

15. 地域自治政策のすすめ 3.11 以後の体験から 2

(1) 立ちはだかる壁

5月の後半になると気温も上がり、被災地も寒さから解放されていきます。しかし、平行して腐敗臭、害虫の発生、さらに感染症の懸念と衛生問題が次々と展開してきます。首都圏への被災者を対象として準備を進めていた SMAC の救援対策本部も方針の転換を迫られていました。都内の避難所は調布市の味の素スタジアム、グランドプリンス赤坂と次々に閉鎖となり、7月になると江東区東雲の公務員住宅のみとなりました。私たちはこれらの施設を訪問し「健康支援」を行いたいと種々のアプローチを試みました。

私たちは学校の体育館など臨時の避難施設を訪ね、被災者の健康支援活動をしたいと管理をしているらしい方に申し出ました。しかし、担当者はいずれも検討しますというだけです。内容を告げると明らかに迷惑そうにします。

私が薬剤師ということがわかると、

「ああ、それならば医療関係ですね、そちらの担当者と相談してください。」と医療機関である医師会へ行ってほしいといます。

「違います。私たちは医療を行うのではありません。医療の世話にならないようにする健康支援です。」

担当者は絶句します。

「どこに行ってもらおうかなー事務所かな、でもどこも担当者はいないね。」

「では、私たちが自主的に行ってよいですか」

「いや、それは困ります。万一、何か起こったら私の責任になりますから。あなた方の団体についてもわかりませんし・・・」

「では、資料でもなんでも公開しますから、調べて判断してください」

「いや、それは私の立場ではできません。どこに回すかもわかりません

しばらく沈黙が続いた後、ポツリと言います。

「あなた方の団体についてはわかります。でもそちらを OK すると他の団体から一斉にクレームがきます。正直チャランポランの団体やいかがわしい団体もたくさんあるので・・・」

これは東京都などの首都圏、災害地の県、市町村ほぼどこでも共通して同じ問答になります。要するにこの国は医療保険、介護保険があるから必要ならそちらでやってくれとっているのです。裏返すと「健康な国民が一番損な立場」といえます。中にはストレートに

「病気や怪我の手当をする役目は命じられているけれど、それを予防することなどきいていません。」

今度はこちらが二の句をつけませんでした。

(2) 壁を越えられないもどかしさ

図に示したように災害の発生から復旧・復興へはいくつかのステップがあります。緊急対応から生活・インフラの整備へ円滑に移行していくことが理想です。第 2 ステージから本格復興への準備期間は踊り場といわれ、実感として停滞感が生じます。私たちの掲げるセルフメディケーションは被災者の身体と心のケアを支援しようという切なる願いでしたがほとんど拒絶されました。踊り場期間は予測より大幅に延びました。住居地の高台移転、がれきの処理はもとより人災である原発災害の処理には途方もない準備が必要なことは自明です。しかし、人間は 1 日、1 年時間とともに確実に生き、衰えていくのです。人の健康あつての復旧、復興で優先すべき最大の課題ではないでしょうか。

大震災の直後から第 2 ステージへ私たちは機敏に動いたと思います。奇妙なことに当面の応急処理が進むにつれ、活動はしにくく、前節のような会話はどこでも生じました。5 年経過した現在、続けている健康支援活動は福島県被災者の居住する東京都江東区東雲住宅のみになりました。ここも近いうち閉鎖との情報を得ています。私たちの試みた一石が広がればと願っていますが、そのまま埋没してしまうと考えると暗澹たる気持ちです。

(3) 中央指令の限界

華々しく官から民へと標語を掲げた政権交代は各方面で行き詰まり、苦悩しているうちに決定的な大震災にあいました。

「日常行われていないことは災害時には絶対にできない」

私は今回の災害救済の報告会で自省をこめて述べました。高齢社会を迎えて、恒久的な社会保障政策をどのように構築するかは前世紀からの課題でした。医療制度においても増大する医療費をどのように抑制するか、小泉内閣は後期高齢者医療制度を制定しましたが実施にあたるや不満が爆発しました。財政破綻を危惧する財務省の主張を、現実には増える高齢者の医療・介護福祉に適用すれば負担増と配分減が生じるのは当然です。既得権益を死守しようとする業界、職能団体を前に、国民の理解を得てリードする政策が余りにも貧弱なのです。

