

大規模災害

企画・編集

東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体
『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』
作成ワーキンググループ

リハビリテーション 対応マニュアル

医歯薬出版株式会社

【企画・編集】東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体

『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』作成ワーキンググループ

委員長	里宇明元	(公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 理事長)
委員	上月正博	(公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 副理事長)
	梶村政司	(公益社団法人 日本理学療法士協会 社会局局长)
	伊藤智典	(公益社団法人 日本理学療法士協会 事務局)
	長谷川利夫	(一般社団法人 日本作業療法士協会 福利厚生委員長)
	小林 毅	(一般社団法人 日本作業療法士協会 災害対策本部連絡調整室)
	立石雅子	(一般社団法人 日本言語聴覚士協会 副会長)
	原田浩美	(一般社団法人 日本言語聴覚士協会 防災対策委員)
	栗原正紀	(一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 副会長)
	梅津祐一	(一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 幹事)
	近藤国嗣	(全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 理事)
	井上 崇	(全国老人デイ・ケア連絡協議会 理事)
	中島雪彦	(全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会 事務局長)
	井口 茂	(全国地域リハビリテーション研究会 事務局長)
	水上直彦	(一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事)

() 内は所属団体及びその役職

【査読協力】 日本リハビリテーション医学会 『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』 策定委員会

委員長	上月正博	(東北大学)	
委員	樫本 修	(宮城県リハビリテーション支援センター)	曾川裕一郎 (新潟県立リウマチセンター)
	木村慎二	(新潟大学歯学総合病院総合リハビリテーションセンター)	高橋 明 (いわてリハビリテーションセンター)
	佐浦隆一	(大阪医科大学)	田中一成 (大阪医科大学)
	佐直信彦	(仙台青葉学院短期大学)	富岡正雄 (愛仁会リハビリテーション病院)
	菅 俊光	(関西医科大学附属滝井病院)	富山陽介 (宮城厚生協会坂総合病院)
	住田幹男	(愛仁会リハビリテーション病院)	渡邊裕志 (東北厚生年金病院)

(50 音順)

This book was originally published in Japanese
under the title of :

DAIKIBOSAIGAI RIHABIRITESHON TAIŌ MANYUARU
(Rehabilitation manual for large scale disasters)

Working group for "Rehabilitation manual for large scale disasters",
The 10 Rehabilitation-Related Organizations of Rehabilitation Support Service for the Great East Japan
Earthquake and Disaster

© 2012 1st ed.

ISHIYAKU PUBLISHERS, INC.
7-10, Honkomagome 1 chome, Bunkyo-ku,
Tokyo 113-8612, Japan

【執筆者一覧】

■公益社団法人 日本リハビリテーション医学会

檜本 修 (宮城県リハビリテーション支援センター)
木村慎二 (新潟大学医歯学総合病院総合リハビリテーションセンター)
上月正博 (東北大学)
佐直信彦 (仙台青葉学院短期大学)
菅 俊光 (関西医科大学附属滝井病院)

住田幹男 (愛仁会リハビリテーション病院)
曾川裕一郎 (新潟県立リウマチセンター)
高橋 明 (いわてリハビリテーションセンター)
田中一成 (大阪医科大学)
富岡正雄 (愛仁会リハビリテーション病院)
富山陽介 (宮城厚生協会坂総合病院)
里宇明元 (慶應義塾大学)

■公益社団法人 日本理学療法士協会

伊藤智典 (日本理学療法士協会)
梶村政司 (中国電力(株)中電病院)
金野千津 (介護老人保健施設気仙苑)

櫻田義樹 (岩手県立中央病院)
白根達也 (岩手県立山田病院)
吉田俊之 (日本理学療法士協会)

■一般社団法人 日本作業療法士協会

小林 毅 (千葉県立保健医療大学)

長谷川利夫 (杏林大学)

■一般社団法人 日本言語聴覚士協会

足立さつき (聖隷クリストファー大学)
石川裕治 (高知リハビリテーション学院)
内山量史 (春日居リハビリテーション病院)
大庭優香 (東京医科歯科大学医学部附属病院)
立石雅子 (目白大学)

長谷川賢一 (東北文化学園大学)
原田浩美 (聖隷クリストファー大学)
深浦順一 (国際医療福祉大学福岡リハビリテーション学部)

■一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会

淡野義長 (長崎リハビリテーション病院)
梅津祐一 (小倉リハビリテーション病院)
栗原正紀 (長崎リハビリテーション病院)

小泉幸毅 (小倉リハビリテーション病院)
白石浩隆 (小倉リハビリテーション病院)
浜村明德 (小倉リハビリテーション病院)

■全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会

近藤国嗣 (東京湾岸リハビリテーション病院)
嶋 亜希 (初台リハビリテーション病院)

水尻強志 (宮城厚生協会長町病院)

■全国老人デイ・ケア連絡協議会

井上 崇 (共和会・仲寿苑)

岡野英樹 (医療法人真正会)

■一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会

齋藤正美 (船橋市立リハビリテーション病院)

■全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会・全国地域リハビリテーション研究会

井口 茂 (長崎大学)
逢坂伸子 (大東市保健医療部地域保健課)
重本弘文 (熊本機能病院)
中島雪彦 (熊本機能病院)

中西亮二 (熊本機能病院)
松坂誠應 (長崎大学)
村上重紀 (尾道市公立みつぎ総合病院)
米満弘之 (熊本機能病院)

■一般社団法人 日本介護支援専門員協会

木村隆次 (日本介護支援専門員協会)

水上直彦 (日本介護支援専門員協会)

■東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体

・代表

浜村明德 (日本リハビリテーション病院・施設協会会長, 小倉リハビリテーション病院)

・シンクタンク代表

里宇明元 (日本リハビリテーション医学会理事長, 慶應義塾大学)

・対策本部長

石川 誠 (全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会会長, 初台リハビリテーション病院)

・対策本部事務局

淡野義長 (長崎リハビリテーション病院)
小泉幸毅 (小倉リハビリテーション病院)
小林由紀子 (初台リハビリテーション病院)

中島龍星 (長崎リハビリテーション病院)
矢野浩二 (小倉リハビリテーション病院)

(所属団体内は 50 音順)

はじめに

『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』の発刊にあたり、改めて東日本大震災により尊い命を失われた方々に謹んで哀悼の意を表しますとともに、多くの大切なものを一瞬にして失い、今なお、大きな不安を抱えながら、厳しく、不自由な生活を強いられている被災者の皆様に心よりお見舞い申し上げます。

2011年3月11日の東日本大震災発生以降、リハビリテーション関連の諸団体は比較的早い時期からそれぞれ手探りで独自の支援活動を展開してまいりました。しかしながら、未曾有の大地震と津波によるあまりにも甚大な被害の実態に直面し、リハビリテーション関連の団体が一致協力して被災者・被災地の支援に取り組むことの必要性が強く認識され、「東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体」が結成されました。

これまでの支援活動を通して、被災地の行政、専門職等と密に連携しながら、大規模災害下でのリハビリテーション支援活動を多職種で行うことの重要性と難しさを改めて痛感するとともに、平時から十分な備えを行いながら、災害発生時には関係団体が一丸となって被災者、被災地のための支援活動を効率的・効果的に展開できるような基盤をつくっていくことが不可欠との認識が共有されました。

本マニュアルはそのための重要なツールの一つとして位置づけられ、これまでの災害支援の経験を通して明らかとなった問題点や課題を踏まえ、「現場で役に立つ」ことを念頭に、以下を目的として企画・編集されました。

1. 災害リハビリテーション対応に関する基礎知識と有用な情報を提供する。
2. 平時からリハビリテーション関連団体が連携して災害に備えるための一助とする。
3. 災害発生時に機敏かつ的確な対応が可能なりハビリテーションチームを育成し、データベース化する。
4. 災害発生時にリハビリテーション関連団体の有機的な連携のもとに、多職種連携でリハビリテーション支援活動を行えるようにする。
5. 災害対応におけるリハビリテーションの重要性を行政、医療・保健・福祉関係者、一般社会に啓発する。

読者対象としては、リハビリテーション関連の専門職全般、団体幹部、施設長、養成校教員、地方自治体・国の災害対策・医療・保健・介護・福祉担当部門、医療・保健・介護・福祉関連団体、NPO法人など、リハビリテーション及び災害対策に関わる幅広い個人、団体を想定しています。

本マニュアルが大規模災害に対する備えの充実と災害発生時の的確な対応の一助となることを願いますとともに、読者及び現場からのフィードバック、社会情勢や災害対応に関わる諸制度の変化等を踏まえ、より有用なマニュアルとすべく、定期的に改訂していく予定です。

最後になりましたが、マニュアルの企画・編集に尽力されたワーキンググループ委員各位、ご多忙の中、限られた期間で貴重な原稿をお寄せいただいた著者の方々、終始一貫して暖かくご支援くださった東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体 浜村明德代表、石川 誠対策本部長ならびに各団体幹部の皆様、そして社会貢献の一貫として真摯に出版に取り組んでくださった医歯薬出版（株）の皆様 に深謝いたします。

2012年5月

『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』作成ワーキンググループ委員長
里宇明元

目次

はじめに	iv
------	----

I. 大規模災害の定義と本マニュアルの適応 1

A 大規模災害の定義	1
1 大規模災害の定義	1
2 過去の事例	1
B マニュアル適応の検討と決定	2
1 災害対策本部の設置	2
2 災害対応支援のプロセス	3

II. 東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体（10 団体）としての支援活動 5

A 10 団体としての活動することの意義	5
B 活動目的の明確化	6
C 活動の考え方・原則	7
D 10 団体として活動することの判断（初動判断）	8
E 活動の概要	9

III. 大災害におけるリハビリテーション支援活動の目的と意義 11

IV. 災害リハビリテーション対応のフェーズ 13

A フェーズ分類	13
B 各フェーズにおける災害医療支援及びリハビリテーション支援	15
1 第1期「被災混乱期」	15
2 第2期「応急修復期」	16
3 第3期「復旧期」	17
4 第4期「復興期」	17
C 災害支援チームのあり方	17
1 第1期「被災混乱期」	17
2 第2期「応急修復期」	18
3 第3期「復旧期」	19
4 第4期「復興期」	19
D 各フェーズにおける地域リハビリテーション活動	20
1 第1期「被災混乱期」	20
2 第2-3期「応急修復—復旧期」	20
3 第4期「復興期」	21
E DART 及び JRAT 派遣に際しての留意点	21
F 災害リハビリテーション活動に際しての留意点	21
1 各フェーズにおける必要情報例	21
2 支援スタッフの留意点	22
3 医療機関・福祉・保健機関やその他への支援に関する留意点	22
4 その他、団体間連携に関する留意点	22
G 行政保健師の重要な役割	23
1 第1-2期「被災混乱—応急修復期」	23
2 第2-3期「応急修復—復旧期」	23
3 第4期「復興期」	23

H	災害フェーズ別具体的リハビリテーションアプローチと注意点	23
1	第1期「被災混乱期」(初動対応：待機中)	23
2	第1期「被災混乱期」(初動対応：現地派遣 DMAT, JMAT 等の一員または DART として)	24
3	第2期「応急修復期」(応急対応：JRAT の一員として)	24
4	第3期「復旧期」(生活始動支援：避難所を中心に第2期内容の着実な実施を前提とした JRAT)	26
5	第4期「復興期」(地域生活支援：仮設住宅等における CBRT)	27

V. 組織体制

31

A	平時の体制	31
1	各団体としての体制	31
2	10 団体としての体制	31
B	災害発生時の体制	33
1	各団体としての体制	34
2	10 団体としての体制	37
3	現地対策本部のあり方と常駐者の派遣方法	41

VI. 平時の対応 (事前準備)

43

A	災害リハビリテーション支援体制のための研修	43
1	災害リハの確立	43
2	人材育成	45
3	チーム育成	47
4	幅広い災害リハ研修体制	47
5	教材・ツールの開発	50
6	NPO 法人「災害リハビリテーション支援機構」の設立	51
B	災害対応リハビリテーションチームのデータベース化	51
1	災害対応リハチームに関するデータベース構築の必要性	51
2	データベース化の具体的方法	52
3	データベースの内容	52
C	事前訓練・シミュレーション訓練	53
1	事前訓練の必要性	53
2	多職種による情報共有の仕組みづくり	54
3	事前訓練・シミュレーション訓練の実施と検証	54
D	災害時の執行機能	55
1	被災地の事務局機能：災害マネジメント本部 (仮称)	55
2	被災地の事務局のバックアップ機能	55
3	全国組織の事務局機能：関連団体災害対策本部 (仮称)	55
E	マニュアル・ツールの収集・整理・整備	56
F	現地業務に必要な書類等への対応	59
1	統一した書式の活用	59
2	被災者の治療用装具に係る療養費の取り扱い (装具業者による代理受領)	59
3	保険者への請求方法	61
G	災害関連情報の収集・整理・分析	62
1	防災対策の動向	62
2	支援ニーズの把握	68
3	災害リハ対応のエビデンス・ガイドライン・マニュアル	70
H	資金, 人材, 物品・装備などの準備	74
1	想定される災害リハ支援体制	74
2	ロジスティクスの確保	75
3	資金	77
4	物品・装備	79
5	保険など	80
6	緊急避難所・備蓄拠点としての通所施設の役割	83

Ⅶ. 災害リハビリテーション対応の基本原則

87

- A** 大災害に備えるべきポイント……………87
 - 1 情報の一元化 87 2 情報の体系化 88 3 情報の共有化 88
 - 4 情報の継承化 88 5 初動マニュアルの共有 89
- B** 被災直後のリハビリテーションの役割……………89
 - 1 それまで行ってきたリハ医療を守ること 90
 - 2 避難所などで廃用症候群を予防すること 91
 - 3 新たに生じた各種障害へ対応すること 91
 - 4 異なった生活環境での機能低下に対する支援をすること 91
 - 5 生活機能向上のための対応をすること 91
- C** 災害支援の継続性の担保の基本原則……………92
 - 1 単なる被災地支援ではなく「被災地復興（復旧）」という認識への共通理解 92
 - 2 災害支援の継続性を担保するシステム 93 3 ゴール（目標）の設定 93
- D** 柔軟なリハビリテーション支援体制の基本原則……………95
 - 1 被災地でのリハを支える専門職の体制の考え方 95
 - 2 被災地からの一時的避難転院に対する再入院の取り扱いの考え方 96
 - 3 時間経過・状況に柔軟に対応できる体制の構築 97
 - 4 地方自治体の受けた打撃による支援の変更 97
- E** 地域リハビリテーション支援の徹底の基本原則：支援部隊引き上げを想定した支援…99
 - 1 地域行政への支援が基本 99
 - 2 地域の保健医療福祉サービスが安定した時点で、速やかに撤退する 99
 - 3 災害リハ支援部隊は地域サービスへの橋渡し役に徹する 100
 - 4 災害支援は最終的に地域資源でできることにとどめる 100
- F** 治療的介入における必要性の基本原則と留意事項……………101
 - 1 被災混乱・応急修復期における介入の原則と留意点 101
 - 2 復旧・復興期における介入の原則と留意点 102
 - 3 既存障害の悪化や合併症に対する気づきのポイントと対応 103
 - 4 リハニーズに気づくポイントと関係機関との連携 103
 - 5 精神障がい者を含む障がい児・者、児童・乳幼児などへの対応 105
- G** 多職種での巡回プログラム……………106
- H** 柔軟な支援体制……………108
- I** 災害ボランティアの役割と活動……………109

Ⅷ. 災害発生時の初期対応

113

- A** 災害時の初動体制の集約機能……………113
 - 1 各団体での災害対策本部設置後の集約 113 2 国・自治体との連携体制の構築 113
- B** 急性期リハビリテーション対応……………114
 - 1 急性期医療の特徴 115 2 急性期医療対応の原則 115
 - 3 障害をもたらす疾病の二次的な発生：脳卒中など 115
 - 4 急性疾患に伴う廃用症候群 117

〔C〕	新たに発生した障害に対する急性期・回復期リハビリテーション対応	118
〔D〕	患者・利用者の移送と予防的リハビリテーション対応	121
	1 被災に伴う医療供給体制脆弱化 121 2 患者の移送 121	
	3 予防的リハ対応 123 4 リハスタッフの充実 124	
〔E〕	大規模災害時における安全確保と対象者の安否確認	125
〔F〕	利用者情報の管理と保存	127
〔G〕	情報の収集と伝達	129
〔H〕	二次災害への注意	131
〔I〕	福祉避難所における看護実践のポイント	133
	1 「寝・食・排泄・清潔の分離」の取り組みと徹底 133 2 コミュニティの形成 134	
	3 精神的なケア・こころへの支援活動 134 4 情報共有化とチームアプローチ 136	
〔J〕	被災地側の災害発生時の初期対応	137

IX. 災害復旧時の対応 139

〔A〕	避難状況下における対応	139
	1 避難所の設置から解消までのプロセス 139 2 福祉避難所の役割と課題 141	
〔B〕	避難所における生活機能低下予防・改善	142
〔C〕	仮設住宅への移行	144
〔D〕	地域リハビリテーションの理念に基づいた既存サービスの補完	145
〔E〕	被災地側の災害復旧時の対応	147

X. 災害復興時（終了時）の対応 149

〔A〕	各団体・支援提供側の対応	149
〔B〕	被災地側の対応	150

XI. 心理面への対応 153

〔A〕	被災者への対応	153
	1 基本的な対応 153 2 災害直後にみられる反応 154 3 PTSDについて 154	
〔B〕	支援者・現地スタッフへの対応	156
	1 派遣前の対応 156 2 派遣中の対応 156 3 派遣後の対応 157	
	4 現地スタッフ 157	

XII. 国際協力 159

〔A〕	地域リハビリテーション（CBR）の国際動向	159
〔B〕	災害リハビリテーション支援の国際動向	160
	1 大規模災害における国際団体の関わり 160 2 クラスターアプローチ 164	
	3 ジャワ島中部地震の場合 164	
〔C〕	支援の提供	165
〔D〕	支援の受け入れ	167

XIII. 情報管理・収集・発信・支援 171

- A 各団体が提供すべき情報：会員安否，災害支援の動向など…………… 171
- B 国・自治体・警察・消防・日本赤十字社等の防災・支援関連情報…………… 172
- C ITセキュリティ…………… 174
- D コミュニケーション手段・情報ツール…………… 175
- E 情報発信：広報，メディア対応，声明，要望など…………… 177

XIV. 評価（アセスメント） 179

- A 支援活動をめぐる評価…………… 179
 - 1 評価の目的と意義 179
 - 2 評価方法・評価ツール 180
 - 3 生活ニーズとその周辺 181
- B 支援活動の評価…………… 183
 - 1 評価の目的・意義 183
 - 2 評価方法・評価ツール 183
 - 3 派遣結果の評価 185
 - 4 データ収集 186

XV. 関係団体・行政等との連携 187

- A 自治体・国との連携…………… 187
 - 1 国の防災体制 187
 - 2 自治体の防災体制 187
 - 3 ボランティア活動等 188
- B 支援活動における関係機関との調整…………… 188
- C 効果的支援のための国との調整・交渉…………… 190

XVI. 災害支援に関わる倫理的問題 194

- A 支援者としての心構え…………… 194
 - 1 災害ボランティア 194
 - 2 専門職集団による災害支援 195
 - 3 専門職に求められる支援活動 196
- B データ収集・研究における倫理的問題…………… 197
 - 1 大災害時におけるリハ活動 197
 - 2 学術的研究の前提条件 197
 - 3 情報収集における倫理的側面を踏まえた諸課題 198
 - 4 臨床研究の意義 198

XVII. 資料 201

- A 災害関係法規・各種規定…………… 201
- B 自治体・国との連携：対応できる諸機関の窓口一覧…………… 203
- C 東日本大震災を契機につくられた仕組み…………… 210
- D 対応チェックリスト…………… 212
- E フローチャート…………… 212
- F 各種評価表…………… 215
 - 1 機能評価について 215
 - 2 廃用症候群を予防するための評価について 216

G 研究報告	216
1 災害関連文献	219
2 文献検索・入手に便利なサイト（国内文献）	220
3 東日本大震災関連の和文文献	221
4 海外へ発信した東日本大震災関連文献	222
H 各種マニュアル，パンフレットについて	222
索引	225
ダイジェスト版『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』（災害発生時～数日）	巻末

I 大規模災害の定義と 本マニュアルの適応

A 大規模災害の定義

POINT

- ◆大規模災害とは、自然災害及び人的災害により、被害が広範囲にわたり、復興までに長時間を要し、被災地内の努力だけでは解決不可能なほど著しく地域の生活機能、社会維持機能が障害されるような災害をいう。
- ◆基本的には激甚災害に指定される災害を基準とする。
- ◆災害の規模と対応する医療資源との不均衡によって、多数の Preventable Deaths（防ぎえた死）の発生が懸念される場合も対象とする。
- ◆災害を自然災害と人的災害に分類し、基本的には自然災害を優先して対応にあたる。

1 大規模災害の定義

- ・災害対策基本法における災害の定義を表 I-1 に示す。
- ・本マニュアルにおける大規模災害とは、自然災害及び人的災害により、被害が広範囲にわたり、復興までに長時間を要し、被災地内の努力だけでは解決不可能なほど著しく地域の生活機能、社会維持機能が障害されるような災害をいう。
- ・被害を受けた特定個人への個別の対策だけではなく、地域住民全体への対策が必要となるような災害を対象とする。
- ・基本的には激甚災害（「激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律」の適用による）に指定される規模の災害（本激：全国規模、局激：市町村規模）を基準とする。

2 過去の事例

- ・これまで激甚災害に指定された災害（本激：全国規模で指定基準を上回る規模となった災害に対して指定される激甚災害）としては、1986年

表 I-1 災害の定義

災害対策基本法

災害とは、暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害をいう

災害対策基本法施行令

災害対策基本法の政令で定める原因は、放射性物質の大量の放出、多数の者の遭難を伴う船舶の沈没その他の大規模な事故とする

8月4～5日にかけて福島県で発生した水害（8.5水害）、1998～2011年までの豪雨及び暴風雨（台風）による災害、1995年1月17日に発生した兵庫県南部地震（阪神淡路大震災）による災害、2004年10月23日に発生した新潟県中越え大震災による災害、2011年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）による災害、同年3月12日に発生した長野県北部地震による災害がある。

- ・必ずしも激甚災害に指定された災害に限らず、災害の規模と対応する医療資源との不均衡に

表 I-2 自然災害と人的災害

優先順位	分類	具体例
1	自然災害	地震、津波、台風、水害、噴火、土砂災害など
2	人的災害	環境汚染（放射性物質の大量放出など）、火災、事故、テロなど

よって、多数の Preventable Deaths（防ぎえた死）の発生が懸念される場合も対象とする。

- ・災害を表 I-2 のように自然災害と人的災害に分類し、基本的には自然災害を優先して対応にあたる。
- ・人的災害が優先される例としては、2011 年 3 月 11 日に起きた東日本大震災のように、放射性物質の大量放出などにより広範囲での警戒区域が指定され、多数の帰宅困難者、避難所や仮設住宅での生活を強いられた人が出た場合や、1995 年 3 月 20 日に起きた地下鉄サリン事件や 1999

年 9 月 30 日に起きた JCO 臨界事故のような対象が広範囲に渡るような災害がそれにあたる。

- ・東日本大震災時のように自然災害（地震・津波）と人的災害（放射性物質の大量放出）が併発した場合には、（自然災害によって家が全壊したり、近親者が亡くなってしまったり連絡がとれなくなってしまったような方のような）被害の規模や個人の身体的・精神的外傷が大きく、緊急性を要する方が多数出るとされる自然災害の被災者を優先して対応にあたる。

【文献】

- 1) 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業『自然災害発生時における医療支援活動マニュアル』
- 2) 平成 13 年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』（長谷川利夫）

B マニュアル適応の検討と決定

POINT

- ◆災害発生時は災害対策委員会を災害対策本部とし、委員会を速やかに招集する。
- ◆災害対策の適応については、「どこで」「だれが」「どのように」行うのか決定していかなければならない。そのプロセスとして「情報収集」「対策必要性の検討（意思決定）」「具体的対応方法」についての検討を速やかに実施しなければならない。

1 災害対策本部の設置

- ・災害発生時は平時に運営していた東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体（以下、10 団体）災害対策委員会を「災害対策本部」として運営を行う。（図 I-1）
- ・災害発生時は委員会開催の必要性について委員長、副委員長の判断、さらには委員の要請により速やかに行う。
- ・災害対策の必要性や具体的方法等についての意

志決定等を「災害対策本部」が行う。

災害の定義については 1 頁の記載通りである。そこで災害対策本部ではその定義に合致するか、被災者支援の必要性があるかを検討・具体的支援方法について協議しなければならない。

このため委員長は災害発生した場合は速やかに委員会を招集する。委員は直ちに招集に応じなければならない。

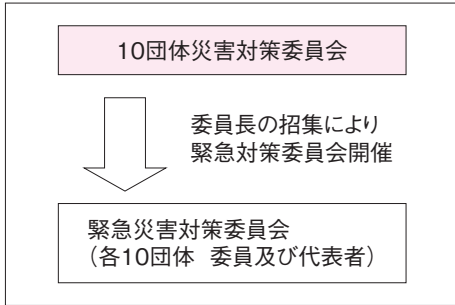


図 I-1 10 団体災害対策委員会機能

2 災害対応支援のプロセス (図 I-2)

1) 調査 (状況の把握)

- ・ 災害対策委員会は被災地の被害状況について調査を行うべく調査団を派遣する。
- ・ 災害状況の把握は支援活動を速やかに、かつ効果的な支援活動を行うためにも重要な機能を果たすものである。
- ・ 調査の具体的内容については災害の原因、発生

表 I-3 災害調査票

調査日時	平成 年 月 日～ 月 日
調査担当	
調査場所	
調査方法	
災害原因	<input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 台風 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 大雨 <input type="checkbox"/> 竜巻 <input type="checkbox"/> その他 ()
被害対象	地域被害状況
■人的被害	死亡者数 人 重症者 人 軽傷者 人 行方不明 人 避難者 人 その他
■建物被害	民家・住宅、ビル等の被害状況 公共施設の被害状況
■交通機関	道路、線路等の被害状況 その他公共機関の被害状況
■病院施設	医療機関・施設・事業所等の被害状況 施設の破損状況、患者等人的被害、職員等人的被害 医療機関の許容量 避難状況 (いつから、どこに、だれが等) 日常生活 (これら被災者の生活状況)
■対策	支援の必要性 //の内容 ※物的支援、人的 (専門職等派遣) 支援 //の時期 等
■その他	災害対策委員会への意見 等 災害地域からの要請、ニーズ 等 支援への計画等への意見 危険性や支援機関の予測等
■連携先	委員会の他に報告、連絡することで連携を図らねばならない機関等があると判断した場合

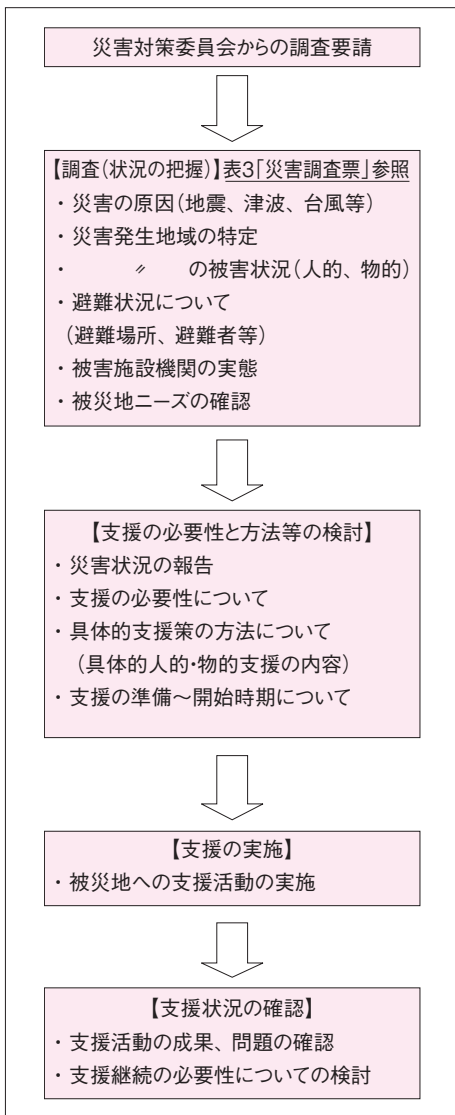


図 I-2 災害対応支援のプロセス

地域の特特定や人的・物的被害状況，避難状況等について行う。具体的には災害調査票（表 I -3）を参照の上実施する。

2) 支援の必要性と方法等の検討

- ・災害対策委員会では調査（被害状況の把握）を受け速やかに会議を実施する。
- ・支援の必要性の有無について検討するとともに，具体的目的と支援策（人的・物的支援方法），さらには支援の準備時期や開始時期等について検討する。

3) 支援の実施と支援状況の確認

- ・具体的実施が行われた後には，災害対策委員会への実施状況の報告を行うことで，その成果や課題を確認する。
- ・支援目的が達成された場合は支援の中止を決定する。
- ・その後の支援の必要性や支援方法のあり方については継続的な検討を行っていく。

（井上 崇）

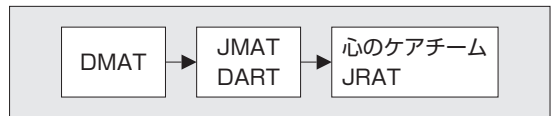
Ⅱ 東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体（10団体）としての支援活動

A 10団体としての活動することの意義

POINT

- ◆被災地には様々なニーズが存在する。
- ◆それゆえ、被災地でのリハビリテーション（以下、リハ）関連の支援活動においてもチームアプローチが不可欠である。
- ◆各団体が収集した現地の情報を共有することで効率的な支援を行うことができる。
- ◆多様なチーム編成が可能となるため被災地のニーズに合ったチームを結成しやすい。
- ◆今後の有事の際には、DMAT^{*1}、JMAT^{*2}、DART^{*3}、心のケアチーム、JRAT^{*4}などが一連の流れと連携を保ちながら支援活動を展開することが課題である。

- ・東日本大震災のような大災害においては、被災地域が広域であり、加えて、それぞれの地域に必要なリハビリテーション（以下、リハ）関連の支援ニーズが多様化する。
- ・リハ関連団体が個々単独で支援活動を展開するには、支援ニーズの量や多岐に渡る内容により、その限界は明白である。
- ・よって、複数の団体で支援活動を実施する体制を構築した方が情報の一元化や役割分担などが効率的、実効的に行いやすく、支援地域の拡大や支援方法の充実などが見込まれる。
- ・さらに、リハに関連する多くの団体が結集することで、被災地の支援ニーズに合わせた多様なパターンの職種チームを結成しやすくなり、その意義も大きい。
- ・また、東日本大震災の10団体としての支援活動の経験から、今後の有事の際には、リハに関連する団体にとどまらず、他の災害医療チーム



図Ⅱ-1 災害医療チーム（団体）の連携と支援活動の流れ（案）

との連携が極めて重要であろうと考える。

- ・例えば、DMAT、JMAT、DART、心のケアチーム、JRAT（東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体 医療チーム）などが一連の流れと連携を保ちながら支援活動を展開することが課題である（図Ⅱ-1）。
- ・そうすることによって、JRATの活動開始時の「情報収集、現地調査、現地キーパーソンとの情報交換、支援の必要性の判断・決定」などの初動作業が格段と効率的に行え、JRATがより早期に、スムーズに活動を開始できる。
- ・そして何より、被災者にとっては切れ目のない継続的な支援が受けやすくなることや、混乱の中、疲弊した現地支援者の負担を軽減できるといったメリットも考えられる。
- ・東日本大震災では、現地の支援者やキーパーソンは、各支援団体ごとに受け入れから関係づく

*¹DMAT：Disaster Medical Assistance Team

*²JMAT：Japan Medical Association Team

*³DART：Disaster Acute Rehabilitation Team

*⁴JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team

りなどを行ったために、その対応にかなり振り回された。

- ・ 支援する側、受ける側の双方の時間やエネルギーのロスを減らすことにも有益である。
- ・ 被災地にとっては、DMAT さえ受け入れれば、

JRAT まで支援活動が引き継がれ継続されていくというシステムが望ましい。

- ・ この流れと連携のありようは、リハ医療の急性期リハ→回復期リハ→生活期（維持期）リハのそれと同じである。

B 活動目的の明確化

POINT

- ◆ 人道的な支援活動である。
- ◆ ボランティア活動である。
- ◆ 被災地のニーズに沿った支援活動である。
- ◆ 地域での社会資源等に繋げる支援活動である。

- ・ 被災者に対して行う人道的支援活動であることを明確にしなければならない。
- ・ 基本的にはボランティア活動であることを明確にし、活動に必要な費用などについても明確にしなければならない。
- ・ 被災されながらも地域で支援活動をしている方々をサポートする活動でもあり、基本的には被災地のニーズに沿った形での活動でなければならない。
- ・ 派遣されたスタッフは現地スタッフの指示やアドバイスを受け止め、自らの方針、価値観などを前面に出さないよう努めなければならない。
- ・ 期間を限定した支援活動であり、現地の社会資

表Ⅱ-1 地域リハビリテーションの定義¹⁾（日本リハビリテーション病院・施設協会，1991）

地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言う。

源利用に繋がられるよう努めなければならない。

- ・ 最終的な目標は、被災者が健やかで自律した生活に戻ることであり、地域リハの考え方に通じることを理解しなければならない（表Ⅱ-1）。

C 活動の考え方・原則

POINT

- ◆災害対応に限定して活動を行う.
- ◆被災地からの要請を前提とした支援活動でなければならない.
- ◆期間を限定して活動を行う.
- ◆原則, リハ関連の支援に限定して対応する.
- ◆派遣スタッフの健康などに配慮した派遣期間を決定し全てのチームに適用する.

- ・表Ⅱ-2に10団体の活動姿勢を示したが、まず活動の対象を明確にする必要があり、今回の活動はあくまでも災害支援活動に限定して協力していくものであることを明記した。
- ・被災地からの要請に応える活動でなければ、被災者のこころを踏みつけることに繋がりがねないため、派遣に関しては細心の注意を払って決定していかなければならない。
- ・支援活動の計画を策定するにあたっては、期間を設定して活動を計画しなければ協力体制を構築することは難しい。
- ・1年間という目途を設定することで、活動計画に対する各団体の理解が得られやすくなり、活動への具体的な参画や派遣スタッフの登録などに繋がったと感じる。
- ・災害時には医療的支援のみではなく様々な支援が必要となるが、筆者らの活動はあくまでもリハ関連の支援に限定した。10団体の活動は基本的にボランティア活動であり、期間を定めたとしても活動には限界がある。支援可能な活動計画とすることが重要である。
- ・具体的な計画に関しては、当面の計画として100日の支援計画を策定することとした。災害の状況によっては当然この期間も変わってくると思われるが、今回の震災に対しては仮設住宅

表Ⅱ-2 10団体の支援活動の基本姿勢

1. 10団体での活動は「震災対応に限定」, 「1年を目途」とする。
2. 当面, 100日に限って, 計画する。(リハ支援100日体制)
 - ・100日で, 仮設住宅に避難できる人が多くなると予測
 - ・100日で, 地元の可能な支援体制が明確になると予測
 - ・100日以上計画は立てにくい
 - ・直ちに, 30日間の計画を策定し, 支援活動を開始する
3. 原則, リハ関連の支援に限定して対応してゆく。
4. 各10団体は, 事務局の運営に協力する。

の設置計画や避難所への支援状況などの情報を参考にして策定した。

- ・また、活動するボランティアスタッフの募集にあたっては、各団体に合わせて個人登録もしくはチーム登録いずれの登録でも可能とし、活動内容・期間などの基準を明確に伝えるように努めた。活動に関わる費用に関してもそれぞれで負担して貰えるよう依頼した。
- ・各スタッフが参加する期間を原則9日間と定め、個人に過度の負担が掛からないように努めた。

D 10 団体として活動することの判断（初動判断）

POINT

- ◆被災地で支えることができる災害かどうかを判断する。
- ◆団体ごとの支援活動で十分な対応が可能か判断する。
- ◆支援活動を協働で行う場合には、より多機能な支援が可能となるよう努めることが重要である。

- ・今回の東日本大震災では被災地域が広範囲に及び生活必需品さえも十分に確保されず、被災者の多くが生命の危機にさらされていた。また、被災地のリハ関連活動の機能低下も危惧されていた。
- ・被災状況が正確に伝わり始めたことにより、被災地の社会資源の打撃が極めて大きく、支援が必要な状況であることが明らかとなった。
- ・各団体とも会員ならびに会員施設の安否確認などの情報収集に努めていた。また、既に団体としての活動を開始している団体もあった。
- ・日本リハビリテーション病院・施設協会においても会員・役員などから支援についての問い合わせが多数寄せられていたが、協会単独での支援体制では今回のような広範囲に及ぶ災害では、どの地域にどのような支援を行えばよいのか判断が困難であった。
- ・数年前よりリハビリテーション医療関連 5 団体（以下、5 団体）協議会としての活動やリハビリテーション・ケア合同研究大会の運営を通して連携を深めてきた実績があった。
- ・被災地の状況、リハ関連分野における過去の活動状況、各団体単独での支援活動の効果などこれらの状況を総合的に判断した結果、リハ関連の各団体の力を結集して支援活動を行うべきという結論に達したため、5 団体協議会の開催を打診し 5 団体での活動を協議するに至った。
- ・その後の 5 団体での協議において、5 団体に加えて全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会、全国老人デイ・ケア連絡協議会、日本介

表Ⅱ-3 当初の 10 団体間での合意事項（一部省略）

1. 通常の 5 団体に加えて、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会、全国老人デイ・ケア連絡協議会、日本訪問リハビリテーション協会、全国地域リハビリテーション関連団体（研究会、支援事業連絡協議会）と日本介護支援専門員協会を加えた 10 団体で東日本大震災への支援活動を行う。
2. 日本リハビリテーション病院・施設協会は、そのとりまとめの役割を担う。
3. 10 団体での活動は災害対応に限定、1 年を目標とする。
4. 合同事務局を初台リハビリテーション病院関連施設に設置し、必要な機器・会議等事務用品、専任事務局員、各団体派遣事務局員等をおき、諸経費については団体の規模等に沿って応分の負担をする。
5. 合同事務局は、情報の共有化、シンクタンク機能、活動のマネジメント（関連諸団体との調整、リハニーズの整理、被災地活動拠点との連携等）に努め、初期のマッチング機能も担う。
6. 厚生労働省、日本医師会、全国老人保健施設協会、被災地保健所、被災地域リハビリテーション広域支援センター等と連携し、各種情報やリハニーズの収集に努める。

護支援専門員協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国地域リハビリテーション研究会/全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会の参画が決定し 10 団体が結成された。

- ・表Ⅱ-3 は当初の 10 団体での合意事項である。10 団体で行うリハ関連の支援活動の基本姿勢が示されている。
- ・今回の経験を踏まえ、初動の判断を迅速に行うためには、各団体が連携する団体との関係において災害対応についての協定を積極的に締結し

ていくことが望まれる。特に、5団体協議会に代表されるような団体間の協議の場では、災害発生時には初動の判断を協議するよう事前に同

意しておくことで、速やかな対応ができるよう体制づくりをすることが重要である。

E 活動の概要

POINT

- ◆合同事務局を設置し情報の一元化に努める。
- ◆リハ専門職を派遣し必要な情報の収集に努める。
- ◆要請を受けた地域の状況に合わせて派遣規模、期間を決定し、チーム編成を行う。
- ◆活動内容の標準化に努める。

- ・活動を開始するにあたり合同事務局を設置し、連携・情報管理・活動マネジメントを担当することとした(図Ⅱ-2)。
- ・合同事務局には日本リハビリテーション病院・施設協会、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会、全国老人デイ・ケア連絡協議会などからリハ専門職や専任事務職員を派遣し、交代で業務にあたる体制とした。
- ・合同事務局に情報を集約し派遣地域、期間、チーム編成などを行うこととした。窓口を一本化することにより、派遣スタッフへ提供する情報内容に差異が生じないメリットも生まれた。ただし、派遣スタッフの登録に関しては各団体の事務局が担当した。
- ・現地への派遣スタッフの登録は、個人登録とチーム登録を併用し、派遣時のチーム編成では都道府県や加盟団体などに配慮したチーム編成を心掛けた。
- ・10団体以外の関連団体からもできる限り情報などが得られるような組織づくりを目指した(「V 組織体制」参照)。
- ・被災地の情報収集では、現地の地域リハ活動拠点とも連携した。現地の地域リハのコーディネーターと情報交換を行うことで、タイムリーで正確な情報を得ることが可能となった。

表Ⅱ-4 活動スタッフの心得

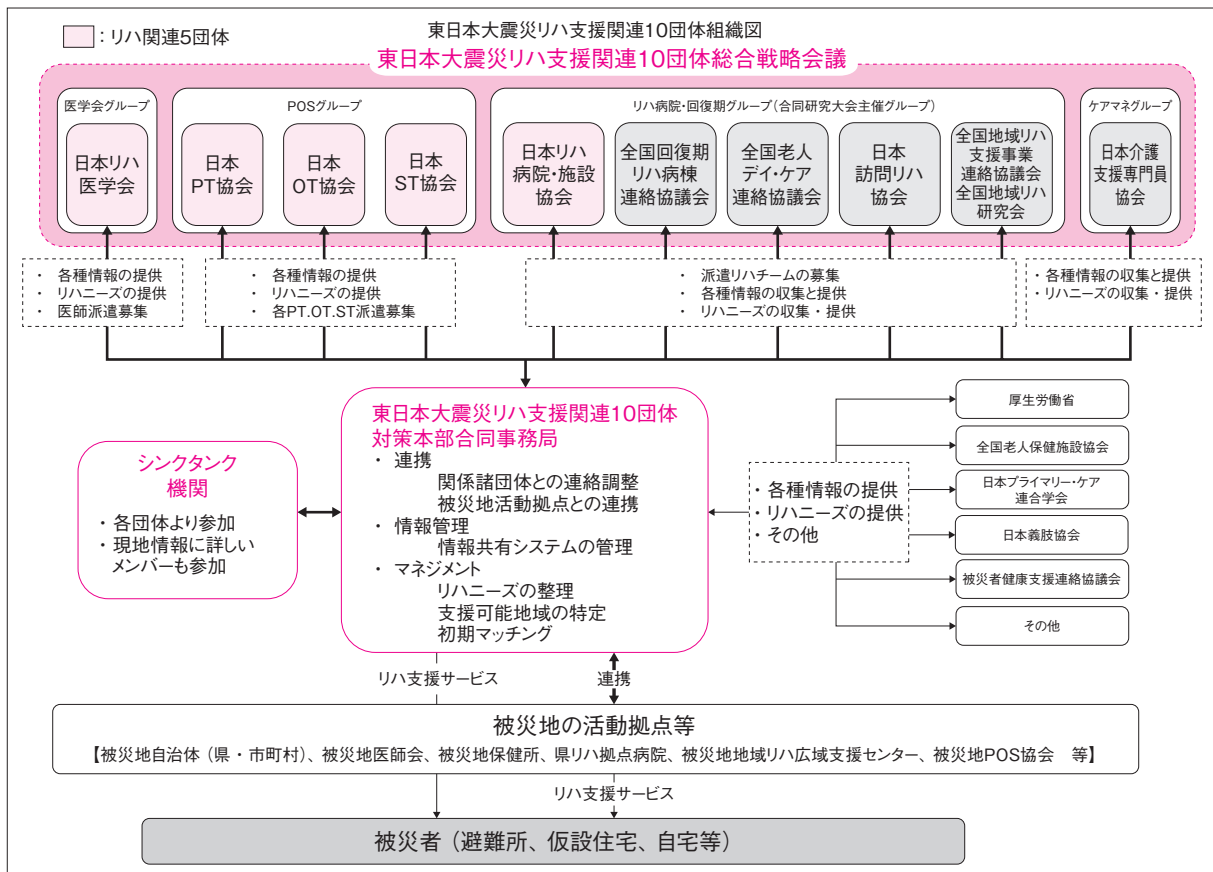
これまでの準備や様々なやりとりの中から学んだ、大切にしたい心得です。

大変失礼ながら明記させていただきます。

ここらにとめて活動していただきますよう何卒お願いいたします。

- ①現地のスタッフも被災をされております。また、休みなく活動され疲労困憊されています。ぜひ、配慮ある行動をお願いいたします。
- ②10団体から派遣されているスタッフには、現地の様々な事情を踏まえたコーディネーターも期待されています。多団体から来る多くのボランティアとも調整・連携をお願いします。
- ③現地では、「正論、理想論」のみもち出す人、対案のないままに苦情をいう人にホトホト嫌気がさしているとのこと。ご注意ください。
- ④職種としての専門性の前に、生活全体を支えることを通して、派遣先施設のシステムづくりへの協力をお願いされています。
- ⑤単発イベントではなく、継続的支援を目指しています。派遣職員は自立した、後につながる行動をお願いいたします。

- ・支援活動は現地からの要請を原則とし、合同事務局から10団体についての情報発信を行った。また、要請を受けた地域(避難所を含む)には事前訪問を行い、詳細な情報収集に努めた上で支援活動への派遣を判断した。
- ・派遣決定に関しては、活動の終了方法も見据え



図Ⅱ-2 10団体組織図

て決定した。原則的には現地サービスへの移行が可能かどうかを見極めることが重要である。

- ・実際の派遣活動では、事前に派遣先ごとにオリエンテーション資料を作成し、現地の概要に加え、現地の活動キーパーソン、業務内容など派遣スタッフへの情報提供を行った。
- ・派遣スタッフへ10団体での活動の心得(表Ⅱ-4)を提示し、現地の被災者、現地スタッフの方々を思いやるという基本的かつ絶対的なスタンスの維持に努めた。
- ・支援活動の継続性を守るために各派遣チームが現地での引継ぎを確実にできるように、必ず1~2日間は日程が重なるように調整を行った。この点は利用者の安心に大いに繋がった。
- ・参加スタッフには毎日活動報告書(日報)を作

成し、10団体合同事務局へ配信することを依頼した。このことにより、支援活動の微調整、必要物品の補充などを速やかに行うよう努めた。

- ・10団体合同事務局から「事務局だより」を各団体の事務局へ配信し、会員への最新情報の提供にも努めた。
- ・各団体の代表者が集い戦略会議を定期的に行い、活動状況の確認、重要事項の検討などを行った。

【文献】

- 1) 日本リハビリテーション病院・施設協会：日本リハビリテーション病院・施設協会報 No.10:7, 1991 (2001年改定)。

(浜村明徳・白石浩隆・小泉幸毅)

Ⅲ 大災害におけるリハビリテーション支援活動の目的と意義

POINT

- ◆大災害時の医療のコンセプトは救命と減災。発災急性期におけるリハ支援活動とは、減災を目的とした保健医療福祉活動である。
- ◆発災初動期のリハ支援活動は、被災により喪失した医薬品類や補装具の点検とその補填、衣食住環境などの点検と減災につながる予防的リハが重要である。
- ◆被災地では、担当保健師らが防疫などの公衆衛生業務を展開するが、彼ら自身も被災者であり、さらに介護予防・運動療法の専門スタッフは不足しているため外部からの支援が必要となる。
- ◆発災急性期の被災現場において最も要求度が高い“職種”は「コーディネーター」である。
- ◆リハ支援チームは、保健師らと協働して体調と生活不活発度をトリアージ (triage) し、必要な理学療法士 (以下, PT)・作業療法士 (以下, OT)・言語聴覚士 (以下, ST) 数を見積もり、関係団体に派遣を要請する。

1) 救命と減災

- ・大災害は命の危機であるだけでなく、危機を脱し得ても住居や生業の場、財産や生きがいなど、それまでの日常と生活基盤を根こそぎ徹底的に破壊してしまう。医療機関・介護福祉施設とその従事者として例外ではない。例えば東日本大震災でも岩手県では6名の医師をはじめ、保健師や理学療法士 (以下, PT)・作業療法士 (以下, OT)・言語聴覚士 (以下, ST)、看護・介護スタッフなど、多くの関係者が亡くなり、多くの医療・介護現場が消失ないし損壊した。
- ・命の次に、あるいは命よりも大切なものを失った人々は悲嘆や虚脱、無力感や強烈なストレスの中で避難生活を送ることになった。被災地外の病院や施設に入院・入所中の人々以外の被災地住民は、車椅子利用者であろうと在宅酸素患者であろうと、障がい者も健常者も“着の身着のまま、はだか同然”で最寄りの避難所に身を寄せた。したがって主治医から供給されている医薬品も酸素も、日常生活・自立生活を支えていた補装具も杖も福祉用具も、場合によっては義歯、メガネ、補聴器、人工肛門用のパウチなども全て流され失っていた。
- ・発災1週間後の被災者は、まだ幾分興奮も残っており一見元気そうにみえたが、発災3週間には限界を迎え、ほとんどの避難所で身体障がい者を含めて被災者の大半は意気軒昂なのだが、概ね5~10%程度の割合で意気消沈、あるいは放心状態で不活発となり、寝込む方々がみられるようになった。義肢や下肢装具を置いてござるを得ず、掴まって体を起こすところもないがゆえに身動きがとれないままの人も各所にみられた。
- ・避難所には歩いてきたのに、いつしかオムツを着装され、仙骨部には褥瘡ができていた人にも遭遇した。不活発となる誘因には地震と津波に遭遇したショック、命が危険にさらされた恐怖、惨劇を目の当たりにしての無力感など心理的要因が挙げられよう。加えて、ご高齢の夜間頻尿に対して体育館でのゴロ寝状況や季節の問題、小雪混じりの寒風が吹きすさぶ戸外の仮設トイレなど、即時解決困難な事象が山積していた。この生活不活発状態を看過すれば確実に廃用症候群に陥り、取り返しのつかない状況を引き起こす。これは二次被災、三次被災にほかならず、この負の連鎖を断ち切ることは重要な減災処置である。

2) リハ支援活動

- ・リハ支援活動は、この震災を顧みても発災早期から、少なくとも1週間前後には開始されるべきで、できればDMATとともに被災地入りし、地元保健師と協働すべきである。地元保健行政職や担当保健師が被災し犠牲になっていた場合も少なからずあり、その空白は速やかに埋められねばならない。
- ・発災直後から警察・消防活動とともに市町村保健師によって避難住民を含めた健康調査（一次スクリーニング）や要 follow 者の把握と医療チームへの引き継ぎが進められていく。この作業は飲料水・食糧の確保、排泄物の管理、住環境、感染対策などの保健業務と平行して行われ、多方面との調整作業の中で進められる。ここでいうコーディネーターとは、局面を理解でき解決できる人であり、これら保健活動の全体調整者を指す。発災直後の混乱期には往々にして縦割り行政の弊害がカベとなり、コーディネーター業務が妨げられていっそう混乱することが少なくない。
- ・我われが混乱の中で実施しつつ整備したのは、①避難所等における被災者の状況把握、②廃用予防のための運動指導、③基本動作指導、④健康維持のための支援、⑤被災者への情報提供、

⑥地域医療・保健・福祉との連携、⑦関連諸団体（医師会、保健所、PT・OT・ST士会）との連携と協働、⑧必要に応じた活動、である。

- ・リハ支援チームは、この時に市町村保健師らと協働して被災者の喪失している特に補装具、福祉用品などをチェックして業者などを通じて手配し充当する。体調と生活不活発度はリハ・トリアージ対象となる。必要な訓練量を見積もり、必要なPT・OT・ST数を派遣するよう招請し、割り当てスケジュール表を作成する。これら生活機能を支える物品の充足と、ヘルスプロモーションを目的とした廃用対策などの予防的リハは、大規模災害の各種支援活動の中でも、リハ支援チームにかなしえない減災処置である。
- ・以上、これら一連のリハ支援活動が、発災と同時に円滑に出勤して作業できるよう、平時から地域リハ支援センターや広域支援センター、あるいは同等のリハ医療機関は、各地方行政と良好な関係を築いておくことが肝要と思われた。また、これを契機に10団体は、DMATと同じように大災害時の医療にとって重要な意味をもつリハ支援活動の出動を“制度化”するよう、政府をはじめ各行政レベルに働きかけて欲しい。

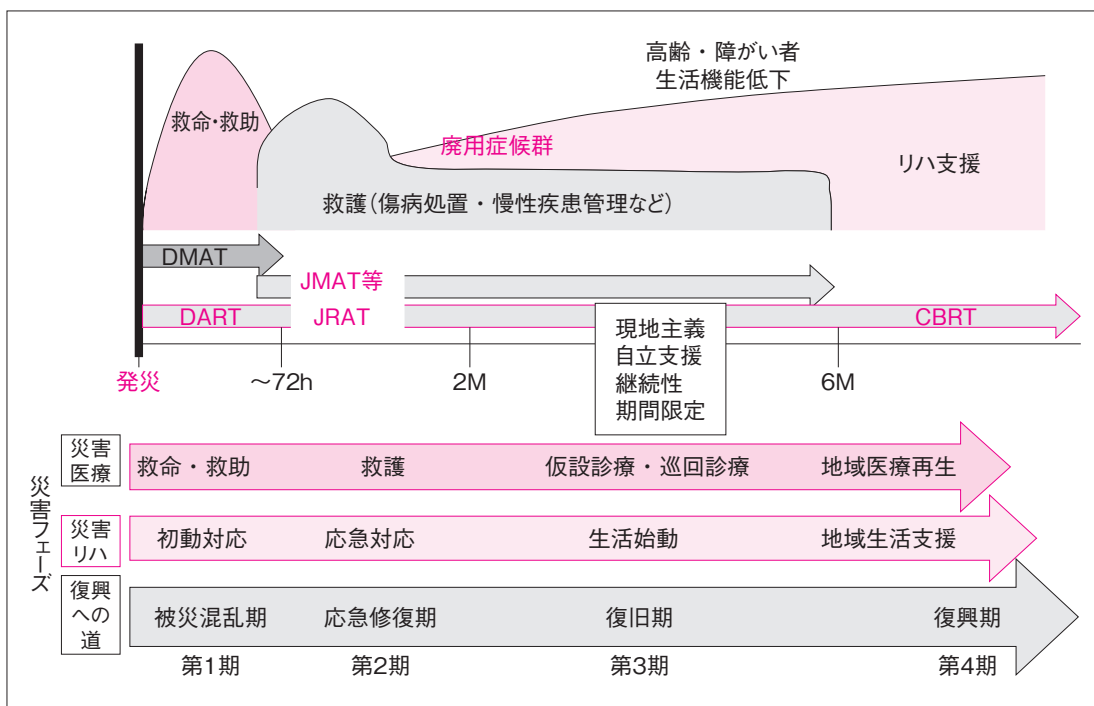
(高橋 明)

IV 災害リハビリテーション対応のフェーズ

A フェーズ分類

POINT

- ◆災害支援は被災地の状況変化に基づいた適切な対応が必要となる（図IV-1、表IV-1）。
- ◆被災地状況変化を発生直後から約72時間を第1期（被災混乱期）、4日目から1カ月末を第2期（応急修復期）、2カ月目から6カ月を第3期（復旧期）、その後を第4期（復興期）としてフェーズ分類する。
- ◆災害医療支援は第1期：救命・救助、第2期：救護、第3期：仮設診療、巡回診療、第4期：地域医療再生の視点で対応する。
- ◆災害リハ支援は第1期：初動対応、第2期：応急対応、第3期：生活始動、第4期：地域生活支援の視点で対応する。



図IV-1 発生直後からの状況変化と支援

DMAT : Disaster Medical Assistance Team

JMAT : Japan Medical Association Team

DART : Disaster Acute Rehabilitation Team

JRAT : Japan Rehabilitation Assistance Team

CBRT : Community-Based Rehabilitation Team

表IV-1 災害フェーズ分類

災害フェーズ	第1期	第2期	第3期	第4期
期間	発災～72時間	4日目～1カ月末	2カ月目～6カ月	6カ月以降
復興への道	被災混乱期	応急修復期	復旧期	復興期
被災地状況	ライフライン破綻 交通手段破綻 情報網破綻 行政機能混乱 食料・物資不足 医療機能混乱 医療器具 薬品不足 被災者避難所避難	ライフライン復活 主な道路網回復 情報網の復活 行政機能の集約 備蓄品配給 支援物資確保 避難所管理運営 避難者帰宅 仮設住宅建築・移行	避難所集約化 福祉避難所移行 仮設住宅生活	避難所退去 仮設住宅孤立化対策
災害医療	救命・救助	救護	仮設診療・巡回診療	地域医療再生
現地スタッフ	病院・診療所医師・看護・PT・OT・ST	→		病院・診療所医師・看護・PT・OT・ST
支援チーム	DMAT	JMAT など		地域医療再建支援
スタッフ	救急医・看護師・薬剤師 診療放射線技師 臨床検査技師 臨床工学技士・PT・OT・ST・事務 救急隊員・消防士・自衛隊員	総合医/専門医 看護師 薬剤師 PT・OT・ST・事務 消防士・自衛隊員・警察		
任務内容	受傷者の救命・救助・トリアージ 入院患者の後方搬送	避難所診療機能 訪問・巡回診療 衛生管理（感染・中毒・熱中症・低体温症等対策）		警察
災害リハ	初動対応	応急対応	生活始動	地域生活支援
現地スタッフ	リハ医・看護師・PT・OT・ST（県士会員）	→		リハ医・看護・PT・OT・ST・介護スタッフ・地域住民
コーディネート	災害コーディネーター 保健所（保健師）	地域リハ支援センター	協議会 地域リハ広域支援センター	行政（保健所）
支援チーム	DART	JRAT		CBRT
スタッフ	リハ医・看護師・PT・OT・ST・社会福祉士	リハ医・PT・OT・ST・リハ看護師 介護福祉士・（管理）栄養士 介護支援専門員 社会福祉士 （歯科医師・歯科衛生士）	現地従事者支援帰宅者孤立化対策 集落孤立化対策 訪問リハ・デイケア	リハ医・訪問診療医 訪問看護師・訪問介護士 訪問リハスタッフ （管理）栄養士・介護支援専門員 歯科医師・歯科衛生士
任務内容	状況把握・情報収集・集約 入院患者後方移送支援 避難所環境整備	リハ対象者把握 被災生活支援 避難所生活不活発病予防 障がい児・者リハ支援 病院・施設リハ機能支援	現地従事者支援帰宅者孤立化対策 集落孤立化対策 訪問リハ・デイケア	地域リハ活動 仮設住宅生活支援 自宅生活再建支援 帰宅者支援 集落コミュニティ支援 地域生活再建 安定化支援 生活不活発病予防
福祉用具・機器支援	杖・車椅子・簡易ベッド	ポータブルトイレ・福祉用具・義肢・装具など		適正化
活動組織	医師会・歯科医師会・看護協会・PT・OT・ST士会など			
心のケアチーム	精神科医・臨床心理士・OT など			
ボランティア	社会福祉協議会・NPO など			

集団災害が発生した場合、発災直後からの経時的状況変化に対応した支援の構築が求められる。そこで本フェーズ分類は被災地の状況変化を第1期から第4期まで分類し、支援内容を含め列挙する(図IV-1, 表IV-1)。

発災直後のライフライン及び交通網・情報網の破綻とともに行政・医療・介護機能の破綻・混乱状況が存在する72時間(3日)までを第1期(被災混乱期)とする。続く4日目から破綻したライフライン・主な交通網・情報網の修復・復活により、指示・命令系統が整備され、外部からの支援がスムーズに実施されるようになり、避難所の管理・運営及び仮設住宅建設が開始される1カ月末までの時期を第2期(応急修復期)とする。さらに被災2カ月目から避難所の集約化が始まるとともに二次避難所・福祉避難所への移行・運営が行われ、また仮設住宅生活が始められる6カ月までの状況を第3期(復旧期)とする。そしてそれ以降、避難所生活から仮設住宅への移行が完了して、地域生活の安定・維持・向上を目指しながら新たな街づくりへと復興していくプロセスを第4期(復興期)とする。ただし、当然ながら被災範囲が

広いほど、復興までの時間経過は地域ごとに異なり、このため被災地全体からみればこれらのフェーズが混在して変化していくような様相を呈することとなる。よって、本フェーズ分類が単なる時間的経過で被災後の全体的変化を表わすものではないことを理解する必要がある。

現在、我が国においては災害救助法に則り、救命・救助を目的としたDMAT(Disaster Medical Assistance Team)、その後を受けて日本医師会の組織化によるJMAT(Japan Medical Association Team)など(その他、日本赤十字病院や国立病院機構・大学病院・自衛隊などが組織化)が主な災害医療支援チームとして、また10団体によるJRAT(Japan Rehabilitation Assistance Team)がリハ支援チームとして全国規模で組織化される。その他、心のケアチームや各種団体による独自の専門職ボランティア(日本歯科医師会、社会福祉協議会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会など)が存在する。

そこで以下、前記フェーズ分類に従い、各災害医療支援及び災害リハ支援の活動視点・主な内容・チーム構成などについて整理する。

B

各フェーズにおける災害医療支援及びリハビリテーション支援

1 第1期「被災混乱期」

：発災直後から約72時間

1) 災害医療チーム(救命・救助)

- (1) 被災地病院勤務医師・看護師・PT・OT・ST・入院患者に対する医療の確保(可能な限り後方へ移送)。
・受傷被災者のトリアージと初期処置、治療。
- (2) 被災地医師会医師・看護師・PT・OT・ST
・救命救助。
・避難所における診療。

(3) DMAT

- ・救急隊員、消防士、自衛隊とともに救命救助活動。
- ・被災病院での医療支援活動。

2) 災害リハチーム(初動対応)

- (1) 被災地病院勤務リハ医・看護師・PT・OT・ST・社会福祉士
・院内災害対策本部の一員として、被災前リハ医療の確保。
・リハ対象者状況把握(避難時受傷者や廃用含め)。
・情報収集、集約、発信(院内・院外)。

(2) 都道府県リハセンター，広域支援センター
・被災を免れた場合には早急に行政，都道府県 PT・OT・ST 士会と連携し，災害対策本部と連動した災害リハ対策協議会（仮称）を結成．現地調査情報収集，集約．

・JRAT 本部へ適時，適切な情報発信．

(3) DART (Disaster Acute Rehabilitation Team)*

原則，活動期間は発災から 72 時間となる（但し，状況により第 2 期の 10 日目頃までを視野に入れる必要がある）。主たる任務は DMAT の補助活動である．

①DMAT の一員としてのリハ医・看護師・PT・OT・ST

・DMAT の活動の一環として動くとともにリハ的助言を行いながら現地リハニーズに関する情報を集約．

②DMAT と連動して現地入りしたりハ医・看護師・PT・OT・ST・社会福祉士（派遣 DART）

・DMAT とともに動き，受傷者のリハトリアージ・支援を行うとともに，リハニーズの集約，情報収集．

・入院患者の後方移送支援．

・避難所環境整備．

・現地リハ関係者・団体との協議．

・JRAT 本部への発信．

2 第 2 期「応急修復期」

：4 日目から発災 1 カ月末まで

1) 災害医療チーム（救護）

(1) 被災地病院勤務医師・看護師・PT・OT・ST など

・残留 DMAT，JMAT などの医療支援チームとともに病院機能を維持．

・受傷者の治療．

・新規受診患者の治療対応．

・受傷者，新規罹患者，体調不良者，慢性疾患患者などの治療．

(2) 被災地医師会医師・看護師・PT・OT・ST など

・避難者の体調管理，治療．

（慢性疾患治療，新規罹患者のトリアージなど）

・仮設診療所開設．

(3) 残留 DMAT，JMAT など医療支援チーム

・救命，救助．

・避難所避難者治療支援．

・在宅傷病者実態把握・治療・情報集約．

2) 災害リハチーム（応急対応）

(1) 被災地病院勤務リハ医・看護師・PT・OT・ST・社会福祉士・（管理）栄養士など

・院内リハ対象者へのリハサービス提供．

・廃用予防．

・情報発信．

(2) 都道府県地域リハ支援センター，広域支援センター

・現地災害リハ対策協議会を中心として病院，施設，避難所，在宅リハニーズ情報の集約，発信．

・JRAT 本部との連携．

・避難所，施設，在宅障がい者へのリハ支援．

・生活不活発予防．

(3) 残留 DART・JRAT

・被災医療機関，施設，避難所が主たる活動の場．

・現地災害対策コーディネーターの指示に従ったり
ハ支援活動（医師の指示のもとでの直接支援含む）．

*DART：発災から 72 時間以内の（超）急性期におけるリハ支援を担う目的でリハ医や看護師，PT・OT・ST により組織化されたチームであるが，現地被災医療機関のリハ関連スタッフ及び DMAT の一員として活動するリハ医・看護師・PT・OT・ST を包括している（JRAT の中で第 1 期を主に担うチームと解することができる）．

3 第3期「復旧期」

：発災から2カ月目より6カ月

1) 災害医療チーム（仮設診療・巡回診療）

- ・JMATなどの医療支援チームによる継続的支援。
- ・避難所を中心とした慢性疾患の治療。
- ・衛生管理（感染，食中毒，熱中症，低体温症などの対策）予防・治療。
- ・整形外科疾患対策。
- ・現地医療従事者中心へ徐々に移行。

2) 災害リハチーム（生活始動支援）

(1) JRAT

- ・リハ医（またはJMAT医や現地医師）指示のもとでの直接的リハ支援。
- ・2次（福祉）避難所におけるリハ支援，生活不活発予防。
- ・訪問リハ支援。
- ・デイケア支援。
- ・現地従事者に対する支援。
- ・帰宅者孤立化対策。
- ・集落的孤立化対策。

(2) 現地 PT・OT・ST

- ・従事する医療機関，施設におけるリハ機能の継続，再建。
- ・地域リハ活動開始。
- ・現地介護ボランティア育成開始。

4 第4期「復興期」

：発災から6カ月以降

1) 災害医療チーム（地域医療再生）

- ・JMAT等の外部支援が終了し，現地医療従事者に活動主体を移行。
- ・地域医療再生支援。

2) 災害リハチーム（地域生活支援）

(1) CBRT（地域リハチーム）

- ・リハ医，訪問診療医，訪問看護師，訪問介護士，訪問リハスタッフ，介護支援専門員，（管理）栄養士，歯科医師，歯科衛生士などの専門職が地域住民と一体となって活動。
- ・地域リハ活動。
- ・仮設住宅及び自宅生活支援。
- ・コミュニティ支援。
- ・地域生活再建。

(2) JRAT 撤退後，地域リハ支援センター，広域支援センター，行政（保健所）を通じて地域リハ活動の側面的支援・助言。

(3) 現地 PT・OT・ST

- ・従事する職場のリハ機能継続，再建。

(4) 災害リハ対策協議会

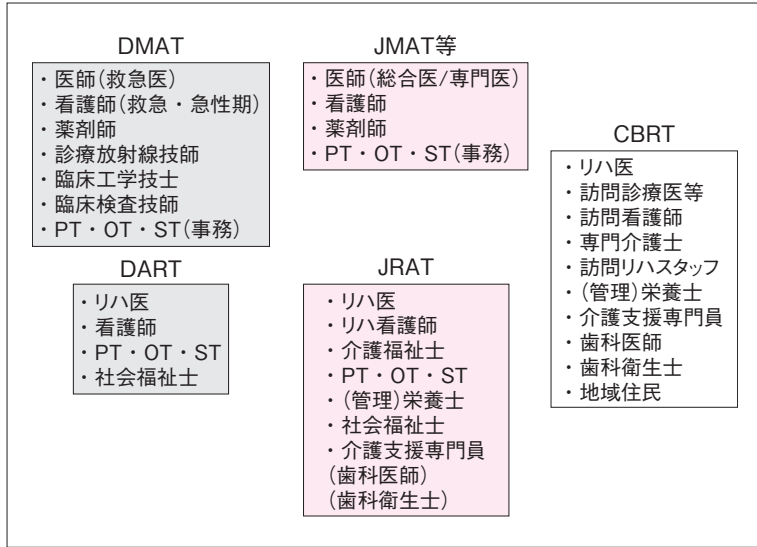
- ・地域リハの積極的展開（地域住民参加）。
- ・街づくりへの参画。

C 災害支援チームのあり方（図Ⅳ-2）

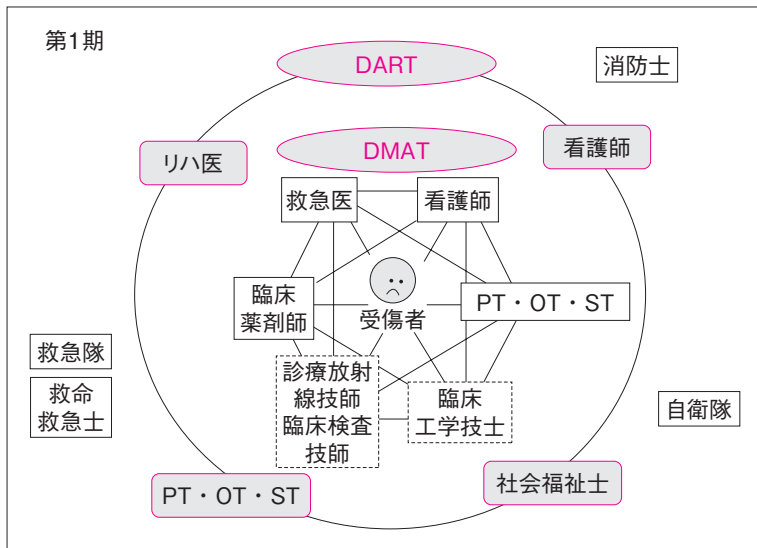
1 第1期「被災混乱期」（図Ⅳ-3）

発災から約72時間は救命・救助に専念せざるを得ない。特に発災から約24時間はライフライン・交通網の破綻・混乱を考えると現地，医療関

係者の主体的尽力に頼らざるを得ないであろう。一方，外部からの災害医療支援は救急隊・消防・自衛隊などの活動とともにDMATにより実施されることになる。この際，DMATの基本構造としては図Ⅳ-3に示すように救急医・救急看護師・



図IV-2 各チームに関わる専門職

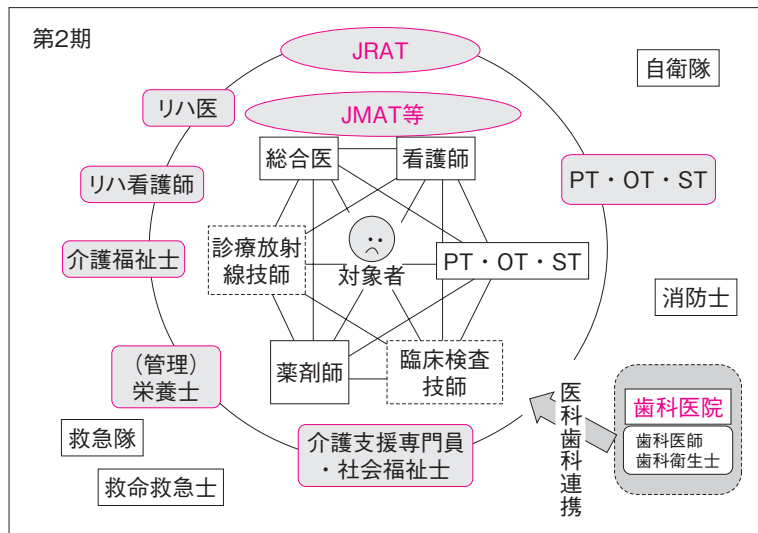


図IV-3 DMAT及びDARTの構造例

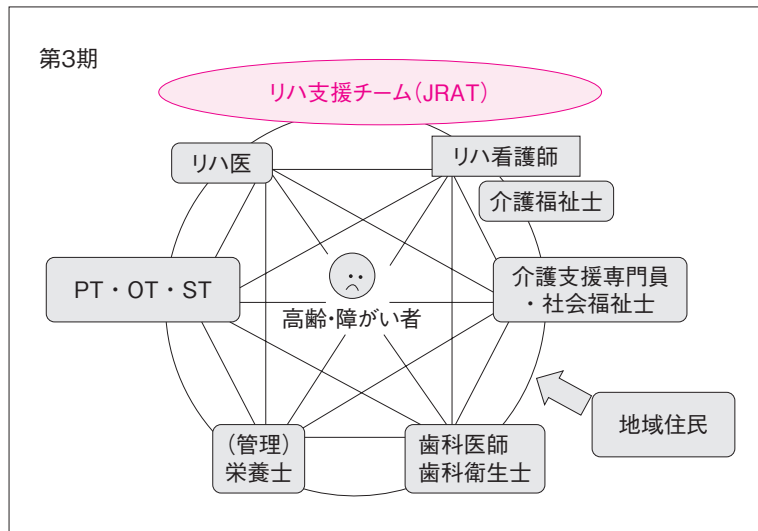
薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師・臨床工学技士などがチームの一員となって構成されるであろうが、そこに急性期(救急)医療機関に勤務し、リスク管理に習熟したPT・OT・STが参入することが望まれる。またリハ医・PT・OT・ST・看護師・社会福祉士(特に急性期医療機関従事者が望ましい)で構成される災害リハ支援チーム(DART)の活動が期待される。

2 第2期「応急修復期」(図IV-4)

DMATの活躍に続き、JMAT等による医療支援が開始される。このJMAT等にはDMATと異なりチームを構成する医師・看護師には、より総合診療の視点が望まれる。また同時にリハ医・リハ看護師・介護福祉士・(管理)栄養士・PT・OT・ST・介護支援専門員・社会福祉士などで構成するリハ支援チーム(JRAT)の活動が開始されるこ



図IV-4 JMAT等及びJRAT（応急対応）の構造例



図IV-5 JRAT（生活始動）の構造例

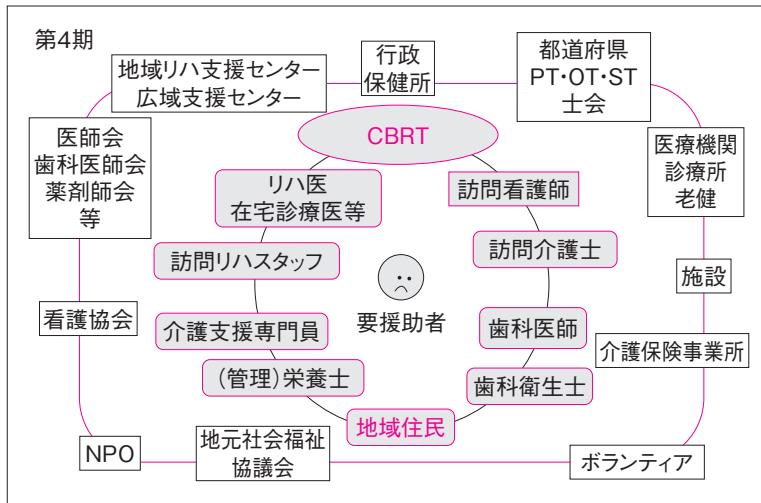
ととなる。この際、応急対応としてJMAT等（または残留DMAT）との緊密な連携のもとで救命・救助後及び救護活動に対するバックアップもまた重要となる。

3 第3期「復旧期」（図IV-5）

この時期になるとJRAT単独での活動が重要な位置づけになってくる。その際、歯科医師・歯科衛生士との協働に努めるとともに地域住民もまたチームの一員としてともに活動してもらえるような啓発が望まれる。

4 第4期「復興期」（図IV-6）

外部からの支援チームであるJMAT等及びJRATが撤退する時期となる。このため地元の行政・保健所、地域リハ支援センター、広域支援センター、医師会・歯科医師会・薬剤師会、看護協会、都道府県士会、医療機関、施設、介護保険事業所などが一体となった地域リハ活動が重要であり、リハ医、在宅診療医、訪問看護師、訪問リハスタッフ、訪問介護士、介護支援専門員、歯科医師、歯科衛生士、（管理）栄養士などで構成するCBRTによる直接的援助・組織化・教育啓発活動が期待される。またこの際、地域住民がチームの一員として活動することが重要となる。



図IV-6 CBRT の構造例

D 各フェーズにおける地域リハビリテーション活動

1 第1期「被災混乱期」

1) チーム

現地リハ医，看護師，PT・OT・ST（地域リハ支援センター，広域支援センター，都道府県士会員等），保健師，行政（保健所等）専門職。

2) 活動内容

- ・被災状況調査，把握。
- ・リハニーズ調査。
- ・情報収集，集約。
- ・連携構築（対策本部・避難所・施設・住民間）。
- ・避難所環境整備。

- ・保健所専門職。
- ・地域リハ支援センタースタッフ（医師も含む）。
- ・広域支援センタースタッフ（医師も含む）。
- ・都道府県士会員。
- ・その他専門職ボランティア。

2) 活動内容

- ・災害リハ対策協議会と連動。
- ・避難所環境整備及び避難所生活における不活発予防指導啓発。
- ・施設職員への支援（技術供与含む）。
- ・介護サービス事業所との連携。
- ・介護職員へのリハ啓発。
- ・介護ボランティア育成。
- ・その他。

2 第2-3期「応急修復—復旧期」

1) チーム

- ・JRAT 合流。

3 第4期「復興期」

1) チーム

- ・保健所医師，保健師，PT・OT・ST.
- ・地域リハ支援センタースタッフ（医師も含む）.
- ・広域支援センタースタッフ（医師も含む）.
- ・介護保険サービス従事者.
- ・地域住民.

2) 活動内容

- ・地域住民への介護予防活動.
- ・地域生活再建，安定化支援.
- ・リハ教育，啓発活動.
- ・介護保険施設への啓発.
- ・街づくりへの参画.
- ・その他.

E DART 及び JRAT 派遣に際しての留意点

(1) 被災地の混乱状況を鑑み，DART・JRATの介入は原則として被災地行政（保健所など）または都道府県リハセンター，地域リハ支援センター，広域支援センターなど公的組織との連携のもとで実施する

(2) DART・JRAT 派遣に際しては各派遣医療

機関の出張扱いとする

(3) 支援活動は下記を原則とする

- ・現地主義.
- ・自立支援.
- ・継続性.
- ・期間限定.

F 災害リハビリテーション活動に際しての留意点

1 各フェーズにおける必要情報例

1) 第1-2期における情報内容

(1) 被災状況

- ・一般家屋.
- ・ライフライン状況.
- ・交通状況.
- ・被災医療機関.
- ・被災施設（老人・障がい者施設及び介護保険サービス事業所など含む）.
- ・避難所状況（場所，避難者数，環境状況，水・食糧・物資状況，その他）.
- ・その他.

(2) 被災者概要

- ・避難者集団の年齢割合.

・避難者集団中の虚弱者割合.

- ・障がい者（難病者・要支援者含む）所在地，数.
- ・その他.

2) 第2-4期における情報内容

(1) 避難所状況

- ・避難所概要申し送り用紙の利用.
- ・食糧，物資事情.
- ・福祉用具，機器状況.
- ・その他.

(2) リハ支援対象者

- ・情報提供用紙の利用.
- ・健康状態，障がい状況，評価内容.
- ・提供リハサービス内容，今後の予定，家族状況など.

(3) 支援チーム情報

- ・食糧，必要物資事情。
- ・健康情報（身体及び心理面など）。
- ・その他。

- ・申し送り，申し受けの双方向コミュニケーションを意識し，実践する。
- ・自己の健康には心身ともに責任をもち，必要なときには自ら離脱を申し出る勇気をもつ。また派遣者は互助のもと，お互いの健康に留意する。

2 支援スタッフの留意点

(1) 現地主義

- ・現地災害コーディネーターや公的リハ機関との連携において現場の指示に従うことを第一とする。
- ・現地で開催される情報交換会には必ず出席し，他のボランティアなどとの連携を図る。
- ・直接支援もさることながらあくまでも現地スタッフの自立支援の立場を重視。

(2) 自立支援

- ・リハ対象者への直接的サービス提供のみならず，現地リハ関係者の自立支援も含む。

(3) 継続性

- ・リハ支援は継続性を重視するがゆえに短発的な支援は避けるべきである。

(4) 期間限定

- ・DART・JRATは発災から6カ月間（避難所生活の終了，仮設住宅生活への移行完全終了）を第一段階の支援とし，概ねトータル1年間は支援可能な体制の継続を行う。

(5) 他専門職ボランティアに対する認識・連携・協働

- ・被災地においては種々の専門職ボランティア（例：歯科医師，歯科衛生士・社会福祉士・（管理）栄養士・PT・OT・STなど）が活動している。このためJRATは積極的にこれら専門職ボランティアと情報交換・連携・協働を行う必要がある。

(6) その他

- ・その時々状況に即した対応を行いつつ，現地の被災者のみならずリハ関係者の自立（自律）支援を重視する。
- ・避難者だけでなく，現地のスタッフや関係者への配慮・気遣いを忘れない。
- ・通常業務以上に，報告・連絡・相談を意識し，実践する。

3 医療機関・福祉・保健機関やその他への支援に関する留意点

- ・被災混乱期に派遣されるDARTはDMATに代表される救命・救護の補助任務を遂行する。
- ・復興期前半までが支援派遣になることが予測される。それ以降は現地主体での復興作業となる場合が多い。
- ・現地リハ関連スタッフが地域で活動するために，そのスタッフの留守を補てんするために派遣される場合もある（病院等での業務の代替）。その際は，身分保証や診療報酬，労働災害補償など必要事項を当該施設と自ら所属する組織とで取り決める必要がある。
- ・過剰労働の渦中にある現地職員へのケアにも対応する（腰痛などの痛みや心理的ケアなど）。
- ・現地職員の作業環境整備や作業評価を行い，労働安全を図る（物品配置，作業姿勢，作業手順，作業工程，作業用具など）。
- ・現地設備や福祉用具の配備など，必要な環境や物品の聴取，確認，評価を行い，不足分は手配する。

4 その他，団体間連携に関する留意点

- ・義肢装具に関しては，タイムリーに点検，調整，補修を可能な範囲で行い，現地の義肢装具士等と連携し対応する。なお補修不可の場合は代替手段を講じる（車椅子や自助具など）。
- ・福祉用具は日本福祉用具供給協会など福祉用具関連団体，義肢装具関係は日本義肢協会や日本義肢装具士協会と連携をとる。なお，東日本大震災ではこれらの団体が「障害者等福祉用具支援本部」を設置し支援した実績がある。
- ・住宅関連は福祉住環境コーディネーター協会や

日本リハビリテーション工学協会と連携する。
 ・先天性障がいや難病、重度障がい者に対するアシティブテクノロジー関連では日本リハビリテーション工学協会と連携をとる。リハビリテーション工学協会は義肢装具や福祉用具、住環境などの福祉工学支援の分野では代表的な団体であり、前記の関連団体と重複する会員も多

い。

・日本障害フォーラム（JDF）と連携する。JDFは我が国の障がい者施策を推進するとともに、障がいのある人の権利を推進することを目的に障がい者団体を中心に設立、現在は13団体と連携、東日本大震災でも総合対策本部を設置した。

G 行政保健師の重要な役割

東日本大震災において行政（保健所）保健師は被災直後から情報収集、避難所への誘導、避難所の環境整備など重要な役割を果たした。また県外からの保健師（及び保健所医師）の支援もまた大きな位置づけとなった。これら保健師が多職種との協働のもとで適切に従事できるように差配するコーディネーターの存在が望まれる。

1 第1-2期「被災混乱—応急修復期」

①現状把握と被災者調査。

②発災直後より仮設避難所開設に参画し、居住空間の確保（排泄場含む）とともに水・食糧・電気・火力・種々生活物資の確保、衛生管理の徹底（感染・中毒・熱中症・低体温症などの予防）そしてPT・OT・STとともに生活不活発病の予防を行う。

③避難所への支援チーム誘導。

2 第2-3期「応急修復—復旧期」

・避難所における衛生管理の徹底及びJMAT等とともに健康管理。
 ・JRATとともに生活不活発病の予防。
 ・在宅要介護者・虚弱者の訪問、健康管理。

3 第4期「復興期」

・住民の健康管理。
 ・孤立化予防。
 ・地域づくり。
 ・介護保険サービスへのつなぎ手。

リハ支援の一環として行政保健師（現地及び支援保健師）の効率的・効果的活動を支援する視点が期待される。

H 災害フェーズ別具体的リハビリテーションアプローチと注意点

（各フェーズにおけるPT・OT・STの関わり、他職種との連携、義肢装具、福祉用具、住環境整備などについて）

1 第1期「被災混乱期」（初動対応：待機中）

①報道等で状況を理解し、被害規模を想像し、

思考的段どりを行う。

②全国規模の各職能団体からの発表をホームページ等で確認する。

③各所属組織（病院、施設等）における対応を経時的に把握する。

④可能な限り一個人としてのボランティア支援よりも組織だった活動を重視する。

⑤特にDMAT, JMAT等, 災害救助対応を行う組織に所属する者は, 平素のトレーニング時からの関与が重要であり, また日頃からDART・JRATについての認識が望まれる。

2 第1期「被災混乱期」(初動対応:現地派遣DMAT, JMAT等の一員またはDARTとして)

1) 救命救助場面での役割

- ・混乱状況の中では救命救助が最優先課題であるため, 例えDMAT, JMAT等の一員としての活動であったとしてもPT・OT・STは直接的リハ支援に関わる事態ではないであろうし, また法的制限がある中での対応となるので, 原則救命に直接関与する機会は少ない。
- ・救命救助の場面では, 搬送補助や事務補助など救命救助補助業務を優先する。
- ・一方では救急処置終了者へ, 避難生活上のアドバイスなど, 生活不活発がもたらす身体への影響などを広報・啓発(安全安心を意識してもらい, こころの落ち着きにも配慮)することは重要である。

2) 被災病院・施設・災害拠点病院における役割

- ・入院患者及び入所者の後方移送支援を行う。
- ・社会福祉士とともに移送患者, 対象者のリスト作成(患者情報, 移送先など)などが重要な視点である。

3) 避難所設置場面

- ・避難所環境整備とともにリハニーズに関する情報収集, 集約を行う。
- ・移動用具(杖, 靴, 車椅子)への代替品を含めた可能な限りの対応と, 状況によっては移動レベルを下げた生活を提案する(一時的安全優先)。

第1期では救命・救助補助業務, 後方移送支援, 避難所環境整備の他, 被災地の情報収集・集約を行い, それを適切・迅速かつ経時的に所属協会(日本理学療法士協会, 日本作業療法士協会, 日本語聴覚士協会, 日本リハビリテーション医学会など)及びJRAT本部へ発信することが重要である。

3 第2期「応急修復期」(応急対応:JRATの一員として)

①いかなる仮設避難所においても, まずはその責任者(もしくはそれに準ずる人)へアクセスし, JRATの存在を認知してもらう努力を行う。そして, その避難所の区分や組織状況などの情報を得るとともに, 原則として連携して活動する許可を受けることが望ましい。

②基本的なライフラインの確認を行う(上下水道, 電気, ガス, 通信, 温水, 防暑防寒)。

③避難所(一時や仮)における生活状況の把握と現地における24時間単位での生活をイメージし, 避難者のセルフケア(食事, 排泄, 更衣, 清潔, 睡眠, 移動)確保に必要な対処を行う。その際に, 現地責任者への報告・連絡・相談は密に行う。

④セルフケア対応における留意点。

食事

- ・食糧, 飲料水の状況を把握する((管理)栄養士との連携)。
- ・摂食用具を確保する。
- ・水分摂取促進, 特殊食形態の必要性を把握する。
- ・誤嚥リスク者の把握, 吸引の必要性を把握する。
- ・義歯の有無, 必要性を確認し対応する(歯科医師・歯科衛生士との連携)。

排泄

- ・排泄場所と設備を確認し, 使用に際しての基本的動作をシミュレーションする(座位と立位)。
- ・仮設備(トイレなど)については, 必ずずり動作などを試み強度を確認する(手すりや壁, ドアなど)。
- ・仮設トイレは障がい者には使い勝手が悪く, ま

た地方の体育館など避難所には和式トイレが多い。下水道が再開通した段階では据置き型（床置き型）ポータブルトイレは使い勝手もよく衛生的である。

- ・上下水道（量と質）を確認する。
- ・避難人数と設備数により一部は屋外での排泄も想定する。
- ・排泄の場所や風通しなどから臭気にも可能な限り配慮する。
- ・その他、おむつやパッド、尿器などの排泄関連用品の在庫と必要性を確認し集約する。

更衣・整容

- ・内・外気に応じた衣類があるか確認する。
- ・衣類のみではなく、ひざかけ、毛布など体温調節に必要な物品を確保する。
- ・着用衣類の衛生状態を把握する（防暑時には発汗が多くなるので速乾吸収素材が望ましい）。
- ・洗面場を設置する。

清潔

- ・多くの場合、入浴は不可能であろうから上水道と湯沸し機能の確認を行い、避難者数との兼ね合いで使用に対するルールなどを提案する。
- ・下着程度の簡易な洗濯場所を確保する。個々へは皮膚の汚染状況などを確認し、身体清潔のアドバイスを行う。
- ・衛生用品として、タオル、ガーゼ、生理用品、洗浄・清拭用品・口腔衛生用品などの在庫と必要性を確認し集約する。
- ・防寒時の肌の乾燥、防暑時の発汗にも注意する。

睡眠

- ・スペース配分や寝具類の在庫を確認する。
- ・簡易衝立や簡易ベッドなどの必要性を把握し、準備、セッティングを行う。
- ・必要に応じて頭部を覆う措置を行う（寒い時期は床からの冷えが問題となるので、アルミシートやウレタンシートなどの防寒措置を行う）。
- ・埃の関係上、寝台は30 cm以上高くするか、30 cm以上の衝立を準備するなどの措置が望ましい。
- ・アイマスクや耳栓、むくみ防止の下肢高挙など、就寝時の工夫を必要に応じて伝達し、その後の

確認を行う。

- ・防暑対策では害虫の侵入や照明などに注意し、換気や空気の流動を行う。

移動

- ・被災前の移動手段の確認と集約を行うと同時に、非難時の怪我や痛みなどによる移動能力低下についての確認と集約を行う。
- ・靴や杖など歩行移動の必需品は即座に代替品等を使用して一時しのぎをする。
- ・状況に応じ、移動レベルを被災前より下げた方法も検討する。
- ・移動時のスリップや転倒のリスクは極力排除する。
- ・車椅子必要者の把握と車椅子手配。空気入れやパンク修理キット、簡易工具など車椅子メンテナンスに必要な最低限の用具の確認と手配をする。
- ・共用部分でのスリップや転倒要因となりうる敷物、障害物などの物品は極力排除する。
- ・共用部分と居住部分との動線に不具合や不都合が認められる場合は、居住部分の移動を検討・交渉・実施する。
- ・夜間移動時の照明を確保する。
- ・内・外の行き来の際のバリアの有無を確認する。
- ・追加非難時における2方向以上の動線を確保する（個別及び集団での場合を想定）。

⑤生活不活発による機能低下が予測される要援護者の把握を行う。さらに生活不活発による弊害を全体へ広報し、意識を高めていく。その際、個々に合ったアドバイスとその後の確認・修正を継続的に行う。

⑥バイタルサインを確認し、バイタルサインの重要性を広報・啓発するとともに、自己管理の習慣性を促していく。

⑦現地で関わる医科歯科の医療救護班、仮設診療所、救急搬送、救急病院、地元医療機関の状況などの情報を把握するために、情報交換会には必ず出席する。

⑧概ねこの時期は身体的活動性と心的活動性が逆転しはじめることに注意する。

- ・心的活動性が高まる時期はこころのケアを意識

し、傾聴姿勢を意識して臨む。

- ・また、身体的活動性が一段落し、下がり始めると疲労感、倦怠感、痛みなどの症状が出やすいので、身体的ケアも十分意識して臨む。

第2期にはJRATは主に避難所環境整備、セルフケア対応支援が求められる他、在宅高齢・障がい児・者のリハニーズ把握及びリハ支援が望まれる。

4 第3期「復旧期」(生活始動支援：避難所を中心に第2期内容の着実な実施を前提としたJRAT)

- ①当該避難所の状況及び特徴を把握する。
- ②当該避難所で集約している要援護者に関する情報提供を依頼し、現場のニーズ把握を行う。
- ③基本セルフケア(食事、排泄、更衣、整容、入浴、睡眠、移動)の確認とアドバイス、その後の確認や修正に継続的に関与する。

食事

- ・栄養状況を把握(水分を含めた量とバランス)する。
- ・食事環境や用具、衛生状況の把握と改善を行う。
- ・(管理)栄養士や調理師と連携する。

排泄

- ・設備の確認を行い、対策を講じる(据置式ポータブルトイレの活用)。
- ・衛生面の状況確認を行い、対策を講じる。
- ・避難者個々の動作の確認とリスクの軽減に努める。
- ・ポータブルトイレや尿器などの福祉用具のニーズ調査と物品の手配を行う。
- ・ストーマなど特殊衛生用品は現地保健師や看護師と検討し、可能な対応を行う。
- ・便秘や下痢など薬剤対応の必要性も保健師・看護師と連携する。

更衣

- ・体温調節に必要な衣類を確認する。
- ・いわゆる部屋着、外出着、寝巻きなどの衣類種類の確認と手配を行う。
- ・洗濯状況の確認及び洗濯作業を確保する。

整容

- ・個々の必要性にそった道具や材料の確保。整容やスキンケアの重要性を広報、啓発し、その関連用品の確認と準備。内部と外出時のメリハリ意識を啓発する。

入浴

- ・状況や設備の把握。個々の入浴動作確認と対応。簡易手すりやシャワーチェアや滑り止めマットなど福祉用具の必要性の把握と手配を行う。

睡眠

- ・24時間での時間と質を評価する。
- ・睡眠薬服用状況を把握する。
- ・敷き寝具のチェック。湿度の影響。いびきや歯ぎしり、頻尿など睡眠疎外因子の把握と対策を行う。
- ・睡眠覚醒サイクルの調整。夜間照明をチェックする。

移動

- ・避難所内部移動だけでなく、外部周辺移動環境確認と注意、啓発を行う。
- ・広範囲移動に関わる公共交通機関の状況。臨時交通手段の把握。自動車など個人移動用品の状況を把握する(燃料を含む)。

④基本セルフケア以外の作業状況(集団での役割、個人の役割)の確認と手順等の検証やアドバイスをを行う。

⑤電化製品同時使用時の電気容量の確認と注意啓発(調理器具、冷暖房器具、ドライヤーなどの整容器具、照明器具、パソコンや携帯電話、ゲーム機などのパーソナル用具)。プレーカードダウン時は電化製品の使用状況を記録する。

⑥活動性拡大の模索や開発(個人でのこと、集団でのこと)。生活不活発や廃用の観点からも、役割のない時間は最大の敵となりうるということの啓発を行う。

⑦適応者へは介護保険サービスへの橋渡し(被災前利用状況の聴取と現状での必要性の把握)を行う。

⑧応急修復期からさらに身体的活動性と心的活動性が逆転していく時期となる。

- ・心的活動性が上がってくるこの時期はこころの

ケアを意識し、カウンセリングセンスをもち、傾聴姿勢を意識して臨む。状況に応じて早めに専門職や専門医に繋ぐ。

- ・身体的活動性が一段落し、下がってくるこの時期には、疲労感、倦怠感、痛みなどの症状が具体的にしやすいので、身体的ケアも十分意識して臨む。必要に応じ専門医の受診を手配する。これらは自律神経症状と併せて警戒したい。

第3期には避難所生活支援とともに生活不活発病の予防策、福祉避難所での支援及び帰宅者の孤立化対策支援などが求められ、さらに介護保険サービスの提供実現のための現地専門職への支援、そしてリハ支援の全体的現地自立移行策の検討・実施が必要となる。

5 第4期「復興期」(地域生活支援：仮設住宅等におけるCBRT)

(1) 各仮設住宅の設備、構造、立地上の特徴把握

- ・空調(冷暖房や換気)状況の確認。1年を想定して現地気候とマッチングする。
- ・設備上の不備を把握し、担当窓口へ報告する。
- ・内部動線確認と安全対策を行う。
- ・トイレ、浴室、台所などの設備、備品を、使用者とのマッチングの視点で必要に応じて整える。
- ・福祉用具の適応判定と物品の手配を行う。

(2) 生活必需品の購入、金融、行政サービスなど生活必要行為とその関連の状況把握

(3) 仮設住宅集落における自治状況の把握。代表者の把握

(4) 入居者の配置状況把握(全体の年齢性別構成、同一集落出身者か否か、世帯構成、要援護者の配置など)

(5) 共有スペース(公民館、集会場など)の確認

- ・使い勝手(動線、設備、備品など)と使用ルールを確認する。
- ・共有スペースの必要物品の洗い出しと手配をす

る。

- ・共有スペースの運用法を検討及び提示する(現地住民とともに行う)。

(6) 身体的活動性と心的活動性のバランスが崩れる時期となる

- ・心的活動性がさらに上がると同時に、記憶のフラッシュバックによる不安や緊張などもでてくるので、自律神経系の症状と併せてこころのケアを十分意識して臨む。専門職や専門医に繋ぐ事例も発生する。

- ・身体的活動性が低下しすぎないような工夫が必要となる。単純運動だけではなく、日常生活の中での活動性を上げる工夫が求められる。こちらも自律神経系の症状と併せて疲労感、倦怠感、痛みなどの症状へ対処する。状況により専門医の受診に繋げる。

(7) 行政機関からの様々な情報や法的手続きなど各種制度関連の情報伝達状況の確認

(8) 当該仮設住宅に関わる公的介護保険サービスの現状と見通しの把握

- ・公的介護保険サービス適応者を把握する。
- ・仮設住宅設備や福祉用具の支援物資提供から公的介護保険サービス下のものへ移行する。

(9) 当該仮設住宅に関わる障害者自立支援法関連のサービスの現状と見通しの把握

- ・障害者自立支援法関連のサービス適応者を把握する。

(10) 公的介護保険制度や障害者自立支援法関連の事象に対しては、現地担当者と密に連携し、円滑な移行を側方支援する

(11) 現地の当事者団体(家族会や連合会など)の状況把握

第4期においては、①外部からのリハ支援は現地主体への円滑、段階的な移行で完了となる。このため、②地域リハ活動及び地域包括ケア(自助、互助、共助)に関する教育・啓発を行うことにより、③地域住民の生活不活発や孤立化の予防はもとより、復興に向けた新たなコミュニティづくりを地域住民の主体的参画のもとで実現していけるようにコーディネートしていくことが重要である。

表Ⅳ-2 阪神淡路大震災と東日本大震災との比較

〔災害発生前〕

両者とも市町・区など地域によって地域医療・介護・住民活動、あるいは行政（保健所・保健センター）・医師会・介護サービス・ボランティア活動の連携（顔のみえる関係）には格差あり。

〔第1期
被災混乱期〕

	<阪神淡路大震災>	<東日本大震災>
発生	家屋の倒壊による圧死（66.4%）外傷、火災、クラッシュ症候群多数	津波による溺死（90%以上）で生か死かに分かれた。
被災域	都心の相対的小地域	広範囲な過疎地
初期治療	現地の医療機関はほぼ残存し、病院、診療所が初期治療にあたった。 その後、DMAT 等の支援	現地の医療機関の損害は甚大。 DMAT は早期に現地入りも、外傷患者は少なく、早期から慢性疾患への対応を求められた。↓ JMAT 等

〔第2～3期
応急修復・復旧期〕

避難所	近くの学校、役場などそれぞれの判断で避難。障がい者、要介護者への配慮は基本的になかった。 このため、高齢者がトイレに近い入り口近くの寒い場所にいることが多く、風邪、肺炎につながった。	避難所の集まった住民について、障がい、要介護者とその家族については福祉避難所・二次避難所など区分。 初期から感染症、伝染病予防対策がとられ、インフルエンザや風邪の発症は少なかった。
支援	大阪からバイクで30分であり、ボランティアは日帰りで支援。 また、発生1カ月時点でPT・OT・医師のリハ支援チームが避難所巡回を開始。生活指導、パイプでの手すり設置など。	高速道路が分断され、初期には遠方からの人的、物的支援が困難であった。 その後、ボランティア支援が開始されたが、現地コーディネーター不在が問題化。 また、現地のリハ支援に続いて、発生2カ月から10団体の支援開始（JRAT）。体力低下予防にも尽力。
仮設住宅	障がい者への対応のため、リハ的支援（改修など）は行われた。 抽選での入居であったため、バラバラの入居となり、コミュニティが破壊され、引きこもり、孤独死が問題化。	障がい者への対応のため、リハ的支援（手すり設置など）は行われている。 コミュニティに配慮した入居により神戸で起こった問題の解決に期待。

〔第4期
復興期〕

復興住宅	神戸市に2500戸建設。 引きこもり、孤独死の問題は継続したため、生活相談員をつけるなど、コミュニティ再建への努力が行われた。	
<p>災害発生前から保健・医療・福祉、行政・民間の連携が成熟していた地域では、障がい者、要介護高齢者の安否確認が速やかに進み、その後の復旧も迅速であった。これは両震災に共通した事実である。</p> <p>しかし、神戸市で復興後にこれを教訓にできた地域は多くはない。 今後、災害対応の意義を含めて、「福祉のまちづくり」の必要性を強調する必要がある。</p>		

最後に、表IV-2に参考として阪神淡路大震災と東日本大震災のフェーズ別対応比較を示す。

なお、本稿は日本リハビリテーション病院・施設協会 地域リハビリテーション推進委員会及び地域連携検討委員会の議論をもとに作成した。

【文献】

- 1) 上月正博, 連載にあたって: 災害リハビリテーション, Journal of Clinical Rehabilitation, 20 (9): 853-855, 2011.

