

## 災害時の要配慮者への対策は 30 年以上にわたり、なぜ見立てを誤ってきたのか？

～人口オーナス期に特有の事態として捉え、根本的な対策を提案する<sup>1</sup>～



同志社大学社会学部教授  
人と防災未来センター上級研究員

立木 茂雄

### 1. 「災害弱者」から「災害時要援護者」、 「避難行動要支援者・要配慮者」へ

災害時に必要な情報を的確に把握し、自らを守るために安全な場所に避難する行動を取ることや、その後の避難生活が困難な者への対策を防災上の課題として初めてとりあげたのは昭和 62 (1987) 年版の防災白書であった。以来、過去 33 年間にわたって「災害弱者」、「災害時要援護者」、「避難行動要支援者・要配慮者」といった防災用語が新たにつくられ、繰り返し対策が論じられてきた。

1987 (昭和 62) 年の防災白書が「災害弱者」問題を取り上げた背景には、要配慮者向け施設で災害や事故がくり返されたことがある。1985 年 7 月 26 日に起きた長野市地附山地すべり災害で、山麓部の老人ホーム松樹荘に入所していた高齢者 40 名が生き埋めになり、うち 26 名が死亡した<sup>2</sup>。翌 1986 年 7 月 31 日には神戸市内の障害者支援施設陽気寮の火災で 8 名が死亡した<sup>3</sup>。このように 1980 年代半ば以降、高齢者や障がいのある人<sup>4</sup>といっ

た「社会的弱者」が犠牲になるケースに社会的関心があつまった。災害発生時には、「必要な情報を的確に把握し、自らを守るために安全な場所に避難する行動を取る必要がある」(防災白書, 1987, p.28) が、そうした一連の行動に対して「ハンディを負う人」が「災害弱者」として定義された。具体的には、以下のような人たちである (防災白書, 1987, p.28)。

- ① 自分の身に危険が差し迫った場合、それを察知する能力が無い、または困難
- ② 自分の身に危険が差し迫った場合、それを察知しても救助者に伝えることができない、または困難
- ③ 危険を知らせる情報を受けることができない、または困難
- ④ 危険を知らせる情報が送られても、それに対して行動することができない、または困難

で本稿では、障害者の権利条約で用いられる persons with disabilities に対応する日本語として「障がいのある人」を原則として用いる (高齢者とセットで用いる場合などには一部「障がい者」も用いている)。同条約は、disabilities が個人と環境の相互作用上の不調和や欠損から生じると捉える障がいの社会モデルの立場に基づいている。これは同時に、心身の機能の impairments に障がいの根本原因を求める障がいの医学モデルから決別することも意味している。そこで障がいの社会モデルに基づいて disabilities 概念を指す場合には「障がい」もしくは「能力障害」を、persons with disabilities を指す場合には「障がいのある人」を、一方 impairments を指す場合には「障害」もしくは「機能障害」の語を意図的に用いている。ただし、障がいのある人に関連する法・制度を指す場合、あるいは既往文献を引用・参照する場合には「障害」を用いている。

1 本稿は、令和元年台風 19 号等による災害からの避難に関する中央防災会議ワーキンググループの第 2 回会合 (2020 年 2 月 5 日開催) に寄せた意見書をもとに、大幅に加筆修正を加えたものである。  
2 [http://www.bousai.go.jp/kaigirep/houkokusho/hukkousesaku/saigaitaiou/output\\_html\\_1/case198501.html](http://www.bousai.go.jp/kaigirep/houkokusho/hukkousesaku/saigaitaiou/output_html_1/case198501.html), 2020 年 2 月 13 日閲覧  
3 神戸市消防局予防課. 最近の特異火災から、消防防災の科学, 6 (1986 年秋号), 1986, 22-26.  
4 日本社会では、慣習的に disabilities と impairments に同じ「障害」という用語を用いてきた。しかし、これらは明確に区別して用いなければ学術論文として成立しない。そこ

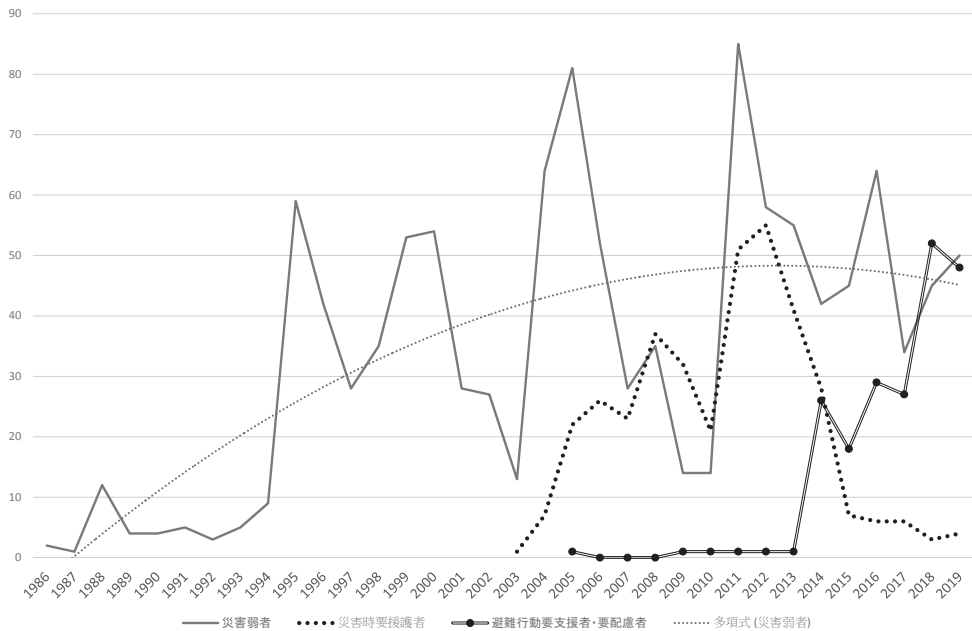


図1 朝日新聞記事データベースに見る災害弱者、災害時要援護者、避難行動要支援者もしくは要配慮者の出現頻度(1986年～2019年)

それ以降、様々な災害やそれを取り巻く社会状況の変化を受けて、「災害時要援護者」、「避難行動要支援者・要配慮者」といった防災用語が編み出された。これらの用語を含む記事数が最も多い朝日新聞記事データベースを用いて、1986年から2019年に到るまでの出現頻度を集計すると移り変わりが確認できる。

「災害弱者」の初出は1986年9月1日の防災の日に行う総合防災訓練の内容を紹介した同年8月22日の記事(朝日新聞東京本社朝刊)で、「福祉作業所、盲学校、保育所など」の「災害弱者」の避難訓練が言及されている。「災害弱者」が広く使われるようになった一番のきっかけは、1995年の阪神・淡路大震災であった。その後、災害弱者は阪神・淡路大震災5周年や10周年の節目の年、そして東日本大震災(2011年)や、その5周年の節目(2016年)で繰り返しのピークを迎え

ている(図1)。

「災害弱者」に続いて「災害時要援護者」が出現する。これは2004年の新潟・福島豪雨水害を踏まえた避難対策に関する検討会から生まれた言葉だった。その後、2008年から2010年にかけて、「災害時要援護者」の出現頻度は急激に増し、「災害弱者」をしのぐまでになった。しかし、2011年の東日本大震災時においても高齢者や障がいのある人に多数被害が出たことから、災害対策基本法の改正が行われ、「災害時要援護者」にとっても「避難行動要支援者・要配慮者」が国の防災行政用語として新たに使われるようになった。

一方、阪神・淡路大震災の被災障がい者の救援組織の記録集<sup>5</sup>をみると、「災害弱者」という用語は一切出現しない。自分たちのこと

5 兵庫県南部地震障害者救援本部、活動の記録～忘れない心が私たちの心～、K S K増刊、通巻1257号、1997年。

は「被災障害者」と定義し、当事者や支援者が求めているのは「配慮」であると首尾一貫して語っている。このような当事者の声と行政用語としての「要配慮者」が交差するまでには、後述するように20年近い月日を要することになる。

