

特 集

震災と災害時要援護者支援

端谷 毅¹

筆者は、看護学生に形態機能学を教えている教員であるが、以前は愛知県保健所長の行政職に就いていた。また、精神科クリニックにおいて、アスペルガーや ADHD などの発達障害を専門分野とした診療を行っている。外来で診察を待つ子供たちの中には、障害の特性もあり、静かに順番を待つことができず、親の注意も耳に入らない様子で待合室のソファを飛び回り、気の向くままに行動し、動き回っている患児も少なくない。そのような光景を目にするたびに、『もしもこの地域に災害が発生し、避難所での生活が始まったとしたら、この子供たちはいったいどうなってしまうのだろうか。』と考えさせられることがある。また、軽度の認知症を抱える独居の老人宅へ往診に行くたびに、家屋の佇まいからは想像もできないくらい立派な電化製品が次々と増えていく様を見て、ゆとりのある生活をイメージしていたのだが、ケースカンファレンスでの情報によると、悪質業者によって騙されて購入したものであることが分かった。このような事例から、医師として、また元行政関係者という立場から災害発生時における要援護者へのサポートについて、災害時要援護者対策の歴史的視点から考えてみたい。

キーワード 災害時要援護者支援 発達障害者支援法

戦後の災害時要援護者支援の歴史

現在、災害時の要援護者とは、高齢者世帯、要介護者、障害者、難病患者、妊婦、5歳未満の乳幼児、日本語に不慣れな外国人といったように、災害時に1人で避難が難しい住民のものと定義している。しかし、それは、数年前に定義されたものである¹⁾。

我が国は古来、多くの自然災害に見舞われてきた災害国である。そのため、歴史的にさまざまな災害対策に関する法律が制定されてきた。

戦後最初に整備されたのは、災害救助法である。この法律は、戦後直後の南海地震（M8：死者・行方不明者1443人）を契機に、1947年（昭和22年）に制定されたものであり、概要は、社会秩序に影響を及ぼす一定規模以上の災害が発生した場合に「国が地方公共団体、日本赤十字社その他の団体及び国民の協力のもとに、応急的に必要な救助を行い被災者保護と社会秩序の保全を図

る。」と規定されている。この法律が現行の災害救護の原型となっており、同時に、災害発生時における日本赤十字社の役割の根拠ともなっている。

この法律では都道府県知事が災害援助を行い、①避難所などの収容施設や仮設住宅の供与、②炊出しなどによる給食、③給水車などによる給水、④被服、寝具その他生活必需品の支給又は貸与、⑤医療及び助産（救護班の出動など）、⑥罹災者の救出、⑦罹災住宅の応急修理、⑧罹災者の生業に必要な金品の給与・貸与、⑨学用品の給与、⑩埋葬、⑪死体の捜索及び処理、⑫災害によって住居又はその周辺に運ばれた土石、竹木等で、日常生活に著しい障害を及ぼしているもの（障害物（豪雪災害時の雪も含む））の除去などを実施することになっている。さらに、これらの救助は現物支給が原則となっている。

法的には、知事が必要と認めたときに現金給付を行うことができることが明記されているが、法の運用面では多くの課題が残った。具体的な事例としては、阪神・淡路大震災発生時において、個々の健康状態にかかわらず、すべての人が一般的な一律の食事が支給され、食事

¹ 日本赤十字豊田看護大学

に制限のある被災者（災害弱者）にとっては死活問題となった。その打開策として、被災地内限定の食券などで対応する案が提案されたが、原則から外れた対応は認められず、被災からの復興は、自己責任や自助努力であるという国の方針が明確に提示された形となり、現在まで法的整備がなされないまま続いている。

給付金については、昭和47年の台風被害（6,7,9号：死者・行方不明者447人）が契機となり、昭和48年に災害弔慰金の支給に関する法律が制定され、①災害弔慰金（災害により死亡した者の遺族に対して支給）②災害障害見舞金（災害により精神又は身体に著しい障害を受けた者に対して支給）③災害援護資金 - 災害により被害を受けた世帯の世帯主に対しての貸し付けが制度化された。しかし、その財源は国が1/2、都道府県1/4、市町村1/4で、財源のない市町村では対応が難しいのが現状である²⁾。

その後、平成7年の阪神・淡路大震災（M7.3 死者・行方不明者6437人）を契機に、被災者生活再建支援法が制定された。この法律は震災後、神戸市にある「コープこうべ」が、政府に対して積極的な被災者支援策を要求するために、全国の生協とともに「地震災害等に対する国民的保障制度を求める署名推進運動」を展開し、全国で約2,400万人の署名を集めた。その結果、ようやく政府による自然災害の被災者への支援や保障を検討する審議会が設置され、議員立法により成立した。しかしながらこの法律は、阪神・淡路大震災被災者には適用されておらず、今回の東日本大震災での適切な適用が期待されている。

