

国際防災・人道支援 フォーラム 2021

International Disaster Reduction Alliance Forum (DRA Forum 2021)

新型コロナウイルス共存時代の
災害対応ニューノーマル
～新たな課題とその対応～

日時 令和3年(2021)年1月26日(火) 13:30～16:30

場所 神戸ポートピアホテル「偕楽の間」
(神戸市中央区港島中町 6-10-1)

主催 国際防災・人道支援フォーラム実行委員会

後援 朝日新聞社、神戸新聞社

Contents

趣旨	01
講師プロフィール	02
プログラム	04
開会挨拶	05
基調講演	08
パネルディスカッション	14
閉会挨拶	22
新聞記事	23
会場・発表風景等	24

国際防災・人道支援 フォーラム 2021 報告書

新型コロナウイルス感染症は、WHO によると、1月22日現在、世界224か国・地域で9,560万を越える人々が感染し、死者も200万人を越えるなど猛威を振るっている。一方、我が国でも、感染者数が34万件を越え、死者も5千人近くになり、医療体制を逼迫し、現在、2回目の緊急事態宣言が本県を含む11都府県に発令されるなど懸命の対応が進められている。

また、我が国では、令和元年9月の房総半島台風、同年10月の東日本台風、令和2年の7月豪雨など風水害の激甚化が進み、また、平成30年6月の大阪府北部地震、北海道胆振東部地震など地震も頻発している。さらに、我が国は地震活動期に入っており、南海トラフ巨大地震や首都直下地震など広域で甚大な被害をもたらす巨大地震の発生も懸念されている。

このような現況を踏まえ、国内外の実務者、有識者による災害対応の経験・知見などの発表・議論を通じ、新型コロナウイルス感染症対応優等生の国々の対応を学ぶと共に、新型コロナウイルス感染症蔓延時の大規模な自然災害発生という複合災害に対する課題や対応方策について考え、自然災害多発国日本の知見として国内外に広く発信する。



Profile

基調講演1



野崎 慎仁郎

WHO 西太平洋地域事務局 事務局長室管理官（法務・危機管理担当）

昭和 60 年に二松学舎大学文学部卒業後、日本赤十字社に入社。外務省欧亜局ロシア課旧ソ連支援室にて旧ソ連に対する保健医療分野の人道支援を担当。2009 年 2 月、長崎大学国際連携研究戦略本部副本部長、教授に就任。その後、厚生労働省の命を受け、2011 年 7 月から WHO に出向。世界保健医療人材連合にて、議長（厚生労働省国際保健担当審議官）のリエゾンとして 4 年の勤務の後、2015 年 7 月から神戸センターにて上級顧問官として同センターの改革に取り組む。2019 年 5 月から現職。

基調講演2

岩田 孝仁

静岡大学 防災総合センター特任教授

1979 年に静岡大学理学部地球科学科卒業、静岡県庁に入庁し一貫して防災・危機管理行政を担当。危機管理監兼危機管理部長を最後に退職し、2015 年から静岡大学教授、2017 年から防災総合センター長、2020 年から現職。日本災害情報学会理事、日本災害復興学会理事、中央防災会議の専門調査会や内閣府の火山防災エキスパート、内閣府、消防庁など政府の各種委員、静岡県防災会議委員などを務める。2020 年 9 月に防災功労者内閣総理大臣表彰を受賞。専門は防災学・防災行政学。



パネルディスカッション ファシリテーター



河田 恵昭

国際防災・人道支援協議会（DRA）会長代理、人と防災未来センター長、関西大学社会安全学部特別任命教授（チェアプロフェッサー）・社会安全研究センター長。

工学博士。専門は防災・減災・縮災。現在、阪神・淡路大震災記念 人と防災未来センター長（兼務）のほか、京大防災研究所長を歴任。京都大学名誉教授。2007 年国連 SASAKAWA 防災賞、09 年防災功労者内閣総理大臣表彰、10 年兵庫県社会賞受賞、14 年兵庫県功労者表彰、16 年土木学会功績賞、17 年アカデミア賞、18 年神戸新聞平和賞受賞。現在、中央防災会議防災対策実行会議委員。

パネルディスカッション パネリスト



野崎 慎仁郎

WHO 西太平洋地域事務局
事務局長室管理官
(法務・危機管理担当)



岩田 孝仁

静岡大学 防災総合センター特任教授



中山 伸一

兵庫県災害医療センター長

1980 年神戸大学医学部、1989 年同大学院医学研究科卒業。米国クリーヴランドクリニック研究員、神戸大学病院救急部、同大学院災害・救急医学分野助教授、兵庫県災害医療センター副センター長を経て 2012 年から現職。国内外での災害対応の他、兵庫県新型コロナウイルス入院コーディネートセンターでも活動。日本 DMAT 研修の西日本総責任者。第 14 回アジア太平洋災害医学会、第 25 回日本災害医学会を神戸で開催。



阪本 真由美

兵庫県立大学大学院減災復興政策科教授

京都大学大学院情報学研究科博士後期課程修了。博士（情報学）。国際協力機構（JICA）、人と防災未来センター、名古屋大学減災連携研究センターを経て現職。ナショナル・レジリエンス（防災・減災）懇談会委員、内閣府地区防災計画アドバイザー、全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD）理事など。専門は、災害リスクコミュニケーション、防災教育、国際防災。



高岡 誠子

人と防災未来センター研究員

1998 年福井県立大学看護短期大学部、2017 年北里大学大学院看護学研究科卒業。大阪府立千里救命救急センター（現 大阪府済生会千里病院）、川口市立医療センターに看護師として勤務後、2018 年より現職。アルジェリア地震、ネパール地震、東日本大震災 等、国内外における災害医療活動経験が豊富。2018 年 7 月豪雨では、日本災害医学会医療コーディネートサポートチームとして倉敷市、三原市で活動。2020 年「避難所開設での感染を防ぐための事前準備チェックリスト」をまとめた。

Program

- 13:30～ 開会あいさつ
- | | |
|--------|--|
| 五百旗頭 真 | 国際防災・人道支援協議会 (DRA) 会長、
(公財) ひょうご震災記念 21 世紀研究機構理事長 |
| 井戸 敏三 | 兵庫県知事 |
| 中尾 晃史 | 内閣府政策統括官 (防災担当) 付参事官 (普及啓発・連携担当) |

- 13:45～ 基調講演 1
- 「世界保健機関 (WHO) 西太平洋地域の COVID-19 の状況と WHO の対応」**
- | | |
|--------|-----------------------------------|
| 野崎 慎仁郎 | WHO 西太平洋地域事務局事務局長室管理官 (法務・危機管理担当) |
|--------|-----------------------------------|

- 14:15～ 基調講演 2
- “想像力の欠如に陥らない防災”
新型コロナ共存時代の自然災害への対応**
- | | |
|-------|------------------|
| 岩田 孝仁 | 静岡大学防災総合センター特任教授 |
|-------|------------------|

14:45～ 【休 憩】

- 14:55～ パネル
ディスカッション **「新型コロナ共存時代の災害対応ニューノーマル」**

ファシリテーター

- | | |
|-------|---|
| 河田 恵昭 | 国際防災・人道支援協議会 (DRA) 会長代行、
人と防災未来センター長 |
|-------|---|

パネリスト

- | | |
|--------|---------------------------------------|
| 野崎 慎仁郎 | WHO 西太平洋地域事務局 事務局長室管理官
(法務・危機管理担当) |
| 中山 伸一 | 兵庫県災害医療センター長 |
| 阪本 真由美 | 兵庫県立大学大学院減災復興政策科教授 |
| 高岡 誠子 | 人と防災未来センター研究員 |
| 岩田 孝仁 | 静岡大学防災総合センター特任教授 |

- 16:15～ 閉会挨拶
- | | |
|-------|---|
| 河田 恵昭 | 国際防災・人道支援協議会 (DRA) 会長代行、
人と防災未来センター長 |
|-------|---|

国際防災・人道支援協議会(DRA)会長
公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構理事長

五百旗頭 真



皆さん、こんにちは。このたびは新型コロナウイルス感染拡大を受け、新たな試みとしてオンラインで広く日本国内外からの参加も募って行うことにした。

阪神・淡路大震災から26年がたったけれども、発災後2週間ぐらいだったか、フェニックス委員会を開くので出席するように言われ、兵庫県公館の窓が破れ、板が張ってあるような部屋で会議を行ったことが今もまざまざと思い出される。当時の貝原俊民知事も、最近是新野幸次郎先生も、西宮の兵庫県立芸術文化センターの生みの親である山崎正和先生も既に亡くされており、26年という年月を感じる。

フェニックス委員会のとき、後に阪神・淡路復興委員会の委員長になった下河辺淳さんが「創造的復興」とおっしゃった。災害が起こるとみんなゼロからマイナスの世界に落とされるので、創造的復興というめたいことを考えるのは夢想家でなければできないことである。しかし、下河辺さんは「関東大震災のときも後藤新平は、事前に持っていた帝都復興計画を構想したのだから、兵庫県もさまざまな将来構想を最もよく練っている都道府県として、看板を『復興』に付け替えて頑張れ」と励まされたのを覚えている。

その後、下河辺委員長が熱心に強調されたのは、ワシントンD.C.のモールの周りにスミソニアンインスティテュートという研究所群があるのだが、「神戸は創造的復興のシンボルとしてスミソニアン型の国際的拠点を作ってはどうか」ということだった。当時は、そんなことができるのかと思った。元に戻すだけでも大変なのに、なかったものを創ることに本気でチャレンジしたのは、多くの被災地の中でも兵庫県だけだと思う。その中心になったのが、19の国際機関等が集まってつくる国際防災・人道支援協議会(DRA)である。DRAには、もちろん防災が中心だが、防災だけでなく世界保健機関(WHO)をはじめとする健康・医療、環境、人道など諸分野の国際機関が集まっている。それを擁していることは、兵庫の地が復興を遂げる上で異彩を放っているわけである。

Build back better と国際的には言うけれども、ただ元よりも良いものを創るにとどまらず、今までなかったけれどもその後の歴史を支えるものも生まれている。防災シンクタンクである人と防災未来センターは、阪神・淡路大震災以降起こるあらゆる災害に対して河田恵昭センター長を中心に出处けて行って支えようと助言もし、データも集めている。そのように、以後の人々を支える使命感を持って頑張っていて、防災を中

心にしながらいろいろな関係機関がここに集合している。それを体現しているのがDRAであり、年1回行われるこのフォーラムなのである。

今年は「新型コロナ共存時代の災害対応ニューノーマル」をテーマとした。ニューノーマルとは災害対応だけでなく、人々の生き方、在り方にも関わる部分があるだろう。新時代においてわれわれがなすべきことや在り方を探求するのが今日のフォーラムの目的なので、最後まで一緒にいただければと思う。

WHO 西太平洋地域事務局の野崎慎一郎管理官からは新型コロナの問題とその対応について、静岡大学の岩田孝仁教授からはコロナ時代の災害対応について基調講演をしていただいた後、河田先生のコーディネートの下、新しい時代の中でどう生きるべきなのか、何をなすべきなのかということが縦横に議論されると思うので、どうぞ最後まで一緒にいただければと思う。



