ISSN 1349-0389

DRI調査研究レポート 2017−01
DRI Technical Report Series 【vol.38】

平成27年-28年度 特定研究プロジェクト
個別性に配慮した福祉避難所のあり方に関する研究会 報告書

2015-2016 Special research project:
Report for Research Study Meeting about the Future of Social Welfare Evacuation Shelters with Consideration for Vulnerable People

阪神・淡路大震災記念 人と防災未来センター

はじめに

阪神・淡路大震災記念　人と防災未来センター長　河田惠昭

2016年熊本地震災害では、直接死が50名に対し、災害関連死が203名となり、4倍を超えました。2004年新潟県中越地震災害では3倍でしたので、わが国の高齢化の進捗が深刻な結果をもたらしていることがわかります。そして、近い将来確実に発生が危惧される南海トラフ巨大地震が起これば、想定では直接死が約32万3千人ですから、災害関連死が百万人を突破することが現実の問題となっています。今年は明治維新150年ですが、この間、最大の惨事は太平洋戦争による一般国民の犠牲者が約80万人（軍人の死者は230万人）でしたから、この震災は近代以降の最悪ケースになる危険性があります。

このような背景で、災害時の福祉避難所をどのように設置し、運営すればよいかということについて関係者が知見を共有し、それを次の災害に生かすということは極めて重要であると言えるでしょう。しかも、災害ごとに、犠牲者の出方が多様化していることにも気づかされます。熊本地震の場合、車中泊が原因で亡くなった人は、30人ばかりで、決して集中したわけではありません。とくに高齢犠牲者は、多様な場面で健康を害し、最悪の場合、いのちを亡くしているのです。これに対処するためには、現場で一体何が起こっているのかについて、関係者間で共通の理解が必要となっています。

ここで誤解があってはならないでしょう。災害関連死を少なくするためには、医療と福祉関係の人たちが頑張れば実現できるのではないということです。もちろん、もっとも重要なアクターであることに異存はありませんが、災害対応の一環としてみなし、ステークフォルダーの意識の向上がなければ、実現できないでしょう。2016年台風10号による岩手県小本川の氾濫での医療施設「らんらん」の悲劇を防止するためには、避難準備情報を避難準備・高齢者等避難開始と名称を改め、施設が避難マニュアルを用意すれば防止できると考える、そのような単純なものではないのです。

福祉避難所のあり方については、これまでの経験に基づく改善策は大変重要であることは言うまでもありません。しかし、このような帰納的なアプローチだけでは不十分ではないでしょうか。いきなり、想像を絶する大災害が起こったと想定する演繹的なアプローチも併用しなければ、進化する被災形態にいつも置いてきぼりにされてしまうのではないでしょうか。社会がどんどん変化する流れの中で、福祉避難所のあり方を動的に、革新的に考えていただくこともとても大切だと思います。

そのためには関係者のワークショップを繰り返すことや、災害に関連する多くの分野の専門家の知見を参考にしていただく努力も必要でしょう。それは私たちのような災害の専門家にもあてはまると思います。皆様方との協働作業が最終的にいのちを守ることにつながると信じています。お互いに頑張りたいと存じます。

もくじ
CONTENTS

第１回研究会　平成２７年７月３日・・・

人と防災未来センター
平成２７年７月研究会

日時：平成２７年７月３日
○司会　本研究会の趣旨説明と講師紹介を研究員の斉藤より申し上げます。
○斉藤氏　皆さん、こんにちは。本日は、お忙しい中お集まりいただき、ありがとうございます。私のほうから簡単に本研究会の趣旨と講師の先生方の御紹介をさせていただきたいと思います。

この研究会、「個別性に配慮した福祉避難所のあり方に関する研究」とタイトルをつけております。福祉避難所は東日本大震災で重要性が認識されました。そして現在、多くの自治体で福祉避難所の指定が始まっています。ただ、実態を見ると、福祉避難所とひとくくりにしても、そこに行く人々は様々な事情を抱えています。そのような個別の事情を鑑みて、指定をするべきではないかという疑問が私ども研究員の共通認識としてありました。様々な事情を持った人たちが行くのであれば、その様々なニーズに合った福祉避難所というのが必要ではないか、ただ、そのようなことが可能なのかどうかということを考えていきたいということを研究の視点として置いています。

当然ながら、人と防災未来センターの研究は実務に合ったものでなければならないということが１つ大きな視点としてあります。ですので、こういった研究会を実務に携わる皆様と持たせていただきながら、意見交換をし、その中から何か実践的な提言などができないかということを目的としております。

最初に東日本大震災はどうであったかという現状を知るところから始めようということで、石巻市から高橋先生、それから東京から石井先生にお越しいただき、お話を聞く機会を設けさせていただきました。今後も皆様に今日お配りしていますアンケートなども参考にさせていただきながら、福祉避難所に指定されている施設ですとか、対象者などを分類に分けながら研究会を開催していきたいと考えております。

本日は、お二人の方をお迎えさせていただいております。御紹介させていただきます。最初にお話していただくのは、石巻市健康部健康推進課技術課長補佐の高橋由美先生です。高橋先生は、東日本大震災においてさまざまな活動をなされてこられておりますが、本日お話しいただきます「桃生福祉避難所」もご担当されていらっしゃいました。現在は包括支援センター、社会福祉協議会などの関係機関と連携し、仮設住宅入居者の健康支援事業の調整を行っていらっしゃいます。

そして、お二人目は東京医療保健大学准教授の石井美恵子先生です。先生は、海外における災害看護にも多く従事していらっしゃり、イラン大地震、インド洋大津波、ジャワ島中部地震、中国四川省大地震などにおいて災害医療支援活動を行われてきました。特定非営利活動法人災害人道医療支援会ＨｕＭＡの常任理事、日本集団災害医学会理事、内閣府国家戦略会議フロンティア分科会平和のフロンティア部会委員、内閣府男女共同参画の視点からの震災マニュアル検討委員なども歴任されていらっしゃいます。本日は

先生の著書「幸せをつくる、ナースの私にできること」という著書の紹介のチラシも入れさせていただいておりますので、あわせてごらんいただければと思います。それでは、早速ではありますが、高橋先生から講演をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○高橋氏　皆さん、こんにちは。今日は、福祉避難所の設立の経緯と課題ということですけれども、実は私、保健師でして、どうしても災害のときは保健師の活動と福祉避難所というのは切り離せないものですので、最初に石巻の被害の状況に合わせて保健師の活動の紹介をさせていただきたいと思います。実は、昨年から滋賀県長浜市や、姫路市、あと今年は、埼玉県と三重県熊野市に呼んでいただきましたが、保健師という存在を行政の中で知らなかった職員さんたちが多数いらっしゃいました。こちらのほうでは皆さん御存じかと思いますが、結構知られてなかったなということも合わせながら、あと実際の設立に至った経緯と、実際の運営、閉鎖に至るまでをお話させていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。石巻市ですけれども、東北の中でも牡鹿半島というちょっとカギのようになっているところが宮城県にありまして、牡鹿半島ということで平成１７年に１市６町が合併したところです。震災前は１６万２，８３２人の人口が、今年（平成２７年）５月ではもう１５万人を切りまして１４万９，２４７人ということで、既に１万２，０００人以上の人口が減っております。その中で、世帯数だけは増えております。６万世帯を超えていて、ほとんどが高齢者の独居世帯という状況になり、今年４月には高齢化率が２９．５％ということで、全国の中でも高齢化率がどんどん進んでいるという状況です。

テレビ等で皆さん石巻は御存じだと思いますが、７地区の中で５地区が海、川に面しており、その状況が非常に大きい被害を生み出したと思います。３月１１日に東日本大震災が発生し、今年（２０１５年）の５月末現在で死者・行方不明数合わせて３，９７１人です。この９割が溺死、水死、圧死です。ほとんどが津波による死亡で、津波が来なければ助かった方も多かったと思います。家屋被害も全家屋の中で７６．６％であり、津波による浸水面積も記載市町村の中で最大でした。５月末現在でプレハブ仮設、民賃仮設におられる方々は８，８８０軒、２万人以上の方がいまだに仮設住宅で暮らしております。昨年から復興住宅が約１，０００棟できておりまして、移動している方々も出てきておりますので、その中での今、健康支援を行っている状況にあります。

ここが石巻市役所です。石巻に行った方は御存じかと思いますが、駅前にさくら野というデパートがあり、それを震災

の前の年に譲り受けたピンクの建物が市役所になっており、ここに看板があります。ここは川ではなくて道路です。実は、石巻市役所の周りにも津波による水が１．５メートルほど浸水してきまして、水が

引けるまで約５日間かかっています。私たちは市役所に３日間閉じ込められました。３日目に出たときは長机を橋のかわりに職員がくくりつけて、この裏の道路に出て避難所を巡回したという状況にあります。

これが津波被害に遭ったときに瓦礫や車などいろんな物が道路に散在しており、まさしく戦後の状態だなという感じです。リュックを背負った人たちが往来しておりました。

これは湊中学校というところでしたが、ここには一般避難所が約半年近くありました。電気も水も来ない中で、安全な別の場所に移動するよう呼びかけてもここから動かなかった被災者の方々がいらっしゃいました。この玄関先には、デイサービス送迎中に津波に飲み込まれて、亡くなった方の車がそのまま置かれていました。そういったところがたくさんありました。

こちら（阪神・淡路）の地震とはまた違った状況が石巻では起きておりました。保健師についてですが、厚生労働大臣の免許を受けて、保健指導に従事することになっております。所定の専門教育を受けて、地区活動、健康教育、保健指導などを通じて疾病の予防、健康増進など公衆衛生活動を行う地域看護の専門家のことであるというふうに謳われております。乳児期から高齢者までということで、資料のとおりですが、地区担当制と業務担当制をとっており、保健師については全国的に業務担当制が進んでおりましたが、石巻は従来どおり地区担当制をとっており、このことが震災の活動にとっては非常に強みになりました。このことを受けて２５年度の保健師の活動指針の中でも地区担当制をとることというふうに変わってきております。ということで、対象者が希望しなくても家庭訪問ができる職種ということで、震災前から地域に根差した活動を保健師は行っておりました。健診、生活習慣病予防とか、心の健康づくりです。当時は４４人の保健師がおりましたが、うち４人は産休・育休で約４０人の保健師で活動を行っておりました。震災直後は、大津波警報のサイレンが鳴り、他の課の職員は市役所からみ

んな山の方に避難していた中で、保健師と事務職だけは津波前に５カ所の避難所支援に駆けつけております。当時、庁舎内に３８０人余りの避難者が来ておりましたが、他の避難所では約１，０００人の人たちが駈け込んできて、ほとんどが低体温の方とか、高齢者、あと透析の患者さんであったり、精神疾患の方々が奇声を発する状態の中で対応していたということです。

水が出ない、電気がつかない、携帯電話もメールも一切使えない状況ですし、車が水没していましたので、食べ物も飲み物もないという状況です。ある避難所では、ペットボトルのキャップ１杯ずつ分け合って飲んでいたところとか、近くの豆腐さんが油揚げを持ってきて、１センチ角に切ったものを食べて３日間空腹をしのいでいました。市役所の職員は３日間外に出られなかったので、初動体制が非常に遅れました。そのため、市民から非常に不満の声が上がりまして、市役所職員というふうには銘打って避難所には行けない状況でした。その中で、保健師はそれぞれ自分の判断で救護、被災者の支援を行っておりました。看護職、介護職もそれぞれの避難所で支援に当たっていたという話を後には聞いております。このように、保健師は救命・救護活動のために地元医師会や救護医療チームとの同行、心のケアチームとの連携を行いました。また、避難所での感染症が非常に大きな問題で、ノロウイルスや、インフルエンザへの予防活動、トイレプロジェクト一斉清掃キャンペーンといった感染症予防対策を行っておりました。さらに、健康悪化予防ということで、エコノミークラス症候群の予防や、健康調査、健康相談をしながら看護師とか保健師との派遣調整も行っていたというのが保健師の主な仕事になっております。

また、地域で避難所の情報を医療チームと共有しながら在宅被災者の訪問診療につなげたり、救護所を設けていただいたりという役割も保健師が行っておりました。行政の中でも現場のニーズを健康推進課から市役所の担当課に物がないとか、こういったことで困っているとかを伝える役割も担っておりました。

これは保健師の活動の様子です。これ石井先生にいただいた写真ですが、湊小学校という後ろがお寺なのですが、車からいろんなものが突っ込んだ状態で、墓石が全部倒れている状態です。これが小学校の入り口です。プールに車が突っ込んだ状態です。津波で全部ガラスが割れていますので、ブルーシートで窓を覆っておりましたし、土足で歩かなければいけないような状況でした。この水を汲んで水洗トイレの水を流していたという状況が、湊とか渡波地区というところは２カ月以上続いたかと思います。その中で、当日から３日目の健康問題についてです。

これは私だけではなくて、避難所に出向いた保健師たちからも聞いた情報ですが、これはどこの避難所も一緒で、ずぶ濡れになって低体温の方々に対応したということ。あと、不眠とか不安で眠れないとか、高齢者については認知症で徘回になったような夜間せん妄という状況など、精神不安定な状態になったりしていました。あと、石巻は県内の中でも高血圧の治療の方が多い市で、その中で薬を持たないで逃げてしまい血圧が２００近く上がっている人たちが非常に多かったです。さらに３日間、食べられない飲めない状態が続きましたので、低血糖症状、糖尿病でない方も冷や汗が出たり、目眩がしたりという方も多かったです。さらに十分に水分がとれませんでしたので、脱水症状の方も多かったです。水分がとれるようになっても、汚れたトイレに行きたくないということで、食べることと飲むことを控えた方たちもおりました。

４日目以降です。避難所における要介護者の問題がクローズアップされてきました。狭い避難所で身動きがとれずに活動量、筋力の低下で寝たきりにということで、ほとんど食べるのも寝るのも生活も同じ場所で座った状態なので、膝が痛いという方が増えてきました。腰が痛い、立ち上がるときに杖がないと立ち上がれないという方もおりました。また、和式のトイレが多かったために、障害のある方は尿意があっても紙おむつに排泄をした状態でいました。避難所にベッドとかポータブルトイレがなかったので、そういった方も要介護者の問題を引き起こしていたと思います。さらに、夜間せん妄の高齢者が増えて、市役所にも認知症の方３人ぐらいのおばあちゃんを何とかしてくれと避難所から渡されて、その方々を市立病院のスタッフがやっている避難所にお願いしたという経緯もありました。さらに、介護している家族の方が倒れてしまい、介護されている方が死んだほうがいいと言って食べることを拒否したこともありましたし、温かいものが食べられなかったり、偏った食事であったり、いろんな状態が続いていきました。特に、高齢者の問題が非常に大きくクローズアップされてきています。

７日目で、被災した石巻市立病院のドクター、看護師、介護保険課の職員が対応している施設で医療ニーズが高い方、寝たきりの度合いが強い要介護度４とか５の方々を対象に市立病院の方々が対応した福祉的避難所が開設されました。この時点では福祉的避難所と呼ばせていただきました。その理由は後からお話させていただきます。

食事ですが、２日目までは水とかお菓子、１週間目、２週間目はパン・おにぎりの２食分、震災から２週間目以降でたんぱく質とか野菜、牛乳とかの不足に栄養士が対応しましたが、炭水化物に偏っ

た食事でした。１カ月目以降でやっと夕食に弁当の配給を開始し、３食分を計画的に配給しましたが、石巻市は１食で１万１，０００食から１万７，０００食です。炭水化物に偏る食事は、高齢者にとっては筋肉が落ちる原因になっていました。あと、福祉避難所の設置については、皆さん御存じとは思いますが「厚生労働省の福祉避難所設置・運営に関するガイドライン」の中では、対象者は「高齢者、障害者、妊産婦、乳幼児、病弱者、避難所生活において何らかの特別な配慮を必要とする者とし、その家族も含めて差し支えない」ということになっています。開設期間が原則として、災害発生の日から最大限７日以内であると。ただし、やむを得ず７日以内云々と書いてあります。石巻では、７日を既に過ぎており、宮城県に問い合わせたら福祉避難所とは認められないという返答がありました。直接後から国に問い合わせところ福祉避難所に該当するという答えをいただいたときは、もう５月半ばでした。４月の県からの答えは該当しないということでした。

福祉避難所に対象となる妊産婦、乳幼児はどういう状況だったかというと、妊産婦は３月２０日、震災から約１０日目では既に避難所にはおりませんで、自ら避難していた状況でした。震災の当日とか、その夜に出産した方がいて、いろんなところで取り上げたということはありましたけれども、その後はみんな移動し避難していたということです。乳幼児もほとんど避難所にはおりませんでした。

障害者は、石巻の場合は障害者手帳保持者７，８９５人中３　９７人、４．９％が亡くなっておりましたけれども、その中で６５歳以上が５８％でしたが、亡くなった方の７割が６５歳以上だったということで、高齢者がほとんど亡くなっていたという状況です。

さらに知的障害者です。避難所という環境になれずに精神的に不安定になり、ショートステイを利用したケースが多くあったといわれております。旧ひたかみ園という施設を福祉避難所として知的障害者対象の福祉避難所として開設しておりました。

精神障害については、ストレスが増大して精神的に不安定になり、入院で対応したケースが多くありました。石巻市外の医療機関にお願いしたり、５０数医療機関の中で残っていた３つの医療機関の中に、石巻赤十字病院ともう１つ精神科の病院が残っていましたので、そこで最大限精神疾患の方々の受け入れをしていただきました。

さらに人工透析の方についてですが、避難を最優先にしていただきました。１カ所の避難所へ人工透析の方々に避難していただき、そこにボランティアのドクターと看護師に来ていただいて、送迎車両を市内で運行させ、人工透析患者用通院証明証というものを発行して優先的な支援を行ったということです。当時、被災地ではガソリンがなかなか手に入らず、３時間以上ガソリンを入れるのに時間がかかったという状況の中でしたので、行政としても給油ができるように対応しました。特に人工透析の患者さんは、水分、塩分など、普通の食事ではなかなかうま

くいかないということで、普通の避難所では対応できないため、ここに専門職を配置する必要がありました。

さらに聴覚障害、視覚障害です。情報伝達コミュニケーションがなかなか難しかったというお話をいただいております。そして、高齢者要介護者の問題が次々上がってきました。一部の事例ですが、脳卒中で半身麻痺の方は、自宅では歩行し、排泄も自力でできていたが、避難所では床に座り放しのために床からなかなか立ち上がれませんでした。そのため、尿意がある方は紙おむつでした。私が出会った７０代の方も７０代の奥さんが介助して立たせることが大変な状況にありました。あと、もうひと方は、半身麻痺の６０代の男性ですが、自宅では補装具で歩けていたのですが、津波で補装具が流されて寝たきり状態で、ある小学校の理科の実験台の上をベッド代わりに布団を敷いて寝たきりの状態で過ごされていたという方がおりました。

さらに視覚障害の５０代の方は、自宅では自立していましたが、水分を５００ｍｌに制限しており、エコノミークラス症候群のリスクが高いといわれた方ですが、実は体育館の外に簡易トイレがあったため、目が見えないので夜にトイレに行く場合は、通路が蛇行しており外に行きにくいため、水分を制限しておりました。震災だけではなくて震災後の環境が非常に要介護者に及ぼした影響も大きかったのではないかなと思います。私自身は、避難所にベッドとかポータブルトイレがあれば、もう少し自立した生活ができるのではないかと強く思いました。

震災から４月１日と６月３０までの同時期の介護保険新規申請者は前年度と比較して１．５５倍で、この時点でも要介護者がどんどんふえておりました。６０代以上の方が亡くなった方が非常に多いのにもかかわらず、要介護者が増えてきたという状況です。さらに、先ほども話しましたが、５０以上ある医療機関がほとんど被災しておりましたので、診療しても入院する施設がありません。地域包括支援センターも９カ所中３カ所が被災しており、連絡がとれない状況でした。市内の介護施設も被災しておりましたが、市外県外への移動も対象者が非常に拒否的で、家から離れたくない、家族から離れたくないというという方が多くおりました。市内の内陸部への移動すらも嫌がりましたし、家から離れたくない、介護施設に行くのにお金がかかるから行きたくないという方もおりました。このころは医療費や介護の費用が免除になるという国からのお達しがまだなかった状況でしたので、一般避難所にそういった要介護の方もたくさんおり対応できないという問題が多くありました。

４月初めに非常に困ったことがいくつかでてきました。健康推進課の保健師が健康調査をした結果を介護保険課に連絡すると介護保険課では、施設入所には２度の調査が必要だということ、そして、４月初めに避難所の学校が再開するという話が出ておりました。教室には多数の人たちが避難しておりましたので、教室から体育館に移動して欲しいということで、教室から体育館の避難所集約を余儀なくされました。また、日本看護協会の

皆さんには３月２４日から御支援いただき、３００人以上いる避難所に昼夜の滞在型で派遣をしていただきました。１０カ所以上の避難所を対応していただきましたが、その看護協会が４月初めになって派遣終了のため、災害支援ナースがいなくなることから、避難所の本部から何とかしろという、非常に怒りの声が出てきましたので、一般避難所の高齢者、要介護者を何とかしなければいけないと私自身は思いました。

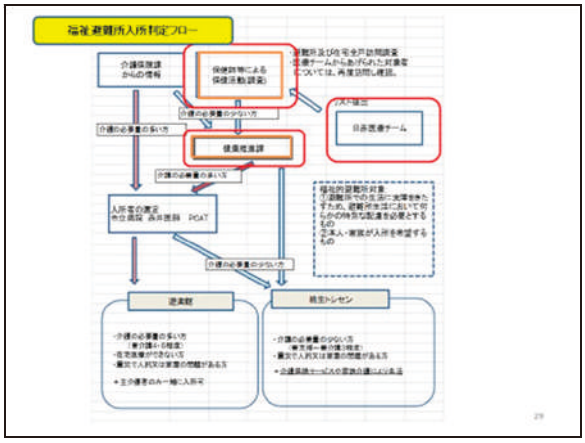
これは参考に、高齢者と要介護者の調査用紙を２回調査しなくてもいいように介護保険課と協議し１枚で済むように工夫したものです。あと、３月末に理学療法士会、作業療法士会の皆さんと避難所を回りました。４月初めにはエコノミークラス症候群の健診や、予防指導が行われましたが、その中で興味深い結果が出ております。Ｍ中学校は、ＤＶＴエコノミークラス症候群の陽性率が３％、Ｋ小学校は７．４％で違いがありました。これは環境の違いです。Ｍ中学校は、整然と整理されていて通路が確保されていた避難所でした。Ｋ小学校はパイプ椅子で通路が蛇行していて、清掃もきちんと行われずに床に砂ぼこりなどの粉塵があって、マスクをしても咳き込む方が多くて、また、救急搬送も多く、避難所でこれだけの違いありました。ということで、避難所の環境で要介護者の発生も違ったということに気づき、福祉避難所の大きなヒントにさせていただきました。

４月１日に、今日、講師として来てくださっている石井美恵子さんと出会ったことが福祉避難所の立ち上げのきっかけになりました。災害支援ナースコーディネーターとして来ていただいておりまして、私自身も避難所で高齢者の対応についてどうしたらいいだろうと悩んでいたときに、石井先生と出会い、要介護者を安全な場所への集約が必要だということと、要介護者や家族を元気にして仮設住宅、在宅に帰したいということが両者の共通認識としてありました。石井さんとの出会いをきっかけに石巻赤十字病院の医療救護チームにうまく繋がりまして、４月初めから６月まで、毎週、福祉避難所に関する合同会議が定期開催され、医療チーム、行政、現地医療スタッフ、災害支援ナース、ユニセフの上級アドバイザーの國井先生にもアドバイザーとして入っていただきました。そこで出された課題ですが、一般避難所の要介護、要支援者の状況がわからないので、ニーズの把握が必要だろうということ。

そして、福祉避難所の位置づけが不明確だということです。市立病院が対応している避難所は健康な人と要介護者が一緒に入っていた避難所ということで、整理が必要だということ。あと、福祉避難所が１カ所しかなかったので、ほとんど医療ニーズが高い方でいっぱいでしたの

で、さらに寝たきりの人を増やさないためにもう１カ所必要だということ、行政側のコーディネーターも不在でしたので、行政側のコーディネーターが必要だということが出されました。２カ所目の福祉避難所については、１カ所あるのだから２カ所は要らないだろうという当時の市役所の判断でした。石巻の地域防災計画は、当時のもので、福祉避難所の開設については、計画の中に位置づけられていましたが、石巻避難所運営マニュアルでは位置づけられていませんでした。事前準備に関する計画もなく、役割も明確ではありませんでした。震災後しばらくして、１１民間施設と協定を締結しましたが、当時は施設との事前協定も行っていなかったというのが石巻の状況です。行政は準備のないものは行動に移せないということが当時、私が思ったことでした。やはり、計画にないもの、計画にあったとしても、誰かが動かないと実現されないものだと強く感じました。

先ほど話したとおり、エリアの保健師、医療救護チーム、介護保険課から各避難所に要介護者がいるという連絡を受けて、私がとりあえず調整役をさせていただき、医療ニーズと介護量が多い遊楽館と、要支援、介護量が少ないリハビリの必要な方を対象にする桃生トレーニングセンターの２つに避難所を分けて受け入れに始めました。このように行政が決断をするに当たり、石井さんの非常に強い説得がありまして、２つめの避難所開設が決まったということは非常に大きかったと思います。



これはフロー図です。医療チームからエリアの保健師に、あと実際の調査を行って私のほうに連絡が来て、調整するということです。

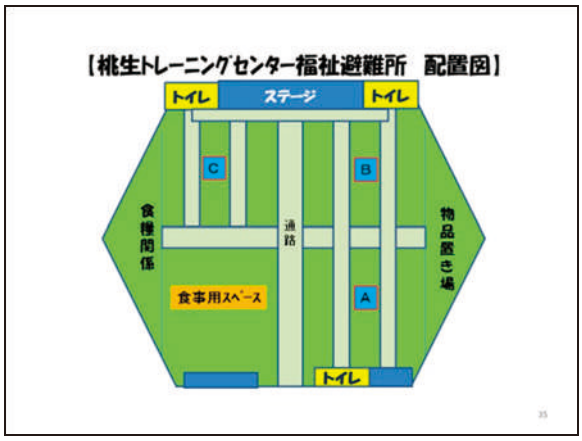
実際の対象者は、石巻で決めました。「避難所での生活に支障を来すために、避難所生活において何らかの特別な配慮を必要とする者」というのが１つの条件で、２つ目の条件は「本人、家族が入所を希望する者」ということにしました。期間は、福祉避難所はあくまでも緊急避難措置のために、入所期間は生活の見通しが立つまでの間とするということで、住宅改修が終わるまで、仮設住宅、施設入所が決まるまでというふうにしました。ということで、入所前から退所後の方針について本人、家族と調整していくということで、ケアマネ、地域包括支援センターに入ってもらいながら、避難所に入ってすぐに相談していただくという対応をとりました。必須条件として、必ず出口が決まっている人、行き先が決まっていること、あと集団生活ができる方ということを条件に入っていただきました。

先ほどお話ししたように、第一の福祉避難所は遊楽館といって、市立病院のドクターとか、介護保険課の職員、あとＰ

ＣＡＴ、日本医療社会福祉協会、ＣＬＣとかが担当していたところで、医療ニーズが高く介護量が多い人を対象としたところです。ここは医療中心だったので、具合が悪い人がすぐわかるようにワンフロアでパーテーションもない状況でしたし、その中で毎日医師の診察と治療ができるということです。収容人数は９月３０日まで３６０人、延べ１万３，０９４人です。私が担当していた桃生トレーニングセンターは、先ほど言ったように、要支援１・２、介護度１から３、介護量が少ないリハビリの必要なケースということで、健康推進課、日本看護協会が開設の準備を手伝っていただきました。あと、夜間急患センターの看護師が担当しておりました。設置状況は、自立と元気を支える福祉避難所ということを銘打ちながら行いました。家族、本人入れて４９人です。延べで２，８１２人です。

２カ所目の福祉避難所ができるまでは、実は体育館いっぱいに支援物資がたくさん入っていました。紙おむつ、布団、様々な物が入っていて、最初、この場所が福祉避難所に最適だと話をしたら、物が入っているからだめだと断られたのですが、石井さんの説得で当時の健康部次長が動いて一声で紙おむつを全部片付けて、ここに福祉避難所として設置ができました。１０月から実は体育施設として使用予定だということで、設置条件は９月末で閉めるということでした。でも、その条件が後々いいほうに向きました。ということで、９月末日で閉鎖することを条件に２つの福祉避難所が開設されました。

先ほどの桃生の福祉避難所ですが、通路があります。通路の先にトイレがあり、先ほど一般の避難所でお話ししたように、トイレがすぐにあると我慢しないですぐ行ける、おむつも外れるということにつながります。トイレは、ラップポンという簡易トイレですが、水がなくても匂いもなくきれいに片づけられるというものです。この配置図を見て下さい。この十字の配置図は何かあったときに看護職とか介護職が駆けつけられるように、２メートルほどの通路をとりました。あとは車椅子が通れる程度の通路にし、Ａブース、Ｂブース、Ｃブースと分けました。Ａブースから人を入れていき、活動量を上げたかったので、トイレに行けることと、３回の食事をスペースに歩いてくるということを通して活動量を上げることを意識しました。これは私だけではなくて、関わったスタッフたちと相談して決めたものです。



これが広島の野村病院から提供いただいたギャッジベッドです。あと食事のスペースの準備や、パーテーションの高さの調整をしました。高さは日本看護協会のスタッフの皆さんが実際寝て立ってみて、プライバシーが守れてリスク管理ができる高さに決めていきました。あとは、

リハ職（リハビリテーション職）の人たちがこの高さにパーテーションを切って準備をしてくれました。一つ一つ部屋にベッドと車椅子が入れるようになっており、このコールボタンは宮城県の作業療法士会からレンタルで提供いただいたもので、居酒屋で使うコールです。通常は買うと１００万円以上するらしいです。これを押すと介護職、看護職がいるところに番号がいて報せるので、夜間のトイレ介助もすぐ駆けつけられる状況でして、おむつをしていた方も大体１日目ぐらいですぐ外れ、自立に向けた支援も可能でした。作業療法士などのリハ職がついて歩行訓練や朝の体操を行ない、一日の生活にリズムを入れてくださいました。

あと、体育館は非常に天井が高く、５月でもとても寒かったので、夜も昼もストーブを焚いていました。すると自然にストーブの周りに利用者さんが集まり、談話をする場となりました。このことが利用者さんたちのメンタルケアに非常によくて、笑顔で話ができるようになってきていました。

４月からの入居者に関するグラフですが、８月になっても福祉避難所に入ってきているってどういうことだろう？と思われるかもしれません。実は一般避難所に介護ボランティアがマンツーマンで入っていましたので、福祉避難所にお誘いしても行かないとお断りされ、介護ボランティアが撤収するときにお世話する人がいなくなり、渋々福祉避難所にという方が７月、８月に入って来ています。いざ来てみると、もっと早く来ればよかったという利用者たちが多くおりました。桃生福祉避難所は内陸の山手だったので、沿岸にいる人たちから見ると山に捨てられるとか、山に連れていかれるというイメージが強く幾ら説明しても福祉避難所になかなか移動しなかったという状況もありました。

次に、福祉避難所での多職種連携についてです。５月になると多くのクリニック系医療機関が業務を再開しはじめました。そのため医療との連携は、仮設住宅に戻ったときに通院できるように医療救護チームの巡回はお断りして、かかりつけ医に行っていただくように移送ボランティアにお願いし、看護職がつきながら通院をしていました。看護は、最初は日本看護協会、宮城県看護協会の災害支援ナースにお手伝いいただきましたが、５月半ばから被災した石巻の夜間急患センターのナースがずっと担当してくれました。介護は、最初は介護福祉士会とか介護ボランティアでしたが、６月から福祉避難所というのが認められましたので、東北福祉会という法人に委託しています。リハビリはＮＰＯリハ１０団体という震災の年から活動を始めた団体があり、そこを通じて、９月末まで１週間おきに全国の病院から看護職、リハ職などが来て

くれました。あと薬剤師会が薬の分包に来てくれたり、社会福祉士会はいろんな手続のお手伝い、保健所も一緒に相談に乗ってくださいましたし、日本栄養士会がお昼に温かい野菜の汁ものや、おかずを出してくれました。朝はパンとおにぎりで、夜は弁当なのですが、お昼の温かいものが非常に利用者の体も心も元気にしたと思います。

