

第 3 部

今後に向けて

女川町、釜石市、いわき市といった被災自治体に対するヒアリングの概要と、本事業の委員長である東北福祉大学大学院・小笠原浩一教授へのインタビューを掲載。また、調査から得られた情報を踏まえ、在宅介護事業者の全国団体である民介協として、行政に対して被災地の復興および地域の福祉防災力の向上に向けた提言、問題提起を行います。

宮城県女川町

【インタビュー実施概要】

□日 時：2012年8月29日

□インタビュー協力：女川町 健康福祉課参事 佐藤 毅さん、同健康福祉課技術補佐 三浦 ひとみさん、女川町社会福祉協議会事務局長 佐々木 茂博さん

女川町の被災状況

宮城県の沿岸部に位置する女川町は、津波による大きな被害を受けた。震災前の人口は10,014人であったが、震災後の人的被害は死者565人、死亡認定者256人、行方不明者6人にのぼり、家屋への被害も4,411棟で発生している。

水道は3月中、電気は4月7日に復旧したが、余震の影響で復旧が再度遅れ、最終的な水道と電気の完全な復旧は4月中旬と、ほとんどのインフラの復旧が5月の連休明けまで延びてしまった。

女川町では、高齢者のなかに1960年のチリ津波の経験を持つ人が多く、当初の津波情報の予想では波の高さも低かったため、18メートルの津波の襲来に対応できず、避難所も被災してしまう悲劇となった。結果として、被災者の7割が65歳以上で、特に75歳以上の被災者が多かった。

震災直後の対応

町の中心部が大きな被害を受けたため、東日本大震災当日の夜には、約2,500人も避難者が高台にある総合体育館に押し寄せた。町では、総合体育館内に救護所を設置し、歯科医師を中心に被災者の手当てにあたった。

震災3日目の13日には、慢性疾患を抱える人たちが、持病の薬が手

元がないことに不安を覚えはじめ救護所に殺到した。そのため、処方箋薬が不足。その解消のため、町の職員が内陸の市町村へ市販薬の買い出しを行うなど対処したが、抜本的な解決に至らず、最終的には、15日に米軍のヘリコプターによる救援物資の投下が始まってから解決した。

要介護者の支援に向けて動き出した時期

震災4日目の3月14日より、要介護者へのケアを行うため、一般の避難者と同居が難しい要介護者を地域福祉センターに移動させ、福祉避難所の認定を行った。その他、町内30ヵ所の避難所にいた要介護者についても、町が情報を集約し、適宜、福祉避難所に集約してケアを提供した。

福祉避難所の開設当初は、要介護者11人、家族2人に対し、町の職員5人と社会福祉協議会のデイサービス職員8人がサービスにあたった。福祉避難所は9月まで設置されていた。

また、女川町内には障がい者のための支援施設がなかったため、障がいのある人は石巻の施設に搬送し、透析が必要な人については、町が車を手配し石巻赤十字病院までの通院を支援した。

外部からの支援の受け入れ

石川県や鹿児島県から長期にわたる支援があり、非常に助かった。ま

た、民介協の訪問入浴サービスの提供も、電気も水もない状態での支援であったため助かった。

今回のような緊急時には、長期かつ組織的な支援が非常に有用だと感じた。事業者団体等の組織的による支援の場合、支援団体側で各自に人員のローテーションを組み支援を進めてもらったので、引き継ぎがうまくいったように思われる。

介護スタッフは、震災当初から不足していたが、宮城県の介護福祉士会が3月19日以降、支援スタッフを送り込んでくれた。その際、介護福祉士の資格を持つ支援スタッフが夜勤を担当してくれたため、震災以降、働きづめだった町内の介護職員がようやく休息を取れるようになったのは大きい。

支援を受けるにあたっては、通信手段が衛星電話しかなかったため、町内の被害情報を外に発信することができず、十分な支援を得ることが困難であった。他の自治体からは、FAXやメールで支援要望を送ってもらいたいと言われたが、これらの機器が使えないため、情報を発信することができなかったという事情がある。また、あまりにも被害が大きくなり、被災者の捜索活動の妨げになることを防ぐため、個人のボランティア募集を広く公にすることも不可能だった。

