

(質疑応答)

【座長：佐々木】ありがとうございました。では、ご質問を受けたいと思いますが、挙手をしていただき、お名前とご所属を言っていただいてからお願いしたいと思います。いかがでしょうか。お願いいたします。

【田邊】 千葉大学の田邊と申します。どうもありがとうございました。今、先生のお話で、このホームステイの実習というお話を聞きましたが、2週から4週というなお話だったのですが、海外では縦断的のクリニカルクラークシップで、数カ月にわたってずっと地域にいて、結果的に非常にその実習は有効だというような報告もありますが、そういったことを考えると、もう少し長く地域に学生を滞在させ、そこでプライマリ・ケアをもっと学ばせるというような、そういったお考えはいかがでしょうか。

【葛西】 私はそういうふうにとできたらと思いますが、先生もご承知のように、臨床実習の長い部分は病院での他の臨床各科の実習になっていますので、それを減らして地域での臨床実習の時間を長くするのはかなり大変です。これを実現するとしたら、ルーラル・クリニカル・スクールみたいな形で、大学の病院の中でトレーニングをするのではなく、各科のトレーニングも含めて地域で行うのが良いでしょう。それは3次ケアのトレーニングではなくていいのです。2次ケアの各科の教育をする病院が地域にあり、その地域でホームステイをさせながら、実習のある部分はプライマリ・ケアをやり、ある部分は病院での2次ケアを学ぶということをやればかなり長い期間、例えば、5年生の間は全部そういう形で各科の実習を地域でやれると思います。もちろん、それは私たちの講座だけでできることではなく、各科の実習責任者と指導医が、大学病院至上主義の実習ではなく、地域の病院も使って、地域でプライマリ・ケアを専門にする人間が実習をコーディネートしてもよしと考えてくれることが必要です。

【座長：佐々木】ありがとうございました。もう一方ぐらい大丈夫だと思いますが、いかがでしょうか。後ろの方、お願いいたします。

【質問者】 感覚的な表現で申し訳ないですが、素敵な学習だなと思って聞かせていただきました。一点お聞きしたのですが、こういうところで実習している学生さんたちが多職種の方と何か交流したり、一緒にしたりする機会というのはあるのでしょうか。

【葛西】 ありがとうございます。写真にはあまり写っておりませんが、まさに地域で行っている時に、その現場にたくさんの職種の人たちが一緒におります。看護師さんが写っていますが、ケアマネジャーの人もいたり、あるいはリハビリをやる現場ですとか、あるいは実際にその薬剤師さんが家へ薬を届けて説明するところとか、あるいは臨床心

理士の人がいったり、実習期間にその間にいろんな局面で見られます。そこが地域のアドバンテージだと思います。病院ですと、ある部門で限られた診療が行われることしか見られませんが、地域にいたら患者さんを中心にその人に関わるいろんな人たちが協働してケアをしているのをまざまざと見られます。ただ、私たちがもう少し改善したいところとしては、そういう多職種連携の振り返りがまだ不十分です。私たち指導医は加わりますが、多職種の人たちも入って振り返りを毎回やる時間がまだ確保できていません。多職種も含んで振り返ってもらう、ディスカッションしてもらう、そういう時間の作り方を検討しなくてはいけないと思っています。

【座長：佐々木】ありがとうございました。では、葛西先生のシンポジウムを終わりたいと思います。

【葛西】 ありがとうございました。

医学・看護学・歯学チーム合同シンポジウム
2013年12月5日
東京医科歯科大学 鈴木章夫記念講堂

【シンポジウム2】 超高齢社会を見据えた地域医療の教育

地域医学教育の新しいパラダイム

福島県立医科大学医学部
地域・家庭医療学講座
主任教授 葛西龍樹
ryukikas@fmu.ac.jp
http://www.fmu.ac.jp/home/comfam/

日本の医療のどこが問題か

- 80歳の母親を「最近もの忘れが多く、転びやすくなった」と娘が心配して病院へ連れて行った。担当の医師は「念のため」とMRIで頭を検査し、その結果を「小さな脳梗塞の跡がある」とだけ説明した。「日ごろから腰と膝を痛がり、目がかすみ、体をかゆがっている」と言うと、医師はくわしい診察をせずに、「お薬を出しておきます」。薬局に行くと、認知症の薬、血圧の薬、精神安定薬、胃薬、目薬、湿布、かゆみ止めの軟膏が処方されていた。娘はこれからどうしたらいいのか分からず、途方に暮れたままだ。



[葛西龍樹(2013). 医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命. 筑摩書房]

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University; R Kasai 2013

日本の医療のどこが問題か

- 患者の安全・安心な生活を支えるという視点がない
- 家族・地域のコンテキスト(背景)を探っていない
- 病歴・身体所見を十分にとっていない
- 無駄な検査をしている(優先度、検査前確率、費用対効果)
- 患者・家族との人間関係を築けていない、築こうとしない
- 治療についての説明や相談がない(多くの薬剤)
- 家族の介護疲れへの配慮をしない(家族志向ケアをしない)
- 包括的高齢者評価(CGA)をしようとしていない
- 高齢者の危険な症状(Geriatric Giants)の診断を進めない
- 多職種連携、ケアの調整を進めない
- 予防、健康維持・増進に取り組んでいない

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University; R Kasai 2013

どこでこれらが学べるのか

- 患者の安全・安心な生活を支える
- 家族・地域のコンテキスト(背景)探る
- 病歴・身体所見を十分にとる(EBM、データベースの活用)
- 優先度、検査前確率、費用対効果を考慮する
- 患者・家族との人間関係を築く
- 診療について十分な説明をして患者家族と相談する
- 家族志向ケアを実践する
- 包括的高齢者評価(CGA)を実践する
- 高齢者の危険な症状(Geriatric Giants)を診断する
- 多職種連携、ケアの調整を実践する
- 予防、健康維持・増進に取り組む

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University; R Kasai 2013

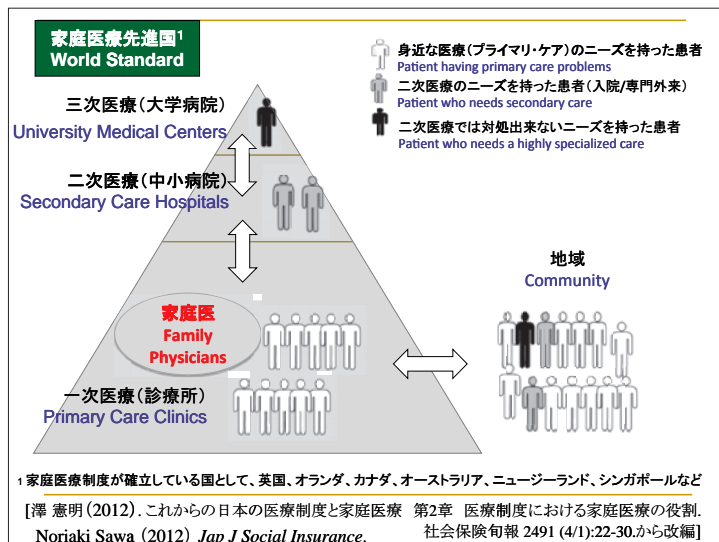
プライマリ・ケアの意味するものは時代とともに進化してきたが

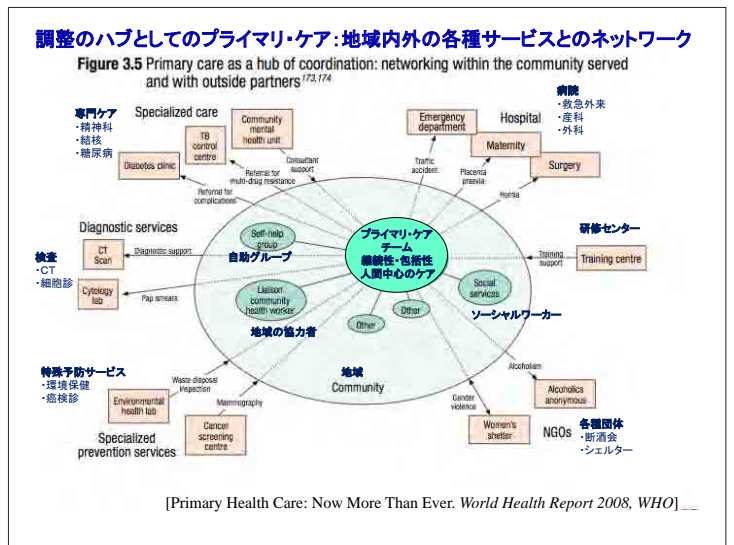
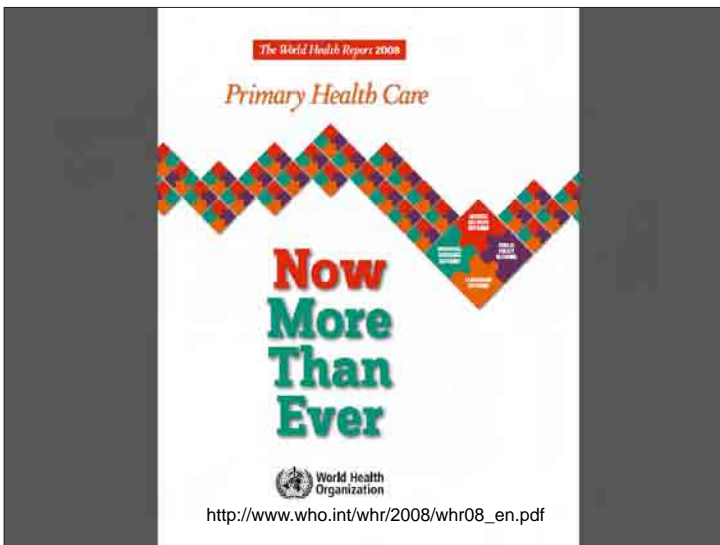
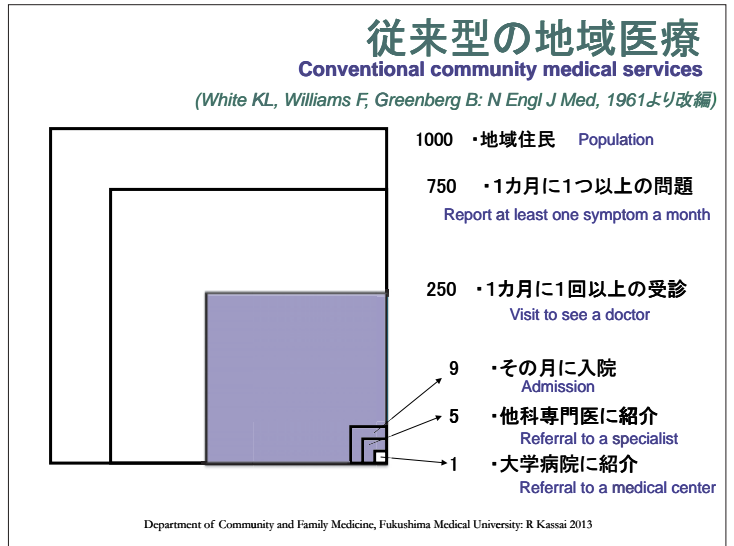
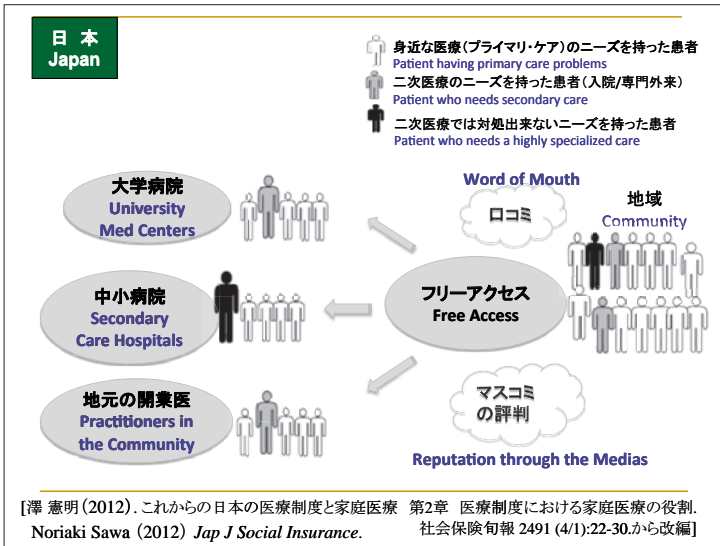
日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を患者中心に解決するだけでなく医療・介護の適正利用や予防、健康維持・増進においても利用者との継続的なパートナーシップを築きながら地域内外の各種サービスと連携する調整のハブ機能を持ち家族と地域の実情と効率性*を考慮して提供されるサービス (*優れた費用対効果)

