2.事業概要

事業概要

(1) 実行委員会の開催

①設置目的

研修事業の企画、運営・実施および課題の把握、整理、
実施にかかる課題の検討および事業の進捗管理

②委員会構成

・総　括：栗原正紀（日本リハビリテーション病院・施設協会）
・委員長：里宇明元（日本リハビリテーション医学会）
　慶応慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室教授
・委　員：9名（各団体からの関係者）

③会議開催等

計5回開催
事務局は助成団体である日本リハビリテーション病院・施設協会事務局に設置した。

【連携団体の役割】

日本リハビリテーション病院・施設協会	：	実行委員会総括、委員として参加、研修対象者推薦
日本リハビリテーション医学会	：	実行委員会運営
回復リハビリテーション病棟協会	：	委員として参加
全国デイ・ケア協会	：	委員として参加
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	：	委員として参加
日本理学療法士協会	：	委員として参加
日本作業療法士協会	：	委員として参加
日本言語聴覚士協会	：	委員として参加
介護支援専門員協会	：	委員として参加
日本訪問リハビリテーション協会	：	委員として参加
日本義肢装具士協会	：	委員として参加（平成25年5月より参加）

(2) 災害リハビリテーションコーディネーター養成研修会の実施

・各都道府県リハ関連各団体から人材の指名により、災害リハビリテーションコーディネーターチームを養成する。そのことによって行政や災害医療チームと共に地域の災害リハビリ支援に関する組織化・訓練等を行うにおいて中心的役割を担う人材の育成をはかる。

・内　　容：以下の内容について 2 日間の研修を実施した。
ⅰ 災害リハに関する総論およびコーディネーションに関する各論の講義
ⅱ 災害現場および地域におけるコーディネーションの実践とした演習

プログラムは別途添付

・開催時期：下記日程にて 3 回実施
①平成 25 年 10 月 19・20 日
参加：北海道、神奈川、埼玉、岩手、山形、石川、長野、愛媛、徳島、広島、福岡、鹿児島
②平成 25 年 12 月 21・22 日
参加：青森、福島、栃木、山梨、富山、京都、兵庫、岡山、島根、宮崎、大分、佐賀
③平成 26 年　3 月 1･2 日
参加：秋田、宮城、群馬、福井、滋賀、奈良、鳥取、香川、山口、熊本、長崎、沖縄
・開催場所：新宿パークタワー（エーザイ会議室）
・対象職種：各都道府県のリハ関連職種代表者
（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・支援専門員
担当行政職員などで構成するチーム）
・対象人数：1 回の研修会に約 15 県より各 1 チーム

【関連団体の役割】
日本リハビリテーション病院・施設協会　：
研修対象者推薦、研修会講師、研修会運営総括責任
日本リハビリテーション医学会　：
研修対象者推薦、研修会講師、研修会運営責任
回復リハビリテーション病棟協会　：
研修対象者推薦、研修会運営委員として参加
全国デイケア協会　：
研修対象者推薦、研修会運営委員として参加

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　：
研修対象者推薦、研修会運営委員として参加
日本理学療法士協会　：
研修対象者推薦、研修会講師及び運営委員として参加
日本作業療法士協会　：
研修対象者推薦、研修会講師及び運営委員として参加
日本言語聴覚士協会　：
研修対象者推薦、研修会運営委員として参加
介護支援専門員協会　：
研修対象者推薦、研修会運営委員として参加
日本訪問リハビリテーション協会　：
研修対象者推薦、研修会運営委員として参加
日本義肢装具士協会　：
研修対象者推薦、研修会運営委員として参加

(3)　研修会資料　　（研修会風景、配布資料）

講義概要

被災地に迷惑をかけないことを前提に、「してはならないこと」、道徳的な活動、および、連携能力等の重要性について

JRAT 組織と支援の心得　栗原正紀　講師

災害対応において歴史と高い実績の DMAT の概要・役割、DMAT とリハ支援チームとの連携の必要性について

DMAT の役割と災害ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ支援ﾁｰﾑへの期待　近藤久禎　講師

日々状況が異なる災害現場における「正しい情報」収集、チーム活動における相互信頼・役割遂行のための環境づくり

チームビルディング　福田千年　講師

災害の定義、災害の種類、災害医療と災害リハとの違い、支援活動の目的、心理面への対応について

災害リハビリテーション概論　上月正博　講師

東日本大震災で実際に動いた災害現場コーディネーターの経験からの提案

災害現場におけるコーディネーター　成田徳雄　講師

災害のフェーズ分類とそれぞれの時期に適したリハのありかた

災害のフェーズとリハビリテーションの対応　淡野義長　講師

災害対策基本法・関係法律、関連団体の概要、国・自治体などの諸機関、諸団体との連携の必要性

災害関連法規・制度，関連団体　金谷泰宏　講師

外傷・救急対応の基礎知識と急性期トリアージの基本

外傷学・救急対応の基礎知識　森野一真　講師

被災地の現状を踏まえた、3 か月（100 日）を区切りとした演習

コーディネーションの方法 大越満 講師

3 か月（100 日）を区切りとした、専門性を生かしたロジスティクス（後方支援）演習

ﾛｼﾞｽﾃｨｸｽ・ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの役割　伊藤智典 講師

災害時に有効に機能するコーディネーターチームをつくることを目的とした、平時からの職種間連携を意識したコミュニケーションの実際

地域ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの役割・現地ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰとして　後藤博音　講師

災害時に有効に機能するコーディネーターチームをつくることを目的とした、平時からの職種間連携を意識したコミュニケーションの実際

地域ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰの役割・士会ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰとして　坪田朋子　講師

研修会の先行参加の都道府県から、その後の活動状況を報告

モデル報告　小林　毅　講師

前日の演習内容を事例とし、自身の経験をもとに演習形式で講義

経験を踏まえた演習　上遠野淳子 講師

研修会の様子

総括、および今後の活動方針等

総括　里宇明元　講師

「修了証」授与式　栗原正紀代表より

※資料として「第３回研修会」の配布資料を掲載

独立行政法人福祉医療機構　社会福祉振興助成事業

第３回
災害リハビリテーション
コーディネーター研修会

平成25年12月21日(土) ～12月22日(日)
新宿パークタワー23階 エーザイ会議室

主催：日本リハビリテーション病院・施設協会

JRAT
大規模災害リハビリテーション
支援関連団体協議会
Japan Rehabilitation Assistance Team

目　次

第3回災害リハビリテーションコーディネーター研修会 プログラム ……1

＜12月21日（土）プログラム＞

・挨拶、JRAT組織と支援の心得 ……3
　栗原正紀（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会 代表）
・DMATの役割と災害リハビリテーション支援チームへの期待 ……8
　近藤久禎（厚労省医政局災害医療対策室 DMAT事務局次長）
・チームビルディング（チームビルディングの基本、方法論） ……26
　福田千年（中国電力ティアラインターナショナルコンサルティングアドバイザー）
・災害リハビリテーション概論 ……29
　上月正博（東北大学リハビリテーション医学）
・災害のフェーズとリハビリテーションの対応 ……39
　淡野義長（長崎リハビリテーション病院）
・災害関連法規・制度、関連団体 ……58
　金谷泰宏（国立保健医療科学院健康危機管理研究部）
・外傷学・救急対応の基礎知識 ……64
　森野一真（山形県立中央病院、JATEC）
・モデル報告 ……79
　小林　毅（千葉県立保健医療大学）
　＜新潟県＞　木村慎二（医師）
　＜千葉県＞　上田知成（理学療法士）

＜12月22日（日）プログラム＞

・災害現場におけるコーディネーター ……80
　成田徳雄（宮城県災害医療コーディネーター）
・ロジスティクス･コーディネーターの役割(資金、人材、物品、装備などの準備) …85
　伊藤智典（公益社団法人 日本理学療法士協会）
・コーディネーションの方法 ……87
　大越　満（東京ふれあい医療生活協同組合）
・地域コーディネーターの役割（現地コーディネーターとして） ……88
　後藤博音（宮城県北部保健福祉事務所）
・地域コーディネーターの役割（士会コーディネーターとして） ……102
　坪田朋子（一般社団法人宮城県理学療法士会 元災害対策本部）
・モデル報告 ……106
　上遠野純子（宮城県作業療法士会会長）
・行政を交えた取り組みの紹介（徳島県行政）
　町田千尋（徳島県保健福祉部 医療政策課）
　渡邉美恵（徳島県東部保健福祉局 徳島保健所）
・総括 ……111
　里宇明元（慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室教授）

第3回　災害リハビリテーションコーディネーター研修会　プログラム

1日目　2013年12月21日（土）

講義時間	時間(分)	テーマ	マニュアル頁	形式 講義	形式 演習	講義概要	修得したいこと	講師
13：00～13：15	15	挨拶、JRAT組織と支援の心得		○		被災地に迷惑をかけないことを前提に、「してはならないこと」、道徳的な活動、および、連携能力等の重要性	「何ができて、何がしたいか」ではなく、被災地に迷惑がかからない範囲で、最大限の支援をするためにわきまえた行動がとれるようになる	栗原正紀（JRAT代表）
13：15～13：55	40	DMATの役割と災害リハビリテーション支援チームへの期待		○		災害対応において歴史と高い実績のあるDMATの概要・役割、DMATとリハ支援チームとの連携の必要性	DMATとの密な連携を前提とした災害リハコーディネーターとしての役割を理解する	近藤久禎（厚労省医政局災害医療対策室DMAT事務局次長）
13：55～14：55	60	チームビルディング（チームビルディングの基本、方法論）			○	日々状況が異なる災害現場における「正しい情報」収集、チーム活動における相互信頼・役割遂行のための環境づくり	強いチームをつくるために必要な、役割の認識および責任ある行動を理解し、コミュニケーションの基本である、報告・連絡・相談の重要性を講義およびワークショップを通じて修得する	福田千年（中国電力 ティアラインターナショナルコンサルティング　アドバイザー）
14：55～15：05	10	休　憩						
15：05～15：35	30	災害リハビリテーション概論	1～12 153～157	○		災害の定義、災害の種類、災害医療と災害リハとの違い、支援活動の目的、心理面への対応	災害リハに関する基礎知識を修得する	上月正博（東北大学リハビリテーション医学）
15：35～16：05	30	災害のフェーズとリハビリテーションの対応	13～29	○		災害のフェーズ分類とそれぞれの時期に適したリハビリテーションのありかた	他職種が何をできるかに精通し、「どの範囲のこと」を「誰が窓口となって行えるのか」を十分に理解し、地域単位でのシミュレーションを通じてチームでの共通認識を深める	淡野義長（長崎リハビリテーション病院）
16：05～16：35	30	災害関連法規・制度，関連団体	187～193	○		災害対策基本法・関係法律、関連団体の概要、国・自治体などの諸機関、諸団体との連携の必要性	被災地のニーズに応えるために、災害関連法規・制度等の理解のもとに、諸機関・関連団体との連携を図れるようになる	金谷泰宏（国立保健医療科学院健康危機管理研究部）
16：35～16：45	10	休　憩						
16：45～17：25	40	外傷学・救急対応の基礎知識	別紙	○		外傷・救急対応の基礎知識と急性期トリアージの基本	災害時の救急医療知識を修得する	森野一真（山形県立中央病院、JATEC）
17：25～18：25	60	モデル報告			○	第1回研修会参加の新潟県・千葉県から、その後の活動状況報告		小林　毅（千葉県立保健医療大学） 新潟県　木村慎二 千葉県　上田知成

18：30～20：30	120	懇談会

2日目　2013年12月22日（日）

講義時間	時間（分）	テーマ	マニュアル頁	形式		講義概要	修得したいこと	講師
				講義	演習			
8:30～8：50	20	災害現場におけるコーディネーター	87～99	○		東日本大震災で実際に動いた災害現場コーディネーターの経験からの提案	フェーズごとの災害現場におけるコーディネーターの役割を理解する　情報管理の方法、被災状況に合わせた対応を学び、支援側、受け入れ側になった時の内外との連携のイメージが持てるようになる	成田徳雄（宮城県災害医療コーディネーター）
8：50～9：50	60	ロジスティクス・コーディネーターの役割（資金、人材、物品、装備などの準備）	74～85		○	3か月（100日）を区切りとした、専門性を生かしたロジスティクス（後方支援）演習	地域単位の能力（地元資源・各団体からの支援など）を知り、「誰」に言えば、「その組織」が「どう動くのか」を把握する（行政対応を含む）	伊藤智典（日本理学療法士協会）
9：50～10：00	10	休　憩						
10：00～10：40	40	コーディネーションの方法	113～151		○	被災地の現状を踏まえた、3か月（100日）を区切りとした演習	災害に合わせて、支援受け入れ側と支援側に分かれ、県単位のマッチングを行う　さらに、自らの県では対応できないときには、他県にも支援要請をする どのようなことが可能であったか、また、どのようなことが不可能であったか、今後、必要と思われた活動などを発表する	大越満（東京ふれあい医療生活協同組合）
10：40～11：00	20	地域コーディネーターの役割 ・現地コーディネーターとして	31～33	○		災害時に有効に機能するコーディネーターチームをつくることを目的とした、平時からの職種間連携を意識したコミュニケーションの実際	災害現場でのコーディネーター演習（上記演習）を受けて、災害時に必要な情報を受け取り、管理する方法を知る　集められた情報に対して、災害現場コーディネーターに対して、どのように発信するかを考える	後藤博音（宮城県北部保健福祉事務所）
11：00～11：20	20	地域コーディネーターの役割 ・士会コーディネーターとして	31～33	○		災害時に有効に機能するコーディネーターチームをつくることを目的とした、平時からの職種間連携を意識したコミュニケーションの実際	災害現場でのコーディネーター演習（上記演習）を受けて、災害時に必要な情報を受け取り、管理する方法を知る　集められた情報に対して、災害現場コーディネーターに対して、どのように発信するかを考える	坪田朋子（一般社団法人宮城県理学療法士会元災害対策本部）
11：20～11：30	10	休憩						
11：30～12：10	40	モデル報告			○			上遠野純子（宮城県作業療法士会会長）
12：10～12：25	15	行政を交えた取り組みの紹介 （徳島県行政）						徳島県庁
12：25～13：00	20 15	総括 修了式				「修了証」授与式		里宇明元（研修企画委員会委員長）

◆演習目的は、多くの実践から課題を抽出することによりその地域単位内での課題を共有化し、解決を図ることである。

◆演習は、①ロジスティクス、②災害現場、③地域での課題を検討するものである。その際のフェーズ別の考え方として、3か月（100日）を境界とする。

：講師名

クリハラ　マサキ
栗原　正紀

：担当講義

総括

「JRAT 組織と支援の心得」

：形式

講義

：日時

12/21（土）13：00～13：15

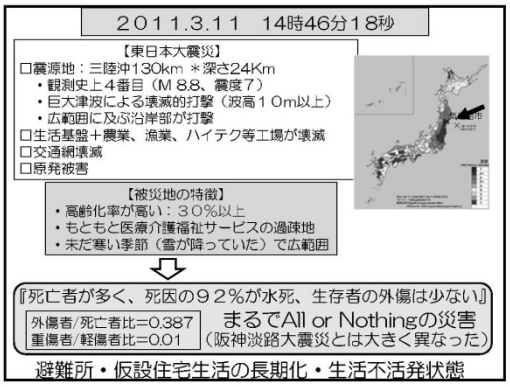
【略歴】

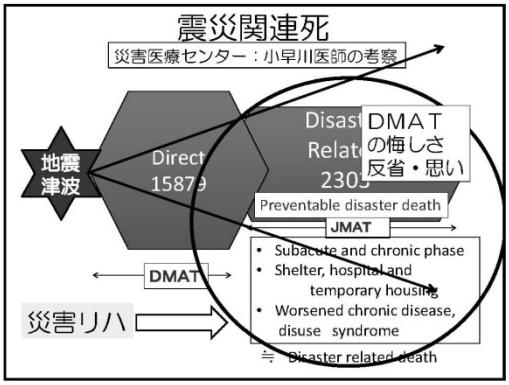
１９７８年　３月	長崎大学医学部卒業
同　年　４月	長崎大学附属病院　脳神経外科　入職
１９９０年　４月	社会福祉法人十善会　十善会病院　脳神経外科部長
２００１年　６月	医療法人近森会　近森リハビリテーション病院　院長就任
２００６年　７月	社団法人是真会　理事長就任
２００８年　２月	社団法人是真会　長崎リハビリテーション病院　院長
２０１３年　５月	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会　会長就任
同　年　６月	東日本大震災リハビリテーション支援関連１０団体代表

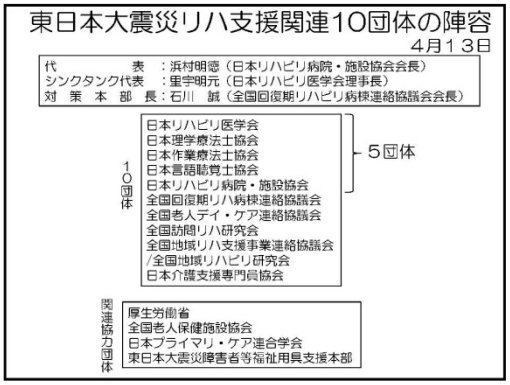
【専門領域】

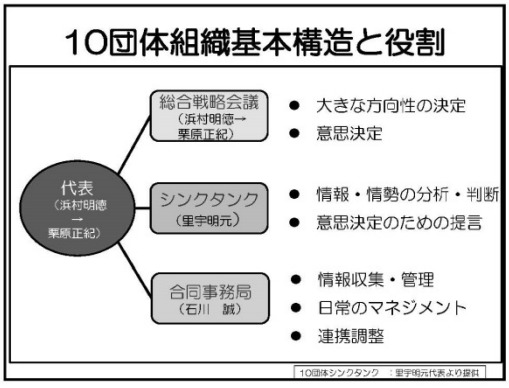
脳神経外科専門医、脳卒中専門医

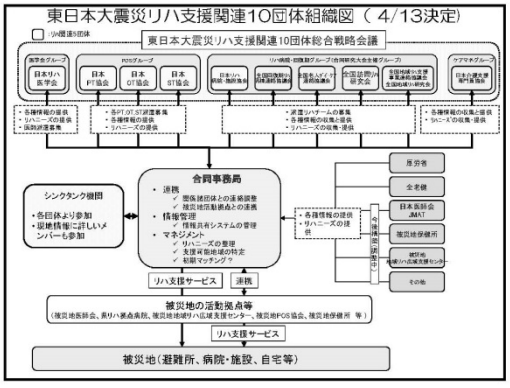
第3回災害リハビリコーディネータ研修会
in 東京　2013・12・21
大規模災害リハビリ支援関連団体協議会
～紹介と支援に際しての心得～
（大規模災害リハ対応マニュアル
：P109～111、194～199）
東日本大震災リハビリ関連支援１０団体
代表　栗原正紀
日本リハビリテーション病院・施設協会会長
（長崎リハビリテーション病院）


２０１１.３.１１　14時46分18秒
【東日本大震災】
□震源地：三陸沖130km ＊深さ24Km
・観測史上４番目（Ｍ８.８、震度７）
・巨大津波による壊滅的打撃（波高１０m以上）
・広範囲に及ぶ沿岸部が打撃
□生活基盤＋農業、漁業、ハイテク等工場が壊滅
□交通網壊滅
□原発被害
【被災地の特徴】
・高齢化率が高い：３０%以上
・もともと医療介護福祉サービスの過疎地
・未だ寒い季節（雪が降っていた）で広範囲
『死亡者が多く、死因の９２%が水死、生存者の外傷は少ない』
外傷者/死亡者比=0.387
重傷者/軽傷者比=0.01
まるでAll or Nothingの災害
（阪神淡路大震災とは大きく異なった）
避難所・仮設住宅生活の長期化・生活不活発状態


震災関連死
災害医療センター：小早川医師の考察
地震
津波
Direct
1587
Disast
Relat
2303
DMAT
の悔しさ
反省・思い
Preventable disaster death
JMAT
Subacute and chronic phase
Shelter, hospital and
temporary housing
Worsened chronic disease,
disuse syndrome
DMAT
災害リハ
≒ Disaster related death


東日本大震災リハ支援関連10団体の陣容
4月13日
代　　表　：浜村明徳（日本リハビリ病院・施設協会会長）
シンクタンク代表　：里宇明元（日本リハビリ医学会理事長）
対　策　本　部　長：石川　誠（全国回復期リハビリ病棟連絡協議会会長）
５団体
１０団体
日本リハビリ医学会
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
日本リハビリ病院・施設協会
全国回復期リハ病棟連絡協議会
全国老人デイ・ケア連絡協議会
全国訪問リハ研究会
全国地域リハ支援事業連絡協議会
/全国地域リハビリ研究会
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・ケア連合学会
東日本大震災障害者等福祉用具支援本部


10団体組織基本構造と役割
代表
（浜村明徳
→
栗原正紀）
総合戦略会議
（浜村明徳→
栗原正紀）
大きな方向性の決定
意思決定
シンクタンク
（里宇明元）
情報・情勢の分析・判断
意思決定のための提言
合同事務局
（石川　誠）
情報収集・管理
日常のマネジメント
連携調整
10団体シンクタンク　：里宇明元代表より提供


東日本大震災リハ支援関連10団体組織図（ 4/13決定）
東日本大震災リハ支援関連10団体総合戦略会議
合同事務局
シンクタンク機関
リハ支援サービス
連携
被災地の活動拠点等
リハ支援サービス
被災地（避難所、病院・施設、自宅等）

東日本大震災リハ支援関連10団体

⇩ 名称変更と進化

大規模災害リハビリテーション
支援関連団体協議会（ＪＲＡＴ）

平成25年7月26日

JRAT：Japan Rehabilitation **Assistance** Team

大規模災害リハビリテーション
支援関連団体協議会（ＪＲＡＴ）
へ名称変更・進化　平成25年7月26日

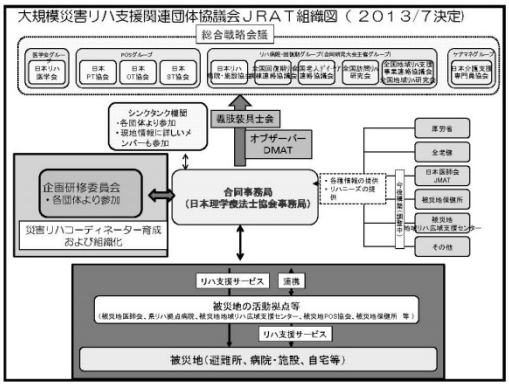
JRAT：Japan Rehabilitation **Assistance** Team

日本リハ医学会
日本PT協会、日本OT協会、日本ST協
日本リハ病院・施設協
回復期リハ病棟協会
全国デイ・ケア協会
訪問リハ協会
全国地域リハ支援事業連絡協議会
/全国地域リハ研究会
日本介護支援専門員協会
＋
日本義肢装具士協会

＋ オブザーバー（DMAT）

＜主な事業＞
- 災害リハビリテーションの教育・普及活動
- 組織化
- 直接支援（東日本継続支援も含む）
- 他団体との連携、ネットワーク化
- その他

大規模災害リハ支援関連団体協議会ＪＲＡＴ組織図（２０１３/７決定）



支援に際しての心得

防災ボランティアの「お作法」集　（内閣府：2005）
～活動に参加するあなたへ、みんなでまもりたいころ～

災害リハマニュアル：P195

規範（心構え）

①復旧や復興の主役は被災者。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る。
被災地や被災者、地元行政、ボランティアセンター等に対しては、あなたの善意を活かす場を作ってくれたことに感謝しよう

②防災ボランティアは自己完結（食事から保険等まで）を原則に迷惑をかけない

③被災地・被災者を良く理解する（ボランティアニーズをむりやり探し出さない）

④セルフケアの徹底（体調管理、けがなどで迷惑かけない）

⑤被災地でのボランティア活動に出かける時には周囲の仲間に行動計画を知らせておく

⑥一人で仕事を抱え込まない

⑦あくまで被災した現場が中心であることをわすれない

⑧災害ボランティアセンター現地スタッフの過労・過重労働に気を配る

防災ボランティアの「お作法」集　（内閣府：2005）
～活動に参加するあなたへ、みんなでまもりたいころ～

災害リハマニュアルP195

べからず（マナー）

①自分のできることを見極め、自分や周囲に危険をもたらすようなことは引き受けない

②被災者の立場を理解し、自分の判断を押しつけない

③遅くまでの意見交換や飲酒による迷惑行為はしない

④ボランティア保険に加入しておく

⑤必要以上に自分の経験を振り回さない

災害時に人々がどのように反応するかを認知し、一般大衆に対する公的機関の恐怖と厳重を減らし、災害学者が「向社会性」と呼ぶ行動を災害対策に組み込むことが必要

災害時人々の心に利他的・連帯感と共感が生まれる

利他的行為からコミュニティーが誕生

一方で

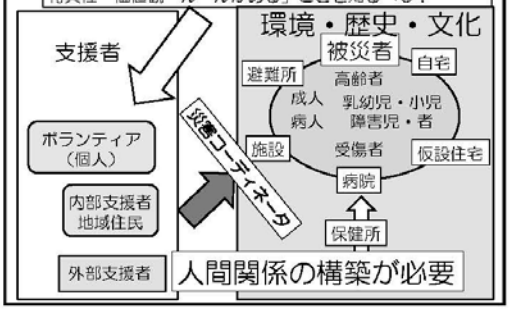
噂・風評：災害に群がるネズミ：殺人をも引き起こす

災害支援症候群（仮称）
支援者としての心のあり様に注意

- 直ぐにでも何かしなければならないと慌ぐ
- 駆けつけないと自責の念にかられる
- 後から来たものを締め出す
- 団体事務局に“組織的動きが遅い！何をしているのだ”と批難する（体制が整うまで待てない）
- 現地での支援者を束ねようとする
- 現地で組織的な動きができずに、引っかき回す
- 支援したことで満足し、その後の配慮をしないで帰る
- 支援と称するデーター収集
- 支援者のPTSD（戻ってからも切り替えられない）

被災地：そこに居る人々は？

リハ支援に際しては「地域に環境・歴史・文化に基づく、特異性・価値観・ルールがある」ことを知るべし！



個人的ボランティア
と
専門職としての組織的支援は異なる！
（私見）

組織としての支援には
・責任性
・規律性
・倫理性
・継続性 ⇒撤退の判断
が強く求められる

活動スタッフの心得

浜村明徳10団体前代表、白石浩隆、小泉幸毅

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。
是非、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トも期待されています。
他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」のも持ち出す人、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です。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、後に繋がる行動をお願いいたします。

（大規模災害リハ対応マニュアル：P9）

派遣に際して

東日本大震災リハ関連支援長崎チーム心得10か条

①心身共に健康であること（セルフ・マネジメントの徹底）
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現地で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地元（派遣元）に残っている仲間のことを忘れないこと
⑩自信と信念を持ってことにあたること

今後のＪＲＡＴ

～まずは人材育成と組織化～

災害リハ確立に向けての課題

1. 各団体が事業方針・計画・予算の中で明確に位置づける
2. 平時におけるJRAT災害対応連携体制の確立
3. 災害リハビリテーション対応マニュアルの活用
4. 災害対応リハビリテーションチームの育成
5. シミュレーショントレーニングの実施
6. JRATとしての情報マネジメント能力の強化
7. 関係団体(DMAT,JMATなど）や行政との連携体制の構築・強化
8. 災害支援必要器材の備蓄
9. JRAT成熟化と国際連携強化

10団体シンクタンク

災害支援チームの重要なポイント

災害医療支援（DMAT等）においては、
医師をリーダーとした包括的支持の下、少数の専門職が
・可能な限り、互いに補完しあい、
・効率よく、効果的に目的を達成させる
チームとなる

役割の異なるチームとチームの連携が重要な鍵となる

↓

確実な情報交換・集約・発信が必須

↓

コーディネート、マネジメント機能が重要

○チームの役割移行の判断
○自立支援はいつ・どのようにして実現するか！

地域リハビリテーションの視点重要

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おくれるよう、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。

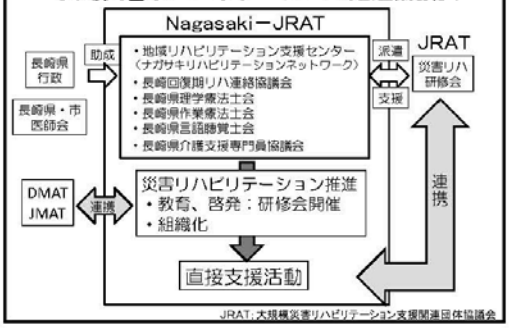
（２００１年、日本リハビリテーション病院・施設協会）

↓

①直接的援助活動
②組織化活動
③教育・啓発活動

長崎県の場合

長崎災害リハビリテーション推進協議会



JRAT：大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会

最後に！

リハビリテーションが常日頃から
医療や介護・福祉にとって特別では
無く、当たり前になるように、
共にがんばっていきましょう！

↓

地域リハビリテーションの更なる展開・発信を！

：講師名

コンドウ　ヒサヨシ
近藤　久禎

：担当講義

「DMAT の役割と災害リハビリテーション支援チームへの期待」

：形式

講義

：日時

12/21（土）13：15～13：55

【略歴】

２００４年　３月	日本医科大学大学院医学研究科　卒業
同　年　７月	厚生労働省　技官
２００９年　４月	国立病院機構災害医療センター　教育研修室長
２０１０年　４月	厚生労働省 DMAT 事務局次長（併任）

【資格】

日本 DMAT、統括 DMAT、国際緊急援助隊

災害時急性期医療について

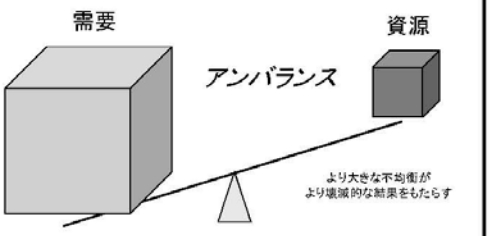
Fight! Fukushima! がんばろう ふくしま! DMAT
Japan Disaster Medical Assistance Team

厚生労働省DMAT事務局次長
国立病院機構災害医療センター
近藤久禎

阪神・淡路大震災

- 平成7年1月17日　午前5時46分
- マグニチュード　7．2
- 全壊家屋：104,906棟
- 被災家屋計：512,882棟
- 死者・行方不明者：6,425名
- 負傷者：43,772名
- 戦中・戦後を通じて最大の自然災害

災害では



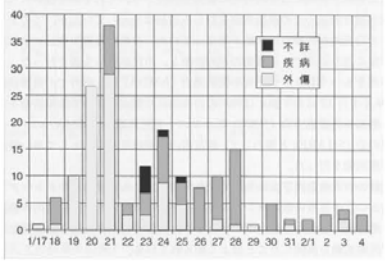
阪神淡路大震災
（緊急医療が必要だった傷病者）

想定搬送時間	体幹四肢外傷	患者数	頭部外傷	患者数	クラッシュ症候群	患者数	広範囲熱傷	患者数	合　計
3時間	ショック	5	6≦GCS≦8	5	（疑い）		（確定）		10
8時間	手術適応	30	手術適応	10	乏尿症例（輸液後）	50	（確定）		90
24時間	集中治療適応	50	集中治療適応	20	広範囲熱傷搬送終了後	200	20≦BI≦50	10	280
72時間						120			120
合　計		85		35		370		10	500

広域搬送適応患者数
24時間以内　380例
その後　120例

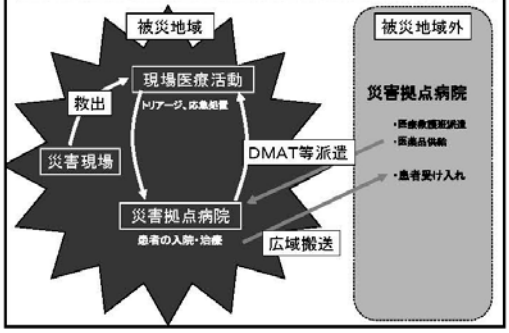
出典：災害時における広域緊急医療のあり方に関する研究（平成15年度報告書）

阪神淡路大震災の際にヘリコプターで搬送された患者数の推移

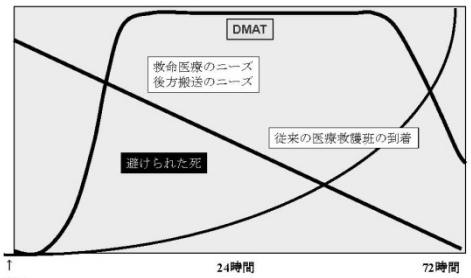


出典：事例から学ぶ災害医療

我が国の災害医療体制



DMATの意義



災害現場における体系的な対応

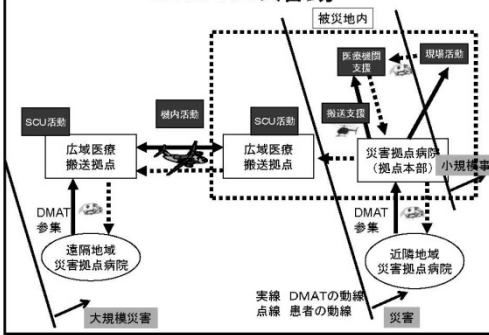
（CSCATTT）

- ◆Command&Control　指揮命令,統制/調整
- ◆Safety　安全
- ◆Communication　情報伝達
- ◆Assessment　評価
- ◆Triage　トリアージ
- ◆Treatment　治療
- ◆Transportation　搬送

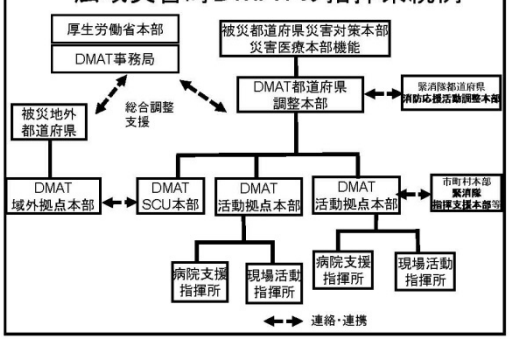
指揮情報　医療活動

MIMMS Advanced courseより引用

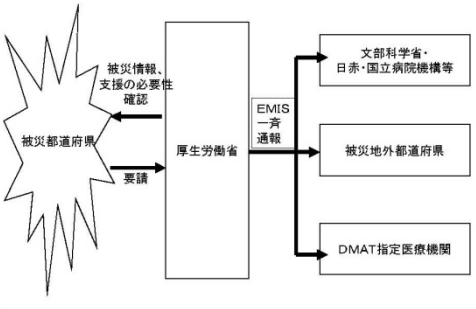
DMATの活動



広域災害時DMATの指揮系統例



初動期の連絡



DMATの初動連絡

主な機能

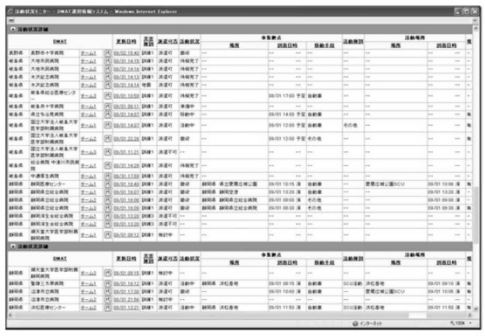
■ 活動状況入力

◆概要
DMATチーム（指定医療機関）が活動状況の入力を行う。

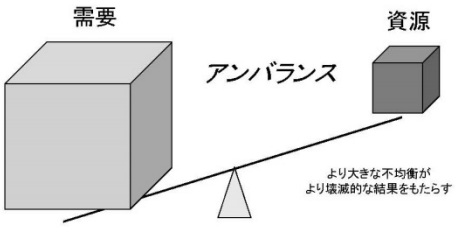
◆利用者（入力者）
DMATチーム（指定医療機関）
※都道府県担当者も代行して入力することができます。
→活動状況入力（代行）

Web版　入力画面

13



災害では



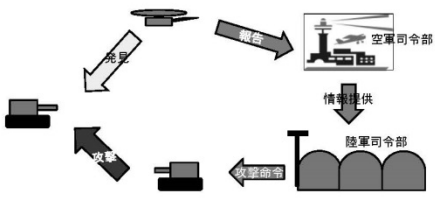
ヤマト運輸の教え

年度	発送個数	社員数	車両数
1976年 昭和51年	33千個	5,700人	3,000台
2002年 平成14年	983,938千個	101,221人	34,842台
1976年 ×10⁴		5700万人	3000万台
2002/1976	3×10⁴	18倍	12倍

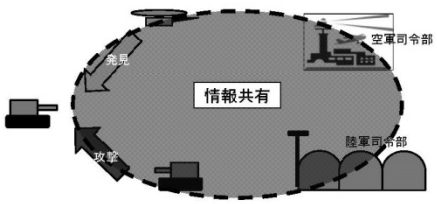
輸送直結リソース+情報管理＋アウトソース

ヤマトシステム社提供資料より

従来の運用
(Platform Centric Operation)



ネットワーク化された運用
（Network Centric Operation: NCO)



急性期災害医療体制

- 過剰ニーズに対応するために最大限の効率化が求められる。
- 日ごろは独立している地域の医療機関の組織化が求められる。
- 情報の共有により日常独立している組織間の組織化は可能。（ネットワークセントリックオペレーション）
- EMISがそのツールとなる。

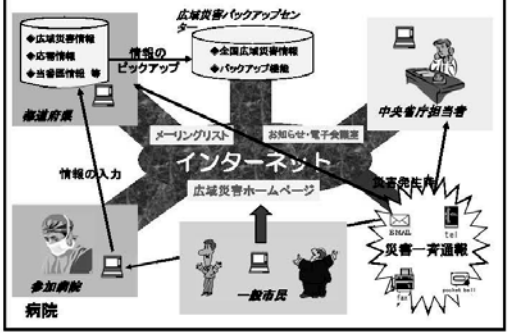
阪神淡路大震災

それぞれの医療機関が自ら『最後の砦』の決意でベストを尽くそうとした。

一人の医師が診療した患者数―地震当日―

	Patients	MDs	Pts/MD
神戸大学附属病院	366	112	3.3
"K" 病院	1033	7	147.6

広域災害・救急医療情報システム



システム改定内容　－入力された情報の確認－

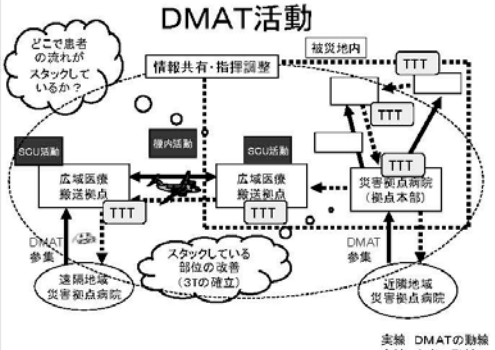
《改定後》 災害医療情報の医療機関状況モニターでの見え方（県でログインした場合の画面）

「患者転送情報」の実数が、搬送手段の調整には必要

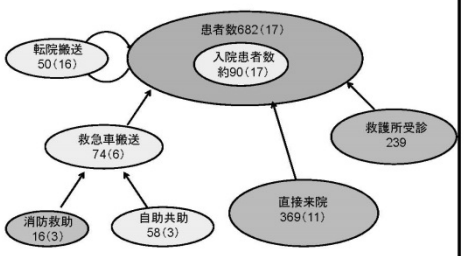
DMATの目標、活動

- 上位目標
  - 「防ぎ得た災害による死亡」を減らす
- 目標
  - できるだけ多くの傷病者にできるだけ早く根本治療を行う。
  - できるだけ多くの傷病者に根本治療までの安定化を図る。
- 活動
  - 現場の医療資源の有効活用のための情報共有、組織化を行う。
  - 災害のすべての場面で適切なTTTを確立する。