兵庫県知事

井戸 敏三



2021年度の国際防災・人道支援（DRA）フォーラムは、コロナ禍でリモートが中心となったけれども、一番ホットな話題をテーマにして開かれることになったことに大いに期待している。

五百旗頭先生からご紹介があったが、このDRAのフォーラムは今回で19回目を迎える。阪神・淡路大震災から26年たったけれども、19のDRAの機関は、復旧・復興の知の拠点として、この地域の復旧・復興だけでなく、その後に起きた特に地震災害について指導的な立場でリードしていただいている。

東日本大震災からも今年の3月11日で10年を迎えようとしている。そこにいち早く駆けつけてくださったのもDRAのメンバー、例えば人と防災未来センターの皆さんだった。26年前の阪神・淡路大震災が契機となって「ボランティア元年」といわれ、1年間で139万人のボランティアの皆さんにご支援していただいたわけだが、こうしたボランティア活動の契機になったのも阪神・淡路大震災だったと思っている。

一方、避難所の大変さも経験した。その大変さに十分対応できているかどうかという点、熊本地震における避難所の対応ぶりを見るにつけ、何だか阪神・淡路大震災のときと同じような対応が見られるように思う。私は東日本大震災のとき、1週間後に宮城県の名取や東松島を訪ねたが、そのときの避難所の様子を見ても十全とはとてもいえなかった。特にトイレ等の生活環境が全く配慮されていない状況を体験した。そのため、避難所には飲み水だけでなく生活用水の確保が不可欠だということで、トイレの研究と併せて井戸水を確保する施策を展開した。半分は井戸を新設し、半分は学校のプールの水等を活用するという点で、井戸を備えていないのが現状だが、プールからどのように水をくみ上げ、どのように運ぶのか、体制が十分にできているのか、もう一度しっかりと生活用水の確保という観点でチェックしていきたいと思っているところである。

昨年、阪神・淡路大震災から25年という節目を迎え、節目のスローガンとして「忘れない、伝える、生かす、備える」を取り上げた。これは、災害を経験した地域から発信する主要4コンセプトであり、このフォーラムもそうした役割を果たしていただけることを期待している。

今回のテーマは、「新型コロナ共存時代の災害対応ニューノーマル」である。コロナ禍において自然災害が起これないという保証はない。複合災害は必然なので、複合災害においてどのような対応をすべきなのか、前もってしっかりと課題を認識し、準備できるものをしていく姿勢

がまさに「備える」ことにつながる。

五百旗頭先生を座長とする有識者会議から兵庫県に頂いた提案の1項目に、「パンデミック時代の危機管理」があった。まさにこのようなパンデミックが起こっているときの危機管理のあり方として、事前にきちんと課題を整理して対応力を増すことで、今我々は、南海トラフ地震に対する対応を準備しているが、地震だけではすまない時代を迎え、複合的な対応が望まれていることを忘れてはならないと思っている。

兵庫県は、幾つかの取り組みを既に行っている。例えば、避難所における運営管理のあり方についてマニュアルを作った。ただ、避難所でコロナ対策をしようすると、間隔を空けなければならないので収容人員がどうしても少なくなる。すると、避難所の箇所数を増やす必要がある。市町と一緒に、マニュアルに基づいて確保に努めている。面積的にはそれほど増やす必要はないというデータもあるけれども、数字上では確保できているといっても実際に運用できているかどうかは別なので、その辺は事前の訓練などを通じてしっかり確認していく必要があると思っている。

また、熊本の水害のときには県外からのボランティア受け入れを原則として遠慮されていた。私たち兵庫県としても、熊本に応援に行きたいけれどもコロナ感染の心配があるので、事前にPCR検査をボランティアに行った上で現地に入ってもらう仕組みをつくった。ボランティア活動であっても、行く人も受ける人もお互いに安心して復旧作業に携われる環境を整備しておくことが必要だということに取り組んだものである。

併せて、広域防災センターでは「ひょうご防災リーダー講座」などを通じて、感染症との複合災害に対応できる地域防災人材の育成に努力している。2021年度中には、三木総合防災公園内に宿泊研修ができる宿泊所を整備する。これが完了すれば、全国の防災士を中心とする防災専門家のキャリアアップの研修を行いたいと考えている。兵庫県には神戸を中心に、19のDRAの機関と合わせて防災関連施設・機能が幾つかあるので、これらを有機的に活用しながら防災力を高めていくための世界的拠点としての存在感を示していければと願っている。

その中心機関がDRAである。オンラインが中心の今回のフォーラムであるが、だからこそ集中して議論に参加していただき、いろいろな提案を頂ければと願っている。フォーラムの盛会をお祈りして、私のごあいさつにさせていただきます。

内閣府政策統括官(防災担当)付参事官(普及啓発・連携担当)

中尾 晃史



国際防災・人道支援（DRA）フォーラム 2021 の開会に当たり、一言ごあいさつ申し上げる。この冬に入り、新型コロナウイルスの感染が拡大している。わが国では現在、東京都や兵庫県を含む 11 都府県に緊急事態宣言が発出され、関係の皆さまにさまざまな感染拡大防止へのご協力をお願いしているところである。

私も神戸の会場に伺って出席させていただく予定だったが、東京からオンラインで出席させていただくこととした。しかし、何よりもうれしいことは、こうした困難な状況にあっても、長きにわたり継続されてきた DRA フォーラムが今年もしっかりと開催され、世界の防災力の向上に大きく貢献していただけることである。

先日 17 日に、阪神・淡路大震災から 26 年を迎えた。被災地では地元の皆さま方のご努力により、ここまでの創造的復興を成し遂げられたとともに、この 26 年間、兵庫県は常に日本や世界の防災・復興の政策をリードする存在として取り組んでこられたことに、改めて敬意を表する。

そして、この 3 月には東日本大震災から 10 年の節目を迎える。東北ではこの 10 年でインフラの復旧、住まいの再建がおおむね完了し、復興の総仕上げの段階となっている。原子力災害の被災地では避難指示解除準備区域等において避難指示の解除が進展し、復興・再生が本格的に始まっているところである。東北の被災地の皆さま方のご努力にも敬意を表するとともに、わが国の被災の経験を世界の将来に生かすことはとても重要と考えている。

一方、こうした中で世界は新型コロナウイルスのパンデミックに見舞われた。過去の経験だけでは乗り越えることが困難な全く新しい状況に接した今、これまでの経験に加えて世界各国が経験していることを共有し、新たな対処方法を見つけていかなければならない。わが国では昨年 7 月、九州地方を中心とした豪雨災害で、コロナ禍の下での大規模な自然災害を初めて経験した。この災害での経験から学んだことを 2 点ご紹介したい。

1 点目は、被災地での感染拡大防止の重要性である。災害時は、コロナ禍であってもまずは災害から命を守る行動、すなわち避難行動が重要である。しかし、避難所が被災者で密集すると、感染拡大の心配もある。このため、昨年の 7 月豪雨災害のときには可能な限り多くの避難所の確保、避難所以外への分散避難の推奨、そして避難所内でのスペースの確保と衛生管理の徹底

など、できる限りの感染症対策を講じながら対処した。幸いにして被災地での感染拡大は生じなかった。人々が躊躇なく避難し、命を守るために、こうした環境整備を進めることはとても重要である。

2 点目は、被災後の復旧・復興期における地元のさまざまな主体の連携強化の重要性である。ボランティア元年といわれた阪神・淡路大震災以降、わが国では大規模災害時に全国から多くのボランティアが被災地に集まり、復旧・復興を支援する形が定着した。しかし、コロナ禍では人々の移動が減少し、結果として今までのようにボランティアが集まるのが難しくなっている。昨年の 7 月豪雨災害の被災地となった熊本県人吉市などでは、これまでは各地から集まるボランティアが担っていた被災家屋の片付けなどの支援作業を、地元の行政・企業・団体などさまざまな主体が連携して補った。今まで以上に地元のさまざまな主体が連携して被災者支援に当たることが、コロナ禍では欠かせないと思っている。

本日のフォーラムのテーマは、「新型コロナ共存時代の災害対応ニューノーマル」である。この 1 年間に様々な方が経験した貴重なお話を伺い、本日の議論を通してコロナ禍における今後の災害対応について検討を深め、本日のフォーラムでの知見が各地で大いに生かされることを期待している。

最後に、本日のフォーラムのご成功とご参集の皆さまのますますのご活躍を祈念して、私からのあいさつとさせていただきます。



「世界保健機関(WHO)西太平洋地域の COVID-19の状況とWHOの対応」

WHO西太平洋地域事務局 事務局長室管理官(法務・危機管理担当)

野崎 慎一郎



現在、私が勤務している世界保健機関(WHO)西太平洋地域事務局は、フィリピンのマニラにある。WHOは国連の組織の中でも珍しい組織で、本部の事務局長も地域事務局長も選挙で選ばれる。現在、アジア・太平洋地域のトップを務める日本人の葛西健事務局長も選挙で選ばれ、この地域のWHOの活動全てに責任を有している。私も葛西事務局長を支えるため、1年半前に神戸センターからマニラにやって来た。今日は、コロナ禍で世界の保健医療がどのようになっているのかというお話をしたいと思う。

さて、COVID-19との闘いにおいて、葛西先生と私にとっては、災害から学んだいろいろなことが非常に生きていくといってもいいだろう。1995年1月20日、阪神・淡路大震災から3日後、葛西先生と私は厚生労働省のミッションで支援物資を持って長田区役所を訪れた。大阪空港が使えなかったこともあって岡山まで飛び、岡山からトラックで兵庫県に入った。途中、高速道路が倒れて通行止めになっており、長田区役所に着いたときには辺りが焼け野原になっていて、非常にショックを受けたことを覚えている。

そのとき、われわれはレスポンスとプリペアードネスという言葉の学んだ。葛西先生も私も、阪神・淡路大震災のときの経験が今のわれわれの活動の基本になっている。

皆さんが最も興味があるのは、COVID-19がどこから来たのかということだと思う。現在、WHOの調査団が中国に入り、コロナに対してどのような対応を取ったのか、コロナの起源はどこなのか、いろいろなことを調べているところである。

SARS-CoV-2というコロナウイルスがどのように変異し、世界中に広まっていったのかを遺伝子解析してみると、コロナウイルスがどこを起点として始まったのかはこれからの研究を待たなければならないが、現在世界に広まっているSARS-CoV-2の系統ははっきりしていて、やはり中国から世界中に広まっていったといえる。

しかし、中国で第1号が出たのははっきりしていても、そこからヨーロッパ、アメリカ、アジアあるいは中南米、アフリカとさまざまにウイルスが移動している。われわれ人類は、2014年に西アフリカでエボラ出血熱の大流行を経験した。2015年には韓国で中東呼吸器症候群(MERS)を経験した。そして2016年にはブラジルでリオデジャネイロオリンピックのときにジカ熱を経験した。それから、2003年の重症急性呼吸器症候群(SARS)やさまざまなインフルエンザ

