

1) はじめに

地域包括ケアシステム構築が基礎自治体の重要な役割となっている。大事な視点として、今考えておかななくてはならないのが、予期せぬ自然災害時に、いったいどのようにして地域包括ケアシステムを再構築し、機能させてゆくのかという仕組みづくりである。

阪神大震災（1995年）、中越地震（2004年）、東日本大震災（2011年）など、多数の犠牲者をだした地震災害は、その後、災害時における救急医療に関してDMATなどの初動体制を確立した。しかし、幸い生命の危機がない状況であっても、被災時にすでに要介護の高齢者や、生活支援が必要な障害者や障害児ら（要配慮者）の支援体制は、未だ試行錯誤の段階となっている。

そこで、在宅医療にかかわる専門職、事業者、学会等が連合して設立した日本在宅ケアアライアンスが主体となり、

「被災地において機能する要配慮者支援及び地域包括ケアシステム再構築に関する研究～生活支援を上位概念とした災害医療の在り方～」というテーマで、研究調査チームを立ち上げることにした。

2) ねらい

要配慮者は災害弱者であり、災害に関連した死亡に陥りやすい。災害関連死を防ぐことの大切さは共有されているが、実際にはその方法としてのスキームは確立されていない。災害地におけるリアルタイムの地域資源の掌握や、これらを有機的に連携させ、いわゆるソーシャルキャピタルとして作用させることが重要となる。さらには、これらのサービスの質を検証するだけでなく、要配慮者の生活の実態を調査した上での、本質的なニーズを抽出した科学的な検証、分析が求められている。

そこで、熊本地震の経験をもとに、災害時に支援、援助を必要とするあらゆる住民の生命をまもるためには、どのような機能をもったサービスが必要なのか明らかにして、これららのサービスが効率的に、効果的に提供できるような仕組みづくりへの提言につなげたい。さらに、地域包括ケアシステムが災害時にもしっかりと機能する地域づくりへの試金石となるような研究を目指す。

なお、「要配慮者」という言葉を用いたのは改正災害対策基本法で用いられている用語であるからである。要配慮者という言葉は、子ども、女性、妊婦、外国人といった人たちも含む広い概念であるということもあり、ヒアリング等では、この言葉に加えて、以前から使われている要援護者（以前は、自治体に「災害時要援護者名簿」の作成がすすめられていた）、あるいは要支援者（2013年に災害対策基本法が改正されたのちは、「避難行動要支援者名簿」の作成が自治体に義務付けられている）という言葉も使っている。

3) 方法

共同研究者として日本在宅医学会・石垣泰則、研究協力者として石巻市地域包括ケア 長純一、熊本

の在宅医・松本武敏、事務局責任者として迫田朋子があたる。

熊本地震の際の取り組みについて、日本在宅ケアアライアンスの会員にアンケート調査を実施。熊本地震の当事者へのヒアリング、専門家への聞き取りを行う。

また、関係者を集めたセミナーを開催し、情報、問題認識を共有し、今後の方策や提案について意見交換をした。

4) 結果

熊本地震と災害関連死

2016年4月14日21時26分、4月16日1時25分に相次いで起きた熊本地震は、最大震度7（益城町、西原村）を記録し、人的被害と建物等への大規模な災害をもたらした。地震の直接の被害で亡くなったひとは50人。建物の被害は全壊が8700棟、半壊が34000棟、一部損壊が15600棟。避難者は最大で18万人余りとなった。余震が続き建物のなかへの避難をおそれて車中泊が多かったことが指摘されている。

災害関連死は、6月15日現在で、熊本県で173人、大分県で3人となっている。市町村ごとの数字は、別表の通り。直接死の3倍以上となっている。

別表			
災害関連死			
熊本県 173人 大分県 3人			
2017年6月15日現在			
熊本市	66	宇土市	7
宇城市	8	美里町	1
菊池市	3	合志市	7
大津町	4	菊陽町	6
阿蘇市	18	高森町	3
南阿蘇村	11	西原村	3
御船町	8	嘉島町	2
益城町	17	甲佐町	3
山都町	1	八代市	3
氷川町	2		
由布市(大分県)	3		

災害関連死は、自治体ごとに認定基準が設けられており、例えば、熊本市の場合は、環境の変化との関連性、ライフラインの途絶、避難所等への移動および避難生活、地震のショック、恐怖およびストレス等 などとなっている。関連死は、医師、弁護士など数名で書類審査で認定され、弔慰金が支給される。公表も自治体ごとに異なっており、年齢、死亡場所などについて記述がある場合とない場合も。一例ごとの詳細は明らかにはなっていない。