と言える。

[葛西龍樹. 2012]

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University; R Kasai 2013





- ### ソーシャルキャピタル(社会関係資本)
- 「社会関係やネットワークなどの仕組み、あるいはそれが生み出す相互の信頼関係や連帯、暗黙のルールや社会規範など」
 - ソーシャルキャピタル ↓ ▶▶▶ 症状の発現頻度 ↑
 - 地域での家庭医・総合診療医の役割
 - プライマリ・ケアチームを調整のハブとして働かせ、ひと、もの、サービスの「絆」を作る
 - 人々のこころのなかにある健康づくりへの願いを引き出し、それを家族で、地域で、束ねていく
 - プライマリ・ケアで地域のソーシャルキャピタル ↑
- Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University; R Kassai 2013





ホームステイ型医学教育への声(1)

- 町長「こうした取り組みによってこの地域が医師の成長する場になることはわれわれにとっても誇り」
- 町長「住民の医療への見方が変わり、医師との関わり方、自身の健康管理を学ぶチャンスになるのでは」
- 大家さん「先生になってもA君は変わってないね。また来てくれてうれしい」
- 大家さん「誰かが家にいてくれると、いい刺激になりますね」
- 学生「今回のホームステイは貴重な経験になりました。後輩にも勧めます」
- 学生「その患者さんがどんな環境で生活しているのかを知ることとはとても大事だと実感しました」

ホームステイ型医学教育への声(2)

- 学生「ごはんがおいしくて、普段は一人暮らしなので本当にそれがうれしい。今度は半年ぐらいお世話になりたいですね」
- 指導医「在宅や救急などを含めた地域の医療を担いつつ、地域住民の生活や行政とのつながりも考えられる医師を育てたい」
- 指導医「学生の目にはどう見えたのか、毎日レポートによる振り返りをしています」
- 指導医「大丈夫、心配ないよと声をかけるだけでも患者さんは安心する。薬がなくても、優しい言葉と笑顔が医者原点なんだと学んでほしい」

【シンポジウム 2】 超高齢社会を見据えた地域医療の教育

「超高齢社会の医療を担う人材の育成」

島根大学 医学部地域看護学講座（老年看護学）

教授 原 祥子

【座長：佐々木】 続きまして、島根大学医学部地域看護学講座の教授でいらっしゃる原祥子先生に、「超高齢社会の医療を担う人材の育成」ということでご講演をお願いしたいと思っております。原先生のご略歴についても資料がございますけれども、原先生のところでは地域看護学講座の中で、原先生自身は老年看護学のご専門でございまして、特に島根という地域が高齢化率の高い地域であるという中で、複合的な実習をされているところをご紹介いただけたと思います。では、原先生、よろしくお願いいたします。

【原】 島根大学医学部看護学科の原でございます。よろしくお願いいたします。私どもは、特別な、あるいは独創的な教育をしているという認識をもっているわけではなくて、あるものでありのままに教育をやっているというふうに私自身は認識しております、本学医学部看護学科での取り組みの状況をお話しさせていただきたいと思っております。

今、ご紹介いただきましたけども、島根県は北東から南西に向けて長く広がった地域で、隠岐という離島も抱えております。人口密度は日本で 4 番目に低い地域であります。島根県は 7 圏域に分かれておりますが、松江、出雲にその人口の 6 割が集中しているということがありまして、北東部と隠岐を含めた南西部の医療格差が大きいというのが特徴の一つでもあります。さらにもう一つは高齢化率。残念ながら、しばらく全国 1 位であったんですけども、この数年、微妙な差ですが 3 位ということです。しかしながら、30%という高齢化率の県でありまして、そういう意味では、島根県というのは成熟した超高齢社会ということで、ある意味、医療の教育としては、この状況そのものが最大あるいは最強の地域資源じゃないかというふうに考えております。ちなみに、本学は、今年、平成の大遷宮で非常に人気であります出雲大社のすぐお膝元に大学があります。

島根大学医学部看護学科としてどのような人材を育てようとしているかということですが、これは「島根大学医学部看護学科として養成する人材像」の抜粋で今回のシンポジウムのテーマに関連したところを引き出してきましたけども、さきほど申し上げたように全国有数の超高齢県で、離島や広範な中山間地域を抱える島根県において、継続的で包括的な保健医療福祉サービスを提供できる能力を有する看護専門職を育成するということを掲げています。そのためにもどのような基本的能力を養うのかですけれども、教育目標の中には、ケアの対象となる人々の健康問題の解決のために、保健・医療・福祉の関連領域の専門職と協働できる能力を養おうということを挙げています。もう一つは、超高齢化、

過疎化、医療の偏在化等の進展するこの島根ですから、地域固有の健康問題に対応した看護活動を展開する能力を養おうじゃないかということを教育目標として挙げています。

挙げるだけでいいのか。決してそうではないですけども、ただ、ミッションとして明示することの意味は非常に大きいと思っていて、まずは明示しないと始まらないわけです。先ほど申し上げた養成する人材像とか教育目標をきちっと明示することの意味としては3つあるかと思います。一つは、島根大学の存在意義を地域社会の皆さんに理解していただくということだと思っています。一方では、本当にそういう人材を島根大学医学部看護学科が養成してるのか、地域に還元してるのかっていう意味では、そういう意味で評価されるという立場にあるということでもあります。2番目には、学生たちにとって島根大学で何をどう学び取っていくのかという道しるべとなるということが当然あります。3つ目に島根大学の看護学教育の方向性、ここで言うと、超高齢社会の医療を担う人材を育てるんだということを見失うことなく、学内の教員が連携・協働してカリキュラムの体系化を実現させるという意味があると思っています。

実は、この3番目の意味が非常に大きいと思っています。私は老年看護学を専門にしておりますし、島根県でそれを専門にできることが幸せだなと思っています。看護学科の中にもいろいろな講座、領域があります。講座や領域の中では温度差がありまして、例えば成人看護学、あるいは母性看護学、小児看護学であったとしても、地域で協働・連携していく力を持った看護師を育てるんだという共通認識を持つこと、あるいは、地域医療や在宅医療の視点を組み込んで教えていくんだ、看護学科全体として教えていくんだというふうなことで、学内の教員が連携・協働していくという上では、きちんとかいいうふうなミッションとして提示して議論をしていくということが非常に大事な事かなというふうに思っております。

私は老年看護学が専門ですので、看護学科のカリキュラムの中で老年看護学をどう位置付けているかということも学科の中でも提示してきております。老年看護学の中ではこの2軸を大事にしております、一つは看護理論に基づく老年看護に関する知識や技術、もう一つは高齢者の理解と尊重ということを大事な2軸として挙げております。そういった2軸の上に4年間でどういう科目立てをしているかを大ざっぱにここに示させていただいていますが、もちろん4年間を通じて、教養科目、いわゆる専門教育科目といったものも含めまして、老年看護学に関連する科目として位置付けておりますし、後で申し上げますが、専門基礎教育科目の中に「生命科学の歴史と倫理」という科目があります。これは、看護学科だけではなくて、医学部の合同授業になっておりまして、最後のところで簡単にご紹介したいと思います。

老年看護学に直結する科目としては、2年次に老年看護学概論というのがありまして、その中でも高齢者ケアチームというキーワードで単元を挙げております。それから、3年生になりましたら、老年看護学援助論というのがあります。この中では、加齢や老年病による生活機能障害の捉え方、それから、アセスメントとしては総合機能評価、包括的に高齢者

をどうみるかというところを重点的にやっていきます。それから、本学では在宅看護学を専門とする教員がおりませんので、在宅看護学を老年看護学の中にといいますか、並行して担当してやっております。この在宅看護学の中でも、当然、在宅ケアにおけるチームアプローチですとか、そういったことを、継続看護も含めてですけども、単元の中に入れて教えております。

3年次後期になりますと、老年看護学実習が始まります。2つに分けておりまして、一つは附属病院でする3単位、つまり3週間の実習をしておりますが、この附属病院での実習においても、看護の継続性ですとか、地域ケアシステムの理解ができるような仕組みを作っております。さらに、4年生になってから老年看護学実習Ⅱというのがあります。これは、フィールドとしては介護老人保健施設で1単位、1週間の実習をしております。この中では、多職種チームでの協働・連携の実際を知るということの一つの目標に挙げております。