も経験してきた。これらの感染症と今回のCOVID-19が異なる点は、一つは先進国と途上国の差がなく、全ての国々がCOVID-19の感染に遭遇していること、もう一つはCOVID-19が人と人とのつながりを断つほど極めて感染力の高いウイルスであることである。

今までの歴史の中で、新しい感染症で迷惑を被るのは途上国が多く、先進国から途上国に支援の手が差し伸べられることはあったが、COVID-19が最も深刻なのは欧米である。世界中どこへ行っても逃げ場がなく、世界中のフライトが止まり、世界中の人々が距離を取らなければならない。COVID-19という一つの病気が、世界の全ての経済活動や人の動きを止めているところに大きな問題がある。

今年1月21日現在、感染者数は217の国・地域を合わせて9500万人に上り、間もなく1億人を突破する状況である。死亡者数も全世界で200万人に上る。

昨年1月30日、われわれWHOは、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」を宣言したが、そこからしばらくして3月11日、WHO事務局長が世界的なパンデミックであると見なせるという認識を示した後、ヨーロッパで感染者が増え、それを追い掛けるようにアメリカで感染が広がった。ヨーロッパは3月から4月頭をピークにいったん減少したが、9月以降また急激に拡大している。アメリカはヨーロッパに遅れること半月ぐらい後に感染が拡大したが、その後ずっと増え、7、8月にいったん収まりかけたのだが、またヨーロッパと同様に9、10月は急拡大している。このように感染者数が加速度的に増えている状況にある。

今回のCOVID-19に関して不思議なことの一つは、なぜアフリカとアジアで感染が増えないのかということである。アジア・太平洋地域は全世界の4分の1の人口を有しているが、感染者数は1.3%である。その理由をこれから精査していかなければならないと思う。われわれのいろいろな努力ももちろんあるけれども、それ以外のいろいろなファクターもあると思っている。

COVID-19は、これまでの国際保健の課題、公衆衛生上の課題をわれわれの目の前に突きつけている。ということかということ、やはり社会的弱者やコミュニティへの影響がわれわれにとって非常に厄介なことを考えている。過密住居やスラム、先住民の地域社会、外国人労働者、あるいは閉鎖された施設(刑務所など)、高齢者施設、障害者施設のような、社会的弱者のところにしわ寄せが行っているのである。

この秋以降、ヨーロッパ・アメリカで感染が急拡大した。特にヨーロッパでは4月以降、いったん収まりかけていたのが秋になって急拡大したが、それはなぜなのかを追い掛けることによって、他の国の参考にもなるだろうと考えた。よくよく調べてみると、やはり若年層の移動が大きなファクターとなっていることがはっきりしてきた。まだ最終的な結論は出ていないが、最も疑わしい仮説は、若者たちの移動が増えたことだろうと思っている。

WHOは、1948年4月に設立された国連の独立専門機関であり、スイスのジュネーブに本部がある。六つの地域事務局とその下に150の国事務所を有している。私ども西太平洋地域では37の国と地域が加盟しており、職員数は600人以上、15の国事務所を持っている。世界人口の4分の1に当たる19億人がこの地域で暮らしており、大きな国から小さな国まで、中国のような人口15億人の国から、ニウエという太平洋の人口二千数百人の島嶼国まである。また、先進国から途上国までさまざまな地域があり、タイムゾーン的にも西の中国から東のフレンチポリネシア、南のニュージーランドから北のモンゴルまで、熱帯から寒帯まで全てをカバーしているといってもいいだろう。

葛西先生は2019年2月1日に事務局長に就任し、薬剤耐性菌を含む健康危機管理、非感染性疾患（日本でいう生活習慣病）と高齢化、気候変動と健康、そして従来の感染症対策で手の届かなかったところにきちんと手を届けるという四つの課題を掲げた。そして、さあ動き出そうと思ったときに、2019年12月31日に新型コロナの一報が入ってきて、2020年は年明けからCOVID-19対策に奔走していたのが正直なところである。

WHOは何をやっているのかといろいろご批判も受けているのはよく存じ上げているが、よく分からないCOVID-19に対して対策を取らなければならないし、しかももちろん薬もワクチンもないわけである。われわれは過去の知識・経験をフル動員して、どうしたらこの病気の拡散を防げるのかということを各国と一緒に協力してきた。

やはりマスクをする、手洗いをする、人との距離を取るという人々の基本的な行動を基本としながら、サーベイランスをしっかりとする、コンタクトトレーシングをしっかりとする、検査体制を充実させていく、医療システムをきちんとつくっていくといったことを通じて、医療崩壊を起こさずに感染者数を抑えることで、ワクチンや特効薬ができるまでの時間稼ぎをし、何とか医療体制を持たせることがわれわれに可能な最善の方法だと思う。

われわれもいろいろな経験をしてきたが、今回は新しいウイルスで分からないことだらけだったこともあり、われわれの中でも正しいことがなかなかはっきり

と断言できなかった。なので、正しいことははっきりとは分からないけれども、少なくとも間違ったことはしないということで、各国と協力しながら対策を進めてきた。

もちろん私どもの地域の中には、日本、韓国、オーストラリア、ニュージーランドのような先進国もあれば、助けを必要とする島嶼国や途上国もある。アジアの国々や太平洋の島嶼国には、われわれのチームが出掛けていってサーベイランスをしたり、各国の人々への対策をしたり、手取り足取りやらせていただいている。また、マスク、防護服、人工呼吸器といったものも各国に配分している。

先ほど、アジア・太平洋地域が際立って感染者数も死亡者数も少ないという話をしたが、これには一つ理由があると思う。もちろん完全に立証されているわけではない。実は2003年のSARS以降、多くの感染症がアジア地域から世界に広がっていった。その経験の中で、アジア地域では15年にわたってさまざまな準備をしてきたわけである。まさに災害というプリペアドネス（準備）をしっかりと行ってきたことが、今回のCOVID-19対策でも生きているのではないかと考えている。

実際、ラオス、カンボジア、ベトナム、モンゴルなどの国々では、プリペアドネスがうまくいった。彼らの医療体制は、先進国に比べればもちろん極めて厳しいものであるのは事実だが、その中でも感染を抑えることができてるのは、やはり15年間にわたって新興再興感染症に対する準備をしてきたことが功を奏したのだろうと思っている。

われわれはプリペアドネス、サーベイランス、コンタクトトレーシングの三つを大事にしてきた。例えば、サーベイランスもインフルエンザのサーベイランスだけ、肺炎のサーベイランスだけでは駄目で、肺炎のサーベイランス、インフルエンザサーベイランス、HIVのサーベイランスなどいろいろな網を重ねることによって細かな網になるように対応してきた。また、コンタクトトレーシングは日本ではクラスターバスターと呼んでいるかもしれないが、これも前向きのクラスター追跡だけでは駄目で、後ろ向きのクラスター追跡もしながら走ってきたというのがこれまでの状況である。

おかげさまでアジア・太平洋地域各国の保健省とは毎日密接に連絡を取り、彼らが間違ったところに行きそうになればアドバイスし、毎日毎日いろいろな情報交換をしながら対策を進めてきている。また、先進国・途上国を問わず、成功例や失敗例は各国でシェアした。日本の3密も、早い段階で「3C」と名前を変えて世界にアピールした。

これからどうすればいいかというと、もちろんまだ特効薬があるわけでもなく、ワクチンは徐々にできて

きたところで、接種も始まったところなので、まだまだこれから基本を抑えることが重要である。自分の身を守る、自分の家族を守る、自分の友達・同僚を守るために、マスクをする、手を洗う、距離を取るといった基本的な行動によって感染を抑え、医療体制をしっかりキープすることで、社会全体がニューノーマルをきちんと実現していくということである。その中で、やはり現場での対応力が非常に大きな貢献をさせていただいているのではないと思う。地方自治体などの現場で知事や首長のリーダーシップ・判断が非常に大事になってくると思う。

言うは易し、行うは難しだが、今回の COVID-19 では、人々の社会経済活動を止めるという恐ろしい状態になっている。世の中で、COVID-19 の封じ込めが先か、社会経済活動もキープしなければならないのかという議論はいろいろあると思うけれども、やはり人々の高い意識の下に、これらを高次元でバランスしていくことが必要ではないかと思う。ワクチンに効き目があって、全世界に広がるような状況になるまで、われわれはもう少し辛抱して頑張っていかなければならないと考える。

医療供給体制も一足飛びに向上するわけではない。徐々にキャパシティを上げていき、公衆衛生の対応能力も徐々に上げていく中で、COVID-19 は 1 波、2 波、3 波、4 波という形で波状的に攻撃を仕掛けてくる。そうしたことを意識しながら、個人と組織による行動変容をベースにして、脆弱な集団をサポートし、感染をある程度のレベルにとどめながら、医療体制をキープしていくことが求められる。

ワクチンについても、そろそろ第三相の試験が行われて承認され、使われるものが出てくる。WHO でも、そうしたものについてできるだけ早く緊急使用の承認をするとともに、先進国のみならず途上国みんながワクチンを打てるようにすることが大事だと思っている。

COVID-19 は皆さんもご存じのとおり、1 カ国だけ頑張っても駄目なのである。全ての国々が安全にならないと自分たちも安全になれないので、われわれも先進国の皆さんと協力しながら、途上国を含む全ての国々の人々が COVID-19 から安全になるように努力していきたいと思っている。不確実な中、今回 COVID-19 が起こって身に染みて感じたのは、やはり健康は世界の中心的課題であり、その課題が世界経済活動や地政学的な分断などいろいろなものに波及していることである。

われわれの中での新たな疑問として、ヨーロッパの急激な感染拡大はなぜ起こったのか、もう少し検証する必要がある。アフリカで爆発的感染が起きないのはなぜかといえば、検査がしっかりとできていないからだと言う人もいるかもしれないが、それだけ

では説明できないことがたくさん起こっている。私のいるフィリピンでは、たいした対策をあまりしていないように思われるが、なぜか夏以降、感染のペースが落ちている。それはなぜかを探る必要がある。日本の 2 回目の緊急事態宣言は効いているのかどうか、効いていないとすればなぜ効いていないのか。このような各国の事例から学んだことを各国にフィードバックすることも含めて、WHO としても一生懸命、皆さまで一緒に COVID-19 を乗り越えていくように頑張っていきたい。



「“想像力の欠如に陥らない防災” 新型コロナ共存時代の自然災害への対応」

静岡大学 防災総合センター特任教授

岩田 孝仁



26年前、阪神・淡路大震災が起きた当時、私自身も静岡県庁で長く防災・危機管理を担当しており、震災3日目ぐらいには大阪から徒歩で現地に入ったので、震災の状況を今でも昨日のこのように覚えている。

当時、兵庫県の公館隣に静岡県のテントを張り、私自身も約1カ月半、テント生活をしながら現地での復旧支援活動を行った。そのとき非常に強く感じたのは、やはり地震災害に対して耐震性が非常に重要だということである。そのために全国でもいろいろな形で耐震補強や構造物の耐震化について議論が進み、さまざまな施策が展開していったと思う。