DMAT活動

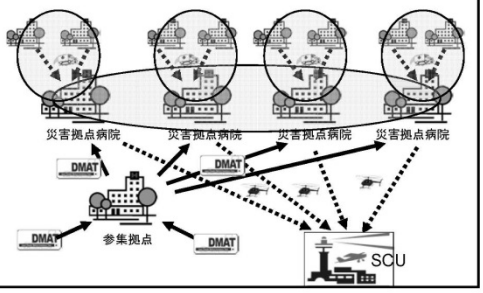


中越沖地震：患者搬送経路



括弧内は重篤患者

広域災害時のDMAT活動



広域災害時の優先目標順位

- 第一　災害拠点病院の拠点化
- 第二　病院→拠点病院の情報共有
  搬送体制の確立
- 第三　域外搬送体制の確立

（指揮情報）

- 第四

病院での診療支援（拠点病院→一般病院）
搬送介助（ヘリ搬送→救急車搬送）
現場活動（大規模→小規模）

（資源投入）

（被害甚大）　広域搬送体制の確立

DMAT研修の実施、修了者の状況

2005/4/1～2012/3/31

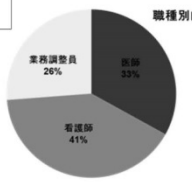
隊員養成研修実施：114回
国立病院機構災害医療センター60回
兵庫県災害医療センター54回

- DMAT受講医療機関　496 施設
- DMATチーム　1002 隊
- DMAT隊員数　6245名

→ 災害拠点病院　87%
非災害拠点病院　13%

職種内訳

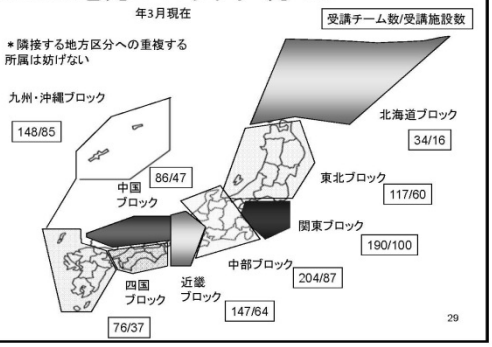
- 医師　2057名
- 看護師　2543名
- 業務調整員　1645名



DMAT地方ブロック区分 2012

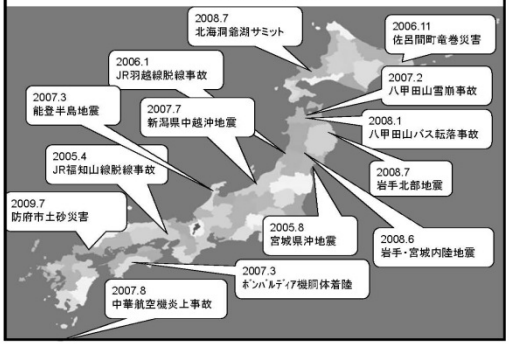
年3月現在

＊隣接する地方区分への重複する所属は妨げない



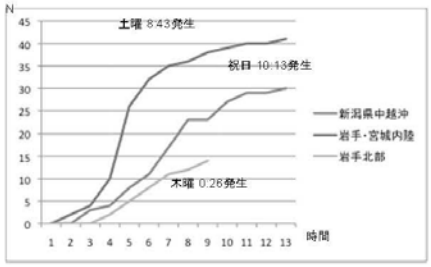
29

DMATの活動



出勤要請と出勤(情報共有)

近年の震災におけるDMAT参集状況



東日本大震災でのDMATの活動

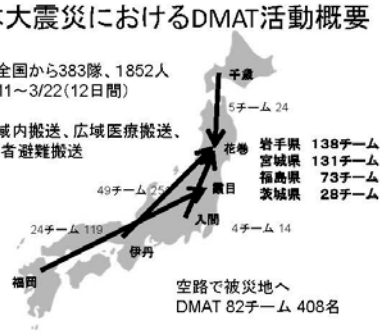
厚生労働省DMAT事務局

平成23年5月13日

国立病院機構宮城病院会議室の時計(宮城県山元町)

東日本大震災におけるDMAT活動概要

活動チーム:全国から383隊、1852人
活動期間:3/11～3/22(12日間)
活動内容:
病院支援、域内搬送、広域医療搬送、
病院入院患者避難搬送



空路で被災地へ
DMAT 82チーム 408名

伊丹空港でC-130に搭乗

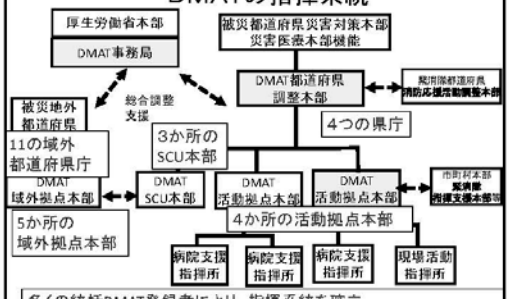
C-130輸送機

12日未明
伊丹から花巻へ向けて4便
49チーム231名が搭乗

DMAT事務局による初動

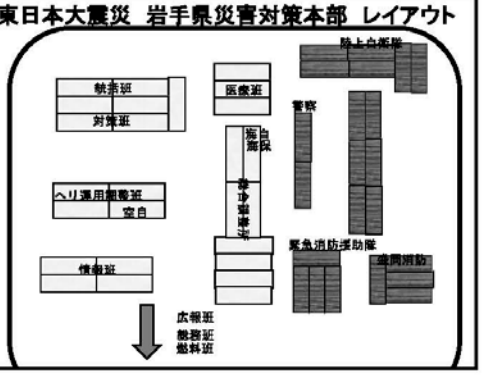
- 3月11日
  - 14:46 地震発生
  - 14:50 災害医療センター内に対策本部設置
  - 15:05 災害調査ヘリ確保依頼
  - 15:10 全DMATにEMISにより待機要請
  - 16:00 EMISにより宮城県からの派遣要請伝達。参集拠点は仙台医療センター
  - 16:06 EMISにより福島県からの派遣要請伝達。参集拠点は福島県立医大
  - 17:45 EMISにより岩手県及び茨城県からDMAT派遣要請伝達、参集拠点は岩手医科大学附属病院及び筑波メディカルセンター病院

DMATの指揮系統



多くの統括DMAT登録者により、指揮系統を確立
DMAT事務局は、3か所の県庁、2か所の活動拠点本部に関与
11名の参与の補助を得て何とか対応した

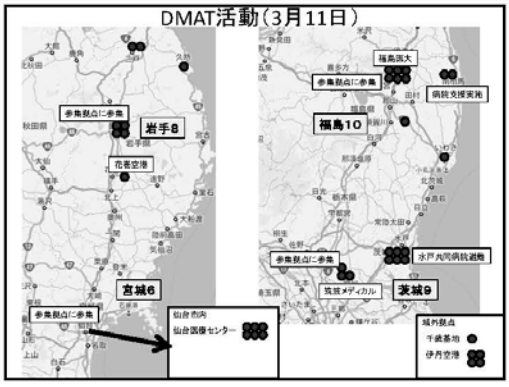
東日本大震災　岩手県災害対策本部　レイアウト



岩手県災害対策本部ミーティング

福島医大活動拠点本部

DMAT活動（3月11日）



水戸協同病院からの転院搬送

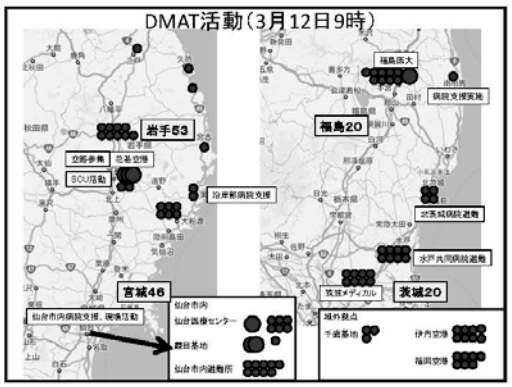
- 入院患者200名のうち140名をDMAT車両で夜を徹して転院搬送した（60名は自宅退院）
- 関東～西日本から参集したDMAT19チームを次々に派遣

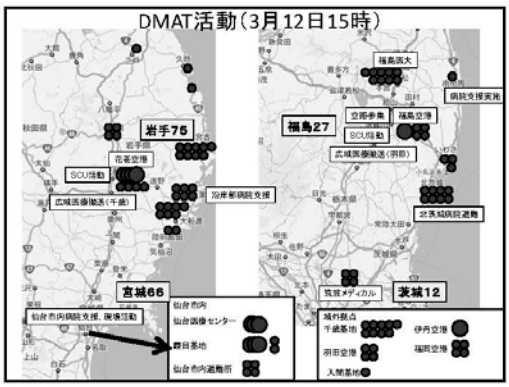
- 水戸市は広域に停電
- 近隣の病院は積極的に受け入れてくれた
- 3月12日午後2時に転院搬送を無事に終了

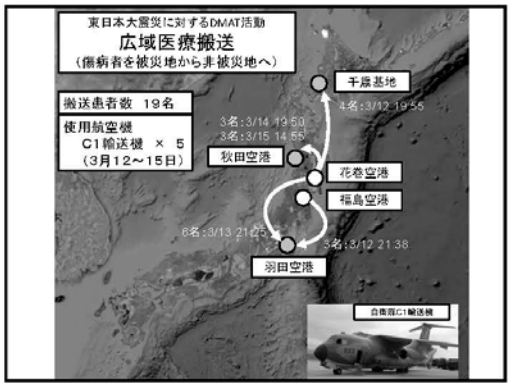
混乱！　かつ　混雑！

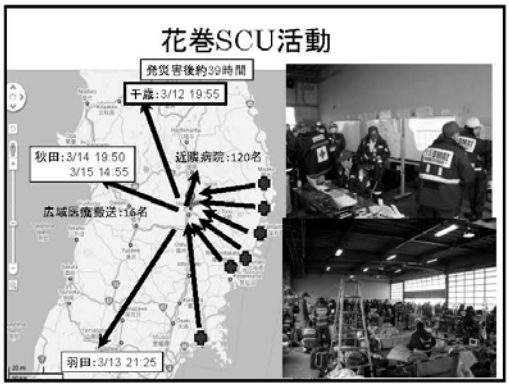
被災1日後におけるEMIS入力状況

- 災害拠点病院の状況
  - 直接入力、本部からの電話による情報確認・代行入力が行われた。
  - 沿岸部石巻から宮古にかけて空白であった。
- その他の病院の状況
  - 福島県においては福島医大拠点本部が電話により情報収集、代行入力
  - 宮城県はEMISに加入しておらず、拠点病院以外の代行入力も不可能であった。
  - 岩手県は情報収集要員を確保できず病院被災状況の把握ができなかった。



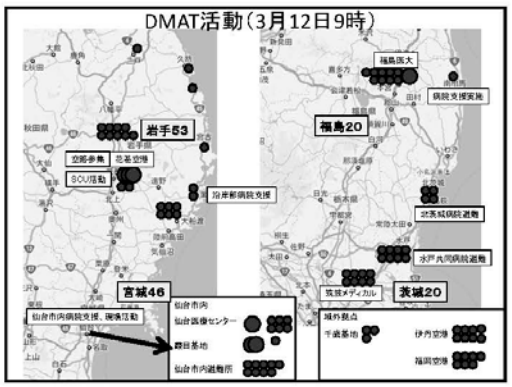


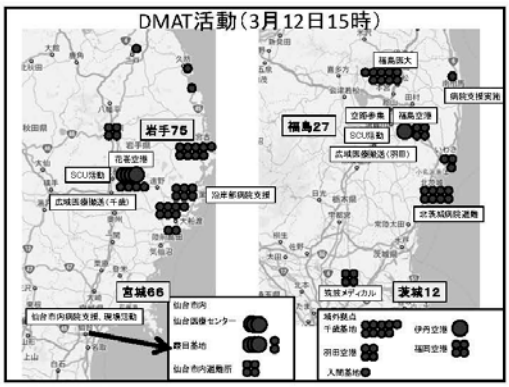


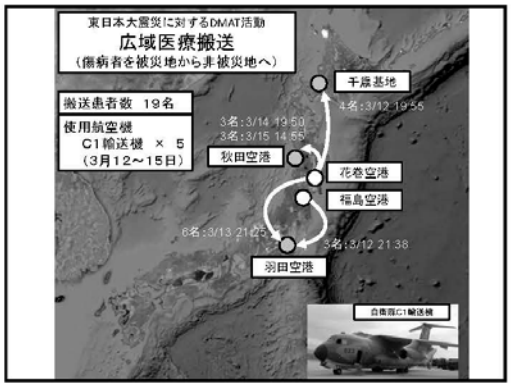


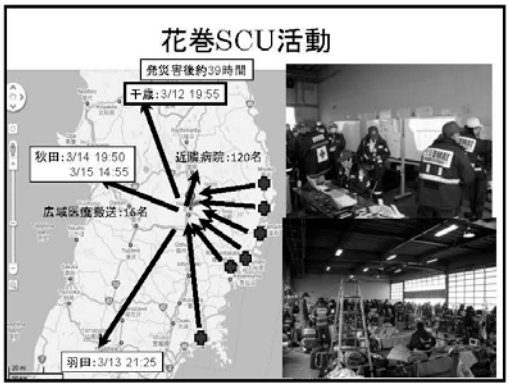
被災1日後におけるEMIS入力状況

- 災害拠点病院の状況
  - 直接入力、本部からの電話による情報確認・代行入力が行われた。
  - 沿岸部石巻から宮古にかけて空白であった。
- その他の病院の状況
  - 福島県においては福島医大拠点本部が電話により情報収集、代行入力
  - 宮城県はEMISに加入しておらず、拠点病院以外の代行入力も不可能であった。
  - 岩手県は情報収集要員を確保できず病院被災状況の把握ができなかった。









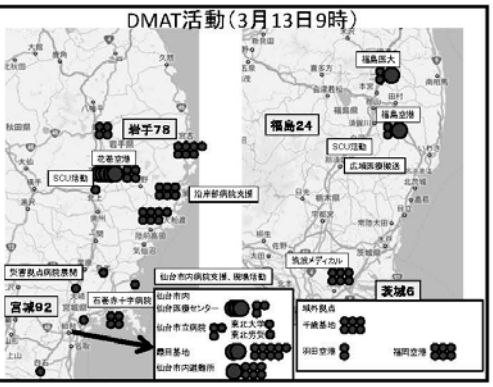
SCU本部

SCU診療部門設置

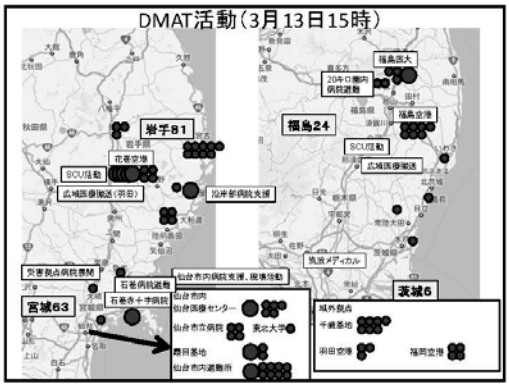
ドクターヘリの活動

- ドクターヘリの出動：計16機
- 140名以上の患者搬送を実施
- DMATヘリ拠点
  - 福島県内ヘリ拠点：福島医大（統括：千葉北総）、ドクターヘリ8機の運用
  - 岩手県内ヘリ拠点：花巻空港（統括：前橋赤十字、愛知医大）、ドクターヘリ7機、調査ヘリ4機の運用
  - 域外拠点（千歳空港）で活動：1機

DMAT活動（3月13日9時）



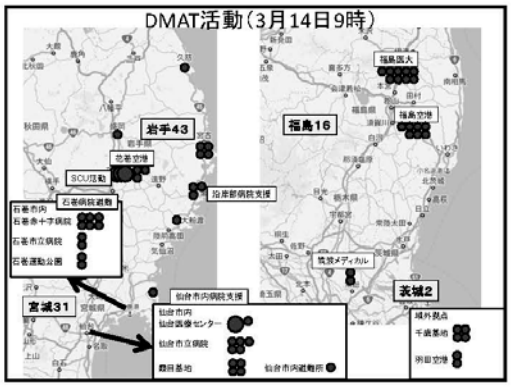
DMAT活動（3月13日15時）

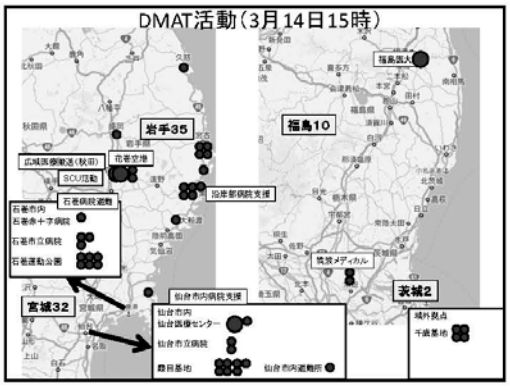


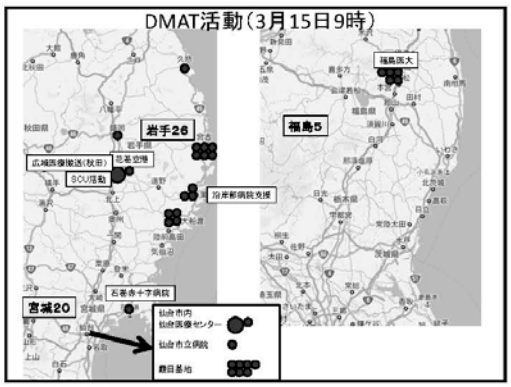
石巻地域病院避難

- 背景
  - 津波被害により孤立した病院があり。
  - 入院診療継続は限界になっていた。
- 活動
  - 3月13～15日
  - 搬送人員：入院患者180名
  - 搬送手段：ドクヘリ、自衛隊CH47 等

次々と石巻市立病院からの患者を搬送してくる
ヘリコプター







福島第1原発：苦渋の90人放置 南西4キロの双葉病院

東京電力福島第1原発の南西約4キロにある双葉病院（福島県大熊町）の患者らが、原発事故を受けた避難中や避難後に死亡した問題で、死者は患者ら約440人中約45人に上る見通しであることが分かった。県は病院に一時90人が放置された点などを調査しているが、災害で医療機関や施設の患者ら全員の緊急避難が困難になる事態は国も想定しておらず、今後も同様の問題が起きる恐れがある。避難の経緯で何があったのか。

いわき光洋高校救護班活動1

【128名、うち死亡者2名】
歩行可能患者・・・教室で待機中
重症患者・・・自衛隊バスで待機中
※患者は約24時間以上飲食してなく、オムツも交換していない
※重症患者は長時間バスにいたため、殆どの患者が衰弱していた"

いわき光洋高校救護班活動2

いわき光洋高校救護班活動3

【4名死亡、計6名】
体育館への搬入完了

いわき光洋高校救護班活動4

【最終死亡者　計10名】

中通りで発見されるバス

- 3月15日
  - 22:00　搬送先未定のバス1台発見される。
  - 23:00　県対策本部救援班と調整し、老健施設での受入、寺澤教授が当直（数名死亡）
- 3月16日
  - 11:00　男女共生センター
    35名発見。あづま運動公
  - 12:45　福井県立病院、
  - 13:48　共生センターで
  - 14:25　35人が二本松城
  - 14:30　福井県立病院、
  - 15:50　患者のあづま総
  - 16:52　現状報告。2名死
  - 18:45　あづま運動公園

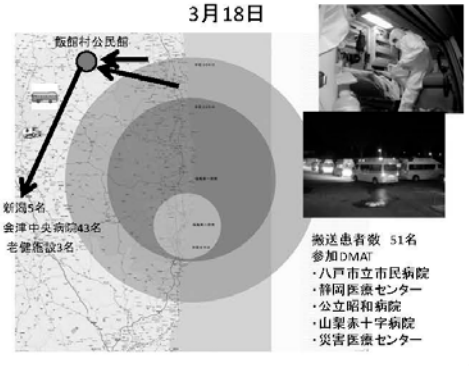
屋内退避エリア病院退避オペレーション

- 3月15日　屋内退避指示
- 福島第1原発20km～30km圏内は町としての機能を失った。
- 病院も入院診療継続困難

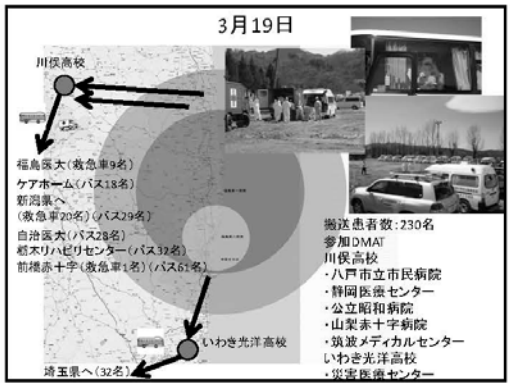
→約1000床の病院退避が必要

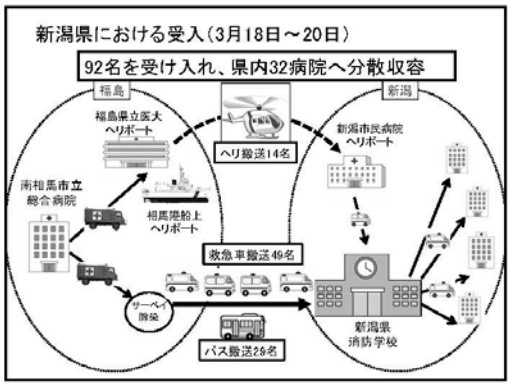
- 医療搬送の実施
  - サーベイポイントで、スクリーニングを受けた患者へのTTT（トリアージ、応急処置、搬送車両・航空機への同乗）

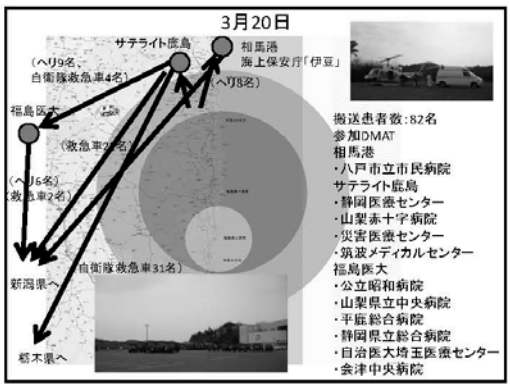
3月18日

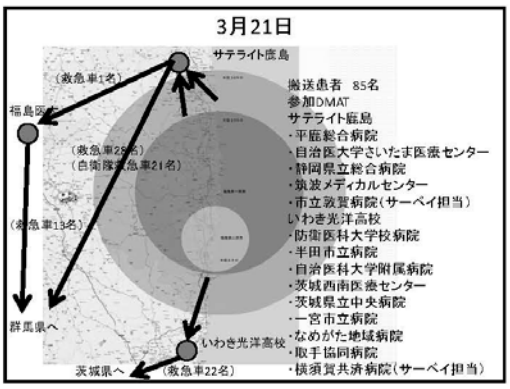


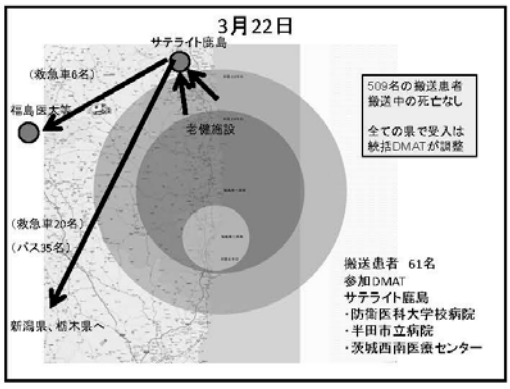
3月19日











東日本大震災における DMAT活動まとめ

- 1800名をこえる人員が迅速に参集し活動した。
- 国、県庁から現場までの指揮系統を確立した。
- 急性期の情報システムは機能した。
- 広域医療搬送を実施した。
- 急性期のニーズは、48時間以内は少なかった。
- 病院入院患者避難のニーズがあった。
- このような医療搬送にDMATは貢献した。

今回は想定外の災害であったか？

- 津波の疾病構造
  - インド洋津波
- 長く続く急性期
  - パキスタン地震、ハイチ地震
- 情報の混乱、通信不通地域
  - 阪神淡路大震災、全ての災害
- 亜急性期初期、後期における救護班の不足
  - GAP問題：全世界の災害の問題
- DMAT隊員の救護班としての活動
  - 新潟中越沖地震、岩手宮城地震他
- 病院避難のオペレーション
  - 宮城連続地震
- 医療班の公衆衛生的活動
  - JMTDR他国際緊急援助の事例

更に大きな災害はまた来る　阪神淡路＋東日本を想定すべき

今後の課題

- 指揮調整機能の更なる強化
  - DMAT事務局の機構拡充
- 被災地内でインターネットを含む通信体制の確保
  - 全DMATへの衛星携帯の整備
- 広域医療搬送戦略の見直し
  - SCUをサポートする近隣病院の指定
  - SCU、DMATへの高度医療資器材の整備
- 亜急性期活動戦略の確立
  - 迅速性を維持しつつ、1～2週間をカバーできる体制の確保
  - 病院支援戦略の確立
- DMAT全体としてのロジスティックサポートの充実
  - ロジステーション構想の具現化
  - 中央直轄ロジ要員の確保

災害医療等のあり方に関する検討会　報告書概要

DMATについて

【東日本大震災を踏まえた課題】

●活動内容
・ 津波の被害が大きく、外傷等の従来想定されていた疾患とは違う慢性期疾患への対応が必要であった
●活動時間
・ 48時間以上の活動によりDMATの物資が不足した
●通信機器
・ 通信が困難であったチームや、EMISへの入力を行うためのインターネット接続が不可能であったチームがあった
●指揮調整機能・ロジスティック
・ 多数のDMATが被災地に入ったことにより、DMAT事務局やDMAT都道府県調整本部等における業務量が膨大となった
・ 被災地内での医療ニーズの把握が困難であった
●広域医療搬送
・ 広域医療搬送の計画が策定されていなかったため、関係機関との調整に時間を要した
●空路参集DMAT
・ 空路参集では、DMATの生活資材等の携行が困難であった
●ドクターヘリ
・ DMAT事務局からドクターヘリ出動要請が行われて出動した

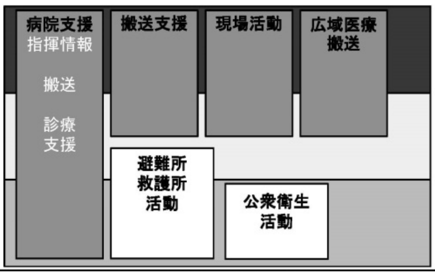
	【現状：日本DMAT活動要領（平成22年3月31日改正）】	【今後の方針】
●活動内容	・ JATECに沿った医療活動（日本DMAT隊員養成研修）	・ JATECに沿った医療活動に加え、慢性疾患へも臨機応変に対応
●活動時間	・ 災害の急性期（概ね48時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チーム	・ 災害の規模に応じて、2次隊・3次隊の派遣を考慮 ・ DMAT1チームの移動時間を除いた活動時間は、48時間を原則とする
●通信機器	・ DMAT指定医療機関は、当該医療機関と派遣されたDMATの間の連絡手段を確保するための機材を整備	・ 衛星携帯を含めた複数の通信手段を保有、インターネットに接続してEMISに情報を入力できる環境を整備
●指揮調整機能		・ 大規模災害時に、DMAT事務局及びDMAT都道府県調整本部等へ、DMAT保有医療機関が、統括DMAT登録者やサポート要員を積極的に派遣
●ロジスティック		・ 統括DMAT登録者をサポートするようなロジスティック担当者や、後方支援を専門とするロジスティック担当者からなるDMATロジスティックチーム（仮称）を養成
●広域搬送	・ 都道府県は、厚生労働省及び関係省庁と連携し、あらかじめ計画された広域医療搬送拠点にSCUを設置	・ 防災計画等ともあわせて広域医療搬送も想定した航空搬送計画を策定し、SCUの設置場所及び協力を行う医療機関をあらかじめ定める
●空路参集DMAT		・ 都道府県等は、空路参集したDMATに必要な物資の提供や移動手段の確保を行う体制を整備することが望ましい
●ドクターヘリ	・ ドクターヘリは、必要に応じて広域搬送、DMATの移動、患者の搬送等に活用することができる	・ 今後の方向性について検討していく中で、関係省庁との調整を行う

81

~~それはDMATの仕事ではない~~

すべては被災者のために

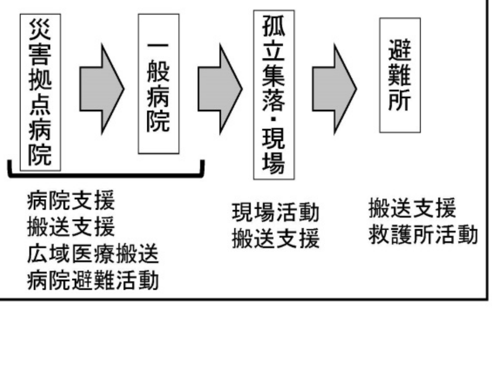
DMATの活動



DMATは唯一の迅速に、組織的に活動できる災害の専門家集団

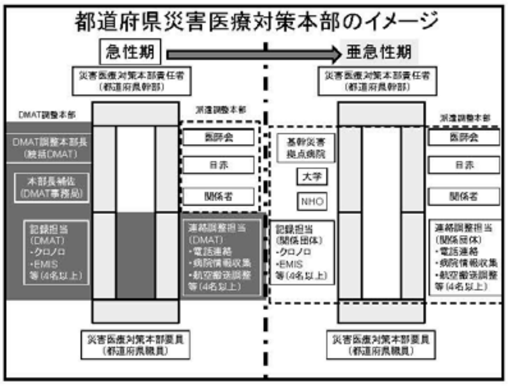
他の支援が組織的に行われるまでカバーすることが期待される。

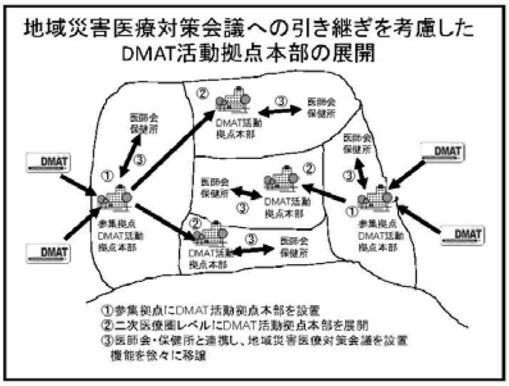
DMAT指揮情報活動の優先順位

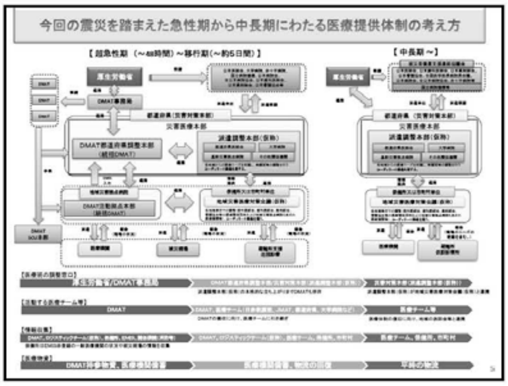


活動期間、撤収、引き継ぎについて

- 各チーム
  - 被災地内で48時間の活動
  - 引き継ぎ先を見つけてから撤収
  - 引き継ぎ先は二次隊、救護班、地元資源
- DMAT活動全体
  - 救護班のマネージメントが確立してから撤収
  - DMATは救護班のマネージメントの確立を支援
  - DMAT全体の活動は、二次隊、三次隊の活動を含め、1週間をめどとする。







DMATが作る指揮系統とは

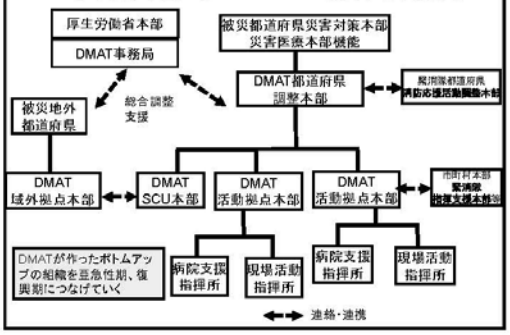
トップダウンとボトムアップ

- 軍隊は、トップダウンの組織ですか？
- もっとも典型的なトップダウンの組織とはなんですか？

DMATの指揮系統

- 平時のトップダウン組織の問題点
  - 迅速性に欠ける
  - 縦割りの限界
- 行政の災害対策本部
  - 平時の組織の逆転を埋めるために設置
  - 医療・災害の専門性・継続性に欠ける
- DMATの指揮系統
  - 行政の災害対策本部を補完・輔弼
  - ボトムアップを基調とした組織の再構築

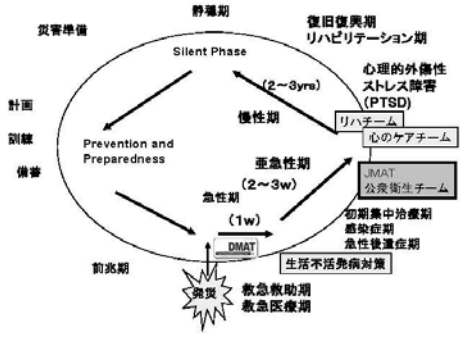
広域災害時DMATの指揮系統例



災害関連死

- 2303人（復興庁2012年11月）
- 県別
  - 福島:1121:宮城812:岩手.323.
- 町別
  - 南相馬,336; 浪江,192; 冨岡, 119; いわき,100; 双葉, 73; 楢葉, 67:大熊, 66:川内, 49:飯館, 39:広野, 26; 葛尾, 17.
- 高齢化時代の災害医療:生活不活発病は大きな問題
- 災害関連死の防止には、早期の介入が不可欠

災害サイクルから見た災害医療



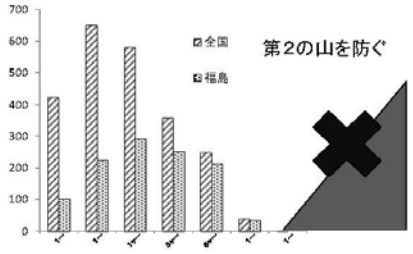
福島の現状

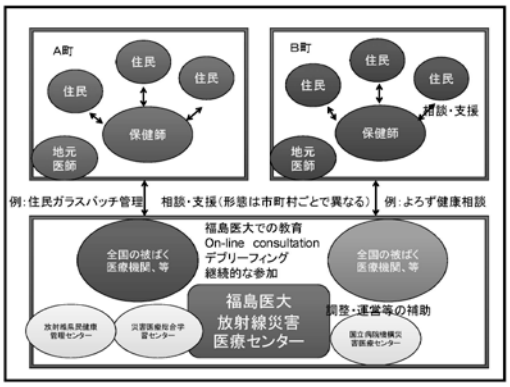
- 帰還のめどが立たない避難住民
- 帰還の可否についての対立
- 受け入れ側の疲弊とねたみ
- 統合的な戦略を持たない支援
- 被災自治体職員の疲弊
- 15万人の難民支援という視点も必要

広域化する保健師活動

対人サービスにとれる時間は減ってしまう。
午前:二本松 → 午後:相馬市

震災関連死の今後

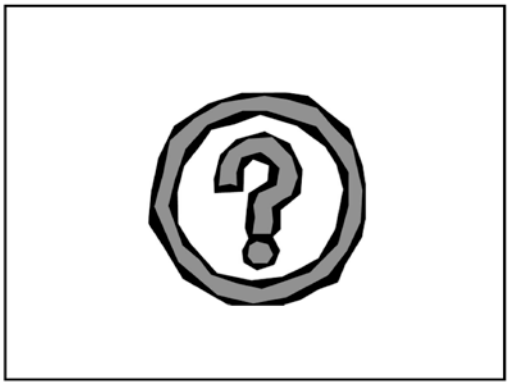




福島への対応から

- 福島においてはいまだ住民の避難生活が続いている。
- 生活不活発病のリスクは高い。
- 今の福島に介入し、状況を改善させることは、来るべき大震災への対応の解決策を提示することとなる。

Future From Fukushima.
ふくしまから
はじめよう。



：講師名

フクダ　チトシ
福田　千年

：担当講義

「チームビルディング
（チームビルディングの基本、方法論）」

：形式

演習

：日時

12/21（土）13：55～14：55

【略歴】

１９９７年　３月	岡山大学経済学部　卒業 （うち 1995～1996 英国エディンバラ大学社会科学部に在籍）
同　年　４月	中国電力株式会社　入社
２００４年　５月	中国電力株式会社を休職し、米国サンダーバード国際経営大学院にて MBA を取得 在学中に、Tiara International Consulting, LLC において Advisory Panel としてコンサルティングに従事。以降、アジア地域他への市場拡大や生産効率向上の案件として、自動車産業・航空機業界などのプロジェクトに従事・提言
同　年　５月	中国電力株式会社に復職し、人事・労務・教育関係業務に従事
２００７年　９月	日本理学療法士会現職者講習会「理学療法士リーダー研修会」ほか理学療法士のリーダーシップ等の資質向上に関する講演を実施 （以降，2013 年まで毎年実施）

【専門領域】

人的管理（管理行動・リーダーシップ論、コミュニケーション全般、コンプライアンス、後輩指導等）、経営管理・組織行動論

【資格】

経営学修士（MBA）

チームビルディング
（チームビルディングの基本，方法論）

2013年12月21日
ティアラ・インターナショナル・コンサルティング
福田　千年

© Copyright 2013 TIC LLC, Tiara International Consulting, L.L.C. All Rights Reserved

このカリキュラムでのねらい

◆次のことを学んでいきます

- ○ 強いチームをつくるために
- ○ 報告・連絡・相談の重要性
- ○ チームのリーダーとして留意すべきこと

【補　足】

★ ここでいう「強いチーム」とは，災害支援の現場に限らず，与えられた任務に対して，個人の多岐にわたる能力を結集し，お互いが行動を修正したり能力を高めあったりといった，いわゆる「個人の能力の単純な足し算を超える　1＋1＞2　のような成果をだし続けることができる集合体」のことです。

© Copyright 2013 TIC LLC, Tiara International Consulting, L.L.C. All Rights Reserved

ウオームアップエクササイズ

○他己紹介

- ・ 2人1組（または3人1組）
- ・ 大事な持ち物のエピソードを語る　【1分×3名】
- ・ 班の中で発表　（2名）【1分×2名】

◆気づきがあれば記入しましょう。

© Copyright 2013 TIC LLC, Tiara International Consulting, L.L.C. All Rights Reserved

強いチームをつくるために

自分たちの使命（役割）とそれを遂行するのに見合う人材が揃った段階において，個々の能力を最大限に発揮させるためには，次の条件が必要

- **○ 役割認識，目的（目標）の共有**
- **○ 状況の説明　（フォレットの法則）**
- **○ 迅速で的確な意思決定**
- **○ 正しい情報の共有・伝達手段の確保**
- **○ 信頼関係**