全体のコーディネーターは私がさせていただきました。ここは看護職、介護職、リハビリ職ということで、時期によってお願いする団体を変えていきました。自立を支える環境づくり、機能訓練、生活支援、医療支援、医療介護支援ということで、その中で、１つこちらで意図したことがありました。全部支援されると依存的になってしまうので、部屋は自分で掃除し、洗濯は自分でということで、家族と本人にできることをやっていただくようにしました。それも、リハビリにとってはとても大事なことで、仮設住宅に行ったときに自分でできるために、やっていっていただきましたし、デイサービスも外に出ていただくために利用していただきました。東北厚生局の職員が来て、「こんなに支援を手厚くしたら出たくなくなりますよね」という一言で、これではだめだなと思いまして、外にとにかく出すことを考えながら、自立に向けた要介護者の支援を行ってきました。家族がいてくれることで、家族の見守りとリスク管理と早目の対応ができたということもありました。これは、参考にしていただきたいのですが、６月から法人に委託する上で、何を役割にすればいいのですかと聞かれたときに、業務内容を全部整理しました。看護職は熱中症とか脱水症予防とかヘルスチェックなど。介護職は介護職の役割。あと行政の役割というふうにありますので、これらの役割を分けながら計画を立てた一覧表になっています。

あと、物資の調達は支援物資で賄っていきましたし、アマゾンが結構有効で、足りないものを発信すると支援くださる方や、人の繋がりで寄附してくれたりということもありました。

入所者の変化についてですが、一般避難所で咳込んでいた７０代の女性は、落ちついて食欲も出て、転倒する男性も杖なしで歩けるようになりました。ある女性の旦那さんが車椅子の生活だった方の介護は、一般避難所では床に寝ていたので、おしっこは尿瓶でとりましたが、大便のトイレだけは車椅子に乗せなければいけないため、奥さんが疲労困憊して、ここに来たとき３日間昼も夜も寝続けたという方がいらっしゃいました。福祉避難所に来て非常に安心し、疲れがとれたと言ってくださいました。

補装具が津波で流された方は、２カ月後には一点杖で歩けるまでになりました。

認知症の７０代の女性と５０代の息子さんは、非常に安定して穏やかな笑顔になったということと、普通空腹時の血の中の糖分って１００に満たない値なのですが、認知症と糖尿病をもつ６０代の男性は、３００とか一時は５００ぐらいありまして、インスリン注射を打たなければいけないのですが、この方は認知症があるのでインスリン注射を打つことができなかったのです。なぜ避難所でそのような状態になったかというと、３人家族で、朝に朝と昼の２食分をまとめてもらうので、３人分プラス２食分なので、６人分ぐらいの食事を一挙に食べてしまっていたのだそうです。その挙句、ほかの避難者の方とトラブルを起こしたということで、福祉避難所に来た方でしたが、この方が１カ月後に血糖値１００まで下がりました。生活リズムを整えたことと、山の上だったので散歩をしたり、あと配膳を手伝ったりするようにまでになって、人の環境、物の環境がこれだけ人を変えるのかと、すごく感動を覚えたケースの１人でした。

あと、歩行障害があるアルコール依存の方や、埼玉から逃げてきた７０代の男性ですが、実は奥さんを津波で亡くされていて、結構リアルな話なのですが、お家で避難していたら家ごと津波で流され、津波で天井のほうまで押し上げられて、少しだけ空間があったらしいのですけど、奥さんが旦那さんの背中を上に押し上げたことで、旦那さんは天井の隙間で息をすることができて助かったのですが、背中を押していた妻の手がなくなってしまった。そのまま流されて７０代の男性は助かり、そのまま娘さんのところに避難したのですが、どうしても石巻で奥さんの仏壇を飾りたいと言って逃げるように帰って来て、行き場所がなく福祉避難所に来たという方でした。本当に大変な中で避難されていたのだなという話を聞かせていただきました。その方々が希望を持ち、自信や、笑顔、元気を取り戻したということで、私たちの想定以上の結果を生み出したというのが、この福祉避難所のすばらしさだったと思います。

もう１つ、閉鎖に向けてですが、９月末に閉めるということで、必ず本人、家族に伝えていました。８月のお盆明けから一人一人ケースワークをしました。東北福祉会のケースワーカーと私も一緒に対応し、行く先が決まらないとか、なかには家族が面会に来ない方がいらっしゃいました。７０代の男性で奥さんが面会に来ない。結局、震災前からの夫婦関係が影響していたようで、離婚した方もいまして、普段の夫婦関係が震災のときも影響しますので、男性は特に気をつけていただきたいと思います。

対応したことは、一人一人ケースワークする。あと仮設住宅の手続支援や、リハビリ専門職と事前に仮設住宅に出向きながら、バリアフリーや手すりなど見ながら支援をしたりとか、引っ越し支援をしました。

今、石巻で取り組んでいることは、去年の１２月に地域防災計画ができて、３４施設と協定を行っています。県内の中でも、物だけではなくて、人的協力も必要だということで、介護施設の方々からの要望があり、大崎市、山形県の酒田

市、新庄市というところと協定を組んで、物だけではなくて人の協力も得るということです。

一方、石巻市はというと、復興の業務に追われおり、いまだに福祉部、健康部とで今後の福祉避難所について、協議できていないという現状があります。

新しい防災計画の中には、最初、事務職に「協定に基づく施設があるから、それだけでいいのではないか」と言われたのですが、この打ち合わせに私も入れていただき、災害が大きいと市が直営する避難所も必要になるので、その文言を入れて欲しいということで、「協定に基づく施設管理者、または市が直接運営する」を入れています。

今までの福祉避難所の運営を通してですが、入所者がまず安心・安全で過ごせる配慮が必要だということと、場とか人の配置が必要だと思いました。あと、平時から福祉避難所の設置については協議が必要だと思います。先ほど言ったように、介護ボランティアの受け入れは介護保険課が担当でしたので、要望があったところへばらばらに配置してしまったために、先ほどのように福祉避難所ができたときに、いざ（介護ボランティアを）入れようとするときに、それが足かせになってしまったので、普段からどういうふうに介護ボランティアとか福祉避難所をするのかというふうに話し合いができていれば介護ボランティアを福祉避難所に入れることができたのに、というふうに思います。

あと、県を通して看護協会の災害支援ナースとか、介護福祉士会、理学療法士会とか、作業療法士会との協力体制も必要だと思います。

また、一般避難所から福祉避難所へのトリアージ・調整役が必要です。たまたま保健師がやりましたが、必ずしも保健師でなくてもいいかと思いますので、とにかくその流れをうまくやらないと、一般避難所で非常に大きな問題になっていきます。そして、福祉避難所運営のコーディネーターが必要だということ。医療を含めた多職種連携が必要です。また要援護者の自立の視点というのが非常に大事だなと思っています。最後に在宅の延長の視点でということも大事な１つとなっています。

福祉避難所が長期化してくると、いろいろな問題が出てきます。アルコールの問題も出てきました。隠れて飲んでいたり、夜中騒いだりということもあり、利用者間のトラブルも出てきました。

課題・教訓です。誰が、どこが中心に設置してくのかを明確にすべきだろうと思います。そして、福祉避難所は医療との連携が大切だと思いますので、地域の医師会、災害協定病院との協議も必要かと思います。更に、市町村や県の保健師との連携も大事になってくると思います。

隣の女川町のような８，０００人ぐらいの人口だと、一般避難所の一角を福祉エリアとして、そこで要介護者を面倒見ていた市町村もありました。石巻の場合は、当時で１６万の人口ですので、人口規模によっても福祉避難所のあり方というか、設置の仕方が変わってくるのではないかなと感じています。そして、関係職員がシミュレーションして備えをして

いくこと。要援護者をどこにどんな方法で。移送の方法も問題になってきますので、そこも考えていく必要があるだろうと。あと、被害が大きいほど協定した施設に頼めないこともありますので、県内・県外などとの協定が必要になってくるのではないかなと思います。あとは、被害が少なく限局すると短期間で済みますが、被害が大きいとそうはいかないということです。今回、高齢者の福祉避難所が中心でしたが、市民から母子や、妊婦の福祉避難所が欲しかったという要望が出ておりますので、それぞれへの対応の福祉避難所の確保が必要だと思います。また、介護福祉士、人の確保は県単位での協議が必要なのではないかと思います。市内、県内の支援は非常に難しかったので、ほかの地域との協定も必要ですし、物資は業者との協定も必要なのではないかなと思っています。

最後に、平時から市民の健康づくりとか介護予防、地域コミュニティが被災の支援とか、今も復興も地域コミュニティが１つのキーワードのようになっておりますので、非常に重要だと感じております。

御清聴ありがとうございました。以上です。

○司会　高橋先生、貴重なお話ありがとうございました。

皆さん、もう少し詳しくお聞きになりたいことがあるかと思いますが、質疑応答はまたこの後、まとめて時間をとって行いたいと思います。

続きまして、石井先生、引き続き御講演のほうお願いしたいと思います。どうぞ、よろしくお願いいたします。

○石井氏　今日はこのような貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。

４月１日に運命の高橋由美さんとの出会いをしました。福祉避難所の詳しい運営については高橋さんのほうから十分に資料の提示もありますので、私のほうからは、これまでの経緯等を含めながら、何か福祉避難所を作ればいいっていうふうになってほしくないなっていうことで、なぜ私が福祉避難所の設置を提案したのか、私がどうやって問題解決を図ろうとしていたのかという、私の思考プロセスを含めてお伝えしながら、福祉避難所のあり方というものを考えていただければいいかなというふうに思っています。

私の経験、いろいろ海外での経験を通してこれまで災害支援を行ってきて、実は東日本のときに国内で活動したのが初めてでした。正直申し上げて、途上国のどの避難所よりも劣悪な環境で、私は一体今どこの国にいるのだろうかと思うぐらい悲惨な状況でした。それは、当時ユニセフにいらした國井先生もソマリア以下だねって言ってしまうぐらい、本当に厳しい避難所だったというのは事実だろうと思っています。そういった中で、当時勤務しておりました日本看護協会というところで、私はそういう位置にはいなかったのですが、本部の会議にて、この現地コーディネーターというポジションを獲得し、そして、何とかこの災害支援ナースという人的リソースを有効に機能させたいということを考えていきました。

そして、そういった活動を通して６月から８月３１日までは福祉避難所が開設している間ということもあって、石巻市の健康福祉アドバイザーということで委嘱をいただいて、ずっとはいられませんでしたけれども、石巻のほうに時々会議のとき等に足を運ぶというようなことをしておりました。

これが３月２４日です。災害支援者として行動計画が非常にまずかったと思っているのですが、石巻に着いたときにはほぼ夕方で、そこから急いで市役所に行きました。当時、この３月２４日の段階では担当は高橋さんではなくて、ほかの保健師さんだったのですが、彼女のところに行って、どういうふうに私たちが支援できるかということを協議しました。そして数カ所の沿岸部の避難所に何百人かの避難者がいるので、そこに行ってほしいということを言われて、そして市役所から出て、もう学校に着いた頃にはほぼ真っ暗でした。そして、あっという間に下の写真のような状態になりました。これ、ただ黒い写真を出しているわけではなくて、こういう避難所です。ここにトイレがあったりとか、ここに避難者がいたりするのですが、本当に暗闇の中という状況でした。

実は、この前の日に私は気仙沼市が情報を把握していないと言っていた１２カ所の避難所の迅速評価に回りました。そして、その１２カ所の状況説明として、そして私たちが持てる資源の中で優先されるところ、ここにこういう支援ならできますということで気仙沼と調整をしていました。気仙沼で、実は目撃したものが牛丼です。これすごく意味があって、加熱調理されたものが住民の手に届いていました。片や石巻に行ったら、朝おにぎり１個、夜おにぎり１個配られるだけというような復旧っていうのか、回復の遅れというものを非常に実感しました。私は宮城県のことをよく知らないので、気仙沼市と石巻市がどれぐらいどう人口が違ってどうなのかとか全然わからないのですが、それなりの大きな市が２つあって、ひとつは、それなりに回復してきている状況の中で、一方の石巻の回復の遅れというのは何か問題があるのだろうと感じていました。

次に、原則で考えるということで、災害医療に携わる者たちがよく使っているイギリスのミムス（ＭＩＭＭＳ）という標準教育の中に、常にこのＣＳＣＡＴＴＴでものを考えなさいということがあります。私にとって、このセーフティーということが非常に大きな課題として実感されました。まず、地盤沈下していまし

たので、道路は水浸していました。そこに穴がないかとどきどきしながら、バスで進んでいくというような状況で、周囲は瓦礫で囲まれていましたし、ライフラインの復旧のめどはありませんでした。そして、ここに、また大きな余震が来たら津波災害が起き、二次災害の可能性があること。そして、環境衛生が非常によくないということで、健康問題を発生する可能性がある。こういったさまざまなリスクがある中で、市から依頼があった、この沿岸部の避難所に災害支援ナースを降ろしていいかどうかという葛藤がありました。支援者が死んではならないということを鉄則としているからです。今回ネパールにも行ってきたのですが、二次隊が大きな余震で被害を受けたため、二次隊は撤収しました。幾らそこに被災者がいようとも、原則を持って考えたときに、私はここにやっぱり、災害支援ナースたちを配置するということに非常に強い抵抗を感じていました。しかし、そうは言っても、そこに何百人もの方たちが困っているという状況でしたので、危険

な場所ほど支援ニーズは高いというその葛藤の中で、とにかく降ろす人たちには何かあったら一目散に、誰の命も守らなくていいので自分の命だけ守ってくださいということを言って配置をしていったという状況でした。そのため、この状況を早く解決しなくちゃいけないということを非常に強く感じました。

実は、このことについて、当時、民主党政権でしたけど、とある国会議員さんに直談判に行きまして、本来であればああいう場所は強制退去じゃないのか、ハリケーンカトリーナであればあそこは立入禁止区域となったはずだということを、いろいろアメリカの資料等もお持ちして説得交渉しましたけれども、日本の現状ではそんな法律はないということで実行はできないという御回答でしたので、また現場に戻って自分にできる最善策は何だろうかいうことを考えていきました。原則で考えるというのはＣＳＣのことです。コミュニケーション、通信という意味もありますけど、とにかく情報収集をしなければいけないということで、ライフラインの状況ですとか、避難者数、医療ニーズ、ケアニーズ、あとは小児の数とか、そういったものを各避難所のデータを全部集計していきました。

感染症リスクアセスメントという専門的なアセスメントは一般の支援ナースにはできませんので、とにかく実数を上げてくださいということで、急性下痢症、急性呼吸器感染症とかインフルエンザがどれぐらいいるのかというようなことをモニタリングしながら避難所の状況を見ながら、そして地域の課題を探るということをしていきました。

そして、そういったモニタリングをしていく中で、高齢者が劇的ではないのですが、何となく一定数、少しずつ増えているような印象がありました。あとは現場からの報告で褥瘡ですね。床ずれができている高齢者がいるというような情報があって、実際に体圧をはかってみました。体圧４０以上で褥瘡のハイリスクということで、病院に入院中の患者さんは何らかのマットレスを使ったりするのですが、避難所にいた方たちは概ね１００以上という体圧の状況でした。実際にできた褥瘡がこのような状況で、これはまずいなというようなことを感じていました。

そして、なかなか二次避難が進まないなか、電気もない、水道もない、トイレも十分にない、食料も十分に来ない、暖房もない、しかしながら、住民はやはりそこから動かないのです。これは、根拠はないですけれども、むしろ途上国であれば、住民は自分で荷物を持って歩いてもっといい環境を探して、何か移動していく印象が強いです。今までの自分の海外での経験の中で、この劣悪な中に踏みとどまって、もう何もしないということ

が非常に不思議に映りました。

そういった方々の発している言葉です。どんなことを語ったかというようなことをちょっと書きとめて、それを精神心理の専門家に見てもらったところ、彼らの意見としては絶望とか消極的希死念慮、積極的に自殺はしてないけれども、もうそのまま死んでもいいやって思っている、そういう反応なのではないかというような意見がありました。あとは、資料を調べると、やはり高齢者は非常に環境変化を嫌うということで、そういった意味でも、高齢者の避難とか移動、そういったことが非常に困難であるという可能性があるのかなということを考えていきました。

そういった状況があって、私が考えたことは何かというと、災害とはニーズと資源の不均衡という事です。つまり、避難所にいるこういった人たちのケア度が徐々に上がり、要介護者が増えるということは、全体のニーズが上がりますが、支援者はいずれ撤収する。今は資源とニーズが非常に不均衡な状態にありながら、何とか支援者でやっているけれども、災害医療の現実として、支援者は一定時期になれば撤収するということです。

そして、もう１つ思ったのは、石巻の急患センターとか、市立病院の職員たちが何となく中途半端な状態に置かれていた。巡回に行くなど、いろいろそういったこともしていたのですが、自分たちが本来活動すべき病院や施設が津波被害でなくなってしまったということで、帰属する場所がないという状態にありました。

そして、たまたま災害支援ナースのマニュアルの見直しということを日本看護協会が平成２１年に行っていまして、そのときにいろいろマニュアルの見直しだとか、教育シラバスの見直しだとかを行って、実はこの福祉避難所のガイドラインというのがちょうど平成２０年に厚労省から出されていましたので、その教材をつくるためにこのガイドラインをじっくり読んでいました。そのため、私の頭の中に、実はこの福祉避難所ということがぱっと出てくる状況がありました。

そういったことを総合的に考えて、今この地域を安定化していくためには、集約化が必要と考えました。福祉避難所というのは、１つの手段方法で、医療ニーズが必要な人、ケア、介護が必要な人、そして一般の避難所は行政の職員の負担にもならないように自分たちで自主運営できるような、そういった人たちだけにする。こうやって機能別にすることによって、非常に資源側の負担が減るのではないかということを考えていきました。

そして、もう１つは、この方たちに担当部署、担当する場所をしっかりと提供して、後々あのとき何もできなかったというような役割不全感に陥ることを予防したいということを考えていきました。

そういったことを見たときに、石巻赤十字で行われていた合同会議というのがありましたけれども、残念ながら途上国のヘルスクラスターなどで行われるような課題解決型の会議ではなくて、報告会でございました。医療チームどこそこ何々してきました、何々どこそこしてきました。ということで、そこで何かを検討するというような状態にはなっていな

い。ということは、この横の連携が実はとれているようでとれていない。一緒にいるけれども心は通じ合っていないというような、そういう現状だなということが見てとれました。

そこで、私たち災害支援ナースたちはサービスデリバリーを考えました。直接的な支援活動を行って、そして、それを情報として上げてくる。そして、次の段階として、私はコンサルタント的な企画支援を試みようということを考えていきました。

そして、この海外での経験の中から、こういった企画支援をやるときには、カウンターパートが何よりも鍵だということがありますので、このカウンターパートとなる人を探していました。しかし、一方で、こういう企画支援をすることによって、被災地に負担をかけてはいけない。なので、これは実は皆さんにお伝えしたいことですが、福祉避難所があれば全て解決するということではなくて、福祉避難所という話を聞いた、じゃあ、うちも福祉避難所つくらなきゃと言って、ほかに優先されるべき対応計画がいっぱいあるのに、何が何でも福祉避難所つくらなきゃいけないみたいなことになると、私は本末転倒だろうというふうに思います。

ただ、この石巻の状態の中で、今持てる資源の中で最善策として、この集約化をすることが最も望ましいのではないかというふうに考えていたということになります。

そして、３月中に私が出会った市の保健師さんたちは本当に口の周りヘルペスだらけですし、表情がないですし、この人たちに「福祉避難所を作りましょう」などということは、とてもとても声を掛けられる状況ではありませんでした。アイデアはあるけれども、なかなかカウンターパートが見つからないと言っていたところ、４月１日から人事異動があり、そこで高橋さんが看護協会の担当になったということで、もう一目ぼれです。この人ならやれるっていう、そのエネルギーとパワーを感じました。ですので、出会ったその４月１日に言いたいことを全部言って、そんなことをしたらって多少けんかしながらいろんなことを語り合って、共通認識を持っていきました。

そして、もう１つは、私はやはり看護師です。世の常として、いろいろなところで活を入れたりはしていたのですが、私がやるとプライドを傷つけてしまうということもあるだろうという場合はユニセフの國井先生を説得して、彼にここに来てもらい、相手を説得してもらうとか、そういう交渉をしながら、調整をしていきました。

そして、この多職種連携の実現ということで、顔が見える関係の福祉避難所に関する合同会議の定期開催です。世界ではクラスターアプローチという手法が使われるようになりましたけれども、その本質というのは、課題ごとに検討するということだと思います。これは、非常に小さなテーマではありますが、福祉避難所という介護を必要とする人たちの課題を検討するというものを決める会議が開かれた。このことが実はすごく重要だったと思っています。ただ集まって報告会

をして帰るのではなく、何か課題を解決する。そして、共通の目標を見出していく、こういったことが日本の被災地では少な過ぎるのではないかなというふうに感じています。

このワーキンググループの中で、避難所のニーズを洗い出し、そして自分たちの持っている資源とマッチングしながら、そして正確さではなくてスピードが必要だということで、とにかくこれはいろいろな団体の方に御協力いただいて、ローラー作戦をして、本当に要介護ニーズはどれぐらいあるのかという洗い出しをしていきました。

災害支援ナースの救援活動で把握した石巻の要介護者数です。合計が５１とかいろいろ数が出てくるので、モニタリングをしましたが、これは基準がありません。何となくおむつ交換が必要とか、トイレ行くのに介助が必要とか、何か曖昧模糊として何らかのケアが必要という範囲で、この数が出ている。そのため、要介護、要支援が混在しているという状況でした。このデータではなかなか役に立たないので、結果、ローラー作戦が必要だったということになります。

そして、よくよく調べてみると、いろいろな人たちがこれらをチェックしていました。赤十字の医療チーム、医師会の医療チーム、保健師さんたち、いろいろな人たちがそれぞれの、自分たちの記憶でいろいろな尺度を用いながら、チェックリストをつくっていました。しかし、それを照らし合わせても共通言語がないので、人と人が同じ物差しで測れていない。皆さんそれぞれ別の物差しがあってという状況でしたので、もしかしたら従来の、例えば介護認定をするための介護度ということとは別に、迅速に今この人は一般の避難所にいていいのか、それとも福祉避難所に移らなければならないのかということを迅速に評価できる共通のもの、トリアージタッグのようなものを開発するというのが、すごく重要ではないかなということを考えています。

そして、もう１つ現地ですごく感じたことは、信念対立です。やはり行政というのは、前例主義であり災害対応は、経験がない。片や支援ナースは人道主義でお気楽なので、人々にとってよければいいという単純な発想でいくのですが、そこでいろいろ対立が起きていきます。そこをしっかりと構造を見きわめて、いろいろと行政の健康推進課の課長、次長、部長さんたちとお話をしていく中で感じたことは、やはり快適な福祉避難所をつくったら閉鎖できなくなるのではないかということが大きな不安要因だと実感しました。これは、多分、福祉避難所に永遠模糊とホームレスみたいな方がいてしまうとか、そういった課題が出てくるのだろうと思います。それが行政側の不安だなということで、しっかりと期限を定め、そして期限内に閉鎖可能な計画を立てて開設するということで合意をしていきました。

そのときに、余談ですが、すごく感じたことは、日本はすごく発展をした国で、いろいろな組織で、いろいろなところでマネジメントが非常に進化したのだと思います。マネジメントが非常に強く進むと、ここにあるように物事を正しく行う

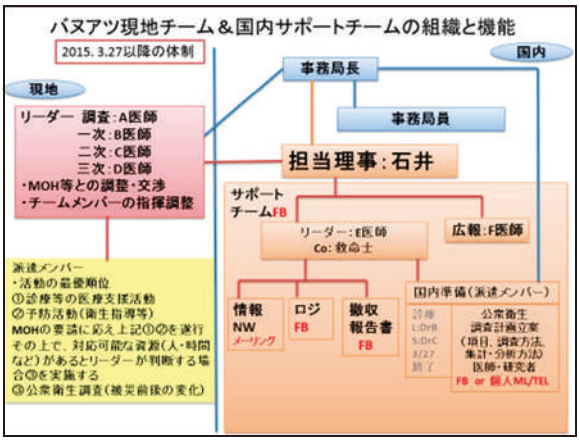
ので前例主義、決められたようにやるということになってしまいます。しかし、災害時にはリーダーシップが大事だとずっと教えられてきましたが、リーダーというのは正しいことをする。前例がなかろうが、ルールがなかろうが、これは人々にとって正しいということをやる。ここの違いみたいなことを非常に感じました。先ほどの対立のところで、そういう違いが根本的にあるなということを感じました。

そして、もう１つは、優れたリーダーの４つの戦略で、あらゆる方法で意味を伝えるということが非常に大事だと思っていますが、災害時で、それまで十分にコミュニケーションをとったことがない人たちが集まり、時間がない中で、みんないろいろな思いの中で活動しています。なぜ福祉避難所が必要なのかとか、そういったことを最終的には４月１２日でしたか、健康推進課でじっくり腰を据えて話をした。それが福祉避難所をつくるということを動かすきっかけになりましたので、こういうコミュニケーションということも実は大事だなということを感じました。そして、マネジメントが進むと行政の対応計画、法律、いろいろなものを見ていると、私には複雑怪奇な文章にしか見えない。もう少し物事をシンプルに考えるというスタンスに行かないと、災害時の問題解決って非常に難しいかなと実感しています。シンプルに考えるとか、フレームワークで考えるとかといった発想が大事だなということを感じながら、そして、かつニーズと資源を洗い出し、分析をし、プランニングをしていく。そして、活動しながら評価修正をしていくというところで、短期目標、中長期目標を立てながらプランニングを持って活動するということが大事だと思っています。このプランニングをするということが、例えばインシデント・コマンド・システムの中にも目標による管理というようなことが出てきますが、今回の被災地で目標を持って活動をしている人たちは余りお見かけしなかった。こういう状態をつくる、石巻市を安定化させる、保健師さんたちの負担を減らす、そして、保健師さんたちが通常業務に戻れるようにする、というような明瞭なプランニングを持って支援している人というのを余り見なかったので、このプランニングということもしっかりとやっていかないといけないかなというふうに思っています。福祉避難所の話に戻しますが、福祉避難所が何かというと、既存の組織に委託をして、そこで何人かの要介護者を見ていただくという場合は特に必要がないかもしれないです。しかし、市が運営する、どこかの体育館に開所するというようなときには、福祉避難所というのは、そもそも施設としてある場所ではない。組織として存在している場所ではないので、この場合にはやはり組織化とシステム化、これが非常に重要だろうというふうに思っています。いろんな支援者が入っていましたので、私が最初に手がけたことは、一日の流れをまずつくる。何時起床で、何時から食事で、何時の間に作業療法をやるとか何をするとか、大体一日の流れをみんなの中でコンセンサスをつくり、そしていろいろなチームが入ってきてい

ましたので、いつからいつまでどこが入って、誰が来るということをしっかり情報共有しながら、かつ、これがコマンドチームです。それぞれの介護職、看護職、リハビリ、それぞれの職種の人たちのリーダーを必ず決めて、そして、その日のコマンドチームをしっかり作って、組織化をしていきました。

これは一連のコマンドシステムですけれども、その現場の指揮に当たる人たちがしっかりとチームとなって、それぞれ実働する体制を整えていきました。そして、その市町村ですね、石巻市のサポートを受けながら、この人たちが活動していく。最初は、多分高橋さん自身がこの現場指揮者だったと思うのですが、徐々に徐々にいろいろなところに委ねながら、彼女はこの現場の人たちに任せていくというプロセスをとっていきました。

この複数組織が関与する現場での統一指揮、こういったところをしっかり構築するということが大事だなと。いろいろな考えの方がいらっしゃいます。全国から、リハの人、医師、いろいろな人たちが来ます、その人たちがみんないろいろなことを言い出したら、これは対応が大変になりますので、こういったところもしっかり組織化していかないと難しいなということ。そして、シンプルに考えるための情報管理ということで、見える化ですね、情報をしっかり共有して、可視化していくということ。そして、これはちょっと先日のバヌアツの支援のときに急いでつくった組織図ですが、とにかくいろんなことが混乱する要因は、やはり組織化がされてないと非常に混乱しま



す。これは先日のネパールです。私、この写真を見たときに、私の現場での活動写真って背中が多いですね。常に情報を管理し、組織化し、これらが、いつも私がやっている仕事だなということで、それは石巻の福祉避難所でも同じです。そういったことをしっかりとリードしていく。そういう存在がいないと、さっき高橋さんコーディネーターという表現をされていましたけれども、なかなか既存の組織でないところで運営していくときには、こういったことは気をつけていかないといけないのではないかというふうに思います。

そして、場所指定、設定です。今、内

閣府の調査でもう少し福祉避難所が指定されている数が増えてはいますけれども、多くは場所を指定しているだけです。そ

の中をどうするかというところにはまだ至っていないということで、この優先度をどう考えるか、それはちょっと皆さんに御判断いただきたいのですが、高齢者を優先するのか、それとも、この少子化の時代、子供とかお母さんを優先するのか、これは私たちがよく社会の中でコンセンサスを得る必要があるかもしれませんが、しかし、ニーズという数のニーズという点においては、この超高齢社会の日本では、実はここが非常にニーズとして高いというふうにはなります。そういった人たちのＡＤＬ（日常生活動作）を低下させない。高齢者がちょっと動かなくなったらあっという間に動けなくなってしまいますので、この人たちが動ける環境をつくるということが大事だろうというふうに思います。

これは、機能的自立度評価で、この福祉避難所に入ったある７０代の男性Ａ氏、Ｂ氏です。運動項目が３５点で５０点に上がり、こちらも４０点が７５点に上がり、最終的に家族とともに仮設住宅に移っていけた。この環境ですね。単に福祉避難所という場所を提供したのではなくて、動き回る、歩けるバリアフリーの環境を提供した。そういったことがやはり重要だったのだろうというふうに思います。

あともう１つは、諦めないということです。避難所にそんなものは必要ないとか、福祉避難所なんか要らないとか、そんなものはつくれないとか、できない議論をしたら被災地は回復しません。本当に尊厳あるということはどういうことなのかとか、実行可能なあらゆる手段が尽くされるべきであるとスフィア・プロジェクトは謳っていますけれども、私は日本の国力をもってして実行可能なあらゆる手段が尽くされたとはいまだに思えないです。こういったところも、しっかりと私たちの中に置いておく必要があります。阪神・淡路大震災の教訓からここは非常に強化されたと思います。しかしながら、今回突きつけられた課題は、パブリックヘルス（公衆衛生）です。ここをどう連携をしていくかということで、連携をするためには、やはり事前の計画、訓練です。あとは経験です。こういったものが必要だと思いますので、例えば福祉避難所の皆さんの地域とか担当していらっしゃるところで福祉避難所を設置するということに関して、誰と誰がチームワークを組めばいいのかとか、どことコラボレーションするのかとか、どことは情報共有だけでいいのかとか、こういったことも少し整理する必要があります。連携って割と簡単に言うのですが、それぞれ水準があるはずですので、こういったところも見きわめながら福祉避難所をどう運営していくのかということを考えていくことが大事なのかなというふうに思っております。

ちょうど時間になりました。御清聴ありがとうございました。

「石巻における福祉避難所の設立の経緯と課題について」

石巻市役所　健康部健康推進課
高橋　由美

石巻市の概要

- 石巻市は、宮城県北東部の北上川の河口に位置し、仙台市についで県内第2の都市。
- 平成17年4月1日には石巻地域1市6町が合併し、新・石巻市として新たなスタートを切る。

人口
H23年　162, 832人(2月末)
H27年　149, 247人(5月末)
世帯　60, 218世帯

(約1万2,498人減)

高齢化率
29.5%

石巻市の被害状況

2011年3月11日（金）14時46分
東日本大震災　国内最大M9.0
震度６強　予想もしない大津波襲来
3月17日　最大避難所259か所　最大避難者50,758人

平成２７年５月末日現在の被害状況
- ✓ 死者数　3,543人　　行方不明者数428人 (計3,971人)
- ✓ 家屋被害　（全壊+半壊数+一部損壊）　56,691件
- ✓ 浸水面積　73平方Ｋｍ（被災市町村の中で最大）
- ✓ 仮設住宅入居者数　　プレハブ仮設住宅5,197戸（11,　76.6%
- ✓ （H27．5月末）　　民賃仮設住宅　3,683件（9,464人）
- ✓ 合計　8,880件　20,588人

保健師の紹介

石巻市保健師44人
（うち4人が産休・育休）

保健師とは・・
「厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者」
↓
所定の専門教育を受け、地区活動や健康教育・保健指導などを通じて疾病の予防や健康増進など公衆衛生活動を行う地域看護の専門家のことである。