(栗原正紀, 淡野義長, 梅津祐一, 日本リハビリテーション病院・施設協会 (地域リハビリテーション推進委員会・地域連携検討委員会))

日本リハビリテーション病院・施設協会	
○地域リハビリテーション推進委員会	
逢坂 悟郎	兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 リハビリテーション科部長
長谷川 幹	三軒茶屋リハビリテーションクリニック 院長
斉藤 秀之	筑波記念病院 リハビリテーション部部长
中島 雪彦	熊本機能病院 総合リハビリテーション部副部长
村上 重紀	公立みつき総合病院 リハビリテーション部次長
栗原 正紀	長崎リハビリテーション病院 院長
○地域連携検討委員会	
平田 好文	熊本託麻台病院 院長
徳永 能治	長崎県島原病院 副院長
森 功一	日本作業療法士協会 理事
折茂賢一郎	日本介護支援専門員協会 常任理事
小泉 幸毅	小倉リハビリテーション病院 リハビリテーション部副部长
佐藤 吉沖	甲州リハビリテーション病院 副院長
渡邊 進	熊本機能病院 神経内科部長
栗原 正紀	長崎リハビリテーション病院 院長

V 組織体制

A 平時の体制

POINT

- ◆ 平時より大規模災害に対する危機管理体制の強化に努める。
- ◆ 危機管理体制強化のために災害時を想定した定期的な「災害対策委員会の設置」「マニュアルの点検」「教育啓発活動」「行政との連携」を実施していく。

1 各団体としての体制

- ・ 各団体の機能に応じた災害時の役割機能を確認し、各会員への教育啓発に努める。

例) 急性期・回復期リハの対応 (114 頁～)
通所サービスの対応 (83 頁～)

- ・ 各団体の機能に応じた事業所マニュアルづくりの推進とその支援を実施する。

平時の災害対策

役割機能の明確化、連絡体制、防災設備品品の確認等

災害時の対策

災害情報の伝達方法、災害直後の対応、避難方法等

- ・ 年 1 回の災害対応に関する調査を行うことで推進状況の確認を行う。

例) 年間の災害対応の具体的な取り組みの有無(訓練、マニュアルの見直し等)

災害対策は日常業務の中で形骸化することもある。定期的な調査を実施することで災害対応の意識を高め、対応の確認を行うことができる。

- ・ 災害担当委員を選出、10 団体災害対策合同委員会を設置する。
- ・ 各団体の災害対応への取り組み年度報告書を作成する (4 月)。
- ・ 報告書は年度報告とし 10 団体災害対策合同委

員会にて提出検討する (5 月)。

東日本大震災の経験から災害発生時の対策だけでなく発生を想定した事前の準備が不可欠であることが確認された。

- ・ 非常時に緊急活動に結びつけることのできる組織体制づくりは不可欠である。
- ・ 業務や権限を明確にしておくことで活動を迅速かつ具体的に実施することができる。
- ・ 各機関の機能に応じた役割機能を明確化することで効果的な対応に結びつけることができる。

2 10 団体としての体制

東日本大震災では被災者の生活機能の低下等に対するリハの提供の必要性が示された。この活動の経験から 10 団体として平時からの協体制を回り災害活動を目的とした対策委員会を設置し活動を行う。

【10 団体災害対策委員会設置】

- ・ 各団体から災害対策委員会の委員 (1 名) を選出し、10 団体災害対策合同委員会を設置する。
- ・ 委員会規定を作成する。
(例) 委員会では委員長 (1 名)、副委員長 (1 名) を選任する。委員長、副委員長は委員の中から選任し、任期 2 年、再任は妨げないものとする。
- ・ 委員長、副委員長は平時における災害対策委員

会を定期的実施し、防災対策への取り組み準備を検討する。

- ・委員会の組織は図Ⅱ-2（10頁参照）に示す通りである。
- ・委員会の開催は年次定例会議を年2回（5月、11月）とする。その他緊急時、必要時は委員長の要請により委員会を開催する。

1) 定期的なマニュアルの見直し等

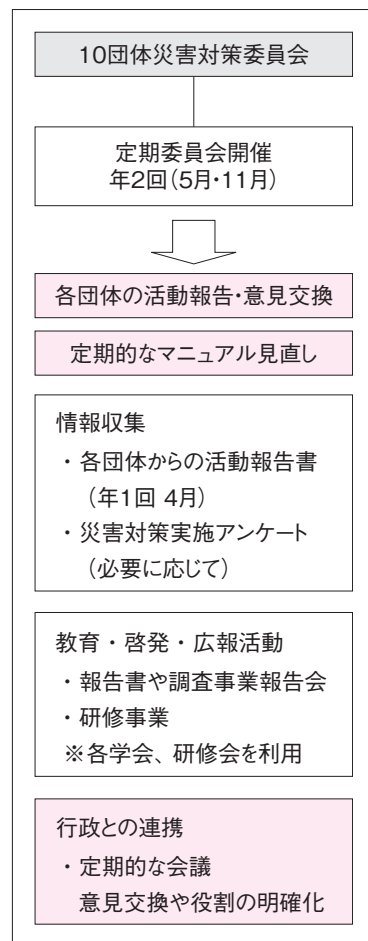
- ・マニュアル内容については災害対策委員会において随時見直しを行う。
年月の経過とともにマニュアルは形骸化することがある。定期的に見直すことで災害対応への意識を高めていく。
また、こうした作業の過程で各団体における災害対応への情報交換を行うことが必要である。

2) 行政等との連携

- ・災害対策委員会委員長は定期的に行政（厚生労働省）との意見交換会を開催し、災害救助法における災害リハの位置づけ並びに平時・災害時の対応等を討議する。
- ・意見交換会により委員会、行政の要望を受け入れ、災害時における双方の役割を明確化しておく。
- ・災害対策委員会では毎年4月に収集した各団体の報告書をもとに行政（厚生労働省）への報告を行う。
災害対応は委員会のみで行うことはできない。災害発生時を想定した（災害地域との）連携の必要性や具体的方法について行政との意見交換を行いその役割を明確にしておく必要がある。
また、平時からの教育啓発活動の必要性を相互に理解しその体制づくりを構築していく必要がある。住民への啓発活動についても協働していくことで住民参加型の対応を目指さねばならない。

3) 情報収集

- ・委員会では各団体の取り組み状況を把握するために毎年1回（4月）報告を実施し、（災害対応への）取り組みへの検証とともに対策への課題について定期的な検討をせねばならない。
- ・必要に応じて災害対策のための研究事業として調査（アンケート）を行うことで施設としての取り組みや従事者の意識について検討する。
委員会での取り組みは先述したマニュアルと同様形骸化する恐れがある。そのため他団体の活動状況等情報交換を行うことで、災害対応への危機感を常に意識しながら運営課題を見出していく必要がある。



図V-1 10団体災害対策委員会機能

4) 教育啓発活動

- ・リハ関連の学会研修会を利用し、毎年提出される報告書や調査事業をもとにした報告会や研修事業を行う。

委員会としての活動を明確化するためには定期的な事業報告を行っていく必要がある。

各リハ関連の学会や研修会を通じて啓発活動を実施することが各団体、さらには従事者への教育活動につながる。

- ・各病院、施設、事業所等で地震や水害等自然災害を想定した対策（避難訓練等を含む）を実施していくよう呼びかけていく。

- ・パンフレットやチラシ等を作成することで各病院、施設、事業所等での啓発活動に努めていく。
- ・教育啓発活動の対象は従事する職員のみならず患者（利用者）、家族、また一般住民への理解が求められる。

災害対応に関しては従事者だけでなく住民を含め広い層を対象に啓発していく必要がある。

10 団体災害対策委員会は災害発生時を想定した平時の対応を行っていく。その具体的機能は図 V-1 に示す通りであり、定期的な委員会を年 2 回実施することで情報収集を通じた教育啓発活動、行政との連携を図っていかねばならない。

(井上 崇)

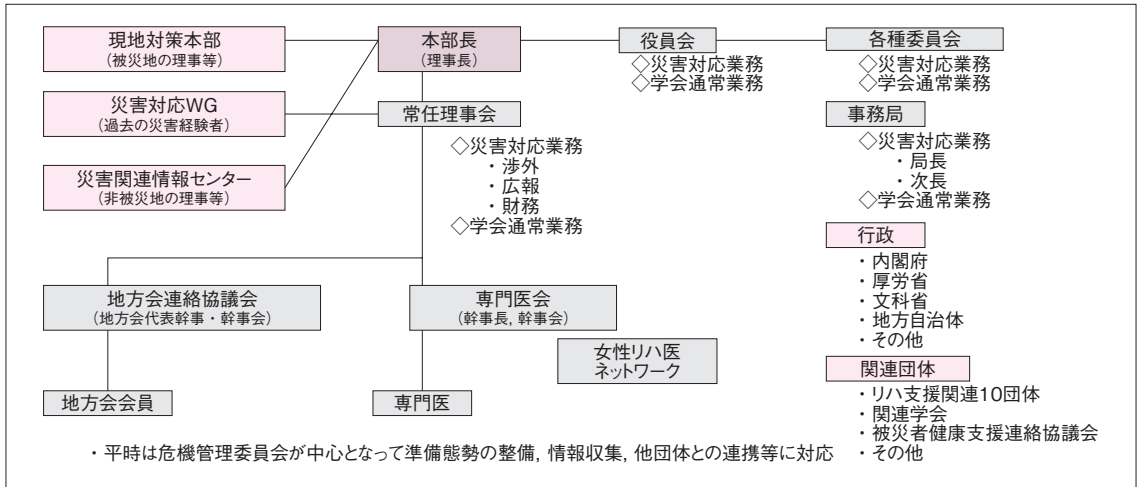
B 災害発生時の体制

POINT

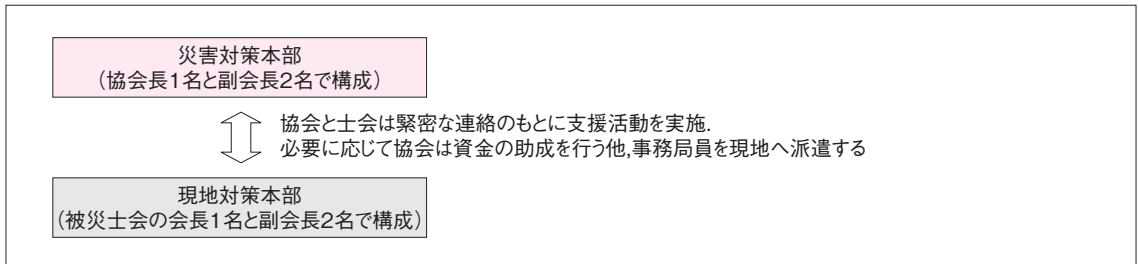
- ◆ 10 団体合同事務局は「連携」、「情報管理」、「マネジメント」の 3 つを主要機能としている。
- ◆ 避難所におけるリハ支援の目的は、「仮設住宅等への移動を前提に、仮設住宅等のできる限り自立した生活が送れるように、入所中に自立生活支援のリハサービスを提供すること」である。
- ◆ 日々刻々の変化、予想外の変化に対して、臨機応変に柔軟性をもった判断と対応が大切である。
- ◆ 現地対策本部は、被災地状況の把握や都道府県庁、並びに関係団体との緻密な連携のもと、災害リハとしての位置づけを明確にすることが求められる。
- ◆ 支援者の活動や被災者のデータを管理し、緊急時の早急な判断能力を兼ね備えた本部機能が必要となる。
- ◆ 被災地支援の拠点としては、被災地設置の可否や被災箇所が広範囲な場合の中核拠点について、宿泊の有無・移動手段・通信方法・物資搬送などを考慮する必要がある。
- ◆ 常駐者となる被災地コーディネーターについては、可能な限り被災市町村行政や保健医療福祉に精通した人材が求められ、支援活動開始前の十分な現状把握が優先される。

1 各団体としての体制

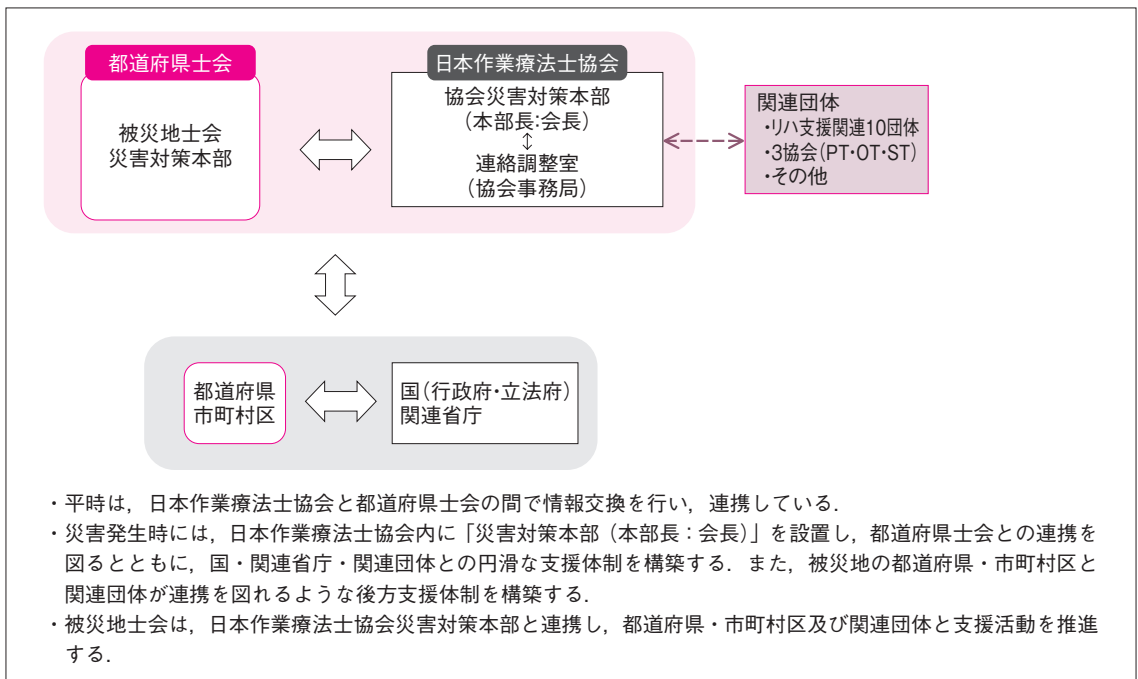
日本リハビリテーション医学会



日本理学療法士協会



日本作業療法士協会



日本語聴覚士協会

災害対策本部(協会事務所)
(会長, 副会長2名, 総務部長, 広報部長,
地方組織委員長など6名で構成)

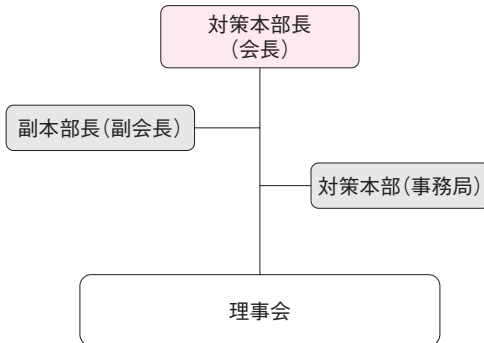


協会と士会は緊密な連絡のもとに支援活動を実施。
必要に応じて協会は財政的支援を行う他, 人員を現地へ派遣する

現地対策本部

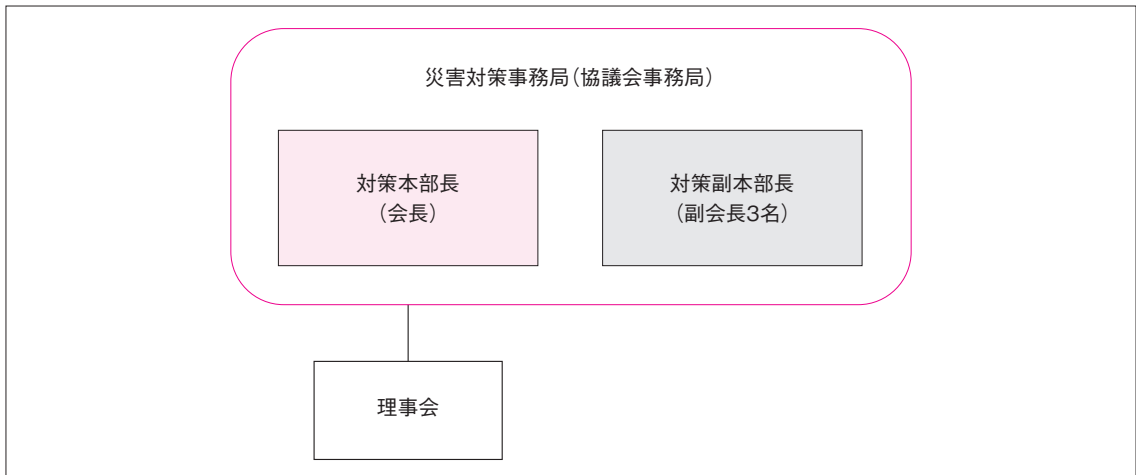
- ・災害発生時は会長を本部長とする災害対策本部を協会事務所に設置し, 会長が指揮をとる。
- ・会長が被災した場合は副会長が対策本部長を代行する。
- ・対策本部は被災地を中心とする現地対策本部と緊密な連携をとり情報収集を行い, 本部長に報告する。
- ・災害対策本部長はリハチームを構成する諸団体と連絡をとり, 活動方針を決定する。

日本リハビリテーション病院・施設協会



- ・災害発生時には会長の指示により災害対策本部長を事務局に設置し, 会長が災害対策本部長として指揮をとる。
- ・対策本部は対策本部長の指示に基づき, 被災地域会員の安否確認, 被災地の被害状況の調査等を行い対策本部長に報告する。
- ・対策本部は対策本部長の指示に基づき関連他団体との情報交換等を行う。
- ・対策本部は対策本部長の指示に基づき会員施設への情報発信を行う。
- ・対策本部長と副本部長は協力して, 現地視察, 情報収集ルートの確立, 他団体との連携調整等の活動を行う。
- ・対策本部長は, 必要に応じて臨時の理事会を招集し, 本協会としての対応を協議する。

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会



日本訪問リハビリテーション協会

災害対策本部(協会事務所)
(会長, 副会長1名, 事務局長)

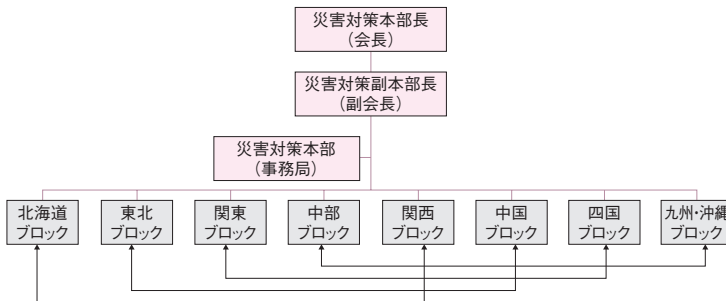


協会は、リハ関係団体との緊密な連絡のもとに支援活動を実施。
必要に応じて財政的支援, 人員を現地へ派遣する

現地対策本部
(被災地の理事等)

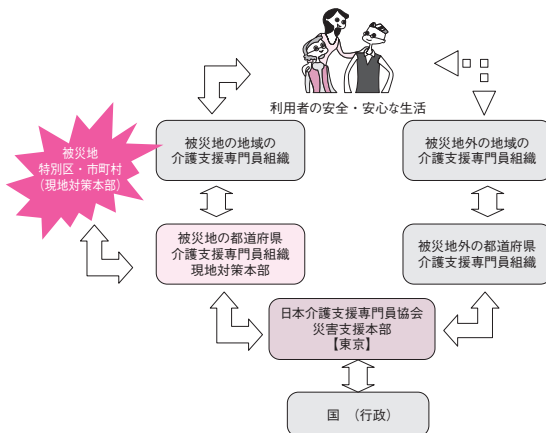
- ・災害発生時は会長を災害対策本部長とする災害対策本部を協会事務所に設置し, 会長が指揮をとる。
- ・会長が被災した場合は副会長が対策本部長を代行する。
- ・対策本部は被災地を中心とする現地対策本部と緊密な連携をとり情報収集を行い, 本部長に報告する。
- ・災害対策本部長はリハチームを構成する諸団体と連絡をとり, 活動方針を決定する。

全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会



- ・災害発生時は会長の指示により災害対策本部を事務局に設置し, 会長が災害対策本部長として指揮をとる。会長が被災した場合には副会長が対策本部長を代行する。
- ・対策本部は全国8ヵ所のブロックの担当理事より情報を収集し, 本部長に報告する。
- ・本部長は日本リハビリテーション病院・施設協会など関係団体と情報交換に努め, 活動方針を決定する。

日本介護支援専門員協会



1) 都道府県の介護支援専門員協会

- ・被災地から協力要請がきたら, 各地域支部に呼びかけて会員や有志を集め, 必要に応じて派遣する。
- ・要請が来ない場合, 「何かお困りのことはありませんか? 私たちは, 福祉避難所等の全ての高齢者のニーズ調査や要介護認定者の訪問調査, 更新調査のお手伝いをすることができます」と協力の申し入れをする。
- ・規模が大きい場合は, 日本介護支援専門員協会に協力要請をする。

2) 日本介護支援専門員協会

- ・速やかに災害支援本部を設置し, 情報の収集を行う。
- ・地域の介護支援専門員組織から協力要請がきたら, 被災地以外の都道府県の組織に協力要請をする。
- ・国との調整。

2 10 団体としての体制

1) 初動体制

- ・東日本大震災直後からの初動体制を以下の2期（3月11日～4月13日，4月18日～約2週間）に分けて，経時的に経緯や体制を整理した。

【震災発生から10団体結成（4月13日）までの主な経緯と体制】3月11日～4月13日

- ・日本リハビリテーション病院・施設協会では，「東日本大震災」が発生した翌日（3月12日）から対応が開始され，その経過の中で3月25日に「リハビリテーション関連5団体会議（臨時）」の開催が提案された。
- ・3月28日に「リハビリテーション関連5団体会議（臨時）」が開催され，5団体でのリハ支援活動について協議が開始された。
- ・その会議の中で，

- 5団体としての対策本部事務局を設置する方向で検討を継続すること
- 各団体が協力して情報の一元化，マッチングの調整に取り組むこと

が合意された。

- ・4月4日～6日に日本リハビリテーション病院・施設協会の役員施設から福島県郡山市の避難所へトライアルチームが派遣され，ストレッチ体操（霞ヶ関南病院版）などの支援が実施された。
- ・4月6日に「リハビリテーション関連5団体会議（震災支援対策）」が開催された。
- ・その会議の中で，

- 震災支援対策には，通常の5団体に全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会，全国老人デイ・ケア連絡協議会，日本訪問リハビリテーション協会，地域リハビリテーション関連団体（全国地域リハビリテーション研究会，全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会），日本介護支援専門員協会を加えた10団体で支援活動を行うこと

- 日本リハビリテーション病院・施設協会はそのとりまとめの役割を担うこと
- 合同事務局を初台リハビリテーション病院関連施設内に設置すること

が合意され，

- 同時に合同事務局が担う機能の柱は，（情報の共有化，シンクタンク機能，活動のマネジメント，初期のマッチング機能）とすること

が決定した。

- ・4月13日に「東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体第1回会議」が開催された。
- ・その会議の中で，

- 10団体の活動は1年を目途に活動するが，当面100日の支援体制を計画していくこと
- 合同事務局は直ちに30日の計画を策定し支援活動を開始する体制を整えること
- 合同事務局は常勤専従事務職スタッフ1名と複数の専任専門職スタッフ，その他非常勤スタッフで構成すること
- 専任専門職スタッフは2週間交代を目途に活動し，様々な情報の整理，情報の収集，コーディネートなどの活動を行うこと
- 合同事務局の活動に関わる費用は10の構成団体で案分負担すること
- シンクタンク機能に関しては，固定メンバーで，全体をみながら方針の提案を行うこと

など，今後の活動のあり方について合意された。

【合同事務局設置（4月18日）直後の体制】4月18日～約2週間

- ・4月18日に「東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体第2回会議（合同事務局立ち上げ式）」が開催された。
- ・その会議の中で，

- 10団体の責任体制について：
 - ・10団体代表：浜村明德（日本リハビリテーション病院・施設協会会長）
 - ・対策本部長：石川 誠（全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会会長）

- ・シンクタンク代表:里宇明元(日本リハビリテーション医学会理事長)

○合同事務局の当面の活動内容について:

- ・10の構成団体の事務局から被災地情報を収集・整理し、シンクタンクに情報を提示し戦略づくりの資料とすること
- ・また、整理された情報を10の各構成団体事務局にフィードバックすること
- ・情報収集・整理の作業と並行して、派遣ボランティアの現地への交通手段、宿泊先、現地における受け皿の確保作業を進めていくこと
- ・毎日、合同事務局の活動報告(事務局だより)を10の各構成団体事務局にメール配信すること

などが合意され、初動体制が上記の通り決定した。

- ・初動の合同事務局には、常勤専従事務スタッフ1名、専任専門職スタッフ3名が出務し、非常勤スタッフ1名の協力を得ながら、上記の作業に専念した(日曜・祝日を含む毎日9~18時)。

2) 執行機能のバックアップ体制

- ・10団体の組織図は図Ⅱ-2(10頁参照)に示した通りで、執行機能は「東日本大震災リハビリテーション関連10団体総合戦略会議」が担い、そのバックアップを「東日本大震災リハビリテーション関連10団体対策本部合同事務局」と「シンクタンク機関」が担うといった体制がとられた。

3) 情報収集・集約・整理・発信

(1) 情報収集・集約・整理・発信

- ・前述したように合同事務局の主要機能は、「連携」、「情報管理」、「マネジメント」の3機能である。
- ・その3機能は、情報収集・発信などの「情報管理」をしながら関係諸団体や被災地関係諸機関との「連携」が促進され、リハニーズの整理やマッチングなどの「マネジメント」が可能にな

るという関係性にある。

- ・3機能の中でも情報の収集・集約・整理・発信といった「情報管理」の機能が極めて重要であり、かつ初動の活動として取り組むべき作業といえる。
- ・具体的には、合同事務局では、まず10の各構成団体事務局や会長などから、それぞれが把握している被災地の情報、支援活動状況、等を提供してもらい、それらを統合・整理する作業から開始した。
- ・そして、その統合・整理した情報などを10の各構成団体事務局やシンクタンクに配信することと並行して、10団体として支援活動を展開する候補地の幾つかが案として選出されていった。
- ・また、情報収集・配信の手段は、メールが圧倒的に多く、次いでファックスや電話であり、郵送はゼロであった。
- ・メールやファックスは、瞬時に送れる点、収集した情報をそのままの形で記録として保存できる点などの利点がある。
- ・電話は、1回のやりとりで一方通行でなく双方方向の情報交換ができ、こちらが入手したい情報に絞って得ることも可能で、量としても多くの情報を一度に得やすいといった利点がある一方で、その直後に文章化して記録に残しておくという作業が必要であり、やや時間と手間を要する。
- ・状況や先方の都合などを考慮して、情報収集・配信の手段を選択する必要がある。

(2) 団体間連携の円滑化

- ・各構成団体間の連携は平時の連携状況が基本となるが、非常時においては各団体が一致団結して支援活動にあたる必要があると、レベルのさらに高い連携が求められる。
- ・また、非常時には、各団体の役員や事務局なども既に多忙を極め、団体間の連携が停滞することも生じ得る。
- ・そこで、合同事務局には、団体間の連携を円滑にする潤滑油的な役割を担うことが求められる。

- ・具体的には、各団体間の情報交換の中継所（情報等の集約と配信、情報等の取りつぎ役）としての機能を果たし、状況に応じて各団体を交えた懇親会や慰労会を企画することなども合同事務局の役割であろう。

(3) ロジスティクスの確保・装備

- ・東日本大震災の支援活動において、ロジスティクスの確保や装備は、予想以上に困難な作業であった。
- ・被災地はもとより、当初は非被災地域においても必要な物品の確保が困難であり、物流も不確実な状態であった。
- ・そのため、支援活動に必要な物品を合同事務局で調達して現地に届けるといった合同事務局の機能を果たせなかったことも何度か経験した。
- ・この震災を機に、有事の際に備えて様々な生活物品を備蓄しておく公的機関や企業等が増えているようであり、平時のうちからそれらに関する情報等に関心をもっておくことが必要であると考えられる。

(4) 事務局内の構成と運営

①事務局内での基本的な職員労務・服務体制

事務局メンバーの選出

- ・医師・看護師・PT・OT・ST・事務職員との多職種で構成することで、判断基準の拡大など機能向上に重要である。
- ・人的ネットワークが多方面にあり、行動・実行力がある、慌てず冷静な判断ができるなど、問題処理に経験豊富な人材を配置することが望ましい。
- ・PCやインターネットの操作に熟練していることは、少人数の構成では機能維持に必要な条件である。
- ・緊急の招集・編成であることから、選出メンバー全てが初対面の構成にしないことも初動の速度に影響する。
- ・所属施設から積極的な理解と応援が得られていることは必須条件である。
- ・派遣施設との連絡調整を考慮し、関東、関西、

東北、九州などブロックごとの選出、または随時、緊急の対応が可能な点から本部事務局周辺在住の人員がメンバーであることも安定性を維持する上で有用である。

事務局メンバーの事務局出勤・勤務予定について

- ・2～3日と短期間では、情報収集や整理などの作業や引き継ぎの点で非効率的である。逆に1カ月以上になると自施設の業務にも支障をきたす可能性がある。
- ・2週間前後の期間、事務局滞在での交代制が有効である。
- ・メンバー内で簡単に微調整を行えるよう柔軟性をもつことが基本姿勢である。
- ・派遣開始、安定した軌道に乗るまでは、連日稼働（日曜・祝日も出勤）となる。
- ・1日の出勤者を2～3人は確保し、各自が週1日は休日をとれるように、最低4～5人体制とする。

職員交代時の引き継ぎに関して

- ・交代に際しては、前後1～2日間を重複し引き継ぎを徹底する。
- ・事務局勤務でないときも、メール等で進捗状況の情報収集可能な体制をつくる。
- ・すべきことがわかる（一覧できる）進捗プログラムを作成する。

事務所内の設備や物品の管理

- ・簡単な施設・設備・物品の管理に関するマニュアルの作成し設置する。
- ②被災地/被災者のニーズと諸団体の災害支援活動の動向を把握する。

10団体/関連団体からの情報収集と集約

- ・被災地/被災者のニーズと諸団体もっている情報の収集方法は、シンクタンクをはじめ総合戦略会議において協議/決定されるものであるが、その情報を整理・把握（管理）するところの一端は事務局の役割でもある。
- ・情報を効率的に整理し、かつなるべく状況の変化をわかりやすくするためには、全拠点が共通のフォーマットでの情報提供が望ましい。
- ・「いつ」「どこで」「誰が」が不明など不明確で不安定な情報の場合は、即時に電話やメールでの

情報の質を高めるための確認を要し、情報内容によっては現地に足を運んでの情報収集が必要となる。

- 被災地のニーズや支援活動の状況は刻々と変化するため、時期によっては現地をベースに活動する事務局担当者の存在が必要と思われた。派遣が始まっても派遣者のローテーション時期に現地で事務局担当者が存在することは心強く、引き継ぎの効率化も果たせると思われる。

③ マッチング：ボランティア登録・ニーズ把握、 現地との調整

マッチング作業の流れ

- 派遣者登録においては、指定のフォーマット（票）の登録用紙を作成する。
- チーム登録はマッチングしやすいが、個人登録は連携において連絡調整が複雑化しやすい。
- 派遣開始時の初回の派遣チーム（者）を「どのチーム（誰）に」するので、その後のマッチングの流れが見直される。
- 派遣チーム（者）の選出する基本的な考え方は、登録順や派遣希望期間に沿ったマッチングがまれる。
- 派遣者の引き継ぎの効率性を考慮したマッチングを行うため、派遣施設を同一地域（地方）内から選出し組み合わせる。
- 誰が判定するかなど難しい問題だが、被災地ニーズへの対応能力も考慮することが必要である。

ボランティア派遣要請票や派遣者募集票の管理と10団体での情報共有化

- 統一したフォーマットでの登録が可能なら紙面上とPCにて管理を行う。
- 登録順や派遣希望期間、チーム登録なら派遣者数などすぐに検索できるようなシステムが必要である。
- 派遣チーム等の登録をまずは10団体の各事務局で受理し、その後合同事務局に連絡がくる流れは、情報の整理・共有の視点において有効と思われる。
- 個人登録者に関する管理は、今後の課題である。

派遣要請を受理するまでの事務局活動

- 東日本大震災の際は、要請を受ける事前に、石巻、気仙沼、猪苗代の3拠点ともにおいて、10団体の代表幹部により現地での視察と情報収集ができたのは有効であったことから、要請に関する内容によっては、現地に直接行っての確認が必要と考える。

マッチング結果の連絡と調整

- 事務局内でのマッチング案検討後は、速やかに対策本部事務局長や戦略会議メンバーへ連絡し、戦略会議メンバーからのマッチング案の了承が出次第、マッチングに該当した派遣チーム（者）、合同事務局、派遣要請者に連絡する。

④ 10団体・協力関連団体への連絡・情報共有

- 電子メールでの連絡・情報共有。
- 10団体で得られた情報やマッチング作業などの事務局活動の進捗状況は、毎日「事務局だより」として10団体等に情報伝達する。時期をみて頻度を調整する。
- 情報はみやすく、量は適度に、内容は飽きさせない工夫が必要である。
- 即、決議が必要な場合は電話連絡や不在時の対応を事前に決めておく必要がある。

⑤ 派遣開始からの派遣要請先の窓口やボランティア派遣者との情報交換

派遣先の窓口との連絡

- 派遣要請者の連絡窓口と10団体側の連絡窓口を一本化することでの安心感ある連絡。

ボランティア派遣者との連絡

- 派遣前の宿泊、必要物品、費用については事前に周知してもらう工夫が必要。
- 派遣者入れ替え時期の引き継ぎ方法の工夫。現地での事務職員の立会。

(5) 派遣者へのオリエンテーション

- 被災地に関する最新の様々な情報を派遣者に提供することやそれに基づくオリエンテーションを行うことも合同事務局の重要な役割の一つである。
- そのオリエンテーションは、口頭だけで行う方法では不十分で、必ず印刷物にして派遣者に渡

すことが必要である。

- ・そして、被災地の状況は日々変化してゆくため、派遣者は支援活動を行いながらその変化した状況に合わせて、オリエンテーション資料を随時更新する作業が欠かせない。
- ・このようにして、常に最新の状況とそれに応じた対応が記載されたオリエンテーション資料が、次の派遣者にバトンタッチされ続ける必要がある。

(6) 会議体

① 総合戦略会議

総合戦略会議は、10団体の最高執行機関である。10もの団体が集結して結成されている組織である性質上、細かなことであっても重要事項は必ずこの総合戦略会議での議論と合意を経て決定される。

結成当初は頻回に開催され、被災地での支援活動が開始されたが、5月以降は概ね月1回の頻度で開催された。

事務局員として会議の参加に努め、事務局では、開催の連絡と出欠の確認、会場の予約、必要資料の作成と配布など事前準備から、会議中は会場設営、書記、会議後は議事録作成、各10団体窓口へ送信・必要事項の連絡等を行った。

② シンクタンク会議

シンクタンク機能は、当初から固定メンバーで、全体の動向をみながら提案を行うことを方針とし、定例の総合戦略会議において、国内外の情報を提供し、戦略づくりの必要資料としてもたらされた。また、以下の3つの実施項目を根幹に活動した。

i) 大規模災害対応合同マニュアルの策定

これまでの災害支援の経験を通して明らかとなった問題点や課題を踏まえ、「現場ですぐに役立つ」ことを目的として企画された。

ii) 災害対応リハチーム育成

iii) 今後に活かすためのデータの蓄積・データの活用

(石川 誠・小泉幸毅・矢野浩二・中島龍星・淡野義長・小林由紀子)

3 現地対策本部のあり方と常駐者の派遣方法

1) 現地対策本部設置のポイント

- ・現地対策本部は、災害時マニュアルにある組織をもとに本部長指揮のもと、災害発生後速やかに設置する。設置場所については、被災地から可能な限り近く、ライフラインや交通・通信機能の復旧が早い地域が望ましく、また本部長をはじめ事務局部員が常駐可能であることが優先される。
- ・現地対策本部設置後は、都道府県や関係市町村の担当部署、並びに広域における保健所等へ報告する。その上で災害リハ活動が開始することを広く周知させ、被災地活動における関係団体との連携を円滑にして、行政の災害対策本部組織上において明確な位置づけがなされる必要がある。

2) 現地対策本部機能のポイント

- ・初期には、被災地状況の情報収集や現地視察、及び会員の安否確認を実施する。
- ・被災地におけるリハに関わる全ての事項については、窓口を一本化し、関係部署や関係団体に対する周知事項をとりまとめる。
- ・避難所や仮設住宅、個別や集団など、災害ステージの変化への対応は、現地ニーズを参考に関係職種と協議し、支援者の派遣数や支援期間の再確認、必要なプログラムの立案・資料作成など可能な限り迅速に対応する。
- ・リハ依頼の内容や転帰したプロセスなどについては、縦断的に情報を分析し、現地の実情に応じたりハ活動について提案する。また、地域の特性や被災前のリハのあり方を考慮し、将来的なビジョンに繋げられるように支援する。

3) 被災地常駐者派遣方法のポイント

- ・被災地常駐となるコーディネーターは、被災市

町村行政や保健所との関係、及び交通などの利便性を考慮し、被災地勤務者、または周囲地域勤務者から選任する。また、被災地が複数の場合は、各地にコーディネーターを配置し、地域の実情に応じた役割を分担させる。

- ・被災により解雇された会員については、各会において可能な限り被災一時雇用を図り、被災地支援の効率性を高める。
- ・被災都道府県以外からの支援者については、被災者の心理面や地域性などへの配慮の他、安全確保のために被災地への交通手段の統一や現地不足物資などの事前情報、及び損害賠償保険や

ボランティア保険などの加入を徹底する。

- ・輪番制による派遣方法については、引き継ぎに関わる責任の所在を明確にし、事前に時間や場所などを設定する。また、状況の変化に応じて見直しを図りながら引き継ぎのポイントについて様式を作成する。
- ・支援者が本来の業務を欠かす部分への補償については、会員所属施設の理解が前提となるが、活動資金同様に都道府県等への理解を求めるとともに災害による国の補正予算状況を随時確認し、可能な限り補填するように努める。

(櫻田義樹)

VI. 平時の対応（事前準備）

A 災害リハビリテーション支援体制のための研修

POINT

- ◆日本では「どこでも災害は起こるものである」という認識のもと、平時から災害教育や研修、訓練を行うことが重要である。
- ◆災害リハ・サイクルは、大きく分けて活動支援期（初動対応期を含む）、生活支援期、地域生活支援期、予防期、準備期の5期に分かれる。
- ◆10団体で行う災害リハの教育、研修の目的は、統一された知識や情報を共有化し、チームによる「シームレスなリハ支援活動ができる人材を育成することである」。

1 災害リハの確立

日本は南北約 3,000 km 続く細長い島国であり平地は国土の約 25% しかなく、前には海、後ろには山が控えている。さらに世界有数の活火山国であり、世界で発生する地震の約 10% を占めている。この約 20 年間に今回の東日本大震災を除いても 5 回の震災に見舞われている。このような環境下で、我が国は自然に勝つことはできない国土といえる（表 VI-12、72 頁参照）。

だからこそ、災害に備えた「準備」として、災害に対応できる教育や訓練を定期的を実施し、未経験の職員であっても適切な対応ができるよう平時から知識・技術を習得しておくことが極めて重要といえる¹⁾。

また、その災害への対応は、その「組織」の成熟度を示すといわれている。そうした重要性を考えたとき、災害リハ支援体制の整備は、未だ確立されているとはいえない。だからこそ、今回の東日本大震災を契機に設立された 10 団体によって、一体化された災害リハ教育を確立する意義は大きいと考える。

1) 災害リハ・サイクル（図 VI-1, 2)^{2,3)}

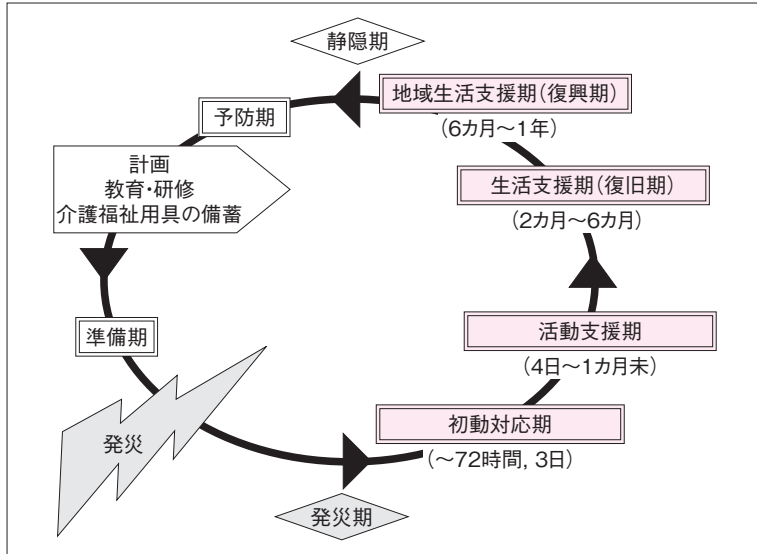
災害リハ・サイクルの中で必要な研修は、活動支援期（初動対応期を含む）、生活支援期、地域生活支援期、予防期、準備期の 5 期に分かれる。

(1) 初動対応期（発災～72 時間、3 日）

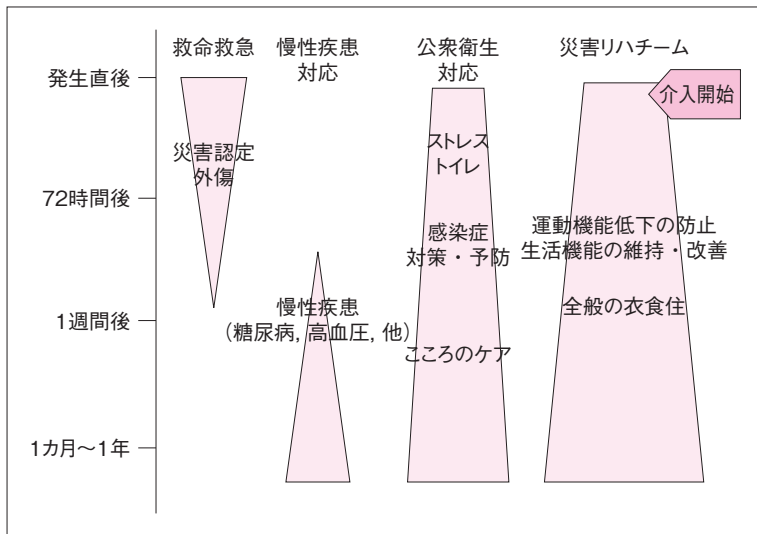
- ・10 団体の各グループのディレクターにより被災地に対する支援介入の是非を決定し、「災害リハチーム」の編成を検討する時期である。

(2) 活動支援期（発災 4 日～1 カ月末）

- ・「被災状況」を把握し、災害リハチームの支援体制を決定する時期である。
- ・被災地の活動報告から、発災後 2～3 日で避難所の状況が把握される。したがって、災害リハチームは、同時期に対策本部を立ち上げ、10 団体間で支援規模を一致させておく。
- ・この時期に必要な知識としては、「災害」そのものを十分に理解しておくことである。
- ・専門職の知識としては、避難所での高齢者や障がい者、あるいは要介護者に対する環境設定が必要であり、医療以外の介護支援の内容も必要となる。
- ・被災者においては慣れない避難所生活で生じる



図VI-1 災害リハ・サイクル



図VI-2 広域災害における経時的なリハニーズ

腰痛などの痛みや生活不活発症候群，そして高齢者の ADL の低下，あるいは褥瘡悪化等の支援が課題となる．そのため，個別の対応以外に予防の観点から，避難者全体に対する集団支援の知識も必要となる．

(3) 生活支援期 (2 カ月～6 カ月)

- ・この時期は発災後 2 カ月以降を想定し，被災地の復旧が始まる時期と考える．
- ・また，この時期は徐々に避難所での生活も落ち

着き始め，地域医療・介護保険サービス・福祉サービスに引き継ぐために，リハアセスメントと地域資源の情報収集手法の理解が必要となる．

- ・福祉避難所や仮設住宅に移転すると，それまでのコミュニティから離れることを余儀なくされ，孤立した生活を強いられる場合が多い．そのため，新たなコミュニティづくりが必要であり，その手法を理解しておくことが必要である．

- ・災害による心理的負担は大きく、閉じこもりやうつ状態を引き起こしやすい状態となる。それらの予防、改善のため「こころのケア」の理解やカウンセリング手法が必要となる。

(4) 地域生活支援期 (6 カ月～1 年)

- ・この時期は発災後 6 カ月以降を想定し、被災地の復興が始まる時期と考える。
- ・福祉避難所や仮設住宅に移転すると、それまでのコミュニティから離れることを余儀なくされ、孤立した生活を強いられる場合が多い。そのため、新たなコミュニティづくりが必要であり、その手法を理解しておく必要がある。
- ・災害による心理的負担は大きく、閉じこもりやうつ状態を引き起こしやすい状態となる。それらの予防、改善のため「こころのケア」の理解やカウンセリング手法が必要となる。

(5) 予防期 (1 年以上)

- ・発災後 1 年を経過してくる頃から、被災地以外では災害自体が風化してくる。それを防ぐためには、この時期に前災害の反省や経験を基にした教育を行うことが大切である。
- ・マニュアルの見直しや災害リハチームの検討など、研究会や報告会を通じて災害リハに関する教育の見直しが必要となる。

(6) 準備期

- ・以上のような多くの教訓から、いつ災害が発生しても対応できる体制づくり (準備) が必要となる。
- ・それは、単に災害の知識習得にとどまらず演習を行うことで、より身体にしみこませた教育が大切になってくる。
- ・災害時の危機管理課など対策本部となるべき自治体の部署とは災害リハチームの役割と専門性の理解を得ておきスムーズな支援準備をしておく必要がある。
- ・連絡先、災害の伝達方法、タイミングなどを関係機関とあらかじめ決めておく必要がある。

2) まとめ

- ・突然の災害に備えて、日頃から関係機関と「顔

のみえる」円滑な情報交換と人間関係を構築しておく必要がある。

- ・日本リハビリテーション医学会を中心として、「災害リハビリテーション支援機構」を設立し、災害時における資金・人材・物品の支援ができるリハ支援システムを確立する。

2 人材育成

1) 直接支援を担う人材 (表VI-1)

(1) ディレクター

- ・災害リハの支援では、各団体の最高上位者として「ディレクター」が存在する。
- ・各団体の統括本部長及び実働責任者がその任にあたる。
- ・派遣規模など、災害時には最も重要な決定を担うことになる。

(2) コーディネーター

- ・コーディネーターは 2 職種に分けられ、ディレクターによって指名されることを原則とする。
- ・一つ目には、被災地で活動する「エリア・コーディネーター」である。
- ・平時においては、他団体と連携を図り、教育・研修の内容統一や開催機会を調整する。また、所属団体内の教育、研修を企画実践する。
- ・災害時においては被災地に赴き、派遣される「災害リハチーム」に指示を出す。具体的活動は、災害リハに関するネットワークを確立し、派遣チームのマッチングや活動場所を指示する。
- ・被災地のリハ医療の被害状況と必要な支援内容の調査、情報収集を行う。
- ・二つ目には「ロジスティクス・コーディネーター」である。
- ・こちらは、被災地外で災害リハチームの後方支援を行う (「後方支援」の項で述べる)。
- ・いずれのコーディネーターにも共通することは、「職域を越えた、高い権限を与えられていなければならない」ことである。
- ・これまでの経験から、優秀なコーディネーターを育成することが、災害リハのスムーズな支援

表VI-1 各団体内での役割

	平時	災害時
ディレクター	<ul style="list-style-type: none"> 各団体の総括本部長 各団体の実働責任者 実働責任者補佐 等が任にあたる 災害時連絡体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 超急性期期間に現地に入り、被災地の状況を把握する 他団体と協調して災害リハ体制を整備する
コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> 各団体のディレクターが指名する 他団体と連携を図り、教育・研修の機会を調整する 所属団体の教育・研修を企画実践する 	<ul style="list-style-type: none"> 被災地のリハに関するネットワークの確立 派遣チームの選定や活動場所を指示する 他団体と派遣規模を定期的に検討する
リーダー	<ul style="list-style-type: none"> 災害リハスタッフ経験2年以上 コーディネーターの行う教育、研修企画をサポートする 	<ul style="list-style-type: none"> コーディネーターの指示のもと、派遣チームで活動支援を行う スタッフと共に実働する チーム内の代表として、指示や報告を行う
災害支援スタッフ (D-Staff)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床経験3年以上 施設長の推薦者 災害リハに強い興味がある人 	<ul style="list-style-type: none"> リーダーの指示のもと、派遣チームで活動支援を行う
緊急支援スタッフ (E-Staff)		<ul style="list-style-type: none"> 臨床経験3年以上 施設長の推薦者 災害リハに強い興味があり災害リハチームと協調性のある人

体制を決定するといっても過言ではない。

- 各団体ではコーディネーターの個人育成はもとより、所属する職場に至るまでの理解ある教育が必要になってくる。

(3) リーダー

- 条件として、災害リハスタッフの経験が2年以上あること。
- 平時においてはコーディネーターの行う教育、研修企画をサポートする。
- 災害時においては、コーディネーターの指示のもと、災害リハチームで活動支援を行う。
- チーム内の代表として、指示や報告を行う。

(4) 災害支援スタッフ (Disaster Assistance Staff = D-Staff)

- 条件として、臨床経験3年以上であり、施設長の推薦者であること。
- 災害リハに強い興味があること。
- 災害時においては、リーダーの指示のもと、派遣チームで活動支援を行う。

(5) 緊急支援スタッフ (Emergency Assistance Staff = E-Staff)

- 緊急支援スタッフは、上記スタッフのような研

修は受講していない。

- 災害時において緊急募集により登録された支援スタッフを意味する。
- その条件は、臨床経験3年以上であり、施設長の推薦者であること。
- 災害リハチームと協調して活動できること。

2) 後方支援・マネジメントを担う人材

- ロジスティクス・コーディネーターは、被災地(現地)外に存在し、主に二つの大きな教育を必要とする。
- 一つは、派遣スタッフを各地域から募集し、被災地に合った派遣チームのマッチングの演習を行う。
- もう一つは、本来の「ロジスティクス」といわれる、後方補給(支援)の演習を行う。すなわち、実働する現地コーディネーター以下のスタッフの支援機能や活動の行いやすい環境整備を行う。
- 日本のDMATの例を挙げると、医師や看護師の他に医療従事者を支援する「業務調整員」と

して、後方支援者をチームの一員とした存在がある。その業務は先に上げた情報収集・提供をはじめ、移動手段の確保、通信、報告・連絡・調整、資器材管理、医療補助、記録、環境整備、会計、安全・健康管理などロジスティクス全般にわたっている²⁾。

- ・後方支援の知識は、単に医療的リハ支援の物品だけでない。すなわち、杖や車椅子などの補装具をはじめ、ポータブルトイレや自立式手すりから滑り止めつき靴下や靴などの衣服に至るまで、避難所で障がい者や虚弱高齢者が、日常生活で必要とする介護用品などの福祉用具全般に亙ってくる。
- ・そうした物品の手配には、仮設住宅や住居移転に伴う住宅改修のための物品調達、改修施工業者やメーカーとの連絡調整などの知識が要求される。

3) リハ専門職以外のリハ研修

- ・災害リハチームの研修では、平時より地元を中心とした保健行政機関や警察、消防、地域自治体との連携体制を整備しておくことが重要である。
- ・特に、災害リハ支援と密な連携を必要とする「保健行政機関」とは、顔の見える関係づくりを目的とした合同研修会を開催する必要がある。
- ・そこで、生活支援の視点だけでなく、生活不活発病や介護・障がい者福祉の視点など、運動介入を含めた専門職だからこそできる支援を理解した活動に結びつける研修が必要である。
- ・災害リハの研修においては地域性が強い関係から、都道府県単位もしくは災害拠点施設を中心としたエリア内での研修が望ましいと考える。

3 チーム育成

1) 直接支援を担うチーム

- ・「災害リハチーム」は、医学会とリハ病院・回復期グループ1名に対して、介護支援専門員グ

ループから1~2名。そして、PT・OT・STグループから4~5名を1つの単位として形成する。

- ・登録されたスタッフ要員で派遣に応じられない状況が生じたときには、「緊急支援スタッフ (E-Satff)」を募集しチーム結成後に支援体制を整える (表VI-2, 図VI-3)。
- ・これまでの災害経験から「被災地の住民が被災地を救う」という言葉がでてきているように、できる限り地元あるいは被災ブロックからのチーム編成を考慮することが必要である (図VI-4)。
- ・災害リハチームは、都道府県単位で登録され、その単位が次のブロックで登録される。最終的な登録は「災害リハビリテーション支援機構」によって管理される。
- ・リハの専門性を活かす目的を考えると、活動支援期には疾病管理や生活環境整備を得意とするチームの派遣を考慮する。
- ・生活支援期以降においては、介護保険領域や障害福祉領域、地域のコミュニティづくりを得意とするチームの派遣が望まれる。

2) 後方支援・マネジメントを担うチーム

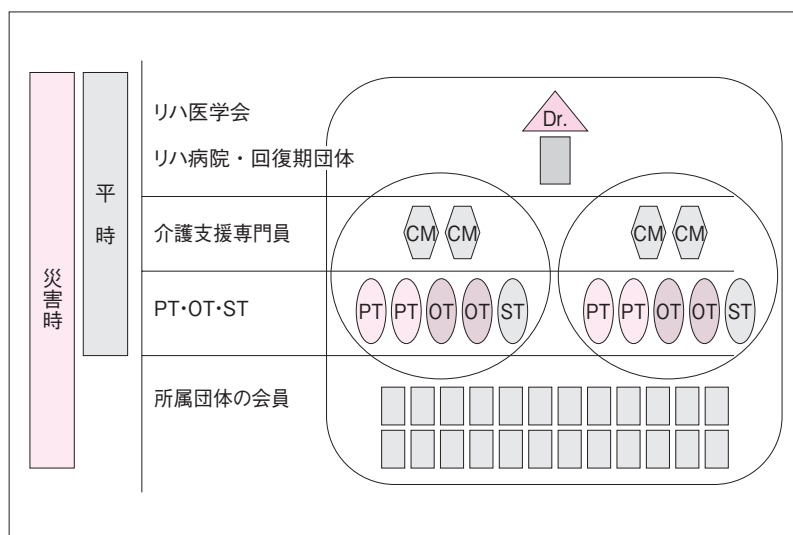
- ・「後方支援 (ロジスティク) チーム」は、被災地から離れた場所で現地の災害規模や被害状況の正確な情報を把握する。
- ・このチーム編成は、支援する1エリアに対して各グループ1名程度、計4名を1つの単位とする。
- ・入手した情報を基に被災地に対する具体的なヒト (支援都道府県、派遣単位) やモノ (福祉用具、生活支援用具、他) を決定する。
- ・支援する時期やその規模にあわせて、派遣チームのマッチングを行う。

4 幅広い災害リハ研修体制 (表VI-3, 図VI-5)

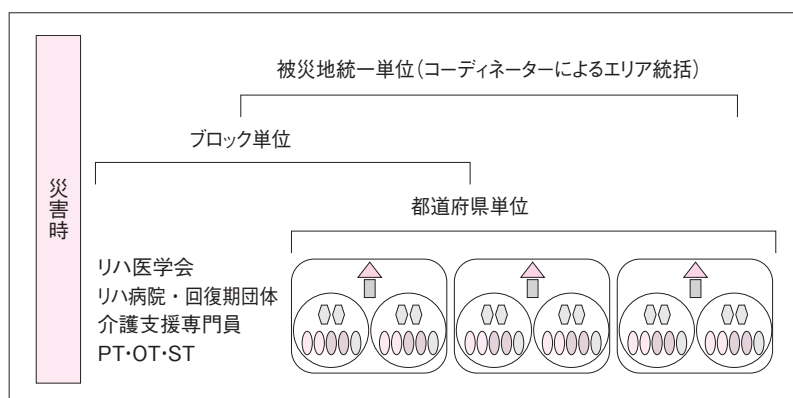
- ・リハ医学における災害研修は、日常的に行っている通常診療の延長が災害時医療の実践であ

表VI-2 10団体のグループ編成

医学会グループ	日本リハビリテーション医学会
PT・OT・ST グループ	日本理学療法士協会 日本作業療法士協会 日本言語療法士協会
リハ病院・ 回復期グループ	全国地域リハビリテーション研究会, 全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会 日本リハビリテーション病院・施設協会 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 全国老人デイ・ケア連絡協議会 日本訪問リハビリテーション協会
介護支援専門員 グループ	日本介護支援専門員協会



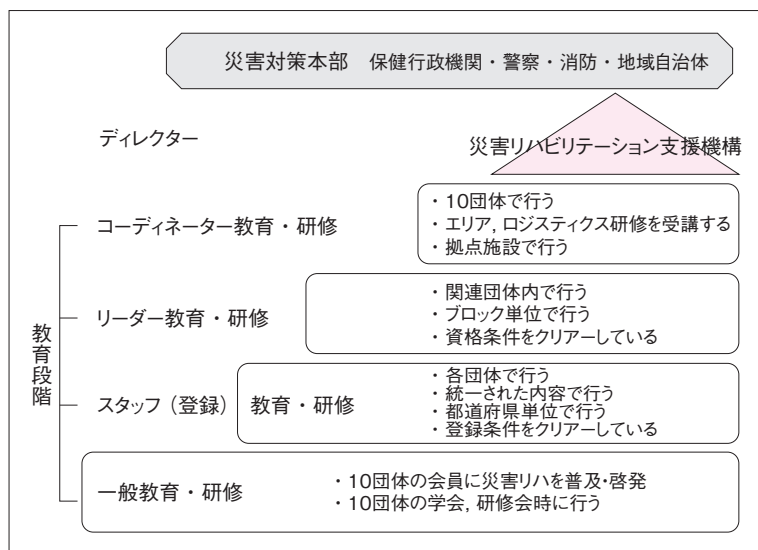
図VI-3 災害リハチームの1単位



図VI-4 地域別リハチーム

表VI-3 災害リハの教育・研修体制

対象	所属範囲	地域	形式	内容
所属会員	団体	都道府県	講義	
スタッフ（登録）	団体	都道府県	講義 演習	設定確定型演習
リーダーとスタッフ	所属グループ	ブロック	講義 演習	状況付与型演習
チーム	全グループ	全体	フルスケール演習	完全抜き打ち型演習
コーディネーター （エリア、ロジスティクス）	全グループ	拠点施設	講義 演習	状況付与型演習



図VI-5 リハ関連職種の教育・研修体制

る、という意識をもつことが重要である。通常と災害時の間に違いがあるとすれば、被災者も支援者もともに未経験の生活環境の中でパニックが追って来ていることである。また、その大きさやそれを感じるとる精神的ダメージが通常診療との違いと考える。だからこそ、支援者は平時からパニックの軽減と予防を目的とした研修が必要である。

1) 一般教育・研修

- ・最初の段階は10団体内で、多くの会員に「災害リハ」に興味をもたせることから始める。
- ・最も重要なポイントは「(我が国においては)災害は、いつでも、どこでも起こるものである」という共通の認識をもたせることである。

- ・災害リハの普及に努め、「災害の備え」を準備することで災害時のハプニングに大きく陥ることなく対処でき、支援者の知識や技術によって被害を最小限に食い止める「減災」を可能にする。
- ・各団体における学会や研修会時に、「災害リハ」の普及・啓発を目的とし講演や体験者の講和などを行う。

2) 災害支援スタッフ（D-Staff）研修

- ・10団体が都道府県単位で、講義と演習形式で研修会を開催する。
- ・模擬的な演習（設定確定型）を取り入れることで、受講者のモチベーションを保つ。

3) リーダーと災害支援スタッフ（D-Staff）研修

- ・10団体内のグループごとに、各ブロックを中心

として研修会を行う。

- ・実践に即した机上シミュレーション、映像シミュレーション、ロールプレイなどの演習（状況付与型）を取り入れる。

4) チーム研修

- ・コーディネーターを中心とした最終の研修会と位置づける。
- ・この研修会からは、都道府県単位の災害リハチームと、地域住民・行政・警察・消防・地域医師会・地域DMATなどが参加した合同連携研修会を実施する。
- ・地域住民や保健師、社会福祉士などが、災害リハ支援の必要な被災者を把握する視点を持ちながら支援活動に取り組む体制をつくる。
- ・10団体が一体となった総合的な災害リハチームのシミュレーションの演習(完全抜き打ち型)を行う。
- ・定期的な研修として、できる限り地域単位でチーム編成が行えるよう、全国統一した総合演習を実施する。ここではじめて地元(地域)の「災害リハチーム」が誕生することになる。

5) コーディネーター研修

- ・10団体の各ディレクターから指名を受けたコーディネーター(エリア、ロジスティクス)は、拠点施設において研修を受ける。
- ・行政・警察・消防・医師会・DMATなどが参加する合同連携した研修会を実施する。

5 教材・ツールの開発

①リハ専門職用

リハ専門職の訓練のための教材やツールを開発する際に注意すべき点を以下に記載する。

1) 注意すべき点

- ・災害リハ支援においては、他の職種でも用語の理解を容易にするため、わかりやすく記載できる項目にすること。
- ・評価や申し送りに用いる書式は時間的効率性を最優先とし、可能な限り簡略化すること。
- ・発災後、時間的経過によって必要なリハ支援の形態が変わる。したがって、それぞれ期別にわ

けて教材やツールを作成すること。

- ・生存者に対してはリハ医療的な介入ではなく、休息が必要な場合もあること。
- ・発災直後から数日間までの間には、救急救命や応急処置を行う可能性があること。
- ・発災数日後から1カ月の間では、避難所の環境設定に関する知識や技術が必要であること。
- ・発災後、避難所などで介入した人々を地域の既存施設に対して申し送る場合もあるが、その際の書式は統一しておくこと。
- ・避難所や仮設住宅などで生活する被災者(特に高齢者など)の生活機能を評価するツールを作成すること。
- ・生活機能が低下している状態に対する介入方法をいくつかのパターンにわけ、ワークショップ形式での教材を作成していくこと。
- ・リハ・トリアージなど、リハ的視点による対応者の仕分けツールを作成しておくこと。

②リハ専門職以外の方用

リハ専門職以外の方々に対する教材やツールを開発する際に注意すべき点を以下に記載する。

- ・一般人は、リハについての認識が低いことを念頭におくこと。
- ・災害の前後でリハ職種ができることを、広く理解してもらうよう努めること。
- ・発災前、避難所の移動スペース確保や簡単なバリアフリー化など、高齢者や障がい者が一時的に生活しやすい環境作成にリハ職種が貢献できることを理解してもらう。
- ・発災前、不活動によって活動性が低下することなどを含む、非感染性の疾病に関する理解を深めること。
- ・避難所や仮設住宅などで生活する被災者(特に高齢者など)の生活機能のセルフチェック評価ツールを作成すること。
- ・10団体の各地域組織の場所や連絡先などを周知できるよう、マップや連絡先などが明記されたものを作成し、発災後に相談してもらう受け皿とする。

6 NPO 法人「災害リハビリテーション支援機構」の設立

この機構の主たる事業目的は、「災害リハチームの支援は、被災地の生活環境を整備することを目指し、被災者の自立支援をすること」である。それを実現するために、「人材育成」や「災害時におけるリハ支援活動の研究」を中心に活動する法人である。

その運用資金にあたっては、各関係団体やリハ支援を行う企業からの寄付金、助成金を中心とする。

しかし、今後は国の災害・防災事業の一助とし

て「災害リハビリテーション支援機構」が社会的に認知され、関係省からの支援によって運用できるような働きかけが必要である。

【文献】

- 1) 奥寺 敬, 山崎達枝・監: 災害時のヘルスプロモーション2(減災に向けた施設内教育研修・訓練プログラム), 荘道社, 2010.
- 2) 日本集団災害医学会・監: DMAT 標準テキスト, へるす出版, 2011.
- 3) 佐々木勝: 医療従事者のための災害対応アプローチガイド, 新興医学出版社, 2010.
- 4) 菅 磨志保, 山下祐介, 渥美公秀・編: 災害ボランティア論入門, 弘文堂, 2008.

(梶村政司)

B 災害対応リハビリテーションチームのデータベース化

POINT

- ◆大規模災害発生時には複数のリハ関連職種で構成される災害対応リハチームが有効である。
- ◆災害発生時に迅速に機能するためには平時からの準備が必要である。
- ◆関連する複数職種が必要情報をいつでも取り出せるようにデータベースを構築しておくことが望ましい。
- ◆データベースの中心は災害対応リハチームの活動を発災時に迅速に開始させるための情報となる。

1 災害対応リハチームに関するデータベース構築の必要性

- ・これまで阪神淡路大震災, 新潟県中越沖地震など, 規模の大きな災害発生時には, それぞれの地域を中心として災害発生後の要援護者に対応したリハ関連領域の職種や団体があった。
- ・体験を通して, 災害発生後の初動体制で求められること, 長期化する避難生活の中で二次的な問題として生じてくる問題点とその対応, また復興期の街づくりまで視野に入れた支援のあり方などについてマニュアルや報告書にまとめられたものがある^{1)~4), 6)}。
- ・様々な準備を整えておいたとしても, 想定を遙

かに超える災害に見舞われる可能性もある。今回の東日本大震災はまさしくそのケースであり, 被災した範囲が極めて広く, かつ被害の主なものは地震によるものではなく津波によるものであった。

- ・迅速な対応が求められる災害発生時にあっては, 事前準備が重要であり, 過去の経験に基づく報告書やマニュアルが活かされた部分もあったが, 十分とはいえない部分も多々あることが明らかとなった。
- ・東日本大震災においてはリハ関連職種が個々の職種としてではなく, 10以上の学協会という複数の組織の集合体として対応を行った。
- ・集合体としての対応では構成員である各団体の

表VI-4 データベースに盛り込む内容

- 行政との関係性の確保
都道府県、市町村の防災対策窓口一覧
- 広報に関する情報
広報関連一覧
- 災害対応リハチームの活動開始のために必要とされる事柄
 - ・構成諸学協会の平時の連携
 - ・連絡体制
 - ・必要機材一覧
 - ・機材、物資の確保先一覧
 - ・行政からの確実な情報収集
 - ・災害対応経験報告書など

統一された意思決定が必要であり、様々な情報を管理し、実行していくための事務局機能をつくる必要が生じた。

- ・単独の学協会に対応する場合は全く対照的である。
- ・リハチームの活動は災害発生後の被災地でリハを必要とする患者や災害時要援護者に有用であっただけでなく、潜在的な災害時要援護者となりうる、廃用症候群の予防という観点からも十分、役に立つことを証明することができた。
- ・行政との窓口を平時からもち、関係性をつくっておくことにより、災害発生時にもより円滑な活動開始が可能となることも明らかである。
- ・東日本大震災の発生後に対応した経験から、これまでの過去の災害の報告書にはない部分についても事前準備をする必要性が改めて確認された。
- ・東日本大震災のような大規模災害においては今後も今回のようにリハ領域は複数の職種がまとまった形で、対応する必要があると考えられる。
- ・今回の経験を蓄積し、今後、その経験をどのように次の世代に伝えていくかを考えなければならない。
- ・災害対応のリハチームに関するデータベースが構築され、関連する学協会によってその情報が常に更新されていれば、いつでも最新の情報にアクセスすることが可能となる。

2 データベース化の具体的方法

- ・データベース化は収集された情報を適切に管理することであると同時に活動を構造化することである。
- ・発災時に必要とされる情報を速やかに収集し、その情報に基づいて情勢を正確に判断し、必要とされる支援を迅速に継続的に提供するために必要な作業である。
- ・まず情報には様々な精度のものが含まれている。効率よく必要な情報を選び出す前提として情報の精度を上げておくことにより、効率的で有機的な活用が可能となる。
- ・リハチーム内部で、それぞれの構成団体において平時から地域組織との緊密な連絡網を整備する。地域組織では全国組織と並行して地域における会員情報の管理を行い、連絡網を整備する。

3 データベースの内容 (表VI-4)

- ・行政との関係性の確保
防災計画など具体的な対応は市町村が策定しており、災害時要援護者支援に関する項目も含まれているところが多い⁵⁾が、災害対応リハチームの位置づけは明確でなく、今後の働きかけが必要である。
- ・広報関連 URL 一覧
情報収集と同時に情報発信も行うことを想定しておく必要がある。
- ・発災時に災害対応リハチームの活動を開始させる手続き
事務局を設置し戦略会議の招集を行い、被災地のニーズを含む情報収集を迅速に開始するためには、平時からの構成学協会の連携体制や研修などが必要であり、構成員の連絡体制、機材、物資の確保、行政との関係性の確保のための情報が必要である。

【文献】

- 1) 阪神・淡路大震災 巡回リハビリテーションチーム活動報告書。社団法人日本作業療法士協会。平成7年7月。

- 2) 阪神淡路大震災における巡回リハビリテーションチームの活動報告. 社団法人 兵庫県理学療法士会. 平成 7 年 1 月.
- 3) 「自然災害発生時における医療支援活動マニュアル」平成 16 年度 厚生労働省科学研究費補助金 特別研究事業 新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究報告書.
- 4) 復興支援組織設立に関する検討調査 調査報告書. 内閣府. 平成 13 年 3 月, <http://www.bousai.go.jp/fukukou/pdf/fukkoukentou.pdf>

- 5) 災害時要援護者の避難支援に関する調査結果報告書. 内閣府 (防災担当). 平成 21 年 3 月, http://www.bousai.go.jp/3oukyutaisaku/youengosya/h20/h20_pdf/H20youengosya.pdf
- 6) 派遣活動報告書. 東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体. 平成 24 年.
- 7) 防災消防博物館, http://www.bousaihaku.com/cgi-bin/hp/index.cgi?Page=hpd_view&ac1=ZL16&ac2=&ac3=369

(深浦順一・立石雅子)

C 事前訓練・シミュレーション訓練

POINT

- ◆多職種が連携できる仕組みづくりとともに、事前訓練を行い、課題を整理して災害発生に備える。
- ◆災害時の対応の基本は行政窓口であるため、平時から都道府県・市区町村などとの連携を強化し、事前訓練を行うことが重要である。

1 事前訓練の必要性

- ・災害発生時には、その時期に応じた適切な支援が必須である（「G」2 支援ニーズの把握」（68 頁）参照）。
- ・多職種で連携し、情報を共有することが、平時から必要となる。
- ・災害発生時には、情報網や交通網の混乱、物流の遮断などあらゆる生活への支障が生じることが予想されるため、平時からの事前訓練・シミュレーション訓練をしておく必要がある。
- ・事前訓練・シミュレーション訓練については、想定される情報などの共有事項（表 VI-5）について、年 1 回程度は行わなければならない。

ここ数年で大きな災害を経験した教訓より、今までは「救命救急」を優先してきた災害対策から、災害の種類や規模、被害状況などに応じて柔軟に、かつ適切に支援をしていく必要性が明確になった。

東日本大震災では、できる限り多職種での情報共有と支援活動の連携を心がけた。このように、重複した支援により被災者を疲弊・疲労させないようにすることが重要となる。これと同時に、多職種連携

表 VI-5 多職種で共有すべき事項（例示）

- 被害状況
人的、家屋などの環境、道路や鉄道などの交通網、生活必需設備（上下水道・ガス、電気）、情報ツール（携帯電話、無線・有線 LAN、有線電話、など）
- 安否確認
住民、自職種、関連職種
- 有効資源の情報確認
 - ① 社会資源
行政機能、保健・医療・福祉制度と関連施設
 - ② 物資
水・食糧、衣服・布団など生活用品、おむつ・生理用品などの生活関連用品、
 - ③ 連絡・交通手段
情報網（携帯電話回線、LAN 回線、テレビ・ラジオ、有線、など）、陸・空・海路（特に道路状況）
- その他

による情報共有、災害時の役割確認、必要物資の調達などについては、事前訓練・シミュレーション訓練をして備えるべきである。

特に、情報共有では、「有効資源の情報確認（表 VI-5）」として、被害状況だけでなく、支援における有効な資源の情報（「ある・なし」や「どのように入手できる」、「どの施設・組織が活用できる」、「どの

ような人材（職種）が支援できる」など）が重要である。

2 多職種による情報共有の仕組みづくり

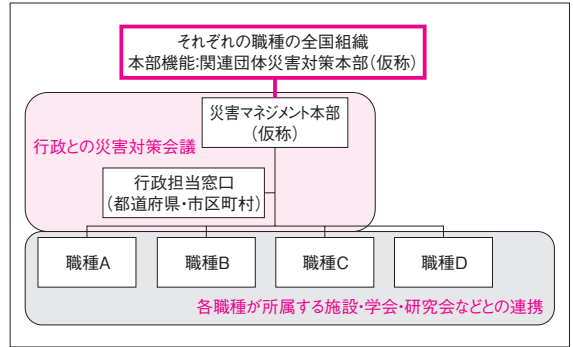
- ・基本単位を「都道府県」として、多職種間の情報網を構築する。
- ・情報の共有（集約と発信）のために、「災害マネジメント本部（仮称）」を設置しておくことが必要である。
- ・「災害マネジメント本部（仮称）」は、平時から行政（都道府県、市区町村）と連絡を密にし、有効に情報共有ができるよう関係構築をすることが重要である。

災害対策にあたっては、都道府県や市区町村が行政機能の中心であるから、同様の単位で多職種間の連携機能を構築することが効果的である。また、多職種間での連携機能を代表する「災害マネジメント本部（仮称）」を置くことは、多職種間での情報共有（集約と発信）の中心となるだけでなく、行政機能との連絡調整機能が期待できる。さらに、多職種連携としての災害支援の取り組みとは別に、組織的に災害支援に職員を送り出す体制のある施設（日本赤十字病院や済生会病院など）とも連携した支援体制を構築することが望まれる。

基本的な災害対策支援の取り組みは、行政（都道府県または市町村区）が主体であるため、該当行政機関の窓口となる部署とも、平時から情報の共有ができる関係づくりが必要である（図VI-6）。

3 事前訓練・シミュレーション訓練の実施と検証

- ・多職種によるものだけでなく、行政機能とともに実施する訓練が重要である。
- ・「意思決定訓練」「実技・実動訓練¹⁾」に大別できるが、可能な限り、具体的な想定と手段で実施



図VI-6 情報共有のための組織案

することが重要である。

- ・訓練後の課題整理とその解決策の構築と実践のために、事前訓練・シミュレーション訓練の必要性を認識しなければならない。

事前訓練・シミュレーション訓練の目的は、災害時に効果的に意図する情報共有や体制の構築が可能な限り円滑にできるかを点検することである。特に、「実技・実動訓練」にあつては、情報網（連絡網）の確認や避難訓練、救命救急措置の訓練などが挙げられる。訓練では、その場での「行動の可否」は結果として重要ではあるが、むしろ、訓練課程における課題を抽出・分析して、その後の体制をより確かなものにするのが求められる。この観点から、「ヒヤリ・ハット」「インシデント・アクシデント」のような医療安全の基本を活用して、体制の整備に重点を置かなければならない。

また、行政と連携して、平時から体制構築とその確認ができることが重要である。行政と連携することで、住民とともに訓練を行い、住民への動機づけにつながることを期待できる。

【文献】

- 1) 小田島 芳：第9回 防災・危機管理における訓練のあり方について。日経BP net, <http://itpro.nikkeibp.co.jp/article/COLUMN/20070517/271334/> (2011年12月24日引用)

(小林 毅)

D 災害時の執行機能

POINT

- ◆ 平時より事前訓練を実施することは、災害に備える有効な手段である。
- ◆ 事前訓練から、具体的に「被災地」と「全国組織の窓口」などの機能を明確にしておくことが望ましい。
- ◆ 事前訓練に際しては、行政と連携することが重要である。

1 被災地の事務局機能：災害マネジメント本部（仮称）

- ・多職種間で情報共有と連携機能を強化するためには、中心となる「事務局」を設置し、機能させる必要がある。
- ・「事務局」は、災害支援の窓口となる行政単位（都道府県）に原則1つ設置する（図VI-6（54頁）参照）。
- ・「事務局」は、多職種間での利便性に鑑み、設置することが重要である。
- ・「事務局」は、災害の支援の窓口となる行政（都道府県・市区町村）と事前訓練などを含めて、平時よりの連携に努める。

「事務局」の機能は、多職種の情報と活動などを集約するうえでも重要な役割を担うことになる（表VI-6）。また、災害の支援時には、行政（都道府県・市区町村）との連絡調整をする窓口機能を有する。「事務局」の設置は、都道府県単位を基本とした範囲で、多職種の合意を得て設置する。なお、この際の「多職種」とは、医療職種に限らず、保健・福祉（介護）などの住民の生活に関連する支援をする全ての職種と解釈すべきである。このためにも、平時から多職種間で役割を理解するための勉強会、シンポジウムなどを開催し、あわせて広く行政・住民にも周知広報することが望まれる。

2 被災地の事務局のバックアップ機能

- ・事務局機能は、副担当者を置くなど分担する体制を構築する。
- ・副担当者は、職種や地域により分担できることが望ましい。

事務局は、災害時に最大限に機能を発揮する点では、その機能を一極化する必要がある。しかし、災害の種類や規模など東日本大震災の教訓から、一極化した機能が崩壊した場合には情報の集約だけではなく、組織の初動が遅れることが大きな課題となる。このため、あらかじめ機能を代行できる体制（図VI-7）を構築し、平時から広報していくことで主たる機能が稼働しない際にできる限り円滑に機能を維持・代行することが期待できる。

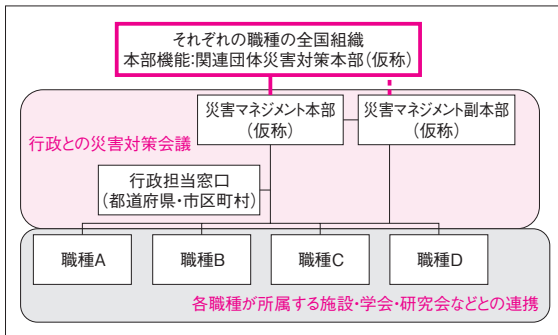
また、事務局機能の一極化は、該当事務局の負担が増大するので、平時より分担した活動をすることが望ましい。加えて、機能を分担することで、全ての職種が平等に災害への意識をもち、災害時に同レベルの意識で支援活動に従事できるものと考えられる。

3 全国組織の事務局機能：関連団体災害対策本部（仮称）

- ・関連する職種団体では、全国的な組織間でも事務局機能を整備すべきである。
- ・事務局機能は、主たる事務局機能を置く他、非常事態に備えて、代行できる機能を別に置く必要がある。

表VI-6 「事務局」機能

【平時】	【災害時】
<ul style="list-style-type: none"> ● 多職種間の連携 ① 連絡体制の整備・修正・維持管理 ② 訓練の企画・実施，課題の検討・修正 ③ 行政・住民への広報啓発活動 ● 行政との連携 ① 連絡体制の整備・維持管理 ② 訓練の企画・実施，課題の検討・修正 <p>【その他】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 多職種間の情報の共有 ① 情報の収集と分析・発信 ② 社会資源の情報収集と分析・発信 ● 行政との連携 ① 連絡体制の強化・維持確保 ② 「対策本部（仮称）」の設置推進と参画 ● 支援体制の中央機能 ① 災害マップの作成（災害状況，派遣状況） ② 情報分析と行政との支援体制確立 ③ 派遣が必要な情報収集と分析，発信 ④ 被災地への支援調整 <p>【その他】</p>



図VI-7 事務局機能の分担化（イメージ）

・代行する機能は、地域や職種などにより、分担することで各職種の動機づけにつながるものと期待できる。

「災害マネジメント本部」（仮称）と同様、「関連団体災害対策本部（仮称）」についても、通常は情報の集約など一極化することになるが、主たる事務局機能が被災することも考えられるため、異なる職種が担ったり、事務局機能を置く地域などを分担することが望ましい。

（小林 毅）

E マニュアル・ツールの収集・整理・整備

POINT

- ◆災害マニュアルは災害発生時の具体的な行動を示す指針となる。
- ◆災害マニュアルには「みやすい」「わかりやすい」「使いやすい」の要素が必要である。
- ◆災害マニュアルは災害訓練と組み合わせて活用されるべきである。
- ◆マニュアルは適宜見直しをし、常時役立つものしておく必要がある。
- ◆防災・備蓄用品はチェックシートなどを活用し、平時より整備・保管される必要がある。

1) 災害マニュアルの必要性について

・災害マニュアルがない状況では、具体的な対策

を遂行する手段や手続きが混乱し迅速かつ確な対応ができなくなるため文章化しておくことが必要である。

- ・災害マニュアルは災害発生時に社員の具体的な行動を示す指針となるものであり、事前に作成することで社員の防災意識を高め、災害時の場面で的確に対応するための助けとなるものである。
- ・災害時に、人の思考力・判断力は平時に比べて格段に落ちる。そのため事前に災害対策や災害対策本部設置のマニュアルが重要となる。
- ・災害マニュアルのポイント
 - (1) 簡潔で誰もが理解できること
 - (2) 人命の安全確保を最優先していること
 - (3) 災害時の実態に即していること
 - (4) 責任者は一人に限定せず代行者を決めておくこと
 - (5) 緊急連絡網を作成しておくこと
 - (6) 平時の防災訓練に利用できること

2) 事前の対策

- ・建物の耐震診断を行い、必要に応じて耐震補強を行う。
- ・地震によって倒れたり、落ちやすい物については固定する。
- ・入口をふさぐ恐れのある物は固定する。
- ・消火器や避難器具の取り扱い方を熟知しておく。
- ・通信手段を確保する。
- ・ヘルメットなどの防災用具、水や食料などの備蓄品を用意する。
- ・防災訓練を実施する。
- ・非常もち出し品を確認する。