少しこの中身を詳細に見ていきますと、先ほど申し上げたように在宅看護学と老年看護学を融合するようなかたちでやっておりますので、そのつながりを仕掛けるっていうことを意識しています。老年看護学援助論とか在学看護学、これは3年生の科目なんですけれども、できるだけ老年看護の現場の状況を反映した事例を精選して取り扱うようにしていますが、多いのは脳血管障害などですけども、老年看護学援助論でこの脳血管障害の事例について学ぶ。そうすると、在宅看護学の中でも同じ事例を用いて引き続き在宅での療養の状況のアセスメント、あるいはケアプランを立てるといような仕組みにしております。

もう一つは、老年看護学の中でも健康レベルとしての急性期のケアに焦点を当ててもおりますけども、療養生活の場としての中間施設や在宅の視点をきちんと老年看護学の中にも含むということを目指しております。そのために老年看護学援助論の中でも、当然、在宅高齢者の看護についても教えております。事例としては在宅での看取り等を取り上げることが多いですが、そういう在宅高齢者の看護を老年看護学の中で教えながら、在宅看護学にもつなげていくというふうなことを意識しています。そして、在宅看護学の中で在宅ケアにおけるチームアプローチや継続看護という単元がありますけれども、ここは附属病院の中に地域医療連携センターというのがありますので、そのMSWに来ていただいて、保健・医療・福祉の連携の実際ということで講義、あるいは演習を入れてもらっております。

それから、今、在宅でも医療依存度は大変高くなってきていますので、例えば、HOTを導入している患者さんの事例等について、一部、酸素濃縮器のレンタル等にかかわっている企業の方に来ていただきまして、実際に実機の説明をしていただきましたり、実技を取り入れたり、その企業で働いていらっしゃる看護師さんにも来ていただいて、訪問サービスの実際をお話しいただいたりということもこの在宅看護学の授業の中に入れております。

実習は、附属病院で3週間の実習をまず老年看護学実習として行いますけれども、附属病院ですので急性期医療の場であって、急性期医療の中での幅広い看護実践、技術の体験を強化するかたちで実習を組んでいます。もう一つは、先ほども申し上げましたが、退院

支援という取り組みを中心にしまして、看護の継続性、あるいは、附属病院も地域ケアシステムの中の一つでありますので、地域ケアシステムの理解っていうこともこの実習の中で意識付けるようにしています。なので、附属病院でのこの3週間の実習は、やはり健康レベルとしては急性期のケアに焦点を当てたものになってきます。

一方、4年次の老年看護学実習Ⅱにおいては、フィールドが老健ですので、療養在宅生活をする高齢者、家族への看護実践の体験を強化するというで位置付けておまして、看護職チーム、あるいは多職種チームでの協働・連携の実際を知るということを目標に挙げておりますので、療養生活の場としての中間施設、在宅という視点をこの老年看護学実習の中に入れて込んでいるということになります。老健というのは、看護職、あるいは介護職、リハスタッフ、栄養士さん、相談員といったような、そこでまさに多職種が協働して実践を行ってるところですので、そういう意味では非常にいいフィールドだなというふうに思っております。

それから、老年看護学の中で重要視しております3つ目の視点としては、医療に携わる看護職としての自覚と責任を養い、倫理的解決能力を培うということで、非常に強く意識しております。先ほど申し上げた老年看護学実習Ⅰ、Ⅱ、いずれにおいてもですけども、その実習中に学生が遭遇したさまざまな倫理的問題を含むケースを出し合いまして、それを言葉にするワークシートも作っているんですけども、事実を確認し、整理した上で倫理綱領等に照らして問題を分析するということをグループワークでさせたりしております。ただ批判に終わるのではなくて、ゴールとしては、学生ではありますけども、看護師としてどうするべきか、できることは何かという一定の結論を導き出すように指導しています。

今日のテーマは超高齢社会において多職種協働によって医療を担う人材を養成するというんですけど、その教育において私はこの倫理的問題解決能力を養うというのは非常に重要なことだと思っております。なぜなら、そういう人材を育てようすると、高齢者の人権を擁護する姿勢と態度が不可欠であるからです。実習を通して学生が、ちょっとこれはおかしいのかなとか、患者さんが気の毒じゃないかなと思うようなケースもあつたりします。患者にとっての最善とは何か。決して簡単な問題ではないんですけども、考え抜くっていうことが、これから非常に大事になってきます。こういうワークシート、あるいは検討会を通じて、現場のナースや主治医も含めて、一緒に悩み、そして、考え抜くということをしていただいております。

もう一つは、多職種、他機関との連携・協働をしていく上では、やはり看護専門職としての意見を勇気を持って表明するっていうことが非常に大事な能力になってきます。ちょっとおかしいかなと思ったようなこと、あれっと思ったようなことをきちんと言語化するっていう力が非常に大事になってきますから、そういう意味で、この倫理的問題解決能力、あるいは感受性を育てるっていうのは重要なことだと思っております。

もう一点、多職種で協働・連携する上では、共通の目的・目標を持ってかかわるわけですけど、そのためには情報も共有することが大事になってきます。一方では、いろんな職

種、いろんな人がかかわればかかわるほど情報が漏れやすい状況を作っているってことでもありますので、情報保護とのバランスをきちんと考える。本当に共有すべき情報ってというのはどういうことなのかっていうことを考えて連携をしていくってことが重要になってくると思いますので、この能力ってというのは、多職種連携で高齢者社会を担っていく医療人を育てる上では非常に重要な能力というふうに思っております。

次は在宅看護学実習のことについてちょっと触れていきたいと思っております。老健での老年看護学実習Ⅱが終わった後に、1週間、在宅看護学実習としてフィールドは訪問看護ステーションに出掛けていきます。松江、出雲、出雲よりちょっと西の大田市ってところがありますが、その13個所のステーションに分かれて実習に行きます。訪問看護ステーションというのは、地域包括ケアシステムの中でも在宅医療連携拠点の一つであり、非常に重要な実習フィールドになってくるはずですよ。臨床看護教授等を本学でも付与しているところですよけれども、ステーションの所長さん方、すべての所長さんではないですよけれども、了解をいただいた所長さんには臨床看護教授等になっていただいて、特にそういった方とは協力しながら実習指導体制の充実を図っているところでもあります。

この臨床看護教授等になっていただいた所長さん辺りからは、非常に有意義な意見をいただいております。例えば、難病の患者さんのところに複数の訪問看護ステーションから訪問看護を提供しているケースが出始めたときに、学生が一個所のステーションだけをフィールドとしていると、そのステーションの看護師さんとしか動かないわけですよけれども、ステーションベースではなくて、コミュニティーベースというか、患者さんベースでいくと、お宅にしながら何箇所かの複数の訪問看護の実践を体験し、場合によっては、ボランティアさんが入ってくる時にもそこで体験し、あるいは、ヘルパーさんが訪問してどのようなケアをしているかということも体験し、患者さんベースで実習ができないかというご提案を所長さんからいただいたこともあって、そういうふうな実習をしたこともあります。それから、可能な範囲でサービス担当者会議ですとか、退院前カンファレンスにも参加させていただいております。

あと、地域看護学ですよけれども、地域看護学に直結する科目としては、ここに挙げたような科目がございます。この中で保健福祉行政論と地域看護学活動論については、ここに挙げております医学科の地域医療支援学講座の先生に一部授業をしていただいております。この講座は島根県の寄付講座でして、ここに書いてありますように、地域医療に興味を持ち、もともとは医師としてのキャリアアップ、あるいは、県内の医療機関で安心して医師が働ける環境づくりを支援するという講座ですよけれども、看護師等のメディカルパートナーの教育支援も行うということがこの講座の役割です。この先生が保健所長をずいぶんとされていた先生でありますし、島根県の医療行政にもかかわっていらっしゃいましたので、学生たちに島根県固有の問題も提示していただきながら、非常にいいコメントをいただいております。そういう意味で、医学科の先生にも協力をいただいております。

地域看護学実習としては4年生のときに3週間行きますけども、先ほどの訪問看護ステ

ーションの実習が終わった後に、市町実習を2週間、それから、保健所実習を1週間、島根県内全域、7圏域の全部の保健所、あるいは15市町に実習に一斉に出向きます。一斉に出向きますので、教員だけではカバーがなかなかできませんので、嘱託講師の方に入っていただきまして、その先生と協力しながら実習指導体制の充実を図っているところです。この嘱託講師になっていただく方というのが、島根県、あるいは市町村で長年保健師をされていた方になっていただいていますので、教員と現場の間に立つようなかたちでの実践的なサポートをしていただいていますので、大学の実習の意向もよく現場に伝えていただけますし、あるいは、各圏域の特徴的な保健活動や事業について、その始まりの経緯など、新人保健師さんとかですとなかなか分からないってこともありまして、現場の保健師さんたちのカバーをしていただくこともこの嘱託講師の先生たちにはあります。市町実習の方では、学生のニーズによっては地域包括支援センターの方での実習もさせておりまして、ここでは地域ケア会議に参加、まさにここが多職種協働による個別ケースの支援をしている場ですので、多職種が共に学び実践を共有する場として、学生がここで体験を共にするというのは非常に有効な実習になっているところです。

今申し上げた地域看護学実習を行う前に、実習の指導者会議というのを開催しております。県の健康福祉部の方、あるいは、保健所や市町村の保健師さん、それから大学教員、嘱託講師の先生も含めて指導者会議を開催して、大学の方からはとにかく、事業、会議、健康教育、家庭訪問、住民さんとのかかわりを体験的に学ばせてほしいということを強調しております。会議の後半、保健所圏域ごとに学生と指導者さんとの面談をしております。その中で実習中に可能な保健活動の確認をさせたりしております。あるいは、実施可能な健康教育のテーマの確認をするということをここでしております。

そして、地域看護学実習が終わった後には意見交換会を開催して、先ほど申し上げた同じメンバーがそろいまして、実習目標の達成状況についても確認しますが、各市町村や保健所での実習内容や指導上の工夫についていろいろ意見を出していただきます。例えば、市町実習と保健所実習の連携上の工夫としては、市町の保健師さん、あるいは保健所の担当保健師さんなどで合同会議を持って、学生の実習計画をよりよく検討していただいたり、あるいは、柔軟に市町実習と保健所実習をここは入れ替えましょうというふうなことで、学生のニーズに応じて柔軟に対応してもらってるところもあります。

実習内容の工夫としては、市町村の方では、ある市町村では地域の理解を深めるために、住民さんのお宅にホームステイを実施できるように配慮いただいているところもあります。それから、カンファレンスなどにはできるだけ多職種が入ってもらう。学生のカンファレンスですけれども、多職種に入ってもらうということで、事務職、栄養士さん、歯科衛生士さん等にも入っていただくように采配をしていただいているところもあります。あるいは、いろんな施設見学を実施させていただいてるってことなどもあり、各圏域の意見がここでいろいろ出ますので、それぞれの圏域で、そんなことしてるんだねっていうのがこの意見交換会のところで情報共有ができるということになっています。

