# はじめに

近年、日本では大規模災害が多発しており、平成 30 年においては豪雨や地震による大規模災害が発生し、改めて災害時における支援体制の充実が喫緊の課題として認識させられた一年でした。

災害時の被災者支援には、発災直後から元の生活に戻ることができるまで、長期間におけるきめ細やかな支援が求められます。一方で、個別支援、集団支援、相談支援、環境整備、ボランティア等への指導などのニーズがあるなか、過去の災害発生時には十分に対応できていない現状がありました。今後は理学療法士や作業療法士らリハビリテーション専門職の受援体制の整備、平時からの機関と顔の見える関係づくりの構築が求められること、災害時を含む地域保健・公衆衛生に関する知識がリハビリテーション専門職に必要であることが、平成 29 年度地域保健総合推進事業の活動を通じて示唆されました。

そこで平成 30 年度の本事業では、リハビリテーション専門職の受援調整等の体制整備と、リハビリテーション専門職が把握すべき地域保健・公衆衛生に関する知識の内容について検討を重ねました。

災害時には、都道府県本庁に設置される保健医療調整本部や保健所、市町村などにおけるリエゾン機能が重要となり、受援側の関連機関の窓口では外部団体による支援の調整が求められます。避難所や自宅など生活環境におけるリハビリテーションニーズと支援や受援の量と質といった実施状況の乖離を解消することが求められていますが、リハビリテーション専門職として、その手続きやロードマップの指標となる資料に乏しいのが現状です。そこでこの度、ここ数年のリハビリテーション専門職団体としての取組みについて、調査することによりリハビリテーション専門職に求められる支援・受援体制を整理し、各士会活動、都道府県保健医療調整本部、保健所等におけるリハビリテーション専門職の体制のあり方について、検討しました。

なお、災害時の支援をより円滑にするためには平時からの顔の見える関係性づくりも重要とされています。しかしながら、リハビリテーション専門職が地域保健・公衆衛生の場に参画する機会は限られており、地域保健・公衆衛生に資する取り組みに参画するうえで必要な知識を獲得するための体系的な教育・研修体制の構築はなされていないことから、リハビリテーション専門職が学ぶべき知識について検討を重ね、必要と考えられる項目を整理しました。

本事業にご協力いただきました関係者の皆様に深謝いたします。

平成 31 年 3 月

公益社団法人　日本理学療法士協会　半田一登
一般社団法人　日本作業療法士協会　中村春基

【事業結果の要約】

# 災害時におけるリハビリテーション専門職による保健活動マニュアル案と リハビリテーション専門職に対する公衆衛生テキスト案の作成

本事業では（1）保健活動マニュアル案の作成に向けた受援体制のあり方の検討及び（2）リハビリテーション専門職に向けた公衆衛生テキスト案の作成を実施した。
以下、それぞれについて記載する。

## 目的

（1）各都道府県におけるリハビリテーション専門職の災害支援・受援体制に関する取組状況を把握し、都道府県の保健医療調整本部及び保健所等におけるリハビリテーション専門職としてのマニュアル作成に向けた骨子をまとめる。

（2）公衆衛生に関わるリハビリテーション専門職が学ぶべき内容をまとめたテキストの構成を検討・整理する。

## 方法

（1） アンケート調査及びヒアリング調査

調査期間：2018 年 11 月 22 日～同年 12 月 10 日

調査方法：インターネット調査及び聞き取り調査

調査対象：2016 年以降、激甚災害の指定を受けた 18 道府県のリハビリテーション専門職団体（以下、三団体）
18 道府県を除く 29 都県の三団体
※三団体が組織されていない場合は理学療法士会に代表として回答を依頼。

調査項目：18 道府県への調査内容
①三団体での協議会・連絡会について
②災害発生前後の取組の変化について
③災害発生後の初動（72 時間）における行政・関連団体との関わりについて

（2） テキスト構成の検討及び一部テキスト作成

検討事項：テキストの方針、利用者の想定、利用者目標

作成項目：「健康・危機管理、災害保健」
①関連法規及び②実際に現場で関わるリハビリテーション専門職が知るべき知識の 2 部構成とした。
また、災害支援の事例も示し、応急修復期を終えて復旧期・復興期における取組を中心に示した。

結果

（１） アンケート調査から以下の結果が得られた（回収率は 72.2％：13 道府県)。

・76.9％の地域が、POS 士会での協議会・連絡会等を「組織している」と回答した。

・61.5％の地域が、行政との各種事業における平時からの連絡について「災害発生前から連絡体制を取っている」と回答した。

・「連絡を取っている」と回答した地域において行政と連携した災害支援対策の実施について「特に取り組んでいない」と回答した地域が 33.3%で最も多かった。

・また、都道府県医師会との連携についても「災害発災前も発災後も連携していない」と回答した地域が 61.5％と最も多かった。

（２） 方針等を以下のとおり定め、一部テキストを作成した。

方針：リハビリテーション専門職に必要な公衆衛生を学ぶ

対象：リハビリテーション専門職

目標：地域住民（国民）の健康をリハビリテーション専門職の視点で捉え、平時及び有事の際に必要な対応が可能となる

テキストの構成は第 1 編「社会保障と衛生行政の体系」、第 2 編「衛生の主要指標」、第 3 編「保健と医療と福祉の動向」、第 4 編「健康・危機管理と災害保健」、第 5 編「医療提供体制と医療保険制度」、第 6 編「介護保険制度」、第 7 編「障害福祉制度」とし、第 3 編では各保健分野を章で区分けし、関係法規や既存の組織の情報、さらにリハビリテーション専門職が関わっている事例を踏まえて、実践的な情報を掲載することとした。

まとめ

（１） 受援体制

地域におけるリハビリテーション専門職としての保健活動の必要性が高まっている。行政との連携、協力機関としての地域防災計画における協定、または医師会で組織する JMAT（日本医師会災害医療チーム）や JRAT（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協会）等の災害時支援チームを含めた医療活動や多職種との連携が求められる。

（２） テキスト作成

検討したテキストの構成は、リハビリテーション専門職が関係法規を順守したうえで、その専門性を加味した内容を想定し、法律や制度等の基礎的な知識のみならず、実際にリハビリテーション専門職が関わっている事例を踏まえた実践的な情報を掲載することとした。

# 報告書　目次

はじめに
事業結果の要約

事業結果報告
第１章　本事業の概要
　第１節　事業背景と目的　・・・ 1
　第２節　事業内容　・・・ 1

第２章　体制マニュアル
　第１節　目的　・・・ 2
　第２節　大規模災害リハビリテーション　・・・ 3
　第３節　アンケート調査　・・・ 8
　第４節　ヒアリング調査　・・・ 33
　第５節　国際リハビリテーション　・・・ 45
　第６節　まとめ　・・・ 50

第３章　テキスト作成
　第１節　目的　・・・ 66
　第２節　事業内容　・・・ 66
　第３節　結果　・・・ 66

第４章　まとめ
　第１節　事業のまとめ　・・・ 124

第５章　事業成果　・・・ 126
　１．地域保健総合推進事業　発表会　要旨
　２．地域保健総合推進事業　発表会　資料

第６章　参考資料　・　・ 131

　略語の一覧　・　・ 146
　研究組織　・　・ 149

# 第１章　本事業の概要

## 第１節　事業背景と目的

平成 29 年度事業において、リハビリテーション専門職（以後、リハ専門職）による災害時支援において、リハ専門職のニーズの把握や外部からのリハ専門職の受け入れ等を把握するための役割が行政組織に求められていることが明らかになった。また、災害支援に向けた取組として、平時からの顔の見える関係づくりを関係機関と構築することが重要である一方で、リハ専門職の地域保健や公衆衛生に関する教育・研修の充実の必要性が示唆された。

平成 30 年度事業においては、災害時におけるリハ専門職の円滑な受援・支援の初動対応の実施、リハビリテーションニーズと実施状況の乖離の解消、支援の量と質の担保を図るために大規模災害時の都道府県保健医療調整本部、保健所、市町村における連絡窓口でのリハ専門職の受援調整等の体制整備について検討することを目的とした。

## 第２節　事業内容

有識者、災害支援経験者であり、かつ多職種で構成する作業部会を設置し、リハ専門職の受援調整等の体制整備について検討した。

災害時を含めた地域保健･公衆衛生においてリハ専門職が把握すべき知識の内容について作業部会を設置し、検討した。

＜全体会および作業部会の会議開催時期＞

１．全体会

第１回　平成 30 年　８月　２日（木）

第２回　平成 30 年 11 月　６日（火）

第３回　平成 31 年　１月 24 日（木）

２．マニュアル作業部会

第１回　平成 30 年　８月　２日（木）

第２回　平成 30 年 10 月　４日（木）

第３回　平成 30 年 11 月　６日（火）

第４回　平成 30 年 12 月 24 日（月）

３．テキスト作成作業部会

第１回　平成 30 年　８月　２日（木）

第２回　平成 30 年　９月 18 日（火）

第３回　平成 30 年 11 月　６日（火）

第４回　平成 30 年 12 月 13 日（木）

第５回　平成 31 年　１月 24 日（木）

# 第 2 章　体制マニュアル

## 第 1 節　目的

### 1.　基本的な考え方

日本における地域保健を考える際、避けて通ることができない地域課題として、時に大規模となる自然災害がある。この四半世紀を垣間見ても、1995 年に阪神淡路大震災が発災し、多くの国民が命を落とした。また、2011 年には地震、津波、原発災害が重なった東日本大震災が発災し、住宅や電気などインフラの障害による劣悪な生活環境から、生活不活発病にて多くの方が亡くなった。過去の大規模災害における理学療法士や作業療法士の支援活動から、健康支援のうち、廃用や二次障害予防に関して、リハビリテーション専門職（以後、リハ専門職）の視点からも介入できる要素がある。平成 29 年度事業において、リハ専門職のニーズの把握や外部からのリハ専門職の受入れ等を把握するための役割が行政組織に求められていることが明らかとなった。

そこで、本章では大規模災害時の都道府県保健医療調整本部、保健所、市町村の窓口におけるリハ専門職の支援・受援調整の体制整備について提案することを目的に、有識者、災害支援経験者であり、かつ多職種で構成する委員会で保健医療調整本部のリハ専門職の受援調整などの体制整備について検討を行った。

### 2.　実施内容

都道府県リハ専門職団体を対象にウェブアンケート調査およびヒアリング調査を実施した。調査結果に基づき、災害支援における行政とリハ専門職団体との連携のあり方、支援・受援体制などについて検討を重ね、また、海外の災害支援体制に関する情報を収集し、本国における望ましい支援体制について検討した。

#### 1）ウェブアンケート調査

各都道府県におけるリハ専門職の災害支援・受援体制に関する取組状況を把握し、都道府県保健医療調整本部、保健所等におけるリハ専門職としての活動手引書となるマニュアル作成に向けた基礎資料とすることを目的とした。

調査名：「リハビリテーション専門職に求められる災害支援・受援体制に関する調査」

対　象：2016年以降激甚災害の指定を受けた18道府県とそれ以外の29都県

#### 2）ヒアリング調査

対　象：2016年以降激甚災害の指定を受けた18道府県

#### 3）国際リハビリテーションに関する情報の収集

## 第 2 節　大規模災害リハビリテーション

### 1) 大規模災害 とは

大規模災害は、「自然災害及び人的災害により、被害が広範囲にわたり、復興までに長時間を要し、被災地内の努力だけでは解決不可能なほど著しく地域の生活機能、社会維持機能が障害されるような災害」と定義されている（東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体 『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』作成ワーキンググループ, 2012)。世界的に見て大規模災害が顕著に増加しており、1980～1989 年比で 2000～2009 年は、3 倍増、特に、地球温暖化の影響で暴風雨や水害による被害が増加していると言われている（水尻, 2015)。

### 2) 日本における 1983 年以降の死者・負傷者 100 名以上の地震とそれに伴う津波、およびリハ専門職による活動の変化

1983 年 5 月 26 日 11 時 59 分　日本海中部地震（マグニチュード 7.7）
震度 5：秋田市、むつ市、深浦町
津波 14 m　秋田県峰浜村（現：八峰町）

1993 年 7 月 12 日 22 時 17 分　北海道南西沖地震（マグニチュード 7.8）
震度 6：奥尻町（地震計なしにて推定）
津波　16.8m

1995 年 1 月 17 日 05 時 46 分　阪神・淡路大震災（マグニチュード 7.3）
震度 7：神戸市、芦屋市、西宮市、宝塚市、北淡町、一宮町、津名町

☆初期の救命医療で避けられた死　⇒　初期救急医療体制
⇒　DMAT・JMAT の必要性が提起された。

※巡回リハビリテーションチーム（ボランティア）の結成および行動
兵庫県保健環境部は、避難所に生活する高齢者・身体障害者・震災で障害を受けた方々が、その不自由な環境から「寝たきり」とならないように、医師・理学療法士等による「巡回リハビリテーションチーム」を結成し、支援した。また、在宅で独居の虚弱・障害高齢者に対しては、日常生活活動能力の低下を防ぐための支援を行い、同居の虚弱・障害高齢者に対しては、心身両面にわたる生活支援の必要性を伝えた。

2000 年 10 月 6 日 13 時 30 分　鳥取西部地震（マグニチュード 7.3）
震度 6 強：日野町、境港市

2001 年 3 月 24 日 15 時 27 分　芸予地震（マグニチュード 6.7）
震度 6 弱：河内町（現：東広島市）、大崎町（現：大崎上島町）、熊野町

2003 年 5 月 26 日 18 時 24 分　2003 年宮城県沖地震（マグニチュード 6.4）

震度 6 弱：大船渡市、江刺市・衣川村（現：奥州市）、平泉町、室根村（現：一関市）、石巻市、涌谷町、栗駒町・高清水長・金成町（現：栗原市）、桃生町（現：石巻市）

2003 年 7 月 26 日 07 時 13 分　宮城県北部（マグニチュード 6.4）

震度 6 強：南郷町、矢本町、鳴瀬町

2003 年 9 月 26 日 04 時 50 分　2003 年平成 15 年十勝沖地震（マグニチュード 8.0）

震度 6 弱:新冠町、静内町、浦河町、鹿追町、幕別町、豊頃町、忠類村、釧路町、厚岸町

津波 2.6m

2004 年 10 月 23 日 17 時 56 分　新潟県中越地震（マグニチュード 6.8）

震度 7：川口町

震度 6 強：小千谷市、山古志村、小国町

☆多くの高齢者などの要援護者の生活機能が低下。

災害時要援護者の避難支援ガイドラインを作成し、生活相談を行った。

※職能団体として、組織的な支援体制を整え支援を行った。避難所では、集団体操を行い、被災者が体を動かす機会を提供した。また、個別支援では、こころのケアを含め、生活活動の機会を広げるよう健康相談や生活相談を実施し、腰痛や腰痛増悪、起立困難者に対する動作指導などを行った。福祉避難所で開始された生活不活発病対策として、リハ専門職の三団体で、避難所退所者に対する個別訪問や転倒予防教室等を開催し、体操・ストレッチ、集団レクリエーション、福祉用具紹介や支給などを行った。その際、対応マニュアルの作成や生活支援用具などの支援物資の調達などにも対応した。

2005 年 3 月 20 日 10 時 53 分　福岡県西方沖地震（マグニチュード 7.0）

震度 6 弱：福岡市、前原市、佐賀県みやき町

2007 年 3 月 25 日 09 時 41 分　平成 19 年能登半島地震（マグニチュード 6.9）

震度 6 強：穴水町、輪島市、七尾市

津波 22cm

2007 年 7 月 16 日 10 時 13 分　平成 19 年新潟県中越沖地震（マグニチュード 6.8）

震度 6 強：柏崎市、長岡市、刈羽村、長野県飯綱町

津波 32cm

2008 年 6 月 14 日 8 時 43 分　平成 20 年岩手・宮城内陸地震（マグニチュード 7.2）

震度 6 強：岩手県奥州市、宮城県栗原市

2008 年 7 月 24 日 0 時 26 分　岩手県沿岸北部地震（マグニチュード 6.8）

震度 6 弱：岩手県野田村、青森県八戸市、五戸町、階上町

2009年8月11日5時7分　駿河湾地震（マグニチュード6.5）

震度6弱：伊豆市、焼津市、牧之原市、御前崎市

津波36cm

2011年3月11日14時46分　東日本大震災（マグニチュード9.0）

震度7：宮城県栗原市

震度6強：宮城・福島・茨城・栃木の37市町村

津波9.3m

余震　4月7日（マグニチュード7.2）

☆避難所などでの劣悪な生活環境での災害関連死

⇒　医療体制の見直し

⇒ 公衆衛生的DMATの必要性が高まり、後のDHEATが結成された。

※多数のリハビリテーション関連職がボランティアなどで活動

※東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体（後にJRATへ発展）の組織化へ向けて、保健所や福祉事務所などの行政職員、医療機関・介護老人保健施設・医療救護班など様々な立場で、理学療法士・作業療法士が支援活動を行った。生活不活発病（廃用症候群）の発生及びその進行と生活機能の低下の予防を目的に、避難所の巡回や個人宅を訪問し、運動指導や転倒予防のための基本動作指導、介助方法の工夫や環境整備のほか、福祉避難所等への入所の調整などを行った。今回の活動により、「復興特区」というかたちで日本初の療法士単独の訪問リハビリテーションが認められた。訪問リハビリテーションの事業所が開設され、療法士によってサービスが提供された。

※2015年12月～2016年4月　一般社団法人レジリエンスジャパン推進協議会とのワーキンググループを通して、日本医師会・JMATと会議

⇒　JMATの枠組みの下でJRAT活動を行うことで一致した。

2016年4月14日21時26分　熊本地震（前震）（マグニチュード6.5）

震度7：益城町

2016年4月16日01時25分　熊本地震（本震）（マグニチュード7.3）

震度7：西原市、益城町

震度6強：南阿蘇村、菊池市、宇土市、大津町、嘉島町、宇城市、合志市、熊本市

☆多くの団体による混乱　⇒　災害医療調整本部　及び　DHEATの組織化へ。

※リハ専門職は、エコノミークラス症候群や生活不活発病、深部静脈血栓症などによる合併症の予防を目的に運動指導や集団体操のほか、活動と参加を促すよう支援した。また、避難所における出入口やトイレなどの環境評価と整備支援、福祉用具や歩行補助具などの手配を行い、必要に応じて個別にリハビリテーションを提供し、仮設住宅の応急初期改修作業なども行った。

2016 年 4 月 16 日 01 時 25 分　台風 10 号被害による岩手県岩泉町

※被災者の心身機能や活動性を把握し、生活不活発病と転倒予防のため、心身機能・生活リズムの確認、転倒予防体操と自主トレーニングの指導、機能面の活動参加拡大、環境調整、家族指導を行った。また、関連職種に対する避難所集団体操の助言、自主的に集団体操に取り組んでいるリーダーに対する助言と資料の提供などを行った。

2018 年 6 月 18 日 7 時 58 分　大阪府北部地震（マグニチュード 6.1）

震度 6 弱：大阪市、高槻市、枚方市、茨木市、箕面市

※職能団体でチームとなり、避難所における被災者の状況を把握・個別支援を行った

2018 年 9 月 6 日　平成 30 年 10 月 31 日北海道胆振東部地震（マグニチュード 6.7）

震度 7 ：厚真町

震度 6 強：安平町、むかわ町

※被災地のみならず札幌市内などほぼ全域での停電や、広域での支援、寒冷、交通などの地域課題への対応が問題となった。

※発災翌日に対策本部を立ち上げ、北海道 JMAT 指示の下、9 月 11 日に要請を受け即日避難所等への支援活動を開始した（発災後 14 日間で計 20 隊、延 72 名が活動）。発災後 14 日の JMAT 活動終了と同時に北海道災害リハビリテーション推進協議会（以下、Do-RAT）活動も終了となった。

Do-RAT 活動終了後、主に日本理学療法士協会員、日本作業療法士協会員、日本言語聴覚士協会員から構成される HARP（北海道リハビリテーション専門職協会）が北海道から得ていた基金を利用して、住民主体の自主サークル立ち上げ支援活動を通して被災後の健康維持を支援する活動を行った。

**【引用・参考文献】**


1) 気象庁（2018）.災害をもたらした台風・大雨・地震・火山噴火等の自然現象のとりまとめ資料, http://www.jma.go.jp/jma/kishou/know/saigai_link.html

2) 日医 on-line　プレスリリース（2016/4/20）.平成 28 年熊本地震への被災者健康支援連絡協議会及び日医の対応について,
https://www.med.or.jp/nichiionline/article/004370.html

3) 日医 on-line　プレスリリース（2017/2/20）. 災害医療を国家として統合するための提言について, https://www.med.or.jp/nichiionline/article/004893.html

4) 日医 on-line　プレスリリース（2017/3/20）. 「平成 29 年度介護報酬改定等」「地域支援事業の推進」等について解説,
http://www.med.or.jp/nichiionline/article/004999.html.

5) 東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体 『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』作成ワーキンググループ（2012）. 大規模災害リハビリテーション対応マニュアル.

6) 水尻 強志（2015）.大規模災害時におけるリハビリテーション医療の役割.

## 第 3 節　アンケート調査

### 1.　調査概要

#### 1)　調査名

リハビリテーション専門職に求められる災害支援・受援体制に関する調査

#### 2)　調査目的

本調査は、各都道府県におけるリハ専門職（PT・OT・ST）の災害支援・受援体制に関する取組状況を把握し、都道府県保健医療調整本部、保健所等におけるリハ専門職としての活動手引書となるマニュアルを作成することを目的としている。

#### 3)　調査方法

インターネット調査

#### 4)　調査対象

**(1) 2016 年以降、激甚災害の指定を受けた 18 道府県（以後、県）**

北海道、岩手県、秋田県、新潟県、長野県、三重県、京都府、大阪府、奈良県、和歌山県、岡山県、広島県、愛媛県、福岡県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県

**(2) 上記(1)を除いた 29 都県（以後、県）**

青森県、宮城県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、石川県、福井県、山梨県、岐阜県、静岡県、愛知県、滋賀県、兵庫県、鳥取県、島根県、山口県、徳島県、香川県、高知県、佐賀県、長崎県、沖縄県

47 都道府県の理学療法士会にメールにて調査協力の依頼を行った。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士会（以後、POS 士会）の三団体で協議会・連絡会等が組織されている都道府県は、当該団体の代表者・責任者に調査の転送と回答を依頼し、協議会・連絡会等が組織されていない県は三団体で調整・相談のうえでの、回答を依頼した。

#### 5)　回収結果

2016 年以降に激甚災害指定を受けた 18 県の回収数は、13 県（回収率 72.2%）、それ以外の 29 県の回収数は 27 県（回収率 93.1%）であった。

#### 6)　調査期間

2018 年 11 月 22 日～2018 年 12 月 10 日

## 2. 用語の説明

【大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT)】
東日本大震災を契機に 2013 年に設立された。新たな大規模災害に備えて、日本リハビリテーション医学会など加盟 13 団体による相互連絡会議にて、支援チームの育成や地域 JRAT の組織化、ネットワークの構築などを図っている。2016 年から日本医師会災害医療チーム（JMAT）の傘の下で、災害救助活動を実施している。

【JRAT 東京本部等】
大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）の東京本部や、都道府県にて組織されている地域 JRAT を含む。

【災害リハビリテーション】
「災害リハビリテーション」に関する定義が定められていないため、JRAT などにて定義化の動きが取られている。
（草案）高齢者・要介護者（認知症者含め)、障害児・者、難病者等、そして妊婦、乳幼児など要配慮者の災害に伴う関連死や生活不活発対策、そして要配慮者や支える方々、環境や社会の早期自立・復興を目的として、リハビリテーション専門職が組織的に行う全ての活動。

【保健医療調整本部】
大規模な災害が発生した際、都道府県災害対策本部の下に、その災害対策に係る保健医療活動の総合調整を行うために設置される本部である。その本部には、保健医療活動に係る関係機関との連絡及び情報連携を行うための窓口が設置されるが、現状において、リハビリテーションに携わる専門職の記載はない。

【災害対策部門】
本調査における「災害対策部門」は、災害対策室などの予算化された事業部門のみならず、災害対策の担当者が配置され、その対策活動を執り行っている場合も含む。

【協定書】
本調査における「協定書」は、各都道府県にて作成されている地域防災計画等における災害時のリハビリテーション支援活動に関する協定などを指す。

【地域リハビリテーション活動支援事業や地域医療介護総合確保基金における災害対策】
「平成30年度保険者機能強化推進交付金（都道府県分）の実施について（平成30年9月6日厚生労働省老健局長）」では、リハ専門職等の活用支援事業実施要領として、「リハビリ

テーション専門職等の派遣体制や介護予防の知識は、災害時等において、避難所や仮設住宅等での生活に伴う心身の活動低下の予防に活用できるため、都道府県医師会等関係団体（日本医師会災害医療チームJMATを含む）の他、現在JMATの傘の下で活動している、大規模災害リハビリテーション関連団体協議会JRAT 等とも連携して研修することが望ましい」と記載されている。

【広域リハビリテーション支援センター】

平成11(1999)年、介護保険制度の安定的運用と市町村支援を目的に開始された地域リハビリテーション支援体制整備推進事業（厚生省モデル事業）として、41 都道府県で実施され、278 の地域リハ広域支援センターが設置されたが、国のモデル事業から都道府県単独事業に変更されたこともあり、財政的理由等により事業を撤退したところが増加している。

## 3. 調査結果

本調査では、「①2016 年以降に激甚災害指定を受けた 18 道府県」および「②18 道府県を除く 29 都県」の 2 種類の調査を実施した。回収数と回収率はそれぞれ①13 道府県（回収率 72.2%）、②27 都県（回収率 93.1%）であった。

### ① 2016 年以降、激甚災害の指定を受けた 18 道府県（以後、県）の結果

#### 1). POS の三団体での協議会・連絡会について

POS 士会での協議会・連絡会等の組織化は、「組織している」が 76.9%で、「組織していない」が 23.1%であった（図 1）。「組織している」と回答した 10 県のうち、9 割が任意団体であった。組織年は、2015 年が 4 県、2016 年が 3 県、2017 年が 2 県、2018 年が 1 県で、全て 2015 年以降に組織化されていた。なお、組織化されていない 3 県のうち、「設立を検討している」が 2 県、「設立予定はない」が 1 県であった（図 2）。

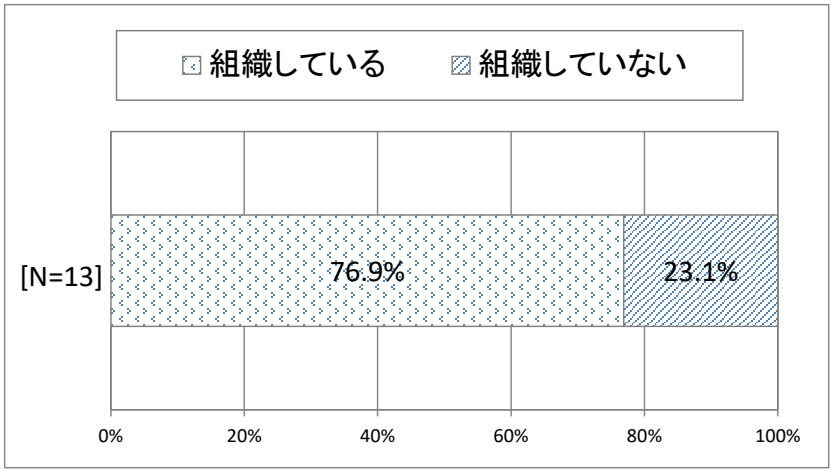



図 1　POS 士会での協議会・連絡会等の組織化

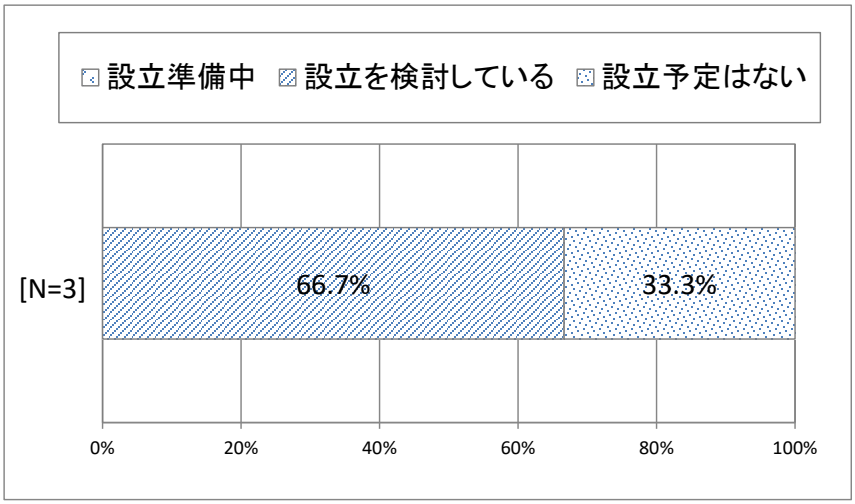



図 2　組織化の予定（組織していない県のみ）

2). 災害発生前後の取組みの変化について

(1) POS の三団体での災害対策に関する合同研修会の開催

POS 三団体での災害対策に関する合同研修会の開催は、「災害発災前も発災後も開催していない」が 69.2%、「災害発災前から開催している」が 30.8%であった（図 3）。

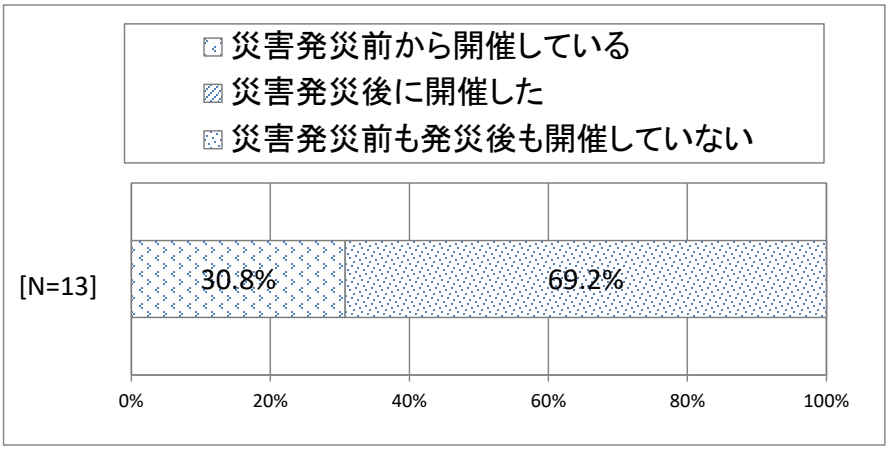



図 3　災害対策に関する合同研修会の開催

(2) POS の三団体／各士会での災害対策部門の組織化

災害対策部門の組織化は、「災害発災前から組織している」が 69.2%、「災害発災後に組織した」が 23.1%、「現状組織していないが、今後三団体または各士会で組織化を計画している」が 7.7%であった（図 4）。「災害発災前から組織している」または「災害発災後に組織した」と回答した 12 県のうち、三団体合同組織で組織している県は 2 県、POS の各士会で組織している県は 10 県であった。

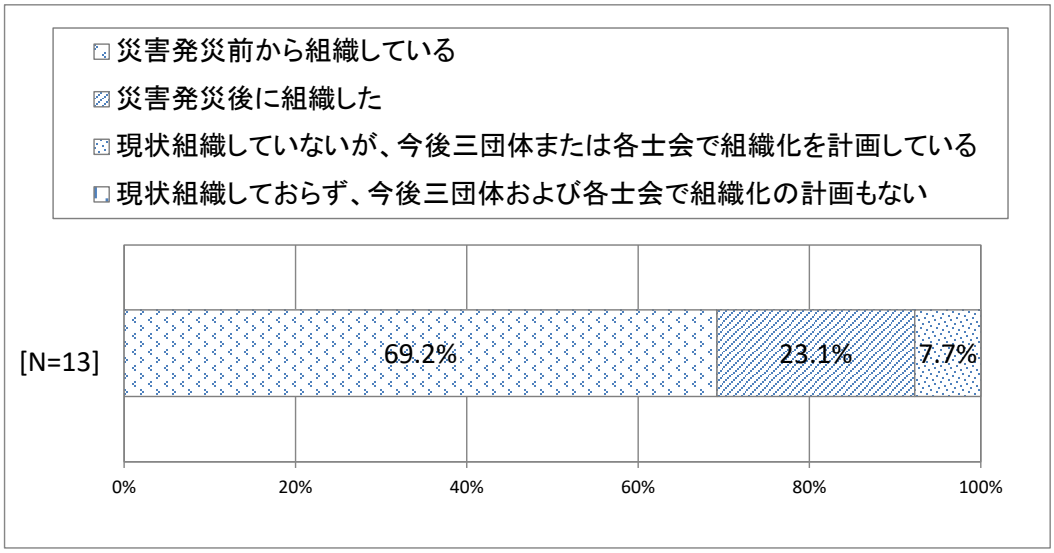



図 4 災害対策部門の組織化

### (3) POS の三団体／各士会で、行政との各種事業における平時からの連絡体制の有無

行政との各種事業における平時からの連絡体制は、「災害発災前から連絡体制を取っている」が 61.5%、「災害発災後に連絡体制を取るようになった」が 7.7%、「災害発災前も発災後も連絡体制を取っていない」が 30.8%であった（図 5）。「災害発災前から連絡体制を取っている」または「災害発災後に連絡体制を取るようになった」と回答した 9 県のうち、三団体合同組織で連絡を取っている県は 4 県、POS の各士会で連絡を取っている県は 5 県であった。

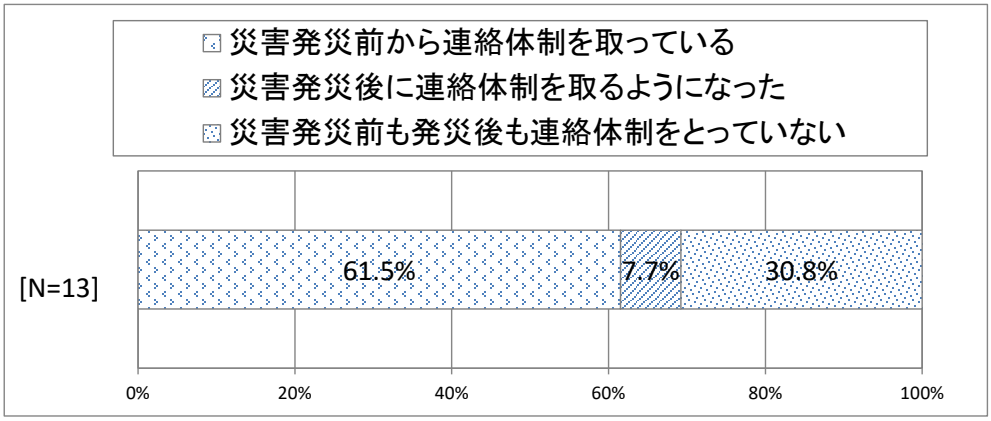



図 5 行政との各種事業における平時からの連絡体制の有無

### (4) POS の三団体／各士会で、行政と連携した災害支援対策

行政と連携した災害支援対策は、「特に取り組んでいない」「①～④以外の取組み」が最も多く 33.3%で、次いで「避難訓練を行っている」（22.2%）、「協定書を交わしている」「合同研修などを行っている」（11.1%）であった（図 6）。「①～④以外の取組み」として、「多関係職種の合同会議を年数回開催」「地域 JRAT の参加団体として県と協定を結ぶ」などの回答があった。（複数回答可）

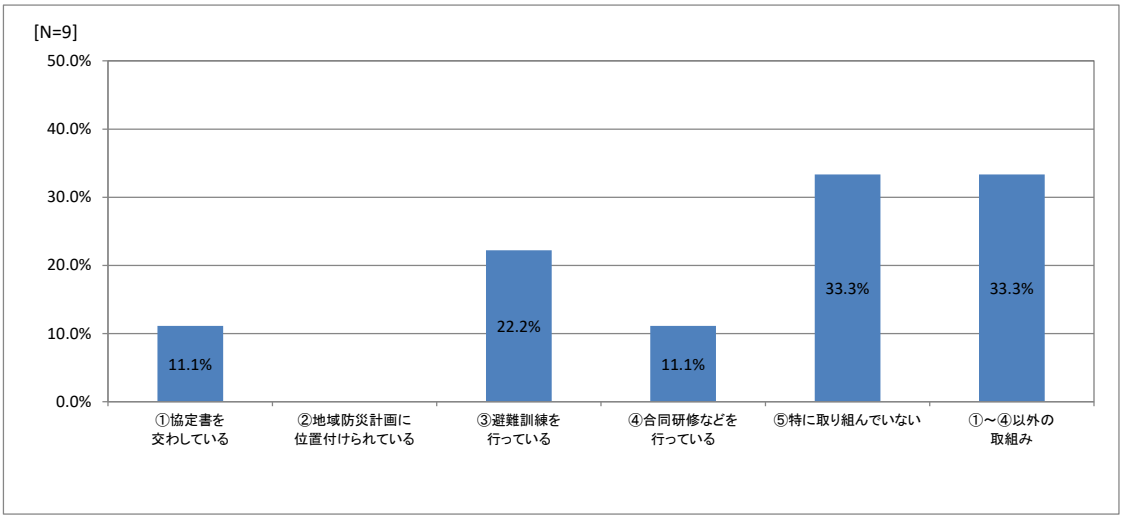



図 6 行政と連携した災害支援対策

### (5) POS の三団体／各士会で、行政依頼による地域リハビリテーション活動支援事業実施の有無

行政から依頼を受けて地域リハビリテーション活動支援事業を実施しているかについては、「災害発災前から実施している」が最も多く 61.5%、次いで「災害発災前も発災後も実施していない」が 23.1%、「災害発災後に実施を開始した」が 15.4%であった（図 7）。

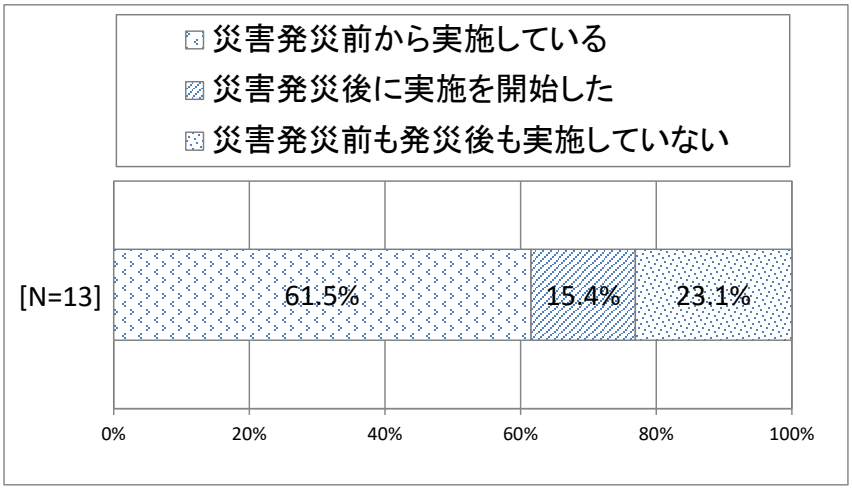



図 7 行政依頼による地域リハビリテーション活動支援事業実施の有無

### (6) POS の三団体／各士会で平時からの災害対策支援における都道府県医師会との連携

都道府県医師会との連携は、「災害発災前も発災後も連携していない」が 61.5%、「災害発災前から連携している」が 38.5%であった（図 8）。「災害発災前から連携している」（38.5%）の 5 県のうち、三団体合同組織で連携している県は 2 県、POS の各士会で連携している県は 3 県であった。「災害発災前から連携している」（38.5%）の 5 県による連携内容は、「その他」が最も多く 80.0%で、「研修会への参加」「医師会訪問による協力要請」「リハ医を通じての情報交換」などであった（図 9）。（複数回答可）

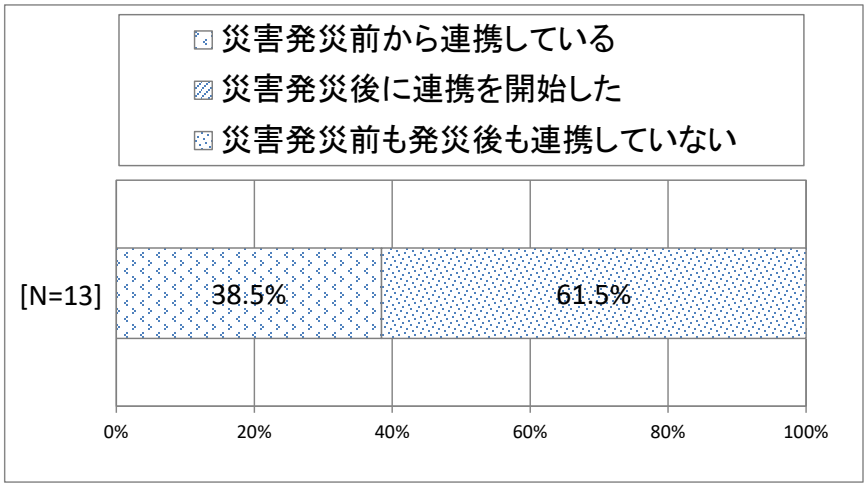



図 8 平時からの災害対策支援における都道府県医師会との連携

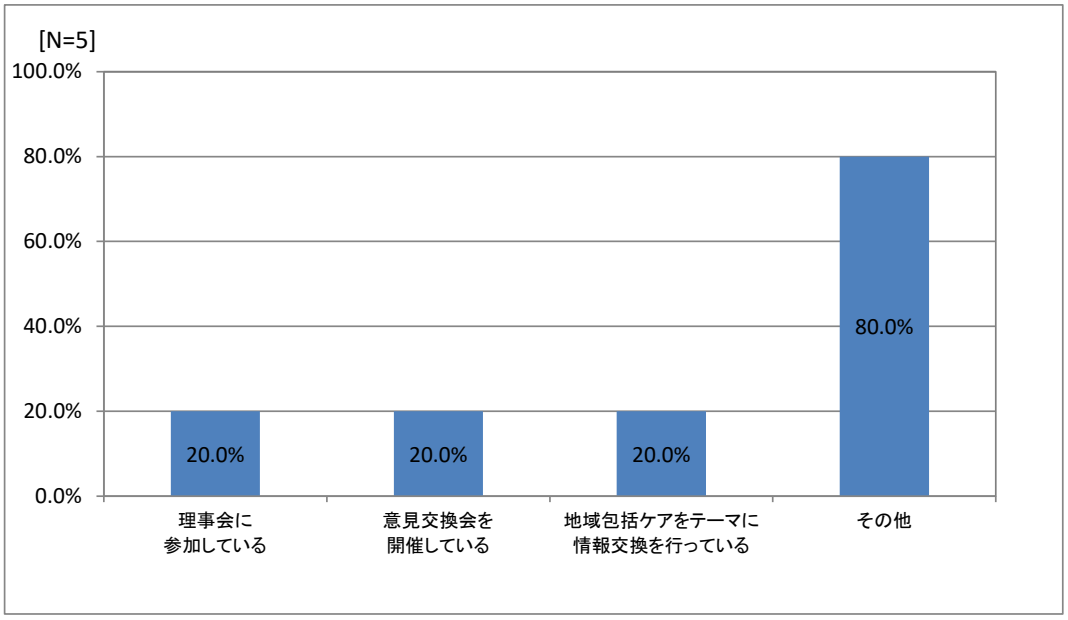



図 9 都道府県医師会との連携内容

### (7) POS の三団体／各士会で平時からの災害対策支援におけるリハビリテーション科専門医（以後、リハ医）の会（地方会含む）との連携

リハ医の会との連携は、「災害発災前も発災後も連携していない」が最も多く 84.6%、次いで「災害発災前から連携している」が 15.4%であった（図 10）。「災害発災前から連携している」と回答した 2 県は、POS 士会が各自でリハ医の会と連携している。

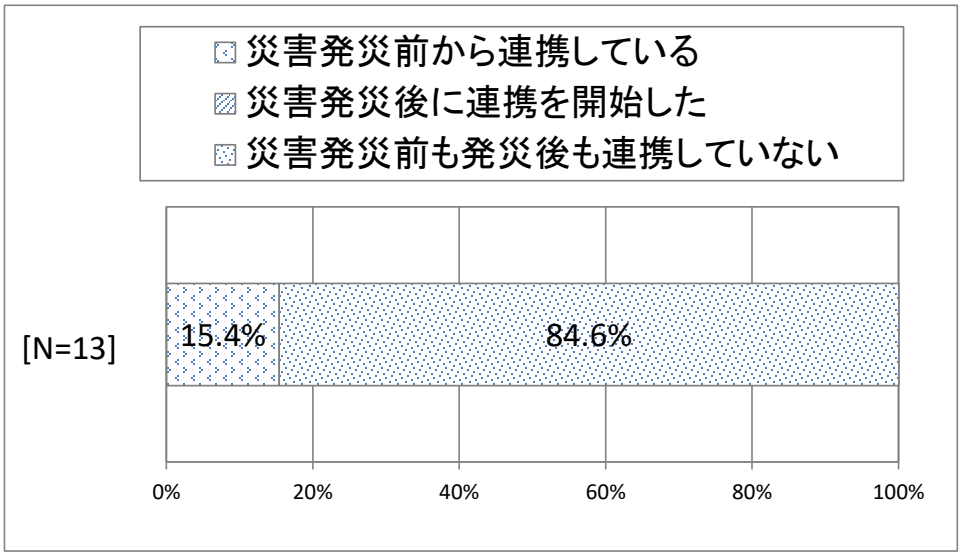



図 10 平時からの災害対策支援におけるリハビリテーション科専門医の会との連携

### (8) POS の三団体／各士会で平時からの災害対策支援における他職種団体との連携

他職種団体との連携は、「災害発災前も発災後も連携していない」が最も多く 53.8%、次いで「災害発災前から連携している」「災害発災後に連携を開始した」が 23.1%であった（図 11）。「災害発災前から連携している」「災害発災後に連携を開始した」と回答した 6 県のうち、三団体合同組織で連携している県は 2 県、POS 士会が各自で連携している県は 4 県であった。

他職種団体と連携した災害支援対策は、「合同研修等を行っている」が 50.0%、「①～④以外の取組み」が 33.3%、「避難訓練を行っている」が 16.7%であった（図 12）。

