

## セミナー報告『地域包括ケアと災害 ～熊本地震から学ぶ～』

2017年4月8日(土)、日本記者クラブ会見場(東京都千代田区)にて、セミナー『地域包括ケアと災害～熊本地震から学ぶ～』が開催された。熊本地震において、地域包括ケアシステムはどのように機能したのか、当日は5名の演者が当事者および支援者としてのそれぞれの経験を語り、今後の災害医療の在り方などについて議論が行われた。以下、その内容を報告する。

### 〈プレゼンテーション〉

各演者からの報告に先立ち、日本在宅ケアアライアンス調査研究担当の迫田朋子氏は、今回のセミナーの主旨を説明した。

わが国の災害医療は、DMATなどによる緊急時の初動体制は確立しているものの、生命の危機を免れた要配慮者(要介護高齢者や障害児、障害者など)への生活支援の体制は、いまだ試行錯誤の段階にある。熊本地震では、災害関連死が2017年3月時点で150名を越え、直接死の3倍にのぼった。加えて災害の影響により要介護状態になった、いわば“災害関連・要介護状態”の高齢者も増え続けている状況だ。

セミナーは、このような状況を受けて行われた研究事業『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～』の一環として企画されたものである。その最大のポイントは、“生活支援”を重視している点だ。緊急時以降の災害関連死、そして災害関連・要介護状態を防ぐためには、要配慮者に対して生活支援を効果的に行っていく必要がある。そのためには、地域包括ケアシステムが災害時においてもしっかりと機能するかどうかことが重要となる。では、熊本はどうだったのか。本セミナーは、熊本地震の当事者および支援者がそれぞれの経験を持ち寄り、生活支援を重視した災害医療の在り方を、ともに考えていくものである。

以上を説明した上で迫田氏は改めて、今回、議論すべきポイントを整理した。まずマクロ的な視点では、被災自治体をいかに支援していくか、リソースのアセスメント(各事業所が事業を継続できる状態か)およびその支援をどうするか、避難所および福祉避難所の運営および移送の仕組みをどうするか、ローラー作戦を個別の支援にいかにつないでいくか。一方でミクロ的な視点では、フレイルやプレ・フレイルの人など、支援を必要とする人を一人も取り残さないためにどうするか課題といえる。迫田氏は「これらに対して熊本ではどのような取り組みが行われたのか、当事者、支援者それぞれの立場からご報告いただきたい」と述べ、各演者のプレゼンテーションへとつないだ。

### プレゼンテーション1——田島和周氏(熊本在宅ドクターネット/田島医院 院長)

#### 訪問診療医から見た熊本地震 ～当事者の視点から～



今回の地震で、熊本市西区にある私の自宅兼診療所は壊れ、住むことができなくなった。私の息子の部屋では、壁に8個のビスで固定してあった本棚がベッドの上まで飛んできていたが、息子は運よく不在だった。判定は、大規模半壊。家族5人、親戚のもとに避難することになった。

その親戚の家で16日未明、本震に襲われた。その怖さは、今も忘れることができない。熊本地

震の被害を大きくしたのは、度重なる余震だ。その数は16日だけでも1200回以上。ずっと揺れ続けているのである。仏間で寝ていた私は、布団をかぶったまま動くこともできなかった。

ある患者の家族から電話がかかってきたのは、一連の揺れが始まって10分ほど経った頃である。患者は74歳の女性。多系統萎縮症で家族の介護を受けながら在宅療養を続けていた。電話はその女性の息子さんからで、地震で停電してしまい医療機器が使えなくなったという。「救急車を呼ぶ」というが、緊急時に想定していた病院は14日の地震で被害を受け、すでに受け入れ不能になっていた。そのことを告げると、息子さんは「ほかの病院を当たります」と言って、電話を切った。

15分ほどして再び電話が鳴った。「先生、救急車が来ません。119番につながりません」。そうだろう、今も揺れ続けているのである。とても車が走れる状況ではない。私はこのときも布団をかぶったままだった。電話口で「頑張って」と言うしかなかった。

