

この中には、先ほど窪木先生がおっしゃった、いろいろな意味でのエビデンスはどうあ

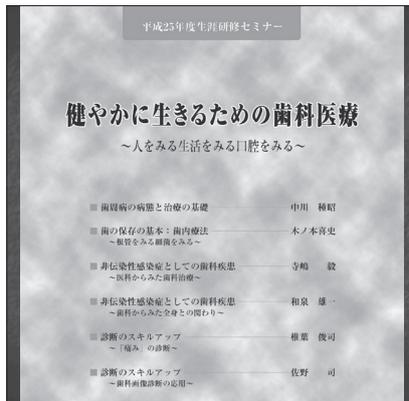
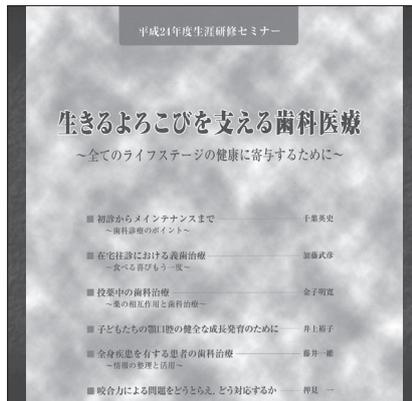
昨今の生涯研修事業に対する考え方

世界の歴史に前例を見ない速さで高齢社会になった日本において、歯科医師の社会的責務は今後一層大きなものとなる。日本歯科医師会会員がその責務を果たすために不断の努力を重ねるための支援を行うこと、さらにこの事実を広く国民に提示し、国民の理解と正当な評価が得られるようにすることが、日歯生涯研修事業の目的である。

16

るべきかということ、今挙げられているエビデンスはこんなものがありますということも触れられておりますので、ぜひ一度お読みいただければありがたいと思います。

歯科医師会の生涯研修セミナーは毎年行われていまして、3年前から「生きるよろこび



を支える、健やかに生きるために歯科医療がどう関わるか」という大きなテーマを持ちながら行っています。内容は今までのセミナーとは違って、全国の会員の先生方が、どんな患者さんが来ても対応できるためにと

いう間口の広いセミナーをつくることに主眼を置いています。どうしても先生方に知っていただきたいテーマ——会員の興味を引き難くて、このテーマでは受講者が集まらないかもしれないという内容もあるかもしれませんが、だからといってこれは避けては通れないということをあえて挙げさせていただいて、24年度、25年度、26年度に渡って行ってまいりました。

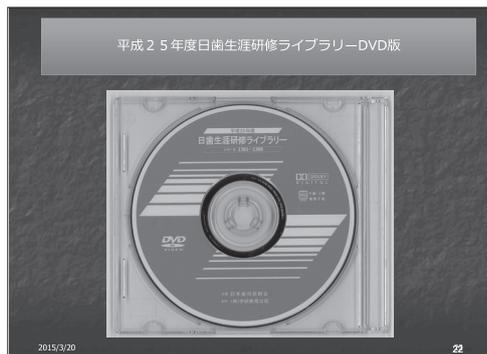
特に昨年の26年度は、最終的に今言ったような知識・技術をもとに、実際に臨床現場でどう対応していくかという道筋にまで踏み込んでいます。これもライフステージごとにどうしていくのかといった視点で、1本の歯から歯周環境を整えて歯列を守る。さらに少数歯欠損にどう対応して、多数歯欠損にまでいったときにはどうするかといったような話まで、一連の流れで組んでおります。



これも先生方にはDVDやホームページからダウンロードして一度見ていただいて、日歯はこんなことを考えているのだなということをご理解いただくとともに、ご批判があれば、いただければありがたいと思っています。

これは作成されたDVDです。

そのほかに、多くの大学の先生方にもご協力いただいて、「生涯研修ライブラリー」をつくっています。これは20分ほどの動画で、今必要だと思われる知識や技術について、動画を使っ



て説明したらよからうというものについて、年間8本ほど制作しております。これもだいぶストックがたまって、何百本になってはいますが、これも会員の先生方の日常の臨床に大きな手助けになっていると思



います。

日本歯科医師会では、先ほどちょっとお話ししましたが、日本歯科医師会雑誌を毎月発行しておりますが、そのほか、もっとタイムリーな話題については、「日歯広報」という新聞のようなもので情報を伝える。これはどちらかというところ、社会状況についての記載が多くなりますが、こちらは半分学術雑誌になっています。また、これは我々が思っている以上に、司法の場で、いろいろな司法判断のもとに使われたりすることもあります。私が編集責任者ということになっていますが、そういうことを考えますと、ただ単に論文の編集をすればいいということではなくて、緊張した編集作業をしなければいけないという状況にあります。学術論文では、大学の先生方にもご協力をいただいて、いろいろな情報の発信をしているところです。



生涯研修方式と修了・認定会員
(インセンティブ)

1. 受講研修
2. 教材研修
3. 能動的研修
4. 特別研修

- 修了の条件達成者
- 認定の条件達成者

24

いろいろな生涯研修事業があり、この中にはいろいろな方法もありますが、やはり浸透させるにはそれなりのインセンティブが必要になってまいります。今、達成基準によって、修了、認定と2つのカテゴリーのインセンティブを与えておりますが、それだけでは会員の気持ちを活性化して、それに参加する率を高めることにはなかなか繋がらない難しい状況があります。今後はこれについては、よりインセンティブ高めるということではなくて、この研修をしないと、冒頭にお話ししたように、社会から見放されるかもしれないという危機感を持ちながら参加していただくようなことにつなげていかなければいけないと思っています。アメとムチではありませんが、やった人にはご褒美をとという感性も残しつつ、より厳しい状況も理解してもらわなければいけないと思います。

しっかり研修した会員を国民が理解しやすくするために、歯科における新たな専門医制に関する取り組みというのをまさしくやっているところです。これまで、歯科医師会と歯科医学会がずっと詰めてまいりましたが、厚労省の中にそういった協議をする場をつくってほしいという要望を出したりもしましたが、最近では、歯科の専門性についての根本的な議論からするといった、ワーキンググループが厚労省に立ち上がって、もうしばらくするとそれが始まりますので、内容の詰めはそれからということになります。

歯科における
新たな専門医に関する仕組み
(若手臨床歯科医師の目標)

- 専門医の質を高め、良質な歯科医療が提供されることを目的として構築されるべき
- 各学会独自の認定基準や運用を統一し、質を担保する必要性
- 専門医に対する歯科医師と国民の捉え方のギャップの是正
- 地域医療とのかかわりの評価

25

私ども歯科医師会が考えている専門医というのは、今までの先生方の学会の専門医とは違っています。あくまでもプロフェッショナルではあるけれども、それ以上にアドバンスコースを目指す人たちの専門医という意味ではなくて、臨床医として必要な基本的な知識と技術を担保するというのが基本路線になっていますので、それとは若干違うこともご理

新たな専門医に関する仕組みについて①(専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要)	
【要点】	H25.4.22 新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。
【現状】	＜専門医の質＞ 各学会が独自に運用、学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。 ＜求むべき専門医＞ 専門医としての能力について必要な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される体系的な医療を提供できる医師。 ＜地域医療との関係＞ 医師の地域偏在・診療科目偏在は近年の医療を語る重要な課題。
【新たな仕組みの概要】	(基本的な考え方) ○新たな専門医の仕組みを、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成の視点も重視して構築。 ○例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される体系的な医療を提供できる医師」と定義し、「(神の手を持つ医師)や「ロードスター」を競走するものではない。)新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナル・ラーニング(専門家に学ぶ自律性)を基盤として設計。 (中立的な第三者機関) ○中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。 ○第三者機関は、専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準の作成を行う。 ○第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医に関するデータベースを構築。 (総合診療専門医) ○総合診療医の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とする。 ※ 総合診療医とは、日常的に幅広い病種・幅広い年齢の患者と向き合い、幅広い医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じて継続医療を人的に提供する必要がある。 ※ 「総合診療専門医」には、他の領域専門医と同様に、多様な患者サービスを包括的かつ柔軟に提供することを期待。 ○「総合診療専門医」の認定・更新基準や養成プログラムの基盤は、関連学会や医師会等が協力して第三者機関において作成。 ※ 臨床研修終了後の医師が研修コースに加えて、他の領域から総合診療専門医へ移行可能なプログラムも検討。
【新たな専門医に関する仕組みについて②(専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要)	H25.4.22
【専門医の養成・認定・更新】	○医師は基本領域のいずれか1つの専門医を取得することが基本。 ※ 研修施設は、認定・更新基準を遵守する上で、複数領域の取得を許す。 ○専門医の認定は、経歴・活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。 ○認定制度(医師の専門性に関する資格名等の地位)を明確に、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。
【地域医療との関係】	○専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院(診療所を含む)が病院群を構成して実施。 ※ 研修施設は、必要に応じて研修所(地域医療支援センター等)と連携。 ○研修施設が養成プログラムを作成するにあたり、地域医療に配慮した役割の認定や養成プログラムの作成に際しては、患者や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して認定。 ○専門医の養成数は、患者や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して認定。 ○少なくとも、選任以上に医師が兼任することの無いよう、地域医療に十分配慮。
【既存の学会認定専門医からの移行】	○専門医の質を担保する観点から、第三者機関において適切な移行基準を作成。 (移行の時期は第三者機関において選考を検討。)
【カテゴリー】	○新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始。研修期間は、例えば3年を基本とし、各領域の要件に応じ設定。
【期待される効果】	○専門医の質の向上(良質な医療の提供) ○医療提供体制の改善

解いただければと思います。

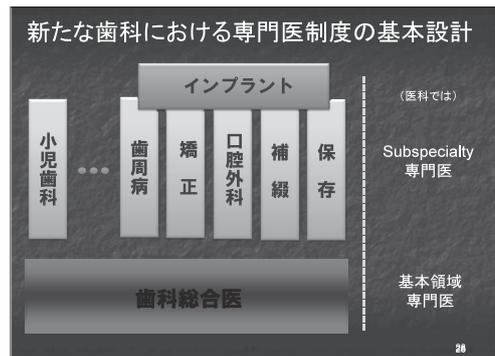
これは医科の取り組みが書いてありますが、この中にも、総合診療専門医という言葉が新しく出てきて、これについても歯科でも見習わなくてはならないということもあります。

プラス、ここのところに研修期間は3年を基本として等々と書いてありますが、これは実は卒後5年ぐらいの若手の先生にこれを目指してもらおうという趣旨です。ですから、医科でそういう方向で進んでいる以上、歯科にもそのぐらいの、今でいえば、たぶん先生方の学会の中でいうと、認定医とか、専修医というカテゴリーになるのかなと思いますが、そういった人たちももうちょっと多領域にまたがる研修をしていただくことが、今つくっている専門医

になろうかと思っています。

これは今考えている概略の模式図です。医科に準じての考えで作るということになりませんが、基本領域の専門医ということで、歯科総合専門医——これは名前もどうなるかわかりませんが、できるのかもわかりませんが、このような資格を与えるところに、先ほどからお話している歯科医師会の生涯研修事業が反映され、研修事業への参加に繋がるようなシステムにすることを考えています。結果として、国民が理解しやすい専門医の評価に繋がるものと思いますので、この資格取得を多くの臨床医に目指してもらいたと思います。この専門医の中には、単なる外来診療だけではなく、今求められている在宅診療の専門医等々も含めた、社会ニーズに合ったものが入るのだと思います。現在あります学会の専門医は、サブスペシャリティ専門医というカテゴリーになろうかと思いますが、窪木先生がおっしゃっていたインプラントは、いろいろな分野の総合的な知識が必要になっていますので、この半二階というか、架け橋でつながった位置づけになろうかと思っています。そういった取り組みをしながら、この認定をどうするかとか、いろいろなことがこれから話し合われますが、実際には私どもが今考えております生涯研修の成果が、関与することが現実的かと思いますが、今後更なる学会との連携も必要になってくると思っております。そういう方向で行けば、たぶん若い先生方も歯科医師会にも興味を示すようになるし、より継続的な歯科医療を施すための人材として育てていくものと思っていますので、そういったソースを使いながら、若い先生方に興味を持って対応していただくということの土壌をつくるのがまずもっての仕事かと思っています。

今度、ことしの3月13日、14日、15日で、世界会議2015と銘打ちまして、健



康寿命延伸のための歯科医療・口腔保健に対する世界会議を開催します。事前申込は締め切りましたが、当日参加も可能ですので、会員の先生方は当然無料で参加できますから、ぜひご参加いただきたいと思ひます。



詳細についての準備を今鋭意進めているところです。この中では、当然、厚労省、もしくは在宅医療の機器開発について、国の事業として開発した経産省も入って、国を挙げてこういうことをやっていますということ、日本国として世界に披露したいというのが趣旨です。今、日本の現状はこうであるということ、それから世界に向かっでは、こういうグローバルな視点が必要だということ、先生方にもご理解いただく良い機会かと思ひますので、ぜひご出席をいただきたいと思ひます。また現在、歯科におけるエビデンスもたくさん出てきており、一応の了解が得られてきておりますが、それがなかなか1本の柱として活用できるに至っていないということがあるので、そういった方法をまとめたエビデンス集も同時に発行する予定にしております。

今日は広い範囲の話になりましたので、皆さんに十分理解していただけたか多少不安な



ところがありますが、お時間になりましたので、これで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)

○佐々木座長 中島先生、ありがとうございました。

今、お二人の先生から、今後の歯科医療、さらには人材育成という観点からのお話をいただきました。

この後、文科省の寺門様、そして厚労省の鳥山様からご講演をいただくことになっておりまして、只今のお二人のお話に関しても、次のお二方のご講演をいただいた後のほうがご理解が進むものと思ひますので、質疑応答は次のセッションが終わったときに、まとめてさせていただきます。

それでは、ありがとうございました。

○司会(朝田副理事長) ありがとうございました。

時間が押しておりますが、質疑応答の時間で若干調整をさせていただきたいと思ひます。安井先生、それではご登壇いただきまして、講師の先生方のご紹介をお願いいたします。

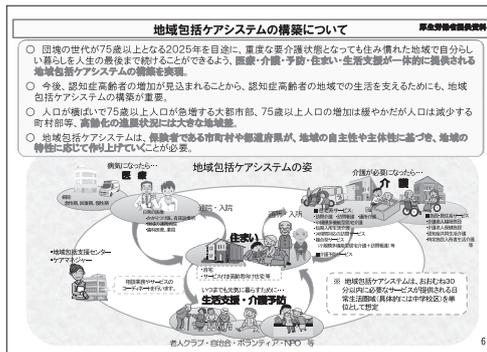
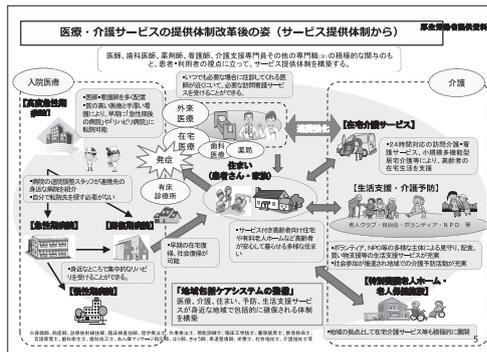
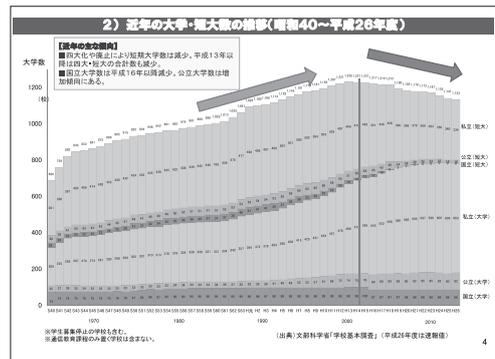
「歯学部教育と臨床研修の連携」

○安井座長 ただいまご紹介いただきました安井です。

本日の2番目のセッションとして、「歯学部教育と臨床研修の連携」というタイトルで、卒前の歯学部教育に関して文部科学省高等教育局医学教育課から寺門課長に来ていただきました。そして、卒後の臨床研修に関して厚生労働省医政局歯科保健課の鳥山課長に来て

うしていくのか。この中で、大口を担ってくださっている歯学教育をどういう形で大学の役割を果たしていくのかという点が、今後の問題になってくると考えているところです。

一方、医療という中で——これは、この後の鳥山課長からもご説明をいただくとありますが、医療、介護サービスの一体的な提供ということで、これを担うまさに人材、歯科医療を支える人材をいかに養成していくかというのが、これからさら



りに医学教育の分野でも重要になってくるといいうところは論をまたないところです。それは地域包括ケアシ

2. 歯学教育の改善・充実

システムの構築についても同じだと考えているところです。

歯学教育の充実・改善という点については、これもご案内のとおりですが、特に歯学教育の分野については、平成20年6月に設置しました調査研究協力者会議が、その時々で重要な政策・提言をいただいております。きょうもお名前は逐一ご紹介申しませんが、メンバーにはきょうもご参加なさっている先生方にも大変お世話になりまして、これまで逐次累次の提言を行っていただいているところです。

- 歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議について**
平成20年6月30日設置
- 【目的】**
大学の歯学教育の改善・充実に関する専門的事項について調査研究を行い、必要に応じて報告を取りまとめる。
- 【調査研究事項】**
(1) 学部及び大学院における歯学教育の改善・充実について
(2) 質の高い歯科医療提供のための在り方について
(3) 教育研究病院としての大学附属病院の在り方について
(4) 教育研究の在り方について
- 【役員】** ◎ 座長 (平成26年9月1日現在 ※五十音順、敬称略)
秋山 正子 株式会社ケアーズ代表取締役/白十字病院看護ステーション統括所長
箕本 孝二 東京医科歯科大学歯学教育システム研究センター教授
一戸 達也 東京医科歯科大学副学長
伊藤 洋一 公益社団法人歯学系大学間共同試験実施検討委員会委員長/東京医科歯科大学名誉教授
川添 典雄 大阪歯科大学理事長/元一般社団法人日本私立歯科大学協会会長
越川 善明 日本大学歯学教授
小森 貴 公益社団法人日本医師会常任理事
藤原 宜彦 公益社団法人歯学系大学間共同試験実施検討委員会委員長/聖マリアノ医療大学名誉教授
西原 謙次 九州歯科大学理事長/学長
林 真知子 大阪大学大学院歯学研究科教授
前田 健爾 新潟大学歯学部長
保木 志朗 東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科教授
三塚 憲二 公益社団法人日本歯科医師会副会長
山口 貴子 NPO法人ささあけ医療人材センターCONAL理事長

特にアンダーラインを引きました2つの提言です。まず21年1月の第1次報告、直近では26年2月に提言・要望をまとめていただきましたので、これについて簡単にご報告をしたいと思います。

最初の21年の概要では、主に4つの改善方策を打ち出しました。

1点目は、赤字ですが、歯科医師としての臨床能力の確保。先ほど中島先生がご専門の立場からおっしゃってくださったとおりで、具体的な改善方策としては、診療参加型の臨床実習の単位数の明記といった点とか、臨床実習終了時の各大学でのOSCEの実施といった点がありました。

- 歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議におけるこれまでの報告等**
- 「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議第1次報告」(H21.1)
 - 「第1次報告を踏まえたフォローアップ状況(まとめ)」(H23.5)
 - 「第1次報告を踏まえた平成24年度フォローアップ調査まとめ」(H24.12)
 - 「歯学教育の質向上のための施策の方向性」(H24.12)
 - 「歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議【提言・要望】」(H26.2)
- ※ 上記報告等は、文部科学省HPに掲載しています。
URL http://www.mext.go.jp/a_gmenu/koutou/fyou/1324090.htm

