

公開シンポジウム

「これからの歯科医療を見据えた人材育成の 在り方について」

日時：平成28年2月20日（土）

場所：昭和大学旗の台キャンパス1号館
7階講義室

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

開 会

○朝田副理事長 それでは、時間になりましたので、これより公開シンポジウム「これからの歯科医療を見据えた人材育成の在り方について」を始めさせていただきます。

次第にのっとりまして開会挨拶を古谷野先生、宮崎先生にお願いし、シンポジウムを始めさせていただきますが、本日の座長を佐々木啓一先生から急遽日本歯科大学生命歯学部長の羽村先生にお願いすることになりましたので、御報告させていただきます。

1) 開会挨拶

○朝田副理事長 それでは、開会挨拶ということで、古谷野先生、よろしくお願いたします。

○古谷野委員長 皆さん、こんにちは。日本学術会議の歯学委員会の委員長を務めております古谷野と申します。

きょうのシンポジウムは、基本的に日本歯学系学会協議会に企画をお願いしているのですが、日本学術会議も一緒にやりたいということで、共催という形になっております。きょうのプログラムには、所々にアンダーラインが入っていますが、これは学術会議のフォーマットでして、学術会議の会員と連携会員にアンダーラインが入っております。このように共催ということで学術会議がかかわっておりますので、最初にこうやって厚かましく御挨拶をさせていただきます。

昨年この時期に「これからの歯学・歯科医療における人材育成」ということでシンポジウムがございました。そのときにも御挨拶させていただいたんですけども、私たちは歯科に籍を置いておまして、その歯科の狭い分野の中で一生懸命研さんを積んでいますが、やはり広く社会一般に対して私たちの成果が開かれていくということはとても重要だと思うんです。日本学術会議はライフサイエンスだけでなく、例えば哲学、法学、経済学から物理学、建築学といったすべての学問分野を網羅したグループで、全国に84万人いるという科学者を代表する組織です。先生方にも物理学などのほかの分野のシンポジウムの案内が、学術会議から所属学会を通じて届いていると思います。きょうも学術会議との共催ですので、同じようにこのシンポジウムも全ての科学分野の先生方に、私たちがここでこういう活動をやっているという情報が開かれていくわけですし、そういった意味で一定の意義があるものだと私は認識しております。

昨年6月に「日本の歯学・歯科医療の今後の方向性」という歯学協の講演会があり、そのときは私も講演させていただきましたけれども、その講演会と昨年2月のシンポジウムの内容を受けてきょうのシンポジウムが企画されたということだと思います。きょうは、我々が直面する超高齢社会というバックグラウンドを踏まえた上で、医療の中での多職種連携あるいは社会の中での地域包括ケア、地域連携といったものを見据えて、今後の医療人の養成の方向性について考える良い機会になるかと思っております。

きょうは、すばらしい先生方をお招きできましたので、十分に堪能できる内容が今から展開されるものと思っております。

皆様、どうぞよろしく願いいたします。

○宮崎理事長 日本歯学系協議会の理事長を拝命しております宮崎でございます。

実は、1年前に本日の前座と言えるような1回目の人材育成に関するシンポジウムを開催いたしました。ステークホルダーというか、教育を受けて巣立っていった学生たちがお世話になる歯科医師会の立場、あるいは歯学教育を管轄している文部科学省の立場から講演を頂戴し、またきょうもお越しいただいておりますが、歯科医療の現場を管轄している厚生省の鳥山課長からも昨年はお話をいただきました。

この1年間医療の現場や歯科医療の現場が急速に変わりつつあります。その中で、歯科医師に求められている重要性はますます大きくなっています。歯学系学会協議会といたしましては、ぜひ明るい歯科の未来をつくるために、これからの若い歯科医師をどうやって育成していくかについて、もっとポジティブにいろいろディスカッションをして教育の現場に反映していきたいと考えております。本日のシンポジウムは、昨年よりもさらに広い立場からの議論ができるように、関係者の御指導、御鞭撻をよろしく願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。(拍手)

2) シンポジウム

○羽村座長 それでは、シンポジウムに入りたいと思います。

先ほど朝田先生からお話がありましたとおり、本来であれば東北大学の佐々木先生がこの場にいなければいけないのですが、少々体調不良ということで御欠席されていますので、申しわけありませんけれども、代打ということで御容赦いただければと思います。

「超高齢社会への日本の対応と歯科医療の在り方について」

東京大学高齢社会総合研究機構特任教授、元厚生労働省事務次官 辻 哲夫

○羽村座長 それでは、まず最初に辻哲夫先生に御登壇いただきたいと思います。

時間の関係で簡単に御紹介だけさせていただいてシンポジウムに入りたいと思います。

1ページ、2ページをごらんください。

厚生労働省の事務次官をなされて、現在は東京大学高齢社会総合研究機構の特任教授ということで、この超高齢社会の現在に私ども歯科界も非常に大きな示唆を与えてくださっているという先生でございます。

それでは、よろしく願い申し上げます。

○辻 ただいま御紹介いただきました辻でございます。こういう本当に権威の高い学会と

いいでしょうか、協議会の会にお招きいただいて、心から光栄に思っております。

私は役人をやっておりましたけれども、一回大学の先生をやってみたいということで、思いを遂げまして大学の教員をやらせていただいておりますが、役人をやめましても伝えたいことが2つありまして、1つは在宅医療というものを普及するということですね。2つ目は、私は現職中から歯科の先生方ともおつき合いがありまして、歯科に非常に思いがありまして、柏プロジェクトと言いますけれども、要するにこれからは地域包括ケアで言われますように地域で生活し続けるケアシステムあるいは医療システムということで、そういう実践をどういうふうに展開するかというモデルづくりに東京大学で取り組ませていただいておりますが、その中でも歯科は最初から重要ということで、特に歯科について、私は一定の予断といいましょうか、自分の戦略を持って取り組んでまいりました。

そういうことから、こういう席でそういう柏プロジェクトの経験を踏まえた歯科への期待あるいはそれを踏まえた歯学教育の期待ということ、十分ではありませんけれども、お話しさせていただきたいと思っております。

レジュメはお手元にあります。非常に大きな変化が今日本で進んでおります（図1）。75歳以上人口、2030年で人口の5分の1ということですが、こんな後期高齢者が多い国というのはもちろん世界でどこも経験しておりません。

日本が先頭を走っているわけですが、後でお話ししますように元気な方もいらっしゃいますけれども、集団としては虚弱な集団であると言えるわけですね。そういう集団が人口の5分の1を占める社会ってどういうシステムにしたらいんだらうということなんですが、これが団塊の世代、私はそうですが、それが虚弱の入り口である75歳、ざっくり言いますとおおむね入り口と言える75歳を迎える2025年をめどにそういう超高齢社会型のシステム、物の考え方に変えていく必要があるという、こういう状況にあります。

しかし、なかなかきのう、きょう、あすとちょっとずつ、ちょっとずつの変化ですので、それになかなかうまく我々の物の考え方、システムが変革していないわけですが、明らかにこの2025年をターゲットにして変革は必要であります。医療、介護がどのようにそっちへ向かっていくのかということ、その中での歯科のありようということをきょうお話ししたいと思います。

これは現職をやめましてから読んだ本で非常に感銘を受けた資料なんですが、生存率の概念ですね（図2）。

出生直後が100%生きているのが、1947年、ちょうど日本の平均寿命が50になったときですが、このときって本当に各年齢かなり等分に亡くなっていると。これが50年後の1994年に箱型に近づいていると言われておりますけれども、本当にぎゅっと横に出まして、若死にが激減したということですね。

きょうは持ってきていませんけれども、この後をチェックしてみますと、その後は特に75より右側の面積が膨らんでいますね。

こういう劇的な変化を戦後遂げたということで、本当に若死にがこんなに減った。もちろんまだまだ病気との闘いは必要ですが、私は行政技術者ですので行政的に見ると、

医療はすごく成功している。もちろん医科だけでなく、医学全体の話で歯科を含めて大成功をしているということを痛感いたします。

それで、今でも一番亡くなる人が多い年齢は男子 85、女子 90 だそうでした、85 ないし 90、平均寿命ですね、そこに向かって高い確率でみんな生きているということでございます。そこにいわば焦点がシフトしているわけですね、実は。これは、医療のあり方も当然変わるべきだという大きな変化を遂げている。それに対応してシステムが転換できているかということでございます。

日本医科大学におられた長谷川敏彦さんですね、私の親友でもありますけれども、彼がケアサイクルと言っておりますけれども、この辺になりますと入退院を繰り返すと。若いときは病気を治すということで治ったらまた社会復帰ということで万歳ですけれども、治らない病気をベースに入退院を繰り返しては死期に向かうというこれが普通である社会をどう迎えるかということについて、今医学、医療を含めましていわば新しいコンセンサスが出ていないということだと思います。

これは私を東大に呼んでくださいました秋山弘子先生の貴重なデータなんですけれども、これは自立度ですね（図 3、4）。

完全自立、その下は IADL というそうですけれども、電車に乗れない、銀行へ行ってお金が出せないというような社会性が落ちてくる。その下になると身体、生活能力が落ちて、重い要介護になると。

60 歳以降の統計をとっているわけですが、男子は 1 割ぐらいの人が完全自立で 90 ぐらいまでデータがとれておりますが、2 割ぐらいは、これは平均的なスタイルですけれども、急激に重い要介護になって、7 割ぐらいは徐々に徐々に見事に 75 ぐらいを境にレベルダウンしているというデータでございます。

女子は、聞いてみますと、正座してぱっと立てますかという厳しい質問項目が入っていて、ほとんどの人が引っかかっている。膝が痛いとか筋骨格系から女子は弱っていったということが非常によくわかります。

ただ、急激に重い要介護になるのは男子の半分ちょっと。大部分が男子より高いレベルでやっぱり徐々に徐々にレベルダウンしていったという、こういうデータでございます。これは本当に示唆深いデータだと思います。

75 歳以上人口が激増する社会はどうあるべきかというのを解き明かす非常にいいデータなんですが、急激にレベルダウンするのは病気ですよね。特に血管系の病気である生活習慣病、血管をやられると重い要介護になりますので、これがメインであると考えられます。したがって、生活習慣病は要介護状態のいわば典型的な原因でありますので、この予防がまず 75 歳以上人口が激増する社会において基本的に重要だと。これが減ってまいりますと、次は老いの姿、老年症候群と言ってもいいでしょう。後でもう少し詳しく話をさせていただきますけれども、正確にはフレイルティだそうですが、日本の老年医学会はフレイルと定義いたしました、これをおくらせることができる。だから、できる限りこれをおくらせていくという政策をやる。これが今後やるべきことのトップイシューですよ

ね。それをやるんだけれども、次の段階はぴんぴんころりというのは非常にまれ、これからは事故、自殺以外はぴんぴんころりはないという冗談が言われるぐらい医学技術は進歩しまして、その結果大なり小なり人のお世話を受けながら死に至るとというのが我々のごく普通の姿になった。このときの生活の質をどうするのかということがこれからの政策の大きな重点になっていくと。要するに、命を長らえさせるということは常に必要ですけども、それに加えて生活の質をどうするかということへ大きくシフトしてきております。

そういう中で政策をどう考えるかということなんですけれども、高齢医療介護政策ですね、ヘルスケア政策と言っていいでしょう（図5）。これにつきましては、フレイル予防ということが大きなポイントになります（図6）。生活習慣病予防はかなり国の政策も導入いたしまして動いておりますけれども、フレイル予防というのが今後非常に重要になります。鈴木隆雄先生は、まだ虚弱と表現する人が多くいますけれども、日本語では非常に悪く感じるので、フレイルという用語を日本で普及させようとおっしゃっておいりましたので、私もフレイルという言葉当てました。今の介護予防というのは、要支援レベルに重点を置いています、この辺はかなりレベルダウンしている。レベルダウンしたところで何とか戻そうとしているわけですけど、生活習慣病のように良い薬があるわけではありませんで、なかなか難儀をしております、国の政策は。

結局もっと手前でフレイルをおくらせていくという政策を導入しなければならない、そこが実は今介護予防の最大の政策的な私は焦点だと思っております。これをどうしたらいいんだというのを最初から問題意識を持ちまして、柏でいわゆる柏スタディ、大調査を私の盟友である老年医学の飯島先生にやっていただきまして、新政策を検討いたしております。それにつきましては歯科がかなり大きな関係があるということの後でお話ししたいと思います。

それから、もう一つは弱ったときのケアのあり方ということなんですけれども、ちょっと聞いていただきたいのは、ユニットケアというやつですね、私の現職中に、これを導入したんですが、それは特別養護老人ホームを、大体大部屋だったわけですね、4人部屋とか6人部屋とか。これを個室にしまして、顔見知りの職員を置いて、ユニットごとですね、10人ぐらいの単位で、食堂に行って食事をして、いたいときはそこにいて、部屋に戻りたいとき戻るというシステムに変えたら、同じお年寄りですね、6人部屋からユニットケアに変えたら、当時は個室論争というのがありまして、閉じこもるとというのが大多数の意見でした。実はそうじゃなかったと。タイムスタディをしたら、歩く歩数も、しゃべる量もふえたということで、私たちは非常に大きな感銘を受けたのを覚えております。

そういう情報は、実は北欧から入ってきたわけなんですけれども、要するに、みずからの暮らしを繰り返すということが自立を維持するベストケアだということがわかってきたわけでございます。そこで、2006年にできた小規模多機能というサービスなんですけれども、住まいがついているんですね（図7）。これから、ひとり暮らし、夫婦だけの高齢者世帯が住まいで住み続ける。住まいというのは日常生活行動を暗号化した空間だということそのユニットケアを日本に紹介した今は亡き外山義さんが言っていますけど、自然にベッド

からぱっと立てる、それから薄暗いところでもスイッチを押しに行って次に何をしてというふうに生活し、当然時間になったら外に出るものだから、そういうような住まいによる基本生活を繰り返すと。もちろん重い認知症のひとり暮らしはやはり常時の見守りが必要ですのでグループホームとかユニットケアが必要ですが、基本的には自らの住まいに住むというスタイルですね。より長い期間皆が住まいでの生活を維持できるようにしなければ社会が成り立たない。特に2025年を見ますと、高齢者世帯のうち4割近くがひとり暮らし、3割強が夫婦だけです。そういう意味ではこういうライフスタイルを極力維持できるようなケアシステムに変える、あるいはこれが維持できるように自立を極力伸ばす政策をやる。ここへ頭を切りかえないと、弱ったらどこかで受けとめて保護するという政策オンリーでは全く日本は乗り切れない。しかも、それは幸せじゃない。あえて言いますと、必要なときだけ病院や施設に行けばいいわけでございます。

厚労省のケア政策は全面的にこちらに転換いたしまして、これはぶれることはないです。そういうことございまして、これはお年寄りを写している写真ですが、この方は仮性寝たきりだったんですね、寝かせ切りだったわけです（図8）。筋力は残っていたのでリハビリして、そしてこのように自分の部屋で生活されるようになりました。この頭の様子からかなり時間たっていますよね。でも、この笑顔ですね。私は、この写真に非常に感動を覚えます。この人は生活しているんですよ。社会性のある、社会と関係性を持った生活しているということにして、ひょっとしたらこれは奥様かもしれないんですけど、これからは見守り安心付き住宅に住んで、ヘルパーさんが朝昼晩、寝る前に行ったり来たりすると。そして、友達も泊まりに来ることもできるし、自分が出かけることもできるというような、こういうようなシステムに変えようというのが地域包括ケアの目指していることでございます。

2011年だったと思いますけれども、国は地域包括ケアというシステムを提案しまして、その後定義も法律にも書くというぐらい法制度として目指すものとされました（図9）。これは、30分ぐらいでケアシステムは行ったり帰ったりできるような圏域ごとに住まう、それから生活支援というのは非常に重要な概念なんですけれども、見守り、相談ですね、そして食事といったようなそういう基本的な自立のための支援、それがついた住まいがサービス付き高齢者向け住宅という新しいタイプの政策ですが、それにちょっと隠れていますけど、看護を含めて、介護、看護、医療が行ったり帰ったりするということで、予防というのは一言で言えば出かけやすい地域ということですね。こういうような地域をつくってこういう政策が明らかになりました。ネガ・ポジ大転換ですね。弱ったらどこかに預かるという政策を、もちろん病院も、施設も必要なんですけど、原則住まいをベースにするというネガ・ポジ転換で、これはかなり難易度の高い政策ですので、2025年を目指してこっちへ向かうということになったわけでございます。

それをイメージ化すると、日常生活が基本ということです（図10）。自分のアイデンティティーのある、知り合いもいる、出かけたいような場所があるという範囲内でこういうふうに自分の住まいに住みまして、そこへサービスが、医療、看護、介護が行ったり入っ

たりする、こういうふうにするればいいということでございます。

大都市圏はともかく施設が足らん、病床が足らんということなんですけれども、こういう訪問系の在宅医療を含めましてシステムをつくって、しかも空き家を使っていくという政策をすれば、大都市圏から、これは増田さんが地方に行くしかないじゃないかと問題提起されましたが、私は大都市圏で受けとめることが可能である、そのためのシステムチェンジが必要だということを今進めようとしていることでございます。

そういう中で何が課題かという、やっぱり大きな課題は医療なんですね（図 11）。あえて申しますけれども、在宅医療が欠けている、これは政策としてやっぱりそこが欠落しているんですね。脳卒中で高度急性期治療の必要性が出たときなど、ばたんと倒れたときに劇的な手術をしまして、車椅子ぐらいまで急性期リハで治って、次に回復リハでつえ歩行にまで治って帰ってくるというような、こういう劇的な治療が開発されたわけなんですけれども、実は 80 歳ぐらいになりまして肺炎で入院すると、これは病院が悪いんじゃないんですが、絶対安静、認知症発症、そして病院でのなすべきことが終わったところに、実は自立度が落ちておりまして家の家庭生活に帰れないといって、病院、施設を転々とすると（図 12）。

そういう人が今どんどんふえて、大都市圏はどうするのかということになっているわけですが、何が課題か。要するに、在宅に医療が及んでいないことだと。今は病院医療しかない、入院と専門外来ですね。その専門外来の先生方が外来を地域でやっているということで、訪問診療をするというパターンの医療が普及していない。ですから、全部何かあったら救急車で病院へ行くと。病院へ行ったら、後期高齢期、特に 80 以降ぐらいになると一方通行になるということが今物すごい勢いでふえていっている。要するに、在宅に医療が及んでいない、これが課題ですね。