## 2. これまでの要配慮者対策は終始一貫して効果をあげて来なかった

災害時に必要な情報を的確に把握し、自らを守るために安全な場所に避難する行動を取ることが困難な者への対策では、「災害弱者」、「災害時要援護者」、「避難行動要支援者・要配慮者」といった防災上の用語がつけられ、過去33年間にわたって繰り返し対策が講じられてきた。ここで指摘したい点は、過去30年以上の取り組みにもかかわらず、「災害時に必要な情報を的確に把握し、自らを守るために安全な場所に避難する行動を取ることが困難な者」への対策は効果をあげてこなかった——災害が起こると被害は繰り返し要配慮者層に集中している——という事実である。

昭和62(1987)年版防災白書は、「災害弱者対策」として、以下の4点をあげている(p.31)。

- ①災害弱者自身が自ら対応能力を高めるための防災知識・訓練の普及・啓発
- ②災害弱者の対応能力を考慮した緊急警報システム、避難誘導システム等の資機材の開発・普及などの対策
- ③弱者や非居住者等を考慮した避難地、避難路等の防災施設の整備
- ④地域全体で災害弱者をバックアップする情報伝達、救助等の体制づくり

これらはすべて、「地方自治体や町内会等の地域のレベルに応じたきめの細かい対策が必要」(p.31)と指摘している。

「災害時要援護者」造語のきっかけとなった2004年7月の新潟・福島豪雨災害では、三条市内嵐南地区の4名の被災者の被害に特に注目し、その検証結果をもとに対策の方向性が定まった。これら4名に共通していたのは、全員が75歳以上の後期高齢者であり、要介護認定などを受け歩行に障害をもっており「その時に支援できる近隣者となつていなかった」という点であった<sup>6</sup>。この検証をもとに、地域で配慮が必要な住民を自治会・町内会のレベルで「きめ細かく」把握し、迅速な避難とつなげるために地域の共助の力とつなげることが対策の基本的な方向として示され、そのために要援護者の個人情報近隣住民と共有化することが提唱された。

2011年3月の東日本大震災後の検討会では、要配慮者とりわけ避難行動要支援者の個人情報の共有が進んでいないという問題認識を踏まえて、避難行動要支援者名簿の作成を地方自治体に義務づけ、災害にそなえて地域住民との共有に努めるなどの対策を講じた。しかし、その名簿を実際に活用するために地域の共助の力を重視するといった対策の基本的な方向性は終始一貫しており——この問題の対策に関わって来た筆者自身の自戒の念を込めて敢えて言うなら——その対策は終始一貫して実効性を伴ってこなかった。

6 林春男・田村圭子, 2004年7月13日新潟水害における人的被害の発生原因の究明, 地域安全学会論文集, 7, 197-206, 2005.

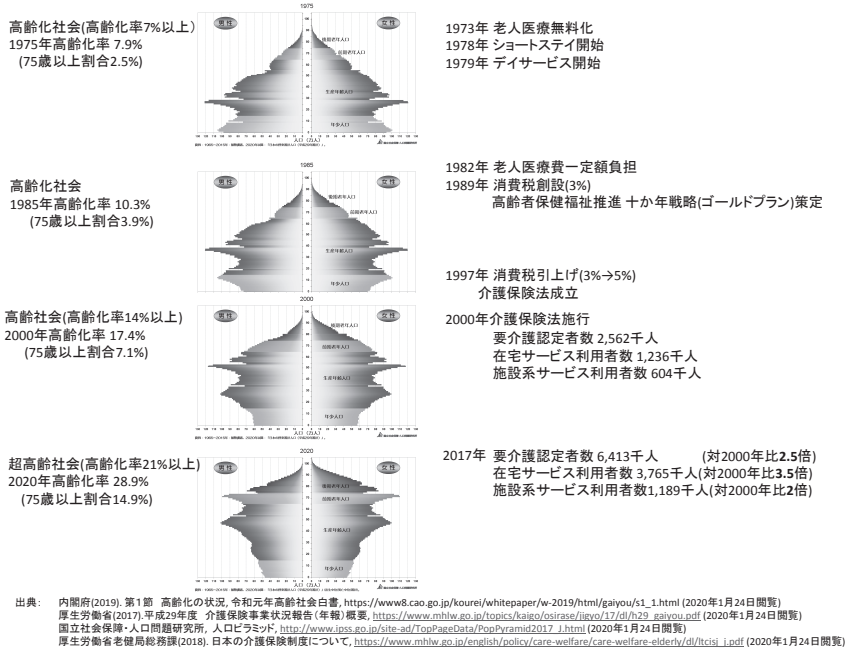


図2 日本社会の高齢化率の推移、人口構造の変化と福祉や医療制度の対応

### 3. 要配慮者に被害が集中する根本原因は人口オーナス期への突入にある

日本社会は人口オーナス期に入った：避難行動要支援者対策が求められるようになってきた根本原因は、日本社会の人口構造の変化、具体的には人口構造がオーナス（社会保障負担増）期に突入し、その対策として介護保険制度が創設されたことに求められる。図2は、高齢化率が7%をこえて高齢化社会に突入した1970年代以降の高齢化率の変遷(図2左)、その時代の人口ピラミッド(図2中)、そしてどのような高齢者向けの福祉や医療の政策や制度が講じられてきたか(図2右)を併載したものである。

「災害弱者」問題が出現する以前の1975年の人口ピラミッドを見ると、高齢化率7%と定義される高齢化社会（当時の高齢化率は7.9%）入りしたばかりであり、75歳以上の後期高齢者は全体の2.5%であった。それま

での人口ボーナス期（生産年齢人口が手厚く存在し、高齢者などへの社会保障費への支出は少なくすむ時期）の税収を用いて老人医療費は無料であった。1985年になると、高齢化率は7.9%から10.3%と上昇し、75歳以上高齢者の割合も3.9%に跳ね上がった。これを受けて、それまで無料であった老人医療が一定額利用者負担となった。1989年には消費税（3%）が導入され、同年には高齢者向けの保健福祉計画であるゴールドプランが策定された。ゴールドプランの中で、介護保険制度の必要性が強調された。この制度の要諦は、保険料により50%を、残り50%は国・県・市町村からの税金で総費用の9割をまかなう、そして残り1割は利用者の自己負担（2015年以降は一定の所得者については総費用の2割負担）にするという点である<sup>7</sup>。

<sup>7</sup> [https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi\\_02.html](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi_02.html), 2020年2月13日閲覧



制度の本格導入に備えて1997年には消費税が3%から5%に引き上げられた。2000年に介護保険法が施行されたが、同年の高齢化率は17.4%と高齢社会（高齢化率14%から21%）入りした。2019年には消費税が8%から10%に引き上げられ、高齢化率21%以上の超高齢社会（2020年の高齢化率は28.9%）に備える財源を整備した。しかも2020年の時点では高齢者の過半が75歳以上と推定されるまでになった。

介護保険制度が始まった高齢社会時代の2000年と比べて、超高齢社会となった2020年では、高齢者、とりわけ後期高齢者の絶対数が増え、これにともなって介護保険サービス利用者も激増した。2000年時点では要介護認定を受けた人は256万2千人であり、うち在宅サービスの利用者は123万6千人、施設系サービス利用者は60万4千人であった。それから20年経ち、直近の2017年のデータを見ると、要介護認定を受けた人は641万3千人と、対2000年比で2.5倍に増えている。その中でも、とりわけ在宅サービスの利用者は376万5千人、地域密着サービスのうち在宅系のサービス利用者（834千人のうち約7割と推定）も含めると対2000年比で3.5倍にまで増えている。一方で、施設系のサービス利用者は、地域密着サービスによるグループホーム入所者（834千人のうち約3割と推定）を含めて、対2000年比で2倍となっている。

**介護保険制度により在宅で要介護度の高い高齢者が暮らせるしくみが整った:**そもそも、2000年に介護保険制度が始まった背景には、高齢化と小人数世帯化が同時進行し、介護を担う家庭の力が弱まり、社会的な介護の仕組みを作ることが喫緊の課題となったことがあ

