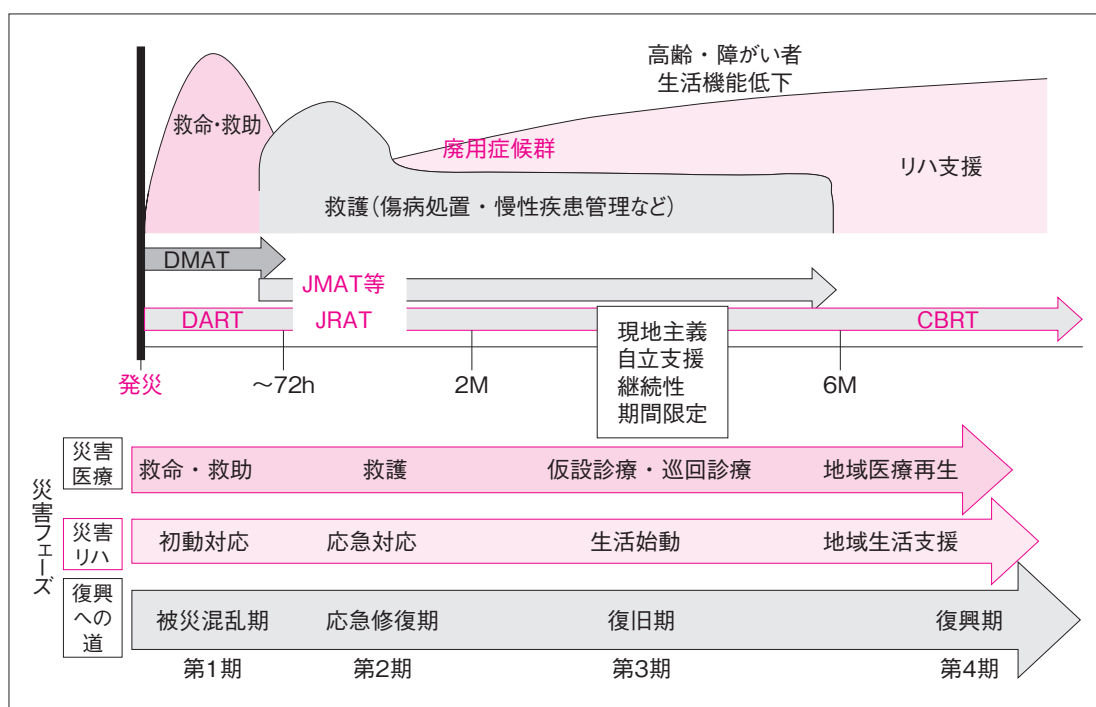


IV 災害リハビリテーション対応のフェーズ

A フェーズ分類

POINT

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



図Ⅳ-1 発災直後からの状況変化と支援

DMAT : Disaster Medical Assistance Team

DART : Disaster Acute Rehabilitation Team

CBRT : Community-Based Rehabilitation Team

JMAT : Japan Medical Association Team

JRAT : Japan Rehabilitation Assistance Team

表IV-1 災害フェーズ分類

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

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

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

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

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

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

B

各フェーズにおける災害医療支援及びリハビリテーション支援

1 第1期「被災混乱期」

：発災直後から約72時間

1）災害医療チーム（救命・救助）

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

(3) DMAT

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

2）災害リハチーム（初動対応）

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

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

- ・JRAT 本部へ適時，適切な情報発信。

(3) DART (Disaster Acute Rehabilitation Team)*

