

平成 29 年 10 月 31 日

筑紫野市議会

議長 横尾 秋洋 様

会派市民会議

代表 辻本 美恵子

研修報告書

下記の通り、研修を受けてまいりましたので、ご報告申し上げます。

記

日 時 : 平成 29 年 8 月 3 日 (木) ～4 日 (金)
研修先 : 第 2 回市町村議会議員特別セミナー
会 場 : 全国市町村国際文化研修所 (滋賀県大津市)

参加者 : 阿部靖男、白石卓也、西村和子、辻本美恵子 (4 名)

研修内容 :

- ① 2025 年に向けた医療介護総合確保政策～地域包括ケアシステムと地域医療構想
(担当:辻本) 別紙①
- ② 子どもの貧困対策～子どもの貧困の現実と対策
(担当:阿部) 別紙②
- ③ 認知症対策～団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて
(担当:西村) 別紙③
- ④ 災害と福祉の連携～これまでの活動実践から
(担当:白石) 別紙④

以上

講義 1

2025 年に向けた医療介護総合確保政策 ～地域包括ケアシステムと地域医療構想

講師：慶應義塾大学 田中 滋さん

1. はじめに

◎時代環境と医療経営

1990 年代まで・・・救命救急

2009 年以降・・・D P C 環境下

2017 年以降・・・「地域医療構想」環境下

人口減⇒急性期入院需要減

医療介護総合確保推進法⇒総合確保方針

基金

2. 医療対象の変化

◎各年死亡者の平均年齢

1930 年代・・・30 歳平均。0, 1 歳の死亡率が高く、死亡者の 1 / 3 は 10 歳以下の
 幼児だった。ほぼ 50 歳から 6 0 歳くらいの寿命。

1964 年以降・・・子どもが死ななくなった、高齢者も死ななくなった。

(9 0 歳で半分が死ぬ) 。 7 5 歳以上の人口は少なかった。

1980 年代・・・突如、高齢者が増えてきた。

3. 要介護者増の理由

① 死亡者低下・・・栄養水準が高い、公衆衛生、医療の発達。

② 長寿者増加・・・2 人仲良し、元気なおばさんたち、孤独なおじさん。

③ 健康寿命後の高齢者問題

4. 人口構成の変化

1964 年東京オリンピックの時		現在
人口・・・・・・・・・・		9718 万人
人口 1 億 2682 万人		
高齢者 (65～74)	741 万人	1768 万人
75 歳以上	187 万人	1705 万人
100 歳以上	198 人	6600 人

課っては高齢者が少なく、子世代と同居は 500 万人、現在は 1400 万人が同居しており、
 家族力が増えた。先進国では高齢者が増えている。

5. 高齢化社会に向かう

- ① 介護保険は社会的イノベーションであり、強力な推進エンジン
医療の社会化、教育の社会化から、介護の社会化へと進んでいる。
- ② 自治体の努力、提供者の努力と技術の進歩
- ③ これまでを評価し、将来に向かう
今後はケアマネジメントプロセスの進化、サービスの質の向上、データマネジメント、ICT, IOT, AI活用を含む、一層の技術進歩をすすめればよい。

6. 地域包括ケアシステム

- ① 高齢者の医療・介護の連携
- ② 5輪の花図（厚労省のモデル図）
1990年まで、広辞苑に介護という言葉はなかった。弱ってから死ぬまでが短かったので、日本語にはなかった。
- ③ 2015年に「新植木鉢」が示され、団塊世代の責任、福祉の専門性、本人の選択重視が入った。
- ④ 2016年には、ターゲットを2025年～40年の間として、予防、中重度者を地域で支える仕組みの構築、サービス事業者の生産性向上、市町村保険者による地域マネジメント、となった。