それが2016年の熊本地震直後に現地に入ると、震災当時の神戸の様子がそのまま再現されているかのようだった。耐震性のないマンションが崩壊したり、震度が大きかった益城町の中心部に入ると古い木造住宅が軒並み倒れていたり、道路に住宅が倒れ込んだために交通を遮断してしまったり、相変わらずブロック塀が散乱したりといった光景が町じゅうに広がっていた。震災から20年以上が経ち、神戸の震災であれほど耐震性の重要性が叫ばれたにもかかわらず、地方都市ではなかなか十分な耐震性が進んでいないという現実を突き付けられた。

それから2011年の東日本大震災でも、従来から津波対策がかなり充実していたはずの三陸沿岸で、津波が防潮堤を越えた途端に町並みが一変してしまったということがあった。現地に入って、ニュース映像で見ていた光景が目前に広がっていることに驚愕させられた。防潮堤を整備していたにもかかわらず、それを乗り越えた途端に全く違った光景が広がることによって、直接的に約1万8000人もの犠牲者を出すことになってしまった。

私自身は当時、静岡県の第1次支援隊長として、県や市町村の職員を連れて現地に入った。そのとき、特に集中的に支援に入った岩手県沿岸の町の一つに大槌町がある。大槌町は、庁舎前にテントを張って災対本部を開こうとしたため、町職員139名のうち28名がこの庁舎で犠牲になった。犠牲者は全体で39名に上り、特に幹部職員の方々が犠牲になったため、その後のいろいろな復旧活動をするにしても、町の災害対策本部自体が全く機能しないということがずっと続いていた。

今では災害復興のために敷地のかさ上げを行う区画整理事業がかなり進んだが、町そのものの復興はまだ先であり、人や産業が戻らないという状況がいま

だに続いている。役場庁舎は、ある意味では教訓を残す場だったのだろうけれども、いろいろな地元の意向もあって残念なことに解体・撤去され、今はモニュメントが残っている。

日本列島は近い将来、南海トラフ巨大地震の被害を受ける可能性が非常に高くなっている。政府の中央防災会議が出した被害想定によると、犠牲者数は最大32万人で、特に南海トラフ全域にかけて大きく揺れることから、紀伊半島、四国、九州にかけて大きな被害を受ける。沿岸では地震直後から大津波の襲来を迎え、特に震源域の真北にある東海地方（特に静岡県）を中心に多くの犠牲者が出ることが予想される。東海地域沿岸には日本の代表的な製造業が集中しており、静岡・愛知2県を合わせただけで全国の製造品出荷額の約20%を占める。こうしたベルト地帯が南海トラフ巨大地震で大きな被害を受けることから、日本にとって本当に国を左右するような国難になる可能性もある。

政府は首都直下地震についても被害想定を出している。南海トラフ巨大地震は、直接被害だけでなく関連産業の被害なども合わせて、国家予算の倍に相当する最大220兆円の経済的損失を想定している。そして、首都直下地震だけでも約95兆円の被害額を想定している。日本にとっては、こうした非常に大きな災害にどのように対峙していくのが大きな課題となっている。

私が現在住んでいる静岡の約100年前の地形図を見ると、自然の地形をうまく利用した町づくりが行われていたことが分かる。静岡平野には安倍川という1級河川が走っていて、安倍川の扇状地の出口辺りに町が形成されているが、周辺よりも標高がやや高くなっており、扇状地形で砂礫の地盤が卓越しているため、比較的地盤もしっかりしている。それから、安倍川の伏流水も比較的豊富にあるので、大きな人口を抱えてもそれほど生活水に困らない。ある意味で自然の要塞のような場所になっている。南に目を転じると、一面に湿地帯が広がっている。一般的に1時間に40mm程度の降雨量で水没してしまうような場所には集落は形成されないの、昔の集落は静岡平野の中でも有度丘陵の縁辺部のちょっとした微高地に形成されていた。

このように、洪水災害に対しても地震災害に対しても比較的安定している場所に自然と集落が形成されているのが、100年前の静岡だった。全国いろいろな地方都市を見ていくと、明治から大正ごろの町並み形成

はこのように自然の地形をうまく利用した形で行われていた。

しかし、現在の静岡平野は、駿府の町だけでなく、その南側に広がる広大な湿地帯がほぼ全て市街化した。それから、北に広がる湿地帯もほぼ市街化区域となった。戦後、日本が高度成長するに当たって市街地が郊外に拡大していったためである。従来、人があまり住まなかった軟弱な地盤や氾濫原低地にも市街地開発がどんどん進んでいる。こういったことは高度成長を支える背景として、どの地方都市でも行われてきた。

ただ、これが問題であったかというとはそうではなくて、下水道も整備し、静岡平野の場合は河川の放水路を作って、内陸に降った雨水をきちんと排出できる仕組みを整え、日常の災害外力に対して一見安全な町をつくりながら市街地を拡大していった。それによって、いろいろな産業誘致も進めてきた。問題は、こういった日常の災害外力に対して一見安全ではあるけれども、限界を超えた途端、大きな被害を受ける可能性があるということになかなか気付かない社会をつくってしまったことである。

つまり、想像力の欠如が被害を拡大するかもしれないのである。想像力とは勝手な想像をすることではなくて、科学的なリテラシーをきちんと持って想像する力だと考えてほしい。例えば、日常的に起きる災害外力を仮にレベル0とする。先ほどの静岡平野の場合、100年前はハードを主にした災害対応はそれほど進んでいなかった。排水能力もそれほどないので、日常的な災害外力への対策は追いついていなかったのだが、われわれの知恵や想像力をもって乗り越えてきた。

濃尾平野の木曽三川では、しょっちゅう洪水に遭うような場所に輪中堤を造り、敷地の周りに堤防を構築してうまく洪水を流してしまったり、重要施設は水屋のように少し高台を作って、そこに蔵を建てて保存したりして、何とか災害を避けてきた。静岡でも1854年の安政東海地震によって、100～200年に一度起こるようなレベル1クラスの災害外力に対しても集落が壊滅せず、大体は回復してきた。ただ、数千年に一度起こるような最大級（レベル2）の災害外力に対しては、ひょっとしたら対応できないかもしれない。

現代社会ではハード対策を中心として、日常の災害外力への対応をある程度進めてきた。逆にいえば、そのためにわれわれの知恵や想像力が及びつかなくなってきた状況をつくってしまったのではないかと考えられる。まさに、想像力の欠如が被害を拡大する一つの大きな要素になるのではないかと考えている。

安政東海地震のとき、当時諸外国と交渉するための幕府の奉行所が置かれていた下田を津波が襲った。ロシアのプチャーチン提督率いる艦隊がちょうど停泊していた頃である。当時の下田の人口は3851人で、このうち犠牲者数は99人という記録が残っている。犠

牲率にすると2.6%である。町はほぼ全て壊滅した。当時は津波警報のような仕組みはないし、江戸から送り込まれた多くの役人は、地震の後に津波が来るという基礎的な知識もほとんど持ち合わせていなかった。そうした中で、多くの方の命が助かったのである。

一方、東日本大震災で津波の犠牲者が多かった大槌町では、浸水区域内の犠牲率10.7%という数字が残っている。現代社会では地震の後に津波が来るという知識を皆さん持っていて、気象庁から津波警報が発令され、町からの同報無線で避難の呼び掛けも頻繁に行われていたにもかかわらず、これだけの犠牲者を出してしまったのである。一定のハード対策の下で安心してしまっただけで、それを超える姿が想像できていなかったというのが大きな原因ではないかと考えている。下田の当時の記録を見ると、海の異変を感じた人たちがみんなで大声を上げて呼び掛け合いながら、裏の山や神社、お寺にみんなで駆け上がり、逃げて助かったという記録が残っている。

これを何とかするためには、政府を挙げて進めている国土強靱化、特にハード対策も含めた対策力を上げるとともに市民力そのものの強靱化を図っていくことが非常に重要となる。問題は、どのようにして市民力を強靱化するかである。想像力の欠如に陥らないようにするため、まずはわれわれの身の回りでのどのようなことが起きるのか、日頃からきちんと科学的リテラシーを持って想像力たくましく考え、それに対応していくことが重要である。

日本は特に少子高齢化が非常に進んできたことが、災害対応の脆弱性につながっている。阪神・淡路大震災が起こった1995年当時、日本の高齢化率は14.6%で、2020年は28.9%、2040年には35.3%になるという予想もある。併せて、社会の基幹的なインフラも高齢年化しており、これらをどうきちんと維持していくかが最大の問題になっている。

こうした中、今年の7月豪雨でも高齢者施設で悲劇が繰り返され、熊本県球磨村の特別養護老人ホームでは入所者14名が犠牲になった。施設入所者が高層階に逃げるのができなかったためである。今年の7月豪雨では、熊本、大分、長崎、福岡、岐阜、長野の6県だけで高齢者施設72施設が浸水した。そのうち20施設が停電、14施設が断水した。犠牲者こそ出なかったものの、多くの施設で一步間違えば大きな犠牲者を出す事態になりかねない状況だった。このように超少子高齢化社会を迎える中で、高齢者施設の被災をいかにして避けるかというのも大きな課題となっている。情報の不足や避難判断の遅れが指摘されているが、そうした中で地域でどう考えるかということに私自身も頭を悩ませている。

静岡市用宗にある介護医療院では、古くから津波の被災を逃れるため、地域の人たちに津波避難ビルとし

て施設を開放している。地域貢献という目的もあるけれども、地域の人たちと連携しながら入院患者の避難支援を地域の方々に手伝ってもらうためである。実際、防災訓練などのときには、高層階に地域の人たちが来る際に、低層階にいる人たちを引き上げてもらうようなことも一緒に考えている。避難ビルとして開放する一方、高層階には避難住民向けの非常食などを備蓄して、いざというときにはそこを避難所として使えるような工夫をしながら、地域と連携を取っている施設である。

それから、静岡県富士市の企業は、水害で水に漬かった途端に高層階へ移動するためのエレベーターが使えなくなる事態を懸念して、ライフガードリフトという重力式のリフトを開発した。水槽の重さでリフトを上層階に上げる装置であり、これによって緊急時に低層階から上層階へと避難できる。こういった補助装置も具体的に開発が進んでいる。

もう一つ問題となるのは、立地の課題である。土砂災害や浸水の危険のある地域には、どうしてもまだ要支援者施設がたくさん存在している。市街化調整区域での開発を緩めた結果としてこうしたことが起きてしまったのだけれども、もう一度きちんと開発許可を厳格化し、既存の不適合施設の改修のために各自治体から必要な支援するといったことを地域全体で取り組んでいかないと、このような問題はなかなか解決しないだろう。

2015年、ネパールのゴルカで地震があり、8000人を超える犠牲者を出した。当時、私は静岡のいろいろな防災のノウハウを現地の支援に導入できないかと思い、現地政府に支援の申し入れに行ったのだが、そのとき初対面の復興局長が私に、「日本人はネパール人をもっと見習え」と開口一番に言った。その意味を彼に聞くと、阪神・淡路大震災の直後、政府の視察団として神戸の避難所を訪れたときのことを話してくれた。神戸の方には申し訳ないのだが、当時、避難所にいた多くの人が神戸市の職員に向かって、「毎日、冷たい弁当しか出てこない。もっと温かい飯を用意しろ」「防寒着が足りない。ストーブが足りない。もっと持ってこい」などとあらゆる文句をぶつけていたと言うのである。