★これらには，よどみないコミュニケーションが不可欠
「報告」「連絡」「相談（＝調整）」が大事

© Copyright 2013 TIC LLC, Tiara International Consulting, L.L.C. All Rights Reserved

報告・連絡・相談の重要性

正しい情報があるから的確な判断ができる

報　告	連　絡	相　談
○ 人から頼まれたり，指示をうけてやったことが，どのような進捗状況・結果となっているのかを伝える。	○ 後で「知らんかった」と言われないために，あらかじめ（事後に）関係者に伝えておく。	○ 利害関係が対立するところ，仕事をどちらがひきうけるかについて，事前にスタンスを調整する。
相手が判断する材料になる。 「安心してください。」 「様子見が必要です。」 「予定外のことが起きました。大変です。」	連絡をこまめにすると，相手からも連絡がよくくるようになる。 「うちの動きを先にお伝えしておきますと，・・・」	いわゆる「ボテンヒット」を防ぐ 「新たな仕事は，目的が違うのでそちらにやっていただきたいと，・・・」

© Copyright 2013 TIC LLC, Tiara International Consulting, L.L.C. All Rights Reserved

チームのリーダーとして留意すべきこと

チームの力をさらに引き出させるためには，・・・・

《自らのリーダシップの発揮》

○自分という人間を理解してもらう　（寡黙な人は要注意・・・）

○メンバー全員に，情報を共有させ，目的と役割認識を十分理解させる

○迅速な行動に不可欠な情報は，ためらうことなく現地・現物重視で収集する

○問題のある決断を何度か繰り返した場合，自らのリーダーシップが疑われている（今後は，人がついてこない，自分勝手な行動をする）

《メンバーのモチベーションを高め，責任感をもたせる》

●個人で判断し行動するように期待するなら，意思決定が求められる局面を経験させておく　（「あなたならどうする？どう考える？」と聞く）

●状況に対する的確な判断をメンバーに求めるならば，自分の経験を語っておく　（判断の拠り所を共有）

●単純かつ重要な役割を経験の浅い（若い）人に与える

© Copyright 2013 TIC LLC, Tiara International Consulting, L.L.C. All Rights Reserved

ワークショップ

緊急時に計画変更を余儀なくされるプロセスや個人の心境について体験します。

○ **ペーパータワーの作成**
各チームで紙の搭をつくっていただきます。

【材料】
- A4用紙　50枚
- セロハンテープ
- 輪ゴム
- ステイプラー（ホッチキス）

【時間】
議論：5分　　作業：3分30秒

© Copyright 2013 TIC LLC, Tiara International Consulting, L.L.C. All Rights Reserved

最後に

- 信頼関係を大切に
  ⇒相手を信頼しないと，相手からも信頼されない
- 仕事の目的，自分たちの立ち位置を常に確認
- 「現地・現実・現物」を重視
- 記憶より記録
- 大事なことは，見えない，話してくれないものも多い
- メンバーの“製造物責任”は職場にあり
  職場でしっかり育て，動機づけをして送り出すこと

© Copyright 2013 TIC LLC, Tiara International Consulting, L.L.C. All Rights Reserved

演習報告

■講師名　：　福田千年

■テーマ　：　チームビルディング（チームビルディングの基本、方法論）

■講義概要
日々状況が異なる災害現場における「正しい情報」収集、チーム活動における相互信頼・役割遂行のための環境づくり
大規模災害時に結成されたチームが与えられたミッションや目標の達成のため、コーディネーター（リーダー）またはメンバーが、チームの結束力を高め、タスクが円滑に進められる心構えや態度などについて、ペーパータワーの作成を通じて学んだ。
【学習のポイント】
・チームの目標を共有する（困ったときには原点に帰る。）
　・正しい情報がなければ正しい判断ができない（情報共有の手段を確保する。事実と推測を分けて伝える。現地・現実・現物を自分の目で確認する。情報源と聞取日時を明らかにする。）
　・相手の行動を促すときは、その考えに至った背景や理由を添える

■修得目標
強いチームをつくるために必要な認識および責任ある行動を理解し、コミュニケーションの基本である、報告・連絡・相談の重要性を講義およびワークショップを通じて修得する

■所感、課題など
演習を通じ、参加者は次のような気づきを得たものと考える。
・メンバー間の人物像がよくわからないうちにチームの作業を進めると、お互いが遠慮（敬遠）がちになり、もっと良い方法があるなどの提案がでにくくなる。
・自分の作業だけに没頭してしまうと、作業が停滞しているなどの問題に気がつかなくなる。
・一度走り出した作業の修正は思うようにできない。一度決めたことの修正は多大な労力を必要とする。
・他のチームがうまくやっている（高いタワー）をつくるのをみて、焦ったり、自分たちのチームはダメだと思考停止に陥ってしまう。最後まで諦めずに取り組んだチームがよい結果を残した。
・そもそも何をやらなければならないのか、チーム全員で共通認識をしっかりもっていないとうまくいかない。

：講師名

コウジキ　マサヒロ
上月　正博

：担当講義

「災害リハビリテーション概論」

：形式

講義

：日時

12/21（土）15：05～15：35

【略歴】

１９８１年　３月	東北大学医学部　卒業
２０００年　４月	東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野　教授
同　年	東北大学病院内部障害リハビリテーション科長（兼務）
２００２年　４月	東北大学病院リハビリテーション部長（兼務）
２００８年　４月	東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻長（兼務）

【専門領域】

リハビリテーション医学、内科学、リハビリテーション科専門医、総合内科専門医、腎臓専門医、高血圧専門医

第3回災害リハコーディネーター研修会講演_●131223

災害リハビリテーション概論

東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野　上月　正博

災害の定義

広辞苑

「異常な自然現象や人為的原因によって、人間の社会生活や人命に受ける被害」

災害対策基本法

「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」

災害対策基本法施行令

「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」

災害の種類

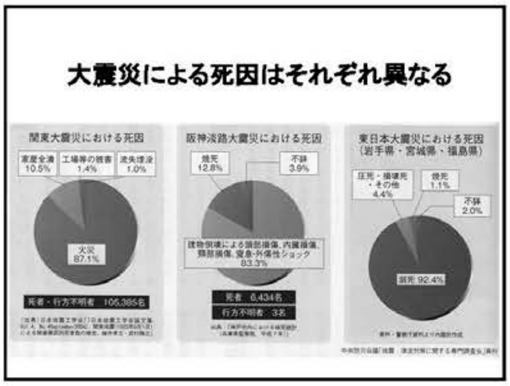
- 自然災害
  - 地震、津波、台風、噴火、土砂災害など
- 人的災害
  - 環境汚染（放射性物質の大量放出など）、火災、事故、テロなど

大規模災害の定義

- 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
  - 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に指定される規模の災害を基準とする
  - 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
  - 基本的には自然災害を優先して対応にあたる

	日本国内			
地震名	阪神淡路大震災	新潟県中越大震災	新潟県中越沖地震	東日本大震災
発生年月日	1995年1月17日	2004年10月23日	2007年7月16日	2011年3月11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
震度	7	7	6強	7
地震の種類	直下型	直下型	直下型	海溝型地震逆断層型
マグニチュード	7.2	6.8	6.8	9
死亡者数	6,432（行方不明 3）	68	15	15,844（行方不明：3,450）（924,1,6）、死因の92%津波による水死
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）
被災者数				
被害総額	9.6兆円	3兆円	推定1.5兆円	16～25兆円
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
全壊戸数	104,906	3,175	1,324	127,197
避難住民数	316,678	約103,000	約12,000	450,000

	海外			
地震名	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
発生年月日	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）	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	ポルトープランスの西南西25km
震度			6弱	
地震の種類	海溝型	直下型	直下型、逆断層型	直下型
マグニチュード	9.1	7.6	8	7
死亡者数	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	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	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	津波（10m, 最大34m）	建物崩壊	建物崩壊	建物崩壊
全壊戸数			216,000	290,000（全半壊）
避難住民数	835,000	3,500,000	約15,147,400	1,500,000

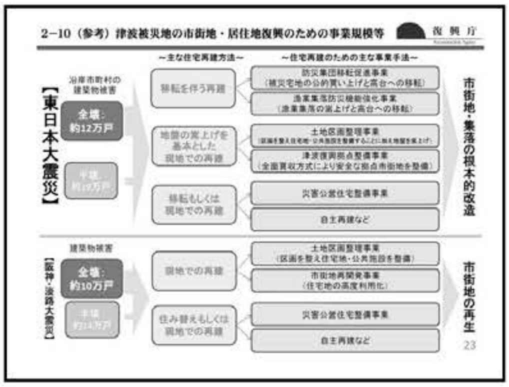

大震災による死因はそれぞれ異なる
関東大震災における死因
家屋全潰 10.5%
工場等の被害 1.4%
流失埋没 1.0%
火災 87.1%
死者・行方不明者　105,385名
阪神淡路大震災における死因
焼死 12.8%
不詳 3.9%
建物倒壊による頭部損傷、内臓損傷、頸部損傷、窒息・外傷性ショック 83.3%
死者　6,434名
行方不明者　3名
東日本大震災における死因（岩手県・宮城県・福島県）
圧死・損壊死・その他 4.4%
焼死 1.1%
不詳 2.0%
溺死 92.4%

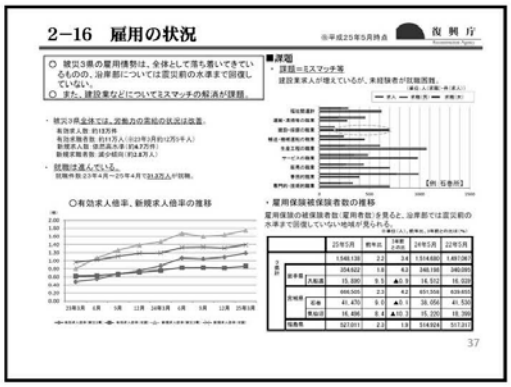
1−1　東日本大震災の概要
復興庁
※我が国の観測史上最大規模の地震、世界的にも1900年以降4番目の規模の地震
被害状況等
（平成25年6月10日現在　出典：警察庁、復興庁等）
（1）人的被害
ア 死者　15，883名
イ 行方不明　2，671名
ウ 負傷者　6，145名
エ 震災関連死（※2）　2，688名
（2）建築物被害
ア 全壊　126，458戸
イ 半壊　272，191戸
ウ 一部破損　741，684戸

2−1　避難者・仮設住宅の状況
復興庁
○ 避難者数は約29万8千人。
○仮設住宅等への入居戸数は減少しており、恒久住宅への移転が始まりつつある。
（1）避難者等の減少
（2）仮設住宅等の入居状況
（3）避難者等の数（避難先の都道府県別）
避難先：47都道府県　1,200市区町村
【県外への避難等】岩手県から約 1，600人、宮城県から約 7，600人、福島県から約54，000人

2−21　福島県の状況①（避難の状況）
復興庁
避難指示区域等からの避難者数　約10.6万人
・避難指示解除準備区域　約3.3万人
・居住制限区域　約2.5万人
・帰還困難区域　約2.5万人
・計画的避難区域　約0.1万人
・旧緊急時避難準備区域　約2.2万人
福島県全体の避難者数　約15.0万人
（1）福島県内への避難者数
約9.6万人
仮設住宅（民間借上げを含む）　約9.2万人
雇用促進住宅等　約0.4万人
（2）福島県外への避難者数
約5.4万人
山形県　約8.5千人
東京都　約7.3千人
新潟県　約5.0千人
埼玉県　約3.3千人
茨城県　約3.9千人　等
42

東日本大震災　地図で見る津波の被害
津波による浸水範囲
500平方キロ
浸水の範囲
被害面積 宮城県が最大
10メートル


2−10（参考）津波被災地の市街地・居住地復興のための事業規模等
復興庁
〜主な住宅再建方法〜
〜住宅再建のための主な事業手法〜
【東日本大震災】
沿岸市町村の建築物被害
全壊：約12万戸
移転を伴う再建
防災集団移転促進事業（被災宅地の公的買い上げと高台への移転）
漁業集落防災機能強化事業（漁業集落の嵩上げと高台への移転）
地盤の嵩上げを基本とした現地での再建
土地区画整理事業
津波復興拠点整備事業（全面買収方式により安全な拠点市街地を整備）
移転もしくは現地での再建
災害公営住宅整備事業
自主再建など
市街地・集落の根本的改造
【阪神・淡路大震災】
建築物被害
全壊：約10万戸
現地での再建
土地区画整理事業（区画を整え住宅地・公共施設を整備）
市街地再開発事業（住宅地の高度利用化）
住み替えもしくは現地での再建
災害公営住宅整備事業
自主再建など
市街地の再生
23



被災病院・日本リハ医学会との折衝・支援体制の構築
（5日目以降21日目まで）(3/15～3/31)

- 上月が日本リハ医学会の現地対策本部長に任命される
- 医局員は総出で東北地方のリハ施設の被災や安否状況の確認を行う。
- 医局員は関連病院へのリハ診療援助や物資輸送を行う。
- 日本リハ医学会で震災対応WGや情報センターを設置していただいた。
- 宮城県庁保健福祉部との連携

震災対応WG（住田、並浦、菅）	• 阪神淡路大震災の経験からの助言、資料送付 • 住田先生からは21日目まで毎日電話連絡
情報センター（柚原、川平、菅、園田、田中）	• 震災情報の配信 • 受け入れ可能施設とサポートスタッフのリストアップ • 会員掲示版「支援要請／支援します」コーナーの開設
専門医会（幹事長：岡地、幹事会）	• 検診チェックリストの作成

宮城県の関係部署との折衝・支援体制の構築
（5日目以降21日目まで）(3/15～3/31)

●宮城県保健福祉部

医療提供体制
日本医師会等派遣医療チーム(DMAT、JMATなど)
・宮城県庁災害対策本部：仙台医療センター　山田医師
⇔　上月から依頼し、リハ患者移送用の大型バス10台をとりつけ
・石巻市：石巻赤十字病院　石井医師
⇔　東北大学病院キャラバン隊にリハ医が協力

健康推進課
リハビリテーション推進班
⇔　県から大学に上月を委嘱し、県警本部から上月の「緊急通行車両証」を発行
（⇔　宮城県リハビリテーション協議会の開催依頼
（23年3月任期満了、更新予定なし）
→「東日本大震災宮城県リハビリテーション支援会議」を設立
「宮城県リハビリテーション医会」を設立）

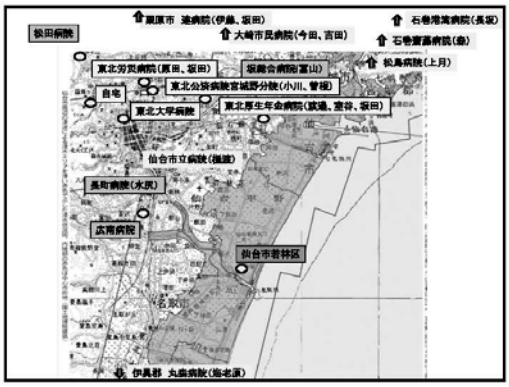
県リハ支援センター＝地域リハビリテーション広域支援センター(保健所)7ブロック)
⇔　上月から宮城全県の避難所や医療施設にリハ医を含めたリハ医療期のニーズ調査を依頼

障害福祉課

長寿社会政策課
⇔　上月から宮城全県の老健施設にリハ医を含めたリハ医療期のニーズ調査を依頼

宮城県災害拠点病院一覧

病院名	DMAT	救命	2次医療圏	応援
気仙沼市立病院			気仙沼	
登米市立佐沼病院			登米	
栗原市立栗原中央病院			栗原	
大崎市民病院	○	○	大崎	○常勤
石巻赤十字病院	○	○	石巻	応援
坂総合病院			仙台	
東北厚生年金病院	○		仙台	○常勤＋応援
仙台医療センター	○	○	仙台	
東北労災病院			仙台	○常勤＋応援
東北大学病院	○	○	仙台	○常勤
仙台市立病院	○	○	仙台	○常勤
仙台赤十字病院	○		仙台	
みやぎ県南中核病院	○		仙南	応援（出江教室）
刈田綜合病院			仙南	応援（出江教室）



被災地の病院、避難所
（5日目以降21日目まで）(3/15～3/31)

亘理避難所
震災後3週

福祉用具等物資供給

これまでに当センターに供給された福祉用具と分配状況　3月18日～5月17日現在
（宮城県リハビリテーション支援センター　根本先生）

リハ関連支援物資	総数	5月17日在庫	分配数
車いす	114	50	64
車いすクッション	60	41	19
歩行車・歩行器	7	0	7
杖	381	207	174
リハシューズ	396	300	96
ベッド	14	0	14
エアマット	6	0	6
マットレス等	27	19	8
腰ベルト	241	185	56
サポーター	223	131	92
褥瘡予防ストッキング	108	88	20
便座	7	7	0
栄養補助食品	303	0	303

宮城県の関係部署との折衝・支援体制の構築

●宮城県保健福祉部

医療整備課
日本医師会等派遣医療チーム(DMAT、JMATなど)
・宮城県庁災害対策本部：仙台医療センター　山田医師
⇔ リハ患者移送用の大型バス10台をとりつけ……ニーズなし
・石巻市：石巻赤十字病院　石井医師
⇔ 東北大学病院キャラバン隊にリハ医が協力……ニーズなくなる。後はニーズに応じて単科単位で自らの筆動手段で協力

健康推進課
リハビリテーション推進班
⇔ 県から大学に委嘱し、県管本部から上月の「緊急通行車両証」を発行
……車両交通制限なくなる。ガソリン不足解消

県リハ支援センター＝地域リハビリテーション広域支援センター(保健所)7ブロック)
⇔ 宮城全県の避難所や医療施設にリハ医療職のニーズ調査を依頼
……「リハ医のニーズなし」の報告
⇔ 宮城県リハビリテーション協議会　佐直会長（東北文化学園大学）、上月副会長
（23年3月任期満了、更新発令なし）
→「東日本大震災宮城県リハビリテーション支援会議」を設立）

障害福祉課

長寿社会政策課
⇔ 宮城全県の老健施設にリハ医を含めたリハ医療職のニーズ調査を依頼
……「リハ医のニーズなし」の報告

第1回東日本大震災宮城県リハビリテーション支援会議

日時：平成23年4月12日　18:00～21:30
場所：東北大学医学部2号館1階　会議室
出席者：
佐直信彦　東北文化学園大学　宮城県リハビリテーション協議会会長
上月正博　東北大学　宮城県リハビリテーション協議会副会長・日本リハビリテーション医学会現地対策本部長
出江紳一　東北大学　日本リハビリテーション医学会東北地方会代表幹事
清水宏明　広南病院脳神経外科医長
渡邉裕志　厚生年金病院リハビリテーション科主任部長
木尻傳志　長町病院病院長
富山陽介　坂総合病院リハビリ診療部部長・科長
小林恒三郎　介護老人保健施設グレイスガーデン施設長
千葉博信　有限会社在宅支援チームフォーレスト代表取締役
渡邉好孝　宮城県理学療法士会会長　松田会病院
佐藤善久　宮城県作業療法士会　東北福祉大学
根本　稔　宮城県リハビリテーション支援センター所長

欠席：佐々木るみ子　宮城県保健福祉部健康推進課

5/30 (81日目)河北新報朝刊

6畳個室に3人生活

避難所も負担ズシリ

「大規模仮設あれば」

年内の収束「不可能」

炉心溶融発覚で東電幹部

高齢者ケア受け皿パンク

再建支援に遅れ

利用希望増 確実

河北新報

（4）介護老人保健施設（小林先生）

配布資料について説明。収容できる施設も多いが要請がこない。避難所ではリハビリが無料提供で、施設では有料であるため経済効果も影響しているのかもしれないが、ケアマネ協会と連携を取って自宅に帰っている要介護者のニーズを拾っていく必要があるのかもしれない。

（5）回復期病院

（5）1厚生年金病院（渡邉裕志先生）

病院自体が被災している状況である。リハ科の病床は１４床あり、当初避難所にいた患者が入院している。全員が被災者であり、入院していても仮設住宅のくじは引けるが実際問題として、転居先の確保が難しい。病院の経営状況を考えると、リハ日数を増やすことは難しいと思われる。

（5）2長町病院（水尻強志先生）

気仙沼・南三陸と共に仙南の状況が危惧される。10 団体に要望を出していくのも大事である。仙南地区は塩釜地区からのボランテイアが支援活動に協力しているが、気仙沼地区と同様に、行政で把握している情報が、どこに問い合わせても流れてこない状況である。ニーズを把握するための方策を探りたい。

（5）3坂総合病院（富山陽介先生）

急性期病院からの転院依頼はきているが、行き場がなくなってきている。避難所よりも生活が楽だろうということで仮設住宅に移る被災者が増えている。多賀城・塩釜は療法士のマンパワーが豊富なので、要請があれば派遣可能と思われる。

災害医療とリハ医療の違い

- 大災害は命の危機だけでない
  - 住居、生業、財産、生きがいなどの日常と生活基盤の喪失・危機である
  - 車椅子、在宅酸素器具の喪失
  - 障害者も健常者も「着の身着のまま、はだか同然」での避難所生活（喪失：医薬品、酸素器具、補装具、杖、福祉用具、義歯、メガネ、補聴器、人工肛門用のパウチなど）
  - 悲嘆や虚脱、無力感や強烈なストレスの中での避難生活　⇒　廃用症候群の発生・進行

災害医療とリハ医療の違い

- 発災3週後には限界を迎え、ほとんどの避難所で身体障害者を含めて被災者の概ね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た
- 避難所には歩いてきたのに、オムツを着装され褥瘡ができた人にも遭遇した
- 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た

（高橋　明先生の報告）

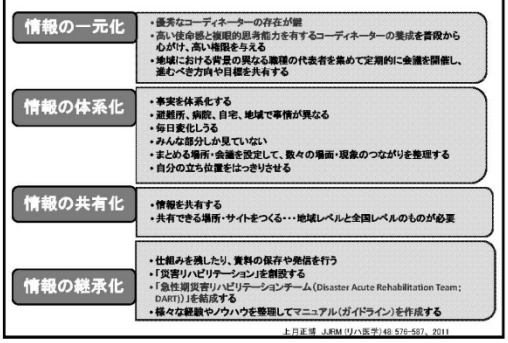
災害医療とリハ医療の違い

リハ医療として必要なもの（例）

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
－

（高橋　明）

大災害に備えるべきポイント



上月正博 J.RIM リハ医学 49: 576-587, 2011

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（地域リハの考え方に通じる）

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応する

地域リハビリテーションの定義

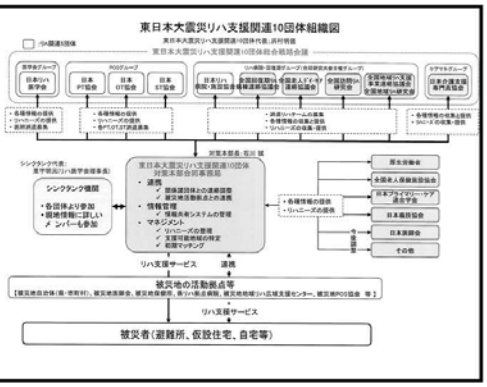
（日本リハビリテーション病院・施設協会　1991）

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

活動の概要

POINT

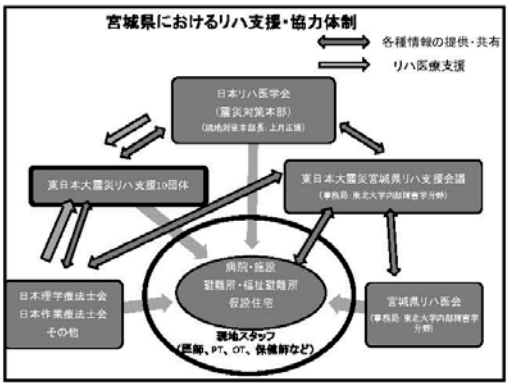
◆合同事務局を設置し情報の一元化に努める
◆リハ専門職を派遣し必要な情報の収集に努める
◆要請を受けた地域の状況に合わせて派遣規模、期間を決定し、チーム編成を行う
◆活動内容の標準化に努める



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
◆被災地での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
◆有事の際にはDMAT、JMAT、DART、心のケアチーム、JRAT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



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、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・疲労感をもたらす定め、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．

活動スタッフの心得

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ト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です．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．

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
- 恐怖の掘り戻し、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

外傷後ストレス障害（PTSD）

- 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ことなど
- 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

PTSDへの対応法

現実面

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）

一般的サポート

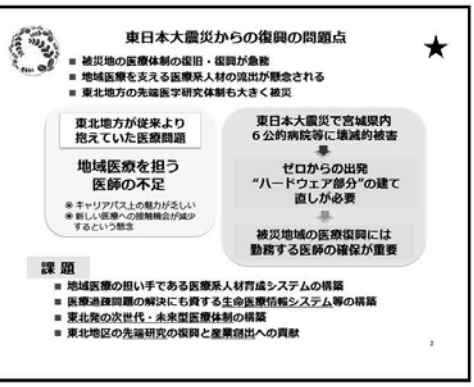
①災害、援助に関する情報 ②援助者による現地の巡回 ③住民からみて援助者が「手に届くもの」と感じられること ④住民からの要望、質問に迅速に回答が得られること

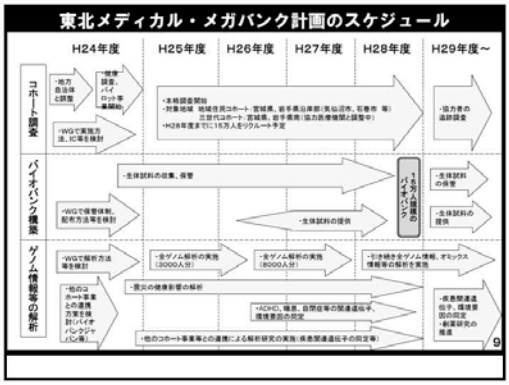
心理的ケア

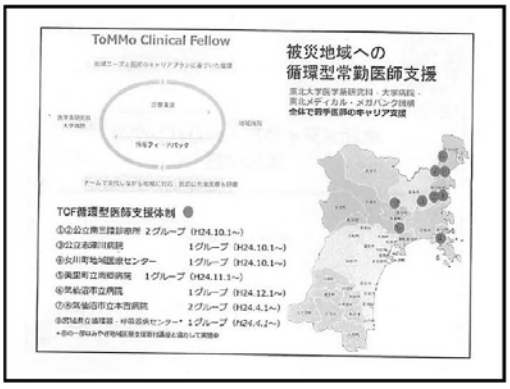
①心理的な変化に対する情報・教育（症状だけではなく、健全な状態や回復時の状態についても情報を与えること） ②必要時の相談先の明示（ホットライン、相談窓口）

心理面への対応

- そばに寄り添い、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
  - 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
- 安全な環境の実現とサポートの提供
  - 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
- 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







まとめ

- 大災害は命の危機だけではない
- 災害による日常と生活基盤の喪失・危機が、廃用症候群の発生・進行を招くため、災害リハが必要である
- 災害リハは「被災地と非被災地の格差」に加えて「被災地の中の格差」を埋めていく重要なカギの一つとして大いに期待される
- 通常のリハ医療を、全国からの医療・リハ支援のもとに行うとともに、可及的速やかに地域リハの自立を達成する必要がある
- リハ資源の効率的な運用のために、情報の一元化、体系化、共有化、継承化が重要である
- 様々な経験やノウハウを整理して作成されたマニュアル（ガイドライン）をもとに多くの優秀なコーディネーター養成が急務である
- 災害時には「急性期災害リハチーム（Disaster Acute Rehabilitation Team；DART））」を結成する必要がある

マニュアルの作成とコーディネーター養成

東日本大震災からの復興に寄与する多彩な活動を展開する

- 災害医療ACT研究所：災害医療コーディネート研修　2013.2.11（石巻）
- 東日本大震災リハ支援関連10団体：第1回災害リハコーディネーター研修会
  2013．2.16-17（東京）
  2013.10.19-20（東京）
  2013.12.21-22（東京）
  2014．3.1-2　（東京）

：講師名

アワノ　ヨシナガ
淡野　義長

：担当講義

「災害のフェーズとリハビリテーションの対応」

：形式

講義

：日時

12/21（土）15：35～16：05

【略歴】

１９８８年　３月	福井医療技術専門学校作業療法学科　卒業
２０１０年　５月	社団法人是真会　長崎リハビリテーション病院　入職
２０１２年　６月	日本リハビリテーション病院・施設協会災害対策委員会委員 就任

【専門領域】

作業療法、労働安全衛生、福祉用具、住環境、リスクマネジメント

第3回　災害リハビリテーションコーディネーター研修会

災害フェーズと リハビリテーションの対応

淡　野　義　長　認定作業療法士（OT）
日本リハ病院・施設協会　災害対策委員会 委員

長崎リハビリテーション病院　臨床部副部長
テクノエイド部長

福祉用具プランナー
福祉住環境コーディネーター 2級

メディカルリスクマネージャー
サーティファイドリスクマネージャー

感染予防労働安全衛生インストラクター
VDT作業労働安全衛生インストラクター
事業場内メンタルヘルス推進担当者

災害リハビリテーション

①災害フェーズのとらえ方

災害における支援

1）ライフライン・交通・情報網の再建
2）生活の場の確保：避難所、仮設住宅
3）医療支援
　①災害医療支援：救助
　②救護：避難所、被災地における仮設診療、巡回診療
　③心のケア
　④リハ支援：避難所、自宅における生活不活発病
　　（廃用）予防・改善
　　自立支援

被災者・住民および
地元医療・介護・福祉従事者の自立

復興

災害支援チーム

DMAT：Disaster Medical Assistance Team （since 2005.4）
災害派遣医療チーム
設置主体は厚生労働省及び各自治体
発災後72時間の活動を基本としている

DART：Disaster acute Rehabilitation Team
災害早期リハビリテーション支援チーム（仮称）

JMAT：Japan Medical Association Team （since 2010.3）
日本医師会災害医療チーム
設置主体は日本医師会
地方医師会との連携のもと活動し、状況をみて
日本医師会災害対策本部の判断のもとで撤収する

JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team
日本災害リハビリテーション支援チーム（仮称）

日赤救護班：日本赤十字社医療救護班
災害対策基本法に基づいた日本赤十字社防災業務計画により運営される
災害救助法に基づく災害救助に関する厚労省と日赤との協定により、
各都道府県知事から日赤へ委託されるが、日赤独自判断での動きもある。

CBRT：Community-Based Rehabilitation Team
地域リハビリテーション支援チーム（仮称）

発災直後からの状況変化と支援チーム

テキストP13

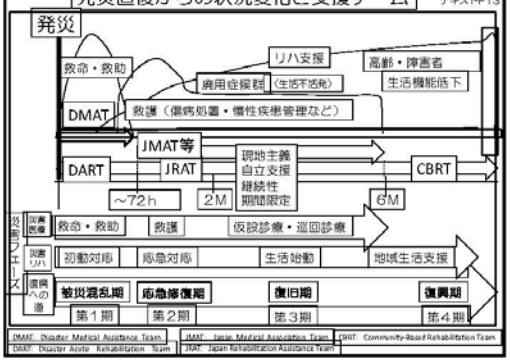
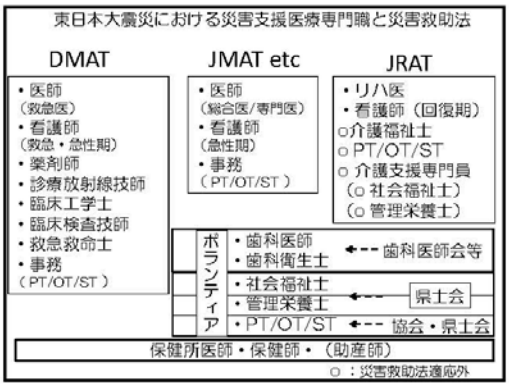
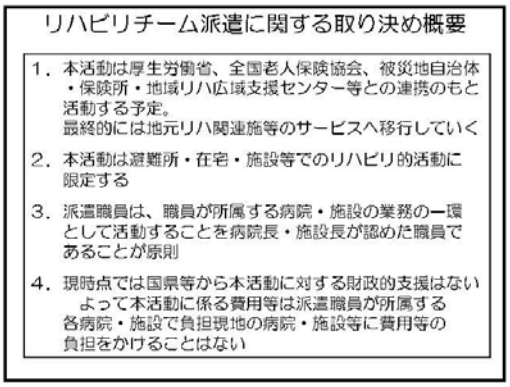
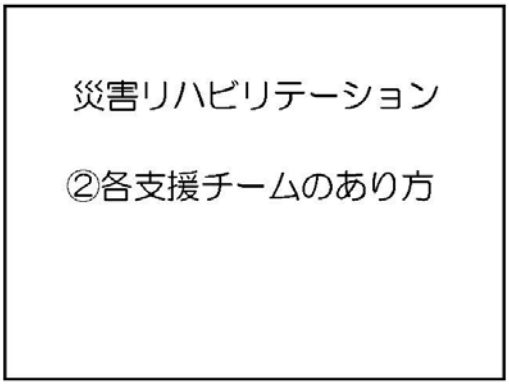


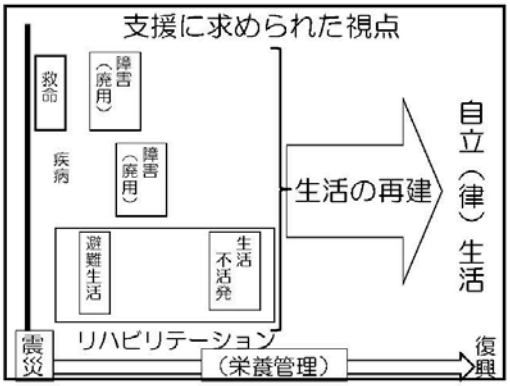
表1　災害フェーズ分類

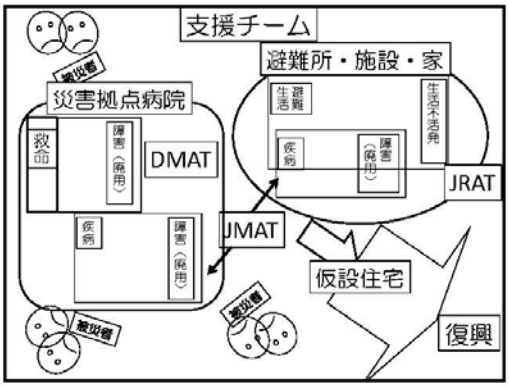
テキストP14

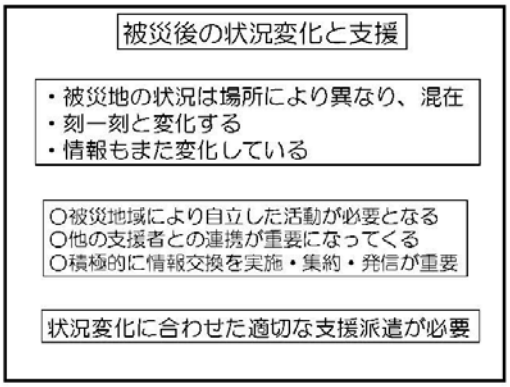

東日本大震災における災害支援医療専門職と災害救助法
DMAT
・医師
（救急医）
・看護師
（救急・急性期）
・薬剤師
・診療放射線技師
・臨床工学士
・臨床検査技師
・救急救命士
・事務
（PT/OT/ST）
JMAT etc
・医師
（総合医/専門医）
・看護師
（急性期）
・事務
（PT/OT/ST）
JRAT
・リハ医
・看護師（回復期）
○介護福祉士
○ PT/OT/ST
○ 介護支援専門員
（○ 社会福祉士）
（○ 管理栄養士）
ボランティア
・歯科医師
・歯科衛生士
歯科医師会等
・社会福祉士
・管理栄養士
県士会
・PT/OT/ST
協会・県士会
保健所医師・保健師・（助産師）
○：災害救助法適応外


リハビリチーム派遣に関する取り決め概要
1．本活動は厚生労働省、全国老人保険協会、被災地自治体・保険所・地域リハ広域支援センター等との連携のもと活動する予定。
最終的には地元リハ関連施等のサービスへ移行していく
2．本活動は避難所・在宅・施設等でのリハビリ的活動に限定する
3．派遣職員は、職員が所属する病院・施設の業務の一環として活動することを病院長・施設長が認めた職員であることが原則
4．現時点では国県等から本活動に対する財政的支援はない
よって本活動に係る費用等は派遣職員が所属する各病院・施設で負担現地の病院・施設等に費用等の負担をかけることはない


災害リハビリテーション
②各支援チームのあり方

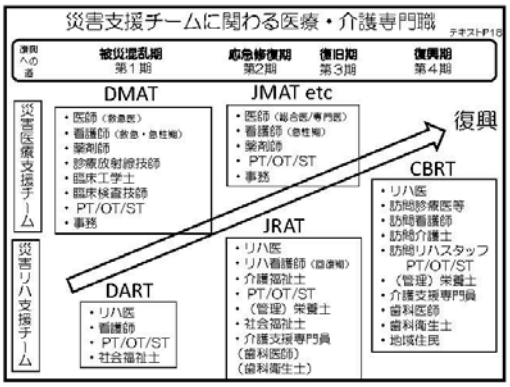

支援に求められた視点
救命
障害（廃用）
疾病
障害（廃用）
避難生活
生活不活発
生活の再建
自立（律）生活
震災
リハビリテーション
（栄養管理）
復興

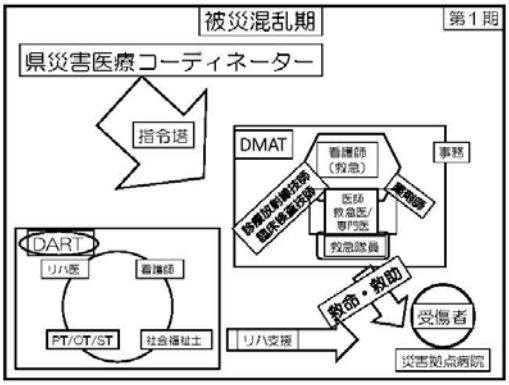

支援チーム
被災者
災害拠点病院
救命
障害（廃用）
DMAT
疾病
障害（廃用）
JMAT
避難所・施設・家
避難生活
生活不活発
疾病
障害（廃用）
JRAT
仮設住宅
復興
被災者
被災者

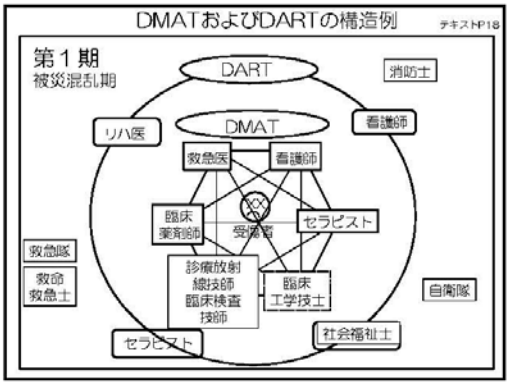

被災後の状況変化と支援
・被災地の状況は場所により異なり、混在
・刻一刻と変化する
・情報もまた変化している
○被災地域により自立した活動が必要となる
○他の支援者との連携が重要になってくる
○積極的に情報交換を実施・集約・発信が重要
状況変化に合わせた適切な支援派遣が必要

