

□熊本地震における避難所運営の実態と課題 ～過去の震災における避難所の運営との比較～

認定特定非営利活動法人レスキューストックヤード常務理事 浦野 愛

1) 平成28年熊本地震における避難生活の実態

熊本県内ではピーク時で、約900箇所の避難所が開設、18万人を超える住民が避難し、避難所生活は最長7ヶ月も続いた。ただ、この中には車中泊小規模の公民館、公園等を含む自主避難、在宅避難者の正確な数字は反映されていないので、これを含めると相当数になると考えられる。5月2日～4日に全国災害ボランティア支援団体ネットワーク（JVOAD）連携団体らと共に、早急に環境改善等が必要な市町村の調査を実施した。調査では、「命と健康と尊厳を守るために必要な最低限の生活環境が整っているか」を確認し、結果から心配される避難所を絞り込み、トイレ・寝床・食事・衛生環境などの改善を行った。

一方で、災害から1ヶ月が過ぎた頃に、行政から「住民主体の避難所の自主運営がうまくいかない」という悩みの声が上がった。特に、様々な地域から人が集った避難所は、リーダー不在で、掃除や配膳など、ほとんどのことを行政職員が担っていた。また、日中は高齢者や乳幼児のいる世帯など、いわゆる要配慮者ばかりのため、組織的な動きを作るにも限界があった。そこで、当法人が支援に入った御船町スポーツセンターでは、「普段から家でやっていたことはなるべく自分でやろう」「住民みんなで運営に関わろう」を合言葉に、15～20世帯を1班として小グループを形成。班ごとに班長・ゴミ係・掃除係・食事係・健康係を決

めてもらった。また、施設管理者が週に1回班長会議を開き、行政も加わり、住民が抱える問題の共有や相談、復興支援に関わる情報共有の場として機能した。しかし、このような動きは県内避難所でも数は少なく、施設規模や避難する住民の顔ぶれなどに応じて、自主運営の方法をいくつかパターン化しておく必要性を感じた。何より、日常から、地域で避難所運営訓練に取り組み、練習を重ねておくことが重要だ。

2) 「ハイリスク予備軍」という考え方

当法人は、阪神・淡路大震災以降、40箇所以上の国内災害で被災者支援に携ってきた。特に避難生活においては、「ハイリスク予備軍」の人たちに焦点を当てて活動している。「ハイリスク予備軍」という言葉は、その存在を多くの方々に認識して欲しいと願い、当法人が事務局を兼務する「震災がつなぐ全国ネットワーク」で提唱しているものだ。緊急に医療や福祉の専門的な支援は必要でないが生活に支障がある状態、あるいは、生活のリズムや役割、人の繋がりなどから生まれる『心身の活力』を自ら見出せていない状態が続いている人を指す。

災害が起これば、避難生活の長期化によって、居住環境、人間関係、生活行動パターンが著しく変化し、その人本来の基本的な暮らしの営みが滞り、『心身の活力』が一時的に低下する。とりわけ心配なのは、災害のショックや戸惑い、先の見

えない生活に向けた不安、周囲への遠慮や気兼ね、自分が何に困っているのかさえも分からないという混乱など、あらゆる心理的要因が重なり、自ら助けを求める声を上げられない方々だ。周囲からの声かけには「大丈夫」と答え、一見早急な対応は必要なさそうに見えるので、いつも支援の優先順位が低くなる。しかし、その人と対話し、生活状況をよく見ていくと、実は排泄や食事、移動、強い不安や緊張、不眠、孤立などの問題を抱え、生活不活発な状態に陥っていることが多い。そのまま放置していれば、災害発生から2週間が過ぎた頃から、急速に心身が衰弱していく。それまで何とか本人や家族の力で持ち堪えていた自立生活が、維持できなくなっていく。そこでようやく周囲も変化に気づき、医療や福祉の専門的な支援に繋がるのだが、発見と対処が遅れたことで状態が悪化し、回復が遅れたり、最悪は死に至るケースもあった。それが『災害関連死』である。

『災害関連死』は1995年阪神・淡路大震災で初めて国が認定したもので、災害による直接の被害ではなく、避難生活の疲労や環境の悪化などによって、病気にかかったり、持病が悪化したりするなどして亡くなった場合の死を表す。現在までに、阪神・淡路大震災では900名以上、2011年東日本大震災では3,000名以上、2016年熊本地震では100名以上が『災害関連死』として国から認定を受けている。避難所は、あくまでも本格的な再建に向けた中継地点に過ぎず、本来はここで元気をなくしたり健康を害したりするようなことがあってはならない。しかし現状は命を脅かす様々な課題が山積している。