在宅に医療が及んでいれば肺炎もかなり管理できると言われておりますし、ひざが痛いと言っていた人のひざでちょっと水を抜いたらまたすたっと歩いたということですね、このようなメンテナンスが可能で、90 ぐらいで、本人は本当に病院へ行きたくない、本人の意志からみてかわいそうというときにはみとりも可能だというようなことで、医療がついていればできるわけで、これが欠けているわけですね。大都市圏ではこれが欠けているために、病院で受けとめ切れなくなる、病院死亡率が 8 割ですから。こういうことを心配されているわけなんですけれども、だから在宅医療というだけではないと私は思います。

これは私が一番言いたいことなんですけど、日本人は半分ががんにかかり、3 割ががん で亡くなっているわけなんですけど、がん末期というのは我々にとって非常に身近な話なんですけれども、それを思い浮かべていただきたいんですね。ノーリターンのがん末期で、病院にいる限りは一喜一憂、最後まで病人、しかも死と闘う。しんどいんですね。ところが、同じ病状でも、在宅だと、大分在宅同行訪問しましたけれども、ペットを持っている人が多いですね。ペットが足元をうろうろしている。大音響の音楽も聞ける、鍋も食べられる、それからアルコールを飲んでも叱られない。痛いというときに、病人ですから、それがメンテナンスされれば、その人は生活者なんですね。私はしみじみと思うんですよ。老いて死

ぬというのは避けられない。私は、最後まで生活者として暮らすことができることをしなければ、せっかく長生きした意味がない。よくナースの秋山正子さんが言うのは、あと余命1カ月と宣告された人も、家へ帰ったら、ごく普通の人になると言っていますよ。それはその人が生活しているからです。さっきの写真のあの笑顔ですね、そのような笑顔の生活ができることを保障するために在宅医療システムが要る、私はそう確信をしております。これはお医者さんが悪いんじゃないじゃなくて政策がそっちへ向いていない。これを向けなくちゃいけないということでございます。

これは三木歯科医院の先生の間に入った太田秀樹先生を通して、先生のお許し、御家族のお許しを得て写している写真ですが、がん末期ですね（図13）。ともかくスイカが食べたいと、よし、やろうじゃないかということで、三木先生が歯の調整をしてスイカを食べるんですね。その後のこの表情です。本当に笑顔ですよ。この4日後ぐらいに御本人は亡くなられたそうです。こういうことをやっぱりやるというような社会にしたい。私はそう思います。そういう意味で、こういう営みを含めて我々は最後まで人生からおりない社会をつくりたい、私はそう考えております。

在宅医療の構造はかなりはっきりしております（図14）、まず医科の医師が訪問診療をちゃんとしてくれないといけないということですが、これをグループ化していくことは必要です、医師の場合は時間外訪問診療がどうしても必要な場合がありますので（図15）。

しかし、実際に日常生活を支えるのは図15の右側ですね。ちょっと恐れ入ります、歯科のほうをこっちに入れさせていただいておりますけれども、訪問看護、口腔ケア、服薬指導、ケアマネジャー、介護士といったように多職種ががっちりスクラムを組んで医師とつながって、本当に最後まで生活をつくるということなんですが、介護保険のほうはこう動いているわけですが、この在宅医療と住まい、それからもちろん急変時はバックアップ病床に入れてまたすぐ帰してくるというこのシステムをつくる責任は誰かというのははっきりしなかったわけです。これは市町村の事業であるということを今回法律改正で決めた。地域支援事業で医療・介護連携推進事業ということを法制度化しまして、これを平成30年4月から全面実施するということを決めました。

そういうことで、国の政策は確実にこっちへ向かっております。日本医師会もかかりつけ医による在宅医療推進ということをはっきりさせました。これは2012年の厚労省の資料なのですが、厚労省は非常によくわかっていますね（図16）。私は、やめたら役所とべたべたしませんので、この辺はちょっと研究員が探してきたんですが、放っておいたら高齢者はみんな急性期の病院に向かっていきます、救急車で。したがって、やっぱりかかりつけの開業医さんがきちっと自分のかかりつけの患者が求めれば訪問診療をするという、これはベースですね。そして、歯科を含むさまざまな医療、介護チームが連携すると。地域型の病院には、急変したら入れては戻し、入れては戻しですね。そして、生活し続ける人々を守るこのピンク色の輪が必要なんです。これは地域包括ケアシステムです。しかし在宅医療なき地域包括ケアシステムというのはむなし。要するに、みんな救急車で病院ですよ。

そこで生活はとまるわけですよ。最期まで家におれるんだというシステムと覚悟ができたときに我々の人生は変わっていくと私は考えております。ただ、その家は自宅だけではない。これからは、サービス付き高齢者向け住宅とかグループホームとかも自分の生活の場です。そういうことで、ひとり暮らししないしは夫婦だけの世帯が、いわば自分の住まいで頑張り続けるために腹をくくったシステムが必要だということでございます。

これは新しいシステムなんですね、これをつくらなくちゃいけないということで、特に医科の医師会と市町村がかなめにならなければできないということでございます。こういう方向に今は向かっております。そうしなければ、大都市圏は病院が受けとめきれなくなるという大混乱が起こると私は思っております。

次に、歯科に特に焦点を当てまして、フレイル予防ということについてお話をしたいと思います（図 17）。

フレイル予防につきましては、今言いましたように介護予防の最大のポイントになります。生活習慣病の構図というものがわかってきました。要するに、血管内の代謝が悪くなる。それは一定の内臓脂肪から分泌される物質によるということがわかって、その共通項がわかったので、病気を見つけて治療する、重症化を予防するというより、もっとその前で抑えられるということがわかったことが、実は生活習慣病予防のメタボリックシンドロームの概念の最大のポイントです（図 18）。

私が言いたかったのはここなんですね。病気のもっと手前でコントロールするということできれば良いわけです。したがって、フレイルも同じだということですね。

フレイルも、フリードという方が言ったそうですけれども、フレイルティーサイクルということで、栄養低下や運動減少などがぐるぐる回りながら虚弱になっていくという虚弱サイクルというのは明らかにされておりますが、これを早期から抑えるということを考えればいいわけでございます（図 19）。

4つの段階ですね、飯島さんがこういう4つの段階を設定しまして、生活習慣病と同じようにフレイルについても境界領域、フレイル期、それから本格フレイル期、重度フレイル期というふうに4つ設定いたしまして、プレ・フレイル、このあたり、生活習慣病で言えば血糖値が110前後とかというのが、厳密に言わなくていいんですけど、この辺で気づきを持てる兆候を見つけようと（図 20）。そして、そのときにやるべきことは食（栄養・口腔機能）、運動、社会参加の3つだと。フレイルティーサイクルに関するフリードの研究から明らかでございます（図 22）。

この3つやれば良いというのははっきりしている。この中で、フレイルに関しては、食は、年をとったらたんぱく質と野菜と言われてはいますが、筋肉をつくるということなんです。実は口腔機能、歯の保全、それからかむ、飲み込む、この口腔機能が落ちるとフレイルティーサイクルが促進されるわけですから、これをいかにメンテナンスするかということなんです。年をとって極めて重要でございます。運動、社会参加は当然なんです。これをいかに気づいてもらって早期に対応するかという研究を一生懸命したわけでございます。

柏スタディとっておりますけど、3年間、追跡調査はまだやっていますけれども、1人200項目の調査で、まず指輪っかですね、自分の身長に対するこの指輪っかですけど、これでふくらはぎがぐすぐすになるとサルコペニアの発症確率は有意で高いというデータが出ました。腹囲の85cmと一緒にですね。ふくらはぎがフレイルの兆候というのは世界共通なんだそうですが、これを日本人のデータでエビデンスができました。問診で重ねていくわけですね(図21)。これはイレブンチェックと言いますが、結局、食の内容、口腔機能、運動・社会性という3分野のことについて、まずイレブンチェックで確認して、深掘りチェックというんですけども、このお口については、パタカですか、口の機能、もちろん片足立ちとか握力とかいろいろなチェックをします。血液検査はやりません。そういう今の3つの柱についての深掘りのチェックをやるんですね。それで、一定の基準から、悪くなければ青、ちょっと超えていたら赤、しかしそれは病気じゃないですけどね、弱った兆候の原因でどこが弱いかと調べて、赤、青と張って、喜々として皆やります。ああ、私はここが弱いということで気づきを持ちまして、その気づいたことについて自分で行動変容していただくということで、柏でやっているんですけど、リピート率100%だったんですね。そういうことで、非常に皆関心を持たれます。それで、実はこのサポーターですね、地域のボランティアが手伝うというのがまた非常に大きな魅力でして、皆張り切りますねということでございます(図23)。

ここで大きなポイントは、大抵のところはちゃんとしたものを食べなさい、運動しなさい、もっとお友達ふやしなさい、ちょっと出かけ方が少ないんじゃないなんていうことなんですけど、口の中の機能だけは本人はどうしたらよいか分からない。これに関しては歯科に紹介する、このお口にひっかかった人は。そういう方向でこのフレイルチェックのアフターをやらうとしております。じゃ、歯科のほうは、来たときに、歯が悪いのはオーケーですけど、かむ力、飲み込む力に問題が出ているときに歯科はどのように対応するのかというのはまだ少なくとも標準化がされていないということで、これについて、東大のチームでメンバーに入っている平野先生を始め、学会の関係者を含めてそこのところのマニュアル化をしていこうという作業を今進めていただいております。口腔機能全体についてこのフレイルのときから要介護のときに至るまでにどうするかを含めて、そこのところを標準化していくという作業がこれから重要だと思っております(図24)。

このフレイルチェックをした後歯科に紹介するというのをやってみて、歯科がどうワークしていくかということ神奈川県で実証しようとしております。そういうような動きになっております。

以上のような考え方で、フレイルの歯科バージョンをつくりました(図25)。口腔機能が弱っていく過程でフレイルというものを書くところというふうになると。最初は口腔リテラシーが低いというようなことから、滑舌低下、食べこぼし、わずかなむせ、かめない食品、この辺ですね、フレイルチェックをやってサルコペニアの兆候を見せたときに、これはやっぱり歯科にどうしたらいいのか回していく必要があるということで、ここをオーラル・フレイルと定義いたしまして、この辺の概念を国民運動的に広げていこうということで、歯

科医師会もオーラル・フレイルという概念を、これを使おうということになっておられます。学会とともにこの点をこれからきちっと押さえていく必要があると考えております。

もちろん要介護状態になってからも重要です。こっちも重要でして、こっちの口腔ケアについては私もいろいろなテキストをざっくり読ませていただきましたけど、解明されているわけですが、その口腔ケアを実際現場でどうするかということにつきましては、必ずしもまだ十分普及しているわけではないということでございます。

私もいろいろ歯科の勉強会で教えていただいて、僕は片麻痺というのは、舌までは麻痺するけど、嚥下能力は保たれる、まだあるというのを知らなかったです。そういうようなことで、じゃそういうことで本当に麻痺が出ても、この嚥下能力を必死にちゃんと守るためのケアが行われて食べ続けるということが行われているのかというような意味で、医科歯科あるいは国民自身がこのあたりについてより連携することが大切です。栄養連携も必要ですね。かむ力が落ちてくる、飲み込む力が落ちたら、それに応じてやっぱりおいしいものがあって食べ続けるというふうにするという努力がどれだけ今なされているのか。

日歯の前会長の久保先生が、よく出された写真で、非常に感銘する写真があるんですけど、車椅子でよろよろとなっているお年寄り、何でだろう、調べたら、入院したときに義歯を外されたままだったんですね。義歯がないじゃないということで、義歯を使ったら歩くようになったわけですよ。劇的に変化したんですね。よく久保さんはそれをおっしゃるんですけど、食べるということを大切にするって、最大のこれからのポイントですよ。

それから、小田原に潤生園という特養がありますけど、その園長さんは偉い人で、とにかく最後の最後までおいしいもの、見た目もおいしい、口で簡単に潰せる、歯茎で潰せるような食事を徹底して出したんですね。それを徹底したら、病院死亡率が減っちゃったんです。なぜかというと、肺炎にならなかった。それで、結局施設内の老衰死亡になったということで、本当にこの食べることを大切にするというのをやらなければ私が言っている生活者として幸せになれないわけですね。そこが勝負だということでございます。

それで、それをどうしたら地域でシステム化できるかですけれども、第1段階は医師会と市役所で在宅医療を含む多職種連携をやるという方針を決めて、その次に市役所が事務局になって、医師会が先頭に立って、各職種団体、特に歯科が御一緒に集まる場をつくる。そこでいろんなルール化をしていくという作業を柏でやったわけです（図26）。おおむねこの作業工程というのは国が推進している医療・介護連携推進事業に当てはまります。ここで、柏の場合は歯科医師会が頑張って口腔ケアチェックシートをつくりまして、訪問看護ステーションも、医科も自分の患者さんを全部チェックしてくれと要請されました。ひっかかったら持ってきてくれと。そうしたら、歯科医師会はまず歯科衛生士を派遣して、その判断で必要だったら訪問歯科診療を保障するという、こういう非常に頑張りを見せられました。それは、やっぱりこういう場で本当に話し合っ、多職種連携のいわば顔の見える関係会議、これは200人ぐらいが地域ごとに各テーブルをつくってグループワークをやるんですね。こういう中で歯科医師会は俄然張り切り始めたわけでございます（図27）。

そのような動きになった大もとは多職種連携の研修プログラムだったんですね。これは、

医科を奮い立たせる、医科で訪問診療をしてくださる人をふやすという目標がメインの一つなんですけれども、グループワークをやって多職種が交わる中でそれぞれが認知し合っていて、仲よくなって進んでいくという波及効果を経験いたしました（図 28）。インタープロフェSSIONAL・エデュケーションということで、既に昭和大学もかなり本格的にやっていらっしゃるということを知りましたが、これは本当に重要ですね。

多職種研修のグループワークでは典型的なテーマとして認知症と緩和ケアを入れておりますけれども、もちろん摂食嚥下もやりました。その講師をしてくださったのは、柏プロジェクトでは歯科の開業医さんでした。これを学んだ医科のほうは、これは医科のほうも偉いと思うんですけど、我々は口の中のことは弱い、歯科の先生方に教えてくれと、この多職種連携の協議会で、医科のほうから発言されました。そういうような過程で口腔ケアチェックシートをつくらうというような機運が高まったわけですが、この摂食嚥下の講義を各地でやってほしいんだけど、誰がやるんだという話ですよ。誰がやるんだって変な表現なんですけれども、神経内科の先生がやっているという例もあります。ということで、日本中でこういう研修をやってほしいんですけども、そういうことで厚労省も進めてくれているんですが、摂食嚥下については本当に歯科医にやってほしいですよ。

私どもは、訪問歯科診療をやっている先生方の集まる在宅歯科診療所連絡会と連絡をとりまして、各地域で多職種連携の研修があったら、口腔に関しては摂食嚥下も含めて自分たちが講師になるという運動をしてくださいということをお願いして、そういう方向で議論しております。

ということで、やっぱり摂食嚥下を含めた口腔ケアについてのスキルを高めつつ、歯科界の土台を固めて、各地域の多職種連携の場で頑張ってもらいたいということでございます（図 29）。

医科のほうは在宅医療普及に動き始めております。外来利用率が 75 歳から 80 歳がピークですので、団塊の世代がそれを超えますと外来は減っていくということで、日本医師会は在宅医療を推進するという方針です。歯科はそれより 5 歳早いそうですね。ということですから、パラダイムは転換し始めているということでございます（図 30）。

厚労省のほうも鳥山さんが見えていますけれども、これは歯科衛生課から出した資料だと思いますけれども、要するに健常者型、医科もそうですけど、こちらも物すごく成功した、これからは高齢者型だというふうに方向が向かっているわけですね。だから、方向は確実に向かっております（図 31、32）。

それから、研究という面でも、東京大学医学部に在宅医療学拠点というのがつくられてまして、学部の学生を、柏にフィールドができましたので、医師会と市役所と組みまして、学部の学生を全部 2 週間の在宅実習に出すということで、学部に多職種連携を含めた在宅医療というものの教育を始めましたのと同時に、在宅の臨床症例の収集をして在宅医療の質というものの研究を始めました。こういうようなことで動いております（図 33）。

最後、まとめなんですけれども、そういう方向に動いているんですが、言ってみれば歯の治療にとどまらないニーズの拡大というものを歯科のほうできっちりと捉えていただい

て、食べるということに歯科医療の概念を変える必要はないんですけど、拡大といいましょうか、これをしっかり学問からも取り組んでいただきたいということですね。そのときにやっぱり弱った人というのは病院に通ったり、診療所に通ったりしますので、やっぱり医科系統と接点を持つことが多いです。ですから、訪問看護ステーションを含めて、医科と歯科ですね、まずこれをつながなきゃいけない。そして、歯科は、今度口腔内についていろいろケアする中で、やっぱり最後は弱りますから、栄養とつないでしっかりと歯科と栄養がつながると。このような関係性の下で学問的にも大きな追求が必要でしょう。例えば私もむせるんですね。どうしたらいいのか知りません。そういうことをちゃんと教えてくださる人がいるとか、そのときにこれをかみかみしなさいという商品があったらやりますよ。そういうようなものを本当にもっと開発していくとか、そういうような部門についての学術あるいは臨床、あるいはあえていうと製品開発といいましょうか、そういうところを本当に進めていただきたいと思います。

それから、もう1点は、本当に在宅ってすごいところで、在宅というのは行った人が自分で判断しなくちゃいけない。食べていないな、食べてもらうにはどうしたらいいんだというようなことを気がついたらそっちをどうするか。薬を飲んでいないんだったら、飲んでいないということについて薬剤師に連絡するのか。そういう的確な判断能力と対応力が要るわけですね。したがって、本当に支える医療、在宅をベースにする医療というのは、かなり幅のある判断能力とコミュニケーション能力を必要としているということです。そういう意味で、各医療関係科目がその関係性と方向性、これについて専門性を見直すというか、お互いに拡大し合って、逆に拡大し合うがゆえに自分の専門性だけは絶対に守るというレベルの高い認識が要るわけですね。そういうような時代が来ております。食べ続けて生きるということに意味があると私は本当に思います。最後に残るのは、ああ、おいしいという喜びですよ。だから、これから在宅ケアで歯科の役割はものすごく大きい。

