

第18回公衆衛生全国交流集会

記念講演 「災害と公衆衛生」

岩室 紳也（ヘルスプロモーション推進センター・オフィスいわむろ 代表・医師）

1. はじめに

私は大学卒業後、神奈川県でへき地医療、泌尿器科診療、公衆衛生に従事しながら22年間勤めた。HIV/AIDSの患者さんを厚木市立病院で累計で130人、現在も通院で40人ぐらい診ている。陸前高田市にはエイズ予防啓発の関係で震災前から関り、震災直後から月1回以上のペースで現地に行っている。

この浦安市には、震災前から自殺対策や地域包括ケアシステムの構築、震災後には復興委員会に参加し、うらやす市民大学でも講義をさせていただいている。今日は、私の市民大学の受講生2人が来ている。行政はよく「市民協働」というが、実際どう協働したらよいのか、というところが全国的にはまだ十分浸透していないと思う。その意味では浦安市はモデルになっていると思っている。

いろいろな経験をしてきた中で、今日は「災害と公衆衛生」という視点で話をさせていただく。



2. 「人は経験に学ぶ、経験していないことは 他人ごと」

「人は経験にしか学べない」。この言葉をぜひ自分に当てはめて考えていただきたい。私も「保健計画策定マニュアル」をつくり、あちこちで講演していたが、マニュアルは意外と役に立たない。なぜなら、マニュアルを読んでも、「経験していないことは、他人ごと」だからである。また、「経験していないことは、すぐにできない」というのを東日本大震災の支援で痛感させられた。災害のマニュアルを作っても、そのとおりに動けない。でも普段から公衆衛生活動を住民の方と一緒に進めていた方たちは、震災直後から住民と共に災害対応がきちんとできていた。

熊本地震の時の新聞記事である。「東日本大震災のニュースは心を痛めながら見ていたが、それでも、まだ人ごとと受け止めていた。家具の固定だけでもしておくべきだった」と語り、最後に訴えたのは「この熊本地震を人ごとと思わないでほしい。」とある。結局のところ、この方も自分が経験したから「他人ごとと思わないでほしい」とおっしゃっているが、「私も他人ごとでした。皆さんも他人ごとですよね」の方が伝わると思う。

東日本大震災で、いまだに「未曾有」、「想定外」と言う人がいるが、吉村昭著の「三陸海岸大津波」という本には、明治以降に「50mを超える津波が来ていた」という証拠が記載されている。でもいまだに1000年に一度などと多くの方が語っている。それを責める気はないが、逆のその人たちから「経験にしか学べない」ということを学ばなければいけない。

3. できていたことはできる。できていなかったことは、すぐにはできない。

インターネットには、どれくらいの津波が来ると、どこまで浸水するかというサイトがある (<http://flood.firetree.net/>)。鎌倉の大仏は、元々母屋に覆われていたが大津波で母屋が流されたことは大仏の境内にきちんと書かれているが読んでいる人はほとんどいない。神奈川県内の浸水予測でみると 20m の津波で流されたことになる。事前に意識出来ていたことは出来るが、意識出来ていなかったことはすぐには出来ないものである。

4. 日頃のつながり・絆・信頼が活動の基本

私は 3.11 の時、新聞記事を取っておく余裕もないぐらいのパニック状態で、テレビばかり見ていた。数日後、NHK に佐々木亮平という男性保健師が映った。彼とは、HIV/AIDS 予防啓発活動で知り合い、私がホームページを立ち上げ「コンドームの達人」で検索したところ、「未来型コンドームの達人」という名前で活動していた久慈保健所の佐々木保健師を知り、交流が始まった。彼は、青年会議所と一緒に HIV/AIDS 予防啓発活動に取り組み、当時青年会議所にいた現在の陸前高田市の戸羽太市長ともつながっていた。2006 年に陸前高田でイベント「岩室紳也と若者の本音のトーク」を行ったりしていた。

