

COORDINATING SERVICES

第1章 サービスを調整する

アメリカ合衆国における州と地域のネットワークと社会資源

災害直後と回復期のいずれの段階でも、高齢者へのサービス提供には差し迫ったむずかしさがある。たとえば、18～25歳の年齢群と比較すると、高齢者の身体能力と精神能力は多様であり、さまざまな慢性疾患への対応が必要となる（Aldrich and Benson, 2008）。もちろん若い世代にも多様性は認められるが、両群から無作為抽出したサンプルで異常値が出現する頻度を比べれば、有意な違いが認められる。高齢者の身体能力には完全に自立している状態から高度に依存している状態までの広い範囲が認められることは容易に想像がつく。身体能力が高度な依存の状態に近づくほど、多面的な支援を必要とする身体的・心理社会的徴候の複雑な布置が現れる。身体の老化とともに、環境からの影響にも脆弱になり、高齢者の精神状態は、しばしば慢性身体疾患と重なって、情報処理能力に影響を及ぼす。高齢者は、比較的自立していても、日常の変化に直面すると不安になりやすい。また、薬物や治療の中断によって慢性身体疾患が悪化する危険性はすべての高齢者に存在しているのである（Ford, Mokdad, and Unk, 2006）。

アメリカ人の移動能力の変化によって、地理的に遠く離れて暮らす家族が多くなった。地域に暮らす多くの高齢者は、それぞれの移住パターンに従って、家族や友人らと地理的に離れて暮らしているため、災害時にはとくに困難な問題が生じる。災害直後の被災地に入ることは、しばしば安全上の理由から制限されるので、家族が支援を提供するために被災地に入ろうとしても、それが果たせないことがある。さらに、さまざまな避難所の収容能力が限界に達するにしたがって、生存者は周辺地域へ、時にはいくつもの州を越えて移動することになるので、家族がたどりつくための道のりはより複雑になる。

家族による直接的なサポート体制がないので、高齢者は、移動から日常生活動作（activities of daily living；ADL）の介護に至るまで、救援者に大きく依存することになる。身体的、医学的、精神的に高度の障害がある人は、よく整った自宅環境であればそれなりに生活できているとしても、孤立した状況におかれると非常に弱くなり、避難所において十分な支援が受けられなくなる危険性が高まる。避難環境はしばしばスタッフ不足であり、避難所にいる人々の自

給自足が頼みの綱となる。脆弱な高齢者には、食べること、排泄すること、清潔を保つことのような、生きるための基本的なサービスが必要とされる場合もある。しかし、それを求めても支援を受けることができないこともありうる (Fernandez et al., 2002; Hurricane Katrina Community Advisory Group and Kessler, 2007; Laditka et al., 2008a, b; Mori et al., 2007; Rami et al., 2008)。

I. 州の防災計画の発展

2005年のハリケーン・カトリーナとリタ^{註1}の救助・復旧活動の間、アメリカ合衆国史上、最も規模の大きな住民移動が行われた。多くの高齢者が市内や農村部から、しばしば自宅や家族からも遠く離れた場所に移住させられた (Lamb, O'Brien, and Fenza, 2008)。この経験から、たとえ局地的な災害であったとしても、すべての人々、とくに最も脆弱な人々を支援するための適切な防災計画を策定する必要性が明確になったものと思われる。残念なことに、本稿を執筆している2009年初頭の段階では、正式な防災計画のなかに高齢者のための備えを特別に取り上げているのは28の州のみであった (U.S. Department of Health and Human Services, 2007)。

カリフォルニア州サンタクララ郡緊急サービス局 (County of Santa Clara, California, Department of Emergency Services) の「高齢者のための備えに関する助言」 (Tips of Preparedness for the Senior Population, 2009年) は、郡レベルで作成されたもので、現在の州の防災計画を反映したものである。そこには、高齢者に関する研究と、高齢者のための災害時の備えと対応に関する研究の優れた要約が示されている。そこで取り上げられていることのいくつかを示す。

- ・高齢者は若い人と同じようにはハイテクを使いこなせない。高齢者は災害前に登録されにくいうえ、災害直後にも登録されにくく、しばしば追跡もされていない。追跡されない大きな理由は、多くの機関がウェブを使用した情報システムで活動しているからである。多くの高齢者はこれにアクセスしない。カイザー・ファミリー基金 (2005年) によれば、50～64歳の世代でオンラインの使用経験があるのはその2/3以上 (70%) であるが、65歳以上の高齢者では1/3未満 (31%) であった。
- ・高齢者は、自立していることを誇りとするという伝統的な考え方をもっているので、支援のための制度となっている社会資源を利用しない傾向にある。
- ・高齢者は、災害の回復期に、家族やその他のソーシャルサポート (社会からの援助) の欠如によって社会的に孤立すると、精神的・身体的な虐待に対する脆弱性が高まる。
- ・災害の経済的影響に対処するのに、高齢者は、就労あるいはその他の方法で新たな収入を確保したりすることが少ない。さらに、生命や財産に保険をかけていない場合が多い。