3) あらゆる人々が「あれ？あの人大丈夫かな？」と疑問に思う感性を養う

最初に『災害関連死』という考え方を提唱した、上田耕蔵医師（神戸協同病院院長）は、「周囲の

目配りや気配りが働けば、災害関連死は減らすことができる可能性がある」と述べている。では、誰がその役割を担えるのだろうか。過去の災害の事例を見ると、それは必ずしも医療や福祉のプロだけではなかった。いつも一番近い場所で、避難生活を共にしている住民同士、あるいは被災地内外のボランティアやNPOが、継続的に丁寧な日々の関わりを重ねることで、守られた命や健康があった。

例えば、2007年能登半島地震の穴水町では、地元のボランティア連絡協議会有志が「避難所巡回チーム」を結成し、日中避難所にいるお年寄りや子ども達に声かけをして歩いた。和式トイレがなく1週間排便ができていない、着替えがなくずっと同じ服を着ているなどのお年よりや、小さな余震のたびに怯え、携帯電話の自殺サイトを頻繁に閲覧している中学生などを発見しては、社会福祉協議会に報告し、行政や保健師が支援に入るというパイプ役を果たした。また、東日本大震災の東松島市では、若いママさんグループや婦人会が中心となり、避難所開設直後から「健康リーダー」を置いた避難所があった。持病のある人や病人、けが人、体調不良者など気になる人の情報を自主的にまとめ、状態が悪化する前に病院・施設への搬送や災害医療チーム（DMAT）等への情報提供を行った。この他にも、数々の被災地で、地域住民やボランティア・NPOらが、足湯やサロン、物づくり、体操などのイベントプログラムを企画し、生活リズムの建て直しや居場所・役割づくりの場を幅広く提供し、『心身の活力』を支えていた。このような事例は、心配な状態にある人の特徴と、その情報の繋ぎ先、効果的な支援プログラムのやり方を知っていれば、地域住民・ボランティアレベルでも『災害関連死防止』のために行動できることを私たちに教えてくれた。

4) 健康を悪化させないための優先課題 は「トイレ・寝床・食事」の改善

平成27年9月関東・東北豪雨（茨城県常総市）と熊本地震は、ボランティア・NPOの避難所支援の関わり方を大きく変えた。行政にとって初めての大規模災害、マンパワー不足や避難所運営に関する経験智も乏しいという背景から、人が健康に生活する上で必要な最低限度の居住環境すら整わない状況が生じた。身体の悪いお年寄りや重度障がい者が、固く冷たい床の上に寝かされている、トイレまで遠い、和式トイレが多い、スリッパが無く手洗い環境も整っていない、食事は冷たく炭水化物中心のおにぎりや菓子パン、カップラーメンが続き、便秘や下痢、脱水症状の発生、持病の悪化、感染症の拡大、身体機能の低下、転倒による怪我リスクの増大など、様々な健康問題が引き起こされていた。大げさでなく、「このままでは人が死ぬ」と本気で思った。

私たちは、これらの状態を改善すべく、NPOで「避難生活改善チーム」を結成した。洋式の便座カバーを用意し、和式を洋式トイレに変える、可動式のポータブルトイレを設置する、トイレに近い場所に居住場所を移す、スリッパと手洗い石鹸やペーパータオルを置いて衛生環境を整えるなどの支援を行った。いずれも、方法を知っていて、道具さえあれば、誰でもできる簡単なことばかりだった。寝床の改善でも同様のことが言えた。2週間もすると、行政には救援物資としてダンボールベッドやマットが届いていたが、ある避難所では「全員分ないので配れない、ベッドを組み立てる人員が足りない」と山積みになっていた。そこで、行政から許可をもらい、住民とボランティアで、床からの立ち上がりに苦労している人や、妊婦などにダンボールベッドを支給して歩いた。最初は「場所を取って邪魔になるから必要ない」と遠慮していた方も、粘り強い勧めで利用し始めると「これはいい！移動がとてもラクになっ

