

第1章

被災高齢者の人権

第1 急速な高齢化

1 わが国は、急速に高齢社会を迎えつつある。65歳以上の高齢者人口は、1993年に1690万人に達し、総人口の13.5%を占めるようになった。平均寿命は男性で76.57歳、女性82.98歳（1995年）となり、日本は世界一の長寿国となった。

1947年から1949年に生まれたいわゆる団塊の世代すべてが65歳を越える2015年には高齢者数は3000万人を超え、総人口に占める割合も24%に達すると推定されている。4人に1人が高齢者という時代が来るのである。そのうえ、高齢者の中でも75歳以上のいわゆる後期高齢者が著しく増加することが予想される。

高齢社会の到来は、介護を要する老人が増加し、介護の期間が長期化することを意味する。

寝たきり老人は、現在（1990年）全国で約70万人いるといわれており、65歳以上の人口の4.6%を占め、2000年には寝たきり老人は100万人に達すると予想されている。

在宅の痴呆性老人は、1985年には約59万人と推計され、65歳以上の老人全体に対する在宅の痴呆性老人の出現率は4.8%となっている。高齢になるに従って出現率は高まっており、今後人口の高齢化につれて、痴呆性老人は大幅に増加するものと推測されている。

2 兵庫県も同様に高齢化が進んでいる。1990年の国勢調査結果では65歳以上の人口は64万2401人であり、総人口540万5040人に占める老年人口比率は11.9%となっている。1970年当時の6.9%に比べ約1.7倍の伸びとなっている。

3 今回の阪神・淡路大震災は、高齢化と都市化が急速に進んだ社会が直面した初めての重大災害である。

地震は阪神・淡路地区を等しく襲ったが、被害状況は平等ではなかった。地震の被害は高齢者、生活保護世帯等のいわゆる「社会的弱者」でとくに多かった。神戸市だけでみると保護世帯1万4951のうち3619世帯(24.2%)が全壊、2652世帯(17.7%)が半壊し、全半壊あわせると42%に達する。保護受給者の死者278人(1.24%)は、神戸市民約149万人に対する全体の死者3808人(0.26%)に比べ約5倍の数になっている(ジュリスト臨時増刊『阪神・淡路大震災』法と対策、早川和夫論文)。

第2 高齢者から多数の死者

1 年齢の判明した死者数5368人のうち、70歳以上の高齢者が33.2%(3分の1)を占めている。60歳台を合わせると5割を超えている。

高齢化の最も進んでいる神戸市長田区では、70歳以上は4割を超え、60歳代と合わせると6割強を占めた。

高齢者が多かった原因としては、

- ① 倒壊家屋の多くが古い木造住宅で、高齢者が数多く住んでいたこと、
- ② 2階建住宅では、高齢者の多くが1階を寝室にしており、就寝中、落ちてきた2階部分の下敷になったこと、
- ③ 家屋倒壊などの際、逃げ出すことが体力的に難しかったこと、

などが指摘されている(95年2月17日付朝日新聞)。

2 兵庫県警の調査によると、死者のうち89%は家屋や家具類の倒壊による圧迫死や窒息死であり、火災による死者が10%、残り1%は落下物、高速道路からの転落による全身打撲とされている(95年2月17日付朝日新聞)。

また神戸大学法医学教室の上野易弘助教授らの調査では、4人に3人が住宅関連死であったとされている(95年5月17日付朝日新聞)。

3 他方、兵庫県内の385の老人福祉施設については、鉄筋コンクリートづくりであるため建物被害は少なく、人的被害としては死者はなく、軽傷者が8名出ただけである。

住宅の安全性こそが防災にとって最重要であることを示している。

第3 震災時の高齢者の置かれた状況

1 芦屋市の97歳女性、須磨区の80歳男性、西ノ宮の85歳の男性を倒壊した家屋の中から30数時間ぶりに救出(95年1月19日付読売新聞)、灘区や芦屋で6人の女性高齢者を50時間ぶりに救出(95年1月19日付読売新聞夕刊)、長田区の78歳の女性、灘区の78歳の女性を75時間ぶりに救出(95年1月21日付朝日新聞)、長田区、東灘区で100時間ぶりに独居老人3人を救出(95年1月22日付読売新聞)など、自力では脱出困難な高齢の被災者が地震から長時間経過後に奇跡的に救出されたとの報道がいくつかなされた。