災害時要援護者対策

昭和60年7月26日、長野市地附山で大規模な地すべりが発生し、松寿荘という養老院が押しつぶされ、26名の入居者が生き埋めとなった自然災害が発生した。この模様がテレビで生放送されたこともあり、高齢者や障がい者等の災害弱者の支援に向けた取り組みの必要性についての意識が高まり、昭和62年の防災白書において、初めて災害弱者が増加していることや、要援護者対策が不十分であることが明記された。しかし、それ以後も特に対策は進まなかった³⁾。

平成7年の阪神淡路大震災発生後、当時の災害対策の第1人者であった故廣井修東京大学大学院教授らが大規

模な調査を行い、様々な問題点をまとめた。その結果、国や地方自治体でも防災計画の中に災害時要援護者対策が盛り込まれるようになったが、その内容は具体性に欠けたものとなった。その後、平成16年7月に新潟・福島大豪雨（死者・行方不明者16名）が発生、8・9・10月には相次いで台風（15・16・18・21・22号：死者・行方不明者計197名）被害が広がり、さらには10月に新潟中越地震（M6.8 死者・行方不明者67人）が発生した。それらの災害を受け、国は平成16年10月に有識者、関係省庁、地方公共団体等からなる「集中豪雨時等における情報伝達及び高齢者との避難支援に関する検討会」を発足させ、具体的な災害時要援護者の避難支援対策を検討し、その結果を平成17年3月に避難支援ガイドラインとして取りまとめて公表した。さらに、検討を重ね、平成18年3月に改訂版が公表された。

現行のガイドラインは、あくまでも国レベルでのガイドラインであり、それらの実施についてはまだまだ大きな壁に阻まれているのが現状である。実際には、幼児や高齢者、障害者、外国人登録者、要介護者を助けるためには、対象者を発見し、避難を支援しなければならない。そのためには要援護者の名簿を作成し、要援護者の避難を支援する防災部局、消防団、民生委員等が当該名簿を有効活用し、手効果的な避難を支援する必要がある。しかし、その情報が間違っていて使われた場合、冒頭で述べたような悪徳業者による詐欺悪徳商法の被害を生むこととなる。このような状況の中、地域科学研究会が全国の先進自治体の事例を集めてまとめた「災害弱者の救援計画とプライバシー保護」は、たいへん参考になる事例が多く、担当者は一読すべき報告書である⁴⁾。

発達障害と精神福祉の歴史

次に、冒頭で紹介したADHD（注意欠陥多動性障害）の子供たちの災害時の援護について考えてみたい。ADHDは、1986年アメリカ精神医学会の診断・統計マニュアル「DSM-ⅢR」では、「1. 不注意…指示を忘れてしまう、忘れ物をしたり、物を失くしたりすることが多い、気が散りやすいなど。2. 多動性…座るべきときに歩き回る、落ち着きがないなど。3. 衝動性…相手がしゃべり終わる前にしゃべりだす、順番を待てない、突発的に行動してしまうなどが出てしまう障害を持つ子供たち」と定義されている。

この疾患は1980年の「DSM-Ⅲ」から精神の病気として認知されているが、日本においては、平成22年12月10日の障害者基本法の法改正ではじめて障害者として位置付けられるようになったばかりである。ADHDの子供たちは、ちょっとしたことでパニックを起こしやすく、決まった生活パターンにこだわるという障害特性を持っている。そのため、災害発生時にはパニック行動が多くなり、対応の難しさが指摘されている。特に、災害発生時の避難所生活では、見知らぬ人たちが大勢集まり、さまざまな生活音や声に囲まれた環境の中で集団生活を送ることとなるため、障害特性が顕著に表れやすく、二重の苦しみを背負うこととなる。

精神疾患を抱える人たちが、障害者として扱われるようになった歴史も大変浅い。昭和25年の精神衛生法の成立ではじめて精神疾患を抱える患者さんに医療と保護が開始された。しかしながら日本における精神医療は発展することはなく、精神疾患を抱える患者への差別と偏見は根強く残り、隔離政策へと向かうこととなった。その後、昭和33年の精神科特例や昭和35年の医療金融公庫の設立などにより、精神科病床が飛躍的に増加した。昭和39年にライシャワー米国駐日大使刺傷事件が起きたことがきっかけとなり、昭和40年に精神衛生法の改正が行われた。その法改正により、精神病患者の通院医療公費負担制度が制定され、経済的理由による服薬中断が少なくなったが、一方では、隔離政策が進められることになる。昭和43年のWHOクラーク勧告において、日本の閉鎖的、収容的な精神医療のあり方が非難されたが、日本の社会全体の意識改革には至らず、精神病患者への差別と偏見は根強く残り、大きな発展を遂げることはなかった。