る。そして介護保険制度創設から4年目にあたる2004年7月に新潟・福島豪雨水害が起こった。この時、既述のように特に注目を集めたのが、新潟県三条市に暮らす高齢者4人が自宅内で亡くなった事例である。犠牲者に共通するのは、「75歳以上、歩行に障害をもつ要介護認定者などで、独居、あるいは老老世帯」といった属性だった。これを受けて2005年3月に作られたのが、災害時要援護者の避難支援ガイドラインである。ここで対策の基本として考えられたのが、ガイドラインで好事例の筆頭として紹介された宮城県石巻市八幡町の取り組みである。石巻市では国の動きに先んじて、地域の善意の力と要援護者をつなぐ取り組みが行われていた。八幡町のように地域の力で災害時要援護者をバックアップする情報伝達、救助等の体制づくりを全国規模で進めようというのがガイドラインが示した解決の方向性であった。ガイドラインの問題状況の認識は、在宅の高齢者が、コミュニティとの関係性の希薄化によって自宅に取り残されたために亡くなったというものである。だが、これらの4名は、そのほとんどが介護保険の居宅支援サービスがあるからこそ、地域で暮らすことができおり、その結果、被害に遭ったのである。

そもそも介護の社会化に転換するきっかけが人口の高齢化と小人数世帯化であり、これに伴う共助の基盤としての家族機能のぜい弱化の進行であった。これは同時に高齢社会・超高齢社会に特有な地域社会の人口構造や機能の弱体化とも連動する性質を有していたと考えるべきである。その一方で、2000年代から2020年までの人口構造に再度注目すると、地域には60代から70代半ばで体力や時間等に比較的余裕のある高齢者層が幅広く存

在し、この層が地域の共助の担い手として活躍することができた。農村社会学者の徳野貞雄熊本大学名誉教授は、「限界集落」と言われた地区の多くが「消滅」することなく現在まで存続できてきたのは、これら「プレミアム世代<sup>8</sup>」（徳野教授の造語）の働きによるものだと指摘している。しかしながら、超高齢社会に到達した2020年時点ではプレミアム世代に属した高齢者も75歳以上に達しはじめ、後期高齢者層が高齢者全体の過半となる事態を迎えた。言いかえるなら、これまでのように地域のプレミアム世代のがんばりにだけ頼る——しかも問題の見立てが誤っている——要配慮者対策は、限界に近づいたのである。

**介護保険制度により高齢者向けの施設も建設が進んだが、施設の立地が十分に考慮されなかった：**介護保険制度のもとで、高齢者向け施設や、より小規模で地域密着型の入所施設（グループホーム）の設置も進んだ。これらの入所系施設入所者は、介護保険制度が開始された2000年と比べると、2倍になっている。

施設入所者の被害については、すでに1985年7月の長野市地附山地すべり災害により、山麓部にあった老人ホーム「松樹荘」の入所者40名が生き埋めになり、うち26名が亡くなったことを受け、国土庁と都市防災研究所が1985年度に組織した災害弱者のための防災対策研究会の報告書<sup>9</sup>のなかでもすでに触れられている。同報告書は、要配慮者向け施設の立地について以下のように述べている（p. 3）。

それは、老人ホームや身障者施設などのいわゆる弱者収容施設そのものが、最近では地価が安く、環境の良い所ということで、市街地から隔絶された郊外部に立地するケースが非常に増えており、また極端な場合には、施設の立地反対運動といった、地域社会の弱者締め出しといった風潮が見受けられるのも事実である。

施設の立地による入所者の被害は、過去30年以上にわたって繰り返されてきた。例えば2009年7月の中国・九州北部豪雨災害時には、山口県防府市の山麓に建てられた特別養護老人ホーム、ライフケア高砂が土石流の被害を受け、7名が犠牲となった。同年翌8月の台風第9号水害では、兵庫県佐用町で複数の高齢者向けグループホームが床上浸水している。2015年9月の関東・東北豪雨では、茨城県常総市のグループホーム「香」において、認知症の入所者9人が避難できないままで、鬼怒川の堤防決壊により床上浸水の被害を受けた。2016年8月の台風第10号では、岩手県岩泉町のグループホーム「楽ん楽ん」に、氾濫した濁流が流れ込み、入所者9人が犠牲となった。2018年の西日本豪雨、2019年の台風第19号でも、施設やグループホームの高齢者や障がいのある人が被災するという事態は繰り返されている。2019年台風第19号災害で床上浸水した埼玉県川越市にある成人の自閉症者向け施設「けやきの郷」総務課長の内山智裕氏の言（私信、2019年12月16日）によると、1981年の施設建設の時に反対運動が起り、川沿いの場所にしか建てられなかったとのことである。

防災上危険な立地である河川の浸水想定域や山麓の土砂災害危険区域に要配慮者向け施

8 <https://nmiku.jp/culture1.html>, 2020年2月13日閲覧

9 国土庁・都市防災研究所、災害弱者のための防災対策調査報告書、都市防災研究所、1986。

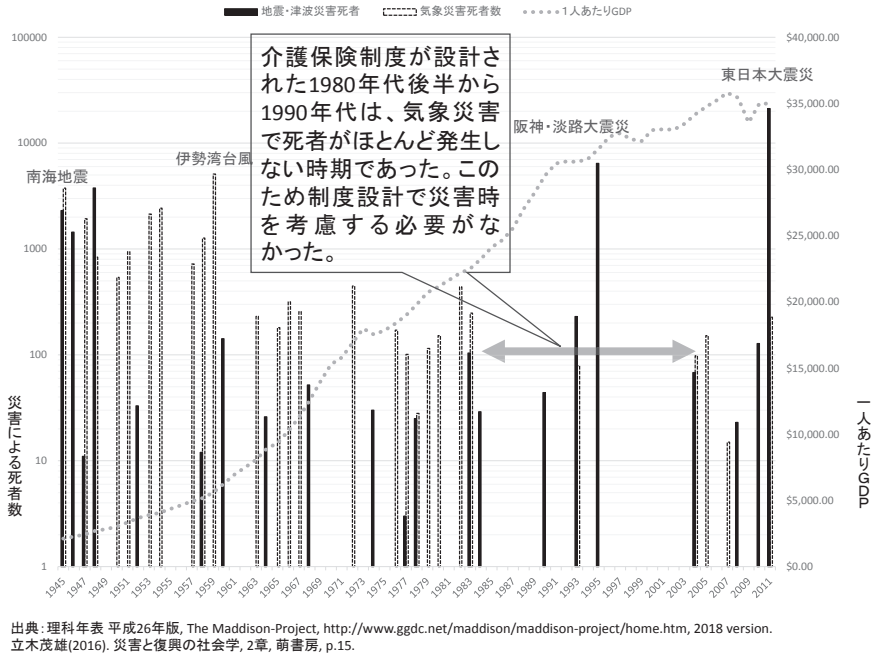


図3 戦後の自然災害による死者の変遷の関係

設を追いやる社会的差別と、人口オーナス期がもたらした後期高齢者の激増と家庭内介護力の低下、それに対処する介護保険制度の導入の結果としての施設入所者数の増加圧力が、施設入所者の災害ぜい弱性をもたらす原因となっているのである。

介護保険の制度設計時に気象災害は希有にしか起こらなかった：1990年代に策定されたゴールドプランは、10年間をかけて高齢者の保健・福祉を推進するという計画であり、その中に介護保険制度の設計も含まれていた。だが、1980年代後半から1990年代は、100名以上の被害が出るような風水害とは無縁の時代であった（図3）。介護保険の設計をする際、いざというとき、すなわち風水害が起こったときの対策は、まったく念頭に入れていなかった。

東日本大震災では福祉のまちづくりと施設の立地に潜む負の両側面が作用した：2011年3月の東日本大震災は、高齢者に加えて障がい者の犠牲者数が市町村単位で公開された初めての災害だった。図4は、被災31市町村のそれぞれについて全体死亡率と障がい者死亡率の関係を散布図にし、それらの関係を県別に分けて回帰直線を当てはめて比較した