外部からの多数の支援の申し出に対して取捨選択をしている時間がなかったため、各部署で支援の必要性や受け入れの有無を判断する体制を

自治体、団体からの支援一覧

★女川町資料より作成

時 期	支援者	ルート	延べ人数	業 務
3/19 4/1～5/31	宮城県介護福祉士会 日本介護福祉士会	事務局長、会 長、県	79人 (介護福祉士)	福祉避難所避難者への見守り声掛け、移動介助、夜間の排泄・歩行介助等
3/31	女川町立病院	直接	22人 (介護福祉士)	福祉避難所避難者への見守り声掛け、移動介助、夜間の排泄・歩行介助等
4/5	石川県	宮城県	126人 (保健師等)	避難所の感染症対策、健康情報の収集、保健指導
4/6	鹿児島県	宮城県	8人(医師、保 健師等)	住民の心のケア、保健指導、事業の企画
4/29～ 11/18	神奈川県介護支援専 門員協会	ばんぶきん株式 会社	170人	避難所における65歳以上高齢者の実態把握訪問調査 津波被災のない地域の65歳以上高齢者の実態把握訪問調査 仮設住宅入居者健康調査
4/30～5/10 6/24～7/31	日本介護支援専門員 協会	日本介護支援専 門員協会理事	240人	避難所における65歳以上高齢者の実態把握訪問調査 津波被災のない地域の65歳以上高齢者の実態把握訪問調査 仮設住宅入居者健康調査
5/14	女川町立病院	直接	22人 (PT / OT)	福祉避難所避難者へのADL評価、集団リハビリ指導、個別リハビリ指導等
5/27	民介協	ばんぶきん株式 会社	236人	避難者への移動入浴支援(個別入浴支援)
6/30	世田谷ボランティアセ ンター	女川町社会福 祉協議会	131人(看護師、 介護福祉士)	○看護師⇒避難者の健康管理 ○介護福祉士⇒避難者の見守り、声掛け、移動介助、排泄介助等
7/2～8/29	女川町ボランティアセ ンター	女川町社会福 祉協議会	58人(看護師)	避難所避難者への夜間緊急対応

整えた。その結果、迅速かつ現場のニーズに即した支援につながったと思う。

震災から得られた教訓と今後の課題

1) 教訓

東日本大震災以前から、要援護者リストの作成に着手しており、予定では2011年の秋には完成することになっていたが、消防、警察などに情報を開示する前に東日本大震災が発生してしまった。

また、女川町独自の事業として、冷蔵庫に備蓄する緊急医療キットを各世帯に配布する予定だったが、発送前に津波により流出してしまったため備蓄はすべて失った。

本町の場合、支援物資の備蓄場所となる公共施設が町内の学校などに限られてしまう現状がある。そのため教育委員会等との調整が必要となり、今後の物資備蓄の実現には時間がかかるかもしれない。

さらに、大規模災害に対処するためには、行政、自治会、民間企業が事前に協力関係を構築し、そのなかで行政は、連絡、意思の疎通、情報共有などの支援を行うコーディネーターとしての役割を担う必要があると考えている。

2) 今後の課題

2011年の5月から11月にかけて仮設住宅への入居が始まったが、震災前の地域コミュニティが復活していない状況が続いているのが現状

だ。

そのため町では「女川町地域ささえあい体制づくり」として、新規に雇用したことから専門員および生活支援相談員により在宅高齢者を含めた見守り支援を行っている。仮設住宅が設置されている地区を含めて町内全地区で自治会がようやく復活したが、復興公営住宅の完成後は、住民が再度バラバラになってしまう可能性が高く、改めてコミュニティ再生を進める必要がある。

町の再生には、「町民が支えあい誰もが生涯いきいきと暮らせる町にする」という共通の目的のもと、会合を定期的に持ち、住民全員で地域づくりを行うことが重要だと考えている。

岩手県釜石市

【インタビュー実施概要】

□日 時：2012年8月31日

□インタビュー協力：釜石市 保健福祉部 高齢介護福祉課課長補佐 白澤 涉さん、同高齢介護福祉課 地域包括支援センター 川崎 達日さん

釜石市の被災状況

釜石市における地震と津波による死者・行方不明者は1,041人にのぼり、約4,600戸あまりの建物が全半壊するなど甚大な被害を受けた(2012年8月現在)。ピーク時には市内に88ヵ所の避難所が開設され、約4万人の市民のうち要介護者を含む1万人近い人たちが避難生活を強いられた。

また、今回の震災では市内に22ヵ所ある介護事業所のうち約3割が地震や津波により被災し、市北部にある鶉住地区の養護老人ホームでは2人の入所者の方が亡くなるなど、高齢者介護の現場も大きな影響を受けた。

今から振り返ると、被災から1ヵ月間は目の前の問題対応に忙殺され、その後、6月ぐらいには少し落ち着いてきて、お盆の時期には一段落したという印象だ。現在は、復旧から復興に向けた局面にさしかかっており、庁内も再び慌しくなっている。

震災直後の対応

震災当日は高齢介護福祉課や地域包括支援センターが入る保健福祉センターの1階部分がすべて津波の被害を受け、ライフラインも遮断されてしまった。水が引いてから外に出て状況を把握しようとしたが、出入口が押し流されてきた瓦礫でふさが

れてしまい、避難してきた多くの市民とともに、翌朝まで建物内に缶詰状態となった。

通常、災害発生時には、市や地域包括支援センターの職員が高齢者などの要援護者の状況把握を行うが、今回は災害の規模が極めて大きく、物資の調達や遺体の対応など行政としてやらなければならないことが多かったため、安否の確認等を直ちにできる状況ではなかった。

要介護者の支援に向けて動き出した時期

初動の対応が少し落ち着きを見せた震災発生から1週間くらいが経過した時期に、被災をしていない市内の介護事業者ら関係者が集まり、情報共有のための会議を行った。その会議では、事業者の被災状況に関する情報が交換され、利用者宅を訪問するためのガソリンの確保などが問題として挙げられた。

また、3月中旬には市の災害対策本部からの指示に基づき、すべての避難所を訪問し、避難者のうち介護が必要な方や精神的に不安定な方に関する情報の収集を行った。その後、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が協力をして、在宅の方を含む高齢者全体の状況把握に向けた調査を実施した。