その縁があって震災後陸前高田市に入ったが、You-Tube のコンドームの装着法の再生回数が 600 万件を超えている私が元祖達人なら、佐々木保健師は弟子、戸羽太市長が孫弟子となり、佐々木保健師が連れてきた岩室だったから、震災前から陸前高田市に入り続けている岩室だったから、信頼していただくことができたと考えている。

浦安市の市民大学で「高齢化社会を支える」というテーマの講座を担当している。浦安での講座は生涯学習ではなく、市民協働で市をつくり上げていく担い手づくりと位置付けられている。最初に講座を持った時から、大勢の市民が参加してくれた。それは復興会議の時に、「行政が頑張るのは当然ですよ。でも市民の力をどうやって引き出すのですか。巻き込まなければだめですよ」ということを繰り返し言っていたら、岩室の講座だったら聞いてみようと、多くの方が受講してくれている。

5. 健康づくりの基本再確認

私の立ち位置はあくまでも「健康づくり」である。「健康日本 21」には様々な意見があるが、「早期発見、早期指導だけではなく、一次予防が大事」。「ハイリスク戦略に加えてポピュレーション戦略へ」、「社会全体で取り組むための環境整備」と本質を突いていると考えている。ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチを誤解している人がいるが、ジェフリー・ローズは「効率のよい予防医学の方法として、疾患を発症しやすい高いリスク（ハイリスク）を持った個人に、対象を絞り込んだ戦略（アプローチ）が考えられます。集団全体にリスクが広く分布する場合には、対象を一部に限定しない、集団全体（ポピュレーション）への戦略（アプローチ）が必要になってきます。」である。「効率性ではハイリスクアプローチだけれど、集団全体にリスクが広く分布する場合には、ポピュレーションアプローチが必要です」と言っている。早期発見、個別指導が無駄だとは言わないが、「根

っこ対策」をやらなくてどうするのか。高血圧が日本では減ってきた。一番効果があった対策は冷蔵庫である。塩分で食品保存するという根本原因の根っこの対策を行ったことになる。

6. 間違いだらけの自殺対策

日本人と外国人の視点の違いを、災害の国際会議の英語表記で実感させられた。日本では「防災会議」だが、外国は「災害のリスクをどれだけ低減するための会議」という表記である。日本人は原因と正解となる対策を求める。自殺の実態調査で自殺の原因が「うつ病、家族の不和、生活苦、いじめ等」という結果が出ると、うつ病の早期発見・早期で対応しようとする。「サインを見逃すな」というメッセージは自死遺族を苦しめていることに気が付かない。「あんたが見落としたから子どもが死んだ」と言われているようなものである。でも本当に見落としなのか。本人も上手く状況を訴えられないし、精神科にかかっている患者さんも自殺する。要するに必ずしも「早期発見・早期対応はできない」ということである。また、いじめがあったら死んでいいのか。青森県での中学生の自殺で、市長賞の取り消しなど報道してはいけないと思う。このような報道をすると「死にたい。いじめと書き残しておこう。そうすると、正当化される。」と子供たちは思ってしまう。

国立教育政策研究所生徒指導・進路指導研究センターの小学校4年生から6年間いじめの追跡調査結果で、仲間はずれを含めた被害経験は9割、加害経験も9割である。この報告書には「未然防止に取り組むことが大切」。また「早期発見ではいじめを減らすことにならない」と、「ポピュレーションアプローチが必要。ハイリスクアプローチではいじめは減らない」と明確に書いている。

SNSで辛さを訴えた後に自殺した方がいるが、過労が自殺の原因の一つであることは間違いないが、SNSがその方の思いをまとめて本人を追い込む一方で、切実な思いが読み手に伝わらないSNSの怖さに関する報道はない。

また、同じような状況にあったとしても、再チャレンジに向かう人が必ずいるが、どこが違うのか。根本原因、社会に蔓延するリスクにさらされている人たちは、自殺の方に追い込まれる。そこを何とか克服している人は「根っこ対策・リスク対策」に向かう。