7. 尊厳と自立支援をまもる予防

- ① 1次、2次、3次の予防
- ② もう一つの予防・・・栄養不足（食べる、運動する、社会参加する）
人としやべらなくなると、呑み込みが悪くなる。
- ③ 0次予防・・・転びやすい街（閉じこもっていると転ぶ）、
転びにくい街（高齢者が出かけていく場所がある）
フレイルドミノ（少しづつ落ちていく、ゆっくり倒れていく）
- ④ 予防は、個人の努力だけでなく、どれだけ社会とつながっているか。

8. 医療介護連携

- ① 在宅医療・介護連携から多職種協働へ、統合されたチームケアが必要。
隊員に、急変時以外の入院、在宅日常生活及び急変時対応
- ② 多職種連携教育とキャリアの複線化
- ③ 多様な住まい。

9. サービス事業者の生産性向上（2040年に向けた事業者の姿）

- ① 改めて在宅3本柱。
- ② 多機能拠点
- ③ 地域連携推進法人
- ④ 地域単位の人員配置
- ⑤ 介護サービス事業の生産性向上に向けた調査事業
生産性向上国民運動推進協議会「介護労働の価値を高める」

10. 地域マネジメント

- ①介護保険行政にかかわる部分・・・保険者
- ②住民主体の活動支援、他分野との協働など・・・市町村
- ③工程管理・・・地域ニーズと地域資源の把握

目標とする地域社会のイメージを議論

克服すべき課題を明確化

目標設定・共有・地域関係者の役割設定

具体的計画の作成・実行

評価→計画の見直し

*和光市では、ニーズ調査で、アンケートに答えられない人こそ、サービスが必要。
悉皆調査から、地域の個別のケアシステムを構築。

<まとめ>

新しい公共という概念を、地域に必要だということ、住民が自分たちのことだと思えないと、地域包括ケアシステムは作ることができない。もう高齢者である人も、間もなく高齢者の仲間になる人も、「介護」のことを考えても、多くの市民は介護が必要になる高齢者になることそのものが、自分事にはなっていないと思われる。

先進取り組み事例の多くが、職員の意識改革と、市民へのお知らせを第一に始めている。やはり、「住民の福祉」が地方自治の本旨であることから考えると、まずは自治体が、これからの社会全体の姿を示し、住民も一緒に考え行動することが必要だという、きっかけになることから取り組まなければならないと思った。

以上

講義 2

子どもの貧困対策 ～子どもの貧困の現実と対策～

講師：法政大学現代福祉学教授 湯浅誠さん

(1) 「大震災を通じた一人ひとりを大切にした復興」に向けて。＜社会的包摂＞の取り組みの必要性。

* 「無縁社会」や「孤族」といった言葉に表されるように、近年、社会における孤立化・社会的排除のリスクが増大。大震災は、社会的排除のリスクを高め、リスクを抱えた人を直撃するおそれ。

* 一方、大震災を機に、国民の間に、助け合い（絆）の機運の高まりも見られるところ。今後の復興に当たっては、「復興格差」防止のため①これ以上の震災関連死（孤独死等）を出さない、②復興過程から誰一人取りこぼさない、という「社会的包摂」（ソーシャル・インクルージョン）の考え方が重要。

対象者として、①単身高齢者、②長期失業者、③ひとり親世帯④ひきこもり⑤外国人など。対象エリアとして、①避難所②仮設住宅・復興住宅、③居宅がある。老若男女すべての者に「居場所と出番」のある社会を作り出すことが必要。

* 復興過程全体を見据えた長期的観点から、就労・教育や医療などさまざまな面で社会参画を妨げられる状態にある人たちがいることを「社会的排除」ととらえ、その人たちを社会が迎え入れるために既存の制度を組み変えたり、必要な施策を作り出すことを「社会的包摂」（ソーシャル・インクルージョン）と言い、この取り組みを推進することが必要。

