

人口オーナス時代におけるレジリエンス社会への転換：介護領域からの提言に向けて

小川, 全夫
九州大学大学院人間環境学研究院：名誉教授

安立, 清史
九州大学大学院人間環境学研究院人間科学部門共生社会学講座

<https://doi.org/10.15017/4771879>

出版情報：人間科学共生社会学．8，pp.59-76，2018-02-14．九州大学大学院人間環境学研究院
バージョン：
権利関係：



人口オーナス時代におけるレジリエンス社会への転換： 介護領域からの提言に向けて

小川全夫¹・安立清史²

要 旨

日本は、1995年以降、年齢別人口構成が経済成長には都合の悪い状態、いわゆる人口オーナスの段階に入っている。そんな状況下でさらに拍車をかけるのが災害である。だが、発想を転換してみれば、そうした逆境にあっても耐性力（レジリエンス）を発揮することができれば、持続可能な社会構築を目指すことができるだろう。本稿では、2016年に熊本を襲った地震時の実態に即して、熊本県の資料と科研費による研究調査結果に基づいて考察を試みる。避難・仮寓時の介護をめぐるレジリエンスを考察する中で、抽出されたのは、(1) 多様な住まう場所の確保、(2) 被災者なканずく避難行動・要支援者等に対する専門職支援、(3) コミュニティの視点からの生活支援策、(4) 法人の事業継続管理と事業継続計画、(5) 介護を織り込んだまちづくりという論点である。これらの論点に関するレジリエンスを考慮した訓練プログラムを開発すれば、国際的な介護の面での貢献可能性も期待されるだろう。

キーワード：人口オーナス、レジリエンス、災害時派遣福祉チーム DCAT、事業継続計画 BCP、日本版 CCRC、NORC-SSP

1. 人口オーナス時代における高齢者介護をめぐるパラダイム・シフト：問題提起

多くの社会計画において、人口フレームは重要な出発点となる。だがこれまでの多くの社会計画において、人口は増加するということを前提にしていた。しかし、日本の現状は人口減少傾向に突入している。年少人口のみならず生産年齢人口が減少し始めている。増えているのは老年人口のみである。とりわけ地域レベルになると、移動人口の要素が加わって、この変化が著しく、超高齢過疎地域や限界集落などといった概念が飛び交う状態になる。さらに災害が発生すると転出入の均衡が大きく崩れて、一層人口オーナス状況（年齢別人口構成が経済発展には不都合な状況）を加速することになりやすい。

元来、近代化とともに人口転換が起こるという人口学理論は、最終的には定常人口に収斂するとみていた。しかしながら、日本の人口変動は、たとえ長い歴史から言えば一時的であるに

しろ、人口転換理論の予測の先に第2の人口転換という事態を想定しなければならないことを示している。一般社団法人未来医療研究機構代表理事の長谷川敏彦氏によると、いずれどの国も50歳以上人口が総人口の半分以上を占める社会になる。

そうなれば、これまでの社会制度も生活様式も持続できなくなる。生産年齢人口が増加する中で年少人口が減り、老年人口の増加率も比較的緩やかだった時期は、従属人口指数が右肩下がりに推移し、経済発展には都合がよい年齢別人口構成であったために、よく人口ボーナスがあったといわれることがある。しかし、日本は1995年でその人口ボーナスは使い果たし、従属人口指数は急速に右肩上がりへの推移を示しており、それは今後も持続する。そこで、こうした状況は経済発展に都合の悪いという意味で、人口オーナスともいわれる。このような人口オーナス時代を迎えた日本は、これまでの社会制度や生活様式の抜本的な転換を図らざるを得ない。そんな趨勢の中で、被災地における復旧・復興は、将来の全国的な人口オーナス事態にむけての先駆的取り組みである。

たとえば、人口増加が著しい社会にあっては、近代化の重要なメカニズムである社会的分化が専門分化（分業化 Segmentary differentiation）、階層分化（Stratifactory differentiation）、地域間分化（Center-periphery differentiation）、機能的分化（Functional differentiation）といった形で進行する。しかし、その社会的分化によって作り出された諸制度の担い手に人口を配分するには、人口増加とりわけ若い人口の増加があれば都合がよいことになる。しかし逆にあまりにも複雑に社会的分化が進みすぎた社会では、制度があったとしてもそれを担う労働力の新陳代謝がうまくいかず、労働力の需給もひっ迫して機能しない事態が生じる。

そのために、臨時的には、災害時における広域的な専門職派遣が必要になり、災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistant Team DMAT、災害派遣精神医療チーム Disaster Psychiatric Assistant Team DPAT、災害派遣福祉チーム Disaster Care Assistance Team DCAT といわれる制度が動き出している。しかし次第に平時における体制に戻さなければならなくなると、あらためて有資格者の人材不足を解消する方策が必要になる。こういう課題は、被災地における取り組みにおいては既に経験しつつある現実である。海外からの人材確保などを含めて、これまでの枠組み自体を超える取り組みが出てくる所以である。また、業務独占資格を創設して職域開発を図ろうとするような動きとは真逆の資格統合を図ろうとする動きが台頭するようになる。介護職を巡る職務再設計は、保育士や准看護師などとの訓練共通化や資格統合問題もこの文脈から生じている。

人口増加に対して物資が不足する時代にあつては、生産に関わる技術革新が進められ、量産体制を確立することが目標とされた。そしてある程度需要と供給の均衡がとれるだけの生産が確保されるようになると、大量流通の技術革新が求められるようになる。しかし、人口が減少し、需要が減少する中、これまで通りの量産体制を続けると大量の廃棄物や滞留貯蔵物が発生するので、新しい技術革新は処理還元の分野で求められるようになる。処理還元ではリデュース、リユース、リサイクルということが言われる。断捨離というような身の回りにある物資を

処分する生活様式のブームは、まさに象徴的である。高齢者の所有していた財産についても処理還元の道が分からないままに退蔵されるものが増えている。空き家、空き室、空き地、耕作放棄地、林業放棄地、遊休口座などについての扱い方については、これまでの発想とは異なる対応策が求められている。これからは、社会福祉用と用途指定された土地の利用問題や民家利用の介護予防・生活支援拠点としての利用などをめぐる取り組みも広がっていくだろう。被災地は、まさにこうした課題に日夜取り組んでいるのである。