それから、先ほど申しあげましたように、実習には教員だけでなく嘱託講師の先生にも入っていただきますけれども、そういう意味では、一貫した指導ができないといけませんので、大学の教員と嘱託講師も連絡会を実習の後には持つようにしています。指導方針が食い違わないようにしましょうということで、確認の会議を持つということです。

そして、実習地の状況はそれぞれ違いますので、ある圏域においては、新人保健師さんばかりでなかなか難しいというところがあったら、教員がそこを担当するよりも、むしろベテランの嘱託講師の先生に入っていってもらった方がいいケースがありますので、そういうところは柔軟に対応するようにこの連絡会で検討をしております。

あとは、看護学総合実習Ⅱというのを今やっております、3年半の間にやってきた看護学実習を踏まえて、学生個々がさらに深めたい学習課題を明確にして、主体的に実習を計画および実施するということをしています。そして、看護学実習における体験や学びを統合する実習として位置付けて、すべての実習が終わった4年生の後期に、たった1週間ありますけど、フィールドは学生のニーズに応じて決めます。附属病院でも、これまでの実習ではあまり行く機会のなかった外来ですとか、地域医療連携センター、あるいは、老健や訪問看護ステーション、精神科のデイケアなども行けるように準備はしています。だいたい学生の3分の1ぐらいが、附属病院の病棟以外のところで実習をしております。

今申しあげてきた一連の教育の成果はどうかですけれども、看護学の先生方はよくご存じかと思いますが、学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標ってというのがございます。この卒業時到達目標について、学生が自己評価をするシステムをつくっております、学生がweb入力をするんですけども、よくできるようになったとか、努力が必要とか、学期末、各学年末に入力をさせるようにしています。その結果の一部を見ていきたいと思えます。コアとなる看護実践能力の中に、看護職チーム、保健医療福祉チームでの協働・連携という能力があります。この能力の卒業時到達目標としては3つ挙がってまして、利用者の個別ニーズを充足する連携・協働とか、チームの一員として自覚と責任ある行動とか、こういった卒業時到達目標がありまして、その3項目について、21年度卒の学生、24年度卒の学生の自己評価を見ていただきますと、24年度卒が今申しあげてきた一連の教育をしている初めての学年なんですけど、2年生の3、少しできる(=3)程度から始まっています。21年度卒の学生は3よりちょっと低いところから始まっていますが、徐々に上がってきまして、4年生の前期ではできる(=4)レベルまでに21年度卒の学生も24年度卒の学生もなっています。21年度卒の学生は、4年生後期になるとちょっとこれが下がっていたんですけども、24年度卒の学生は平行になってまして、これは総合実習の影響もあるかなというふうには読んでおりますが、このような一つの成果は出ているかなと思っています。

あと、簡単に申しあげますけども、地域看護学実習は全圏にまたがって行きますので、eラーニングの活用をしようということで、平成18年度の文科省の現代GPの助成を受けて、看護学科の地域看護学実習と、医学科の地域医療実習に活用できるようにということで、

遠隔地における教育効果を向上させることを目的に、島根 e 地域ネットというものを構築しています。コンテンツはここに書いてあるようなものがいろいろありますけれども、最初のページはこういうふうになってまして、学生がログインできるようになっています。当初は iPod を全員に持たせましたけれども、今はもう学生はスマホでいくらでも見れるようになっています。

地域看護学の実習では、この健康教育データベースっていうのを学生はよく見るんですけども、例えば、出雲の保健所で高齢者を対象に脱水予防をテーマに健康教育をして、そのときにこんな教材を使ったよとか、こんなふうな実習風景だったよっていうデータを蓄積していきまして、実習に行く前に過去のこういうデータベースを見ながら、あるいは、実習の途中でこういうものをヒントにしながら学生がまた新たな健康教育を企画していくっていうふうになっています。

老年看護学でもこういうようなコンテンツを作っておりまして、高齢者の口腔ケア、いろんな事例を設定してまして、これは老健に入所している人、こちらは、病院でラジエーションをしている方の口腔ケアをどうするかといった問題、これは在宅療養している事例で、口腔ケアの必要性とか方法を考えさせるようなコンテンツを作っておるんですけども、意外にこれを、医学科の学生さんが地域医療実習のときに見てくれてまして、介護の状況を勘案しないと、必要だからやってくれでは通用しないんだなっていうことを学んでくれています。いろいろ口腔ケアのグッズなんかもこういうふうで紹介をしたりしています。

あと、医学部ですので、医学科と看護学科、両方ありますが、合同授業として、チーム医療を担う人材として育てようということで、一つ、生命科学の歴史と倫理という授業を設けて、グループワークや討論も取り入れた授業を、医学科と看護学科合同でしてまして、地域医療の現状と展望など、ここにお示しした内容を、看護学科の教員、医学科の教員でやっているところです。その中に、BLS の演習も組み入れて、この演習も医学科の学生と一緒にしております。これは、クリニカルスキルアップのセンター長の先生に企画していただいています。

あと、合同授業としてあるのは、自由科目ですけども、医学科、看護学科の学生が海外研修に行けるようなカリキュラムも作っております。それから、授業ではないですけども、学生が自主的に、大学祭でメディカルラリーというものを企画しまして、医学科、看護学科の学生が模擬患者、スタッフとなって参加したり、あるいは、今年は合同で一つチームを作りまして参加したということを聞いております。

以上で発表は終わらせていただきますけども、ぜひ看護学教育、あるいは看護職にもチーム医療を担う一員として今後さらに期待をしていただいてもいいのかなというふうに思っております。ご清聴どうもありがとうございました。

(質疑応答)

【座長：佐々木】 原先生、どうもありがとうございました。今の発表について何かご質問のある方、お願いいたします。よろしくお願いいたします。

【質問者】 私、ちょっと的外れかもしれませんが、訪問看護とか在学看護という場合に、看護師さんは患者さんを診る力というのがたぶん必要だと思います。そういった意味で、この在宅看護の実習で、例えばフィジカルアセスメントみたいなものをどのように教育しているのかというのがありましたらご指導いただきたいのですが。

【原】 おっしゃるとおりでして、患者を診る力、あるいは家庭を見る力、介護力を見る力、必要なわけですが、今は在宅看護学という科目を一つ取り上げましたけども、その中だけで教えてるわけではなくて、在宅看護学や地域看護学っていうのは、もちろん看護学で言うと、基礎看護学から始まり、人のみかた、あるいはフィジカルなアセスメントの仕方、あるいは人間関係の持ち方、コミュニケーション方法を含めまして、基礎看護学から始まり、もちろん老年看護学、あるいは母性看護学、小児看護学、すべての看護学が実は在宅看護学とか地域看護学には統合されているというふうに考えておりますし、そういうふうな位置付けにしておりますので、在宅看護学という名称が付いた科目だけで教えてるわけではなくて、人をみる力、人を包括的にみる力、フィジカルなアセスメントをする力っていうのは、看護学全体で養っているというふうに考えていただけたらいいのかなと思いますけれども、いかがでしょうか。

【質問者】 そうすると、在宅看護で実際に実習に出た時に、患者さんを診させていただくというようなことはされていないのですか。

【原】 訪問看護師さんと一緒に同行訪問をした上で、一緒にケアをしながら、もちろん体の状況をみさせてもらう、あるいは、看護師さんとアセスメントの状況を後で振り返って確認する。新たな問題点を見出す。それについて、次はどうケアにつなげていこうかっていったことをディスカッションするとかいうことで、一緒に同行訪問をしながら、患者さんにケアをできることはしながら、指導を受けて、患者さんを直接診るといいますか、ケアを提供しながらやっております。

【質問者】 直接患者さんを学生が診るということはされないのですか。

【原】 診るといえるのは？

【質問者】 例えば、聴診を当てて呼吸音を聞くとか。

【原】 それはもちろんします。バイタルサインのチェックから始まり、直接患者さんを診るということもしますし、それに基づいて、日常生活援助、あるいは家族への支援も含めて、訪問看護師さんと一緒にするってことはしています。

【質問者】 ありがとうございます。

【座長：佐々木】 まだご質問があるかとは思いますが、お時間になりましたのでこれで終わりたいと思います。原先生、どうもありがとうございました。


超高齢社会の医療を担う人材の育成

—多職種協働による地域・在宅医療を担う—

島根大学医学部看護学科での取り組み

地域看護学講座 (老年看護学)
原 祥子

島根県



人口：72万人 (46位)
面積：6,708km² (19位)

↓

- 人口密度は日本で4番目に低い
- 松江と出雲に人口の6割が集中

高齢化率：30.0% (3位)

北東から南西に向けて長く広がり、北東部と南西部の医療格差が大きい

島根大学医学部看護学科として養成する人材像 (抜粋)

- 全国有数の超高齢県であり、離島や広範な中山間地域を抱える島根県において、**継続的で包括的な保健医療福祉サービスを提供できる能力**を有する看護専門職を育成する

↓

そのために、どのような基本的能力を養うのか・・・

教育目標 (抜粋)

- ケアの対象となる人々の健康問題の解決のために、**保健・医療・福祉の関連領域の専門職と協働できる能力**
- 超高齢化、過疎化、医療の偏在化等の進展する**地域固有の健康問題に対応した看護活動を展開する能力**

島根大学医学部看護学科のミッションとして明示することの意味

- ① 島根大学の存在意義を**地域社会**に理解していただく
- ② 島根大学で何をどう学びとっていくのか、**学生たち**の道しるべとなる
- ③ 島根大学の看護学教育の方向性を見失うことなく、**学内教員**が連携・協働してカリキュラムの体系化を実現させる

看護理論に基づき老年看護に関する知識・技術 Knowledge and Skill of Gerontological Nursing

学習の段階(時間)

<p>4年次</p> <p>【教育目標:介護老人保健施設】 ・実習(在宅)生活する高齢者へ高齢者への看護実践の体験を強化 ・看護チーム・多職種チームでの協働と連携の役割を知る ・高齢者看護における倫理的課題と看護職の役割を考察 ・老年看護職の自己開発</p>	<p>3年次</p> <p>【教育目標:高齢者ケア】 ・高齢者ケアに関する問題とそれを解決する必要がある高齢者・家族への個別対応看護実践 ・高齢者の自立生活を援助する看護のプロセス(在宅・施設・在宅・施設)の理解 ・在宅高齢者の看護(事例:看取りなど)の理解 ・老年看護と看護倫理</p>	<p>2年次</p> <p>【教育目標:高齢者ケア】 ・老年看護学(老年看護学)の理解 ・高齢者の生活・ケア/健康/健康/OOL ・高齢者の保健看護実践 ・高齢社会における権利擁護 ・自己学習 ・老年看護の場とそれらの特性 ・高齢者ケアチーム</p>
--	---	---