今後の災害支援チームのあり方（案）

東日本大震災時における
各チームの役割整理から







各フェーズにおける災害医療支援およびリハ支援

テキストP15

第1期「被災混乱期」発災直後から概ね72時間

1．災害医療チーム（救命・救急）

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（後方移送を含む）
- ●受傷被災者のトリアージと初期処置・治療

②被災地団体所属医師・看護師・ PT・OT・ST
- ●救命救助
- ●避難所における診療

③DMAT
- ●救急隊員・消防士（団）・自衛官とともに救命救助活動
- ●被災病院での医療支援活動

各フェーズにおける災害医療支援およびリハ支援

テキストP15

第1期「被災混乱期」発災直後から概ね72時間

2．災害リハチーム（初動対応）

①被災地病院勤務医師・看護師・ PT・OT・ST・SW
- ●院内災害対策本部要員として、被災前リハ医療の確保
- ●リハ対象者把握（避難時受傷者や廃用リスク者）
- ●情報収集・集約・発信（院内外）

②都道府県リハセンターならびにリハ広域支援センター
- ●行政、都道府県リハ関連職能団体と連携し、都道府県災害対策本部と連動した災害リハ対策協議会（仮称）を組織し、現地調査情報収集・集約する
- ●JRAT本部への情報発信

各フェーズにおける災害医療支援およびリハ支援

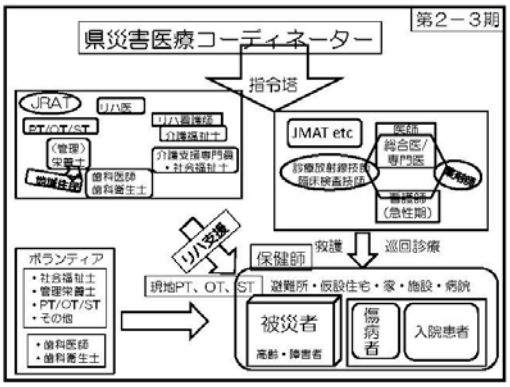
テキストP15

第１期「被災混乱期」発災直後から概ね72時間

③DRAT（Disaster Acute Rehabilitation Team）
原則として活動は発災後72時間まで（状況により10日程度）
主たる任務はDMATの補助活動

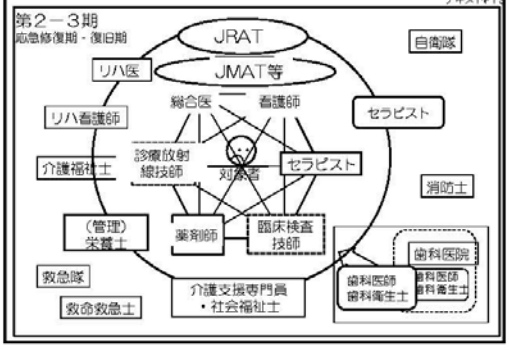
③-１　DMATの一員として
DMAT活動の一環として動きながらリハ的助言を行い、現地リハ状況とニーズ把握を行いながら情報集約する

③-２　DMATと連動で現地入りした場合
●DMATとともに活動し、リハトリアージや支援を行うとともに、現地リハ状況とニーズ把握を行いながらの情報集約
●入院患者等の後方移送支援
●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



JMAT等およびJRAT（応急対応）の構造例

テキストP13



各フェーズにおける災害医療支援およびリハ支援

テキストP16

第２期「応急修復期」４日目から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
●新規受診者・罹患者の治療、体調不良者・慢性疾患者などの治療

②被災地団体所属医師・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・情報集約と報告

各フェーズにおける災害医療支援およびリハ支援

テキストP16

第２期「応急修復期」４日目から１カ月末まで

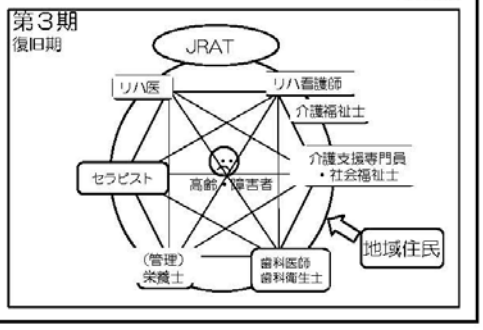
２．災害リハチーム（応急対応）
①被災地病院勤務医師・看護師・PT・OT・ST・SW・（管理）栄養士など
●院内リハ対象者へのリハサービス提供
●廃用予防
●情報発信

②都道府県地域リハ支援センター、リハ広域支援センター
●災害リハ対策協議会（仮称）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DMAT・JMATなど医療支援チーム
●被災医療機関・施設・避難所における医療支援活動
●現地災害対応コーディネーターの指示に従ったリハ支援活動
（医師の指示のもとでの直接支援を含む）

JRAT（生活始動）の構造例

テキストP19



各フェーズにおける災害医療支援およびリハ支援

テキストP17

第3期「復旧期」2カ月目から6ヵ月

1．災害医療チーム（仮設住宅・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・低体温などの対策）予防と治療
- ●整形外科疾患対策
- ●現地医療従事者中心への移行作業

各フェーズにおける災害医療支援およびリハ支援

テキストP17

第3期「復旧期」2カ月目から6ヵ月

2．災害リハチーム（生活始動支援）

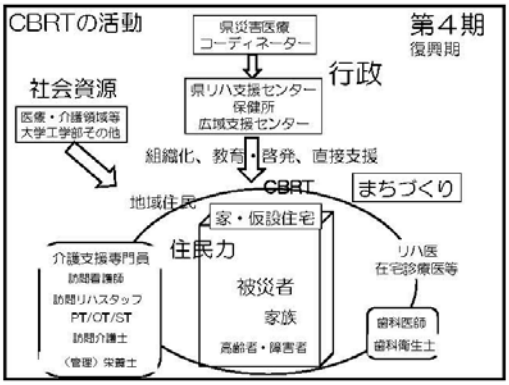
①JRAT

- ●リハ医（またはJMATや現地の医師）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
- ●通所リハ・通所介護支援
- ●現地従事者への支援
- ●帰宅者孤立化対策
- ●集落的孤立化対策

②現地PT・OT・ST

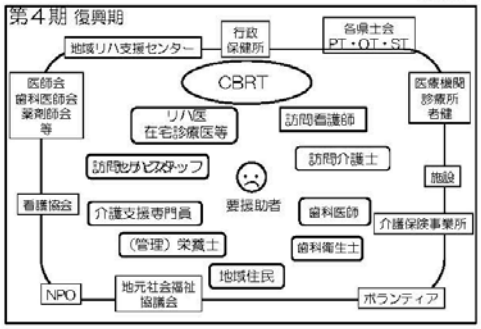
- ●従事する医療機関・施設におけるリハ機能の継続・再建
- ●地域リハ活動開始（再開）
- ●現地介護ボランティア育成開始

CBRTの活動



CBRTの構造例

テキストP20



各フェーズにおける災害医療支援およびリハ支援

第4期「復興期」6カ月以降

テキストP17

1．災害医療チーム（地域医療再生）

- ●JMATなどの外部支援が終了し、現地医療従事者に活動を主体を移行
- ●地域医療再生支援

2．災害リハチーム（地域生活再生）

①CBRT（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・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
- ●仮設住宅および自宅生活支援
- ●コミュニティ支援
- ●地域生活再建

②JRAT撤退後、地域リハ支援センター、リハ広域支援センター、行政（保健所など）を通して地域リハ活動への側面的支援・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　：　地域づくりの積極的展開（住民参加）街づくりへの参画

行政保健師の重要な役割（保健機関の重要性）

テキストP23

第1～2期「被災混乱期ー応急修復期」

- ●現状把握と被災者調査
- ●避難所開設から生活の場を総合的に確保とともに生活不活発の予防
- ●避難所への支援チーム誘導

第2～3期「応急修復期ー復旧期」

- ●避難所における衛生管理の徹底とJMATなど支援者とともに健康管理
- ●JRATとともに生活不活発の予防
- ●在宅要介護者・要援護者（虚弱者）への訪問、健康管理

第1～2期「被災混乱期ー応急修復期」

- ●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

リハ支援の一環のとして、行政保健師（現地および支援者）の効率的・効果的活動をサポートすることは重要任務

災害支援チームの重要なポイント

災害医療支援においては、
医師をリーダーとした包括的支持の下、少数の専門職が
・可能な限り、互いに補完しあい、
・効率よく、効果的に目的を達成させる
チームとなる

役割の異なるチームとチームの連携が重要な鍵となる

⇩

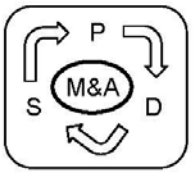
確実な情報交換・集約・発信が必須

⇩

コーディネート、マネジメント機能が重要

○チームの役割移行の判断
○自立支援はいつ・どのようにして実現するか！

私が考えるマネジメントの基本



P：plan：計画
D：do　：実行
S：see　：監視

M：monitoring：状況把握
A：action　　：行動

大切なのはマネジメントサイクルを
回し続けること

廃用性機能低下

- 日常動作での筋収縮力が常に最大筋力の20%以下であれば筋力は徐々に低下し、絶対安静の状態で筋収縮を行わないでいると、1週間で10～15%の筋力低下をきたす。 Müller:1970

3週間で約4割筋力低下することになる

- 安静背臥位での心拍数が有意に増加し、1回心拍出量は著しく減少
- 安静後において直立位での運動負荷で酸素摂取量が有意に26.4%低下、1回心拍出量も有意に低下した。

（成年男性による20日間の安静臥床実験：Saltin:1968）

心的外傷後ストレス障害
（Posttraumatic Stress Disorder：PTSD）

その条件
- 生命が脅かされる体験をした。トラウマ（心の傷）
  これには本人の場合大切な人の場合とがある
- トラウマに関連した心的症状がある
  離人感（自分が自分でない）
  失感情（感情がわかない）
  フラッシュバック（ふいに情景が浮かぶ）
  悪夢や睡眠障害（自律神経症状）
  対人恐怖や引きこもり（人とふれあいたくない）
  鬱、やる気なさ、無関心
- トラウマに関連した身体症状がある
  パニック障害（動悸、冷や汗、めまい、嘔気、失神など）
  怒りやイライラ感（自虐的、暴力的、危険行為、自暴自棄など）
  過度の驚愕反応
  集中力のなさ　刺激の追求
- 1ヵ月以上症状が継続している
  1カ月未満は急性ストレス障害（ASD：Acute Stress Disorder）

バイタルサイン(ズ) vital signs

バイタルサインとは・・・知ってのとおり、生きているあかし

だから、命のかかわる急性期では主に「脈拍・血圧・体温・呼吸」となる。

しかし、生命の危機を脱した状況からは、「生きていること」が目標ではない！

リハの本領を発揮する回復期からは、バイタルサインは

「活きているあかし、作業するあかしであるべきであろう」

従って、バイタルサインは「気分」をベースにこれくらいは考えたい。

「脈拍、血圧、体温、呼吸、筋緊張、痛み、体重、発汗、排泄、睡眠」
リハバイタル10の意識化、習慣化

リハバイタル10の意識付けを行い、習慣化するよう仕掛ける。
セルフヘルスケアの習慣化もリハビリテーション

避難時生活の把握（評価）
集団と個の捉え方の一例

項目：一時避難時：食事、排泄、更衣、清潔、睡眠、移動、防犯

二次避難時：食事、排泄、更衣、整容、入浴、睡眠、移動、防犯

避難所における活動範囲からの作業階層案
- stage Ⅰ：ほとんどの場合で他者の手助けが必要
- stage Ⅱ：四畳半程度の範囲での身の回りのことは可能
- stage Ⅲ：同一フロアの範囲での身の回りのことは可能
- stage Ⅳ：作業により手助け度にバラつきがある
- stage Ⅴ：避難所内での作業は可能
- stage Ⅵ：他者への配慮が可能である
- stage Ⅶ：他者への手助けが可能である
- stage Ⅷ：リーダーシップを発揮できる人である

災害支援は平時からの活動が重要

- 地域医療における
  リハビリテーションの位置づけを確立
- チーム医療の実現
- 地域リハビリテーション活動

連 携

事前連携：企画、準備、下ごしらえ、予測性、想像性、行動力
情報収集と分析

現地連携：柔軟性、応用性、開放性、温和・柔和、冷静さ、
力強さ、行動力
情報収集と分析

平素からの連携がなければ、うまく機能しない。
さらに、連携・協働している関係が望ましい。

内部連携と外部連携

気仙沼への派遣は、リハ関連10団体からの依頼で、複数施設によるチームでの派遣

外部連携の鍵は、継続的調整（事務局）機能
現地事務局と地域固定担当者の必要性

連携と協働

連携：内部連携　内部でのバトンの受け渡し（方法と内容と）
外部連携　外部とのコミュニケーションのあり方、気づかい
協働：同じ目的・目標をもって、ともに力を合わせて働く（活動する）こと。

各人が協働を意識した連携でないと現場が迷惑する。
小競り合い、批判・非難、功績の奪い合い、暴走、優先順位の勘違い、etc

現地への支援優先のはずが、自己欲求や賞名、押しつけなどが目立ってしまう。
☞ 災害支援シンドローム？：支援に行くのを待つ時と、帰ってきたあとと。
気負い、興奮、焦燥、使命感、有能感、特別感、脅迫観念、
感情移入、逆転移、情緒不安定、不眠、自律神経失調

現地の歴史的背景や気候、風土や文化と気質を理解した上で、現地の情報を
常に更新し、感情を含めて理解し、状況とタイミングをはかりながら必要なところ
から活動するということができれば・・・それが理想的なのでしょう。

共通認識とベースがなければ、協働はむずかしい。
ともに働く相手を知ることは協働の基本

理解・納得と協働

ともに働く相手を知ることは協働の基本である（職種と人となり）

その職種が、してもいいことは共通している。
しかし、そこの人によって「できることには差がある」こと
を意識し、さらにその個（人）によってできることに、
またやり方に違いがある。

一方で、その場ではできなくてもその背景には職能団体が
あるので何らかの解決策は見いだせる場合も多い。

共に同じ目的に向かって集ったご縁を大切に、まずは会った
その人と話をしましょう。そして得手不得手や過去の経験な
どの情報を交換し、お互いのいいところを生かしましょう。

人はその肩書や背景より、
「個」の特性によって存在する。

この度の気仙沼における支援が、
概ね良好に行えたことには以下の点が考えられる。

1．医療や保健や福祉に携わる多くの方々が無事であった。
（何らかの被災されている方は多い）
2．医療や保健や福祉に関する主要施設の機能が残っていた
（市立病院、保健福祉事務所など）
3．被災初期から関わっていた気仙沼圏域の方々が組織的に活動していた
4．支援する気仙沼圏域外の方々と現地関係者が
よくコミュニケーションがとれていた
5．リハ関連10団体からの支援に概ね規則性と継続性があった
6．主関係者が地元に即した地域リハ活動を、
災害前から実践していた

申し送りと申し受けの重要性

茶碗にどんぶり一杯のお水を勢いよく入れると・・・
また、勢いよく入れなくても・・・
溢れて、漏れ落ちてしまいます。

一方、どんぶり一杯のお水を茶碗で汲み上げると・・・
一回で汲み上げられなくても、数回に分けて汲み上げることが可能になります。

申し送りとともに申し受けの重要性
送る人の想いを受けとめるためにも、申し受けは重要！
申し受ける者のイメージ力と創造性
情報流通の根本的課題（コミュニケーションの根本的課題）

いざという時のために、
今のうちからやりましょう！

- 防災計画
- 災害対策

☞ 事業継続計画（BCP）

事業継続計画　BCP

企業が自然災害、大火災、テロ攻撃などの緊急事態に遭遇した場合において、事業資産の損害を最小限にとどめつつ、中核となる事業の継続あるいは早期復旧を可能とするために、平常時に行うべき活動や緊急時における事業継続のための方法、手段などを取り決めておく計画のこと。

Business Continuity Plan (BCP)

中小企業庁HPより

もしも・・・を想定しよう

もしあなたが要介護４の方の自宅にいるとして、そこへ震度７の地震がきました。
激しく揺れて、棚から物が落ちてきています。　さて、あなたはどうしますか？？

□自分の身の安全は確保できるか？
□利用者宅にいる間に被災した場合、行動指針はきめられているか？
□電話が通じない場合の安否確認手段は？
□利用者宅の危険箇所や避難経路などは把握しているか？
□応急処置や救命対応は可能か？
□事業所は、現地のスタッフをどのようにサポートすることになっているか？
□家を離れる場合の家族等への連絡方法はどのようにするのか？
□電源を必要とする機器を使用している場合、緊急時対応は決められているか？
□スタッフは次の利用者宅へ行ってよいのか？

リスクマネジメント協会年次大会福岡2012資料より

災害対策に必要な基本的考え方

○ まず、自分が助けられなければ、周りの人を助けられない
○ 連携でカバーする。自分たちだけで対策を考えない
○ 情報の断絶を前提に考える
○ 災害に強い組織は、従業員の**共通認識**がある
○ 訓練がスタートライン（動いた経験の差は大きい）

不可欠な3つの要素は「自助」「共助」「公助」
7　2　1

医療・介護における最も重要なボトルネック資源は、職員！
（ボトルネック資源：致命的な影響になる経営資源）

平時から職員の主体的行動を大切にする事業所は緊急時に強い！

リスクマネジメント協会年次大会福岡2012資料より

事業継続計画（BCP）の構成要素

1.基本方針
2.目　的
3.行動指針
4.想定リスク
5.対策本部と現場の役割
6.防災計画
7.安否確認
8.情報連絡体制
9.傷病者対応・搬送・避難計画
10.帰宅参集計画
11.備蓄品計画
12.トリアージ
13.目標復旧時間とレベル
14.ボトルネック資源と影響度分析
15.代替手段
16.外部関係機関との連携
17.教育・訓練計画と評価
18.今後の課題と中長期計画

項目によって基準をつくり、
自動的に機能することも重要

継続的PDCAにより、毎年精度を上げていく！！

リスクマネジメント協会年次大会福岡2012資料より

リハビリテーションという言葉の
曖昧さをあらためて自覚した

- 経験に左右される（想定範囲と対処範囲の違い）
- その「人」による（人格を含めて人生修業中）
- いわゆる「センス」が問われる
- リハにおける「専門」のとらえ方と実践力
- 提供者と一般者との「カンカク」のズレ

提供できることと提供すべきことと、その優先順位と

⇒　現地担当者との密なコミュニケーションで
真の支援ニーズを把握
そのためには「会う、語る、食べる」を共にする。

リハ支援10団体の事務局業務で学んだこと

- 会うが基本
- 百聞は一見に如かず
（みて、きいて、感じて、考えて）
- 活字の怖さ（メールの読みとり方）
（思い込み、解釈、誤解、予測、想像）
- 経時的変化による情報、機転、柔軟性
- 確認、裏取り
- 気候、風土、文化、言語、歴史、慣例、
- 常識の違い、様々な都合（経時的変化）

災害急性期におけるリハ・トリアージと
復旧・復興期における地域リハ
災害サイクルにおけるリハビリテーションの重要性

- 災害急性期において、DMATをはじめとする救命活動を第一命題として行う者が、その任務に集中するためにも、生活という附帯的事項には、救命とは別に対応できる集団が必要。
（助かったその瞬間から特異的な生活は始まる）

- 災害亜急性期においては、精神的苦痛と生活不活発からくる機能的廃用状況を少しでも予防する観点から、リハビリテーションマインドを早期に根付かすことは、後の生活においても極めて重要となる。

残った人ほど、種々の課題は継続的となる。
☞　時間経過とともに課題は変化し、新たな課題も発生する　。これは「地域リハの課題」に同じ
人の、生活の、街の、関係性の再生を

ひとの基本的欲求に「作業欲求」がある

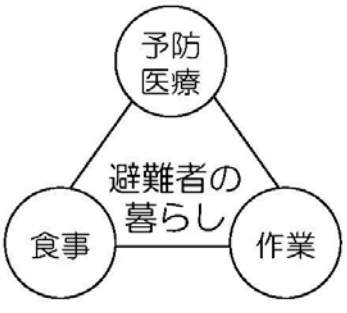
避難所における高齢者や障がい者
☞非常時・緊急時に大変で気の毒、何もできない、役目がない。
中には邪魔とまでと思われがち。

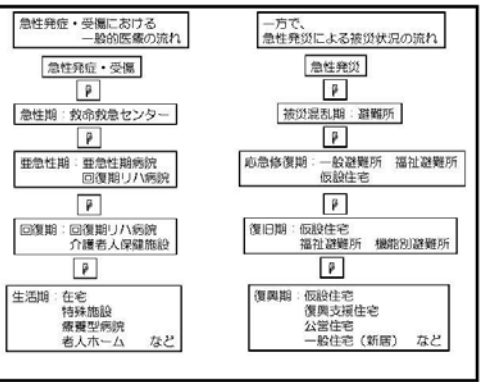
役目がなくなると「作業欲求」が満たされない。
☞これが生活不活発から廃用につながることは周知の事実。

人には年齢や状態に関係なく何らかの役割が必ずある。
この役割の創造こそリハ職支援者の大きな役目である。

小さなことから段階的に「しかけ」をつくっていく。
それを発展的に支援者間で共有し、派遣交代の時は丁寧に申し送り・申し送られて、継続的にその「しかけ」が機能するように意識して活動する。

医学的に見がちな視点の中でも、経過的ストーリーを考えて、「ひと」をいかす（生かす、活かす）、という重要な視点として、「個」と「集団」と「役割」の関係を理解し、良き方向へ導くという役目がリハ支援には必須である。





一般的医療の流れの中での、
リハビリテーションにおける思考の拡大
ADL
生活
暮らし
急性期
被災混乱期
応急修復期
回復期
復旧期
生活期
復興期
設・備品
住宅
住まい
Function（機能）から、それを含めた
気持　想い　哲学　思想へと拡大する
当事者が現実を受け入れ、思考が転換するには時間がかかるし、かけなければならない。

リハ関連職による災害支援のヒント集「災害におけるリハ支援の実際」

2013.10 現在

淡野義長（作業療法士：長崎リハビリテーション病院）

災害発生時何ができ、何をすべきかもしくは何がしたいかと考えるときに、時間経過の中で冷静に考察する必要があります。多くの場合、現場との時間的・カンカク的乖離が発生し、現地に行くと想像と違う、勝手が違う等々で戸惑い、慌てて、何もできず・・・と、かえって現地の方にお世話をかけてしまい、帰ってから自責の念にかられるなどということも少なくないようです。現場と外部では必ず何らかのタイムラグが生じ、間が抜けてしまうことも少なくありません。

ここでは私が体験し、考えたことを簡単なヒント集（マニュアル）にしてみました。災害はその発生を待ってはくれません。常に状況は動いていますので、このようなものは経過上のものという認識は必要でしょう。

当面災害発生後のところからはじめています。被災当事者と支援者の双方のことが混在している感は否めませんが、その双方が個人にふりかかるということもまた事実でしょう。読んでいただく方のポジティブな良識に基づいた解釈を期待します。

主にリハ専門職（特に作業療法士・理学療法士：以下セラピストと称す）に考えてほしい具体的アプローチポイント（救命・救急期から復興期それぞれにおけるセラピストのかかわり、他職種との連携、義肢装具、福祉用具、住環境整備など）を紹介します。

なお、本編は阪神淡路大震災と東日本大震災リハビリテーション関連 10 団体（以下リハ 10 と称す）の活動からまとめたもので、淡野の主観的なことも含んでいますことをご了解ください。

1）被災混乱期（待機中）

●報道やインターネット等で状況を理解し、被害規模を想像し、思考的段取りを行う。

●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。

●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。（特に DMAT：Disaster Medical Assistance Team、 日赤救護班、 JMAT：Japan Medical Association Team など救急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）

●災害支援シンドロームの理解と啓発および予防。

●装備・物品のチェックと準備。

●支援者教育（確認とトレーニング）と健康チェック。

●支援派遣が決まったら、自分の立場・立ち位置を正しく理解・認識し、必要な準備を行う。

●派遣先の気候・風土・文化・気質・歴史などその土地のことを少しでも理解しておく。

2）被災混乱期「概ね 72 時間まで」（現地派遣時：主に DMAT 日赤救護班 JMAT とともに行動）

●セラピストは医療行為において、その法的制限がある中での対応となるので、救命に直接関与する機会は

少ない。

●セラピストは救命場面では、搬送補助や事務補助など、直接的リハ業務より、救命補助業務を優先する。

●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・啓発する。

●安全安心を意識してもらい、心の落ち着きにも配慮する。

●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の自立レベルを下げた生活を提案する（一時的安全優先）。

●情報の収集や集約

●所属団体（PT・OT・STの各協会など）および派遣元本部への発信

●避難時の急性過用症候群や軽度負傷者、要援護者など救命対象外の生活不活発予備群者の把握と対応およびその啓発。

●情緒・感情面の要援護者や自死（自殺）警戒者の把握と可能な対応。現地保健師等への情報提供を行う。

3）応急修復期（一次避難所を中心に）「概ね60日（2ヶ月）まで」

●原則としていかなる避難所においても、まずはそこの責任者（もしくはそれに準ずる人）へアクセスしJRAT（Japan Rehabilitation Assistance Team）の存在を認知してもらう。そして、そこの区分や組織状況などの情報を得るとともに、連携して活動する許可をもらう。ただし何らかの緊急事態と判断した場合は、上記の限りにない場合もある。

●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）

●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、基本セルフケア（食事、排泄、更衣、清潔、睡眠、移動）確保に必要な処置をする。その際に、現地責任者への報告・連絡・相談は密に行うこと。

●食事では、摂食用具の確保、水分摂取促進、特殊食形態の必要性を把握、誤嚥リスク者の把握、吸引必要性の把握を行う。義歯の確認と可能な対応。

●排泄では、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）仮設設備については必ずすがり動作などでの強度確認（手すりや壁、ドアなど）や上下水道（量と質）も確認する。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。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しておく。排泄の場所や風通しなどから臭気にも可能なかぎり配慮する。

●更衣では、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、ひざ掛け、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ことが望ましい。また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。

●清潔では、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・清拭用品などの在庫と必要性を確認し集約しておく。口腔清潔用品も同様。防寒時の肌の乾燥、防暑時の発汗にも注意。

●睡眠では、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。必要に応じ頭部を覆う措置も行う。低温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。また床の関係上、寝台を 30cm 以上上げるか、30cm 以上の衝立を準備するかの措置が望ましい。アイマスクや耳栓やむくみ防止の下肢高挙など就寝時の工夫を必要に応じ伝達とその後の確認を行う。一方、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。

●移動では、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も確認と集約を行う。靴や杖など歩行移動の必需品は即座に代替品等でも一時しのぎをする。場合によっては移動レベルを下げた方法も検討する。靴下移動などスリップや転倒のリスクは極力排除する。共用部分でのスリップや転倒要因も極力排除する（敷物、物品など）。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用具の確認と手配。共用部分と居住部分との動線において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。さらに、夜間移動時の照明の確保や内・外の行き来の際のバリヤ、追加非難時における２方向以上の動線の確保なども、個別と集団で想定して対応する。

●上記と並行して、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おこなう。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。個別には広報しながら、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。

●栄養や消化、自律神経諸症状など広義の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。

●DVT（深部静脈血栓症）への警戒と対応を行う。疼痛、腫脹、だるさ、皮下血管怒張、息切れ、しびれなどの関連症状には要注意。生活不活発と同時に注意・啓発を行う。

●現地にかかわる、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は把握しておく。

●概ね身体的活動性と心的活動性が逆転しはじめる時期となる。心的活動性が上がりはじめるこの時期は心のケアを意識し、傾聴姿勢を意識して臨む。また、身体的活動性が一段落し、下がりはじめるこの時期には、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。

●昨今の電子機器等の普及で個人電化製品の所持も多くなっている。それらが機能できるように電源の確保は重要なので容量含めてその注意・警戒や確認は必須である。（特に小規模な避難所）同時に高価なもの（ノート型 PC やタブレット PC、スマートフォンや携帯電話など）や、個人情報を多く含んだものも多いので、個人レベルの防犯は必須である。これは生活不活発の要因ともなりうるので要注意する。

●情緒・感情面の要援護者や自死（自殺）警戒者の把握と可能な対応。現地保健師等への情報提供は継続する。潜在的にも顕在的にも増加する恐れがあるので、より警戒したい。一方で避難所・仮設住宅から外部へ働きになどで出かける人たちにも警戒が必要。

４）復旧期（二次、福祉などの避難所を中心に）「概ね 180 日（６ヶ月）まで」

●当該避難所の責任者へアクセスし自身の存在を認知してもらう。そして、そこの区分や組織状況などの情報を得るとともに、活動の許可をもらう。

●救護期における前記のことを確認・実行し、加えて下記の対応を行う。

●当該避難所の特徴を把握する。（標榜的特長と現実的特長の双方を理解）

●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。

●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の継続的関与。

●食事では、栄養状況の把握（水分を含めた量とバランス）。食事環境や用具、衛生状況の把握と改善。栄養士や調理師との連携。

●排泄では、設備の確認と対策。衛生面の状況確認と対策。避難者個々の動作の確認とリスクの軽減。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。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。

●更衣では、体温調節に必要な衣類の確認。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。洗濯状況の確認。洗濯作業の確保。

●整容では、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。

●入浴の状況や設備の把握。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ーや滑り止めマットなど福祉用具の必要性把握と手配。

●睡眠では、24 時間での時間と質の評価。眠剤の使用状況。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。睡眠覚醒サイクルの調整。夜間照明チェック。

●移動では、内部移動だけではなく、外部周辺移動環境確認と注意、啓発。広範囲移動にかか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把握（燃料を含めて）。

●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）ブレーカーダウン時は電化製品の使用状況を記録する。

●防犯：上記のこともあり個人電化製品の所持も多くなっている。中には高価なものや、個人情報を多く含んだもの（ノート型 PC やタブレット PC、スマートフォンや携帯電話など）もあるので、その避難所に応じた個人レベルの防犯への配慮が必要。これは生活不活発の要因ともなりうるので引き続き要注意。

●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。

●上記作業以外の活動性拡大の模索や開発。（個人でのこと、集団でのこと）できることから少しずつ。生活不活発や廃用の観点からも、役割のない暇は再大の敵となりうるということの啓発。

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

●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心のケアを意識し、カウンセリングセンスを持ち傾聴姿勢を意識して臨む。状況により早めに専門職や専門医に繋ぐ。また、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出やすいので、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。

●上記に伴い、情緒・感情面の要援護者や自死（自殺）警戒者が顕在的にも潜在的にも増加する恐れがあるので可能な対応。現地保健師等への情報提供をより意識して行う。これは避難所、仮設住宅から外部へ働きに行っている人たちにも当てはまるので、警戒したい。

5） 復興期（応急仮設住宅を中心に）「180 日（6 ヶ月）以降」

●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のマッチング。

●設備上の不備を把握し、担当窓口に報告。

●内部動線確認と安全対策。

●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から必要対応。同時に福祉用具の適応判定と物品の手配。

●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。

●仮設住宅集落における自治状況の把握。代表者の把握

●入居者の配置状況（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）

●共有スペース（公民館、集会場など）の確認。使い勝手の確認（動線、設備、備品など）と使用ルールの確認。

●共有スペースの必要物品の洗い出しと手配。

●共有スペースの運用法の検討と提示（現地住民とともに行う）

●支援者によるサービスの提供から現地住民主体への円滑な移行法の検討と実施。個別対応では支援者が最初は中心となるであろうが、共有スペースでの様々な不活発の予防や、新しいコミュニティ作りに対する「仕掛け」は当初から現地住民とともに行うことが望ましい。（孤立予防対策）

●自助、互助、共助の段階的啓発と広報。

●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。

●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。

●同時に、公的介護保険サービス適応者の把握。

●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の移行。

●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。

●同時に、障害者自立支援法関連のサービス適応者の把握。

●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。

●現地の当事者団体（家族会や連合会など）の状況把握。

●現地施工業者の不足から、手すりや床の底上げなど簡易な大工仕事は実践できた方が良い。ただし、実施についてはPL法や建築関連法など各種放冷との兼ね合いがある事項なので、慎重な態度と所有者や居住者との合意のもとで行わなくてはならない。

●上記同様、生活のおける工夫で何らかの工事の発生する事項は基本的には対応していきたいが、各種法令の関連がある事項なので、現地の責任者の判断を仰いで、前向きに対応していく必要がある。

●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出てくるので、自律神経系の症状と併せて心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。また、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あ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つなげる。

●仮設住宅では比較的まとまった時間を過ごすことになると同時に、入居から離脱までの時間に個人差が出てくる。新しくできた人間関係を含めて、各々の入居者の経時的配慮を含めた対応を行う。メンタル的に浮き沈みを繰り返しがちなこの時期は支援の継続性に注意する。

●仮設住宅からの離脱を意識した支援が必要な時期がある。その際は次のステージに配慮した支援を早めに行う。通常業務の退院時や退所時の対応に類似するであろう。仮設住宅に暮らす方とその仮設住宅を管理する行政側の各々の計画を継続的に把握しておく。

●引き続き情緒・感情面の要援護者や自死（自殺）警戒者の把握と可能な対応。現地保健師等への情報提供は継続的に意識したい。周期的に気分が変調する可能性があるので個別な、また集団的なその周期にも注意する。

6）医療機関・福祉・保健機関やその他への支援

●被災混乱期に派遣される者はDMATに代表される救命・救護の補助任務を遂行する。これは上記2）に準じる。

●復興期前半までが団体による支援派遣が主になることが予測される。それ以降は現地主体で個人ボランティアを含んだ復興作業となる場合が多い。

●現地リハ関連スタッフが活動するために、そのスタッフの留守を補てんする目的で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、労働安全をはかる。（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。

7）その他

●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。

●先天性障がいや難病、重度障がい者に対するアシス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、前記の関連団体と重複する会員も多い。

●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工学協会と連携する。

●その時々の現状に即した対応を行いつつ、自立（自律）支援、現地当事者を含んだ対応を常に頭に置き、活動する。

●避難者だけでなく、現地のスタッフや関係者への配慮・気遣いを考える。

●通常業務以上に、報告・連絡・相談を意識し、実践する。

●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。

●派遣やボランティアで現地から帰還した者へのケア体制を整えておく。興奮・自責・落胆・焦燥・不眠・自律神経失調・燃え尽きなど、非日常との急激なコンタクトから来る一時的病的状態をも配慮した対応が望まれる。

●高齢・障がいに関わらず、人には何らかの役目が必ずあるので、それを導くような、創造するような支援が必要。これは派遣者が交代しても継続的に行われるべき活動なので、申し送りや申し受けは一層重要となる。

以上が、2012.12月現在までに考えたことです。これらのことは総じてという発想でまとめたものです。これに個々の事例性が追加されます。ただしそれは地元の職能団体などで、連続的・継続的に関わる際に必要となります。単発的な交代派遣のような場合には、よほどの関係を築けないと、派遣者が帰った後のことまで考えると、個別・個性的な際立った課題には対応しない方が良いと思われることの方が多いようでした。この特殊な事例性はケースバイケースとなっています。

災害は発災直後から避難所→仮設住宅と人は非日常的な集団に所属することになります。当初は同じ境遇の集団に所属することで安心感や帰属感を得て心理的平衡を感じるでしょうが、これは同時に個別性や独自性を抑えることにもなります。時間の経過とともに、この自己を抑えたお互いに周りへの気づかいを余儀なくされた生活は、窮屈さにはじまり、嫌悪感さえおぼえることも少なくありません。一方では、発災前は周囲との関わりを積極的には好まず、比較的静かに自分のペースで生活していた方も少なくありません。このような方が急に周りの人や支援者など、多くの人と関わらざるをえなくなるということは非常なストレスになることは想像に難しくありません。発災当初はそれが心強くもあるでしょうが、比較的早期から周りの関わりが負担になるとのことでした。支えるときと離れていく時とは人によりそのタイミングに大きな違いがあります。それに気づき個別性を考えた支援を行うこともまたリハ的支援には重要な視点です。短絡的なマニュアル実施主義的支援（小さな親切大きなお世話）や、いわゆる十把一絡げ対応は避けなければなりません。特に時間経過とともにその色は濃くなります。支援者のバトンリレーにもこの事象をどのように申し送り、申し受けるか、これも個人のセンスが問われるところでしょう。

人の基本的欲求に「作業欲求」があると言われています。避難所において高齢者や障がい者の方々は非常時・緊急時に大変で気の毒や何もできない、役目がないと思われがちです。役目がなくなると「作業欲求」が満たされません。これが生活不活発から廃用につながることは周知の事実です。人には年齢や状態に関係なく何らかの役割が必ずあります。この役割の創造こそリハ職支援者の大きな役目だと考えています。小さなことから段階的に「しかけ」をつくっていき、それを支援者間で共有し、派遣交代の時は丁寧に申し送り・申し受けて継続的にその「しかけ」が機能するように意識して活動して下さい。

今回の災害を期に今まで以上にクローズアップされているものの一つにBCP（Business Continuity Plan：事業継続計画）があります。これを準備していたところと、そうでないところに明らかな差があったということは、表面化してきています。良い機会ですので皆さんの家庭も職場も、防災計画・災害対策・BCPの3つをトータルで考えてみてはいかがでしょう。すぐに良いものなどはできませんが、「とりあえず」の行動は重要です。特に昨今はセラピストによる個人事業主の方も増えてきていますので、リスクマネジメントの観点からも必須となります。企業体や団体に属している方々も自分自身のところのBCPを確認し、不足しているところは個人レベルでも考えておくことをお勧めします。

この度も様々な経験をさせていただき、現地の方々から貴重なお話を多く聞かせていただきました。大変ありがたく思っており深謝いたします。今後も不定期にでも追加・改定していく予定です。皆さんがふと考えるときの参考にでもしていただければ幸いです。同時にこの関連でお勧めの記事・書籍・文書・資料等がありましたらお知らせいただければ幸いです。

本内容の多くは、大規模災害　リハビリテーション対応マニュアル（東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体企画・編集：医歯薬出版）に記載されています。

：講師名

カナタニ　ヤスヒロ
金谷　泰宏

：担当講義

「災害関連法規・制度、関連団体」

：形式

講義

：日時

12/21（土）16：05～16：35

【略歴】

１９８９年　３月	防衛医科大学校　卒業
１９９２年　８月	防衛医科大学校第三内科専門研修医　就任
１９９７年１０月	自衛隊那覇基地衛生隊長　就任
１９９９年　４月	厚生省保健医療局エイズ疾病対策課課長補佐　就任
２００１年１０月	防衛庁運用局衛生官付　就任
２００３年１０月	防衛医科大学校防衛医学研究センター准教授　就任
２００８年　４月	防衛省人事教育局衛生官付　就任
２００９年１０月	国立保健医療科学院　政策科学部長　就任
２０１１年　４月	同院　健康危機管理研究部長　就任

【専門領域】

公衆衛生学、血液学

【資格】

日本内科学会総合内科専門医、日本血液学会指導医

災害対策基本法・関係法律、関連団体の概要、国・自治体等の諸機関、諸団体との連携の必要性について

国立保健医療科学院
健康危機管理研究部　金谷泰宏
ykanatani@niph.go.jp

災害援助の核となる法律

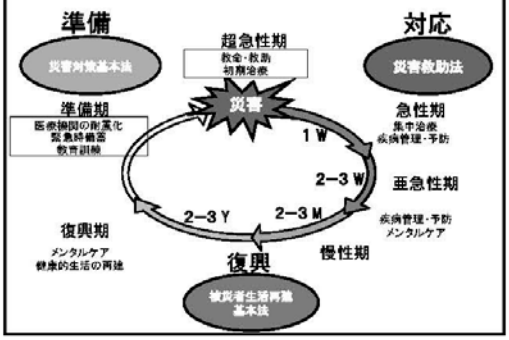
南海地震(1946年)、伊勢湾台風(1959年)を契機に制定

1947年 災害救助法(被災者保護と社会秩序保全)
　災害に遭った者に応急的な支援を行う
1961年 災害対策基本法(防災行政の整備)
　災害対策全体の体系化と計画的に防災行政を整備する
1962年 激甚災害法(財政援助・財政措置を規定)
　地方公共団体及び被災者の復興支援のため国が財政援助

阪神・淡路大震災(1995年)を契機に制定

1995年　地震防災対策特別措置法(地震防災対策)
1998年　被災者生活再建支援法(基金による生活再建)

災害の各段階における対応とこれを支える法体系



災害対策基本法 (1961)

第1条(目的)
この法律は、国土並びに国民の生命、身体及び財産を災害から保護するため、防災に関し、国、地方公共団体及びその他の公共機関を通じて必要な体制を確立し、責任の所在を明確にするとともに、防災計画の作成、災害予防、災害応急対策、災害復旧及び防災に関する財政金融措置その他必要な災害対策の基本を定めることにより、総合的かつ計画的な防災行政の整備及び推進を図り、もつて社会の秩序の維持と公共の福祉の確保に資することを目的とする。

第5条(市町村の責務)
市町村は基礎的な地方自治体として、当該市町村の地域並びに当該市町村の住民の生命、身体および財産を災害から保護するために、関係機関及び他の地方公共団体の協力を得て、当該市町村の地域に係る防災に関する計画を作成し、及び法令に基づきこれを実施する責務を有する。

第8条　2項　国および地方自治体は、災害の発生を防止し、又は災害の拡大を防止するため、次に掲げる事項の実施に努めなければならない。
14号　高齢者、障害者、乳幼児等特に配慮を要する者に対する防災上必要な措置に関する事項

要援護者対策！

災害時要援護者とは（定義）

必要な情報を迅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のに支援を要する人々をいい、一般的に有病者、高齢者、障害者、乳幼児、妊産婦、日本語を母国語としない外国人等である。

出典：「災害時要援護者の避難支援ガイドライン」災害時要援護者の避難対策に関する検討会 2006.