3) 災害マニュアルの効果と限界

- ・マニュアルがあれば効果的な対応がとれるという楽観的な考えがある反面、マニュアルがあっても役に立たないという悲観的な考えも存在する。
- ・マニュアルの運用にあたっては効果や限界を把握し、防災訓練を通じて得られた問題点や課題点を踏まえて見直される必要がある（表VI-7）。

表VI-7 マニュアルの効果と限界

マニュアルの効果	マニュアルの限界
<ul style="list-style-type: none"> ・職員の動員が迅速・的確にできる ・役割分担により混乱なく業務を指示できる ・情報収集や伝達が明確になる ・対策や手続きが合理的に判断できる ・対策を実行するための資源の把握、調達・運用がしやすくなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの習熟は困難である ・マニュアルで表現できない不確実性が存在する ・混乱の中ではマニュアルに書かれている通りの対応はできない

4) 災害マニュアルの作成に関する留意点

- ・災害マニュアルの作成及び運用上の一般的な留意点としては以下が挙げられる。
 - (1) 当該地域で発生可能な災害を想定する
当該地域で起こりうる可能性のある具体的な災害を想定して作成する。
 - (2) 地域特性に応じたマニュアルを作成する
人口や高齢化の状況、地勢、位置、地域の自然的・社会的特性を十分考慮しながら作成する。
 - (3) 人を動かすものと組織を動かすものを区別する
防災担当者や一般職員それぞれの行動や規範を示すものと、組織全体としての指揮命令系統、活動手順、記録様式等を示したものに区別する。
 - (4) 平時に活用するものと災害時活用するものを区別する
平時の訓練で活用されるものは災害をイメージし、災害の各段階でとるべき対策と実施方法を検討・整理したものであり、災害時はその要点を抜粋したもの（チェックリストなど）を準備しておくことが有効である。
 - (5) 権限を明確にする
権限の多くを首長や管理職等に集中する方法は迅速な対応が阻害されるので、可能な限り下部門に権限を与えておく必要がある。
 - (6) マニュアルを固定的に捉えない
発生する災害は多様であり、作成したマニュアルが適合するとは限らない。作成したマニュアル

は災害の応じて柔軟に活用するものと捉えるべきである。

(7) 市町村，都道府県その他の関係機関・団体との連携を重視する

災害発生時の各種活動は，市町村，都道府県その他の関係機関・団体との連携により遂行される。マニュアルの作成の段階からこれらの組織と連携をはかることで，活動の整合性を高めることができる。

5) 災害マニュアルの例（コンパクトサイズ用） （表VI-8）

安全確保	<ul style="list-style-type: none"> ・人命保護を最優先する ・慌てない
安否確認	<ul style="list-style-type: none"> ・声を出し合って安否の確認を行う ・所属長は職員の安否を確認し，人員を把握する ・休暇中の者には連絡をとり安否の確認を行う ・外来者の安否確認を行う
避難	<ul style="list-style-type: none"> ・誘導班や院内放送の指示に従い，落ち着いて行動する ・不慣れな外来者の誘導には特に気をつける ・避難は原則として1階に向かうものとする。 ・避難場所においては，対策本部の指示に基づいて行動することとし，自己判断で帰宅するなどの行動を起こさない ・社外にいる職員は，周囲の状況から移動可能と判断されたときは，自宅または避難場所へ移動する
消火	<ul style="list-style-type: none"> ・出火を発見した者は大声で連呼し，付近の人に出火した場所を知らせる ・極力，自衛消火に努める ・自衛消火が困難な場合は，消防署へ連絡し，防火扉などを閉めて避難する ・延焼が拡大し，危険が迫った時は，近隣の広域避難場所に避難する ・広域避難場所はあらかじめ指定された所とする
救護活動	<ul style="list-style-type: none"> ・閉じ込められたり，器物の下敷きになっている人がいる場合は，居合わせた者が協力して救出活動を行う。その際，二次災害を起こさないように注意する ・けが人が出た場合は，応急手当をする

表VI-8 続き

救護活動	<ul style="list-style-type: none"> ・重傷者については，対策本部と連携をとって必要な措置を行う
非常持出	<ul style="list-style-type: none"> ・非常持出品管理班が搬出する
被害状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・情報収集を行い，冷静に行動する ・職員及び家族の安否の確認に努める。安全が十分に確保されるよう対策本部を中心に救援・救護対策を実施する ・自宅にいる職員の場合は，電話連絡が可能であれば本人及び家族の安否について所属長に連絡する ・建物・情報システム・車両等の被災状況を把握し，活動再開の準備を行う ・交通状況を把握し，院内に通達する
二次災害防止	<ul style="list-style-type: none"> ・落下しやすい物は床に置く ・火災防止のため，コンセントを抜く ・停電した場合はブレーカーを落とし，ガスの元栓も閉める
帰宅	<ul style="list-style-type: none"> ・交通機関の不通の場合は，被害状況を確認し安全な帰宅ルートを確認のうえ，徒歩で帰宅する。 ・帰宅困難者を出さないためにも，院内に泊める場合も検討する
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて，地域住民あるいは地域防災組織と協力し，避難場所等における地域救援活動に積極的に参加する

6) 医療面における災害マニュアルについて

- ・1995年に発生した阪神淡路大震災の教訓より，1996年5月10日厚生省健康政策局（現：厚生労働省医政局）長通知として，「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」が出され，病院防災マニュアルの作成と防災訓練が指摘されている。
- ・病院防災マニュアル作成ガイドラインは <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/98/gc01kose.html> にて紹介されている。

7) 医療団体における災害対策について

- ・東日本大震災について，各医療団体ではボランティア派遣，被災会員の支援，募金活動が行われた。また，専門領域におけるチラシや広報活動を行い被災者の生活不活発病等の予防に取り

組んだ。

- ・各医療団体の対応マニュアルやパンフレットに関しては、「Ⅷ H) 各種マニュアル・パンフレット (222 頁)」を参照すること。

【文献】

- 1) 災害対策マニュアル (地震), <http://www.yokohama-cci.or.jp/sangyoubousai/manual.pdf>
- 2) 第2章地震災害応急対応マニュアルに関する基本的な考え方, <http://www.bousaihaku.com/images/B/a002.pdf>

pdf

- 3) 医療面における危機管理マニュアルの意義・有用性—災害対策を中心に—, <http://www.niph.go.jp/kosyu/2003/200352020005.pdf>
- 4) 自然災害発生時における医療支援活動マニュアル 平成16年度 厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」, <http://www.pref.shiga.jp/e/seishinhoken/touhokutihoutaiheiyookijishinmental/manuarutou/shizensaigaiyoumanual.pdf>

(内山量史)

F 現地業務に必要な書類等への対応

POINT

- ◆医療情報の再構築が必要である。
- ◆統一書式への医療情報の記入が望ましい。

1 統一した書式の活用

- ・ひとたび東日本大震災や阪神淡路大震災のような震災が起これば、医療施設や介護施設などで今までに構築されていた医療情報を直に利用することは極めて難しい。そのため、避難所や応急診療所などで、問診や診察により医療情報を再構築して行かなければならない。
- ・しかし、現場で得られた情報は非常に重要でその後の救援・援助活動にはなくてはならないものとなる。また、得られた情報は、多くの医療従事者やボランティアが活用する。情報共有や連携のためには統一の書式への医療情報の記入が望ましいと考えられる。
- ・日本リハビリテーション医学会では、専門医会を中心に災害現場でのリハ医療に用いる検診チェックリスト (通常版=表Ⅷ-9, 簡易版=表Ⅷ-10 (217 頁) 参照) を作成した。実際に10団体での支援活動でも利用された。
- ・情報の共有化については、大震災発生後には多くの支援の要請や支援の提供が寄せられる。日

本リハビリテーション医学会では、ホームページ・震災ページ内に「支援要請/支援します」コーナーを設けて共通書式 (表Ⅵ-9) で情報を共有できるようにした。

2 被災者の治療用装具に係る療養費の取り扱い (装具業者による代理受領)

- ・日本リハビリテーション医学会、日本整形外科学会、日本運動器科学会、日本臨床整形外科学会、日本義肢装具学会では、被災された方々が必要とする補装具が作製・使用できるように、補装具製作者が迅速に補装具費用の支払いを受けられるように、厚生労働大臣へ要望書を提出した。
- ・その甲斐あって、東日本大震災による被災者の治療用装具に係る療養費については、あらかじめ事前にまとめた費用を準備することが困難な被災者がいることも考えられることを踏まえ、被保険者等の経済的負担の軽減を図る観点から装具業者による代理受領により受給するこ

表VI-9 日本リハビリテーション医学会 掲載版「支援要請/支援します」

【支援要請】

月日	地域	名前	施設名	人	物	資金	転院希望	患者移送手段	その他	マッチング済
110323	宮城県 仙台市	○○○○	○○大学 リハ科	リハ医1名、期 間は相談	T字杖 10本	10万円 必要	頸損1名、全 身状態安定	なし		○
110323	岩手県 気仙沼市	○○○○	○○病院				脳卒中患者5 名	県のバス		○
110323	福島県 相馬市	△△△△	△△病院	医師3名、看護 師5名						
110323										

【支援します】

月日	地域	名前	施設名	人	物	資金	転院受入れ	患者移送手段	その他	マッチング済
110323	千葉県 ●●市	●●●●	●●病院	PT2名派遣可 能(1週間)			頸損1名受け 入れ可能	病院救急車で 迎え		○
110323	三重県 ××市	×××	××大学 ××科			10万円 寄付				○
110323	大阪府 ◆◆市	◆◆◆	◆◆大学 ◆◆病院	リハ医1名派遣 可能(3日間)						
110323	東京都 □□区	□□□□	□□大学 □□科	リハ医1名派遣 可能(3日間)			脳卒中2名受 け入れ可能	未定		○
110323	東京都 ##区	###	##大学 リハ科	リハ医1名派遣 可能(1か月間)	杖装具 若干量					○
110323	岡山県 ++市	++++	++大学 リハ科	リハ医2名派遣 可能(1週間)			患者5名受入 れ可能	未定		○

代理受領に係る治療用装具療養費の受領委任状

治療用装具に係る療養費の受領を下記の者に委任します。

平成 年 月 日

委任者 住所 _____

氏名 _____ 印

受任者 住所 _____

事業者名 _____

代表者氏名 _____ 印

図VI-8 書式1

平成 年 月 日

様

治療用義肢・装具納品明細書

治療用義肢・装具名: _____

単位:円

要素区分	型式・材料等	価格	個	金額
基本価格				
製作要素				
完成用部品				
計				
3%(注)				
合計				

注:厚生労働省告示価格の合計に3%を乗じた金額です。
なお、小数点以下は切り捨てとします。

担当義肢装具士名 _____ 印

住 所 _____

事業者名 _____

代表者氏名 _____ 印

図VI-9 書式2

とができることとなった。

3 保険者への請求方法

①代理受領により、治療用装具に係る療養費の支給を受けようとする被保険者等は、治療用装具の製作を装具業者に依頼する際、保険者から交付された一部負担金等の免除証明書を提示することにより、代理受領を依頼する意思を表示する。

②被保険者等は、療養費支給申請書に被保険者証の記号・番号、生年月日、氏名、負傷原因等の必要事項を記載するとともに、受取代理人の欄に必要事項を記載する。なお、申請書に受取代理人の欄がない場合には、療養費の受給を装具業者に委任する旨の委任状（書式1：図VI-8）を添付する。

③被保険者等は、必要事項が記載された申請書に、医師の「意見および装具装着証明書」等の通常必要とされている書類を添付して装具業者へ提出する。

④装具業者は、被保険者等から提出された申請書の受取代理人の欄に必要事項を記入するとともに、当該申請書の上部に赤色で「災」と記載し、治療用装具の納品に関する明細書（書式2：図VI-9）及び市町村との間で代理受領の登録・契約を行っていることが証明できる契約書の写し等（①治療用装具の場合に限る）を被保険者等から提出された書類と併せて保険者へ提出する。

⑤その他、代理受領による療養費の詳細な申請方法等については、各保険者に問い合わせる。

（菅 俊光）

POINT

- ◆内閣府をはじめとする関係省庁は法令について規制緩和や期間の延長等を行い、防災基本計画をはじめとする様々な制度や計画についても見直しと修正が行われている。
- ◆国の防災の基本は災害対策基本法に基づく防災基本計画であり、地方自治体には地域防災計画の作成が義務づけられている。
- ◆支援ニーズには、「被災地行政」「被災者」「被災支援者」の3つを総合的に分析する必要がある。
- ◆ニーズの把握には、時々刻々と変化する被災地の状況に応じた情報の収集・整理・分析による方針決定が重要である。
- ◆日本では過去に大規模な自然災害が発生しており、一部の団体・個人より災害対策に関するリハ関連ガイドライン・マニュアルや災害リハに関する報告が散見される。
- ◆東日本大震災の被災者の健康を支援するため、医療・介護関係団体からなる被災者健康支援連絡協議会（以下、協議会）を設ける。平成23年4月22日発足。
- ◆協議会は、政府の被災者生活支援特別対策本部の下に設置し、本部からの協力要請を受け、次の取り組みを行う。
 - ・被災地の医療ニーズに対応し、医療チームの中長期的な派遣を確保する。
 - ・その他、避難所をはじめ被災地の健康確保上のニーズを把握するとともに、感染症対策など被災者の健康確保に必要な取り組みを行う。

1 防災対策の動向

①制度・通達等

- ・東日本大震災発生後、津波による人的被害の甚大さ、広域な被災地、さらには放射能汚染の問題など、想定を超える被害を踏まえ、国をはじめとして自治体も各種の見直しを行っている。
- ・内閣府の中央防災会議は9月発表の専門調査会の最終報告を踏まえ、防災基本計画の修正を継続的に提言する。
- ・従来は防災基本計画では津波対策は自然災害各編の震災対策編の1章であったが、修正案では、津波災害対策編が別立てされ、地震災害対策編と並ぶ自然災害各編の1編を構成する位置づけとなった¹⁾。
- ・平成24年春以降に事故災害対策各編の原子力災害対策について体制の見直しを行うなど防災基本計画の継続的な修正の予定が示されている。
- ・被災者に対する生活再建支援、種々の規制緩和や期限の延長なども順次行われており、それらは内閣府の防災情報のページ²⁾や平成23年版防災白書³⁾から確認ができる。
- ・厚生労働省関連では健康・医療、災害救助・生活支援、食品・水道、雇用・労働、社会保険・労働保険、福祉・介護・その他という分野別に情報を発信している⁴⁾。
- ・被災者生活再建支援法⁵⁾は平成23年8月に最終改正が行われているが、今後、災害対策基本法⁶⁾、災害救助法⁷⁾などの法律についても改正される可能性がある。
- ・今後の防災対策については制度・通達など随時、確認し、修正があった場合には情報を更新し、それに伴う防災対策の修正が必要かどうか、確

認が必要となる。

②国・自治体

(1) 国の対応

- ・国の防災の基本となるのは災害対策基本法に基づき、中央防災会議が作成する防災基本計画である。
- ・防災基本計画には災害予防、発生時の対応、復旧などについて、防災に関する総合的かつ長期的な計画や、中央防災会議が必要とする防災事業計画及び地域防災計画作成基準が記されている。
- ・国は震災による被害への対応を行いながら、防災対策の見直しや拡充を図るという状況にある。
- ・放射能汚染の問題などは完全に収束していないという状況から、事後処理と防災対応とが同時に行われている。
- ・防災については内閣総理大臣を会長とし、防災担当大臣以下、全閣僚、指定公共機関の長や学識経験者からなる中央防災会議が中心となって検討が行われている。
- ・中央防災会議は必要に応じ、議決によって専門調査会を設置することができる。

防災施設の新設または改良、防災のための調査研究、教育及び訓練その他の災害予防、情報の収集及び伝達、災害に関する予報または警報の発令及び伝達、避難、消火、水防、救難、救助、衛生その他の災害応急対策並びに災害復旧に関する事項別の計画

防災対策推進検討会議

- ・専門調査会である防災対策推進検討会議では、巨大災害において国・都道府県・市町村の果たすべき役割、防災力を高める平常時の行政・地域・市民・企業などの取り組みを推進する仕組み、また災害対策法制の見直しなどについて検討されている⁸⁾。
- ・「巨大災害」については個別な特別措置法により手当てされ、恒久的制度はないことから復興のための迅速な対応のためには組織体制をあらかじめ法的に位置づけておくべきではないかと

いう論点がある。

- ・災害対策基本法については災害対策の母法として、予防、応急、復旧、復興という防災の基本理念を基本理念を明確にし、また被害を最小化するという「減災」の方針を明確にすべきではないかという点が検討されている。
- ・救難から自立まで被災者への支援を実施するために被災者支援関連法制（災害対策基本法、災害救助法、被災者生活再建支援法など）に支援期間と支援内容を体系的に提示することについても検討されている。
- ・被災者支援に係る論点として、災害時要援護者名簿の整備や地域コミュニティ単位での支援などが挙げられている。

(2) 自治体の対応

- ・防災基本計画に基づき、都道府県や市町村などの地方自治体は「地域防災計画」⁹⁾を作成している。
- ・地域防災計画は、それぞれの地域の実情に即した防災のために処理すべき業務などを地方自治体の防災会議に図り具体的に作成した計画である。

東京都の例

- ・東京都では9月にまとめた「東日本大震災における東京都の対応と教訓」に基づき東京の防災力の高度化を目的として、11月に東京都防災対応指針¹⁰⁾を策定した。
- ・この指針は東京都の地域防災計画に反映させることが想定されている。
- ・防災対策の中では住民の自助・共助・公助の強化とそれを担う個々の主体の連携や施策の相互補完によって防災力を高めることが方向性として強調されている¹¹⁾。
- ・東京都は埼玉県、神奈川県、千葉県、横浜市、川崎市、さいたま市、千葉市、相模原市と九都県市首脳会議を開催しており、その中にも防災・危機管理対策委員会¹²⁾を置いている。
- ・東京都独自の対応だけでなく、日本の人口の約3割を抱える首都圏で、他の地方自治体と連携した防災計画を策定している。

【文献】

- 1) 中央防災会議議事次第(平成23年12月27日) 資料,
http://www.bousai.go.jp/chubou/29/29_siry01-1.pdf
- 2) 内閣府：防災情報, <http://www.bousai.go.jp/index.html>
- 3) 平成23年版防災白書, <http://www.bousai.go.jp/hakusho/h23/bousai2011/html/honbun/index.htm>
- 4) 厚労省：東日本大震災関連情報, http://www.mhlw.go.jp/shinsai_jouhou/
- 5) 被災者生活再建支援法, <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H10/H10HO066.html>
- 6) 災害対策基本法, <http://www.bousai.go.jp/jishin/law/>
- 7) 災害救助法, <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22HO118.html>
- 8) 中央防災委員会 防災対策推進検討会議, <http://www.bousai.go.jp/chubou/suishinkaigi/3/2-1.pdf>
- 9) 地域防災計画データベース, 総務省消防庁 <http://open.fdma.go.jp/chiikibousai/>
- 10) 東京都防災対応指針, <http://www.metro.tokyo.jp/INET/KEIKAKU/2011/11/70lbp100.htm>
- 11) 東京都防災 HP, http://www.bousai.metro.tokyo.jp/datasheet/index_em.html
- 12) 防災首都圏ネット, <http://www.9tokenshi-bousai.jp/earthquake/index.html>

(立石雅子)

③消防・警察

1) 災害時における消防の役割と活動

- ・消防体制は、消防本部と消防団によって構成され、火災の予防、警戒、鎮圧、救助救急活動、震災対策、水防活動等の防災活動を行う。
- ・大規模災害等、被災地の消防力のみでは対応困難な災害の発生に際して、緊急消防援助隊が防災活動を行う。編制の概要は以下の通り。

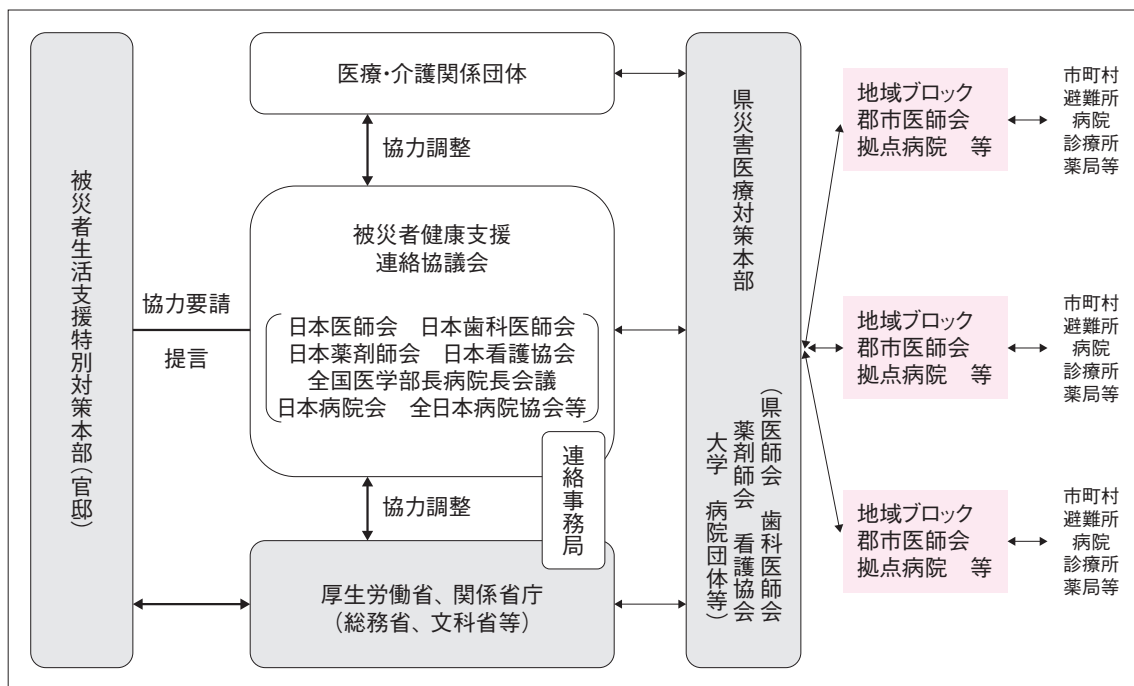
- (1) 消火部隊
大規模火災の延焼防止等の消火活動。
- (2) 救助部隊
高度救助用資機材による救助活動。
- (3) 救急部隊
高度救助用資機材による救急活動。
- (4) 後方支援部隊
給水などの輸送・補給活動の他、災害情報の通信などを行う。

- (5) 特殊災害部隊
毒物・大規模危険物等の災害への対応。
 - (6) 特殊装備部隊
水難救助隊、遠距離送水隊など特殊装備を使用した消防活動。
 - (7) 航空部隊
消防用ヘリコプターによる消防活動。
 - (8) 水上部隊
消防艇を用いた消防活動。
- ・また、大規模な災害や事故に対応する特別高度救助隊及び高度救助隊も活動を行う。
 - ・災害発生時の消防活動には、災害時要援護者等への避難支援について対応が進みつつある。
 - ・特に被災地における災害情報の伝達手段として、防災無線、サイレンなどの他に、消防団等を利用した口頭伝達が利用される。

2) 災害時における警察の役割と活動

- ・国家公安委員会及び警察庁は、緊急災害警備本部等の体制を確立し、全国から広域緊急援助隊(警備・刑事・交通)等を派遣し活動を行う。

- (1) 被災者の避難誘導
車載マイク等での避難の呼びかけ等。
災害時要援護者、避難場所、避難経路等の実態把握。
- (2) 被災者の救出救助・捜索
被災県警察及び広域緊急援助隊等が、災害救助犬、エンジンカッター等装備資機材、警察用ヘリコプター等を活用し、実施する。
- (3) 身元確認・検視
医師や歯科医師の協力のもと実施する。所持品・発見場所等の他、写真・着衣、身体的特徴、指紋、歯型、DNA型鑑定資料等から身元を特定する。
- (4) 交通対策
 - ・緊急交通路の確保
 - ・緊急通行車両確認標章の交付
 - ・信号機の滅灯への対応
- (5) 被災地における安全・安心の確保
 - ・警察用ヘリコプターの運用



図VI-10 連携イメージ

- ・緊急通報への対応
- ・各種犯罪等への対策
- ・被災者の支援，行方不明者相談への対応
- ・拾得物等への対応
- ・復旧・復興事業からの暴力団排除

(6) 警察の情報通信の確保

- ・警察の情報通信の維持
- ・機動隊警察通信隊の活動
- ・情報通信技術の活用

(7) 原子力災害等への対応

避難指示等への対応や建屋内への放水活動，搜索活動，警戒区域等の設定，警ら等の活動を行う。

(8) 情報提供

被害状況や警察措置等に関して広報資料，ウェブサイト等で情報提供する。

(水上直彦)

④被災者健康支援連絡協議会（図VI-10）

- ・協議会を構成する団体及びメンバーは，随時増加し，平成23年9月21日現在18組織（34団体）(Ⅲ C)2（211頁）参照。

- ・日本医師会が中心となった国全体の医療・介護団体による任意の支援組織。

- ・当初は，およそ2回/月の協議会開催，半年後頃より1回/月となる。

- ・主な討議内容は，参加団体からの被災地状況や支援活動等に関する情報提供，政府からの情報提供，支援困難被災地への派遣検討，政府への提言に関する意見交換など。

- ・平成23年6月14日，第1回の政府，内閣府特命担当大臣（防災担当）への提言。

（この中で，リハや在宅サービスの必要性が記載される。）(図VI-11)

- ・この協議会で得られた情報は，10団体に配信。

(浜村明徳・白石浩隆)

⑤医療・福祉に関する組織的な活動

大規模災害発生時においては，災害医療チームをはじめとし，様々な組織・団体が活動を開始する。そのため，相互にその活動の概要を理解しておく必要がある。

図VI-11 提言例（抜粋）

平成 23 年 6 月 14 日

内閣府特命担当大臣（防災担当）

松本 龍 殿

被災者健康支援連絡協議会

代表 原 中 勝 征

被災者の健康支援等に関わる要望・提言

被災者健康支援連絡協議会は、平成 23 年 4 月 22 日発足以来、5 回にわたり被災者健康支援に係る諸課題について検討・協議を重ねてきた。

今般、本協議会の総意として、現時点での要望・提言を下記のとおり取りまとめた。要望・提言の骨子は、参加各団体からの要望・提言内容を踏まえ、被災地、被災者等がかかえる中・長期的な課題も含めた多様な諸課題等を十分吟味しつつ、本協議会の「今後の取り組みについて」を前提として、連携・支援システムの構築、被災者の継続的健康管理、被災者の生活環境の改善、被災地域の復旧・復興へ向けての諸対策等々の重要課題毎に関係事項を整理・調整した。

本協議会では、今後とも被災者の健康支援のために必要な方策等について検討を行い、政府に対して要望・提言を引き続き行っていく。

記

1. 情報共有のための連携支援システムの構築
 - ・効率的な医療支援を行うため、被災地の医療・介護ニーズに関し、被災県を通じた国による情報の一元化とその提供
 - ・被災地の住民健康情報、医療需要情報を的確に収集し、関係団体へ提供するシステムの構築
 - ・訪問看護ステーション等の在宅サービス事業所の中長期的な復興支援
 - ・身元確認に関する検索ソフトの開発及び全国統一化
2. 被災者の継続的健康管理
 - ・避難所、仮設住宅等における健康保持増進対策（健診、栄養問題、リハビリテーションの支援及び予防接種等を含む）
 - ・仮設住宅用のサービス拠点での心身健康維持、寝たきり予防等の観点に立った看護職、栄養士、リハビリテーション専門職等の適正配置
 - ・行政保健事業再建のための保健師の確保・増員
 - ・地域こころのケアセンターの設置
3. 被災地の復興へ向けた諸課題
 - ・被災地における機能的・総合的な医療・介護の復興
 - ・医療支援のための医師派遣システムの構築
 - ・仮設住宅、診療所、薬局等の建設と、将来に向けての町づくりと並行した総合的医療・介護復興計画とは明確に峻別すべき
4. 財政的支援に係る方途
 - ・被災地支援に参加した医療チームへの災害救助法での費用補填
 - ・ボランティアの医療支援に対する国の財政的対応の明確化
 - ・被災した医療機関、薬局、福祉施設等再建のための国の財政的援助
 - ・福島県の医療機関等に対する原発被害への補償に関する国の支援
5. その他（省略）

1) 日本赤十字社

・主な災害救護活動内容は以下の通り。

(1) 医療救護

各地の赤十字病院の医師、看護師、事務職で編成される救護班を被災地に派遣し、救護所の開設、

避難所の巡回診療等の医療救護を実施する。

(2) 救援物資の配分

国内各地に、毛布、緊急セット、安眠セットなどの救援物資を備蓄・整備し配分する。

(3) 血液製剤の供給

国内各地の血液センターにおいて、一定量の血液製剤を備蓄しており、また、相互に融通し合う体制を整備する。

(4) 義援金の集約と配分

日本赤十字社や多くの団体で受付けられた義援金を集約し、義援金配分委員会（被災自治体、日本赤十字社、報道機関などで構成される第三者機関）を設置し、被災者への配分を決定する。

(5) ボランティア活動

日本赤十字社に加入するボランティア「奉仕団」などによる支援活動。

2) 災害派遣医療チーム (DMAT)

- ・大規模災害や事故などの現場に急行する医療チーム。医師、看護師、業務調整員（救急救命士、薬剤師、放射線技師、事務員等）で構成。
- ・大規模災害においては、被災地の都道府県から他の都道府県、厚生労働省、文部科学省、国立病院機構などに要請する。

(1) 日本 DMAT

大規模災害時に全国から派遣され、広域医療搬送・SCU（ステージングケアユニット）・病院支援・域内搬送・現場活動などが主な活動となる。

(2) 都道府県 DMAT

域内災害において、現場医療活動を行う。消防と連携し、活動する。

3) その他の災害医療チーム等

- ・日本医師会災害医療チーム (JMAT)、全国国民健康保険診療施設協議会、地域医療振興協会など多くの組織団体は災害医療活動や医療機関の支援活動等を行った。
- ・日本臨床心理士会及び日本心理臨床学会による「東日本大震災心理支援センター」は、日本赤十

字社や国境なき医師団などとも連携して被災者の「こころのケア」、また支援活動を行う救護者や民間ボランティア側のメンタルヘルスケアの後方支援も行った。

- ・被災地における要介護者等への対応として、厚生労働省は、全国社会福祉協議会、全国老人福祉施設協議会等の関係団体に要請し、要介護者の受け入れ要請を行った。
- ・また、被災地域の避難所や介護職員の不足した福祉施設・事業所等に対する介護職員の派遣等を行った。

⑥被災地におけるNGO・NPOの活動

- ・東日本大震災においては、その被害が甚大かつ広域であったことなどからボランティアの受け入れ体制が整わない中でのNGO/NPOの活発な活動がみられた。

1) NGO

NGO (Non-Governmental Organization) は、本来的には「非政府組織」という広い意味をもち、政府や国際機関とは区別された「民間団体」であることを指す。

日本語では、国際的なものとして使われており、「国際協力に携わる組織」や「政府を補完する側面」というような場合に使用されるのが一般的である。

2) NPO

NPO (Nonprofit Organization) は、非営利団体のことを指す。狭義では、非営利での社会貢献活動や慈善活動を行う市民団体のことをいい、特定非営利活動促進法 (1998年) により法人格を得た団体を特定非営利活動法人：NPO 法人という。

3) NGO と NPO の違い

NGO と NPO は、概念背景が異なるため、明確な線引きができない。

日本においては、国内で非営利の活動を行う民間団体を広く NPO、そのうち海外支援事業など、国家や国境を越えて非営利の社会的な活動を行う民間団体が NGO であると理解してよいであろう。

- ・東日本大震災では、「ジャパン・プラットフォーム (JPF)」のように、海外の災害支援経験のある団体が早期より活動をしている。
- ・JPF は、開発途上国の人道支援を目的に 2000 年に設置した NPO で、ODA (政府開発援助) や民間企業からの資金などを集め、被災地支援を行う参加団体に助成する中間支援組織である。
- ・また、「東日本大震災支援全国ネットワーク (JCN)」では、NGO/NPO 間の情報共有のためのネットワークが図られ、JPF は連絡員として、その後の政府緊急災害現地対策本部会議などに参加し、NGO/NPO の支援の連絡調整を行った。
- ・多くの NGO/NPO の中には、医療、こころのケア、防虫など専門的知見をもち、マンパワーにも優れているものがあり、いくつかの自治体では、これらを受け入れ、連携することで、既存のボランティア調整の仕組みに変化が生まれている。

【文献】

- 1) 日本赤十字社, <http://www.jrc.or.jp/>
- 2) DMAT 事務局, <http://www.dmat.jp/>
- 3) 日本医師会, <http://www.med.or.jp/>
- 4) 厚生労働省, 東日本大震災関連情報, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000014ih5.html>
- 5) NPO・NGO ガイド, <http://www.npo-ngo.com/>
- 6) ジャパン・プラットフォーム, <http://www.japanplatform.org/>
- 7) 東日本大震災支援全国ネットワーク, <http://www.jpn-civil.net/>
- 8) 阪本真由美: 日本の災害対応における NGO/NPO の役割についての一考察, ひょうご震災記念 21 世紀研究機構 人と防災未来センター, 2011.

(水上直彦)

2 支援ニーズの把握

- ・災害発生後の支援は、それぞれの時期 (フェーズ) に応じて、適切な支援がなされなければならない。
- ・適切な支援のためには、情報の収集・整理・分析は必須であるが、情報収集の際に「どこから」情報を得るかが重要なポイントとなる。
- ・支援活動に際しては、被災地域の情報からニーズを把握するが、「被災地行政」「被災地住民 (被災者)」「被災地支援者」などの情報を整理する必要がある。

災害時の支援活動では、現地からの情報収集は重要な役割をもつ。その一方では、必要以上に情報の収集活動を行ったり、多くの団体が同じような情報の収集活動をすることは、被災者や地域行政に多大な負担をもたらす、疲弊・疲労を助長する。情報の収集にあたっては、特に関連する職種や団体が事前に役割分担しておかなければならない。また、混乱する中にあることは難しいことではあるが、被災地における関連職種や団体、行政にあっては、情報の発信窓口と発信先をあらかじめ決めておくことも今後の課題である (表 VI-10)。

1) フェーズ 0

- ・被災地の情報の収集活動: 被災地の発信者 (以下、発信者)*¹の確定と情報の受信者 (以下、受信者)*²の役割決定。
- ・支援活動の準備: 状況を分析しながら、支援活動に向けた準備。

この時期は、支援活動に向けた準備の段階であり、情報の収集・整理・分析とともに、派遣に向けた人材・物資・金銭などの確保と現地までの移動などを検討する。

*¹被災地の発信者: 「災害マネジメント本部 (仮称)」VI-C)

*²情報の受信者: 「関連団体災害対策本部 (仮称)」VI-D)

表VI-10 災害後のフェーズ¹⁾ (全国保健師長会, 2006 より一部改変)

被災地状況変化	フェーズ	概要	期間	備考
第1期:被災混乱期	フェーズ0	初動体制の確立	概ね災害発生後 24時間以内	
	フェーズ1	緊急対策 —生命・安全の 確保—	概ね災害発生後 72時間以内	
第2期:応急修復期	フェーズ2	応急対策	4日目から 概ね2週間まで	
	フェーズ3	応急対策	概ね3週間目から 概ね2カ月まで	生活安定 (避難所から概ね仮設住宅 入居までの期間)
第3期:復旧期	フェーズ4	復旧・復興の対 策	概ね2カ月以降	人生の再建・地域の再建 (仮設住宅対策や新しいコ ミュニティづくりが中心)
第4期:復興期	フェーズ5	復興対策	概ね1年以上	コミュニティの再構築と地 域の融合

2) フェーズ1

- ・被災地との情報交換:発信者と受信者が明確となり,情報を集約.
- ・支援活動①:救命救急に向けた,医師・看護師を中心とした被災地への派遣,派遣スタッフは現地活動に携わる一方で同時に必要となるリハ資源についての情報収集と発信.
- ・支援活動②:被災地派遣スタッフの情報から,人材・物資などの確保と準備.

発信者は,現地での必要に応じたスタッフの派遣とともに,フェーズの進行を予測した関連リハ資源のあり方を情報発信する.受信者は,情報に応じた準備をする.また,派遣スタッフの疲労などを考慮し,交代要員を派遣する.

3) フェーズ2

- ・情報の収集:発信者と受信者の連絡体制の強化,行政などの連携体制構築.
- ・情報の整理と分析:支援体制方針の決定,関連団体・行政などとの連絡調整.
- ・支援活動①:フェーズ1からのスタッフの交代.

- ・支援活動②:必要に応じたりハ資源の支援・派遣(こころの問題を含む).
- ・支援活動③:現地のリハ資源の被害に応じた被災地域外への移動.

この時期には,第1次の支援派遣の交代とリハ資源の導入に向けた基本方針の策定,準備の時期となる.リハ資源の導入にあたっては,今まであった被災地の資源を考慮して,最終的には被災地の資源復旧・復興を目的とした活動を目的にすべきである.このため,新たに導入されたりハ資源として派遣されたスタッフは,当面の支援活動に従事するだけでなく,被災地での復旧・復興の予測をもって情報収集と発信に努めることが重要となる.

また,一般住民・高齢者や身体障がい者だけでなく,精神障がい者,運動・精神発達障がい児や内部障がい児者など全ての対象者に支援が提供できる体制を目指さなければならない.

4) フェーズ3

- ・情報の収集・整理・分析:支援派遣の撤退に向けて,支援体制方針の再検討.

- ・支援活動①：リハ資源を提供するスタッフは、被災地のスタッフと連携し、復旧・復興のための引き継ぎ。
- ・支援活動②：被災地外に移動した対象者の現地への移動。
- ・支援活動③：病院・施設などの対象者の受け入れ態勢の現地支援と後方支援（政策や制度など）。

被災地での仮設住宅など生活の一定程度の安定に伴い、生活の基盤づくりを目的とした支援内容に移行する準備とする。被災地では、復旧・復興に伴い、様々な社会資源が提供できることが予想されるが、この時点ではリハ資源を提供する現地スタッフは、被災者であるために身体的・精神的な疲労状態を考慮し、引き継ぎに向けた体制づくりをすることが重要となる。

また、医療保険や介護保険などの制度的な安定を図るため、「関連団体災害対策本部」*2は行政などへの働きかけが重要な役割となる。

5) フェーズ4

- ・情報の収集・整理・分析：被災地での通常業務再開に向けた支援方針の策定。
- ・支援活動①：被災地での通常業務再開に向けた現地スタッフの支援。
- ・支援活動②：通常業務再開に伴う、不足するリハ資源への支援体制強化。

被災地でのリハ業務の再開に向けて、現地スタッフの業務支援を中心とする。また、その一方で仮設住宅での新たなコミュニティの形成や震災に伴う対象者の増加・増悪も予測されるので、現地のスタッフの補助的・応援的な支援を目的とした活動とする。

ただし、仮設住宅での新たなコミュニティづくりや訪問系のリハ資源の提供は、地元の事情を理解している現地スタッフの方が利点が多いこともあり、役割分担の検討が課題となる。

6) フェーズ5

- ・情報の収集・整理・分析：適宜、支援活動の課題を整理して報告書などの取りまとめ・マニュアルの修正
- ・支援活動①：仮設住宅の閉鎖など、新たな生活環境への現地スタッフの支援活動

仮設住宅の閉鎖など、生活基盤が変化することも予測される中で、元来の地域コミュニティの再構築に向けた支援を行う。保健・医療・福祉の復旧・復興に伴う、現地での支援体制の再獲得を、現地スタッフを中心とした活動を支援することが中心となる。ただし、「こころの問題」など長期の渡り、継続的に関わりをもつ課題についての支援体制を構築することが重要である（表VI-11）。

【文献】

- 1) 全国保健師長会：大規模災害における保健師の活動マニュアル～阪神淡路・新潟県中越大地震に学ぶ 平時からの対策～「大規模災害における保健師活動に関する研究」報告書 平成17年度地域保健総合推進事業。平成18年3月，http://www.nacphn.jp/dl_file/H17chousa_03a.pdf (2011年12月)

(小林 毅)

3 災害リハ対応のエビデンス・ガイドライン・マニュアル

①疫学

- ・日本国内外に発生した大規模な地震災害を表にまとめた（表VI-12）。
- ・阪神淡路大震災は、我が国において、社会経済的な諸機能が高度に集積する都市を直撃した初めての直下型地震であり、各種の応急・復旧活動を迅速かつ的確に展開する行政機関等の中枢機能が自ら被災するとともに、交通路、港湾施設等のインフラ施設、水道、通信、電気等ライフライン施設など各種の機能が著しく損壊した災害であった。地震発生直後から各地域において、火災が同時多発的に発生しており、特に神戸市内が、多数の火災により大きな被害を受け

表VI-11 フェーズによる関わり（私案）

	被災混乱期		応急修復期		復旧期	復興期
	フェーズ0	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3	フェーズ4	フェーズ5
初動体制の確立	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 被災地との情報の収集体制の確立 ➤ 初動（第1次派遣）に向けた準備（人材・物資・その他） 					
緊急対策 —生命・安全の確保—	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 情報の収集体制の明確化 ➤ 第1次派遣 ➤ 第2次派遣以降の準備（不足物資の供給・その他） 					
応急対策	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 情報の収集体制の強化，行政との体制構築 ➤ 支援方針の決定 ➤ リハ資源の導入（スタッフ派遣などの支援） ➤ 必要に応じて，対象者の被災地域外への移動・受け入れ体制の支援 					
応急対策	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 支援体制方針の再検討 ➤ 被災地でのリハ資源復旧・復興への支援 ➤ 被災地の病院・施設などの受け入れ体制の支援 ➤ 被災地での業務再開に向けた人的・物的・その他の支援 					
復旧・復興の対策	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 被災地での業務再開に向けた支援 ➤ 被災地スタッフの身体・精神的支援 ➤ コミュニティづくりの支援活動 					
復興対策	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 支援活動のまとめ ➤ マニュアル見直し・修正 ➤ コミュニティの再構築支援 ➤ こころの問題への継続的支援 					
	<p>一般住民・高齢者だけではなく，身体・精神・発達・内部など全ての障がい児・者と家族へも対応する。早期からこころの問題を考慮し，適宜に介入できる支援体制を構築する。最終目標は，被災地での資源の復旧・復興であることを明確に意識し，共有する。</p>					

た¹⁾。

- ・新潟県中越沖地震²⁾では，死者のうち，家屋崩壊や作業中の熱傷等による直接的・物理的原因で死亡した者は11人であった。いわゆる「災害関連死」については，新潟県中越大地震³⁾において50数人（死者数68名中）に上ったことから，新潟県中越沖地震においては，地震発生当初からエコノミークラス症候群の予防啓発，福祉避難所の設置，健康福祉ニーズ調査等の対策を実施し，被災者の健康被害の防止に努め，間接的に災害に関係する原因による死者は4名に激減した²⁾。
- ・東日本大震災は阪神淡路大震災より地震規模が大きく，巨大津波を合併したため，外傷や圧死・焼死者が少なかった反面，水死者が圧倒的に多かった⁴⁾。
- ・Reinhardtらは災害疫学の国際動向のレビューで，injury to death rateが重要であることを

報告しており⁵⁾，東日本大震災ではその比が，これまでの災害と比較して極めて低いことが注目されている（表VI-12）。

- ・船舶，漁港及び農地の被害も甚大であり，原子力発電問題も加わり，生活面での復旧・復興に長期間必要であることが示唆される⁶⁾。

【文献】

- 1) 内閣府：防災情報のページ，阪神・淡路大震災復興誌，第1章 阪神・淡路大震災の概要と被害状況。Available from URL：http://www.bousai.go.jp/4fukkyu-fukkou/hanshin_awaji/101.pdf
- 2) 新潟県：新潟県中越沖地震記録誌。Available from URL：http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Simple/1_02.pdf
- 3) 新潟県：新潟県中越大地震による被害情報。Available from URL：http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Article/174saisyuhou.pdf
- 4) 警察庁：東日本大震災について 震災に関する情報一覧 被害状況と警察処置 [2012年1月6日]。Availa-

表VI-12 主な大震災による被害

地震名	日本国内				海外			
	阪神淡路大震災	新潟県中越中地震	新潟県中越沖地震	東日本大震災	スマトラ島沖地震	パキスタン大地震	四川大地震	ハイチ大地震
発生日月	1995年1月17日	2004年10月23日	2007年7月16日	2011年3月11日	2004年12月26日	2005年10月8日	2008年5月12日	2010年1月12日
発生地(震源)	淡路島北部	新潟県中越地方	新潟県上中越沖	三陸沖	インドネシア西部	カシミール地方・インド国境近く	中国 四川省	ポルトーフランスの西南西25km
震度	7	7	6強	7			6弱	
地震の種類	直下型	直下型	直下型	海溝型地震 逆断層型	海溝型	直下型	直下型, 逆断層型	直下型
マグニチュード	7.2	6.8	6.8	9	9.1	7.6	8	7
死亡者数	6,432 (行方不明3)	68	15	15,844 (行方不明:3,450)(H24.1.6), 死因の92%津波による水死	227,898(行方不明含)	73,000以上	60,9197 (国際防災戦略報告:87,476)	316,000
負傷者数	43,792	4,795 (重症:632, 軽症:4,163)	2,316 (重症:341, 軽症:1,975)	5,891 (重症:164, 軽症:1518)	約130,000	126,000	374,176	300,000
被災者数					5,000,000	170,000以上	46,160,865	3,500,000
被害総額	9.6兆円	3兆円	推定1.5兆円	16~25兆円	44億5,160万ドル	40~50億ドル	1470億ドル	77億5000万ドル
主な被害	建物崩壊, 火災(全焼は6,148棟)	家屋の倒壊や土砂崩れによる直接死が16名	建物崩壊(住宅被害が多し)	建物崩壊, 巨大津波, 福島原発	津波(10m, 最大34m)	建物崩壊	建物崩壊	建物崩壊
全壊戸数	104,906	3,175	1,324	127,197			216,000	290,000(全半壊)
避難住民数	316,678	約103,000	約12,000	450,000	835,000	3,500,000	約15,147,400	1,500,000

ble from URL : <http://www.npa.go.jp/archive/keibi/biki/higaijokyo.pdf>

- 5) Reinhardt JD et al. : Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief. *Global Health Action*, 2011, 4 : 7191-DOI : 10.3402/gha.v4i0.7191.
- 6) 上月正博 : 災害リハビリテーション—東日本大震災被災地での3ヵ月—。リハビリテーション医学, 48, 576-587, 2011

(木村慎二)

②ガイドライン・マニュアル等

・その地理的特性から、我が国は地震、台風、津

波など様々な災害が多い国であるが、特にこの十数年来、大規模災害が頻発している。それらの大規模災害での災害医療・福祉支援での経験を踏まえ、災害リハ活動に関する報告・論文が多数発表されている。

・住田は1995年1月に発生した阪神淡路大震災における災害リハ活動で得た教訓から、災害リハ活動として6つの原則、つまり①救急避難・収容、②避難所巡回サービス、③訪問看護・在宅医療リハビリサービスの早期再開、④福祉

サービスの早期再開, ⑤臨時デイケア, ⑥仮設住宅巡回サービスを掲げ, 地域リハ活動における平時からの災害対策, さらに日本リハビリテーション医学会による専門性・組織性を活かした活動の重要性を提言している¹⁾. 同報告は災害リハに関する先見性の高い提言として, 以降の災害リハ関連文献で引用されている.

- ・2004年10月に発生した新潟県中越大地震での災害リハ関連の論文も幾つか報告されている^{2,3)}. 特に同災害での避難生活において深部静脈血栓症 (deep vein thrombosis : DVT) や肺血栓塞栓症 (pulmonary thromboembolism : PTE) を発症し, 数例の死亡例も報告されたことから, 同疾患に関する榛沢らの一連の研究調査活動⁴⁾が注目され, リハ介入を含めた予防対策の重要性が指摘されている. これらの経験を踏まえ, 2011年3月に発生した東日本大震災では下肢静脈エコーによる集団検診, 弾性ストッキング処方, 運動療法などの予防活動が実施され, 効果を上げている⁵⁾.
- ・関連学会主導のリハ関連ガイドライン・マニュアルとしては, 日本老年医学会が東日本大震災における被災地の高齢者医療の現場での一刻も早い対応のために, 2011年3月, 急遽公表に踏み切った『高齢者災害時医療ガイドライン』(試作版)が存在する⁶⁾.
- ・同ガイドラインは, 急性期高齢者医療対策が中心であるが, 「自治体の初期対応と福祉避難所設営」など, 高齢者の生活全般についての勧告も含まれており, リハ診療においても意義のあるものと考えられる. しかし同ガイドラインには「災害リハ」全般についての記載はなされていない.
- ・今回の日本リハビリテーション医学会を中心とした10団体合同による『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』の作成はリハ関係者から長く待望されてきたものであり, 意義の大きな試みと考えられる⁷⁾.

◀国際的な災害リハ対応ガイドライン・マニュアル制定の動向について▶

- ・近年, ハリケーン・カトリナ (2005年), パキスタン大地震 (2005年), 四川大地震 (2008年), ハイチ大地震 (2010年) など, 世界各地でも大規模自然災害が続いたことから, 災害時におけるリハ支援に対する関心が国際的にも高まっている⁸⁻¹⁰⁾.
- ・国際リハビリテーション医学会 (ISPRM) では, 活動方針の重要な柱の一つとして災害支援を掲げており, 2011年6月に災害対応委員会を立ち上げ, 主として外傷への対応を中心にガイドラインの策定, DART (disaster acute rehabilitation team) の育成とデータベース化, 災害時リハの疫学的情報に関するメタアナリシスの実施, 世界保健機構 (WHO), 国際赤十字との連携などを行っていくことが確認されている¹¹⁾.

【文献】

- 1) 住田幹男: 災害時のリハビリテーション活動. リハビリテーション医学, **34**, 320-326, 1997.
- 2) 手島雅敏: OTの特性を生かした支援とは 新潟県中越地震の経験より. 作業療法ジャーナル, **40**, 967-971, 2006.
- 3) 大川弥生: 広域災害における生活不活発病 (廃用症候群) 対策の重要性 介護予防の観点から. 医療, **59**, 205-212, 2005.
- 4) 榛沢和彦・他: 中越地震における車中泊者の肺・静脈血栓塞栓症の危険性について—車中泊者のエコー診療から—. セラピューティック・リサーチ, **26**, 1207-1212, 2005.
- 5) 榛沢和彦: 東日本大震災後における深部静脈血栓症 (DVT) と問題点—新潟県中越地震の教訓を生かすには—. 医療の質・安全学会誌, **6**, 248-251, 2011.
- 6) 日本老年医学会・編: 高齢者災害時医療ガイドライン. Available from URL: <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/member/kaikai/koreisha-saigai-guideline-ikkatsu.pdf>
- 7) 里宇明元: 東日本大震災後の対応—日本リハビリテーション医学会として—. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, **48**, 635-643, 2011.
- 8) Gosney JE: Physical medicine and rehabilitation: critical role in disaster response, *Disaster Med Pub Health Preparedness*, **4**, 110-112, 2010.
- 9) Oakley F et al: The issue is...occupational therapists' role on U.S. Army and U.S. Public Health Service Commissioned Corps Disaster Mental Health Response Teams. *American Journal of Occupational*

Therapy, 62, 361-364, 2008.

10) Stone GM : Occupational therapy in times of disaster. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 7-8, 2006.

11) Gosney J et al : Developing post-disaster physical rehabilitation : role of the World Health Organization

Liaison Sub-Committee on Rehabilitation Disaster Relief of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, 965-968, 2011.

(曾川裕一郎)

H 資金，人材，物品・装備などの準備

POINT

- ◆資金，人材，物品・装備などの準備には合同事務局がその中心的な役割を担う。
- ◆災害発生時を想定したロジスティクス支援の整備が必要。
- ◆即応性の高い派遣チームを編成するため，派遣人材の登録制度を採用する。
- ◆各団体より利用可能な物品・装備を備えておく。
- ◆通所施設は多くの利用者が滞在するため，すでに災害時の対応について（備蓄も含め）万全に備えているが，施設が存在がとりわけ災害時において周辺地域の拠り所になるため，地域を考慮した準備も必要とされる。
- ◆通所施設はその特性から，高齢者や要介護者が長時間過ごすことができる環境があり，また各専門職が対応にあたるため，その環境面に工夫を加えることで災害時の避難所としても活用することが可能である。
- ◆災害時に滞ることなく対応するため，日頃から行政や地域と連携を保つことが重要である。
- ◆避難生活による生活不活発病を予防する機能を発揮することも期待される。

- ・災害は時間的災害発生様式（Sudden-onset または Slow-onset）と災害発生原因（Natural または Man-made）によって4種類にカテゴリー化される。
- ・Sudden-onset かつ Natural の災害のカテゴリーに地震，洪水，火山噴火，ハリケーンなどが含まれる。
- ・上記のカテゴリーの広域災害が本邦で発生した場合を想定し，災害サイクルの準備期（Prevention と Preparedness）の資源（資金，人材，物品・装備）の準備についてまとめる。

1 想定される災害リハ支援体制

- ・危機予知が空振りに終われば対応するコストが

莫大になる可能性がある。ただし準備は安全保障への投資であるため，怠ると何倍にも被害が拡大する。

- ・10 団体に加盟する各団体は平時よりそれぞれ重複する多様な資源を集結して災害発生時に備える必要があり，この準備のためには事務局の機能が重要である。

1) 各団体の役割

- ・東日本大震災のリハ支援においては，10 団体対策本部合同事務局が設置され，各団体は情報収集と提供及び，各専門職種の募集と派遣を行った。各団体の役割は表Ⅵ-13 の通りである。

表VI-13 各団体の役割

<ul style="list-style-type: none"> ・日本リハビリテーション医学会 ①各種情報の提供 ②リハニーズの提供 ③医師の派遣募集
<ul style="list-style-type: none"> ・日本理学療法士協会 ・日本作業療法士協会 ・日本言語聴覚士協会 ①各種情報の提供 ②リハニーズの提供 ③PT・OT・STの派遣事業
<ul style="list-style-type: none"> ・日本リハビリテーション病院・施設協会 ・全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 ・全国老人デイ・ケア連絡協議会 ・日本訪問リハビリテーション協会 ・全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会、全国地域リハビリテーション研究会 ①派遣リハチームの募集 ②各種情報の収集と提供 ③リハニーズの収集と提供
<ul style="list-style-type: none"> ・日本介護支援専門員協会 ①各種情報の収集と提供 ②リハニーズの収集と提供

2) 合同事務局の役割

- ・東日本大震災における10団体の合同事務局の機能は、連携・情報管理・マネジメントであり、各団体との連絡や被災地域の自治体との調整及び派遣希望者と地域や派遣元とのマッチングにおいて効率的に機能した。

3) 望ましい準備体制

- ・上記の経験を踏まえ、準備期において望まれる準備体制は以下の通りと考えられる。

(1) 資金

- ・即応性の高い活動支援体制を構築するため、団体や個人より資金が集約される。
- ・突発的な資金調達と、定常的な資金調達の二つに分けられる。定常的な資金の振込は一つの指定口座でもよいが、突発的な資金調達を実施する場合には、幾つかの口座や振込方法（銀行、PayPal、各種 Credit card やコンビニエンス

ストアでの決済など）を用意し、ドナーの支払いやすさに留意した方法を予め検討しておく。

- ・緊急時には各都道府県で引き落としが可能ななど、平時から効率的な活用を想定し、全国に存在する金融機関で資金の管理をすることが望ましい。

(2) 人材

- ・迅速にリハ職種を派遣できるよう、人材登録制度を採用する。
- ・人材登録制度には、ロジスティクスの専門家も含めて行う。
- ・登録者の携帯電話番号及びメールアドレスを管理し、緊急時に連絡がとれるようにする。
- ・平時より一つの団体のみならず各都道府県単位で訓練を実施し、同一地域で顔のみえるつながりを築いておくこと。

(3) 物品・装備

- ・支援物資のニードは時間的経過とともに変化する。
- ・各自治体においてもニードが十分に把握できていない場合もあるので、先を見越した準備や発注が重要となる。
- ・杖、サポーターなどの医療・リハ関連機材及び無線機、ラジオ、ライトなどの装備品は使用期限に注意して定期的にメンテナンスをする。
- ・食料・水などの備蓄物資は、消費期限を超える前に新しいものへ買い換える。
- ・これらは全国または主要な都市に分散保管することが望ましい。

事務局は災害支援の際、プロジェクト全体及び前線の活動を円滑に進めるため、ロジスティクスを含む各種業務を担うことを想定して平時から準備をすることが必要となる。各団体は事務局の活動を支援するためにそれぞれの特徴を活かして協働する必要がある。

2 ロジスティクスの確保

- ・ロジスティクスは資金面からみると災害支援活動全体の80%を占めている。災害支援の際はロ

ジスティクス業務を担当する事務局の重要性を認識し、ロジスティクスの専門家の確保にあたる必要がある。

1) 災害支援のロジスティクス

・災害支援活動の成功に関する9つのキーファクターのうち、以下の3つがロジスティクスに強く関連することから、極めて重要な位置を占めるといえる。

(1) 支援活動を計画、実行する際にロジスティクスの専門家を含めること

(2) 地域の公務員及び(公的な)支援団体のもつロジスティクスの知識を高めること

(3) ロジスティクスシステムの有効性

・ロジスティクスは適切な場所へ適切な材料を搬送することと捉えられがちだが、この業務の副領域として、一連の過程やサイクルにおける調達、製造、分配、資源の企画、輸送が挙げられるなど、その業務は多岐に渡る。

・商業的ロジスティクスと災害時のロジスティクスには表VI-14の通り異なる特徴があることに注意する。

2) 災害リハ支援におけるロジスティクス

・緊急医療活動時のDMATにおけるロジスティクス担当者は、資源管理・情報管理・安全健康管理・調整管理・医療補助管理とされている。

・DMATの活動と比較してリハ支援では、上記のうち資源や情報に違いがある。ロジスティクスの準備にあたって考慮すべき点を次に挙げる。

(1) 資金

ドナーが行政機関や日頃から関係の少ない組織ではなく、個人や関連組織から得る場合が多い。従って平時からの資金調達及び管理を行うこととなる。

(2) 物品・装備

杖、起き上がり台、とろみ食など、リハ医療に関する物品・装備が必要。また、分配時には地域

表VI-14 商業的ロジスティクスと災害時のロジスティクスの違い

- ・消費者(=受益者)が顧客(=ドナー)ではないこと
- ・次の災害の場所や時間及び、必要となる量や重複する物品の不明確さ
- ・運用の有効性によって人の命や生活に関わる重要さ
- ・極めて短時間の間に、在庫量が影響を受けているにもかかわらず、適切な輸送と分配の調整が求められること
- ・頻りに地域のインフラが打撃を受けていること
- ・資金に依存していること、多くの組織と利害関係があること
- ・安全性に問題があること
- ・スタッフの交代が極めて早いこと

の介護保険の復旧度合いも考慮する。

(3) 介入方法

Communicable diseaseのみならず、Non-communicable diseaseに対する介入を多く含むため、他の医療支援団体と異なるアプローチが現場で行われる。

(4) 介入期間

派遣される人員が1週間程度で交代するなど、緊急医療活動時よりは人員交代の頻度が多くない。また、支援活動が長期化することがある。

(5) 介入対象

トリアージで治療の緊急度が低いと判断された方々への対応や、リハ医療が必要な方々の介助者への指導も行う。また、リハ資源の不足している組織や、避難所及び仮設住宅を含む住環境への介入も考えられる。

(6) 地域資源

医療過疎地では医師と看護師しかいない場合もある。PT・OT・ST活用方法について地方自治体などの組織・個人に周知しておくなどの事前準備が必要である。

(7) 情報の管理

要支援、要介護者に対する介護保険の制度や、障がい者支援に関する福祉サービスなどに関する情報を集めて、復興の時間軸にあわせた支援戦略に活用する。

資源介入方法、期間、対象を考慮して準備する

必要があるため、事務局は災害時において、適切に調達、分配、運用するための要となる戦略的な機能の一つとしてロジスティクスが存在する。ロジスティクスを確保する際、上記の通り災害リハ支援に関する特徴を周知して実施することが必要である。

3 資金

①積立、寄付

- ・介護保険でのサービスを受給していた高齢者や障がい者が避難所や仮設住宅に移った後、介護認定を受けなければリハを受給できない場合、受給するまでの期間が長くなればなるほど、生活機能の低下をきたすことが予想される。
- ・行政の機能が復旧するまでの間においてもリハ支援は必要であり、その活動を支えるためには平時より資金の収集と管理が重要となる。

1) 積立に関する各団体の注意事項

- ・資金の積立には、加盟団体の法人種別（一般社団法人、財団法人、公益社団法人、任意団体）などを考慮する必要がある。
- ・例えば公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の第十六条では、以下の通り遊休財産額の保有の制限が定められている。
『同条第二項に規定される「遊休財産額」とは、公益法人による財産の使用もしくは管理の状況又は当該財産の性質に鑑み、公益目的事業又は公益目的事業を行うために必要な収益事業等その他の業務もしくは活動のために現に使用されておらず、かつ、引き続きこれらのために使用されることが見込まれない財産として内閣府令で定めるものの価額の合計額をいう』
- ・上記はつまり、公益法人として使用されていない財産が一定金額以上となる場合は認められにくい可能性があることを指しているといえる。
- ・従って、リハ支援における資金を積立てる際、例えば合同事務局などへ拠出して確保することが現実的ではないかと考えられる。

2) 災害時リハにおける寄付

(1) 災害時にリハ職種が個人として寄付する団体

①リハ関連団体、②日本赤十字社、③中央共同募金会などがある。寄付をする団体に迷う場合、最もよい方法の一つとして自らが所属する団体が挙げられる。

(2) リハ関連団体（所属団体）への寄付

- ・災害時には、寄付金を受け付けている団体が多い。
 - ・学会などの各種イベントでは、直接的な寄付のみならず、チャリティーグッズの購入を通じて寄付が可能な場合がある。
 - ・チャリティーグッズ販売は、各支援団体や被災地域の有志らによって企画・運営される。できるだけまとまった数を購入することで、支援の一つとしたい。
 - ・ただし、多量の購入が困難な場合は、一つだけ購入してそれを周知することも支援の方法として有効である。例えばチャリティーTシャツなどであれば、それを着用することで周りの人々に対して災害時のリハ支援をアピールすることができ、重要な支援の一つとなる。
- (3) 日本赤十字社と中央共同募金会への寄付
- ・日本赤十字社では、義援金（義捐金）を集め、審査に基づき災害時の医療活動などを中心として支援している。
 - ・中央共同募金会も平時より寄付金を集めている。災害時に支援活動をした（している）団体から申請を受けつけ、審査に通った場合には支援金を助成している。
 - ・個人や法人が、独立行政法人や公益の増進を目的とする法人に対して寄付をした場合は、その年間合計支出額または総所得金額等の40%相当額のいずれか低い金額より二千元を引いた額が寄付金控除の対象となる可能性がある。

積立では各団体の法人種別に留意して資金を確保する方法を検討する必要がある。寄付する際には、それを活用する団体、地域、目的などを考慮して寄付することが重要である。

②公的資金、費用支弁、補償

1) 災害に関する関連法規

- ・災害に関する関連法規として、災害救助法、災害対策基本法、大規模地震対策特別措置法、地震対策特別措置法、原子力災害対策特別措置法などが挙げられる。
- ・これらのうち特に資金に関連する部分を災害対策基本法と災害救助法から幾つか抜粋して以下に記載する。

(1) 災害対策基本法

災害対策基本法には、それぞれの行政機関による責務として、①国は災害に係る経費負担の適正化、②都道府県はその区域内の市町村及び指定地方公共機関が処理する事務、業務の実施を助けること、③市町村は実施が定められている。

(2) 災害対策基本法 第九十三条及び第九十四条 市町村の応急措置及び応援のために要した費用のうち、県、国がかかる費用の負担又は補助ができる。

(3) 災害対策基本法 第七十一条

災害救助法の第二十四条から第二十七条を参照し、都道府県知事が医療関係者へ応急措置の従事命令、協力命令などを発することができる。

(4) 災害救助法 第二十四条の第五項

救助に従事させる場合はその実費を弁償する義務がある。

(5) 災害対策基本法 第八十四条

応急措置の業務に従事した者に対する損害が市町村によって補償される。

- ・上記より、費用支弁及び補償について以下の通りまとめることができる。

(1) 都道府県知事が医療関係者へ応急措置の従事命令、協力命令を発した場合、その実費を弁償する義務があり、応急措置の業務に従事した者に対する損害は、市町村が補償する。

(2) 市町村及び指定公共機関の業務を都道府県が助け、国は経費負担の適正化を図るとともに、応急措置のために要した市町村などの費用は県や国が負担、または補助できる。

2) 東日本大震災後の医療支援活動の費用支弁

- ・厚生労働省より平成 23 年 10 月 21 日に発出された事務連絡『「東日本大震災」における医師等の保健医療従事者の派遣に係る費用の取り扱いにおいて』で、次の通り費用の支弁について整理された。

(1) 人件費

災害救助費の賃金職員等雇上費として支弁。

(2) 旅費等

災害救助費の旅費、宿泊費として支弁。

(3) 薬剤費等

使用した薬剤、治療材料及び破損した医療機器の修繕に要した費用は災害救助費として支弁。

(4) 対象

派遣後に派遣元都道府県を通じて被災県に対して請求を行うことが基本形となる。直接被災県へ請求することも可能だが、派遣実態に応じて都道府県単位及び全国単位の団体などがとりまとめなどを行い、それら団体は派遣元都道府県にも連絡することと、派遣元都道府県はそれら団体へ相談助言の協力が記載されている（ただし岩手県、宮城県、福島県の費用請求に係る書類は厚生労働省社会・援護局でとりまとめる）。

(5) 対象期間

避難所の解消に至るまでの時期。

(6) その他

薬剤師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、PT、OT、歯科衛生士、管理栄養士、精神保健福祉士、臨床心理士等が医師、歯科医師に同行せずに活動を行う場合も同様の取り扱い。

派遣した医療機関などが直接または都道府県単位の団体等を通じて請求。

前述の通達を参考とすると、今後激甚災害が発生した場合の支援に対する費用支弁について、以下のことが予想される。

- ・リハ医が断続的に派遣可能な場合においても、10 団体として費用支弁が得られる可能性がある。
- ・費用支弁の対象期間が避難所の解消までとなっ

ている。支援活動が長期化した場合でも継続可能な資金的準備体制に関する検討が必要である。

4 物品・装備

①物品

・災害リハ支援に関わる物品・装備は多種多様である。まずは被災者に必要な物品などについて記載する。

1) 災害リハ支援に関連する物品（被災者用）

(1) 移動関連物品

杖、車椅子、シルバーカー、靴、杖先ゴムなど。

(2) 生活関連物品

簡易トイレ、滑り止めマット、簡易装具、自助具など。

(3) その他

イレクターパイプ、ベッド、立ち上がり台、木槌、マジックテープなど。

- ・東日本大震災後、要介護者が集められたある避難所が紹介された。成人用紙おむつを含むおびただしいほどの支援物資が国内外より集まり、施設の駐車スペースを覆い尽くした。
- ・その一方、紙おむつメーカー側では生産と販売が追いつかず供給が滞った結果、被災地の老人保健施設では購入が難しく、2時間ごとのおむつ交換ができない事態が発生した。
- ・時間的経過により必要なものが変化する物的支援は、地域や施設間の公平性も関連し、非常に悩ましい課題である。
- ・支援者は、物品の量的な偏りが被災地に存在する医療・介護の法人の復興を妨げることもあると認識し、可能な限り支援を集約する必要がある。

2) 災害リハ支援に関連する物品（支援者用 車両）

・支援者に必要な物品として車両がある。車両に

は輸送用、人員移動用、巡回活動用のために三つの種類が考えられる。

(1) 輸送用

トラックなど、一度に多数の物品輸送が可能な車両を指す

(2) 人員移動用

バスや大型車など、一括して多くの人員が移動できる車両サイズが望ましい

(3) 巡回用

普通車や軽自動車（ハイブリッド車や電気自動車などを含む）で燃費がよく、小回りのきく車両が望ましい

・使用する車両には、「10団体」など、団体や組織が分かるように記載されていることが望ましい。

・支援者が滞在する宿舎から、避難所や仮設住宅などの活動先へ毎日移動をすることを考えると、巡回用車両の選択時には長距離の移動も想定しておく。

・ただし、急な搬送の可能性を考えると、最低4人乗りで積載能力もある程度確保する。

・遠方より派遣される支援者は土地勘がなく、地図をみながら移動することがある。したがって、カーナビゲーションシステムの車載は必須である。

・寒冷地での移動にはスタッドレスタイヤやチェーンが必要である。一方、沿岸部での活動では満潮時に道路の冠水する地域を移動することもある。

・山間部で支援者が巡回訪問をする場合、未舗装路や悪路を走行する可能性もある。

・平時においては、災害支援の状況を総合的に勘案した車両の選択が必要となる。

3) 災害リハ支援に関連する物品（支援者用 物品）

・以下には必ずしも全てが必要でないかもしれないが、東日本大震災での支援経験に基づき必要と考えられた全ての物品を記載する。

(1) 現地支援本部の立ち上げなどに必要な物品

PC、USB型のWi-Fi接続端末、プリンター、リハ支援に関するパンフレットやリーフレット、寝袋とウレタンマットまたはエアマット、布団、支援者全体のための常備薬、ゴミ袋、ガムテープ、ノート、筆記用具、携帯電話、無線、常備用水、カセットコンロ、カセットコンロ用のガス、片手鍋、洗剤、ハンガー、掃除道具一式、紙皿や使い捨ての食器、延長コード、ラジオ、缶切り、被災地周辺の地図、食料及び飲料水など（全ての支援者が約1週間生活できる程度）。

(2) その他

支援活動が長期化する場合、活動支援本部には冷蔵庫、洗濯機、テレビ等を準備することも考慮する。

災害リハ支援では、被災者用と支援者用で様々な物品が必要となる。状況に応じて活用されたい。

② 装備

- ・支援者がもっておくべき装備は重複するものや、一部は現地支援本部などに保管しておき、必要に応じて活動地へ持参するものもある。
- ・各地から支援チームが集まる場合、個人のもち物以外はもってこなくてもよいように、平時より各地へ装備を点在しておくことが望ましい。

1) 支援者個人装備一欄

- ・支援者個人がもっておくべき装備一覧を表VI-15に示す。チェックリストとして活用していただきたい
- ・物品の重複を避けて効率的な支援を実施するため、表VI-15で※印がついている物品は支援活動に行く時のみに持参し、活動時間以外は現地活動拠点に保管しておくことを検討する。

個人装備品は各地へ分散させておくことで、災害時には効率的な移動と支援の開始を目指す。

表VI-15 支援者個人装備一覧

カテゴリー	物品名	数量	チェック
情報技術関連	携帯電話		<input type="checkbox"/>
	トランシーバー		<input type="checkbox"/>
	携帯電話充電器（車載含む）		<input type="checkbox"/>
	電源装置やバッテリー※		<input type="checkbox"/>
	筆記用具		<input type="checkbox"/>
	ノートや紙		<input type="checkbox"/>
	デジタルカメラ※		<input type="checkbox"/>
支援活動関連	ネームプレート（身分証明書）		<input type="checkbox"/>
	腕章※		<input type="checkbox"/>
	ビブス※		<input type="checkbox"/>
	マスク※		<input type="checkbox"/>
	長靴※		<input type="checkbox"/>
	レインコート※		<input type="checkbox"/>
	懐中電灯※		<input type="checkbox"/>
	リュックサック※		<input type="checkbox"/>
	被災地周辺の地図※		<input type="checkbox"/>
	ヘルメット※		<input type="checkbox"/>
	手袋※		<input type="checkbox"/>
	画板※		<input type="checkbox"/>
	災害リハ支援マニュアル※		<input type="checkbox"/>
その他	非常食と飲料水（3日分）※		<input type="checkbox"/>
	支援者自らに適した常備薬		<input type="checkbox"/>
	自動車運転免許・保険証		<input type="checkbox"/>

5 保険など

① 支援時の保険

- ・災害支援活動では、自らの健康管理を徹底し、怪我や病気の発生予防に努めることが支援者自らに課せられた最重要課題といってもよい。
- ・一方で、支援活動に人員を派遣する10団体は、現場の支援者が安心して活動できる体制を準備するため、保険に加入しておく必要がある。

1) 団体保険への加入

(1) 支援者自身に対する保険

所属する団体または個人が契約者となり、保険

料を負担する。支援活動中、自らが怪我や病気となった場合のうち、後遺症の有無、就業困難、療養のための補償などに対して一定の条件を満たした場合に補償する制度。

(2) 第三者に対する保険

所属する団体または個人が契約者となり、保険料を負担する。支援活動中、自らが第三者に対して怪我や病気を負わせた場合のうち、後遺症の有無、就業困難、療養の為の補償などに対して一定の条件を満たした場合に補償する制度。

- ・災害リハ支援活動においては、上記二つの種類の保険に加入するか、上記二つを包括する保険に加入する事が望ましい。
- ・10団体のそれぞれで異なる保険を用意している場合もある。支援者は派遣前のブリーフィングで情報を得る。

2) 車両保険

- ・距離の長短にかかわらず、災害リハ支援活動においては車両での移動頻度が高いことが予想される。したがって人員を派遣する団体は災害登録車両を自動車保険に加入し、事故発生時に備える。
- ・車両保険の中では、事故発生時にロードサービスを受けられるものもあるが、激甚災害時にはそれが困難な場合もある。
- ・慣れない土地で、慣れない車を運転するため、精神的な疲労はつきものである。運転時には通常よりも休憩を多くとるなどし、事故を起こさない工夫が必要である。

3) 災害保険への加入

- ・災害の予測は極めて難しい。したがって、支援者の所属施設で災害保険に入ることも検討されたい。

次の災害がいつ、どこで発生するかは予測が難しい。派遣する団体は、平時から保険を準備しておく必要がある。

②緊急車両の証明

- ・災害時には、災害対策基本法施行令第三十二条に基づき、公安委員会が車両の通行規制を行うことができる。
- ・災害時においても通行規制を受けない車両として、緊急通行車両と交通規制対象外車両の二種類がある。
- ・緊急通行車両と交通規制対象外車両の申請の手続きについて以下に記載する。

1) 緊急通行車両

- ・緊急通行車両とは、災害発生時等に災害応急対策等に従事するか、必要な物資の緊急輸送その他の災害応急対策を実施するために使用する予定の車両で、以下に該当する車両であることが定められている。

(1) 指定行政機関の長、指定地方行政機関の長、地方公共団体の長その他の執行機関、指定公共機関及び指定地方公共機関その他法令の規定により災害応急対策等の実施の責任を有する者(以下「指定行政機関等」という)が保有し、もしくは指定行政機関等と契約等により、常時指定行政機関等の活動のために専用に使われる車両または災害発生時等に他の関係機関・団体等から調達する車両であること。

(2) 申請に係る車両を使用して行う事務または業務の内容が、次に掲げる災害応急対策等または災害応急対策等に必要な物資の緊急輸送その他の災害応急対策に係る措置であること。

(1) 災害対策基本法（昭和36年法律第223号）に基づく災害応急対策、(2) 大規模地震対策特別措置法（昭和53年法律第73号）に基づく地震防災応急対策。

- ・緊急通行車両等は事前届出が必要である。事前届出の目的は、①あらかじめ概数を把握すること、②災害発生時の事務手続きの省力化と効率化の二点である。届出後、車両が上記の措置に該当するかどうか審査される。
- ・緊急通行車両の事前届出の手続きを表VI-16に示す。

表VI-16 緊急通行車両申請手続き（要約）

申請者	緊急通行（輸送）業務の実施について責任を有するもの（代行者を含む）
申請先	当該車両の使用の本拠地を管轄する警察署長又は交通規制課長を経由し、公安委員会へ申請
申請書類	緊急通行車両等事前届出書2通に、当該車両を使用して行う業務の内容を称する協定書等の書類（協定書等がない場合は、指定行政機関等の上申書等）を添えて行う
審査	申請に係る車両が緊急通行車両等に該当するか否かの審査は交通規制課長が行う

2) 交通規制対象除外車両

- ・災害対策基本法の規定に基づく交通規制の対象から除外する車両であり、災害発生時等において、緊急通行車両等以外であっても、社会生活の維持に不可欠な車両又は公益上通行させることが必要、またはやむを得ないと認められる車両について除外される。
- ・被災状況、緊急交通路等の道路交通状況、当該車両の使用目的の緊急度・重要度などに応じて、段階的、例外的に認めると定められている。
- ・交通規制対象除外車両の事前届出の手続きを表VI-17に示す。

緊急時には車両通行が規制される。交通規制対象除外車両と緊急通行車両の両方を正しく理解し、派遣前に手続きをしておく必要がある。

【文献】

- 1) Wassenhove, L. N. V. : Humanitarian aid logistics : supply chain management in high gear. *Journal of the Operational Research Society*, 57, 2006.
- 2) 吉井博明, 田中 淳 : 災害危機管理理論入門, 弘文堂, 2008.
- 3) 大橋教良 : 災害医療—医療チーム, 各組織の役割と連

表VI-17 交通規制対象除外車両申請手続き（要約）

申請者	緊急通行（輸送）業務を理由とし、車両を使用するため、除外標章の交付を受けようとするもの
申請先	原則として、通行しようとする緊急交通路等を管轄する警察署等または交通検問所 その他、場合と事情により最寄りの警察本部（交通規制課）、警察署等又は交通検問所
申請書類	交通規制対象除外車両通行申請書（第9号様式）1通 緊急通行（輸送）業務を理由とし、車両を使用することを疎明する書面
審査	申請を受理した警察署長等が通行の必要性を認め、かつ緊急通行車両等の通行に支障と認められた場合に、災害発生の時期によって区分されて手続きを実施する 緊急性に応じ、現場の警察官の判断によって申請手続きの省略が行われる

携, へるす出版, 2009.