「救急車が来ました」と連絡をもらったのは、それから10分ほど後のことだった。「本当に良かったね、感謝しようね」。私は安堵して、電話を切った。この事例で言いたいのは、家族が自分たちで判断し、行動して、母親の命を守ったことである。この患者・家族とはすでに3年以上の付き合いがあり、緊急時の対応についても幾度となく話し合ってきた。ところが、「24時間365日対応する」と日頃から言っていた私自身が被災し、何もできなくなってしまったのである。備えることは大切だ。しかし、いくら備えても災害時にはそれ以上のことが起きる。では、そういうときに命を守るものは何か。それは自分たちの判断と行動しかない。

ほかにも、こうして自力で命をつないだ在宅患者は大勢いた。普段から緊急時について話し合い準備してきたからこそ、彼らは自立した存在でありえたのだろう。地域包括ケアシステムにおいて一番大切なのは、“本人の選択と本人家族の心構え”だと改めて気づかされた思いだった。

熊本は医療連携が進んだ地域である。私の診療所は壊れたが、被害が少なかった医療機関も多く、互いに協力することができた。一方で、今回の震災では避難所での生活や車中泊など、環境が変わることで状態が悪化した人もいた。普段から多職種で在宅で支援していたら悪化せずに済んだのではないかと、と思われるケースも数多く経験した。その人にとってどうするのが良いのか、災害時という視点からもやはり“かかりつけ医機能”は重要なのだと思う。

## プレゼンテーション2——土屋政伸氏（熊本県介護支援専門員協会 会長）

### 災害支援を通して見えてきたこと ～介護支援専門員の視点から～

熊本地震で被災した市町村では、地域包括ケアシステムが地震によって崩れてしまっていた。その一刻も早い再生に向け、厚生労働省、熊本県、日本介護支援専門員協会、そして我々熊本県



介護支援専門員協会は、熊本県庁に集合し、まさに立ち話での緊急会議を行った。

混乱する現場で必要な支援を迅速に行うためにはどういう仕組みが必要か。そこで立ち上げたのが、熊本県がコーディネーターとなって国と市町村を結ぶ、新たな連携スキームである。例えば、制度改正が必要なら現場から厚生労働省に直接相談し、新たなサービスを即座に立ち上げる。こういったことがスムーズに行えるよう、情報共有しながら組織的に取り組む体制を整えた。

こうして実際の支援活動が始まった。私たちが介護支援専門員として取り組んだ主な活動は、被害の大きかった益城町の全戸訪問、そして被害が大きかった市町村の認定調査、避難ができなかった山間地区訪問調査や介護や健康面の悪化が無いかの実態把握、避難所での今後の生活の不

安の傾聴を含めた地域包括支援センターの後方支援である。全戸訪問では、ボランティアで集まった多職種とも連携し、総数 11,780 件を訪問。健康状態のチェックや足りない物資はないかなど、一軒ずつ確認して回った。

この調査から見えてきたのは、全体の約 1 割の人が何かしらの支援を必要としていたことである。すでに介護サービスを受けている人もいたが、問題は見守りを必要としながら支援が届いていない高齢者の存在だ。例えば、プレハブの家の中に高齢者が一人で寝ている。地震から 2 週間が経つが、食べたのは缶詰 1 個だけ。健康状態を診ると、徐々に膝の拘縮が始まっている。まさにフレイルの状態にありながら、見守りのない人がたくさんいた。そこで私たちは再度、全戸訪問を実施。見守りが必要な人のみに対象を絞り込んで、集中的な支援を行った。