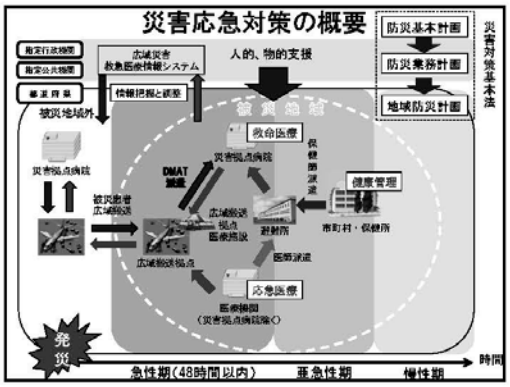
災害時要援護者対策の概要

- 市町村における要援護者対策
  - ・災害時要援護者支援班の設置による部局間の連携
  - ・平常時からの福祉関係者との連携
  - ・避難準備情報などの発令の判断基準の設定
  - ・要援護者の範囲の決定
  - ・関係機関共有方式による要援護者情報の共有
  - ・住民などと連携した地域防災力の強化
  - ・福祉避難所の設置・活用による支援
- 対象者のとらえ方(範囲)の例
  市町村の取り組み状況に関する次の①～③を参考に対象者の範囲を明らかにし重点的・優先的に進めること。
  ①介護保険の要介護度：要介護3以上の居宅生活者
  ②障害程度：身体障害(1，2級)知的障害(療育手帳A)
  ③その他：一人暮らし高齢者、高齢者のみの世帯

福祉避難所とは

- 要援護者のために特別の配慮のなされた避難所。
  災害救助法が適応された場合、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した場合、おおむね10人の要援護者に1人の生活相談職員等の配置、ポータブルトイレ、手すり、仮設スロープなどの器物、日常生活上の支援に必要な紙おむつ、ストーマ用装具などの消耗機材の費用について国庫負担を受けることができる。
- 福祉避難所の設置は、施設がバリアフリー化されている、生活相談員等の確保が比較的容易である老人施設、養護学校など既存の施設を活用する。これらの施設がない場合や不足する場合は、公的宿泊施設、民間のホテルや旅館の借り上げや、応急的措置とし、教室・保健室等を一般避難者と要援護者のために区画された部屋を「福祉避難室」(仮称)として対応することも効果的であることに留意する。

災害応急対策の概要

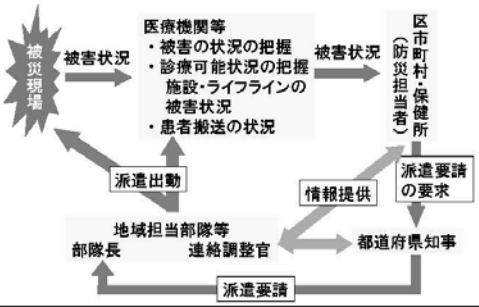


指定行政機関

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)

内閣府	財務省	気象庁
国家公安委員会	文部科学省	海上保安庁
警察庁	文化庁	環境省
金融庁	厚生労働省	防衛省
消費者庁	農林水産省	
総務省	経済産業省	
消防庁	資源エネルギー庁	
法務省	原子力安全・保安院	
外務省	中小企業庁	
	国土交通省	
	国土地理院	

地方公共団体と自衛隊との連携



自衛隊の災害派遣の基準

1 公共性
生命、財産が社会的に災害派遣により保護される必要があるとき。
2 緊急性
災害の状況から、直ちに災害派遣する必要があること。
3 非代替性
他の機関のみの活動では十分ではないとき。

阪神・淡路大震災の教訓を活かし、防衛庁は、平成7年「防衛庁防災業務計画」の修正において、自衛隊が自主派遣を行う場合の判断基準を明確にした。

国立保健医療科学院健康危機管理研修(高度技術編)資料より引用

自衛隊派遣の内容

人命救助
被災者救援等の応急救援
応急復旧(必要に応じ)

- 被害状況の把握
- 被災者等の捜索救助
- 消防活動
- 道路や水路の障害物の除去
- 炊飯および給水
- 被災地域内の自衛隊病院等での医療活動
- 人員(救急患者等)および物資の緊急輸送
- 危険物の保安または除去
- その他自衛隊の能力で対処可能なもの
- 避難援助(誘導および輸送)
- 被災者等の捜索救助
- 水防活動
- 応急医療・救護および防疫
- 物資の無償貸与または譲与

指定公共機関

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）

(独)防災科学技術研究所
(独)放射線医学総合研究所
(独)日本原子力研究開発機構
(独)国立病院機構
(独)農業・食品産業技術総合研究機構
(独)森林総合研究所
(独)水産総合研究センター
(独)土木研究所
(独)建築研究所
(独)海上技術安全研究所
(独)港湾空港技術研究所
(独)水資源機構
(独)日本高速道路保有・債務返済機構
日本銀行
日本赤十字社
日本放送協会
東日本高速道路株式会社
首都高速道路株式会社
中日本高速道路株式会社
西日本高速道路株式会社
阪神高速道路株式会社
本州四国連絡高速道路株式会社
成田国際空港株式会社
関西国際空港株式会社
中部国際空港株式会社
北海道旅客鉄道株式会社
東日本旅客鉄道株式会社
東海旅客鉄道株式会社
西日本旅客鉄道株式会社
四国旅客鉄道株式会社
九州旅客鉄道株式会社
日本貨物鉄道株式会社
日本電信電話株式会社
東日本電信電話株式会社
西日本電信電話株式会社
郵便事業株式会社
郵便局株式会社
東京瓦斯株式会社
大阪瓦斯株式会社
東邦瓦斯株式会社
日本通運株式会社
北海道電力株式会社
東北電力株式会社
東京電力株式会社
北陸電力株式会社
中部電力株式会社
関西電力株式会社
中国電力株式会社
四国電力株式会社
九州電力株式会社
沖縄電力株式会社
電源開発株式会社
日本原子力発電株式会社
KDDI株式会社
株式会社エヌ・ティ・ティ・ドコモ
エヌ・ティ・ティ・コミュニケーションズ株式会社

独立行政法人国立病院機構法
（平成十四年十二月二十日法律第百九十一号）

（緊急の必要がある場合の厚生労働大臣の要求）
第十九条 厚生労働大臣は、災害が発生し、若しくはまさに発生しようとしている事態又は公衆衛生上重大な危害が生じ、若しくは生じるおそれがある緊急の事態に対処するため必要があると認めるときは、機構に対し、第十三条第一項第一号又は第二号の業務のうち必要な業務の実施を求めることができる。
2 機構は、厚生労働大臣から前項の規定による求めがあったときは、正当な理由がない限り、その求めに応じなければならない。

（業務の範囲）
第十三条 機構は、第三条の目的を達成するため、次の業務を行う。
一 医療を提供すること。
二 医療に関する調査及び研究を行うこと。
三 医療に関する技術者の研修を行うこと。
四 前三号に掲げる業務に附帯する業務を行うこと。
2 機構は、前項の業務のほか、同項の業務の遂行に支障のない範囲内で、その建物の一部、設備、器械及び器具を、機構に勤務しない医師又は歯科医師の診療又は研究のために利用させることができる。

医療法における災害医療の位置付けについて

医療法（昭和二十三年法律第二百五号）

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県に おける医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。
2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
五 次に掲げる医療の確保に必要な事業
（以下「救急医療等確保事業」という。）に関する事項
イ（略）
<u>ロ 災害時における医療</u>
ハ～ヘ（略）

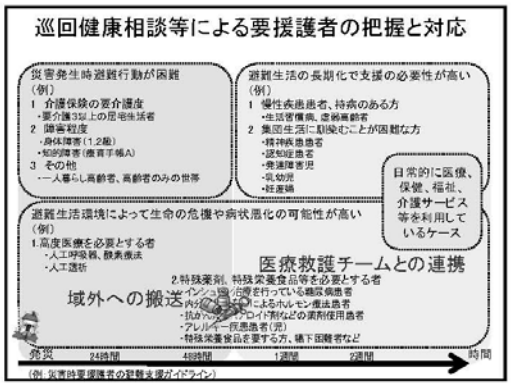
医療計画における災害医療の位置付けについて

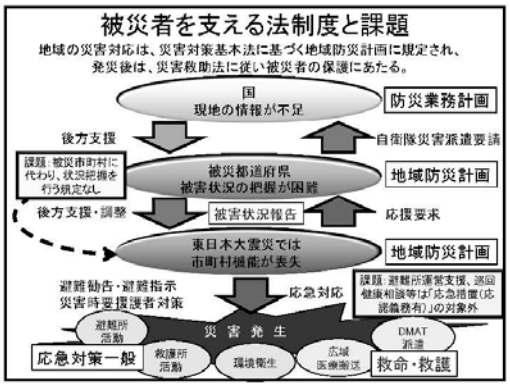
1 災害時における医療（以後、「災害医療」という。）については、災害発生時に、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に使う必要があるとともに、平時から、災害を念頭に置いた関係機関による連携体制をあらかじめ構築しておくことが必要不可欠である。

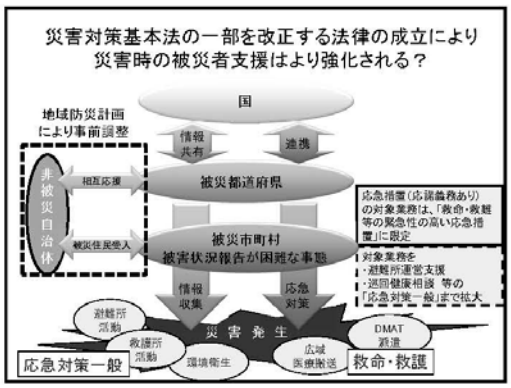
2 厚生労働省は、「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」の中で、「災害医療の現状」で災害医療がどのようなものであるかについて概観し、「医療機関とその連携体制の目指すべき方向」で、どのような医療体制を構築するかについて示している。

3 都道府県は、これらを踏まえつつ、「構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また必要となる医療機能を明確に理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行うこととなる。

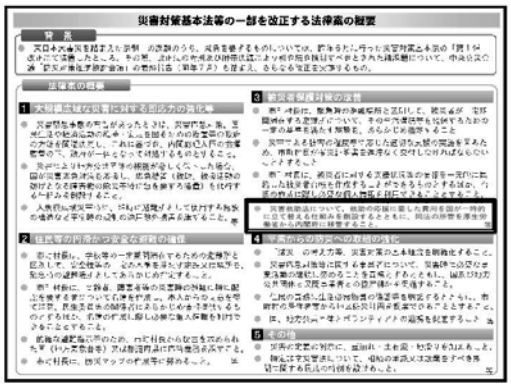
「疾病又は事業ごとの医療体制について（平成十九年七月二十日医政指発第0720001号 厚生労働省医政局指導課長通知）より引用


巡回健康相談等による要援護者の把握と対応
災害発生時避難行動が困難
（例）
1 介護保険の要介護度
・要介護3以上の居宅生活者
2 障害程度
・身体障害（1,2級）
・知的障害（療育手帳A）
3 その他
・一人暮らし高齢者、高齢者のみの世帯
避難生活の長期化で支援の必要性が高い
（例）
1 慢性疾患患者、特病のある方
・生活習慣病、虚弱高齢者
2 集団生活に馴染むことが困難な方
・精神疾患患者
・認知症患者
・発達障害児
・乳幼児
・妊産婦
日常的に医療、保健、福祉、介護サービス等を利用しているケース
避難生活環境によって生命の危機や病状悪化の可能性が高い
（例）
1.高度医療を必要とする者
・人工呼吸器、酸素療法
・人工透析
2.特殊薬剤、特殊栄養食品等を必要とする者
・インスリン注射を行っている糖尿病患者
・ストーマによるホルモン療法患者
・抗がん剤、ステロイド剤などの薬剤使用患者
・アレルギー疾患患者（児）
・特殊栄養食品を要する方、嚥下困難者など
医療救護チームとの連携
域外への搬送
発災
24時間
48時間
1週間
2週間
時間
（例 災害時要援護者の避難支援ガイドライン）

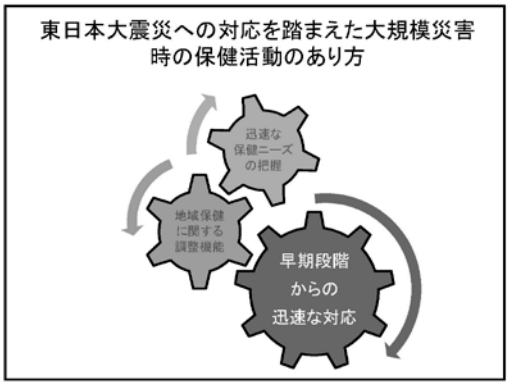

被災者を支える法制度と課題
地域の災害対応は、災害対策基本法に基づく地域防災計画に規定され、
発災後は、災害救助法に従い被災者の保護にあたる。
国
現地の情報が不足
防災業務計画
後方支援
自衛隊災害派遣要請
課題：被災市町村に代わり、状況把握を行う規定なし
被災都道府県
被害状況の把握が困難
地域防災計画
後方支援・調整
被害状況報告
応援要求
東日本大震災では市町村機能が喪失
地域防災計画
避難勧告・避難指示
災害時要援護者対策
応急対応
課題：避難所運営支援、巡回健康相談等は「応急措置（応諾義務有）」の対象外
災害発生
避難所活動
DMAT派遣
応急対策一般
救護所活動
環境衛生
広域医療搬送
救命・救護

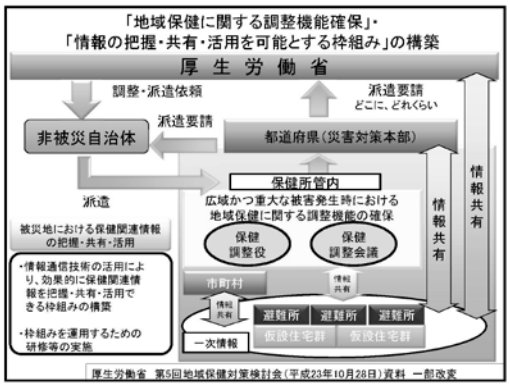

災害対策基本法の一部を改正する法律の成立により
災害時の被災者支援はより強化される？
国
地域防災計画により事前調整
情報共有
連携
非被災自治体
相互応援
被災都道府県
被災住民受入
応急措置（応諾義務あり）の対象業務は、「救命・救難等の緊急性の高い応急措置」に限定
被災市町村
被害状況報告が困難な事態
対象業務を
・避難所運営支援
・巡回健康相談 等の
「応急対策一般」まで拡大
情報収集
応急対策
災害発生
避難所活動
救護所活動
環境衛生
広域医療搬送
DMAT派遣
応急対策一般
救命・救護

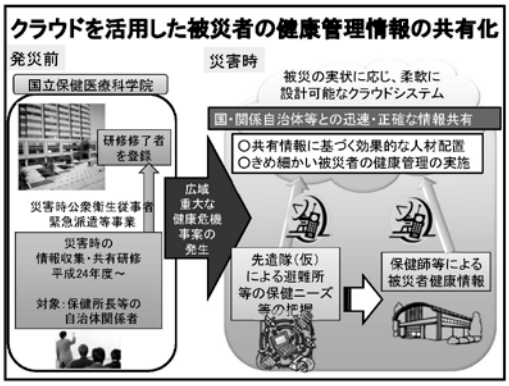
災害救助法の課題
1 避難所
応急的な措置を前提 → 長期化する避難者への対応
福祉避難所の整備※
※ 宮城県40% 福島県18.6% 岩手県14.7%（全国平均34%）
2 県外避難者の把握と支援
分散する被災者への対応は困難 → 避難者台帳の整備
3 現物支給と現金支給
長期避難に伴う生活費の支援 → 被災者生活再建支援法
（災害救助基準）
食費（1日） 1人 1日当たり 1,010円以内
避難所経費（1日） 100人 1日当たり 30,000円以内
UNHCR難民キャンプ基準 食料1,900Kcal 水2～3ℓ 占有面積3.5㎡

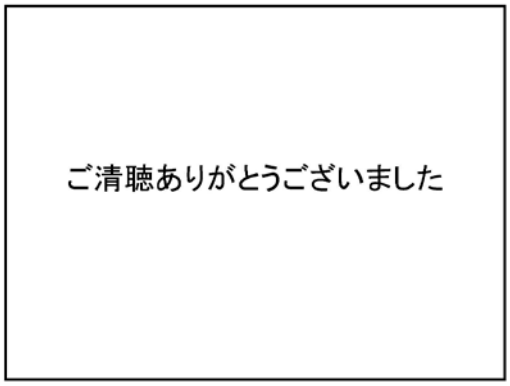

災害対策基本法等の一部を改正する法律案の概要
1 大規模広域な災害に対する即応力の充実
2 住民等の円滑かつ安全な広域的避難
3 要援護者保護対策の充実
4 平素からの防災への取組の強化
5 その他

避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針の概要
避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針
第1 全体計画・地域防災計画の策定
第2 避難行動要支援者名簿の作成等
第3 避難行動要支援者名簿の更新と情報の共有
第4 個別計画の策定
第5 避難行動支援に係る地域の共助力の向上


東日本大震災への対応を踏まえた大規模災害時の保健活動のあり方
迅速な保健ニーズの把握
地域保健に関する調整機能
早期段階からの迅速な対応


「地域保健に関する調整機能確保」・
「情報の把握・共有・活用を可能とする枠組み」の構築
厚生労働省
調整・派遣依頼
派遣要請
どこに、どれくらい
非被災自治体
派遣要請
都道府県（災害対策本部）
保健所管内
派遣
広域かつ重大な被害発生時における
地域保健に関する調整機能の確保
保健調整役
保健調整会議
被災地における保健関連情報の把握・共有・活用
・情報通信技術の活用により、効果的に保健関連情報を把握・共有・活用できる枠組みの構築
・枠組みを運用するための研修等の実施
市町村
情報共有
避難所
避難所
避難所
仮設住宅群
仮設住宅群
一次情報
情報共有
情報共有
厚生労働省 第5回地域保健対策検討会（平成23年10月28日）資料 一部改変


クラウドを活用した被災者の健康管理情報の共有化
発災前
災害時
国立保健医療科学院
被災の実状に応じ、柔軟に設計可能なクラウドシステム
国・関係自治体等との迅速・正確な情報共有
○共有情報に基づく効果的な人材配置
○きめ細かい被災者の健康管理の実施
研修修了者を登録
災害時公衆衛生従事者緊急派遣等事業
災害時の情報収集・共有研修
平成24年度～
対象：保健所長等の自治体関係者
広域重大な健康危機事案の発生
先遣隊（仮）による避難所等の保健ニーズ等の把握
保健師等による被災者健康情報


ご清聴ありがとうございました

：講師名

モリノ　カズマ
森野　一真

：担当講義

「外傷学・救急対応の基礎知識」

：形式

講義

：日時

12/21（土）16：45～17：25

【略歴】

１９８５年　３月	山形大学医学部　卒業
同　年　４月	山形大学医学部付属病院第一外科医員
２０００年　４月	山形県立救命救急センター救急科長　就任
２００７年　４月	同　診療部長　就任
２０１２年　４月	同　副所長　兼　山形県立中央病院

【専門領域】

災害医学、救急医学

【資格】

日本救急医学会専門医、日本熱傷学会専門医、日本外科学会認定医、日本消化器外科学会認定医、JATECインストラクター、JPTECインストラクター　等

外傷・救急対応の基礎知識と急性期トリアージの基本について

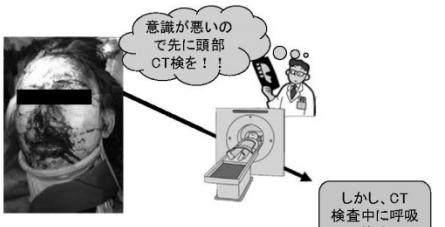
山形県立救命救急センター
森野一真

獲得目標

- 外傷診療における基礎的理論を理解する
- 災害時の診療を理解する
- トリアージの概念を理解する
- 災害医療におけるトリアージの方法を知る
- トリアージタッグについて理解する
- 避難所におけるトリアージを考える

外傷診療における基礎的理論

意識障害に関心が向く



外傷初期診療ガイドラインJATEC資料一部改変

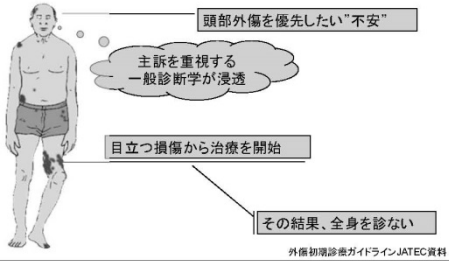
“訴え”から診療に入る

外傷初期診療ガイドラインJATEC資料一部改変

“目立つ損傷”から診察

外傷初期診療ガイドラインJATEC資料一部改変

Pitfallに陥る要因



外傷初期診療ガイドラインJATEC資料

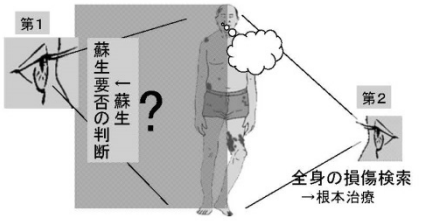
Preventable trauma deathの回避

気道確保さえしていれば・・・
緊張性気胸に気づいて、脱気さえしていれば・
いち早く、止血さえできれば・・・

医師なら誰もが、行える処置で救えること！！
時間！！

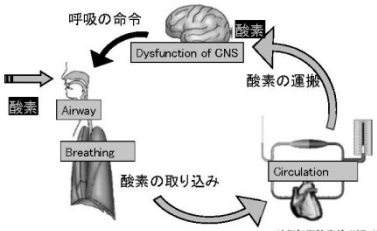
外傷初期診療ガイドラインJATEC資料

アプローチの定型化



外傷初期診療ガイドラインJATEC資料

生命を維持する生理学的機能



外傷初期診療ガイドラインJATEC資料

さらに重要な生理学的機能；体温

- 脱衣（Exposure）による熱放散
- 外気や大量輸液（ Environment ）での冷却
- ショックによる熱産生の低下

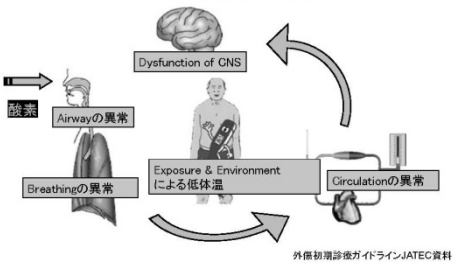
低体温

体温測定と保温

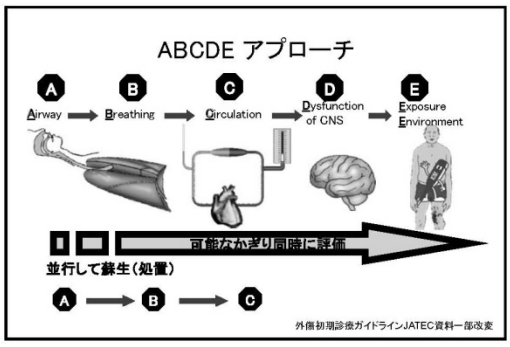
凝固異常や代償機転の破綻

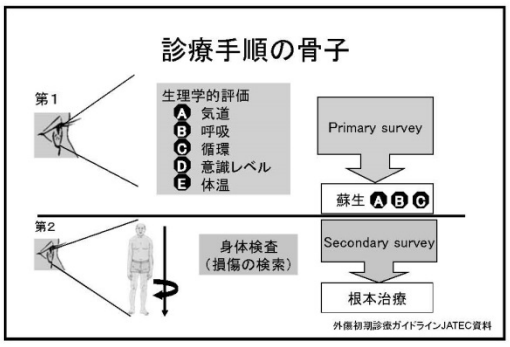
外傷初期診療ガイドラインJATEC資料

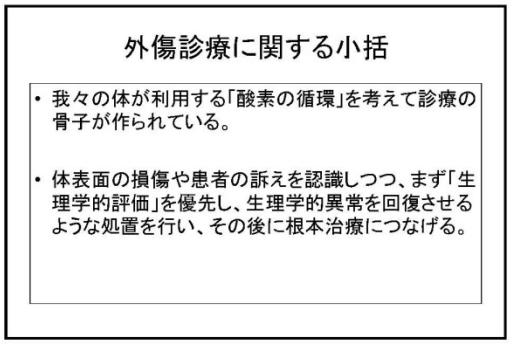
生理学的機能の破綻

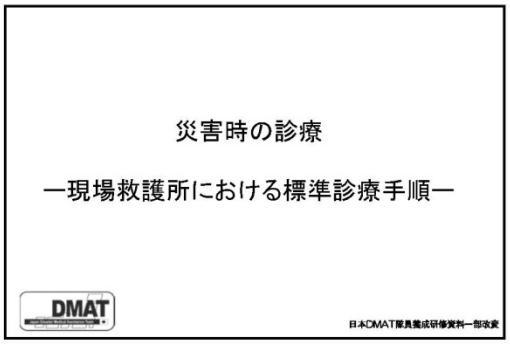


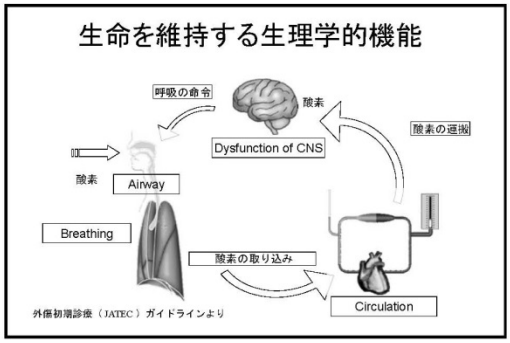
外傷初期診療ガイドラインJATEC資料

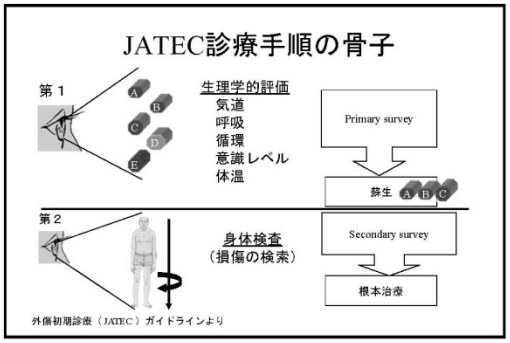

ABCDE アプローチ
A Airway
B Breathing
C Circulation
D Dysfunction of CNS
E Exposure Environment
可能な限り同時に評価
並行して蘇生（処置）
A → B → C
外傷初期診療ガイドラインJATEC資料一部改変


診療手順の骨子
第1
生理学的評価
A 気道
B 呼吸
C 循環
D 意識レベル
E 体温
Primary survey
蘇生 A B C
第2
身体検査
（損傷の検索）
Secondary survey
根本治療
外傷初期診療ガイドラインJATEC資料

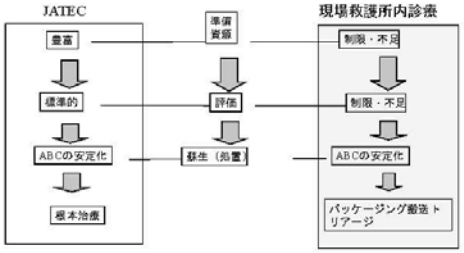

外傷診療に関する小括
• 我々の体が利用する「酸素の循環」を考えて診療の骨子が作られている。
• 体表面の損傷や患者の訴えを認識しつつ、まず「生理学的評価」を優先し、生理学的異常を回復させるような処置を行い、その後に根本治療につなげる。


災害時の診療
―現場救護所における標準診療手順―
DMAT
日本DMAT隊員養成研修資料一部改変


生命を維持する生理学的機能
呼吸の命令
酸素
Dysfunction of CNS
酸素の運搬
酸素
Airway
Breathing
酸素の取り込み
Circulation
外傷初期診療（JATEC）ガイドラインより


JATEC診療手順の骨子
第1
生理学的評価
気道
呼吸
循環
意識レベル
体温
Primary survey
蘇生 A B C
第2
身体検査
（損傷の検索）
Secondary survey
根本治療
外傷初期診療（JATEC）ガイドラインより

JATECによる日常診療と現場救護所内診療との相違



日本DMAT隊員養成研修資料

使用可能資機材の制限

- モニター（心電図、Sp02、血圧計）
- 携帯用超音波装置
- 酸素、気管チューブ、胸腔ドレーン、輸液、注射針、尿道カテーテル、頚椎カラー
- 薬剤

病院とは事情がちがう！

日本DMAT隊員養成研修資料一部改変

現場救護所での診療は Primary survey と蘇生に留まる

第一印象 →トリアージタグの確認、または緊急度をおおまかな全体像で把握

チームでの情報共有

ABCDEアプローチ（行った蘇生の評価も忘れずに）

A:気道評価と蘇生（処置）
B:呼吸と致命的な胸部外傷の評価と蘇生（処置）
C:循環の評価と蘇生（処置）
D:中枢神経障害の評価と蘇生（処置）
E:脱衣と体温管理
Cr:クラッシュシンドローム→大量輸液

医療資源は足りているか？

日本DMAT隊員養成研修資料改変

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

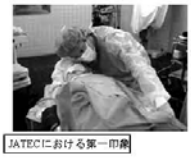
第一印象

現場救護所におけるprimary survey と蘇生 第一印象

区分Ⅰ（赤）は緊急度大

トリアージタグの確認

または



JATECにおける第一印象

「わかりますか？お名前は？」の問い掛けへの対応（AとD）、
息づかい（B）を観察、同時に
前腕皮膚と脈を触れ（C）、
見える範囲での外出血の有無を確認（C）

外傷初期診療（JATEC）ガイドライン参照

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr　アプローチ

A

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

A：気道評価と蘇生

評価

発話ができれば気道は概ね解放

胸部の動きを見て　呼吸気流を聞いて　呼気を感じて

気道が解放していなければ要気道確保！

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

モニタリング：血圧計・心電図／ Spo2モニタ装着

SpO2モニタ

酸素化、循環の評価が可能

必要であれば酸素投与開始

心電図モニタ

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr　アプローチ

B

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

B：呼吸状態の評価と蘇生（頸部）

頸部の構成：気道（咽喉頭気管）、食道、重要血管、頚椎・頚髄等

（観察と評価）

(1)呼吸数、SpO2、努力様呼吸・喘鳴等の有無

(2)変形、腫脹の有無

(3)閉塞性ショックの間接所見

・気管偏位

・皮下気腫

・頸静脈怒張の有無

蘇生処置は酸素投与、換気、ショックを伴う緊張性気胸に対する緊急脱気や胸腔ドレナージなど

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

B：呼吸状態の評価と蘇生（胸部）

視診では

胸郭の動きと呼吸回数

左右差の評価を行う

胸郭表面の創傷（開放創）

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

B：胸部の聴診

聴診では気胸、大量血胸による片側呼吸音の減弱、もしくは消失に注意する

現場の騒音

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

B：胸部の触診・打診

皮下気腫
動揺
痛み
鼓音・濁音

打診も忘れずに

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr　アプローチ

C

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

C：循環の評価(1)：ショックの同定

皮膚所見、脈拍、
意識レベルなどを
総合的に判断

ショックの認知は
血圧のみに頼らない

不穏・興奮はショックの進行の兆候

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

C：循環の蘇生：静脈路確保、初期輸液開始

初期輸液（初期輸液療法（JATEC））
・等張電解質輸液
（乳酸リンゲル液など）
・ショックなら1～2Lは必要

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

C：循環の評価(2)：ショックの原因検索

体表の活動性外出血 ⇒ 視診

三大出血部位（胸・腹・後腹膜） ⇒ 胸・腹部の液体貯留評価 ⇒ 付随して腹膜炎の評価

三大出血部位（胸・腹・後腹膜） ⇒ 後腹膜（骨盤骨折） ⇒ 用手的診断

両側大腿骨骨折 ⇒ 視触診

閉塞性ショック ⇒ モニタ評価、頸部、胸部（FAST）、四肢等の診察

神経原性ショック ⇒ モニタ評価、頸部、胸部（FAST）、四肢等の診察

（注）FAST=Focused Assessment Sonography for Trauma

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr　アプローチ

D

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

D：中枢神経障害の評価

GCSによる意識レベルの評価

点数	開眼 E	言葉 V	運動 M
6			指示に従う
5		見当識あり（時・場所・人）	痛い所に手を
4	自発的に	錯乱状態	逃避屈曲
3	言葉で	不適当な単語	異常屈曲（除皮質技位）
2	痛みで	無意味な発声	異常伸展（除脳技位）
1	開眼せず	発声せず	全く動かず

瞳孔径
対光反射
麻痺の有無

重症頭部外傷（切迫するD(JATEC)）≦ EVM合計8

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

D：中枢神経障害の評価と蘇生

重篤な意識障害GCS≦8（JCS30以上）

→ 確実な気道確保を考慮

二次的脳損傷の回避のために酸素化を考慮

ABCの安定化が二次的脳損傷回避に繋がる！

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr　アプローチ

E

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのprimary survey と蘇生

E：脱衣と体温管理
Exposure and Environmental control

脱衣による熱放散
周囲への伝導
外気、大量輸液による冷却
ショックによる熱産生低下

→ 低体温

凝固異常や代償機転の破綻

保温！

日本DMAT隊員養成研修資料

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr　アプローチ

Cr

日本DMAT隊員養成研修資料

圧挫症候群

現場救護所でのprimary surveyと蘇生

Cr：クラッシュシンドローム（圧挫症候群）の評価と蘇生

重量物に長時間挟圧されたエピソード
圧挫肢の知覚運動麻痺
黒褐色～赤褐色尿
皮膚紅斑・水疱形成・壊死

→低容量性ショックに対する治療を開始

日本DMAT隊員養成研修資料一部改変

ミオグロビン尿

44

評価すべきABCDEの異常とそれに続く安定化（処置）

異常	対応する主な処置
A（気道）	気道確保、気管挿管、外科的気道確保
B（呼吸）	酸素投与、緊急脱気・胸腔ドレナージ、（陽圧）換気、気管吸引
C（循環）	止血（圧迫、エスマルヒ緊縛）、骨盤簡易固定（シーツラッピング）、静脈路確保、輸液、薬剤投与、気管挿管
D（中枢神経）	酸素投与、気道確保（気管挿管）、薬剤投与
E（体温、体表）	体温管理など
Cr（圧挫症候群）	大量輸液など

日本DMAT隊員養成研修資料一部改変

搬送のためのパッケージング

搬送の際に配慮するべき損傷の検索

評価：頸椎・頸髄損傷の有無、四肢骨折の有無
四肢の神経所見

パッケージングのための処置

・各種固定要否判断と実施
頚椎カラー、全脊椎固定、骨盤簡易固定、シーネ固定
・行った蘇生（処置）の確認、チューブ類の固定
・鎮静・鎮痛

日本DMAT隊員養成研修資料

患者搬送に必要な複数の因子

Y=f(X1(緊急度),
X2(重症度),
X3(搬送手段),
X4(気象条件),
X5(病院のライフライン),
X6(受入可能病床数),
X7(専門性),
…)

何だかんだと出ましたが緊急性が高い時は

- AEDの準備
- A：気道の確保
- B：酸素吸入（酸素があれば）
- C：目に見える出血部位の「圧迫」（縛るのではなく）

災害時の診療に関する小括

- 外傷初期診療ガイドラインJATECの「Primary surveyと蘇生」に沿った診療が基本となる。
- 具体的にはABCDECrアプローチを行う。
- 災害発生現場や医療機関からのからの患者搬送は、患者の緊急度や重症度以外に、搬送手段、気象条件、受け入れ可能病床など、様々な因子の影響を受ける。

トリアージの概念

医療におけるトリアージ

医療資源と患者数との不均衡が生じた状況で、

速やかに診療と搬送を行うために、

医療資源の分配順位、
すなわち治療の順位をつけた
トリアージ区分に
患者を迅速に分類すること。

日本DMAT隊員養成研修資料

災害時のトリアージ区分

本邦における 災害時のトリアージ区分

- ❖区分 I（緊急治療群） 赤
- ❖区分 II（非緊急治療群） 黄
- ❖区分 III（治療不要もしくは軽処置群） 緑
- ❖区分 0（治療対象外*） 黒

一般に、トリアージ区分はトリアージタッグを用いて表示する。

*死亡もしくは救命困難群

日本DMAT隊員養成研修資料

赤：区分I（緊急治療群）

- ●生理学的評価に異常があるもの
- ●救命処置を必要とするもの

黄:区分II(非緊急治療群)