《社会的包摂（ソーシャル・インクルージョン）》とは

＝ 健常者から障害者、貧困者、外国人など、あらゆる人びとを同じ社会の構成員としてとらえ、すべての人が生きやすい社会を目指す、共生の概念。

《包摂》＝ 哲学用語。ある概念をより一般的な概念に含み入れること。

(2) 子どもの貧困とは ＝ 食うや、食わずと言う事ではなく、繋がりが無い、自信が無い、孤立、孤独、体験が乏しい(知識不足)、自分の時間がない、トラブル解消の対応ができない。

* 「ワーキングプア」などで、働く貧困層の実態が報じられるようになる 06 年夏まで一般的には「日本に貧困はない」と言われていた。しかしそれは見ていなかっただけで、現実はずっと進んでいた。低所得と貧困は完全にイコールではない、貧乏でも家族や

友人、地域の人に囲まれ 幸せに暮らしている人はいる。
貧困とはそうした人間関係も失った状態を指す。

《貧困＝貧乏＋孤立》だ。

(3) 貧困放置で社会費用増加

＊～貧困を放置することで、社会は損をし続けている～

- ・若者をネットカフェに放置する。昼間の肉体労働とリクライニングチェアでの腰を折り曲げての仮眠を繰り返し、30代半ばで腰を痛み、コルセットなしでは暮らせない体になり、あと50年ある人生を働けない状態で過ごす。その費用は「社会」が持つ。
- ・母子世帯の母親がワーキングプア状態のまま、ダブルワークで疲弊していくのを放置する。母親が仕事と子育て、家計のやりくりのストレスでうつ病になり、母親は生活保護、子は施設。施設の運営コストは生活保護費を上回り、子は幼くして母親と引き離された傷を一生背負い、少なからぬ確率でワーキングプアとなる。それらすべての費用は「社会」がもつ。
- ・独居高齢者が見守る人もなく、放置される。社会的な付き合いをする金銭的余裕もなく、切り詰めた暮らしの末に健康状態を悪化させ、重篤化して入院する。病状が落ち着いても一人暮らしはできず、受け入れ施設もなく、三か月ごとに転院を繰り返す。その費用は「社会」が持つ。

子ども人達が、もっと早い段階できちっと対応されていれば、いくらの費用が浮くかしれない。厚生労働省ナショナルミニマム研究会で、「貧困層に対する積極的就労支援対策の効果の推進」として試算された。それによれば、18歳からの2年間、生活保障付きの集中的な就労支援をした場合にかかる費用は458万円だが、その人が20歳から平均的な人生をたどれるようになったとした場合の税・社会保険料納付額は男性で3464万円、女性で893万円に達する。また、これに「生活保護受給に至らなかった」ゆえに浮いた額を含めれば最大で9353万円に達する。100人をしっかりサポートすれば、最大で93億円の効果が出る計算だ。国の財政収支だけを見てもこの結果です。そこにこの人の就労による生産物、消費サービスを加えれば市場価格も含めた差額はさらに大きくなる。本人の幸福度も異なるだろうから、「子どもに及ぼす影響」も変わってくる。だからこそ、貧困にきちんと対処し貧困の連鎖をたつ必要がある。

《厚生労働省ナショナルミニマム研究会とは》

・憲法25条で全国民に保障されている「健康で文化的な最低限度の生活」水準とはどんなものかを示すために設置されたもの。社会保障をコストではなく未来へ

の投資と位置づけて制度を再構築するため、最低基準(ミニマム)や指標作りを行う必要があるとしている。

(4) 子どもの貧困の現実(高校生の現実の声)