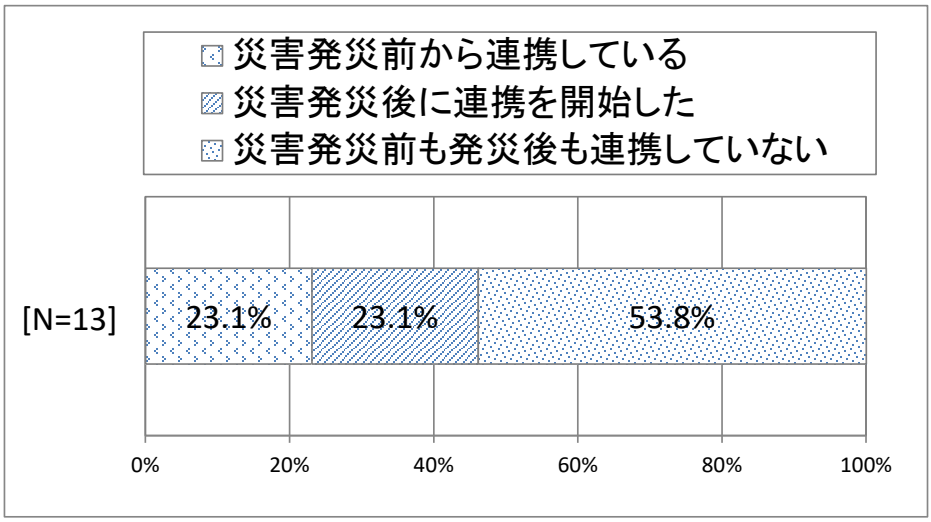



図 11 平時からの災害対策支援における他職種団体との連携

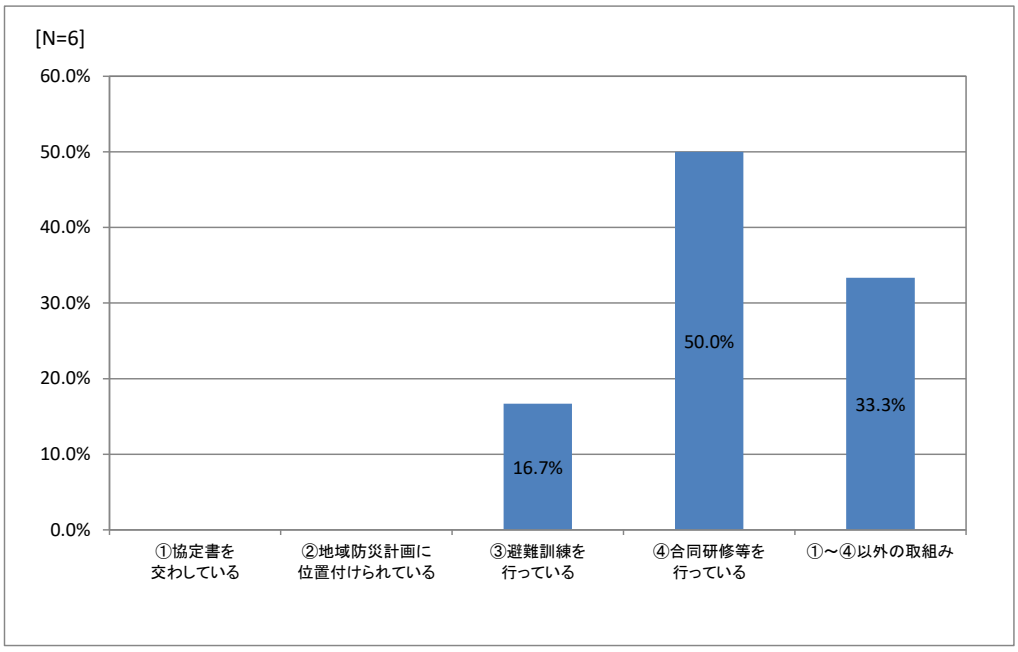



図 12 他職種団体との連携内容

### (9) 「地域医療介護総合確保基金」を活用した災害対策活動

「地域医療介護総合確保基金」を活用した災害対策活動は、「災害発災前・発災後も活用していない」が 61.5%、「災害発災前から活用している」「『地域医療介護総合確保基金』を知らない」が 15.4%、「災害発災後に活用するようになった」が 7.7%であった（図 13）。「災害発災前から活用している」または「災害発災後に活用するようになった」と回答した 3 県のうち、三団体合同組織で活用している県は 2 県、POS の各士会が各自で活用している県は 1 県であった。

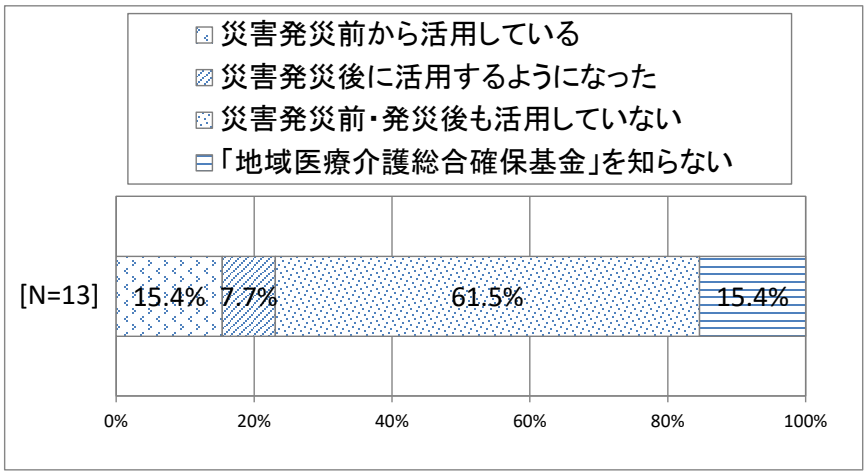



図 13 「地域医療介護総合確保基金」を活用した災害対策活動

### (10) 広域リハビリテーション支援センターの機能

広域リハビリテーション支援センターは機能していると思うかの問いについては、「発災前・発災後も機能していないと思う」が最も多く 53.8%、次いで「災害発災前から機能していると思う」「広域リハビリテーション支援センターを知らない」が 23.1%であった（図 14）。

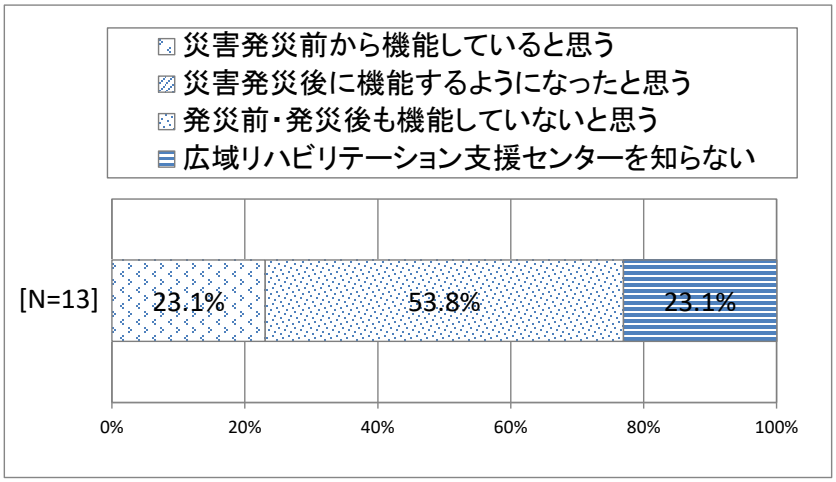



図 14 広域リハビリテーション支援センターの機能

### 3). 災害発災後の初動（72 時間）における行政・関連団体との関わりについて

#### (1) POS の三団体／各士会での組織的な支援活動

組織的な支援活動は、「POS の各士会が各自で行った」が最も多く 61.5%、次いで「特に行っていない」が 23.1%、「三団体合同組織（協議会・連絡会等）で行った」が 15.4%だった（図 15）。

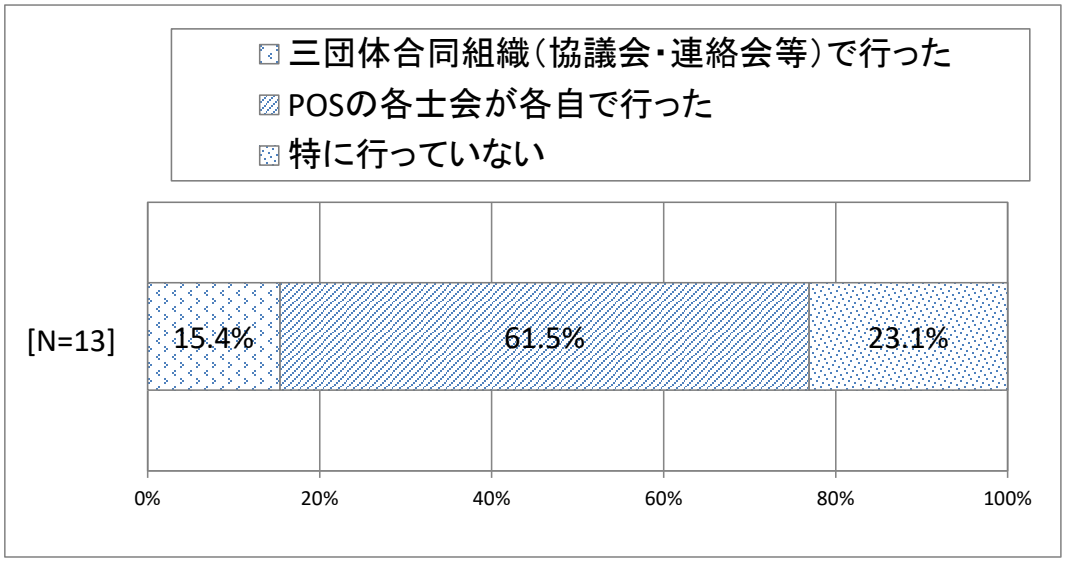



図 15 組織的な支援活動

活動内容は、「POS の各士会が各自で行った」「三団体合同組織（協議会・連絡会等）で行った」と回答した県の 7 割が「現地支援活動」を行い、半数が「支援の窓口業務（ロジスティック業務を含む）」を行っていた（図 16）。（複数回答可）

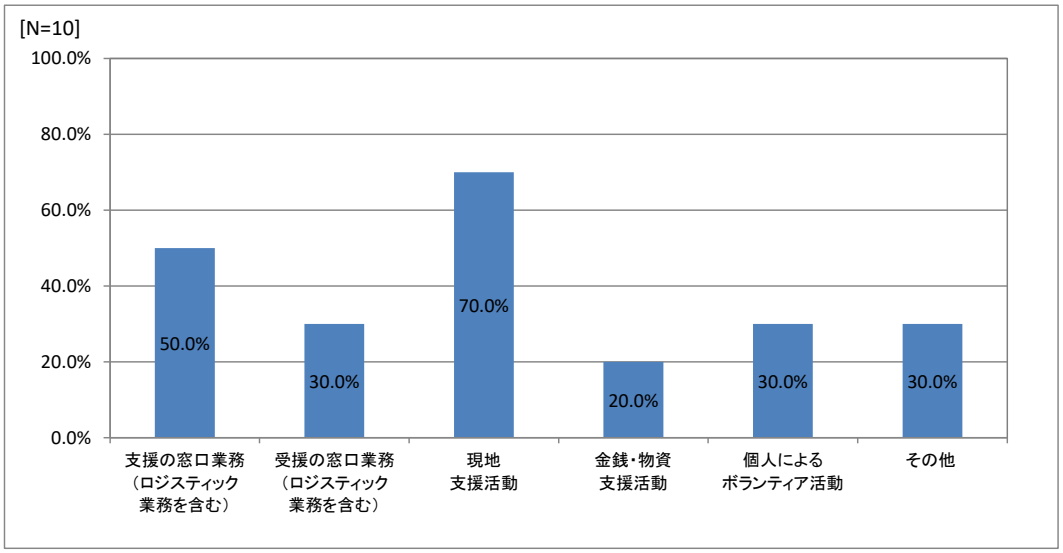



図 16 支援活動内容

### (2) POS の三団体／各士会と行政・医師会の連絡体制

行政・医師会の連絡体制は、「どちらの組織とも取れなかった/取らなかった」が最も多く 53.8%、次いで「両組織と連絡体制を取れた」が 30.8%、「行政と連絡体制を取れた」が 15.4%であった（図 17）。

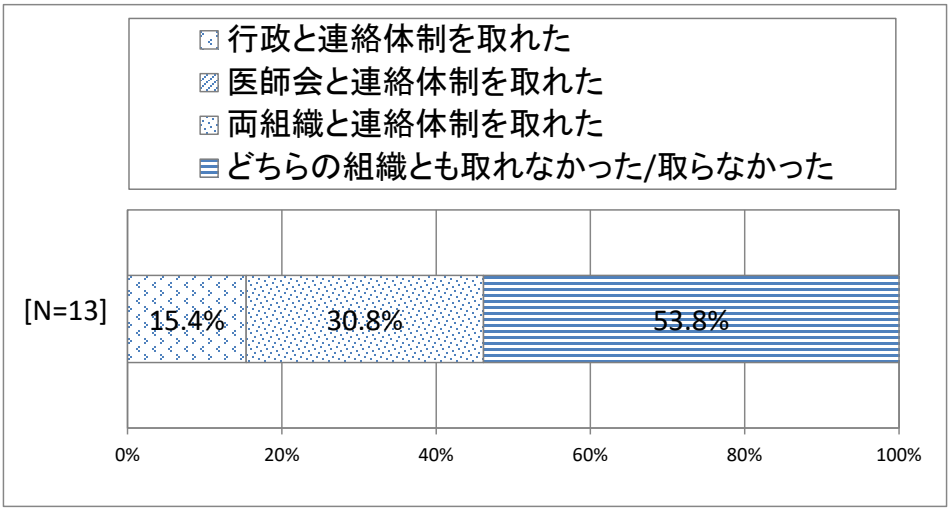



図 17 行政・医師会の連絡体制

### (3) POS の三団体／各士会への都道府県庁、医師会、保健所等から支援協力依頼の有無

都道府県庁、医師会、保健所等から支援協力依頼の有無は、「依頼があった」が 23.1%、「依頼はなかった」が 76.9%であった（図 18）。

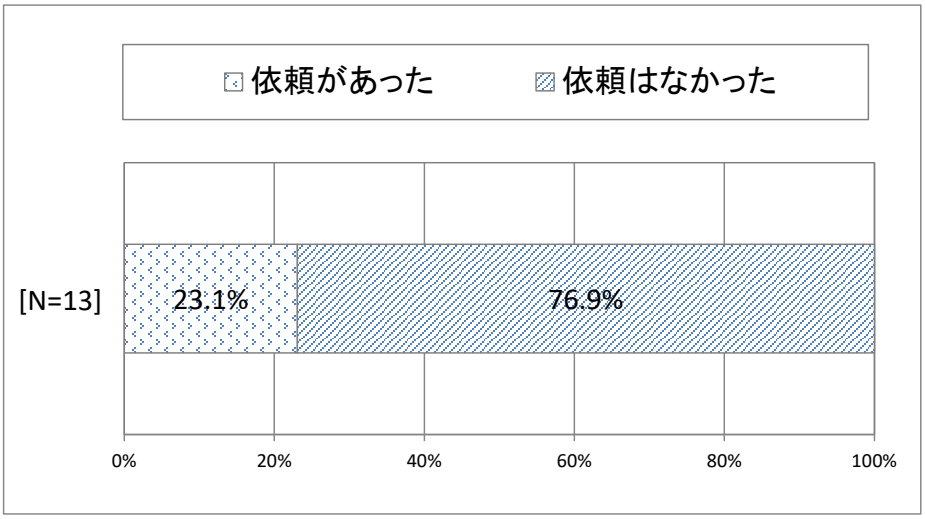



図 18 都道府県庁、医師会、保健所等から支援協力依頼の有無

### (4) 保健医療調整本部（都道府県庁内等）におけるリハ専門職の窓口

保健医療調整本部にリハ専門職の「窓口ができた」は 1 割、「窓口はできなかった」が 9 割を占めた（図 19）。

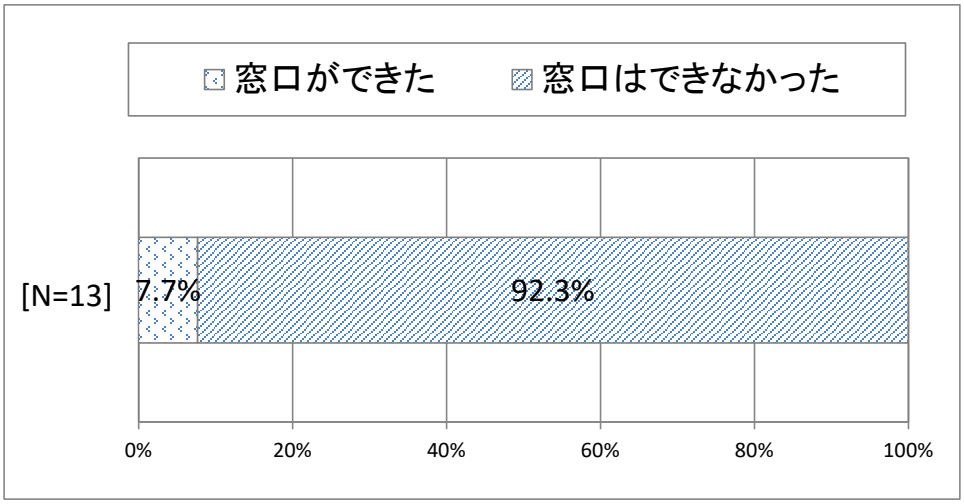



図 19 保健医療調整本部（都道府県庁内等）におけるリハ専門職の窓口

調整本部に窓口ができずに困ったこととして、「特にない」が最も多く 41.7%であった。次いで、「現地活動本部（保健所等）からの連絡や依頼」が 33.3%、「被災地からの連絡や依頼」が 25.0%であった（図 20）。（複数回答可）

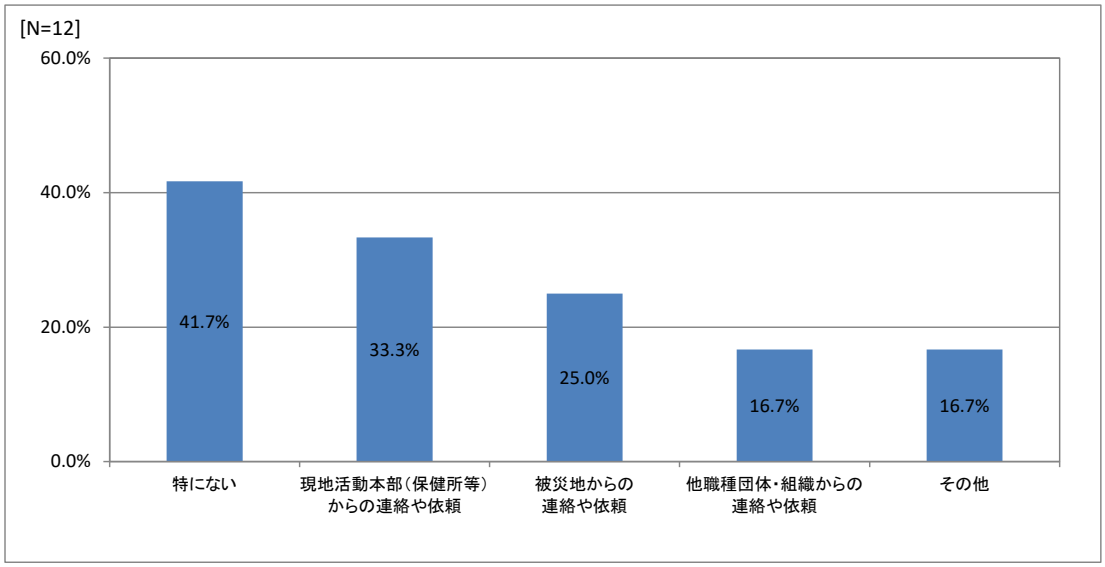



図 20 調整本部に窓口ができずに困ったこと

### (5) 現地活動本部（保健所、保健センター、市町村役場等）におけるリハ専門職の窓口

現地活動本部にリハ専門職の「窓口ができた」は 15.4%、「窓口はできなかった」が 84.6%を占めた（図 21）。

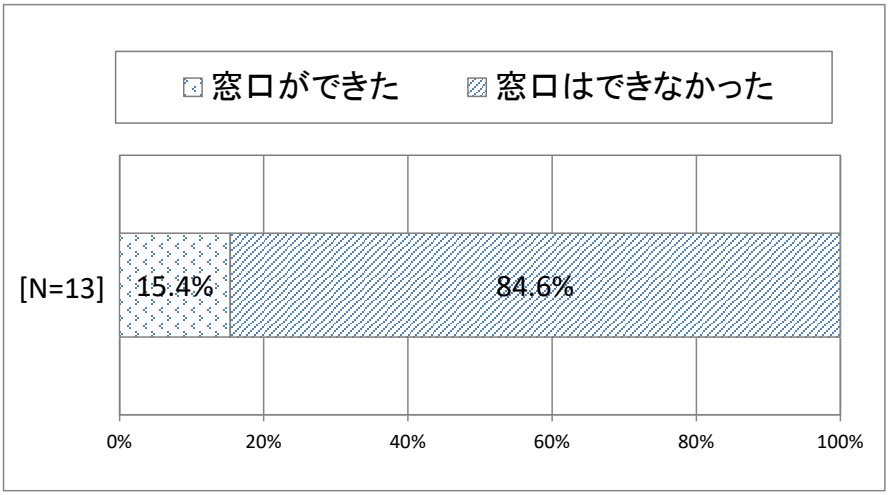



図 21 現地活動本部（保健所等）におけるリハ専門職の窓口

活動本部に窓口ができずに困ったこととして、「特にない」が最も多く 54.5%であった。次いで、「調整本部（都道府県庁等）からの連絡や依頼」が 27.3%であった（図 22）。（複数回答可）

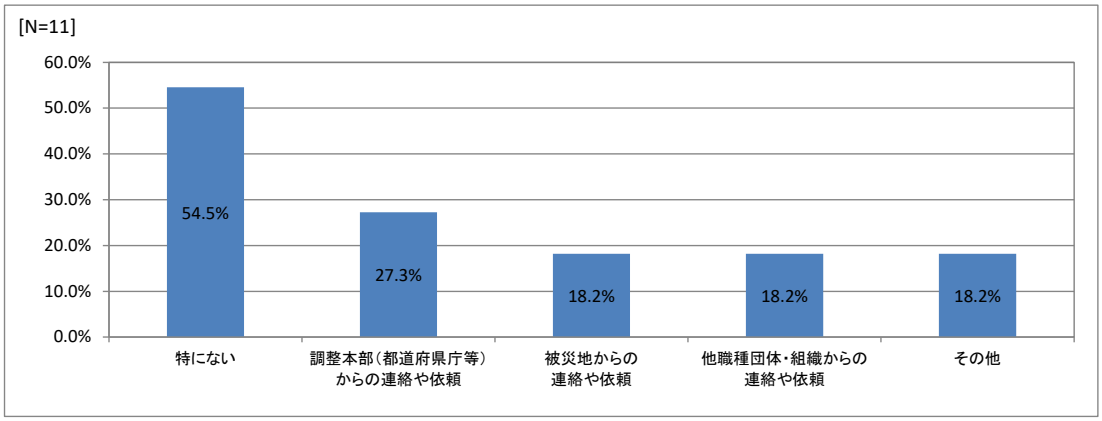



図 22 活動本部に窓口ができずに困ったこと

### 4). リハビリテーション専門職団体としての災害支援・受援対策に関する取組み（記述）

- 災害リハ委員会を設置し、人材育成等を進めている
- 県リハビリテーション専門職協議会を通じて地域 JRAT への支援を行っている
- JRAT に関しては、より組織的に動けるよう医師、POS 三団体と連携強化を図っていく
- 本部でのロジスティック対応を疑似体験できる REHUG（災害対策本部疑似体験ゲーム）を作成、普及啓発に努めている
- 災害医療に関する研修会を開催している
- 地域 JRAT、リハ専門職団体としての機能分化等について検討中
- 合同での災害対策研修会の実施
- 行政や医師会との調整及び地域 JRAT の支援（各士会でのセラピストの募集、調整活動等）を実施する
- 被災会員の安否確認
- 被災会員に対する協会規定に基づく会費免除や見舞い対応
- 災害時支援要員の養成：研修会(JIMTEF 医療研修含む)や演習の実施
- 行政主導の災害福祉広域支援ネットワークへの参画（協定締結目標）
- 行政主催の避難訓練へ参加
- 地域 JRAT の平時の活動参加
- JRAT 東京本部からの支援要請への対応

### 5). リハビリテーション専門職団体として災害支援・受援対策で困っていること（記述）

- 協力していただける会員また施設の理解を高めていくことが難しい
- 中心となって災害に取り組んでくれる士会員が少ない
- 各団体、リハ専門職団体、地域 JRAT それぞれに係る役割の整理が必要
- 災害に関わる継続的な行政との関わりが少ないが、その必要性があるかも分からない
- 医師会との連携がうまくいかない
- 地域防災計画の中に地域 JRAT が入っておらず、医師会傘下の活動であったため、JMAT 活動終了と同時に地域 JRAT 及び三団体活動の終了を強いられた
- 行政との協定締結
- JRAT と各協会の組織関係の解釈。JRAT の活動と、士会や三団体での活動のどちらを優先すべきなのか
- 協定を結んでいないので、災害派遣時の出動のタイミングや保険が不明瞭である

② 2016 年以降、激甚災害の指定を受けた 18 道府県を除く 29 都県（以後、県）の結果

1). POS の三団体での協議会・連絡会について

POS 士会での協議会・連絡会等の組織化は、「組織している」が 85.2%で、「組織していない」が 14.8%であった（図 23）。「組織している」と回答した 23 県のうち、8 割が任意団体であった。組織年は、2016 年が 9 県、2017 年が 5 県、2015 年が 4 県、2013 年と 2010 年が 1 県であった。なお、組織化されていない 4 県のうち、「設立を検討している」が 3 県、「設立予定はない」が 1 県であった（図 24）。

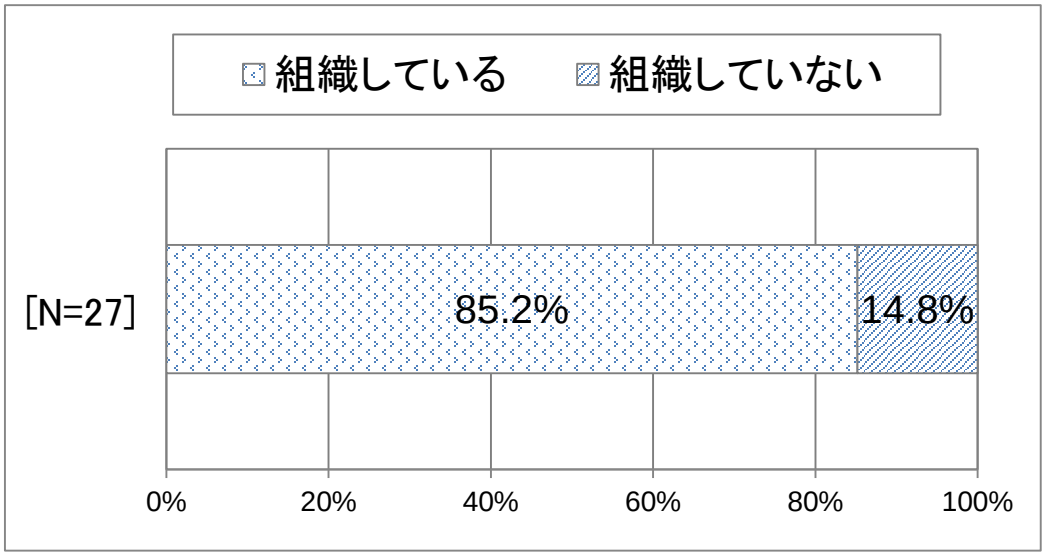



図 23　POS 士会での協議会・連絡会等の組織化

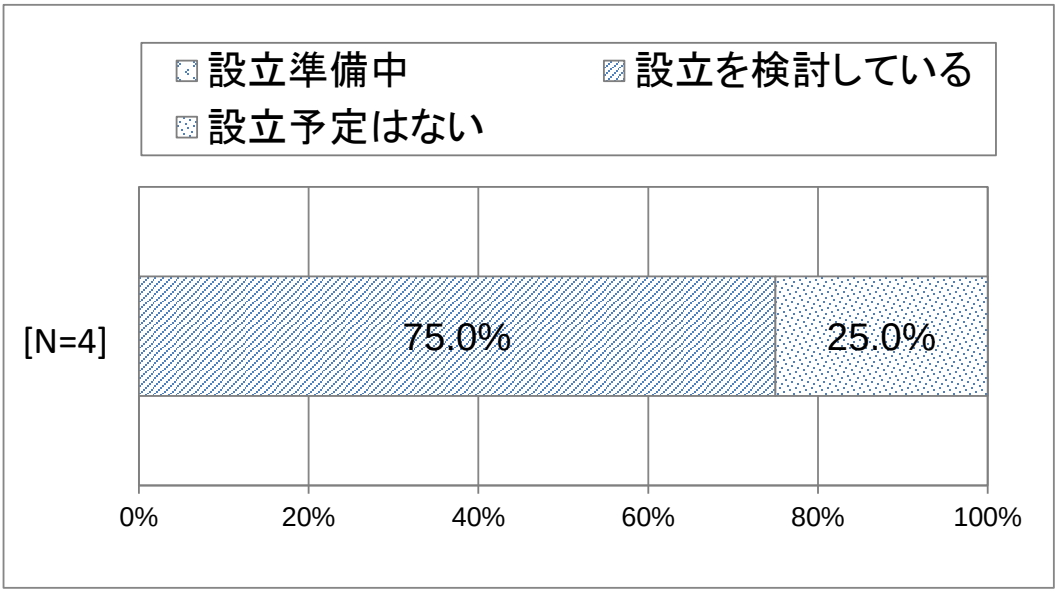



図 24　組織化の予定（組織していない県のみ）

### 2). 平時からの取組について

#### (1) POS の三団体で災害対策に関する合同研修会の開催

POS 三団体での災害対策に関する合同研修会の開催は、「開催していない」が 63.0%、「開催している」が 37.0%であった（図 25）。

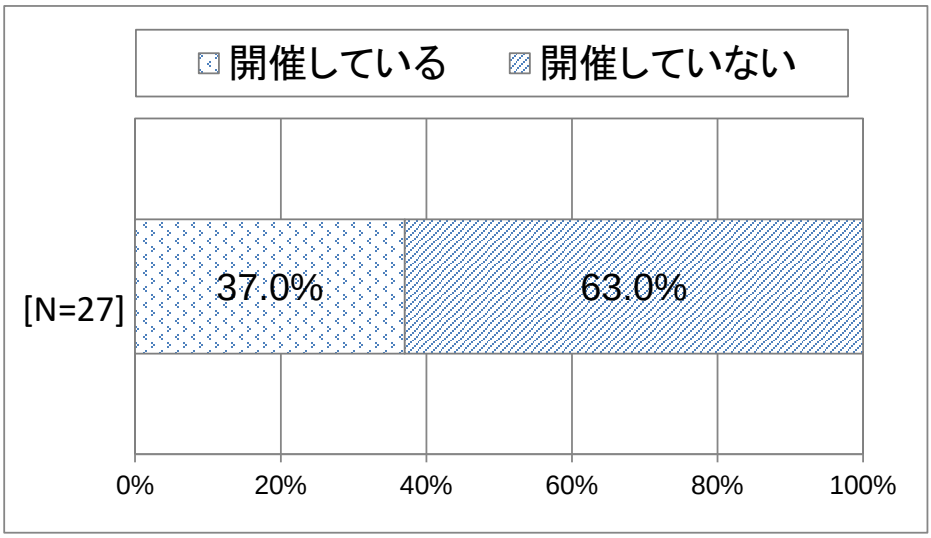



図 25 災害対策に関する合同研修会の開催

#### (2) POS の三団体／各士会での災害対策部門の組織化

災害対策部門の組織化は、「組織している」が 63.0%、「現状組織していないが、今後三団体または各士会で組織化を計画している」が 22.2%、「現状組織しておらず、今後三団体および各士会で組織化の計画もない」が 14.8%であった（図 26）。「組織している」と回答した 17 県のうち、三団体の合同組織で組織している県は 4 県、POS の各士会で組織化している県は 13 県であった。

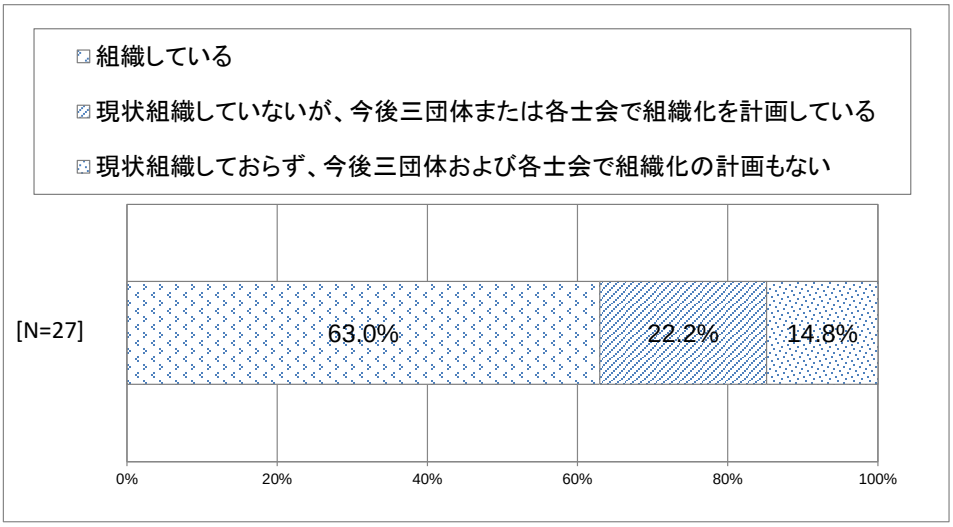



図 26 災害対策部門の組織化

### (3) POS の三団体／各士会で、行政との各種事業における平時からの連絡体制の有無

行政との各種事業における平時からの連絡体制は、「連絡体制を取っている」が 66.7%、「連絡体制を取っていない」が 33.3%であった（図 27）。「連絡体制を取っている」と回答した 18 県のうち、三団体合同組織で連絡を取っている県は 10 県、POS の各士会で連絡を取っている県は 8 県であった。

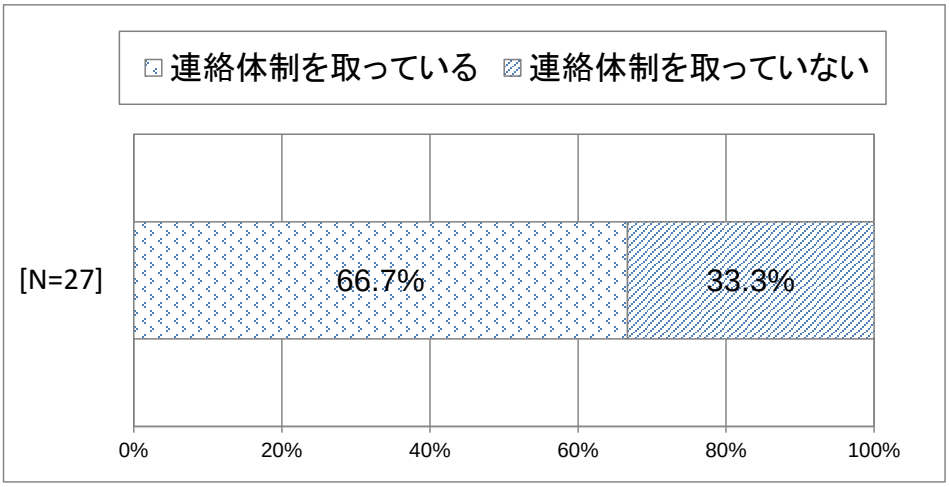



図 27 行政との各種事業における平時からの連絡体制の有無

### (4) POS の三団体／各士会で、行政と連携した災害支援対策

行政と連携した災害支援対策は、「特に取り組んでいない」が最も多く、68.4%で、次いで「合同研修などを行っている」（21.1%）、「協定書を交わしている」（10.5%）、「避難訓練を行っている」（10.5%）であった（図 28）。（複数回答可）

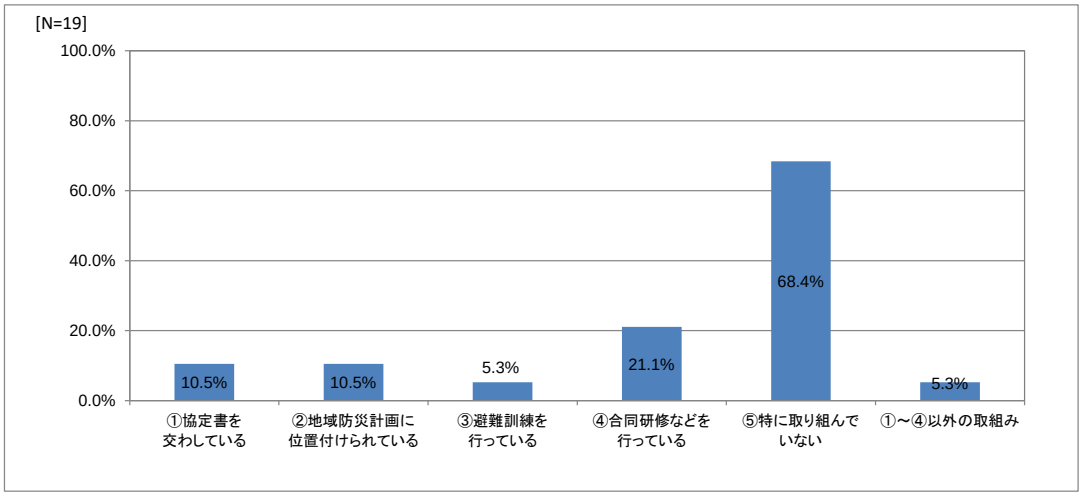



図 28 行政と連携した災害支援対策

### (5) POS の三団体／各士会で、行政依頼による地域リハビリテーション活動支援事業実施の有無

行政から依頼を受けて地域リハビリテーション活動支援事業を実施しているかについては、「実施している」が 85.2%、「実施していない」が 14.8%であった（図 29）。

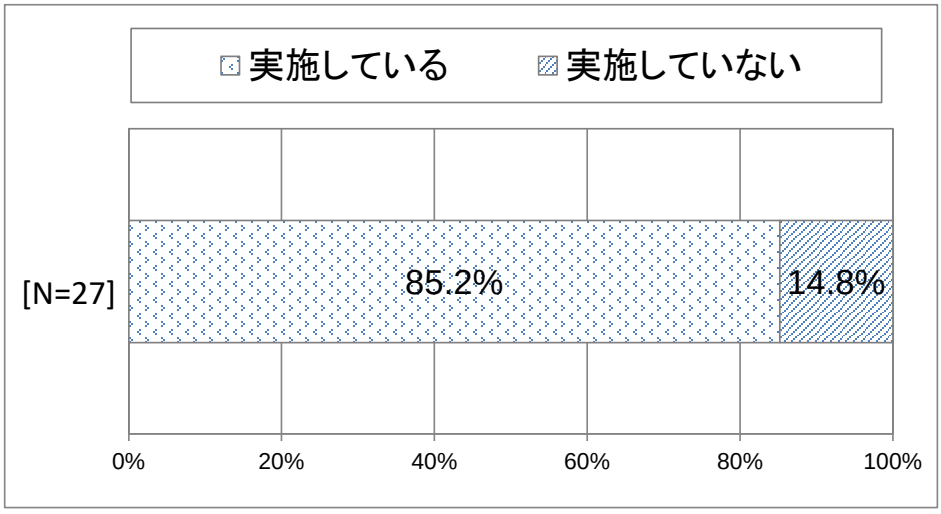



図 29 行政依頼による地域リハビリテーション活動支援事業実施の有無

### (6) POS の三団体／各士会で平時からの災害対策支援における都道府県医師会との連携

都道府県医師会との連携は、「連携していない」が 70.4%、「連携している」が 29.6%であった（図 30）。「連携している」（29.6%）の 8 県のうち、三団体合同組織で連携している県は 3 県、POS の各士会で連携している県は 5 県であった。「連携している」(29.6%)の 8 県による連携内容は、「その他」が最も多く 75.0%で、「医師会主催の災害救援に関する打ち合わせ会」「事業への名義後援協力」「研修会等での連携」などであった。（複数回答可）

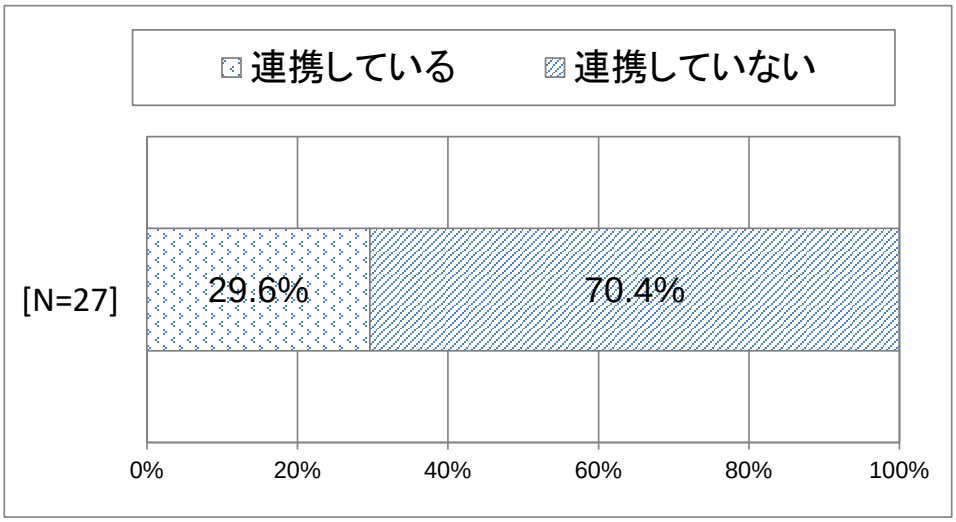



図 30 平時からの災害対策支援における都道府県医師会との連携

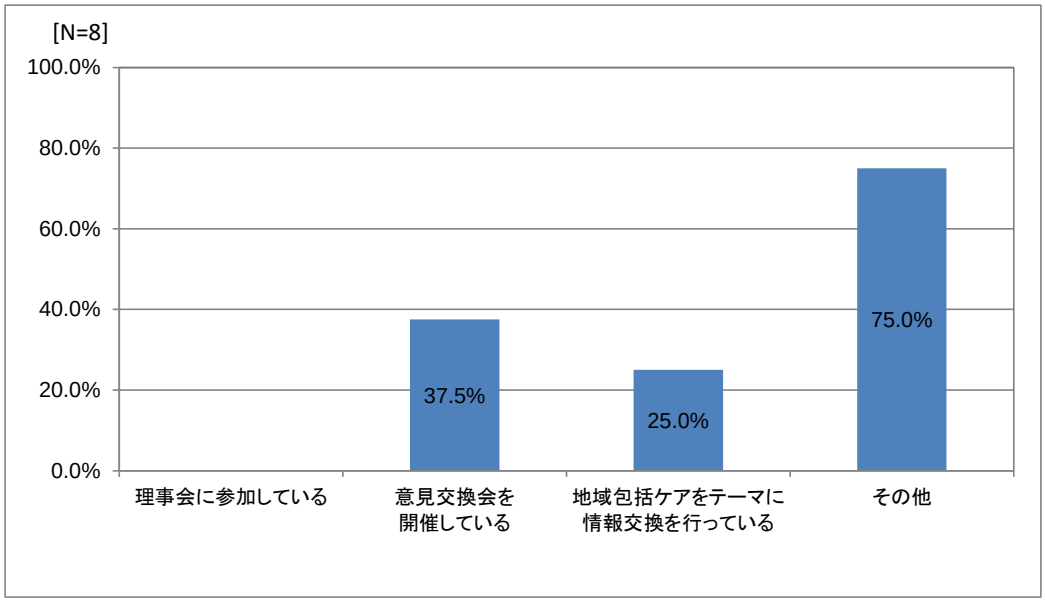



図 31 都道府県医師会との連携内容

### (7) POS の三団体／各士会で平時からの災害対策支援におけるリハビリテーション科専門医の会（地方会含む）との連携

リハ医の会との連携は、「連携していない」が 63.0%、「連携している」が 37.0%であった（図 32）。「連携している」と回答した 10 県のうち、三団体合同組織で連携している県は 4 県、POS の各士会で連携している県は 6 県であった。

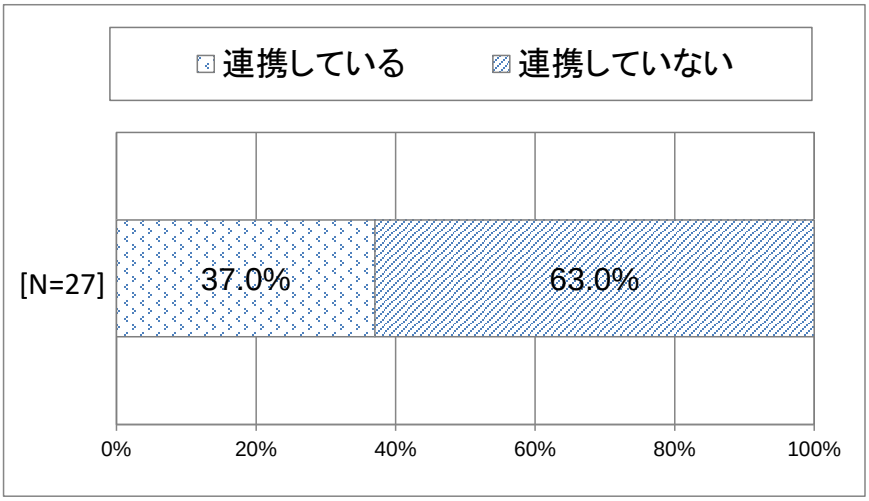



図 32 平時からの災害対策支援におけるリハビリテーション科専門医の会との連携

### (8) POS の三団体／各士会で平時からの災害対策支援における他職種団体との連携

他職種団体との連携は、「連携していない」が 66.7%、「連携している」が 33.3%であった（図 33）。「連携している」と回答した 9 県のうち、三団体合同組織で連携しているのは 3 県、POS 士会が各自で連携しているのは 6 県であった。「連携している」と回答した 9 県のうち、三団体の他職種団体と連携した災害支援対策は、「①～④以外の取組み」が 44.4%、「合同研修等を行っている」が 33.3%であった（図 34）。（複数回答可）