なお、大規模な状況把握を進める前に、庁舎の近隣に住む要援護者については職員が直接訪問して安否確認を行っており、避難所の要介護者に対しては市内の事業者と協力して

ケアを提供してきた。

外部からの支援受け入れ

震災翌日の3月12日には日本赤十字社の医療チームが入り、その後、順次、自衛隊などの支援が始まる。介護事業者団体や専門職団体からの支援受け入れについては、市の社会福祉協議会にボランティアセンターを立ち上げ、そこが窓口となって対応した。2012年8月現在でも青年海外協力隊や全国心理業連合会の人たちが、仮設住宅に住んでいる高齢者を対象に介護予防教室やカウンセリングを実施している。介護予防やPTSDのケアなどの経験がある専門家を派遣してもらい、非常に助かっている。

一般のボランティアの受け入れについては、これまで多くの団体から支援の打診をいただいたが、特に必要のないものに関しては支援を断っている。災害ボランティア等の経験が豊富な人が中心となって活動するのであれば問題はないが、あまり支援経験のない人の場合、こちらからいろいろと依頼するのは少し不安な面がある。また、支援に来ていただけるのは非常にありがたいのだが、その一方でコーディネート(場所の設定や必要な物資の調整、日程調整等)をすべて行政に任せられても対応しきれないというのが現状だ。



被災した釜石郵便局

要介護者を取り巻く 状況の変化

要介護の認定状況を見ると震災前には認定率が17%台であったのに対し、震災後は19%台まで上昇した。避難所等での不活発な生活により元気な高齢者が要介護状態になってしまった可能性がある。しかし増加した分すべてが介護保険サービスの利用につながっているわけではなく、被災地に1人で暮らす親などを心配し、介護が必要なときにすぐにサービスが受けられるよう、家族が認定だけでも受けさせるというケースが増えているのではないと思われる。

また、避難所から仮設住宅への移行が進むにつれて、環境の変化に伴って認知症が悪化したり、社会的孤立の状態となる人が多く見られ

た。そうした問題に対応するため、本市では東京大学などと連携し、平田地区など一部の仮設住宅にサポートセンターを設置している。仮設住宅のなかに福祉拠点を構築するという考えは、2011年の4月からスタートした。中越の地震の際に同センターが高齢被災者の孤立防止やADLの維持に役に立ったという話を研修等を通じて職員が共有していたことが、設置に向けた動きがスムーズに進むきっかけとなったのではないかと。

震災から得られた教訓と 今後の課題

1) 教訓

今回の震災を踏まえて高齢者の津波被害を防ぐために根本的に必要なことは、高台などの安全な所に住ん

でいただくことではないか。また、近所でお互いに声をかけ合うことができるしくみづくりも必要と思われる。

支援体制については、介護版のDMATのようなものがあればよい。たとえば、災害発生直後には（医療の）DMATが救急医療を提供し、その後、福祉避難所に移行した段階で介護版DMATがケアを行うといった流れが構築できれば、要介護者のADLの維持等に非常に有効であろう。

2) 今後の課題

現在、仮設住宅から復興住宅へと移行する準備段階だが、復興住

宅に移行した後の要介護者の見守り体制や介護体制をどのように構築するかといった点が非常に難しい。これまでサポートセンターの職員や仮設住宅の住民と新しい人間関係を構築してきた人が、復興住宅に入居することによって地縁・人縁が失われ、社会的孤立が進む可能性もある。孤立死や自殺等のリスクが高まると予想されるなかで、行政として切れ目のない支援の必要性を感じている。

また、これまで、ボランティアなどの多くの支援を受けて生活していた方たちが、支援がなくなった後に自立した生活ができるのかという点にも不安を感じる。本人のためにも今後の自立した生活を見据えた支援が必要であり、本市としては今後も高齢者の介護予防を重視した取り組みを進めていきたいと考えている。

福島県いわき市

【インタビュー実施概要】

□日 時：2012年11月6日

□インタビュー協力：いわき市 保健福祉部 長寿介護課介護予防係係長 大谷 奈美さん、同保健福祉部長寿介護課企画庶務係主査 青木 健一さん

いわき市の被災状況は？

いわき市の被災状況は沿岸部と内陸部で大きく異なる。沿岸部は津波による被害が大きく、多くの住民が長期間の避難生活を余儀なくされた。一方、内陸部では、3月11日のほか4月11日の余震の被害が大きかった。今回の震災により亡くなった方は430人、建物被害は全壊から一部損壊まですべて含めると90,482棟に及ぶ（本市災害対策本部週報、2011年12月5日付）。

また、原発事故の風評被害に伴い、市内の物流機能が大きく麻痺し、さまざまな物資が不足した。特に困窮したのがガソリンである。国からの被災自治体に対するガソリンの供給はすでに3月16日より始まっていたが、運搬先が郡山市とされたため、約70キロ離れた郡山市までガソリンを受け取りに行かなくてはならず、市全域にガソリンが供給されるには時間がかかり、その間、職員の通勤や在宅介護事業者のサービス提供に大きな支障が生じた。

震災直後どう対応したか？

翌日にはすでに避難所が127ヵ所開設され、各避難所へ市職員を配置して、食料等の物資の提供を行うとともに、避難者からさまざまな要望を聞き取るなどし、各地区の保健福祉センターに情報を集約させ、被災者のニーズ把握に努めた。