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

①DMAT の一員としてのリハ医・看護師・PT・OT・ST

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

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

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

- ・入院患者の後方移送支援。

- ・避難所環境整備。

- ・現地リハ関係者・団体との協議。

- ・JRAT 本部への発信。

2 第 2 期「応急修復期」

：4 日目から発災 1 カ月末まで

1) 災害医療チーム（救護）

(1) 被災地病院勤務医師・看護師・PT・OT・ST など

- ・残留 DMAT，JMAT などの医療支援チームとともに病院機能を維持。

- ・受傷者の治療。

- ・新規受診患者の治療対応。

- ・受傷者，新規罹患者，体調不良者，慢性疾患患者などの治療。

(2) 被災地医師会医師・看護師・PT・OT・ST など

- ・避難者の体調管理，治療。

（慢性疾患治療，新規罹患者のトリアージなど）

- ・仮設診療所開設。

(3) 残留 DMAT，JMAT など医療支援チーム

- ・救命，救助。

- ・避難所避難者治療支援。

- ・在宅傷病者実態把握・治療・情報集約。

2) 災害リハチーム（応急対応）

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

- ・院内リハ対象者へのリハサービス提供。

- ・廃用予防。

- ・情報発信。

(2) 都道府県地域リハ支援センター，広域支援センター

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

- ・JRAT 本部との連携。

- ・避難所，施設，在宅障がい者へのリハ支援。

- ・生活不活発予防。

(3) 残留 DART・JRAT

- ・被災医療機関，施設，避難所が主たる活動の場。

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

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

3 第3期「復旧期」

：発災から2カ月目より6カ月

1) 災害医療チーム（仮設診療・巡回診療）

