

地域包括ケアシステム構築の成否を握る医科歯科連携 歯科医療界の現状と連携システム構築に向けた課題

安倍内閣は、昨年、「全世代型社会保障検討会議」を立ち上げた。その最大の課題は健康長寿の実現である。そのためのインフラとして地域包括ケアシステムの構築が進められているが、現状をみると、本来システムの中核に位置し医療連携による効果を発揮すべき医科歯科連携が進んでいない実態がある。医科歯科連携の有効性については医学的にも口腔科学的にも多くのエビデンスが実証されているが、にもかかわらず診療科に口腔外科をもつ病院などを除いて医科歯科連携がなかなか進まない根底には情報不足を要因とする理解不足があるように思われる。あるいは、日本の歯科医療は欧米とは異なり、医師ではないDENTISTが提供するのではなく、歯科医師が治療するという形で提供されてきたという特殊性があるため、お互いの専門性を尊重し合って連携することが困難という事情も考えられる。しかし、国民の立場からすればそれは医科歯科連携によって得られるはずの成果が得られなというだけの話で、医療提供側エクスキューズでしかない。本誌では問題の根本にある情報不足の解消と相互理解の促進のため、今後、「歯科医療界から医科へのメッセージ」として歯科医学が到達している現在の水準、そして歯科医療界が現実に抱える課題を提供するが、今回はそのキックオフとして歯科医療界を担う5氏に率直な意見を語っていただいた。医科歯科連携の進展につながることを期待したい。(編集部)

座談会出席者

司会 松本満茂氏 (歯科医療情報推進機構専務理事)

鳴井久一氏 (歯科医療情報推進機構理事長・日本歯科大学名誉教授)

鳥山佳則氏 (東京歯科大学教授)

加藤仁夫氏 (日本大学松戸歯学部客員教授・元教授)

四家秀雄氏 (日本歯科大学客員准教授)

地域ネットワークにどのように入っていくか 歯科医療の位置づけを明確にすることが重要

松本 歯科医療費はこの二〇一三〇

年の間、ほとんど上昇していません。

二兆五〇〇億円から二兆八〇〇

億円くらいの幅で下し、直近の三

年ほどはわずかに上がったといわれ

ますが、増加分の半分は材料価格の

高騰によるもので、実質的な歯科医

療費が上昇したわけではありません。

その一方で、歯科医療機関は同じ期

間に二万軒ほど増えています。

こうした環境のなかで、歯科医療

機関の経営がどうあるべきかを考え

ることがこの座談会のテーマです。

まず、地域包括ケアシステムへの

参画について、意見を聞かせて下さ

い。

鴨井 地域包括ケアシステムのなか

で、一般医科や地域の多職種、介護

部門との連携が求められていること

は確かであり、しかし、現状では歯

科が完全に切り離されたものになっ

ていることも事実です。そして、多

くの現場では、「どのようにしてそ

のネットワークに入っていけばよい

のか」がまるでみえていないことも

現実なのだろうと感じています。そ

の理由には、もちろん、歯科医師に

とって地域包括ケアシステムの一員

として患者との共生が機能すること

の必要性や重要性は理解されていま

すが、どのような形が入っていったら効果的なのか十分な検討が必要で
す。それだけに、歯科医療界全体と
して「タクティクス」を組み立て、
高齢者医療をはじめ歯科医療を推し
進めていかなければならないと考え
ています。

私は大学に勤務時代、歯周病学を
専門としていました。この領域にお
いては、糖尿病や心疾患、呼吸器疾
患と歯科医療と全身との関連性が強
く認識されています。一九九〇年代
に歯周医学はかなり注目を集めたも
のですが、その時の勢いを一般医科
領域との連携にうまくつなげること
ができなかったことにも問題があっ
たと思います。

「歯を診る」ということは「口のな
か全体を診る」ことであり、「嘔む」
という機能は消化器系を管理する最
初の入口です。それは全身のさまざま
な疾患に深く関与しており、だか
らこそ一般医科の各科と連携するこ
とが重要であることを、歯科大学生



松本満茂氏（歯科医療情報推進機構専務理事）

はもちろん、すでに現場で診療している歯科医師たちに今一度啓発することが求められているのではないのでしょうか。

加藤 現在のさまざまな課題の端緒となったのは、戦後の医学教育や医師養成システムであるようにも思います。人間の体を「医科」と「歯科」の二元論で切り分け、個別に「医師」が育成されました。一般医科が専門性を細分化させ、それを高度化する一方で、歯科はその対象を「歯」に限局することに歯科医師自身の意識も国民の理解も偏っていたという面があるように思います。