2 今回の震災のような緊急時には、誰もが自分の家族を守るのが精一杯となり、高齢者らが取り残されることになりかねない。

95年4月14日付朝日新聞は次のような報告を載せている。

「夫婦は、取り壊しが決まっている神戸市営住宅5階での生活を続けている。74歳の夫は脳梗塞でほとんど歩けない。68歳の妻は腸のポリープの手術が必要だ。取り壊す予定だから、ガスも水道も出ない。

避難所へ入らない理由を、夫は『迷惑をかけたくないから』という。だが、妻は『地震当日のことも、家を出ない理由になっていると思う』と話す。

1月17日、夫は家具の下敷きになった。妻は周囲に助けを求めた。入居者達は逃げ、だれも来てくれなかった。妻が必死にひきずり出した。

『人情、紙より薄しや』と話す2人に、強い人間不信が残った。」

3 他方、築23年になる古いマンションで子供会、町内会、婦人会、老人会などの活動を通じて日頃から180所帯の居住者らの結びつきの強かった西ノ宮市内のマンションで、地震後約5時間で180所帯、500人を超える全員の無事を住民自らが確認したケースがあった。脱出した住民たちは、ドアをけ破ったり、窓の鉄格子を壊したりして逃げ遅れた人達を部屋の中から助け出したという(95年1月22日付朝日新聞)。

第4 避難生活の長期化と死亡、健康破壊

1 震災による病院、診療所の被害

神戸市内の被災6区（東灘、灘、中央、兵庫、長田、須磨）における調査では、震災から9日目の1月26日の時点での診療所の開設率はわずか28.8%（病院は84.5%）にとどまっており、震災による負傷者ばかりか、慢性疾患を抱える高齢者にとっては深刻な状況にあった。100日目の4月27日には診療所の開設率はようやく84.9%（病院は97.2%）に回復した。

2 風邪、肺炎、気管支炎が急増

被災者は暖房のない冷えきった体育館などに逃げ込んだ。1か所に500人、1000人という人達が1人1畳あまりに身を横たえた。神戸の1、2、3月、深夜は気温が零度になる。暖房はない。冷たい床に毛布1枚を敷き並べ1枚を掛け、着のみ着のまま身を寄せあった。ほとんどの人が風邪をひいた。

食事は菓子パン、牛乳、おにぎりなど冷たいものばかり、栄養が偏り体力が衰えた。お年寄りには肺炎をおこし持病が悪化した。夜中のトイレ通いを我慢したり水を控えるので脱水症状、尿道炎、腎盂炎などにかかった。プライバシーのなさから、ストレスで胃に穴があき血を吐いて死ぬ人もいる。

神戸市の高齢者・障害者むけ仮設住宅は1人用4畳半、2人用6畳、トイレなどの設備はすべて共用、むろん暖房はない。辺鄙な場所の小さな部屋に押込められた年寄りは話相手もおらず「棄民」の観を呈している（ジュリスト臨時増刊『阪神・淡路大震災』法と対策、早川和夫論文）。

地震で痛手を受けた高齢者を、次に襲ったのは、環境の激変、寒さや栄養不良、ストレスなどによるカゼだった。暖房も十分ではなく、換気、湿度調整ができない避難所のなかで、肺炎にまで進んだ例も多い。

長田区の神戸協同病院の調査によると、地震から2月13日までの、同病院への入院は肺炎、気管支炎が急増して全体の23%を占めた。平均年齢は72歳だった。在宅の患者も含めて震災による生活環境の悪化が誘因となり、2月末までに12人の老人が死亡した。

上田耕蔵院長は「当院のベッドが神戸市に占める割合は2%弱。それから推計すると、こうした死者は市全体で500人前後になるのではないかと語ってい

る（95年4月14日付朝日新聞）。

3 ストレス性胃腸障害が続出

避難生活を送る被災者に、精神的ストレスが原因の胃かいようなど、重度の胃腸障害の患者が増えている。避難所で突然血を吐いて救急車で運ばれる例が多く、死亡者も出ている。自宅倒壊や避難所の不自由な生活がストレスになっていると専門家は見ている。ベトナム戦争の帰還兵でも同様のストレス性の胃腸障害が問題になったことがあり、震災のストレスの強烈さを示している。高齢者に患者が目立ち、神戸大医学部の老年医学講座（千葉勉教授）は、十数か所の主要病院の協力で実態調査を始めた（95年2月26日付朝日新聞）。

