

災害福祉研究

—災害予防、対応時における多職種連携のあり方—

2016

目 次

司会：

小林良子 （日本社会福祉系学会連合・運営委員）

開会挨拶：

黒木保博 （日本社会福祉系学会連合・会長） ……2

発題者：

笹岡眞弓 （文京学院大学・教授） ……4

小早川義貴 （国立病院機構災害医療センター―福島復興支援室） ……11

奥田博子 （国立保健医療科学院・保健師） ……19

菅原由紀枝 （高寿園・管理栄養士） ……26

質疑応答 ……32

閉会

※敬称略

開会挨拶



黒木: それでは定刻になりましたので本日の公開研究会を始めさせていただきます。この日本社会福祉系学会連合の会長を仰せつかっております、日本社会福祉学会副会長・同志社大学の黒木でございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。ご出席をいただきましてありがとうございます。

ご存じかと思いますが、日本社会福祉系学会連合は 20 の学会で組織をされております。発足いたしましたのは 2006 年のことです。10 年間の月日が流れております。この学会連合は、社会福祉系学会の学会活動の質の向上と社会貢献を目指すための、情報交換並びに連携を目的とするということで組織化されました。

4 つの主な事業をやっております。まず第 1 に、会員の活動に関する情報交換があります。20 の学会が情報交換するというので、ホームページを作成しております。そして第 2 には、ニュースレターの発行を中心に、情報交換ということをやらせていただいています。また、第 3 には、学会の大会開催の日程などについての情報を、20 の団体がお互いにバッティングをしないようにということもありまして、公開させていただいています。それから第 4 には、今日のような公開研究会、あるいはシンポジウムを開催しております。そして、そもそもの社会福祉系学会連合の組織化の理由が、日本学術会議の活動に対して社会福祉系学会が、支援と協力をするというかたちで取り組んでまいりました。さらにその他会員による活動の促進に貢献する事業といたしまして、ホームページをご覧くださいとお分かりかと思いますが、災害福祉アーカイブを設けております。災害福祉に関する文献の収集そして公開、研究論文あるいは報告書などを収集いたしまして、そこでアーカイブとして活用させていただくということでございます。今日は学部の学生さんも多数出席をしていただきましたが、研究などされるのでしたらぜひこのアーカイブに入ってください、研究論文とか報告書などをご覧くださいと思っております。

本日はお手元でございますようなテーマで、公開研究会というかたちで開催させていただきます。この学会連合は、災害福祉に関しまして 2011 年から取り組んでおりました。もう 5 年以上取り組んできたので、実はそろそろ別のテーマを考えようかというようなことで動いていましたが、熊本での地震が起きました。さらにこれはいろんなかたちで、いろんな切り口で、学会連合としても取り組む必要があるということになりました。今年も引き続きこういうテーマを掲げた次第でございます。

2 週間前に私は、京都刑務所で行われました総合防災訓練に、避難民として参加し、1 日過ごしてまいりました。刑務所を避難所として使うということでは、熊本地震にて熊本刑務所がいち早く手を挙げて、刑務所付近の住民の方々 200 名ぐらいの避難所を開設しました。けれども、まだ全国 16 の刑務所としては、そういう訓練をなされていなかったということであ

ります。

塀の中を活用する避難所ではなく、塀の外側にどの刑務所も体育館を持っています。日頃は刑務官の訓練などに使っているそうですが、そこをいち早く避難所として使うということで、今回、京都刑務所で総合防災訓練がございました。刑務所というのは何が起きてもすぐに対応できるような態勢が取れるところだそうです。受刑者のための緊急用食料も1週間分備蓄している。それから水も上水道が断たれても井戸で対応できるような施設を持っている。それから自家発電を持っているとかですね。それから煮炊きができる施設を持ち、医療室もあるということで、地域にある一つのリソースとして使えるのではないかと、ということでの訓練がございました。自衛隊から警察、消防、赤十字と関連部署が出てきて、連携というかたちで次から次に展開をされました。私にとりまして非常に役に立つ1日だったということです。

今日は、4人の発題者をお招きいたしました。お忙しい中、発題をお引き受けいただきましたこと、心から感謝を申し上げます。それから司会進行を小林先生にお願いいたしました。どうぞよろしく願いいたします。それでは有意義な時間になりますよう、ぜひよろしく願いいたしたいと思います。それでは小林先生お願いします。

小林：小林と申します。よろしくお願いします。私はこの学会連合に、日本司法福祉学会という団体からの運営委員ということで入っているんですけども、今黒木先生がおっしゃった、避難所として刑務所の周りを使うというのを、実は全然知らなくて、早速帰りましたら本部長関係と確認をしていきたいと思いました。

私は東京社会福祉士会に属してまして、それまでは日本てんかん協会という団体にいました。神戸の阪神淡路大震災のときに、てんかん協会がなくなるとということで、地元の国立病院と連携して、薬を支給する、配布する、いろんな活動をやっていました。あのときは本当にグラグラパンとなる地震で、あと火事が起きてという地震だったのですが、今回東京社会福祉士会というところで東日本大震災にあいまして、というか関係しまして、陸前高田にたまたまいろんな関係で支援に入って、何年間かずっと支援を続けてきました。東京社会福祉士会では、災害福祉委員会というのを作ったのですが、やはりこの先熊本とか、次から次へといろんな震災が起きる中で、結局どういうふうな福祉関係者支援をしていけばいいのかとか、対策を取っていけばいいのか、また今に東京にもすごく大きいのがくるというのがずっと言われ続けていますので、そのときの地元としてどういうふうにしていけばいいのか等々が、最終的にはよく私自身はつかめないでいるということがあります。ということで、今日の先生方のお話を聞いて、私もぜひ勉強させていただきたいと思っています。自己紹介をさせていただきました。

それでは早速1番目に、文京学院大学で日本医療社会福祉学会ということで、いろいろと石巻とかも含めて入られて活動された、笹岡先生にお話をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

笹岡眞弓氏 報告

笹岡：ただいまご紹介にあずかりました笹岡と申します。今日は学会連合ということで、日本医療社会福祉学会の立場と、職能団体では石巻活動を継続しておりますので、その経験から多職種連携のあり方という題で、その題に応えられているかどうか不安ですが、そしてトップバッターであることの緊張がすごくありますけれども、話を聞いていただきたいと思えます。

災害ソーシャルワークというものが言われるきっかけになった一つに、阪神淡路のときに学会として非常に重度の重複障害の方たちへの支援を行ったことがあると思えます。阪神淡路大震災では、障害者の方のためには、公園に2階建ての仮設住宅を作りました。そのときに5年間生活支援活動を継続しました。東北大震災では、石巻市における支援活動を今も継続中です。常総の水害時には、私どもの茨城県の医療ソーシャルワーカーの団体が2カ月間ソーシャルワーカーを常駐させて活動しました。熊本大地震では、益城町にボランティアソーシャルワーカーを半年派遣し、益城町の行政チームに1人常駐のワーカーを置いたという経験を踏まえ、多職種との連携について、お話し申し上げます。

阪神淡路大震災のときには、1995年の9月に中間報告を出しました。1月17日の震災発生、あのときには日本中が、こんなに近代化をした中での非常に大きな地震で、とてもショッキングな衝撃が日本中を駆け抜けました。日本医療社会福祉学会では、外国人の支援でさぞ困っているだろうということで、学会の中で外国語が堪能な方たちをすべてボランティアで派遣しようということ考えたとのことでした。でもどこに行けばそういうニーズがあるかも分からないということで、これは意味がない。英語、フランス語よりアジア系の言葉のほうがもっと重要だということで、何をどのようにできるのかと模索しているときに、1月27日放送の当時の久米宏氏がキャスターをしていたニュースステーションで、国際協力市民の会「シェア」という団体が、ソーシャルワーカーを募集している、という報道がされたわけです。シェアの医師たちが、風邪から肺炎になる劣悪な環境の中で、高齢者を入院させるために病院探しに追われている、ということでした。翌日すぐに事務局長が電話をかけ、私たちにぜひ手伝わせてくださいということで、活動を始めました。この時から、支援をつないでいくというバトンを送る活動というか、記録を書き、電話で細かい様子を引き継ぐというような、東北でも常総でも熊本でも繰り返された、ソーシャルワークをつなぐという活動が開始されました。

このときの六甲小学校における総支援ケースが77で、ドクターとナースからの依頼が大体5割ぐらい。本人、家族友人からが3割、ワーカー自身が発見するのが2割と、大体こういうふうな割合でした。総面接回数は3カ月で429回ですので、かなりニーズがあったのだろうと思えます。その後大和仮設住宅におけるソーシャルワークを行い、2000年にそこを閉じるまで活動しました。そのときに中間報告で他の医師が書いているのは、4つのRに沿った支援活動だったのだろうとまとめています。保健医療機関のソーシャルワーカーは、もちろん病院探しも、それからつなぐ役割もある程度うまくできたのだろうと思えます。急性期からの支援でしたが、適切な時期にこのときは撤収することができました。適切だったと判断

しているのは、5年間で撤収できたということと、小学校を引き上げるときには「まとめ」をして置いていったということです。シェアという適切な団体と協働できたということと、大量の救援情報と社会資源、現地周辺のサポート要員を確保して、関西の医療ソーシャルワーカーがグループで常駐したので、そこが役に立ったというふうに総括しています。神戸市の行政からも依頼され、大和仮設住宅の中にソーシャルワーカーの部屋をもらって、そのとき「ソーシャルさん」と呼ばれていたのですが、ソーシャルアワーを設けて、ジェーンアダムズに倣い、すごくいいお茶器をセットして、ティーサービスという、そういった活動をしたということです。

東日本はあまりにも広大で大きな災害状況でした。そのあまりにも大きな災害に、どこから何をしたいのかという、私たち派遣元も非常に混乱しました。このときの連携の状況としては、阪神淡路大震災での経験で行政との関係が極めて重要だということが分かっていたので、石巻市の健康推進課との関係を深めるところから始めました。2011年の3月末にまず行ったときに、福祉的避難所に入るようになったのですが、そこを管理している市民病院と、しかし現場で指揮を執っているというのは行政の関係の保健師さんたちと、どうやって連携するかということを考えてみました。多職種連携としては、このときにソーシャルケア従事者研修研究協議会があったので、ここでお互いの団体が何をしているかを知ることができました。一緒に何かをやるということではできませんでしたけれども、このとき他には4団体、社会福祉士専門職協議会というのがあるのですが、日本社会福祉士会は地域包括支援センターへの支援に。日本精神保健福祉士協会はDPATの心の支援に、私たち医療社会福祉協会は主務課が厚生労働省の健康局の保健師さんが管轄していた部署で、震災直後から指示を仰いでおりました。ソーシャルワーカーの3団体は独自の活動で、1本の旗の下で一緒にやるべきだという意見もあったのですが、やはりもう走り出しているのでどどんみんな独自の活動をしましようということで、お互いの報告会ももちませんでした。2年たってソーシャルケア従事者研究協議会での報告会というのはあったのですが、毎年続けていても、どこの団体はどのような活動をしましたというふうな報告に終わっていたということだと思います。なかなか福祉のほうでまとまってということはもちろん、介護福祉協会もケアマネ会も、全く独自の活動をしていましたので、お互いが何をしているのかも知らない状態でした。岩手県のDCATの母体となる活動なども、聴いてはいましたが自らの支援活動に集中していました。私どもは2011年の4月1日から自発的な活動でした。緊急対応の時期でしたが、4月半ばに石巻市の遊学館が福祉的避難所となる前に、4月1日から現地責任者を派遣しました。PCAT(日本プライマリ・ケア連合学会)とキャンナス(主に看護師のボランティア集団)の人たち、私たち医療ソーシャルワーカー(以下MSW)などを始め多くの専門職がそこに集ってきました。石巻市立病院の先生もおっしゃっていましたが、多くの支援団体がすごくたくさん入って来たことと、その結果遊楽館の活動がとてもよかったというのは、なかなか珍しいことであると。これは私立病院の立場から、自分も発表しなくてはいけないというような、論文を書く動機付けについて語っていらっしたことからも、これだけたくさんの方が活動を継続できたというのは、非常にいい経験になったと思います。

この時PCATとお互いに何をやっているかが分かり合え、連携ができたので、熊本の益城

町の活動でも PCAT の方が、行政に助言して MSW を呼んでくれたということがありました。

その他、2011 年の 4 月 1 日に仙台市の若林区に、大川弥生先生がリーダーであられる生活機能対応専門職チームにも参加しました。前の日に集まって、そこには NHK の報道も入っており、鳴り物入りで若林体育館に行ったのですが、1 年は必ずいてください、1 年いなかったら意味がありません、ということでチームとして行ったのですが、5 月 6 日に突然終了になりました。ここはあまりにも 1 人の先生が、私を通してしかチームと居住者は話してはいけないというルールを徹底しすぎたというのがあったことが大きな原因だと思うのですが、例えば理学療法士の方が行って、理学療法士として生活不活発病などの予防に貢献したいけれども、ブルーシートの整理しかしてはいけないというのがストレスだった、というようなことでした。ソーシャルワーカーも個人的な相談に乗ってはいけない、というようなルールで、居住者の意思の尊重という目的はチームで共有できても、方法の限界が確かにあるということ、このときに思いました。そして、津波の後の在宅被災者の状況を確認するために、4 月 10 日から、石巻のローラー作戦という、1 万 3,000 世帯以上の在宅被災者のローラー作戦にも協会として参加しました。このときは在宅医療学会の医師たちの呼びかけでケアマネジャーの協会協力していただき、たくさんの職種の方々と、ローラー作戦を 2 日間にわたってしました。

1 万 3,000 世帯全部回って、報告書を作ったというのが、大きいことだったと思います。初期の活動としては、3 月 27 日にやっと石巻の赤十字病院を尋ねることができましたが、2 週間以上たってようやく視察できたので、石巻赤十字病院に宿泊して病院の MSW に話が聞けました。つくづく思ったのは、MSW のバックアップに入るのが遅すぎました。彼らは 3 月 13 日以降、野戦病院のような中で黒トリアージ(死亡している)の家族に、説明する医療関係者がいなかったのも、自分たちが家族に死亡の告知をするという役割を担ったそうです。そして緑トリアージ(軽傷の方)の人への見守りという指示のもとに傍についていた時、3 分目を離れたら低体温のため多くの方が死んでいるという状況もあったとのことで、すごい状況でした。そのときに、バックアップ体制が取れていれば、私たちがチームを組んで、赤十字に行けば少なくとも彼らを休ませることができました。そうすればよかった、とこのとき強く思ったのですが、しかし今回の熊本でも阿蘇の医療センターにバックアップに入れませんでした。現地までたどり着く手段が今のところありません。今後の課題だという思いがあります。石巻赤十字病院の MSW たちはもちろん自分の家族の安否確認もできなかった状況で、この時の行政の方々も皆さんそうだったのですけれども、3 月 27 日まで、私たちは全国協会として、全国の会員から空きベッドの情報をもらって、ホームページに掲載するなどの活動をしていました。しかしこの活動は全く役に立ちませんでした。リハビリテーション学会からもお話があり、一緒に空きベッド情報を共有したのですが、ホームページなどを見るような時間はなかったと後で聞きました。なかなかそのときに連携をしてもうまくはいかない。もう少し前からお互いに連携ができていないと、そのときに大変だからと、急に一緒にやってもうまくいかないという経験でした。石巻市はご存じのように約 1 万人人口が減少しました。

先ほどお話し申し上げましたように、私たちの活動は 4 月 1 日から、遊楽館という丘の上

の避難所に入ったところから開始されました。3月末に遊学館にダンボールベッドが入って遊楽館は福祉的避難所として機能しました。緊急対応の時期なのでそこで家族の安否確認等々、いろいろなことが課題としてありました。このときに連携の基本として、他の機関に退所なさるときにサマリーを作成してつなげるようにしました。そしてそれがうまくいくかどうかを見守っていくような活動をしました。中心となったのは現地責任者で、協会の理事も派遣しました。しかし保険もボランティア保険で、電話も一応持ってはもらったんですが、もちろん衛星電話ではなく、情報手段もそこではすごく錯綜していたので、全国協会として人を派遣するに十分な手当てをせず、ボランティアソーシャルワーカーに行かせたということだったと思います。多職種連携については、多数の団体から派遣された専門職が多いので朝会・夜会をし、情報を共有し連携が取るようにしました。このときには延べ1,000人が活動いたしました。石巻市との関係が深まったのは、健康保健推進課の保健師さんが多くの団体の窓口となり、皆さんすごく疲れていた時からでした。保健師さんは、いろいろな団体が「私たちは何をします！」とおっしゃるので、各団体に役割を振っているとのことでした。遊楽館が閉所した後、保健師さんから「じゃあMSW協会には、ちょうどここに引きこもりの人たちの親の会というのが問題になっているから、それを担当してください。他は全部細かいところをいろんなところを担当しているから、そこしか空きがないので」というようなことで、グループワークを始めました。役割を求める団体間の調整を被災地の職員がすることが果たして適切なのか、課題だと思います。

話がちょっと戻りますが、9月30日に半年で遊楽館を閉めることができたという、退所支援が市役所の担当者がとても評価していただいた点でした。私たちMSWが業務として日々おこなっている退院支援、つまり退所支援が評価されたわけです。市役所は当初半年で閉めることができるとは全く思っていなかったとのことで、丁寧な退所支援の状況をみてその部分で石巻市として、MSW協会にも活動を継続してもらいたいということで、1人分のソーシャルワーカーの給与、手当を頂くことになりました。2011年当時、4,000人くらいのMSW協会でも、1,000万の寄付がすぐ集まって、災害基金として積んであった400万を使いきり、1,500万ぐらいの費用で何とか支援活動を1年間もたせることができたということになりました。その次の年は500万赤字が出ました。そのあとは今まで石巻市から数名分の人件費が出て、何とか支援活動が行えているという状況です。協力員というMSWの活動員の交通費は、実費をすべて協会が負担しました。

避難所支援を第1期とすると、第2期としては避難所閉所後の時期ということで続けます。そのときに私たちもどうしようか、仮設住宅居住者には社会福祉協議会を始め多くの支援団体が関わっており、4,000人ぐらいの規模で細々と支援活動をやっていく意義について考えているときに祐ホームクリニックという日本財団から資金を得た、非常に巨大な支援組織が大規模な調査機能と組織力を伴って9月から活動を開始する組織に出会いました。在宅被災者の大きな問題もあり、そこに協力するというかたちで活動を継続することにしました。

祐ホームクリニックが石巻医療圏健康・生活復興協議会(RCI)を作り、そこにソーシャルワーカーとして団体として参画を依頼されたわけです。9人のソーシャルワーカーが必要だと言われたのですが、9名の人員配置が難しくお断りをせざるを得ませんでした。その役割

は救命救急医師会に頼んだということです。ですので、なかなか福祉の中で団体としてみんなが一枚岩になれないこと、また当協会が小規模でもあり、要請に応えきれない限界があったことを残念に感じました。しかし、このときに RCI に所属するという形を取らず、石巻市から直接請け負うかたちで 1 名の MSW を派遣するという形にはしました。そうでないと、在宅被災地の人だけを支援することになり、それまでの仮設住宅の人たちとの関係が切れるという問題が生じますので、資金の性格を吟味することも重要だと思います。そういう点にも難しい部分がありました。

活動から 3 年目に、石巻社会福祉協議会から当協会への MSW を職員として派遣してほしいという依頼がありました。多分全国で初めてだと思うのですが、社会福祉協議会との共同事業ということで、社協から人件費を協会がいただき、そこに協会の現地職員をアドバイザーとして派遣するという連携事業を行いました。そして同時期に石巻市が始めた、虐待防止センターに非常勤職員として、週 3、5 日という半端な時間ですが、ソーシャルワーカーを派遣しました。石巻ささえあい事業に現地職員 1 名が担当し、都合 3 名が石巻市で活動しました。継続を要請されましたが、石巻の支え合い事業の支援活動も忙しくなり、社協と虐待防止センターからは 1 年間で職員を引き上げるというかたちになりました。しかし 1 年間一緒に仕事をすると、ソーシャルワーカーは何をしているかが分かるという、理解を生みました。それは、今の支援活動の原点を支えているということになっています。しかし人手不足は恒常化します。ソーシャルワーカーが本当に根付かないということは今でも課題です。

