

第2章 これまでの災害と医療介護体制

1. 過去の大震災と医療介護の支援体制および対策

1) 宮城県沖地震

宮城県沖地震は、1978年6月12日午後5時14分に発生し宮城県仙台市などを襲った。これは、ライフラインの整備された日本の大都市が経験した、初めての都市直下地震である。

この地震では**27名が亡くなり**、きわめて軽症なものも含め、**10,000名以上が負傷**した。宮城県医師会が行なった調査では、医療施設を受診した3,413名の患者の対応のうち、2,703名(79.2%)が診療所によるものであった(図2-1)。全軽症者における診療所の対応数の割合が78.9%であったのに対し、中等症では82.7%、重症では63.8%と、重症度による対応の違いは大きくなく、各負傷者は、概ね最寄の医療機関を受診したものと思われる¹⁾。

	施設数	死亡	重症	中等症	軽症	総数
国県立病院	18	0	24	76	50	150
公立病院	38	1	41	33	173	248
私的病院	89	5	29	129	149	312
診療所	1,112	9	166	1,138	1,390	2,703
計	1,257	15	260	1,376	1,762	3,413

図2-1 宮城県沖地震の死者・負傷者と対応状況(一部修正)

本地震の具体的な被害の特徴として、以下のような点が指摘されている²⁾。

- a) 死者のうちの半数以上がブロック塀倒壊によるもの
- b) 丘陵地の「ニュータウン」の地滑り現象
- c) コンクリート壁・柱の挫滅によるビル1階部分の崩壊

この地震の被害状況を受け、1981年、建築基準法の耐震設計基準が改正されるにいたった。また、宮城県沖地震は、過去の記録などから平均37.1年の周期性が認められており、地震調査研究推進本部地震調査委員会によれば、2009年1月1日から10年以内の発生確率は70%、30年では99%にもものぼる。この数値は国内で最も高いものである³⁾。

¹⁾ 宮城県医師会調査、『宮城県沖地震における救急医療』安田恒人、宮城県医師会報 395, 1978

²⁾ 2008年11月3日日本地震工学会大会2008『1978年宮城県沖地震30周年シンポジウム』講演内容より
http://www.jishin.go.jp/main/p_hyoka02_chouki.htm

³⁾ 長期評価結果一覧
http://www.jishin.go.jp/main/p_hyoka02_chouki.htm

2) 阪神・淡路大震災（兵庫県南部地震）

1995年1月17日午前5時46分に発生した阪神・淡路大震災では、**6,434名**が亡くなり、**重軽傷者は43,792名**であった（図2-2）⁴⁾。戦後最大の被害をもたらした地震である。

人的被害	死者		6,434
	行方不明者		3
	負傷者	重傷	10,683
		軽傷	33,109
		計	43,792

図2-2 阪神・淡路大震災の死者・負傷者

図2-3は、兵庫県医師会が本地震における対応状況を調査したものである⁵⁾。震災当日においては、軽傷者全体の44.2%、重傷者全体の37.0%、重篤患者全体の28.5%に診療所が対応した。7日までの合計では67.1%の患者を診療所が対応している。宮城県沖地震と比べると重症度は低くなっているものの、依然として診療所の役割は大きかったことが分かる。

図2-4、2-5は、死亡日時・死因の実態である⁶⁾。約8割が自宅でなくなっている。そのほとんどが家屋の倒壊などによる窒息・圧死であるが、焼死・熱傷も1割に近い。

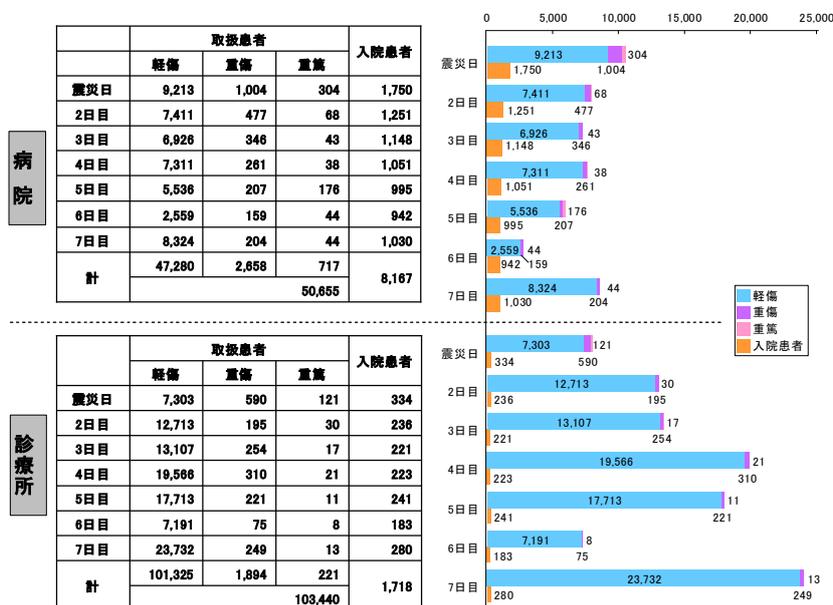


図2-3 阪神・淡路大震災における負傷者対応（一部修正）

⁴⁾ 消防庁『阪神・淡路大震災について（確定報）』<http://www.fdma.go.jp/detail/672.html>

⁵⁾ 災害医療についての実態調査
<http://www.hyogo.med.or.jp/ishikai/earthquake/chokugo.html>

⁶⁾ 阪神淡路大震災による人身被害の実態（人口動態統計による）
<http://www.hyogo.med.or.jp/ishikai/earthquake/siryo.html>

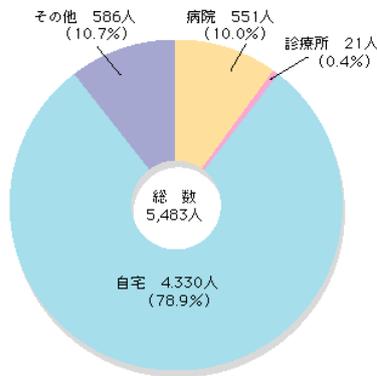


図 2-4 阪神・淡路大震災における死亡場所（病院・自宅等）別死亡数及び構成割合

	総 数	1 月 17 日			1 月 18 日	1 月 19 日	1 月 20 日以降	不祥	
		午前	午後	不詳					
総 数	5488	5175	4461	440	274	185	29	97	2
窒息・圧死	4224	4059	3626	316	117	124	14	26	1
焼死・熱傷	504	488	307	62	119	15	1	-	-
頭・頸部損傷	282	256	236	7	13	7	1	17	1
内臓損傷	98	81	71	9	1	9	2	6	-
外傷性ショック	68	50	37	12	1	11	2	5	-
全身●●	46	39	25	11	3	3	1	3	-
●●症候群	15	-	-	-	-	-	3	12	-
その他	127	81	64	13	4	13	5	28	-
不祥	124	121	95	10	16	3	-	-	-

図 2-5 阪神・淡路大震災における死亡日時・死因別死亡数

3) その他の大地震および災害・事故

図 2-6 は、宮城県沖地震以後発生した災害・事故のうち、死者・行方不明者の合計が 20 名以上（1988 年以前の気象災害は 100 名以上。なお、近年のものの一部は確定値ではない）のものである⁷⁾。また、これらに比べて死者は少ないものの、

地震：新潟県中越沖地震（死者 15 名、負傷者 2,345 名）

テロ・無差別殺人事件：

松本サリン事件（死者 8 名、負傷者 79 名）

地下鉄サリン事件（死者 12 名、負傷者 5,510 名）

秋葉原通り魔事件（死者 7 名、負傷者 10 名）

を始め、我々に多くの教訓を残した災害・事件は毎年のように発生している。

⁷⁾ 災害をもたらした気象事例

<http://www.data.jma.go.jp/obd/stats/data/bosai/report/index.html>

消防庁『消防年表』

<http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/history/index.html>

消防庁『災害情報』

<http://www.fdma.go.jp/bn/2009/index.html>

西暦(和暦)	種別	名称	発生日時・時期	死者・ 行方不明者
1978(昭和 53)	地震	宮城県沖地震	1978. 06. 12	28
1979(54)	気象	台風第 20 号	1979. 10. 10~20	115
1980(55)	火災	川治プリンスホテル火災	1980. 11. 20	45
1981(56)	気象	昭和 56 年豪雪	1980. 12~1981. 03	152
1982(57)	火災	ホテル・ニュージャパン火災	1982. 02. 08	31
	事故	羽田沖日航機墜落事故	1982. 02. 09	24
	気象	昭和 57 年 7 月豪雨と台風第 10 号	1982. 07~08	439
1983(58)	地震	日本海中部地震	1983. 05. 26	104
	気象	昭和 58 年 7 月豪雨	1983. 07. 20~29	117
1984(59)	気象	昭和 59 年豪雪	1983. 12~1984. 03	131
	地震	長野県西部地震	1984. 09. 14	29
1985(60)	地すべり	長野市地附山地すべり	1985. 07. 26	26
	事故	日航ジャンボ機墜落事故	1985. 08. 12	520
1986(61)	火災	熱川温泉大東館火災	1986. 02. 11	24
1989(平成元)	気象	(台風第 11, 12, 13 号)	1989. 07. 24~08. 07	31
	気象	(前線、低気圧)	1989. 08. 31~09. 16	20
1990(02)	気象	(梅雨前線)	1990. 06. 02~07. 22	32
	気象	(前線、台風第 19 号)	1990. 09. 11~20	44
1991(03)	事故	信楽高原鐵道列車正面衝突事故	1991. 05. 14	42
	噴火	雲仙岳噴火災害	1991. 05~08	44
	気象	(前線、台風第 17, 18, 19 号)	1991. 09. 12~28	86
1993(05)	気象	(梅雨前線、台風第 4 号)	1993. 05. 13~07. 25	26
	地震	北海道南西沖地震	1993. 07. 12	230
	気象	(梅雨前線、台風第 7, 11 号)	1993. 07. 31~08. 29	93
	気象	(台風第 13 号)	1993. 09. 01~05	48
1994(06)	事故	名古屋空港中華航空機事故	1994. 04. 26	264
1995(07)	地震	兵庫県南部地震	1995. 01. 17	6, 437
1996(08)	事故	豊浜トンネル崩落事故	1996. 02. 10	20
1997(09)	気象	(梅雨前線、低気圧)	1997. 07. 01~17	26
1998(10)	気象	(前線、台風第 4 号)	1998. 08. 26~31	24
1999(11)	気象	(梅雨前線、低気圧)	1999. 06. 23~07. 03	39
	気象	(台風第 18 号)	1999. 09. 21~25	31
2001(13)	火災	新宿歌舞伎町でビル火災	2001. 09. 01	44
2003(15)	気象	(梅雨前線)	2003. 07. 18~21	23
2004(16)	気象	(台風第 18 号)	2004. 09. 04~08	46
	気象	(台風第 21 号、秋雨前線)	2004. 09. 25~30	27
	気象	(台風第 23 号、前線)	2004. 10. 18~21	98
	地震	新潟県中越地震	2004. 10. 23	68
2005(17)	気象	(雪害)	2005. 01~03	98
	事故	JR 西日本福知山線脱線事故	2005. 04. 25	107
	気象	(台風第 14 号、前線)	2005. 09. 03~08	29
2006(18)	気象	平成 18 年豪雪	2005. 12~2006. 03	152
	気象	平成 18 年 7 月豪雨	2006. 07. 15~24	30
	気象	(低気圧による暴風・大雨)	2006. 10. 04~09	50
2008(20)	地震	岩手・宮城内陸地震	2008. 06. 14	23

図 2-6 宮城県沖地震以後の主な災害・事故

4) 防災・救援の体制

(1) DMAT⁸⁾

大地震及び航空機・列車事故といった災害時には、救急治療を行なうための専門的な訓練を受けたDMATという医療チームが駆けつける。

DMATの構成員は、独立行政法人国立病院機構災害医療センター（災害医療センター）等で実施される「日本DMAT隊員養成研修」を修了し、厚生労働省に登録された者である。

DMATチームは、都道府県が指定するDMAT医療機関に所属するDMAT登録員で構成されており、被災地の都道府県からの要請に応じて被災地外から派遣され、災害の急性期（概ね48時間以内）に活動を行なう。

具体的には、

- ・広域医療搬送

被災地で対応困難な重症患者を、緊急の治療を行うために被災地外に搬送する

- ・広域医療搬送拠点での臨時医療施設（ステージングケアユニット：SCU）

患者の症状の安定化を図り、搬送時のトリアージ（治療優先度決定）を実施するための、臨時の医療施設が設置される

- ・病院支援

被災地内の病院に対する、トリアージを含む医療の支援

- ・域内搬送

ヘリコプター、救急車等による被災地内での搬送

- ・現場活動

がれき下を含む災害現場での緊急治療

等を行なう。

また、日本赤十字社救護班や自衛隊と協働して活動を行なう。

(2) 緊急消防援助隊

緊急消防援助隊は、阪神・淡路大震災を踏まえ、平成7年6月に創設された。DMATと同様に、大規模災害等において被災した都道府県内の消防力では対応が困難な場合に、国家的観点から人命救助活動等を効果的かつ迅速に実施し得るよう、全国の消防機関相互による援助体制を構築することを目的としている⁹⁾。

各部隊は、その役割から指揮支援部隊、指揮隊、消火部隊、救助部隊、救急部隊などに分かれており、全国の部隊総数は、平成20年10月現在、3,961にのぼる。

⁸⁾ 独立行政法人国立病院機構災害医療センター 『DMAT活動要領』
<http://www.dmat.jp/>

⁹⁾ 総務省消防庁「緊急消防援助隊」
http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/fieldList5_5.html

都道府県隊 指揮隊	107 隊	都道府県隊を統括し、その活動管理を行う
消火部隊	1,501 隊	大規模火災発生時の延焼防止等消火活動を行う
救助部隊	377 隊	高度救助用資器材を備え、要救助者の検索、救助活動を行う
救急部隊	923 隊	高度救命用資器材を備え、救急活動を行う
救急部隊	443 隊	各部隊の活動支援をするために、給水設備等を備えた車両等により必要な輸送。補給活動を行う
特殊災害部隊	264 隊	毒劇物等災害、大規模危険物災害等特殊な災害に対応するための消防活動を行う
特殊装備部隊	335 隊	水難救助隊、遠距離送水隊等特殊な装備を用いて消防活動を行う
航空部隊	70 隊	消防防災ヘリコプターを用いて消防活動を行う
水上部隊	19 隊	消防防災ヘリコプターを用いて消防活動を行う

図 2-7 緊急消防援助隊の主な部隊と役割（部隊数は重複を含む）

（3）広域緊急援助隊

広域緊急援助隊は、**都道府県警察**に設置されている災害対策専門部隊である。機動隊、管区機動隊、交通機動隊、高速道路交通警察隊、刑事部捜査第一課、鑑識課などから選抜された約 4,700 人の隊員により、図 2-8 のような班を構成している¹⁰⁾。