なお、災害関連死の在り方については、日弁連が 2017年3月16日付で、却下になった事例につい

て、「判断の基礎となった具体的な事実関係を示すなど、結論に至る過程を具体的に理由として記載した通知書を交付すべき」とした意見書を出していることを付記しておく。

会員アンケート

18の所属団体に対して、熊本地震への対応についてアンケートを行った。

各団体の熊本県内の会員・支部の安否確認、支援者の派遣、という団体内での対応のほか、災害派遣チームの一員として現地に派遣、あるいは自治体の応援、独自に支援活動を行った、という団体もありさまざまであった。ケアアライアンスの参加団体は、職能団体や事業所団体、任意活動の団体、学会などその性質が異なっていることを反映していると思われる。

実際に現地で支援活動を独自に行った団体では、その活動場所をどう選んだかについては、・自治体の応援として、その傘下にはいった ・これまでのつながりのなかで声がかかったので支援をした ・自分たちの活動規模にあった場所を選んだ などという結果だった。

課題としてあげられたこととしては、「避難所に来られない被災者への支援」「ボランティアの調整、支援物資の調整・仕分け」「現地のコーディネーター不足」などがあげられた。

日本在宅ケアアライアンスへの要望・提案としては、「災害支援における亜急性期から慢性期への体制をより充実させるために、関係諸団体との連携を強化したい」「それぞれの職能団体、在宅に関する団体との連絡調整をどうするか」「過去の経験のレビューをして来るべき災害の備えとする取り組みの実践」「全国規模での在宅ケアに関する支援組織をもちたい」「迅速な情報提供と厚労省との窓口役を求めたい」「福祉避難所の対策と充実を全国に発信してほしい」

といった意見がよせられた。

現地ヒアリング

<第一回 2016年9月16日～18日（新田、太田、長、松本、迫田）>

★被災地・医師会長 上益城郡医師会長 永田壮一氏

- ・4月14日の地震で病院は被災、ライフラインも途絶える。休診に。
48名の入院患者のうち13名退院、広域搬送をDMATに依頼。
 - ・4月17日 県医師会災害担当より「救護所にやってくる救護班を振り分けてほしい」との指示があり災害対策本部に入る（すでに、日赤、自衛隊の医療班あり。町行政は破たん、応援自治体職員が中心）。JMATの先遣隊が入っていた（兵庫県）。
 - ・4月21日 DMATから引き継ぐ形で調整本部にはいる。DMATの本来業務ではない避難所のアセスメントをお願いする。（益城町の指定避難所は5か所だったが、実質的な避難所は30か所以上にのぼっていた）調整本部が、全医療チーム（JRAT、DPAT、など様々なチームが入っていた）を把握していた。8：30～9：30 その日活動するチームを登録する仕組み。
 - ・調整本部は5月29日に閉鎖。
 - ・4月22日にエコノミークラス症候群の対策チームとして活動する。
 - 18日深部静脈血栓症（DVT）の死者が報告されて、調整本部にショックが走った。
- 啓発が重要との考えから人海戦術で、JMATがチラシを配る。車中避難者などからは警戒されたが、

あえて白衣を着てまわることで、理解してもらえた。（弾性ストッキング3000足配布する）

★このほかの医師、在宅関係者より

- ・ 県の災害医療調整本部の下に、上益城、阿蘇、宇土 と2次医療圏（保健所管内）ごとに本部をおいた。阿蘇と宇土は、保健所長が本部長。上益城は、医師会長である永田医師が本部長。
- ・ 保健師チームは別に動いていた。（全国から、派遣された保健師）毎日17時半に情報共有はしたが、状況把握だけで次につながっていない可能性はあった。
- ・ 益城町の福祉避難所は機能しなかった。（保健師が、県外の福祉避難所を紹介したりしていた）
- ・ 益城町の地域包括支援センターは、4月に二つに分かれたばかりだった。
- ・ 益城町在宅避難者調査（日本財団・5月中旬実施）はPCATの医師と連携したが、調整本部との情報共有はなかったのではないかな？
- ・ 保健師は、国が調整して全国からきており、引き継ぎはしているようだったが、限界があるように見えた。保健師の力が発揮できていない印象がある。
- ・ 熊本DCAT（福祉派遣チーム）は650人登録があったが、市町村から要請なく待機。
4月27日から、岩手のチームと一緒に、入浴介助などを行った。
避難所に、福祉専門職がないことが問題だと感じられた。
- ・ JRAT（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）7月16日まで活動
熊本県のKRATは、地震の数カ月前に設立されたばかりだった。
避難所等に入るのに、身分証明書がなかったので、JMATの下に入る形をとった。
県内の病院は被災して700床失われたが、もともと病床が多かったこともあり、なんとか回っていた。ただ、震災で新規に入院した人たちがそろそろ退院する時期となっているが、自宅が被災して戻るところがないひとたちが多くいる。