今、要介護認定が増えてきているが、そこにはこういった軽度の要援護者が、だんだんと進行して要介護状態に陥っている現状がある。見守りの必要性は把握できても、実際に支援につながる仕組みがない。この地震で、連携の課題が浮き彫りになった。何よりも今回の震災では、社会の弱さや歪みが明らかになったと私は感じている。避難所では、高齢者や障害者が排除されるということが現実起きていた。周囲に迷惑だからと避難所を出ざるを得ず、これが車中泊の原因にもなっているのである。地域包括ケアシステムという美しい言葉で、私たちが創り上げてきたこれまでの社会システムが、本当の意味で地域づくり、まちづくりにつながっていたのかどうか。社会的弱者と呼ばれる人々に能力を求める前に社会的弱者を守る能力を伴ってこそ、プロとしての本当の能力であり配慮された自立した社会といえるのではないだろうか。

### プレゼンテーション 3—— 柘谷礼路氏 (NPO 法人み・らいず 理事)

#### 災害支援時における各機関の「窓口機能」の必要性

私たちは大阪市を拠点に障害福祉の活動を行っている NPO 法人である。これまで幅広い年齢、さまざまな病気や障害を持つ人々の支援に携わってきたが、今回はそんな私たちの経験が熊本で



少しでも役立てばと、支援活動に参加した。

熊本では、知的障害者の入所施設でも大きな被害を受けていた。中には建物の被害が大きく、入所者全員を屋外へ避難させなければならない施設もあった。避難するといっても、こういった施設では簡単なことではない。例えば自閉症などの発達障害の人は環境の変化が苦手で、不穏に陥ってしまう可能性があるからだ。この施設では、利用者全員が職員の車の中で夜を明かしていた。電気もなく、暖をとるのも車だけが頼り。しかし、ガソリンがない。こういう非常時にあっても、職員は食事や排せつなど日常のケアもしなければならず、手いっぱいだった。そこで私たちは、ガソリンや水など不足している物資を届ける活動を行った。

もう一つ、私たちが取り組んだのが、上益城郡御船町にある社会福祉協議会の支援である。社会福祉協議会は全国どこにでもある“福祉のコンビニ”のようなところで、災害時には災害ボランティアセンターを立ち上げ、職員がその運営に当たることになっている。しかし、一方で職員が気にしていたのは、いつも支援している人たちの安否だった。高齢者は民生委員が確認してくれるが、障害者に対してはそのような仕組みがない。そこで私たちは、社会福祉協議会の職員を応援するために、災害ボランティアセンターの中に「福祉チーム」を設置。九州の障害福祉のネットワークの協力も得て 700 件以上の個別訪問を実施し、障害者の安否を確認していった。

この御船町での活動で非常に良かったのが、町の保健センターを拠点にさまざまな情報の集約ができたことだ。全国から集まった保健師をはじめ、地域包括支援センターの職員、病院や診療所の医師らが、この保健センターで朝夕2回の会議を実施。全ての情報がここに集まってくるので、各機関が日々情報を共有でき、全体が一つのチームとなつてうまく機能したのだと思う。

災害の現場では、多様な支援が求められる。被災地には全国からさまざまな機関が応援に集まるが、名を連ねただけでは機能しない。大切なのは各機関の顔となる人がしっかりと窓口機能を果たすこと、そして窓口となる人が顔の見える関係でつながることである。同時に、さまざまな分野の課題を大きくとらえ、全体をアセスメントできるジェネラリストの存在も必要だと考える。

#### プレゼンテーション 4——大橋博樹氏（日本プライマリ・ケア連合学会 理事）

##### 災害支援プロジェクト「PCAT」の活動について



PCAT は東日本大震災を機に立ち上げられた、日本プライマリ・ケア連合学会の災害支援チームである。熊本では医師 37 名、保健師 1 名の総勢 38 名を、益城町を中心に約 3 か月間にわたり派遣した。

最初に行ったのは、ニーズ調査だ。保健師が DMAT などの活動状況など現状を調査していくと、災害弱者の問題（高齢者の食事、子どものアレルギーなど）や車中泊によるエコノミークラス症候群の問題が、時間の経過とともに顕在化していることがわかった。また、今回は度重なる余震に見舞われたことで、急性期の支援がどこまで必要なのか判断がつかない、といった熊本地震特有の問題も起きていた。