発災から 2 年 3 年を経過すると、生活再建期に取り残される住民への支援が必要かつ重要になります。復興住宅説明会にソーシャルワーカーを派遣して、相談の方向について市役所職員が開眼するというようなこともありました。こんなふうに説明すればこんなふううまくいくんだということを、学んでよかったというような、後からそういう評価をいただいたこともありました。が、健康推進課から依頼された、先ほど申し上げた「引きこもりの子を持つ親の会」という、このグループワークはうまくいきませんでした。2 組しか来ないという結果でした。つまり東京のベテランの MSW が行ってグループワークをしたのですが、必ず開始時間を守り、自発的に来るまで待つという姿勢を貫いたわけです。だけれども、車で迎えに行かないと地方は足がないという事態への理解が少なく、結局 2 組の支援を 2 年間続けたわけです。基本原則に忠実であるということが定着に結びつかなかったのです。これは苦い経験でした。支援者支援についても課題がありました。ソーシャルワークの定着に向けて行った努力のひとつに、活動後 2 年たって現地相談員のグループに月 1 回のスーパービジョンを保証したことがあります。支援活動の質の担保も目的の一つでしたが、精神的なケアという意味でも、スーパーバイザーの派遣を継続し、石巻市からスーパービジョンのための交通費、謝金などにあてる資金も得ることができています。

2014 年の 4 月から現在まで、支援者対象者が拡大しています。在宅被災者、仮設住宅居住者、みなし仮設居住者など、その人たちも含めて、復興住宅への入居者の洗い出しをして、健康調査で体調が悪い、治療中だと回答した家庭へのアウトリーチ、訪問活動をしています。このときにも他の支援団体、3 団体の持っているリストを合わせるという作業に、すごく時間がかかりました。要支援者のリストが、管轄する行政の課ごとに別々で、4 年を経過しても

一緒じゃなかったのです。そして復興住宅入居への移行支援という時期ならではの課題もありました。今までにも命からがら逃げてきて入った避難所から仮設にとりあえず移るという移行支援があり、その仮設から終の棲家にまた映らねばならないわけです。

この終の棲家へ移る支援というのが復興支援なのですがとても大切な事業ということで、ここに今 MSW を張り付けているのですが、実際そこがなかなかうまくいっていません。復興住宅に移っても、「ここで死ぬわけにいかない。ここが私の最後のところじゃない。」ということで、移行した後で、また問題が出てきているという事態が今起こっています。ソーシャルワークの質が問われているという状況になっているのかもしれないと思います。その他、一人暮らしの男性の会「男の遊ぼう会」の活動も主催していたのですが、このやり方を踏襲して、他の地区にも同様の会ができています。そういう意味でも小さい活動だけでも継続すると、他への余波という効果を生んでいるのかもしれないと思います。自治会組織などとの地域連携は拡大してきました。

石巻市との関係は2011年から2012年まではこの健康推進課と介護保険課だけだったのですが、2013年、2014年とほとんどの課との関係が構築され、連携先は拡大しています。関係部署が増えることで連携の質も高まりました。2014年に健康推進課が主務課なのですが、生活再建支援課からの依頼で週3日MSWが行くことになりました。つまり2つの主務課をもつ、2人のポストがいることになったのですが、病院がそもそもマトリックス組織なので、MSWは慣れており、こうした環境への適応力がありました。先ほど申し上げた、復興住宅の説明会にソーシャルワーカーを派遣し共に働くことで、ソーシャル機能の理解が定着して、そのときに仮設から恒久住宅へ移行することが困難なケースに、ぜひ専門職を支援してほしいという要請につながりました。

2015年度に、多くの支援団体が撤退しました。しかし、自ら自立する方法、時期について判断できない高齢者や、自立困難世帯というのはかなり多いのです。仮設住宅から自立できる方は続々と引っ越しをされていく。仮設住宅地区が、虫食い状態になった時、これからの孤独死等々を予防するためには、仮設住宅への対策としては福祉専門職他、熟練したソーシャルワーカーが必要なんだということを、石巻市はおっしゃっています。

今お見せしている写真は、石巻市開成地区の仮設住宅街の写真で、このものすごく広いところに本当にたくさんの仮設がこうやって並んでいるんですね。石巻市はここに企業を誘致したかったので、非常に広いところがあって1000世帯以上の仮設住宅が立ち並んだのですが、ここが虫食い状態になったら本当に恐ろしいというか、犯罪を含め多くの問題が起きることが予測される場所です。この仮設住宅の横に道路があって、道路の向こう側に高級住宅街ができました。復興住宅ではなくて、自力で建てることのできた方の住宅街です。その子どもとこの仮設の子どもは同じ小学校で、小学校でもいろいろな問題が起きているということです。被災地の問題が重層化していくということを理解しました。

2011年から16年度まで、大体3月末までの5年間のソーシャルワーカーの活動人数は延べ5,000人弱です。実人数は350人です。3回以上のリピーターを数えると54人ですから、大体5,000人の会員、今は5,000になりましたが、2011年当時は4,000人会員の1%以上が支援活動に頻回に取り組んだと言えます。行った人だけが偉いのではなくて、出す方の人の

努力も看過できません。さらに組織として協力を続けていただいた病院もありました。1年間、亀田総合病院が1週間のローテーションでMSWを派遣してくれたことで、支援活動の継続がはかれました。このコアメンバーが継続して活動したので、支援の質も保たれました。現地責任者も半年変わらず活動を続けてくれました。事務所では1,000人を送り出す活動をしました。事務局員の数が少ない協会の現状を見て、初台リハビリテーション病院のMSWが1年間午前中、毎日ローテーションを組んでこの事務作業に取り組んで下さいました。現地職員は、今まで13人を数えています。現地責任者は5人なのですが、平均活動日数は200日ぐらいです。一番長い人が3年9カ月いました。短い人は半年ですが、彼らの精神衛生上の問題は非常に大きな課題を残しました。



支援件数はこのように2012年度に1年間で433件終了していますが、わっと来てわっと終わったことは終わったのですが、そのあと困難ケースが続いているということですね。例をあげると、保健師さんからの相談事例で、仮設住宅に住む50歳の女性からの不眠症の相談から始まった事例です。この方のお兄さんが精神疾患で、お母さんと3人で暮らしている。お兄さんとの生活にも、お母さんの介護にも疲れているのですが、お兄さんが世帯主であるために、仮設住宅から離れられない、行く場所がないということでした。お兄さんからのDVがあり、本人が逃げているところを発見されました。親族とも不仲で、困難事例として対応しました。もう一つ、これは養子として40年過ごした家の相続権を巡って問題が起きた事例です。家が流されてしまったので、そういう意味ではものすごく問題が複雑化します。妻ががんで30年前に亡くなっており、仮設住宅で争いがひどくなって、義母の骨折時の入院を手配することでMSWが介入しました。この人は包丁を持って騒いだので警察が2回介入しているというケースです。このようなシビアなケースが、今MSWに回されてきています。

災害が起こったときにMSWは、生活を支援する専門家として被災地で活動していますが、日々チーム医療の一員として連携が仕事という環境にいますので、災害関係への適応は早いと思います。そして対象が幅広いと言えます。胎児、子どもから大人まで殆どの資源を知っていますので、その知識を適切に提供できると思います。石巻市赤十字病院では、MSWはときに死亡した方の家族に対応もしたように、だから後方支援が必要だと思います。そのためには、初期から活動に参加できるような、つまりは災害救助法に位置づけることが必要であることを強調します。位置づけられておらずボランティアベースなので、派遣されていないということでもすれば非常に動きにくいこともあります。必要とされる多職種連携のために、地域ごとに研究会を開催するなど、ネットワークの形成が今後重要だと思います。この構築に向けては、福祉関連の団体の連携がやはり必要です。2016年度から、日本ソーシャルワーク教育学校連盟（ソ協連）MSW協会をはじめとする多くの福祉系団体が共催する災

害基礎研修がスタートしました。

福祉業界も強力なリーダーシップに基づくミッションがないとなかなかまとまらない、これが課題です。ばらばらであることは私たちのためではなく、被災地の方々への貢献が不足する事態を招きます。フロントラインの人たちは、ミッションがない限り走れないということだと思います。私は福祉連携にはまず職種としてのミッションを普遍化する灯台が必要だということを学びました。

ご紹介なのですが、愛媛県の災害リハビリテーションの ERAT ができたそうです。愛媛リハビリテーションアシスタントチーム。ここは地域の中で愛媛県のリハビリテーション研究会と連絡協議会と、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会と介護福祉会と、愛媛の社会福祉会、MSW 協会、栄養士会、看護協会も入ってこの全体が ERAT を作ったそうです。全体でなかなかまとめることは難しいのかもしれないけれども、地方でまとまっていたというのは、一つの明るい状況だと思います。岩手は DCAT を作って、岩手の活動をしています。岩手方式に学ぶところは多いのですが、医療が入らないとなかなか実際的な連携は難しいのではないかと私は思います。災害時の情報量はやはり DMAT から得る必要もあります。

最後に、私たちの活動を、3S プロジェクト。セキュリティ、セーフティー、ステディー。安全、安定、安心な生活を構築するというふうにならざるを得ないことをご報告いたします。

こういうふうなことを 1 団体でするのは無理なので、職種連携ということが本当に重要だと思います。私の今の実感としては、福祉間の連携が急務であること。そのことでの基盤がすごく必要だと感じています。

小林：笹岡先生ありがとうございました。それでは続きまして、国立病院機構災害医療センター福島復興支援事業の小早川先生にお願いします。福島市民になられたと先ほど伺いました。

小早川義貴氏 報告

小早川：よろしくお願いします。災害センターの小早川です。国立災害医療センターは東京の立川にありますけれども、元々僕は 5 年前に災害医療センターに来たんですね。今はいろいろあって福島にいます。最近運転をされていて、右側に災害の「災」の字を逆さにしてみたのですが、これは災い転じて福となすみたいでいいなと思って、しかも福島だから、福つながりでいいなと思っていたんです。僕の実家は千葉の九十九里という田舎なのですが、東金市によく行く台湾料理屋さんがあって、そうしたら福がひっくり返っているんですね。これは福が来るよというの意味で、倒福というんですか。至るという漢字と、逆さの倒すという漢字の発音が一緒で、福が来るというような意味があるそうです。中華料理屋で食べていたとき、あれ？と思って。最近そういえば災害の「災」の字を逆にしているなと思って。中華料理屋が「福」の字を逆にしているように、この「災」の字を逆にして貼っていたら、災害が来ますよよということだなと最近気付いたので、皆さんに言おうと思いました。チャンチャンという話ですね。話しを変えようと思います。元々は救急の医者をしていまして、今

は卒業して13年目です。僕は諸事情があって、千葉の出身なんですけれども、山陰の島根大学になってしまいました。センター試験で失敗したというのが一番なんですけれども、2011年の東日本大震災の年というのが、ちょうど島根にドクターヘリが入る年で、救急の専門医として働いていました。はっきり見えませんが、左側の●、当時はかわいらしい感じだったのですが、アップで見るとこういう感じです。よく僕どこでしょうかと聞いて真ん中ですよと言いますが、左側です。これも全然どうでもいい話なんですけど、今月14日に槇原敬之さんのニューアルバムのBeliever（ビリーバー）というアルバムが出ました。実は昨日、実家に帰ったんですけど、僕は槇原敬之ファンなので、駅近くのCD屋でCD買って、久しぶりに聞いていたら高校生のときに戻ったような気持ちになってきました。実家に泊まって朝見た夢が、前髪がそろっていてどうしようかという夢で、高校生の頃の気持ちに戻ったんだなと。これもチャンチャンという話ですけども、元々救急の医者ですよという話です。

救急の医者というのは、当然救命センターで働いていて、救急隊が重症の患者さんを連れて来て、それを病院の中で診るという仕事もしていますけれども、もう一つは先ほどのドクターヘリとかドクターカーで、現場に行って仕事をすることがあります。例えばドクターカーで、119番で交通事故があって、現場に出て行って働くと。これは実際に昔出雲であった交通事故ですけども、後ろにパトカーが写っていて、手前で救急隊が活動していますが、消防と警察がいるというような状況です。これは自転車に乗っている人がひかれてしまったということで、正面に警察官がいて目撃者に事情聴取をしているという写真になります。向かって左側におばさんが2人いるんですけど、これはただのやじ馬だと思いますけれども、こういうおばさんもいるということになります。

当時、そういう現場や救命センターでは、僕ら医療関係者からすると、警察が病院で事情聴取とかすると治療が進まない。要は交通事故等を起こしてきた患者さんが、飲酒運転の可能性が強かったりすると、治療に影響のない範囲でアルコール取らせてくださいというようなことで結構待ったりですね。事情聴取のために中に入ってきたりすると、結構強引な警察官もいると、なかなか治療に支障が出るということがありました。消防のほうは、警察は軽傷ばかり救急要請する。これはちょっとあとでお話ししますが、あと警察のほうは、病院ではあまり聴取をさせてもらえない、つまりお医者さんが威張っていて中に入れるとあまり時間を取れない。患者さんは患者さんで救急と関係ないですけども、病院は3分しか診てくれないとか、警察から病院へ言われて自分は何の症状もないけれども来たというような。みんながそれぞれの立場でそれぞれのことを言うというような現状があります。これはある学会発表で、論文にはなっていないのですが、警察官により救急要請となった事案を調べたというものがあります。これはある地区で、交通事故が起こったあとに救急要請になったのが、大体1,400件ぐらいあって、その1,400件を見直してみると、警察官が交通事故現場から救急要請をしたものですけども、そのうち軽傷が85.5%だった。そもそもそんなに重症患者はいないから、救急車を呼ぶ必要はないんじゃないかということです。次に全部含めて見ると、事故が起こってから消防が119番を受信した時間ですが、そこまでは平均値で取るのがいいか分かりませんが、平均が14分だったということです。これは警察官が間に入るとどういふふうなことになるかというと、重症度が全体として85%だったのに、警察官が間

に1回入ると、96.6%が軽傷になってしまうということと、警察官がワンクッション入ると、34分時間がかかるということで、どうも警察官が入ると軽傷でもどんどん救急車を呼ぶような感じになってしまうということです。かつ時間がかかるということで、やはり救急車を呼ぶ必要はないんじゃないかなと。警察官は自分たちのことしか考えていないなというようなことが救急とか消防のほうからでる。大体全国10年前はそんな感じでやっていました。

うちの救急とか、消防はどういう発想でやっているかということ、例えば交通事故で重症のけがをした場合、例えば腸が破けてお腹に血が出ちゃうとか、胸強く打ってぐちゃぐちゃになっちゃっているとか、そういうのだと、大体けがをしてから1時間以内に手術ができないとちょっとつらいかなというような発想でしています。1時間以内に大体治療ができないといけないということです。そのためにいろんな標準化されたコースというものを準備しています。その一つがJPTECというのですが、JPTECというのはジャパン・プレホスピタル・トラウマ・エバリュエーション・アンド・ケアということです。ジャパンは郷ひろみのジャパンですね。プレホスピタルというのが、病院前ということで、病院の中の治療をインホスピタルといいますね。病院の前の元気な人たちが住んでいるこの社会がプレホスピタル。病院の前ということでプレホスピタルになります。トラウマはけが、外傷ですよ。エバリュエーションは評価。アンドケアはケアですよ。ということで病院の外で普通の人がかけたときに、救急隊員とかそういった人たちが、どういうふうに患者さんを評価して応急処置をするかというコースですね。大体救急隊員はこれを受けているので、例えばそれぞれ特有の用語があります。1つはロードアンドゴーといって、重症患者さんは詳細な観察とか体の観察とかを省いて、とにかく直近の大きい救命センターに行きなさいというようなことで、ロード積み込んで、すぐに行けというようなことで、ロードアンドゴーといいます。よく救急隊から僕らのところに電話かかってくると、当然軽傷者が救命センターに来ることもありますけれども、この講習等があると、一言「先生、ロードアンドゴーの適用です」と言われると、うちらとしても重症かということで「どうぞ」と言いますね。これが標準化されていないと、「患者さんは72歳の男性で大型トラックの下敷きになって、胸部外傷が重症の血気胸がありそうで、腹部は・・・」ということになってしまいますが、こういう標準化された言葉と、概念が共有されていれば、一言「先生、ロードアンドゴーの適用です」と言えば「はいどうぞ」というふうになるということです。

救急の医者と消防隊員は、大体JPTECを受けているので、先ほどの1時間以内に患者さんを運ばないとまずいなという共通の目標と、言葉でそのことを理解できます。しかし、先ほど示したように警察が入ると、共通的な概念と目標を持っていないということで、軽傷でも救急車呼んだりしてしまう。島根の出雲地区で私たちの中から出た意見としては、こういう患者さんを救うために、警察官がJPTECを受ければ、我々と同じ思想に基づいて重症の患者さんを救えるんじゃないかというような話になりました。私たちとしては消防から警察に言うのが角が立つので、医療のほうから、警察官が入ると軽傷の救急要請もあるし、僕らがドクターカーで行くと警察は事情聴取ばかりして患者さんのこと全く評価していないから、JPTEC受けてくださいという話をしに行きました。実はこのJPTECというのは患者さんをエバリュエーションという評価をするために、プログラム自体が大体1日のコースなんです。

小さなことなんですけれども、胸の音を聞いたりするので聴診器を使うんですね。警察官に受けさせるのに聴診器が必要だと。警察官は聴診器を持っていないよな、という話になります。これバカくさいんですけれども、本当ですよ。警察、聴診器持ってねえなという話になったんです。逆に言うと俺達手錠持ってねえなという話になりまして、拳銃も俺たちないぞという話になって、そもそも俺たちは警察の仕事を手伝っているのかなというような話になりました。

実際警察と一緒にどうしようかという話をしに行ったときに、警察からいろんな意見が出ました。警察としては現場の安全確保と、ひき逃げだった場合は証拠の確保が非常に大事だということで、警察は警察で職務を全うするために1時間以内にやらなければいけないことが結構ある。確かに、ひき逃げ犯にそのまま逃げられたら、これは患者さんにとっては、命は助かったけれども、不利益にもなります。こういう話を聞いたあとに当然救命という点はもちろん大事ですけれども、我々としても警察を手伝わないといけないんじゃないかなという話になりました。結局そのあとどうしたかということ、出雲地区では警察と消防と医療が集まって、お互い困っているようなことをシミュレーションしましょうということになりました。警察が困っていることを医療、消防として何か手伝えないか。逆に警察が我々の医療と消防のところで何か手伝ってくれることがないか、ということを検証しましょうということです。もう7~8年前になりますけれども、始めたということで連携事業をしたということがあります。このとき目的としたのは、各組織の業務内容ですね。どんなことを大事にして業務をしているのかということ。あと、当然それぞれの組織はそれぞれのやり方でやっていますが、必ず最初に警察が着いた場合は、心停止の人だったら心臓マッサージをとりあえず開始して、救急隊に円滑に引き継ぐということ、あとは協力できる部分は協力するということで、例えばそれぞれの法律、医者は医師法、警察は警察法、消防は消防組織法でそれぞれの業務の目的が書かれていますが、いずれも市民の生命安全を確保するということが最終的な目標なので、その方法論がちょっと違うだけだろうということで、こういったことを目的に連携事業を始めました。



これは僕がまだ島根にいたときなんですけれども、地域の救急センターと消防、警察で1回やりましょうということで、何回かそのあとやりました。ポイントとしては、講義で今言ったようなお互い目標は一緒だけれどもちょっと手法が違いますねということと、講義2のところですね。当初は我々のやり方を警察に教え込むということだったんですが、警察に聴診器がない中、また医療的知識がない中でできる簡便な方法で、患者の評価や現場評価をするということをして、実習2のところは実は警察は交通事

故以上に、泥酔者の対応ということはかなり悩んでいらっしやいましたので、泥酔者の対応をこの地区でどういうふうにしているかということ、みんなで検証しようということになりました。これは実際にそのときに使っていたスライドですが、これを見た住民からこういう110番通報があって現場に到着しました、というものです。まずは消防から、消防としてまずはどういったことを重点的にやるかということを発表してもらい、警察が先に着いたときにはこういうことをしますということを発表してもらいました。お互いがどういう対応をするかというのを、現場でなくてシミュレーションの中でもめるということで、こういうふうに標準的な対応方法を共有してやっていくということをしました。そこでこの10年、少し概念も変わってきていますけれども、当然患者の重症度も大事ですが、社会利益というか、先ほどのひき逃げの例のように、その人を逃がすことで不利益が社会全体に及ぶこともあるので、その辺りの重み付けを、警察も消防も少し考えて対応するようなモデルを作って、相談をしたということになります。