- ● 治療の遅延が生命危機に直接つながらないもの
- ● 歩行不能

日本DMAT隊員養成研修資料

緑:区分III
（治療不要もしくは 軽処置群）

- 歩行可能
- 必ずしも専門医の治療を必要としないもの
- 一般に、災害時に最大数となりうる

＊軽症群とされても、そのまま帰宅させるのではなく、
一ヶ所に集積し、アンダートリアージや容態の変化を確認する。

日本DMAT隊員養成研修資料

黒：区分０
（治療対象外）

- 死亡しているもの
- または心肺蘇生を施しても蘇生の可能性の低いもの

＊本区分は「死亡診断」とは必ずしも同義ではない。

日本DMAT隊員養成研修資料

2009年からの米国における災害時のトリアージ区分

- ❖区分 I（Immediate 緊急治療群） 赤
- ❖区分 II（Delayed 非緊急治療群） 黄
- ❖区分 III（Minimal 治療不要, 軽処置群） 緑
- ❖区分 IV（Expectant 救命困難群） 灰
- ❖区分 0（Dead 死亡） 黒

トリアージの具体的な方法

災害時のトリアージ方法

一次トリアージ：

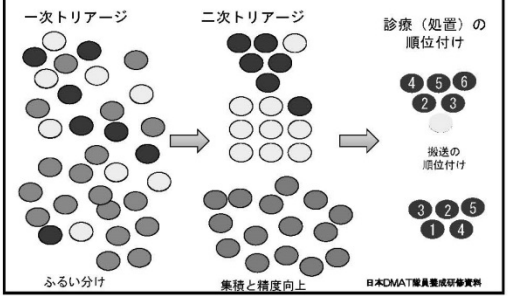
簡便な生理学的な評価により、
迅速にふるい分ける。

二次トリアージ：

一次トリアージの精度を向上させる。

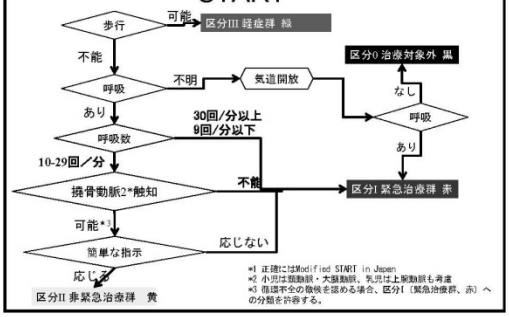
日本DMAT隊員養成研修資料

トリアージ、治療と搬送の順位付けの一連のイメージ



日本DMAT隊員養成研修資料

START*1



トリアージはどこで行うのか？

トリアージが求められる状況で行う

傷病者集積場所
トリアージエリア（現場救護所、病院）
現場救護所内
病院の初療室内
その他

日本DMAT隊員養成研修資料

トリアージは誰が行うのか？

- ❖トリアージの訓練を受けた医療従事者
- ❖担当者（チーム）を決めるのが一般的
- ❖実施機関、職種、実施場所、方法は多様である

（注）
現行法には、トリアージ実施者を守る法律は無い。
トリアージが医療と解釈された場合には実施者は医師に限られる。
単なる「順番決め」と解釈された場合には、その限りではない。
また、医療従事者の居ない状況で、
一般市民が「順番決め」を行うことは緊急回避として扱われる可能性が高い。

日本DMAT隊員養成研修資料一部改変

トリアージは繰り返し行う必要がある

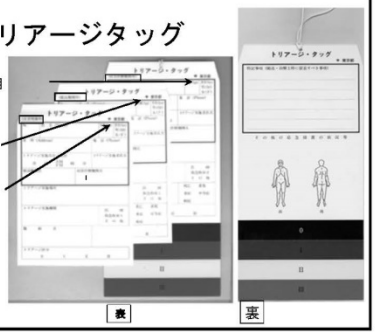
1. 目的に応じて繰り返す必要がある
（担架搬送、救護所での治療、病院への搬送の順位など）
2. 用いる基準が異なると結果が異なる
3. 患者の病態は時間とともに変化する

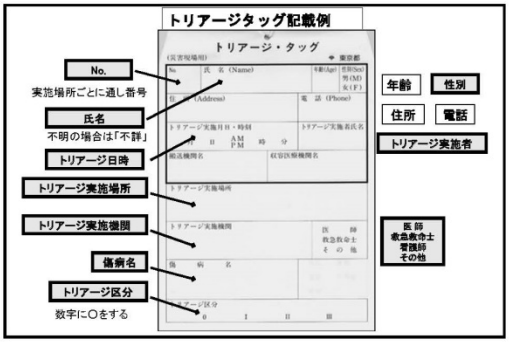
日本DMAT隊員養成研修資料

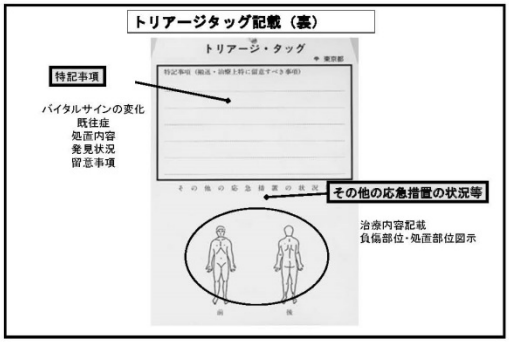
トリアージタッグ

トリアージタッグ

収容医療機関用
搬送機関用
災害現場用







現行トリアージタグの課題

1. **訂正することを前提に作られていない。**
2. **タグ固有のIDが無く、同一番号のタグが発生する。**
3. **傷病者のトラッキング（追跡）ができない。**
4. **実災害時において使い勝手が悪い。**

災害時のトリアージに関する小括

- トリアージは医療資源が不足する状況において、速やかに診療と搬送を行うため、医療資源の分配順位をつけた群（トリアージ区分）に患者を分類すること。
- 災害時に用いるトリアージ区分は4つ（赤、黄、緑、黒）。
- トリアージ区分はトリアージタッグで表示される。

避難所におけるトリアージを考える

避難所の様相

これまでの大災害において、目を向けられてきた避難所の被災者

時期	どのような？	対応
災害発生間もない	災害による直接被害による外傷、急性疾患や透析など特殊な治療の継続を必要とする患者など。	救急搬送あるいは自助共助による医療機関への搬送
数日経過	直ちに救急搬送される患者数は減少し、救急搬送までもないが何らかの医療支援は必要。	救急搬送あるいは自助共助による医療機関への搬送
1週間経過	常用薬を必要とする慢性疾患患者など。	自助共助による医療機関（薬局）受診、時に救急搬送
1ヶ月経過	避難所生活の長期化、劣悪な環境（ストレス）に伴う疾病患者、認知症、生活不活発病など	自助共助による医療機関（薬局）受診、時に救急搬送、福祉避難所などの設置
その後	、、、	

避難所で医療や保健福祉に関し、考慮を必要とする状況

- 緊急性を有する疾病や外傷の発生：緊急度判定
- 緊急性は有しないが、現行の避難所では症状が悪化。
- 要援護者を含み避難所の資源（人的）を消費。

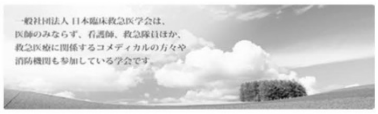
災害時のトリアージ（多数傷病者への対応）とはやや異なる

日本臨床救急医学会
JTASコース

緊急度判定支援システム

Japan Triage and Acuity Scale

日本臨床救急医学会JTAS検討委員会



Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS).

Endorsed by the Canadian Association Of Emergency Physicians (CAEP), the National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA), and L'association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ).

Robert Beveridge MD MSc FRCPC, Saint John, New Brunswick, Canada,
Barbara Clarke RN, BScN, Saint John, New Brunswick, Canada,
Laurie Janes RN, BN, MN, Saint John, New Brunswick, Canada,
Nancy Savage BN, RN MSA, Saint John, New Brunswick, Canada,
Jim Thompson MD CCFP(EM) FCFP Charlottetown, Prince Edward Island, Canada,
Graham Dodd MD CCFP(EM) Salmon Arm British Columbia, Canada,
Michael Murray MD CCFP(EM) Barrie Ontario,
Cheri Nijssen Jordan MD FRCPC (Paeds) Calgary Alberta, Canada,
David Warren MD CCFP(EM), FRCPC (Paeds) London Ontario, Canada,
Alain Vadeboncoeur MD CCFP, Longueuil, Quebec, Canada.

Version: CTAS16.DOC December 16, 1998

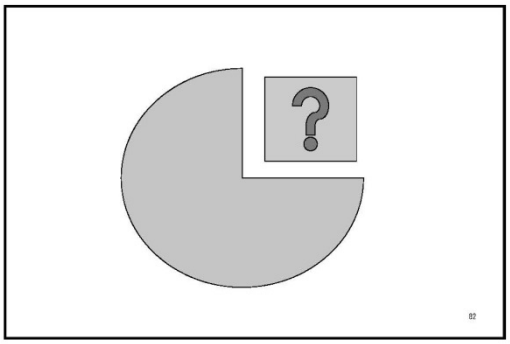
Contents

1) Introduction and Background
2) Goals of Triage
3) Role of Triage Personnel
A. General Triage Guidelines
B. Triage Interview
C. Nursing Process
D. Documentation Standards
E. Triage Nurse Qualifications
4) Triage & Acuity Scale Definitions
5) Paediatric Considerations
6) Triage in Rural Emergency Health Care Facilities (REHCF's)
7) Setting Up The Triage Area
8) Triage Orientation Schedule
9) Quick Look Summary -Triage Categories

Version 16: 11/30/1998

避難所におけるトリアージに関する小括

- 災害発生から間もない時期は、生理学的評価による緊急度判定（いわゆる、災害時のトリアージ）が求められる場合がある。
- 時間経過とともに、院内トリアージなどの方法に準じた方法が求められることがある。



：講師名

コバヤシ　タケシ
小林　毅

：担当講義

「モデル報告」

：形式

演習

：日時

12/21（土）17：25～18：25

【略歴】

１９８６年　３月	信州大学医療技術短期大学部作業療法学科　卒業
同　年　４月	帝京大学医学部附属市原病院　入職
１９９０年　４月	長野県厚生連リハビリテーション鹿教湯病院
１９９１年　５月	帝京大学医学部附属病院リハビリテーション部　副主任
１９９４年　４月	山形医療技術専門学校設立準備室
１９９５年　４月	山形医療技術専門学校作業療法学科　主任（1996 年から学科長）
１９９８年　３月	東洋大学法学部（通信教育課程）　卒業
同　年　４月	帝京大学医学部附属病院リハビリテーション部　主任 （2003 年から係長）
２００３年　３月	国際医療福祉大学大学院　博士課程前期終了
２００５年　４月	国際医療福祉大学附属三田病院リハビリテーション室　室長
同　年　６月	社団法人日本作業療法士協会　理事（2011 年６月まで）
２００７年　４月	千葉県健康福祉部県立保健医療大学設立準備室　副主幹
２００９年　４月	千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科 准教授

【専門領域】

一般社団法人日本作業療法士協会　認定作業療法士

【資格】

特になし

演習報告

■講師名　：　小林　　毅

■テーマ　：　モデル報告

■講義概要
第 1 回研修会参加の新潟県・千葉県から、その後の活動状況報告
今後、組織を構築運営するにあたって、現状を内的課題（自分たちの組織）と外的課題（自分たち以外の組織）により SWOT 分析の考え方を利用した強みと弱みを抽出し、翌日の組織の構築目標の工程を検討する際の資料とした。
また、分析の前に、既受講都道府県の活動状況の報告を受けることで、自身たちの置かれている現状を新ためて認識する機会とした。

■所感、課題など
多職種による組織運営に当たっては、チームビルディングなどさまざま過程を経ることが重要であるが、机上の空論だけの演習となる研修会では、その後のフォローアップが重要と考えます。
今回、報告者として報告をした都道府県は、実際に組織を稼働する際の課題をよく抽出できていたような印象を受けました。このような研修が、継続的に、かつ今後も引き継がれることが災害時の緊急活動をより効果的にすることができるものと思います。

：講師名

ナリタ　ノリオ
成田　徳雄

：担当講義

「災害現場におけるコーディネーター」

：形式

講義

：日時

12/22（日）08：30～8：50

【略歴】

１９８６年　３月	山形大学医学部　卒業
同　年　４月	東北大学脳神経外科教室　入局
１９９６年　４月	米沢市立病院脳神経外科科長　就任
２００５年　４月	気仙沼市立病院脳神経外科科長　就任
２０１１年　３月	宮城県災害医療コーディネーター　併任
２０１２年１０月	京都大学医学部臨床教授　併任
２０１３年　７月	NPO 法人口から食べる幸せを守る会　東北支部長

【専門領域】

日本脳神経外科専門医、日本脳卒中学会専門医、宮城県対脳卒中協会評議員、
宮城県リハビリテーション医会世話人、みやぎメディカルライフセービング協会理事

災害現場におけるコーディネーター

気仙沼市立病院　脳神経外科科長
宮城県災害医療コーディネーター
成田　徳雄

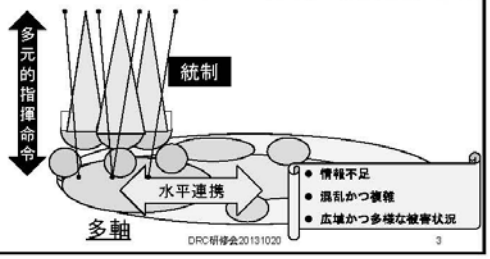
DRC研修会20131020　1

災害医療における指揮統制ー小・中規模災害

DRC研修会20131020　2

災害医療コーディネーターの役割

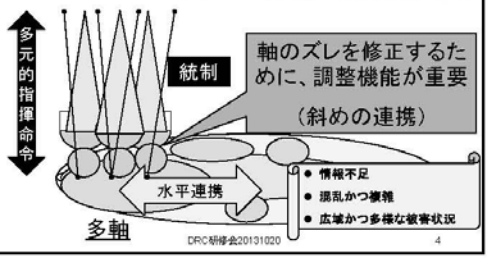
災害医療における指揮統制ー大規模災害



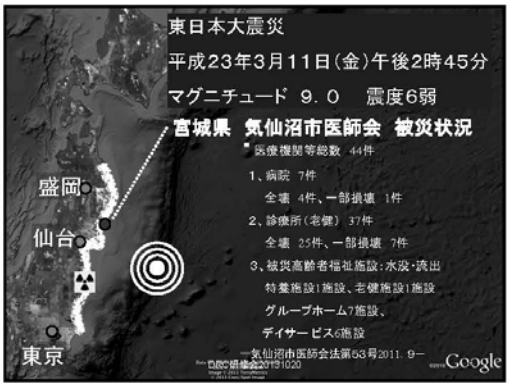
DRC研修会20131020　3

災害医療コーディネーターの役割

災害医療における指揮統制ー大規模災害



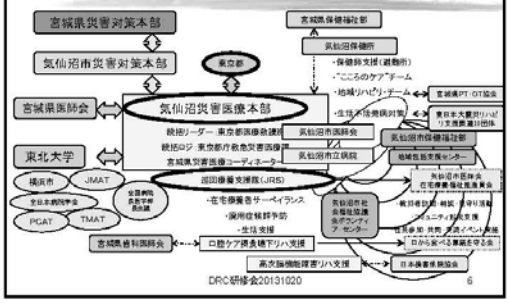
DRC研修会20131020　4



DRC研修会20131020

気仙沼災害医療：外部支援体制

ー回復期から復興期へ　多職種・多重・多層（相）的支援ー



DRC研修会20131020　6

救急室前　ミーティング

DRC研修会20131020　7

災害時保健医療の４つの役割
-Public Health Management in Disasters

- 災害集団外傷(mass casualities)への対応
- 被災者・避難者の**健康管理**
  - 継続する一般医療ニーズへの対応
  - **災害弱者への保護**
- 地域保健医療システムの機能維持と再建
- 災害が間接的に健康に及ぼす悪影響の制御と**中長期的ケア**

東北大学医学部国際保健学分野元教授　上原鳴夫氏資料より引用

DRC研修会20131020　8

※映像ファイル

避難所

DRC研修会20131020　9

組織的リハビリ支援

被災
- 介護事業所が被災し、デイサービス機能停止
- 近隣の回復期リハビリ病院が被災により機能停止
- 避難所において、共有スペースの確保が困難

生活不活発
- 生活不活発病　被災者490人中147人（30.0%）、65歳以上では35.7%（2011年5月末）
- 生活不活発病対策としてのリハビリ支援が必要
- 福祉避難所となった市内観光ホテルをベースにリハビリ支援。食堂の一部がリハ・スペース
- 50世帯、200人。

リハビリ
- 発災早期から気仙沼保健所・地域リハビリ・チームが巡回
- 発災早期から、PT・OTがボランティアとして支援
- 6月13日より、リハビリ関連10団体が組織的に支援を開始

住居・栄養・リハビリの一体的提供

DRC研修会20131020　10

※映像ファイル

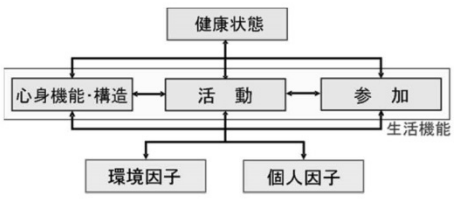
キーワード

生活不活発病

- 生活不活発病＝廃用症候群　Disuse synd.
- 生活が不活発になることで、全身の心身機能が低下すること
- 予防・改善は生活の活発化で
- 生活不活発病の症状：日常生活上の動作の不自由が早く出現

DRC研修会20131020　11

ICF国際生活機能分類－生活不活発病予防



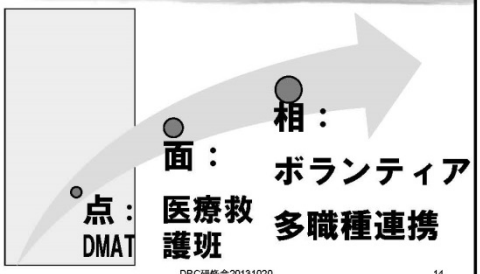
DRC研修会20131020　12

東日本大震災：阪神淡路大震災との違い

	阪神淡路大震災(1995)	東日本大震災(2011)
災害の特徴	大都市に局所的に生じた地震災害	過疎地に広域に生じた複合災害
高齢化率	12.9%（兵庫県）	30.1%（気仙沼市）
医療支援	急性期における救命処置の必要	急性期から慢性疾患対応が必要
問題となった病態	Crush syndrome	低体温症、廃用症候群、生活不活発病
医療体制	病院完結型医療	地域完結型医療＋地域包括ケア
		医薬分業・医療介護分離・病期ごとのリハビリ機能分化

南海トラフ（20xx年）　死者32万人、負傷者62万人　推定

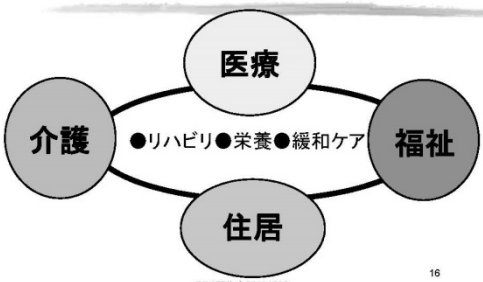
大規模災害における外部支援



大規模災害におけるリハビリ・コーディネーターの役割

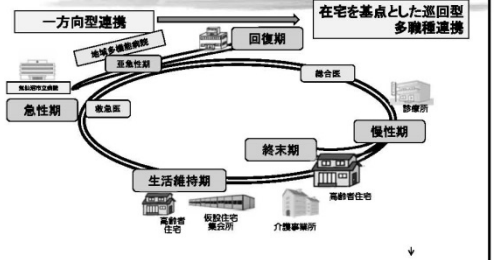
- 保健行政と連携した迅速ニーズアセスメント
- 地域介護福祉機能の代替
  - 避難所におけるリハビリ支援
- 在宅避難者に対する巡回リハビリ支援
- 福祉避難所の早期構築・運用
- 生活不活発病対策
- 生活支援

地域包括ケアシステム



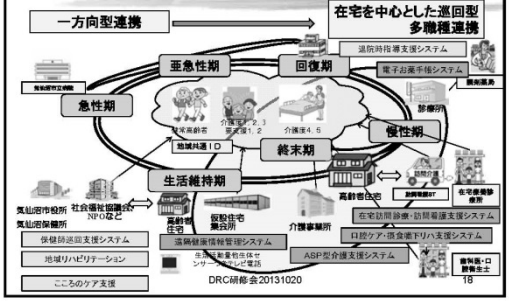
気仙沼日常生活圏地域包括ケアシステム

ー地域を統合する、生涯を通じた、日常生活を基点としたケアー



住民に対する日常生活圏地域包括ケアシステムー気仙沼

ー地域を統合する、生涯を通じた、日常生活を基点としたケアー



今後に備えるものーまとめ

- “自助”“互助”
- 疾患別対応から生活機能評価を含めた全人的対応
- 多職種による重層的多相的連携
- 地域包括ケア
- 医療・介護・福祉の連携
- 有事に強く、平時に役立つシステム構築

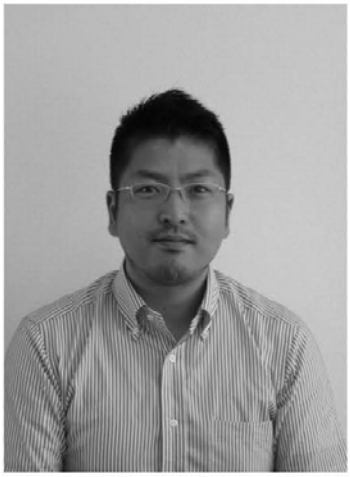
DRC研修会20131020 19

平成29年度新病院開院予定 ー地域多機能病院

御静聴ありがとうございました

：講師名

イトウ　トモノリ
伊藤　智典



：担当講義

「ロジスティクス・コーディネーターの役割
（資金、人材、物品、装備などの準備）」

：形式

演習

：日時

12/22（日）08：50～09：50

【略歴】

１９９８年　３月	高知医療学院　卒業
同　年　４月	真泉会第一病院　入職
２００４年１２月	ゴンダール大学　医学・健康科学部　理学療法学科　講師 （青年海外協力隊）
２００８年　８月	ウェールズ大学大学院　公衆衛生・健康増進学部　入学
２０１０年　１月	日本理学療法士協会　事務局　入職
２０１２年１２月	日本理学療法士協会　事務局　生涯学習課　主任就任

【専門領域】

健康増進領域の理学療法、国際協力とCBR、生活環境支援領域専門理学療法士

災害リハビリテーション　コーディネーター研修会

ロジスティクス・コーディネーターの役割　ルール説明書

準備するもの：ルール説明書（本書）×１、文房具×１、インフォメーションシート×各チーム10枚程度、YES/NOカード×各１、回答用紙（A3）×１、記録用パソコンまたはもぞうし×各チーム１台（ワークショップ後に使用）、ストップウォッチ

〇まず、解答用紙の右上に、都道府県名を記載してください。

〇インフォメーションシートは開かずにおまちください。

〇ルール説明書

1.　チーム内で役割を３つ決めてください。
「情報提供者」書かれている課題を読みあげて正確な情報伝達をする
「書記」　　情報を的確にすばやく筆記する
「発表者」　　チームの検討結果を他のチームの前で発表する
※３名以上のチームを超える場合は必ず何かの役割にし、交替で役割をはたすこと。また、各役割の人数に偏りがでないようにすること。

2.　進行役の合図とともに、「情報提供者」がインフォメーションシートを１枚、手にとって読みあげてください。
※インフォメーションシートをみてもよいのは「情報提供者」のみです。合図があるまで、インフォメーションシートを開かないでください。

3.　YESかNOを検討し選んでください。「書記」は、その理由と反対意見を記載してください。

4.　「発表者」はチームの検討結果（YES/NO）を発表します。読み上げから発表までは３分間です。

5.　YES/NOの数を比較して、多かった方を選んだチームに、１ポイントが加算されます。

6.　何回か実施して、ポイントの最も多いチームが勝ちとなります。

演習報告

■講師名　：　伊藤　智典

■テーマ　：　ロジスティクス・コーディネーターの役割（資金、人材、物品、装備などの準備）

■講義概要
3 か月（100 日）を区切りとした、専門性を生かしたロジスティクス（後方支援）演習
災害リハのロジスティック担当者が現実に即した内容をシミュレートする演習に、時間的制限とチーム対抗のゲーム的要素を取り入れた演習①と、深く掘り下げる演習②を実施。将来的に各地方レベルでの研修会で汎用的に活用可能なように、運用の手引き、用意する物品などを定め、実施する際の読み原稿までを準備して複数回にわたり改善をはかった。

■修得目標
地域単位の能力（地元資源・各団体からの支援など）を知り、「誰」に言えば、「その組織」が「どう動くのか」を把握する（行政対応を含む）

■所感、課題など
複数回実施しさせていただき、毎回発見と改善が図れたので勉強になりました。できればこういう演習を各地で取り込んで研修に活用していただけると幸いです。

：講師名

オオゴシ　ミツル
大越　満

：担当講義

「コーディネーションの方法」

：形式

演習

：日時

12/22（日）10：00～10：40

【略歴】

１９９３年　３月	福井医療技術専門学校　作業療法学科　卒業
同　年　５月	作業療法士免許取得
２００４年　３月	広島大学大学院　保健学研究科　博士課程前期　卒業
２００６年	日本訪問リハビリテーション協会　理事　就任
２０１２年　２月	東京ふれあい医療生活協同組合　梶原診療所　就任

【専門領域】

現在、訪問リハビリテーション及び運動器リハビリテーションに従事

【資格】

日本作業療法士協会　認定作業療法士（606号） 介護支援専門員実務者研修修了（平成10年）

演習報告

■講師名　：　大越　　満

■テーマ　：　コーディネーションの方法

■講義概要
被災地の現状を踏まえた、3 か月（100 日）を区切りとした演習
・現地コーディネーターとして，実際に起きた事象についてグループ内で検討を行った.
・発災から 3 カ月以内であった場合と 3 カ月以降であった場合との 2 つを検討することで，時間の経過により例えば「yes」であった結論が「no」に変わることもある点について学んだ.

■修得目標
災害に合わせて、支援受け入れ側と支援側に分かれ、県単位のマッチングを行う　さらに自らの県では対応できないときには、他県にも支援要請をする
どのようのことが可能であったか、また、どのようのことが不可能であったか、今後、必要と思われた活動などを発表する

■所感、課題など
・発災時に実際に行われた対処方法が，次の発災時に最良の対処方法となるとは限らない.

：講師名

ゴトウ　ヒロト
後藤　博音

：担当講義

「地域コーディネーターの役割」
（現地コーディネーターとして）

：形式

講義

：日時

12/22（日）10：40～11：00

【略歴】

２００４年　３月	国立仙台病院附属リハビリテーション学院　理学療法学科　卒業
同　年　５月	宮城県入庁 宮城県拓桃医療療育センター　訓練部 （現・リハビリテーション技術部）配属
２００８年　４月	宮城県気仙沼保健福祉事務所　地域保健福祉部 成人・高齢班　配属
２０１２年　４月	宮城県北部保健福祉事務所　地域保健福祉部 健康づくり支援班　配属

【専門領域】

地域リハビリテーション

【資格】

理学療法士、福祉住環境コーディネーター

第3回災害リハビリテーション・コーディネーター研修会（JRAT）

大規模災害における現地の地域リハビリテーション支援コーディネーターの役割

東日本大震災における宮城県気仙沼圏域での活動経験から

宮城県北部保健福祉事務所
技師　後藤　博音

平成25年12月22日（日）
新宿パークタワー23階　エーザイ会議室

はじめに

東日本大震災において復興のために御支援いただいた皆さまに深く感謝申し上げます。

本講義では，大規模災害における現地の地域リハビリテーション支援コーディネーターの必要性と役割について，宮城県気仙沼圏域での活動経験を基にお話致します。

今日のお話

◇ 『地域リハビリテーション』の概念
　⇒ 被災後の活動に活きた平時からの考え方

◇ 現地コーディネーターの役割
　⇒ 宮城県気仙沼圏域での活動経験から

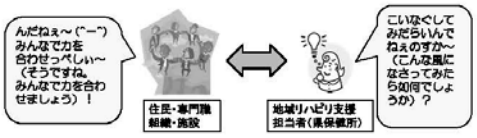
◇ 現地コーディネーターを務める方へ
　⇒ 大切にしたこと，大変だったこと，
　　工夫したこと，よかったこと

『地域リハビリテーション』の概念

被災後の活動に活きた平時からの考え方

『地域リハビリテーション』って？（宮城県の場合）

障がいがあってもいきいきと自分らしく暮らせるように，みんなで力を合わせてこの地域をより良くしていこうとする活動。



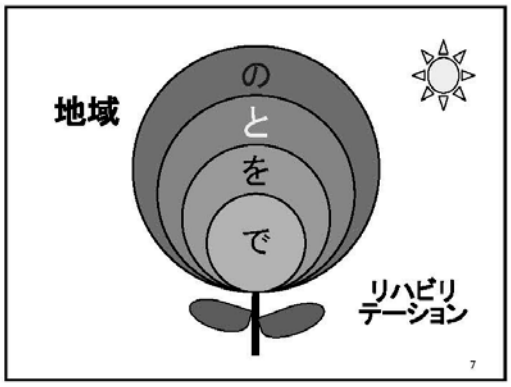
そもそも・・・？？

地域 “で” リハビリテーション　← 今までの発想（専門的）

“を”　← 行政的

“と”　← 今行っていること

“の”　← これからの時代



現地コーディネーターの役割

宮城県気仙沼圏域での活動経験から

8

災害時のコーディネーター

現地コーディネーター

カウンターパート（対応相手）

後方支援コーディネーター

坪田氏（宮城県理学療法士会），浜野氏（リハ10団体）・・・・

9

現地コーディネーターの役割

① 元の地域を知る（情報源の確保）
② 被災状況・支援状況の把握（情報収集）
③ 今後予想されることの整理
④ 支援の方向性を地元のスタッフと確認
⑤ 支援団体との連絡，全体の活動調整
⑥ 地元移行へ向けての段階的な引継ぎ
⑦ 今後の展望を地元のスタッフと共有
（地域づくりのビジョン形成に関わる）

10

①元の地域を知る

11

震災前の宮城県気仙沼圏域

	気仙沼市	南三陸町
総面積	333km²	163．74km²
総人口	74，926人	17，815人
高齢化率	30．1%	29．3%
要介護・支援認定者数	3，463人	753人
常勤OT・PT・ST数	32人	11人
病院数	6カ所	1カ所
介護老人保健施設数	3施設	2施設
訪問リハビリ事業所数（みなし指定含む）	2事業所	1事業所

（平成22年3月末現在）

12

圏域の状況

・住民の約3人に1人が65歳以上。
・理学療法士，作業療法士，言語聴覚士
　の数が少ない（合わせて40名程度）。
　⇒ 全国平均の約半数！
・住み慣れた地域で心や身体の健康維持を
　専門的に受けることが難しい。

13

圏域の取組

・専門職だけではなく，地域の関係者，住民みんなの
　力で支え合う活動を実践。
　＝『地域リハビリテーション』

・県気仙沼保健所（当時，理学療法士1名所属）は，
　地元中心の活動やきっかけづくりを支援。
　⇒『地域リハビリテーション体制整備推進事業』

14

2011
3.11
14:46:18

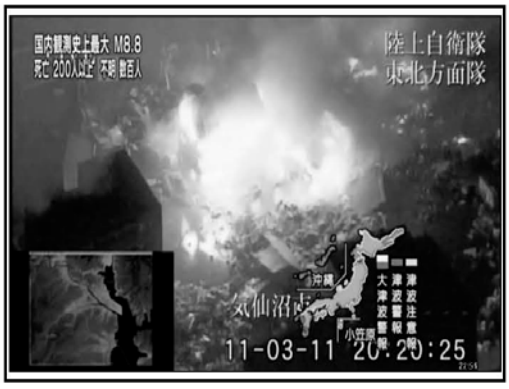
15

大規模地震発生

16

【震源地】
　三陸沖
　北緯38度，東経142．9度
　深さ24km
【最大震度】 7
【規模】
　マグニチュード9．0
　（国内観測史上最大）

17



19

②被災状況・支援状況の把握

20

	気仙沼市	南三陸町
最大震度（※1）	6弱	6弱
津波の高さ（浸水高）（※2）	13．0m	15．9m
死者数（直接死）（※3）	1，085名	598名
行方不明者数（※3）	236名	221名
避難者数【最大時推定】	約19，000人	約9，700人
住家被害（全壊＋半壊数）（※3）	11，053棟	3，321棟
避難所数【最大時推定】	約100カ所	約50カ所
仮設住宅戸数（※4）	3，504戸	2，195戸
仮設住宅地区数（※4）	93地区	58地区

※1　気象庁発表
※2　一般社団法人日本気象協会『平成23年東北地方太平洋沖地震津波の概要（第3報）』
※3　平成25年10月31日現在（宮城県公表）
※4　平成25年　4月　1日現在（国土交通省住宅局公表）

21

津波による被害

13．0m（気仙沼），15．9m（南三陸）の大津波

- 建物が破壊された（役場，通信基地局）。
- 車が流された。
- 道路が無くなった。
- 線路がめくれた。
- 橋が落ちた。
- 町全体が水没した。

津波によって消えた街並み
（南三陸町役場周辺）

22

水没した町

寸断した道路

散乱した瓦礫

破壊された建物と流された車

23

【参考】被災直後の生活状況（自身）

・3月11日は夜半から雪が降り積もった。
・夜間は極寒で，少ない毛布にくるまって震えながら皆で身を寄せ合って寝ていた（職場の建物で雑魚寝）。
・トイレは川の水を汲んできて汚物を流していた。
・16時を過ぎると暗くなり，以降は活動困難。
・飲料水，食料が少なく，みんなで分け合って食いつないだ。
・ラジオで他の地域の状況を情報収集
・絶え間なく続く余震（震度5クラス）と津波警報
・サイレンと防災無線とヘリコプターの音
・通るのは自衛隊車両と救急車　・・・

24

被災状況の把握

・足を使って被災地や避難先と思われる場所（学校，公民館等）を回る

⇒ 地元の顔なじみの関係を最大限に活かした情報収集

・役場，防災センターからの最新被害情報の収集

25

避難所と被災者の様子

・杖，シルバーカー，リハビリシューズ，ポータブルトイレ，褥そう予防マット等の福祉用具が不足している。

・重症の方は発生早期に病院，施設等へ搬送されている。

・介護的援助が必要な方が避難所に残っている。

26

被災直後の避難所（体育館）

応急的な整壊トイレ

給水に並ぶ列

27

支援状況の把握

・医療対策本部ミーティング，保健活動ミーティング等への参加

・災害医療コーディネーター，市町保健師等との情報交換

28

③今後予想されることの整理

29

支援活動の障壁となるもの

情報の錯綜

タイムリーな情報の不足，基礎データの流出

活動範囲の制約

移動範囲，移動手段，活動時間の限定

生活基盤の崩壊

ライフラインの寸断，食料・飲料水の不足，トイレの問題

30

地域リハビリテーション支援のトリアージ的作業

・医療的支援が必要？
・介護的支援が必要？
・近隣住民の支えで自立？
・家族の支えで自立？
・環境を整えれば自立？

介護的支援が必要な方の健康維持・生活を支援するチームの立ち上げが必要！

31

④支援の方向性を地元のスタッフと確認

32

支援チームの立ち上げ

・災害医療コーディネーター，市町保健師等への情報提供，共有

・地元（気仙沼圏域）の理学療法士や作業療法士と，
宮城県理学療法士会や作業療法士会の災害対策本部
との情報交換会の開催

⇒ 地元の理学療法士や作業療法士だけでは活動が困難。

⇒ 県両士会へ当面の間のボランティア派遣を要請。

気仙沼市，南三陸町にそれぞれ『被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チーム』を発足。

33

⑤支援団体との連絡全体の活動調整

34

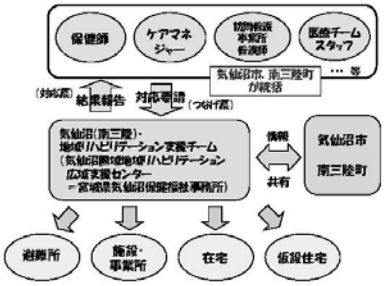
支援活動
～1次避難所，仮設住宅，在宅の支援～

『被災からの復興のための気仙沼（南三陸）地域リハビリテーション支援チーム』

・理学療法士，作業療法士，医師等で構成。
・介護的支援が必要な方を対象。
・それらの方の健康が維持できるようにお手伝い。
・地元の関係機関・施設・事業所が再開するまでの活動。

35

【参考】支援までの流れ



36

【参考】つなげ票・対応票

気仙沼・地域リハビリテーション つなげ票

気仙沼・地域リハビリテーション対応票

37

【参考】支援チームに御協力くださった団体

・宮城県理学療法士・作業療法士会
・日本理学療法士・作業療法士協会
・栃木県医師会塩原温泉病院

ほか各種医療チーム，支援団体

38

【参考】具体的な活動内容 ～環境調整～

・杖の長さ調節，使い方の提案
・生活を楽にするための道具の提案
・避難所トイレの改造，段差の解消
・椅子，ダンボールベットの設置
・転倒せずに暮らすためのレイアウト，物の配置　のお手伝い

39

【参考】具体的な活動内容 ～健康維持～

・血の流れを良くしたり，身体が硬くなることを予防する運動
・床から倒れずに立ち上がる方法
・転ばずに歩く方法
・膝や腰に負担の少ない介助方法

等の提案とお手伝い

40

【参考】具体的な活動内容 ～場と時間の共有～

・ゆっくりお話をきく
（相手がお話したい気持ちのとき）
・お散歩
・気分転換及び健康維持のためのお茶っこ会の開催
⇒ 芸，健康講話，レクリエーション，おしゃべり・・・
⇒ 『気仙沼・いけいけ！お茶っこ体操』の誕生！

41

健康支援（仮設住宅）

気仙沼・いけいけ！お茶っこ体操（避難所）

車いす（支援物資）の搬入と使い方の提案・説明（介護保険事業所）

毎朝・夕のミーティング

42

支援活動
～大規模2次避難所の支援～

サンマリン気仙沼ホテル観洋（気仙沼市）

・平成23年5月から同年9月まで
・50世帯200人が生活。
・介護的支援の必要な方が優先的に避難。
・医療・保健・福祉的支援の必要性が高い。

⇩

東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体に常駐支援（平成23年6月から）を依頼

43

【参考】具体的な活動内容
～状況に合わせた柔軟な支援～

・一人暮らし，高齢の方への声かけやお部屋訪問
・お茶っこ会の開催
　⇒『気仙沼・いけいけ！お茶っこ体操』の誕生！
・整形・リハビリ相談会の開催
　（整形外科医，リハビリ専門医）

44

【参考】具体的な活動内容
～密な情報共有～

・市保健師等支援スタッフとの情報交換（随時）
・定例ミーティングの開催（週1回）
　⇒ 市保健師，ホテル観洋営業部長，
　　リハ10団体・県保健所スタッフ
・地域リハビリ支援チームとの合同ミーティング
　（毎朝・夕）

