

第8章 愛知県の取り組みの特徴と課題

第1節 愛知県と埼玉県における広域避難者支援の比較から

第2節 継続支援の先にみえる課題（災害看護）

本章は、愛知県における広域避難者支援について、その特徴と今後への課題を提示する。埼玉県における広域避難者支援と比較することによって、両県の共通点と各々の特徴が示されている。「継続支援の先にみえる課題」は、支援に関わった在宅保健師へのインタビューによるもので、支援者支援の重要性にもふれている。

第8章 第1節 愛知県と埼玉県における広域避難者支援の比較から

執筆者・文責：原田 峻（金城学院大学人間科学部講師）

1. はじめに

東日本大震災と福島原発事故により全国へと長期・広域にわたる避難が発生し、避難元のコミュニティと受け入れ先のコミュニティの狭間で「帰りたいけど帰れない」人びとをいかに支えるのかという課題が、各地で浮上することになった。これらの広域避難者に対して、北海道から沖縄まで全都道府県にわたって避難者を支援する団体が立ち上がり、各地の行政と民間による支援の取り組みが喚起された⁸⁸。ただし、長期・広域の避難においては、従来の復興支援と異なり避難者の生活再建の見通しが立ちにくいだけでなく、避難者の生活再建とコミュニティの復興が必ずしも連動しておらず、避難者のニーズも極めて複雑化・多様化している。そのため各地の支援者は、どのような支援をどのように実施するか、試行錯誤を繰り返

してきた。

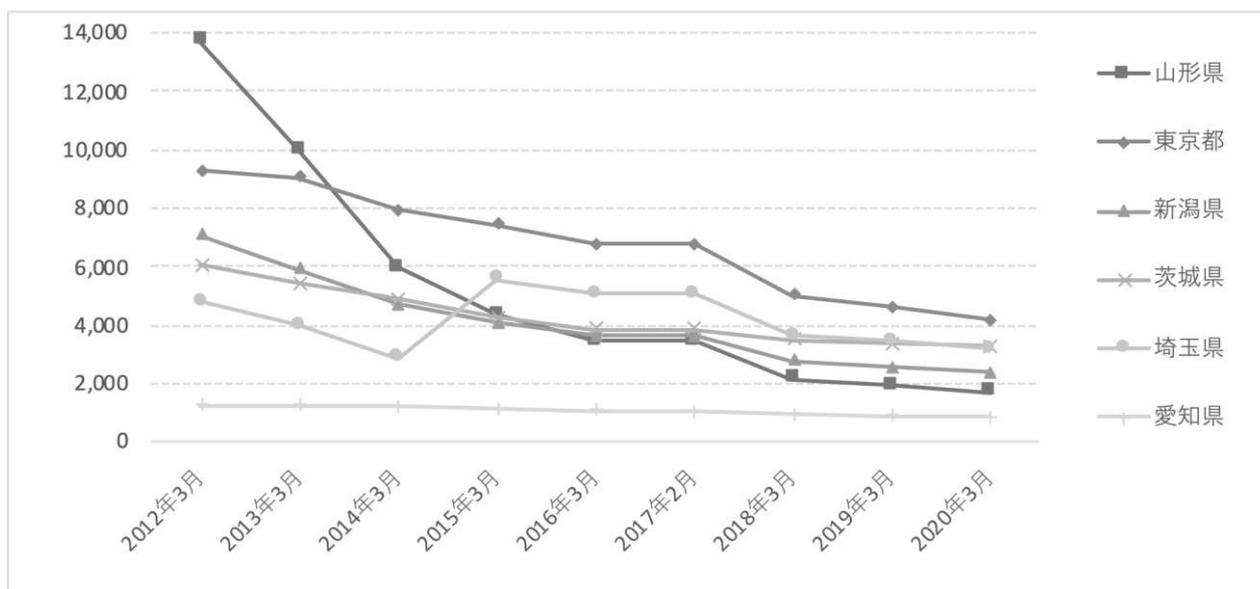
筆者は2011年3月以来、埼玉県における広域避難者支援に研究・実践として関わってきた⁸⁹。他方で2018-2020年度に金城学院大学に勤務したご縁で、愛知県被災者支援センターの活動にも時折参加させていただいた。本論では埼玉県との比較を通して見えた、愛知県の避難者支援の特徴を紹介したい。

2. 避難者の人数・構成比の比較

愛知県と埼玉県の避難者支援を比較する前に、その前提となる、2県における避難者の人数・構成比を確認しておきたい。

まず図1は、避難者数の多い5都県および愛知県における、避難者数の推移を示したものである。

図1 5都県および愛知県における避難者数の推移



出典：復興庁ホームページ「全国の避難者の数（所在都道府県別・所在施設別の数）」
(<http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat2/sub-cat2-1/hinanshasuu.html>)

掲載データより筆者作成

⁸⁸ 2015年時点における各都道府県の支援の概要は、関西学院大学災害復興制度研究所ほか編（2015）を参照。

⁸⁹ 2018年までの埼玉県における避難者支援の変遷は、西城戸・原田（2019）を参照。

避難者数は、東北3県との交通の便などを背景に首都圏と山形県・新潟県が多く、これらの都県では震災直後に6千~1万人、あるいは1万人以上の避難者を抱えていた⁹⁰。他方で被災3県への帰還・移住などもあり、避難者数は時間の経過とともに減少していった。これらの都県では、避難者の人数規模と流動性により、全域で網羅的・継続的な支援を実施する難しさがあったといえる。