★福祉避難所

福祉避難所の機能を果たした、西原村社協「のぎく荘」

- ・ もともとは、デイサービスの施設だったが、4月19日福祉避難所としてオープン（5月13日まで。5月14日に村内の別の施設に移る）受け入れたのは最大26人。（家族含めると52人）
地震直後は、救助が中心だったが、社協の男性スタッフの多くは消防団の活動もしており、村内の被害状況がわかっていた。
- ・ 17日にスタッフで集まって「のぎく荘」をあけられるよう相談、奥の広いデイサービスのスペースを利用する。ベッドは6台あった。近くの有料老人ホーム（ショートステイをしていた）が被災、利用者ごと県外施設に移っていた（ケアマネ情報）ので、ベッドを6台借り、自分たちの車で運ぶ。別の事業所からマットを10枚借りる。
- ・ 社協の仕事の中心は災害ボランティアの受け入れだったが、パートを含めた職員、27-8名のうち、15-7人が福祉避難所対応をした。24時間・3交代制を組む。（「受付」、「見守り」、「炊き出し」が主な仕事）夜勤帯は自己申告制にし、表をつくって書き込む形にしたが、すべて埋まった。（多くは、被災者。避難所に家族をおいて働いていた）
受け入れの条件は、同伴家族がいること。介護を担う人的余裕はなかった。

(一人暮らしのひとと結局は受け入れたが・・・)

- ・避難所で生活が厳しい高齢者、通所介護予防事業にきていた人など、関係者に情報を流した。
- ・地域包括支援センターは社協にあった。ケアマネは避難先をまわったが、重度のひとはすでに遠くに移っていた。

★インクルーシブ避難所の試み 熊本学園大学

- ・16日の本震後、緊急避難場所となっていた熊本学園大には700人近いひとが避難してきていた。その中に、数十人の障害者が、支援者とともに避難してきていた。指定避難所にはなっていなかったが、地域に根差した大学として避難所とすることを大学側が決断。14号館を開放する。
- ・身動きとれない状態、車いすの人たちは全く動けないので、14号館のホールを使うことに。避難している学生たちとレイアウト、マットの用意やシートでパーテーションをつくったりした。障害者、高齢者が、家族や支援者も含めて60人~70人が避難していた。自立生活センターの職員こみでの避難だったので介護の手があったし、社会福祉学部の学生たちが力になった。
- ・食事は17日の夕食からすべて炊き出し。その後は炊き出しボランティアなどで。
- ・結果的に45日間 避難所となった。(最後まで指定避難所にはならず) 大学は5月9日に授業を再開した。
- ・水俣学研究センターに、医師と看護師資格の人がいたので、最初の1週間は詰めてもらった。その後は理事長の知り合いの医師などに応援を求めた。DMATなどは、緊急時は病院に搬送してくれるが、障害者の生活などがわかるわけではなくそのときの状態の判断。保健師の活動は、見えなかった。
- ・学生たちは、はじめは介護を手伝ってもらった。途中からはヘルパーもはいった。学生のボランティア登録 1週間で350人。
- ・重度の障害者たちの多くは1週間くらいで避難所を離れた。障害者は身近なところにしか避難できない。最初の2、3日は、指定避難所の“避難室”(インクルーシブ避難所)のようなところ、その後は、より充実した福祉避難所というのがよいのではないか？

★障害者支援

地元障害者団体が被災地障害者センターを立ち上げ、JDF(日本障害フォーラム)と一体的に活動した。5月1日公式発表。

- ・困っているひとがどこにいるかわからないのでSOSのチラシをつくって配布する。電話があると、2、3人のチームで必ず訪ねて確認し、必要な支援につなげた。5月は100件の相談。
- ・6月になるとSOSが減ってきたが、チラシの配布方法に問題あることがわかった。避難所で配っても、避難所に来ないようないちばん大変な人には届かない。熊本市と交渉して市がもっている障害者の情報をもとに全世帯に郵送するよう依頼。7月に郵送を始めると、70本/日の電話がかかるようになる。

