

東京都リハビリテーション協議会

平成27年度第1回

災害時リハビリテーション支援体制検討部会

会議録

平成27年7月9日

東京都福祉保健局

(午後 5時00分 開会)

○新倉課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから、まだちょっと到着が遅れていらっしゃる委員もいらっしゃいますが、ただいまから東京都リハビリテーション協議会、平成27年度第1回の災害時リハビリテーション支援体制検討部会を開催させていただきます。

本日、皆様のご多忙中にもかかわらずご出席いただきまして、ありがとうございます。また部会の委員を快く受託をいただきまして、ありがとうございます。

今日が、第1回目スタートということで始めていきますが、また今年度、複数回検討会議、この部会の開催を予定しております。どうぞよろしく願いいたします。

私、この部会の事務局をしております、福祉保健局の地域医療担当課長、新倉でございます。どうぞよろしく願いいたします。着座にて失礼いたします。

初めに、本日のお手元配付の資料でございますけれども、一番最初に会議次第がございますが、そちらの下に資料1から資料6まで、本日は配布をさせていただいております。もし不足、落丁等ございましたら、適宜事務局職員にお声かけいただければと思います。

最初に、この部会の、今回設置第1回目ということですが、これまでの経緯でございますが、実は25年度になります。都では、毎年リハビリテーション講演会ということで、年1回リハビリの関係の講演会を都内の医療機関や様々な事業所の職員を対象に開催をしております。一昨年「災害時のリハビリテーション」ということを初めて取り上げて開催したわけでございますけれども、そこでの皆様からいろいろ出た意見、また講演会を踏まえて、本部会の親会であります東京都リハビリテーション協議会、そちらでもやはりやはり災害時の体制整備ということに様々な意見をいただいたところでございます。

そうしたことを受けまして、協議会の下にこの部会を設置して、今後、足かけ少し2年ぐらいですね、今年度、来年度とかけて、しっかりまずこの体制構築の検討を進めていこうということになったところでございます。

それでは、本日1回目ということで、委員の皆様を御紹介したいと思います。ちなみに、委員のお願いでございますが、本年7月1日から2年後の平成29年6月30日までの2年間ということでお願いをしております。どうぞよろしく。

それでは、お手元資料の資料1、委員名簿に沿いまして委員の皆様を紹介させていただきます。

所属等は、資料を御覧いただきまして、氏名のみ御紹介とさせていただきます。名簿の順に御紹介いたします。

まず最初、安保委員でございます。

○安保委員 慈恵医大の安保です。よろしくお願いいたします。

○新倉課長 医師会の伊藤委員については、遅れて御出席と御連絡をいただいております。

次いで、宇佐美委員でございます。

- 宇佐美委員 東京都歯科医師会の宇佐美です。よろしくお願いします。
- 新倉課長 原島委員でございます。
- 原島委員 東京都理学療法士協会の原島でございます。どうぞよろしくお願いします。
- 新倉課長 松岡委員でございます。
- 松岡委員 東京都作業療法士会の松岡と申します。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 西脇委員でございます。
- 西脇委員 東京都言語聴覚士会から参りました。よろしくお願い申し上げます。
- 新倉課長 近藤委員でございます。
- 近藤委員 東京都介護支援専門員研究協議会の近藤と申します。よろしくお願いします。
- 新倉課長 寺嶋委員は、少し遅れていらっしゃいますね。

齋藤委員でございます。

- 齋藤委員 三鷹市の齋藤でございます。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 大変失礼しました。寺嶋委員でございます。
- 寺嶋委員 特別区の保健衛生主管課長会、本年度幹事区を担当しております杉並区の寺嶋と申します。よろしくお願いします。
- 新倉課長 三澤委員でございます。
- 三澤委員 日の出町の三澤と申します。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 続いて、橋本委員でございます。
- 橋本委員 すみません、遅れました。よろしくお願いします。
- 新倉課長 小磯委員でございます。
- 小磯委員 区南部の品川区・大田区を担当しております荏原病院、小磯です。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 山中委員は、本日欠席で、代理として及川様に出席いただいております。
- （山中委員代理）及川氏 初台リハビリテーション病院の及川と申します。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 羽飼委員でございます。
- 羽飼委員 慶應義塾大学病院リハビリテーション科で、私自身STをしております。羽飼といいます。どうぞよろしくお願いします。
- 新倉課長 続いて、三尾委員でございます。
- 三尾委員 豊島病院の三尾と申します。理学療法士です。よろしくお願いいたします。
- 新倉課長 大瀧委員でございます。
- 大瀧委員 いずみ記念病院の大瀧と申します。よろしくお願いします。
- 新倉課長 堀田委員でございます。
- 堀田委員 東京都リハビリテーション病院から参りました堀田でございます。よろしくお願いいたします。

- 新倉課長 長田委員でございます。
- 長田委員 日の出町にあります大久野病院の長田です。よろしく申し上げます。
- 新倉課長 渡邊委員そして植村委員については、遅れていらっしゃいます。  
伊東委員でございます。
- 伊東委員 武蔵野赤十字病院の理学療法士の伊東と申します。よろしく申し上げます。
- 新倉課長 宇田川委員でございます。
- 宇田川委員 多摩北部医療センターのリハビリテーション科、宇田川と申します。よろしくお願ひいたします。
- 新倉課長 オブザーバーとしてリハビリテーション協議会の座長であります林先生でございます。
- 林オブザーバー 東京都リハビリテーション協議会の座長をしております。きょうはオブザーバーとして参加させていただきました。よろしくお願ひいたします。
- 新倉課長 そして、本日、後ほど改めて紹介をさせていただきますが、宮城県東部保健福祉事務所登米地域事務所の後藤さんにお越しいただいております。
- 後藤氏 宮城県から参りました後藤と申します。本日は、どうぞよろしくお願ひいたします。
- 新倉課長 そして、続きまして、事務局の職員を紹介させていただきます。  
福祉保健局医療政策担当部長、西山でございます。
- 西山部長 西山でございます。よろしくお願ひいたします。
- 新倉課長 災害医療担当課長、瀧澤でございます。
- 瀧澤課長 瀧澤でございます。よろしくお願ひいたします。
- 新倉課長 こちらの後ろのテーブルになりますが、医療政策課の課長代理、松尾でございます。
- 松尾課長代理 松尾でございます。
- 新倉課長 同じく、医療政策課で本事業を担当しております、佐藤でございます。
- 佐藤主事 佐藤でございます。よろしくお願ひいたします。
- 新倉課長 同じ福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課課長代理、藤原でございます。
- 藤原課長代理 藤原でございます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。
- 新倉課長 私、改めまして、地域医療担当課長、事業を担当しております新倉と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。
- それでは、本日ですけれども、初回でございます。本部会の部会長でございますが、親会のリハビリテーション協議会の副座長もしていただいております安保委員に部会長をお願いしたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