これに対して愛知県では、約1,200人の避難者を受け入れたところから始まり、その後も避難者数は微減であった。この人数規模と安定性が、愛知県の網羅的・継続的な支援を可能にした要因の1つとして考えられる。

続いて、各地の避難者の構成比は、被災3県からの距離・交通網や、首都圏からの避難者の受入態勢などによって、都道府県ごとに異なる傾向を持っている。例えば2015年時点の福島県からの避難者の割合は、山形県・新潟県では9割以上、茨城県や東京都では8割程度、北海道や沖縄県では6~7割程度で、岡山県では福島県内外の避難者の割合が逆転していた（関西学院大学災害復興制度研究所ほか編2015）。

その中で埼玉県では、筆者らが2013年3月に県内市町村に調査した結果によると、岩手県2.9%、宮城県8.1%、福島県88.2%、その他0.9%であった（『福玉便り2013春の号外』）。埼玉県では福島県、とりわけ避難指示区域からの避難者が多く、福島県庁や避難指示区域の各町役場と連携した支援が実施された反面、岩手県・宮城県からの避難者への支援が課題となってきた。

これに対して、2012年4月時点の愛知県の避難者の構成比は、岩手県6.7%、宮城県19.6%、福島県64.8%、その他8.9%であった（本報告書22ページ）。愛知県では他県と比べて比較的偏りのない構成比によって、福島県からの避難者だけでなく、岩手県・宮城県からの避難者に特化した交流会なども実施できたと考えられる。

以上の前提を踏まえつつ、愛知県と埼玉県の避難者支援を比較していきたい。

3. 愛知県と埼玉県における支援の共通点

愛知県と埼玉県の避難者支援を比較してまず気付かされるのが、両県における支援の共通点である。

本報告書で詳細に述べられているように、愛知県では愛知県被災者支援センターが愛知県庁・各市町村や様々な団体・専門家と連携しながら、個別相談と法的支援・心の支援・医療的支援、交流会開催、情報誌『あおぞら』の発行、などを実施してきた。

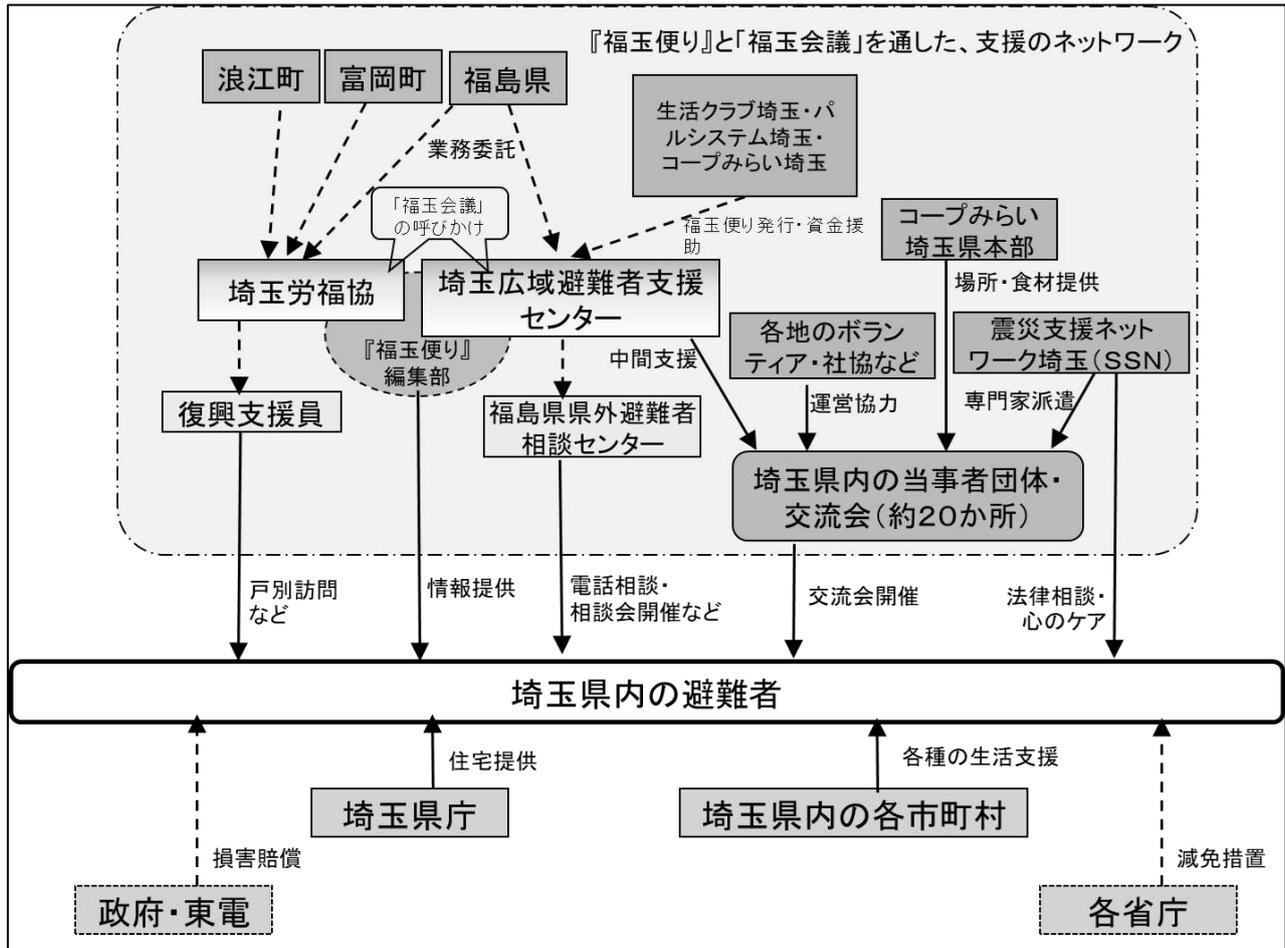
同じように埼玉県でも、埼玉県労働者福祉協議会、震災支援ネットワーク埼玉、『福玉便り』編集部（のちにNPO法人埼玉広域避難者支援センターに移行）を中心に、行政や各種団体・専門家と連携しながら、個別相談・支援、交流会、情報誌『福玉便り』の発行、などを実施してきた（図2）。交流会は孤立を防ぐ大事な機会となるが、交流会に参加できない人もいれば、交流会で打ち明けられない話題などもある。その際に、支援団体・専門家による訪問や相談が、個々の悩みを解決する手立てとなる。さらに情報誌が届くことによって避難者同士の近況や思いを共有したり、交流会や支援団体の情報を手に入れたりすることができる。こうした支援を重層的に実施しながら、多様な背景・立場の避難者に対して、まずはその選択を肯定しつつ、なるべく間口の広い支援を実施することが目指されてきた（西城戸・原田2019）。これらは愛知県の支援と共通する点が多々ある。