このように人口オーナス時代には、人口ボーナス時代にできあがった諸制度が、人口減少によって機能不全に陥らないように、耐性力(resilience)を発揮できる改革を断行することになる。耐性力というのは、もともと社会心理学において、人々には、さまざまなストレスの下で打ちひしがれてしまうだけでなく、ストレスに耐えて回復する力が備わっているという仮説に基づく研究から始まっている。たとえば、とかく介護研究でも、家族介護者や介護職員は、燃え尽き症候群(Burn-Out Syndrome)に陥るという仮説に基づく研究が多くみられる。そのような研究は、意図せざる結果として、そんなに厳しい職場では働きたくないとか働かせたくないという気分を広げてしまっている。しかし、実際にはそういう面だけでなく、介護の仕事についている人は、働き甲斐があるという場合がよくある。そういう面を明らかにすることが耐性力という概念で捉えられようとしている。

同じように、この概念は、東日本大震災の後からは、災害に見舞われた地域における復旧・復興の動きに際しても使われるようになっていく。「災害レジリエンス」という表現で多くのことが語られるようになっていく。国連 HABITAT でも、世界の都市の関心はこの耐性力を持った都市の研究へと向かっている。災害にしろ、高齢化にしろ、これからは今までとは異なる時空へ移行することを意味している。その大きな衝撃に耐えて、新しい動きを示すことのできる可能性を模索しなければならないのである。そしてこの大きな転換期にあって、これまでは機能分化が発展の基礎であるとして広がったパラダイムは、機能統合を重視するパラダイムに転換されなければならないとなっている。包括、統合、総合といった概念が強調されるようになっていることはそのひとつの証左である。ではいったいレジリエンスをめぐってどのような課題があるのだろうか。

2. 熊本地震における避難・仮寓時介護のレジリエンス：各種実態報告からの帰納的課題抽出法：研究方法

2016年4月14日、熊本地震が発生、震度7が2回という観測史上初の災害となった。余震は2017年2月20日現在で4252回を数えている。1995年1月17日の阪神・淡路大震災、2004年10月23日新潟県中越地震、2011年3月11日東日本大地震に続く、大きな被害をもたらしたこの震災は、これまでの平時における行動枠組みでは対応できない事態をさらけ出した。災害が生じたときには、官民あがって救出、救助、救護を始めることになる。被災者は避難から始めて、避難

所から仮設住宅を経て、落ち着き先を得るまで、仮寓生活を余儀なくされる。この間に、人的被害も生じる。熊本地震の場合、死者は204人だった。このうち地震によって直接死去した人は50人だが、いわゆる関連死として扱われるケースが154人となっている。車内で避難生活をしている人がエコノミークラス症候群の悪化で亡くなるケースもこの中に含まれる。その他重傷者が1105人、軽傷者が1549人となっており、回復後も要介護状態になる人が増えている。

要介護認定率の変化をみると、地震が発生する前の2016年3月における熊本県全体では、20.4%であったが、12月には20.5%とわずかな伸びであったが、これを応急仮設住宅が設置されている益城町や西原村、つまり被害が大きかった地域でみると同時期に、18.1%から20.2%、16.1%から17.2%へとかなり上昇していた（熊本県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会保健福祉推進部会2017年2月15日配布資料による）。東日本大震災では、震災直後2か月、要介護認定が下がり、その後上昇して震災6か月後には全国水準まで戻り、1年後には全国水準より高い要介護認定率を示す推移となっている。とりわけ原発事故が重なった福島県内の14市町村では2%近く高い認定率を示している。

一方、介護サービスを提供する施設側でも、災害復旧をしなければならない状態に陥る。政令都市熊本市は別途のデータになるため、熊本県側で所管している高齢者関係施設に限定してみると、災害復旧費補助の協議が持ち込まれた件数が97あった。指定介護サービス事業所で震災後、廃止・辞退した事業所が68、休止しているのが47となっているが、新規指定を受けた事業所が132あり、事業所数はなお増えている。被害の激しかった益城町や西原村では、廃止や休止に追い込まれた事業所が周辺の事業所に施設利用者を引き継ぐといった動きも見られた。

この避難・仮寓生活を余儀なくされた高齢者の介護に注目してみると、そこにはさまざまな課題が浮き彫りにされてくる。被災地に関わった人々の実態報告から、いかにして高齢者介護等の危機的状況から、専門職、施設、一般住民、行政がレジリエンスを発揮したかという実態に即した課題を抽出してみよう。主な資料は、小川全夫が部会長を務める熊本県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会保健福祉推進部会における平成29年3月16日における議事資料として配布された「熊本県の概ね3か月間の対応に関する検証（案）（人命救助、被災者の生活の支援等を中心にして）」と、安立清史が科学研究費助成事業基盤研究（B）「介護保険改革へのNPO・社福法人等の再編成モデルの形成に関する社会学的研究」に基づいて開催した「ガラパゴス研究会」における報告資料である。これらの資料を読み込みながら、レジリエンスに関わる概念を抽出し、課題設定 Agenda Setting したものである。今後はこれらの課題設定に沿って、検証作業をする必要がある。

3. 被災状況からのレジリエンス課題：抽出された課題

(1) 多様な住まう場所の確保

避難時に、高齢者の身体的・心的・社会的に良好な状態を保つ場としての住まう場所の確保

が課題であるが、熊本地震の場合、2度の巨大地震と度重なる余震のために、マイカーに寝泊まりする被災者が多くいた。この車中泊という現象に対しては、テント泊、自宅の軒先泊などとともに「避難所外被災者」として範疇化されているが、その実態を把握することは極めて難しく、発災直後にエコノミークラス症候群を発症する患者が集中的に発生したことが報告されている。

もともと日本の行政枠組みでは、住所地主義、つまり住民登録を重要な基礎としてサービスを提供する原則があるので、登録と異なる場所での住民の生活を支援する方法については不得手である。もちろん旅行者に対する保護は自治体の責務であり、警察や消防は外から来て通過中の人々に対しても、市町村域内で生じた事例については対処することはできる。しかし、登録はされていても、住所から別の地域に離れている人々の把握とその支援には新しい発想が必要である。

また介護保険の領域では「住所地特例」という考え方がある。社会保険制度において、被保険者が住所地以外の市区町村に所在する介護保険施設等に入所又は入居することで施設等の所在市町村に住所を変更した場合、住所を移す前の市区町村が引き続き保険者となる特例措置である。これは、住所地主義からいえば特例なのであるが、生活実態から言えば、こうした特例措置を講じないと、受け入れた自治体の負担が大きくなるという不均衡が生じることを配慮した制度である。この場合では、受け入れた側から、送り出した市町村への連絡や手続きがあるので、行政としての把握はできる。だが、被災者が市町村域に無頓着に安全と思う場所に一時的に居を構えてしまうという事態には、行政からはなかなか把握することが難しい。そこで、近隣住区の活動やNPOによる活動によって、仮寓している被災者の把握とその情報を行政につなぐ活動が重要になってくる。