- 4) Schulz, S : Disaster relief logistics : Benefits of and Impediments to Cooperation between Humanitarian Organizations. Management, Haupt Verlag AG, 2009.
- 5) Reza Zanjirani Farahani, Shabnam Rezapour, L. K. : Logistics Operations and Management : Concepts and Models, Elsevier, 2011.
- 6) 一般社団法人日本集団災害医学会 : DMAT 標準テキスト (日本集団災害医学会 DMAT テキスト編集委員会, 一般社団法人日本救急医学会), へるす出版, 2011.
- 7) 厚生労働省事務通知 : 「東日本大震災」における医師等の保健医療従事者の派遣に係る費用の取扱いについて
- 8) 国税庁 HP
- 9) 災害対策基本法
- 10) 災害救助法
- 11) リハビリテーション支援関連 10 団体 HP
- 12) 中央共同募金会 HP
- 13) 日本赤十字社 HP
- 14) 公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律
- 15) 緊急通行車両等の確認及び交通規制対象除外車両の認定に係る事務手続等に関する要綱の制定について

(伊藤智典)

6 緊急避難所・備蓄拠点としての通所施設の役割

1) 通所施設は緊急避難所になりうる

- ・通所サービスを提供する施設の多くは、複数の利用者が滞在できる広い部屋(いわゆるホール)をもっている。加えて医療や介護の専門職が配置され、併せて医療器具や福祉用具、介護用品が配備され、そこには様々な様態(介護度・疾病・生活障害)の利用者が1日滞在できる環境が作られている。実はこの環境が、災害発生時の被災者対応の拠点として有効活用できるのではないかと考える。
- ・実際、東日本大震災の被災地を訪問した際、日頃通所リハとして使用している事業所を避難所として活用している施設に出合い視察する機会があった。
- ・通所サービスの特徴として自宅から送迎して施設に滞在するため、災害発生時は通所することが困難となり、結果的に施設は利用されないことになる。視察した施設も同様の状況で、その空きスペースを避難所として活用していた。
- ・通所施設が災害発生時の避難拠点となるためには、日頃からどのような備えが必要であるかまとめた。

2) 避難所としての役割を考える

- ・災害が発生し避難を余儀なくされた場合、まずその地域の緊急避難場所(多くは小中学校)に一時避難する。多くは災害の状況が落ち着くまでのしばらくの間はこの一時避難所での生活となるが、その地域の住民すべてが難をしのげるだけのスペースや備蓄品は備えられていない場合が多く、まして高齢者や要介護者はその生命すら危険にさらされる。
- ・とりわけ普段ベッドや車椅子などの福祉機器、酸素や吸引器などの医療機器、補装具や靴などの生活支援用具を使用している人にとっては、それらを漏れなくもって避難することは現実的

に難しく、避難当日から生活に支障をきたすことになる。そのためにはいち早く、その次の生活基盤を考えることが必要となる。

- ・このように、生活上何らかの支援を必要としている方は、一時避難を終えると「福祉避難所」といわれる二次的な避難所に(場合によっては二次・三次と避難所を転々とした後)必要に応じて移る。緊急の介護保険施設とイメージすればよい。
- ・通所施設はこれらの一時避難所にも福祉避難所にも姿を変えられる可能性があり、日頃から災害時の受け入れ体制を十分イメージした上で準備しておきたい。

3) 臨機応変な対応は事前の情報収集から

- ・まず、当該施設のある地域の緊急避難先がどこにあるか、収容人数等はどの程度の規模か、どのようなものが備蓄され、食料は何名および何日分用意されているか等を調べておく。
- ・国の検討会でも災害時要援護者の避難支援ガイドラインが策定され、都道府県や市町村でも同様のプランが策定されている。この内容も予め把握しておく。
- ・施設を避難所として使用する際、例えばエレベーターが停止した場合の移動、停電を伴った場合のトイレ洗浄や食事の調理、エアコン停止時の対応等々、確認が必要である。
- ・避難経路をスタッフ全員が把握しているかなども重要である。
- ・通常、例えば静養室にベッド1~2台しか設置されていない施設で、災害時多くのベッドが必要になった場合の連携先、支援が期待できる関係機関等事前の情報収集も必要となる。
- ・このように通常の営業に際して必要な確認事項に加えて、周辺地域の防災対策状況や特に施設のハード面に関して災害時に臨機応変に対応できるだけの情報を集積しておくことが肝要である。

4) 事前に様々な場면을想定したマニュアルづくり

- ・通所施設の活用を考える際、災害が昼間に発生するか夜間や休日に発生するかで大きく変わる。様々な場면을想定した災害対応マニュアルを作成し、日頃から災害に備えるのも通所施設の責務と考える。
- ・災害発生が営業日の昼間の場合は、多くの利用者が滞在しているため、その利用者の安全確保が最優先される。自宅が近隣であれば送ることができたり、家族の協力を依頼することができるが、自宅が遠方であったり独居であれば帰宅できず、しばらくはそのまま通所施設に留まることになる。当然スタッフも帰宅できなくなるため、居住スペースやなどもその分必要となる。
- ・逆に夜間や休業日に災害が発生した場合は、利用者はいないがスタッフも出勤していないため、利用者の安否確認や建物の被災状況の確認等のためにスタッフが出勤する必要がある。
- ・よって昼間の場合は、帰宅困難となった自宅が施設から遠方のスタッフが対応にあたり、休業日や夜間の場合は、近隣のスタッフを中心となった支援体制が必要となり、緊急連絡網を含めた初動体制のマニュアル化が必須である。

5) 備蓄の考え方

- ・避難所として機能するために欠かせないものとして備蓄がある。外部とのライフラインが途絶えることも想定し、十分な備蓄を行う。
- ・想定する人数は、昼間の災害を考えると通所の利用者数にスタッフ数を加えたものが基本となるが、地域の避難所の想定では、施設内のスペースから見た受け入れ可能な人数分が必要になる。
- ・一般的に「3日分」といわれているが、今回の震災ではライフラインの一部復旧までに3日以上を要したことから、最低でも1週間分は備蓄しておきたい。
- ・まず備蓄で重要なのは食料である。一般に備蓄

食といえばアルファ米やカンパンであるが、通所施設には嚙下障害等の食材に加工を必要とする利用者も多く、ペースト食やおかゆに加え増粘剤やゼリーも必要である。加熱できない環境を想定し、水で戻せる食材を準備する。

- ・高齢者や要介護者には、使い捨てのオムツや尿取りパッド、お尻拭き等の排泄ケア用品が必要である。湿気に弱い風通しのよいところでの保管が望ましい。
- ・食事や排泄に付随して、使い捨ての手袋やマスク、除菌ウェットティッシュなども備えておきたい。食器等を繰り返し洗浄せず使用するためのラップも欠かせないアイテムである。

6) 通所施設が避難所機能をもつことのもう一つのメリット（生活不活発病予防）

- ・避難生活が長期化することで心配されるのは、生活リズムの狂いや身体活動量の減少で起こる「生活不活発病」である。東日本大震災でも大きな問題となり、リハ専門職のボランティアの多くは生活不活発病予防改善に時間を費やした。
- ・前述したとおり、通所施設には医療や介護の専門職が常駐しているが、特に通所リハには医師やリハ専門職が配置されており、よって通所リハが避難所機能を担うことで、同時に生活不活発病予防も支援できる。
- ・災害時に地域で通所施設が何を担えるかを事前に情報収集し、万一の時に地域や行政と連携できるように備えておく。
- ・通所施設は、災害から利用者やスタッフを守るための十分な備えが必要であるが、加えて災害時を想定したマニュアルやシステム等のソフト面や、食料・日用品の備蓄や建物等ハード面の工夫により避難所としての機能を担える可能性が十分あるため、経営者と十分協議し備えておく。
- ・災害は予期せず発生するため、日頃からマニュアル類を整備・見直しを行い、利用者が安心して利用できるよう、また地域住民が安心して生

活できるよう備える。

- ・日頃から、施設周辺の地域や行政レベルの災害対策を情報収集し、災害時に地域の中で役割分担が円滑に行えるよう備えておく。

- ・避難所生活による生活不活発発病予防のためのノウハウを、日頃から医師やリハ専門職が学び、必要に応じて提供できるよう備える。

(岡野英樹)

VII. 災害リハビリテーション 対応の基本原則

A 大災害に備えるべきポイント

POINT

- ◆大災害に備えるべきポイントとして、「情報の一元化」、「情報の体系化」、「情報の共有化」、「情報の継承化」の4原則が必要である。
- ◆“災害リハ”の創設が望まれる。
- ◆効果的に支援し、被災地の負担を軽減するためには、初動時から情報など共有できる体制（マニュアル）が必要となる。

1 情報の一元化

- ・表VII-1に示すように、まず情報の一元化が必要である。
- ・情報を一元化することで、迅速かつ的確なリハ支援、人材・物資の有効利用、二次災害の予防、などが十分行える。
- ・災害発生直後に県・市・町・村・職場単位で速やかに災害対策本部を立ち上げ、それぞれの連絡を緊密にしながら、情報を一元化することが必要である。
- ・情報を入手したり、対策本部に発信したり、対策本部からの司令を受信するためには、優秀なコーディネーターの存在が鍵となる。
- ・コーディネーターが不可欠であるものの、誰でもよいというわけではなく、高い使命感と複眼的思考能力を有するコーディネーターの養成を普段から心がけ、高い権限を与えることが重要である。

東日本大震災の際にも、優秀なコーディネーターがいた地域では、リハニーズの把握、外部からのボランティアによるリハ支援者の効率的な配置などが円滑に行われた。一方、コーディネーターが不在の地域や、コーディネーターの力が弱かったりあるい

表VII-1 大災害に備えるべきポイント

情報の一元化

- ・優秀なコーディネーターの存在が鍵
- ・高い使命感と複眼的思考能力を有するコーディネーターの養成を普段から心がけ、高い権限を与える
- ・地域における背景の異なる職種の代表者を集めて定期的に会議を開催し、進むべき方向や目標を共有する

情報の体系化

- ・事実を体系化する
- ・避難所、病院、自宅、地域で事情が異なる
- ・毎日変化しうる
- ・各人の部分的な情報を整理・統合して全体像を捉える
- ・まとめる場所・会議を設定して、数々の場面・現象の繋がりを整理する
- ・自分の立ち位置をはっきりさせる

情報の共有化

- ・情報を共有する
- ・共有できる場所・サイトをつくる。…地域レベルと全国レベルのものが必要

情報の継承化

- ・仕組みを残したり、資料の保存や発信を行う
- ・「災害リハ」を創設する
- ・「急性期災害リハチーム（Disaster Acute Rehabilitation Team：DART）」を結成する
- ・様々な経験やノウハウを整理してマニュアル（ガイドライン）を作成する

は存在が周知不足だったりした地域では、地域内外からの様々な支援が行われなかったり、行われるのが遅れた。

- ・一人のコーディネーターの情報収集能力や体力には限りがある。多職種の複数のコーディネーターを養成したり、地域における背景の異なる職種の代表者を集めて定期的に会議を開催し、進むべき方向や目標を共有することが必要である。

2 情報の体系化

- ・情報の真偽を確認しつつ事実を体系化することが重要である。
- ・災害の状況、避難所の場所・人数・障がい者数・環境、救出・救助の状況、ライフライン、食料や医薬品・補装具の備蓄状況、構築システムに基づく調達・移送・配給支援状況などは、各避難所、病院、自宅、地域で事情が異なる。
- ・状況は毎日変化する。
- ・災害発生直後は、ライフラインが途絶し、個人のごく狭い周囲の状況しか入手できないので、各人は全体のごく一部しかみていないことになり、全体像を捉える必要がある。
- ・様々な情報をまとめる場所・会議を設定して、数々の場面・現象の繋がりを整理することが重要であり、そこで初めて情報の空白地区の発見も可能になる。

東日本大震災では津波のあった石巻市の複数の病院がライフラインを絶たれて外部に連絡できずに孤立してしまい、水が引いて自力脱出できるようになる数日後まで、警察や消防も含め全く助けがこなかった事例がある。

また、市町村の行政機関が津波で壊滅的な打撃をうけたところがあったが、県の対策本部は市町村から支援の要請がこないことを深刻に考えていなかった時期がある。「便りのないのはよい便り」とは限らず、「便りのないのは便りを出せないほど大変な便り」の可能性のあることを胆に命じておかななくてはならない。

- ・情報の体系化された中で、個人はそれぞれ何ができるか、何を行うべきか、自分の立ち位置をはっきりさせることが重要である。

3 情報の共有化

- ・震災対策本部は情報を独り占めにするには本末転倒であり、震災対策を迅速かつ円満に行うためには、多くの個人や団体と情報を共有することが必要である。それなくして、個人や団体がそれぞれ何ができるか、何を行うべきか、自分の立ち位置をはっきりさせることは望めない。

災害支援のボランティアとして個人や学会などの団体が、地域で様々なアンケートを行い、結果的に被災者に何度も同じような調査をしてしまい、被災者を不用意に苛立たせることも少なくない。単に個人的な体験や学会発表で終わらせることなく、データや情報を災害対策本部に伝えることも、情報の共有化の一つである。

- ・共有できる場所・サイトをつくる必要がある。
- ・データの共有は地域レベルと全国レベルのものが必要になると考えられる。

データの共有といっても、被災者側や被災地では、ローカルな情報の方が全国レベルの情報より価値が高いことも多い。東日本大震災の際、宮城県民に役立ったのは、全国紙の記事ではなく、地元の地方紙の朝刊・夕刊に詳細に掲載される水の配給場所、水道やガスの日別の復旧工事工程、避難所の状況、店舗の営業時間や販売物品の内容などのローカルで具体的な記事であった。

4 情報の継承化

- ・仕組みを残したり、資料の保存や発信を行うことが極めて重要である。

東日本大震災の凄惨な被害状況はいまだに続いている。しかし発生から半年の段階でもすでに報道自体はすいぶん少なくなってきている。国内外で新た

な事件が発生するためにやむを得ないことでもあるが、記憶の風化が懸念される。

災害は忘れたころにやってくる。東日本大震災直後に阪神淡路大震災などの過去の大災害のリハマニュアルを探したが見出せなかった。阪神淡路大震災の際には多くのリハ医やリハ関連職種の方々が医療・福祉支援活動や仮設住宅への訪問リハなどを行ったわけであるが、いわゆる「体験記」はあってもリハマニュアルやガイドラインは容易に見出せなかった。また、「阪神・淡路大震災—西宮の記録—」のような行政機関の報告書にもリハの文字は見出せなかった。

- ・様々な経験やノウハウを整理してマニュアル（ガイドライン）を作成する必要がある。本マニュアルもそのような意図で作成されたわけである。
- ・“災害リハ”を創設することが望まれる。
- ・阪神淡路大震災を契機に我が国で広まったDMAT（Disaster Medical Assistance Team）を参考に、災害発生直後より比較的長期間にわたってリハが要求される現状を踏まえ、新たに急性期災害リハチーム（Disaster Acute Rehabilitation Team；DART）を結成することが必要である。

（上月正博）

5 初動マニュアルの共有

- ・情報は体系的に整理され、関係者に「共有」されなければならない。
- ・SNS（Social Network Service）などの整備・普及により、情報が多く提供される一方で、初期から情報収集やその提供について共通理解を得ておくことは重要である。
- ・情報の重要性はすでに述べたが、これらは国などの行政が中心となって手順を示す必要がある。
- ・医療職種など多職種連携による情報についても、縦割りのな情報管理・提供にとどまるべきではなく、広く提供される体制構築が望まれる。

東日本大震災では、被災地が広範囲かつ適切な情報提供が不十分であったために、それぞれが情報の収集に多大な労力を費やし、被災者への負担と混乱を大きくしたことを反省しなければならない。今後の災害対策の準備では、主体となる情報収集窓口を設置するなどの事前の周知とそれぞれの役割による情報収集と窓口への提供が大きな課題である。

震災後1年が経過する中で、様々な団体などが同じことを経験し、危惧している。多職種間の連携構築とともに、国として横断的な連携を意図した体制を構築し、周知することで、初動時から円滑な情報収集と発信、そして災害復旧に向けた早期からの活動が開始できるものと期待したい。

（小林 毅）

B 被災直後のリハビリテーションの役割

POINT

- ◆被災直後のリハの5原則は、「それまで行ってきたリハ医療を守ること」、「避難所などでの廃用症候群を予防すること」、「新たに生じた各種障害へ対応すること」、「異なった生活環境での機能低下に対する支援をすること」、「生活機能向上のための対応をすること」である（表VII-2）。

表Ⅶ-2 被災直後のリハの役割

1 それまで行ってきたリハ医療を守ること

- 被災直後は、着の身着のまま自宅より避難所に退避してくる人が多い。薬・義肢装具・酸素・電源などの供給を速やかに行う体制が必要になる。

在宅酸素療法患者に対しては自宅での予備酸素ボンベの備蓄や酸素業者からの遅滞ない酸素の供給を、人工呼吸器装着患者に際しては、停電でも対応できるように自家発電の準備を自宅で事前に行ったり、自家発電のある病院や避難所へ収容する必要がある。車椅子、福祉用具、褥瘡予防マットの提供、こころのケアにも気を配る。

- リハ医療を守るためにも、病院・施設や診療所でのライフラインの確保や必須物資の備蓄が必要である。

被災した障がい者が病院・施設や診療所に来ても困らないだけの十分な医薬品、食料、水、電源などの備蓄を行う。

東日本大震災では、病院の厨房設備が被災したことと食料物資不足のため、入院患者に対して、当初は1日800kcalの非常食しか支給できず、回診のたびに患者さんが痩せていくのを見るのが忍びなかった。ましてや、嚥下補助食など特殊な食事の供給が十分でなかった。緊急時でやむを得ないこととはいえ、このような食事の備蓄にも気をつける必要がある。

東日本大震災では、リハ支援ではガソリンの枯渇が一番の足かせになり、医師であっても「緊急通行車両証」がなければガソリンを入れてもらえない状態が震災後ほぼ3週間続いた。今後、リハ医療に携わる施設ではガソリンの備蓄も必要になるだろう。

- 被災直後は、ライフラインが断たれることが多く、被災した家屋に障がい者がとり残されていないかどうかの調査や、障がい者がどの避難所に退避したかの調査を速やかに行う必要がある。

日頃から障がい者マップを作成しておくことも

- 1) それまで行ってきたリハ医療を守ること
- 2) 避難所などでの廃用症候群を予防すること
- 3) 新たに生じた各種障害へ対応すること
- 4) 異なった生活環境での機能低下に対する支援をすること
- 5) 生活機能向上のための対応をすること

- 被災地医療の1カ月では救命救急や感染症治療・予防が主であり、リハ医療ではもっぱら1) 2) が行われた。
- 2カ月目からはこころのケアとともに、リハのニーズが飛躍的に高まることが予想され、リハスタッフの果たす役割がますます大きくなるものと考えられる。

に、避難所にきた障がい者やリハの必要な患者のニーズの情報を一元化するとともに、共有することが重要である。

- リハ医療福祉関係者は、自分の施設の被災状況や職員の安否の確認を行うとともに、可能な限り緊急の診療を行う。余裕があれば、周辺の避難所の巡回診療も活発に行い、リハ医療を守ることが重要である。
- 医療福祉施設自体が被災してリハ患者への適切な対応ができない場合は、適切な対応のできる医療機関への移送を速やかに考慮すべきである。

被災地である宮城県には県ごとのリハ医会のような組織がなかったために、リハ医の派遣などを組織的に行えなかった。これを反省に、宮城県では「東日本大震災宮城県リハビリテーション協議会」と「宮城県リハビリテーション医会」が発足し、宮城全県でのリハ医療の供給を考える体制が組織された。また、全国レベルでのリハ患者の受け入れネットワークがなかったために、被災を受けたリハ病院での入院患者の引きとり先を探すのに難渋した病院があった。これを機会に、本学会でネットワークを構築した。また、リハ医療を支援しようとした本学会会員の適切な受け入れ場所を迅速に決定できなかった。これに関しては様々な試行錯誤があったが、10団体が発足したおかげでリハ医を含めたリハスタッフの支援の需給が一本化されつつある。

2 避難所などで廃用症候群を予防すること

- ・避難所のライフラインなどの環境を整えておく。

東日本大震災の際には、避難所ではライフラインの完備していないところが多く、寒さや空腹感、一人あたりのスペースが十分でないところが多かった。避難所では肌寒い上に床が固いので背中が痛くて眠れない。皆も興奮状態の1日目とは違って、2日目からは口数が少なくなり、低カロリー、寝不足、心労からか、四六時中床の上で仰臥位や側臥位になって閉眼している人が多くなった。

- ・廃用症候群を予防するための体操などを行う必要がある。
- ・避難民自身が可能な限り避難所の様々な運営（運搬、配給など）に参加するなどの工夫を促し、廃用症候群を予防する。

東日本大震災では当初、ボランティア主導でラジオ体操が行われたものの、避難所生活が長期化するにつれ、避難民の中のリーダー格の人々が率先してラジオ体操を呼びかけ、独自に行うようになった。ボランティアも学生であれば授業が始まったり、社会人であれば年休を使い切ったりすると、地域への介入は減ってしまうわけであり、日頃から、避難民や地域住民独自で運営するように指導していくことが重要である。また、深部静脈血栓・肺塞栓予防のストッキングの配布が積極的に行われ、新潟県中越大地震の際と比較して肺塞栓の発症数が少なかった。

3 新たに生じた各種障害へ対応すること

- ・リハ患者のみならず、被災による外傷や疾患により新たに障がい者になる人が増加する。また、廃用症候群の発生防止に努めても、運悪く褥瘡が生じたり、下肢静脈血栓症や肺梗塞などが生じることもあり、適切な対応が必要になる。
- ・インフルエンザ・感冒などの集団感染が加わることがあり、手洗い、咳エチケット、汚物の管理にこころを配る。
- ・配給される保存食は一般的に塩分過多であるこ

とが少なくなく、心不全の悪化や潜在的な心不全が顕性化しやすい。可能であれば個別的な既往歴や現病歴を把握し、早めに対応を行う。

- ・重症者が一人生じると、その患者の対応に時間をとられて、多くの避難民への対応の妨げになったり、その患者に十分な医学的対応ができない場合は、適切な対応のできる医療機関への移送を速やかに考慮すべきである。

4 異なった生活環境での機能低下に対する支援をすること

- ・バリアフリーでは自立していた人たちでも、避難所や仮設住宅に段差や坂があるだけで自立を阻まれてしまうことが多い。可能な限りバリアを取り除いたり、福祉避難所の集約化を行って、異なった生活環境での機能低下に対する支援をすることが重要である。
- ・バリアを取り除くことが困難な環境下の場合、廃用症候群をつくらないように、毎日ラジオ体操を行う、避難民自身が可能な限り避難所の様々な運営（運搬、配給など）に参加するなどの工夫を促し、異なった生活環境での機能低下に対する支援を行う。

5 生活機能向上のための対応をすること

- ・まず、被災者が現在困っていること、望んでいることを優先した対応を行う。

生活機能向上に様々な方法があると考えられても、物資の不足や環境の不安定さから日頃のリハにおける理想的な支援とは程遠いものしかできないことも少なくない。このようなときには、あえて最善を目指すのではなく、不完全であっても応急処置的にできることを優先して行動する。

- ・災害により、家族を失った方、家や財産を失った方、避難所暮らしの方などがたくさん生じる。災害直後では失ったものが多過ぎて、また、それを冷静に受容できない方も多い。
- ・被災者一人ひとりにじっくり話を聞いたり、生

活機能評価を完璧の行うほどの時間や心理的余裕は支援者側にも被災者側にもないことが多い。

- ・生活機能評価のニーズはこれからじわじわと増えると思うが、この段階であまり明確にすることは、失ったものを際立たせることにもなりかねず、注意が必要である。

話しながらない被災者にはこちらから詳しく問いかけるのは慎んだ方がよい場合が少なくない。一方、

被災者が自発的にする話を傾聴することは重要であり、被災者はそれだけで自らのストレスを減らすことができる。

支援者側は、「何かお手伝いできることはありませんか?」「何かして欲しいことがあれば、今はなくても、後で思い浮かんだら、連絡してください」として、支援者あるいはボランティアのコーディネーターの連絡先を伝えるのが望ましい。

(上月正博)

C 災害支援の継続性の担保の基本原則

POINT

- ◆災害の種類・規模などにかかわらず、支援は長期的かつ継続的に行われるべきである。
- ◆支援活動は、「現地の体制復興（復旧）：リハ関連システムを含む」を当初から念頭に置く。
- ◆支援を継続するためには、人・物資・財政的などの供給だけではなく、保健・医療・福祉のシステムの復興（復旧）を被災地や被災者とともに構築する。
- ◆被災地での支援目標は、地域での保健・医療・福祉システムの再構築であり、被災前のシステム以上の内容を負担させるべきではない。

1 単なる被災地支援ではなく「被災地復興（復旧）」という認識への共通理解

- ・被災地支援に際しては、「支援してあげる」のではなく、「支え援ける」という認識と理解が重要である。
- ・支援の目標（最終目標）との関連から、一方的な支援側の意図する介入ではなく、被災地・被災者のニーズに応じた支援をすべきである。

災害発生直後からの支援は、被災地・被災者が受け身になっていることもあり、支援側の一方的な「思い」が強くなる傾向にある。このため、支援側は被災地・被災者のニーズを把握し、必要以上の支援が自立を阻害することのないよう注意する。

支援に際しては、「支援」という形で被災地外か

ら単にリハの技術やシステムをもち込むのではなく、その被災地が災害以前より存在していたシステムや被災者が受けていた技術の復興（復旧）を目的とする。これは、被災地での復興（復旧）に伴い、段階的に現地スタッフに引き継ぎを行っていくときに、異なるシステムなどを導入していると混乱が生じ、地域住民へのリハ関連サービスの提供が遅延すること防止するものである。

このためには、災害直後は混乱しているために困難な状況にはあるが、現地の体制やスタッフに応じた支援を行うためにも、できる限り早期から打ち合わせをする機会があるとよい。ただし、現地スタッフも「被災者」であることを認識し、過大な負担は避け、現地スタッフ自身が生活基盤を再構築する期間の補助・補完としての支援に努めるべきである。

東日本大震災にあたり、A県B市を中心とした被災地では、支援に際して災害対策本部から「地域での保健医療福祉のシステムが立ち直るまで、避難者・高齢者の震災前の生活状況から介助量を増大させないこと、できる限り避難者の生活状況を維持する。システムを立て直しながら、地域にもともとあった内容に合わせて徐々に引き継ぐ」という明確な方針があった。支援側も交代制で人材を派遣するので、被災地でのこのような一貫した方針は、支援側・被災側も混乱を軽減し、円滑な復興（復旧）への引き継ぎに寄与できるものと考えられる。

2 災害支援の継続性を担保するシステム

- ・支援の基本は、「人・物資・財政」であるが、単に投入するのではなく、被災地での保健・医療・福祉のシステム（体制）の再構築に資する介入を行う。
- ・保健・医療・福祉のシステムは地域個性があることを理解し、画一的ではなく、その地域のシステム特性に配慮しなければならない。
- ・支援側の体制として、国や自治体による財政的・制度的などの迅速かつ柔軟・臨機応変な対応が望まれる。

災害支援は、被災した状況に応じた支援内容を決定すべきである。東日本大震災では、情報網が混乱したことも大きな要因ではあるが、支援が大きく混乱した。特に、物資の流通では、1ヵ所に必要以上の物資が供給されたり、必要な物資が供給されなかったなどの多くの課題があった。この解決策としては、初動時からマニュアルを共有して、相互の初期対応の中で必要情報を共有することが重要となる（「Ⅷ 災害発生時の初期対応」参照）。

災害発生時からの支援体制を構築するためには、「従来からあった現地での体制への復旧と現地スタッフへの引き継ぎ」を意図して、様々なフェーズに応じて段階的・継続的に考えることが重要である。しかし、地域では様々な状況から現地でのシステムには個性があり、支援側の柔軟な対応が必要となる（図Ⅶ-1）。被災地の保健・医

療・福祉のシステムが壊滅的な打撃を受けた場合には、支援側から連携を十分にとりながら全てのシステムに支援することが効果的となる（図Ⅶ-1①）。なお、被災地への支援は、長期的かつ継続的に行うことが条件であり、国や行政などと財政的・制度的など多方面に連携協力関係を構築しなければならない。（図Ⅶ-3（96頁）参考）

3 ゴール（目標）の設定

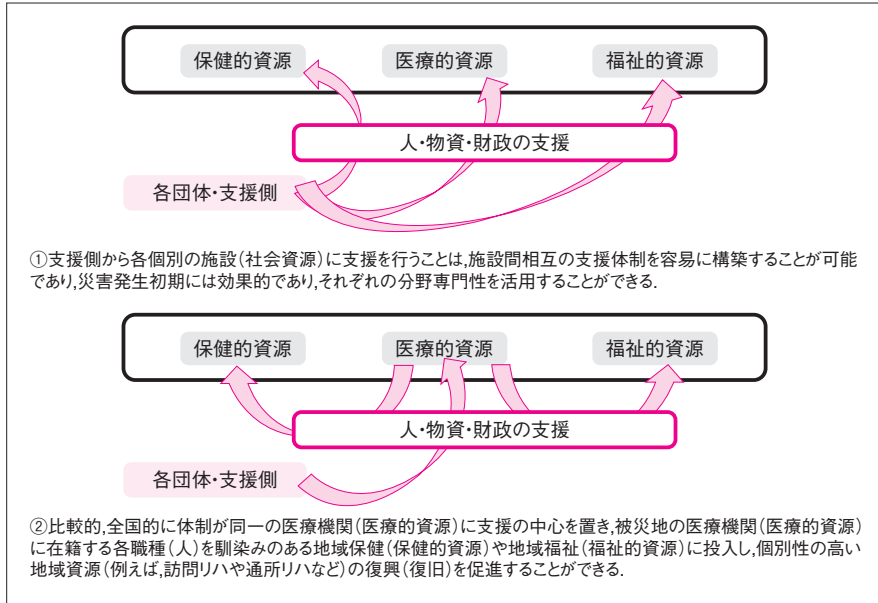
—従来からあった現地での体制への復旧と現地スタッフへの引き継ぎ—

- ・災害発生からの早期に、被災地のスタッフと目標と時期（段階づけ）などを打ち合わせることが推奨される。
- ・ゴール（目標）の設定にあたっては、現地スタッフの意向を尊重し、支援側からの一方的、過大な支援内容は慎まなければならない。
- ・現地スタッフへの引き継ぎは、現地と支援側で重複活動時期を設定し、漸進的・段階的に行う。

災害発生直後には困難ではあるが、被災地での安否確認ができ、各職種との連絡がとれるような段階から、現地でのニーズの確認などの連携協力関係を構築する。もちろん、被災地の各職種も被災者であることを念頭に置きながら、支援側から現地での復興（復旧）の役割を段階的に引き継いでいく。この際に、地域の個性を重視し、様々な支援形態（図Ⅶ-1）とともに引き継ぎ方法を考慮する。

支援については、現地で従来からあった体制を基盤にして、現地の体制と異なるシステムや支援内容（人・物資・財政など）を導入することは、引き継ぎの際の混乱を招くので避けなければならない。

引き継ぎは、被災地や被災者の状況に応じて段階的に行われることが望ましいが、引き継ぎが終了した時点で「支援が終了」するものではなく、後方的な様々な支援は継続することを理解する（図Ⅶ-2）。



図Ⅶ-1 地域の個性に対応する支援体制の例

	被災混乱期		応急修復期		復旧期		復興期
	フェーズ0	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3	フェーズ4	フェーズ5	
初動体制の確立	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 被災地との情報の収集体制の確立 ▶ 初動(第1次派遣)に向けた準備(人材・物資・その他) 						
緊急対策 一生命・安全の確保一	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 情報の収集体制の明確化 ▶ 第1次派遣 ▶ 第2次派遣以降の準備(不足物資の供給・その他) 						
応急対策	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 情報の収集体制の強化、行政との体制構築 ▶ 支援方針の決定 ▶ リハ資源の導入(スタッフ派遣などの支援) ▶ 必要に応じて、対象者の被災地域外への移動・受け入れ体制の支援 						
応急対策	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 支援体制方針の再検討 ▶ 被災地でのリハ資源復旧・復興への支援 ▶ 被災地の病院・施設などの受け入れ体制の支援 ▶ 被災地での業務再開に向けた人的・物的・その他の支援 						
復旧・復興の対策	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 被災地での業務再開に向けた支援 ▶ 被災地スタッフの身体・精神的支援 ▶ コミュニティづくりの支援活動 						
復興対策	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 支援活動のまとめ ▶ マニュアル見直し・修正 ▶ コミュニティの再構築支援 ▶ こころの問題への継続的支援 						
活動の主体と引き継ぎ	<p>一般住民・高齢者だけではなく、身体・精神・発達・内部など全ての障がい児・者と家族へも対応する。 早期からこころの問題を考慮し、適宜に介入できる支援体制を構築する。 最終目標は、被災地での資源の復旧・復興であることを明確に意識し、共有する。</p> <p style="text-align: center;">各団体・支援者</p> <p style="text-align: right;">被災地・被災者</p>						

図Ⅶ-2 ゴール設定と現地スタッフへの引き継ぎ(イメージ)：表Ⅵ-11(71頁)に追記

東日本大震災より1年が経過した。地域によっては、少しずつではあるが、保健・医療・福祉のシステムが再構築されつつあり、その中で各職種の役割も回復しつつある。しかし、被災者の「こころの支

援」など、時間経過とともに表面化してくる課題もあり、被災地での介入とともに、継続的な支援を行う重要性が指摘されている。

(小林 毅)

D 柔軟なリハビリテーション支援体制の基本原則

POINT

- ◆災害時には、支援体制の構築に際して人的・物的だけでなく、制度やシステムも柔軟に運営できるように検討することが望まれる。
- ◆医療保険・介護保険などの算定の課題は、復興（復旧）のためにも重要な課題と位置づけ、今後は柔軟かつ適切に運用できる制度が望まれる。
- ◆対象者とその家族は当然であるが、スタッフも、安心・安全にリハが提供できる基本的な考え方を共有する。
- ◆災害時の支援活動では地方自治体との連携が重要である。行政の機能が著しく低下している場合、可能な限り当該行政職員の負担をかけないことが望ましい。

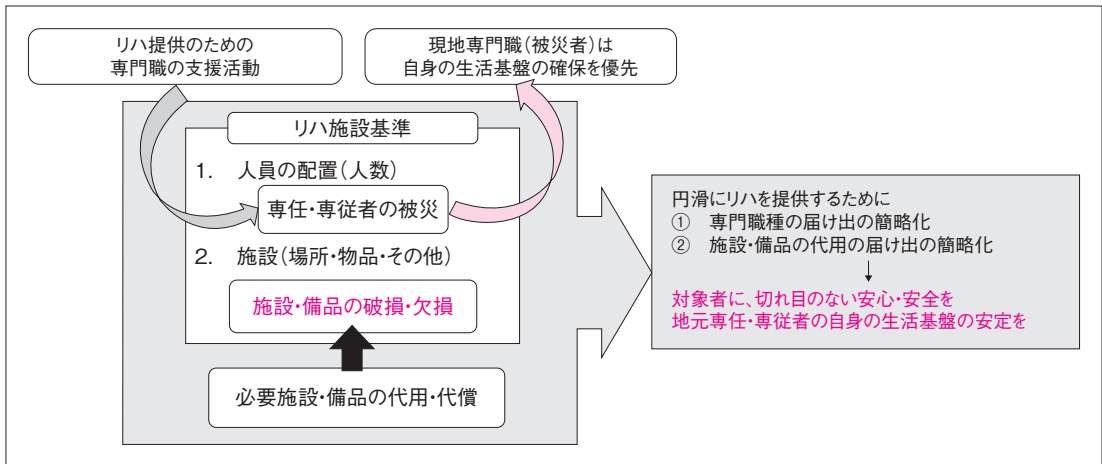
1 被災地でのリハを支える専門職の体制の考え方

- ・被災地では、専門職従事者自身も被災者であるために、その代替えとして同職種が従事することに対しては、届け出など柔軟に対応することで、被災地でのリハ体制を維持することができる。
- ・フェーズが進行し、新たなコミュニティの構築やコミュニティの再構築の時期には、被災地の専門職が地元地域のコミュニティへ支援することが効果的である。

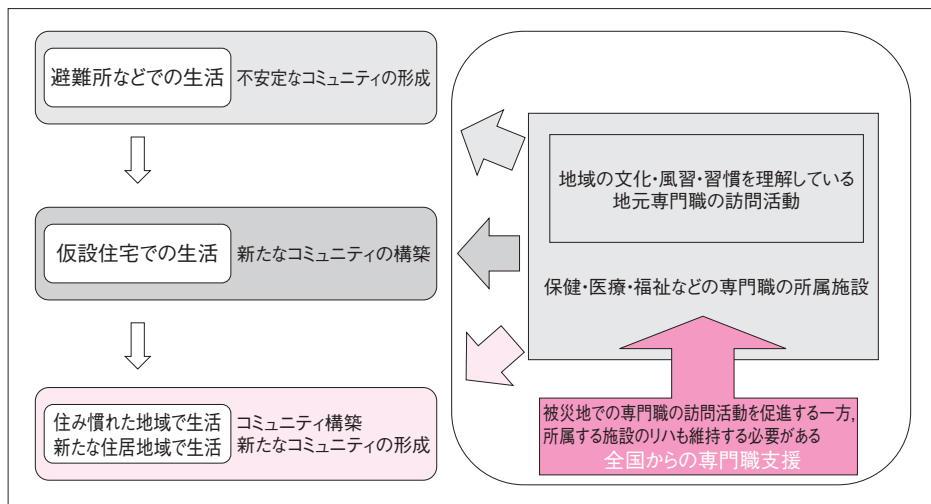
過去の災害の経験から、被災地では全ての医療従事者も被災者でありながら、自身の生活基盤を顧みることなく不眠不休で職責をまっとうしてきた。しかし、その結果として疲弊・疲労が重なり、「こころの問題」を含めて体調を崩すものが少なくなかった。東日本大震災でも同様であり、リハスタッフだけではなく、全ての医療従事者にとって、勤務施設に対して代替え同職種の支援を行った場合に、事務的届け出を簡略化、または事後報

告が可能となる制度を検討し（図Ⅶ-3）、早期に対応することを望む。このことは、国民に安心・安全な医療（保健・医療・福祉）を提供することだけでなく、医療従事者自身が安心して勤務できる、被災者としても自身の生活基盤を構築するためには重要であると考ええる。

また、支援活動のフェーズが進行することに伴い、被災者も仮設住宅を含めた地域生活を始めるため、コミュニティの再構築が重要となる。このとき、他地域からの支援活動よりも、地元の専門職による地域性を活かしたコミュニティのあり方を検討し、導入することによって、文化・風習・習慣などを理解した活動ができることから望まれる。しかし、地元の専門職種も所属施設での勤務の上で、支援活動の負担を強いることは、疲労と疲弊を助長することが危惧される。地元の専門職を地域でのコミュニティの再構築に動員する際には、所属する施設でのリハサービスに他地域からの支援を導入することも一つの方法であると考ええる。この際にも、施設基準の人員配置に対する届け出等に、事務手続き的な配慮を検討しておく必要がある（図Ⅶ-4）。



図Ⅶ-3 震災直後のリハ施設基準に対する事務手続き的配慮（私案）



図Ⅶ-4 コミュニティ構築、再構築に向けたリハ資源の活用（私案）

2 被災地からの一時的避難転院に対する再入院の取り扱いの考え方

- ・災害後、引き続きリハを受ける際の各種保険診療の手続きを柔軟・簡略に対応することは、対象者が安心・安全にリハを受けるために必要である。
- ・転院や再入院を受け入れる施設においても、各種保険診療が保障されることは、被災の中での重要な収入になり、経営的な安定と災害からの復興（復旧）につながるものと考える。

東日本大震災では医療機関の施設自体が被害を受け、入院患者を一時避難的に他の医療機関に避難入院させた。その後、施設の復旧に伴い転院させた多くの入院患者を、住み慣れた地域であるもとの医療機関に再入院の手続きをとったところ、移動・搬送だけではなく、診療報酬上の事務手続きにも混乱がみられた。震災による施設被害のために転院（退院）した場合は、通常の転院（退院）からの再入院と異なるため、一律的な取り扱いではなく、柔軟な対応が必要となる。対象者が、本来あるべきリハサービスを受けることができることは、生活の基盤を支え、安心・安全に保健・医療・福祉を受ける権利を保障

表Ⅶ-3 時間経過（フェーズ）と情報の分析（私案）：初動体制を共有することで、横断的な情報交換を構築する

	被災混乱期		応急修復期		復旧期	復興期
	フェーズ0	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3	フェーズ4	フェーズ5
情報（狭義）	情報の内容だけでなく、情報の入手先・発信先など					
被災者	被災の状況だけでなく、「どの地域」「どのくらい」の被災者が支援を必要（ニーズの把握）とするのか					
物資（被害状況）	被害状況だけでなく、「どこで」「どのような物資」「どの程度」に被害を受けているのか					
住居環境	住居の被害だけでなく、避難所や仮設住宅の状況、周辺の生活必需品の入手方法など					
支援者（専門職）	支援の可否だけでなく、「どの職種」「どのくらいの人数」「どの時期に」「どこに、どこから」など					
物資（支援物資）	単に不足品を補充するだけでなく、フェーズを見通して、「具体的に」「どこに」「どのように」送付するなど					
行政（被災地）	被災地の都道府県・地区町村の状況や具体的にどのような支援を必要（ニーズの把握）としているのか					
行政（国）	国の支援体制や支援の方針、予算、人的などの具体的支援内容の確認と要望（意見）の上申など					
関連団体の動向	職種団体以外にも DMAT, JMAT や日赤病院, 済生会病院や民間病院の被災地支援状況など					

するものである。また、被災・被害から復興（復旧）に努力した医療機関の経営に関わる問題となりうる。

なお、今回の東日本大震災による対応では、行政機能が滞った課題も大きい。医療保険だけではなく、その他の障がい児・者・高齢者などに関わる様々な制度でも、柔軟に対応できなかったことは、今後の改善を検討すべきである。

は、支援体制の構築や支援内容の検討の焦点となる。しかし、その内容の検討にあたっては、できるだけ必要とする項目に分けて、詳細な検討を加えるとともに具体的な支援内容を提示することが必要である（表Ⅶ-3）。さらに、絶えず点検し、刻々と変わる状況に柔軟かつ迅速に対応できる組織を構築する（図Ⅶ-5）が必要となる。

（小林 毅）

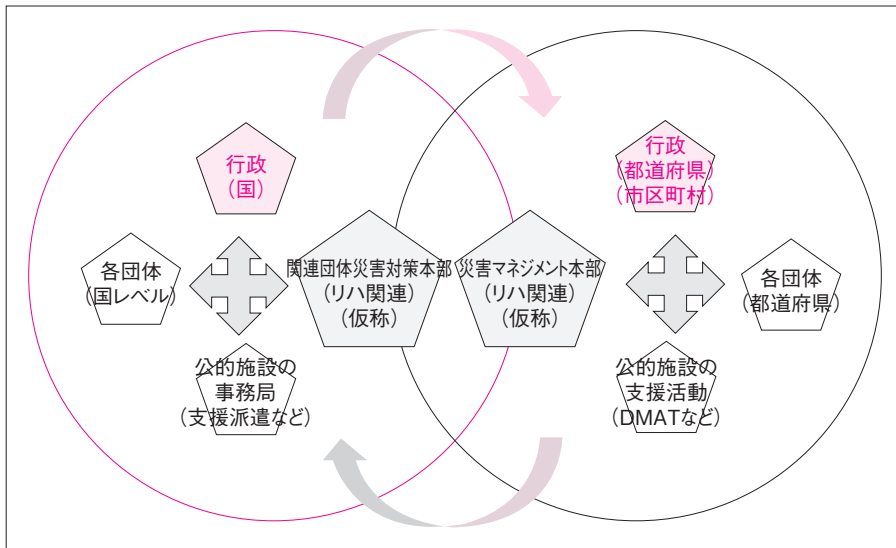
3 時間経過・状況に柔軟に対応できる体制の構築

- ・フェーズだけでなく、様々な情報から柔軟に状況に対応できる体制が重要である。
- ・災害時に必要な情報には、狭義の物事の内容や事象の「情報（information）」の他、「人（被災者・支援者）」「物（被害状況・支援物資）」「組織（行政機能・支援団体・職能団体）」など多くの要素が含まれる。

災害発生後からフェーズにより対応すること

4 地方自治体の受けた打撃による支援の変更

- ・激甚災害では、行政区域を超えた広範囲に渡る被害が発生する。
- ・地方自治体の機能が著しく損なわれた場合、通常と同レベルの業務遂行を期待することは極めて難しい。
- ・激務の中で最善の判断と行動を行う行政職員は、自らが被災者でありながら支援者としての役割を担う。
- ・外部からの連絡と住民への対応に追われる彼ら



図VII-5 柔軟かつ迅速な支援を支える体制構築（私案）

に対し、助言は時として最もよい支援ではなく、むしろ逆効果となることもある。

- ・ 支援者は助言ではなく、率先して負担をかけないような支援を遂行することが望ましい。

1) 災害発生時の保健所の機能

- ・ 災害医療に関わる保健所機能の強化の項目において明示されている保健所の機能は以下の通りである。

(1) 保健所は災害医療において医療機関、医療関係団体、医薬品関係団体、医療機器関係団体、医療関連サービス事業者、消防や警察機関、精神保健福祉センター、関係行政機関、ライフライン事業者、住民組織等と連携が重要となるため、この連携を日常から推進する

(2) 特に初期救急段階には、自律的に集合した救護班の配置調整、情報提供などを実施する。保健所で情報交換の場を設け、医療救護班の配置の重複や不均等がある場合等に配置調整を行う

- ・ 上記の通り、災害発生の前後、保健所に課せられる責務は大きい。しかしながら、保健所自体が甚大な被害を受けた場合もある。

2) 甚大な被害を受けたとある市町村

2011年3月、ある市町村の災害発生後の状況をヒアリングしたので以下に記載する。

- ・ 3月11日の地震直後、〇〇市合同庁舎では物資の確保と住民の誘導及びテントの設営を実施した。合同庁舎が水没した。
- ・ 同日、避難民から食料を求められたが、職員・避難民あわせて約600名の食料を提供することは困難だった。
- ・ 3月12日、150名分のアルファ米がヘリコプターから二袋到着。職員は手分けしておにぎりをつくり避難住民に配布したものの、職員全員に行き届くには不十分な量だった。
- ・ 防災無線がつながらない中、屋上にSOSの旗を立てた。24時間体制で避難住民のケアにあたり、病人をヘリコプターやボートで搬出した。
- ・ 3月13日、受水槽から水を確保するまでは烏龍茶でご飯を炊いた。トイレはゴミ箱を活用し、会議室の暗幕を毛布として代用した。
- ・ 3月14日に自衛隊の救助を得て脱出。別の場所で事務所機能を立ち上げて支援活動を開始した。

3) 支援方法の例

- ・ 地方自治体が著しい打撃を受けた場合、必要に応じて福祉避難所の支援を開始することが望ましい。
- ・ 福祉避難所は、「要援護者（高齢者、障がい者等）が安心して生活ができる体制を整備した避難所である。耐震、耐火、鉄筋構造などを備え、バリアフリー化されている老人福祉センター等の既存施設を利用して設置することができるほか、一般の避難所の一室を利用して設置することも可」。全国で7104施設が指定されている。
- ・ 東日本大震災後、ある被災地の医療・介護施設では1.5倍程度まで入所者数を増加させて救急対応をした。
- ・ しかしながら、リハ医療の必要な方々が救急対

応に含まれず、適切な措置を受けられない場合がある。

- ・ 災害発生後、一定期間中に福祉避難所が設置されれば、地方自治体や地域の医療・介護施設の負担を軽減するため、支援開始を検討する。

地方自治体が著しい打撃を受けた場合、リハ支援者は福祉避難所で活動するなど、地域の下支えをする支援の実施を検討する。

【文献】

- 1) 災害時における初期救急医療体制の充実強化についての厚生省健康政策局長通知（健政発第451号）。
- 2) 中央防災会議 災害時の避難に関する専門調査会 第5回 参考資料4「福祉避難所」について。

（伊藤智典）

E

地域リハビリテーション支援の徹底の基本原則：支援部隊引き上げを想定した支援

POINT

- ◆ 災害リハ支援部隊は、地域行政への支援を基本とする。
- ◆ 地域の保健医療福祉サービスが安定した時点で、速やかに撤退する。
- ◆ 災害リハ支援部隊は地域サービスへの橋渡し役に徹する。
- ◆ 災害支援は最終的に地域資源でできることにとどめる。

1 地域行政への支援が基本

- ・ 災害支援のトータルコーディネートは、どの地域においても、最終的には行政が行う。
- ・ この度の東日本大震災では、津波による被害で地域行政本体が消滅したり、職員の被災により機能が停止してしまった行政体もだが、そのような自治体には他の自治体からの応援により、何らかの形で行政機能は復活した。
- ・ 地域住民に対する保健医療福祉サービスの安定供給は行政の責務であることから、災害リハ支援部隊は、地域行政体を基軸にしながら、リハ

サービスの安定供給に対する支援を行うことを基本とする。

東日本大震災の被災地では、地域行政を無視したボランティア活動が数多くみられた。支援ボランティアのコーディネーターの不在が原因とはいうものの、各々の支援者側の行政機能に対する認識不足も否めない。

2 地域の保健医療福祉サービスが安定した時点で、速やかに撤退する

- ・ 災害支援は、地域のサービスが安定して供給で

きるようになった時点で、速やかに撤退することを原則とする。

- ・地域のサービスが安定しているにもかかわらず、災害支援部隊による支援をいつまでも提供することが、逆に地域のサービスを圧迫することになりかねない。

東日本大震災の被災地では、それまで介護保険サービスを利用していた要介護高齢者の多くが、津波により流されたことで、利用者が半減した介護保険サービスが存在していた。その一方で、災害支援として通所介護や訪問リハサービスが無料で提供されているというミスマッチが生じていた。

3 災害リハ支援部隊は地域サービスへの橋渡し役に徹する

- ・被災直後の災害リハ支援は、地域サービスが低下、消滅していることや、急激な需要に対応するために直接サービスが求められるが、地域サービスの供給量が需要と均衡が保たれたならば、その後の支援は、地域サービスへの橋渡し役に徹することを原則とする。
- ・そのためには、どこの地域のどのサービスがどの程度まで回復しているか、地域のサービス供給量の状況をできるだけ細かく把握することが重要となる。
- ・被災住民の度重なる移動により、行政もサービスを必要とする住民の存在の把握は困難なため、災害リハ支援は、潜在している住民のリハニーズを把握し、地域サービスに繋げる橋渡し役となることが求められる。

被災直後には、避難所や自宅で避難生活を送っている被災者への訪問リハなどの直接サービスが必要であるが、リハ専門職のボランティアが震災から半

年が経過した時点においても、直接サービスのみを継続している状況が見受けられた。

4 災害支援は最終的に地域資源でできることにとどめる

- ・災害リハ支援は、地域リハ支援である。そのため、地域リハの基本原則である「地域資源の活用」と「地域資源の創出」が求められる。
- ・被災地にある資源は、どこに、何が、どれだけ、どのような状態で存在するかを把握するための地域評価が必要である。
- ・また、その地域に必要なとされる資源がなければ、新たな資源を創出することになるが、災害リハ支援部隊が撤退した後も、同様のリハ支援が地域で継続されなければ、それは支援部隊の自己満足の支援に終わってしまう。
- ・リハ専門職の自己満足の支援に終わらないためには、最終的に、その地域の資源となって継続できる地域リハ資源づくりが必要である。
- ・また、行政地域の中で、あまりにも限定されたエリアだけに突出したサービスは、行政にとって負担となる可能性もあることから、新たな資源の創出は、地域行政との調整が必要である。

東日本大震災の被災地では、将来的に我が国全域で高齢者社会に対応するために必要とされる地域包括ケア体制のモデル地区として、新たなサービスやサービス間の連携体制が創出されつつある。そういった状況下で、リハ専門職の災害ボランティアは、新たなサービスのモデルを示すことはあっても、地域サービスにはなり得ないということを踏まえ、継続できる体制づくりを心がけることが必要である。

(逢坂伸子)

F 治療的介入における必要性の基本原則と留意事項

POINT

- ◆災害発生初期に発生する疾患や廃用症候群の早期発見と対応に努める。被災地の行政や災害派遣医療チームと連携し、リハ的支援が必要な被災者への対応を迅速に行う。
- ◆福祉避難所へ早期に介入し、関係スタッフと連携する。
- ◆既存障害の特性に留意し、ニーズに適切に対応する。
- ◆障がい児・者及び要介護高齢者の心身の状況を評価し、避難所での支援に活かす。
- ◆既存障害の特性に留意し、ニーズに適切に対応する。
- ◆平時のかかりつけ医、福祉サービスの利用状況を把握し、状態の変化に伴い適宜対応する。
- ◆障がい者及び要介護高齢者の基本動作能力・ADLの状況を評価し、廃用症候群の予防に対応する。
- ◆避難所でのADLのポイントについて情報提供し、ケアマネジャーや介護サービス事業所との連携に役立てる。
- ◆精神障がい者を含む障がい児・者、児童・乳幼児は環境に適応する能力が低いいため、特に環境面へのアプローチが重要となる。
- ◆生活上のストレスを適切な形で発散・昇華したり、症状の安定や身体・精神的機能の維持を図れるよう、専門家を介したアクティビティやレクリエーション、軽運動などの導入も重要である。

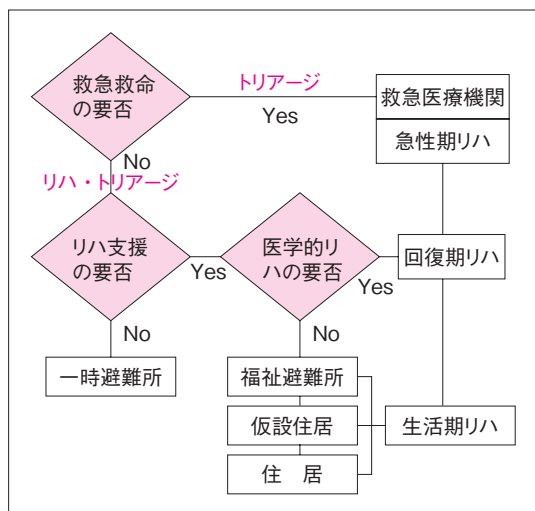
1 被災混乱・応急修復期における介入の原則と留意点

- ・本書では、被災混乱・応急修復期は災害発生から1カ月末までを指す。
- ・地域や在宅で暮らす障がい児・者や要支援・要介護者、及び特定高齢者が主な対象となる。
- ・災害発生前にどのような福祉サービスや介護サービス等を受けていたかを把握し、今後のリハ支援を行う上での前提条件とする。
- ・もともと存在した障害に加え、被災時の問題(一次的)あるいは避難生活により発生する問題(二次的)がある。それらを表VII-4に示す。被災混乱・応急修復期では前者が中心となる。
- ・特に深部静脈血栓症は避難生活後1~2週間の支援物資が乏しい時期に発症しやすいといわれ、放置すれば肺塞栓症を引き起こすリスクが

表VII-4 被災及び避難生活における問題

被災による問題 (一次的)	外傷、低体温症、汚染水による誤嚥性肺炎、動物媒介の疾患、補装具喪失による障害 等
避難生活による問題 (二次的)	感染症、深部静脈血栓症、脱水、熱中症、廃用症候群、服薬中断による再発、心的外傷 等

- ある。浮腫の発生に注意する。
- ・建物崩壊などによる外傷では破傷風などの感染症の危険がある。肩こりや開口障害などの徴候に注意する。
- ・津波による被災では汚染水の誤嚥による肺炎や、冬季では低体温症などの危険がある。前者は発熱や呼吸苦、後者は震えや発話の緩慢、体温低下に注意する。
- ・行政との連携を密にとるために、市町村が開催



図VII-6 一時避難所におけるリハ支援対象者の把握

する「要支援者避難支援連絡会議^{*1}」と情報の共有と連携を図る。

- ・一時避難所においてリハ・トリアージ（184頁参照）を行い、リハ支援対象者の把握を行う（図VII-6）。
- ・一時避難所へは外傷や急性疾患を除く被災者が避難することとなる。DMATなどの災害医療支援チームと協力しながら上記のようなリスクをもつ被災者の把握に努める。
- ・一時避難所の環境チェックと整備を行う。
- ・福祉用具の破損や流失などによる障害には車椅子の手配など速やかに代替手段をとる。
- ・福祉避難所^{*2}への早急な入所をすすめる。家族と離れることに不安をもつ対象者へは可能な限り一時避難所に近い福祉避難所へ入所できるように配慮する。
- ・特に障がい児に対しては保護者とともに入所することを前提とする。

^{*1}要支援者避難支援連絡会議：関係機関等の支援活動の実施状況や人的・物的資源の状況、避難所等における要支援者のニーズを把握し、共有するために市町村により開催されるもの⁴⁾。

^{*2}福祉避難所：要支援者のために特別の配慮がなされた避難所のことである。災害救助法が適用された場合において、都道府県またはその委任を受けた市町村が福祉避難所を設置する⁴⁾。

- ・リハ支援対象者の把握にはDMATや地域の保健師とともにリハ・トリアージを行い、福祉避難所の適応か否かを判定する。
- ・福祉避難所へは立ち上げ直後から介入し、システムづくりや、ベッドなども含めた福祉用具の手配やレイアウト、玄関やトイレ、風呂などの環境整備に努める（福祉用具の入手に関しては「VI 平時の対応（事前準備）」を参照）。

2 復旧・復興期における介入の原則と留意点

- ・復旧・復興期は本書では災害発生から2カ月目以降を指す。
- ・この期では表VII-4に示す二次的な問題が中心となる。
- ・リハ・トリアージによりリハ支援対象者からもれた被災者も、過酷な一時避難所での生活により廃用がすすみ、要支援あるいは要介護状態に移行することが考えられる。継続した一時避難所への介入が必要である。新たな対象者と判断されれば保健師とともに福祉避難所への入所をすすめる。
- ・視覚や聴覚障害、内部障害等、障害の状況に応じて福祉避難所の環境調整する（「3. 既存障害の悪化や合併症に対する気づきのポイントと対応（103頁）」参照）
- ・福祉避難所入所時は評価を行い、どのようなリハ支援が必要かプランを立て、スタッフに介入法を周知する。
- ・福祉避難所では、介護過多に陥らないように支援のスタッフや多くのボランティアに対し、リハ的支援のあり方を教育する。
- ・特にボランティアは1日あるいは数日限りの支援であることが多いため、受け入れの段階からオリエンテーションを十分に行う。
- ・避難所での食事は支援物資が中心となる。塩分や糖分の摂取が過剰とならないように、栄養士らとともに栄養管理に努める。継続した炊き出しの導入なども栄養管理には重要であり、再発や合併症の発生予防に繋がる。

- ・被災や近親者の死亡等により著しい心的外傷を受ける可能性が大きい。不眠や抑うつ状態などの徴候がみられる場合は日々の観察を怠らない。
- ・心的外傷の発生を前提として、支援チームに精神科医や臨床心理士を加え、早期より介入する。
- ・仮設住宅の建設には設計の段階から介入する。仮設住居群に一定の割合でバリアフリー住居を配置するなどを働きかける。
- ・仮設住居転入時にも同行し、評価と家族指導を行う。
- ・長期的プランとして、仮設住居退去後についても継続した支援が行われるよう現地担当者で調整する。

【文献】

- 1) 震災に伴う肺塞栓症にどう対処するか？, 日経メディカル・オンライン, <http://medical.nikkeibd.co.jp/leaf/all/report/>
- 2) 日本脳神経外科学会：震災後の病気に関する Q & A, http://jns.ac.jp/q_and_a.html
- 3) 日本感染症学会インフェクションコントロール学会：東日本大震災一地震・津波後に問題となる感染症一, Version 1, 2011.
- 4) 災害要援護者の避難対策に関する検討会：災害時要援護者の避難支援ガイドライン, 2006.
(中島雪彦・中西亮二・重本弘文・米満弘之)

3 既存障害の悪化や合併症に対する気づきのポイントと対応

1) 災害時における障がい者・要介護高齢者の特徴

- ・障がい者及び要介護高齢者が災害時に遭遇する支障は、情報が伝達・理解されにくい、自力では危険を回避しにくい、被災により生活行動が制限される、避難所での生活環境に適応できない、心理的・精神的不安の増強などが挙げられる。
- ・これらを要因として、全身状態の悪化、障害の進行と二次的障害を引き起こしやすい。

(1) 要介護高齢者

避難生活による廃用症候群に留意し、基本動作能力及び ADL の低下を評価する。

(2) 認知症高齢者

周辺症状の評価、悪化による外傷発生に留意する。

(3) 視覚・聴覚障がい者

コミュニケーション手段に配慮し、可能であれば音声機器、補聴器の手配を迅速に行う。

(4) 肢体不自由者

脊髄損傷では自律神経症状に留意し、車椅子・歩行器など移動補助具の手配を行う。

(5) 内部障がい者

心疾患、呼吸器疾患、腎臓疾患、膀胱直腸障害、消化器疾患、免疫機能障害などを呈し、身体障害とは異なり、気づきにくい。酸素吸入、透析、ペースメーカーなど医療機器の使用が必要な場合があり、医療的措置を優先すべきである。

(6) 精神障がい者

災害発生による精神状態の動揺に配慮が必要となる。薬物の使用により症状が安定することもあり、使用薬物を把握しておくこと。

2) 障害の悪化や合併症に対する対処

- ・在宅の要介護高齢者及び障がい者の所在情報と現状の障害の程度を確認する。
- ・避難所及び在宅訪問に際しては、リハ医、看護師・保健師、PT、OT のリハチームによる同伴訪問が望ましく、医学的管理とリハ支援の必要性についての方針を立てる。

4 リハニーズに気づくポイントと関係機関との連携

1) 災害前後の基本動作能力及び ADL 評価 (表VII-5, 6)。

- ・リハニーズに気づくためには、災害前後の基本動作及び ADL 変化を評価することが重要となる。
- ・災害前後の変化から低下した原因・要因についてアセスメントすることが重要である。
- ・アセスメントに基づき行政・関係機関・ボラン

表Ⅶ-5 基本動作の評価

起き上がり	災害前	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 (つかまり可)	<input type="checkbox"/> 全介助
	災害後	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 (つかまり可)	<input type="checkbox"/> 全介助
立ち上がり	災害前	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 (つかまり可)	<input type="checkbox"/> 全介助
	災害後	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 (つかまり可)	<input type="checkbox"/> 全介助
移乗	災害前	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要介助 (つかまり可)	<input type="checkbox"/> 全介助
	災害後	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要介助 (つかまり可)	<input type="checkbox"/> 全介助
移動	災害前	<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器の使用 無・有 (T字杖・四脚杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (使用頻度: <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々)		
	災害後	<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器の使用 無 有 (T字杖・四脚杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (使用頻度: <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々)		
基本動作低下に関するコメント				

表Ⅶ-6 ADLの評価

食事	災害前	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	災害後	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排泄	災害前	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	災害後	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入浴	災害前	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	災害後	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
整容	災害前	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	災害後	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
更衣	災害前	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	災害後	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
ADL 低下に関するコメント				

ティアなどへ情報提供を行う。

2) その他の留意点

- ・基本動作の評価では表Ⅶ-5の他、歩行時のふらつきや転倒、また腰痛、膝痛などの関節痛の有無、さらにコミュニケーションの状態や避難所での行動範囲などにも留意すべきである。

- ・ADL評価の留意点としては、食事においては食事摂取量・むせ・誤嚥の有無や口腔内の清潔、排泄においては、排泄回数・失禁・便秘などに留意する。

3) 評価後の対応

- ・上記のアセスメントにより、避難所において必

要備品を手配し、できる限り環境整備に役立てる。

- ・ 介助者の必要度に応じてボランティアなどの人的手配を促す。
- ・ 避難生活における対応は廃用症候群の予防を基本とし、障がい者においてはできる限り個別対応が望ましい。
- ・ 高齢者については、介護予防事業での運動指導の活用やボランティアの活用を促すことが効果的であるが、コーディネートする必要がある。
- ・ 基本動作及びADL評価から得られた気づきのポイントは、避難所に関わる各専門職、ボランティアと共有し、迅速な対応ができるよう配慮する。
- ・ ケアマネジャーや必要なサービス事業所と情報交換し、その後の仮設住宅や転居に備える。

(井口 茂・村上重紀)

5 精神障がい者を含む障がい児・者、児童・乳幼児などへの対応

1) 環境適応能力が低い児・者への対応

- ・ 精神障がい者を含む障がい児・者、児童・乳幼児は環境に適応する能力が低く、特に避難所など他者との共同生活となる場合は、刺激への反応性が高まることがあるため、環境面へのアプローチが重要となる。
- ・ 環境面へのアプローチの具体例としては、基本的な生命と生活の場（衣食住、最低限の日常生活が営める場、睡眠が十分にとれる場）の確保、プライバシーへの配慮（トイレのみえない工夫など）、衛生状態（換気、温度、湿度、採光、臭い、音、手洗い、うがい、入浴など、避難所は集団生活になるため、特に水の確保が困難な状況において、マスクの使用や手洗い、うがいを行える環境設定）の確保やメディアの過剰な取材からの保護などである。
- ・ 児童・乳幼児に対しては、遊び場として環境を整え、遊びを通して表出をできるようにすることが重要である。一緒に遊んだり、積み木やお

絵かき、ぬいぐるみ、クレヨンや鉛筆などの絵や字を書ける物品などの提供を行う。高学年の児童は会話だけでなく、日記や絵を描くことなどで昇華することもある。

- ・ 乳児の場合は母親が安心して授乳させることのできるスペースの確保など、母親が安心して落ち着いて子どもと関われる環境整備も重要である。母親の焦りや苛立ちなどのストレスは子どもにも伝わり、影響を及ぼしやすい。
- ・ 避難時には、子どもが大切にしている物一つもって出るだけでも、その後、子どもが落ち着くためのアイテムになりうる。
- ・ 子どもたちでも安全にできる仕事づくりなど、家族の一員あるいは避難先での生活の中で、子どもたちも役割を見出すことができるような参画の仕方を計画的に実施するのもよい。大人たちが忙しく働いている傍らで手伝えない子どもたちは、孤立した感覚をもったり、落ち着かない状況に陥ったりすることがある。

2) 障害を抱えている方への対応

- ・ 障がい者や児童・乳幼児を最も身近で支えている家族（両親）に対して、心理教育や具体的な生活や育児上の支援を行うことが求められる。
- ・ 精神障がい者においては、既往精神疾患の増悪や医療機関の被災による断薬に注意が必要であるため、症状を確認しながら、服薬状況を早急に把握・改善する必要がある。
- ・ 生活上のストレスを適切な形で発散・昇華したり、症状の安定、身体的・精神的機能の維持・改善を図るため、専門家を介したアクティビティやレクリエーション、軽運動などの導入が重要である。
- ・ 障害を抱えている方に対しては特に、日常生活や健康状態、症状などを定期的に把握し、その都度必要に応じて支援していくことが必要である。
- ・ 精神障害など障害を抱えている方は、それだけで偏見の眼差しを受け、共同の場では弱者となりやすい。疾患を理解できている専門家が適切

に介入し、その人の支えになることが大切である。そのためにも、途切れることのない、継続的に対象者と関われる支援体制の確立が求められる。

- ・ 普段から精神障害を含む様々な障害について、一般の人にも理解してもらえるような活動を継続的に行い、偏見がないようなまちづくりを行っていく必要がある。

【文献】

- 1) 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業『自然災害発生時における医療支援活動マニュアル』。
- 2) 平成 22 年度厚生科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））『災害精神保健医療マニュアル』。

（長谷川利夫）

G 多職種での巡回プログラム

POINT

- ◆ 他職種では一般的にリハの認識が薄い。災害支援に関わる職種は多様なので、良好なコミュニケーションを心がける。
- ◆ 巡回プログラムの活動内容は多岐に渡る。支援者はそれを理解し、弾力的な対応を心がける。
- ◆ 現地のコーディネーターの指示に従って巡回プログラムを遂行する。

- ・ 10 団体に加盟している団体にはリハ医、PT、OT、ST、介護支援専門員のみならず、看護師、介護福祉士、医療ソーシャルワーカー、義肢装具士や臨床心理士などが含まれる。
- ・ 一つの職種が深い専門性を必要とするレベルまで介入するのではなく、許容される最低限のケア（Acceptable minimal level of care）の実施までにとどめる。
- ・ 持続可能な支援及び被災地の医療・介護施設の自律的活動の促進のため、災害発生前にその地域で存在しなかった新たな治療的介入の導入は行わない。

1) リハ支援活動

- ・ 災害時のリハ支援の活動は避難所、仮設住宅、医療・介護施設、自宅家屋などで展開される。以下にその例を挙げる。
- (1) 評価
心身機能・生活状態・環境の評価、介入プロ

ラム策定の提案、記録、伝達。

- (2) 福祉用具等の支援
杖・靴・サポーターなどの提供、靴・歩行器・車椅子の調整及び修理。
- (3) 環境設定
立ち上がり台、椅子などの設置、エレクターパイプ等での椅子や机の作成、ベッド・滑り止めマットの活用及び調整、避難所・仮設住宅・自宅の調査と改善の提案。
- (4) ADL・生活指導
起き上がり・立ち上がり・移動の指導、介助や福祉用具の使用法の指導。
- (5) 運動指導
循環改善の指導、身体活動の促進、リラクゼーション法などの指導。
- (6) 疼痛管理
運動器の疼痛の自己管理の方法の指導。
- (7) 情報
介護福祉サービスの利用法、公共交通や近隣の情報収集と提示、コミュニケーションの促進。

(8) その他

物資の運搬及び輸送。

2) 巡回プログラムの事前準備

- ・巡回プログラムは、保健所や災害拠点病院などに属する方が現地のコーディネーターとなって行われることが望ましい（「D」4 地方自治体の受けた打撃による支援の変更（97頁）」の通り、自治体の被害状況によってはこの限りではない）。
- ・災害時のリハ支援実施においては、医療・介護職種やリハ支援を実施する諸団体から被災者の情報を得る。
- ・上記の情報は、統一されたフォームを用い、現地コーディネーターのもとに集まるよう、関係諸機関への周知が必要となる。
- ・現地コーディネーターは、保健師や介護支援専門員、各医療チームや関係諸機関から得た情報をもとに長期、中期の到達目標とプログラムを策定する。

3) 巡回プログラムの実際

(1) 一日の流れ

①朝礼

現地コーディネーターは支援者が行う一日の活動を指示する。活動内容は合計で一日約6時間までとし、時間的な余裕をもつ。

②活動

支援者は避難所、仮設住宅、自宅家屋、医療・介護施設などへ向かい、指示された内容を実施する。

- ・災害時リハ支援活動を限定する原因の一つに公衆の健康関連リハの知識不足が挙げられている。
- ・災害支援には様々な職種が関わるので、社会人としてのマナーをもつことは当然のことながら、各方面との良好なコミュニケーションを心がける。
- ・専門的な支援がリハ支援とは限らない。物資の運送・運搬や福祉用具の修理・調整などは、次の支援者へつながる重要な支援である。

③報告会

一日の活動をまとめる。支援者は活動記録をまとめ、次の支援者たちへ情報が引き継がれるようにする。また、リハ職種以外の方々へもわかりやすく一般的な単語を用いて記載する。

多職種で関わるリハ支援において支援者は、良好なコミュニケーションを心がけ、現地コーディネーターの指示に従って遂行する。

【文献】

- 1) Reinhardt, J. D. et al. : Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief. *Global health action*, 4, 2011.
- 2) 内藤万砂文：災害時の支援，日本医師会誌，135：1771，2006.

(伊藤智典)

H 柔軟な支援体制

POINT

- ◆災害時にその支援活動の拠点となる医療機関や施設、サービス事業所等において被害状況等を情報共有することが必要である。
- ◆医療・介護等のサービス提供の種類や量が制限されるため、サービスを代替する方法など柔軟な対応が必要である。
- ◆介護保険等の行政手続きについても、被災状況に合わせた緩和や簡略化が必要である。

1) 医療施設・施設、介護サービス事業所等の被害

- ・東日本大震災では、医療・介護施設も甚大な被害を受けた。
- ・津波被害の大きい岩手・宮城・福島の3県の医療施設では、10ヵ所の全壊を含む280の病院施設での損壊被害があり、また多くの診療所・歯科診療所でも被害に見舞われた。
- ・社会福祉施設等は全体の12%が被災しており、介護老人福祉施設や介護老人保健施設などの施設でも12施設の全壊を含む多くの施設において施設の使用が不可能になっている。
- ・訪問事業所等介護サービス事業所についても、沿岸部を中心に全壊や事業継続不可能となる事業所が多く報告されている。
- ・また原子力事故による自治体や地域全体の避難指示等による影響も問題となった。
- ・地域における介護拠点の多くが失われると比較的被害の少ない周辺・近隣の地域の介護施設等に被災者が集中した。
- ・全国の自治体・施設が被災者の受け入れを準備したが、要介護者の移動の問題や地元から離れた地域への避難に不安があるなどの理由から実際に移った被災者は少ない。

2) サービスの代替の方法

- ・大規模な避難生活では、当初、多くの問題・課

題が一齐に発生する。

- ・多くの介護サービス事業所が被害を受けた中で、その被害状況や事業の停止・再開の状況、避難者の受け入れ体制についての情報共有が必要である。
- ・また、共助やボランティアも含めた現実的で柔軟な対応、具体的な手法が必要である。
- ・多くの団体や個人がそれぞれの活動から、リハ専門職やソーシャルワーカー、介護支援専門員などがチームをつくって活動するなど協働の仕組みが重要である。
- ・仮設住宅に、総合相談機能、居宅サービス等(居宅介護支援、通所介護、訪問介護・看護等)、配色サービス等を備えたサポート拠点を整備する。

3) 医療・介護サービスにおける規制緩和

- ・災害発生直後から、厚生労働省は、現地の救援活動が円滑に行えるように種々の規制緩和等を行った。
- ・被災者の支援のみならず、自ら被災している医療・介護従事者の疲弊の改善や生活の再建も含めた継続的な支援を目的としている。
- ・避難先等で新たに介護が必要な状態になるなど、要介護認定を求める高齢者の増加に対して、主治医意見書、介護認定審査会の開催方法などについての緩和が行われた。

・訪問看護ステーションなどの人員配置の緩和などが図られた。

【文献】

- 1) 平成 23 年東日本大震災の被害状況及び対応について：厚生労働省第 74 報。
- 2) 平成 20 年度介護保険事業状況報告：厚生労働省。
- 3) 東日本大震災復興支援フォーラム資料：日本介護支援専門員協会，2011，9。

- 4) 東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律（平成 23 年法律第 40 号）。
- 5) 応急仮設住宅地域における高齢者等へのサポート拠点等の設置について（厚生労働省：平成 23 年 4 月 27 日事務連絡）。
- 6) 東日本大震災に関する要介護認定事務の取り扱いについて（厚生労働省：平成 23 年 5 月 12 日事務連絡）。

（水上直彦）

I 災害ボランティアの役割と活動

POINT

- ◆災害発生時は、知識や技能をもった専門職ボランティアが大きな役割を果たす。そのため、専門職はそれぞれの職能の特性に応じた災害時の活動目標を定めておく必要がある。
- ◆災害時における情報やニーズの把握は、できる限り専門職が参加し、リハニーズが適正に把握できるように情報共有するシステムが必要である。
- ◆ボランティア活動においては、受援する被災地側の負担も大きい。通常の取り組みから「受援力」の向上が求められている。
- ◆ボランティア活動は、その活動内容や範囲が多岐にわたるため、ボランティアコーディネーターの存在が重要であり、災害ボランティアセンターが大きな役割を果たす。
- ◆被災地におけるボランティア活動については、その活動内容や役割、手法についての知識が必要であり、一定の経験あるいは教育が求められている。

1) 災害発生時におけるボランティア活動とは

- ・ボランティアとは、ボランティア活動に携わる人のことである。ボランティア活動は、「自発性」「無償性」「利他性」「先駆性」を活動の柱とする場合が一般的である。
- ・災害ボランティアは、「災害発生後に、被災者の生活や自立を支援し、また行政や防災関係機関等が行う応急対策を支援する、自発的に能力や時間を提供する個人・団体」である。

2) 災害ボランティアにおける専門職の役割

- ・ボランティア活動の中で、医師や看護師、通訳、

教師、法律家など、各分野の専門家がそれぞれの高度な技能を活かしてボランティア活動を行うことを専門職ボランティア（プロフェッショナル・ボランティア）と呼ぶ。

- ・災害ボランティアにおいては、特に専門職ボランティアの役割は重要であり、一般ボランティアとはその役割や活動の内容を区別している。
- ・ボランティア活動には、既存の社会システム、行政システムに存在しない機能を創造的な自由な発想で補完するという役割（先駆性・補完性）があり、被災地支援の中では柔軟な発想が求められる。

3) リハ専門職の専門性と活動目標

- ・団体あるいは個人での活動を問わず、専門職ボランティアは、専門職としての役割や能力が期待されるため、予めその活動における基本技能や知識を高める必要がある。
- ・1次医療から在宅支援までを含む医療・福祉システム全ての領域に対し、リハの直接的・間接的関与が必要である。
- ・その中で、リハ専門職としての専門性にに基づき、災害時における活動の視点や目標についての整理をしておく必要がある。このため、事前の研究プログラム等による質の担保とその行動規範・心得についても周知しておく。
- ・特に被災当初は、あらゆるニーズに応えることが困難なため、「何ができるのか」を具体的に提示できるように準備をしておく。
- ・必要な情報の共有と効果的な支援の観点から、できるだけ早期に多職種協働による活動が円滑にできるように、平時から意識的に活動をしていくことが重要である。

4) 広範囲における情報とニーズの把握と共有のあり方

- ・災害発生時は、できるだけ早期に要援護者等の安否も含めた状況確認ができることが望ましいが、自治体職員や介護支援専門員などが状況確認を行う際に中心となる者の被災状況によっては、全体的な把握が難しい。
- ・災害発生後の圏域保健センターや自治体等による実態調査において、リハニーズが適正に把握されることが望ましい。そのためにも専門職の参加や情報の共有が必要である。
- ・被災下においても生活環境が悪化した自宅等にとどまっているケースもみられるため、介護保険サービスを利用してきた要介護等高齢者の場合は、介護支援専門員等による生活状況の把握と継続的なアセスメント、情報共有が求められる。
- ・介護保険以外のサービスを利用していただ障がい

児・者の場合には、避難所での生活が難しく、また、その生活状況が把握されていないことが少なくない。またニーズとサービスを繋げるコーディネーターも不足しているため、システム構築が必要である。

5) 予測される課題の把握と対応

- ・発災当初には、各避難所の地域における高齢者数や要介護者数、避難所の規模などの状況から要援護者が生活するために最低限必要な福祉用具や介護用品の種類や量を想定しておく必要がある。
- ・また、災害を機に杖や歩行器といった福祉用具が必要となるケースもあるため、できるだけ早期に対応できるように専門職グループ等が巡回し、相談できる場を設けることが望ましい。
- ・特にライフラインの途絶や食料の不足による低栄養状態、脱水、低活動状態などの複合的な要因による生活環境の悪化、感染症、脳血管障害、骨折など新たな疾患発症によるリハニーズが増大する可能性が高い。
- ・避難生活の中での役割の消失、活動量の減少などによる身体機能の衰え、いわゆる「生活不活発病」は比較的早期からみられ、継続的に支援が必要となる。
- ・要介護者や障がい者にとって、避難所は生活を継続するには厳しい環境であるため、自宅や親戚宅、あるいは病院、福祉避難所といった他の場所へ移動するケースが多く、移動先での介護ニーズやリハニーズが高まっていくと想定される。

6) 災害ボランティア活動における「受援力」

- ・災害ボランティアは、被災地の復旧・復興、様々な生活上の支援に大きな役割を果たすが、被災地側での理解や戸惑い、また自治体や組織の負担の増大もみられる。
- ・被災地の外から集まるボランティアにとって、土地勘はもちろんのこと、求めていることが十

分に伝わらないことも多く、どのような状況なのか積極的に伝えることが「受援力」を高める第一歩となる。

- ・特に地域における情報整理（マップ作りなど）は、ボランティアを受け入れる際に情報を平易に伝えるために有用となる。
- ・災害ボランティアセンターを実際に設置する訓練など、通常時から顔見知りになっておくことやボランティアの受け入れ方法や活動内容についても知っておくことが重要で、地域づくりや住民同士の助け合いにも繋がる。
- ・災害発生時に誰がどんな支援が可能なのかについても事前に確認しておく取り組みが重要である。

7) 災害ボランティアセンター

- ・災害ボランティアが円滑にかつ効果的に活動を行っていくためには、コーディネーターの存在が不可欠である。また情報のトリアージの観点からもその役割が重要である。
- ・一部の自治体では、行政や地元の団体、NPO、社会福祉協議会などの地域の機関や組織（Community-Based Organization：CBO）と平常時から連携して、災害発生時には協働して災害ボランティアセンターを構築する動きがみられた。
- ・自治体によっては、官民共同運営方式や社会福祉協議会などにより災害ボランティアセンターを常設している他、緊急時にはスムーズに設置が図られ、情報が収集できるような仕組みを作り上げている。

- ・最近では、市町村域で災害ボランティアセンター、あるいは団体が連携した災害ボランティアネットワークづくりが行われている。

8) 継続的な活動のために

- ・災害地域への支援活動は、土地勘や地域の特性などから、現地の専門職グループ等の活動を比較的被害の少ない近隣地域から支援していく活動が有用となる場合が少なくない。
- ・こういった近隣の活動が疲弊せずに継続できるように後方からのフォローも必要になる。
- ・また、継続的な活動を続けていくためには、専門職ボランティアの安全の確保や疲弊の防止をはじめ、宿泊施設や活動拠点の確保、活動資金の調達など組織的な取り組みや準備が必要である。

【文献】

- 1) 防災白書（2011年・2007年）。
- 2) 神戸市地域防災計画。
- 3) 協働で進める災害救援・ボランティア活動の手引き：社会福祉法人全国社会福祉協議会、全国ボランティア活動振興センター、平成16年。
- 4) 防災ボランティアのページ：内閣府、<http://www.bousai-vol.jp/>
- 5) 地域の「受援力」を高めるために：内閣府、<http://www.bousai-vol.go.jp/juenryoku/>
- 6) 日本理学療法士協会災害時支援マニュアル：日本理学療法士協会。
- 7) 改訂版災害対応マニュアル：日本介護支援専門員協会。
- 8) 地震災害時における社会資源とケアマネジメントの在り方：石川県介護支援専門員協会展望支部、富山県介護支援専門員協会研究大会抄録、2008年。

（水上直彦）

VIII. 災害発生時の初期対応

A 災害時の初動体制の集約機能

POINT

- ◆災害発生初期には、一時的に情報などの集約機能を構築することが必要である。
- ◆集約機能を構築することと並行して、情報を発信するハブ機能を重視して、情報などの流通を促進することが重要である。
- ◆行政との連携は必須であるが、通常業務の中から保健所・保健福祉センターなどでリハ職種が常勤することは有効である。

- ・災害発生直後の混乱期では、情報を一括し、集中的に管理できる体制を構築することが望ましい。
- ・支援者側の窓口を一本化し、被災地からの発信を受け止め、被災地域での窓口を集約できるように統制していくべきである。
- ・その一方で支援者側は、情報発信などを強化して、被災地以外の後方支援体制を構築する。

災害発生時には、情報だけではなく、全てが混乱をきたすことが今回の東日本大震災の教訓である。情報などの窓口の一本化は、通常であれば望ましくない場合もあるが、初動時には集約機能を担うことが重要である(図VIII-1)。この機能は、永続的・一括的な集約機能をもつものではなく、被災地での情報を集約し、被災地に発信することで混乱する情報を流通させるハブ機能を果たす(図VIII-2)。同時に、被災地以外からの過剰な被災地への情報の流通や集約を避け、被災地の疲労や疲弊感をできる限り軽減する役割をもつ(図VIII-3)。

1 各団体での災害対策本部設置後の集約

日本作業療法士協会では、既存の「災害対策マニュアル」に則り、震災初動時には「災害対策本

部(本部長:会長)」を設置し、現地との対応に努めた。その後、電話などでの対応とともに、「災害対策本部」にフリーメールを設定し、被災地から昼夜を問わずに情報を受信・発信できるように設定した。

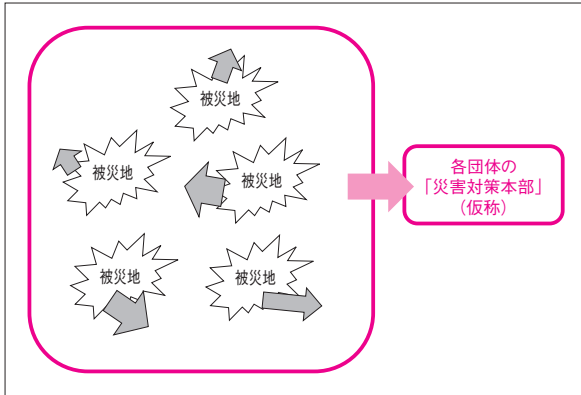
フリーメールは、「連絡調整室(事務局)」が管理し、ハブ機能を果たした(図VIII-4)。

2 国・自治体との連携体制の構築

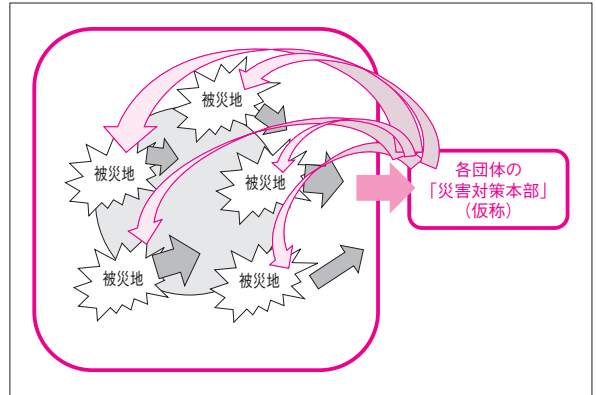
災害初動時の各団体の集約機能が、行政機関と連携することは重要である。特に、自治体では、過去の震災時にも「保健所・保健福祉センター」などの地域で保健業務に関わる部署の役割が大きかった。

宮城県などでは、通常業務から保健所にPTやOTが配置されているため、避難所における環境変化に影響される様々な生活の障害に対して、早期から生活自立支援への介入が可能であった。この他にも、被災地以外からの支援者の受け入れのコーディネートに大きな役割を果たすなどの成果がみられた。

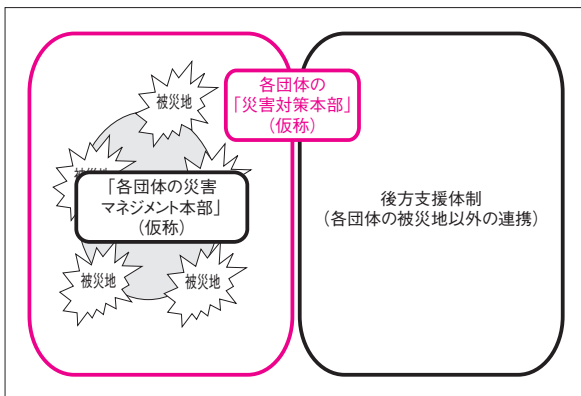
(小林 毅)



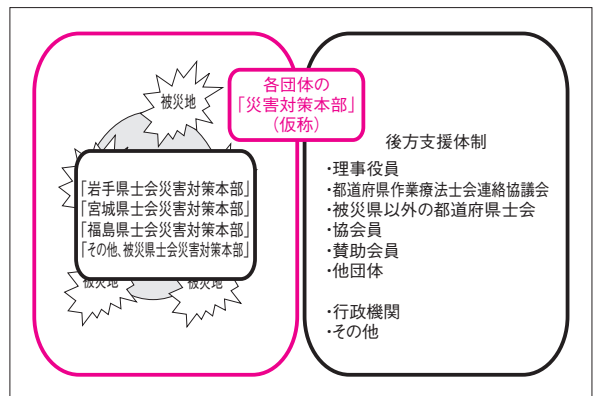
図Ⅷ-1 災害発生初期の集約機能：混乱して様々に発信される被災地の情報を集約する。



図Ⅷ-2 災害発生初期の集約機能と被災地とのハブ機能：集約した情報を被災地に発信してさらに集約機能を強化する。



図Ⅷ-3 災害発生初期の集約機能と被災地と被災地以外のハブ機能：後方支援にも連携した情報の集約と発信機能が重要。



図Ⅷ-4 日本作業療法士協会の集約機能とハブ機能の例

B 急性期リハビリテーション対応

POINT

- ◆ 平時との違いを認識し対応する。
- ◆ CSCATTT (表Ⅷ-1) に準じた対応を行う。
- ◆ 引き継ぎ先に応じた申し送りを適切に行う。
- ◆ 大規模災害の被災地では脳卒中が増加する。被災地の急性期病院における早期リハの支援を行う必要がある。
- ◆ 虚弱高齢者の廃用は病院、避難所、自宅いすれでも起きやすく、病院ばかりでなく介護保険事業者への支援も行う必要がある。

表Ⅷ-1 災害発生時の急性期リハ対応

C (Command & Control) : 指示命令と協働
・医療統括者の確認
・治療責任者の確認
・リハの指示の確認 (指示が出るような状況か)
S (Safety) : 安全の確認
・リハができる環境であるか
・交通の安全性が確保できるか
C (Communication) : 通信
・治療責任者との連絡系統の確認
・各方面への連絡手段の確認
・引き継ぎ方法の作成
A (Assessment) : 評価
・患者の数, 状態の確認
・受け持ちエリアの確認
・支援する同職種, 他の職種の確認
T (Triage) : トリアージ
・患者の優先順位を決める
・新規患者を評価する
T (Treatment) : 治療
・状況に応じた適切なリハを行う
T (Transport) : 移送
・必要であれば患者を移送することも考慮する

1 急性期医療の特徴

- ・災害発生時の急性期においては救命が優先され、そこに医療資源が最大限投資されるため、患者の治療法や治療時期が平時とは異なることがある。例えば平時では外科手術をするべきところを保存的加療や応急的な手術にとどめたり、早期手術を行うべき例に時期を遅らせざるを得ないなど、災害の規模や医療提供状況により様々なことが想定される。
- ・また、骨折に対する内固定をするべきところを、ギプスや創外固定などの治療を行うこともある。さらに一旦診断と初期治療を受けた患者はその後の治療を受けないまま置き去りになっている可能性もある。
- ・しかし災害復興は毎日変化しており同時に医療状況も変化する。したがってリハ担当者は、常に日々の医療の復興レベルを意識しながら、目の前の傷病者の対応を行う必要がある。

2 急性期医療対応の原則

- ・このように明らかに平時とは違う医療対応を行う場合、MIMMS (Major Incident Medical Management and Support) が提唱する急性期医療対応の原則に準じると活動要領が整理できる。つまり C (Command & Control), S (Safety), C (Communication), A (Assessment), T (Triage), T (Treatment), T (Transport) の順に整理するわけであるが、外傷に対する急性期リハ対応では、①リハ対応における指示命令系統の確立と業務の連携、②安全な場所の確保、③連絡系統の確認、引き継ぎ方法の作成、④全体の評価と患者の評価、⑤リハの優先順位の決定、⑥適切なリハ実施、⑦必要であれば適切な場所への移送、などが挙げられる(表Ⅷ-1)。
- ・さらに個々の症例に関しては、フローチャート(図Ⅷ-5)に示したように、手術などの根本治療(definitive treatment)が終わっているかいないか、訓練を行う余裕があるかどうかなどを日々評価しながら、実施することが大切である。

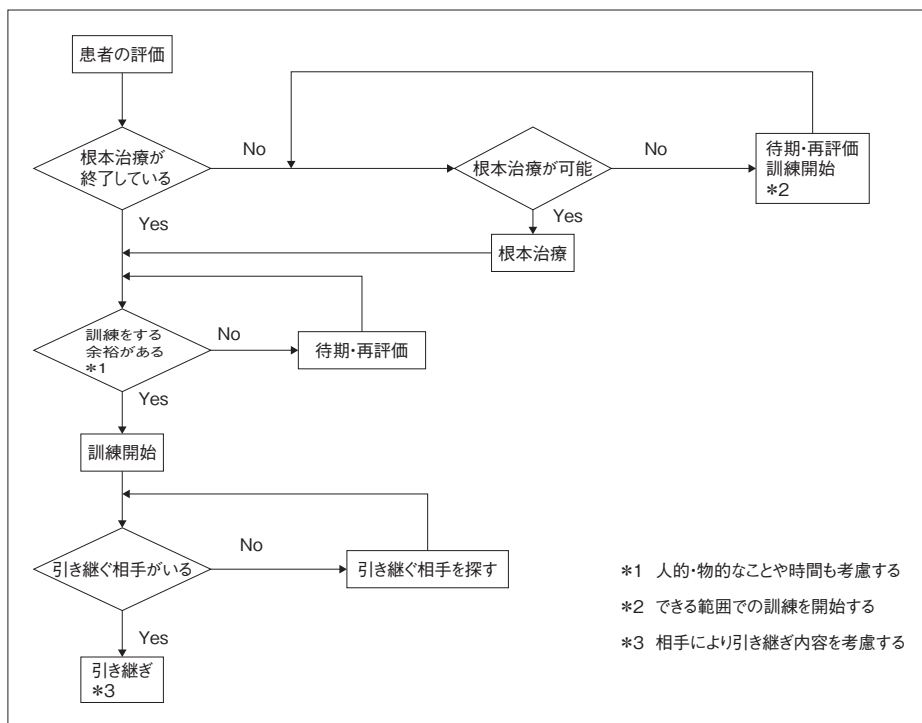
- ・支援者も交代し要支援者も場所を移動することがあり、一貫して同じメンバーが担当できるとは限らない。したがって引き継ぎも重要になる。しかし同じ職種の支援者が引き継ぐとは限らないため、他の職種(例えば看護師・保健師やボランティア)に筋力トレーニングや関節可動域訓練等の引き継ぎを行うことも考慮する。またマンパワーの不足や通院が困難な場合もあるため急性期といえども毎日リハができるとは限らず、その場合患者自身や家族への指導も考慮する。

【文献】

- 1) Advanced Life Support Group 編 : MIMMS 第2版 大事故災害への医療対応。永井書店, 2005。
(富岡正雄)

3 障害をもたらすうる疾病の二次的な発生：脳卒中など

- ・大規模災害時には、心筋梗塞や脳卒中など循環器系の疾患が増加する。ストレスが心血管系疾



図Ⅷ-5 災害時の外傷に対するリハのフローチャート

患の発症要因として認識されており、大規模災害で心血管系疾患が増加するといわれている。

阪神淡路大震災時には、心血管疾患死亡は高齢者を中心に早朝から午前中に1.5倍、夜半から明け方に2倍増加したとの報告もある¹⁾。

- ・災害時の二次的に発生した疾患に対しては、平時と同様に速やかに標準的な医療が提供されることが目標となる。急性期の医療と平行して急性期リハが提供されることが目標となる。
- ・ライフラインが不安定な中、災害拠点病院など一部の中核病院に急性疾患が集中する。これらの中核病院に対するリハ支援が必要である。

東日本大震災では、災害拠点病院が被災し医療機能が停止した例があった。残された医療機関に患者が集中した。災害急性期には救急対応に追われ、リハの必要性が認識されていても後回しになる可能性がある。

東日本大震災では、リハ医が複数いる災害拠点病院でリハの機能訓練室が救急患者の収容に利用され、リハスタッフはトリアージ体制の要員として活

動した例もある。最も厳しい最初の数日はやむを得ないが、その後はなるべく早いリハ活動の再開が必要である。

- ・急性期のケア、特に夜間の痰吸引や体位交換が継続して行えるように、病棟への看護師の支援を行う。
- ・摂食・嚥下機能に急性期から積極的に介入するための支援が必要である。災害直後、病院での食事も大きな問題となる。脳卒中患者のための経管栄養や嚥下食が入手できない可能性がある。食材や経管栄養剤の支援なども迅速に行う。また、摂食・嚥下の能力を評価しながら経口摂取を促すためSTなどの支援も必要となる。
- ・早期離床への取り組みが継続できるように支援する。
- ・病棟の人員も救急対応に回され、あるいは患者数の増加で相対的に人員が不足する。早期離床を促すための、人員が必要である。専門的な訓練ができなくとも毎日離床させることが取り組

まれるべきである。PT や OT だけでなく看護師でもやれることは多い。

- ・急性期病院に収容された患者を、リハの行える施設に速やかに移送する。移送先の選択や情報交換において能力の評価や望ましいリハ対応についてのアセスメントが重要である。
- ・要援護者の受け入れ先としての介護保険施設への支援も、急性期の患者受け入れに影響する。

東日本大震災では、介護保険施設が定員を超えて要介護者を引き受けた。地域の回復期リハ病棟から早めに患者を受け入れることで、回復期リハ病棟が急性期から受け入れやすい環境をつくることに寄与した。一方、施設のマンパワーが相対的に低下するため、これらの施設への支援も必要である。

4 急性疾患に伴う廃用症候群

- ・急性疾患に伴う廃用症候群は、急性期病院、避難所、自宅、施設いずれでも生じうる。
- ・急性期病院で虚弱高齢者が廃用とならないために入院早期からのリハ介入が必要である。
- ・災害後数日は、災害そのものによる外傷や熱傷、津波の際の低体温などが救急医療の主な対象となるが、数日後から肺炎など避難先で発生した急性疾患が急性期医療の課題となる。これらの患者の多くは拠点病院に集中する。拠点病院では、より多くの患者に対応するために ADL に問題があっても早期退院を促す必要に迫られる。避難所で肺炎になり避難所に退院する例もある。
- ・病前の ADL の低い患者には、退院先の環境の情報収集、身体機能や ADL の能力などを評価し、必要なリハ介入を入院早期から積極的に行うことが必要である。
- ・廃用は予防が原則である。通常以上に早期退院が迫られる状況では、早期離床、可能な範囲での早期からの運動療法などに意識的に取り組む必要がある。
- ・避難所における虚弱高齢者の廃用症候群を見逃さず、的確に対応するためにリハ専門職の避難所支援が必要である。

避難所には公民館や体育館があてられることが多い。床に直接毛布や布団を敷いての生活となる。トイレまでの距離は長く段差も多い。虚弱高齢者には生活しにくい環境であり、急性疾患後急速に廃用が進む環境でもある。

- ・避難所でのリハ専門職は、避難者の動向に気を配り、退院してきたばかりの高齢者は見逃さず対応する。避難所の管理者や保健師と連携し、問題のある住民に速やかに対応できるようにする。
- ・ラジオ体操などの集団体操、避難所デイサービスなど廃用を予防する取り組みを行う。
- ・虚弱高齢者の起居動作しやすい環境、段差への対応、歩行補助具の支援など廃用症候群に陥らないような環境調整もリハ専門職を中心に行う。
- ・特に虚弱で廃用症候群に陥っている住民には医療的介入と連携しながら、個別的な機能訓練を行う。また福祉避難所等への誘導も検討する。避難所では十分な食事を得られないことが多い。摂食・嚥下障害があると容易に栄養障害に陥る。栄養管理も廃用予防の基本として取り組まれる必要がある。
- ・ライフラインの途絶えた自宅でも廃用症候群のリスクが高まる。

東日本大震災の時は介護保険サービス、在宅医療がほとんど機能しなかった。さらに電話が使用できず、連絡も十分にとることができなかった。

ライフラインが途絶し、介護保険サービスもない自宅では、廃用症候群の予防が難しい。急性期病院から自宅に帰り、急速に廃用症候群が進行することがある。

在宅医療を行っている医療機関ではその患者、介護保険施設ではサービス提供利用者の安否確認を定期的に行う。これらの施設への支援を組織的に行う必要がある。

- ・災害時は介護保険施設も定員を超えて入所者を受け入れるため、相対的なマンパワー不足による廃用症候群発生に注意する必要がある。被災地近隣の施設は、急性期病院から直接、あるいは回復期リハ病棟からなど積極的に入所を受け

入れる必要性が生じる。あるいは地元の被災した要介護者の支援のため定員を超えて受け入れる。マンパワーの不足から歩行や移乗の介助が困難となる。この時期の施設への支援も行う必要がある。

【文献】

- 1) 苅尾七臣：阪神淡路大震災時にみられた心血管系疾患の成因解析—高齢化社会における急性ストレスのインパクト—。日本内科学会誌 2000；89：1194-1205。
(富山陽介)

C 新たに発生した障害に対する急性期・回復期リハビリテーション対応

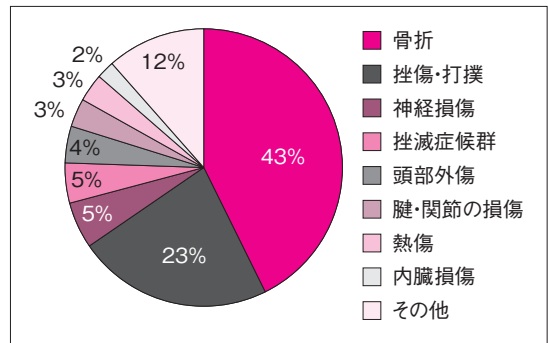
POINT

- ◆災害におけるリハ対応が必要とされる外傷は、骨折（椎体・骨盤・四肢）、神経損傷、挫滅症候群、頭部外傷、腱・関節損傷、脊髄損傷などがある。
- ◆外傷患者が多発した場合には、医療機関だけでなく避難所にも応急処置が施行された患者が発生する。避難所においても廃用症候群や拘縮が生じないように対応する必要がある。
- ◆挫滅症候群（クラッシュシンドローム）に対しては専門的リハを長期に行っていく必要がある。
- ◆物資不足やライフライン停止の状況でリハを行う際には併存障害が発生しやすいので十分に留意する必要がある。

- ・災害においては、外傷に伴う機能障害が最も発生しやすい。
- ・東日本大震災においては家屋倒壊より津波災害が中心であり、重症外傷は多く発生しなかった。
- ・一方、阪神淡路大震災では、就寝時間に発生した地震のため家屋倒壊が傷害原因の中心であった。このため、保険会社の入院給付請求からの報告¹⁾では傷害状況は骨折、挫傷・打撲、神経損傷、挫滅症候群、頭部外傷、腱・関節損傷、熱傷、内臓損傷の順であった（図Ⅷ-6）。
- ・このうち、重症患者における骨折では四肢の骨折よりも体幹（椎体・骨盤）骨折が多く、骨折の合併症では挫滅症候群、末梢神経損傷、尿路損傷などが多く（図Ⅷ-7）、椎体骨折では脊髄損傷合併例も多いことが報告されている²⁾。

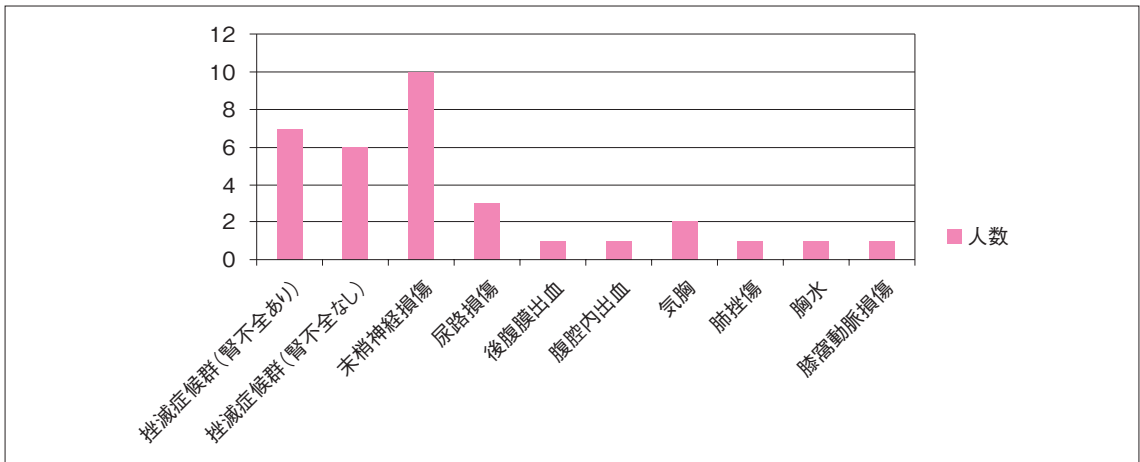
挫滅症候群（クラッシュシンドローム）

- ・挫滅症候群とは、家屋や重量物の下敷きになり、四肢の骨格筋が長時間圧迫された後に救出後、受傷部位の著しい腫脹と急性腎不全などの重篤な病態を呈した状態である。



図Ⅷ-6 阪神淡路大震災における、入院給付請求による被災者の障害状況 n=331¹⁾（味元寛幸他、1996より一部改変）

- ・病因は、四肢圧迫中の虚血性障害と圧迫解除後の虚血再灌流障害である。圧迫により細胞膜が障害を受け、崩壊した細胞からミオグロビン、カリウム(K)、乳酸尿酸リン酸などが放出され、圧迫解除後に全身に循環し有害事象を引き起こす³⁾。
- ・阪神淡路大震災では372例の患者が認められ、死亡率は13.4%であった⁴⁾。