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

2) 災害リハチーム（生活始動支援）

(1) JRAT

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

(2) 現地 PT・OT・ST

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

4 第4期「復興期」

：発災から6カ月以降

1) 災害医療チーム（地域医療再生）

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

2) 災害リハチーム（地域生活支援）

(1) CBRT（地域リハチーム）

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

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

(3) 現地 PT・OT・ST

- ・従事する職場のリハ機能継続，再建。

(4) 災害リハ対策協議会

- ・地域リハの積極的展開（地域住民参加）。
- ・街づくりへの参画。

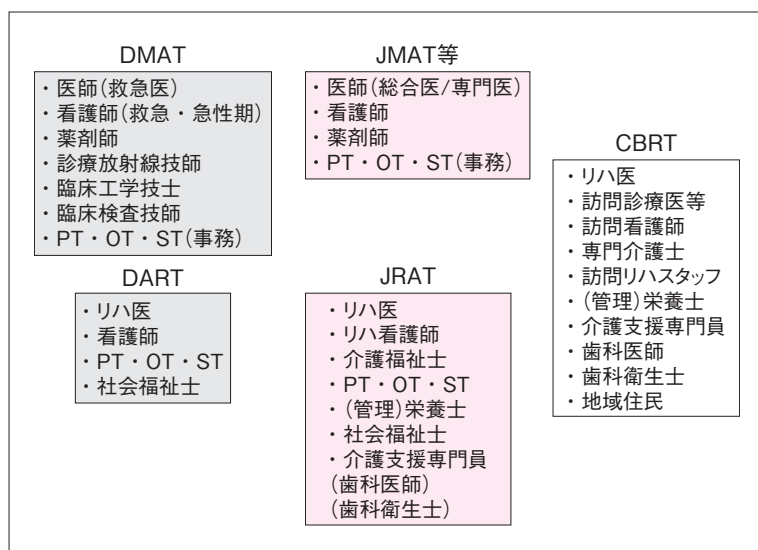
C

災害支援チームのあり方（図Ⅳ-2）

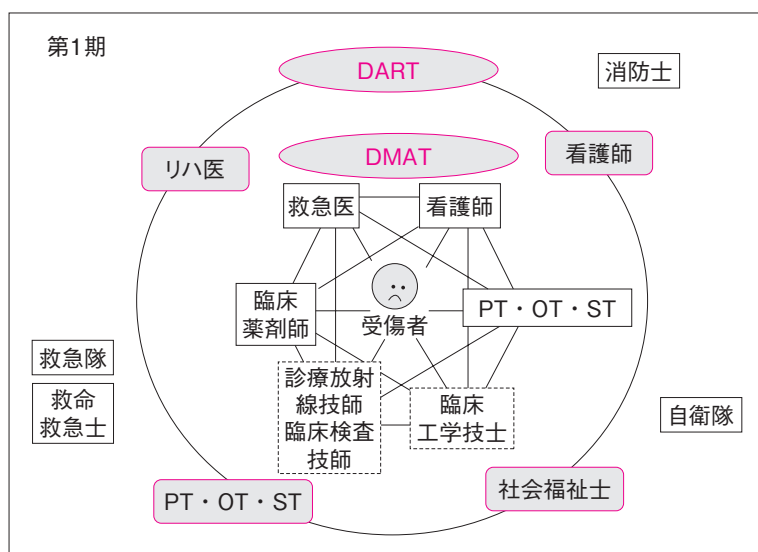
1 第1期「被災混乱期」（図Ⅳ-3）

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

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



図IV-2 各チームに関わる専門職

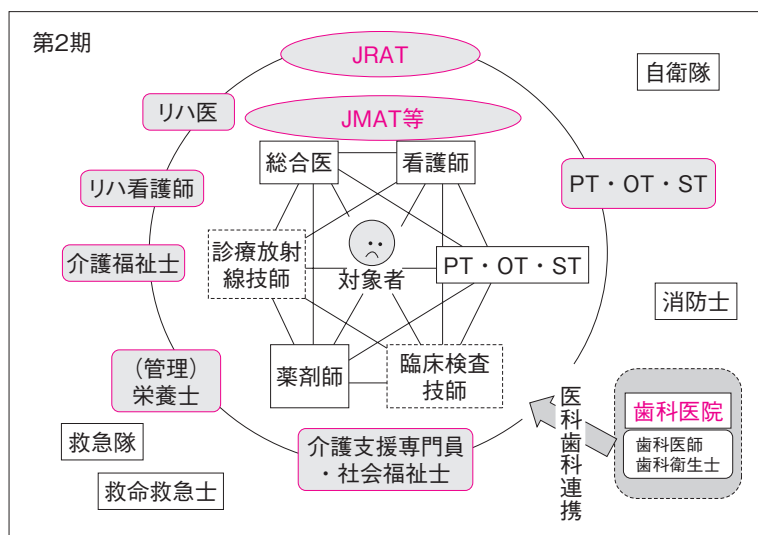


図IV-3 DMAT及びDARTの構造例

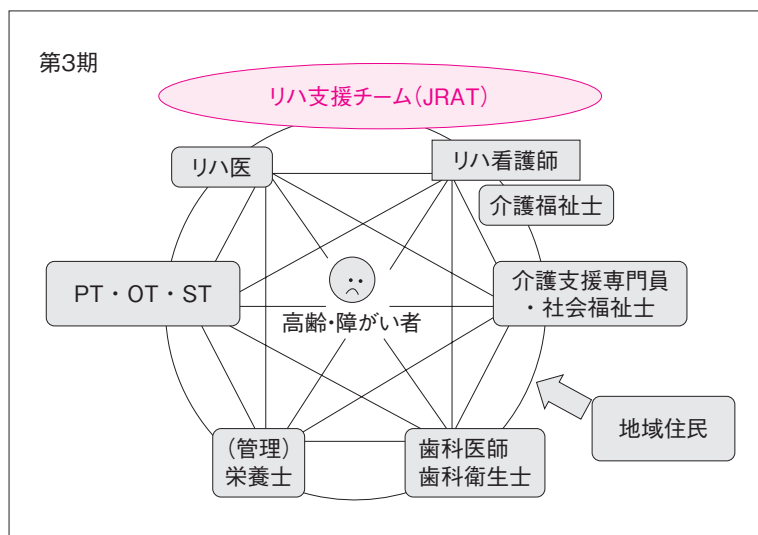
薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師・臨床工学技士などがチームの一員となって構成されるであろうが、そこに急性期(救急)医療機関に勤務し、リスク管理に熟したPT・OT・STが参入することが望まれる。またリハ医・PT・OT・ST・看護師・社会福祉士(特に急性期医療機関従事者が望ましい)で構成される災害リハ支援チーム(DART)の活動が期待される。