愛知県・埼玉県に限らず全国の支援団体は、東日本大震災支援全国ネットワーク（JCN）のミーティング等を通じて情報交換もおこなってきたが、他県の情報を得る前に各県の支援の土台は既に行きあがっていたことは興味深い。各地における支援の試行錯誤と積み重ねが、結果的に類似した支援のスタイルに到達したと解釈できるのではないか。これらは、今後の災害支援などにも継承していける重要な実践知であるように思う。

存在していた。その経緯は後述する。

⁹⁰ 復興庁調査の埼玉県の避難者数は図1の通りだが、『福玉便り』編集部調査では2013年時点で約7,000人の避難者が

図2 埼玉県における避難者支援のガバナンス（2017年4月～）



出典：西城戸・原田（2019）、214ページを改編

4. 愛知県と埼玉県における支援の相違点

他方で、愛知県と埼玉県の避難者支援に相違点も存在する。埼玉県との比較を通して筆者が気付いた愛知県の特徴として、以下3点を指摘しておきたい。

1 点目は、震災直後に公設民営の愛知県被災者支援センターが設置されたことと、それによって可能になった「愛知県受入被災者登録制度」の活用である。埼玉県では震災直後、県庁がさいたまスーパーアリーナ・旧県立騎西高校の避難所開設などに尽力したものの、避難者支援に特化した部署や公設民営のセンターは設置されず、支援の官民連携は不十分なままであった。支援団体を再編してNPO法人埼玉広域避難者支援センターを立ち上げて、埼玉県庁と県営住宅の避難者優先入居な

どの連携が取れるようになったのは、2016年のことである。

加えて埼玉県では、避難者の登録制度が実施されなかったため、埼玉県内のすべての避難者を把握する名簿が存在していない。それによる「個人情報壁」は大きく、民間団体では、復興支援員事業等で福島県・各町から提供される名簿を事業の範囲内で利用したり、避難先市町村に『福玉便り』の発送を依頼したり、『福玉便り』に読者登録をしてもらったりしながら、避難者を把握するしかなかった。また、名簿の不在に付随した問題として、埼玉県庁が避難者数として県と一部市町村の借り上げ住宅の入居者のみを集計し、この数字が復興庁に報告されていたため、避難者数が過少に把握されていた⁹¹。

こうしたセンターの設置や避難者名簿の整備は、

⁹¹ 2013年1月・2014年1月の『福玉便り』調査および2014年7月の毎日新聞報道により、埼玉県は2014年7月に集計

方法を改め、それ以降は『福玉便り』調査と埼玉県・復興庁発表の避難者数は一致することになった。

官民連携の支援の基盤となるものであるが、時間が経てば経つほど実施が難しくなる。初動でいち早くこれらを実施した愛知県の取り組みは大きく評価できるだろう。

2点目は、全県的な支援のネットワークと、個別の支援を検討する「パーソナルサポート支援チーム会議（PS 会議）」が、同じ愛知県被災者支援センターによって実施されてきたことである。埼玉県でも、埼玉県労働者福祉協議会と『福玉便り』編集部を中心とする「福玉会議」によって県内の支援団体・当事者のネットワークを形成しつつ、反貧困ネットワーク埼玉を母体とする震災支援ネットワーク埼玉が避難者の個別相談に対応してきた⁹²。ただし、震災直後には7千人以上の避難者が存在していたこともあり、県内の支援の連絡調整と個々のケース検討を同じ場所で議論するには困難があった。対して愛知県では、約1,200人という避難者数がおそらく適正規模であったのと、愛知県被災者支援センターが当初の事業計画に盛り込まれてなかった PS 会議を迅速に立ち上げたことにより、両者を一体的に実施してきた。マクロ・メゾレベルのネットワークの構築と、ミクロレベルのケース検討は、支援において表裏一体のものであり、これらを接続できたことの意義は大きいように思う。