千葉教授らによる実態調査の報告によると、①震災後、最初の1か月間において胃潰瘍の発症例が顕著に増加していること（全内視鏡施行例の比率で対照の3倍）、②十二指腸潰瘍や急性胃粘膜傷害の増加はみとめられないこと、③胃潰瘍症例の発症は震災直後に集中しており、特に出血例が顕著に増加していたこと（胃潰瘍全症例の40%以上、対照の22倍）、④発症例は高齢者に多いことが特徴的であり、震災というストレスのもとでは出血性胃潰瘍が発症しやすいことが明らかとなった。

4 災害救助法の趣旨からは、避難所生活は1週間を越えてはならないとされている。ところが現実には、帰る家はなく、適切な仮設住宅に入居できず、1年を経過した時点でもなお、待機所や旧避難所、テント暮らしの人たちが約800人もいる。仮設住宅では、約9万人が狭くて不便な生活を余儀なくされている。そしてその仮設住宅には女名前の標札が目立つという。経済的に余裕の無い女性高齢者の1人暮らしが、仮設住宅に多いのである。

第5 特別養護老人ホーム等への緊急一時入所

1 兵庫県内の特別養護老人ホーム等の施設は、自宅が壊れたり、介護者がいなくなったりした要介護高齢者2805人を4月11日までに緊急に受け入れた（ショートステイの弾力的運用）が、同時点でなお1534人が施設で生活していた。1年間で緊急入居者は3000人を超えたが、現在は約400人に減っている。

神戸市北区の特別養護老人ホーム「大池サンホーム」では定員80人のところ
最大時には40人の被災高齢者を受け入れ、定員の1.5倍にふくらむという事態と

なった。絶え間ない入所希望の声に「これ以上入れたら避難所と変わらんようになる」と職員は悲鳴を上げた。

本来は治療施設でない老人ホームに持病の悪化や肺炎のために避難所から移された人も少なくない。大池サンホームでは緊急入所者のうちインフルエンザが悪化し肺炎になって運びこまれた4人の高齢者の方が亡くなっている(95年3月17日付毎日新聞)。

2 神戸市などは緊急入所者についても本人の希望があり、入所判定をクリアすれば正式に入所措置をする方針だがというのが、現実には兵庫県内における特別養護老人ホームの待機者は約1500人(神戸市は94年10月1日現在で858人)に及んでいる。

今回の震災により、常時介護を要する高齢者が激増している。「今回の震災で特養の適格者が平年の10年分以上増えたかも知れない」と語る関係者もいる。現在の施設数のままではいつになったら入所できるのか、見通しが立たない現状である。なお、現在は1割の定員外入所という特例措置で対応している。

第6 仮設住宅の問題点

1 避難所を早期に解消し、被災者の生活の立て直しを促進するためには、被災者の居住地域に必要な十分な仮設住宅を早急につくる必要があった。

ところが、行政側の対応は、建設戸数の見直しを繰り返すという「小出し」のやり方で、しかも高齢者にとっては交通の便の悪い遠隔地等に相当数の仮設住宅を建てるという「数合わせ」と思われるふしがあった。

95年3月30日付毎日新聞の社説は次のように指摘している。

「経済大国の大都市圏で、震災3か月目というのに、数万単位の人々が難民のような生活を続けているのは異常な事態である。被災者側に立った『住まいの対策』が不十分だったと言わざるを得ない。

…神戸市灘区では区内に仮設住宅が300戸余しか確保できず、まだ1万人もいる避難者は遠くへの移住を迫られている。住民団体は『自宅近くにもっと仮設住宅を。未利用の公園や空き地などを活用すれば約5000戸の建設が可能』と調査に基づく具体策を添えて市に要望した。避難者と臨時住宅の単なる数字合わせでなく、可能性をきめ細かく追求する施策が必要な段階だ。

…2か月を越す避難生活は、健康への悪影響を避けられない。避難所で病死する高齢者も少なくない。ボランティアの撤退が続き、今後は被害者の力だけで避難所生活を支える必要がある。困難は増すばかりだ。

一般に年齢とともに住まいを変えるのは好ましくない。年齢とともに視力、聴力などが衰えるのと同じように、環境への適応力も後退していく。住み慣れた家と街や見慣れた風景や親しい隣人から切り離されることで、呆けたり、けがをしたり早死したりする。高齢者の転居は「精神的卒中」と言ってよいほど深刻な事態を招きがちで、避けるに越したことはないのである（早川和男『『老いの住まい学』）。