II. アメリカ合衆国連邦政府のアプローチ

アメリカ合衆国連邦政府（以下、連邦政府）は、高齢者が一定の財政支援を受けられるようにするためのアメリカ高齢者法（The Older Americans Act）の改正に力を注いでいる。しかし、このアプローチは、数多くの機関との関連のなかで、しばしば中途半端な対応で終わっている。それぞれの機関には、それぞれの役割があり、それに関連する運営費用があるからである。2001年9月11日の同時多発テロ事件（以下、9・11同時多発テロ）と、それに続くハリケーン・カトリーナとリタ以降、連邦政府の財政支援の分配は、地方レベルではなく、州レベルに基金を提供する方式をとった。これによって、それぞれの州政府は、州レベルで優先順位を決定することができる。一定の財政支援のプロセスには、州政府の高齢者担当機関による基金の提供も含まれる。このようにして、事業の実施と資源の分配は、それぞれの州政府と担当機関の独自の裁量にゆだねられている。このことは、しばしば、基金が最初は州レベルの運営・監督費に充てられて、直接サービスには費やされないことを意味している。災害回復期の間、アメリカ老人局（U.S. Administration on Aging）は、アメリカ合衆国連邦緊急事態管理庁（Federal Emergency Management Agency of the United States ; FEMA）と各州の緊急管理機関が、アメリカ赤十字社のような復旧支援機関と協働できるようにするための調整役を担っている。

これまでの経験から明らかにされているように、大衆的な緊急事態の際の大規模な移住では、事前に防災計画の策定に努めていたとしても、多くの高齢者が、適切な薬物、処方記録、医療記録を持たずに避難することになる。2005年のハリケーン・カトリーナとリタからの復興期には、保健情報の欠如が問題になることを関係機関は予測していたので、連邦政府は連邦の個人情報保護規定である「健康保険の移管と管理責任に関する法律」（Health Insurance Portability and Accountability Act ; HIPAA）を停止した。この停止によって、避難所と医療提供者の間の情報交換が可能となった。これは通常不可能なことである。このことは、ハリケーン・カトリーナとリタの復興期ではとくに重要であった。というのは、すべての医療機関と診療録がもはや存在しなかったからである。アメリカ医学会（American Medical Association ; AMA）は、5,500人の医師が診療録とともに移動させられたと推計している。これらの医師の多くは地域に戻らなかった。電子カルテを使用していた医師は被災した現地において事前にシステムをバックアップしていたが、オリジナルの記録とともにバックアップも喪失した（Hurricane Katrina Community Advisory Group and Kessler, 2007）。

州レベルの基金は、災害の影響を受けた地域に密着して基金を提供することができる。なぜならば、理論的に、州政府は、その州にある地方の特有のニーズを理解するのに都合のよい位置にあるからである。表面的には首尾一貫している連邦政府の対応も、その実施にあたってはすぐに断片的なものになってしまう。州レベルでは、緊急状況への対応を統率する各州の法律に広いバリエーションがある。広い定義を用いて「緊急事態」を定義している州もある。すなわち、41の州は「災害」とは何であるかを特定しており、38の州は「緊急事態」とは何であ

るかを定義している (Hodge and Anderson, 2008)。さらに細かくは、27の州とコロンビア地区では、公衆衛生的緊急事態と同様に「災害/緊急事態」を定義している (Hodge and Anderson, 2008)。

州のなかには、2001年に「法と公衆衛生センター」(Centers for Law and the Public's Health)によって作成された「モデル州における緊急事態の保健権限に関する法律」(Model State Emergency Health Powers Act; MSEHPA)に掲げられている用語と一致するように、緊急事態と関連する緊急時権限の定義を再構成・再定義する努力をしている州もある (Ridenour et al., 2007; Rosenkoetter et al., 2007a, b; Rosenthal et al., 2005)。MSEHPAの価値は、高齢者のために特定の支援戦略を開発しようとする機関には、必要とされるサービスの提供にあたって通常以上の自由裁量を与えられているということである。MSEHPAは、州政府に、必要な緊急サービスの提供の障害となる可能性がある制度や法律を停止することを許可している。そこには以下のようなものが含まれている。

- ・薬物やワクチンへのアクセスの促進を可能にするために用語を最新化すること。
- ・州外の免許であったとしても、支援者が医療サービスを提供できるようにすること。
- ・医療サービスを提供するボランティアなどに責任保険を提供すること。