- 新倉課長 ありがとうございます。  
では、安保委員、部会長席へ御移動願ひます。

それでは、一言御挨拶をお願いできれば。

○安保部会長 皆様、よろしく申し上げます。かなりいろんなことがあって、難しい委員会になるかもしれませんが、いい結論を出しながら進めていきたいと思っておりますので、皆さん御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

○新倉課長 ありがとうございます。

それで、本日、席に軽食を用意させていただいております。ぜひお手にとっていただきながら、会議を進めてまいりたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、以後の進行を安保部会長をお願いしたいと思います。

○安保部会長 それでは、進行を務めさせていただきます。

お手元の次第に従いまして進めてまいりたいと思っております。

初めに講話ですね。「東日本大震災後の地域リハビリテーション支援活動について」を行っていただきたいと思っております。

事務局より、講師の後藤先生の紹介をお願いいたします。

○新倉課長 本日、お手元に、後藤先生の略歴を別に資料をお配りさせていただいております。そちらも御覧いただければと思っております。

後藤さんは、現在、宮城県東部保健福祉事務所登米地域事務所の地域保健福祉部成人・高齢班に勤務をされてございます。

2004年3月に、国立仙台病院附属リハビリテーション学院理学療法学科を卒業後、同年5月に宮城県に入庁されました。宮城県入庁後は、宮城県拓桃医療療育センターに勤務され、その後、2008年4月には、宮城県気仙沼保健福祉事務所に配属となっております。

2011年3月11日、東日本大震災が発災したわけですが、こちらにいらっしゃるときに大震災が発生したというところでございます。

東日本の大震災後は、そちらの下に記載がございましたが、宮城県気仙沼保健福祉事務所にて、気仙沼市並びに南三陸町にそれぞれ『被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チーム』を発足させ、各団体の協力の下、避難所そして仮設住宅、介護・福祉施設・事業所、在宅等において支援活動を展開されておりました。

また、気仙沼市の大規模2次避難所『サンマリン気仙沼ホテル観洋』では、『東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体』と協働し、被災者への支援を行いました。

そして、2015年の4月より、現職ということで勤務をされております。

講師の御紹介は以上でございます。

○安保部会長 どうもありがとうございました。

では、後藤先生よろしくようお願いいたします。

○後藤氏 ただいま御紹介に預かりました、宮城県から参りました、後藤と申します。

私は東日本大震災発災当時に、宮城県気仙沼圏域の県の保健福祉事務所に勤務しておりました。その際に、気仙沼圏域1市1町のうちの気仙沼市には、東京都職員の皆様

発災当初から、医療対策本部、気仙沼圏域では医療救護班と呼ばれていたのですが、こちらの設置、運営、そして解散まで、多大な御支援を下さいました。この場をお借りして、御礼申し上げます。本当にありがとうございました。

また、現在も宮城県から東京都に生活の場を移していらっしゃる県民の皆様が引き続き御支援をいただいております。併せて御礼申し上げます。

それでは、お手元の資料に沿って、こちらの演題で講話を進めさせていただきたいと思っております。1時間程度お時間をいただいておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

はじめに、改めまして、御支援くださった皆様に深く御礼申し上げます。

本講演では、宮城県の気仙沼圏域における、地元のつながりを活かした、3・11から約1年間の地域リハビリテーション支援活動について紹介いたします。

結論から申し上げますと、大規模な災害におきましては、早期からのリハビリテーション支援が必要だと考えております。キーワードは、この三つでございます。予防・自立・地域です。大規模な災害の場合は、復興に非常に時間を要しますので、予防という視点、これ以上心身機能を低下させないという視点が必要だということ。それから、被災者お一人お一人がなるべく自立して御自分の生活を送っていただけるようにしていかなければならないということ。そのためには、地域ぐるみでの支援が必要であるということ。私の経験上、この三つが非常に大切でした。これらを包括的に支援できる方法は、『地域リハビリテーション支援』なのではないでしょうか。この地域リハビリテーション支援を行うためには、平時からの積み重ねが非常に大切だと痛感しておりますので、これから私の体験談をさせていただきたいと思っております。

本日のトピックスです。初めに、地域リハビリテーションの考え方について紹介致します。震災前の宮城県気仙沼圏域の様子、被災・被害状況、被災後の支援活動、支援活動の検証、大規模災害の備えとして私が学んだことの順に進めさせていただきます。

トピックスの1番目、地域リハビリテーションの考えでございます。委員の先生方は、重々御存じのことと思っておりますので、手短にお話をさせていただきます。

地域リハビリテーションのWHO等定義は、リハビリテーションを地域の中で行っていく、障害のある方々と御家族だけではなくて、地域、保健機関、教育、職業、社会サービスが一体となって行っていくものとされています。

本邦におきましては、日本リハビリテーション病院・施設協会による定義がございます。住みなれたところで、そこに住む方々と一緒に、あらゆる方々、機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合う、そういった活動の全てをいう、とされております。

宮城県は、仙台市を除く県内に七つの保健福祉圏域がございまして、それぞれの圏域に保健福祉事務所が設置されているのですが、そこに理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかが1名から3名、圏域の規模に応じて配置されております。それらの者

が、各圏域の実情に合わせまして、地域リハビリテーション体制の整備、推進等の業務を行っております。また、宮城県の特徴としまして、県の行政機関である各保健福祉事務所が地域リハビリテーション広域支援センターの機能を併せ持っております。非常に珍しいかと思えます。

私のような各保健福祉事務所の地域リハビリテーション支援業務の担当者は、「こいなぐしてみだらいでねえのすか〜」というふうに御本人、御家族、御近所の方、また、あらゆる専門家の方々に提案申し上げると、皆様「んだねえ〜、みんなで力を合わせっぺしい〜」と、お互いに地域リハビリテーションの活動を行ってくださるようになります。こういった活動を支援するために私どもが配属されている訳でございます。