神戸淡路大震災の後に、神戸市が財団法人こうべ市民福祉振興協会に委託して、仮設住宅に、シルバーハウジングの経験を生かして配置し、東日本大震災の仮設住宅から、正式に国の事業としても取り組まれたのが、「ライフサポートアドバイザー（LSA）」という「人の支援」である。この概念は、国土交通省（時の建設省）が、1987年に、高齢者向けのバリアフリーを備えた公営賃貸住宅・公団賃貸住宅事業において、そこに安否の確認、緊急時の対応などのサービスを行う生活援助員を配置することができるようにしたシルバーハウジング事業から始まったのである。この概念を、仮設住宅でも適用し、行政からは届きにくいサービス分野をこのLSAによって担ってもらおうという取り組みであった。1993年には、LSA常駐型だけでなく、福祉施設連携型が生まれ、福祉施設系ではない住まう場と介護サービスの連携が試みられてきた。LSAを仮設住宅に置くことによって、仮寓している被災者支援の道を開いたことは有意義なことであった。福祉施設連携型も東日本大震災後はサポート拠点方式として、巡回・訪問、総合相談支援、デイサービス、地域交流サロン、生活支援サービス等を包括的に実施するようになっていく。だが、熊本県ではシルバーハウジングの経験があるものの、地震被災者の仮設住宅や復興住宅にLSAを配置したという話は聞かない。むしろサポート拠点型の事業申請に力を入れた

ようである。

熊本地震に際して、避難所の過密状況緩和のために旅館やホテルも避難所として利用したり、公衆浴場を無料開放するといった取り組みがあった。また熊本型応急仮設住宅という県産材を使ったり、敷地基準を1.5倍広げたり、バリアフリー化を図るといった努力もなされた。民間住宅を「みなし仮設住宅」として借り上げる取り組みもなされた。また全国初の「補修型みなし仮設住宅」という取り組みで1万戸以上の住まいが掘り起こされた。今後はこうした多様な住まいに即して、生活支援活動を提供する方法をマニュアル化することが宿題となっている。

この住まう場所に応じて、高齢者を介護するという課題は、地域包括ケアシステムに通じる重要な分野を形成している。高齢者が、自分の住まいを拠点にして、どのように介護予防に取り組み、周囲から生活支援サービスを受ける体制を組んでいくのか。それを最も身近なLSAを通じて対応していくのか。いわゆる生活支援コーディネーターであるとか生活相談員の置き方を巡る論議には、災害時におけるLSAの活動の実際を学ぶことが重要であろう。とかく、生活支援コーディネーターの配置を市域レベル、地域包括支援センターレベルへの配置から考える自治体が多いようだが、もっと小さな近隣レベルで考える必要がある。広域的になればなるほど機能分化的発想が有効になるが、狭域的な場から考えれば、逆に機能統合的発想が重要になるのである。

(2) 被災者なかんずく避難行動・要支援者等に対する専門職支援

災害時には、専門職の活動が大いに期待される。多くの人々は、災害時における医師や看護師によってチームが構成されて被災地に派遣される「災害時派遣医療チーム DMAT」や、その精神医療版である「災害派遣精神医療チーム DPAT」については、比較的よく知られている。しかし同様の趣旨で介護福祉士等を被災地に派遣する「災害時派遣福祉チーム DCAT」については、あまり知られていない。熊本県では第6期熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画（2015年～2017年）において、初めてこの項目を立てて、「DCATを迅速に被災地へ派遣するため、チームを編成することとなる県内各圏域におけるDCAT登録者によるグループワーク形式での研修を開催し、チーム内のネットワークづくりを推進します。」と述べている（p41及びp80）。2012年には熊本県は、既に高齢者や障害者関連の7団体と協定を結び、約660人が登録していた。しかしDCATは、被災者の中から一般の避難所では生活することが難しい人を判別して福祉避難所に移送するための訓練に力を入れていた。けれども、被災した自治体からの要請がなければ動けないという制度の仕組みもあって、実際に自治体から要請があったのは本震から9日もたった後であった。また実際に出勤して被災者に会ってみると、たとえ体調が悪く、障害があったとしても、家族や地域の友人と離れたくないとして一般的な指定避難所を離れて福祉避難所に移ろうとする人は少ないという現実直面してしまった。そこで、益城町では、指定避難所である益城町交流情報センター内に「さしより相談所」というコーナーを設置し、DCATのメンバーが常駐して、ほかの避難所を巡回して出前相談を受ける相談に乗ると

いう体制に切り替えている。そしてあらためて介護職自身が施設入所型支援に囚われていたことが浮き彫りになったといえる。

DCAT が被災者の中から高齢者や障害者を見つけ出して送り込む先として考えられていた福祉避難所もまた事態に対応できない現実と直面していた。被害を受けて機能が停止した施設では当然受入れができない。それだけでなく、比較的安全基準をクリアしている福祉施設では、障害者や要介護高齢者だけでなく、健常な市民も避難してくる状況が起っていた。施設経営者としては、むげにそうした一般被災者を追い出すこともできず、結果として DCAT が送り込もうとしても受け入れられる状態にはなかった。もちろん、福祉避難所の必要性を否定するものではないが、緊急事態においては、ハイリスク・ターゲットだけを選別して対応することだけでなく、健常者と要介護者が同時的に存在する場で、コミュニティ・ソーシャルワークを展開する訓練が必要であることを物語っている。

個人情報保護と福祉情報共有の観点から避難行動要支援者リストを作成して、災害時には計画的に避難を進める手はずであったが、実際にはこのリストが活用されることはなかった。基本的には個人情報保護の考え方が強く、要支援者を把握することさえできない状態があり、さらに外国人被災者等に対しては、避難状況の把握が一層難しく、避難所生活のルールを理解が困難な場面も生じていた。この現実、避難行動要支援者としての対象者を本人の合意を得て登録し、自主防災組織や医療・看護・保健・介護・福祉専門職と情報を共有し、支援活動を展開できるようにするための工夫が必要だといえよう。