警察としては当然医療専門職ではないので、どこまで身体的な対応をするかということですが、最低限今免許センターでみんな心臓マッサージを学ぶ時代ですから、警察としても最低限市民としてすべき応急措置は徹底的にやりましょうということ。そのあと適切に引き継ぐというところが、プロとしてはできなければいけないことになるだろうということ、対応していきました。これは実際にやっているところの写真で、警察官が先ほどのスライドを見て、いろいろこうしますとディスカッションしたり、これは交通事故の想定と、泥酔者の想定ですが、このスライドは救急隊が先に着いた場合の対応の写真です。これは最初に警察が着いたときですね。それぞれ、どういうふうになるのかということ、みんなで話して、これはどういう意味があるんですかというようなことでディスカッションしました。やってみて、これは感想レベルなんです、消防のほうからは僕と同じで警察にJPTECを教えて、すぐそれで終わりというわけにはいかないなということと、消防のほうから警察は現場保存や緊急配備など、地域全体の利益を守る必要があり、警察のほうからは消防が何でそんなに急ぐのかというポイントが分かったということがありました。実際にこの検証やったあとに、現場に警察からこれもJPTECの用語ですが、この患者さんは高エネルギー外傷ですかというようなことですね。高エネルギー外傷というのは2~3階からの転落とか、同乗者が亡くなるような交通事故で、一見重症に見えなくても重症なことがあるような外傷になります。そういう言葉が現場から出たということです。あと警察のほうから、さらに今まで被害者や加害者というような見方しかなかったけれども、患者という視点で少し対象者を見られるようになったということ、お互いが少しそれぞれの立場でものを考えられるようになった研修になったかなということです。

この検証は僕と島根大学の先生がみんな島根を離れて東京のほうに来ちゃっている、今はしていないということを聞いていますけれども、これも一つポイントで、継続可能にするには、仕組みとして、していかないといけないというのがある反面、そこで課題意識を持った人が音頭を取ってやらないとできないということも事実ですので、この辺りすごく難しいなということです。ここの連携事業のポイントとしては、お互いがお互いの立場をしっかり理解して対応した。それを研修で作ったということです。そういうことを震災前に出雲のほ

うで僕はやっていましたので、当然福島に今度行っても同じようなことになります。

飯館村というのは原発から 40 キロ北西にある、大体人口が 6,000 ぐらいの村ですが、平成 23 年の 4 月末に、村全体が計画的避難区域に指示されまして、住民全員がまだ避難しているという村です。当時、原発から 20 キロ圏内が原則立ち入り禁止になったので、原発周囲に内陸から海に抜ける道路が軒並み通行止めになりました。福島県の北部では、福島市方面から南相馬市というところまで沿岸部を走っている県道 12 号線が飯館村を通るんですが、その交通量が通常の 3 倍程度まで膨れ上がって、交通事故のリスクが非常に高いという相談が災害医療センターにありました。村に病院が今なくなっちゃったから私らのところに待機してくださいというお願いだったんですが、待機するのは現実的ではないので、実際に起こったときにどのような対応になるか、まず訓練しましょうということで、訓練をしました。実は福島も警察と消防の連携があまりなかった地区ですが、県警と消防と一緒に訓練をして、今は僕ら自身も警察学校のほうに講義に行ったり、あとはテロの対策訓練等も県警の機動隊と一緒にするようになってきていますので、年に 1 回以上は警察と地域、もしくは全県しているというようなことをしています。

あと実際にこの 5 年間、東日本の震災以降、常総市水害、熊本地震、鳥取地震といろいろありますが、この 5 年でいろんな救護チームが作られてきています。元々僕らは DMAT なので、それ以外にも右側書いてありますが、TMAT 徳洲会のチームですし、JDA-DAT は栄養士会のチームですし、DJAT は柔道整復師会のチームですし、左下の DWAT は福祉のチームですし、PCAT はプライマリ・ケア連合会のチームですし、DPAT は心のチームということです。こういういろんなチームがいて、混乱しているのを僕らはマツト問題と呼んでいます。昔はマツトというとモンスターアタックチームという、ウルトラマンだけだったんですが、最近はこのチームがいっぱいいて、いろんな混乱があるということになります。

熊本地震では、先ほどから言っている益城町役場さんにリハビリの JRAT さん。ジャパン・リハビリテーション・アソシエーション・チームですか。右下にある JRAT さんと、あと PCAT さんがいたんですね。僕ら先生気付きました。キャットとラットでトムとジェリーです。訳の分からないことを、これは大人じゃないと分からないとおっしゃいますけれども、言われました。そういったいろんなチームが活動するには、先ほど言ったようにお互いの目的とかを知らないといけないし、あとはこの間に共通言語がないと、共同のロードアンドゴーと一緒に、お互い分かり合えないということです。最近はこの 5 年で災害のコーディネーター制度が少し整備されてきているので、地域で被災地域でのコーディネーターと行政中心に集まって、その辺りの調整等をしてはいますが、平時においてこの辺りでお互いの共通の目標と、共通言語の整備というのをしていけないと、法律的な対応というのはいけないということになります。また、我々災害医療ということでしていますが、例えば高齢の在宅の人を考えても、医療の限界・非常に入り乱れているということで、災害医療をやる上で、医療だけではなくて保健介護福祉も知らないといけないということがありますので、この辺りはまだ急性期に入る DMAT としては少し弱いところかなというふうに思います。

常総市の水害のときにはどういう動きがあったかということ、常総の水害は、基本的に常総市にかなり限局した水害だったので、地域のコーディネーションが比較的取りやすかったん

ですが、実は茨城県というのは医師会が4師協定を結んでいて、医師会 JMAT が動くときには、歯科医師会、あと薬剤師会と看護協会も一緒に動きましようということで、DMAT が急性期9月10日に入ってから、3日目の9月13日には筑波大学のほうで、この4師協定に基づく活動をしようということで、第1回のミーティングが開かれています。そこに茨城の災害医療コーディネーターの先生が、下にありますが、心のチームの DPAT の先生と知り合いましたので、そこに入れて日赤が駆けつけて自主参集して、あと先ほどの講義で JPTEC 研修というのが話として出ましたけれども、我々も研修で知った各種団体がありましたので、せっかく活動されるんだったら集まったらどうですかということのアナウンスして、いろいろ集まって活動したというのが、常総の水害ということになります。

先ほどのスライドにもありましたが、我々は災害医療センターなので、普段は医療の部門と県庁とは付き合っていますけれども、実際にいろんなことをしようとする保健福祉もしないといけないということで、このときに結構問題になったのは県庁の中の所掌課の違いです。最初急性期で入る DMAT は茨城県庁の14階の医療対策課と一緒に働くんですが、保健のことをするようになると1個下の13階の厚生総務課と、健康増進課さんのほうと一緒にやらなければいけなかったり、介護とか福祉をやろうとすると長寿福祉とか障害福祉とやらなければいけないということで、この辺り狭い災害医療であれば自分の DMAT を所掌する医療対策課だけと付き合えばいいですが、実際はこういった課と付き合っ、調整をかけていけないといけない。一方で、DMAT で来る先生たちは、普段病院でしか働いていないのでこの辺の理解があまりないんですね。現場で混乱をきたすこともあつたりします。あと DMAT のレベルでは、我々は行政を手伝いに被災地に行っている側面がありますので、先ほど行政と共通の目標設定や共通の用語がないと、実際連携や活動の効率が図れませんので、災害医療センターのほうで DMAT 事務局として、年に2回各都道府県の DMAT の担当者呼んで、災害医療の研修をしています。

ちょうど前は鳥取地震の最中にありましたので、僕も鳥取から遅刻して行って、中国ブロックのテーブルに着きましたが、鳥取の担当者が欠席したのをみんなで鳥取のとの字を書いて寄せ書きをしているシーンを撮ったところですが、こういうことで顔をまず知らない仕事ができないので知ろうと、そういうふうになっています。そういう意味で、各職種を知る研修として、JIMTEF 災害医療研修という場があります。JIMTEF というのは公益財団法人国際医療技術財団ということで、前の災害医療センターの病院長が2011年に退職し、災害医療の研修を2011年の11月にやるんだということで、僕らがかき集められたんです。2011年の11月ですので、みんな東日本の直後で忙しいのに何でこんな研修をやらなければいけないんだと言って、適当に作ったスライドで研修をしたんです。そうしたら、来た団体が21団体で、皆さん本当に熱心な方で、鍼の先生、柔道整復師の先生、いろんな先生が来てくれて、そこでいろんな話を聞いて、これはこの人たちとちゃんと仕事をしないといけないなということで、翌年からちゃんと内容を考えてやるようになりました。実は当時は年に1回だったんですが、今はベーシックコース、アドバンスコースということで拡充してきています。この前の夏にも神戸でアドバンスコースがありましたけれども、それぞれの職種を我々としても理解する場になり、各団体もそれぞれ理解する場になっているなということで、お

互いの共通目標と共通言語を整備する場として使わせていただいています。先生ともここで知り合った感じですので、一緒にそのあとの災害のために仕事をしているということになります。

熊本地震のときも柔道整復師さんとは付き合いがなかったんですね。病院にいるとほとんど付き合わないですね。柔道整復師というと、診療報酬をだまし取る人たちだというイメージしか、本人たちが言っていますので、なかったんですが、そういう人もいるけれどもいい人もいます。当たり前なのに気付きました。医者もそうですよね。悪いやつもいれば、いいやつもいる。これは常総の水害のときですね。これは栄養士の先生。これも NSW さんが常総のときに来ていただいて、そのあとも =コバヤシ= 君ですけど、ずっとあすなろの里を守ってくれたということになります。少しスライドとしては古いんですが、ウォーリーを探せと一緒に、僕ら災害本部をやっていると、いろんな団体が来てくれるんですけども、やはりそこにいればその団体が見えるかということ、私たちも見ようとしないと見えないというところがあります。つまり先生たちに来てもらってもどの団体があるのか知らないと活用できないので、あらかじめこういう研修等でお互いの顔とか思想とか、思想といっても変な人ではなくて、団体のポリシーですね。共通の言葉を整備することが大事なかなというふうに思います。あともう一つ特にコメディカルの先生たちが、派閥の争いが結構強かったりするんですね。例えば心理士さんとかだと、何とか学派ですからあれは分かりませんとか、そういうことを急性期の災害本部でやられちゃうと面倒くさいので、一緒に働きにくいですね。あと鍼灸師の先生もいろんな団体があって、いろんな流派があるので、僕らが A の団体に話をして相談したことが、B の団体には伝わっていない。我々としては鍼の先生にお話ししたのにとということになりますので、急性期になればなるほどオペレーションはシンプルにしないといけないので、そういった意味である程度似た部分はまとまって急性期は入る。その中で仕事の割り振りをすることでプレゼンツを示しているのかなというふうに思います。

そういった意味で例えば僕であれば、災害医療センターの医者という側面がありますが、救急専門医である側面もありますし、山陰の島根で長く住んでいた人という側面もありますし、アレルギーの時期には鼻がつまる花粉症の患者という側面もありますし、旧姓 =ノムラタマキ= の夫という側面もありますし、あと千葉県育ちという側面もありますので、被災地に行くときこういったすべての面が問われることになりますので、それぞれの点で普段から面白い人間というか、磨いておかないといけないなと思います。あとは今の話と一緒になんですけれども、医療とか専門職の教育プロセスというのはどんどん上り詰めていくプロセスです。例えば僕は研修医終わったあと、今度は救急の専門医としての教育を受ける。今度は救急の専門医としてやっていくと、その中でも感染症とか外傷とかということでもどんどんスペシャリストに分化されていきますが、被災地に行くと例えば脳外科の医者はすぐ必要かということと分からないですね。医者としては必要とされるということがありますので、この辺災害やる上では、分化していく過程から下に脱分化していくという能力も非常に問われますので、スペシャリストとしての側面がないと尊敬されない点もありますが、一方でジェネラリストとしてふるまえる姿勢も大事ななというふうに思います。

研修でいうと JIMTEF 研修というのは医療職として支援に行くものの、立ち振る舞いを勉

強する場にしていますので、それ以降も各団体の専門性というのは各団体の中で、災害地被災地でどういう専門性が出せるかというのは検証していただきたいなというふうに思います。僕だったら医者として用事がなければ、現場にただいる中年のおじさんとして椅子を運んだりとかいうこともしていますので、場合によってはそういったこともできないと、災害は難しいなと思います。まとめのスライドになりますけれども、連携ということを日常臨床から災害まで軽く見てきましたけれども、大前提としては他の職種を理解し、尊重するというこで、目的、方法、あと意思決定を彼らがどういうふうに行っているかということに勉強するということと、あと JPTEC であれば、ロードアンドゴー、高エネルギー外傷といったように、一言で共通の理解ができるような言葉を、常日頃研修等を通じて養っていくのが大事ではないかなということで、講義を終わりにしたいと思います。

小林：先生どうもありがとうございました。次は国立保健医療科学院健康危機管理研究部の奥田博子先生をお願いします。保健師の立場からということで、お話をお願いしております。

奥田博子氏 報告

奥田：よろしく申し上げます。国立保健医療科学院の奥田です。私は行政の保健師の立場から、お話をさせていただきたいと思います。

まず簡単に自己紹介をさせていただきます。今は保健師等の専門職の教育や研修に関わらせていただいています。災害に関わるようになった契機は、21年前の阪神淡路大震災のときに、神戸市保健師として支援活動に従事したことです。当時、住んでいたところが神戸市の灘区というところなんです、六甲道駅から徒歩5分の築1年のマンションが全壊しまして、私自身も被災者となりました。勤務地が神戸市の東灘保健所というところで、亡くなられた方が大変多い地域で、出勤後は激務の連続でした。帰る家もなかったのですが、一度出勤したら1カ月以上は帰れない状況でした。今も大きな災害が発生すると、想定外という言葉が使われますが、当時もやはり想定外と言われていました。保健師として看護の教育、保健師の教育というものは受けてきましたが、当時災害に関することや支援については学んでいなかったんですね。だから何をやっていいかわからないというのが正直なところでした。ですが、想定外と呼ばれる災害の中でも一般のボランティアの方も含め、多くの専門職の方からも支援をいただき、こんなにたくさんの方に助けていただけるんだということを日々感じながら、仕事をさせていただきました。当時、ボランティア元年という言葉が言われ、福祉職の方を含めいろんな支援の方に来ていただきました。受援を経験したという立場でも感じているところを今日はお話しをさせていただきたいと思っています。

今日のテーマでもある「災害」は、災害対策基本法という国の法律の中で定義をされています。このスライドにあるような多様な自然災害が起こることが、災害対策基本法では「災害」となっているんですけれども、特に地域住民に関わる保健師の立場では、下にあるような定義を大事にしています。というのは、大雨が降ったとか、地震があったということよりも、そのことによって地域の中が、それぞれの地域だけの努力では戻れないような状

況が起こったことに対して、包括的な支援を行わなければならない。特に保健師の立場であれば、それを、地域で暮らす人、健康と命を守る、という視点で支えていくのが役割だということを、今教育の中でも伝えていきます。

災害が起こったときどういう状況になるかというのは、改めて言うまでもないと思いますが、急激に状況が変わります。自治体の保健師として、医療職として、当然命、健康を守ることには変わりはありませんが、普段の仕事とは違うという状況にスイッチを切り替えなければなりません。急速に医療保健のニーズが高まる一方で、その支援者だったり、地域の資源が機能低下を起こしていきます。当然ながら多様な支援者の援助を得なければ対応ができませんが、十分な予算や人、専門職が来てから仕事を開始できるわけではなくて、足りない中で工夫をしながらやるという臨機応変性も求められてきます。

元々保健師は何をする人なのかというところも、保健師という言葉だけは理解されているのですが、例えば県の保健所と、市町村の保健センターの違いが分からないと言われることがありますので、少し保健師とは何をする人かというところも押さえておきたいと思います。保健師は、保助看法に定められた国家資格を持っている専門職です。公衆衛生看護を基盤にし、臨床の医療だけではなく、地域で暮らす予防という視点からも関わります。ヘルスプロモーションでは健康を「人々が幸せな人生を送るための大切な資源」ととらえます。病気や障害を抱えている人も、健康な人も、その人なりの幸せな人生を送るためには健康状態を維持・改善することが大事になります。専門家はこのような人々の健康への取り組みを支援し、環境を整える役割を担っています。個々の患者さんとか、困っていらっしゃる方も対応もするんですけども、個々の困りごとへのケースワークだけではなくて、そういった問題を解決する社会的な仕組みはどうすればいいんだろうということも考えて仕組みを作ったり、政策につなげていくことも公衆衛生看護の専門性です。

そのため、災害時には、当然こういう視点で最前線に立つことになります。また阪神淡路大震災の話に戻りますが、当時、一瞬で街の状況が変わり、仕事が激変し、しかも過酷な状況が24時間絶え間なくやってくるという、誰もが体験をしたことはなかった状況が起こりました。少し時間がたって、自分たちがやってきたことは何なんだろうということ振り返ったものが、次のスライドになります。日々いろんなことで肉体的にも精神的にも追い込まれていたのですが、自分たちは地域住民のニーズに応えるため、ということで奮闘していた。ただそのニーズというのは、健康とか医療だけではなくて、保健福祉、それから教育、住宅、労働、交通と多様な分野におよぶものでした。こういった多様な人の生活を支えるという視点で考えていかなければ、解決できない問題ばかりでした。だから医療保健、あるいは保健師としての知識とか技術だけで、目の前にいらっしゃる住民の方々のニーズに応えられない。教育とか福祉とか、労働とか、基盤作りになるような部署と連携をしたり、一緒に考えていかなければ、前に進まないという状況を改めて感じたというのが、このときの経験でした。普段から行政の中でもこういったところと連携をしながら仕事をしているはずなんですけれども、それが抽象化していたり形骸化しているようでは、とても災害時には進められないという状況が起こります。

また、組織の中とか地域の機関、関係者との連携ということももちろん大事ですけれども、

一時的な支援者の力も、本当に大きいということはありません。ただ、当時ボランティア元年という、それはいい面で言われた言葉ですが、一方で課題がありました。スライドの下部に示したように、いろんな方が支援に駆け付けてくださいます。商店街の主婦の方から、何らかの資格などを持つ専門職の方、あるいは学生さんなどが、特に春休みに集中して大人数が来ていただいた。お一人お一人が熱意と使命感、それからマスコミを通じて見ている悲惨な状況で、高揚感で被災地へと来られるのですが、地元の職員は日々24時間絶え間なく仕事をしているので、だんだんエネルギーが乏しく、思考不全に陥りがちです。あれができていない、これができていないという指摘をされると、ますます疲弊感が増強するのも事実です。絶え間なく過酷な業務が続くため、今日が被災後何日経過したのかということも、地元の職員は分からなくなるほどです。テレビを見る余裕もないので、被災地域全体や政策の動向などの情報も分からない状況に陥ります。

私が働いていた東灘保健所は、ボランティアの方にスペースを提供しました。そのことによって手伝っていただける機会も多かったのですが、震災から数か月が経過した春休みを過ぎても帰らないボランティアの方が多くいらっしゃいました。中には家族に何も言わないで支援に来て捜索願いが出ているとか、ボランティア自身が少し病気で薬を飲んでいただかなければいけないのに、無理をされて、周りの方とトラブルになるとか。保健所のPSWがその人のために24



時間見守らなければいけない、病院を探さなければいけないということも生じてきました。また、時間の経過とともに、一般ボランティアの方にお願ひできるような仕事はどんどん減っていくという状況が起きました。高揚感が高い方がずっと入っていらっしゃるの、異様な雰囲気になっていってしまって、ボランティアハイというのをいかに抑えるかということの検討が必要になりました。

検討の結果、実施したことがボランティアの方を対象にした講習会の企画・開催です。援助はどういうものかという講義を1週間ごとにシリーズで3回くらい講演会をやって、最後の講演会のテーマが「旅立ちのとき」となっています。皆さんには元々の立場とか役割というものがある、ここは被災地で一時的なもの。確かに支援というのは長期的には必要になるけれども、住民もそれぞれが自分の力で立ち上がっていくことが本来のめざす方向性です、というような、当たり前なことなんですけれども、それを言わなければ気付いていただけないような空気ができていたということもありました。いろんな職種の方とかいろんな思いの方をマネジメントする難しさということと、支援者に生じ得る高揚感と地元職員や住民との間の温度差というものを感ずる経験でした。

また、たくさんの支援を注力いただいたことによって、機能が自立レベルに維持されてい

た高齢者のADLが一気に低下したというケースもありました。具体的な例で紹介しますと、避難所にいらっしやった高齢者に女子大生のボランティアのグループが来てくれて、それまでは自分で食べる事ができていたのですが、かわいそうだ、やってあげようとボランティアが全面介助による支援を繰り返し、1週間の春休みに継続的に支援をしていただいた結果、その高齢の方は二度と自分で食べる事ができない筋力の低下をもたらしてしまった。援助のあり方そのものというものを、今一度おさえる必要性があるかなと思います。