昭和59年、精神科病院の閉鎖病棟で看護スタッフが患者をリンチ死させた宇都宮病院事件が起きた。その後も類似する事件が続発し、日本の精神医療は国内外から非難されることとなり、昭和62年によりやく人権擁護と適正医療を推進するための精神保健法が成立した。法の成立によって、精神保健指定医制度などが制定され、隔離政策から医療（治療）への道が始まった。さらに国連では、平成3年に「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」が採択され、それを受けて日本は平成5年に障害者基本法を改正し、「第2条：この法律において「障害者」とは、身体障害、知的障害又は精神障害（以下「障害」と総称する…）」と

明記され、初めて精神障害者が障害者として認められることとなった。そして、平成7年に精神保健法の名称が改正され、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」となり、精神障害者が福祉対象者であることを認めた。

平成18年、今後の少子高齢化社会に向け、従来の身体・知的・精神の障害種類別に行われていた福祉サービスを一元化する「障害者自立支援法」が成立した。この法律により、ようやく精神障害者も障害者法定雇用率に算定されることとなった。

障害者の中でも、最近特に注目されており、テレビやラジオ、インターネットなどのマスメディアを通して、社会的な認知が広がりつつあるアスペルガーやADHDなどの発達障害者について考えたい。

数年前までは、知能レベルに問題を抱えていないことや非常に優秀な方も多いことなどから、社会的には障害者として認知されることはなかった。しかし、認知の偏りやコミュニケーション障害などにより、現実社会ではなかなか受け入れてもらえず、会社を転々とする人が後を絶えない。そして、最も悲惨なのは、当事者自身が自分の障害特性を認知できていないことである。発達障害に関する法的整備についてまとめると、平成17年、議員立法で発達障害者支援法が成立し、「発達障害者とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥・多動性障害などの発達障害を持つ者」と定義され、ようやくその病名が障害者として認められるようになった。そして、平成22年12月「障害者基本法」に組み込まれ、平成23年4月からは精神障害者手帳の診断書「④現在の病状、状態像等（該当するものを○で囲む。）」の欄に、「11 広汎性発達障害関連症状（1）相互的な社会関係の質的障害（2）コミュニケーションのパターンにおける質的障害（3）限定した常同的で反復的な関心と活動」と明記されるようになった。統合失調症やうつ病などの精神疾患のみが対象だった診断書が大きく改正され、対象枠が広がり、発達障害者への手帳の交付が容易になった。

災害弱者の実態

表1は、22年10月における日本の人口とその人口割合、および21年度の障害者数である。まず高齢者に関して言えば、我が国全体の高齢化率は23%であるが、東北地方太平洋沖地震の発生当時、東北3県の高齢化率

は40%前後であった。今回の震災被害者の数を見ると図1のように4月11日時点で死者の6割以上が60歳代以上の方々であった。また、今回死亡された方の死因の94%が溺死であり、おそらく高齢者が逃げ遅れられたものと思われる。難を逃れ、非難できた方たちのこれからの生活は過酷で、物質的にも人的にも不自由の多い生活が続く、二次被害として多くの高齢者の方が亡くなる可能性が高いと思われる。今回の災害では、災害時要援護者支援に関する課題がいくつか指摘されている。中でも、高齢者対策や障害者対策は早急に進めていくべき

問題である。

現在、「知的・身体・精神」の3障害を障害者としてしている。その数は、知的障害者約55万人、身体障害者約26万人、精神障害者約54万人が登録されている。障害者として統計上表に出ている数は、障害者手帳を持っている方であり、手帳の申請者が福祉の対象となっているが、ここに表面化されていない問題がある。たとえばIQ70未満を知的障害者として認めているが、そうするとIQ検査の性格上、国民の2.5%（約300万人）が知的障害として該当するはずであるが、実際には在宅も含め、わずか0.4%が登録されているのが現状である。精神福祉手帳取得者は、徐々に増加傾向にあるとはいえ、わずか0.4%であり、自立支援医療の通院公費負担利用者も0.8%に過ぎない。

平成16-18年度の「こころの健康についての疫学調査に関する研究」で川上ら⁵⁾は、精神障害有病率が4人に1人、過去12か月では10人に1人となっている。また、本気で自殺を考えた事のある人は9.7%に達しており、今回の震災被害者の中には、現時点でも少なくとも1-2%は存在するはずである。避難所生活者は最大50万人程度に達し、そのうちの5千人~1万人の精神障害者が避難所生活を送られていた計算になる。さらに現在問題を抱えていない方の中にも、今後、数万人の方が精神疾患に罹患されることが危惧され、同じようなことが高齢者にも言えるのである。身体的なことを考えれば高齢者はすべて要援護者となる。今後の災害対策は、障害者や高齢者などの要援護者対策を抜きにしては考えられないのである。