自殺は最近少し減ってきたが、男性は増え続け、男対策が急務である。オスとは、群れない習性。欲望の塊で、プライドの生き物。関係性に学ばず、名刺と役割がないと人前に出られず、人に言われても変われず、おだてられないといじける。対して、女性は、欲望がオスと異なり、プライドより本能とあきらめの生き物。周りに合わせ、関係性に学び癒され、日常の中に幸せと役割を見つけ、まあいいかと現実を受け入れるところがないだろうか。

3.11 前の自殺を年齢階級別にみると、高齢者の自殺が減り、若年者が増え続けていた。なぜかという、間違いなく介護保険の影響である。浦安市でとったデータで、介護保険が始まってすぐの時、高齢者（70歳以上）が悩みの相談先が特になく（2003年で27%）と答えているが、介護保険が浸透していくと（2008年で18%）、減ってきた。

7. 介護保険事業で緩和ケア！？！

カール ロジャースは「人は話すことによって癒される」といっている。陸前高田では、「はまってけらいん。かだつてけらいん」運動を自殺予防対策として行っている。女川では同様の「まじやてしゃべっぺ」という運動を展開したいと考えている。要するに「人は集まって、おしゃべりしてれば心は癒され、ケアされる」ということである。

被災直後に陸前高田市に全国から応援に来てくれた保健師さんたちに各戸訪問をしてもらい、「ともかくおしゃべりしてください」とお願いした。被災状況等を調査するという側面もあったが、緩和ケア・癒しの側面を重視した取り組みを展開しようとした。ところが、「とにかくおしゃべりしてきてください」と頼んでも、「私たちは震災の復興支援に来た。ハイリスクの人を見つけて心のケアチームにつなげたい」という思いの保健師さんたちは、一見元気な人には挨拶だけで終わってしまい心のケアにならなかった。家を失わなかった、でも家族や職場、友人等を失った人たちは、「多くの人が家を失ったのだから私たちは家がある分、つらいなんて言えない」という思いでいることを受け止めてもらえなかった。ポピュレーションアプローチの意義や展開方法を理解できない人が被災地支援に入ると、現地に求められてもポピュレーションアプローチができないことを痛感させられた。

8. 健康日本 21（生活習慣病対策）の成功と失敗に学ぶ

「健康日本 21」のいろいろな取り組みの中で一番うまくいったのは「歯」である。「8020運動」で「ブラッシングをしない」というリスクが克服されたからである。職場で歯磨きする人がたくさんいる。口腔ケア用品は業者が頑張っている。さらに、かかりつけの歯医者さんを持っている人は長生きする。これは、公衆衛生学的に証明されていて、これまでの歯科疾患実態調査結果では、80歳20本以上だけではなく、40歳、50歳などすべてのデータがよくなっている。ところが、ハイリスクアプローチ流に考えると、たとえば40歳の人たちは、次の6年後の調査では、必ずデータは悪くなる。ところが直近の調査では70歳が75歳になると、また75歳は80歳になると歯が増えている。なぜか。歯が少ない人は早く亡くなり、結果として20本以上の歯を持っている人が増えるということ。年配者への歯の検診などをやってなくても、ハイリスクアプローチなしでも成功しているところに着目してほしい。しかし、厚生労働省をはじめ多くの専門職はハイリスクアプローチが大好きで、メタボ検診を推進している。しかし、個別指導をしてもなかなか改善していない。

10年前の私は今より15キロ太っていた。減量できなかったのはなぜか。知識もあり、ヘルスプロモーション推進センター長で、妻は保健師である。やる気がなかっただけなのか。原因を詳しく検証してみると、親のしつけが厳しくて、ご飯を残せなかった。また、夜、家に帰るのは9時10時でそれから食事をする。移動は車で運動不足。飲み会も断れない性格で、アルコール依存症である。人は誰かとつながり、心に響く経験がないとダイエットのきっかけは生まれにくい。ダイエットのきっかけは、久しぶりに会った保健師さんが私の顔を見るなり「先生顔変わりました。醜くなりませんか」と言われたこと。「あんにに言わ

