

『住民と自治』(通巻685号)5月号付録 2020年5月1日発行 自治体研究社

とちぎの地域と自治

とちぎ地域・自治研究所 所報 第208号

〒3210218 壬生町落合 1-15-5 ポラーノ・どんぶり103号 TEL/FAX 0282(83)5060

メール: support@tochigi-jichiken.jp ホームページ: http://tochigi-jichiken.jp

郵便振替 00170-7-251641 とちぎ地域・自治研究所

- 新型コロナが明らかにした不都合な真実 太田 正 ----- 1
- 台風19号被害から栃木県の水害・防災を考える(下) 中村 八郎 ----- 7



STAY HOME



とちぎ地域・自治研究所第19回定期総会

第19回定期総会を下記のとおり開催予定です。新型コロナ感染の状況によっては延期等もありますので、ご承知おきください。

■ と き 6月28日(日)午後1時30分から

■ 内 容

◎ 記念講演「これからの地域交通を考える(仮称)」

◎ 定期総会(2019年度事業報告・決算、2020年度事業計画・予算・役員)

■ ところ 栃木県弁護士会館 4階会議室

新型コロナが明らかにした不都合な真実

～今こそ実現しよう生活権を保障する医療への転換と充実～

太田 正(とちぎ地域・自治研究所理事長)

1 繰り返される「失敗の本質」と棄民

ここに比較的最近(1991年8月)発行されたものでありながら、「古典」的な名著と評される1冊の本があります。その本のタイトルは『失敗の本質』(戸部良一ほか著、中央公論新社)です。この本(研究)の狙

いは、サブタイトル(副題)に「日本軍の組織論的研究」とあるように、第二次世界大戦で旧日本軍が行った主な軍事作戦(ノモンハン事件から沖縄戦までの6つの作戦)を取り上げ、「諸作戦の失敗を、組織として

の日本軍の失敗ととらえ直し、これを現代の組織にとっての教訓、あるいは反面教師として活用すること」(同書)にあるとされています。そして、「将来、危機的状況に迫られた場合、日本軍に集中的に表現された組織原理によって生き残ることができるかどうかは、大いに疑問となる」とし、「日本軍の組織原理を無批判に導入した現代日本の組織一般が、平時的状況のもとでは有効かつ順調に機能しえたとしても、危機が生じたときには、大東亜戦争で日本軍が露呈した組織的欠陥を再び表面化させないという保証はない。」(同書)と断じています。

戦後 75 年を経て、新型コロナウイルスのパンデミック(世界的大流行)という未曾有の危機に直面した安倍政権の対応は、「日本軍が露呈した組織的欠陥」の再現そのものと言わねばならず、国民を奈落の底に突き落とした悲惨な教訓は生かされていません。たとえば、PCR検査が十分に行われず国際的にも日本の感染者数や死亡者数に疑念が向けられるなかで、国民への説明で繰り返されたのは「今が瀬戸際」とか「なんとか持ちこたえている」といった状況認識でした。また、専門家会議を経ることなく突然に一斉休校を宣言したかと思えば科学的な検証もなく一斉休校を解除し、さらには「卒業式は是非やってもらいたい」と呼びかけたあげく、結局は緊急事態宣言で再び休校措置がとられるという二転三転した対応に終始しました。緊急事態宣言も医師会などから早期発令の強い要請がありながら経済的影響を恐れ発令が遅れたほか、諸外国やクルーズ船の実例から学び備えることができる機会が与えられていながら、オリンピック開催や習近平主席訪日への対

応を優先させたことで、肝心の急を要する新型コロナ対策はことごとく後手に回ることになりました。

しかも、「3蜜対策」や「行動変容」と称して、国民の行動や生活に厳しい自粛を求めながら、本来セットで行うべき生活・休業補償は“too little, too late”(少なく遅い)と評されるものでした。そのため国民的批判が高まると、またもや一夜にして方針を転換しようやく一律給付に応じることになりましたが、場当たりの小出し対応に終始した感は否めません。また、「アベノマスク」と揶揄される布製マスク 2 枚に 466 億円(その後 90 億円に修正)もの予算が計上される一方、医療崩壊を食い止めるため感染の危険と戦っている医療現場ではマスクや防護服が圧倒的に不足する、という本末転倒した対応となっています。

このことを如実に示したものが、安倍首相が「世界最大級」と胸を張る緊急経済対策です。たしかに発表された事業規模は 117 兆円にも上りますが、そこには昨年末に決定した経済対策の未執行額のほか企業への融資や納税猶予などが含まれ、俗に「真水」と呼ばれる実際の財政支出は 18 兆円程度しかありません。しかも、新型コロナ終息後の観光振興策である「G o T o キャンペーン」には 1 兆 8482 億円が充てられていますが、緊急に今すぐ必要な新型コロナ対策である「感染拡大防止策と医療提供体制の整備及び治療薬の開発」への配分額は 6695 億円で「G o T o キャンペーン」の 1 / 3 強に過ぎません。

これらは、「作戦目的のあいまいさ」「情勢分析の独善性」「精神主義の誇張」「グラウンド・デザインの欠如と場当たりの対応」

「学習を軽視した硬直的な組織」「指導者の無責任体制」といった旧日本軍が露呈した「失敗の本質」と二重写しになります。しかし、その犠牲となるのは常に兵士や国民であり、兵站（食料や武器等の補給）が確保されないまま餓死や玉砕が繰り返され、満州や沖縄などでは国民を置き去りにし自決に追い込んだように、新型コロナでも

「軽症」として自宅待機を指示された患者が待機中に死亡し、また路上などで倒れ死亡した人から陽性反応が検出されるなどの事例が相次いでいます。今後、懸念される医療崩壊が各地で起き全国化するような事態になれば、それは「不可抗力」というよりも棄民にも等しい「人災」の様相を強めることになるといわねばなりません。