それからもう一つは、医科はやっぱり病院という大牙城を持っておりまして、そこから、あえて言いますけど、出て行くモチベーションが弱い。だけど、歯科は、メインは診療所ですよ。だから、卒業生の多くは診療所にすぐ行かれる。だから、歯科医学教育が変われば即診療所は変わるということで、私は本当にそういう意味で歯科界の教育システムに大変期待を寄せております。

ということで、終わらせていただきます。

御清聴、ありがとうございました。(拍手)

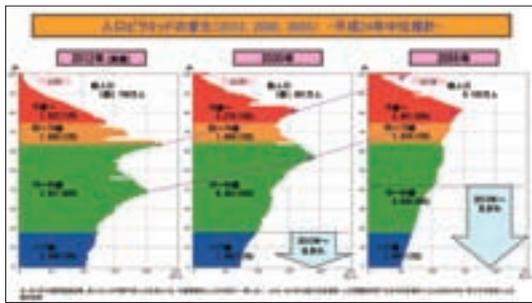
○羽村座長 どうもありがとうございました。

御質問等は、最後に総合討論を予定しておりますので、それまでちょっと少々待っていただければと思います。

超高齢社会への日本の対応と歯科医療の在り方について

東京大学高齢社会総合研究機構
辻 哲夫

(図 1)

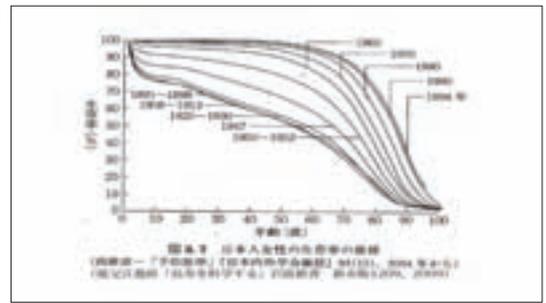


超高齢社会の姿

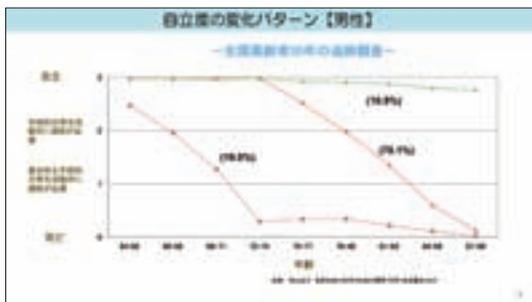
- 後期高齢者の増加
 - 未知の社会
- 生存率から見た場合
 - 若死にが減り、高齢者が長命化
- 自立度から見た高齢期の姿
 - 生活習慣病とフレイル(虚弱)という大きな流れ
 - フレイル(虚弱)の構造の解明と的確な対応が大きな課題
 - 早期のフレイル予防と重症フレイル期の生活の質、両面が大切

⇒歯科医療の役割が期待される

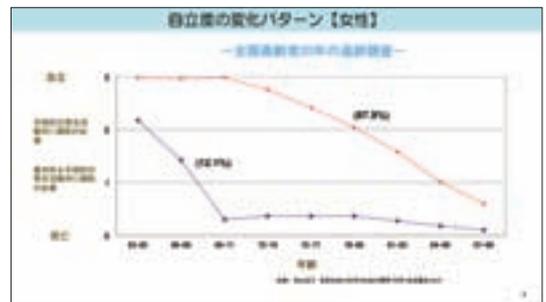
(図 2)



(図 3)



(図 4)

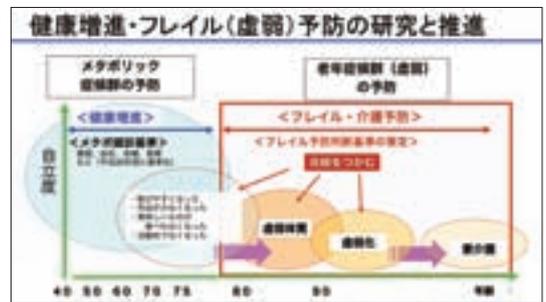


(図 5)

超高齢社会の医療介護(ヘルスケア)政策の方向

- 予防政策⇒健康寿命の延伸
 - 生活習慣病予防(メタボリックシンドロームに着目)
 - 介護予防(より早期の予防=フレイル(虚弱)予防を目指す)
 - フレイル(虚弱)予防政策の体系的推進が必要
- 医療介護政策⇒地域包括ケア政策
 - 地域で最期まで住まいに住み続ける
 - 医科、歯科、薬剤、看護、リハ、栄養、介護等の多職種連携
 - 新しいネットワーク型の地域医療の推進が必要

(図 6)



(図 7)



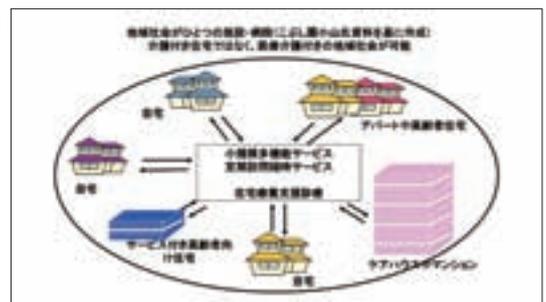
(図 8)



(図 9)



(図 10)

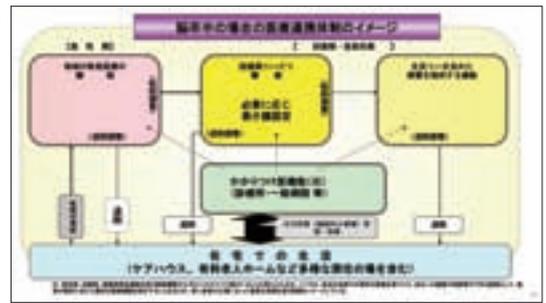


(図 11)

医療政策が問い直されている

- 医療機能の機能分化と連携
 - 最大の欠落点＝在宅医療
- 在宅医療とは何か
 - 生活者と病人
 - 「治す医療」から「治し、支える医療」へ
 - 在宅医療を含む多職種連携(2014年医療介護制度改革)
 - 歯科医療の在り方にもかわる
 - 支えることを支えるということ

(図 12)



(図 13)

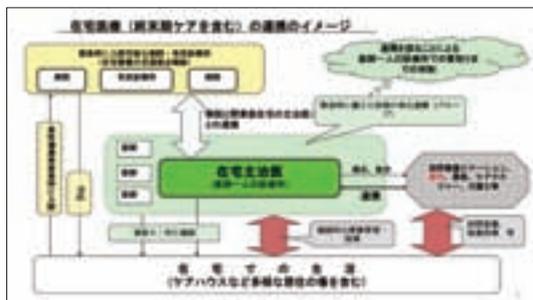


(図 14)

在宅医療の構造と課題

- 在宅医療の構造
 - ・主治医、多職種、バックアップ病院
- 在宅医療の4つの課題
 - ・訪問診療する意欲のある医師の拡大
 - ・在宅医療を担う医師のグループ化
 - ・在宅医療の連携を支える多職種のチーム作りのコーディネート機能
 - ・住民の意識啓発
- 医療介護改革(2014年改革)が進行中
 - 「口腔ケア」について歯科からの積極的な発信を期待

(図 15)



(図 16)

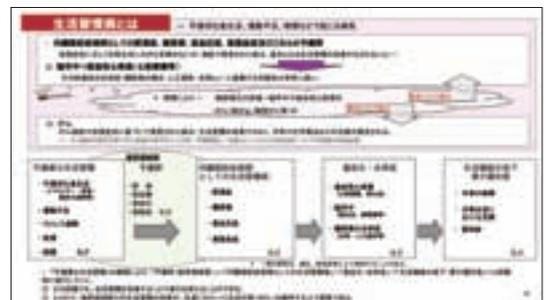


(図 17)

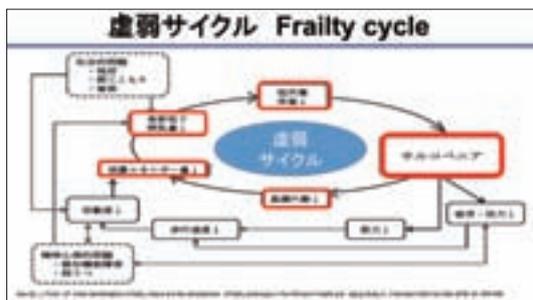
栄養から見たフレイル(虚弱)の構造と歯科の課題

- メタボリックシンドロームの構造から学ぶ
 - より上流から取り組む
 - (注)歯科との関連も解明
- フリードの「フレイルティ」の概念
 - 老年医学会の提案＝フレイル
 - 栄養が一つのポイント
- 栄養から見た4つのフレイル期の提案と二つの課題
 - Ⅰ 早期のフレイル(虚弱)予防
 - Ⅱ 重症フレイル期の生活の質
 - いずれも「食べること」＝「栄養(食・歯科口腔機能)」が大きなカギ

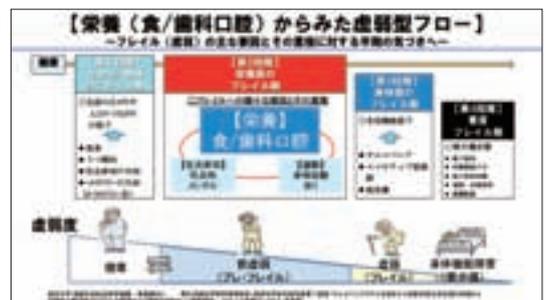
(図 18)



(図 19)



(図 20)



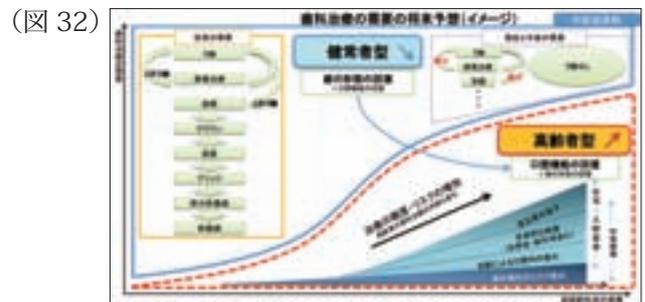
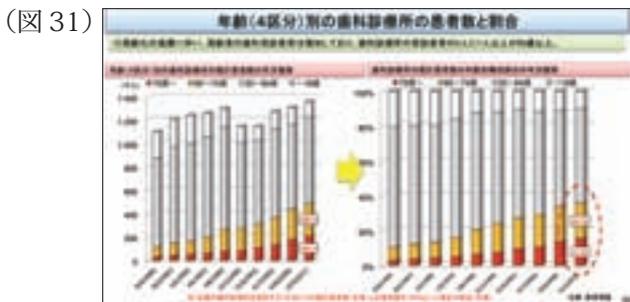
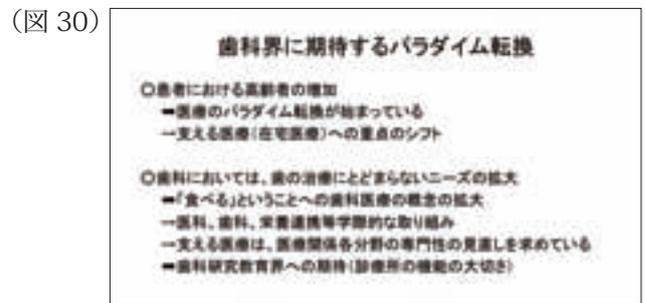
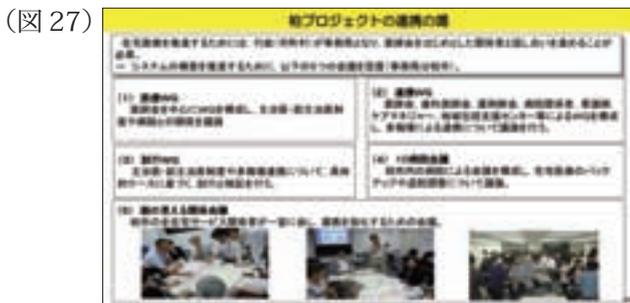
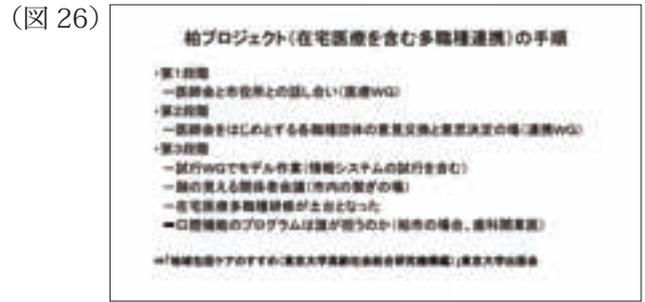
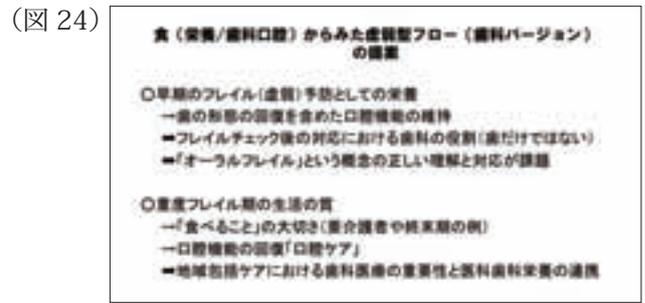
(図 21)

フレイルチェック

- フレイルチェック(東京大学飯島先生)の試み
 - 介護予防は、早期対応がポイントとなる
 - 早期のフレイルの気づき(サポーターの支援によるエビデンスに基づく)確認と五つの柱での気づき
 - それぞれの個人の観念の気づきと自分事化
 - ⇒三つの視点での気づき⇒様々な自己の活動を期待
 - ⇒口腔機能の観点については、住民自らの対応が難しい
- フレイルチェックの普及を目指す
 - フレイルの早期予防の基盤システムと考える

(図 22)





「認知症と歯科医療戦略：新オレンジプランから考える未来」

東京都健康長寿医療センター研究所社会科学系専門副部長 平野 浩彦

○羽村座長 それでは、2人目のシンポジストです。東京都健康長寿医療センター研究所社会科学系専門副部長をされている、平野先生です。今月号の日本歯科医師会雑誌にこの新オレンジプランに関する平野先生の文章が載っておりますので、ぜひともそちらのほうもごらんになっていただければと思います。

では、先生、お願いいたします。

○平野 御紹介、ありがとうございます。平野でございます。

このような機会をいただき光栄だと思っております。このような機会を与えていただいて、ありがとうございます。かつ、ふだん御薫陶いただいております辻先生の後にしゃべるとするのは非常にハードルが高くて、いまだかつてないぐらいの緊張感を持ちながらお話を始めさせていただこうと思っておりますが、私に与えられました題は「認知症」、昨年1月に出ました新オレンジプランに基づきまして、歯科医師はどういうふうにしていけばいいのかというお話をさせていただこうと思っております。

辻先生のお話の中で、フレイル対策ということがお話の中に強いメッセージとしてあったと思います。フレイルの前段階の要介護高齢者の原因の1位は脳卒中でございます。以前は2位にそのフレイルというものがございまして、3番手、4番手あたりが認知症ということでした。十数年前はそうだったと思いますけれども、にわかここ数年で2位のところに躍り出たというか、パーセンテージが上がってきたのがこの認知症ということになります。

脳卒中の予防というのはメタボ対策のところでした。次にフレイル対策というお話が先ほどございました。次に、今度は認知症をどうしようかということなんですが、たった今の医学では、この認知症ということは根治治療はございませんので、ケアの中でどうするかというお話になってくるんだと思います。

この要介護高齢者ということのお話をさせていただきましたけれども、その方たちの、例えば肺炎の予防に口腔衛生管理というものが非常に効果があるんだとか、摂食嚥下障害に対する対応なんていうのはこの20数年非常に学問として広がってまいりました。けれども、その要介護高齢者の前にたった3文字の認知症というこの言葉なんですけれども、これがつくと、今まで積み上げてきたさまざまなインフラが、効率的に届くかという届かないですね。さまざまなケアグッズがお口に入れようとしたら、それは拒否、お食事の御支援をしようとしても、それも拒否ということで、一方で認知症だからしょうがないよというような、できないことの免罪符的に認知症も使われることもございます。それはどうしてかという、私も含めてですけれども、認知症の理解が少し足りないというふうに思うわけでございます。

そこで、きょうは短い時間ではございますけれども、この3つの流れでお話を先生方と考えていきたいと思っておりますが、まず認知症を取り巻く環境について、2つ目は認知症の病態、

最後にいつ何が起こり、我々は何をすればいいのかなんていうことを少し考えてまいりたいと思います。

1つ目でございます。認知症を取り巻く環境からお話を進めてまいりたいと思いますが、これは何ととっても認知症は多いぞということです。このデータがたった今のエビデンスになっていると思いますけれども、筑波大学の朝田教授がお示しになった認知症の高齢者は462万人いると。さらに予備軍、MCIですね、Mild Cognitive Impairment、軽度認知障害が400万人、合わせて八百数十万人というスケール感のデータになっております。

ほかの病気と比べますと、糖尿病が約900万人、あとは、高血圧800万人、それとこの認知症の八百数十万人というのはほぼスケール感が合うわけでございます。糖尿病、高血圧といいますと、これはcommon disease、身近な病気ということになりますが、それとほぼ同じスケール感が認知症の方々、つまり認知症は決して珍しい病気ではなく、非常に身近な病気なんだというふうなことがこの数字から言えると思います。

次に5歳刻みを見てみますと、462万人の方々がどういう割合にいるかということ、65～69才で2.9、70～74才で4.1、75～80才で13.6%です。85から89になると41%、90代になると何と半数を超えます。それから、95才以上、これは8割ということで、95を超えると8割の方が認知症ということは、認知症のほうがマジョリティーということになるんですね。これを病気と言っていいのかなというぐらいのスケール感になります。

さて、この認知症というのを世界に目を転じてみますと、同じ状況です。これはWHOの示した数字ですけれども、2050年になりますと1億3,500万人になると言われています。