私が現地入りしたのは 4 月 27 日。すでに救護所の支援は充足しているようだった。一方、被害が甚大だった益城町で課題になっていたのが、地域包括ケアシステムの再構築である。特に行政への医療・福祉面でのアドバイザーのニーズが高まっていたようだ。PCAT のメンバーは開業医や診療所の勤務医が中心で、普段から地域包括ケアシステムの中で仕事をしている。きっと役に立てるのではないか、そう考えた私たちは、益城町より正式な依頼を受け、支援活動を開始した。

具体的な活動内容は、役場職員が遭遇した医療保険福祉全般の問題解決をはじめ、医師会など関係団体との折衝、職員の疲弊を防ぐためのヘルスマネジメント、医療介護福祉における困難事例の拾い上げ、在宅や避難所・仮設住宅における予防医療などである。これらの活動を行う中で、私たちはさまざまな課題に直面することになった。例えば、地元の保健師の負担の問題だ。あらゆる情報が一人の保健師に集中してしまうため、保健師が疲弊してしまう。そこで私たちはその保健師の代理人となり、諸問題に対応するという活動も行った。

また、在宅避難生活者の実態を把握するための全戸調査にも協力したが、ここでも課題が残った。ほかのいくつかの団体も同様の調査を行っていたことが、後になって明らかになったのである。全戸調査が統一感なく何度も行われてしまうのは、東日本大震災でもかなり問題になっている。調査結果を支援者の間でいかに共有していくか、災害支援の大きな課題といえるだろう。

では、被災地の地域包括ケアの復旧、復興に向けて、派遣者にはどのような能力が求められるのか。今回の経験から言えるのは、次の 2 点だ。まず、医療のみならず保健福祉の知識が豊富で、診療所での長期勤務の経験があり、行政と協働した経験のある家庭医であること。そして、地元の関係者の声を傾聴し、自分の考えを押し付けることなく、理想よりもまずは地元で最適な方法を模索できる、そういった人材である。



一方で、課題は組織の脆弱性だ。PCAT はあくまで学会組織であり、地域包括ケアシステムの復旧を丸ごと担うことは難しい。災害支援の団体は数多くあるが、現状ではそれらがバラバラに研修などを行っている。これらが統一されたコマンドの中で動くことができれば、地域の復興に大きな力を発揮するだろう。さまざまな組織がそれぞれに主張するのではなく、一つの組織をつくるぐらいの勢いで、協力関係を形成していく。その一つの案として、DHEAT を中心に在宅医や訪問看護師などの諸団体が連携し、災害支援を組織的に展開していくことを提案したい。

## プレゼンテーション 5——安藤真知子氏（日本訪問看護財団 事務局長）

### 訪問看護師の災害支援 ～救命から健康支援へ～



災害支援の場で、訪問看護師に何ができるのか。東日本大震災で長く支援活動に関わってきた私の経験をお話したい。

2011年3月、私は愛媛県医師会からの要請を受け、JMATの活動に加わった。最初、声をかけられたときには正直、戸惑う気持ちがあった。被災地に行っても訪問看護師の私が役に立つのだろうか。それでも、医師から指示があれば反射的に「はい」と応えるのは、看護師の習性である。何が求められるのかわからないままに、私は医師や仲間の看護師とともに現地へと向かった。

夕方に石巻市の渡波小学校に到着。そこには戦場のような光景が広がっていた。発災から1週間以上が経過していながら、支援はほとんど届いておらず、やっと日本赤十字が到着したばかり。電気は届かず、自衛隊も入らず、遺体が横たわっていた。

この状況を目前にした私たちは、誰が指示するでもなく、即座に行動を開始した。「この場所を診察室にしよう」と決めると、その場にあるものでせつせと環境を整備していく。何しろ訪問看護の現場では、身近にあるもので対処するのが日常だ。まさに、体が勝手に動く、という感じだった。こうしてチームで速やかに動くことができたのは、医師の包括的な指示のもとで動くという普段の経験があったからだと思う。