高齢者のなかには、認知症の重度化や徘徊など、一般避難所での対応が困難な人も出始めたため、市内に1ヵ所、医療・介護専門のケアを提供する避難所を開設した（開設時期は3月17日～5月31日の約2ヵ月、実利用人数は34人）。そこでは、DMATやJMAT、市医師会による医療提供のほか、介護ボランティアが24時間体制でシフトを組み、介護や医療が必要な避難者に対して支援を行った。

本市では災害に対する地域防災計画は策定されていたものの、東日本大震災のような大規模な災害の発生を想定した具体的なマニュアルとはなっていなかったことから、震災直後は、避難等の状況について、その全体像を把握することが困難であった。

要介護者の支援はいつ開始したか？

長寿介護課では、震災発生後から高齢者の安否確認と施設の状況確認に追われた。在宅高齢者の安否確認については、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等と連携して行った。

民間の介護サービス事業者については、地震・津波による被害のほか、原発事故による避難やガソリン不足によって、サービス提供を中止せざるを得なかった事業所が発生した。原発問題が表面化するにつれて、サービス事業者の職員が市外に避難したことによる人員不足やガソリン

不足が生じ、自動車を利用者宅まで訪問することが不可能となった。また、断水等の影響により、サービス提供の中断を余儀なくされた事業者があった。民間の在宅介護事業者のサービス再開時期は、ガソリンが十分供給されるようになった後の3月終わりから4月の初めが多かった。

このような状況から、震災発生後から3月末までは、地域包括支援センターと稼働可能な各種サービス事業所、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、地域住民を含むボランティア等が連携を図り、在宅や避難所の要介護者等の支援にあたった。

外部からの支援をどう受け入れたか？

震災翌日の3月12日にDMATおよびJMATが市内に入り、市の医師会と連携をしながら避難所を巡回し、診療を行った。

また、市、社会福祉協議会、市内の民間ボランティア団体（災害ボランティアいわき）の3機関で協議し、介護ボランティアの募集や避難所の支援、福祉施設に対する給水車の貸し出しなどを行うボランティアセンターを3月16日に立ち上げた。本来であれば震災の翌々日の13日に立ち上げる予定だったが、原発事故が生じたため、ボランティアへの安全配慮から、立ち上げ時期を延期せざるを得なかった。

4月4日、ボランティアセンター機能を社会福祉協議会に移転し、一般のボランティアの受け付けを開始

した。現在までに、市内外からのべ60,000人近いボランティアの支援を得て、約8,000世帯に対し、家屋の片づけや清掃の手伝いを実施した。大規模災害だったため、ボランティア数に対して被災者のニーズの数が多く、マッチングに苦慮した。

8月8日には、それまでのボランティアセンターの機能を、生活再建活動を主目的とした復興支援ボランティアセンターへと変更した。現在は25人の生活支援相談員を中心に、仮設住宅や民間の借り上げ住宅、雇用促進住宅を含めた2,177世帯(2012年10月末現在)に対して戸別訪問を行い、安否確認と生活相談を実施している。また、被災高齢者のみならず地域住民との交流の場として、仮設住宅等の集会所において交流サロンを定期的に開いている。

個別訪問を始めたころは、心の声を聴くことができなかったが、訪問を重ねるにつれて、信頼関係ができ、悩みや相談を打ち明けてくれるようになった。

要介護者を取り巻く状況は？

本市では、いまだに多くの被災者が応急仮設住宅等一時提供住宅での生活を余儀なくされている(2012年11月現在)。一時提供住宅での生活長期化によりADLが低下する高齢者も発生している。従来は広い戸建ての家に住んでいた高齢者が、1K等のアパートに移るなど住環境や地域環境が変化したことにより、活動量が低下していることが一因と思われる。要介護認定率も震災前に比べると上昇傾向にある。

現在、高齢者の地域での孤立や閉じこもりを防ぐため、地域包括支

援センターと社会福祉協議会、地域ボランティアが連携して、高齢者が積極的に参加できるサロン等を実施している。加えて、かつての沿岸部の住民が市内各地の一時提供住宅等に点在してしまっているため、交流サロンを立ち上げ、沿岸部に居住していた人たちに集ってもらい、シルバーリハビリ体操などの介護予防事業と交流事業を開催し、ADLの維持や社会との関係づくりを支援している。

また、各地区の地域包括支援センター、保健福祉センター、民生委員、社会福祉協議会で情報交換を行いながら、地域内の高齢者のみ世帯と高齢者独居世帯などの情報把握と早期支援に心がけている。

震災から得られた教訓と今後の課題

1) 教訓

今回のような大規模な震災においては、個人レベルの対応が非常に難しいと感じた。行政が単独で支援を行っても、個人の生活部分までは十分に対応できない面がある。そこで、行政と地域包括支援センター、あるいは、地域包括支援センターと民間事業者とのネットワークを強化し、個々の住民の課題にアプローチしていくことが重要だ。

2) 今後の課題

本市が他の被災地と大きく異なっている点は、震災以降、人口が増加傾向にあることだ。これは原発事故により、市外から本市に避難する人が増大したことが大きな原因と考えている。震災以降、市内から市外に避難した市民が7,417人であるのに対し、市外から市内へ避難してきた方々は23,867人となっている