れる筋合いはない」と言って、半年で12キロ減量した。さらに維持できたのは妻やサポーターである。船橋市の保健師には「先生スッキリしましたね」と言われた。大切なのは「かわり、つながり、ささえ続ける」そういう環境と複数の居場所である。

こういう視点が、被災地に行ったとき持っていけば、一瞬でもいいから居場所になってあげられないかと考えることができるし、自殺対策を考えていく上でも、この居場所というのがキーワードになる。浦安市の「いのちとこころの支援対策（自殺対策）協議会」で議論を重ねるうちに、居場所とか関係性というキーワードが出てきた。議論すればするほど「居場所って、一人ひとりイメージが違う」ことが分かる。

9. 急がば回れ 健康づくりは、メタボ対策も、自殺対策も居場所づくりから

『はまってけらいん かだってけらいん』陸前高田市保健医療福祉未来図推進運動では、「支えるときも、支えられているときも、それが居場所」という視点で展開している。

私は横浜に住んでいるが、横浜よりも陸前高田で知っている市民の数のほうがはるかに多い。佐々木亮平さんが仕掛けていたのは、ともかく人と人をつなぐことであった。彼は市役所の中で知らない人間はいないぐらいである。私も街中でも知っている市民がすごく増えた。そういう環境がいかに健康づくりに大事なのか、公衆衛生活動が今後目指さなければいけないところというのを繰り返し私は教わっている。だから、支援者として入っているつもりが、実は、私は支えられていると最近思うことが多々ある。

「健康日本21」の第2次では「ソーシャル・キャピタルの向上」「地域のつながりの強化」が重要とされた。“つながり”というと「絆」を思い出すが、この字は“きずな”のほか「ほだし」と読む。「ほだし」とは「手かせ、足かせ、束縛、迷惑」の意である。これを私が知ったのは、一昨年9月に築地本願寺での思春期イベントで講演した時に、お坊さんに、「岩室さんたちの話は絆（きずな）の大切さを一生懸命言っているけど、もう一つ『ほだし』も大切にしているよね」と言われた。

ソーシャル・キャピタルを、「きずなとほだし」と訳したいと考えている。ソーシャル・キャピタルの三要素として「信頼」、「ネットワーク（つながり、結びつき）」、「お互いさま（規範。互酬性）」で、「お互いさま」がほだしの部分になる。この3つが揃っているところでは、ソーシャル・キャピタルが醸成されている。醸成されたところでは、人は健康的な行動をとり、自殺も減り、総死亡率も減る。それだけではなく、行政効率、町おこし、防災などすべてに効果があると海外の研究者が証明している。海外の研究者は日本を見て驚いている。なんで災害の時に略奪が起こらないのか。熊本でも、ブルーシートをもらうために何時間も並んでいるが、海外ではあり得ない。日本では、信頼、お互いさま、ネットワークで、いつかはどこからか届くだろうという思いがあるからである。

10. 平均寿命はこうやって延伸！

平均寿命の延伸について、震災前の陸前高田の女性にすごいデータがある。2000年の市町村合併が起こる前は、岩手県内でも中位の平均寿命（女84.5歳）で、2005年には県内

10位(85.7歳)へ、2010年には86.9歳と県内トップになった。震災前から市民と一緒にすごい活動を行っていたからである。

陸前高田での震災直後には、健康体操を始めている。仮設住宅を市民が回り、みんなに声掛けしている。保健師がやろうと言ってもなかなか出てこないが、市民の声掛けには出てくる。リーダーの一人は、漁師さんの奥さんで、ご自身も、家も船も流された。そういう方だとみんな聞く気になる。どうしてこういう活動ができるのかを聞くと、「運動は手段です。大事なのは人をつなぐこと」と言われた。誰かに言わされたのではなく、こういう市民を作るといえるのか、市民をつなぐ活動が、本当の公衆衛生ではないかと考えさせられた。