高齢者の理解と尊重 Dignity of the old as a holistic person

老年看護学の
カリキュラム構造
の考え方

① 「老年看護学」と「在宅看護学」のつながりを仕掛ける

老年看護の現場の状況を反映した事例を精選

<p>老年看護学援助論(60h)演習</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者疑似体験 加齢や老年病による生活機能障害/健康問題 高齢者のアセスメント(総合機能評価) 高齢者の自立生活を援助する看護のプロセス (事例: 脳血管障害, 認知症, 視聴覚障害など) 在宅高齢者の看護(事例: 看取りなど) 終末期ケア 老年看護と看護倫理 	<p>在宅看護学(60h)演習</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅看護の概念, 目的, 現状 在宅ケアと家族 在宅ケアシステムと社会資源 介護保険とケアマネジメント 在宅ケアにおけるチームアプローチ, 継続看護 訪問看護の実践 (事例: 脳卒中後遺症, 難病, ターミナルなど) 医療依存度の高い療養者の支援(HOTなど)
--	---

② 「健康レベル」としての急性期のケア, 「療養・生活の場」としての中間施設や在宅の視点を含む老年看護学

老年看護学援助論(60h)演習

- 高齢者疑似体験
- 加齢や老年病による生活機能障害/健康問題
- 高齢者のアセスメント(総合機能評価)
- 高齢者の自立生活を援助する看護のプロセス
(事例: 脳血管障害, 認知症, 視聴覚障害など)
- 在宅高齢者の看護(事例: 看取りなど)
- 終末期ケア
- 老年看護と看護倫理

在宅看護学(60h)演習

- 在宅看護の概念, 目的, 現状
- 在宅ケアと家族
- 在宅ケアシステムと社会資源
- 介護保険とケアマネジメント
- 在宅ケアにおけるチームアプローチ, 継続看護
- 訪問看護の実践
(事例: 脳卒中後遺症, 難病, ターミナルなど)
- 医療依存度の高い療養者の支援(HOTなど)

酸素濃縮器のレンタル等
HOTにかかわる企業
在宅レンタルのしくみ
実機説明, 実技
看護師による訪問サービスの実際

附属病院
地域医療連携センター
MSW
「保健医療福祉の連携の実際」

4年次

老年看護学実習Ⅱ(1単位)
【実習場所: 介護老人保健施設】(松江・出雲圏域の7~8施設)

- 療養(在宅)生活をする高齢者/家族への看護実践の体験を強化
- 看護職チーム・多職種チームでの協働・連携の実践を知る
- 高齢者看護における倫理的課題と看護職の役割を考察
- 老年看護観の自己洞察

3年次

老年看護学実習Ⅰ(3単位)
【実習場所: 附属病院】

- 加齢や疾病に伴う健康上の問題をもたらす医療を必要とする高齢者/家族への個別化看護実践
- 幅広い看護実践・技術・知識を強化
- 看護の継続性・地域ケアシステムとの連携

「療養・生活の場」としての中間施設・在宅

「健康レベル」としての急性期のケア

③ 医療に携わる看護職としての自覚と責任を養い, 倫理的問題解決能力を培う

方法: 実習中に学生が遭遇した様々な倫理的問題を含むケースを出し合い(ワークシート), 事実を確認し整理した上で, 看護者の倫理綱領や倫理原則に照らして問題を分析する

ゴール: 看護師(学生)としてどうすべきか, できることは何かという結論を出す

- 高齢者の人権を擁護する姿勢と態度
⇒ 『患者にとつての最善とは...』を考え抜く
- 多職種多機関との連携・協働
⇒ 看護専門職としての意見を勇気をもって表明する
- ⇒ 『個人情報共有』と『個人情報保護』のバランス

在宅看護学実習 (←老年看護学実習Ⅱ)

- 4年前期
- 1単位(1週間)
- 訪問看護ステーション(松江・出雲・大田圏域の13か所)
- 臨床看護教授等(主に所長)と協力し実習指導体制の充実を図る
- 可能な範囲で「サービス担当者会議」に参加

地域包括ケアシステムにおける在宅医療連携拠点の1つであり, 重要な実習フィールド

地域看護学

- 地域看護学概論(2年前期: 30h)
- 保健福祉行政論(2年後期: 30h)
- 地域看護学活動論(2年後期: 60h)
- 地域看護学演習(4年前期: 30h)
- 地域看護学実習(4年前期: 3単位)
- 地域看護管理論(4年後期: 30h)

医学科
地域医療支援学講座
教授
3コマ+4コマ

- 地域医療に興味をもち, 地域医療のモチベーションを高めながら, 医師としてのキャリアアップと院内の医療機関で安心して働ける環境づくりを支援
- 看護師等メディカルパートナーの教育支援

地域看護学実習 (←在宅看護学実習)

- 4年前期
- 3単位 (市町実習:2週間、保健所実習:1週間)
- 島根県内の7保健所・15市町
- 嘱託講師 (島根県又は市町村での保健師経験が豊富な方)と協力し、実習指導体制の充実を図る
...教員と現場の間に立つような形での実践的なサポート

学生のニーズによっては、**地域包括支援センター** (地域包括ケアシステムにおいて包括的マネジメント [医療から介護への円滑な移行促進]を行い、地域ケア会議[多職種協働による個別ケースの支援]を開催)での実習も...

多職種がともに学び実践を共有

地域看護学実習の前に...

「**地域看護学実習 実習指導者会議**」を開催

- 島根県健康福祉部、保健所 (保健師)、市町村 (保健師)、大学教員・嘱託講師
- 実習概要の説明および意見交換 (現場からの意見・要望等)
⇒大学からは「体験的に学ばせてほしい」ことを強調 (事業、会議、健康教育、家庭訪問、住民とのかわり...)
- 実習指導者と学生の面談 (保健所圏域ごと)
 - ①指導者と学生の顔合わせ
 - ②学生の実習目標を基に、実習中に実施・見学可能な保健活動の確認
 - ③ (地域看護学演習での) 地域診断から導かれた健康課題を基に、実習中に実施可能な健康教育テーマの確認
 - ④実習にあたっての留意事項 (交通手段、宿泊地等)の確認

地域看護学実習の後に...

「**地域看護学実習 意見交換会**」を開催

- 島根県健康福祉部、保健所 (保健師)、市町村 (保健師)、大学教員・嘱託講師
- 実習目標の達成状況 (学生の自己評価等) について
- 各市町・保健所での実習内容や指導上の工夫について
 - 「市町実習」と「保健所実習」の連携上の工夫
 - ・市町の指導者と保健所の担当保健師とで合同会議をもち、学生の学習計画を検討
 - ・学生の実習自己目標に沿った実習内容にするため実習日を入れ替えるなど柔軟に対応
 - 実習内容の工夫
 - ・ (市町) 地域の理解を深めるため、ホームステイを実施
 - ・ (保健所) 関係機関との連携や保健師の役割が学べるよう、施設見学を実施
 - ・カンファレンスには多職種 (事務職、栄養士、看護師、歯科衛生士等) が出席

精神障害者地域生活支援センター・障害相談支援センター等

「**地域看護学実習指導者連絡会**」を開催

- 大学の教員と嘱託講師
- 実習指導者・教員・嘱託講師・学生間の連絡調整を円滑にするために、役割分担の確認 (各々の指導の意図も確認すること)
- 実習地の状況 (指導体制)を考慮した教員 (嘱託講師)の役割についての情報共有

看護学総合実習Ⅱ

既習の看護学実習をふまえて、学生個々がさらに深めたい学習課題を明確にし、主体的に実習を計画および実施することによって、看護学実習における体験や学びを統合する

- 4年後期
- 1単位 (1週間)
- 実習場所
 - 附属病院 (外来・地域医療連携センター等を含む)
 - 介護老人保健施設
 - 訪問看護ステーション
 - 精神科クリニック (デイケア) 等

学生の約1/3

「学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」

「IV ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力」卒業時の看護実践能力

16)看護職チーム・保健・医療福祉チームでの協働・連携

21年度卒 24年度卒

IV. ケア環境とチーム体制整備能力

16) 看護職チーム・保健・医療福祉チームでの協働・連携

卒業時の到達目標

- ① 利用者の悩みに応える連携・協働
- ② チームの一員として自覚と責任ある行動
- ③ ヘルプデスクサービス利用支援

「島根e地域ネット」

地域看護学実習・地域医療実習へのe-ラーニングの活用

- 文科省・現代GPの助成を受け、地域看護学実習 (看護学科)と地域医療実習 (医学科)に活用するために構築
- 遠隔地における地域医療・看護教育の教育効果を向上させることが目的
- コンテンツ：健康教育データベース、家庭訪問、画像診断法など、地域で実習を行う際に必要な知識や技能が習得できる教材

チーム医療を担う人材としてともに学ぶ
－医学科・看護学科合同授業－

- 「生命科学の歴史と倫理」 (1年前期)
(医学科は「医学概論Ⅰ」)
(グループワーク・討論を含む)
 - ①地域医療の現状と展望
 - ・ 中山間地や離島の医療現場の事例
 - ・ チーム医療の必要性 など
 - ②大学病院の役割、医療事故、救急医療
 - ③医療人に求められる倫理、生命の尊厳、患者や家族とのコミュニケーション

チーム医療を担う人材としてともに学ぶ
－医学科・看護学科合同授業－

- 「海外研修A」 (自由科目) 毎年3月の約2週間
(ニュージーランド医学・看護海外研修)
(看護学科 1～3年、医学科 1～2年)

- ・ 英語コミュニケーション能力を高める
- ・ 海外の医療教育機関や施設見学を通して、医療に関する知識や視野を広げる
- ・ 異文化交流体験を通して、国際性を養う

4月に報告会



【シンポジウム 2】 超高齢社会を見据えた地域医療の教育

「今後求められる地域歯科医療を担い得る医療人育成を目指した歯学教育の推進」

岡山大学病院 中央診療施設 医療支援歯科治療部
副部長・准教授 曾我 賢彦

【座長：俣木】 続きまして曾我賢彦先生にお願いしたいと思います。曾我先生は、岡山大学病院中央診療施設、医療施設歯科治療部副部長、准教授でいらっしゃいます。「今後求められる地域歯科医療を担い得る医療人育成を目指した歯学教育の推進」ということでお話をいただきます。先ほど口腔ケアのことも出てきましたけれども、口腔内、歯科を含めての治療が人々の生活の質というところに非常にかかわるというようなお話がいただけるのではないかと思います。どうぞよろしくお願いたします。

