

I. 日時 平成27年6月12日(金) 14:00～16:00  
場所 私立大学情報教育協会 事務局会議室

II. 出席者 神原委員長、片岡委員、藤井委員、花田委員、奥村委員、新井委員、  
森實アドバイザー

(事務局 井端事務局長、平田職員)

### III. 検討事項

冒頭で神原委員長が出席された「健康社会宣言2015関西」の内容が報告された。次に2025年度を目指した歯科医師像について、委員が作成した案をもとに意見交換を行った。詳細は下記のとおり。

#### 1. 健康社会宣言2015関西の内容について

委員長が出席し、4月に開始された日本医学会総会関西での健康社会宣言では、歯学委員会で問題としていることと同じことが提案されたこと、エビデンスベースの教育が前提となることが報告された。主な内容は以下のとおりである。

##### ① 治療から予防へのパラダイムシフト

本委員会での提案と全く同じである。医学分野での予防（予防医療）と歯科分野での予防は意味が異なる。つまり、歯科分野では医療をしなくても口腔の改善が図られている。そのような流れを歯科からも発信することが重要である。それを教育の場でもどのようにすべきかである。

##### ② 地域医療

地域ケア包括システムは、医学分野中心で病院中心に医療連携を図ろうとしているが、歯科分野ではまったく考えられていないのではないかと。

少子高齢化社会の中でどのような社会を目指すか、その社会にどの様に適応できるか考える必要がある。

#### 2. 世界基準を目指した歯科医学教育の提案

世界基準を目指した歯科医学教育の提案を検討する前に、まずは2025年度を目指した歯科医師像の明確化を行うことを課題としていたため、以下のように委員が案を作成し、それをもとに意見交換を行った。

##### (1) 2025年度を目指した歯科医師像について

① 厚労省の健康日本21の告示では4項目を実現するため、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙に加えて歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要としている。これに結び付けて考えていくことが必要。

② ADEAポリーステイトメントの医療制度改革に対する根本方針は、利便性のある健康管理、等々であるとしている。

##### ③ 総合医学健康管理モデル

利便性のある健康管理をするためには、口腔ヘルスケアサービスと医学健康管理との統合が必要。従来の臓器型モデルから総合医学健康管理モデルへ。

##### ④ 健康増進の共通リスク因子

細菌学的問題：たばこ、アルコール、栄養・運動、休養・ストレス、および歯の健康は

NCDs(Non-Communicable Diseases)の共通リスク因子として考えられているが、その中で、う蝕と歯周病から始まる歯原性菌血症の発症について強いエビデンスが認められている。

また、英国におけるデータでは、歯科医によるアモキシシリンの術前投与を中止したことによる感染性心内膜炎の有意な増加が認められたという。

栄養学的問題では、喪失指数の増加に伴い補綴治療による栄養摂取の改善が重要になり、喪失歯数の多いグループでは補綴治療による栄養改善効果が有意に高いことが認められた。

- ⑤ 口腔ヘルスケアサービスと医学健康管理との統合
- ⑥ 健康管理は歯科に限らず、NCDs の予防である。そこで、厚労省の4事項に対応した教育が必要。
- ⑦ 医学部の治療医に対して、新しい歯科医師像は健康医である。
- ⑧ 健康日本21で述べられている健康管理を維持できる歯科医師の育成が必要ではないか。

## (2) 意見交換

- ・生活習慣病を中心に紹介されているが、口腔の悪性腫瘍などはどう捉えるのか。予防することについて、どういう危険因子があるのかを出しておくべきではないか。PredictiveからPreventiveとなると思う。遺伝、危険因子など、個別化への対応についてどう対応するのか。
- ・リスク因子は、病気になるリスクである。健康医について考えると健康因子もあるのではないか。(→ 図7に病原因子と健康因子を明示している。)
- ・健康社会宣言2015関西の4. 5. は社会のニーズにどう応えるかということなので、時代によって要請が変わってくる。社会が変わっていることに対し、医療がどのように応えて行かなければならないかということも教育で関与しなければならない。
- ・現状では、産業歯科医や健康医のような歯科医師などに関する法整備されていない。
- ・歯を治療することで、栄養状態が改善されることが医療者(医師、看護師など)全般に認識されていない。医療者が認識の上で、歯科、医療と連携した治療などが必要であるが、医療現場自体で歯科との連携の仕組みがない。