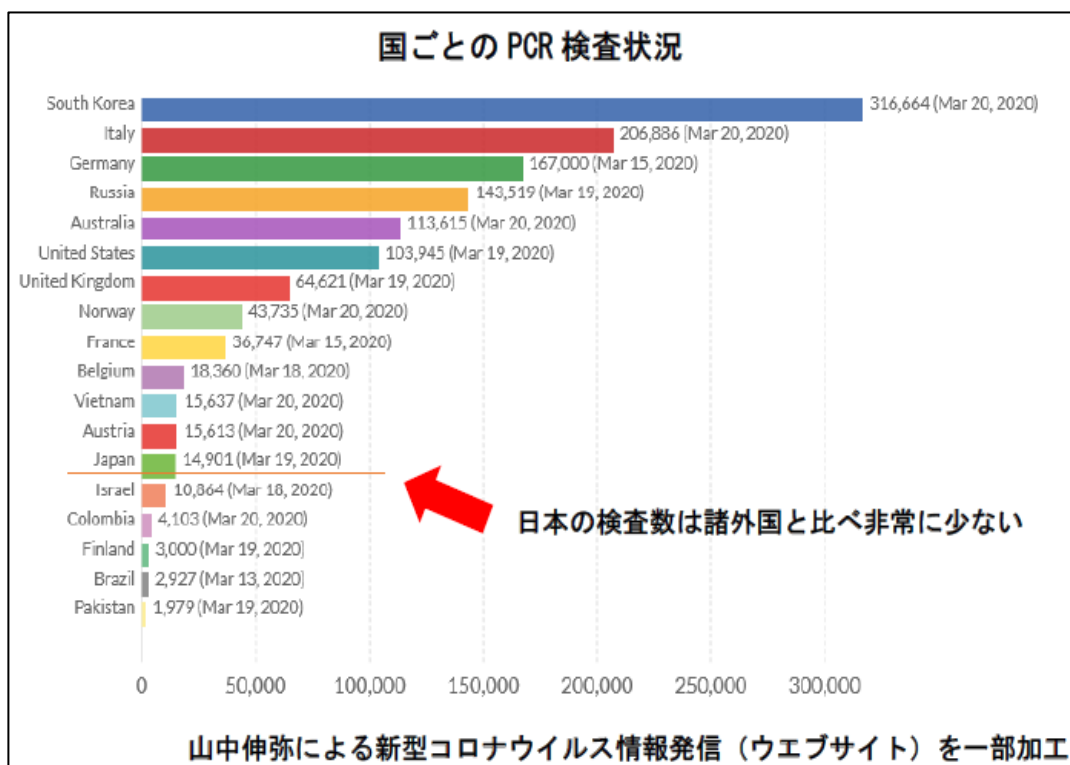
2 新型コロナ対策の実態と危機に瀕する医療体制

新型コロナウイルスの感染者数は、4月26日（日本時間）に全世界で286万8000人となり、その死者数はついに20万人を突破しました（米ジョンズ・ホプキンス大学の集計）。日本では感染者数が1万3031人、死者数は348名です。世界の一部地域では感染のピークを超え収束に向かいつつあるとされますが、第2派、第3派の流行が懸念されるだけでなく、WHO（世界保健機関）は免疫を獲得しても再感染しない保証はないと警告するなど、収束（終息）のめどは立っていません。そもそも新型コロナには未知な部分が多く未だ全容が解明できておらず、有効な治療薬やワクチンが開発されていない現状では、決め手となる有効策は手探り状態にあるとあってよい状況です。しかし、そうした下でも世界各国で実施された対策や経験などの情報に基づいて、WHOは全世界に対し注意や対策を呼びかけています。

そのWHO（テドロス事務局長）が3月17日に発した強いメッセージが、ニュースでも話題となった「テスト、テスト、テスト」という連呼です。その後続く部分を正確に紹介すると、「すべての疑わしきケースに対して検査してください。もし陽性

者が見つければ、隔離して、彼らの症状が出る2日前までに濃厚接触をした人たちを見つけ出し、彼らも検査してください。」（WHOウェブサイト、筆者訳）というものです。しかし、すでに大量検査を実施している国が大勢となっていたこともあり、世界の受け止め方はWHOの初動の遅れも手伝い「今さら何を」というものでした。

ただ、日本では水際作戦とクラスター対策（感染者集団の封じ込め）に集中し、重症（人工呼吸器装着状態）にならない限りはPCR検査を実施してきませんでした。十分とはいえながらも検査能力があるのに検査件数が増えないのは何故なのか不思議でしたが、その理由は連日TV出演している「専門家」のコメント「検査をすると医療崩壊に繋がる」から知ることができます。要は、全ての陽性者を感染症指定病院に受け入れるだけのキャパシティがないので、あえて検査はせず軽症や無症状の感染者を隔離しない（検査しなければ分からないので隔離も治療もできない）という対策をとったのではないかと、という真実が最近になって明らかになってきたのです。政府は、現時点においても実態の公式説明を



していないのでその全容はわからないままですが、恐らく間違いのないところだと思います。

この背景にあるのが、PCR検査やクラスター対策を「医療行為」(治療)ではなく、「疫学調査」(積極的疫学調査)として位置づけたことです。感染者一人ひとりを患者として検査し症状を診断して治療するという発想ではなく、感染の全体像を把握し社会的な感染防止を図る公衆衛生の発想に立っているのです。公衆衛生そのものは社会的に不可欠な重要な分野であり、大きくは医療制度もそこに含まれますが、生身の患者を治療することを目的とするものではありません。水際作戦に失敗し、感染経路不明者が過半を占めつつあるようにクラスター対策も押さえ込みに成功しているとはいえ、軽症・無症状の感染者が増加し市中感染が拡大しています。幅広く公衆衛生の