国民皆保険は世界に誇ってよい制度と第 1 章で述べました。確かに日本国籍があれば誰でも制度に加入することができて、最新の医療が公平に受けられるという基本は素晴らしい概念です。しかし、制度そのものを均一にする必要があるのでしょうか。いいえ、国民保険と職域保険で制度は明らかに違います。なんのためでしょうか。一言でいえば、財政的に豊かなところが権益を温存しているからです。日本の国土自体は小さいですが、人口は決して少ない方ではありません。それに、国土も東西幅は狭いですが南北は結構長く北緯 25 度から 45 度に亘りアラスカやハワイを除けばほぼアメリカ本土に匹敵します。東西幅はほぼ地球一周の 1/24 ですから、時差はありません。昔は東日本、西日本と東西を強調しましたが、東側の朝が早く、西側の夕陽が沈むのが遅いと実感

してもそれは時差 1/24 だけ、1 時間の範囲内です。南北は温度差があります。温度差は健康、疾病の治療、介護福祉といった人間の生活自体に密接な関係があります。また、人口分布も均一ではなく、山地が多い東北、北海道と海岸、離島の多い西日本とでは気候、産業そして人の考えがかなり違います。このようにバラエティの広い国を中央でしかも一律に管理することは無理、と断言しないまでも簡単ではないことは確かです。連邦制とか道州制の提言はありました。地方分権とか財源の地方移譲といった議論もありました。安倍内閣は新たに地方創生という施策を掲げて意気込みを示しています。しかし、過去において、まともに実現性へと進化したものはありません。利権が優先し、根っからの保守気質が改革を頑強に拒むからです。少なくとも医療・健康政策、福祉・介護体制を中央の一括管理で行うのはもはや限界です。地震、津波、原発と続いた大災害は真っ向からこの事実を突きつけたのです。もし神が存在するならばこれは神の精一杯の助言なのでしょう。

(4) 島国の知恵と優柔

「揺りかごから墓場まで」とは第 2 次世界大戦後イギリスの労働党内閣が構築した社会保障政策のスローガンとして有名になりました。このスローガンのもとにイギリスは一貫して NHS(National Health System)という医療システムを行ってきました。「無料、公平、国営」という理想を掲げた特徴的システムはドイツ、フランスに代表される社会保険制度と対比されます。ところが、1990 年頃から、非効率、悪平等、画一的といった欠点が目立ち、「虫垂炎の手術を受けるのも 3 ヶ月待ち」などという悪い冗談も囁かれるほど崩壊寸前に到りました。しかし、そこからイギリスは壮大な改革に乗り出し、歴代の政権が継承しながら、「競争」と「選択」という概念を導入し、住民参加型の新しい医療を創出しつつあります。

私とその間の経緯を詳しく知ったのは 09 年書店で見た一冊の新書でした*1。そして、読んでいくうちに、社会保険方式と税方式(公費)という財源の違いはあっても同様に危機に直面している日本の医療制度を改革に参考になる点が多々あることに気づきました。イギリスはご存知のとおり、大西洋に浮かぶ島国です。立憲君主国であり、気候、風土にかなり共通性があり、近世以来様々な交流がありました。NHS の「無料、公平、国営」という理想は日本の国民皆保険の「誰でも所得や環境によらず、平等」という理念と一致します。医療を治療だけでなく、予防とリハビリテーションも含めた包括健康管理としていることも共通です。違いは医療施設のフリーアクセスがないことと改革が全国一律としない住民参加型であることです。特に後者に注目しました。

私は著者にあいたくなりました。著者のひとり、武内和久氏は厚生労働省から在英日本国大使館一等書記官を経て、本省に帰られていました。お訪ねして、

日本で健康管理について地域コミュニティを核にセルフメディケーションを普及して、医療改革をしたいと話すと地域単位の保健・医療の仕組みがかぎでしようと思わせてくださいました。そのイギリスはスコットランド独立を民意による投票で決めるという試練を受けました。