それから、体系的な歯学教育の実施という点につ

いては、モデル・コア・カリキュラムの見直しの提言がありました。

また、3番目としては、社会需要を見据えた入学者の確保ということをごさいますて、入試の方針の明示、情報公開とか、入試の工夫、選抜のある入試の工夫、それから入学確保が困難な大学とか、国家試験合格率の低い大学の入学定員数見直しといった点を述べております。

それから、研究者の養成という点についてもご提言をなさっております、これが原点になって、さまざまな施策が行われ、フォローアップを行っている。皆様に協力いただいているところです。

モデル・コア・カリキュラムの改訂のポイントですが、先ほどお話がありましたとおりでございます、臨床能力の確保という点、それから高齢者をはじめとするさまざまなニーズ

にに応じた、幅広い歯学教育が行われるような体制を充実していくという点について、モデル・コア・カリキュラムの改訂を行っているところで、この実施・充実には大変現場の先生方にもお世話になっているところです。

規模の問題は、入学定員の削減条件につきましては、昭和61年、平成10年のそれぞれの報告に基づきまして、それぞれ国公私においてご覧のような形で行っているところです。後ほど鳥山課長からお話がございますが、今後、需給の問題についても、文部科学省としても検討していかなければならないと考えているところです。

直近の26年2月の点については、6つの柱からなる点を出してございます。特に赤字のアンダーラインの部分をご説明しますと、診療参加型の実習については、各大学の大変なご努力によりまして、9割以上の大学が既に改善もしくは改善計画を予定しているところです。内容面についてもご覧のとおりですし、また解決課題についても、対策についてそれぞれ所要の取り組みをいただいているところです。

1つ1つ見ていきますと、また問題といいますが、大学単位の課題があらうかと思いますが、フォローアップを通じて、我々としても対応を検討していきたいと考えているところです。

それから、大学のミッションですが、社会のニーズの応じた大学のありようということで、国立大学

歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 第1次報告(H21.1)概要	
基本認識	
<ul style="list-style-type: none"> 臨床実習に係る時間数の減少や臨床能力の確保に加え、いわゆる大学全体的の形象や歯科医師養成の中での入学者の質的能力の低下や脱落が指摘され、臨床能力の異なる低下等を生じ、歯科医師の信頼性に影響を及ぼす懸念も生じた。 国家試験合格と臨床能力の確保を両立させるため、国家試験対策の充実と臨床実習の充実を両立させる必要がある。 	
改善方針	
1. 歯科医師として必要となる臨床能力の確保	<ul style="list-style-type: none"> 診療参加型臨床実習の単位数の増設、卒業特選科目や必須臨床実習科目の明確化 臨床実習の質の向上を図るため、国家試験対策の充実と臨床実習の充実を両立させる必要がある。 国家試験対策と臨床能力の確保を両立させるため、国家試験対策の充実と臨床実習の充実を両立させる必要がある。
2. 優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の構築	<ul style="list-style-type: none"> 各大学の体系的な教育課程の編成の徹底、成績評価・進級判定の厳格な実施 歯学教育モデル・コア・カリキュラムの趣旨と歯学教育の質を担保する第三水準評価の導入
3. 歯科医師の社会的需要を見据えた優れた入学者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 入学希望者の方針の明示、入試選抜情報の公開 歯学教育の充実、奨励金の活用等、学生の適性を見極める各大学の入学の工夫 優れた入学確保が困難な大学、国家試験合格者の低い大学等の入学定員見直し
4. 未来の歯科医師を担ぐ研究者の養成	<ul style="list-style-type: none"> 学部教育の中で研究に携わる機会の拡充 基礎臨床と臨床とを両立させた研究が必要 学部段階から研究マインドの育成が必要
今後の検討	
<ul style="list-style-type: none"> この報告を踏まえ、各大学の取組状況をフォローアップ 文部科学省と各大学が連携して、必要に応じて調査を実施 文部科学省・厚生労働省が連携し、学部・卒業教育を一元的に捉えた検討 	

歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂(2011(H23).3)のポイント	
<ul style="list-style-type: none"> 2011(H23).3改訂では、診療参加型臨床実習に関する内容の充実、高齢化や疾病構造の変化を踏まえて歯科医師に求められる多様な社会的ニーズ等に関して内容の充実を行った。 	
①臨床医師として必要な臨床能力の確保	<ul style="list-style-type: none"> モデル・コア・カリキュラム本体系中に「F 臨床実習」の単独領域を新設し、診療参加型臨床実習における二級履修、再履修を明記された。
②優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の構築	<ul style="list-style-type: none"> 口腔と全身との関わり、高齢化や高齢者に対する診療等への対応、予防歯学、社会歯学など、臨床・基礎との連携を促した幅広い歯学教育が行えるよう関連項目に係る記載内容を改善・充実。
③未来の歯科医師を担ぐ研究者の養成	<ul style="list-style-type: none"> 学部教育のあらゆる段階を通じて学生一人ひとりの研究志向の涵養に努めるべきことを記載
④多様な社会的ニーズへの対応	<ul style="list-style-type: none"> 「歯科医師に求められる基本的責務」を整理するとともに、歯学教育に係る多様な社会的ニーズのうち、緊急性が高く、歯科の関与により社会への貢献が大きいと考えられる内容について改訂(医療安全、患者中心のチーム医療の観点の充実・歯科医師に必要な医学的知識の解説、大規模災害における歯科による個人援助、小児虐待の兆候と対応について追加、男女共同参画の観点等)
⑤モデル・コア・カリキュラムの習熟性向上等に関する対応	<ul style="list-style-type: none"> 全体構成の工夫、関連情報の整理等、旧モデル・コア・カリキュラムの臨床実習の量的配分の明示の内容については、大学独自の判断で設定されるべきものであり、今回の改訂版からは削除

歯学部における入学定員削減状況					
○昭和61年7月 厚生省「将来の歯科医師養成に関する検討委員会」最終提言					
昭和70年(平成7年)を目標として歯科医師の新規参入を最小限20%削減すべき。					
○平成10年5月 厚生省「歯科医師の養成に関する検討委員会」報告					
入学定員の削減と歯科医師国家試験の見直しを行うことにより、新規参入歯科医師を10%程度削減するとともに、臨床研修の必修化及び高齢歯科医師の活動停止を組み合わせて行うことにより、将来の歯科医師数を適正化する。					
区分	昭和60年度 入学定員	平成元年度 入学定員	平成10年度 入学定員	平成20年度 入学定員	平成26年度 入学定員
国立	960人	685人	680人	625人	562人
公立	120人	95人	95人	95人	95人
私立	2,400人	1,952人	1,939人	1,937人	1,803人
計	3,380人	2,732人	2,714人	2,657人	2,460人
昭和60年度からの削減率	-	19.2%	19.7%	21.4%	27.2%

歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議「提言・要望」	
平成26年2月24日 歯学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議	
1. 診療参加型臨床実習の充実	
2. 多様な歯科医療ニーズ等に対応した歯科医師養成	
3. 教育活動等に関する情報の公表	
4. 歯学教育認証評価の導入	
5. 平成26年度以降のフォローアップ調査の実施	
→書面調査結果を踏まえ、来年度ヒアリング、実地調査を行う予定。	
6. 歯学部入学定員	

とさせていただきます。こういった点も含めて、また引き続きご尽力、ご努力いただければと考えているところでございます。

以上でございます。ありがとうございます。(拍手)

○安井座長 寺門課長、ありがとうございます。

「超高齢社会における歯科医療とは」

厚生労働省医政局歯科保健課長 鳥山佳則

○安井座長 次は、歯学部教育の後、卒後の部分ですが、臨床研修を中心として、鳥山歯科保健課長からお話をいただきたいと思っております。

それでは、よろしくお願ひします。

○鳥山 厚生労働省歯科保健課長の鳥山でございます。本日は、このような機会を与えてくださいましたこと、関係者の方々に厚くお礼申し上げます。また、平素は、何かと私ども厚生労働行政にご尽力いただいておりますこと、高い席からではございますが、改めてお礼を申し上げます。

それでは、今、安井座長からご紹介がありました、これからの歯学・歯科医療における人材育成ということで、厚生労働省の立場として少しお話をさせていただこうと思っております。

先月ですが、「歯科医師の資質向上等に関する検討会」というものを立ち上げました。何

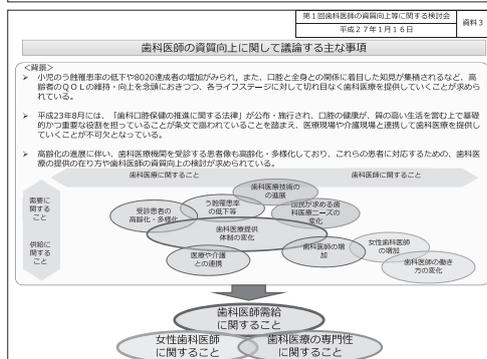
歯科医師の資質向上等に関する検討会
(平成27年1月設置)

第1条 国民のニーズに基づき質の高い歯科医療を提供すること等を目的として、歯科医師の資質向上等に関する事項について総合的に議論を行うため、歯科医師の資質向上等に関する検討会(以下「検討会」という。)を開催する。

(検討事項)

第2条 検討会は、次の掲げる事項を協議する。
(1) 歯科医師の需給対策に関すること。
(2) 増加する女性歯科医師の活躍の場に関すること。
(3) 歯科医療に求められる専門性に関すること。
(4) その他、歯科医療の提供に関すること。

を検討するかということ、需給に関すること、女性歯科医師に関すること、専門性に関することでございます。きょうは、詳細は割愛させていただきますが、これは専門医ではなく、専門性ということでございます。既に医科の専門医制度についてはご存じかと思いますが、歯科については、専門医の議論をするもう一歩手前の段階から議論をさせていただこうと思っておる次第です。



検討会の委員ですが、ここにお示ししたとおり、都合15名の方を委員としてお願いしております。

このうち、歯科医師の方は8名、歯科医師以外の方は7名ということです。ちなみに、歯科医師以外の方の7名だけ簡単にプロフィールをご紹介します。

歯科医師の資質向上等に関する検討会構成員名簿	
氏名	所属
伊東 龍利	医療法人伊東会 伊東歯科口腔病院理事長
伊藤 文郎	前鹿児島県津島市長
井上 孝	日本歯科医学会総務理事
江藤 一洋	医療系大学間共同試験実地評価機構副理事長
川添 秀彬	大阪歯科大学理事・学長
小森 貴	日本医師会常任理事
水田 祥代	九州大学名誉教授・福岡歯科大学常務理事
高橋 滋雄	高梨道雄法律事務所
富野 晃	日本歯科医師会副会長
西原 達次	九州歯科大学学長
三浦 安子	国立保健医療科学院国際協力研究部部長
三塚 憲二	日本歯科医師会副会長
南 砂	院売新聞東京本社取締役
森田 朋	国立社会保障・人口問題研究所所長
山口 育子	NPO法人 ささきあい医療人権センターCOMI理事長
お呼び名	寺門 成真 文部科学省高等教育局医学教育課長

上から2人目の伊藤文郎さんは、今年の夏まで愛知県の津島市長をされていまして、同時に中医協の

上から2人目の伊藤文郎さんは、今年の夏まで愛知県の津島市長をされていまして、同時に中医協の

支払側の委員をされていました。

6人目ですが、日本医師会の小森先生にご参加をいただいております。

その下の水田先生は、九州大学の名誉教授で、福岡歯科大学の常務理事をされています。もともとのご専門は小児外科だそうです。

その下が、弁護士で、歯科に関する訴訟を多く手がけられています高梨弁護士です。

南砂さんは、読売新聞東京本社の取締役、もともとは医師です。

その下の森田朗先生は、国立社会保障・人口問題研究所の所長で、現在、中医協の会長をされています。

最後に、COML 山口育子さんです。

座長は、文部科学省の協力者会議と整合性をとり、江藤先生にお願いしております。

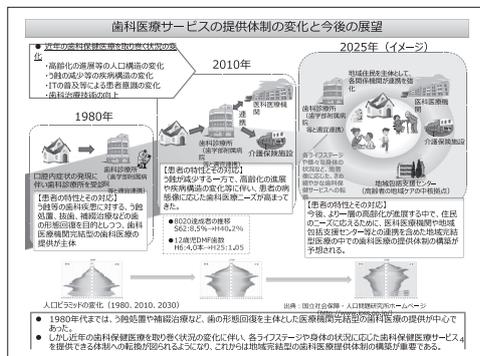
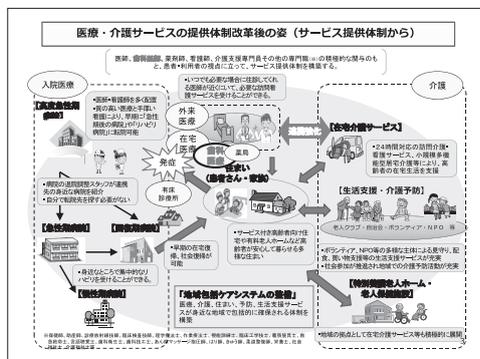
ワーキングの座長は、歯科医師の需給問題については、社会保障・人口問題研究所の所長で、中医協の会長の森田先生にお願いいたしました。

女性歯科医師については、保健医療科学院の三浦先生。

歯科の専門性については、九州歯科大学の西原先生にお願いしているところでございます。

先月、初回の親会議を開催して、今月末に需給の第1回目のワーキンググループ、順次女性歯科医師、歯科の専門性についてもワーキングを開催しつつ、年末には一定の結論を得たいと思っております。

最後に、オブザーバーとして、先ほどご講演をされました文部科学省の寺門課長にもご参加をいただいております。



さて、これは先ほどの寺門課長のパワーポイントにもありましたが、医療・介護サービスの提供体制、地域包括ケアの中で歯科医療も今後、重要な役割を示すということです。

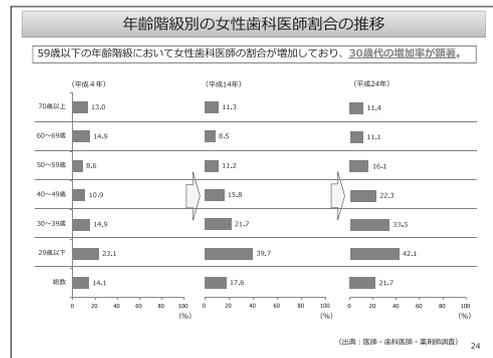
さらに、歯科の部分だけを特化して、従来は歯科完結型とでもいえばよかったものが、今後は医科の医療機関や、さまざまな介護サービスとの連携が必要になるというものを模式的に示したものでございます。

それと先ほどの検討会の中で、女性歯科医師のワーキンググループを設置するという事を申し上げましたが、現在、女性歯科医師が年齢階級別にどれぐらいの割合かを示したのがこのグラフです。3本ございまして、左から平成4年、平成14年、平成24年ですが、一番右側の平成24年を見ていただきますと、

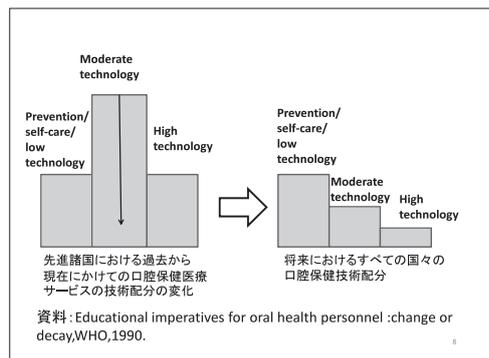
20代では42%、30代で33%ということですから、中高年齢ですと女性の歯科医師は少ないのですが、今後、この年齢が10年、20年とたつと、コホートで上に上がってきますから、将来女性の割合になると考えているところです。

さて、ここで歯科の本質的な問題を私見ではありますが、ご提示したいと思います。

この図は何かといいますと、1990年、WHOが将来の歯科保健サービスの予測を図示したものです。「Change or Decay」というタイトルが書いてあるのです。ですから、日本語に直すと、「変革か衰退か」というタイトルです。1990年に出された当初は、一部の関係者の間ではかなり話題になったレポートです。



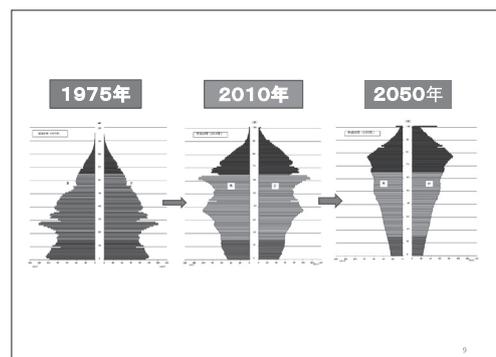
この図をどのように見るかということですが、グラフが3本ありまして、左が予防や軽度の技術を要する歯科医療、真ん中が中等度の技術を要するもの、右側が高度の技術を要するものということで、3つに区分してあるのです。



1990年当時のWHOの予測では、将来的には中等度の技術を要するものや高度の技術を要するものは、相対的に現在に比べて減るだろう。突き詰めれば、歯科医療——これは一部予防サービスも含めてだとありますが、歯科医療の需要そのものは相当大きく減少するであろうという予測を1990年にしたのでした。

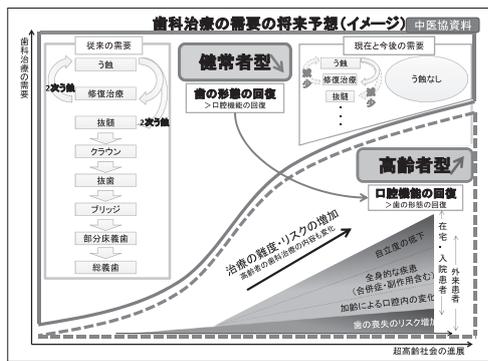
ただ、このレポートで大きく欠落していた点があるのです。それは何かといいますと、今日、日本が直面している超高齢社会です。1990年当時のWHOの予想は、歯科の需要が減る一番大きな理由は、う蝕の減少だ。したがって、う蝕の減少が歯科医療の全体の需要の減少につながるであろうということ、先ほどのレポートが出されたわけです。

ところが、人口については、先生方はいろいろなところでご覧になっているかと思いますが、左側が1975年、右側が2010年、一番右が2050年です。形そのものが違うということですが、今後、65歳以上の人口の伸びは、今までに比べると少し緩やかになります。ただし、65歳以上の高齢者の中でも後期高齢者といわれる75歳以上の人たちが増えていきます。これは人口構成からいうと、この部分がだんだん年とともに上にシフトしていくわけですから、当たり前のことです。



ちなみに、余談になりますが、2050年の一番上のヒゲのような部分ですが、これは100歳以上の人口です。これは推計によりますと、80万から90万ぐらいといわれています。2050年の出生数は50万から60万ぐらいといわれています。かつては予想さえし得なかったような人口構造に、日本が既になりつつあるということなのです。

さて、この図はいろいろなところで、引用していただいていますので、先生方も一度や二度ご覧になったことがあるかと思いますが、実はオリジナルは、平成23年11月に中医学協に提出をした資料です。詳細は割愛させていただきますが、先ほどの人口ピラミッド



で見ていただいたとおり、高齢者型といわれるような歯科医療の提供が必要だというものを模式的に示したものです。

この図もいろいろな学会で、何度か説明をさせていただいていますが、歯科医学や歯科医療は、医学・医療、あるいはもっと一歩前の段階の科学の中でどのような位置づけにあるかということが、実は私自身の

ここ数年の大きな命題なのです。残念ながらこういったものについて、整理をしたものがないので、1つの考え方としてお示しをしたものです。

科学という1階部分の上に、社会科学や生命科学——生命科学は医学と置き換えてもいいと思います。あるいは歯科の分野で非常に関わりの深い理工学という。1階部分があり、2階部分があり、さらにこの上の歯学という、3階建てというのが一番わかりやすい構造だと思います。