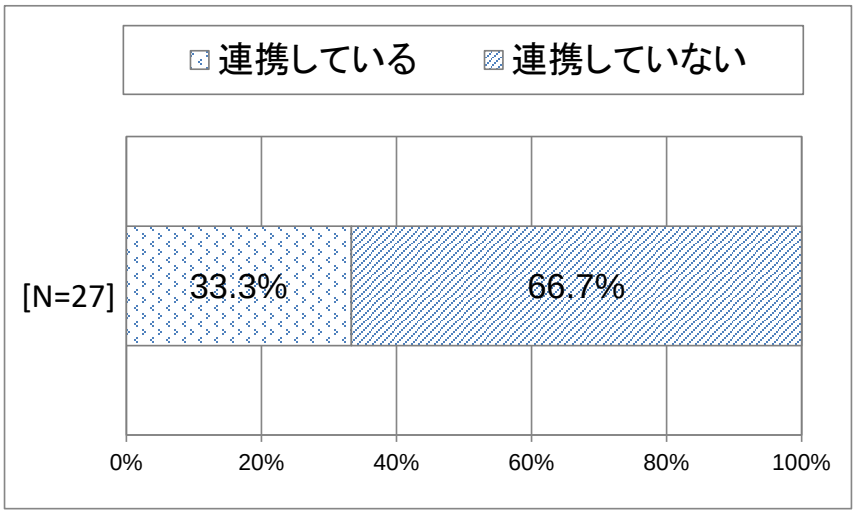



図 33 平時からの災害対策支援における他職種団体との連携

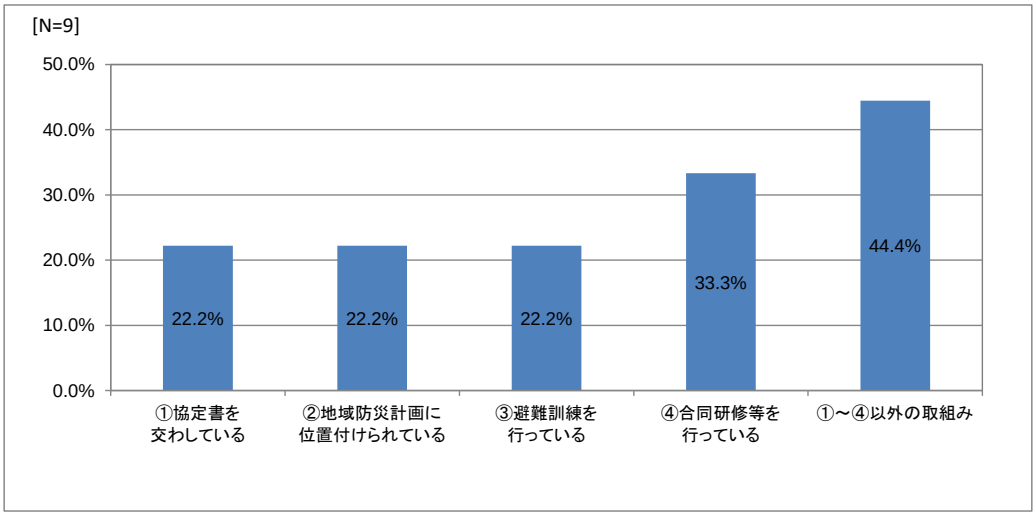



図 34 他職種団体との連携内容

### (9) 「地域医療介護総合確保基金」を活用した災害対策活動

「地域医療介護総合確保基金」を活用した災害対策活動は、「活用していない」が 81.5%、「活用している」が 11.1%、 「『地域医療介護総合確保基金』を知らない」が 7.4%であった（図 35）。

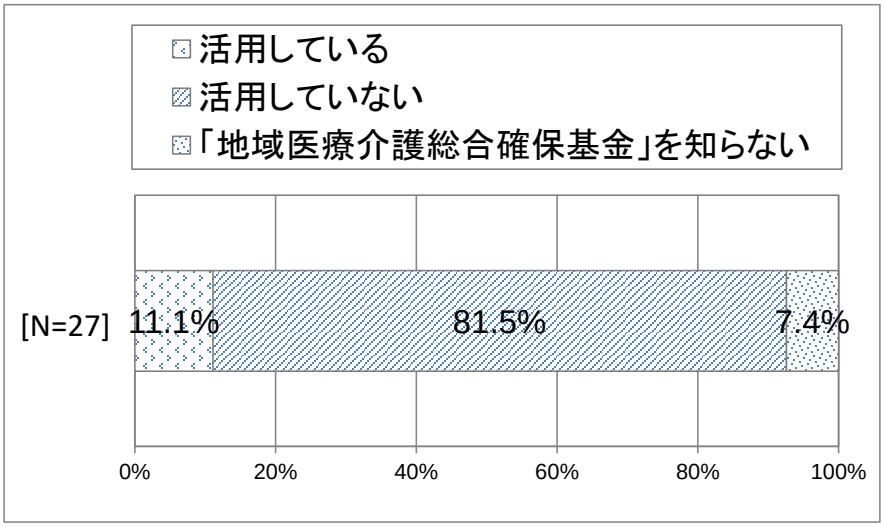



図 35 「地域医療介護総合確保基金」を活用した災害対策活動

### (10) 広域リハビリテーション支援センターの機能

広域リハビリテーション支援センターは機能していると思うかの問いについては、「機能していないと思う」が最も多く 51.9%、次いで「機能していると思う」が 37.0%、「広域リハビリテーション支援センターを知らない」が 11.1%であった（図 36）。

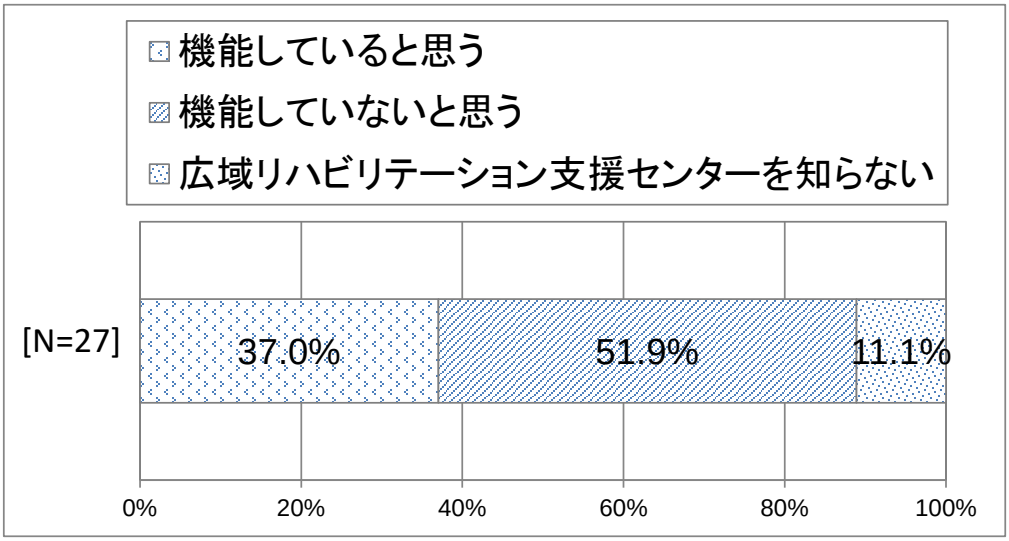



図 36 広域リハビリテーション支援センターの機能

### 3). リハビリテーション専門職団体としての災害支援・受援対策に関する取組み（記述）

- リハ医の会、PT 士会、OT 士会、ST 士会の選出者で構成される（仮称）地域 JRAT 事務局が中心となり、地域 JRAT の組織化に向けた調整や災害支援に関する取り組みをしている
- リハ医学会のリハ医の協力により県医師会の JMAT の下部組織として、地域 JRAT の活動の組織化を準備中である（リハ医学会、POS、ケアマネジャーの 5 組織）
- 地域 JRAT にリハビリテーションネットワーク(NPO 法人､PT･OT･ST が参画)､県 PT,OT、ST 士会の 4 団体の会長に加え、医師会や介護支援専門員協会などの代表者が世話人として参画し、災害支援や研修など企画運営などにあたっている
- 県理学療法士会主催（JRAT 後援）による研修会の開催
- JRAT 事業への協力
- 県防災訓練への参加、講演会の開催、研修会の開催
- JRAT として熊本及び広島の災害時に活動を行った
- 県リハビリテーション研究会において災害をテーマに各 3 士会より発表を行った
- 県社会福祉課主導で災害派遣福祉チームが結成され、研修会やスキルアップ研修会が開催されている。また各所属施設毎に県と協定書が交わされ、有事の際には活動できる体制が構築されている
- リハ医が主導となり JRAT を立ち上げており、災害時ならびに平時のあり方について協議を行っている。いずれも各士会単位で活動している
- 県に向けての働きかけ（協定書）
- ボランティア登録
- 県内各施設に向けた協力要請・意向調査
- JRAT 地域支部との定期的な合同会議
- POS の各士会と共に県と災害時協力に関する協定を結び、災害対策本部や避難所アセス等の合同訓練に参加している。具体的には災害時リハ圏域リーダーとして 17 名のセラピストが委嘱され、災害時のリハ資源のコーディネートを担当することになっている
- 県では現在、3 士会で県と災害協定を結んでいるが、三団体協議会立ち上げ時には言語聴覚士会のみが未契約だったため、地域包括ケア等に係る人材派遣などが主業務として発足した。災害支援は、県の災害対策委員会の大きな枠の中で災害時リハビリテーション協議会があり、各士会ともその協議会の中で活動している状況。県からの災害研修案内等も各士会の担当者へ連絡が行くシステムとなっている
- POS の各士会が災害担当部署または担当者を設置し、それぞれ研修等の事業を実施しており、発災時には状況に応じて被災地支援を行っている。POS の三団体協働での研修会も年 2 回程度実施しており、今後も協力体制を維持・強化していく。行政との関係については、知事の交代後、連携関係が弱化しており、今後の見通しも不透明である。現在、JRAT の組織強化（組織化はされているが独自の事業運営はされていない）に向

けてリハ医の会と情報交換しており、他職種と連携しつつ、災害支援・受援対策基盤の強化を進めていく

- それぞれのリハ専門職団体による県 JRAT を通した取り組みが中心である
- 会員向けの研修会の実施
- 役員の専門研修会への参加
- 現在各県士会ではそれぞれの取り組みがなされているが、POS の三団体で構成される当会では窓口機能として運営されており、組織だった取り組みは行えていない
- 三団体で合同研修会を予定している。その研修会をもとに三団体の災害支援システムを構築していく予定
- 現状は各士会での活動が主であるが、今後は広域リハセンターと相談し、組織化していく予定である
- 必要性は感じているが取り組みは出来ていない
- リハビリテーション・ケア合同研究大会米子 2018 に参加した。岡山県、広島県、愛媛県での災害支援・受援対策を聴講し、直ぐにでも動き出すことの必要性を強く感じた。県地域リハ支援センター（センター長=POS 会長）、JRAT（委員長=リハ医=PT 士会顧問）、県健康福祉部、関係諸団体と連携して、早急に体制を整える準備を進めている
- OT 士会の取組として会員の安否確認システムの定期的な試験運用、被災地県士会との情報交換。PT 士会の取組として災害対策キャラバン（普及促進・行政との協働）、研修会、災害時の情報共有・収集・支援検討（JRAT）

**4). リハビリテーション専門職団体として災害支援・受援対策で困っていること（記述）**

- 災害支援の際の活動費用と、活動スタッフの身分保障について
- 県の認識を高め災害時支援の構成団体として参画する方法
- 有事の際に、災害リハを簡単に明確に住民や関係団体に理解してもらえるツールが欲しい
- マニュアルの整備
- 部員が集まらない
- 費用がない
- 様々な組織の中にリハ専門職団体が参画しているものの、多職種協働まで至っていない印象。人材育成のあり方も含めて指針があると良いのではないか
- 地域包括ケア推進等に集中し、災害支援・受援対策まで手が回っていない。また、意識が低い
- 県の認識不足（協定書締結も含め）
- 南海トラフ地震を見据え、県は受援体制の強化を中心として整備している。JRAT の受け入れ方法等が今後整備されていくと思う。一方、支援は医療救護班の中に組み込まれているため JRAT とは別の指示系統で活動する事となる。そのため現地支援を行う JRAT への参加も殆どない状況である

- 首都直下型地震等の大規模災害が発生した際には、東京都のみならず埼玉県や神奈川県、千葉県等近隣各県にも甚大な被害が及ぶと考えられ、様々な機能が麻痺すると予想される。関東近郊に多様な機能が集中する中、被害が広範囲に及んだ際の人的・物的支援の体制やタイミング、それらを含めた情報管理等について、イニシアチブをとっていくのが「どこ」の「だれ」なのかが不明瞭であることが課題であると感じている
- 行政との連携が進まない
- 会員の関心がないこと
- 動き出したところで問題はたくさんあると思われる。リーダーシップをとる医師の存在がいない
- 他職種や他団体との連携方法
- まだ課題も浮き彫りになっていない状況である
- リハ医の会と医師会の連携体制
- 任意団体であること、活動した場合の各人の保障整備がなされていない
- OT 士会の課題として、災害対策への予算確保、災害に対する会員の危機意識が低い PT 士会の課題として、行政との積極的な連携、多職種との組織間連携と情報共有、発災時における会員の安全確認

## 第 4 節　ヒアリング調査

第 3 節アンケート調査に続き、2016 年以降、激甚災害の指定を受けた 18 道府県（北海道、岩手県、秋田県、新潟県、長野県、三重県、京都府、大阪府、奈良県、和歌山県、岡山県、広島県、愛媛県、福岡県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県。以後、県）に、さらなるヒアリング調査を実施した。
※下記項目は、調査票の設問番号に対応している

各県における三団体協議会の設立については、災害支援、介護予防事業などの介入は三士会で協力したほうが良いと考えている県や、災害対策のみを目的とした協議会の設立は予定にない県など、その是非などについて統一された見解には至っていない。

### （2-1）発災前から POS 三団体で災害対策に関する合同研修会を開催している

POS 三団体で 2016 年に設立した一般社団法人として地域医療介護総合確保基金を受託し、地域リハビリテーション指導者養成事業を展開し、その一環として地域 JRAT と共に、災害リハビリテーション研修を年 1 回で実施することとした県では、その利点として「災害リハビリテーションにおいても、日頃から地域とのかかわりを持つことの重要性、チームでの共通認識など、具体的な活動報告から実感し、地域と連携を構築できる活動やリハビリ専門職は何ができるのかを自ら発信していく必要性を感じる」とし、その欠点として「基金による研修会のために受講対象者が、他の基金研修会同様に市町村の窓口になっているセラピストに限定されているため、広く三団体の会員の受講に至っていない」としている。

また、熊本地震以後、一度 PT 士会主催で三士会員対象に実施した県では、その利点として「災害に対する共通認識が得られる」としている。

＜利点＞
- 災害リハビリテーションにおいても、日頃から地域とのかかわりを持つことの重要性、チームでの共通認識など、具体的な活動報告から実感し、地域と連携を構築できる活動やリハビリ専門職は何ができるのかを自ら発信していく必要性を感じる
- 災害に対する共通認識が得られる

＜欠点＞
- 基金による研修会のため、受講対象者が他の基金研修会同様に市町村の窓口になっているセラピストに限定されているため、広く POS の会員の受講に至っていない

### （2-2）三団体合同組織で災害対策の組織を形成している

地域 JRAT として、POS 以外の職種（医師、看護師、義肢装具士、ケアマネジャー）も含めた組織があり、POS 各士会は協賛団体となっている県では、その利点として「各職種の視点から必要な支援、提供できる対策を共同で検討、実施できる」、その欠点として「運営のための費用捻出が明確になっておらず三団体の一部に偏る傾向にある」としている。

＜利点＞
- 各職種の視点から必要な支援、提供できる対策を共同で検討、実施できる

＜欠点＞
- 運営のための費用捻出が明確になっておらず、三団体の一部に偏る傾向にある

### （2-2-3）三団体で協議会を組織しているが、災害対策部門を組織しておらず、今後組織化を計画している

地域 JRAT として、県リハビリテーション支援センター（会長）、広域支援センター、県理学療法士協会（副会長）、県作業療法協会、県言語聴覚士協会、県介護支援専門員協会という構成で組織化され、2017 年、県とも提携契約を結び、2018 年の災害時にも、地域 JRAT を通じて職能団体が動く形となっていることから、災害対策については、三団体の協議会として組織化する事は、現段階では考えていないが、支援活動を早く行いたくても JMAT、JRAT 本部、地域 JRAT の動きに応じなくてはならないのでジレンマは感じている県がある。

### （2-3）POS の三団体または各士会で、各種事業で行政と平時から連絡体制を取っている

#### ①POS 三団体として、各種事業において行政と平時から連絡体制を取っている

ある県では、以前から県医療保健福祉団体協議会が設置されており、研修等の事業を共同で行ってきた経緯に加えて、県健康福祉部長寿社会局認知症対策地域ケア推進課の委託契約をうけ県地域リハ支援センターが設置されている。地域リハ支援協議会（事務局：医師会）として、各圏域の地域リハ広域支援センターへの技術的支援を行っている。平成 27 年地域医療介護総合確保基金をもとに回復期リハ病棟従事者に対するスキルアップ研修会を開催するにあたり、POS 三団体で協議会を組織し、3 年にわたり計 6 回開催したが、毎回県との調整を行うほか、行政での立場から講演いただいた回もある。現在は自立応援プロジェクト人材育成研修会を企画運営しているが、これは地域リハ支援協議会で受託し、三団体協議会が実務を担当する形として、自立支援型の地域ケア会議企画開催、マニュアル作成等を県担当者と連携しながら進めている。また、県の「地域ケア会議アドバイザー派遣事業」（平成 29 年度～）および市の「早期自立・重度化防止に向けたモデル事業」（平成 30 年度～）も三団体協議会と行政の連携という形をとっている。その利点として「行政の方向性に沿った取組ができている」、欠点として、「一部の担当者に負担がかかる」「県の事業としての申請及び予算額の決定に時間的制約があり、年度後半の限られた期間の対応と

なる」「医師会が絡むことで、企画運営の多くの部分で煩雑化する」としている。

一方、2012 年に POS 三団体で協議会を立ち上げ、三士会合同訪問リハ実務者研修会の開催を進める中で、地域医療介護総合確保基金について県の当該部署との情報交換を行っていたところ、2015 年度の基金事業を受託できることになった県がある。当該県は、任意団体である協議会で契約を行うことができたが、翌年からの契約には法人格が必要とのことで、急遽、2016 年に任意団体を改組する形で一般社団法人を設立し、改めて基金事業を受託、地域リハ指導者養成事業を開始し現在に繋がった。その利点として「地域包括ケアシステム確立に向け、日頃から地域とのかかわりを持つことの重要性、チームでの共通認識など、具体的な活動報告から実感し、地域と連携を構築できる活動やリハ専門職は何ができるのかを改めて認識できる」、その欠点として「各団体内の事業だけでも多岐にわたる中、三団体の連携には限界があり、担当役員の負担が大きくなっていること、事務処理等が規模の大きい PT 士会に偏る傾向がある」としている。

三団体を通じて県保健福祉部へ地域 JRAT 活動を啓蒙し、現在医師会を窓口として県と地域 JRAT が活動しやすい体制となりつつある県では、その利点として「地域 JRAT が県や医師会の中で認知されたことで事業活動や予算等に幅が広がった」としている。

＜利点＞
- 行政の方向性に沿った取り組みができている
- 地域包括ケアシステム確立に向けて、日頃から地域とのかかわりを持つことの重要性、チームでの共通認識など、具体的な活動報告から実感し、地域と連携を構築できる活動やリハ専門職は何ができるのかを改めて認識できる
- 地域 JRAT が県や医師会の中で認知されたことで事業活動や予算等に幅が広がった

＜欠点＞
- 県の事業としての申請及び予算額の決定に時間的制約があり、年度後半の限られた期間の対応となる。医師会が絡むことで、企画運営の多くの部分で煩雑化する。一部の担当者に負担がかかる
- 各団体内の事業も多岐にわたる中、三団体の連携には限界があり、担当役員の負担が大きくなっていることや事務処理等が規模の大きい PT 士会に偏る傾向がある

**②三団体協議会および各士会で、各種事業で行政と平時から連絡体制を取っていない**

過去の大規模災害でさえ三団体としての連絡体制はできなかったが、PT 士会および OT、ST と協働しながら（三団体協議会の形ではない）、生活不活発病の予防としてボランティアには出かけた経緯がある。現地の PT、行政にいる場合はその PT や保健師などと連携して活動したが、その時だけで、平時について士会から働きかけたこともないが、行政も必要性を感じていないと思われる県では、その欠点として「災害時に互いに窓口をさがすところから始めなければいけない。行政から三団体に連絡してくる可能性は現状で低い」として

いる。また、地域 JRAT 設立が困難で組織化できていないので話ができていないとする県では、その欠点として「現状で災害発災時の対応が迅速に、十分な対応ができない」としている。

＜欠点＞
- 災害時に互いに窓口をさがすところから始めなければいけないが、行政から三団体に連絡してくる可能性は現状で低い
- 現状で災害発災時の対応が迅速に、十分な対応ができない

**(2-3-1)POS 三団体としてではなく各士会で、各種事業において行政と平時から連絡体制を取っている**

2015 年に地域包括ケアの推進を目的とした三団体の協議会の立ち上げ以前より、理学療法士会として行政との関係があった県では、その利点として、「行政と当法人間において直接委託契約等が可能」、その欠点として、「連絡協議会ではそれが難しい」、としている。

他方、三団体協議機関としての正式な発足が本年（2018 年）であるため、やむを得ず各士会で連絡を取らざるを得なかった経緯から、三団体としての行政機関とのやりとりは本調査後に行われた１回しかない県では、その利点として「三団体協議により PT 士会が事務局となっていることから、少なくとも県は PT 士会を三団体の窓口として捉えているし、事務局から OT 士会・ST 士会へ情報提供を行い共有している」、欠点として「それぞれの団体がそれぞれの動きを把握しにくい」、としている。

＜利点＞
- 行政と当法人間において直接委託契約等が可能
- 特段利点はないが、三団体協議により PT 士会が事務局となっていることから、少なくとも県は理学療法士会を三団体の窓口として捉えているし、事務局から OT 士会・ST 士会へ情報提供を行い共有している

＜欠点＞
- 県により士会と三団体協議会での違いがある
- それぞれの団体がそれぞれの動きを把握しにくい

**(2-3-2) 災害支援対策において、平時から行政と連携し避難訓練を行っている**

三団体協議会の災害リハビリテーション研修会において、県の危機対策課防災グループや地域医療課救急医療グループの担当者や、被災経験のある市町村行政の方に実際の被災地、避難所で求められる活動について講義をいただいている県では、その利点として「行政レベルでの災害支援対策について、学ぶことができると共に、共通の認識を持つことができる」、欠点として「こちらの研修会に講師として当該部署の方を依頼している形なので、

できれば共同開催にしたい」、としている。

一方、全国 JRAT に所属している医師のつながりにより、地域 JRAT として参加している県では、その利点として「行政にリハ専門職（PT・OT・ST）が災害支援にも有益な職種であるという解釈につながる可能性がある」とし、欠点として「平日開催の場合は参加者の確保が難しい（職場の理解や業務調整が必要)」としている。

他方、県復興リハビリテーションセンターが、JRAT の撤退に引き続き、2017 年度末を目処に、高齢者等の心身機能の低下を防ぐことを目的として、県地域リハビリテーション支援協議会（事務局：医師会）に設置され、その主な活動としては仮設住宅の集会所等において、介護保険の認定を受けていない高齢者や要支援認定の高齢者を対象に、被災地域からの要望に応じて専門職人材を派遣するなどの活動であり、その後は地域における介護予防事業に移行された県では、その利点として「対象地域の復興にとって大変有意義な活動であった」。また、欠点として「派遣者の調整と費用弁償等が課題であった」としている。

＜利点＞
- 行政レベルでの災害支援対策について学ぶことができると共に、共通の認識を持つことができる
- 行政にリハ専門職が災害支援にも有益な職種という解釈につながる可能性がある
- 対象地域の復興にとって大変有意義な活動であった

＜欠点＞
- リハ専門職の研修会に講師として当該部署の方に依頼しているので、できれば共同開催にしたい
- 平日開催の場合は参加者の確保が難しい（職場の理解や業務調整が必要）
- 派遣者の調整と費用弁償等が課題

**(2-3-3) 連絡体制を取っている内容・部署について**

**①総合事業等で連携を取っている**

リハビリテーション専門職協会において、高齢者保健福祉課より基金を受託し、「地域づくりによる介護予防推進事業」を実施している県では、以下の通りとしている。

＜利点＞
- 三団体合同組織のみでは、事業実施における資金が不足しており、かつ、県庁との連携により各振興局レベルへの情報伝達がスムーズになされ、広い県域での事業展開が期待できる

＜欠点＞
- 事業実施内容における自由度が低く、臨機応変な実施対応が難しい

②「公式的な会議・事業等」で連絡を取っている

三団体合同組織で、保健福祉部 高齢者支援局 高齢者保健福祉課と地域医療介護総合確保基金の検討協議会の委員として代表者が出席している県、あるいは、県内でも災害が毎年発生するようになり避難所における要介護者への早期対応が重要であるとし、県福祉労働部福祉総務課企画班と「災害時の福祉避難所等への福祉等専門人材の派遣」で連携を取っている県では、以下の通りとしている。

＜利点＞
・ リハ専門職からの意見を出す機会を得ている
・ 様々な団体が協定を結んでおり様々な対応が可能である
＜欠点＞
・ リハ専門職という一括りの意見聴取のため、一団体一士会からの意見を出しづらい

④災害時支援事業等で連携を取っている

保健福祉部医務薬事課と災害医療関係団体合同会議に、県ならびに県医師会から士会に参加依頼があった県では、以下の通りとしている。

＜利点＞
・ 災害時の活動母体が明確になり、県内で災害が起こった際は活動しやすい
＜欠点＞
・ 他県での災害支援が対象になるかは不明
・ 災害時支援対策特別委員会と災害福祉広域支援ネットワーク事業の依頼があり加入している県もある

（2-5）災害対策支援において都道府県医師会と連携している

② 平時からの災害対策支援において都道府県医師会と連携している

2015 年ころより医師会の災害関係の研修会に呼ばれるようになり、元々全国 JRAT のメンバーの PT に県士会役員になってもらっている県では、利点として「災害対策の動向が県士会役員にも少しわかる」としている。

2016 年から県災害医療関係団体合同会議への参加をきっかけに連携している県では、利点として「県と災害時活動協定を結んでいないため、他県への災害派遣要請時も含めて有事の際は、県医師会が時として活動母体となり協力いただける可能性がある」、欠点として「地域 JRAT が十分に組織化されておらずリハ専門職としての役割を伝えられるかが課題」としている。

一方、2016 年 4 月に、県リハビリテーション研究会（会長）・県 PT 士会（副会長・事務

局)・OT 士会・ST 士会・県医師会・老人保健施設協会・介護支援専門員協会等の代表が発起人となり、地域 JRAT が立ち上がり、先ずは研修等を主体に運営を始めたが、早々に地震を経験し戸惑いながらも対応にあたった経緯がある県では、利点として「災害支援への組織的対応」、欠点として「担当者の負担が極めて大きい」としている。

他方、2011 年、東日本大震災時に支援調整を行う機会があったが、東日本大震災支援が落ち着ついたことにより、その後の各団体行動は各団体の意思（報告等はあり）により連携を開始した県では、利点として「各団体の意志決定によるスピーディーな行動が可能」、欠点として「それぞれの団体がそれぞれの動きを把握しにくい」としている。

＜利点＞
- 災害対策の動向が、県士会役員にも少しわかる
- 当会は、県と災害時活動協定を結んでいないため、他県への災害派遣要請時も含めて有事の際は、県医師会が時として活動母体となり協力いただける可能性がある
- 災害支援への組織的対応
- 各団体の意志決定によるスピーディーな行動が可能

＜欠点＞
- JRAT が十分に組織化されておらずリハ専門職としての役割を伝えられるかが課題
- 担当者の負担が極めて大きい
- それぞれの団体がそれぞれの動きを把握しにくい

**②発災前～発災後、災害対策支援において都道府県医師会と連携していない**

地域 JRAT は、三団体ではなく、医師、PT・OT・ST およびケアマネジャーで連携している県では、利点として「地域 JRAT に医師がいるため連携が取りやすい」、欠点として「発災後の支援に、PT、OT、ST 単独での支援活動が行いづらい」としている。

また、県の災害リハビリテーション協議会（地域 JRAT）としては、今般の地震において連携し、被災地の支援を行ったが、三団体としては医師会との連絡や連携はない県では、利点として「現時点では特にないが、代替え案として、上記の地域医療介護総合確保基金を用いた介護予防事業の形に切り替え、活動内容を制限した中での継続している」があがった。欠点として「医師会の傘下として、災害救護班の一員として被災地支援にあたったため、医師会の撤退と共に、地域 JRAT の活動も終了を迫られ、継続支援ができなかった」としている。

一方、医師会と連携しようとしたが理事選で役員が変更となった経緯や、リハ医間の連携がうまくいっていない県では、欠点として「発災時に JRAT としての活動が難しい」としている。

＜利点＞
- 地域 JRAT に医師がいるため連携が取りやすい

・　現時点では特にないが、代替え案として、上記の地域医療介護総合確保基金を用いた介護予防事業の形に切り替え、活動内容を制限した中での継続している

＜欠点＞

・　発災後の支援に、PT、OT、ST 単独での支援活動が行いづらい
・　医師会の傘下として、災害救護班の一員として被災地支援にあたったため、医師会の撤退と共に、地域 JRAT の活動も終了を迫られ、継続支援ができなかった
・　発災時に地域 JRAT としての活動が難しい

**（2-6）平時からの災害対策支援において、各士会がリハビリテーション科専門医の会と連携している**

**①　リハビリテーション科専門医の会と連携している**

リハ医の会が明確に位置づけられていないため、専門医と各団体それぞれが個別に情報交換等の連携を行っている県では、利点として「専門医との連携に伴うスピーディーな意志決定が可能であり、結果が早期に出やすい」、欠点として「それぞれの団体がそれぞれの動きを把握しにくい」としている。

また、災害リハ研修会受講後より、県内の大学総合病院の教授が中心となり県災害リハビリテーション協議会が発足し、そちらを窓口として連携している県では、利点として「県災害リハ研修会事務局による医師への情報発信や発災時のリハ医派遣調整が統括できる」、欠点として「県内のリハ医の総数が少なく調整が難しい」としている。

＜利点＞

・　専門医との連携に伴うスピーディーな意志決定が可能で、結果が早期に出やすい
・　県災害リハビリテーション研修会事務局による医師への情報発信や、発災時のリハ医派遣調整が統括できる

＜欠点＞

・　それぞれの団体がそれぞれの動きを把握しにくい
・　県内のリハ医の総数が少なく調整が難しい

**②　発災後も災害対策支援においてリハビリテーション科専門医の会と連携していない**

地域 JRAT がまだ十分に組織化されていないためとする県では、利点として「職種間の申し合わせは三団体の会議にて取り決めができる」、欠点として「対外的な活動を行う場合の活動母体（地域 JRAT）が弱い」としている。

また、県地域リハ支援協議会では、リハ医もいるが、医師会の役員としての関わりとなるため、リハ医には特化していない県では、利点と欠点は上げられていないとしている。

一方、地域 JRAT に 2 名のリハ医が在籍している県では、利点として「特になし」、欠点として「地域 JRAT での活動で間に合っている」としている。

他方、現在、災害支援において、POS 各士会としてリハ医会との連携はない県では、現時点では評価できず、としている。

＜利点＞
・　職種間の申し合わせは三団体の会議にて取り決めができる
＜欠点＞
・　対外的な活動を行う場合の活動母体（地域 JRAT）が弱い
・　発災時に JRAT としての活動が行いにくい

### （2-7）災害対策支援において、発災前から三団体協議会ではなく各士会が他職種団体と連携している

2016 年 4 月に、県リハビリテーション研究会（会長）・県 PT 士会（副会長・事務局）・OT 士会・ST 士会・県医師会・老人保健施設協会・介護支援専門員協会等の代表が発起人となり、地域 JRAT が立ち上がった。先ずは研修等を主体に運営を始めたが、早々に地震を経験し戸惑いながらも対応にあたった経緯がある県では、利点として「災害支援への組織的対応」、欠点として「担当者の負担が極めて大きい」としている。

また、2011 年、東日本大震災以降、同災害やその後の災害において各団体の活動内容・地域等を情報共有することから開始し、基本的には情報交換や報告が中心としている県では、利点として、これまでの理由同様、「やむを得ずこの形態がとられていたため特になし」、欠点として「各団体がもつ情報が分断される」としている。

＜利点＞
・　災害支援への組織的対応
・　各団体の意志決定によるスピーディーな行動が可能
＜欠点＞
・　担当者の負担が極めて大きい
・　各団体がもつ情報が分断される

### （2-8）三団体で「地域医療介護総合確保基金」を活用し災害対策活動を行っている

#### ①　「地域医療介護総合確保基金」を活用し災害対策活動を行っている

ある県では、直接的な災害対策活動ではないが、県の復興リハビリテーションセンター成果を踏まえた地域リハビリテーションの充実をはかるべく、県による介護予防機能強化事業が展開されている。2016 年から年間 250 万円の「地域医療介護総合確保基金」を活用し、三団体協業による「自立支援プロジェクト人材育成研修会」「自立支援マニュアル作成」

を行っているが、その欠点として「県の事業としての申請及び予算額の決定に時間的制約があり、年度後半の限られた期間の対応となる、医師会が絡むことで企画運営の多くの部分で煩わしい」としている。

また、地域 JRAT としての活動終了に伴い、県庁と相談の上、2018 年から 600 万円の派遣事業と 100 万円の災害リハ研修事業として、基金を活用した被災地域での介護予防事業としての災害対策活動を行っている県では、利点として「活動のための原資があること。特に研修事業については災害対策活動としてのトレーニング」、欠点として「あくまで介護予防事業であるため、純粋な災害対策としての活動を十分に展開できない」としている。

＜利点＞
- 活動のための原資があること。研修事業については災害対策活動のトレーニング

＜欠点＞
- 県の事業としての申請及び予算額の決定に時間的制約があり、年度後半の限られた期間の対応となる、医師会が絡むことで企画運営の多くの部分で煩わしい
- 介護予防事業であるため、純粋な災害対策としての活動を十分に展開できない

**②「地域医療介護総合確保基金」を活用し災害対策活動を行っていない**

基金発足以降、単会もしくは三団体連名による事業提案を行っているが県の判断により採用を見送られており、県からの事業例示を参考としているため、具体的な災害対策活動を提案したことはない県や、介護予防などでの利用は行っているが災害対策では検討できていない県、基金自体を知らなかった県もあった。

一方、地域 JRAT の活動に予算が付いている県では、欠点として「研修会を行う予算確保が困難で、医師会を通して予算が付いているため、活動内容に制約が生じることから、今後「地域医療介護総合確保基金」を活用しての活動も検討する」としている。

また、地域 JRAT として組織化され、2017 年に県と提携契約、2018 年の災害時にも地域 JRAT を通じて職能団体が動く形となっていることから、災害対策については三団体として組織化する事は現段階では考えていないが､支援活動を早く行いたくても JMAT､JRAT 本部、地域 JRAT の動きに応じなくてはならないのでジレンマは感じている県もある。

他方、基金の存在を役員で周知できていなく、基金を活用するほどの事業を遂行できるマンパワーがないなど、現状、協会等の動向に合わせた活動で手一杯である県では、欠点として「会員、県民の役に充分立てているとは言えない」としている。

＜欠点＞
- 研修会の予算確保が困難。医師会を通しての予算につき、活動内容に制約が生じる
- 今後「地域医療介護総合確保基金」を活用しての活動も検討する

・　会員、県民の役に充分立てているとは言えない

**（2-9）広域リハビリテーション支援センターは機能していると思う**

関連する団体の代表が集まって会議を開催、活動計画並びに活動報告を行い、年間 3 回の研修会を開催すると共に、年度末には活動状況が報告され、県医師会ホームページにおいても年度毎の活動状況が報告され、また、独自の運動機能評価を実施し、活動のエビデンスの蓄積できている県では、利点として「広域リハ支援センターの目的に沿った活動が行えている」、欠点として「地域差がある」としている。

また、広域支援センターの規模や機能により活動はまちまちであるが、一般的に広域支援センターとしての会議、派遣支援、研修会実施等、積極的に活動を進めている広域支援センターも存在する県では、利点として「積極的に機能している地域においては上記を通じて当該地域の地域リハ推進に寄与しているため、当該地域の活動が一定量担保される」、欠点として「東日本大震災以降、地域によっては専門職の集合体が自ら活動し、その中に広域支援センターが含まれていることがあるため、境界が不明確になりつつある。このため、県との認識に差を生じることがある」としている。

一方、県（担当課もあり）としてリハ協議会機能を継続している県や、二次医療圏域の約三分の一未満にしか機能が残存していないため、圏域を越えた活用ができない県もある。

＜利点＞
・　広域リハ支援センターの目的に沿った活動が行えている
・　積極的に機能している地域においては上記を通じて当該地域の地域リハ推進に寄与しているため、当該地域の活動が一定量担保される

＜欠点＞
・　地域差がある
・　東日本大震災以降、地域によっては専門職の集合体が自ら活動し、その中に広域支援センターが含まれていることがあるため、境界が不明確になりつつある。このため、県との認識に差を生じることがある

**（3-1）有事の際に三団体合同組織で支援を行った**

地域 JRAT として三団体が後援する形で支援を行い、その後はリハ専門職協会として、被災地支援を行っている県では、利点として「地域 JRAT の枠組み（医師を含めたリハ関連職種としての動き）のために費用弁償の約束が確保された」、欠点として「避難所等において、三団体の動きが認知されるまでに多少時間がかかり、地域 JMAT の傘下の地域 JRAT、災害救助法による医療救護班としての活動だったために医師会の動きに左右された」との意見があった。

また、地域 JRAT として熊本地震への派遣支援を行った県は、利点として「士会員へは「災

害支援活動実績」があることをアピールでき、協力者を募るのに役立つ」、欠点として「医師不足で１チームしか作れなかった」としている。

＜利点＞
・　地域 JRAT の枠組みのために費用弁償の約束が確保された
・　士会員へは「災害支援活動実績」をアピールでき、協力者を募るのに役立つ
＜欠点＞
・　避難所等において、三団体の動きが認知されるまでに多少時間がかかった。地域 JMAT の傘下の地域 JRAT、災害救助法による医療救護班としての活動だったために医師会の動きに左右された
・　リハ医の不足で１チームしか作れなかった

**（3-2）有事の際に三団体合同組織として行政・医師会との連絡体制が取れた**

被災地支援に伴い、リハ専門職協会会長、副会長、県の医務薬務課、高齢者保健福祉課、被災地 3 地区の行政担当者と打ち合わせが実施された県では、以下の通りとしている。

＜利点＞
・　現地の保健師等との連携は、現場レベルで比較的円滑に行われた
＜欠点＞
・　県地域防災計画」の内容は、緊急時の医療救護活動が中心（原則２週間まで）で、その後の生活関連支援体制が明記されておらず、リハ専門職の対応が実施できない状況にあった。また、協力機関や協定書を結ぶ団体にも認知されていない状況のままである。もちろん、行政の本庁本部の会議には参加できなかった

**（3-5）有事の際に本庁ではなく現地保健所などの活動本部に窓口ができた**

現地の対策本部での会議に参加した県では、以下の通りとしている。

＜利点＞
・　リハニードの確認等、情報の収集に役立つ
＜欠点＞
・　対策本部付近に常駐させるだけの人員確保に限界があった（ある意味では災害支援活動が２週間で打ち切りになったが、このあたりが今回の限界と思われた）

## 第 5 節　国際リハビリテーション

### 1. 国際災害における災害支援チームの窓口

東日本大震災以降、国内の災害発災時には各医療支援チームが被災地で活動するようになった。国内の災害支援チームで代表される DMAT（ Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）は、厚生労働省直轄のチームであり超急性期から被災地にて被災者の災害対応に関わる。一方でリハビリテーションに関わるチームは JRAT（Japan Disaster 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）が代表され避難所等の生活不活発予防の対応にあたっている。

【国内災害における災害支援チームの窓口】

各災害医療チームが被災地で活動するために各省庁・行政機関では災害医療チームの窓口として保健医療調整本部が設置される。具体的には都道府県庁や市町村役場、各保健所・保健センターに災害医療コーディネーター中心の組織が作られる。各組織や団体、病院から派遣された災害医療チームの登録や情報収集の統一化、全体の活動方針の決定、全体会議の開催などを行う。災害時の保健医療調整本部の設置については厚生労働省より通知されている（図 37)。

【国際災害における支援チームの窓口】

国際災害では他国で災害があった場合、日本では外務省の指示により JDR-MT（Japan Disaster Relief Medical Team：国際緊急援助隊医療チーム）が被災地支援にあたる。JDR-MT は WHO の Type2（図 38）を取得しており被災地にて Field Hospital として活動を行う。Type2 では入院、外来、手術、麻酔、レントゲン、輸血、血液検査、リハビリを行える機能を持つ。現在、国際災害時の各国受け入れは UNDAC（国連災害評価調整チーム）が設置した OSOCC（On-Site Operations Coordination Center：現地活動調整センター）にて受け入れられ調整される（図 39)。

国内の災害では自国のリハビリテーションチームとして JRAT が活動することが予想されるが、他国の状況を調査したところリハビリテーションチームとしてはボランティアチームとしての活動であり、公的に災害支援チームを組んで活動している状況ではなかった。また、被災地にチームとして向かう場合には保健省から病院に連絡が入り被災地で活動するとのことであった。引き続き調査を継続する。

リハビリテーションチームが災害時に活動するための指針として、国際的な視点としては、WHO や Handicap International が発行している以下資料が参考となる。

- Classification and minimum standards for Foreign Medical Teams in sudden onset disasters (WHO)
- Minimum technical standards and recommendations for rehabilitation (WHO)
- Rehabilitation in Sudden Onset Disasters (Handicap International )

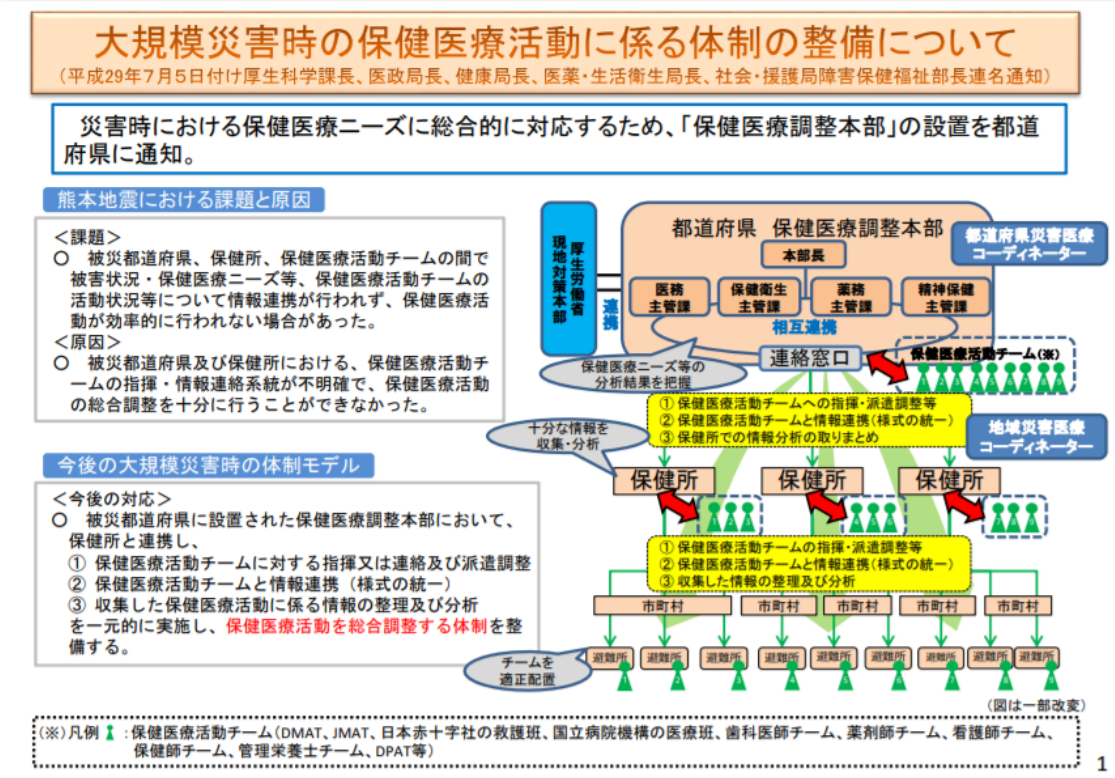



図 37　大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について

（厚生労働省資料より）

## Classification of Foreign Medical Teams

HEALTH CLUSTER

| FMT Type | Definition | Services | Key Characteristics | Minimal Benchmark Indicators | Opening Hours |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.Outpatient Emergency Care | Outpatient initial emergency care of injuries and other significant health care needs | ▪ Triage, assessment, first aid<br>▪ Stabilisation + referral of severe trauma and non-trauma emergencies<br>▪ Definitive care for minor trauma and non-trauma emergencies | ▪ Light, portable and adaptable<br>▪ Care adapted to context and scale<br>▪ Staffed & equipped for emergency care for all ages | 100 patients/day | Day time services |
| 2. Inpatient Surgical Emergency Care | Inpatient acute care, general and obstetric surgery for trauma and other major conditions | ▪ Surgical triage, assessment and advanced life support<br>▪ Definitive wound and basic fracture management<br>▪ Damage control surgery<br>▪ Emergency general and obstetric surgery<br>▪ Inpatient care for non-trauma emergencies<br>▪ Basic anaesthesia, X-ray, blood transfusion, lab and rehab services<br>▪ Acceptance and referral services | ▪ Use existing or deployable facility structures<br>▪ Clean operating theatre environment<br>▪ Care appropriate to context and changing burden of disease<br>▪ Multidisciplinary team experienced to work in resource scarce settings | ▪ 1 operating theatre with 1 operating room: 20 inpatient beds<br>▪ 7 major or 15 minor operations/day | Day and night services |
| 3. Inpatient Referral Care | Complex inpatient referral surgical care including intensive care capacity | ▪ Capacity to provide type 2 services<br>▪ Complex reconstructive wound and orthopaedic care<br>▪ Enhanced X-ray, blood transfusion, lab and rehab services<br>▪ High level paediatric and adult anaesthesia<br>▪ Intensive care beds with 24h monitoring and ability to ventilate<br>▪ Acceptance and referral services | ▪ Use existing or deployable facility structures<br>▪ Sterile operating theatre environment<br>▪ Enhanced multidisciplinary teams providing advanced care<br>▪ Care appropriate to support referrals from FMT1+2 and national health system | ▪ 1 operating theatre with at least 2 operating rooms: 40 inpatient beds<br>▪ 15 major or 30 minor operations per day<br>▪ 4-6 intensive care beds | Day and night services |