具体的な取組内容は、御覧のとおり、地域リハビリテーション支援のコーディネート、あらゆる方々への普及啓発、研修、また、個別的な生活ケア支援を通じて様々な支援者の方々にその考えをお伝えすることなどを行っております。

トピックスの2番目、震災前の宮城県気仙沼圏域について紹介いたします。場所の確認です。東北地方がございます。東京がこの辺りです。宮城県がございます。宮城県の北側の沿岸部、この辺り、このぽこっと出た辺りを気仙沼圏域といいます。お隣、北は岩手県で、南は福島県です。気仙沼市の隣は岩手県で、陸前高田、大船渡…、宮古…と続いていきます。県庁所在地の仙台市はこちらにございます。仙台から気仙沼までは、このように岩手県を介して行きます。片道約150キロの距離で、新幹線と在来線で2時間から2時間半の時間を要します。ちなみに仙台から東京までは、今日は新幹線で1時間半を切る時間で行けるようになりました。ですので、同じ県内でもこれだけ離れたところにあるということを念頭に置いて話をお聞きいただければと思います。

気仙沼圏域は、気仙沼市・南三陸町の1市1町でございます。総人口は、合わせて9万人程度。高齢化率はともに約30%でございました。高齢化率が7%を超えると高齢化社会といいます。14%を超えると高齢社会といいます。21%を超えると超高齢社会といいます。気仙沼圏域は30%ですので超・超高齢社会。さらにエリアによっては既に35%を超えているところもありますので、超・超・超高齢社会。そういう圏域であったと御理解いただければと思います。

3人に1人は65歳以上でございます。それに対して、リハビリテーション専門の医師・看護師はおりませんでした。さらに、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の数が非常に少なく、この3職種を合わせて40名程度の圏域でございました。人口9万人規模、高齢化率30%の圏域に対して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を合わせても40名程度しかいない。これは、全国平均の約半数でした。したがって、住み慣れた地域で、専門的なリハビリテーションを受けることが非常に難しい地域だということでございます。

その対策として私どもが考えたのは、リハビリテーションの専門職だけではなく、地域の関係者の方々、住民皆様の力を結集してみんなで支え合う活動を実践していこうと

いうことでした。地域リハビリテーションの考えを用いて支援を行ってきたわけでございます。行政機関である県の気仙沼保健福祉事務所には、小さいエリアでございますので、理学療法士1名のみが配置されておりました。私のことです。私は地元中心の活動やきっかけづくりのお手伝いをさせていただいておりました。先ほど申し上げました、地域リハビリテーション体制整備推進事業を当時実施していたわけでございます。ちなみに、気仙沼市役所、南三陸町役場に行政のリハビリテーション専門職の方は一人もいらっしゃいませんでした。

取組の一例です。お手元の資料を御参照ください。地域連携の支援ということで、医療と介護の地域リハビリテーション連携のお手伝い、地域リハビリテーション検討会の開催等をさせていただいておりました。

また、圏域の体制整備ということで、リハビリテーション専門職が所属していない施設、事業所のスタッフの方々に対し、リハビリテーションの視点をういたケアの提案等をさせていただいておりました。

従事者研修会は、広くどのような職種の方も受けられるようなテーマを設定させていただいておりました。心身機能低下を防ぐためのケアですとか、食べる、飲む、口腔ケア等の支援、地域連携等をテーマとした研修を震災前から実施させていただいておりました。

このような取組が年々進み、徐々に地域リハビリテーションの考え方が浸透してきておりました2011年3月11日、生涯忘れられない出来事が私どもの地域を襲いました。

こちらは震災当日の夜の気仙沼市の様子でございます。地震そのものの揺れだけではなく、皆様御存じのとおり、大津波が街を襲う、さらに、気仙沼市に関しましては、大規模な海上火災が起こっております。

地震、津波、火災は一瞬にして私どもの地域の街並みを消し去りました。こちらは翌日の様子でございます。

トピックスの3番目、被災・被害状況でございます。こちらは気仙沼市内の松岩という地区です。住宅地だった所が津波で流されてしまいました。こちらは南三陸町の保健センターです。医療・保健の中心となる建物もこのように倒壊してしまった状況でございます。

避難者数は、最大時推定で、気仙沼市で約2万人、南三陸町で約1万人、避難所数は、最大時推定で、気仙沼市で100か所、南三陸町で50か所程度ございました。今なお、気仙沼市で222名、南三陸町で213名の方々の行方が分かっていないことを忘れてはなりません。

津波による被害でございます。気仙沼市で13メートル、南三陸町で約16メートルの大津波が町を襲いました。建物が破壊されました。車が流されました。道路がなくなりました。線路がめくれました。橋が落ちました。南三陸町では町全体が水没したと言



っても過言ではありませんでした。

こちらは、水没した街並みです。寸断した道路、散乱したがれきで足の踏み場もありませんでした。破壊された建物と、流されてきた車が建物の上に上がってしまった状況の写真でございます。

被災直後の私自身の生活状況です。3月11日は、夜半から雪が降り積もっております。夜間は極寒で、辛うじて残った職場の建物に、みんなで身を寄せておりました。

ライフラインが止まりました。電気が止まっていますので、水洗トイレの水を流すことはできません。川の水を汲んできて汚物を流しておりました。

午後4時くらいを過ぎますと、外はもう暗くなってしまって、電気も点きませんので、以降の活動は困難になります。飲料水、食料が少なくて、みんなで分け合いました。唯一の情報源であったラジオも当初は予測の情報に過ぎませんでした。どこどこの海岸で大勢の御遺体が見つかったようだ、というような情報です。まだ確かな情報ではなかったもので、当初は正確な情報を得ることは難しかったのです。

絶え間なく余震が続きます。震度5クラスの大きな余震が来ます。そして、余震が来るたびに津波の警報が鳴ります。サイレンと防災無線、あとはヘリコプターの音しか聞こえてきません。通るのは自衛隊車両と救急車のみでした。

トピックスの4番目、被災後の支援活動でございます。

私どもが行った地域リハビリテーション支援活動は、被災者の状況把握、外部支援の依頼、活動調整、地元への移行の調整、地元の活動支援という流れで行わせていただきました。