ところが、実際はどうもこういった1階部分や2階部分の上には、歯科独自の科学——この科学というのは、むしろ科学というよりも技術といってもいいかもしれませんが、こういった構造で歯科の学問とか理論は実は成り立っているのではないかというのが、私の考えです。

もちろん、そうではないというご指摘があれば、それは何もこの考え方がすべてだということではございませんので。昨今、一部の方が、医学と歯学との関係を、古い一元論、二元論という考え方がありますが、いわゆる口腔科学——医学の一分野として位置づけるというご意見をしばしば拝聴しております。そういった方々のご意見は、どちらかというところ、現在の歯学はこちら側に主眼を置いて、ややもすると歯科独自の科学、技術というものが——表現が適切かどうか分かりませんが、少しカヤの外というか、軽視されるふうにお考えではないかと思っています。

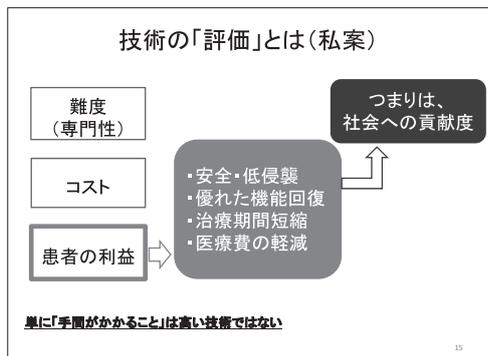
ただ、実際には、表現が適切ではないかもしれませんが、義歯が壊れた患者さんがいれば、その治療をするのは当然歯科医師ですし、あるいは根管治療をやり直すためにコアの除去をする。こういったものは必ずしも科学や医学の一部という側面ではなく、純粋に歯科独自の技術の内容が違うわけですから、決して否定されるものではなく、そういった歯科独自のものと、そうでない、社会科学や生命科学、こういった一般の科学の2階構造の部分、これらをどう整理していくかというのが、実は歯学・歯科医療を社会の中でどう位置づけるかということと、本質的につながっているのではないかというのが、私の問題意識です。

もう1つは、これはちょっと違う切り口で、歯科の技術をエビデンスレベルとテクニクセンシティブとコスト、これはお金と時間ですが、こういう3つの座標軸で考えてみたのです。

そうしますと、エビデンスレベルが高く、しかもテクニックセンシティブやコストが低いという、これが理想の形だと思います。

ただ、保険局の医療課というところで長く経験をしておりまして、しばしばいただくご提案は、エビデンスレベルは低いけれども、テクニックセンシティブは高い、あるいはコストが高いもの、これらが高い技術だというご提案をいただくことがありました。

そうしますと、今申し上げたことを整理しますと、歯科における技術の評価というのは、1つは専門性であり、2つ目はコストであり、一番大きなのは患者の利益だと思います。患者の利益というのは、下に書いてありますが、単に手間がかかるということは高い技術ではなく、安全、低侵襲、優れた機能回復、治療期間の短縮や医療費の軽減。つまりは社会への貢献度と考えます。

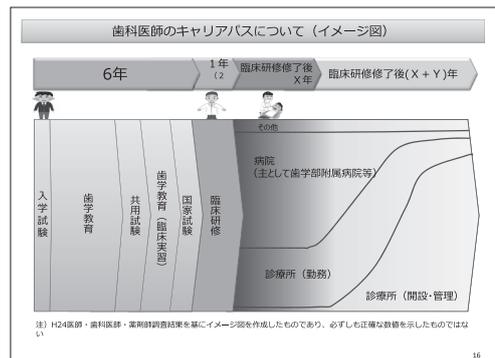
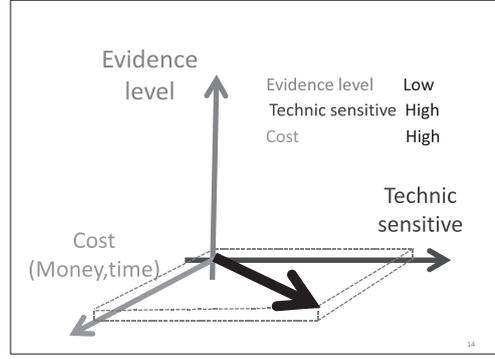
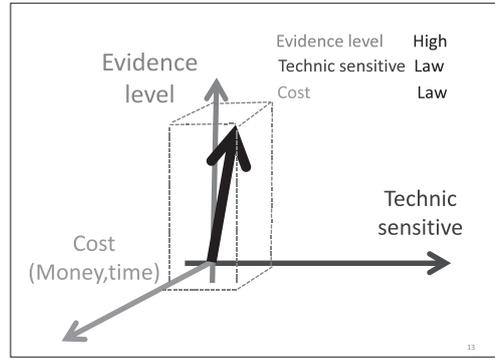
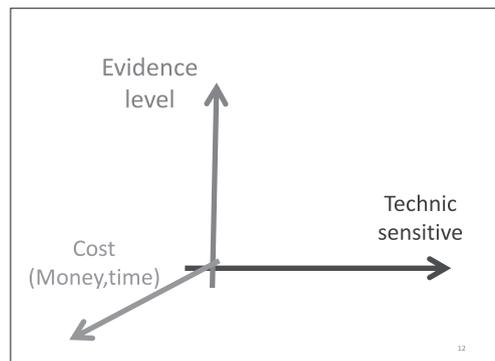


歯科そのものの評価を高めるということは、先ほどの何点か

の図でお示ししたことにも関連しますが、社会への貢献度を歯科医師の側が単にアピールするだけでなく、広く国民の方々がどう評価をしていくかという、突き詰めるとその点になるのではないかと考えておる次第です。

もう1つは、歯科医師のキャリアパスの話です。今まで申し上げたのは、歯科医学歯科医療の話ですが、ここからは歯科医師について何点か、私見も交えてお話ししたいと思います。

これは歯科医師のキャリアパスを模式的に描いたものです。臨床研修の修了までは、ほぼすべての人が横並びですが、そこから先は、ここにあるように大学に残る人もいるし、診療所に勤務する人もいます。ただ、ある程度の年齢になれば、相当数が開業する。かつては、卒後10年ぐらいで開業するというのが、歯科の典型的なモデルだったと思います。ただ、私が申し上げるまでもなく、これほど歯科の診療所の数が増えれば、開業するというのがかなり大きなリスクを伴うものです。



- とにかく、経験を積み、一人前になる。
- 勤務医は、開業までの「腰かけ」
- 大学教員にとっては、大学院進学者が本流



- ◎ 患者の犠牲を前提とするような経験は積めない
- ◎ 勤務医等への福利厚生(**社会保険、有給休暇**)
- ◎ 自助努力を前提としつつも、勤務時間内の研修
- ◎ 約4割が女性であるとの認識
- ◎ 細分化された講座制に魅力を感じない人も多い。
大学院在学中に、昔のように、アルバイトでの生計は困難。

そこで、従来の歯科におけるキャリアパスという表現が適切かどうかわかりませんが、あるいは歯科医師の生き方として当たり前だと思われていたものが、今日では実は否定されているのではないかと思います。例えば一番上にありますが、とにかく経験を積み、一人前になる。勤務医は開業までの腰かけ、大学教員にとっては大学院進学者が本流。本日

ご出席の方々は、大学の先生方が多いと思いますが、私は随分、大学院進学を希望しない若い歯科医師、学生や研修医の方から相談を受けたのですが、そういった方々は大学の先生には絶対相談しないです。もちろん研究者として、あるいは将来は教授を目指したいという方も少なからずいらっしゃると思いますが、必ずしも本流かということ、そうではないというのが私の考えです。

そうすると、まず1点目ですが、患者の犠牲を前提とするような経験は積むことが難しくなっていること。学生さんや研修医の指導で非常にご苦労されていると思いますが、かつては失敗をしながら仕事を覚えるということが当たり前のように行われておりましたが、現在は社会環境そのものが失敗を容認しなくなっております。そういった環境の中で、歯科医師に対するトレーニングを進めていくかというのが、非常に大きな課題だと思っております。

2点目は、勤務医等への福利厚生、社会保険とか、有給休暇。

3点目として、勤務時間内の研修。

4点目が、約4割が女性であるとの認識。

最後に、細分化された講座制に魅力を感じない人も多いということです。

大学院在学中に昔のようにアルバイトでの生計は困難だということです。

それでは、優秀な人材の確保に向けて何が必要かということですが、下の赤の囲みのところだけ簡単に申し上げますと、歯科は技術のウエートが高いというのは、これは否定のしようもない事実だと思いますが、やはり中学生や高校生に知的好奇心を与え得る歯科医療が必要ではないかと思っている次第です。

知的好奇心というのはどういうことかというのが、私の頭の中では2点ございまして、他の分野の最新の科学技術の応用であるということ。

2点目は、さらに進んで、他の分野に汎用性のある技術を提供するということ。

優秀な人材の確保に向けて

歯科医療は、科学・医学と深く関係せず、再現性に乏しい一面
 ・個人の匠としての、技量の依存度が高い
 ・科学的志向の強い人達の向学心には、応えがたい面
 ・無数のセミナー、「神格化」、「傾倒」・・・
 (話題にならない、臨床研修)



- ◎ 優秀な人材の **知的好奇心に応え得る** 歯科医療
 - 他の分野の最新の科学技術の応用
 - 他の分野への **汎用性のある技術の提供**
- ◎ 新たなキャリアパスの構築
 (* 他の分野と、健全かつレベルの高い競争をする意識が必要)

最後に、先ほどのスライドでも申し上げました、新たなキャリアパスの構築が必要であるということです。

この下に括弧書きであります。他の分野と健全かつレベルの高い競争をする意識が必要。歯科の内部だけの評価では、それは広く社会に認められる得る歯科医師、あるいは歯科医療にはつながらないと

というのが、私の考えです。

最後に、いつもこのスライドを使わせていただいているのですが、有能な人材はいつでもどこでも不足しているということです。本来の趣旨から逸脱したかもしれませんが、いずれにしても今申し上げた内容を、先月立ち上げた歯科医師の資質向上検討会で検討する上での背景として、今後、議論を深めていきたいと思っている次第です。以上でございます。(拍手)

質疑応答

○安井座長 4人の先生方からプレゼンテーションをいただきました。これからの「歯学・歯科医療における人材育成」という大きなテーマの中で、特にこれからの歯科医療を支える歯科医師の育成という視点と、いわゆる学部教育と臨床教育、臨床研修といった視点でお話をいただきました。

それぞれ視点が少しずつ違っているところもあるのですが、最初の窪木先生のお話は、今の超高齢社会の中で歯科医師はどのような役割を果たしていくべきかという内容でした。鳥山先生や寺門先生が提示された歯科医療のパラダイムシフトを示す中医協の図はかなりインパクトがあります。これまでのう蝕治療を1つの流れとした歯科医療から、う蝕の軽減化と超高齢社会の出現で、歯科医療の質的な変化が出てくるのではないかということです。それに対して歯学部教育や臨床研修は、今の状況でよいのかという将来展望を示唆する内容でした。これは国の支援事業として展開しているもので、今、岡山大学と東京医科歯科大学が基幹校で実施しているわけですが、そこは超高齢社会における多職種連携が1つキーワードになっているように思います。

しかし、どこまでを医療の目標にして、どのようにステップを踏んでいくかについては、まだ温度差があるので、これからの課題かと考えます。

中島先生からは、生涯研修のお話をさせていただきました。先ほどの窪木先生や文部科学省、厚生労働省の歯学あるいは歯科医療に対する考え方からすると、今後、生涯研修でどのような方向性を見出していかなければいけないかというのは、また新しい命題になっているような気がします。

そういう点で、大学教育そのものは、平成24年の「質的転換」答申でも、正解のない問題に対してできるだけ正解に近い答えを出していく思考過程が重要であると指摘されています。

このような背景も踏まえ、どのような資質を持った歯科医師を育成するかについては大きな課題です。そして、女性の割合も出されておられましたが、今後さらに女性歯科医師の比率が多くなってくると予想されます。歯科医師国家試験との絡みも当然出てくるかなという気もしまして、かなり範囲が広いということです。

ディスカッションタイムが25分から40分ということになっていますので、前置きはこのぐらいにして、これからディスカッションをしていきたいと思えます。

後からフロアの先生方からもご質問を受けたいと思いますが、先ほどまとめた幾つかのキーポイントがあります。鳥山先生のお話の中で、患者の犠牲を払うような実習は難しいと指摘されていますが、一方で参加型の臨床実習、特に自験を推進していくという文部科学省の方向性をどのように解決するのか。また、これまでは附属病院内の研修だけで済んでいた部分が、学外の施設を利用して研修する必要性も生じています。たぶん高齢者に関する施設等に関わっている部分だと思います。

切り口として、最初の歯学教育について、窪木先生が今やっておられる文部科学省の支援事業において、超高齢社会でのこれからの歯科医師育成をどのように考えるかという点についてご意見をまとめていただきたいと思います。

中島先生には、日本歯科医師会として、単に生涯研修を続けていくというテクニカルな部分だけでは済まなくなり、歯科医療の方向性を牽引するような研修内容が重視されるのではないかと思います。今後の展開についてご意見を戴きたいと思います。

寺門課長には、今後歯学部教育と臨床研修との連携については、なかなか難しいところがあると思いますが、歯学部教育を含めて今後の大学教育の質的な転換について、文部科学省はどのような点を重視しているのかについてご意見を戴ければと思います。

鳥山課長には、先ほどポイントを突いたお話を伺いましたが、これを具体化していくには、いろいろ障壁となるものがあるかと思います。今後、課長のビジョンを具体的に展開していくときに、本日、お集まりの皆様方にメッセージを発して戴きたいと思います。少し追加のご発言をお願いします。それからフロアの皆さんとディスカッションをしたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

では、窪木先生。

○窪木 それでは、追加をさせていただこうと思います。

私自身も大学病院で育てていただきました。私は大学病院に育ちまして、一時留学もしましたが、また帰ってきて、大学病院にずっとおります。我々大学病院に所属している教員は、ほとんどが大学病院で育てておりまして、在宅の現場で本当に実経験を積んでいる者は、たぶん1割ぐらいであろうと思います。

そういう現状で、学生に本当の教育を展開する、在宅介護の現場で役に立つ歯科医師として活躍するためには、現状で申し上げますと、臨床教授、臨床准教授、臨床講師の先生方のシステムを利用して、本当に実績のある、実力のある先生方にご協力をいただくのが正しいと思います。ただ教育の経験があまりおありにならないので、その方々のFDを強力にやらせていただいて、外の先生方のお力を頂戴した上で、高齢者医療の現場教育をやっていくことが必要だろうと思います。

それに加えて、私はプレゼンテーションの中でも申し上げたのですが、シミュレーション教育の重要性は、ここで十分述べておかななくてはいけないと思います。患者さんを保護するという面、それからもう1つ重要なのは倫理面であります。介護現場もしくは認知症の方々が暮らしておられる現場は、個人情報に溢れているのです。ここに学生を投入して、本当にちゃんと医療人としての態度をキープしながら、学生が実習を全うできるよ

うにすることは、簡単ではありません。シミュレーターであったり、実際に模擬患者を利用した、十分な予備的な教育なくしては、患者様に大きな弊害が起こる可能性があることを認識しております。これら両面から、今、我々は臨床実習を進めていきたいと思っております。

○安井座長 特にコミュニケーション能力という点では、相手方のコミュニケーション能力が下がっていく中で、どのように克服するかが1つのポイントだと思います。ありがとうございます。

中島先生、お願いいたします。

○中島 今、私以外の3人の先生方のお話を聞いて、今日お話した内容で私の役目を果たせたかなという感じを持っています。中でも非常に印象に残ったのは、鳥山課長が、ふだんの厚労の分科会等々では、こちらが例えば臨床の現場は厳しいとか、患者さんの理解がなかなか得られないという話をしたときに、ああいう場ですと、課長の立場ではなかなか「そうですね」とは言えないのだと思いますが、今日ははっきり、私案としてではあってもそういうことをはっきりおっしゃったということは、非常に大きなことだったのだと思います。

今後、いろいろな面で、そういった患者さんの意見を取り入れながらやっていかなければいけない現状にあって、厚労省でそれだけの見解を出していただいたことは、ある面、今日の開催意図にも合致したものだと私は思っております。

それはさておきまして、私は大学を卒業して10年ほど大学に残りましたので、ある意味、大学の医局人と、後ろ盾を失った状態の一開業医の立場としての感覚を比べますと、自分は何も変わっていないのに、患者さんの目は非常に変わっていると感じたことを思い出します。これはたぶんそういう立場に一旦身を置かないと体得できないことなので、すべての歯科医師の先生方が個人開業するかどうかは別として、今の若い先生方はそういうことを自分で体験する前に、その様な苦難を恐れて、スッと一步を踏み出せないでいる人が多い様に感じます。

そうではなくて、地域医療等々については、大学や病院ではどうしてもできないところもありますので、開業医の役目が重要になっています。これは地域性等々も考えて、いろいろな立場におけるそれぞれの先生方が率先してやっていかないと、国民の健康が守れないことは明白なわけですから、自分のことではないという感性ではなくて、その役割の何分の一かは自分にかかっているのだということを、皆さんに理解していただくのが地域医療を支えていく為には非常に大事なことです。

きょう、生涯研修の話をしました。が、歯科医師会の研修事業のメインは、生涯研修セミナーですので、その中でも平成27年度のテーマは「在宅医療と総合歯科医」という名目で、医療連携のを中心にして、2つのテーマを組みました。

在宅医療についても、なかなか国が進めている施策に対応できる数が増えていかないという現実があるので、そこで壁になっている要因はいろいろあると思いますが、まず第一歩を踏み入れていただくということで、初心者向けのビギナーコースのような講演。

それから、足を踏み入れてはみたもののその後、いろいろな障害にぶつかって積極的になれないだろうということもあって、現場でやっている人が困っているところにどう対応

するか、二次的医療機関との連携等々も含めて、そんな講習を1つのコースに組みました。

もう1つについては、きょうもたくさん出ていますが、医科等々、他業種との連携は必須になってまいりますので、その人たちとの共通言語を持ち、同じ立ち位置で会話ができるようになるとうことです。少なくともわれわれの年代の学生時代にはそういう研修がなかなか受けられなかったもので、ややもすると怖がってなかなか入り込めないということもお聞きしますので、現場で活躍している先生方にはそういったところのエッセンスをもう少し吸収していただいて、そういったことがないようにすること。

それから、先ほど最後に、世界会議にエビデンス集を出しますと言いましたが、地域の中では、連携を図る中で、歯科医にはエビデンスがないということがよく言われているようです。そういったことは、実はエビデンスがたくさんあって、頭の中では理解されているのだけれども、提示するようなところに至っていないということがあるので、あえてエビデンス集をつくって、“水戸黄門の印籠”ではありませんが、「こういったエビデンスがしっかりあります、国が認めたエビデンスです。」ということをしっかり言えるようなものをつくろうということが目論見でしたので、これを論議の支えとしながら、現場で活躍していける歯科医師をたくさんつくろうという努力をしているところです。

○安井座長 ありがとうございます。

老年人口の増加は、自治体によってかなり偏りが出てきまして、2005年から20年間にける増加の6割は6道府県に集中するという予想もあります。日本歯科医師会として地域差を標準化して見ていくかどうかということも考えていかなければいけないと思います。