3点目は、多文化支援である。筆者も埼玉県で、主に日本人配偶者を持った外国にルーツのある避難者の方々と接する機会が何度かあったが、外国ルーツの避難者に特化した支援は実施されてこなかった。従前からの多文化共生の蓄積と、多文化ソーシャルワーカーとの連携のもと、外国にルーツをもつ避難者に支援を提供してきたことも、愛知県の特徴の1つとして挙げられるだろう。

これらはいずれも、埼玉県と異なる愛知県の避難者支援の特徴である。なお、愛知県と異なる埼玉県の避難者支援の特徴としては、福島県・浪江町・双葉町・大熊町・富岡町の復興支援員事務所が揃って設置されたことや、県内に最大時で20団体ほどの当事者団体が結成されたこと、などが挙げられる。詳細は西城戸・原田（2019）をご参照いただきたい。

5. 10年を迎えた避難者支援の今後の課題

最後に、10年を迎えた避難者支援の課題についても触れておきたい。

埼玉県では、時間の経過とともに避難者の「立場やニーズの分散」がますます拡大し、「まだ、避難直後から変わっていない」人もいれば、すでに新たな生活をスタートさせ、「もう避難者とは呼ばれたくない」という人もいる。他方で今後の生活再建のあり方は、各個人・世帯の選択と責任に帰せられている現状がある。加えて、受け入れ自治体による避難者対応の縮小や、支援団体における疲労と資金不足も見えるようになってきた。

その上に起きたのが今般のコロナ禍であり、雇用や経済状況への影響、交流機会・訪問機会の減少、ステイホームによる心身のストレス、などが懸念される。避難者以外の一般住民も同じ状況だが、避難者の場合は故郷以外の土地で今なお「待避」の状況の上に、これらの問題が起きていることに再度注意する必要があるだろう。

そして最大の課題は、避難者支援をいつまで続けて、いつどのように終わるのか、という点である。

愛知県でも、こうした課題が共有されていると思われる。各県の特徴を踏まえながら、今後の避難者支援に向けて、引き続き情報交換させていただければ幸いである。

文献

関西学院大学災害復興制度研究所・東日本大震災支援全国ネットワーク・福島子どもたちを守る法律家ネットワーク編、2015、『原発避難白書』人文書院。

西城戸誠・原田峻、2019、『避難と支援——埼玉県における広域避難者支援のローカルガバナンス』

⁹² NPO 法人埼玉広域避難者支援センターの設立後、同法人が2017年に福島県の生活再建拠点事業を受託して、ようやく

ネットワークとケース検討を同じ団体で議論できることになった。

第8章 第2節 継続支援の先にみえる課題（災害看護）

執筆者・文責：河村 諒（日本赤十字豊田看護大学看護学部助教）

はじめに

2011年3月11日、発災した東日本大震災（以下、震災）による広域避難者数は、現在、減少傾向に転じているが、未だ約42,000人（全国932市区町村）に上っている¹⁾。2013年6月の災害対策基本法の一部改正により、災害時における高齢者、障害者、乳幼児等は、要配慮者と位置づけられ、健康問題や生活困難への対策や避難行動要支援者名簿の作成などが義務付けられることが規定された²⁾。今回、被災地域から愛知県に避難された高齢被災者に継続支援に携わってきた看護職者が直面している困難についてインタビュー調査で得られた語りの一部を紹介しながら、今後の継続支援の在り方について考察した。

（1）高齢被災者が生活力量を形成していく過程

高齢被災者は、被災による特異な喪失体験を経て被災後の生活に折り合いをつけ、生活力量（震災による被災とその後の生活を受け止め、多様な力を統合させながら生活を営むこと）を形成していた。被災後、生き抜くうえで生命を脅かす危険がなく衣食住の保証、他者と情緒的な繋がり、家族と行動を共にすることで安心感を形成していた。また、長期避難という問題的側面だけではなく、“故郷に帰りたいけど帰れない”という葛藤を常に抱きながらも、広域避難先で家族・被災者・地域住民らと親密な関係性の継続と社会的役割を見出すことで「今」の生活をコントロールしている。これらの生活力量は、被災による生活をする場所や環境、状況、条件が変化し、新たな地域で人との繋がりを築いていかざるを得ない状況に置かれた場合に形成していた³⁾。

（2）広域避難した高齢被災者に関わる看護職者の困難

災害時における看護職者の活動の実態や活動報告は多数存在するが、本震災の場合は、これまで

に類をみない程の広域避難者が現れ復興が長期に及んでいる。見通しが立て辛く、日常生活の課題も複雑化すると同時に継続的に関わる看護職者も生活支援に関する困難が生じている実態があることから、先ずその困難について明らかにした。結果、4名（全て女性であり、広域避難後から調査日までの継続的な関わり期間の平均は6.2年（5.5年～6.5年）である）の研究協力が得られた。なお、研究協力者4名は在宅保健師会「あいち」に所属し、これまで広域避難者の世帯訪問や定期的開催される健康相談会等に参加している。愛知県に広域避難した高齢被災者と関わる看護職者の生活支援に関する困難として、5カテゴリー、15サブカテゴリーに整理された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは『 』、語りは「 」、補足説明は（ ）、高齢被災者の語りは“ ”を用いる。研究協力者の語りは、これまで継続的な支援に携わってきたが故の内容であり、全て事実に基づいている。本章では、語りの内容をありのまま紹介するが、一部の表現において、広域避難者が今後、市町村担当者に対して不安を抱きかねない。しかし、単に当時対応した行政職員を批判するというものではなく、研究協力者が当該の自治体に引き継ぐ際の困難事例を紹介したものであり、今後の継続支援の在り方を検討することや、これまで以上の関係機関との強固な協働体制を築いていくための課題でもあることを念頭に読み進めてもらいたい。