- ・熊本市がもっていた避難行動要支援者名簿について

熊本市の視覚障害者団体には開示。当事者団体が安否確認。

市委託の相談支援事業所に開示。日本相談支援専門員協会（NSK）が安否確認。

→4万2000人の名簿掲載者のうち、9000人分を調査

① 65歳以上の高齢者、②サービス受給者、③軽度の障害者 を除いている。

⇒そもそも、重度でサービスを受けていないひとが9,000人もいたこと

⇒年齢等で区切るこの意味は？

→6割の人に会い、フォロー必要は250人。委託相談事業所が引き継ぐ。

⇒被災地障害者センターとの連携はない。

⇒多様なニーズがあるのに通常の福祉サービス提供でよいのか？

⇒生活支援ができていないことが問題。

<第2回 2017年2月10日～12日（新田、松本、迫田）>

★被災したひとたち

- ・86歳 女性（益城町） 胃ろう、寝たきり、意思疎通は困難。 娘が介護。

隣の家は全壊したが自宅で何とか暮らせた。

4月14日 電気・水が止まる。避難は考えず。翌日の夕方、水・電気は復旧。

16日 本震後、車いすに移し自家用車で娘の夫の運転でうちを出る。

車は、ふだんから車いすが乗る大きな車を使っていた。

街道に出たところで、道路寸断で動けず、近くの駐車場で一夜をあかす。（車中泊）

明るくなって自宅へ。訪問看護師から安否確認の電話があった。

18日 電気が復旧。訪問看護師が、道路寸断のなか回り道をして来訪。（通常の訪問日でもある）

益城の体育館の避難所にはお弁当をもらいに行ったが、あまりの人の多さに（食事なども）

自分でやろうと思った。避難所に行くことは一切考えなかった。

ショートステイは1カ月半使えず。水が出るまでにかかり時間がかかった。

雨水をためて洗濯などに使った。訪問診療の医師が水をもってきてくれた。

→在宅医療の関係者が、そのまま在宅避難生活をささえた。

日常からある程度のリスク管理ができていた。

- ・93歳 男性（益城町） 腎不全 隣に住んでいた娘の家が全壊。現在、同居して介護。

4月14日 隣に住む長女の家が倒壊、本人の家は倒壊を免れる。

15日 予定通りに、訪問看護師来訪にほっとしたという。

16日 懐中電灯で照らしながら車に逃げる。（車中泊） 翌朝、壁などが落ちていたが自宅に戻る。

電気はきたが水が出ず、余震も続いたので、15分ほど離れた親戚の家へ車いすをおして移動。

翌週、避難先に医師が来てくれた。その後、別の親戚宅に移る。

5月中旬水が出るようになり、本人も戻りたがったため、屋根をなおして部屋を片付け、自宅に戻る。

→在宅医療に切り替えておいてよかった。（2月までは外来通院）

避難先で、訪問診療、リハビリ、看護を受けられた。

ただ、介護認定の再申請をしていたが、その結果が来ないので困った。

（要介護1だったが、震災時は状況が悪化していた。

・83歳 男性（益城町）

突発性肺線維症・在宅酸素、前立腺がんで、二つの医療機関に外来通院していた。

4月14日 自宅倒壊。崩れた家の中から助け出される。携帯に登録してあったテイジンに電話。

深夜、救急車先導で酸素ボンベが届く。翌日、福岡県に住む長女が迎えにきて移動。

地震前日の受診で（13日）もらった薬（4週間分）を壊れた家の中からさがして持ってゆく。

5月に、薬がなくなり避難先近くの呼吸器専門の病院にかかった。

それまでの診療情報がないため一から検査を受けた。翌月、検査結果が出て入院をすすめられたが、本人が拒否。歩行器を通販で買って、長女宅で療養。トイレをポータブルに。移動が難しくなり、ベッド上で食事。その後、月に1回通院。