続いて、寺門課長、よろしくお願ひします。

○寺門 歯学教育の分野については、先ほどご説明したとおりでございますが、フォーカスというのは、提言等々の流れに沿ったところでございますが、私どもとしては検証・評価をより綿密にというか、厳しくというところがございまして、例えば課題解決型事業でも事業の中間評価等が行われなければいけないと思います。その時点で所期の目的が達成されているのか見ていかなければいけないと思います。

また、協力者会議でもフォローアップをしておりまして、来年度には各大学のご協力をいただきながら、実地調査も考えてございまして、そういった中から浮かび上がった課題をもう1回精査して、方向性が合致しているか。

その中で、国として例えば、近年、予算面では基盤的経費等厳しい状況ですが、必要なものについては、予算面についても検討していかなければいけないと思っているところでございます。

○安井座長 ありがとうございます。

それでは、鳥山課長。

○鳥山 私からは2点、追加の発言をさせていただきます。

1点は、先ほどの説明の中で漏れましたが、基礎的な技術の習得というのは、これはもちろん必須です。その上で、1段上、あるいは2段上を目指していただくということ。

もう1つは、先ほどの窪木先生のご発言にも関連しますが、なかなか高齢、あるいは障害をお持ちの方々に歯科治療を提供するというのはハードルが高いですから、歯科医師あるいは歯科大学の学生としてではなく、お年寄りの方と気楽にコミュニケーションするような機会を少しでも持つことが、結局は遠回りのようで一番近道ではないかと感じておるところでございます。

○安井座長 ありがとうございます。

4名のシンポジストの皆さんから追加していただきましたけれども、いかがでしょうか。フロアのほうから、ご質問をお受けします。

はい。なるべく手短にお願いします。

○会場 貴重なご講演をどうもありがとうございました。日本歯科大学新潟生命歯学部 of 渡邊です。インプラント学会でもお世話になっています。

先生方に、卒前教育、それから1年の研修期間以降の教育についてお聞きしたいと思いますが、今、実は大学の研修を終わりますと、開業に勤務される、あるいはそういったものに行かれる方が非常に多いのです。大学に残られる方が非常に少ない。そうしますと、一般開業医に勤務する方が非常に多いのだらうと思います。こういった方の具体的な専門的な技術、資質を上げるための教育は、どこで行うのか、誰が行うのか、そういったところがないと、議論だけあっても、具体例の先が見えてこない。そこについて、もしありましたらお聞かせ願いたいのですが。

○安井座長 鳥山課長。

○鳥山 着席のままで失礼いたします。結論から申し上げますと、妙案は持ち合わせておりません。

ただ、先生の今のご発言は、まさに私どもとしても大きな問題意識を持っておりまして、ややもすると基本的な技術も習熟されていない方が、民間主導の、先生がご専門のインプラントの講習会などにご参加されて、大きなトラブルに発展することがあるということを知っておりますから、そのあたりも私ども行政の一方通行ではなく、ぜひいろいろな先生方のご意見を今後とも拝聴していきたいと考えておる次第でございます。

お答えにならなくて申しわけございません。

○安井座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。はい。

○会場 昭和大学の片岡でございます。大変貴重なご講演、ありがとうございました。

窪木先生にお聞きしたいのですが、先生が取り組まれているように、社会のニーズ、超高齢者化で他職種連携が社会から求められているということで、学部のうちからそういう環境を整えるということでカリキュラムに入れていくべきである。しかも、学生も地域に出して勉強させる。我々もそういう取り組みを今頑張っております。

学生の視点から見ると、従来の歯科としてのスペシャリストの教育もしっかりこなさなければいけないし、他職種連携、共通言語を持った上で、医療人として仲間入りをすることは、かなり膨大な勉強を要するわけですが、ここが今、臨床の現場でそういう理想的な

ところがあちこちにあるわけではなく、転換期ですので、学生もこういう歯科医師になりたいというモチベーションをなかなか持ちづらいと思います。要求はあって、こういうことをやったほうが良いということはわかっても、本気になりにくい状況があるのではないかと思います。先生はそれをどのように取り組まれているか、もしくはお考えをお教えいただきたいと思います。

○窪木 難しい質問で、答えられるかどうかわかりませんが、先ほど鳥山先生がおっしゃったように、歯科は確かにテクニックセンシティブなところがありまして、技術の習得は大変重要なポイントであります。

ただ、今の社会情勢は、どうしても目の前の患者さんが有病者であったり、高齢者であったりして、我々が今まで使ってきたタービンの使い方1つでさえ、テクニックと医療の知識を統合することに迫られています。

そうしますと、学生たちは今どう思っているかといいますと、今までは歯科というのはテクニックを強く重視して来たところがあったため、失われたものを補うという比較的シンプルな思考を獲得すればよかったです。医療の一部を担っているという実感が希薄であったと思います。一方、実習をお医者さんとともに行い、他職種連携の実習をすればするほど、在宅の患者さんと仲良くなって、その人生に共感するようになります。また、超急性期病院で、あす手術をするという方に接して、口腔ケアをして差し上げることによって、医療に本当に貢献できているという実感が増しているように感じます。その結果、歯科医師としてやりがいがあるものすごく高まっていると私は感じています。

今後、歯科医師のやりがいをさらに増すためにも、各大学がぜひ医科歯科連携、もしくは他職種連携を進めていただいて、学生のやる気を増していくべきだ。先生のやられていることは素晴らしいと思っています。

○安井座長 進行プログラム上では、時間が押しておるのですが、質疑応答時間の延長をさせていただき議論を続けさせていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

先ほどお手を挙げた方、どうぞ。

○会場 日本大学歯学部の方と申します。貴重な講演をありがとうございました。

文科省と厚労省の教育の中で、現場の教育をしていく中で、涵養という言葉が私たちにとってすごく難しい表現になってしまっていて、涵養に学生を育てていく、臨床研修医を涵養に育てる。そうすると、未修了というところの概念をどのように考えているかというのを、文部科学省、厚労省、どちらともお話を聞かせていただきたいのですが。

○寺門 その点は、なかなか難しい問題でございますが、特に昨今は大学改革の中でのカリキュラムポリシーということで、単位の実質化ということが言われてございますので、私も一般論としてそこまでですが、それ以上の分については、各大学の取り組みとか、各学会の取り組みなどを踏まえて、それぞれの現場でご判断いただくという点でやっていただきたい。

そういう中で、例えば今、さまざまな医療課題等に応じた課題別の授業をやっていきますので、そういう中で、そういった点についてお話があれば、そういうものをまた参考にし

ていただいて、広く知識を深めていくことが必要かと思っております。お答えになっていないと思いますが、そのように考えてございます。

○鳥山 私からは、臨床研修における——これは先生もよくご存じのように、在庫を抱え込むと次年度以降に大きな負担がかかるという、このあたりは実情そのとおりです。

実は昨年度になりますが、26年3月に、臨床研修の制度一部見直しの提言を行いまして、その中で、各臨床研修施設に必要とする症例数の開示などを今後制度化する方向で、検討しているところです。

当初は、これを臨床研修医のリクワイアメントとして、そのリクワイアメントをクリアしない限りは修了とみなさないというご意見もあったのですが、現状においては、なかなか一気にそこまでいくのは難しいということで、まずは各臨床研修施設で必要とされる症例数を開示するというので、半分ぐらいはそれで前進するのかなと思っています。

ただ、問題意識そのものは、先生が今ご指摘のとおりで、私どももそのあたりは何とかいい方向に進めていきたいという意向だけは持っているところです。

○安井座長 はい、先生どうぞ。

○会場 愛知学院大学、保存学会の千田でございます。

大きなテーマでして、質問をするほうも的を射た質問になっていないのかもしれませんが、昨今といいますか、以前から需給問題がございます。日本歯科医師会でも文科省に対して再々度提言されたところではありますが、需給問題と資質の高い教育をする、あるいは資質の高い歯科医師を増やすということ点です。私からすると、そこに今度は国民のニーズ、あるいは現在の歯科医療、いろいろ構成も変わっております。高齢者に対する医療とか、変わってきております。したがって、そういうところへ歯科医師を配置するということは、すなわち、より多くの優秀な歯科医師を求めているということも、当然これは国民目線からは考えるのではないかと思います。

したがって、需給問題と、資質を高めていくということと、疾病の構造に対応した国民ニーズに応える歯科医療を行っていく。これはかなり相反するところもあるのではないかと思います。大学人としては、今、疲弊をしている状況もあるのではないかと思います。すなわち、そういうものに対して教育投資を高めていっていただかないと、今の大学としては、教育側はこのまま負のスパイラルにいつてしまいますと、人員削減とか、なかなか思ったとおりの教育ができないということになっているのではないかと思います。

なかなかお答えも難しいかと思いますが、特に歯科医師会、あるいは厚労、文科省のほうから何かコメントがあれば、お聞きしたいと思っております。

○中島 昨年、ご提示した数については、特に各私立大学からは、個人的にも、いろいろな場面でも、ご批判を仰いでいるところでございますが、あくまでもあれは数の論理の話であって、実態がなかなかそこに伴っている話ではないということ、1つ弁解をさせていただきたいと思っております。

その背景には、先生がおっしゃいますように、質的担保をどうするかということについては、なかなか数であらわしにくいところがありますし、文章で表現しにくいということ

があります。ただ、それが無視されているということでは全くなくて、先生がおっしゃるように、すべてにおいて断片的には正しいことだと思いますが、それを統合させて表すのがなかなか難しいということだと思います。

これは時間がかかる問題かもしれませんが、その解決策は、歯科医療の領域を広げていくことが一番ではないかと思います。これについては、医療連携がその突破口であったり、行政の立場でいろいろ改革することが突破口であったりということがあると思います。

世界各国のいろいろな状況を見ますと、日本の歯科医師が活躍している分野は、非常に少ないという認識を持っていますので、外国にならえということだけではありませんが、まだまだ活躍の領域は広げられる努力ができるのではないかと思います。それはそれとしてやっていかなければいけないということがありますので、このようなことが回答になるかと思います。

ただ、喫緊の課題であるとか、そういうことについては、状況、状況に合わせて、短期・中期・長期で見ていかなければいけないこともございますので、その中では、身を切る決断をしなければいけないこともあろうかと思っています。この辺については、今後、いろいろ議論させていただきながらと思っています。昔のように学会と歯科医師会、もしくは大学と歯科医師会の中に、多少距離があったところがだいぶ埋められて来ていると私は実感しておりますので、こういう場も通じてご意見をいただきながら、いろいろ模索をしていきたいと思っています。

○鳥山 私から少しだけコメントさせていただきます。今、先生からご提案がありましたように、需給の問題ですと、数の帳尻合わせだけというふうに誤解される向きがあるのですが、私どもは決してそうではなく、仮に何らかの形で数の上で一定程度調整がついたとしても、本来歯科医師として十分な知識や技術をお持ちでない方がいらっしゃる、これは何も問題の解決にはなりませんから、いわゆる数の問題と質の面である。これは両輪として、私どもは先ほど申し上げましたが、検討会のほうでご議論していただきたいと考えておる次第でございます。

○安井座長 ありがとうございます。

では、最後でいいですか。

○会場 日本歯科大学新潟病院の藤井と申します。たぶん日本で最初に登院をした登院生が在宅の現場に行ったのは、僕だと思うのです。つまり、うちの大学は、昭和62年に大学システム化をして訪問診療を始めたのです。ところが、一番失敗だったのは、途中で訪問診療を中断——中断というのは、登院生を連れて行くことを中断したのです。これは安全上の問題とか、いろいろな問題があって中断をしてしまったのですが、その結果何が起きたかという、結果的に、訪問診療が必要だと思う医局員が減ったのです。これが私は一番問題だと思っています。

一番若い医局員が訪問診療の必要性を学生に伝えない限りは、学生も卒後、訪問診療に目を向けない。ところが、卒後に東京に出ると、土日で2万、3万で、何をしているかわからない訪問診療、いわゆる悪い訪問診療のバイト先に下がる。そうすると、〈何だ、こん

な簡単に稼げるんだ」というふうになってしまうのです。

そこが一番問題だと思いますし、ずっと議論の中で出てくるように、訪問診療というのは、やはり40、50代にならないと、本当のいい訪問診療医にはなれないと思っています。

その辺を全大学が挙げて、今、一生懸命——今になって初めて訪問診療をやれという方向になっていますが、若い医局員たちが訪問診療の必要性を見ない限りは、学生は育たないと思っています。意見でした。

○安井座長 ありがとうございます。

当然、いろいろ新しい分野が出てくるのですね。ご指摘のような軋轢はいろいろあると思いますが、基本的には歯科医師は、高齢者だけを診るわけではありません。ライフステージ、すべての段階でベストを求めていかなければいけないという基本的なことは変わらないと思います。乳幼児期から高齢者在宅まで、すべての段階でレベルアップを図っていくことが基本的には重要だと思っています。

人口構成を見ていると、これからは全員、高齢者のほうに行かなければいけないような雰囲気づくりを、あまり強調すると、全体のバランスもおかしくなってしまう可能性もあるので、その辺を踏まえながら、今後、歯学あるいは歯科医療についてのディスカッションをやっていかなければいけないと思います。

最後に、佐々木先生、まとめをお願いします。

○佐々木座長 皆さん、本当にありがとうございます。また、ご講演いただきました先生方、ありがとうございました。

本日のこのテーマは、非常に大きなテーマでして、これを皆さんでお話ししていたのだなというのを改めて実感しました。我々立案するほうからして、もう少し分けてやったほうがよかったのかなとも思っております。

超高齢社会のまさに真ただ中に入ってきて、私たちが何をやったらいいのか。これは歯科だけではなくて、他領域でも同じだと思いますが、私たちが今早急につくるべきは、歯科医療モデルはどのようなふうにあるべきなのか、あるいは教育を行っていく上では、先ほど片岡先生からのご質問にあったように、ロールモデルがないわけです。我々がロールモデルになるには年をとり過ぎているから（笑）、そういうものをみんなで一生懸命考えていって、初めてその上に教育のシステムとか何かが明確に見えてくるだろうと。ただ、それも1個1個やっていたのでは、到底間に合わないというのが、今、まさに我々が迎えている状況だと思います。

そうすると、これだけのいろいろな分野の方々がみんな集まって話をしない限りは、やはり解決しないということも、改めて感じました。

本日このような機会を持てたというのは、歯科全体においてよかったのではないかと思いますし、先ほど中島先生からもありましたように、最近、大学、学会、歯科医師会、すべての歯科の中の方々が同じテーマに向かって、1つの方向性に向かって、やっと歩み始めてきたのかなと思います。我々の力を結集して、早めに明確な、いろいろ明るい未来を、若い学生たちに提示できるように頑張っていきたいと思いました。

本日は、本当にありがとうございました。(拍手)

○司会(朝田副理事長) 講演者の皆さんに、再度大きな拍手をお願いします。どうもありがとうございました。(拍手)

何か終わったような雰囲気ですが、そうではないのです。これで前半が終わりまして、これから大学院教育、専門医教育という非常に重要なパートに移りますので、5分ほどトイレタイムにします。1階にしかありませんので、ちょっと早足でトイレに行っていて、戻ってきていただけますでしょうか。よろしくお願いいたします。

「歯学における大学院教育・専門医教育のあり方」

○木村座長 そろそろ皆さんお戻りになりそうですから、始めたいと思います。弘前大学の木村です。

先ほど佐々木啓一先生が、私のような年寄りがと言われてびっくりしたのですが、先生は若いです。私は10年後に後期高齢者に入る団塊世代のラストランナーです。きょう、鳥山課長から人口の話がありましたが、小学校の頃は人口ピラミッドと習ったのですが、途中でこけしになって、最後は何かわからないような格好になる2050年問題、等々がありまして、それを踏まえてお話をしていくということです。

さっき手を挙げかけたのは、今回のテーマがこれからの歯科に関する日本人の育成、若い人をどう育てるかということがメインであろうということです、第2部のほうに入りたいと思います。

この第2部のタイトルは「歯学における大学院教育・専門医教育のあり方」ということで、初めに丹沢秀樹先生にお話を20分いただきまして、その次に徳島大学の永田先生に20分ということで、なるべく全体討論の時間を持ちたいと思います。

丹沢先生の本日のご講演の抄録とご経歴はご紹介するまでもないでしょうから、9ページ、10ページをご覧ください。

では、よろしくお願いいたします。

「歯学における大学院教育・専門医教育のあり方」

特定非営利活動法人日本口腔科学会理事長 丹沢秀樹

○丹沢 このような機会を与えていただきありがとうございました。今日は、人によっては耳の痛い話とか、あんな見方をしている人がいるのかというご批判をいただくような内容も含めてお話をします、ご容赦いただきたいと思います。私がこのような観点から見る理由というのは、履歴にも関係があります。私は、医学部を卒業する際、前任教授から「医学でも治せない、歯学だけでも治せない人たちがいるので、一緒に面倒を見ましょう」と言われて、本気になってこの世界に入った者です。このような経験から、皆さんと

歯学における
大学院教育・専門医教育のあり方

NPO法人 日本口腔科学会
丹沢 秀樹

は少し異なった見方をしているのではないかと思います。

大学院教育と専門医教育の話をする前に、前提条件をチェックする必要があります。

日本が利便性や効率性を追求し過ぎて、大量の物資の生産主義で、都会に労働力を集めるために、田舎から金の卵などと称して中学生や高校生を集めたりしました。その結果として、核家族化が非常に進んでしまいました。今、日本で起きている様々な問題は、大家族制度だったらほとんど問題にならなかったものである。例えば待機児童の問題もありません。同様に、家庭で人が死ぬのは普通のことで、2025年に30万人も40万人もの老人が施設で死ねないとか、介護で看取れないというような今日問題になっている課題で厚生労働省が頭を悩ます必要はなく、家で死ぬことは普通のことだったはずです。私は昭和30年生まれなので、金持ちの家に行っても、裸電球の上には陶器の皿がくっついていてという時代に育ったものですから、今日の状況を奇異に感じるのです。今日の生活様式が必ずしも理想ではないことは疾患に関しても言えます。清潔な生活ばかりしているものですから、アレルギー性疾患が増えるわけです。汚いところで育てば、多いといっても無限ではない免疫担当細胞が細菌に対応するために使われてしまうので、やたらにアレルギーにはならないで済んだのです。昔のような適度に不潔な環境に幼少時に暴露されていれば良かったのにと考えるわけです。非常に偏った解釈だとお笑い下さい。

初等教育、中等教育に関してですが、私の女房は実は千葉大学の教育学部卒業です。女房の友達の話を目にすると、今、大きな問題が起こっているようです。児童が少ないものですから、クラス編成とか、中学の専門教育などにも大きな影響が起きているようなのです。中学は本来は専門教育の場ですが、学校に配属される教員数は生徒数で決まるため、生徒数の少ない学校には少人数の先生しか配属されません。このため、例えば、本来数学を教えるのは数学の専門の先生が教えるべきところを、他の教科が専門の先生が数学を教えているようなことさえ起きているようです。英語が嫌いな人が英語を教えているというようなことが起きているとのこと。このような環境では、学問のすばらしさとか、将来に対する夢とかを子供たちが抱くことができません。江戸時代にキリスト教が入ってきた際に何ですぐに日本人が受け入れたかということ、音楽があつたり、異なった文化や環境が素敵だったのではないかと思います。図書室とか、図書館が、壁はチーク材などの素晴らしい内張りで、すごく綺麗な机があつて、子供達が「ここで本を読みたい」と思うような環境を作ることが、教育には必要だと思います。このことは大学院教育でも、専門医教育でも同じだと考えます。

大学院教育・専門医教育の前提条件の崩壊①

利便性・功利性の追求と個人主義の蔓延

家庭:

生活様式の変化(核家族化、衛生環境変化等)