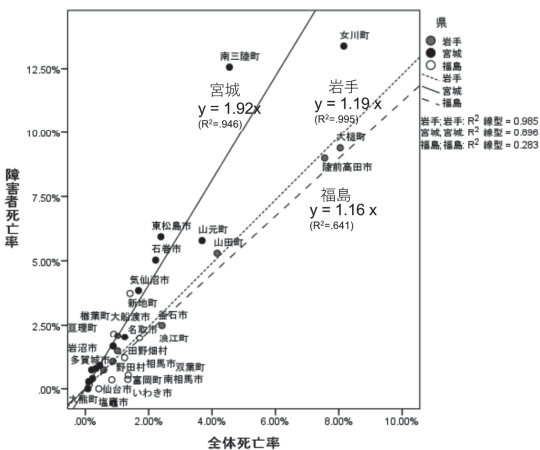


図4 東日本大震災の31市町村の全体死亡率と障がい者死亡率の関係

表1 東日本大震災による障がい者のある人の死亡率を説明する重回帰分析結果

説明変数	非標準化 係数	標準誤 差	標準化係 数	t 値	有意確 率	効果量 ( $\eta^2$ )	共線性許 容度
全体死亡率	1.267	0.092	0.802	13.718	0.000	0.883	0.381
津波到達時間	-0.019	0.007	-0.182	-2.558	0.017	0.207	0.259
高齢化と農業・漁業従事率合成変数	0.658	0.125	0.507	5.248	0.000	0.524	0.140
身体障害者施設入所率	-0.929	0.200	-0.351	-4.644	0.000	0.463	0.229
高齢者施設入所者の人的被害率	0.206	0.081	0.155	2.544	0.017	0.206	0.353

調整済み $R^2=.961$   
注) 原点を通る線型回帰

ものである<sup>10</sup>。3本の回帰直線は、上から宮城、岩手、福島県の市内市町村ごとの全体死亡率と障がい者死亡率の関係を要約するものである。これらの回帰直線の傾きは、障がい者死亡率は全体死亡率の何倍になるのか、いわば全体死亡率に対する障がい者死亡率の格差を表す指標として解釈できる。市町村別の分析からは障がい者の死亡格差は宮城県で倍近くと大きく(1.92倍)、その一方で岩手(1.19倍)と福島(1.16倍)で小さかった。

立木(2017)<sup>11</sup>は東日本大震災で10名以上の死者が出た東北3県の31市町村の障がいのある人の死亡率を、全体死亡率、津波到達時間、高齢化・農漁業従事者割合、身体障がい者施設入所率、高齢者向け施設入所者の人的被害率の5変数で予測する重回帰分析を行った。その結果障がい者死亡率の分散を96.1%の精度(決定係数)で予測できることを示した(表1参照)。

立木(2017)<sup>11</sup>の重回帰分析モデルによると、身体障がい者施設入所率の非標準化回帰係数は-0.929となっていた。これは、他の要因の影響を統制した場合、当該市町村の施設入所率が1%高まると、障がい者の死亡率

を0.929%下げる効果( $p<.001$ , 偏 $\eta^2=.463$ )を有していたことを示している。そこで、各県の入所率を比較すると、岩手3.1%、福島1.3%に対して宮城は0.7%であった。宮城県と比較して岩手県では身体障がい者の施設入所率は4倍以上、福島県では2倍弱高かったが、これら2県の相対的な施設入所率の高さが、岩手・福島の障がい者死亡率の低さと関係し、逆に宮城での施設入所率の低さが同県での障がい者死亡率の高さと関連していた。つまり、障がい者の施設入所率が宮城で群を抜いて低いこと、言い換えるなら平時の在宅福祉・医療・看護の体制が群を抜いて充実していたこと——しかしながら災害時の対応策との連携が充分ではなかったこと——が、宮城県の障がい者死亡率を岩手・福島よりもほぼ倍近く高めた大きな原因の1つとなっていた。

さらに、高齢者向け施設入所者の人的被害率の回帰係数は.206で有意な効果( $p<.05$ , 偏 $\eta^2=.206$ )を持っていた。高齢者向け施設入所者の被害率は、岩手2.1%、福島0.4%に対して宮城は5.2%であった(河北新報、2011年12月13日)。宮城では、高齢者向け施設が海辺の景観の良い場所に建てられていたこと、これに対して岩手では比較的高台に、福島では内陸部に多く建てられていた。この

10 立木茂雄, 災害と復興の社会学, 萌書房, 2016, p.43.  
11 立木茂雄, 近年の自然災害から見た入所要配慮者被害の問題と対策—平時と災害時の連携ならびに立地規制の2つの欠如が被害を生んでいる—, 消防防災の科学, 129, 2017年夏号, 2017, 11-14.



ような高齢者向け施設の立地の違いも障がい者の死亡率に差を生じさせていたのである。

#### 4. 障がいの医学モデルから社会モデルへの転換

「災害弱者」は障がいの医学モデルに準拠していた<sup>12</sup>：冒頭にあげた昭和62（1987）年度版の防災白書に盛り込まれた「災害弱者」の定義①から④に再び注目してみよう。①は「危険を察知する能力が無い、または困難な者」、②は「危険を察知しても適切な行動取ることができない、または困難な者」、③は「危険を知らせる情報を受け取る事ができない、または困難な者」、そして④は「危険を知らせる情報を受け取る事ができても適切な行動を取る事ができない、または困難な者」であった。これらはすべて身体的・知的・精神的な機能の不全であり、さらにこれらは個人に内在する属性として記述されている。危険を察知することができないこと、災害情報を受け取ることができないこと、行動を取ることができないこと等々から災害時に不利益が生まれるという認識である。このような考え方の枠組みでは、問題の対処策は身体的・知的・精神的な機能障害（インペアメント）を「治療」し、少しでもその機能を高めるか、それが難しい場合には、機能を補うための技法や振る舞いを当事者本人が身につけるか（星加，2007）<sup>13</sup>、あるいは善意のボランティアにより機能不全者の機能を代替する（Oliver, 1990=2006）<sup>14</sup> ことに求められる。このよう

な医学的な認識枠組みは、WHO（世界保健機関）が1980年に示した国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH）<sup>15</sup>でも採用されており、いわば当時の正統な障がいのとらえ方であった。

「災害弱者」概念が提唱された1987年、そして阪神・淡路大震災につながる1990年代の時点に立ち返ってみると、「当事者個人に内在する身体的・知的・精神的な機能障害（インペアメント）が原因となって、正常と考えられる方法や範囲で行為を遂行する能力に何らかの制約・欠如が生じ、その結果として不利益（ハンディキャップ）が生まれる」という医学的な認識枠組みは、世界的にみても主流の考え方であった。そして、当事者の不利益を当事者個人の属性に起因するものとしてとらえる認識枠組みの故に、「高齢者や障がいのある人は災害弱者となる」、「この問題を克服するには隣人による善意の活動が求められる」といった言説は自明視され、社会的な通念として構築されていった。まさにこのような認識枠組みの故に、「なぜ高齢者や障がいのある人に被害が集中するのか」、「それはどのようなメカニズムによるのか」、「そもそも被害は高齢者や障がいのある人だけに集中したのか」、といった当事者と自然環境や構造物、そして全体社会の歴史・社会構造・人口構造との相互作用に関わる本質的な問いは、広く社会の注目を集めることがなかったのである。

これに対して異を唱える動きが欧米では1990年代から（Oliver, 1990=2006）<sup>14</sup> 主流

島重紀子・山岸倫子・山森亮・横須賀俊司（訳）（2006）. 障害の政治—イギリス障害学の原点 明石書店

15 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf), last visited 2017.12.3.

12 本節および次節は、立木茂雄，災害時の高齢者や障害者などへの対応——阪神・淡路から東日本大震災までの対応の展開と今後の見通し——，跳べフェニックスⅡ，191-230の「障害の個人モデルから社会モデルへ」の節（199-203）を加筆修正ものである。

13 星加良司（2007）. 障害とは何か—ディスアビリティの社会理論に向けて 生活書院.