そういった災害時に自治体の保健師は何をやるのかに話を戻します。自治体に勤めている保健師は自治体の職員としての役割と、専門職看護職という役割の2つを同時に担うこととなります。特に専門職としては地域の情報を集約するという事です。公的な機関に所属をしますので、多様な情報を得ることは可能になります。それをどう生かすか、発信するかというところが一つのポイントになりますし、命に係わるというところでは医療救護の対応。それから先ほど小早川先生からもお話があったように、避難所だけではなく、地域全体に生じている変化や健康課題をとらえることが非常に重要になります。予防対策のためにも多様な関係者と一緒に仕事をしていくというのが、自治体の災害時の保健師に求められる役割です。この行政の保健師としての役割は、法律に基づいた位置付けというものがございます。県の保健師であれば県の防災計画に基づいて、市町村の保健師であれば、市町村の防災計画に基づいて地域住民への対応をするというように、普段から災害が起こったときに担う責務が国レベル県レベル市町村レベルで、防災計画として定められています。

この法律は戦後にできているものなので、阪神大震災のときにも神戸でも計画はありました。ただ当時自治体の計画の多くは過去に経験した災害を教訓として策定されています。神戸市は過去に阪神大震災のような大規模地震の経験はありません。台風で川があふれた経験に基づいて策定されていた。そのため、平時の訓練も、台風が来たということが過去の教訓なので、台風が来る前の6月頃、全職員出勤前に電話連絡を受け、指示などの文章を書きとって、出勤したら提出する。しかし実際の阪神大震災ではそもそも電話もつながらない。経験したことがないことをイメージするのは、自治体の中でも難しいという限界は今もあります。

また、保健師が防災計画の中に位置付くのは、大抵は福祉保健医療部門と、これも自治体によって名前は違うのですが、こういったような部署。先ほどの茨城の例でしたら、健康福祉部とか健康推進課とか。主に医療保健を担う部署というところに位置付けられます。多くの住民の方が集団生活を余儀なくされ健康問題も生じることのある避難所の運営は、この自治体の例でいけば一番上の避難所対策班というところ。そこは健康とか福祉とかの専門家がいるわけではないので、被災者のためにというところを、本来一番握る防災部署が、実は医療や保健福祉の専門性に精通しているわけではない場合が多いです。防災部署に勤める方も幅広い研修を受けるようにはなってはきていますが、ただ防災が専門職というのは日本では養成されていませぬので、難しい面があります。

行政が防災計画とか普段の備えの中で、特に気を付けなければならないこととして、災害時要援護者対策があります。これについては専門職の方が多いので、改めて詳細な説明を行う必要性もないと思います。特にハンディキャップのあるような高齢者、障がい者、子ども

さん。あるいは逃げることに困るような方々。言葉に困るような方々について、具体的に把握をし、個別の支援が速やかにできるような計画を立てることが、防災部署に言われています。健康とか福祉とかを担っているところではない部署が検討し、対策をすすめることになるために、災害が起こったときにも、その部署が安否確認をしても、こういう病状で困っていますという質問が来た段階で保健や医療に来ることになります。ですから行政の縦割りを超えるためにも、医療保健の分野でも別途台帳等を作る、あるいは個別の備えや準備への支援をしっかりとやって、いざというときの対応ができるようにするということを、保健福祉関連の部署も積極的に関与する必要があります。

続いて、被災者の健康にどんな影響をもたらすかについてお話しいたします。避難生活を一つ例に挙げると、普段寝泊まりをすとか暮らす場ではないような学校の体育館とか教室で、当面1カ月ないしは数カ月、長い場合であれば半年ぐらい生活を続けることが生じます。被災地の多くはライフライン等が止まるため、長引く避難生活で健康状態を悪化させていく可能性が高くなります。具体的には、生活衛生環境がよくないことによって、感染症が発生しやすい、あるいは物資が足りないために病状も悪化していくような方もいらっしゃいます。また福祉的な部分においては、精神的・心理的な影響というものはとても大きくて、避難生活の中でうつになる、知らない避難住民同士で些細なことでトラブルになり、それも精神的なストレスにさらに加わるということも起こってきます。

具体的な疾患名が、このスライドの右側になります。元々病気があった方が、医療の継続困難などが要因で病状を悪化させる方、感染症を発症される方もいます。心の面の影響も中長期的に生じ、失ったものの大きさ、時間の経過とともに自立を求められることのプレッシャーが加わる。そういったことを忘れたいのためにアルコールの飲酒量が増え依存の問題も起こりました。

阪神大震災で仮設住宅に入居した独居の住民が死後、何日も経過して発見される“孤独死”が社会的にもクローズアップされました。連日、新聞に大きな活字で、今日で何人目と累積の人数が大きくなっていく悲しい状況でした。阪神淡路大震災でこういった孤独死が生じた原因として、都市型の生活スタイルの影響が言われています。つまり、普段から地域住民同士の交流が乏しい地域が多く、震災を機に膨大な人数の被災者が、真冬の避難所での生活を数カ月間送りました。仮設を早急に建てたかったですけれども、仮設住宅を建てる場所の確保自体ができなかったんですね。最初に立ったのが小さな公園に、数十軒単位ずつしか建たなかった。一方、入居を待っている避難者は何百万人という単位です。わずかな仮設住宅には、まずは災害時要援護者といわれる高齢者や障がい者を優先的に早く移っていただくということを、兵庫県と神戸市は政策として決めたんですね。

結果どうなったかということ、その小さな公園エリアにある仮設住宅に、要援護度の高い方だけがお住まいになっている。隣近所がどうかということに意識を回すことができなければ、助けてあげることもできない。そういうエリアでその後何年間も暮らしていくということを考えていなかったことが、孤独死の誘因となったとされました。そのため、阪神淡路大震災以降は、仮設住宅は単に要援護者の入居を優先するのではなく、元の地域とかコミュニティとつながり、あるいはそれが長期的になることも考慮した入居の仕方をしなければなら

ないということが、重視されるようになっていきます。

今日のテーマである、多様な職種との連携では、例えば東日本大震災のこのスライドは、宮城県の東松島市の保健師さんが、災害後の保健師活動において、協力をいただいた職種や団体の聞き取りまとめたものです。対応だけでも、上の3分の2ぐらいに書いている赤字の多様な組織の先生、看護師さんたちのチームを、全てマネジメントして何とか対応ができています。福祉においても福祉避難所の開設に介護ヘルパー、協会等を通じてマンパワーの方をお願いしたり、避難所の衛生環境面では保健所の専門職も含め NPO とも連携をしています。心のケアも DPAT だけでは人員が不足したため、大学等、有志ボランティア、あるいは日本精神保健福祉協会等とも連携をしています。さらにそれがフェーズによって変わっていったところを、絶えずマネジメントしていくことを市の保健師が担っています。

このように災害時支援に駆け付ける多様な職種が増えていて、市の方々は例えば防災計画があると言いましたけれども、こんなにいろんな人たちと一緒に仕事をやっていく、というような計画も訓練も不足しています。ですからその場で判断をして、誰が何を期待できる人なのか、それを少ない人数の地元の職員だけでやるということでは、かなりのマネジメント力、コーディネート力というものがが必要です。先ほども小早川先生のスライドでもありましたけれども、今は多様な専門職の方が増えていて、自治体から SOS を発信していなくても来られます。こういった多様な方々は、何回も災害支援に行かれていますので、プロフェッショナルとしての意識もありますし、自治体の保健師はどうすべきだということも分かっている方が増えています。ですが、災害支援は平時の活動とは異なる側面が大きく、繰り返し同じ体験をして技術を磨けるものではないため、被災地の自治体、特に市町村などの行政保健師は初めての災害支援経験であることが一般的です。初めてで戸惑っているところに、スペシャリストの人たちが来るということで、大きなあつれきが起こったり、受け止められないということによって、せっかくの効果的な援助が活かしきれない場合も全くないわけではありません。

昨今は、保健師などの公衆衛生に従事する専門職に対しても、研修の機会などを通じ災害時の専門職の多様性について、伝えるようにはしていますけれども、自治体の保健師も平時から多様な部署に分散配置されていることが多く、例えば母子とか障害とか違う部署にそれぞれ保健師がいるんですね。その人たちが誰と連携をしたらいいのかとか、困りごとをどう連携したらいいのかという、行政の中の縦と横をつなぐところが難しい中で、さらに災害時に訪れる多くの専門職とこの人たちと一緒に仕事をする難しさもあります。いろんな職種の方が来られても、直接住民の方に支援者として関わることが必ずしもいいとは限らないんですね。特に心のケアとか複雑なケースワークが必要な方は、関係性の構築と継続性がないと課題解決に結びつきにくくなります。そういう意味では、まずは地元の職員が誰につながべきか、あるいはつながべき人はどういう人かを理解したうえで、どうすべきかというところをキャッチし、これはより高度な専門性を発揮できる人につないだらいいなというところが分かった段階で、外部の方に入ってもらったり、あるいはそれを直接的に外部の専門職に全て片づけていただくのか、あるいは対応の仕方を保健師が学んで一緒に対応するのかとい

うことも考えていく必要があります。最初のファーストステップでは地元の職員が介入する、いろんな方が来られたときに、より高度な専門性については対応をお願いするとか、ケースによっては一緒に対応するとかいうことをマネジメントしていかないと、単に外部の方が来たからここをお願いします、というふうにするだけでは、課題解決はしないと思っています。

これも皆さん専門職の方が多いのでご存じだと思いますが、災害後は、時間の経過とともに地域と個人が変わるといことが言われています。心のケア等では「ハサミ状の現象」といわれています。スライドの横軸が時間の経過です。例えば直後は発災が起こると多くの住民が避難所に行ってみんな同じ被害者と仲間意識が生じる。でも、時間が経過すると、同じ避難所にいる人でも自宅が全壊、財産喪失、失職という方もいれば、公務員や専門職で失職の心配はない方、ライフラインが止まって、余震が怖くて避難しているだけの人もあります。被災者という一言の中にも個人差があるわけです。それが時間と共にどんどん広がっていきます。仮設住宅への入居を例としても、希望する立地や条件の仮設住宅へ希望どおり速やかに入居できる人と、何度も抽選に落ちて希望外や元の地域とは離れた仮設住宅へ入居せざるを得ない方もいらっしゃいます。あるいは、すぐに家を復興できる方もいらっしゃいます。その後の仮設住宅から復興住宅への移行、自宅再建というような、時間の経過でも常に差が生じてきます。

特に公衆衛生とか自治体においては、このスライドで示す赤い線をたどれるような方々は、必要な情報を提供し見守り支援で良い場合もあります。一方で、どうサービスを使っていいかも分からないとか、自分で解決できないような方々がないのかということを見極め続けながら、長期的にサポートをしていくということが必要になっていきます。このスライドで示す青い線に戻っていく方はどういう方か。あるいはどういう地域なのかというと、元々地域の医療保健福祉が十分ではない地域と、今とても裕福な自治体との格差もあるわけですね。国内では。そういった元々のサービスも、人材も十分ではなかったような地域が災害のダメージを受けることによって、ますますサービスが低下をしていくということが生じやすくなります。個人においても、自立をすとか工夫をすという力が弱い方が、そういった災害ということを経験することによって、より弱くなるということが起こってきます。ですから、そういった地域の変化、実態を捉えながら、どこを重点的にバックアップしていくべきかということ、長期的に見守っていくという支援が、自治体の職員の中では責任として続いていくことになります。そこにどのように対応していくかというところは、最初のスライドに戻りますが、保健医療の立場だけでは長期的になればなるほど、何ら解決できないんですね。不定愁訴が長引く被災者は、身体的な健康の問題が将来への不安から生じていたり経済問題が絡んでいたり、福祉であったり教育であったりというようなことが大きく影響していることがあります。したがって、普段以上に、多様な関連部署、専門職との関係性の構築というところを意識しなければ、街作りとかいうところにも健康の視点で意見が言えるとか、ということがなければ地域住民の安心した暮らしというものは取り戻せない実態があります。

最後にまとめです。効果的な他職種連携という視点では、普段から良い関係性でないところは、災害が起こったときにもうまくはいかないというのが私自身も経験して思いました。本当に困っているときには制度とかの枠を超えてでもやらなければいけないことが山のように

に生じ得ます。それをやれるのはお互いの関係性があって信頼性があるからこそというの
はあります。そういう意味では行政も地域の一機関、一資源です。自治体の枠を超えた職種
とか専門性というところにもっと目を配って、普段から一緒に考えていくということが大事
です。

公助の限界については、地域住民自身の自助力や共助のアップも不可欠ですが、地域の関
係機関、専門職の縦割りになっているところをつなぐような役割をより強化していかなけれ
ばならないと思っています。そこが課題だということを今認識しながら、教育や研修を進め
ているということを今日はお伝えさせていただきたいと思います。ちょうど時間になりました
ので、私の話は以上とさせていただきます。ご清聴いただきありがとうございました。

小林：奥田先生ありがとうございました。それではここでいったん休憩にさせていただいて、
10 分後の 3 時に再開したいと思います。よろしくお願いします。

<休憩>

小林：それでは 3 時になりましたので、再開したいと思います。

次は陸前高田市の高寿園という、高齢者施設の管理栄養士さんですけれども、菅原さんが
ほとんどコーディネーターされていたという印象を私は持っているのですが、いろいろとその
受ける側としてのご経験も含めてお話していただきたいと思います。よろしくお願いします。

菅原由紀枝氏 報告

菅原：よろしく申し上げます。では、震災にあいましてから今に至るまで、本当にたくさん
の皆さんのご協力とかご支援いただいてまいりました。受ける側だったり、また私のほう
もいろいろやったことなどを含めてご紹介したいと思います。

陸前高田の被災状況はこのようなんですが、市の 1 割近い方が亡くなって、いまだに行方
不明者は 200 人を超えています。事業のほうは、私は社会福祉法人高寿会というところの部
長管理栄養士をしていますけれども、特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービス
センターが 3 つ、在宅給食などをやっています、これらは 1 人だけ管理栄養士がいますの
で、直営でやっていますので私が責任者ということです。被災してからは仮設サポート拠点
の朝夕食 365 日と、さらに小規模多機能が加わって、毎日すごく忙しいような状況になっ
ています。高寿会の被災状況は、全壊、大規模半壊、現存ということで、163 人くらい当時いた
んですが、私も家が被災して仮設住宅に 3 年いましたし、ほとんどの人が被災者というよ
うな状況です。職員は亡くなられた方は 10 名。こんなふうに家族もずたずたというような状況
の中で、みんなで働き続けるような状況にありました。これは町場のほうにありました福祉
サービスセンターです。ここでもヘルパーさんたちが 4 人くらい亡くなって、利用者の方を
助けに行って亡くなってしまうという感じです。これは 1 カ月後の画像ですね。職員が撮り
に行ってくれて。避難所は 7 月 30 日まで続いて、入居者の部屋を区別して、被災者の方、た

くさん訪れられたんですけれども明け渡して、区分して共同生活というかたちが、3月11から7月30日まで続いています。これは物資をみんなで分けてバイキングしているところです。

震災の当日から避難の方へ目標にしたことは、これは私と私の部署の目標でしたが、この命をつなぐこと、公平であること、笑顔で見送ること。この笑顔というのは、ここに来たくて来たわけではないんだから、感じよく小さいことにこだわらないで仲よくやっていきましょうというつもりで、みんなに言い聞かせていました。特養の非常食は、入居者の分110人分と、プラス職員の分50人3食3日分を備蓄していましたが、平成15年よりクックチルシステムといって、袋で作る衛生的に優れた手法でやっていましたので、特養の利用者の食事は4日分までは整えて、冷蔵保存をしています。こんな感じで仕込みますね。防災計画がありましたけれども、普段の楽しい食事からまず生きることを重点的にやっていきました。入居者、避難者共に、治療食、栄養補食、経管栄養、アレルギー食、ソフト食には対応しました。弱者を優先していきます。アレルギー食も幼稚園とか、小学生、中学生で各1人ずついて、その方々にも対応しました。在宅の避難者や他の避難所へも食事提供を要求されると優先的にあげました。

危機のときに私の立場としては、とにかく食べないと命が継続しないよということと、1人の死者も出たくないという強い思いがありました。まず管理栄養士は1人しかいませんでしたから、まず毎日を乗り切るということをみんなに協力してもらいながらやっていました。施設のほうはいつもの職員に任せて、あとは避難者とボランティアさん、支援の方、食べ物のことがあると全部私に来るような、夜中でも何でもそういう状況でした。

当日は2時46分に大津波が来まして、3時くらいで人が100人くらいいたと思われれます。停電で断水になっていましたが、一応5時には炊き出しするからと、理事長のほうに言ってスタートしました。災害用のガスを持っていましたので、それに切り替えて、調理員は4人いましたし、パートが1人いましたので、その4人と1人でこれくらいを作るという指示を出していきました。あと被災者のほうは、列ではなくて10人グループで編成するように指示して、まず今日の夜は5時からご飯を出して食べさせるし、あとお菓子とかペットボトルのジュース類は子どもたちもいましたので、高寿園に来たら安心するんだよということで放出しました。全部均等に割り振るようなことをします。この段階で避難者が何人いるか、入り口が3カ所あったので分からなかったんですが、10人編成で何グループできるかというので把握しようと思ったら、80何グループもできてしまって、私もびっくりしたんですが、あるお米をほとんど使ってしまうような状況に陥ってしまいました。

2日目は、朝6時にミーティングして、7時に朝食、3時半からまだ停電なので、早めの夕食ということにしました。朝食はあるものを全部出すので、青菜のおかゆとか梅干し、イチゴ、リンゴ、フライ。クックチルでいろんな食事を冷蔵庫に入れていましたので、小さくてもいいからいろんなものをとにかく出す。もう夜は米がなくなったので、粉を15キロぐらい動員して、あるもの全てですいとんを作ることにしました。また、市内にある高田一中という1,200人の大きな避難所から、おかゆがないとか、おじいさんとかおばあさんとか弱っている人が食べるものがないから助けてくれと言われたので、やると言って無理無理引き受け

ました。とにかく死者を出さない、生き残った人を助ける、ということで、無理を承知でやっていました。私のところに、30人くらいヘルパーさんの居場所がなくなったので、応援に入るということで、こういうことを指示していきました。あと豆腐とかは3,000箱、車から降ろすだけで3時間かかったんです。水産品が2トン車でばんと来たり、肉も30キロとか、10キロの大きな塊でいただいて。スーパーが壊滅しているし、降ろす場所がないので、やっぱりなものは全部こちらに来るといような状況で、それをしきっていくのが私の立場でした。

10人編成ではとんでもないので、この2日目から30人編成にして、リーダーしか厨房に来られないようなシステムを作って、あと避難者も知り合いが多かったので、りんご剥き隊だの、野菜切り隊だのと、すぐに動員しました。この時点で大体880人です。こういうことでスムーズに何とか運営していくために、指示は紙で出しましたし、あとはとにかく弱い人を助けるということで、経管栄養とかターミナルの方もいらっしゃいましたけれども、基礎代謝量に落とすのは普通の人、重篤な人はいつもどおりに対応するというのをやり続けました。経管栄養もケアマネジャーが助けてくれと言った方には、3名分例えば2週間分ずつあげて、水分も一緒にイオン飲料もあげたんですが、切れる頃に確認すると停電で吸引器が使えなくて、3人ともお亡くなりになっていたりして、施設では助けることができた方が在宅では助けることができませんでした。あとはソフト食も通常どおりに行います。これも冷凍保存していたものをカードロガーといって、こういうふうな装置を目視できるもので、二重の安全衛生管理していますので、ここでちゃんと見て、安全を確認しながら出すことができました。治療食についても先ほど言ったように、通常どおりにクックチルの物がそろっていただけに対応できました。衛生対策については、使い捨てのものを相当在庫品でたまたま持っていましたので、工夫してできたとし、あと生ごみは極力出さない献立に変更して、リンゴも皮はむかないで食べるとか、極力ごみを出さない献立に切り替えました。ただ、基礎代謝量だけに変更した皆さん、廃用症候群になって、4人部屋を6人ベッドにしたり、入浴ができなくなって清拭にしたらば、褥瘡の発生がたくさん出て、これを全員分治すのにはすごく労力がまたさらにとられていって、週1回の褥瘡回診ドクターと一緒にやっていたのに、全部私も動員されてというか、私もくっついて診ることになりました。大体24カ月最大の人がかかって、褥瘡の対応が終了するようなかたちになっていました。災害時は有事の際のリスクマネジメントはいつものことなんですが、平時のことが出るということだけで、今まで私も、阪神淡路とか、中越地震の栄養士さんの災害を乗り越えた動きをすごく勉強させていただいたことが、経験的に役に立ったような気がしています。