【曾我】 ご紹介ありがとうございます。岡山大学病院から参りました曾我と申します。きょう、私に与えられましたテーマは「超高齢社会を見据えた地域医療の教育」ということで、歯科の立場からお話をということで機会をいただいたわけですが、何分、第三次医療機関にいる者でございます。教育には当然かかわってはおりますが、少々長つたらしいですが、こんなタイトルを付けてみました。これで話を進めて参ろうと思っております。歯科に関して地域歯科医療というもの考えたときに、だいたい皆さん、歯科以外の方々も、歯医者と言うと開業医さんを想像される方が多いのではないかと思います。事実、これは厚生労働省の平成 22 年の資料ですが、施設の種別別に見た医療施設に従事する歯科医師の年次推移です。うなぎ上りに上がっているわけですが、ほとんどの歯科医師が診療所で働いているわけでございます。私のような者も少しはおりますが・・・。ですから、地域歯科医療を担う担い手というのは、歯科に関しては極めて多くいるということです。

一方で、地域格差というものは当然ながらあるわけです。これも平成 22 年度の厚生労働省の調査から出したものです。やはり都市圏には多いです。あとは、もう一つ特徴としまして、歯科大学・大学歯学部がある都道府県では歯科医師が多いです。そういった傾向があると思います。こういった地域格差というものも考慮しなければいけないのかもしれませんが、一方で各都道府県の中での格差というものもいろいろありましようから、それはいろいろ考えなければいけないところではあります。

また一方で、たくさん地域医療を担う歯科医師がいながらも、その姿を変えていかなければならないのではないかと、そういったことが最近トピックになっています。従来の健常者中心に対応するような歯科医療。いわゆる皆さん想像されるような、かぶせて、詰めて、抜いて、入れてとか、そういうような歯科治療ですね。そういったものから、超高齢社会になるに従いまして、加齢による顎口腔内の特色的な変化であるとか、全身的な

疾患の中で機能低下という問題が生じてまいります。従いまして、これらに提供できるような歯科医師というものが地域医療でも要求されているということになってくるのではないかと思います。事実、平成 24 年度の診療報酬改定におきましては、施策の方であるべき医療の実現に向けた第一歩の改定としまして、極めて短期間のスパンではありますけれども、きょうの基調講演の話でいきますと半世紀もの期間でございましたが、喫緊の問題としてチーム医療の推進と在宅歯科医療の充実というものが重点課題とされているわけです。

歯科の方々はされたこともある方もたくさんおられることと思いますが、在宅歯科医療というのはだいたいどんなものかというのはご想像できますでしょうか。これ、私、2 年目か 3 年目ぐらいのときに医局から派遣されてやったことがあります。こんな感じになります。寝たきりの患者さんがいらっしゃいますと、そこにこのようなポータブルのユニットがありまして、そのようなものを車で運び込むんですね。周りにセッティングしまして、一応それなりの歯科治療ができるぐらいの状態を整えることができます。そこでこういった、いわゆる削るものであるとか、吸うものであるとか、歯科治療するのです。これが歯科用の X 線のユニットです。私が訪問診療をやったときに、まさか将来こんな講演するなんて思っていませんでしたので、写真を撮っていません。それで、これも日本歯科大学の菊谷先生ご提供の写真をお借りしていますけど、こんな感じになります。このようなものが求められています。これは極端に要介護度が高い例でございましょうが、これからはこのようなものが求められてくるのでしょ。

そういった中で私どもの学部におきましても、要介護高齢者とはどんなものかなということで、学部のおきからチュートリアル演習でいろいろ教育の機会を設けるわけです。これは具体的には見学と TBL です。あとは、やっぱり実際に見てほしいということで、学部としては今年度から在宅訪問歯科診療の教育担当の臨床講師というものを置いています。学内ではこういったことはできませんから、近隣の在宅歯科診療の経験豊富な先生方を、臨床教授、准教授、講師というかたちで任命させていただきまして、そちらに学生を派遣するというものです。数日間か 1 週間ぐらいこういった研修をさせて上で、振り返りを大学で行う。こういった教育戦略を、ただ今、実践しているところです。

実際やるわけですが、その内容でこれは気になるなという内容がございます。これも中医協の資料からで、東京都内の在宅歯科診療に関する基礎調査から老年歯科医学のものから拝借したものでございますが、コミュニケーションというところですね。在宅に限らず、患者の主治医と連携していますかと聞いたとき、連携していると答えた歯科医師は半分ぐらいなんです。あと半分は「あまり取れていない」「していない」です。また、実際に在宅歯科診療を実施していると回答したところでも連携しているのは 6 割ぐらいです。在宅診療をしたという歯科医師の中でも、年間どれくらいしましたかということ、9 人ぐらいまでという方が半分を越えておられて、恐らく、身近な非常に仲のいい患者さんがちょっと体調悪くなったということで、家にまで行こうかということになった。そのようなケースも含まれているようなものと予想されます。従いまして、「主治医との連絡が取れ

ている」と回答した在宅歯科診療に参加している歯科医師は約 60%で、あとは介護保険関係の職種と連携しているというところまでいきますと、約 20%しかいないと。いわゆる医科と歯科の壁と言いますか、そういうものがそこに存在するわけです。

歯科は歯科で、これまで一生懸命歯学ということで頑張ってきているわけで、医師、看護師が医療を極めて一生懸命頑張ってきているわけでありまして、その間にはどうしても学部が別であるとか、あるいは、うちの大学病院で言いますと、歯学部附属病院と医学部附属病院が分かれていたと。そういったところからちょっと壁のようなものがあつたわけでありまして、私の大学病院というのは歯学部を擁しながらも大学病院は統合されまして、こういったものを相互理解は極めてやりやすい環境になってきたわけでございます。

私どもの病院はこういった箱型の敷地がありまして、この中に医学部の医学科、保健学科、看護師さんが養成されます。それと歯学部の建物があります。患者さんは、病棟はもう統合されておりまして、この病棟、外来棟の中を……。ちょっと昔の名残が残っております。建物はかなり、もともとこういうところにそんなのが建っていたんだらうなと予想できるような感じになっておりますけれども、すべての建物の間を患者さんが濡れずに行き来することができるわけです。従いまして、歯科との連携という意味においてはハード面で非常に恵まれている。そういった中で、医科系各診療科は移植医療も含めて極めて高度な医療を展開しているわけですが、いろいろ専門診療科がたくさんあります。外科とか、内科とか。今、臓器別で名前が変わりましたが、1、2、3 とか付いております。一方で、歯科系の診療科におきましても、歯学部を擁する病院であった関係上いろんな科に分かれておりました。口腔外科とか、小児歯科とか聞かれたことはたぶんおありかと思っておりますけれども、その中でもかみ合わせを専門とする補綴科であるとか、歯周病を専門とする歯周科であるとか。こういった科がそろっていたにもかかわらず、お医者さんが展開しようとする高度な医療において口腔内の管理のニーズが出てきた場合、紹介しようと思っても、紹介する先が分からないんですね。紹介したところで、こっち行ったり、あっち行ったりするもので、その治療方針というものは、同一診療科から出された患者にもかかわらず変わってきてしまったりとか、その責任の所在が不明であるとか、そのような問題がたくさん生じてきたわけです。

そういうことで、この間を埋めるような役割を担う治療部ができまして、医科で行われている治療において必要な歯科治療を機動的に行うとともに、そのバックには専門的な歯科治療ができる各専門家がいるわけですから、それをコーディネートするのが当治療部というわけです。従いまして、私は医療連携における歯科側の窓口のこの治療部を統括する、実務を統括している者でございます。この治療部がこういった雰囲気でありまして、歯科系代表副病院長をトップに据えまして、トップダウンのかたちで私は実務を統括しております。あとは、教員が 1 名と、医員と、看護師、レジデント、歯科衛生士さん、事務の方です。そこでいろいろな基礎疾患を持つような患者さんを診療したり、あとは、ICUで回診したりしてる様子です。後ほど申し上げますが、これは教員で、衛生士、これは

学生でございます。

こういった場というのは、恐らく、今まで連携ということでネックになっていた、医科、あるいは歯科の壁というものを、取り壊すという言い方はなんですけども、できるだけなくすに当たって非常に都合のいい研修の場だと思います。これは、私たちが業務の一環としています周術期管理センターの例です。岡山大学病院で手術が決定しますと、診療科によっては、ある一日、外来診療日で術前審査の日を設けます。朝から看護師さんが術前評価と教育。麻酔科医が必要な場合は診察。医学療法士、薬剤師、歯科の方を通して管理栄養士さんに行くと。このような流れを1日で回っていくので、例えばこういう場に、私たちの仕事に学生や研修歯科医を同行させますと、全部こういう職種を見ることができるというわけです。そういう場に一員として参画させることで、なんか感じるものがあればいいな。いろいろ文章的にはぐちゃぐちゃ書きましたけれども、なんか感じるものがあればいいなと思って、そういう教育を始めているわけです。

他にも、例えばこちらの血液・腫瘍のキャンサーボード。カンファレンスですが、こちらでも多職種連携の医療が展開されていて、こういったがん治療におきましては、医科の先生とともに抗がん剤の細胞毒性等から極めて口の中はミゼラブルな状態になります。すごい口内炎ができてきます。菌性感染創もすごい悪さをします。そういうことで、これ、毎週ですが、内科の先生は当たり前、病棟看護師さんは当たり前として、薬剤師さんや、あと、精神科医師や理学療法士さんも場合によっては来られます。それに当たり前のように、歯科医師、歯科衛生士が出ているのですが、そこに学生や研修歯科医を積極的に一緒に連れていくわけですね。連れていったらみんな言います、何を言っているのかさっぱり分からんと。さっぱり分からんという世界があることが大事だと言って、それで終わるのです。一般の歯科医師、歯科衛生士にとって病棟ってというのはものすごく敷居の高いところですよ。何せ口腔外科であればこういった経験はあるのですが、病棟経験が一般的にはありませんし、常識的な振る舞い方を知らない。例えば、ばあっと歩いていて、そのままくると病棟に入っていくと、看護師さんに「待ちなさい」と止められて、「手洗ったの」と言われる。それだけで怖いんです。そういうような振る舞い方を知らないと怒られる、怖いんです。