1)【初期の関係性のため具体的な支援がみえない難しさ】

広域避難した高齢被災者と信頼関係を構築する初期段階では「遠慮もあり、なかなか自分のことを話さないの、本音を聞きだすまでにかかなりの時間を要する」「最初の頃は、仲の良くなった配達の人にだけ…徐々に“放射線や持病が心配だ”とか…ポロポロッと少しずつ言葉を発するようになった」のように『関係性の形成までに時間を要する』経験があった。同時に「繰り返し関わっても1回2回だけじゃあね…“また僕を説得させに来

たのか!”と話された」「“越した先にちゃんと支援してくれるのか!”と強く言われた」といった『感情的な訴えに苦慮する』経験があり、これらは継続的に関わっている看護職者に共通していた。

2)【精神的ケアの難しさ】

高齢被災者の『体験に寄り添うことしかできない』では、「向こうに帰らない、帰れないという意志を持っている方、チャンスがあれば帰りたいと思っている方、息子・孫達の故郷を無くして辛いという思いを毎回感じている方もお話を聞くだけしかできない」などの経験があった。高齢被災者との関係性が形成されると『死に関連する話を打ち明けられる』経験がみられた。具体的に「向こうに帰っても知っている人は亡くなったし、帰っても仕方がないから…もうこっちで死のうかなと言われた」「これまで長い間、関わってきた方でも“年だからもう死にたい”“(パートナーが亡くなり)もう生きる希望がなくなった”“生きている価値がないから早くね…”などと言われて困った」という語りがあり、危機的な局面に対峙していた。

3)【家族生活の見通しが立たないが故の難しさ】

継続的に関わってきた看護職者は「地域と全然繋がりをもたない人だったので“時々電話しても大丈夫?”とこちらから約束したりね、こればかりはマニュアルなんかはないんです」「親や子どもという感覚で見守っていかないと、その先が不安になる」のように『家族のような付き合いがある』経験をしていた。また、「家族のそれぞれの思いを聞くが、価値観が異なるので、どういう風に擦り合わせていくと良いのかわからない」「息子さんの転勤があるので、また移動しないといけない…転勤すれば、ついて行くしかないのかな…最終的にご家族が決めることだから、口出しはできない」のように容易には『同居家族と折り合いをつけられない』事例にも直面していた。さらに、「震災前は港町の水産加工工場で勤めていたが津波で工場も家も流されたので、戸惑いながら姉のいる愛知県に来ました…でも、仕事合わず、姉が辞めさせて…なかなか調整することが難しいです」「家族って、良くも悪くもシステムで、本人さんの思いもある」「ファミリーケアは関わる人間の役割を変えないと、本音は語らないので難しい」のように

『家族役割の調整が難しい』ことを経験していた。

4)【保健医療福祉サービスの継続支援の難しさ】

継続的な支援となるように「お茶っ子サロンに誘ったけど、やっぱり足が悪いから“来てもらわないといけない”ので…」「高齢のご夫婦で“移動手段がないので受診にも行けない、交通量が多いから道路を横切るのが怖い”と話されると、適切な病院を紹介したくても紹介することが難しい」のように広域避難者を対象とする集会や身体症状に応じた医療機関の連携先はあるが『移動手段がない』などの物理的困難や、「自主避難した高齢者は貯金や年金でギリギリの生活し、帰省後に住む家がない方もおり、経済的な問題を扱うことが難しい」「こちらでも家賃補助がなくなると、ガラッと生活を落とすことになり…お風呂もないようなアパート生活なので、生活費も僅かなので…」のように『経済的な問題についての触れにくさ』を経験していた。また、「県(防災担当)が情報を一括管理していると、社協や我々のような下部の実働部隊にこそ連絡が来なければ何もできない」「せっかくだくさん関わって連携してきても、今までの情報が上手に伝わっていないことがある」のように同じ支援者でも『支援の連携がとれない』ことを実感していた。その反面、「この区役所の担当者には話していない内容のはずが“なんでその情報を知っているの?”という場面に出くわした」「信頼のおける支援者のみに心を開いている…必要であるはずの情報が関係機関に伝わりきらず、個人情報保護法のみが先立っている」のように『個人情報の取り扱いを懸念する』困難もあり、情報共有の在り方が浮き彫りとなっていた。さらに、「広域避難後、気力や意欲もなく、倦怠感が増すなど、会う度に悪い方に…このままご家族との繋がりがサポートが受けられない方は放っておけない」「たとえ高血圧や心疾患など有していても、ご本人さんはその時その時で一生懸命なので、そこまで見通せず、受診するようお話しても軽くとられちゃう」などから『ハイリスク者の適切な支援に結びつかない』ことにも直面していた。