乳児期から高齢者まで
直接支援からケアマネジメント
コーディネート役まで

家庭訪問ができる職種

地区担当制

業務担当制（母子、成人保健、介護保険、精神障害）

乳幼児健診、生活習慣病予防、介護予防、こころの健康づくり等

震災直後の保健師活動

本庁は5カ所の避難所へ（津波前）
★各避難所の状況（当日から3日目）

大津波警報のサイレン

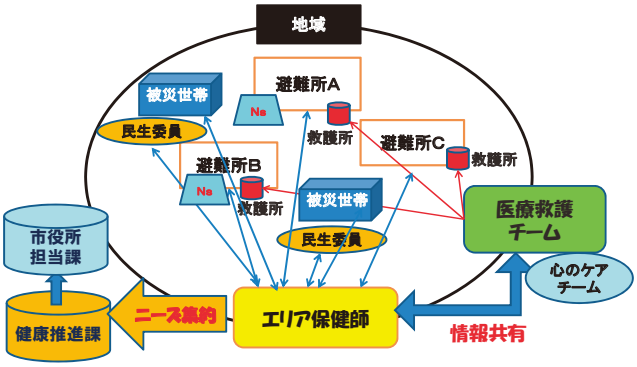
- 庁舎にも３８０人余りの避難者
- どこの避難所も津波浸水で孤立化
- 市内各所の避難所は人であふれ大混乱
  低体温症、透析患者、夜間せん妄、不安、精神疾患の対応、要介護者の介護、助産

ライフライン寸断

水がでない、電気がつかない、携帯電話・メール不可
車が水没、食べ物・飲み物がない、毛布等もない
→ 保健師は自分の判断で救護・被災者支援

震災後の保健活動

救命救護	・避難者の救命救護 ・地元医師会医師や医療救護チームとの同行、連携 ・心のケアチームとの連携
感染症予防	・マスク・手指消毒アルコール、ノロウイルス対策、トイレプロジェクト、一斉清掃キャンペーン、土足禁止
健康悪化予防	・巡回健康調査、健康相談 ・エコノミークラス症候群予防 ・看護師、保健師等の派遣調整



医療救護チームと保健師の連携

保健師の活動の様子

被災者の心に寄り添い、話に耳を傾け、身体状況・病状の確認・把握も行う

一般避難所の状況

一般避難所の状況

各避難所の健康問題

【震災当日～3日目】

- ✓ 津波でぬれた低体温症
- ✓ 不眠、夜間せん妄、精神状態不安定
- ✓ 収縮期血圧が190mmHg以上に高くなる人（薬なし）
- ✓ 空腹が続き、低血糖症状（糖尿病以外の人でも）
- ✓ 十分な水分が取れずに脱水症状

→悪臭と便で汚れたトイレに行きたくないとあえて水分を制限

各避難所の健康問題

【震災4日目～】

- ✓ 避難所における要介護者の問題
  - →狭い避難所で身動きがとれず活動量・筋力の低下で寝たきりに
  - →和式のトイレが多い
  - →ベッドやポータブルトイレが避難所にない
- ✓ 増えた夜間せん妄の高齢者
- ✓ 介護している家族が体調を崩し、入院
- ✓ 温かいものが食べられない・偏った食事
- ✓ 流された入れ歯
- ✓ 水がでても歯磨きしない

特に高齢者の問題が多くあがってきた

7日目で福祉的避難所開設
（市立病院医師・看護師・介護保険課職員対応）

避難所での栄養・食生活支援

【震災当日～3日目】
＊食料の確保（水・菓子等）

【震災1～2週間目】
＊パン・おにぎり等の2食分を計画的配給開始

【震災から2週間目以降】
＊食事回数2回以下の避難所が25%以下になる
＊蛋白質、野菜、牛乳・乳製品等全て不足の避難所が53.3%　炭水化物に偏った食事

【震災から1か月以降】
＊夕食に弁当配給開始し、3食分を計画的配給開始
（11,000食から17,000食の提供）
＊蛋白質、野菜、牛乳・乳製品等全て不足の避難所が53.3%→16.7%減少

【福祉避難所設置について】

◆厚生労働省の
「福祉避難所設置・運営に関するガイドライン」

【福祉避難所の対象者】

「高齢者、障害者、妊産婦、乳幼児、病弱者等避難所生活において何らかの特別な配慮を必要とする者とし、その家族を含めて差し支えない」

【開設期間】

「原則として、災害発生の日から最大限７日以内である。ただし、やむを得ず７日間の期間内で避難所をすることが困難な時は、必要最小限の期間の延長を厚生労働省と協議する。」

福祉避難所対象者の避難状況

◆妊産婦：３月２０日の避難所の調査では、既に避難していた。

◆乳幼児：ほとんど避難所にはいなかった。

◆障害者：障害者手帳保持者　実7,895人中397人(4.9%)が死亡
→65歳以上：4,564人(58%)、304人(77%)

【障害福祉課からの提供】

＊知的障害者　環境になれず、精神的に不安定になり、ショートスティ等を利用したケースが多くあった。
→旧ひたかみ園を福祉避難所として開設

＊精神障害者　ストレスが増大し、精神的に不安定になり、入院で対応したケースが多くあった。

福祉避難所対象者の対応状況

人工透析患者

→1か所の避難所に人工透析患者・・ボランティア医師・看護師送迎車両を市内で運行させ、人工透析患者用通院証明書を発行優先的に給油できるよう支援を行った。

聴覚障害者
視覚障害者

→情報伝達やコミュニケーションが難しか

避難所での高齢者･要介護者問題

＊各避難所から高齢者・要介護者の問題が次々と・・・・・

◆脳卒中で半身まひの高齢者・・・自宅では自力で歩行、排泄
・避難所では床にすわりっぱなし→立ち上がれない
・尿意あるが紙おむつ

◆脳卒中で半身まひの60歳男性・・・補装具使用で歩けていた
・津波で補装具が流され、寝たきり状態

◆視覚障碍者の５０歳代男性・・・・自宅では自立
・水分を５００ｍｌに制限していた。トイレへの通路が蛇行。

ベッドやポータブルトイレ等自立できる環境が必要

この時、震災から介護保険新規申請者数（４月１日～６月３０日）９９５人（昨年の同時期と比較して1.55倍↑要介護者↑）

避難所での高齢者･要介護者問題

◆医療機関が被災→診療しても避難所に戻る

◆地域包括支援センターが被災し、連絡がとれない　9か所中 ➡ 3か所が被災

◆市内の介護施設等が被災

◆市外・県外への移動に対象者が拒否的

◆市内内陸部への移動も嫌がる

→家から離れたくない、お金がかかる

一般避難所で対応できないという問題が

困ったこと

＊ 健康調査した結果を連絡するが・・・
→施設入所には、２度の調査が必要

＊学校再開で避難所閉鎖に追い込まれて

＊なかなか進まない要介護者への対応

＊日本看護協会の派遣が終了となる

＊避難所本部から怒りの声！！

高齢者・要介護者用健康調査票

避難所での要介護者への対応

＊3月22日～　理学療法士会・作業療法士会の支援開始
生活不活発病（＝廃用性症候群）・・・筋力低下

＊4月9日・10日　エコノミークラス症候群ＤＶＴ検診、予防指導をチームで行う。
保健師はｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ
（医師、検査技師、ＰＴ、ＯＴ、健康運動指導士）

	M中	K小	計
避難所入所者人数	300人	540人	840人
DVT血栓陽性者（陽性率）	9人 (3%)	40人 (7.4%)	49人 (5.8%)

＊M中とK小の違い
M中：整然と整理。通路の確保。
K小：パイプ椅子で通路が蛇行。粉塵が多い。

避難所の環境で要介護者発生も違った！
福祉避難所の大きなヒントになった

【福祉避難所の立ち上げに至るまで】

＊４月１日の出会いから繋がり始めたネットワーク
→日本看護協会　災害支援ナースコーディネーター
との共通の問題認識
・要介護者を安全な場所への集約が必要
・要介護者や家族を元気にして、仮設住宅や在宅に返したい。

【福祉避難所の立ち上げに至るまで】

＊福祉避難所に関する合同会議の定期開催へ

医療合同救護チーム、市役所健康部職員、県保健所職員、
現地の医療機関スタッフ、災害支援ナース、支援団体・組織
（プライマリーケア・リハビリ等）、ユニセフ上級アドバイザー

（出された課題）
・一般避難所の要介護・要支援者の状況がわからない
→要介護者及びニーズの把握（巡回医療チームによるアセスメント）
・福祉避難所の位置づけが不明確（要介護者と一般避難所が一緒）
・１か所の福祉避難所では不足？⇒2か所の福祉避難所に
・行政側のコーディネーターが不在

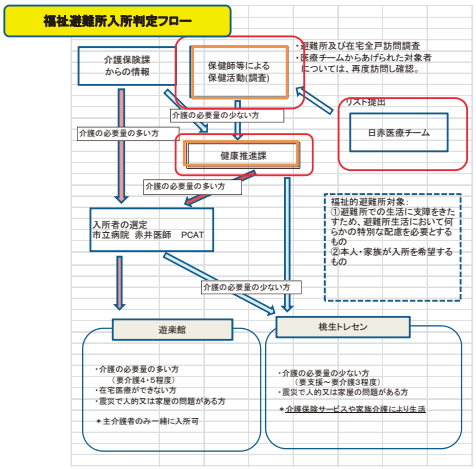
【福祉避難所設置について】

◆石巻市地域防災計画（震災時）
・福祉避難所の開設について位置づけていた
しかし・・・
・石巻市避難所運営マニュアルでは位置づけていなかった。
事前準備に関する計画もなく、役割も明確でなかった。

・介護老人施設や介護保険施設等との事前協定は行っていなかった。
（震災後しばらくして、１１民間施設と協定を締結できた）

2つの福祉避難所開設にむけて

エリア保健師　医療救護チーム　介護保険課
↓
一般避難所の要介護者のトリアージ・調整役
（健康推進課　保健師）
↓
2つの福祉避難所で機能を分担し受け入れを決める。
①遊楽館（医療ニーズが高い、介護量が多いケース）
介護保険課担当、石巻市立病院医師、看護師、PCAT、
日本医療社会福祉士、CLC等
②桃生トレーニングセンター（要支援や介護量が少ないリハビリの必要なケース）
健康推進課担当、日本看護協会・宮城県看護協会等、介護ボランティア
NPOリハビリテーション10団体等



福祉避難所
対象及び入所期間について

＊対象者：
①避難所での生活に支障をきたすため、避難所生活において何らかの特別な配慮を必要とするもの。
②本人・家族が入所を希望するもの。
＊入所期間について
◆福祉避難所はあくまでも緊急避難措置のため、
入所期間は生活の見通しが立つまでの間とする。
例）自宅改修が終わるまで。仮設住宅、施設入所まで
◆入所前から、退所後の方針について、本人・家族と調整していく（ケアマネージャー、地域包括支援センター等）

↑
必須条件：必ず行き先が決まっていること
集団生活ができること

第1の福祉避難所　遊楽館の概要

◆3月17日～3月29日　稲井中学校
◆3月29日～9月30日　遊楽館
◆対象者：医療ニーズが高い
介護量が多いケース（介護度４・５）
◆対応スタッフ
介護保険課担当、石巻市立病院医師、看護師、
ＰＣＡＴ、日本医療社会福祉士、ＣＬＣ等

◆設置状況
ワンフロアーの体育館に段ボールベッド
見渡せる状況で早めに病状の変化を察知
毎日の医師の診察と治療ができた

◆設置日数及び収容人数
3月17日～9月30日(198日間)
収容人数：362人(延13,094人)

第2の福祉避難所
桃生トレーニングセンターの概要

◆４月29日～9月２７日（152日間）
◆対象者：要支援１・２、介護度１～３
介護量が少ないリハビリの必要なケース
◆対応スタッフ
健康推進課担当、日本看護協会・宮城県看護協会等、
介護ボランティア、NPOリハビリテーション１０団体
石巻市夜間急患ｾﾝﾀｰ看護師、東北福祉会職員等

◆設置状況
自立と元気を支える福祉避難所

◆収容人数：49人（述べ2,812人）

2カ所目の福祉避難所ができるまで

＊桃生トレーニングセンターは条件がよかった

三陸道路にインタ　近く、消防署、自衛隊滞在
余震に強い、自然環境がよい、電気・水道使用可

＊桃生トレーニングセンターは支援物資の山

（全国からの紙おむつでいっぱいに・・・）

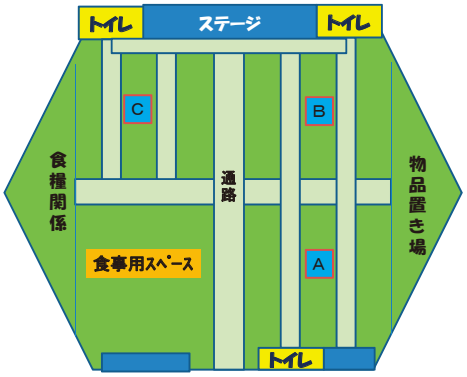
＊福祉避難所は２カ所はいらない

＊１０月から体育施設として使用予定

➡ **９月末日で閉鎖する条件で開始**

桃生福祉避難所「安らぎの郷」

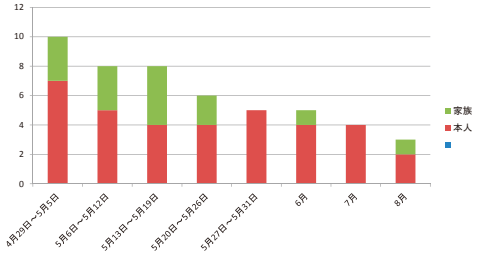
【桃生トレーニングセンター福祉避難所　配置図】



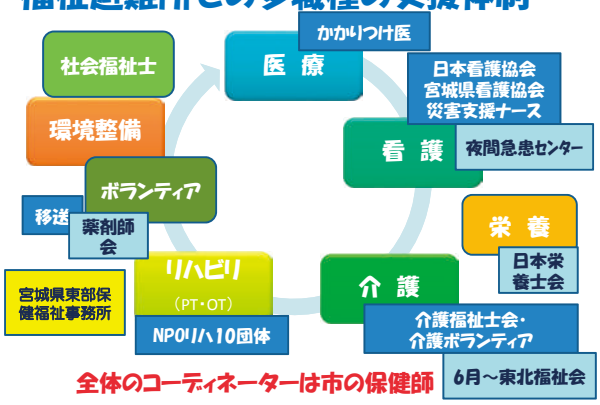
リハビリで歩行訓練

笑顔で懇談中の
利用者とスタッフ

桃生福祉避難所入所者数の推移



福祉避難所での多職種の支援体制



福祉避難所の人的配置について

期間	看護師	介護職	リハビリ職	食事
準備期間	日本 看護協会			
4/29~4/30	↓	全国介護 福祉士会		
5/1~5/5	NPO法人 HUMA	↓	NPOリハビリテーション10団体	日本栄養士会 ピースボード
5/6～5/31	宮城県 看護協会 石巻市夜間 急患センター	市内被災施設介護福祉職員 地域ボランティア	宮城県 作業療法士会 ↓	↓
6月～9月末	石巻市夜間 急患センター	東北福祉会 せんだんの杜 へ運営委託	↓	東北福祉会 せんだんの杜

自立に向けた要介護者支援

自分でお掃除や
洗濯をする

◆自立を支える環境づくり

手すり付きベッド、プライバシーが守られる居室
広い通路、寝食分離で活動量アップ
居室から行きやすいトイレラップポン（洋式）
自立できる福祉用具の設置（トイレ、浴槽、玄関等）

◆機能訓練

集団でのリハビリ体操・作業療法、リハビリ個別指導
外散歩の支援

◆生活支援

温かな野菜中心の食事、入浴支援、在宅サービス
の導入、生活相談（相談員や社会福祉士会）、洗濯支援
移送サービス（ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ）、ボランティア支援

◆医療・看護支援

看護師によるヘルスチェックと看護、薬剤・服薬管理

家族の見守りでリス
ク管理と早めの対応

福祉避難所の役割分担

福祉避難所（総合トレセンリスタッフ役割分担表）

施設管理全般	健康管理	自立支援(リハ)	服薬管理	食事支援	保清支援	居住環境整備	移送	介護・生活相談
・来訪者受付 ・建物等管理 ・支援物資手続き ・予算に関すること ・従事スタッフの調整 ・入所者等困難事例対応 →市役所総務推進課 二上課長補佐、高橋 臨時職員2名 →せんだんの杜 管理者 *朝夕のミーティング進行役 →せんだんの杜 *スタッフブースの整理を したい *入所者が安心・安全 で過ごせる配慮が必要	・疾病重症化予防 ・熱中症対策 ・脱水症対策 ・肺炎等感染症対策 ・血圧測定 ・体温測定 ・体重測定 ・一般状態の観察 ・早期発見対応 ・受診勧奨 ・定期受診チェック ・歯科診療の調整 （東北大学1週～2週） →夜間急患センター 看護師スタッフ	（環境整備） パーテーション ベッドのセッティング 就　個人に 車いす　供せて 歩行器等 通路等の設置 歩行訓練等 ＊ベッド、歩行器 4点杖、車いす は貸与 ＊1点杖、靴は支援 物資 ＊マットレス ソフィアは支援物資 グレーのマットレス はリース （作業療法士会） 月～金 レク作業活動 ＊リハ10団体Ns 次回で終了 →リハ10団体	分包 服薬チェック *薬剤師会 毎週日曜日 大森氏支援 →宮城急患センター 看護師スタッフ	支援物資 食品管理 食事の準備 食事片づけ 食材発注 栄養バランス 調理場の借用 (9時～5時) →せんだんの杜 スタッフ	入浴計画 男（月・水・金） 女（火・木・土） 日曜日休み 入浴支援 清拭 足浴 着替え 洗濯 *入浴支援 方法引き継ぐ →せんだんの杜 スタッフ	清掃 整理整頓 布団の乾燥 ゴミの片づけ シーツの準備 →せんだんの杜 スタッフ **排泄支援** トイレ誘導、支援 ラップポン管理 トイレ清掃 9. 13. 15） 感染予防 →せんだんの杜 スタッフ	受診時 買い物等 入所送迎 緊急は せんだんの杜 →移送ボランティア	介護保険サービス 被災等手続き関係 仮設住宅等 生活支援金等 *県社会福祉士会へ依頼 保健師佐々木さん →せんだんの杜 相談員

物資の調達は

◆ギャッジベッド・・・広島県野村病院から
◆ベッドマットレス、シーツ
◆布団、衣服
◆テレビ、電子レンジ、洗濯機
◆おむつ
◆電気ポット、食器
◆杖、くつ、車いす、歩行器
◆トイレラップポン
◆段ボールパーテーション

ネットでの物資要請；芸能人、Amazon等で

福祉避難所入所者の変化は

＊一般の避難所で咳込んで眠れない70代女性
⇒喘息の発作が落ち着き眠れて、食欲もでたOさん
＊体育館の避難所で何度も転倒する男性
⇒安定して歩けるようになった
＊夫の介護で心身ともの疲労困憊する妻
⇒疲れが取れて安心して過ごせるようになった。
＊津波で補装具が流された車いすの70代男性
⇒車いすで立ち上がれないKさんとHさんが１点杖で歩けた。

福祉避難所入所者の変化は

＊認知症の母と介護する息子
⇒認知症で不安定だったTさんが穏やかな笑顔に
＊認知症で高血糖の60代の男性。
避難所でのトラブルで・・・・
⇒高血糖値だったTさんが、安定した血糖値に杖なしで歩けて、精神的にも安定。
＊歩行障害のアルコール依存症の男性
＊県外の娘宅から逃げ戻ってきた男性
津波を体験した話を・・・

希望・自信・笑顔・元気

福祉避難所の閉鎖に向けての課題

◆９月末日の閉鎖を本人・家族へ伝える
・家族が仮設住宅での生活に不安
→アルコール問題、入所者同士のトラブル
・行く先が決まらない・・・仮設住宅、養護老人施設
・家族が面会に来ない

（対応したこと）
・相談員や保健師が一人ひとりCWし行く先を相談
・仮設住宅の手続き等の支援
・仮設住宅が決定したら、リハビリ専門職と事前に出向き確認
・移送ボランティアやスタッフによる引っ越し支援

石巻市で取組んでいること

◆石巻市地域防災計画が策定された
◆災害時福祉避難所の協定を３４施設と行った
（高齢者福祉施設29施設、障害者福祉施設5施設）
◆県内の大崎市との防災協定を行う
（H24.4.24）
危機対策課中心に大崎市、酒田市、新庄市との災害時応援総合協定
内容：救助・復旧の総合計画、役務物資調達、人的協力を得る
＊福祉避難所開設運営マニュアルの協議が必要
福祉部（福祉総務課・障害福祉課）
健康部（介護保険課・健康推進課）

石巻市地域防災計画（平成26年12月改訂）

◆第10節　避難行動要支援者対策

第３　避難所等における支援
・・・・・・
２．福祉避難所における支援
市は、避難所で生活することが困難な要配慮者の安全を確保するために、福祉避難所の開設措置等を実施する。
(1)福祉避難所の開設
避難所における要配慮者の心身状態や生活状況等の把握に基づき、心身の健康状態や障害等により、避難所において生活を続けることが困難となる要配慮者のため、本部長の指示により福祉避難所を開設する。
(2)福祉避難所の運営
福祉避難所は、市の管理の下、協定に基づく施設管理者又は市が直接運営する。
(3)福祉避難所の活動内容
ア　要配慮者の受入れを調整する。
イ　医師、看護師等専門職の受入れを調整する。
ウ　その他必要となる支援確保のための措置を行う。

福祉避難所の運営をとおして

◆入所者が「安心」「安全」で過ごせる配慮を重要視
→安全な場や空間の設定、看護・介護等の専門職の配置が必要
◆平時から福祉避難所の設置について協議が必要
→看護、介護ボランティアの受け入れ等も含めて要援護者を早期に安全な場所への移動が必要
→県を通して看護協会（災害支援ナース）、介護福祉士会、理学療法士会・作業療法士会等との協力体制づくり
◆一般避難所から福祉避難所へのトリアージ・調整役が必要
◆福祉避難所運営にはコーディネーターが必要
→医療を含めた多職種との連携が重要
◆要援護者の「自立の視点」で避難所設置運営と支援
◆福祉避難所は施設ではなく、在宅の延長の視点で
◆福祉避難所が長期化すると出てくる問題

福祉避難所の課題や教訓

●誰が、どこが中心に設置していくのか明確に
●福祉避難所は医療との連携が大切・・・命を守るため
→地域の医師会や災害拠点病院との協議が必要
→市町村や県の保健師との連携が必須
●災害の規模で被害状況は大きく変わる。
→関係職員がシュミレーションして備えておくこと
要援護者はどこにどんな方法で避難させるのか
→被害が大きいほど、協定した施設に頼めないことも
圏外や県外などとの協定も必要になってくる
→被害が少なく限局すると短期間、避難所も小規模、協定した施設の利用もしやすい
●母子・妊婦、障害者（知的・精神・人工透析等）、高齢者の各々の福祉避難所の確保が必要
●物資や人の確保は県単位で協議を
→市内・県内の支援は難しい・・・他の地域との協定も必要
→物資は業者との協定も

平時から市民の健康づくり、
介護予防が大切です
そして、地域コミュニティが重要です

ご清聴ありがとうございました。

前例のない福祉避難所の開設支援の経験

～課題解決思考と原則で考える～

東京医療保健大学東が丘・立川看護学部災害看護コース
日本集団災害医学会理事
JICA国際緊急援助隊医療チーム総合調整部会委員
NPO HuMA常任理事
内閣府男女共同参画推進連携会議議員

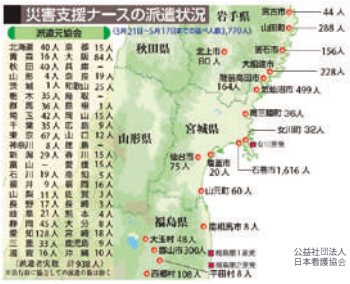
石井美恵子

災害医療支援活動の主な活動経験

- 1995年米国にて災害医療研修
- 2003年イラン南東部地震緊急医療支援活動（JDR）
- 2004年イラン南東部地震回復期調査および支援（HuMA）
- 2004年スマトラ沖地震・津波災害医療支援活動（HuMA）
- 2005年ジャワ島中部地震医療支援活動（JDRチーフナース）
- 2006年ジャワ島中部地震回復期調査・セミナー（HuMA）
- 2008年中国四川大震災医療支援活動（JDRチーフナース）

東日本大震災での活動

- 2011年3月22日～4月30日
  日本看護協会・都道府県看護協会災害支援ナース現地コーディネーター
  石巻市で福祉避難所の追加設置（2か所）をコーディネート
- 2011年5月1日～5月6日
  NPO　災害人道医療支援会（HuMA）として支援活動
- 2011年5月7日～5月30日
  個人的なボランティア
- 2011年6月1日～8月31日
  石巻市の委嘱による
  健康福祉アドバイザー



石巻市での支援活動開始　3月24日

4

原則で考える：CSCATTT

MIMMS　;Major Incident Medical　Management and Support

- Command & Control　指揮・統制（調整）
- Safety　（安全確保、二次災害防止）
- Communication　（情報、通信）
- Assessment　（分析、判断、評価）
- Triage
- Treatment
- Transportation

5

SAFETY　安全確保、二次災害防止の課題

避難者のリスク
- 地盤沈下・大潮による冠水
- 周囲を瓦礫に囲まれた避難所の存在
- ライフラインの復旧の目途はない

人為災害となるリスク
- 余震による被害の可能性
- 余震による津波被害の可能性
- 劣悪な環境衛生による健康問題の可能性

支援者のリスク
- 危険な場所の支援ニーズは高い

- 法律の壁？！強制退去不可？
- 立ち入り禁止区域の設定不可？
- 現場で実行可能な最善策はないだろうか？

6

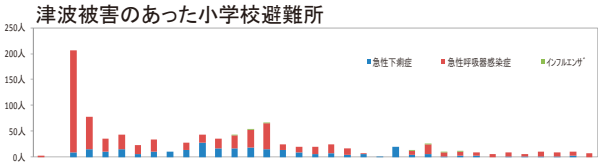
原則で考える：情報
地域の課題を探る環境等のモニタリング

月日		4/1	4/2	4/3	4/4	4/5	4/6	4/7	4/8	4/9	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15
ライフライン	水道	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	下水	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	屋内トイレ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	仮設トイレ	△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	電気	×	×	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	食事	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
避難者数		853	818	800	734	696	670	613	597	559	543	546	488	484	464	445
医療ニーズ		14		14		10		10	10	12		6	6	6	6	6
ケアニーズ		8		6		5	–	6	6	8	–	8	8	8	8	8
小児避難者数							–				0	11	0	0	–	

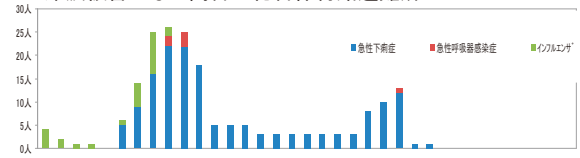
7

原則で考える：情報
地域の課題を探る感染症のモニタリング

津波被害のあった小学校避難所

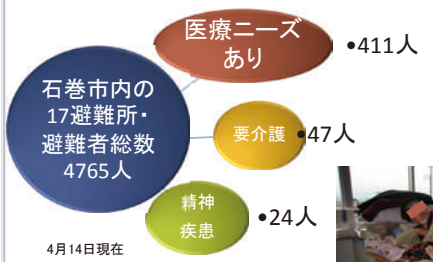


津波被害のない高台の総合体育館避難所



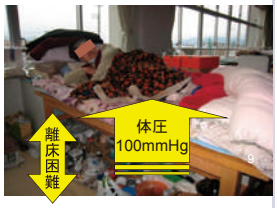
8

原則で考える：情報
避難者の健康モニタリング



4月14日現在

＊筋力低下
＊関節拘縮
＊ｴｺﾉﾐｰｸﾗｽ症候群
＊肺炎
＊褥瘡(床ずれ)
（体圧40mmHg 以上）
などのリスク状態



＊ご本人・ご家族の了解のもと撮影・使用

原則で考える：情報
避難所避難者に発生した褥瘡

＊ご本人・家族の了解のもと撮影・使用

肺炎患者死亡例
肺炎入院で死亡したケースの45%は介護施設からの患者
情報提供：気仙沼市立病院　成田医師

10

安全確保・二次災害防止への課題

- 二次避難が進まなかった
  - 要介護者・要支援者とその家族等の言動は情動型対処であると推測され、二次避難の必要性について根拠を示して説明・説得することは、むしろ頑なになるなど逆効果となる可能性があった。
  - 将来に希望が持てないことによる絶望、消極的企死念慮などの可能性もある。
  - 罹災・被災に関する補償等の手続きやシステムの影響した可能性
- 高齢者は避難が遅れる、または避難に抵抗を示す傾向がある。（ハリケーンカトリーナの報告書等より）
- 正常性バイアス（NORMALCY BIAS）の影響により二次避難が進まなかった可能性

Assessment
地域対応策のモニタリングとプログラム開発

原則や知識・経験：
- 災害とはニーズと資源の不均衡
- 支援者はいずれ撤収する
- 役割不全感
- 福祉避難所ガイドライン

資源
●県・市区町村
対策本部
●医療・保健福祉
関連部署・担当者
●医療チーム
●支援者
目標：被災地内支援者の負担が軽減できる

目標：市立病院
急患センター職員の
役割不全感を予防するための業務保障ができる

担当者の固定化

避難所
避難所
避難所
避難所
避難所

ニーズ
150ヶ所以上の避難所
避難者・病人・要介護者・
要援護者が混在
目標：避難・歩行困難者が
安全な場所への移動
できる

手段・方法
集約化

医療機関
中～軽症者

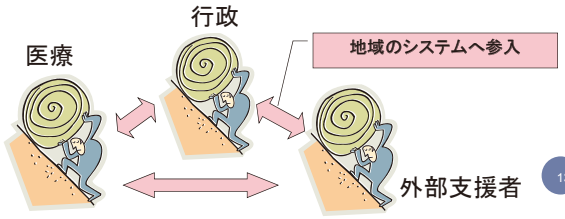
福祉避難所
要介護者
要援護者

避難所
一般の避難者

12

地域の課題：共通の目標設定による連携構築

- 甚大かつ広範囲な地震・津波被害
- みんな一生懸命、不眠不休の活動
- 現地の援助者（行政担当者、医療関係者、地域保健・健康福祉関係者など）に山積する課題
- 被災地内外からの支援者にも山積する課題
- 危機管理の組織化が困難・・・平時のシステムで対応
- 情報共有が困難・・・他の機関や組織、部署との連携に支障



13

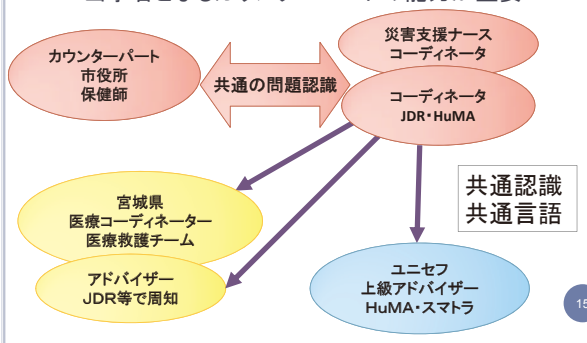
支援活動のタイプ

- サービスデリバリー（実践的）
  被災者を対象とした直接的な支援活動
- 企画の支援(コンサルタント的)
  システムの整備や対応計画の立案などの支援

- サービスデリバリーをしながら情報収集を続けで全体像を把握
- 全体像から問題点を分析し、企画支援の可能性を探る
- 企画支援のプランニングができたら実現に向けた調整・交渉
  ＊まずはカウンターパートをみつける
  ＊ただし、被災地内支援者の負担を十分に考慮する

福祉避難所の設置に向けた調整
原則：支援者はコンサルタント

当事者が課題解決に取り組めるよう支援する
当事者となるカウンターパートの能力が重要



15

多職種連携の実現

顔の見える関係：福祉避難所に関する合同会議の定期開催
情報と目標の共有：クラスター・アプローチ的問題解決法

16

ビジョンを描く
理想と現実とのマッチングを行う
信念対立を解決する

参考）構造構成主義的思考による課題解決

組織	文脈	構造	意思
行政	前例主義 経験不足	快適な福祉避難所を開設したら閉鎖できなくなるのではないか	事前計画にはない福祉避難所を設置することはできない
マッチング		地域の安定化 二次被害の防止	期限を定め、期限内に閉鎖可能な計画を立てて開設へ
支援ナース	人道主義 経験 効果・効率 成果	・支援者はいずれ撤収する ・被災地内支援者で対応可能なシステム開発が必要	福祉避難所の設置が有効である

17

原則や知識：マネジメントとリーダーシップ

- マネージするとは、
  「何かを引き起こし、成し遂げ、義務や責任を引き受け実行すること」
- マネージャーは、
  ものごとを正しく行う
- 実務能力に基づく行動（効率）

- リードするとは、
  「人を感化し、方向や進路、行動、意見などをみちびくこと」
- リーダーは、
  正しいことをする
- ビジョンと判断に基づく行動（効果）

優れたリーダーの4つの戦略
戦略Ⅰ：人を引きつけるビジョンを描く
戦略Ⅱ：あらゆる方法で「意味」を伝える
戦略Ⅲ：「ポジショニング」信頼を勝ち取る
戦略Ⅳ：自己を創造的に活かす

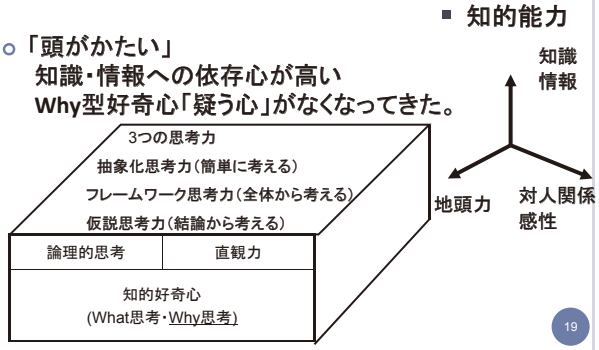
7つの評価指標
1.実務能力
2.対人能力
3.思考力
4.過去の実績
5.分別
6.判断力
7.人格

18

Warren Bennis, Burt Nanus(2007)/伊東奈美子訳(2011).本物のリーダーとは何か.海と月社.