人間性や生活力の低下

免疫力の低下、喘息などアレルギー疾患の増加

要求ばかり多く、自利心・自効努力・自己犠牲の不足

自己中心的、自己中毒的人格の形成

初等・中等教育:

少子化、教員配置のひずみ

専門教育に障害

基礎学力や教養形成を軽視し、結果のみを追求するゆがみ

自主的判斷⇔基礎教養の形成期不在

(例・外国における外国語学教育、ピアニスト養成課程)

受験至上主義・予備校化

⇒修了義務がある科目の未習問題

それから問題となるのは、今日の教育の傾向が、基礎学力とか教養形成を軽視して、結果のみを追求しているということです。例えば自主的判断を求めるといえるものです。驚いたのですが、私の子どもたちが小学生だった時も、中学生だった時も、運動会へ行くと、子どもたちが運営をしているのは良いのですが、何だかよくわからない運営を勝手にやっているのです。社会的にはけじめのつかない、挨拶もきちりできていない、そんな運営を教員はにこにこしながら見ているだけだったのです。私は思うのですが、小中高とか、大学の教養課程ぐらいまでは、自主的判断をするための基礎教養の形成時期なのです。だから、詰め込むだけ詰め込まなければいけないと思います。私は、ある人から、詰め込み教育を肯定しているという、攻撃されることもあります。今日は勝手な私見を述べていますので、ご容赦ください。ピアニストの養成課程をみればわかりますが、小さいときは、ムチを使ってでも基礎的な技術を教えて、基礎が身について初めて、成人してから心情の反映された素晴らしい演奏ができるわけです。これは実は職業教育である専門医教育においても同じです。基礎はきちりと教えなければいけない。外国語教育も、最近は文法を教えないというので驚いたのです。私は留学中に、アメリカの小学校の見学に行ったときに、1年生からヨーロッパの言語の1つを選択するのですが、その際に最初にやるのは文法、文法です。文法のない語学教育というのは、兄弟言語であってもあり得ないと言われました。実際に留学して感じたのは、英語を間違っても良いのですが、修正できないとすぐ馬鹿にされる。スペルミスでも、文法ミスでも、すぐ馬鹿にされてしまいます。今の日本人が、外国でちょっとした商談はできるかもしれませんが、尊敬される人間になれるのかどうか疑問に思います。バーバリアンという言葉は、言葉の汚い人ということだったはず。野蛮人として扱われなければいけないような教育をしているのではないのでしょうか？

次に、一番の問題点を指摘します。修了義務のある科目の未修問題というのが大変な問題を起こしています。最近、多くの大学の医学部の教官の間で話題になるのは、驚かされるような学生が入学してくるということです。勉強の仕方も知らない方もいます。あるいは、例えば、組織学の実習の時に、核が細胞にあるというのを知らない学生もいます。生物だけではなく、物理でも、化学でも同様なことが起きています。センター試験では生物Ⅰ、物理Ⅰ、化学Ⅰしか範囲に入らなくて、Ⅱが入っていないために、生物も物理も化学も良く知らないのです。“やってきました顔”で入学してくるわけです。非常に困ります。

本来、高校の修了要件に入っているはずなのです。ところが、それを卒業生として容認しているのです。これ以上は言いませんが、あまりにも迎合主義、追認主義ではないかと感じているわけです。私は非常に憤慨しているのです。若いときに、物理なら物理、数学なら数学、英語なら英語をやっていないと、時期を過ぎてしまうと、どんなに素養があった人でも、潜在的な能力があっても、人間は時期を過ぎたら才能は開花しませんから。日本は恐らく将来、ノーベル賞とか出ない国になると思います。

大学教育の問題もあるのです。歯学教育というのは、臨床実習を以前のようにしっかりやれば、補綴・保存とかちょっとした外科については、完成された教育だと思います。職

業教育として、あれ以上のやり方はないと思っています。医学部の教育と比較すると、うらやましい限りの教育を自分が昔受けたと思っています。あれ以上の実践・完成教育は

大学院教育・専門医教育の前提条件の崩壊②
高等教育
利便性・功利性の追求と個人主義の蔓延
一般的問題:
教養教育の不足(=高等教育の基礎の不在)
大学における学習内容のレベル低下
大学で習得した知識・技能は実社会で通用するの?
⇒社会のマニュアル化
本当の人間性・教養に満ちた社会生活とは?
(例:観光立国⇔ホテルのチェックイン時刻)
専門職育成大学の問題:
高等教育の不在
⇒国家試験不合格者は大学卒業、修士修了者?
国家試験至上主義
⇒実習不足、医療・倫理制度や社会的意義の無理解、
不十分な検証に基づく非科学的な内容
(例:evidence精度管理の無いEvidence based Medicine)

ありません。しかし、最近では、歯学部を出て国家試験にも合格できなかった人が多数出ています。その人達は本当に大学の卒業生として、社会から見做されているのでしょうか?言い方を変えると、大学の卒業生としての教養や能力を持つことができたのでしょうか?国家試験不合格者は大学卒業生として企業などに就職できるのでしょうか?私はこの点に関

しては、歯学教育に社会的な責任があると思います。大正7年に大学令が出て、医学専門学校が順次大学になったのですが、歯学専門学校は専門学校のまま、昭和22年の教育基本法発令まで放置されたことを思い出してしまいます。職業訓練校でいいのかというところを、この歴史からも、もう一度考える必要があると思います。全人的歯学教育とか、医療教育という言葉が出てきているわけですが、その点をもう少し重視すべきではないかと考えます。

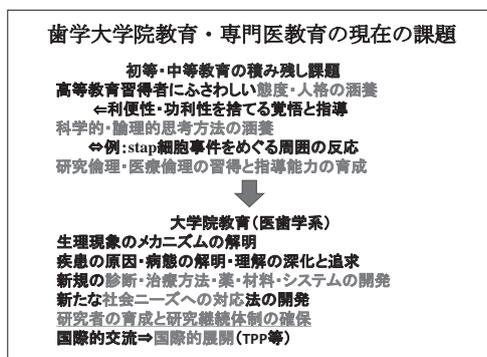
それから、社会がマニュアル化しているのも問題です。例えば、“おもてなし”という言葉が最近よく言われますが、ホテルへたどり着いた時に、みんな疲れているとします。「部屋へ早く入りたいけれども、チェックイン時間前ですけど何とかありませんか?」と訊くと「ダメです」と言われるのです。「部屋が無いのですか?」に対して「いいえ、部屋は空いています」と言われたり、「片づいていないのですか?」と訊くと「片づいています。でも、チェックイン時刻になっていませんから、入れません」と言われたことは皆さんもあると思います。こういうのは、“おもてなし”でも何でもありません。ただのマニュアルです。判断の基準が、思いやりではなく、マニュアルなのです。医療面接などを教える教材などを見ると同じように想われ、淋しく思うことがあります。本質を認識できるような教育をするべきではないかと思えます。そうすれば、自然と歯科技術も、卒業してからでも上手になると思えます。

それから、医学教育学会とか、歯学教育学会の方達と話をしていて、残念に思うことがあります。建前の話が多いのです。その結果、非科学的な不十分な“科学的教育”をすることです。例えば、“Evidence-based Medicine”の教え方です。科学的な証拠に基づいた医療を行わなければいけないと言うわけですが、エビデンスの精度管理という必須条件を教えていないのです。癌の治療におけるPET検査を考えてみましょう。PET検査において、検査で集積が指摘された部位が癌である確率、すなわち、真性陽性率は約96%です。非常に良い検査です。ところが、真性陰性率、すなわち、PET検査で集積が無い部分が癌ではない確率は56%程度しかありません。ですから、集積が無いということを根拠に、そこには癌が無いということとはできないのです。しかも、PET検査が有効であるのは、直径約6~8mm以上の物ですので、小さな物で集積が無い場合に、その部分を含めて手術をしないで良いと単純に考えることは間違いなのです。この話を 私はよく医学部の学生にいた

します。皆、びっくりしたような顔をします（あるいは、「とんでもない、ひどい教師だ」と思っているのかもしれませんが）。私はいつも言うのです、「エビデンス精度管理をなさい」、「どういうことに基づいてやっているのか、いつも考えなさい」と。さらに、医学部の学生には、「本当のエビデンスは、経験のある手術をする執刀者の勘だよ」と言っています。まあ、単なる私見だと思って聞いてください。

以上をまとめると、現在の課題としては、初等・中等教育の積み残し課題だけでなく、高等教育修得者にふさわしい態度や人格の涵養が大事だと思います。マニュアル化ではなくてです！これが大事だと思います。

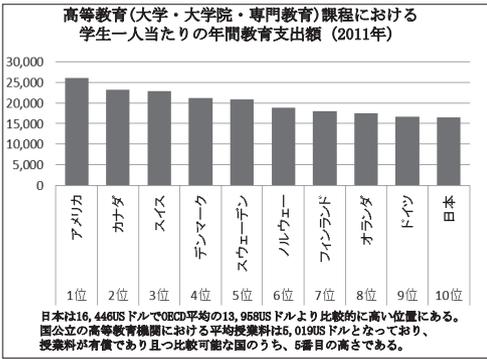
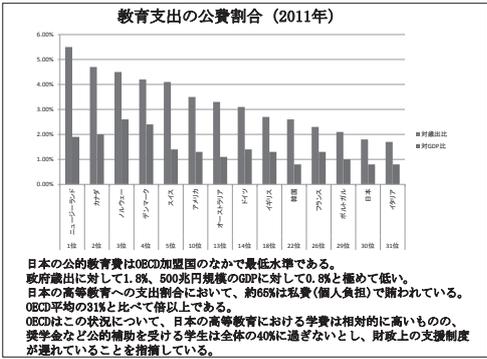
それから、科学的な思考、論理的思考方法の涵養が大事です。スタップ細胞に関しては、私は最初、信じたのです。例えば、皮膚が欠損した部分に瘢痕ができて、さらに上皮化して治癒します。この経験からも、スタップ細胞現象は“創傷治癒”と思ったのです。ところが、次々におかしな話が出てきた時に、まだ期待する人たちがいて、ズルズル話を引っ張りました。論理学では、“真”だという場合には、1つでも“偽”があってははいけません。論理はその上に積み重ねられていくのです。1つでも“偽”があってはすべて“偽”なのです。そういうことを中学、高校の数学で習ったはずですが。残念ながら、この社会は、一番大事な論理的な考え方が身につけていない人で溢れていると思ったのです。このことは研究倫理とか、医療倫理を修得するという以上に大切なことです。さらに、指導能力の育成をしないとイケない。人事管理や心理学も必要なのです。医療においては、医師・歯科医師は、たとえ小さなグループであっても、その指導者です。指揮官ですから、これは絶対的に必要な要素です。こういう教育があまりにも行われていないと思います。



そこで、大学院教育については、最近では座学が必要だとか、講義をしろという指導が上からきます。確かに講義をしなければいけない部分もありますが、大学院というのは、高校とか大学とは違って、自ら研究して道を拓いていくことを実践しながら覚えていく場所ですので、どうしても自ら研究をしなければだめです。それは臨床研究であっても、基礎研究であってもどちらでも良いのですが、生理現象、ならびに疾患の原因や病態に関する解明や理解の深化と追求を実践する必要があるのです。さらに、今、非常に重要視されているのは、社会ニーズへの対応法の開発です。このことを通して、研究者の育成と日本の研究継続体制の確保をしなければ三流国になってしまいます。さらに現在、日本でいわれている国際化というのは、国際的交流です。外人と会って話ができるとか、学会で話ができるとか、契約書が結べるというような話でしかないと思います。そうではなくて、日本から東南アジアとか、あるいはハワイとかへ行って、大きな成功をするなどという夢の実現に向かっての大きなチャンスも、今後のT P Pの成り行きによってはあると思いますので、国際的展開をする能力をつけることもすごく大事だと思います。

経済・社会的背景から医療と教育を考えてみましょう。

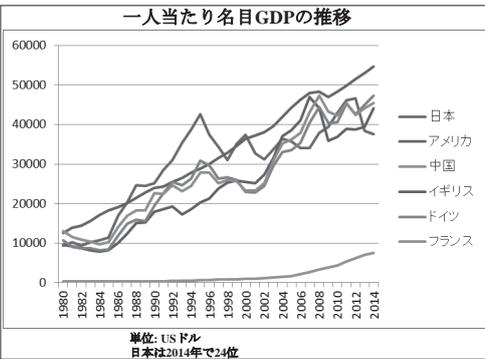
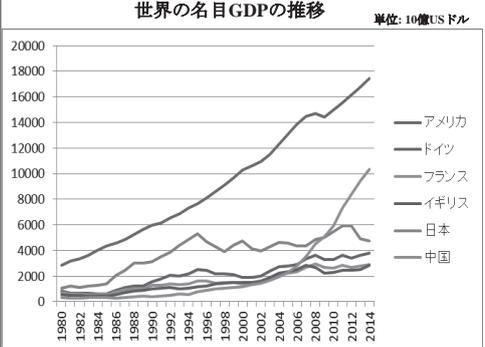
統計でみる 経済・社会的背景・課題



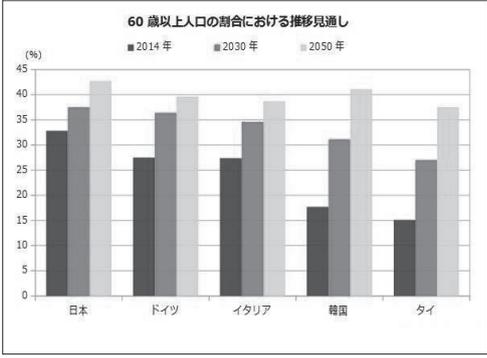
日本は、ざっくばらんにOECD加盟国の中で、教育にかかる経費が10番目に高い国で、ドイツとほとんど同じです。この点は良いのですが、残念ですが教育経費における公費割合がものすごく悪くて、10位です。私は、ドイツ、イギリスという国をこれから意識していくべきではないかと思えます。もっと教育に公的支援を行うべきです。

また、名目GDPはアメリカがどんどん伸びていくのに、日本は真ん中の青い線で頭打ちになってしまっ

ています。失われた20年です。中国はどんどん伸びていて、やがてGDPがアメリカを超えるのは時間の問題です。実はGDPというのは、〈1人当たり名目GDP〉×〈人口〉です。イギリスやドイツはGDPが日本よりも低いのですが、人口が半分しかないので、一人当たりのGDPは日本よりドイツやイギリスの方が多くなります。この1人当たりのGDPが最も大事で、これから日本は5,000万人とか、3,000万人ぐらいに縮小してしまうかもしれませんが、1人当たりのGDPが伸びている限り、国民は不幸ではないのです。医療を守るためにも1人当たりGDPが大切です。



人口ピラミッドの構成を見ると、100年後ぐらいになると、今のままでは日本の人口は3,000万人ぐらいになってしまうわけです。解決法は簡単です。子供がたくさん生まれれば良いのです。ところが、今の日本の社会は、年寄りにばかりお金をかけていて、若い人達に投資をして



いないのです。例えば、健康保険の掛け金を労働者が支払っていますが、その過半は老人のために使われているのです。私も今年還暦で、年寄りになるのですが、はっきり言って、もう年寄りにお金をかけるのをやめて若い人達の育成に集中的に投資しなければ、日本の将来は無いと本気で思っています。

例えば、育児手当は、日本は賃金の1.6%ぐらい

しかないです。しかも、6歳ぐらいいまでしかないので。イギリスとか、ドイツは、3.5%から5%ぐらいですから、4人子どもを作れば、実質賃金の20%ですから、親は働かなくても食うだけにはできるだけの育児手当を出しているのです。そのくらい出してくれるといたら、私は6人ぐらいい子どもを作ったかなと思うのですが、自分の給料よりも良くなってしまいかもかもしれません。

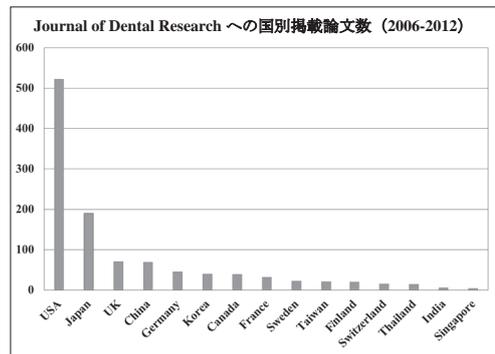
しかも、6歳ではなくて、16歳とか、18歳ぐらいいまで支給するというのは、先進国では当たり前のことです。そのくらい少子化に対して金を使っているし、教育にも金を使っている。そういうことが忘れられている日本です。老人はどうでもいいのですよ、本当に。こんなに大事にされている国はないと思います。

順位	国名	地域	スコア	60歳以上人口の割合
1位	ノルウェー	ヨーロッパ	93.4	21.8%
2位	スウェーデン	ヨーロッパ	88.3	25.6%
3位	スイス	ヨーロッパ	87.9	23.6%
4位	カナダ	北米	87.5	21.7%
5位	ドイツ	ヨーロッパ	86.3	27.5%
8位	アメリカ	北米	83.5	20.1%
9位	日本	アジア	82.6	32.8%
11位	イギリス	ヨーロッパ	80.1	23.3%
13位	オーストラリア	オセアニア	76.1	20.1%
36位	タイ	アジア	56.3	15.1%
39位	イタリア	ヨーロッパ	53.9	27.4%
48位	中国	アジア	51.5	14.4%
50位	韓国	アジア	50.4	17.7%
58位	ブラジル	中南米	46.3	11.5%
69位	インド	アジア	39.0	8.5%

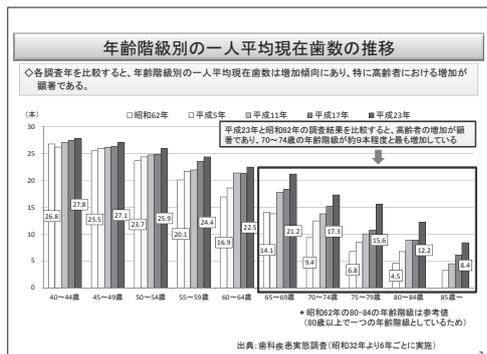
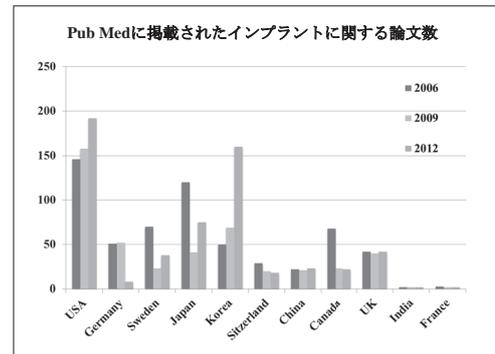
年寄りによる若者からの搾取としか思えないほどの現在の状態では、結婚も出産・育児もしてもらえない、こんな社会が本当にいいのかどうかを考えてみましょう。高齢者の住みやすい国ランキングというので、ヘルプエイジ・グローバルエイジ・ウォッチング・インデックスというのがあるって、日本は9位ですが、注意すべきなのは、60歳以上人口がこ

の中で最も多いのです。最も多くて、非常に住みやすいところということで、老人がいい思いをしているのです。その分、若い人が苦しんでいるのです。というのは、パイは限られていますから。老人が良ければ、若い人が苦しむのです。年寄りに考えてもらわなければ、自覚を持った民主主義でないと、成り立たないのです。

これは学会会議で出した報告からの引用です。Journal of Dental Researchの国別掲載論文数というのが、少ないながらもイギリスやドイツよりも多く、第2位になっています。歯学の研究はそれなりに盛んに行われているということです。