（地元社協が、車いすを乗せられる車を一日単位で貸し出してくれた）

（3月に介護認定調査。5月下旬、要支援2の連絡。7月に変更の申請をする。→要介護2に）

その後、本人の強い希望があり、益城の次女宅（大規模半壊）を一部修理して、戻った。

医師からは入院をすすめられたが、在宅医療に切り替えた。数か月後、孫、ひ孫たちに見守られて息をひきとる。

→災害関連死の扱いではない。

外来で通っていた診療情報がつながらなかった。

・73歳 女性（熊本市） 寝たきり、胃ろう、たんの吸引、呼吸器（鼻マスク）息子が24時間介護。

14日 被害は少ない。在宅医から安否確認の電話あり。

15日 訪問看護師が来てくれた

16日 本震。電気が消え、部屋のなかのものが倒れた。入院させたい旨、在宅医に電話。

医師も了解。緊急時に受け入れてくれる予定の病院が14日の前震で受け入れ困難となっていたため、救急車をよぶ。119番が繋がらず、1時間近く？かけ続けた。

姉が近くの病院のSWで、その病院に受け入れを頼む。119番が繋がった段階で

「重症でないとダメ」と断られるが受け入れ病院があることを伝えると、来てくれた。

携帯用酸素、2週間分の薬、胃ろうの管、栄養剤を持参。

エレベータも動かず、4、5人でかかえて3階の病室まで運ぶ。その後ずっと家族がつきそった。

1週間後、それまでかかっていた病院（PEGの交換などで）に転院。

1か月後、水が使えるようになって自宅に戻った。

→早めの判断がよかった。ある程度想定していたので、準備ができていた。

★在宅医

・田島和周氏 熊本在宅ドクターネット 訪問診療 24件もっていた。外来は 10~20人/日

4月14日 自宅が倒壊。隣にある診療所の待合室に家族で避難。非常用電源を使う。

近くの親戚の家を確認に行ったところ、被害がなかったので家族で避難する。

15日 診療所の片付け。電話、ファックスもつながらない。

この間、患者さんとは携帯で安否確認。ヘルパー、ケアマネからも連絡あり。

訪問患者の半分は入院または親戚宅へ。診療所の電話を携帯に転送できるようにした。

電子カルテの情報は、コンピュータのサーバーごと親戚宅に持ち出す。

iPADのなかにデータを入れて利用

18日 外来診療開始。外のカーポートの下で。(余震が続くなか、診療所が倒壊する恐れがあった)

毎日10人以上、患者さんは来ていた。

→日常的に、複数の医療機関と連携している。(在宅医、後方支援の病院)

毎月「在宅医療情報提供書」をその医療機関に送っており情報共有はできていた。

・松本武敏氏 まつもと在宅クリニック(熊本市) 4月に本格開業したばかり。

4月14日 自宅で被災 被害はなし

15日 訪問診療 予定どおり(熊本市内)

16日 一部損壊

17日 音信不通だった姉(南阿蘇)の安否確認

18日 職員からの「避難所が混乱、薬もない」という情報で、西原村へ。

この日、診療所ファックスで、JMATの要請依頼がきたため、訪問診療を19日と21日に集中させるよう手配し、JMAT活動に参加した。

★キャンナス熊本 山本智恵子氏

6月まで訪問看護ステーション(リハビリ特化型)勤務。

その後、益城町テクノ仮設で「地域支えあいセンター」として活動。

4月14日 熊本市内の集合住宅で被災。自宅に住めず夫の実家へ。子ども、夫の高齢の両親、の世話をしながら避難生活。仕事に出るのは困難な状況。

18日 仕事に復帰。安否確認(自分の担当は20人ほど) 事業所間の電話はつながらず。携帯のみ。ケアマネ、PTなども手分けして、歩いて行って確認することも。

キャンナス熊本は、2年前に自分が立ち上げていた。

15日に本部から連絡があったが、それほどひどい状態ではない、と伝えたが、本震のあと、本部に連絡、益城にはいってもらった。

6月に入って、初めて益城に入り、その状態に驚き、自分の責任と現在のステーションでの立場を考え、キャンナス熊本の仕事に専念することに決めた。その後、仮設支援までの仕組みづくりにかかわった。

★ケアマネージャー 熊本県介護支援専門員協会会長 土屋政伸氏

介護支援専門員協会では、東日本大震災以前から災害時の机上訓練を行っていた。

災害時はまず九州ブロックで支援。平時も3カ月に一度会って話し合っていた。

4月15日 各理事に連絡。日本協会(東京)に対策本部設置。

17日 熊本県庁へ。20日 県が、各地域包括支援センターへ、協会が支援に入ることを連絡。

21日 熊本市内に支援拠点をつくり、地域包括支援センターのバックアップに入る。

自治体の現状など、地域包括支援センター経由の情報で把握する。

益城町在宅訪問実態調査 5月6日開始。

机上訓練で使っていた「避難所（被災）高齢者アセスメントシート」を用いた。（別紙参照）

全国から派遣されたケアマネが二人組で調査。訪問調査の結果は、以下のとおり。

3389件のうち、要支援者が在宅で暮らしているのが362件（10.7%）。

そのうち、介護保険利用が53件（14.6%）。介護サービスが必要が52件（14.4%）。

残りの257件（71%）は、見守り・介護予防等が必要となっている。

→結果は地域包括支援センターに報告されたが、個別支援につながっていない。

- ・同時期に、日本財団による同様の「益城町在宅避難者調査結果」あり。

調査日時 5月14日～29日 6月8日発表

特に被害の大きい13地区1243世帯（3195人）に調査。住まいの危険度判定に注目し二次被害のおそれを予測。日本財団のその後の取り組みとして被災者拠点を町内4か所に整備している。