先行情報班	被害情報、交通情報等災害対策のために必要な情報を多角的に収集し、警備本部等に報告する。
救出救助班	救出救助資機材、災害活動用車両等を活用し、被災地の救出救助、行方不明者の捜索等、災害から直接人命を守る活動を行う。
交通対策班	災害応急対策に従事する要員等が迅速に被災地に到着できるよう、緊急交通路の確保、緊急通行車両の先導等を行う。
検視班・ 被災者対応隊	被災者の身元の確認や死因の究明を行うとともに、遺体の引渡しや安否情報の提供を行う。

図 2-8 広域緊急援助部隊の主な部隊と役割（部隊数は重複を含む）

また、平成 17 年 4 月、極めて高度な救出救助能力を持つ特別救助班（P-REX）が、12 都道府県警察の広域緊急援助隊に設置されている。

そのほか、帯同する機動警察通信隊が被災地に赴き、臨時の無線中継所や臨時電話の設置、被害状況等を把握するための映像伝送など、情報通信の確保を行う。

¹⁰⁾ 関東管区警察局「警察の紹介」
http://www.kanto.npa.go.jp/contents/f_01.html

(4) 防災無線

国及び地方公共団体は、非常災害時における災害情報の収集・伝達手段の確保を目的として、防災用無線システムを構築している¹¹⁾。市町村が防災情報を収集し、また、住民に対して防災情報を周知するために整備している「市町村防災行政無線」は、平成19年3月末現在で85.17%の市町村が整備している。

5) 要援護者支援と情報配信体制の事例

(1) 災害時要援護者の避難支援ガイドライン

平成16年7月の梅雨前線豪雨等における対応について、高齢者等の避難体制の整備などの課題が明らかとなったことから、内閣府によって「集中豪雨時等における情報伝達及び高齢者等の避難支援に関する検討会」が設置され、「災害時要援護者の避難支援ガイドライン」が策定されるに至った¹²⁾。このガイドラインでは

- ・情報伝達体制の整備
- ・災害時要援護者情報の共有
- ・災害時要援護者の避難支援計画の具体化

が課題として挙げられている。

また、同検討会では、先進的な取り組み事例として、

- 石巻市（宮城県）
 - ・市内の災害時要援護者の状況を調査分析の上、モデル地区を選定し、「防災ネットワーク」の設立や、災害時要援護者台帳の策定等を行なう
- 長野市（長野県）
 - ・要援護者の情報を消防の指令システムに入力し、災害発生時の出動隊に対する支援情報として活用
- 御殿場市（静岡県）
 - ・障害者1人につき地域住民ボランティアをマッチングさせる救援システム
- 豊田市（愛知県）
 - ・災害時要援護者登録制度を設け、特にひとり暮らし高齢者制度登録者に対しては民生・児童委員が戸別訪問し、制度の周知と登録への勧誘などを行なった
- 安城市（愛知県）
 - ・要援護者支援制度を設立し、身体障害者（体幹・上下肢1～3級等）、一人暮らし高齢者などを登録
- 藤井寺市（大阪府）
 - ・災害時要援護者情報の台帳を作成し、市防災部局や消防本部において共有

¹¹⁾ 総務省「防災行政無線」

<http://www.tele.soumu.go.jp/j/system/trunk/disaster/index.htm>

¹²⁾ 集中豪雨時等における情報伝達及び高齢者等の避難支援に関する検討会

http://www.bousai.go.jp/gouu_kentou/index.html

- 土佐清水市（高知県）
 - ・一人暮らしの高齢者宅等を訪問し、
日頃の生活実態の調査と関係者間での情報共有を実施
- 荒川区（東京都）
 - ・予め特定した高齢者等をリアカー・おんぶ帯によりチーム体制で救出
- 練馬区（東京都）
 - ・PTA等の父母を含めた避難拠点運営連絡会との連携を高めることによる
地域防災の活性化
- 三鷹市（東京都）
 - ・災害発生時の外国人支援事業
- 福岡市春住校区（福岡県）
 - ・各高齢者がごく近隣に自主避難場所を整備
 - ・緊急時の吹笛（救助の求めに際して発声よりも負担が少ない）
などを収集している。

（2）災害時住民支え合いマップ

要援護者とその周辺情報の調査としては、主に長野県で「災害時住民支え合いマップ」の作成が進められているところである。当該マップでは、要援護者の特定、支援者探しと協力依頼先、避難ルート、避難所（本人が決めた避難所、ご近所避難所、公式避難所）などを、住宅地図等を用いて表示している¹³⁾



図 2-9 災害時住民支え合いマップ（駒ヶ根市）

¹³⁾ 内閣府防災情報のページ

「災害時要援護者の避難支援における福祉と防災との連携に関する検討会」（第 2 回）議事概要について
<http://www.bousai.go.jp/oshirase/h19/070118giji/070118giji.html>

「災害時要援護者の避難支援における福祉と防災との連携に関する検討会」（第 4 回）について
<http://www.bousai.go.jp/oshirase/h19/070320giji.html>

(3) 生命（『いのち』）を守る

在宅人工呼吸療法（HMV）における災害対策－自助活動のための事前準備－

京都府中丹西保健所が2004年10月の台風23号の検証を行なうべく開催した「難病在宅ケアシステム会議」を契機とし、主に在宅人工呼吸療法（HMV）における災害時の対応について、臨床工学技士らにより取りまとめられたものである。

各地の災害対策に関する解説、在宅医療機器・薬品と、非常用電源に関連した災害時の備え、およびそれら事前準備に用いられるチェック表などについて仔細に分析されている。

(4) 災害時の人工透析提供体制の確保

医療の必要度が高くとも、日常生活では介護の必要度が低く一見自立しているように見えるが、災害時には要支援者となる場合がある。

阪神・淡路大震災では、阪神・神戸地域の透析施設45ヶ所のうち21施設が機能不能となり、兵庫県内で約3,000人に影響が出た。死亡者はいなかったものの、各自が情報を収集して対応した¹⁴⁾。近年の地震でも同様の事態が起こっている。

災害時の人工透析提供体制の研究等については、

- ・平成12年度厚生科学研究報告書

「地域災害下における透析医療の実態調査と対応マニュアルの策定に関する研究
－有珠山噴火における透析医療をふまえて－」

- ・平成19年8月23日 厚生労働省通知「災害時の人工透析提供体制の確保」
などの資料がある。

(5) 災害時警察活動と要援護者支援対策

警視庁大震災対策委員会、警視庁警備心理学研究会によって調査された、「平成18年度大震災対策のための心理学的調査研究－災害時における都民等の地域別意識調査－」では住民（3,500人を対象とし2,009人＝回収率57.4%）、事業責任者（1,500人を対象とし848人＝回収率56.5%）それぞれに対する調査を実施している。

特にここでは、地域危険度の認識に関して、居住地の危険度の知識について「知らない」が82%で、ほとんどの住民は知らないと答えた（図2-10）。

¹⁴⁾ 神戸新聞 2004/04/18 「透析患者対応 情報伝達の具体策なく」
<http://www.kobe-np.co.jp/sinsai/sonae/041804.html>

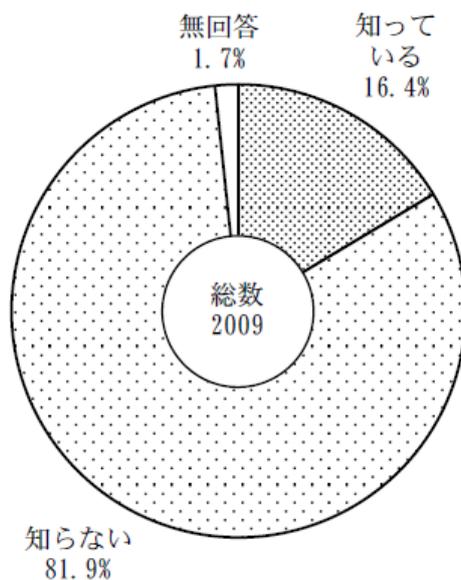


図 2-10 地域の危険度と住民の認知

さらに危険度を3群 [危険度低 (危険度 1~2)、中 (危険度 3)、高 (危険度 4~5)] に分類した場合、低群が多い地域は多摩北部と多摩西部南部、一方高群は台東区、荒川区、足立区、江東区、墨田区、葛飾区、江戸川区であった (図 2-11)。

また地域交流に関する設問では、最も多い付き合い方は「立ち話などをする程度」が50%、次いで「出会ったときに挨拶をする程度」が29%であった (図 2-12)。

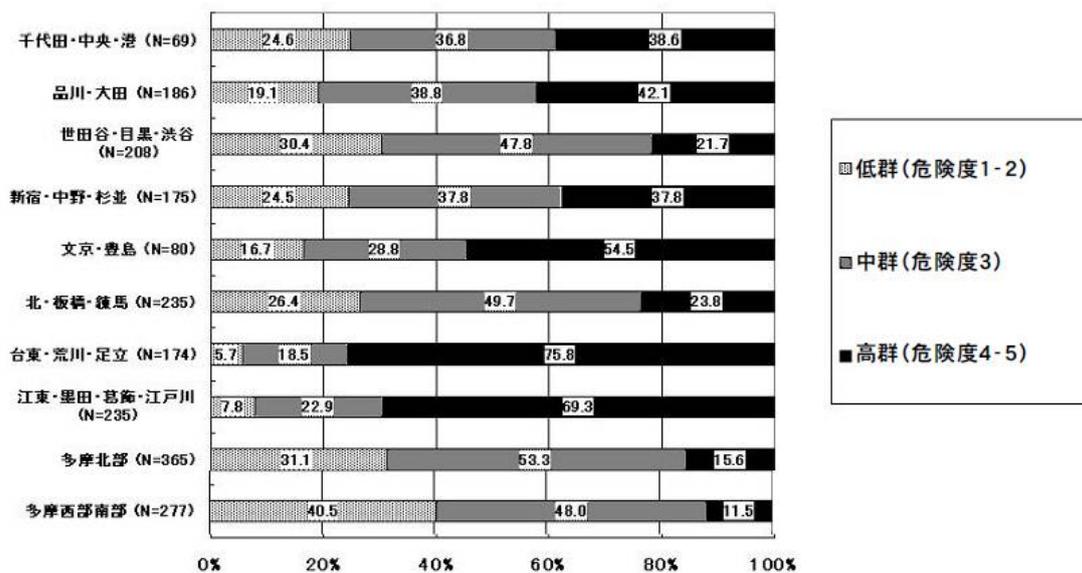


図 2-11 地域別住民の危険度の認知

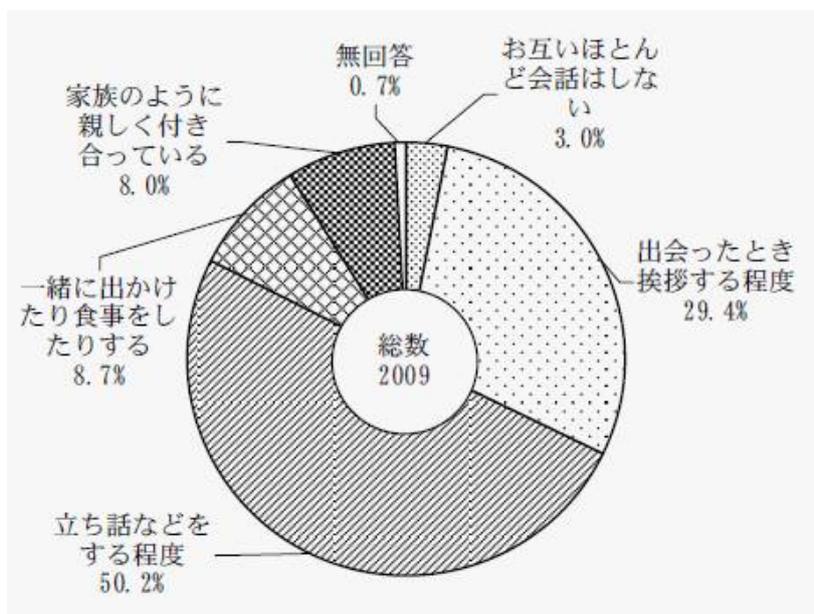


図 2-12 地域の交流度

地域における支援体制に関する調査項目では、自治会（町会）で地域の災害要援護者の避難支援について「考えている」が30%、「わからない」54%となり（図 2-13）、平成 11 年に調査した際の傾向と変わらないものであった。

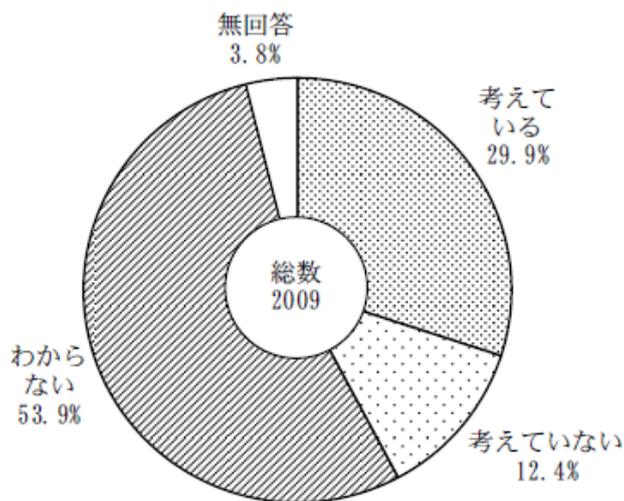


図 2-13 要援護者への避難支援

このような実態から調査では、特に都心部に住む高齢者や若年者の孤立を懸念し、家族だけではなく個人単位へ対する災害対策の働きかけが必要であることを示唆している。

災害対策基本法（昭和 36 年 11 月）を基とする総合的、計画的な防災行政は、自然災害、人的災害の如何に係らず、①「災害予防」、②「災害応急対策」、③「災害復旧」に大別され、特に警察が担う災害警備活動の大部分は「災害応急対策」とされている。

平成 19 年 1 月に取りまとめられた「国家公安委員会・警察庁防災業務計画」では、1：震災対策、2：東海地震に係る措置、3：その他の自然災害対策、4：事故災害対策に分類されている。特に震災対策に関しては「国家公安委員会および警察庁がとるべき措置」、「地域防災計画の作成の基準となるべき事項」としてその役割や範疇を明示している。

災害に備えた措置では、阪神・淡路大震災後にその経験を教訓として総説された広域緊急援助隊の運用、応援のための措置が示されている。

「3：災害復旧・復興」の中では、本事業で焦点となる障害者等への包括的支援体制整備に係る「災害時要援護者に対する配慮」が明記されており、『都道府県警察は、防災訓練の実施及び防災知識の普及等に当っては、高齢者、障害者、外国人等災害時要援護者に十分配慮し、地域において災害時要援護者を支援する体制が整備されるよう努めるべきである。』と位置づけられている。