被災地の介護施設から他県の民間介護施設へ支援要請があつて、DCAT として派遣された人たちもいる。むしろこうした動きは行政の取り組みよりも早かった。しかしながらこのような広域的支援体制は、交通路やライフラインの確保がない限り、派遣することも容易ではない。また、他県からの民間 DCAT が自主的に支援体制に入ろうとしても、受け入れる側での体制が整わずに手間取っている。

こうした点を踏まえて、熊本県では、あらためて平時からの避難行動要支援者名簿の情報共有の在り方を検討し、避難行動要支援者の個別の行動計画策定、高齢者や障害者の避難を想定した避難所運営マニュアル見直し、福祉避難所制度の理解推進、デイサービスや宿泊施設等と福祉避難所に関する協定推進、介護福祉士会、各施設協議会などの人的支援スキームの活用に向けた関係団体との連携確保、福祉避難所運営マニュアルの作成及び関係機関による研修・訓練の実施、外国人被災者の状況の把握、ホームページの多言語による情報提供などといった改善の方向性を今後進めることとしている。

DCAT という発想は新機軸を打ち出したものではあったが、避難者トリアージや福祉避難所への選別移送といった機能分化的発想での訓練は有効ではなく、被災地現場では、むしろ機能統合的でゼネリックな対応が求められることが浮き彫りになったといえるだろう。

(3) コミュニティの視点からの生活支援策

社会福祉援助技術では、ケースワーク、グループワーク、コミュニティワークという下位概念がよく知られている。ケースワークは個別援助技術と訳されているが、困難な課題、問題をもった個々の対象者（クライアント）が主体的に生活できるように支援、援助していく活動をいう。グループワークは、集団援助技術と訳され、クライアントをグループのプログラム活動に参加させることで、グループのメンバー間相互の影響を受け、変化（成長、発達）するように援助する活動をいう。これらに対して、コミュニティワークというのは、地域援助技術と訳され、地域住民がその地域生活上に生ずるさまざまな問題に主体的・組織的に取り組むとともに、問題解決に必要な資源の調達やそのネットワークを図ることを援助する活動をいう。さらにコミュニティ・ソーシャルワークというのは、クライアントに対して、地域と結び付けたり、あるいは生活支援や公的支援制度の活用を調整する活動をいう。しかし、コミュニティ・ソーシャルワークの用語については、日本では、コミュニティ・ソーシャルワーカーというように、人を指すときに用いられることが多く、社会福祉士の職域であることを主張しているニュアンスがある。しかし実際には、この分野の研究も実践も体系化されていない。

介護福祉士の業務はより個別的な身体的介助・心的介助・社会的介助をすることになっており、介助の場の多くは入所施設や通所施設であるために、いわゆる施設ケア Institutional Care に親和的である。もちろん訪問介護のように居宅ケア In-home Care も大きな職域になっているが、地域ケア Community Care, Community-based Care という点では応用範囲がまだ未開発といえる。社会福祉士及び介護福祉士法において、介護福祉士は、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うと規定されているので、「介護者指導」という面に注目すれば、より広範な職域開発が可能であるが、まだ報酬を伴う職域開発ができていないことが課題なのかもしれない。今後はますます地域包括ケアシステムの中で、介護施設や通所施設やクライアントの居宅だけでない多様な場における活動が求められるようになるだろう。

そのことがよくわかるのが、災害時における地域介護である。まず被災地では、平時のコミュニティが崩壊状態にある。住民が日常生活を継続できない状況にあり、各種地域団体は非常時の状態に置かれているために、平時の機能を発揮できない状態に陥っている。被災地では、要支援者が大量に発生し、通常介護のアセスメントの指標となる金銭管理、買い物、通信、交通などといった手段的日常生活動作 IADL や食事、排泄、清拭、体位移動、睡眠などといった日常生活動作 ADL が低下せざるを得ないような環境変化が生じているので、要介護状態に陥る人は増加する。既に要介護状態にあった人だけでなく、環境さえ整っておれば介護を必要としなかったが被災で要介護状態に陥った人、避難生活や仮設住宅生活でロコモティブ・シンドロームや嚥下不全や軽度認知機能低下などが進行してしまう人などが混然となる状態が生じる。そういう中で、介護に関わる簡易なアセスメントを実施し、緊急のケアプランを作成し、その計

画に基づいて、地域でなお機能しているあらゆる社会資源を活用して介護サービスを提供するといった一連のケアマネジメントが必要になる。人的資源としては、日常的な業務に携わっている職員だけでなく、DCATや介護・看護ボランティア（専門職ボランティア）を交えた人事管理が必要になる。介護の場所としては、介護施設や通所施設だけでなく、一般避難所、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などの住宅系施設、旅館やホテルなどの一般宿泊施設、公衆浴場、駐車中の自家用車、テント、仮設住宅など多様な場所で、個々の状況に応じた介護行為を展開しなければならない。しかしこのようなケースワーク的なケアマネジメントを実施できるような余裕は介護支援専門員にもない。彼らもまた被災者であり、平時の業務を遂行することさえままならない状態に陥っているからである。こういう事態で求められているのは、狭義のケアマネジメントやケースマネジメントではなく、コミュニティワークあるいはコミュニティ・ソーシャルワークといわれる活動であり、ボランティア・コーディネーションのような業務である。この問題は、だれがそれを担うかという人の問題の前に、どのようなことをしなければならないのかというむしろ業務の問題から検討すべきだろう。

さしあたり、仮寓者に対するコミュニティワークとして考えられるのは次のようなことである。

- ① 平常時において、被災者の安全確保のために名簿・名札作成と「避難行動時・仮寓時要支援アセスメント」票（個人情報）作成
- ② 生活支援・救援物資受け取りシステムの構築
- ③ 近隣地区内社会的資源の残存機能チェックとネットワーク化及び相互支援活動の構築
- ④ 地域外からの DCAT、専門職支援ボランティア、災害ボランティアの受け入れ、オリエンテーション、ロジスティック、作業シフト、ブリーフィングとデブリーフィング
- ⑤ 清掃・物資管理、感染症防止、廃棄物処理などの環境整備
- ⑥ 仮寓生活の後、どこでの生活を考えればよいかを照会しながら支援するレフェラル・サービス Referral Service
- ⑦ 継続的介護サービスが可能になるようなサテライトサービスの企画
- ⑧ 家族介護者に対するレスパイトケア Respite Care や介護職員の燃え尽き症候群防止に対する Compassionate Care の実施
- ⑨ 事業所としての事業継続マネジメント Business Continuity Management BCM と連動した平時介護サービス、介護予防サービス、生活支援サービスへの転換