図Ⅷ-7 阪神淡路大震災で大阪市立総合医療センターに搬送された骨折患者の合併症 n=31²⁾ (林 俊一 他, 1996より一部改変)

- ・重症例ではコンパートメント症候群を合併し、減張切開が行われることもある。
- ・また、筋損傷だけでなく浮腫を生じた筋や、倒壊物による直接の圧迫による神経損傷の合併も多く、異常知覚(疼痛)・感覚障害、運動麻痺が長期にわたって後遺する場合もある。このため、リハの介入が重要となる。

頭部外傷

- ・頭部外傷は阪神淡路大震災時の兵庫県では重症頭部外傷(頭蓋骨骨折、脳挫傷、脳内血腫、急性硬膜外血腫など)に加えて震災から1~2カ月後には慢性硬膜下血腫も増加したとの報告がある。
- ・災害直後だけでなく、避難所滞在中などにて発症した被災者の認知機能低下や身体機能低下に対しては、CT等の画像検査を積極的に施行する必要がある⁵⁾。

1) リハ対応

(1) 骨折

- ・骨折治療は骨折の部位、形式、患者の年齢や性別によって決定されるが、治療の原則は、整復、固定、リハである。
- ・骨折治療の目標は骨癒合であり、治療にあたって固定や無動化を図らなければならない、リハ

資源の乏しい災害時の医療では拘縮や筋力低下が生じやすい。

- ・この状況の中でも、骨癒合を阻害せずに、筋力・関節可動域やADLを維持・改善することが重要となる。受傷前のADLや身体機能、全身状態の評価を行った後、局所の評価を行う。
- ・災害時には骨折を伴う神経損傷の報告が多いことから、随伴症状としての神経障害や循環障害についても観察する。固定部位以外にも拘縮が生じる場合がある(特に手指)ため、骨折周辺部の関節可動域は固定中から評価する。筋力は廃用性筋力低下が固定部位以外にも生じるので、定期的に全身の筋力評価も必要である。
- ・脊椎椎体骨折ではギブスコルセットを巻くことがある。痛みの軽減とともに硬性、半硬性あるいは軟性の体幹装具に替えていくが、物資が不十分な際には椎体の不安定性にて適応患者を選択する必要がある⁶⁾。

(2) 装具対応

- ・免荷装具は大腿・下腿骨折や足関節骨折で免荷が長期化する時に用いられる。
- ・長下肢やPTB免荷装具を作製することによって、早期の歩行訓練や退院が可能となる。
- ・椎体の骨折では、半硬性や軟性体幹装具に加えて、頸椎骨折では支柱つき頸椎装具、胸腰椎骨折ではJewett式装具を用いて早期の離床や活

動性向上を図ることもある。

(3) 挫滅症候群と神経損傷

- ・神経損傷は挫滅症候群が軽度でも、局所的な圧迫によって生じることもあるので、皮膚の観察や神経学的診断を行う。
- ・神経損傷に加えて挫滅症候群による広範囲の筋壊死があるときには拘縮が生じやすい。早期より良肢位保持や愛護的なROM訓練を行う必要がある。関節拘縮は大関節だけでなく、手指、足趾などにも生じるため注意する。
- ・また、疼痛の合併も多いので訓練方法を配慮する必要があるが、温熱療法は重度感覚障害を伴う場合には熱傷の危険が高いため避ける。
- ・安静解除後には積極的な運動療法を行うが訓練プログラムをたてるにあたって、神経損傷が疑われる場合には筋電図検査にて傷害部位や程度の評価を行うことが望ましい。
- ・神経伝導検査にて複合筋活動電位の消失や振幅低下が著明に認められた場合には、麻痺の回復には長期間を必要とするため、装具作製を考慮する。ただし、重度感覚障害例では装具による褥瘡などの皮膚損傷が生じやすいので装具の素材への配慮や、十分な仮合わせによる確認が必要である。
- ・挫滅症候群の予後については阪神淡路大震災にて4年後も足関節を中心に重度の運動機能障害が後遺した報告がある^{7,8)}。

2) 災害時の急性期・回復期リハにおける合併障害

(1) 栄養障害

- ・ライフラインの停止や物流の問題にて、栄養管理が困難となる。
- ・いわゆる炊き出しや配給食だけでは低栄養だけでなく栄養の偏りが生じ、糖尿病や腎不全、高血圧患者の栄養管理は困難となる。
- ・さらに、人工栄養剤の供給切迫や嚥下食・とろみ製材の供給不能状態も生じる。
- ・大規模災害においては備蓄栄養とライフラインの復旧を予測しながら、最低限以上の栄養(600

kcal程度)と水分補給を継続し、さらなる合併症予防が必要である⁹⁾。

(2) 皮膚障害

- ・停電にて電動ベッドは使用不能となる。リクライニング状態からのフラットへの移行はベッドメーカーによっては可能であり、日常から職員内で周知しておく必要がある。
- ・一方、経管栄養時にギャジアップ対応が必要な患者は、人による介助もしくは布団やクッションなどでギャジアップ位を保持しなければならず、皮膚損傷が生じやすい。
- ・さらにはオーバーベッド状態にて床上のマット・布団で臥床している患者や避難所の硬い床で臥床している高齢者では褥瘡発生リスクが高まる。
- ・また、断水による衛生管理の不良やおむつ対応にてスキントラブルも生じやすいため、定期的なスキンケアが必要である¹⁰⁾。

【文献】

- 1) 味元寛幸 他：阪神・淡路大震災における当社死亡統計、入院統計の分析。日本保険医学会誌，**94**：100-103，1996。
- 2) 林 俊一 他：阪神大震災における骨折症例の検討。骨折，**18**：608-614，1996。
- 3) 井口 昭 他：クラッシュシンドロームとその対策。血圧，**18**：736-739，2011。
- 4) 杉本 侃 他：阪神・淡路大震災に係る初期救急医療実態調査班研究報告書，1996。
- 5) 玉木紀彦 他：阪神・淡路大震災における脳神経外科疾患—兵庫県脳神経外科医懇話会—。Jpn Neurosurg，**5**：373-381，1996。
- 6) 遠山治彦 他：阪神淡路大震災における挫滅症候群の長期機能予後とCT所見。
- 7) 小田 裕 他：阪神大震災によるクラッシュ症候群症例の長期機能予後の検討。
- 8) 近藤国嗣：骨折、リハビリテーションレジデントマニュアル(木村彰男・編)，第3版，医学書院，2010。
- 9) 葛谷雅文：災害時高齢者医療対策 栄養面ならびにそれに関連する消化器疾患の対策と中長期管理。日本老年医学会雑誌，**48**：502-504，2011。
- 10) 中川ひろみ：災害時に必要とされた皮膚・排泄ケア。Nursing today，**26**(4)：4-7，2011。

(近藤国嗣)

D

患者・利用者の移送と予防的リハビリテーション 対応

POINT

- ◆大規模災害時には医療供給体制が脆弱化することを前提に、患者を安全な場所に移送するシステムをあらかじめ準備する。
- ◆患者移送には、「施設内移動」、「施設間移動」、「居宅等からの移動」の3種類がある。
- ◆「環境調整」と「それまで行ってきたリハを守ること」の2点が予防的リハとして重要である。
- ◆リハスタッフ充実は、大規模災害に対する保障となる。

1 被災に伴う医療供給体制脆弱化

- ・大規模災害時には、医療機関も被害を受ける。

東日本大震災時には、岩手、宮城、福島3県の病院380施設中、全壊11施設、一部損壊289施設あわせて300施設78.9%が被災した。沿岸部に限ると、ほぼ全ての医療機関が機能の全部ないし一部を失ってしまった。職員出勤、医薬品確保も困難だった。しかも、情報手段が失われ、各医療機関の現状がリアルタイムに把握できなかった(表Ⅷ-2, 3)¹⁾。

被災地の回復期リハ病棟でも、甚大な被害を受け病棟機能を失ったところがあった²⁾。

- ・大規模災害時には医療供給体制が脆弱化することを前提に、患者を速やかに移送するシステムをあらかじめ準備する必要がある。
- ・大規模災害後の生活再建を考えると、リハ対象患者の移動は、家族が通える範囲内にとどめることが望ましい。ただし、もともとリハ資源が不十分な地域では、医療連携を行っていた地域への移動を考慮する。例えば、東日本大震災では、宮城県沿岸部から仙台市への移送が行われた。
- ・地域連携パスネットワークを利用し、災害時における患者移送の取り決めをあらかじめ行っておく、といった工夫が求められる。

2 患者の移送

- ・患者移送には、「施設内移動」、「施設間移動」、「居宅等からの移動」の3種類がある。
- ・緊急時対応として収容限界を超えて患者受け入れを行うことが求められる。収容スペースとしては、病棟デイルーム、リハ室などを想定する。
- ・職員の安全確保を図る。津波、火災などによる二次的災害発生が予想される場合には、「施設間移動」、「居宅等からの移動」に関しては、慎重に対応する。

1) 施設内移動

- ・建物被害の確認後、入院患者・外来患者、介護事業利用者などを安全な場所に速やかに移送する。
- ・担送・護送レベルの患者を、階段を使って移動させる訓練をあらかじめ行っておく。

2) 施設間移動

- ・地域の被害状況を確認する。災害時の連携を協定していた施設間で連絡を相互に取り合う。連絡がつかない場合には、被害が少ない施設が他施設へ直接訪問し状況を確認する、といった対応が必要となる。
- ・被害が大きく、入院・入所継続が困難と判断し

VII

災害発生時の初期対応

表Ⅷ-2 東日本大震災被災地における医療機関の状況¹⁾ (第18回社会保障審議会医療部会資料, 2011より一部改変)

被災地における医療機関の現状について							
○ 被災地の病院や診療所の被害や診療機能の状況							
病院の現状				(厚生労働省医政局 5月25日時点まとめ)			
	病院数 ^{※4}	東日本大震災による被害状況		診療機能の状況			
		全壊	一部損壊 ^{※1}	外来の受入制限 ^{※3}	外来受入不可	入院の受入制限 ^{※3}	入院受入不可
				被災直後	被災直後	被災直後	被災直後
岩手県	94	4	58	54	7	48	11
宮城県	147	5	123	40	11	7	38
福島県	139	2	108	66	27 ^{※2}	52	35 ^{※2}
計	380	11	289	160	45	107	84

※1 全壊及び一部損壊の範囲は、県の判断による。「一部損壊」には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。

※2 福島県の受入不可の医療機関の中には、福島第1原発の警戒区域、緊急時避難準備区域内の病院を含む。

※3 災害拠点病院については、県立釜石病院(岩手県)、石巻赤十字病院(宮城県)で入院制限及び南相馬市立総合病院(福島県)で入院・外来制限。(5/17時点)

※4 一部確認中の病院がある。

診療所の現状							
(厚生労働省医政局 4月19日時点まとめ)							
	診療所数 ^{※2} (20.10.1現在)	診療所建物の被害状況		診療機能の状況			
		全壊	一部損壊 ^{※1}	外来の受入制限	入院の受入制限	受入不可	
				医科	医科	医科	医科
岩手県	924	14	57	6	4	34	
宮城県	1,580	67	316	23	7	42	
福島県	1,468	0	29	15	2	4	
計	3,972	81	402	44	13	80	

※1 全壊及び一部損壊の範囲は、県の判断による。「一部損壊」には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。

※2 一部確認中の診療所がある。

た施設から、引き受け先施設への移送を行う。移送手段については、救急車だけではなく、介護事業用の送迎車などの使用を検討する。

- ・災害拠点病院のベッド確保も重要な課題であることを認識する。急性期病院からの早期転院について対応する。

3) 居宅等からの移動

- ・在宅部門、介護事業所スタッフが、居宅サービ

表Ⅷ-3 東日本大震災等における医療機関の置かれた状況¹⁾ (第18回社会保障審議会医療部会資料, 2011)

- ・地震・津波による道路網の損傷とガソリン不足のため、職員の出勤、患者搬送、医薬品等の物資の搬送が困難となった。
- ・固定電話・携帯電話とも接続が非常に困難となり、通常の通信手段が途絶した。
- ・広範囲にわたりインフラが機能停止し、停電・断水等が発生した。

ス利用者宅に赴き、被害状況を確認する。

- ・電動ベッド、エアマット、人工呼吸器、吸引器、在宅酸素濃縮器などの停電時対策について、あらかじめ習熟しておく。
- ・居宅で生活を継続できるかどうかの判断をする。不可能と判断した場合には、介護度、医療度に応じて、移送先を決める。
- ・なお、在宅で生活している要介護者・要支援者にとって、避難所は過酷な環境であり、避難先となり得ない。要介護者を対象とした福祉避難所制度がある³⁾。
- ・老人福祉施設（デイサービスセンター、小規模多機能施設等）、障がい者支援施設等の施設（公共・民間）、保健センター、養護学校・宿泊施設（公共・民間）が利用可能な施設として想定されている。地域内でどこが指定されているかをあらかじめ把握しておく。
- ・なお、福祉避難所は、介護保険施設や医療機関等に入所・入院するに至らない程度の在宅の要介護者を対象としている。在宅人工呼吸器利用者、在宅酸素療法利用者など、医療需要が高い者は医療機関に収容することを原則とする（表Ⅷ-4）。

東日本大震災時、積極的に急性期病院から患者を受け入れた中小病院や、震災当日から訪問活動を積極的に行った介護事業所が少なからずあった。仙台市では、各医療機関及び介護事業所が、各々の機能を自覚し、自発的に震災対応を行っていた。医療機能の分化と地域連携が強化されていたため、ネットワークの一部が機能障害を起こした場合にも、他施設が肩代わりをすることができ、分散型システムが有効に機能したと判断できる。ただし、司令部的な機能が不十分だったため、機能を失ったまま放置された医療機関や介護施設があったことも事実である。

3 予防的リハ対応

- ・大規模災害発生直後の対応終了後、速やかに予防的リハ対応の段階に移行する。
- ・「環境調整」と「それまで行ってきたリハを守る

表Ⅷ-4 福祉避難所の対象となる者について³⁾（災害救助の運用と実務—平成18年版—, 2006）

- ・身体等の状況が特別養護老人ホーム又は老人短期入所施設等へ入所するに至らない程度の者であって、避難所での生活において特別な配慮を要する者であること。
- ・具体的には、高齢者、障がい者のほか、妊産婦、乳幼児、病弱者等避難所での生活に支障をきたすため、避難所生活において何らかの特別な配慮を必要とする者及びその家族まで含めて差し支えない。
- ・なお、特別養護老人ホーム又は老人短期入所施設等の入所対象者は、それぞれ緊急入所等を含め、当該施設で適切に対応されるべきであるので原則として福祉避難所の対象とはしていない。

こと」の2点が重要である。

1) 環境調整

- ・環境変化に伴い、不動・低活動に伴う様々な疾患や機能障害（筋力低下、深部静脈血栓症、褥瘡、せん妄など）、摂食・嚥下障害、転倒・転落事故が起こりやすいことを再確認する。
- ・ベッド・布団周辺の環境整備、排泄方法検討、食事摂取法検討を重点的に行う。
- ・介護用ベッド・寝具確保を行う。できる限り、介護用ベッドを多めに準備しておく。例えば、福祉用具展示スペース、通所部門などの備品として、介護用ベッドを備えておく。やむを得ず、床に布団を敷いて対応せざるを得ない場合には、ベッドサイド環境整備をすることによって、介助量が減る可能性がある対象者を中心に介護用ベッドを使用する。
- ・排泄場所を確保する。車椅子トイレスペースがないところに収容する可能性も考慮し、ポータブルトイレをあらかじめ確保する。ベッド周囲環境整備を行う。下水施設不備も想定し、水を節約する工夫（オムツに尿を吸収させる）などの対応を行う。
- ・患者食の備蓄を行う。特に、嚥下障害者用の食品確保が必要である。口腔機能状況を確認する。

2) それまで行ってきたリハを守ること

- ・できる限り、大規模災害前と同じスケジュールとなるように心がける。認知機能低下がある患者の場合には、この点が特に大事である。
- ・単位数は少なくとも、リハは早期に再開することを目指す。
- ・病棟スタッフによる訓練、レクリエーションも早期に再開する。
- ・安全にリハを施行するため、可能ならば深部静脈血栓症スクリーニングのため血管エコーを行う。

東日本大震災時における当院の対応^{2),4)}

当院では、東日本大震災発生直後、病棟の一部が使用できなくなったため、1階外来スペースに患者を移送した。また、在宅酸素療法中の方なども電気が使えないために病院に避難してきた。病棟1階に患者があふれ、床に布団を敷く、車椅子に長時間座らせるなどの対応をせざるを得なかった。震災翌日には集団立ち上がり訓練、レクリエーションを再開し、個別リハは3月14日より開始した。なお、訓練再開にあたって、下肢静脈エコーを全例に行った。

3月18日からは、リハ室の一部を「災害時救急」スペースと命名し、患者受け入れ機能を強化した。その際、ベッド機器会社より簡易ベッドの提供を受けて最大20床の病棟として対応した。しかし、当初提供された緊急用ベッドでは障害をもった患者の起居移動動作が困難であったため、病院用のベッドをかき集めて再設置した。3月下旬にはオーバーベッドはほぼ解消し、3月28日にリハ室への収容は終了した。

4 リハスタッフの充実

- ・大規模災害発生直後には、停電などライフラインの問題が生じ、マンパワー確保が重要となる。その際、患者の移送、排泄援助、食事の配布、メッセージャーなどにおいてリハスタッフのマンパワーが大きな力となる。
- ・オーバーベッドへの対策、リハ医療の早期再開の必要性、避難所へのサービス提供など、リハ需要は発症直後から増大する。
- ・リハスタッフが充実していると、大規模災害における様々な事態への対処が容易となる。
- ・回復期リハ病棟のように数十人の規模のスタッフががいるところは、地域における災害時リハ充実の保障となる。

【文献】

- 1) 東日本大震災等に係る状況：第18回社会保障審議会医療部会資料 平成23年6月8日, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ets7.html> (2011年12月29日)。
- 2) 東日本大震災 被災地の回復期リハ病棟：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会機関誌, **10** (1), 4-13, 2011.
- 3) 福祉避難所設置・運営に関するガイドライン：日本赤十字社, 2008, http://www.jrc.or.jp/vcms_lf/080619_fukushi_hinanjo.pdf (2011年12月30日)
- 4) 水尻強志：東日本大震災において再認識したリハビリテーションの役割. 臨床リハビリテーション, **20** (10), 964-965, 2011.

(水尻強志)

大規模災害時における安全確保と対象者の安否確認

POINT

- ◆地震災害のように予測不能な場合は、何よりも自らの安全を確保するように努める。
- ◆自宅・職場の周辺状況、災害時の危険箇所や避難ルート等についても把握し、またマップ等で確認ができるようにしておく。
- ◆要援護者等の状況・所在情報の共有と避難支援に対する共助体制の確立が必要である。
- ◆要援護者等の安否確認は、安全が確保された後、災害発生の時間、季節、規模、二次災害の危険性などを考慮し、総合的に判断して行う。

1) 発災当初の安全の確保

- ・台風や風水害、大雪など災害に関する情報が予め得られるものについては、定められた方法に従って、個人として、また専門職としての準備行動・避難行動を行う。
- ・地震災害のように予測ができない場合においては、まずは自らの生命や身体の安全を確保するよう適切な行動をとる。自らの安全が確保できなければ、後の支援活動そのものができなくなる。
- ・津波被害や地滑りなど、建物の倒壊や火災、降雨や積雪等による複合被害などに配慮しながら安全行動をとる。
- ・発災当初は公的な援助が間に合わないために、救助・避難活動においても、地域住民相互での活動、また病院・事業所・施設内での活動となるため、建物の倒壊など二次災害のリスクについても十分に考慮して活動を行う。

2) 安全確保のための準備

- ・自宅や事業所、病院や指定避難所及びその周辺状況、また患者・利用者、または要援護者の自宅及び周辺については、その地誌的情報、特に危険箇所の有無や避難ルートなどについて把握を行っておく。

- ・必要な情報については、マップ等で確認ができるようにしておく。発災時にいる場所によって、避難場所も異なるため、可能な限り地区ごとの避難場所についても確認できるようにしておく。
- ・その他、災害に関する地域・地区の特性などについては、十分な情報収集を行うとともにできる限り防災訓練等に参加しておく（「G」情報の収集と伝達（129頁）」参照）。

3) 支援の対象となる災害時要援護者

- ・防災活動において、災害時要援護者とは、一般に以下のものをいう。
 - (1) 高齢者（一人暮らし高齢者、寝たきり高齢者、認知症高齢者等）
 - (2) 身体障がい者（視覚障がい者、音声言語機能障がい者、肢体不自由者、内部障がい者（難病患者等））
 - (3) 知的障がい者
 - (4) 精神障がい者
 - (5) 乳幼児、児童
 - (6) 外国人（日本語に不慣れな外国人）
- ・その他、病人、旅行者、災害で負傷した人など何らかのハンディキャップがあると想定される人に対して柔軟に対応するため、その範囲については固定的・画一的とならない。

表Ⅷ-5 行政が有する災害時要援護者関係情報の例

担当部門	情報源	把握対象者
住民課等（住民登録担当）	住民基本台帳	高齢者・乳幼児
福祉課等（福祉担当）	身体障害者更生指導台帳 地域包括支援センター 療育手帳交付台帳 精神障害者保健福祉手帳	身体障がい者 要介護高齢者等 知的障がい者 精神障がい者

4) 災害時要援護者の情報共有

- ・要援護者等の所在については情報共有が必要であり、行政における要介護認定や身体障害者手帳交付等の日常業務に加えて、事前の登録などの取り組みが有用である。
- ・要援護者の生命・安全を守ることを最優先に、個人情報保護にも配慮しつつ、適切な情報共有が求められ、内閣府のガイドラインでは三つの方式が示されている。
- ・また、災害時要援護者を迅速に特定・把握するためには地図情報が不可欠のため、電子データ化、GIS化を図ることが望ましく、その後の復興活動にも役立つ。
- ・行政が有する災害時要援護者関係情報の例を表Ⅷ-5に示す。
- ・特に、人工呼吸器や酸素供給装置などを使用する難病患者等特別な配慮を要する要援護者に対しては、個別災害対応マニュアルを作成し、健康福祉事務所、消防署、病院など関係する機関と連携し、病院等への搬送対策などを明確にしておく必要がある。

5) 災害時要援護者の避難支援と共助体制の確立

- ・災害時に自力で避難できない者について、その全てを防災関係機関で避難させることは不可能である。
- ・特に発災当初においては、地域住民での相互活動が中心となる。地域の自主防災組織、自治会、民生児童委員等が連携して、災害時要援護者等の情報を共有しながら、災害時の情報提供、安否確認、避難支援等を行う共助体制を構築して

おく必要がある。

- ・要援護者の状況に応じて、以下のような区分により避難支援対象者を絞り込んでいく。
 - (1) 情報伝達を徹底すれば自力で避難可能な者
 - (2) 安否確認が必要な者
 - (3) 避難支援が必要な者
- ・また、地域包括支援センターや介護支援サービス事業所等の介護支援専門員等は、特に「単身の要介護認定者」「高齢者世帯の全員要介護認定者」「単身の一般高齢者」「一般高齢者世帯及びいずれかが要介護認定者の世帯」などのように、避難行動が困難なケースの把握を進めておく。
- ・介護保険サービス等の利用者についての必要な情報をまとめておき、もち出し、あるいは必要に応じて閲覧が可能な状況にしておく。（「F）利用者情報の管理と保存（127頁）」参照）

6) 安否確認の方法と注意点

- ・自らの安全の確保ができた後は、速やかに対象者（要援護者等）の安否の確認を行うが、常に適切な避難行動がとれるように準備をしながら実施する。
- ・特に発災当初は、公的機関による支援活動が十分に行き渡らないため、住民相互での活動が中心になる。救護活動等が必要な場合においても冷静に判断、行動を行う必要がある。
- ・共助体制により、既に避難あるいは情報が得られていることも少なくないため、地区の避難所等で自主防災組織や民生児童委員等の情報共有者からの情報収集を行う。
- ・また、避難者も避難所を転々とするなど、一旦

得られた情報についても途絶える可能性がある。
得られた情報については、避難所に掲示するなどの工夫を行う。

- ・通常の交通手段や通信手段は全く使えないものと想定し、準備行動する必要がある。

【文献】

- 1) 災害時要援護者の避難支援ガイドライン(改訂版):内閣府。
- 2) 災害時要援護者支援指針:兵庫県地域防災体制検討委

員会,平成19年3月。

- 3) 新潟県中越沖地震における福祉保健部の活動状況:新潟県福祉保健部,日本赤十字社,2008。
- 4) 災害対応マニュアル:日本介護支援専門員協会,2010。
- 5) 東日本大震災復興支援フォーラム資料:日本介護支援専門員協会,2011。
- 6) 地震災害時における社会資源とケアマネジメントの在り方:石川県介護支援専門員協会展北部支部,富山県介護支援専門員協会研究大会抄録,2008年。

(水上直彦)

F 利用者情報の管理と保存

POINT

- ◆大規模災害時には、利用者の個人情報等の損害も予想される。このため、平時からデータの保存や管理についての検討を行っておく必要がある。
- ◆停電や通信機能の喪失により、情報収集が困難な場合に備えて複数の手段を講じておく。
- ◆利用者にとって必要な情報は、災害時に限らず、緊急時等に使用できるものを定期的に更新しておく。

VIII

1) 大規模災害時における要援護者の情報

- ・災害時要援護者についての情報は、行政・消防・警察など関係機関で共有されることが望ましい。自治体による要援護登録制度等が発足している場合は、登録状況を確認しておく(前項参照)。

- ・一人暮らしの高齢者や知的障がい者に対しては、救急時に必要な情報が使用できるようにするための取り組みが進んでいる。それぞれの自治体での実施状況から該当する利用者等についても活用を促す。

(1) 命のボタン: <http://qq-baton.net/>

①用紙に既往症・血液型や服用薬など医療情報を記入し筒の中へ。

②この筒を、冷蔵庫の飲み物ストッカーに保存。

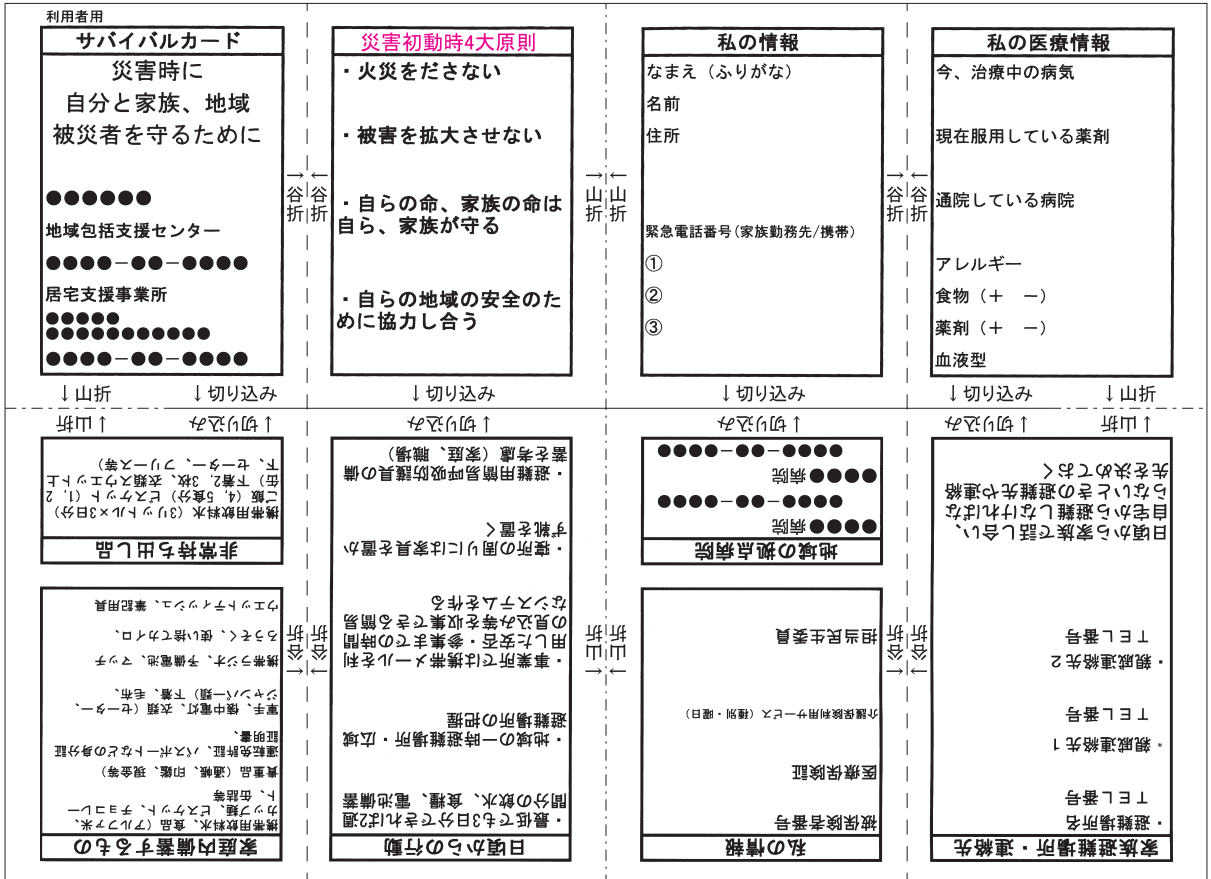
③冷蔵庫と玄関には、命のボタンが存在することをステッカーで表記。

(2) 救急医療情報キット: <http://kyukyukit.com/>

com/

2) 必要なデータの種類と保存

- ・緊急時に必要な情報は、利用者台帳あるいはサブバイバルカード、緊急時情報シートなどとしてまとめておく(図VIII-8, 9)。
- ・緊急時に必要な情報の中に含まれる項目を表VIII-6に示す。
- ・これらの情報は、日常的に利用できるように定期的に更新を行う。
- ・万が一の情報の損失に備えて、できる限り、介護サービス事業所や医療機関等に情報提供を行っておく。
- ・これらの情報提供及び共有に関しては、個人情報保護に十分に配慮して行う。



図VIII-8 サバイバルカード¹⁾ (社団法人 日本内科学会専門医部会、災害医療支援WG)

表VIII-6 緊急時に必要な情報

- ・ 利用者の氏名や住所
- ・ 家族や近隣・親族など複数の連絡先
- ・ 民生委員・福祉委員・自治会長
- ・ 主治医や診療機関
- ・ 主な疾患
- ・ 服薬・医療処置の必要性
- ・ 要介護度・障害の状況
- ・ 移動方法
- ・ 認知症やコミュニケーション
- ・ ADL や介護に関する情報
- ・ 避難所・福祉避難所の必要性
- ・ 安否確認の方法

3) 電子データの活用

- ・ 利用者情報を電子データにより、管理・保存している場合には、その損失等に備えて対策を講じておく。

- ・ もち出し可能なノートブック PC や停電対応機器の導入についても検討しておく。
- ・ インターネットを用いたデータ管理の例を下記に示す。

(1) オンラインストレージ

インターネット上のディスクスペースを貸し出すサービス。主な利用方法は以下の通り。

- ・ リムーバルディスクメディアの代替
- ・ バックアップ
- ・ ファイル転送
- ・ 共有ディスク

(2) クラウドサービス

自分の PC 内のデータをインターネット上に置き、他の PC から利用できるようにしたサービス。データのバックアップや個人情報等のセキュリティにも優れた仕組みとして提供されている。

- ・ 特定の PC 以外からもデータにアクセスでき

緊急時情報シート

●●●地域包括支援センター担当者氏名 ()
平成 年 月 日現在

心身状況の特記事項

利用者氏名	住所	〒	TEL
要介護度等			FAX 携帯TEL Eメール
災害時の安否確認	<input type="checkbox"/> 同意・ <input type="checkbox"/> 不同意	安否確認 団体名	
避難場所	<input type="checkbox"/> 避難経路の確認済み	福祉避難所の必要性 および必要理由	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (理由)
民生委員氏名	住所	〒	TEL
連絡の同意	<input type="checkbox"/> 同意・ <input type="checkbox"/> 不同意	不同意理由	FAX 携帯TEL
地区福祉委員会名 及び福祉委員長名	住所	〒	TEL FAX 携帯TEL
自治会長氏名	住所	〒	TEL FAX 携帯TEL
近隣者等 その他の支援者 氏名・関係	氏名 関係	住所	〒 TEL FAX 携帯TEL
親族の 緊急時連絡先	氏名 関係	住所	〒 TEL FAX 携帯TEL
	氏名 関係	住所	〒 TEL FAX 携帯TEL
医療関係 特記事項	主治医氏名	疾患名	TEL FAX 携帯TEL
	診療機関名	科名	Eメール
	緊急搬送病院	住所 科名 (内・外・整形())	TEL FAX Eメール
医療機器等の 使用有無	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ()	機器事業所名 連絡先	
特記事項			

画面へ続く

図VIII-9 緊急時情報シート

障がい状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 身体障がいの種類および部位： 肢体(上肢・下肢・体幹)・視覚・聴覚・平衡機能 音声機能、言語機能または咀嚼機能 心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこうまたは直腸・小腸 () <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 手帳の等級：()級 ()種 取得年月日：大正・昭和・平成 年 月 日
医療処置等	例) 小腸ストーマによる処置が必要 バック交換は家族が実施 手拭きは本人も行える
移動方法	障がい高齢者の日常生活自立度： 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 例) 屋内は手すりにつかまり歩行可能 屋外は1点杖を使用し歩行可能
コミュニケーション方法	例) 難聴のため、右耳のほうからゆっくりと大きな声で話すと聞こえる。
認知症	認知症高齢者の日常生活自立度： 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 例) 記憶障がいがあるため、なじみのない環境では常に見守りが必要
日常生活状況	例) 介護保険外の活動状況 水曜日13:30~16:00パッチワークのため〇〇公民館
介護者に関する特記事項	例) 介護者が高齢で腰痛があるため、本人の移動補助困難

VIII

災害発生時の初期対応

る。

- ・PCの容量に左右されない。
- ・PCが破損・損失してもデータやファイルは残っている。
- ・このようなサービスは、同一PC上の別のハードディスクやLAN上のディスク等に比べて、

地震や火災等の災害時に有益に活用できる。

【文献】

- 1) 社団法人 日本内科学会専門医部会. 災害医療支援WG: サバイバルカード.

(水上直彦)

G 情報の収集と伝達

POINT

- ◆大規模災害発災時においては、通信手段や交通手段に大きなダメージを受けることが想定されるため、最低限必要な情報の収集方法をまとめる。
- ◆被災地及び被災住民の情報ニーズは大きく、災害発生直後と生活再建の段階に分かれる。

表Ⅷ-7 災害時の情報通信の種類

1) 災害時の情報通信手段

- ・災害発生時における情報通信手段は必要な情報を得るためのものと、危険や救助を求めるためのもの、情報交換をするためのものに大別される(表Ⅷ-7)。

2) 災害発生時の情報ニーズ

- ・発災後、最初に得る情報ルートはラジオが最も多く、被害状況が大きいほど、家族や知人などからの口頭での情報が中心となりやすい。
- ・情報ニーズでは、余震、家族や知人の安否、地震の規模や発生場所など、全体的に被害情報や安否・安全に関するニーズが高い。

3) 生活再建に向けた情報ニーズ

- ・災害発生からある程度時間が経過すると情報に対するニーズは、水道・ガスの復旧の見通し、入浴に関する情報、交通機関や道路の開通状況、水・食料の配給や生活物資の状況など生活に関するものとなる。
- ・情報は、被害区域によって大きな違いが現れることも多く、長期間にわたって情報が得られないことも少なくない。

4) 支援のための情報の収集

- ・被災地で、できるだけ円滑に支援活動を行うためには、最低限の情報収集を行う必要がある(表Ⅷ-8)。
- ・マスコミやインターネット情報等で現地の被災状況情報を得ることで、ある程度活動のための準備はできる。
- ・現実には、地域特性や現場の状況から対応しなければならないことも多く、わからない情報があることを知っておく。
- ・災害初期においては、自治体や関係機関も混乱しているため、広範囲また細部でのニーズは把握されにくい。

情報収集

ラジオ、テレビ、携帯電話、ワンセグ、インターネット、専用情報収集ネットワーク、その他の広報活動。

情報発信

SOS 救難信号(煙、懐中電灯・鏡など)。

情報受発信(双方向性)

(1) 電話

- ・災害時優先電話(固定・携帯)
 - 災害時に優先的に取り扱う固定電話及び携帯電話。特定電話からの発信が優先される。主に消防、警察、官公庁、公共機関、報道機関などが使用する。
- ・衛星携帯電話
 - NTT ドコモ、KDDI ネットワークなど。
- ・固定電話
- ・携帯電話
- ・災害用伝言ダイヤル 171
- ・災害時には、電話による通信はほとんど不能となる。地震等による電話線、交換機、中継器などのハードの損傷、設備技術者の参集遅れ、通信回線の混雑などが原因である

(2) 無線

- ・防災無線
 - 中央(総理官邸、各省庁、公共機関)、都道府県、市町村、消防。
- ・業務用無線：船舶・タクシーなど
- ・アマチュア無線
 - 災害支援協定により使用される。インターネットと中継するなど通信回線不通区間でのデータ通信が可能なことがある。

(3) メール

- ・携帯電話メール
- ・インターネットメール

(4) インターネット

- ・災害ブロードバンド伝言板(web171)
- ・携帯災害用伝言板

(5) 専用情報通信ネットワーク

(6) 人力による情報収集・伝達

- ・自動二輪、自転車、徒歩
- ・伝言
- ・伝言板・掲示板

- ・比較的、限られた地域での情報やニーズは断片的にでも掴んでいることもあるため、情報のとり方に注意を行う。
- ・災害初期は高揚状態にあるため、外部支援に対するニーズが上がりにくい。
- ・また、現地の支援者は強い使命感をもって行動しているが、必ずしも冷静な判断ができる状況

表VIII-8 支援活動に必要な情報の種類

(1) 支援先
(2) 支援先の被災状況
(3) 滞在先及びアクセスの方法
(4) 現地の支援体制
(5) 災害対策本部の有無と場所
(6) ボランティアセンターの設置状況
(7) 活動拠点の有無と位置
(8) 現地でのキーパーソンの有無

ではない。

- ・自らのニーズの把握や表出が難しく、しばしば外部支援の介入を拒否する傾向があるということを知っておく。

5) 情報の共有と伝達

- ・支援者の活動は、疲労などを考慮した上で、数

日から1週間程度の期間が多い。そのため、支援者同士の情報共有のシステムが早期から必要になる。

- ・自治体や支援団体間の情報の共有は、必ずしもすぐにできるようにはならない。
- ・各支援団体の本部などに状況の報告を行うとともに、支援団体間のネットワークや個人的ネットワークなどを通じて、改善できる方法を模索する。

【文献】

- 1) 防災 Q & A：社団法人日本技術士会防災支援委員会 WG.
- 2) 東日本大震災復興支援フォーラム資料：日本介護支援専門員協会.
- 3) 改訂版 災害対応マニュアル：日本介護支援専門員協会.

(水上直彦)

H 二次災害への注意

POINT

- ◆災害における被害は、発生の時期や気象環境などに応じて起こりうる複合的または二次的災害・事故等について理解する。

1) 災害の複合性

- ・災害発生時においては、発生の季節や時間帯、気象状況、地域の地形環境などが、被害やその後の被災下の生活に大きく影響を及ぼす。
- ・東日本大地震でも、地震発生1カ月を経過した後の余震による地滑りで被害が記録されており、降雨や降雪などによる被害も注意が必要である。
- ・今後、原子力事故をはじめとする CBRNE 災害、有事、感染症の拡大など多様な災害形態に対しての対策を講じていく必要がある。

2) 主な二次災害

(1) 津波

地震規模や地形などにより、特に沿岸部で大きな被害がでる。高台への避難が必要である。

(2) 土砂災害

山崩れ、土石の崩落等による被害。人的被害や家屋等の被害の他、生活道路が寸断されるケースが多い。

(3) 液状化現象

埋立地などで多発する傾向があり、地盤が緩い地域で災害リスクが上昇する。



図Ⅷ-10 応急危険度判定

(4) 火災

特に地震災害後に起きることが多く、近年では電気火災の発生率が増えている。電気の復旧後に火災が発生する例も少なくない。

(5) 感染症

インフルエンザ等の感染症の発生が懸念される。避難生活での衛生管理が問題となる。

(6) 損壊建物による被害

余震などにより、一部損壊した家屋内等がさらに倒壊することで起きる被害。損壊家屋については、応急危険度判定がされている場合が多い(図Ⅷ-10)。

(7) 事件事故

災害による治安の悪化などから、事件行為の発生には十分に注意が必要。支援活動は、なるべく複数人のチームで行うなどの配慮を行う。

また、復旧工事による工事車両や支援活動のための車両が増えるので注意が必要である。

(8) その他

風雨や雪害、寒冷など地域や季節において、被災状況が大きく変化する可能性がある。特に不慣れた地域での活動は、十分な準備が必要である。

3) ハザードマップの確認

・活動中の二次災害による被害の低減を図るためには、地域のハザードマップを確認しておく。主なハザードマップの種類は以下の通りである。

(1) 河川浸水洪水(破堤等の河川氾濫・水害・治水)

主に河川の氾濫を想定した「洪水ハザードマッ

プ」を指すことが多い。一般に浸水想定区域図に、地方自治体が避難場所等を書き加えたものである。

(2) 土砂災害(土石流の発生溪流、がけ崩れの危険地など)

土砂災害防止法(第7条)に基づき、都道府県知事による土砂災害警戒区域の指定が行われ、これを地図上に平面的に図示した「土砂災害警戒区域図」が作成される。

現在は、災害時要援護者の利用する施設への対応や、土砂災害ハザードマップの配布が義務化(土砂災害情報等の伝達方法、避難場所などの周知の徹底)されている。

(3) 地震災害(液状化現象が発生する範囲、大規模な火災が発生する範囲など)

(4) 火山防災

火口が出現する地点(範囲)や、溶岩流・火砕流・火砕サージの到達範囲、火山灰の降下する範囲、泥流の到達範囲など。

2000年の有珠山噴火の際に、ハザードマップに従い住民・観光客や行政が避難した結果、人的被害が防がれたことで注目された。

富士山火山防災マップ：http://www.bousai.go.jp/fujisan-kyougikai/fuji_map/index.html

(5) 津波浸水・高潮(浸水地域、高波時通行止め箇所など)

・その他、特定の災害を対象とせず、避難経路や避難場所、防災機関等の情報を表した地図を「防災マップ」と呼ぶことがある。

【文献】

- 1) 災害対策基本法, 1961.
- 2) 防災情報のページ(内閣府), <http://www.bousai.go.jp/>
- 3) 内閣府:日本の防災災害対策, 2011.
- 4) 国土交通省:ハザードマップポータルサイト, <http://disaportal.gsi.go.jp/>
- 5) 震災に関する全般的情報(総務省), <http://www.e-gov.go.jp/link/disaster.html>
- 6) 厚生労働省:福祉避難所設置・運営に関するガイドライン, 2008.

(水上直彦)

I 福祉避難所における看護実践のポイント

POINT

- ◆避難所における看護実践の原則は、「安全確保と感染防止の視点に、自立支援の視点を加えた環境の整備」「精神的なケア・心理面への支援活動」「情報の共有化とチームアプローチの形成と充実」である。
- ◆被災後の非日常の環境の中で、人間の尊厳を守り、主体性や自己決定を大切にすることが重要である。

福祉避難所の入所対象

身体などの状況が特別養護老人ホームまたは老人短期入所施設などに入所するに至らない者であって、避難所の生活において特別な配慮を要する者であること。具体的には、高齢者、障がい者、妊産婦、乳幼児、病弱者など避難所での生活に支障をきたすため何らかの特別な配慮が必要な者とその家族である。

設置場所

老人福祉センター、養護学校、スポーツセンターなどの施設。これらが不足した際は、公的な宿泊施設やホテル、旅館などを利用することもある。

災害時要援護者

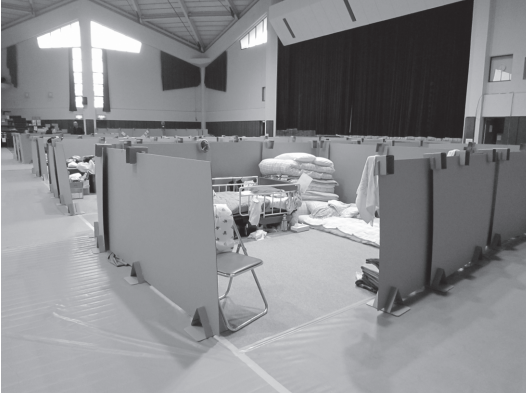
必要な情報を敏速かつ的確に把握し、災害から自らを守るために、安全な場所に避難するなどの災害時の一連の行動をとるために支援を要する人々をいう。

対象者の考え方

- ①介護保険の要介護度：3以上で、居宅で生活する者を対象としている場合が多い
- ②障害程度：身体障がい（1・2級）及び知的障がい（「療育手帳A」など）の者を対象としている場合が多い
- ③その他：一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯を対象にしている場合が多い

1 「寝・食・排泄・清潔の分離」の取り組みと徹底

- ・被災後、福祉避難所の設置において施設内の環境整備がその後の一定期間の生活に影響し、また、福祉避難所を退所した後の生活に向けて身体機能の回復と生活力の向上が重要な役割となる。
- ・プライバシーを保持し、「その人」にとっての入居スペースを可能な限り自立に向けた工夫や設定にする。
- ・「その人」の身体能力にあった生活援助を看護師だけでなく、そこにいる全てのスタッフが、可能な限り統一した実践ができるようにする。
- ・安全確保と感染予防の視点から、清潔な環境保持は重要な課題であり、個々の身体機能を把握し、介助方法を統一することにより安心して快適な避難生活を送れ、次への意欲を導く支援活動になる。
- ・睡眠や休養と活動のバランスをとること、食事を美味しく食べること、規則正しい排泄コントロール、身体の清潔保持は、日常においてはごくあたり前の生活基盤であり、被災時の非日常においても可能な限りそれを意識した創意工夫と取り組みが大切である。



図Ⅷ-11 居住スペースの準備

福祉避難所においては、入所された日にPT、OT、リハ医とともに「その人」の体型や身体機能に合わせたベッドの配置や高さの調整を行い、居住スペースを準備する(図Ⅷ-11)。さらに靴や杖などの装具・福祉用具は、被災時に紛失・破損している場合が多く、応急的なものから適切なものに交換することで、安全の保持と機能回復を図ることができる。

そして、寝たり休んだりする場所は、ベッドを置いた居住スペース、食事は、そこから移動して、つまりベッドから起き上がり、靴を履いて歩いて、食事スペースで食べる。また、「その人」の排泄動作や排泄パターンにあったトイレを選択し、要介助や要見守りでも可能な限りトイレに誘導する。清潔については、設備・対応等はライフラインの復活に応じ、入浴の機会を定期的に設定し、「その人」に必要な介助方法で浴槽に入る。

基本的な生活の復活や向上のためには、以上のようにベッドから離脱し、「寝・食・排泄・清潔の分離を徹底し、実行すること」が欠かせない条件である。

2 コミュニティの形成

- ・避難施設での支援の目的は、施設内での安心した生活ではなく、避難施設を出た後の生活をイメージして必要な支援を行うことである。
- ・被災により家族や親族・知人を失い、生活基盤の多くを失くした状況下では、人的交流は重要な因子である。住み慣れた家や町から知らない土地で不便な環境に避難した中、限られた期間

であっても新たな交友関係を構築する努力は、精神的にも行動面からも大変な負担であり、自然に行動・参加できるような環境づくりの配慮が大切である。

- ・避難所が一時期の生活空間であっても精神力の復活には、人との有効な交流が必須条件となる。語り合える、泣くことができる、笑い合える、他者の言葉や話に耳を傾けられる、一人ではないと思えるなど、参加するか否かはその人の主体性や自己決定の意識に沿える無理のない空間づくりが求められる。

食事スペース以外に、いつでも誰でも談笑できる椅子やテーブルの配置、体操やゲームなどを行えるスペースや気遣いなく少人数で利用できるスペース、両足を伸ばして座れる畳敷きのスペースを設けるなど、自主的に交流可能な空間を設置する。

非日常の中で、例えば食堂スペースのテーブルの上に一輪の花を飾る、季節の行事や習慣を施設内に取り入れるなど、日常を工夫することにより避難生活での気持ちを和らげ活動性を高めていく、生活意欲にプラスの効果をもたらす。必要なものがすぐに手に入らない避難所の環境の中で創意工夫が大切である。

仮設住宅に移動した後に交流が途絶え、孤立してしまうことのないように、避難施設内でも主体性を大切にしつつ、人的環境を維持できるコミュニティの整備は重要である。

3 精神的なケア・こころへの支援活動

- ・被災そのものが恐怖体験で大きなストレス事態である。それに加えて自らの生命や身体の危機や損傷、そして、同時に家族や知り合いの生命を失う、身体の危機や損傷を受けるなどが発生する。さらに、住み慣れた家屋やつくり上げた財産、思い出の品々の喪失、これまでの日常生活が崩壊し、職業の継続も危ぶまれ、経済的な不安が連座する。描いていた未来が消失・減退し、ゼロ状態というよりマイナス状態に陥る。災害は、このように喪失を伴うストレス事態である。このような状況下において、精神面、こころへの影響を受けないわけがなく、むしろス

表Ⅷ-9 災害のストレス¹⁾(日本赤十字社, 2003)

ストレス分類	ストレッサー
危機的ストレス	生死の危機にさらされる ケガをする 大事な人を失う 家を失う 思い出の品を失う 大事な人の危機に遭遇する 助けられなかった無念
避難ストレス	食糧, 飲料水, 生活物資の不足 トイレ, 入浴の困難 集団生活 知らない人と過ごす プライバシーの欠如 病気やケガの人がそばにいる
生活再建ストレス	孤立感 不公平感 終わりのなさ 再建に向けた様々な手続き 新しい環境への適応

トレス反応が起こることは当然のこと, 正常反応であるといえる。

- ・災害時のストレスは, ①危機的ストレス, ②避難ストレス, ③生活再建ストレス, に分けられる(表Ⅷ-9)。
- ・ストレス反応は, 身体, 思考, 感情, 行動など様々な表出があり, 時間や状況により変化し, その経過も個人差がある。
- ・同じ災害でも被災程度が異なり, 被害が軽かった人は生活基盤の復旧が早い, 被害の大きかった人は, 避難所や仮設住宅での生活が長期化し, そのための様々なストレスと今後への不安が増大する(表Ⅷ-10)。
- ・身体的な疾病や障害が少ない人も, ころへの影響は表面からは判断が付きにくいために, 見逃されることがないように生活上の変化を観察し, スタッフ間の情報交換が重要になる。

表Ⅷ-10 時間経過とストレス反応¹⁾(日本赤十字社, 2003)

反応/時期	急性期 (発生直後から数日)	反応期 (1~6週間)	回復期 (1~6カ月)
身体	心拍数の増加 呼吸が速くなる 血圧の上昇 発汗や震え, めまい 不眠, 食欲不振	頭痛 腰痛 疲労の蓄積 悪夢, 睡眠障害 かぜ, 便秘	反応期と同じだが, 徐々に強度が減じてくる
思考	合理性思考の困難さ, 思考 狭窄 集中力の低下 記憶力の低下 判断能力の低下	自分がおかれたつらい状況 がわかってくる 何がいけなかったかと自分 を責める	徐々に自立的な考えがで きるようになってくる
感情	茫然自失 恐怖感, 不安感 悲しみ 怒り	悲しみとつらさ 恐怖がしばしばよみがえる 抑うつ感, 喪失感 罪悪感, 気分の高揚	悲しみ 淋しさ 不安
行動	いらいら, 落ち着きがない 硬直化 非難がましい コミュニケーション能力の 低下	被災現場に戻ることに怖 れ アルコール, タバコの摂取 量の増加 過度に世話をやく	被災現場に近づくことを 避ける
主な特徴	逃走, 闘争反応	抑えていた感情がわき出し てくる	日常生活や将来について 考えられるようになる が, 災害の記憶がよみが えりつらい思いをする

自発的に話す人の話に対して肯定と尊重の姿勢で真摯に耳を傾ける。一方で、話しながらいない人に対しては、無理に聞かない、話しかけないことも重要である。心の中の葛藤を表現しないことでバランスをとっている場合がある。しかし、このような人にこそ注意が必要で、睡眠、栄養、表情や態度を注意深く見守っていく。そして、話し出した時に、いつでも聞けるように（受け止められるように）そばにいる。少し離れたところからでも視野から外さない等の、個別の対応が望ましい。また、こころのケアは早期から継続的に、かつ長期的に必要とされている。

避難生活で提供している支援活動全てが、こころのケアにあたるともいえる。ただし支援者が変わればケアも変わるのではなく、支援者が変わっても同じケアが継続されることが重要であり、気になることやケアの内容については、支援者間で共有する。

現状が理解でき、日常生活や今後について考える時期になっても、災害時の記憶の再燃は大変つらいことである。外傷後ストレス反応を示す被災者には、精神科医の受診や心理学専門家によるカウンセリングの介入を考慮する。しかし、被災地域が広く、発生頻度も高くなる大規模災害においては、限られた資源であり、今後の課題である。

4 情報共有化とチームアプローチ

- ・避難所には看護師以外に医師や介護福祉士、PT、OT、社会福祉士など多職種が混在し、さらに学生など一般のボランティアもメンバーに加わる。同職種でも複数の団体や個人が、そして不統一な時期で入れ替わるといった、非常に煩雑な環境下で支援活動が行われている。被災直後から現地のスタッフとボランティアや支援派遣者との統括（チームアプローチ）が、避難所の機能性や有効性を決定するといっても過言ではない。
- ・ボランティアや外部からの支援派遣者は、あくまでも「提案する姿勢・言動」が基本で、強制や断言など、つまり無理やりに自分の意見を押し通すことがあってはならない。
- ・被災者が現在困っていることや望んでいることを優先し、対応することが原則であり、できる



図Ⅷ-12 各種のスタッフの活動拠点を同一場所に

ことを何でも、誰でも、いつでも、積極的に行う姿勢が大切である。

最初に管理責任者（責任主体）を明確にすること。その確認のもとに定期的な話し合いをもち、経過の把握や方針の決定を共有していく。そして、ボランティア、支援派遣者側も活動前にコーディネーター（責任者）を伝え、相互の情報伝達や連携の流れを明確にすることで、期間の定まらない支援活動を円滑に展開し継続することができる。

また、避難所内において管理責任側のスタッフとボランティア・支援派遣者の活動拠点を同一場所にすることで、いつでも、どちらからでも話し合いの機会をつくれ、その場で問題解決を図ることができ、記録類などの情報共有も可能になる。つまり、空間の共有により時間が共有され、それにより情報や方針の共有と統一が図れる。また、自然にスタッフ内に連帯感が形成され、結果的に入所されている方々へ安全で安心な生活支援の提供を可能にする。そのメリットは非常に大きい（図Ⅷ-12）。

入所者の24時間を把握するため、全スタッフ参加による朝と夕の申し送りやミーティングを定例・ルール化することで、さらに情報共有が円滑になる。同時に入所者の入・退所情報や病院受診など施設外の行動を把握、退所前に仮設住宅へ同行訪問し環境設定の提言を行うなど、支援活動の範囲を拡大させることができる。

活動中のコミュニケーションにおいて大切なことは、避難所内で一緒に対応する現地のスタッフも被災者であることを十分に認識し、施設内での会話や態度、全ての行動において気遣う配慮が必要である。

【文献】

- 1) 日本赤十字社：災害時のこころのケア，2003.
- 2) 小原真理子，酒井明子：災害看護，南山堂，2007.

- 3) 小原真理子：いのちとこころを救う災害看護．学習研究社，2008.

(嶋 亜希，小林由紀子)

J 被災地側の災害発生時の初期対応

POINT

- ◆災害などの非常時に備え，通常から「どこに」「どのような手段で」「どんな情報を発信するのか」など，ネットワークを整備することが重要である。
- ◆災害発生時には，ネットワークが混乱することを前提に，集約機能を被災地外に置き，状況を立て直すことが必要である。

- ・災害発生に備えて，通常からネットワークの構築に対して，具体的に状況設定をしておく必要がある。
- ・実際の災害発生時には，ネットワークが混乱するので，一時的に被災地外に集約機能を置き，状況を整理する。

災害発生時には，現地では安否確認を含めて情報が混乱することは必須である。その中で，無理に被災地内のネットワークを構築する労力を費やすことは避けなければならない。このためには，被災地内での情報を，一時的に被災地外に集約することで，情報を整理することも必要である（図Ⅷ-1（114頁）参照）。

被災地外に設置した情報の集約機能は，情報を集約整備するとともに，被災地に情報を還元し，状況に応じてネットワークを構築するハブ機能を

果たす。このことにより，被災地でのネットワーク構築と集約機能を移転する（図Ⅷ-2（114頁）参照）。最終的には，被災地でのネットワークを機能させ，効果的に被災地内外の情報の集約機能を構築する（図Ⅷ-3（114頁）参照）。

情報の集約機能，ネットワークの構築は，通常からの情報整備とネットワーク構築の想定が重要となる。想定される「電話回線（携帯回線を含む）」や「ネット回線（メール機能など）」だけではなく，総合的なSNS（Social Network Service）や今後開発される有効なネットワーク手段の導入を検討する。また，情報の流通に際しては，「どのような情報」を集約するかについても，最低限の取り決めが必要である。

(小林 毅)

Ⅷ

IX. 災害復旧時の対応

A 避難状況下における対応

POINT

- ◆避難所の設置から解消までのステップにおいて、起こりうる問題点や対応、特に要援護者を取り巻く問題についてまとめる。
- ◆福祉避難所の設置について、その役割や内容、課題についてまとめる。

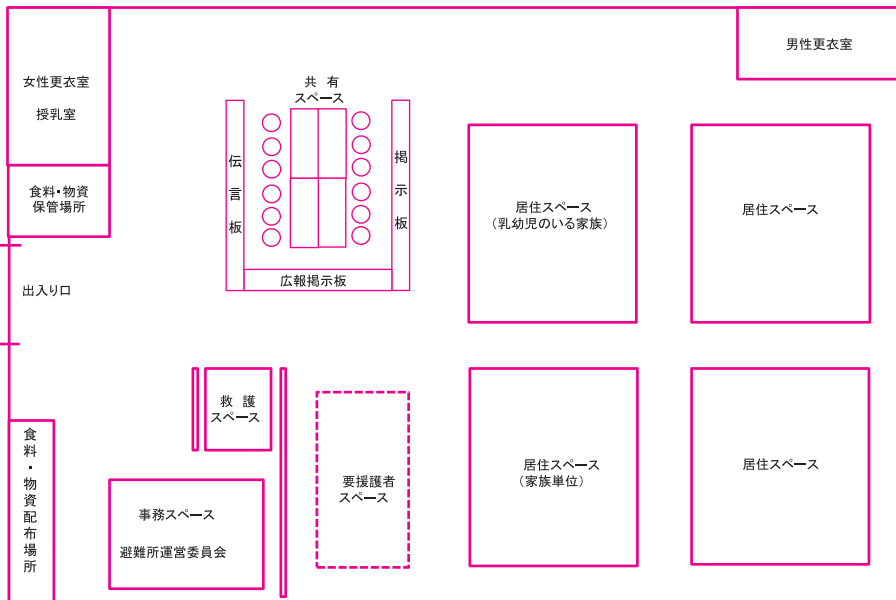
1 避難所の設置から解消までのプロセス

1) 被災混乱期：発災当日

- ・一時避難（集合）場所等で、安全の確保された方から順に被災者（避難者）が集まってくる。そのため、遅れてきた人には条件のよい場所が

確保されないことが多い。

- ・特に、移動能力の低い要援護者等が、より環境の悪い場所で過ごすことも少なくない。
- ・避難所に備蓄される、食べ物、水、毛布等の物資、また人手も足りないことが多い。
- ・できるだけ早期に、「避難所運営委員会」を設置し、役割分担を行っていく。また、避難所のレ



図IX-1 指定避難所のレイアウト図の例

居住スペースが分けられ、移動に必要な通路が確保されていること、また、女性更衣室や食料・物資配布場所なども別々に設けられる必要がある。

アウト作成が必要となる。(図IX-1)

- ・準備された自治会組織など、地域におけるリーダーシップが発揮されることが重要である。

2) 被災混乱期②：1～3日

- ・他の避難場所等からの被災者が集まる。また被災者の中にも安否確認や被害状況の確認、片づけなどを行う人が多くなる。
- ・避難所のレイアウトに合わせて、必要な動線や共用スペースが設置される。
- ・避難所によって異なるが、当面の食料や水、毛布などの救援物資が届き始める。
- ・被害状況によっては、発災当日の混乱状態が続いている。
- ・体調不良者や要介護者、乳児などのためのスペースが必要となる。福祉用具・介護用品等は不足しており、場合によっては福祉避難所等への移動を行う。

3) 応急修復期①：災害発生4日後～1週間

- ・地震災害であれば、余震もやや収まり、被災者も少しずつ落ち着いてくる。
- ・徐々に食べ物や水などの救援物資や炊き出しなどが届くようになり、それ以外の生活用品に対する要求が徐々にでてくる。
- ・被災地への援助物資は届くようになるが、仕分けや配送ができない、一部の避難所に偏るなどの問題がでてきやすく、かなりの期間、物資が不足する避難所もみられてくる。
- ・自衛隊や赤十字などによる支援や一部のボランティア活動が始まり、避難所の生活も徐々に整えられていくが、避難所の運営体制に差がみられやすい。
- ・ライフラインの復旧状況や自宅の状況により、徐々に退所する避難者がみられてくる。
- ・一方で、体調不良者や認知症状の出現(顕在化)など避難所での生活が難しい要援護者がでてくるため、入院や介護施設等への緊急入所が増えてくるなど、対応が必要になる。

4) 応急修復期②：災害発生1週間～1カ月末

- ・食料や水が安定して届けられるようになり、ライフラインの復旧が進んできて、何らかの通信手段が確保されるようになってくる。
- ・各地のボランティアセンターが整備され、活動が本格化してくるため、避難所での様々なニーズの把握が必要となる。
- ・避難所ごとに自治組織が確立し、運営のルールがつくられていく。仕事、家や職場の片付けなどにでる人も増え、組織の再編、避難スペースの再考が行われる。
- ・感染症や不眠、高血圧症などの持病悪化といった健康問題などが目立ち始める。
- ・地域ごとの避難が十分にできなかった場合などは、避難所における社会的孤立が深まる場合もあるため、対応が必要になる。
- ・プライバシーの問題や食事の問題、単調な生活などから不満がでてきやすくなる。
- ・避難生活によるストレスも大きくなり、こころのケアなどの対応が必要。また、イベント性のあること、楽しい食事の会などが求められてくる。

5) 復旧期：災害発生2カ月～

- ・仮設風呂などもでき、避難所での生活や運営が安定してきて、仮設住宅への申し込みなど生活再建への動きが活発になる。
- ・一方で、自宅の再建などの目途の立たない被災者が取り残されてくる。現実生活を目の前に心労がピークを迎えるともいわれる。
- ・避難住民が徐々に減っていき、徐々に災害ボランティアも少なくなってくるため、残された要援助者等が孤立していかないように対応が必要である。

6) 復興期：災害発生後6カ月～(避難所の閉鎖に向けて)

- ・ほぼ市町村の機能が回復し、正常化へ向かって

表IX-1 福祉避難所のメリットと課題

設置によるメリット	設置上の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・一般避難所より広い空間で休めた（一般：約1畳分，福祉：約3畳分） ・24時間の見守りができた ・おかゆやキザミ食などが提供できた ・入浴の見守りや介助ができた ・服薬管理ができた ・ADL 状況や認知症状などの把握，地域包括支援センターなどと協議ができた 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護スタッフなどの確保が難しかった ・マスコミなどへの対応が大変だった ・認知症高齢者への対応（他の避難者とのトラブルなど） ・サービス事業の開始に支障がでた ・福祉避難所の事前指定がされていないと開設までに時間がかかる

いく一方で、次第に援助が減っていく。

- ・避難者や災害ボランティアが減少することにより、避難所運営が難しくなっていき、次々と避難所は解消されていく。
- ・避難所での人間関係や社会性が確立されており、仮設住宅や次の生活場所での生活の準備と継続的な支援が求められる。

2 福祉避難所の役割と課題

- ・要援護者の中には、広域避難所での生活が困難な者も少なくない。
- ・実際に、能登半島地震でも介護状況や認知症状が悪化した高齢者、特にこれまで地域の中では問題となっていなかったような問題が顕在化するなどのケースが少なくなかった。
- ・こういった事態に、予め高齢者施設やサービス事業所等を「災害救助法」による福祉避難所として指定し、災害時の要介護者等への対応が行

えるように設置が進んでいる（表IX-1）。

- ・ただし、東日本大震災以前においては、福祉避難所の指定がされていた市町村は全体の40%であった（東北3県では34%程度）。
- ・福祉避難所では、24時間の見守り体制や介護に最低限必要な環境などのメリットがあるが、人員確保など課題も残っている（表IX-1）。
- ・仮設住宅や自宅等への復帰が可能となるケースも多く含まれているため、生活支援全体におけるリハニーズに対応が必要である。

【文献】

- 1) 柏原士郎・他：阪神・淡路大震災における避難所の研究。大阪大学出版会、1998。
- 2) 三重県：避難所運営マニュアル策定指針。
- 3) 災害時要援護者の避難対策に関する検討会：災害時要援護者の避難対策事例集。平成23年3月。
- 4) 福祉避難所設置・運営に関するガイドライン、平成20年。
- 5) 日本介護支援専門員協会：改訂版災害対応マニュアル。（水上直彦）

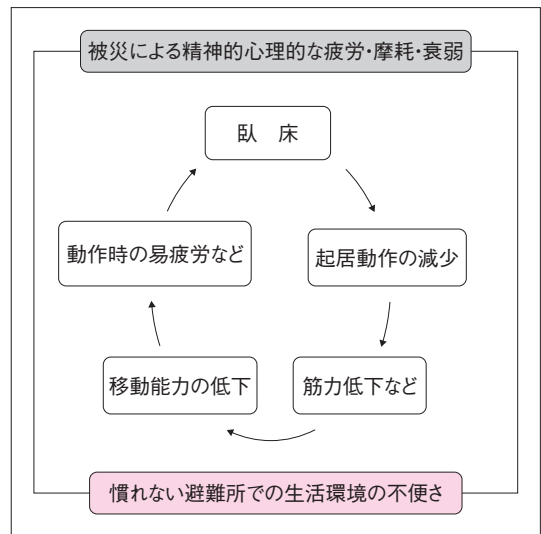
B 避難所における生活機能低下予防・改善

POINT

- ◆生活機能である「活動と参加^{*1}」を予防・改善するためには、災害被害による「環境因子^{*1}」変化を考慮する。
- ◆「環境因子^{*1}」の「支援と関係^{*2}」「態度^{*2}」と「活動と参加^{*1}」の各レベル内容の関係を重視した、被災者の自立支援を促進する。
- ◆ただし、「心身機能^{*1}」の「精神機能^{*3}」を中心とした、被災者や地域（コミュニティ）の精神・心理的な課題が生活機能に影響することには、十分な配慮をしなければならない。

- ・災害時の生活機能低下は、避難所などの生活により、住環境という物理的な変化や家族・隣人など地域コミュニティの変化などの「環境因子^{*1}」が大きく影響することを理解する。
- ・さらに、震災時の生活機能低下は、単に身体的な要因だけではなく、被災による精神・心理的な影響が悪循環になることを理解する。
- ・生活機能低下の予防には、避難所などの生活環境をできる限り工夫して生活動線を確保するとともに、避難所内でのコミュニティの構築も重視する。
- ・災害時の生活機能の予防・改善では、精神・心理的な課題に十分に配慮し、過大な改善を期待することは被災者（避難者）の疲労・疲弊を助長する危険があることを理解する。
- ・フェーズに応じて、新たな生活環境を考慮した継続的な支援を行う。

災害発生時からの避難所の生活は、住み慣れた住居環境や地域コミュニティとは異なり、生活の範囲が狭窄する。例えば、避難所での割りあてられた空間での寝食や起居動作の不便さは、被災前



図IX-2 生活機能低下の悪循環の例

までの活動量から大幅に機能を低下させる。しかし、このような身体的な機能低下の要因以上に被災による様々な精神的・心理的な疲労・疲弊状態に注意しなければならない（図IX-2）。精神的・心理的な疲労・疲弊状態に由来する身体的な強度の倦怠感を理解せず、生活機能の改善を強いることは被災者にとって大きな悪循環となる^{注1}。

生活機能低下の予防の初期は、生活環境を整えることが第一である。しかし、災害直後では、避難が最優先であり、必ずしも初期から生活環境に配慮した避難所環境を整備することは困難であ

*1：ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）の構成要素

*2：ICF「環境因子」の第1レベル

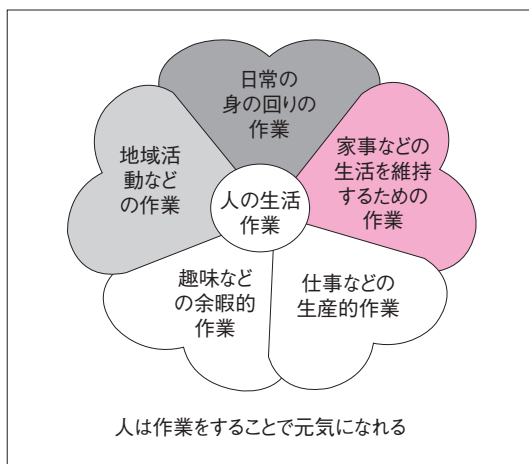
*3：ICF「心身機能」の第1レベル

る。避難所では、避難順に居住区を確保するためコミュニティが形成されないで、時期に応じて、避難者の居住区を住み慣れた住所区画にする、洗面所などへの生活動線を確保する、食事場を設置するなど居住区だけにとどまる生活範囲を解消するだけではなく、コミュニケーションの機会を提供するなどの生活環境を整備することも工夫の一つである。

生活機能の改善に際しては、単に「起居動作」や「歩行機能」の獲得といった基本動作だけを促すことは、「生活機能の改善」に結びつかないことは周知の通りである。また、一人ひとりのADLが自立することだけでも、不十分である。被災後の避難所では、生活機能を「避難所生活でのコミュニティの構築」の中でどのように活性化するかという総合的な環境整備の観点が重要である。そのためにも、避難所内で「自治をつくる」ことや生活の中で各自に役割をもってもらうこと(図IX-3)などは、「活動と参加^{*1}」を含めた生活機能の維持・改善に有効である^{注2}。

また、避難所では床上動作となることが多いが、起居動作に必要な台の設置やダンボールで組み立て可能なベッドなどを状況に応じて導入する工夫が重要である。このように、「身体構造^{*1}」「心身機能^{*1}」と「活動と参加^{*1}」「環境因子^{*1}」の関連を捉えて、生活機能を予防・維持し、低下した際には速やかに改善できるアプローチが必要となる。なお、「個人因子^{*1}」に含まれる被災者自身の生活歴などに十分にも配慮する。

支援には、フェーズに応じた内容の検討が重要であるが、フェーズ2からフェーズ3以降には、避難所生活から仮設住宅や新たなコミュニティの構築などの生活環境に向けての動機づけを行う。



図IX-3 生活機能と役割の遂行¹⁾ (日本作業療法士協会)

【注1】

被災者の方々は、被災による様々な精神的・心理的課題をもちながら精いっぱい頑張って避難生活を送っている。このような状況では、支援者が安易に身体機能を向上させるために「頑張る」と声掛けすることは注意すべきであり、適宜に十分な休息をとることも必要であることを理解する。

【注2】

今回の東日本大震災では、地域の小さな避難所では地盤であるコミュニティの隣人が炊き出しや生活環境整備などを役割分担することで、生活機能を維持していた。しかし、行政による避難所の集約のために大規模避難所に統合・移転することになり、公の炊き出し・弁当支給やボランティアによる支援のために役割を失い、結果として、「活動と参加^{*1}」の役割を喪失して生活機能が低下した例もみられた。

【文献】

- 1) 日本作業療法士協会：高齢者を持つ能力を引き出す地域包括支援のあり方。平成20年老人保健健康増進事業研究。

(小林 毅)

C 仮設住宅への移行

POINT

- ◆仮設住宅は、住み慣れた地域の生活に戻ることを前提に建設場所を選定する。
- ◆設計は、間取りなどの内部環境だけでなく、集会所の設置や風通しなどの周辺を含めた外部環境にも配慮する。
- ◆入居にあたっては、従来のコミュニティの継続や新しいコミュニティの構築などの環境を整える。
- ◆入居後も、巡回訪問などにより各住民の身体的・精神的な健康の維持管理に努める。

- ・建設用地の選定では、建築の利便性だけでなく、住民が住み慣れた地域に戻ることを前提に、交通や通勤・通学、買い物などの生活圏を十分に確保する。
- ・建設にあたっては、画一的な間取りではなく、入居家族の構成などに配慮した各種の間取り様式を設置する。特に、玄関・浴室（水廻りの段差）などには、配慮する。
- ・住宅の配置では、コミュニティを構成するための集会所や各種の公共的な空間を設置する。また、気候に応じた環境整備を取り入れる。
- ・公共の空間を活用するためにも、避難所からコミュニティにおける役割を継続する工夫が必要である。
- ・仮設住宅に入居後から、各戸の孤立化を防止するためにも巡回訪問などのシステムを導入し、住民の健康維持管理の体制を構築する。

仮設住宅へ移行する以前に、住宅環境を整備することが重要である。日本リハビリテーション工学協会・兵庫県立総合リハビリテーションセンター名誉顧問 澤村誠志先生・日本作業療法士協会¹⁾は「1. バリアフリーについて」「2. 暑さ対策と寒さ対策について」「3. コミュニティとしての機能について」「4. 量的確保」に分けて提言をしている。この提言は、阪神淡路大震災の経験に基づいて、上記の4大項目に対して44小項目の多岐にわたるものであり、今後参考すべき内容である(表Ⅹ-2)。

東日本大震災では、沿岸部地域が津波により大きな被害を受けたことから、高台に仮設住宅を建設する方針である。一方、商業地域や産業は平地である沿岸部という分離方式が提唱されているが、住民の生活圏として地域活性化には地元からも意見のあるところである。仮設住宅などのコミュニティの構築を踏まえた政策には、地元の市町村区の自治体や住民自身の意見が反映できる制度が必要である。建築間取りなどの個別性についても、入居家族の構成などにより適合できる各種タイプを設置することが望ましい。

入居時には、仮設住宅地域でのコミュニティを形成し、各入居者が役割をもって生活機能を維持しながら、地域社会を構成できるように準備する必要がある。自治会などの組織だけではなく、敬老会や子ども会などの様々な交流の機会をつくることが重要となる。このことは、仮設住宅の入居は個別性が保たれて安心できる反面、隣人などの交流が疎遠になり孤独・孤立化する悪循環を予防することに繋がる。さらに、巡回訪問などで各住民の様々な健康管理を行い、安全・安心して生活できる環境を整備することが重要である。

【文献】

- 1) 日本リハビリテーション工学協会 他：応急仮設村への提言 (2Puls)―普通の暮らし、安心、笑顔のある住まい提言―。 http://sig-sumai.info/files/kasetsu_tei-gen.pdf (2012年1月9日閲覧)

(小林 毅)

表IX-2 「応急仮設村への提言 (2Puls)」¹⁾ (日本リハビリテーション工学協会より抜粋)

1. バリアフリーについて

- ①大規模災害の後に建設される応急仮設住宅は法が定めている2年間では終息し得ないことは阪神・淡路のときに明らかになった。当初から4年もしくはそれ以上の生活に耐える仕様で建設すべきと考える。
- ②玄関出入り口部分には段差のないデッキがあると車椅子でのアプローチを仮設スロープで対応することが容易になる。住民間のコミュニケーション促進にも効果的である。
- ③敷地内通路には砕石が敷かれることが多いが、車椅子、ベビーカー、台車などの小径車輪を有する者の移動が困難になる。(後略)

2. 暑さ対策と寒さ対策について

- ④屋根にフックやアイ・ボルトをあらかじめ設けておき、簾や縦簾をかけたり、朝顔やへちまなどつる性植物を育ててグリーンカーテンをつくらせたりできるようにする。
- ⑤豪雪地帯をも含まれるため、雪下ろし対策を考慮しなくてはならない。
- ⑥太陽光温水装置や太陽光発電装置などの自然エネルギーの積極的利用をとり入れる。ただし、陸屋根だと太陽高度に合わせた角度にならない。

3. コミュニティとしての機能について

- ⑦クラスター単位で集える広場や、共同利用スペース、共同キッチンなどが個別のもの以外にあるとよい。
- ⑧個々の住戸⇒10軒程度のクラスター⇒応急仮設住宅村といった階層構造を誘導する。
- ⑨住宅だけではなく、商店や理美容などの被災前の職業を継続できるよう、希望者には移住空間だけではなく店舗スペースも合わせて提供することで応急仮設村の機能が充実(住民の利便性が向上)し、自立再建も早めることができる。
- ⑩独居高齢者も多数想定されるため、仮設村の一部にはグループホーム型仮設住宅を建設し、村の中の一部として存在させ、交流や互助を容易にする。
- ⑪復興に伴い、恒久住宅へ転居する人が増え、歯抜け状態になり、地域力の低下や治安の低下が生じる恐れが想定される。空家の積極的な利用が求められる。

4. 量的確保

- ⑫コンテナハウスの2段重ねなど、多層化を検討する。上層の住宅には若い世代が入居し、フラットなアクセスが必要な高齢者等を下層の住宅に割りあてる。

D

地域リハビリテーションの理念に基づいた既存サービスの補完

POINT

- ◆地域のニーズを正しく把握し、地域の調整を行う。
- ◆地域のニーズに対して、その時点で最適なサービス等を提供できる支援体制を整備する。
- ◆地域外からの支援は地域スタッフとの合意のもとに実施する。
- ◆主にリハ専門職から他の専門職あるいは住民ボランティアに知識・技術の移転を行い、様々な専門職や住民ボランティアが連携して支援を行う。

1) 地域のニーズの把握と地域の調整

・大災害時にはマンパワーを含めた多くの社会資源が損害を受け、ニーズも日々変化するため、

残された社会資源を有効に使うためには正確なニーズ評価は極めて重要である。

・優れた調整役が常にいるわけではない。日頃より、狭い地域での多職種ケアチームの育成、圏

域及び都道府県レベルの協議会機能の強化を図っておく必要がある。

が極めて重要である。

2) 支援体制の整備

- ・地域（市町村）レベルの活動を支援する圏域レベル（地域リハ広域支援センター）の活動が鍵となるが、大災害時には都道府県や国の役割が大きくなる（図Ⅹ-4）。
- ・災害時には人的資源やサービス拠点も損害を受けているため、後述する技術移転を受けた非専門職による支援や、前述した地域の調整役の存在も必要である。
- ・東日本大震災において、被災前から支援体制が機能していた地域では、支援活動が比較的円滑に行われた。

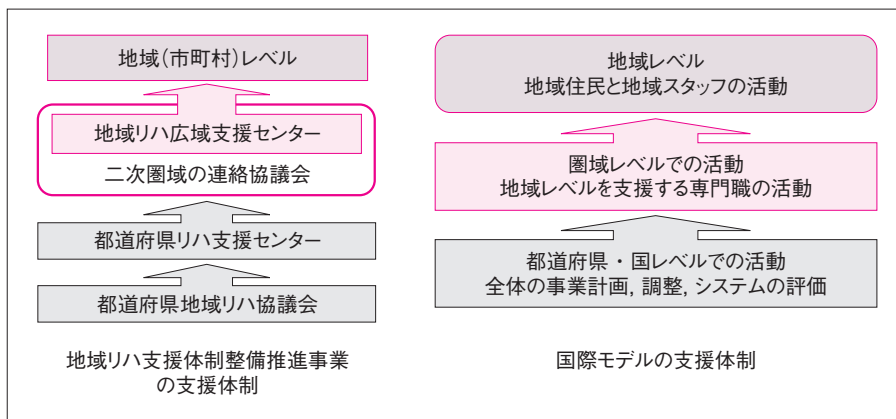
3) 地域の合意

- ・大災害の場合は、地域外からの支援が主たるものとなる。
- ・地域外からの支援は一時的なもので、一定期間後に地域スタッフに移行し、最終的には地域スタッフが継続的に担っていく必要がある。
- ・そのため、支援方法の最終決定は地域スタッフ（リーダー）に任せるということを確認しつつ、その時点で最良の解決策をとともに探し出すこと

4) 主にリハ専門職から他の専門職等への知識・技術移転

- ・地域リハでは、専門職や専門的施設等に過剰に依存しない方法で、基本的なりハ・ケアを提供する。
- ・大災害時には障害を受けた人や健康問題を抱えた人が急増するため、関連職種のマンパワー不足を補完する必要がある。
- ・そのためには、リハニーズに対してはリハ専門職から他の専門職への知識・技術を移転することが必要となる。健康問題など医療ニーズに対しては、まず看護師や保健師が対応する必要がある。さらに、リハ・ケアの視点で訓練を受けた住民ボランティアの活用も重要である。
- ・様々な専門職や住民ボランティアの連携が地域リハの成功の鍵の一つとなる。
- ・外部からの支援者は地域の様々な専門職への助言指導なども重要であり、地域においては住民ボランティア等の育成も課題となる。
- ・住民ボランティアの活用は単なるマンパワーの補完ではなく、住民同士の支え合いに繋がる地域づくりの活動であり、被災地復興のエネルギーとなるとと思われる。

(松坂誠應)



図Ⅹ-4 地域リハの支援体制

E 被災地側の災害復旧時の対応

POINT

- ◆被災地での災害復旧時のリハ対応は、①被災直後の避難時期、②避難場所での生活期、③応急仮設住宅での生活期というように、時間の経過と被災者の置かれている環境により自ずとニーズも対応方法も変わってくる。
- ◆また、災害復旧においては支援チームの活躍が支援のスピードや厚さの鍵を握る。被災地側としては地の利、人の利を生かした情報提供と情報発信により、支援チームとうまく連携していくことが求められる。

1) 災害直後からの予防的関わりの視点

- ・被災地の病院・施設は建物が被災していなくても、災害直後はDMATなど災害時医療への協力や、避難者を受け入れて施設が使用できないなど、本来通りの業務が行えない場合の方が多いと考えられる。
- ・しかし、高齢者の場合などは2~3日の避難生活が廃用による心身機能低下へと繋がっていく。そのため、生活リズムの獲得や活動性を促すための介護予防的観点からの指導的関わりを震災直後からできるだけ早く行っていく必要がある。
- ・具体的には「1日の日課を決め、生活リズムをつくる」「体操や散歩の時間を設ける」「役割をもち活動的に過ごす」「できればベッドや椅子での生活を確保して動きやすい環境をつくる」などの取り組みを積極的に進めていくことが求められる。
- ・災害によるストレスや心的ダメージにより身体不調を訴える方も多い。精神的な面への配慮も重要となってくるため、身体機能低下に対しての予防的視点とともに、精神科医や臨床心理士など必要な専門職との連携も早期から視野に入れて対応する必要がある。

大規模災害の場合、被災地のリハスタッフも被災している場合が想定できる。例え被災していなくても、職場の状況によっては避難所にまで目を向けら

れる状況にない場合も考えられる。そのような場合、避難所等における最初の被災者への直接支援は外部からの支援チームが担うことになる。また、被災地のリハスタッフとの連携も、支援チームからのアプローチから始まる場合も考えられる。どのような場合であっても、被災者側と支援者側がうまく連携していくことが、継続的かつ効果的なリハ支援を生み出すことを忘れてはいけない。

2) 避難所、在宅避難者への支援活動の視点

- ・避難所や在宅避難先での支援活動としては①リハ中断者への個別対応、②装具・歩行補助具等を流した方などへの必要物品の供給、③腰痛や膝痛など慢性疾患の方への運動指導や生活指導、④避難所内での生活を安全に送るための環境調整や動作方法の指導、⑤生活不活発病予防のための啓発活動や、集団体操などを通じた継続的な関わり、等が挙げられる。
- ・医療チームと連携して活動する場合においては治療的なリハを積極的に行うことも可能であるが、救急医療の時期を過ぎりハチームのみで活動しているときには基本的には保健活動の一環としての運動指導、生活指導が中心となる。
- ・また、避難所で得た情報はできる限り行政の保健師や避難所担当の保険・医療・福祉の支援団体と共有して、多角的に関わることでより効果的な活動が行える。

- ・特に被災による精神的なダメージからの「うつ症状」「認知症の進行」などは、リハスタッフの活動からみえてくる場合もあるため、「心のケアチーム」などとの協働も必要となってくる。
- ・情報を共有することで、新たなニーズの掘り起こしや、被災者が仮設住宅などへ居住場所が変わってからの継続したフォローにも繋がりやすい。
- ・さらに、ニーズに対してのスピード感のある適切な対応が、支援チームへの信頼や安心感を担保する。ワンポイントでの支援であっても、ケースを次の支援チームに確実に繋げる対応がいつの場合でも求められる。

3) 仮設住宅、借上げ住宅（みなし仮設）等への支援活動の視点

- ・仮設住宅などにおける支援活動は、避難所のときに比べるとより個別的になる。それぞれの住環境や生活スタイルなどに影響を受けるからである。
- ・仮設内の段差、狭さ、室温や湿度などの仮設内環境は、高齢者や障がい者にとっては過酷である。さらに外へのアクセスの悪さやコミュニティが変化することへの順応が難しいことによる閉じこもりが生活不活発病を引き起こす危険因子となる。
- ・リハ支援においては、個別の状況に応じた環境調整や、動作方法の指導がニーズの中心となってくる。
- ・生活不活発病に関しては ADL が自立している高齢者においても注意を喚起したい。そこで、ニーズ調査に加えて室内でできる簡単な運動を進めるチラシの配布や、福祉機器などの導入に関する相談に対応するなど、広くリハニーズを拾い上げるための健康相談の場をもつことが必要である。集会場におけるサロン活動での運動指導の際に、保健師などと共同して取り組むことも有効である。
- ・仮設住宅、借上げ住宅は仮設とはいえ、当分の間の生活基盤となる場所である。そこへの支援は、対症療法的な関わりではなく、長期的な視点に立ってのリハ目標の設定が必要となってくる。

る。今後の生活も見据え、社会資源の活用も含め自己決定を促していくことが自立への支援の第一歩となる。

4) 支援チームやボランティアの受け入れと調整

- ・被災地のリハスタッフは避難の状況が落ち着くとともに、通常の医療・福祉サービスの回復に向けた取り組みを余儀なくされる。そのような時期に避難所や仮設住宅において次々と上がってくるリハニーズに添えていくためには、支援団体により派遣されるリハスタッフの役割が大きい。
- ・支援リハスタッフには巡回によるニーズの掘り起こし、保健師チームなどから上がってくるリハニーズに添えることを第一の使命として活動していただく。
- ・しかし、長期的な関わりを要する対象者については、復旧してきた既存の医療や介護保険サービスへと繋いでいくが必要になってくる。
- ・地元で活動してきたリハスタッフには支援チームと連携し、地域情報の提供や、介護支援専門員や地域包括支援センターなどとの具体的なサービス調整、行政との橋渡しなどのコーディネートが求められる。

東日本大震災のような大規模な災害の場合は、PT・OT・ST だけでなく、様々な専門職の団体や個人が支援の手を挙げ、直接的、間接的に協力を申し出てくれる。リハ関連業種としては、義肢装具関係、福祉機器コーディネーター、摂食・嚥下関係団体、建築関係など多様である。それぞれの業界で活躍している専門職や、物資を提供してくれるメーカーと連携をとることは、リハ支援において非常にプラスになる。ボランティアの受け入れは災害直後には混乱をきたす状況にあったが、窓口を開き情報発信することで有益な支援を多数受けることができた。それは、震災後にも引き続き活用できる大切な資源になると考える。多職種とうまく連携できることがリハ職種の強みであることを意識して、人や物を繋げていくことも被災地側の役割の一つである。

(金野千津)

X. 災害復興時（終了時）の対応

A 各団体・支援提供側の対応

POINT

- ◆被災地での生活基盤の復興（復旧）に伴い、支援は縮小していくことを原則とする。
- ◆支援の体制や内容などの総括を行い、課題と解決方法をとりまとめ、起こりうる震災に備える。
- ◆災害に対する支援は「終了」ではなく、新たな体制の構築という共通認識をもつ。

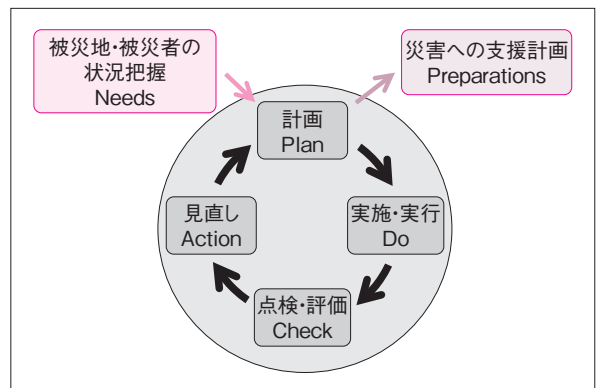
- ・被災地への支援は、被災地の人的・物的、また社会資源を含めた回復に伴い、徐々に縮小することを原則とする。ただし、災害への新たな体制構築に向けた連携協力関係は常時維持する。
- ・フェーズごとに支援の内容についての総括を行い、課題と解決策を実行する。
- ・総括の内容に応じて、ある時点では支援内容や体制についての結果をとりまとめる。
- ・「とりまとめ」は単に終了ではなく、次への準備という共通認識をもち、各団体・地域の連携体制を構築する。

阪神淡路大震災、新潟県中越沖地震、そして今回の東日本大震災の経過から考えても、支援が単純に終了するものではない。物質的な復興（復旧）はある程度は充足が期待できるが、特に被災者の精神的・心理的な課題には終了はないという認識をもつべきである。仮設住宅から恒久的な住居に移住し、コミュニティが形成されてきたとしても、地域社会や各戸・各個人に対する身体的・精神的な健康維持活動は継続すべきである。

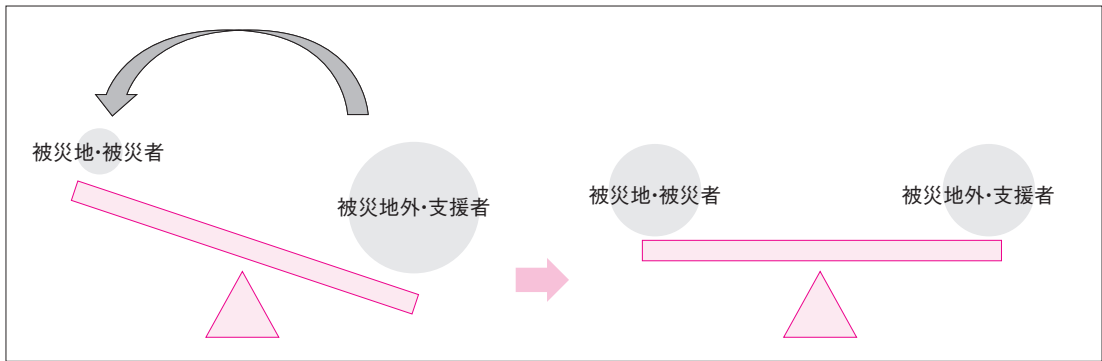
被災地外からの支援活動は、被災地の復興（復旧）に応じて臨機応変に対応し、被災地での活動の活性化を助長することは重要であるが、必要以上の支援を継続することは慎むべきである。このためには、支援活動に際して絶えず支援のあり方を検討し、随時に修正していかなければならない（図X-1）。各フェーズなどでは、それまでの支援