地頭力　地頭力の3層構造図

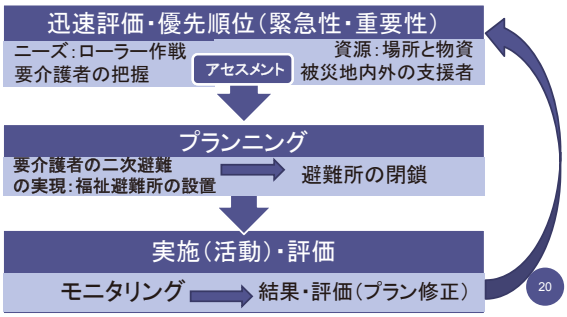
- 「頭がかたい」
  知識・情報への依存心が高い
  Why型好奇心「疑う心」がなくなってきた。



19

引用文献：細谷功(2007).地頭力を鍛える問題解決に活かす「フェルミ推定」,東京,東洋経済新報社.

目的：二次災害による犠牲者の最小化
高齢者の生活不活発病予防
支援者の負担軽減と地域のコンピテンシーの向上
被災地内支援者の役割不全感の防止



20

福祉避難所の組織化・システム化

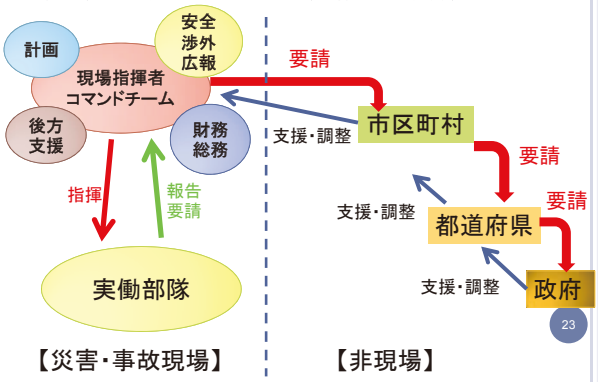
21

福祉避難所支援でのポイント

- 既存の施設ではない
  支援者らの共通認識・情報共有が必要
  組織・システムを作り上げていくことが必要

COMMAND & CONTROL:被害を最小にするために

現場に近いほど正確な情報を迅速に入手できる可能性がある
現場指揮者に権限があれば意思決定・資源配分の速度が早くなる可能性がある
本部と現場は乖離するという前提に立ち現場指揮者に権限を委譲



23

事前対応計画とトレーニング＆エクササイズ

参考：米国インシデントコマンドシステムの14の特徴

1. Common Terminology（共通言語・用語）
2. Transfer of Command（権限の委譲ルールの明確化）
3. Chain of Command & Unity of Command（指揮統制系統）
4. Unified Command（複数組織が関与する現場での統一指揮）
5. Management by Objectives（目標による管理）
6. Incident Action Plan（当面の災害対応計画策定）
7. Modular Organization（規模に応じた柔軟な組織編制）
8. Manageable Span of Control（監督限界）
9. Comprehensive Resource Management（統合された資源管理）
10. Integrated Facilities Management（統合された空間利用）
11. Integrated Communications（統合された通信システム）
12. Information and Intelligence Management(統合された情報処理システム)
13. Accountability（透明性・質保障）
14. Dispatch/Deployment（計画に基づく人員、資源の投入）

24

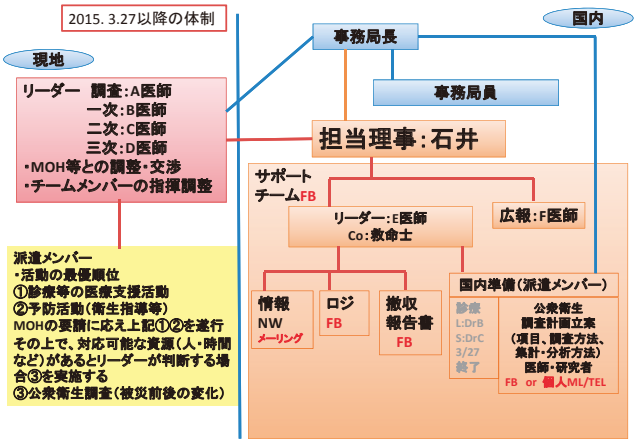
シンプルに考えるための情報管理
・情報共有
・情報の集約とモニタリング

ホワイトボード
コピーボード

地図の活用

＜人間の五感と学習効果＞視覚から83%、
聴覚から11%、臭覚から 3.5 %、触覚から 1.5 %、味覚から 1.0 %

バヌアツ現地チーム＆国内サポートチームの組織と機能



シンプル＆フレームワーク(構造化)
JDR機能拡充チームの組織化・システム化

27

環境を整える
場所を指定・設定するだけでは不十分

- 高齢者
  活動低下を来さない環境を整える
- 障害者、妊産婦、乳幼児
  より早く平時の生活環境に近づける
  母乳栄養が継続できる環境を整える
  ミルク栄養:哺乳瓶の清潔
- 病弱者等
  必要なケアや介護が受けられる環境を整える

環境を整えるには:
➢ 資源(ひと、もの、お金、情報)が必要
迅速に整えるには:
➢ 事前の対応計画・準備が必要

あきらめない！理想なくして、最善なし！！

スフィア・プロジェクト
人道憲章と人道対応に関する最低基準

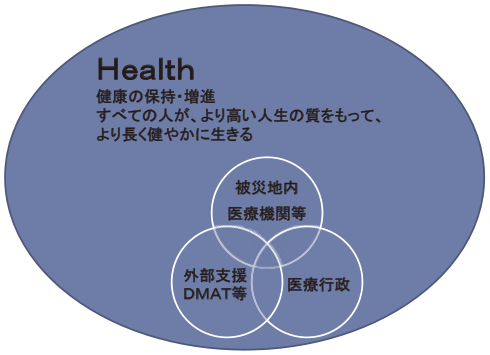
「災害や紛争の被災者には、
尊厳ある生活を営む権利があり、
援助を受ける権利がある」
「災害や紛争による苦痛を軽減
するために実行可能なあらゆる手段が
尽くされるべきである」
という2つの権利及び理念に基づいた活動

The Sphere Project :
http://www.sphereproject.org/

人道援助の主な対象は、生命を維持し、苦しみを和らげ、個人の尊厳を守ることにある。

29

災害による環境破壊と文明の崩壊
:Public Healthの概念で捉える



30

災害医療はPUBLIC HEALTHの一部である

連携には事前の計画・訓練(経験)が必要

構成員間の相互依存、結合、責任の共有の強弱	連携例	課題
チームワーク	医療機関 DMAT等のチーム活動	事前準備・訓練
コラボレーション	他職種や各種団体等の連携	帰属意識 目標設定と共有
コーディネーション		
ネットワーキング	情報交換	目的・目標の明確化

31

ご清聴ありがとうございました

32

人と防災未来センター
平成２７年８月研究会

日時：平成２７年８月２４日
○司会　皆さん、こんにちは。今日はお忙しい中、御参加いただきましてありがとうございます。人と防災未来センターの研究部では、今年度、「個別性に配慮した福祉避難所のあり方に関する研究」というものを始めました。

行政の方々では福祉避難所の指定が進んでおります。ただ、実際に福祉避難所と一くくりに言ったときに、そこに行く人々は、例えば、聴覚障害の方、視覚障害の方、それから高齢者の方、それから今回のテーマのように乳幼児を持ったお母さん方と、さまざまな方々が福祉避難所に来ます。その際に、福祉避難所に全ての人たちが、行ったところでその人たちに同じようなケアが、その人たちが必要としているケアができるのかどうかというのは、また違った問題なのではないかということで、では、どういった福祉避難所のあり方が必要なのかということを考えてみたいということで、この「個別性に配慮した福祉避難所のあり方に関する研究」というのを始めました。

第１回は、石巻で実際に福祉避難所を立ち上げられた方に、来ていただきましてお話を伺いました。その際にやはり福祉避難所と一くくりに言っても、そこに来る人はさまざまであるということがよくわかりました。

第２回は「災害時に妊産婦や母子が、より安心して避難生活を過ごせるように」ということで、母子保健、母子救護所について、活動をされております国立保健医療科学院生涯健康研究部母子保健担当の主任研究官（現在は神奈川県立保健福祉大学准教授）でいらっしゃいます吉田先生と、実際に世田谷区で、災害時に妊産婦・乳幼児を守る取り組みについて枠組みを考えていらっしゃいます（当時）世田谷区災害対策課長の有馬先生に、本日は東京からお越しいただきました。母子保健という今回のテーマを一つとっても、さまざまな課題があるということを、実際の取り組みの中から聞いてみたいと思っております。そして、今後もさまざまなテーマに分けて、こういった研究会をやっていきたいというふうに考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、早速ではありますが、「災害時の母子救護について」ということで、吉田穂波先生のほうから災害時の母子救護について、お話をいただきたいと思います。

では、よろしくお願いいたします。

○吉田氏　ありがとうございます。皆さん、こんにちは。

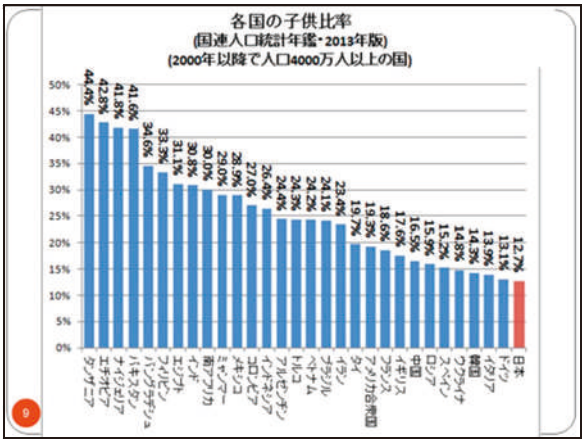
本日はこのような貴重な月曜日の午後にいらしていただきまして、本当にありが

とうございます。皆さんはこの兵庫県域の母子を守る、母子の味方の精鋭部隊であると私、確信しております。どうぞよろしくお願いいたします。

私の自己紹介をさせていただきますと、５人の母親というのが自分のベースです。元々、産婦人科医でもありますし、公衆衛生の専門家でもありますけれども、私がどうしてここに、こうやって立っていられるかというと、母親目線にすごく近いものを持っているからだと思っています。自分が母親として、一人の弱い立場を経験したものとして、今の日本の現状、どうなのかなというのをすごく興味を持って調べてきました。

世界から見ますと日本はいいところがたくさんあります。

赤ちゃんが死なない。妊婦さんが死なない、世界で一番の国です。平均寿命が延びていますけどね、これ元々日本人は長寿だったからではありません。戦後すぐは、ほかの国々と比較すると、平均ぐらいでした。それがここ５０年ぐらいで、寿命が延びました。この寿命が延びたのはどうしてだと思いますか。いろんな要因が皆さん思い浮かぶかと思います。高齢者を長生きさせるようになった、病気が治せるようになった。いろいろな要素がありますが、いろんな要因を集めてお互いの影響を打ち消し合うような解析をしますと、この生まれたときに死ななくなったというのが、寿命の延びに大きく影響しています。生まれてから数年間の間、５年間の間に死ななくなった。医療従事者の方や、助産師さん、いろんな方々のお力のおかげで、生まれたときに死ななくなった。例えばある国では、普通に生きれば７０歳まで生きられるのに、半分が赤ちゃんのときに亡くなっていたとします。そうすると、そこの国の平均寿命は３５歳ということになります。でも、日本ではほとんど赤ちゃんが亡くならなくなったために、これだけ寿命が延び健康で生きていける。にもかかわらず、すごく人口が少なくなって少子化が進んでいます。ＯＥＣＤ、先進諸国の中で一番子どもが少ないのが日本です。日本における１５歳以下の子ども割合は１２．７％で、例えばアフリカでしたら４０％ぐらい、ほかの欧米諸国では２０％前後です。これは１５歳以下ですので、乳児や、幼児、妊婦さんとなりましたら、もっともっと数が少ないですね。



私たちが定義する災害時要配慮者には、いろいろカテゴリーがあります。高齢者ですと全人口の２６から３５％ぐらい。障害者・障害児ですと、６％ぐらい。それから外国人だと１．６％。それよりも少ないのが妊産婦・乳幼児です。妊婦さんは、全体の人口の０．８％、生後１年以内の赤ちゃんもそうです。実は日本では妊婦さんとか赤ちゃんが一番のマイノ

リティで、一番見つけにくい存在になってしまったというのが、ここ最近の我が国の災害対応の変化ではないでしょうか。昔はたくさん子持ちがいました。そして回りの地域社会、いろいろなところで、遊んでくれる、構ってくれる人もいました。けれどもそれが最近は、核家族化が進み、誰にも頼れなくなり、いろんな知識をインターネットでしか、手に入れられなくなったように感じます。

そして行政からも、地域からも妊婦さんや赤ちゃんを見つけにくくなっている、そういう母子の最近の状況として、母親の年齢の出産年齢が高くなってきたとか、出生時体重がどんどん減ってきて、２，５００グラム以下の赤ちゃんが増えているということも分かっています。１０人に１人は２，５００グラム以下。どうしてだろうねと、よく聞かれます。また、知的障害児や、精神障害者がすごく増えています。母親の年齢と関係あるのではないかとか、生まれた時の体重が関係あるのではないかとか、いろいろ言われています。詳しいことは、このホームページにも載っています。（http://wedge.ismedia.jp/articles/-/6893?page=2）以上のことから、非常にマイノリティになってしまった。そして、育てにくさをかかえるお母さんたちがすごく増えているのではないかということがわかります。

また、何かスペシャルなケアが必要な赤ちゃんが、すごく増えているという背景があります。昔のように子どもは、鼻水垂らして、泥んこまみれでほっとけばいい、というよりは、もう少し手を加えて、生後の一番大事な３年から５年ぐらいを、目をかけて、より安心して過ごせるような環境を用意してあげなければいけないような、そういう子どもと、赤ちゃんと、妊婦さんが増えているように思います。

そのような中で起こった東日本大震災で、私はいろんなことを学びました。

皆さんも東日本大震災、人ごとではなかったと思います。どうなっているのだろう、医者は足りているのか、けが人は、住民はどうしているのだろう、世界各国から心配する声が寄せられました。私は４月１日にプライマリ・ケア連合学会の支援医師募集に応募し、母子のニーズがわからない、母子の声が聞こえてこないので、アセスメントしてきてくれないかという依頼を受け、避難所を回りました。最初は県庁や市役所へ行ったのですが、自治体機能は壊滅状態で、母子の状況を把握できませんでした。何も連絡がないからきっと逃げているのではないか、きっと親戚の家に身を寄せているのだろうという憶測ばかりで実際の安否確認や、所在把握すらわからない状態でしたので、実際に避難所に行ってみました。そこで気がついたのですが、妊婦さんが手挙げ方式には、なじまないなっていうことです。

私たち運営者側は、大勢の住民がいる避難所の中で居心地の悪さを抱えている人や、妊娠している人、けがをした人を、手を挙げさせて把握しようとしますけれども、やっぱり妊娠していますって、なかなか言いづらいものです。私もそうですが、妊娠していますというと、何かこ

う、気を遣われるのではないかとか、足手まといになるのではないかとか、などいろいろ気兼ねをして、遠慮してしまうところがあります。例えば３８週の経産婦の妊婦さんで、産む病院は流されてしまったし、どうしたらいいのかわからないけれども、とにかく毎日、毎日、「今は産まないでね」「今、お産になったら大変だよ」と周囲から言われ続けながらすごく肩身の狭い思いをしていた方がいらっしゃいました。本当は幸せでいっぱいで、赤ちゃんの誕生に備えて、喜びでいっぱい、期待でいっぱいのはずのところが、自分はここにいちゃいけない存在なんじゃないかとか、赤ちゃんにとっても悪い状況で過ごしているのではないかという罪悪感を抱いていらっしゃるようでした。妊婦さんたちからは、聞けば聞くほどいろんな悩みが押し寄せてきます。私は延べ１３カ所の避難所を回りました。石巻、南三陸、避難所を回る前には、どこの避難所も、「あんな寒くて、汚れて、ひもじくて、あんな所に妊婦さんはいないよ」と、「子連れはみんな逃げて行ったよ」、誰からも言われるのですが、行ってみると、助産師です、産婦人科医ですと言って訪ねてみると、あちこちからポツポツ手が挙がりました。中には妊娠を隠している方もいらっしゃいました。自分の話を聞いてくれるかもしれないという人が行くと、少しずつ、少しずつ見つかって、延べ６０名ほどの妊婦さん、それから産後の方、赤ちゃん、赤ちゃんの中でも心臓の病気がある人などを見つけて、皆さんの存在を行政に繋げるというような活動をしました。

これは、震災後一番早くに立ち上がったクリニックです。ここの院長先生一人で、それまで５つぐらいのクリニックで診ていた妊婦さんを全部引き受けられて、倒れそうになっていらっしゃいました。ここはなぜ立ち上がったかというと、もともと畳分娩のお部屋があって、電動の機械を使わないお産が出来るようになっていました。こういう原始的なものが災害に強いのだなというふうに私も思いました。１階は全部水浸しでしたが、２階のその和室の畳敷きの、分娩ができるお部屋で、月間のお産件数がその倍に増えたようなところでも赤ちゃんを取り上げてやってらっしゃいました。

また、私が感動したのはイスラエルから来た医療チームです。この被災地で唯一、お産セットを持ってきていました。お産のキットですや、分娩台や、小児用コットなど、１００台ぐらい持っていらっしゃいました。私は、このイスラエルのチームの活動を見ていて、「そうか、この人たちは、災害のときでも、お産があるっていうことを当たり前だと思っているのだな」と思いました。災害だからといってお産は止められません。災害だから、産むのは止めておけって言っても無理ですよね。私はこの人たちはそれをわかっているのだと思いました。

皆さんのお住まいの自治体で、年間の分娩数が、どのぐらいなのか御存じですか。例えば、年間３，６００件お産がある自治体だとすれば、一日に１０件は分娩があるということです。もし一日１０件のお産があったら、その人たちが災害が起こった日に、どこに行けばいいのか、

誰が受け皿となればいいのか、私は、このイスラエルの人たちの活動を見ながら、すごく考えさせられました。そこで、いろいろやっていくうちに、やっぱりお母さんたちの環境をちゃんと考えている自治体は、子育て世代がどこに逃げてもその後戻ってくることが分かりました。反対に、産後のお母さんたちが、受け入れられなかった、大事にされてないなと思われた自治体は、どんどん人口が流出してしまいます。

私は、その災害のときの対応で、子育て世代の流入流出の地域差がすごく大きいなと感じました。私、それまで産婦人科医として病院で働いていましたが、災害の時は、患者さんを病院で待っていても無理なのだ、無駄なのだと気づきました。この３月１１日だけで、皆さんも報道とかで御存じかもしれませんけれども、被災地３県で７０名の赤ちゃんが亡くなっています。３分の２ぐらいは溺死でしたけど、残りの３分の１ぐらいは何とか逃げようとあちこち点々としていたり、冷たいところにいたり、いろいろなところに逃げて自宅外だった子がほとんどです。この子たちを何とかして救えるはずだったのではないかと思うような、ゼロ歳児の赤ちゃんが２５名ぐらいいました。私はそれを見聞きして、アウトリーチの姿勢が大事だなと思いました。アウトリーチというのは、施設から出て行って、自分たちから妊婦さんや赤ちゃんのためのサービスを出前する、避難所に出ていくということです。のちのち、産婦人科の先生たちとか、災害医療の先生たちと話していて思ったのは、妊婦さんや子どもたちへの支援や情報が集まる母子救護所が必要だということです。母子がここに行けばいいんですよ、という場所を一つ決めれば、支援者もそこに行きますし、物資もそこに来ますし、情報もそこに集まりますし、お母さんたちも集まります。東日本大震災には、みんなばらばらだったので、支援する側も大変でしたし、支援される側も孤独でしたし、ばらばらだと当事者同士、みんなマイノリティですから心細く、弱い気持ちになります。ですけども、一人、隣に同じような妊婦さんがいれば、あるいは子どもを抱えた子連れの家族がいれば。みんな元々弱い存在ではないですから、集まれば強くなる。集まれば支え合える、ということを痛感しました。ですので、１カ所、母子のための場所を決めておく。そして、そこに絶対に支援が、そして母子が集まるような方法を平時から決めておく。これが、支援する側にもされる側にも必要だと思いました。そういうようなことが実は、平時から子どもを育てる家庭を地域で守ることにも繋がります。災害時のために備えることで、平時から、この保健医療福祉分野、防災分野、そして消防警察、地方行政、町内会が顔の見える関係をつくるきっかけにもなると思います。都市住民向けの防災研修や、子連れ世代向けの防災啓発の機会が今はほとんどありませんが、それを平時から整えることで、いつもは接点のないような自治体内の部署や、児童館、保育園など、そういう人たちが集まって災害時の子どもたちについて考えることができます。これまで、災害時母子支援の仕事に携わってき

て、人々が災害というキーワードをきっかけにして優しさを引き出される、そういう機会になっていくのを感じました。

一番初めに立ち上げたのは私が住む文京区です。ここでも、熱血パパ、行政パパ防災課長さん、危機管理課長さんが率先して立ち上げてくれました。そうしましたら、今子育てしている世代にも、すごく評判がよかったのです。私たち母親にとってみれば、妊娠中も子育て中も、ある意味、平時ではありません。何かあったら困ることばかりですから。どっちかというと、いつも有事かもしれません。ただでさえ大変な妊娠中でも子育て中でも、災害時に守られる。この安心感は、いかほどかと思います。そして、多分、今、日本で一番災害時母子救護の取り組みが進んでいるのは世田谷区です。世田谷区は、今、皆さんもお持ちの非常に有用なパンフレットをつくってくださいまして、我々産婦人科医が見ても、なるほどね、こういうのがあればいいわねと、感心したぐらいです。
(http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/104/141/557/d00131144_d/fil/file.pdf)

そのあと、世田谷区では、こちらにいらっしゃる有馬課長をはじめとして、女子大学に妊婦さんたちの受け入れ先をお願いしました。女子大学は、実は、自治体と協定を結ぶメリットがいくつもあります。お互いＷｉｎ－Ｗｉｎの効果があります。例えば私が支援していました石巻。いろいろな私立大学が、役所は近くにあるにもかかわらず、私立ということで行政とはあまり情報共有がありませんでした。全く情報も来ないし、支援も来ないし、ですけども、このような女子大学にとってみれば、行政とは連携している。すぐに情報をもらえる。すぐに助けに来てくれる。そして、自分の学生さんたちも人の役に立てる、社会貢献ができる、地域貢献ができるという、非常に教育効果を得るということを、色々お話を伺う中で、皆さんおっしゃられていました。

本日は、Ｐ－ＨＵＧというのをこれから体験していただきますけれども、このシミュレーションゲームを使って、世田谷区では何回か、有馬課長にもいろいろ御講演をいただきまして、研修を行いました。後で皆さんもやっていただきますけども、カードゲームといっても、まるで自分が避難所の母子支援担当になったかのような、そういうイメージが湧きます。ちなみに世田谷区では、この女子大学、女子高生と一緒にこういう研修会を何回かいたしました。

それから、最初のアイスブレイクでは和気あいあいと自己紹介をしますが、だんだん真剣になってきてという感じです。このように、おなかの中から子どもを守る。おなかの中の赤ちゃんを守るということが、いろいろな人、それぞれ接点がない人たちを結びつけて、それぞれのできることを提供して地域で守るプラットホームになっているなというふうに感じます。

今、私が知るだけでも、全国で１３カ所の自治体で、このような母子救護所、母子避難所という事業が立ち上がっています。平時から、災害時に母子をどこに

集めるか。どの体育館を使うのか。どこで診察をするのかというのを決めておいたり、こういうものを備えておいたり、消防士さんと一緒に研修をするということもあります。消防士さんは実は第一線で、すぐに母子を守らなければいけないという立場ですので、消防士さんと一緒に、母子、それから新生児にどう対応したらいいのか、お産にどう対応したらいいのかというのを、研修をしていただいています。助産院も、もしかしたら災害のときは妊婦さんがいるかもしれない。そして、母子が集まってくるかもしれない。そのような危機意識を持って、年に１回研修を行っています。療養所もそうですが、これから体験していただきますＨＵＧで、たくさんのポスターや、避難所リストや、いろんな掲示板ツールができるのですが、実はこれがそのまま皆さんの災害マニュアルに使えます。こういうことを準備しておけばいいね。こういう表がいるよね。そう言う実践的で具体的なことを皆さん、恐らくこれから感じていただけるのではないかと思います。

体育館で、これは東大病院でやったものですけども、いつもは授業の単位を取ることしか考えてないような学生さんがいたとしても、こういう避難訓練をすると、何かとってもわくわくして盛り上がって、目がキラキラしてきます。自分たちも人の役に立てるかもしれない。災害のときに赤ちゃんをこう助けるんだ、赤ちゃんが来たらここに入ってもらうんだ、というようなことを学ぶと、皆さん、すごくいきいきしてらっしゃるなというのを感じます。ほかの自治体でも、災害時母子救護所についてはたくさん検討されていますが、皆さんにお配りしたこれらのパンフレットは、どこでも無料でダウンロードできるようになっておりますので、検索していただければすぐに、皆さんのところでもそのまま使っていただくことができます。こういう避難所のチェックリストは、行政の方、医療の方、誰も専門家が避難所にいないときにでも、チェックリストのような振り分けルールのようなものがありますと、この人だけは要注意だね、この人だけはすぐ搬送だよね、ということがわかります。

ほかにもいろいろなマニュアルを私どもの研究メンバーが立ち上げて、つくり、オンラインで情報公開しています。

これで最後になりますが、災害時要援護者というのは、時として、地域にとって、何というかお荷物、じゃないですが、ちょっと厄介だな、どう扱えばいいかわからないな、大事だとはわかっているけど、という受け止められ方をしがちです。が、実は地域を繋ぐキーパーソンで、地域のきずなづくりの要になる存在です。こういう災害時要援護者、要配慮者の人を大事にすると、震災の後も地域の連帯力向上につながるということもございます。これは内閣府の会議です。内閣府の「まち・ひと・しごと創生室」それから少子化対策検討会など、私も出させていただいています。このように子ども、次世代、復興を支えてくれるような世代を守ることが、実は地域のきずなづくりにつながり、地域の将来を考える上ですごく大事ですよということをお伝えしていたら、内閣府の少子化対策大綱などいろ

んなガイドラインの中に、災害時に乳幼児、妊産婦を守る取り組みを決めておくという文言が入るようになりました。国の政策の中でも、だんだん、災害時に母子を守るということの大事さが広まってきたと感じます。恐らくこのフィールドでは皆さんが、この地域のパイオニアになられるのではないかと思うのです。皆さんのその熱意、お気持ちが１００年後、２００年後のお子さん、お孫さん、そしてこの地域を守る子どもたちを救うことにつながるかと思います。私も、いろんな御協力をさせていただきますので、是非、よろしくお願いいたします。

御清聴ありがとうございました。

○司会　吉田先生、ありがとうございました。恐らくお聞きになられて、質疑等があるかと思いますが、また後ほど、意見交換の時間をとりたいと思いますので、引き続き、世田谷区、災害対策課長、有馬先生より「世田谷区における災害時に妊産婦・乳幼児を守る取り組みについて」のお話を伺いたいと思います。

○有馬氏　皆さん、こんにちは。世田谷区の災害対策課長の有馬と申します。

今日は、よろしくお願いいたします。

私は、吉田先生にお誘いいただいて、ここでちょっと説明をさせていただきます。行政の課長という立場で話させていただきますので、具体的な仕組みづくりとか、行政の一職員として、どういう悩みを持ったかとか、そこら辺を中心にお話したいと思いますのでよろしくお願いいたします。

最初に、世田谷区の位置ですが、２３区の中で一番西南端にありまして、下北沢とか三軒茶屋、成城大学、二子玉川とか、こういった町を抱えている区になります。

面積は５８．０５で２３区の中では２番目に大きい、人口は８７万２，０００人ということで、２３区の中で一番多い自治体となっております。

区において想定する地震と被害ですけど、区では東京湾北部地震のマグニチュード７．３、こちらの阪神淡路と同じ大きさですが、区内震度は約７割で震度６強とこういった被害を想定しております。被害想定ですが、死者が６５５人、負傷者が７，０００人強、揺れや火災による全焼全壊が２万８，０　００。帰宅困難者が１６万８，０００となっています。また、避難所生活者数というのが、世田谷区の被害では２４万人ぐらいが全焼全壊してしまって、いわゆる避難所生活を送るであろうという想定のもと、そのうち３５％は各自疎開をして、１５万７，０００人、こちらが区立の小中学校で生活するのではないかというふうな想定を立てています。ちなみに、区立の小中学校は９４校が第一順位の避難所に指定されていまして、ここの面積を３．３平米で計算したところ、１８万人ぐらいしか受け入れられない状態です。ですので、恐らくその発災後、不安であるとか、情報は知りたいとか、物が欲しいとか、そういった人々が来ると恐らく区立の小中学校はパンクするのではないかというのが、世田谷区の想定になっています。

また世田谷区には木造密集地域というのを抱えていまして、やはり災害で恐れているのは火災です。２万２，０００棟が燃えるという想定を立てていますけれど、実際、一回火がついてしまうと、かなり狭い地域が多いので、ここの火災が世田谷にとって、東京にとってですが、検討しなければならない課題になっているのが現状です。

世田谷区における避難計画ですが、世田谷区では、まずは、地震が起きたら自分の身の安全を確保しようと。そのあと、自分が大丈夫だったら一旦外に出て、一時集合所といわれる区内の小中学校とか、公園とか神社とか、それこそ道路とか、そういったところに一旦出て、情報

収集をしましょうということで、区内では４００カ所ぐらいが指定されています。その後、火災が迫ってくるというのがわかってきたら、広域避難場所と言われる、都立公園だったり、大きな大学であったり、かなり面積を有している場所ですが、区内には、区内外合わせて２３カ所こういった場所が指定されていまして、こちらに逃げていくというのが想定になっています。

また、自宅が大丈夫だったりすれば、当然その後は自分の家に戻るわけですが、やはり自宅で生活できないという方が、先ほど説明しました避難所といわれる場所に来ると、こういった計画になっています。さらに避難所に行った後に、二次避難所といわれる場所、つまり高齢者、障害者、乳幼児等の受け入れのために開設される避難所ということで、現在、区では７２カ所、高齢者であれば３４施設、障害者であれば３８施設と協定を結んでいます。発災からおおむね３日ぐらい経った後に、いわゆるトリアージをして、そちらに移動してもらうという計画を立てています。

ただ、東日本大震災の話を聞いてみますと、そんな手続は踏まずに直接行ってしまうとかもあります。指定している二次避難所の大半が民間の施設でして、そういう意味では民間の施設もすぐに受け入れるとは、なかなか言ってもらえない。また、区側も民間施設の御協力をいただいているので、高齢者や障害者の方からすると何度も何度も移動させられるのは、かなり大変だとは思うのですが、計画上は、先に避難所に行ってその後に、優先順位の高い人が二次避難所に行くというような仕組みになっています。

実は、世田谷区において、災害時要援護者、今で言うと避難行動要支援者は大体８，０００人ぐらいいるという想定です。そういった意味では二次避難所の受け入れのスペースの確保というのは、できていないのが現状です。

次に、第二順位の避難所ということで、世田谷区は、大学等は結構ありまして、こういった小中学校では収容しきれない場合に、大学に受け入れていただくということで、区内の大学等と協定を締結しています。しかし実際、第二順位の避難所をどのように運営するのかということについては、正直議論が進んでないという状況です。