【要援護者に対する地域災害対策と住民への啓発】

警視庁（東京都）では、平成 7 年 1 月 17 日に発生した兵庫県南部地震（阪神・淡路大震災）の前例、首都圏における震度 6 弱以上の直下地震の発生切迫性の指摘（中央防災会議）から住民への災害時対策の啓発として「地震のときはこうしよう（平成 20 年発行）」（図 2-14）をホームページ上で公開しダウンロード可能となっている。この中では「地震に対するふだんの心がまえ」、「地震が発生したとき」、「地震に対するドライバーの心得」、「警戒宣言が発表されたとき」をわかりやすく紹介している。また『近くに身体の不自由な人、寝たきりの人、病人などいる場合には、町会や隣近所の人で具体的な協力の方法などを相談しておくこと』と記されており、地域ぐるみの要援護者支援対策が啓発されていることがわかる。

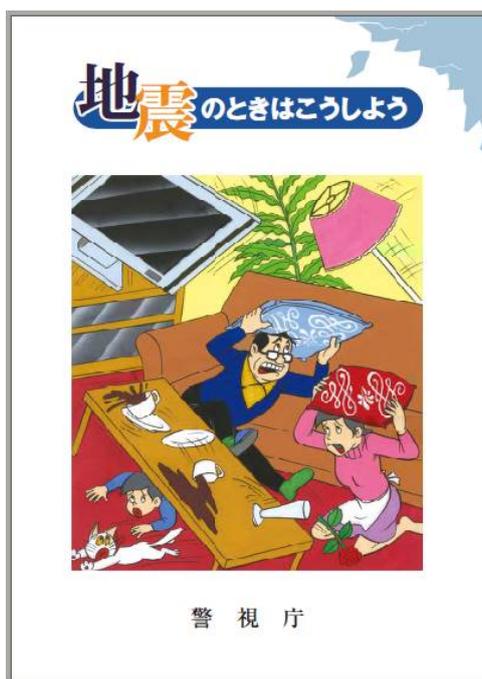


図 2-14 地震のときはこうしよう（平成 20 年 警視庁）

6) 消防による救急活動と要援護者支援対策

平成 17 年 3 月 30 日の中央防災会議で集中豪雨時等における情報伝達及び高齢者等の避難支援に関する検討報告がなされ、「災害時要援護者の避難支援ガイドライン」（平成 18 年 3 月改訂）が示された。ガイドラインでは、「情報伝達体制の整備」、「災害時要援護者情報の共有」、「災害時要援護者の避難支援計画の具体化」等を課題として挙げ、一人ひとりの要援護者に対して防災関係部局、福祉関係部局、自主防災組織、福祉関係者等が連携し、複数の避難支援者を定める等、具体的な避難支援計画の策定等の取組を市町村に要請したものであった。

消防庁では全国 1,816 市町村を対象に平成 20 年 3 月 31 日現在の災害時要援護者の避難支援対策への取組状況の調査報告を行なっている。

【災害時要支援者名簿・リストの作成と活用の現状】

災害時要援護者名簿のリスト作成に関しては、全団体の 2/3 が災害時要援護者名簿、リスト作成に着手済みであり、その作成主体は福祉関係部局であることが 8 割弱にのぼる（図 2-15）。

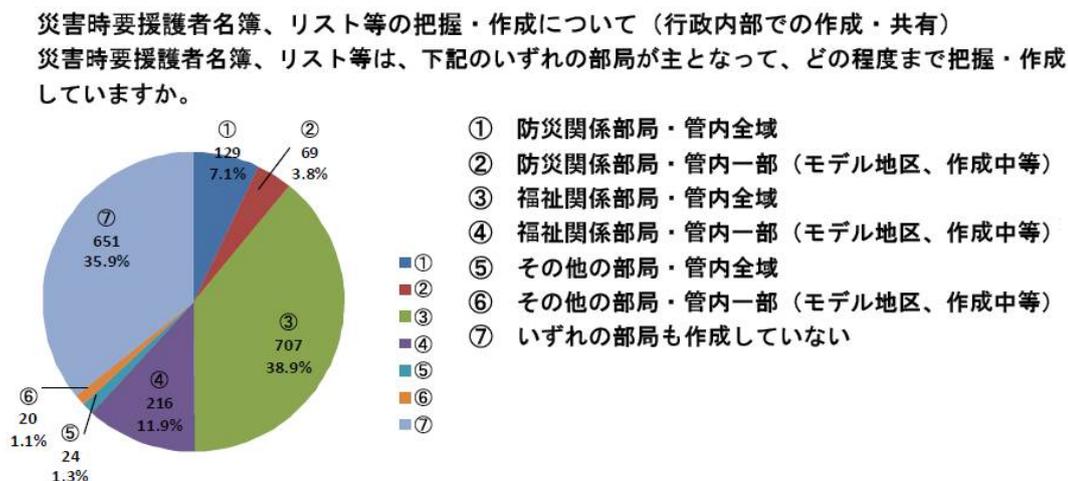


図 2-15

【名簿・リスト作成未実施団体の対応】

また図 2-15 の中で名簿・リストの作成を実施していない団体の今後の作成予定について調査した結果（図 2-16）では、明確に作成予定（年度）が立てられている団体は 30.1%のみで、残りの 56.1%は策定に対して具体性に欠けている。また 13.8%は未定であるため、今後一層積極的な対策が必要と考えられる。

未作成の場合

設問4で⑦と回答した地方公共団体に伺います。災害時要援護者名簿、リスト等について、今後、作成する予定がありますか。



図 2-16

【名簿・リスト作成後の情報共有に関して】

災害時要援護者名簿・リストの作成の多くを担っている福祉部局では名簿やリストの作成に取り掛かっているにもかかわらず、災害発生時に他部局と情報共有、もしくは作成のままで共有していない自治体が 58.7%存在する。福祉関係部局による名簿・リスト作成後、町内会等地域をはじめ、消防・救急・警察においていかに共有するかが最も重要な点であるため、活用方策が今後の課題と言える（図 2-17）。

福祉関係部局で把握・作成している場合

設問4で③又は④と回答した地方公共団体に伺います。災害時要援護者名簿、リスト等について、行政内部で防災関係部局やその他の部局と情報を共有していますか。

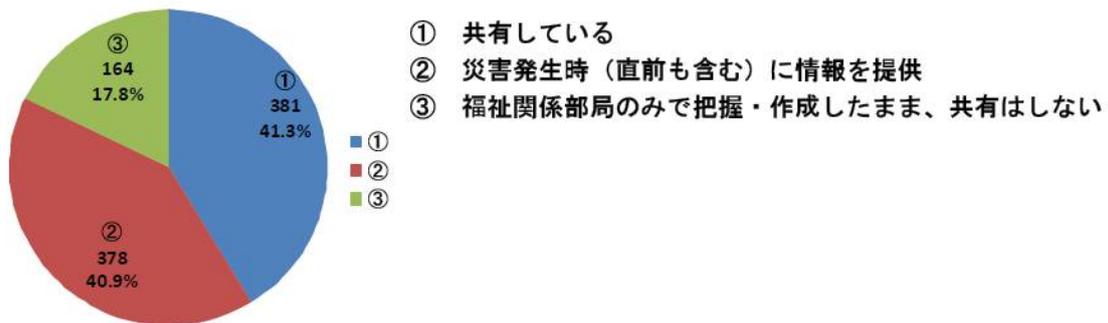


図 2-17

【災害時要支援者の情報収集・活用方法】

災害時要支援者の情報収集・活用方法は、1) 関係機関共有方式、2) 同意方式、3) 手上げ方式、の3方式があり、市町村は単独方法、もしくは1)～3)の組み合わせによって実施する場合が見られるが、市町村の多くは3つを組み合わせた情報収集を行なっている。

- 1) 関係機関共有方式＝個人情報保護条例において保有個人の目的外利用・第三者提供が可能とされている規定を活用して、要援護者本人の同意を得ずに、平常時から関係機関等の中で情報を共有する方式
- 2) 同意方式＝要援護者本人に直接的に働きかけ、必要な情報を収集する方式
- 3) 手上げ方式＝要援護者登録制度の創設について広報・周知した後、自ら要援護者名簿等への登録を希望した者の情報を収集する方式

その情報収集・共有方式は上記1)～3)の3方式を併用する団体が最も多く、次いで同意方式と手上げ方式の併用、3番目に関係機関共有方式と同意方式の併用、となっている。

地域ごと個別の対策に取りかかり要援護者支援計画を策定した市町村は7.6%、策定に着手している市町村は35.6%と報告されている。市町村全体の支援計画策定率は13.2%、策定へ着手している市町村を含めた場合全体の56.1%となっており、全体の支援計画と比較した場合、個別具体的なそれぞれの策定状況が現状十分と言えない状態である。今後、基幹となる部局の体制整備はもちろんのこと、災害直後に体制や情報共有をいかに運用できるかといった視点が求められる。

7) 地域防災コミュニケーション支援システム

総務省関東総合通信局は、地域住民、行政機関、及び外出者の各々が、相互に地域の災害情報を受発信し、避難誘導、地域救援活動及び安全の確保などの迅速かつ確かな災害対応を目的とした「地域防災コミュニケーション支援システム」を検討している。当該システムについては、平成21年1月23日、墨田区主催の「池袋駅周辺混乱防止対策訓練」と同時に実地試験が行なわれた¹⁵⁾。

当試験には凸版印刷株式会社が事業展開している電子ペーパーサイネージが利用されている。各社が開発を進めている電子ペーパーには、

- 表示内容を変更するとき以外は電源供給が不要で、機器を省電力化できる
- 機器を薄型化できる
- 紙と同等の視認性を持ち、日照下でも見やすい

などの共通した特徴があり、屋外でかつ電力供給が不安な状況下でも有効利用が期待できる。

また、当試験で用いられた無線ネットワークは、一部に通信障害が発生しても適切に迂回路を選択するよう設計されており、このシステムを利用することにより、人力による張り紙掲示と同等の作業を、無線通信で瞬時に行なうことができる。

¹⁵⁾ 総務省関東総合通信局 2009/01/07
<http://www.kanto-bt.go.jp/if/press/p20/p2101/p210107r.html>

首都直下地震の切迫性が高まる中、もし首都圏で発災すると、地域住民のみならず通勤・通学者や買い物・観光客など多くの外出者が被災することになります。
 そのため、都市型の災害対応が必要になるわけですが、重要なポイントは、被災者が被災した地域で如何にローカルな災害情報を共有できるかです。
 最寄駅の運行情報、避難・救護に関する情報、徒歩帰宅者の経路情報、そして、周辺地域の被災倒壊情報など地域情報がどこにいても収集・提供できる仕組みづくりが急務です。
 そこで、災害時でも柔軟に情報連携が図れる「無線メッシュネットワーク」という新たな無線技術を活用して地域全体で情報を共有し迅速に災害対応ができる「地域防災コミュニケーション支援システム」を提案しその有効性を実地試験で公開します。

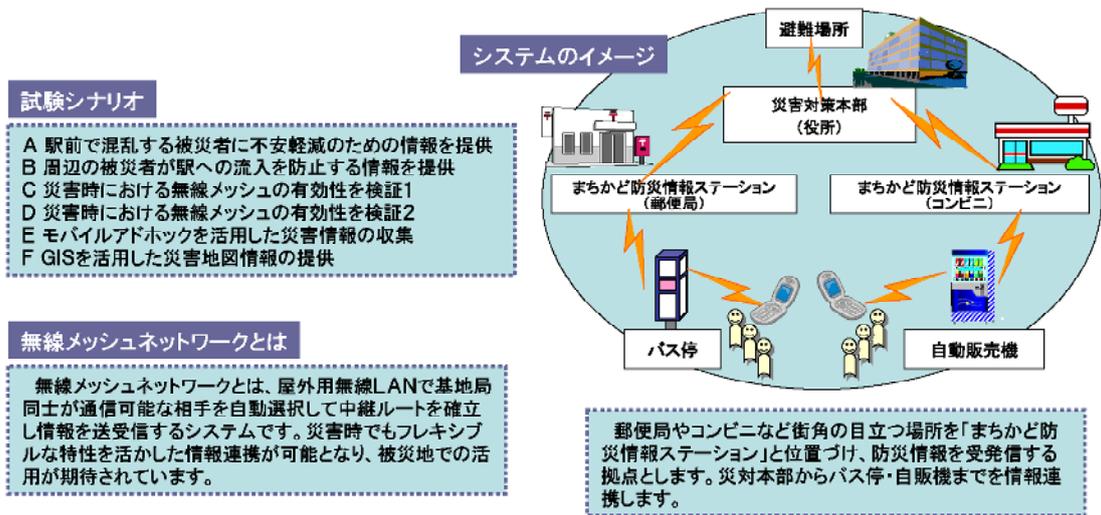


図 2-18 地域防災コミュニケーション支援システム実地試験

2. 災害対策と在宅医療・介護の位置づけ

1) 医療提供体制の動向

国民皆保険と病床数の増加によって、日本における死亡の場所の割合は1960～1970年代を境として逆転し(図2-19)、治療・療養・死亡の全ての場合を病院が担うようになった。在宅における死亡の割合は、平成17年に14.4%と最低となったが、その後徐々に増加傾向にあり、平成22年(平成23年9月公表値)においては在宅での死亡割合は16.1%まで上昇している。都道府県別、市町村べつといった地域ごとに見た場合、その地域差は大きく、最も高いところでは20.2%、最も低いところでは10.3%と、10%近い差が生じている。看取りまで生活に関わる在宅医療の提供体制は増えつつあるが、より一層の促進が必要と言える。

2) 在宅医療の発展と普及

患者の居宅は近年に至るまで「医療を施す場」としては認められず、自宅で長期療養は病院・診療所の外来医療、もしくは「緊急往診」という限定的な在宅医療によってサポートされてきた。

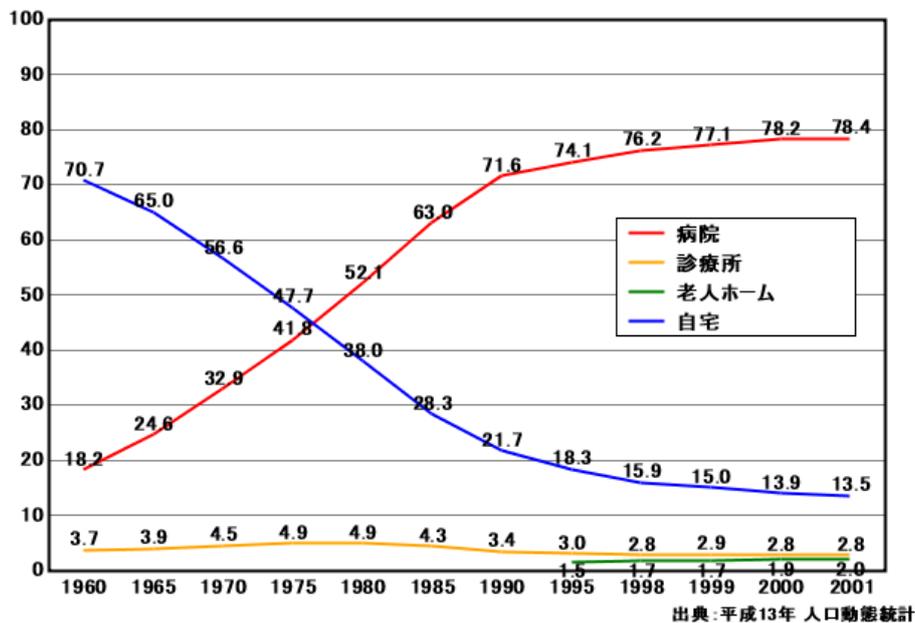


図2-19 死亡場所の年次推移

しかし、平成4年の医療法改正を境に、在宅で計画的な医学的管理を行うことが保険診療として認められ、在宅で慢性疾患の長期療養が可能となった。さらに技術が向上し普及するに従って、がん末期、酸素吸入や人工呼吸器の使用、中心静脈栄養や点滴の使用、輸血など、従来病院での管理が必要であった重症例の対応も可能となっている(図2-20)。