の内容や体制などを振り返り、総括をすることが必要である。特に、震災発生からの各フェーズでは、多くの理解を得られるように、「被災地・被災者」と「被災地外・支援者」という観点でSWOT分析のような考え方を利用することも一つの方法である。「被災地・被災者」の「弱み」が減少し、「強み」が増加することで、支援の動向を検討する。最終的には、「被災地・被災者」と「被災地外・支援者」のバランスが、「Win-Win」¹⁾の関係のように平衡し、組織・各個人などが良好に支援の授受を認識するときに終了という区切りになると考える（図X-2）。

しかし、ここからは、起こりうる災害に備えて、被災者をできる限り少なくし、被害を最小限に止



図X-1 被災地支援のPDCAサイクルの例



図X-2 支援「終了」のイメージ

めるために全ての組織・個人が一丸となる「始まり」であることを共通認識とすべきである。

【文献】

- 1) スティーブン・R・コヴィー：7つの習慣（ジェームス・J・スキナー・他訳）、キングベアー出版、2007。
（小林 毅）

B 被災地側の対応

POINT

- ◆行政との連携が必要である。
- ◆事業所復旧に伴い災害リハ対象者のサービスへ移行する。
- ◆仮設住宅居住者の閉じこもり（生活不活発病）予防に対応する。
- ◆特定高齢者施策介護予防事業での対応が求められる。

1) 行政との連携

- ・災害リハ支援中期から後期にかけては、災害リハ対象者を復旧してきた医療保険領域でのサービスや介護保険領域でのサービスへ移行していく作業を行いながら対象者の情報を確実に報告し、スムーズな引き渡しをしていく必要がある。
- ・対象者が災害前に、どの程度のサービスを受けていたか、また災害後の状態からどのようなサービス利用が望ましいか等、介護保険領域のスタッフであれば担当の介護支援専門員との連携も必要となってくる。

- ・災害リハ支援提供者からの情報を伝える場を設け、行政機関の保健師や包括支援センターの保健師等を窓口にし、情報の集約と対応を進めるための樹形図作成は必須である。またその双方を繋ぐためには現地の常駐者となる被災市町村行政や保健医療福祉に精通した被災地コーディネーターの常駐が必要である。
- ・行政との連携は対象者の情報以外にも家屋改修や福祉機器類の準備等の道標としても活用でき保険領域で対応できるもの、もしくは支援に頼るべきものなどの整理をして対象者への早期介入が求められる。

2) 事業所復旧に伴う災害リハ対象者のサービスへの移行

- ・医療保険領域・介護保険領域の事業所等の復旧に伴い、対象者がどのようなサービス利用が望ましいか等を検討し行政機関保健師へ情報提供する。サービスへの移行が困難な場合には事業所の再検討をしつつ、引き続き災害リハ支援の継続をしていく。サービスへ移行可能な場合には災害リハ支援の経過報告書等を作成し事業所へのスムーズな移行を考慮する必要がある。
- ・事業所への移行をしていく際に、必要時は事業所内での職員への介護指導や、自主的なリハの指導等を行っていくことも必要である。
- ・場合によってはリハ機能のない事業所への移行や本人家族への指導を経て、自主的なもしくは他者によるケアやリハの定着により本人了承のもと、災害リハ支援を終了する場合もある。

3) 仮設住宅居住者閉じこもり（生活不活発病）予防への対応

- ・仮設住宅居住者への対応は個別的な対応とは別に集団的な対応も必要になる。外部へのアクセスの悪さや、他者と接触する機会の減少等は仮設住宅移住後から継続され、生活不活発病のリスクが高まる。災害リハ支援では身体機能、動作能力、日中の身体活動状況を確認し、生活不活発病の予防、進行抑制、改善に向けた自主トレーニングを含めて集団的に対応していく必要がある。
- ・集団的に対応していく中でも個別的な指導が必要な場合も多いため、集団対応の際にリハ相談の場や、行政保健師の健康相談等の場を設けリハニーズ調査とともに集団対応を行っていくことが有効である。
- ・また各仮設住宅を担当する生活支援相談員等の協力が得られる場合には、運動指導できる人材の確保を目的とした上で集団対応時になるべく

参加してもらいつつ、ボランティア養成事業等での人材育成を行い、幅広く生活不活発病予防のための運動指導ができる人材の確保が必要となる。

- ・集団対応対象者の発掘にあたって、例えば仮設住宅各地区の高齢者割合や、個々人の情報をもとに活動地区の把握をし、事前の案内配布等による周知、また当日の個別での声かけ等によりその地区の対象者となり得る方々をくまなく救い上げていく必要がある。サロン活動への参加が困難な対象者の場合は、復旧している医療保険領域や介護保険領域での対応として行政を介して進めていく。

4) 特定高齢者施策介護予防事業での対応

- ・災害復興時には仮設住宅居住者以外にも自宅や親戚宅に居住される高齢者もしくは介護予防的な関わりが必要な対象者への対応も懸念されてくる。行政の所有する個々人の情報等をもとに声かけや案内の配布等を行い事業の進行に努める。行政機関の担当者とともに事業の運営をしていく中で、ボランティア養成事業にて認定されたスタッフの協力を集うことや今後の活動範囲拡大や質の向上、ボランティア活動の場を設けること等もできる。
- ・声かけや案内の配布でも参加困難な対象者は調査し、医療保険領域もしくは介護保険領域への移行、行政による定期的な訪問等によりADL低下や身体機能面の低下等の予防に努める必要がある。
- ・もともとのリハスタッフの人数が少ない被災市町村では、行政の担当者やボランティア等へ現場での運動指導方法や活動の方向性を示し、他職種でも活動できる体制づくりが重要となる。場合によっては介護予防を専門とする団体等への依頼も一つの方法である。

（白根達也）

XI. 心理面への対応

A 被災者への対応

POINT

- ◆側に寄り添い、共感的な態度で話を聞くこと（傾聴）が重要。その際、体験の内容を話すことを促したり、感情を表現させるような誘導は行ってはならない。
- ◆災害直後においては、安全な環境の実現とサポート（衣食住の確保、最低限の日常生活の確保、正確な情報の提供などの現実的な対応）による安心感の提供を最優先する。
- ◆基本的な姿勢としては、被災者に接する際に狭い専門性だけでなく、被災者の抱える様々な問題（被災者のニーズ）に対応しようとするのが大切である。
- ◆個人的な安心感や信頼関係を提供できるよう、継続的な対応・関わりが必要である。
- ◆外傷後ストレス障害（PTSD）の危険が予測されたとしても、それだけに捉われるのではなく、あくまでも、心理的な変化を幅広く捉え、必要に応じた診断、評価、援助を行っていくという基本姿勢が重要である。

1 基本的な対応

- ・基本的な対応としては表XI-1に示す通りである。
- ・話を聴くことは被災者を落ち着かせる上で効果的であり、側に寄り添って共感的な態度で接することは重要である。
- ・体験の内容を話すことを促したり、感情を表現させるような誘導はPTSDを誘発することがあり、すべきでない。よりよい対応としては、「本人が自発的に話すのを待つ、あるいは本人が話したくなった場合に傾聴する」、「体験を詳細に語れる時期を待ち、語れる場づくりをする」などの被災者が話しやすい環境づくりをした上で、求めに応じて行う。
- ・特に災害直後においては、安全な環境の実現とサポート（生命と生活の確保、衣食住の確保、

表XI-1 心理面への対応ポイント

- ・側に寄り添い、共感的な態度で話を傾聴する
- ・話すことを促したり、感情を表現させるような誘導はしない
- ・安全な環境の実現とサポートの提供
- ・現実の災害や復興に関する情報、心理情報の提供
- ・メンタルヘルスの増進のためのプログラムの提言、実施
- ・誠実に対応し広く問題に対応しようとする姿勢で接する
- ・活動を継続して行う

最低限の日常生活の確保、落ち着けるスペースの確保、医療の確保などの現実的な対応）による安心感の提供を行うことが、言葉での関わり以上に重要となる。

- ・情報の提供にあたっては、災害の規模、家族の安否、今後の見通し、援助や医療についての正

しい情報を他部門との連携や情報収集、報道機関との連携のもとに迅速、適切に与える。被災地では、様々な情報が飛び交っていることが多く、被災者は不安から不正確な情報や流言に左右されやすい。

- ・心理的な変化は本人からも周囲からも否定されやすいので、そうした変化が生じうるということを知らせることには意味がある。「普段と違った感情が沸いてきても当然である」と伝え、自己を受容できるようにする。
- ・不安を表すことができる場やコミュニケーションの場の設定、レクリエーションなどを実施することで、メンタルヘルスの増進を図る。
- ・被災者に接する際に狭い専門性だけで接するのではなく、被災者の抱える様々な問題（被災者のニーズ）に対応しようとする姿勢が重要である。
- ・精神的支えを要する人たちには、短期で入れ替わる支援者ではなく、個人的な安心感や信頼関係を提供できるような支えが必要とされ、継続的な対応・関わりが必要となる。

2 災害直後にみられる反応

- ・災害直後にみられる反応を表XI-2に示す。災害の体感（地震の揺れ、火災など）や被害（負傷、近親者の死傷など）、目撃（遺体や崩壊など）により精神・心理的動揺が誰にでも起こりうることで、精神面や心理面、思考面の反応が主にみられる。
- ・被災による様々な震災ストレス（人命・家屋の喪失、生活の変化、避難所・仮設住宅生活による疲労や不適応、家屋や経済的問題、将来の不安、新たな対人関係のストレスなど）から疲労、焦燥感、気分の落ち込み、抑うつ、不安障害、心身症、身体化障害、アルコール関連障害の発生がみられる。
- ・住民や周囲の関心は、一般的には現実の生活の再建の方に向かうので、目にみえないストレスや精神の症状を自覚しにくい。
- ・大部分の被災者は、家族や友人などの身近な人の援助や自身の対処行動により、多くの場合1

表XI-2 災害直後にみられる反応

- ・睡眠障害（不眠・悪夢）
- ・孤立感、意欲の減退
- ・気分が落ち込む
- ・集中力低下
- ・混乱して思い出せない
- ・選択肢や優先順位を考えつかない
- ・恐怖の揺り戻し、強い不安
- ・イライラする、怒りっぽくなる
- ・自分を責める
- ・無気力
- ・判断力や決断力の低下

表XI-3 ASD, PTSDの症状

- ・再体験症状
災害の体験に関する恐怖や不快で苦痛な記憶・感情が、フラッシュバックや夢の形で繰り返し蘇る
- ・回避・麻痺症状
災害の体験に関して考えたり、感情が沸き起こるのを避けようとすることや思い出させる場所や物を避けようとするなど
- ・過覚醒症状
交感神経系の興奮を伴い、睡眠障害、苛立ち、何事にも必要以上に警戒してしまったり、ちょっとした物音にも過剰反応するなど、精神的緊張が高まった状態

カ月以内に回復する。

- ・一部の被災者では、時間が経ってもその体験が過去のものとなっていかずに、心身の不調が長引くことがある（表XI-3）。こうした症状が災害後1カ月未満にみられれば、急性ストレス障害（ASD）、1カ月以上長引く場合には、PTSDが疑われる。

3 PTSDについて

- ・PTSDはマスコミ報道では注目されがちではあるが、災害といえば必ずPTSDが生じるわけではなく、災害の性質や同じ災害でも何を体験したかなど個人によって大きく異なる。
- ・PTSDの危険が予測されたとしても、それだけに捉われるのではなく、あくまでも、心理的な変化を幅広く捉え、必要に応じた診断、評価、援助を行っていくという基本姿勢が重要である。

表XI-4 PTSDへの対応

<p>現実面</p> <p>①身体的安全の確保 ②二次的災害からの保護（地震後の火災、有毒物質等の汚染など） ③住環境の保全 ④日常生活の継続（学校、仕事、日常的な家事など） ⑤経済的な生活再建への展望（経済的基盤、職業の確保、家屋の復旧など） ⑥生活ストレスからの保護（避難先での生活上のストレス、取材など）</p>
<p>一般的サポート</p> <p>①災害、援助に関する情報 ②援助者による現地の巡回 ③住民からみて援助者が「手に届くもの」と感じられること ④住民からの要望、質問に迅速に回答が得られること</p>
<p>心理的ケア</p> <p>①心理的な変化に対する情報・教育（症状だけではなく、健全な状態や回復時の状態についても情報を与えること） ②必要時の相談先の明示（ホットライン、相談窓口）</p>

- ・通常の援助活動を入念に行い、被災者の現実的な不安に対応し、その原因となっている生活上の困難をできるだけ軽減するような援助を行う。そのことが心理面への安定にも繋がる。
- ・特に、老人、乳幼児などの災害弱者のケアの負担や発生した傷病による入院家族の見舞いや通院、生活上の雑事などの負担はできるだけ減らすように援助を行う。
- ・災害などの害が及ばないような場所に保護したり（安全の保証）、被災者の孤立感を和らげ、援助のネットワークによって守られているという感覚を与えること（安心の保障）が求められる。初期には睡眠を確保することも重要であり、安眠できるような環境を早急に確保する必要がある。

・PTSDへの対応としては、自然回復を促進する条件を整えたり、自然回復を妨げる要因を減らすことが重要である。（表XI-4）

【文献】

- 1) 平成16年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業、自然災害発生時における医療支援活動マニュアル。
- 2) 平成22年度厚生科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））、災害精神保健医療マニュアル。
- 3) 平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）、災害時地域精神保健医療活動ガイドライン。
- 4) 東京都福祉保健局：災害時の「心のケア」の手引き。
- 5) 田原明夫：心的外傷の孤立化を防ぐために一後方でできる支援一。臨床作業療法，8(4)，2011。

（長谷川利夫）

B 支援者・現地スタッフへの対応

POINT

- ◆ 支援中は自分自身の健康も問題を自覚しにくい。また、使命感のために休息、治療が後手に回りやすく、支援者には被災者とは違った形のストレスが生じることを派遣前に伝えておく。
- ◆ 管理職が職員の休息の必要性に関する意識をもち、被災地での業務の間に、職員休養のための機会を設ける。災害の直後には不眠不休で援助活動にあたることができるとしても、派遣中の不眠が派遣後のストレス症状とも相関するため、睡眠の確保が重要となる。
- ◆ 様々な身体的・精神的負荷が重なっているため、しっかりと休養・休憩できるように、被災地へ職員を送り出す職場が理解を深め、組織レベルにおける積極的な労務管理、体制づくりが重要である。
- ◆ 支援者自らが被災した場合は、被災ストレスも加わり、より大きな心理的な緊張・疲労感をもたらすため、被災者・支援者への対応の両方の視点からの関わりが大切となる。

1 派遣前の対応

<事前研修の実施>

- ・ 支援者に生じうるストレスについて、それが恥じるべきことではなく、適切に対処すべきことであることを教育しておくことが大切である。
- ・ 支援中は自分自身の健康も問題を自覚しにくく、使命感のために休息、治療が後手に回りやすく、支援者には被災者とは違った形のストレスが生じることを伝えておく。
- ・ 心身の変調についてチェックリストを支援者本人に手渡すなどし、必要があれば健康相談を受けられることが重要である。広域災害の場合には、市町村の保健師や支援者の身体及び精神健康管理の一環として、災害後一定期間後に健康チェックを実施する例もある。
- ・ 一般に強い被害を受けた場合には、怒りや罪責などの感情的な反応が住民に生じ、身近な支援者に怒りを向けることがある。支援者がその怒りを自分個人に向けられたものと感じたときには、非常なストレスとなるため、可能であれば、研修などの機会に、住民とのやりとりについてロールプレイなどを取り入れておくことも有効である。

- ・ 援助者は一般住民よりも災害の悲惨な光景や犠牲者の遺体などを目撃する可能性が高く、そのことによってPTSDなどのトラウマ反応が生じる可能性があるため、各種災害が生じた場合の情景、死傷者の光景などについて、スライド体験などのシミュレーションを行っておくことも有効である。

2 派遣中の対応

<休養>

- ・ 管理職が職員の休息の必要性に関する意識をもち、被災地での業務の間に、職員休養のための機会を設ける。災害の直後には不眠不休で援助活動にあたることができるとしても、派遣中の不眠が派遣後のストレス症状とも相関するため、睡眠の確保が重要となる。職員自身も高揚して疲れを感じにくい状態にあり休養するという発想になりにくい。
- ・ 休養をとるための具体的な対策としては、派遣中には被災地を離れたり、避難住民のいない職員だけが過ごせる場所を設けて休養することが挙げられる。
- ・ 可能であれば、職場や避難所に、プライバシー

を保つことができる職員のための休憩場所を設けるのもよい。

<ストレスの発散>

- ・睡眠、食事などに不適応を生じたり、日常に行っているストレスへの対処行動（趣味、運動など）が不可能となるためストレスが蓄積しやすいので、余暇活動を取り入れるのもよい。

3 派遣後の対応

<休養>

- ・様々な身体的・精神的負荷が重なっているため、しっかりと休養・休憩できるように、被災地へ職員を送り出す職場が理解を深め、組織レベルにおける積極的な労務管理、体制づくりが重要である。
- ・活動期間、交代時期、責任、業務内容などを明確にし、事前に業務調整を行うなど、派遣後は定期的な休暇や一定期間で現場から離れ、負担の少ない業務に配置するなどのローテーション体制をとり、休養できる期間を設ける。

<心理的ケア>

- ・安心して語れる場を確保する。情緒的な混乱は、同様の体験をした人たちからのピア・フィードバックによって整理されることで、安心感を取り戻し、理性的に整理できることも期待される。
- ・心理的負担を軽減し、技術的な支援を提供するための体制として、スーパービジョン、事例検討の時間の確保、複数及びチーム体制、業務以外でもグループの形で配慮しあうピアサポート体制、そして一定期間の業務の振り返りと記念日に合わせた慰労会などが考えられる。
- ・個人的な対処法としては、規則正しい生活を心がけたり、自分にあったストレス解消法を活用する。飲酒、喫煙などの好ましくない対処法は避ける。周囲の人からの支援を求める。最近で

は、関連学会によって、支援者を対象とした電話相談なども被災地外に開設されている。

<労い>

- ・支援業務について、それに従事した個々人が組織の中で評価され、報いられることは意外に少ない。援助業務の意義、効果については、公の広報などでその価値を明確に記載し、また組織の中ではしかるべき担当者が、援助活動の価値を明確に認め、労うことが重要である。
- ・体験したことに耳を傾けること、労いの思いを伝えるとともに、生じている心身の不調が、ストレスへの自然な反応であることを伝えることが大切となる。

4 現地スタッフ

- ・支援者自らが被災した場合は、被災当事者としてのストレスも加わる。被災後の家の片づけ、生活の再建などの当事者としての災害体験、場合によっては、自身や家族のケアを犠牲にして住民の支援活動にあたることにより、より大きな心理的な緊張・疲労感もたらされる。そのため、被災者・支援者への対応の両方の視点からの関わりが大切となる。

【文献】

- 1) 平成16年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業、自然災害発生時における医療支援活動マニュアル。
- 2) 平成22年度厚生科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））、災害精神保健医療マニュアル。
- 3) 平成13年度厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）、災害時地域精神保健医療活動ガイドライン。
- 4) 鈴木友理子：災害精神保健活動における役割分担と連携。 *J. Natl. Inst. Public Health*, 57(3), 2008.
(長谷川利夫)

XII. 国際協力

A 地域リハビリテーション（CBR）の国際動向

POINT

- ◆地域リハ（CBR：community based rehabilitation）は障がい者が多く、しかも社会資源の乏しい発展途上国で発展した。
- ◆障害の予防とリハ、支援体制の整備、リハ専門職以外の専門職や障がい者・家族、住民ボランティア等の活用が活動の大きな柱である。
- ◆戦争・内戦によって社会資源の破壊と障がい者の急増をきたした地域では、CBR活動が復興と平和構築に寄与した。
- ◆社会資源の破壊と障がい者の急増をきたす大規模災害では CBR の理念と活動が必要である。

1) 国際的な CBR の発展と活動成果

- ・ CBR の概念は、アジア・アフリカの発展途上国において栄養障害や感染症による障害の予防と治療、偏見差別に対する住民教育等による住みよい地域づくりを行うものとして始まった。
- ・ 先進国における自立生活運動などの考え方（当事者の意見の尊重、社会参加の促進など）が加わり、先進国でも適用できる概念として発展している。
- ・ 大規模災害と関連して注目すべきは、障がい者が多く社会資源の乏しい発展途上国の活動である。
- ・ 社会資源の不足と財政的問題から、①障害の予防とリハを中心的課題に据え、②障がい者・家族や地域住民を貴重な社会資源として活用するとともに、③地域外からリハ専門職だけでなく支援地域のニーズに合った他の専門職の支援が行われた。
- ・ 障害の予防とリハの取り組みは当事者の生活の質（QOL）向上に、障がい者・家族や地域住民の活用は住民同士の支えあいという地域づくりに

に貢献した。さらに、地域外からの支援を継続的に行い、第一線の活動を保証するために支援体制が必要であることが明らかになった。

2) 戦争・内戦地域と平和構築地域の CBR

- ・ 戦争・内戦では多くの障がい者が発生するとともに、基幹となるインフラも破壊される。その結果、リハニーズは高まり、そのニーズに対応できる社会資源が不足するという、かつての発展途上国と同じ状況が作りだされている。
- ・ ボスニア・ヘルツェゴビナ内戦（1992-1995）においては、25万人が死亡し18万人が負傷したが、カナダチームと WHO、ボスニア・ヘルツェゴビナ政府（保健省）、JICA が 1994 年から CBR プログラムを開始した。
- ・ 介入初期では、プライマリーヘルスケアと連携し医療従事者や障がい者・家族への教育、補装具の提供などを実施している。次いで、CBR の拠点づくり、保健医療福祉と連携した CBR プログラムの開発を実施した。さらに、内戦終了後では地域づくりの視点で「平和構築」の効果

的な戦略となった。

- ・「平和構築戦略」として CBR が実施されたところは、ボスニア・ヘルツェゴビナ以外に、スリランカ、アフガニスタン、カンボジア、アンゴラが挙げられている。

3) 大規模災害での CBR 活動の意義

- ・大規模災害は多くのインフラを破壊するとともに多くの障がい者をつくりだす。発展途上国や紛争地域において成果を上げている CBR 活動は、大規模災害でも効果を発揮すると考える。

(松坂誠應)

B 災害リハビリテーション支援の国際動向

POINT

- ◆大規模災害におけるリハ支援に対する関心が国際的に高まっている。
- ◆国際リハビリテーション医学会 (ISPRM) はリハビリテーション災害支援小委員会を設置し、ウェブサイトでの立ち上げ、ガイドラインの策定、災害時急性期リハチームの育成とデータベース化、関係団体との連携、シンポジウムの開催などに取り組んでいる。
- ◆世界理学療法連盟は、災害マネジメントに関する政策表明を採択し、ホームページ上で様々な情報提供を行っている。
- ◆世界作業療法連盟は、身体面のみならず、精神・心理面の問題への対応を重視し、ホームページ上で災害対応における OT の役割とその戦略を記述している。
- ◆国際脊髄学会は災害小委員会を設置し、災害後の脊髄損傷ケアにおける連続性の担保及びアウトカムの最適化を目指している。
- ◆災害医療の国際支援の手法に、国際的に統一されたものはないが、大災害においては国連がクラスターアプローチを採用するようになった。
- ◆障がい者支援については被災前の地域リハ (CBR) の存在が支援活動を効果的にする。
- ◆海外のリハ支援は、自助努力サポート型となることが多いことを理解する。

1 大規模災害における国際団体の関わり

阪神淡路大震災 (1995)、新潟県中越大地震 (2004)、ハリケーン・カトリーナ (2005)、パキスタン大地震 (2005)、四川大地震 (2008)、ハイチ大地震 (2010)、東日本大震災 (2011) など、世界各地で大規模自然災害が続いたことから、災害時におけるリハ支援に対する関心が国際的に高まっている (表Ⅻ-1)。以下、主な国際動向について紹介する。

1) 国際リハビリテーション医学会 (International Society of Physical and Rehabilitation Medicine : ISPRM) の活動

(1) Disaster Relief Subcommittee の活動

- ・ISPRM では、その活動方針の重要な柱の一つとして災害支援が掲げられ、リハビリテーション災害支援小委員会 (Rehabilitation Disaster Relief Subcommittee) が設置されている (日本からも委員が参加)。
- ・その活動には、①ウェブサイトの立ち上げ、②

表Ⅻ-1 近年の主な大規模災害とリハの関わり

年	災害	対応
1995	阪神淡路大震災	避難所・在宅・仮設住宅巡回
2004	新潟県中越大地震	生活不活発病の予防、脊髄損傷者の自己導尿に関する調査
2005	ハリケーン・カトリーナ	アストロドーム・クリニックにおけるリハ科医の関与
2005	パキスタン大地震	脊髄損傷マネジメントにおけるリハ科医の関与
2008	四川大地震	早期からの国際的なリハ支援活動の展開
2010	ハイチ大地震	下肢外傷、脊髄損傷、切断に対する対応
2011	東日本大震災	10 団体による活動

ガイドラインの策定、③災害時急性期リハチーム (disaster acute rehabilitation team : DART) の育成とデータベース化、④災害時リハの疫学的情報に関するメタアナリシスの実施、⑤世界保健機関、国際赤十字、関連学協会等との連携などが含まれている。

(2) ガイドライン策定に向けた取り組み

- ・上記の小委員会では、自然災害においてしばしば経験される以下のリハ上の問題に対するガイドラインの策定作業が進められている。①脊髄損傷、②外傷性脳損傷、③切断、④骨折、⑤多発外傷、⑥熱傷、⑦小児外傷、⑧痛みのマネジメント、⑨避難した障がい者のリハニーズ、など。
- ・以上に加え、日本では東日本大震災の経験から、災害発生後の様々な時期にリハに関わる団体及び専門職が連携して支援活動を展開するためのガイドラインの必要性がクローズアップされ、10 団体により本マニュアルが策定された。この観点からのガイドラインは世界でも初めてであり、国際的なリハ災害支援の発展に寄与することが期待される。

(3) リハビリテーション災害支援シンポジウムの開催

- ・2011 年 6 月にプエルトリコで開催された第 6 回 ISPRM では、プログラムの一貫としてリハビリテーション災害支援シンポジウム (Sym-

表Ⅻ-2 ISPRM Symposium on Rehabilitation Disaster Relief

演者	所属	テーマ
Jianan Li/Jan Reinhardt	China/Switzerland	Introduction
Farooq Rathore	Pakistan	Medical Rehabilitation after Disasters : Why, When, How?
Xia Zhang	China	A New Rehabilitation Model for Major Disasters in Rural Areas based on Experiences from the Sichuan Earthquake in China
Sibille Bühlmann	Switzerland	Haiti-From a Post Earthquake Visit of one Month to a Collaboration of Five Years : Building a Rehabilitation Center for SCI Patients
Meigen Liu	Japan	Faced with the Great East Japan Earthquake and Disaster : What can the Japanese Association of Rehabilitation Medicine (JARM) Do?

posium on Rehabilitation Disaster Relief) が行われ (表Ⅻ-2)、日本からは日本リハビリテーション医学会及び 10 団体としての支援活動が報告された。

- ・シンポジウムにおける発表内容の多くは、<http://www.slideshare.net/gosneyjr>にて閲覧可能であり、また、Journal of Rehabilitation Medicine 誌において、同シンポジウムで発表された演題を順次掲載するシリーズ企画が始まっており、是非、参考にしていただきたい。
- ・さらに、このシンポジウムに引き続き、災害支援における団体間連携、多職種間連携をテーマとしたパネルディスカッション “How Can Rehabilitation Actors Coordinate Better in Disas-

表Ⅻ-3 パネルディスカッション：“How Can Rehabilitation Actors Coordinate Better in Disaster?”

パネリスト	所属	テーマ
Duttine A	Rehabilitation Advocacy Officer. Handicap International-Federation (HI-F)	Surgical and Rehabilitation Interventions in Response to the Haiti Earthquake.
Poetsma P	Regional Director-Latin America. International Committee of the Red Cross-Special Fund for the Disabled (ICRC-SFD)	Wherever we go, it's a disaster.
Schiappacasse C.	President-Argentina ISPO National Member Society Vice President (ex officio)-International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO)	Disaster Relief Activities of ISPO
Muldoon S	International Spinal Cord Society (ISCoS) Disaster Relief Committee Regional Program Coordinator Livability Ireland. International Spinal Cord Society (ISCoS) Disaster Committee	Disaster Relief Activities of ISCoS

ter?”が開催された。

- このパネルでは、障がい者及びリハに関わる国際団体として、Handicap International, International Committee of the Red Cross, International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO), International Spinal Cord Society (ISCoS)を代表する演者により、表Ⅻ-3のテーマで議論が交わされた。
- これまでも災害時における団体間及び専門職間での連携の重要性が繰り返し指摘され、それを促すための提言がなされているものの、災害リハ支援分野における多職種間連携に関する詳細な報告は、上記のパネルディスカッション以外、ほとんどないのが現状である。その意味におい

て、10団体の経験は貴重と思われる。

(4) 海外医療チーム (Foreign Medical Team : FMT) 派遣組織の調整と登録の開始

- 人道的支援における団体間の連携を行うための組織として、機関間常置委員会 (Inter Agency Standing Committee : IASC) がある。同組織は国連及び国連以外の主要な人道組織を網羅するフォーラムとなっている。
- この IASC から、災害時の人道支援における海外医療チーム派遣組織間の調整及び登録を行うための提言が出されている (Coordination and registration of providers of foreign medical teams in the humanitarian response to sudden-onset disasters : A Health Cluster Concept Paper)。
- この報告が出された背景には、2010年のハイチ大地震の際に派遣された FMT の中には、臨床能力と実践内容に疑問が残るチームがあったことが報告されるなど、国際的な救急医療支援活動の提供において看過できない問題が提起されたことがある。
- これを受けて、医療支援活動におけるより高い説明責任、より厳格な監視及びよりよい調整が必要であるとの認識が高まり、FMTの派遣を加速かつ調整することを目的に、FMT派遣組織の登録制度をつくること、及び、そのためのワーキンググループを Global Health Cluster (GHC) 政策・戦略グループの後援のもとに設立することが決定された。
- 登録のための最低条件としては、以下の2点が挙げられている。
 - ①以下の詳細な情報を提供すること
 - ・ケアレベル (プライマリーケア、二次ケア、三次ケア) に応じたヘルスサービス
 - ・専門性と経験レベルに応じたチーム構成
 - ・サービス及び入院ベッドの提供能力
 - ②専門職及び倫理的標準の必要最小限の基準を遵守し、国家の対応を支援するための活動に関与すること (各専門職が、自国で認められている医療行為のみを実施することを含む)
- 登録により、以下のアウトカムが期待されている

表XII-4 世界理学療法連盟による情報提供の項目²⁾
(世界理学療法連盟)

- ・災害マネジメントへの取り組みの必要性
- ・災害マネジメントとは：災害のタイプ、予防、事前準備、支援、復興
- ・災害マネジメント—各国理学療法組織がいかに貢献しているか
- ・災害マネジメント—個々のPTがいかに貢献しているか
- ・災害マネジメント—ボランティア志願
- ・災害マネジメントに関する組織：国連、国際赤十字、国際NGO、各国組織
- ・災害マネジメント—情報源
- ・災害マネジメント—用語解説

表XII-5 災害対応におけるOTの役割³⁾
(世界作業療法士連盟)

- ・復旧・復興の全てのステージにおいてバリアがなく利用しやすい環境の保証（避難所、仮設住宅、地域の施設など）
- ・避難所及び地域における障がい者、女性、高齢者、小児を含めた日課の組織化
- ・地域の支援と日課を再構築するための地域リーダー等との連携及び応援
- ・復旧を促進するための遊びやスポーツを含む毎日の作業の活用
- ・抑うつ及び自殺企図に関する生存者の精神健康の評価及びその後のカウンセリングと作業を基盤とした活動
- ・健康状態の評価とカウンセリングによるより多くの被災者に対する速やかなサービスの提供

る。

- ①より早いFMTの派遣
- ②医療サービスの相補性の向上
- ③需要と供給のよりよいマッチングによる重複・重なるの減少
- ④派遣前後のFMTのよりよい調整
- ⑤より詳細な情報へのアクセスが可能になることによる国レベルでの準備体制の改善

2) 世界理学療法連盟 (World Confederation of Physical Therapy : WCPT) の活動

- ・WCPTは、PTが災害対応において果たしうる重要な役割に鑑み、第16回総会(2007年)において災害マネジメントに関する政策表明を採択している(第17回総会、2011で改定)¹⁾。
- ・同連盟のホームページ上では様々な情報提供が行われ(表XII-4)、災害発生時におけるPTの関与の促進及び災害マネジメントに関する事前準備と組織的なサポートの促進を図っている。

3) 世界作業療法士連盟 (World Federation of Occupational Therapy : WFOT) の活動

- ・WFOTは、災害マネジメントの全てのステージにおいてOTが地域及び国のレベルで関与すべきとしている。
- ・特に、OTの専門性として、身体面の問題のみ

ならず、心理面、精神面の問題に対する対応の重要性を強調し、ホームページ上に災害対応におけるOTの役割を掲げ(表XII-5)、そのための戦略を記述している。

4) 国際脊髄学会 (International Spinal Cord Society : ISCoS)

- ・ISCoSは、脊髄損傷を専門とし、災害及び/または資源の乏しい地域での活動経験がある会員をメンバーとして、災害小委員会(Disaster Subcommittee)を設置している。
- ・委員会の目的は、①災害後の脊髄損傷ケアの予防から地域への再統合までの連続性におけるギャップとニーズを同定し、評価すること、②災害による脊髄損傷者のアウトカムを最適化するためにISCoSが果たしうる役割を決定すること、とされている。
- ・これまでハイチ、中国、パキスタン、南西アジアの津波、日本での活動経験があり、特に資源の乏しい発展途上国において、脊髄損傷ケアの連続的かつより長期的な能力を築くための橋渡しの役割を果たしている。
- ・さらに、同小委員会は、鍵となる活動として、①脊髄損傷者の同定と最初のケアのために速やかに評価可能なツールの開発、②救急対応を担う鍵となる国境なき医師団(Medicines Sans

Frontieres : MSF) などの国際組織との連携, ③要請に応じて速やかに動員可能な脊髄損傷チームの準備とトレーニング, ④地域チームの名簿作成, ⑤基礎的教育カリキュラムとハウツーガイドの作成, ⑥鍵となる連携の構築, を提案している.

【文献】

- 1) 世界理学療法連盟, http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Disasters_Sept2011.pdf
- 2) 世界理学療法連盟 : <http://www.wcpt.org/node/36985>
- 3) 世界作業療法士連盟, <http://www.wfot.org/Practice/DisasterPreparednessandResponseDPR.aspx>
- 4) Gosney JE : Physical medicine : critical role in disaster response. *Disaster Medicine Public Health Preparedness*, 4 : 110-112, 2010.
- 5) Stucki G et al. : Chapter 6 : The Policy Agenda of ISPRM. Developing rapid rehabilitation response to natural and man-made disasters : Rationale for agenda item. *Journal Rehabilitation Medicine*, 41 : 843-852, 2009.
- 6) Burkle FMJr et al. : An authority for crisis coordination and accountability. *Lancet*. Published online October 18, 2011 DOI : 10.1016/S0140-6736 (11) 60979-3.
- 7) Gosney J et al. : Developing post-disaster physical rehabilitation : role of the World Health Organization Liaison Sub-committee on rehabilitation disaster relief of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. *Journal Rehabilitation Medicine*, 43 : 965-968, 2011.

(里宇明元)

2 クラスタアプローチ

大規模災害における国際的な医療支援に統一された手法はなく, 国内事情や被害状況によりその都度対応しているのが現状である. 2004年に発生したスマトラ島沖地震は未曾有の被害をもたらし, 全世界から支援が行われた. しかし情報収集などに問題を提起した国連の常設委員会 (Inter Agency Standing Comitee, IASC) は, 2005年に発生したパキスタン大地震の復興に際し, 分野(クラスター)ごとに支援機関を調整するクラスター

アプローチの導入を提案し, 2006年のジャワ島中部地震の際には, 住宅, 早期復旧, 保健医療, 水・公衆衛生, 食糧・栄養, 教育, 保護, 農業, 情報, ロジスティックというクラスターに分類し支援調整を行った.

医療・リハ支援は保健医療のクラスターに入り, ここで情報の収集・整理と活動の方向性を決めていくことになった. 今後は大災害が発生した場合はこのようなクラスターアプローチが標準的な手法となるであろう.

3 ジャワ島中部地震の場合

リハについては, このジャワ島中部地震で行われた災害障がい者支援を事例として紹介する¹⁾.

保健医療クラスターでは発災後2週間が経過した時点で, リハ支援の問題が浮上し始めたものの, 医療分野の国際協力は公衆衛生と感染症の予防に集中しており, 障がい者への対応は遅れた. しかし国内のYAKKUMリハビリテーションセンターが病院支援を行い, その後病院から帰宅した負傷者を支援するために, 国際NGOのハンディキャップインターナショナルが, YAKKUMリハビリテーションセンターと県保健局とともに「障がい者を中心とした事業 (Disability Focal Point)」と称した活動を立ち上げた.

この活動により脊髄損傷をはじめとする多くの要支援患者の実態が把握でき, さらに引き続き支援活動はもともと地元でCBRに携わってきた複数の団体に委託し実施された. 同じインドネシアでも, 2004年のスマトラ島沖地震時のバンダ・アチエ市では被災前にCBRがほとんど行われていなかったために, ハンディキャップインターナショナルが働きかけたものの障がい者支援がほとんど行われなかった. したがって災害時の障がい者支援活動は平時のCBRの存在が重要な鍵を握っていると考えられ, 国際的支援においてもCBRを意識した活動をすることが有効であると思われる.

国際協力の種類としては, 役務提供型と自助努力サポート型とに大別され²⁾, 急性期医療対応は

前者、リハ対応は後者にあてはまることが多い。支援を対象とする途上国は、経済格差、政治格差、男女格差、情報格差など様々な社会的格差を抱えている。さらに災害時は、医療格差、地域格差が生まれるため支援側は被災側の状況をよく把握しながら、それぞれの国や地域に応じた支援活動を行う必要がある。そのためには、我が国ではリハ技術に関して平時から海外へのPT・OT・STの派遣や海外研修員の受け入れなどを通じ途上国への国際協力を行っているが、加えて特発的な非常事態に対する緊急援助に関わる検討も始まろうと

している³⁾。

【文献】

- 1) 坂本真由美、矢守克也：災害障がい者の生活再建支援に関する研究—インドネシア・ジャワ島中部地震災害の実例より—。国際開発研究，19：35-45，2010。
- 2) 建野正毅：国際医療協力のための基礎知識—開発協力における国際保健医療協力—。総合リハビリテーション，37：625-630，2009
- 3) 田口順子：リハビリテーション技術と国際協力。総合リハビリテーション，37：605-611，2009。

(富岡正雄)

C 支援の提供

POINT

- ◆時期によって災害リハニーズは変化すると理解した上で、支援を申し出る。
- ◆支援する内容は、被災地のニーズだけではなく、受け入れる被災地の体制、取り組み状況、そして一般的な流通物品の性格などの情報を集約した上で、必要とされる支援を決定する。
- ◆支援の内容によっては大きな費用がかかるので、できる支援範囲や費用分担する割合を明確にする。
- ◆資金による支援は、現地にとっても弾力的に利用できる支援であり、大変効果的な支援である。

- ・これまで世界各地で甚大被害を伴った災害が頻発し、その災害対策は世界的な関心事項となっている。
- ・昨今では、復旧が長期化する大災害例も認められ、急性期を脱した後の中・長期な復旧・復興のあり方が課題となり、リハが果たす役割へ期待が高まっている。
- ・さらに、国家間の必要最低限の支援連携にとどまらず、様々な領域で民間の国際的な連携の広がりが紹介されるようになった。
- ・例えば、2005年パキスタン大地震では、PTがアメリカ合衆国の団体と連携を図り、被災地で支援した事例がある。
- ・日本のリハ分野に目を向けると、リハ関連団体が国境を越えて大規模な支援連携を行った経験はほとんどなく、直近では2011年の東日本大

震災において、台湾理学療法士協会や韓国理学療法士協会が日本理学療法士協会を通してシルバーカーや一本杖を無償提供した大規模な支援事例がある。

- ・ここでは、国外の災害復興に対して、支援する立場になる場合、留意すべき項目を紹介する。

1) 支援申し出のタイミング

- ・日本国内のリハ関連団体が、国外の被災地に対して自発的な支援を直ちに申し出る場合、そのタイミングには留意する必要がある。
- ・なぜならば、被災後の状況は時々刻々と変化し、特に急性期と慢性期ではリハニーズが異なるためである。
- ・この時期は、被災地でさえ、被災状況を正確に

把握することは困難なことが多い。

- ・リハの具体的なニーズとその範囲等が明らかとなるには、しばらく時間を要すことを十分理解しておきたい。
- ・そして、被災の種類、程度そして範囲がある程度判明した時点で、災害リハニーズの情報提供を依頼する。
- ・なお、被災情報の提供を被災国の団体に依頼する場合にあっては、支援を行う前提であることを伝えることが望ましい。
- ・また、災害急性期のニーズに応じたりハ支援は、事前に団体間で相互連携し、災害発生時の支援に関する契約や取り決めに基づいて、自動的に支援できる体制下であることが望ましい。
- ・急性期を脱した時期の場合、被災状況もある程度判明し、リハ関連団体による災害リハニーズ把握も進行しており、現地の団体から具体的に必要な支援内容をヒアリングすることが可能となり、ニーズに応じた効率的な支援の検討を始めることができるようになる。

2) 具体的な支援内容

災害リハ支援は大きく分け、人的支援、物的支援そして資金支援に分類される。

(1) 人的支援

- ・日本のリハ医やリハ専門職を被災地に派遣することになるが、体系だった他国からの人的支援の事例は少ない。
- ・東日本大震災においても、国外からのリハ関連職種の大規模な人的支援は行われていない。

(2) 物的支援

- ・主に補装具、生活用具や福祉用具を提供する。
- ・その場合、物品の規格に十分留意する必要がある。
- ・これらは一般的にその性質上、使用者が規格に合わせて適応できる範囲は限られており、むしろ使用者の状態に応じて製作・選定される製品であることに留意したい。
- ・そのため、支援物品を提供する場合は、現地のニーズに応じた品目を見極めるだけでなく、そ

の国の住民が通常のように使用できる製品を選択することが肝要となる。

- ・また可能であれば、個人に応じて調整する機能（例えば、1本杖であれば、伸縮調整式）を備えた製品を選択したい。
- ・さらに、被災地において、支援物品が専門職を経ずに住民の want（欲求）に応じて配布されるか、専門職が needs（必要性）を評価し適用・管理まで関わるができるかどうかによっても、選択する製品は変化する。
- ・このように、物的支援は使用に際して配慮する事項が多いので、現地のリハ関連団体と十分な連携と情報交換を図りながら行いたい。
- ・具体的な支援物資の種別に見当がいたら、想定した物資が必要とされている物資であるか、双方が理解しやすいよう、写真や画像を利用して確認した方がよい。

(3) 資金支援

- ・この支援形態は、大規模な災害において大変効果を発揮する。
- ・特に復興が長期化する場合、資金支援は、リハニーズの変化に応じて弾力的に活用できる利点がある。
- ・また一方で、災害リハ活動においては、事務局運営費や人件費が大きな課題であり、資金がショートすることで、やむなく活動を停止せざるを得ないこともある。
- ・そのため、資金支援は、間接的な災害支援としても、有効性を発揮する。
- ・なお、資金支援を行う場合、特定の名目を帯びた義援金や支援金であるか、不特定の目的に使用することを許すものであるかといった、資金支援の性格を明確にしておくことが望ましい。

3) 費用とタイムラグ

- ・国外に災害リハ支援を行う場合、支援の性格にかかわらず副次的に費用が発生する。
- ・人的支援の場合は、国外派遣にかかる費用や現地に滞在する費用がある。
- ・場合によっては、派遣を許可した所属機関に対

- ・ する補償費用も想定する必要がある。
- ・ 物的な支援では、主に輸送費と物品の調達費用がある。
- ・ 物品の種類、分量、輸送方法によって程度の差はあるが、輸送費は決して安くない。
- ・ 国内で物品を調達し国際便のターミナルに移送する費用も忘れてはならない。
- ・ また、物品の確保は無償の提供を待つ他に、団体が自ら購入する場合もある。
- ・ 特に、到着期日が限られた場合や特定の物品を送る必要がある場合には、必要な分量を自ら購入し、輸送することもある。
- ・ 他に、金銭による支援であっても、為替レート

の変動や送金にかかる費用が生じる。

- ・ しかし、人的支援や物的支援に比べ、かかる費用ははるかに低く、また支援に取りかかりやすい方法である。
- ・ 国外に支援する場合、ニーズが把握された時点と実際に支援が被災地に到着するまでにタイムラグが生じることに留意する必要がある。
- ・ 物的支援を船便で輸送する場合など、特にタイムラグが生じる。
- ・ そのため、支援が被災地に到着する時期のニーズを想定した支援物品と分量を想定しなければならない。

(吉田俊之)

D 支援の受け入れ

POINT

- ◆ 支援を受け入れる場合は、受け入れ窓口を明確にし、支援を申し出る団体とコミュニケーションがとれる体制を整える必要がある。
- ◆ 被災地のリハニーズを随時提供し、支援側が何を支援したらよいか判断できる情報を用意しておく。
- ◆ 特に物的支援を受け入れる場合は、国際輸送等にかかる費用、場所の確保、継続的な管理、国内移送ルートなど幅広く考慮しなくてはならない。
- ◆ 支援側に支援を申し出る場合は、支援物資等が到着する時期のニーズを見越して依頼する。

- ・ 東日本大震災のように極めて甚大な災害が発生し被災地が壊滅状態にある場合、医療や介護の通常機能や資源と同様、リハ機能や資源も多大に損失する。
- ・ そのため、被災地のリハ活動を補完するため、リハ専門職などの人的資源や福祉用具や生活用具といった物的資源の供給が重要となる。
- ・ その場合、国内の既存の資源を活用する方策の他、場合によっては国外への人的・物的救援の要請が行われることもある。
- ・ あるいは、国外から善意に基づいた自発的な支援を受ける場合も想定される。ここでは、効率的及び効果的に被災地に供給するリハ資源を確保するために、国外から救援や支援を受ける場

合に必要な視点を紹介する。

1) 支援を受け入れる体制と窓口の明確化

- ・ 国外からリハに関する支援を受ける場合、まず受け入れ窓口先を明確にしておくことが重要となる。
- ・ その理由は、国外の団体が連絡を取りやすくするためでもあり、実際に支援を受ける段になれば、郵送方法や支援物資の品目や分量決め等について、頻繁に連絡を取り合わなければならないからである。
- ・ 国内に目を転じれば、被災地への供給ルートは最小限に集約する必要もある。

- ・仮に窓口が不明瞭で、多方面から支援が入り乱れると、場合によっては被災地へ過剰供給する恐れもあり、せっかくの支援が不良在庫となる場合もある。
- ・被災地のリハ関連団体が救援・支援を申し出る国外の団体と直接交流がある場合を除き、窓口は、全国を事業範囲とする統括的なりハ関連団体に位置づけるのがよい。
- ・例えば、日本リハビリテーション医学会や日本理学療法士協会のように特定の職能や資格保持者によって構成される団体や、日本リハビリテーション病院・施設協会のように医療機関や介護施設といった法人によって構成される団体である。

2) ニーズを伝える

- ・国外の団体の中には、何か支援をしたいという気持ちが高く、人的支援であれ資金支援であれ協力を惜しまない、と早期から意思表示し、積極的に支援提案をしてくれるところもある。
- ・そのためにも、支援を受け入れる団体は、災害後の各期に応じたリハニーズを具体的に把握し情報提供できる体制が必要となる。

3) 物的支援にみる費用とタイムラグ

- ・国外から福祉用具など物的な支援を受ける場合、費用と到着期日に特に留意する必要がある。国際運送の費用は小さくない。
- ・船便と航空便とでは負担が異なり、貨物の種類、大きさや重量によっても大きく左右されるので、具体的な品目と分量を事前に設定する作業が欠かせない。
- ・平行して、費用の負担割合を双方で確認する必要がある。なお、日本に到着した後の運送費用も忘れてはならない。
- ・国際運送は一般的に時間がかかる。
- ・国際船便で受けとる場合は、特に、発送から実際に支援物資を受けとるまでに時間を要する。船便は日本に到着する日時が流動的な場合も多

く、具体的な到着期日を確認することが難しい場合もある。

- ・その上、物品の出航前と実際の受けとりの時点で、関税手続き等にも時間を要するため、最終的な受けとり日時を予定しにくい。
- ・このように、支援側の支援申し出から支援物資を実際に受けとるまでにタイムラグが生じることから、支援側と交渉可能であれば、具体的な品目と分量は、支援物資の到着時における被災地ニーズを見極めた上で判断することが望ましい。
- ・場合によっては、国際的な流通ルートをもつ専門的な企業等と連携を図り、流通の仲介を依頼する方法も考えられる。

4) 用具等の規格の違い

- ・補装具、福祉用具や生活用具は、障がい者や高齢者が安全に活用できるよう規格されている。つまり、日本国内で生産した用具等は、日本人の身体的特徴や使用する環境に適用できるよう配慮されている。
- ・同様に国外の用具等も、その国の環境に応じた規格で生産されている。
- ・そのため、用語やイメージの違いを想定し、国外製品の用具等の支援を受ける場合は、こまめに支援側と連絡を取り合い、被災地の障がい者や高齢者が安全に使用できるかどうか、事前に確認する必要がある。例えば、被災側が欲しい用具等の種類、サイズ、機能などの詳細を写真や画像を使ってわかりやすくかつ具体的に伝えなくてはならない。
- ・同時に、国外から用具等を送ってもらう前に物資の画像等を送ってもらい、受け入れ側が事前に確認できるとなるとよい。また、長期的に使用することを想定し、近隣地域や被災地でも、リハ専門職等が調整や修理といったメンテナンスを施せる用具等を選定したい。

5) 保管・管理する場所の確保

- ・国外から物的な支援を大量に受ける場合、被災地に送る前段で一時的もしくは長期的に保管できる場所を確保する必要がある。
- ・一箇所で保管することが難しい場合は、被災地近隣に支援拠点を分散して設ける準備が必要となる。
- ・また国際輸送経路によっては、被災地から離れた場所に到着することも十分考えられるので、国外から物的な支援を受ける場合は、状況に応じて保管場所と移送ルートを確認する計画を立てる必要がある。

6) その他の支援に対する留意点

(1) 人的支援

- ・リハを専門とする医師やリハ専門職といった人的な支援がある場合、まずは言語の問題をクリアする必要がある。
- ・通訳者を同行させることも考えられるが、通常より効率性と効果を重視する災害リハ支援においては、あまり現実的ではない。

- ・人的支援を受ける場合は、衣食住を十分に確保しなくてはならない。費用負担は交渉する必要がある。

(2) 資金支援（支援金や義援金）

- ・甚大な災害が起こった場合、災害リハ支援は長期に及ぶこともあり、支援側の経済的な安定は欠かすことができない。
- ・そのため、国外から支援金や義援金の申し出は大変心強い。特に支援金は、災害リハ活動に伴って発生する消耗品費、人件費、通信費など、必要に応じて弾力的に活用できる利点がある。
- ・送金の方法は、銀行口座名の紹介やクレジットカード機能を利用したワンクリック募金などがある。銀行振り込みの場合、送金手数料は高い上に送金手続きの手間や時間などハードルが高いため、送金の意思があってもなかなかうまくいかないことも知っておくべきである。
- ・一方で最近ではインターネットを利用し、クレジットカード機能を利用したワンクリック募金といった国際的に汎用性の高いツールを利用するのも一つである。

(吉田俊之)

XIII. 情報管理・収集・発信・支援

A

各団体が提供すべき情報： 会員安否、災害支援の動向など

POINT

- ◆平時から安否情報収集の連絡網の確立、訓練、マニュアルの整備が必要である。
- ◆間接支援、直接支援を継続的に実施するための体制づくりが重要である。
- ◆災害対策に関する会員への啓発活動が必要である。

1) 会員安否情報

・会員の安否確認は、災害発生後、速やかに取り組む活動である。効率的に安否情報を収集できるように、安否確認システム、緊急連絡網の確立、情報収集・整理、未登録者については、緊急連絡網等を通じて速やかに連絡する。

(1) 通信連絡手段の確保

通信連絡手段は、災害時は通信インフラ被害や通信の輻輳（ふくそう）等を想定し、多様な通信手段を構築しておく。一般的な通信手段としては、以下のものが考えられる。

- ・公衆電話・固定電話・FAX
- ・携帯電話・携帯メール
- ・専用回線
- ・インターネットメール
- ・業務用無線（MCA 無線）
- ・ホームページ
- ・災害用伝言版
- ・Twitter や mixi, Facebook 等

東日本大震災では、安否情報に要した時間は、平均4時間9分。SNSが2時間56分と最も早い結果であり¹⁾、各企業から無償のクラウドサービスが提供された。

(2) 情報収集等

情報収集活動は、災害対応の基本である。テレビ、ラジオ、インターネット、情報源（官庁・地方公共団体など）への問い合わせなどを行い情報収集する。情報収集した後の整理と組織内での共有、情報の分析と対応すべき事項の判断が重要である。安否情報、被災状況、物資、人員確保など情報の種類別に分別して記載できるフォーマットを整理し、それらの情報の分析が行われるような体制を準備しておく。

2) 災害支援

・各団体において災害対策本部及び現地対策本部を立ち上げ、情報を収集し、全国協会（PT・OT・ST 他）、都道府県士会等が情報を共有し、支援にあたる。支援内容としては、情報支援（情報収集手段の提供・援助、会員情報の提供など）、人的支援（ボランティア等）、物的支援（各種機器、食糧、リハ関係物資等）、経済的支援（義援金、会費免除等）を迅速に行う。

(1) 人員及び物資の確保

協会・士会に支援及びボランティア参加を要請する。ボランティア参加者に対しては、ボランティア保険に加入する。

物資，ボランティアとともに，どこにどのような支援が必要かは，現地士会の災害対策本部や災害ボランティアセンター，行政機関などと連絡をとり，配置，人数，期間，内容などを調整する。物資，義援金の収集についての情報を会員や関係団体等に告知する。

各関連団体との情報共有を図りつつ，活動方針を決定し，直接支援に必要な準備を整える。

(2) 行動支援

各団体，下部組織，ボランティア，被災地状況を把握し，効率的な支援を行うための基本情報と具体的な活動内容を決定する。

基本情報としては，目的，派遣形式，拠点，活動先，活動時間，期間，人数，命令系統，方法の確立が挙げられる。また，被災者支援情報の収集を行い，被災者・避難所の状況把握，物資の集積・移動・配布・確認の方法を確立し，ボランティア派遣の調整を行う。

災害からの時間的経過により，状況は常に変化するので，迅速かつ的確な判断が必要になる。

(3) 継続支援

情報提供，物資，人的支援などが必要な期間に

継続的に実施できるような体制を整える。

予算の確保，物資，ボランティアの追加募集，引き継ぎ，記録の管理，支援内容の変化に伴う先行的準備，情報の共有・蓄積等による活動内容の再検討を行う。

これらの支援を効率的，具体的，継続的に行うためのマニュアルの整備，日常的な訓練が必要である。

【文献】

- 1) ウェザーニューズ社：「東日本大震災」調査結果—全国8万8千人の津波・地震発生時の行動・意識を分析—，http://weathernews.com/ja/nc/press/2011/pdf/20110428_2.pdf，2011年6月。
- 2) Google：安否情報確認，<http://www.google.co.jp/>
- 3) 携帯会社の災害伝言版，<http://www.nttdocomo.co.jp/>，<http://mb.softbank.jp/mb/service/dengon/>，http://www.au.kddi.com/notice/saigai_dengon/index.html
- 4) 東日本大震災に際して提供されたクラウドサービスの事例，http://www.ipa.go.jp/security/cloud/cloud_sinsai_jirei_list_V1.pdf
- 6) 東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体：<http://rehashien10.com/>

(長谷川賢一，足立さつき)

B

国・自治体・警察・消防・日本赤十字社等の 防災・支援関連情報

POINT

- ◆情報を4期「平常期」「警戒期」「発災期」「復旧・復興期」に分けて示した。
- ◆それぞれの期に必要な情報を適切に把握することが重要である。

- ・防災情報には，災害発生前に災害時の予防をするための情報や，災害の予兆があった時の備えの情報，災害が起こったときの対応に必要な情報，さらには，危機が去った後の生活の立て直しに必要な情報がある。
- ・それぞれの時期に，役立つ情報の入手先を確かめておくことが，重要であろう。以下に，災害

を時間経過によって4期に分けて捉え，それぞれの期に必要な情報の入手先を表ⅩⅢ-1に示した。

1) 平常期

平常期は，災害発生前のまだ何も起きていない

表Ⅻ-1 国・自治体等における防災・支援情報

平常期	国土交通省	ハザードマップポータルサイト 日本中のハザードマップの閲覧が可能で、洪水、内水、高潮、津波、土砂災害、火山等のハザードマップが提供されている。また、各都道府県の防災関連ページにアクセスできるようになっている。	http://disapotal.gsi.go.jp/	
	内閣官房	国民保護ポータルサイト 避難施設の指定（都道府県避難施設一覧） 市町村との連携によって都道府県知事によって定められた各都道府県の避難施設の一覧が示されている。	http://www.kokuminhogo.go.jp/pc-index.html http://www.kokuminhogo.go.jp/hinan/index.html	
警戒期	気象庁	防災気象情報 全国各地の最新の気象警報・注意報、気象情報、海上警報、台風情報、洪水予報、土砂災害警戒情報、竜巻注意情報、津波警報・注意報、津波情報、津波予報、地震情報、東海地震関連情報、噴火警報・予報、天気予報等がわかる。	http://www.jma.go.jp/jma/menu/flash.html http://www.jma.go.jp/jp/warn/ http://www.jma.go.jp/jp/dosha/	
	国土交通省	防災情報提供センター 防災情報提供センター>川の防災情報 防災情報提供センター>防災情報の提供元一覧	http://www.mlit.go.jp/saigai/bosaijoho/ http://www.river.go.jp/ http://www.jma.go.jp/jp/contents/supply1.html	
	警察庁	リンク 警視庁および全国の道府県警察本部のホームページにアクセスできる。	http://www.npa.go.jp/link/index.htm	
	総務省消防庁	リンク 全国の消防本部にアクセスできるが、全ての本部にできるようにはなっていない。	http://www.fdma.go.jp/neuter/info/link.html	
	NTT ドコモ	緊急速報「エリアメール」 配信を行っている地方公共団体に限られるが、気象庁が配信する緊急地震速報や国・地方公共団体が配信する災害・避難情報を被災のおそれのあるエリアにある携帯電話で受けることができる。		
	内閣府	防災情報のページ 各自治体防災情報 HP 一覧 防災に関する情報が提供されている。防災シュミレーターの中に各自治体防災情報 HP 一覧があり、各都道府県ごとに設けている防災に関するホームページにアクセスできるようになっている。また、国土交通省のハザードマップポータルサイトや内閣官房の国民保護ポータルサイトにもアクセスできるようになっている。	http://www.bousai.go.jp/index.html http://www.bousai.go.jp/simulator/list.html	
発災期	警察庁	リンク 警視庁及び全国の道府県警察本部のホームページにアクセスできる。	http://www.npa.go.jp/link/index.htm	
	総務省消防庁	リンク 全国の消防本部にアクセスできるが、全ての本部にできるようにはなっていない。	http://www.fdma.go.jp/neuter/info/link.html	
	NTT ドコモ	緊急速報「エリアメール」 配信を行っている地方公共団体に限られるが、気象庁が配信する緊急地震速報や国・地方公共団体が配信する災害・避難情報を被災のおそれのあるエリアにある携帯電話で受けることができる。避難勧告・避難指示等を受けることができる。		
	地方公共団体	災害状況・被害状況（問い合わせ等） 災害状況・被害状況（問い合わせ等）		
復旧・復興期	地方公共団体	証明書等 り災証明書 被災証明書 災害派遣等従事車両証明書 申請等 災害義援金、災害弔慰金、災害障害見舞金 資金の貸付等 税の減免、公共料金の免除等 相談等	各地方公共団体の窓口 財団法人 地方自治情報センター（LASDEC） 全国自治体マップ検索 日本地図の都道府県名をクリックすると都道府県の地図が表示され、その中の市町村名をクリックすると、市町村のホームページにアクセスできるようになっている。 https://www.lasdec.or.jp/cms/1,0,69.html	
	国土交通省	防災情報 災害時における自治体等への応援・支援メニュー	http://www.mlit.go.jp/bosai/disaster/shien/top.htm http://www.jrc.or.jp/index.html	
	日本赤十字社	国内災害救護	http://www.jrc.or.jp/saigai/about/index.html	
	住宅金融支援機構	災害復興住宅融資	http://www.jhf.go.jp/customer/yushi/info/saigai.html	
	社会福祉協議会	地域福祉・ボランティア 情報ネットワーク	http://www.shakyo.or.jp/ http://www3.shakyo.or.jp/cdvc/	

2012年4月現在

段階であり、災害を未然に防ぐ予防対策を講ずる時期である。そのため、平常期には各団体における自治体レベルでの防災計画、マニュアルの整備に加え、会員は災害に対する地域の危険性を知り、防災訓練等を重ねる必要がある。表XIII-1には、日本中のハザードマップ及び、避難施設の一覧、その他の情報の入手先を示した。

2) 警戒期

警戒期は、災害の前兆が現れてくる段階であり、災害に向けてその直前に備える準備を講ずる時期といえる。そのため、最新の予報・警報を入手し対処する必要がある。表XIII-1には、最新の防災気象情報、その他の情報の入手先を示した。

3) 発災期

発災期は、災害が生じつつある段階であり、避難や救助や被害拡大防止などの応急対応を行う時

期といえる。そのため、避難勧告、避難指示、その他の行動指示及び、災害状況の入手が必要となる。表XIII-1には、各都道府県の防災情報ホームページ、及び市区町村のホームページへのアクセス情報、その他を示した。

4) 復旧・復興期

復旧・復興期は、最初の危機が一段落した段階であり、生活をもとに戻し社会を立て直す復旧・復興対策を講ずる時期といえる。そのため、行政の災害対応に関する情報、復興支援情報が必要となる。表XIII-1には、市区町村のホームページへのアクセス情報、その他を示した。

【文献】

- 1) 中村 功：災害情報とメディア。災害社会学入門（大矢根淳・他編）、弘文堂、2007。

(原田浩美)

C IT セキュリティ

POINT

- ◆ 平時から事前対策が継続的に確実に行われる仕組みを構築しておくことが重要である。
- ◆ 各々が情報セキュリティに関する知識を得、意識化することが大切である。

ハード面では、サーバーや端末機器の保全、ネットワーク環境及び電源の確保が重要である。自施設にサーバーを置いている場合には、耐災害への物理的な対策が必要である。他のサーバーを利用している場合には、バックアップサイトの喪失や停電なども考慮にいたれた選択が重要である。

データのバックアップについて、定期的なバックアップでは、その間のデータが喪失するリスクがあり、リアルタイムバックアップが必要となる。この点については、効率化とリスク分散の両面か

ら、今後益々クラウドサービス利用が進展すると思われる。

しかし、クラウドサービス利用に関しては、規模や安定性、情報セキュリティについて吟味した選択が重要である。

ソフト面では、ウイルス対策、パスワードの管理及びバックアップサイトで運用する場合には、どのタイミングで、どう切り戻すかの手順などを検討しておく必要がある。加えて、人員確保が必須であり、上記の手順等については、情報部門の

専門家でなくても対応できるような手順の開発やマニュアルの整備が重要である。

また、平時より各々が情報セキュリティに関する知識を得、意識化することが大切である。

情報セキュリティについては、「機密性」、「完全性」、「可用性」の確保に重点が置かれるが、災害時には、特に「可用性」（必要なときに情報やサービスが利用できること）の確保が重要である。

<資料>

- ・経済産業省 (<http://www.meti.go.jp/>)：情報セキュリティ戦略
- ・総務省 (<http://www.soumu.go.jp/>)：情報通信政策、情報セキュリティサイト
- ・内閣官房情報セキュリティセンター (<http://www.nisc.go.jp/>)：情報セキュリティサイト

- ・警視庁 (<http://www.npa.go.jp/>)：セキュリティポータルサイト
- ・独立行政法人 情報処理推進機構 (<http://www.ipa.go.jp/security/index.html>)
- ・NPO 日本ネットワークセキュリティ協会 (<http://www.jnsa.org/>)
- ・学術情報センター (<http://www.center.osakafu-u.ac.jp/>)
- ・一般社団法人情報サービス産業協会 (<http://www.jisa.or.jp/report/whitepaper.html>)
- ・情報セキュリティ大学大学院 (<http://www.iisec.ac.jp/>)：情報セキュリティ研究

(足立さつき)

D コミュニケーション手段・情報ツール

POINT

- ◆大規模災害が発生すると、いつも頼りにしている携帯電話や固定電話が被災地や他地域においても広範囲に制限される。
- ◆災害時の通信手段として、Twitter や Facebook, Skype などのインターネット回線を活用したものが有効である。
- ◆情報の収集にはラジオや携帯電話やスマートフォンのワンセグ放送受信機能が有効である。
- ◆災害時の「情報収集」「情報発信」「情報共有」は重要であるが、情報内容の信憑性について落ち着いて見極める必要がある。

1) 災害時の通信機能

- ・大規模震災が発生すると、電話は自由に使用できなくなる。
- ・基地局や中継ケーブルのダメージによる通信障害が生じた場合は数日間に渡り通信が困難となる。
- ・災害時に安否確認等の電話が集中すると、輻輳という電話がつながりにくくなる現象が発生する。
- ・被災地への電話が通じないと、心配になり何度

も電話をかけてしまう人が増え、輻輳を増悪させる現象が発生する。

- ・被災地の被害が大きく、停電が生じると、基地局からの電波が出せない状態になり携帯電話も不通となる。
- ・消防、警察、官公庁、公共機関、報道機関には「災害時優先電話」が確保されている。

2) 通信手段の確保

- ・メール配信は遅れる可能性があるものの情報の

伝達性に問題はない。

- ・ Twitter はフォロー、フォロワーという機能により無限大に多くの他者からの情報を収集でき、発信することも可能である。ただし、事前に公共機関や自治体の公式アカウントや情報発信メディアの公式アカウントをフォローすることが必要。

<災害情報を確認するのに適した Twitter アカウント>

首相官邸 (災害情報) @Kantei_Saigai
総務省消防庁 @FDMA_JAPAN
防災科学技術研究所 @hinet_botjapan
NHK ニュース @nhk_news

- ・ Facebook は友人として登録された者だけのコミュニティとしての活用が主であるため、非常時の安否を共有したり、発信元の確かな正しい情報を共有することができる。
- ・ Twitter は「情報収集」、Facebook は「情報の共有」として役立つ。
- ・ 大規模災害用のコミュニケーション手段として開発されたインターネット回線を使った電話 (Skype) は、国内ではまだアカウント保持者は少ないが、世界で 6 億 7000 万人が利用しており、非常時の通信手段として注目されている。
- ・ 災害時の電話の利用による連絡方法としては、NTT 東日本・西日本が提供する「災害伝言ダイヤル 171」や「災害用ブロードバンド伝言板 (web171)」や各種携帯電話会社が提供するケータイ「災害用伝言板」が利用できる。

「災害伝言ダイヤル 171」

- ・ (NTT 東日本) <http://www.ntt-east.co.jp/saigai/voice171/index.html>
- ・ (NTT 西日本) <http://www.ntt-west.co.jp/dengon/>

「災害用ブロードバンド伝言板 (web171)」

- ・ (NTT 東日本) <http://www.ntt-east.co.jp/saigai/web171/index.html>
- ・ (NTT 西日本) <http://www.ntt-west.co.jp/dengon/web171/>

ケータイ「災害用伝言板」

- ・ NTT ドコモ
<http://www.nttdocomo.co.jp/info/disaster/index.html>
- ・ au
<http://www.au.kddi.com/notice/dengon/index.html>
- ・ ソフトバンクモバイル
<http://mb.softbank.jp/scripts/japanese/information/dengon/index.jsp>
- ・ イー・モバイル
<http://emobile.jp/service/option1.html#saigai>
- ・ ウィルコム
<http://www.willcom-inc.com/ja/info/dengon/index.html>

- ・ 被災地からの電話は、公衆電話が比較的つながり易くなっている。NTT の判断により無料化される場合もあるが、テレホンカードを常備しておくといい。
- ・ 災害時の安否確認方法を家族、親族間で決めておくと、いざというときに役立つ。

3) 情報収集

- ・ 災害時の情報収集として、携帯電話やスマートフォンのワンセグ放送受信機能が最新かつ正確な情報を入手できる。
- ・ ワンセグ機能を搭載していないスマートフォンでも 3G 通信や Wi-Fi 経由でテレビ番組を視聴できる。
- ・ ラジオも有力な情報収集ツールである。手動で充電可能なタイプも市販されている。

【文献】

- 1) NTT グループにおける災害対策の取組み, <http://www.ntt.co.jp/saitai/index.html>
- 2) 社団法人 電気通信業者協会, <http://www.tca.or.jp/>
- 3) 柳谷 智: 災害時の情報収集や情報伝達に IT を活用する技, <http://ascii.jp/elem/000/000/595/595201/>

(内山量史)

E 情報発信：広報，メディア対応，声明，要望など

POINT

- ◆「情報の管理」には①情報収集，②情報の選別（処理），③情報の共有・伝達，④対応体制，⑤提供手段，⑥情報の受容，が重要とされている。
- ◆各団体では，東日本大震災における被災地情報および支援情報はホームページや独自の連絡網体制にて情報提供を行った。

①情報収集

被災地の被害状況，対応状況，復旧状況，安否情報，避難所の状況，被災者のニーズなどの把握が重要となる。そのためには平時より情報収集手段（通信手段等）の強化や事前の準備が必要である。

②情報の選別（処理）

情報が混乱する状況においては正しい情報を選別，整理することが重要となる。

③情報の共有・伝達

被害状況や対応状況などの情報が関係機関において共有され伝達されることが重要となる。そのためには通信手段の確保・強化，情報の一元化，情報連絡システムの明確化が必要である。

④対応体制

正確な情報を提供する仕組みが重要となる。これらには，報道機関への対応，定期的な記者会見，問い合わせ窓口の設置，対策本部の公開が含まれる。

⑤提供手段

被災地や情報の受け手を考慮した情報提供が望ましい（例：外国人や視覚，聴覚が低下した方への情報提供）。多様な情報伝達手段の確保や強化が必要である。

⑥情報の受容

断片的な情報発信は，誤解や風評被害等が発生

する危険性が高い。これらを防ぐためにも正確かつ積極的な情報発信，混乱防止のための情報の一元化は重要である。

日本言語聴覚士協会の場合

①初期対応

日本言語聴覚士協会では，初期対応として被災地県の言語聴覚士会へメールを中心とした連絡方法で安否情報や被災情報を入手した。またメール及びホームページにおいて支援物資の情報や提供など情報を公開した。非被災都道府県の言語聴覚士会へメールによる被災地支援の情報及び依頼を行った。当該士会は協会からの情報を会員へ発信した。ホームページにおいても同時期に同様の情報や依頼が公開された（図XIII-1）。

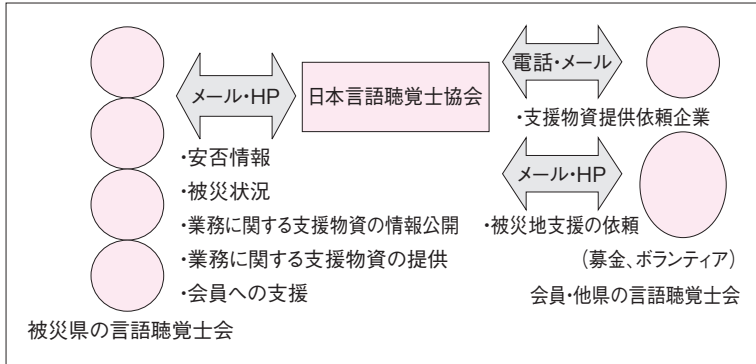
②ホームページでの情報提供

日本言語聴覚士協会では今回の震災に関する情報は「災害支援情報」のページに一元化されて掲載されている（図XIII-2）。

【文献】

- 1) 「災害時の情報管理に関する課題及び対策の方向性(全体像)」，http://www.bousai.go.jp/jishin/chubou/toshibu_jishin/5/2.pdf

（内山量史）



図XIII-1 初期対応



図XIII-2 日本語聴覚士協会のホームページ

(日本語聴覚士協会サイトより抜粋, http://www.jasht.or.jp/st_app/ (2012年4月現在))

XIV 評価（アセスメント）

A 支援活動をめぐる評価

POINT

- ◆ 発災初期期に用いる問診票・健康相談票（チェックシート）は、保健医療介護関係者以外の人にも理解・伝達できるよう A4 紙 1 枚に具体的かつ簡略に記載する。
- ◆ 内容は、識別項目や諸事情のほか、症状やバイタルサイン、疾患名や障害名、ADL や補装具などの必要物品、指導内容とプランなどとする。
- ◆ 支援活動全体は、地域リハ活動などで使用されることがある WHO の健康概念に依拠した SF36 が有用である。
- ◆ 被災地では、評価表やチェックリストは作成時に相当簡素化したつもりでも実際の適用には苦労する。様式は現場で使い勝手よく改良する。
- ◆ 被災地に派遣される先遣隊は、被災地の“お荷物”にならないよう、「無人の荒野」でキャンプ生活をするのと同等の装備と事前準備、覚悟が必要である。
- ◆ 即時解決が困難な課題がほとんどであるが、他人に話を聞いて欲しい人がいて、じっくりと話を聞くだけでも支援活動となる。
- ◆ 大規模災害後は関連法や条例が緩和されることがあるので、情報収集と問い合わせ先を確認しておく。

1 評価の目的と意義

災害リハ支援の評価は、支援活動現場で使用する評価と、支援活動全体の評価の二つに大別できる。本書に掲載されている支援活動現場での支援に使用する評価を俯瞰し、適時適切な評価について検討した。

- ・表IV-1（14頁参照）では、発災からの時間により4期（被災混乱期、応急修復期、復旧期、復興期）に大別され、それぞれ被災地の状況、支援の目的、任務内容などが異なる。
- ・各4期でリハ職種が実施する評価は、①環境の評価、②リハを受ける個人の評価、③評価が実施される場所などによりそれぞれ異なり、また評価を実施する者や、情報提供を受ける側など

によっても弾力的に変更が必要となる（表IV-1）。

- ・統一した評価フォームを使用することで現場及び情報交換が可能となる。詳細な評価は他の職種にはわかりにくいいため、初期の対応では自由記載で簡単な言語を用いることが望ましい。
- ・もし被災地の行政が指定する評価のフォーマットや情報集約方式があればそれに従うことを原則とする。行政の実施しやすい方法に則ることで、復旧時には円滑な情報共有、各団体が撤退した後も持続可能な復興が期待できる。
- ・東日本大震災後1～2カ月の間、週替わりのボランティアが避難所で個人の理学的所見や筋力の検査、日常生活動作や社会参加状態の聞きとりなど、平時のようなりハの評価を実施することは極めて困難であった。

表Ⅻ-1 リハ職種が実施する評価

	被災混乱期	応急修復期	復旧期	復興期
	初動対応	応急対応	生活始動	地域生活支援
環境		避難所評価 (184 頁)	避難所評価 (184 頁)	近隣の物理的環境評価 コミュニティの評価 仮設住宅の評価
個人		調査票 (218 頁) 評価簡易版 (217 頁) リハ要否の評価 (184 頁)	評価通常版 (217 頁) 動作や ADL 評価 (104 頁) 歩行評価 (219 頁)	社会参加度評価
想定場所	避難所 医療施設内	避難所 医療施設内 介護施設内	避難所 (一部福祉避難所など) 介護施設内 仮設住宅	自宅 仮設住宅 サロン (集会所等)
留意点	救命・救助を優先	日常生活自立に必要な資材・ 機材の投入を優先 リハ職種以外への情報提供を 前提とした簡便な評価を	地域の医療・介護施設の復 旧度合いにより引き継ぎ可 能な評価を	生活再建に向けて在住地 域の物理的・社会的な評 価と、個人の参加度を複 合的に評価

- ・理由は対象者の多様性、評価項目数の多さのみならず、まずは家族や友人、家や財産を失った方々へのリハの要否や長期目標、生活再建について話をする 것도容易ではなかったことが挙げられる。
- ・明らかに避難所内でリハの必要性が判別しにくい場合、特に導入期においては、観察法での情報収集が現実的な手段であると考えられる。
- ・観察には参与の度合いにより積極的参与観察、消極的参与観察、観察に分けられるが、支援者は予めそれぞれ自己のスタンスを認識した上で、何を選択的に観察するか決定しておく。
- ・観察は、予め支援者のグループ内で観察する部分を決めてから実施する。例えば対象者の目や表情、肌の色、口元や胸郭の動きからバイタルサインの異常がないか推測し、日常の動作風景から疼痛や筋力の低下を、また他者との関わりや一日の生活パターンなどから、社会生活への関与の積極性の度合いや自立性などをうかがい知るなどである。
- ・観察では、観察者が自身を通じて得た情報の解釈であることに留意する。観察者から情報を得る者は、その情報を参考としながらも実際の状況を勘案し、常に更新・統合を継続する必要がある。

災害リハ支援における評価は、発災からの期間、災害の規模、評価情報の共有者、支援の目的、評価する場所（環境）などにより多様に存在し、弾力的に変化する。ここでは本書に掲載されている評価表や項目を各期に分けて紹介することで理解の促進を目指した。

(伊藤智典)

2 評価方法・評価ツール

- ・問診票・健康相談票（チェックシート）は、①実施場所（避難所、仮設住宅など）、日付、氏名・年齢、住所、連絡先など識別項目のほか、②バイタルサイン、③既往歴・現疾患名と治療状況・医療機関名、④自覚症状、必要物品（酸素・補装具・車椅子、パウチなどを具体的に）、⑤日常生活状況は食事・移動・着脱・排泄・意思疎通・清潔保持などの ADL 項目を自立・一部介助・全介助の 3～4 段階評価程度で表現し、使用器具や注意事項も書き添えることができるようにする。⑥指導・処置・計画と⑦懸案事項があれば、業界語や略語などは使用せずに記入する。A4 紙 1 枚である理由は、紛失欠落防止とインタビュー時間の短縮・簡素化のためである。
- ・支援活動全体の評価は、地域リハ活動などで使

用されることがある WHO の健康概念に依拠した SF36 が有用である。しかし、全ての評価ツールにいえることだが、適用可能かどうかは状況次第であり、実際には評価項目を全て埋めることは難しい。

- ・街を歩いていてアンケートなどを頼まれたことはないだろうか。あるいはネット中のプログラムで小さな懸賞つきのアンケートにとりかかった状況を思い浮かべていただければよい。答えるのに面倒になって止めたくても止めさせてくれない。
- ・被災者にとって我われがよかれと実施する諸評価も、ほとんどが迷惑となっていることに注意する。特に多項目の評価表による悉皆調査は、被災者にストレスの追い打ちをかけるので望ましくない。よほど巧妙に実施しない限り、悉皆調査はもちろん、サンプル調査もなかなか難しい。被災者は、患者でも、利用者でも、イベント参加者でもないからである。
- ・評価の必要性や利便性は自明の理ながら、被災現場では評価表やチェックリストは作成時に相当簡素化したつもりでも実際の適用には苦勞する。評価の意義=測定や判別、予測といった情報の伝達から外れないよう、現場で使い勝手よく改良していくしかない。

3 生活ニーズとその周辺

1) 発災直後

- ・大規模災害によって被災するということは命が危険にさらされるというだけではなく、周囲から“文明”が消失することである。沿岸被災地から 100 km も離れた当センターでも停電・電源喪失、断水、各種燃料の枯渇から生活障害が生じた。
- ・テレビやラジオで沿岸の状況は伝えられるのに電話・ファックス、コピー機、PC にインターネットはもちろん、携帯電話が使えないので家族の安否すら確認できない焦燥感。非常用電源設備も使用時間は燃料の備蓄量次第であり、大

電流を消費するエレベーターや電動搬器、リフト・リフターは使えない。

- ・テレビはラジオと同じく車載用やバッテリー駆動のものが便利であった。ウォッシュレットは使えず、炊飯をはじめ3度の食事の配膳下膳は人海戦術に依ったが、車の燃料供給が途絶えると物流や通勤に影響が出た。もしもの備蓄量をどう設定するか、悩ましい問題は多々ある。

2) 避難所や仮設住宅における介護ニーズ

- ・東日本大震災化の岩手県沿岸部では、津波犠牲者の6~7割が高齢者であり、発災前に在宅で要介護レベルであった人々は、発災直後の混乱期のうちに内陸の病院や施設に送られた。また、発災3週間後には当支援センターと県PT・OT士会の協働により、避難所や被害を受けなかった自宅、早々と建設された仮設住宅において廃用防止のための運動療法の提供が開始された。
- ・以降、介護保険サービスが再開され、需要が細る4カ月後まで、3カ月間は依頼数は直線的に伸びた。災害リハ支援を依頼した理由としては、①震災後、いつの間にか生活動作が困難になっていた・特に歩行がおぼつかなくなっていたから、が最も多かった。次いで②生活活動範囲が狭くなった・家事など生活上の役割を喪失したままである、さらにほぼ同数で③震災後何もしないため衰え、T字杖や4点杖など歩行補助用具が必要なレベルになった、など役割喪失による廃用や使用していた補装具・福祉用品の喪失が多かった。従って終了の理由についても身体機能の回復や役割の復活や、ADLなどには変化はないが、生活の活動範囲が拡大したなどを挙げる人が多かった。
- ・一方、県内の福祉専門職能団体と福祉協議会は4月末頃から最も被害の大きかった陸前高田市と大槌町にまず拠点を設け、各1名ずつを派遣して生活関連ニーズを調査している。全般的には世帯主を亡くした家庭が多く、4%が要 follow 者。主治医が亡くなったり病院が破損したり、車が流されたりして服薬を中断している人

も多かった。全介護者の31%、一部介護者の半分が在宅におられたが、我慢強い気質なのか風土なのか、介護ニーズを求める声は高まらなかった。

- ・ ニーズとして大きかったのは①行政・事業者・民生委員のフォロー、②精神的・心理的ケア、③生活ニーズ不満の解消、④コミュニティの再建、⑤雇用問題・経済不安の順であり、時間とともに順位や内容が変化していった。

3) 要介護認定作業について（事務手続きの簡略化、簡易判定の検討など）

- ・ 東日本大震災では、介護保険の要介護認定事務を取り扱う市町村の庁舎や職員もその多くが犠牲になった。厚労省老健局老人保健課は平成23年5月12日付で各都道府県の介護保険主管部局宛に事務連絡を発し、被災市町村と避難民を受け入れている市町村に対し、要介護認定作業の条件の変更（緩和）を指示した。

(1) 主治医の意見書

主治医が記載困難な状況にあることに備え、市町村から委嘱された嘱託医や避難所を巡回している医師に依頼しても可となっており、その場合も傷病名や一次判定に必要な項目（認知症高齢者の日常生活自立度、短期記憶、日常の意思決定を行うための認知能力、自分の意思の伝達能力及び食事行為）及び特記すべき事項など、要介護認定に必要なと考えられる項目のみでも可となっている。

(2) 介護認定審査会の委員と開催方法

介護認定審査会の委員の確保が困難な場合

保健、医療または福祉の学識経験者であり、認定調査等の介護保険事務に従事していない市町村の職員を委員に委嘱することも可（本来は保険者である市町村職員は委員として委嘱できない）。また、当該市町村の嘱託医、保健師及び社会福祉主事資格を有している者等も可。認定調査等の介護保険事務に従事している者等も例外的に可としている。

審査会の開催方法について

介護認定審査会委員の定数は5人を標準として

いるが、委員の確保が困難な場合は定数を3人に、さらに被災者への円滑な審査判定を行えるよう2人とすることも可。審査会の開催形式についても合議形式ではなく、資料の持ち回りなど被災市町村の状況に応じた形式により開催することが可。また、同一の委員を複数の合議体に所属させることや、必要に応じて所属していない合議体における審査判定に加わることも可とするなど、通常の要介護認定業務が行えるようになるまでと期間を限って大幅に緩和した。

また、5月20日には新規利用者の取り扱いについて、27日には要介護認定の有効期間について事務連絡を発している。特に被災地では要介護認定の事務手続きも混乱していることから、申請後に暫定ケアプランに基づいてサービスを利用することになるが、これが長期に及ぶことが見込まれる場合、法の規定に基づき特例居宅介護サービス費を積極的にかつ柔軟に活用せよ、としている。仮の要介護認定区分の見立てについては、認定調査と一次判定ソフトを活用するなどし、仮の区分支給限度基準額を準用、できるだけケアプランに準じたサービス提供が望ましいとしている。

また、要介護認定の更新時期なのに申請できない場合、災害救助法が適用された市町村内に住所がある被保険者に限って要介護認定の有効期間（介護保険法施行規則第38条・第52条）を、従来の期間に、新たに12カ月までの範囲で延長した期間を合算することを平成23年3月11日から一年間、特例として許可した。

なお、岩手県では主治医の意見書の簡素化を採ったのは宮古市。2011年11月現在、認定期間を延長している市町村は釜石市、大槌町、大船渡市、陸前高田市である。

【文献】

- 1) 福原俊一、鈴嶋よしみ：SF-36v2日本語版マニュアル、NPO健康医療評価研究機構、2004。
- 2) 高橋 明：3.11と岩手の地域リハビリテーション活動—前編、いわてリハビリテーションセンターを中心とした支援活動から、地域リハビリテーション、6(9)：679-685、2011。

B 支援活動の評価

POINT

- ◆災害時のリハ支援活動の途中で、その効果を評価することは、次の活動につなげる、または他のリハチームにバトンタッチする際に情報を共有化する上で重要である。
- ◆支援活動の効果を評価する場合、避難所や応急仮設住宅の環境因子の変化、改善度等の評価と避難者個人への支援効果、今後のリハ支援の必要性の選別（リハ・トリアージ）を分けて考える必要がある。
- ◆派遣結果のデータを収集し、評価内容・効果をフィードバック、情報共有することが、経時的にニーズが変化する被災者へのタイムリーで適切な対応につながる。
- ◆避難所の状況、データをホームページ等で公開することで、避難者の状態や何の福祉用具がどこで不足しているか等が把握でき、外部からの支援が行いやすくなる。
- ◆データの収集、管理を行うことで多数のチームが介入する際のコーディネート、効率性につながる。

1 評価の目的・意義

- ・災害時にリハ支援活動の効果を評価することで、次の活動に情報が適切に繋がる。
- ・他のリハチームにバトンタッチする際に情報を共有化することが重要である。
- ・多職種、多チームが介入することから、評価方法の統一、一元化が効率的である。
- ・災害が大規模で、対象者数、避難所数も多く、広域に渡るほど統一した方法、ツールで評価を行うことが重要である。
- ・評価内容、支援活動の効果をフィードバック、情報共有することが、経時的にニーズが変化する被災者へのタイムリーで適切な対応につながる。

東日本大震災では避難所数、避難者とも膨大で広域に及んだ。10 団体、都道府県 PT・OT 士会などから派遣された多職種、多チームにより、それぞれの地域でリハ支援活動が行われた。最初は手探りの状態での支援活動であり、リハ的な支援が後手になった避難所など地域格差も生じた。地元のリハ資源の被災状況にも左右された。

支援活動の結果がどうなったかという情報は共有されていない。県レベルでも延べ何人の避難者に対して、どこで（一時避難所、二次避難所、在宅など）でリハ支援活動が行われたか、それに関わった職種と派遣の回数などの数的なデータはまとめられたが、その派遣結果の効果がどうであったかは明らかにされていない。評価方法もまちまちで、派遣効果が比較検討できなかったのが実情である。

今後の大規模災害に備えて、対象者の規模と支援者の規模による派遣効果の検証、情報共有化のための統一した評価方法、ツールの作成が望まれる。

2 評価方法・評価ツール

- ・支援活動の評価対象を避難所と避難者個人に分ける必要がある。
- ・リハ的な視点で避難所の評価、個人の評価を捉える。
- ・避難所全体の評価項目：環境因子、福祉用具配備状況、収容人数、要介護者、障がい者の把握など（表XV-2）。

表Ⅻ-2 避難所全体の評価項目

<ul style="list-style-type: none"> ・避難所名、住所、連絡方法、評価年月日 ・管理者・代表者氏名 ・環境因子：ライフライン、トイレ、動線のバリアフリー状況、福祉用具配備状況など ・医療支援、リスク管理状況、緊急時連絡先 ・収容人数、要介護者数、障がい者数 ・リハ支援状況 <ul style="list-style-type: none"> 1) 定期的な集団体操・運動の有無 2) 集団活動の有無 3) 介入しているリハ関連チーム ・その他
<ul style="list-style-type: none"> ・改善すべき点、気になる事項 ・前回評価からの変化、改善点

表Ⅻ-3 避難者個人の評価項目

<ul style="list-style-type: none"> ・避難者氏名、性、年齢、評価年月日 ・居場所（避難所名または在宅）、連絡方法 ・身体機能に関する既往（可能な限り聴きとれる医療情報）、かかりつけ医 ・疾病・障害像に関する情報（麻痺、コミュニケーション、骨関節疾患、痛み、服薬内容など） ・要介護度、介護支援専門員氏名など ・ADLに関する情報：災害前後の比較 ・生活機能：生活不活発病チェックリスト等の情報 ・移動能力、福祉用具に関する情報 ・利用していたリハ資源、現況 ・現在の活動度 ・今後の機能予測、予想されるリスク ・メンタル面 ・その他
<ul style="list-style-type: none"> ・リハ支援の必要性 ・前回評価からの変化、改善点

- ・評価結果、改善すべき点を避難所の管理者や責任者に伝えることが重要であり、混乱している時期では、支援チームとして自分達で環境因子を整え、現場の負担を減らす配慮が必要である。
- ・避難者個人の評価項目：現在の居場所、連絡方法、身体機能に関する既往、疾病・障害像に関する医療情報、災害前後のADLに関する変化、生活機能、利用していた福祉用具、リハ資源、リハサービス、現在の活動度、今後の機能予測、予想されるリスク、メンタル面、リハ支援の対象者として必要性の選別（リハ・トリアージ*）など（表Ⅻ-3）。