ただ、近年は口腔衛生の重要性がクローズアップされ、マスコミでも

頻繁に取り上げられるようになりました。これは歯科医師にとって非常に追い風であるように思います。歯科医師が「歯」に限定されることなく、その専門性を発揮するためには、国民の理解を変えることが不可欠で

医科歯科連携の推進に向けた取り組みが必要 高齢者に寄り添うことで歯科の新たな役割を

あり、啓発においてはメディアを活用することがもつとも効果的です。今こそ積極的に、口腔全般のスペシヤリストとしての歯科医師という位置づけを広く浸透させるチャンスではないかと考えています。

四家 医科歯科連携という点では、

二〇一二年度から「周術期口腔機能管理料」が診療報酬として新設されました。当時、私は一年半ほどの連携に携わったのですが、貴重な経験をすることができました。実は保険点数が設けられる以前から、周術期の医科歯科連携のシステムが構築されていたこともありますが、一般

医科の医師と情報を共有しながら、いわゆる「歯科」以外の医療の提供に、歯科医師が役割を果たすことができるという実感がありました。患者にとっても、それまで知ることがなかった歯科医師の専門性やその重要性を認識する機会になったはずですが、ただ、開業する歯科医師にその役割が求められるほどには、この連携が広まっていない現状があります。「周術期口腔機能管理料」という新

たな医療の存在を知らない歯科医師も少なくないのではないのでしょうか。診療報酬的に、医科医師のメリットが小さいこともその理由の一つかもしれません。

医科歯科連携の普及に向けて、「周術期口腔機能管理料」の浸透は一つの突破口になるかもしれませんが、歯科医療界全体として認知の拡大を図っていくとともに、診療報酬上のメリットの拡大も働きかけていく必要があると感じています。

鳥山 四家先生から指摘があった「周術期口腔機能管理料」は、私が厚生労働省に在籍していた当時、担当して導入したものです。当時、日本歯科医師会をはじめとしたいくつかの関係団体から、医科歯科連携の推進を促されるなか、しかし、具体的な提案は何もなかったのです。ただ、

医科歯科連携を推進するための具体的な手法としては、診療報酬で誘導するしかないと思いました。

その項目として、周術期口腔機能管理を選んだことにはいくつかの経緯があります。この取り組みを歯科医療の現場に理解していただくためにも、あえて紹介させて下さい。

当時、ある医学部の血液内科の医師からメールが届きました。その医学部には口腔外科がなく、造血幹細胞移植の前に必要な歯科診療を依頼したところ、リスクが高いためにすべて断られたというのです。歯科に関連しているということで私にそのメールが回ってきたのですが、それが私が周術期口腔機能管理における医科歯科連携に目を向けた最初の出来事でした。

ただ、その具体的な実践方法が私にはわかりません。そんな時に、静岡県立がんセンターが静岡県歯科医師会と医科歯科連携を積極的に進めていることを知りました。そこで、その取り組みの中心人物であった同センター口腔外科部長の大田洋二郎先生に何度も相談するようになりました。

そして、時期をほぼ同じくして、私自身が病気を患い、全身麻酔で手



鴨井久一氏（歯科医療情報推進機構理事長・日本歯科大学名誉教授）

模病院での院内連携が主となっておりますが、予想以上に算定数は伸びています。歯科開業医に広がっていくことが課題ではありますが、医科歯科連携を普及するための基盤になることは確かでしょう。

地域包括ケアシステムについては、それを構成する個別要素ばかりが注目されがちですが、その概念図として利用されている「ポンチ絵」において、医療や介護などの個別要素は「葉」でしかありません。本当に重要な部分は「ポンチ絵」の「鉢」の部分であり、それは「地域共生社会」です。このことを見落とすと、地域包括ケアシステムにおける歯科医師の役割を見誤ります。

地域共生社会に求められるのは、高齢者に寄り添う姿勢です。まずはそれを実践することで、その実践現場から地域包括ケアシステムにおける歯科医師の役割が新しくみえてくるように思います。