WHOの「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン」がある。自分たちでマニュアルを作ることも大事であるが、これも読んでほしい。このガイドラインには、「西洋圏では、PTSDやうつ病の観点で捉えるが、東洋の人たちは、スピリチュアル、コミュニティという観点で苦痛を体験している」と記載されている。だけどこれを読んで被災地に入る人はほとんどなく、わかったような顔でPTSDばかり言っている。「はまってけらいん。かだつてけらいん」が大事であり、どう広げていくのかを考えなければいけない。

健康体操のリーダーさんたちも「体操は手段だよ、大事なのは『はまって、かだつて』することだよ」と伝え続けている。被災地は自殺が少なくなっているのもこのような取り組みの成果と考えている。ただ、男が来ない。男対策は別のことを考えなければならない。

私は病院でHIV/AIDSの患者さんを診ている。HIV陽性者の75%はドラッグ経験者であるが、世間では特殊な人たちの問題と考えている有名人で依存症になってしまう人も出てくるがその原因は「依存不足」である。つながり不足の人は依存症の方に行ってしまう。その依存症の人たちを外来でフォローしている精神科医の松本俊彦という医者がある。彼は「俺の外来に依存症の人がいっぱい来ていて、その3割がHIVを持っているが、彼らは、HIVで死にたくないから、HIV/AIDS外来にはちゃんと行くけど、薬物依存の外来はすっぽかす」と言っていた。だから、HIVの診療をしている人たちこそが幅広くプライマリーケアとして薬物依存を診る必要があると考え、私もフォローしている。

11. 被災地に来る支援者はハイリスクアプローチ脳の人が大半??

残念ながら被災地に来る支援者の大半は“ハイリスク脳”の人たちである。こういう人たちを送り込まないようにお願いしたい。ベテランだから“ポピュレーション脳”になっているかという、そんなことは全くない。児童虐待を長く頑張ってきた方などは、被災地に送り込まれると、スクリーニングを一生懸命やって、「アンケートをやらないんですか」と言う。「いや、アンケートは手段。そこでおしゃべりすることが大事なんですよ」と言っても理解してもらえない。

熊本地震の時、新聞報道は「車中で死亡、エコノミー症候群相次ぐ」となり、超音波検査が行われる。これは、早期発見・早期対応、ハイリスクアプローチである。超音波で見つけるといえるのは、すでに血栓があるということで、本来は血栓を作らないためのポピュ

レーションアプローチが必要である。だから、心のケアをすると同時に、一緒に体操をやるうという話をしている。

1 2. 現代社会の課題：コミュニケーション

17年ぐらい前に京都で開催された日本公衆衛生学会で、当時 WHO にいた尾身茂先生が「健康づくりで一番大事なのは人と人との関係性の創出です。これが一番大きな課題です。最優先の目標は関係性の再構築に置いてください。そのために急がれるのがコミュニケーション能力の再開発です」という特別講演をされた。

今どきの若者のコミュニケーションで、おはよう、こんにちは、ただいまの挨拶ができない若者がだんだん増えている。カウンセリングは、欧米で発達した技法で、核家族が当たり前で、家に帰って酔っぱらって愚痴を言うというのはルール違反である。だから、つらいことを話すために金を払い、カウンセラーに守秘義務を守ってもらって、そして自分の想いを聞きだしてもらおう。ただ、聞きだしてもらうにはしゃべらないといけないので、ディベートというトレーニングをしている。そういう社会環境の中で生まれたカウンセリングという技法を、今の子供たちに当てはめて、子どもたちが自分の想いを吐き出せるのか。そもそもコミュニケーション能力が低く、言いたいことがないから「別にー」や「ビミョー」とか「ウザイ、キモイ」で終わってしまう。

暴走族が減った理由を新聞は「上下関係の厳しい組織に嫌気を感じて離脱する者が多くなった」と書いていた。現代人のコミュニケーションは表情を見ないまま、メール、ライン。会話無しでのカラオケ、ゲーム。一番苦勞を伴うコミュニケーションが会話になっているのではないか。スマホ、ケータイで一番の問題はメールだと思う。メールを出したら返事来るのをどのぐらい待てるか。今の子供たちは5分と待てない。既読がつくと安心し、逆に反応がないとすごく不安になる。