ここで少し『フェーズ』の考え方をお話しさせていただきたいと思います。宮城県の災害時公衆衛生活動ガイドラインです。フェーズ0というのは当日でございます。初動体制を確立する。フェーズ1、大体三日間ぐらいは、とにかく命と安全性を確保する。フェーズ2は、大体四日目から一、二週間ぐらいです。この時期はもう生活の安定と避難所の対策をする。フェーズ3は、さらに一、二か月の間で、生活の場が避難所から仮設住宅に移っていく期間ですので、そこの支援をしていく。フェーズ4は、それ以降です。仮設住宅や仮設住宅を出たあとの新たなコミュニケーションづくりのお手伝いをする。このスライドは、お手元の資料には載せておりませんでしたので、宮城県のホームページを御参照ください。

私が感じたのは、このたびの東日本大震災は、非常に大規模な災害でしたので、内容から考えますと、このフェーズ2、フェーズ3の期間が非常に長かったのではないかと、ということです。私どもが行った地域リハビリテーション支援活動の中で考えてみますと、この辺りの時期がフェーズ0から2くらいまで。フェーズ2と3の境は、非常に曖昧でしたので、この辺りの時期がフェーズ3から4くらいになってくるのかと思います。

私が行ったことなのですが、現地支援のコーディネートをさせていただきました。この①から⑥の流れでコーディネートをさせていただいております。この六つは、さらに

三つのカテゴリーに分けることができるのではないかと思います。まずは、状況把握のカテゴリー、そして、把握した状況を元に実際に活動をしていくカテゴリー、最後に、地元を引き継いでいくカテゴリーです。順を追って説明致します。

被災状況、支援状況の把握でございます。

車が流されてしまっておりましたので、初めは自分の足を使って被災地や、避難先と思われる場所を回りました。保健福祉事務所のスタッフで幾つかのチームを組み、避難と思われる場所を回っていきます。この時に活きたのが、地元の顔なじみの関係を最大限に生かした情報収集です。どの地区に、どのような方がいらっしゃって、もしその方が生きていれば、どういう活動をしているか、どういう支援をしているか、どういう避難の方法をしているのか。普段からのお付き合いで、お互いの人となりを分かっていますので、あの方だったらこういうふうに避難所で活動しているだろうな、等々の予想の下、回っていきます。さらに、役場や防災センター、消防署のことで、そこから最新の情報を収集するようにしました。それから、医療対策本部や保健活動ミーティングへ参加します。気仙沼市の場合は、冒頭に申しあげました医療対策本部が、医療救護班という東京都の職員の皆様が運営のお手伝いをしてくださったところ、そこでミーティングをされておりますので、そこにもお邪魔しまして、確実に情報を得ていくようにしました。

避難所と被災者の様子でございます。私の視点からは、避難所には杖とかシルバーカー等々の福祉用具が圧倒的に不足しているということを感じました。避難者の方は着の身着のまま避難されてきていますので、当初は、中には流木を杖替わりにして歩いている高齢者の方もいらっしゃいました。また、これもとても大切なことなのですが、重症の方は、発生早期に然るべき病院・施設へ、自衛隊や消防庁の方々の御尽力によって搬送されておりました。必然的に、介護的支援を現在も必要な方、今後必要になるとと思われる方が大勢避難所に残っているという状況ができていたのです。

こちらは発災直後の避難所の様子です。避難所になった学校の体育館です。このように足の踏み場もないほど混み合っている状況でした。町の体育館の外には、自衛隊の方々の御尽力で運動場に穴を掘って作られた応急的な塹壕トイレがありました。汚物を垂れ流しにせざるを得ず、感染症発生リスクの高い危険な状況でした。たまに来る給水車には、このような長蛇の列ができていました。

次に行ったのが、今後予想されることの整理でございます。

支援活動の障壁となるものは、この三つだと感じました。情報の錯綜、活動範囲の制約、生活基盤の崩壊でございます。タイムリーな情報が不足しているということ、役場にある基礎データの流失となっておりますが、情報が漏れたということではなく、津波によって流されてしまったということです。それから、移動範囲、移動手段、活動時間が限定されているということ。ライフラインは寸断され、食料・飲料水もまだまだ不足している。先ほど申しあげたトイレの問題もありました。

殆どの避難所を回らせていただきましたが、その時に私が行ったことの一つに、大まかな、地域リハビリテーション支援のトリアージ的作業があります。保健師さんが、健康調査という形でローラー作戦を実施しますので、具体的で細かいところは、後から来るその情報にお任せするとして、まずは、大まかに私の目で、どのようなリハビリテーションの支援が必要な方がどのくらいいらっしゃるのかを把握していきました。医療的支援が必要な方がどのくらいいらっしゃるのか。介護的支援が必要な方がどのくらいいらっしゃるのか。近隣住民、御近所さんの支えで自立できる方がどのくらいいらっしゃるのか。御家族の支えで大丈夫な方がどのくらいいらっしゃるのか。ある程度の環境を整えれば御自分で生活できる方がどのくらいいらっしゃるのか。それぞれの避難所でそれぞれの方がどのくらいの割合でいらっしゃるのかを、大まかに把握していきました。ここで強く感じたのは、やはり、介護的支援、現在もそうですし、今後必要になるであろう方の健康維持を支援するチームの立ち上げの必要性です。

これらの情報をまとめた上で、今度は支援の方向性を地元のスタッフの方々と確認してまいります。

宮城県では、災害時に医療救護活動を指揮する医師、『災害医療コーディネーター』が各地域に配置されております。災害医療コーディネーターの先生方や、地元の保健師さん、さらに地元の理学療法士さん、作業療法士さん、言語聴覚士さんとの情報交換を行いました。私がまとめた情報をお伝えしましたところ、地元のリハビリテーション専門職のみでは、活動は困難であろうということで、外部支援団体へ当面の間はボランティアの派遣を要請することになりました。これらを元に、気仙沼市、南三陸町に、それぞれ、『被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チーム』を発足させたわけでございます。

こちらが、支援チームに御協力くださった団体です。

実際の活動に入りましたら、今度は支援団体との連絡調整、全体の活動調整を行ってまいりました。

被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チームの活動でございますが、活動場所としては、1次避難所、仮設住宅、在宅の支援をさせていただきました。避難は、『1次避難所』と『2次避難所』と『福祉避難所』の大きく分けて三つがございます。1次避難所というのは、皆様がイメージされるような、地元の学校や公民館のような場所です。2次避難所というのは、1次避難所では生活が困難な方が、もう少し環境の良いホテルや旅館等に2次的に避難所にした場所です。福祉避難所というのは、元々施設に入居されていた方や、密な介護が必要な方のために設置する避難所です。被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チームの構成は御覧のとおりでございます。対象は、介護的支援が必要な方で、それらの方々の健康維持の支援をさせていただきました。非常に大切なことなのですが、活動期間は、地元の関係機関が再開するまでの間だということです。元々、地元の関係スタッフの方々が活動していたことを、今回