- ・電気代などを私のアルバイト代などで払っています。家のボイラーの修理ができず、お湯が出ないので水のシャワーを浴びています。(女子・千葉)
- ・正直明日食べるご飯に困っている。自分が早く自立できたらと何度もふさぎこんだ。
(男子・福岡)
- ・生活するためには、私がアルバイトで稼がなければいけなくて、学習する時間がうまく取れない。将来を考えると、私はどうしようもなく、いけない人間に思えて、死にたくなってくる。(女子・栃木)
- ・今高校2年生ですが、どうしても授業料が高いので、塾に行くことを諦めなければいけませんでした。そのとき、私たちは普通の家庭と違うのだと思ってしまいます。
(男子・熊本)
- ・友達はみんな専門学校に行くらしいけど、俺はいかずに働いて、母さんを助けたい。父さんみたいに30代で死んでほしくない。このままだつたら父さんと同じように病気で死んでしまう。いつまでも元気でキレイな母さんでいてほしい。(男子・徳島)
- ・買い物をするときや、進学のために学校を決めるのも、金額をみて決めたりすることが多い。(女子・愛知)
- ・今年の冬に修学旅行がありますが、お金がないので、行くことが出来ません。わたしの母も、本当はとても行かせたいと言って、悲しんでいました。私のクラスの友人は皆、修学旅行に行くので、寂しいです。私は時々、他の家庭がうらやましく思っています。ちゃんと、今まで生きてきたにもかかわらず、こういう風に考えてしまう自分が、嫌いです。(女子・沖縄)
- ・高校3年生なので、予備校に通って頑張りたいかったが、できなかった。食費もお昼はお金がかかるから、学校では食わずに我慢している。高校生なのでおしゃれもしたいが我慢している。友達といるとお金がかかるので、いつも一人でいる。学校でも独りぼっちでいる。(女子・福岡)
- ・母親がいなくて、本当に想像以上につらいです。精神的にダメージを受けるし、何もやりたくないと感じる時間が増えました。こんなことで本当に勉強を続けて行けるのか、大学受験まで頑張れるのか、今一番不安に思っています。(女子・東京)

- ・お母さんが仕事2つ掛け持ちしているので、話をする時間がありません(男子・沖縄)
- ・家族がみんな忙しくて、誰も家事をやる時間がなくて、家がどろどろぐしゃぐしゃになって、疲れて帰ってくると、散らかった家が待っていて、家族がみんな悲しい気持ちになる。(女子・東京)
- ・やる気や夢がある子どもには、家庭の事情や家族構成に関係なく、支援することが当たり前の社会になってほしい。(男子・神奈川)

(あしなが高校生アンケート調査結果より)自由回答

(おわりに)

- ・現在、子どもの貧困の状況は、テレビ等で放映されている、難民キャンプの子ども達みたいに、完全に栄養不足みたいな子どもではなく、家庭・家族、友人(対人)間の問題が多くを占めている、経済的問題で旅行、文化施設、娯楽施設等へ接する機会がなく様々な知識不足、バイトなどため学習塾にも行けなく学力格差がつくこと、また制服、携帯、などの物資不足、居場所(家族団らん)がないなど、子どもの貧困は子ども自身の責任とは言えない、親(世帯)の貧困の連鎖が大きく、子どもの貧困を解決するには、親の生活を改善する必要がある。しかし、雇用や経済支援に話が及ぶと「なぜ親が頑張らないのか」「離婚なんかするからだ」という反応がある。その解決のひとつの方法として、生活困窮者自立支援法など公的制度を活用して支援することが必要と思われます。

講義 3 認知症対策～団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて～ 報告

日時 平成 29 年 8 月 4 日 9 時～10 時 30 分

場所 全国市町村国際文化研究所 講堂

講師 新田國夫さん 医療法人社団法人つくし会 理事長 法政大学現代福祉学部教授

2040 年には認知症患者が 1,100 万人になると推計されている。65 歳以上の 55%が有業となっていると推測され、経済効率問題と認知症予防対策問題が指摘されている。