(2012年11月現在)。

地域づくり支援を担う行政や地域包括支援センター、社会福祉協議会としては、従来からのコミュニティ住民と被災者、市外からの避難者が地域で交流できるよう、連携しながら調整の役割を果たしていかなければならないと考えている。

また、市外から避難してきている方のうち、介護サービスを必要とする高齢者については、避難元市町村と情報交換しながら、迅速かつ正確に状況を把握し、介護サービスにつなげていくことも重要だ。加えて、高齢者の閉じこもり予防、介護予防についても、今後も引き続き行わなければならないと考えている。

東日本大震災で見えてきた 介護システムの問題点

東北福祉大学大学院総合福祉学研究所
教授・経済学博士 小笠原 浩一

東日本大震災に伴う被害は、従来の介護の概念を大きく揺るがした。未曾有の大災害から浮き彫りになった災害時介護のさまざまな問題点や、考え得るその打開策などについて、委員長の小笠原氏より話をうかがった。

行政機能自体が消失するという 未曾有の大規模災害のなかで

災害・危機管理の権威 E.L. クァランテリは、災害を被災の重篤度によって「クライシス」「ディザスター」「カタストロフ」に区分しています。東日本大震災は、地域基盤構造の壊滅、行政機能の不全、日常生活機能の断絶、隣接地からの支援不能を特徴とする「カタストロフ」に分類されます。1995年の阪神・淡路大震災、2004年の新潟県中越沖地震は「ディザスター」です。日本では空前の大災害が今回起こったわけです。

特に地元自治体では、基本的な施設や庁舎機能の損壊にとどまらず、首長はじめ多くの幹部職員の被災、職員の犠牲などで、発災急性期に組織的な対応が不能となったところもありました。もともと高齢化・規制緩和・公共事業抑制などの流れで専門技術系職員が不足気味になっていましたが、この大震災でそうした偏りも浮き彫りになっています。

県行政も、被災現地の状況把握やそれに基づく国との迅速な対応調整などが十分ではなかった面もあるし、国の復興構想会議の性急な復興議論の進め方が関係県を翻弄した面もあります。そのなかで厚生労働省は、相双地域で短期間に大量の入院患者を遠距離移送し、直接職員を派遣し支援拠点を構築するなど高度な対策を遂行してきました。復興過程では、縦割り行政や硬直的手続きが、被災者の自律を阻むことにもなっており、被災者に行政忌避心理さえ出てきていることを、災害時の行政執行のあり方再検討の糧とすべきです。

支援については、被災沿岸部は国道の幹線が1本しかなく、内陸とは肋骨状の肢道でつながる地形構造のために、海路も使えないなかで、各被災地・集落の分断孤立が深刻でした。災害備蓄も不十分でした。物資の拠点となるコンビニやスーパーも多くが流出し、内陸部でも流通不全などで、急性期はほとんど機能していませんでした。周辺農家の自然備蓄品や各家々の米野菜類が助け合いに意外に役に立ち

ました。日ごろから世帯内に余裕の備蓄をしておくことが重要です。

一方、全国から経験豊かなコーディネーターが集結しました。コーディネーターには、被災住民の状況やニーズを把握し、同じレベルの情報を全体に流通させるなどのメディア機能が求められますが、刻々変化するニーズや住民の心の状態の把握は容易ではなく、外部コーディネーターには限界がありました。今回のようなカタストロフ状況への対応は、まずは住民自身の相互協力の力が第一です。ふだんから地域住民のなかに育まれる相互支援の力の可能性を災害対策でも十分検証する必要があると思います。中越沖地震の際も、結局は、集落ごとのまとまりが帰還への各段階で機能しました。

全国から集まったボランティアに対するコーディネートについても、事前に深刻な被災の現実と向き合うための心構えを教育するなど適切な事前情報の提供が大事ですし、ニーズに即した的確な人員配置など、専門的な調整機能が重要なことを痛感します。発災急性期から移行期には社会の総がかりの力の結集が不可欠です。行政や社会福祉協議会が中心に仕切ろうとしても、みんなの自発性を妨げるだけです。なかには週末に休んでいる社協があつたりして驚きました。行政・社協は事務局提供など後方支援に徹し、活動の実際の手配・調整機能の中核は民間の手に託すことが望ましいと感じました。

すでに、国連専門機関常設委員会や国際赤十字・赤新月社が、世界的災害や危機管理の教訓に基づき、大規模災害発生から3年経過時点までの経時工程的な包括支援ガイドラインを、2007年・2009年に策定しています。わが国の災害対策は防災・減災中心です。「人間の安全保障」を中心に組み立てられた国際基準を、行政もボランティアを含む民間も、もう少し勉強する必要があります。

「介護版 DMAT」に求められる 災害急性期介護のあり方

発災急性期では、医療と介護の統合的対応や恐怖

緩和の心理対応など、介護保険法で定義される「介護」の概念を超えた複合的なケアが必要になりました。処置と予防が同時進行します。日赤石巻病院などのように医療は驚くほど頑張りましたが、医療から介護への橋渡しが難しかったです。DMATの介護版（災害緊急介護チーム）が必要で、DMATと一体連携で機動的に動くことのできる組織性が必要です。なお、建物倒壊による負傷などを想定するDMATは、今回の津波被害にはうまく機能しなかったという評価を口にする人々もいますが、それはまったく実態を視ていません。DMATには救命のプロのほかに衛生看護やロジスティクスの専門家が張り付いています。その機能は非常に強力でした。