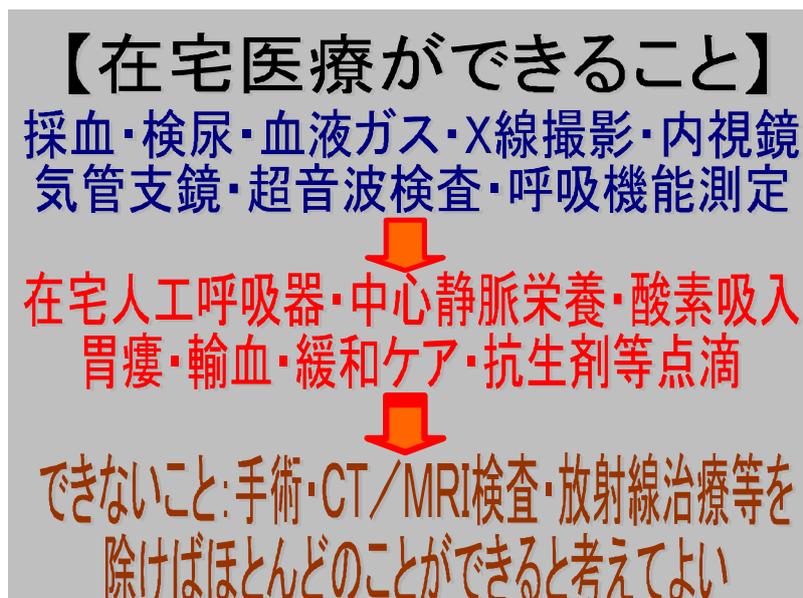


図 2-20 在宅医療ができること

在宅医療は医療手技として非常に広い分野をカバーしており、全身麻酔をとまなう大手術や大型機器を要する検査以外は、そのほぼすべてを行うことが可能である。

このような医療サービスを日常的に提供する医療機関は現在も増加している。図 2-21 は S 市で開業する診療所の例（常勤医師 4 名）であるが、病床数（居宅のベッド・数）・重症度に関しては病院と同等のサービスを提供している。

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃腸経管栄養
S市センター	698	10	62	64	20
東北KN病院	500	6	72	40	20
SK病院	383	17	35	27	5
仙台住診クリニック	在宅430	43	80	15	100

図 2-21 重症患者数の比較（2011 年）

前述のような病院病床における課題は、在宅医療による解消が期待されることとなった。少子高齢化が進むにつれて、医療・介護提供者に比して死亡者数が増大していくという問題（図 2-22）に対しても、一般診療所による重症者対応を在宅医療の提供によって実現することで対応できるものと目されている。

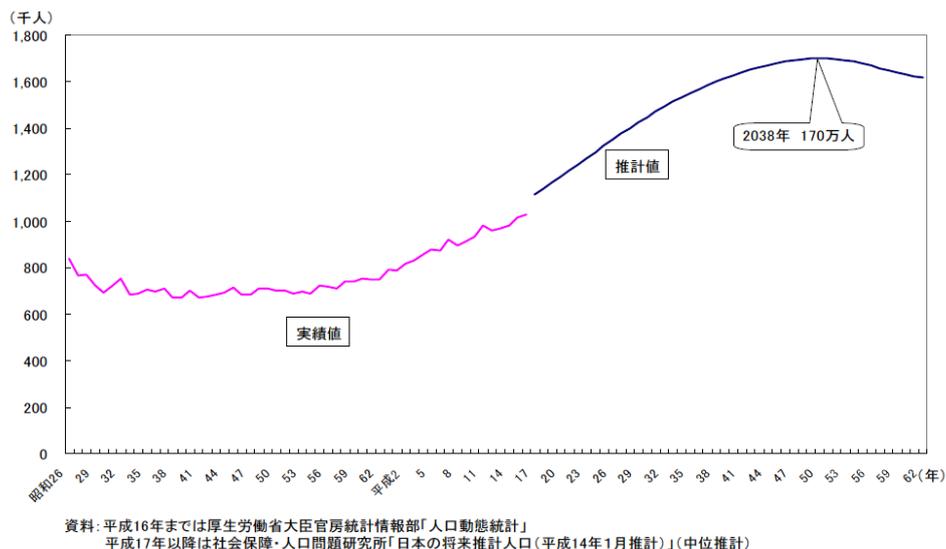


図 2-22 死亡数の年次推移

3) 在宅療養支援診療所

平成 18 年 4 月には、より高度な在宅医療を提供する診療所に対して高い評価を与え、在宅医療をさらに発展させることを目的とし、診療報酬上の制度（特掲診療料の算定要件）として**在宅療養支援診療所**が新たに創設された¹⁶⁾。

在宅療養支援診療所は、24 時間在宅患者の対応を行うことが要件となっている。診療所の規模や人員配置などによっては、訪問看護ステーションや他の保険医療機関などと連携を行う。また、個々の患者に対する医療・介護の必要性に応じて、調剤薬局、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、居宅介護サービス事業者、施設介護サービス事業者などとも連携を行う（図 2-23、2-24）。

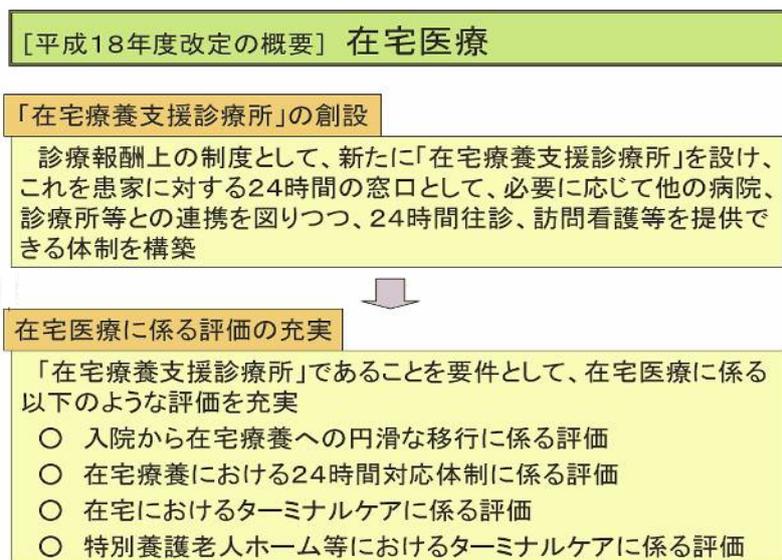


図 2-23 在宅療養支援診療所の創設

¹⁶⁾ 厚生労働省「療養病床に関する説明会」（平成 18 年 4 月 13 日）配布資料より
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/index.html>

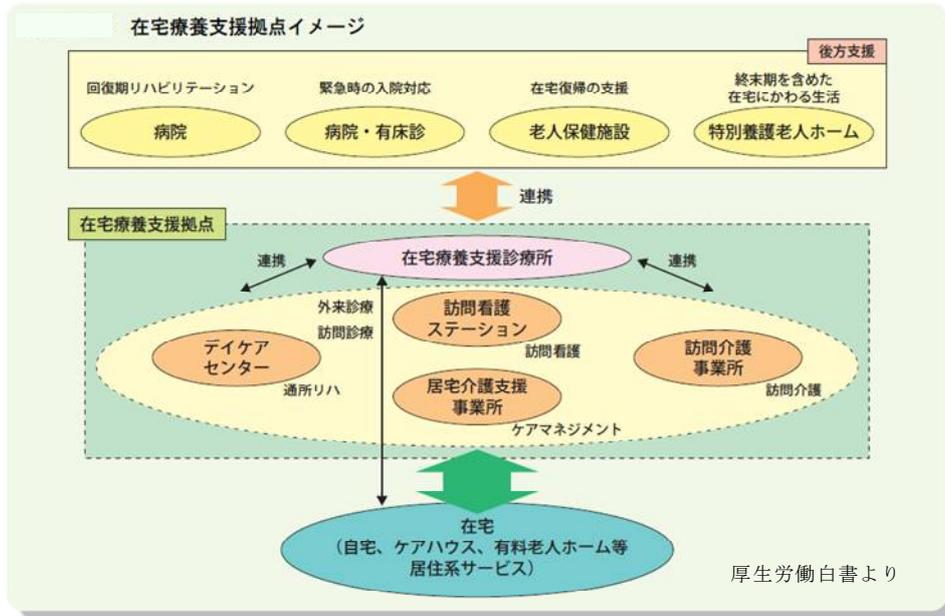


図 2-24 在宅療養支援診療所と医療施設・介護事業者の連携

これら連携施設・事業者の担当者は、患者の身体状況・生活周辺状況・療養方針などの変化に応じ、逐一連絡を取り合うほか、ときに患者・家族・医療者・介護者が一同に会し担当者会議を開くことで、サービス提供の質を高めている。

病院病床が一般病床（急性・重症対応）と療養病床（慢性対応）に分化していったのと同様、今後は診療所もまた、在宅療養支援診療所（慢性のうち重症対応）と従来型の診療所（その他の慢性対応）とに機能分化していくこととなる（図 2-25）。

なお、歯科についても在宅療養支援歯科診療所があるほか、地域に診療所が不在である地域においては在宅療養支援病院が同様の役割を担っている。

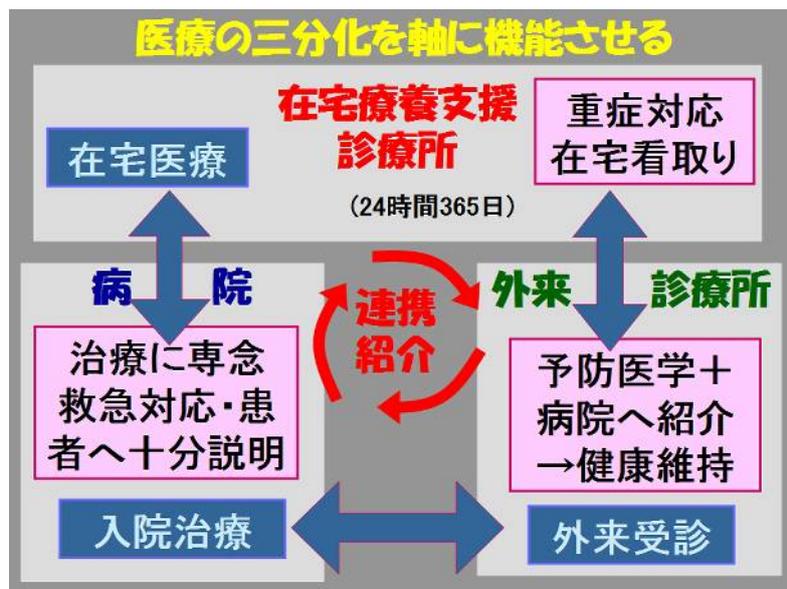


図 2-25 医療機関の機能分化

平成 18 年以前から在宅での医学管理を行ってきた診療所は、そのほとんどが在宅療養支援診療所としての届出を行ったものと見られる。平成 20 年 12 月時点では、既に全国に約 12,000 ヶ所の在宅療養支援診療所が存在しており、そのうちのいくつかは重症特化型として機能し、神経難病等の重症慢性疾患やがん末期患者の在宅療養に寄与している。

平成 20 年 3 月には全国在宅療養支援診療所連絡会が発足し、より良い在宅医療とケアの提供を目的とし、在宅医療研究や情報交換などを進めている（図 2-26）。

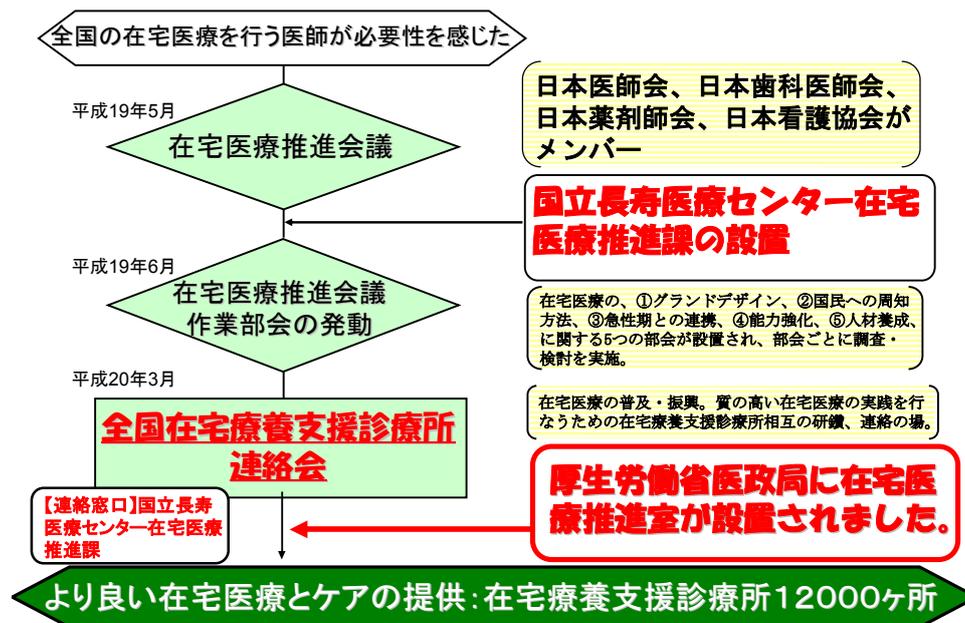


図 2-26 全国在宅療養支援診療所連絡会発足

4) 災害医療と在宅医療

各都道府県が医療提供体制の確保を図るに当たっては、医療法第三十条の四第 1 項の規定により医療計画を定めることとなっており、特に、災害医療を含む 4 疾病 5 事業に関する具体的な方策が求められている。

在宅医療については、同第 2 項に「居宅等における医療の確保に関する事項」として別記されている。しかし前述のように、在宅医療はその発展を経て、広い分野での医療サービスの提供が可能となっており、いまや 4 疾病 5 事業の全てに密接な関わりを持っているものである（図 2-27）。

医療計画の見直し

都道府県の運用権限強化

1. **がん**(均てん化、拠点病院・在宅看取り)
 2. **脳卒中**(発症から入院・在宅までの流れ)
 3. **急性心筋梗塞**(発症から入院・在宅までの流れ)
 4. **糖尿病**(発症から入院・歩行困難・透析・在宅医療と介護)
 - 一. **小児救急を含む小児医療**(NICUから小児在宅医療)
 - 二. **周産期医療**(在宅産科医師が地域助産師への教育と監督)
 - 三. **救急医療**(在宅医療が担う→病院救急の疲弊を救う)
 - 四. **災害医療**(病院機能が麻痺→在宅医療が補完)
 - 五. **へき地医療**(プライマリケアから在宅医療へ)
- 在宅医療は4疾病・五事業の全てに係る医療である**