コミュニティとは元来多目的型、多機能型、無限定的な考え方に基づく組織である。アソシエーションという単一目的、単一機能を是とする組織とは真逆の発想である。M・ウェーバーの経営論でいえば、コミュニティはアンシュタルト（営造物経営）によるものであり、フェライン（結社経営）とは相互補完的な関係にある。ケアマネジメントやケースマネジメントといわれる手法は、生活自立を支援するための過程管理手法であるとはいいながら、実質的には等級分けして、細分化され標準化された部分的サービスを組み合わせて提供することにとどまっている。これに対して、コミュニティワークはゼネリックに被災者の生活全体に関わり、要援

護者だけでなく、その周辺にいる介護者や一般人をも包摂する関係調整を図っていることが特徴である。

(4) 法人の事業継続管理 BCM と事業継続計画 BCP

今日、自然人が減少する中、法人市民による地域活動に対する期待が高まっている。一般企業は社会貢献 CSR、フィランソロピー、コーポレートシチズンシップなどといった理念を掲げて本体業務だけでない多様な付帯活動を展開する時代になっている。社会福祉法人改革においても、地域における公益的な取り組みという論議が起こされ、その計画的実施が迫られている。災害時には、こうした考え方に基づいて、法人によるさまざまな救出・救助・救護・救援活動が展開されている。しかし被災地の法人もまた、被災者である。平時に発揮できていた機能が災害によって停止してしまっていることが多い。こういう状態から平時の状態に戻す過程を管理することを BCM という。そして非常時で中断したとしても、できるだけ早期に復旧させるための方針・組織・手順を立案することを事業継続計画 Business Continuity Plan という。これは、法人がいかに関客や従業員などからの期待に応えられるようになるのかといった観点から取り組まれる。

熊本県という地方公共団体が熊本地震に対して概ね3か月間の対応した結果に関する検証では、庁内 BCP を次のような点で見直さなければならないとしている。

- ① 災害時に休止・縮小すべき業務の精査を行うとともに、災害対応業務の標準化による所属間の役割分担を明確化。応援職員の活用を含めた業務体制の整備。
- ② 災害対応に従事する職員を確保するため、支援体制を整備。
- ③ 職員の参集体制の見直し。

同じく地方公共団体である市町村では、市町村長不在時の代行順位や参集基準、職員分の水・食料の備蓄方針、災害時優先業務等を定める BCP の策定が必要だとしている。

おそらく民間事業者においても同様のことがいえるのではないだろうか。施設自体が損傷し、インフラも途絶え、職員自身も被災しているために出勤することができず数少ない人員で、過密な要介護者を劣悪な環境下で受け入れ、見通しも立たないままに時を過ごさなければならないところが多かったといえよう。まずは、法人として、従業員の安全確保と安否確認を、事業所内のみならず従業員の住む場所においてもしなければならない。この人的資源確保は、死傷、家族の事情、通勤困難（M事業所では75名中27名の通勤ができなくなった）、甚大な被災状況、精神的負担（燃え尽きなど）といったさまざまな従業員離職リスクのマネジメントを含むものとなる。そのような中で、平時の人員体制で勤務を継続するためには、どうしても外部からの DCAT や専門職ボランティアの要請をしなければ、業務を遂行できなくなる。しかし同時にこうした外部人材の行動をどのように平時の職員の行動とコーディネートするのかは付加的な業務として法人の責任者には重い負担がかかってくる。そこで、DCAT や専門職ボランティアの他にボランティア・コーディネーターの派遣を要請し、法人の責任者を補佐する業務を担って

もらうことが必要になる。ボランティア・コーディネーターはボランティア活動の日程調整・送迎、オリエンテーション、受け入れ環境整備、災害ボランティアや諸団体との連携、職員やボランティアの思いの傾聴が主な業務となる。このような人材が法人の中で働きやすくするための特例的な身分付与といった課題もある。BCPに基づいて、非常時に優先する業務の分析と、それに基づく職員配置や応援に入った人材の円滑な受け入れといった受援体制が整備されなければならない。

逆に応援体制の側からみると、法人は自己完結型の DCAT 活動を被災者側からの要請を待たずに派遣することもあるだろう。しかし、DCAT のような制度に基づかない派遣の場合は、被災地に到着してから活動を始める際に受援体制の整備状況に左右されることになる。したがって、多くの場合、応援側の法人は平時からカウンターパート方式で連携を持っている被災地の法人に対して支援することになる。しかしこの場合でも、被災地側の法人職員との間で役割分担が不明確であると、なかなか効率的な支援活動ができない。情報共有や役割分担のルールづくりが重要な課題である。福岡県老人福祉施設協議会では、支援要請があった被災地の法人の基礎情報として、法人事業の種別（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、サ高住、有料老人ホーム等）、支援要請された職種と人数（介護職、社会福祉職、看護職等）、主な業務内容（介護応援、日勤／夜間介護応援、利用者／避難者見守り、看護、環境整備、感染症拡大防止等）応援者の食事（自前か被災地の法人で用意か）、宿泊手配（自前か被災地の法人で用意か、宿泊料金の負担は送り出し側負担か、受け入れ側負担か）、宿泊場所（事業所内か、近隣施設か、その他か）寝具等（寝具のある個室か、寝具のない個室か、寝具のある大ホールか、寝具のない大ホールか）、入浴（入浴可能か、シャワーのみ可能か、不可か）周辺環境（車での移動に支障があるか、ないか）、事業所内駐車場（あるか、ないか）、その他などを事前に把握しておくためのチェックリストを作成していた。

応援側の法人は、職員を派遣する場合にも、自らの法人の職務として派遣命令を出すことに躊躇するところが多い。職員がボランティアとして参加したいと申し出た場合にも、休暇届を出していくことを求める法人もある。多くの場合は、施設長レベルの判断で職員ボランティアを募り、派遣したという事例が多い。全国老人保健施設協議会は東日本大震災の後から、全老健災害派遣ケアチーム Japan Care Assistance Team JCAT を 2013 年に組織し、①法人内防災チーム（法人内 CAT）の結成、②小規模 CAT による地域内互助、③大規模災害時の対応に備えて、被災地以外の少なくとも 3 地域にある事業所との間で連携を図る戦略を打ち出していたが、熊本地震の際にこれが十分に効果を上げたという報告は見られない。検証しなければならないが、応援側、受援側ともにマッチングについてはかなり課題を抱えているのではないかと推測される。