図 38　Classification of Foreign Medical Teams（Health Cluster）

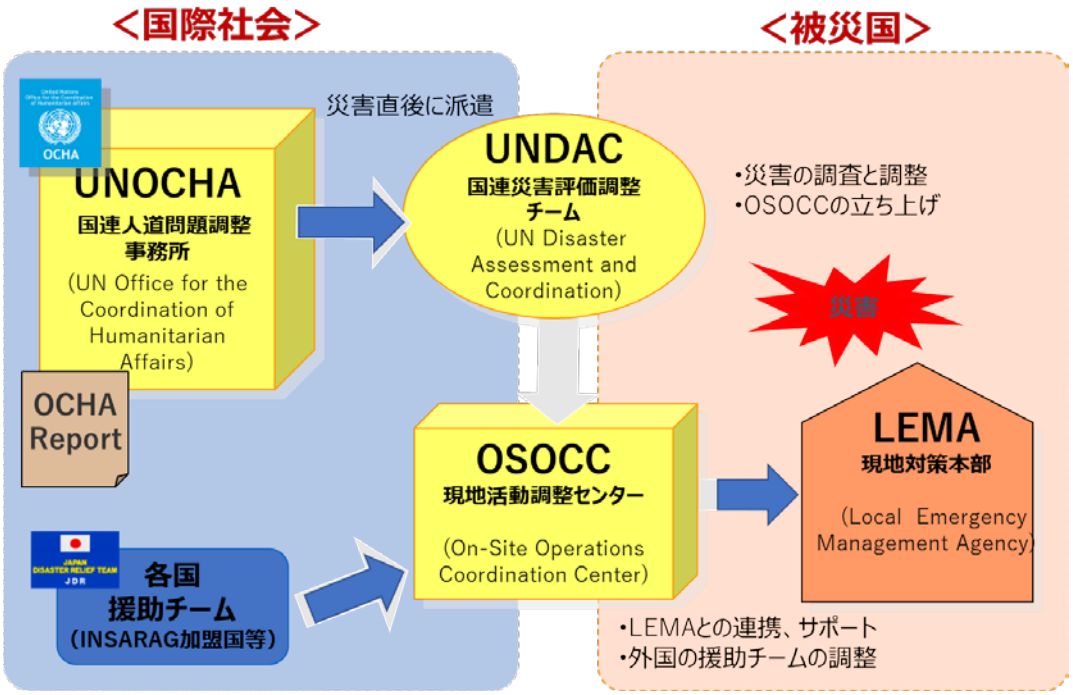



図 39　国際災害時の各国受け入れ調整（国際緊急援助隊（JDR）事務局資料）

## 2. 独立行政法人国際協力機構（JICA）による取組

独立行政法人国際協力機構（JICA）は、リハビリテーションサービスの向上を目的に、様々なプロジェクトを展開しており、理学療法士・作業療法士などのリハ専門職が多く参加している。下記にその一部（継続中、既に終了したプロジェクトも含む）を記す。

【JICA ボランティア(青年海外協力隊)】 ※JICAが直接ボランティアを派遣して実施

| | | |
|---|---|---|
| 青年海外協力隊の理学療法分野における概要 | https://www.jica.go.jp/volunteer/application/seinen/job_info/physical_therapy/ | |
| 青年海外協力隊の作業療法分野における概要 | https://www.jica.go.jp/volunteer/application/seinen/job_info/occupational_therapy/ | |
| モンゴルで理学療法士として派遣されたボランティアの事例 | https://www.jica.go.jp/hotangle/asia/mongolia/20180612.html | |
| エクアドルの老人ホームで理学療法士として派遣された事例 | https://www.jica.go.jp/hotangle/america/ecuador/20170822.html | |
| パラグアイのリハビリ施設に理学療法士として派遣された事例 | https://www.jica.go.jp/hotangle/america/paraguay/20160223.html | |
| スペシャルオリンピックスから始まる社会参加：スーダンチーム初参加をサポート | https://www.jica.go.jp/topics/2018/20180706_01.html | |

【技術協力プロジェクト】 ※JICAが直接専門家などを派遣して実施

| | | |
|---|---|---|
| ルワンダ：障害を持つ元戦闘員と障害者の社会復帰のための技能訓練及び就労支援プロジェクト | https://www.jica.go.jp/project/rwanda/003/outline/index.html | |
| コロンビア：地雷被災者を中心とした障害者総合リハビリテーション体制強化プロジェクト | https://www.jica.go.jp/oda/project/0701222/index.html | |
| コスタリカ：ブルンカ地方における人間の安全保障を重視した地域住民参加の総合リハビリテーション強化 | https://www.jica.go.jp/project/costarica/0602942/01/index.html | |
| ミャンマー：リハビリテーション強化プロジェクト | https://www.jica.go.jp/oda/project/0601874/index.html | |

【草の根民間連携プロジェクト】 ※民間事業にJICAが委託して実施

| | | |
|---|---|---|
| フィジー：沖縄県理学療法士協会を通じて理学療法士の育成・医術移転を実施 | https://www.jica.go.jp/partner/kusanone/shien/fij_02.html | |

## 第 6 節　まとめ

### 1. 背景要因から

#### 1). 災害の発生頻度

前述の通り、理学療法士や作業療法士が誕生してからの 50 年間で、死者・負傷者 100 名以上の地震とそれに伴う津波は 2018 年末までに 20 件発生しているが、そのうち 17 件は直近 20 年以内に発生している。

リハ専門職としての統制の取れた活動は、1995 年 1 月に発生した阪神・淡路大震災の際に、地元の医師や理学療法士・作業療法士等により巡回リハビリテーションチーム（ボランティア）が結成され、要配慮者の心身両面からの生活支援活動を行ったことにさかのぼる。その後、2004 年の新潟県中越沖地震や 2007 年の能登半島地震などでは、職能団体として組織的な支援活動を行った。2011 年の東日本大震災は、未曽有の災害規模となり、多くの教訓を残しつつ現在に至っている。このような災害を通して、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の三団体・各県士会のみならず、都道府県庁の保健医療調整本部、DMAT、日本医師会 JMAT、JRAT（全国 JRAT・地域 JRAT・他県 JRAT）などの多団体が連携して活動するに至った。

さらに、2015 年の国土強靭化アクションプランにおいて、JRAT が初めて国家的文書に明記され、2016 年には日本医師会 JMAT の傘の下での活動を行うこととなり、2016 年 4 月に発生した熊本地震においては、行政、多職種多団体での連携の下に組織的かつ長期的な活動を展開するに至った。

#### 2). 地域包括ケアシステムの構築に向けた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の三団体によるリハ専門職協議会としての活動

これらの背景には、2015 年度の地域包括ケアシステムの構築を視野にした介護報酬改定に際し、「活動」と「参加」に焦点を当てたリハビリテーション、生活行為向上リハビリテーションなどのリハビリテーション・マネジメント、地域リハビリテーション活動支援事業の推進などに向けて、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の三団体で構成される「リハビリテーション専門職協議会」の活動が活発化したことが挙げられる。2014 年 12 月には、茨城県に一般社団法人として茨城県リハビリテーション専門職協会が全国に先駆けて設立されている。

2014 年 8 月、リハビリテーション専門職協議会による「介護予防市町村支援事業実施に関する研修会」が、日本初の 47 都道府県 PT・OT・ST 士会長の合同会議として開催され、厚生労働省老健局老人保健課からは、「『これからの介護予防にリハビリテーション専門職等への期待』として、介護予防の手法が、心身機能の改善を目的とした機能回復訓練に偏りがちで、『活動』や『参加』に焦点をあててこなかった、リハビリテーション職能団体として、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例や市町村介護予防強化推進事業を踏まえ、地域のニーズに応えることのできるリハ専門職等の人材育成に取り組む

とともに、都道府県・市町村との連携を深化しながら、効果的・効率的な介護予防の取組を推進していただきたい」などの要請があった。

さらに 2015 年 4 月、第 2 回の合同士会長会議が開催され、地域リハビリテーション活動支援推進に向けて、リハ専門職として三団体での協働事業や共通研修について強い促しがあり、各都道府県において三団体での協働活動の活発化につながった。

### 3). 三団体リハ専門職として地域医療介護総合確保基金を活用した協働事業

一方、2014 年 9 月には、都道府県が国から消費税増収分を財源とする「地域医療介護総合確保基金管理運営要領」が通知され、2015 年以降の各都道府県での基金を活用したリハ専門職としての三団体の協働事業の促進につながった。

また、2013 年 11 月に設立された「リハビリテーションを考える議員連盟」にて、高齢社会と少子社会に関するリハビリテーション三職種の活用についての要望書を提出した。2015 年 4 月の第 2 回の総会では、地域医療介護総合確保基金の活用にあたってリハビリテーションの活用を促進することなどが要望としてあげられた。同年 7 月、議員連盟を通して要望していた件について、厚生労働省から「大震災に対するリハビリテーション支援の普及および人材育成の支援を推進されたい」とのことで、「高齢者の不活発病を予防し、自立した日常生活を継続できるよう（中略)、災害時に備えた訓練や教育等については、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会等（現在の JRAT）の団体活動においても実施していただいており（中略)、地域医療介護総合確保基金における『介護予防の推進に資する OT、PT、ST 指導者育成事業」により（中略)、専門職の人材育成の支援」について、回答があった。

2016 年 4 月には、厚生労働省から「経済・財政再生計画に沿った社会保障改革の促進」の一環として、「保険者機能の強化～介護予防の横展開～」が国会に提出され、和光市の PT や OT を含めた保険者主導の多職種連携による介護予防への取組の好事例が、大分県の主導により PT や OT を含む専門職能団体等との連携による市町村の取組の好事例につながったことを全国展開するよう働きかけがあり、リハ専門職としての協働活動の活発化が促進された。

### 4). 大規模災害におけるリハビリテーション支援と JRAT 事業

「東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体」は、2011 年の東日本大震災における活動を通して、生活不活発に起因する寝たきりや震災関連死などを教訓として災害時のリハビリテーション支援体制を確立するために、2012 年に東日本大震災リハ支援関連 10 団体として組織された。2013 年 7 月に「大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT)」に名称変更するとともに、日本義肢装具士協会等の新規加盟、厚生労働省医政局災害対策室 DMAT 事務局（国立病院機構災害医療センター）からのアドバイザー参加などを通して、全国規模の体制づくりを図ることとなった。その事業として、関連職種が共同して災害リハビリテーション支援を行う体制を整えるために、都道府県単位で、医師、看護師、介護支援専門員、行政職、リハ専門職など多職種からなる災害リハビリテ

ーション･コーディネーター･チームを育成し組織化する研修会を 2012 年 2 月から開始し、2013 年 3 月の第 4 回研修会を経て、各都道府県に災害リハコーディネーターチームが誕生することとなった。

2014 年 8 月の広島土砂災害、同年 11 月の長野県神城断層地震では、現地 JRAT が情報収集・集約を行い、2015 年 5 月の口永良部島火山噴火では、鹿児島 JRAT が災害対策本部および屋久島避難所へ出向き情報収集・集約を行った。2015 年 9 月の関東・東北豪雨災害では、JRAT 本部を東京に立ち上げ、栃木県・茨城県の被災地における DMAT や日本医師会 JMAT、地元保健師などとの多職種連携の下での災害医療コーディネーターとして、環境整備・生活不活発予防・福祉機器手配等の避難所支援といった JRAT 活動を行った。災害医療コーディネーターとしての JRAT 活動終了後には、茨城県にて地域リハビリテーション広域支援センターによる支援に段階的に移行することとなった。

2016 年 4 月の熊本地震においては、日本医師会 JMAT の傘の下で、東京の対策本部と現地の活動本部の連携による JRAT 活動が、5 月末までは全国から常時約 8 チームの派遣支援、6 月以降は東京対策本部機能を熊本新本部に移行した。そして、Kumamoto-JRAT として熊本県内で 3 チームを結成し、県外からは 2 チームを派遣して活動を継続し、7 月の活動終了に合わせて広域リハビリテーション支援センターでの活動に移行することができた。

これらにより、リハ専門職としての活動モデルが明らかとなり、大規模災害時および有事に向けた平時からの地域における取組の促進につながった。

### 5). 災害リハビリテーションに関する記載とレジリエンスジャパン推進協議会との連携

2013 年 12 月に国土強靭化基本法が成立し、それを支える国土強靭化担当大臣の私的諮問委員会であるナショナル・レジリエンス懇談会にて各省庁の政策が議論・予算に関連付けがなされ、その情報や結果を踏まえ、集約・精査してコンテンツの開発やリーダー養成、広報普及、それらをナショナル・レジリエンス懇談会に報告するなどの業務を担う、一般社団法人レジリエンスジャパン推進協議会（以後、RJ）が 2014 年 7 月に設立された。

2014 年 6 月、国家最上位の基本計画として「国土強靭化基本計画」が閣議決定され、同時に「国土強靭化アクションプラン（以後、AP）2014」が策定され、「災害弱者の支援」に関する記述はされたものの、具体性が乏しかった。

RJ の事業内容である、レジリエンスリーダー等のレジリエンスに資する人材育成や、そのための仕組みづくりに資する事業等が、災害リハビリテーション支援と一致したことから、AP2015 策定に向け「JRAT の記述」と「活動予算の獲得」を目標として、厚生労働省各局、内閣府防災担当、内閣官房国土強靭化推進室などとの関係づくりに連携した活動を日本作業療法士協会が中心となって JRAT と共に行った。その一環として、2014 年 12 月から RJ が主催するワーキンググループ（以後、WG）の一つである総合 WG「レジリエンス力を醸成する仕組み作り」のサブ WG「災害避難に伴う寝たきり予防と災害弱者等の生活再建」において議論を重ね、2015 年 3 月と 4 月に開催された総合 WG「レジリエンス力を醸成する仕組み作り」から提言を行った。

2015 年 6 月策定の AP2015 において、「被災者が災害急性期以降も医療や心のケアを継続して受けられるよう、日本医師会災害医療チーム （JMAT）や大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）等と情報共有及び連携を図る」と明文化され、同時に厚生労働省老健局老人保健課が JRAT の正式な窓口となった。

課題として、DMAT、DPAT、JMAT、JRAT が記載されたが役割や連携が不明確につき、AP2016 策定に向けて、日本医師会（日本医師会医療チーム JMAT)、国立病院機構 災害医療センター（DMAT)、日本赤十字社医療センター、国立保健医療科学院とともにサブ WG「自助・互助で地域の要配慮者を支える災害対策」にて、平時から地域の要配慮者への支援強靭化に資する人材や組織の育成、災害支援チーム相互間の連携体制の構築を図ることの議論を重ねた。その交渉過程において、2015 年 12 月に JMAT の傘の下で JRAT が活動することとなった。

2016 年 4 月、前述のサブ WG から提言を行い、2016 年 5 月策定の AP2016 において、「被災者が災害急性期以降も医療や心のケアを継続して受けられるよう、災害医療コーディネーターの養成研修等を実施することにより、DMAT・DPAT から日本医師会災害医療チーム（JMAT)、日本赤十字社、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）等へと移行する期間における確実な情報共有を図り、連携を強化する」と記載されるに至った。

AP2016 において、災害医療コーディネーター研修における JRAT の役割と参加の段取りについて課題が残ったこと、同年 7 月に厚生労働省大臣官房厚生科学課長 ・医政局長・健康局長 ・医薬･生活衛生局長 ・社会･援護局障害保健福祉部長から通知された「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」において、保健医療調整本部に設置される連絡窓口に JRAT 等のリハ専門職が記載されていないことや、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）における役割と自治体や保健所との連携について記載がないことから、AP2017 策定に向けて RJ が主催する新たな WG（災害医療等における VtoX の活用検討 WG、災害時総合感染症対策におけるリスクコミュニケーション検討 WG、レジリエントな地域包括ケア普及の WG～医療・介護・子育て情報等の連携のあり方～）に参加して、討論と提案を行った。

2017 年 6 月の AP2017 では、「支援に参集した DMAT・DPAT、JMAT、日本赤十字社、JRAT 等の派遣調整業務等行う災害医療コーディネーターの養成を行い、被災地において適切かつ迅速な医療活動が提供できる体制を整備する」「車中泊によるエコノミークラス症候群等を防止」「要配慮者の支援を確実にするため、データ活用や関係者間における情報共有」「福祉避難所における要配慮者の生活環境の確保」などが記載された。

AP2018 策定にむけて、上記 3 つの WG などを通して活動を広げ、2018 年 6 月の AP2018 では、「大規模災害発生時に、都道府県災害対策本部の下に「保健医療調整本部」を設置し、保健所、DMAT・DPAT、日本医師会災害医療チーム（以下「JMAT」という。)、日本赤十字社の救護班、国立病院機構の医療班、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、その他の災害対策に係る保健医療活動を行うチームとの窓口を設け、被害状況、保健医療ニーズに応じて、保健所等への派遣調整業務等行うことにより、被災地に派遣される各種保健医療活動チームが適切に連携して活動できる体制構築を推進する。また、同本部に参画する災害医療コーディネーターの養成を行う」と、国家的文書には初めて災害時に

おける保健医療活動を行うチームとして「リハビリテーション専門職」が記載されたが、2018 年度の災害においてリハ専門職が保健医療調整本部の窓口として機能していないなどの課題が残存し、今日に至っている。

これらの活動により、災害時および有事に向けた平時からの取組み、多団体および行政との連携などが明文化され、地域におけるリハ専門職としての災害支援の取組がモデル化され、活動が促進されることとなった。

## 2. 大規模災害発災時のリハ専門職としての活動体制のあり方

今回のアンケート調査を経て、2016 年以降激甚災害の指定を受けた 18 道府県と、指定のない 29 都県のデータを基に、指定を受けた 18 道府県（以下、県と略す）の中から特徴的と思われた県にヒアリング調査を行った。そのまとめを含めて考察し、課題として記載する。

### 1) 発災前の準備

#### (1).POS 三団体の連携

2016 年以降激甚災害の指定を受けた 18 道府県のうち 76.9%が、また指定のない都県では 85.2%が三団体で何らかの協議会・連絡会等を組織化している。組織化の目的は専門職団体が団結して介護予防へ取り組むなど様々ではあるが、大規模災害発災後の避難所支援や、住民の生活不活発病への対応など組織化されていることで大きな成果が発揮されることが期待できる。現在組織化されていない地域でも多くが組織化を検討しているところであり、全都道府県での組織化が望まれる。

特に、発災前から三団体で災害対策に関する災害対策部門を組織し、合同研修会を開催している県では、「災害リハビリテーションにおいて、平時から地域との関りを持つことの重要性、チームでの共通認識など、具体的な活動報告から実感し、地域と連携を構築できる活動やリハビリ専門職は何ができるのかを自ら発信していく必要性を感じる」などの利点が挙げられたが、その欠点として「組織運営のための費用捻出が、明確になっておらず三団体の一部に偏る傾向にある」「地域医療介護総合確保基金による研修会のために、受講対象者が他の基金研修会同様に市町村の窓口になっているセラピストに限定され、広く POS の会員の受講に至っていない」ことも挙げられていることから、留意が必要であろう。

一方、三団体協議会を組織していても災害対策部門を組織していない県は、県のリハビリテーション支援センターや各士会などが「地域 JRAT」を組織化し、「県と提携契約(協定)」を結んでいても、「支援活動を早く行いたいが JMAT、JRAT 本部、地域 JRAT の動きに応じなくてはならないのでジレンマは感じている」とある。今後は三団体としての災害対策部門の組織化も検討することが求められるようである。「地域 JRAT」に関しては後述する。

課題：
- 平時から有事に備えて地域包括ケアシステムにおけるリハ専門職としての活動
- 財源も含め地域医療介護総合確保基金の有効活用
- 行政との協定
- JMAT や JRAT、および各士会や個人における活動優先順位や指示命令系統

### (2). 都道府県庁・行政との連携

#### ①連携の有無

2016 年以降激甚災害の指定を受けた 18 道府県のうち 69.2%が、また指定のない都県では 66.7%が平時より何らかの連携体制をとっている。災害支援対策にのみ焦点を当てると、多くの地域が行政と連携した災害支援対策への活動がなされていないが、少ないながらも協定書を交わしたり、地域防災計画に位置付けられたり、避難訓練を実施したり、合同研修会を実施したりなどの取り組みが見られている。リハ専門職としては大規模災害発災後の保健予防活動のみならず、避難行動要支援者への支援にも対応が可能である。ついては、平時より定期的な避難訓練を開催することや、避難行動要支援者への支援の専門職として地域防災計画へ位置づけられる必要がある。

一方、県地域リハビリテーション支援センターが設置され、各圏域の地域リハビリテーション広域支援センターへの技術的支援を行っていた県では、地域医療介護総合確保基金を基に研修会を開催するにあたり三団体協議会を組織し、現在は自立応援プロジェクト人材育成研修会を企画運営や、県の「地域ケア会議アドバイザー派遣事業」および市の「早期自立・重度化防止に向けたモデル事業」を受けるに至ったとの回答があった。その利点として「行政の方向性に沿った取り組みができている」が、その欠点として「一部の担当者に負担がかかる」「県の事業としての申請及び予算額の決定に時間的制約があり、年度後半の限られた期間の対応となる」「医師会が絡むことで、企画運営の多くの部分で煩雑化する」との回答もあることから、留意が必要であろう。

また、三団体協議会にて、合同訪問リハビリテーション実務者研修会の開催を進める中で、地域医療介護総合確保基金の受諾にあわせて協議会を一般社団法人化した県では、その利点として「地域包括ケアシステム確立に向け、日頃から地域とのかかわりを持つことの重要性、チームでの共通認識など、具体的な活動報告から実感し、地域と連携を構築できる活動やリハ専門職は何ができるのかを改めて認識できる」としているが、その欠点として「各団体内の事業だけでも多岐にわたる中、三団体の連携には限界があり、担当役員の負担が大きくなり、事務処理等が規模の大きい PT 士会に偏る傾向がある」としており、留意が必要であろう。

他方、三団体としてではなく各士会で、各種事業において行政と平時から連絡体制を取っている県では、各士会としての活動が行いやすいとし、その利点を「地域 JRAT が県や医師会の中で認知されたことで事業活動や予算等に幅が広がった」としている。

また、三団体協議会および各士会で、各種事業で行政と平時から連絡体制を取っていない県では、その欠点として、「行政も必要性を感じていないと思われ、災害時に互いに窓口を探すところから始めなければいけないが、行政から三団体に連絡してくる可能性は現状で低い」「現状で災害発災時、迅速に十分な対応ができない」としており、平時からの行政との連携は、早急に推進する必要があると思われる。

課題：
- 地域防災計画における協定
- 地域医療介護総合確保基金の計画と運用
- リハ専門職三団体としての組織力

**②避難訓練の実施**

三団体協議会の災害リハビリテーション研修会において、県の防災担当者や被災地の行政担当者を講師として招聘している県では、その利点として「行政レベルでの災害支援対策について、学ぶことができると共に、共通の認識を持つことができる」、欠点として「こちらの研修会に講師として当該部署の方を依頼している形なので、できれば共同開催にしたい」としている。

一方、地域 JRAT として参加している県では、その利点として「行政にリハ専門職が災害支援にも有益な職種であるという解釈につながる可能性がある」とし、欠点として「平日開催の場合は参加者の確保が難しい。職場の理解や業務調整が必要」としている。

他方、県復興リハビリテーションセンターが設置され、主として高齢者を対象に、被災地域からの要望に応じて専門職人材を派遣し、その後は地域における介護予防事業に移行された県では、その利点として「対象地域の復興にとって大変有意義な活動」で、欠点として「派遣者の調整と費用弁償等が課題」であった。これらに共通することとして、派遣者や参加者の調整、開催方法などについてさらなる議論が必要であろう。

課題：
- 職場の理解や費用支弁など業務調整

**③連携している部署**

三団体が、「保健福祉部高齢者保健福祉課」と連携して地域医療介護総合確保基金を受託し、「地域づくりによる介護予防推進事業」を実施している県では、その利点として「三団体のみでは、事業実施における資金が不足しており、かつ、リハ専門職からの意見を出す機会を得ているので、県庁との連携により各地域レベルへの情報伝達がスムーズになされ、広く事業展開が期待できる」、その欠点として「事業実施内容における自由度が低く、臨機応変な実施対応が難しい、三団体という一括りの意見聴取のために一団体からの意見を出しづらい」としている。

福祉労働部福祉総務課企画班と「災害時の福祉避難所等への福祉等専門人材の派遣」で連携を取っている県では、その利点として「災害が毎年発生するようになり避難所における要介護者への早期対応が重要である」「行政より依頼があり、様々な団体が協定を結んでおり様々な対応が可能である」としている。

また、保健福祉部医務薬事課が開催している災害医療関係団体合同会議への参加依頼が

あった県では、その利点として「災害時の活動母体が明確になり、県内で災害が起こった際は活動しやすい」、その欠点として「他県での災害支援が対象になるかは不明」としている。その他、災害時支援対策特別委員会と災害福祉広域支援ネットワーク事業を行っている県もあるが、「稼働して間もないため何とも言えない」としている。このように、行政と連携することにより、財源の確保や広域で多様な地域活動ができるようになると言えるだろう。

| |
|---|
| 課題：<br>・　厚生労働省の医政局や老健局、健康局などに相当する部署との早期連携 |

### (3). 医師会との連携

#### ①連携している

十分な連携が取れていない現状があるが、2016 年以降に激甚災害の指定を受けた 18 県のうち、連携が取れている県へのヒアリング調査から、以下のことが示されている。「県士会役員も災害対策の動向を把握できる」「県と災害時活動協定を結んでいないため、他県への災害派遣要請時も含めて有事の際は、県医師会が時として活動母体となる可能性がある」「災害支援への組織的対応が可能」「各団体の意志決定によるスピーディーな行動が可能」などである。

災害支援対策での連携はもとより、地域包括ケアシステムの構築を考えると早急に連携を取る必要があるものと思われる。医師会は災害支援では JMAT として活動し、リハ専門職は多くの場合 JRAT として活動することが想定されるが、JMAT と協力あるいは JMAT の傘下組織として、災害の急性期からの速やかな支援を考えると、平時からの連携体制を構築する必要がある。また、リハビリテーション科専門医の数は十分ではなく、他科の医師であっても安全かつ有効な支援の提供を考えるとチームには必須である。

しかし、「地域 JRAT が十分に組織化されておらず、リハビリテーション専門職としての役割を伝えられるかが課題」「担当者の負担が極めて大きい」「それぞれの団体がそれぞれの動きを把握しにくい」などの連携における課題について、検討する必要があろう。

#### ②連携していない

一方、発災前～発災後、災害対策支援において都道府県医師会と連携していない県では、利点として「地域 JRAT に医師がいるため連携が取りやすい」「代替案として、地域医療介護総合確保基金を用いた介護予防事業の形に切り替え、活動内容を制限した中で継続している」、その欠点として「発災後の支援に、PT、OT、ST 単独での支援活動が行いづらい」「医師会の傘下として、災害救護班の一員として被災地支援にあたったため、医師会の撤退と共に、地域 JRAT の活動も終了を迫られ、継続支援ができなかった」「発災時に地域 JRAT としての活動が難しい」としている。連携をしていない場合、地域 JRAT としての活動等に支

障をきたすことも想定される。

課題：
- 平時からの地域包括ケアシステムにおける災害時のリハ専門職の対応
- JRAT としての活動、PT・OT・ST やリハ三団体としての活動

### (4). リハビリテーション科医との連携

医師会との連携と同様、あまり連携が取れていない現状があるが、指定を受けた 18 県のうち、連携が取れている県へのヒアリング調査から、以下のことが示されている。

利点として「専門医との連携に伴いスピーディーな意志決定が可能であり、結果が早期に出やすい」「県災害リハビリテーション研修会事務局による医師への情報発信や発災時のリハ医派遣調整が統括できる」としている。

一方、欠点として「それぞれの団体がそれぞれの動きを把握しにくい」「リハ医の総数が少なく調整が難しい」「地域 JRAT がまだ十分に組織化されていないため、職種間の申し合わせは三団体の会議にて取り決めができる」など、課題は多いようである。しかし、リハ専門職は災害支援においても、実施可能な医療行為については制限があり、リハ科専門医とチームを形成することで安全かつ有効な支援の提供が可能になるものと思われる。

課題：
- 人数が少ないリハ医との連携・調整

### (5). 他団体との連携

2016 年以降激甚災害の指定を受けた 18 道府県のうち、災害発災前から他職種団体と連携をとっていたのは 23.1%であり、発災後に連携が開始されたのも 23.1%であった。また、指定のない都県でも平時より何らかの連携体制をとっているのは 33.3%であった。大規模災害を経験した地域での発災後の状況を考えると、他職種団体との連携が十分に進んでいないことがうかがえる。あるいは必要がないために連携が進んでいないとも解釈されるが、避難所支援にてリハ専門職が対応する要支援者の中には、発災前より使用していた補装具が災害により損失してしまったり、持参できなかったりした方もいるかもしれない。あるいは避難所の環境によっては持参した補装具が使用できないなどの状況も考えられる。そのような場合には義肢装具士との連携や、介護用品を扱う事業者などとの連携は平時から構築していることが望ましいと思われる。自由記述にもあるように他職種や他団体との連携に困難を抱えている地域があるものと思われる。

すでに連携がとれている県の状況を見ると、激甚災害の指定を受けた 18 道府県では避難訓練や合同研究会の実施が中心で、利点として「災害支援への組織的対応」「各団体の意志

決定によるスピーディーな行動が可能」としているが、「担当者の負担が極めて大きい」「各団体がもつ情報が分断される」など、検討すべき課題も多いようである。

一方で、指定のない都県では協定書の締結や地域防災計画への位置づけも見られた。

課題：
- 福祉避難所や要配慮者に対する備品、介護福祉用具、補装具などの装備
- 保健、医療、介護、福祉の包括的なネットワークの構築

### (6). 地域包括ケアシステムへの関与

地域包括ケアシステムは、地域住民のニーズに応じ、地域住民を含む関係者が連携・協力し一体的に必要な医療、介護、福祉サービスなど提供を行う仕組みである。そのためには行政はもちろん関連団体との強い連携・協力が必要であり、平時から連携・協力体制を整えることにより、医療、介護、福祉サービスの提供だけではなく、災害への効率の良い備えが構築可能と思われる。

課題：
- 平時からの保健、医療、介護、福祉の包括的なネットワークの構築

### (7). 広域リハビリテーション支援センターへの関与

広域リハビリテーション支援センターの機能については、2016 年以降激甚災害の指定を受けた 18 道府県では 23.1%が「災害発災前から機能していると思う」と回答しているが、「災害発災前も発災後も機能していないと思う」は 53.8%となっている。同様に指定のない都県でも広域リハビリテーション支援センターが「機能していると思う」は 37.0%で、「機能していないと思う」は 51.9%であった。

広域リハビリテーション支援センターは、厚生労働省によって 1999 年から開始された地域リハビリテーション支援体制整備推進事業によって、2 次医療圏に概ね 1 か所設置されたもので、当初は国のモデル事業として国の補助があり、モデル事業終了直前（2006 年 3 月）には 41 都道府県で実施され、278 か所の広域（リハビリテーション）支援センターが指定されている。この事業が一定の役割を果たしたとして都道府県単独事業に変更されると、財政的理由等により事業より撤退した個所も増えており、このような影響から、「広域リハビリテーション支援センターを知らない」との回答もあったのかと思われる。しかし、2013 年に地域包括ケア構想が発表されると、広域（リハビリテーション）支援センターも指定箇所が増加傾向にある。

指定を受けた 18 県のうち、広域リハビリテーション支援センターが機能し、関与している県へのヒアリング調査から、利点として「広域リハビリテーション支援センターの目的

に沿った活動が行えている」「積極的に機能している地域においては、地域リハ推進に寄与しているため、当該地域の活動が一定量担保される」としているが、「地域差がある」「東日本大震災以降、地域によっては専門職の集合体が自ら活動し、その中に広域支援センターが含まれていることがあるため境界が不明確になりつつある。このため、県との認識に差を生じることがある」など、広域ではあるが地域による課題が山積している。

課題：
・　残存している広域リハビリテーション支援センターの再検討や構築

### (8). 地域医療介護総合確保基金の活用

2016 年以降激甚災害の指定を受けた 18 道府県のうち、災害対策活動に地域医療介護総合確保基金を「活用している」は 23.1%あり、そのうちの 15.4%は発災前より活用していた。また指定のない都県では「活用している」が 11.1%あった。

2014 年度に設定された地域医療介護総合確保基金では、在宅医療の推進や医療従事者・介護従事者の養成や確保などの事業に対し公的な資金を用いる仕組みであり、地域包括ケアシステムの推進も目的の一つである。これまでにも地域包括ケアシステムによる災害対応体制の先行例も報告（平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステム」による災害対応体制の構築）されており、基金の利用が合致しないわけではないと思われる。

指定を受けた 18 県のうち、活用している県へのヒアリング調査から「活動のための原資があること、特に研修事業については災害対策活動としてのトレーニング」とあるが、「県の事業としての申請及び予算額の決定に時間的制約があり、年度後半の限られた期間の対応となる」「医師会が絡むことで企画運営の多くの部分で煩わしい」「あくまで介護予防事業であるため、純粋な災害対策として活動を十分に展開できない」など課題も多いようである。

しかし、活用できていない県では、「研修会を行う予算確保が困難、医師会を通して予算が付いているため、活動内容に制約が生じる」「今後『基金』を活用しての活動も検討する」「会員や県民の役に充分立てているとは言えない」など検討すべき課題は山積されているようであるが、基金の活用により安定した活動を広く展開する必要があろう。

課題：
・　行政と連携の下での効果的な企画や運用による啓発や普及

### (9). 地域 JRAT の組織化、地域防災計画、災害救助法、協定書、保健医療対策本部など

平成 31 年 1 月 11 日現在、47 都道府県のうち地域 JRAT としてすでに組織化しているのは

35 都道府県である。それぞれの地域で加入団体の構成は異なり、リハ専門職の三団体とリハビリテーション医の会といったものから、医師会や看護協会、ケアマネジャー協会、義肢装具士協会なども含む場合もある。またそれぞれ都道府県に担当部署があり、定款が整備されている地域 JRAT も見られる。多くの地域 JRAT において研修会を開催するなど災害を見据えた活動が行われている。

『地域 JRAT』が発災時に主体となって動くためには、活動費が課題となる。JRAT の活動が予算化されている地域もあるが、発災時には JMAT の傘下として活動し「費用弁償」を JMAT から賄っている場合などがある。

指定を受けた 18 県のうち、活動している県へのヒアリング調査から、利点として「地域 JRAT の枠組み（医師を含めたリハ関連職種としての動き）のために費用弁償の約束が確保された」「現地の保健師等との連携は、現場レベルで比較的円滑に行われた」「士会員へは災害支援活動実績があることをアピールでき、協力者を募るのに役立つ」などが挙げられた。

欠点として「避難所等において、三団体の動きが認知されるまでに多少時間がかかった」「地域 JMAT の傘下の『地域 JRAT』、『災害救助法』による医療救護班としての活動だったために医師会の動きに左右された」「『地域防災計画』の内容は、緊急時の医療救護活動が中心（原則 2 週間まで）で、その後の生活関連支援体制が明記されておらず、リハビリテーション専門職の対応が実施できない状況にあった」「協力機関や『協定書』を結ぶ団体にも認知されていない状況のまま」「行政の本庁の『保健医療対策本部会議』には参加できなかった」「医師不足で１チームしか作れなかった」など、「地域 JRAT」と「リハビリテーション専門職」の活動時期や役割の違い、指示命令系統などの課題、あるいは「地域防災計画」「災害救助法」「協定書」「保健医療対策本部」など都道府県や日本全国としての対応が必要な課題が山積している。

特に、「保健医療対策本部」に関して、本庁ではないが、現地の活動本部に窓口ができた県では、利点として「リハニードの確認等、情報の収集に役立った」「現地の保健師等との連携は現場レベルで比較的円滑に行われた」、欠点として「対策本部付近に常駐させるだけの人員確保に限界があった（ある意味では災害支援活動が 2 週間で打ち切りになったが、このあたりが今回の限界と思われた)」とされ、平時からの準備の必要性が高いことが示された。現在、日本のリハビリテーション三団体が会員となっている「JRAT 本部」では、これら平時からの「地域防災計画」「災害救助法」「協定書」「保健医療対策本部」等との関係調整に関して、国や日本医師会など関連部署と検討を重ねているようである。

課題：

- 災害救助法や保健医療対策本部などの法や通知におけるリハ専門職の記載
- 地域防災計画におけるリハ専門職としての協定
- 地域 JRAT とリハ三団体の指示命令系統や役割分担

### (10). 組織的な災害時リハビリテーションに備えた活動

特に地域包括ケアシステムの構築を目指し、三団体で連携の取れている県は多い。また同様に関連他職種、行政とのつながりも一部の県では持てるようになってきている。

一方、地域包括ケアシステムの構築を目指し、これまでは高齢者を主役とした連携であったが、災害弱者や避難所での要配慮者支援などに視点を変えることで、すでに形成されている組織で災害時リハビリテーションに備えた活動が可能であると思われる。

①-a　災害を経験した県におけるリハ専門職団体としての災害支援・受援対策に関する取組み（記述）として、以下のことがあげられた。

災害リハ委員会を設置し合同研修会等の人材育成など、県リハ専門職協議会を通じて地域 JRAT への支援、本部でのロジ対応を疑似体験できる REHUG（災害対策本部疑似体験ゲーム）を作成し普及啓発に努力、被災会員の安否確認、会費免除や見舞い対応、災害時支援要員の養成、研修会(JIMTEF 医療研修含む)や演習の実施、協定締結を目標とした行政主導の災害福祉広域支援ネットワークへの参画、行政主催の避難訓練へ参加、地域 JRAT の平時の活動参加、JRAT 東京本部からの支援要請への対応などの数々の活動があった。

①-b　一方、災害を経験した県におけるリハ専門職団体として災害支援・受援対策で困っていること（記述）として以下のことがあげられた。

協力していただける会員また施設の理解を高めていくことが難しい、中心となって災害に取り組んでくれる士会員が少ない、各団体、専門職団体、地域 JRAT それぞれに係る役割の整理が必要、災害に関わる継続的な行政との関わりの必要性があるかも分からない、医師会との連携がうまくいかない、地域防災計画の中に地域 JRAT 入っていない、医師会傘下の活動につき JMAT 活動終了と同時に地域 JRAT 及び三団体活動の終了を強いられた、行政との協定締結がない、JRAT と各協会の組織関係の解釈、JRAT の活動と士会や三団体活動のどちらを優先すべきなのか不明、災害派遣時の出動のタイミングや保険が不明瞭など。

被災を経験した県においても、県（行政)、医師会、JRAT、三団体、各士会、個人における、地域防災計画など平時からの協定や役割分担の明確化がなされていない模様で、喫緊の課題であると思われる。

②-a　他方、被災を経験していない県におけるリハ専門職団体としての災害支援・受援対策に関する取組み（一部）として、以下のことがあげられた。

- リハ医会、各士会の選出者（あるいはケアマネなどを含めて）が事務局となって地域 JRAT の組織化に向けた調整や災害支援、研修に関する取り組み
- PT 士会主催（JRAT 後援）による研修会の開催、JRAT 事業への協力、県防災訓練への参加や研修会・講演会の開催、JRAT として他県の災害時の派遣活動
- 県災害派遣福祉チームにて研修会の開催、所属施設毎に県と協定し、活動体制の構築
- リハ医が主導した JRAT にて災害時・平時のあり方について協議を行い各士会で活動

・ 県に働きかけ協定書、ボランティア登録、県内各施設に向けた協力要請・意向調査
・ 県と協定を結び、災害対策本部や避難所アセス等の合同訓練に参加
・ 研修会などにおいて岡山県、広島県、愛媛県での災害支援・受援対策を聴講して直ぐにでも動き出すことの必要性を強く感じ、県健康福祉部、関係諸団体と連携した体制を整える準備段階
・ 南海トラフ地震を見据え、県は受援体制の強化を中心とした整備

②-b　被災を経験していない県におけるリハ専門職団体として災害支援・受援対策で困っていること（記述）として、以下のことが挙げられ、被災経験のある県も含め、全ての都道府県において喫緊に解決すべき課題と考えられることから最終的な課題としてまとめる。

全ての都道府県における喫緊に解決すべき課題：
・ 災害支援の際の活動スタッフの確保（リハ医を含む）
・ スタッフが所属する職場の理解、その活動費用と身分保障
・ 多職種協働による人材育成も含めたリハ専門職としての活動マニュアル
・ 医師会・リハ医など多職種多団体との連携および役割分担
・ 平時、特に有事に災害リハを地域住民や関係団体に理解してもらえるツール
・ 平時から災害支援・受援対策を含めた地域包括ケアシステムの構築
・ 県の理解の下で地域防災計画におけるリハ専門職との協定
・ 災害救助法での医療救護班活動と、それ以降のリハ専門職としての活動の整理
・ 大都市が広範囲に及んだ際の活動マニュアル

### (11). 今後の展望と計画

今回の調査、とくに(10)にて明らかになった喫緊に解決すべき課題や好事例を基に、大規模災害発災時の体制および活動マニュアルの作成にむけて、都道府県庁、保健医療調整本部、現地活動本部、医師会・リハ医会、JRAT（全国 JRAT・地域 JRAT・他県 JRAT）、POS 三団体、POS 各士会、各セラピスト、その他、といった項目立てが必要である。

また、発災後の時間的経過と保健医療支援活動、行政・リハ専門職・関連団体の連携のあり方、各カウンターパートに求められる役割、都道府県の活動好事例、解決すべき課題、支援の充実に向けた望ましい支援体制のあり方など、具体的なフェーズやカウンターパートとの対応方法などについて、好事例や地域課題を含めてまとめる必要がある。

加えて、地域医療介護総合確保基金や広域リハビリテーション支援センターなど、行政とのかかわりについての知識や情報に乏しい県もあり、今回のアンケート調査結果とともに研修会などの開催が必要である。

大規模災害発災時の体制および活動マニュアル項目（案）

① 都道府県庁
② 保健医療調整本部
③ 現地活動本部
④ 医師会･リハ医会
⑤ JRAT（全国 JRAT・地域 JRAT・他県 JRAT）
⑥ POS 三団体
⑦ POS 各士会
⑧ 各セラピスト
⑨ その他

好事例や地域課題を含めたまとめ方（案）

① 発災後の時間的経過と保健医療支援活動
② 行政・リハ専門職・関連団体の連携のあり方
③ 各カウンターパートに求められる役割
④ 都道府県の活動好事例
⑤ 解決すべき課題
⑥ 支援の充実に向けた望ましい支援体制のあり方
⑦ その他

# 第３章　テキスト作成

## 第１節　目的

地域保健に従事するリハ専門職が存在するなか、現在、リハ専門職の教育課程において地域保健を体系的に学習する機会は乏しい。そのため、地域保健に従事するリハ専門職は地域保健領域の事業での経験を通じて、求められる様々な知識や技能を習得する必要がある。

近年の疾病予防・介護予防のニーズ、医療従事者の地域への関与のニーズ、多様な疾病・障害に対応するニーズ、これらのニーズの高まりに応え、誰一人取り残さないための支援を実現するためには、地域保健領域について体系的に学習し、従事できる人材の育成がリハ専門職に必要であると考えられる。

平成 29 年度事業において､災害支援にリハ専門職が関与することのニーズが示されたが、一方で地域保健に関する知識が十分ではないことが示唆された。

したがって、地域保健に従事するリハ専門職が学ぶべき内容をまとめたテキストの構成を本事業において検討・整理した。

## 第２節　事業内容

リハ専門職が学ぶべき地域保健・公衆衛生の内容について、各領域について法律や関連する施設等について整理し、目次をまとめた。さらに各領域において、現在リハ専門職が関わる事例について記載する項目を含めた。

## 第３節　結果

（１）テキストの方針、対象、目標

| 項目 | 内容 |
|---|---|
| 方針 | リハ専門職に必要な公衆衛生を学ぶ |
| 対象 | リハ専門職（学生は除く） |
| 目標 | 地域住民（国民）の健康をリハの視点（健康支援・疾病予防・介護予防・自立支援）で捉え、日常および有事の際に必要な対応が可能となる。 |

（２）目次

テキストの構成は第 1 編「社会保障と衛生行政の体系」、第 2 編「衛生の主要指標」、第 3 編「保健と医療と福祉の動向」、第 4 編「健康・危機管理と災害保健」、第 5 編「医療提供体制と医療保険制度」、第 6 編「介護保険制度」、第 7 編「障害福祉制度」とし、第 3 編では各保健分野を章で区分けし、関係法規や既存の組織の情報、さらにリハ専門職が関わっている事例を踏まえて、実践的な情報を掲載することとした。

Ⅰ．公衆衛生と疫学・統計

第１編　社会保障と衛生行政の体系

第1章　社会保障

第2章　衛生行政

第２編　衛生の主要指標

第1章　人口動態

第2章　生命表

第3章　健康状態と受療状況

第4章　疫学

第5章　統計

Ⅱ．保健と福祉

第３編　保健と医療と福祉の動向

１．地域保健

２．母子保健

３．生活習慣病と健康増進

４．疾病対策

５．障害児・者施策

６．精神保健

７．老人保健

８．産業保健・労働衛生

９．学校保健

10．その他保健

第４編　健康・危機管理と災害保健

Ⅲ．社会保障

第５編　医療提供体制と医療保険制度

第1章　医療提供体制

第2章　医療保険制度

第６編　介護保険制度

第７編　障害福祉制度

（３）災害支援のためのテキスト

近年の大規模災害発生状況に鑑みて、早急に支援の充実が求められていると考え、構成の一つである「健康・危機管理、災害保健」」についてテキストを作成した。「関連法規」と「実際に現場に関わるリハ専門職が知るべき知識」の二部構成とし、また、災害支援の実例について、応急修復期を終えて復旧期・復興期における取組を中心に示した。

# Ⅰ．災害に関する法律

## 1．災害対策基本法１）（昭和 36 年 11 月 15 日　法律第 223

災害対策基本法は、昭和 34 年の伊勢湾台風を契機として昭和 36 年に制定された、我が国の災害対策関係法律の一般法である。
この法律の制定以前は、災害の都度、関連法律が制定され、他法律との整合性について充分考慮されないままに作用していたため、防災行政は充分な効果をあげることができなかった。災害対策基本法は、このような防災体制の不備を改め、災害対策全体を体系化し、総合的かつ計画的な防災行政の整備及び推進を図ることを目的として制定されたものであり、阪神・淡路大震災後の平成７年には、その教訓を踏まえ、２度にわたり災害対策の強化を図るための改正が行われている。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し、もって社会の秩序の維持と公共の福祉の確保に資するべく、様々な規定を置いている。