日本は、予防については進んでいる。日本はMRIはどこでもとれるが、イギリスやフランスでは 1/4 施設程度しかない。

高血圧・脂質異常・糖のコントロールは検診業務の中心で、かつてはメタボ対策・心筋梗塞・脳卒中对策であった。現在は脳血管性認知症の早期発見にシフトしてきた。

松山のある村では、生活習慣病を減らす取り組みをしたところ、脳血管性認知症が減少したという報告がある。

● 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）で推進する主なポイント

I 医療・介護等の連携による認知症の方への支援

①医療・介護専門職による認知症初期集中支援チームを 2018 年までにすべての市町村に配置。都道府県が組織する。市町村組織との区別が課題。

②認知症サポート医について

市町村で広域に活動しているので、認知症に集約できるとは考えられない状況。

③地域における医療・介護等の連携

国の基準では市町村に医師 1 人が基準だが不十分である。

II 認知症の予防・治療のための研究開発

①効果的な予防法の確立⇒曖昧である。

アミノ酸と運動療法は効果がある。

②認知症の治療法⇒遺伝子治療法を含め確立できていない。

III 認知症高齢者等にやさしい地域づくり

①認知症サポーターの養成⇒地域でサポートできているか。何をしたらいいかわからないという人が多い。

②3400 人対象のアンケートの結果から見えたのは

- 介護者の総合支援事業でのサポートの必要性
- 独居が増え、地域の支援の必要性
- 生活の見守りの必要性
- 医師をどのように活用するか

③認知症の方の安全対策

徘徊コースも分かっていると、コンビニ・店舗等が気をつけてくれ、少しの見守りがあれば生活できる。

1. 認知症施設推進総合戦略（新オレンジプラン）

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

● 新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の位置が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

7つの柱

I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

III 若年性認知症施策の強化

IV 認知症の人の介護者への支援

V 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

VI 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

VII 認知症の人やその家族の視点の重視

I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

- ・ 認知症の人の視点に立った認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施
⇒ 認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信
- ・ 早期診断早期対応を軸とする。
- ・ 髄液を採取し 20 年後の予想が可能だが、対応策はない。血液診断も進むと考えられるがその後の対応策が課題。
- ・ 市町村では、どこで誰が困っているのかを非公開で登録する必要がある。
- ・ 認知症サポーターについては、30～40 歳代の方の理解を進める工夫が必要。

II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- ・ 本人主体の医療・介護等の徹底
 - ✓ 環境要因としては、家族の理解不足
 - ✓ 身体の病気の合併症・癌の発病
 - ✓ 薬害

} 適切な対応が必要
- ・ アルツハイマー型の方の 17% が入院し、平均入院数は 250 日を超えている。「土壌」の問題がある。努力の結果 60 日程度となった。
- ・ 人生の最終段階を支える医療・介護の推進
最終的に食べられなくなると胃ろうを施すが、目の前の人が誰かなど何もわからなくなり、それが論争となった。なるべく口から食べることが必要。
- ・ 医療・介護の有機的な連携の推進⇒ 認知症ケアパスの積極的な活用が必要。
 - ✓ 地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携。多職種の人との情報共有と協力が必要。
 - ✓ 地域のインフォーマル・フォーマルな方法を全てあわせて考える必要がある。

III 若年性認知症施策の強化

- ・ 若年性であれば、できるだけ早期に診断し、治療だけでなく生活全般の支援、就業支援も必要である。

IV 認知症の人の介護者への支援

- ・ 認知症カフェは、介護者の負担軽減としても有効。（認知症の人が認知症ではない人を含めて一緒に過ごし、通所 2 週間で完治した例がある。）
- ・ 位置づけは難しいが、市町村が行っているところもある。認知症早期対応事業である。
- ・ 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立に関しては、一人の高齢者に子どもが一人というケースが増えている。40・50 歳代の介護者では、仕事を優先するかどうかの問題が大きい。関連してディサービスを 20 時まで対応することも必要ではあるが、施設の介護者の労働時間が削減されない問題が発生する。
- ・ 介護ロボットは利用者が少ない。