私はこの日本においてこそ地域に応じた柔軟性が求められていると主張します。中央からの指令・システムが実態にあわないことを無理やり推し進めても能率が悪く、また救えない方が生じます。国民皆保健という理念を現実に応用していくため住民参加の健康管理を提唱します。14年政府は地域包括ケア制度を提唱し、地域創生を打ち出しました。評価すべきことですが、具体的にどのような施策を実行するかが問題なのです。我田引水ですが、それはセルフメディケーションのすすめにつきますのです。国民が実践するのを支援する形は地域に順応して話あって進めることでしょう。

(5) セルフメディケーションの徹底こそ災害時の決め手

東日本大地震から5年を経ても、福島、茨城など一帯でM3-4の地震が続いています。宮城、岩手も含め余震であるという見解です。首都圏での直下型地震(南関東地震)は今後30年間で70%の発生可能性といわれ、南海トラフ巨大地震発生も確実視されています。集中豪雨による被害も毎年起きていて、平成26年には広島市の土砂災害、27年には茨城で河川反乱がありました。火山による被害も続き、26年御嶽山での死者は戦後最大となりました。まさに災害列島なのです。気象庁はじめ災害予知のための調査、観測、研究に科学的探究が必要なことはいうまでもないことですが、努力がそのまま被害回避、減少に結びつかないもどかしさがあります。

被害を最小限に抑えるには災害発生を前提とした防備しかありません。突然の災害にも対応できることを想定して、地域間協定も視野に入れた対応です。これは実に疾病を想定した予防対策とまったく共通します。必ず反論が起きます。いつ病気になるかわからないから、予防や健康に気遣うのは面倒だしやりたくない。それに要した経費や労力は災害が来なければまったくの無駄になる。もっと確実に実効のある事業に使うべきだ。その通りです。防災は役に立たなかった場合こそラッキーなのです。災害保険を掛けて、災害にあって保険金をもらったなら得するのでしょうか。

セルフメディケーションによって健康維持ができれば、病気の苦しみは免れます。それは損なのでしょうか。健康保険に加入しているから、病気になって保険診療を受けないと得にならないと考えるのですか。違いますね。セルフメディケーションは日頃の生活を合理的に行う実践ですから、いざというときに真価を発揮します。災害時の臨機な対応は急には絶対と断言していいほどできません。災害列島に住む宿命を負っている国民として自覚ある行動を始めません

か。

注 この原文は一昨年時点で書きました。その後の経緯について若干修正、追加しましたが余り変わったとは思えません。現在大震災から 5 年を経過しましたが、踊り場の状況が依然として継続したままという印象をもっています。

*1 武内和久、竹之下泰志 「公平・無料・国営を貫く英国の医療改革」(集英社新書 2009)

***論吉「学問のすすめ」との接点**

第 16 編に災害復興に際し、警鐘に値する論がある。「理論と実行とは平行して行わなければならぬ」と世間でいっているが、実行に移す者はめったにいないとしている件である。理論とは心に思う事柄をことばや文章にあらわすことで、本来、外の世界と関わりのないものである。一方、実行とは外の物に直接働きかけることで当然制約がかかり自由ではない。「言と行」「志と功」「説と働き」と置換してもよい。言行一致は難しく、説や言が飛交いながら、がれきの処理も原発事故処理もままならない災害後の対策を言い当てている。判断力・行動力をどのように組み合わせ、研鑽するのかを説く文章は、現在の政治家と国民への論吉の警告と受け止めよう。

SMAC「健康支援隊」による 健康管理についての実践と相談

SMAC(NPO・セルフメディケーション推進協議会)は医師・薬剤師・看護師・健康運動指導士など健康関連専門職の団体です。復興にあたって日常生活における健康管理についてご説明、ご相談に参ります。また、「健康運動」をしていただいで、エコノミー症候群、老化防止に役立ててください。個別のご相談にもお答えします。