の災害によって、それが手いっぱいになった部分に補填的に支援に入るということ。ある程度地元の機能が回復してきたら、その支援を終了する、一時的にお預かりしていた活動をお返りする、という視点が必要だということ。地元の活動が再開したにもかかわらず、いつまでも支援を続けていく訳ではない、ということでございます。

支援までの流れです。市、町と情報を共有しながら市役所、町役場で保健活動を統括されている保健師さん、ケアマネジャーさん、医療チームのスタッフの方々から要請をいただきまして活動をする。活動しましたら、必ず結果を報告する。この流れを大切にさせていただきました。

こちらは、つなげ票というのですが、要するに依頼票のことです。被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チームに対する依頼票です。心配なところはどこですか、気を配ってほしいところはどこですか等の情報を御記載いただく。リスク管理につきましては、各避難所に医療チームのスタッフの方がいらっしゃいましたので、そちらの医師の先生方をお願いして活動をさせていただきました。

こちらは、対応票というのですが、要するに記録票のことです。このような活動をしましたということを御依頼いただいた方にお返ししました。外部から支援に来てくださる方は早くて三日ぐらい、長くても1週間程度で帰られますので、この対応票自体が、事実上の申し送りの紙にもなります。さらに、書き方の点でも、どのような方が見ても分かるような工夫をしました。専門家だけ見て分かるものではなくて、それぞれの避難所、在宅、そこに支援に入っている別のスタッフの方や、御家族等、誰が見ても内容が分かるような書き方をしよう、ということです。何を目的として実施したのか、その場でどのように説明したのか等を分かりやすい言葉で書いていただくよう心掛けました。

具体的な活動でございます。お手元の資料を御参照ください。

自立のための環境調整支援でございます。福祉用具、杖の長さ調節ですとか、生活を極力安全、楽にするための道具の提案。避難所トイレの改造、段差の解消。椅子や段ボールベッド等の配置。転倒せずに暮らすためのレイアウト、物の配置の提案。避難所の方は本当にこのような床の上で生活せざるを得なく、足の踏み場もありませんでしたので、極力安全に生活できるレイアウトを専門的な知識を用いて提案させていただきました。杖のことでこのようなエピソードがございました。ある避難所の担当の保健師さんからの相談でしたが、いただいた杖を使ったところ転んでしまった避難者の方がいらっしゃる、とのこと。私の記憶では、その避難所で杖をお渡しした方はいらっしゃいませんでした。どういうことだろうと思って現地にお伺いしましたところ、ある支援団体の方が御好意で杖を差し上げたようだったのですね。ところが小柄なおばあさんが、長めの、しかも調節が利かない杖を使うことになってしまい、それが元で転んでしまったということでした。福祉用具の支援物資をお渡しするときには、専門家が安全性を確かめ、調整、使い方の提案をしなければ非常に危険であるということを感じたエピソードでした。

健康維持支援でございます。予防という視点での関わりでございます。介助者の方々、一緒に避難されている御家族に対しても、対象の方に対する安全な介助方法、御自身のお身体を壊されないような方法の提案もさせていただきました。

場と時間の共有でございます。これが最も喜ばれた支援だったと思います。被災者が話したい気分の時に、ゆっくりと話を聞くということです。被災者お一人お一人、様々な出来事を御自身で消化していくお時間はそれぞれですので、それに合わせた支援、柔軟に寄り添う支援が非常に大切だと感じました。天気の良い日には、気分転換でちょっとした散歩に同行させていただきました。健康維持のための『お茶っこ会』の開催もさせていただきました。『お茶っこ』というのは、東北地方の独特の言い回しなのですが、みんなで集まってお茶飲み話をする会のことです。この会を開催させていただき、健康講話というほど仰々しいものではありませんでしたが、水分はちゃんと補給するようにしましょうね、等の健康維持のための提案をさせていただいたり、レクリエーションをしたり、一緒に歌を歌ったり、みんなで雑談をしたりして気分転換を図りました。このお茶っこ会の中で、後ほど紹介致します『気仙沼・いけいけ！お茶っこ体操』という踊りをみんなで考案しました。

こちらは実際の活動の様子です。健康維持支援の場面です。避難所から仮設住宅に移られた方の継続支援として、その後の仮設住宅での生活の様子を伺いにいった場面です。こちらは本県のリハビリテーション支援センターのリハビリテーション専門医とともに支援対象の方のところを訪問させていただいている場面です。こちらは、避難所にて、気仙沼・いけいけ！お茶っこ体操をみんなで踊っている場面です。これは被災からの復興のための気仙沼・地域リハビリテーション支援チームのミーティングの場面です。朝夕必ず行うようにしました。こちらは、福祉用具の支援物資が届き、関係者に使い方の説明をさせていただいている場面です。福祉用具の支援物資が届いた場合は、関係する福祉用具専門相談員さんにも御同行いただき、使い方を現地の方に丁寧にお伝えするよう心掛けました。

大規模2次避難所の支援について紹介いたします。気仙沼市には、『サンマリン気仙沼ホテル観洋』という老舗ホテルが高台の上にございまして、被災は免れておりました。気仙沼市は、5月から9月までの間、こちらのホテルの何フロアかを借り切り、大規模な2次避難所を設置しました。この中には、50世帯200人の方々が生活しておりました。2次避難所ですので、1次避難所での生活が困難な方、『要援護者』の方々が選ばれてこちらに移られております。要援護者というのは、例えば、介護的支援が必要な方とか、高齢者の方、小さな子供、妊婦さん、通訳が必要な外国人の方を指します。そういった方々、50世帯200人が生活しております。ところが、必然的に医療・保健・介護・福祉的支援の必要性が高いにもかかわらず、当時こちらに常駐して支援をしてくださる団体がいらっしゃいませんでした。災害医療コーディネーターの先生、市役所の保健師さん、私ども保健福祉事務所とで話し合いまして、『東日本大震災リハビリテ