かつての歯科医療は、虫歯の治療や義歯の作製、インプラントなど、「ビフォーアフター」が劇的に進化するものであり、それが求められてきました。しかし、すべての高齢者にそれが可能とは思えません。発想の転換が必要です。寄り添う姿勢が

らどのような新たな歯科医療が見い出されるのか、その具体像を提案することはできませんが、世界に類のない超高齢社会に入っているのです

医科との役割分担と歯科の専門性の確立を 学力低下は収入やイメージ悪化との悪循環

松本 次に歯学生の学力の低下についてはいかがでしょうか。

鴨井 深刻な課題であると受け止めています。国家試験の合格率も、一〇年ほど前までは八割を超えていましたが、直近では六三％にまで低下しました。特に「浪人」に限れば、その合格率はわずか三〇％です。

こうした数字から、「歯科医師のレベルが低下しているのではないか」「歯学部教育の問題があるのではないか」「歯学部定員が多すぎるのではないか」というような批判が一般社会からも指摘されていることは承知しています。われわれとしては、その根本的な原因を把握する必要があります。同時に、大学内で対応できることについては迅速に取り組むことが求められていると思います。

ただ、需給の問題において、「コンビニよりも多い」と揶揄される歯科医院が、だからといって短絡的に

からそれも当然です。逆にいえば、その姿を世界に先駆けて導き出し、発信する大きなチャンスであると捉えるべきでもあると考えています。

供給過多であると決めつけることはできないとも考えています。もちろん、地域偏在は進んでおり、供給過多となっている地域があることは事実です。しかし、歯科医師が担うべき仕事はまだたくさんあります。口腔ケアや筋機能訓練、そして噛むことの大切さを伝え、それらの取り組みから胃ろう増設を防止するなど、地域住民のQOLを高めるさまざまな役割が果たせると思います。耳鼻咽喉科などと競合する部分も出てきますが、歯科医師の専門性が生かせる領域については、一般医科との連携において、適切な役割分担を進めていく必要があると考えています。

そのために同時に進めるべきは、「歯科の専門性」の確立です。厚生労働省から認められている歯科の専門性は「口腔外科」「歯周病」「小児歯科」「歯科麻酔」「歯科放射線」の五分野に限られていますが、学会専

術を受けることになりました。全身麻酔はじめてだったのですが、非喫煙者で血圧や血糖値、肝機能などに問題はなく、リスクは低い状態でした。ただ、その時に、「もし、口腔内に炎症やう蝕があれば、術中・術後に免疫力の低下や口腔内の乾燥で、全身のリスクが高まる」と患者の立場として強く意識したのです。

こうした経緯があつて、周術期口腔機能管理を医科歯科連携によって進めていくための仕組みを作りました。イメージしていたのは、入院の前後に近隣の歯科開業医と連携することだったのですが、ハードルが高いことは想定していました。実際には、医科と歯科を併設している大規



鳥山佳則氏（東京歯科大学教授）

門医としては、「保存」や「補綴」「インプラント」「老年歯科」などもあります。こうした歯科医師それぞれの専門性については、多くの国民に理解されていません。国民にとってわかりやすい歯科医師の「専門医制度」の構築に向けて、行政の動きを促すとともに、歯科医療界として進められる部分について取り組むことが急務です。

各歯科医師がどのような専門性を備えているかを理解したうえで、歯科医療を利用していただき、また、歯科医師は「歯」だけでなく、口のなかに関するあらゆる健康管理、疾病管理を担うスペシャリストであることも理解していただくことが、地

域包括ケアシステムの一員として、歯科医師が役割を果たすために必要なプロセスであるように思えます。

欧米では、歯科医師は「口腔科学会 (Stomatology)」をベースにすることが徹底されています。日本にも「口腔科学会」は存在しますが、他人事のように考えている歯科医師が多いかもしれません。また、一般社会においても「口腔科」という概念はあまり知られていないでしょう。

かつては「口中科」という表現もあり、こちらのほうが国民にはわかりやすかったかもしれませんが、いずれにしても、歯科医師は今一度、その職能の根本に「口腔科学」があることに目を向ける必要があります。その取り組みを進めながら、一般医科にも歯科医師の役割について理解を深めていただきたいと思います。

加藤 私も長年、大学で学生を指導してきた身として、指摘される歯学生の学力の低下には責任を感じていますが、現状は悪い循環に入っているようにも思います。歯科診療報酬の抑制が続く、高収入が望めない職業として歯科医師がイメージされるようになったことで、歯学部を志望する学生が減り、そのために入学する学生の質が低下する。