5)【関連機関と協働することの難しさ】

関連機関と協働していく困難としては「介護保険に関する手続きは、ケアマネに頼めばやってく

れるって伝えたが、私に直接電話が掛って“来てくれ”って…」「知り得た情報をその人が生活する市町の保健師に直接繋げたいが、上手く連携できなかった」のように『引継ぎが円滑に進まない』困難を経験していた。また、「最初から保健師が関わっている地域では、“大変な苦労をされた1人の住民として関わっていく”と捉える市町もあれば…”他にもやる仕事があるので、そこまでは関われない”って言い切る市町もある」「防災(市町村)の人に現状を伝えても、支援は必要だと感じていないので次に繋がらないことがもどかしい」

「避難後の歴史はまだ浅いんです“6年も経っているのだから、被災者だからって別に特別扱いなんかする必要はあるのか!”と言われる」などの語りから『行政担当者との生活支援の温度差』を実感していた。さらに、「一緒に同行する若い職員や相談員は、災害に遭われた方は全て親族が亡くなったり、住居の喪失した方のように捉え、共感より前に同情ばかりが先にきてしまう」「経済的な不安を訴えられる方との面談で、“今、預金はいくらあるんですか?年金は年間どれぐらいもらってて…”というような問い返しをする場面の後、若い職員は“何でそんな細かいことまで聞くんですか?”って言われた」経験から同じ職種でも『若手職員の経験の未熟さ』を実感する語りがかかれた。

(3) 今後の継続支援の在り方

1) 災害医療サイクルからみた生活支援上の困難

広域避難した高齢被災者と継続的に関わる看護職者の生活支援に関する困難について災害医療サイクル⁴⁾を基に、震災後から急性期(震災直後～3週間)、慢性期(2～3か月)、復旧復興期(2～3年～)、静穏・準備期(3年～現在～)の4期に分類した結果、看護職者個人の力量による困難と、多施設・他同職種間の相互理解や協働・連携に関する環境調整困難の2つに分けられた(図1)。慢性期では【初期の関係性のため具体的な支援がみえない困難さ】を体験しており、徐々に高齢被災者と関係性が築かれる復旧復興期から静穏・準備期にかけて【精神的ケアの難しさ】を実感していた。そして、静穏・準備期では【家族生活の見通しが立たないが故の難しさ】がみられた。この領

域のカテゴリーは、経年的な変化があり、研究参加者との継続的かつ親和性のある関係が維持できているが故の結果であったと考えられ、看護職者個人の力量困難であった。次に、慢性期から復旧復興期にかけて【保健医療福祉サービスの継続支援の難しさ】を体験しており、復旧復興期から静穏・準備期にかけては【関連機関と協働することの難しさ】が示された。この領域のカテゴリーでは、経年と共に、既に居住していた住民と同様に存在そのものが同一化しており、多施設・他同職種間の相互理解や協働・連携に関する環境調整困難であると考えられた。