14 Oliver, M. (1990). Politics of disablement. Macmillan. (三

化した。先述の阪神・淡路大震災被災障がい者の手記<sup>8)</sup>に見られた「自分たちが求めているのは配慮である」という主張は、日本でも2000年代前後から(長瀬,<sup>16</sup>1998; 倉本, 2002<sup>17</sup>; 星加 2007<sup>13</sup>)本格化した。これが障がいの「社会モデル」である。この考え方では、「障害の問題とはまず障害者が経験する社会的不利(益)のことなのでありその原因は社会にある」(星加, 2007, p.37<sup>13</sup>)とする点である。「障がいの医学モデル」は、ICIDHに代表されるように「障害の身体的・知的・精神的機能不全の位相がことさらに取り出され、その克服が障害者個人に帰責」(星加 2007 p.37<sup>13</sup>)するか、あるいは社会の善意にその解決策を求める(Oliver, 1990=2006<sup>14</sup>; Twigg et al., 2011<sup>18</sup>)認識枠組みで、これは障がい者の無力化(disablement)につながると批判した。対する「障がいの社会モデル」は障害者解放のための理論的枠組みとなると主張されたのである(Oliver, 1990=2006)<sup>14</sup>。

「災害時要援護者」は障がいの社会モデルに理解を示したが本質的な解決策は医学(個人)モデルに準拠していた: 災害時に高齢者や障がいのある人に被害が集中する原因を、当事者個人の属性に帰責する1987年版防災白書の「災害弱者」モデルが、当時主流であった「障がいの医学モデル」に立脚しており、この認識枠組みの源流が1980年から使われてきたWHOの国際障害分類(ICIDH)にあると述べた。WHOは、2001年の総会でICIDHの改訂を採択する。2001年の

改訂版が国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)である。この改訂は、ICIDHが障害者の不利益の根本的な原因を生理学的レベルに帰責する「障がいの医学モデル」に立脚していたのに対して、「障がいの社会モデル」からの反論をうけ、この2つの対立するモデルの弁証法的な統合をめざしたものとされる(WHO, 2001<sup>19</sup>; 厚生労働省, 2002<sup>20</sup>)。

ICFは、健康状況と健康関連状況に注目し、その構成要素である「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」領域における「生活機能(functioning)」と、その背景因子としての環境因子と個人因子との相互作用をも含めて記述することを目指している。ここで「障害(disability)」は「生活機能」の各領域での否定的側面(「心身の機能障害・身体構造の恒久的損傷(impairment)」、「活動の制限」、「参加の制約」)として位置づけられ、環境因子を含む背景因子との相互作用から認識されるものとなった(WHO, 2001<sup>19</sup>; 厚生労働省, 2002<sup>20</sup>)。

「災害時要援護者」概念は、2004年10月の「集中豪雨時等における情報伝達及び高齢者等の避難支援に関する検討会」第1回会合の座長挨拶や議論に端を発している。この議論は「障がいの社会モデル」に基づく不利益発生の認識論に基づくものであったことは疑いが無い。その背景には2000年前後から日本でも盛んになる「障がいの社会モデル」に関する言説(長瀬 1998<sup>16</sup>, 倉本 2002<sup>17</sup>)に加えて、WHOによる障がい観の大転換とICF

16 長瀬修(1999). 障害学に向けて 石川准・長瀬修(編) 障害学への招待 明石書店 pp. 11-39.

17 倉本智明(2002). 身体というジレンマ-障害者問題の政治はいかにして可能か 好井裕明・山田富秋(編) 実践のフィールドワーク せりか書房 pp.189-205.

18 Twigg, J., Kett, M., Bottomley, H., Tan, L., and Nasreddina, H., Disability and public shelter in emergencies, *Environmental Hazards*, 10, 2011, 248-261.

19 WHO (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF. <https://www.who.int/classifications/icf/en/> last visited 2020.2.13.

20 厚生労働省(2002). 国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-(日本語版) (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>, 2014年11月16日閲覧)

(WHO, 2001<sup>19</sup>; 厚生労働省, 2002<sup>20</sup>) の公表といった思想的潮流の影響が類推されるのである。とりわけ、2006年3月改訂版の「災害時要援護者の避難支援ガイドライン」<sup>21</sup> (以下ガイドライン) が提示した災害時要援護者の定義は、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」および「環境因子」の全側面から当事者の生活機能をとらえ、要援護状態を把握しようとするものであった。これは、明らかに「障がいの社会モデル」にだけ与するのではなく、「心身機能・身体構造」のアセスメントにもウイングを広げているICFの枠組みに、むしろ準拠していると判断される。

2006年3月改訂版のガイドラインは、一方で上述のように思想的な潮流である「障がいの社会モデル」に理解を示しながらも、他方では自治体側からの実務的な要請に応えるかたちで対象者を同定するための目安として身体構造や機能のインペアメントに関する分類(要介護度、障害程度など)を例示した。つまり、個人の属性によって対象者を類型化する「障がいの医学モデル」に寄り添った記述が共存していた。

さらに要援護者問題の解決の方向性は、「機能を補うための技法や振る舞いを当事者本人が身につけるか」(星加, 2007)<sup>13</sup>、あるいは「隣人の善意により機能不全者の機能を代替する」(Oliver, 1990=2006)<sup>14</sup> といった障がいの医学(個人)モデルによる対策に主眼がおかれていた。言いかえるなら、「障害の問題とはまず障害者が経験する社会的不利(益)のことなのでありその原因は社会にある」(星加, 2007, p.37)<sup>13</sup> とする点が決定的に欠落していた。

## 5. 仙台市での被災障がい当事者参画型社会調査による当事者体験の理解

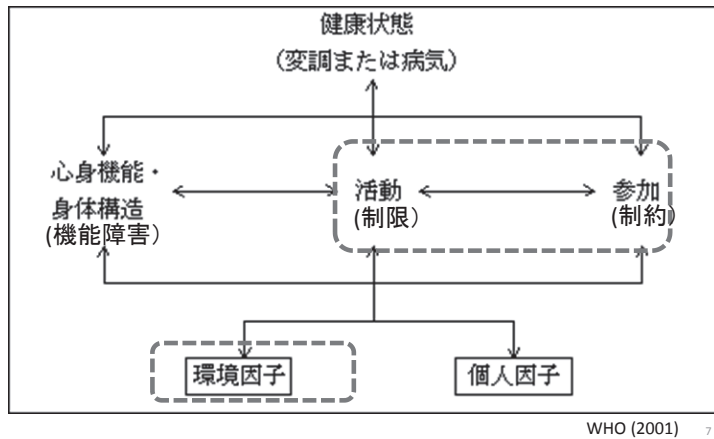
東日本大震災時に障がい当事者は、どのような事で不自由や不都合、困難を経験し、具体的にどのような支援が必要であったのか。このことを実証的に明らかにするために、立木(2014)<sup>22</sup> ならびにTatsuki(2015)<sup>23</sup> は、仙台市内在住の41名の障がい当事者らとともに進めた被災体験の検証ワークショップ(2013年10月14日に仙台市内で実施)の結果を報告している。結果の検討に当たっては、経験した不自由、不都合や困難を解決するためにはどのような生活機能上の支援が必要であったか、すなわち生活機能上にどのような外部からの支援の必要性が発生したのかという視点に立ち、WHOの定めた国際生活機能分類(ICF)を用いてすべてのカードに記載された体験を、周囲に求められた生活機能支援の必要性(ニーズ)に翻案していった。その結果、障がい当事者は、災害の前後で心身の機能や身体構造といった機能障害の側面で変動は経験しておらず、災害にともない環境因子が激変し(例えば石油製油施設の被害によりガソリンの入手難により移動手段を失った、ライフラインの被害により飲食や排泄に支障をきたした、等)、その結果として活動・参加に支障をきたしていたこと、このような被災後の当事者の体験はICF分類、とくに障がいの社会モデルに関わる側面を用いて記述し、説明できることを明らかにした(図5

22 立木茂雄、「市町村に求められる災害時要援護者対策：災害時の生活機能支援の視点から」、保健師ジャーナル、2014年9月号、748-753。

23 The Experiences of People with Functional Needs in Times of Disasters: Results from the 2013 Sendai Grassroots Assessment Workshop, United Nations University Fukushima Global Communication Programme Working Paper Series, Number 02-February 2015.