あとは、一番大きいところは、おそらく歯科医師というのは、口腔外科の歯科医師は除いて、患者の死に直面したことがない。死にかけの患者さんとか、死にかけている人を診ることが怖いんです。そういう意味では、非常にいい、何か気付きというものを得てくれるのではないかと僕は感じるんですが、うちのこういった血液内科だけじゃないですけど、他のスタッフも含め、皆さんものすごくフレンドリーで、協力的で、優しく、ここにいないのが残念ですけど。

どのような口の中なのかと申しますと、このような口の中になることもあるんですよ。これは、がん化学療法中の患者さんで、口の中が痛くて、痛くてという患者さんですけども、化学療法や放射線で粘膜がずるむけになって触れなくなっちゃったから、こういっ

たところは汚れだらけになっているわけですね。ピンセットでつまんで染めてやりますと、ばい菌とカビの塊が見えてくると。

ここまで行かずとも、最近のがんとか……。がんを考えてみたときに、ざっくり見れば、本邦においては2人に1人は生涯のうちにかかる疾患ですから、決して珍しいものではないはずです。外来化学療法を受けておられて、日常生活を普通に送っておられる患者さんも山ほどいらっしゃいます。ですが、こういった問題になったときに、今の地域歯科医療を担う歯科医師が対応できるかという、がんと聞いただけで、ちょっと無理ですと引いてしまうような歯医者さんが多いのも、残念ながら事実だと僕は思います。そういうところで、こういうところへ一緒に行って、ちょっと手を差し伸べてあげるようなマインドを植え付けることができたならと考えておきまして、実際の実習風景はこんな感じでございます。

最初にちょっと講義とオリエンテーションぐらいはしておきまして、風邪を引いている、インフルエンザの可能性があるときは、病棟実習に絶対出てくるなと厳命します。こういう時に病棟行きますと、ここが教員で、これが、隠れちゃってますけど……。さっきのメンバーでずっと追いかけて行って写真撮ったので、変わりませんけれども、研修歯科医、学生が1人付いていくような感じで、こんな感じなのです。

こういったものをすることによって、最近、教育のアウトカムとしてプロフェッショナルリズムというものが非常に重要視されております。これ、リンダスネル先生のスライドからちょっとお借りしているものですが、倫理的な診療規範、行動基準というものをしっかり持っておかないといけないと思います。その教育というものは、カリキュラムというのは、プロフェッショナルリズムに関する知識をどのように伝授するかということなのです。一方で、非公式な隠れたカリキュラムとしては、恐らく、望ましい行動をいかに奨励するかということございましょう。ややもすると、歯科医療というものが、私、ちょっと危惧しますが、少しサービス業化してきているというか、自費がなんぼとか、そんな話が出てくるのがちょっと残念な気がするんです。歯科医師過剰と言われるけれども、そういった患者さんに対して、みんないいようにちゃんと口の中に手が差し伸べられているかと言うと、決してそうではなくて、偏りが非常にあると僕は感じています。そういうところで、こういったプログラムから何か感じるものがあるって、そして、こういったプログラムをしているときに、みんながみんな、私のようなことをしてくれと思っているのでは決まてない。ただ、あなた方の8割は恐らく開業医さんになることでしょう。開業医さんになったときに、身近な人が自分の診療所を訪れたときに、なんかの病気を持っているからと言って、私には無理というような歯医者にはなってくれるなど。そういうことを伝えたいということでこれをしてるんだというふうに、私は偉そうにも申し上げております。ですので、卒後臨床研修であったり、診療参加型臨床実習であったり、早期見学でこれやるのは早過ぎると思うのですが、そういった内容でこういった実習を、これは実際は見学だけで、本当にさらっと見るだけですが、教育しております。

実際に研修歯科医に対して、どれくらいこういうことをしたいですかと。それで、終わった後、どれくらい満足しましたかということ聞いてみますと、そこそこ期待していて、まあまあ満足して帰っていつてくれているようです。ですので、若手の研修歯科医もやりたい内容であるようではあります。

ここまで書いてしまうと、歯科関係の先生方からは異論反論も出てくるかもしれませんが、ざっくり見たときです。先進的な先生はどんどん先のことをされていくわけですが、なんとなく歯科のイメージとして見たときに、私は歯医者3代目です。祖父の世代、技術重視だったと思います。小学生でキャッチボールしながら、歯医者は腕あってなんぼやみたい話をされた覚えがあります。上手に入れ歯とか作れないかんよとかなんか言いながら、ボール投げられたような気がするのですが……。それが父の世代になりまして、8020運動、80歳で20本歯を残そうよと。いかに歯をよく残すか、いかによくかめる人生、快適な人生を送るために歯科はどんなふう役に立つか、そういうことが論点とされたように感じます。これはQOL重視というふうに言われるわけでありませうけども、一方で、ここで述べるQOLというものは果たしてどれほどの重みがあるのかなと少し思ったりもします。本日の基調講演でもありましたとおり、もっともっと奥の深いもので、ゴールが見えないようなもので、もっと深いものなんじゃないかなと。そのようなものをあいつた医療をしている中で感じている中で、やっぱりちょっと言われたのは、歯医者さんって病気なったらちょっと逃げていくんよねとある看護師さんから言われて、ずきっと来たことがあります。

それが今、方向性として、いかに全身の健康に口腔を通じて寄与するかということが最近ではテーマになってきているように私は感じるわけです。ですから、そういったマインドが、いかに歯科医師が地域住民の健康に寄与するか、あるいは、医療人として、決してサービスマンではなくて、医療人として超高齢社会における歯科医療にどのようにかわるかということにテーマが変わっていくのではないかと考えています。

このようなお話をしましたけれども、こういったことを考えた背景といいますのは、私はハンセン病療養所に実は勤めておりました。ずっと関連病院で、大学院卒業後、5年ほどこちらの方におりました。らい予防法がありましたので、隔離されて、しばらくこういう島に隔離されていたおじいちゃんおばあちゃんがいたわけです。こっちが邑久光明園ということで、こっちが長島愛生園というところをごさいますて、ここに橋が架かってありますけども、昔はこの橋がなかったわけです。逃げようとしたら、捕まえられて独房に入れられるというようなことが起こっていたわけです。入居者の方々は、これを夢の懸け橋と呼んでおられました。

こういったところで、らい予防法が撤廃されて、社会復帰ができる方というのはほとんど戻っていかれるのですが、年齢的にも非常に厳しいし、ここで最後を迎えたいという入所者の方々は山ほどおられたわけです。従いまして、この療養所というのは、一応最初から最後まで医療を全部完結できるような、そういう機能を一応持っているという

ことになっております。ですので、こちらに赴任したとき、私はちょっと面喰いました。よう来たねって言って、君の席ここだからって言って紹介されて、前は外科で、隣は内科で、今までしゃべったことないよと。ですけど、非常に楽しかったです。毎日入所者の方が、きょうは元気そうね、きょうはちょっと元気ないねとか。ちょっと高度な話でいけば、これって胃瘻をしようか、でも食べれるんじゃないのとか、その話を毎日のようにここでするわけですね。ですから、こういった環境が私にとっての生きた教材であったわけがあります。自然と多職種連携ということも身に付いてまいりましたし、そういった高齢者の方々のコミュニティの中で、病気を治すということだけではなくて、これも基調講演で少し触れておられましたけど、すごく共感するところがありました。その人の生活にまで踏み込む。あとは、最後をどうやって過ごさせるかということまで考えなければいけない。

私は、もともと歯周病を専門とする歯科医師でありながら、最後、口腔がんで、病院には行きたくないと、ここで息を引き取りたいという方のターミナルもやりました。最後は、大学病院と連絡を取りながら抗がん剤治療もしましたし、最後、自分ではみとりはできないので、外科の先生、内科の先生とともにしましたわけがあります。非常に貴重な経験でございました。従いまして、私の考える歯科医学教育の課題ということでございますけども、技術というものが重視されます。これは絶対に持ってないといけない。当たり前のように持ってなければいけないと思います。それを当たり前のように持った上で、全身的な、医科的な知識というものもしっかりもっと歯科医師は習得する必要があると。

もう一つ、ちょっとここで偉そうにも申し上げたいのが、お医者さんや看護師さんにももっと口の中を知ってほしいと思います。ぜひともカリキュラムにもう少し口腔というものを取り込んでいただければと、そのように思います。お話しする中で、私達も、お医者さんとか看護師さんの言うことも時々……。だって、最初にカンファレンスずっと聞いて、ワイセ、ワイセって言ったのが白血球のことって分かりませんでしたからね。言葉、全然分からんことは山ほどあるのですけども、もっと口の中のことも分かってほしいなと思う訳です。だから、こういうものも要る。心理面ケアのサポートにもなれる能力も習得する必要があると。あとは、多職種との人間関係の構築能力の習得というものも必要でしょう。あとは、患者さんの死生観に至るような哲学的なものも必要じゃないかと思います。歯科医療の幅を広げるような若手歯科医師の育成のきっかけを、こういったチーム医療を見てもらう中でなんか感じていただいて、それが超高齢社会を見据えた地域医療を担い得る歯科医師、医療人育成のきっかけとなればと考えてるところでございます。

きょう、このような医学・看護学・歯学チームの合同シンポジウムが開催されまして、このような場でこういったお話をさせていただきますこと心からありがたく思いますとともに、皆さんとともによりよい医学教育と医療者教育と、あとはよい医療を作ってまいればと思います。ご清聴ありがとうございました。

(質疑応答)

【座長：俣木】 曾我先生、ありがとうございました。曾我先生のご講演に対してご質問ご意見等がありましたらどうぞよろしくお願ひいたします。いかがでしょうか。よろしくお願ひいたします。

【質問者】 貴重な講演、どうもありがとうございます。一点お聞きしたいのですが、歯学部学生の実習カリキュラム等は、多種連携というのが何年生にあるとか、そのように実質的には決まりみたいなのがあるのでしょうか。