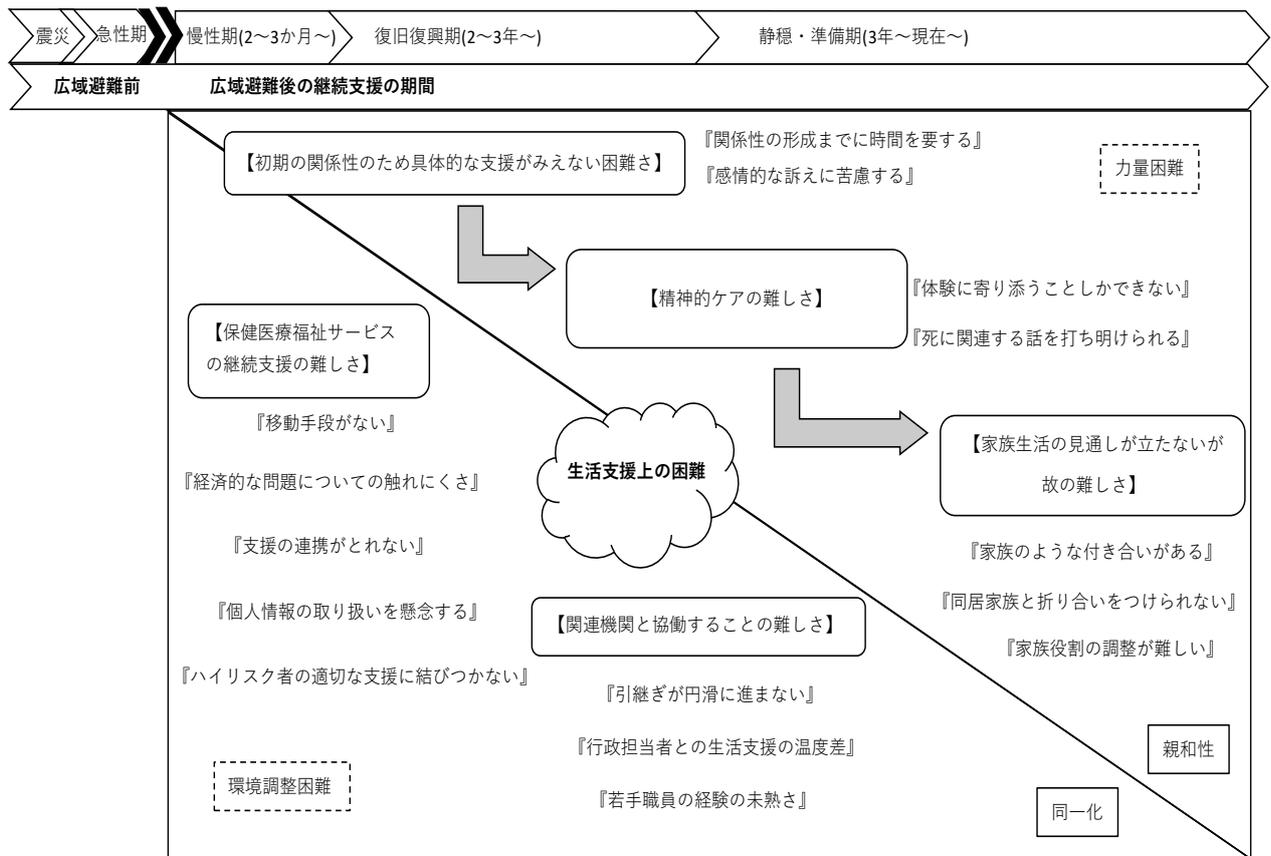
2) 継続的に関わらないと見えない困難

災害初期は様々な情報が錯綜しているため多くの被災者が、身の安全や今後のことに関して強い不安を抱いている⁶⁾。高齢被災者と不慣れな土地で受援過程を築いていくなかで『関係性の形成までに時間を要する』ことは容易に推測できる。同時に『感情的な訴えに苦慮する』という共通の体験があった。語りからも関係性を形成していく過程には高齢被災者との信頼関係を築き、複数回の関わりが現在に至るような、親和性のある関係となったと考えられた。現在もなお広域避難状態の者、生活者としての意思決定権が高齢被災者にはない者も存在している。このあり様からも、看護職者は【初期の関係性のため具体的な支援がみえない難しさ】を経験していたことは語りの結果であった。また、看護職者は『体験に寄り添うことしかできない』というもどかしさから、継続的な関わりを積み重ねることで『死に関連する話を打ち明けられる』体験がみられた。この危機的な局面に【精神的ケアの難しさ】に直面していた。高齢被災者個々の性格、生活歴、被災状況などによって心理的影響は様々であり、支援の方法や配慮すべき点多用で幅広い⁷⁾ことから、関係性が十分ではない看護職者にとっては、個々への影響を十分に配慮しなければならず【精神的ケアの難しさ】となった。また、継続的に関わってはいるが、1回の対応時間が短い場合もあることや一過点であり、具体的な支援が導き出せないことも影響していたと考える。災害後の心のケアは長期に及ぶ。有効な災害健康ニーズ支援のためには、安心を与え、孤立化を防止することが必要である⁸⁾こ

とからも、継続的な関わりは支援に欠かせない。さらに、個人で避難してきた高齢被災者は集団避難と異なり孤立化し易い傾向もあり、他地域住民への支援において、この安心感(継続的な関わり)

を与えることは重要である。今後、次なる避難先へ転居・広域避難していく場合は孤立や不安の増幅を見込み、通過点であるからこそ継続的な支援の在り方を考えなければならない。

図1 広域避難した高齢被災者と継続的に関わる看護職者の生活支援上の困難の構造⁵⁾



3) 次に繋いでいくための支援の連携

個々の被災状況や精神状況を把握し専門職と連携しながら支援し、専門職をコーディネートする者に繋ぐことは重要となる。独居高齢者の支援者連携において病院等単独施設の中の連携と違い、複数の他施設との連携が多く、保健医療福祉等様々な職種が支援者である場合が多いため連携が難しい現実がある⁹⁾。また、医療職以外の支援者は処方の確認や服薬介助は可能でも疾患を踏まえた状態の観察、疾患と薬理作用を理解して援助することは困難であるのも教育を受けていないため

要求はできない¹⁰⁾。これらの多職種間の支援者連携に関する先行研究からも、専門職の教育的背景や職業観から対象理解の方法や支援の考え方に、差異が生じた結果といえ『支援の連携がとれない』事象となり『個人情報の取り扱いを懸念する』ような実態はまさに、お互いが分かり合うことの困難であり、今回の結果を裏付けていた。さらに、語りのなかには、医療専門職のみならず防災担当者、社会福祉協議会、ボランティアスタッフ、民生委員などの多職種も含まれていたことから、相互理解の困難さがあった。支援者同士の連携のな

かで其々の機能を果たすためには、対象理解に加えて他の支援者の教育的背景、職業観等の理解が必須であることが示唆された。

広域避難した高齢被災者への支援のなかで担当者への『引継ぎが円滑に進まない』ことや『行政の担当者との生活支援の温度差』があった。さらに同職種である『若手職員の経験の未熟さ』などから【関連機関と協働することの難しさ】を経験していた。保健師と看護師が連携し、切れ目のない援助を提供することが重要である¹¹⁾ことから、他地域からの住民、特に高齢被災者を受け入れの場合は、居住予定地区の市町村保健師のみでの活動に限界があり、通常の災害保健活動よりも連携の必要性は高く、これまでの生活が断絶することは多くの不安を抱えることを想定し、保健医療福祉部門以外の機関との協働も必要となる。しかし、語りの内容から行政の一部の担当者の認識は震災後6年が経過した状況は被災者ではないという見解が見受けられたという結果からも双方が広域避難者の定義について改めて認識し直す機会は見られなかったのではないかと考えられる。震災後の継続的な生活支援は初めて経験する事象であるため、まずは支援者側同士で次の支援先へ繋いでいく方略について議論していく必要性が示唆された。