さらに、同様の取り組みとして日本相談支援専門員協会が、障害者手帳の名簿をもとに

熊本市と益城町の戸別訪問を行っている。こちらも、地元の基幹型相談支援事業所にひきついており、その後の支援につながっているか不明。（個人情報の問題があり、NPOなどに情報は渡せないということだった）

- ・介護認定調査については、各自治体で件数がかなりにのぼっている実態があり、介護支援専門員協会として国に伝え、7月15日に延長更新の指示が出た。

★小児在宅医療 緒方健一氏（おがた小児科内科医院 熊本市）

1999年の大型台風被害を経験して、翌年、消防・行政を含めた多職種連携の

熊本小児在宅ケア・人工呼吸器研究会を立ち上げていた。

熊本地震では、60人近い在宅医療の子供たちは全員無事だった。

（うち二人は、宮崎、福岡と県外避難）

- ・電源確保のために避難する病院は事前に決まっていた
- ・熊本県からの補助で発電機貸出などの準備をしていた
- ・短期入所施設を利用している子供が多く“おでかけセット”が用意されていた

地震直後は、車のバッテリーを利用するなどして、明るくなって病院に避難。

（救急車利用は2人←マンションの隣人が救急要請したとのこと）

避難予定の病院が被災するなどの状況があり、その場合は他の医療機関に避難した。

17日の朝にはすべての子供が避難を完了。

その後は、入院中の子供に付き添っている親への支援をした。

（スタッフが食事を運ぶなど）

“帰宅支援”も重要。

(家を片付けるために親が離れる際に、病院で子供の世話をするなど)

軽度の医療的ケア児が避難所にいることが判明し、その支援も始める。

はじめは、市民病院の寮を借りて、その後は、診療所となりの駐車場を借りて、日本財団の支援によるトレーラーハウスを利用している。

★認知症（熊本モデル）

熊本県基幹型認知症疾患医療センターでは、通常だと1、2カ月待ちのところを震災での緊急対応と考え、5月第一週から週に3日「熊本地震認知症専門外来」を設置した。

熊本市内の地域包括支援センター、研修修了者に広報したが、予想したほどのことは起きなかった、という印象。1~2人/週程度の来報であった。地域の拠点病院からの情報では入院の受け入れは満床状態。介護福祉施設の情報はもっていないが、施設に入れられないひとが入院したのではないかと。

ただし、熊本モデルは医療モデルであり、ケアモデルではないという認識である。

専門家ヒアリング

室崎益輝氏（神戸大学名誉教授）

災害は、社会の問題をあらわにする。

熊本地震は、超高齢社会における被災経験としての先取り事例となった。

軒先避難の課題が明らかになった。避難者の実態がつかめない。力のある人でないと、避難先の中にもまでは入れない。

地域力が問われる。コミュニティづくりをしっかりとっておかないと地域包括ケアは成立しない。

改正災害対策基本法で被災者台帳をつくることになっているが、罹災証明が基準となっている。

本来なら被災者カルテであるべき。

鷺見よしみ氏（日本介護支援専門員協会会長）

医療・福祉・介護の様々な制度がかかわってくる。災害後、省庁から制度利用の緩和など多くの通達・指示があるが、その内容を被災自治体・関係者等に伝え、理解促進の役割を担うことが可能。

一方、制度上の課題を吸い上げ、国等に進言し、提言する役割もある。

フリーに動ける利点を生かせると思う。

大橋博樹氏（プライマリケア連合学会）

DMA T, JMA Tが動いており避難所の医療的支援は十分という判断。一方で、要支援者支援に多くの関係者が難しさを感じている。熊本地震では、サポートの医師がいないという判断から、行政サ

ポート、在宅要支援者アドバイス、職員のメンタルヘルス支援などを行った。

中久木康一氏（東京医科歯科大学 災害歯科コーディネーター）

口腔ケアは、初期の段階からやったほうがよい。ノウハウを伝える役目もある。

看護師、歯科衛生士とともに動き、感染症予防と口腔機能の維持を行う。

派遣要請がなくても動ける仕組みにならないか。あるいは、きちんと位置付けすることが重要。

古屋聡氏（山梨市立牧岡病院院長 日本在宅医学会）

災害医療から生活支援までの、目をもったひとが全体をみる必要がある。

プライマリケア的視点が求められる。

DMAT, JMATとどう引き継ぐか、あるいはJMATにプライマリケア的視点をもってもらうか。

要支援者対策本部を早めに立ち上げる必要がある。

やはり日常の動きが重要になってくると思う。

セミナー

4月8日（土）に、150人近い関係者を集めて、日本記者クラブでセミナーを開いた。趣旨は、これまでの調査をもとに、様々なステークホルダーを集めることで、互いの情報や考えを交換し、災害時をも考慮した地域包括ケアの在り方について考えを深めることにつなげてもらいたいということだった。