（1）防災に関する責務の明確化

国、都道府県、市町村、指定公共機関及び指定地方公共機関には、各々、防災に関する計画を作成し、それを実施するとともに、相互に協力する等の責務があり、住民等についても、自発的な防災活動参加等の責務が規定されている。

（2）総合的防災行政の整備

防災活動の組織化、計画化を図るための総合調整機関として、国、都道府県、市町村それぞれに中央防災会議、都道府県防災会議、市町村防災会議を設置することとされている。災害発生又はそのおそれがある場合には、総合的かつ有効に災害応急対策等を実施するため、都道府県又は市町村に災害対策本部を設置することとされている。非常災害発生の際には、国においても、非常（緊急）災害対策本部を設置し、的確かつ迅速な災害応急対策の実施のための総合調整等を行う。

（3）計画的防災行政の整備

中央防災会議は、防災基本計画を作成し、防災に関する総合的かつ長期的な計画を定めるとともに、指定公共機関等が作成する防災業務計画及び都道府県防災会議等が作成する地域防災計画において重点をおくべき事項等を明らかにしている。

（4）災害対策の推進

災害対策を災害予防、災害応急対策及び災害復旧という段階に分け、それぞれの段階毎に、各実施責任主体の果たすべき役割や権限が規定されている。具体的には、防災訓練義務、市町村長の警戒区域設定権、応急公用負担、災害時における交通の規制等についての規定が設けられている。

（5）激甚災害に対処する財政援助等

災害予防及び災害応急対策に関する費用の負担等については、原則として、実施責任者が負担するものとしながらも、特に激甚な災害については、地方公共団体に対する国の特別の財政援助、被災者に対する助成等を行うこととされている。これを受け、激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律（昭和 37 年法律第 150 号）が制定された。

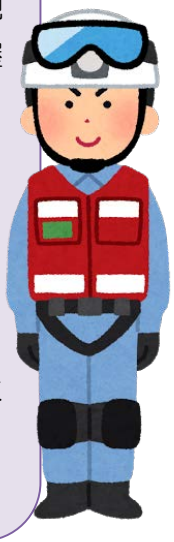
（6）災害緊急事態に対する措置

国の経済及び社会の秩序の維持に重大な影響を及ぼす異常かつ激甚な災害が発生した場合には、内閣総理大臣は災害緊急事態の布告を発することができるものとされ、国会が閉会中等であっても、国の経済の秩序を維持し、公共の福祉を確保する緊急の必要がある場合には、内閣は金銭債務の支払いの延期等について政令をもって必要な措置をとることができるものとされている。

## 2．災害救助法[2)]　（昭和 22 年 10 月 18 日　法律第 118 号）

風水害、地震、津波、火災、噴火、土砂災害、大雪などの災害に際して、国が迅速かつ適切な被災者の救助活動を行ない、社会秩序の保全をはかることを目的とする法律。救助は地方公共団体、日本赤十字社などの協力を得て各都道府県知事が行なうこと、その期間、方法、程度に関して必要な事項は政令で定めることなどが規定されている。救助活動は，市町村の人口に応じて定められた数以上の世帯の家屋が滅失したときに行なわれる。

活動内容は、避難所や応急仮設住宅の設置、食料や飲料水の支給、衣服、寝具など生活必需品の支給、医療行為、被災者の救出、埋葬などである。救助にかかる費用は都道府県や国が負担する。医療における関係者の範囲としては医師、歯科医師又は薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士又は歯科衛生士が明記されている。医療を実施する期間は災害発生の日から 14 日以内とされているが、定められた期間内に法による医療を終えることができない場合は、内閣総理大臣と協議の上、医療を実施する期間を延長できる。



（1）目的

災害に際して、国が地方公共団体、日本赤十字社その他の団体及び国民の協力の下に、応急的に、必要な救助を行い、災害にかかった者の保護と社会の秩序の保全を図ること。

（2）実施体制

災害救助法による救助は、都道府県知事が行い（法定受託事務）、市町村長がこれを補助する。なお、必要な場合は、救助の実施に関する事務の一部を市町村長が行うこととすることができる。

（3）適用基準

災害救助法による救助は、災害により市町村の人口に応じた一定数以上の住家の滅失がある場合等（例人口 5,000 人未満住家全壊 30 世帯以上）に行う。

（4）救助の種類

① 避難所、応急仮設住宅の設置
② 食品、飲料水の給与
③ 被服、寝具等の給与
④ 医療、助産
⑤ 被災者の救出
⑥ 住宅の応急修理
⑦ 学用品の給与
⑧ 埋葬
⑨ 死体の捜索及び処理
⑩ 住居又はその周辺の土石等の障害物の除去

救助の程度、方法及び期間は内閣総理大臣が定める基準に従って、都道府県知事が定めるところにより現物で行なう。

（5）強制権の発動

災害に際し、迅速な救助の実施を図るため、必要な物資の収容、施設の管理、医療、土木工事等の関係者に対する従事命令等の強制権が確保されている。

（6）経費の支弁及び国庫負担

① 都道府県の支弁：救助に要する費用は、都道府県が支弁
② 国庫負担：(1) により費用が１００万円以上となる場合、その額の都道府県の普通税収入見込額の割合に応じ、次により負担
（ア） 普通税収入見込額の 2/100 以下の部分 50/100
（イ） 普通税収入見込額の 2/100 をこえ 4/100 以下の部分 80/100
（ウ） 普通税収入見込額の 4/100 をこえる部分 90/100

（7）災害救助基金について

①積立義務（災害救助法第 22 条、23 条）

過去３年間における都道府県普通税収入額決算額の平均年額の５／ 1000 相当額を積み立てる義務が課せられている。

②運用

災害救助法による救助に要する給与品の事前購入により備蓄物資とすることができる。

## 3．激甚災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律：激甚災害法３）（昭和 37 年９月６日法律　第 150 号）

災激甚災害制度とは、「激甚じん災害に対処するための特別の財政援助等に関する法律」（以下「激甚災害法」という。）に基づく制度であり、政府は、激甚災害法に基づき国民経済に著しい影響を及ぼし、かつ、当該災害による地方財政の負担を緩和し、又は被災者に対する特別の助成措置を行うことが特に必要と認められる災害が発生した場合には、中央防災会議の意見を聴いた上で、政令でその災害を「激甚災害」として指定するとともに、当該激甚災害に対し適用すべき措置を併せて指定することとしている。

激甚災害に指定されると、地方公共団体の行う災害復旧事業等への国庫補助の嵩上げや中小企業者への保証の特例等、特別の財政助成措置が講じられる。

なお、激甚災害の指定は、中央防災会議が定めている、「激甚災害指定基準」（本激の基準）及び「局地激甚災害指定基準」（局激の基準）による。

（１）激甚災害法に基づく主要な適用措置（本激）

激甚災害によって生じた各種被害の状況に応じて、以下の措置が適用される。

① 公共土木施設災害復旧事業等 (注)に関する特別の財政援助（第２章：第３条、第４条）

（注）公共土木施設、公立学校、公営住宅、社会福祉施設等の災害復旧事業、災害関連事業、堆積土砂排除事業等

② 農林水産業に関する特別の助成

（ア） 農地等の災害復旧事業等に係る補助の特別措置 （第５条）

（イ） 農林水産業共同利用施設災害復旧事業費の補助の特例 （第６条）

（ウ） 天災融資法の特例 （第８条）

（エ） 土地改良区等の行う湛水排除事業に対する補助（第 10 条）

（オ） 共同利用小型漁船の建造費の補助 （第 11 条）

（カ） 森林災害復旧事業に対する補助 （第 11 条の２）

③ 中小企業に関する特別の助成

中小企業信用保険法による災害関係保証の特例 （第 12 条）

④ その他の特別の財政援助及び助成

（ア） 公立社会教育施設災害復旧事業に対する補助 （第 16 条）

（イ） 私立学校施設災害復旧事業に対する補助 （第 17 条）

（ウ） 罹災者公営住宅建設等事業に対する補助の特例 （第 22 条）

（エ） 小災害債に係る元利償還金の基準財政需要額への算入等 （第 24 条）

（２）激甚災害法に基づく主要な適用措置（局地激甚災害：局激）

激甚災害指定基準（本激）では、全国を単位として積み上げられた被害額を基準としているため、激甚災害制度の創設（昭和 37 年）当初は、ある特定地域に激甚な被害を及ぼした災害であっても、全国レベルで見ればさほどの被害とはならず、指定基準を越えられない（激甚災害として指定されない）という状況が生じていた。

そこで、市町村単位の被害額を基準とする局地激甚災害指定基準を昭和 43 年に創設し、限られた地域内で多大な被害を被った地域に対して各種の特例措置が適用されることとした。俗に、従来の全国レベルの激甚災害は「本激」と、局地激甚災害は「局激」と呼ばれている。

（３）局地激甚災害指定により適用される措置（局激）

激甚災害によって生じた各種被害の状況に応じて、以下の措置が適用される。

① 公共土木施設災害復旧事業等に関する特別の財政援助（第２章：第３条、第４条）
② 農地等の災害復旧事業等に係る補助の特別措置 （第５条）
③ 農林水産業共同利用施設災害復旧事業費の補助の特例 （第６条）
④ 森林災害復旧事業に対する補助 （第 11 条の２）
⑤ 中小企業信用保険法による災害関係保証の特例 （第 12 条）
⑥ 小災害債に係る元利償還金の基準財政需要額への算入等 （第 24 条）

（４）本激と局激の違い

激甚災害指定基準による指定、いわゆる「本激」が地域を特定せず、災害そのものを指定するのに対し、局地激甚災害指定基準による指定、いわゆる「局激」は市町村単位での災害指定を行う。

ただし、激甚災害に指定されても、被害を受けた地方公共団体等のすべてが特例措置を受けられるわけではなく、被害の大きさが一定規模以上の地方公共団体等に限って特例措置が適用される。

【引用・参考資料】

１）内閣府　防災情報のページ　災害対策基本法
http://www.bousai.go.jp/taisaku/kihonhou/index.html

２）内閣府　防災情報のページ　災害救助法
http://www.bousai.go.jp/taisaku/kyuujo/kyuujo.html

３）内閣府　防災情報のページ　激甚災害からの復旧・復興対策
http://www.bousai.go.jp/taisaku/gekijinhukko/index.html

**自然災害（natural disaster）**
危機的な自然現象（natural hazard，例えば気象、火山噴火、地震、地すべりなど）によって、人命や人間の社会的活動に被害が生じる現象をいう。

## 1．公衆衛生とは

臨床医学が患者を対象Ⅰとするのに対し、公衆衛生は健康な人間を含めた集団を対象とし、健康に悪影響をおよぼす環境や行動、社会的要因を取り除き、健康障害を予防すること、さらには人々の健康状態とQOLを向上させることが目標となる。
またこれらの活動は行政などの組織を通じた社会的活動として実践される、現在の公衆衛生は予防医学、環境の改善、生活水準の保障、健康教育の推進を展開する学問である[1)]。

## 2．災害とは

日本の災害対策基本法では、災害を「暴風、竜巻、豪雨、豪雪、洪水、崖崩れ、土石流、高潮、地震、津波、噴火、地滑り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」と定義している（第２条第１項、2015年７月時点）[2)]。ここで、これらに類する政令で定める原因としては「放射性物質の大量の放出、多数の者の遭難を伴う船舶の沈没その他の大規模な事故」が定められている（同法施行令第１条）[3)]。従って、災害対策基本法上の災害には自然災害以外の原因による災害も含まれる。また、災害弔慰金法や被災者生活再建支援法、土木施設災害負担法は自然災害のみが対象だが、学校施設災害負担法は大規模火災なども対象とする。

なお、他の災害に比べて被害の程度やその広がりが著しい災害を「大規模災害」と呼ぶことがあるが、具体的な定義はない。被害の広がりに着目した場合、「広域災害」と呼ぶこともある。これらは甚大な被害によって外部からの救援を必要とする場合が多い。また、都道府県を跨ぐ規模の災害を「スーパー広域災害」と呼ぶこともあるが、これは日本の災害対策が市町村や都道府県ごとの縦割りとなっていて、都道府県を跨いだ大規模避難や救援などの災害対策の連携に難点が見られることから作られた用語である[4)]

。

## 3．災害の分類[5)]

（1） 原因別分類

①自然災害：水気象学系、地質学系、生物学系・ 水気象学系（台風、ハリケーン、洪水、干ばつ、高潮）

- 地質学系（地震、津波、火山噴火）
- 生物学系（伝染性疾患、疫病）

②人為災害：技術災害、複合災害

- 技術災害（大型交通事故、工業事故、大規模火災）
- 複合災害（民族紛争、武力衝突、内戦、戦争）

（2）発生場所による分類

①都市型災害：ライフラインの寸断によりただちに日常生活が困難となる。また日頃からの人間関係が希薄であるため被災者同士の支えあいが難しくなる。

②地方型災害：被災者が孤立しやすく、支援が行き届かない、または遅れがちになりやすい。

（3）被害・影響が発生するスピード・期間による分類

地震や竜巻などは急性期、台風や火山噴火は警報を出すことが可能なことより亜急性期、干ばつや飢饉などは被害の発生までの経過が長いため慢性期の災害と分類される。これらの分類は災害発生の前後にどのくらいの時間的猶予があるか考える点で重要な分類である。

## 4．災害医療とは

災害（地震、火災、津波、豪雨水害・豪雪、火山噴火、または航空機事故などの大規模な事故）により、対応する側の医療能力を上回るほど多数の医療対象者が発生した際に行われる。災害時の急性期・初期医療のことを指す。

全国規模で災害医療を行う能力を有する組織は、自衛隊（衛生科部隊や災害派遣の救助部隊を含む）と、日本赤十字社の２組織のみである。

この他に、常雇の組織ではないものの、災害医療についての専門的な研修や訓練を受けた全国各地の医師や看護師らが、DMAT（災害派遣医療チーム）や JMAT（日本医師会災害医療チーム）として 医療支援に入る。ただし、DMAT や JMAT は、被災地域外からの派遣となるため、現場到着や展開など、具体的な活動を開始するまでには、ある一定程度の時間がかかる。

また、規模は小さくなるものの、地域レベルでは、国立や県立・市町村立などの公立病院・医学部付属病院・民間病院などの中からあらかじめ指定された災害拠点病院も災害医療を担当する。その他にも、災害医療は全く専門ではないものの、地元の開業医などで組織する各地域医師会の有志らが、現場救護所や避難所などで簡易的なトリアージや、軽症患者の応急処置などを行う。

## 5．災害時支援チーム

（1）災害派遣医療チーム

Disaster Medical Assistance Team の頭文字をとって略して DMAT と呼ばれている、DMAT とは「災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」と定義されており医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期（おおむね 48 時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームである[6)]。

（2）日本医師会災害医療チーム

Japan Medical Association Team の頭文字をとって JMAT と呼ばれている。JMAT は日本医師会により組織される災害医療チーム。急性期の災害医療を担当する DMAT が 3 日程度で撤退するのと入れ替わるようにして被災地の支援に入り、現地の医療体制が回復するまでの間、地域医療を支えるための組織である[7)]。

（3）災害派遣精神医療チーム

Disaster Psychiatric Assistance Team の頭文字をとって DPAT と呼ばれている。DPAT は自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大する。このような災害の場合には、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネージメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援が必要である。

このような活動を行うために都道府県及び政令指定都市（以下「都道府県等」という。）によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームである[8)]。

（4）災害時健康危機管理支援チーム

Disaster Health Emergency Assistance Team の頭文字をとって DHEAT と呼ばれている。大規模な災害などが発生した場合、迅速に被災地に入り、被災者の飲料水や食料、生活環境の衛生状態、感染症の発生などといった現状を速やかに把握し、被災地で必要とされる人的、物的な支援や供給体制を確保する公衆衛生チーム。DHEAT は保健所職員、公衆衛生医師、保健師、管理栄養士、衛生課職員などで構成され、おもな役割としては、⑴避難所における被災者の要望の把握、⑵被災地の妊産婦、乳幼児、要介護者の把握と対応、⑶避難所の衛生管理状態の把握と評価、⑷感染症発生などについてのサーベイランス、⑸被災地の廃棄物・汚水・水道などの状況把握と評価などが考えられている[9)]。

（5）大規模災害リハビリテーション支援関連団体協会

Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team の頭文字をとって JRAT と呼ばれている。「東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体（2011 年 4 月 13 日設立）が新たな大規模災害に備えるために、日本義肢装具士協会、日本義肢装具学会の新規加入および厚生労働省医政局災害対策室 DMAT 事務局（国立病院機構災害医療センター）からのアドバイザー参加などを得て、2013 年 7 月

26 日に名称変更を行い新たな組織となった。
大規模災害時において、救命救急から継続したリハビリテーションによる生活支援などを行い、生活不活発病への予防に対する適切な対応や、被災地での自立生活を再建、復興を目指していけるように安心、安全且つ、良質なリハビリテーション支援を受けらえるように制度や体制の確立を促進する活動をおこなっている[10)]。

＜支援団体一覧＞[11)]

| | |
|---|---|
| AMAT | 全日本病院協会災害医療支援活動班<br>（All Japan Hospital Medical Assistance Team） |
| DHEAT | 災害時健康危機管理支援チーム<br>（Disaster Health Emergency Assistance Team） |
| DMAT | 災害時派遣医療チーム<br>（Disaster Medical Assistance Team） |
| DPAT | 災害派遣精神医療チーム<br>（Disaster Psychiatric Assistance Team） |
| JADM | 日本集団災害医学会<br>（Japanese Association for Disaster Medicine） |
| JDA-DAT | 日本栄養士会災害支援チーム<br>（The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team） |
| JDR | 国際緊急援助隊<br>（Japan Disaster Relief Team） |
| JMAT | 日本医師会災害医療チーム<br>（Japan Medical Association Team） |
| JOCV | 青年海外協力隊<br>（Japan Overseas Cooperation Volunteers） |
| JRAT | 大規模災害リハビリテーション支援関連団体協会<br>（Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team） |
| JVOAD | 全国災害ボランティア支援団体ネットワーク<br>（Japan Voluntary Organizations Active in Disaster） |
| PCAT | 日本プライマリ・ケア連合学会災害医療支援チーム<br>（Primary Care for All Team） |

## 6．避難所

避難所とは、避難するための施設や場所のことである。避難所は災害対策基本法に基づいて、各自治体で地域防災計画が立てられ、災害発生時に、避難者に安全・安心の場を提供する目的で、区長・市長・町長・村長が開設・管理・運営するものである[12)]。
避難所には様々な分類・用語がある。

・一時避難場所 ： 一時的に避難する場所。災害時の危険を回避するため、または帰宅困難者には交通機関が回復を待つために一時的に待機するなどといった用途が想定されている。
・広域避難場所 -：一時避難所より大人数を収容できる避難所、一時避難所が危険になったときに避難する。
・収容避難場所 ：短期間、避難生活を送るための避難所。
・福祉避難場所 ：災害時に自宅での生活が困難で、その中でも介護や福祉サービスを必要とする人々のための避難所。通常、平時に社会福祉施設や保健センターである場所が指定される。
平成 25 年 6 月に改正された災害対策基本法において、切迫した災害の危険から逃れるための緊急避難場所と、一定期間滞在し、避難者の生活環境を確保するための避難所が明確に区別された[16)]。
・指定緊急避難場所：指定緊急避難場所は、災害が発生し、又は発生するおそれがある場合にその危険から逃れるための避難場所として、洪水や津波など異常な現象の種類ごとに安全性等の一定の基準を満たす施設又は場所を市町村長が指定する（災害対策基本法第 49 条の 4）。
・指定避難所：指定避難所は、災害の危険性があり避難した住民等を災害の危険性がなくなるまでに必要な間滞在させ、または災害により家に戻れなくなった住民等を一時的に滞在させるための施設として市町村長が指定する（災害対策基本法第 49 条の 7）。

## 7．福祉避難所

内閣府（防災担当）は 2016 年 4 月に、「福祉避難所の確保・運営ガイドライン」を公表し、福祉避難所については、災害対策基本法施行令に、災害対策基本法による避難所の指定基準の一つとして、以下のように規定した[14) 15)]。

・ 高齢者、障害者、乳幼児その他の特に配慮を要する者（以下この条において「要配慮者」という。）の円滑な利用を確保するための措置が講じられていること。
・ 災害が発生した場合において要配慮者が相談し、又は助言その他の支援を受けることができる体制が整備されること。
・ 災害が発生した場合において主として要配慮者を滞在させるために必要な居室が可能な限り確保されること。

福祉避難所の対象者として想定されているのは、法律上「要配慮者」ということになる。要配慮者は、

「災害時において、高齢者、障害者、乳幼児その他の特に配慮を要する者」（災害対策基本法第８条第２項第 15 号）と定義されている。よって、福祉避難所の事前指定やその準備は、これらの人々を対象として備えておく必要がある。「その他特に配慮を要する者」として、妊産婦、傷病者、内部障害者、難病患者等が想定される。これらの人々は、一般的な避難所では生活に支障が想定されるため、福祉避難所を設置し、受け入れ、何らかの特別な配慮をする必要がある。

福祉避難所の整備としては、段差の解消、スロープの設置、手すりや誘導装置の設置、障害者用トイレの設置など施設のバリアフリー化をはじめ以下のような配慮が必要となる[14)]。

- 通風・換気の確保。
- 冷暖房設備の整備。
- 情報関連機器（ラジオ、テレビ、電話、無線、ファクシミリ、パソコン、電光掲示板等）。
- 電源の確保（在宅酸素療法を必要とする呼吸器機能障害者などを受け入れる場合）。
- 水の確保（介護、処置、器具の洗浄等で清潔な水が必要）。
- コミュニケーションの確保（筆談用の紙と筆記用具を準備）。

## ８．応急仮設住宅

仮設住宅は、地震・水害・山崩れなどの自然災害などにより、居住できる住家を失い、自らの資金では住宅を新たに得ることのできない人に対し、行政が貸与する仮の住宅。

ペットの可否や本来の居住地に関係なく割り振られコミュニティが分断されたために高齢者を中心し孤独死が増えたこと、壁や窓が簡素であることからプライバシーの問題などが指摘されている。

## ９．災害時の主な健康問題

被災者は災害時、見知らぬ人を含めた多数の人との避難生活という。通常とは異なる環境下に置かれる。これにより十分な休息ができなかったり、トイレに行くことをためらったり、避難生活への不安や不満を抱えたりする場合がある。また、家族の安否を気にしたり経済的な不安を抱えたりといった心理的負担も大きい。こうした環境要因により、不安や悩みを抱え、それが胃腸症状やうつ傾向のような心身の症状として現れる例が多く見られる。こうした健康問題への対処の基本は、安全を確保した上で、十分な

＜災害の種類ごとに起こりやすい代表的な健康障害＞[4)]

| | |
|---|---|
| 地　震 | ・骨折、挫創、打撲などの外傷　・粉塵による呼吸器障害<br>・火災による熱傷、気道障害、一酸化炭素中毒 |
| 水　害 | ・汚水などによる感染性の疾患（下痢、肺炎など）<br>・風邪、ぜんそくなどの呼吸器疾患　・水に濡れることによる低体温症<br>・がれきの飛散による外傷　・皮膚疾患 |
| 噴　火 | ・火砕流などによる負傷、熱傷　・熱風による気道熱傷<br>・火山ガスや火山灰の吸入による呼吸障害 |

休養と栄養を取れるよう生活環境を改善することである。また、ボランティアなどの支援者が被災者の不安や悩みを聞いてあげること、気分の転換を行ったり、家族や友人などとの死別を乗り越える「喪の作業」を行うことなどが、ストレスの軽減と心の安定に必要とされる。[4)]

## 10. 被災者の地域における心理的経過

被災者が被災地域の人々との関係の中でどのような心理状態や行動を示すか、また、それがどのように推移するかを理解しておくことも重要である。[15)]

（1）茫然自失期（災害直後）

驚愕･恐怖体験のため無感覚、感情の欠如、茫然自失の状態となる。

自分や家族・近隣の人々の命や財産を守るために、危険をかえりみず行動的となる人もいる。

（2）ハネムーン期

劇的な災害の体験を共有し、くぐり抜けてきたことで、被災者同士が強い連帯感で結ばれる。援助に希望を託しつつ、がれきや残骸を片づけ助け合う．被災地全体が暖かいムードに包まれる．

（3）幻滅期

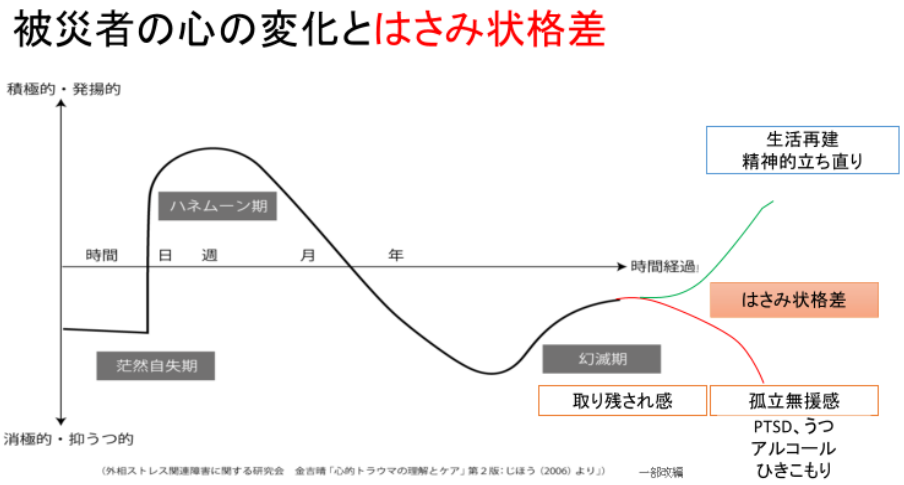
災害直後の混乱がおさまり始め、復旧に入る頃。被災者の忍耐が限界に達し、援助の遅れや行政の失策への不満が噴き出す。人々はやり場のない怒りにかられ、けんか等のトラブルも起こりやすくなる。飲酒問題も出現する。

被災者は自分の生活の再建と個人的な問題の解決に追われるため、地域の連帯感は失われる場合もある。

（4）再建期

復旧が進み、生活の目処頃がたち始める頃。被災地に「日常」が戻り始め、被災者も生活の建て直しへの勇気を得る。地域づくりに積極的に参加することで、生活の再建への自信が増向上する。

フラッシュバックは起こりえるが徐々に回復していく。ただし、復興から取り残され精神的支えを失った人には、ストレスの多い生活が続く。



## 11. 災害時支援の具体的行動

災害時の速やかな自立生活獲得、安心、安全な生活の継続確保、一日でも早い復興を目指して速やかに以下の支援を開始する[13]。

（1） 避難所環境の精査・評価の実施：生活不活発病対策の視野に入れた生活環境の整備を行う。
この際、公衆衛生の視点からも保健師や JMAT、DMAT などの医師、行政職との連携は重要である。

（2） 避難所生活において必要とされる福祉機器の提案：スロープや手すり、杖、車椅子などを含めた福祉機器が適切に提供されるように努める。

（3） 避難者におけるリハビリテーション評価：虚弱高齢者や介護保険サービス対象者、障害児・者、難病者、妊婦、乳幼児などについて把握し、必要性に応じて福祉避難所入所をすすめる。

（4） 健常・虚弱高齢者対策：生活不活発予防対策としての集団的活動の場・機会を提案する。

（5） 介護保険サービス対象者：速やかにサービスにつながるように介護支援専門員と協議する。

（6） 可能な限り早期に地元地域リハ活動に支援が移行できるように、地域リハ関係機関を支援する。

## 12. 支援者の基本的心構え[19]

（1） 支援を行うにあたって、なるべく自らの状況を整える。

- 事前の健康管理に注意し、体調を調整する。
- 家族、メンバーと各自の行動の打ち合わせをしておく。
- 援助に関してチームと自分の役割について把握しておく。
- 自分の身は自分で守ることが最低限度のルール。
（常備薬、気候対策、携行物資や機材、食糧等も含め事前にチームで決めておく。）

（2） 対象地域の様々な情報を収集する。

- 被災地の住民は現実的な援助を必要としている。公的機関、交通、その他諸々の情報が必要となる。
- 被災地ですでに活動している支援者から、事前に説明や情報を得るとともに、相談しながら進めることが重要。
- チームで行動し、現地の窓口を活用する。

（3） 支援者は二次受傷者となり得えることを理解する。

・被災地の現場では環境が混乱しており、ストレスの高い状態が続き、支援者も精神的な影響を被り心身の変調をきたしがちになる。被災者を支援することで自らも傷つくことも起こり得る（二次受傷）。

（4）災害によるストレスについて正しい知識を持つことが必要。

・被災者にみられる精神的な動揺の多くは、災害時に誰にでも起こりうる正常な反応であることを被災者に伝えることが大切。

（5）専門用語は使用しない。

・「カウンセリング」「メンタルヘルス」「トラウマ」「PTSD」「精神」や「こころ」等の言葉を安易に使用しない。

（6）必要に応じて、専門家への橋渡しをする。

・無理なことまで引き受けて、できない約束をしない。
・専門家に橋渡しをするのも支援者の重要な役割。

（7）被災者が自己決定できるよう被災者の考えを尊重し支える。

・支援者の援助の押しつけではなく、被災者の自律性の回復を重視した支援を行う。
・困難度が高かったり、混乱のひどい被災者においても、被災者の考えをなるべく尊重し、本人自身が適切な決定を行えるように支援する。

（8）二次被害の防止。

・デマ、うわさに注意して、正確な情報の伝達に努める。
・本人の意に反した取材活動、事情調査等は心理的な負担となる。

【引用・参考資料】

1）公衆衛生がみえる 2018 - 2019．メディックメディア．2018 年 3 月

2）「災害対策基本法」 最終改正：平成二七年七月一七日法律第五八号、総務省法令データ提供システム

3）「災害対策基本法施行令」 最終改正：平成二七年六月二四日政令第二五六号、総務省法令データ提供システム

4）後藤真澄・高橋美岐子編 「災害時の要介護者へのケア いのちとくらしの尊厳を守るために」 中央法規出版、2014 年

5）増野園恵、南裕子ほか・編：災害看護学習テキスト 概論編、日本看護協会出版会、東京、2007、p.2-21

6）DMAT 事務局ホームページ　http://www.dmat.jp/

7）日本医師会ホームページ　http://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/002049.html

8）厚生労働省ホームページ　災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領 https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html

9）小学館　日本大百科全書

10）大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会パンフレット

11）大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会企画・編集　「災害リハビリテーション標準テキスト」　医歯薬出版株式会社、2018 年

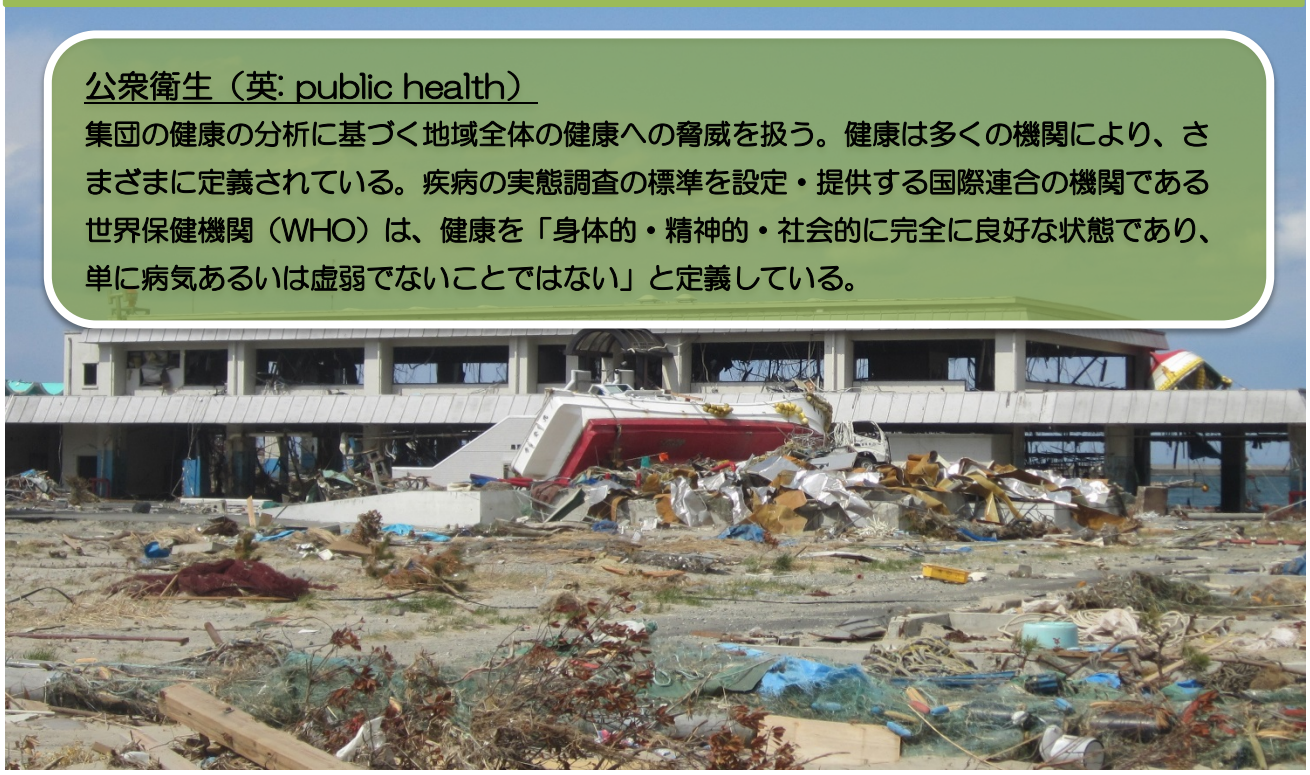
12）東京都福祉保健局　平成 25 年「避難所管理運営の指針」

13）緊急避難場所」と「避難所」について　滋賀県総合政策部防災危機管理局

14）福祉避難所の確保・運営ガイドライン　平成２８年４月内閣府（防災担当）

15）東京都福祉保健局　東京都立中部総合精神保健福祉センター 災害被災者支援のページ http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/chusou/jouhou/saigai.html

16←19）災害時の「こころのケア」マニュアル　鳥取県福祉保健部健康医療局健康政策課　鳥取県立精神保健福祉センター https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/709371/saigaijinokokoronokeamanyuaru.pdf#search=%27%E7%81%BD%E5%AE%B3%E6%99%82%E6%94%AF%E6%8F%B4%E8%80%85%E3%81%AE%E5%BF%83%E6%A7%8B%E3%81%88%27



**公衆衛生（英: public health）**

**集団の健康の分析に基づく地域全体の健康への脅威を扱う。健康は多くの機関により、さまざまに定義されている。疾病の実態調査の標準を設定・提供する国際連合の機関である世界保健機関（WHO）は、健康を「身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、単に病気あるいは虚弱でないことではない」と定義している。**

発災後の衛生管理はライフラインの上下水道が維持されているかにより、大きく影響を受ける。上下水道の復旧が長引く状況が続くことにより、生活用水は極度に制限される。生活用水を自由に利用できないことは、飲水だけに留まらず、「手洗い・うがい」、「洗顔」、「洗体」もできないために身体の清潔を保てなくなり、衛生状態が急激に悪化することになる。

また、厚生労働省は被災地での避難所生活が長期に及ぶことにより、様々な健康への影響が懸念されるために、被災者および被災者を支援する方々にも知っていただきたいことを提示している[1)]が項目および内容が少ないために追加して示した（表 1）。被災地および被災者の衛生管理は、被災者自身および支援者の健康維持・疾病予防を進めるため重要項目である。この章では発災の初動期から 1 週間内に必要な衛生管理体制についての概略と注意事項等を提示する。

## 1. 発災初日の避難所での対応

災害により、住居を失った人々や住宅の安全が確認されない住民は避難所等に集まる。そこでは、生命の安全の確認後には、下記の項目を優先させて対応しなければならない。

- 飲料水と食料の量と質の確保
- 衛生的なトイレの確保
- 手洗い用水と手洗い場の確保
- 睡眠場所の確保

（1）飲料水と食事

飲料水はペットボトルでの供給が中心となることが多い。500cc 程度の量であれば、個人用として直接口を付けて飲むことが可能であるが、1000cc 以上の容量の場合は、複数の人たちで分けて飲むようにコップ等へ移して飲むことになる。清潔な紙コップやプラスチックコップを使用することで口から口への感染を予防できる。

また、食物は素手で触らないように心がける。特に夏場の気温が高い時季においては、食べ残った食物は食中毒の原因となるので、もったいないと思っても廃棄する。

（2）トイレの管理

トイレは上水道が寸断された場合には、排水用の水の確保をしなければならない。特に夏季は排便後の排水の確保が必要とされる。流す水が確保されない場合や上下水道の復旧までの期間は簡易トイレの使用となる。多数の人が使用することや体調不良のために下痢が起こるなどで便器周囲が不潔になりがちとなる。そこで早めの定期的な清掃を行い、汚れや匂いを防ぐことが必要である。さらにトイレの前には、必ず手洗い場もしくはスプレー式のあることを常備しておく。

（3）手洗い場の確保

排尿・排便後の手洗い場とうがいや汚れた手を洗う場所は同じでも構わないが、使用した水の流れる先を確認することが必要である。下水道が利用できない場合には、浸透できる場所に手洗い場を設置しなければならない。

「手洗い・うがい」は感染症や食中毒を予防するために必要である。手洗い用に十分な水を確保できない場合は、ティッシュペーパーに水をいくらか滲み込ませて手を拭くことに心掛ける。

（4）蚊などの虫刺されに注意

夏季の場合、体育館など広い室内が避難所として提供された場合は窓や戸を開放することが多くなる。その場合、蚊の侵入を防がなければならない。防ぐことができない場合は、蚊取り線香や虫予防スプレーなどで対応する。

## 2. 2日目以降の衛生管理

（1）口腔ケアの実施

十分な水が確保できない場合や歯磨き粉・歯ブラシがなかった場合は、手を洗い、指でこすって、うがいで対応する。高齢者においては、入れ歯の洗浄ができない場合は感染症になりやすいため、入れ歯を外してうがいをして、入れ歯は水ですすぐだけでも良いので口腔ケアに努める。また入れ歯を夜間外す場合は、紙コップ等に水を入れて浸して置く。避難所で場所が確保できない場合は、ティッシュペーパーを少し濡らして包んで置くことで効果がある。

（2）身体の清潔

気温が高い環境下での作業を行った場合は汗をかくことが多い、洗顔や手洗いだけではできても入浴ができないために、作業後は濡れタオルで体を拭く方法が有効である。身体に匂いが残る場合があるので、水分の多いタオルで丁寧に拭くことで対応可能である。粉じんが発生する環境下で作業をする場合は、マスクと帽子を使用し、肌はできるだけ露出しない服装で対応する。

（3）衣服の清潔の管理

洗濯水および洗濯場の確保はできないことが多い。洗濯場が整備されるまで待つしか無い。しかし、下着類の洗濯を希望する人もいるので、その場合は手洗い等で対応する。さらに、洗濯物を干す場所は施錠可能な管理された環境を設置する。

## 3. 疾病予防と感染症対策の啓発と支援

避難所生活は集団生活となるので、多くの人が行き交う。そのため、ウイルスなどが持ち込まれ感染する危険性は非常に高い。そこで、感染症対策として下記注意事項が挙げられる。

（1）インフルエンザ予防に対して

咳が出る場合は、マスクの着用をする。マスクがない場合は、ティッシュまたはハンカチで口を覆う。何もない場合は上着の内側や袖で覆い、唾液等が周囲に飛び散らないようにする。

（2）ウイルス性胃腸炎対策

突発的な嘔吐もしくは吐き気、下痢（水溶性）、腹痛に対してはノロウイルスを疑い、嘔吐物は手袋をはめて片付け、ナイロン製袋に入れて燃えるゴミとして廃棄する。嘔吐物や排便が感染媒体となるので、可能であれば、トイレは一般人と区別して使用することが必要である。アルコール消毒は効果がないので、使用した道具類は熱湯消毒し、床などに付いた嘔吐物は徹底的に拭き取り、塩素系漂白剤で消毒する。そして、手洗いを励行する。高齢者や乳幼児が感染すると、脱水症状を起こし重症化することがあるので水分補給を十分補充する。

（3）風しん対策

風しんは感染力が強いため、予防接種を受けていない場合は、感染する可能性は非常に高い。また、過去に予防接種を受けていても免疫能が低下して感染することがある。また、免疫な不十分な妊婦が感染すると先天性風疹症候群の児を出産することがあるので、妊婦は集団から離した避難所環境を設置することが望ましい。

## 4. その他の対策

（1）熱中症と脱水の予防

高齢者の一部において環境温度の上昇変化に身体が対応できないことがある。その場合熱中症に陥ってしまうことや発汗して脱水症状を呈することが起こるので、適時に観察が必要である。さらに避難所では、夜間のトイレ回数を抑えるために、夕方から就寝前の水分摂取をひかえるようになるので、高齢者では、水分の摂取を進めることと同時に、トイレに近い場所に移動して対応する。

（2）寒さ対策

寒冷期においては、体温低下を防ぐことが必要となる。四肢の末端からの熱放出を防ぐために。厚めの靴下、手袋の着用、頭部には帽子、首元にはやマフラーの着用も効果的である。飲食物は体温を保つためにできるだけ温かい物を摂るように心がける。さらにマスクなどを着用し鼻呼吸に努める。

表１　被災地での健康をまもるために配慮する項目（一部加筆）

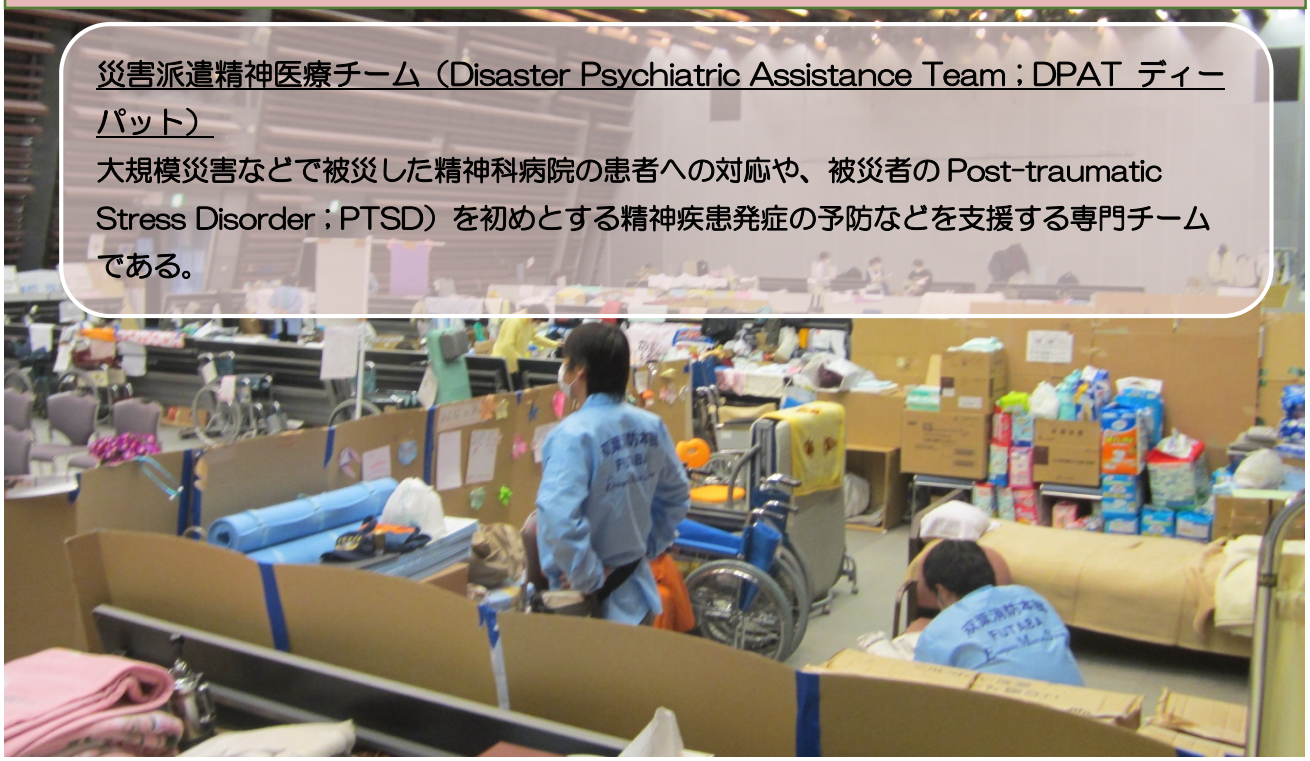
| | |
|---|---|
| 生活・身の回りのことについて | 暑さまたは寒冷への対策 |
| | 水分（水分確保、飲料水の衛生） |
| | 食事（栄養の確保、食品の衛生） |
| | トイレの衛生 |
| | 生活環境（室内・屋外環境） |
| 病気および悪化の予防 | 感染症の流行を防ぐ |
| | 粉じんから身を守る |
| | 一酸化炭素中毒の予防 |
| | エコノミークラス症候群 |
| | クラッシュ症候群 |
| | 心身の機能の低下予防<br>廃用症候群（生活不活発病） |
| | 歯と口の清掃（口腔ケア） |
| | 熱中症　低体温症 |
| こころのケア | 心的外傷後ストレス反応（PTSR） |
| | 心的外傷後ストレス障害（PTSD） |
| | ストレス　不眠　孤独死 |
| | リロケーションダメージ |
| 依存 | 薬物依存　アルコール依存症 |
| 慢性疾患の方々へ | 腎不全　高血圧　喘息 |
| 妊婦、乳幼児の健康 | ストレス　感染症 |

【引用】

1）厚生労働省．被災地での健康を守るために．2011 年７月５日版．
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/hoken-sidou/dl/disaster-110722.pdf

【参考資料】

1）和田耕治．岩室紳也．保健医療従事者が被災者と自分を守るためのポイント．中外医学社、2011．
2）國井　修．災害時の公衆衛生　私たちにできることー．南山堂、2012
３）国立感染症研究所：職場における風しんガイドライン．2014 年３月．
https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/rubella/kannrenn/syokuba-taisaku.pdf
4）アドホック委員会 被災地における感染対策に関する検討委員会報告 一般社団法人日本環境感染学会事務局：大規模自然災害の被災地における感染制御マネージメントの手引き．http://www.kankyokansen.org/other/hisaiti_kansenseigyo.pdf
5）大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会編集．災害リハビリテーション標準テキスト．医歯薬出版．2018．



**災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team；DPAT ディーパット）**

**大規模災害などで被災した精神科病院の患者への対応や、被災者の Post-traumatic Stress Disorder；PTSD）を初めとする精神疾患発症の予防などを支援する専門チームである。**

予期せぬ災害は多くの方々に、大きな心理的な負担を与える。大きな災害に遭遇し、家族等大切な人を失ったり、財産を失うこと等は大きな悲しみや苦しみを伴う。この心理的な痛手を乗り越えて行くには時間を要することが多い。災害後には避難所や仮設住宅等での生活によるストレス、いつまで続く見通しが立たない将来の生活への不安は、大きなストレスとなる。