2 仮設住宅に高齢者、障害者を優先入居させるとの行政の公約は、高齢者、障害者にすぐれた住宅を用意することではなく、単にクジ順を早くするだけにすぎなかった。そのため、初期入所の多い仮設住宅は、半数が高齢者で占められているものの、構造、配置が一般仮設住宅と変わらないため、介護や援助を要する高齢者には、はなはだ「やさしくない」ものとなっている。

仮設住宅には庇はなく、入口の高さは地面から45センチ、台所に設置された戸袋の高さは床から185センチ、ユニット風呂の入口は30センチ、浴槽の高さは51センチもある。背の低い高齢者にとっては、「殺人的」ともいえる住環境である。

震災後、100日を過ぎようとするころに、阪神間の各市では「高齢者・障害者向け応急仮設住宅」の設営に着手し、一般仮設住宅にすでに入居した人の移転も勧めているが、時期的にも遅きに失した感は否めない。また所詮、仮設の域を出ないもので、住宅の広さ、構造や付帯するケア態勢に、今後、課題を残している（神戸発『阪神大震災以後』中村大蔵執筆部分）。

3 仮設住宅の入居は高齢者を優先したため、仮設住宅の建設地域は極端な「超高齢社会」となっている。

1000戸もの仮設住宅が建つ加古川市平岡町の「東加古川団地」では、高齢者対策が深刻な問題になっている。神戸市、西宮市、芦屋市の3市に割り当てられ、5月25日までに638世帯が入居しているが、神戸市分では独居が351世帯、2人暮らしが342世帯と全体の80%近くを占め、独居世帯では65歳以上が66%、60歳以上では97%にも達している。

しかし、神戸市のカギ渡しは、個々の健康状態にかかわらず入居場所を定め

たため、足や目の不自由な人が入口から300メートルもある東端の住宅を割り当てられたり、心臓病の人が防音壁のない加古川バイパス沿いの住宅を割り当てられて身体の不調を訴えるというケースも出ている。

78歳の女性が急性胃炎のために救急車で病院に運ばれるなど、これまでに救急車の出勤が4件あった。脱水症状による衰弱状態、軽い脳血栓、栄養失調など危険な症状も目立ち、職員やボランティアが車で病院に運ぶケースも日毎に増えている。

担当者やボランティアらは「これだけ高齢者が多ければ、隣近所で助け合うこともできない」と口を揃えており、夏の到来前に事態の深刻化を懸念する声が高まって入る（95年5月26日付神戸新聞）。

逆に神戸市は避難所の早期解消を急ぐあまり、第4次募集（95年5月10日受付開始）からは避難所生活者を優先させたため、半壊の自宅やテントで生活している高齢者や障害者が仮設住宅に入れないという事態も生じた。

4 仮設住宅に入居している高齢者らが異口同音に不安を漏らすのは、2年後の住居の問題である。「帰る家もなければ、高騰した家賃を払っていく資力もない。仮設住宅を出ていく日のことを考えると夜も眠れなくなる」と言う。

失業問題も深刻である。兵庫県の外郭団体「長寿社会研究機構」が95年3月10日から22日にかけて仮設住宅に入居している1000世帯を対象に面接方式でアンケート調査を実施した。生活の見通しがたたない世帯が5割近くに達しており、震災前に就労していた人の42%が「仕事や勤務地に変化があった」と答え、うち6割が「解雇された」「自営業を再開するめどがたっていない」など、実質的に失業状態になっていることが判明した（95年4月25日付神戸新聞）。

5 仮設住宅での孤独死、自殺

六甲アイランドの仮設住宅で独り暮らしの66歳女性を死後4週間で発見（95年5月28日付毎日新聞）、西宮市の仮設住宅で独り暮らしの81歳の女性を死後10日で発見（95年6月3日付朝日新聞）、兵庫区の仮設住宅で独り暮らしの67歳男性を死後2～3週間で発見（95年6月9日付毎日新聞）、中央区の仮設住宅に1人で入居したばかりの86歳男性が外出後道に迷って海に転落して死亡（95年6月9日付神戸新聞）、明石市の仮設住宅で独り暮らしの71歳男性を死後2～3日で発見（95年6月16日付朝日新聞）など、仮設住宅での高齢者の孤独死が度々報道されている。