家の中のコミュニケーションで一番深刻なのは、家に2台以上テレビがある環境である。家族一緒にテレビを見るとことで、キスシーンやエッチシーンなどは、すごい性教育になる。

これからの健康づくり、人づくり、震災復興の基本は I E C (Information Education Communication) である。保健医療科学院の前院長の林謙治先生に教わたのだが、「情報はどんなに教育しても、増えるのは知識だけ」。例えば痩せるには「飲まない・食わない・運動する」であるが、「どういふコミュニケーション、関係性、絆(きずな+ほだし)があって、岩室さんは痩せられたんですか」って聞いたら、これはポピュレーションアプローチのプロである。特定保健指導で痩せた人は、結局はその保健師から、「えらいねえ」とか居場所を作ってくれたから痩せる気になれたと思う。痩せる環境ができたわけである。だけど、そういうことを知らないまま、「心はつらくないですか」と被災地でいくら言ってもだめである。

1 3. 犯罪予防も地域づくりから

犯罪予防も地域づくりが重要である。相模原の事件であるが、私は自治医大を卒業して、へき地医療に従事するとき、津久井の診療所に3年近く住み込みで勤務した。津久井やまゆり園に近く、千木良診療所に僕らの仲間がいて、基本的には往診などをそこが担当していた。しかし、医者が不在の時は、私もやまゆり園に往診に行っていた。やまゆり園は当時は神奈川県直営施設だったので、津久井というへき地にしばらく勤務したとしても、他に転勤があって我慢もできた。現在のように公設民営になったら現地調達となっている。その地域は自治医大卒業生を送り込まなければならないほどのへき地で、なのに公設民営化をしたことの問題点は全く議論されていないということが理解できない、ハイリスク脳、個人（犯人）を責めて終わりの日本社会である。

14. 社会に蔓延する人権侵害？ 排除の意識

社会に蔓延する排除の意識はどこにあるのだろうか。例えば、新型出生前診断は、妊婦の血液を調べれば、おなかにいる赤ちゃんに障害があるかがわかる。異常判明の96%が中絶している。敢えて言うが、これは検査を受けている人の問題ではなく、この制度を確立した専門家と行政の問題である。これと相模原の事件とどこが違うのか。エイズも差別され、障害も差別されている中で、我々はコミュニティとして何を考えなければいけないか、ということが問われている。今の社会というのは全部個人の問題にしてしまう。先日の読売新聞に、犯人は「自己愛性障害で責任能力あり」と書かれていた。自分が特別だと思っている人たちはいっぱいいる。傲慢な態度、特権意識、自分が特別、皆さんもあてはまっていないだろうか。私が言い続けているのが「犯罪予防も健康づくり」である。その発想がなぜ公衆衛生の分野にないのか。そこが何とも不思議である。刑務所に入れて、あるいは死刑にして減るのだろうか。むしろ増えている。なぜか。他人ごと意識がますます蔓延しているからである。

熊谷晋一郎先生は「自立は、依存先を増やすこと。希望は、絶望を分かち合うこと」と言っている。彼は、両手、両足が生まれた時から障害があり、脳性麻痺の電動車イス生活の東大を出た小児科医である。大ヒット曲を作ったアーティストが薬物で逮捕され、有罪判決を受けているが、その人が立ち直れたのは、有罪判決を言い渡されたときに、裁判長に「罪は償ってください。でも、私はあなたのファンです。罪を償った後、素敵な音楽を世の中に送り出してください」。そのように言われて、裁判長とつながった感じがして、薬物依存から依存しない社会に、逆にいうと、裁判長を含めたいろいろなファンに依存するという世界に戻れたと思う。