これはインプラントに関する論文で、出典は同じです。日本は、結局、産業につながるような応用技術の分野が少ないということがわかってきます。ピ



ンクの部分が一番大事なところでは、ここからは厚生労働省の中医協資料です。今、社会的にどうということが望まれているのか、社会的ニーズは何だということを考えた時に、老人の問題がと

ても大きくなってきています。大事なのは、増えているのは在宅医療で、保存や補綴そのものはすごく

減ってきています。ですから、歯科医のアイデンティティを考えると、補綴・保存処置とか、歯周処置は絶対にできなければいけないけれども、現在、社会から望まれている歯科医療に対する需要は、保存・補綴そのものだけでは半分しか満たせないわけです。

口腔微生物の全身への影響がよくいわれています。このスライドでは主だった論文を示しますが、大した論文はありません。世界的に通用するしっかりした研究成果ではありません。残念ですが、これが歯科の今日の研究の現状です。ここを詰めていくのが大学院教育、あるいは大学の役目だと思います。

口腔から全身への悪影響

- 口腔: 約500~800種類にのぼる細菌が棲息
- プラーク(歯垢): 1g当たり約10¹¹個の細菌

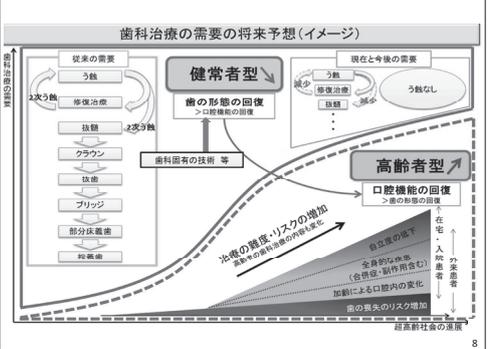
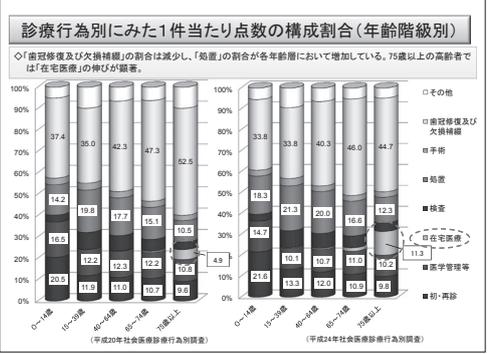
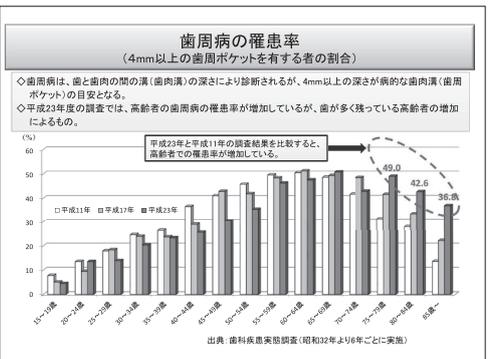
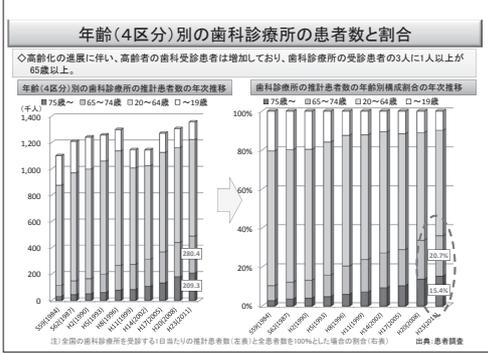
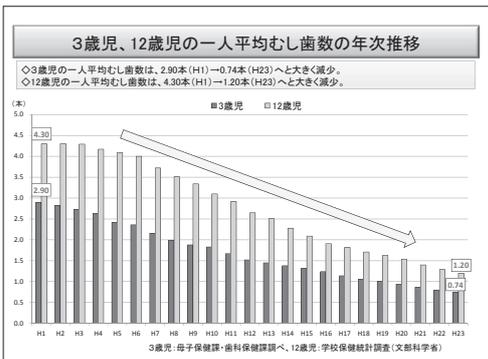
口腔微生物が全身に与える影響

- 歯垢細菌**
脳梗塞、冠動脈性心疾患、細菌性心内膜炎
- 歯周病原細菌**
早産や低体重児出産等の妊娠トラブル
- 唾液中の細菌**
嚥下反射や咳反射の低下した高齢者の誤嚥性肺炎

口腔微生物の全身への影響

病名	報告
脳梗塞	口腔細菌と脳梗塞の関連性に関する研究は、歯周病と脳梗塞の関連性を示唆している。口腔細菌が血流に乗って脳に到達し、血管炎を引き起こす可能性がある。参考文献: Journal of Periodontology, 2009; 80(12): 1853-1860.
冠動脈性心疾患	歯周病と冠動脈性心疾患の関連性は、歯周病が冠動脈の炎症を引き起こし、動脈硬化を促進する可能性がある。参考文献: Journal of Periodontology, 2009; 80(12): 1853-1860.
細菌性心内膜炎	歯周病と細菌性心内膜炎の関連性は、歯周病が心臓に細菌を運ぶ可能性がある。参考文献: Journal of Periodontology, 2009; 80(12): 1853-1860.
誤嚥性肺炎	高齢者の歯周病と誤嚥性肺炎の関連性は、歯周病が嚥下反射を低下させる可能性がある。参考文献: Journal of Periodontology, 2009; 80(12): 1853-1860.
妊娠トラブル	歯周病と早産や低体重児出産の関連性は、歯周病が炎症を引き起こし、胎児に影響を与える可能性がある。参考文献: Journal of Periodontology, 2009; 80(12): 1853-1860.
その他	口腔細菌は、関節炎、糖尿病、慢性腎臓病、認知症など、さまざまな全身疾患と関連している可能性がある。参考文献: Journal of Periodontology, 2009; 80(12): 1853-1860.

千葉大学には、私が文部省選定事業「がんプロフェッショナル養成プラン」の責任者だった時に、大学病院の生涯研修プログラムに、「歯科医のための臨床腫瘍学研修プログラム」というのを作りました。このプログラムでは、口腔癌だけでなく、複数の他臓器癌(例: 脳腫瘍、頭頸部腫瘍、肺癌、乳癌、肝臓癌、食道癌、



た論文はありません。世界的に通用するしっかりした研究成果ではありません。残念ですが、これが歯科の今日の研究の現状です。ここを詰めていくのが大学院教育、あるいは大学の役目だと思います。

次に、全身がわかる歯科医師の育成にかかる誤解についてです。全身がわかる医師自体が、医学部を出ただけではできません。On the job trainingが必要なのです。私もはそのために、医学部、総合病院の活用を皆さんにご提案します。これが本日の私のお話の一番大事なところですよ。

千葉大学には、私が文部省選定事業「がんプロフェッショナル養成プラン」の責任者だった時に、大学病院の生涯研修プログラムに、「歯科医のための臨床腫瘍学研修プログラム」というのを作りました。このプログラムでは、口腔癌だけでなく、複数の他臓器癌(例: 脳腫瘍、頭頸部腫瘍、肺癌、乳癌、肝臓癌、食道癌、

「全身がわかる歯科医師の育成」にかかわる誤解

胃癌などなど)の経験ができます。医科の先生たちも一生懸命協力して作ってくれたのです。ところが、どなたも来ないのです。実は、歯科医が勤務を休んで研修に来なければならないなどといった障害があり、サポートプログラムが無いと実際に研修に来れなかったのです。日本社会として、サポートしてくれるシステムの確立を望んでいます。大学がいくら努力しても、また、教育システムをつくっても、社会としてのコンセンサスが得られて制度整備が進まない、実現できないのだということを実感しました。私どものとても重要な経験だと思います。

これで終わりにいたします。どうもありがとうございました。(拍手)

○木村座長 すみません。先生の話は面白くて、ずっと聞いていたのですが、時間ですので。中医協の先生に、早くやめなさいと言ったのは、僕くらいかもしれない。

医学部・医科総合病院の活用例

千葉大学生涯研修プログラム(研修登録医)制度
 歯科医のための臨床腫瘍学研修プログラム
 プログラム名:がん専門医に必要な総合的な医療の習得

対象:
 既に口腔がんの治療経験を有する歯科医、歯科口腔外科専門医を対象とする

目標:

- 1) 口腔領域・頭頸部は勿論のこと、他領域を含め、広く臨床腫瘍学を体系的に研修する
- 2) 専門的ながん薬物療法の知識を習得し、実践を体験する
- 3) がんの手術療法を含めた集学的治療法など最新のがん治療法の知識を習得し経験する
- 4) 緩和ケア、がん看護、がんチーム医療などの知識を取得し経験する
- 5) がん治療における口腔ケアの知識を習得し、実践する

方針:

- 1) 期間・研修開始時期: 6か月間・任意に設定できる
- 2) 指導医: 丹沢 秀樹(歯科・顎・口腔外科科長、教授)、滝口 裕一(臨床腫瘍部部長、教授)、柳田 恵美子(臨床腫瘍部、助教)、他
- 3) 募集定員: 同時に5名まで

4) 研修内容・スケジュール

①カリキュラムは、「NPO法人日本臨床腫瘍学会 臨床腫瘍学コアカリキュラム (Recommendation for a Global Core Curriculum in Medical Oncology by ESMO/ASCO task force on global curriculum in medical oncologyに基づく)」に準拠している

②本研修プログラムにおける、診療領域の定義は以下の通りとする

必須診療領域: 呼吸器領域、口腔・頭頸部領域、消化器領域(消化管、肝・胆・脾を含む)、乳腺・甲状腺領域、婦人科領域、緩和ケア領域

選択診療領域: 造血器領域、泌尿器領域、脳神経領域、皮膚領域、小児領域、骨・軟部領域、性腺外胚細胞腫瘍、原発不明がん

③研修内容

- ・基礎科学: 研修期間を通じ、文献読解、抄読会、セミナー、各種専門学会および教育セミナーへの出席・討論等を通じ、自己研修を中心に研修する
- ・悪性疾患の管理、治療の原則: 研修期間を通じ、実際の診療を通じて習得する。この中で、緩和ケアに関する項目については、臨床腫瘍部病棟カンファレンスを中心に研修する
- ・悪性疾患の管理、治療の原則: 患者教育: 研修期間を通じ、実際の診療を通じて習得する
- ・生命倫理、法的・経済的問題: 研修期間を通じ、実際の診療を通じて習得する
- ・技術: 研修期間を通じ、実際の診療を通じて習得する
- ・各種がんの管理、治療に関する研修: 研修期間中、臨床腫瘍部病棟において入院患者の管理・治療を研修し、通院治療において外来化学療法を研修する。

「岐路に立つ歯学系大学院教育」

特定非営利活動法人日本歯周病学会理事長 永田俊彦

○木村座長 続きまして、徳島大学の永田先生には、今度こそ大学院生をどれだけ増やせるかというお話をいただきたいと思います。よろしくお祈りします。

できるだけ総合討論の時間をとるようにといわれていますので、頑張ります。

永田先生の現職、学歴・職歴等については、抄録集にございますので、ご覧いただきたいと思います。

○永田 私からは、大学院教育の実態に関して、今回実施したアンケート結果を示しながら発表致します。

世界に飛躍できる歯学研究者を育成することは、グローバル社会における大学の使命として重要な一課題であることから、大学院教育の一層の充実が望まれます。しかしながら、これまで歯学部教育に関

しては大半は学部教育や臨床実習について議論されてきました。大学院教育に関する課題については、現在まで公式な場で議論されていないように思われます。文科省では、大学院教育の実質化が唱えられていますので、なおさら検討が必要です。

全国の歯学部、歯科大学の大学院の現状については、平成25年度の文科省のデータが

日本歯学系学会協議会公開シンポジウム
平成27年2月7日(土)

「これからの歯学・歯科医療における人材育成」
歯学における大学院教育・専門医教育のあり方

岐路に立つ歯学系大学院教育

特定非営利活動法人日本歯周病学会理事長
徳島大学大学院iHBS研究部歯周歯肉歯内治療学分野

永田俊彦

ありましたので、最初にそれを提示して、引き続き、今回の歯学協で調査したデータの分析結果を提示することによって、これから課題を明確化したいと思います。今後、この資料を大学院改革の検討の際の一助としてもらいたいというところが、本日の発表目的です。

歯学部・歯科大学の大学院博士課程の概要 (文科省ホームページより抜粋・H25年5月・医学教育課調べ)				
(青字は統合研究科全体での数値)				
国公立大学	研究科等名	専攻名	学位の名称	入学定員 H25年度充足率
北海道大学	歯学研究科	口腔医学	博士(歯学)	42 59.5%
東北大学	歯学研究科	歯科学	博士(歯学)	42 85.7%
東京医科歯科大学	歯学部総合研究科	歯学系	博士(医学)、博士(歯学)、博士(学術)	189 116.9%
新潟大学	歯学部総合研究科	口腔生命科学	博士(歯学)、博士(学術)	28 89.3%
大阪大学	歯学研究科	口腔科学	博士(歯学)	55 72.7%
岡山大学	歯学部総合研究科	生物材料科学など専攻	博士(歯学)、博士(学術)	128 28.9%
広島大学	歯学部歯学専攻	歯医学専攻歯学専門の学芸学	博士(歯学)、博士(学術)	97 96.3%
徳島大学	口腔科学教育部	口腔科学	博士(歯学)、博士(学術)	18 68.8%
九州大学	歯学群	歯学	博士(歯学)、博士(臨床歯学)、博士(学術)	43 76.7%
長崎大学	歯学部総合研究科	歯科学など3専攻	博士(歯学)	90 94.4%
鹿児島大学	歯学部総合研究科	歯科学、歯学専攻	博士(医学)、博士(歯学)、博士(学術)	50 86.0%
九州歯科大学	歯学研究科	歯科学系、歯学専攻	博士(歯学)	30 70.0%

【国立の平均充足率:74.4%、公立の平均充足率:70.0%】

私立大学	大学名	研究科等名	専攻名	学位の名称	入学定員	H25年度充足率
	上智大学歯科大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	18	38.9%
	碧手医科大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	18	72.2%
	獨逸大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	18	33.3%
	明海大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	18	100.0%
	東京歯科大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	34	141.2%
	昭和大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	18	55.6%
	日本大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	30	113.3%
	日本大学(位得)	歯学専攻	歯学	博士(歯学)	30	76.7%
	日本歯科大学	歯学部研究科	歯学系歯学、歯学専攻	博士(歯学)	18	69.4%
	日本歯科大学(新潟)	歯学部研究科	歯学系歯学、歯学専攻	博士(歯学)	18	33.3%
	神奈川歯科大学	歯学研究科	歯学系歯学、歯学専攻	博士(歯学)、博士(臨床歯学)、博士(学術)	18	55.6%
	徳島大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	18	83.3%
	松本歯科大学	歯学部研究科	歯学系歯学、歯学専攻	博士(歯学)、博士(臨床歯学)、博士(学術)	18	55.6%
	都立大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	18	100.0%
	愛知学院大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	18	105.6%
	大阪歯科大学	歯学研究科	歯学系歯学、歯学専攻	博士(歯学)	30	83.3%
	福岡歯科大学	歯学研究科	歯学	博士(歯学)	18	55.6%

【私立の平均充足率:76.9%】

と変わりないのですが、こういうデータは、平均しても何も見えてこないわけです。

この文科省の調査からわかることは、国公立大学のほうが私立大学よりも定員は多いということ、定員の平均充足率は、平成25年の断面で見ると、国公立も私立も7割ぐらいですが、充足率の高い大学と低い大学があり、私立大学でその差が顕著であることがわかります。また、都市部の大学で充足率が高く、地方の大学で低い傾向が認められました。

なお、この調査は1回だけの横断調査ですので、総じて、本結果から、昨今の歯学系大学院教育の概要が十分に示されているわけではないところがうかがえました。

平成26年12月の歯学協アンケート調査の質問内容	
1. 各大学の大学院博士課程の定員	
2. 過去10年間(2005~2014年)の大学院在学学生数(年度別)	
3. 社会人大学院生、外国人留学生、自大学出身者の人数	
4. 各大学院の個性や特徴(自由記載)	
5. 各大学院の課題(自由記載)	

アンケートの回収率

72% (29大学中21大学から回答
・・・国立10大学、私立11大学)

これは、平成

25年5月の文科省医学教育課の調査結果です。このデータは、十分に把握できない部分があり、特に国立大学では統合大学院で、医歯薬学とか、医歯保健学科といったケースでは、入学定員がトータルで示されているために、歯学系大学院生の数が不明瞭になっています。

データにやや欠点はありますが、国立大学の大学院充足率は平均74%、公立70%であり、総じて7割程度の充足率になります。

一方、私立大学の定員は18名~34名と国立大学より少なく、充足率を見ますと私立大学の間で非常に格差があります。30%ぐらいのところもあれば、150%ぐらいのところもあるということがわかります。私立大学の平均充足率は76%で国立大学と変わりないのですが、こういうデータは、平均しても何も見えてこないわけです。

この文科省の調査からわかることは、国公立大学のほうが私立大学よりも定員は多いということ、定員の平均充足率は、平成25年の断面で見ると、国公立も私立も7割ぐらいですが、充足率の高い大学と低い大学があり、私立大学でその差が顕著であることがわかります。また、都市部の大学で充足率が高く、地方の大学で低い傾向が認められました。

なお、この調査は1回だけの横断調査ですので、総じて、本結果から、昨今の歯学系大学院教育の概要が十分に示されているわけではないところがうかがえました。

そこで今回のシンポジウムに際して、私から宮崎理事長に、改めてアンケートをとりたいと申し出て、各大学の大学院博士課程の定員、2005年から2014年の10年間の在学学生数の年度別データ。そのうち、社会人大学院生、外国人留学生、自大学出身者の数に

はじめに

・世界に飛躍できる歯学研究者を育成することは、グローバル社会における大学の使命として重要な課題である。
そのため、大学院教育の一層の充実が望まれる。
一方、これまでの歯学部教育に関しては、大半は学部教育や臨床実習について議論されてきた。大学院教育に関する課題については、現在までに公式な場で議論されていないようである。

今回の発表目的

・全国の歯学部・歯科大学の大学院の現状について、平成25年度の文科省データを示すとともに、さらに今回歯学協で調査したデータの分析結果を提示し、その結果を考察することで、現在の歯学系大学院の課題を明確化する。今後、本資料を大学院改革を検討する際の一助としてもらいたい。

平成25年度の文科省調査から分かること

(1) 大学院博士課程定員について

- ・国立大学 > 私立大学
- ・国立大学の中に、歯学部総合研究科など、統合大学院として定員を設定している大学が複数あり、これらの大学では歯学系大学院の定員が正確に把握できない。

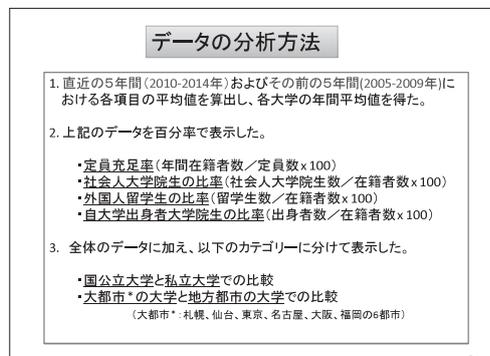
(2) 定員充足率について

- ・平均値では、国立と私立との大学差は認められない(いずれも70%台)。
- ・充足率の高い大学と低い大学があり、私立大学でその差が顕著である。
- ・都市部の大学で高く、地方の大学で低い傾向があるようだ。