第1回 7月21日(木) 午前9時30分-11時
1階 キッズルーム

日常生活における健康管理(セルフメディケーションのすすめ)
健康運動の効果と実践指導

NPO・セルフメディケーション推進協議会事務局 (東京・港区)
<http://www.self-medication.ne.jp> Tel 03-5521-0890



さあ復興へ!! NPO法人SMACが支援します



薬剤師
看護師

健康運動指導士

T-09-010 9.11

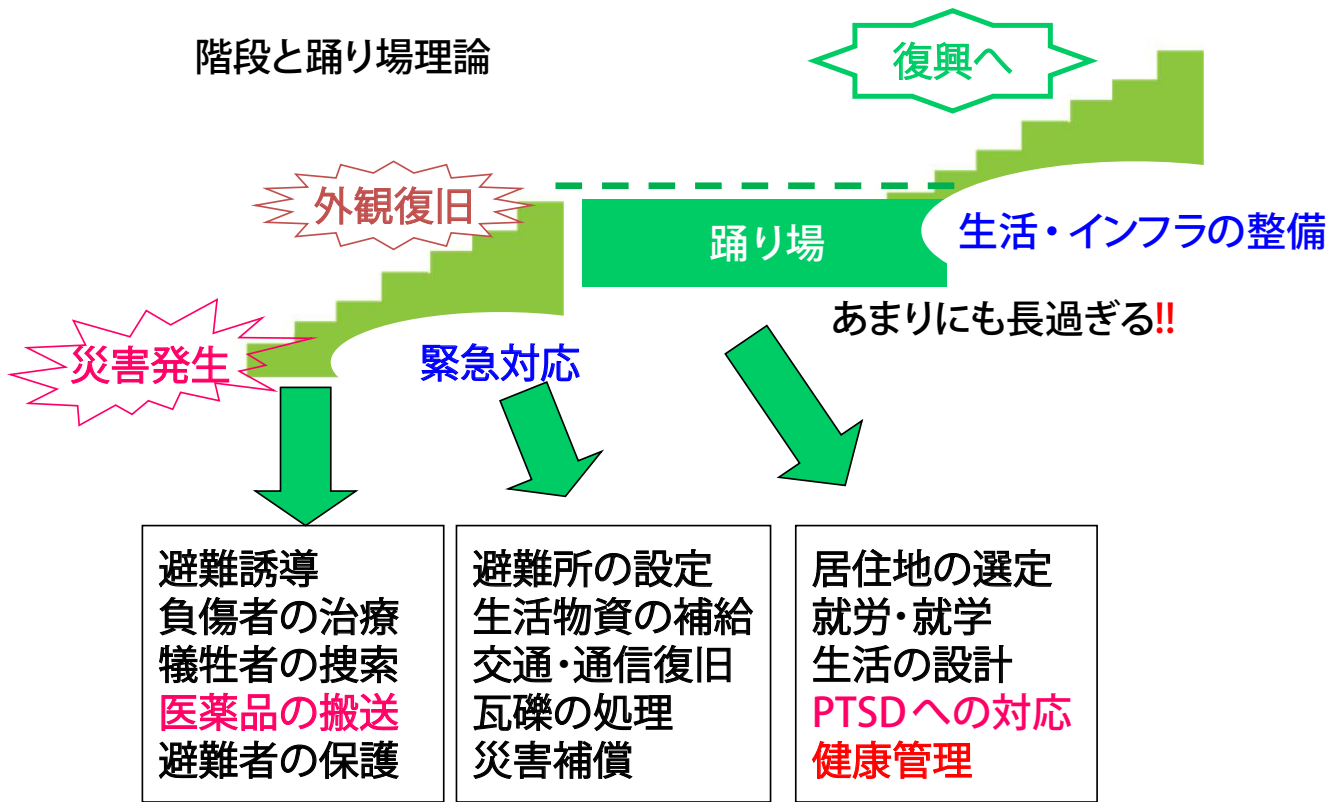
東京江東区東雲



大震災被災者仮設住宅における健康支援隊による活動
ポスターと江東区東雲住宅での活動風景

災害から復旧復興へのプロセス

階段と踊り場理論



23.3.11

1年

27

28