た」と笑顔を見せた。一見強引に見えても、もう一步の介入が、本当に支援が必要な方への支援に繋がっていくという手ごたえを感じた。災害時にはこのように勇気を持っておせっかいをやける人の存在が不可欠だ。これこそ、住民やボランティア・NPOの真骨頂が発揮される場面である。しかも行政や医療・福祉の専門職らと協働できれば、被災者からの信頼感が高まり、物の調達もよりスムーズに進む。

また、常総市や熊本地震で共通していたのは、食事内容の悪さだった。行政から配給された食事は、1ヶ月以上も菓子パンやコンビニおにぎり、アルファ米、カップラーメンが続いた。食事内容が改善されない理由の1つには、「居心地を良くすると、被災者が自宅に戻らなくなり、それが自立の妨げになる」ということがあげられた。しかしその間も、被災者の顔色は悪くなり、体調不良の訴えも増えていく。そこで、ボランティア・NPOらが、温かい汁物を中心とした炊き出し支援を行った。中には、調理や配膳、片付けを被災者と一緒に取り組んだり、調理道具と食材のみを提供し、作業は被災者自らが行えるよう支援したケースもあった。食の支援を介して、「自分でできることは自分でやろう」という自立への意欲や役割が生まれ、心身の活力向上に繋がった。これこそが本当の自立支援であり、単に、食事内容を改善しないことが自立の後押しになるという解釈は間違っている。このような間違いが次の災害で繰り返されぬよう、行政もNPOも住民も共に学び合わなければならない。

5) 医療・福祉の専門職とボランティア・NPOの連携を目指して

もう一つの課題は、平時から医療・福祉の職能団体と被災地支援に携わるボランティア・NPOとの接点が無い為に、互いの活動内容や活動領域分からず、現場で上手く連携できなかったという

点だ。医療は主に「身体」を診るが、福祉や在宅医療、ボランティア・NPOは「暮らし」を見る。避難所にいながらも、安心して今の不安や将来への希望を語り合い、励まし合える場づくりと、一人ひとりのニーズに合わせて丁寧に多様な支援プログラムを展開できるのがボランティア・NPOの強みだと思う。環境だけ整えても人は元気になれない。そこに人との関わりや自分の役割を実感できて、初めて『心身の活力』が生まれ、元気になる。これらボランティア・NPOの強みを行政や職能団体の方々にもっと理解頂き、協働できる場があれば、被災者にとって、より継続的で包括的な支援ができたのではないかと考えている。そのために動けるコーディネーターの確保も必要だ。

6) 福祉的要素の高い避難所が、「福祉避難所」に位置づけられないジレンマ

常総市や熊本地震では、一般避難所や福祉施設ではない公的施設に設置された福祉的要素の高い避難所があった。入居者の心身の状況を考えれば、本来は災害救助法の適応となり、国庫補助で介助員や介護用品を配備できる条件に十分当てはまるのだが、初めての大規模災害ということで、担当課職員も戸惑い、対応に遅れが生じることがあった。最終的に福祉避難所として指定されず、十分な環境が最後まで整わなかった所も少なくなかった。具体的な数字にはなっていないが、この状況は、被災者の命を危険にさらし、『災害関連死』

を招くリスクを高めたと思う。しかし一方で、地域住民が、一般の避難所に、配慮のあるスペースとトイレ、寝床を確保し、互いの目配りや気配りで一緒に生活できる空間を作った事例があった。これにより、重症心身障がい者や自閉症のある方々も一般避難所で元気に生活することができた。このように、全ての避難所に「福祉的要素」を取り入れることが一般化していくような働きかけが必要だ。

7) 最後に

避難生活において、災害関連死と重篤な健康被害を防ぐためには「命と健康と尊厳を守るために必要な最低限の生活環境とは？」と問われた時に、すぐに具体的なイメージが浮かび、改善に向けて行動を起せる人材を社会の中に増やすことが必要だ。そのためには、地域住民、行政、ボランティア・NPO、医療・福祉の専門職など、支援に携わるあらゆるセクターが、専門領域の枠を超えて一緒に学びあう機会を頻繁に作ることを求められる。改善の方法は過去の災害である程度明確になっている。やり方を知り、練習を重ねれば誰でもできるレベルのことがとても多いのだ。どんな人でも最低限の環境整備ができるようになれば、災害時に動ける人たちの裾野は確実に広がり、『災害関連死』を無くすことも不可能ではないと思う。今後も私たちは、全国各地の仲間と共に、この課題に取り組んで行きたい。