「希望は、絶望を分かち合うこと」これもすごく重い言葉である。被災直後の避難所を見れば分かる。陸前高田の第一中学校の体育館にいろいろな人が集まっていたが、そこにいるということは家が流されたということ。いつも隣にいる父ちゃんがない。それは亡くなったということ。私の娘がない。こういう無言のコミュニケーションが、ともかくここを乗り越えるしかないということにつながっていく。ともかく人と人がつながり続ける環境、何となくおしゃべりができる環境を作り続ける、だから時には泣けて、という

ものが必要になる。依存先というのを、居場所だったり、きずなやほだしだったり、関係性が不可欠である。

今日の読売新聞神奈川版の「みつめる」欄に（相模原殺傷事件、滝坂信一）「私たち大人は、障害のある人を『手助けしなければいけない存在』、自分は『手助けする存在』」と思い込んでいる。「私と『彼ら』は根本的に違う存在」という捉え方は、事件を起こした容疑者と同じだ」と書かれていた。そのとおりだと思う。感じたことを口にして、「でもそれって差別的だよな」とか、「はまってけらいん。かだつてけらいん」をあらゆる分野で広げていくことが重要だとこの先生は言っている。津久井やまゆり園を建て替えればよいというものではない。どうして横浜に作らないのか。この根本原因はなんなのか。居場所がない。関係性が壊れている。こういうところに被災地に支援に来ていただいたときに、問題がある地域でどう支えるかということを考え続けていただきたい。

15. あなたができることは？

では、あなたができることは何か。「できる事を、できる人が、できる時に、やり続ける」ことが大事。ただし、一番大事なのは現地の思いを邪魔しないこと。被災地が、非常にレベルの高いところを求めているのに、それを理解してもらえなかったという現実が陸前高田では少なからずあった。現地に入った多くの研究者が調査に入りたいと要請してきたが、研究目的の調査は、被災地にとってはかなりの迷惑である。被災地のメリットも考えた提案が重要である。

私もできることは何かを日々考え続けている中で思春期の活動を通して男たちが本当に弱くなっている現実突き当たった。その状況と突き詰めた結果を「イマドキ男子をタフに育てる本」や「中高生からのライフ&セックス サバイバルガイド」にまとめている。

われわれは“人”ではなく人と人との間に生きる“人間”という存在である。私は公衆衛生が今一番やらなければいけないのは、人と人をつなぐこと。人間は人と人との間に生きているということを常に意識し続ける必要がある一方で、そのことがストレスになることもある。そのストレスをどう乗り越えていくのかを支えるのがこれからの公衆衛生の専門家の仕事である。

児童虐待も同様で、どう扱っていいかわからなく、自分の感情を抑えられないから虐待になっている。ではその解決方法は児童相談所への通報だろうか。千葉県は児童相談所の職員の定数を増やことで対策を充実させるつもりのようなのだが、私は目指すべき方向性が違うと思う。地域づくりができる保健師を増やすこと。保健師だけではできないので、そういう意識のある公衆衛生人や事務職などいろいろな人たちが、そういう意識をもってどう地域を作っていく事が求められている。

私は、横浜でマンションに住んでいて、たまたま輪番で理事会の役員が回ってきた時、手を挙げて理事長になった。そこで飲み会をやって、高級長屋のネットワークを少しずつ広げている。当然自治会長とも挨拶し、自治会の賀詞交換会にも出る。そこで知り合った中学校の養護の先生に、「性教育に呼んでくれないか」と言って、その中学校に講演に行く

ようになった。そうやって、できる人ができるところからやり続ける。職場でも地域でもよい。そういうことができる人を是非被災地に送り込んでほしい。そういう人は本当に臨機応変に現場のニーズに応じてくれる。「こうあるべき」ではなくて、あなたができること、あなただからできること、ウォーキングが得意な方はウォーキングで人をつないでいただければそれでいい。徹底的にやれば必ず真髓が見えてくると思う。