被災者の自殺も14件、うち6件が65歳以上だという(95年4月14日付朝日新聞)。震災の発生当日に亡くなったのは5175人だが、死者はその後も増え続けた。西宮市、川西市、神戸市などが自殺を含めて「関連死」として発表したものを合わせると、犠牲者の総計は6348人にのぼっている(96年1月17日付産経新聞)。

このように、居住者に著しい不便、病死や事故死が絶えないという問題は、仮設住宅が人間生活を包む住宅としての基本的条件を欠いていることを示している。

第7 行政の対応とその問題点

これまでも行政の対応とその問題点は指摘したが、以下敷衍する。

1 高齢の被災者に対する行政の対応

施設などハード面の絶対的不足、例えば特別養護老人ホームの不足などのほか、全体として高齢者に特有の問題に応じたきめ細かい配慮(施設の構造など)が欠如する傾向があることは否定できない。これを民間のボランティアが補う形で被災者の支援がなされてきたが、まだまだ被災者のニーズに応えきれていない。

また、急激な高齢社会に向けた長期的な対応も、震災を機会に見直しが進んでいるものの(例えば神戸市におけるゴールドプランの前倒し計画)、まだ始まったばかりである。

2 仮設住宅での孤独死対策

仮設住宅での相次ぐ孤独死に対する対策として自治会づくりや住民の健康チェックに行政の役割が求められている。

(1) ハード面では仮設住宅の住民の集会所の設置

95年6月17日、伊丹市の奥畑仮設住宅に初の「ふれあいセンター」が設置された。相談室、休憩室などを備えた施設であり、住民ボランティア10名で運営している。

同様のセンターは、現在までに162か所設置された。

(2) ボランティア医師の協力を得て、保健所が仮設住宅住民の健康チェック

を実施。内容は医療健康相談、成人病・結核検診、歯科、栄養指導などである。

- (3) 区役所・保健所・福祉事務所が仮設住宅入居者の安否確認を始めた。
また、民間組織によるケアとして、
 - (1) 神戸市北区老人クラブが、仮設住宅入居の高齢者訪問及び趣味や地域行事への参加の呼びかけを行っている。
 - (2) ボランティア団体「神戸元気村」による電話回線を使った連絡システム・ベルボックス(ベルを押すとボランティア団体本部へ通報者の電話番号が流れる)の設置。
 - (3) ボランティア組織による仮設住宅の訪問。

3 保健医療

震災により大病院(例えば、中央市民病院、西市民病院)はその最新の医療施設が使用不能となるなど、大きな打撃を受けた上、勤務の医者が遠隔地に居住しており病院に駆けつけられないなど、被災者に対する十分な医療活動の核になりえなかった実態があった。

大規模な医療施設における最新医療機器の導入だけに着目するのではなく、住民の身近に存在する診療所や開業医を緊急時の医療体制に位置付ける工夫が行政に求められている。

4 施設への緊急入所と高齢者への支援

- (1) 実施状況
 - ① 特別養護老人ホームへの緊急入所の実態
神戸市内施設だけで633人、神戸市を除く兵庫県下施設に885人、兵庫県外の施設に320人(95年4月18日現在、延べ数)。
 - ② 緊急一時受入れ実施の施設
国民宿舎須磨荘、有馬保養所など。
 - ③ ホームヘルプサービス
1390世帯に実施(95年3月15日現在)。
- (2) 問題点
震災前に約1500人を数えた特別養護老人ホームへの入居待機者の激増、ショ

ートステイ施設へ緊急入所した高齢者や障害者の増加などが見られるが、そのような高齢者のニーズへの対応が物理的にとれない状況であり、開発優先のつげが震災でいっきに表面化したといえる。

老朽化した住宅の1階に寝ていた高齢者が多数震災の犠牲になっている。地震に強く高齢者にとって住み易い住宅の供給が課題となっている。

5 行政側の今後の対応

(1) バリア・フリー（障害のない構造）型式の住宅建設

95年度から3年間で新築する公営住宅、公団・公社住宅、民間住宅の合計11万戸のうち7万7000戸について、入口や浴室内の段差をなくすなどのバリア・フリー型式の住宅を建設する予定である。