これに対して、やはり世界レベルでもしっかりと対策を打っていこうということになって、今まで各国で対策を考えておりました。我々日本の国も、例えばオランダであるとかそういったところに興味ある対応策があるんだということで、見学したり、教えていただいたりなんていうことを繰り返しおりましたが、そういう時代ではないだろうということで、2013年の12月に、ロンドンで開かれたG8で、キャメロン首相がさまざまなディスカッションがあった中で、「Global action against dementia」を打ち出しました。これは国と国がしっかり手をつないで認知症対策を練っていこうというディスカッションが行われました。さらに、この議論を必ず世界に広げていくんだということで、後継サミットでやっっていこうということでロンドンから始まり、たしかカナダにいったのではなかったですかね、次に日本にも回ってきました。これは一昨年の11月ですね、認知症サミットというのが日本でも4日間開かれたわけでございます。その後今度は11月の2カ月後の平成27年1月、昨年1月に厚労省のほうの塩崎大臣でございますけれども、1月27日に新オレンジプランが出たということになりました。

新と言うからには旧があったわけですが、その大きなミッションというのはそのまま継承しつつ、デバイスがかってきたということになります。この新オレンジプランの基本的な考え方が書いてございますが、ここを読み取ると非常にある概念に近かったりするんですね。それは何かというと、地域包括ケアシステムの概念に本当に近い概念が書き込まれております。

このビジョンをどのような形で支えるかという中でこの7つの柱というものが出されております。細かいお話はきょうは避けますが、その中の2つ目、認知症の容態に応じた適時、適切な医療、介護等の提供をしていこうという中で、「歯科医師」という文言が明確に書き込まれてございます。

柱の2番目を特出したのがこのスライドですけれども、認知症の容態に応じた適時、適切な医療、介護等の提供ということで、発症予防から、初期、増悪、中期、簡単にいうと終末期ということになります。そういった中で、どのような医療、介護、我々の場合ですと医療と歯科医療ということになるとおもいますけれども、この各容態に合わせて円滑な歯科医療をどういうふうに提供していくかが求められております。どこに書かれているかというところの部分がここですね、歯科医師の認知症対応力向上をしっかりとやれというミッションが書き込まれたわけです。それで、これは平成28年度からこれは行いなさいということになってございます。その内容については後ほど少しだけ触れさせていただきます。

次に、認知症の病態ですけれども、この病態に合わせてということがオレンジプランでうたわれておりますので、病態を理解しなければいけないだろうということで、認知症の病態について少しお話を進めてまいりたいと思います。

認知症は、実は病気の名前ではなくて症状の名前というふうによく言われますが、65歳以上の高齢者ですと大体60から70種類の原因があります。何といたっても一番多いのがアルツハイマー型認知症です。次に、血管性認知症、レビー小体型認知症、それから前頭側頭葉変性症ということになり、アルツと血管性の認知症、レビーと前頭側頭葉、この4つを合わせてよく四大認知症というように言われてございます。

ただ、この4つの認知症、それぞれイメージが違いますが、一番多いのがアルツでございますので、アルツに関して少しだけ触れさせていただきます。脳内の変化ということで3つの特徴があるとよく言われますが、1つ目がこの量的な問題ですね。大脳の皮質が変性疾患であるアルツハイマー病によって萎縮をするんだということが1点。2点目は、質的な変化も起こってくると。それと、あとは神経伝達系に障害が出てくるということ。

その部分とはともかくとして、本当にイメージで言いますと脳が縮むということでございます。アルツの場合には同時多発に脳の萎縮が進んでいく病気、つまりALSと同じように変性疾患であるということは、これは肝に銘じなければいけないと思います。これが血管性の認知症とアルツハイマー型認知症の変化の差ということになります。

ここの脳卒中の発作というものの予防というのは、今我々にはさまざまな武器があります。抗血栓療法というものがございます。降圧剤を使って血圧をコントロールしようなんてことで予防はできますが、一方の変性疾患であるアルツハイマー型認知症の、一回ここでオンセプトしてしまいますと、これをとめるということは今の医学ではできないわけです。アリセプトのようなお薬を飲むと、先延ばしはできるものの、このエンドポイントは何かというと死ということ、変性疾患でございましてお亡くなりになるということになります。

そのほかのこの血管性の認知症、脳卒中型のものと、変性性認知症とよく総称されますが、

アルツ、レビー、前頭側頭葉、これはやはり峻別して対応を考えていかなければいけないだろうというふうに思っています。

次に、こういった変性性の、特にきょうはアルツハイマー型認知症についてディスカッションを深めてまいりたいと思いますけれども、どんどん進んでまいりますので、アルツの場合は結構あるパターンで進んでまいります。いつ、何が、どんなことが起こっていくんだろうかということになります。これは1枚でちょっとまとめさせていただいたものです。

先ほどの新オレンジプランの中でも容態に合わせてというところの図と非常に似ているんですけども、80代で発症された場合ですけれども、最初の2、3年は物忘れ、特に近時記憶障害ということですね。それから、次の4年から5年という介護負担の増大ということで、さまざまな脳の変性によって萎縮が起こり、例えば遂行機能障害、お料理ができないであるとか見当識障害ということで徘徊をしてしまうのであるとかそういったことが起こりますので、周囲の介護の負担はえらく増大をいたします。さらに進みますと、今度は青で書かせていただきましたけれども、便意、尿意というものを感じなく、失禁、それから歩行機能もちょっとままならない、そういうことによりADLがどんどん下がり、寝たきりに近い状態になり、そういったことと前後して嚥下障害がでて、最終的には多臓器不全でお亡くなりになるというパターンを大体おとりになります。もちろんほかの病気が併発する場合がありますけれども、こういった流れで死に至るわけでございます。

アルツなんかの場合には、この前段のこの部分がよく注目され、あいつって何であんなことしちゃうのかしら、何か難しいよね、なんていうことがよく言われますが、でもこのように見ますと、やはり質が違うケアをしていかなければいけない。前段のこの黄色で書かせていただいた部分は、認知症による高次脳機能障害によってその方がお暮らしになっている日常生活の環境とのかかわりの障害が出てきてしまうと。それに対して我々はどうするか。今度この青の障害ですけれども、これは身体機能障害でございます。でも、ここはどうでしょうか、脳卒中型のさまざまなハンディキャップを持たれている方々に対して抗血栓管理であるとか摂食嚥下機能に対する対応なんていうのはこの20数年非常に学問が進んだところでございますので、ここは結構頑張れば何とかなる。でも、この部分の整理ができていないし、この容態に合わせてという認識もまだちょっと足りないのではないかと。つまり、この失禁とか歩行機能障害、こういったものが顕在化したときに、環境とのかかわりの障害の対応の視点から、どちらかという身体機能障害、口腔の衛生のマネジメント、機能のマネジメント、栄養マネジメントという視点をシフトチェンジしなければなかなか円滑なケアが御提供できないのではないかと考えているわけでございます。

では、前段の障害の方というとなんかイメージかという、認知症による高次脳機能障害によってこの食事の場面というものがわからないかもしれない。あとは、ここの2本、お箸ですけれども、何だ、この2つの棒はと思っていらっしゃるでしょう。始められないんですね。この方のお食事の環境という生活の環境と御本人がかかわりの障害が出てしまっ

ていると。じゃ、この方にとろみをつければいいのか、きざみを出せばいいのかというふうな、今までのちょっとアプローチとは違う視点を持たなければいけないだろうと。恐らく見当識障害によってさまざまなことが起こっているかもしれません。

そういった中で、我々は、実は言語聴覚士さんに指示権を持たせていただいております。言語聴覚士さんというのは高次脳機能障害というのはとても詳しいです。叩き込まれて卒業されております。こういったような高次脳機能障害、これは認知症においてというふうに書かせていただきましたけれども、今の方は恐らくこの見当識障害でお食事の場面がわからない、ないしはお箸の使い方がわからない、いわゆる麻痺拘縮はないんだけど、使い方がわからないというか、失行というようなイメージかもしれません。そういった概念を我々歯科医師は持ち、やはり言語聴覚士さんにそのところをどこで援助してもらうかと指示を行うんです。こういったところもやはり研さんを積んでいかなければいけないのではないかとというふうに考えております。

そういった中で、歯科医師にしっかり認知症対応力向上、対応力を持つようということがうたわれているわけですが、まさしく今カリキュラムをつくらせていただいている最中ですが、不肖私も参画させていただいておりますけれども、このようにスライドをつくり、読み原稿をつくり、カリキュラムをつくりということで、言葉だけではなかなか伝わりませんので、動画もたくさんつくってこういうなんてことになってございます。

これは、実は今月 27 日に伝達講習というものが行われることになってございまして、これは実は日本歯科医師会から全国のほうに、もともとは厚労省さんからですけども、発信され、今のところ全都道府県から御参画いただくということになってございます。このようなプログラムを次年度から広めていこうなんていうふうなことを考えております。

そういった中で、具体的な場面なんてことと、これは実はある商業雑誌から切り取ってきたんですけども、こういったところをやはり動画にしようなんてことで動画などをつくらせていただいておりますので、一部ちょっと御披露をさせていただこうと思います。ちょっとまだアテレコが進んでいないのでちょっと変なコメントもあるんですけど、お許しいただきたいと思います。

〔動画上映〕

なんて、まだちょっとブラッシュアップが足りないですけど、3本ぐらいのDVDで場面設定をして、参加した先生方にも考えていただく。その考えるすべとしては主にここです。歯科診療所のところを想定しましたので、こちらの障害ということを想定させていただきました。

ただ、本当にまだまだ我々歯科医療というのは、認知症の方々にしっかりとコミットしていないところもございまして。8020 運動が非常に円滑に進みまして、80 歳で 20 本残されている方が多くふえてございます。

そういった中で、その一つの責任団体である日本老年歯科医学会は、このホームページで既に出ておりますけれども、今年の 5 月でございまして。立場表明ということ、きょうも

おいでになっております日本老年歯科医学会のガイドライン委員会の委員長でございます市川先生が中心になってこの立場表明をしっかりと出され、細かい内容はまだまだ今後つくっていくんですけども、老年歯科医学会は認知症の方々に対してこういうビジョンで進むんだなんてことが出されてきてございます。

このような内容になってございますけれども、ただこのアルツハイマー型認知症の方というのは先ほどもお話ししましたけれども、どんどん進んでいってしまい、最終的にはこういうステージになります。例えばどういうイメージかという、こんなイメージの方になります。この方は終末期に近いんですね。ただ、よくお顔を見ていただくと左右対称、要は麻痺がない。

ただ、感情の表出ができないような状態になられております。この段階になりますと、どうしても口から食べていただくということで、御家族様の思いもあり、経口摂取などでございますけれども、やはりなかなか喉がついていかないですね。軽く今垂れ込みで入りますが、ちょっとむせられます。肩を見ていただくとわかるんですけど、ちょっとこんこんと。しばらくたつと嚥下が起き、ごくりんこと飲みますと多量の誤嚥でむせ返ってしまふと。ここまで進むと相当摂食嚥下機能というのは落ちます。

これは、私の下の方が、この認知症のなしの状態から、FAST というふうなアルツハイマー型認知症のステージ分類がございましてけれども、終末期までを約 200 人近いアルツハイマー型認知症の方々の症状をプロットした図なんですけれども、最初のころ、初期のほうはほぼ問題ございません。ただ、この中等度から徐々に落ちて、今度重度になりますと急激に落ちてくるというような、この落ち方をするのがアルツ、今の方はほぼこら辺の状況でございます。

そういった中で、どんどん進みますから終末期をアルツハイマー型認知症の方は迎えるわけでございますけれども、その中で 2012 年、日本老年医学会が高齢者の終末期の医療、ケアに対する立場表明というものを全部で 11 の立場表明を行いました。非常にこれはマスコミ等で取り上げられた部分ですけれども、立場表明の 1 「年齢によるエイジズムに反対する」というところの中の「いかなる要介護状態や認知症であっても、高齢者には、本人にとって最善の医療及びケアを受ける権利があるんだ」という中のこの赤で書かせていただいた「胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、慎重に検討すべきである。すなわち、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退」という言葉が出て、医療者から見ればそれは餓死だろうなんていう議論も行われ、本当に大きな議論で、多分どこかに収れんしていく。そういった中で、例えば平穏死の問題とかいろいろとディスカッションする契機になった立場表明、ステートメントというふうに理解してございます。

ただ、残念なのは、この食べられなくなったらどうするんだという議論は非常に今進んで、その平穏死なんていうところにはクローズアップされておりますけれども、非常にこれは本当に悔しい思いをしたんですけれども、認知症の方に食べていただくためのやはり我々はまだ学問がしっかりと持てていなかった。だから、この食べられなくなったら、胃瘻、だ

めだよ。でも、そのジャッジをさせていただくのは我々だろうとすごく本当に悔しい思いもしたんですけども、おくれればながらそういった学問をどんどんつくっていききたいなんていうふうに考えているわけです。

現場にさまざまなインタビューをしてみますと、いろんな声が聞こえてまいります。ちょっと自分でしゃべるのは下手くそなのでこのビデオにまとめさせていただきましたので、ちょっとビデオを御披露したいと思います。

〔ビデオ上映〕

やはり終末期の問題は大事です。そこで、やはり胃瘻の問題、人工栄養の問題、いろいろあるのは重々わかってはいるんですけども、でも一方で認知症の方に食べていただくためにはということ、それは特に変性疾患である場合にはある一定の流れを踏んで、経口摂取、こんなようになっていくわけですけども、その途中途中で効果的なやはり歯科医療の提供、経口摂取を支援するということがやはり今後はとても必要になってくるような気がしてございます。

ちょっと最後はきざったらしいまとめになってしまうんですけども、やはりよく私も言われます。先生、歯科医ってやっぱり口しか診てないんだよねというようなことを医師の方、ないしはケアスタッフさんからも言われることがあります。そういうときに、お口だけじゃなくて全身をしっかり診る。もちろん医療の場合もそうですけれども、ケアの場面でも、例えば排せつのケア、こんなことを受け入れられるんだ、この方はとか、入浴の介助を見ているとか、入浴だったらこんなこと、つまり残されていることってこんなにたくさんあるんだなんていうことを日常生活の中から学ぶことが多いような気がいたします。

そういったことを学ばせていただいて、じゃこの口、こんなことだったらまだまだこの方はいけるかもしれないなんていうところでヒントをいただくこともたくさんあると思いますし、もう一つこの森なんですけれども、やはりじっとはしていただきません。変性疾患でございますので、どんどん春夏秋冬、冬の次は春は来ないというイメージですけども、そういったときに、その森の季節感ですね、ステージ、今どこのステージなんだということも理解しつつ、我々の担当の木の部分の効果的な対応を考える。その季節の誤認をしてしまいますと、私が夏から秋、今度中度とか重度かなという中で口のケアをこうやろう、例えば義歯をこうしようなんていうような治療計画を立てたときに、周囲の方から、先生、そのステージじゃなくて相当今終末期まで来ているんじゃないかというようなその季節感誤認ですね、そういったことをなるべく我々は考えて対応していかなければいけないのが認知症。

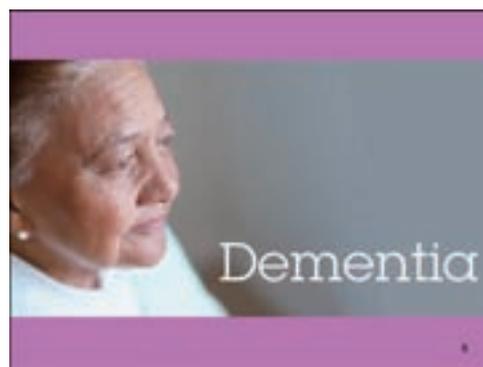
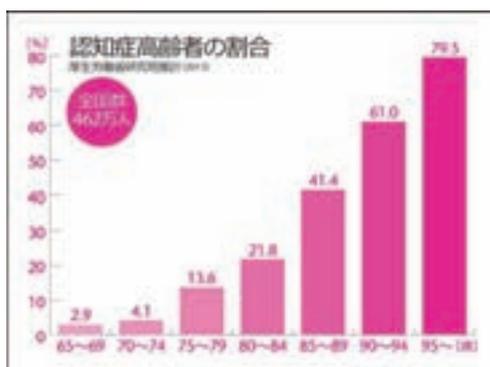
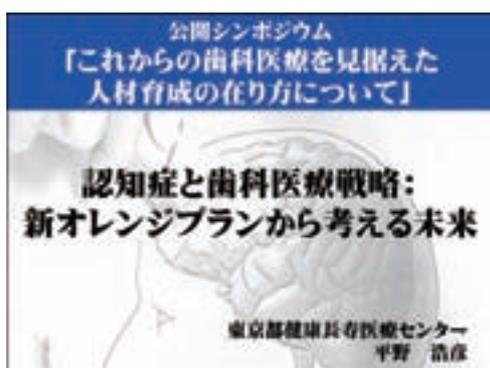
きょうはアルツハイマー型認知症だけに絞らせていただきましたけれども、最近ふえてきているのはレビー小体型認知症でございます。レビー小体型認知症というのは、簡単にお話ししますと、パーキンソン病と親戚の病気でございます。レビー小体というたんぱくの浮遊体が脳皮質にたまるのか、脳幹にたまるのかということで、今パーキンソン病とレビー小体型認知症というのを識別しておりますけれども、ほぼこれは同じ病気だというふうに今議論がなされております。

なので、実は要介護の原因、1位が今脳卒中、2位が認知症と言いましたけれども、実は4位か、5位にパーキンソン病があるんですね。それを足しますと多分要介護の原因の1位は認知症ということに多分なってくるのではないかとということで、それに対する対応というのをやはり我々も今後は考えていかなければいけないということです。そういったことをお伝えする趣旨でこんなお話を準備させていただきました。

短い時間でございましたけれども、御清聴、どうもありがとうございました。(拍手)

○羽村座長 平野先生、ありがとうございました。

それでは、3人目のシンポジストですけれども、ここで10分間休憩が入りますので、その間御質問等があれば個人的によろしくお願ひします。では、3時10分から始めたいと思いますので、よろしくお願ひ申し上げます。



休 憩
再 開

「体系的、段階的なチーム医療教育の取り組みと歯学教育への期待」
昭和大学薬学部薬学教育学講座教授、薬学教育推進室長 木内 祐二

○羽村座長 それでは、3人目の先生を御紹介させていただきます。木内祐二先生でございます。「体系的、段階的なチーム医療教育の取り組みと歯学教育への期待」というタイトルの講演です。

先生は、昭和大学薬学部薬学教育学講座教授、薬学教育推進室長でございますけれども、東京医科歯科大学を出た医師でもございますので、医学教育についてもお聞きできるというふうに思います。