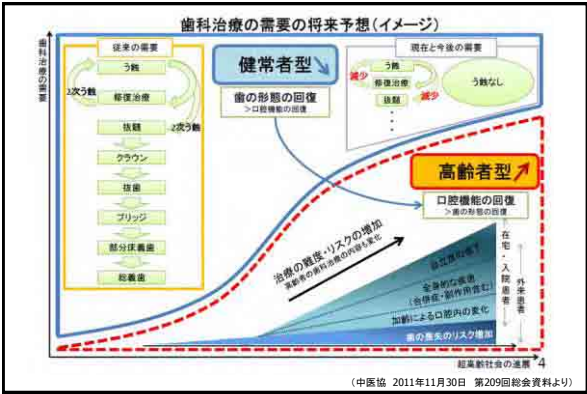
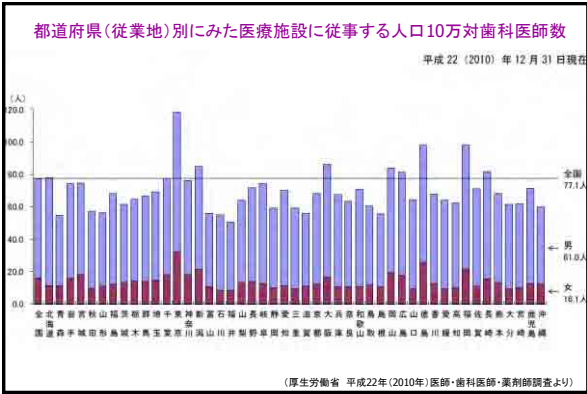
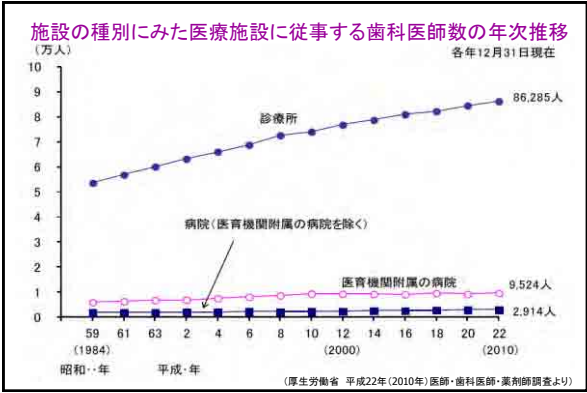
【曾我】 昨年度までは週 2～3 日で任意ということにしてたのですが、今年度から 1 週間のローテーションでこの研修を必須にしました。従いまして、この研修を受けて、きちんとレポートを書いて、部長さんの諮問を受けないと卒業できません。そういうようなカリキュラムです。6 年次です。

【座長：俣木】 ありがとうございます。もう一方ぐらい大丈夫かと思いますがいかがでしょうか。よろしいでしょうか。では、曾我先生、どうもご講演ありがとうございました。これをもちましてシンポジウムの 2、超高齢社会を見据えた地域医療の教育についてセッションを終わりたいと思います。超高齢社会ということ、それから、地域というキーワードとともに、この後のシンポジウムにつながる多職種連携教育に関しても少し情報が入りました。またシンポジウム 3 でもどうぞよろしくお願ひいたします。ありがとうございました。

**今後求められる地域医療を担い得る
医療人育成を目指した歯学教育の推進**

岡山大学病院 中央診療施設 医療支援歯科治療部
曾我 賢彦

2013.12.6 平成25年度文部科学省 先導的大学の改革推進委託事業
医療提供体制見直しに対応する医療系教育実施のためのマネジメントの在り方に関する調査研究
医学・看護学・歯学チーム合同シンポジウム



平成24年度診療報酬改定の概要
厚生労働省保険局医療課

・「社会保障・税一体改革案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定。

歯科における重点配分(500億円)

I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。

在宅歯科医療

(日本歯科大学岩谷先生提供)

訪問診療用ポータブルユニット
(中医学 2011年11月30日 第209回総会資料より)

要介護高齢者施設の見学に基づくチュートリアル演習

高齢者福祉施設(グループホーム)に4年次生を派遣して、多職種連携による認知症老人の栄養管理や感染制御について問題解決型学習(PBL)を行っている。

本PBLは、学生を大学病院から地域の要介護高齢者医療現場に連れだし、介護医療現場で歯科医療がどのように参画ができるかを経験させ、さらに現状の問題点を改善するための方策について考えさせる。

本演習は、臨床実習の前に行われることもあり、Early Exposureとしても機能している。少人数グループ毎に、2週間の間隔を空けて一人のご老人と二度接する機会を設け、最後に発表会で経験した問題点とその解決策を議論する。

要介護高齢者施設での見学とPBL

(観望者の体験)
 13:00~13:30 第一看護部にて講義の展開
 13:30~14:00 移動バス(往復片道)
 14:00~14:45 訪問介護、高齢者の心身ケア(10分程度)、要介護学(10分程度)
 14:45~15:30 移動(バス)
 15:30 大学到着

ふたご園行先
 特別養護老人ホーム、パナ二ががーと

岡山大学行先
 特別養護老人ホーム、パナ二ががーと

在宅・訪問歯科診療教育担当臨床講師と教育戦略

岡山大学歯学部 診療参加型
在宅歯科診療教育一環

専門性による連携
 シミュレーション教育
 岡山大学歯学部
 演習場(学生会館)

学生派遣
 在宅歯科診療の難関が豊富な歯科医
 常備講師(臨床実習・臨床講師)
 在宅高齢者歯科診療
 要介護者の歯科治療
 およびシミュレーション

在宅歯科医療における歯科医師と医療職・介護職の連携状況

在宅歯科医療の実施状況別みた医療職との連携の状況

連携	全 体 (n=2,273)	在宅医 (n=2,056)	常 務 (n=1,218)	年間患者人数別の割合状況(人数)
連携している	1,822 (80.2%)	1,897 (92.3%)	1,203 (100.0%)	1,004 (82.5%) 39 (3.2%) 1,559 (79.7%)
連携していない	451 (19.8%)	176 (8.7%)	0 (0.0%)	204 (16.5%) 37 (3.0%) 18 (0.9%)

在宅歯科医療の実施状況別みた介護職との連携の状況

連携	全 体 (n=2,583)	在宅医 (n=1,921)	常 務 (n=1,162)	年間患者人数別の割合状況(人数)
連携している	1,822 (70.6%)	1,421 (74.0%)	1,171 (100.0%)	1,171 (100.0%) 47 (4.0%) 25 (1.2%)
連携していない	761 (29.4%)	500 (26.0%)	0 (0.0%)	281 (23.5%) 46 (3.9%) 13 (0.6%)

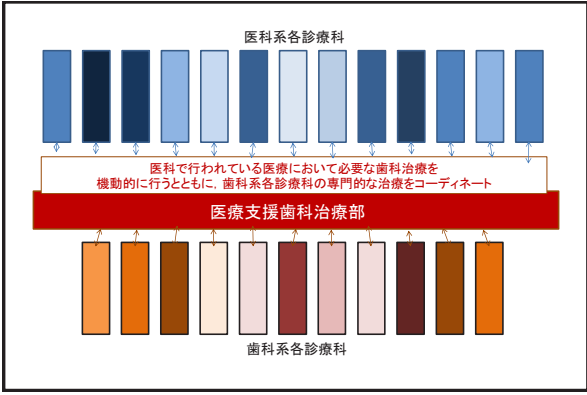
主治医との連携が取れていると回答した在宅歯科医療を実施している歯科医師は約60%、介護保険関係職種との連携が取れていると回答した歯科医師は約21%となっている。

出典：東京都における在宅歯科医療に関する基礎調査。東京都歯科医師会会員へのアンケート調査より。(表年報第 23(4)、417-423、2009)

(中協 2011年11月30日 第209回総会資料より)

岡山大学病院

病床数 865床



岡山大学病院 医療支援歯科治療部

チーム医療研修プログラム

看護師
麻酔科医
理学療法士
薬剤師
歯科部門
管理栄養士

研修内容
・研修手段
・一般的人間関係

医療歯科治療部で行われているチーム医療に研修歯科医を一員として参画させる。


到達目標:
 歯科医師の社会的役割を果たすため、必要となる医療連携に関する知識、態度及び技能を習得する。

一般目標:
 ① 医療連携の重要性を説明する。
 ② 医療連携における歯科医師の役割を説明する
 ③ 医療連携の場で、歯科医師に求められていることを説明する
 ④ 医療連携に必要な適切な十分な医療情報を収集する。
 ⑤ チーム医療に参画する。

研修指導

血液・腫瘍内科カンサーボード


多彩な専門領域の参加による柔軟なチーム医療実践を目指している。



週一度のカンファレンスの風景

一般の歯科医師・歯科衛生士にとって病棟はとても敷居が高いところ
 病棟経験がない
 常識的な振る舞い方を知らない・怒られる・コワイ
 患者の死に直面したことがない
 本院の血液・腫瘍内科病棟スタッフはフレンドリーで協力的。優しかった!!

がん化学療法中患者の口腔内の一例



がん化学療法患者の臨床風景



実際の研修風景

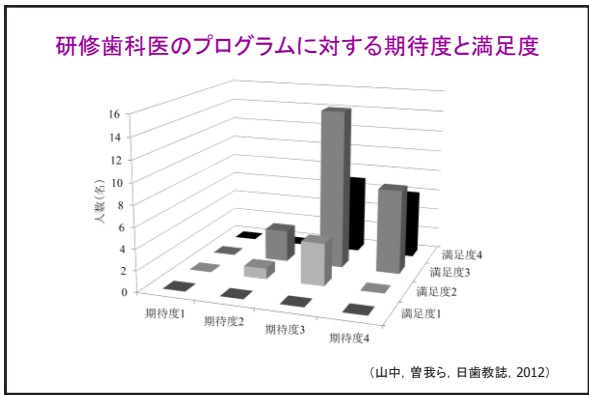
講義

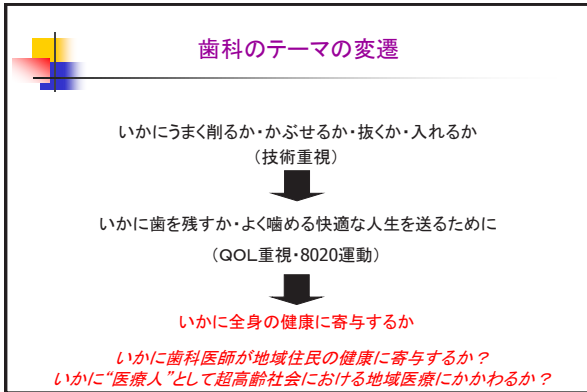
オリエンテーション

臨床実地



(白井ら, 平成23年度総合歯科協議会, 2011)





- ### 私の考える歯科医学教育の課題
- ・技術的な面の更なる研鑽
 - ・全身的な医科的な知識の習得
 - ・心理面でのサポートにもなれる能力の習得
 - ・他職種との人間関係の構築能力の習得
 - ・患者の死生観にいたるような哲学的なものも必要？
- ↓
- 歯科医療の幅を広げる若手歯科医師の育成のきっかけを
超高齢化社会を見据えた地域医療を担い得る
歯科医師＝“医療人” 育成のきっかけを

