

# 地域包括医療・ケア、 今こそ歯科衛生士の出番です。

## 第2回

### フレイル対策に"指導"はいらない！

香川県・まんのう町国保造田歯科診療所歯科衛生士

丸岡三紗

#### ■ 本当に必要なのは "ヘルスリテラシーの向上"か？

「フレイル対策でもっとも大事なことは、国民の意識変容です！」。

学会等に行くと、大学の偉い先生たちはこぞってそう発言する。私もかつてはそうあるべきだと信じ込んでいたし、地域で予防活動に関わる中でも「どうすれば住民のヘルスリテラシーを向上させられるか？」ということばかり考えていた。

しかし、その風潮に違和感を覚えはじめたのは数年前のことだった。

「あれっ、〇〇さん！？ちょっと見ないうちにずいぶん痩せたんじゃないですか？」「そうなんよ、実は……」。

フラフラしながら待合を歩くひとりの高齢女性。ああ、まただ……。今月に入って何人目だろう。歯科診療所に勤めていると、日々多くのフレイル高齢者に出会う。普段から住民と非常に近い距離で接しているからこそ、わざわざ検査しなくともパッと見でその人の異変に気づけてしまうのだ。

「ご飯、ちゃんと食べれる？」。隣に座ってそう切り出す。「それがな、全然ほしいと思わんのよ。実はこないだ主人が亡くなったばかりでな……」。目を潤ませながらそう話す姿を見ると、こちらまでもらい泣きしそうになる。

今この人に必要なのは、果たして本当に“ヘルスリテラシーの向上”なのだろうか……？どうしても、そうは思えなかった。

#### ■ 行動変容なんてできない！

以前の私は、フレイルの患者さんを見つけると、つい手癖で(?)指導していた。「タンパク質はちゃんと摂りよる？ 粗食は良くないよ」。しっかり運動して栄養摂ってな！ 年取ったら低栄養が一番いかなのやで——。しかし、その度に住民から返ってくるのはこんな声だった。

「独りぼっちで食べたってなんちゃ美味しくない」「足がなくて買い物にも行けん、肉や魚なんかそもそも手に入らんのじゃ！」

指導には限界がある——。徐々にそう感じ始めるようになっていった。そもそも、フレイルの根本的な原因は“社会性の低下”にあるわけで、ハイリスク者ほど“孤食”や“買い物困難”といった劣悪な社会環境に苛まれている。だから、われわれがいくら指導をしても、行動変容なんてできるはずがない。

“正しいことをきちんと”なんて、とんだ理想論だ。そんなのは生活に余裕のある一部のインテリ層にしか通用しない。世の中には劣悪な社会環境に苛まれているせいで、行動変容したくてもできない人たちが大勢いるのだ。

## ■ フレイル住民を地域につなげ！

じゃあ、一体どうすればいいんだろう？ 悩んだ末、私はある行動に出た。「〇〇地区の〇〇さんですけど、ご主人が亡くなってから明らかに弱っとるんよ！ どうしたらええかな？」。まず相談を持ちかけたのは、仲良しの民生委員長だった。

「ホンマか！ あの元気な〇〇さんが……。すぐ訪問して話聞いてみるわ」。その後、地域の多職種が集まる場でもケースとして取り上げた。

「そっかあ。〇〇さん、ご主人と大の仲よしだったもんなあ……」。社協のスタッフやご主人の元ケアマネなどが心配そうにそう話す。「明日、こっちからまた様子を見に行ってみるわ！」。

それめっちゃ心強い！ ぜひお願いします。私はホッと肩をなで下ろした。

「なんやらよおわからんけど、あれから急にいろんな人が家に来てくれてなあ」。後日、その方が診療所に来られて嬉しそうに話してくれた。

「皆の誘いで、隣の家の〇〇さんと一緒に地域の会食サービスに通うことになってなあ。やっぱり大勢で食べるご飯は美味しいわ。体重も少し増えたんで！」。

あまりにも嬉しくて、ぴょんぴょん飛び跳ねながら協力してくれた関係者たちにお礼を言いに行った。

「ほんまによかったわ！ また、困っとる年寄りがおったらワシらにすぐ相談してな」。

民生委員長がくれた温かい言葉に、思わず胸が熱くなる。そうか、これこそが地域包括ケアなのだ！ フレイルに陥った住民を医療機関だけで抱えこもうとしてはならない。いや、フレイルに限らず、困っている人を発見したらとにかくすぐに地域（＝community）につなぎ、“皆で皆を守る”体制をつくる必要があるのだ。