16. まとめ

被災地で一番大事なのは心の健康である。今被災地は仮設住宅から移行している段階で、また新たなコミュニティづくりをやらなければいけない。そのコミュニティづくりに奔走しなければいけない今の時期に、実は国から普通に事業が下りてきて、業務量に苦勞している。その中でも、陸前高田は幸い市民力がすごい。浦安も市民力はすごくて、健康寿命がちゃんと伸びてきている。結果は後からついてくる。でも証明はできない。こうやって保健が、保健師が中心になって地域づくりをしていく、これを当たり前のように普段から皆さんのところでやっていただければ、実は災害の時にあまり苦勞はされないと思う。そんな思いで今日1時間半話させていただいた。長時間ご清聴ありがとうございました。

【質疑応答】

質問1) 今それぞれの自治体で、災害対策の計画を作っているところである。講演の初めに「経験したことのないことはできない」と言われ、「ああその通りだなあ」と思ったが、では何から手を付ければよいのか。私は品川区に勤めているが、町会の中でやってくれる人がいるんだろうなと思いつつ、その中で行政って、どのような役割を果すのだろうかと思って。何かヒントでもあれば教えていただきたい。

回答1) マニュアルを、いろんな自治体が災害の時のマニュアルを作っているが、ほとんどがハイリスクアプローチで、それこそDMATに準じたようなものである。正直なところ、その発想はマニュアルがなくてもほとんどの方ができる。できないのは、ポピュレーションアプローチの地域づくりの発想である。私は災害のマニュアルを作るとしたら、一つは最初に総論を書いて、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを書く。被災地に行く前に皆さんの中で頭を整理しておいてほしい。現地に行ったらハイリスク脳で、色々なことを指示されると思う。それは是非やってほしい。でもポピュレーションのところは、何ができているのかよく考え、見ていただきたい。例えば、私が陸前高田で何をやったかというと、会議の運営をやりました。いろんな人たちが来る中で、会議をどうやって運営していくのか、それぞれの意見をどう聞きだしていくのか。これは震災前からいろいろところで計画づくりとか、会議の運営、会議の仕掛けとかをやっていたからできた。会議を一度も運営したことがない人は、その会議でどうやって発言を引き出せばいいかわからない。被災地で必要になるのは大きな意味でコーディネーター機能である。

コーディネーター機能の必要性について日常の活動の中で皆さんの現場では議論されているのだろうか。介護保険で生活支援コーディネーターが出てきている。これは保健師の職

を奪うと考え、いろんな所で「保健師はなくなる」と言っている。昔は生活支援コーディネーターを保健師がやっていたのに、放棄するからこういう職種を社会が求めることになる。実際に生活支援コーディネーターの中にはすごくいい仕事をやってくれている人が少なくない。浦安は幸い、保健師といい役割分担をしてやっているが、全国的にはどうも違う印象を持っている。日々の業務を見直す中からマニュアルをつくらないと、実際には役に立たないと思っている。

質問2) コーディネーターの話に関連して、地域包括支援の関係ですが、これから、医療計画の中で、どんどん患者さんが町中に帰ってくる。それを引き受けられる地域をつくらなくてはいけないが、その辺の話も触れていただければありがたい。

回答2) 生活支援コーディネーターはなぜ必要なのかというと、あるはずの社会資源を、周りが知らないから、退院できるはずの人が帰れない。今年の「地域保健」3月号を参照していただきたいが、豊中市ソーシャルワーカーの勝部さんは「断らない福祉」と言っている。「私は出来ないけど、私ほうまく動けないけど、じゃあ誰につなごうか」という、これがコーディネーターである。誰につなげばいいかを動き回る。みんなが動き回っていればコーディネーターはいらない。浦安は4km四方のコンパクトなコミュニティであっても人口16万人いるから、お互い知り合えていない。そのなかで一番知り合えているのは市民である。市民の方々が、介護予防団体をつくり、いろんな活動を行っている。そういう市民協働をどんどん作っていけば、人と人がつながる。市民協働社会を作るためには市民が生活支援コーディネーター的な動きをしなければならない。今会場から「浦安には地域包括ケアシステムがある」という発言がありましたが、こう言える市民を作らなければいけない。本当に浦安はすごいと思う。