診察室をつくり、いざ診察を始めると、被災した人々が一気に列をなした。緊急を要する人もいれば、そうでない人もいる。年齢も疾患もさまざまだ。この「さまざまな患者に対応する」という点でも、訪問看護の経験が生きたと感じている。在宅には小児もいれば高齢者もいる。精神疾患も含めて抱えている疾患も多様だ。私たちは、緊急性があれば救命に努め、緊急性がそれほどない場合でも心の危機に直面していると思われるケースには、個別に対応するよう心がけた。それは、訪問看護の実践そのものだった。

2012年度になると、宮城県名取市より委託を受け、仮設住宅の健康支援活動に取り組むことになった。今、熊本でも災害関連死が大きな問題となっているが、この名取市でも、私たちは「仮設住宅で災害関連死や孤独死を絶対に出さない」ことを目標に、全戸訪問を実施している。ほかにも、事務所を開放して住民の健康相談に気軽に応じられる場をつくるなど、健康に資するさまざまな支援を展開してきた。

こうして振り返ると、救命から健康支援まで、被災地で訪問看護師にできることはさまざまだ。さらに2017年4月からは、仮設住宅だけに留まらず、復興住宅へと移動した方々への健康支援も始まった。復興の経過にともない、必要とされる支援の内容も徐々に変化する。これからは、仮設住宅という“点”ではなく、地域全体を“面”で捉えた支援活動に力を注いでいきたい。

## 〈ディスカッション・指定発言〉

当事者、支援者からの報告に続き、5名の演者が登壇し、会場を交えてのディスカッションが展開された。また、厚生労働省の小谷聡司氏および石巻市立開成仮診療所の長純一氏より、指定発言が行われた。以下、概略を報告する。



——全戸調査が重複したという話があったが、災害時には指揮命令系統が明確な組織でなければ機能しないのではないかと。緊急時はもちろん生活支援においても、優先順位を決めなければ資源の有効活用ができない。またこれに関連してトリアージ機能はどこが担ったのか。(会場より)

**大橋氏** 急性期のトリアージについては、指揮命令系統もしっかりしていて非常にうまくいっていた。一方で、急性期以降においては課題が残る。例えばトリアージタグが緑（軽症群）の虚弱な高齢者が、車中泊を続けるうちに悪くなって赤（重症群）へと移行していくようなことは、これまでのシナリオではほとんど想定されてこなかった。現場ではこの判断をケアマネジャーが行っていたが、本来は医療職がもっと関わっていくべきだろう。また、トリアージタグが赤へと移行した原因が、単に時間の経過によるものなのか、環境のせいなのかも今後は考えなければいけない。

**土屋氏** 福祉避難所は本来、要介護状態の人を受け入れる場所だが、実際には灯りのあるところに被災した人どっと詰めかけたような状況で、元気な人も含めいろいろな人が混在していた。しかし、安易な振り分けは迫り出すことにもなりかねず、少しずつ一般避難所への移動を促すようにしたため、どうしても時間がかかった。一方、明らかに心臓が悪い、放っておいたら脱水症状になる、といった人がいたら、地域包括支援センターに連絡してすぐに訪問してもらい、一般避難所から福祉避難所に移動するなどの対応を行った。

**田島氏** 今回の急性期以降の災害支援では個別性が大事なテーマだ。その個別性の反対側にあるのが、トリアージ的な考え方だと理解している。つまり集団で見るとか、一人ひとりを見るのか、視点の違いだ。災害時、私のところに「家が住めなくなったので病院を紹介してほしい」という問い合わせがいくつかあった。普段の生活できなくなり、状態が悪化していくため、どこか暮らせるところはないか、という意味なのだが、市役所に問い合わせても福祉避難所などの詳しい情報が得られず、結局はつなぐことができなかった。ところが後になって、本当に欲しい情報は実は一番身近なところにあることを知った。地元の地域包括支援センターが、管轄エリアの福祉避難所を全て把握していたのである。このときに思ったのは、中学校区という単位は地域に密着した情報をしっかりと集め、個別性に対応していくのに適しているということだ。中学校区という単位で医療・介護の連携を進め、地域包括ケアを創り上げていくことの大切さを、改めて感じた。