よろしくお願ひ申し上げます。

○木内 御紹介、ありがとうございます。昭和大学薬学部の木内と申します。本日は、このような会議にお招きいただきまして、大変ありがとうございます。

昭和大学が今取り組んでおりますチーム医療教育、それを御紹介するとともに、その中で先ほどから何回もお話がありました栄養、摂食嚥下の教育、それをつかさどる医療人の養成ということが非常に重要だということを実感しております。それも含めてチーム医療教育の取り組みと歯科医、歯学教育への期待というのを私見も含めてまとめさせていただければと思っております。

まずキーワードとして近年の医療の重要事項というのを挙げさせていただきますが、超高齢化、医療高度化が、先ほどからお話にありますように一番ど真ん中の課題かと思えます。それに比べて、医師を始め、多くの医療スタッフが足りない、あるいは全体数は足りていても、偏在していると指摘されております。

それから、医療全体が病院から地域、在宅へと大きくシフトして、そこでさまざまな新しいスタイルの医療、福祉が求められているというのも確かです。お金のこともなかなか解決できないことです。

また、このような絵で示されるように、2025年に向けて、医療の再編として、機能分化とともに、シームレス、切れ目がない医療を高度医療から地域、在宅までつなげる、こういう仕組みをつくらうということが提示されています。

その中で、先ほどからお話が出ている地域包括ケアシステム、地域で在宅の患者さん、あるいはそういう施設に入っている高齢の方を地域が全体で、そして医療、福祉、介護の方が一緒になってサポートする仕組みが必要です。これは動き出していますが、なかなか動かないところもあり、そのキーワードはやはり多職種連携、チームでサポートできるかということにかかっているのではないかと思います。

こういう絵をよく見かけられるかと思いますが、これは従来の医療の形を示させていただきました。多くの医療スタッフが病院でも、地域でも一生懸命患者さんに向かい合って、

自分ができる最善の医療、ケアをする。ですけど、すき間がある。ほかの職種が何をやっているかよくわからない、何を伝えているか、伝えていないか、同じことを別の表現で言っているかもしれない、そういうこともわからない。一緒にやればできる医療というのはたくさんありますが、こういう形では出来なかった。地域ではこのすき間を埋めるのはなかなか難しいというのは実感されているかと思います。これは分担医療という言い方のほうがいいかなと思います。

振り返って、先生方御自分が受けた教育を思い出していただいても、学部別にこういう教育をされていて、隣の学部、例えば歯学部の学生が医学部、看護でどんなことを教えているか、薬学でどんなことを教えているか、余り知らなかったんじゃないかと思います。現状でもそうかもしれません。それがそのまま社会に出ればやはりすき間ができてしまうのは仕方がない。

やはり望ましいのは、こういう重なり合うというか、これは情報を共有するだけじゃなくて、知識や技能のスキルミックスという表現がありますが、重なり合って連携すれば、多少どこかの職種が小さくなくてもカバーできるのではないか、少なくとも崩壊することはないのではないかと思います。

そういう新しい、あるいは望ましい医療を担う人材養成のために大学教育はどうしたらいいかと一生懸命、昭和大学を始め、多くの医療系大学は考えています。キーワードはやはりチーム医療で、教育の基本となるコア・カリキュラムというのが各学部でつくられておりますが、そこでもチーム医療という言葉があっちこちで書かれているというのは御存じかと思います。

これは、病院のほうがもちろんやりやすいのですけれども、地域でのチーム医療こそ、これから求められるのではないかと思います。

一例として昭和大学の取り組みを紹介させていただきます。昭和大学は、ここに書いてありますように医、歯、薬、保健医療学部、これは看護、リハビリの学科ですが、1学年600人から成る医系総合大学ということで、チーム医療教育を立ち上げやすい、そういうことでモデルづくりをしたいということで動いております。

ただ、どの大学も、単科大学でもチーム医療教育というのはやっぱり重要な課題になっております。そういう大学同士が組むとか、あるいは地域に出て、その地域のチーム医療を学習するとか、いろいろなやり方があるかと思いますので、一つの参考に是非ともしただいただければと思います。

昭和大学は90年近い歴史がありますが、大きな特徴は1年の全寮制です。4学部の学生が4人部屋で寝て、同じ釜の飯をとる生活をしております。それから、病院が8病院ありまして、これは医系の大学ではなく今のところで一番多いベッド数、病院数と言われておりまして、さまざまな実習が可能で、教員も一緒に、学部間の交流が盛んだという特色があると思います。

これが1年の全寮制で、富士山があって樹海の真ん中にあるんですね。ここで、大自然の中で伸び伸びと生活します。4人部屋で、学部が別です。一生の友達ができるというよ

うな環境をつくっております。

昭和大学がそういう環境をつくっているのは、1つは大学の理念に基づいておりまして、学部の枠を越えてともに学び、患者さんに真心を込めて医療を行う、チーム医療の人材を養成するというのが大学の理念です。それに基づいてこういう環境を生かして、本格的には平成18年度からチーム医療教育を始めました。

これは、6年間で1回何かを一緒になってやるということではなく、体系的、段階的に徐々に育てていくということのために、低学年では基盤づくり、すなわち体験実習とかPBLというグループ学習などをして、高学年では病院や地域の医療施設での実践的な学習をするという、そういう積み上げの教育をしております。医、歯、薬は6年間、保健医療は4年間、全学年にわたって各学年で必ず学部合同の学習をするということ、そして附属病院のスタッフ等がそれを支援するというような形です。(図1)



図1

基本的には参加型、実践型の学習をしております。1年生は富士吉田で、学部別にやるより、一緒にやったほうが楽なので、2週間にわたりまして福祉施設のボランティアの体験、これに3日間行きます。病院の各部署の見学、それから救急処置の実習等も4学部の学生がまざって一緒に実習をするというスタイルをとって、将来どういう人たちが自分たちを待っているのか、チーム医療というのはどういうものなのかというの見聞きする時間を入れております。

2年生は、各学部で、現場でチーム医療を学習するということで、歯学部では、高齢者の福祉、これは福祉施設でのケアの写真ですが、ここではいろいろな方がサポートしており、そこに歯学部の学生が行って現場の口腔ケアに向き合っさまざまなサポートの体制を見てきます。

そして、オリジナルの特色があるのは、小グループ学習、Problem-based learning、PBLチュートリアルというのですが、それを各学年で実施しております。基本的には、患者シナリオ、患者症例を4学部の学生がチームになってディスカッションして、治療ケアを提案するというような内容です。1学年600名おりますので、全員必修でやるためには70チームに分けなければできません。それで、2、3週間連続してグループ討議をやるということで、1年生、これは学部がまざっていますよね。それから、3年、4年で実施しており、今度は2年でも入れようと思っております。

このように学年に従って、だんだんシナリオが難しくなって、実践的で、複雑な症例を検討するという形に進めております。

ちょっと紹介しますと、週に一回なんですけど、その1日は丸々グループ学習、ディスカッションをする日にしております。そして、各グループにファシリテーターという4学部の先生が1人ずつサポートする、支援をする方がついていただきます。これを行うためには小部屋が要るんですね。富士吉田は、寮の一部を改築して38部屋とグループ学習ができ

る小部屋をつくりました。そして、こちらの旗の台校舎も、41 部屋つくって、全部合わせて 80 部屋ぐらい、多分日本で最も PBL ルーム、小部屋が多い大学ではないかと思います。

このように最初にシナリオを見せてみんなでディスカッションして、わからないところは次の週までに調べて、これをファシリテーターがチェックするという、そういう IT システムをつくり上げました。そして、次の週にみんなで自己学習したことを持ち寄ってグループの合意をつくり、それを発表する、1 年からこういうステップを踏んだ学習講義に慣れてもらっています。

実際どういう症例かといいますと、1 年は日常生活の問題、課題が多いんですが、3 年生になりますとこのようなシナリオなんですね。4 学部の学生が病棟と一緒に見学に行きました。そうしたら、こういう患者さんに出会いました。この患者さん、いろいろな症状を持っていて、もちろん歯学部も入りやすいように口腔内の所見などもございます。こういうサマリーですね。現病歴だとか検査所見、もちろん画像所見もあります。それから、口腔内所見、リハとか看護とか薬の所見、これらはそれぞれ結構細かく書いてあります。それぞれの学部の学生は判るのですが、それ以外のところは判らないという仕掛けをしてあって、お互いが共有しなければ患者さんの全体像が判らない。全体像が判らなければ患者さんの治療ケアが提案できないので、みんなで医療チームとして何ができるかを討論してもらおうという、そういう学習になっております。このような病気のシナリオをつくっております。

4 年生になりますと、今みたいなサマリーではなく、病棟のカルテ、看護記録、それから薬剤師の記録、画像だとか、そのまま現場の書式そのままでもと出します。どこに課題があるかどうか自分たちで見つけなきゃならない。つまり、臨床推論を自らしていかなきゃならないという、そういう少し現場に近い PBL にしております。40 ページぐらいの情報を学生に渡して、その中からグループで情報を抽出するという作業をします。現在 2 つほどの症例を作っております。

上の学年では、患者さんのビデオを見て感情移入しやすいようにしており、判ったこと、判らないことをまとめて、判らないことは次週までに調べます。サマリーをつくり、次の週にグループで共有して、患者さんの今の状態、病状を把握して、そして最善の治療ケアをみんなで考えてスライドで発表、流れは低学年と同じで 3 週間にわたっております。

全グループで歯学部生が 1 名ないし 2 名入って、必ず口腔ケア、栄養の議論も入る。そして、ほかの学部の学生も、歯学部の学生は虫歯の治療をする学部ではない、口腔ケア、そして栄養、摂食嚥下の専門家だということを低学年から理解してもらおうようになっていきます。

問題点が、本当に数々の問題が出てきますので、それを箇条書きにしても切りがないですし、それから箇条書きにすると声の大きい学生が関心あることの議論しかできません。患者さんの問題を島みたいにまとめていって、どういう関連があるかを示したマップを作るといふことになりかなりこだわっております、全体像を理解しながら、今どこを議論しているかということ把握しながら討議を進めております。最近、こういうポスト

イットにべたべた貼って、これを囲んで島をつくる、そんなような形にしております。

一番のメインイベントというのは、医、歯、薬の5年生と看護、OT、PTの3、4年生が600人おりますので、これが120チームに分かれて病棟で実施する実習です。1週間同じ患者さんを学生チームが担当するという事です。120チームは同時にできないので、40チームずつ3回に分けて、それぞれ1週間、学部連携の病棟実習をします。同じ患者さんを担当する、患者さんの問題をみんなで調べて共有しながら最善の治療ケアを提案するという事は先ほどのものと同じになりますが、それ以外に他職種の業務をしっかりと見る、お互いを理解するという時間もつくっております。

これが、昭和大学付属の7病院から御協力をいただいている40病棟です。ほぼ全ての病棟に御協力をいただいて、学生を振り分けています。1グループに4学部の学生全員が入っているのが望ましいのですが、学部で学生数に差があるのでここに抜けがあったりしますが、抜けがあっても同じ実習ができるように現場の人にサポートしていただいています。

月曜の朝に担当患者さんに御挨拶をして情報を集めて、夕方ミーティングする、それを毎日繰り返して、最終日に発表会、自分たちの考えた治療ケアを発表するという流れを全ての病棟で実施しております。ただし、もうちょっと詳細にスケジュールアップしないとなかなか動かないので、全診療科、全病棟で1週間の詳細なスケジュールを作ってくださいました。具体的には他職種を見る時間も作ってありまして、例えば担当患者さんと一緒に全員を歯科室に連れて行って口腔内の診察をします。歯科の学生がそれを担当して、ほかの学部の学生も必ず口腔内診察につき合います。口腔ケアってどういうふうなプロセスでなされているかを見る機会を与えております。それから、薬剤師さんの服薬指導を見学するとか検査を見学するとか、外科系であったら全員でオペを見にいくとか、そのようなことをやります。毎日、担当患者さんのカルテ情報を集めながら、そのような他職種を見る時間もつくり、夕方ミーティングにして、最終日に発表会、そんな細かいスケジュールを作ってくださいまして実施しております。

歯科の先生も必ず全グループに担当の先生を決めていただき、口腔ケアを歯科の学生だけではなく、ほかの学部の学生にも見させていただくという、そういう体制も作っております。

実際はこんな感じですね。月曜の朝の写真で、これがチームです。これからよろしくお願ひしますと挨拶をして、ファシリテーターの先生もつきます。そして、担当患者さんのところに御挨拶に上がります。担当患者さんのところに4人、5人で毎日押しかけるとこれはストレスなので、2人ぐらいで行き、残りはカルテをPCの画面で見たり、紙で見たり、それからほかのスタッフから患者さんの情報を聞いたりして、いろいろ手分けをして情報を集めます。夕方にみんなが集まり情報をまとめる、これを毎日1時間行います。そのときに、このプロブレムマップを作ります。とにかく莫大な情報が集まってきます。医学部とか歯学部、薬学部で多分1週間かけて集まる情報が半日で集まっちゃうぐらいの感じですので、これをいかに整理するかということが腕の見せどころです。多分、医療現場での実際の多職種連携では、こういう状況でどうやって情報をまとめようかと悩まれているか

と思いますが、一つの参考になるかと思います。

ほかの職種を、例えば医学部の学生が診察したり、薬学部の学生が薬の説明したり、看護、リハの学生が実際に患者さんに関わる場所を見させていただきます。それから、昭和大学の全病院で歯科室を持っておりますので、そこで担当患者さんが歯科診療をするときに、歯学部の学生が、ちょっとお前やってみろと言われてやっているんですけど、すごく格好がよいですね。5年生がいると大体一通りの診査ができるので、ほかの学部の学生が、へえ、すごいねなんて言って見ている状況です。そして、歯学部の学生はその日のうちにこの患者さんの口腔ケアのプランをつくるということが課せられておりますので、1日で口腔ケアのさまざまな治療ケアをほかの学部の学生に示すことができます。

1週間、こんな感じで病棟実習をやっております。月曜は医学部の学生は割と取りかかりが遅くて、「へえ、そうなの、みんなすごいね」なんて感じですが、看護の学生は最初から一生懸命患者さんのバイタルとかをとっております。だけど1週間後には、「どうしてこういうケアをしているのか、その背景がよく判りました」なんて言ってくれます。薬学生は薬のことを真面目にやって、副作用のことでは、「スティーブンス・ジョンソン症候群は…」なんて言うんですけども、患者さんの生活のことから薬のことを考えるべきだということを最終日には判ってくれます。歯学部はこうなんです。最初は口にしか、多分興味ないみたいですけど、1週間経つと「全体像をまとめよう、マップをつくろう」なんてことを言い、まとめ役をやってくれます。医学部の学生は木、金ぐらいから何かエンジンがかかってきて、「発表に向けてスライドをつくろう」なんていうリーダーシップを発揮してくれたりします。

発表会は、病棟のスタッフに来ていただいて、スライドで発表するのですが、こういうスライドはアウトです。これは、どう見ても検査は医学部生がまとめて、口の中は歯学部生でまとめてという丸投げしているというスライドですね。これは分担医療の発表です。これは絶対しないで、患者さんの問題点について、みんなで知恵を出してまとめてくださいということで、今はほとんどこういう形になっています。これが5年生のメインの病棟実習です。

もう一つ実施している実習は、6年生の在宅チーム医療です。今、紹介した病棟実習を在宅で行う、4学部の学生がチームになって1人の在宅患者さんを担当するという実習を立ち上げております。この実習はかなり高度であり、それから受け入れ先の数も多くないということもあって、今のところ選択で行っています。4名までの学部合同チームが2週間、同じ在宅患者さんを担当するということです。お願いした地域は在宅医療をチームで実践されているところで、ある日は診療所のドクター、ある日は歯科診療所の歯医者さん、あるいは薬局の薬剤師さん、訪看の看護師さんと一緒に、学生が担当患者さんのお宅に行って、チームでどのように関わっているかを知る、という実習です。先ほどの病棟実習の地域版で、最終的にその担当した在宅患者さんに関してチームとして何ができるか提案しようという内容になっています。

いろいろな職種のところに学生が行きますので、在宅医療に多くの人がどういうふう

関わっているかを見る機会にもなっております。今は、6カ所、6地域で実施させていただいております。都内では山王と蒲田、江東区、それから富士吉田、川崎と横浜でもお願いしております。この実習をお世話していただくのに、これだけの医療施設の方に関わっていただいております。実際どこのチームも歯科の先生方にも御協力をいただいております。

この写真の場合は医学部、歯学部、薬学部生の4人組の実習ですが、さまざまな医療施設に毎日別々に行き、あるいは一緒に行き担当患者さんを診たり、それ以外に在宅の患者さんを診て、情報を集めて夕方に集まり、ミーティングをします。情報共有を行い治療ケアプランをつくって、最終日の発表会、そういう形は同じになっております。在宅は、車で出かけたり、自転車で出かけたりします。ある地域ではこの実習に参加する資格は自転車に乗れること、というような条件をつけられているところもあります。

面倒を見てくれるドクター、こちらは鈴木央先生で、在宅医療を本当に引っ張られている大森におられる先生です。その先生のところで作戦会議をしているところです。外来を見せていただくこともあります。訪問診療に付いていって実際に在宅医療を見る、それから施設の診療を見させていただくこともございます。訪問歯科医の先生と一緒に付いて行って、口腔診察も少しお手伝いさせてもらって、口腔の状況あるいは嚥下のことも学ぶ機会になっております。老人施設では、こういう嚥下とか口腔ケアの実践の場を、医、歯、薬学部の学生が見せていただき、あるいは体験させていただきます。薬局では、訪問薬剤師さんが訪問される場所から、歯学部の学生も薬を集める場所から参加してもらって、患者宅での薬の管理なども一緒に勉強させてもらっています。訪看さんが数としても、時間としても関わっていることが多いので、訪問看護ステーションによるさまざまな訪問のスタイルとか内容とかを実際に体験させていくという時間をかなりとっております。1人の在宅患者さんを担当することにはしていますが、毎日同じ患者さんを訪問するわけにはいきませんので、それ以外の日は別の患者さんを診たりして、最終的には2、30人の患者さんへの訪問を経験します。多くの場合は神経変性疾患、認知症、あるいは脳血管障害の患者さんを診ることが多いようです。

学生は最終日に発表すると言いました。どんな発表になるか、ちょっと気に入ったものを抜粋させていただきました。大体30分ぐらい学生は発表するので、数枚御紹介させていただきます。