いずれにしても、法人にとって、いかにして平時の業務体制を取り戻せるかが大きな課題であり、こういう観点からの BCM 及び BCP については、今後検証を踏まえて、整備を図る必要があるだろう。まずは個別法人の内部での BCP を作成することが最低限必要であるが、次に近隣の同業種・法人の事業種別を超えた地域連携型の BCP を地域包括ケアシステムの一環として

取り組むことも必要になるだろう。そしてさらに広域的な BCP の基盤整備を全国レベルで検討する必要があるのではないだろうか。

(5) 介護を織り込んだまちづくり

被災地で避難所となった学校の教諭が「校区にこんなに多くの高齢者がいたのかと驚いた」と語ったという。日ごろは子供たちばかりを目にして職務についている学校の先生らしい反応である。災害はそうした日常生活では気づかなかったことを白日の下にさらすことになる。今日の災害は、人口オーナス時代に入っているという現実を身近に感じさせるきっかけでもある。そして被災地は復旧・復興を旗印にするが、実際には一層の人口減少の引き金になることが多い。中国地方などが昭和38年の豪雪によって、過疎高齢化を急速に早めたということはよく知られているが、その後の災害でも同様の傾向が阻止できずにいる。

長岡市の介護施設こぶし苑は、故小山剛氏の経営方針に基づき、今日の地域包括ケアシステムの原型ともいうべき取り組みを始めていた。そして新潟中越地震の際には、仮設住宅に多機能型のサポートセンターを設置し、通所サービス、訪問介護・看護サービス、給食サービスを提供したのである。これが東日本大震災以降の仮設住宅における LSA 常駐型と並んで普及した福祉施設連携型のモデルとなっている。熊本地震の被災地ではこのサポートセンターの設置希望が多くなっている。またこぶし園は、中越地震の被災直後、なかなか人的支援が派遣されなかったことを反省して、介護の広域連携を支えるために、「災害福祉広域支援ネットワークサンダーバード」を立ち上げている。これが DCAT の原型である。この団体は東日本大震災の時にも出動し、移動式サポートセンターを伴って支援したが、あまり効果は上げられなかったという。あくまでも、介護は地域の人々の関係性の中にあるもので、なかなかよそからの人間がかかわろうとしても難しいのである。小山氏は、神戸・淡路大震災の後の生き埋めになった人の83%以上は家族や近隣によって助けられており、公的機関によって救出されたのはわずか2.4%でしかないこと、今後必要なのは「介護付き住宅・施設」ではなく「介護付き地域」であることを強く主張していた。この考え方が、これからはさらに大きな動きになっていくだろう。

(株)南阿蘇ケアサービスは住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、デイサービスセンター、訪問看護、定期巡回・随時対応型サービス、24時間介護看護サービスなどを運営する法人である。そこで勤める松尾弥生氏は、東日本大震災時に支援活動にも携わった経験のある人である。彼女の振り返りによると、熊本地震被災直後は自施設の入所者避難支援、居宅サービス利用者避難支援、自施設への避難者支援などに追われたが、直ちに WiFi 機能を使って LINE 電話や FB 情報発信によって、介護・看護ボランティア及びボランティア・コーディネーター派遣を要請している。こうして広域的な支援要請をしながら他方では地域内の施設相互の支援体制が必要だとして「みなみ阿蘇福祉救援ボランティアネットワーク」を立ち上げている。また行政に対して、自施設を福祉避難所とするよう認可申請を出して許可を受けている。こうした経験を積み重ねながら、あらためて今後は村民と一緒に地域課題を検討し、介護保険外自主

事業を展開する必要性を強く主張され、宅配弁当や介護保険非該当者への訪問サービスや地域住民だれもが集えるカフェの開設などの取り組みを始めている。

これらの経験からいえることは、介護を織り込んだまちづくりそのものが政策的に推進されなくてはならないということであろう。政府もこうしたことへの関心を持っており、厚生労働省サイドでは、地域包括ケアシステムを推進することで、対応しようとしている。そしてさらに2017年2月に厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部は、「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）をまとめ、介護保険法の下での地域包括ケアにとどまらずに、社会福祉法等を含めた保健福祉行政横断的な「丸ごと」の支援体制を展開しようという動きになっている。また内閣府まち・ひと・しごと創生本部は2014年にまち・ひと・しごと創生法を公布し、まち・ひと・しごと創生総合戦略を翌年に決定し、その中で「日本版 CCRC Continuing Care Retirement Communities」について取り組むこととした。「日本版 CCRC」は「生涯活躍のまち」と名付けられ、全国の市町村からの応募を得て支援することとしている。「生涯活躍のまち」は、以下のような基本コンセプトに基づいている。

- ① 東京圏をはじめ地域の高齢者の希望に応じた地方や「まちなか」への移住の促進
- ② 「健康でアクティブな生活」の実現
- ③ 地域社会（多世代）との協働
- ④ 「継続的なケア」の確保
- ⑤ IT 活用などによる効率的なサービス提供
- ⑥ 居住者の参画・情報公開等による透明性のある事業運営
- ⑦ 構想の実現に向けた多様な支援

国土交通省は「国土のグランドデザイン2050」を踏まえ、2014年に都市再生特別措置法及び地域公共交通活性化再生法の一部改正によって、コンパクトシティ・プラス・ネットワークの整備を図る方針を打ち出し、人口減少・高齢化が進む中、特に地方都市においては、地域の活力を維持するとともに、医療・福祉・商業等の生活機能を確保し、高齢者が安心して暮らせるよう、地域公共交通と連携して、コンパクトなまちづくりを進めるとしている。

「日本版 CCRC」という概念の下敷きになったのが、アメリカにおける CCRC である。これは、退職後は老後の生活に即した継続的なケアが提供されることを保障した高齢者向け住宅団地である。この団地は、独立家屋、集合住宅、医療施設、介護施設、余暇施設を備えている。しかしここに居住する高齢者は、日本人が考えるような就労を求めてはおらず、資産運用などで暮らす比較的裕福な階層の高齢者である。そこでむしろ年をとっても働きたいという日本の高齢者向けに、就労機会も用意しようというのが、「日本版」を謳う所以である。しかし英語表現的には、仕事を継続するので、リタイアメント・コミュニティというのは語義矛盾ともいえる。