適切な防災計画を立てるには、適切な時に、適切な場所で、適切な社会資源を使えるようにするなどの適切な対応方法を明らかにしておくとともに、災害や緊急事態の特性を理解しておく必要がある (Cherniack et al., 2008; Dorn et al., 2007)。サービス提供モデルや責任の所在には言語による違いがあるが、災害や緊急事態には共通の特徴がある。災害とは、地域性があり、一過性であり、地域の支援資源を超えて外部からの支援を必要とする事象である。つまり、地域の社会資源がその能力を超え、その地域を救援し復興させるために外部の支援が必要とされるとき、それはつまり、災害であることを示している。そのような意味では、たとえばアパートの火事は、当事者以外の人々にとっては災害ではない。それは地域性があり、一過性ではあるが、その火事を消し止めるのに通常は地域の外の支援は必要としないからである。

ハリケーン・カトリーナとリタは、その重畳によってきわめて広範な影響を及ぼし、イギリスとほぼ同じ面積の土地が被災した。それでも、その損害は地理的に限定されており、避難民の大部分を支援するための社会資源への影響は、合衆国の南部にほぼ限定されている。避難民は多くの都市に分散したが、ほとんどのアメリカ人およびアメリカの都市の日常の営みには大きな影響がなかった。

災害は一過性である。そこには始まりと終わりがある。災害のほとんどは、通常、その始まりから復興の完了までの間を日単位で勘定することができる。たとえばハリケーンは、その経路が予測可能であり、予報も容易である。損害、時期、推計持続期間を明らかにすることは可能である。これとは対照的に、人為的なテロは、非常に短期的であり、引き起こされた出来事の大きさから定量化される。

Ⅲ. 防災計画の作成

2001年の9・11同時多発テロ攻撃、ハリケーン・カトリーナ、2004年のタイ・プーケット島の津波災害、2007年のバージニア工科大学銃乱射事件のような近年の大規模災害では、災害の周辺で起こる一連の共通の事象を見て取ることができる。そこには3つの明確な段階がある。防災計画の立案者は、優れた防災計画の基礎をつくるこの3段階を活用して、支援活動のタイミングと特性を決定している。第1段階は準備期である。この時期の活動には、社会資源の確認、トレーニングの必要性の決定、計画の有効性に関する実践的評価がある。第2段階は実際の災害対応である。すなわち、計画が実行に移されるときである。第3段階は復興過程と活動評価である。ここでいう復興とは自宅の再建のような物理的活動だけではなく、被災者全体の情緒的・身体的回復も含んでいる。第3段階は、しばしば初期の予想よりも長くなる。

災害に見舞われると、その言葉の定義どおり、地域は被災する (Gaynard, 2009)。災害は、地域のすべての人々とすべてのサービスを分け隔てなく襲うので、災害本部や救援隊が組織され、移動し、現地に到着して救援を開始するまでに時間がかかる場合が多い。災害の性質や規模によっては、初期の段階で救援者と緊急対応システムが破壊されてしまう場合もある。交通が麻痺し、道路・鉄道・空路が制限されることもある。そのため、発災直後は現地の被災者が独力で対応しなければならない。自給自足を迫られるこの時期は1~2時間の場合もあるし、数日の場合もある。2008~2009年の冬の大雪では、南部の多くの人々が数週にわたって電気なしで過ごすことになった。また、樹木と送電線が垂れ下がり、救援者や復旧サービスが現地に入れなかったところも多かった。

被災者を落胆させることではあるが、救援者や支援者が提供できるサービスには限界があるということである。大雪のあとに現地入りした電力会社は、最初に、緊急管理事務所、病院、介護施設などといった公共の医療保健施設や安全管理施設に電力を供給する。そして個々の住宅の対応は後回しになる。警察は、1か所に留まって個人の財産を守ることはできない。消防士は、ある建物が火事であったとしても、水が使えず、他の財産がもっと危険な状況にあれば、その建物はそのままにしておかざるを得ない。しかし、そのような決定を好んでするわけではない。災害時には、初期段階であちらこちらを回れるだけの十分な社会資源がないのである。連邦政府も、州政府も、地域の事務所も、システムづくりに追われており、メディアこそが最も信頼できる情報源になることも考えられる。人々は、電力会社から送電される電気に頼らない方法で、医療を受けるための信頼できる情報源をもつ必要がある。

年齢に応じた防災計画を作成する際には、高齢者の数の大きさばかりではなく、高齢者には複雑なニーズが存在することを認識しておかなければならない。2030年までに、アメリカ人の約20%が65歳以上の高齢者になる。65歳以上の高齢者人口は現在(2009年)のほぼ2倍になるが、この年齢群は、すべての年齢階級のなかで最も急速に増加する。さらに、この集団は慢性疾患に罹患しやすい。高齢者のほぼ50%が、少なくとも1つの慢性疾患または身体疾