カトマンズの中央広場には、約5000人がテントを並べて生活している。彼は「ネパール国民は震災直後から自分たちでテントを張って、食料と水を調達してきた。政府に対して何の不平も言ってこない」と言う。誰も政府を信用していなかったという話も国民の方々からいろいろ聞いたのだが、日本の今の災害時の避難所の光景を見ると、何でもかんでも行政に求める姿が目立っていることに私も非常に心を痛めている。

今回、コロナ禍における避難所の運営に関して、地域でいろいろなことを試みている。静岡では行政が避

難所を開設するけれども、避難所の運営そのものは地域の自治会や自主防災組織が中心となって行うルールになっている。そうした中、昨年11月に静岡市内の自治会で避難所運営訓練が行われた。なぜこの訓練を紹介するかというと、自治会や行政が主体で行ったのではなく、有志の方々が企画した試みだからである。自治会の一部の方や地域の障害者団体、NPOなどの方々が、自分たちが災害に遭遇したときにどうなるのかと考えて、自主的に行った訓練である。こうしたことを地域が主体となって行えるような環境をつくるのが非常に重要となってくる。

新型コロナとも共存できる防災社会に向けて、災害やコロナ禍など環境激変時に弱い立場の人をいかに救えるかが大きな課題となる。そのためにさまざまな個人、組織・団体が過酷な自然災害に対し、きちんとした想像力を発揮して対策を実践することが求められる。重要なのは自助と共助とよくいわれるけれども、一番重要なのはそれをしっかり支える公助であり、それがあって自助・共助がきちんと実行できるのではないかと考える。

私はいろいろなところで「消火器を家庭に備えましょう」と言っていたのだが、今では消火器はかなり普及した。これからの高齢化社会の中では、車椅子を一家に1台普及するのはどうかと考えている。車椅子を前から引っ張ればリアカーになり、いろいろな段差も簡単に乗り越えられる。このような工夫もしていないと、支援が必要な方々に対して優しい社会を実現できないのではないかと感じる。

まれにしか遭遇しないような災害をいかに具体的にイメージできるかが鍵になるだろう。重要なのは自助・共助といいながら、実はそれをしっかり支える公助をきちんと構築することによって、自助・共助が生きてくると考えている。



パネルディスカッション

「新型コロナ共存時代の 災害対応ニューノーマル」

ファシリテーター

河田 恵昭

国際防災・人道支援協議会（DRA）会長代理／人と防災未来センター長

パネリスト

中山 伸一

兵庫県災害医療センター長

阪本 真由美

兵庫県立大学大学院減災復興政策科教授

高岡 誠子

人と防災未来センター研究員

岩田 孝仁

静岡大学防災総合センター特任教授



河田：今日は、新型コロナ共存時代における災害対応の新たな課題とその対応についてパネルディスカッションをしたいと思います。新型コロナウイルスの感染症はもちろん病気なのだが、これだけパンデミックになってしまうと単なる病気という扱いではなく、むしろ災害と考えるべきである。そうすると、災害多発時代に災害が起こっているだけで収束すればいいのだが、私たちの国は地球温暖化の影響を受けて毎年のように集中豪雨災害が起こっている。それだけでなく、地震も多発しているので、災害多発時代にこうしたコロナの問題が起こっていることを考えると、複合災害への対処という共通課題が出てくる。しかし、政府はあくまでも感染症であるという取り扱いを進めており、コロナウイルスと戦争しているわけではないという雰囲気になっている。これでは非常にまずいのである。



特に、コロナの問題はこれから収束するのか、もっと拡大するのか、今はよく分からないけれども、はっきりしているのはわが国のワクチン接種が先進国で一番遅れているということである。なぜそんなに後手後手になっているのかというところに切り込んで、パネルディスカッションを視聴していただいている皆さまにご理解いただけたらと思っている。

それではまず、登壇していただいているパネリストに10分ずつ講演していただき、パネルディスカッションに移っていきたい。

パネリスト報告①

「新型コロナ共存時代の災害対応ニューノーマルー災害医療対応に求められる発想の転換ー」

中山 伸一（兵庫県災害医療センター長）

新型コロナウイルスの襲来によって、この国を含めて世界中の人たちは希望を失いつつあるかもしれないが、人間は希望なくしては生きていけないと私は思っている。

阪神・淡路大震災以来の26年間、災害医療の取り組みはそれなりに進歩してきた。ただ、それが今に通じるのかというと非常にクエスチョンマークが付く。河田先生が言われたように、複合災害が起こった場合の医療はかなりお寒い状況となっている。

災害時に医療は、需要と資源・供給のバランスが崩れてしまう。需要は患者であり、資源・供給はベッドや医療スタッフの数、医薬品などに相当する。いずれにしろ、災害がいったん起こると医療機関や危機管理機関だけの対応は不可能であり、お互いに助け合うことが求められる。26年前は残念ながら



それが効率的にできなかった。これにはさまざまな原因があり、災害・救急医療情報システム（EMIS）の導入や災害拠点病院の指定、災害医療コーディネーターの設置、災害派遣医療チーム（DMAT）の発足、さまざまな災害時保健医療活動チームの発足などがこの26年間に行われた。

EMISとは、災害時に医療情報をハードウェア、ソフトウェアを含めてみんなで共有するものである。災害拠点病院は、現在700以上の病院が指定されている。平時からさまざまな災害への備えが求められ、災害時には医療班やDMATの派遣などの役目を担う。

中でもDMATは、早期から急性期に派遣される能力を持ったチームである。1チーム4～5人と小さいが、現在1700を超えるチームが全国で同じ研修を受けて誕生している。隊員の内訳は医師が3割、看護師が4割、その他の業務調整員が3割で、日本ならではの形で合体して活動する。最大のミッションは広域医療搬送であり、被災地外から医療チームがいち早く入って、患者を被災地外に出し、できるだけ平時に近い医療を提供して命を救うという発想である。

災害拠点病院は、兵庫県内では18病院が指定されており、それぞれに災害医療コーディネーターとDMATが配置され、さまざまな活動をしている。私が所属する施設はその元締めの機能を有し、災害時の司令塔的な役割を担っている。

こうしたことが全国の自治体で取り組まれるようになり、わが国における災害医療の基本体制として、被災地外から被災地内へさまざまな応援に入る形になっている。つまり、災害時には病院から「打って出る医療」が徐々に形づくられてきた。

そんな中、熊本地震などでも病院は相変わらず被災しており、1500名を超える人が病院から出なければならない事態となった。大阪府北部地震では、日本有数の高度先進医療を行っている国立循環器病研究センターが全電源喪失し、重症患者を転送させた。2018年豪雨災害のときの真備記念病院なども同様の状況で、こうした状況が水害や地震などで繰り返されている。2018年の台風21号災害のときも、高潮と暴風によって阪神間だけで24の医療機関が停電した。停電はいつ復旧するか分からないところが恐く、結局復旧までに25時間を要した。

つまり、医療機関は相変わらずウイークポイントが多いのである。ハードウェアにおいては、高度先進医療があつという間にできなくなることがあるし、ソフトウェアやマンパワーも非常に脆弱である。よって、阪神・淡路大震災以降のわが国の災害医療体制は、及第点すれすれといえるかもしれない。この26年間で、「打って出る医療」は進歩したけれども、本当の意味で災害への「守りを固める医療」はなかなかできていないのではないかと。

一方で、広域からのDMAT派遣はどうしても3密が起こってしまう。しかも、河田先生が言われたように、パンデミックと化した新型コロナウイルス感染症

は災害なのである。加えて、何より特効薬がはつきりせず、長期戦である点がこれまでの災害と大きく異なる。

こうした中、わが国では元々、感染症をしっかりと治療する病院のベッド数が非常に不足している。しかも、災害拠点病院と救命救急センターがほぼ重なり、対応が非常に遅れている。そうして病床数も医療人員も逼迫している状況が全国で発生している。ところが、新型コロナ感染症だけが私たちの病気ではない。では、どうするかというと、災害対策をあてはめれば新型コロナ患者を減らすか、医療対応能力を増やすかということしかない。一方で、わが国には高齢化社会というもう一つの社会的脆弱性も存在する。そして、まさに今南海トラフ巨大地震が発生したらという話は、決して荒唐無稽なことではない。

新型コロナ患者を減らすために、地震対応においては被災地外に転送するという発想があったが、これは事実上無理だと思う。そうすると、避難所も含めて地域ごとに感染対策を徹底し、分散を図らなければならない。ただ、これは現在非常に難しい状況である。また、医療対応能力を増やすにしても、先ほどの広域医療搬送の発想で大都市から医療チームを派遣するのはほぼ不可能である。そういう中で、結局は自治体ぐらいの大きさの中で応援できる場所は、病院単位での頑張りをもう少しせざるを得ないというのが私の現時点での解決策を探る方向性である。

国の国土強靱化基本計画では、最初にやっとな人命という言葉が記載されるようになったけれども、よく見ると50対策のうち、命・健康に直結する厚生労働省関係の対策はわずか2対策しかなく、医療施設および社会福祉施設の耐災害性強化がうたわれているにすぎない。これは非常に寂しいと思う。

病床数が世界的にも多いと日本は自慢しているけれども、100床当たりの医師や看護師の数は非常に乏しい。これは、効率を追い求めてきたわが国の構造的欠陥という感じがする。コロナの時代を機に、私たちの健康・命を守る社会をどのようにするのかということ、医療だけでなく各方面と協議しながらもう少し進めていかなければならないと自問自答しているところである。

パネリスト報告②

「災害ボランティアの視点」

阪本真由美（兵庫県立大学大学院減災復興政策科教授）

新型コロナウイルスの感染拡大が示した課題の一つは、災害時に被災地支援をどのように行うのかという点である。日本にはアメリカの緊急事態管理庁（FEMA）のように、防災を国から現場レベルまで統括するような省庁がない。



その代わり災害対応において大切なのが、被災地とそうでない地域の相互支援である。

被災者を支える上で重要な役割を果たしているのが、実は災害時のボランティアである。ボランティアは、被災地を訪れて被災者に寄り添って支援を提供するという点では大変重要な資源になっている。ボランティアの重要性が認識されたのは、1995年の阪神・淡路大震災であった。被災地神戸には全国から139万人のボランティアが集まり、被災者宅の片付けなどの支援を行った。

ただ、当時は外部からの支援と現場をマッチングする仕組みがなかった。そこでつくられたのが災害ボランティアセンターという支援調整の仕組みである。社会福祉協議会を中心として、被災地にセンターをつくって支援者を受け入れ、支援が必要な人への調整をして割り当てる仕組みがつけられた。

東日本大震災が起こったときには、専門性が高いボランティア団体やNGO、NPOが幾つかできた。こうした団体が被災地の行政機関と連携して被災者支援を行う取り組みが行われてきた。それから、全国レベルでNGO、NPOの調整を行う仕組みとして、全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD）という組織が2016年に立ち上げられた。内閣府と協定を締結し、熊本地震以降は被災地でJVOAD、被災県、NPO団体が連携した情報共有会議を開催する仕組みもつけられた。