終りに：限界集落では 3 食を支援し見守りが行われている。20 年後は都会の中の限界集落が発生すると推測されている。

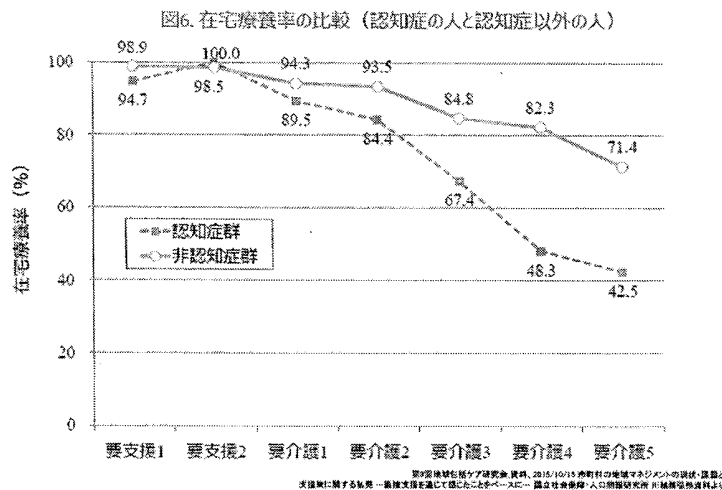
2. 新オレンジプランから見える課題

● 認知症の特性

- ・ 認知症を性別にみると女性が 70.8%
- ・ 年齢階層を見ると 85 歳以上が 56.0% で最も多く、75 歳～84 歳が 34.1%。

要介護度別にみた在宅療養率

(認知症の人と認知症以外の人との比較、B市)



- ・アルツハイマー型認知症治療薬も進行を止めるのではなく遅らせるだけの効果。薬害で逆効果もあり。
- ・高齢者は誰もが運動が必要でMC I（軽度認知障害）の人でもそうでない人も集会所等集まり、地域の人々が仲良く運動するような費用をかけない仕組みが有効。
- ・認知症の早期発見に力点を置くのではなく、認知症で困っている人やその家族を早期に見つけること（困りごとの早期発見）に力点を置くべき。

●危機回避支援 1

- ・介護保険法第5条の2に「認知症とは脳血管疾患、アルツハイマー病」その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで（概ね、認知症高齢者に日常生活自立度Ⅱ以上に相当）記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう」と規定されている。

●危機回避支援 2

- ・90歳を超えた高齢でBPSD（認知症の行動・心理症状）もなくおだやかに家族に囲まれているケースでは認知症の告知、投薬の必要はない。
- ・他人に危害を加える、生活障害によって栄養不良や疾患悪化などの危険が迫っている場合は危機管理支援が必要。
- ・介護者の虐待などによって危機回避支援が必要なケースあり。

●認知症医療の限界

- ・医療に結びつけても、長い目で見れば認知障害は進行する。
- ・困っている人を早く見つけることが重要。
- ・支援チームに直接家族が相談できる体制づくりが重要。

【質疑応答】

Q：介護保険に認知症対策を入れるべきと考える。

A：小規模多機能施設・グループホームの施設問題と家族支援の問題があると考え。根本は生活支援だと考える。国立市では、国立市シニアカレッジ研修を実践し、市民が人生の高齢期や終末期の過ごし方を自分のこととしてとらえる、健康づくりや地域貢献活動に自ら取り組む研修を行った。
介護保険だけでは難しく、すべての体制を一体として考えていかなければならない。

【まとめ】

支援する行政など体制側は、本人が困っている問題を解決または支援する必要性、家族など支援者に対する支援の重要性が指摘されたのは、多くの実態から導かれたと考える。

認知症対策がテーマではあったがこれ以外の高齢者福祉にも通じる事項が多かった。

最後の質疑の回答で、自らのこととして高齢期の過ごし方等を考え誰もが地域のために協力する社会づくりの必要性について指摘があったが、これはこれから、筑紫野市の各コミュニティにとっても不可欠なことだと考える。