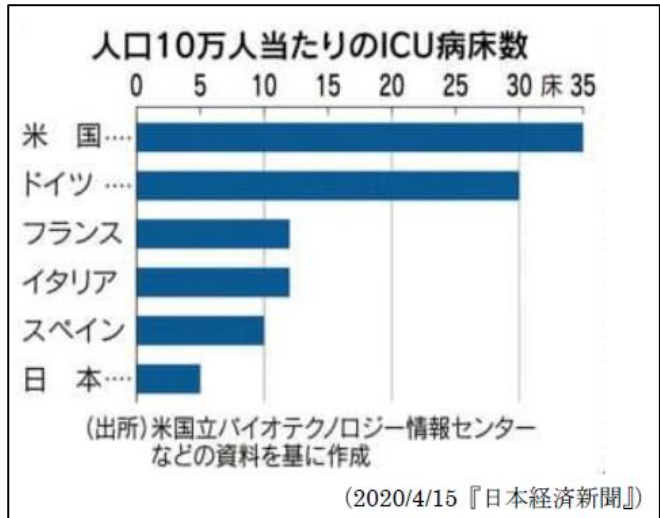
業務を担当しているのは保健所ですが、これまでの行政改革の名の下で、全国の保健所数はピーク時(1960年代)の852箇所から2020年4月現在は469箇所へと人員を含め削減されてきました。病院等の医療機関も同様で、感染症病床は1995年の9974床から2018年には1882床にまで圧縮されてきています。

新型コロナ対策といっても、その最前線を担う保健所と病院が行革や医療費抑制の犠牲になってきたのです。そうした削減された規模や体制を前提にする無理が、異常に少ない検査数や受入困難な病院の実情に反映されています。にもかかわらず、感染症病床の約9割を担っている公立・公的病院に対して、政府は統廃合対象の名指しのリスト(424病院→440病院)を公表しリストラを迫っています。このことに対しては、自治体や医師会からも厳しい批判が上がり、

効率優先の医療体制では感染症のパンデミックといった非常時には対応できないとして、リストラ計画の根拠となっている「地域医療構想」の見直しや中止・撤回を求める声が高まっています。本県でも2つの病院（独立行政法人地域医療推進機構うつのみや病院、独立行政法人国立病院機構宇都宮病院）がリストアップされましたが、うつのみや病院は感染症病床を有する病院であり、宇都宮病院も結核感染症の実績を有しています。

また、新型コロナの特徴として、軽症や無症状であっても病状が一気に悪化する可能性が指摘されており、重症化した場合の救命は集中治療室（ICU）が担うこととなります。しかし、日本は諸外国と比べ人口10万人あたりのICU病床数が少なく、従事する医療スタッフも不足しています。厚労省がまとめた「コロナウイルス感染症ピーク時予測患者数と各種病床数（都道府県別）」によれば、栃木県ではピーク時の発症者数 6566 人、入院患者数

3466 人、重症患者数 116 人とされますが、ICU病床数は74病床にとどまります。これによれば、ピークの重症患者数を受け入れるICU病床は、現時点において用意されていないこととなります。全国で見ても、ピーク時の重症患者数7557人に対して、現にあるICU病床数は5896病床に過ぎず、圧倒的に不足します。ICUだけではなく、新型コロナ感染者の受入による院内感染の発生や救急医療などの診療が大きく制約されるなど、すでに一部では医療崩壊が現実化しているとの指摘もあります。



3 生活権を保障する医療への転換と充実を

これまで見てきたように、医療費削減や行革による地域保健体制と医療体制の縮小再編が、非常時に医療崩壊を招くことが実証されました。防災・減災と同じように非常時の備えは平常時にあります。このことは統計的にも立証されており、各国における直近10年間の「1人当たりの政府医療支出の変化割合とインフルの死亡率の変化との間には、統計学的に有意な強い負の相関

がある」とされ、「支出が多ければ、死亡率は下がる。」との研究成果が発表されました（野口靖子「平時と有事変わらぬ体制を、新型感染症対策の検証」日経新聞3/17）。

さらに、医療崩壊に陥ったイタリアでは、EUの財政ルール（規律）に基いて医療費削減を進めた結果、2012年～2017年において全土で多くの医療機関の閉鎖や医療従事

者の不足を招き、このことが医療崩壊の要因となったとされています。

また、医療従事者からは、「地域医療構想の議論を進めていく際に、ジャストフィット、いわゆる効率化の名の下に、過剰もないが、不足もないというのではなく、少し多めの提供量、いざという時にはすぐ対応できる余力をそれぞれ備えておくべきだ」

（「地域医療構想に関するワーキンググループ」第25回会議3/19、日本医師会副会長中川俊男氏の発言）との見解も示されています。さらには、医療崩壊が起きたニューヨークでは、その背景に不法移民を含む無保険者が3千数百万人もいて、検査も医療も受けられない状況があることが報告されています。残念ながら大統領選からの撤退を表明したバーニー・サンダースは、「検査、入院治療全ての無償化」「政府による医療機器の補充、人員の確保」を訴えていました。