これは富士吉田のチームで、この4人組で実習をしました。歯学部の学生がいよいよ、いまいが、殆ど全てのチームでこのことが話題になります。つまり、栄養、それから摂食嚥下、食べることの意味、それに学生は気がつきます。このグループは食べることに非常にこだわったスライドを作ってきました。担当した患者さんが胃瘻にすべきか、経口摂取にすべきか、その判断に迷うような場面に遭遇したようで、その経口摂取の意義とリスクについて最後の発表でまとめてくれました。これは歯学部の学生がいたので、誤嚥のリスクを軽減するためにこういうことを提案したり、あるいは嚥下機能強化も定期的にしたほうがいいのか、それからリハビリも在宅でも一生懸命やったほうがいいのか、などというように提案を学生がしてくれました。それから、やはり食事が一番楽しみの患者さんが多い。

そのときに、こういう食事じゃ余りにも味気がない。「あいと」といまして、見た目は普通の食事と全く同じなんですけど、ふにゃふにゃで食べやすいという、そういうものが開発されているそうです。こういうのを学生グループが提案したという発表です。

それから、多くの学生がもう一つ気がついたことは、終末期医療のあり方ということですね。これはあるグループのスライドです。Narrative-based medicine を御存じでしょうか。ナラティブというのは患者さんの語りあるいは思い、そういうものに基づいた医療というのが在宅医療では重要だということに彼らは気がついたようです。EBM という治す医療、これはどちらかというと病院での医療で、こればかり大学で習っていたこと、在宅にいたら NBM が重要だということに彼らは気がついたと言ってくれました。つまり、患者さんを治すということよりは、むしろ支える医療、そういうことに気がついたということです。患者さんの語り、物語を土台にして支援すべきだという彼らの提案です。

こういう実習をして、私たちも非常に刺激を受けました。大学教員が在宅医療あるいは終末期医療のあり方を考えるいい機会になったと思っています。それとともに、この実習を受ける地域のチームが学生の指導をすることで、何か、連携に対する意識が変わって、例えば富士吉田で医療連携の会というのが立ち上がっております。それから、在宅でのチーム医療で一番難しいところは情報共有をどうするかということです。連絡帳みたいなノートを置いてあっても、やはり対応に遅れがでます。それをどうするかということで、実習を受けた地域が工夫をして、「サイボウズ live」というセキュリティーのしっかりしたウェブのシステムを活用して、患者さんの情報を共有する仕組みをつくり上げていただきました。大学としては、こういうすばらしい学習効果があるということだったら、全学的にできれば全員必修で、在宅チーム医療を実践する教育を立ち上げたいということで、カリキュラムの検討を始めております。

先ほど述べたのはどちらかというと病院でのチーム医療教育でしたが、昭和大学では在宅でのチーム医療も、同じようにもう一本の柱として立ち上げようという取り組みを今、始めているところです。これは文科省の御支援を平成 26 年からいただきまして、全学部、全学年で患者さんのナラティブを支える医療を実践できる人を育てたいということで、ナラティブを受け取るためのコミュニケーション教育、在宅ならではの医療を行うための問題発見・解決能力に関わる知識の教育、そして在宅ならではのさまざまな技能、患者さんを支え、支援し、あるいは介護するための技能、これも必要だということで、この三本柱を全学部、全学年で積み上げ式で教育する、できれば学部合同で行おうという取り組みです。(図 2)



図 2

実はまだ始まったばかりで、平成 27 年度は 1 年生で導入しました。そもそも地域医療とは、在宅医療とは、というような講義から始まって、患者さんの在宅での問題をドラマ仕立てにしたビデオを見てグループ討議をする PBL チュートリアルを行いました。また、

実際に福祉施設、それから富士吉田市の高齢者のお宅に学部合同チームが訪問し、健康なお年寄りの語りを聞いてくるというような実習を行いました。この訪問実習では60名の高齢者に御協力をいただいています。

実際にこのようなシナリオのビデオを作りました。少し認知症っぽくなって体調が悪くなったひとり暮らしのおばあちゃんと、心配している孫娘のビデオです。

〔ビデオ上映〕

このビデオを見て、4学部の1年生がどうサポートできるか、患者さんの語りも受け止めながらグループ討議をします。非常によい導入教育、ナラティブを知る教育になったかなと思います。

その後、富士吉田市の60名の高齢者宅に行き4学部の学生がチームでお話を聞きます。「何を聞いてきてもいいよ、例えば、健康の不安、日常生活のこと、これからの夢だとか不自由だとか、そういうことを聞いてきたら」などと言って送り出します。

ただ、今どきの18歳には、今まで一回もお年寄りと話したことがないという学生が少なからずいます。どうなるかと心配しましたが、2時間は普通に話してられました。すごくほっとしました。それで、お年寄りのことも少しは理解してくれたような気がします。このような経験なしに、上級生でいきなり在宅医療をやりなさいなんて、やっぱり無理があるということも実感しました。学生はにこにこして帰ってきました。

この後、2年生になったところで実施するPBLのために、先ほどのビデオの続きのビデオをつくっております。今度は10分ぐらいで、もうちょっと症状が重くなって、家族が根負けしたというような、そういうビデオをみてからディスカッションさせるつもりです。

3年生になりましたら、高齢者あるいは在宅の患者さんとのコミュニケーションの実践的な実習、演習をします。SPさんという模擬患者さんに参加していただいて、4学部の学生と一緒に、在宅の患者さんを想定した模擬患者さんと会話する場面を実習で行おうと思っています。

それから、在宅ならではの共通のスキルというのがあります。生活支援、これは移乗や車椅子、食事の介助とか、そういうものがあると思います。胃ろうや褥瘡の処置もあるかもしれません。こういう技能をシミュレーターを使って学習します。今、新しいシミュレーターを開発しています。昭和大学では、口腔内のシミュレーターはいいものを既に作っておりますので、それを組み合わせて開発しようと思っています。

最後に、4年生では、在宅医療の複雑な課題を含むシナリオをつくり、さらにそれに基づくビデオもつくって、グループ討議でこの在宅患者さんをどう解決したらいいかという3日間のディスカッションをさせようと思っています。そのときに先ほどのシミュレーターも活用できればと思っています。

先ほど、6地域で学部連携在宅実習を実施していると言いましたが、選択科目であり、ごく一部の学生が参加しています。これを数年のうちに30地域まで広げて、600人の学生のうちの3分の1から4分の1ぐらいまでは選択できて、多くの学生が在宅チーム医療のスキルを学んで社会で実践してもらいたいというふうに思っております。このプログラ

ムは大学のホームページで見られますので、是非とも見ていただければと思います。

多職種が単に情報共有するだけじゃなく、こういうふうに補い合い、重なり合うというようなスタイルの教育をイメージしております。Transdisciplinary team、トランス型のチーム医療と私どもは呼んでおりますが、こういう医療を実現する教育ができればと思っております。こういう教育を多くの学生が経験すれば、日本の病院あるいは地域での医療の質が変わり、日本人の命の質も変わるのではないかと期待しております。

以上で、昭和大学のチーム医療教育の紹介を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)

○羽村座長 木内先生、ありがとうございました。

「連携医療の場で全身疾患への対応や栄養管理のできる歯科医師の養成」

鶴見大学名誉教授 森戸 光彦

○羽村座長 それでは、最後の講演者の森戸光彦先生です。

森戸先生は、日本老年歯科医学会の前理事長をされておりましたし、高齢者歯科学の分野で長らく教鞭をとられてきましたので、略歴に関してはごらんいただければと思います。

それでは、「連携医療の場で全身疾患への対応や栄養管理のできる歯科医師の養成」ということで御講演をいただきたいと思っております。

よろしく願いいたします。

○森戸 森戸でございます。ご紹介頂きましたように、2年前まで日本老年歯科医学会をお預かりしておりました。私は、学生時代を加えて歯科界に籍を置いて丁度50年になります。そのうち約半分は日本補綴歯科学会に、後半は日本老年歯科医学会にお世話になりました。ご存知のように日本補綴歯科学会は、ほぼ完成された素晴らしい学会だと思います。後半の日本老年歯科医学会は、社会的ニーズが高まる分野ということもあり、遣り甲斐のある仕事でした。

私の前に、辻先生、平野先生、木内先生が素晴らしいお話をされました。しかし、お聞きになった先生方が、「じゃあ明日から施設で仕事ができるな」、あるいは、「訪問診療に出掛けて在宅の患者さんの治療をやってみようかな。」とは、なかなかならないのではないのでしょうか。今日の私のコンセプトは、そこにあるのです。今、歯科界に何が足りないかという話を少しだけさせていただきます。

ペーパークライアント（シミュレーション）を用意しました。栄養サポートを行う時の入門編で使っております。歯学部学生と歯科衛生士学校の学生教育で使っているものです。さらには、いろいろな講演会や研修会でも使っています。『介護老人福祉施設に入所している88歳女性。好きだった散歩や音楽療法への参加が最近少なくなり、活動の意欲が低下していると判断される。身長153cm、体重40kg。半年前の体重が44kgだったので4kg減少。血清アルブミン（Alb）は3.4 g/dL、総リンパ球数は1,120、HDS-Rは20、

血圧は 130/75。軽い脳梗塞の既往はあるが、後遺症は認められない。心疾患の既往はない。感染症は認められない。服用薬は ARB（アンギオテンシン II 拮抗薬）とアスピリン（抗血小板薬）である。白内障による視力低下と人工股関節設置による歩行困難がある。要介護度は 2 である。この女性の栄養管理を管理栄養士とともにやることになった。この施設は、常勤の看護師、管理栄養士、介護福祉士、作業療法士と、非常勤の言語聴覚士と歯科衛生士である。』このような依頼が来た場合、歯科医師や歯科衛生士は何をやらなくてはならないかを考えて頂きたいのです。歯科医師も歯科衛生士も全員が出来なければなりません。

このような状況下での歯科医師や歯科衛生士の役割は何だろうか？口腔機能がどうなっているのだろうか？どうして栄養が落ちたのだろうか？アルブミン値が下がったのはなぜだろうか？半年で体重が 4kg 減少した理由は？ということ認識しながら、口腔の専門家として口腔機能をきちんと評価しなくてはなりません。口腔機能を管理するのは歯科医師、歯科衛生士以外にはいないことを認識して欲しいのです。

多くの場合、介護現場での仕事がメインになります。介護関連職種や医師、看護師との連携が求められることになります。これまで歯科界は自分たちだけの世界で仕事をする事ができました。連携に馴れていないのです。連携を進めるには他職種の人たちの仕事の領域を正しく理解するところから始める必要があります。歯学部教育では、なかなかそこまで教えてないのではないのでしょうか。

ここで、本日の私の結論を言わせて頂きます。「歯学部教育に携わっていらっしゃるすべての教員、教授から助教まで、全員が訪問診療を体験して頂きたい。」「やったこともない、見たこともないことを学生に伝えることは、とても困難です。」「訪問診療の現場は、口腔機能管理を中心とした一般歯科治療です。そこには、保存治療も補綴治療、外科処置もあるのです。」「カリキュラムデザインの研修をやらない人は教員ではない、としてワークショップをやりました。訪問診療もそれと同じかもしれません。」

「訪問診療」を一部特殊化して考える歯科医師、歯科衛生士が多いようです。診療形態には、外来診療・入院診療・訪問診療の 3 つがあります。歯科では「外来診療」のみのたった一つの診療形態で進化してきました。しかし、通院困難者が増加した現在では、入院設備を持たない歯科は、「訪問診療」を行うしか方法がありません。医師たちは、「外来診療」と「入院診療」を極自然に両立させており、「訪問診療」は訪問看護ステーションの看護師が引っ張っています。歯科にとって「訪問診療」は、「外来診療」と同程度の頻度で存在する時代であることをしっかりと認識して下さい（図 1,2）。横断的な数字では、通院患者と通院困難者はほぼ同数という試算もあります。もう一度言わせて頂くと、歯科にとって「訪問診療」

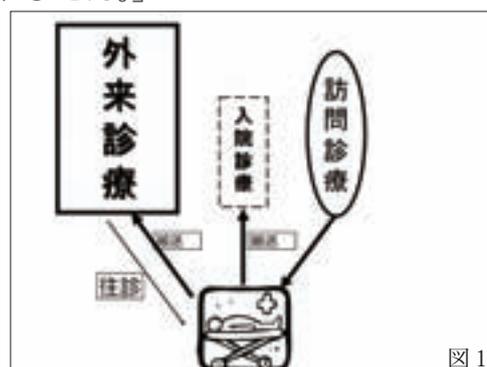


図 1

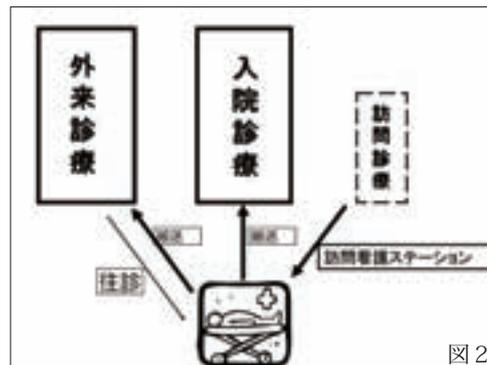


図 2

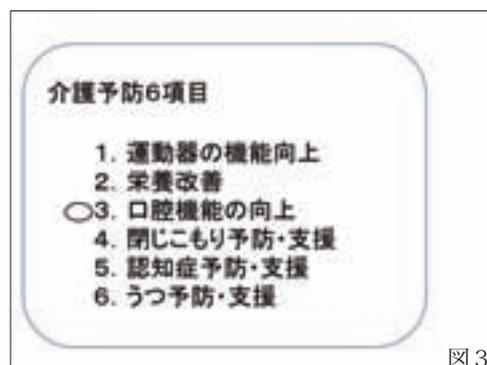
は特殊な分野ではなく、誰もができなくてはならない診療形態と言えます。医科の世界では外来と病棟の片方しかできない医師はまずいません。そのことから、歯学部の教員はすべて外来と訪問の両方を習得しておくべきなのです。

全国の病床は、約 140～150 万床とされています。そのうち歯科、歯科口腔外科の病床は 1,000 床前後と聞いています。先ほど提示させて頂いた訪問診療の対象者である「通院困難者」は概算で、600～800 万人とされています。数字の上で歯科における「入院診療」が特殊だとしても、「訪問診療」を特殊な分野と言えないことが分かります。

大学を退職した後、いろいろな職種の代表のような人たちと勉強会や研究会に参加してディスカッションをすると、歯科界の事情を私以上にご存知のことが多いのに驚かされます。多くは「お叱り」の発言です。「もっと勉強して欲しい。」「福祉にも力を貸して欲しい。」「全身的な健康に対して取り組んで欲しい。」などです。医科の先生方がいくつかの職種の人たちと組んで、しかも多くの部分を任せているのに比べ、歯科では狭い世界で頑張っています。医業の形態に起因するところが多いこともあります。すなわち、医師の 3 分の 2 が勤務医であり、勤めている病院には看護師や理学療法士、薬剤師などがいて多職種連携が当たり前の環境を築いています。一方歯科医師のほとんどは、個人開業医であり、クリニックの中には、歯科衛生士や歯科技工士、歯科助手を用人として業を組み立てている。いわば多職種連携に馴れていないことが分かります。私が申し上げたいことは、歯科衛生士の卒後教育を行う場をきちんと作り、看護師のように独立して頑張れるような環境を目指して欲しいということです。とくに超高齢社会において、「口腔機能管理」や「口腔機能向上」などは歯科界にとって、かなり重要なアイテムであり、その役割は歯科衛生士が受け持つべきものと考えています。そうすることにより「訪問診療」のあり様も変わって来ると思いますし、歯科医師にとってもやり易くなるように思います。

「訪問診療」に話を戻します。歯学部内で「訪問診療」を担当するのは、「高齢者歯科」だという認識がとても強いように思います。「老年歯科医学」の中で「訪問診療」が占める割合は、ほんの一部です。前段でも申し上げたように、「訪問診療」は「外来診療」と同等の「診療形態の一つ」であり、歯科医師ならば全員ができなくてはならない分野です。学部におけるカリキュラム上のことや附属病院での「訪問診療の企画・運営」は、高齢者歯科が担当すべきと考えますが、高齢者歯科学講座だけで現場を受け持つことは無理だと思っています。「訪問診療は高齢者歯科に任せておけばいい」という考え方は、改めて頂きたい。

歯学部における具体的な方法は、木内先生にご紹介頂いたように老人施設での実習を取り入れるのがベターと考えています。在宅高齢者では、学生を複数そろそろ連れて行くのはかなり困難と言えます。現場で学んでもらうことは、歯科治療のことはもちろんですが、「患者の生活環境」、「罹患している慢性疾患」、「生きようとする意欲」、「われわれに対するニーズ」、「衛生環境と感染予防」など、外来ではお



目にかかれなことが沢山あります。介護の現場でもあります。いつも5大疾患とも向き合わなくてはなりません。自立支援あるいは健康長寿がメインテーマであることも認識して欲しいのです(図3,4)。見学方式でも結構ですので、その状況を体感して欲しいと考えます。わが国では、まだ平均寿命は延びると言われています。一方でわが国は、先進国の中で「寝たきり期間」が最も長いというデータもあります(表1)。健康寿命を長くするのもわれわれの務めです。「口腔機能は低下していくんだ。」「自分たちは、どのような貢献をすればいいのか。」を考えさせて欲しいと思います。

限られた時間でしたが、ご清聴ありがとうございました。

○羽村座長 どうもありがとうございました。

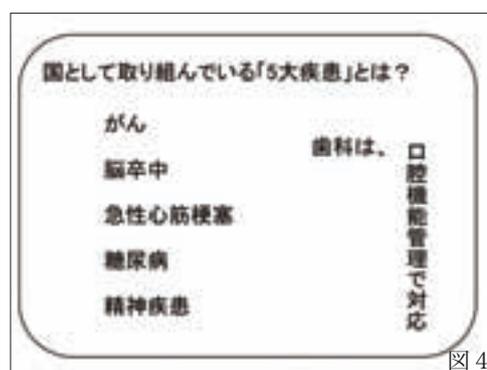


図4

平均寿命、健康寿命と寝たきり期間の国際比較

国名	平均寿命	健康寿命	寝たきり期間	1人当たりGDP
日本(男性)	79.4歳	74.4歳	5.0年	39,800万円
日本(女性)	84.2歳	79.2歳	5.0年	39,800万円
ドイツ	79.1歳	74.1歳	5.0年	39,800万円
フランス	79.1歳	74.1歳	5.0年	39,800万円
中国	74.1歳	69.1歳	5.0年	6,000万円
インド	70.1歳	65.1歳	5.0年	3,000万円
インドネシア	70.1歳	65.1歳	5.0年	3,000万円
ブラジル	70.1歳	65.1歳	5.0年	3,000万円
インドネシア	70.1歳	65.1歳	5.0年	3,000万円
インド	70.1歳	65.1歳	5.0年	3,000万円