**会場より** 災害時に問題となるのは、被災をした要配慮者が安全に避難できるかということ、そして、避難先においても要配慮者に対して必要なケアを継続できているかどうかである。すなわち、医療機関や施設の専門職が持っている情報を避難所とリンクできるかが重要であり、問題はもともと誰かが持っている要配慮者の情報を素早く現場で集約し、どこでまとめるかである。その点、今回の熊本のケースで示唆的だったのが益城と阿蘇だ。益城では保健医療的な情報をうまく集約できず、避難所にいろいろな人が集まり、対応が後手に回った。これに対して阿蘇は、最初から JMAT などのチームに保健師が参加する仕組みになっており、要配慮者もすぐにリストアップする仕組みができていた。両者の違いは、地域が予めどれだけのことを把握できていたか

あり、阿蘇では地域内のリソースを使いながら全ての人をみていける体制がすでに整っていたと思われる。地域包括ケアがうまく機能している地域は、災害が起きても現場で互いに協力でき、それが自ずと防災にもつながることを示している。

——今後に向けての提言を一言ずつお願いしたい。

**安藤氏** 東日本大震災では、JMAT の救護班として現地に向かい、医師との協働で支援活動を行った。この救護班の中に、さらに薬剤師をはじめとする多職種の方々がいて一緒に取り組むことができたなら、災害支援の質もさらに上がったのではないかと。多職種連携による包括的な支援が、災害時においても重要だと思う。

**大橋氏** 地域には、その地域のことをわかっている在宅医がいる。最終的にはそこに返していくことが大切だ。しかし震災直後は、その医師たちも被災してしまっている。だからこそ、地域包括ケアを理解している多職種が、その地域の中核に入っていってお手伝いをする必要がある。約3か月間、そういった支援ができる体制があれば、その後の復興にかなり役に立てるはずだ。

**榊谷氏** 命が助かった後に暮らしがある、というのはごく当たり前のこと。問題は、その暮らしを一緒に考えるチームをどうするのか。そして、いかにデータを共有していくのか。このあたりは制度で創り上げていくのが良いのではないかと。同時に必要なのが、地域の多様性、状況の多様性に応じた十分なマネジメントであり、この両方が進むといいと思う。

**土屋氏** 今回の活動を通して一番問題となったのが、個人情報の開示だ。この問題で役所と揉めたこともあったが、災害支援の際の個人情報の扱いについては、今後の円滑な災害支援のためにも、しっかりと考えていく必要があるだろう。また、真の自立した社会を創り上げるためには、障害者をはじめ当事者の意見を議論の中に入れること、さらには一般企業も含めて社会全体でシステムを作っていくことが必要だと考える。

**田島氏** 過去の災害で多くの方が努力され、積み上げられてきたノウハウが、今回の熊本でも非常に役立ったと感じている。もちろん災害は起きないほうがいいが、こうして経験を重ねる中で、自助・互助・共助・公助とはどういうものか、その役割が明確になってきているように思う。熊本へのたくさんの方からのご支援に感謝するとともに、今後は自分たちの経験を、日本全国どこで起こるかわからない災害のために役立てたい。

**指定発言 1 ——小谷聡司氏（厚生労働省 医政局地域医療計画課 災害時医師等派遣調整専門官）**



東日本大震災では、“支援”の重要性と同時に、“受援”の重要性が指摘されるようになり、厚生労働省の中でも“受援力”という言葉がよく用いられるようになった。そのための調整機能を担う人材として、災害医療コーディネーターの研修等にも力を注いでいる状況だ。