こうした点を踏まえたうえで、ウイルスの脅威は周期的に訪れることを覚悟して、

平常時と非常時を連続させた医療体制を構築するとともに、そのために行政経費と医療費の抑制削減を自己目的とした保健・医療政策を抜本的に見直し、新型コロナ対応を行いながら受け入れる病床を削減するという矛盾した「地域医療構想」については、その見直しを住民参加により具体化していく必要があります。また、PCR検査を医師の判断や国民の希望に基づいて、軽症・無症状も含め幅広く実施する体制を速やかに整備することです。さらに、医療現場へのマスクや防護服などの医療資材を直ちに支給するとともに、感染者の受入や行動自粛による病院経営の危機に対する大胆な財政投入を図り、医療崩壊を回避する必要があります。そして、検査や医療が受けられず感染し重症化することがないように、無料・低額による受診（無低診）を保障する必要があります。それが感染拡大防止にも役立つとともに、国民の生活権に基づく格差や差別のない医療の保障となります。

地域の病院は命の砦

—地域医療をつくる政策と行動—

横山壽一・長友薫輝 編著

定価（本体 1300 円＋税）



国は、全国 424 の公立・公的病院を名指しし、統合再編を含めた病床削減計画の提出を自治体に求めている。そこには、「地域医療構想」の早期実現という政策がある。「地域医療構想」とはなにか、病院再編とどう連動しているか、地域医療を守り発展させるために必要な政策や課題はなにかを考える。

【主な内容】

地域医療を守る（住江憲勇／眞木高之／尾関俊紀）

第Ⅰ部 地域医療をとりまく情勢

社会保障改革と地域医療（横山壽一）

第Ⅱ部 地域医療をつくる政策と運動

1 地域医療構想と地域づくり（長友薫輝）／2 424 病院リストの根拠「診療実績データの分析」のねらいと問題点（塩見 正）

第Ⅲ部 地域医療の現場

1 難病医療の拠点・国立徳島病院を守る（井上 純）／2 広大・多雪・寒冷な北海道の地域医療を守れ（沢野 天）／3 三重県の地域医療構想と公立・公的病院の再編・統合（新家忠文）／4 愛知県の実態から考える大都市圏における地域医療構想の問題点（長尾 実）／5 京都の地域医療構想にかかわる諸課題と地域医療実態調査の取り組み（塩見 正）

資料 厚生労働省が再編統合の検討を求めた公立・公的病院 424 施設

自治体研究社

〒162-8512 東京都新宿区矢来町123 矢来ビル4F
TEL 03-3235-5941 FAX 03-3235-5933

http://www.jichiken.jp/
E-mail info@jichiken.jp

台風 19 号被害から栃木県の水害・防災を考える(下)

中 村 八 郎 (防災まちづくり研究家)

目 次

はじめに

1. 災害対策の基本的な概念と仕組み
2. 水害対策における基本的対策
- 3-1. 避難勧告等の発令のあり方
- 3-2. 地域避難と（要支援者の）避難誘導 以上、前号
4. 避難所環境の課題とあり方 本下、次号
5. 被災者の生活再建支援のあり方
6. 災害初動期対応の課題と生活再建支援の課題

4. 避難所環境の課題とあり方

■ 現状

避難所環境の問題に入ります。これは皆さんご存知のとおり学校体育館などが一般的ですが、大規模災害では避難所生活が数週間、数カ月間も続くわけです。段ボール板などで区切っても上から見たら丸見え、プライバシーの保護になりません。家族単位のテント避難所は体育館などプライバシーが確保される点が違います。キリスト教系の国の避難所は多くがテントタイプです。

わが国では、一般に大空間で集団共同生活、雑魚寝です。畳生活の文化があるのであまり抵抗がないかもしれませんが、四方から視角に晒される状態は非常に大きなストレスになります。新潟中越地震のとき自衛隊のテントが使われましたが、市販のテントと違って遮断性が高く、夜も人影も映らない。これは決定的です。屋外にトイレを作る場合も同様です。

■ 法規定

避難所環境のあり方について災害対策基本法では 86 条の 6 「避難所の生活環境の整備」と 86 条の 7 「避難所以外の被災者への配慮」を規定しています。86 条の 7 は避難所に来られない人たちも同等に対応しなければいけないというものです。避難所に来られない人たちとは、あの環境に行くと体がもたないとか、ダウン症の子がいて周りに迷惑を掛けるのではないとか、アレルギーがあつて食べ物がちょっと無理だとか、行きたくても行けない人が沢山の

るわけです。それは避難所の環境や生活配慮がそういう人たちに対応出来ないからですが、国はそういう人たちにも避難者として対応しましょうと法律では規定していません。しかし、実際には対応できるような避難所になっていません。

まず、災害応急対策の責任者は、避難所の場合は市町村長です。法定受託事務で国から県、県から市町村に委託するという関係になっています。そこでは「遅滞なく、避難所を供与するとともに、当該避難所に

係る必要な安全性及び良好な居住性の確保、当該避難所における食糧、衣料、医薬品その他の生活関連物資の配布及び保健医療サービスの提供その他避難所に滞在する被災者の生活環境の整備に必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」と、抽象的な文章ですが努力義務として規定しています。しかし、これによって避難所環境やサポート体制が良くなったかという、この何十

年間経ってもなかなか改善されていません。それは何をどうしたらいいかわからないということもあるし、災害時だからやむを得ないという考えもあります。もう一つは偏見です。災害の被災者に対してのある種の偏見があつてと思います。そういう問題がいろいろ混じって劣悪な環境が容易に改善されないように思います。しかし、法に沿った環境整備が必要であることは事実です。

■ 避難所の生活環境と支援体制の3課題

現在の避難所には生活環境と避難者支援体制面で3つの大きな課題があると思います。

(1) 事前の避難所施設的环境改善・整備

一つは、避難所施設の物理的環境を改善することです。わが国の避難所はほとんどが学校や公民館などの宛がい施設になっています。とくに避難所として建設したものではありません。住まいを無くし、地域で生活できなくなった住民が生活できる環境にするには、それなりの設備を整えることが必要です。そうした整備をしないまま、避難所として指定している。要するに既存施設を避難所に宛がったままである、という問題です。例えば、座椅子のトイレがないとか、炊き出しをする調理場が無い、バリアフリー化されていない、冷暖房が無い、前述したプライバシーがないなど、問題が沢山あります。避難所・避難生活学会では「避難所TKB」の改善を提唱しています。これはT・トイレとK・キッチンとB・ベットです。これはこれで非常に大事なことです。これはこれで非常に大事なことです。配慮という点でも男女間、年齢層間、心身の特性などへの配慮が不十分であるなど様々な生活上の環境が整備できていません。こうした環境を早急に改善してい