21 <http://www.bousai.go.jp/taisaku/youengo/060328/pdf/hinanguide.pdf>, 2020年2月13日閲覧

## 国際生活機能分類(ICF) (WHO, 2001)



WHO (2001) 7

図5 国際生活機能分類(ICF)の枠組みにもとづく被災障がい当事者の体験の理解(環境因子の激変により活動が制限され、社会参加に制約を受けていた)

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>, 2020年2月13日閲覧

参照)。

立木(2016)<sup>24</sup>は、上述の2013年10月の当事者ワークショップ結果をもとに、ICFの活動・参加および環境因子の第1および第2分類のうち回答頻度の高かった31項目を選択して調査票(災害時の暮らしの困りごとチェックリスト)(図6参照)を設計し、仙台市在住の被災障がい当事者3005名を対象に2015年1月16日から2月24日にかけて郵送調査を実施し、1,083名から有効回答(有効回答率36.0%)を得た社会調査結果を報告している。

回答者の属性については、性別は男女同等(男性49.2%、女性48.8%、無回答1.9%)、平均年齢は54.1歳(標準偏差は20.1)、最年少は1歳、最年長は101歳であった。実際

に回答を記入した記入者について、およそ3分の2(66.1%)が障がい当事者本人による記入であり、残りの約3分の1(28.4%)が家族による記入であった。

1,083票の調査票から、災害時に障がい当事者が体験した「活動と参加に関する困りごと」を発災から10時間まで、10時間から100時間、100時間から1000時間までの3つの時間区分ごとに見ると、発災0~10時間に一人平均7.3項目、10~100時間に6.0項目、100~1000時間に2.6項目の暮らしの困りごとが経験されていた。

図7は全31項目のICFカテゴリーの体験の有無を、この3つの時間区分ごとにまとめたものである。最も多くの頻度で経験された困りごとは、地震による環境因子(「e5 サービス・制度・政策」)の支障で、具体的にはライフライン、コミュニケーション、交通、市民保護、司法、行政、社会保障、一般的な社会的支援や保健に関するサービス・制度・政策といった環境面の機能停止が含まれてい

24 立木茂雄, 戦略的創造研究推進事業(社会技術研究開発)コミュニティがつなぐ安全・安心な都市・地域の創造研究開発領域研究開発プロジェクト「借り上げ仮設住宅被災者の生活再建支援方策の体系化」研究開発実施終了報告書, 2016. [https://www.jst.go.jp/ristex/pdf/anzenanshin/JST\\_1115080\\_13418847\\_tatsuki\\_ER.pdf](https://www.jst.go.jp/ristex/pdf/anzenanshin/JST_1115080_13418847_tatsuki_ER.pdf), 2020年2月13日閲覧



図解	体験したこと	チェック欄	図解	体験したこと	チェック欄	図解	体験したこと	チェック欄	図解	体験したこと	チェック欄
	① 自課をこなせなかった 例：自己訓練の中止 「避難場所や避難先に行けなかった」			⑨ 着替えたり、飲食したりできなかった 例：「ブラジャーがない」			⑪ コミュニケーションのための用具が手に入らなかった 例：「携帯電話、電話、携帯電話、FAX、メールなどが使えなかった」			⑫ 専門職の人や施設からの差別、偏見的な態度に遇った 例：「福祉施設から受け入れを拒否された」	
	② ストレスやその他の心理的要求に对应できなかった 例：「被害の被害がわからない」「精神的に不安定、ストレスやパニックなど」			⑩ 自分の健康維持・管理ができなかった 例：「病院に行けなかった」「適切な食事が出来なかった」			⑬ 知り合いの人数がいつも違って居た 例：「集団生活が大変だった」			⑬ ライフラインが止まった 例：「電気やガス・水道が止まった」	
	③ 避難所や避難先で姿勢を保持したり変えられなかった 例：「車イスで生活する車イスがなかった」「搬入ベースがなかった」「寝具が足りなかった」			⑪ 家事ができなかった 例：「洗濯・洗濯物ができなかった」「掃除・ゴミの処分ができなかった」「家の片付け、引越しが大変だった」			⑭ 用事の日に困った 例：「仕事の都合がつかなくなった」			⑭ 公共交通機関が使えなかった 例：「バスや電車など」	
	④ 物を運ぶのに困った 例：「物量ももたせて行ったり、被災所で水を運ぶのが大変だった」			⑫ 必要な物が入手できなかった（福祉用具は除く） 例：「自宅が壊された」「家具が壊れてしまった」「お風呂・トイレが壊れた」			⑮ 家族や族せき、知人、近所の人に助けられた 例：「一緒に生活した」「車で一泊させてもらった」			⑮ テレビや電話が使えなかった 例：「テレビが使えなかった」「放送情報が入手できなかった」	
	⑤ 歩行や自力での移動ができなかった 例：「拐杖が足らなくて困った」「車イスや自力での移動がなかった」			⑬ 物の購入や収入などこれまでどおりの経済生活ができなかった 例：「生活費が足りなかった」「借金で苦しんだ」			⑯ 日常的に利用しているヘルパーさんやサービスが受けられなかった 例：「ヘルパーさんが居なかった」「申請書類が揃ってない」「施設が閉鎖された」			⑯ 行政サービスを受けるのに苦労した 例：「申請書類の発行が難しかった」「再請に不安があった」	
	⑥ 移動手段を利用した移動ができなかった 例：「車が壊れた」「エレベーターが止まった」			⑭ 仕事ができなかった 例：「職責が果たして、いつ再開するかわからなかった」「職責がなくなった」「希望がなかった」			⑰ 差別や偏見により十分に行政に対応できなかった 例：「問い合わせに回答してもらえない」「災害支援で被害者が優先された」「避難所を指定されたり、受け入れを拒否された」			⑰ 変わりわりの助けが受けられなかった 例：「助けが来てくれない状態で、職に就いた」「お世がなくて、ヘルパーさんが呼べなかった」	
	⑦ 自分の身体を洗ったり、身体各部の手入れができなかった 例：「入浴したり、シャワーを浴びたりできなかった」			⑮ 必要なが入手できなかった 例：「服が壊れた」「必要な物が手に入らなかった」			⑱ 差別や偏見により一般的なサービスを受けられなかった 例：「不動産屋でなかなか物件をさがしても見つからなかった」			⑱ 住居や福祉のサービスを十分に受けられなかった 例：「福祉や福祉施設の情報がない」「障がい者窓口がなかった」	
	⑧ 排泄に関することができなかった 例：「トイレに行けず、便がない」「トイレの設備が壊れた、修理などができなかった」			⑯ 日常生活に必要な用具（福祉用具）が手に入らなかった 例：「介護ベッドや寝具が壊れた」「スロープやトイレが壊れた」「福祉用具が手に入らなかった」「職責が手に入らなかった」			⑳ 他人からの差別、偏見的な態度に困った 例：「助けが来ないままに被災」「避難所にいることからの差別」「収容の設備を拒否するが大家」			㉑ 全て体験したことがない	

図6 国際生活機能分類 (ICF) の活動・参加および環境因子の第1 および第2 レベルにもとづいて作成した  
仙台市在住の被災障がい当事者調査票

た。その結果として活動・参加因子の以下のような4つのカテゴリーに支障をもたらしていた。つまり、第1に「d3 セルフケア」（自分の体を洗うこと、身体各部位の手入れ、排泄、更衣、食べること、飲むこと、健康に注意すること）、第2に「d6 家庭生活」（必需品の入手、家事、家庭用品の管理）、第3に「d2 一般的な課題と要求」（単一もしくは複数の課題の遂行、日課の遂行、ストレスとその他の心理的要求への対処）、そして第4に「d4 運動・移動」（姿勢の変換と保持、ものの運搬・移動・操作、歩行と移動、交通機関や手段を利用した移動）といった生活機能である。これらの当事者側の困難を補うために環境因子側の「e3 支援と関係」では、通常利用している対人サービス提供者・保健その他の専門職による公式サービスが利用できないために、家族・親戚・友人・知人・仲

間・同僚・隣人・コミュニティの成員といった非公式な資源が動員されていた。

結論として、調査に回答した仙台市内の1083名の障がい当事者は、東日本大震災により環境因子（e5 サービス・制度・政策）の機能不全により、活動・参加に関わる生活機能（d3 セルフケア、d6 家庭生活、d2 一般的な課題と要求、d4 運動・移動）に支障をきたし、平時に活用する公的支援者ではなく、非公的なる環境因子である家族・友人や知人・近隣など（e3 支援と関係）からの支援を受け入れて対処していた、と理解できる。