あとこれは、リスクと対策を書いていたので、あとでご覧ください。水が届いたのも確か4日後の夜だったし、自衛隊は3日で来るとDMATとかで習っていたのですが、実際来ていただいたのは4日後の夜だったので、勉強していたことと、いろいろ違いがあるなということが事実でした。電気は5日後につきましたので、昼の生活だけに切り替えたりする工夫をしました。とにかく備蓄していてよかったし、あとはガスも使えるオール電化のシステムにしていたんだけど、ガスも使えるようにして、何とか乗り切れたなということです。ガスは大体1日計算すると4時間しか使えなくて、4時間で1,000人分作るの、ど

うしてもおじやとか雑炊みたいな、戦時中の食べ物の勉強をされていてよかったなという感じでした。すいとんみたいな食べ物になってしまっても、かさ増しをすとか野菜も何グラム以上入れるというのは守って、野菜、卵など、あるだけの在庫を全部どんどん消費していくということをやって、何とか悪化させないで、死者を出さないで乗り越えられたのはよかったなという感じです。電気も結局5日間使えなかったのも、それまでは手書きの指示書にしていたんですが、電気が使えるようになったらすごく効率がよくなっていきました。

私は大体1カ月ぐらい休みが全く取れない状況が続いていまして、それを見かねた友達や、それを目撃した理学療法士が、ツイートで発信してくれて、栄養士会につなげる人がいて、あとは高寿園が大変なことになっているというのを、業者さんもツイートで見つけて、栄養士会の理事さんたちが支援に1週間来てくれました。あとは被災者のほうと切り離して、避難所の被災者の皆さんの食べ物は自分たちで作るよという打ち合わせを栄養士会にしてもらって、1週間かかって入居者の食事とやっとな被災者食事が、1カ月くらい分けることができました。このときも栄養士会の協力をいろんなかたちで受けました。4月までくるとやっとな仮設住宅への入居が始まるようになりまして、数がどんどん減って、200人くらいになれば、避難者も炊き出しを6ブロックとか、考え方としては30人分を6回作るんだよとかというような指導をもらって、早いところ自分たちでも自立してもらいたいということで、ここまでの間にガスの手配とか、器具の手配とか、鍋の手配をずっといろんな人をお願いして、頭下げてやっていました。

避難者もボランティアさんも一緒に作って協力するというシステムを作り上げてきましたので、結構楽しくていろんな人たちが協力してくれて、大体こういう打ち合わせ関係はとにかく食べ物は私というかたちになっていました。それで頂き物を利用しておかずを作るので、こんなおしゃれなものも逆に作れたし、知り合いのシェフが駆けつけてくれて協力してくれたり、いろんな皆さんの力をいただきました。これは東京の大学生グループだったし、ひどくて大変で泣いてばかりもいられないという中で、こういう喜びもたくさんありました。あとは4月23日には桜が咲いていますよ、と。みんな苦しくて嫌々避難所にいるかもしれないけれども、外を見ると桜が咲いているよということで、今日小早川先生と酔仙という地元のお酒を造っている地元の工場の話をしたんですが、これは工場の跡地からお酒を拾ってきて、桜見会ですね。桜が咲いているから、みんな今日は一服しましょうと日曜日にぶつけて。被災者の人たちと共同して、拾った提灯に、はっぴ、おつまみも。1カ月ぶりぐらいに酒飲んだよと喜ばせてあげたり、息抜きにしたり。中途半端な数のものはバイキングにして、お楽しみバイキングというように、日曜日に花



見を組んでみんなを開放してあげるといふ。いつものありきたりなものばかり食べさせないで、酒も出すよ、避難所なんだけど、こういうことをやったりもしました。これで涙流しながらお酒飲まれた方を見ていて、こういうことは必要なことで、企画してよかったなというふうなことです。こういうことをしたいよと言って、避難者の方とわりとコミュニケーションが取れていて、みんな、よしという感じで協力してもらえました。

震災後の危機の想定は、今回は何とか乗り切れたけれども、職員体制も人員の不足も通信手段も、次回はどういうことになるか分からないので、もっと厳しい想定をしようということも考えました。あと倉庫のほうはもう2カ所、防災用の倉庫を買ってもらって、水、あとお鍋とかも全部。倉庫も2つで前よりも50人分増やして、だから9回分さらに多く増やして、倉庫の準備をして、これはあとで福祉避難所にも今度契約しましたので、そういった方面でもさらに弱者がこちらのほうにいらっしゃることも想定して、取り組んでいます。今度何かあったら、私もいないことも想定した内容を考えています。ですから献立も卵を出したりフライを出したりは、今度は煮炊きをしないで、今度の場合は私がいなければ、レトルトのおかゆと梅干しだけだよとか、すごく簡単な9回分だけの献立を考えてグレードダウンさせました。これは震災後の事業でミドルステイをさらに20人分受け入れていますし、仮設住宅の居住者向けのサポート拠点を開設して、在宅給食を毎日、朝昼夜、30食提供しています。これはおかげさまで仮設住宅からの退去というか、復興団地のほうに皆さん移られてきて、今は1食か2食に少なくなっています。福祉避難所は先ほども話題にしましたが、まだ弱い人が避難してくるというような契約をして、昨日打ち合わせがありました。

これはだんだん平静に戻ってきて、鍋ができたりお茶会ができていたりして、みんなの笑顔もやっと戻ってきたというところです。震災後、人材の流出がたくさんありました。10人が震災で亡くなって、9月までの6カ月の間に23人退職して、その後も職員の退職などが続いていて、すごく慢性的な人手不足で困っていました。ちょうど東京社会福祉士さんからのご支援をいただいたり、訪問をいただいたり、定期訪問いただいて、どういうことで支援できるかという打ち合わせがありましたので、人だということをお願いしました。新しい方が20人も急に入られて、新人研修をしたんですが、その新人研修がとても好評で、やる気がみなぎってきたりしたので、今度は中堅者の研修をお願いしよう、次は技術の古武術の介護方もお願いしようとか、いい話題いいテーマを教えてくださいました。ちょうど小林さんとかも打ち合わせしていただいた内容なんですけれども、私たちができなくて毎日のことに疲弊して、もう毎日大変だというような状況のときに、ちょうど東京社会福祉士さんから後方支援していただいて、私たちがやりたいんだけどできないとか、毎日流れ仕事になって仕事が回らなくなっているようなときに、カンフル剤みたいにこういった研修を入れて刺激をしていただいていた。これは2011年7月の新人研修で、他にできる人がいなかったの、管理栄養士ですが私のほうが、基礎研修を実施するよとか、こういう理由付けが必要だよということをやりました。あとはこういうふうに食事付けてみんなで打ち合わせする時間も、無理無理作るんですけども、とにかくやらないことには始まらないということで、打ち合わせをさせていただいていました。介護の仕事やりがいワークショップなどは、大塚先生に来ていただいてワークショップみたいなことをやって、これから頑張るんだと、このぐらい笑顔

とか、自覚が出てきたりして、とてもいい結果ができました。体に優しい介護の研修会もすごくみんなのりのりで、特に若い男子はとてもやりがいになって、本当にいろいろな見方ができて、毎日が喜びにつながるという発見にもなった、いい研修会を提供していただきました。

何度も出てきますが、未曾有のとか想定外という言葉もこれからはありえないので、こんなふうに私たちも何とか持ちこたえてやっているのは、皆さんとのつながりのおかげだと実感しています。5年たって、こんなふうに高田は変わってきています。たくさんゴミが片付けられて、あと高田の場合はほとんど街が被災していますので、平地が12、5メートルかさ上げされています。山を削って全部が12、5メートル高くなります。この一番最後のボランティアさんの写真は、遺骨の捜索をしているところです。今もできるどころ、どぶとか側溝とか、私も何回かやっていますが、ただ砂をふるうだけなんです、骨を見つけようと思ってやっているんです。これはまだ継続しています。街全体が12.5メートル上がる街に変わります。とにかく今を乗り越える、この毎日でも一人でも多くの人を生かす、持ちこたえらせるというのが私にできることだと思って、やっています。この辺はもう去年提供されましたが、ベルトコンベアで。こんな見たことのないような大きい車とか、街中でこういう状態です。あとは、新しい企画で施設でも、サービス付き高齢者住宅を建てて、一人でも多くこの地域にいてもらいたいというので、これも他職種共同で会議して、私も運営の委員になっていますので、さらにこれにも関わって計画を練っています。

高田は2万4,000人の街だったんですが、2万人切って1万9,000人ぐらいになってしまっています。いろんなお金をかけられていますが、人はどんどん減り続けています。しかしまず今自分ができただけでもいいからやっということうことで、あとは今思えば書いておくべきだったと思っていたんですが、地域医療を支える会、これも他職種共同で震災後取り組んでいます。これはドクターとか歯科医、PT、OT、社会福祉士さん、もちろん管理栄養士も入っていますが、あと介護職、これは市全体で取り組んでいて、月に2回ぐらい研修をして、1年目には減塩をテーマにして劇団もどきもやりました。去年は歯科衛生士さんたちで虫歯の勉強会をして、今年は転倒予防でPTと組んで劇をやったり、地域に出向いて講話をしたり、これからの予定では薬剤師さんと一緒に薬の管理をしようというので、結構忙しい日程なんです、とにかく顔の見られる他職種共同連携をしようとしています。こんな狭い地域の高田だからこそできることを私たちはやっということうことで、70施設ぐらい集まって、100人ぐらいの規模でいろいろな動きを打ち合わせして、先週は忘年会やったばかりです。あと、これも小さい街だからできる、顔の見える関係作りをしていこうということうです。あとはネットで未来かなえとか在宅ネットにも同時進行で取り組んでいます。お互いの専門性が理解されると、もっと協力し合えることが多くなっていくし、職種だけでなく施設を超えて、私も管理栄養士はそれほど多くない職種ですから、全く違う施設から頼まれてPTから頼まれて、嚥下食の勉強会をしたり、ケアマネジャーに頼まれて在宅に出向いたり、まずやれることをやっということうことで毎日取り組んでいます。

あのときから5年目で、始まりが5年たっただけで、全く毎日もがいているだけでさほどのことはできていないんですが、とにかくやり続けるしかないということと、他職種連携というみんなも苦労していて、困難な壁にいつもぶち当たっているけれども、お互いこちら

もひどいから頑張ろうねというようなかたちで、毎日取り組んで愚痴を言ったり。他職種では少し希望も見えていて、元気な高齢者を一人でも増やしていこうということで、高田の場合は一本松クラブとか、男の料理、急に料理しなくてはいけなくなった立場の人とか、栄養士の立場でもいっぱいやれることがあって、非常に1年間が忙しく過ぎ去っています。社会福祉士会の皆さんのように、また手を差し伸べていただければ本当にありがたいですが、いつまでも頼ってもいられないので、また忘れた頃にでもやっていただければすごく助かります。おかげで何とかここまでやっていますが、もっともっとと欲張らないでやり続けようと思っています。今後ともよろしく願います。ありがとうございました。

小林：菅原さんどうもありがとうございました。それでは、お話しいただいた先生方は前に出ていただいて、各々お名前が書かれているところにおかけください。

それでは今から約50分を全体討議ということで、進めさせていただきます。先ほども言いましたとおり、阪神淡路のときにも支援に一応行かせていただきましたし、今回も行かせていただいて、今いろんなお話を伺いながら、いろんなことを見て、本当に思い出しました。ちょうどてんかんの薬を届けるということをやっているときに、テレビで見たあの学校の、あの炊き出しの仕事に行きたいので仕事を辞めてきました、と言って、思いつめたような方がいらっしゃっていて、それでボランティアセンターさんがいろいろ配置して、てんかん協会のお薬のところに行きなさいと言ったら、これは私がやりたかったことではありませんとか言って、次の日いなくなってしまった。そういうことも思い出しましたし、東日本のときには、私たちが前に出ていくのではなくて、なるべく現地で頑張っている専門職の人たちを応援するというので、いろいろなニーズを聞いて、そのニーズに応えるかたちで支援をしようというのが、東京社会福祉士会の陸前高田支援になったのですが、今ご報告を見せていただいてそれなりによかったなと思いました。ありがとうございました。

それでは会場の皆さんのほうから今まで4人の方のお話聞かれて、ご質問とか、ご意見とか、感想とか、ありましたらどうぞ手を挙げてお話しいただくとありがたいです。

質疑応答

高野：日本社会分析学会の高野と申します。社会学を中心とした学会です。所属は九州大学です。

今日実は日本社会分析学会は北九州で例会を開いておりますけれども、正直言うところこちらに来るか迷いましたが、こちらに伺い、勉強させていただいて、大変貴重な経験をさせていただきました。

ありがとうございました。社会分析学会と申しますのは、中国地方から四国、九州が大体の



範囲でして、熊本の震災を受けましていろんなことを考えていけないといけないというふうなことを団体としても取り組もうとしております。ですが、私たちはいわゆる専門職といえますか、専門職的なスキルと結びついているわけではなくて、社会調査をしたり、家族がどう動いていくのかということから見る、社会学的な見方をしますので、先生方のお話に対して、少しとんちんかんなことを言うのかもしれませんが、幾つか教えていただきたいなと思って、お聞きしたいと思います。

学会の研究会等でも今回熊本の地震で議論になりましたのは、熊本は熊本市という70万からの政令市から、阿蘇に至る過疎地の、集落が消滅するのではないかといったところまで、非常に広域の災害でして、街の復興のスピードと阿蘇のほうの復興のスピードの少しずれとか、先生方のお話の中にもありましたけれども、同じ災害を受けた人たちの中でも、かなり温度差というか、いろんなものが広がってくるという状況がありました。お話の中にありましたけれども、全体状況を住民こそが分かっていなくて外から来た人のほうがむしろ分かっていて、状況を住民の方たちがきちんと把握することの難しさというものが突きつけられたような災害だったかと思っております。中でも農山村でいろいろな災害が起こっていったときに、例えば東北の震災等でも仙台から様々な地方都市、過疎地まで広がっているわけですが、農山村で災害が起こるといときに、住民は高齢化していて、非常に弱い状況にある方たちが被災していくわけなんですけれども、そういうときに課題として専門職の連携等の中で、大事な点といえますか、ポイントとなる点があれば教えていただきたいなというのが1点です。これは漠然とした質問で申し訳ないですけれども、残りの2つは具体的な話なんですけど、皆さんの結論の中で警察と取り組んだ先生のお話もありましたけれども、普段からの取り組みがとても大事だと言われました。恐らく職種ごとに普段からの取り組みの姿はあるんでしょうけれども、住民の立場から見ると普段の立場を一番おさえているのは行政ではないかと思えます。今回行政の立場であるということであれば、もしかすると奥田先生に伺うべきなのかもしれませんけれども、普段からの連携を支える主体となるのは、やはり行政なのか何なのかと。もしそれが行政であるとするならば、はたして数々の災害を経て行政は普段からの連携を支えるような主体として、展開している動きというものがあるのかどうかというのが教えていただきたい1点です。

もう一つは、例えば社会福祉協議会の連携ができたというお話があったかと思えますけれども、連携の対象として、住民組織などは想定されているのかどうか。住民組織というのは、非常に結束の高いところもあれば弱いところもあって、多様な水準にあるんだろうと思うんですね。そこをつなぐというところで、社会福祉協議会は住民組織と専門的な立場をつなぐところで大きな役割を持っているのではないかと思うんですけれども、実際社協というのはどんな役割をこの中で果たしてきたのかというところを、教えていただくとありがたいなと思えました。長くなりましたけれども以上です。

小林：ありがとうございました。1番は誰先生に？

高野：恐らく神戸でもいろんな都市部の中のあれもあるんでしょうですから、もし教えてい

ただければ。

小林：お願いします。1番2番ですね。

奥田：ご質問ありがとうございました。まず1点目が農山村の住民への支援についてです。先生もご指摘のとおり、都市と違って農山村では、少子高齢化が一層強く自助・共助力は低いことが危惧されます。ただ実際は、過去の新潟中越地震時の市町村、東日本大震災の東北の地域、阪神大震災の淡路島の山村地域等の農山村では、保健の視点から言わせていただくと、都市部よりもこれらの地域のほうが、お互いの助け合い、コミュニティ、ふれあいが強く、古きよき日本の文化の中で、災害後も住民同士の創意工夫や共助が発揮されています。たとえば、直後の大変な環境の避難所でも、泣いている子どもがいても、子どもの存在自体で殺伐とした避難生活が癒されるんだとか、あるいは男性の方が住居の片付けなどの力仕事で頑張ってください分、女性が率先して炊き出しを頑張りますよとかいったものです。それがお互いのつながりがないような都市部では、数に限りがある物資だとけんかになるから配れないという現象も多くみられます。そういう意味ではコミュニティとかエリアの特性がどうかという点が重要。単に高齢化とか人数が少ないということがマイナスになるとは言えないと思います。ただ長期的、復興期には、より高齢化が加速し、地域のサービスが追い付かない現象が生じ得ることはありますので、そこを福祉、行政の政策ということで、介入していかなければいけない問題は出てくる。少なくとも災害直後の支援のあり方ということでは、人口の多少よりも、その地域にコミュニティ、住民間のつながりがあるかどうか支援のあり方にも影響します。

2点目の平時の取り組みについては、連携の主体は誰かというところなんですけれども、支援する側の主体というところは、自治体に責任があるという区分では自治体になるのかもしれない。ただ主体、主役は誰なのかといたら、地域の住民だと思います。でも連携を支えとか、サポートする仕組みを普段から考えて連携を強化することは行政としてはやるべきだと思いますし、その動きとして今何があるかといいますと、例えば今は防災の制度がこのたびの東日本大震災で一部見直されて、内閣府が他機関のところと連携を取っている。保健は保健、福祉は福祉、社会福祉は社会福祉と、各々の所管課で縦割りでやってきたものの、弊害というものがあつたので、中央省庁においても内閣府で集約をされて、そこで政策を考えていく。ただ、それぞれの地域レベルでは危機管理部門においても、女性の視点を入れたほうがいいのではということが言われています。今までは防災の職員は男性が主体だったんです。24時間直後に行けるとか、防災服着て土のうを積めるとか、そういうこともあるので男性が中心だったんですが、女性特有のニーズへの対応の在り方が問題になりましたので、女性の職員を配置するという動きにはなってきています。さらに行政だけではなく、地域の婦人会の方とか、関連するNPOの方と防災の職員が連携をして、地域で普段からできることはないか、災害時に行政の限界を補えるような組織ができないかという、地域の組織を支えとか育てるとかということに助成金を活用し取り組みに力を注いでいる自治体も、一部ではあります。災害が頻発化していますので、自治体全体の空気とすると、10年20年前

よりも自治体の防災職員の教育の強化や、女性職員を配置するなど、かなり取り組んでいるようにはなってきたかなと思います。



それと保健医療福祉の行政の中の縦割りの問題については、今皆さんの専門の部分で近いところかというと、地域包括ケアシステムというのがこれからの高齢社会を支えるために医療保健福祉、それから在宅の地域の住民等が支え合うような仕組みができるような会議等をもって、地域のそういった仕組み作りを変えていこうという動きが出ているかと思います。地域包括ケアシステムというときには高齢者を中心に地域で支える仕組みの検討がすすんでいます。このように高齢者を中心に体制下されたシステムであれば、障がい者も支えられるし、子どもさんも支えられるという地域になるはずで、地域包括ケアシステムに集まるメンバーは同じ医師の先生だったり、訪看さんだったり、ケアヘルパーさんだったりするわけなので、そのつながりの中で普段のことを考え、いざというときにつながるといことは、期待できるかなとは思っています。

あと社協の役割については、多くの社協ではボランティアの受け入れと調整を担っていることが多いです。ただ現実的には、多くの業務と支援者の殺到で、社協も混乱が生じます。社協の方が専門職のことは分からないために、医師や看護師の個別ボランティアをすべて、保健所などへつなぐ傾向があります。結果、個別レベルのボランティアのマネジメントもそれぞれの現場に任されるために調整にオーバーフローすることも実態としてあります。社協のマネジメントのあり方も検討がなされていて、研修とかマニュアルの見直しは苦労していただいていると思います。でも一番大事なものは、そこと受け皿になるところの連携が、まだまだ足りないかなというふうには感じています。

高野：ありがとうございます。

小林：ありがとうございます。他にどなたか。

麓：私は麓と申します。今はリタイアして、人間市役所とか埼玉県和市役所で生活支援の嘱託をやって、早稲田大学で障害者福祉論を5年持っています。その関係で災害弱者と言われるような人たち、とりわけ障害を持つ人たちのこととかに関心があって、東日本大震災は7回支援に行って、あとは熊本にも行きました。福祉避難所の話が出てきましたけれども、今回熊本でもそうですが、福祉避難所があまり機能していなかったというところがあって、そこを考えて見れば分かるのですが、地元の施設に何人か入れるケースですと、地元の施設で職員が被災者であったり、職員が足りないところへ、ただでさえ常に入っている人プラスアルファで10人20人入れるのです。そうするとそれで手いっぱい、対象者は1,000何人いるのに、入れる枠は100何人ぐらいしかいかなかったりするのですよね。それなのにマスク