2 第2期「応急修復期」(図IV-4)

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



図IV-4 JMAT等及びJRAT（応急対応）の構造例



図IV-5 JRAT（生活始動）の構造例

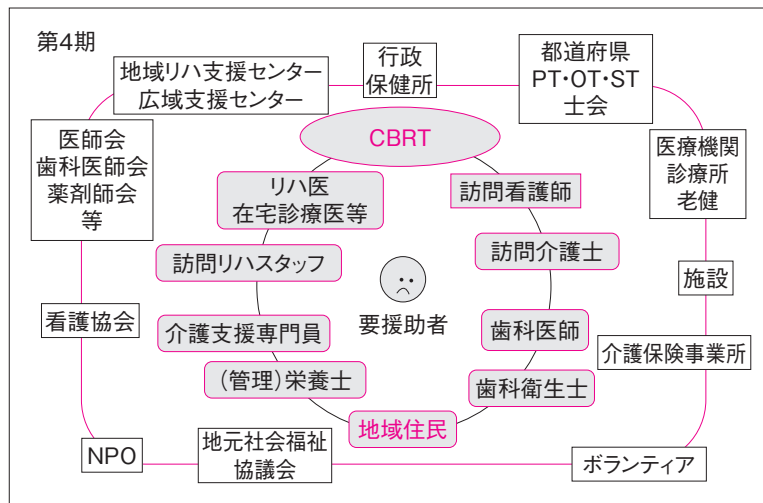
ととなる。この際、応急対応としてJMAT等（または残留DMAT）との緊密な連携のもとで救命・救助後及び救護活動に対するバックアップもまた重要となる。

3 第3期「復旧期」（図IV-5）

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

4 第4期「復興期」（図IV-6）

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



図IV-6 CBRTの構造例

D 各フェーズにおける地域リハビリテーション活動

1 第1期「被災混乱期」

1) チーム

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

2) 活動内容

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

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

2) 活動内容

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

2 第2-3期「応急修復—復旧期」

1) チーム

- ・JRAT 合流。

3 第4期「復興期」

1) チーム

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

2) 活動内容

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

E DART 及び JRAT 派遣に際しての留意点

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

(2) DART・JRAT 派遣に際しては各派遣医療

機関の出張扱いとする

(3) 支援活動は下記を原則とする

- ・現地主義.
- ・自立支援.
- ・継続性.
- ・期間限定.

F 災害リハビリテーション活動に際しての留意点

1 各フェーズにおける必要情報例

1) 第1-2期における情報内容

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

- ・避難者集団中の虚弱者割合.
- ・障がい者（難病者・要支援者含む）所在地，数.
- ・その他.

2) 第2-4期における情報内容

- (1) 避難所状況
- ・避難所概要申し送り用紙の利用.
 - ・食糧，物資事情.
 - ・福祉用具，機器状況.
 - ・その他.
- (2) リハ支援対象者
- ・情報提供用紙の利用.
 - ・健康状態，障がい状況，評価内容.
 - ・提供リハサービス内容，今後の予定，家族状況など.

(3) 支援チーム情報

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

2 支援スタッフの留意点

(1) 現地主義

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

(2) 自立支援

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

(3) 継続性

- ・リハ支援は継続性を重視するがゆえに短発的な支援は避けるべきである。

(4) 期間限定

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

(5) 他専門職ボランティアに対する認識・連携・協働

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

(6) その他

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

- ・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。

3 医療機関・福祉・保健機関やその他への支援に関する留意点

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

4 その他，団体間連携に関する留意点

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

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

い。

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

G 行政保健師の重要な役割

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

1 第1-2期「被災混乱—応急修復期」

①現状把握と被災者調査。

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

③避難所への支援チーム誘導。

2 第2-3期「応急修復—復旧期」

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

3 第4期「復興期」

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

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

H 災害フェーズ別具体的リハビリテーションアプローチと注意点

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

1 第1期「被災混乱期」（初動対応：待機中）

①報道等で状況を理解し、被害規模を想像し、

思考的段どりを行う。

②全国規模の各職能団体からの発表をホームページ等で確認する。

③各所属組織（病院、施設等）における対応を経時的に把握する。

④可能な限り一個人としてのボランティア支援よりも組織だった活動を重視する。

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

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

1) 救命救助場面での役割

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

2) 被災病院・施設・災害拠点病院における役割

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

3) 避難所設置場面

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

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

3 第2期「応急修復期」(応急対応: JRAT の一員として)