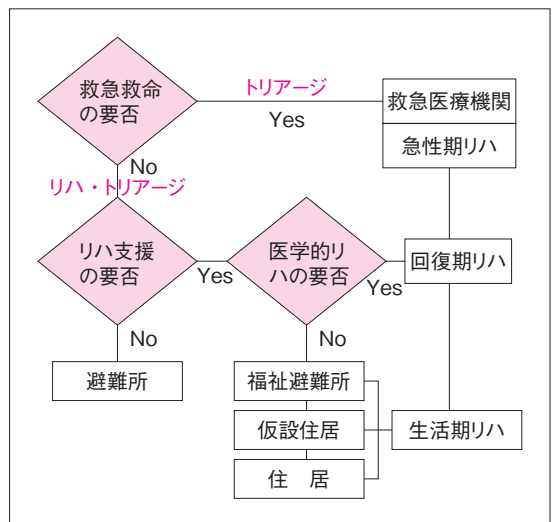
・継続した評価をする場合、評価者が同じとは限らないので情報伝達が重要である。

大規模災害時に被災地のリハ支援に入る場合、地域ごとにリハ医、リハ専門職がリハチームを組んで計画的に一つひとつの避難所を巡回し、評価に当たらねばならない。

リハ的な視点で避難所を捉える場合、避難した高齢者、障がい者にとってどのような環境因子のバリアがあるか、杖、歩行器、車椅子などの福祉用具は配備されているか、要介護者がどのくらいいるか、どのような障がい者が含まれているか、エコノミー症候群や生活不活発病予防のために集団体操や活動の場が設けられているかなどをチェックする。改善すべき点があれば、現場の負担を増やさないように避難所の管理者、責任者の許可を必ず得てから行動する。急性期の混乱している時期には地元の負担を軽減するために支援チームとして自分達で対応する

*リハ・トリアージ

トリアージが災害や事故で多数の負傷者が出た際に、負傷者を緊急性や重症度によって分別し、治療の優先度を決定することであるのに対し、リハ・トリアージとは、リハ的な関わりが必要度によって被災者を選別することである（図Ⅻ-1）。例えば、杖や車椅子など福祉用具が早急に必要な方、廃用性の機能低下が始まっており、継続した関わりが必要な方、自ら活動を開始しており、すぐに対応する必要がない方あるいはこれまでの対応を終了する方など、対応の時間的な緊急性や継続性で分別することが考えられる。



図Ⅻ-1 避難所におけるリハ支援対象者の把握
（図Ⅶ-6より一部改変（102頁））

ことが望ましい。

個々の避難者を評価し、リハ支援が必要な方かりハ・トリアージをすることが重要である。避難者の身体機能を限られた時間で要領よく把握し、もともと可能であったADL、現在困っていること等を評価する。災害発生まもなくの混乱状態においては、個々の対象者から多くの情報を得ることは難しい。また、避難所生活という環境因子に大きな変化があり、災害により家族、仕事、財産等を失ったことに対する大きな心的なショックがある中、FIM、Barthel Indexなど従来の方法でADLを評価することは困難である。得られた点数も真のADLを評価していない可能性が高い。

カルテや医療情報、診察道具もない中、現場で可能な限りの診察で手短かに評価する必要がある。普段から、在宅でのリハ相談、地域リハなど、現場での評価に慣れておくことが望ましい。運動機能の障害がある場合、いつごろからあるものなのか病歴聴取が重要である。腰痛、関節痛等の疼痛、痺れ感などの訴えは、災害前からあったのか、新たに感じるようになったのかを確かめる。対応に急を要するものか、経過をみてよいものなのかを見極めるリスクマネージメントのセンスが求められる。

災害直後の医療的対応が一段落した後は、廃用症候群の予防、各種障害への対応、生活機能向上のための対応など、リハ医、リハ専門職の果たす役割がますます大きくなる。避難所生活が長くなる中で、ADLでチェックすべき情報は、災害発生前に家でできたことと現在、避難所でできなくなったことを比較することが大切である。一番情報を得やすいのは歩行能力である。その変化は、本人や家族、周囲の人も気づきやすく、得られた情報の信憑性も高い。避難所での生活習慣を聴取し、今後の予後予測を行うことも重要である。

「生活不活発病チェックリスト」(国立長寿研究医療センター)は、災害前と現在の歩行能力や行動像を比較するチェックリストである(表ⅩⅦ-11(219頁)参照)。対象者への聴きとりでチェックが可能であるため、聴きとり者の職種は問わないこと、特別な医学知識等が不要であるため多職種が使用可能である。チェック項目は、①屋外を歩くこと、②自宅内を歩くこと、③身の回りの行為(入浴、洗面、トイレ、食事など)、④車椅子の使用、⑤外出の回数、⑥日中の活動量、⑦家事(炊事、洗濯、掃除、ゴミ捨て、庭仕事など)で避難所等においても容易にチェッ

クができる。数多くの避難者をスクリーニングするには有用といえる。実際に東日本大震災の支援活動においても使用された。

東日本大震災後早期に日本リハビリテーション医学会から被災地支援活動に赴く会員は共通の検診用チェックリスト(「検診チェックリスト」(2頁)及び簡易版(1頁)、(表ⅩⅦ-9, 10(217頁)参照))を活用するように提示があった。これは、医師向けのチェックリストで基本情報、機能評価、日常生活動作、補装具・福祉機器使用状況、問題点、リハの必要性、機能ゴール、補装具・福祉機器の新たな必要性などをチェックする。筆者も避難所の巡回当初はこのチェックリストを携行したが、避難者のいる体育館などを一人ひとり巡る場合、記載する時間的余裕が結局なかった。避難所の一角に診療方式でリハ相談会などを行う場合は、有用と思われる。

3 派遣結果の評価

- ・派遣結果の効果を評価する場合、避難所や応急仮設住宅等の環境因子の変化・改善度を評価することと避難者個人の変化・改善度等の評価を分けて行う。
- ・派遣効果があったかどうかの指標を定めることは困難である。リハ支援チームが活動していく中で、派遣結果を自己評価し、次のリハチーム、地域の災害対策本部、地域のリハ資源等へフィードバックしていくことが重要である。
- ・避難所や応急仮設住宅等の環境因子が派遣によってどのように改善したかを評価する。
- ・不足していた福祉用具が整備されたか、アドバイスがどれだけ伝わったか、応急仮設住宅の住環境整備がどのように行われたかなどが評価の指標となる。
- ・個別対象者への効果、今後のリハ支援の必要性の有無を評価する。
- ・リハニーズに応じてリハ・トリアージされた対象者に対し、現在の居場所はどこか、誰が、いつ、どのようにニーズに対応したか、その対応は継続する必要があるのか、解決したのか、その次はどうするのか、残された課題は何かなどを評価することが重要である。

- ・当面の目標を達成した場合は派遣を終了するか否かを決定し、派遣を終了する際には地元リハ資源へ情報を伝達することが必須である。

4 データ収集

- ・派遣結果のデータを収集し、評価内容・効果をフィードバック、情報共有することが、経時的にニーズが変化する被災者へのタイムリーで適切な対応につながる。
- ・避難所のデータはIT管理し、都道府県レベルで各市町村別に避難所数、収容避難者数、要介護者数、障がい者数などを収集する。各市町村では避難所別に上記データを収集する。
- ・可能な限り早期にホームページ上に経時的にデータを集積し公開することが、外部から支援に入るリハチームに有用な情報となる。
- ・リハ的な視点での避難所の評価結果を収集し、ホームページ上に公開する。その結果、何の福祉用具がどこで不足しているか等が把握でき、外部からの支援が行いやすくなる。
- ・被災地が利用できるような情報を全国から収集することも重要である。
- ・個人のリハニーズやそれまでの支援状況等を紙データとして管理し、次のチームに責任をもってバトンタッチする。
- ・チームとしては何人の個人に関わり、その効果がどうであったかを個人情報伏せて収集し、IT管理する。
- ・データの収集先は各自治体対策本部、10団体などの協会、学会関係団体などが考えられるが、

目的、対応分野によってデータの内容を整理する。

- ・データを誰がどこへ収集し、どこへ伝達するか、データを管理するコーディネーターの存在が必須である。その結果、多チームが活動する場合の指標、整理、効率性につながる。

災害時に毎日の情報で必要なのは被災地、避難所がどのような状況であるかのデータである。例えば、都道府県の災害対策本部レベルとしては市町村別避難所数、収容避難者数、要介護者数、障がい者数、在宅生活者数などの動向を、1日1~2回の定時に情報を収集し、時系列でネット上などに公開することが有用である。

市町村単位では各避難所の状況を詳細につかんだ情報を収集する必要がある。特にリハ関連の情報としては、要介護者数、障がい者数、リハ支援対象者数、在宅要リハ支援者数、福祉用具配備状況、不足している物の情報などを経時的に収集する必要がある。公開可能なデータをネット上に公開することで、外部から入るチームの活動の指標、整理、効率性にもつながる。

派遣チームがつかんだデータをどこに収集するのか。例えば、各市町村の災害対策本部で毎日行われるミーティングでの発表、データを集積する方法がある。また、通信網が確保された後には、東日本大震災で活躍した10団体が行ったように、毎日、日誌の形態で活動記録をその日のうちに合同事務局にメールで送信して蓄積する方法もある。事務局は収集したデータを、派遣チームにフィードバックし、今後の派遣活動に活かすことができる。そのためには、司令塔となるコーディネーターが事務局に存在し、データを管理する必要がある。

(榎本 修)

XV 関係団体・行政等との連携

A 自治体・国との連携

POINT

- ◆災害時の支援活動においては、被災自治体や国など諸機関との連携が必要である。
- ◆国の防災における組織体制の概要を理解するとともに、連絡可能な窓口の一覧を示す。

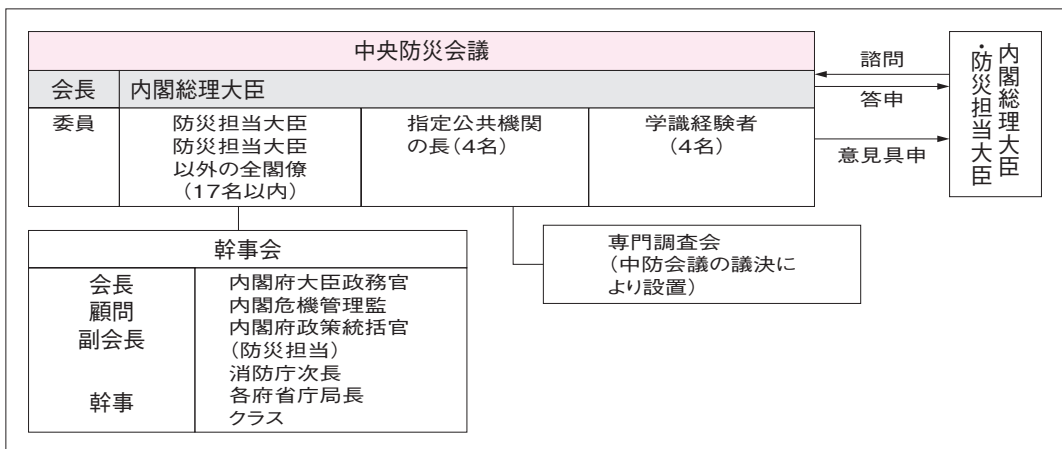
1 国の防災体制

- ・国の防災に関する組織として、内閣総理大臣を長とし、閣僚・指定公共機関の長・有識者等からなる「中央防災会議」が組織されている（図XV-1）。
- ・また、国の各行政機関は、災害発生時に対して予め指定を受けている（表ⅪI-1, 2（204頁～）参照）。
- ・国の地方行政機関についても同様に指定を受けており、国・地方行政機関・地方自治体が重層的に役割を果たす仕組みとなっている（表ⅪI-3, 4（206頁～）参照）。

- ・地方行政機関については、区分や所在地がそれぞれ異なっているため、平時から自らの地域の所管については、確認しておくことが望ましい。
- ・その他、災害発生時における医療活動等を規定している機関についても確認しておくことが望ましい（表ⅪI-5（209頁）参照）。

2 自治体の防災体制

- ・国の防災体制に基づき、各地方自治体においても防災体制が組織されている。
- ・各自治体における防災体制等については、各防



図XV-1 中央防災会議 組織図（平成13年1月6日～）

災協定や防災マニュアル等により確認をしておく必要がある。情報整理に必要な主な項目は以下の通りである。

- (1) 都道府県庁及び出先機関
- (2) 市町村
- (3) 指定行政機関及び指定地方行政機関
- (4) 消防本部及び管轄署
- (5) 警察本部及び管轄署
- (6) 自衛隊
- (7) 指定公共機関（郵便局、NTT等の通信、電力、ガス、NHK、日本赤十字社、JR等）
- (8) 指定地方公共機関（ガス、放送局、ラジオ局、交通機関等）
- (9) 公共的団体その他防災上重要な施設の管理

者等

（医師会、歯科医師会、社会福祉協議会、JA、金融機関等）

- (10) その他（給水・下水等の指定業者）

3 ボランティア活動等

- ・災害発生時には、各方面から非常に多くの団体が支援活動を開始する。
- ・特にNPO・NGOの中には、比較的早期から、直接的な支援や資金などの後方支援を継続に行っている団体が多く存在する（表Ⅲ-6（209頁）参照）。

（水上直彦）

B 支援活動における関係機関との調整

POINT

- ◆災害時の支援活動においては、被災地の生活ニーズに応えるために、専門職間や関係団体・機関間での連携が必要である。
- ◆専門性を発揮するためには、コーディネーターの役割が重要であり、その育成と重層的に支えるシステム構築が求められる。

1) 専門職連携の必要性

- ・地域における要介護者等の生活支援を行っていく上で、複数の専門職が協働し、利用者の様々な生活ニーズに応じていくことが重要である。
- ・各専門職が、サービスあるいは専門職域の視点に偏ることなく、利用者の想いや願いについての共通認識をもつ。
- ・特に災害時の限られた状況の中で、それぞれの専門職の専門性が発揮できるように十分に調整されることが重要となってくる。
- ・東日本大震災においても、リハ専門職と介護支援専門員等が相談チームを立ち上げ、継続的に活動を行っている。

2) 関係機関の連携と調整

- ・被災地における要介護高齢者等の支援においては、多くの職能団体や地域の組織、行政等が多職種協働の支援体制を構築していく。
- ・その中においても、ニーズの把握、専門職の派遣やサービスの提供など連絡・調整が必要となってくる。
- ・避難所における介護等の提供体制を例に挙げると、図Ⅴ-2のように、各職能団体や地域の組織等が連携をとってより効果的な活動に繋げていっており、そのための調整が必要である。
- ・広域の災害支援においては、このような支援体制の構築も自治体の事情が異なるため、それぞ

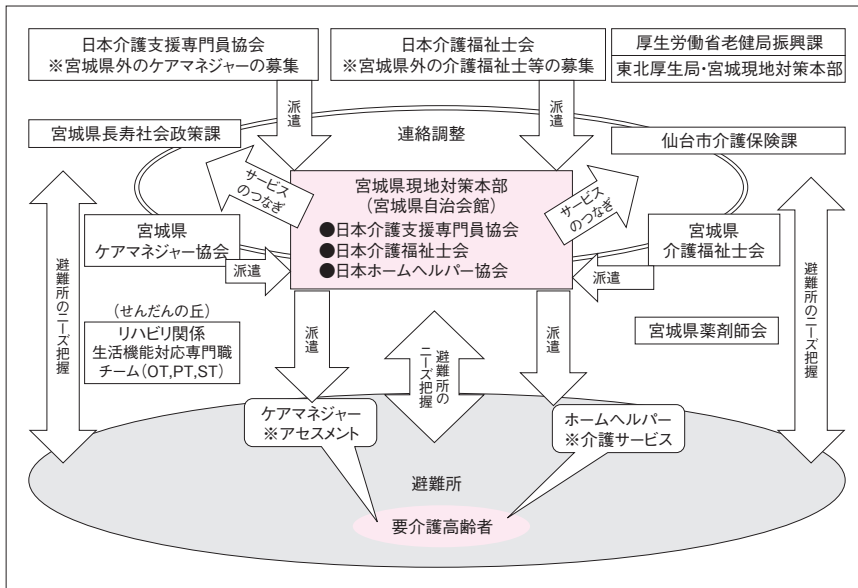


図 XIV-2 避難所における介護等の提供体制について（宮城県バージョン）

れの状態に応じた対応を行っていく必要がある。

- ・そのためにもそれぞれの団体において、地域支部—都道府県支部—全国組織本部といった重層的な構造が強化されている必要があるといえる。

3) 現地のキーパーソンとの連携

- ・災害時にかかわらず、地域、生活区域、職能団体や行政など、それぞれにおけるキーパーソンの存在が重要で、避難生活や復旧活動に大きな役割を果たす。
- ・特に、災害発生時の混乱期には、被災者は受援を可能とするだけの準備がされていない場合など、外部からの支援を受けることの負担感だけが大きくなることが少なくない。
- ・このため、現地ニーズの把握には相応の時間が必要であることを理解するとともに、現地のキーパーソンと連携を密にし、被災者の負担感が軽減するよう十分な配慮を行う必要がある。

4) コーディネーターの役割

(1) 地域におけるコーディネーター

- ・地域におけるコーディネーターは、主に被災者等のニーズ把握とともにマッチングを行っていくが、大別すると以下の二つの方法が考えられる。

① ローラー方式

コーディネーターあるいは専門職等のグループにより、被災地を巡回しながら、被災者のニーズに対応していく方法。

現地でのニーズ把握に適しているが、情報収集だけでマッチングが滞ると利用者ニーズと異なる結果になる場合があるため注意が必要。

② プランチ方式

ある程度大きい地域や避難所などで、専門職等が集まり、その場で情報収集とニーズ把握、マッチングを行う方法。

地域の実情に応じて、医療・介護の連携や代替サービスの創出など、各専門職との協働による柔軟な対応が必要となる。

(2) 支援を広げるための調整

- ・地域における支援体制を充足していくために、それぞれの活動の調整を行っていく。
- ・特に地域間での体制の違いなどから、支援が十

分に届かない地域がないように配慮を行っていくとともに復旧や生活再建に向けた調整を行っていく。

- ・主に自治体レベルでの調整窓口には、多くの業務や情報、問い合わせが集中しやすい。できるだけ早期から後方支援が図られるように平時からの事前の体制づくりが求められる。

(3) より広域における調整

- ・自治体レベルでの活動や支援体制を強化し、また緊急的あるいは効果的な活動のための後方からの支援を行うための調整を行っていく。
- ・市町村それぞれの状況に応じた支援体制が構築できるように、調整を行う。
- ・市町村の機能が停止するような状況においては、上述の地域におけるコーディネーターや地域や自治体レベルの調整役などとしても活動する場合もある。
- ・このため周辺の自治体や地方局レベルでのサポートが得られることが望ましい。

5) コーディネーターの育成とシステム構築

- ・災害時におけるキーパーソンやコーディネーターについては、通常時からの育成とそれを助けるシステム構築が必要となる。
- ・また、そういった調整能力やシステムも、災害の状況やキーパーソン、コーディネーターの置かれている状況によっても大きく影響を受けることから、より重層的な取り組みが必要である。

【文献】

- 1) 日本介護支援専門員協会：東日本大災害復興支援フォーラム資料，平成23年。
- 2) 木村隆次：東日本大支援際に対する支援活動の状況について。第72回社会保障審議会介護給付費分科会提出資料，平成23年4月。
- 3) 社会福祉法人全国社会福祉協議会 全国ボランティア活動振興センター：協働で進める災害救援・ボランティア活動の手引き。

(木村隆次)

C 効果的支援のための国との調整・交渉

POINT

- ◆現地での意見や問題点をできる限り早期に集約し、被災地の状況に応じた解決方法を模索する。
- ◆復興に向けた円滑な活動を支援するために、法的な措置あるいは規制緩和が必要である。
- ◆被災地におけるより効果的な活動を実施するための準備が必要である。

1) 課題の集約と対応

- ・被災地における課題は、可能な限り現地の状況からの確に把握できるように情報収集を行い、各団体等の災害対策本部に集約する。
- ・これまでの災害の経験等から、予測される事態や課題については、即時に対応する必要があり、その場合も被災地の状況に応じた支援方法が図られるように協議する。
- ・集約された情報や対応策については、関係する

団体等への情報提供が速やかに行えるように準備を行う。

2) 災害時における医療・福祉に関する措置、規制緩和

- ・被災地での医療・福祉活動や支援活動が、無理なく円滑に行えるようにするための施策が求められる。
- ・特に法的な改正が必要なものに対しては、担当

省庁あるいは担当大臣，国会議員等に適宜，働きかけを行う。

- ・東日本大震災における主な措置・規制緩和についての通知及び事務連絡を表XV-1，2に示す。

3) 大規模災害への継続的な活動とバックアップ

- ・災害時においては，様々な生活ニーズを適切に把握し，継続的にコーディネートできるシステ

ムや人材が不可欠である。

- ・また，様々な専門職が協働し，柔軟かつ効果的な支援活動を続けていくためには，マニュアル等を活かし，被災地・自治体（市町村・都道府県），地域支部—都道府県支部—全国組織本部と役割をはっきりさせた机上訓練等の実施が必要となる。国との協力・バックアップ体制も併せて構築していく必要がある。

(木村隆次)

表XV-1 主な告示・事務連絡等一覧（医療関連）

	概要	告示・事務連絡名	通知元	通知日
被保険証の提示	被保険者証がなくても，氏名・生年月日等が確認できれば受診可能	東北地方太平洋沖地震による被災者に係る被保険者証等の提示について	保険局医療課	3月11日
	平成23年7月より通常通り被保険者証の提示が必要となる	東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震による被災者に係る被保険者証等の提示について	保健局医療課	5月2日
医療費の自己負担	大きな被害を受けた被災者は，自己負担金の支払いを猶予または減免する	東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震による被災者に係る一部負担金等の取扱いについて	保険局医療課 高齢者医療課 国民健康保険課	3月23日
	大きな被害を受けた被災者は，自己負担金の支払いを平成24年2月29日まで免除	東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震による被災者に係る一部負担金等の取扱いについて（その7）	保健局医療課	5月23日
処方箋	医師の診療を受けられない場合，処方箋なしで処方箋医薬品を授与することが可能	平成23年東北地方太平洋沖地震における処方箋医薬品の取扱いについて	医薬品食品局総務課	3月12日
	FAXの処方箋を許可	情報通信機器を用いた診療（遠隔診療）等に係る取扱いについて	医政局維持課 医薬品食品局総務課	3月23日
診療	初診および急性期の患者も遠隔診療可能	情報通信機器を用いた診療（遠隔診療）等に係る取扱いについて	医政局維持課 医薬品食品局総務課	3月23日
医療機関	医療機関の建物が全半壊した場合，仮設の建物等において医療行為を行うことが可能	東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震の被災に伴う保険診療関係等の取扱いについて	保健局医療課 老健局老人保健課	3月15日
診療録	カルテを震災により滅失などした場合は，関連法令に基づく保存義務違反にならない	文書保存に係る取扱いについて（医療分野）	国政局 医薬食品局 保健局	3月31日
医薬品	被災地において，医療機関，自治体，薬局等は医薬品や医療機器を融通し合うことが可能	東北地方太平洋沖地震における地方公共団体間又は薬局間の医薬品等の融通について	医薬品食品局総務課 監視指導 麻薬対策課	3月30日
	被災地における医薬品は，円滑な流通が確保されるよう，旧規格（改正前の日本薬局方）に適合していれば流通を可能とする	日本薬局方の全部を改正する件の一部を改正する件（厚生労働省告示第96号）	厚生労働省	3月31日

表XV-1 続き

	概要	告示・事務連絡名	通知元	通知日
保険診療	被災地の保険医が、各避難所等を自発的に巡回し診療する場合は、保険診療とみなされない（災害救助法の適用）※	東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関連する診療報酬の取扱いについて	保険局医療課	4月1日
診療報酬	カルテやレセコン等を滅失などした医療機関等は、震災以前の診療報酬等につき、概算による請求が可能	東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関連する診療報酬の取扱いについて（その2）	保険局	4月1日
	各保険者は、保険医療機関等に対して、それぞれの保険者の過去の診療報酬支払実績に基づき、按分して診療報酬等を支払う	東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関する診療報酬等の按分方法等について	保険局保健課 国民健康保険課 高齢者医療課	4月12日

※避難所に継続的に居住していて、通院困難な患者に対し、継続して訪問し診察する場合は、訪問診療とみなされる。
また、定期的に外来診療を受けていた患者に対し、避難所に赴き診察した場合は、往診とみなされる

表XV-2 主な告示・事務連絡等一覧（介護関連）

	概要	告示・事務連絡名	通知元	通知日
被保険者証の提示	被保険者証を提示できなくても、氏名、生年月日等が確認できればサービスを受けられる	東北地方太平洋沖地震の被災者に係る被保険者証の提示等について	老健局介護保険計画課 高齢者支援課 振興課、老人保健課	3月12日
	平成23年7月より通常通り被保険者証の提示が必要となる	東日本大震災による被災者に係る被保険者証の提示等及び地方自治体における第5期介護保険事業（支援）計画及び老人福祉計画の弾力的な策定について	老健局介護保険計画課 高齢者支援課 振興課、老人保健課	3月13日
利用料の自己負担	大きな被害を受けた被災者は、介護サービスの利用料の支払いを猶予または減免する	東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震による被災者に係る利用料等の取扱いについて	老健局介護保険計画課 高齢者支援課 振興課、老人保健課	3月23日
	大きな被害を受けた被災者は、介護サービスの利用料の自己負担金の支払いを平成24年2月29日まで免除する	東日本大震災により被災した介護保険の被保険者に対する利用料の免除等の運用について	老健局介護保険計画課	5月16日
運営基準・変更	介護サービス事業者が、介護保険法上の運営基準を満たせなくなっても指導を受けない	東北地方太平洋沖地震等に伴う要援護者等への適切な支援及びケアマネジメント等の取扱いについて	老健局振興課	3月22日
	指定事項の変更届出の期限は柔軟に取り扱われる	東北地方太平洋沖地震等に伴う要援護者等への適切な支援及びケアマネジメント等の取扱いについて	老健局振興課	3月22日
モニタリング	電話等で本人または家族に確認することによって、モニタリングを行うことができる	東北地方太平洋沖地震等に伴う要援護者等への適切な支援及びケアマネジメント等の取扱いについて	老健局振興課	3月22日
支援費の減額	介護支援専門員の担当件数が40件を超えても、居宅介護支援費は減額されない	東北地方太平洋沖地震等に伴う要援護者等への適切な支援及びケアマネジメント等の取扱いについて	老健局振興課	3月22日

表XV-2 続き

	概要	告示・事務連絡名	通知元	通知日
要介護認定	被災地においては、要介護認定の有効期間を最大12ヵ月まで延長可能とする	東日本大震災に対処するための要介護認定有効期間及び要支援認定有効期間の特例に関する省令の施行について	老健局	5月27日
	被災者については、主治医による意見書の記載が困難な場合、市町村嘱託医や避難所を巡回する医師などによる記載が可能	東日本大震災に関する要介護認定事務の取扱いについて	老健局老人保健課	5月12日
介護報酬	震災によって一時的に、介護施設等の定員の超過、介護サービス事業所の人員の不足、特定の事業所へサービス集中などが生じた場合でも、介護報酬を減額しない	東日本大震災に伴う介護報酬上の取り扱いについて（第2版）」の送付について	老健局高齢者支援課 振興課 老人保健課	4月8日
	サービス提供記録等を滅失などした介護サービス事業者は、震災以前の介護報酬等につき、概算による請求を可能とする	東日本大震災に関する介護報酬等の請求等の取扱いについて	老健局介護保険計画課 高齢者支援課 振興課、老人保健課	4月5日
	避難所等で生活している者に対して居宅介護サービスを提供した場合でも、介護報酬の算定を可能とする	「東日本大震災に伴う介護報酬上の取り扱いについて（第2版）」の送付について 老健局高齢者支援課・振興課・老人保健課	老健局高齢者支援課 振興課 老人保健課	4月5日
記録の保存	震災によりサービス提供記録等を滅失した場合は、関連法令に基づく保存義務違反にならない	東日本大震災に関する介護報酬等の請求等の取扱いについて	老健局介護保険計画課、高齢者支援課、振興課、老人保健課	4月5日
施設基準	建物が全半壊等し、仮設の建物等において介護サービスを提供する場合、それまでのサービスとの間に継続性が認められるならば、保険給付を可能とする	「東日本大震災に伴う介護報酬上の取り扱いについて（第2版）」の送付について	高齢者支援課 振興課 老人保健課	4月8日

XVI. 災害支援に関わる倫理的問題

A 支援者としての心構え

POINT

- ◆災害ボランティアは、被災地に迷惑のかからないように、事前にボランティアセンター等の情報を得て、自己完結、自己責任を旨として行う。内閣府は、まもりたい「お作法集」をまとめた。
- ◆医療・保健・介護福祉の専門職集団による被災地支援として、日本医師会災害医療チーム JMAT、10 団体等が組織された。支援活動では、自律性の尊重、善行、公正の倫理 3 原則に、社会的規範としての道徳が強調される。
- ◆災害支援で専門職に求められるものは、専門性はもとより、multiskilling（多様な仕事をこなせる技能）と連携の能力である。

1 災害ボランティア

- ・阪神淡路大震災以降、災害ボランティアという言葉が一般に知られるようになった。当時、押し寄せるボランティアと行政を含む受け入れ側との間で、少なからずミスマッチがあった¹⁾。
- ・内閣府は、新潟県中越大地震のボランティアの活動を調査し、防災ボランティア活動検討会の議論を踏まえて、2005 年『防災ボランティアの「お作法」集～活動に参加するあなたへ、みんなでももりたいこと』という手引書をまとめた²⁾。
- ・この「お作法集」は「規範」、「工夫」、「べからず」の三部構成になっている。「規範」と「べからず」を表 VI-1 に示した。これは、現場の活動を「規制」する趣旨のものでないと断っているものの、これに対して、人と人との豊かな関係性と繋がりをもう一度築こうとするところに意味があるのに、支援活動のマニュアル化が、考えないボランティアを生むと、批判する向きもある¹⁾。
- ・大規模災害の被災地では、ライフラインは途絶し、情報伝達、交通機関も遮断される。東日本大震災では、行政機能すら失われてしまった市町村が少なくなかった。発災時から復旧・復興期においても、被災地の支援ニーズを入手することは困難であり、参加するときには、自己責任と自己完結を原則として、現地での社会福祉協会ボランティアセンター（社協ボラセン）や災害ボランティア団体（NGO・NPO を含む）による支援者と被災者のマッチングが重要である。
- ・石巻モデルでは、個人のボランティアは社協ボラセンが窓口になった。この場合は個人の専門性は無関係になる。災害ボランティア団体は支援協議会が窓口となり調整した。両者は市対策本部のもと、協力して運営した。介護福祉の災害ボランティアを行う団体もあった³⁾。
- ・最近、専門性を生かしたプロボノ（pro bono）という新しいボランティア手法が目撃されている。知識労働者と NPO とを結びつけて、NPO 支援を行う仕組みである⁴⁾。今後、医療福祉専

表XI-1 防災ボランティアの『お作法』集～活動に参加するあなたへ、みんなでももらいたいこと～²⁾
(内閣府, 2005)

規範（心構え）

- ①復旧や復興の主役は被災者です。ボランティアはそれをサポートする存在であるという原則を忘れないように心がけましょう。また、被災地や被災者、地元行政、ボランティアセンターなどに対しては、あなたの善意を活かす場を作ってくれたことに感謝しましょう。
- ②防災ボランティアは、水・食料・常備薬・適切な服装・保険等、必要な備えをして自己完結を原則に被災地に入りましょう。被災者・被災地や現地ボランティアセンターに負担をかけないようにしましょう。
- ③仕事がなくとも、ボランティアニーズをむりやり探し出すのではなく、被災地／被災者のことをよく理解するようにしましょう。
- ④睡眠時間や疲労などに留意し、健康の事前チェックに努め、不調になったら早めに活動をやめる勇気を持ち、けがなどで被災地の負担にならないようにしましょう。
- ⑤被災地でのボランティア活動に参加する際は、自分の行動計画を周囲に事前に説明してから、でかけましょう。
- ⑥仲間とよく話し合い、一人で仕事を抱えこまないようにしましょう。
- ⑦災害の規模、種類、地域などにより、災害ボランティアセンターの運営などに違いが当てあたり前です。あくまで、被災した現場が中心であることを忘れないようにしましょう。
- ⑧災害ボランティアセンターの核となる現地スタッフは可能な限り休む時間をもつことに努め、周りはそれを理解し支えましょう。

べからず（マナー）

- ①自分のできることを見極め、例え被災者に頼まれても、自分や周囲を危険に巻き込むような仕事は引き受けないようにしましょう。
- ②防災ボランティアは、被災者の立場をできるだけ理解し、自分の判断を押しつけるようなことを避けましょう。
- ③ボランティアは非日常的な活動ですが、被災地／被災者は早期に日常の生活を取り戻すことがもとめられます。その日の振り返りの意見交換が深夜に及んで周囲に迷惑をかけたり、高揚した気持ちを押さえるための適量のアルコールが過剰になるようなことがないようにしましょう。
- ④日常のボランティア活動に比べて、よりリスクが高いのが災害ボランティアの活動です。自らのケガだけでなく、こころならずも被災地や被災者、他のボランティアに損害を与えてしまうことをできるだけカバーするために、自らボランティア保険に入りましょう。
- ⑤必要以上に自分の経験を振りかざすことは避けましょう。

門職の専門性を活かしたボランティア活動の展開も考えられる。

2 専門職集団による災害支援

- ・医療・保健・介護福祉の専門職集団による被災地支援として、東日本大震災を機に、日本医師会災害医療チーム JMAT, 10 団体等が組織された。
- ・医療・保健・介護福祉の専門職災害支援は、その特殊性から、必要とされる期間、持続的、安定的に支援できることが求められる。従って、支援専門職集団と支援を受ける被災地の機関・

組織と連携がとれる関係性が確立していることが前提である。JMAT は日本医師会—都道府県医師会—都市医師会の連携で行われた。10 団体では、合同事務局—被災地のリハ支援センター、保健福祉事務所、地方自治体等との連携で行われた。

- ・医療、保健、介護福祉などヘルスケアに関わる倫理 3 原則は、自律性の尊重、善行、公正である。善行には、①ヒポクラテスの伝承以来の危害を与えるな、②危害を予防する、③危害をとり除く、④善を行う、の 4 要素があり、この順で優先するとした⁵⁾。ヘルスケアの実践における倫理は、与える者と受ける者との両者の信頼

表Ⅺ-2 東日本大震災リハ関連支援長崎チーム心得
10か条 (By 栗原正紀)⁶⁾ (淡野義長, 2011)

- ①心身ともに健康であること (セルフ・マネジメントの問題)
- ②礼節を重んじ、接遇には十分気を配ること
- ③あくまでも避難所入所者および現地支援者が中心であること
- ④決して出過ぎないこと (自己満足の禁)
- ⑤現地の指示が絶対であること
- ⑥報告・連絡・相談を着実にすること (コミュニケーション)
- ⑦毎日のカンファレンスを実行し、記録をしっかりと行うこと
- ⑧飲酒などによる大騒ぎなど破廉恥な行為は絶対に禁
- ⑨長崎に残っている仲間のことを忘れないこと
- ⑩自信と信念をもってことにあたること

関係の上に成り立つ。

- ・宮城県気仙沼圏域で、先陣を切って支援を開始した長崎リハビリテーション病院チームが掲げた「心得 10 か条」(表Ⅺ-2)⁶⁾は、医療の倫理の 3 原則をふまえ、道徳性 (善悪を決める慣行・しきたりの中で広く容認された社会的規範) を含んでおり、今後の支援活動の心得として具体的、直接的で、有用であると思われる。

3 専門職に求められる支援活動

- ・広くヘルスケア、殊にリハは、多職種間のチームアプローチによって行われる。近年、資源コスト対有効性の観点から、トランスディシプリナリー・チームモデル (transdisciplinary team model) が注目され、スタッフが必ずしも十分でない場合にも有効であるといわれている。
- ・トランスディシプリナリー・アプローチは、専門職間のコミュニケーションと cross-treatment, cross-training, multiskilling を促進するものである。このアプローチでは、専門職としての role extension (拡充), role enrichment (深化), role expansion (拡幅), role release (解放),

role support (支援), の 5 つが前提となる⁷⁾。

- ・今回の支援活動報告でも、リハ医である前に、generalist であること⁸⁾、福祉避難所支援の初期の段階では、寝・食・清潔・排泄の分離から始まり、“何でもやる精神”⁹⁾が強調されていた。
- ・専門職協働 (interprofessional work) において、専門職に求められるものは、専門性はもとより、multiskilling と連携 (coordination, collaboration, cooperation, linkage, networking, teamwork) の能力である¹⁰⁾。

【文献】

- 1) 村井雅清：災害ボランティアの心構え。ソフトバンク新書, 2011.
- 2) 内閣府：防災ボランティアの『お作法』集 ～活動参加するあなたへ、みんなでまもりたいこと～. 2005.
- 3) 中原一歩：奇跡の災害ボランティア「石巻モデル」. 朝日出版, 2011.
- 4) 嵯峨生馬：プロボノ 新しい社会貢献, 新しい働き方, 勁草書房, 2011.
- 5) 酒井忠昭, 秦洋一訳：R. フェイドン/T. ビーチャム：インフォームド・コンセント. みすず書房, 1994.
- 6) 淡野義長：リハビリテーション支援関連 10 団体宮城県気仙沼市への支援活動. リハビリテーション・ケア合同研究大会くまもと 2011, 合同シンポジウム (資料), 2011.10.28.
- 7) King JC, Nelson TR, Blankenship KJ, Turturro TC, and Beck AJ: Rehabilitation Team Function and Prescriptions, Referrals, and Order Writing. In JA DeLisa et al (eds) 4th ed Vol.2: Physical Medicine and Rehabilitation Principles and Practice. Lippincott Williams & Wilkins, pp1051-1072, 2005.
- 8) 樫本 修：行政側のリハビリテーション科医として一被災者・障害者支援と地域リハビリテーション活動の展開一. Jpn J Rehabil Med, 48: 725-733, 2011.
- 9) 御代川英己：東日本大震災と地域リハビリテーション～リハ支援関連 10 団体の活動を通して～. リハビリテーション・ケア合同研究大会くまもと 2011, 合同シンポジウム (資料), 2011.10.28.
- 10) 佐直信彦：地域リハビリテーションと専門職連携. 東北文化学園大学リハビリテーション学科紀要「リハビリテーション科学」, 6: 3-9, 2010.

(佐直信彦)

B データ収集・研究における倫理的問題

POINT

- ◆災害、とりわけ広範囲にわたる大災害時における医療活動、リハ活動を踏まえたデータ収集・研究における倫理的問題についてその根拠を提示する。
- ◆ヘルシンキ宣言を踏まえて諸研究は行われなければならない。
- ◆我が国においては、疫学研究、臨床研究に関する倫理的指針を踏まえて行われる必要がある。
- ◆データ収集や研究立案にあたっては、特に災害初期においては、研究者や、被災者においても PTSD の影響が強く反映されるので、慎重に行われる必要がある。

1 大災害時におけるリハ活動

- ・17年前の阪神淡路大震災当時、大震災時における救護活動とりわけリハ活動については、果たして学術団体として真剣に取り組むべき学術的なテーマにそもそもふさわしいのかが議論され、学術団体としてのとり組みについての足を踏むような雰囲気があったことを鮮明に覚えている。
- ・しかしながら医療全般のリスク管理のありようなどについても大きく様変わりしており、学術団体としても避けて通れない大きな課題として、国内的にも、国際的にも取り扱われるようになっていく。しかし対象は時々刻々と変化するものであり、ヒトだけでなく、政治、経済、社会全般が関与するものである。
- ・それに対して我々医療者の関わりは極めて自己限定的、時間限定的な、局所的なものであることをはじめに確認しておく必要がある。

2 学術的研究の前提条件

1) ヘルシンキ宣言

- ・ヘルシンキ宣言は、人間を対象とする医学研究の倫理的原則として必ず踏まえて研究がなされるように述べられ、主として医師に対して表明

されたものであるが、医師以外の人々に対しても推奨されている。

- ・1964年の第18回世界医師会の総会で採択され、それ以降8回に渡って、修正がなされ、現在一般に流布しているものは2008年のソウル総会の宣言である。35条からなり、序文10条、全ての医学研究のための諸原則20条、治療と結びついた医学研究のための追加原則5条の35条から構成されている。
- ・各組織における倫理委員会においては、この宣言を基本的な骨格として各種医学研究の倫理的妥当性が検討されているところは周知のことであろう。

2) 今日の危機管理のありよう

- ・一方危機管理に関しては、欧米諸国における大規模なテロ事件などを教訓として、危機管理のありようは近年大きく変容してきており、日本においても、公共輸送機関や、大きな会議や、災害についてもその諸原則はたびたび修正されて、訓練され、教育されてきている。そしてその成果は世界的な規模で確認され、検証されている。
- ・我われは震災前の17年前には雲仙普賢岳の火砕流、原子炉燃料の臨界事故、大規模交通災害などに対してトリアージ、トリートメント、ト

ランスポートの3Tとして災害時の対応の原則は教育されていた。しかし多くの体験を踏まえて、災害直後CSCAの組織的立ち上げを踏まえた後の3Tとして、DMATなどの教育や災害現場の活動のあり方、地域防災体制などの再検討がなされ、多くの成果を生み出している。

- ・災害における学術的研究として最も大きな成果を挙げたのは、阪神淡路大震災時、神戸大学の精神科を中心とした全国の精神科医師の交流、臨床心理士などの活躍によるPTSDの臨床的かつ学術的研究であろう。震災直後より、大規模に保健所を中心として介入し、こころのケアという言葉が一般化し、こころのケア研究所が創設され、現在も世界各国の震災にいち早く派遣され、被災者への日常診療と研究が深く根付いている。被災者のケアに今も活発に活躍している。

3 情報収集における倫理的側面を踏まえた諸課題

1) “情報の大津波”の中での倫理的な問題

- ・大災害、事故などにおいては、多くの人々の安否確認をはじめとした多くの情報発信がなされ、さながら情報の大津波とでもいふべき氾濫がマスコミをはじめ、あらゆる分野において発生することは多く体験する。
- ・その発信源、正確さ、妥当性、個人情報をはじめとする倫理的な問題に関しては、事態の深刻さと相まって、報道の自由の問題もあり、マスコミ報道や電子媒体を経由して行われるものについて、十分に配慮されているとはいえない。
- ・反対に特に被災者や、障がい者などに関する情報は、行政機関を通じてしか公表されないことも多く、個人情報保護を名目に、いかに目的が医療援助などを中心とする人道的な援助であっても、例えば学術団体などがその行為の主体であっても拒否されることが多い。

2) 個人の尊厳に関わる情報の保護

- ・行政は前例のないことは兎角拒否しがちであることは、個人情報保護法施行以前からみられたことである。個人情報保護法の大きな目的の一つは、個人情報取り扱い業者への義務規定から始まっているが、現代ほどの情報化社会の成熟の中で、いかに個人の尊厳に関わる情報を保護することが困難であることも露呈しており、社会の中で様々な人間関係の中で生きている限り、関係性を断ち切って情報のみが存在しているわけではない。
- ・災害や大きな事故の中で、支援する側も支援される側も一定の精神的高揚と裏腹に、大きな悲嘆、苦しみ、悩みの中で、ある者は鬱的状況や燃え尽き症候群といったPTSDに早期であれ、晚期であれ、さいなまれる。従って、守秘義務や、個人を尊重して、説明と同意を踏まえたものであれ、これらの全体的な雰囲気の中で、作業が進められていることを肝に銘ずる必要がある。
- ・情報の収集には上記の状況の特別な雰囲気を冷静に踏まえた細心の注意が求められる。普段の医療情報の取り扱いとは若干異なることを知っておかなければならない。つまり、説明や同意書の以前の問題を倫理的な側面から考慮しておく必要がある。
- ・特に疫学研究については、治療介入研究に比較して比較的倫理指針は緩やかなものとなっているが、災害や大事故についてはより慎重な配慮が求められる。個人情報保護法の規制を受けないマスコミ報道を安易に用いることは控える必要がある。

4 臨床研究の意義

1) 疫学的手法のほか、個人史的なケースレポートなども重要

- ・疫学的手法や、個人史的なケースレポートであれ、それらは、大きな危機やトラウマへの対応

を真剣に問うていくものであり、今後も繰り返す国民、市民、コミュニティにとって体験されるものであるため、共通の財産として克服していく課題の解決の貴重な処方箋である。

- ・その意味では大きい災害であればあるほど、行政や多くの研究者を巻き込んで研究していくべき学術的意義の高いものといえよう。

2) 次の危機・災害に備えるための臨床研究

- ・冒頭にも例示した阪神淡路大震災の渦中に展開された、こころのケア研究所の創立と持続、国際的な活動の展開などはその典型的な例である。
- ・一時的なフィーバーで終わることなく、次の危機、災害に備えていくためには、できるだけ、

広範囲の、長期にわたる、国際的な連携を目指した、地域に根付いた活動スタイルを貫いた学術研究が不可欠である。

- ・このような研究の積み重ねが、災害を最小限に食い止め、多くの人命を救うことにもつながる。

【文献】

- 1) ヘルシンキ宣言, The world medical association [http : www.wma.net/e/policy/b3.htm](http://www.wma.net/e/policy/b3.htm)
- 2) 個人情報の保護に関する法律. 平成 15 年 7 月 16 日法律第 119 号.
- 3) 文科省:疫学研究に関する倫理指針. 平成 19 年 8 月 16 日.
- 4) 厚労省:臨床研究に関する倫理指針. 平成 20 年 7 月 13 日.
- 5) こころのケアセンター・編:災害とトラウマ, みすず書房, 1999

(住田幹男)

XVII 資料

A 災害関係法規・各種規定

POINT

◆「災害予防」「災害応急対策」「災害復旧・復興」の3段階に応じて、災害対策基本法及び関係法律によって、対策が講じられている。

1) 基本法関係

- ①災害対策基本法（昭和36年法律第223号）（内閣府，消防庁）
 - ・災害対策基本法施行令。
 - ・災害対策基本法施行規則。
- ②海洋汚染等及び海上災害の防止に関する法律（昭和45年法律第136号）（海上保安庁，環境省）
- ③石油コンビナート等災害防止法（昭和50年法律第84号）（消防庁，経済産業省）
- ④大規模地震対策特別措置法（昭和53年法律第73号）（内閣府，消防庁）
 - ・大規模地震対策特別措置法施行令。
 - ・大規模地震対策特別措置法施行規則。
 - ・大規模地震対策特別措置法第三条第一項の規定に基づく東海地震に係る地震防災対策強化地域。
- ⑤原子力災害対策特別措置法（平成11年法律第156号）（文部科学省，経済産業省，国土交通省）
- ⑥東南海・南海地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法（平成14年法律第92号）（内閣府，消防庁）
- ⑦日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法（平成16年法律第27号）（内閣府，消防庁）

2) 災害予防関係

- ①建築基準法（昭和25年法律第201号）（国土交通省）
- ②森林法（昭和26年法律第249号）（農林水産省）
- ③特殊土壌地帯災害防除及び振興臨時措置法（昭和27年法律第96号）（総務省，農林水産省，国土交通省）
 - ＜台風関係＞
 - ④台風常襲地帯における災害の防除に関する特別措置法（昭和33年法律第72号）（内閣府）
 - ＜雪害関係＞
 - ⑤豪雪地帯対策特別措置法（昭和37年法律第73号）（総務省，農林水産省，国土交通省）
 - ＜火山関係＞
 - ⑥活動火山対策特別措置法（昭和48年法律第61号）（内閣府，農林水産省）
 - ・活動火山対策特別措置法施行令。
 - ・活動火山対策特別措置法施行規則。
 - ・活動火山対策特別措置法第二条第一項の規定に基づき，避難施設緊急整備地域の指定。
 - ＜地震関係＞
 - ⑦地震防災対策強化地域における地震対策緊急整備事業に係る国の財政上の特別措置に関する法律（昭和55年法律第63号）（内閣府）
 - ・地震防災対策強化地域における地震対策緊急整備事業に係る国の財政上の特別措置に関する法

律施行令.

- ・地震防災対策強化地域における地震対策緊急整備事業に係る国の財政上の特別措置に関する法律.
- ・施行規則.

⑧地震防災対策特別措置法（平成 7 年法律第 111 号）（内閣府，文部科学省）

- ・地震防災対策特別措置法施行令.

⑨建築物の耐震改修の促進に関する法律（平成 7 年法律第 123 号）（国土交通省）

《土砂災害関係》

⑩地すべり等防止法（昭和 33 年法律第 30 号）（農林水産省，国土交通省）

⑪土砂災害警戒区域等における土砂災害防止対策の促進に関する法律（平成 12 年法律第 57 号）（国土交通省）

《水害関係》

⑫河川法（昭和 39 年法律第 167 号）（国土交通省）

⑬特定都市河川浸水被害対策法（平成 15 年法律第 77 号）（国土交通省）

3) 災害応急対策関係

①災害救助法（昭和 22 年法律第 118 号）（厚生労働省）

- ・災害救助法施行令.

②消防法（昭和 23 年法律第 186 号）（消防庁）

③水防法（昭和 24 年法律第 193 号）（国土交通省）

4) 災害復旧・復興，財政金融措置関係

①農林水産業施設災害復旧事業費国庫補助の暫定措置に関する法律（昭和 25 年法律第 169 号）（農林水産省）

- ・農林水産業施設災害復旧事業費国庫補助の暫定措置に関する法律施行令.

②中小企業信用保険法（昭和 25 年法律第 264 号）（中小企業庁）

③公共土木施設災害復旧事業費国庫負担法（昭和 26 年法律第 97 号）（農林水産省，国土交通省）

- ・公共土木施設災害復旧事業費国庫負担法施行

令.

④公営住宅法（昭和 26 年法律第 193 号）（国土交通省）

⑤漁船損害等補償法（昭和 27 年法律第 28 号）（農林水産省）

⑥天災による被害農林漁業者等に対する資金の融通に関する暫定措置法（昭和 30 年法律第 136 号）（農林水産省）

⑦激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律（昭和 37 年法律第 150 号）（内閣府）

- ・激甚災害指定基準.
- ・局地激甚災害指定基準.
- ・激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律施行令.

⑧漁業災害補償法（昭和 39 年法律第 158 号）（農林水産省）

⑨防災のための集団移転促進事業に係る国の財政上の特別措置等に関する法律（昭和 47 年法律第 132 号）（国土交通省）

- ・防災のための集団移転促進事業に係る国の財政上の特別措置等に関する法律施行令.
- ・防災のための集団移転促進事業に係る国の財政上の特別措置等に関する法律施行規則.

⑩災害弔慰金の支給等に関する法律（昭和 48 年法律第 82 号）（厚生労働省）

- ・災害弔慰金の支給等に関する法律施行令.

⑪被災市街地復興特別措置法（平成 7 年法律第 14 号）（国土交通省）

⑫被災区分所有建物の再建等に関する特別措置法（平成 7 年法律第 43 号）（法務省）

⑬特定非常災害の被害者の権利利益の保全等を図るための特別措置に関する法律（平成 8 年法律第 85 号）（内閣府，総務省，法務省，国土交通省）

⑭被災者生活再建支援法（平成 10 年法律第 66 号）（内閣府）

- ・被災者生活再建支援法施行令.
- ・被災者生活再建支援法施行規則.

⑮株式会社日本政策金融公庫法（平成 19 年法律第 57 号）（財務省，農林水産省，経済産業省）

5) 組織関係

- ① 消防組織法（昭和 22 年法律第 226 号）（消防庁）
- ② 海上保安庁法（昭和 23 年法律第 28 号）（海上保安庁）
- ③ 警察法（昭和 29 年法律第 162 号）（警察庁）
- ④ 自衛隊法（昭和 29 年法律第 165 号）（防衛省）
※ 施行令、施行規則の記載がある法令は、引用・参考資料 3) のアドレスから条文にアクセスできる。

【文献】

- 1) 防災白書（平成 22 年版）内閣府, <http://www.bousai.go.jp/hakusho/h22/index.htm>
- 2) 防災白書（平成 22 年版） 附属資料 4 災害対策に関する主な法律の一覧, http://www.bousai.go.jp/hakusho/h22/bousai2010/html/honbun/2b_fuzoku_siryu_04.htm
- 3) 内閣府 災害対策関係法律, <http://www.bousai.go.jp/jishin/law/>

(原田浩美)

B 自治体・国との連携：対応できる諸機関の窓口一覧

POINT

- ◆ 発災時には、自治体からのニーズに合わせたリハ支援を行うためにも、平時からの連携が重要となる。
- ◆ 各団体の自治体支部を通し、緊急時を想定した対応を定めておくことが望ましい。

- ・ 災害後の病院・施設・診療所・避難所・自宅においては、それぞれに必要としている支援は異なり、被災地、被災者及び関係者のニーズをできるだけ早く正確に把握する必要がある。
- ・ ただし、自治体（都道府県市区町村）や国の窓口も災害が起こった時点で緊急対応となることが多く、正確なニーズを収集することも困難と

なる。そのため、各団体の自治体支部を通じた平時からの連携を行い、緊急時を想定した対応を定めておくことが望ましい。

- ・ 自治体・国等の災害及び支援対策窓口一覧を表 VII-1~6 に示す。

(原田浩美・水上直彦)

表Ⅷ-1 指定行政機関の指定（平成 21 年 8 月 28 日内閣府告示第 344 号）

行政機関名	郵便番号	住所	電話番号	URL	主な内容
内閣府	100-8969	千代田区霞が関 1-2-2	03-5253-2111	http://www.cao.go.jp/	義援金窓口、震災対応等
国家公安委員会	100-8974	東京都千代田区霞ヶ関 2 丁目 1 番 2 号	03-3581-0141	http://www.npsc.go.jp/	各県の被害状況、警察の活動状況等
警察庁	100-8974	東京都千代田区霞が関 2 丁目 1 番 2 号	03-3581-0141	http://www.npa.go.jp/	
金融庁	100-8967	東京都千代田区霞が関 3-2-1 中央合同庁舎第 7 号館	03-3506-6000	http://www.fsa.go.jp/	金融上の措置等
消費者庁	100-6178	東京都千代田区永田町 2-11-1 山王パークタワー	03-3507-8800	http://www.caa.go.jp/	生活関連物資、食の安全に関する情報等
総務省	100-8926	東京都千代田区霞が関 2-1-2 中央合同庁舎第 2 号館	03-5253-5111	http://www.soumu.go.jp/	電話、テレビ・ラジオ等被害状況等
消防庁	100-8927	東京都千代田区霞が関 2-1-2	03-5253-5111	http://www.fdma.go.jp/	被害状況等
法務省	100-8977	東京都千代田区霞が関 1-1-1	03-3580-4111	http://www.moj.go.jp/	登記・戸籍、入国管理関係情報等
外務省	100-8919	東京都千代田区霞が関 2-2-1	03-3580-3311	http://www.mofa.go.jp/	世界各国からの緊急支援、お見舞い等
財務省	100-8940	東京都千代田区霞が関 3-1-1	03-3581-4111	http://www.mof.go.jp/	国税、関税の申告・納付等の期間延長
文部科学省	100-8959	東京都千代田区霞が関 3 丁目 2 番 2 号	03-5253-4111	http://www.mext.go.jp/	学校における被害情報等
文化庁	100-8959	東京都千代田区霞が関 3 丁目 2 番 2 号	03-5253-4111	http://www.bunka.go.jp/	重要文化財等
厚生労働省	100-8916	東京都千代田区霞が関 1-2-2	03-5253-1111	http://www.mhlw.go.jp/	医療・福祉・健康影響等
農林水産省	100-8950	東京都千代田区霞が関 1-2-1	03-3502-8111	http://www.maff.go.jp/	食料・飲料支援、情報提供等
経済産業省	100-8901	東京都千代田区霞が関 1-3-1	03-3501-1511	http://www.meti.go.jp/	生活物資、原子力施設等
資源エネルギー庁	100-8931	東京都千代田区霞が関 1 丁目 3 番地 1 号	03-3501-1511	http://www.enecho.meti.go.jp/	
原子力安全・保安院	100-8986	東京都千代田区霞が関 1-3-1	03-3501-1511	http://www.nisa.meti.go.jp/	
中小企業庁	100-8912	東京都千代田区霞が関一丁目 3 番 1 号	03-3501-1511	http://www.chusho.meti.go.jp/	
国土交通省	100-8918	東京都千代田区霞が関 2-1-3	03-5253-8111	http://www.mlit.go.jp/	交通状況、地図の情報等
国土地理院	305-0811	茨城県つくば市北郷 1 番	029-864-1111	http://www.gsi.go.jp/	
気象庁	100-8122	東京都千代田区大手町 1-3-4	03-3212-8341	http://www.jma.go.jp/	地震活動等
海上保安庁	100-8918	東京都千代田区霞が関 2-1-3	03-3591-6361	http://www.kaiho.mlit.go.jp/	航行情報等
環境省	100-8975	東京都千代田区霞が関 1-2-2 中央合同庁舎 5 号館	03-3581-3351	http://www.env.go.jp/	災害廃棄物処理等
防衛省	162-8801	東京都新宿区市谷本村町 5-1	03-5366-3111	http://www.mod.go.jp/	自衛隊の活動等

表Ⅷ-2 指定地方行政機関の指定（平成 19 年 10 月 1 日内閣府告示第 634 号）

行政機関名	郵便番号	住所	電話番号	URL
沖縄総合事務局	900-0006	沖縄県那覇市おもろまち 2 丁目 1 番 1 号 那覇第 2 地方合同庁舎 2 号館	098-866-0031	http://www.ogb.go.jp/
管区警察局		※警察庁 HP トップより、各管区警察局にリンク		http://www.npa.go.jp/
東北管区警察局	980-8408	仙台市青葉区本町三丁目 3 番 1 号	022-221-7181	http://www.tohoku.npa.go.jp/
関東管区警察局	330-9726	埼玉県さいたま市中央区新都心 2 番地 1 さいたま新都心合同庁舎 2 号館	048-600-6000	http://www.kanto.npa.go.jp/
中部管区警察局	460-0001	愛知県名古屋市中区三の丸 2 丁目 1 番 1 号	052-951-6000	http://www.chubu.npa.go.jp/
近畿管区警察局	540-0008	大阪市中央区大手前 2 丁目 1 番 22 号	06-6944-1234	http://www.kinki.npa.go.jp/top.html
中国管区警察局	730-0012	広島県広島市中区上八丁堀 6 番 30 号 (広島合同庁舎 1 号館)	082-228-6411	http://www.chugoku.npa.go.jp/
四国管区警察局	760-0008	香川県高松市中野町 19 番 7 号	087-833-2111	http://www.shikoku.npa.go.jp/
九州管区警察局	812-8573	福岡市博多区東公園 7 番 7 号 福岡県警察本部庁舎内	092-622-5000	http://www.kyushu.npa.go.jp/
北海道警察	060-8520	札幌市中央区北 2 条西 7 丁目	011-251-0110	http://www.police.pref.hokkaido.lg.jp/
※管区警察局に属さない				
警視庁	100-8929	東京都千代田区霞が関 2 丁目 1 番 1 号	03-3581-4321	http://www.keishicho.metro.tokyo.jp/
※管区警察局に属さない				
総合通信局		※総務省 HP より、各総合通信局にリンク		http://www.tele.soumu.go.jp/j/material/commtab1.htm
北海道総合通信局	060-8795	札幌市北区北 8 条西 2 丁目 1-1 札幌第 1 合同庁舎	011-709-2311	http://www.soumu.go.jp/soutsu/hokkaido/
東北総合通信局	980-8795	宮城県仙台市青葉区本町 3 丁目 2-23 仙台第 2 合同庁舎内	022-221-0605	http://www.soumu.go.jp/soutsu/tohoku/
関東総合通信局	102-8795	東京都千代田区九段南 1-2-1 (九段第 3 合同庁舎)	03-6238-1600	http://www.soumu.go.jp/soutsu/kanto/
信越総合通信局	380-8795	長野県長野市旭町 1108	026-234-9963	http://www.soumu.go.jp/soutsu/shinetsu/
東海総合通信局	461-8795	愛知県名古屋市中区東区白壁 1-15-1 合同庁舎第 3 号館	052-971-9105	http://www.soumu.go.jp/soutsu/tokai/
北陸総合通信局	920-8795	石川県金沢市広坂 2-2-60	076-233-4405	http://www.soumu.go.jp/soutsu/hokuriku/
近畿総合通信局	540-8795	大阪市中央区大手前 1 丁目 5 番 44 号 大阪合同庁舎第 1 号館 4 階	06-6942-8502	http://www.soumu.go.jp/soutsu/kinki/

表Ⅷ-2の続き

行政機関名	郵便番号	住所	電話番号	URL
中国総合通信局	730-8795	広島県広島市中区東白島町 19-36	082-222-3314	http://www.soumu.go.jp/soutsu/chugoku/
四国総合通信局	790-8795	愛媛県松山市宮田町 8-5	089-936-5010	http://www.soumu.go.jp/soutsu/shikoku/
九州総合通信局	860-8795	熊本市春日 2 丁目 10 番 1 号 熊本地方合同庁舎 (A 棟)11 階～12 階	096-326-7811	http://www.soumu.go.jp/soutsu/kyushu/
沖縄総合通信事務所	900-8795	沖縄県那覇市東町 26-29-4F	098-865-2300	http://www.soumu.go.jp/soutsu/okinawa/
地方財務局		※財務省 HP より、各地方財務局へリンク		http://www.mof.go.jp/about_mof/zaimu/zaimu.htm
北海道財務局	060-8579	札幌市北区北 8 条西 2 丁目 札幌第 1 合同庁舎	011-709-2311	http://hokkaido.mof.go.jp/
東北財務局	980-8436	宮城県仙台市青葉区本町 3-3-1 仙台合同庁舎	022-263-1111	http://tohoku.mof.go.jp/
関東財務局	330-9716	さいたま市中央区新都心 1 番地 1 さいたま新都心合同庁舎 1 号館	048-600-1111	http://kantou.mof.go.jp/
北陸財務局	921-8508	石川県金沢市新神田 4 丁目 3 番 10 号	076-292-7860	http://hokuriku.mof.go.jp/
東海財務局	460-8521	名古屋市中区三の丸三丁目 3 番 1 号	052-951-1772	http://tokai.mof.go.jp/
近畿財務局	540-8550	大阪市中央区大手前 4 丁目 1-76 (大阪合同庁舎 4 号館)	06-6949-6390	http://kinki.mof.go.jp/
中国財務局	730-8520	広島市中区上八丁堀 6-30	082-221-9221	http://chugoku.mof.go.jp/
四国財務局	760-8550	高松市中野町 26 番 1 号	087-831-2131	http://shikoku.mof.go.jp/
福岡財務支局	812-0013	福岡市博多区博多駅東 2 丁目 11 番 1 号 (福岡合同庁舎 4 階)	092-411-7281	http://fukuoka.mof.go.jp/
九州財務局	860-8585	熊本市春日 2 丁目 10 番 1 号	096-353-6351	http://kyusyu.mof.go.jp/
水戸原子力事務所	310-0054	茨城県水戸市愛宕町 4-1	029-224-3830	
地方厚生局		※厚生労働省 HP より、各地方厚生局へリンク		http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/
北海道厚生局	060-0808	北海道札幌市北区北 8 条西 2 丁目 1 番 1 号 札幌第 1 合同庁舎 8 階	011-709-2311	http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/
東北厚生局	980-8426	仙台市青葉区花京院 1-1-20 花京院スクエア 21F	022-726-9260	http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/
関東信越厚生局	330-9713	埼玉県さいたま市中央区新都心 1 番地 1 さいたま新都心合同庁舎 1 号館 7F	048-740-0711	http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/
東海北陸厚生局	461-0011	愛知県名古屋市中区白壁 1-15-1 名古屋合同庁舎第 3 号館 3 階	052-971-8831	http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/
近畿厚生局	541-8556	大阪市中央区大手前 4 丁目 1 番 76 号 大阪合同庁舎第 4 号館 3 階	06-6942-2241	http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/
中国四国厚生局	730-0012	広島県広島市中区上八丁堀 6-30 広島合同庁舎 4 号館 2 階	082-223-8181	http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/chugokushikoku/
四国厚生支局	760-0019	香川県高松市サンポート 3 番 33 号 高松サンポート合同庁舎 4 階	087-851-9565	http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/shikoku/
九州厚生局	812-0011	福岡市博多区博多駅前 3 丁目 2 番 8 号 住友生命博多ビル 4F	092-707-1115	http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/
都道府県労働局		※各都道府県労働局の所在地、連絡先へのリンク		http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shozaiannai/roudoukyoku/index.html
地方農政局		※農林水産省 HP より各地方農政局へリンク		http://www.maff.go.jp/j/org/outline/dial/kyoku.html
北海道農政事務所	060-0004	札幌市中央区北 4 条西 17 丁目 19-6	011-642-5461	http://www.maff.go.jp/hokkaido/
東北農政局	980-0014	仙台市青葉区本町三丁目 3 番 1 号	022-263-1111	http://www.maff.go.jp/tohoku/
関東農政局	330-9722	さいたま市中央区新都心 2-1 さいたま新都心合同庁舎 2 号館	048-600-0600	http://www.maff.go.jp/kanto/
北陸農政局	920-8566	金沢市広坂 2 丁目 2 番 60 号	076-263-2161	http://www.maff.go.jp/hokuriku/
東海農政局	460-8516	名古屋市中区三の丸 1-2-2	052-201-7271	http://www.maff.go.jp/tokai/
近畿農政局	602-8054	京都市上京区西洞院通下長者町下丁子風呂町	075-451-9161	http://www.maff.go.jp/kinki/
中国四国農政局	700-8532	岡山市北区下石井 1 丁目 4 番 1 号	086-224-4511	http://www.maff.go.jp/chushi/
九州農政局	860-8527	熊本市春日 2 丁目 10 番 1 号	096-211-9111	http://www.maff.go.jp/kyusyu/
地方森林管理局		※農林水産省 HP より各地方森林管理局へリンク		http://www.maff.go.jp/j/link/sinkan.html
北海道森林管理局	064-8537	北海道札幌市中央区宮の森 3 条 7 丁目 70 番	011-622-5213	http://www.rinya.maff.go.jp/hokkaido/
東北森林管理局	010-8550	秋田県秋田市中通 5 丁目 9 番 16 号	018-836-2014	http://www.rinya.maff.go.jp/tohoku/
関東森林管理局	371-8508	群馬県前橋市岩神町 4-16-25	027-210-1155	http://www.rinya.maff.go.jp/kanto/
中部森林管理局	380-8575	長野県長野市大字栗田 715-5	026-236-2720	http://www.rinya.maff.go.jp/chubu/
近畿中国森林管理局	530-0042	大阪府大阪市北区天満橋 1 丁目 8 番 75 号	050-3160-6700	http://www.rinya.maff.go.jp/kinki/
四国森林管理局	780-8528	高知県高知市丸ノ内 1-3-30	088-821-2210	http://www.rinya.maff.go.jp/shikoku/
九州森林管理局	860-0081	熊本県熊本市京町本丁 2-7	096-328-3500	http://www.rinya.maff.go.jp/kyusyu/
経済産業局		※各経済産業局へのリンク		http://www.meti.go.jp/network/data/b100001j.html
産業保安監督部		※原子力安全・保安院 HP より各産業保安監督部へのリンク		http://www.nisa.meti.go.jp/
那覇産業保安監督事務所				//
地方整備局		※国土交通省 HP より各地方整備局へのリンク		http://www.mlit.go.jp/about/chihoseibi.html
北海道開発局	060-8511	札幌市北区北 8 条西 2 丁目 第 1 合同庁舎	011-709-2311	http://www.hkd.mlit.go.jp/
地方運輸局		※国土交通省 HP より各地方運輸局へのリンク		http://www.mlit.go.jp/about/chihounyu.html

表Ⅲ-2 の続き

行政機関名	郵便番号	住所	電話番号	URL
地方航空局		※国土交通省 HP より各地方航空局へのリンク		http://www.mlit.go.jp/about/chihokoku.html
東京航空局	102-0074	東京都千代田区九段南 1-1-15 九段第 2 合同庁舎	03-5275-9292	http://www.cab.mlit.go.jp/tcab/
大阪航空局	540-8559	大阪府大阪市中央区大手前 4-1-76 大阪合同庁舎第四号館	06-6949-6211	http://ocab.mlit.go.jp/top/
管区气象台		※気象庁 HP より、各管区气象台等へのリンク		http://www.jma.go.jp/jma/kishou/link/link1.html
札幌管区气象台	060-0002	札幌市中央区北 2 条西 18 丁目 2	011-611-6127	http://www.jma-net.go.jp/sapporo/
仙台管区气象台	983-0842	仙台市宮城野区五輪一丁目 3 番 15 号 仙台第 3 合同庁舎	022-297-8100	http://www.jma-net.go.jp/sendai/
東京管区气象台	100-0004	東京都千代田区大手町 1-3-4	03-3212-8341	http://www.jma-net.go.jp/tokyo/
大阪管区气象台	540-0008	大阪市中央区大手前 4-1-76 大阪合同庁舎第 4 号館	06-6949-6307	http://www.jma-net.go.jp/osaka/
福岡管区气象台	810-0052	福岡市中央区大濠 1 丁目 2-36	092-725-3601	http://www.jma-net.go.jp/fukuoka/
沖縄气象台	900-8517	沖縄県那覇市樋川 1-15-15 那覇第一地方合同庁舎	098-833-4281	http://www.jma-net.go.jp/okinawa/
管区海上保安本部		※海上保安庁 HP より第 1~11 管区海上保安部へのリンク		http://www.kaiho.mlit.go.jp/syukai/kanku/index.htm
地方環境事務所		※各地方環境事務所へのリンク		http://www.env.go.jp/region/
地方防衛局		※防衛省・自衛隊 HP より各地方防衛局及び防衛事務所へのリンク		http://www.mod.go.jp/rdb/index.html

表Ⅲ-3 自治体・国等の災害及び支援対応窓口一覧

都道府県庁	郵便番号	住所	電話番号	防災対策関連部署・電話番号	URL
北海道	060-8588	札幌市中央区北 3 条西 6 丁目	011-231-4111 (大代表)	総務部危機対策局危機対策課： 011-204-5008	http://www.pref.hokkaido.lg.jp
青森	030-8570	青森県青森市長島一丁目 1-1	017-722-1111 (大代表)	防災グループ： 017-734-9088・9089	http://www.pref.aomori.lg.jp
岩手	020-8570	岩手県盛岡市内丸 10 番 1 号	019-651-3111 (総合案内)	保健福祉部医療推進課医療担当： 019-629-5487	http://www.pref.iwate.jp
宮城	980-8570	仙台市青葉区本町 3 丁目 8-1	022-211-2111	(防災)総務部危機対策課：022-211-2375 (支援)保健福祉部健康推進課：022-211-2624	http://www.pref.miyagi.jp
秋田	010-8570	秋田市山王 4 丁目 1 番 1 号	018-860-1111	秋田県総務部総合防災課： 018-860-4563	http://www.pref.akita.lg.jp
山形	990-8570	山形市松波 2 丁目 8 番 1 号	023-630-2211 (代表)	環境エネルギー一部危機管理・ くらし安心局危機管理課： 023-630-2231・2255	http://www.pref.yamagata.jp
福島	960-8670	福島県福島市杉妻町 2-16	024-521-1111 (代表)	環境部災害対策課：024-521-7194 保健福祉部高齢福祉課：024-521-7163	http://www.cms.pref.fukushima.jp
東京	163-8001	東京都新宿区西新宿 2-8-1	03-5321-1111 (代表)	福祉保健局医療政策部救急災害 医療課：03-5320-4445	http://www.metro.tokyo.jp
神奈川	231-8588	神奈川県横浜市中区日本大通 1	045-210-1111 (代表)	保健福祉局保健医療部健康危機 管理課：045-210-4634	http://www.pref.kanagawa.jp
埼玉	330-9301	さいたま市浦和区高砂 3-15-1	048-824-2111 (代表)	消防防災課： 048-830-8181	http://www.pref.saitama.lg.jp
千葉	260-8667	千葉市中央区市場町 1-1	043-223-2110 (代表)	千葉県健康福祉部障害福祉課： 043-223-2338	http://www.pref.chiba.lg.jp/
茨城	310-8555	茨城県水戸市笠原町 978 番 6	029-301-1111 (代表)	生活環境部防災・危機管理課： 029-301-2885	http://www.pref.ibaraki.jp
栃木	320-8501	栃木県宇都宮市塙田 1-1-20	028-623-2323 (代表)	消防防災課 危機管理・災害 対策室：028-623-2136	http://www.pref.tochigi.lg.jp
群馬	371-8570	前橋市大手町 1-1-1	027-223-1111 (代表)	総務部危機管理室： 027-226-2255	http://www.pref.gunma.jp
新潟	950-8570	新潟市中央区新光町 4 番地 1	025-285-5511 (代表)	福祉保健課企画統計係： 025-280-5175	http://www.pref.niigata.lg.jp
富山	930-8501	富山市新総曲輪 1 番 7 号	076-431-4111 (代表)	防災・危機管理課： 076-444-9670	http://www.pref.toyama.jp
石川	920-8580	石川県金沢市靉月 1 丁目 1 番地	076-225-1111 (代表)	危機対策課： 076-225-1482	http://www.pref.ishikawa.lg.jp
福井	910-8580	福井市大手 3 丁目 17 番 1 号	0776-21-1111 (代表)	危機対策・防災課： 0776-20-0308	http://www.pref.fukui.jp
山梨	400-8501	山梨県甲府市丸の内 1-6-1	055-237-1111 (代表)	防災危機管理： 055-223-1432	http://www.pref.yamanashi.jp
長野	380-8570	長野市大字南長野字幅下 692-2	026-232-0111 (代表)	危機管理部消防課： 026-235-7182	http://www.pref.nagano.jp
岐阜	500-8570	岐阜市藪田南 2 丁目 1 番 1 号	058-272-1111 (代表)	防災課 (内線：2746) 健康福祉政策課 (内線：2516)	http://www.pref.gifu.lg.jp

表Ⅷ-3の続き

都道府県庁	郵便番号	住所	電話番号	防災対策関連部署・電話番号	URL
静岡	420-8601	静岡県静岡市葵区追手町9番6号	054-221-2455 (案内)	危機管理部危機政策課： 054-221-2456	http://www.pref.shizuoka.jp
愛知	460-8501	名古屋市中区三の丸三丁目1番2号	052-961-2111 (代表)	健康福祉部健康担当局医務 国保課：052-954-6628	http://www.pref.aichi.jp
三重	514-8570	三重県津市広明町13	059-224-3070 (案内)	防災対策部災害対策課： 059-224-2189	http://www.pref.mie.lg.jp
滋賀	520-8577	大津市京町四丁目1番1号	077-528-3993 (総合案内)	滋賀県防災危機管理局： 077-528-3431	http://www.pref.shiga.lg.jp
京都	602-8570	京都市上京区下立売通新町西入敷ノ内町	075-451-8111 (代表)	府民生活部 防災・原子力安全課： 075-414-4466	http://www.pref.kyoto.jp
大阪	540-8570	大阪市中央区大手前2丁目	06-6941-0351 (代表)	危機管理室 消防防災課： 内線 4880・4886	http://www.pref.osaka.jp
兵庫	650-8567	神戸市中央区下山手通5丁目10番1号	078-341-7711 (代表)	企画県民部災害対策局災害対策 課：078-362-9988	http://web.pref.hyogo.jp
奈良	630-8501	奈良市登大路町30	0742-22-1101 (代表)	防災統括室： 0742-27-8425	http://www.pref.nara.jp
和歌山	640-8585	和歌山市小松原通1-1	073-432-4111	総合防災課： 073-441-2271	http://www.pref.wakayama.lg.jp
鳥取	680-8570	鳥取市東町1丁目220	0857-26-7111	危機管理政策課： 0857-26-7064	http://www.pref.tottori.lg.jp/
島根	690-8501	島根県松江市殿町1番地	0852-22-5111 (代表)	総務部消防防災課： 0852-22-5885	http://www.pref.shimane.lg.jp
岡山	700-8570	岡山市北区内山下2丁目4番6号	086-224-2111 (案内)	保健福祉部医療推進課： 086-226-7084	http://www.pref.okayama.jp
広島	730-8511	広島県広島市中区基町10-52	082-228-2111 (代表)	総務部危機管理課(代表)： 082-511-6720	http://www.pref.hiroshima.lg.jp
山口	753-8501	山口県山口市滝町1番1号	083-922-3111 (代表)	総務部防災危機管理室： 083-933-2360	http://www.pref.yamaguchi.jp
徳島	770-8570	徳島市万代町1丁目1番地	088-621-2500 (代表)	保健福祉部保健福祉政策課： 088-621-2165	http://www.pref.tokushima.jp
香川	760-8570	香川県高松市番町4-1-10	087-831-1111 (代表)	香川県健康福祉部健康福祉 総務課：087-832-3273	http://www.pref.kagawa.jp
愛媛	790-8570	愛媛県松山市一番町4丁目4-2	089-941-2111 (代表)	保健福祉部管理局医療対策課： 089-912-2445	http://www.pref.ehime.jp
高知	780-8570	高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号	088-823-1111 (代表)	健康政策部医療政策医師確保課 (医療救護に関すること)： 088-823-9667	http://www.pref.kochi.lg.jp
福岡	812-8577	福岡市博多区東公園7番7号	092-651-1111 (代表)	総務部防災危機管理局防災 企画課：092-643-3112	http://www.pref.fukuoka.lg.jp
佐賀	840-8570	佐賀市内1丁目1-59	0952-24-2111 (代表)	統括本部消防防災課： 0952-25-7026	http://www.pref.saga.lg.jp
長崎	850-8570	長崎市江戸町2-13	095-824-1111 (代表)	危機管理課： 095-824-3597	http://www.pref.nagasaki.jp
熊本	862-8570	熊本市水前寺6丁目18番1号	096-383-1111 (代表)	危機管理防災課 対策班： 096-333-2115	http://www.pref.kumamoto.jp
大分	870-8501	大分市大手町3丁目1番1号	097-536-1111 (代表)	防災危機管理課防災企画班： 097-506-3067	http://www.pref.oita.lg.jp
宮崎	880-8501	宮崎市橘通東二丁目10番1号	0985-26-7111 (案内)	危機管理課 防災企画担当： 0985-26-7066	http://www.pref.miyazaki.lg.jp
鹿児島	890-8577	鹿児島県鹿児島市鴨池新町10番1号	099-286-2111 (代表)	危機管理防災課： 099-286-2256	http://www.pref.kagoshima.jp
沖縄	900-8570	沖縄県那覇市泉崎1-2-2	098-866-2333 (代表)	防災危機管理課： 098-866-2143	http://www.pref.okinawa.lg.jp
派遣連絡窓口					URL
防衛省 自衛隊	各都道府県別陸海空自衛隊の所在地、及び窓口電話番号が確認できるようにしている			http://www.mod.go.jp/ http://www.mod.go.jp/j/approach/defense/saigai/pdf/madoguchi.pdf	
障害のある子ども					URL
文部科学省	初等中等教育局特別支援教育課：03-5253-4111 (内線 3193)			http://www.mext.go.jp/	
国立障害者リハビリテーションセンター	全国の発達障害者支援センター一覧：住所・電話番号が確認できるようにしている			http://www.rehab.go.jp/ddis/相談窓口の情報/発達障害者支援センター・一覧/	
障害支援					URL
厚生労働省	社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課：03-3595-2528 精神・障害保健課：03-3595-2307 全国の精神保健福祉センター一覧：住所・電話番号が確認でき、ホームページにアクセスできるようにしている			http://www.mhlw.go.jp/ http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/mhcenter.html	

表Ⅷ-3の続き

その他	URL
内閣府	http://www.cao.go.jp/ http://www.bousai.go.jp/fukkou/kakusyuseido_tsuiujiou.pdf
独立行政法人 福祉医療機構	被災者支援に関する各種制度の概要：経済・生活・住まい・事業・地域等各種支援・相談についての情報及び問い合わせ方法についての一覧、及び一部の相談窓口の記載がある 平成 23 年東日本大震災に関する特別相談窓口 http://hp.wam.go.jp/home/topics_list/20110317/tabid/951/Default.aspx

表Ⅷ-4 指定公共機関の指定（平成 20 年 6 月 24 日内閣府告示第 240 号）

公共機関名	郵便番号	住所	電話番号	URL
独立行政法人防災科学技術研究所	305-0006	茨城県つくば市天王台 3-1	029-851-1611	http://www.bosai.go.jp/
独立行政法人放射線医学総合研究所	263-8555	千葉県千葉市稲毛区穴川 4 丁目 9 番 1 号	043-251-2111	http://www.nirs.go.jp/index.shtml
独立行政法人日本原子力研究開発機構	319-1184	茨城県那珂郡東海村村松 4 番地 49	029-282-1122	http://www.jaea.go.jp/
独立行政法人国立病院機構	152-8621	東京都目黒区東が丘 2 丁目 5 番 21 号	03-5712-5050	http://www.hosp.go.jp/
独立行政法人農業・食品産業技術総合研究機構	305-8517	茨城県つくば市観音台 3-1-1	029-838-8481	http://www.naro.affrc.go.jp/
独立行政法人森林総合研究所	305-8687	茨城県つくば市松の里	029-873-3211	http://www.ffpri.affrc.go.jp/
独立行政法人水産総合研究センター	220-6115	神奈川県横浜市西区みなとみらい 2-3-3 クイーンズタワー B 15 階	045-227-2600	http://www.fra.affrc.go.jp/
独立行政法人土木研究所	305-8516	茨城県つくば市南原 1 番地 6	029-879-6700	http://www.pwri.go.jp/
独立行政法人建築研究所	305-0802	茨城県つくば市立原 1 番地	029-864-2151	http://www.kenken.go.jp/
独立行政法人海上技術安全研究所	181-0004	東京都三鷹市新川 1 6-38-1	0422-41-3013	http://www.nmri.go.jp/
独立行政法人港湾空港技術研究所	239-0826	神奈川県横浜須賀市長瀬 3 丁目 1 番 1 号	046-844-5010	http://www.pari.go.jp/
独立行政法人水資源機構	330-6008	埼玉県さいたま市中央区新都心 11 番地 2	048-600-6500	http://www.water.go.jp/
独立行政法人日本高速道路保有・債務返済機構	105-0003	東京都港区西新橋二丁目 8 番 6 号 住友不動産日比谷ビル 7 階		http://www.jehdra.go.jp/
日本銀行	103-8660	東京都中央区日本橋本石町 2-1-1	03-3279-1111	http://www.boj.or.jp/
日本赤十字社	105-8521	東京都港区芝大門 1-1-3	03-3438-1311	http://www.jrc.or.jp/
日本放送協会	150-8001	東京都渋谷区神南 2-2-1	03-3465-1111	http://www.nhk.or.jp/
東日本高速道路株式会社	100-8979	東京都千代田区霞が関三丁目 3 番 2 号	03-3506-0111	http://www.e-nexco.co.jp/
首都高速道路株式会社	100-8930	東京都千代田区霞が関 1-4-1	03-3502-7311	http://www.shuto.co.jp/
中日本高速道路株式会社	460-0003	名古屋市中区錦 2-18-19 三井住友銀行名古屋ビル	052-222-1620	http://www.c-nexco.co.jp/
西日本高速道路株式会社	530-0003	大阪市北区堂島 1-6-20 堂島アバンザ	06-6344-4000	http://www.w-nexco.co.jp/
阪神高速道路株式会社	541-0056	大阪市中央区久太郎町 4-1-3	06-6576-1484	http://www.hanshin-exp.co.jp/
本州四国連絡高速道路株式会社	651-0088	兵庫県神戸市中央区小野柄通 4-1-22 アーバンエース三宮ビル	078-291-1000	http://www.jb-honshi.co.jp/
成田国際空港株式会社	282-8601	千葉県成田市成田国際空港内	0476-34-5400	http://www.naa.jp/jp/
関西国際空港株式会社	549-8501	大阪府泉佐野市泉州空港北 1 番地 関西国際空港会社ビル	072-455-2103	http://www.kansai-airport.or.jp/
中部国際空港株式会社	479-8701	愛知県常滑市セントレア 1 丁目 1 番地	0569-38-7777	http://www.cjiac.co.jp/kaisha/
北海道旅客鉄道株式会社	060-8644	北海道札幌市中央区北 11 条西 15 丁目 1-1		http://www.jrhokkaido.co.jp/
東日本旅客鉄道株式会社	151-8578	東京都渋谷区代々木二丁目 2 番 2 号		http://www.jreast.co.jp/
東海旅客鉄道株式会社	450-6101	愛知県名古屋市中村区名駅一丁目 1 番 4 号 JR セントラルタワー		http://jr-central.co.jp/
西日本旅客鉄道株式会社	530-8341	大阪市北区芝田二丁目 4 番 24 号		http://www.westjr.co.jp/
四国旅客鉄道株式会社	760-8580	香川県高松市浜ノ町 8-33	087-825-1626	http://www.jr-shikoku.co.jp/
九州旅客鉄道株式会社	812-856	福岡市博多区博多駅前 3 丁目 25 番 21 号	092-474-2501	http://www.jrkyushu.co.jp/
日本貨物鉄道株式会社	151-0051	東京都渋谷区千駄ヶ谷五丁目 33 番 8 号 サウスゲート新宿		http://www.jrfreight.co.jp/
日本電信電話株式会社	100-8116	東京都千代田区大手町二丁目 3 番 1 号		http://www.ntt.co.jp/
東日本電信電話株式会社	163-8019	東京都新宿区西新宿 3-19-2	03-5359-5111	http://www.ntt-east.co.jp/
西日本電信電話株式会社	540-8511	大阪府大阪市中央区馬場町 3 番 15 号		http://www.ntt-west.co.jp/
郵便事業株式会社	100-8798	東京都千代田区霞が関一丁目 3 番 2 号	03-3504-4411	http://www.post.japanpost.jp/
郵便局株式会社	100-8798	東京都千代田区霞が関一丁目 3 番 2 号	03-3504-4411	http://www.jp-network.japanpost.jp/
東京瓦斯株式会社	105-8527	東京都港区海岸 1-5-20		http://www.tokyo-gas.co.jp/
大阪瓦斯株式会社	541-0046	大阪市中央区平野町四丁目 1 番 2 号		http://www.osakagas.co.jp/
東邦瓦斯株式会社	456-8511	名古屋市熱田区桜田町 19 番 18 号		http://www.tohogas.co.jp/
日本通運株式会社	105-8322	東京都港区東新橋 1 丁目 9 番 3 号	03-6251-1111	http://www.nittsu.co.jp/
北海道電力株式会社	060-8677	札幌市中央区大通東 1 丁目 2 番地	011-251-1111	http://www.hepco.co.jp/
東北電力株式会社	980-8550	仙台市青葉区本町一丁目 7 番 1 号		http://www.tohoku-epco.co.jp/
東京電力株式会社	100-8560	東京都千代田区内幸町 1 丁目 1 番 3 号	03-6373-1111	http://www.tepco.co.jp/
北陸電力株式会社	930-8686	富山県富山市牛島町 15 番 1 号	076-441-2511	http://www.rikuden.co.jp/
中部電力株式会社	461-8680	名古屋市中区東新町 1 番地	052-951-8211	http://www.chuden.co.jp/

表Ⅷ-4の続き

公共機関名	郵便番号	住所	電話番号	URL
関西電力株式会社	530-8270	大阪市北区中之島3丁目6番16号	06-6441-8821	http://www.kepco.co.jp/
中国電力株式会社	730-8701	広島県広島市中区小町4-33	082-241-0211	http://www.energia.co.jp/
四国電力株式会社	760-8573	香川県高松市丸の内2番5号	087-821-5061	http://www.yonden.co.jp/
九州電力株式会社	810-8720	福岡県福岡市中央区渡辺通二丁目1番82号	092-761-3031	http://www.kyuden.co.jp/
沖縄電力株式会社	901-2602	沖縄県浦添市牧港五丁目2番1号	098-877-2341	http://www.okiden.co.jp/
電源開発株式会社	104-8165	東京都中央区銀座六丁目15番1号	03-3546-2211	http://www.jpowers.co.jp/
日本原子力発電株式会社	101-0053	東京都千代田区神田美土代町1番地1	03-6371-7400	http://www.japc.co.jp/
KDDI株式会社	102-8460	東京都千代田区飯田橋3丁目10番10号	03-3347-0077	http://www.kddi.com/
株式会社エヌ・ティ・ティ・ドコモ	100-6150	東京都千代田区永田町2丁目11番1号 山王パークタワー	03-5156-1111	http://www.nttdocomo.co.jp/
エヌ・ティ・ティ・コミュニケーションズ株式会社	100-8019	東京都千代田区内幸町1丁目1番6号	03-3500-8111	http://www.ntt.com/

表Ⅷ-5 その他の団体等

公共機関名	郵便番号	住所	電話番号	URL
EOIRC 地球観測研究センター				http://www.eoirc.jaxa.jp/
JICA 国際協力機構				http://www.jica.go.jp/
独立行政法人 国立病院機構災害医療センター	190-0014	東京都立川市緑町3256	042-526-5511	http://www.nho-dmc.jp/
公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会 情報センター	162-0052	東京都新宿区戸山1-22-1		http://www.dinf.ne.jp/
広域災害医療情報システム				http://www.wds.emis.go.jp/ WDTPMMAINLT/WDTPMMAINLT_G01.jsp
全国広域災害救急医療等リンクサイト				http://www.qq.emis.or.jp/index.html

表Ⅷ-6 主なボランティア・NPO・NGO

公共機関名	郵便番号	住所	電話番号	URL
災害ボランティア・データバンク（総務省・消防庁）				http://www.fdma.go.jp/volunteer/vdata_index.html
ピースボート災害ボランティアセンター	169-0075	東京都新宿区高田馬場三丁目13番1号B1	03-3363-7967	http://pbv.or.jp/
NPO 法人 MAKE THE HEAVEN	049-5723	北海道虻田郡洞爺湖町月浦29-194	0142-82-3733	http://maketheheaven.com/
アースデイ東京タワー・ボランティアセンター	105-0011	東京都港区芝公園4-2-8 東京タワー 1F内	090-1712-9215	http://www.edtt311.info/
特定非営利活動法人 ピースウィンズ・ジャパン	102-0074	東京都千代田区九段南4-7-16 市ヶ谷KTビル15階	03-5213-4070	http://www.peace-winds.org.jp
認定NPO法人 ジャパン・プラットフォーム	100-0004	東京都千代田区大手町1-6-1 大手町ビル266区	03-5223-8891	http://www.japanplatform.org/
特定非営利活動法人 ジェン	162-0824	東京都新宿区湯島町2-16 第二東文堂ビル7階	03-5225-9352	http://www.jen-npo.org.jp
特定非営利活動法人 AMDA（アムダ）	700-0013	岡山市北区伊福町3-31-1	086-252-7700	http://amda.or.jp/
認定NPO法人 難民を助ける会	141-0021	東京都品川区上大崎2-12-2 ミズホビル5階	03-5423-4511	http://www.aarjapan.gr.jp/
公益社団法人 Civic Force	102-0074	東京都千代田区九段南4-7-16 市ヶ谷KTビル8階	03-5213-4930	http://www.civic-force.org/
国際NGO ワールドビジョン・ジャパン	169-0073	東京都新宿区百人町1丁目17-8	03-3367-7251	http://www.worldvision.jp/
認定NPO法人 国境なき子どもたち	161-0033	東京都新宿区下落合4-3-22	03-6279-1126	http://www.knk.or.jp/
公益社団法人 日本国際民間協力会（NICCO）	604-8217	京都市中京区六角通新町西入西六角町101	075-241-0681	http://www.kyoto-nicco.org/
NPO法人 ロシナンテス	802-0066	北九州市小倉北区萩崎町9-35	093-922-6470	http://www.rocinantes.org/
特定非営利活動法人 国境なき医師団日本	162-0045	東京都新宿区馬場下町1-1 早稲田SIAビル3階		http://www.msf.or.jp/
公益財団法人 ケア・インターナショナル ジャパン	171-0031	東京都豊島区目白2-2-1 目白カルチャービル5階	03-5950-1335	http://www.careintjp.org/
公益財団法人 プラン・ジャパン	154-8545	東京都世田谷区三軒茶屋2-11-22 サンタワーズ センタービル10F&11F	03-5481-0030	http://www.plan-japan.org/
公益財団法人 日本ユニセフ協会	108-8607	東京都港区高輪4-6-12 ユニセフハウス	03-5789-2011	http://www.unicef.or.jp/
特定非営利活動法人 メドゥッサン・デュ・モンド ジャパン	106-0044	東京都港区東麻布2-6-10 麻布善波ビル2F	03-3585-6436	http://www.mdm.or.jp/
特定非営利活動法人 NPO 事業サポート センター	105-0014	東京都港区芝2丁目8-18 HSビル2階	03-3456-1611	http://www.npo-support.jp/
公益社団法人 日本フィランソロピー協会	100-0004	東京都千代田区大手町2-2-1 新大手町ビル244区	03-5205-7580	http://www.philanthropy.or.jp/
認定NPO法人 市民活動センター神戸 (KEC)	650-0022	神戸市中央区元町通6-7-9 秋毎ビル3階	078-367-3336	http://kobekec.net/
社団法人 アジア協会アジア友の会	550-0002	大阪市西区江戸堀1-2-14 肥後橋官報ビル5階	06-6444-0587	http://www.jafs.or.jp/
特定非営利活動法人 グッドネーパーズ・ ジャパン	113-0033	東京都文京区本郷3丁目17-7 丸尾駐車場ビル2階	03-5848-4633	http://www.gnpj.org/
認定NPO法人 シェア＝国際保健協力市民 の会	110-0015	東京都台東区東上野1-20-6 丸幸ビル5F	03-5807-7581	http://share.or.jp/
特定非営利活動法人 静岡県ボランティア協会	420-0856	静岡県葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館2階	054-255-7357	http://www.chabashira.co.jp/