## ■ 社会的処方、はじめました

それ以来、われわれはフレイルの高齢者を発見する

たび、すぐに“地域につなぐ”ようになった。たとえば、妻が入院して調理ができず、コンビニ弁当ばかり食べるようになったことがきっかけで激ヤセしてしまった70代男性。あわてて歯科から民生委員に連絡し、毎日（！）訪問して様子を見に行ってもらった。その後、近所の定食屋さんの協力によって結果として体重減少を防ぐことができた。

あるいは、こんなケースもあった。近所の友人が施設に入所してしまったことで孤独感を抱えるようになり、調理への意欲や食欲を失い、ひどい低栄養に陥ってしまった80代女性。もともとは歯科診療所の通院送迎サービスを担う住民ボランティアと歯科衛生士が何度も配食サービスを勧めていたのだが、「食欲がないけんいらんわ！」と拒否。すぐに多職種で検討し、内科診療所の医師が「お薬減らすけん、その代わりに弁当だけはとりなよ！」と半ば強制的に（？）配食サービスを処方した。その後、住民ボランティアが毎日訪問して話を聞いたことで孤独が紛れ、さらに美味しいお弁当で栄養がバッチリとれるようになったことで、その女性は見違えるほど元気になった。

医療機関から、医療以外のサービスにつなぐ——。このようなやり方は公衆衛生やプライマリケアの分野ではわりとポピュラーで、“社会的処方”と呼ばれているのだということを知った。理屈なんて別に後追いでよい。現場の直感が先にあるからうまくいくのだ。エビデンスに基づくことはもちろん大事だけれど、誰かが考えた“机上論”にいちいち振り回されてはいけない。地域医療はセンスと感性が何よりモノをいう仕事だと思う。

## ■ そうだ、お買い物ツアーをはじめよう！

さて、ある日のこと。「実はこないだ、運転免許を返納してなあ……」。診療所に久々に来られた80代女性。以前に比べて10キロも体重が減少したというので理由を聞いてみると、事故がきっかけで運転免許を返納したということだった。

「自由にスーパーへ買い物に行けんで、ストレスが



写真1 実際のお買い物ツアーの様子



写真2 買い物の後はみんなで豪華ランチ（この日は歯科医師の出資でうなぎ定食がふるまわれました）

たまるんよ……」。その人はもともと、毎日スーパーへ買い物に行くのが趣味だった。

「調理はまだままだできるけん、配食弁当はいらんのや。でも移動販売では物足りん。スーパーへ買い物に行きたいなあ」。

自宅からスーパーへ買い物に連れて行くサービス。たしか、町の事業でそのようなものがあつたはずだが、残念ながら独居高齢者のみが対象で、同居家族がいる場合は利用できないルールとなっていた。（いくら予算に限りがあるとはいえ、そのような形で利用者の制限をするのはよくないと思う。家庭内で孤立しているケースも多いのにかわいそうだ）。

とはいえ、行政に文句ばかり言っても埒があかない。そこで、われわれはついに暴挙に出た。「サービスがないなら、自分たちの手でつくればいいじゃない!」。そうして始まったのが“お買い物ツアー”だ（写真1、2）。

われわれ医療介護専門職と住民ボランティア、そしてスーパーマーケットとのコラボにより、「地域のお年寄りを月1でスーパーに連れていこう!」というプロジェクトを1年前から開始している。

歯科衛生士と民生委員長がフレイルリスクのありそうな住民一人ひとりに「スーパー行かんか!」と声をかけ、50名ほど(!)がバスへ乗り込み、みんなでスーパーへ買い物に行く。利用者の制限は一切しない（悲しいことに、このプロジェクトはバスの借用以外いっさい行政の補助を受けていない。だからこそ、こ