図 2-27 医療計画「4疾病5事業」と在宅医療

災害医療もまた例外ではない。前述の通り、軽症のみならず重症・重篤の場合であっても一般診療所による対応は欠かせないものであり、特に、災害時に拠点となりうる病院が存在しない地域、病院が地震・水害などによって甚大な被害を受けた場合には、地域の診療所が周辺地域における負傷者を一手に引き受けることとなる。

そうした状況下においては、特に

- ・地域の要援護者の医療度・介護度・担当事業者に関する情報の蓄積がある
- ・人工呼吸器・酸素吸入・輸血等の重症対応を平時より行っている

という特徴を持った施設・事業所、すなわち、

- ・在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、在宅療養支援病院
- ・その他、地域住民に外来診療サービスを提供する診療所全般
- ・訪問看護ステーション
- ・訪問介護ステーション（特に、重症介護を実践している場合）
- ・介護施設事業者（特に、重症者の入所やショートステイを実践している場合）

が災害時の重要拠点および実働部隊としての役割を果たすものと期待される。

3. ICFと災害

先行研究として大川弥生氏成果の概要を示す。

1) 大川弥生(国立長寿医療研究センター研究所 生活機能賦活研究部)：災害医療-東日本大震災の経験に学ぶ】 災害医療の新しい課題としての“防げたはずの生活機能低下”、医学のあゆみ 239 (11) : 1093-1097、2011. 抜粋引用

神淡路大震災以来強調されてきた“防げていた死亡”(preventable death)の予防に加えて、今後の災害医療の新しい課題として“防げたはずの生活機能低下”(preventable disability)の予防がある。東日本大震災を含め、災害時には生活不活発病による生活機能低下が同時多発するが、それは予防することができるし、たとえ起こっても改善させることができる。そのポイントは、発生のメカニズムの特殊性(一般の疾病とは逆方向)をよく知り、“生活の活発化”(“参加”と“活動”の向上)をはかることである。災害時の生活機能への取組みは現在不十分であるが、これは平常時の取組みの不十分さの反映である。逆に今後、災害時の生活機能への取組みが向上すれば、それはただちに平常時の取組みの向上に直結する。災害医療関係者のこの問題への関心と理解によって、多くの人の生活機能が向上し、“健康で活力ある長寿社会”の建設に貢献することを期待したい。

2) 大川弥生(国立長寿医療研究センター研究所 生活機能賦活研究部)：救急医療 災害時の生活不活発病の重要性 その多発と予防、医学のあゆみ 239 (5) : 492-496、2011. 抜粋引用

災害時における高齢者への支援において、医療面では疾病・外傷面だけでなく、生活機能低下予防、とくに生活不活発病(廃用症候群)の予防に向けた支援が重要である。生活不活発病は予防でき、早期発見・早期対応すれば回復が可能である。そのためには原因を知ることが必要である。災害時には“動きたいのに動けない”理由が多数生じるが、おもな理由は環境の影響、“することがない”“遠慮”である。早期発見・早期対応のためには『生活不活発病チェックリスト』の活用が効果的である。生活不活発病をよりよく理解するにはICFの生活機能の概念枠組が効果的であり、それで整理すると、生活不活発病の予防・改善でもっとも重要なのは、生活機能の3つのレベルのうち“参加”向上である。なお、これらは“災害”という特殊な事態だけでなく、平常時においても高齢者への支援のあらゆる場面で日常的に行われていなければならないはずのものである。

3) 大川 弥生：長寿医療研究開発費 平成22年度 総括研究報告(総合報告及び年度報告)「生活不活発病(脳卒中等の既往を有する者を含む)に係る実態把握と予防・リハビリテーションに関する研究」(21指-19) 抜粋引用

本研究は生活機能低下の重要な因子である生活不活発病(廃用症候群)について、特にその同時多発時である災害時にむけての平常時の対策づくりの指針を、それに関する実態把握と予防・リハビリテーションのあり方の検討に立って出すことを目的とした研究である。

災害時の生活不活発病予防に直接重点をおいた内容として①災害発生時についての当事者の不安要因調査を災害時対策の現状を当事者側から検討・把握することを目的に行い、②災害時の生活機能への対策・体制についての調査を国（中央防災会議、各省庁関係）及び県・市町村単位での災害時対応の各種指針、ガイドライン、マニュアルについて生活機能低下予防及び生活不活発病予防体制に重点をおいて調査した。また災害時の生活不活発病への対応は、災害発生時にはじめて開始するのではなく、平常時からの生活不活発病（廃用症候群）予防に関する一般啓発・具体的指導の体制を整備することが必要である。そのため、③被災時に生活不活発病予防・改善にむけて機能するモデルチームづくりを行い、あわせて④生活不活発病予防への対策プログラムを作製する前提となる現状把握、特に高齢生活機能低下者についての「参加」レベルの状況の調査と⑤特に「参加」レベル向上に向けての、通所リハビリテーションと、訪問リハビリテーション、住宅改修を含む回復期リハビリテーションの効果をみることから、今後の課題を明確にすることを行った。また、⑥研究実施期間に発生した「平成21年7月中国・九州北部豪雨」時の支援内容および被災者調査を行った。

その結果災害時の生活機能低下予防・生活不活発病予防については、高齢者のみでなく、その他の生活機能低下者（各種障害者等）も含めた総合的な対策づくりが必要であり、その際現在の要援護者対策だけでなく、その対象は避難行動および避難所生活に困難を有する人すべて、更に生活機能低下者及び生活機能低下のリスクがある人に広げ、福祉避難所、要援護班、要援護者窓口だけでなく、医療面の充実が必要であること、併せて平常時からの障害（生活機能低下）への理解促進と、**特に生活機能の3つのレベルのうち「参加」向上の観点が必要であることが明らかとなった。また「参加」レベル向上を明確な目的とした平常時の支援の綿密化の必要性が判明した。**

以上の結果をふまえ、災害時の生活不活発病及び生活機能低下予防の対象者を、保健・福祉・医療だけでなく、様々な専門家や一般の人々にも、具体的対応も含めて理解し易い「災害時に特別な配慮が必要な人」として明らかとした。災害発生時についての当事者の不安要因調査と、在宅生活・生活機能低下高齢者の「参加」向上にむけた訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションに関する研究、住宅改修指導後退院患者を対象とした生活不活発病予防に関する実態把握研究を行った。そして「災害時に特別な配慮が必要な人」を明らかにした。

災害時の生活不活発病予防に直接重点をおいた内容として以下の研究を行った。また災害時の生活不活発病への対応は、災害発生時にはじめて開始するのではなく、平常時からの生活不活発病（廃用症候群）予防に関する一般啓発・具体的指導の体制を整備することが必要であるために、生活不活発病予防・改善上これまで対応が不十分な「参加」「環境」レベルに重点をおいた研究を行った。更に、研究期間中に発生した災害への対応として、これまでの地震・豪雪・高波での経験に加え、新たな災害の種類である豪雨災害についての調査を行った。なおその際、これまでの我々の災害時の現地調査および災害時介入者についての聞き取り調査から、災害時の高齢者対応を単独に考えるのではなく、その他の災害弱者とされてきた人、中でも障害児・者への対応と一連のものとして構築する必要があると考えるに至った。そこで、高齢者のみでなく障害児・者を含めた生活機能低下者全体への対策として検討をすすめた。

1) 災害発生時についての当事者の不安要因調査災害時対策の現状を当事者側から検討・把握することを目的に、「災害（地震・水害など）の際に心配なこと」を、従来高齢者とともに災害弱者とされてきた各種障害者・児及び要介護認定者を対象として質問紙法にて調査した。対象は各種障害者団体等から抽出した障害（生活機能低下）のある者であり、法制上は現行では障害者とされていない、いわゆる「谷

間の障害者」ともいわれている難病等をも含め、4,919名について分析した。

2) 災害時の生活機能への対策・体制についての調査国（中央防災会議、各省庁関係）及び県・市町村単位でホームページで一般市民も閲覧可能な災害時対応の各種指針、ガイドライン、マニュアルの内容を、生活機能低下予防及び生活不活発病予防体制に重点をおいて調査し、内容分析は ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health、国際生活機能分類）モデルにもとづいて行った。

3) 災害時生活不活発病予防・改善モデルチーム作り被災地で生活不活発病予防・改善にむけて機能するモデルチームをつくるための課題を明らかにするために、看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・事務職計 16名にて計 6回の討論を行った。

4) 「災害時支援の新たなターゲットとしての生活機能－災害時の「特別の配慮を必要とする状態」と災害を契機とした新たな生活機能低下の「予防」－」中央防災会議「地方都市等における地震防災のあり方に関する専門調査会」（第6回）平成23年3月1日

中央防災会議「地方都市等における地震防災のあり方に関する専門調査会」(第6回プレゼン資料)
平成23年3月1日

災害時支援の新たなターゲットとしての 生活機能

一 災害時の「特別の配慮を必要とする状態」と 災害を契機とした新たな生活機能低下の「予防」 一

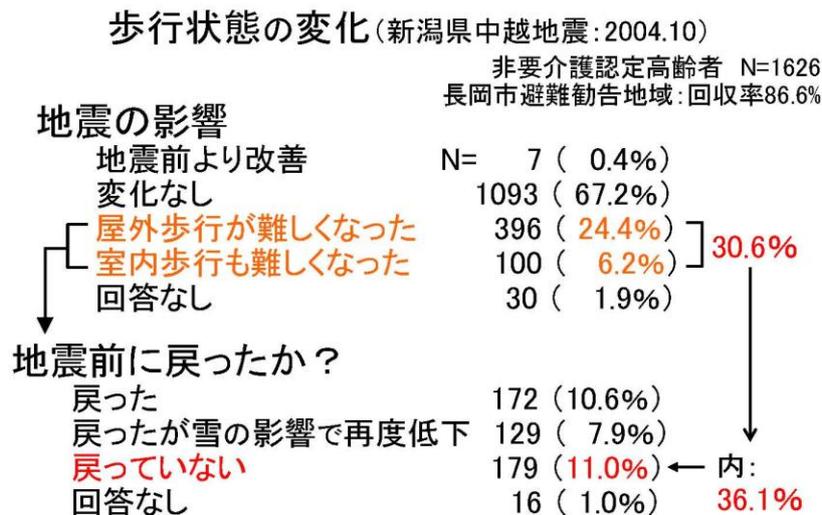
(独)国立長寿医療研究センター 研究所
生活機能賦活研究部
大川弥生

- I. 災害を契機とした「生活機能」低下「予防」の必要性
 - ・特に高齢者では生活不活発病(廃用症候群)に注意。
 - ・「予防」の重視: 低下者への補完(手助け)中心ではなく。
 - ・「災害だから」「年だから」、「悪くなるのは仕方ない」ではない。
- II. 「特別の配慮を必要とする状態」の具体像について、支援者が「共通認識」をもつ
 - ・ A. 「健康状態(病気・ケガ等)」について配慮が必要な状態 + B. 「生活機能」について配慮が必要な状態。
両者を同時にもつ人が多い ⇒ 両者への同時関与が必要
 - ・ 「配慮すべき内容」と関連づけて「特別の配慮を必要とする状態」を知る。
 - ・ 遠慮、あきらめ、自覚していない人も多い ⇒ 積極的な対象者発見が必要(状態把握チェックシート等で)
- III. 支援の内容において生活機能への配慮を重視
 - ・ 防災担当者は集団的支援のキーパーソン。
 - ・ 本人・家族、ボランティア、一般市民の積極的関与が不可欠。(医療、保健、介護、福祉だけでは不十分)
- IV. 災害時の支援は、平常時の支援(のよい面、わるい面)が顕著にでる
 - ・ 平常時から高齢者・生活機能低下者(障害者等)への適切な配慮が必要。
 - ・ 平常時の専門的関与(医療、介護職、ケアプラン等)の中に、災害等非日常的事態への支援も含める。
- V. 災害時の生活機能面への対策の啓発と知見の集積
 - ・ 平常時の専門的知識・技術を災害・防災に積極的に生かすことが必要(防災の特殊性もそれをふまえて明確にする)。
 - ・ 基礎的内容は、全国共通の認識にたつ。(状況把握チェックシート、マニュアル、被災地配布資料、等)
⇒ 他地域からの支援者も共通の認識からスタートでき、効果的な支援ができる。
被災後省庁通知等をうけた後の開始では遅い。理解不十分な危険もある。
 - ・ 災害時知見の専門的分析と集積: 今後に向けた課題・反省点を明らかにし、災害毎の検証を。

2

災害時の生活機能低下の実態(1)－回復困難な歩行困難の発生

非要介護認定者の約3割に災害後に歩行困難が生じ、そのうち4割弱(全体の1割強)が6ヵ月後にも回復していなかった。



[協力:長岡市、長岡地域振興局健康福祉環境部]

3

災害時の生活機能低下の実態(2)－生活の不活発化が大きく影響

高齢者の生活機能低下の原因として、地震後の日常活動性低下(生活の不活発化)が大きく影響しており、**生活不活発病**(廃用症候群)による可能性が大きいことが示唆された。

高齢者の歩行状態の回復(新潟県中越地震:2004.10) －影響する因子－

	B	Odds Ratio	95.0% CI	p
性別	-0.16	0.85	0.59 ~ 1.22	0.3889
年齢	0.59	1.81	1.26 ~ 2.60	0.0013
要介護認定	1.00	2.73	1.63 ~ 4.52	0.0001
日中活動性低下	2.11	8.26	5.55 ~ 12.41	<0.0001
屋外歩行:地震前	0.50	1.65	0.92 ~ 2.90	0.0890
自宅内歩行:地震前	0.68	1.98	0.86 ~ 4.40	0.1002
仮設住宅入居	0.25	1.29	0.83 ~ 1.98	0.2570
避難所利用	-0.01	0.99	0.69 ~ 1.43	0.9749
地震後の病気・けが	0.64	1.90	1.23 ~ 2.90	0.0035

4

災害時の生活機能低下の実態(3)－豪雪でも発生

地震以外の災害として、豪雪でも生活不活発病による高齢者の生活機能低下が発生している。

地震以外の様々な災害でも生活が不活発化する可能性は大きく、「生活不活発病」の予防に注意する必要がある。

歩行状態の変化(平成18年豪雪)

65歳以上N=3,746(回答率90.4%)
富山県南砺市特別豪雪地帯

		非要介護認定者	要介護認定者
豪雪前より改善		31名(1.0%)	26名(3.9%)
変化なし		2,254名(73.3%)	265名(39.4%)
低下	全低下者	639名(20.8%)	251名(37.3%)
	内: 低下後回復	341[11.1%]	103[15.3%]
	戻っていない	231[7.5%]	134[19.9%]
	非回答	67[2.2%]	14[2.1%]
歩行していない		28名(0.9%)	101名(15.0%)
非回答		121名(3.9%)	30名(4.5%)
計		3,073名(100%)	673名(100%)