こうした仕組みはいずれも、被災地とそうでない地域、被災者とそうでない人との関係を核とした支援の仕組みである。だから、日本は世界でも相互支援の仕組みが最も発達している国だと思う。とはいえ、昨年の豪雨災害を見ても、新型コロナウイルス感染拡大の状況では人のつながりを核とした支援の在り方は難しいと考えさせられた。

昨年、緊急事態宣言発出後の4月21日、「新型コロナウイルス影響下における災害対応検討会」を設置し、JVOADや赤十字、社会福祉協議会、青年会議所、YMCA、ピースボートなどさまざまなボランティア団体が集まって、災害時の被災地支援について協議した。その中で問題意識として出されたのが、外部からの支援者が被災地で感染拡大させるのではないかとという点と、支援側が感染してしまうリスクがあるという点だった。

スフィアプロジェクトの人道憲章では、全ての災害や紛争から影響を受ける人々には尊厳ある生活を営む権利があり、そのために保護と支援を受ける権利があると定めている。被災者は、たとえ新型コロナウイルスに感染している状況であれ、尊厳ある生活を営むための支援を受ける権利がある。そうであるならば、新型コロナウイルスの感染が懸念される状況でも支援できる方法を考えようということで検討が進められた。

そして6月1日には、「新型コロナウイルスの感染が懸念される状況におけるボランティア・NPO等の

災害対応ガイドライン」を策定した。基本方針として、①被災した地域への支援は地元の意向に配慮することを前提とする。②支援は、基本的に被災した地域中心に考える。というのも、被災地には必ず被災した人としていない人がおり、まずはその相互支援を行うことになるからである。それから③地域内での支援が難しい場合、あるいは専門性が高いアドバイスが求められる場合は、被災地からの要望があれば支援を提供することを定めた。

しかし、こうしたガイドラインだけでは十分ではなく、支援に行く側も新型コロナウイルスに関する知識を持たなければならない。そのための研修プログラムを準備して、幅広く公開してきた。

そういう状況で、昨年7月に豪雨災害が起こった。被災地では7月6日から順次、災害ボランティアセンターが設置された。ボランティアの募集は行われたが、当初懸念していたとおり、取りあえずは地域内でボランティアセンターを設置し、外部からの支援は当面は見合わせる方針が出された。情報共有会議も設置されたが、新たな取り組みとしてオンラインで情報共有会議を外部組織に公開した。情報共有会議は被災県（熊本県）と、KVOADという県内ボランティア団体のネットワーク組織、内閣府、JVOADが連携して7月8日に初開催した。

7月の頭には、自治体間の支援で被災地の避難所支援に行った人に陽性反応が出たため、熊本県側も慎重な対応を取ってほしいというリクエストを出した。7月14日には熊本県知事から、取りあえずは県内のボランティアで対応したいという方針が出された。とはいえ、ボランティアの絶対数が足りない状況になっていったので、7月27日にKVOADは、新型コロナウイルスを持ち込まないための措置を取り、地元からの要請があった場合は慎重に対応することを条件にボランティアの募集を始めた。

コロナ禍の状況もあって、残念ながら昨年の豪雨災害におけるボランティアの活動数は過去の災害に比べて少なかった。ボランティアの不足によって懸念されるのは、被災者の生活再建の遅れである。被災家屋の土砂の除去や清掃活動など、被災者に寄り添った支援は今までボランティアが中心となってやってきた。ボランティアがいなければ、行政が代わりにやってくれるわけではなく、被災者自身が行わざるを得ない。でも、被災地では高齢化も進み、被災者自身がこうした活動に従事するのは難しい。

それから、ボランティアは被災地外との交流を促進する役割も担っている。これまでの災害でも、災害をきっかけにいろいろな地域間交流が生み出された。そうした交流は、被災地の復旧・復興や活性化に結び付いていく。その機会が新型コロナウイルスが懸念されるが故に失われようとしているのは切なくもある。

災害時のボランティアは、地域間のつながりをつくっていくものであり、人と人とのつながりを核としている。

人類の発展過程を振り返っても、やはり人と人のつながりが大切である。集落をつくって他の地域とつながることで社会をつくり上げ、発展してきた歴史がある。つながりなくしてわれわれの社会はないとするならば、やはりつながりを核とした継続的支援の仕組みづくりをしていかなければならないと考える。

パネリスト報告③

「避難所での感染症対策

ー新型コロナウイルス感染症への対策ー」

高岡 誠子（人と防災未来センター研究員）

1995年の阪神・淡路大震災のときの避難所と、2019年の東日本台風のときの避難所を比べると、体育館に多くの人が密集していることは変わらないが、2019年の避難所には段ボール製の簡易ベッドが導入され、区画整理がされている。このように少しずつ発展してきているが、それでもまだまだ足りない状況である。



また、新型コロナウイルス感染症が流行している社会において注意しなければならないのは、避難所に多様な背景を持った人が避難してくる可能性がある点である。保健所の健康観察対象者（自宅療養者、自宅待機者、濃厚接触者など）が家族と一緒に避難してくる可能性がある。ただ、健康観察対象者に関してはできるだけ専用の避難所や宿泊療養施設に避難できるように自治体も準備は始めているが、大災害が起きたときにそれができるといふとなかなか難しいと思う。

また、それ以外に無自覚で感染している人が社会には存在し、その人たちが避難所に避難してくる可能性がある。そうした場合、避難所で症状が出現したり、避難所で感染したり、避難所でクラスターが発生する可能性はゼロではない。それらを防ぐためには、避難所開設当初からの対策が必要となる。

避難所の感染症対策に関しては、昨年4月ごろから国やさまざまな専門団体、学会などがさまざまな知見を公開し、それを利用して自治体が感染症対策マニュアルなどを作成している。それが多くの住民に周知されるよう、Webサイトへの掲載や動画配信、訓練などを行ってきた。

避難所で感染させないためには、やはり感染症の病原微生物はさまざまな感染経路で私たちヒトに入ってくるので、新型コロナウイルスであればアルコールに弱いという特性から消毒が必要であり、飛沫感染や接触感染などを防ぐ対応も求められる。そして、私たち自身が抵抗力を上げ、健康に生きるように自分たちで備えていくこと、予防接種を行うことも必要となる。つまり、避難所環境に持ち込まない、感染しない・させない対策が必要である。

持ち込まないためには、避難先の事前の整理、避難所受付でのトリアージ（ふるい分け）が必要であり、感染しない・させないためには避難所での衛生行動を一人一人が守ること、ゾーニングをして発熱のある人は一般の人と動線や居住空間を分けることが求められ、何より避難所を利用する一人一人が自身で健康管理することが必要となる。

感染リスクを下げる避難所環境づくりの大前提としては、感染リスクではなく命を守る行動を優先させてほしい。そのためにも、避難所で感染対策をしていることを住民に広く知ってもらう努力が自治体には必要となる。そして、既存の宿泊療養施設や専用の避難所などの避難先を事前に振り分け、避難所受付では感染を疑う症状がないかどうかを見るトリアージを行い、発熱のある人は別の経路で入ってもらうことも対策として行われている。そして、飛沫・接触感染予防をしっかりと行うことも大切である。そのためには例えば、スペースを分ける優先順位付けを行ったり、手洗いや手指消毒の周知、定期的な換気、簡易ベッドの設置なども必要となる。

しかし、大災害が起きてすぐに各世帯の個人的なスペースを確保することはできないだろう。なので、まずは命を守る緊急避難場所として、最低限の感染を守る準備をし、被災がひどくて自宅に帰れない人が避難所に残った場合は、その人たちへの感染リスクを下げるような対策を準備することが求められる。

私から三つの課題を挙げたい。課題1は、関係機関との事前調整と連携である。ここでは、各行政機関に全庁的に対応することを大前提としてお話しする。やはり保健所としては健康観察者（自宅療養者など）の事前情報共有がなければ、どこに特別な避難所を作ればいいのか、どこに安全に避難すればいいのか分からない。そして、避難所運営に関わる専門的な指導も必要である。保健所の保健師や地域医療機関から看護師・医師が出向いて、どうすれば避難所運営者が自分たちを守り、住民を守るための行動ができるかという指導を一緒に受けていただくことが必要だと思う。また、避難所開設後、感染症疑いのある人にはどう対応するのか、救護所や避難所の巡回をどうするのかということもまだまだ議論の余地がある。

課題2は、やはり感染予防がこれまで以上に必要となるため、そのことを新しいルールとして規定し、住民の方々に知っていただくことである。動画配信など多様な媒体を用いながら周知し、住民側も知る努力をしていただくことが必要となるだろう。そして、各自の健康管理とともに、人権への配慮についてもしっかりと具体的に考えていくことが重要である。

課題3は、避難所の救護所の在り方である。これまでのような設置時期、場所、運用方法でいいのか。避難所利用者だけでなく、逼迫している地域医療機関に負担がかかることは分かっているのだから、在宅の方々に診られるようなシステムを取り入れることも

考える必要がある。

各自治体にお願いしたいのは、できるだけ避難所運営の判断基準を決定してほしいということである。絵に描いた餅ではなかなか感染リスクを下げられないので、最低限何をすべきか優先度を決めることである。そのためには、人・物・金に加えて、事前調整や知恵と工夫、地域他機関や専門職の方々と連絡・調整が求められると考える。

河田：コロナ対策自体にも非常に大きな問題があるということを今日の講演を聴いてお分かりいただけたと思う。

ここからは二つの問題について議論していただきたい。まず、コロナの問題が顕在化して以降、専門的な知識があまり世の中に出てきていない。メディアももっと大切な情報があるはずなのに、非常につまらないテーマで延々と時間をつぶしている。その一方で、SNSなどの発達により、個人の感想のようなものがまかり通ってしまっている。米大統領選のときのようにフェイクな情報がまかり通ったことは非常に大きな問題だと考える。

そこで、どうすれば必要な知識が人々に伝わるのかということについてお知恵をお願いしたい。パネリストの講演を聴いて、非常に特殊で難しいという印象は持たなかったと思う。その情報を私たちは知らないが故に、どうするかという明確な方向性が全く見えていないのではないかなと思うが、いかがだろうか。

中山：私たち医療人にしても市民にしても、やはり正しく恐れることが非常に大事だと思う。例えば当センターでも、コロナは原則治療していないのだが、一般外来に紛れて感染者がたくさん訪れる。でも、しっかりと防御すれば、職員を含めて感染者は出ない。そうしたノウハウを一体誰が誰に対してどう教えていくかという部分がやはり行き渡っていないので、高齢者施設などでクラスターが出ているのだろう。

私の発表と関連付ければ、いわゆるスペシャリストの方々、例えば地域の病院にはインфекションコントロールチームなどの感染症に詳しい医師もいるわけで、そうした人たちが病院を飛び出て指導していくような、「打って出る医療」を始めないと、この問題はなかなか解決しないのではないかと考える。