むしろ介護を織り込んだまちづくりという点では、同じアメリカでも自然発生的高齢者コミュニティにおける支援サービスプログラム Naturally-occurring Retirement Community with Supportive Service Program (NORC-SSP) という動きの方が重要であろう。これは若い時に都市部の住宅に

移住して子育てをしたが、気づいてみると自分を含めて同世代の高齢者ばかりが残っているだけの町になったところで、高齢者自身が委員会を結成して、そこに住み続けるために必要な事業計画を立て、その事業実施の交付金を行政から得るという仕組みである。これにはデベロッパーも協力し、空き部屋や空き家を事務室やデイケアの場として提供し、その分、税を減免してもらおうという。病院や介護施設もサテライトサービスを提供して、将来のクライアントの把握を図れるという。こういった取り組みは、住民の意向に沿った総合的なサービス状況を整備するので、過剰投資や遊休化やリロケーション・ダメージなどを回避する上でも有効だといえる。熊本地震の被災地においては、これからこうした先駆例を踏まえて、包括、統合、継続、自律、総合、コンパクトといった概念を強調したまちづくりが進められることになるだろう。

4. レジリエンス力を備えた国際的介護人材のトレーニングに向けて：今後の課題

アジアは災害の多い地域であり、人口高齢化が急速に進んでいる地域でもある。そのために日本で災害が起きたときにどのように多くの高齢者を少ない生産年齢人口で支えているのかということへの関心が高い。病院や介護施設等が日本のように整備されていない状況下で、地域にある社会資源をできる限り活用しながら支援するシステムをどのように構築することができるのか。

「健康・医療戦略推進法」が2014年5月に成立し、同年7月には「健康・医療戦略」が閣議決定された。「健康・医療戦略」では、健康・医療に関する国際展開の促進が柱の一つとして掲げられており、医療・介護分野において諸外国と互恵的な関係を構築することとされた。

さらに厚生労働省は2015年6月に「保健医療2035」として次世代における厚生労働省の役割を国内外に掲げたところである。その中では日本が国際的なルールメイキングを主導するうえで、高齢化対応の地域づくり、生活習慣病や認知症施策などの分野に焦点を当てることの重要性を示し、同時に保健医療の制度設計や運用を含む地域単位での医療・介護システムである地域包括ケアシステムの概念そのものを“輸出”すべきとしている。

そこで、2016年5月を目指して、自民党からは「アジア健康構想」を政策提言する動きを示していた。これは、アジアにおいて、急速に進む高齢化に対応した Universal Health Coverage (UHC) と健康長寿社会を実現し、持続可能な経済成長が可能な新たなアジアを創るため、アジア地域への地域包括ケアシステムの構築や日本の民間事業者等の進出促進等の相互互恵的なアプローチによる取組を進めることを狙うものであった。そこで、2016年7月に総理府の中に「アジア健康構想推進本部」が設置され、これに基づき、11月には、入管法の一部を改正する法律、外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律が国会を通過した。そして2017年2月9日には、東京で、国際・アジア健康構想協議会が設立された。

このように日本では日本という国内的な枠組みの中だけでなく、アジアという国際的な枠組みの中で、介護のビジネスと人材を動かす方向に向かっている。しかしもし日本における病院

や施設、及びそこで働く医師、看護師、介護職員を中心にしたシステムを発展途上にあるアジアで動かそうとすれば、その社会のトップエンドの富裕層にしか利用できないような料金水準になってしまうだろう。現在、アジアに進出しようとするビジネスはそれをねらっている。だが、日本の高齢者福祉や高齢者介護は、そのような富裕層だけをねらってサービスを提供するものではない。かといって、貧困で身寄りがなくて働けない層に対する選別主義的あるいは残余主義的福祉を提供するものでもない。日本の医療・福祉・介護制度は普遍主義というだけでも、いつでも、どこでも利用できるサービスを構築する方向で整備されてきた。選別主義とか残余主義といわれるような資産調査を厳しく実施して、受給資格を厳しく制限したうえで、その条件に合った者だけが利用できるようにするという考え方は、いまなおアジアの諸国では共通している。こういう場合は税で措置されることになるので、よほど豊かな財源がない限り、受給資格は厳しく設定されることになる。経済的な豊かさを未だ獲得できていないアジア諸国の政府では、費用のかかる施設を建設しない傾向にある。そうすると高齢者は要介護状態に陥った場合には、家族あるいは近隣互助に頼ることになる。こうした状況の中で支援を行うことを考える場合、地域包括ケアシステムの方が参考になる。

そうだとすれば、これから介護人材を共有して高齢社会に備えるアジアにとって、日本における研修内容は、ただ単に施設内研修にとどまるものではないだろう。災害時の被災地における介護、より広い被災者支援、介護付き地域の構築などに向けての人材養成プログラムを適切に織り込むことが必要になる。

日本の介護という概念はきわめてガラパゴス的状况に置かれており、業務としても世界が共有できる状況にはなく、介護福祉士という資格はどの国のどの資格とも相互認証できる状況にはない。ガラパゴス的状况というのは、狭い環境の中で特殊進化しすぎて、ほかの環境では生きていけない動物ばかりが住んでいるガラパゴス諸島に例えて、国際的に汎用性のない技術や商品やサービスが一国内だけで通用していることをいう。そこで最近、ようやく介護をめぐる、国際的な資格認証や標準化や介護人材の共有に向けての動きが始まったが、それは日本の側から言えば、ガラパゴス的状况を改善するための国内的努力を果たすことを含んでいる。

そこで、ようやく介護の業務分析に着手され、その業務に必要な知識と技能が確定されようとしている。その業務に必要な知識と技能が習得するための訓練がモジュール化され、等級化されて、アセッサーといわれる評価者によって、訓練を受ける者が「知っているかないか」、「できるかできないか」を判定するという介護プロフェッショナルキャリア段位制度（2014年までは内閣府の実践キャリア・アップ戦略、2015年からは厚生労働省介護職員資質向上促進事業）が始まっている。これは、介護福祉士の資格を持つ者も、それを持たない者も同じような業務を担っているという団子状の介護の陣容から、業務を等級化して、その業務の知識と技能の水準に応じて担える人員をピラミッド状に確保するという陣容に変えることを意味している。これによって、介護人材はそれぞれのキャリアパスを描けるようになり、雇用する事業者は職場の業務設計を描けるようになると見込まれている。今のところ、この介護の業務分析は、平時