ーション支援関連10団体』に常駐支援を依頼させていただきました。

東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体のスタッフの方々は、2次避難所の中で、状況に合わせた柔軟な支援をしてくださいました。ひとり暮らしや高齢者の方々へのお声掛け、お部屋訪問を丁寧に行ってくださいました。ひとり暮らしの高齢者の方はシングルルームにお住まいなのですが、ホテルの従業員の方からは、最も心配なお部屋である、と。部屋に鍵を掛け、外に出てこない方もいらっしゃるのではないか、とか、毎日安全に生活しているのだろうか、といったところを非常に心配されていました。それに対し、東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体のスタッフの方々が、毎日丁寧に、自然に、シングルルームにお住いの避難者の方のところへ顔を合わせに行かれていたことは、ホテルの従業員の方にも大変喜ばれておりました。また、ホテルの食堂を借りて、お茶っこ会も開催してくださいました。それから、整形外科や、リハビリテーション専門医の先生方も来てくださりまして、相談会も開催してくださいました。

密な情報共有も大切にしました。随時、市役所の保健師さんとの情報交換を行うこと。また、ホテルの従業員、フロントの方々との情報交換を行うこと。それから、1次避難所、仮設住宅、在宅を回っている被災から復興のための地域リハビリテーション支援チームと合同のミーティングを行うこと。2次避難所から仮設住宅に移られる被災者の方も大勢いらっしゃいます。仮設住宅や在宅の支援は被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チームが行っておりますので、今、2次避難所にいる方が、仮設住宅へ移るとなったときに、支援の引き継ぎがスムーズにできるように、お互いの密な情報交換の場を大切にしました。

こちらは2次避難所での活動の写真です。老舗ホテルですので、和室が非常に多く、もちろん、簡易ベッド等も支援物資で届いていたのですが、それだけでは足りなくなり、段ボールベッドを用意し、提供させていただきました。こちらは、お部屋訪問をしているところの写真です。ホテル側が御好意で食堂を開放してくださいましたので、そこでお茶っこ会を開催し、他県から市役所に応援にいらしゃった保健師さんをお願いして、分かりやすい健康講話をしていただきました。レクリエーションを通じて皆さんの心と身体のリフレッシュを図るような取組もさせていただきました。

こちらは、東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体が支援に入る前の、現地確認を含めた、先方と私どもで綿密な打ち合わせをしているところの写真です。こちらは市役所の保健師さんと情報交換をしているところ。こちらは、東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体のスタッフの方々と被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チームとの合同ミーティング。こちらはホテル内の定例ミーティングで、ホテルの営業部長さんや市役所の保健師さんと一緒に情報交換を行っているところでございます。

ここで、『気仙沼・いけいけお茶っこ体操』を紹介いたします。東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体の方と被災からの復興のための地域リハビリテーション

支援チームで提唱させていただきました。私ども保健福祉事務所が命名しました。被災者の方に、「一緒にこのような体操をしませんか」、「このような名前はどうか」と提案させていただきましたところ、「それはいいね」と賛同を得られ、始めたものでございます。

目的は、心身機能低下予防のための運動という要素以上に、この体操をみんなで一緒に楽しく踊ることでお互いに親近感が沸き、新たな人間関係づくり、そして、その人間関係がさらにつながり、新たな地域づくりのきっかけとなること。このことを願って考案させていただいております。

踊り方です。美空ひばりさんの『東京キッド』に合わせて踊ります。被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チームの活動終了の翌年度からは、気仙沼市の保健師さんが引き継いでくださいまして、現在も地域の介護予防体操として普及して下さっております。新しいバージョンでは、曲が変わったようですので、御注意いただければと思います。

こちらは、被災後の気仙沼市の地域リハビリテーション支援の連携のイメージ図でございます。災害医療コーディネーターの先生を中心に医療的支援の拠点がございまして、保健福祉事務所の被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チームと東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体、皆が密に情報交換をして支援活動をしてくださいました。

活動をしながら常に意識しているのは、地元移行へ向けての段階的な引き継ぎでございます。

地元への緩やかな移行を、私は『ソフト・ランディング』という言葉で表現させていただいております。地元の関係機関の活動が徐々に再開するのに合わせて、対象者の段階的な支援の引き継ぎを行っていきます。気仙沼市では9月末、南三陸町では7月中旬をもちまして、外部からのスタッフ・ボランティアの派遣の受け入れを終了させていただきました。被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チーム自体は、県の保健福祉事務所スタッフが活動を継続させていただきました。

こちらは、外部からの支援実績・総数でございます。御参照ください。

ある程度の引き継ぎがなされた時期からは、今度は、今後の展望を地元の関係機関のスタッフ・職員の方々と共有していくことが必要でした。

地元との協働として、市や町の建設部署、保健福祉部署のスタッフ・職員の方々と仮設住宅のバリアフリー化に着手しました。また、市や町の保健師さんとともに、仮設住宅を支援される訪問員さんや在宅の支援をされる福祉協力員さん、どちらも専門職ではなく、一般住民の方々ですので、こういった方々への人材育成等のお手伝いをさせていただきました。それから、地元の関係機関のスタッフ・職員の方々に対して、一時期お預かりしていた支援対象者の方々の継続的なフォロー、「その後の支援はいかがですか」と、確認させていただいたり、仮設住宅で行われるお茶っこ会開催の支援もさせてい

いただきました。

こちらの写真は、南三陸町の保健師さんに支援ケースを引き継いでいるところ。こちらは訪問員さん向けの研修で、みんなでお茶っこ体操を踊っているところ。仮設でのお茶っこの会の開催支援をさせていただいているところでございます。

仮設住宅のバリアフリー化について紹介いたします。既存の仮設住宅では生活が難しい方がいらっしゃり、新たな手すりの取り付けや、スロープの設置が必要となっていました。このような現状について、市や町の担当部署の職員の方々と話し合いをしました。先方からは、仮設住宅のバリアフリー化の支援に関しては、同じ支援者が継続的に対応して欲しいとの要望がありましたので、私ども県の保健福祉事務所のスタッフが対応させていただくことにしました。

こちらは、浴槽の壁に手すりがなくて、安全に入るのが大変だったケースの写真でございます。このように手すりを取り付けさせていただきました。こちらは、玄関の外の階段に手すりがなくて、大変だったケースの写真です。初めはこの階段すらありませんでした。一度部屋に入ったら出てこれないという高齢者の方もいらっしゃいました。市や町の建設部署の御配慮でこの手すりのない階段が設置されましたが、冬場になると凍ってしまうので、怖くて外に出られない、との訴えが聞かれました。応急的なものですが、このような手すりを付けさせていただきました。