次、多分皆さんにとって関心の高いところは要援護者、いわゆる要配慮者または、先ほど申し上げました避難行動要支援者かもしれませんが、世田谷区でも試行錯誤しながら、なかなか進まない一つの事業ではあります。対象は、避難行動要支援者という、いわゆる自分で危険が察知できない。もしくは、察知できても自分で逃げられないなどなど、安否確認等が必要な方々ですが、これは世田谷区内では８，０００人強の対象者がおります。具体的な高齢・障害・乳幼児などで、名簿に載っているのは要介護度の４、５の方とか、ひとり暮らしの要介護３の方とか。身障１級、愛の手帳１または２度等々になっています。今どういった話が進んでいるかと申し上げますと、やはり発災直後とりわけ夜に起きた場合には、行政がその要援護者の安否確認をするの

は難しい。そういった意味で、町会、自治会の御協力を得ないと、なかなか難しいですよといったところで、町会、自治会さん、協定を結んでもらえませんかという話を平成１９年、２０年あたりからずっとしています。ただ実際、町会が今は１９５ぐらいあるのですが、１９５のうち協定を結んだ団体は、８０町会、いわゆる４割程度しか協定が結べていません。

この中で、８，０００人のうち町会もオーケーで、本人も名簿の提供をしてもいいよという方々が、大体２，５００人ぐらいですので３割ぐらいしか、現在は、マッチングができてない状況です。今、世田谷区では地域防災計画という行政計画の見直しを進めていますが、その中でこのまま町会との協定だけを進めても、なかなか進まないということで、今後、町会、自治会の協定拡充だけではなくて、民生委員とか区内ボランティアとか、いろんな方々と連携して、対応していかなければいけないのではないかということを検討しています。世田谷区の要援護者支援はバスケでいうと、マンツーマンみたいな感じで１対１の関係。ある何丁目何番地っていうのを、ある特定の誰さんだけが安否を確認するんじゃなくて、例えばそこに住んでいる方々が一律、見に行くみたいな、まあそれを多分、バスケでいうとゾーンディフェンスですけど、特定の方が特定の要援護者の安否を確認するマンツーマンと特定のエリアの方が特定のエリアにいる要援護者の安否を確認するゾーン、このマンツーとゾーンを組み合わせた方法を、神戸でやっているという話を聞いたことがあり、それはいいねと思って、私の中では世田谷も、その神戸の例に倣ってマンツーマンとゾーンの両方組み合わせるような感じで、支援していこうかなというふうに考えています。ただちょっと最近話に出ているのは、木造密集地域、この火災が発生するところで安否確認をしに行くと、今度は支援者側の命が危ないのではないかということで、実際この議論を深めて行く中では、いわゆる木造密集市域と呼ばれる場所とそうでない場所は、ある程度線引きをしなければいけないかなと考えています。やはり支援者の命を守るというのは、すごく大事なので、そこら辺は、ある程度区としても方向性を出さなければいけないと思っているところです。

次に要援護者の取り組みです。災害時における妊産婦・乳幼児の支援ということで、今日の主題になります。

まず先ほど吉田先生からちょっとお話がありましたが、世田谷区の出生数ですが年間７，３００人、一日当たり２０人ぐらいと。実際に世田谷で産んでいるか、里帰り出産しているかわかりませんが、計算上はこのぐらいいるのではないかというところです。私が実は、これに取り組んだのは平成２５年度です。災害対策課長を初めてしたときに、その課題の一つとして妊産婦・乳幼児の支援というのがあった。ある助産師に連絡をとってくれというのが、前任の課長の引き継ぎでした。その名前を見たときに、あれっ？と思って、実はその助産師の方が私の２番目の子の出産した助産院の方でして、これは何かの奇遇だなと思って、いろい

ろ課題はあるけど、ちょっと連絡をとろうということで早々に連絡したというところです。そこで初めて聞いたのが、先ほど吉田先生からもお話ありましたけど、東日本大震災のときに、妊産婦・乳幼児の支援に助産師の方々が実際入ったときに、避難所に全然いない。探しても、探してもいないと。で、どこに行ったのか後々聞いてみると、避難所に行ったけど泣き声がうるさいとか、そういったことで追い出されたと。それで、帰る自宅もなくて車で生活する期間が長かったので、支援に入ろうとしても入れなかったという話を聞きました。そのときに、私自身も３人の子供がおりまして、そこで助産師の方とも、もちろん知り合いでもあり、やっておかなきゃまずいかなと思いました。また、私は災害対策課長なので、災害全般を災害時に見なければならないのですが、まず間違いなく、妊産婦・乳幼児は頭から抜けるなと思いました。逆に言うと、頭から抜けるからこそ平時にやっておかないとこれはまずいと。そういうちょっと思いがあって、これは手をつけようと思ったのが、事のきっかけです。

そういった意味では、仕組みづくりは災害対策課なので、結構得意ですが、その後の実務を回すのが災害対策課としては結構厳しいかなと。今回実は吉田先生から話をいただいたときに、私の頭の中はボランティアの問題だったり、罹災証明の問題だったり、ペットの問題とか、そういうのをやっていまして、大体どの方もこう言うのは、災害対策課が頑張ってやってくれないと進まないよって、みんな言います。なので、私は、大体こう答えます。私も身が一つなので、何でもかんでもやれませんと。優先順位を立てなきゃいけませんと。ただ一気に仕組みをつくることはやりますけど、その後継続するのが難しいのですと。だから、災害対策課だけでは無理ですと。それを担当する所管の方も巻き込まないとだめですよということを大体言います。今日来ていただいている方々も、危機管理室側の担当であったり、いわゆる妊産婦・乳幼児側の担当であったりすると思うのですが、どっちがやるかという議論が大体行われると思います。でも、両方でやらないと進まないので、今日話を聞いてこれは重要だと思うのであれば、どっちか側から反対側のほうに、一緒にやろうよっていって声をかけてもらえれば、少しでも進むのかなと思います。

世田谷区の災害時医療体制に戻りますけど、医療救護所というのがありまして、区立の小中学校９４校のうち２０カ所が指定されています。ここは、いわゆるトリアージとか軽症処置をやるのですが、この中に助産・救護ということを行う役割になっています。そのほかにも拠点病院という重症者を扱う病院、拠点連携病院という中症度を扱う病院があります。世田谷区は、８８万区民に対して、これだけの病院数では全然足りないということで、実は妊産婦とは別で今そもそも病院をいかに災害時に活用していくかという議論を一方でしています。どこの病院もそうですが、それ以外でも救急病院があったりとか、その他諸々病院があるので、災害時に機能してもらえるようにで

きませんかというのを、働きかけたりもしています。妊産婦・乳幼児に振り返ってみると、やはりここも医療機関が足りなかったり医師等の確保がやはり難しかったりします。

そこで、まずやったこととしては、独立行政法人で成育医療研究センターというのがありまして、ここが子供の専門機関ですので、ここを巻き込もうということで、何とか妊産婦・乳幼児のための協定を結びたいと働きかけました。はじめは医師を派遣するかどうかという議論もありましたけど、やはり設備は整っているので、できるかどうかわからないですが、区としては、そこに運びますと。運んだ後は、よろしくお願いしますというような協定を結んでいます。また、助産師会というのがありまして、実際登録している方々は２０人ぐらいです。そんなに大きな組織ではないのですが、やはりここと協定を結び、今回地域防災計画の改定に合わせて、２０カ所の医療救護所とこれから説明する母子の専用の避難所、ここら辺を巡回してほしいという協定を結びました。世田谷区でも問題は、産科、産婦人科との連携でして、検討すべき課題だとは思っているのですが、進まないのが現状です。

次に、妊産婦・乳幼児避難所の確保でございますが、先ほど申し上げましたけど避難所は９４カ所あり、原則は避難所で妊産婦・乳幼児も受け入れてくださいとしているのですが、正直なかなか進まないのが現状です。

課題でございますが、先ほど吉田先生からお話もありましたとおり、最初文京区が先行してやっていました。とりわけ３６週以上の妊婦、生後１カ月以内の乳幼児は、個別の場所を設けなければとなり、災害対策課として動いたのが事の発端です。ただ、やってみて思ったのが、場所は設けられるのですが、実際にそこで、運営するスタッフの確保が正直難しい。今回、協定を結んだ中には大学とかもあるのですが、女子高・女子中とかもあります。ここになぜ声かけにいったかというと、今まで区と接点がほとんどなかったのです。私もその協定を働きかけに行くときに、区の中にその女子高とか女子中とつながりのある人いますかと、結構聞いたのですが、ほぼいませんでした。一方で避難所があふれたときの避難所の協定を結んでくださいっていうと、その女子高・女子中には当然父兄の方々がいて、そこに説明をしなければならないという中で、どんな人が来るかわからないというのは結構学校側も不安になります。そこに、母子だけ受け入れてもらえませんかと。実際は、先ほど申し上げた避難所運営者が確保できないので、母と子とその家族っていう協定の結び方をしています。だから男性も行きます。当然これは、家族は離しては意味がないということで、家族ということで男性を入れたのですが、当然もう一個の狙いは、避難所の支援者として確保したいという狙いがありました。この話を持っていくと、女子高・女子中も地域のために何か貢献しなきゃいけないなとなり、また、何か住民が押し寄せてきたときに、一応区の母子を受け入れるための施設なのでということで、お断りがしやすいという

ことで、女子高・女子中に当たって、何とか協定までこぎつけたというところです。

それでも世田谷区内に今５カ所ぐらいありますが、世田谷区は本所と５個の総合支所と２７の出張所・まちづくりセンターというふうに行政区が分かれていて、できれば支所に１個だと思っていますので、今後は拡充していきたいと思います。また、スポーツジムと協定を結ぶ手はずを整えていて、これは何をするかというと、第二順位の避難所という区民を受け入れる場所で、要配慮者ということで施設までは入らなくてもいいけど、少し個室が必要な人。ここに母子の避難所もちょっと追加してくれと。子供のために、妊婦のために、で、高齢者のためにということで、そういった意味ではスポーツジムにも今協定締結を依頼していて、そこのメニューの一つにも母子の受け入れをお願いしているような状況です。

また、備蓄物品ということで、なかなか備蓄物品は確保するのが難しいのですが、せめて避難所で産むかもしれないということで、簡易の助産キットだけは購入して２個ずつ計４０個買いました。実際、１個４，０００円ぐらいの本当に簡単なもので、滅菌等の関係で買い替え等は出てきますが、そういったものも備えました。

今後の課題です。まず、１番目が支援者と運営者の確保。とりわけ、支援者ということで、医師や看護師、助産師、保健師、こちらの確保が正直難しいです。区の中にも保健師が大体１００数十名いますが、こちらは災害が起きるとどちらかというと医療のほうに動いてしまう関係もあって、なかなか妊産婦・乳幼児だけに特化できないというのがあります。そういった意味では助産師の方々とか、その他看護師の方々、また、外から来る方を受け入れていかないと、これは支援が難しいかなと思います。

次に、母子避難所の運営者側です。区立小中学校の運営は住民の方にお願いしますということをしていますが、住民も母子避難所の運営まで行う訳にはいかないので、母子の避難所のための人員確保が難しい。一方で二次避難所とかは、施設の方がやってもらえるということになっているので、母子だけどうしても浮いてしまう。かといって女子高生、女子中学生も発災から三日間経ったときに、自分たちがいたら多分家に帰りたいと思いますよね。その家に帰るタイミングで避難所に母子を案内できる。そういう意味では時系列としては、女子高生・女子中学生がいないときに母子を受けるので、その人たちを支援者として確保するのは難しい。一方で、学校がないときに、起きたとき、受け入れますといって、私立の女子高・女子中に母子を避難させたときに、わざわざ遠くからその中学生・高校生が来るかといったら、まず考えられません。こういった意味で難しいのです。何となく中学生・高校生を使えばいいじゃないかと思うかもしれないですけど、やはり時系列とか発災のことを考えると、難しいです。ここは、悩ましいですが、先ほど言ったお父さんや家族、妊産婦・乳幼児みんなで、運営していくみたいな形にしていかないと、正直難しい

かなと思っています。妊産婦・乳幼児は、時期によってどんどん対象者自体が変化をするので、妊産婦の中から支援者を育成しても、育成しても、次の人に変わっていってしまう。そういった意味では、妊産婦・乳幼児の問題があるよっていうのを、きめ細かく訓練等をやっていく中で、その人たちが自分の子供が大きくなってから、支援者に回る意識が出てくればいいかなと思うので、地道にやっていくしかないかなと思っています。

区における担当所管の役割分担については、母子の担当は世田谷だと保健所と５つの総合支所に健康づくり課というのがあって、ここに保健師がいます。ここが担当しています。避難所運営は、５つの総合支所が担当している。子供担当というのは「子ども部」というのが別にあります。ここに危機管理室というのがまた別にあるというような状況です。大体うちではないって、みんな言うのですが、今回のこのケースについては、そういう意味では危機管理室がかなりリードをとってやりました。ただ、私の今の悩みは、仕組みはつくったはいいけど、それを継続的に回してくれる所管がないというところです。災害対策全般に言えますが、平常時と災害時というのがあり、平常時は自分たちだけど、災害時は災害対策課みたいなことを、結構言われます。でも、これって私からすると、おかしいです。例えば、保育園で子供を預けている人が、平常時は保育園で子供を預かるけど、災害時は災害対策課で預かってくれとはなりません。平常時と災害時は本当に裏返しなので、できればいろんな所管の方々は、平常時もあるけど災害時も当然考えるというふうにしてもらいたい。

一方で災害対策課は、災害が起きたら区政の全部を見るということなので、災害対策課の仕事じゃないとは、絶対言えないと思います。私は立場上、災害が起きれば区政を全部見なきゃいけないので、私の仕事じゃないとは、言わないようにはしています。ただ、継続的な繋がりを設けていくためには、やはり平時から繋がりのある所管がやっていただかないと難しいので、これは双方ともにやっていかないといけない課題かなと思っています。

さらなるスペースの確保ということでは、先ほどスポーツジムとか、また区内大学、また区内の中にまだ女子高・女子中があるので、ここをターゲットにもう少し広げていこうかなと思っています。実際具体的な運営方法というのが、なかなか進まずに吉田先生の御協力もいただきながら、ＨＵＧ訓練等を通じて少しずつでも進めていけたらなと思っています。

あと、子供の関係で、つい最近の動きを申し上げますと、今、親が亡くなったときの子供の対応を考えています。乳幼児については、避難所に一旦行った後に区立の保育園で受けようということで、世田谷区の職員１，０００人ぐらい保育園の保育士がいますが、それを全部非常配備態勢というのから外して、保育園運営に回してしまいました。いざ親がいなくなってしまった子がいたら、受けてくださいということで、保育園にお願いしています。一方、児童例えば小学校の低学年の子だと、今のままだと避難所に行

って、地域で見てもらった後は、警察にお伝えし、あとは、児童相談所を通じてという感じになってしまうというところです。世田谷区に児童養護施設があり、つい最近接点が持てたものですから、その方にできれば２、３０人でもいいから受けてもらえませんかというお話をしたところ、快く快諾していただきましたので、今はそういった親が亡くなったときの子供の支援も、一部分ではありますけど、進めていきたいなと思っています。

時間になったので、以上とします。本来であれば、私は、災害を考える上で東日本大震災のケースも見ますけど、基本的には阪神淡路大震災のケースを見ます。やはり首都直下ということで、東日本よりは事例としては阪神のほうがあっていると思うので、そちらを勉強させていただいております。ですので、私がここでしゃべるのは何か立場が逆ではないかと思うのですが、今日は皆さんがどういう具合の進捗状況かわからないので、皆さんを余り意識しないでしゃべりました。

既に進んでいたら申し訳ないのですが、今、世田谷区ではこういったことを取り組んでいますので、少しでも参考になったらありがたいと思います。

私からは以上です。ありがとうございました。

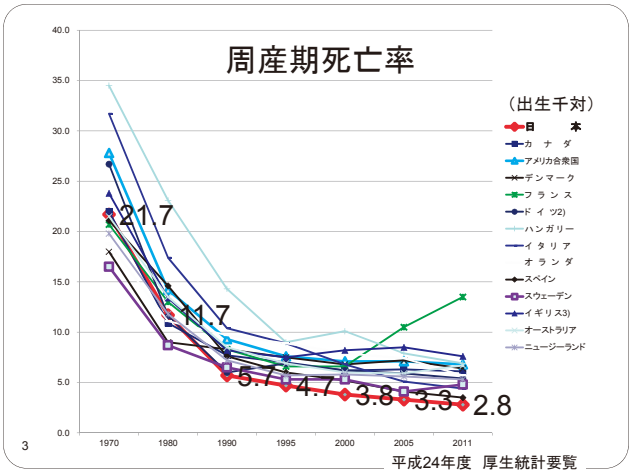
○司会　有馬先生、ありがとうございました。

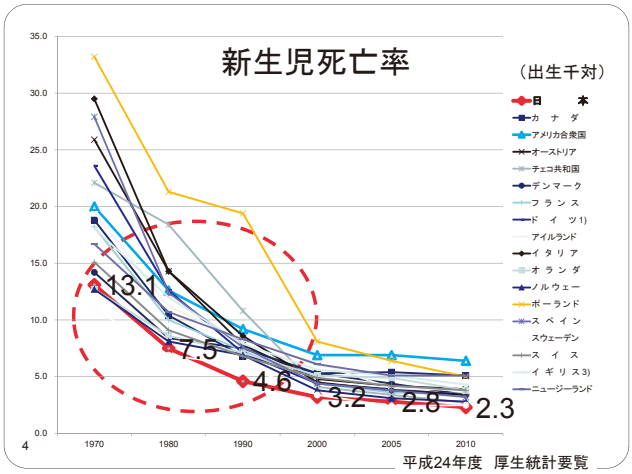
2015年 8月 24日（月）
第2回「個別性に配慮した福祉避難所のあり方に関する研究会」
人と防災未来センター東館4階　兵庫県立大学大教室

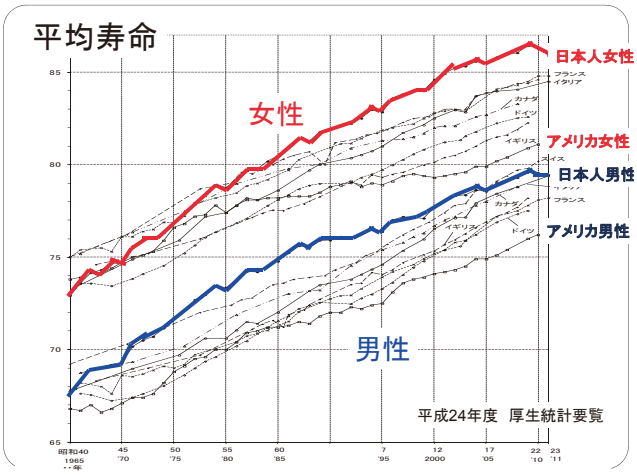
地域で次世代を守るために、今、私たちが出来ること

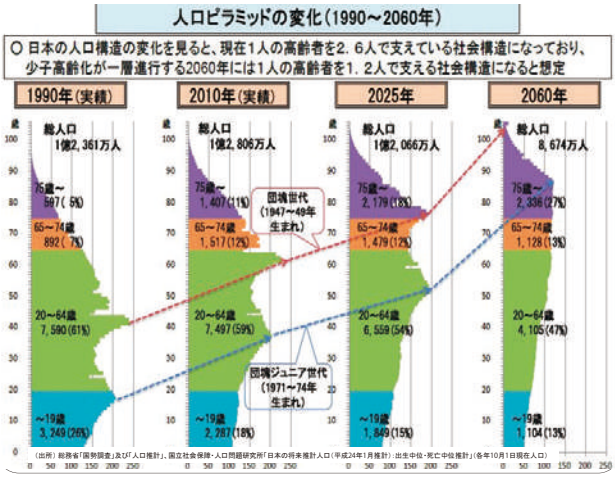
国立保健医療科学院
母子保健担当　主任研究官
5児の母
産婦人科医
吉田　穂波

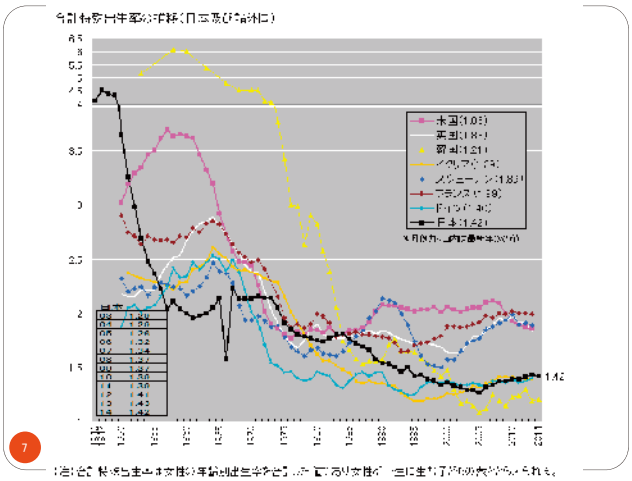
世界から見た日本



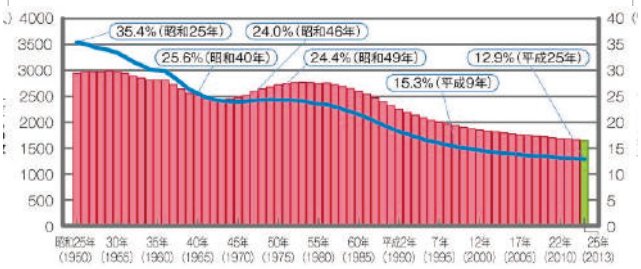






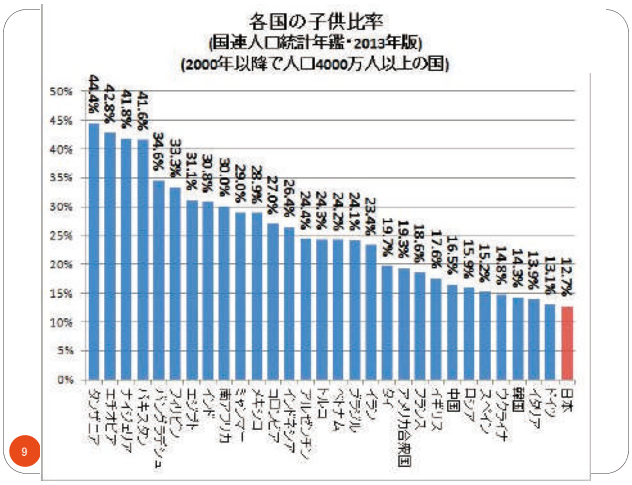


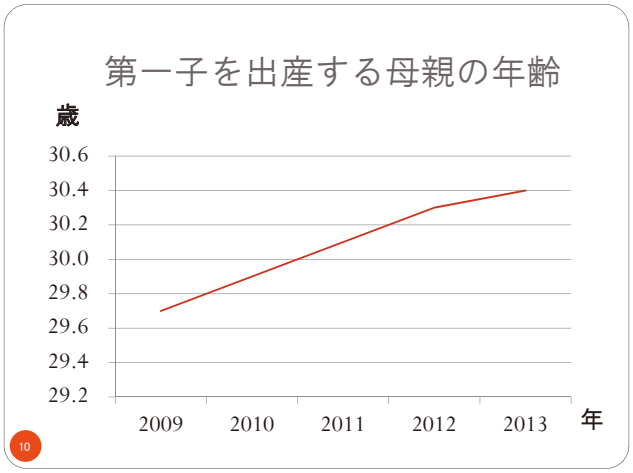
子ども（15歳未満）の割合

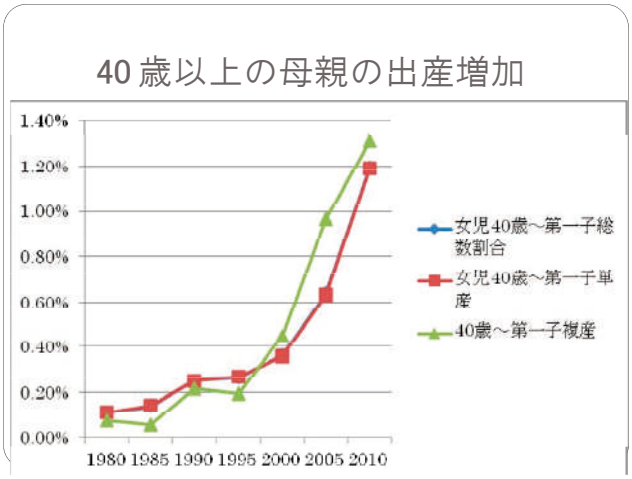


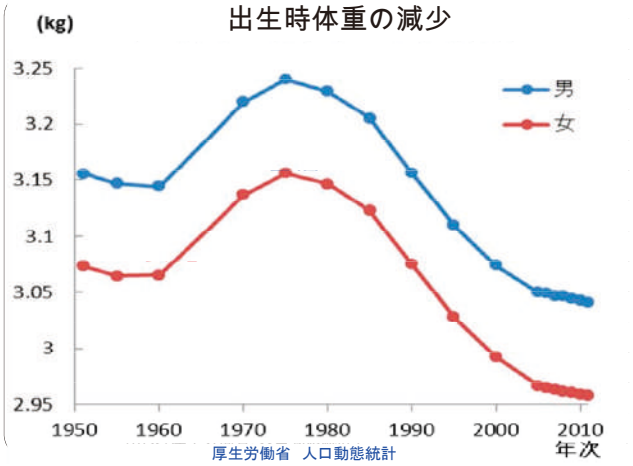
：国勢調査、人口推計
平成24年及び平成25年は8月1日現在、その他は10月1日現在

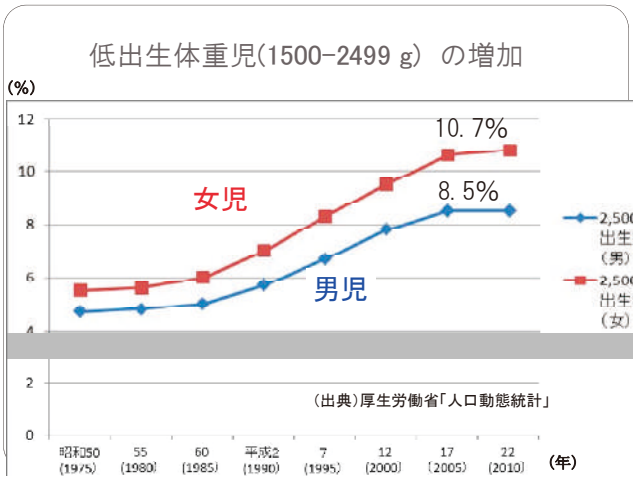
http://www.stat.go.jp/info/guide/asu/2014/16.htm

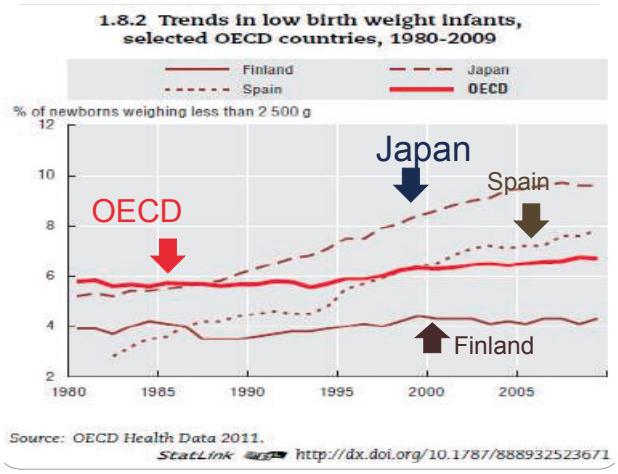

各国の子供比率
(国連人口統計年鑑・2013年版)
(2000年以降で人口4000万人以上の国)
50%
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
44.4%
42.8%
41.8%
41.6%
34.6%
33.3%
31.1%
30.8%
30.0%
29.0%
28.9%
27.0%
26.4%
24.4%
24.5%
24.2%
24.1%
23.4%
19.7%
19.3%
18.6%
17.6%
16.5%
15.9%
15.2%
14.8%
14.3%
13.9%
13.1%
12.7%
ダンザニア
エチオピア
ナイジェリア
パキスタン
バングラデシュ
フィリピン
エジプト
インド
南アフリカ
ミャンマー
メキシコ
コロンビア
インドネシア
アルゼンチン
トルコ
ベトナム
ブラジル
イラン
タイ
アメリカ合衆国
フランス
イギリス
中国
ロシア
スペイン
ウクライナ
韓国
イタリア
ドイツ
日本
9

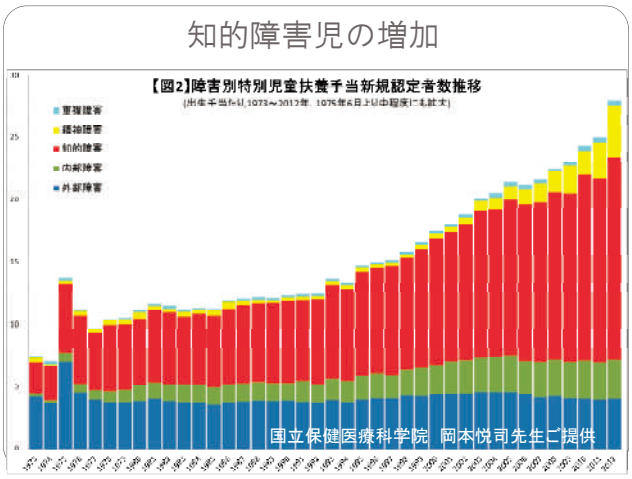

第一子を出産する母親の年齢
歳
30.6
30.4
30.2
30.0
29.8
29.6
29.4
29.2
2009
2010
2011
2012
2013
年
10

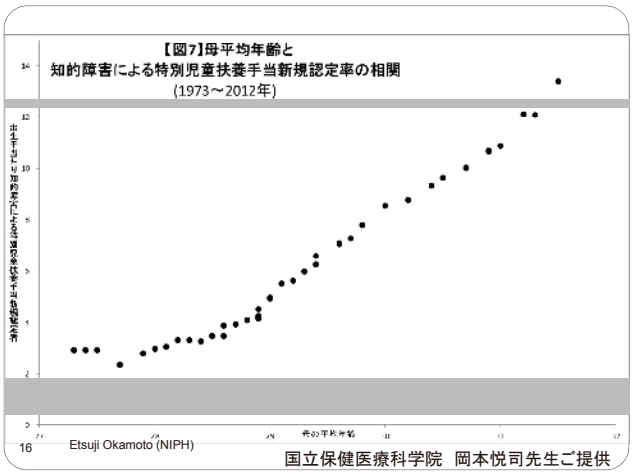

40歳以上の母親の出産増加
1.40%
1.20%
1.00%
0.80%
0.60%
0.40%
0.20%
0.00%
1980 1985 1990 1995 2000 2005 2010
女児40歳～第一子総数割合
女児40歳～第一子単産
40歳～第一子複産


出生時体重の減少
(kg)
3.25
3.2
3.15
3.1
3.05
3
2.95
1950
1960
1970
1980
1990
2000
2010
年次
男
女
厚生労働省　人口動態統計


低出生体重児(1500-2499 g) の増加
(%)
12
10
8
6
4
2
0
10. 7%
8. 5%
女児
男児
(出典)厚生労働省「人口動態統計」
昭和50 (1975)
55 (1980)
60 (1985)
平成2 (1990)
7 (1995)
12 (2000)
17 (2005)
22 (2010)
(年)


1.8.2 Trends in low birth weight infants, selected OECD countries, 1980-2009
Finland
Spain
Japan
OECD
% of newborns weighing less than 2 500 g
12
10
8
6
4
2
Japan
Spain
OECD
Finland
1980
1985
1990
1995
2000
2005
Source: OECD Health Data 2011.
StatLink
http://dx.doi.org/10.1787/888932523671


知的障害児の増加
【図2】障害別特別児童扶養手当新規認定者数推移
国立保健医療科学院　岡本悦司先生ご提供


【図7】母平均年齢と
知的障害による特別児童扶養手当新規認定率の相関
(1973～2012年)
16
Etsuji Okamoto (NIPH)
国立保健医療科学院　岡本悦司先生ご提供