表1

総合討論

○羽村座長 前にはテーブルがないのですけれども、シンポジストの先生方、前に出てきていただいて、椅子にお座りいただければと思います。よろしく願い申し上げます。

総合討論ということですが、まず討論が始まるきっかけをつくっていただくために宮崎先生に口火を切っていただければと思います。

よろしく願いいたします。

○宮崎理事長 きょうは、4人の先生方、大変貴重な講演を賜り、本当にありがとうございました。辻先生には、長年の厚労行政の取り組みを紹介していただき、その中で歯科医師に対する期待も含めて講演いただきました。また、今後私たち歯科医師がみんな学んでいかななくてはいけないミッションについて平野先生から教わりました。お一人飛ばしまして、森戸先生には、実は各論で私たちは本当にこういうことをしなくてはいけないんだという話をしてくださいというお願いをしましたが、ずばり意識改革をしなくてはいけないというようなお話をいただきました。

きょうは木内先生から昭和大学の取り組みも紹介させていただきました。今までも実はいろいろなところでこのチーム医療のお話をすると、昭和は医学部もあるし、チーム医療をやりやすい環境にあるんだからうらやましいねと言われます。実際にきょうの木内先生のお話を聞いて、うまくいっているとお思いになるのかもしれませんが。これまで本学では関係者が大変な努力をいたしまして、実際に歯学部もそうですけれども、受け入れてくれる現場の看護師さんやお医者さんほかいろいろないわゆる多職種の連携の努力で10

年以上のプロジェクトを進めて、辻先生のお話にあった病院と地域と2つを結ぶ病院のほうに関しては、いわゆる急性期病院の中で歯科も含めたチーム医療教育に関しては、まずは一通りのところまで到達したという感じはしています。では本当に私たちが育ててきた歯学部の学生がきょう木内先生が紹介した学生たちのチーム現場でどうかというと、実際には私のほか教員が感じているのは、医学部、薬学部の学生や看護の学生に比べると歯学部の学生にはチーム医療の現場で共通ベースの導入が結構難しいんです。これは、1年生から寮の生活ですとかいろんな医療共通ベースのことをやってはいるんですけども、学部の専門教育を進める中で私たちは補綴・保存をはじめ各分野で技術教育に力をいれていて、片方ではチーム医療で人を見る医療の教育はしていますが、今までの100年の伝統的な教育の比重が結構高いので、ちょっと御紹介がありましたけれども、やはり歯科の学生さんが来ると、木を見て森を見ない、そういう感じになってしまうんですね。だから、私たちがまだまだその視点を変えて教育をしなくてはいけないのかなという気持ちがとても強く強いです。

もう一方で、いつも感じているのは、森戸先生もおっしゃったような、これから必要とされている訪問診療に行くと、これも辻先生のお話にあったんだと思いますけれども、判断を自分でしなくてはいけないところを、歯科のプロフェッショナルはそこで何が望まれているかというときに、歯科としての今までやってきたことができないと全く使い物になりません。従って、医療としての共通性と歯科の専門性のところを私たちが限られた教育の中でどのようにして教育していくかというのが正直なところ課題ですね。昭和大学で長年こういう教育をしてきた私のまだ解決できないところであります。

そんなところを口火にして、もう一度辻先生から今後の歯学教育に対する注文とか期待のようなものを簡単にお話しただけであればというふうに思います。

○辻 本当に貴重な勉強をさせていただきまして、本当にありがとうございます。大変勉強になりました。

私は役人をやっていましたのでこういう分野は全くの素人だったんですが、東京大学に行って、在宅医療をやる医師をふやさなくちゃいけないという考えで取り組みを始めました。大学に行ったら大学の雰囲気はわかりまして、なぜ在宅医療をやる医者が少ないのかといたら、すぐわかりました。東京大学だけじゃないですよ。医科系の大学というのは病院しか持っていないからです。クリニックを持っていない。訪問診療を知っている人は基本的にいない。だから、訪問診療を教えることは大学では難しいということがわかりました。それで、最終的には教育だということはもちろんわかっているわけですけど、大学の医科の場合は困難を伴います。

それで、まず戦略的には在野からやるしかないということで、かかりつけの医師で在宅医療をやる人をふやすということを戦略的にやらなければ間に合わないということで、考えたあげくの果てが、現場での多職種連携研修だったんですね。それで、医師に同行訪問で在宅の現場の様子を見てもらおうと。それと、多職種のグループワークを組み合わせるといったカリキュラム。私一人でやったわけじゃないんですけども、さんざん議論した上

で確立いたしました、それがきょう紹介したプログラムなんですね。最初はもっと長いのをやったんですけれども、開業医さんに対しましては忙しいからそんなにずっと出てもらえませんので、それで2.5日の研修プログラムを開発いたしました。それでようやくそのプログラムをきっかけにして在宅医療をやってみようかなというお医者さんが育つという、一言で言えばそういう経験をいたしました。

それで、その次には、東大の学部の学生に、柏で確立した医師会との信頼関係、もちろん多職種との信頼関係、そのフィールドを生かして、ようやく、これで3年目ですかね、医学部の選択の実習から在宅医療コース、2週間コースですけれども、必修にするというところまでできました。来年度から必修になるはずですよ。そして医学部に在宅医療拠点というのをつくりました。

これが私の経験なんですけど、何が言いたいかというと、きょうの私の講演の最後で言いましたように歯科の場合も要するに在宅のフィールドなんですよ。フィールドがなければ教育ができないわけです。医科はともかく、まずフィールドをつくることからやっていって、気が遠くなりそうなんですけれども、しかしこれはやらなくちゃならない。歯科の場合もやっぱり同じだと思います。したがって、きょうの先生のお話からすると、まず介護施設ですね。本当は在宅で生活している場に行かなくちゃいけないんですけれども、まず施設からということじゃないかと思います。それで、歯科は大学以外に病院がないというのは、本当にあえて言いますが、いいことだと思います。医科は、多分徹底的に病院で学んで、かなり固まった形からスタートします。ちょっと言い方悪いんですけど、事実ですよ。それで開業した医師を変えるという取組みに挑戦しております。歯科の場合は、一挙に開業医になって、開業医については外来がこれから減りますので、訪問診療をする必要があるというのはわかりやすい環境にあるので、私は大学で在宅のフィールドさえゲットしていただいたらかなり歯科は早く変わるんじゃないかという期待を持って、私はまず歯科の改革が医療改革の入り口だと考えてきました。歯科が動き始めて医科が影響を受けるというような関係で、そういう意味で私は歯科はものすごく戦略的な大きな橋頭堡と考えております。これが1点ですね。

そういう中で、在宅を見てくるということですけど、2点目はあえて非常に門外漢で、素人なので勝手なこと言わせていただきますけれども、いろいろ今まで歯科とおつき合いしてわかったことは、歯科は逆に言えば病院という組織における訓練が比較的少ない方が多いので、コミュニケーション意欲が低い。あえて言いますが、自己主張が弱い、横でもまれていないからということですし、とっても謙虚なんですよ。要するに、連携の場というか、多職種の間で議論していくような場合のときに、いわば自分を強く主張される、調整されるという行動が比較的小となしい。

ですから、在宅の訓練をまずやるフィールドをゲットして在宅の重要性を織り込むということと、開業したら患者さんと1対1になってしまいますので、コミュニケーションですね、他の分野とのコミュニケーション能力というものをかなり意図的に学部教育でやる必要があるのではないかと、この2点を申し上げたいと思います。

○羽村座長 ありがとうございます。

○平野 私は、平成2年に卒業しましてから、大学での教育者ではございません。私の意見がどこまで参考になるかわかりませんが、私は卒業以来病院歯科というところに飛び込みました。その中でやはり勉強になったのは、特に私が属していた病院は高齢者の専門病院ということもございましたので、1人で1人の患者を治せないんですね。うちの東京都健康長寿医療センター、私が入ったときは東京都老人医療センターですけども、そこは医局がない病院でございました。医局1つなんですね。ほかの病院にも研修に行ったことがあるんですけど、ほかの病院だと医局が科別にあって、連携を組むときはそれなりのハードルがあるのですが、うちの病院は1人患者さんが担当。いや、こんな患者になったんだよねと言うと、ええっ、どうして、どうして、それを超えればいいんだよと簡単にチームができ上がっていくと。歯科へ入院とらせていただいても、当たり前のように専門ということで預かってくださいますので、周囲の連中もすぐチームをつくってくれます。そういうところでコミュニケーション能力ができたのかどうかはわかりませんが、当たり前前にやらせていただき、20数年たってくると今度は地域でそういったことをどんどんやらなければいけないという時代に今なったんだと思います。

その中で、あえて声を大にして地域包括ケアシステムのようなものができ上がってくると、そこでいつも途切れるのはどうなのかなと思うのは、病気というのは診断されるのが病院ですから、急性期病院のようなところで病気がつくられるんだと思いますけれども、そこからやはり介護のところに行ったとき、個のコミュニケーションというか、言語というか、価値観というか、そこがどうもやはりぶち切れてしまうような印象がございます。そこで、やはり歯科というものは、先ほどお話ししましたように食べるというところを支えていかせていただく一つの職種でございますので、やはり食ということを切り口に何をしていくんだらうと。きょうたまたま認知症のお話をさせていただきましたけれども、それも何か変な病気ということではなくて変性疾患であるというふうに、その中で何ができるのかなということはどう大学の中で教えていこうとするのか、いつもいろいろ教えていただいたりするんですけども、1つだけ私がいつも思っていることは、ここで言うと本当に怖いんですけども、歯科医師と医師のやっぱりその差って何かというと、ここで言うと本当に怖いんですけども、補綴というものが圧倒的に差として出てくる、補綴学というものが。歯科医師のそれは圧倒的にプライオリティーだと思います。その学問が、済みません、本当に言いにくいんですけども、やはり形態修復というところで何か学問がだんだん終わってしまうと言ったら変なんですけれども、何を言いたいかということ1980年代にWHOが出した障害のイメージモデルというのが、最初は病気があり、形態障害があり、機能障害があり、社会的距離になっていくと。そこでリハビリテーションをどうやるんだという多分学問があったと思います。今はそれがICFに大きく広がっていると思いますが、その中で歯科というのは最初にdiseaseと。それは、例えば歯周疾患であったりすると。そこで形態異常が生まれて、それをカバーしているのが補綴だと。そこがやはり社会的な距離を離しているんだらうなというイメージが僕は常々から思って

いたんですけれども、そこら辺は、現場に出てから感じることに、20数年前に私は卒業しておりますので今の教育は全然変わっているんだと思いますけれども、そこら辺のやはり社会のニーズと大学の学問の中の体系をどのように整合性をとっていくかというのが今求められているのかなんていう気がしています。

済みません、本当に生意気なことを言って、申しわけございません。

○木内 教育のことは先ほどの発表の中でも述べさせていただきましたが、私はそれをうまく立ち上げるためには、まず何より当たり前ですけれども、お互いを知ることが重要だと思います。知らなければ始まらないと思います。

知ることが2つあって、今どの医療職でもチーム医療が重要と考え、それを求めていることが1つです。これを知らないんですね。医師はチーム医療なんて気にしていないとは思わないでください。本当に求めています。それは、教育でも、現場でもそうです。逆に医師のほうは、歯科医がチーム医療を求めているということを知らないかもしれません。お互いにやっぱりコミュニケーションをとらなければ一步も進まないの、お互いを知ることがなによりも重要だと思います。

それからもう一つは、お互いに相手が何ができるか、他職種は何ができるかということを知っていただきたいし、あるいは若い人にそういう場を与えていただきたいと思います。私は、例えば口腔衛生をよくすればがん患者さんの予後がよくなるか、あるいは寝たきりの患者さんの予後が改善する、そういうエビデンスがあるということも知っていますし、それから例えば歯学部は、先ほど言いましたように虫歯あるいは入れ歯ということだけでなく、口腔ケア、それから栄養、嚥下、摂食、これらに全て関わっているということは知っていますし、先生方はそういうのは当然だと思われるかもしれませんが、ほかの職種の方は、口腔衛生を改善する主役が歯科医師だということに、気がついていないかもしれない。入院患者の口腔ケアとして、看護の方が一生懸命歯磨きのトレーニングをしているような状況であり、先ほどの病棟実習で歯学部の学生が口腔ケアの仕方を患者さんに指導すると、看護師さんが感激して、すごいですねって、もっと教えてなんていう感じになります。そういうことで知るということはすごく重要です。

そのときに、できればその手段として学生教育をうまく利用していただきたいと思います。自分たちではなかなかそれをやりにくい、今までのシステムでやりにくいといっても、教育が求めているということで、うまく学部合同の地域での実習、あるいは病院での実習を取り入れていただいて、その中に先生方も入っていくということがよいのではと思います。

もう一つは、地域のさまざまな職能団体が他職種との連携を求めることも重要だと思います。医師会も最近はチーム医療と言っていますし、薬剤師会ももちろん、歯科もそうだと思います。もしかしたら見えない壁みたいなものがあるかもしれませんが、それは遠慮なく声をかけていただければ、待っていましたというふうになるんじゃないかなと思います。

ぜひとも教育というのを皆さんの取り組みの中にうまく取り入れていただいて、利用していただければと思っております。

○森戸 限られた時間内での具体案の提示ということで、言葉を飾らないで申し上げたため、ややきつい表現になってしまったことをお詫び致します。

このシンポジウムのメインテーマが「人材育成」ということになっています。人材育成は各場面で行われますが、今回は大きく分けて「卒前教育」と「卒後教育」になると思います。辻先生と平野先生の内容は「卒後教育」、木内先生と私は「卒前教育」になります。「卒前教育」は、基本的に「ビギナー教育＝知らない人に伝達する」だと思います。その教育の理解度を「共用試験」や「国家試験」で評価する仕組みになっています。今回問題とされている「訪問診療」に関する教育の評価をするための試験問題の作成に関わっていらっしゃる先生方の中に、訪問診療の現場を理解されている先生がどの程度含まれているかを時々考えてしまいます。超高齢社会は2070年をピークに50年以上続きます。今すぐに対応しても何とか間に合いそうです。よろしくお願い申し上げます。

○羽村座長 ありがとうございます。

講演の後にそれぞれシンポジストの先生方に一言ずつお話ししていただきましたけれども、今回のこのシンポジウムのタイトルが「これからの歯科医療を見据えた人材育成の在り方」ということで、今回皆さんのお話の中では、在宅の医療、それからもう一つは地域の連携ということが2つのキーワードで出てきました。この2つのキーワードの連携と在宅ということについては、歯科学生が卒業時に既に持っていなければいけない能力なのか、それとも卒後に必要なことなのか、それについて一言ずつお話しただいて、そしてその後ぜひとも今回厚生労働省の鳥山さんがいらっしゃっていますので一言またコメントいただければと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

○辻 私はちょっと医科のほう中心に取り組んできた経験から言いますと、医科のほうは最終的には体系的に大学の教育に組み込んで頂くと有難いけど、当面は大学の教育レベルから在宅医療の教育プログラムが育っていくというのは難しいと。したがって、在野の内科系、外科系の人を中心とする開業医を変えるという戦略を考えました。そのときに大前提がありまして、よい意味で今までの医局制度の中で専門医を目指します医師はかなり多様な症例を見ている、訓練を受けているということがわかりまして、卒後でも動機づけしたら在宅医療をできるということが大体わかったんです。

それで、どう動機づけするかというプログラムを開発したんですね。その動機づけというのは、現場の同行訪問で診るといふのと、もう一つはグループワークで他職種と交わることによって他職種でできる人がいっぱいいると。例えば緩和ケアだったら、ナースと薬剤師さんは知っているんです、ベテランを連れてくれば。といったように、ほかにもできる人はいるんだということで安心してもらうと同時に、医師のプライドをくすぐったんですね。当然オピオイドローテーションなんか、膨大な勉強してきたんだから、ちょっと勉強したらできるというように研修で動機付けをされて大体医師の意識がジャンプアップするんですね。そのカリキュラムを開発して、まず実は医科の場合は卒後でも仕掛けたら行動変容するというところから入りました。

それでまず在宅フィールドをつくって、そのフィールドを大学が研究する、学ぶという

ことでようやく大学につながっていくというのが医科についての整理なんです。

しかし、歯科は、医科に比べれば訪問診療をやったのは早い。医科は病院という臓器別医療の拠点での病院医療中心の教育が基本ですね。それから変わるというのは大変ですが、歯科はすぐ開業されますので、在宅歯科診療を行っている診療所と組んで早目に大学で動機づけすれば、医科よりもはるかに生活を支える歯科医師に転換するスピードが高いんじゃないかという非常に強い期待を持っております。したがって、口腔機能の保全回復ということと、在宅現場ですね、これを大学教育でやっていただければかなり卒前からいけるんじゃないかという可能性を私は期待しております、それで歯科から医学教育改革を始めていただければというのが私の思いです。

そういうことで、よろしくお願ひしたいと思います。

○平野 辻先生の後には毎回しゃべるので、本当に話しづらいですね。

私は、先ほどお話ししたとおり教育の現場にいなかった人間なので、本当に現場で学んだことから振り返って見ているんですけども、卒前の教育のときにどこまでやるかなんですけど、やはり引き出しはつくっておいたほうが楽だと思います。やっぱり引き出しづくりが一番大変だと思うんです。中身が空っぽであっても、大学のようにこういったことを学んだなという引き出しさえあれば、新しく卒後に、これってあのことなんだと引き出しをあけてそこに入れる作業ができます。でも、引き出しがないと、この情報、これってどこにおさめればいいのかというのは非常に困惑しますし、混乱します。入れるところがないので積み上げておいて、そのままそのうち消えてしまうなんてことになりかねないので、やはり引き出しづくりというのは、いわゆる在宅だとか生活を守るといった、そういうキーワードの医療というのは大事だと思います。