例えば、宮城県には災害広域医療コーディネーターがいて、日赤（現東北大）の石井正先生のような活躍ぶりでしたが、これと連携できる災害広域介護コーディネーターのような認証制度が必要だと感じました。関連して、地域に張り付いた居宅サービス系事業者のネットワーク化が重要です。介護保険に調整基金がありますが、災害時のコーディネーター活動費用はここから支出するというしくみをつくることは、政策技術的には難しくありません。

DMATにあるロジスティクス機能と同様の機能を災害緊急介護チームにも備え、そこに、例えば民介協のような民間介護事業者の全国組織がかかわることができれば、強力なものになりますね。

一方、今回は、ケアマネジャーさんの多くが被災したり、あちこちに避難した利用者さんとの連絡がなかなか取れず確認にとまどったりといった問題が深刻でした。医療圏に相当するような広域のケアマネ調整センターのようなものを創設して、ケアマネジャーネットワークの強化が必要かと思います。

潜在する介護専門職の ポテンシャルを活かせるしくみづくりを

もちろん個々の介護施設では、私の知るだけでも定員の2.5倍といった受け入れ超過状況で懸命のケアが行われました。それもあって施設外への活動は

難しかったようです。無理もないことですが、全国からの支援も低調でした。

介護専門職がどう動けばいいか、どの範囲まで動けばいいのかについての決まりや現場裁量がないために、二の足を踏んでしまうケースが多かったように思います。介護専門職のネットワークのあり方や専門技術の中身について、今後の検証と改善が必要



牡鹿半島入り江にある集落・給分浜。津波により大きな被害があり、交通が途絶。一時孤立状態となった

でしょう。簡単に言えば能力高度化と仕事裁量の拡大です。専門士、認定士についてはすでに関係方面で議論が進んでいますが、災害時に必要となる能力（知識と技能）はそういったものをすべて包含していますので、特別の研修・認証の制度を設けるといった新たな取り組みが必要です。

涌谷町民病院のように沿岸部への後方支援で活躍した医師のなかでは、医療の次段階に介護が控えているという態勢、医療を理解して介護ができるスタッフの存在を求める声が多いです。引き継ぎとしての介護体制があればこそ、医療ももっと十全に機能し

ます。医療・介護連携は地域包括ケアの核心部ですが、具体的に議論すべき課題が今回見えています。

また、介護の有資格者は増加の一途です。社会的制度に基づき、社会の費用負担も加わった形で、資格認定された方々です。その資格がずいぶん眠っています。災害時にそうした身近な資格を活かすしくみづくりも必要です。社会が認定した資格は社会の



ために活かす。単なるお飾りや個人資産ではないのです。例えば、資格取得時に地域介護データバンクへの登録を勧奨するといったしくみをつくり、資格保有者の職業意識や貢献意識の向上を促すといった取り組みも必要なのではないでしょうか。

地域コミュニティ再生のノウハウを取り入れたランドデザインが必要

国際的には、生活環境の整備と心身一体の健全性維持を包括的に進める心理社会支援 (psycho-social support) モデルが確立しています。日本では、ハー

ドとソフト、ソフトでも身体と「心のケア」を切り離してしまいます。長期にわたって一体的にバランスよく支えていく手立てが必要です。長期的・継続的な包括ケアの視点です。

もちろん医療と介護と生活支援、そして前提としての相談援助が統合的に働くしくみが必要です。人生の突然の途絶、喪失による深い悲嘆と失望、そこから立ち直ろうとしている被災された皆さんの前に、専門職と呼ばれる皆さんが上から目線で立ちただかっちはいけません。本当の専門家は、一緒にいてねいに問題解決に知恵を絞る仲間なのです。

瓦礫もまだまだ片づけられておらず、土地利用計画もなかなか進まず、被災地・被災者生活の今後を展望した介護のあり方について議論するのは、正直なところ早すぎます。

ただ、復興への息吹きや期待感が報じられていますが、時間経過とともに「生きづらさ」は増していきます。被災者の自律への障壁を取り除き、環境整備し、支え・支え合う実感を取りもどせるような心の共属の空間づくりを最優先にしたコミュニティー推進が肝心です。釜石の平田サポートセンターの取り組みなど参考になる事例も見られます。被災者のニーズ実勢に敏感で、何が問題解決への糸口になるか、どうやって道筋をつけていくか、デザインし、胆力を持って行動できる人材が必須です。見渡せばあちこちにそうした人材がいます。

同時に、阪神・淡路大震災や酒田大火からの復興で得られた教訓は、焦燥感に駆られた外見優先の復興では、必ず地域空洞化につながるということです。人と暮らしの持続的復興という俯瞰的な地域将来像を描きながら、そのなかで、介護や医療の役割と責任を位置付ける広い視野が大事ではないでしょうか。

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科
教授・経済学博士 小笠原 浩一

東北福祉大学大学院総合福祉学研究科教授・経済学博士。ラウレア応用科学大学(フィンランド)国際諮問委員・研究フェロー。1985年、東京大学大学院経済学研究科博士課程修了。埼玉大学経済学部助教授、同教授を経て、2005年より現職。この間、日本学術振興会特定国派遣研究者(Cardiff Business School, University of Wales)、タイ王国チュラロンコン大学大学院労働・人的資源管理国際コース招聘教授など歴任。