かないと、ご存知のように熊本地震で直接亡くなった方が50人、避難生活中に亡くなった方が200名を超える、というような深刻な状況が無くならないと思います。生活環境の抜本的な改善が極めて重要な課題です。

(2) 避難者へのサポート体制の確保

二つめが、避難者をサポートする体制です。食事は避難所で調理し、栄養バランスと温かいものを提供するというのは当然の支援です。とくに学校のような大きな避難所では必ず医療関係者を配置する、福祉面でも介護有資格者を配置する、また保健衛生、栄養士・調理師、獣医師等の専門家をも配置して避難者が不安なく生活でき、相談できる状態をつくることが必要と思います。避難所といえども、地域社会に近いサポートが得られる状態が重要であり、それには分野ごとの専門的有資格者を配置して、避難者への対応や避難所運営への指導を得る体制が望まれます。そうした中で避難者が安心でき、精神的余裕も生まれて自発的に避難所の運営活動に参加できると思います。お互いに助け合う気持ちは持っていますが、専門的にどうすべきかの指示や心の安心と余裕がない避難所では、自発的な共助

活動は生まれないと思います。

(3) 避難後の生活再建支援体制の確保

三つめは、避難後の生活再建支援体制の確保です。住宅や事業所の関係では建築や不動産等の専門家による支援です。将来、住宅等の建物をどうする、また使えるのかどうか、修復にはどの位かかるのか1人で頭を抱えても分かりません。行政は避難所運

営をしつつ、罹災証明の発行、仮設住宅建設計画づくり、災害復興計画づくりなど復旧復興スケジュールを進めるわけですから、被災者の生活再建についても、できるだけ早く専門家が避難者一人一人の条件に応じて相談できる体制を整備して、支援すべきです。

以上の3課題は、現状の避難所で欠けている問題と言えます。

■ スヒア（基準）とは？

スヒア基準あるいはスヒアプロジェクトは避難者・難民等の生活環境の質に関わる考え方と具体的な提言です。国際NGOのグループと国際赤十字・赤新月運動が提起したもので、国連が推奨し、現在は国祭基準と言える内容です。災害被災者や戦争難民の方々の避難生活を想定していますので、当然、日本の災害被災者の生活環境にも該当します。

日本では避難所環境の現状がそれほど社会問題化していませんが、それはプライバシーとか個人情報とかの問題を理由に、実態が国民の広く知られていないからだと思います。実際には、被災地の避難所で体調を崩したり、亡くなる被災者が少なくない状況があります。それは避難所の生活環境やサポート体制が、被災者の境遇や立場を配慮したものではなく、被災前の日常生活

からはかけ離れた劣悪さにあることにより、これは人道主義からみても大きな問題です。

国連でも重要視しているスヒアプロジェクトは、幾つかの国の政府レベルで被災者・難民の受け入れる場合の環境整備に活かすまでなっています。日本でも数は少ないが、自治体レベルでこれを一つの基準として避難所の環境整備を進めようというところも出てきました。非常によいことだと思っています。

このスヒア基準については1月26日付けの赤旗日曜版に載りました。メディアの記事になったのは初めてです。保護と人権援助は被災者の権利であるという記事で、飲み水、トイレ、生活空間の3つについて日本の実状とスヒア基準を比較して紹介されています。

■ スヒア・ハンドブック

この表の基準事項の内容がハンドブックの中に掲載されてはいません。本から私がピックアップして指標として例示したものです。給水、衛生促進では、例えば石鹼は1人当たりどれくらい必要か、水はどのくらいかなど、みんな具体的です。このように具体的に示して初めて不特定多数の人た