ただ、急性期に私はいましたので、1点だけちょっと辻先生と同じことを言うんですけど、ちょっと違った話になってしまうかもしれませんが、私の病院は高齢者なので、高齢者だからということで医科の研修医たちがある場面で怒られることがあります。堂々と家族に向けて、先生、あの患者さんは脳 CPR、つまり蘇生は要らないですと堂々と述べるんですね。で、先生は、ああ、そうなのかと。ということなので、先生、蘇生なしですというふうになににこ笑いながら帰ろうとする。おまえ、ちょっと待てと。おまえはその患者さんの家族が突然蘇生しろと言ったらできるのかと。何を言いたいかということ、やはりその生活を守ることと命を守ることと、場合によってやっぱりミッションというのはまるで違いますし、急性期は徹底的に助けられる人は助けるということになるんだと思うんですね。

だから、そこの使い分けをどうやっていくのか、あとはその病院と地域とを誰がどうつなげていくのか、そういったところがやはりまだまだでき上がっていないところで、教育で学んだことと、地域へ出てから、やはり出てからじゃないと学べないところもたくさんあるので、できるだけたくさん引き出しをつくっておいていただいたほうが混乱は少なくなるんじゃないかなと、そんな気もいたします。

以上です。

○木内 先ほど在宅の教育を学部でやっているということで、卒後から始めたほうがいいとはとても言えませんが、私は確信を持って1年からやったほうがいいというふうに思っております。

実は、数年前までは6年生の最後だけ在宅チーム医療という実習をしました。そのときに学生の感想を聞くと、在宅医療というのは非常に重要だということが判った、チームワークは重要だ、患者さんのナラティブを知ることが必要だということがわかりました、みんなそういう感想を言うんですが、よくよく考えたら、6年生の卒業間近になって初めて気がついて、それでいいのかなというふうに思いました。やはり卒業時には、在宅医療に関わるさまざまな高度な判断だとか、あるいは活動する能力を修得することが望ましく、そのためには、やはり低学年から積み上げて教育するということが私どもは必要だと思って、先ほど言いましたように1年生のお年寄りの御家庭訪問から始めようということにしました。それで、6年まで積み上げて卒業したらでき上がるかという、とてもそうじゃないんですが、次の地域医療の実践にかかわるモチベーションだとか、あるいは基盤はつくっておくことができるかなと思っております。

それで、よく言われるのは、何の知識もない学生にチーム医療なんかできるわけないとか、在宅医療なんかできるわけないなんてよく言われます。それらは、知識あるいは経験の上に乗っかるものであることは、それは百も承知なんですけれども、よくよく考えると、チーム医療は知識だけではなく、コミュニケーションあるいはチームワーク、つまり態度の教育というのが非常に重要で、その学習には逆に知恵がつく前から学生を混ぜたほうがいいんじゃないか、一緒に育てたほうがいいんじゃないかというように考え、そういう学習を低学年から立ち上げています。

今現場でチーム医療をやっているという方に聞くと、例えば看護の方によく言われますが、チーム医療でコンフリクトが生じたときはどうするんですか、なんてよく言われるんですね。実はうちの教育では学生チームの中でコンフリクトが殆ど生じないんです。なぜかという、患者さんの情報を得るところから一緒であり、常にどうしようか、どうしようかとやっている、最後に2つの意見になるということはないんですね。現場では紅組と白組が別の意見を出して、最後に、じゃんけんをしているような感じですので、もしかしたらそれはチーム医療ではないのかもしれませんが。そういうこともあって、やはり若いうちからチームで育てるほうがいいかなというふうには思っております。

○森戸 私は現在でも国家試験の問題に全問チャレンジしています。教える側ができないと、その先生に教わる側は到達点に達しないだろうし、学生に不安が生じます。今回のテーマである「訪問診療系」は、GP（一般歯科治療）の領域にも関わる部分が多いので、臨床系の先生方のほとんどは理解し、指導できなければならないと思っています。

辻先生がおっしゃったように、卒業時点で実践できるのが理想ですが、そのためには教える側が少しずつでも鍛錬しておかなければならないという意見に同感です。平野先生の引き出しを沢山作っておいてあげなければというのも同感で、引き出しを持っていない先生にはそれは出来ません。

今回シミュレーション演習の文章を提示させて頂きましたが、国家試験にもこのような「ナラティブクエスチョン」を作って頂くのもベターかと思います。その中には、正答肢の順位があってもいいと思いますし、禁忌肢が含まれているのも現状を想定した問題を提供できると考えています。

高齢者医療に対する社会的ニーズは、あと半世紀以上続きます。歯科界全体で取り組んで頂きたいとお願い致します。

○羽村座長 ありがとうございます。

ちなみに、今回の歯科医師国家試験で認知症関係は2問、それから地域包括連携センターの問題が1問出ていましたので、それも高齢者関係の選択肢がありましたので、結構出てきているということになります。

では、鳥山さん、よろしくお願ひします。

○鳥山課長 厚労省の鳥山でございます。先生方の貴重なお話、まことにありがとうございます。私のほうからは、やや現実的な点を2点触れさせていただこうと思います。

まず教育ということですと、これはカリキュラムが密接に関係しておるんですが、来年度、偶然なんです、私どもの国家試験の出題基準の改訂と文部科学省における歯学教育のモデルコアカリキュラムがいずれも来年度改訂される年度でございますので、こちらの整合性をとりつつ改訂をさせていただきたいというふうに思っておるんですが、その中で高齢者の歯科医療、これは訪問診療を含めてですが、そういったものを相対的に増加させたいというような意向は持っております。そういたしますと、6年間という教育期間の中で特定の分野をふやすということであれば、相対的にどの分野を減らすかというのが、これがまず最初の関門でございます。

それともう一つ、これは森戸先生の先ほどのお声にも関連するんですが、こういったモデルコアカリキュラムあるいは国家試験の出題基準の改訂の作業というのは、既存の歯科大学のそれぞれの分野を背負った専門の先生方におつくりをいただきますので、きょうシンポジウムの話題になったような高齢者歯科に特化した内容ですね、なかなか実務的に作業としてお願いできる方が少ないという、こういった悩みを抱えております。

それともう1点、きょうは人材育成というテーマでございますから主に学生教育などについてお話がありましたが、指導者の養成、要するに教員の側の養成、さらに教員の評価というものもあわせて大きな問題かと思っております。といいますのは、やはり教員の評価ということになれば、現実には英語の論文をどれだけ書いたかで教員のその評価が決まるということも、これはいろんなところでお聞きをすることでございますし、教育というのはむしろ手間がかかる割にはなかなか教員が評価されないというようなことを聞いておりますので、これはまさにそれぞれの大学の方がどのように対応されているのかなというのをきょう申し上げたいと思います。

以上でございます。

○羽村座長 ありがとうございます。

○宮崎理事長 そのモデルコアと国家試験の出題基準の整合というのは、ぜひ教育現場か

らはしていただきたいということでございます。

それから、モデルコアにしてもレベルがありますので、どうも私どもは文章で何々ができるといって、これは100%全てできなきゃいけないと。今アウトカムベースの教育になっておりますので、どの辺が本当に卒前のレベルかというのをわかりやすく文章化していただくのが恐らく大事だと思っています。これは各大学からモデルコアの改訂の作業のときに意見をだささせていただきたいと思いますが、厚労省のほうの国家試験の出題基準もできるだけその到達度がよくわかるような形でお示しいただければと思います。

それから、教員の評価というのは非常に大事で、今私どもが考えているのは、もちろん現場の私たちが新しい教育ができるようにトレーニングすることも重要ですけども、現場で活躍されている歯科医師の先生方と一緒に教育する取り組みも始めておりますので、今までのように大学の中で専門家が教える教育から、やはり現場で教育してもらおうというか、一緒に教育するような方向にシフトしていくのかなと、特にこういう高齢者医療はですね、そんなふうに私どもの大学では考えております。

○辻 私徹底した行政実務家なので大学のことをよく知らないんですけども、大学の教員資格というのは大学によると思いますけど、英語の論文を書いているかという話がありましたけれども、訪問診療をやっている人とか新しい現場における生活を支える医療をやっている人というのは臨床現場の人ですから、そういう資格要件からいって非常に厳しいですね。ですから、大学に来ていただきにくいと想像しています。だから、ここはちょっと工夫しないといけないと思うんです。

ただ、例えば岡山大学の臨床教授という制度で私が知っている在野の先生がなっているので、まず臨床をやっている方を大学の教育サイドに入れやすくするということですね。私はこのことを本当にしてほしいと思います。それが1点ですね。

それから、2点目は、大学はものすごく研究能力を持っています。だけど、生活の場を支えるという課題意識が低いわけです。要するに、柏が私のフィールドですけど、ばりばりのがんのものすごいレベルの外来の専門医に在宅医療の研修を受けていただいたんですね。印象的なことを言われたわけです。病気を治すという考え方だけじゃ在宅のこの人の生活を守ることはできないというのがわかったとおっしゃいましたね。そういう課題意識を持ち込まないと研究は進まない。そういう課題意識があれば、もともと大学は研究は強いですから、そういう課題意識を持った人が大学に入って、ここをもっと論理化して、今後の在宅のノウハウあるいは方法というものを研究して論理化して教育に移せないのか、そういう作業をやる人がいるんですね。研究はやはり大学ですよ。だから、現場の臨床と大学の研究を結びつけるという作業をやらないと、新しい課題に対する質の高いノウハウと教育システムができない、私はそれを痛感しております。

ですから、現場臨床の人にまず大学に来てもらって、大学の研究力とマッチングさせるということをお願いしたい。勝手なことを言って済みません。

○羽村座長 ありがとうございます。

あと10分ほどになりましたので、お待たせしました、何か御質問ございましたら。

○会場 ありがとうございます。

辻先生、私は東大のほうに先週嚥下内視鏡、私は口腔リハビリテーション科で摂食嚥下障害をやっているんですけど、内視鏡を持って行かせていただきましたので、大分東大の鉄門というか、ああいう感じも随分変わったと思います。そこで二、三回行ったんですけど、看護師さんが東大の教授をPHSで呼ぶわけですね。そうしたら教授が走ってみえてということで、非常にいい雰囲気、大分変わったなと思います。

それから、平野先生、いつも弟子の枝広先生とよくいろんなところで勉強させていただいて、ありがとうございます。

それから、木内先生には、先生がいろいろ教育のことをおっしゃいましたけど、私の中で医療人としてすごく大きかったのは、3.11のときに行かせていただいたときに木内先生と同じチームになって、そのときに木内先生が烏合の集団だった自衛隊のチーム、それからいろんな赤十字のチームがいっぱい来ていたわけですけども、全然烏合の集団で何も進まない、そこを木内先生が町の役人も含めてしっかりチームをつくられたというのがすごく印象になって、医療人として本当に尊敬しています。ありがとうございます。

最後に森戸先生、済みません、森戸先生は訪問診療のほうが必要だというふうにおっしゃいましたが、先生が示した3.4g/dlのアルブミン値、あれは88歳にしては非常にいいほうだと思うんですね。もう少し出すんですけど、やはり2. 幾つとかそういう値をぜひ出していただきたいと思います。

ありがとうございます。

○羽村座長 ありがとうございます。

そのほかに何か御質問はございますでしょうか。

○会場 東北大学薬学部の大島と申します。

辻先生にお伺いしたいんですが、最終的に国策の割合としてどの程度を考えていらっしゃるのでしょうか、病院と在野といますか。

○辻 医科で言えば、訪問診療をできる人とできない人みたいな感じですか。

○会場 はい。

○辻 歯科に関してはちょっとわかりませんが、医科の場合は、訪問診療というのは医療改革の戦略的な橋頭堡だと考えておりますが、これについて本来育てるべきは家庭医なんです。それで、家庭医と専門医というのは延々と論争されてきて、半々がいいのかどうかというのはわかりませんが、かなり家庭医のウエートを高めなければいけないということだけど、医科の論争では、あえて言いますと、総合診療医対臓器別専門医という、要するに結局は専門医と専門医の論争になっているんです。私は、内科系と外科系の医師がかかりつけ医師として開業した場合は超高齢社会がこれから恒常社会になるので、在宅医療を通して総合医化していくということが必要で、今までのそういう内科系、外科系の医師を自分の患者を最後まで責任を持つという形で幅広く勉強して総合医化していくという形で、内科系、外科系のかなりは要するに在宅医療ができる医師になっていくのが良いのではないかと考えております。

したがって、在宅医療専門の医師も一部でいい。本来患者と信頼関係を持ったかかりつけの医師が最後まで診るのが本筋であって、そのときにはやっぱりがんの痛みで難しいケースとか重い障害のお子さんの難しいケースとかいうのは、これはやっぱり在宅医療専門の医師とチームとして組んだらいいんですけれども、何が言いたいかというと、医科系の場合は超高齢社会ではかなりの開業している医師は普通に訪問診療をやる人になってほしいということで、あえて言いますけど、普通に誰でも医師は在宅医療ができるようになってほしい、そんな感じです。

○会場 ありがとうございます。

○羽村座長 どうもありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。何か御質問等がございますか。

○古谷野委員長 きょうは人材育成ということで、アンダーグラデュエート、そしてポストグラデュエートのお話がありましたが、医療にしる、歯科医療にしる、臨床能力の教育、研修には、オン・ザ・ジョブ・トレーニングが不可欠だと言われています。

実務的な臨床能力は、大学の講義や実習で教わっても十分に身につかなくて、その後現場で実務に携わりながら経験を積んで備わっていく。医療の現場で、わからなかったことを人に聞く、間違っただけをしたら怒られる…現場の経験を通して血肉にしていこうというプロセスが必要なわけです。超高齢社会における歯科医療を考えますと、現状ではこうしたオン・ザ・ジョブ・トレーニングの場がまだまだ足りないと思います。きょうは昭和大学でのチーム医療教育の取り組みが紹介されました。その中で富士吉田における在宅チーム医療教育で、地域の病院・診療所が医療連携の会を立ち上げた事例が紹介されましたが、そのような取り組みや、平野先生の病院のような現場がもっとたくさんたくさんできると、自然にそこで学生や研修医のオン・ザ・ジョブ・トレーニングもできるし、教育者のほうもそこでの医療と教育に携わっていれば自然に育ってくるのだと思います。これは辻先生がおっしゃったことと同じ意味になるかもしれませんが、教育の場をふやすより、医療の現場ができてくれば、そこからいろいろなものが育ってくるわけです。今の超高齢社会の現状を考えますと、これに対応した人材育成は急を要することだと思います。そのためには、やはり現場をふやしていくことで現状のニーズを少しでも満たす場をふやしつつ、その中でトレーニングもできるし、教育者のほうも育てていくということをやっているかといけないのだろうと思います。

それでは、その現場をつくるにはどうするかというと、やはり行政の力が大きいのではないかと思います。大学は現場を作るには財政的な面も含め、ちょっと力が足りないのではないかと思います。行政のほうでそういう場をどうやってふやしていくかということ、政策立案も含めてお考えいただきたいと思います。今日の議論もそうですが、私達の問題意識は上がってきていますので、そういった場をつくることをみんなで工夫していけば道は開けていくのではないかと思います。きょうは辻先生もおられるし、鳥山先生もおられるので、行政の取り組みを是非よろしくお願ひしたいということをお願いしたいと思います。

ありがとうございました。

○羽村座長 どうもありがとうございました。古谷野先生からも最初に開会の挨拶をいただきましたように学術会議と共催ということになっております。

本日は、人材育成のあり方ということ考えた場合、これからの歯科医療の中で、先ほど申し上げたように在宅歯科医療、それから地域連携というこの2つのキーワード、これを十分に習得、習熟している歯科医師が望まれているのではないかとこのところを皆さんお話しくださったと思います。

そのためには、特に辻先生から、歯科の場合にはもっと早目に大学として動機づけをせよというお言葉もいただきましたし、この分野では医科の中でも歯科は非常に合っているのではないかとこのことで、私どもを勇気づけられるお言葉をいただきました。

また、平野先生からは、具体的なことよりもその引き出しをちゃんとつくっておくと。恐らく現場をできるだけ見ろということなのかなというふうにも受けとめましたので、そういう教育をしていく、アンダーグラデュエートも、それから卒後の教育でも必要なのかなということをお話しくださいました。

また、木内先生からは、既に昭和大学で行っている取り組みというのを、これもどうしても私ども歯科大学は単科の大学もどうしても多いものですからなかなか同じようにはできないかもしれませんが、それぞれの大学で特色づけてできるのではないかとこの、これも勇気づけられるお話だったというふうに思います。

また、森戸先生は、日本老年歯科医学会の元理事長ですので、いつも私どもをインスパイアしてくださっていますので、そのお話をしてくださったところで、本当にありがたいなと思います。

また、会場からは、国家試験の出題基準、それからモデルコアカリキュラムの改訂がございまして。その中で、やはり在宅、それから地域連携というのは非常に重要視されているというお話がございましたので、何とかこれもしっかり入れていかないと、アンダーグラデュエートの教育がしっかりしていないと当然ポストのほうもできないということになりますので、我々ここにいる人たちはほとんど教員でありますので、教員がしっかりしなければいけないかなということだと思っております。

本当に長い時間でありましたけど、この会場に居る先生方を本当に今回勇気づける講演になったと思います。

本当にどうもありがとうございました。(拍手)

3) 閉会挨拶

○羽村座長 それでは、閉会の御挨拶を木村先生、よろしく願いいたします。

○木村常任理事 歯学協の常任理事の木村でございます。本日は、週末のお忙しいとこ

ろ、人材育成のあり方について、昨年が続いて第2弾ですけれども、御参集いただきまして、ありがとうございます。

最初に辻先生がお話ししましたように、2030年、大変な問題です。私も81歳になりますが、その頃には、本日ディスカッションされたような卒前、卒後、訪問看護の教育をしっかり受けたドクター、歯科医師、介護士の世話になりたいものです。まだ十数年先ですが、それに向けて明日からそれぞれの教育の現場、また診療の現場で取り組まれることを希望します。そして先程来の議論の中でコメントがなかったんですけれども、訪問看護の実施という意味では歯科医師会の方々、それから歯科医学会の方々とやっぱり緊密に連携して、その際には、鳥山先生には申しわけないですけど、やはり努力した人には診療報酬を配慮して頂きたいと思います。本日はどうもありがとうございました。(拍手)

閉 会

公開シンポジウム

「これからの歯科医療を見据えた人材育成の在り方について」

2016年7月25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