入学する学生の質が下がったために国家試験合格率も下がり、それが歯科医師のイメージをさらに悪化させるとともに、社会的な評価が得られないことで診療報酬の抑制も続く。また、学生の質の低下に対して、歯科医師の質を低下させないために、国家試験における合否判定も厳しく

夢のある職業として提示できることが大事 向上心を抱かせるキャリアパス整備も必要

四家 人材の質の低下については、若者や学生の学力レベルを責める以前に、私たち歯科医師自身のこれまでの取り組み方を反省する必要があると考えています。医師と歯科医師は、収入だけでなく、社会的な地位においても大きな格差が生じているのが現状です。「歯科医師」ではありませんが、「医師」という位置づけには認められていないことを誰もが感じているのではないのでしょうか。

私たちの時代には目の前にいる患者の補綴やう蝕処置に追われてきました。それを必要とする患者が次々と訪れますし、それだけで十分に経営が成り立っていたのです。その一方で、「歯科医師の役割とは何か」という本質に目を向けなくなりまし

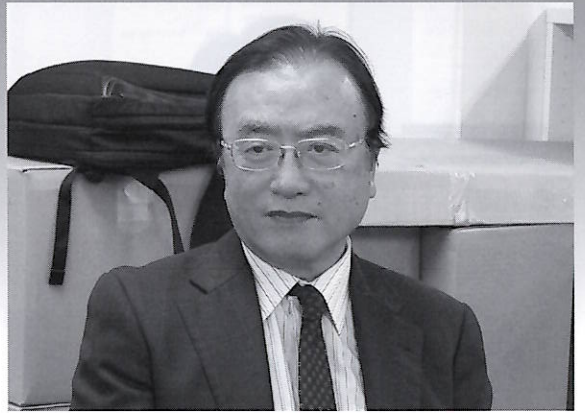
せざるを得ないので、合格率も下がり続ける。

こうした悪い循環を抜け出せない状態が長く続いています。どこかで流れを変える必要があるのですが、どの部分から手を付けてよいのかわからないというのが現状ではないでしょうか。

た。口腔ケアの身体全体への影響やその重要性、そしてそれを歯科医師が担うべきであるということは、今になってはじまったことではなく、歯科医師の本質的な役割です。しかし、そこから目を背け、現在の「歯科医師」のイメージを作り上げてしまった責任は私たちにあります。歯科医師という職業の尊さを見失ってしまったのは私たちです。

歯科医師のもつ専門性が、地域住民の健康を守り、QOLを高め、時には命を救うことにも直結していることを、まずは私たちが意識し、若者に伝え、そして世間一般に広く知らしめるための努力が求められる時期に来ているように思います。

そのために必要なことは、何も新



加藤仁夫氏（日本大学松戸歯学部客員教授・元教授）

しいことを始めるだけでいいではないでしょう。補綴やう蝕処置といった、従前の歯科医療のなかからもそうした取り組みを進めていけるはずですよ。たとえば、補綴においては、優れた義歯職人との出会いによって、患者の生活の質が大きく改善し、患者から深く感謝され、同時に歯科医師自身も感動するということがあります。この経験を若者に伝えていくだけでも、歯科医師という職業に対するイメージは変わるでしょう。

優れた材料が開発されるようになり、科学も進歩しているのですから、補綴も進化できるはずですよ。パラリンピックでは、健常者とほとんど変わらない記録を出せる義足がクロー

ズアップされますが、義歯にも同様の可能性があります。つまり、もっとワクワクできるような歯科医療を、さまざまな分野の人たちの知恵も借りながら私たちが示し、職業としての歯科医師の魅力を高めるための努力が、今の私たちに強く求められているのだと思います。

鳥山 歯科医師に必要な技能を判別するという意味では、歯科医師国家試験に実技が導入されることは理論的には正しいのかもしれませんが。しかし、現実的には、歯科大学のカリキュラムとの整合性やより根本的には歯科医師のキャリアパスのあり方の問題などにおいて、簡単に解決できない部分もあります。