ちが避難している避難所の支援が明らかになると思います。トイレでは、トイレ1個当たり20人で、比率は男性用1対女性用3です。

食料の確保と栄養では、1人一日当たり2100kcal、現場で調理する。東日本大震災の時に6月に岩手に行きましたが、3ヶ月後

「スフィア基準における生命保護のために必要不可欠な四つの要素」から抜粋（中村）

基準の分類	分野	具体的例示											
(1) 給水、衛生、 衛生促進	①衛生促進	<ul style="list-style-type: none"> ・衛生用品 ・座式便器 ・その他 	<table border="1"> <tr> <td>10～20ℓ水運搬・貯蔵容器</td> <td>家庭各1</td> </tr> <tr> <td>入浴用せっけん 250g</td> <td>1個/人・月</td> </tr> <tr> <td>洗濯用せっけん 200g</td> <td>同上</td> </tr> <tr> <td>衛生生理用品</td> <td>1個/人</td> </tr> </table>	10～20ℓ水運搬・貯蔵容器	家庭各1	入浴用せっけん 250g	1個/人・月	洗濯用せっけん 200g	同上	衛生生理用品	1個/人		
	10～20ℓ水運搬・貯蔵容器	家庭各1											
	入浴用せっけん 250g	1個/人・月											
	洗濯用せっけん 200g	同上											
衛生生理用品	1個/人												
②給水	<ul style="list-style-type: none"> ・生存に必要な水量 	<table border="1"> <tr> <td>生存に必要な水の摂取量</td> <td>2.5～3ℓ/日</td> </tr> <tr> <td>衛生上のニーズ</td> <td>2～6ℓ/日</td> </tr> <tr> <td>調理用ニーズ</td> <td>3～6ℓ/日</td> </tr> <tr> <td>基本的な水の総計</td> <td>7.5～15ℓ/日</td> </tr> </table>	生存に必要な水の摂取量	2.5～3ℓ/日	衛生上のニーズ	2～6ℓ/日	調理用ニーズ	3～6ℓ/日	基本的な水の総計	7.5～15ℓ/日	<ul style="list-style-type: none"> ・給水所での待ち時間は30分以内 		
生存に必要な水の摂取量	2.5～3ℓ/日												
衛生上のニーズ	2～6ℓ/日												
調理用ニーズ	3～6ℓ/日												
基本的な水の総計	7.5～15ℓ/日												
③し尿処理	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレ：トイレ1個当たり20人（比率：男性用1対女性用3） ・種類：分けられた用便区域、溝式、竪穴式（中長期では）衛生設備、し尿分離式、浄化槽を整備 												
④排水	<ul style="list-style-type: none"> ・居住地域と給水所には適切な排水設備を整備する。 ・汚水や生活排水は排泄物と混ざると下水排水する。 												
(2) 食糧の確保 と栄養	①食料の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・食糧配給：食糧の確保と栄養の事前評価（微量栄養素欠乏対応、急性栄養失調対応）、配給基準 ・現場調理が基本 ・現金・バウチャー：現物対応より多くの選択肢と柔軟性を提供できる。受給者に尊厳を与え、地域経済に正の乗数効果を生む。 	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">一般的な配給計画</td> </tr> <tr> <td>2100kcal/人/日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>総エネルギーの10%を蛋白質</td> <td></td> </tr> <tr> <td>総エネルギーの17%を脂肪</td> <td></td> </tr> <tr> <td>十分な微量栄養素の摂取</td> <td></td> </tr> </table>	一般的な配給計画		2100kcal/人/日		総エネルギーの10%を蛋白質		総エネルギーの17%を脂肪		十分な微量栄養素の摂取	
	一般的な配給計画												
2100kcal/人/日													
総エネルギーの10%を蛋白質													
総エネルギーの17%を脂肪													
十分な微量栄養素の摂取													
②乳幼児の摂食	<ul style="list-style-type: none"> ・生後0～24か月の子供の母乳育児や補完的食事を。 ・人工栄養乳児に対する緊急のサポートが必要。 												
(3) シェルター、 居留地、 ノン・フード アイテム(非食 糧物資)	①シェルター・居留地(被災初期の生存と健康確保/生活回復準備)	<ul style="list-style-type: none"> ・空間：全ての被災者が、覆いのあるフロア面積として1人当たり最低3.5平方メートルを確保する。 ・男女間、異なる年齢グループの間、及び家庭内の別々の家族観に求められる安全な分離とプライバシーを必要に応じて可能にする。 ・火災リスクを反映させるため、個々の建物やシェルターの間を最低2mを空ける（居留地）。 ・シェルターの建設は、地元の安全な建築方法、資材、専門性及び能力が用いられ、被災集団の関与および地元の生産手段の機会を最大化する（居留地）。 											
	②ノン・フードアイテム(医療・家庭用品・寝具)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療：有資格医療従事者(医師・看護師・助産婦)、臨床医、地域保健ワーカー、など適切な員数の配置 ・家庭用品：家庭や4～5人グループに調理用品、食器他 ・衣料：女性、少女、男性と少年への気候、サイズに適した衣料を少なくとも2フルセット ・寝具：毛布、寝具、就寝マット、及び高齢者や病弱者にマットレス、床上げ式ベッド 											
(4)保健活動	①保健システム	<ul style="list-style-type: none"> ・保健提供、人材、医薬医療品、保健情報管理、主導と調整 											
	②必須保健サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・脆弱性の高い人々の特定と適切、効果的な保健サービスの優先的実行（女性、子供、高齢者、障害者等） ・感染症対策、子供の保健（予防・疾患）、性又は生殖に関する保健、負傷ケア、メンタルヘルス、非感染症へ対応 											

でもインスタントラーメンとおにぎり以外は食べたことがないという人がいました。この基準では現場調理が基本です。そのためには栄養士も配置して、調理人も配置して、家にいるように温かい食事が可能です。また、支援は現物対応と現金支給も重視しています。避難所での現金支援は日本ではやっていません。避難地では市場が壊れて

居住場所は1人当たり最低3.5平方メートルです。日本は2平方メートル、地域によっては2人で3.3平方メートル、一坪というところもあります。日本の現状は、都

市部などでは想定避難者数が入りきれないという地域が沢山出てきます。だから、避難者に無理をしてもらうか、そうではなく人権に配慮してもっと避難所を確保して生活してもらうか、という問題です。

スフィア基準は、わが国の避難所環境、被災者へのサポート体制を考え直す上で指針にもなり、同時に被災者の人権や人としての尊厳をどう保障するか、という地域社会のあり方を問う機会になります。余り知られていないので普及していく必要があるだろうと思います。

5. 被災者の生活再建支援のあり方

■ 防災とは何か？

防災とは何かというのは、災害対策基本法第1条「目的」に「国土（地域）並びに国民（住民）の生命、身体及び財産を災害から保護する」と書いてあります。避難によって命を助けます、だけでは不十分

です。財産、言い換えれば生活基盤も守らなければ本来の防災にはなりません。それは地域社会を守る、安全にするということです。ですから、法の目的からは、避難重視の国の政策が歪んでいるともいえます。