問題提起

本年度実施した調査研究事業の成果を踏まえ、大規模災害発生時における要介護者のADLならびにQOLの維持、および被災地の在宅介護サービス提供体制の迅速な復旧に資することを目的として、いくつかの問題を提起したい。

1. 被災地の現状にかかる提言

(1) 要介護者の「住環境の変化」に即した

シームレスな支援の実施

- 東日本大震災の被災地においては、住み慣れた自宅から避難所へ、また避難所から仮設住宅へと在宅の要介護者の住環境がめまぐるしく変化をしました。加えて津波被害や地域外への住民の流出によって既存のコミュニティが崩壊した地域も多く、旧来の地縁・人縁を失った要介護者も多数存在します。
- このような周辺環境の大きな変化のなかで、避難所などで不活発な生活状態を強いられることによりADLが低下してしまったり、アルコール等への依存や認知症が悪化する要介護者が散見されました。
- また、仮設住宅においては、生活不活発病や認知症、依存症の問題に加え、旧来の地縁・人縁が失われてしまった方のひきこもりや社会的孤立が進み、孤立死や自殺なども発生しています。
- 将来的に仮設住宅から復興住宅への移行が進めば、今以上に要介護者の実態把握が難しくなることが予想され、併せて、仮設住宅で新たに構築されたコミュニティが再び崩壊してしまうリスクもあります。
- 広域災害においては、避難所から仮設住宅、復興住宅・地域外への移転など高齢者や要介護者の住環境に大きな変化が生じることを踏まえ、シームレスな支援を進めていくことが必要

です。

- その際には、行政による全体的なマネジメントのもと、「参画」「協働」をキーワードに民間事業者を含めた多様なリソースを結集した支援を行うことが求められます。

(2) 在宅介護サービス提供体制の

早期復旧に向けた支援の強化

① 支援事業者の活動を

資金面で支えるしくみの必要性

- 震災発生後の比較的早い段階から、事業者団体や専門職団体などによる被災地の介護事業者に対する人的、物的な支援が行われ、民介協でも宮城県女川町の会員事業者に対して訪問入浴車両と介護スタッフを派遣し、2011年8月まで継続的に支援を実施しました。
- 被災地支援のために派遣された人材のなかには、被災事業者のスタッフに代わり、現地の要介護者に対するサービス提供や在宅高齢者の見守りなどに従事したケースも多く、外部からの人的支援は被災地の要介護者のQOL維持に貢献したと考えられます。
- しかし、支援事業者の人繰りや費用の問題から、ボランティアスタッフが長期的に継続して被災地でサービスを提供することが難しい面があることも事実です。
- そこで、介護保険料の一部を活用した災害時対応のための基金の設置、一定の要件を満たす

事業者の基金運用対象事業者としての認定、認定事業者が被災地支援を行う際の活動資金に対する基金からのサポートなど、支援事業者の活動に対する経済的な負担を軽減する措置が必要と考えられます。

②被災事業者の経営再建を支えるしくみの必要性

- また、被災地の在宅介護サービス提供体制の早期復旧のためには、外部からの支援のみならず現地の事業者の早急な事業再開、経営再建が必須となります。
- しかしながら、今回の震災では、被災した事業者の多くが、施設の復旧やスタッフの確保、当座の資金調達などさまざまな問題に直面し、自力での迅速なサービス提供の再開ができず、そのために収入が途絶え、その結果さらに事業の再開が遅れてしまうという問題が見られました。
- 例えば、外部から受け入れた支援スタッフが提供したサービスについて、被災事業者による介護報酬の請求を可能とするなど、大規模災害発生時には現行の介護保険制度の弾力的な運用を行い、被災事業者が事業を継続するための収益機会の確保を通じて、現地の要介護者に切れ目のないケアを支援していくことが必要と考えられます。

③介護従事者の離職防止・事業者の人材確保に向けた支援の必要性

- 今回のヒアリング対象のなかには、自身やそ

の家族も被災者であるにもかかわらず、現場にとどまり利用者へのケアを継続した介護従事者が多数見られました。特に管理者クラスの職員のなかには、発災直後の混乱が収束するまでの1～3ヵ月の間、ほとんど休まず、現場で指揮を取り続けた方もいらっしゃいました。

- 発災直後の混乱期に介護に従事したケアワーカーについては、勤務が通常シフトにもどった段階でバーンアウトの状態に陥ったり、感情の起伏が激しくなるなど精神面での問題が発生するケースも少なくありません。また、バーンアウトの状態から抜け出せず、介護の現場から離れてしまう方も多いとの声がヒアリングでは聞かれました。
- 併せて、津波による家屋流出などの被害を受けて他地域への転居を余儀なくされたり、復興が本格化するなかで、他の産業へ転職する介護従事者も多数いると考えられます。
- その結果、今回実施したアンケート調査によれば、介護人材の不足が被災地域の介護事業者における最大の課題となっています。
- 前述のとおり、被災した地域の福祉の復興を図るためには地域の事業者の経営再建、事業再開が求められますが、労働集約型の産業である介護事業において、人材が確保できないなかで、再建は極めて困難です。
- そこで、被災地で働く介護従事者を対象とする重点的な処遇改善やメンタルケアを進め、ケアワーカーの離職防止および事業者の人材確保支援を行うことが急務であると考えられます。