このようにして東日本大震災時の障がい当事者の体験を実証的に検証すると、東北3県で最も福祉のまちづくり（ノーマライゼーション施策）が進んだ宮城県仙台市の障がい当事者が経験した社会的不利益の原因は、平

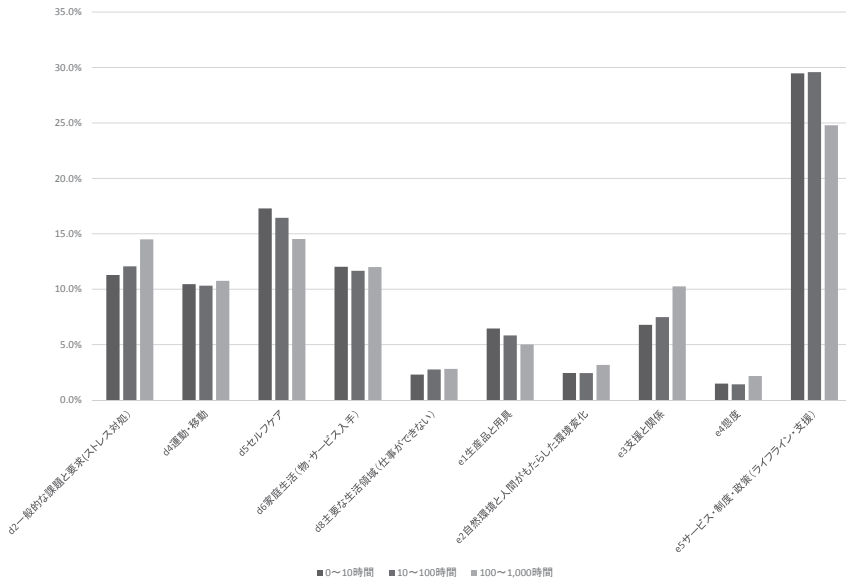


図7 発災後の各時間区分におけるICFの生活機能カテゴリー別の暮らしの困りごと

時に活用している公的支援者によるサービス・制度・政策が災害により中断を余儀なくされた時に、あらかじめ近隣住民などによる支援と切れ目なくつなぐ取り組みがサービス等利用計画などのプランに組み込まれていないこと、すなわち社会の側の不備に帰責できることを浮き彫りにするものであった。

これまでの議論をまとめる。災害が起こるたびに高齢者や障がいのある人に被害が集中する根本原因は、高齢社会から超高齢社会への突入に備えて制度設計された介護保険を始めとする社会福祉諸制度は、平時にのみ注目し、災害時の対応は防災・危機管理部局という制度の設計外において、それぞれにたこつぼ化した対応をとってきた。言いかえると、災害時に事業者が事業を継続できなくなった時の代替策として非公的な支援者によるサポートの計画までも制度内に組み込んだものではなく、極めて不完全なものになっていた。このような制度の不備こそが災害時の高齢者や障がいのある人の不利益の原因と

なっている。従って根本的な対策は社会がこの不備を正すことにある。「障害の問題とはまず障害者が経験する社会的不利(益)のことなのでありその原因は社会にある」(星加, 2007, p.37)とする点が決定的に欠落していたのである。

## 6. 福祉と防災を切れ目なく連結させることが根本的な解決につながる<sup>25</sup>

それでは、根本的な解決策とは何か。答えは、高齢者や障がい者への配慮の提供を平時と災害時で継ぎ目なく連結させることにある。災害が起きた場合、介助の必要な高齢者や障がい者を誰が支援するのだろうか。いつもケアを提供しているヘルパーや介助者は駆けつけることができない。だから、専門家以外の人たち、つまりお隣近所の方々からの支援をいかにして確保するのかをあらかじめ考えておく必要がある。介護保険制度や障害者総

<sup>25</sup> 本節は以下をもとに加筆修正したものである。立木茂雄, 誰ひとり取り残されない防災をめざして, 国民生活 (Web版) 2018年9月号, No. 74.

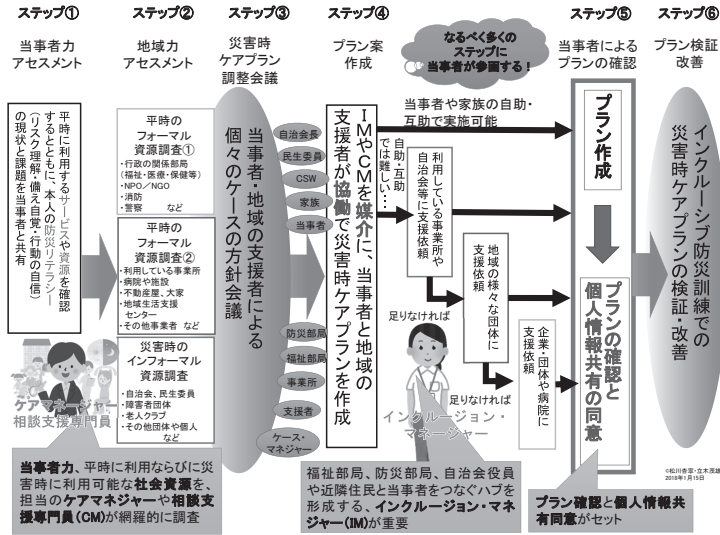


図8 別府版災害時ケアプラン作成フローチャート (version 2) (最終更新日: 2020年1月31日)

合支援法によるサービスを展開する上で、地域の共助の力を高め、いざという時の近隣住民からの支援を組み込んだ個別支援計画を災害時ケアプランとしてあらかじめ作り、日常的に訓練を行うことが、福祉の側からも急務の課題となる。

その先駆的な例として、大分県別府市の誰ひとり取り残さない防災の試みが参考になる。別府市では、市民団体（福祉フォーラム in 別府・速見実行委員会）からの呼びかけに応じて、当事者・市民団体・事業者・地域・行政の5者協働による災害時の個別支援計画づくり（以下別府モデル）を始めた。別府モデルの基本は、災害時の要配慮者対応と平時の障がい福祉サービスを継ぎ目なく連結させることにある。具体的な進め方は、図8に示す手順にしたがう。

第1ステップでは、平時にサービス等利用計画（ケアプラン）の作成・運用で日常的に当事者と関わる事業者（相談支援専門員など）が、個別支援計画を「災害時ケアプラン」と

位置づけて作成に関与する。そして、災害時に活用できる第1の資源として「当事者力」（災害時に向けて高めるべき当事者の能力）のアセスメントを行う。別府モデルでは、「当事者力」を「災害リスクの理解・必要な備えの自覚・とっさの行動の自信」の3要素からなる防災リテラシー<sup>26</sup>と具体的に定義づけしている。防災リテラシーとは「災害にかかわる情報を活用する能力」のことである。災害情報を受け取ったときに、防災リテラシーが高いと、コストを払ってでも適切な意思決定や行動を取ろうとする。そこで、一人ひとりの利用者について防災リテラシーを測定・評価するとともに、災害時の適切な意思決定につながるためには、災害の脅威の理解、必要な備え、とっさの行動への自信のそれぞれについて、どの程度高めるべきかの目標を当事者と協働して設定する。

26 川見文紀・林春男・立木茂雄(2016). リスク回避に影響を及ぼす防災リテラシーとハザードリスク及び人的・物的被害認知とのノンリニアな交互作用に関する研究: 2015年兵庫県県民防災意識調査の結果をもとに, 地域安全学会論文集, 29, pp. 135-142.