リハビリテーション関連職種が対応することが多い高齢者や障害者などは、災害後の生活に適応することが難しく、ストレスの度合いが高い。そのために、従来からの心身の疾患が悪化したり、新たに生じることもある。特に、災害後に治療が中断した場合には、精神疾患の場合はもちろんのこと、身体の疾患であっても、精神的な健康に悪影響を与える。 また災害によっては、人の死傷の現場を目撃したり、地震や火災を体に感じることによって、そのショックがいつまでも刻み込まれ、フラッシュバックのようによみがえることもある。

## 1. 基本的な対応（誰もが心がける事項）

ここでは、災害は発生して初期の被災者の状況を考慮し、支援者であれば誰もが心がけるべき事項を整理する。

世界保健機関（WHO：World Health Organization）の心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid：PFA））の原則は支援者であれば誰もが知っておくべき事項となる。

（1）PFA とは

Sphere（2011）や IASC（2007）によれば、サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid: PFA）とは、苦しんでいる人、助けが必要かもしれない人に、同じ人間として行う、 人道的、支持的な対応を示している。PFA には次のようなことが含まれる。

- 実際に役立つケアや支援を提供する、ただし押し付けない
- ニーズや心配事を確認する
- 生きていく上での基本的ニーズ（食料、水、情報など）を満たす手助けをする
- 話を聞く、ただし話すことを無理強いしない
- 安心させ、心を落ち着けるように手助けする
- その人が情報やサービス、社会的支援を得るための手助けをする
- それ以上の危害を受けないように守る

また、PFA は専門家でなければできないことでもなく、専門家が行う心理的な支援等は異なるとも示されている。

（2） 責任をもって支援するための原則

つらい出来事に打ちひしがれている人びとに責任をもって支援を行うには、相手の安全、尊厳、 権利を尊重することが大切である。PFA を行う人だけではなく、人道的対応に携わるすべての人びとや機関が守るべき原則を以下に示す。

- 安全、尊厳、権利を尊重する
- 相手の文化を考慮して、それに合わせて行動する
- その他の緊急対応策を把握する
- 自分自身のケアを行う

対応の原則は以下の通りである。

- 誠実に接する
- 自分で意思決定ができる支援を行う
- 支援者自身の偏見や先入観を自覚する
- 今、支援を断っても、後で支援が受けられることを伝える

## 2．専門的な対応（精神保健）

災害時に体験する精神的な変化としてよく見られるものは以下のようなものがある。

気持ちの落ち込み、意欲の低下、不眠、食欲不振、涙もろさ、苛立ちやすさ、集中力の低下、記憶力の低下、茫然自失などである。その多くは一時的なもので自然に回復するが、 ストレスが長引くと長期化

することもある。症状の程度、持続期間によっては、 うつ病、パニック発作、ＰＴＳＤなどの精神疾患の診断が付くこともある。

このような精神的な問題に対応する専門チーム（災害派遣精神医療 チーム・DPAT）が現地に派遣されているので、必要に応じて、そのチームに情報提供し、専門的な支援を受けられるようにつないでいく必要がある。DPAT の役割は以下のようになる。

（１）災害によって障害された既存の精神保健医療システムの支援

① 災害によって障害された地域精神保健医療機関の機能を補完。

- 外来・入院診療の支援
- 保健所等での相談業務の支援

② 避難所や在宅の精神障害者への対応。

- 症状の悪化や急性反応への対応
- 薬が入手困難な患者への投薬
- 受診先が無くなる、または、受診先と連絡がとれない患者への対応や現地医療機関への紹介
- 移動困難な在宅患者の訪問

（２）災害のストレスによって新たに生じた精神的問題を抱える一般住民への対応

- 災害のストレスによって心身の不調をきたした住民または事故等に居合わせた者への対応。
- 今後発生すると思われる精神疾患、精神的不調を防ぐよう対応。

（３）地域の支援者への対応

- 地域の医療従事者、被災者の支援を行っている者（行政職員等）への対応。

以上の役割を認識した上で、連携を進めていくことが重要である。

## 3. PTSD（Post Traumatic Stress Disorder :心的外傷後ストレス障害）

PTSD（Post Traumatic Stress Disorder :心的外傷後ストレス障害）は、震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になって、強烈なショック体験、強い精神的ストレスが、こころのダメージとなって、時間がたってからも、その経験に対して強い恐怖を感じる症状である。突然、怖い体験を思い出す、不安や緊張が続く、めまいや頭痛がある、眠れないといった症状が出てくる。周囲の人々の支え支援者の対応と本人の力によって自然に回復していく方も多いと言われている。被災者のつらい体験を無理に語ることを進める必要はないが、被災者が語りたい場合は、しっかりと傾聴することが重要となる。

とてもつらい体験によって、誰でも眠れなくなったり食欲がなくなったりするが、それが何カ月も続くときは、PTSD の可能性がある。ストレスとなる出来事を経験してから数週間、ときには何年もたってから症状が出ることもある。この場合は専門家に繋げる必要がある。

## 4. アルコール依存症

気持ちをやわらげ、ストレス解消の一手段として飲酒している人が多い。ストレスにより、飲酒量が増え、飲酒がもとで、心身を害したり、対人関係上のトラブルを招いたりすることも知られている。過ぎた飲酒は心身に悪影響を与え、アルコール依存症を引き起こす。「寝つけない」、「目が覚める」と、飲酒を繰り返すと、アルコールが翌日まで持ち越し、日中のだるさとして精神活動、身体活動に悪影響を及ぼす。また、飲酒による睡眠は、睡眠の質を悪くし全身の倦怠感を生み出すと言われている。

被災によるストレスで、「朝から飲酒」、「多量飲酒」が増加すると言われている。避難生活が長期化してくると、通常の 4 倍～5 倍の割合で飲酒量が増えるというデータもあり、避難所内でのアルコール問題を意識する必要がある。また、アルコール依存症と自殺との関連も指摘されており、被災住民の健康調査の中でも多量飲酒は重要な調査項目となっている。支援中にアルコールに関する問題を感じた場合は、専門家に繋げる必要がある。

また、支援者自身のストレスをアルコールで解消する場合も少なくないので、注意する必要がある。

被災地での健康をまもるために配慮する項目（一部加筆）

| | |
|---|---|
| こころのケア | 心的外傷後ストレス反応(PTSR) |
| | 心的外傷後ストレス障害(PTSD) |
| | ストレス、不眠、孤独死、アルコール依存症 |

## 第２章-Ⅳ.「リハビリテーション専門職が知るべきエコノミークラス症候群」

災害発災後に起こりやすい健康問題の一つにエコノミークラス症候群（静脈血栓塞栓症、venous thromboembolism;VTE）がある。脱水や安静により静脈内での血液うっ滞が起こりやすく、深部静脈に血栓ができたり、ひどい場合にはそれが原因で肺塞栓症を発症することもある。

深部静脈血栓症（DVT：deep vein thrombosis）は、血流遅延、静脈壁損傷、血液凝固能亢進などの原因により下肢の深部静脈内に血栓が生じ、血管が閉塞したために患肢の異常を生じる病態である。静脈内の血栓が遊離して肺動脈へ移動することにより、肺塞栓（PE：pulmonary embolism）を併発することも多い。PE は死に至ることもある合併症で、発生した場合は重篤となりえる。

【VTE の増加には２つの時間的ピーク】

災害後のエコノミークラス症候群(VTE)による死者が出たのは、新潟県中越地震（2004 年）と熊本地震（2016 年）である。また、東日本大震災（2011 年）などでも深部静脈血栓症（DVT）の増加が報告された。相次ぐ災害から、災害後の VTE の増加には２つの時間的ピークがあるとわかってきた。

新潟大学榛沢氏と肺塞栓症研究会の調査の報告では、肺塞栓症（PE）発症の危険因子は、「車中泊」「女性」「発災翌日～5 日」であり、発災翌日～5 日が PE のピーク、さらに、発災 10 日～2 週間後までに深部静脈血栓症（DVT）のピークが見られた。

## 1. 予防対策

- 長時間の臥床、狭いところでの休息・睡眠（手足を伸ばせない状態・車中泊）を避ける
- 定期的な手足の運動
- 動きやすい生活環境の整備（床よりも段ボールベッドなど）
- 生活のリズムを作る
- 飲水の励行
- トイレの環境整備
- トイレに行きやすい導線の工夫
- 降圧薬、抗凝固薬の内服も有効である
- 弾性ストッキングの使用

➢ 弾性ストッキングの効果

その機序は、①弾性着衣の圧迫により、筋収縮時に静脈への圧迫力が増強して筋ポンプ作用が増強する、②微小循環領域において圧迫により毛細血管の還流を改善し浮腫を軽減する、③静脈の圧迫により静脈径が縮小し、不全に陥っている弁の接合が改善され逆流が減少する、などが考えられてきたが、詳細は不明である。下肢挙上、圧迫療法、運動などと組み合わせることでより効果的とされる。

➢ 段ボールベッドの効果

広島土砂災害（2014 年）と関東・東北豪雨災害（2015 年）では、避難所におけるダンボールベッドの使用率とＤＶＴ陽性率が逆相関していたことが分かった。その後「避難所運営ガイドライン」（内閣府、2016 年）に簡易ベッドの確保が明記された。

## 2. 具体的症状がある場合

- 下肢の浮腫・呼吸困難感がある場合は、受診を勧める
- PE では、呼吸困難、胸痛、頻呼吸のいずれかが 97%の症例で見られたとされている。
- 数日間臥床後に動き始めるときは、運動開始直後に肺塞栓症になることがあるので、リスク評価を行ってからおこなう。

災害発災後に生じやすい健康問題とその対応

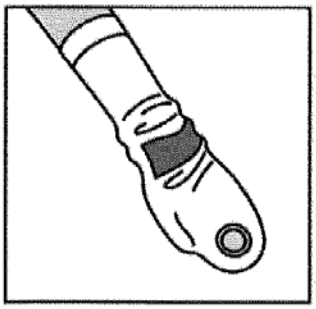
| 健康問題 | 要因 | 対応 |
|---|---|---|
| 高血圧 | 塩分過多，内服薬切れ，ストレス | 内服薬，栄養指導，食生活改善，ストレス軽減目的の体操，心のケア |
| 脳卒中 | 脱水，高血圧，ストレス，内服薬切れ | 脱水予防，血圧コントロール，ストレス軽減，内服薬 |
| 心筋梗塞，たこつぼ心筋症 | 脱水，ストレス | 脱水予防，ストレス軽減 |
| 深部静脈血栓症，肺塞栓症 | 脱水，安静 | 脱水予防，運動指導，生活環境改善，弾性ストッキング |
| 骨折 | 転倒 | 運動，環境調整 |
| 関節痛など | 運動不足，悪環境 | 運動，環境調整 |
| 肺炎，インフルエンザ | 悪環境，低栄養，口腔内の汚れ，誤嚥 | 手洗い・うがいの励行，環境改善，予防，口腔ケア，嚥下評価・訓練，食形態の調整 |
| 喘息 | ダニ，ほこり | 環境調整 |
| 生活習慣病の悪化 | 食生活の変化，内服薬切れ，ストレス | ストレス軽減，かかりつけ医の紹介，内服薬の処方 |
| 嘔吐，下痢 | ノロウイルスなど | 手洗い・うがいの励行，トイレ環境の整備 |

出典：大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会編．災害リハビリテーション標準テキスト．

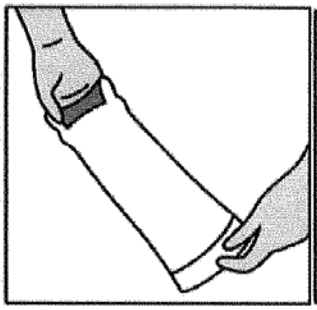
## ○ 予防のための足の運動

出典：厚生労働省　エコノミークラス症候群の予防のために（リーフレット）

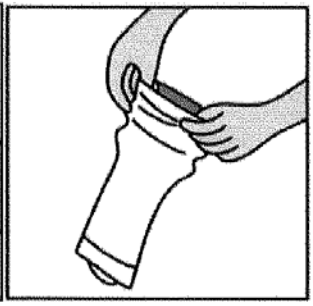
# 弾性ストッキングの正しいはき方



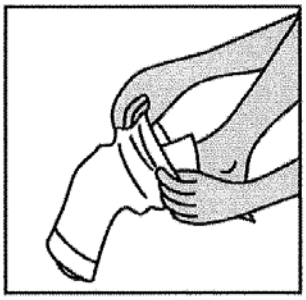
右手をストッキングに挿入して踵（かかと）の部分を内側からつまみます



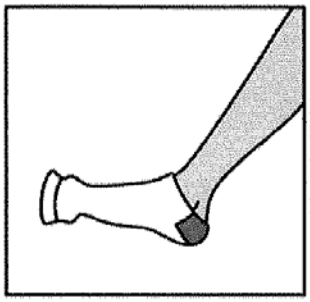
左手で上端を踵部分まで裏返し折り返した状態にします。

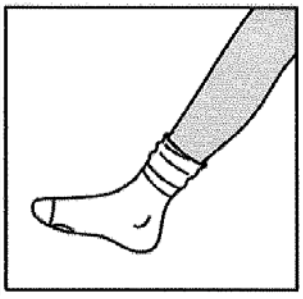


折り返した踵部分を広げます

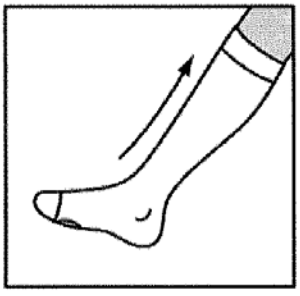


前後を間違えないようにつま先からかかとへ向かって着用します

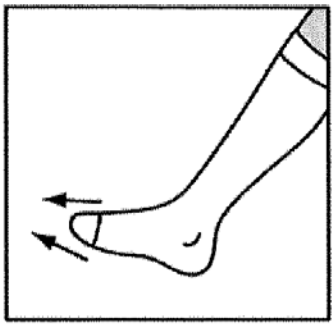




かかとの部分を乗り越えるまで履くことができたら、裏返し部分のストッキングを足首の部分まで上げます



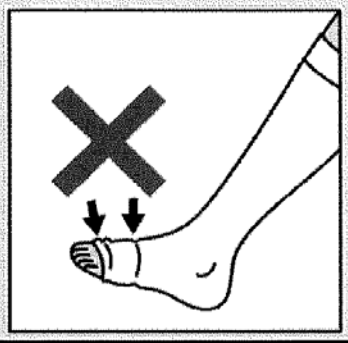
ストッキングの裏返しになった部分を上端までたぐりよせてまとめてつかみ、広げながら膝下までしわができないよう注意しながら均一に履きます



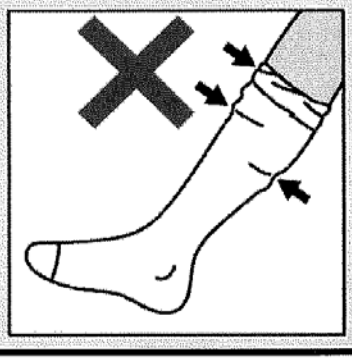
で寿あがったらかかとの位置やしわの有無を両手でなでて、もう一度確認します。
つま先部分をすこし引っぱりゆとりを与えます。

## このような履き方にならないよう注意しましょう

つま先をモニタリングホールから出すと指先の血行障害（血のめぐりがわるくなる）や皮膚炎，かぶれを起こすことがあります



ストッキングの上端部が丸まると２～３倍の圧力がかかり，皮膚炎やかぶれ，むくみなどをおこしやすくなります



## 弾性ストッキングの手入れについて

弾性ストッキングは分厚い分どうしても蒸れやすく、ずっとはき続けると水虫になったり、かぶれや皮膚炎を起こします.
１日２回一旦ぬいで足に異常がないか確認して下さい.
そのときには汚れを洗濯できれば、なおよいと思われます。
洗濯でストッキングがないときは足を少し持ち上げた状態にするとよいでしょう。

## 特に注意したいこと

弾性ストッキングは正しく使用しないとかえって足の調子が悪くなることがあります.
かかとの位置を間違えない、折り曲げない，しわを作らないなど特に注意しなければなりません。正しく使ってよりよく静脈血栓症を予防して下さい。

【生活のリズムをつけるためのチェックリスト】

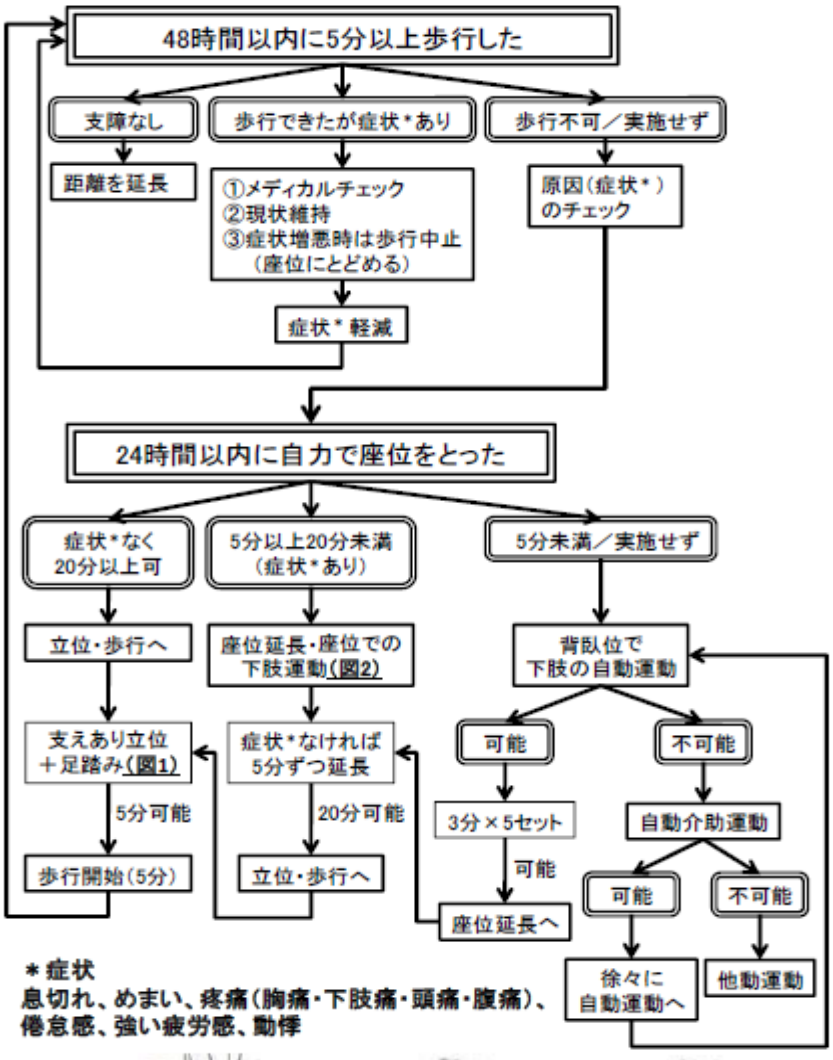


図 1.立位足踏み

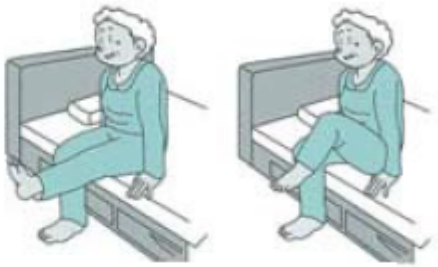
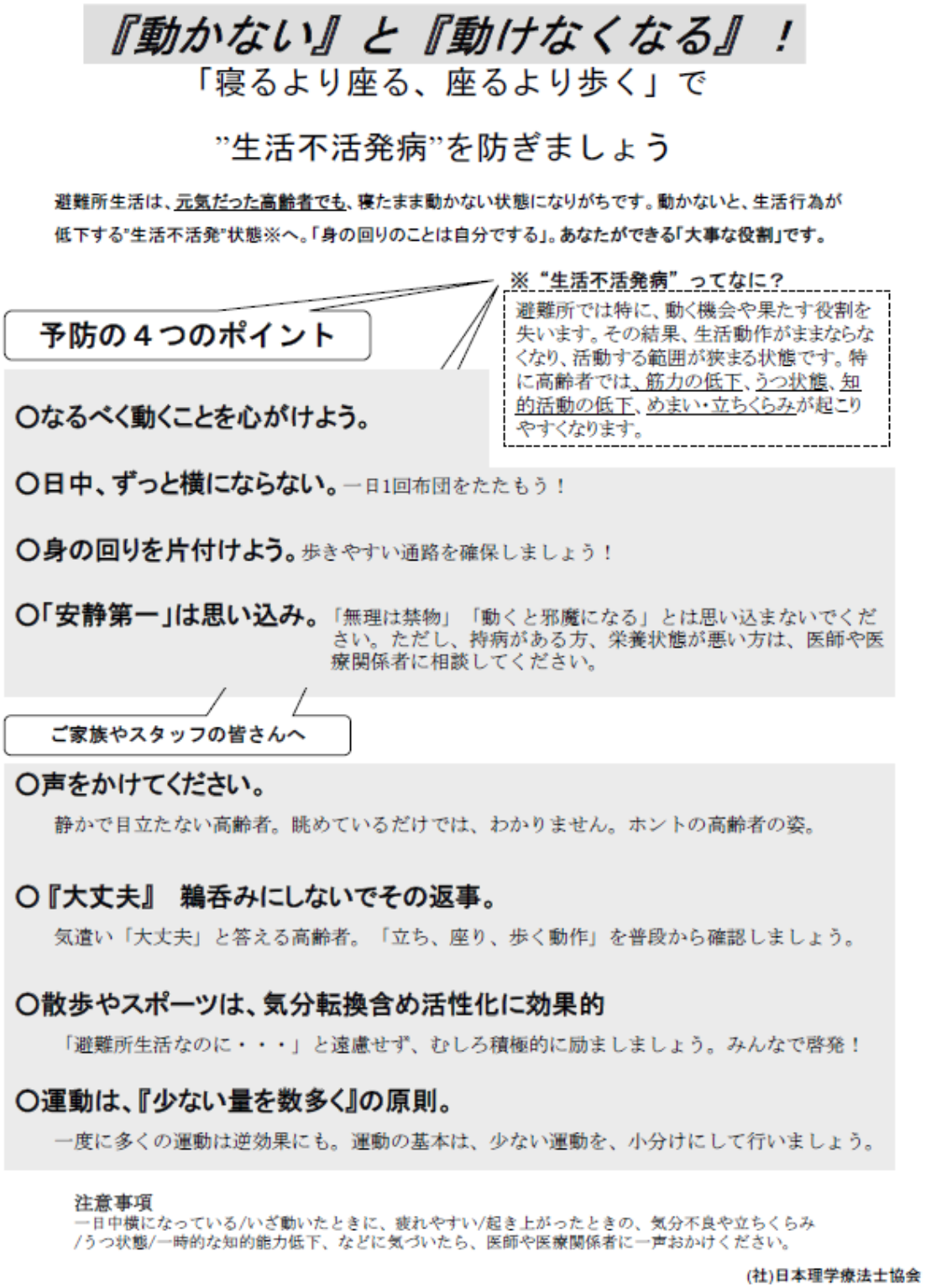


図 2.座位での下肢運動

社団法人日本理学療法士協会

参考資料【被災者への配布用パンフレット】



# 『動かない』と『動けなくなる』！

## 「寝るより座る、座るより歩く」で

## ”生活不活発病”を防ぎましょう

避難所生活は、元気だった高齢者でも、寝たまま動かない状態になりがちです。動かないと、生活行為が低下する”生活不活発”状態※へ。「身の回りのことは自分でする」。あなたができる「大事な役割」です。

※“生活不活発病”ってなに？

避難所では特に、動く機会や果たす役割を失います。その結果、生活動作がままならなくなり、活動する範囲が狭まる状態です。特に高齢者では、筋力の低下、うつ状態、知的活動の低下、めまい・立ちくらみが起こりやすくなります。

### 予防の４つのポイント

**○なるべく動くことを心がけよう。**

**○日中、ずっと横にならない。**一日1回布団をたたもう！

**○身の回りを片付けよう。**歩きやすい通路を確保しましょう！

**○「安静第一」は思い込み。**「無理は禁物」「動くと邪魔になる」とは思い込まないでください。ただし、持病がある方、栄養状態が悪い方は、医師や医療関係者に相談してください。

### ご家族やスタッフの皆さんへ

**○声をかけてください。**

静かで目立たない高齢者。眺めているだけでは、わかりません。ホントの高齢者の姿。

**○『大丈夫』 鵜呑みにしないでその返事。**

気遣い「大丈夫」と答える高齢者。「立ち、座り、歩く動作」を普段から確認しましょう。

**○散歩やスポーツは、気分転換含め活性化に効果的**

「避難所生活なのに・・・」と遠慮せず、むしろ積極的に励ましましょう。みんなで啓発！

**○運動は、『少ない量を数多く』の原則。**

一度に多くの運動は逆効果にも。運動の基本は、少ない運動を、小分けにして行いましょう。

注意事項
一日中横になっている/いざ動いたときに、疲れやすい/起き上がったときの、気分不良や立ちくらみ/うつ状態/一時的な知的能力低下、などに気づいたら、医師や医療関係者に一声おかけください。

(社)日本理学療法士協会

【引用・参考文献】


1）公衆衛生がみえる 2018-2019．メディックメディア．2018.

2）大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会編．災害リハビリテーション標準テキスト．医歯薬出版、2018.

3）亀田メディカルセンター編．リハビリテーションリスク管理．メディカルビュー社，2012.

4）肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断，治療，予防に関するガイドライン（2017 年改訂版）

5）週刊　医学界新聞　第 3298 号　　2018/11/19

## 第２章-Ⅴ.「リハビリテーション専門職が知るべき被災者の生活と保健師・リハ職・行政の活動」

大規模災害は生命に危機的状況をもたらすとともに、家庭生活の変化や家族崩壊を引き起こすこともある。さらにライフライン等の被害によって社会機能は不全や停滞に陥り、被災地は混乱や不安の様相を呈する。また発災後の被災者の置かれている状況は刻一刻と変化し、それに伴い支援には柔軟で効果的な活動が求められる。ここではそのような未曾有の事態に直面した時、被災者が遭遇する災害フェーズや避難状況に応じた支援活動などリハビリテーション専門職が認識すべき事項について述べる（章末（表 1）「災害フェーズと支援活動」を参照）。

また平常時から保健師や関係機関と顔の見える関係性を構築しておくことで、大規模災害が発生してもリハビリテーション専門職自身が混乱なく支援に参画でき、被災行政等からの信頼を得た中で支援が継続できる。さらに普段のつながりやリハビリテーションの専門性を理解されていることで、地域防災計画等の中に必要とされる専門職として位置づけられることにもなる。

したがってリハビリテーション専門職は、平常時も含めた災害フェーズごとの活動や役割について認識しておくことが重要である（下図）。

＜大規模災害のフェーズとリハビリテーション専門職の活動例＞

| | |
|---|---|
| 平常時（静穏期） | 保健師や関係機関との連携強化、合同訓練研修等 |
| 第１期（被災混乱期） | 情報収集、先駆隊派遣、支援組織設置、JRAT 協力等 |
| 第２期（応急修復期） | 避難所環境整備、要配慮者把握支援、健康支援等 |
| 第３期（復旧期） | 要援護者支援、生活不活発病予防、コミュニティづくり等 |
| 第４期（復興期） | 支援者支援、医療介護等提供、訪問、ケア会議等 |

また発災後に認識すべきこととして、まずは自らが所属している事業所や医療機関等の機能や通常のリハビリテーション業務が維持されていることが重要である。つまりリハビリテーション専門職が所属している機関そのものが大規模災害時に必要とされる重要な砦であり、大切な社会基盤なのである。リハビリテーション専門職自らの本来の使命や役割を放棄することがないよう、被災者の悲惨な現状に心を寄せながらも、足元の確保にも十分配慮すべきである。所属機関の機能や役割が成立してこそ、避難先への支援に向かうことができるのである。

なお、大規模災害フェーズに応じたリハビリテーション専門職の具体的な取り組みについては、Ⅶ.「リハビリテーション専門職による災害支援事例」に示した。本章と関連付けながら支援活動のイメージを膨らましてほしい。

## 1. 平常時の活動

リハビリテーション専門職には、個別支援、集団支援、相談支援、環境整備、ボランティア等への指導など多様なニーズがある。しかし過去の災害発生時において十分な対応がなされたとはいえない。

発災直後から多くの外部支援があっても、支援者間のコミュニケーション不全や支援マネジメントの欠落によって、協働した支援を構築できずに支援終結を迎えることもある。保健師・看護師が現地のアセスメントや避難所全体の調整を行い、リハビリテーション専門職がリハビリテーションニーズの把握や外部支援の窓口になり、支援の交通整理を担うなどその役割を分担しながら支援の連携を図ることが必要である。

そのためには連携・調整ができる担当者として、行政組織にリハビリテーション専門職の配置が望まれるところである。またリハビリテーション専門職には、平常時から行政機関等との顔が見える関係性を構築し、災害を想定した合同訓練や研修会の企画運営、そして何よりも広く地域リハビリテーションを具現化していくことこそ、災害時支援の体制づくりにつながっていく。

【平常時の活動例～福島県における大規模災害に対する平常時からの専門職連携～】

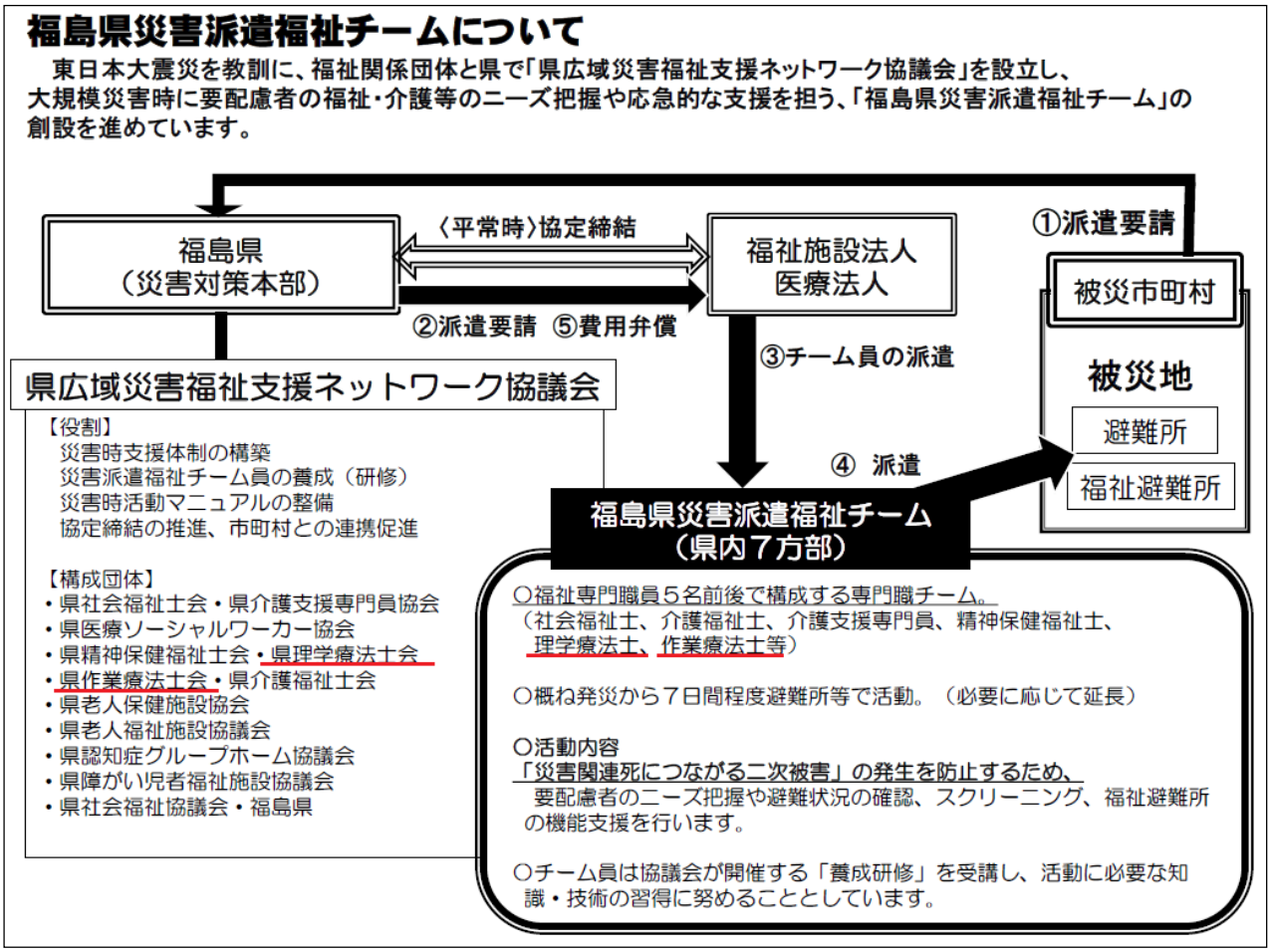
福島県では、平成 29 年 2 月福島県防災会議において、災害対策基本法（昭和 36 年法律第 223 号）第 40 条の規定に基づき、防災をめぐる社会構造の変化等を踏まえ、各種災害に対処するための福島県地域防災計画（以下、計画）を改定した。計画には、県、市町村、関係機関が平時から緊密な連携と協力も謳われており、当然、理学療法士や作業療法士の協働も求められている。

＜福島県災害派遣福祉チーム等について＞

計画には、第２章（災害予防計画）第 16 節（要配慮者対策）第９（避難所における要配慮者支援）の項目に「3.災害派遣福祉チームの派遣体制の整備」が盛り込まれ、条文は以下のとおりである。

> 3. 災害派遣福祉チームの派遣体制の整備
> （1）県（生活福祉総室）は、社会福祉士会、介護福祉士会、精神保健福祉士会、介護支援専門員協会、理学療法士会、作業療法士会などの関係団体を中心とした災害福祉支援ネットワークの構築を推進し、災害発生時に要配慮者を支援する体制の整備に努めるものとする。
> （2）県（生活福祉総室）は、あらかじめ、社会福祉施設等と「福島県災害派遣福祉チームの派遣に関する協定」を締結し災害派遣福祉チームの整備に努めるものとする。
> （一般災害対策編　第２章　災害予防計画　第 16 節　要配慮者対策/P106）

この計画改定に先立ち、平成 25 年に大規模災害時に官民が連携するネットワークの構築の必要性から、県保健福祉部社会福祉課を窓口とした「福島県広域災害福祉支援ネットワーク協議会」が設置された。協議会では大規模災害時に避難所等における要配慮者の福祉・介護等のニーズ把握や応急的な支援を行うチーム派遣体制の整備に向けた作業が進められ、平成 27 年２月に災害派遣福祉チーム設置要綱が策定され、理学療法士、作業療法士も要綱に基づき平常時の事業に積極的に参画することになった（下図）。




チームの構成員は養成基礎研修（写真１）やスキルアップ研修（写真２）を受講後、チーム員として登録される。また条文にもあるとおり、チーム員の登録や派遣対応がスムーズに行われる体制整備に向け、チーム員となる者の所属機関や所属団体は事前に県と協定書を交わす。

＜写真１　養成基礎研修会＞

＜写真２　スキルアップ研修会/図上訓練＞

平成 29 年度には、協議会においてチームのあり方や体制、運営を検討するとともに、防災訓練（福島県総合防災訓練、各市町村避難行動要支援者避難訓練等）に研修修了者を参加させ、研修で学んだ災害支援の基礎知識や災害支援シミュレーション、図上訓練を活かすべく体現の機会を設定している（写真３、４）。

＜写真３、４　避難行動要支援者避難訓練＞

大規模災害では直接的な被害や多くの犠牲者に加え、避難によって二次的に発生した生活障害者、またあってはならない不幸な結末に遭遇した被災者も存在する。大規模災害があっても防ぐことが可能な事態を見出し解決するためには、平常時からリハビリテーション専門職も他の専門職や行政と協働することの重要性を認識しておかなければならない。如何なる場所で如何なる災害が発生しても、派遣要請に応えられる人づくり、組織づくりを進め、無用の犠牲を減らすべきことを肝に銘じておかなければならない。平常時から、リハビリテーション専門職の存在や意義を明確に示すこと、関係機関への地域リハビリテーションの周知啓発、行政機関等との業務連携などを実践し続けることは、危機に備える地域づくりの一環といえる。

## 2. 第１期（被災混乱期）

発災直後、被災者の身の守り方は、自助７割・互助２割・公助１割といわれている。

組織的な被災者支援は困難で、被災者はまず自分の力だけで生き延びなくてはならない。不安と恐怖に怯えながらも、被災状況や避難に関する情報を収集することになる。極度の不安と緊張に襲われる発災直後は、被災者の安全を確保するとともに、不安要因をできるだけ少なくし、正しい情報を共有することが大切である。

この時期は、被災者同士で命を守る活動が中心となり、親族や知人と連絡を取り合い、災害情報や避難情報が入手しながら、避難場所の確認や移動手段を考えるとともに、想像もつかない避難生活への危惧が生じる。救命活動では、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance　Team/DMAT）が災害発生から 48 時間以内を目安として活動する。発災から約 72 時間以上が経過すると急性期の患者数も落ち着き、100 時間程度で後方支援基盤が整うことから活動は終結する。しかし災害の種類や規模によっては、被災地の

医療体制が回復しない場合もある。このような場合には、日本医師会が統括する「日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team/JMAT）」が、撤退するDMATと交替するようにして被災地に派遣され、地域の医療体制が回復するまでの間、医療支援を続ける。徐々にではあるが組織的な災害対応活動も始まりだす。

この時期にリハビリテーション専門職には、現地の多くの情報に翻弄されることなく、冷静な思考と対応、自分自身のメンタルコントロールが求められる。今後、支援に向かうことになる被災地や避難所のライフラインや交通手段、情報通信網、行政機能、医療機能などインフラ状況の把握は確実に行う必要がある。

【保健師の活動（例）】

- ○被災状況の確認
- ○住民、要援護者の安否確認
- ○水・食料・生活用品確保
- ○避難所準備・避難所周知
- ○避難状況の確認
- ○要援護者の避難支援
- ○災害情報収集
- ○医療福祉情報収集

【リハ職の活動（例）】

- ○現地の情報収集
- ○情報集約
- ○先駆隊の派遣
- ○指示系統の確立
- ○情報整理・情報共有
- ○JRAT 支援要請の検討と派遣要請

【行政の動き（例）】

- ○災害対応体制の確保
- ○災害対策本部の設置
- ○情報の収集・分析
- ○広報の円滑化・情報の発信
- ○避難対策　等

## 3. 災害医療コーディネーター

大規模災害が発生した際、適切な医療体制の構築を助言し、医療機関への傷病者の受入れ調整などを行う災害医療コーディネーターが各行政に配置されている。

一般的に被災地の医療支援は、発災後48時間はDMAT（災害派遣医療チーム）が担い、体制が整い次第災害医療コーディネーターがその役割を引き継ぐ。

災害医療コーディネーターは、都道府県災害対策本部においてDMATや医療救護班などに医学的な助言を行ったり、地域災害医療コーディネーターとの連絡、調整を行う都道府県災害医療コーディネーターと、災害時に圏域内の医療情報を集約一元化し、医療資源の配分や収容先医療機関の確保等、医療救護活動を統合、調整する地域災害医療コーディネーターの二つに分けることができる。リハビリテーション専門職には、これら災害医療コーディネーターの機能や役割を認識した上で支援活動に取り組むことが求められる。

## 4. 第２期（応急修復期）

停止したライフラインをはじめとする社会基盤や社会機能の復旧に懸命な時期である。多くの被災者が避難所に向かい、必要最小限の救援物資の活用と応急的な対処で避難所生活が始まる。

家族離散が生じ、これまで維持していた住民交流も喪失する。避難所環境への不安や避難生活に関するさまざまな課題が発生する。

また避難所では不活発な生活が続き、これまでの役割（家事・就業・教育等）も喪失する。長期の避難所生活によって、生活リズムは崩れ、体力低下や感染症のリスクは高まる。

衣食住の確保に努めながら、避難者間の交流が少しずつ始まり、避難者間の連携が醸成されると、避難所運営が少しずつ軌道にのる。

避難所運営には平等・公平の原則が自然に発生し、そのような環境下で避難者の自治が行われる。役割分担しながら避難者の主体的な活動が回復しだす。しかしながら、主体的な活動と公平さという２つの要因は、被災者にとっては負担が大きく、避難所からの逃避につながる場合もある。その繰り返しの中で、避難所を核とした支援の秩序が構成される。

さらに避難者は、被災地の情報を収集する中で帰還の可能性に一喜一憂し、情報に振り回されながら不安と期待が錯綜する時間に直面する。

リハビリテーション専門職の避難所での関わりにおいては、避難所の場所、規模、環境や管理者などの基本的な事項から、内部の衣食住を中心とした環境の評価が重要になる。全体の評価と避難者個別評価に可能な範囲で関わり、避難者の心身の状況に応じて医療支援チーム等との連携を図り、適切な治療や避難環境の提供に心がける。

避難者のセルフケア（食事、排泄、更衣、清潔、睡眠等）の確保に注目し、水分補給や排泄場所の確保、休養（睡眠）が取れる状況を整備する。避難所整備については、管理者や責任者との相談を密に行いながら対応する。

生活不活発病予防についても広報活動や体操指導など避難者全体に対し啓発し意識を高める。特に生活不活発病発症のリスクが高いと予測される方には、個々に応じた指導を行う。

避難者の中には身体的疲労が生じていてもそれを自覚できず、不安や恐怖も口にせず高い活動意識を示す方もいる。身体的活動性と心理的活動性が乖離し、心身のバランスを崩して重度の疲労感や倦怠感、身体的症状などを引き起こす場合もある。リハビリテーション専門職は、そのような方に対する傾聴とともに、心身状況の見極めと必要に応じた医療的支援へのつなぎを行う。

【保健師の活動（例）】

〇避難所運営（避難者情報の確認）
〇救護所の設置運営
〇支援団体、機関との受援体制調整
〇食中毒や感染症の予防指導、防疫活動
〇うつ、アルコール依存症、PTSD 予防など心のケア対策（啓発・相談所）
〇健康教育（不活発病・エコノミークラス症候群予防）

【リハ職の役割（例）】

〇避難所や福祉避難所の環境整備
〇要配慮者把握、リハ対象者把握
〇避難所生活困難者の個別支援
〇移動用具・福祉用具の適正活用支援
〇健康維持のための集団支援
〇在宅・車中泊・テント泊等の方々への健康調査や継続支援

【行政の動き（例）】

〇避難所の管理
〇物資の分配
〇外部支援の受入れ（派遣・ボランティア対応）
〇医療・保健・福祉サービスの提供

## 5. リハビリテーショントリアージ

災害直後の避難所では多数の避難者への支援や介入が必要になる。そこでは、災害リハビリテーションの視点から、早期に避難者の心身の状況に応じて、医療や介護が受けられる避難所（福祉避難所等）と一般避難所に振り分ける「リハビリテーショントリアージ（以下、リハトリアージ）」を行う必要がある。熊本県では、高齢者及び障害者の福祉避難所へのトリアージ基準案を下図のように示している。

平成28年5月20日
熊本県医療救護調整本部

避難所から福祉避難所へのトリアージ基準（案）

対象：高齢者および障害者

1）要介護認定の有無と内容を確認する。要介護2～5（福祉避難所の余裕が少ない場合は3～5）を対象とする。
2）身体障害者手帳有無と内容を確認する。1～4級（福祉避難所の余裕が少ない場合は1～3級）を対象とする。
3）要介護認定、身体障害者手帳を持たない、あるいは内容を確認できない場合、「障害高齢者の日常生活自立度」を評価する。ランクA、B、C（福祉避難所の余裕が少ない場合はランクB、C）を対象とする。
4）上記のいずれにも相当しない場合も、総合的に判断して対象としうる。
5）上記のいずれかに相当する対象者およびその介護者等について、福祉避難所への移動希望の有無を確認し、希望のある場合を対象とする。

出典：災害リハビリテーション標準テキスト　医歯薬出版株式会社　2018

また避難所等でリハトリアージをした際、リハビリテーション専門職の対応策の一案として次のような基準案も示されている。

1）レベル１：いわゆる緑

歩行と立ち上がり動作および食事と排泄が自立しているかどうかを判断し、いずれか１つでも修正自立（補助具を使用して自立）であれば要注意者と判定する。廃用に対する集団体操などの予防的介入や指導が必要。また環境調整を検討する。

2）レベル２：いわゆる黄

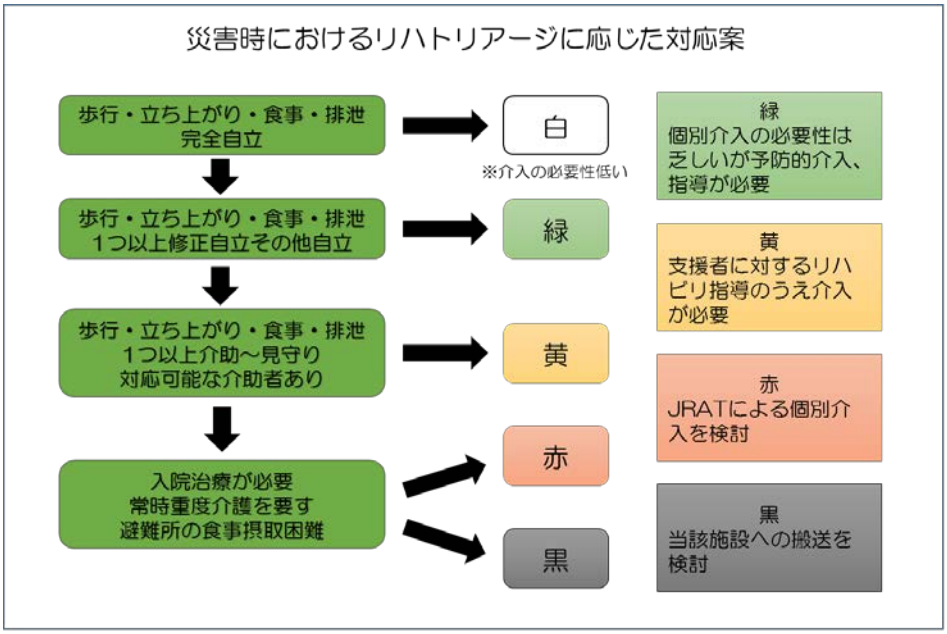
歩行、立ち上がり動作、食事と排泄のいずれかに見守りもしくは介助が必要かつ周囲に対応可能な介助所がいる場合。必要に応じ個別的対応を検討。また環境調整も検討し、環境支援物資の優先的給付を行なう。