2. 将来の災害発生に備えた提言

(1)「必要なものやサービスを必要な場所に届ける」 ためのコーディネート機能の強化

- 東日本大震災では、行政や社会福祉協議会による物資やボランティアなどの需給調整がうまく機能しなかったと言われていています。例えば、被災者の支援ニーズは日々変化し、また、地域ごとにニーズは異なると考えられますが、そのニーズを集約して、効果的なロジスティクスにつなげることができなかつたため、一部の物資は供給過剰であった一方、物によっては大幅な不足が発生したケースも見られました。
- また、指定の避難所や特別養護老人ホームなどの施設には、支援物資やボランティアの手が届く一方で、指定外の場所に避難していたり、自宅にいる要介護者に対しては支援が届かず、個々の事業者のヘルパーが支援物資を受け取り、利用者の自宅まで届けに行くようなケースもあったとされます。
- さらに今回のヒアリングでは、支援事業者ならびに被災事業者の双方から「どこに支援ニーズ（または支援提供意向）を伝えればよいかわからなかった」との意見が聞かれました。
- こうした支援物資やボランティアの問題が生じた原因の1つは、被災地と外部とのヒトやモノの流れを一元的に把握し、調整するコーディネーターの不在にあったと考えられます。
- 東日本大震災での状況を踏まえれば、大規模災害が起こった被災地において、単独の基礎自

治体や社会福祉協議会がコーディネーターの役割を担うのは現実的に難しいと考えられます。そのため、複数の自治体が連携した、自治体横断的な取り組みによるコーディネーターの育成や、福祉分野の需給調整における自治体と事業者団体等との役割分担なども検討する必要があると考えられます。

(2) 要介護者の支援に向けた組織間連携の強化

①急性期に対応する緊急介護対応チームの構築

- 抵抗力の弱い高齢者の場合、衛生状態のよくない避難所において生活を送るなかで、肺炎などの感染症に罹患してしまう可能性があります。仮に診療所等で急性期の治療を受けて避難所にもどったとしても、その後に衛生面や栄養面に配慮したケアを受けることができなければ再発の危険性は高いと考えられます。
- また、骨折などの外傷を負って急性期の医療を受けた後、適切なリハビリテーションを受けられなければ、生活不活発病などに陥り、健康な高齢者でも要介護状態となるリスクがあります。
- そこで、急性期における「避けられた災害死」のみならず、中長期的な「災害関連死」やADLの低下を防ぐためには、医療と介護の連携が重要となります。しかし、今回の震災では、医療とその後の生活を支援する介護との間の連携に問題が見られました。

- こうした問題が生じた要因の1つとしては、介護側のマンパワーの不足が挙げられます。特に在宅介護事業者の場合、利用者の安否確認や目の前の利用者への対応に追われ、避難所や自法人の利用者でない地域の要介護者へのケアに手が回らない状況でした。
- 介護の分野においては、医療分野のDMATのように国レベルで災害時に備えて介護従事者を組織化し、運用する試みがこれまで行われてきませんでした。今回は個々の事業者団体や専門職団体がそれぞれ個別に支援を行いました。医療と連携し被災地全体の要介護者に、まんべんなく必要なケアを提供するまでには至らなかったと推察されます。
- そこで、今回の反省を踏まえ、今後、急性期医療の後工程を担う災害時派遣のための介護チームを早急に組織化することが求められます。

②医療と介護をつなぐ人材の育成

- なお、被災地での急性期、混乱期の介護を支える組織を構築するだけでは、連携は円滑には進まないと考えられます。
- DMAT等の医療チームと介護版DMATの連携を進めるためには、「医療と介護をつなぐ人材」を育成していくことも必要です。民介協のような団体に蓄積された被災地での支援活動に関するノウハウを、各地域で中核となって活動する介護従事者等に伝え、「災害時医療・介護連携コーディネーター」などを育成していくことも重要です。

③行政と事業者との連携構築・役割分担の

明確化の必要性

- 今回の震災においては、単独の市町村あるいは都道府県レベルでは対応できない広域かつ甚大な被害が発生しました。
- 一部では、被害規模が大きすぎて行政機能が一時的に麻痺してしまった基礎自治体も見られました。こうした状況下では、地域内の被害の全体像を把握することや目の前に殺到する住民への対応に忙殺され、自宅や避難所で生活する要介護者の支援ニーズの把握やケアにまで十分に手が回らないと考えられます。
- 一方、すべてを行政が担うのではなく、「民間事業者任せられることは民間に任せる」という視点に立ち、行政と民間介護事業者との役割分担を行うことで、行政における災害時行政の効率的なオペレーションと要介護者への支援の円滑化が実現できる可能性があります。事業者と行政との連携や役割分担のあり方について検討を行うことも重要です。
- なお、アンケート調査では、大規模災害時に介護サービスを提供するにあたり、災害時要援護者の医療福祉情報や避難者リストの開示、医療・福祉機関に関する情報の共有などが求められていました。いざというときに効果的な役割分担を行うためには、災害時の個人情報取り扱いや情報共有の方法論など、平時より行政と事業者が協議を進めておく必要があると考えられます。