よって教育面でも、他職種連携の教育が必要であるが、日本では歯科が入っていない。

- ・医科の学会に出て主張して認識されるようにし、連携できるようにしなければならないのではないか。また、医療現場でも、もし歯科医師が意見を求められた場合に、歯科医師も連携できる能力がないと現場での協力体制が実現しないのではないか。

(→ 地域包括ケアシステムは至急対応しなければならない課題である。)

その中で歯科医師はどのように活動していくべきか、検討が急務である。

- ・社会の流れが変わっていても、単科大学では歯科だけで終わってしまっており、意識改革が必要である。大学で歯科と以下の連携を推進する取り組みが必要ではないか。そのためには、エビデンスが必要になる。
  - ・本協会としても公益法人として、健康増進の観点からの総合医療に対応した医療教育について、関連学会に広く呼びかけていけたらよい。
  - ・医療データをビッグデータとして集め、層別化等してそれを活用すれば個別対応の医療が可能となるが、現状では医療機関から情報公開を拒まれているため、収集できない。
- また、共通フォーマットやデータの誤り修正などが必要。
- ・歯科、医科の共通基準で判断できるものを設け、それ以上の部分は各専門に任せるといったことが必要なのではないか。
  - ・健康医を育成する歯科医学教育は、第1の到達目標から第2の到達目標へ進むために健康関連の知識と指導方法を系統的に教育する必要がある。

歯学部としては、NCDs への対応を補完する必要があるのではないかと。

- ・学生に学んだことを実践できる場を作る必要がある。
- ・地域連携といわれている中で、フィールド学習ができる場がよい。大学からは始めるのがよいのではないかと。大学のほうが協力してもらえる可能性がある。  
地域連携では、管理栄養士は血液データを見て判断しているが、歯科医師も血液データを判断できるなど、健康医として基礎的な能力は必要ではないかと。
- ・発症するグレーゾーンのところを歯科医師が健康側にもっていけるような能力が必要。
- ・内科と外科の連携のプライマリーケア医に行く前に、歯科医が位置するという、デートキーパーとなる考え方でよいのではないかと。
- ・健康医に求められる能力をどこまで求めるのかによって、教育内容が変わってくる。
- ・健康づくりに必要な歯科医師のための教科書づくりが必要。  
項目だけでも委員会で作成し、各大学で詳細を作成してもらおうということもできるのではないかと。
- ・他分野の大学と連携して、1つのテーマについて異なる視点から議論させ、学び合いをしていくことが必要ではないかと。また、ネットなど ICT を活用すると効果的である。
- ・本協会が企画し、実験的にフォーラム形式の授業を実施してみてもよいのではないかと。
- ・仕組みづくりは大学だけでは考えにくいので、本協会でも検討してもらえるとよい。
- ・本協会の他分野の委員会と連携して実験してみるのがよいのではないかと。
- ・まずは委員会で仕組みを考え、他委員会に提案していくのがよいのではないかと。
- ・法学では9割以上が専門職に就かない現状があるため、社会に出て活用できる教養ベースの法学教育を目指して検討している。例えば、ある事例をもとにしたフォーラム形式授業の仕組みなど、法律専門だけでなく領域を超えた学びの教育について検討している。会計学でも同様である。
- ・NCDs を予防するための他分野と連携した教育について、今後の委員会で検討していく。
- ・NCDs の予防だけでなく、食育、症例など具体的な事例をテーマに考えさせることがよい。
- ・ICT は特定のクラウドなど専用で設定すべき。
- ・まずは教員によるワークショップを行い、実践方法について検討していくべき。

### 3. 次回委員会

今回は、7月28日 16:00 より開催し、意見貢献の結果から、他分野と連携したフォーラム形式の教育のスキームについて検討することにし、案を委員が作成することを確認した。

以上