歩行状態の変化(平成18年豪雪)

－影響する因子－

	B	Odds Ratio	95.0% CI	p
性別	0.429	1.54	1.15 ~ 2.04	0.004
年齢	0.302	1.35	1.09 ~ 1.88	0.006
要介護認定	0.119	1.13	0.71 ~ 1.78	0.609
大雪が影響した病気やけが	1.181	3.26	1.92 ~ 5.53	<0.0001
今冬期の日中活動性低下	3.096	22.12	16.54 ~ 29.58	<0.0001
毎冬の歩行低下	0.589	1.80	1.27 ~ 2.57	0.001
毎冬の身の回り行為低下	0.438	1.55	0.98 ~ 2.46	0.063
屋外歩行:豪雪前	0.209	1.23	1.02 ~ 1.49	0.028
屋内歩行:豪雪前	-0.271	0.76	0.56 ~ 1.04	0.089
身の回り行為:豪雪前	0.182	1.20	0.99 ~ 1.45	0.062
対人関係:豪雪前	0.039	1.04	0.71 ~ 1.53	0.842
地域参加:豪雪前	0.217	1.24	0.97 ~ 1.60	0.088
外出回数:豪雪前	0.086	1.09	0.90 ~ 1.32	0.375
日中活動性:豪雪前	-0.109	0.90	0.73 ~ 1.11	0.313

[協力:南砺市、富山県]

5

災害時の生活機能低下の実態(4)ーリスク因子としての「限定的自立」

生活機能低下を生じ易いリスクとして、**自立していても「限定的自立」者**では注意。

※限定的自立: 自宅やその周辺(施設入所者は施設内)など限られた生活環境でのみの自立。

歩行状態の変化(新潟県中越地震:2004.10)

ー 地震前の屋外歩行状況との関係 ー

非要介護認定高齢者

地震前屋外歩行		改善	不変	低下	計
自立	(普遍的自立) 遠くへも一人で	4 0.4%	859 79.8%	214 19.9%	1077 100%
	(限定的自立) 近くであれば一人で	3 0.7%	203 47.7%	220 51.6%	426 100%
誰かと一緒にあれば		0 0%	11 32.4%	23 67.6%	34 100%
歩いていない		0 0%	17 42.5%	23 57.5%	40 100%
計		7 0.4%	1090 69.1%	480 30.4%	1577 100%

χ^2 値=183.3 P < 0.005

6

災害時の生活機能低下の実態(5)ー早期発見・早期支援の必要性

「生活不活発病チェックリスト」(11ページ)を使用して、生活不活発病早期発見を実施。

一般避難所は、発生2週間以内、在宅は4週間以内に終了(低下者には保健師が訪問指導)。

発生後短期間で低下している者が多い ⇒ 早期発見・早期支援必要

「活動」の変化(能登半島地震:2007.3)

ー低下者:年齢別ー

輪島市門前地区高齢者 N=1,480

活動項目	一般避難所			在宅		
	65-74 (N=55)	75-84 (N=82)	85- (N=39)	65-74 (N=562)	75-84 (N=564)	85- (N=172)
屋外歩行	4 7.3%	6 7.3%	4 10.3%	3 0.5%	6 1.1%	5 2.9%
屋内歩行	0 0.0%	7 8.5%	3 7.7%	4 0.7%	9 1.6%	6 3.5%
身の回り 行為	2 3.6%	8 9.8%	4 10.3%	5 0.9%	9 1.6%	8 4.7%
上記1項目 以上低下者	6 10.9%	16 19.5%	8 20.5%	9 1.6%	16 2.8%	10 5.8%

[協力:輪島市]

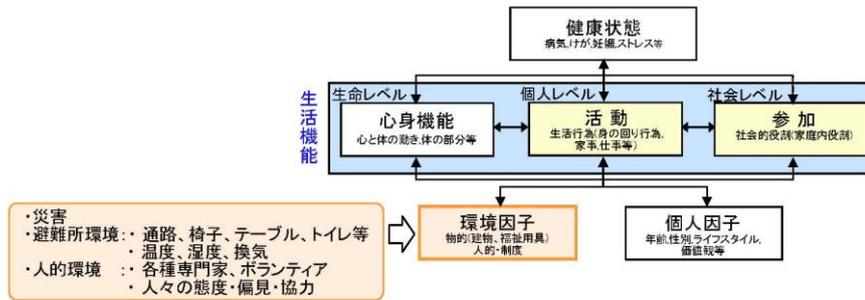
7

「生活機能」－災害時の新たなターゲット

ICF※(WHO 国際生活機能分類、2001)

- ・「人が生きることの全体像」についての「共通言語」
- ・生活機能モデル(下図)を基本骨格とし、コードと評価点がある

※ ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health



- 災害・災害時支援は「環境因子」
 - ・生活機能の3つのレベルのどこのどの項目に影響しているかをみる。効果判定も同様に
 - ・支援の質・専門性が問われる。
 - ・他のより良いサービスはないか？連携すべきものがないか、を考える。

8

生活不活発病－災害時の生活機能低下の原因

- 生活不活発病(廃用症候群)とは、
「生活が不活発」なことによって生じる全身のあらゆる心身機能の低下(表参照)

生活不活発病 (心身機能低下の例)

I. 体の一部に起こるもの	II. 全身に影響するもの	III. 精神や神経の働きに起こるもの
1. 関節拘縮 2. 廃用性筋萎縮・筋力低下 3. 廃用性骨萎縮 4. 皮膚萎縮(短縮) 5. 褥瘡 6. 静脈血栓症 → 肺塞栓症	1. 心肺機能低下 2. 起立性低血圧 3. 消化器機能低下 a. 食欲不振 b. 便秘 4. 尿量の増加 → 血液量の減少(脱水)	1. うつ状態 2. 知的活動低下 3. 周囲への無関心 4. 自律神経不安定 5. 姿勢・運動調節機能低下

- 災害時には生活不活発病が多発 ⇒ 生活機能全体が低下
災害直後だけでなく、中・長期にわたり進行(「生活機能低下の悪循環」)
- 原因は「生活の不活発化」: 生活が不活発なら必発
・病気・外傷と関係なしに「環境因子」の変化だけで生じる
- 「心身機能」よりも「活動」(生活行為)の低下が先に顕在化

9

生活不活発病—予防・改善の鍵は「生活の活発化」

○ 予防改善の鍵は「生活の活発化」— 「**活発な生き生きとした生活**」を

(1) 生活行為(「活動」)の向上: 「質」(自立度ややり方)と「量」(回数など)

質: 活動自立訓練、よくする介護

(不適切・過剰な、介護サービスや車いす偏重などは生活不活発病を加速)

(2) 家庭・地域での役割(「参加」)の向上

<注> 生活不活発病の個々の症状(筋力低下など)の改善や、「できるだけ体を動かさない」ではない。

<注> **安静には害もある: 「病気の時は安静第一」**「年だから無理をしない」などの**思い込み**を変えることが大事。

「生活が不活発化」した原因

- ・ 災害が直接に生活不活発病を起し、「災害だから仕方がない」というものではない。
- ・ なぜ「生活が不活発」になったのかを考えて、生活を**活発にさせる手がかりの発見**を。

<例>

- 環境の大変化のために動けない人** : 家の中が散乱したり、周囲の道が危なくて歩けない
避難所で通路が確保されておらず歩きにくい
つかまるものがないので立ち上がりにくい、など
- することがないので動かない人** : 自宅での役割(家事・庭いじり、など)がなくなった
地域での付き合いや行事がなくなった、など
- 「動かないように」と抑制されている人**: 家族の「危ないから動かないで」
している人 「まわりの人に迷惑になるから動かないで」
ボランティアの「自分達がやりますから」
「災害時に散歩やスポーツをするなんて」とわれそう

10

生活不活発病の早期発見・早期対応—チェックリスト

生活不活発病チェックリスト

下の①～⑥の項目について、
地震前 (左側)と **現在** (右側)のあてはまる状態に印をつけてください。

地震前	現在
① 屋外を歩くこと <input type="checkbox"/> 遠くへ一人で歩いていた <input type="checkbox"/> 近くなら一人で歩いていた <input type="checkbox"/> 誰かと一緒に歩いていた <input type="checkbox"/> ほとんど外は歩いていなかった <input type="checkbox"/> 外は歩けなかった	<input type="checkbox"/> 遠くへ一人で歩いている <input type="checkbox"/> 近くなら一人で歩いている <input type="checkbox"/> 誰かと一緒に歩いている <input type="checkbox"/> ほとんど外は歩いていない <input type="checkbox"/> 外は歩けない
② 自宅内を歩くこと <input type="checkbox"/> 荷もつかまらずに歩いていた <input type="checkbox"/> 荷や家具を引っ掛けて歩いていた <input type="checkbox"/> 誰かと一緒に歩いていた <input type="checkbox"/> 遠くまで歩いていない <input type="checkbox"/> 自力では動き回れなかった	<input type="checkbox"/> 荷もつかまらずに歩いている <input type="checkbox"/> 荷や家具を引っ掛けて歩いている <input type="checkbox"/> 誰かと一緒に歩いている <input type="checkbox"/> 遠くまで歩いている <input type="checkbox"/> 自力では動き回れない
③ 身の回りの行為(入浴、洗面、トイレ、食事など) <input type="checkbox"/> 外出時や旅行の時にも不自由はなかった <input type="checkbox"/> 自宅内では不自由はなかった <input type="checkbox"/> 不自由があるがなんとかしていた <input type="checkbox"/> 誰々の手を借りていた <input type="checkbox"/> ほとんど助けをもらっていた	<input type="checkbox"/> 外出時や旅行の時にも不自由はない <input type="checkbox"/> 自宅内では不自由はない <input type="checkbox"/> 不自由があるがなんとかしている <input type="checkbox"/> 誰々の手を借りている <input type="checkbox"/> ほとんど助けをもらっている
④ 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 使用しなかった <input type="checkbox"/> 時々使用していた <input type="checkbox"/> いつも使用していた	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 時々使用 <input type="checkbox"/> いつも使用
⑤ 外出の回数 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> ほとんど外出してなかった	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> ほとんど外出していない
⑥ 日中どのくらい体を動かしていますか <input type="checkbox"/> 外でもよく動いていた <input type="checkbox"/> 家の中ではよく動いていた <input type="checkbox"/> 動いていることが多かった <input type="checkbox"/> 時々動いていた <input type="checkbox"/> ほとんど動いていない	<input type="checkbox"/> 外でもよく動いている <input type="checkbox"/> 家の中ではよく動いている <input type="checkbox"/> 動いていることが多い <input type="checkbox"/> 時々動いている <input type="checkbox"/> ほとんど動いていない

次のごはいかがですか?

⑦ 地震の前より、歩くことが難しくなりませんか?
 変わらない 難しくなった

⑧ ほかにも、難しくなったことはありますか?
 ない ある → 和式トイレをつかう 段差(高い場所)の上り下り 床からの立ち上がり

氏名 (男・女、才) 月 日現在

※このチェックリストで、赤色の□(一番よい状態ではない)がある時は注意してください。
 ※特に「地震前」(左側)と比べて、「現在」(右側)が1段階でも低下している場合は、早く手を打ちましょう。

特徴: ・ チェックすることで、配慮すべき内容が明らかになる
 ・ 専門家でなく、本人・家族でも可能性・リスク判断可能

ソフトウェア

- 入力形式:
タッチパネル入力とキーボード入力併用可
- 機能:
 - 個人毎の把握
 - 生活不活発病発生状況
 - 生活不活発病発生のリスク発見
 - ・ 災害前からの状況
 - ・ 災害後変化
 - 対応すべき項目把握
 - 集団的把握(避難所単位、自治体単位、等)
 - ⇒ 専門的支援の必要性・緊急性判断
 - 経時的な変化の把握
- 生活不活発病の発生状況のリスク判定基準(全8段階)
 - 発生・リスクあり(7段階)
 - ・ 災害前より既に生活不活発病の可能性あり+災害時増悪
 - ・ 災害後生活不活発病発生の可能性あり
 - ・ 発生のリスクあり、等
 - 改善
 - ・ 災害前よりも向上

11

アンケート入力画面(1)

入力日: 2009/05/24

氏名: ササキ

生年月日: S04/05/11

性別: 男性 女性

大項目: 地震

アンケート> キャンセル

生活不活発病チェック入力画面(2)

入力日: 2009/05/24 項目: 地震

氏名: ササキ 生年月日: S04/05/11 性別: 女性

地震前: 現在:

屋外を歩くこと

遠くへも1人で歩いていた 遠くへも1人で歩いている
 近くなら1人で歩いていた 近くなら1人で歩いている
 誰かと一緒に歩いていた 誰かと一緒に歩いている
 ほとんど外は歩いていなかった ほとんど外は歩いていない
 外は歩けなかった 外は歩けない

登録 キャンセル

帳票選択画面

項目: 地震 入力日: ~ ~

氏名: ~ ~ 生年月日: ~ ~

大項目	氏名	入力日	生年月日	印刷
地震	ササキ	2009/05/24	S04/05/11	印刷

キャンセル

帳票選択画面

項目: 地震 入力日: ~ ~

氏名: ~ ~ 生年月日: ~ ~

大項目	氏名	入力日	生年月日	印刷
地震	伊吹	2008/08/17		印刷
地震	カトウ	2008/08/17	M02/01/01	印刷
地震	タカ	2008/08/17	T04/05/08	印刷
地震	ササキ	2008/08/17	T04/05/13	印刷
地震	ウダ	2008/08/17	T12/07/22	印刷
地震	ヤマシ	2008/08/17	T12/12/30	印刷
地震	サウ	2008/08/17	S03/03/03	印刷
地震	ミソ	2008/08/17	S10/08/19	印刷
地震	ウダ	2008/08/17	S19/09/18	印刷

キャンセル

12

生活不活発病の早期発見・早期対応 — 平常時からの知識、防災担当・ボランティアの積極的関与

生活不活発病予防については大規模地震では発生当日に厚労省通知がでている。

- 災害時実行に必要なこと
- ・ 平常時からの生活不活発病、生活機能についての知識・技術。
 - ・ 集団的対応としての対策(防災担当)。
 - ・ 本人、ボランティア、市民の理解。

【厚労省通知】

- H16.10.23 新潟県中越地震
発生21日目: 生活不活発病予防通知(専門家向)
31日目: " (本人向)
- H17. 3.20 福岡県西方沖地震
4日目: 同上(専門家向、本人向)
- H19. 3.25 能登半島地震
2日目: 同上(含: チェックリスト、予防マニュアル)
- H19. 7.16 新潟中越沖地震
当日: 同上(含: チェックリスト、予防マニュアル)
5日目: 啓発チラシ及びポスター(避難者用)
9日目: " (在宅被災者用)
- H20. 6.14 岩手・宮城内陸地震
当日: 同上(高齢者以外に範囲拡大)
(含: チェックリスト、予防マニュアル)