表1 平成22年10月における人口と21年度の障害者数

人口（H22年10月1日）	128,056,000
内 年少人口（0-14歳）	16,798,000（13%）
生産年齢人口（15-64歳）	80,730,000（63%）
老年人口①（65-歳）	29,293,000（23%）
老年人口②（75-歳）	5,986,000（5%）
老年人口③（85-歳）	1,125,000（1%）
自立支援医療（厚生医療給付者）	256,144（0.2%）
内 視覚障害者	45
聴覚・平衡機能障害	171
音声・言語・咀嚼機能障害	676
肢体不自由	19,527
内部障害	224,986
訪問看護（老人も含む）	94
知的障害者数	547,300（0.4%）
内 在宅	419,000
施設入所者	128,300
精神福祉手帳所持者	544,314（0.4%）
精神障害者通院公費負担レセプト平均件数	1,000,429（0.8%）

注：2011/2012 国民衛生の動向、平成21年度版障害者白書より

まとめ

これまで述べたように、災害時の福祉対策や災害時要援護者対策、発達障害者に対する政策も始まったばかりであり、これらの災害弱者が満足するような対策を確立するまでには数々の困難があり、大きな壁が存在する。元行政職員としての経験から考えるならば、行政の縦割り構造や数年で担当者が変わる体制による弊害は大きく、より充実した対策を展開する上では、情報交換や知識の伝達の欠如（もちろん文章的には引き継がれるが）などが、このような災害時には問題になるのではないかと危惧している。

現在、プライバシー保護を含めた災害弱者の救援計画

震災死者構成と東北3県人口構成
(23年4月11日現在)

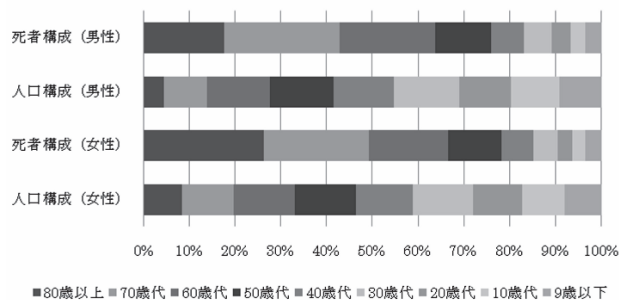


図1 震災死者構成と東北3県人口構成（平成23年4月11日現在）

や対策を先進的に進めている自治体では、その担当者が複数の部署（福祉や防災など）を経験した上で、災害担当者として支援計画を立案し、推進しているケースもある。この場合、行政担当者がいろいろな部署に配属されていくことは、専門性に欠ける点や継続的なサービスの向上を目指す点からは問題もあるが、逆に、各部署で培ってきた経験や知識を統合し、よりスムーズに、そしてより充実した防災計画ができるのではないかと期待している。また、さまざまな部署で作りに上げてきたネットワークをつなげたり、広げたりすることによって、より充実した支援が展開できるのではないと思われる。

最後に、先駆自治体として紹介されている板橋区の鍵屋氏は「防災計画の策定に一番必要なものは各自自治体担当者の「情熱」であり、「天の時、地の利、人の和」を見計らった上で、行動することが必要である。」と語っている。そして、防災に関しては、「プロジェクトチームを立ち上げ、積極的に取り組んでいくこと。」を強調している。また前述の故廣井修東京大学大学院教授は、平成 18 年に開催された、「災害時要援護者の避難対策に関する検討会」の最終回で、「特に防災担当局だけでな

く、厚生労働省のさらなる協力」を願った挨拶で締めしており、部局を超えた対応の必要性を強調している。

今回の東日本大震災を機に、先人の経験と防災対策の先進地区から学び、自分の地域に合った防災対策や要援護者への支援対策を考えてもらいたいと切に願います。

参考文献

- 1) 内閣府 (2009) 平成 21 年度障害者白書 (平成 21 年版) 東京, 日経印刷
- 2) 西尾祐吾, 大塚保信, 古川隆志編 (2010) 災害福祉とは何か 東京 ミネルヴァ書房
- 3) 災害要援護者支援研究会編 (2006) 高齢者・障害者の災害時の避難支援のポイント 東京, ぎょうせい
- 4) 宇賀克也, 鈴木庸夫監修 (2007) 災害弱者の救援計画とプライバシー保護 東京, 地域科学研究会
- 5) 川上憲人 (2007) 平成 16 ~ 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) こころの健康についての疫学調査に関する研究総合研究報告書 <http://www.khj-h.com/pdf/soukatuhoukoku19.pdf>