ミが、機能していない、機能していないとか、いろんなかたちで言うのです。そういうところで何をしたらいい、どういうことが足りないのだろうとかいろいろ調べに行って、話を聞いてきました。障害者の支援センターを立ち上げていろいろやっている、熊本学園大学の東先生という方が言うには、福祉避難所という考え方にそもそも限界がある。限界があるところに、災害弱者は福祉避難所に行けばいいとみんなが期待しているが、実際にそういう人は地震とか大きい災害があったらまず移動できないし、迎えに来てもくれないわけです。自分からまたどこか地元の近い避難所に逃げて、そこにいられないから遠くへ行けるかといったらまず行けないわけです。行けない中で、結局一般の避難所の中でそういう人たちが過ごさなければいけない状況があって、そこでは車いすの人の動けない状況だとか、透析の人がどうのこうのとか、薬がない人はどうのこうのとか、いろんな状況が生まれるわけです。そこをどう専門職が連携して、支えていけばいいか、最初からそういう発想にもっていかないと、福祉避難所に行けばいいという発想が強すぎてしまうと、全体がうまくいかないのではないかということ、東先生が言っていました。理想としては一般の避難所で、障害者もお年寄りもいろんな病気を持っている方たちも、そこで支えられる体制をいかに作っていくかということが課題なんじゃないか、私たちは障害者分野のことをやるしかないが、そういうところの連携が全然できていないんだよねということをおっしゃっていました。

私は社会福祉士を教育する側にいるので、社会福祉士の役割は何かということも考えてきたのです。実際に現場に行ってしまうと、私が東日本大震災に支援に行ったときもそうですが、大体そこで中心にいるのは、保健師さんであったり、看護師さんなのです。やはり個々のいろんな避難所とか仮設住宅も、いろんな患者のこととかケースのことをつかんでいるし、地元の病院のことも専門職との連携も分かっている。あなたはあそこの仮設住宅見回りしてとか言われ、指示されるままに動いただけというのがありますが、社会福祉士の役割というのがあまり被災地に行ったときに見えてこないのです。どうしても中心にいる人が、社会福祉士もソーシャルワーカーの中でいろいろ言われていることが、全然生かされていないとか、生かされるすべがないとか。そこで何をしたらいいのか、所属している埼玉県社会福祉士会でもいろいろ問題提起をしていますが、なかなかいい答えが返ってこない。埼玉県では埼玉県で被災者の受け入れ等、実際にしてきましたけれども、実際に現地に行ったときのこういう問題について全然自分たちで答えが出せない状況なのです。

ここに今日来ていろいろ貴重な話を聞かせていただいて、本当に勉強になったのですが、社会福祉士に期待するものとか、実際の現場で災害の現場で期待するものとしてどういうものがあるのか、具体的に話していただきたいし、連携のときにどういう役割を果たしたらいいかということも、何か示唆を頂ければありがたいなと思っています。

小林:現場の気持ちを菅原さんで、社会福祉士のあり方というのを笹岡先生をお願いします。

菅原:先ほど私たちは陸前高田のほうに来ていただいた社会福祉士会の応援は、ああいうかたちで、何ができるのかなという話でしたが、すごくいろんな面で心の支えになったり、あとは人をつなげる能力がすごく高い集団なので、こうやったらいいんじゃないか、ああやっ

たらいいんじゃないとか、こことここを結ぶといいね、みたいなアドバイスをいただいたりして、力になっていました。私たちは介護施設だったので、社会福祉士の資格もお持ちだけれども、介護福祉士とかケアマネジャーの資格をお持ちの方が、講師をしてくださって、技術的な面とか心構えとか、社会での役割みたいなのを、すごく大どころの高い理念みたいなのも勉強させていただいてよかったと思います。ありがとうございました。

麓：高寿園は丘の上にある施設ですよ。

菅原：そうです。

麓：あそこに物資を運びました。

菅原：ありがとうございました。その節は大変お世話になりました。本当におかげさまで。たくさんの方から来ていただいたときに、むしろ職員の心のケアも含めてのご支援というのかな。社会福祉士の方はそういった心理も勉強されているので、とてもやんわりと理想に近いものを導き出すような手法をやってくれたり、ワークショップみたいな他職種での連携のところが気付きも、ご指導していただいたと思います。ありがとうございました。

笹岡：社会福祉士というか、ソーシャルワーカーは先ほどおっしゃっていただいたように、対象がすごく広いですよ。胎児から遺族の支援までというように対象がすごく広いことと、そしてその広い対象の方々への社会資源、制度を知っている人はソーシャルワーカーしかないのではないかと思うほどです。

災害時には様々な制度の適用を検討します。いろいろな場に応じて、その人を資源に結び付ける力を持った人がいる必要があります。被災地の現場ではそういう役割もすごく重要だし、そして先ほども申し上げましたけれども、現場でソーシャルワーカーは、それほど多数いるわけではありません。マイノリティですよ。特に医療のソーシャルワーカーはすごくマイノリティです。いろいろな人たちをつなぐというのが、常の業務であるわけですから、そういうことに長けている人たちというのは現場に置くと、それなりに非常にうまく機能していくと思います。けれども、残念ながら福祉のほうで派遣という体制にはなっていない。今後は、福祉支援というかたちで、団結をして被災地に派遣するシステムを作り、きちんと災害救助法に位置づけ知多抱く必要がと考えるわけです。そういうかたちの制度で行くようになると、スキルも目に見えるかたちで提供できるし、そしてまた切磋琢磨することで自分たちのスキルも上がっていくのではないかと思います。ただ、訓練されていないというか、集団としての力がどうというのは、おっしゃるようになんか少し懸念はあります。全体として私たちの福祉の関係する集団の災害における力を、どの程度自分たちが持っているのか、というスケールがないことと、そしてバックとなる法律の支援もないわけです。さらに、実際にお互いへの共通用語というか、アセスメントの共通用語みたいなものもきちんと定着させていかないと、チームを組んだときに救済機能できるかが難しいのではないかなという課題は

あると思います。不躰ですが、ソーシャルワーカーはすごく役に立ちましたよね、先生。

小早川：間違いありません。

麓：いいでしょうか。

小林：どうぞ。

麓：社会福祉士会もそうなのですが、派遣するときは1週間とか2週間単位で交代しています。保健師さんから聞いたら3カ月いるとか、私は名古屋市から半年の派遣で来ましたとかそういうかたちで来ていて、長くいないと地域のことが見えてこないとか、あるいはやっとなんか見えてきたと思ったら、次の人に交代するというようなことがあって。仕組みとしてソーシャルワーカーを派遣するということからまず弱いのかなというのをまず感じました。実際にある程度自分が見えてきて、何か自分から関わられるものがあるなと思えたときに、地元の人たちが、やはりこれは先ほど言ったように、いろいろ疲れてくる時期とか、フェーズフェーズによっていろいろな課題を抱えています。今度はその課題と、自分が見えてきたことがうまく合わなかったり、合わせるのが難しいというのがありますね。こちらが言い過ぎではいけないとか、向こうの人はそういうところで分かり切っているのかもしれませんが、なかなかできていないところがある程度見えてきてしまうと、その調整をどうしていくかとか、そのように悶々としている間に次の交代時期になってくるといことがあり、その辺をどうすればいいのかと思います。

笹岡：現地責任者は必ず何か月かは、配置するようにしています。ただ何か月もいると精神が疲弊しますので、3~4チームでヘッドが3人で、2人2人にして1週間2週間交代で活動するのが良いのではないかと今考えています。やはり同じ顔がいないと指示命令系統が混乱するのではないかと思うからです。同じ顔の人からの指示でないと動きにくいですね。活動が長引くときは、現地責任者の複数のチームが張りつく必要があります。

今回私たちが行った石巻に関しても、最初に5年は必ずいまずと申し上げました。5年いないと阪神淡路の時にも最後に取り残される方々への支援が充分ではなかった経験から、5年いるとかこの場所に必ずいるんだという保証を最初にしないと、どこに頼んでいいのかわからないというところがあるのじゃないかなと思います。それを最初に言ったことがいいかどうかは分かりませんが同じ顔がずっといるということの重要性はすごくあるのではないかと思います。



小早川：福祉避難所についてなんですけれども、常総の経験と熊本の経験をお話しします。常総市のほうは、少し時間がたってから、常総市の保健師さんに、1人福祉避難所に入れたほ

うがいいと思うんだけど、動かない住民がいるから先生説得してください、ということで呼ばれて、あすなろの里さんという、一番最後まで、12月まで残った避難所に行ってみました。そこは8畳間ぐらいに2世帯の人がいて、入ったほうがいいと言われている方は、慢性呼吸疾患があり、舌がんを少し前にされていて脳梗塞後という方で、奥さんが非常によく面倒を見られていました。奥には1人独居の方がいまして、そこ関係性があると。広さ的にも3人で8畳あったら概ねいいなど。しかも畳で暖かい部屋だし、関係性も非常にいい。一方で福祉避難所に行くと、いわゆる段ボールベッドで、それらしい感じにはなっているんですが、はたしてこの人たちを説得してまで、そこに入れる必要性を全く感じられなかったんです。

東日本大震災で2つだけ問題かなと思うのは、避難所アセスメントブームと僕は言っていますけれども、石巻で避難所アセスメントが非常によかったということで、この5年間いろいろなシートが開発されたり、ブームになったんですね。熊本で何が起こったかという、みんなアセスメントをしたがるけれども、アセスメントをしたあとの分析とそのあとのレスポンスが全くないというのが熊本地震でした。全くないとはまでは言わないんですけど、逆に言うと、僕らはレスポンスするためにアセスメントをしているはずなので、アセスメントだけで終わってしまったということと、福祉避難所という名前がぼーんと出たので、障害者や弱者は福祉避難所に入れさえすればいい、これもかなり究極的な言葉遣いなんですけど、入れればいいんだよ。つまり思考停止状態になってしまっているというのが、1つ常総で感じました。

先生が言われるとおり、熊本地震のとき、僕は東京で最初働いて、19日の朝に熊本県庁に入って、そのあと熊本市に1週間いました。熊本市ではあまり福祉避難者が出なくて、4月27日に県庁から益城町に行くように言われたときには、避難所の過密状態がとんでもないから、高齢者を中心に温泉地に運んでくださいというオペレーションで、僕は益城役場にそれから1カ月入っていたんです。そのときに福祉避難所は事前の指定が5カ所でしたが、3カ所はもうライフラインが駄目で、福祉避難所として使えないということと、近所の住民がかなり避難して来て使えないということで、これは福知山線脱線事故のときにも、レベルは違うんですけど同じ現象が起こりました。要は住民たちが、そこが福祉避難所か緊急避難場所か避難所か、ということが全く分からないんですね。ですから、近くのとにかく安全性が高そうなところに逃げる。つまり病院とか公民館とか施設とかは強そうだから逃げるという行動になるので、当然、当初行政が描いたような行動というのは多分ほとんど取られず、福知山線脱線事故のときも、我々は災害拠点病院とか整備していますけれども、近隣の空いていそうな病院に重症軽症構わずみんな行くわけです。ですので、自然発生的に動く住民の動きというのが結構ありますので、福祉避難所とあらかじめ決めていても、そこを以降も福祉避難所として使うのは難しいということが益城ではありました。逆に言うと、近所にあったサービス付き高齢者住宅の人が、善意でそういった方を受け入れているのも発見したので、事後にそこを福祉避難所として指定したり、というようなことで対応をしました。実際には益城の住民が熊本に逃げて、熊本市の老健●を、益城の福祉避難所として事後に指定したということがありますので、事前に指定してここは福祉避難所である、ということを知ってお

くのは大事ですが、我々のオペレーターとしては、障害者を福祉避難所に入れさえすればいいということではないんで、●することと、あと指定外のところにもそういった人がいるということなんです。

それと、益城で実は県の意向で、高齢者等の本人と家族 1 名だけを選んで、過密の避難所から遠隔地の温泉地に、つまりそこを福祉避難所として使えることになったので、移す人達



を選んでくださいと言われて、僕らはハピネスという保健福祉センターの中の●の聞き取りというのを 4 人でしたんです。そのとき僕は 27 人の住民と話をしましたけれども、皆さん行かれませんでした。理由は、そんな遠い温泉地には行けない。あと介護自体が家族みんなでやっているから、1 人だけのサポーターを連れてはいけない。あと、ここを離れたら情報が入らないんじゃないかとか、あとは家族の仕事の問題とかもありましたので、ほとんど行かなかったです。結局 1 日だけでも温泉行けますよということに切り替えて、

リフレッシュ避難ということで 500 人くらいが温泉地に行きました。僕らも一緒にツアーコンダクターとしてやっていたんですけども、思ったとおりには動かないですね。あと思考停止、それに気を付けなければいけないというのはすごくあります。逆に先ほどの奥田先生の、高齢者だけ仮設に入れたらそこが高齢化の高いところになるというのがありましたけれども、福祉避難所にするとサービスを集約できるという点からの、マネジメントの点では楽になるんですが、住民からすると、通常のコミュニティーを分断する作業なので、少し時間がたつと、足かせにはなるんじゃないかなと思います。窮屈というのもあります。

小林：それでは、次の方どうぞ。

丹波：福島大学の丹波と申します。福島で 5 年数カ月になりました。京都の頃からのを想定しながら、聞いていたのですが、先ほどの質問にもかかわりますが、災害直後は医療関係者、それから保健師の方々、その人たちの力が大きいなというふうに思います。僕も双葉郡、浪江、富岡、大船、河内、それから南相馬とか幾つかの地区に関わって、復興計画をやって。元々福島専門でやっているのですが、ほとんど福島のことをやらずに復興計画作りをやってきたので、緊急期よりも、生活再建の今の時期のほうが、福祉の領域の人たちが本当に力を発揮しなければいけないにもかかわらず、そのフェーズで力を発揮できていません。正直なところ、福島の福祉の専門職は通常業務の範囲の外で、ボランティアでほぼやっています。災害救助法というけれども、まさにそこをしないと、福祉の専門職は災害時に力を発揮できないし、正直現場では福祉の専門職は役に立たないと思われてしまう。その問題は結構大きいなというふうに思います。冒頭、災害のことについて話がありましたけれども、これだけ災害列島と言われる日本で災害が続いているにもかかわらず、福祉の領域のなかで災害時の教育というのを本当にしているかということ、僕も反省はありますけれども、できていない

です。そういう意味でソーシャルワーカーと言われている人たちがどういう役割を災害時に発揮するか、きちんと業界団体とか協議会等で議論しないと、正直難しいのではないかと僕自身、思っています。

小早川：僕らからすると、ソーシャルワーカーさん、つなぐ、という漠然としたのは分かるんですけども、つなぐというのを具体的になんというか、なかなか分からない人もいます。僕が救急の医者をやっていたときは、ソーシャルワーカーさんというと、虐待児を見つけたときとか、児相につないでくれる人という。それも一部の機能でしかないんですけども、日常見えている姿でしか•なので、日常のソーシャルワーカーの病院の中、外での姿の出し方というのが重要なと思います。要は、普段付き合っている人としか災害時には仕事ができないので。

丹波：あと、それぞれの機関、病院も含めて、施設も含めてですが、そこに専門職が張り付いてしまっているのが、福祉の専門職と言われている人たち自身、自由な動きが正直できないですね。社協が力を発揮できるかという、ボランティアセンターを開設するだけで。南相馬では社協職員が避難してしまったので、ボランティアがボランティアセンターを立ち上げたため、はっきり機能しないです。そういう意味で言うと、それは福島の特異な事情もありますが、本当に先ほど言った、困難なケースに対応するという点だけでいいのかどうかも考えないといけないと思っています。災害時の大きな問題として住居の問題があると思います。職業の問題もあると思います。そういった問題はほとんど福祉の領域には関わっているわけではないです。避難所から仮設へ行って復興住宅という、このルートだけで本当にいいのかどうか、生活再建の姿すらも我々自身に議論できていない気がするの、そもそも仮設でいいのかを含めてですが、そういう本質的な議論が福祉の領域の中から、あるいは管理者のほうから提起されていないというのが、歯がゆい思いがしました。感想程度かもしれないですけども。

小早川：フェーズごとの優先順位というか、DMAT だと、例えば急性期にどーんと思ったらまずは行政の本部機能支援というのが、僕らのマネジメントの中で最大優先事項なんです。その次に二次医療•にある災害拠点病院を拠点化するというのが優先で、それができて初めて一般病院のフォローアップ、そして老健施設、その次が避難所なんです。逆に言うと一般の会員には、これができるまではそれ以外のことはやるな、ぐらいのことでやっていくので、ソーシャルワークのなかでそれぞれのフェーズに、この時期はこれが第一優先ということが、災害によって違う部分と共通する部分があると思うので、その辺の整理というのが業界の中であると、いいのかなというのは少し思います。

丹波：ありがとうございます。

小林：お医者さんは仕事が明確です。社会福祉士の仕事というか、多分、その地域のことは

そこの方がよく分かっている。その職員とかそういう人たちではないと、突然東京から行ったスタッフが出来るかといったら、できないと思ったりします。福祉のことは、地域色が福祉事務所にしても何にしても多いので、その中において社会福祉士が資格を取っていますが、なかなか外からの支援で入っていくのは難しいなと思ったりします。

25分までなのであと10分ですが、もう他にご意見とかご質問とか、何か一言言っておこうみたいな方はいらっしゃるんですか。それでは、またお一人お一人に今回災害時の支援の、外から行く支援者と、迎える、あと今度東京、高知とかまた他のところもいっぱい災害が起きる可能性はすごくあるわけで、静岡もいつかいつかと思ったりしている状態ですので、そういう意味で今度自分たちがその現地になる可能性もあってということで、迎える側も行く側も含めて、改めて連携のあり方についてお話しください。小早川先生には連携事業の目的を先ほどお話していただいたのですが、その連携のあり方とかそういうことをお一人お一人もう一度、こういうのがいいんじゃないとか、皆さんの研究の中でいろいろとお考えになっていることをお話しいただくというのでよろしいでしょうか。最後のまとめという感じで、一言ずつ、もう一度お話しただければと思います。どちらからいこう？今度東京で災害が起きたら、菅原さんは東京に行くのかという話でお願いします。

菅原：頑張ります。本当に全国どこでも誰でも、被災者になってしまうような状況になっているけれども、実を言うと私も被災者で、家も無くしてたりとかですけれども、特に食べ物のことをやっていたので、抜けられなくなったんですね。食に関しては、もう2段階ぐらい食のDMATのほうでも、現場でやるみたいなことを勉強会に行くとかやるんですが、本当は少し離れたところで作ったものだけ運んでもらえれば、現地でこんなに被災者も職員もこれほど労力とか重い負担がかからないで済んでいたんじゃないかなと今更感じる人が多いです。例えば自衛隊とか、市とか、いろいろな関係団体、ロータリークラブ、ライオンズ、民間団体さんにも、大きい鍋をくださいとか、欲しいのはこれですこれですと言ったんですけども、自衛隊から届いたのは8月で、避難所が終わってからいただいたり。本当を言うと隣の被災していない街に行けば、公民館の炊き出しのとかあったはずなんだけれども、避難所になってはいるし。そのときの責任で頑張ってたけれども、これがもしツーステップぐらい遠くのところでやってもらって、みんなが食べるだけの人だったら相当楽だったなと思います。大手の流通の被災していないところの食品工場とか、食に関してはもっといろんなやり方があって、直接物資をたくさんいただくのも本当にありがたいので、無駄なく皆さんに届けるという思いが強かったけれども、ここに来る前の前々段階で管理栄養士がいたり、トレーニングした人がいれば、こんなに住民の人も苦労しなくてよかったのかなとか。いろいろなシステムというか組織のあり方とか、専門職だから頑張ろうというのだけではない見直しは、いろいろなところで必要なような気がしています。一人一人の想いだけで今回は持ちこたえられたけれども、



何とかやり終わっているけれども、職員の中では仕事できなくなって、病院に入っている人も実際にいたりして、考えているよりも深い傷になっている人も何人かいて、何とかこういう目にみんなが合わないようなやり方を、もう少し考えてもらえる機会になってもいいのかなと思います。社会福祉士さんの立場は全体を見まわせる立場であったり、職種をつなげたりできるので、欠陥があるところをうまくながしていくとか、行政との役割であったり、まだまだいっぱい期待してしまうことが多いと思います。すみません。

