



尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

第13回

被災地の医療再生は 「地域包括ケア」で

これからが支援の本番

あの日から1年が経過した。医師会、医学会、大学病院、病院協会をはじめとする医療者の被災地支援の迅速さに日本の医療界の底力を感じたのは私だけではないだろう。

しかし、阪神の時とは異なり今回は「医療」の出番がそれほど多くはなかったように感じる。むしろ看護師や保健師の活躍が際立った。亜急性期から慢性期における介護系ボランティアの活躍も素晴らしかった。

筆者はこの元旦、気仙沼市の面瀬中学の仮設住宅にいた。そこでは災害看護を専門とする看護師や学生ボランティアたちが集会所に寝泊りし、被災者の健康管理を継続していた。

1月3日には入居者への健康管理等の講話を依頼された。しかし平穏な町で暮らす人間が彼らにいったい何を伝えればいいのか、言葉が出なかった。仮設住宅群がまるで病棟のように見えた。何軒かの仮設住宅を訪問したが「狭くて牢屋のようだ」とか「死にたい」という言葉を耳にした。

自主避難者や半壊住宅を補修して生活する方々の家も訪問した。みんな抱きついてきた。泣いていた。欲しいものを聞いたら「コタツ」との返事。それを買うお金もない現実に愕然とした。PTSDの子供は外で遊べなくなっている。震災前は海が見えた窓にはスモークが貼られ、川に近い仮設住宅では子供たちがフ

ラッシュバックに悩んでいた。

気仙沼、南三陸、石巻、名取などを再度訪れたが、今年のGW時と状況はあまり変わっていないと感じた。瓦礫の積み上げまでできて、そこで停止していた。

阪神は都市部でもあり、表面上は予想より早く復興した。しかし区画整理に10年近くかかったところもあり、17年経過した現在でも喪失体験に喘ぐ方が何人もいる。

阪神もまだ終わっていないのに東北の震災が起きた。その想いを震災から4カ月目の7月11日に発行した『共震ドクター』（エピック）にぶつけた。阪神の二の舞を演じてほしくないからだ。今なお苦しんでいる人たちの力になれない自分自身の無力さを感じている。ただ、同時にこれからが被災地支援の本番だと思っ直してもいる。

支援する人を支援する

被災地支援といっても、具体的に何をすればいいかわからないという人も多いのではない。私もその一人。「ピンポイント義援金」や「ふるさと納税」については既に述べた。今回は「支援する人の支援」を提案したい。

長期的な復興支援では、ボランティアの後方支援も大切な仕事だろう。彼らが疲弊しないよう物心両面からの支援があるといい。現在でもボランティアで活動されている医療者は多い。遠方から通う方も多いが、職場を退

職して被災地に移住して奉職する志の高い医療者も出てきている。私のような者は、中途半端な活動をするより、彼らを支援することが一番だと思いついた。

被災地の医師たちも、仮設診療所や病院で頑張っておられる。しかし高台移転という難問の行く末がまだ見えない現状では見通しがたたないだろう。仮設住宅内の仮設診療所という光景は17年前に見た。ご苦労が多いだろうが頑張してほしい。

日本医師会も長期的な支援を続けることだろう。これまで在宅医療を行ったこともなかった医師も在宅医療を始められたと聞いている。関西のあるロータリークラブのご厚意で1台の往診車が寄贈された。その車が活躍している様子の新聞報道は支援者たちの大きな喜びとなっている。

今春からはNPO法人への寄付控除税制が緩和され、税額控除が適用されるようになることも聞く。被災地では復興のための多くのNPO法人が立ちあがっている。被災自治体へのふるさと納税と並んで、NPO法人への寄付という寄付税制での画期的な道が広がることにも大いに期待したい。

被災地は日本の近未来

東北の被災地はもともと医療過疎だった。そこに震災が追い打ちをかけた。その結果、住民のみならず医療者も流出が続いている。特に福島では顕著だ。建物も設備も人的資源も失われつつある地域で、今後、高齢者をどう護っていけばいいのか。被災地が少子高齢化の進んだ日本の近未来予想図に見える。

そんな被災3県沿岸部で、今後どんな医療再生が展開されるのか注視しながら継続支援を呼びかけたい。福島県立医大には災害復興支援講座ができると聞いた。被曝医療の研究のみならず、地域医療再生の研究も行ってほしい。そこでは「医局機能」が復権し、「プ

イマリケア医」が評価されるだろう。あまりに縦割り・細分化された現代医療は反省期に来ている。今、被災地に求められている医師像とは、昔ながらの町医者のなプライマリケア医ではないだろうか。

この4月の診療報酬・介護報酬同時改定は「地域包括ケア改定」だと勝手に理解している。中学校区を1単位とした「地域という病院」。そこでは医療と介護が多職種連携し、急性期病院、慢性期病院、介護施設らが密接に連携し、地域完結型医療を補完しあう。それが超高齢化社会の社会保障の処方せん。すべて、崖っぷちにある国民皆保険制度を守るためなのだ。

もし皆保険制度を捨ててもいいというなら「地域包括ケア」など必要ないだろう。その世界はきっと米映画「シッコ」に描かれている世界になる。世界に誇る国民皆保険制度を守るためには「地域包括ケア」しか方法がないと理解すべきだ。

ここではあえて“在宅医療”という言葉を使わない。高専賃改め、サービス付き高齢者住宅（サ高住）という新しい形の自宅も増えてくる。患者によっては、年齢とともに医療のウエイトより介護のウエイトが高くなる。従って、在宅医療というより、「地域包括ケア」のほうがイメージしやすい言葉だろう。

被災地の医療再生の鍵はやはり「地域包括ケア」ではないだろうか。奇しくも被災地では壮大なシミュレーションが行われるかのように見える。そこに芽生える「ひこばえ」とは、「在宅医療」であり、ゆっくりと「地域包括ケア」へと広がるであろう。

3.11は「病院」の時代から「地域」の時代への転換点であったように感じている。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『町医者だから言いたい！ 1～3』（ロハスメディア）など。