んなにも自由にできているのだが）。実際どのような人が参加しても、地域内外からさまざまな事業所の多職種がボランティアとして参加してくれているから大丈夫なのだ。

たとえ車いすが必要な方であっても、訪問リハのスタッフがひょいっと移乗させてくれる。認知症の方がいても、かかりつけの薬局スタッフや訪問看護、ケアマネなどがボランティアとして側にいてくれるから安心だ。あるいは糖尿病の方がいても、“管理しない管理栄養士”がゆるーくアドバイスをしてくれるから同居家族も安心だ。

ボランティアのなかには、いわゆる“普通の住民”もいる。最高齢はなんと80代で、もはやどっちが利用者でどっちがボランティアなんだかさっぱりわからない。まあ面白ければすべてよしである。実際、「自分と変わらない年齢の人がボランティアをしている」という事実が、参加者を妙に元気づけている。

これからのフレイル対策は、単にわれわれが肉や魚を食べましょと指導するだけでは不十分だ。それらがちゃんと手に入る“社会環境”をつくること。すべての住民を孤独から救い出すこと。専門職じゃない人とつながることで、結果として誰もが健康になれる社会が作られる。

われわれ専門職はあえてでしゃばらず、地域で頑張っている人たちをそっと後押しするだけでよい。住民にリテラシーを求めるのはナンセンスだ。われわれの

使命は“弱者を守ること”にある。本当に意識変容するべきは住民の方ではなく、私たち専門職の方なのである。

## ■ 生きる喜びを失った高齢者たち

「コロナになってもいいから買い物行きたい!」。最近では地域の高齢者からそんな声がよく聞かれる。残された人生を悔いなく生きたい、そうじゃなければ生きている意味がない。人間として、至極当然の欲求であろう。そこではじめたのが、“バーチャルお買い物ツアー”である(写真3)。

いつもボランティアで関わってくれている地元の映像作家と連携して、高齢者の自宅とスーパーをテレビ電話でつなぐ。しかしながら、一見満足そうに見える利用者も帰り際には「やっぱり自分の足でスーパーに行きたい!」と一言。そりゃそうだよなあ。どんなにテクノロジーが発展しても、まだまだ自らの実体験で得られる喜びには代えがたい。

「来週は少人数でスーパーに行こうね!」。この時期にお年寄りをわざわざ外出させるなんて、と訝しがる人も多いだろう。私たちだってリスクをとるのはもちろん怖い。閉じ込めておく方がずーっと楽だ。でも、肝心のお年寄りの気持ちは? 彼らの生きる喜びを犠牲にしてまで、そこで得られるものって一体何なのだろう。

普通感覚で過ごしていれば、つい「自分たちの立場を守ること」ばかり考えてしまう。“何もしないのが一番!”と。しかしどんなにゼロリスクを徹底しようとしても、そこには必ず代償がある。表面だけではなく、ちゃんと裏面も見なければならぬ。目の前の高齢者がフレイルで弱っていく姿を見るのは、私たちにとって何より耐えがたい。この逆境をどう乗り越えるか、いわば人類にとっての試練なのだと思う。簡単に世論に惑わされるようではいけない。いろいろな意味で、よい学びの機会になるのかもしれない。



写真3 バーチャルお買い物ツアーをやってみた

## ■ 地域包括ケアは“結果論”

時折、講演の場で聴衆からこのような疑問をぶつけられることがある。「田舎だからできるんでしょ? 都心部じゃこんなのできっこないよ!」。「この取り組みの応用可能性はどこにあるんですか?」。「とりあえず、民生委員や配食ボランティアと連携したらいいんですね」。

うーん、違う! 違う違う違ーうっ。若気のいたりか、ついブンブンと首を振りながら感情的に反論してしまう。できない理由を探すのは勝手だけれど、地域の問題はそれぞれなのだから同じ手法を当てはめようとしてはならない。私たちは決して彼らが民生委員だから、あるいは配食ボランティアだから連携しようと思ったわけではない。同じ気持ちを持った人がたまたま民生委員であり、配食ボランティアだったというだけの話なのである。

地域包括ケアは、つくろうと思ってつくるものではない。現場で必要だと思うことをやっていたら、気づけば地域包括ケアになっていたというほうが正しいだろう。結局はその場その場で壁にぶち当たりながら、泥だらけになりながら、自分たちの頭で考えながら、必死こいてつくっていくより他ないのである。私たちを突き動かすのは、現場人としての“誇り”だ。