■ 被災者が従前の生活を回復することは極めて困難。

現状の公的支援制度は、住宅の再建さえ不十分であり、被災者が従前の生活を回復することは極めて困難です。これは説明するまでもなく皆さんご存知だと思います。生活基盤を放棄させる「避難対策重視」政策には、防災対策上の矛盾があります。避難対策重視とは、住民の生活基盤を放棄させ、その代わり命は助けますよというものです。避難勧告等の発令は範囲を決めて全地域住民に伝えられますが、これが「地域避難」です。被災の危険地域から逃げ出すのが地域避難政策です。こうした避難対策では、住民はどうしても有形無形の資産を放棄せざるを得ず、法規定の目的「身体、

生命と同時に財産（住宅をはじめ生活基盤）を守る」という主旨と矛盾してしまう。

生命と財産（生活基盤）の双方を災害から守るためには、地域社会そのものを守る（安全にする）以外に方法はありません。住宅や農地、工場はもって逃げられないわけですから、防災対策は地域を守るかどうかにか集約されます。しかし、政策的に国民に「地域避難」を強いることによって、生活基盤を放棄させているわけですから、被災によって失われた資産への公的保障は当然です。生活再建の基盤である住宅の再建への直接支援は、国の最小限の義務であるといわなければなりません。しかし、最小

限の、家族が共に生活する基本条件である住宅再建さえも、保障されないというのが、現実です。

＜直接支援＞

今は、小さな家の建て替えでも2000万円くらいかかりますから、現行支援法の拡大と自治体の上乗せ支援金によって、少なくとも住宅再建費用の50%強の支援は必要です。そのために被災者生活再建支援法の支給額を、住宅再建向け支援金500～600万円に増額する。また自治体の独自支援策として、地場建材使用、省エネ住宅、地盤強化、外構工事、建設人件費等による上乗せ助成制度を整備して250～300万円の補助が考えられます。この助成自治体には国が災害交付金として手当てする。元はといえばみんな国民の税金です。それを増やすというのは国民が決めることです。国民みんなで助け合いましょうという話です。

■ 生活再建支援は避難生活段階から、が重要

避難者が避難生活をしている段階で、生活再建の支援に入らなければいけない。これは本当に大事なことです。家を無くしたとか工場の機械設備がダメになるとか被災の状況はいろいろですが、そういう状態から立ち直すにはどういう支援制度があるのか、どういう方策や新たな制度が必要かという材料を提供するというのがまず必要です。昨日、佐野市に行ったら立派な支援施策の冊子ができていました。具体的にいうとそういうものです。まず既存の施策の紹介ですが、同時に被災者の要望を把握することが必要です。

もう一つは、多くの支援策は被災程度と

＜間接的支援＞

さらに、間接支援も考えていかなければいけない。被災者が、被災地（多かれ少なかれ経済基盤が壊れている）で従前の収入を得るのは至難です。行政は被災者の安定収入策を手立てして、地域の復興政策を講じるべきです。例えば次のような方策が考えられます。

- ・復興事業に係る仕事の斡旋（行政事務、現場保安員等への積極的・優先雇用）を行うなど被災者の安定収入を確保（）する。
 - ・応急仮設住宅の発注を、再利用可能な地場資材の木造仮設住宅とし、自力建築被災者に廉価で払い下げる。
 - ・二重ローンの支払い猶予、減額と国への債務移管等
 - ・商工中小事業者、農漁業など個人事業者への低利あるいは無利子の融資等
- これらに対応が可能なもので、国が指導すれば準備できることです。

利用できる制度がセットになり、様々な条件が付いています。しかし、内容を誰でもが普通に理解できるかということ、そうとは限りません。ですから、避難所で対面の説明できるようなサービス、支援が必要です。それをやらない中で、仮設住宅に入りますか、災害公営住宅ですかとか、被災地の面整備事業について賛否を問うとか、被災者が将来の展望を持ってない、判断材料もない中でアンケート調査が行われる。行政側の都合としては分かりますが、判断する術がない中で結論だけ迫られるわけです。こういう理不尽な対応の中で被災者は一層疎外感を強めて行きます。こうしたことから、

自治体は迅速に被害調査を行って罹災証明書を発行することが重要です（後述するように、被災認定事務にも難題がありますが）

し、早い段階で（避難生活中に）生活再建についての相談、要望を把握するサポート体制が必要です。

6. 災害初動期対応の課題と生活再建支援の課題

■ 避難所における諸問題への対応

避難所における諸問題への対応として3つ挙げておきました。

(1)「特に避難生活における生活再建支援事務の実施」では、生活基盤（住宅や生産手段）を失った被災者にとって、生活再建支援制度は重要な足掛かりです。避難生活過程において支援制度の具体的情報を含む再建支援相談事務は不可欠です。

(2)「家屋被害区分判定調査+罹災証明書の迅速な発行他」では、罹被災者が生活再建を検討する上で、罹災証明書の迅速な発

行が不可欠であり、発行の遅れは判断要件を奪われた状態を意味します。

(3)「避難生活の長期化と被災者の疲弊を拡大（再建意欲の喪失）させる大規模面整備事業等の導入は問題が多い」では、被災地への大規模事業の導入によって被災者の再建意欲を失わせませす。大規模再開発のように街を再編成する大企業では、完了まで家を建てることができないため、生活再建がどんどん先延ばしされてしまう。

■ 罹災証明書が決定的

昨日いただいた佐野市の生活再建支援ハンドブックですが、支援のメニューは沢山あります。そのほとんどが家屋被害区分判定調査による罹災証明書が出ないと使えないかわからない。家屋被害区分判定調査が前

提になっています。民間の保険でも罹災証明書のコピーを持ってきてくださいと言います。ですから被災者が早く目処をつけるのには罹災証明書は欠かせません。しかし、現実には膨大な作業と時間が掛かります。