【内閣府】

- H 17.8 中山間地等の防災対策に関する検討会報告書
— 高齢者の生活機能低下(生活不活発病)予防

能登半島地震での取り組み(H19)

- 3月25日 地震発生
- 発生2日目 厚生労働省より 石川県等あて通知
避難生活に伴う廃用症候群の発症予防
(含: 「生活不活発病チェックリスト」
「生活機能低下予防マニュアル」)
- 3日目 生活不活発病予防への取り組み開始
輪島市で保健師を核と位置づけ、
責任者: 地元医師会会長、県等の協力のもと
- 6日目 生活不活発病チェックリスト開始(避難所、在宅)
⇒ 低下者への指導(保健師)
- 発生25日目 ・市主催: 生活不活発病の予防と地域づくり
セミナー(一般市民用啓発リーフレット)
・生活不活発病専門職研究会(医療・介護・保健)
- ※途中: メディアによる啓発: NHKクローズアップ現代・ニュース
朝日新聞号外

13

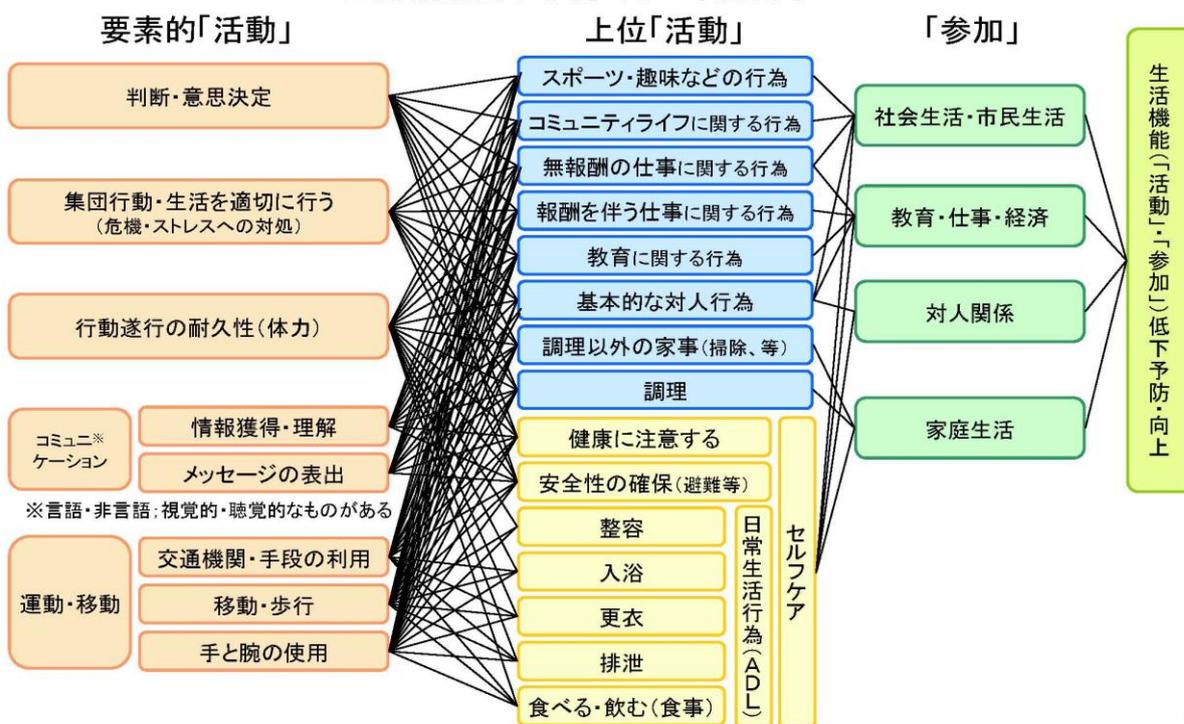
特別な配慮が必要な人－配慮を必要とする「状態」からとらえる

- 災害時特別な配慮が必要な人とは、**どのような「状態」をもつ人か**の観点からとらえる
 - ・ その「状態」から、支援する際に**配慮すべき内容**を考えやすい。
 - ・ **防災担当者、ボランティア、一般市民にもわかり易い。** ⇒ 啓発必要
(障害者、高齢者などの総称では、具体的な状態や、配慮すべき内容は思い浮かべられない)
 - ・ 災害発生前から把握可能な人多い。
- 「特別な配慮を必要とする状態」とは、「**健康状態(病気・ケガ等)**」と「**生活機能**」の両面からとらえる。
- 「健康状態」と「生活機能低下」は**併存すること多い**。
 「健康状態」は**災害を契機として悪化し易い**。
 (特に、「B. 生活機能について配慮が必要な状態」で高齢の場合、介護を受けている場合(I-1)、
 耐久性が低い場合(II-6)、精神障害(II-2、3)等)
 ※ 福祉避難所は“**福祉**”主体との**誤解**を招く危険。医療体制も十分あることが必要
- **積極的な把握が必要** ⇒ **状態把握チェックシート**等で
 - ・ 「手上げ」では不十分。また、専門職だから容易に発見できるとは限らない。
 - ・ 外見からは、配慮の必要があることがわかりにくい人がある。
 - ・ 本人が自覚症状がない場合もある。(特に健康状態については医学的専門的知識必要)
 - ・ 「災害時だから仕方ない」との**遠慮**や、平常時でさえ支援してくれないという“**あきらめ**”も多い。
 - ・ **複数の配慮**が必要な人も少なくない。

17

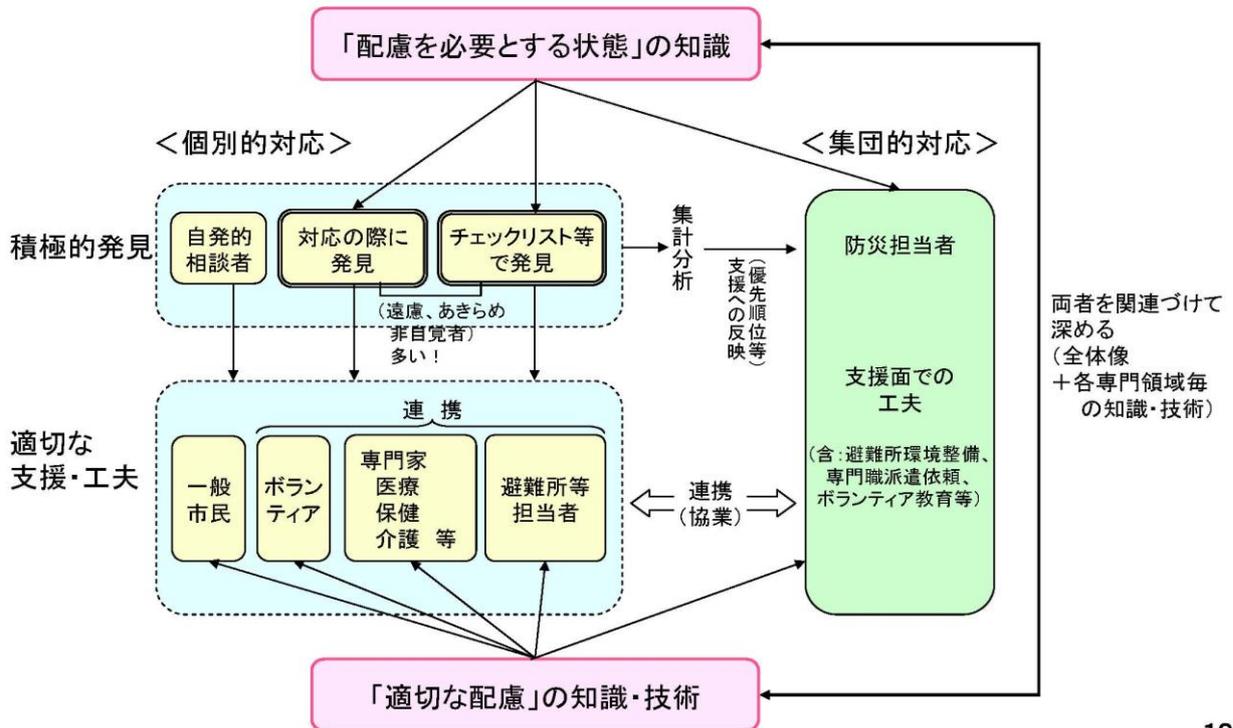
被災者の生活機能の階層構造

－ 生活機能低下予防・向上の関係で －



18

「特別な配慮が必要な人」の積極的発見と支援



19

特別な配慮が必要な人—障害児・者の災害時についての不安(1)

- ・「災害が起きた時に心配なこと」を障害児・者に質問してみると、**機能障害によって差異**が認められた。「障害者」と一言でいっても実は災害時に配慮すべき状態は様々であることがわかる。
- ・「避難の通知が確実に伝わるか」は聴覚障害者、視覚障害者で多く、「避難所への移動」は視覚障害者、肢体不自由で多く、その他の精神障害、知的障害、発達障害等では「避難所生活の不安」であった。

災害発生時についての当事者の不安調査

複数回答
ICFに基づく障害児・者の生活機能の実態調査
調査協力47団体 N=4,919

	視覚	聴覚	肢体	心臓	腎臓	呼吸器	膀胱・直腸・小腸	精神障害	知的障害	発達障害	知的+発達	肢体+知的	高次脳機能	難病	全体
避難の通知の伝達	186 44.0%	119 60.7%	245 18.3%	19 23.2%	34 28.1%	30 24.8%	10 17.9%	239 34.7%	241 32.8%	94 35.2%	29 31.9%	35 25.9%	17 36.2%	22 22.4%	1488 30.3%
避難所への移動	313 74.0%	42 21.4%	782 58.4%	23 28.0%	32 26.4%	47 38.8%	4 7.1%	209 30.4%	272 37.1%	70 26.2%	31 34.1%	78 57.8%	15 31.9%	33 33.7%	2176 44.2%
避難所生活での不安	226 53.4%	79 40.3%	537 40.1%	29 35.4%	68 56.2%	27 22.3%	38 67.9%	251 36.5%	306 41.7%	163 61.0%	79 86.8%	79 58.5%	9 19.1%	50 51.0%	2143 43.6%
その他	39 9.2%	12 6.1%	105 7.8%	10 12.2%	50 41.3%	12 9.9%	15 26.8%	80 11.6%	49 6.7%	18 6.7%	5 5.5%	13 9.6%	2 4.3%	27 27.6%	502 10.2%
特になし	50 11.8%	37 18.9%	250 18.7%	24 29.3%	16 13.2%	34 28.1%	11 19.6%	146 21.2%	162 22.1%	47 17.6%	5 5.5%	17 12.6%	15 31.9%	23 23.5%	961 19.5%
計	423	196	1338	82	121	121	56	688	734	267	91	135	47	98	4919

■ 各機能障害で最も多い不安項目

20

特別な配慮が必要な人－避難所での医療・集団生活についての配慮を

- ・避難所生活についての不安の内容も機能障害による違いがある。
- ・**医療面**での対応充実が必要(A-I)。
- ・**集団生活**についての不安への配慮が必要(B-II-3)。
※ 集団生活という「環境因子」が「活動」「参加」に与える影響を考える。「プライバシー」だけではない。
- ・**避難生活を送る場所**についても「配慮が必要な状態」の**種類**によって考える必要あり。

避難所生活についての不安内容

複数回答

		視覚	聴覚	肢体	心臓	腎臓	呼吸器	膀胱・直腸・小腸	精神	知的	発達	知的+発達	肢体+知的	高次脳機能	難病	全体
活動	身の回り行為	80 35.4%	3 3.8%	263 49.0%	7 24.1%	8 11.8%	8 29.6%	28 73.7%	31 12.4%	29 9.5%	9 5.5%	3 3.8%	18 22.8%	1 11.1%	8 16.0%	545 25.4%
	移動(床上動作)	26 11.5%	0 0.0%	99 18.4%	0 0.0%	1 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	4 1.6%	3 1.0%	2 1.2%	0 0.0%	3 3.8%	1 11.1%	1 2.0%	152 7.1%
集団生活		15 6.6%	1 1.3%	42 7.8%	2 6.9%	1 1.5%	3 11.1%	0 0.0%	55 21.9%	116 37.9%	98 60.1%	54 68.4%	18 22.8%	1 11.1%	6 12.0%	435 20.3%
医療面の対応		10 4.4%	0 0.0%	72 13.4%	14 48.3%	52 76.5%	10 37.0%	18 47.4%	82 32.7%	22 7.2%	8 4.9%	3 3.8%	18 22.8%	1 11.1%	43 86.0%	412 19.2%
事例数		226	79	537	29	68	27	38	251	306	163	79	79	9	50	2143

■ 各機能障害で最も多い不安項目 21

「特別な配慮」の具体的内容(2): 排泄

配慮事項の避難所での例: 排泄

－特別な配慮をほらう支援内容(例)－

- 排泄方法(※プライバシーに配慮した場所の確保)
 - ・ オムツ使用者
 - ・ ストーマ(人工肛門、人工膀胱)
- 排泄動作の介助
 - ・ 適切な排泄行動
- トイレ内動作
 - ・ しゃがみ動作(洋式トイレのみ可)
- トイレ内での移動
 - ・ トイレ入り口の段差
 - ・ トイレ内の広さ・トイレの配置
 - ・ ドアの開閉
- トイレまでの移動(尿意・便意を感じてから間に合うか)
 - ・ 距離
 - ・ 歩き易さ(避難所内通路)
- 衛生面
 - ・ 手洗いの実施:可能性
 - ・ 排泄物処理(含:オムツ、簡易トイレ)
- トイレ利用の順番
 - ・ 列をつくって待つ
- ※ トイレの清潔感(不潔だと移動・動作に制限生じる)
- ※ 排泄時の音が外に聞こえる(遠慮して利用回数制限)
- ※ 生理用品の確保と廃棄
- ※ トイレ利用回数制限したくて飲水量制限

－特別な配慮が必要な状態(例)－

- ← 排泄動作に介助を受けている場合[B-I-1]
- ← 排泄動作が限定的自立の場合(限られた方法でのみ自立)[B-I-2]
- ← 排泄に介助を受けている場合[B-I-1]
- ← 判断能力に困難のある場合[B-II-2]
- ← トイレ動作が限定的自立の場合(限られた姿勢でのみ自立)[B-I-2]
- ← 移動に困難がある場合(歩行困難、車いす使用)[B-I-4]
- ← 食中毒予防[A-III]
- ← トイレ動作に介助を受けている場合[B-I-1]
- ← 集団行動の遂行に困難がある場合[B-II-3]
- ← 脱水症予防[A-III]

23

「特別な配慮」の具体的内容(3):屋外歩行

- ・ 屋外歩行の支援が必要な人が多い。
- ・ 限定的自立(近くなら一人で歩いている)が4割強。
⇒ 災害時には道路等の変化のため、さらに歩行しにくくなる可能性あり。
- ・ 「ほとんど外は歩いていない人」が8.0%。
- ・ 「誰かと一緒なら歩いている人」が5.8%。
⇒ 介助者が復旧作業で忙しく、歩行支援の機会減少の可能性あり。