(2) 神戸市の特別養護老人ホームの整備計画

定員ベースで年間150人から200人の整備ペースを5割増しで進める。

(3) 特別養護老人ホームと復興住宅との「合築」

兵庫県は、特別養護老人ホームと復興住宅とを同一敷地内において整備する「合築」（同一建物型と同一敷地内併設型の2種）を検討中である。

用地確保が容易、敷地の効率的利用、地域住民との交流が進むなどのメリットが考えられている。

(4) 神戸市ではホームヘルパーの派遣家庭を97年度には倍増させる、デイサービスやショートステイの定員を倍にする等の計画のほか、新ゴールドプランが打ち出した24時間対応のホームヘルプサービスや痴呆性老人に対する毎日型のデイサービス、虚弱老人への配食サービスを95年度から97年度までに実現する方針である。

6 老人保健福祉計画（ゴールドプラン）への影響

ゴールドプランの目標値は94年12月に策定された新ゴールドプランにより引き上げられたが、依然として現在の北欧のレベルからは相当に下回るといわれている。

ただ現状を見ると、このゴールドプランの実施によって高齢者介護はかなり改善されることは間違いなく、ともかくもこのプランが今世紀末までに完全に実施されることが最低限必要である。

ところが国民健康保険組合中央会のアンケート調査によると、各市町村のゴールドプラン立案者である市町村長の過半数は「目標達成困難」と回答している（95年5月2日付朝日新聞）。

これまでの開発中心の行政を抜本的に転換しない限り、兵庫県、神戸市のゴールドプランの達成は容易ではない。例えば神戸市がポートアイランド沖に計画している新空港計画（総事業費3000億円）を一時棚上げしても、ゴールドプランの大幅な前倒しを含む抜本的福祉施策を最優先課題として取り組むべきである。

この点では国の財政的援助も重要である。ハード面は勿論、高齢者の支援にあたる人的資源の確保、能力の向上なども解決しなければならない重要課題である。

第8 何が必要か

この章を担当した私たちは、被災高齢者の人権を守ってゆくためには、どのような今後の対策が必要かを模索するため、神戸市で開かれた「大震災と地方自治」シンポジウムに参加したり、尼崎市の特別養護老人ホーム「喜楽苑」や小田南ケア付仮設住宅、神戸市東灘区の養護老人ホーム「神戸老人ホーム住吉苑」や中央区の大倉山仮設住宅を訪問し、職員や入居者の方たちから話を伺った。また、兵庫県高年福祉課、神戸市高齢福祉課の担当者や在宅介護ネットワークの役員の方からも資料提供を含め、ご教示を頂いた。

1 喜楽苑での聴取内容

(1) 喜楽苑の被災高齢者介護支援の取り組み

- ① ホームに入居している高齢者に怪我人も出なかった（既述のように、今回の震災で、社会福祉施設入居者に死者は1人も出ていない）。

まず、ホーム入居者の生活を守ること、デイサービス利用者の安否の確認、職員の安否の確認、入居者の家族の安否確認、水の確保を行った。

- ② 1週間後からは、
 - a、同ホームの緊急ショートステイの優先的受入れ。
 - b、激震地施設への緊急ショートステイ受入れの応援のため職員の派遣。

- c、デイサービスの浴室を地域や施設に提供。
- d、避難所をまわり、高齢者の相談にのり、入院や緊急ショートステイの手続代行や、老人保険施設への付添い。
- e、地域のキーステーションとなって、救護物資の高齢者及び地域への配布や余震に備えての物資の備蓄。
- f、各地からの被災高齢者受入協力の申出に対するコーディネートなどを行った。

同じ尼崎市にある園田苑では、さらに、各地から集まる介護応援ボランティアの活動拠点としての役割も果たしたそうである。

- (2) 高齢者の福祉施設のある地域とない地域では、施設に入居していない高齢者にとっても、今回のような大震災の場合、その受ける福祉サービスに格段の差が出ているとのことである。

2 小田南ケア付仮設住宅での聴き取りの内容

喜楽苑の近くの小田南地区に尼崎市が、65歳以上の要援護高齢者を対象にケア付仮設住宅を2棟建設したが、その管理運営を喜楽苑が委託されている。

生活援助員を喜楽苑から派遣しているが、入居者は被災後避難所で数か月間生活していたため、生活自立能力を損われてしまっている人達が多く、入居者のほとんどは援助が必要である。