■ 被害量の想定⇒事務量の算定

罹災証明事務を早く行うには、自治体が普段から準備しておかなければできません。

地震の場合であれば、被害想定調査があるので、すぐに準備作業ができます。被害想定調査では被害量が算定されています。家屋の被害棟数です。被災建物の被害区分を4段階で判定する調査量がどの位になるのか、家屋調査するのに何日で何人必要なかを全部出せる。もしも、1ヶ月ではとても終わらないのであれば、被災者は1ヶ月間何も考えられないことです。そんな

ことできないので20日で調査をするには、調査員が何人必要かなどを前もって算定しておくことです。もし実際に災害発生したら、家屋被害の概算によって必要な調査日数と調査員数を修正すればよいわけです。その上で、必要な応援調査員の員数を県に要請することができます。前もって被害想定結果から、仮の調査日数と必要調査員数を算定しておく、そんなに難しい事ではありません。

風水害の場合はハザードマップができて

いますから、浸水深によってある程度床上・床下浸水の棟数、家屋被害の数は出せます。同様にハザードマップを基に様々な被害量を推定できます。「避難者（一時的退避者）数」は人口統計、年齢・男女構成、「要避難支援者数」は災対法49条の11規定の名簿利用可能、「避難所での避難生活者数」は人口統計から最大避難者数、「家屋被害区分判定調査が必要な件数」は課税台帳、「ペットの飼養家族数」は保健課の飼養犬登録数などによって被害量の算定は可能です。そして、被害量に対応する事務量の算定によって、仮の復旧・復興計画が可能になります。

家屋応急危険度判定【調査済み・要注意・危険】調査は、罹災証明書とは直接関係ありませんが、二次災害を防ぐために必要な調査です。

家屋被害判定調査は、全壊、大規模半壊、半壊、一部損壊の4段階分け、証明書を発行する事務です。家屋の応急修理とか、応急仮設住宅に入れるとか、被災者生活再建支援金がどの位か、義援金はどう配分するのか、など罹災証明書の内容でみんな違って来る。反対に、罹災証明がないと被災者は動きだすことができません。ということは市町村が迅速に行わなければいけないことです。

その時にどう取り組むかを市町村は事前に考えておかなければいけない。先に延べた通りですが、大変重要な業務なので説明します。水害の場合もあまり変わらないと思います。基本的に調査員は1チーム3人で行います。調査員は行政の職員です。各自治体にそれ程調査できる要員はいません

から、他自治体から要員の派遣を要請します。その時に、1チーム3人で1日11~12件が精々です。これは地震災害の場合ですが、水害の場合は行動環境が悪いのでもっと下がるかもしれません。床下被害まで対象ですので件数が何千件になるのは普通です。概算であれば直ぐ出てきます。仮に1万棟を20日間で終わらそうとしたら、一日で500棟を調査しなければならない。必要とするチーム数は46チームです。被災自治体で6チーム(18人)くらいは編成できるとしても、40チーム(毎日120人)は他団体から来てもらうことになるわけです。こうして一応事務量が算定できます。

これで第1回目の調査、結果によって再調査の要求が出てくる場合も少なくありません。こうした試算によって自前の調査職員を研修によって養成しておくことの重要性も理解できます。あとは逸早く他の自治体に派遣要請することです。なお、この業務は精神的ストレスが多く、調査員は3日程度で交代するようです。それでも自治体側は毎日毎日、調査員に対応しなければいけない。朝一番に調査要領と割当地区の説明、地図の準備と配布、終了後の調査票チェックと結果のコンピューター整理などです。こういう事務が毎日続くわけです。それをやらないと、被害認定の発行に繋がっていないわけです。ですから、事前に被害量を想定して、具体的に事務の総量を試算しておく、どんな事務が必要かを明らかにしておくことがいかに重要かお分かりかと思います。こういう事前準備しておくことが災害が発生した際の「想定外」をなくすということに繋がるわけです。

■ 参考 避難所の収容能力の試算

最後に、避難所の環境改善の基礎資料となる避難所の収容能力の算定の仕方考えます。これは避難所開設のための基本要件です。

避難所の収容能力（必要面積）の算定例
<考え方>

- ・避難者の規模は、被害想定調査（又はハザードマップの読み取り）を基に余裕をもって施設計画を行う
- ・収容者数は日々変動する。震災では発災2週間後、水害では発令当日の最大避難者数を前提
- ・「避難所外避難者数」（自宅滞在者、疎開者など）の安易な見積りは、業務を増大させ、複雑化する（根拠が曖昧）ので、考慮しない
- ・避難所環境の問題（狭い占有面積、プライバシー欠如）を考慮する→仮に 3.0 m²・人

<一般的な避難者収容能力の試算例>

- ・避難所利用施設は、公立小中学校の体育館、特別教室、福祉施設等が考えられる
- 学校の体育館を利用する場合（一般に優先利用される）

- ・小学校体育館：運動場スペースのみ約 600 m²、中学校体育館：同左約 900 m²
- ・共有スペース（管理事務、物資置場、通路等）：運動場スペースの30%
- ・1人当たり占有面積を3 m²とする場合（余裕があればスヒア基準では3.5 m²）

- 小学校体育館の収容能力は140人、中学校体育館は200人程度
- 同様に教室、公民館、公立体育館などの場合も算定する。

これは、仮の算定です。実際には各指定避難所についてそれぞれ算定し、避難所の開設、管理運営に要する業務量、要員数を前もって想定し、動員体制として準備する。いうまでもなく、こうした試算は自治体の事務です。しかし、多くの自治体は行っていません。災害時には利用者となる住民の立場から、事前検討を自治体に要請することが必要です。

（本稿は、当日の講演録を基に事務局が編集した原稿に講演者が修正を加えて作成したものです。）