屋外歩行の状況

非要介護認定高齢者
5自治体(回収率73.6~99.2%;平均80.9%)

	65-74歳			75-84歳			85歳以上			総計
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	
速くでも一人で	1227 60.3%	1408 54.1%	2635 56.8%	1428 42.2%	1587 32.4%	3015 36.4%	143 23.1%	186 15.6%	329 18.2%	5979 40.6%
近くなら一人で	604 29.7%	947 36.4%	1551 33.4%	1425 42.1%	2473 50.4%	3898 47.0%	307 49.6%	636 53.3%	943 52.0%	6392 43.4%
誰かと一緒なら	60 2.9%	111 4.3%	171 3.7%	163 4.8%	345 7.0%	508 6.1%	50 8.1%	119 10.0%	169 9.3%	848 5.8%
ほとんど外は歩いていない	122 6.0%	104 4.0%	226 4.9%	287 8.5%	360 7.3%	647 7.8%	96 15.5%	209 17.5%	305 16.8%	1178 8.0%
外は歩けない	2 0.1%	2 0.1%	4 0.1%	11 0.3%	17 0.3%	28 0.3%	4 0.6%	9 0.8%	13 0.7%	45 0.3%
回答なし	21 1.0%	29 1.1%	50 1.1%	68 2.0%	121 2.5%	189 2.3%	19 3.1%	34 2.8%	53 2.9%	292 2.0%
合計	2036 100%	2601 100%	4637 100%	3382 100%	4903 100%	8285 100%	619 100%	1193 100%	1812 100%	14734 100%

24

「特別な配慮」の具体的内容(4):避難所内移動

- ・ 自宅内で壁や家具を伝わって歩いている人(伝い歩き)が1割。
・ 広い避難所では伝い歩きは困難。
⇒ 避難所内での生活場所と通路の配慮。「よくする介護」。実用歩行指導(実生活の中で)。
〈禁〉歩行が不安定だと、すぐに車いす。
・ 支援品に車いすはあっても杖はほとんどない。体育館の床は滑りやすい。

自宅内歩行の状況

非要介護認定高齢者
5自治体(回収率73.6~99.2%;平均80.9%)

	65-75歳			75-84歳			85歳以上			総計
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	
何もつかまらずに	1888 92.7%	2326 89.4%	4214 90.9%	2956 87.4%	4000 81.6%	6956 84.0%	461 74.5%	796 66.7%	1257 69.4%	12427 84.3%
壁や家具を伝わって	100 4.9%	200 7.7%	300 6.5%	285 8.4%	636 13.0%	921 11.1%	107 17.3%	273 22.9%	380 21.0%	1601 10.9%
誰かと一緒なら	13 0.6%	32 1.2%	45 1.0%	37 1.1%	95 1.9%	132 1.6%	13 2.1%	37 3.1%	50 2.8%	227 1.5%
ずり遣い等で動いている	2 0.1%	4 0.2%	6 0.1%	8 0.2%	17 0.3%	25 0.3%	6 1.0%	21 1.8%	27 1.5%	58 0.4%
自力では動き回れない	8 0.4%	3 0.1%	11 0.2%	33 1.0%	34 0.7%	67 0.8%	17 2.7%	34 2.8%	51 2.8%	129 0.9%
回答なし	25 1.2%	36 1.4%	61 1.3%	63 1.9%	121 2.5%	184 2.2%	15 2.4%	32 2.7%	47 2.6%	292 2.0%
合計	2036 100%	2601 100%	4637 100%	3382 100%	4903 100%	8285 100%	619 100%	1193 100%	1812 100%	14734 100%

25

「特別な配慮」の具体的内容(5):コミュニケーションへの配慮

- ・ 歩行が困難な理由として「耳が聞こえにくい」6.8%、「目が見えにくい」4.9%。
「コミュニケーションに困難のある場合」のうち聴覚障害、視覚障害として多いのは、高齢者のこのような軽～中等度の人である。「視覚障害－全盲」、「聴覚障害－ろう」だけではない。
- ・ 「コミュニケーションに困難のある人」では情報伝達以外の面でも配慮を要する。

歩行困難の理由(複数回答) 非要介護認定高齢者
5自治体(回収率73.6~99.2%;平均80.9%)

	65-74			75-84			85-			合計
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	
足の関節の痛み	185 9.1%	445 17.1%	630 13.6%	452 13.4%	1255 25.6%	1707 20.6%	119 19.2%	286 24.0%	405 22.4%	2742 18.6%
足の力が落ちた	181 8.9%	218 8.4%	399 8.6%	609 18.0%	1032 21.0%	1641 19.8%	232 37.5%	397 33.3%	629 34.7%	2669 18.1%
腰痛	170 8.3%	327 12.6%	497 10.7%	411 12.2%	1090 22.2%	1501 18.1%	93 15.0%	240 20.1%	333 18.4%	2331 15.8%
歩く速さが遅い	103 5.1%	181 7.0%	284 6.1%	385 11.4%	891 18.2%	1276 15.4%	136 22.0%	254 21.3%	390 21.5%	1950 13.2%
疲れやすい	110 5.4%	209 8.0%	319 6.9%	385 11.4%	827 16.9%	1212 14.6%	126 20.4%	230 19.3%	356 19.6%	1887 12.8%
つまづきやすい	74 3.6%	108 4.2%	182 3.9%	293 8.7%	641 13.1%	934 11.3%	102 16.5%	219 18.4%	321 17.7%	1437 9.8%
耳が聞こえにくい	54 2.7%	47 1.8%	101 2.2%	230 6.8%	354 7.2%	584 7.0%	98 15.8%	219 18.4%	317 17.5%	1002 6.8%
ふらつく	37 1.8%	59 2.3%	96 2.1%	181 5.4%	327 6.7%	508 6.1%	81 13.1%	156 13.1%	237 13.1%	841 5.7%
目が見えにくい	51 2.5%	77 3.0%	128 2.8%	121 3.6%	299 6.1%	420 5.1%	45 7.3%	133 11.1%	178 9.8%	726 4.9%
その他	29 1.4%	25 1.0%	54 1.2%	72 2.1%	169 2.0%	197 2.0%	15 2.4%	32 2.7%	47 2.6%	270 1.8%
計	994 48.8%	1696 65.2%	2690 58.0%	3139 92.8%	6813 72.0%	9952 120.1%	1047 169.1%	2166 181.6%	3213 177.3%	15855 107.6%

26

5) 被災高齢者に広がる「生活不活発病」

仕事や趣味を失うことであることがなくなり、体や脳の働きが鈍る「生活不活発病」と呼ばれる病気が被災地の高齢者に広がっています。放っておくと、体が動かなくなるなど深刻な症状に陥ることも懸念されています。

宮城県南三陸町。町の職員が、ちょっと気になる症状の女性がいて聞いて様子を見に来ました。

「何もすることがない。あとは布団で横になってベッド行って・・・」(阿部あえ子さん)

阿部さんのように、震災後、仕事を失ったり、家庭での役割をなくしボランティアなどから必要以上に身の回りの世話をしてもらうことで、体を動かさなくなる。こうしたことが原因で起こる「生活不活発病」と呼ばれる病気が懸念されています。

「生活が不活発なことによって、それが原因で起きる全身の頭も体も、全身の機能低下。それが生活不活発病」(国立長寿医療研究センター・大川弥生医学博士)

2004年の新潟県中越地震で災害時には特に起こりやすいことが報告されていましたが、南三陸町で去年10月に行った調査では、震災前は元気だった高齢者のうち2割の人が歩行困難に陥ったという結果が出ました。これも、生活不活発病が原因ではないかとみられています。

町は、この結果を深刻に受け止めています。

「仮設住宅自体も狭いですし、周りに知り合いがいないとか、活動性が非常に低くなっている人が多

いように思う」(南三陸町地域包括支援センター・高橋晶子主任)

町が主催した高齢者サークルの新年会。実は、これも対策の1つ。そのワケは・・・

「踊りをやろうか、どうしようかと迷ったんですが、皆さんのこの友達に『やりましょう』と言われて出てきたんです」(参加者)

意外に知られていませんが、支援に対する感謝と同時に申し訳ないという気持ち生まれ、趣味を楽しむことへの遠慮が出てしまう人がいます。そこで、町が背中を押す新年会を開催しました。

「特別な運動をすとか体操するという事でなく、日頃の家事・仕事・趣味で自然に体も頭も動かすことが基本対策」(国立長寿医療研究センター・大川弥生医学博士)

心配された阿部さん。震災後、休んでいたワカメの芯抜き作業を再開することになり、徐々に活発な動きを取り戻しつつあります。

「休んでいればいいかと思っていたが、そうでもないね。随分楽しだね、震災後。家族と仕事しているとやっぱり楽しいね」(阿部あえ子さん)

家の中に閉じこもって何もすることがない・・・生活不活発病はそこから始まります。趣味や仕事に目を向けて、人と交流することが大切です。(14日 18:02)

http://news.tbs.co.jp/newsi_sp/shinsai2011/tbs_newseye4952799.html

6) 視点・論点 「災害時の生活機能低下を防ごう」

2011年05月24日(火)

国立長寿医療研究センター 生活機能賦活研究部長 大川弥生

東日本大震災が起き、2ヶ月半がたちました。

これからの大きな課題として、生活機能の低下を防ぐことの大事さについてお話しさせていただきます。

1. 災害をきっかけとして、介護が必要な人が発生し易くなります。

これは、顕著な生活機能低下の状態です。その原因としては病気やケガだけでなく、生活不活発病が大きな原因となります。これらの両方を予防することが重要です。生活不活発病については3月23日のこの番組でも述べさせていただきましたが、生活が不活発なことによって生じる全身の体や頭の働きの低下です。高齢者に起き易いので、高齢化の進んでいるわが国では特に重要です。

今回の震災でも、発生1ヵ月後に仙台市の4ヶ所の避難所で、昼間そこにいる、震災前には介護が必要でなかった高齢者のうち、6割の人が歩くことや身の回りの動作が困難になっていました。そのほとんどは日中も床や畳の上に座っているなど生活が不活発であり、生活不活発病が主な原因と考えられました。

2. では、ここでまず介護が必要な状態を防ぐことの意味を考えてみたいと思います。まず被災者ご本人については、せっかく生き延びた人生を、十分に、ご自分自身のためにも、また他の人や地域のためにも生かすことが大事だからです。これは生活機能の低下予防にとどまらず、その一層の向上を目指すことでもあります。このような、良い状態は御家族にとっても望ましいことであり、これはまた介護によって復旧・復興のための行動に制約が生まれることを防ぐことにもなります。更に地域社会としては、

このような取り組みはコミュニティの再建・新生と不可分です。社会全体としてより広くみれば、これは介護保険などの制度の、健全な発展にもつながるものです。ではここで、生活機能について説明いたします。

3. これはWHOが定めたICF・国際生活機能分類で示された、新しい概念で、縦に並べた3つのレベルからなります。一番上の参加とは、人にとって最も大事なレベルともいえ、社会生活・家庭生活、具体的には働いたり主婦としての役割を果たすことや、様々な社会との交流、趣味などで人生を楽しむことなどです。これは生きがいや充実感にもつながります。次に活動とは、生活の中での様々な動作で、参加を実現するために必要なものです。そして心身機能とはその動作を行う時の、体や頭、心の働きという要素的なものです。

4. この生活機能に影響するものの関係をICFではモデル図として示しています。生活機能は、図の中央の高さに横に並んでいます。影響する因子は大きく3つに整理されています上にある健康状態には、病気やケガやストレスなどが含まれます。それに加えて、注目いただきたいのは、下に示す環境因子と個人因子です。まず環境因子には物的なものだけでなく、人的な環境、そして制度的な環境があります。物的な環境とは、避難所や仮設住宅の構造や周囲の建物や道路、また使用する道具などです。人的環境は周囲の人々や専門職などです。制度的環境には様々なサービスや政策も含まれます。

次に右下に示す個人因子とは、性別、年齢や価値観などの個人に属する特性です。個別性の尊重として重要です。

そして図に示すこれらの6つの要素はバラバラではなく、沢山の両方向の矢印が示すように、相互に関係し合っていることが大事なポイントです。このようなICFの観点は復旧・復興の取り組みを考える上でも重要です。これらはまさに環境因子であり、それが被災者の生活機能にどのような影響を与えるかという観点でみるのが効果的です。

5. では災害によって生活機能がどう変化するかをみてみましょう。まず災害の後は参加に様々な制約が生じます。仕事や家庭での役割、スポーツや趣味や地域の行事の機会など、社会や家庭生活での役割や楽しみが減少します。そして社会から孤立しがちにもなります。

この参加の制約はそれ自体重要な生活機能低下です。そして更にこのような参加の制約によって、活動としては種々の動作をしなくなり、そのために心身機能としては体や頭も使わなくなります。そして全身の機能が低下する生活不活発病の状態となります。

このような生活機能低下は避難所や仮設住宅などだけでなく、家で生活していても生じます。また災害後早い時期だけでなく、実は年単位で注意が必要です。

6. ではこのような低下を防ぐにはどうすればよいでしょうか。一番大事なものは、参加で、社会や家庭生活での役割や楽しみを増やすことです。人が充実した日々を送るために根本的なことです。これは避難所や仮設住宅でも意識的に取り組む必要があります。この参加の充実は、生活不活発病の予防にもつながります。活動レベルの多くの動作を行うようになり、自然に心身機能、すなわち体や頭を使う機会が増えるのです。注目いただきたいのは、このように参加から活動・心身機能という、図の上から下へ

の影響が重要なことです。ところがしばしば、これとは逆に、下から上への影響が大事で、心身機能の改善が第一だという考え方になりがちです。

例えば体操をして心身機能を使えば生活不活発病は防げるというような誤解です。参加を充実させて生活全体を活発にするのが基本なのです。このような充実した参加を実現するには、特に災害時にはコミュニティ作りの中に明確に位置づける必要があります。ご本人の自覚と家族のサポートや工夫も必要ですが、それを生かしやすい物的・人的・制度的な環境を作ることが不可欠なのです。

7. 例えば仮設住宅については、そこだけでまとめるのではなく、それを含む地域全体として、地域住民も含めた新しいコミュニティを作っていくことが大事です。その中に仕事や役割や交流の場があり、楽しみや交流を持てるように、意識的な取り組みが必要と考えます。生活機能低下を防ぐには、地域住民や、地域社会に関係する行政の積極的な関与が必要なのです。

このように生活機能低下の予防の大事さを述べてきましたが、一旦低下した場合も、それを早く発見し、対応すれば改善することができます。災害の前に既に介護をうけている人は、更に低下しやすいので注意が必要です。現状では生活機能についての認識は残念ながら医療・保健・福祉の分野でもとても不十分であり、専門家としての責任を痛感しています。今回の災害をきっかけとして、生活機能とその低下予防の大事さについて広く国民一般に知っていただければと思います。

それによって今回の災害への適切な対処に役立ち、更には平常時にも生活機能低下を予防する、よい機運が生まれることを願っております。