南三陸町は、町の保健師さんを中心に、非常に丁寧な対応をされておりました。改修内容のデザインに始まりまして、着工前の確認、その後の生活状況の確認という3段階の対応です。

改修内容のデザインは、理学療法士、作業療法士が中心に対応する。着工前の確認は建築のプロの方、大工の棟梁さんを招いて御指導いただく。その後の生活状況は、ケアマネジャーさんや保健師さんが確認をされます。

こちらは、重症心身障害児のお子さんが住まいになっている仮設住宅のバリアフリー化の様子です。仮設住宅はこのような状況でございまして、脇の道は舗装されているのですが、玄関前の通路は砂利道でした。玄関前にこのような階段がある。このお子さんは、こちらに住まわれている。主介護者はおばあさんで、ここでこのお子さんを抱きかかえてここまで歩いて、移動させる、ということをおこなって毎日繰り返されていた。車いすごと移動できるようなバリアフリー化が必要でした。

仮設住宅の中は非常に狭くて、こちらの部屋は大体4畳半から5畳くらいです。ここで生活をしている。ですので、福祉用具の専門相談員さんもお招きして、福祉用具の選定、ベッドはどこに置こうか、車椅子が通るスロープの幅はどうしようか、というような調整もさせていただきました。

デザインは理学療法士が行い、その後、建築のプロ、大工の棟梁さんに確認していただきまして、いよいよ着工です。

でき上がったのがこのようなスロープでございます。



導入したベッドでございます。ベッドの配置も決まりました。

その後、生活状況の確認をさせていただきます。このお子さんは、支援学校の授業が終わったら放課後等デイサービスに通われており、仮設住宅にはデイサービスの送迎車で帰ってきます。その様子の写真です。確認に伺った日は雨が降っていたのですが、送迎車がこのように仮設住宅棟の脇に着き、このお子さんが、車いすに乗って出てくる。おばあさんと一緒に完成したスロープを通過してこのように玄関に入っていくわけでございます。車いす、座位保持装置は大きく、玄関外に置いておく、という状況でございました。

雨の日はこのような状況でしたので、大変そうでしたが、後に、大工の棟梁さんが、このような風除けと屋根を付けてくださいました。

3月11日に震災が発生し、避難所や仮設住宅に生活の場が移っていく中、被災状況の把握に始まり、支援活動の調整、地元への移行、地元中心の活動、それぞれのお手伝いをさせていただいてきましたが、翌年の平成24年3月31日をもって、被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チームの活動の一切を終了させていただきました。

トピックスの5番目、支援活動の検証でございます。

大変だったことです。支援活動のコーディネートをさせていただいた中で、自分自身の体調と気持ちのコントロールも大変でした。心は熱く、頭はクールに、言葉はやわらかくしよう、と、常に自分に言い聞かせていました。被災地自体が騒然とし、浮き足立っている中で、コーディネートをやる立場にいる者までと一緒に浮き足立ってしまったのは現場が回りませんので、気を付けて活動しました。また、正しい情報ルートを確認することに努めました。被災地では情報が錯綜しますので、正しい情報をつかむということを意識しました。それから、震災前の地域特性と活動目的を御理解いただくということ。冒頭で申し上げましたとおり、気仙沼は元々、資源の多くない地域です。震災が起きたからこうなった訳ではありません。支援者の中には、それがごちゃ混ぜになってしまう方もいらっしゃったので、そうではないということをお伝えするようになりました。短期間でローテーションされる支援者の方々への配慮も怠らないよう心掛けました。

工夫したことです。必要なことは自分の目や耳で確かめるということ。それから、支援に来てくださった方々に、支援の全体像をお伝えするという。支援がどこに向かっているのか。支援先、支援の目的は。今までどのように積み上げてきて、これからどうしていくのか。その中で、その時支援に来てくださった方々の立ち位置はどこなのか。活動に徹していただけるよう、お伝えしていくということでございます。また、被災地外から支援に来てくださっている方は、当然のことながら緊張されていますので、その緊張を和らげ、思いを受けとめる。そして、それぞれの方々が御自分の力を出し切られる環境を整えるよう努めました。配慮が必要な場所や、活動初日に関しましては、私が同行するようにいたしました。

こちらの写真は、当時、被災からの復興のための地域リハビリテーション支援チームが行っていた活動を地元のスタッフの方々にお伝えする研修会の様子です。東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体の先生もお招きしました。

こちらの写真は、仮設住宅のバリアフリー化の大切さを地元の関係スタッフの方々にお伝えするための研修会の様子です。地元の保健師さんと一緒に企画しました。マスコミからの取材も受けました。

こちらの写真は、東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体の活動報告会の様子でございます。

「被災後に地域リハビリテーション支援活動が機能した理由は何ですか」との御質問をいただくことが多いのですが、私がいつもお答えしているのは、震災前からの顔が見えるつながりがあったということ。それから、気仙沼市と南三陸町の地域規模です。あまり大きくはないということ。人口規模もそうです。比較的迅速に行動できる範囲に地域住民の方々が生活されているということ。また、住民の方々の温厚な人柄に助けられた部分も大きかったと思います。あとは、気仙沼圏域の県の保健福祉事務所に地域リハビリテーション支援業務の担当者が配属されてちょうど10年目に被災をしたのですが、この10年間の積み上げがあったこと。つくづく、非常時には普段行っていることがそのまま出るものだと痛感しております。

行政機関への理学療法士の配置も挙げさせていただいておりますが、ここでお伝えしたいことは、コーディネーターの役割に専念できる立場の者がいたということでございます。例えば、普段は医療機関に勤務し、日中は患者さんへの臨床のリハビリをされていて、それ以外の時間で支援活動のコーディネートをしようとしても、それは、物理的に難しいのではないのでしょうか。大規模災害後の支援活動とは、そういうものだと思います。それから、地元の行政機関の理学療法士が支援活動の調整、コーディネートをさせていただいたということ。ここでお伝えしたいことは、地域特性を分かっていた者が調整、コーディネートをさせていただいたということです。そして、地元の関係者との顔なじみの関係もあったということ。外部支援の団体の方々の中にも、カウンターパートとしてコーディネーターが存在していたということも非常に大きかったと思います。