以上

⑤ 講義 4 災害と福祉の連携～これまでの活動実践から

日時 平成 29 年 8 月 4 日 10 時 50 分～12 時 20 分

場所 全国市町村国際文化研究所 講堂

講師 浦野 愛さん（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）

テーマ：「できることから始めよう！」すべての避難所に福祉的配慮を

1. 災害関連死

- ① 骨折、外傷
- ② 感染症
- ③ 慢性の病気の悪化、ぜんそくなどアレルギー
- ④ 生活不活発による弊害
- ⑤ 心の病

2. 震災関連死のリスクが高い人と支援者の関係

① ハイリスク者

*医療・福祉の専門対応が直ちに必要の人。

- ・重度の障害がある
- ・健康状態が著しく悪い
- ・電源がなければ生命が維持できない
- ・著しくコミュニケーションが取れない
- ・特殊な環境がなければ排泄できない

<対応者>

*医療・福祉の専門家

- ・医師、保健師、看護師、臨床心理士、介護福祉士

② ハイリスク予備軍

*緊急性は高くないが、生活に支障のある人。

- ・立ち上がる、座る、歩くなどの動作が危険
- ・放送や掲示板での情報が理解できない
- ・炊き出しが食べられない
- ・自力でトイレに行くことが難しい
- ・落ち着かずうろうろする、急に大声を出す、走り回る、など

*一見普通ではあるが、生活のリズムや役割、対処方法、活力を自ら見いだせていない人。

- ・いつもじっとしていて動かない
- ・何もすることがない（あってもわがままと思われる）
- ・遠慮や気兼ね、不安や恐怖などで相談できない・・・など。

<対応者>

- *地域の住民・・・・・・・・・・圧倒的マンパワー不足
- ・ボランティア・NPO
- ・在宅医療・看護・福祉、保健の専門家

③ 一般の被災者

- ・上記の状態ではない方。
- ・通常の支援があれば、自ら生活再建に向けて動くことができる方
(行政、地域の住民、ボランティア・NPO)

3. 震災関連死を起こさないアプローチ

*ハイリスク予備軍のところで

- ・動ける人の拡充
- ・在宅医療・看護・福祉、保健等の職能団体との連携
- ・行政も踏まえ両者をつなぐコーディネーション機能

4. 熊本地震での多様な避難形態

- ① ビニールハウス
- ② 納屋
- ③ 駐車場
- ④ 被災した宅地内

5. 避難所より車中泊を選択した理由

- ① 余震への不安、建物が怖い
- ② 避難所は満員。プライバシーがない。
- ③ 家族の要配慮者がいるので気を遣う
- ④ ペットがいるので迷惑がかかる

6. 車中泊の特徴

- ① エコノミー症候群の発症
- ② 実態がつかめない
- ③ 食料・情報が届かない

7. トイレの環境整備に取り組む

*トイレをきれいにするわけ、トイレと命の関係。

- ① トイレが汚い、使いにくい
- ② トイレを我慢、飲食を控える
- ③ 免疫力の低下、脳卒中、心臓病、脱水症、膀胱炎、便秘、感染の拡大
- ④ 悪化すれば死に至るケースも

*汚物処理のルールを決める。

*手荒い環境を整える。

*掃除道具を揃える、トイレ責任者、掃除当番を決める。

8. トイレを整備すると得られる効果

- ① トイレに行こうという気になる、気持ちよく排泄できる。
⇒排泄を我慢せず、便秘や膀胱炎などの尿路感染症を予防できる。
- ② 飲食をきちんと摂ることができる。
⇒健康や栄養状態を整えることができる
- ③ トイレに行くために歩く機会が確保できる。
⇒歩く機能を維持することにつながる
- ④ トイレに行く途中で人と出会うことができる。
⇒人と言葉を交わす機会を持つことができ孤立防止になる。
- ⑤ トイレ臭が気にならない。（風向きを気にしなくてもよい）
⇒睡眠や食事が進みやすくなる
- ⑥ 目的や役割が生まれ、人間らしい日常生活が取り戻せる。
⇒「気持ち良いトイレにしよう」という目的や役割を得ることが生活の張りとなり、避難所が明るく元気になる。