ここでは、偶然に身体障害を持つ高齢者と知的障害、精神障害あるいは痴呆等の障害を持つ高齢者が一緒に生活することになった。そうすると、精神障害はあるが元気な高齢者が身障者（例えば足の不自由な人）を介助したり、逆に身障者が精神障害者の話をじっくり聞いてあげるといった交流が生まれ、その中で症状が目に見えて軽減する例が現れているという。

近年、健常者とハンディキャップを抱えた人との「ノーマライゼーション」ということが強調されているが、ケア付仮設住宅の中で、今、貴重な成果が生まれつつある。

3 真野地区の状況（「震災と地方自治シンポ」及び「真野まちづくりと震災からの復興＜自治体研究社発行＞」から）

真野地区は、震災被害の最も大きかった神戸市長田区内の真野小学校の校区

である。戦前からの木造家屋の密集する住工混在の典型的な下町で、若年層の地域外への流出のためかつて1万3000人を数えた人口が、被災時では、5500人に減少している。

1985年、神戸市全体の60歳以上の人口比率が14.5%であったのに対し、真野地区は21.8%となっていた。

真野地区は、1965年の公害反対運動をきっかけに自主的なまちづくり活動を続けてきており、その成果として、住民組織が、十分に機能していた。人口5500人のこの地区で、建物の倒壊と火災による死者は17人とどまった。死者の数が比較的少なかったのは、住民同士による救出作業が迅速に行われたためである。すなわち、どの建物に誰が住んでいて、どのような生活をしているのかを、住民が相互に把握していたからである。

また、この地区では、区役所に救援物資を取りに行くにも、各個人で行くのではなく、自治会組織を活用し、区役所から真野地区対策本部に対して物資の配布を受け、本部から各自治会や避難所に配布し、班を通して各家庭や個人に配布するという方式を徹底して行い、高齢者や障害者等の社会的な弱者が1人でもはじき出されることのないような配慮をいち早く行っている。

高齢者の比率の高い真野地区では、早くからコミュニティー活動の一環として、寝たきり高齢者の入浴サービスや、独居暮らし高齢者への給食サービスを行っており、地域独自の危機管理体制が整っていたためと言える。経済的に貧しくても、高齢になってもこのまちでなら安心して暮していけると思えるまちづくり、つまり、高齢者の人権が保障されているまちづくりに住民全体で取り組んでいるのである。

おわりに

1 すべての被災者に安心して住める住居の保障を

兵庫県全体で約42万世帯の居住家屋が倒壊又は焼失した。少なくとも20数万戸の住宅建設が必要である。県の「ひょうご住宅復興3カ年計画」では94年度以前着工分の1万5000戸の他に95年度から97年度までの3年間に新たに11万戸の住宅を建設するとあるが、まず絶対数において不足している。

住居は、憲法25条が定める「健康で文化的な最低限度の生活」を営むための基盤をなすものである。阪神・淡路大震災によってもたらされた被害は甚大で、しかも広範囲に及んでいるために、地域経済自体が多大な被害を受け、もはや自助努力だけで住居を確保することは困難である。

仮設住宅については、数が圧倒的に不足している上、広さも最小限度のもので、一時しのぎのものでしかない。このまま被災者にあてどのない避難生活を強いることは、被災者に回復しがたい精神的苦痛と失望、落胆、不安を与えつづけることであり、復興の大きな障害となる。

95年12月に実施した仮設住宅入居者に対するアンケート調査の結果、震災前に比べて「生活が苦しくなった」と答えた人は73%、被災者に対する行政の「対策は不十分」と答えた人は72%、「希望や夢がない」と答えた人は66%に及んでいる（96年1月16日付朝日新聞）。

すべての被災者に、基本的には従来居住していた地域内で、安心して暮していくことのできる住居を一刻も早く保障すべきである。そのためには国による抜本的な財政措置が不可欠である。

今、政府は「住専」に対する第1次支援策として6850億円を支出しようとしているが、この公金を公営住宅の建設に廻せば3万4000戸を作ることが可能なのである。

2 段差のない、災害に強い住宅・市街地に

毎年、家庭内の事故による死者が1万人以上、負傷者が100万人以上、その6割が老人で、脳卒中につぐ寝たきりの原因となっている（早川和男『老いの住まい学』）。

家庭内の段差をなくし、トイレや風呂場・洗面所の改造、手すりの設置等、住宅の改造が必要である。諸外国から「ウサギ小屋」と揶揄される住宅スペースの狭さの解消も重要である。