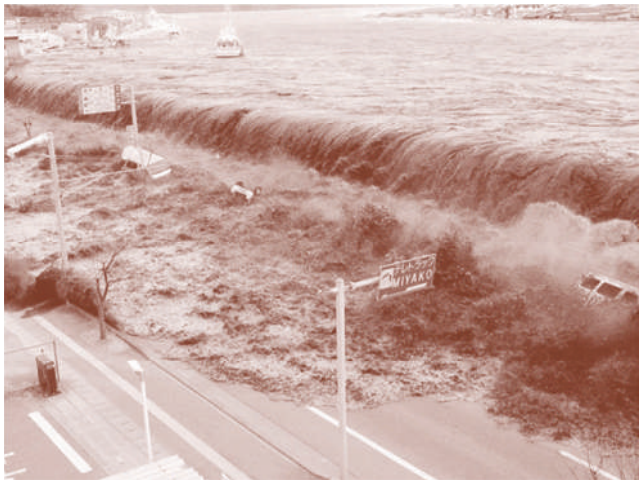
我が家オリジナルの災害対応手帳

①「あかちゃんとママを守る防災ノート」
https://cloud.niph.go.jp/s/fd/CZ474H0ed0ibCJmFjM72

②「受援力のススメ」
https://cloud.niph.go.jp/s/fd/xYPZfBxw2xQ23ZYedVTI

③「大災害と親子のこころのケア-保健活動ロードマップ」
https://cloud.niph.go.jp/s/fd/zyqrMgZAd4AembD0NuxC

東日本大震災の現状



2011年(平成23年)6月28日 火曜日 14版 6

震災影響 乳児訪問に遅れ

「母子守る」応援の輪

産後ママ「ふと涙」

うつ増子測要

被災地の母親

幼児抱え心に負担

3人に1人「高リスク」

思考停止

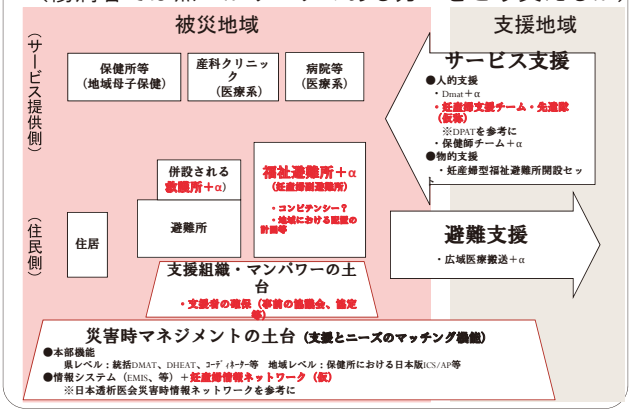
支援の谷間

被災後、5月初めに女性を診た田沼産院=中央=5月21日

アウトリーチの必要性

- 大規模災害では、病院内の犠牲者を減らすことも大事だが、**地域に出向き、妊産婦と乳幼児を救護するマインド**が重要となる
- **発災直後の支援と情報が集まる「効率的な母子の拠点」**設置が必要となる
- 住民が主体となった「私たちの理想の避難所」プロジェクトを仕掛けると、平時の地域紐帯形成という副産物が生まれる

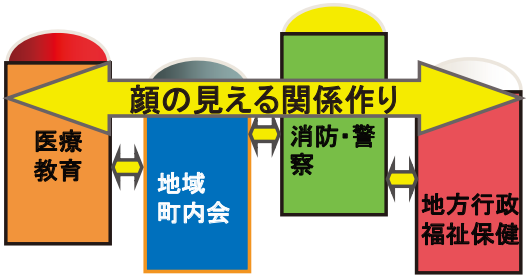
災害時に妊産婦を守り支えるシステム全体イメージ（傷病者では無いがリスクのある方々をどう支えるか）



組織横断的な連携の基盤は

人間的なつながり

災害時に効果的に機能するものは何か？

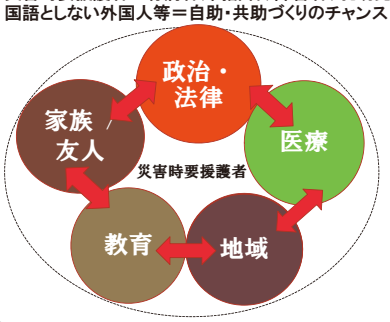


27

災害時に子どもを守るための ツールと研修開発、啓発と普及

災害時要援護者は地域紐帯形成のキーパーソン

災害時要援護者＝有病者、高齢者、障害者、乳幼児、妊産婦、日本語を母国語としない外国人等＝自助・共助づくりのチャンス



1 政治
2 医療
3 地域
4 教育
5 家族
6 ・・・・
・・・

全てに接点を持つ

29

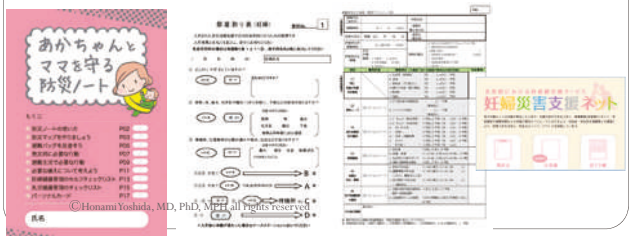
災害時母子救護ネットワーク構築

- 初期ネットワーク構築（災害対応の基礎、HUG（避難所運営ゲーム®）によるシミュレーション、振り返り、目標設定と地域の実情に即したアクションプラン）
- 定期的なサポート、コーチング

©Honami Yoshida, MD, PhD, MPH all rights reserved

地域の実情に合わせた具体的なツール

- 母子向け防災啓発パンフレット
- 避難所アセスメント・シート
- 母子のリスクを判断するチェックリスト
- 研修シラバス、教材、演習内容、マニュアル



©Honami Yoshida, MD, PhD, MPH all rights reserved

妊　①　②　③　待機所　部屋　A　B　C　D

氏名	出産予定日	年令	住所	連絡先

同伴乳幼児　無・有　名前　才　名前　才　備考

安否情報確認のための**情報開示**（住所・氏名・転出先等）　同意する・同意しない

＊ 避難所記入欄

受付No.	入所月日	入所場所	移動	転出月日	転出先	備考

母子　①　②　③　待機所　部屋　A　D

母親氏名	子供の名前・年令	備考
	（　才）（　才）	

住所
連絡先

安否情報確認のための**情報開示**（住所・氏名・転出先等）　同意する・同意しない

＊ 避難所記入欄

受付No.	入所月日	入所場所	移動	転出月日	転出先	備考

入所者名簿（　妊婦　）　（シート

受付No.	入所月日	情報開示	氏名	出産予定日	年令	住所	入所場所	移動	退所月日	
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								
		可・不可								

入所場所：受付後最初に入室した部屋の分類（A・B・C・D）　移動：部屋の移動・病院搬送・退所　情報開示：来所者への滞在有無等の情報開示許可の

母子用名札

母　タナカ　サチエ
乳　ユウト　6ヶ月
D　室

妊婦用名札

妊　タカハシ アキコ
予　3月15日
B　室

見本

母子・兄姉用名札

母　ササキ　ミカ
乳　ショウ　2 カ月
幼　モ　エ　3 才
A　室

妊婦母子用名札

妊　サイトウ　ミチコ
予　6月 3日
幼　ナナコ　2 才
C　室

部 屋 割 り 表（妊婦）　受付No.　1

入所された方の治療処置や応対を効率的に行うための質問です
入所者票と名札にも記入し、受付にお持ちください
乳幼児同伴の場合は部屋割り表 1 と 1－②、母子用名札2枚に記入してください

（　月　日　時　分）　妊婦氏名

① どこかに ケガ をしていますか？
いいえ　はい　それはどこですか？

② 発熱、咳、鼻水、吐き気や嘔吐（つわりを除く）、下痢などの症状がありますか？
いいえ　はい　○をつけてください
発熱　咳　鼻水
吐き気　嘔吐　下痢
発熱と同時期に出た湿疹

③ 陣痛様、生理痛様のお腹の痛みや破水、出血などがありますか？
いいえ　はい　○をつけてください
痛み　破水　出血　胎動消失
その他気になること

情 報 書（妊婦）　受付No.　室　2

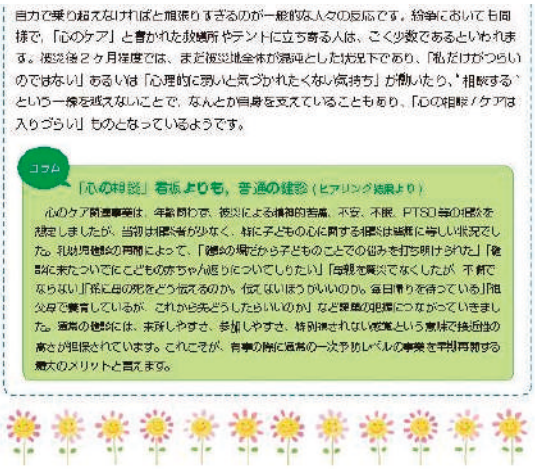
妊婦氏名	ふりがな	今回の出産	初めて　2回目　（　）回目
生年月日	年　月　日　才	血液型	型　RH（　）
出産予定日	年　月　日	現在の妊娠週数	週　日
おなかの赤ちゃんの数	ひとり　双子　他（　）	母子手帳	（持参・紛失・自宅）
通院中の医療機関		保険証	（持参・紛失・自宅）
出産予定の医療機関		帝王切開予定	無　・　有
最後の妊婦健診日	年　月　日　異常　無・有（　）		
特に注意するように言われていること			
現在の身長・体重	身長　cm　体重　g	妊娠前の体重	g
今までにかかった病気	無・有（		
アレルギー	無・有（		
服用中の薬	無・有（　）持参　無・有		
家族の所在 夫	自宅　勤務場所　親戚・知人宅（　）避難所　他（　）不明		
家族の所在 子供	自宅　親戚・知人宅（　）避難所　他（　）不明		

現在の自覚症状　（妊婦用）

自覚症状など	「あり」が一つでもある場合は受診が必要	「あり」の場合 病院に行くまでに自分で行う対応策
腹部の痛み	なし　／　あり	横になり、安静に。腹部を打っていないか、胎動はどうかを確認。
腹緊・陣痛（お腹のはり）	なし　／　あり	横になり、安静に。お腹のはりがいつから始まり、いつから規則的になったかを覚えておく。発作と間歇時間を確かめる。
破水・破水感	なし　／　あり	できるだけ清潔なパッドを当て、横になり、安静に。いつ破水・破水感があったかを覚えておく。
性器出血	なし　／　あり	できるだけ清潔なパッドを当て、横になり、安静に。
胎動消失・減少	なし　／　あり	横になるか、座った状態で、胎児がはっきり10回動くのにかかる時間（目安は30分以内）を測ってみる。
高血圧（90/140mmHg 以上）	なし　／　あり	横になり、水分を多く摂り、静かで暗い部屋で安静に過ごす。頭痛・めまい・吐き気・嘔吐・目がちかちかするなどの症状に注意する。
高血圧を伴うむくみ、めまい	なし　／　あり	横になり、水分を多く摂り、静かで暗い部屋で安静に過ごす

現在の症状　（乳児用）

注意すべき症状	下記の症状が1つでもある時は「受診」が必要	病院に行くまでに自分で行う対応策
発熱（38℃以上）	ぐったりしている（目つきがおかしい、視線が合わない、泣かない、など） 機嫌が悪い 生後3か月未満 母乳やミルクが飲めず、おしっこの回数が減っている	水分補給 体を冷やす（脇の下や太ももの付け根を冷やすとより効果的） 熱を測り、記録しておく
けいれん	他の症状がなくても受診	あわてない 楽な姿勢で体を横に向けて、衣類を緩める 口の中に指やタオルなど入れない
吐いた	ぐったりしている 緑色のものを吐いた 吐いた物に血が混じっている	寝かせるときは上体を高くして、顔は横向きに 脱水にならないように、少しずつ水分を補給



自力で乗り越えなければと頑張りすぎるのが一般的な人々の反応です。紛争において同様で、「心のケア」と書かれた救護所やテントに立ち寄る人は、ごく少数であるといわれます。被災後２ヶ月程度では、まだ被災地全体が混沌とした状況下であり、「私だけがつらいのではない」あるいは「心理的に弱いと気づかれたくない気持ち」が働いたり、"相談する"という一線を越えないことで、なんとか自身を支えていることもあり、「心の相談／ケアは入りづらい」ものとなっているようです。

コラム

「心の相談」看板よりも、普通の診察（ヒアリング結果より）

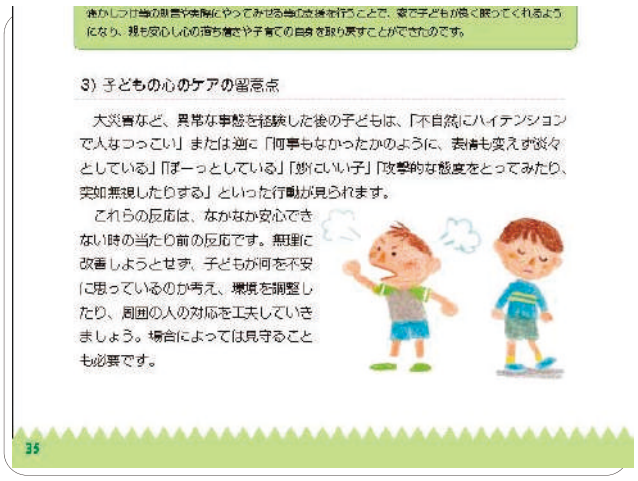
心のケア関連事業は、年齢問わず、被災による精神的苦痛、不安、不眠、PTSD等の相談を想定しましたが、当初は相談者が少なく、特に子どもの心に関する相談は極端に乏しい状況でした。乳幼児健診の同席によって、「健診の場だから子どものことでの悩みを打ち明けられた」「後日に来たついでにこどもの赤ちゃん返りについてしりたい」「母親を震災でなくしたが、不安でならない」「祖父母の死をどう伝えるのか、伝えないほうがいいのか」「毎日怒りを覚っている」「祖父母で養育しているが、これから先どうしたらいいのか」など課題の相談につながっていきました。通常の健診には、来所しやすさ、参加しやすさ、特別視されない雰囲気という意味で接近性の高さが期待されています。これこそが、有事の際に最高の一次予防しゃ心の事業を再開する最大のメリットと言えます。

＜心の問診票の具体例＞

1歳6か月児健診（子ども）
①食欲がなくなった（飲みが悪くなった）。
②以前に比べて、寝泣きが多くなった。または、なかなか寝つけなかったり、夜中によく目を覚ましてくずるようになった。
③すぐ泣いたり、興奮しやすくなった。
④必要以上におびえたり、小さな物音にびっくりしたりする。
⑤慣いところや特定の場所を怖がるようになった。
⑥以前に比べてゼーゼーしたり、熱や目を痒がるようになった。

3歳児健診（子ども）
①親にしがみついて離れなかったり、後追いが激しくなった。
②おもらし、おねしょをするようになった。またはひどくなった。
③以前に比べてなかなかまつけなかったり、夜中に良く目を覚ましてくずる。
④必要以上におびえたり、小さな物音にびっくりしたりする。
⑤慣いところや特定の場所を怖がるようになった。
⑥以前に比べてゼーゼーしたり、熱や目を痒がるようになった

問診票保護者
①あまり眠れない。
②頭痛、腹痛、吐き気めまいなどの身体の不調を感じる。
③いらいらしたり、怒りっぽくなった。
④自分と不安だ。
⑤ちょっとした物音や接れに対してひどく驚いてしまう。
⑥気分が落ち込んだり、寂しくなったりすることが多い。
⑦悪夢にはまされることが多い。
⑧物事になかなか集中できない（頭を振りで取り組めない）ことが多い。
⑨子どもについ当たってしまうことが増えた気がする。



後かしつけ等の限界や実際にやってみせる等の支援を行うことで、家で子どもが良く眠ってくれるようになり、親も反心しゃ心の落ち着きや子育ての自身を取り戻すことができたのです。

3）子どもの心のケアの留意点

大災害など、異常な事態を経験した後の子どもは、「不自然にハイテンションで人なつっこい」または逆に「何事もなかったかのように、表情も変えず淡々としている」「ぼーっとしている」「妙にいい子」「攻撃的な態度をとってみたり、突如無視したりする」といった行動が見られます。

これらの反応は、なかなか安心できない時の当たり前の反応です。無理に改善しようとせず、子どもが何を不安に思っているのか考え、環境を調整したり、周囲の人の対応を工夫していきましょう。場合によっては見守ることも必要です。

35

避難所運営ゲームＨＵＧ
災害時要配慮者バージョン
２０
１５．１２．２３作成

静岡県西部危機管理局
使用許諾番号　016号

ＨＵＧ（ハグ）

H：hinanzyo　避難所
U：unei　運営
G：game　ゲーム
（hug・・・・・・「抱きしめる」）

平成19年に静岡県が開発した防災ゲームで、授産所製品として、製造、販売しています。
（登録商標第5308380号、不許複製）

シミュレーション・ゲーム内での疑似体験

- 避難所への避難者の受入れ
- 災害時要援護者への対応
- 必要なスペースの確保
- いろいろな出来事への対応

避難所運営ゲームHUG（ハグ）

HUGを通じて気づくこと①
地域の実情に合わせた具体的なツールの必要性

- 時系列のマニュアル
- 災害時にすぐ使えるようなアクション・カード（専門職がいなくても行政職員の到着が間に合わなくても避難所立ち上げができるよう、ラミネート加工して避難所の備蓄の中に入れておく手順を書いたリスト）
- 他組織との連携： DMATや消防・警察との役割分担表、連絡網

HUGを通じて気づくこと②
組織連携のためのマニュアル

- 自治体内の各部署、大学、警察、消防、自衛隊、医師会、児童委員、DMATなどとの連携
- ニーズ調査のためのツール
- 関心度アンケート
- 連携会議開催のための書類、合意形成
- 計画表作成
- 進捗状況の把握ツール

HUGを通じて気づくこと③
母子避難所・福祉避難所設営マニュアルの必要性

- 避難所に入所する際の手順
- 避難所役割分担
- 避難所住民名簿・調査票
- 施設使用のルール
- 食料配布のルール
- 情報共有のルール
- 健康管理サービス

設営マニュアルの内容（例）

- メンタル・ヘルス・ケアのサービス
- ボランティア採用・配置の決まり
- 資源・物資供給と受け入れの決まり
- メディア・コミュニケーション
- 寄付に対する姿勢
- 貸借品に関する決まりごと
- 貴重品・薬品管理について
- 避難所撤収の条件、確認要件

この研究は以下の補助金に支えられています

平成24年度文部科学省科学研究費補助金（基金・若手研究(B)）「災害時に求められる母子保健–東日本大震災における母子の健康影響に関する研究から–（24790626）」

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）「妊産婦・乳幼児を中心とした災害時要援護者の福祉避難所運営を含めた地域連携防災システム開発に関する研究（2525050）」

世田谷区における
災害時に妊産婦・乳幼児を守る
取組みについて

平成27年8月24日（月）
世田谷区危機管理室災害対策課長　有馬秀人

1　世田谷区の位置

- 世田谷区は東京23区中の西南端にあり、おおむね東経139 度39 分、北緯35 度38分（区役所本庁舎）に位置する。
- 東は目黒区・渋谷区、北は杉並区・三鷹市、西は狛江市・調布市、南は大田区とそれぞれ接し、さらに多摩川をはさんで神奈川県川崎市と向かい合っている。

2　世田谷区の面積及び人口

【面積】
- 区域の形は、東西約9km、南北約8kmのほぼ平行四辺形である。
- 面積は58.05㎢で、最も小さい台東区の約6倍にあたる。

【人口】（平成26年6月1日）
- 平成26年6月1日現在の住民基本台帳によると、人口872,543人、世帯数455,827世帯である。

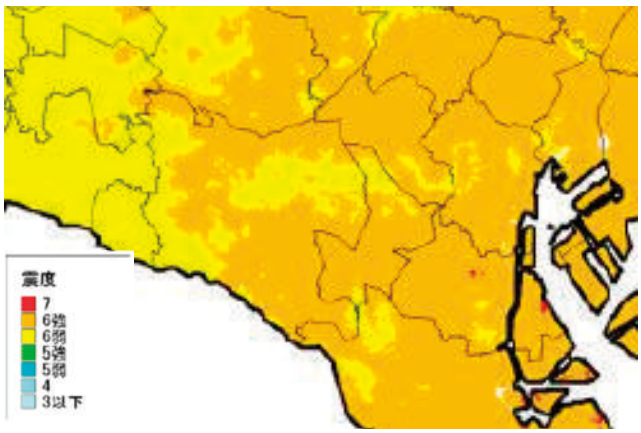
3　区において想定する地震と被害

（1）想定する地震　＝首都直下地震（東京湾北部地震）
□ 震源　　‥東京湾北部　深さは従来より浅い想定
□ 地震の規模　‥M7．３
□ 区内震度　　‥区内の約７割で震度６強

（2）被害想定の概要　冬の夕方１８時　風速８m／秒の場合
死者　６５５人
負傷者　７，４４９人（うち重傷者１，３６６人）
ゆれ等による全壊　６，０７４棟
火災による全焼２２，４５５棟
帰宅困難者数　１６８，０４７人
１日後の避難所生活者数　１５７，５５３人

→「首都直下地震による東京の被害想定（抜粋）」参照

4　東京湾北部地震M7．3　震度分布図



5　世田谷区における避難計画

（1）一時集合所
避難のために一時的に集合する場所。区内に約400か所指定。

（2）広域避難場所
火災延焼などにより自宅、一時集合所が危険な状態になった場合に避難する場所。
平成25年6月1日から新たに「太子堂円泉ヶ丘公園・三宿の森緑地一帯」が指定されたため、区内外に23か所指定されている。

（3）避難所
自宅での居住継続が困難な場合等に、一時的に受入。区内小中学校等94か所。

（4）二次避難所
高齢者、障害者、乳幼児等の受入・保護のために開設される避難所。72か所。（高齢者施設34施設・障害者施設38施設）

（5）第2順位の避難所
小中学校等では収容しきれない場合に、協定を締結している区内の都立高校・私立大学等を第2順位の避難所として開設。

6　災害時要援護者の支援

（1）対象
高齢者、障害者、乳幼児など（名簿は要介護4・5、身障1級、愛の手帳1または2度等）

（2）地域住民への期待
災害直後は行政機関職員などが避難等の支援にあたることは難しい。
↓
地域住民等の支援が必要

（3）「災害時要援護者支援事業」の推進
区と町会・自治会とで、地域の助けあい活動の推進や災害時要援護者名簿の管理等に関する「災害時要援護者の支援に関する協定」を締結。
⇒現在、区内195町会・自治会のうち、82の町会（約4割）が協定締結中。
⇒区内の災害時要援護者の総数約8000人のうち、町会・自治会に名簿を提供している人は約2500人。（約3割）

⇒今後は、町会・自治会の協定拡充だけではなく、社会福祉協議会がコーディネーター役となり、民生委員、区内ボランティア、NPO、社会福祉法人、事業者等との連携を模索

7　災害時における妊産婦・乳幼児の支援

（1）対象者数
①妊産婦　年間約7,500人（1日あたり20.6人。1ヶ月あたり617人。）
②出生数　年間約7,300人（1日あたり20人。1ヶ月あたり600人。）
③乳幼児　年間約36,400人（上記②含む）

（2）現在の世田谷区の災害時医療体制
①医療救護所
避難所となる区立小中学校等94校のうち、20か所を指定。医師会、歯科医師会、薬剤医師会、柔道整復師会、助産師会の協力を得て編成
【主な活動内容】
ア　傷病者に対する応急処置　　イ　災害拠点病院への転送の要否及び転送順位決定
ウ　輸送困難な患者、軽症患者等に対する医療　　**エ　助産救護**
②災害拠点病院
至誠会第二病院、都立松沢病院、関東中央病院、（東京医療センター（目黒区））
③災害拠点連携病院
大脇病院、国立成育医療研究センター、世田谷下田総合病院

8　妊産婦等の課題及び対応案

（1）医療体制及び専門家の確保

①現状

ア　地域防災計画では、20か所の医療救護所と区内外4か所の災害拠点病院、区内3か所の災害拠点連携病院で対応する。

イ　医療救護所については、医師、看護師（及び保健師）、事務から構成される医療救護班を、24班（本部含む）編成し対応。

②課題

ア　対象者数と比較して、医療機関等が不足している。

イ　対象者数と比較して、医師等の専門家が不足している。

③対応案

ア　産科、産婦人科　　→医師会等を通じて、検討すべき課題

イ　成育医療研究センター　→協定締結（H26.2月）

ウ　助産院（助産師会）　→協定締結（H26.2月）

（2）妊産婦及び乳幼児の避難所の確保

①現状

ア　世田谷区では94ヵ所の「避難所」での受け入れを基本としている。

イ　避難所における具体的な対応は、各避難所（学校協議会等）を中心に検討される予定である。⇒ただし、検討が進んでいる避難所は少ない

②課題

ア　例えば文京区では妊産婦専用の避難所の整備が進んでおり、世田谷区でも妊産婦及び乳幼児専用の避難所の確保が求められていた。

イ　アに加え、特に36週以上の妊婦、生後1カ月以内の乳幼児及び産婦については、個室等を確保する必要がある。

ウ　仮に専用の避難所を確保した場合、施設を運営する者の確保が困難である。

③対応案

ア　避難所となる区立小中学校に妊産婦専用の教室を確保する。（検討課題）

イ　震災から2～3日後、災害の状況に応じて、妊産婦専用の第2順位の避難所を開設する。（区内大学等）（各総合支所に最低1ヵ所確保）

⇒現在6か所確保。さらにスポーツジム1か所にも依頼中。

（3）備蓄物品の確保

①現状

ア　医療救護所に必要な医療器具及び医薬品等を備蓄している。

イ　医療救護活動に必要な医薬品に不足が生じた場合は、世田谷区薬剤師会や都福祉保健局に供給を要請する。

ウ　区立小・中学校93校の防災倉庫に、「避難所用応急救急セット」を配備している。

②課題

出産に必要な医療器具及び医薬品等が不足している。（医療器具等は全般的に不足）

③対応案

ア　備蓄について検討する。

⇒薬剤師会を通じて、平時に区内に応急的に必要となる医薬品等がどの程度区内にあるのかを調べていく必要がある。（流通備蓄）

⇒そのうえで、区として備蓄すべきか、また備蓄量をどうするかを検討する必要がある。

イ　簡易の助産キットを購入する。（各医療救護所×2個を購入済み）

9　妊産婦等の今後の課題

（1）支援者・運営者の確保

・支援者（医師、看護師、助産師、保健師等）

・運営者（母子避難所を開設した場合の避難所の運営者等）

（2）区における担当所管の役割分担

・母子担当　・・・保健所、5つの総合支所（健康づくり課）

・避難所運営・・・5つの総合支所（地域振興課）

・子ども担当　・・・子ども部

（3）さらなるスペースの確保

（4）具体的な運営方法の検討　等

人と防災未来センター
平成２８年２月研究会

日時：平成２８年２月１７日
○司会　時間になりましたので、第３回研究会のほうを始めてまいりたいと思います。
今回から初めてという方もおられるかと思いますので、ざっとこれまでの流れですとか、当研究会の状況などについて説明をしたいと思います。

福祉避難所につきましては、皆様のご関心のあるガイドラインが出ているところでございますが、どんなことが書かれているかといいますと、まず、どういう方を福祉避難所の対象にするかというのがございます。高齢者の方々、そして妊産婦の方々、障害のある方々、さまざまな方々を対象としまして、こうした方は、一般の避難所ではなかなか生活が難しい場合に、いわゆる福祉避難所を設置していくと。対象となる施設を想定されていますのが、福祉施設、老健、特養など、それから、特別支援学校。それから、ホテルですとか、体育館等を利用しましょうということが国のガイドラインですとか、あるいは救助法の適用に書かれています。

こうした対象者の方が施設に入るわけですが、施設だけでは当然成り立ちませんで、こちらを支える方々、運用をされる方々が必要になります。専門職の方々、それから一般の方々など様々です。また福祉避難所ならではのさまざまな施設での備蓄も必要になってまいります。こうしたことも検討のテーマになってまいります。

こうしたものを、いざ災害時に使えるかというと、やはり平常時からの訓練とか準備が大事になってまいります。

第１回は、東日本大震災のときの経緯につきまして、石巻の方々にお話をいただきました。このときは、主に高齢の方々を対象とした話でございまして、高齢の方々については、こうした福祉避難所ですね、どうした施設がよいのか、あるいはどうした方が入ってもらったら適当かということについては、グラデーションがございます。高齢の方の中でも自立の高い方々は一般の避難所でもいいでしょう。ちょっと要支援ぐらいの方々は、一般避難所の中のいわゆる福祉スペースが必要でしょうと。要支援の高いほう、あるいは要介護１、２の方が、いわゆる福祉避難所の対象になるでしょうと。最後、もっと要介護が高くなりますと、これは恐らく、もともと施設に入ってらっしゃる方々ですので、こちらについては、福祉避難所というよりも、緊急な入所であるとか、もともとの施設に入っていただいてもらいます。

こんなグラデーションの中で、この福祉避難所に対応するような要支援から要介護の低い方について、どんなことがあるかということにつきまして、これは、石巻市さんの取り組みでございましたが、なかなかその福祉避難所となるような想定されやすい特養であるとか老健になかなか空きがございませんので、人が来たらどうするかというと、普通の体育館、一般のフラットなところに災害が起きたときに、いろんな機材を持ち込みまして、

福祉避難所として急にたてつけたという例でございます。福祉避難所といったときに、固定概念的に何か福祉施設に入れなければいけないということではなくて、こうしたやり方もあるということをいろいろと御紹介いただきました。

この中では、繰り返しですが、福祉避難所の方々は、介護度の高い方というよりも、少し要支援ぐらいの方々ですね、むしろ大事なのは、そうした方の活性度がなくならないようにリハビリだとかいったことを行っていくと、そういったことをできるような方々を応援される、他職種の介護の方々を全国的にどう来てもらって運営していくと、いったところについていろいろと御紹介をいただきました。

第２回目は、少し視点を変えまして、対象エリアとして、あまり今まで多く語られてなかった妊産婦さん、あるいは妊産婦さん以外の小さなお子さんをお持ちの方々、こうした方々に対しては、さっきのこうしたものとは全然イメージが違いましたので、こうした場合どういった施設がいるのだろうか、どんな体制がいるのだろうかということを、東京都の世田谷区さんにお越しいただいて、いろいろと世田谷区の取り組み状況、例えば、世田谷区のほうでは、女子高とかを使ってこうした方に入ってもらおうといったことをされておりました。

今日、第３回はですね。こうしたことを踏まえまして、アンケートをとりました。皆さん、票が多かったのが、訓練ですとか平常時のマニュアルとかでございましたので、今回は、主にこの訓練、マニュアルあたりにウエートを置いて、開催する会ということで位置づけております。

今回、講師にお越しいただきましたのは、この訓練、それからマニュアルづくり、あるいはそのマニュアルだけじゃなくて、そうしたマニュアルを使う方々の人材育成、こうしたことを取り組んでらっしゃる輪島市様とそれから京都府様にお越しいただいております。

今回、テーマとしましたこの福祉避難所と、それからもう少し広げまして、こちらの、いわゆる福祉スペースと呼ばれる一般避難所の中で一緒の部屋を使って、そこはお年を召した方に入っていただくといったところ、こうしたこの福祉避難所と福祉スペースあたりを対象にしております。

ただ、こうした、一般避難所の福祉スペースになりますと、ここは基本、圧倒的多くは一般住民が入っている避難所になりますので、この運営というのは、介護職の方もおりますが、一般住民の方々の協力は欠かせません、そうした一般住民の方々、この福祉スペースを運営していただく協力住民の方をどう育成するか、あるいは福祉避難所スペースに来てもらうような専門職の方々、こうした方々のネットワークをどうするか、そして、このネットワークだとか一般住民の方は、全体として統括じゃないですけれども、調整する調整職員だとかも、これも必要になります。こうした方々の育成とか訓練について。こういったことを考えながら、今回の講師の方にお話をいただくといった流れになっております。

そうしましたら、いよいよ本題になりますが、まず、京都府の林様から、府県レベルですね、全体的な取り組み状況についてお話いただけると同時に、より具体的な状況につきまして、市町村のほうから輪島市様からお話いただきます。

○林氏　皆さん、こんにちは。京都府の介護・地域福祉課の林といいます。介護・地域福祉課では、災害時の要配慮者全般を担当させていただいていまして、このたびこういう機会をいただいて、京都府の災害時要配慮者支援についてというふうに題しまして、その避難所に支援に着目したユニバーサルデザインであったりだとか、人材養成であったりだとか、それの実践的な訓練であったりだとか、そういったことを中心に、お話をさせていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

皆様も記憶に十分おありかと思うのですが、東日本大震災から来月３月１１日で丸５年が経ちます。大変な被害が起き、要配慮者支援の課題が、東日本大震災以降、クローズアップをされました。障害者の死亡率が健常者と比較して２．５倍であったりだとか、その要配慮者の全体の６割の方が、そもそも、その避難所に行かなかったり、問題がありました。なぜかというと、設備が全然なかったり、行ったとしても助けてくれるような人がいなかったりするからです。私は、そもそも初めから避難所には行きませんでしたという方が、国の調査で６割にも上った。また、かなり長期的に避難所を開設するということもあって、中長期的な福祉的な支援も不足したということから要配慮者の課題が浮き彫りになったわけです。京都府では、そういった避難所支援に着目して取り組みを進めようと考えて取り組んでいます。