4) 継続支援の先に見える課題

これまで継続的に関わってきた看護職者は、現在も『家族のような付き合いがある』。これは、高齢被災者に対する支援を考えるうえで、次の関連機関に繋ぐことのみを目的にしたとするならばこのような語りは通常は少ないと考える。本研究では、野菜や餅のお裾分けなど高齢被災者と支援者側には親和性が示されていた。被災後約30%の被災者が親しみのある近所付き合いや相談者がいない¹²⁾ことが明らかにされている。また、対人関係においては、性・年齢・出身地の属性が転居先でコミュニケーションを阻害する要因となる¹³⁾ことや、転居は住み慣れた地域を離れ新たな地域で生活の再編というストレスフルな出来事¹⁴⁾であると理解されている。しかし、これまで継続的に関わってきた看護職者だからこそ、実の家族の様なやりとりがあり、業務時間外での対応も厭わなかった結果、高齢被災者との信頼を形成し、安心に繋がっていた。さらに、家族の思いや価値観を尊重

することで『同居家族と折り合いをつけられない』場面や今後の家族間のバランスや援助の調整を含め、重要な決断を迫られる局面に対峙した看護職者も散見していた。これらは、看護職者が、高齢被災者が主体的に生活できるよう、縁の下の力持ちとして、時には親戚として調整役に徹したことで家族環境を整えていた結果であると考えられた。震災で多くの被災者を受け入れた柏崎市の支援活動では、初期段階から自己管理を促す支援であった¹⁵⁾。単純比較には限界があるが、今後の支援活動を考えていくうえでは重要な視点である。支援においては受け入れの段階だけではなく、今後の移動や希望が経年的に変化することなどから定期的に対面し確認すること、身体・精神上的の機能変化をきたすことを前提に長期滞在となる広域避難生活を見据えて、高齢被災者の自立への支援を早期に始めていくことが重要であると考えられる。現に『引継ぎが円滑に進まない』ことや『行政担当者との生活支援の温度差』から【関連機関と協働することの難しさ】がある。どこまでの支援とするのか、いつまで支援を続けていくべきなのかという暗礁に乗りあげている問いに対して、支援者側自身がゴール設定を困難にしている要因ではないか。2020年には世界中、日本中でCOVID-19が猛威を振るってきた。現下となり、ワクチン接種も開始されてはいるが、全てを終えるまでには長期に及ぶ。つまり、これまでと同様の継続支援では追従できないだろう。今日まで構築してきた関係性を破綻させず、孤立化を防ぐ方略が急務といえる。同時に、高齢被災者の各自の役割を尊重し、生活力量を引き出すような継続的かつ新たな関わりが求められることが示唆された。

参考・引用文献

- 1) 全国の避難者の数（所在都道府県別・所在施設別の数）（復興庁）
https://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat2/sub-cat2-6/20210129_kouhou1.pdf
- 2) 避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針（内閣府）
<http://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/youengosya/h25/pdf/hinansien-honbun.pdf>
- 3) 河村諒, 坪井秀介, 國松秀美, 臼井千津(2018): 東日本大震災後に広域避難した高齢被災者が生活

力量を形成していく過程, 日本災害看護学会誌, (19)3, 17-27

4) 黒田裕子, 酒井明子(2005): 災害看護 人間の生命と生活を守る, メディカ出版

5) 河村諒, 國松秀美, 坪井秀介, 臼井千津(2020) 東日本大震災により広域避難した高齢被災者と継続的に関わる看護職者の生活支援に関する困難 日本災害看護学会誌 vol. 22(2), p38-50

6) 端詰勝敬, 鈴木友理子, 坪井康次(2012): 震災時におけるこころのケア, 心身医学, 52, 365-372

7) 荻野谷真人, 下田和孝(2012): 災害医療メンタルケア, Dokkyou Journal of Medical Sciences 2012, 39(3), 273-277

8) 井伊久美子(2005): 災害時に保健師力を発揮するために, 地域保健, 36(7), 8-13

9) 蒔田寛子(2013): 独居高齢者の療養生活継続支援における支援者連携—訪問看護師の役割に焦点をあてて—, 豊橋創造大学紀要, (17), 9-22

10) 桐原美鈴(2008): 介護職の担う医療行為の解釈と対応について, 知識・技能が身につく実践・高齢者介護第4巻医療と介護の連携・調整, 44-49, ぎょうせい, 東京

11) 國松秀美, 河村諒, 臼井千津(2020): 避難所における保健師との連携の在り方—東日本大震災における看護師の活動から—, 梅花女子大学看護保健学部紀要, (10), 13-21

12) 井伊久美子(2001): 阪神淡路大震災後の長期支援の検討 恒久住宅転居後の震災被災者の健康問題と生活の実態, 兵庫県立看護大学紀要, (8), 87-100

13) 土室修(2003): ケアハウスの転居と利用者の対人関係, 日本赤十字秋田短期大学紀要(7), 7-14

14) 安藤孝敏(1994): 地域老人における転居の影響に関する研究の動向, 老年社会科学 16(1), 59

15) 西内義男(2011): 取材 新潟県中越沖地震の経験を避難所運営に活かして 柏崎市における避難

者への対応, 地域保健, 42(7), 52-57