家屋の構造も、街のづくりも、すべて健康な人を念頭に作られてきたが、これを抜本的に改める必要がある。ハンディキャップを持つ人も、高齢者も、誰もが共生できる社会にしていかなければならない。

町中の段差の存在や駅の階段などで困るのは身障者や高齢者に限らない。妊婦や幼児をかかえた女性はむろん、男性も怪我や病気をしている人など、誰も

がハンディを背負う可能性があることを忘れてはならない。すべての国民が健康で文化的な生活を送るためには、住居も街も各施設も安全で利用しやすい構造にすることが最低限の条件というべきであろう。

3 老人保健福祉計画（ゴールドプラン）の繰上げ実施が必要

今回の震災は我が国の福祉の貧困さを露呈した。国は1966年に老人ホームの設置基準を設けたが、その後30年経ち日本は経済大国となったが、この基準はまったく変わっていない。

特別養護老人ホームでも4人部屋がほとんどであり、個室は全体の1割に過ぎない。しかも1人あたりのスペースはわずか3畳。ダンボール2箱分くらいの荷物しか持ち込めない。70年、80年と生活をしてこられた過去を全部清算しないと老人ホームには入れないのである。憲法25条にいう「健康で文化的な最低限度の生活」とはほど遠い状況にあるにもかかわらず、その特別養護老人ホームの待機者が全国で5万人もいるのが現状である。

既述の通り、ゴールドプランは北歐のレベルからは相当に下回るものであるが、その早期達成は日本の高齢者介護の現状の大幅な改善につながるものと期待されている。

老人福祉施設のある地域では、それが無い地域と比べ、この施設がサービス提供の拠点となるため、災害時において高齢者に対して格段のサービスの提供が可能となる。

従って、調査結果では、市町村の過半数が目標達成困難といている老人保健福祉計画であるが、被災地では早急に実行に移す必要がある。

尼崎市の特別養護老人ホーム「喜楽苑」苑長の市川禮子氏は、福祉施設の増設、設備基準の早急な引き上げの必要性を強調され、人口1万人ぐらいの単位で小規模でも老人ホームを1か所作るべきだと言う。「この規模は虚弱あるいは要介護高齢者が約200名であり、不測の事態が起こっても地域で十分に視野に入れることが可能な人数です。喜楽苑は従来から1日1回ではありますが、近隣30世帯に対し、自立支援型配食サービスを行ってきました。震災当日の昼食も配達し、以後一度も途絶えることがありませんでした。食糧も買えず、水も汲めない孤立した在宅の虚弱高齢者にとって、配食のたびに届けられる生活物資は、まさに命綱の役割を果たしました」と語っておられる。

4 男性も女性も参加できるコミュニティ作りと「ゆとり」ある生活を

(1) 真野地区のように、平常時から高齢者などの人権をきちんと護るべく取り組んでいる地域では、大震災などの非常時においても、高齢者の人権はいち早く護られている。

このことは、地域住民のコミュニティ作りの重要性を示している。そのコミュニティは行政との間にきちんとしたネットワークを作っておかなければならない。

(2) さらに、高齢化の度合いは、地域によって違う上、地域は特有の様々な事情を抱えている。本当にその地域の住民のニーズにあった高齢化対策を実施していくためには、地方自治体の権限を強化していくべきであり、住民の計画立案への参画と共に自治体の職員を福祉のスペシャリストとして育成する必要がある。自治体の福祉担当者は、人事移動で2～3年で入れ替わってしまう。従って、高齢者福祉について、まったく知らない人が担当することが多く、やっと問題を理解しかけると、また入れ替わるという繰り返しになるためである。

また、各地の施策について財政面も含めての情報の公開が求められる。

(3) 最後に、住民が、コミュニティ作りをするにしても、行政とネットワークを作り、高齢化対策への計画・立案に参画していくにしても、そのための「ゆとり」と「時間」が必要となる。また、高齢者の介護は女性のみ役割ではなく、コミュニティ作りも、高齢化対策への参画も男女が平等に参画していくべきものである。

このような点を考えると、男性の現在の労働のあり方、性別役割分担そのものをも見直さなければならない。この大災害を一つの契機として、高齢者問題を始めとする、福祉について、私たちひとりひとりがいつ直面するかわからない問題として、しっかり問い直し、福祉を住民の手に取り戻す必要がある。