3）レベル３：いわゆる赤

レベル２と同様の介助を要し、かつ介助者が周囲にいない場合。個別介入を積極的に検討する。また環境調整、環境支援物資の給付と保健師などと具体的対応を含めた情報共有を行なう。

4）レベル４：いわゆる黒

常時重度介助が必要。摂食嚥下障害のため避難所で配給される食事摂取困難。もしくは全身状態などに問題があり、入院治療等が必要な状態にある場合。一般避難所での生活は困難と考えられ、しかるべき施設、福祉避難所への移送、入院を検討する。




出典：災害リハビリテーション標準テキスト　医歯薬出版株式会社　2018

災害時に医療機能や社会資源の限られた状況において、避難場所の選定やリハビリテーションの提供、環境調整の必要性などを判断することは極めて重要である。被災地の状況を把握し、状況に応じた効率的なリハビリテーション支援を行うためにもリハトリアージは要となる。避難者にとって必要な支援が適切な場面で適度に提供できること、支援者にとっても果たすべき役割を効率良く遂行でき、過剰な負担を抱えることが無いよう、リハトリアージの有効活用が期待される。

## 6. 第３期（復旧期）

被災住宅の修復・再建を行い自宅復帰する場合と転居や応急仮設住宅（みなし仮設住宅）に入居し新たな地域で生活再建を行う場合では、生活支援の状況は異なる。しかし、いずれの場合でも避難所で構築された避難者間の関係性は分断し、物的・人的環境は被災前とは大きく変化し、新たな生活づくりと新たなコミュニティづくりが必要になる。新たな生活の中では買い物や家事等は再開するが、就業や生きがい活動等は制限されていることが多く、不活発な生活が続きやすい。家族離散もすぐに解決するわけではなく、保育や教育の場の変更も生じ、将来の生活への不安は増大する。

新たな自治会等が組織され、居住者によるさまざまな活動が始まる。しかし度重なる生活環境の変化に、将来の生活像を描けないまま避難生活が続くこともある。

避難者には自助力が要求され、避難所で経験した互助力は低下する。避難所生活で蓄積されていた疲労感と支援量低下による焦燥感などから、持病の悪化やエコノミークラス症候群が起こりやすくなる。

この時期は、自力で課題解決ができない被災者や複雑な課題をもつ被災者への支援に絞られていく段階でもある。一方で、支援の手が少なくなっている方は、取り残され感や無力感が増し抑うつ傾向が高まることもある。

この時期にリハビリテーション専門職が意識すべきことは、地域生活の主役は被災住民であり、新たなコミュニティづくりも主役である被災住民が主体になり進めることである。そのためには住民が当事者意識を持って能動的に活躍できるような配慮や場の提供を検討することが必要である。リハビリテーション専門職は、地域リハビリテーションで培ってきたノウハウを活かして、日常生活に寄り添いながら個別支援や集団支援、コミュニティづくりに参画する。

【保健師の活動（例）】

〇巡回健康相談、生活相談　　〇声かけ（閉じこもり予防）
〇支援団体、機関との受援体制調整
〇支援者も含めた PTSD 等に対する心のケア
〇避難元状況や帰還情報の確認
〇復興災害住宅情報の確認

【リハ職の活動（例）】

〇応急仮設住宅居住者の情報収集と環境整備（初期改修評価）
〇移動・福祉用具の適正活用支援
〇要援護者の個別評価や支援
〇応急仮設住宅での生活不活発病（介護予防）に対する集団運動指導と運動機能評価
〇新たなコミュニティづくりへの支援と活動プログラムの提供
〇支援者への支援
〇JRAT 活動の終了（現地支援チームへの移行調整）

【行政の動き（例）】

〇生活再建支援（住宅被害認定調査の実施）
〇罹災証明書の交付
〇被災者生活再建支援金支給申請書の受理
〇激甚災害指定のための被害状況把握
〇応急仮設住宅関係業務
〇コミュニティづくりへの支援
〇まちづくりへの参画

## 7. 第４期（復興期）

ほとんどの避難所は閉鎖され、自宅復帰している方、仮の住まいのままの方、新たなコミュニティに慣れないまま日常生活を送っている方など、被災者はさまざまな生活の姿を呈している。応急仮設住宅を後にした方などは、それまで構築してきた避難者間の関係性が分断されることになり、避難によって繰り返されてきた喪失体験を再び味わうことになる。

新たな生活の場に身をおくことになった方は、少しずつ自律的な生活再建（家事・就業・教育等）が開始される。初めて出会う住民と新たな交流が始まり、新たな地域環境や生活環境（住民減少、居住住民の高齢化、社会資源脆弱等）の中で、自治会や地域づくりがスタートする。居住地域のあらゆる社会資源（医療、介護、福祉、就労、教育等）の情報を収集し、必要とされる社会資源を創出しながら安心安全な生活をつくり、社会参加を進めることになる。

この時期のリハビリテーション専門職は、地域内のリハビリテーション提供機関（病院、診療所、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等）での支援が主体となる。しかし復興期になっても応急仮設住宅などでの生活を余儀なくされている方も多い。どのような場で生活していても、その人らしく生活することの重要性を鑑み、リハビリテーション専門職は環境調整、福祉用具を駆使し、心理的ケアにも配慮しながら、コミュニティづくり、まちづくりなど地域リハビリテーションが目指す目標を見失わない関わりが重要である。

【保健師の活動（例）】

〇住民の健康状態の確認
〇住民の健康相談や生活相談
〇既存社会資源（医療・介護・障害・教育・子育て）の活用調整
〇地域生活再開に関する課題整理
〇必要とされる社会資源開発に向けた連携（地域づくり）
〇転出転入に関する情報提供と収集
〇転出転入地の社会資源の活用に関する相談支援

【リハ職の活動（例）】

〇行政や社会福祉協議会、既存の医療介護福祉サービス事業者、現地支援チーム等への情報の提供
〇既存の医療介護福祉サービス（通所・訪問）による支援
〇行政機関等からの要請による個別支援や集団支援（健康支援）
〇行政機関等職員との同行訪問
〇孤立避難者支援や新たなコミュニティ構築の支援
〇ケア会議等への参加

【行政の動き（例）】

〇相談窓口の設置
〇災害復興住宅融資
〇その他支援制度

## 8. 事前復興計画と復興計画

大規模災害によって長期的な避難生活や人口流出等が発生すると、コミュニティとしてのまちの姿は変わり、被災後の早期復旧・復興のスピードに影響を及ぼす。そこで、住民参画を基本とした「事前復興計画」を策定しておくことは、日頃から地域づくりを考える機会にもなり、また被災後の復興を早めることができるとされている。それは防災や減災に特化した視点だけではなく、地域活性化や持続可能な社会の視点等も取り入れたまちづくりを目指すことにもつながる。

一方、これまで大規模災害に見舞われた地域では、被災状況を勘案しながら事前復興計画を念頭に「復興計画」を策定し、具体的な整備計画や速やかな復興の実現を目指している。したがって復旧期や復興期におけるリハビリテーション専門職の活動にも、「復興計画」を踏まえた支援や関わりが求められる。被災者への直接支援のみならず、「復興計画」を認識し、新たな地域づくりの推進にも寄与することが重要である。

## 9. 医療計画と地域防災計画

医療法（昭和 23 年法律第 205 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（「医療計画」）を定めるものとする」とし、2の五「次に掲げる医療の確保に必要な事業（「救急医療等確保事業」）に関する事項」として、ロ「災害時における医療」が示されている。リハビリテーション専門職が被災地で支援を展開する場合も災害時における医療体制を支援する法律に基づいた活動が求められる。

また災害対策基本法に基づき市町村や都道府県の防災業務を定めた地域防災計画には、被災地で効率的な災害医療、医療計画に示されている被災地の医療体制を尊重し、被災地内外の関係機関が協力する

こととされている。特に DMAT 以外の医療チームは独自の指揮系統を持たないため、原則として地域防災計画に則った活動が求められる。

医療計画や地域防災計画は、地域の実情に応じて柔軟に作成されており、地域によって内容は異なる。したがって他所からの支援チームは、被災地の地域防災計画を尊重したうえで被災地入りする必要がある。

【引用・参考文献】

厚生労働省：第９回救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会　平成 30 年 10 月 31 日

大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会：災害リハビリテーション標準テキスト　医師薬出版　2018

医療情報科学研究所：公衆衛生がみえる 2018-2019　メディックメディア　2018

武田多一：災害拠点病院、地域防災計画　救急医学 40　264-268　2016

（表 1）「災害フェーズと支援活動」

| 災害フェーズ | 第1期 | 第2期 | 第3期 | 第4期 |
|---|---|---|---|---|
| 被災地状況 | ライフライン破綻<br>交通手段破綻<br>情報網破綻<br>行政機能混乱<br>食料・物資不足<br>医療機能混乱<br>医療器具・薬品不足<br>被災者避難所避難 | ライフラインの復活<br>主な道路網の回復<br>情報網の復活<br>行政機能の集約<br>備蓄品配給<br>支援物資確保<br>避難所管理運営<br>避難者帰宅<br>仮設住宅建築・移行 | 避難所集約化<br>福祉避難所移行<br>仮設住宅生活 | 避難所撤去<br>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 |
| 支援チーム | DMAT | JMAT等 | | 地域医療再生支援 |
| 任務内容 | 救命・救助・トリアージ<br>入院患者の後方支援 | 避難所診療機能　訪問巡回診療<br>衛生管理（感染・中毒・熱中症・低体温症等対策） | | |
| その他 | 救急隊員・消防士・自衛隊員 | 消防士・自衛隊員・警察 | | 警察 |
| 災害支援 | 初動対応 | 応急対応 | 生活指導 | 地域生活支援 |
| 保健師の活動 | ○被災状況の確認<br>○住民・要援護者の安否確認<br>○水・食料・生活用品確保<br>○避難所準備・避難所周知<br>○避難状況の確認<br>○要援護者の避難支援<br>○災害情報収集<br>○医療福祉情報の収集 | ○避難所運営<br>（避難者情報の収集）<br>○救護者の設置運営<br>○支援団体、機関との受援体制調整<br>○食中毒や感染症の予防指導防疫活動<br>○心のケア対策<br>（啓発・相談所周知）<br>○健康教育<br>（不活発病・エコノミークラス症候群） | ○巡回相談・生活相談<br>○声かけ（閉じこもり予防）<br>○支援団体、機関との受援体制調整<br>○PTSD等に対するメンタルケア（被災者及び支援者）<br>○避難元状況や帰還情報の確認<br>○復興災害住宅情報の確認 | ○住民の確認<br>○住民の健康相談や生活相談<br>○既存社会資源（医療・介護障害・教育・子育て）の活用調整<br>○地域の課題整理<br>○必要とされる社会資源開発に向けた連携（地域づくり）<br>○転出・転入に関する情報提供と収集<br>○転出・転入地の社会資源活用に関する相談支援 |
| リハ職の活動 | ○現地の情報収集<br>○情報集約<br>○先遣隊の派遣<br>○指示系統の確立<br>○情報整理・情報共有<br>○JRAT支援要請の検討と派遣要請 | ○避難所や福祉避難所の環境整備<br>○要配慮者把握・リハ対象者の把握<br>○避難所生活困難者の個別支援<br>○移動用具、福祉用具の適正活用支援<br>○健康維持の為の集団支援<br>○住宅・車中泊・テント泊等を余儀なくされている方々への健康調査・フォロー | ○要援護者仮設住宅居住者の情報収取と環境調整<br>（初期改修評価）<br>○移動・福祉用具の適正活用支援<br>○要援護者の個別評価や支援<br>○仮設住宅での生活不活発病に対する<br>○集団運動指導と運動機能評価<br>○新たなコミュニティづくりへの支援と活動プログラムの提供<br>○支援者への支援<br>○JRAT活動の終了（現地支援チームへの移行調整） | ○行政や社会福祉協議会、既存の医療介護福祉サービス事業者、現地支援チーム等への情報提供<br>○既存の医療介護福祉サービス（訪問・通所）による支援<br>○行政機関等からの要請による個別支援や集団支援<br>（健康支援）<br>○行政機関等職員との同行訪問<br>○孤立避難者支援や新たなコミュニティ構築の支援<br>○ケア会議等への参加 |
| 復興への道 | 被災混乱期 | 応急修復期 | 復旧期 | 復興期 |
| 行政の動き | ○災害対応体制の確保<br>○災害対策本部の設置<br>○情報の収集・分析<br>○広報の円滑化・情報の発信<br>○避難対策 | ○避難所の管理<br>○物資の分配<br>○外部支援の受入れ<br>（派遣・ボランティア）<br>○医療・保健・福祉サービスの提供 | ○生活再建支援<br>（住宅被害認定調査の実施）<br>○罹災証明書の交付<br>○被災者生活再建支援金支給申請書の受理<br>○激甚災害指定のための被害状況把握<br>○仮設住宅関係業務<br>○コミュニティづくりへの支援<br>○まちづくりへの参画 | ○相談窓口の設置<br>○災害復興住宅融資<br>○その他の支援制度 |

【引用】大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会：災害リハビリテーション標準テキスト
医師薬出版　2018「災害フェーズ分類」一部加筆

## 第２章-Ⅵ.「災害研修および学会」

（１）災害研修

①JIMTEF 災害医療研修コース

主催は公益財団法人 国際医療技術財団であり、災害医療に関する知識と技術を有する医療関係者の育成を図ることを目的に研修コースを開催している。ベーシックコースは「災害の概念」から「避難所の運営」など被災地の現場活動を座学とグループワークで学ぶ。アドバンスコースでは「本部活動（運営）」を実践形式で学んでいる。いずれもグループ・ワークが中心であり、多職種混合の 8～9 名のチームで形成されるので他職種連携が理解できる場となっている[1)]。

②JDR 研修

独立行政法人国際協力機構（JICA）では海外で大規模な災害が発生した場合に被災国政府または国際機構からの要請に基づき緊急援助を実施している。その支援の形態の一つに被災国での医療支援を行う国際緊急援助隊（Japan Disaster Relief Team;JDR）医療チームの派遣がある。国際緊急援助隊の基礎の習得を目的とした導入研修、各分野に特化した災害医療技術・知識の向上を目的とした中級研修、派遣時に使用する資機材を展開し、現地活動を想定した機材展開訓練を実施している[1)]。

③日本災害医療ロジスティクス研修

全国初の組織の枠を超えた災害医療ロジスティクスのための大規模研修で、災地内の災害医療分野におけるロジスティクス能力の向上を目的として実施されている[2)]。

（２）日本災害医学会

1995 年、阪神・淡路大震災の年に日本集団災害医療研究会として発足され、2000 年 2 月に「日本集団災害医学会」と改称し、2018 年 1 月 31 日より学会名称を日本災害医学会と改称した。会員数は 4,500 名を超え、学術集会の開催、各種委員会等による災害医療に係る専門的な検討、日本医学会への加盟、社会医学系専門医協会との協働、及び熊本地震への災害派遣など、日本の災害医療における中心的な活動を行っている。災害時の医療に携わる医師、看護師、薬剤師、救急隊員ほか、様々な医療職種の個人や研究者、災害医療や防災業務に携わる組織などが参加する。年 1 回の総会・学術集会以外にも、日本集団災害医学会セミナー、消防や警察などの機関と DMAT との連携目指した多数傷病者への医療対応対応標準化コース（Mass Casualty Life Support；MCLS）、薬剤師を対象とした災害薬事研修コース（Pharmacy Disaster Life Support；PhDLS）、保健師を対象とした地域保健・福祉の災害対応標準化トレーニングコース（Basic Health Emergency Life Support for Public；BHELP）、テロ対策セミナーなどを全国各地で開催している[1) 3)]。

【引用・参考資料】

１）大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会企画・編集　「災害リハビリテーション標準テキスト」　医歯薬出版株式会社、2018 年
2）岩手医科大学災害時地域医療支援教育センター　日本災害医療ロジスティクス研修のページ
http://www。iwate-med。ac。jp/saigai/training/logistics/
3）一般社団法人日本災害医学会　　https://jadm。or。jp/

# 第３章.「リハビリテーション専門職による災害支援事例」

平常時から大規模災害発生後のリハビリテーション専門職としての活動や役割の概要は、Ⅴ.「リハビリテーション専門職が知るべき被災者の生活と保健師・リハ職・行政の活動」に記載した。災害フェーズに応じ多様なニーズに配慮した支援を展開することは容易ではないが、被災者や被災行政に寄り添いながら、リハビリテーション専門職としてその専門性を活かし、関連専門職との協働によってさまざまな活動が求められることを述べた。

リハビリテーション専門職は、日々「その人らしさ」「日常の暮らし」「地域づくり」などをキーワードに業務に取り組んでいる。この意識は災害時の支援活動においても同様であり、災害だからと特別なリハビリテーションができるわけではない。どのような状況にあっても、その人の将来や未来を想い描きながら、その時その場でできるリハビリテーションの技術を活かし関わることを大切にしている。

ここでは、これまでの大規模災害においてリハビリテーション専門職が実践してきた事例の一部を紹介し、普段のリハビリテーションが大規模災害時にも有効で、意味があることを伝える。

# 事例１　群馬県理学療法士会の平常時の取り組み

## 概要

群馬県理学療法士協会では、会員の災害活動や災害ボランティア活動について、『群馬県理学療法士協会災害活動規約』『災害ボランティア活動マニュアル』を作成し、ホームページに掲載、周知するとともに平常時の災害対策活動の一環として活用している。

避難所生活者を対象に、寝たきり予防や生活不活発病に関する指導（体操紹介、パンフレットの活用）、環境調整（福祉機器、生活環境の工夫）、相談（医療相談、痛み対する対応）、必要に応じた集団指導などを提供できること、また支援実施記録の具体的作成方法を掲載している。また協会の公益事業推進部では、派遣ボランティアの人選、調整、募集を行っている。

活動に際しボランティア保険（520 円／年）に加入し、保険料や支援上の交通費も協会が負担する。

ボランティア活動においてもその流れも次のように明示し、①現地ボランティア集合場所に臨場、②理学療法士ボランティア責任者の指示に従いチーム毎に避難所に向かう、③避難所の保健師とコンタクトする、④支援業務の遂行、活動の記録、⑤支援業務終了後、保健師に活動内容を報告、⑥必要に応じ避難者事案は必ず保健師に連絡する、⑦チーム毎に集合場所に戻り、ミーティング後、解散、⑧理学療法士ボランティア責任者は、公益推進事業部に活動報告書を提出すること、としている。

## 支援の意義

大規模災害に際し、群馬県理学療法士協会と会員が災害支援を円滑にできるようにまとめたマニュアルを平常時から活用することを推奨。現地のリハビリテーションスタッフが、被災者にきめ細かい支援を届けることをねらいとしている。

出典：一般社団法人群馬県理学療法士会　社会局　公益事業推進部

# 事例２　災害発生初期の福島県作業療法士会の動き

理事のみなさま

励まし等のメールありがとうございます。

[redacted]はリハを続行しております。
原爆や災害等でリハの新患も出ているくらいです。
18 日には、水、食料がなくなり、病院は機能できなくなるそうです。
薬剤類は枯渇状態で、必要な薬剤を渡せない患者も出てくるようです。

原発はもう、絶望的です。
リハ室は、今朝、被爆者が収容できるように片付けました。
ニュースを見る時間がなく、話を聞くと次々状況が悪化しているようです。
おそらく、[redacted]にも運ばれてくるかと思います。

今病院から連絡がありました。診療は中止、ほぼ全員退院。可能な限り縮小する。
移動困難な患者に対しては、バスで、離れた病院等へ移動。
最悪の場合、ヘリも検討しているとのことです。
職員は、とりあえず、このまま。
避難して出勤してこない職員もいるそうです。
今、回復期チームでは、明日出勤しなくても恨みっこなしと約束したところです。
どうなるかわかりません。

しばらくは、いわきの施設へ連絡がとれなくなるかもしれません。

連絡の取れなかった「老健の[redacted]」は、地すべりがあり、施設がかなり傷んでいるとのことです。
ＯＴの安否は確認できていませんが、
[redacted]先生は出勤（片付け等）していらっしゃると伺いました。おそらく４人の OT は無事かと思います。

原発事故直後のいわき支部長からの安否メール

「福島県作業療法士会災害対策初期対応等の経過」

| 月 | 日 | 内容 |
|---|---|---|
| 3 | 11 | 地震発生 |
| | 12 | 被害の少ない長谷川副会長、木村事務局長にて会員安否についてメールで確認呼びかけ開始 |
| | 12 | 協会、各県士会より状況確認等メール問合せ |
| | 14 | 災害対策本部を「アガッセ」（木村事務局長）に設置<br>本部長を、『竹田綜合病院の長谷川敬一副会長』<br>副本部長を木村事務局長<br>災害時会長代行として、同じく長谷川敬一を指名 |
| | 14 | 本部設置について、ホームページ上に掲載<br>以降、協会、厚労省、当本部からの震災関連情報を掲載<br>専用窓口メールアドレスの設置 |
| | 14 | 対策本部よりメール、電話にて会員安否確認 |
| | 18 | 一般公開講座(27 日)、理事会等各種県士会事業の中止 |
| | 23 | 安否確認(97%) |
| | 23 | ボランティアについて検討 |
| | 28 | 被災会員向け復職支援情報収集ホームページ掲載 |
| | 30 | 安否確認(100%) |
| 4 | 11 | 災害対策情報のための掲示板設置 |

福島県作業療法士会災害対策初期対応等の経過

## 概要

発災直後の福島県作業療法士会では、会の事務局や総務部が会員の安否確認に奔走した。甚大な被害を被った地域に居住する作業療法士との連絡にはかなりの時間を要したが、リハビリテーション業務の現状復帰や被災者支援に関われるリハビリテーション専門職の人材確認を初動とした。同時に、災害対策本部の設置や被害状況や避難状況に関する情報収集と発信を行っている。会では、まずは自らが所属している事業所や医療機関等の機能維持、普段のリハビリテーション業務遂行を重視し、被災地や避難所にリハビリテーション専門職を派遣することや外部からの支援者の受け入れには即応しなかった。その間に、災害支援の検討や調整、医療保健福祉専門職団体との支援協働を模索した。会員が所属している機関そのものが大規模災害時に必要とされる重要な砦であること、大切な社会基盤として不可欠な存在であることを認識した。

## 支援の意義

リハビリテーション専門職自身、そして所属している機関そのものが大規模災害時に活かされるべき社会資源である。リハビリテーション専門職の本来の使命や役割を放棄することがないよう、まずは足元を確保することが重要である。

出典：福島県作業療法士会　2011.3.11 東日本大震災災害支援活動記録　（抜粋再編）

# 事例３　福島県作業療法士会の避難所等における支援

一次避難所での「布草履作り」の様子（会津若松市）

一次避難所での「雑布縫い」の様子（いわき市）

一次避難所での「創作活動」の様子（郡山市）

## 概要

福島県作業療法士会による避難所等での支援は、平成 23 年４月上旬から会津・南会津地区から開始し、医療保健福祉基盤の整備に応じて全県的に広がっていった。活動は避難所でのアクティビティ提供と応急仮設住宅内での介護予防活動を実施した。アクティビティは、①「ほっとする環境」を提供すること、②避難者同士の「つながりづくり」を手伝うこと、③訪問支援への「顔つなぎ」を目的とした。アクティビティはアクリル束子づくりやエコクラフトなど応急仮設住宅に移っても生活の中で使用できるものを選択した。介護予防活動は応急仮設住宅のコミュニティーセンター等で、高齢者の心身機能の向上、閉じこもりの予防教室を開催した。

## 支援の意義

避難所で不便な生活をしている中でも、体操や作業活動を通じ近所の方と声を掛け合ったり、家族で笑い合って会話する光景に出会える。リハビリテーション専門職には生活の不便さを改善する支援に加え、家族間や地域住民間の関係性、会話や笑いを起こす環境づくりに関わっている。

出典：福島県作業療法士会　2011.3.11 東日本大震災災害支援活動記録　（抜粋再編）

# 事例４　福島県作業療法士会の応急仮設住宅等における支援

理学療法士との協働支援活動（会津若松市）

仮設住宅での住宅改修助言（会津若松市）

双葉町サポートセンターひだまりの茶話会の様子

スコップの使い方の実技（会津美里町）

## 概要

福島県作業療法士会では、平成 23 年８月頃から行政の依頼を受け応急仮設住宅で生活する方の支援を福島県理学療法士会などリハビリテーションに関連する６団体と協力し展開した。

手すりの設置や段差解消など住宅環境整備の助言から始まり、サポートセンターや集会所などで行われる介護予防事業や日々のサロン活動にも協力し、体操やレクリエーション、作業活動を提供した。また雪の少ない地域から豪雪地域で避難生活を強いることになった方には、「冬の暮らし方～安全･安心に過ごすために～」の冊子を作成し配布している。

## 支援の意義

暮らしに応じた環境調整や生活のしかたの工夫、笑顔で暮らせる居心地の良いコミュニティーを作ることなど、応急仮設住宅等でもリハビリテーション専門職の専門性を活かす支援が実現し、また多職種連携の成果も確認。

出典：福島県作業療法士会　2011.3.11 東日本大震災災害支援活動記録　（抜粋再編）

# 事例５　日本発達障害ネットワーク参画による支援

作業療法作成遊具

保育士向け研修会

相馬養護学校支援

## 概要

平成 23 年８月から「福島県被災した障がい児に対する相談・支援事業」を日本発達障害ネットワーク（JDDnet）が受託し、JDDnet 加盟団体の専門職派遣によって相馬地域の子どもへの支援を展開した。支援は相馬市の児童発達支援・放課後等デイサービス事業所「ゆうゆうクラブ」を拠点に行われた。言語聴覚士、臨床心理士らとともに作業療法士も派遣され、個別支援だけではなく、庭作りなど子どもの安心安全な居場所の確保にも協力した。

拠点活動以外に、南相馬市保健センターでの乳幼児健診、子育てサポート事業の協力、相馬養護学校教員からの相談対応等を行った。また、ゆうゆうクラブで地域ミーティング（支援者の情報交換、支援にかかる連絡調整）を実施し、相馬地域の子どもに対する支援機能を高めるとともに、支援者間連携の強化を図った。

## 支援の意義

子ども達を取り巻く被災地の環境は年々変化し、家族や地域が抱えている問題点も多様化し課題解決には時間を要する。しかし、専門職連携・協働の活動を通じ、地域の中でさまざまな支援がネットワーク化され、子どもへの支援力向上を図ることができた。特に教員への助言の際は、その場で、そこにある物を使って具体的な支援方法を考えるなど、専門職として柔軟な発想や現場力を発揮できる場となった。

出典：福島県作業療法士会　2011.3.11 東日本大震災災害支援活動記録　（抜粋再編）

# 事例６　南相馬市における週一（しゅういち）サロン事業の取り組み

## 概要

震災後３年が経過した 2014 年度、「住民主体」というコンセプトのもと、高齢者が容易に通える範囲（徒歩圏内）に集いの場を作り、体操などの活動を週１回程度行いながら、「地域づくりによる介護予防推進モデル事業」に取り組んだ。

最初に立ち上げた地域は住宅地で、震災後、自宅を再建した方が多く、「同年代」「核家族」「高齢化」が目立ち、住民相互に見守りあえる地域づくりが必要であった。そこで民生委員と行政区長に働きかけて週一サロンを開始することになった。

定期的に 20 名程度が集まり、体操を中心としたサロンを実施しだすと、お互いに積極的に挨拶したり、無断で休むことがあると安否確認の連絡をしたりと、仲間意識が高まり自然に声を掛け合える関係になった。高齢者にとって、仲間と楽しく運動をしながら、居住地域内でのコミュニケーション醸成が図れる安心の場を確保できた。

## 支援の意義

震災後、昔のように地域の中での助け合い（互助）が重要となっており、地域に誰がいるかを皆が知り、お互いに声を掛け合って助け合える地域づくりにリハビリテーション専門職が貢献している。

出典：日本作業療法協会会誌　第 60 号　2017 年３月　（抜粋再編）

# 事例７　南相馬市の子ども達への支援

写真　保育園での親子体操の様子

## 概要

震災後６年が経過し、市内の保育園・幼稚園は 24 園中 14 園が再開している。幼児の在籍数は震災前の半数を超え、児童数も７割まで回復した。

市では、子供たちの運動不足や肥満への懸念の声が保健師から上がっており、乳幼児健診では、各月年齢の粗大運動面での向上や愛着形成を促す要素を取り入れた親子体操を実施している。家庭でも繰り返し行ってもらうため、狭い仮設でも実施可能な動きを中心に盛り込んでいる。健診では他にも、粗大運動面などの保護者からの相談に対応したり、発達に関するミニ講話を開催している。

また市には「発達支援室」という部署があり、震災前から保育園・幼稚園を専門職のスタッフで訪問する「巡回相談」という事業を実施している。放射線の外部被ばくを避けるために１日の外遊びに時間が 30 分だった時期もあり、筋力や持久力の低下防止、各園の教育環境や園児数などの状況に合わせた遊びの提案や助言を続けている。この巡回訪問に同行して３~4 年がたった頃、「作業療法士」という職種の理解が保育士らに浸透し、親子体操の指導協力や講演会の依頼も受けるようになった。また乳幼児健診の際は、発達支援の専門職として作業療法士にも気軽に相談する保護者が増えている。

## 支援の意義

震災後、子どもたちの帰還を願いながら、地道に母子保健活動を続けたことによって、行政に所属する作業療法士も発達支援領域で認知されるようになり、また市民が気軽に相談できる存在になった。リハビリテーション専門職が市の児童発達における重要な人材として評価されている。

出典：日本作業療法協会誌　第 60 号　2017 年３月　（抜粋再編）

# 事例８　熊本県における現地スタッフの役割

## 概要

長期的な避難所支援活動に加え、多数の被災地区の現状確認と支援調整役として、リハビリテーション専門職が現地スタッフとして派遣された。その主な役割は以下のとおりである。

①避難所支援チームのサポート
②専門職種の各支援チームや被災行政とのパイプ役
③大渋滞を来たした主要幹線道路からの迂回路等の道案内役④JART から現地の広域地域リハビリテーションセンターへの引き継ぎ対応
⑤避難所支援チームの活動相談及びトラブル対応

現地スタッフは、JRAT 支援活動全体の状況を把握し、それに続く避難所支援を円滑に実施できるよう心がけた。リハビリテーション支援のキーパーソンとして、活動本部と密な連携を行い、各支援チームと被災地域の調整役、地域 JRAT へのつなぎ役や相談役としての役割を果たした。

求められるリハビリテーション支援には、受援体制の構築、活動本部と連携した被災者支援ができる現地スタッフの存在が有効であった。

## 支援の意義

JRAT を支える現地スタッフの役割は大きい。また、JRAT 支援終了後は、現地の地域リハビリテーションに引き継ぐことが必要であり、その調整役を現地スタッフが担う。継続的なリハビリテーション支援には、受援体制の中にリハビリテーション専門職の存在は欠かせない。

出典：（抜粋再編）

# 事例 9-a　地域リハビリテーション活動のすすめ（熊本県）

## 概要

東日本大震災を受けて設置された JRAT については、医療チームである JMAT の傘下に入り活動を行うということで、緊急時の災害リハビリテーションの活動の中核組織として、十分に機能したと考えられる。しかしながら、JRAT は緊急時対応を主眼とする時限的な組織であり、仮設住宅への対応が想定された組織ではなかった。一方で、通常の地域リハビリテーション活動で仮設住宅支援を行っていくには、被災が激しかったエリアにおける活動が人的にも財源的にも難しい側面があった。そのため、本県においては、発災当初は体制等を想定していなかった「復興リハビリテーションセンター」を新規に設置することとした。大規模災害においては仮設住宅における生活不活発病対策も想定した対処が重要である。JRAT や復興リハビリテーションの活動を進めるうえで、関係機関との連携は必要不可欠である。今回の復興リハビリテーションセンター設置にあたっては、その母体として、平成 12 年から関係 21 団体で設置していた「熊本地域リハビリテーション支援協議会」の果たした役割が大きい。

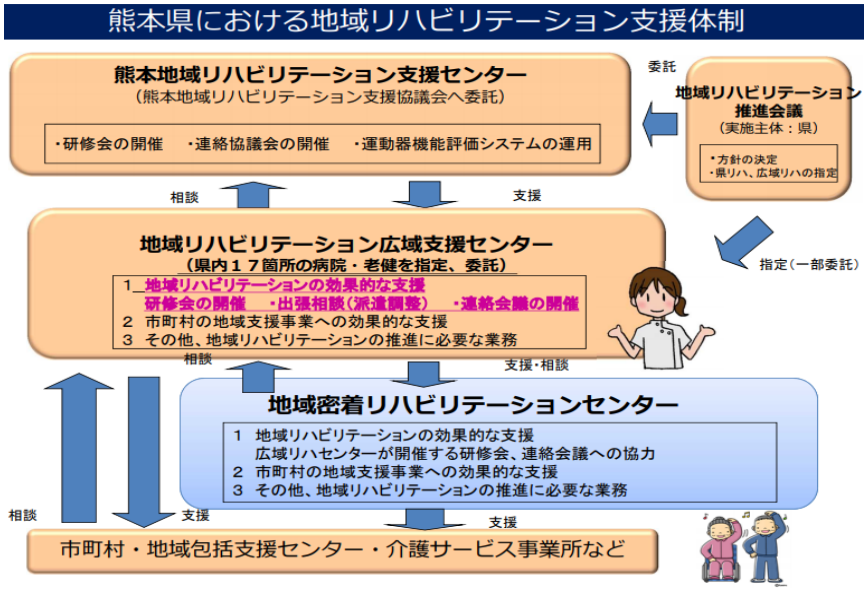
既に全県的なリハビリテーション組織や地域リハビリテーション広域支援センター等を解消したところもあるが、災害時における対応は一朝一夕でできるものではなく、日頃の積み重ね、日頃からの関係団体との関係性の構築が重要であることが、今回の熊本地震で実感した。熊本に地域リハビリテーションの体制があったからこそ、復興リハビリテーションセンターを短期間で立ち上げることができた。

## 支援の意義

発災直後から災害リハビリテーション活動を行うためには、平常時からの地域リハビリテーション活動が大切であり、都道府県単位で復興リハビリテーションの機能を備えた組織づくりや事前準備を行うことが必要である。

出典：公益社団法人 熊本県医師会　平成２８年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業　2016 年３月　（抜粋再編）

# 事例 9-b　JRAT 活動終了後の対応（熊本県）




## 概要

災害リハビリテーション支援の出口は、地域リハビリテーションへの落とし込みである。熊本県では、地域リハビリテーション広域支援センターが整備されており、ここに引き継ぐことを JRAT の終結の条件とした。その後、熊本県と県医師会が中心となって、熊本地域リハビリテーション協議会を母体とした、熊本県復興リハビリテーションセンター（KDRT）が設立された。仮設住宅での不活発病予防と被災市町村の介護保険負担を抑制することを目的に、地域リハビリテーション広域支援センターは通常の保健、介護などの市町村事業を担い、復興リハビリテーションセンターは仮設住宅利用者の支援を担った。

## 支援の意義

災害時リハビリテーションは、生活機能の低下を防ぎ、自立生活の維持や、地域の再建や復興を進めていくための支援である。災害後もできるだけ早く普段のリハビリテーション業務が構築できるよう、地域リハビリテーションにおける保健、介護事業等の役割分担は重要である。

出典：大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）
熊本地震災害リハビリテーション支援報告書（抜粋再編）

# 第４章　まとめ

## 第１節　事業のまとめ

### １．体制マニュアル作業部会

当部会は、平時から有事、有事から平時におけるリハ専門職（PT・OT・ST）の関わりを通して、リハ専門職の地域保健への関わり方を探り、ロードマップを作成することを命題として取り組んできた。

そこで、2016 年以降に激甚災害を経験した 18 都道府県（以後、県）と被災を経験していない 29 県におけるリハ専門職としての災害支援・受援体制に関する取組状況を把握することにより、都道府県保健医療調整本部、保健所等におけるリハ専門職としての活動手引書となるマニュアルを作成することを目的とし、ウェブアンケート調査およびヒアリング調査を実施した。

その結果被災 18 県から 13 県（回収率 72.2%）、それ以外の 29 県から 27 県（回収率 93.1%）の回収を得た。

回答からは、さまざまな活動実績が明らかとなり、その利点や欠点も浮き彫りとなった。

被災を経験した県においても、県士会や三団体などリハ専門職として災害支援・受援対策で困っていることとして、県（行政）との地域防災計画における協定、医療救護活動とリハビリテーション支援のジレンマ、医師会と JRAT との連携、三団体・各士会・会員の所属施設および会員個人（専門セラピストとして）における平時からの役割分担や優先順位および活動の範囲や補償などが明確化なされていない模様で、喫緊の課題であると思われる。

さらに被災経験のない県においては、人員が集まらない、活動費用、身分保障、協定書を含めて県の認識不足、団体として参画する方法、災害リハを簡単に明確に住民・関係団体に有事の際に理解してもらえるツール・人材育成も含めたマニュアルの整備、多職種協働まで至っていない、地域包括ケア推進等に集中し災害支援・受援対策に意識が向かず手が回っていない、医療救護班と JRAT の指示系統、関東圏域の大規模災害時の人的・物的支援の情報管理等についてイニシアチブをとるためのマニュアルがないなどがあげられ、その一つ一つすべてが早急に解決されるべき課題である。

しかし、最大の課題は、それらの優先順位や具体的な解決方法が記載されたマニュアルがないことであり、次年度に向けては、今回の調査を基にした項目や対応方法などを具体的に記述したマニュアルの作成が喫緊の課題である。

## ２．テキスト作業部会

平成 29 年度事業において、災害時支援ではリハ専門職のニーズの把握や外部からのリハ専門職の受け入れ等を把握するための役割が行政組織に求められていることが明らかになったと同時に、リハ専門職による災害時支援に向けた取組として、平時からの顔の見える関係づくりを関係機関と構築することが重要であると示唆された。

一方で、平時から顔の見える関係づくりを構築するために、リハ専門職の地域保健や公衆衛生に関する教育・研修の充実の必要も示唆されたため、今年度事業では災害時を含む広く地域保健・公衆衛生においてリハ専門職が把握すべきテキストの内容を検討することとした。

テキストの構成を検討するに際して、テキストの方針や想定する利用者、また利用者の目標を明確にし、これらに基づき、テキスト構成の検討を進めた。

公衆衛生に関する書籍は既に多く存在しているものの、この領域でのリハ専門職の役割を述べているものは少ないため、法律や制度、主要となる指標など基礎的な知識のみならず、実際にリハ専門職が関わっている事例を踏まえた実践的な情報を掲載することとした。そのため、検討したテキストの構成は、リハ専門職が関係法規を順守したうえで、その専門性を加味した内容を想定している点で、既存の書籍との差別化が図れるのではないかと考える。

# 第５章 事業成果

# 災害時におけるリハビリテーション専門職による保健活動マニュアル案と リハビリテーション専門職に対する公衆衛生テキスト案の作成

【分担事業者】　半田　一登（公益社団法人　日本理学療法士協会　会長）
中村　春基（一般社団法人　日本作業療法士協会　会長）

【分担事業委員長】斉藤　秀之（日本理学療法士協会）
【体制マニュアル班】浅川　育世（茨城県立医療大学　保健医療学部　理学療法学科）浅野　直也（国立病院機構東名古屋病院）
小早川　義貴（国立病院機構災害医療センター　災害医療部　福島復興支援室）
清水　兼悦（札幌山の上病院　リハビリテーション部）　坪田　朋子（無所属）
戸松　好恵（堺市健康福祉局健康部健康医療推進課）　松本　良二（千葉県安房保健所）
【テキスト作成班】香山　明美（東北文化学園大学　医療福祉学部　リハビリテーション学科　作業療法学専攻）
内山　量史（春日居サイバーナイフ・リハビリ病院　リハビリテーション部　言語療法科）
大久保　一郎（横浜市衛生研究所）　清水　順市（東京家政大学　リハビリテーション学科　作業療法学専攻）
成松　義啓（高千穂町国民健康保険病院 リハビリテーション科）　本多　めぐみ（茨城県つくば保健所）
吉井　智晴（東京医療学院大学　保健医療学部　リハビリテーション学科　理学療法学専攻）
渡邉　忠義（NPO 法人アイ･キャン）

【要旨】災害時におけるリハビリテーション（以後、リハ）専門職である PT・OT・ST の三団体（以後、三団体）に資する保健活動マニュアルを作成するため、2 リハ専門職団体へアンケート調査、聞き取り調査を行い、平時から災害時に向けて行政や関連他団体との連携など、リハ専門職に求められる受援体制の活動手引の骨子、並びに緊急性のある「健康・危機管理・災害保健」については先行してテキストをまとめた。また、昨年度事業で、平時からの保健師とリハ専門職の顔の見える関係づくりにおける課題として、リハ専門職の公衆衛生に関する研修体制が示唆されたため、リハ専門職のための公衆衛生テキスト案を作成した。

（Ⅰ）受援体制、（Ⅱ）テキスト作成に分けて記載する。

【A．目的】

（Ⅰ）受援体制；各都道府県におけるリハ専門職の災害支援・受援体制に関する取組状況を把握することにより、平時から災害時に向けて、都道府県の保健医療調整本部、保健所等における、リハ専門職としてのマニュアルを作成に向けた骨子をまとめる。

（Ⅱ）テキスト作成　公衆衛生に関わるリハ専門職が学ぶべき内容をまとめたテキストの構成を検討・整理する。

【B．方法】

（Ⅰ）受援体制

1）調査期間：2018 年 11 月 22 日～同年 12 月 10 日

2）調査方法：インターネット調査および聞き取り調査

3）調査対象：2016 年以降、激甚災害の指定を受けた 18 道府県（以後、地域）：北海道、岩手県、秋田県、新潟県、長野県、三重県、京都府、大阪府、奈良県、和歌山県、岡山県、広島県、愛媛県、福岡県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県の三団体を代表して PT 士会に記入を依頼

4）調査内容

①三団体での協議会・連絡会について

②災害発生前後の取組の変化について

⑴三団体での災害対策に関する合同研修会の開催
⑵三団体／各士会（以後省略）での災害対策部門の組織化
⑶行政との各種事業における平時からの連絡体制の有無
⑷行政と連携した災害支援対策
⑸行政依頼による地域リハ活動支援事業実施の有無
⑹平時からの災害対策支援における都道府県医師会との連携
⑺平時からの災害対策支援におけるリハ科専門医との連携
⑻平時からの災害対策支援における他職種団体との連携
⑼「地域医療介護総合確保基金」を活用した災害対策活動

③災害発災後の初動（72 時間）における行政・関連団体との関わりについて

⑴組織的な支援活動
⑵行政・医師会の連絡体制
⑶都道府県庁、医師会、保健所等から支援協力依頼の有無
⑷都道府県庁の保健医療調整本部におけるリハ専門職の窓口
⑸現地活動本部におけるリハ専門職の窓口
⑹リハ専門職団体としての災害支援・受援対策に関する取組
⑺リハ専門職団体として災害支援・受援対策で困っていること

（Ⅱ）先行テキスト作成

1）テキスト構成案の検討

構成の作成にあたり、以下の項目を定めることとした。

・テキストの方針
・利用者の想定
・利用者目標

2）「健康・危機管理、災害保健」範囲のテキスト作成

近年の大規模災害発生状況に鑑みて、早急に支援の充実が求められていると考え、構成の一つである「健康・危機管理、災害保健」についてテキストを作成した。「関連法規」と「実際に現場に関わるリハ専門職が知るべき知識」の 2 部構成として作成した。また、災害支援の事例について、応急修復期を終えて復旧期・復興期における取組を中心に示した。

【C．結果】

（Ⅰ）受援体制：回収率：72.2%（13 道府県）

①士会における三団体での協議会・連絡会等の組織化は、大規模な災害を経験した地域においても「組織している」76.9%、「組織していない」23.1%であった。「組

織している」と回答した 10 地域のうち、9 割が任意団体であった。

②-(3) 行政との各種事業における平時からの連絡体制の有無では、「災害発災前から」61.5%、「災害発災後から」7.7%、「発災後も取っていない」30.8%であった。

②-(4) 行政と連携した災害支援対策は、「特に取り組んでいない」「①協定書・②地域防災計画・③避難訓練・④合同研修会、以外の取組み」33.3%、「避難訓練」22.2%、「協定書」「合同研修など」11.1%であった（図１）。「①～④以外の取組み」として、「多関係職種の合同会議を年数回開催」「地域 JRAT の参加団体として県と協定を結ぶ」などの回答があった。

②-(6) 平時からの災害対策支援における都道府県医師会との連携は、「災害発災前から連携している」38.5%、「発災後も連携していない」61.5%であった。

（Ⅱ）テキスト作成

テキストの編集方針を「リハ専門職に必要な公衆衛生を学ぶ」とし、対象はリハ専門職、目標は「地域住民（国民）の健康をリハの視点（健康支援・疾病予防・介護予防・自立支援・重症化予防）で捉え、平時及び有事の際に必要な対応が可能となる」と定めた。

テキストの構成は第 1 編「社会保障と衛生行政の体系」、第 2 編「衛生の主要指標」、第 3 編「保健と医療と福祉の動向」、第 4 編「医療提供体制と医療保険制度」、第 5 編「介護保険制度」、第 6 編「障害福祉制度」、第 7 編「健康・危機管理と災害保健」、第 8 編「環境保健」とし、第 3 編では各保健分野を章で区分けし、関係法規や既存の組織の情報、更にリハ専門職が関わっている事例を踏まえて、実践的な情報を掲載することとした。

【D．考察】

（Ⅰ）受援体制（聞き取り調査から）

②-(3) 行政との各種事業における平時からの＜連絡体制を取っている利点＞として、行政の方向性に沿った取り組ができる、地域包括ケアシステム確立に向けて地域と連携を構築できる活動やリハ専門職は何ができるのかを改めて認識できる、三団体を通じて地域 JRAT が県や医師会の中で認知されたことで事業活動や予算等に幅が広がった、などが挙げられた。＜取っている欠点＞として、県の事業としての申請及び予算額の決定に時間的制約があり年度後半の限られた期間の対応となる、医師会が絡むことで企画運営の多くの部分で煩雑化する、三団体の連携には限界があり担当の負担が大きくなり事務処理等が規模の大きい会に偏る傾向がある、などが挙げられた。

②-(4) 行政と連携した災害支援対策は、ここ最近被災を経験した地域においても、特に取り組んでいない地域が多く、地域防災計画に位置付けられていたり、協定書などの締結もなされていないことは深く考えさせられる。