京都府の避難所についての現状を見ていただきますと、一般の避難所は、公共の公民館や、体育館など約１，５００ございます。翻って見ると、今回、研究テーマにもあります、その福祉避難所というものが京都府にも４５５施設、全２６市町村にあるのですが、その要配慮者が今のところ約１２万４，０００人、少なくともそれぐらいの方々がおられます。例えば、大規模災害が起きて、要配慮者の方がこの福祉避難所に来られることは、恐らくはないと思うのですが、こういった方々を全て受け入れることは、そもそも不可能ということ、また、その入所施設に、デイサービスで通っていたり、そもそも入所されていたりするような方々がいる中で、やはり十分に対応できない場合ということもあります。また、その、混乱時に要配慮者だけ受け入れますと言っていても、一般の方が来られたときに、皆さん利用できませんといって追い返す

ことはできない。断ることは難しいなどという問題がありました。

そこで、京都府では、避難所、約１，５００カ所を、ユニバーサルデザイン化していこうということで、「あったか京都推進会議」というユニバーサルデザイン、京都府の中で検討していく会議の中で、いろいろな団体さんや、そういった委員の先生だとか、いろんな方々にもお話を伺い、福祉避難コーナー設置ガイドラインというものを作成させていただきました。

そもそも、このあったか京都推進会議は、その出発点が防災という観点からではなく、ユニバーサルデザインを推進するために何ができるかなというようなことを考える一貫の一つとして作らせてもらっています。委員の方には建築業界であったりだとか、大学の先生とか、デザイン協会の理事長であったりだとか、いろいろな方々が委員となって、いろんな角度から御意見をいただけるようになっています。

ガイドラインの作成に至る背景は、この設置ガイドラインをつくる前に何をしたかといいますと、その一般の人にもわかりやすくユニバーサルデザインを伝えるために何があるかなというようなことを考えたときに、駐車場、パーキングパーミット制度という制度があり、足が悪いとか、こういった区画を利用する方を視覚的にわかりやすくしようという、ユニバーサルデザインを伝えるための手段として一つ作ったのですが、それを第一段とさせていただいたところですが、次

に、冒頭にも御説明させてもらったとおり、避難所をユニバーサルデザイン化していこうということで、ユニバーサルデザインを伝えるために、やはりそのわかりやすい媒体とは何か？というようなことも考えたときに、東日本大震災も起こったということもありますし、やはり身近なものということで、京都府では避難所のユニバーサルデザインを支援するための取り組み、着手ということで、ガイドラインを作成したという経緯があります。ガイドラインの中身ですが、大きく分けて二つございます。

一つはハード、それからもう一つはソフトですが、まず、ハードの面から御説明をしたいと思います。

避難所の環境整備ということで、いろいろと、書かしていただいているのですが、具体的に見ていきますと、避難所の環境の整備ということで、一番わかりやすいのは、バリアをなくすことです。坂の段差があったらスロープは設置しましょうとか、溝蓋があるところは、杖をついておられる方がはまったり、車椅子の前輪がはまったりもするかもしれませんので、そういったことにも心配りをしていこうというようなことです。また、急

なスロープには手すりを取りつけて、滑り止めを取りつけるだとか、段差が少しあったら、テープで光らせて、こけやすい高齢の方も中にはおられるかもしれませんので、ちょっとした段差にも気を配っていきしょうというようなことがあります。あとトイレです。トイレというのは、誰もが使うということもあって、基本は、和式から洋式へとさせていただいています。和式であれば、使える方が限られてきます。いわゆる脚力があるだとか、かがめるとかいうような方々しか利用できない。しかし、数は少ないということもあって、和式のトイレの上に置くと洋式になるというキットがあるみたいで、そういったお金は少しかかるかもしれないけど、できる限り多くの人が利用できるようにしていこうということを紹介してあったりします。そもそも、車椅子用のトイレが車椅子で入れるのかとかいうことを見ていただきたいということもあって紹介してのですが、昔あったのが、段ボール箱がたくさんトイレの前に置いてあって、そもそも入れませんというようなこともありましたので、注意喚起も含めて御紹介しております。

これは、さまざまな要配慮者が利用できる仮設トイレの設置ということで、オストメイトの方や、固定式の大き目の車椅子用のトイレ用のものもあります。あと、マンホールを通じて、直接下水につながる仮設トイレを設置するような取り組みでなど、そういったできる限り多くの人が安全に清潔に利用できるようなトイレとかいうような手法を紹介させていただいております。

様々な要配慮者が利用できる
仮設トイレを設置

二つ目、レイアウトのポイントですが、誰もが通れるように通路の確保ということで、この写真では左の画像の端のほうに車椅子が見えるかと思いますが、そのまわりに荷物や靴が置いてあります。

やはり通路をきちんと確保しないと、車椅子ではトイレ行きたいなと思ったときに、気軽になかなか行けないということがあります。そこで、きちんと通路については確保しましょうということで、視覚的にわかりやすくして、通路の幅は１１０センチ程度と御紹介させていただいております。

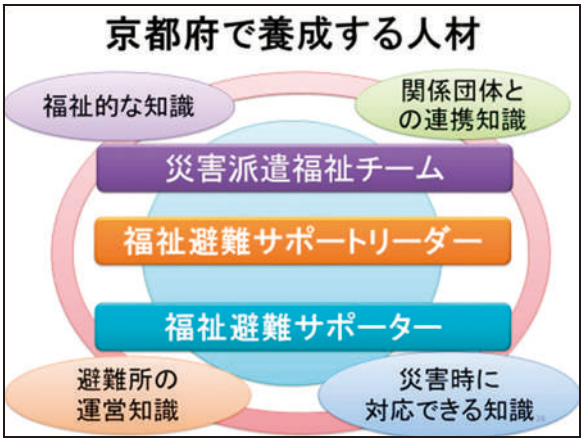
○ 通路は視覚的にわかりやすくし、通路幅は車いすが通れる横幅110センチ程度が望ましい

三つ目に、要配慮者の居場所を工夫するということで、要配慮者の方、いろいろな立場の方がいらっしゃいます。配慮の仕方もそれぞれ変わってくるとは思いますが、場所を少しでも工夫すれば、まだ大丈夫と言っていただける方も中にはおられます。例えば、車椅子利用者であれば、当然その奥のほうにおられたら車椅子に乗りにくいので、通路側にいていただくとか、あと、視覚障害の方であれば、例えば、一つの方法ですが、避難所の中で自分がどの方向に向いているかわからないということが一番心配やと当事者の方がおっしゃっておられました。そのため、壁を、一つ、コンパスといいますか目印にして、自分がどこに向いているのかっていうことがわかればうれしいかなという御意見があり、自分の位置が把握しやすい壁際にいていただくだとか、認知症や自閉症の方については、できるだけステージの上の奥の、少し静かなところにいていただくような工夫をするとかです。このように居場所については工夫ができるというふうに思っております。福祉避難コーナーや福祉避難スペースなど、要配慮者のニーズに対応するコーナーをきちんと、事前にレイアウトをつくる際に考えていきましょうということです。自閉症の方がパニックになったときに少しクールダウンするような静養室であったりだとか、歩行困難の方が乗り移りしやすいような段ボールベットとか、授乳室、これはプライバシーに配慮をするということで、例えば、倉庫の中にこういったことを設けたりだとか。あと育児室、避難中にも少し子どもを遊ばせるようなところが、必要かと思いますので、居住スペースよりもうちょっと離れたところに設置いただくとか。実際にこれを、その府内のコーナー設置・運営訓練で、京都府の中で木津川市という市がありますが、そこで一緒に設置訓練を１回、府民の方にも経験してもらいながらやっていこうということで、実際に運営訓練を実施しています。

今まで、要配慮者のニーズに対応した避難所の整備のハードの面をいろいろとお話させていただきましたが、やはり、ハードとソフト、マンパワーの両方が必要になってきます。

ガイドラインにも紹介させていただいていますが、人材の確保と養成ということで、ハードとともにソフトも養成していきましょうということをこのガイドラインでは紹介させていただいています。これはどういうことかというと、一般の市民の方々を対象にして、要配慮者のことを少しでも知っている方を、一人でも二人でもふやしていこうとしています。福祉避難サポーターというふうに呼んでいるのですが、活動内容としては、例えば、一人でスロープを車椅子で上っておられるときに、一声かけて後ろから押し

ましょうかとかいうようなこととか、何かちょっと困っておられるような方がおられたら、どうかしましたかというような、ちょっと一声かけられる、いろんな立場の人がここにはおられるなということを少しでもかじっておられるような方々を一人でも二人でもふやしていきたいというふうに思っております。これを今後は各市町村のほうで、進めていただきたいなというふうに思っていますが、京都府で養成する人材として三つあります。



今、一番下の福祉避難サポーターをご説明させていただきましたが、チームとリーダーといろいろとありますが、この福祉避難サポートリーダーということで、そういった府民の方々、そういったサポーターの方々を牽引するようなリーダー的な方々を、まずは府が率先して養成していこうとしています。サポーターを取りまとめたり、あとその要配慮者を含む地域づくり、例えば、防災訓練に一緒に参加したりとか、そういったことをリードする方ということで、対象者としては、市町村職員、社教職員、それから教職員、施設職員、こういった方々を対象に、現在までに６２５人の方々に、一日研修ですが受講いただいています。２５年度から始めて、２８年度までには１，０００人という目標をもとに、今、研修を進めているところです。

研修内容は、概論と各論と演習があり、概論は、要配慮者支援とは何かというようなことで、各論は、東日本大震災のときに、福祉避難所であったり、一般避難所であったり、そういったことの支援について携わられた方に実際に来ていただいて、本当に考えられないようことがいっぱい起きたという実際の経験を踏まえていろいろとお話いただいています。演習の中では、地域において、要配慮者支援について考えるということで、今、自分の身近にいる要配慮者を考えて、自分の役職とか立場で何ができるかということを考えていただくことをしています。

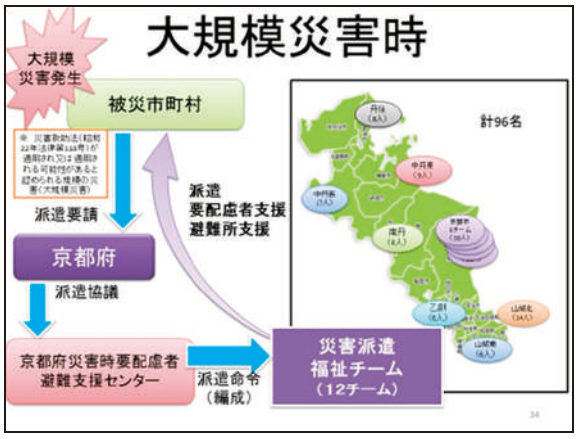
サポートリーダーの役割は、災害時、これは冒頭に申しましたとおり、そのユニバーサルデザインの視点から避難所開設を支援するということで、その福祉避難コーナーなどでいろいろなアドバイスをしていただきたいということや、あとは災害ボランティアの方々に対して、要配慮者の方々の支援という見方を踏まえたアドバイスをして連携していただいたり、その避難所の中に要配慮者班とか炊事班とかいろんな班があると思うのですが、そういった要配慮者班とも連携して、相談支援を実施したりするというようなことを目標に、今、研修をしたり、フォローアップのテキストを配ったりしています。

普段は何をするかといいますと、地域でサポーターやサポートリーダーの養成の参画して、地域の要配慮者を知っている人を一人でもふやしていくような取り組みを進めていただいています。あとその防災訓練の中に地域に高齢の方がおられたら一緒に来ませんかとお声掛けいただいています。私の避難計画というカードがあり、そもそも要配慮者の方々が、自分自身がどこに逃げるのか、自分がどういった薬を飲まれているのか、どんな支援が必要なのかということを、まず自分支援が知った上で、御家族とも相談し、防災訓練にも役立てていただきたいというふうにも考えており、こういった様式もつくっております。

そういったサポートリーダーの養成を進めていますが、もう一つ、災害派遣福祉チームという人材もあわせて養成を進めております。

京都府災害派遣福祉チームの編成ということで、災害時の避難所において、要配慮者を適切に支援する福祉専門職からなるチームを創設して、避難所等における２次被害を防ぐということで、これは、岩手県から始まったのですが、岩手、熊本、茨城、それから京都府など幾つかの都道府県でも動きがありますが、要配慮者の状態とかニーズとか、そういった支援を行ったりとか、あと関係機関へのコーディネートを行ったりだとか、ボランティアへの専門的な指導であったりだとか、避難所、福祉避難所も含みますが、運営支援を行うような役割をします。こういったチームを去年の３月に編成したところです。

目的といいますか大きな目標としましては、１次被害の防止で、災害による直接的な被災を守る、命を守るのは、消防であったり自衛隊であったりＤＭＡＴであったり、そういった方々になりますが、避難所生活が長期化したときに体調が悪くなってきたりだとか、普段から受けていた福祉的なサポートが受けられなくて、体調が悪化したというようなことに対して、そういった災害による間接的な被災から命を守るということを福祉チームの目的として進めております。これがイメージ図ですね。大規模災害が発生したときに、被災市町村から京都府に派遣要請



が来て、京都府と京都府の災害時要配慮者避難支援センターという組織がありますが、そういったところと派遣協議を行いまして、災害派遣福祉チーム、全１２チーム、今編成をしており、そういったチームが必要に応じて被災市町村へ派遣され、要配慮者支援、避難所支援を行うというような流れとなっております。

チームについては、全１３チームと、編成をしておりまして、特色としましては、地域毎にメンバーを出してもらいそれぞれで編成しているということが特色かなと思っております。１チームについ

ては４名から６名で、各福祉関係団体から、１、２名をその各丹後とか、南は山城とか、そういったところからそれぞれ選出いただいて、今、メンバーを編成しているというような形となっております。

具体的な活動内容としまして、イメージ的には、そのサポートリーダーよりもより専門職の色を強くした活動となっております。平常時については、毎年開催する、応用研修や、その避難支援センターが実施する研修員参加であったり、サポートリーダーの養成研修の、例えば１コマを持ってもらったりとか、各地域のそれぞれのチームとして、例えば、どんなことが気掛かりで、どんな講義をすれば、普段から要配慮者に気をかけていただける人を増やしていけるのかなというようなことを考えてくださいとかいうようなことも、今後参画いただきたいなというふうに思っております。

災害がいざ起きたときに、福祉的な相談体制の確立であったりだとか、関係機関への移送、それから、ユニバーサルデザイン化、サポーターやボランティアへの専門的な指導であったりだとか、あと、行政や、いろいろな関係機関とも連絡を調整したりということで、よりそのリーダーよりも深くその専門的に活躍いただきたいなというふうに思っております。

今、コーナーの設置とか、人材の養成とか、いろいろとお話をさせていただきましたが、要配慮者支援に向けた実践的な取り組みということで、やはり机上でこういったことを研修することばかりではなくて、実際にやってみないとわからないこともたくさんあります。そこで、昨年１０月、京都府の総合防災訓練に合わせて、避難所開設運営訓練というのを実施しました。府内市町村の避難所設営に関わる方、行政職員が中心になりますが、そういった要配慮者支援に関わる方々をお招きして、体育館のほうで要配慮者支援を考慮した避難所開設訓練というものを実施させていただきました。内容としましては、要配慮者支援、今まで避難所のユニバーサルデザインだとかお話をさせていただいたことを踏まえて、避難所のレイアウトをそれぞれの各班に分かれてワークショップを行って、要配慮者にも対応できるような訓練を実施して、実際に組み立ててみようというような訓練となっております。

実際、こんな形でちょっとした準備をして、はじめにその右上のスクリーンというところで要配慮者の概要をまず御説明した後に、ワークショップエリアで、下のほうに移って、そこで紙面、紙の上でこういうレイアウトはどうかとかいうようなことを御検討いただいて、実際に設営いただいたというような形となっております。

講義から演習ということで、やはり、なかなか紙上シミュレーショの中で、

実際に考えたことを実際にやってみるのとでは大きな違いがございました。

例えば、このパーテーション、下のものは、一家族のパーテーションですが、歩いている人から見たら、上から丸見えです。低い位置から見たら、確かに安心して座れるのですが、上から見たら、実際にこれはちょっと使いにくいかなというようなことや、ちょっと左上の写真の後ろのほうに、青い何か腰かける

ような物があると思いますが、これは段ボールベットです。これ簡単に、一瞬にして作れるといわれている通り、５～１０分程度で段ボールベットができるのですが、体重を掛けていけばいくほど沈んでいきます。これでは長期的には少し使いづらいかなというような意見があったりしました。実際に避難所の担当者の方も使ってみて初めてわかりましたということもわかったので、非常に有意義だったと思っております。

もう一つは、今年の１月末に、京都府の宇治市というところで、福祉避難所開設運営訓練というものを実施させていただきました。社会福祉法人の身体障害者療護施設とかいろいろな複合施設の全面協力を得て、また災害福祉広域支援ネットワーク・サンダーバードという団体があり、そういった団体や、宇治市とも連携しながら、実施させていただきました。

訓練の趣旨は、福祉避難所の開設に関する課題を実際に抽出してみなしょうということです。１３時１５分、何々から入電とか何か、そういう形式張ったものではなくて、例えば、インフルエンザにかかった人が突発的にあらわれて、どう対応するのかとか、新聞社から問い合わせがあったときにどう対応するのかとか、そういった突発的なイベントを盛り込みながら、そのときの、こうしたらよかったかなということにつながるようなシナリオを裏で作っておいて、実際にやってみるというようなことをさせていただきました。

訓練内容としては、１月２７日に震度６の地震が起きて、福祉施設に身体障害者１５名の受け入れ要請があり、それを受け入れることを決めたということから始まります。開設訓練ということで、大体、四つぐらい隊列しているのですが、開設依頼があって、避難所を設営して、それから避難者の受け入れ訓練をして、実際に避難されてから情報収集や、何が足りないかというようなことを実際に要

請する対応など、そういったことを実際にやらせていただきました。

これは、設営から受付です。実際に受け入れると決めたときに、まずはあり合わせの段ボールとかいろいろな物を活用して、それぞれのプライベートな空間を作っていこうと、実際に避難をしていただいて、アセスメントをしました。そこでいろいろとお話いただいて、

聞き取りをして、それから避難者への対応ということで、ホワイトボードにどこの１番から十何番まで札をつけて、どんな人がおられるのかというようなことを書かれたというような様子となっております。

この宇治の訓練で、課題となったことが幾つかございます。

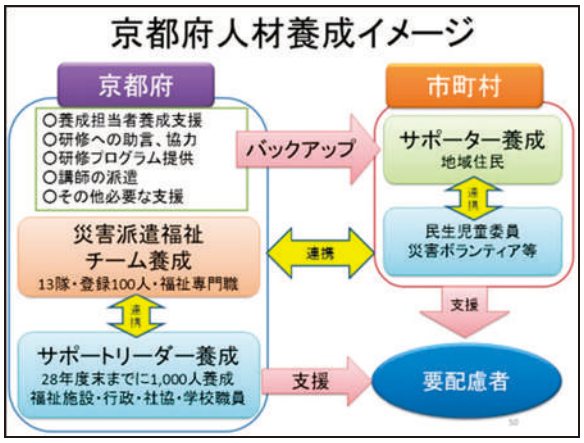
一つは、そのアセスメントのとき、どういう方であるのかというときに、既存のそのアセスメントシートみたいのがあったのですが、実際に聞き取る中で、短時間ですぐに何が困っているのかということを聞き取らないといけないときに、やはり細かく設定してしまって、本来の困っておられることにまで到達できませんでした。あと、その情報共有というのが非常に課題となりまして、この方はおむつを欲しがっているとか、この方は一般の食事ではちょっと対応ができないとかいうようなことがあるのですが、実際に様々な人をまたいで情報のやり取りをしていたので、なかなかその物資を要請される方に、そういった重要な情報が伝わらないなど、そういったことが散見できたと思っております。

もう一つは、施設の中の役割分担です。誰がマスコミ対応をするのかとか、府県のほうに誰が物資調達をお願いするのかとか、もし福祉避難所になったときに、誰がどういう役割になっているのかなということが、わからないところもあり、右往左往されたりしたことも課題としてあったかなというふうに思っております。

こういった訓練とか、実践的な活動を通じて、要配慮者支援は深みがでてくるのだと思います。そういったことをだんだんと理解していくと、数を重ねていろいろな形で理解していただくというようなことを、今後も続けていきたいと思っております。

最後に人材要請についてですが、人づくりというのが一番大きなポイントかなと思います。今までの形を御説明しますと、京都府としては、市町村がまずサポーターという、その要配慮者のことを少しでもわかっておられるような地域住民の方々を養成するために、研修の助言であったり、講師の派遣であったり、いろいろな形でサポートをしています。また災害派遣福祉チームもあわせて養成するということで、こういった民生児童員の方々とか災害ボランティアの方々とも連携しながら、要配慮者支援を進めていく

というような形で今進めているところです。



最後のまとめになりますが、要配慮者を支援する体制を整備ということで、避難所のユニバーサルデザイン化、それから、サポートリーダーチーム、こういったソフト、そういったことを含めて、要配慮者の安心・安全といった構築に向けていろんな取り組みを進めたいと思っております。

以上です。ありがとうございました。

○司会　林様、ありがとうございました。

多分、いろいろと御質問とかあるかと思うのですが、この後も続けまして、輪島市様からのお話をいただいた後に、まとめて意見交換、それから質疑応答の時間をとっていきたいと思います。

林様、ありがとうございました。本当にいろいろ府でこれだけのバックアップをされているという、すばらしいお話だったと思います。

次は、実際、こうした府のバックアップ、あるいは府県のバックアップを受けながら、実際の第一線で福祉避難所に取り組まれる自治体の立場ということで、輪島市の河崎様のほうから御紹介いただきたいと思います。

そうしましたら、河崎様、お願いいたします。

○河崎氏　皆さん、はじめまして、こんにちは。

今、紹介いただきました、私、石川県の輪島市というところから来ました河崎といいます。本来の業務は、こうした防災関係もさせていただいていますが、辞令を受けて働いている内容は介護保険の担当です。その介護保険の担当を十数年していますので、今は輪島市内の施設整備から、事業計画から、その総括として働かせていただいている一方で、福祉避難所というものについて経験を踏まえながら、こうした活動をさせていただいています。

輪島市ですが、高齢化率はそろそろ４２％になります。どんなところかというと、イメージをしていただきたいのですが、面積は非常に広くて４２６平方キロ、なかなか具体的なイメージがわかないかもしれません。例えばですが、京都から大阪まで、ＪＲ線で４３キロあるらしいです。幅が４３キロで、上下が１０キロぐらいのベルトがあるのが輪島市だと思ってください。それだけ広い面積の中に、人間は何と甲子園球場の半分、

２８，５００人ぐらいです。毎年、きれいに５００人ずつ減っていますので、高齢者は６００人亡くなり、子供は１００人しか生まれないという状態です。

この輪島市ですが、約９年前に能登半島地震が起こりました。そのときに福祉避難所を担当させていただいて、それ以降、いろんな活動のほうをさせていただいていることになります。

その能登半島地震ですが、どれぐらいの規模の地震だったかというと、輪島市の住家の１５％の家が半壊もしくは全壊という状況で、１５％の市民の方々が被災をしたという地震でした。こういった災害を受けて、私たちは、それに対してまず復旧から始まり、復興に繋げていくという形になるのですが、やはり自分で体験した災害というのが、こういった災害経験を語る上では、非常に重要なベースになってきます。

ですからこの中で、阪神・淡路大震災を大人になってから経験された方、もしくは、徳島や、那賀川で集中豪雨もあり、また去年か一昨年と豪雨災害かいろいろなことがありましたが、そういった自分で経験されたものが防災計画、災害対策を立てていく上で、そのベースになってくるということを想像しながら聞いていただければいいかなと思います。

先ほどの林先生のお話は、福祉避難所の二つのパターンのうちの一つについてお話があったかと存じます。

その一つのパターンというのは、大きな避難所スペースの一角を福祉避難所的スペースとして活用するやり方。私がお話をさせていただくのは、社会福祉施設等の一角を、そこは一般避難所指定されていませんので、災害救助法に則ったそのままの実践をするとこうなる、こうなったというお話をさせていただきたいと思います。

はじめに、能登半島地震の時に、どういった福祉避難所を開設して、そこでどういったことを学んで、学んだことはどう生かしてきたか、いわゆるどんな取り組みを現在進めているかということを、少し細かくお話をさせていただきたいと思います。

このスライドは、能登半島地震のときにあった老健です。老健と一緒にデイケアがあり、そこに３０帖ほどの畳、小上がりがあったので、ここを当時、福祉避難所として活用させていただきました。能登半島地震は、輪島市人口が少ないのもあって、実際、福祉避難所を利用した方は１３人です。どんな方が利用したかについては後ほどお話をします。

ちょっと見ていただきたいのは、一般避難所というのは、大体災害が発生して、仮設住宅ができたら、原則論として閉じなさいとなっています。ただ、福祉避難所については、入っておられる方の特性を考えればわかることですが、一般避難所は大体１カ月で閉鎖しましたが、福祉避難所は２カ月かかりました。

ここから、救助法に則った福祉避難所をやっていくと、そこにはお金が発生してきます。これが介助員にかかった人件費です。介助員の日勤と、それと宿直にかかった費用が５２万、老健なので定期的に食事は出せます。自衛隊とかによる炊き出しもなくその施設のみで提供して

もらった費用が４２万ほど、その他の雑費とかで、合わせて２カ月で１４４万ほど、これだけのお金が老健に動きますので、行政からすると、きちんとお金の管理はしなくてはならないとなります。

災害が起こった場合には、救助費というお金は国から出るのですが、後々、会計検査院が入り、請求書から領収書まで、これにかかった費用を全部１円単位まで合うか見られました。災害が起こって大変な復旧・復興業務の中、いろいろなことを市民のためにしたとしても、最終的にはおおむね２年後にはきっちりと見られることになります。

福祉避難所、設置・運営を救助法に則ってするということは、こういった様式をきちんと作っていないといけないと思いました。一般避難所から、様々な気になる方々をどうやって統一様式でしたためて、次の福祉避難所へ送り込むための選定をするのだという流れの作成も当然しとかねばならない。私たちの場合は、４月４日から福祉避難所の設置・運営を始めたので、その前の４日間ぐらいの間に、包括の職員とかに相談しながら、選定様式を作っていきました。救助法にはこのような様式でということはまったく載っていません。そうして利用届出を作成していきました。これ、「申請」という言葉は使わないほうがいいです。行政的には、申請出したら決定通知を出さなければならなくなるので、「届出」様式ならそれだけでいい。

次に、さきほどお金がかかったと申し上げましたが、このお金がかかったことを請求するための様式、人件費や食事など、それから管理様式、請求様式、そして介助員がいつ勤務して、その勤務したことによって幾ら払ったという様式が必要となってきます。当然、災害が起こったら実際の職員、家に帰れない中で、介護保険のいろいろな減免とあわせて、これらを作ることになるので、やはり備えあれば憂いなしで、その言葉どおりだなと能登半島地震のときに思い知ることになりました。

では、能登半島地震の経験から、次に繋げていくためには整理しておかなければならないと思い、まず３つのポイントを整理することになりました。

まず、対象者はどんな方と。要配慮者の全員ではなくて、一般的には、施設へ入所するに至らない程度のものです。それを能登半島地震の経験に置き換えてみ

ると、大体、服薬管理が一般避難所で疎かになったり、トイレまでちょっと大変だからとか、そして、避難生活がちょっと続いたために認知症状が現れてきたりするような方ですねと。ここをしっかりと押さえる必要があります。

そしてこの、避難されてきた方々をお世話する介助員というものの役割も押させておかないと、輪島市内の他の事業所の方々に説明することもできなければ話にならないので、そこをきっちりと整理をすると。単純に言ってしまうと、避難されてきた方々の、当然、日々の状態とかチェックする、これは当たり前のことで、プラスアルファで介護サービスを受けられるようにするこの配慮が、この人はしていかねばならない。能登半島地震の時は、先ほどお見せした、老健のデイケアの人と一緒に、デイケアサービスを無料で受けられるように、利用者もしくは家族全員の了解をとって、一緒にデイケアサービスを提供してきました。そうすることによって、ある程度の機能訓練の維持もしくは、向上を図れたかなと思っています。

あと、この介助員という人は、それをするだけではなくて、次の行き先も検討しなさいということが位置づけられています。そのための人件費が救助法には位置づけられています。

能登半島地震の時も、１３人の方々が避難されましたが、その次の行き先として病院に行った人もいれば、特養に行った人もいれば、目が見えなくなって養護に行った人もいらっしゃいます。このように、次の行き場所の選定というものと、身体機能が低下しないような総合的な配慮を介助員もしなければならないということを、まずしっかりと位置づけて、能登半島地震後に協定締結を行う際には各事業所のほうにコマーシャルに回りました。

そして一番大事なのが、司会の宇田川研究員の話にもあったように、コーディネート、いわゆる福祉避難所をうまく回そうと思ったときに、例えば、普通に考えればわかる話ですが、そこにハードがあって、そこに避難者が来て、さあどうぞと言われてもなかなか、それが実際の活動や運営には結びつきません。ということで、そこをうまくコーディネートする職員を、担当者をきちんと決めておかないと、この方々を中心に、福祉避難所を回していかないと、回るわけもない。このコーディネート役というのは、実際は、福祉避難所設置・運営したときに、私がやった業務のことです。特に輪島市のような小さな自治体は、いろいろな業務を各担当が抱えることにはなってはいるのですが、このコーディネートという部分について触れると行政職員の役割としてきちんと位置付けせねばならないと思います。先ほど申しましたように、輪島市の高齢化率は４２％で、中でも一番高い地区は７０％を超えている状況にあります。そのようなところに「助け合いしてね」と言っても、いつ助ける側が助けられる側に回るかわからない状況なわけです。ですので、コーディネートという部分は、行政の役割として位置づけすることが、最重要ポイントとしてあげられてきます。

後で説明しますが、輪島市における福祉避難所設置・運営マニュアルで、このコーディネートは、高齢者は介護保険担当がやります、妊産婦乳幼児の福祉避難所は母子保健の担当がやりますというようなことまで、明記をしています。

今までお話をさせていただいたように、福祉避難所を設置・運営する上で、どういった言葉の理解が必要か、そしてまた、どういった人間がいるのかということを簡単に整理させていただきました。

こういったものを運営することになってくると、事業所の方々と協定を結んでいると思いますが、一つの事業を実施するようなものです。結論から言うと、社会福祉法人の場合は、公益事業のほうで取り扱うのがベターかなと思っています。こういった指導も、自治体のほうが社会福祉法人に対してさせていただいています。

今まで申し上げた能登半島地震における経験等をもとに、輪島市では、次向けて、その取り組みをどう生かそうとしたか、そしてまた現在どんな進行形にあるかということを、御説明させていただきたいと思います。

石川県輪島市で能登半島地震を経験したので、この地震＝災害というイメージが残っており、福祉避難所の次のステップに進んでいくこととさせていただきます。

最初に問題になりますのが、誰がするかということです。言い出したものが一番大変です。福祉避難所の実際の設置・運営は私がさせていただいたこともありましたので、私がいる健康推進課でやりました。

災害時要配慮者避難支援計画というのは自治体にあるのですが、この一部の人が福祉避難所に来るので、この担当からやはりするべきだろうと。逆に、これと福祉避難所の担当課が違った場合には、名簿をどうするとか、名簿をどの段階で避難所に提供するかなど結構揉めることがありますので、やはり、要配慮者の担当課と福祉避難所の担当課は同一にすべきだという考えのもとやりました。

当然３月末には人事異動が突然くる可能性もありますので、ここは短期決戦でやろうと思いました。ある程度まではきちんと作り、マニュアルの検証といった作業に関しては他力本願でと考えていました。

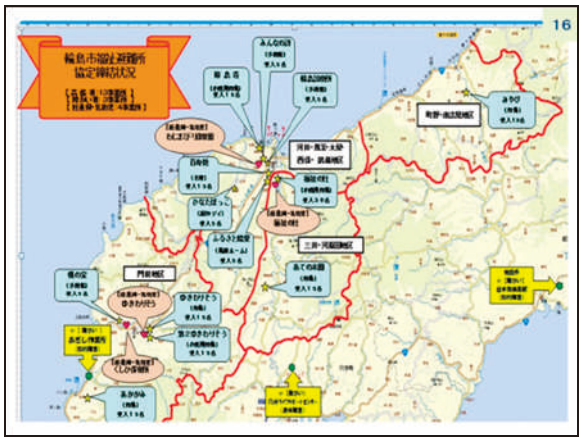
これは当たり前の話ですが、皆様方の自治体も社会福祉法人の事業所などと協定締結を結ばれていると思います。協定締結には二種類あり、避難所としての設置・運営協定と福祉用具の優先供給協定です。これを結んでおけば、後々、楽になると考えています。順番としては、協定の締結、マニュアルの策定、訓練の実施となりますが、私は福祉避難所の担当をさせていただいて、マニュアルを策定してから必要な福祉避難所の数などを見極めて、必要な協定を結んでいくほうがベターではないかと思い始めています。