45

ダンボールベッドの提供と組立て
（お部屋訪問）

健康講話・レクリエーション
（お茶っこ会）

健康支援
（お部屋訪問）

リハ支援関連10団体本部
担当職員との打合せ

46

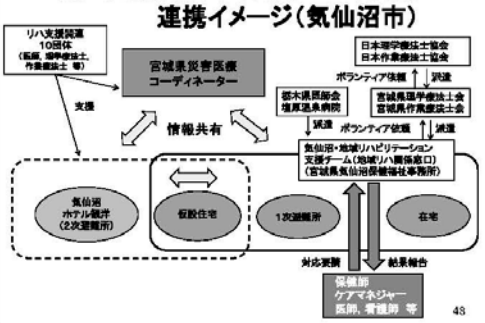
ホテル内の定例支援ミーティング

市保健師との情報交換

地域リハビリ支援チームとの合同ミーティング

47

【参考】被災後の地域リハビリ支援
連携イメージ（気仙沼市）



48

【参考】外部からの支援実績・総数

	気仙沼・地域リハ支援チーム	南三陸・地域リハ支援チーム	リハ支援関連10団体（※）	合計
スタッフ数（実）	121名	39名	48名	208名
支援総日数	117日	99日	110日	－
支援期間（平成23年）	4月9日～9月2日	4月9日～7月15日	6月13日～9月30日	4月9日～9月30日
支援を受けた避難者数（実）	617名	250名	－	－
支援を受けた避難者数（延べ）	1，851名	593名	1，135名	3，579名

※ 先遣隊として，5月いっぱいをかけ，山形チーム（山形大学病院，みゆき会病院，山形済生病院）からも御支援をいただきました！

49

⑥地元移行へ向けての段階的な引継ぎ（ソフト・ランディング）

50

地元への移行

地元関係機関・施設・事業所の活動が徐々に再開

↓

対象者の段階的な支援の引継ぎ

（市町保健師，ケアマネジャー，相談員等へ）

↓

各団体からのスタッフ・ボランティアの派遣終了
支援チームは県保健所スタッフが継続

51

⑦今後の展望を地元のスタッフと共有

52

地元のスタッフとの協働

・市町建設部署，保健福祉部署との協働
　⇒ 仮設住宅のバリアフリー化
・市町保健師との協働
　⇒ 友愛訪問員（仮設住宅の訪問員）研修，
　　福祉協力員（地域住民から選出）研修など
・地元施設・事業所スタッフとの協働
　⇒ 支援対象者の継続的フォロー
・友愛訪問員，生活支援相談員（社会福祉協議会職員），
　サポートセンター（被災者の支援センター）職員との協働
　⇒ 仮設住宅集会所等でのお茶っこ会の開催など

53

町保健師との支援の引継ぎ

お茶っこ会（仮設住宅集会所）

友愛訪問員研修

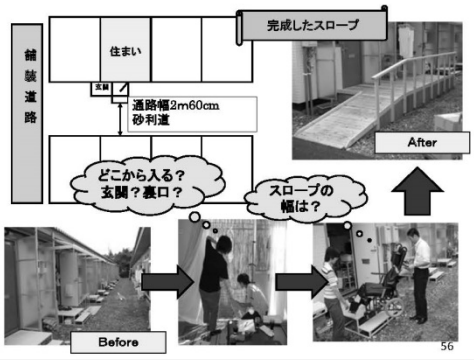
みんなで仲良く"お茶っこ体操"（仮設住宅集会所）

54

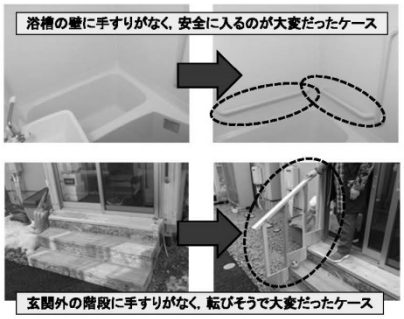
【参考】仮設住宅のバリアフリー化

既存の仮設住宅では生活が難しい方がいる
＝ 浴槽が深い，トイレが不便，外への出入りが不便
↓
新たな手すりの取り付けやスロープの設置が必要！
↓
市町の担当部署との協働
「バリアフリー化支援には継続的対応を。」
⇒ 県保健所スタッフが対応

55

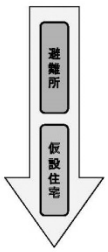


56



57

震災発生からの１年間



H23.
3．11 震災発生

4．6 『被災からの復興のための気仙沼（南三陸）・地域リハビリテーション支援チーム』活動開始。

4．9 各種団体ボランティア・スタッフからの支援開始。

9．30 各種団体ボランティア・スタッフからの支援終了。

H24.
3．31 『被災からの復興のための気仙沼（南三陸）・地域リハビリテーション支援チーム』活動終了。

被災者の状況把握

外部支援の依頼
活動調整

地元への移行調整

地元の活動支援
地域づくり
体制づくり

58

コーディネーターを務める方へ

大切にしたこと，大変だったこと，
工夫したこと，よかったこと

59

大切にしたこと

1）．情報錯綜の防止
⇒ 関係者一人ひとりが正しい情報を正しく理解できるように

2）．被災地域の特性を尊重
⇒ その地域の文化，歴史，資源，住民の人柄に合わせた支援ができるように

3）．状況・立場に応じた活動
⇒ 場の雰囲気を感じ，相手の立場を考えられるように

60

大変だったこと ①

・現地コーディネーターの人員不足

・自分自身の体調と気持ちのコントロール
　⇒「心は熱く，頭はクールに。」

・正しい情報ルートの確保

・活動に必要な車，ガソリンの確保

・支援物資（福祉用具）の調達，整理，分配，搬送

61

工夫したこと ①

・必要なことは自分の目や耳で確かめる。
　⇒　現地の医療機関，介護や福祉の施設・事業所，行政機関へ足しげく通う。
　⇒　各種情報はどこの誰がどの状況を見て言っているのかを確かめる。

・医療対策本部や保健活動の各種会議やミーティング，各避難所等へ顔を出し，支援チームの活動目的や内容を繰り返し伝える。
　⇒　地元スタッフ，住民の方々の気持ちを受け止め，各種会議，ミーティング等で現場の声や様子を伝える。
　⇒　地元スタッフへの活動報告（フォーラム，研修会の開催）

62

被災からの復興のための気仙沼・地域リハビリテーション研修会

63

被災からの復興のための気仙沼・地域ケア・リハビリテーションフォーラム

64

大変だったこと ②

外部スタッフ，ボランティア関係

・震災前の地域特性と活動目的を御理解いただくこと

・短期間（3～5日）で交代する方々への配慮

65

工夫したこと ②

外部スタッフ・ボランティア関係

・緊張を和らげる。
・熱い思いを受け止める。
・正しい情報を誤解されぬよう繰り返し伝える。
・活動内容について毎回，一から説明。
・毎日の活動シフトや活動資料，毎回のオリエンテーション資料の作成。
・支援がどこに向かっていて，今，どこにいるのかを伝える。
・被災者が何を求めているのかを伝える。

66

大変だったこと ③

外部スタッフ，ボランティア関係

- 活動時の安全の確保
- 平日連続で活動できる人員と宿泊場所の確保

67

工夫したこと ③

外部スタッフ・ボランティア関係

・満潮時刻，道路状況，治安，衛生状態を把握する。
・現地ガイドや地図の作成。
・初日や配慮が必要な場所へは同行する。
・職種，経験，性別に合わせた担当ボランティアの組合せ
・ボランティアの前任者と後任者，異なる団体同士の顔合せや引継ぎ
・地域特性や，我慢強く遠慮がちな地域住民の方への接し方を伝える。
・方言の通訳

68

よかったこと

・地域を知っていた
  ⇒ 地域特性に合わせた支援の調整
  ⇒ 地元関係者どうしの顔なじみの関係があった
・コーディネーターに専念できた
・カウンターパートと協働できた
  ⇒ 各支援団体にもコーディネーター（後方支援コーディネーター）が存在

69

後方支援コーディネーター にしていただいてありがたかったこと

・全国からの支援スタッフ，ボランティアの募集と現地への派遣準備（調整）

・支援スタッフ，ボランティアが現地に行く前までのオリエンテーション
・現地へ頻繁に足を運び，現地コーディネーターと顔を合わせて情報交換（県理学療法士会・坪田氏，リハ10団体・猿野氏・・・）
  ⇒ 人員，物資を送るのみではなく，現地コーディネーターが活動しやすいように支援

70

コーディネーターに必要なもの

・感性
・スタミナ（体力，精神力，回復能力）
・キャラクター
  ⇒ 明るさ（前向きさ），素直さ，冷静さ，柔軟さ，粘り強さ，謙虚さ，協調性，優しさ，愛，勇気・・・
・コミュニケーション能力（人間関係）

71

コーディネーターに必要なこと

・リーダーシップ
  ⇒ 行動力，決断力，調整力，交渉力・・・

・地域住民，関係者とのつながり
・地域特性の把握
  ⇒ 文化，歴史，資源，そこに暮らす方々の人柄
  ⇒ 地元の真のニーズの理解

72

【参考】たくさんのことを学ばせていただいたコーディネーターの方々

【現地コーディネーター】
成田徳雄氏, 西澤匡史氏（宮城県災害医療コーディネーター）
高橋晶子氏（南三陸町地域包括支援センター）
熊谷悦子氏（気仙沼市地域包括支援センター）
村岡正朗氏, 横山成邦氏, 永井康徳氏, 古屋聡氏, 西尾浩美氏,
斎藤幸枝氏, 兵頭康美氏（気仙沼巡回療養支援隊）
小泉浩氏（サンマリン気仙沼ホテル観洋）
金野千津氏（介護老人保健施設気仙苑, 岩手県大船渡市）
白根達也氏（岩手県立山田病院）
三浦慎技術主査, 中村恵美技師（宮城県）
【後方支援コーディネーター】
渡邉好孝氏, 坪田朋子氏（宮城県理学療法士会）
上遠野純子氏, 本地光弘氏（宮城県作業療法士会）
山崎俊氏（栃木県医師会塩原温泉病院）
栗原正紀氏, 淡野義長氏（東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体）
高木理彰氏（山形大学医学部付属病院）

73

自分の地域で災害が起きたら

【現地コーディネーター】
・その地域の実状を知る地元のスタッフが務める。
・複数配置する。
・同一人物が専念する。

【後方支援コーディネーター】
・なるべく現地に常駐する。

⬇

両者がカウンターパートとして協働する。
⇒ 現地で顔を合わせて情報交換をする・・・ほか

74

おわりに

東日本大震災被災後の支援活動において現地コーディネーターを経験し，大規模災害時は普段の関係がそのまま出ることを学びました。
災害の備えとしては，それぞれの地域で自分の役割を確認したうえで，何度もシミュレーションを繰り返すことが大切だと感じました。
本講義と資料が何らかのお役に立つことができれば幸いです。

75

御清聴ありがとうございました。

76

【引用文献】

1）後藤博音：
『宮城県気仙沼圏域における東日本大震災後の地域リハビリテーション支援活動－震災前からの地元のつながりを活かして－』
理学療法学第39巻第8号，pp. 507－510

2）後藤博音：
『気仙沼圏域における被災後の地域リハビリテーション支援活動について－県保健福祉事務所を軸にした震災後の地域リハビリテーション支援活動－』
理学療法ジャーナル第46巻第3号，pp. 197－202

3）白根達也，半田一登，鶴見隆正，後藤博音：
『東日本大震災における理学療法・士の支援活動』
理学療法ジャーナル第46巻第3号，pp. 227－238

77

【引用文献】

4）栗原正紀，淡野義長，高木理彰，成田徳雄，椎本修，後藤博音：
『地域リハビリテーションの力が生かされた気仙沼の支援活動 前編・後編』
地域リハビリテーション第7巻第1号・第2号，pp. 6－12，pp. 90－96

5）後藤博音：
『大好きなばあちゃんと一緒に暮らすために－宮城県気仙沼圏域における被災後の地域リハビリテーション支援活動－』
難病と在宅ケア 2013年11月号（VOL. 19 NO. 8），pp. 62－65

78

：講師名

ツボタ　トモコ
坪田　朋子

：担当講義

「地域コーディネーターの役割」
（士会コーディネーターとして）

：形式

講義

：日時

12/22（日）11：00～11：20

【略歴】

１９９２年	早稲田大学人間科学部スポーツ科学科　卒業
２００５年　３月	仙台医療技術専門学校理学療法学科Ⅱ部　卒業
同　年　４月	医療法人松田会　松田病院　入職
２０１２年　４月	仙台医健専門学校理学療法学科　入職
	現在　在職中

【専門領域】

地域リハビリテーション

【資格】

理学療法士

第3回災害リハビリテーションコーディネーター研修会

災害時における職能団体としての後方支援コーディネーターの役割

～東日本大震災における活動経験より～

元　宮城県理学療法士会災害対策本部　住民支援班班長
仙台医健専門学校　理学療法科
坪田　朋子

本日のお話

■東日本大震災における宮城県理学療法士会（以下、県士会）としての活動の実際

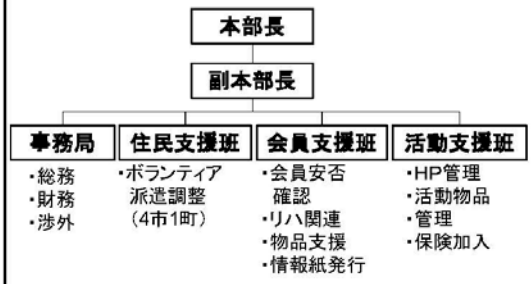
■「後方支援コーディネーター」の役割
⇒現地コーディネーターとの協働

■組織としてどう備えるか
⇒人材育成・環境整備・平時の活動

県士会としての活動経過

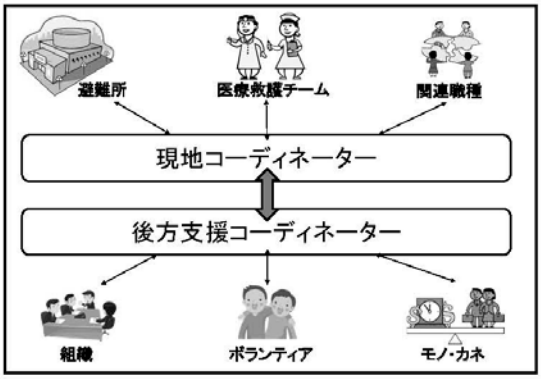
3.11　東日本大震災　発災
3.15　県士会災害対策本部　設置
3.23　宮城県からの支援要請受託
3.24　県士会理事会にて災害対策本部編成
3.26　県士会登録ボランティア募集開始
4.40　県士会登録ボランティア派遣開始
5.60　日本理学療法士協会（以下、協会）登録ボランティア派遣開始

災害対策本部組織（H23.5.14時点）



大変だったこと

- 沿岸部の被害状況が全くわからない
- 誰に聞けばいいのかもわからない
- 現地に行ける人がいない
- わからないのに問い合わせばかりくる
- 「バラバラ」「単発」「場当たり的」な要請と活動
- 増え続ける要請に対して県内ボランティアが全く集まらない
- 災害対策本部の人員不足



後方支援コーディネーターの役割

- ボランティアの募集・派遣調整
- ボランティアの宿泊・車両手配
- ボランティアの通行許可証申請代行
- ボランティアへのオリエンテーション
- 現地視察
- 関係団体との交渉・調整
- 災害対策本部の組織整備
- 活動報告会の開催　　などなど

ボランティア派遣実績（H24.3.31 現在）

派遣期間	H23.4.4～H24.3.31
派遣人数	県内登録　73人 県外登録　123人
延べ人数	767人
派遣自治体数	4市1町
派遣拠点数	8
最大同時派遣拠点数	6

後方支援コーディネーターとは

単なる「事務屋」ではなく・・・

「軍師」

「現地コーディネーターのサポーター」

必要に迫られたこと

刻々と変わる現地状況
次々と起こるヒト・モノ・カネの問題
情報の混乱
組織と個人の安全確保

迅速な決断
ブレない判断基準

答えは

YES

工夫したこと（軍師として）

・調整過程の相談は最小限に
　－ただ「うん」と言わせる状態で話を進める

・情報収集の相手を厳格に選定
　－どこの誰に聞けば正確で過不足がないか

・筋を通す
　－報連相の順番
　－会長など立場のある方へお願いする

工夫したこと（サポーターとして）

・顔の見えるオリエンテーション
　－ボランティアさんからの情報が頼り
　－おもてなしと感謝の表出

・現場主義の徹底
　－百聞は一見に如かず
　－同じ温度で組織に通す

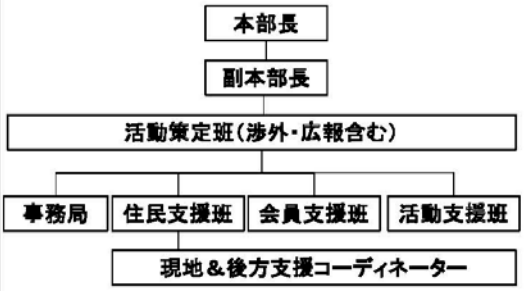
組織としての課題

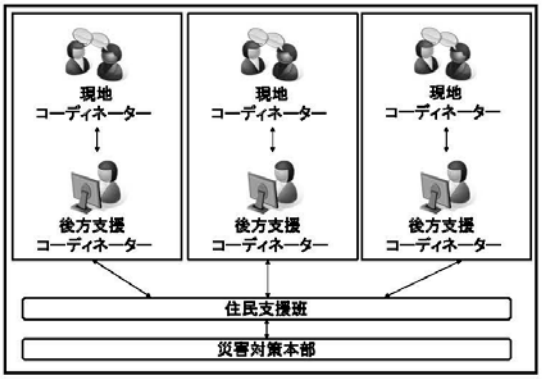
- 災害対策本部立ち上げのルール整備
- 災害対策本部組織編成と候補者選定
  ⇒広報・渉外の重要性
- 現地コーディネーターの育成
- 1現地コーディネーターに
  1後方支援コーディネーターの体制
- 地域における顔の見える関係作り
  ⇒特に行政機関

最も重要かつ困難な課題

災害対策本部メンバーと
現地コーディネーターが活動に
専念できる環境整備
（身分の保証と収入の確保）

災害対策本部組織（例）





：講師名

カトオノ　ジュンコ
上遠野　純子

：担当講義

「モデル報告」

：形式

演習

：日時

12/22（日）11：30～12：10

【略歴】

１９８８年　３月	国立仙台病院（現仙台医療センター）附属リハビリテーション学院卒業
同　年　４月	総合病院、大学病院で勤務
２００８年　４月	介護付有料老人ホーム
２００９年　５月	宮城県作業療法士会会長
２０１１年　２月	日本コンピュータ学園東北保健医療専門学校作業療法科長

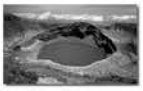
【専門領域】

【資格】

作業療法士

東日本大震災から
2年9ヶ月を経過した宮城県での活動

一般社団法人宮城県作業療法士会
会長　上遠野純子



Miyagi Association of Occupational Therapists

宮城県の被災状況

＜県内の被災状況＞
直接死　9,580名
関連死　869名
全　壊　82,889棟
半　壊　155,099棟
（平成25 年7 月末現在）

＜会員の被災状況＞
・死傷者　0名
・自宅全壊・大規模半壊　51名
・職場が全壊により離職　5名
・家族に死傷者があった者　多数

＜石巻市日和山からの風景＞

Miyagi Association of Occupational Therapists

南三陸町（公立志津川病院周辺の風景）

＜2013.6.11＞

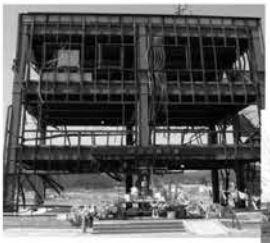
＜2011.4月＞

南三陸町（志津川駅周辺の風景）

＜2013.6.17＞

＜2012.6.11＞

Miyagi Association of Occupational Therapists



取り壊しが決まっている
震災遺構

震災直後の県士会の動き

- 平成23年3月18日に緊急時対策委員会を開き、災害対策本部を立ち上げ、県士会長が本部長となった。
- 緊急時対策マニュアル（平成20年に策定）を基に具体的な活動内容について話し合いを行った。

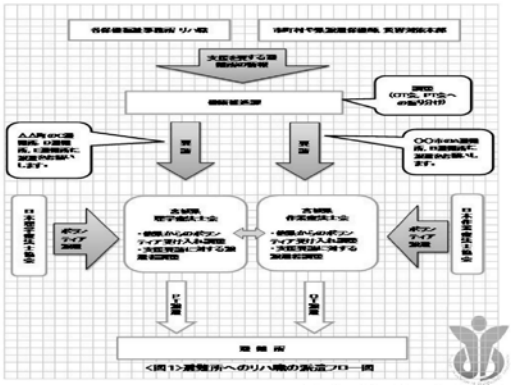
①会員の安否確認の継続
②情報の集約と会長から会員向けのメッセージをホームページへ掲載
③沿岸被災地への支援活動の実施の可能性を関係機関と連携しながら協議する
④支援ボランティアの募集と財政基盤の確認
⑤各都道府県士会への現状報告と災害支援の経験のある他士会への情報提供の依頼要請など

Miyagi Association of Occupational Therapists

宮城県リハ職との連携について

- 宮城県には7つの圏域に分かれる保健福祉事務所に20名余のOT・PTが常駐。
- 災害救助法に基づいて全圏域のOT・PTと宮城県リハビリテーション支援センター所属のOT・PTは避難所におられる障害者や高齢者の状況把握のため沿岸地域に向かい、その状況をメールや電話で報告してくれた。
- 宮城県と宮城県理学療法士会との情報交換ならびに今後の支援活動に関する連携について平成23年3月22日に協議を行った。

Miyagi Association of Occupational Therapists



<図1>避難所へのリハ職の派遣フロー図

Miyagi Association of Occupational Therapists

災害復興支援活動の経過

- 一般避難所では、杖や補装具などの物資の供給と個別的なニーズへの関わり
- 福祉的避難所内では、使用する福祉用具の提供・適合などを主にした環境整備
- 継続的なアクティビティー提供や集団体操などのミニディの開催
- 応急仮設住宅入居に伴う住環境整備に関する支援（6月～現在）
  地元のケアマネージャーと連携を取りながら実施、パンフレット作成、配布
- 地域訪問事業者からの要請に応じて、地元のリハビリテーション関連事業所が機動に乗るまでの間の応急的な在宅障害者への訪問支援など

Miyagi Association of Occupational Therapists

福祉的避難所での活動風景
（2011.3月～10月）

Miyagi Association of Occupational Therapists

災害復興支援活動(2011.3月～10月)

<図2>段ボールベットとテーブルの作成

<図3>避難所内での活動風景と作品

Miyagi Association of Occupational Therapists

応急仮設住宅支援（2011.7月～）

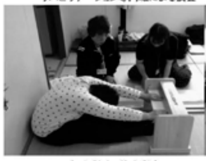
『からだをこしぇで　モノをこしぇで
なかまをこしぇる』をコンセプトに
月1回土曜日活動中

＊詳しくは下記参照
「♪事業部だより♪宮城県作業療法士会」
http://blog.livedoor.jp/miyagiot/

Miyagi Association of Occupational Therapists

石巻市リハビリテーション支援事業
（宮城県復興基金事業　健康支援事業）

リハビリテーション専門職による調査



リハビリ相談会　体力測定

リハビリ相談会　運動指導

リハビリテーション支援事業所

☆キャンナス東北
☆東北福祉会　せんだんの丘
☆リハビリパーク石もよう

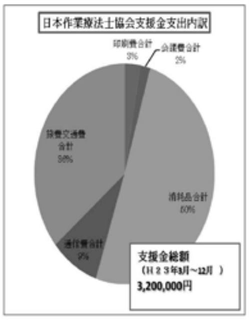
（五十音順）

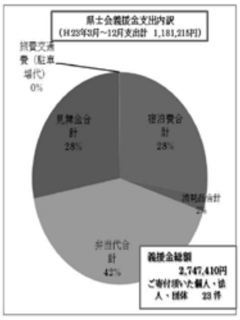
県士会の役割

- 支援活動を継続するため、事務局として情報の集約と他団体と連携するための書類の準備や連絡調整
- ボランティアが継続して支援するためのOT同士での申し送りの場の設定と申し送りへの参加
- 地元の派遣要請に応えてのボランティア人員の確保と車両、宿泊先の手配・調整

平成23年10月末までの継続支援の要請を受けて支援に参加したOT協会会員ならびに宮城県OT士会員・・・
のべ435名

Miyagi Association of Occupational Therapists





現在の石巻市応急仮設住宅等での介護予防教室

石巻市の要支援・要介護者認定者数は、震災の影響により一時的に減少したものの、その後は大きな増加傾向で推移している。

要支援・要介護者認定者数
H24年3月　7,516人
（H23年3月　6,868人）

介護保険事業状況報告より

石巻市被災者生活不活発病予防事業

方　法:
- ・生活不活発病の危険性についての講話
- ・深部静脈血栓（DVT）エコー検診
- ・運動教室の開催
- ・ロコモチェック／体力測定／リハビリ相談会

主　催

石巻市健康部　健康推進課
成人保健グループ

ゆいっこプロジェクトチーム

石巻赤十字病院・DVT検診合同チーム
東北福祉大学
宮城県東部保健福祉事務所
NPO法人健康応援わくわく元気ネット
一般社団法人　宮城県作業療法士会

石巻市応急仮設住宅等における健康支援と各機関の役割

25年度の県士会活動重点項目

- 会員情報のシステムを利用した徹底管理
- 緊急時対応マニュアルの改訂とその内容の会員への周知
- 訪問リハビリテーション・ステーションで働くOTのスキル向上ならびに支援体制の整備
- 福祉用具相談に関する支援システムの構築
- 多職種連携を目指した研修活動の実施
- ブロック活動を中心とした学術関連活動の充実

Miyagi Association of Occupational Therapists

緊急時対応マニュアル改訂のポイント

情報の一元化と迅速な意思決定及び行動ができる体制を整備し，震災直後から被災会員及び被災会員の所属施設への支援並びに被災地の住民への必要な支援活動を実施出来るようにする仕組みをつくる。

平常時の対応	震災発生直後～3日目	震災発生4日～2週間	震災発生後2週～1ヶ月	震災発生1ヶ月～2ヶ月	災害発生2ヶ月以降
情報連絡網の整備	初動体制の確立	緊急初期対応	被災者支援活動の準備	被災者支援活動実施（支援活動1期）	被災者支援活動継続（支援活動2期）
会員への普及啓発		情報収集体制の整備			

緊急対策の基本方針

今後の県士会活動における指針

- 日頃からの近隣施設や近隣作業療法士同士のネットワーク作り（圏域ごとのブロック活動の充実）
- 関係機関との平時からの連携（多職種協働での活動を活発化する）
- さらなる地域リハの担い手としての作業療法士の技術と学術研鑽のための研修企画と運営
  : 訪問リハ、福祉用具関連
- 県民への啓蒙活動（作業療法の普及・啓発）

演習報告

■講師名　：　上遠野純子

■テーマ　：　モデル報告

■講義概要
前日に行ったSWOT分析の考え方を利用し、今後の自県の、災害支援活動に関する組織構築の具体的目標を立案する作業を行った。なお、東日本大震災後の宮城県における支援活動の実際を紹介し、自県の現状分析を行う際の参考として頂いた。

■所感、課題など
昨年度から研修企画に参加して参りました。私自身はOT協会役員ではないため、職能団体として研修企画に意見を述べられる立場ではなかったことから、いくつかのご迷惑をおかけしたのではないかと思っております。
しかし、東日本大震災における被災県の県士会長として、今日現在でも災害支援活動を行っている中で、多職種連携しての支援活動は県民生活における生活不活発病予防や心のケアに貢献できるのではないかという認識を持つに至っております。緊急時の組織運営はまさに日頃の「顔の見える関係性づくり」が効を奏した実体験から、自県の組織の強みを生かしながら、日頃より協業・連携を密にするような活動を展開して頂き、このような研修も、継続的に運営されることを期待致します。ありがとうございました。

：講師名

リ ウ　メイゲン
里宇　明元

：担当講義

「総括」

：形式

：日時

10/22（日）12：25～13：00

【略歴】

１９７９年　３月	慶應義塾大学医学部　卒業
同　年　４月	慶應義塾大学医学部リハビリテーション科　入局
２００４年　４月	慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室　教授
２００８年　４月 ～ ２０１２年５月	日本リハビリテーション医学会理事長
２０１０年　４月	宇宙医学研究推進分科会　座長

【専門領域】

日本リハビリテーション医学会専門医・指導医、日本脳卒中学会専門医、日本臨床神経生理学会認定医
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士、脳科学研究戦略推進プログラム拠点代表

【資格】

身体障害者福祉法第15条指定医（肢体不自由、嚥下障害、音声・言語機能障害、呼吸障害）
技師装具等適合判定医、ISPRM Disaster Relief Subcommittee委員

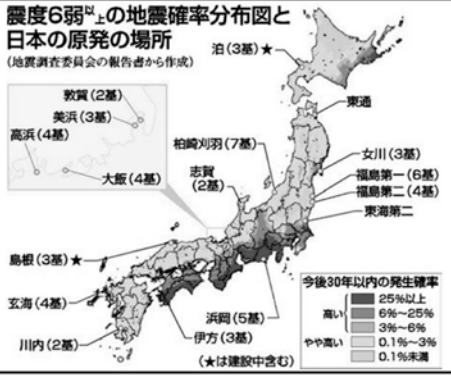
災害リハビリテーションコーディネーター研修会
2013年12月20日（土）、21日（日）

ー総　括ー
地域での災害リハビリテーションの確立に向けて

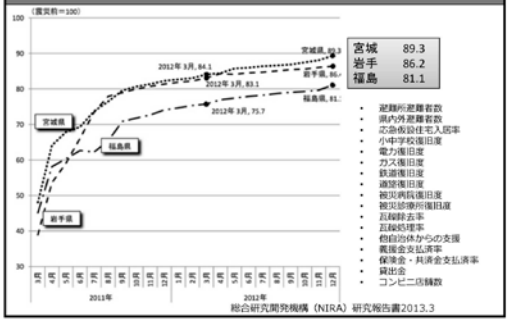
大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会
(Japan Rehabilitation Assistance Team: JRAT)
研修企画委員会 委員長
里宇　明元

震度6弱以上の地震確率分布図と日本の原発の場所

（地震調査委員会の報告書から作成）



「生活基盤の復旧状況」指数の動き
（震災前=100）



総合研究開発機構（NIRA）研究報告書2013.3

今後につなげるために

- コーディネーター研修の到達目標
- これまでの研修会受講者プロフィール
- 各地域で始まっている動き：災害リハチームが立ち上がった「○○○RAT」
  - 大阪、高知、新潟、千葉、長崎、東京
- 地域に帰ったら
- JRATとしての今後の活動
- 国際協力に向けて

JRAT 災害リハコーディネーター研修
ー到達目標ー

災害リハチーム発動基準

▼ 震度５強

▼ 「特別警報」発令

派遣する側（支援側）	受け入れる側（被災側）
DMATと協働して活動できる	行政と連携して活動できる

行政システムの一環として（災害救助法に基づいて）、JRATとしての活動が可能となる

JRAT 災害リハコーディネーター研修：到達目標
ー普及（啓発期）ー

- □多職種代表者による組織が立ちあげられる。
- □代表者および防災担当者が集まり、連携マニュアルを作る。
- □派遣登録者リストの作成が終わる。
- □緊急時連絡が可能なメンバーリストの作成が終わる。
- □都道府県単位で行政担当者との連携が可能になる。
- □災害拠点病院・福祉避難所等の場所、その経路を確認する。

JRAT 災害リハコーディネーター研修：到達目標 ―発展期―

- □ 行政の防災訓練に地域ＪＲＡＴとして参加する。
- □ 職種毎の研修会が定期的に行われる。
- □ 地域において、多職種間（ＪＲＡＴ）での研修および防災訓練が行われる
- □ 地域内で標準プログラムに基づいた災害リハビリテーション研修会を定期的に開催できる。
- □ 地域のDMAT、災害医療コーディネーターとの連携体制を構築する。
- □ 被災時に障害者、災害弱者を把握するシステムが構築される。
- □ 関連学会に「災害リハセッション」が設置され、一般会員への啓発を行う。

JRAT 災害リハコーディネーター研修：到達目標 ―成熟期―

発災	□ 災害発生時にDMATと共に被災地に入る。	□行政の災害対策の中にJRATが位置づけられる。
	□ 真に自立したチームになっている（情報伝達、移動手段、燃料食料・水・生活を含む）。	
3時間	□ 多職種の地域災害リハチーム内で連絡が完了し、数チームの手配が整う。	
24時間	□ 派遣チームが構成される（待機チームが整い始める）。	□ 被災地に拠点を設置している。
		□ 被災地の先発隊を最前線へ送ることができる。
48時間	□ 派遣体制が整い、待機できている。	□ 災害弱者の状況とニードを把握できる。
		□ 外からの支援リハチームを組織立って受け入れることができる。
72時間	□ 被災地域の災害リハチームと連携して活動を開始できる。	□ 外からの支援をバランスよく配置し、最前線の要求に応えることができる。
6か月	□ チームを派遣し続けることができる。	□ 外部からの支援受け入れの終了を判断し、被災地域自らの支援へと引き継ぎができる。

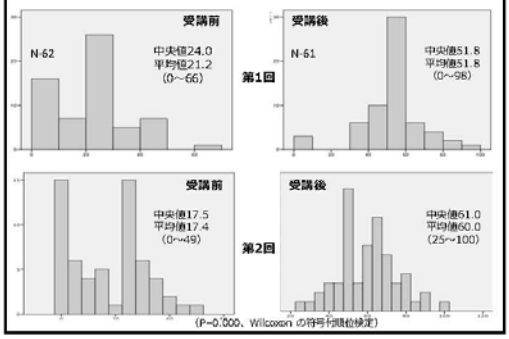
第1回災害リハビリテーションコーディネーター研修会（2013.2.16-17）

第2回災害リハビリテーションコーディネーター研修会（2013.10.19-20）

研修会受講者基本属性

	第1回	第2回
開催日	2013.2.16-17	2013.10.19-20
参加地域	11地域（茨城、東京、千葉、新潟、静岡、愛知、三重、和歌山、大阪、高知、岐阜）	11地域（北海道、神奈川、埼玉、岩手、山形、石川、長野、愛媛、広島、福岡、鹿児島）
受講者数	62名（男性42名：68%、女性20名：32%）	61名（男性35名：57%、女性26名：41%、未回答1名：2%）
年齢	43.6±9.1歳（26~71歳） 中央値43歳	45.0±7.8歳（30~57歳） 中央値46歳）
職務経験年数	18.1±8.9年（3~41年） 中央値17年	20.4±8.4年（7~45年） 中央値21年
災害研修受講経験	あり24名（39%）、なし36名（58%）、不明2名（3%）	あり16名（27%）、なし40名（67%）、未回答4名（7%）
災害支援参加経験	あり23名（37%）、なし32名（52%）、不明7名（11%）	あり22名（37%）、なし34名（57%）、未回答4名（7%）
参加職種	医師、POS、NS、ケアマネ	医師、POS、NS、ケアマネ、行政

理解度スコアの変化（25項目、100点満点）



事後アンケート
（第1回62名、第2回61名）

（%）

項目		大変あった	あった	普通	ない	全くない	未回答
災害リハに関する意識の変化	第1回	45	23	5	0	0	27
	第2回	32	63	3	0	2	0
他職種との連携の重要性の実感	第1回	68	17	3	2	0	10
	第2回	66	34	0	0	0	0
平時からの災害研修の必要性の実感	第1回	63	20	5	0	0	12
	第2回	56	42	2	0	0	0
今回の研修が地域で役立ちそうか	第1回	40	43	5	2	0	10
	第2回	18	66	16	0	0	0
マニュアルは役立ちそうか	第1回	40	35	10	2	0	13
	第2回	24	58	18	2	0	0

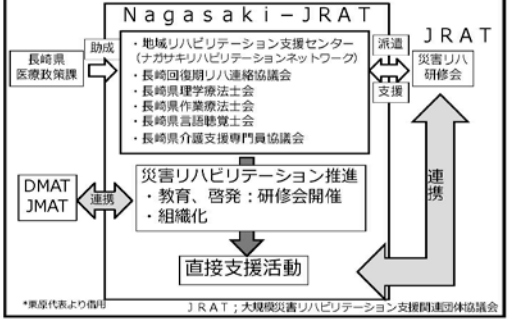
フォローアップアンケート（第1回：2か月後）

（都道府県数：11）

項目	実施済	予定	未定
チーム活動			
チーム内での連携（顔合わせ、打合わせ等）	9	0	2
自治体窓口（防災・保健等）との連携	9	0	2
その他	2*	2**	7
個人活動			
所属職能団体への報告、レクチュア等	9	1	1

* 大阪：メーリングリスト作成、静岡：POS県士会合同災害リハ研修会
** 千葉：県の地域再生交付金を利用して災害に関する調査を実施予定
高知：各団体代表でWG結成→県と連携して研修会、シミュレーション実施

長崎県の場合
長崎災害リハビリテーション推進協議会



東京都
地域リハビリテーション支援センター

- 地域におけるリハビリテーションのシステム化のために、
- 拠点施設を二次保健医療圏（島しょを除く）に1か所ずつ整備する事業
- 慶應病院は、**区西部（新宿区、中野区、杉並区）**を担当（2004年に指定）
- 運営体制：医師4名（うち非常勤1名）、PT2名、OT1名、ST1名、MSW1名、NS1名

地域リハビリ支援センターの事業内容

1. 地域リハビリテーション従事者の研修、支援
2. 直接地域住民と接する相談機関の支援
3. 福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援
4. 地域の関係団体の支援
5. 連絡会、事例検討会の実施
6. 地域のリハビリテーションの推進に必要な事業
7. 災害リハビリテーションの支援

災害リハビリテーション研修会
大規模災害にいかに備えるか？
主催：区西部地域リハビリテーションセンター（慶應義塾大学病院）
プログラム
日時：
2014年1月18日（土）
13時～17時
場所：
慶應義塾大学医学部
北里講堂

プログラム

◎講演：座長　松本真以子（区西部地域リハビリテーション支援センター）

1) 災害医療コーディネーターからみたリハビリテーションの重要性
宮城県災害医療コーディネーター
気仙沼市立病院脳神経外科科長　成田徳雄　(13:00～14:00)

2) 災害時リハビリテーションの実践：東日本大震災における経験を踏まえて
宮城県北部保健福祉事務所　後藤博音　(14:00～15:00)
…… 休憩 …… (15:00～15:10)

3) 災害時に何が困る－東日本大震災の経験を踏まえて－
ポリオの会代表　小山万里子　(15:10～15:35)

4) NPO型福祉避難所の創生に向けて
NPO法人メディカルケア協会　東京代表理事　小野有香里　(15:35～16:00)

5) 来るべき首都圏大規模災害にいかに備えるか －リハビリテーションの立場から－
区西部地域リハビリテーション支援センター代表
慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室教授
里宇明元　(16:00～16:20)
…… 休憩 …… (16:20～16:30)

◎パネルディスカッション：　(16:30～17:00)
座長　里宇明元（区西部地域リハビリテーション支援センター）
講演者（成田、後藤、小山、小野）
孝山容子（介護家族の立場から）
木下朋雄（コンフォートガーデンクリニック院長）
福内恵子（新宿区保健所長）

地域に帰ったら

- まずは早い時期に1回、集まりを持とう。
- 今後の戦略を話し合おう。
- 各所属団体に報告しよう。
- 行政とのコンタクトをとろう。
- 研修会を企画しよう。

今後の研修会の予定

回	日程	会場	募集地域
H24年度第1回	2/16（土） 2/17（日）	慶應大学医学部北里講堂	茨城、東京、千葉、新潟、静岡、愛知、三重、和歌山、大阪、高知、岐阜
H25年度第1回	10/19（土） 10/20（日）	東京CO・新宿パークタワー	北海道、神奈川、埼玉、岩手、山形、石川、長野、愛媛、広島、福岡、鹿児島
H25年度第2回	12/21（土） 12/22（日）	東京CO・新宿パークタワー	青森、福島、栃木、山梨、富山、京都、兵庫、岡山、徳島、宮崎、大分、佐賀
H25年度第3回	3/1（土） 3/2（日）	東京CO・新宿パークタワー	秋田、宮城、群馬、福井、滋賀、奈良、鳥取、島根、香川、山口、熊本、長崎、沖縄

JRATとしての今後の活動予定

- JRATホームページの充実（広報委員会）
- 受講者メーリングリストの作成・管理
- 「その後」の発表会・情報交換会
- 地域別・ブロック別研修会の支援
- DMATとの合同研修
- 都道府県との連携：地域防災計画、防災訓練

Disaster Response Objectives

(ISPRM strategic workshop: Houston, TX USA, March 2013)

1. 災害支援活動の手順を明確化する。
2. 国連およびWHOから正式な承認を得る。
3. 専門家のデータベースを2014年までに構築する。
4. 財団の設立などにより、財政基盤を強化する。
5. ガイドラインの策定と教育を行う。
6. モデルとなる活動を提示する。

Where is rehabilitation disaster relief now?