また、発災時には生活不活発病の予防としてボランティアとして出かけた経緯があり、現地の PT や行政の PT・保健師などと連携して活動したが、その時だけで、平時について働きかけたこともないことや、行政も必要性を感じていないと思われ、互いに窓口をさがすところから始めなければいけないが、行政から三団体に連絡してくる可能性は現状で低いことなどが挙げられている。

②-(6) 平時からの災害対策支援における都道府県医師会と＜連携している利点＞として、災害対策の動向が県士会役員にも少しわかる、有事の際は県医師会が活動母体となり協力いただける可能性がある、災害支援への組織的対応、各団体の意志決定によるスピーディーな行動が可能と挙げられた。＜連携していない欠点＞として、発災後にリハ専門職が単独での支援活動が行いづらい、地域 JRAT としての活動が難しい、などが挙げられた。

（Ⅱ）テキスト作成

公衆衛生に関する書籍は既に多く存在しているが、リハ専門職の視点としては不十分である。今回検討したテキストでは、リハ専門職が関係法規を順守した上ですぐに実践できる内容を想定している点で既存の書籍との差別化が図れるのではないかと考える。

【E．結論】

災害発生頻度の増大とともに地域におけるリハ専門職としての保健活動の必要性が高まっている。そのためにも、リハ専門職の保健活動としての災害支援・受援体制の確立および資するテキストの作成には、地域性を考慮する必要があるが、行政との連携、災害救助法や地域防災計画の協力機関としての協定、あるいは医師会による JMAT や JRAT を含めた医療活動や多職種との連携が求められる。

【F．今後の計画】

体制マニュアル班は、さらに骨子を充実させ、リハ専門職に求められる災害支援・受援体制の活動手引の作成を図るとともに、作成している公衆衛生テキストを用いた研修会の全国展開を図り、普及・啓発を図る。

【G．発表】

１．論文発表；冊子刊行予定（2019 年度中）

２．学会発表；第 78 回日本公衆衛生学会

：2019 年 10 月 23 日～25 日：高知市

第 25 回日本災害医学会：2020 年未定

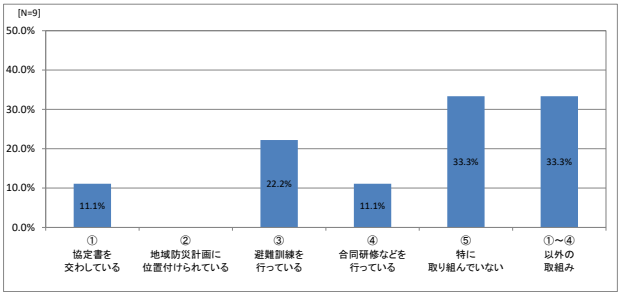



図１ 行政と連携した災害支援対策

平成30年度地域保健総合推進事業　発表会

# 「災害時におけるリハビリテーション専門職による保健活動マニュアル案とリハビリテーション専門職に対する公衆衛生テキスト案の作成」

事業分担者
公益社団法人日本理学療法士協会　会長　半田一登
一般社団法人日本作業療法士協会　会長　中村春基

口頭発表者
公益社団法人日本理学療法士協会　副会長　斉藤秀之

## 背景・目的

目的Ⅰ
大規模災害時の都道府県保健医療調整本部、保健所、市町村における連絡窓口でのリハビリテーション専門職の受援調整等の体制整備について検討し、保健活動マニュアル（案）を作成する。

目的Ⅱ
リハビリテーション専門職の地域保健や公衆衛生に関する教育・研修の充実に向けて、リハビリテーション専門職が把握すべき知識の内容を検討し、テキスト（案）を作成する。

<背景>
背景Ⅰ
平成29年度事業において、リハビリテーション専門職のニーズの把握や外部からのリハビリテーション専門職の受け入れ等を把握するための役割が行政組織に求められていることが明らかになった。

背景Ⅱ
平成29年度事業において、災害時の支援をより円滑にするためには平時からの顔の見える関係づくりが重要であるとされたが、リハビリテーション専門職が地域保健・公衆衛生の場に参画する機会は限られており、必要な知識を獲得する教育・研修体制の構築が不十分であると示唆された。



## 協力事業者

【分担事業委員長】
斉藤　秀之　（日本理学療法士協会）

【体制マニュアル班】
浅川　育世　（茨城県立医療大学　保健医療学部　理学療法学科）
浅野　直也　（国立病院機構東名古屋病院）
小早川　義貴　（国立病院機構災害医療センター　災害医療部　福島復興支援室）
清水　兼悦　（札幌山の上病院　リハビリテーション部）
坪田　朋子　（無所属）
戸松　好恵　（堺市健康福祉局健康部健康医療推進課）
松本　良二　（千葉県安房保健所）

【テキスト作成班】
香山　明美　（東北文化学園大学　医療福祉学部　リハビリテーション学科　作業療法学専攻）
内山　量史　（春日居サイバーナイフ・リハビリ病院　リハビリテーション科　言語療法科
大久保　一郎　（横浜市衛生研究所）
清水　順市　（東京家政大学　リハビリテーション学科　作業療法学専攻）
成松　義啓　（高千穂町国民健康保険病院　リハビリテーション科）
本多　めぐみ　（茨城県つくば保健所）
吉井　智晴　（東京医療学院大学　保健医療学部　リハビリテーション学科　理学療法学専攻）
渡邉　忠義　（NPO法人アイ・キャン）



## 事業内容

事業内容Ⅰ　～受援体制の検討～
方　　法：「リハビリテーション専門職に求められる災害支援・受援体制に関する調査」をインターネットを用いて実施した。
対　　象：2016年以降激甚災害の指定を受けた18道府県
調査内容：①.三団体での協議会・連絡会について
②.災害発生前後の取組の変化について
③.災害発災後の初動（72時間）における行政・関連団体との関わりについて
調査期間：2018年11月22日から同年12月10日

＊アンケート調査の回答をもとに、調査項目の補足を目的としたヒアリング調査を別に実施した。

事業内容Ⅱ　～テキスト（案）の作成～
その１　テキスト構成案の検討
①構成の作成にあたり、以下の項目を定めた。
・テキストの方針
・利用者の想定
・利用者目標
②テキスト構成案の作成
その２　「健康・危機管理、災害保健」範囲のテキスト作成
近年の大規模災害発生状況に鑑みて、早急に支援の充実度が求められていると考え、構成の一つである「健康・危機管理、災害保健」についてテキストを作成した。



## 事業結果Ⅰ　～受援体制の検討～　その１

結果　回収率は72.2%（13道府県）

①　POS三団体での協議会・連絡会等（図１）
「組織している」76.9%（9割が任意団体）　「組織していない」23.1%。
②-(3)　行政との平時からの連絡体制（図２）
「災害発災前から連絡体制を取っている」61.5%、
「災害発災後に連絡体制を取るようになった」7.7%
以上「連絡体制を取っている」9地域のうち、三団体は4地域、POS各士会は5地域
「連絡体制を取っていない」30.8%

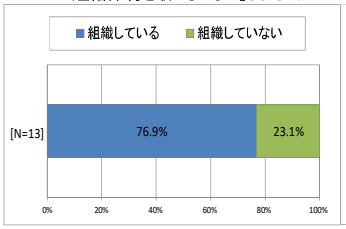



図１　POS士会での協議会・連絡会等の組織化

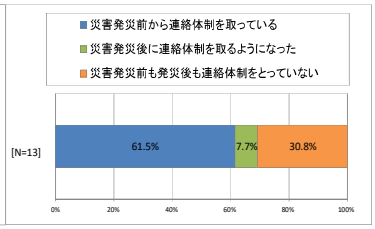



図２　行政との各種事業における平時からの連絡体制の有無



## 事業結果Ⅰ　～受援体制の検討～　その２

②-(4)　行政と連携した災害支援対策（図３）
「特に取り組んでいない」33.3%
「避難訓練」22.2%、「協定書を交わしている」「合同研修などを行っている」11.1%
「①協定書・②地域防災計画・③避難訓練・④合同研修会、以外の取組」33.3%
（多職種との合同会議、地域JRATの参加団体として県と協定を結ぶ、など）

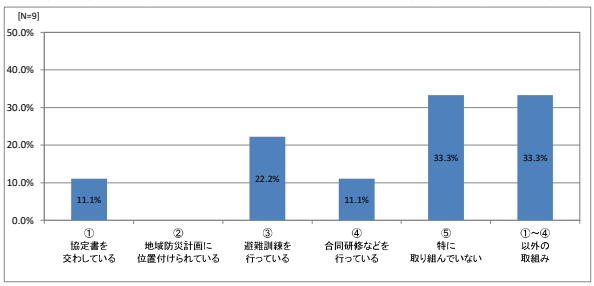



図３　行政と連携した災害支援対策

## 事業結果Ⅰ　～受援体制の検討～　その３

②-(6) 都道府県医師会との連携（図4）

「災害発災前も発災後も連携していない」61.5%

「災害発災前から連携している」38.5%（5地域：三団体2地域、POS各士会3地域）

（研修会への参加、医師会訪問による協力要請、リハ医を通じての情報交換など）

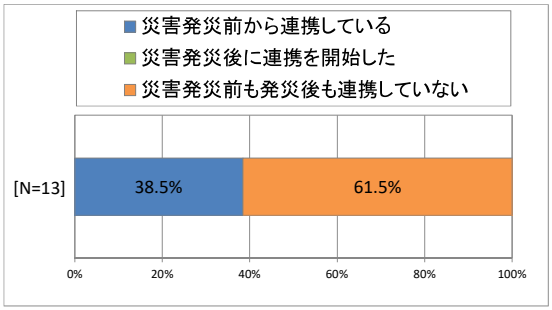



図４　平時からの災害対策支援における都道府県医師会との連携



## 事業結果Ⅱ　～テキスト（案）の作成～　その１

その１　テキスト構成案の検討

①テキストの方針、対象、目標は以下のとおりとした。

方針：リハビリテーション専門職に必要な公衆衛生を学ぶ

対象：リハビリテーション専門職（学生は除く）

目標：地域住民（国民）の健康をリハビリテーションの視点（健康支援・疾病予防・介護予防・自立支援・重度化防止）で捉え、平時および有事の際に必要な対応が可能となる。

②テキスト構成は表のとおりとし、第3章では法律や組織の情報に加え、リハ専門職が関わる事例を踏まえ、実践的な情報を掲載することとした。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 第1篇 | 社会保障と衛生行政の体系 | 第4篇 | 医療提供体制と医療保険制度 |
| 第1章 | 社会保障 | 第1章 | 医療提供体制 |
| 第2章 | 衛生行政 | 第2章 | 医療保険制度 |
| 第2編 | 衛生の主要指標 | 第5編 | 介護保険制度 |
| 第1章 | 人口動態 | 第6編 | 障害福祉制度 |
| 第2章 | 生命表 | 第7編 | 健康・危機管理と災害保健 |
| 第3章 | 健康状態と受療状況 | 第8編 | 環境保健 |
| 第4章 | 疫学 | | |
| 第5章 | 統計 | | |
| 第3編 | 保健と医療と福祉の動向 | | |
| 第1章 | 地域保健 | | |
| 第2章 | 母子保健 | | |
| 第3章 | 生活習慣病と健康増進 | | |
| 第4章 | 疾病対策 | | |
| 第5章 | 障害児・者施策 | | |
| 第6章 | 精神保健 | | |
| 第7章 | 感染症 | | |
| 第8章 | 老人保健 | | |
| 第9章 | 産業保健・労働衛生 | | |
| 第10章 | 学校保健 | | |



## 事業結果Ⅱ　～テキスト（案）の作成～　その２

その２　第7編「健康・危機管理、災害保健」のテキスト作成

「関連法規」と「実際に現場で関わるリハ専門職が知るべき知識」の2部構成とした。

また、記載する災害支援の事例については、応急修復期を終えて復旧期・復興期における取組を中心に示した。「実際に現場で関わるリハ専門職が知るべき知識」には表で示した内容とした。

| 左図<br>テキスト | 右図<br>取組事例 |
|---|---|

## 考察Ⅰ　～受援体制の検討～

②-(3)行政との平時からの連携

利点：・行政の方向性に沿った取組ができる

・地域と連携を構築できる活動や、リハ専門職は何ができるのかを改めて認識できる

・三団体を通じて地域JRATが認知されたことで事業活動や予算等に幅が広がった

欠点：・県の事業としての申請及び決定に制約があり、年度後半の限られた期間の対応となる

・医師会が絡むことで企画運営の多くの部分で煩雑化する

・三団体の連携には限界があり、担当の負担が大きくなり規模の大きい会に偏る傾向がある

②-(4)行政と連携した災害支援対策

・ここ最近被災を経験した地域においても、特に取り組んでいない地域が多い、地域防災計画に位置付けられていない、協定書の締結もなされていないことは深く考えさせられる

・発災時に行政のPT・保健師などと連携してボランティア活動したが、その時だけ

・平時に働きかけていない、行政も必要性を感じていない？　窓口探しから始めなければいけない

②-(6)平時からの災害対策支援における都道府県医師会との連携

利点：・県士会役員も災害対策の動向を少し把握できる

・有事の際は県医師会が活動母体となり協力いただける可能性がある

・災害支援への組織的対応、各団体の意志決定によるスピーディーな行動が可能

欠点：・リハ専門職による単独での支援活動が行いづらい

・地域JRATとしての活動が難しい



## まとめ

＜Ⅰ　受援体制の検討＞

災害発生頻度の増大とともに地域におけるリハ専門職としての災害支援・受援体制の確立のためには、地域性を考慮する必要があるが、行政との連携、保健医療活動本部の窓口、災害救助法や地域防災計画の協力機関としての協定、あるいは医師会JMATやJRATとの連携の確認などが求められる。

＜Ⅱ　テキスト（案）の作成＞

公衆衛生に関する書籍は既に多く存在しているが、リハ専門職の視点としては不十分である。今回検討したテキストでは、リハ専門職が関係法規を遵守した順守したうえですぐに実践できる内容を想定している点で、既存の書籍との差別化が図れるのではないかと考える。



## 今後の予定

＜Ⅰ　受援体制の検討＞

○さらに骨子を充実させ、リハ専門職に求められる災害支援・受援体制の活動手引の作成を図るとともに、作成している公衆衛生テキストを用いた研修会の全国展開を図り、普及・啓発を図る。

＜Ⅱ　テキストの作成＞

○今年度事業で作成した構成をもとにテキストを作成する。

○今回作成した「健康・危機管理と災害保健」のテキストの構図のように取り組みの中で把握しておくべき知識と、事例紹介を掲載していき、取り組みの参考となるようなテキストを作成する。

# 第６章 参考資料

アンケート調査 用語の説明 ・ ・ 132
アンケート調査 調査票① ・ ・ 134
アンケート調査 調査票② ・ ・ 139

## 「リハビリテーション専門職に求められる災害支援・受援体制に関する調査」

本アンケートへのご協力、誠にありがとうございます。アンケートにご回答いただくにあたり、下記「用語の説明」をご参照くださいますようお願い致します。

なお、本調査では、各都道府県の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士会、およびその三団体による災害対策活動の手引きとなる活動マニュアルを作成することを目的としているため、「災害対策＝地域 JRAT」という位置づけでは設問を組んでおりませんので、予めご了承くださいますようお願い申し上げます。

==========用語の説明==========

【地域保健】

地域社会で展開される予防、治療、リハビリテーションなどを包括した保健活動を指します。地域保健分野における活動は、すべての人の健康への支援をはじめ、感染症や大規模な災害などによる健康危機への対応、高齢者や児童の虐待予防、介護や認知症予防、自殺対策など多岐に渡ります。

【地域保健総合推進事業】

全国衛生部長会、全国保健所長会等の全国組織を活用した調査研究事業等を行い、全国規模での地域保健サービスの客観的なニーズの把握や妥当性の検証、地域保健活動の成果の普及等により、地域保健活動を総合的かつ効果的に推進する事業です。

（参考；http://www.jaot.or.jp/science/chpp.html）

【保健医療調整本部】

大規模な災害が発生した際、都道府県災害対策本部の下に、その災害対策に係る保健医療活動の総合調整を行うために設置される本部です。その本部には、保健医療活動に係る関係機関との連絡及び情報連携を行うための窓口が設置されますが、現状において、リハビリテーションに携わる専門職の記載はありません。

【災害対策部門】

本調査における「災害対策部門」は、災害対策室などの予算化された事業部門のみならず、災害対策の担当者が配置され、その対策活動を執り行っている場合も含みます。

【協定書】

本調査における「協定書」は、各都道府県にて作成されている地域防災計画等における災害時のリハビリテーション支援活動に関する協定などを指します。

【地域リハビリテーション活動支援事業や地域医療介護総合確保基金における災害対策】
「平成 30 年度保険者機能強化推進交付金（都道府県分）の実施について（平成 30 年 9 月 6 日厚生労働省老健局長）」では、リハビリテーション専門職等の活用支援事業実施要領として、「リハビリテーション専門職等の派遣体制や介護予防の知識は、災害時等において、避難所や仮設住宅等での生活に伴う心身の活動低下の予防に活用できるため、都道府県医師会等関係団体（日本医師会災害医療チーム JMAT を含む）の他、現在 JMAT の傘下で活動している、大規模災害リハビリテーション関連団体協議会 JRAT 等とも連携して研修することが望ましい」と記載されています。

【広域リハビリテーション支援センター】
平成 11(1999)年、介護保険制度の安定的運用と市町村支援の目的に開始された地域リハビリテーション支援体制整備推進事業（厚生省モデル事業）として、41 都道府県で実施され、278 の地域リハ広域支援センターが設置されましたが、国のモデル事業から都道府県単独事業に変更されたこともあり、財政的理由等により事業を撤退したところが増加しています。

【JRAT 東京本部等】
大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）の東京本部や、都道府県にて組織されている地域 JRAT を含みます。

# 平成 30 年度地域保健総合推進事業
# 「災害時におけるリハビリテーション専門職による保健活動マニュアル案とリハビリテーション専門職に対する公衆衛生テキスト案の作成」にかかるアンケート調査のご協力について

==========

## 「リハビリテーション専門職に求められる災害支援・受援体制に関する調査」

本調査は、一般財団法人日本公衆衛生協会の「平成 30 年度地域保健総合推進事業（分担事業者：日本理学療法士協会・日本作業療法士協会）」にかかる調査の一部です。ここ数年の大規模な災害の発生を受けて、各都道府県のリハビリテーション専門職（以後、リハ専門職）の取組みを調べることにより、リハ専門職の災害支援・受援体制を整理し、都道府県保健医療調整本部※、保健所等におけるリハ専門職としての活動手引書となるマニュアルを作成することを目的として実施するものです。

※都道府県保健医療調整本部とは、「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成 29 年7月5日付け5部局長等連名通知）における保健医療調整本部を指します。

本調査結果は統計的処理を行った上で報告書を作成し、報告集会・関連学会で発表するとともに、日本理学療法士協会及び日本作業療法士協会の HP で公表させて頂きます。本調査により得られた情報は、本事業に関わる活動以外には使用いたしません。

ご回答いただいた内容についてご連絡させていただく場合がございます。また、取組事例の紹介のため都道府県名を掲載させていただく場合がございますので、予めご了承願います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、本調査は、都道府県の代表士会として理学療法士会様へお送りしています。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士会（以後、POS 士会）の三団体で協議会・連絡会等を組織されている場合には、当該団体の責任者・担当者へ転送いただき、ご回答くださいますようお願いします。三団体で協議会・連絡会等を組織していない都道府県は、POS 士会でご調整・ご相談の上、ご回答くださいますようお願いします。

当アンケートにつきましては、日本作業療法士協会が担当をしておりますので、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

**ご回答期限：2018 年 12 月 6 日（木）**

==========

一般社団法人　日本作業療法士協会：上　梓（かみ　あずさ）
Mail: chiikihoken@jaot.or.jp

＜アンケートの開始＞

**1. 貴都道府県とご回答者について**

※以後の設問では、貴都道府県 POS 士会の三団体で協議会・連絡会等を組織している場合はその取組みを、組織していない場合は三団体でご調整・相談の上、分かる範囲でお答えください。

※本事業ならびに調査の目的は、POS の 3 団体及び各士会としての災害対策活動に焦点を当てておりますので、**地域 JRAT としてではなく、リハ専門職団体のお立場にて**ご回答をお願い申し上げます。

1－1 POS 士会の三団体で協議会・連絡会等を組織していますか。(回答は一つ)

□1. 組織している (1-1-1 へ)

□2. 組織していない(1-1-2 へ)

1-1-1 POS 士会の三団体で協議会等を**組織している**と回答した方

1. 都道府県 【　　】
2. 協議会等名称【　　】
3. 法人種別 □1. 公益 □2. 一般
   □3. 任意団体
   □4. その他(　　)
4. 設立年 【　　】
5. 回答者役職 【　　】
6. 回答者 E-Mai【　　】

1-1-2 POS 士会の三団体で協議会等を**組織していない**と回答した方

1. 都道府県 【　　】
2. 士会名 【　　】
3. 回答者役職 【　　】
4. 回答者 E-Mail【　　】
5. 三団体協議会等の設立予定
   □1. 設立準備中
   □2. 設立を予定している
   □3. 設立予定はない

**2. 貴都道府県の平時からの取組について**

※本事業ならびに調査の目的は、POS の 3 団体及び各士会としての災害対策活動に焦点を当てておりますので、**地域 JRAT としてではなく、リハ専門職団体のお立場にて**ご回答をお願い申し上げます。

2-1 POS の三団体で災害対策に関する合同研修会を開催していますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 開催している(2-2 へ)

□ 2. 開催していない(2-2 へ)

2-2 POS の三団体または各士会で災害対策部門を組織していますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 組織している (2-2-1 へ)

□ 2. 現状組織していないが、今後三団体または各士会で組織化を計画している(2-3 へ)

□ 3. 現状組織しておらず、今後三団体および各士会で組織化の計画もない(2-3 へ)

2-2-1 組織している団体をお答えください。(回答は 1 つ)(2-3 へ)

□ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で組織している

□ 2. POS の各士会が各自で組織している

2-3 POS の三団体または各士会で、各種事業で行政と平時から連絡体制を取っていますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 連絡体制を取っている(2-3-1～2-3-3 へ)

□ 2. 連絡体制を取っていない(2-4 へ)

2-3-1 連絡体制を取っている団体をお答えください。(回答は 1 つ)

□ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で連絡体制を取っている

□ 2. POS の各士会で連絡体制を取っている

2-3-2 行政と連携した災害支援対策について、あてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 協定書を交わしている

□ 2. 地域防災計画に位置付けられている

□ 3. 避難訓練を行っている

□ 4. 合同研修等を行っている

□ 5. 特に取り組んでいない

□ 6. 上記1～4以外の取組み(具体的に　　)

2-3-3 連絡体制を取っている内容・部署をお答えください。

(1) 総合事業等

(例)介護予防リハビリテーション専門職指導者養成・派遣事業　保健福祉部地域ケア推進課

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(2) 公式的な会議・事業等

(例)理学療法士及び作業療法士等派遣等事業　保健福祉部障害福祉課

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(3) 非公式的な会議・事業等

(例)障害者スポーツ中級指導員養成研修関連親睦会　保健福祉部障害福祉課

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(4) 災害時支援事業等

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2-4 POS の三団体または各士会で行政から依頼を受けて地域リハビリテーション活動支援事業を実施していますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 実施している(2-5 へ)

□ 2. 実施していない(2-5 へ)

2-5 POS の三団体または各士会で平時からの災害対策支援において都道府県医師会と連携していますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 連携している(2-5-1、2-5-2 へ)

□ 2. 連携していない(2-6 へ)

2-5-1 都道府県医師会と連携している団体に☑してください。(回答は 1 つ)

□ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で連携している

□ 2. POS の各士会が各自で連携している

2-5-2 連携内容としてあてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 理事会に参加している

□ 2. 意見交換会を開催している

□ 3. 地域包括ケアをテーマに情報交換を行っている

□ 4. その他(　　)

2-6 POS の三団体または各士会で平時からの災害対策支援においてリハビリテーション科専門医の会(地方会含む)と連携していますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 連携している(2-6-1、2-6-2 へ)

□ 2. 連携していない(2-7 へ)

2-6-1 リハビリテーション科専門医の会と連携している団体をお答えください。(回答は 1 つ)

□ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で連携している

□ 2. POS の各士会が各自で連携している

2-6-2 連携内容としてあてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 理事会に参加している

□ 2. 学会に参加している

□ 3. 合同研修会を行っている

□ 4. その他(　　)

2-7 POS の三団体または各士会で、平時からの災害対策支援において、他職種団体と連携していますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 連携している(2-7-1、2-7-2 へ)

□ 2. 連携していない(2-8 へ)

2-7-1 他職種団体と連携している団体をお答えください。(回答は 1 つ)

□ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で連携している

□ 2. POS の各士会が各自で連携している

2-7-2 他職種団体と連携した災害支援対策について、あてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 協定書を交わしている

□ 2. 地域防災計画に位置付けられている

□ 3. 避難訓練を行っている

□ 4. 合同研修等を行っている

□ 5. 上記1～4以外の取組み(具体的に　　)

2-8 貴都道府県では、「地域医療介護総合確保基金」を活用し、三団体または各士会で災害対策活動を行っていますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 活用している(2-8-1、2-8-2 へ)

□ 2. 活用していない(2-9 へ)

□ 3.「地域医療介護総合確保基金」を知らない(2-9 へ)

2-8-1 基金を活用している団体をお答えください。(回答は 1 つ)

□ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で活用している

□ 2. POS の各士会が各自で活用している

2-8-2 基金の活用用途としてあてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 研修会の開催

□ 2. 資料の作成

□ 3. 相談支援

□ 4. その他(

2-9 貴都道府県では、広域リハビリテーション支援センターは機能していると思いますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 機能していると思う(2-9-1 へ)

□ 2. 機能していないと思う(3 へ)

□ 3. 広域リハビリテーション支援センターを知らない(3 へ)

2-9-1 センターの活動内容にあてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 研修会の開催

□ 2. 連絡会議の開催

□ 3. 相談支援

□ 4. その他( )

**3 貴都道府県の地域 JRAT について教えてください。**

3 貴都道府県では、地域 JRAT が組織されていますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 組織されている(4へ)

□ 2. 現状、組織されていないが、今後組織化を計画している(4へ)

□ 3. 現状、組織されておらず、今後組織化の計画もない(4へ)

**4 貴都道府県のリハ専門職団体としての災害支援・受援対策に関する取組み内容について教えてください。**

_____

_____

_____

**5 貴都道府県のリハ専門職団体として、災害支援・受援対策に関することでお困りのこと等ございましたら教えてください。**

_____

_____

_____

以上でアンケートは終了です。

御協力、誠にありがとうございました。

# 平成 30 年度地域保健総合推進事業
# 「災害時におけるリハビリテーション専門職による
# 保健活動マニュアル案とリハビリテーション専門職に対する公衆衛生テキスト案の作成」にかかる
# アンケート調査のご協力について

==========

## 「リハビリテーション専門職に求められる災害支援・受援体制に関する調査」

本調査は、一般財団法人日本公衆衛生協会の「平成 30 年度地域保健総合推進事業（分担事業者：日本理学療法士協会・日本作業療法士協会）」にかかる調査の一部です。ここ数年の大規模な災害の発生を受けて、各都道府県のリハビリテーション専門職（以後、リハ専門職）の取組みを調べることにより、リハ専門職の災害支援・受援体制を整理し、都道府県保健医療調整本部※、保健所等におけるリハ専門職としての活動手引書となるマニュアルを作成することを目的として実施するものです。

※都道府県保健医療調整本部とは、「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成 29 年7月5日付け5部局長等連名通知）における保健医療調整本部を指します。

本調査結果は統計的処理を行った上で報告書を作成し、報告集会・関連学会で発表するとともに、日本理学療法士協会及び日本作業療法士協会の HP で公表させて頂きます。本調査により得られた情報は、本事業に関わる活動以外には使用いたしません。

ご回答いただいた内容についてご連絡させていただく場合がございます。また、取組事例の紹介のため都道府県名を掲載させていただく場合がございますので、予めご了承願います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、本調査は、2016 年以降、激甚災害の指定を受けた被災地の都道府県の代表士会として理学療法士会様へお送りしています。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士会（以後、POS 士会）の三団体で協議会・連絡会等を組織されている場合には、当該団体の責任者・担当者へ転送いただき、ご回答くださいますようお願いします。三団体で協議会・連絡会等を組織していない都道府県は、POS 士会でご調整・ご相談の上、ご回答くださいますようお願いします。

当アンケートにつきましては、日本作業療法士協会が担当をしておりますので、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

**ご回答期限：2018 年 12 月 6 日（木）**

==========

一般社団法人　日本作業療法士協会：上　梓（かみ　あずさ）
Mail: chiikihoken@jaot.or.jp

＜アンケートの開始＞

**1. 貴都道府県とご回答者について**

※以後の設問では、貴都道府県 POS 士会の三団体で協議会・連絡会等を組織している場合はその取組みを、組織していない場合は三団体でご調整・相談の上、分かる範囲でお答えください。

※本事業ならびに調査の目的は、POS の 3 団体及び各士会としての災害対策活動に焦点を当てておりますので、**地域 JRAT としてではなく、リハ専門職団体のお立場にて**ご回答をお願い申し上げます。

1－1 POS 士会の三団体で協議会・連絡会等を組織していますか。(回答は一つ)

□1. 組織している (1-1-1 へ)

□2. 組織していない(1-1-2 へ)

1-1-1 POS 士会の三団体で協議会等を**組織している**と回答した方

1. 都道府県 【　　】
2. 協議会等名称【　　】
3. 法人種別 □1. 公益 □2. 一般
   □3. 任意団体
   □4. その他(　　)
4. 設立年 【　　】
5. 回答者役職 【　　】
6. 回答者 E-Mai【　　】

1-1-2 POS 士会の三団体で協議会等を**組織していない**と回答した方

1. 都道府県 【　　】
2. 士会名 【　　】
3. 回答者役職 【　　】
4. 回答者 E-Mail【　　】
5. 三団体協議会等の設立予定
   □1. 設立準備中
   □2. 設立を予定している
   □3. 設立予定はない

**2. 貴都道府県での災害発生前後の取組みの変化について**

※本事業ならびに調査の目的は、POS の 3 団体及び各士会としての災害対策活動に焦点を当てておりますので、**地域 JRAT としてではなく、リハ専門職団体のお立場にて**ご回答をお願い申し上げます。

2-1 POS の三団体で災害対策に関する合同研修会を開催していますか。(回答は 1 つ)

- □ 1. 災害発災前から開催している(2-2 へ)
- □ 2. 災害発災後に開催した(2-2 へ)
- □ 3. 発災前も発災後も開催していない(2-2 へ)

2-2 POS の三団体または各士会で災害対策部門を組織していますか。(回答は 1 つ)

- □ 1. 災害発災前から組織している(2-2-1 へ)
- □ 2. 災害発災後に組織した(2-2-1 へ)
- □ 3. 現状組織していないが、今後三団体または各士会で組織化を計画している(2-3 へ)
- □ 4. 現状組織しておらず、今後三団体および各士会で組織化の計画もない(2-3 へ)

2-2-1 組織している団体をお答えください。(回答は 1 つ)(2-3 へ)

- □ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で組織している
- □ 2. POS の各士会が各自で組織している

2-3 POS の三団体または各士会で、各種事業で行政と平時から連絡体制を取っていますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 災害発災前から連絡体制を取っている(2-3-1～2-3-3 へ)

□ 2. 災害発災後に連絡体制を取るようになった(2-3-1～2-3-3 へ)

□ 3. 災害発災前も発災後も連絡体制を取っていない(2-4 へ)

2-3-1 連絡体制を取っている団体をお答えください。(回答は 1 つ)

□ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で連絡体制を取っている

□ 2. POS の各士会で連絡体制を取っている

2-3-2 行政と連携した災害支援対策について、あてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 協定書を交わしている

□ 2. 地域防災計画に位置付けられている

□ 3. 避難訓練を行っている

□ 4. 合同研修等を行っている

□ 5. 特に取り組んでいない

□ 6. 上記1～4以外の取組み(具体的に　　)

2-3-3 連絡体制を取っている内容・部署をお答えください。

(1) 総合事業等

(例)介護予防リハビリテーション専門職指導者養成・派遣事業　保健福祉部地域ケア推進課

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿　　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿　　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿

(2) 公式的な会議・事業等

(例)理学療法士及び作業療法士等派遣等事業　保健福祉部障害福祉課

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿　　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿　　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿

(3) 非公式的な会議・事業等

(例)障害者スポーツ中級指導員養成研修関連親睦会　保健福祉部障害福祉課

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿　　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿　　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿

(4) 災害時支援事業等

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿　　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿

事業内容＿＿＿＿＿＿＿＿　　部門/局・課＿＿＿＿＿＿＿＿

2-4 POS の三団体または各士会で行政から依頼を受けて地域リハビリテーション活動支援事業を実施していますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 災害発災前から実施している(2-5 へ)

□ 2. 災害発災後に実施を開始した(2-5 へ)

□ 3. 災害発災前も発災後も実施していない(2-5 へ)

2-5 POS の三団体または各士会で平時からの災害対策支援において都道府県医師会と連携していますか。(回答は 1 つ)

☐ 1. 災害発災前から連携している(2-5-1、2-5-2 へ)
☐ 2. 災害発災後に連携を開始した(2-5-1、2-5-2 へ)
☐ 3. 災害発災前も発災後も連携していない(2-6 へ)

2-5-1 都道府県医師会と連携している団体に☑してください。(回答は 1 つ)

☐ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で連携している
☐ 2. POS の各士会が各自で連携している

2-5-2 連携内容としてあてはまるものをお答えください。(複数回答可)

☐ 1. 理事会に参加している
☐ 2. 意見交換会を開催している
☐ 3. 地域包括ケアをテーマに情報交換を行っている
☐ 4. その他(　　)

2-6 POS の三団体または各士会で平時からの災害対策支援においてリハビリテーション科専門医の会(地方会含む)と連携していますか。(回答は 1 つ)

☐ 1. 災害発災前から連携している(2-6-1、2-6-2 へ)
☐ 2. 災害発災後に連携を開始した(2-6-1、2-6-2 へ)
☐ 3. 災害発災前も発災後も連携していない(2-7 へ)

2-6-1 リハビリテーション科専門医の会と連携している団体をお答えください。(回答は 1 つ)

☐ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で連携している
☐ 2. POS の各士会が各自で連携している

2-6-2 連携内容としてあてはまるものをお答えください。(複数回答可)

☐ 1. 理事会に参加している
☐ 2. 学会に参加している
☐ 3. 合同研修会を行っている
☐ 4. その他(　　)

2-7 POS の三団体または各士会で、平時からの災害対策支援において、他職種団体と連携していますか。(回答は 1 つ)

☐ 1. 災害発災前から連携している(2-7-1、2-7-2 へ)
☐ 2. 災害発災後に連携を開始した(2-7-1、2-7-2 へ)
☐ 3. 災害発災前も発災後も連携していない(2-8 へ)

2-7-1 他職種団体と連携している団体をお答えください。(回答は 1 つ)

☐ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で連携している
☐ 2. POS の各士会が各自で連携している

2-7-2 他職種団体と連携した災害支援対策について、あてはまるものをお答えください。(複数回答可)

☐ 1. 協定書を交わしている
☐ 2. 地域防災計画に位置付けられている
☐ 3. 避難訓練を行っている

□ 4. 合同研修等を行っている
□ 5. 上記1～4以外の取組み(具体的に　　)

2-8 貴都道府県では、「地域医療介護総合確保基金」を活用し、三団体または各士会で災害対策活動を行っていますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 災害発災前から活用している(2-8-1、2-8-2 へ)
□ 2. 災害発災後に活用するようになった(2-8-1、2-8-2 へ)
□ 3. 災害発災前も発災後も活用していない(2-9 へ)
□ 4.「地域医療介護総合確保基金」を知らない(2-9 へ)

2-8-1 基金を活用している団体をお答えください。(回答は 1 つ)

□ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で活用している
□ 2. POS の各士会が各自で活用している

2-8-2 基金の活用用途としてあてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 研修会の開催
□ 2. 資料の作成
□ 3. 相談支援
□ 4. その他(

2-9 貴都道府県では、広域リハビリテーション支援センターは機能していると思いますか。(回答は 1 つ)

□ 1. 災害発災前から機能していると思う(2-9-1 へ)
□ 2. 災害発災後に機能するようになったと思う(2-9-1 へ)
□ 3. 発災前も発災後も機能していないと思う(3-1 へ)
□ 4. 広域リハビリテーション支援センターを知らない(3-1 へ)

2-9-1 センターの活動内容にあてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 研修会の開催
□ 2. 連絡会議の開催
□ 3. 相談支援
□ 4. その他(　　)

**3 災害発災後の初動(概ね 72 時間)における貴都道府県のリハ専門職と行政・関連団体との関わりについて**

※本事業ならびに調査の目的は、POS の 3 団体及び各士会としての災害対策活動に焦点を当てておりますので、**地域 JRAT としてではなく、リハ専門職団体のお立場にて**ご回答をお願い申し上げます。

3-1 POS の三団体または各士会で組織的に支援活動を行いましたか。(回答は 1 つ)

□ 1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等)で行った(3-1-1 へ)
□ 2. POS の各士会が各自で行った　(3-1-1 へ)
□ 3. 特に行っていない(3-2 へ)

3-1-1 活動内容について、あてはまるものをお答えください。(複数回答可)

□ 1. 支援の窓口業務(ロジスティック業務を含む)
□ 2. 受援の窓口業務(ロジスティック業務を含む)

□ 3. 現地支援活動
□ 4. 金銭・物資支援活動
□ 5. 個人によるボランティア活動
□ 6. その他 （ ）

3-2 POS の三団体または各士会で行政・医師会との連絡体制を取れましたか。(複数回答)

☐ 1. 行政と連絡体制を取れた(3-3 へ)
☐ 2. 医師会と連絡体制を取れた(3-3 へ)
☐ 3. 両組織と連絡体制を取れた(3-3 へ)
☐ 4. どちらの組織とも連絡体制を取れなかった/取らなかった(3-3 へ)

3-3 POS の三団体または各士会で都道府県庁、医師会、地域の保健所等から支援協力依頼がありましたか。(複数回答可)

☐ 1. 依頼があった(3-3-1、3-3-2 へ)
☐ 2. 依頼はなかった(3-4 へ)

3-3-1 どのような形で依頼がありましたか。(複数回答可)

□1. 書面での依頼 □2. メールでの依頼
□3. 口頭(電話含む)での依頼 □4. その他( )

3-3-2 どこに対して協力依頼がありましたか。

□1. 三団体合同組織(協議会・連絡会等) □2. POS の各士会
□3. JRAT 東京本部 □4. 地域 JRAT □5. その他( )

3-4 保健医療調整本部(都道府県庁内等)にリハ専門職の窓口ができましたか。(回答は 1 つ)

☐ 1. 窓口ができた(3-4-1 へ)
☐ 2. 窓口はできなかった(3-4-2 へ)

3-4-1 窓口の内容についてお答えください。(複数回答可)

□ 1. 座席の配置 □ 2. 連絡窓口(組織図への記載含む) □ 3. その他( )

3-4-2 保健医療調整本部に窓口ができずに困難であったことは何ですか。(複数回答可)

□ 1. 特にない
□ 2. 現地活動本部(保健所等)からの連絡や依頼
□ 3. 被災地からの連絡や依頼
□ 4. 他職種・他団体からの連絡や依頼
□ 5. その他( )

3-5 現地活動本部(保健所、保健センター、市町村役場等)にリハ専門職の窓口ができましたか。(回答は 1 つ)

☐ 1. 窓口ができた(3-5-1、3-5-2 へ)
☐ 2. 窓口はできなかった(3-5-3 へ)

3-5-1 窓口の内容についてお答えください。(複数回答可)

□ 1. 座席の配置 □ 2. 連絡窓口(組織図への記載含む) □ 3. その他( )

3-5-2 現地活動本部にできた窓口は、どのようなスタッフが担当していましたか。(複数回答可)(4-1 へ)

□ 1. 被災地の行政内部のリハビリテーション専門職
□ 2. 被災地外の行政からのリハビリテーション専門職
□ 3. 被災地の派遣されたリハビリテーション専門職
□ 4. 被災地外から派遣されたリハビリテーション専門職
□ 5. その他（ ）

3-5-3 活動本部に窓口ができずに困難であったことは何ですか。（複数回答可）（3-6 へ）

□ 1. 特にない
□ 2. 調整本部（都道府県庁）からの連絡や依頼
□ 3. 被災地からの連絡や依頼
□ 4. 他職種・他団体からの連絡や依頼
□ 5. その他（ ）

**4 貴都道府県の地域 JRAT について教えてください。**

4-1 貴都道府県では、地域 JRAT が組織されていますか。（回答は 1 つ）

☐ 1. 災害発災前から組織されていた（4-2 へ）
☐ 2. 災害発災後に組織された（4-2 へ）
☐ 3. 現状、組織されていないが、今後組織化を計画している（5へ）
☐ 4. 現状、組織されておらず、今後組織化の計画もない（5へ）

4-2 災害発災後の初動（概ね 72 時間）において、地域 JRAT としての活動を行いましたか。

□ 1. 行った（4-2-1、4-2-2 へ）
□ 2. 行わなかった／行えなかった（5 へ）

4-2-1 どのような形態で活動を行いましたか。

□1. 地域 JRAT として支援 □2. JRAT 東京本部等からの受援 □3. その他（ ）

4-2-2 活動を開始した時期はいつですか。

□1. 発災後 3 日以内 □2. 発災後 1 週間以内 □3. その他（ ）

**5 貴都道府県のリハ専門職団体としての災害支援・受援対策に関する取組み内容について教えてください。**

_____

_____

**6 貴都道府県のリハ専門職団体として、災害支援・受援対策に関することでお困りのこと等ございましたら教えてください。**

_____

_____

以上でアンケートは終了です。
御協力、誠にありがとうございました。

**略語の一覧**

| | |
|---|---|
| JDD ネット | 日本発達障害ネットワーク |
| リハ専門職 | リハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士） |
| リハトリアージ | リハビリテーショントリアージ |
| POS 士会/三団体 | ・理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会<br>・リハビリテーション専門職団体協議会 |
| AMAT | 全日本病院協会災害医療支援活動班<br>（All Japan Hospital Emergency Assistance Team） |
| DHEAT | 災害時健康危機管理支援チーム<br>（Disaster Health Emergency Assistance Team） |
| DMAT | 災害時派遣医療チーム<br>（Disaster Medical Assistance Team） |
| DPAT | 災害派遣精神医療チーム<br>（Disaster Psychiatric Assistance Team） |
| DVT | 深部静脈血栓症<br>（Deep Vein Thrombosis） |
| JADM | 日本集団災害医学会<br>（Japanese Association for Disaster Medicine） |
| JDA-DAT | 日本栄養士会災害支援チーム<br>（The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team） |
| JDR | 国際緊急援助隊<br>（Japan Disaster Relief Team） |
| JDR-MT | 国際緊急援助隊医療チーム<br>（Japan Disaster Relief Medical Team） |
| JICA | 国際協力機構<br>（Japan International Cooperation Agency） |
| JMAT | 日本医師会災害医療チーム<br>（Japan Medical Association Team） |
| JOCV | 青年海外協力隊<br>（Japan Overseas Cooperation Volunteers） |
| JRAT | 大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会<br>（Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team） |

| | |
|---|---|
| JVOAD | 全国災害ボランティア支援団体ネットワーク<br>（Japan Voluntary Organizations Active in Disaster） |
| OSOCC | 現地活動調整センター<br>(On-Site Operations Coordination Centre) |
| PCAT | 日本プライマリ・ケア連合学会災害医療支援チーム<br>（Primary Care for All Team） |
| PE | 肺塞栓<br>（Pulmonary Embolism） |
| PFA | 心理的応急処置<br>（Psychological First Aid） |
| PTSD | 心的外傷後ストレス障害<br>（Post Traumatic Stress Disorder） |
| UNDAC | 国連 災害 評価調整<br>（United Nations Disaster Assessment and Coordination） |
| VTE | エコノミークラス症候群<br>（静脈血栓塞栓症、Venous Thromboembolism） |
| WHO | 世界保健機関<br>（World Health Organization） |

## 謝辞

本報告書をまとめるにあたって、テキスト部会・マニュアル体制部会の事業協力者の皆様方に多大なるご協力を賜りました。心より深謝申し上げます。また、年末年始ご多用の時期にもかかわらず、本調査にご協力いただきました全国都道府県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士会の皆様には、深く感謝申し上げます。本調査を通して、各県の現状と課題を把握することができ、今後の本事業を進めていく上での示唆を得ることができました。

なお、本報告書は事業協力者の皆様、全国都道府県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士会にお送りさせていただくとともに、日本理学療法士協会・日本作業療法士協会のホームページで公開させていただきます。

研究組織

分担事業者

| | |
|---|---|
| 半田 一登 | 日本理学療法士協会 会長 |
| 中村 春基 | 日本作業療法士協会 会長 |

事業担当者

| | |
|---|---|
| 斉藤 秀之 | 日本理学療法士協会 副会長 |
| 香山 明美 | 日本作業療法士協会 副会長 |

事業協力者

| | |
|---|---|
| 浅川 育世 | 茨城県立医療大学 |
| 浅野 直也 | 国立病院機構東名古屋病院 |
| 内山 量史 | 春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 |
| 小早川 義貴 | 国立病院機構災害医療センター |
| 清水 兼悦 | 札幌山の上病院 |
| 清水 順市 | 東京家政大学 |
| 坪田 朋子 | |
| 戸松 好恵 | 堺市健康福祉局健康部健康医療推進課 |
| 成松 義啓 | 高千穂町国民健康保険病院 |
| 本多 めぐみ | 茨城県つくば保健所 |
| 松本 良二 | 千葉県安房保健所 |
| 吉井 智晴 | 東京医療学院大学 |
| 渡邉 忠義 | あさかホスピタル |

事務局

| | |
|---|---|
| 上　梓 | 日本作業療法士協会事務局 |
| 戸塚 満久 | 日本理学療法士協会事務局 |
| 谷津 光宏 | 日本作業療法士協会事務局 |
| 吉倉 孝則 | 日本理学療法士協会事務局 |

平成３０年度　地域保健総合推進事業

「災害時におけるリハビリテーション専門職による保健活動マニュアル案と
リハビリテーション専門職に対する公衆衛生テキスト案の作成」

発　　行　　平成３１年３月
編集・発行　（一財）日本公衆衛生協会
分担事業者
（公社）日本理学療法士協会
東京都渋谷区千駄ヶ谷３－８－５　TEL　03-5414-7911
（一社）日本作業療法士協会
東京都台東区寿　１－５－９　　TEL　03-5826-7871