実技的な要素を国家試験に取り入れるには、学部教育における実習の比重を高め、あるいは研修医制度の充実などによって臨床能力を身に付けるための養成カリキュラムを整備することが一体的に求められるのだろうと思います。一般医科ではこれが整備されていたのですが、それを可能にしているのは、医師国家試験を取得した後にも長く続く、医師としての向上心を持ち続けられるキャリアパスです。

医師の場合は、整備された専門医

制度によって目指すべきものが明確であり、また、研鑽を積むことで実現する医師としての将来像が、歯科医師よりも明確です。歯学部の学生のなかにも向上心のある者はたくさんいるはずですよ。学生時代に多くの文献を読み、研鑽を重ねることが歯科医師としての自分の将来を輝かせるものにすると考えられれば、その向上心は維持されるでしょう。

現在私が籍を置く東京歯科大学では、今年度の入学生の男女比が四対六で女子のほうが多くなりました。全体としても五対五になっており、これは全国の歯学部で共通する傾向です。表現は難しいのですが、私がみていても、女性歯科医師のほうが「堅実」な印象があります。女性歯科医師の増加が、歯科医療を変えていくと考えます。

松本 歯学部の偏差値が低下しているという点については、少しそればかりが目されすぎているようにも思います。大学受験時の偏差値が果たして本当に個人の能力を反映しているのかということです。偏差値による序列はいかに官僚的な価値観であって、ましてや歯科医師に求められている能力を測れるものでもないはずですよ。在学中に勉強し、さら

に国家試験合格後も経験を積みながら優れた歯科医師になる人はいくらでもいます。国家試験に合格してからの人生のほうが長いのですから。

四家 医学部や歯学部は、大学に入学する時点で将来の職業が決まることとなります。これは極めて特殊なことですよ。一八歳にして将来を決めなければならない。それだけに、「親が歯科医だから」という安易な理由だけで入学する人も絶えないのだと思います。本当にやりたい仕事として歯科医師という職業が選べるようにするためにも、社会人を経て歯学部に入るような仕組みを定着させる必要があるように感じています。

松本 学生の質の低下が指摘されるなか、実際、臨床現場の若い人材の能力については何か問題を感じる部分はありますか？

加藤 比較が難しいですよ。優れた検査機器や器具が出てきて、臨床に入った最初から当たり前のようにならざるを得ないから、感覚的なものがなくなっている面もありますし、習得すべき細かい技術が少なくなっているのかもしれない。しかし、それでも「熟練」は必要です。優れた機器や器具は、自動車にたとえるならシフトチェンジがスム



四家秀雄氏（日本歯科大学客員准教授）

ーズになったマニュアル車のようなものであり、エンストするリスクは軽減されましたが、オートマティックのように自動でギアが変わるわけではありません。安全性という意味で、機器の進歩がそれを向上させることはできても、やはり最後は人の手に大きく委ねられているということです。この「熟練」という部分について、若い歯科医師たちのレベルがどの程度であり、また、それを身に付ける意識が根づいているのかについては、わからない部分もあり、もしかしたら検証が必要なのかもしれません。

鳥山 安全性という意味では、高齢者の増加がそのまま歯科医療のリスクの増大につながっていることを意識させる必要もあります。そして、先ほど述べたような高齢者のための歯科医療を推進していくなかでは、安心と安全をもたらしことが不可欠であり、そのためには知識と経験の両方が必要になります。また、高齢者の安心と安全は、当然、身体全体の管理とも直結しますから、医科歯科連携にもかかわる問題です。

歯科医療の問題と歯科医師の混同に違和感 需給の議論のためにも歯科医療の将来像が必要

松本 ここまでお話しいただいた内容だけでも、歯科医療が抱える問題がいかに多く、複雑に入り組んでいるかがわかります。この課題の多さと複雑さが、対応の遅れにもつながっているのかもしれない。

鳥山 私は歯科医師向けの記事や歯科医師が参加する会合などで、しばしば感じるがあります。歯科の課題において、歯や口腔の問題と歯科医師の問題が、あたかも同一視して扱われていますが、区別した問題として整理すべきだと思います。口腔ケアの重要性が認知されるようになったことは確かであり、地域住民の理解も浸透しつつあります。

四家 歯科では麻酔を使いますから、高齢患者が増加するなかで救命的要素が求められる場面も増えていくはずですが、歯科医師はそうした教育を座学中心で体験的実習を受けていませんので、これからは実習主眼の救命処置についても学ぶ必要があり、そのためには医科の現場に積極的に入っていくような教育が必要になるのではないのでしょうか。

