

## メインテーマは「高齢者」…キーワードは、「つなぐ」 ヘルスケアミーティング 2022

秋元秀俊（コアメンバー）

### 「高齢になってもメンテに通ってる」その後

高橋啓さんのメッセージビデオ（学会ホームページ参照）をご覧になりましたか？ 「高齢者」をテーマにすることの必然性は、だれもが理解できますが、「じゃ、どうするか」。ヘルスケア歯科学会の会員に向けてどういうメッセージを送るべきか、よくよく練られたビデオメッセージです。生真面目で面白くはないのですが（ヘルスケアらしい!）、ちらっとご覧になった方も、もう一度、見てください。

ヘルスケア診療所が、高齢者に取り組むことは、新たな挑戦です。「いやいや80歳までメンテに通ってる人は珍しくないよ」という声が聞こえますが、高齢者と言うとき私たちがイメージしているのは85歳以上あるいは70歳くらいの若さでも病気をもった高齢者です。通って来るのが簡単ではなくなった高齢者です。「高齢になってもメンテに通ってる」その後をテーマにしようというのです。

地域差がありますが、これは避けられない近未来に備えるための問題提起です。しかし、訪問歯科はもちろん、地域の医療機関や他職種との連携を考えただけでも、何だか気が重い、分かります。それは今までのヘルスケアの日常とあまりにも違った世界だからです。

### 「みんな訪問」じゃないでしょ

削って詰める保険診療が日常だったとき、「診療室の予防歯科」といわれても、どこから手を付けていいか見当がつかない、と誰もが言いました。四半世紀を経て診療室の予防歯科が日常になった今、「高齢者」をテーマにすることは、同じように現場にいる者を当惑させます。「診療室の予防歯科」が多くの歯科医師・歯科衛生士を当惑させたのは、「痛い」「噛めない」といった患者の訴えに応えるのではなく、患者の健康行動をモチベートする（そう言えば聞こえはいいが、受け身ではなく、医療側からセールスする）という180度の転換が求められたからです（それでカリエスリスク検査というカタチから取り組んだわけですが）。

「高齢者」をテーマにすることは、再び同じように発想の転換を求められます。なぜなら、この高齢者は、「予防歯科」では、まったく刃が立たない相手だからです。

まず、健康のイメージが壊れます。それが高齢者です。口の中だけを診ていられなくなります。通院してもらえなくなります。それでおしまい、としますか？ ここで普通は、訪問（在宅療養支援）の話になるのですが、今回のシンポジウムの主役に抜擢された足立融さんは、違いました。足立さんは、ヘルスケアのスタートからのメンバーですが、在宅はもちろん、他職種地域連携のエキスパートです。足立さんは言います。「“みんな訪問”じゃないでしょ、むしろ“地域の他職種にどう繋ぐか”が大事ですよ」。誰よりも在宅の患者さんを診ている足立さんが、高齢者＝在宅という固定観念を捨てようと言うのです。

### 長針すらない時計

高橋さんは、問いかけます。「患者さんが、ユニットでのうがいでむせました。皆さんはどうしますか？」とても身近で些細なきっかけです。その些細なきっかけをフレイルとして捉えるか？ スルーするか？ 予防歯科の日常診療にフレイル予防をプラスするというのならできそうです。足立さんは、それでいいと言ってくれます。「次回来院してもらうためのフレイル予防」でもいいじゃないですか。それは、高齢者を診ることを始めたら嫌でも個別対応を迫られるから、ということのようです。大きな病気をもっているおじいさんにとっては、プロービング値が1ミリ2ミリ改善する

ことはどうでもいいことかもしれません。永年連れ添った夫に先立たれたおばあさんが、歯ブラシを上手にできなくなってしまったからといって、ブラッシング指導が必要なわけではありません。おばあさんの時計にはカチカチと時を刻む秒針がないばかりか、1時間に一周する長針すらなくなってしまうことがあるのです。顕微鏡で精度の高い治療をしようとしても、いいから話を聞いてくれと言われてしまいます。

予防歯科では、「人生にとって健全な歯列ほど大事なものはない」という歯科医療者中心の健康観でも受け容れられました。この学会でも、予防歯科に共感する人だけを診ればいいという考え方が、ひどい倒錯だとは言われませんでした。

## つ な ぐ

「スルーする？」という高橋さんの問いかけは、このように高齢者との関わり方をどこかで予防歯科からギアチェンジしませんか、という呼びかけだと私は理解しています。そして「来院できなくなったらオワリ」にしないヘルスケア、地域医療の担い手のヘルスケアに発展させようという呼びかけです。

そのためには、全部最後まで診るのではなく、バトンタッチの心づもりもしなければなりません。足立さんが、「みんな訪問」じゃないでしょと言うのは、だれも全部最期まで診ることなんてできないというリアルな認識から出る言葉です。そのために普段から、地域ケア連携の輪の中に入って関係をつくっておくことが必要だということになります。

10月のヘルスケアミーティングの基調講演1は、高齢者医療の大本山、国立長寿医療研究センター理事長の荒井秀典先生をお招きします。荒井先生は、「フレイル」の提唱者であるとともに日本老年学会理事長、日本サルコペニア・フレイル学会代表理事と、肩書きのやたら多い学者ですが、専門の方もライフサイエンス/栄養学、健康科学/老年医学、と何だかやたら幅広い。高齢者を相手にするとき、細分化した生物医学の中に留まっていたは太刀打ちできないのです。求められるのは、一言でいえばヘルスケアの概念なのです。

いきなり実務的な話題になってすみませんが、今年の診療報酬改定で、診療情報提供料の連携加算の要件が大幅に緩和されました。これは医科側の点数ですが、医師の所属も、患者の状態も問わないという大幅な緩和です。今回の改定で、どこの病院・診療所の医師でも、歯科受診が必要と認めたときに情報提供料の連携加算を算定できるようになりました。入院で食事ができなくなったとか、終末期でも口から食べたいというような高齢者のために、病院から直に歯科診療所へ紹介する場合に連携加算が算定できるようになったのです。もちろん、そんな意識の高い医者がどこにもここにもいるわけではありません。

キーワードは、「つなぐ」。長く生活を診るヘルスケア診療所が、地域の多職種とのネットワークのハブとなる。地域の医師もその「つなぐ」先です。ヘルスケア診療所は、長くじっくりと患者家族とつきあうという点で、すでにその高いポテンシャルをもっているのです。