阪本：やはり経験がある人から学んでそれを対策に生かすことが大切である。私もJVOADのメンバーなのだが、先ほどお伝えしたガイドライン策定時、赤十字の人がダイヤモンド・プリンセス号の支援に入っていた経験があって、既にコロナウイルス対応の知見を持っていたので、そこから学んでガイドラインの策定に生かした。医療関係者と防災関係者の接点は、あるところにはあるのだが、ないところはなく、接点を持つための体制をつくっていくことは重要だと思う。

それから、学んだものを共有するための仕組みをつくっていくことが求められる。災害時のボランティア活動において、ガイドラインでは必ず PCR 検査を受けてから被災地に行くことになっているのだが、受けた後、誰とも接触せずに被災地に行くことや、被災地での活動記録や面会者の記録をトラッキングできる仕組みをつくることなど、幾つかの決めごとをしている。こうしたものを Web サイトなどを通して幅広く伝えとともに、学んでもらうための研修教材も整備している。ただ、そうしたものを整備しても、なかなか知ってもらえないので、被災地支援に行く人は必ず見るようにしてもらう仕組みをつくっていかなければならないと考えている。

河田：実は、昨年 7 月の熊本の水害のとき、熊本県は県内のボランティアを引き受ける形で動いた。すると、絶対値が少ないので復旧が全く進まないという状況になった。阪神・淡路大震災では 139 万人のボランティアが協力したが、多くは被災地外から来ていた。元々ボランティアは、被災地に住んでいて被害を受けなかった人が被災者のために働くのが基本である。昔は交通機関が発達していないので、よその地域から駆けつけるのは難しかったからだ。

ところが、阪神・淡路大震災ではあまりにも被害が大きかったので、外から行かなければならないという考え方が基本になってしまったのではないかと。これを今のうちに直しておかないと、首都直下地震や南海トラフ巨大地震が起こった途端、別にコロナウイルスでなくてもインフルエンザがはやっただけでも人数が足りなくなると思うのだが、どうしたらいいのだろうか。昨年から JVOAD の中でいろいろな議論をずっと重ねていただいていると思うのだが、この問題に関してはいかがだろうか。

阪本：まさに先生がおっしゃったとおりで、先ほど岩田先生も市民力の向上という話をされたけれども、災害が起きて自分が被害を受けなければそれで良かったというのではなく、地域には困っている人もいるのだから、行って助けようという意識を地域の人にどんどん持ってもらうことは何よりも大切だと思う。なので、災害対応は元々地域でやってきたことだったのが、どんどん地域社会が形骸化してしまった結果、災害時の相互支援も動きにくくなっている状況である。

今年の豪雨でも、本来なら熊本であれば熊本の方がもっと支援すれば人手が足りていたかもしれないけれども、行き方が分からないとか、何が出来るか分からないということで支援をためらってしまった人もいないのではないかと。なので、地域同士でみんなに参画して頑張ってもらえる体制づくりを今のうちからもっとやっておかなければならないと思う。

河田：ということは、岩田さんのお話にあったように、自助と共助をもっと強くないと、このボランティアの

問題もなかなか解決に向かわないということだろう。コロナの問題は特殊な問題ではなく、基本的に自助と共助の在り方に非常にリンクしていると思うのだが、いかがだろうか。

岩田：私自身が静岡で東海地震

対策を始めたときに、まさにその問題に直面した。要するに、外から誰も応援に来ないのである。交通網が遮断され、津波で被災して誰も来ないときに自分たちはどうするかということについていろいろ考えた仕組みが、まさに自助・共助・公助である。そういう中で、自分一人ではできなければ地域の人みんなで助け合いながら頑張ろうということで、例えば避難所に行けば自分たちで炊き出しをして、自分たちでいろいろなものを供給してきたのが、本来ずっとやってきた姿である。

最近、ボランティアが来るまで避難所で何もしなくなってしまっている光景が全国の被災地で結構見られるのである。例えば 2016 年の熊本震災直後、私が益城町の避難所に行くと、朝 7 時ぐらいから皆さん行列をつくって待っていた。何かと思えば、自衛隊の方々が炊き出しでおにぎりを作ってくれるのを、皆さん行列をつくって袋を持って待っていたのである。みんなで作ればすぐにできることが、炊き出しで支援してもらうのが当たり前になっているのである。確かに被災者はかなり苦しい思いをされているのだが、皆さん元気なのだから自分たちでやればいいのではないかと私は声を掛けたところ、「いや、そんなことはできない」と言われた。だから、現実とは違うのではないかと考えていて、自助・共助の意識を強くすることは、自分たちの地域をもう一度きちんと見直すいいきっかけになると思う。

私が先ほど紹介した避難所運営訓練は、まさに自分たちの地域を自分たちでどうしようかと地域の人たちが自主的に始めた訓練だったが、あのような動きをもっと進めていく必要があると思っている。ただ、行政はそれを手をこまねいて見ているのではなく、きちんとサポートしてあげることが大切である。

高岡：どうすれば必要な知識が人々に伝わるかと考えたときに、私も昨年 4 月、コロナ禍の避難所に関して、国からの通達をいろいろと読んだのだけれども分からなかった。なので、どう伝えるかといったときに、翻訳家が必要だと感じた。国からの文書もそうだし、感染症の専門家の話、災害医療の専門家の話、ウイルスの専門家の話の要点や本質的な部分を住民にどう伝えるかという、翻訳ができる機能が必要だと思う。また、その発信の仕方に関しては、やはりコロナ禍なので、こういう機会があるということをもっとしっかりと発信し、住民の方々もそれをしっかりと知る努力をして、そこから壁を破っていくとか、ドアを開い



ていけるのではないかと思います。

そして、それを共有する仕組みとして、避難所であれば避難所訓練をどうしていくのか、行政だけでなく住民にできること、行政でなければできないことは何なのか、どの機材が必要なのかというふうに、役割分担を明確にしていくことで次のステップに進んでいけると思う。やはり我が事として皆さんに考えていただくことが、一人一人を守るために必要なことではないかと思う。

河田：WHOで感染症対策を進めるときに、先進国と途上国の扱いが全く違うという難しさがあると思う。特に、途上国に対する情報提供はどういう配慮をしているのだろうか。

野崎：皆さんご存じだと思うが、国際保健規則（IHR）という条約がある。これは先進国・途上国にかかわらず全加盟国に課されている取り決めで、この規則に基づいて広域の感染症などの問題が発生したときには情報を開示することになっている。もちろん途上国において、情報そのものをどのように入れたらいいのかわからない国や、その情報を得るためのキャパシティが不足している国もある。先ほどWHO各国の事務所が150あると申し上げたが、194のWHO加盟国中150の国に国事務所があるということは、残りは先進国であり、自分たちでできるので、この国事務所が各国保健所と一緒に、IHRに定められている情報の収集・提供・活用ができるように、各国政府と手を取り合って仕事をしている。



河田：次の問題に入りたいと思う。実は今、わが国はこれから感染症が拡大するのか、収束するのか、どちらになるかがわからない状況が続いている。そのため、菅首相の答弁などを聞いていると、将来をどう考えているのかが全く伝わってこないのが大変困っているのだが、それぞれのご専門の立場で、これから日本はどうすればいいのか、お知恵をぜひ開陳していただきたい。

中山：医療の立場からいえば、本当に医療はあっぶあっぶで、これ以上コロナの患者が出ると、はっきりいって勘弁してくれという感じである。それから、日本が誇ってきた治療においても、ご存じのように救急搬送がうまくいかなかったり、重症者がたまってきたり、自宅療養も実際に出ている状況であり、兵庫県も自宅療養なしにこだわってやっておられるけれども、実際は無理である。この悪循環を断つにはやはり、ここはいったんブレーキをしっかりと踏みつつ、次の循環に持っていくために何ができるかということ、行政の

方には今日の話も参考にして考えていただいて、できることを取り組んでおくことが大事ではないかと思う。

河田：災害医療でトリアージという言葉がある。わが国では、これ以上感染症が拡大したときに、医療体制でトリアージをしなければならないということはないのだろうか。つまり、これ以上感染者が増えたら破綻するということに、ここは重点的に残すけれども、これはできないという選択肢があるのではないかと思うのだが、いかがだろうか。

中山：おっしゃるとおりである。トリアージという言葉が割と最近のメディアでも出てくるようにはなったが、時々「命の選択」と訳されると誤解を招く。本当は、みんなの命を助けるために重症度や緊急度である程度の差をつけて、重症者は医療機関、そうでない人はホテル療養や自宅療養に振り分けていくのをもっとオープンにしっかりと行う体制をつくらないといけない。限られた病床数しかないところに全部が殺到すると、医療機関も沈没してしまうし、結果的により多くの命が失われるというのが阪神・淡路大震災の教訓でもあった。感染症においても、パンデミックになればその考え方は絶対に必要だと思う。命の選択ではなく、みんなが助かるためのトリアージをしっかりと行うという考え方が今は欠けていると思う。

阪本：やはり新型コロナウイルスの感染が拡大している状況とはいえ、災害が起こる危険性は常について回っていて、今回のフォーラムのテーマでもある新型コロナウイルスとの共存が求められていると思う。そう考えると、両方の対策を考えながら防災をしていかなければならない。そのときに何よりも重要になるのが、災害に強い地域づくりだと思う。先ほど、地域の自助・共助が大事だという話もあったが、本当にそれがないと被災地の早期の復旧・復興は実現できない。被害を受けにくくするだけでなく、災害復興を早く進めるためにも、今から地域づくり、災害に強い体制の在り方の検討を進めていくことが大事だと思う。

河田：問題は、ボランティアのお世話は社会福祉協議会がやっているけれども、感染症は病気の問題なので、避難所を開設してそれを運営する段階では従来は災害関係部局が仕切っていたが、そこへ医療や福祉の部局の人たちが出てきて、「これは私たちの問題だ」という場面が現実には起こっている。そこで、各自治体の指揮命令系統がどうなっているのかが問題になるのだが、なかなかそこは手付かずである。兵庫県のように防災監が副知事級でいれば防災監が仕切るのだが、そうなっているところは少なく、総務部長の方が防災監の上位になっている自治体があり避難所の開設や運営をせざるを得ない。ここの整理もやはり必要ではないかと思うが、その点はいかがだろうか。

阪本：まさにおっしゃるとおりで、日本の災害対応の現場では、防災の部局と福祉の部局と医療の部局がそれぞれ縦割りとなっていて、関係機関間の情報共有が積極的に行われていない。来年度の災害対策基本法改正で、避難行動要支援者については個別計画を作り、その過程で防災部局との連携を促進しようといわれているのだが、まだまだハードルが幾つかあるように思う。

もう一つ思うのは、災害が起きた後に行政と民間それぞれの専門分野の方が集まって情報共有を行うものとして、国連はクラスターシステムというものをつくっているのだが、やはり専門チームによるクラスターに対する仕組みを日本でも導入する必要があると思う。JVOADでも官民連携の情報共有会議は設置しているが、避難所部会、がれき部会など幾つかの部会がその都度形づくられている。そうではなくて、災害が起こったら官民連携で情報共有会議を設置し、各部門の専門家に集ってもらい、情報を共有するだけでなく意思決定を行う仕組みをこれからつくっていく必要があるだろう。