松本 国民の理解を得るうえで、「歯科医療そのものが進歩していない」という指摘にも耳を傾けなければならぬでしょう。歯科医療が新たに進化していかねばならないという意味では、技術的な部分でも新たな機器の開発・導入などが求められる部分もあります。ただし、最新機器・技術の導入については二極化が進んでいるという指摘もありますが、どのようにお考えでしょうか。

鳴井 確かに、最新機器を次々と積極的に導入する歯科医師と、まったく興味を示さない歯科医師に大きく分かれているかもしれませんね。ただ、そこには経営的な限界もあるかと思えます。保険診療を中心に行っている歯科医院では、年間の保険診療部分の売り上げがせいぜい三〇〇万円程度です。一〇〇〇万円規模の最新機器の導入を検討できる財政規模ではありません。CTを例に取ればわかりやすいでしょう。保険診療だけでは絶対に採算が取れない点数設定です。

医療に入った時代とは患者の質がまったく変わっています。そうした変化は今後も続いていくでしょうし、その変化に追いついていけない歯科医院は、経営的にますます追い込まれることになるでしょう。

四家 技術的な部分では、歯科医療にもゲノム技術が関与することになると考えられ、将来リスクなどをふまえた治療を導入することを見据える必要もあると思います。また、歯髄細胞に代表される再生医療などにも積極的に取り組んでいくべきです。**松本** 質の変化とともに、患者の数も確実に変化します。絶対的に減っていくのです。そのなかで、歯科医院の淘汰もはじまるでしょう。だとすれば、養成する歯科医師の数の問題でもあり、歯学部定員の問題についても議論が必要という声がありますが。

鳥山 歯学部定員については、私も文部科学省の医学教育課と何度も話をしたのですが、文部科学省では、「大学の自主性」を非常に重んじています。大学側の申請がない限り、文部科学省の判断では定員の変更はできないというのが基本スタンスです。そのため、国立大学は定員を減らしましたが、公私立大学には強制

力を発揮することはできません。

鴨井 歯科医療が国民の理解を得るためには、やはり需給の問題と向き合うことが重要です。それも目の前の数の問題ではなく、将来を見据えた議論が求められているのだと思います。

国との対話のなかで将来像を描いていくためには、各大学が自ら、「どうあるべきか」を考え、主張することも必要でしょう。その主張が経営

社会や医科側に「歯科医師」への理解を促す 歯科医師もプロフェッショナルリズムの再確認を

松本 将来の魅力的な歯科医療の姿においては、やはり医科歯科連携への取り組みが大事な要素になると思われます。一つの例として横浜市の取り組みをあげますと、横浜市では横浜市大と歯科医師会、そして市行政が連携して、周術期口腔機能管理の連携を推進しています。歯科医師会の参画によって、歯科開業医への啓発と手順の標準化を地域全体に広げることが可能になった取り組みですが、この動きをコーディネートしたのは市行政です。行政のサポートによる連携推進のあり方についてはどのようなにお考えでしょうか。

的な視点に偏っていれば、当然国民の理解は得られませんし、望ましい歯科医療の提供体制を維持するために必要な数を育成するという姿勢を示す必要があります。そして、望ましい提供体制を描くには、望ましい歯科医療のあり方をも描けなければなりません。そこに魅力的な歯科医療が描ければ、人材の質に関する諸問題の解決にもつながってくるのではないのでしょうか。

鳥山 医科歯科連携を成功させる鍵は、行政担当者や医科側に、「歯科医療」ではなく「歯科医師」をよく理解している人材がいることだと思っています。実際、私がこれまで取り組んできた例でも、スムーズに進んだケースでは、歯科医師のことを非常によく理解している行政担当者や医師が存在していました。より具体的にいえば、身内に歯科医師がいる人です。

特に中央官庁などで要職を務めるような人たちは、高校の同窓生に医師はいても歯科医師は少ないのが実情です。

松本 医科歯科連携では、周術期口腔機能管理のように保険点数が設定されたもの以外にも、糖尿病や骨粗鬆症など歯科医師が専門性を発揮し得る分野において、地域連携の枠組みのなかに歯科医師が入り込んでいく事例が出てきています。