大きな意味で捉えると、この受援力の一つの要となるのが地域包括ケアシステムである。熊本地震がこれまでの災害と大きく異なるのは、地域包括ケアシステムが普及してきた中で起きた災害である、ということ。しかしながら現状、医療・福祉の連携が平時からうまくいっているのかというと、必ずしもそうではない。

災害が起きたばかりの超急性期においては、医療機能は確実に落ちる。そういうときに、失われる命を少しでも減らすための体制として、災害拠点病院や DMAT の存在がある。しかし、急性

期以降に必要な地域包括ケアシステムの復興に関しては、普段できていないことが災害時にできるはずはなく、平時からの連携体制をいかに構築していくかが重要ではないかと改めて感じた。

災害後に地域包括ケアシステムをもう一度、立ち上げていくためには、人、ノウハウ、物品・物資等が必要になる。さまざまな団体が、それぞれ独自性を持って活動することももちろん大切だが、一方ではそれらをいかに取りまとめるのかも問題だ。では、それを行政がどこまで担うべきなのか。毎回、「こうやってください」と行政が指示を出したところで、果たして個々の活動のレベルにまで十分に落とし込めるのかどうかは疑問である。そのあたりも、これから十分に検討する必要がある。

## 指定発言 2——長純一氏（石巻市立開成仮診療所 所長／石巻市包括ケアセンター長）



阪神、東日本、熊本での災害支援を通じて重要だと感じるのは、行政をいかに支援していくかである。基礎自治体そのものが被災してしまうことで、行政が機能停止に陥ってしまうからだ。医療に関していうと、行政には福祉の専門職はほとんどいないため、保健師が医療も福祉も担当することになる。結果的に、保健師に負担が集中する。これでは潰れてしまうのは当然で、実際に石巻でも辞めてしまった保健師がいた。

地域包括ケアの推進は、災害対策において極めて重要かつ有用である。それは、市町村と医師会の連携が進むからだ。これまで、災害時の復興は市町村ごとなのに対して、医療はあくまで県単位のため、いざ災害が起きて連携しようと思っても、急にはできないという問題があった。しかし、地域包括ケアにより日頃からの市町村と医師会・在宅医との連携が進めば、災害支援において、大病院である災害拠点に集約される避難所ほかの情報や権限、在宅医で日頃地元で地域連携・行政との連携など行っている在宅医による支援なら、先々地元の医師会や在宅医が中心的役割を果たせるような引継ぎが可能となる。そもそも在宅医は生活支援のプロであり、地元事情にも精通している。その地元の医師会・在宅医が被災者支援の仕組みに早めに関わることは、復興において“生活を支える視点”を入れていくことにもつながり、中長期的に見て大変意義がある。

医療や介護の支援者が頑張るほど、逆に市町村では災害の問題において住民のことをあまり考えなくても済むようになっていく部分がある。どういうことかという、さまざまな支援の仕組みが進み、災害により住居・食事など生活が壊れることを平時の医療や介護に仕組みによって支えられるようになることで、行政の復興政策の中で、災害によって生じた生活課題、特に高齢者や生活困難者の問題を医療福祉の課題と錯覚し、そのことを意識した復興が必要という視点がなくなってしまうからだ。その一例が、被災地においては要介護認定者の急増、地域包括支援センターの業務のパンクが起き大問題であるが、それを復興政策で改善すべきことという考え方ができないことにつながる。

地域の復興の中で介護認定が増えるのは、それだけ弱った人が増えたわけではなく、生活困難者を介護保険制度に乗せているからである。しかし、そもそも地域包括ケアというのは「高齢化・虚弱者の増加を医療や介護の制度・専門職だけでは支えきれない」ところから始まったものではなかったか。

このことを行政に改めて理解してもらう必要があるが、そういう働きかけができるのは、やはり医師だろう。社会の体制を引き上げていくためには、地元の医療福祉関係者が発言できるようにしていく必要があり、中でも最も発言権を有する医師がその役割を担っていくべきだと考える。