小林：いいえ、ありがとうございます。

奥田：ケースワーカーとしてせっかく被災地に行っていたのに、その専門性を活かすことができないことがあった点についてです。いろいろな職種の方に専門性を発揮していただいて、なおかつ地域のニーズに応えていただくためには、受ける側の自治体の保健師の立場で言わせていただくと、個々の支援者の専門性を活かす配慮に基づいたマネジメントは非常に困難となるのも事実です。1人で来られる支援者に対して、そこを考慮して仕事を合わせるとか、長期的な中で計画的にプランニングするとかが難しく、そうなってくると連携とか受け入れ、受援者側で言うと、組織的に来ていただける、継続性があるという保証がないと、住民へのサービスの質の確保と保証のためにも制限せざるをえない実情も生じます。

社会福祉士さんの方もこれだけ意識を持っていただいたり、これからスキルとして検討していくことがあると言っていた点を含めて今後に大いに期待します。自治体間の専門職支援においても、経験、教訓の検討から、受援と支援のあり方の検討が繰り返されてきました。短期間あるいは一過性の支援者の受け入れは、受援側では、オリエンテーションの繰り返しに時間と労力の多くを割かれ、課題解決へ進むことができない事態が生じることがあります。その問題に気付いた県外の自治体の方が、引継ぎを自分たちの中でやろうと。物理的には人が変わるんだけれども、同じ自治体が同じ自治体へ継続的に支援に入って、支援者のチーム間で引き継ぎをしていく。人が変わっても同じ仕事をやっているような、専門性を維持しようという仕組みができるように整備が進んでいます。社会福祉という問題は福祉の専門性は地域の課題、個人の課題を一瞬で解決して帰れるということは困難な責務だと思いますので、そういうスキームを整えていただいていると、もっとSOSを発信できますし、地域の住民にも確実に専門職へつなげられると思います。ですので、ぜひそういったところを、これから整えていただきたいと思いますのでよろしくお願いします。

小早川：僕のほうは救急の医者なので、被災地に行って、捕まえて相手が嫌がってもやらなければいけないことと、少し待てることに分かれると思うんです。例えば水没している病院だったら、その院長先生にこのままだと●できないから、避難したほうがいいですよと交渉するのは、超プッシュ的にならなければいけないことかなと。ある程度時期が来ると、オンデマンドで少し●型の支援もいいと思うんですが、今専門職の人たちが、先ほどボランティアハイということで、ボランティアのハイ状態の話もありましたけれども、かなり自分の専門性を振りかざして被災地に来るといえるということもありますので、その辺それぞれの専門性の中で、

これは相手が嫌がっても絶対やったほうが良いことと、少しこれは待つて状況を見ても間に合うんだということを区別して支援に入ることが大事かと思います。

病院避難でいくと、東日本のときには BMAT が帰ったあとに患者さんを避難させないといけない病院が結構ありましたので、研修の中にこの 5 年病院避難を入れてやっていたんですね。そうしたら BMAT 隊員がいろいろな病院に行って、病院避難したほうが良いですよということをして、実際必要があつて言っているわけですがけれども、いい仕事をしたと帰るわけですね。熊本では 13 件ぐらい病院避難していますけれども、避難された病院は、今度は売り上げが下がる問題ですね。今まで 1 億売り上げがあつたところが、数百万になつたりする。そういうことを知つて超プッシュ型の部分も加味しながら、交渉しないといけないですね。僕らはどちらかという全体をマネジメントするほうなんで、今も熊本へ行って被災病院の協議会をやって、被災病院をどうするかという再建のところまで一緒にやっていますが、その辺りのところは救命の観点から避難したほうが良いけれども、だけれどもね、ということがあるので、日常の医療と一緒に、一番は相手のことを思つてやるということが大事かなと。まとまりがないんですけども。

笹岡：外部支援でよかったというのは、例えば石巻で声の大きい大阪弁ばりばりの現地責任者がいたのですが、彼女が「大阪でばりばりだから逆にあなたにだから話せるんだよ。地域の人には話せないけれども、あなたには話せるということがすごくある。」といわれました。この時は発災後 3 年経過していました。発災直後には外部の人がやれることは沢山あると思います。

現地の人しか分からないことももちろんたくさん多いので、その人たちのサポートに入るという姿勢は誰も持つべきで、そこを、私は役に立ちたい、そのために来たということが出てくると、それなら次はこうしないでおきましょうが出てくるのだと思います。今言われていたことも、これも何回かの経験であるわけなので、できていたこともよりよく今後続けるためにはどうすればいいかという観点で、少し話し合いをしたほうが良いのではないかなと思います。

例えばミクロができないとマクロはできないと思います。ミクロの視点からマクロを見るということは社会福祉の最初の視点なので、ミクロのできることを大切にして、それをどのように拡大していくかということを考える、業界というか団体の姿勢があつてもいいかなと思います。

ソーシャルワークはまだまだ地域に根付いていないので。残念ながら。ということは、他の職種とバッティングしません。だからどんどん行つても他の人の職を奪うことがないというので、頑張っていけるのではないかなと思います。もう一つ社協の件ですが、社協の方は、長い期間エリアに分けて生活を見ているんですね。なので、社協のやるべきことは、ボランティアの間だけではなくて、地域住民の支援をすごく長くやるわけですね。けれども、おっしゃるように、すごくよくやっている社協ととんでもない社協があつて、そこがいつも話題になるのは残念だなというふうに思う次第です。以上です。

小林：ありがとうございます。お時間になりましたのでこれで終わりたいと思います。先ほど小早川先生に様々な救護班という図を出していただきましたが、多分これを全体的にまとめて、今後きちんと対応できるようなかたちを全国的に組織していく、その考え方を作っていく、という必要があります。つまり災害福祉というのをどういうふうに進めていくかということ、きちんと研究していくニーズを今本当に感じているのがこの会なのだと思います。この災害日本、災害列島と言われていますが、この話題は社会福祉のところでは大きな話になっていくのだと思います。

ということで、私は今回、この学会連合に初めて参加し、初めて司会をいたしました。今日の公開研究会での私の役割はこれで終わらせていただきます。シンポジストの先生方、どうもありがとうございました。

黒木：ありがとうございました。最後に閉会の挨拶ですが、プログラム表に載っております金子先生が急用で本日は欠席されておりますので、急なお願いではございますけれども、閉会の挨拶を岩崎先生にお願いしたいと思います。岩崎先生は日本学術会議の第一部会員でございますし、日本社会福祉学会の会長をされておりますのでよろしく申し上げます。

岩崎：もう時間ですので短く。日本学術会議の中に、社会福祉学分科会というところがあります。そこが2013年の5月に、災害に対する社会福祉の役割という提言を出しております。その中で今日話題にもなった、DBAT という福祉の災害対応チームの創設であったり、災害時における役割について提言を出しているんですけども、今日話を聞いていて、災害時にももちろん社会福祉の専門職が何ができるかということも、すごく需要だと思うんですけども、まさに連携が本当に重要なんだということが今日の話ですごくよく分かりました。災害時だからこそきちんと全体のパフォーマンスを上げるために、福祉の人たちがどういうふうに関わりながら貢献できるのかという視点が、ものすごく重要なんだというふうに改めて思いました。今日は大変勉強させていただきありがとうございました。

黒木：それでは今日はこれで閉会させていただきます。ありがとうございました。

小林：どうもありがとうございました。

災害福祉研究 災害予防、対応時における多職種連携のあり方 保健師の立場から

2016.12.17.

於; 日本大学文理学部キャンパス

国立保健医療科学院 健康危機管理研究部
(併)生涯健康研究部 公衆衛生看護研究領域

奥田 博子

はじめに 災害支援, 研究に関する主な経歴

災害支援に関する主な経歴

- 1995年: 阪神淡路大震災 (神戸市東灘区保健所 保健師)
- 1999年: 台湾地震 (神戸大学医学部 医療派遣チーム員)
- 2004年: 新潟中越大地震 (厚生労働省 現地派遣調整員)
- 2007年: 新潟県中越沖地震 (厚生労働省 現地派遣調整員)
- 2007年: 地域保健総合推進事業「地震災害時における効果的な保健活動の支援体制のあり方に関する検討会」委員長
- 2011: 東日本大震災 (政府・厚生労働省 岩手県現地対策本部員派遣)
- 2011-12年: 地域保健総合推進事業「保健所管理栄養士の検証に基づく栄養・食生活支援の評価と人材育成に関する研究事業」オブザーバー
- 2012-13年: 愛媛県西条市「災害に強いまちづくり研究事業」協議会委員
- 2012年～現在: 宮城県「被災者健康支援会議」アドバイザー

* その他、自治体災害保健活動ガイドライン検討会委員、自治体等の主催研修会、講演講師など

災害に関する主な研究経歴 (厚生労働科学研究費補助金事業)

- 平成16年度 特別研究事業「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する研究」主任研究者 近藤達也 分担研究「新潟県中越地震被災者の健康ニーズへの緊急時および中期的支援のあり方の検討」
- 平成17～19年度 地域健康危機管理研究事業 「自然災害発生後の二次的健康被害発生防止及び有事における健康危機管理の保健所等行政機関の役割に関する研究」研究代表者大井田隆 分担研究「自然災害時における保健師派遣協力のあり方」
- 平成21年度 健康安全・危機管理対策総合研究事業「災害・重大健康危機の発生時・発生後の対応体制および健康被害防止策に関する研究」研究代表者 尾崎米厚 分担研究「自然災害発生に備えた平常時の保健師活動の分析」
- 平成21～22年度 健康安全・危機管理対策総合研究事業「大都市部における自然災害等健康危機発生時の保健活動体制と方法に関する研究」研究代表者 宮崎美砂子 分担研究「大都市部の自然災害発生時の派遣保健師マンパワー算定基準の検討」
- 平成23年度 特別研究事業 「東日本大震災被災者の健康状態等に関する調査」 研究代表者: 林謙治
- 平成24年度 特別研究事業「災害時の保健活動の方法と体制の再検証東日本大震災の対応経験に基づく実証的研究」 研究代表者: 宮崎美砂子
- 平成28年度 健康安全・危機管理対策総合研究事業「災害対策における地域保健活動推進のための管理体制運用マニュアル実用化研究」 研究代表者: 宮崎美砂子 分担研究「地域活動拠点別事例調査」 など

健康危機管理 災害とは

- 「暴風，豪雨，豪雪，洪水，高潮，地震，津波，噴火その他の異常な自然現象又は大規模な火事，若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害」

出典：災害対策基本法（第2条第1号）

- 「被災地域内の努力だけでは解決不可能なほど，地域の包括的な社会維持機能が障害された状態」

被災した地域，住民を支援していこうとする観点から
災害が人間生活や社会構造に及ぼす影響を重視した定義

出典：太田保之．災害の定義・分類と災害精神医学的研究．
災害ストレスと心のケア雲仙・普賢岳噴火災害を起点に．医歯薬出版

©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

災害時の特性と保健師

災害時の特性

- 発生により、広域の人々の生命と生活を短時間に破壊し、対策に非常な努力と、急な対策を講じる必要性が生じる
- 保健，医療，福祉ニーズの需給バランスの不均衡が生じる
- 情報収集、情報活用や、絶対的資源不足（人，物，予算）による対応の困難性が高く、外部の支援など様々なシステムが協働して対策に取り組む必要性が生じる

保健師とは

・保健師は公衆衛生看護学を基盤とし、ヘルスプロモーションの理念に基づいて、住民及び地域を継続的かつ多面的に捉えるとともに、住民の生活と健康との関連を考察し、予防活動も含めた地域保健活動を展開することを求められる職種である。

出典：平成24年度地域保健総合推進事業．地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書．2013.

・当事者が自らの健康課題を解決するプロセスへの援助を核とし、地域を基盤に健康課題をとらえ、予防につながる組織的な取り組みを担い、公的責任を試行する公衆衛生看護専門職である。

出典：日本看護協会出版会．新版保健師業務要覧第3版．日本看護協会．2013.

©2016.Hiroko.Okuda./NIPH.

「・・・地域で生活する人々の健康づくりの支援者として、(中略)被災者のニーズに応えるため日々奮闘した。しかし、これらのニーズは、保健・医療・福祉のみならず、教育，住宅，労働，交通など生活全般にわたる広範囲のもので、保健分野だけでは解決できないものが多くあった。(中略)被災された方々の、健康を守り高める活動とは、生活そのものを支える活動でもある。・・・」



- ✓ 生活に密着した直接的支援
- ✓ 医療，保健，福祉の接点をつくるマネジメント機能
- ✓ 関係機関，関係者を必要に応じて結びつける調整

出典：阪神・淡路大震災保健婦活動編集委員会. 全国の保健師に支えられて. 阪神・淡路大震災の活動記録. 全国保健婦長会兵庫県支部. 1995.

協働・受援による課題

- 多職種，支援者(組織)との連携，援助方針，役割分担などの明確化
- 人権保護の観点(個人情報)の重要性
- ボランティア・ハイ*への留意

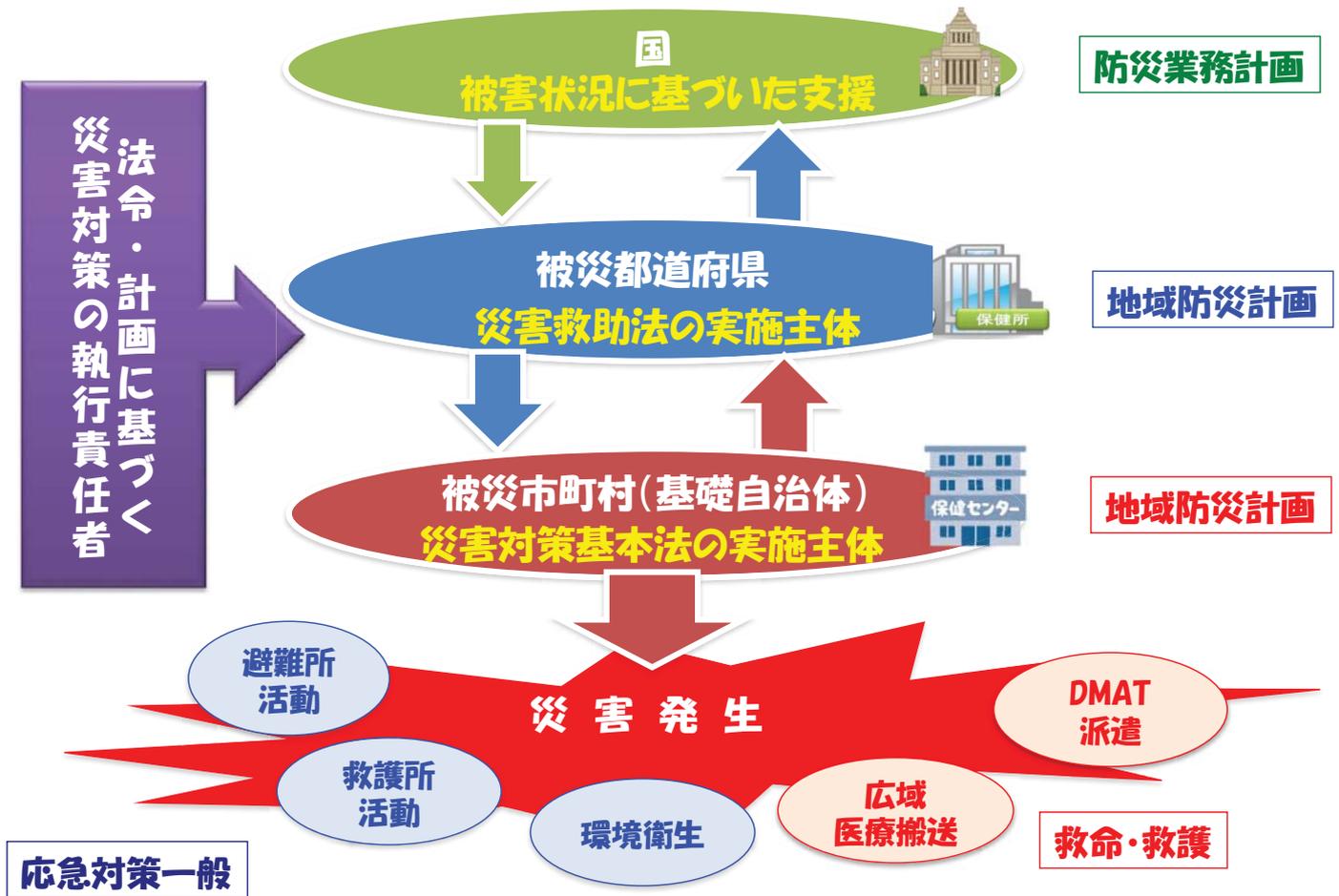
©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

災害時における行政保健師の役割

- 自治体行政職員としての役割
 - 法的根拠：災害救助法、災害対策基本法
- 専門職(公衆衛生看護職)としての役割
 - 災害が地域住民の健康課題へもたらす影響を考慮し、住民の生命と健康の被害を最小限にとどめるための予防を含めた継続的な活動
- 情報収集，分析，発信
 - 被害状況、医療、保健、福祉などニーズに関するアセスメント
- 医療救護体制の確立
 - 緊急医療体制の確立
 - 救護所の被災者に必要な医薬品、医療品、衛生材料等の調達
- 自宅、車中泊、避難所、福祉避難所及び応急仮設住宅等の住民に対する健康管理
 - 避難者、避難状況などの状況把握アセスメント
 - 緊急入院，入所の必要性の判断と調整
 - 全戸訪問などによる被災者の健康課題の把握
 - 感染症、食中毒、熱中症、急性肺血栓塞栓症、生活不活発病等の予防の観点からの環境整備、健康教育
 - 感染症患者発生時の対応(隔離、医療との連携、保健所との連携)
 - 健康状態が悪化した被災者への対応(医療との連携)等
 - 精神的な支援が必要な被災者のアセスメント、こころのケア活動との連携、医療との連携、等
- 関係者(関係機関)との支援体制の構築
 - 支援チームの受入れ調整及び業務改善
 - 関係職種との会議の開催、等

©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

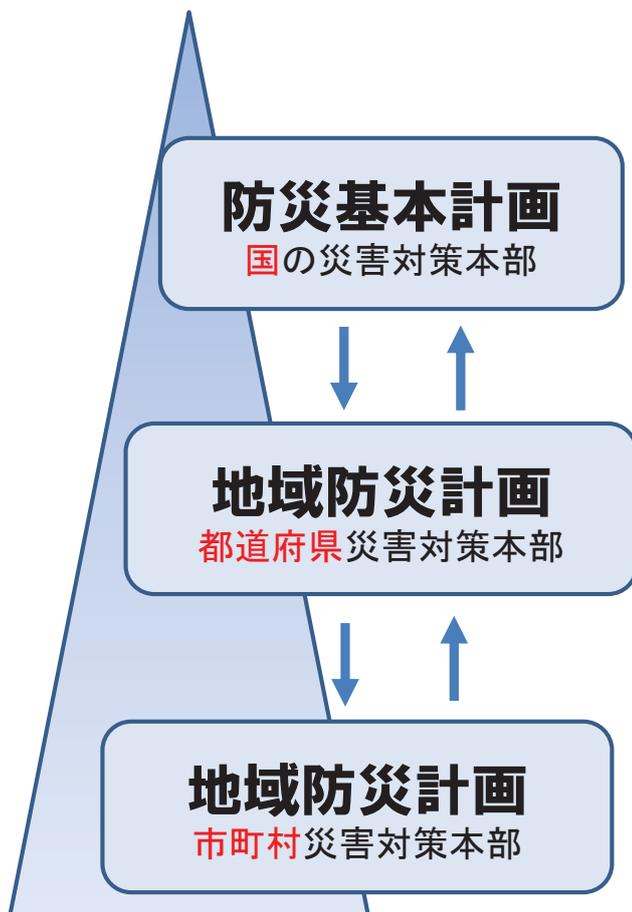
災害関連法令及び計画に基づく対策



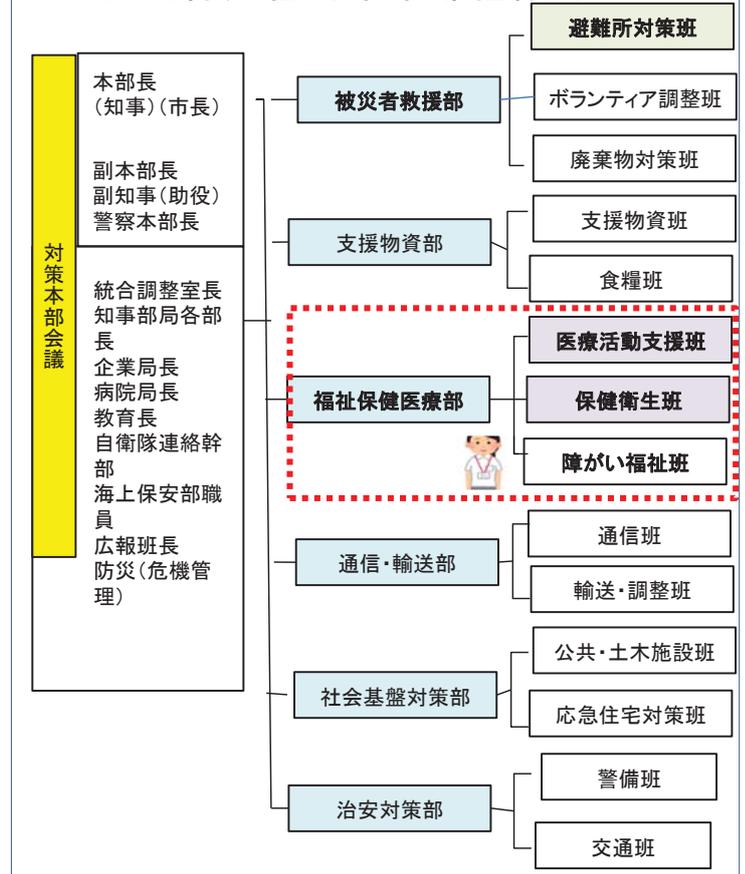
©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