表Ⅷ-1～6 2012年4月現在

C 東日本大震災を契機につくられた仕組み

POINT

- ◆震災後、多種の医療関連団体が連携を図り、被災地の医療ニーズに対応した支援に取り組んだ。
- ◆主な支援団体として、10団体と被災者健康支援連絡協議会の支援システムについて紹介する。

1) 東日本大震災リハビリテーション支援関連 10団体

構成団体

1	日本リハビリテーション医学会
2	日本理学療法士協会
3	日本作業療法士協会
4	日本語聴覚士協会
5	日本リハビリテーション病院・施設協会
6	全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会
7	全国老人デイ・ケア連絡協議会
8	日本訪問リハビリテーション協会
9	全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会／ 全国地域リハビリテーション研究会
10	日本介護支援専門員協会

関連協力団体

厚生労働省、全国老人保健施設協会、日本プライマリー・ケア連合学会、日本義肢協会、日本医師会

事務局

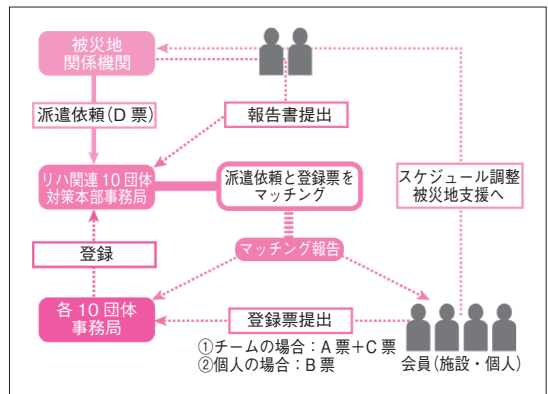
東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体対策本部事務局
〒151-0071 東京都渋谷区本町 3-53-3 初台リハビリテーション病院内

う「統合戦略会議」の3つが有機的に連携しながら、活動を展開する（図ⅩⅡ-1）。

(2) 支援の実績

2011年5月6日～9月30日までの間、石巻市・気仙沼市・双葉町の3カ所に1218人が派遣され支援活動を行った（「派遣活動報告書」（図ⅩⅡ-2）参照）。

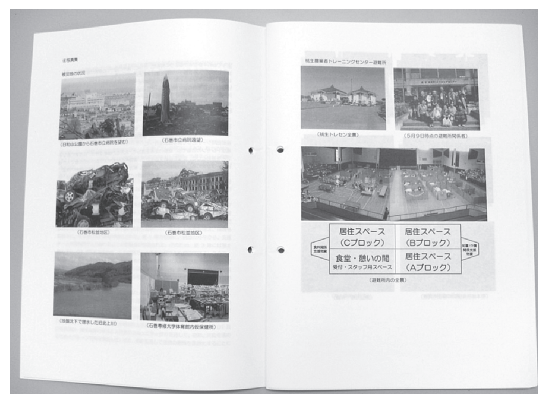
- ・東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体サイト「派遣実績」



図ⅩⅡ-1 登録派遣の流れ¹⁾

(1) 支援のシステム

災害弱者である高齢者、障がい児・者のリハ医療支援、生活支援、廃用症候群・二次障害の予防に向けた取り組みを行う。情報収集・管理、マネジメント、連携調整を担う「合同事務局」、情報・情勢の分析・判断、意思決定のための提言をミッションとする「シンクタンク」、そして、大きな方向性の決定、具体的なアクションの意思決定を行



図ⅩⅡ-2 派遣活動報告書

<http://rehashien10.com/activ.html> を参照。

構成団体

1	日本医師会
2	日本歯科医師会
3	日本薬剤師会
4	日本看護協会
5	全国医学部長病院長会議
6	日本病院会
7	全日本病院協会
8	日本医療法人協会
9	日本精神科病院協会
10	日本栄養士会
11	東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体
12	全国老人保健施設協会
13	日本慢性期医療協会
14	チーム医療推進協議会
	①日本医療社会事業協会 (医療ソーシャルワーカー)
	②日本医療リハビリテーション協会
	③日本栄養士会
	④日本看護協会
	⑤日本救急救命士協会
	⑥日本言語聴覚士協会
	⑦日本作業療法士協会
	⑧日本細胞診断学推進協会細胞検査士会
	⑨日本歯科衛生士会
	⑩日本診療情報管理士会
	⑪日本病院薬剤師会
	⑫日本放射線技師会
	⑬日本理学療法士協会
	⑭日本臨床工学技士会
	⑮日本臨床心理士会
15	日本救急救命士協会
16	日本放射線技師会
17	日本病院薬剤師会
18	日本赤十字社

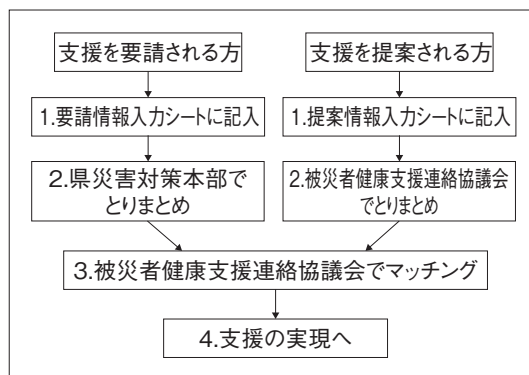
※下線=重複団体

関係省庁

厚生労働省、内閣官房、総務省、文部科学省

顧問

足立信也 参議院議員 梅村 聡 参議院議員



図Ⅻ-3 支援の実現に向けての流れ²⁾ (医療支援のための情報共有サイトより抜粋)

2) 被災者健康支援連絡協議会

(1) 支援のシステム

被災地の医療機関に対して、医師派遣の調整を行うために構築されたもの。

医療機関から各県の災害対策本部に提出され、とりまとめられた支援要請情報について、被災者健康支援連絡協議会が、全国の大学から寄せられた支援提案情報の中から適合する候補のマッチングを行う (図Ⅻ-3)。

(2) 支援の実績

医療支援のための情報共有サイト

<http://shinsai-shien.ncc.go.jp/shien03.html> にて日本病院会、全日本病院協会・日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本栄養士会、全国老人保健施設協会、日本放射線技師会の支援実績が紹介されている。

【文献】

- 1) 東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体サイト, <http://rehashien10.com/feat.html>
- 2) 医療支援のための情報共有サイト, <http://shinsai-shien.ncc.go.jp/index.html>

(内山量史・石川裕治)

D 対応チェックリスト

POINT

◆対応チェックリストは職種別、活動時期別に各学協会で用意しておく必要がある。

- ・職種別の対応チェックリストは各学協会で準備する。
- ・災害対応リハチームとしての対応チェックリストが必要である。
- ・職種独自の対応チェックリストは各学協会で職種の特徴を踏まえた内容で平時に準備しておく必要がある。
- ・チェックリストには、実際に災害が発生した場合に、必要な準備の抜けを防ぎ、かつ迅速に準備状況を把握できるという利点がある。
- ・対応チェックリストは初動時、支援活動開始時、

支援活動安定時、撤収時など、場合を分けて用意しておく必要がある（表ⅩⅦ-7、8）。

【文献】

- 1) 自然災害発生時における医療支援活動マニュアル。平成16年度厚生労働省科学研究費補助金 特別研究事業「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」。
- 2) 阪神・淡路大震災 巡回リハビリテーションチーム活動報告書。阪神・淡路大震災巡回リハビリテーションチーム、平成7年7月。

（立石雅子）

E フローチャート

POINT

◆フローチャートは、時系列的な流れであるとともに、各組織および個人が同時並列で活動を開始できるように示した。

10団体の組織を基に、時系列的に災害フェーズに合わせた流れとして、災害時のフローチャートを示した（図ⅩⅦ-4）。

災害初期においては、10団体対策本部合同事務局に災害対策本部を立ち上げ、各団体の災害対策本部も被災地からの情報収集窓口として立ち上げる。情報の一元化をなすために10団体による総

合戦略会議を早期に行い、災害対策本部へ被災地からの情報を集約させる。

災害フェーズに応じた適切な支援がなされるように各組織の役割も増えるが、情報管理（収集・一元化・配信等）については、継続して行う必要がある。

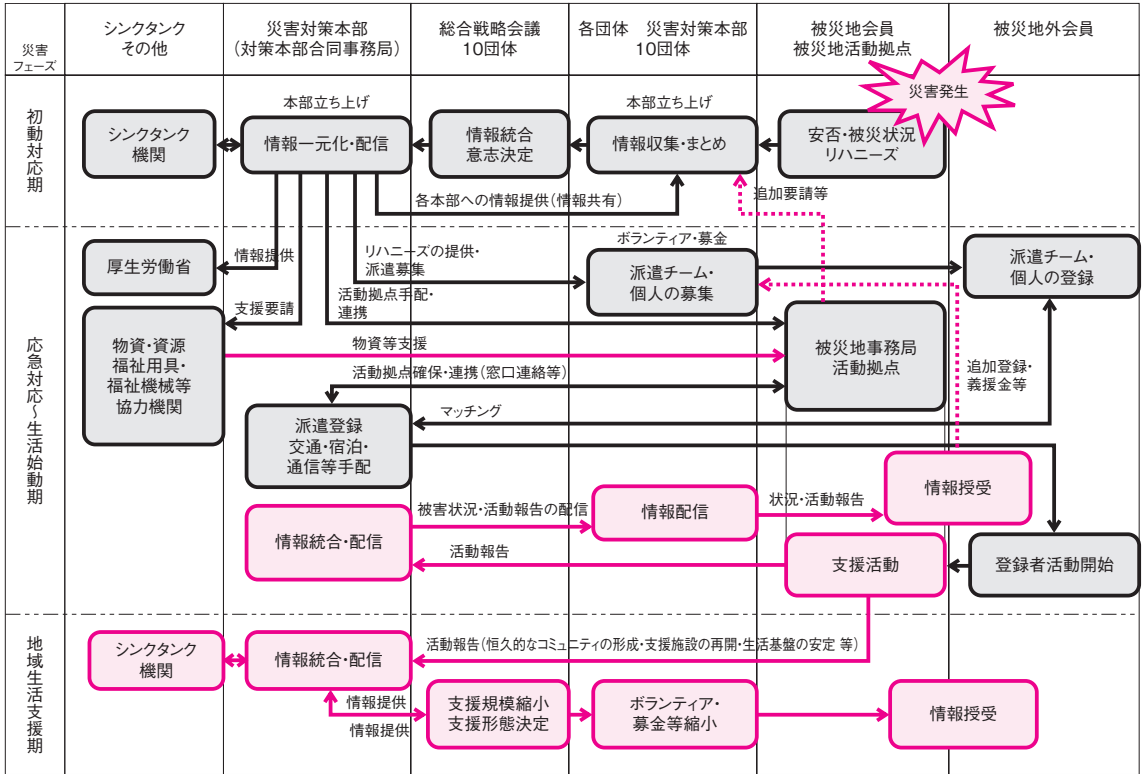
（原田浩美）

表ⅩⅦ-7 初動時から支援活動開始時における対応チェックリストの例

	災害対策合同本部（事務局）					各団体 災害対策本部						
	✓	項目	月/日	時	取扱い者	情報元/ 発信先	✓	項目	月/日	時	取扱い者	情報元/ 発信先
初動時	<input type="checkbox"/>	対策本部設置					<input type="checkbox"/>	対策本部設置				
	<input type="checkbox"/>	場所確保					<input type="checkbox"/>	構成員召集				
	<input type="checkbox"/>	構成員召集					<input type="checkbox"/>	担当者の確認				
	<input type="checkbox"/>	担当者の確認					<input type="checkbox"/>	合同本部参加				
	<input type="checkbox"/>	戦略会議開催					<input type="checkbox"/>	合同本部連絡				
	<input type="checkbox"/>	場所確保										
	<input type="checkbox"/>	日程決定										
	<input type="checkbox"/>	構成員召集										
支援活動開始時	<input type="checkbox"/>	被災状況					<input type="checkbox"/>	被災状況				
	<input type="checkbox"/>	範囲					<input type="checkbox"/>	会員安否				
	<input type="checkbox"/>	程度					<input type="checkbox"/>	施設機能（受信）				
	<input type="checkbox"/>	人員					<input type="checkbox"/>	施設機能（発信）				
	<input type="checkbox"/>	施設					<input type="checkbox"/>	通信手段				
	<input type="checkbox"/>	施設機能					<input type="checkbox"/>	支援：派遣				
	<input type="checkbox"/>	通信手段					<input type="checkbox"/>	支援要請（受信）				
	<input type="checkbox"/>	支援：派遣					<input type="checkbox"/>	支援要請（発信）				
	<input type="checkbox"/>	活動拠点手配					<input type="checkbox"/>	ボランティア募集				
	<input type="checkbox"/>	派遣人員決定					<input type="checkbox"/>	登録				
	<input type="checkbox"/>	派遣ルート決定					<input type="checkbox"/>	支援：募金				
	<input type="checkbox"/>	活動地（情報）					<input type="checkbox"/>	口座開設				
	<input type="checkbox"/>	電気					<input type="checkbox"/>	会員への案内				
	<input type="checkbox"/>	水道					<input type="checkbox"/>	支援：物資				
	<input type="checkbox"/>	ガス					<input type="checkbox"/>	支援要請（受信）				
	<input type="checkbox"/>	道路					<input type="checkbox"/>	支援要請（発信）				
	<input type="checkbox"/>	鉄道					<input type="checkbox"/>	合同本部				
	<input type="checkbox"/>	ガソリン					<input type="checkbox"/>	協力機関				
	<input type="checkbox"/>	生活物資					<input type="checkbox"/>	会員への案内				
	<input type="checkbox"/>	食料					<input type="checkbox"/>	活動地（情報）				
	<input type="checkbox"/>	水					<input type="checkbox"/>	電気				
	<input type="checkbox"/>	支援要請（物資手配）					<input type="checkbox"/>	水道				
	<input type="checkbox"/>	医薬品					<input type="checkbox"/>	ガス				
	<input type="checkbox"/>	車椅子・杖					<input type="checkbox"/>	通信手段				
	<input type="checkbox"/>	嚙下食					<input type="checkbox"/>	道路				
	<input type="checkbox"/>	生活物資					<input type="checkbox"/>	鉄道				
	<input type="checkbox"/>	情報提供・共有					<input type="checkbox"/>	ガソリン				
	<input type="checkbox"/>	厚生労働省					<input type="checkbox"/>	生活物資				
	<input type="checkbox"/>	協力機関					<input type="checkbox"/>	食料				
	<input type="checkbox"/>	各団体					<input type="checkbox"/>	水				

表Ⅻ-8 支援活動開始時から撤収時における対応チェックリストの例

	現地事務局（被災地側）				派遣リハチーム（被災地側）					
	✓ 項目	月/日	時	取扱い者	情報元/ 発信先	✓ 項目	月/日	時	取扱い者	情報元/ 発信先
支援活動開始時～支援活動安定時	<input type="checkbox"/>	自治体災対本部との連絡				<input type="checkbox"/>	現地事務局との連絡			
	<input type="checkbox"/>	診療方針の統一				<input type="checkbox"/>	診療方針の統一			
	<input type="checkbox"/>	指揮系統確認				<input type="checkbox"/>	指揮系統確認			
	<input type="checkbox"/>	被災状況（受信・発信）				<input type="checkbox"/>	被災状況（発信）			
	<input type="checkbox"/>	範囲				<input type="checkbox"/>	範囲			
	<input type="checkbox"/>	程度				<input type="checkbox"/>	程度			
	<input type="checkbox"/>	人員				<input type="checkbox"/>	人員			
	<input type="checkbox"/>	施設				<input type="checkbox"/>	施設			
	<input type="checkbox"/>	施設機能				<input type="checkbox"/>	施設機能			
	<input type="checkbox"/>	派遣チーム状況				<input type="checkbox"/>	リハ状況			
	<input type="checkbox"/>	追加支援				<input type="checkbox"/>	活動地での状況			
	<input type="checkbox"/>	支援変更				<input type="checkbox"/>	患者紹介先確認			
	<input type="checkbox"/>	生活環境整備				<input type="checkbox"/>	搬送経路確認			
	<input type="checkbox"/>	健康管理				<input type="checkbox"/>	日報作成（報告）			
	<input type="checkbox"/>	現地情報提供				<input type="checkbox"/>	報告書作成（報告）			
	<input type="checkbox"/>	情報伝達				<input type="checkbox"/>	追加支援確認			
	<input type="checkbox"/>	通信手段確認				<input type="checkbox"/>	支援変更確認			
	<input type="checkbox"/>	道路状況				<input type="checkbox"/>	その他			
	<input type="checkbox"/>	ガソリン確保				<input type="checkbox"/>	現地情報（受信・発信）			
	<input type="checkbox"/>	生活物資調達				<input type="checkbox"/>	通信手段確認			
	<input type="checkbox"/>	食料				<input type="checkbox"/>	道路状況			
	<input type="checkbox"/>	水				<input type="checkbox"/>	ガソリン確保			
	<input type="checkbox"/>	災害対策合同本部との連絡				<input type="checkbox"/>	災害対策合同本部との連絡			
	<input type="checkbox"/>	現状報告				<input type="checkbox"/>	日報作成（報告）			
<input type="checkbox"/>	継続の必要性				<input type="checkbox"/>	報告書作成（報告）				
<input type="checkbox"/>	支援要請（受信・発信）				<input type="checkbox"/>	支援要請（発信）				
<input type="checkbox"/>	医薬品				<input type="checkbox"/>	医薬品				
<input type="checkbox"/>	車椅子・杖 等				<input type="checkbox"/>	車椅子・杖 等				
<input type="checkbox"/>	嚙下食				<input type="checkbox"/>	嚙下食				
<input type="checkbox"/>	生活物資				<input type="checkbox"/>	生活物資				
<input type="checkbox"/>	その他				<input type="checkbox"/>	その他				
撤収時	<input type="checkbox"/>	災害対策合同本部との連絡				<input type="checkbox"/>	現地事務局との連絡			
	<input type="checkbox"/>	現状報告				<input type="checkbox"/>	現状報告			
	<input type="checkbox"/>	報告書作成（報告）				<input type="checkbox"/>	報告書作成（報告）			
	<input type="checkbox"/>	継続の必要性				<input type="checkbox"/>	引き継ぎ			
	<input type="checkbox"/>	撤収条件確認				<input type="checkbox"/>	経過			
	<input type="checkbox"/>	地元医療機関				<input type="checkbox"/>	機材			
	<input type="checkbox"/>	地元福祉施設				<input type="checkbox"/>	清掃			
	<input type="checkbox"/>	人員				<input type="checkbox"/>	関連、借用部署			
<input type="checkbox"/>	その他				<input type="checkbox"/>	ゴミ始末				
					<input type="checkbox"/>	移動手段確保				



図Ⅷ-4 災害時のフローチャート

F 各種評価表

POINT

- ◆できるだけ容易に実施できる評価表を使用し、情報の共有を行う。
- ◆廃用症候群を予防するためには、災害前と災害後の状況を評価する必要がある。

1 機能評価について

・機能的状態の評価は、リハ医療にとって非常に重要な位置を占めている。その目的は、現在の状態を知り、アプローチすべき内容を明確にして治療計画を立て、訓練を行い、再び評価を行い、予後を予測し、他施設との情報交換を行うことなど多岐にわたっている。

・日常生活動作（ADL）の評価としては、Barthel Index (BI) や FIM (Functional Independence Measure) が広く用いられている。BI は採点が粗く、細かな変化を捉えにくい、項目が少ないためあまり時間をかけずに容易に評価できる。FIM は生活している状況をそのまま採点し、BI では検出できなかった細かな ADL の変化を評価することや介護度の測定も可能で

ある。これらは、リハスタッフ間に比較的共通で実施できる評価尺度である。

- ・しかしながら被災直後では、機能評価を十分に行うほどの時間や心理的な余裕がないことも多く、できるだけ時間をかけずに容易に評価していくことが必要である。まずは被災者が困っていることや望んでいることを把握し（災害ニーズの確認）（表Ⅰ-3（3頁）参照）、必要な支援を優先するといった状況に応じた対応が必要である。
- ・日本リハビリテーション医学会が作成している検診チェックリスト（表Ⅶ-9）は、基本情報・機能評価・日常生活動作を把握することができる。また、簡易版も作成されている。（表Ⅶ-10）
- ・兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所が作成している被災者のアセスメントシートは、感染症や食中毒の発生、体調の変化を早期に捉え、「健康支援の程度」のスクリーニングが可能である。（図Ⅶ-5）

2 廃用症候群を予防するための評価について

- ・災害後のリハの役割は、新たに生じた様々な障害や機能低下を評価し、それに対応することで

はあるが、最も重要なことは、避難所での生活や異なった生活環境によって生じる廃用症候群（生活不活発病）の予防や機能低下に対応することである。

- ・災害時には「動くに動けない」状況が生じ、「生活が不活発」になり、廃用症候群となる。この状態は、心身機能の低下よりも「活動」の低下としてあらわれることが多く、災害前と災害後の活動状況をチェックすることが、症状の発見、さらに対応に結びつく（表Ⅶ-11）。
- ・東日本大震災で被災した宮城県南三陸町での調査では、生活の不活発化の理由として「することがない」「外出が少なくなった」「疲れやすくなった」との回答が多く、被災していない地域では、スポーツや趣味を遠慮する傾向が目立つという結果が得られており、避難所生活等における生活機能の低下を予防することが非常に重要である。

【文献】

- 1) 生活機能低下予防マニュアル～生活不活発病を防ごう～、(独)国立長寿医療研究センター研究所。
- 2) 正門由久・編著：リハビリテーション評価ポケットマニュアル、医歯薬出版。

(大庭優香)

G 研究報告

東日本大震災は観測史上最大のマグニチュード9.0を記録し、地震と続発した大津波により太平洋沿岸部を中心に壊滅的な被害をもたらした。そもそも我が国は世界有数の地震大国であり、これまで数多くの災害に直面し、それに対処してきた。1995年の阪神淡路大震災は、巨大災害時における相互応援態勢構築の必要性を認識させ、2004年に発生した新潟県中越地震時には円滑な応援・支援戦略の構築に向けた連携の重要性が明らかにされた。不幸な災害から得た教訓や知見を広く共有し、様々な課題を解決するための効果的な支援方

策について検討することは、今後も必ず起こる大災害に備えて非常に重要であり、この任を担うのが研究であり、報告である。ここでは一部ではあるが、リハ関連職による災害への対応報告を紹介する。

1 災害関連文献（2012年3月現在）

1) 被災地からのレポート

- ①日本リハビリテーション医学会 HP：東日本大

表VII-9 検診チェックリスト（通常版）

記載日 平成 年 月 日

記載者・職種

基本情報		追加事項
氏名 性別	男 女	
生年月日(年齢)	年 月 日(歳)	
調査箇所	医療機関 福祉施設 自宅 避難所 他	
居住地	県 市町村	
生活拠点	在宅 入院 施設 その他	
既往歴(服薬状況)		
最近1年間のリハ歴	入院 外来リハ 通所リハ 訪問リハ	
既存障害(麻痺、機能障害、切断など)		
障害者手帳	なし 級 障害名	
要介護度	なし 要支援 要介護	
同居家族	単身 夫 妻 父 母 祖父 祖母 息子 娘 兄弟 孫 その他	
主介護者	なし 夫 妻 父 母 祖父 祖母 息子 娘 兄弟 孫 その他	
震災後に発症した傷病	なし あり	
傷病名		
機能評価		
全身状態	良好 やや不良 不良	
栄養状態	良好 やや不良 不良	
褥瘡	なし 既往のみ あり 部位	
嚥下障害	なし 軽度 中等度 重度 経管栄養	
呼吸障害	なし 酸素投与 気管切開 呼吸器管理	
意識障害	なし 軽度 中等度 重度	
認知症	なし 軽度 中等度 重度	
高次脳機能障害	なし 失語 失認 記憶障害 その他	
運動障害	なし 痙攣 弛緩 失調 その他	
麻痺部位	右左 片麻痺 対麻痺 四肢麻痺 その他	
片麻痺ステージ	上肢 手指 下肢	
上肢 MMT		
体幹 MMT		
下肢 MMT		
関節可動域制限	なし あり 部位	
感覚障害	なし あり 部位	
切断	部位 断端長 cm	
基本動作	寝返り可 起き上がり可 立ち上がり可	
座位能力	不能 ベッド上可 車いす可	
移乗動作	障害なし 一部介助 全介助	
移動能力	独歩 杖歩行 つたい歩き 介助歩行 4つばい 座位移動 寝返り 不能	

日常生活動作		
食事	実用的 自助具使用	一部介助 全介助
更衣	実用的	一部介助 全介助
整容	実用的	一部介助 全介助
排泄	実用的	一部介助 全介助
失禁	なし	夜間のみ 時々 頻繁
入浴	実用的	一部介助 全介助
補装具	福祉機器使用	
装具使用	名称	所持 紛失
義手・義足使用	名称	所持 紛失
杖・歩行器使用	名称	所持 紛失
車いす	普通型 介助型 電動	所持 紛失
電動モーター付ベッド	使用	紛失
エアマット	使用	紛失
排泄用具	使用	紛失
入浴用具	使用	紛失
その他福祉機器	名称	所持 紛失
その他特記事項		
問題点	#1 #2 #3	
リハの必要性	なし 個別対応 集団対応 自主訓練	
訓練・指導内容	#1 #2 #3	
機能ゴール	機能および達成期間	
補装具・福祉機器の必要	装具 義手・義足 杖・歩行器 車いす 車いすクッション 電動モーター付ベッド エアマット 排泄用具 入浴用具 その他福祉機器	なし 現行で十分 新たに必要 名称 紛失 現行で十分 新たに必要 名称 紛失 現行で十分 新たに必要 名称 紛失 現行で十分 新たに必要 名称 紛失 現行で十分 新たに必要 名称 紛失 現行で十分 新たに必要 名称 紛失 現行で十分 新たに必要 名称 紛失 現行で十分 新たに必要 名称 紛失
コメント・メモ		

表VII-10 検診チェックリスト（簡易版）

記載日 平成 年 月 日

記載者・職種

基本情報		追加事項
氏名 性別	男 女	
生年月日(年齢)	年 月 日(歳)	
調査箇所	医療機関 福祉施設 自宅 避難所 他	
居住地	県 市町村	
生活拠点	在宅 入院 施設 流失 その他	
既往歴(服薬状況)		
薬アレルギー	なし あり 薬剤名	
最近1年間のリハ歴	入院 外来リハ 通所リハ 訪問リハ	
施設名と頻度		
既存障害		
障害者手帳	なし 級 障害名	
要介護度	なし 要支援 要介護	
同居家族	なし 夫 妻 父 母 祖父 祖母 息子 娘 兄弟 孫 その他	
震災後に発症した傷病	なし あり 病名	
全身状態	良好 やや不良 不良	
体格	身長 cm 体重 kg	
栄養状態	良好 やや不良 不良	
褥瘡	なし 既往のみ あり 部位	
認知症	なし 軽度 中等度 重度	
下腿浮腫	なし あり(右 左)	
麻痺部位	右左 片麻痺 対麻痺 四肢麻痺 その他	
上肢MMT		
下肢MMT		
関節可動域制限	なし あり 部位	
基本動作	寝返り可 起き上がり可 立ち上がり可	
移動能力	独歩 杖歩行 介助歩行 4つばい 不能	
被災前は○ 被災後は下線	車いす 自立 監視 一部介助 全介助	
移乗	自立 監視 一部介助 全介助	
食事	実用的 一部介助 全介助	
食形態	経管栄養 トロミあり 常食 その他	
更衣	実用的 一部介助 全介助	
整容	実用的 一部介助 全介助	
排泄	実用的 一部介助 全介助	
排泄回数	昼間 回 夜間 回	
失禁	なし 夜間のみ 時々 頻繁	
入浴	実用的 一部介助 全介助	
義肢装具使用	名称 所持 紛失	
杖・歩行器使用	名称 所持 紛失	
車いす	普通型 介助型 電動 所持 紛失	
福祉機器使用	名称 所持 紛失	
問題点	#1 #2 #3	
リハの必要性	なし 個別対応 集団対応 自主訓練	
訓練・指導内容	#1 #2 #3	
機能ゴール	機能および達成期間	
義肢装具の必要	なし 現行で十分 新たに必要 名称	
杖・歩行器の必要	なし 現行で十分 新たに必要 名称	
車いすの必要	なし 現行で十分 新たに必要 名称	
福祉機器の必要	なし 現行で十分 新たに必要 名称	

資料

氏名: 住所:	性別: 年齢:	日付: 避難所:
------------	------------	-------------

作成：兵庫県立大学看護学部/地域ケア開発研究所

つぎの内容に該当する方は、避難所の保健師・看護職者にお知らせください

該当する箇所の○印を●のように塗りつぶしてください。

あなたやご家族の「健康支援の程度」を確認します

1. ケガや痛みについて（様子を伺います） 2. お薬を飲まれている方へ（必要な医薬品を伺います）

ケガをしていますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	お薬を処方されている方ですか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
痛みはありますか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	薬がないと症状が急に悪化しそうですか	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ

3. つぎの「急を要する方(家族)」に該当しますか（必要な医療提供体制を検討します）

<input type="radio"/> 在宅酸素	<input type="radio"/> 人工透析	<input type="radio"/> インスリン注射	<input type="radio"/> 心不全	<input type="radio"/> ぜんそく	<input type="radio"/> 難病	<input type="radio"/> その他
						<input type="radio"/> なし

4. つぎの方に該当しますか（必要な支援・福祉避難所などを検討します）

<input type="radio"/> 身体障害	<input type="radio"/> 視覚障害	<input type="radio"/> 聴覚障害	<input type="radio"/> 精神障害	<input type="radio"/> 妊産婦	<input type="radio"/> 乳幼児	<input type="radio"/> 車いす
<input type="radio"/> 入浴紛失	<input type="radio"/> 眼鏡紛失	<input type="radio"/> 在宅介護	<input type="radio"/> 寝たきり	<input type="radio"/> 認知症	<input type="radio"/> 一人暮らし	<input type="radio"/> その他
						<input type="radio"/> なし

5. つぎの病気にかかっていますか（持病がないか伺います）

<input type="radio"/> 高血圧	<input type="radio"/> 高脂血症	<input type="radio"/> 糖尿病	<input type="radio"/> 心臓病	<input type="radio"/> 腎臓病	<input type="radio"/> 肝臓病	<input type="radio"/> 脳血管病
<input type="radio"/> 呼吸器病	<input type="radio"/> 感染症	<input type="radio"/> アレルギー	<input type="radio"/> 自己免疫病	<input type="radio"/> 菌の病気	<input type="radio"/> その他	
						<input type="radio"/> なし

あなたやご家族に、インフルエンザや食中毒、体調の変化がないか確認します

6. つぎの自覚症状はありますか

<input type="radio"/> 発熱	<input type="radio"/> せき	<input type="radio"/> 頭痛	<input type="radio"/> 血圧の異常	<input type="radio"/> めまい	<input type="radio"/> はきけ おうと	<input type="radio"/> 下痢
<input type="radio"/> 腹痛	<input type="radio"/> 便秘	<input type="radio"/> 食欲不振	<input type="radio"/> ストレス	<input type="radio"/> 不安	<input type="radio"/> 睡眠不足	<input type="radio"/> 疲れ
						<input type="radio"/> その他
						<input type="radio"/> なし

発熱、せき、頭痛 → インフルエンザなどの感染症を見つけます
 頭痛、血圧の異常、めまい、はきけ・おうと → 心疾患、脳血管疾患の悪化を見つけます
 はきけ・おうと、下痢、腹痛 → 食中毒の発生を見つけます
 便秘、食欲不振、ストレス、不安、睡眠不足 → 精神的な疲労を見つけます
 睡眠不足、疲れ → 肉体的な疲労を見つけます

図MI-5 健康支援のスクリーニング

表Ⅻ-11 生活不活発病チェックリスト

1. 屋外歩行
 災害前 遠くへも一人で歩いていた 近くなら一人で歩いていた
 誰かと一緒にあれば歩いていた ほとんど外は歩いていなかった
 災害後 遠くへも一人で歩いている 近くなら一人で歩いている
 誰かと一緒にあれば歩いている ほとんど外は歩いていない

2. 自宅内歩行
 災害前 一人で歩いていた 伝い歩きもしていた 誰かと一緒にあれば歩いていた
 ほとんど歩いていなかった
 災害後 一人で歩いている 伝い歩きもしている 誰かと一緒にあれば歩いている
 ほとんど歩いていない

3. その他の生活行為（食事、入浴、洗面、トイレなど）
 災害前 不自由はなかった 不自由があった（具体的な行為： _____）
 災害後 災害前と同じ 災害前よりも不自由になった（具体的な行為： _____）

4. 車いす
 災害前 使用していなかった 主に自分で操作 主に他人が操作
 災害後 使用していない 主に自分で操作 主に他人が操作

5. 歩行補助具・装具の使用
 災害前 使用していなかった 屋外で使用 屋内で使用 [種類： _____]
 災害後 使用していない 屋外で使用 屋内で使用 [種類： _____]

6. 外出頻度（30分以上の外出）
 災害前 ほぼ毎日 週3回以上 週1回以上 月1回以上 ほとんどしていなかった
 災害後 ほぼ毎日 週3回以上 週1回以上 月1回以上 ほとんどしていない

7. 家事
 災害前 全部していた 一部していた ほとんどしていなかった
 災害後 全部している 一部している ほとんどしていない

8. 家事以外の家の中での役割
 災害前 全部していた 一部していた ほとんどしていなかった
 災害後 全部している 一部している ほとんどしていない

9. 日中活動性
 災害前 よく動いていた 座っていることが多かった 時々横になっていた
 ほとんど横になっていた
 災害後 よく動いている 座っていることが多い 時々横になっている
 ほとんど横になっている

* 各項目で、一番よい状態ではない場合は要注意。生活不活発病がはじまっている恐れがあります。特に「災害前」より「災害後」が低下している場合には早く手を打たねばなりません。災害前から低下していた場合には、これ以上低下しないように注意しましょう。

震災リハ支援関連情報, <http://www.jarm.or.jp/ic/>

- ②東日本大震災被災地での3ヵ月. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, **48** (8) : 576-587, 2011.
- ③東日本大震災において再認識したリハビリテーションの役割. Journal of Clinical Rehabilitation, **20** (10) : 964-965, 2011.

2) リハビリテーション関連協会等の対応, 活動報告

- ①(東日本大震災) 日本リハビリテーション医学会. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, **48** (9) : 635-643, 2011.
- ②(東日本大震災) 日本作業療法士協会. 作業療法, **30** (4) : 394-401, 2011.
- ③(東日本大震災) 日本看護協会. 看護管理, **21** (7) : 536-539, 2011.
- ④(東日本大震災) 岩手県看護協会. 看護, **63** (9) : 62-64, 2011.
(以下同雑誌連載/宮城県. **63** (10) : 87-90/茨城県. **63** (11) : 62-66/福島県. **63** (12) : 62-65)
- ⑤(東日本大震災) 医療ソーシャルワーカー. 地域ケアリング, **13** (7) : 17-23, 2011.
- ⑥(新潟県中越地震) 理学療法士協会. 理学療法ジャーナル, **40** (1) : 47-48, 2006.
- ⑦(阪神・淡路大震災) 兵庫県理学療法士会. 理学療法学, **23** (7) : 405-411, 1996.

3) 提言

- ①障害福祉制度の再構築. ノーマライゼーション: 障害者の福祉, **31** (7) : 62-64, 2011.
- ②災害対策マニュアルの見直し—東日本大震災を受けて. 看護, **63** (11) 73-75, 2011.
- ③「災害」への取り組みに学ぶ総合リハビリテーションの新しい方向性. リハビリテーション研究, **40** (3) : 38-42, 2010.

4) 在宅, 避難所生活支援 (活動報告)

- ①震災1ヵ月後の避難所支援. 訪問看護と介護, **16** (9) : 738-741, 2011.
- ②地震災害被災地の避難所生活における運動療法の意義. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, **19** (1) : 83-86, 2009.
- ③阪神・淡路大震災のボランティア活動報告. 臨床看護, **32** (13) : 1907-1911, 2006.
- ④災害生活支援における「地域リハ」の重要性. 作業療法ジャーナル, **40** (9) : 961-966, 2006.
- ⑤新潟県中越地震 長岡市の状況と自立支援に向けた取り組み. 訪問看護と介護, **10** (3) : 230-234, 2005.
- ⑥阪神淡路大震災における在宅寝たきり障害者への訪問リハ活動. 日本災害医学会会誌, **44** (5) : 345-349, 1996.
- ⑦阪神・淡路大震災後の避難所に対する巡回リハビリテーション. 中部震災誌, **39** (1) 61-62, 1996.
- ⑧被災地の巡回リハビリテーションチームでの理学療法士の役割. 理学療法, **14** (1) : 34-39, 1997.
- ⑨阪神地域の仮設住宅での被災者の生活と理学療法. 理学療法, **14** (1) : 40-45, 1997.

2 文献検索・入手に便利なサイト (国内文献)

- ①メディカルオンライン: 国内医学文献をはじめ, 医療関連サービスの情報を提供する Web サイト. 全文閲覧・ダウンロード可能. (<http://www.medicalonline.jp/>)
- ②J-Dream: 科学技術振興機構より提供される JOIS オンライン検索システムの WWW 版. (<http://pr.jst.go.jp/jdream2/>)
- ③CiNii: 国立情報学研究所が提供する国内の学術雑誌論文を収録したデータベース. 検索結果には論文本文や引用情報へのリンクなども揃っている. (<http://ci.nii.ac.jp/>)
- ④医中誌パーソナル Web DDS: 入手したい文献のコピーを, インターネット上でオーダーでき

るサービス. (<https://order.jamas.or.jp/personal/>)

(田中一成)

3 東日本大震災関連の和文文献 (2012年3月現在)

- ・相良二郎・沖川悦三：災害と福祉 (1) 日本リハビリテーション工学協会の東日本大震災への取り組みについて. 福祉介護機器 Techno プラス, 4 (12) : 7-10, 2001.
- ・下田栄次・ボランティアチーム「PSVT : Physical Support Volunteers Team」: 災害医療・リハビリテーション支援に関する提案 東日本大震災・宮城県災害リハビリテーション支援活動を通して. 理学療法科学, 26 (特別号 4) : 1-3, 2011.
- ・相馬敏克：東日本大震災と災害医療：3.11 東日本大震災・津波災害への対応と支援活動の一例 リハビリテーション病院としての使命から. 日本病院会雑誌, 58 (9) : 936-947, 2011.
- ・都築光一：東日本大震災、そのとき介護現場はどう動いたか：災害時の高齢者支援に必要な視点. ふれあいケア, 17 (11) : 12-15, 2011.
- ・小山珠美：災害時に活かす！平時からできる！オーラルマネジメント：経口摂取をサポートするオーラルマネジメント 被災地支援活動をとおして思うこと. ナーシング, 31 (13) : 84-89, 2011.
- ・成田徳雄：東日本大震災～被災の状況と今後への提言～：想定外を想定した危機対応の要件 気仙沼市立病院災害医療活動記録からの考察. 全国自治体病院協議会雑誌, 50(10) : 1557-1559, 2011.
- ・足立了平：災害時の口腔ケア. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 34 (3) : 245-248, 2011.
- ・佐藤亜紀子：被災地のリハビリナースの視点から 私が見た震災. リハビリナース, 4 (5) : 493-497, 2011.
- ・高橋浩二：東日本大震災の災害歯科医療に参加して 岩手県山田町における昭和大学の歯科医療活動. 老年歯科医学, 26 (1) : 46-48, 2011.
- ・中川ひろみ：認定看護分野のトウデイズ・ケア (第59回) 皮膚・排泄ケア 災害時に必要とされた皮膚・排泄ケア. ナーシング・トゥデイ, 26 (4) : 4-7, 2011.
- ・成田徳雄：東日本大震災における被災者支援の現状と教訓-現場からの報告と提言：3.11 東日本大震災における医療コーディネーターの活動 気仙沼からの報告. 医療の質・安全学会誌, 6 (2) : 255-257, 2011.
- ・島貫秀樹・宇田優子：「東日本大震災」現地レポート (2) 災害時の活動と日常活動のつながりを再認識 宮城県仙台市若林区での支援活動から. 地域保健, 42 (5) : 64-71, 2011.
- ・中嶋美和・他：東日本大震災における避難所でのボランティアの体操指導 茨城県での「シルバリーリハビリ体操指導士」の活動. 介護保険情報, 12 (2) : 8-10, 2011.
- ・高橋 明：3.11 と岩手の地域リハビリテーション活動 (前篇) / (後篇). 地域リハビリテーション, 6 (9) / 6 (10) : 679-685 / 777-783, 2011.
- ・大川弥生 / 藤井克徳・他 / 阿部一彦 / 久保田博・他 / 三浦久幸 / 俣野公利 / 田中正博 / 青戸忍 / 野際紗綾子 / 鈴木るり子 / 由岐 透：東日本大震災～被災障害者の実態と新生への提言. ノーマライゼーション：障害者の福祉, 31 (7) : 10-13 / 14-31 / 32-33 / 34-35 / 36-37 / 40-41 / 42-43 / 44-45 / 48-49 / 53-55 / 62-64, 2011.
- ・星野宏光 / 西村かおる：震災時の排泄ケア 東日本大震災での排泄ケアの現状から. 泌尿器ケア, 16 (8) : 840-844 / 845-847, 2011.
- Japanese Journal of Rehabilitation Medicine
- ・大森貴夫・他：東日本大震災による地震・津波災害に対する南三陸町での医療活動報告. 48 (11) : 737, 2011.
- ・樫本 修：東日本大震災に際して 行政側のリハビリテーション科医として 被災者・障害者支援と地域リハビリテーション活動の展開. 48 (11) 725-733, 2011.
- 医学のあゆみ
- ・大川弥生：老年医学・高齢者医療の最先端：救

急医療 災害時の生活不活発病の重要性—その多発と予防. **239** (5) : 492-496, 2011.

- ・大川弥生：災害医療—東日本大震災の経験に学ぶ：災害医療の新しい課題としての“防げたはずの生活機能低下”. **239** (11), 1093-1097, 2011.

■ Journal of Clinical Rehabilitation

- ・上月正博：東日本大震災とリハビリテーション連載にあたって 災害リハビリテーション. **20** (9) : 853-855, 2011.
- ・嶋田康伸・他／小川美歌：東日本大震災とリハビリテーション (第1期) 地震発生からライフライン復旧まで (地震発生～約1ヵ月) 震災後から1ヵ月間の取り組み. **20** (10) : 959-961 / 962-963, 2011.
- ・藤原 大／大井清文／遠藤伸也：東日本大震災とリハビリテーション (第2期) 本格的復旧・復興始動期 (約2ヵ月目～半年). **20** (11) : 1054-1055 / 1056-1059 / 1060-1061, 2011.

■ 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌

- ・上野正博・他：当院における東日本大震災発生時の人工呼吸器装着患者の救出. **21** : (Suppl) 217, 2011.
- ・上野正博・他：東日本大震災時における当院周辺地域の在宅酸素療法患者の状況. **21** (Suppl) :

204, 2011.

- ・中田隆文・他：慢性呼吸不全例の災害による精神心理的な問題に対する訪問呼吸リハ. **21** (Suppl) : 123, 2011.
- ・平林大輔・及川裕之・中田隆文：東日本大震災発生時の訪問リハビリテーションにおける在宅呼吸管理機器への対応について. **21** (Suppl) 122, 2011.

■ 理学療法ジャーナル

- ・岡本賢太郎：東日本大震災災害支援報告. **45** (9) : 807-808, 2011.
- ・大橋聡子：東日本大震災でのボランティア活動を通して. **45** (9) : 806, 2011.

4 海外へ発信した東日本大震災関連文献

Liu M et al : How did rehabilitation professionals act when faced with the Great East Japan Earthquake and Disaster ? : Descriptive epidemiology of disability and an interim report of the relief activities by the 10 Rehabilitation-related Organizations. J Rehabil Med, 2012.

(里宇明元)

H 各種マニュアル、パンフレットについて

- ・災害時の対応マニュアルやパンフレットに関しては、10団体のみならず、他の団体や関連学会が作成した情報が多数ホームページに掲載されている。ダウンロード可能なものも多く、主なものを以下に列挙する (2012年4月現在)。

1) 10 団体ホームページ

- (1)公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
[<http://www.jarm.or.jp/>]
検診チェックリスト, 検診チェックリスト簡易版等

- (2)公益社団法人 日本理学療法士協会
[<http://www.japanpt.or.jp/>]
災害時の理学療法マニュアル (医療者向け), 災害時に体力を落とさないためのリハビリ, 生活不活発病予防リーフレット (一般向け)
- (3)一般社団法人 日本作業療法士協会
[<http://www.jaot.or.jp/>]
東日本大震災対策本部情報
- (4)一般社団法人 日本言語聴覚士協会
[<http://www.jasht.or.jp/>]
東日本大震災に関する災害支援情報
- (5)一般社団法人 日本リハビリテーション病院・

施設協会

[<http://www.rehakyoh.jp/>]

(6) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会

[<http://www.rehabili.jp/>]

回復期リハ病棟に関する震災支援情報

(7) 全国老人デイ・ケア連絡協議会

[<http://www.day-care.jp/>]

震災支援情報

(8) 日本訪問リハビリテーション協会

[<http://www.houmonreha.com/>]

(9) 全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会

[<http://rehasien.com/>]

(10) 全国地域リハビリテーション研究会

[<http://www.chiikireha-k.com/>]

(11) 一般社団法人 日本介護支援専門員協会

[<http://www.jcma.or.jp/>]

東日本大震災に関連する情報

2) マニュアル

(1) 生活機能低下予防マニュアル～生活不活発病を防ごう～ (独) 国立長寿医療研究センター研究所

[http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/bf/manual/saigaijiseikatsukinoutei kayobou_manual.pdf]

(2) 自然災害発生時における医療支援活動マニュアル 平成16年度 厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」

[http://www.ncgm.go.jp/shizen/shizen_manual_20051021.pdf]

(3) 防災フロンティア (防災マニュアル)

[<http://bousai-frontier.net/manual.html>]

国や自治体、ボランティア団体などが作成した防災に関するマニュアル

3) 関連学会・団体等ホームページ

(1) 公益財団法人 日本障害者リハビリテーション

協会

[<http://www.jsrpd.jp/>]

災害時の高齢者・障害のある方への支援に関する情報やシート

(2) 社団法人 日本介護福祉士会

[<http://www.jaccw.or.jp/>]

緊急時に求められる介護の優先順位等が把握できる「災害時における生活7領域アセスメント表」

(3) 社団法人 日本栄養士会

[<http://www.dietitian.or.jp/>]

避難生活向けリーフレット(一般・専門職向け)、災害時の栄養・食生活支援マニュアル(専門職向け)

(4) 公益社団法人 日本薬剤師会

[<http://www.nichiyaku.or.jp/>]

薬局・薬剤師の災害対策マニュアル

(5) 社団法人 日本老年医学会

[<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>]

一般救護者用・災害時高齢者医療マニュアル(試作版)、高齢者災害時医療ガイドライン(試作版)

(6) 社団法人 日本呼吸器学会

[<http://www.jrs.or.jp/home/>]

震災関連情報

(7) 社団法人 日本感染症学会

[<http://www.kansensho.or.jp/>]

災害と感染症対策

(8) 一般社団法人 日本血栓止血学会

[<http://www.jsth.org/>]

被災地における肺塞栓症の予防について

(9) 公益社団法人 日本医学放射線学会

[<http://www.radiology.jp/>]

放射線被ばくなどに関するQ & A等

(10) 公益社団法人 日本産科婦人科学会

[<http://www.jsog.or.jp/>]

東日本大震災に関わるお知らせ(災害時の乳幼児栄養に関する指針等)

(11) 社団法人 日本脳卒中協会

[<http://jsa-web.org/>]

災害時の循環器病予防チェックシート等

- (12)財団法人 全日本ろうあ連盟
[http://www.jfd.or.jp/]
東日本大震災に関する聴覚障害者関連の情報
- (13)公益社団法人 日本小児科学会
[http://www.jpeds.or.jp/]
災害時のこどものこころとからだのケア
- (14)社団法人 日本内科学会
[http://www.naika.or.jp/]
災害医療情報 災害医療活動のご一助に
- (15)日本小児精神医学研究会
[http://homepage2.nifty.com/jspp/jspp-web
site/index.html]
災害時のメンタルヘルス, 災害派遣医療ケア
チーム用簡易マニュアル等
- (16)一般社団法人 日本発達障害ネットワーク
[http://jddnet.jp/]
災害情報に関する掲示板
- (17)発達障害情報センター
[http://www.rehab.go.jp/ddis/]
災害時の発達障害児・者支援について
- (18)社団法人 日本自閉症協会
[http://www.autism.or.jp/]
東日本大震災支援専用ページ, 防災ハンドブック
- (19)兵庫県立大学看護部/地域ケア開発研究所
[http://www.coe-cn.as.jp/keaken/]
被災者のアセスメントシートなど被災地での活
動支援情報
- (20)東京都言語聴覚士会
[http://st-toshikai.org/]
ことばや聞こえ, 嚙下に問題を抱えながら避難
所で生活している方を支援するための支援シー
ト

- (21)# 311care 被災者向け医療情報まとめサイト
[http://akkie.mods.jp/311care/]
東日本大震災の被災者や支援者向けに医療情報
を提供するためのサイト (災害時における支援
者のためのチェックリスト等)
- (22)日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会
[http://www.jsscr.jp/]
オスメイトの方への装具提供の案内, 日本ス
トーマ用品協会の災害時対策マニュアル

4) 行政関連資料

- (1)内閣府
[http://www.cao.go.jp/]
東日本大震災関連情報
- (2)文部科学省
[http://www.mext.go.jp/]
東日本大震災関連情報 子どもの心のケアのた
めの(PTSDの理解とその予防)保護者向けリー
フレットなど
- (3)厚生労働省
[http://www.mhlw.go.jp/]
東日本大震災関連情報 生活機能低下予防ポス
ター, 生活支援ニュースなど

5) 義援金・ボランティア関連

- (1)日本赤十字社
[http://www.jrc.or.jp/]
- (2)日本財団
[http://www.nippon-foundation.or.jp/]
- (3)社会福祉法人 全国社会福祉協議会
[http://www.shakyo.or.jp/]

(大庭優香)

索引

あ

アシスティブテクノロジー 23
アセスメント 103
暑さ対策 145
安全確保 58,125
安否確認 58,126
安否情報 171

い

移動 25,26
一時避難所 102
一般教育・研修 49
命のバトン 127

え

エリア・コーディネーター 45
栄養障害 120
疫学 70

お

オリエンテーション 40
オンラインストレージ 128
応急危険度判定 132
応急修復期 13,14,101
応急対応 13,14

か

ガイドライン 72,73,161
仮設住宅 148
仮設診療 13,14
課題の把握 110
介護ニーズ 181
介護認定審査会 182
介護予防事業 151
海外医療チーム 162
外傷後ストレス障害 153
活動支援期 43
活動スタッフの心得 9
合併障害 120
関連法規 78
環境調整 123

き

キーパーソン 189
帰宅 58
基本動作の評価 104
寄付 77

規制緩和 108,191
義肢装具 22
休養 156,157
急性ストレス障害 154
救急医療情報キット 127
救護 13,14
救護活動 58
救命・救助 13,14
居住スペース 134
居宅等からの移動 122
共助体制 126
行政との連携 150
行政保健師 23
緊急支援スタッフ 46
緊急時情報シート 129
緊急車両 81
緊急通行車両 81,82
緊急避難所 83

く

クラウドサービス 128
クラスターアプローチ 164
クラッシュシンドローム 118

け

啓発活動 33
警察 64
激甚災害 1
健康相談票 180
検診チェックリスト 59,185,217

こ

コーディネーター 45,46,87,
189,190
コーディネーター研修 50
コミュニティ 95,134,145
コミュニティ構築 96
ゴール設定 94
個人情報保護法 198
交通規制対象除外車両 82
更衣 25,26
後方支援チーム 47
告示 191,192
国際脊髄学会 163
国際リハビリテーション医学会
160
心のケアチーム 5

骨折 119

さ

サービスの代替 108
サービスへの移行 151
サバイバルカード 128
控減症候群 118,120
災害医療チーム 5,15,16,17
災害支援スタッフ 46
災害支援スタッフ研修 49
災害対応支援のプロセス 3,4
災害対策基本法 1
災害調査票 3
災害保険 81
災害ボランティア 194
災害ボランティアセンター 111
災害リハ・サイクル 43,44
災害リハチーム 15,16,17,47,48
災害リハビリテーション支援機構
51
寒さ対策 145

し

10 団体組織図 10
シミュレーション訓練 53,54
ジャパン・プラットフォーム 68
支援体制 94
自然災害 2
肢体不自由者 103
指定行政機関 204
指定公共機関 208
指定地方行政機関 204
施設間移動 121
施設内移動 121
視覚・聴覚障がい者 103
資金 75,77
資金支援 166,169
自治体 63,173
児童 105
事前訓練 53,54
事前研修 156
車両 79
車両保険 81
受援力 110
集約機能 114
巡回診療 13,14
巡回プログラム 107

準備期 43,45
準備体制 75
初動対応 13,14
初動対応期 43
初動体制 37
消火 58
消防 64
障害者等福祉用具支援本部 22
情報共有 126
情報受発信 130
情報収集 32,83,130,171,176
情報収集・集約・整理・発信 38
情報セキュリティ 174
情報通信 130
情報ニーズ 130
情報の一元化 87
情報の管理 177
情報の共有化 88
情報の継承化 88
情報の体系化 88
食事 24,26
心理的ケア 157
神経損傷 120
深部静脈血栓症 101
人材 75
人的災害 2
人的支援 166,169

す

スクリーニング 218
ストレス 135,157
睡眠 25,26

せ

世界作業療法士連盟 163
世界理学療法連盟 163
生活支援期 43,44
生活始動 13,14
生活不活発病 151
生活不活発病チェックリスト
185,219
制度 62
清潔 25
精神障がい者 103,105
整容 25,26
摂食・嚥下 116
専門職ボランティア 109
全国回復期リハビリテーション病
棟連絡協議会 35
全国地域リハビリテーション支援

事業連絡協議会 36

そ

装具対応 119
装備 39,75,80

た

タイムラグ 166,168
大震災による被害 72
団体保険 81

ち

チームアプローチ 136
チーム研修 50
チェックリスト 213,214
地域医療再生 13,14
地域サービス 100
地域資源 100
地域生活支援 13,14
地域生活支援期 43,45
地域リハ 6
地域リハの支援体制 146
治療用装具 59,61
知識・技術移転 146
中央防災会議 187

つ

通所施設 83,84
通信機能 175
通信手段 175
通信連絡手段 171
通達 62
積立 77

て

データベース 51,52
ディレクター 45,46
提言 66
電子データ 128

と

トランスデンプリナリー・アプ
ローチ 196
トランスデンプリナリー・チーム
モデル 196
頭部外傷 119
特定高齢者施策 151

な

内部障がい者 103

に

ニーズの把握 110,145
二次災害 131
二次災害防止 58
日本介護支援専門員協会 36
日本義肢協会 22
日本義肢装具士協会 22
日本言語聴覚士協会 35,177
日本作業療法士協会 34
日本障害フォーラム 23
日本赤十字社 66
日本福祉用具供給協会 22
日本訪問リハビリテーション協会
36
日本リハビリテーション医学会
34
日本リハビリテーション工学協会
23
日本リハビリテーション病院・施
設協会 35
日本理学療法士協会 34
入浴 26
認知症高齢者 103

ね

ネットワーク 137

は

ハザードマップ 132
ハブ機能 114
バリアフリー 145
排泄 24,26
廃用症候群 91,117

ひ

引き継ぎ 94
皮膚障害 120
非常持出 58
被害状況の把握 58
被災混乱期 13,14,101
被災者健康支援連絡協議会 65,
211
費用支弁 78
避難 58
避難支援 126
避難所のレイアウト 139
備蓄 84
東日本大震災支援全国ネットワー
ク 68
評価項目 184

ふ

フェーズ 69,71,97
フェーズ分類 13,14
フローチャート 116,215
ブランチ方式 189
プロボノ 194
福祉避難所 102,133,141
福祉用具 22
復旧期 13,14,102
復興期 13,14,102
物的支援 166
物品 75,79

へ

ヘルシンキ宣言 197

ほ

ボランティア 209
ボランティア活動 109
ボランティアの『お作法』集 195
保健所機能 98
保険 80
防災対策推進検討会議 63

ま

マッチング 40

も

問診票 180

よ

予防期 43,45
用具 168
要援護者 125,126
要介護高齢者 103
要介護認定作業 182
要支援者避難支援連絡会議 102

り

リーダー 46
リーダー研修 49
リハ支援対象者の把握 102
リハ施設基準 96
リハ専門職の専門性 110
リハ・トリアージ 102,184
リハニーズ 44,103
リハの役割 90

れ

連携 32,65,188

ろ

ローラー方式 189

ロジスティクス 39,76
ロジスティクス・コーディネーター 45,46

A~Z

ADLの評価 104
ASD 154
CBR 159
CBRT 13,14,17,18,20
D-Staff 46
DART 5,13,14,16,18
DMAT 5,13,14,15,18,67
E-Staff 46
FMT 162
ISPRM 160
JCN 68
JDF 23
JMAT 5,13,14,15,18,19
JPF 68
JRAT 5,13,14,17,18,19
MIMMS 115
NGO 67,68,209
NPO 67,68,209
PTSD 153,154,155
WCPT 163
WFOT 163



大規模災害リハビリテーション
対応マニュアル

ISBN978-4-263-21402-2

2012年5月20日 第1版第1刷発行

企画・編集 東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体
『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』
作成ワーキンググループ

発行者 大畑 秀穂

発行所 医歯薬出版株式会社

〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10

TEL. (03)5395-7628(編集)・7616(販売)

FAX. (03)5395-7609(編集)・8563(販売)

<http://www.ishiyaku.co.jp/>

郵便振替番号 00190-5-13816

乱丁、落丁の際はお取り替えいたします

印刷・三報社印刷／製本・皆川製本所

© Ishiyaku Publishers, Inc., 2012. Printed in Japan

本書の複製権・翻訳権・翻案権・上映権・譲渡権・貸与権・公衆送信権（送信可能化権を含む）・口述権は、医歯薬出版(株)が保有します。

本書を無断で複製する行為（コピー、スキャン、デジタルデータ化など）は、「私的使用のための複製」などの著作権法上の限られた例外を除き禁じられています。また私的使用に該当する場合であっても、請負業者等の第三者に依頼し上記の行為を行うことは違法となります。

 < (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物 >

本書を複製される場合は、そのつど事前に (社) 出版者著作権管理機構（電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。

ダイジェスト版『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』 (災害発生時～数日)

大災害はいつどこで発生するかわからない。普段から大災害に備えて情報や環境整備を行っておく必要がある。『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』は、そのための重要なツールの一つとして位置づけられ、これまでの災害支援の経験を通して明らかとなった問題点や課題を踏まえ、「現場ですぐに役立つ」ことを目指して作成された。しかし、マニュアルは情報の多い反面、緊急時に手がかりをさぐり出すことが困難な場合があるかもしれない。そこで、災害発生時から数日間の一歩多忙な時期に行うべき現地職員の対応と支援者の対応をまとめたダイジェスト版を作成した。備忘録的に使用されることを望む。内容的にはエッセンスを詰め込んだとはいえ、必ずしも十分とはいえない。一息ついた時には、ぜひ本文も参考にしてほしい。

1 大災害に備えるポイント

情報の一元化

- ・優秀なコーディネーターの存在が鍵
- ・高い使命感と複眼的思考能力を有するコーディネーターの養成を普段から心がけ、高い権限を与える
- ・地域における背景の異なる職種の代表者を集めて定期的に会議を開催し、進むべき方向や目標を共有する

情報の体系化

- ・事実を体系化する
- ・避難所、病院、自宅、地域で事情が異なる
- ・毎日変化しうる
- ・各人の部分的な情報を整理・統合して全体像を捉える
- ・まとめる場所・会議を設定して、数々の場面・現象の繋がりを整理する
- ・自分の立ち位置をはっきりさせる

情報の共有化

- ・情報を共有する
- ・共有できる場所・サイトをつくる。…地域レベルと全国レベルのものが必要

情報の継承化

- ・仕組みを残したり、資料の保存や発信を行う
- ・「災害リハ」を創設する
- ・「急性期災害リハチーム（Disaster Acute Rehabilitation Team：DART）」を結成する
- ・様々な経験やノウハウを整理してマニュアル（ガイドライン）を作成する

災害発生時の対応例

安全確保	<ul style="list-style-type: none"> ・人命保護を最優先する ・慌てない
安否確認	<ul style="list-style-type: none"> ・声を出し合って安否の確認を行う ・所属長は職員の安否を確認し、人員を把握する ・休暇中の者には連絡をとり安否の確認を行う ・外来者の安否確認を行う
避難	<ul style="list-style-type: none"> ・誘導班や院内放送の指示に従い、落ち着いて行動する ・不慣れな外来者の誘導には特に気をつける ・避難は原則として1階に向かうものとする ・避難場所においては、対策本部の指示に基づいて行動することとし、自己判断で帰宅するなどの行動を起こさない ・社外にいる職員は、周囲の状況から移動可能と判断されたときは、自宅または避難場所へ移動する
消火	<ul style="list-style-type: none"> ・出火を発見した者は大声で連呼し、付近の人に出火した場所を知らせる ・極力、自衛消火に努める ・自衛消火が困難な場合は、消防署へ連絡し、防火扉などを開けて避難する ・延焼が拡大し、危険が迫った時は、近隣の広域避難場所に避難する ・広域避難場所はあらかじめ指定された所とする
救護活動	<ul style="list-style-type: none"> ・閉じ込められたり、器物の下敷きになっている人がいる場合は、居合わせた者が協力して救出活動を行う。その際、二次災害を起こさないように注意する ・けが人が出た場合は、応急手当をする
救護活動	<ul style="list-style-type: none"> ・重傷者については、対策本部と連携をとって必要な措置を行う
非常持出	<ul style="list-style-type: none"> ・非常持出品管理班が搬出する
被害状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・情報収集を行い、冷静に行動する ・職員及び家族の安否の確認に努める。安全が十分に確保されるよう対策本部を中心に救護・救護対策を実施する ・自宅にいる職員の場合は、電話連絡が可能であれば本人及び家族の安否について所属長に連絡する ・建物・情報システム・車両等の被災状況を把握し、活動再開の準備を行う ・交通状況を把握し、院内に到達する
二次災害防止	<ul style="list-style-type: none"> ・落下しやすい物は床に置く ・火災防止のため、コンセントを抜く ・停電した場合はブレーカーを落とし、ガスの元栓も閉める
帰宅	<ul style="list-style-type: none"> ・交通機関の不通の場合は、被害状況を確認し安全な帰宅ルートを確認のうえ、徒歩で帰宅する ・帰宅困難者を出さないためにも、院内に泊める場合も検討する
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、地域住民あるいは地域防災組織と協力し、避難場所等における地域救援活動に積極的に参加する

2 災害フェーズ分類

災害支援は被災地の状況変化に基づいた適切な対応が必要となる。以下の表の通り、災害をフェーズ分類する。

災害フェーズ	第1期	第2期	第3期	第4期
期間	発災～72時間	4日目～1カ月末	2カ月目～6カ月	6カ月以降
復興への道	被災混乱期	応急修復期	復旧期	復興期
被災地状況	ライフライン破綻 交通手段破綻 情報網破綻 行政機能混乱 食料・物資不足 医療機能混乱 医療器具 薬品不足 被災者避難所避難	ライフライン復活 主な道路網回復 情報網の復活 行政機能の集約 備蓄品配給 支援物資確保 避難所管理運営 避難者帰宅 仮設住宅建築・移行	避難所集約化 福祉避難所移行 仮設住宅生活	避難所退去 仮設住宅孤立化対策
災害医療	救命・救助	救護	仮設診療・巡回診療	地域医療再生
現地スタッフ	病院・診療所医師・看護・PT・OT・ST	→		病院・診療所医師・看護・PT・OT・ST
支援チーム	DMAT	JMAT など		地域医療再建支援
スタッフ	救急医・看護師・薬剤師 診療放射線技師 臨床検査技師 臨床工学技士・PT・OT・ST・事務 救急隊員・消防士・自衛隊員	総合医/専門医 看護師 薬剤師 PT・OT・ST・事務 消防士・自衛隊員・警察		
任務内容	受傷者の救命・救助・トリアージ 入院患者の後方搬送	避難所診療機能 訪問・巡回診療 衛生管理（感染・中毒・熱中症・低体温症等対策）		警察
災害リハ	初動対応	応急対応	生活始動	地域生活支援
現地スタッフ	リハ医・看護師・PT・OT・ST（県士会員）	→		リハ医・看護・PT・OT・ST・介護スタッフ・地域住民
コーディネーター	災害コーディネーター 保健所（保健師）	地域リハ支援センター	協議会 地域リハ広域支援センター	行政（保健所）
支援チーム	DART	JRAT		CBRT
スタッフ	リハ医・看護師・PT・OT・ST・社会福祉士	リハ医・PT・OT・ST・リハ看護師 介護福祉士・（管理）栄養士 介護支援専門員 社会福祉士 （歯科医師・歯科衛生士）		リハ医・訪問診療医 訪問看護師・訪問介護士 訪問リハスタッフ （管理）栄養士・介護支援専門員 歯科医師・歯科衛生士
任務内容	状況把握・情報収集・集約 入院患者後方移送支援 避難所環境整備	リハ対象者把握 被災生活支援 避難所生活不活発病予防 障がい児・者リハ支援 病院・施設リハ機能支援	現地従事者支援帰宅者孤立化対策 集落孤立化対策 訪問リハ・デイケア	地域リハ活動 仮設住宅生活支援 自宅生活再建支援 帰宅者支援 集落コミュニティ支援 地域生活再建 安定化支援 生活不活発病予防
福祉用具・機器支援	杖・車椅子・簡易ベッド・ポータブルトイレ・福祉用具・義肢・装具など	適正化		
活動組織	医師会・歯科医師会・看護協会・PT・OT・ST士会など			
心のケアチーム	精神科医・臨床心理士・OT など			
ボランティア	社会福祉協議会・NPO など			

DMAT：Disaster Medical Assistance Team

JMAT：Japan Medical Association Team

14 頁掲載

DART：Disaster Acute Rehabilitation Team

JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team

CBRT：Community-Based Rehabilitation Team

3 災害発生時の初期対応

被災直後のリハの役割

- 1) それまで行ってきたリハ医療を守ること
- 2) 避難所などでの廃用症候群を予防すること
- 3) 新たに生じた各種障害へ対応すること
- 4) 異なった生活環境での機能低下に対する支援をすること
- 5) 生活機能向上のための対応をすること

・被災地医療の1カ月では救命救急や感染症治療・予防が主であり、リハ医療ではもっぱら1) 2) が行われた。
 ・2カ月目からはこころのケアとともに、リハのニーズが飛躍的に高まることが予想され、リハスタッフの果たす役割がますます大きくなるものと考えられる。

90 頁掲載

被災及び避難生活における問題

被災による問題 (一次的)	外傷、低体温症、汚染水による誤嚥性肺炎、動物媒介の疾患、補装具喪失による障害 等
避難生活による問題 (二次的)	感染症、深部静脈血栓症、脱水、熱中症、廃用症候群、服薬中断による再発、心的外傷 等

101 頁掲載

避難所全体の評価項目

- ・避難所名、住所、連絡方法、評価年月日
- ・管理者・代表者氏名
- ・環境因子：ライフライン、トイレ、動線のバリアフリー状況、福祉用具配備状況など
- ・医療支援、リスク管理状況、緊急時連絡先
- ・収容人数、要介護者数、障がい者数
- ・リハ支援状況
 - 1) 定期的な集団体操・運動の有無
 - 2) 集団活動の有無
 - 3) 介入しているリハ関連チーム
- ・その他
- ・改善すべき点、気になる事項
- ・前回評価からの変化、改善点

184 頁掲載

リハ・トリアージとは

トリアージが災害や事故で多数の負傷者が出た際に、負傷者を緊急性や重症度によって分別し、治療の優先度を決定することであるのに対し、リハ・トリアージとは、リハ的な関わりの必要度によって被災者を選別することである。例えば、杖や車椅子など福祉用具が早急に必要の方、廃用性の機能低下が始まっており、

災害発生時の急性期リハ対応

- C (Command & Control)：指示命令と協働
- ・医療統括者の確認
 - ・治療責任者の確認
 - ・リハの指示の確認（指示が出るような状況か）
- S (Safety)：安全の確認
- ・リハができる環境であるか
 - ・交通の安全性が確保できるか
- C (Communication)：通信
- ・治療責任者との連絡系統の確認
 - ・各方面への連絡手段の確認
 - ・引き継ぎ方法の作成
- A (Assessment)：評価
- ・患者の数、状態の確認
 - ・受け持ちエリアの確認
 - ・支援する同職種、他の職種の確認
- T (Triage)：トリアージ
- ・患者の優先順位を決める
 - ・新規患者を評価する
- T (Treatment)：治療
- ・状況に応じた適切なリハを行う
- T (Transport)：移送
- ・必要であれば患者を移送することも考慮する

115 頁掲載

避難者個人の評価項目

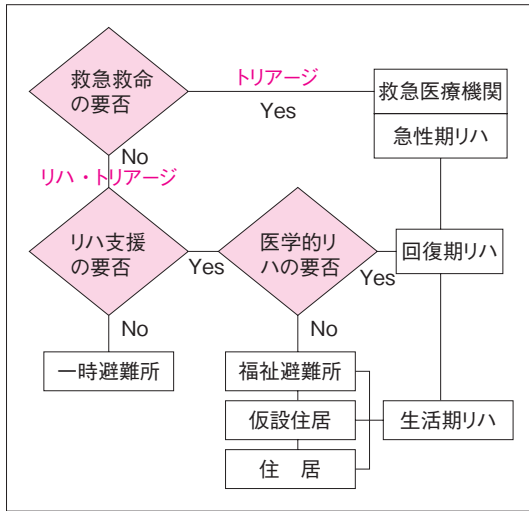
- ・避難者氏名、性、年齢、評価年月日
- ・居場所（避難所名または在宅）、連絡方法
- ・身体機能に関する既往（可能な限り聴きとれる医療情報）、かかりつけ医
- ・疾病・障害像に関する情報（麻痺、コミュニケーション、骨関節疾患、痛み、服薬内容など）
- ・要介護度、介護支援専門員氏名など
- ・ADLに関する情報：災害前後の比較
- ・生活機能：生活不活発病チェックリスト等の情報
- ・移動能力、福祉用具に関する情報
- ・利用していたリハ資源、現況
- ・現在の活動度
- ・今後の機能予測、予想されるリスク
- ・メンタル面
- ・その他
- ・リハ支援の必要性
- ・前回評価からの変化、改善点

184 頁掲載

継続した関わりが必要な方、自ら活動を開始しており、すぐに対応する必要がない方あるいはこれまでの対応を終了する方など、対応の時間的な緊急性や継続性で分別することが考えられる。

184 頁掲載

一時避難所におけるリハ支援対象者の把握



102 頁掲載

1) 障害をもたらさうる疾病の二次的な発生

東日本大震災では、災害拠点病院が被災し医療機能が停止した例があった。残された医療機関に患者が集中した。災害急性期には救急対応に追われ、リハの必要性が認識されていても後回しになる可能性がある。

東日本大震災では、リハ医が複数いる災害拠点病院でリハの機能訓練室が救急患者の収容に利用され、リハスタッフはトリアージ体制の要員として活動した例もある。最も厳しい最初の数日はやむを得ないが、その後はなるべく早いリハ活動の再開が必要である。

- ・急性期のケア、特に夜間の痰吸引や体位交換が継続して行えるように、病棟への看護師の支援を行う。
- ・摂食・嚥下機能に急性期から積極的に介入するための支援が必要である。災害直後、病院での食事でも大きな問題となる。脳卒中患者のための経管栄養や嚥下食が入手できない可能性がある。食材や経管栄養剤の支援なども迅速に行う。また、摂食・嚥下の能力を評価しながら経口摂取を促すため ST などの支援も必要となる。
- ・早期離床への取り組みが継続できるように支援する。
- ・病棟の人員も救急対応に回され、あるいは患者数の増加で相対的に人員が不足する。早期離床を促すための、人員が必要である。専門的な訓練ができなくても毎日離床させることが取り組まれるべきである。PT や OT だけでなく看護師でもやれることは多い。
- ・急性期病院に収容された患者を、リハの行える施設に速やかに移送する。移送先の選択や情報交換において能力の評価や望ましいリハ対応についてのアセスメントが重要である。

- ・要介護者の受け入れ先としての介護保険施設への支援も、急性期の患者受け入れに影響する。

東日本大震災では、介護保険施設が定員を超えて要介護者を引き受けた。地域の回復期リハ病棟から早めに患者を受け入れることで、回復期リハ病棟が急性期から受け入れやすい環境をつくることに寄与した。一方、施設のマンパワーが相対的に低下するため、これらの施設への支援も必要である。

2) 急性疾患に伴う廃用症候群

- ・避難所でのリハ専門職は、避難者の動向に気を配り、退院してきたばかりの高齢者は見逃さず対応する。避難所の管理者や保健師と連携し、問題のある住民に速やかに対応できるようにする。
- ・ラジオ体操などの集団体操、避難所デイサービスなど廃用を予防する取り組みを行う。
- ・虚弱高齢者の起居動作しやすい環境、段差への対応、歩行補助具の支援など廃用症候群に陥らないような環境調整もリハ専門職を中心に行う。
- ・特に虚弱で廃用症候群に陥っている住民には医療的介入と連携しながら、個別的な機能訓練を行う。また福祉避難所等への誘導も検討する。避難所では十分な食事を得られないことが多い。摂食・嚥下障害があると容易に栄養障害に陥る。栄養管理も廃用予防の基本として取り組まれる必要がある。
- ・ライフラインの途絶えた自宅でも廃用症候群のリスクが高まる。

東日本大震災の時は介護保険サービス、在宅医療がほとんど機能しなかった。さらに電話が使用できず、連絡も十分にとることができなかった。

ライフラインが途絶し、介護保険サービスもない自宅では、廃用症候群の予防が難しい。急性期病院から自宅に帰り、急速に廃用症候群が進行することがある。

在宅医療を行っている医療機関ではその患者、介護保険施設ではサービス提供利用者の安否確認を定期的に行う。これらの施設への支援を組織的に行う必要がある。

- ・災害時は介護保険施設も定員を超えて入所者を受け入れるため、相対的なマンパワー不足による廃用症候群発生に注意する必要がある。被災地近隣の施設は、急性期病院から直接、あるいは回復期リハ病棟からなど積極的に入所を受け入れる必要性が生じる。あるいは地元の被災した要介護者の支援のため定員を超えて受け入れる。マンパワーの不足から歩行や移乗の介助が困難となる。この時期の施設への支援も行う必要がある。

115～118 頁より抜粋

4 支援受け入れのポイント

- ・支援を受け入れる場合は、受け入れ窓口を明確にし、支援を申し出る団体とコミュニケーションがとれる体制を整える必要がある。
- ・被災地のリハニーズを随時提供し、支援側が何を支援したらよいか判断できる情報を用意しておく。
- ・特に物的支援を受け入れる場合は、国際輸送等にかかる費用、場所の確保、継続的な管理、国内移送ルートなど幅広く考慮しなくてはならない。
- ・支援側に支援を申し出る場合は、支援物資等が到着する時期のニーズを見越して依頼する。

167 頁掲載

5 支援提供のポイント

- ・時期によって災害リハニーズは変化すると理解した上で、支援を申し出る。
- ・支援する内容は、被災地のニーズだけではなく、受け入れる被災地の体制、取り組み状況、そして一般的な流通物品の性格などの情報を集約した上で、必要とされる支援を決定する。
- ・支援の内容によっては大きな費用がかかるので、できる支援範囲や費用分担する割合を明確にする。
- ・資金による支援は、現地にとっても弾力的に利用できる支援であり、大変効果的な支援である。

165 頁掲載

支援者個人装備一覧

カテゴリー	物品名	数量	チェック
情報技術関連	携帯電話		<input type="checkbox"/>
	トランシーバー		<input type="checkbox"/>
	携帯電話充電器（車載含む）		<input type="checkbox"/>
	電源装置やバッテリー※		<input type="checkbox"/>
	筆記用具		<input type="checkbox"/>
	ノートや紙		<input type="checkbox"/>
支援活動関連	デジタルカメラ※		<input type="checkbox"/>
	ネームプレート（身分証明書）		<input type="checkbox"/>
	腕章※		<input type="checkbox"/>
	ビブス※		<input type="checkbox"/>
	マスク※		<input type="checkbox"/>
	長靴※		<input type="checkbox"/>
	レインコート※		<input type="checkbox"/>
	懐中電灯※		<input type="checkbox"/>
	リュックサック※		<input type="checkbox"/>
	被災地周辺の地図※		<input type="checkbox"/>
	ヘルメット※		<input type="checkbox"/>
	手袋※		<input type="checkbox"/>
	画板※		<input type="checkbox"/>
その他	災害リハ支援マニュアル※		<input type="checkbox"/>
	非常食と飲料水（3日分）※		<input type="checkbox"/>
	支援者自らに適した常備薬		<input type="checkbox"/>
	自動車運転免許・保険証		<input type="checkbox"/>

80 頁掲載

緊急通行車両申請手続き（要約）

申請者	緊急通行（輸送）業務の実施について責任を有するもの（代行者を含む）
申請先	当該車両の使用の本拠地を管轄する警察署長又は交通規制課長を経由し、公安委員会へ申請
申請書類	緊急通行車両等事前届出書 2 通に、当該車両を使用して行う業務の内容を称する協定書等の書類（協定書等がない場合は、指定行政機関等の上申書等）を添えて行う
審査	申請に係る車両が緊急通行車両等に該当するか否かの審査は交通規制課長が行う

82 頁掲載

交通規制対象除外車両申請手続き（要約）

申請者	緊急通行（輸送）業務を理由とし、車両を使用するため、除外標章の交付を受けようとするもの
申請先	原則として、通行しようとする緊急交通路等を管轄する警察署等または交通検問所 その他、場合と事情により最寄りの警察本部（交通規制課）、警察署等又は交通検問所
申請書類	交通規制対象除外車両通行申請書（第 9 号様式）1 通 緊急通行（輸送）業務を理由とし、車両を使用することを疎明する書面
審査	申請を受理した警察署長等が通行の必要性を認め、かつ緊急通行車両等の通行に支障と認められた場合に、災害発生の時期によって区分されて手続きを実施する 緊急性に応じ、現場の警察官の判断によって申請手続きの省略が行われる

82 頁掲載

災害ボランティアの『お作法集』～活動に参加するあなたへ、みんなでももりたいこと

規範（心構え）

- ①復旧や復興の主役は被災者です。ボランティアはそれをサポートする存在であるという原則を忘れないように心がけましょう。また、被災地や被災者、地元行政、ボランティアセンターなどに対しては、あなたの善意を活かす場を作ってくれたことに感謝しましょう。
- ②防災ボランティアは、水・食料・常備薬・適切な服装・保険等、必要な備えをして自己完結を原則に被災地に入りましょう。被災者・被災地や現地ボランティアセンターに負担をかけないようにしましょう。
- ③仕事がなくとも、ボランティアニーズをむりやり探し出すのではなく、被災地／被災者のことをよく理解するようにしましょう。
- ④睡眠時間や疲労などに留意し、健康の事前チェックに努め、不調になったら早めに活動をやめる勇気を持ち、けがなどで被災地の負担にならないようにしましょう。
- ⑤被災地でのボランティア活動に参加する際は、自分の行動計画を周囲に事前に説明してから、でかけましょう。
- ⑥仲間とよく話し合い、一人で仕事を抱えこまないようにしましょう。
- ⑦災害の規模、種類、地域などにより、災害ボランティアセンターの運営などに違いがあって当たり前です。あくまで、被災した現場が中心であることを忘れないようにしましょう。
- ⑧災害ボランティアセンターの核となる現地スタッフは可能な限り休む時間をもつことに努め、周りはそれを理解し支えましょう。

べからず（マナー）

- ①自分のできることを見極め、例え被災者に頼まれても、自分や周囲を危険に巻き込むような仕事は引き受けないようにしましょう。
- ②防災ボランティアは、被災者の立場をできるだけ理解し、自分の判断を押しつけるようなことを避けましょう。
- ③ボランティアは非日常的な活動ですが、被災地／被災者は早期に日常生活を取り戻すことがもとめられます。その日の振り返りの意見交換が深夜に及んで周囲に迷惑をかけた、高揚した気持ちを押さえるための適量のアルコールが過剰になるようなことがないようにしましょう。
- ④日常のボランティア活動に比べて、よりリスクが高いのが災害ボランティアの活動です。自らのケガだけでなく、こころならずも被災地や被災者、他のボランティアに損害を与えてしまうことをできるだけカバーするために、自らボランティア保険に入りましょう。
- ⑤必要以上に自分の経験を振りかざすことは避けましょう。

195 頁掲載

東日本大震災リハ関連支援長崎チーム心得 10 か条

- ①心身ともに健康であること（セルフ・マネージメントの問題）
- ②礼節を重んじ、接遇には十分気を配ること
- ③あくまでも避難所入所者および現地支援者が中心であること
- ④決して出過ぎないこと（自己満足の禁）
- ⑤現地の指示が絶対であること
- ⑥報告・連絡・相談を着実にすること（コミュニケーション）
- ⑦毎日のカンファレンスを実行し、記録をしっかり行うこと
- ⑧飲酒などによる大騒ぎなど破廉恥な行為は絶対に禁
- ⑨長崎に残っている仲間のことを忘れないこと
- ⑩自信と信念をもってことにあたること

196 頁掲載

1) 第 1 期「被災混乱期」(初動対応：現地派遣 DMAT, JMAT 等の一員または DART として)

(1) 救命救助場面での役割

- ・混乱状況の中では救命救助が最優先課題であるため、例え DMAT, JMAT 等の一員としての活動であったとしても PT・OT・ST は直接的リハ支援に関わる事態ではないであろうし、また法的制限がある中での対応となるので、原則救命に直接関与する機会は少ない。
- ・救命救助の場面では、搬送補助や事務補助など救命救助補助業務を優先する。
- ・一方では救急処置終了者へ、避難生活上のアドバイスなど、生活不活発がもたらす身体への影響などを

広報・啓発（安全安心を意識してもらい、こころの落ち着きにも配慮）することは重要である。

(2) 被災病院・施設・災害拠点病院における役割

- ・入院患者及び入所者の後方移送支援を行う。
- ・社会福祉士とともに移送患者、対象者のリスト作成（患者情報、移送先など）などが重要な視点である。

(3) 避難所設置場面

- ・避難所環境整備とともにリハニーズに関する情報収集、集約を行う。
- ・移動用具（杖、靴、車椅子）への代替品を含めた可能な限りの対応と、状況によっては移動レベルを下げた生活を提案する（一時的安全優先）。

第1期では救命・救助補助業務、後方移送支援、避難所環境整備の他、被災地の情報収集・集約を行い、それを適切・迅速かつ経時的に所属協会（日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本リハビリテーション医学会など）及びJRAT本部へ発信することが重要である。

2) 第2期「応急修復期」（応急対応：JRATの一人員として）

①いかなる仮設避難所においても、まずはその責任者（もしくはそれに準ずる人）へアクセスし、JRATの存在を認知してもらおう努力を行う。そして、その避難所の区分や組織状況などの情報を得るとともに、原則として連携して活動する許可を受けることが望ましい。

②基本的なライフラインの確認を行う（上下水道、電気、ガス、通信、温水、防暑防寒）。

③避難所（一時や仮）における生活状況の把握と現地における24時間単位での生活をイメージし、避難者のセルフケア（食事、排泄、更衣、清潔、睡眠、移動）確保に必要な対処を行う。その際に、現地責任者への報告・連絡・相談は密に行う。

④セルフケア対応における留意点。

食事

- ・食糧、飲料水の状況を把握する（（管理）栄養士との連携）。
- ・摂食用具を確保する。
- ・水分摂取促進、特殊食形態の必要性を把握する。
- ・誤嚥リスク者の把握、吸引の必要性を把握する。
- ・義歯の有無、必要性を確認し対応する（歯科医師・

歯科衛生士との連携）。

排泄

- ・排泄場所と設備を確認し、使用に際しての基本的動作をシミュレーションする（座位と立位）。
- ・仮設設備（トイレなど）については、必ずずり動作などを試み強度を確認する（手すりや壁、ドアなど）。
- ・仮設トイレは障がい者には使い勝手が悪く、また地方の体育館など避難所には和式トイレが多い。下水道が再開通した段階では据置き式（床置き型）ポータブルトイレは使い勝手もよく衛生的である。
- ・上下水道（量と質）を確認する。
- ・避難人数と設備数により一部は屋外での排泄も想定する。
- ・排泄の場所や風通しなどから臭気にも可能な限り配慮する。
- ・その他、おむつやパッド、尿器などの排泄関連用品の在庫と必要性を確認し集約する。

更衣・整容

- ・内・外気に応じた衣類があるか確認する。
- ・衣類のみではなく、ひざかけ、毛布など体温調節に必要な物品を確保する。
- ・着衣衣類の衛生状態を把握する（防暑時には発汗が多くなるので速乾吸収素材が望ましい）。
- ・洗面場を設置する。

清潔

- ・多くの場合、入浴は不可能であろうから上水道と湯沸し機能の確認を行い、避難者数との兼ね合いで使用に対するルールなどを提案する。
- ・下着程度の簡易な洗濯場所を確保する。個々へは皮膚の汚染状況などを確認し、身体清潔のアドバイスを行う。
- ・衛生用品として、タオル、ガーゼ、生理用品、洗浄・清拭用品・口腔衛生用品などの在庫と必要性を確認し集約する。
- ・防寒時の肌の乾燥、防暑時の発汗にも注意する。

睡眠

- ・スペース配分や寝具類の在庫を確認する。
- ・簡易衝立や簡易ベッドなどの必要性を把握し、準備、セッティングを行う。
- ・必要に応じて頭部を覆う措置を行う（寒い時期は床

- からの冷えが問題となるので、アルミシートやウレタンシートなどの防寒措置を行う)。
- ・埃の関係上、寝台は30 cm 以上高くするか、30 cm 以上の衝立を準備するなどの措置が望ましい。
- ・アイマスクや耳栓、むくみ防止の下肢高挙など、就寝時の工夫を必要に応じて伝達し、その後の確認を行う。
- ・防暑対策では害虫の侵入や照明などに注意し、換気や空気の流動を行う。

移動

- ・被災前の移動手段の確認と集約を行うと同時に、非難時の怪我や痛みなどによる移動能力低下についての確認と集約を行う。
- ・靴や杖など歩行移動の必需品は即座に代替品等を使用して一時しのぎをする。
- ・状況に応じ、移動レベルを被災前より下げた方法も検討する。
- ・移動時のスリップや転倒のリスクは極力排除する。
- ・車椅子必要者の把握と車椅子手配。空気入れやパンク修理キット、簡易工具など車椅子メンテナンスに必要な最低限の用具の確認と手配をする。
- ・共用部分でのスリップや転倒要因となりうる敷物、障害物などの物品は極力排除する。
- ・共用部分と居住部分との動線に不具合や不都合が認められる場合は、居住部分の移動を検討・交渉・実施する。

- ・夜間移動時の照明を確保する。
- ・内・外の行き来の際のバリアの有無を確認する。
- ・追加非難時における2方向以上の動線を確保する(個別及び集団での場合を想定)。

⑤生活不活発による機能低下が予測される要援護者の把握を行う。さらに生活不活発による弊害を全体へ広報し、意識を高めていく。その際、個々に合ったアドバイスとその後の確認・修正を継続的に行う。

⑥バイタルサインを確認し、バイタルサインの重要性を広報・啓発するとともに、自己管理の習慣性を促していく。

⑦現地で関わる医科歯科の医療救護班、仮設診療所、救急搬送、救急病院、地元医療機関の状況などの情報を把握するために、情報交換会には必ず出席する。

⑧概ねこの時期は身体的活動性と心的活動性が逆転しはじめることに注意する。

- ・心的活動性が上がる時期はこころのケアを意識し、傾聴姿勢を意識して臨む。
- ・また、身体的活動性が一段落し、下がりはじめると疲労感、倦怠感、痛みなどの症状が出やすいので、身体的ケアも十分意識して臨む。

第2期にはJRATは主に避難所環境整備、セルフケア対応支援が求められる他、在宅高齢・障がい児・者のリハニーズ把握及びリハ支援が望まれる。

24～26 頁掲載

6 災害時にリハ職種が実施する評価

	被災混乱期	応急修復期	復旧期	復興期
	初動対応	応急対応	生活始動	地域生活支援
環境		避難所評価 (184 頁)	避難所評価 (184 頁)	近隣の物理的環境評価 コミュニティの評価 仮設住宅の評価
個人		調査票 (218 頁) 評価簡易版 (217 頁) リハ要否の評価 (184 頁)	評価通常版 (217 頁) 動作やADL評価 (104 頁) 歩行評価 (219 頁)	社会参加度評価
想定場所	避難所 医療施設内	避難所 医療施設内 介護施設内	避難所 (一部福祉避難所など) 介護施設内 仮設住宅	自宅 仮設住宅 サロン(集会所等)
留意点	救命・救助を優先	日常生活自立に必要な資材・ 機材の投入を優先 リハ職種以外への情報提供を 前提とした簡便な評価を	地域の医療・介護施設の復 旧度合いにより引き継ぎ可 能な評価を	生活再建に向けて在住地 域の物理的・社会的な評 価と、個人の参加度を複 合的に評価

180 頁掲載

掲載できる項目に限りがあるため、評価法自体は本書のみ掲載するが、事前に評価法を用意するなど大災害に備えてほしい。(上月正博)