この三本の柱を、できる限り短期間で責任を持ってやろうとしました。

そう言いながら、マニュアルの策定は２００７年に能登半島地震が起こり、４年か５年かかりました。これは、僕の

不徳のいたすところですが、この間いろいろなことを考えました。能登半島地震では冒頭申し上げたように、市全体の１５％程度が被災をした地震だったわけですが、そのときの業務多忙にもかかわらず自分が何とか死なずに乗り切れたので、果たして、マニュアルは要るか、要らないのかとかいろいろ考えている間に、４年後ぐらいに東日本大震災が起こり、やはり作っておこうということで、マニュアル整備とか訓練をしていくことになりました。

順序は逆かもしれませんが、協定の締結、これは先ほど説明させていただいたとおりです。福祉用具などは、購入と貸与と、これは介護保険法に則ってそのままあるメニューをそのまま、優先供給協定の締結をさせていただいております。輪島は本当に広い自治体なのですが、いろいろな事業所と、福祉避難所の協定締結を結ばせていただいています。水色が高齢者施設、ピンクが乳幼児と妊産婦、黄色が障害、来月ぐらいに、もう一個ふえる予定です。このように、市内くまなく福祉避難所の協定締結は、終わっているというふうに思っています。



ここからが非常に大事なマニュアルの策定。マニュアルの策定は、能登半島地震の経験も踏まえて、輪島市の特性、人口動態であったり、産業構造であったり、そういった構造上の問題からも避難所というものは行政が責任を持ってやらなければならない。

しかし、協定締結だけ持っていても、実際にその協定を生かした福祉避難所の設置・運営がなされてきているかというと、現在のところ残念ながらほとんどありません。だから、協定だけ持っていても無意味ということは、昨今の水害とか地震で、検証されてきたかと思います。

また、実際の現場は人と物とお金の関係が連動するので、整備をしなければなりません。また、「皆さんのたたき台になれば」くらいの感覚でマニュアルを策定していきました。

輪島市は能登半島地震の大体２倍を想定していますから、市全体の３割ぐらいが潰れたという想定で、福祉避難所のマニュアルをどう作れるかということを実行していくことになりました。ポイントとして掲げた介助員と、連絡はコーディネーター、介助員と連絡員をしっかりと位置づけるというふうなマニュアルにしました。当然その中には、マニュアルをそのまま、災害が起こったときに実行すれば、福祉避難所の設置・運営はできる形にしたいということで、様式集もこのマニュアルにつけています。

具体的にどうするべきかと、基本的な考え方、平常時にどのような取り組みをすべきか。この平常時の取り組みというのは、当然、輪島市が行う取り組みもあれば、協定締結をさせていただいた事業

者が行っておくような取り組み、この二本立てにしています。

先ほど申し上げたように、やはり、災害時要配慮者のデータを、災害が起こったときには、すぐに避難所に提供することが求められますが、個人情報の目的外使用という項目に則って、法律に触れない形で提供できるように、紙ベースで名簿を作成する。これは、毎年４月１日現在で、健康推進課のほうで全部やっています。介護度は年々変化しますが、それも全部反映させています。そういった名簿を作りつつ、福祉避難所の指定をしておきます。急遽、状態が悪くなる方も当然考えられますので、輪島市においては、その福祉避難所と協定を結ぶときには、日中ですけれども看護師が常駐する事業者と指定をしますとマニュアルで謳っています。また、介助員の重要性も、地元の人を極力つけるべきだというものも位置づけています。

協定が先ではなくてマニュアルが先ではないかと言いましたのは、福祉避難所の避難所の想定数を記載することで、それに対するキャパシティが判明し、その結果、どれくらいの福祉避難所の確保が必要になるということが判明することにつながるという理屈から、マニュアルが先ということもありではないかと考えています。

輪島市においては、要支援認定者と２次予防の７７０名のうち、１０．５％の方々が前回の能登半島地震で被災をした高齢者の方でしたので、そうすると今後必要な数は、２倍かけて２１％、１６０名ぐらい分の高齢者の福祉避難所を持っとけば大丈夫なんじゃないかということとなります。よって、既に必要数の確保は達成済みとなっています。

乳幼児・妊産婦については、５名ずつ対応の事業所が２か所で足りると判断しています。その特徴としては、乳幼児とか妊産婦は、どう見ても乳幼児・妊産婦なので、すぐに開設しなければならないことになる。

障害の方も、往々にして、林先生の話にもありましたけれども、在宅避難を選択される方が結構いるので、いわゆる一般避難所に行けないということで、障害者における福祉避難所の設置・運営も乳幼児・妊産婦と同様、即日ぐらいで立ち上げなければならないというふうなことは、別の意味で周知をさせていただいているところです。

あとは、その機材の確保の考え方。これも福祉避難所も大きな括りでいうと避難所のうちの一つなので、その避難所というものは、各自治体の地域防災計画でどうするかということが書いてあります。ですから、そこから逸脱することがないような資機材の調達方法も掲載させていただいているところです。

こういったものを、平常時には輪島市で取り組みます。あわせて、事業者には、自分の事業者の位置の近隣数キロ範囲のいろいろな災害の危険区域ごとにＧＩＳを落としたものを配って、あなた方の事業所はこういった災害の危険区域にあります、もしくは近いところにありますということの周知を行い、訓練等にも役立ててもらっているところです。

こういった形で可視化というものもマ

ニュアルに位置づけさせていただいているところです。

また、運営体制の事前整備ということで、福祉避難所の設置・運営については、市が責任を持ってするので、安心をしてくださいということの位置づけをさせていただいています。

輪島市においては、平常時に何をするかということをマニュアルで位置づけさせていただく、事業者は何をしてくださいということですが、輪島市においては、福祉避難所の旗振りは輪島市がするので、皆様方におかれては、心配しないでくださいということで、簡単なことだけ決めておいていただければ、それで十分です。ちゃんと対応させていただきますということをマニュアルで書かせていただいています。次に災害時にどうするかということが一番大事になるわけですが、そのときには、輪島市においては、市の職員がコーディネーターとなる連絡員制度というものを実行していきます、そこで福祉避難所の開設にあっては、どういった経路で福祉避難所のコーディネーターを選任するかということを位置づけさせていただいて、そのコーディネーターは何をするかというのは、最初に「体制を整備するための業務」と後でお話をしますけれども、「円滑に運営するための補助を行う業務」、この二つを、連絡員であるコーディネーターはしますよと。連絡体制を整えるためには、協定締結事業者で設置・運営が決まった事業者に対して、マニュアルに添付されている様式を流してくださいねと、これを流すときも訓練でいろいろ試したところ、ファクスが通じればメールよりもファクスがいいというのがわかってきました。そういった様式を配布したり、介助員の確保に向けて、コーディネーターは動きなさいよということを位置づけたりしています。

あと、当然、市の職員も被災していますけれども、事業所の職員も被災している。そこで、介護職員に不足が生じた場合、もしくは、この介助員が、ある施設のＡという事業所を福祉避難所にするときに、Ａという施設職員が介助員に行ってしまった場合には、そこの施設に穴があいてしまうので輪島市が県に対して介護職員ボランティアの要請も行います、そしてまた、物資の確保に向けても動いてくださいと、一般物資の場合と福祉物資によっては、様式が変わりますよということも、災害が起こったときのコーディネーターの役割として位置づけをさせていただく。また、このコーディネーターというのは、福祉避難所への避難者の取り次ぎを行っていく。福祉避難所への避難者の選定にあっては、地域包括支援センターの職員が、輪島市の地域防災計画上においては、各避難所を回って気になる方の発掘をしなければならないという位置づけにしています。連絡員は福祉避難所ができてからは、運営補助業務の実施を行うことになります。できてからは、事業所が意外と中心となってくる、いわゆる介助員の方々の役割が大きくなってくるので、今度は補助業務に回ることになります。こういう介助員の方も、全て全部自分で決められることばかりでないため、そういった場合には、ちゃんと相談受付をして、適切な指示を与える

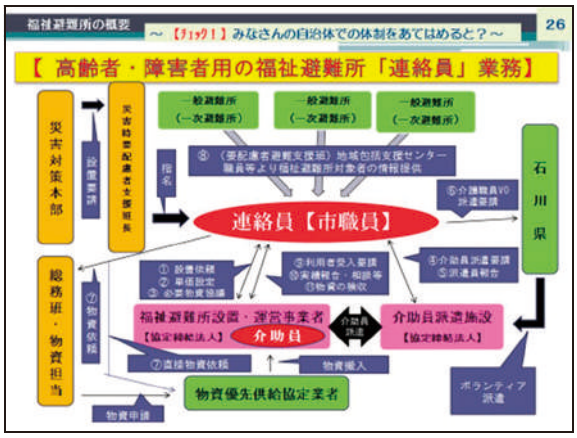
ことが役割となります。

また、実績や請求の取りまとめもしていかなければなりません。こういったことを円滑運営の補助業務としてマニュアルのほうで位置づけさせていただいています。

次に事業者は災害が起こったとき何するかということですが、この補助に対して円滑運営業務という位置づけが正しくなると思います。いわゆる、連絡員、コーディネーターの要請に基づいて介助員の確保やら利用者との調整とか、さまざまな物資を検討するなど、災害が起こったときには、介助員が中心になって、さまざまなことを事業所として対応をしていってもらうことと位置づけをさせていただいています。特に、勤務表の管理とか、備品台帳なんかの整理も必要となります。会計検査が来たときは、どの物資をどれだけ仕入れ、どれだけ余っているのか、その余った部分がレンタルなのか、もしくは買ったものなのか、買ったなら競売に図って、売れたのか、売れないのか、そのあたりまで請求書も含めて見られるので、備品台帳の管理というものはきちんとする必要があります。また、避難者の個別ファイル、こういった部分の管理も介助員の方々にお願いしていくことになります。

そして、また避難者の支援というところまでだんだん進んでくると、福祉サービスの利用の支援、そしてまた最終的には、統廃合も含めた福祉避難所スペースの再検討まで介助員はしていかなければなりません。そして最後には、請求業務が待っているので、事業者からすると、一つの新たな委託事業を市から受けるようなものだと位置づけで理解をされるのがベターかなと思います。

災害時に、どんなことをするかということを、今まで申し上げましたけれども、それをまとめたのがこれです。災害本部があって、班長が、これ大概は課長がなるのですが、そこから連絡員を指名して、細かく１番、２番とあり、何をするかというのがこれに全部書いてあります。連



絡員になったコーディネート業務を任されることになった職員は、マニュアルを一個一個読んでいってもいいし、この矢印を見ながら順番どおりに何をしていかねばらないかということがわかる形になっています。こういった一つのチェックリスト的なものに活用していただくために、福祉避難所の設置・運営状況の現状が見える形でどこまで今進んでいるのかを確認するために、こういったフローチャートを作っています。

あと、様式、様式と先ほどからうるさく言っておりますが、どんな様式がいるとか、対象者を選定する、いわゆる一般避難所から福祉避難所に行っていただくための対象者を選定する様式は、皆さん持っていますか？次は、福祉避難所設

置・運営する事業者の方々が使う、運営を管理するような様式というものは、どこまで実際で整えられていますか？自治体が福祉避難所の運営を補助するためのような様式、ここでは介護職員の派遣であったり、災害支援ナースであったり、物資とかありますが、こういったどのあたりまで共通認識された様式を準備されているとかを確認していただければいいと思います。少なくとも輪島市においては、これだけの様式があれば、福祉避難所は意外と運営できるという整理をさせていただいております。

こういったマニュアルというものは、輪島市のホームページのほうでも全部アップさせていただいていますので、またお時間がある方は見ていただければ幸いです。

では、最後になりますが、訓練の実施についてです。私も、どこまでできるかなと思いながら、福祉避難所に取り組ませていただいているわけではありますが、最初にやっておきたかった三本の柱のひとつに訓練があります。その訓練は皆さんが一般的に実施する避難訓練のように消火器の使い方を学ぶようなものではなく、より役に立つような訓練をするにはどうしたらいいかということを考えていました。訓練を実施することで、災害が起こったときに使えるような訓練にしていきたいという目標を掲げさせていただいています。何よりも大事なのは、マニュアルの検証につなげていくような訓練にしたいと常々思っています。

４年ぐらい前から定期的に訓練をしています。これまでに５回実施をして協力をいただいた事業所は１０カ所ぐらいの福祉協定締結法人です。

まず、写真から見ていただきたいのですが、これは、輪島市における福祉避難所の訓練の様子ですが、まず、福祉避難所の設置・運営だけをする訓練はしません。最初に、要配慮者の方々を一般避難所に送り込むところからの訓練です。送り込んで、そこで調査をして、あなたは福祉避難所に行ったほうがいいですよ、もしくは、「私は行きたいんだよ」というふうな方を見極めるというものです。

訓練ですが、どの段階で要配慮者の方々を一般避難所に避難させるかというところですが、これは地震が起こったときは仕方がないのですが、土砂とか水害関係になってくると、まず避難準備情報が出ます。そのときは、皆さんは元気なので避難はしません。そこから、勧告につながり、最終的には指示という形になりますが、往々にして一般の方々は、「避難勧告が出たら、そろそろ動くかな。指示が出たら行かないと。」ということで、行くことになるかと思いますが、要配慮者の方々というのは、避難準備情報が出たら避難をしなければなりません。ですから訓練をするにしても、避難準備情

報が出た段階で逃げ始めてくださいよと。そうしないと、一次避難所に来て、いい場所もとれないし、最終的には、福祉避難スペースをつくるにしても、それを作ろうと思った段階で、一般の人がもう所狭しといった場合には、なかなか退いてもらうのも難しいですと言っています。災害時の要配慮者の方々に対しては、避難訓練をする段階から、避難準備情報が出たら避難してくださいということを周知徹底しています。

この福祉避難所の設置・運営の訓練をするのですが、このときには実際の要配慮者、要支援１、２、もしくは２次予防高齢者の方に、家族の人に説明をして、了解をとって、もしかしたらテレビに映るかもしれない、もしかすると訓練中に気分が悪くなってしまうかもしれないけど、それでもいいですかという許可をとり、参加をしていただいています。そして、１次避難所から２次避難所に来るわけですが、ここは、包括の職員とかが同行し、連れてきます。１次避難所で調査をした人間（包括等の職員）が、ここの介助員に対して全て申し送りをする、その方法も市内統一様式で申し送りをするというふうに、実際の避難を想定した流れを確立させていただいています。

これも同じように、高齢者の福祉避難所ですが、これは福祉避難所に来た高齢者の方ですが、来た後は、当然、この本人を交えて最終的には、次どこに行くかという検討を行う訓練までさせていただいています。

次は、乳幼児・妊産婦用の訓練です。写真では赤ちゃん抱いているように見えますが、今回は赤ちゃんがいなかったので、ダミーでさせていただきました。お母さんと介助員で、次どこに行くかというふうな話も全てさせていただいているところです。平成２６年度の乳幼児・妊産婦用の、このときにはちゃんとした赤ちゃんを連れてきて、お母さんと介助員が話し合いながら次の行き場所、困ったことはないか、そういったことについて、

現場を通じて訓練をさせていただいているところです。

これだけが訓練かというと、そうではなくて、能登半島地震時には事業所さんにおいては、最初に１４４万円ほどかかりましたということを言いました。その１４４万円に繋がる人件費の請求資料であったり、食費の取りまとめ資料であったり、そういった様式も全部使いながら、費用請求まで仮の形で市役所に対して行うような訓練もしています。こっちは市の職員で、この方々から出てきた請求金額、請求内容が正しいかどうかを市の職員がチェックをする。これら全てマニュアルに位置づけてある訓練であり、マニュアルに位置づけてある災害時の対応というものに沿ってさせていただいているものです。

こういった形で訓練はしますが、訓練に参加されない方も多くおられますので、訓練実施していただく事業所には、１０日間ほどパネルを掲示させてもらって、福祉避難所のことをちょっとでもわかっていただけるような形に努めているところです。これは４年間ずっとやり続けてきています。

訓練に先立って必ず説明会は開催します。大体１週間ぐらい前に、２時間程度訓練を実施する協定締結事業所で行います。そのときには、輪島市において使っているマニュアル、様式も含めて、参加される方全員に配って、それを事業所に置いていただければ、いざというときにも役に立つのではないかと考えているためです。マニュアルについては特に、せっかく市が作ったので、それを配布して周知するためにも、こういった形で説明会を行うときに活用もさせていただく。また、パネルも先ほど見ていただいたように掲示をする。

そして、訓練当日はですね、詳細なタイムスケジュールを作成して、それに則って当然進めていく訳ですが、申し上げたとおり、要配慮者は避難準備情報が出たら避難するのですよと、ここから全部避難訓練は始まっていますということを、普段の段階から市民の方々に周知をしていかなければなりません。ここを起点として、福祉避難所と要配慮者の避難訓練というものは開始されるのだという形をとらせていただいています。一次避難所で、避難者本人の状態の記録と数日間の経過記録の把握をして、福祉避難所に行ってもらったときに介助員へ引き継

ぎをして、福祉避難所で継続的に状況の記録を継続し、最終的には次の行き場所の検討も行うことになります。

あと、福祉避難所の実際の設置・運営に欠かせないものとして位置づけている事務手続の訓練もしていただいて、その直後にちゃんと反省会をします。これは、訓練が、スタートが７時半ぐらいだとすると、終わるのが１０時になるのですが、終わってからこの反省会が非常にありがたくて、ここは私が他力本願と位置づけたところですが、ここで皆さんの意見を出していただきます。輪島市は、昨年の１１月にこの訓練をまた実施したのですが、大体この反省会が非常に長くて、１時間とか１時間半とか、かかります。そこで、私が最初にマニュアルをつくったときに気づかなかった部分、もしくは、マニュアルをこう修正したらいいのではないかというふうな、皆様方の意見を集約させていただいています。マニュアルはこのように毎回修正、様式の細々としたところを直せとか、連絡のやりとりは、特に保育所の職員さんは、メールは使いずらいという方が結構いらっしゃるのでやりとりはファクスを基本としてくださいというふうなことも言われたりしました。そういった意見というものは全て尊重して、マニュアルをその都度修正します。いつマニュアルを修正、いわゆる起案をするかという話ですが、できる限り、訓練は昼ぐらいで終わり、昼から職場に帰って、マニュアル修正の案をつくって、起案まで起こして、当日の訓練は終わるといった形です。

これは余談になりますが、その福祉避難所の設置・運営協定は、事業者にとっては約束をしただけなので、その中身のルールがないと全然だめです。会計処理も含めて、連絡員が事業者を指導していくという形で、輪島市では、災害が起こったときには、うまく対応できる。できるだけその連携というふうな部分は省いて、それぞれの担当者に責任を負わせるような形で、福祉避難所がうまく回るように取り組みを進めているところです。

終わりに、輪島市では合併して一年後に能登半島地震が起こりました。そこで、僕は、旧輪島市というところの職員でして、旧門前町というところと合併したのですが、そこの町の事業者の法人の代表には、福祉避難所の設置・運営を断られました経緯があります。やはり普段から人づくり、人間関係というものは非常に重要だということで、福祉避難所の設置・運営の制度をフォーマルな部分とあえて位置づけさせていただくなら、これを体現させていく人間関係をインフォーマルと位置付けるなら、それらを自治体関係者と協定締結先の職員とがが融合するような形をいかに早く作り上げるということが理想的な姿であると思います。

こういった自治体が事業者とより良い関係を築くことによって初めて福祉避難所の円滑な運営ができるのではないかと、提言をさせていただきまして、長くなりましたけれども、私の話に代えさせていただきたいと思います。長時間、ありがとうございました。

○司会　ありがとうございました。

この後、今までのことを振り返りまして、質疑応答とかをしていきたいと思い

ます。林様、あるいは河崎様にもう少し詳しく聞きたいということがございましたら挙手をお願いただけますでしょうか。よろしくお願いいたします。

○質問者　大阪の特別支援学校を福祉避難所に立ち上げていくための活動をしております。そのために、先程、河崎様のほうからお話がありました、乳幼児と妊産婦の福祉避難所というのは即日立ち上げる必要があると。私どもも、知的障害児、また特別支援学校というのは、性質上、一次福祉避難所になるようにということで活動しています。行政の方と話し合いをする中で、即日立ち上げという点についていつも、話が止まってしまいます。行政の立場として、何をするかが即日に立ち上げられるのかということを教えてください。

○河崎氏　質問、ありがとうございます。即日立ち上げ、これをするためには、先程申し上げたようなマニュアルも含めて、まずしっかりと一回はマニュアルに沿って訓練を経験していただいておくというところが大前提です。

その次に、輪島市は、即日立ち上げのために、特に障害の方ですが、今どんな形をとっているかといいますと、皆さん、福祉避難所というのは、意外と２次避難所という頭が強くて、すぐそこに行けないと状況になっています。しかし、今、方針の転換をさせていただいて、実は、施設の利用者、障害を持っている親御さんに直接普段の段階からあなたの逃げるところとして、ある程度適切な障害施設を福祉避難所指定しているので、そこに逃げてくださいという、最初からすり込みをさせていただきます。そうすることによって、一度は覗いとこうかなという気持ちになってくれれば幸いかと考えています。特に場所が変わると対応ができない子供たち、大人の方も多いので、場所になれていただくという意味も含めて、そうすることが、障害者の支援のサービスの一つの受給にも繋がってくるのではないかと言うふうなお話をさせていただいているところです。

そういった形で、まず訓練を一回は必ずする、流れを覚えるということ、それから、行政としてはもう一つ、事業者の方々と連携をとって、障害を抱える御本人、親御さんに、あなたの避難所はここですよということをくまなく伝えていく、そういったことが非常に重要なのではないかと思っています。

○質問者　ありがとうございました。

○司会　今、福祉避難所について、高齢者の方々の場合、それから今お話あった障害者の場合には、いわゆる一次避難所に一回来ていただいて、その後、移動して二次避難所へ行くというオーソドックスなルート以外もあるという話でした。今の輪島市のお話を伺いましたがが、京

都府のほうはいかがでしょうか。今回の主に福祉避難コーナーといって、仮に障害のあるお子さんであったとしても、極力、地域の方に受け入れてもらえるような、ユニバーサルな避難所づくりに取り組んでらっしゃるという話だったのですけれども、何かもし今の話でコメント等ございましたら、お願いできますでしょうか。

○林氏　今、河崎さんのほうから、市のほうで直接、福祉避難所に逃げておくための訓練など、取り決めをいろいろとされていると言うことをお聞きしました。二次避難所として福祉避難所というものはありますが、そもそもそういった一般避難所で、この人どう考えても無理だよという方も中にはいらっしゃいます。そういった方については、やはり事前にどこに逃げておくかということを、ご家族とかご本人とか、そういった方々も含めて、まず自分の避難計画を作ってもらうために私の避難計画と作成してもらっています。私の避難計画という媒体で、できる限り自分が災害のときにどうなるのかなということをイメージしていただくためのきっかけを、府としては進めているというところで、市町村は、それを踏まえて、個別避難計画や、個々の避難計画をつくっていくというようなことをお願いしているところです。

○司会　ありがとうございました。ほかのご質問等ございましたらお伺いいたします。

○質問者　貴重なお話、ありがとうございました。大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会の代表をしております。我々は普段から何か大きな災害が起こったときに、医療とともにリハビリテーションをしなければならないということで、まず恐らく、最初に避難所に行くと思います。その次のターゲットは、恐らく、福祉避難所のほうになると思います。その福祉避難所に行くと、先ほどの高齢者だとか、障害者の方がたくさんおられて、平時からリハビリテーションを行っている方がたくさんおられると思います。その方々に継続してリハビリテーションを行うためにどんなふうにすればいいかなということを、我々、積極的にアプローチするときに、何か協定を結んでおくようなものがあれば、あるいは協定を結んでおられるリハビリテーション医療があれば教えていただきたいと思いますし、何かそういうことがヒントになれば、先生方のところでリハビリテーションに関して、どのように考えておられるのかということがあれば、教えていただきたいと思います。

○司会　ありがとうございました。被災されるかもしれない自治体と、どういった協定を結んでおいたら、全国的な支援を受けられるか、あるいは、もともとある地域のそのリハビリテーションに関する団体さんと協定をどう結んだらいいか、そういった御質問でよろしかったでしょうか。

○質問者　そうです。

○司会　そうしましたら、まず自治体の河崎様から、その後、もう少し広域的な観点から何か補足がありましたら、林様お願いしたいと思います。

○河崎氏　まず、被災した自治体からす

ると、そこはできたら協定がなくても動きたいところです。協定という言葉だけを捉えるならば、輪島市においては、福祉避難所につきましては、石川県の看護協会のほうと協定を結ばせていただいていますが、そのリハビリ関係とか社会福祉士やら介護福祉士やら、いろんな職能団体がありますが、できたらそのような職能団体の一覧的なものを、自治体にいただいて、災害があったときにはすぐ対応していただけるような、ある意味協定なしでも動けるような状態を自治体からしたらつくっていただきたいのが本音です。視点は逸れますが、協定の数というのが、物資の優先供給協定があったり、人員派遣の協定があったり、自治体は協定であふれています。協定というのは、福祉避難所の設置・運営協定を先ほども紹介させてもらいましたが、協定があるだけでは、どう動かしていいかわかりません。というところから、その職能団体さん含めて、私たちは動きますよという一覧みたいなものを、どちらかというと、市町村は受動的な立場、職能団体としては能動的な立場で、災害があったときには連絡をくださいというふうなものを自発的に作成していただけると、僕は、自治体の職員として非常に助かるのではないかと思います。

○質問者　ありがとうございます。私もそのほうがいいと思います。協定がなければ動けないというよりも、どちらかというと、どんどん自由に動けるという。

　もう一つは、大体この協定は県と結ぶことが多くて、ところが、福祉避難所は市町村です。ここは少し難しいところだなというふうに、少し考えておりますので、また、我々もいろいろ取り組みたいと思っています。

○質問者　ありがとうございました。引き続いてですけど、どうして京都府が、市町村がやるべき福祉避難所のことをやっておられるのかということを、もし時間があれば最後に少し聞きたいなと思います。

○司会　わかりました。林様のほうから何かありましたらお願いしたいと思います。

○林氏　先ほどの組織立ってという、協定のような関係の話ですが、この福祉チームの前に、福祉ネットワークを作るということが話としてあります。

　東日本大震災のときに、福祉的ニーズがいろいろとあったのですが、そのニーズがあるけれども、それが双方向に情報が伝わらないために、専門の方が２回も３回も同じような方が避難所に来られてもう十分ですというようなニーズのマッチングが十分にうまくいかなかったことがありました。国としてはその福祉的なネットワークを全国的に作ろうということで、その一角としてこういった福祉チームを各府県に作って、もしその大阪府とかで大きな災害が起きたときに、京都は行って支援をしたり受援をしたりとかいうような話がありますので、こういった福祉のネットワークを全国的につくるというのが一つの方法かなというふうにも思っております。

避難所はユニバーサルデザインが根底にあって、誰もがけがをして松葉杖をついたり、車椅子になってしまったりとかで、

要配慮者になる可能性がある中で、やはりその避難所というものをものすごく身近なイメージしやすいものということもあって、一般の避難所をある意味、福祉避難所化させていこうということを少しずつ進めているところです。

その避難所というのは、市町村がそれぞれ作られて、いろんな取り組みをされていますが、やはり統一的にこういった工夫もできるというようなことを率先してお示ししたりとか、一緒になって訓練をやったりとか、あんなこともやろうじゃないかということで、うちは進めているところです。以上です。

○司会　ありがとうございました。ほか、そうしましたら、お一人最後の方、お願いいたします。

○質問者　大変すばらしい話ありがとうございます。要配慮者ということですが、前提としまして、いわゆるハンディーキャップのある方が前提だと思いますが、切り口を変えて、京都府でしたら、例えば、観光客ですが、非常に多いと思います。例えば、海外、外国人の方も多いと思いますが、ほとんどは健常者かなとは思いますが、外国人の扱いです。

というのは、先日の、その茨城県の洪水でもありましたが、あそこはブラジル人が結構多くて少し揉めたことがありました。外国人を差別するのかというようなこともありました。それと定住者とその観光客の話が一つと、あとその避難所の災害の規模にもよると思いますが、要はどれぐらいの期間開設するのを想定されているのか、その期限をどれぐらいまで想定されているのかなという二つお聞きしたいと思います。

○司会　ありがとうございました。質問、二つでございました。

まず、外国人の件ですが、観光客の場合とそれから在留外国人の場合、二つあるかと思います。

観光客については、京都市さんがすごく率先的にやっているかと思いますが、趣旨的に多分、どちらかというと在留外国人のほうがあうかと思いますので、そちらについてもしコメントがありましたら、お願いできればと思います。

２番目は、開設期間の問題でした。今日は、多分、施設の方も多く来ておられると思いますので、なかなかわからないと思いますが、施設、期間について何かコメントがありましらお願いできればと思います。

○河崎氏　御質問ありがとうございます。災害時要配慮者のところでですね、輪島市は、外国人につきましては、災害時要配慮者に準じる方ということで位置づけをしております。外国人は、観光客や定住者もいますけれども、非常に数が少ないので、その方々に特化した何かをしているわけではありません。

ただ、災害時要配慮者というその言葉について、ちょっと私こだわりがありまして、当初、平成２０年３月までに各自治体で、要援護者の避難支援計画というのを作らなければなりませんでした。その災害時要援護者、今、要配慮者ですけど、その範疇をどうするかというのは、自治体によって違います。最初、国は要介護３以上と言ってきました。能登半島地震はその１年前にあったので、要介

護３以上が、要配慮者とは、そんなことないと思って、輪島市は７５才以上の単身の方、元気でも夫婦のみ世帯全部、災害時要配慮者にしたので、そのパーセンテージが非常に人口に対して大きくなっています。

そういったところで、要配慮者というその言葉の使い方というのは、自治体によって異なってくるので、その要配慮者全員に対して、どんな災害時の対応を考えていますかといわれると、非常に自治体は苦しいと思います。

次、期間についてですが、僕は能登半島地震しか経験していないので、輪島市の人間が言うのも変ですが、あの程度の地震であれば、一般避難所の開設期間は１カ月、避難者が、ピークで二千何人かいたのですが、おおむね輪島市の人口の１割ぐらいが避難しました。そのうちの家に帰れなくなった方が最終的に３００人程いて、その３００世帯分の仮設住宅を１カ月以内に建てることができ、一般避難所をすべて閉鎖することができました。輪島市において災害の想定について言いますと、多分、仮設ができるまでの間の１カ月を過ごせる段ボール製のベッドがあれば非常に助かると思います。もし、それが足らなくなった場合に、段ボールベッドの供給業者のローテーションが可能な協定締結等をすれば、大丈夫なんじゃないかなと感じております。

○質問者　ありがとうございます。

○林氏　観光客、外国人、そういったコミュニケーションに関して、地理感覚がないというような方々に対しては、本当に難しいです。ただ一つ言えることは、そのわかりにくい日本語は使わないということが一つ言えると思います。例えば、「入れないことはない」とかです、くどい言い方じゃなくて、「ほぼ入れません」というような、そういったものも幾つかあるみたいで、だから、よくわかりやすい日本語というものを心がけて、いろいろと考えています。例えば、その今お配りしたガイドライン、このサインも一つ見ていただけたらと思いますが、ユニバーサルデザインのデザイン協会の理事長が作られました。福祉避難コーナーといういろいろな人たちがいますということで、視覚的にサインを持ってわかりやすくしています。どこに何があるのかということがわかれば、観光客であっても外国の方であっても利用のハードルが下がってくるのかなというようなことが一つ言えると思います。

それから二点目、福祉避難所の開設期間についてですが、一応、国は、最長７日間、場合によっては延長もできるというふうにも、そのガイドラインに示されてはいますが、規模によって話は変わってきます。一応、国が７日間とかいろいろと言っている意味は、一時滞留されてきちんとその施設であったり自宅に帰られたりというようなワンクッションおくようなイメージで考えておられるのかなと思いますので、その規模によって当然その東日本であったら１カ月とか２カ月とか、そういった期間、開設されるかとは思いますが、でも、短期決戦が一つのポイントかなというふうに思っています。以上です。

○司会　ありがとうございました。

○質問者　ありがとうございました。
○司会　時間も押してまいりましたので、このあたりで終わりにしたいと思います。そうしましたら、これで終了させていただきたいと思います。もう一度、講師の林様、河崎様のほうに、皆さん、拍手をお願いできればと思います。