高岡：看護師であることと防災の研究をしているという私の立場からいえば、恐らく昨年からの皆さまの避難所での行動変容はされてきていると思う。今まではアルコール消毒をしてこなかった方々が積極的にアルコール消毒をするようになったり、共有するところをしっかりと拭くことができています。それを災害時でもできるような環境や物資を自治体がそろえておき、地域防災の方々や避難所に来る住民一人一人がそれを行っていくことで感染は防げると思う。

先ほど避難所について多くの課題をお話したが、やはりそれは今までの課題が顕在化したということなので、これを好機に今までできていなかったことをさらに突き進めていき、課題に関して住民一人一人がだいたい気付いているのではないかと思いますので、自分たちに今何ができるのかということを考えていただくことが必要だと思う。

そして、行政の方々をお願いしたいのは、感染症対策を考えていた昨年6～7月と、第3波の後では感染の規模感が全く違っていて、対策を少し変えていかなければならないのではないかと思いますので、そうしたレベル感を持った対策も考えていく必要があるのではないかと思います。それから、住民一人一人がこれまで以上に自分の体や心に耳を傾け、体調管理を普段から行う癖をしっかりと付けることが、災害時でも自分や家族の健康を自分たちで守っていくことにつながるの、それを支援するのが地域の医療機関や行政であるということまで再整理することが必要だと思う。

河田：野崎さん、まだコロナパンデミックが収束するという明らかな情報がないときに、WHOとしては何に力を入れて対応しようとしているだろうか。

野崎：少なくとも私どもの地域は、医療体制がきちんと機能することを最重要課題としてやっている。なので、感染者数をコントロールしていくために何をしたらいいかということについてこの1年間、各国と一緒に考えてきた。しかしこれは、言うは易し行うは難しで、やはり途上国を見ているといろいろな意味で医療のキャパシティが先進国に比べると不足している。その中で、どうしたら自分たちを守れるだろうかということをもみんなで工夫しながら考えてきた。そして、感染を抑えるためには何をすべきなのかということ、それぞれのレベルでしっかり考えてきたことが実を結んでいると思う。

私は先ほどの講演の最後に、フィリピンでなぜ感染者が減ってきているのかということにクエスチョンとして挙げたけれども、やはりフィリピンの人々はどこに行くにしてもマスクとフェイスシールドを必ず着けている。そうした一人一人の行動をみんながしっかりと意識してできるような社会をつくっていくことが大切である。災害に強い地域という言葉が先ほどあったが、イコールCOVID-19に強い地域社会だと思う。医療のキャパシティが少ないところは、やはり地域社会のエンゲージメントを活用して頑張らなければならない。そういうふうに見れば、先進国がひどくて途上国は頑張っているという状況であり、ぜひ私たちも途上国から先進国に学びを届けていきたいと考えている。

河田：実は今、政府は災害救助法を改正しようとしている。その原案が昨日、私に送られてきた。ご承知のように最近、洪水災害が頻発しているので、そういう中で避難所の運営をどうするかということがメインなのだが、コロナの問題が起こってそれだけで済まされるわけがない。法律とは一度起こったことに対する対応だから、コロナの問題がどうなるかということは法律の改正にはつながらない。でも、せっかく改正するのであれば、こうした方向が見えているというものがあれば盛り込まなければいけない。

というのも、私は防災対策実行会議の委員なので、中央防災会議にこの法律改正案を持っていくときに、実は私どもの了解が要る。これまで書面審査で終わっていたのだが、今はオンラインで会議をすることが常態化し、内閣府防災の参事官4人が画面に並んで私にとうとうと説明してくれたので内容が非常によく分かり、これはそのままOKするわけにはいかないことが分かっている。

今日は、パネリストの皆さんから非常に重要な情報が提供されたので、皆さんのご意見も反映しながらその意見を返したいと思うのだが、そんなに時間的な余裕がないので、私がここで気付いたことを盛り込んだ形の災害救助法改正につなげていくことをお約束して、私の総括としたい。

総括・閉会

国際防災・人道支援協議会(DRA)会長代理／人と防災未来センター長

河田 恵昭



コロナの問題が非常に流動的な段階で、DRAフォーラムを開催するかどうか、随分前から検討してきた。やはり対面が無理でも、年に1回、19の機関が集まってそれぞれ知恵を出し合った話し合いを続けてきているので、その成果を知ってもらう必要があるということで開催した。

冒頭でも申し上げたが、こうしたオンライン開催は、従来は考えられなかったほど多くの方がコミットできるという非常に大きな長所があることも分かってきた。今日の情報を多くの方々と共有するとともに、今日は正解を求めるためのフォーラムではなく、こういうことが問題になっていて、その一つの解決方法としてこういうものがあるということを知ってもらうためのフォーラムなので、それぞれの事情に応じた応用をぜひお願いしたい。そのために多くの方に今日の内容を知っていただくことがとても重要である。

情報時代といわれているけれども、情報の流れは案外固定化しており、極端に言えば、いい情報ほどなかなか共有できない時代になっている。そこに一石を投じ、コロナの問題がまだはっきりと収束する見込みのない段階で、特に複合災害を視野に入れた対応の仕方についてのいろいろなヒントを今日のDRAフォーラムで

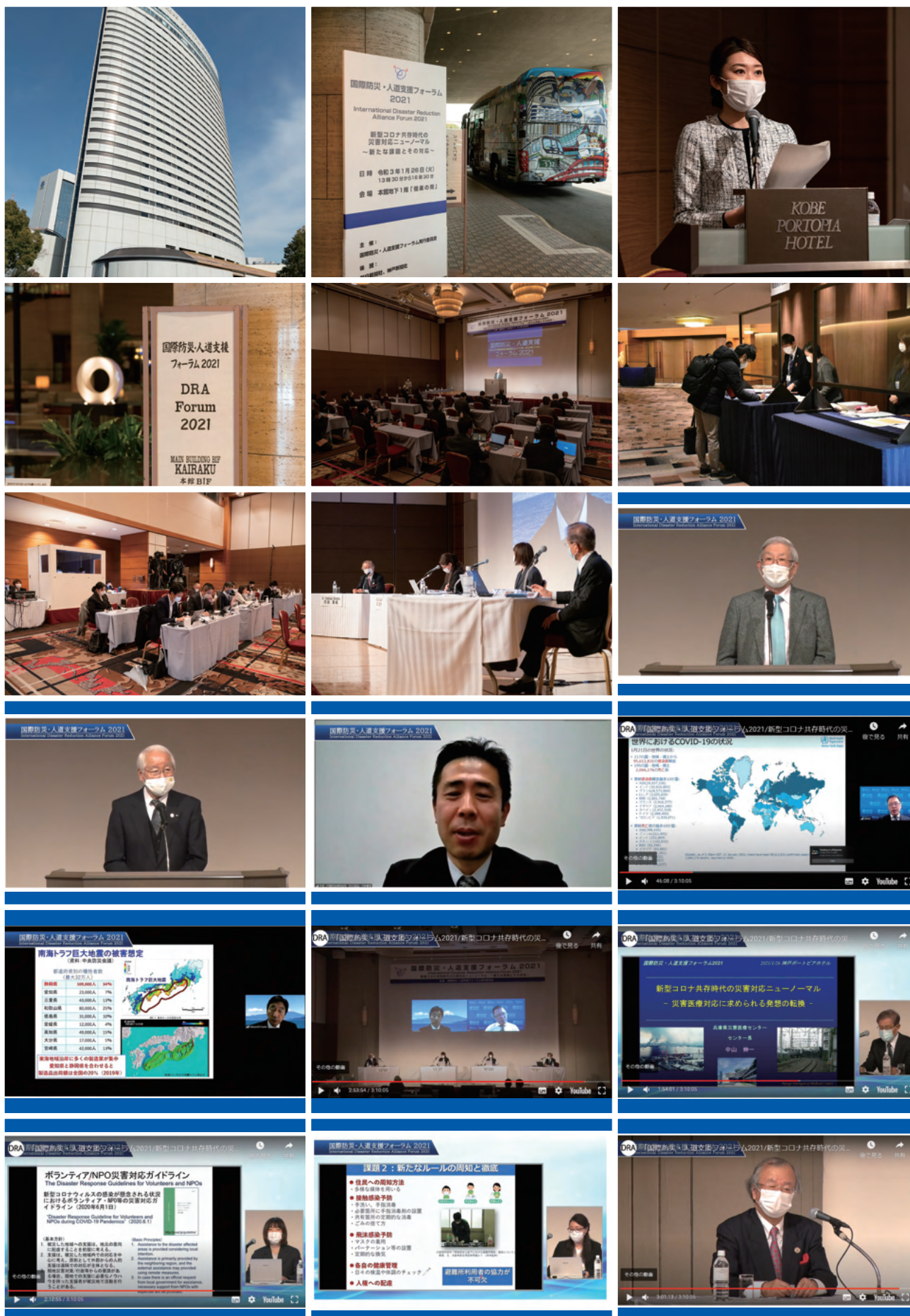
提供できたのではないかと思っている。というよりも、私自身がこのフォーラムに参加して、非常に自分自身が賢くなったという自覚があって、そういう自分が満足できるようなフォーラムとしてうまくいったのではないと思う。

それから、皆さま方も今日参加して初めて知ったいろいろな知識があったのではないかと想像している。これをぜひ生かしていただきたい。このフォーラムは、阪神・淡路大震災の教訓を世界に発信したいという大きな望みがあって行っているが、まさに今日は、WHOの世界戦略の一端も知ることができ、それが決してHAT神戸だけの情報ではなく、皆様と共有できるような情報になり得るのだということもご理解いただけたと思う。

今は世界中が非常に大変な状況になっているが、これからどのようにして安全・安心社会をつくっていくかということの一つのヒントが今日の議論の中から見いだせたのであれば、コロナの問題を取り上げて実施したこのフォーラムの意義があったのではないと思う。閉会のあいさつも兼ねて、皆さま方にお礼を申し上げたい。



会場・発表風景等



国際防災・人道支援協議会 参加機関

アジア太平洋地球変動研究ネットワーク (APN) センター
アジア防災センター
神戸地方気象台
神戸赤十字病院
国際エメックスセンター
国際協力機構関西センター (JICA関西)
国際復興支援プラットフォーム (IRP)
国連防災機関 (UNDRR) 駐日事務所
国連人道問題調整事務所 (OCHA) 神戸事務所
世界保健機関健康開発総合研究センター (WHO神戸センター)
地球環境戦略研究機関 (IGES) 関西研究センター
日本赤十字社兵庫県支部
人と防災未来センター
兵庫県こころのケアセンター
兵庫県災害医療センター
兵庫県立大学大学院 減災復興政策研究科
兵庫県立大学 防災教育研究センター
ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫耐震工学研究センター

国際防災・人道支援フォーラム2021 報告書

開催 2021年1月26日
発行 2021年3月31日
編集 国際防災・人道支援フォーラム実行委員会

国際防災・人道支援フォーラム実行委員会 (人と防災未来センター事業部普及課内)

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目5-2西館6階
TEL:078-262-5060 FAX:078-262-5082