しかしながら、この調査結果は1回だけの横断調査からのものであり、一部のデータは統合大学院での数値のため歯学系での実態評価ができない大学もある。
総じて、本結果から昨今の歯学系大学院の概要が十分に示されているわけではない。

についても調べようということになりました。さらに、自由記載で、それぞれの大学院の個性や特徴、課題についても記入していただきました。

残念ながら29大学のうち、21大学からしか回答が得られなくて、回収率72%です。国公立で2大学、私立で6大学からデータが得られなかったため、このデータから必ずしも全体像が見えない部分もあるかと思えます。



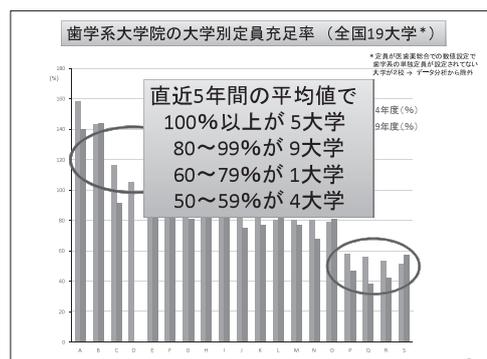
直近の5年間、2010年から2014年のデータおよびその前の5年間、2005年から2009年におけるデータの平均値を算出して、2通りの結果が得られました。データは百分率で表示し、充足率、社会人大学院生の比率、留学生の比率、自大学出身者の比率を算出しました。また、これらのデータを国公立と私立大学で比較し、大都市の大学と地方都市の大学でも比較しました。

ちなみに、大都市というのは、札幌、仙台、東京、名古屋、大阪、福岡の6都市というところで、定義づけしました。

これは歯学系大学院の大学別、定員充足率で、大学名は表示しておりません。19大学からのデータになります。アンケート提出大学は21大学ですが、先ほど言いましたように、統合大学院全体の定員を表示したところは、歯学系だけのデータが出せませんので、2大学のデータは割愛しました。

これを見ますと、100%以上のところと、50%以下で低迷しているところ、あとはその間をいっているところの3つの集団に分かれます。

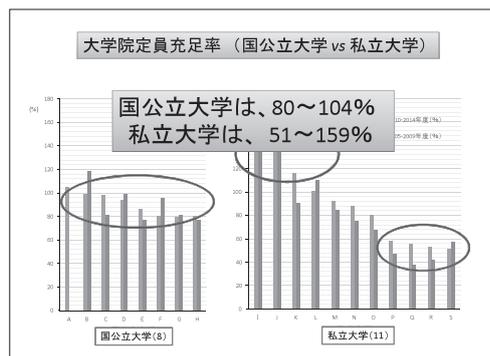
なお、大学毎で左の棒グラフが直近の5年間、右の棒グラフがその前の5年間の平均値を示しております。



直近5年間の平均値では、5大学が100%以上、8割~9割が9大学、6~7割が1大学、5割台が4大学という結果になりました。

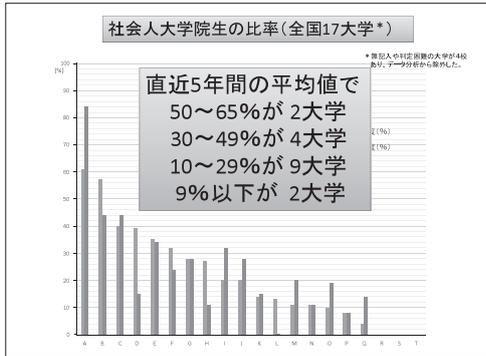
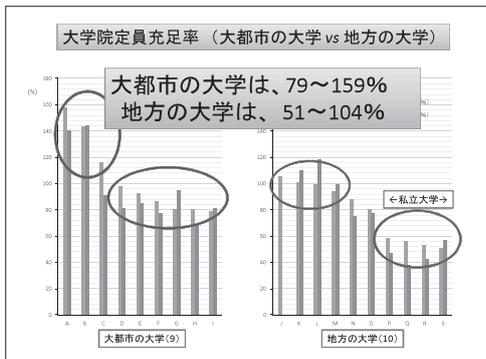
これを国公立と私立で比較してみますと、国公立の場合、比較的平坦で、8割から10割のところまで落ち着いている感じなのですが、私立はそれ以上のところもある反面、非常に低い数字のところもあるという結果です。

国公立大学が80~104%、私立は51~159%、このような数値になっております。



これを大都市と地方で見ますと、大都市では、棒グラフの立ち上がり方がすべて高いように思われますし、150%とか示しているのは大都市でありまして、ほかの大学もそこそこ8割程度の充足率を保っているということです。

一方、地方大学ですと、全体に山が低いということです。100%ぐらいで健闘している大学もある



のですが、50%を切るところもあるということです。大都市の大学は79%~159%、地方の大学は51%~104%というふうに格差があります。

次に、社会人大学院生の比率ですが、記入がなかったところもあり、17大学のデータになっております。50~65%が2大学、30~49%が4大学、10~29%が9大学、9%以下が2大学となっています。

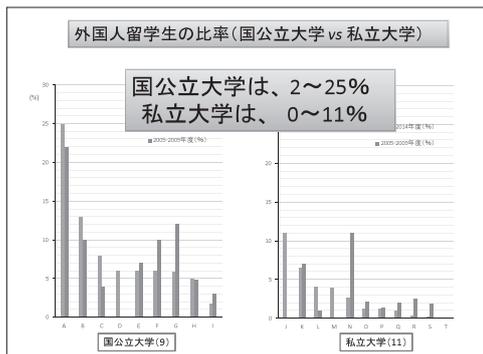
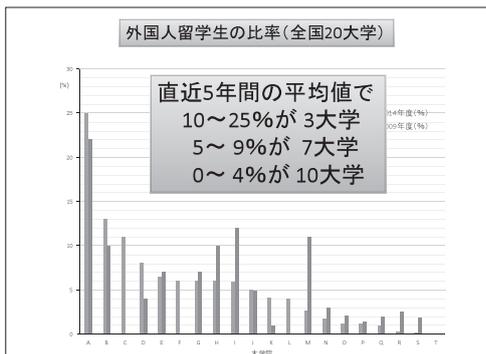
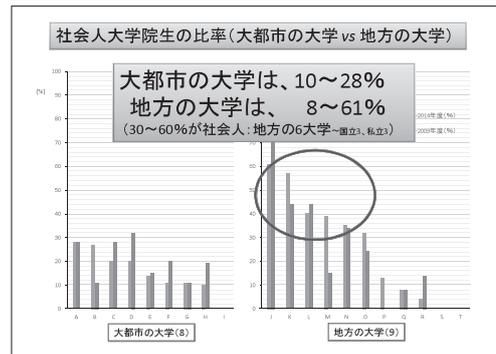
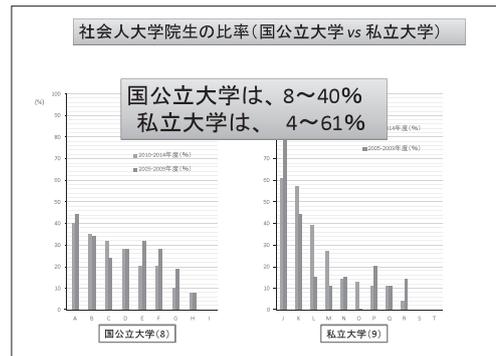
これを国公立と私立で比較しますと、社会人大学院生の比率は私立大学のほうが高いことがわかります。これは、充足率を上げるための苦勞の結果ではないかと思われます。国公立はそんなに大学院生を採らなくても、それなりに入ってくるが、私立の場合は、充足率を上げるために苦勞されているのかな

という形が見え隠れします。

これをさらに大都市と地方で分けますと、地方の大学では8~61%、大都市は10~28%であり、特に30%以上のところに線を引くと、大都市は30%以上というものがなくて、30%以上はすべて地方の6大学です。

この地方の6大学は、私立、国立、関係なく含まれており、国立3つ、私立3つです。地方の大学では充足率を上げるため、社会人に頼っているという苦勞の1つなのかなということが感じられます。

次に、留学生に関して見ますと、これも大学差がありまして、トップが25%、25%の次が10%何%ですので、グローバルな教育がうたわれている中で、大学院として他学部と比較した場合には、全体的に留学生の割合は低いのではないかと思います。0~4%が10大学ですので、全体的に留学生の比率が低いように思われます。

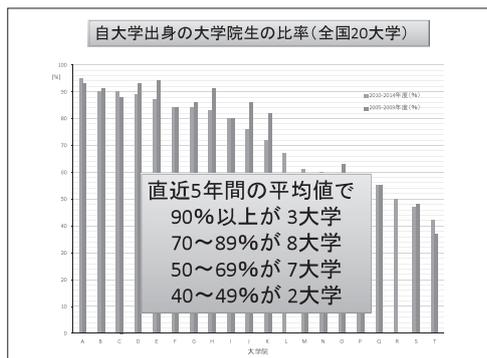
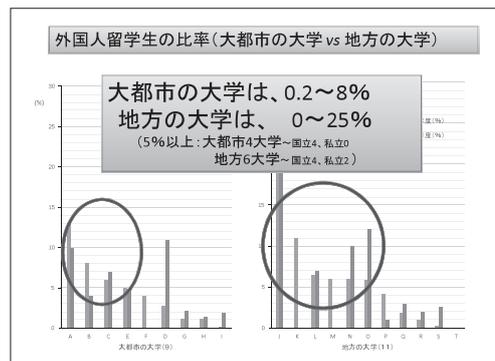


留学生の割合について国公立と私立を比較しますと、国公立のほうが多く、私立大学のほうが少ない

ことが分かります。国公立でも2%という大学があり、2~25%、私立は0というところもあり、0~11%というデータが得られました。

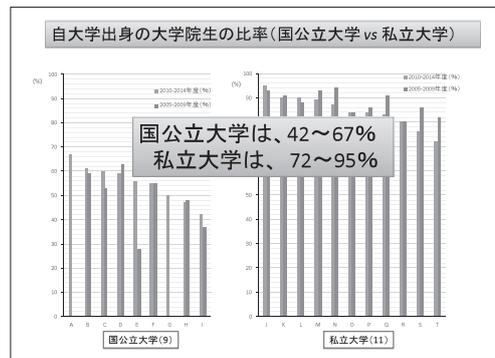
これを大都市と地方で比較すると、案外大都市のほうが多いのではないかと思いましたが、地方が頑張っているという結果が得られました。

5%というところに線を引きますと、5%以上の大学は大都市で4校、(国立4校、私立0校)、地方で6校(国立4校、私立2校)ということで、地方のほうが留学生獲得に努力しているところが見えます。



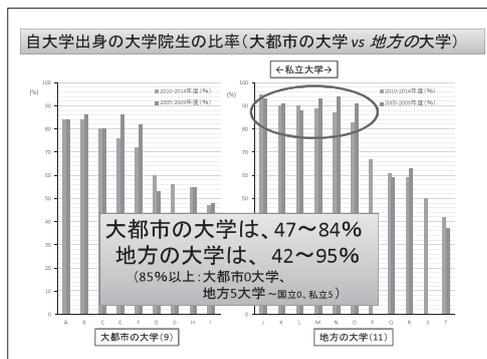
自大学出身の大学院生の比率に関して、20大学で見ますと、直近の5年間の平均値で90%以上3大学、70~89%が8大学、5~6割が7大学で、4割が2大学という形になります。

これを国公立、私立で比較すると、一目瞭然、私立大学のほうが圧倒的に自大学の大学院生の比率が高いことがわかります。



国公立大学は42~67%、私立は72~95%ですから、グラフが重なりません。私立のほうが7割以上ということになります。

これを大都市と地方で比較しますと、地方のほう



が多いように見受けられます。大都市の大学は47~84%、地方は42~95%。ここで85%に線を引きますと、大都市では85%以上はなくて、85%以上は、全部が地方5大学ということで、しかも、この地方の5大学はすべて私立大学です。

地方大学では大学院の充足率が芳しくないために、社会人も何とか入れる、留学生も何とか入れる、自

大学も何とか入れる、と言うところで苦労しているのであろうということが、私なりの分析結果です。

- 各大学大学院の個性や特徴(自由記載)**
- A大学: 高度臨床歯科育成コース。社会人大学院の受け入れ促進。
 - B大学: 認定医・専門医養成コース。多職種連携での科目を多く設定。
 - C大学: 異分野融合型の教育・研究体制(インターフェイス口腔健康科学)。国際化の推進(「外国人留学生優先配属プログラム」)。
 - D大学: 2007年度から社会人大学院制度の設置。
 - E大学: 大学運営による生涯研修プログラムとの連携制度。国際学会への参加支援。研究奨励制度。社会人長期履修制度。
 - F大学: 2007年度から社会人大学院制度の設置。学部独自の奨学金制度。
 - G大学: 奨学金制度(定員名: 50万円)。社会人特別優待制度。海外への研究留学制度(先方の大学へ3年間学生を派遣)。
 - H大学: 英文による学位論文。少人数による科学英語教育。専門医コースの設定。
 - I大学: 国際研究活動の推進(海外の大学へ3年間学生を派遣)。
 - J大学: 統合講義の設定(基礎的素養の涵養を図るための履修システム確立)。
 - K大学: 最新設備を導入した中央歯学研究所を設置。英文による学位論文作成指導。
 - L大学: 医療系大学院高度専門医養成プログラム(臨床歯学コース、一般コース)。後期研修医(1年間)を優先的に大学院生に於けるキャリアパス制度。
 - M大学: 学術コースと臨床歯学コースの2つのコースを設置。
 - N大学: 地域連携による「ものづくり」継承支援人材育成協働プロジェクト。歯工連携。
 - O大学: コアカリキュラムの設定。研究活動の進捗を中間発表会で報告。
 - P大学: がん専門医師・歯科医師養成コース。がん地域貢献医師・歯科医師養成コース。
 - Q大学: 2009年度より「歯科高度専門臨床医養成コース」の設置。

- 各大学大学院での課題(自由記載)**
- A大学: 充足率の低い年があり一定数確保できない。専門医コースを充実する必要性。
 - B大学: 定員未充足。
 - C大学: 定員充足率の向上。
 - D大学: 大学院生の国内外での発表推進。国際誌への投稿の勧め。
 - E大学: 基礎系志望者が3~5名ほどしかない(研修医制度のためか?)。従来は大学院など志望しなかったレベルの学生の志望者が増えた。
 - F大学: 歯科基礎医学系専攻者の減少。種々の業務により指導教員が研究指導を行う時間が圧迫されていること。
 - G大学: 大学院入学者増加率が高いため、その増加を図ること。
 - H大学: 大学院生の使用する研究機器・設備を良好な状態に維持するために、要する人材配置や必要経費の充実に望まれる。教員が十分な研究時間を確保し、十分な授業準備のできる環境の構築が必要。大学院入学者が定員を上回っており、状況の推移を眺めながら何らかの対応が必要である。
 - I大学: 大学院生として専攻した教育課程の構築。
 - J大学: 臨床歯学コースの更なる充実と各学会との連携や国際認証に向けた努力。外国人留学生の積極的な増員(目標は倍増)。ライフサイエンスに貢献できる高インパクトな業績の増加。海外の有名大学との連携。学生の短期留学。教員のサブフェイナル制度の構築。
 - K大学: 再生医学研究。口腔環境に関わる研究。補綴を中心とした高齢者医療の研究。
 - L大学: 歯学専攻博士課程の充足率。大学院修了後のポジション(教員)の確保。
 - M大学: 数年前までは定員充足率は十分に高かったが、ここ数年本学出身卒業生をめぐり、全体的に減少している。
 - N大学: 大学院、特に基礎系大学院への進学者を増やすための方策の検討が必要。

次に、自由記載で、各種大学院の個性や特徴について聞きましたところ、文科省が提言した専門的職業人の

養成というところの影響もあって、臨床歯学系のコースを設けている大学が非常に多かったのが特徴です。

もう1つのキーワードは、国際化です。海外への研究留学制度とか、英文による学位論文作成といった面で、努力をされている大学が多いように見受けられますし、そのための奨学金制度も設けている大学が複数ありました。

課題については、充足率の少ないところは、判を押したように充足率が低い点を挙げていました。

まとめ(1)

1.歯学系大学院全体の充足率

- 19大学からのデータで、100%以上が9校、80~99%が9校、60~79%が1校、40~59%が4校であり、大学間で差がみられた。
- とくに私立大学では、51%~159%と格差が大きかった。
- 大都市の大学では、概ね充足率が高く(80%以上)、地方の大学では大学によって差が大きかった(51~104%)。
- 50%台の4大学は、いずれも地方の私立大学であった。

2.社会人大学院生の比率

- 4~61%の間に分散しており、国公立大学で8~40%、私立大学で4~61%であった。
- 地方の大学で社会人大学院生の比率が高い傾向が認められた。

3.外国人留学生の比率

- 調査したすべての大学で25%以下であった。
- 国公立大学では、私立大学より外国人留学生の比率が高い傾向が認められた。
- 地方の大学で外国人留学生比率の高い大学が多くみられた。

加えて、基礎系教室への入学希望者が少ないという記載も複数ありましたが、教員が多忙のため、研究を指導する時間が少なくなっているという意見も複数ありました。

以上、まとめますと、歯学系大学院全体の充足率は、大学間で差が認められ、私立大学では51%もあれば159%もあり、格差が大きく、充足率の高いところは大体大都市の大学でありました。地方大学でも100%の大学はあるのですが、50%台の4大学は、いずれも「地方」と「私立」という2つのキーワードを持っている大学であり、非常にハンディが大きいところが見えてきます。

社会人大学院生も、地方の大学で比率の高い傾向が見られたというのは、充足率向上のための対策なのかなと感じております。

留学生に関しても、全体としては低く、国公立大学のほうが私立大学よりも多いのですが、地方の大学ではむしろ留学生を多く受け入れているのは、これも充足率向上のための努力のあらわれなのかなと感じました。

自大学出身者の割合に関しても、地方の私立大学で高く、85%以上を占めていた大学もあったということで、これも地方大学での充足率向上のための対策なのかもしれません。

大学院の個性や特徴を見ますと、臨床歯学コースを設置していたり、国際化を意識している、といった共通点が認められました。

大学院の個性や特徴を見ますと、臨床歯学コースを設置していたり、国際化を意識している、といった共通点が認められました。

まとめ(2)

4.自大学出身の大学院生比率

- 42~95%の間に分散しており、国公立大学で42~67%、私立大学で72~95%であり、私立大学で自大学出身比率が高い傾向があった。
- 地方の私立大学では、自大学出身の大学院生比率が概ね高かった(85%以上)。

5.大学院の個性や特徴

- 専門医を意識した臨床歯学コースを設置している大学が多かった。
- 国際化を意識した取り組みが多くみられた。(海外留学制度、奨学金、国際学会での発表、英語論文作成指導および投稿)

6.大学院の問題

- 多くの大学で定員充足率が低迷しており、とくに地方の大学でその傾向が著しい。
- 基礎系大学院を志望する者が少ない。
- 大学院修了後の保障システムが未整備(ポスト確保の対策)。
- 教員の厳しい研究環境(多忙により、研究指導時間が圧迫されている)。
- 留学生の増員。

課題としては、充足率低下、基礎系大学院を志望する者が少ない、大学院修了後のポストの保証などの諸システムが未整備である、教員の厳しい研究環境などが挙げられました。

大学院入学者の減少と地方大学低迷の要因

- 1) 研修医制度の必修化による卒業生の研究志向の低下?
- 2) 国家試験対策を重視した学部教育?
- 3) 卒業生の経済的要因?
- 4) 若者の海外留学希望者の減少?
- 5) 若者の地方離れ(社会全体の大都市への一局集中現象)?