当日の内容については、別紙のとおり。

それぞれの職能団体や関係者が、情報を共有することができ、地域包括ケアにとって、災害対応という視点が今後重要であること、逆に災害を考えることで平時からの地域包括ケアの充実にプラスになることが確認された。

5) 考察

熊本地震では、直接死の被害に比べてその後の災害関連死が多く報告された。これは、超高齢社会を迎えた日本で起きるであろう今後の災害で、おおいに起こりうる事態である。

緊急時以降、つまりDMATの支援以降、避難所から仮設住宅に移る頃までの、高齢者・障害者などの支援をどうしたらよいのか。仮設住宅に移る時点になると、ある程度リソースが充足し仕組みができあがり、一定の生活リズムが戻り始めるが、それまでの間の支援の仕組みをどうつくりあげるのか。災害関連死、災害関連要介護状態をどう防ぐのか、要介護者急増にどう対処するのかが、あらためて大きな課題としてみえてきた。

災害医療のなかで、この時期に対する概念はまだ確立されていない。用語としては、亜急性期、慢性期といった言葉も用いられるが、医学モデルの言葉であり生活支援を上位概念として考える、社会モデルの考え方としてはあまりふさわしくないと考えられる。ふさわしい用語がないこと自体が、この

概念が確立されていない、という証左でもある。発災後、ある程度、医・食・住が整い、心身の状態を維持できる生活リズムができる時期までの、支援の重要性をまず確認しておきたい。

現時点での体制である、DMAT、JMATの仕組みのなかに地域包括ケアの視点、生活の視点、を組み込むことも重要であろう。しかし、緊急時に大量のリソースを動員するのとは異なり、きめ細かい支援の仕組みが必要となることを考えれば、地域包括ケアの様々なステークホルダーによる有機的な仕組みが求められることになるのではないかと。さらにいえば、救急医療中心の支援ではなく、生活の場で医療をとらえる在宅ケアの視点こそが鍵となってくる。認知機能の低下を防ぎ、フレイル、プレフレイルという状態を日常生活のなかで予防してゆく対策が、避難生活のなかでも求められている。

今回、地域包括ケアとして多職種が連携し、在宅医療が機能しているところでは、被害拡大が防げたように思われる。小児在宅医療の実践では、99年の大型台風被害を経験してのち多職種連携の熊本小児在宅ケア人工呼吸器研究会というのを立ち上げていた。呼吸器の電源確保のためなどのために避難する医療機関は事前に決めてあったし、短期入所施設を利用する際の“お出かけセット”も常に用意されていた。地震直後は車のバッテリーを利用するなどして、明るくなってから避難、病院が被災している場合は他の医療機関を紹介、19日朝には全ての子どもが避難を完了した。

逆に軽度の医療的ケア、つまり外来で通っていた子どものなかに、避難所生活を余儀なくされるケースがあり、胃ろうのチューブをガムテープで体育館の壁に貼り付けながら生活しているという事例があった。（軽度の医療的ケア児の支援をその後は始めている）

同様のことはヒアリングをした要介護の高齢者でも聞かれた。要介護4、5で在宅で暮らしていたひとたちは、避難所に行くという選択肢はとらず、介護サービス担当者による安否確認ののち、被災した自宅、あるいは避難先（親戚宅等）に訪問サービスが外向いて提供されることによって心身の状態を維持していた。外来通院の人たちは、医療情報がつながらないまま（医療機関からの安否確認はなく）、自らの判断のみで行動せざるえない事態となっていた。地域のなかでのかかりつけ医を中心とした地域包括ケアとしての日常の在り方が問われているのかもしれない。

今後、具体的な支援の仕組みを考えるうえで、必要なことがらとしては、以下のようなことが考えられる。

地域包括ケアの再構築のための被災自治体の支援、これまでの事業が継続できるかどうかのアセスメントと支援、外部リソースの確認、生活支援を目的とした避難所あるいは福祉避難所の運営、被災者一人ひとりのアセスメント（トリアージ）、移送の仕組み、軒下避難・車中泊などを含む全戸調査（ローラー作戦）又は要援護者名簿によるニーズ調査、個別のニーズと支援のマッチング、個別支援の仕組み、などである。