加藤 そうした成功事例を詳細に把握して、モデル事例として全国各地の歯科医師へと発信する仕組みも必要ですね。医科の地域医療連携では、診療報酬が設定される以前から臨床現場で生じた問題を解決するために、自らその必要性を感じて、体制整備を推進したという経緯があると聞いています。それが評価されて診療報酬につながったということですが、地域に必要とされる医療を提供するために、自ら診療体制、提供体制を改善していくという姿勢は歯科医師にも求められているでしょう。

鳥山 ただ、医科の地域連携の成功事例には、その中心にスーパーマンみたいな人がいるんですね。絶対に真似できないと感ぜられてしまうような人たちで、そこまではいかにしても歯科のなかにも非常に先進的な取り組みをしている人たちもいます。その取り組みが学会などで発表されることもありますが、やは



りそこで二極化がはじまるんですよ。「自分でもやってみよう」という歯科医師と、「自分にはできない」と考える歯科医師。医科歯科連携にもそうした側面があるように感じます。松本 誤嚥性肺炎の予防に関する医科歯科連携では、NSTチームに参加することに意義が認められています。この分野では東京医科歯科大学に非常に熱心に取り組んでいる先生がおられます。こうした事例も広く知られてほしいですね。私も貢献したいと考えて、特別養護老人ホーム

でNSTチームに参加しています。

ただ、最初の頃は、看護師や栄養士からは「歯科医師が誤嚥性肺炎の予防に役立つのか」という疑問の目でみられていたことも確かです。最近になってようやく認められるようになりましたが、そうした意味でも鳥山先生が指摘したように、医科側に「歯科医師」というものを理解してもらいが必要がありますね。これは歯科医師側からのアプローチも含めてです。

加藤 地域包括ケアシステムに参加するということは、歯科医師を理解してもらいよい機会にもなると思います。スーパーマンとして特別なことをしなくても、医科側が築き上げた既存のネットワークに参加する勇氣があればできることでもありますから。

松本 制度においても、たとえば経口維持加算では、「医師の指示の基に」から「医師または歯科医師の指示の基に」と変更されました。医師がチーム医療や医科歯科連携に参加しやすい環境は少しずつ整ってきたとも思います。医科では対応できない部分に歯科医師が存在感を発揮すれば、連携への参加が歓迎される土壌も広がっていくでしょう。

皆さん、貴重な意見をありがとうございます。ございます。さまざま指摘の根幹にあるのは、歯科医師のプロフェッショナルリズムをどのように考えるかということなのかもしれません。最後にこのプロフェッショナルリズムについて皆さんの考え方を聞かせていただけますか。

鴨井 やはり本人が歯科医師としての使命をどのように全うするかを意識すること、そして意識させるための教育をすることに尽きると思えます。ただ、これまでの歯学教育は知識を詰め込むことに終始してきました。この教育のあり方を見直すことが第一歩のように思います。

四家 最近読んだある精神科医の著書に書かれていたのですが、彼は患者を目の前にした時、その患者が何を求めているかをまず考えるそうです。それは患者の訴える症状に対して自分のもっている知識や覚えたマニュアル的な治療に従うことを優先するのではなく、患者一人ひとりに対して、各個人が求めるものを、自らの経験や知識を生かしながら新たに築き上げて提供するという考え方は、それこそが、医療者としての歯科医師が追求すべきプロフェッショナルリズムではないかと感銘を受け

ました。

加藤 先ほども話に出てきますが、歯学生は一八歳にして自分の職業を決めることとなります。それだけに職業に対するイメージは親やメディアを中心とした一般社会から強く影響を受けているでしょう。ですから、私たち大人が子供たちの自己研鑽を促し、憧れることができるような歯科医師の姿を描き、さまざまな形で発信していくことで、各個人の体に刻まれる歯科医師のプロフェッショナルリズムというものが形作られるのではないのでしょうか。

鳥山 私は歯科医師の免許証の裏面に「患者さんのために生涯研鑽を続けることを誓います」と書いてあると思っています。そして、その誓いは歯科医師という職業に対する誇りに裏づけられているとも思っています。こうした考え方をもつためにもっとも必要なことは、よい指導者、尊敬できる恩師との出会いだと思います。現実的なことをいえば、それは「運」であるかもしれません。松本 長時間にわたり、ありがとうございます。今日の議論を今後の歯科医療界の発展に生かしていけるよう、皆で取り組んでいければと考えています。