災害対策基本法 地域防災計画

自治体組織間、組織内連携



自治体災害対策本部組織(例)



©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

災害時要配慮者とは

災害対策基本法

(施策における防災上の配慮等)

第八条 国及び地方公共団体は、その施策が、直接的なものであると間接的なものであるとを問わず、一体として国土並びに国民の生命、身体及び財産の災害をなくすることに寄与することとなるように意を用いなければならない。

2 国及び地方公共団体は、災害の発生を予防し、又は災害の拡大を防止するため、特に次に掲げる事項の実施に努めなければならない。

十五 高齢者、障害者、乳幼児その他の特に配慮を要する者(以下「要配慮者」という。)に対する防災上必要な措置に関する事項

©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

その他特に配慮を要する者とは

必要な情報を迅速かつ的確に把握し、災害から自らを守るために安全な場所に避難するなどの災害時の一連の行動をとるのに支援を要する人々をいい、一般的に有病者、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である。

出典:「災害時要援護者の避難支援ガイドライン」(平成18年3月災害時要援護者の避難対策に関する検討会)

©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

災害時の避難生活の健康課題と関連要因

| 要因 | 項目 | 災害後の避難生活で生じる健康課題 例 |
|---|---------------|---|
| 被災による被害 ライフラインの寸断 | 衛生環境 | 空調(暑さ, 寒さ, 換気不良等)騒音, 照明確保, 断水, トイレ(不潔, 不足), 不衛生(ゴミの山積), 空間(スペース)狭さ ペット同伴による避難環境への影響など |
| | 物資不足 | 飲料水, 食糧, 特殊栄養食品(嚥下食, 治療食, ミルク離乳食など), 口腔ケアのための衛生資材物資不足や確保困難 |
| 地域医療・保健 サービス機能低下 (需要と供給のアン バランス) | 医療 | 治療中断・通院困難(医療機関(主治医)被災, 交通手段確保困難), 既往症の悪化, 処方薬の紛失や不足など |
| | 身体的 影響 | 持病の悪化や新たな疾患の罹患 ・感染性疾患: 呼吸器感染症, 創部感染症, 食中毒など ・消化器系疾患: 胃腸障害, 胃潰瘍, 便秘, 膀胱炎など ・内分泌系疾患: 高血圧, 高脂血症, 糖尿病など ・皮膚疾患: アレルギー症状の増悪など ・その他: 脱水, 熱中症, 低体温, ADL, IADLの低下など |
| 避難生活要因 | 精神・心理 的影響 | ・情緒的影響: ショック, 怒り, 絶望, 感情麻痺, 罪悪感など ・認知的影響: 集中力低下, 決断力低下, 自尊心低下, 混乱 ・身体的影響: 易疲労, 睡眠障害, 食欲低下など ・対人的影響: 人間関係トラブル, 孤立, ひきこもりなど |
| 個人・地域特性 | 個別, 社会的 素因 | ・住民気質(援助に対する遠慮, 依存, 住民間トラブルなど) ・性, 年齢など |

©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

被災直後に守られた いのちと健康

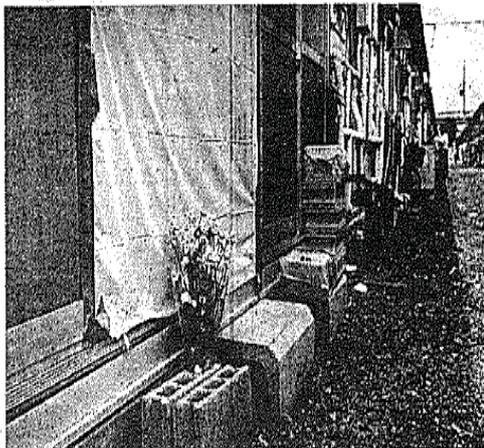
守り抜くことの困難さ...

寂しさ→酒 持病悪化 偏る栄養←閉じこもり

減らぬ孤独死

喪失感、ダメージ深刻

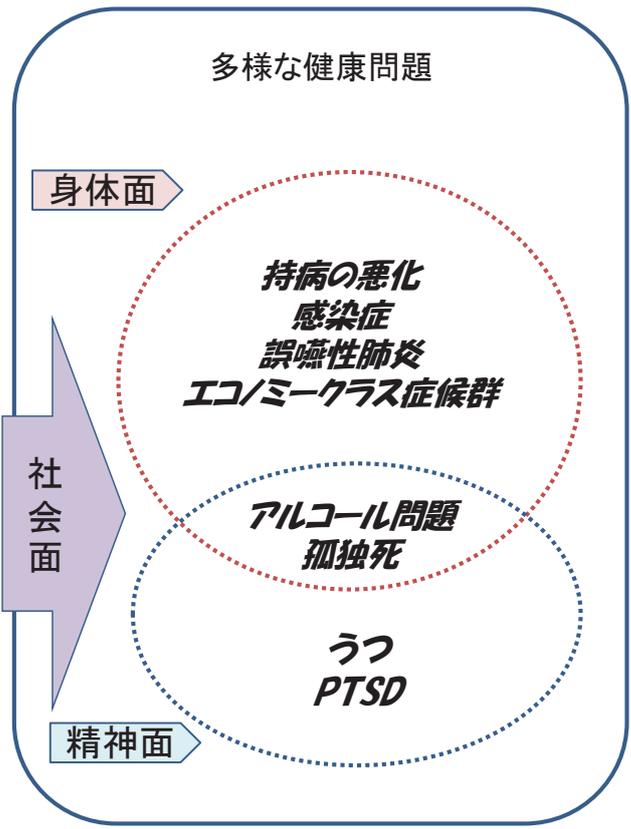
阪神大震災で家を失った人のために建てられた仮設住宅で、約7年経ちの被災者が息を引き取る「震災孤死」が、昨年三月以降、兵庫県が確認しただけで四十七人に達している。男性は約七割を占める。ほか化自派が八人、同居家族がいるものの仮設住宅の狭くで遠くまで通った人もおり、肉親を失ったままの人は五十八人になる。自治会やボランティアが訪問活動を行っているにもかかわらず、ストレスから健康を悪化させたり、遠征でアルコールを飲んだ食事が原因になっていると医師らが指摘する。

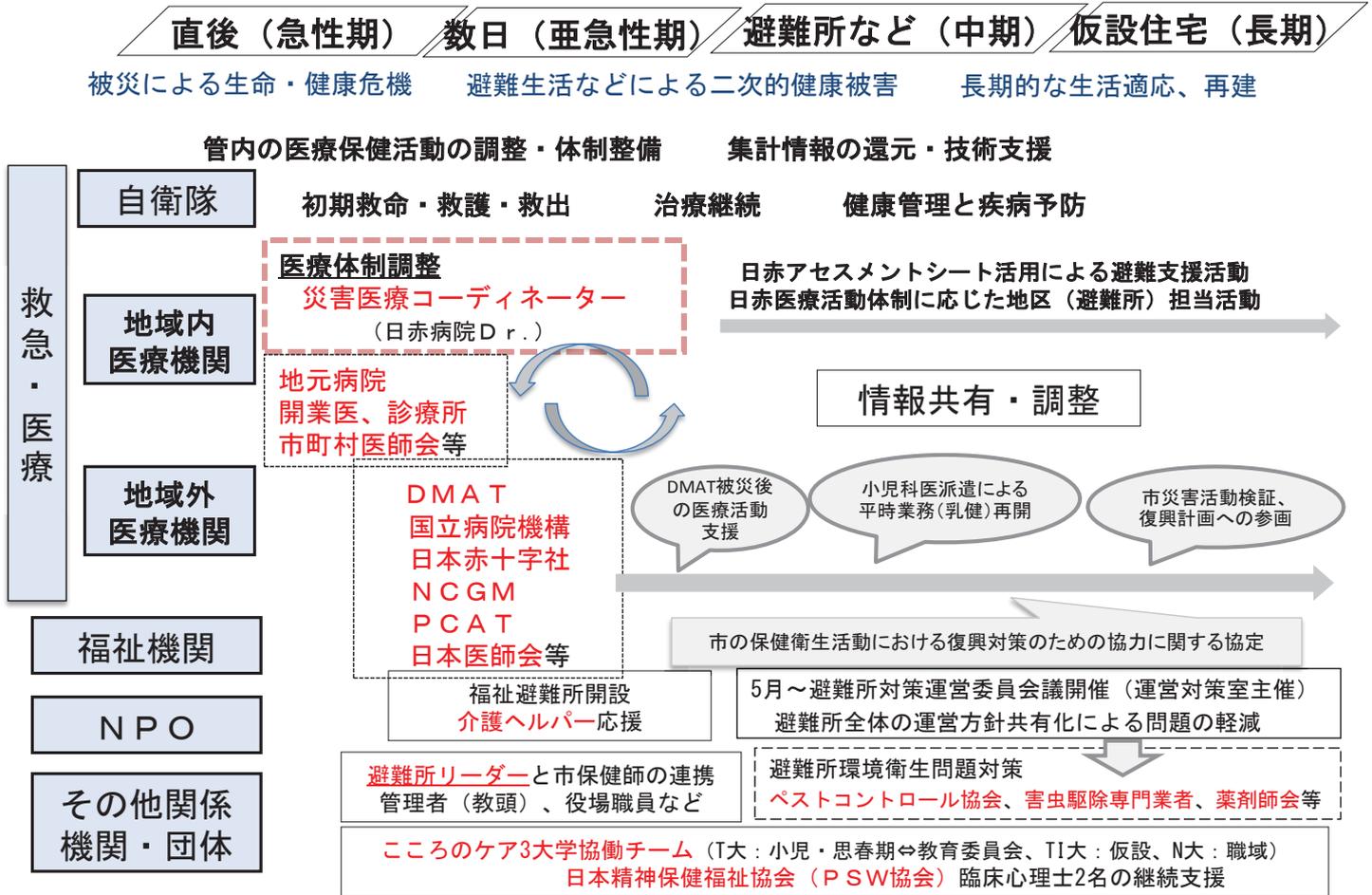


六十六歳の女性の死は、四週間たって発見された。仮設住宅の部屋の前には、花束が供えられていた。昨年五月三日、神戸市東灘区同前町三三自の六田アイランドで

仮設住宅で孤独死した47人 (自殺を除く)

| 発見日 | 経過時間 | 発生場所 | 性 | (年齢) | 職業 |
|-------|------|-------|---|------|------|
| 1995年 | | | | | |
| 3月9日 | 2日 | 尼崎市 | 男 | (68) | 団体職員 |
| 5月11日 | 4日 | 神戸市北区 | 男 | (48) | 不明 |





©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

災害支援組織 例

- 日本赤十字社救護班**
救護班(原則6名1班: 医師1名、看護師長1名、看護師2名、事務員2名)を派遣し、救護所の設置や巡回による医療救護活動(こころのケア含む)を行う
- 災害医療拠点病院**
災害時における初期救急医療体制の充実・強化を図るための医療機関
都道府県は1か所「基幹」拠点病院を、原則二次医療圏に各1か所「地域」拠点病院を指定
- DMAT (Disaster Medical Assistance Team)**
災害後の急性期(48時間以内)に活動できる機動性をもった、厚生労働省の指定した専門的訓練を受けた災害医療救助チーム
- JMAT (Japan Medical Association Team)**
日本医師会により組織される災害医療チーム
- DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team)**
被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療等の災害活動を行うために都道府県及び政令指定都市によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた**災害派遣精神医療チーム**
- JRAT (Japan Rehabilitation Assistance Team)**
大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会
- JDA-DAT (Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team)**
日本栄養士会災害支援栄養チーム
- 災害支援ナース**
日本看護協会都道府県看護協会に登録し、看護職能団体の一員として、被災地に派遣される看護職(公益社団法人 日本看護協会JNA)
- PCAT (Primary Care for All Team)**
災害急性期を基本とした短期の医療支援だけでなく、亜急性期から慢性期にかけての長期の医療・保健支援を行う日本プライマリ・ケア連合学会内のプロジェクト
- JHAT (Japan Hemodialysis Assistance Team)**
透析医療災害協同支援チーム (公益社団法人 日本臨床工学技士会)
- DMORT (Disaster Mortuary Operational Response Team)**
災害死亡者家族遺体対応チーム
- JSDPHD (Japanese Society for Disaster Public Health Dentistry)**
日本災害時公衆衛生歯科研究会

ニーズキャッチ、課題解決のための多職種間連携



| ファーストコンタクト 支援者役割 | 高度専門性を発揮できる 専門職に求められる技術・能力 | | 解決策の実行 |
|------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| ニーズキャッチ | ニーズ, 課題の 明確化 | 解決手段の検討 判断, 提案 | 解決策(計画)の 実施と評価 |
| 主訴, 観察, 予測(状況)判断 | 緊急性, 優先性判断 | 解決策(計画)立案 (主な専門機関・職 種, 協働支援など) | 協働支援者への技 術移転 モニタリング, 評価 |

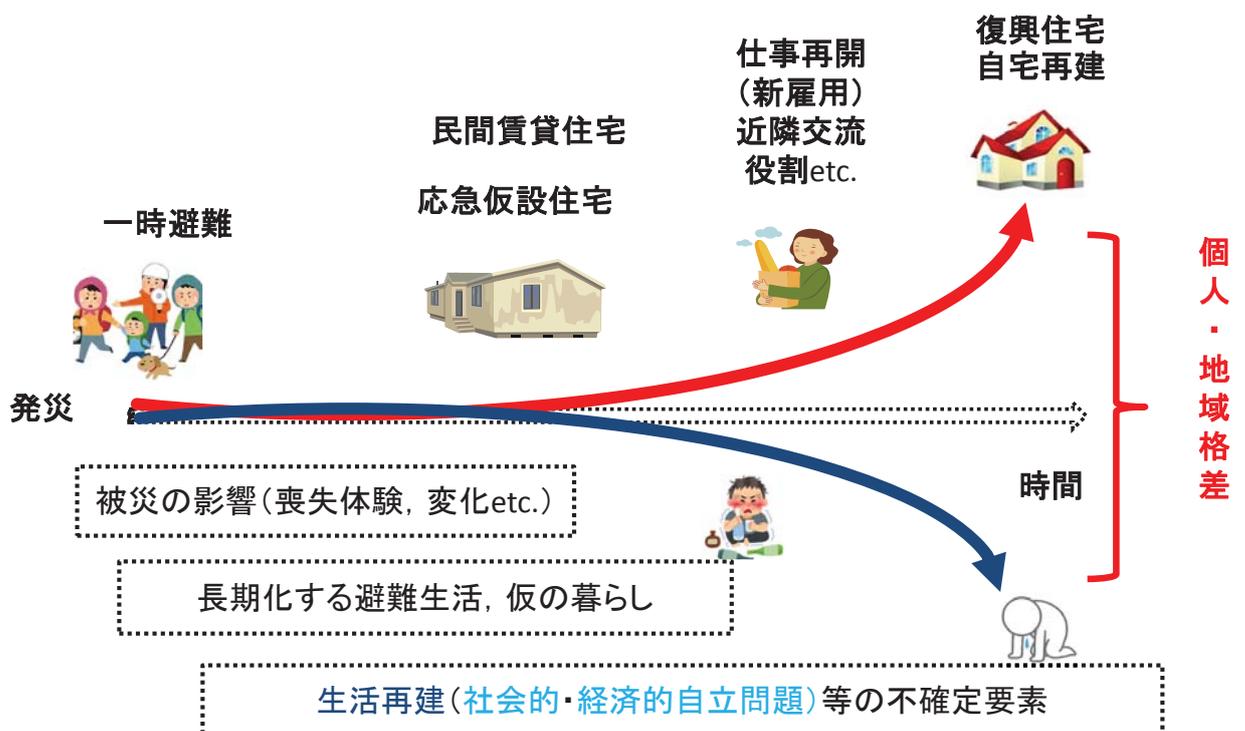


アウトリーチ



©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

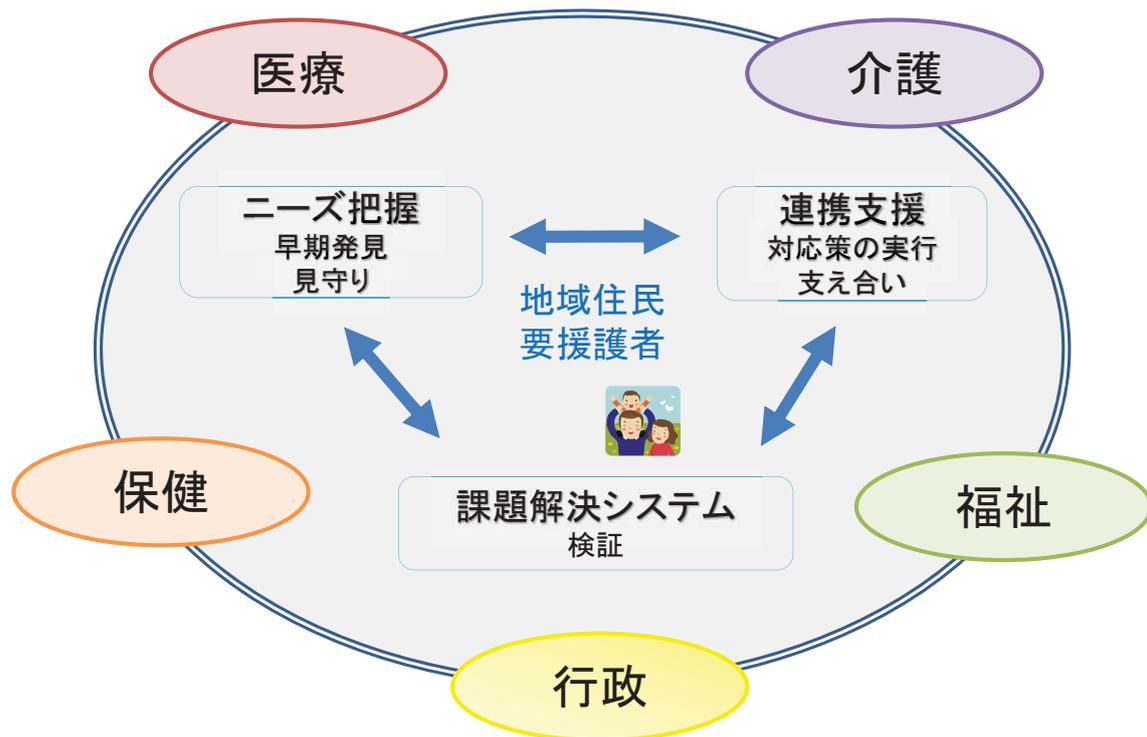
フェーズの経過が被災地域へもたらす変化



住民の意識が「現在の生活」から「今後の生活」へ移行する
時期(4か月~2年半*)に、不安・絶望など心的ストレスが生じやすくなる。

出典：日本福祉文化学会編集委員会編、「災害と福祉文化」明石書店、2010

©Hiroko Okuda/NIPH 2016.



地域力 ボトムアップ

誰もが安全, 安心, 望む暮らしを送ることのできる地域をめざした取り組み

©Hiroko Okuda/NIPH 2016.

効果的な多職種連携による危機管理対応が可能となるための前提 受援を想定した平時の取り組み

- 組織及び命令系統と災害時の役割の明確化と共有
- 情報伝達、管理等の体制の確立と共有
- 災害時要援護者等の支援体制の検討と共有
- 地区概要(医療機関・福祉施設も含めた施設情報や公共施設、地区組織等)の把握
- 支援従事者の依頼及び派遣終了要件の検討と共有
- 自治体機能の喪失時の対応の検討と共有
- 関係機関、支援団体の把握と役割の明確化
- 関係機関、支援団体等との関係性の構築(強化)

©Hiroko Okuda/NIPH 2016.