このような現状が続くと、10年後20年後に、世界をリードする日本人歯学研究者の減少と研究レベルの低下が懸念される。とくに地方大学での低迷は深刻であり、早急の対策が必要。

大学院入学者の減少と地方大学低迷の要因に関して、私なりに考察してみました。1) 研修医制度に関して、必修化による卒業生の研究志向の低下。2) 国家試験対策を重視した学部教育の中で、リサーチマインドが育ちにくい。3) 格差社会が広がる中で、最

大学院入学者の減少と地方大学低迷の要因に関して、私なりに考察してみました。1) 研修医制度に関して、必修化による卒業生の研究志向の低下。2) 国家試験対策を重視した学部教育の中で、リサーチマインドが育ちにくい。3) 格差社会が広がる中で、最

近は卒業生も、皆さんリッチではなく、すぐ稼がなくてはいけない。4)これもよく言われますが、若者が海外志向でないということです。5)もう1つ、海外志向でもないけれども、地方志向でもなく、みんな大都市志向です。すなわち、若者の地方離れです。これは別に歯学部だけではなく、医学部もそうです。社会全体の大都市への一極集中現象は、日本の社会問題であると言っても過言ではないと思います。

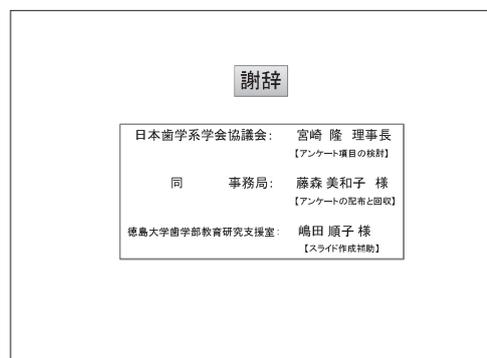
以上、述べてきましたように、このような現状が続くと、10年、20年後に、世界をリードする日本人歯学研究者の減少と、研究レベルの低下が懸念されます。先ほど出ました Journal of Dental Research への投稿数で、日本人今は何とか頑張っておりますが、10年、20年のスパンで考えますと、いつまでもこの状態が続くとは限りません。特に地方大学での種々の低迷は深刻であり、早急の対策が必要であります。別に歯学部に限ったことではないと思います。先ほど文科省医学教育課長様が統合・閉鎖ということをおっしゃっていますから、地方大学はさらに厳しい状況です。

本日は、私の発表では課題を提供し、皆さんに問題意識を植え付けるのが1つのこのプレゼンの目的だったと思います。

最後に、今回の発表にご協力下さった宮崎理事長、藤森さん、嶋田さんに感謝申し上げます。

以上でございます。ありがとうございました。(拍手)

○木村座長 永田先生、ありがとうございました。



全体討論

○木村座長 それでは、今のお二人を含めまして、総合討論に移りたいと思います。

永田先生は、大学院生の現状の解析のお話をいただきましたが、丹沢先生も含めまして、会場の準備をするまで、私の質問ですけれども、歯学研究者になったほうが良いと、若い人に、大学院に入学して研究者になった後の、魅力、インセンティブはいかがでしょうか—魅力は個人、個人の問題ですね。医科のほうはいろいろあると思いますが、歯学においては、歯学系の大学院に入ってもインセンティブがないというか、今どきの若い者の言葉ですが、メリットがない。そういう感覚があるとしたら、それをどのように打ち破っていけばいいかという、グッドアイデアをお二人から……

○永田 若い人は、我々年寄りの言葉を聞いても動きません。いい前例がないと——いい前例というのは、先輩とか、そういうキャリアパスを積んだ人が身近にいるんだということで、後輩も頑張れると思います。まずは、前例となる人を育てることです。そのためにどうしたらいいかという、やはりグローバルに活躍できる、例えば自分のところの院生を海外に送って、戻ってきて、ポストを得て——こうしたらこうなるのだというのが、実感ができるような前例をつくるのが私たちの役目だと思います。

私は地方の国立大学で、例えば医科歯科大学のように多くの大学院生がいるようなところと違いますので、1人1人をきめ細かに見ていけるメリットはあります。それが1人が2人になり、2人が3人になればいいと思いますが、なかなかうまくいきません。

先ほど誰かおっしゃっていましたが、国がそういうところにポストクのポストとか、教育に投資してくれるのであれば、若い人も動くのではないかと期待しております。

○木村座長 身近にキャリアアップで成功した事例を置いておくということですね。失敗した事例は隠しておこうということかもしれません。

丹沢先生、何かグッドアイデア、提言はありますか。

○丹沢 まず社会システムとして考えてみましょう。学位を取っても、その後に、いくら研究に興味があっても、継続してちゃんとした将来まで保障されたポジションがないというのが、日本の大学院制度の一番の問題だと思います。せっかく研究者のタマゴを育成してもダメなのです。私はこの問題を教授就任の時から深刻に受け止め、関連病院を26か所と多く作り、また、海外留学のポジションも3つほど保有することにより、人材の循環システムを構築してきました。このシステムの中で人材を循環させながら、大学を中心としてキャリアアップの道を作り、向上心を持たせるわけです。

私どもの教室は癌の研究がメインですから、研究自体は終了した人が、癌の臨床の場で、癌を生き物として、固定したものではなくて、その中で起きている現象をダイナミックに想像して捉えるような、そういう思考法を指導しているものですから、楽しんでくれていると思います。

私どもの入局者の90%以上が大学に定着してくれて、大学院に進んでくれるのです。その1つの要因は、病院が後期研修医とか、医員という籍を大学院生に与えてくれるので、全員、年金と健康保険付の日雇いですが有給者です。社会人大大学院生という形ですが、あくまでも研究が大学院生の主たる仕事です。さらに、アルバイト先を多数持っていますので、結婚する人もいるし、子どもを持っている人もいます。結局、経済的にも面倒を見てあげることが大事だと思いますが、教授としてはかなり努力しないとイケないので、どこでもできることではないと思います。関連病院をつくらないと、大学には人が残りません。

○木村座長 そういう意味では、恵まれているかもしれませんね。先生の今の給料をもらいながらという方は、一部社会人大大学院生ということですね。

最初にお話するのを忘れましたが、申しわけございません。総合討論ですので、最初の演者の方々にも登壇していただいて、残り15分くらいしかないのですが、今までのことを踏まえまして、討論させていただければと思います。宮崎理事長にもご登壇いただきましたので、先生のほうからもまたコメントをいただきながら。

先生、ちょっと一言お願いします。

○宮崎理事長 きょうは、講師の先生方、いろいろな立場から貴重なお話をありがとうございました。なかなかこのような立場からのまとまったシンポジウムはございませんので、非常に参考になったと思います。

いろいろお聞きしたいというか、もっと議論を深めて、歯学協としてプロシーディングに、

具体的な政策提言にまとめていきたいという気持ちはありますが、時間が限られておりますので、少し絞ってお話を進めていきたいと思います。

きょうは、学生の立場に立って、学生がどういう教育を受けてキャリア形成をしていくかについて議論しようと思っていたわけですが、キャリアを積んだ後の環境、大学院で勉強した後の雇用、歯科界全体で活用のある場をつくるとか、結局オール歯科の体制に関わっていると思います。

その意味で、大学院で学ぶのに、高度な職業的なものと、研究の両方が重要と思いますが、鳥山課長、職業人の資質に、大学院での研究志向も含めたレベルの、高度職業人に対する医療サイドからの期待はどの程度あるのでしょうか。

○鳥山 これは多くの国立大学すべてですかね、大学院大学へ移行して、先ほど永田先生のご発表にもありましたように、相当数の大学院生がいる。そういった意味で、大学院主体で研究がより活発化することは、私どもとしても期待しているところです。

ただ、一方でポストの問題。これはとりもなおさず、歯科だけの問題ではなく、どの分野を見渡しても、いわゆるポストクの問題部署については、なかなか明確な答えが得られません。

これは私の個人的な見解になりますが、臨床家としての技術を習得することは保険というのか、担保というのか、それを一定程度確保した上で、将来、研究者として全うしていく方は全うしていただいて、残念ながら適当なポストが得られなかった方は、臨床家として今後仕事をしていただくというような、現実的な方向性も考えざるを得ないのかなと考えております。

○宮崎理事長 現実的なことを考えると、大方が最終的に臨床に進むのではないかと思うのですが。中島先生、歯科医師会というか、先生がご提案された将来の専門的な診療で、卒後研修を含めたお話がありました。ただ、現実を見ると、一般の開業されている先生方の多くは、あまり学会に参加されておられませんし、学会活動をされていないと思うのです。その辺で、歯科医師会が、大学院を修了した方や、大学勤務の最初の段階で学会に入っていた方々を、もっと温かく活用するような、引き続き将来にわたって学会活動も続けられるような政策というか、誘導は何か考えているのでしょうか。

○中島 ちょっとご質問から離れるのですが、お聞きしながら、これだけは言っておかなければいけないと思ったので。

実は、きょう、永田先生がお話になった内容とか、その辺の大学院の問題については、今週の歯科医師会の常務理事会でも話が出ているのです。たぶん今までは歯科医師会の常務理事会でそんな話が出ることはなかったと思いますが、私もそうですが、いろいろな分野の常務がいろいろな分科会等々で、先生方とお会いをしたり、いろいろなところから聞いた情報を常務理事会で報告しています。

その中で話し合われた結論としては、その若い先生方をどうしようかということ、もしくは先ほどご質問いただきましたが、需給の問題も含めて、どう考えていかなければいけないかということ、大学の先生方をお呼びして、そういったチームをつくって検討し合

おうということが話に出ていたので、たぶんそういう方向性の話し合いがこれからできていくのだと思います。

ご質問に戻りますが、会員になっていただかないと、なかなか私どももアプローチ出来ないのです。今、臨床研修医に対して第6種会員という、入会金5,000円で3年間というお試しコースをつくりました。今後、その3年間を終わった人たちを、どう会に取り込んで維持させるかということを考えなければいけません。そうすると、大学院生とか、もしくは若手の医局員とか、勤務医も含めてですが、そういった人たちに、会員としての資格を得ていただきながら、研修の場に参加していただくという取組をしております。

今のシステムの中では、かなり会費が高くて、なかなか難しい状況にあるので、入会金はただにしておきながら、年会費だけ——事務的な連絡費等々がかかりますから、その辺だけいただくことで、そういった人たちに手を差し伸べようということを検討しているところです。

そうなれば、少しずつ会員が増加し、結果として組織率があがると同時に、若手歯科医師の話も聴け、会の活性化にも繋がるのではないかと考えています。

○宮崎理事長 中島先生、どうもありがとうございました。若手歯科医師のキャリアパスというところで、絶対的に歯科医師会が生涯研修という意味合いでもリードしていただかなければいけないのですが、何せ入会の壁が高いので、そのところはかなり真剣に取り組んでいただきたいと——中島先生は担当ではないかもしれませんが、お伝えいただければと思います。

これからの歯科医療を担う人材育成ということで、キャリアアップを求めるわけですが、その1つの姿が専門医の認定、いろいろな資格の獲得だと思います。それに対するインセンティブ、ご褒美と言っては言葉が過ぎるかもしれませんが、これをやっただけのものがあるというものを、どのように提示していくか、お考えはありますでしょうか。鳥山課長から教えていただければと思います。

○鳥山 医療保険の世界というのは、保険料と税金で成り立っている世界ですから、果たしてより多くの負担を総額としてご負担いただくことにコンセンサスが得られるかどうか。何せ総額として上げようというコンセンサスが得られなければ、専門性を持つ歯科医師の技術評価はできませんので、古くて新しい問題かなと考えております。

今後、どういうふうなご意見——きょうは、中医協の専門委員でいらっしゃる丹沢先生もいらっしゃいますが、私は今、保険局の担当ではありませんので、恐らく現実的にはそういったものを評価するというのは、方向性としては私は個人的には厳しいのではないかという意見を持っております。ただ、何も手がかかずということではないのですが、大きく期待されるような成果が出るというところにまでは、なかなか至らないのではないかと私自身は思っております。

○丹沢 ちょっと僭越なのですが、今度、医科のほうで行われる専門医制度は、6年目の能力なのです。決して従来考えられていたような高度な技術を持つ専門医ではないのです。その制度において、一番大事な点は、実は共通科目とか、外部から見て評価されるカリキュ

ラムを構築することが大事です。歯科の専門医制度に置き換えた場合に、そういうものが作れるかどうか？矯正と、保存・補綴、あるいは外科・麻酔などの全身を扱うようなグループと、大体大きく3つぐらいに分かれてしまうと思うのですが、そういうところで共通的な、良いレベルのカリキュラムが作れるかどうか、それが一番問題なのだろうと思います。

私は、中医協で、歯科はあまりにもひどいから、適正な技術判断をお願いしますと言ったことがあります。「適性判断」という言葉は削る意味になるので、使わない方が良い」なんて言われて気が付いたのですが、国内のパイは限られているのです。国内に閉じこもってはいくしょうもないのです。さっきもお話ししましたが、海外に打って出て収入が得られるとか、海外から患者を呼べるような、サブスペシャリティーの非常に高度化した真の専門医を作る必要があります。保険診療外収入を得て行くことが、産業としての自立と発展をもたらすのです。今は完全に統制経済でやっているわけですから無理です。そうでない部分がないければ、パイは大きくならないのです。

○宮崎理事長 中島先生、一言。

○中島 私は鳥山先生を敵対視しているわけではないのですが、立場的に臨床家の目で見たときに、現状のルールからせばめていくという方向は決して好ましくない。というのは、それでは今のルールが正しくないので修正しようという方向の話になってしまい、そのことについてはそういった結論付けは決して好ましいとは思えないのです。

そうしたときに、ではどう峻別していくかというところになると、より上のものをつくって、そのことを国民が評価するような形にもっていくのが一番いいのだと思います。今の考え方は、何でもそうですが、国民主体になっていますから、国民が認めるものでないと否定されてしまうことにつながります。今言った専門医も、今ある学会の専門医ではなくて、総合専門医というのは、国民目線で見たとときにも国民が理解しやすく、且つ歯科医師にとっても臨床現場に即した現実的に求められやすい専門医の資格であれば、それはお互いにとってウイン・ウインになるのではないかと思います。それをつくることによって、逆に歯科医師も目標ができますし、組織としての結束が得られやすくなり、多職種との連携においても良いことだと思います。

○宮崎理事長 ありがとうございます。非常に重要なことですし、厚労省の検討委員会でも引き続き議論が進むと思いますので、また歯学協のほうでも取り上げていきたいと思っています。

時間になりましたので、私から最後に質問させていただいて、そろそろ閉じたいと思います。

需給問題については、今度、厚労省で検討されるということで、きょうも幾つかお話がございました。きょうの窪木先生のお話を聞いていると、私どもも高齢社会になって歯科医療のあり方が変わって新しい教育をしているのですが、それ以上のスピードで、本当に世の中が変わってしまうのではないかという大変な恐怖を感じました。そして、鳥山先生が大変わかりやすい、今後の歯科医療がこんなふうになるということをご提示していただいたわけですが、現実に社会が、鳥山先生がいわれたような新しい人材が必要だ

というのですが、歯科大学、歯学部で鍛えた新規参加者は、例の三師の調査では、急激に減っています。新しい教育を受けた若者だけでは、これからの新しい歯科医療を支えていくことは不可能です。

中島先生、歯科医師会で活躍されている先生方が圧倒的に多いのですが、新規の方だけではなく、歯科医師会全体というか、歯科界全体が変わっていかねば、日本の将来の医療が立ち行かなくなるのではないかと感じたのですが、鳥山課長と中島先生、簡単にコメントをいただければと思います。

○鳥山 先ほども申し上げましたが、需給の問題ということになると、単純な数のつじつま合わせだけというふうに誤解されがちですが、そうではなく、こういった歯科医師が今後必要かということです。

ただ、恐らくある程度議論していただいて、きょうも寺門課長からありましたが、教育のあり方とか、臨床研修のあり方とか、そういったものが恐らく新しい制度のもとで学ばれた方が卒業するのに、恐らく今から10年ぐらい先、さらにその方が第一線で活躍するのに10年先ですから、順調にいったとしても15年から20年ぐらい先なのです。そういった意味で、何か短期間でドラスティックに今の環境が変わるかということは、現実的にはないと思います。

ただ、需給の問題については、業界の関係者だけがこの問題を議論したとしても、それは対社会的に受け入れられがたい結論がえてして出てきそうですし、今の段階で、私ども厚生労働省のほうから、明確に何年とか、あるいは国家試験について云々というコメントは一切発していないです。そういった意味で、約1年間ご議論いただいて、今の段階ではほぼフリーハンドの形でご議論いただきたいと思います。

いずれにしても、従来のあり方のままでは閉塞感があるということ、私も強く問題意識を持っていますから、1つブレークスルーするきっかけになればと考えている次第です。

○宮崎理事長 ありがとうございます。

○中島 歯科医師会の会員数は、6万5,000人を上下して、ここ数年下降傾向でしたが、最近、ちょっと上がり始めたのです。それはいろいろなことがあってだと思いますが、何せ全ての歯科医師が会員であれば、こうなさいということもできますが、残念ながら、木村先生からお話があったかもしれませんが、35%ぐらいは非会員ですので、そうすると、その人たちをどうするかということを考えなければいけないのが1点。

あとはこういった場に、なかなか開業医の先生はいらっしゃらないです。今日は何人かはいらっしゃるようですが、歯科医師会の中に、こういった議論の場を会員に提供することも必要なのだと思います。

先生方もご存じだと思いますが、歯科医師会自体は3層構造になっていまして、現場を支えているのは、日本歯科医師会の後に、都道府県歯科医師会があって、その下の郡市区歯科医師会、もしかするとその支部というところが実際の現場ですから、現場とのギャップをどう埋めていくかということも必要なもので、日歯がひとり走りしてもというところがあり、実際の現場で汗をかいている先生方の声を聞いて対応していくことも大事な仕事だ

と思います。

あとは、それを先生方に届けながら、いろいろエビデンスをつくっていただくということも、今は、学会と強い連携がとれるようになってきていますので、少しずつですが、そういう方向性で地道に取り組んでいきたいと思っています。

○宮崎理事長 ありがとうございます。

時間がまいりましたので、これで締めさせていただきます。貴重な講演をしていただいた講師の先生がたに改めて拍手をいただければと思います。ありがとうございます。(拍手)

閉会挨拶

○佐々木副理事長 皆さん、ご参加いただきましてありがとうございます。本日も予定の時間を大幅に過ぎてしまいました。

きょうのディスカッションは、いろいろな立場から1つの話題に対して話ができたといいところで、非常に有意義だったと思っています。

内容的には、デリケートな話題があって、聞いてしまって、その結果、失敗するということもあるということを我々はわかっておりましたが、鳥山先生からは率直ないろいろな感想、ご意見をいただきまして、皆さんの理解が深まっただろうと思います。この情報を、ぜひ周りに皆様方から発信していただければいいと思います。

歯学協では、6月15日の総会時に講演を予定しております。本日のテーマに沿った内容になろうかと思っていますので、またよろしく願いいたしたいと思っています。

本日は、誠にありがとうございました。(拍手)

閉 会

日本学術会議歯学委員会・一般社団法人日本歯学系学会協議会共催
公開シンポジウム

「これからの歯学・歯科医療における人材育成」

2015年7月7日発行

編集・発行 一般社団法人 日本歯学系学会協議会
(理事長：宮崎 隆)

事務局 〒170-0003 東京都豊島区駒込1-43-9
駒込T Sビル (一財)口腔保健協会 内
TEL:(03)3947-8891 FAX:(03)3947-8341

印刷・製本 株式会社トライ・エックス