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

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

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

④セルフケア対応における留意点。

食事

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

排泄

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

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

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

更衣・整容

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

清潔

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

睡眠

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

確認を行う。

- ・防暑対策では害虫の侵入や照明などに注意し、換気や空気の流動を行う。

移動

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

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

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

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

⑧概ねこの時期は身体的活動性と心的活動性が逆転しはじめることに注意する。

- ・心的活動性が上がる時期はこころのケアを意識

し、傾聴姿勢を意識して臨む。

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

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

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

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

食事

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

排泄

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

更衣

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

整容

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

入浴

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

睡眠

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

移動

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

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

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

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

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

⑧応急修復期からさらに身体的活動性と心的活動性が逆転していく時期となる。

- ・心的活動性が高ってくるこの時期はこころの

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

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

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

5 第4期「復興期」(地域生活支援：仮設住宅等におけるCBRT)

(1) 各仮設住宅の設備、構造、立地上の特徴把握

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

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

(3) 仮設住宅集落における自治状況の把握。代表者の把握

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

(5) 共有スペース(公民館、集会場など)の確認

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

る。

- ・共有スペースの運用法を検討及び提示する(現地住民とともに行う)。

(6) 身体的活動性と心的活動性のバランスが崩れる時期となる

- ・心的活動性がさらに上がると同時に、記憶のフラッシュバックによる不安や緊張などもでてくるので、自律神経系の症状と併せてこころのケアを十分意識して臨む。専門職や専門医に繋ぐ事例も発生する。
- ・身体的活動性が低下しすぎないような工夫が必要となる。単純運動だけではなく、日常生活の中での活動性を上げる工夫が求められる。こちらも自律神経系の症状と併せて疲労感、倦怠感、痛みなどの症状へ対処する。状況により専門医の受診に繋げる。

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

(8) 当該仮設住宅に関わる公的介護保険サービスの現状と見通しの把握

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

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

- ・障害者自立支援法関連のサービス適応者を把握する。

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

(11) 現地の当事者団体(家族会や連合会など)の状況把握

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

表Ⅳ-2 阪神淡路大震災と東日本大震災との比較

〔災害発生前〕

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

<阪神淡路大震災>

<東日本大震災>

〔第1期…被災混乱期〕

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

〔第2～3期…応急修復・復旧期〕

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

〔第4期…復興期〕

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

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

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

【文献】

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

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

日本リハビリテーション病院・施設協会

○地域リハビリテーション推進委員会

逢坂 悟郎 兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 リハビリテーション科部長

長谷川 幹 三軒茶屋リハビリテーションクリニック 院長

斉藤 秀之 筑波記念病院 リハビリテーション部部长

中島 雪彦 熊本機能病院 総合リハビリテーション部副部长

村上 重紀 公立みつき総合病院 リハビリテーション部次長

栗原 正紀 長崎リハビリテーション病院 院長

○地域連携検討委員会

平田 好文 熊本託麻台病院 院長

徳永 能治 長崎県島原病院 副院長

森 功一 日本作業療法士協会 理事

折茂賢一郎 日本介護支援専門員協会 常任理事

小泉 幸毅 小倉リハビリテーション病院 リハビリテーション部 副部长

佐藤 吉冲 甲州リハビリテーション病院 副院長

渡邊 進 熊本機能病院 神経内科部長

栗原 正紀 長崎リハビリテーション病院 院長