における業務を対象にしているが、今後は災害発生以降の非常時の業務を織り込んだ上で、その知識と技能を等級化して訓練するプログラムを開発する必要がある。

また国際的には、各国において、介護をめぐる制度や労働資格や訓練課程が異なることから、一挙に国際標準化や資格の相互認証を図るのは難しい。そこで、EU が労働力移動を円滑に行えるようにするという目的で提案した「調和化」の手法により、ヨーロッパ資格枠組み European Qualification Framework をモデルとすることが提唱された。各国はこれを参照基準にしながら自国のトレーニング・プログラムを位置づけることになる。DCAT やボランティア・コーディネーターという業務にふさわしい人材を訓練するためには、どのような知識と技能をどれくらいの訓練を受けて、合格すれば、どのランクに評価されて働けるのかを明示する必要が出てくる。今後アジア健康構想に基づいて、これまでの二国間経済連携協定 EPA による介護福祉士候補者の受け入れだけでなく、介護技能実習生の受け入れや、介護を学ぶ外国人学生の新卒採用などが増える可能性が高くなる。そして「アジア健康構想」では、人財還流という考え方を打ち出しており、日本で訓練を受けて知識と技能を習得し、母国に帰国後は習得した知識と技能の普及を図ることを展望している。被災地における介護実践から、いかなるキャパシティ・ビルディングを図るかは、これからのトレーニングのひとつの要素にするべきだろう。

地域における慢性的な変化である人口の少子高齢化や急性的な災害の中から、いかにレジリエンスを発揮しうるのか。それはインフラや制度の整備だけでなく、人間の能力を高める訓練が必要である。その訓練のためには、訓練についてプログラム開発やトレーニングを実施する場所の整備が必要になる。これを国際的介護トレーニングセンターとして設立する必要がある。またここで養成されるのは現場の指導者なので、指導者を訓練する Training of Trainer, Train the Trainers プログラムの開発が必要である。これについては2017年3月に市議会に報告された福岡市健康先進都市戦略構想の中にも盛り込まれ、今後の具体化が待たれる。

注

- 1) 九州大学名誉教授・特定非営利活動法人アジア・エイジング・ビジネスセンター理事長
- 2) 九州大学大学院人間環境学研究院・教授

文 献

安立清史, 2016年11月19日, 「ガラパゴス研究会」, 配布資料, 松尾弥生「熊本地震を振り返るー発災時認知症の人を支える仕組みー」(2016年10月30日 Being 九州大会発表スライド)
福岡市保健福祉局健康先進都市戦略策定会議, 2017, 福岡市健康先進都市戦略報告書「福岡100」,
長谷川敏彦, 大地殻変動期にある, 日本の医療, 医療マネジメント, 病院,

<http://www.medicalmg-gunma.org/img/mg2.pdf>

- 長谷川敏彦, 「研究実験国家」日本から発信する最先端医療「ケアサイクル」,
http://www.mcw-forum.or.jp/image_report/DL-symposium/20131116/1-hasegawa.pdf
- 一般財団法人高齢者住宅財団, 2015. 「被災地の災害公営住宅における福祉・交流拠点の整備を通じた地域包括ケアへの支援に係る事業報告書」.
- 自由民主党, アジア健康構想に関する提言. <https://www.jimin.jp/news/policy/132386.html>
- 国土交通省, 2014. 都市再生特別措置法及び地域公共交通活性化再生法の一部改正.
- 小峰隆夫, 2016. 人口オーナス化の労働を考える. 日本労働研究雑誌, 674号, 4-15.
- 厚生労働省, 2015. 保健医療 2035.
- 厚生労働省, 2016. 先駆的な取組を行っている自治体の災害福祉支援ネットワークの概要等について.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000153992.pdf>
- 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部, 2017. 「地域共生社会」の実現に向けて(当面の改革工程).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000150538.html>
- 厚生労働省, 2017. 介護職員資質向上促進事業.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000078697.html>
- 小山剛, 2012. 東日本大震災後の現状とこぶし園の取り組み, 「認知症ライフパートナー」Vol.2, 4-6.
- 熊本県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会保健福祉推進部会, 2017年2月15日, 配布資料, 「熊本県の概ね3か月間の対応に関する検証(案)(人命救助, 被災者の生活の支援等を中心にして)」.
- 内閣府まち・ひと・しごと創生本部, 2014. まち・ひと・しごと創生法.
- 内閣府まち・ひと・しごと創生本部, 2015. まち・ひと・しごと創生総合戦略.
- 日本版 CCRC 構想有識者会議, 2015. 「生涯活躍のまち」構想(最終報告).
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/meeting/ccrc/h27-12-11-saisyu.pdf>
- 日本学術会議東日本大震災復興支援委員会災害に対するレジリエンスの構築分科会, 2014. 提言 災害に対するレジリエンスの向上に向けて.
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t140922.pdf>
- 小川全夫, 2008. アメリカの NORC-SSPs: 大都市におけるソーシャル・キャピタル活性化. 日本都市社会学会年報, 26号, 21-38.
- 小川全夫, 2017. 国際化する介護人材養成の課題と論点. 都市政策研究, 第18号, 27-46.
- 齊藤和貴・岡安孝弘, 2009. 最近のレジリエンス研究の動向と課題, 明治大学心理社会学研究 第4号, 72-84.
- 佐藤龍三郎・金子隆一, 2015. ポスト人口転換期の日本—その概念と指標—, 人口問題研究,

71巻2号, 65-68.

重野妙実, 2011. 2.2阪神淡路大震災後の神戸市における高齢者・障害者に対する支援:「合言葉はコミュニティワーク」, 阪神・淡路大震災時における生活援助員(LSA)の活動に関する解説つき基本資料集, 195-204.

<http://tatsuki-lab.doshisha.ac.jp/~statsuki/Projects/EastJapanEQ2011/LSA%20Activities.html>

総務省, 2012. 勧告 仮設住宅に入居している高齢者支援.

http://www.soumu.go.jp/main_content/000217420.pdf

総理府健康・医療戦略本部アジア健康構想推進会議, 2016. アジア健康構想の推進について.

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/sdgs/entakukaigi_dai1/siryoush-1.pdf

UN-HABITAT, 2016. International guidelines on Urban Territorial Planning

file:///C:/Users/Takeo%20Ogawa/Downloads/IG-UTP_Japanese.pdf

全国老人保健福祉協議会, 2013. 「介護老人保健施設における災害支援体制整備と災害派遣ケアチーム JCAT による人材育成等に関する調査研究事業報告書」.

<http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2013/04/675e9e587eb32288b213e0d3b1db5c641.pdf>