脅威の理解を進めるために別府モデルでは、防災科学技術研究所の鈴木進吾研究員が開発した「あなたの街の直下型地震」サイト<sup>27</sup>を利用する。福祉専門職が当事者宅でこのサイトにアクセスし、別府湾地震や南海トラフ地震では我が家にどのような被害があり、ライフラインはどのくらい利用ができなくなるか、対話型で災害リスクを見える化する。

備えの自覚については、災害時に支障をきたす生活機能とは具体的にどのようなものか、そして公的な支援者がかけつけられないなかで、どのような配慮を必要とするのかの見立てを福祉専門職とともに行う。別府モデルでは、国立リハビリテーションセンター研究所の硯川潤福祉機器開発室長が開発した「自分でつくる安心防災帳」<sup>28</sup>を活用して災害直後に起こりうる生活機能をICFにもとづき網羅的にチェックし、どのような支障が起こるのかの見立てと、その対策を当事者・家族と福祉専門職が共同して検討する。

第2ステップでは、平時ならびに災害時に動員される社会資源について網羅的に確認する。相談支援専門員は、地域の実情には詳しくない。そこで自治会や自主防災組織および行政の危機管理や保健福祉部局などの行政や地域、そして当事者や福祉専門職をつないで問題解決のためのハブを形成するインクルージョン・マネージャーの出番となる。別府市では、永年にわたり日本各地で災害が起こると、現地の災害ボランティアセンターの立ち上げに東奔西走した実績のある職員が、危機管理部局に所属しながら、これらの多面的な

組織・部局を包摂するための労をとっている。

第3ステップでは、地域で災害時ケアプラン調整会議を開催する。調整会議には相談支援専門員が同伴するとともに、当事者と地域支援者の橋渡しの労は、インクルージョン・マネージャーが担う。調整会議では、主として相談支援専門員が当事者の平時の状況について地域支援者と共有化するとともに、安心防災帳を踏まえた災害時に必要となる合理的配慮の内容を近隣住民と協議し、現実的な解決策を協議する。

第4ステップでは、前段での話しあいを受けて、地域支援者からの配慮の具体的な提供手順について当事者に確認しながら細部をつめて災害時ケアプラン（案）を作成する。

第5ステップでは、当事者と地域支援者の両方で細部を詰めた地域の支援（案）を、災害時ケアプランとして文書化するとともに、「災害リスクの理解・必要な備え・とっさにとるべき行動」として当事者の側で務めるべき内容—当事者力アセスメントの目標—の確認と、地域からの支援を求めるにあたって自身の情報を地域で共有することへの同意をセットにして署名を行う。

第6ステップでは、全員参加で誰ひとり取り残さない—インクルーシブな—防災訓練に実際に参加し、第5ステップで作成した災害時ケアプランを実施し、その検証をもとにプランの改善を行う。

誰ひとり取り残さない防災は、当事者に寄り添う相談支援専門員のような「伴走者」や、行政内の保健福祉と危機管理部局、地域活動団体と福祉専門事業者、そして当事者を連結するインクルージョン・マネージャーという、当事者の社会的包摂を保障するための「しくみ」があって始めて前にすすむ。これが別府

27 <http://edttl.r2ms.co.jp/pj/amcj/index.html>. 2020年2月13日閲覧

28 [http://www.rehab.go.jp/ri/kaihatsu/suzurikawa/skit\\_02.html](http://www.rehab.go.jp/ri/kaihatsu/suzurikawa/skit_02.html) (2020年2月13日閲覧) からダウンロードができる。



モデルの肝要な点である。伴走者である福祉専門職や、多元的な組織・団体・事業者と当事者を包摂するインクルージョン・マネジメントの労を提供することが、行政に求められる災害時に備えた合理的配慮の中身なのである。

2016年度から始まった別府市での取り組みをモデルとして、2018年度からは兵庫県で防災と福祉の連携モデル事業が始まった<sup>29</sup>。2019年度の同事業では、兵庫県内の36市町でモデル事業展開が行われた<sup>30</sup>。この事業の検証をもとに、2020年度から兵庫県は一般財源を用いて全市町を対象に防災と福祉の連携事業を展開する計画である（約10,000千円の予算は福祉専門職の研修、災害時ケアプラン作成にあたる加算分をふくむ）。また、同様の取り組みとして、滋賀県や静岡県も2020年度からモデル事業を計画している。

## 7. 仙台防災枠組み・障害者の権利条約・持続可能な開発目標（SDGs）にそった取り組みである

別府モデルが提案する平時の福祉と緊急時における防災の取り組みを連結させる取り組みは、防災の観点から捉えると2015年3月に示された仙台防災枠組みが強調する（あらゆるセクターにわたる）防災の主流化の理念に基づくものである。そのためには、災害時に被害が集中する当事者のエンパワメント、障壁・排除・差別のない参加が不可欠であるとした。そして、ここで特段の配慮を払うべき視点として、貧困・ジェンダー・高齢・障がい・文化を取り上げ、これらは防災・減災

を含む全ての政策や実務の中で統合されなければならないとした<sup>31</sup>。

2014年1月に日本政府が批准した国連障がい者の権利条約は、その11条でリスク状況や人道上の緊急事態について以下のような措置を求めている。

締約国は、国際法（国際人道法及び国際人権法を含む。）に基づく自国の義務に従い、リスク状況（武力紛争、人道上の緊急事態及び自然災害の発生を含む。）において障害者の保護及び安全を確保するための全ての必要な措置をとる。

東日本大震災を受けた2011年の国会では衆議院での審議から同条約11条に対応する事項が追加された。これを受けて、同年の障害者基本法の改正では、第26条（防災及び防犯）が新設された。さらに合理的配慮の提供を行政に義務づけ障害者差別解消法の2013年6月成立に伴い、地方公共団体の中には同法に対応する独自の条例を制定する動きが始まった。この中には、千葉県、北海道、徳島県、長崎県、大分県、沖縄県、仙台市、さいたま市、新潟市、明石市、松江市、別府市などのように、権利条約11条に対応するリスク状況での措置を「横出し」項目として独自に設ける動きも見られる<sup>32</sup>。

防災と障害者の権利の文脈で別個に進められてきた取り組みが体系化されるのが、2015年9月に国連総会で採決された持続可能な開発目標（SDGs）である。このうちSDG13は、気候変動及びその影響を軽減するための緊急対策を講じることを求めている。ま

29 <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk37/dpw.html>, 2020年2月13日閲覧

30 [https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk37/dpw\\_r01.html](https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk37/dpw_r01.html), 2020年2月13日閲覧

31 仙台防災枠組み, p. 13.

32 立木茂雄, 第10章 緊急事態, 長瀬修・川島聡編『障害者権利条約の実施』, 信山社, 219-261.

たSDG11は住み続けられるまちづくりを掲げるが、そのための具体的な指針であるターゲット11bでは、「2020年までに、包含、資源効率、気候変動の緩和と適応、災害に対するレジリエンスを目指す総合的政策及び計画を導入・実施した都市及び人間居住地の件数を大幅に増加させ、仙台防災枠組2015-2030に沿って、あらゆるレベルでの総合的な災害リスク管理の策定と実施を行う」と銘記し、仙台防災枠組みそのものを取り込んだものとなっている。

さらにSDG10は国内および国家間の格差を是正することを目標としているが、ターゲット10.2では「年齢、性別、障害、人種、民族、出自、宗教、あるいは経済的地位その他の状況に関わりなく、全ての人々の能力強化及び社会的、経済的及び政治的な包含を促進する」ことを具体的課題とし、結果的に障害者の権利条約の理念を取り込むものとなった。

以上のように現在日本の政府、企業、市民セクター、地域社会が一丸となって推進をはじめているSDGsの達成のための具体的な一方策こそ、本論文が提案するインクルージョン・マネージャーの管理のもとに福祉専門職が積極的に関与する誰ひとり取り残さない防災の推進であると言って過言ではない。

## 謝辞

本稿は、以下の研究費の成果物である。JST RISTEX SDGsの達成に向けた共創的研究開発プログラム〔ソリューション創出フェーズ〕「福祉専門職と共に進める「誰一人取り残さない防災」の全国展開のための基盤技術の開発」(JPMJRX19I 8) (2019年11月15日～2023年3月31日、研究代表 立

木茂雄)、文科省科学研究費基盤研究(A)「インクルーシブ防災学の構築と体系的実装」(17H00851) (2017年度～2021年度、研究代表 立木茂雄) および日本財団助成「障害者インクルーシブ防災における災害時ケアプランコーディネーター養成」(2017年度～2019年度、研究代表 立木茂雄)。文科省科学研究費基盤研究(C)「災害後における支援団体への個人情報提供システムの構築」(17K12627) (2017年度～2019年度、研究代表 山崎栄一)。ここに記して感謝申し上げます。