災害支援の仕組みとして、現時点では、DMAT、JMAT、精神科医療のチームとしてDPAT、そしてリハビリが中心のJRATなどがあり、その中心になるのが災害医療コーディネーターである。

災害医療コーディネーターが、機能として“地域包括ケアコーディネーター”的な役割りを担うか、あるいは、地域包括ケアコーディネーター（仮称：機能として、という意味であり、どのような立場のひとが担うかは、自治体、被害の規模、人的資質などによってかわってくるであろう）が、災害医療コーディネーターから引き継ぐ、あるいは協働することが必要になってくる。今回、PCATが、調整本部に入ったのはそうした意味あいとしてとらえられるのかもしれない。

厚労省は、現在、DHEATという仕組みをつくり研修を始めている。被災者の健康管理、エコーミークラス症候群の予防、体操、感染症対策、保健師の全国的な派遣調整といった内容で、保健衛生の視点が中心となっている。その機能で十分かどうか地域包括ケアの視点から検証が必要になってくる。研修も保健所の機能をイメージしている可能性があり、市町村単位の地域包括ケアとかみあうのかどうかもみてゆかなくてはならないだろう。災害対策の推進等については、健康危機管理災害対策室で議論をしているが、生活支援というところまではまだいたっていないようである。福祉の対策としても、被災地の施設への支援や福祉人材の派遣調整、というところで留まっている。

外部からの支援の調整については各職能団体ごとの対応のほか、社協のボランティアセンターがあるが、一般ボランティアのなかに専門機能をもった人たちが紛れてしまう傾向がこれまでも報告されている。看護師、介護士、あるいは生活支援が可能なボランティアをどのような形で個別支援につなげてゆくかも、課題となる。福祉の専門機能をもった社協が、一般ボランティアの窓口機能を果たすのがよいのかどうか、再考する時期に来ているのではないか。また、日本障害フォーラム（JDF）といった障害者団体をまとめている組織がいち早く支援センターを立ち上げたり、ボランティア団体のJ-boardという大きな組織が動いたりするので、そうした団体と連携することも重要となってくるだろう。

被災地域のなかには、そもそもサービスにつながっていない人たちが取り残されてゆくことが予想される。日常の地域包括ケアのなかに取り組んでゆくことはもちろんだが、避難所には来られないひとが数多く存在することを考えたうえで、ローラー作戦や名簿をもとにした全戸訪問などを実施する必要がある。重複を避け、必要十分なやり方はどうあるべきか、いくつかのシミュレーションをしてゆく必要があると思われる。

また、福祉避難所の在り方についても、すでにある福祉施設等の空いたスペースでよいのか、デイサービスのような場所に新たに設けるのがよいのか、あるいは、地域の人たちと一緒に“インクルーシブ避難所”を目指すのか、地域によっても、考え方が異なってくるであろう。機能として何が必要なのかを熟慮し、いくつかの可能性を提示したうえで、地域ごとに考えてゆくことになるのではないだろうか。

6) 最後に

熊本地震をきっかけに、地域包括ケアと災害という視点で、ヒアリング調査を重ねてきた。

多くの支援者が熱い思いで被災地に赴き、様々な支援をしている。被災地の関係者も、自らの被災を顧みずにより厳しい状況の人たちのために活動を続けている。そうした支援が、必要なひとにきちんと

と届き、生活を組み立て心身の状況を悪化させないために、どのような仕組みが好ましいのか、考えてきた。調査はまだ途上であり、いくつかの課題が残されている。

今後に向けて、二つのことをあげておきたい。

まず、災害関連死の詳細を検証し、また、災害関連要介護状態の要因を分析すること。エビデンスを示し、何が重要な支援であるのか、生活支援の意義をゆるぎないものにすることである。在宅ケアの重要性を再確認するプロセスになるだろう。

そのうえで、現行の制度に付け加えるべきものは何かを、具体的に提案してゆきたい。

今回の調査研究を通じて強く感じたのが、地域包括ケアの構築のためにも、災害時の対応を考える視点が有効である、という逆の発想である。在宅シフトが加速するなかで、地域のなかで当たり前のように高齢者・障害者が暮らしてゆくために、災害時までを含めて考えることが、地域包括ケアをより強固に充実したものにするのではないか。また、災害時の医療について、医師の卒前卒後教育の一環として取り入れることも必要かもしれない。

そうした意味でも、日本在宅ケアアライアンスとしては、今後、起こりうる災害に対して、どのような対応をするべきなのか、事前にどのような準備が必要であるのか、一連の調査研究を通じて今後も考えてゆきたいと思う。