9. 避難所、特別な配慮が必要な方の体験

- ① ほかの避難者の視線に耐えられず外で過ごす。
- ② 介助犬、盲導犬は一緒にいられない。
- ③ 車いすで動けるスペースがない。
- ④ エネルギーが余っているこども
- ⑤ 寒さとチリと環境変化、アレルギー食材の混入でぜんそく発作。
- ⑥ コミュニケーションを図れる人に出会えない。
- ⑦ 安心できる衛生的な場所がほしい。
- ⑧ 空腹でも皆さんと一緒に水汲みせねば。
- ⑨ 奇声、大声で独り言。
- ⑩ 妄想や幻聴がいっぱい、どうしていいかわからない。

10. 改善のために何をどうすればいいか？

①トイレを整える（洋式便座）…備え付けのトイレにポータブルトイレをつける。

トイレを整える（衛生管理）…汚物の集積所を決めておく。

トイレを整える（衛生管理）…手洗い場、ペーパータオル、ごみ箱を設置

トイレまでの動線…行きづらさを解消。スリッパの履き替え。

②寝床を整える

- ・ビールケース6個のベッド

- ・椅子を利用したベッド

- ・段ボールベッド

③ 整理整頓

- ・支援物資の仕分けと保管。

- ・避難している人の力を借りる。

④ 食事の改善

- ・簡易調理場の開放・・・味噌汁づくり、お茶

⑤ 生活の場を整える

- ・食べる場所、寝る場所をわける。（同じ場所だと生活のリズムがくずれる）

- ・みんなで集まれる場所があると、やれることもある。（運動、レクリエーション）

- ・通路・居住空間の区割り

11. 特別な配慮の必要な人へのスペース＝福祉避難スペース・福祉避難所

①福祉避難スペース（24時間）

②感染症患者スペース（24時間～落ち着くまで）

③感染症予備軍スペース（24時間～落ち着くまで）

⑥ 乳幼児スペース（24時間または一時的）

⑦ 小学生～高校生の子どもスペース（一時的）

⑧ 多目的スペース（一時的）

⑨ 幼児、小学生の遊び場スペース、妊婦休憩・授乳室、受験生勉強部屋、女性用物干しスペース。

*間仕切り、カーテン、個室、テントなどでスペースを確保、対象者の把握、本人への意見を尊重した選択肢があることが重要。

*「この人が望んでいること、安心できることは何か」をきちんととらえる視点が不可欠。

12. 避難生活で、命と健康と尊厳を守るために最低限な生活環境の条件

①トイレが整っている

- ②寝床が整っている
- ③食事が整っている
- ④自分でできることは自分でやれる環境がある。（掃除、洗濯、調理、移動）
- ⑥ 暮らしの感覚を失わない。

1 3. それぞれの課題

①医療・看護・福祉・保健の専門職

⇒専門分野以外の生活ニーズには手を出しにくい。

②NPO, ボランティア

⇒専門職と情報を共有する場がない、信頼の後ろだてがない。

③行政

⇒被災地域の保健師に負担増、コーディネーターの不在、先を見通した支援展開が難しい。

④地域

⇒すべきこと、優先順位が具体的にわからない行政頼り、役員など特定の人に負担増大、道具が足りない。

<まとめ>

現場で必要なこと、必要になった時にすぐに応用できる情報をしっかり学ぶことができました。災害対応の訓練も、このような現場に学ぶことを中心に、地域の資源、あるものを知り、自分の地域での応用を検討することをするとよいのではないかと思います。

以上