Chairs: Jianan Li, Jan D. Reinhardt

1. *8:30-8:50 Jianan LI: Rehabilitation disaster relief - theory, science and practice*
2. *8:50-9:10 Kai-ming Chan: StandTALL- an orthopaedic rehabilitation program - from the 5-12 Earthquake experience to national network and impact*
3. *9:10-9:30 Meigen Liu: Lessons learned from the experience of the Great East Japan Earthquake and Disaster*
4. *9:30-9:50 Jan D. Reinhardt :'Long-term effectiveness and efficiency of rehabilitation services delivery for victims with disabilities from the 2008 Sichuan earthquake'*
5. *9:50-10:00 Discussion*

Where is rehabilitation disaster relief going?

Chairs: James Gosney, Andrew Haig

1. *10:30-10:50 H I rep (OR Andrew Haig): Role of the PRM physician in an international NGO in disaster relief: Handicap International perspective (Compare and contrast:..?)*
2. *10:50-11:10 Andrew Haig & Josh Verson: Building the ISPRM disaster acute rehabilitation team (DART) program*
3. *11:10-11:30 Jan D. Reinhardt: Developing the ISPRM registry of rehabilitation disaster relief experts*
4. *11:30-11:50 James Gosney: Professionalizing humanitarian rehabilitation disaster relief: Role of the ISPRM CRDR11:50-12:00 Discussion*

ISPRM 2013

フィリピン
台風被害への支援要請

Call to Support Phillippine Academy of Rehabilitation Medicine (PARM)

The *Philippine Academy of Rehabilitation Medicine (PARM), a National Society of the ISPRM, is on the ground in the devastated Visayas region providing emergency relief through its local representatives for the survivors of Typhoon Haiyan. Basic necessities including food, water, and medicines are critically needed at this time to save lives and prevent disability.*

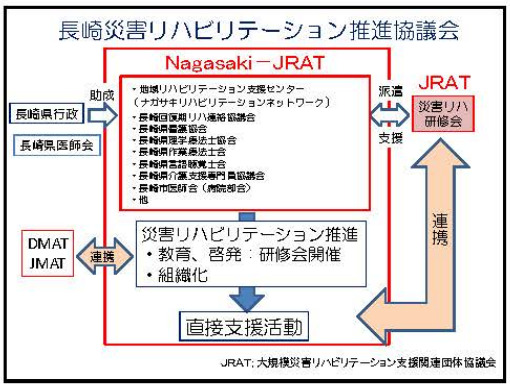
PARM requests that you please donate generously. Needs of persons with disabilities are highest priority. Your contributions will be responsibly used to benefit those in greatest need. PARM and the Filipino people sincerely thank you.

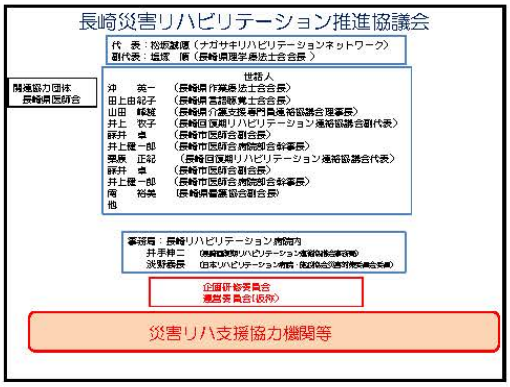
Please remit to: Philippine Academy of Rehabilitation Medicine Dollar Account 109-80-00042-2 East West Bank, South Triangle Branch Swift Code - EWBCPHMM

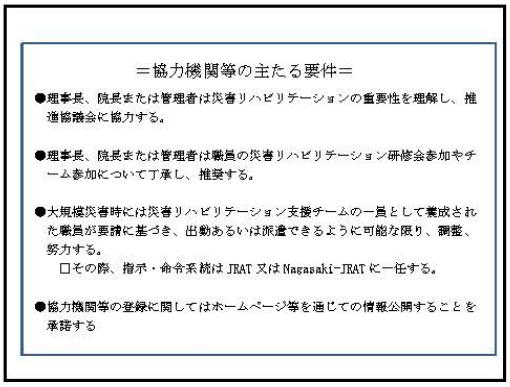
Philippine American Physiatrist Association

長崎での動き紹介　　第４回２日目　2014 年３月２日　12：10～12：25

講師　栗原正紀







災害リハ支援協力機関等

平成26年2月27日現在
27病院1施設

長崎県島原病院	佐世保中央病院
長崎市立市民病院	耀光リハビリ病院
長崎市立成人病センター	青洲会病院
市立大村市民病院	桑松病院
井上病院	姉川病院
長崎百合野病院	南野病院
長崎記念病院	池田病院
上戸町病院	公立　新小浜病院
十善会病院	
長崎友愛病院	介護老人保健施設　光風
長崎北徳洲会病院	
田上病院	
小江原中央病院	
昭和会病院	
長崎リハビリ病院	
長崎北病院	
長崎腎病院	
三和中央病院	

市民啓発を目的にメディア広報を大切にする

第1回研修会　平成25年12月1日

災害時 リハビリ支援備え

全国初の地域内ネット

関係団体が推進協

長崎でシンポ 代表「人材育成やノウハウ必要」

第2回研修会　平成26年2月16日

島原新聞

2014年2月16日

災害時の支援活動学ぶ

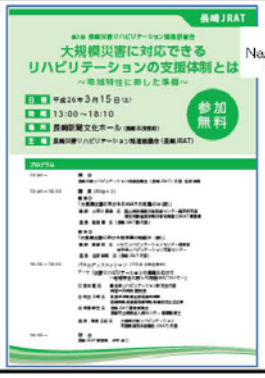
長崎災害リハビリテーション推進協議会

噴火や大震災の経験もとに

日ごろから関係構築を

運動療法や心のケアも必要

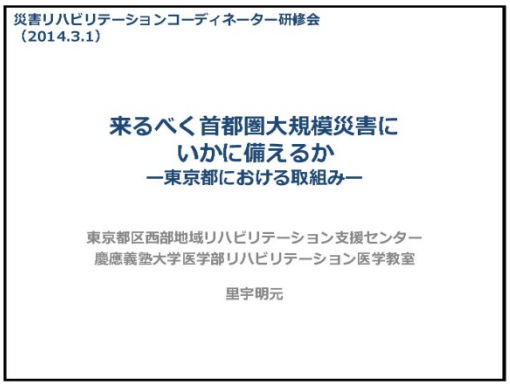
3月15日 Nagasaki-JRAT主催 研修会開催予定

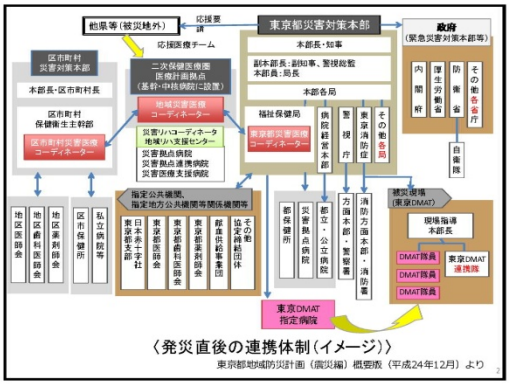


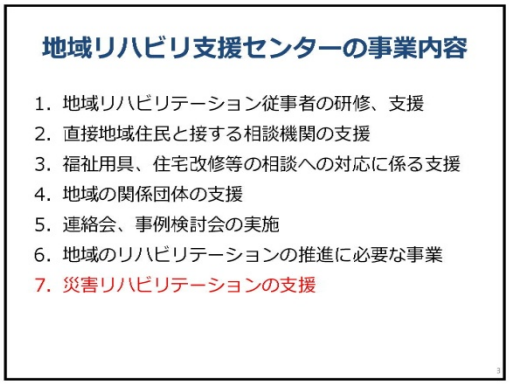
来るべく首都圏大規模災害にいかに備えるか　～東京都における取組～

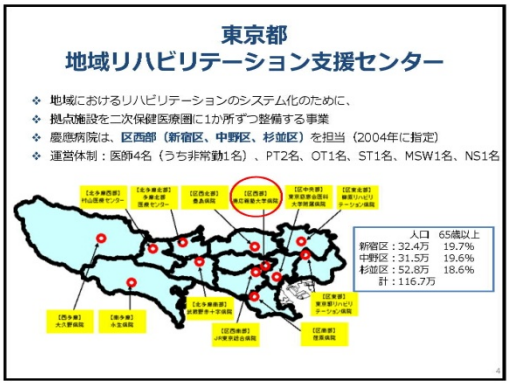
第４回　2014 年 3 月 2 日　12：25～12：45

講師　里宇　明元

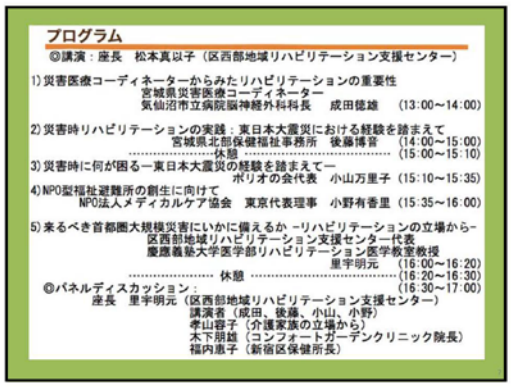


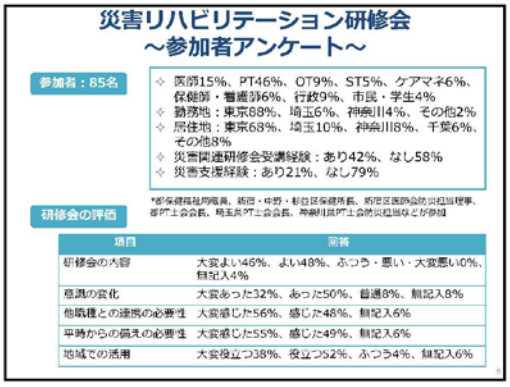


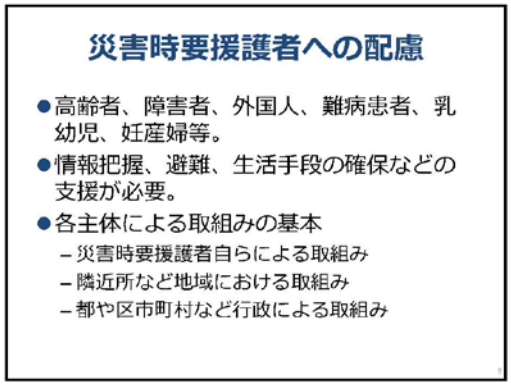


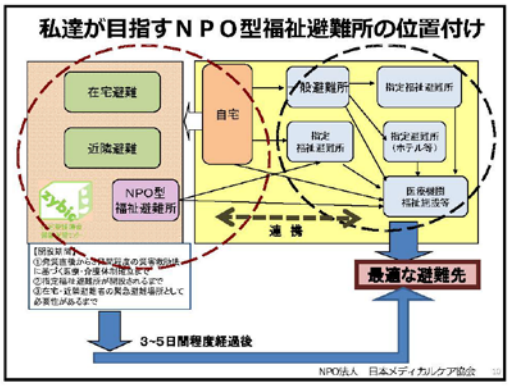


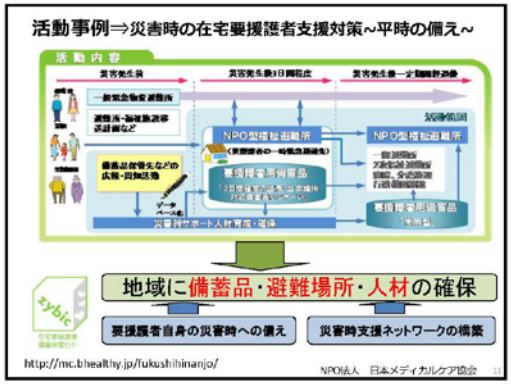
災害リハビリテーション研修会
大規模災害にいかに備えるか？
プログラム
日時：
2014年1月18日（土）
13時～17時
場所：
慶應義塾大学医学部
北里講堂


プログラム
◎講演：座長　松本真以子（区西部地域リハビリテーション支援センター）
1）災害医療コーディネーターからみたリハビリテーションの重要性
宮城県災害医療コーディネーター
気仙沼市立病院脳神経外科科長　成田徳雄　（13:00～14:00）
2）災害時リハビリテーションの実践：東日本大震災における経験を踏まえて
宮城県北部保健福祉事務所　後藤博喜　（14:00～15:00）
……休憩 ……（15:00～15:10）
3）災害時に何が困る－東日本大震災の経験を踏まえて－
ポリオの会代表　小山万里子（15:10～15:35）
4）NPO型福祉避難所の創生に向けて
NPO法人メディカルケア協会　東京代表理事　小野有香里（15:35～16:00）
5）来るべき首都圏大規模災害にいかに備えるか －リハビリテーションの立場から－
区西部地域リハビリテーション支援センター代表
慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室教授
里宇明元　（16:00～16:20）
……休憩 ……（16:20～16:30）
◎パネルディスカッション：（16:30～17:00）
座長　里宇明元（区西部地域リハビリテーション支援センター）
講演者（成田、後藤、小山、小野）
孝山容子（介護家族の立場から）
木下朋雄（コンフォートガーデンクリニック院長）
福内恵子（新宿区保健所長）


災害リハビリテーション研修会
～参加者アンケート～
参加者：85名
医師15%、PT46%、OT9%、ST5%、ケアマネ6%、保健師・看護師6%、行政9%、市民・学生4%
勤務地：東京88%、埼玉6%、神奈川4%、その他2%
居住地：東京68%、埼玉10%、神奈川8%、千葉6%、その他8%
災害関連研修会受講経験：あり42%、なし58%
災害支援経験：あり21%、なし79%
研修会の評価
項目　回答
研修会の内容　大変よい46%、よい48%、ふつう・悪い・大変悪い0%、無記入4%
意識の変化　大変あった32%、あった50%、普通8%、無記入8%
他職種との連携の必要性　大変感じた56%、感じた48%、無記入6%
平時からの備えの必要性　大変感じた55%、感じた49%、無記入6%
地域での活用　大変役立つ38%、役立つ52%、ふつう4%、無記入6%


災害時要援護者への配慮
高齢者、障害者、外国人、難病患者、乳幼児、妊産婦等。
情報把握、避難、生活手段の確保などの支援が必要。
各主体による取組みの基本
災害時要援護者自らによる取組み
隣近所など地域における取組み
都や区市町村など行政による取組み


私達が目指すＮＰＯ型福祉避難所の位置付け
在宅避難
近隣避難
NPO型福祉避難所
自宅
一般避難所
指定福祉避難所
指定避難所（ホテル等）
医療機関福祉施設等
連携
最適な避難先
3~5日間程度経過後
NPO法人　日本メディカルケア協会


活動事例⇒災害時の在宅要援護者支援対策～平時の備え～
活動内容
NPO型福祉避難所
NPO型福祉避難所
要援護者用備蓄品
地域に備蓄品・避難場所・人材の確保
要援護者自身の災害時への備え
災害時支援ネットワークの構築
http://mc.bhealthy.jp/Tukushihinanjo/
NPO法人　日本メディカルケア協会

災害時の要援護者用
備蓄品保管先マップ付き

日頃からの備えと心構え、そして災害時の対応手帖

文京区版

NPO法人 メディカルケア協会

INDEX 目次

Ⅰ. 日頃からの備え
1. 「ジブンメモ」の用意……1
2. わたしの状態と家族の状態……3
3. 「日頃の備え」実践チェックシート……4
4. 家庭で点検、災害時対策……7
5. 自己備蓄の実践……10
6. 備蓄品マップの作成……13
Ⅱ. 大規模震災が発生したとき
1. 被災時の心構え6か条……16
わたしたちの活動……26
「在宅要援護者のための災害時備え活動事業」とは……27

自助

【ジブンメモ】※できる限り、具体的に記入しましょう

氏名		男・女	
住所			
電話番号		携帯電話	
FAX		血液型	A・B・O・AB
アレルギーや嚥下咀嚼機能、持病、治療中の疾患など			
支援の際、最も注意して欲しいこと	（おかるの病状や支援してほしい事など）		
支援者	氏名 / 住所 / 連絡先		
	氏名 / 住所 / 連絡先		
緊急時の連絡先	氏名 / 住所 / 連絡先	（続柄）	
かかりつけ医療機関など	名称 / 所在地 / 連絡先 / 担当医など		

○重要な薬の名前は言えるようにしましょう。
日常的に欠かせない、大事な薬だけでも名前をしっかり覚えて言えるようにしておきましょう。
【大事な薬のリスト】

薬の名前	薬の飲み方、注意事項など

5．「自分自身で健康管理に気を配る。」
避難生活が長期にわたる可能性があるので、自分の身体を守るために自ら健康管理に留意しましょう。

（1）水分をしっかり摂ること
避難生活ではトイレが不便なので、水分補給を制限しがちになりますが、水分が不足すると、脱水症状からさまざまな病態の悪化をきたす場合があります。
こまめに水分を摂ることが大切です。

日付											
水分量											

「高齢者と要援護者のための災害時備えのつどい」
～ーみんなで創ろう！備蓄品保管ネットワークー～

【文京区地蔵通り商店街 玉露園入口】

【シンポジウムの様子】

パネリスト：文京区防災課、小石川消防署 小石川警察署、
在宅支援診療所（文京根津クリニック院長 任博先生）
NPO法人メディカルケア協会

地蔵通り商店街、近隣自治会、町会、老人クラブ、民生委員、住民、世話役の方々、区内企業、医療・福祉関係者等約６０名が参加

平成25年度リハビリテーション講演会
～大規模災害発生後のリハビリテーション支援～

次のステップに向けて

平成26年2月22日（土）午後2時から午後4時30分まで

東京都・公益社団法人東京都医師会 共催

1 基調講演
「災害時におけるリハビリテーションの重要性～考え方と日頃の備え」
東北大学大学院医学系研究科
障害科学専攻 機能医科学講座内部障害学分野 専攻長・教授　上月正博 先生

2 シンポジウム　座長：上月正博 先生
（1）シンポジスト講演
①被災地のリハビリテーションの現状と課題～3.11発災時から現在まで
大船渡南地区サポートセンター「鵜」所長　金野千津 先生
②組織的災害リハビリテーション支援の実際～東日本大震災での経験から
一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院
臨床部副部長、テクノエイド部部長
（日本リハビリテーション病院・施設協会災害対策委員会委員）　淡野義長 先生
③大規模災害時の要援護者支援拠点（NPO型福祉避難所）創生への取組
ＮＰＯ法人メディカルケア協会 東京代表理事　小野有香里 先生
（2）シンポジウム

今後の展望

1. 都指定12の地域リハ支援センターを災害リハ支援の拠点とすることを東京都に働きかけ
   1) 東京都リハビリテーション協議会で提案済み（2/13）
2. 区西部地域リハ支援センターとして
   1) 区ごとの研修会の開催（区、保健所、医師会、区内のリハ関連職、NPO等と連携）
   2) 災害時要支援者避難訓練の実施（区、保健所、医師会、区内のリハ関連職、NPO等と連携）
   3) 二次保健医療圏（新宿・中野・杉並区）単位での研修会・連絡会開催
   4) 地域リハ支援センター合同研修会・連絡会の開催
   5) 関東ブロック研修会・連絡会の開催
3. 都在宅医療推進区市町村支援事業（H25～27）への応募
   1) 医学的ケアを要する在宅療養患者の災害支援事業（人工呼吸器、胃瘻、経管栄養、嚥下調整食等）
   2) 新宿区、区医師会・歯科医師会・薬剤師会・区内災害拠点病院・災害拠点連携病院等と連携）
4. 災害リハへの取組みを通した地域リハ体制の再構築

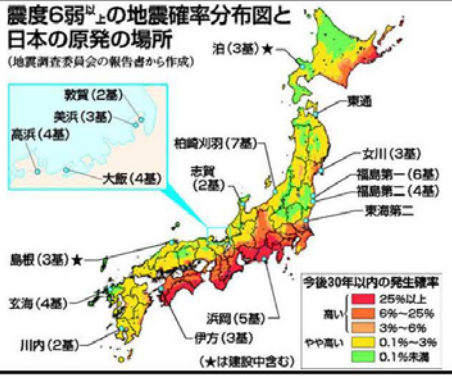
災害リハビリテーションコーディネーター研修会
2014年3月1日（土）、2日（日）

―総　括―
地域での災害リハビリテーションの確立に向けて

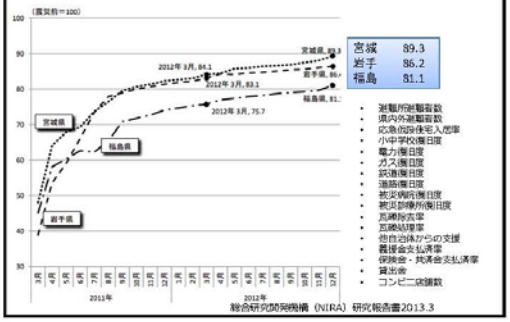
大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会
(Japan Rehabilitation Assistance Team: JRAT)
研修企画委員会 委員長
里宇　明元

震度6弱以上の地震確率分布図と日本の原発の場所

（地震調査委員会の報告書から作成）



「生活基盤の復旧状況」指数の動き
（震災前＝100）



総合研究開発機構（NIRA）研究報告書2013.3

明らかになった課題

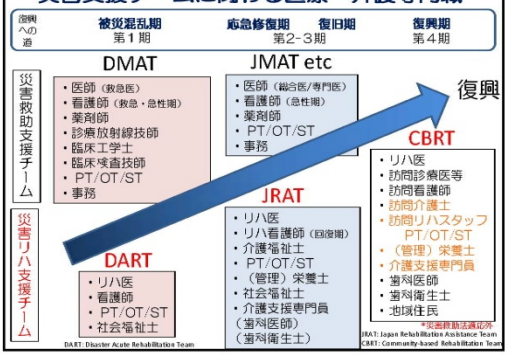
1. 事前準備の重要性
   1) 災害対応予算の計上
   2) 危機管理体制の整備
   3) **災害対応マニュアルの整備**
   4) **人材育成（災害リハコーディネーター、災害リハ対応チーム）**
   5) シミュレーショントレーニング
   6) 関係団体、行政との連携
2. 災害時の対応
   1) 震災対応専属の事務局の設置
   2) 情報マネジメントの徹底
   3) ニーズとボランティアのマッチング
   4) 関係団体、行政との連携
3. 災害時におけるリハの役割の啓発の必要性

今後につなげるために

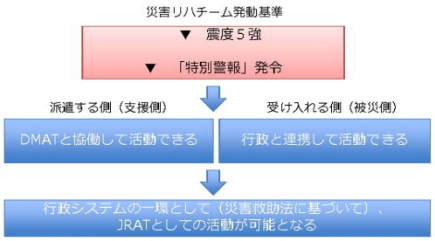
- コーディネーター研修の到達目標
- これまでの研修会受講者プロフィール
- 各地域で始まっている動き：災害リハチームが立ち上がった「○○○RAT」
- 地域に帰ったら
- JRATとしての今後の活動
- 国際協力に向けて

I.　マニュアルの目的・対象
II.　大規模災害の定義
III.　マニュアルの適応範囲
IV.　10団体としての支援活動
V.　災害リハ対応のフェーズ
VI.　組織体制
VII.　災害発生前の対応
VIII.　災害リハ対応の基本原則
IX.　災害発生時の初期対応
X.　災害復興時の対応
XI.　心理面への対応
XII.　国際協力
XIII.　情報管理・収集・発信・支援
XIV.　評価（アセスメント）
XV.　関係団体・行政等との連携
XVI.　災害支援に係る倫理的問題
XVII.　資料編

災害支援チームに関わる医療・介護専門職



JRAT 災害リハコーディネーター研修 ー到達目標ー



JRAT 災害リハコーディネーター研修：到達目標 ー普及（啓発期）ー

- □多職種代表者による組織が立ちあげられる。
- □代表者および防災担当者が集まり、連携マニュアルを作る。
- □派遣登録者リストの作成が終わる。
- □緊急時連絡が可能なメンバーリストの作成が終わる。
- □都道府県単位で行政担当者との連携が可能になる。
- □災害拠点病院・福祉避難所等の場所、その経路を確認する。

JRAT 災害リハコーディネーター研修：到達目標 ー発展期ー

- □行政の防災訓練に地域ＪＲＡＴとして参加する。
- □職種毎の研修会が定期的に行われる。
- □地域において、多職種間（ＪＲＡＴ）での研修および防災訓練が行われる
- □地域内で標準プログラムに基づいた災害リハビリテーション研修会を定期的に開催できる。
- □地域のDMAT、災害医療コーディネーターとの連携体制を構築する。
- □被災時に障害者、災害弱者を把握するシステムが構築される。
- □関連学会に「災害リハセッション」が設置され、一般会員への啓発を行う。

JRAT 災害リハコーディネーター研修：到達目標 ー成熟期ー

発災	□ 災害発生時にDMATと共に被災地に入る。	□行政の災害対策の中にJRATが位置づけられる。
	□ 真に自立したチームになっている（情報伝達、移動手段、燃料食料・水・生活を含む）。	
3時間	□ 多職種の地域災害リハチーム内で連絡が完了し、数チームの手配が整う。	
24時間	□ 派遣チームが構成される（待機チームが整い始める）。	□ 被災地に拠点を設置している。
		□ 被災地の先発隊を最前線へ送ることができる。
48時間	□ 派遣体制が整い、待機できている。	□ 災害弱者の状況とニードを把握できる。
		□ 外からの支援リハチームを組織立って受け入れることができる。
72時間	□ 被災地域の災害リハチームと連携して活動を開始できる。	□ 外からの支援をバランスよく配置し、最前線の要求に応えることができる。
6か月	□ チームを派遣し続けることができる。	□ 外部からの支援受け入れの終了を判断し、被災地域自らの支援へと引き継ぎができる。

災害リハコーディネーター研修会

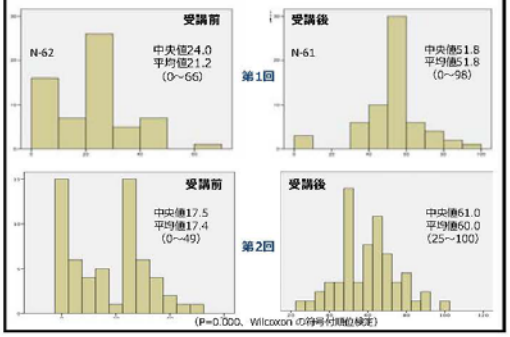
回	日程	会場	募集地域
H24年度第1回	2/16（土） 2/17（日）	慶應大学医学部北里講堂	茨城、東京、千葉、新潟、静岡、愛知、三重、和歌山、大阪、高知、岐阜
H25年度第1回	10/19（土） 10/20（日）	東京CO・新宿パークタワー	北海道、神奈川、埼玉、岩手、山形、石川、長野、愛媛、広島、福岡、鹿児島
H25年度第2回	12/21（土） 12/22（日）	東京CO・新宿パークタワー	青森、福島、栃木、山梨、富山、京都、兵庫、岡山、徳島、宮崎、大分、佐賀
H25年度第3回	3/1（土） 3/2（日）	東京CO・新宿パークタワー	秋田、宮城、群馬、福井、滋賀、奈良、鳥取、島根、香川、山口、熊本、長崎、沖縄

第2回災害リハビリテーションコーディネーター研修会（2013.10.19-20）

研修会受講者基本属性

	第1回	第2回
開催日	2013.2.16-17	2013.10.19-20
参加地域	11地域（茨城、東京、千葉、新潟、静岡、愛知、三重、和歌山、大阪、高知、岐阜）	11地域（北海道、神奈川、埼玉、岩手、山形、石川、長野、愛媛、広島、福岡、鹿児島）
受講者数	62名（男性42名：68%、女性20名：32%）	61名（男性35名：57%、女性26名：41%、未回答1名：2%）
年齢	43.6±9.1歳（26～71歳） 中央値43歳	45.0±7.8歳（30～57歳） 中央値46歳
職務経験年数	18.1±8.9年（3～41年） 中央値17年	20.4±8.4年（7～45年） 中央値21年
災害研修受講経験	あり24名（39%）、なし36名（58%）、不明2名（3%）	あり16名（27%）、なし40名（67%）、未回答4名（7%）
災害支援参加経験	あり23名（37%）、なし32名（52%）、不明7名（11%）	あり22名（37%）、なし34名（57%）、未回答4名（7%）
参加職種	医師、POS、NS、ケアマネ	医師、POS、NS、ケアマネ、行政

理解度スコアの変化（25項目、100点満点）



(P=0.000、Wilcoxon の符号付順位検定)

事後アンケート
（第1回 62名、第2回 61名）

(%)

項目		大変あった	あった	普通	ない	全くない	未回答
災害リハに関する意識の変化	第1回	45	23	5	0	0	27
	第2回	32	63	3	0	2	0
他職種との連携の重要性の実感	第1回	68	17	3	2	0	10
	第2回	66	34	0	0	0	0
平時からの災害研修の必要性の実感	第1回	63	20	5	0	0	12
	第2回	56	42	2	0	0	0
今回の研修が地域で役立ちそうか	第1回	40	43	5	2	0	10
	第2回	18	66	16	0	0	0
マニュアルは役立ちそうか	第1回	40	35	10	2	0	13
	第2回	24	58	18	2	0	0

フォローアップアンケート
（第1回：2か月後）

(都道府県数：11)

項目	実施済	予定	未定
チーム活動			
チーム内での連携（顔合わせ、打合わせ等）	9	0	2
自治体窓口（防災・保健等）との連携	9	0	2
その他	2*	2**	7
個人活動			
所属職能団体への報告、レクチュア等	9	1	1

* 大阪：メーリングリスト作成、静岡：POS県士会合同災害リハ研修会
** 千葉：県の地域再生交付金を利用して災害に関する調査を実施予定
高知：各団体代表でWG結成→県と連携して研修会、シミュレーション実施

各地域で始まっている動き

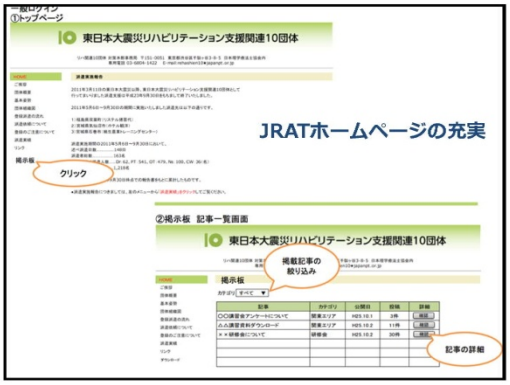
- 長崎県：Nagasaki JRATの発足
- 新潟県：中越地震の経験を踏まえ、県、新潟大学、リハ関係者が一体となった動き
- 東京都：
  - 地域リハ支援センターによる災害リハビリテーション研修会（2014.1.18）
  - 東京都、都医師会主催の災害リハビリテーション講演会（2014.2.22）
  - NPO型福祉避難所マニュアル策定（NPOメディカルケア協会）
  - 近隣県（埼玉、神奈川）との連携の動き
- 関西圏：
  - 関西ブロックコーディネータ連絡会の発足
- 四国：
  - 愛媛県災害リハビリテーション連絡協議会設立集会（2014.3.30）
  - 徳島リハビリテーション・フォーラム：災害リハ関連講演会（2014.5.17）
- その他
  - 北海道、富山県、山梨県、京都府、和歌山県、高知県等でも報告会・研修会の動き
- 集団災害医学会特別セッション「災害とリハビリテーション」（2014.2.25）

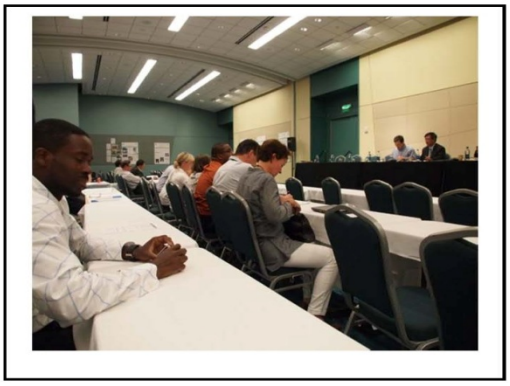
地域に帰ったら

- まずは早い時期に1回、集まりを持とう。
- 今後の戦略を話し合おう。
- 各所属団体に報告しよう。
- 行政とのコンタクトをとろう。
- 報告会・研修会を企画しよう。
- 全国の仲間との連携を深めよう。

JRATとしての今後の活動予定

- JRATホームページの充実（広報委員会）
- 受講者メーリングリストの作成・管理
- 「その後」の発表会・情報交換会
- 地域別・ブロック別研修会の支援
- DMATとの合同研修
- 都道府県との連携：地域防災計画、防災訓練





Disaster Response Objectives

(ISPRM strategic workshop: Houston, TX USA, March 2013)

1. 災害支援活動の手順を明確化する。
2. 国連およびWHOから正式な承認を得る。
3. 専門家のデータベースを2014年までに構築する。
4. 財団の設立などにより、財政基盤を強化する。
5. ガイドラインの策定と教育を行う。
6. モデルとなる活動を提示する。

Where is rehabilitation disaster relief now?

Chairs: Jianan Li, Jan D. Reinhardt

1. *8:30-8:50 Jianan Li: Rehabilitation disaster relief - theory, science and practice*
2. *8:50-9:10 Kai-ming Chan: StandTALL- an orthopaedic rehabilitation program - from the 5-12 Earthquake experience to national network and impact*
3. *9:10-9:30* ***Meigen Liu: Lessons learned from the experience of the Great East Japan Earthquake and Disaster***
4. *9:30-9:50 Jan D. Reinhardt :'Long-term effectiveness and efficiency of rehabilitation services delivery for victims with disabilities from the 2008 S earthquake'*
5. *9:50-10:00 Discussion*

Where is rehabilitation disaster relief going?

Chairs: James Gosney, Andrew Haig

1. *10:30-10:50 H I rep (OR Andrew Haig): Role of the PRM physician in an international NGO in disaster relief: Handicap International perspective (Compare and contrast:...?)*
2. *10:50-11:10 Andrew Haig & Josh Verson: Building the ISPRM disaster acute rehabilitation team (DART) program*
3. *11:10-11:30 Jan D. Reinhardt: Developing the ISPRM registry of rehabilitation disaster relief experts*
4. *11:30-11:50 James Gosney: Professionalizing humanitarian rehabilitation disaster relief: Role of the ISPRM CRDR11:50-12:00 Discussion*

ISPRM 2013 BEIJING CHINA

フィリピン 台風被害への支援要請

Call to Support Phillippine Academy of Rehabilitation Medicine (PARM)

The *Philippine Academy of Rehabilitation Medicine (PARM), a National Society of the ISPRM, is on the ground in the devastated Visayas region providing emergency relief through its local representatives for the survivors of Typhoon Haiyan. Basic necessities including food, water, and medicines are critically needed at this time to save lives and prevent disability.*

PARM requests that you please donate generously. Needs of persons with disabilities are highest priority. Your contributions will be responsibly used to benefit those in greatest need. PARM and the Filipino people sincerely thank you.

Please remit to: Philippine Academy of Rehabilitation Medicine Dollar Account 109-80-00042-2 East West Bank, South Triangle Branch Swift Code : EWBCPHMM

Philippine American Physiatrist Association

November 20, 2013

Message from the Officers for Haiyan (Yolanda) relief and rehabilitation:

As the relief efforts for typhoon Yolanda take reaction in the Philippines, we have to stay diligent with our support. "Amidst the hunger and thirst, the chaos and confusion, we've seen the best in the Filipino people—their strength, their courage," Anderson Cooper said. He continued, "with aid and assistance, compassion and care—this place, these people, they will make it through. They've already survived the worst". As he and the rest of the news world move on to the next headlines, we all have to remain steadfast in our support for the long and painful recovery these victims must endure.

This is why we are calling for your assistance in bringing forward hope from disaster and destruction. The Philippine American Physiatrist Association (PAPA) fully supports the efforts put forward by the Philippine Academy of Rehabilitation Medicine (PARM). PARM is the largest trade organization in the Philippines representing physiatry and rehabilitation medicine. We have spoken personally to the president of PARM, Dr Ronel Manimtim, and he assures that all donations they receive for Yolanda relief efforts will be put to good use. These funds will initially assist in ongoing relief aid and afterwards in rebuilding rehabilitation units and centers devastated by the typhoon. We have included PARM's newsletter highlighting their efforts so far and sharing their plans for the future.

There are two ways you can help. PAPA is not currently IRS registered as a non-profit organization, therefore donations to PAPA are non-tax-deductible. For a tax-deductible option, we have partnered with International Impact, a religion-based organization. All donations collected will be sent directly to PARM.

Please send a check to either organization below to help with PARM's relief and rehabilitation efforts. The check memo should read: "PARM Yolanda Relief"

Philippine American Physiatrist Association

International Impact

We, the officers of PAPA, wish you all a Happy Thanksgiving and are grateful for any assistance you can share.

Paul A. Nazareno MD
PAPA President

今後につなげるために

全国レベルでの取組み	JRATとしての活動 • 啓発、研修、マニュアル作成など • 災害リハチームのデータベース化
都道府県レベルでの取組み	• 地域防災計画におけるリハの位置づけ • 地域リハ支援センターの災害リハにおける位置づけ • 災害リハの啓発
地域での取組み	• 地域リハ支援センターの災害リハ対応体制強化 • 研修、マニュアル作成など • 地域連携の推進（顔の見える連携、ICTの活用）
施設ごとの取組み	• 研修、マニュアル作成など • 災害リハ対応体制強化
個人での取組み	• 災害リハの知識の向上 • 災害リハ対応スキルの向上