最後にトピックスの6番目でございます。大規模災害への備えとして、私の体験から感じたことを述べさせていただきたいと思います。

一人ひとりが情報の見極め、被災地域の特性を尊重、状況・立場に応じた活動をするということ。一人ひとりが錯綜する情報に冷静に対応することが大切だと思います。情報に流されないということ。その情報は、どこの誰がどのような場面を見て言っていることなのかを考えるとということです。お一人お一人の見識にかかっていると思います。それから、その地域の文化、歴史、資源、住民の人柄に合わせた支援を行うということ。自分の地域でうまくいったことが、必ずしも支援先の地域で受け入れられるとは限りませんので、配慮が必要であると思います。場の雰囲気を感じて、相手の立場を考えると

いうことは、リハビリテーションの専門職にとっては、当たり前のことであると思いますので、こちらでは割愛させていただきます。

仮設住宅や復興住宅のユニバーサルデザインも大切であると思います。最初から全てのお風呂に手すりを付ける、全ての玄関に手すりを付ける、全ての棟にデッキスロープを設置しておくといった環境調整も必要ではないでしょうか。

組織的には、コーディネーターの育成と配置が大切であると思います。非常時に地域特性に合わせた支援体制を確立できる、地元のコーディネーターの存在は大きいと思います。私は、このような立場の方を『現地コーディネーター』と呼ばせていただいております。同じように、外から来る支援団体の中にもコーディネーターが必要です。カウンターパートとしてのこのような立場の方を、私は『後方支援コーディネーター』と呼ばせていただいております。

御自分の地域で大規模な災害が起こったら、まずこの2種類のコーディネーターを確立するということ。現地コーディネーターは地元のスタッフが務める。一人では物理的に大変ですので、できれば複数人配置した方が良いかと思います。そして、なるべく同じ方が務めるようにする。複数人配置とは言っても、コーディネーターが次々に入れ替わるということではなくて、2名でも3名でも、同じ方が継続して務めるということです。後方支援コーディネーターもなるべく現地に来ていただいた方が良いかと思います。これら2種類のコーディネーターがカウンターパートとして協働して初めて、大規模な災害に太刀打ちできるのではないのでしょうか。

まとめでございます。冒頭に申し上げました結論、大規模な災害では、早期からのリハビリテーション支援が必要です。今まで申し上げた、予防、自立、地域ぐるみの支援が必要となるからです。これらを包括して行うことができるのが、地域リハビリテーション支援です。この支援を行うためには、平時からの積み重ねが大切だということ。災害当日をフェーズ0と言いますが、今、この時点で災害対策は始まっている。フェーズ-1、-2という段階なのではないかと思っております。平時からの積み重ねが大切だということを私は身をもって知ることができました。

おわりに。街並み自体は壊滅しても、地元のつながりは残っておりました。地域リハビリテーションで積み上げてきたものが活きたのだと思います。本日の話が大规模災害への備えとして何らかのお役に立つことができれば幸いです。あのとき東京からもたくさんの方々に御支援いただきましたので、少しでも御恩返しができるのではないかと、本日は馳せ参じました。

御参考までです。宮城県では、震災後、ガイドラインやマニュアルを改訂しております。リハビリテーション専門職の活動についても述べられておりますので、御参照ください。

こちらの写真は私が写っておりますが、仮設住宅での支援活動の様子です。私の隣に写っておられるこちらの方、一緒に同行してくださった方なのですが、本日御出席の渡

邊委員です。非常に柔軟で丁寧な支援をしてくださいました。この場をお借りしてお礼申し上げます。

こちらの写真は、気仙沼市の医療救護班の解散式の様子でございます。こちらは市長さん、医師会長の先生、災害医療コーディネーターの先生でございます。こちらが東京都の作業服で、私にとってはヒーローのユニフォームと言っても過言ではありません。

こちらが新倉課長でございます。御縁あってこのような多大な御支援をいただきました。この場をお借りして感謝申し上げることを非常にありがたく、うれしく思っている次第でございます。

以上で、私のお話は終わらせていただきます。御清聴ありがとうございました。

○安保部会長 どうもありがとうございました。

ただいまの後藤先生の御講演について何か御質問等ございましたら、どなたかございますか。

先生、東京は、すごい人口が多くて、圏域の私は区中央部の地域支援センターなんですけれど、ものすごく広い領域なんですね。ベッドから言えば、回復期病棟で5,000床あるんですよ、都内に。やっぱり半年の間は、やはり直下型があったらどなたか手伝ってもらおうようなことをしなきゃいけないと思いますけれど、やっぱりそこも例えば大阪とか、名古屋とか、大きな範囲で支援のネットワークを予防的につくっておくというんですかね。東京都理学療法士会とか、作業療法士会とか、日本聴覚士会が中心になってそのネットワークをあらかじめ、つくっておくというのは、やっぱり大事なことなんでしょうか、どうでしょうかね。

○後藤氏 御質問ありがとうございます。先生の仰るとおり、普段からのネットワークづくりは、非常時に生きてくると痛感しました。元々顔を合わせたことがある方ですと、震災が起きて街並みが倒壊したとしても、その顔見知りのつながりがあらゆる支援活動に生きてきます。ネットワークをつくる上では、普段から定期的に顔を合わせていくことが大切だと思います。

○安保部会長 私の場合で例にとってみると、あったときは病院に行かなきゃいけないので、やっぱり地域がすごい大事ということだと、地域のコーディネーターをやっぱりたくさん作っておくということが一番地域支援センターの事業としては最も大事なことですかね。

○後藤氏 仰るとおりだと思います。地域規模が宮城県気仙沼圏域と東京都では変わってくると思いますので、コーディネーターの数を、人口規模に合わせて配置するのか、地域の広さ、面積規模に合わせて配置するのかの検討は必要となるのではないのでしょうか。

気仙沼は圏域の広さ、面積もあまり大きくはありません。この2点が功を奏し、比較的迅速に行動をすることができました。東京都のそれぞれの地域の規模や特性に合わせた計画が大切になってくるのではないかと思います。

○安保部会長 どなたか御質問ございますか。

よろしいでしょうか。

じゃあ、後藤先生、どうもありがとうございました。

もう一度、後藤先生に。

(拍手)

○安保部会長 それでは、議事を進めていきたいと思えます。

議題1が、東京都災害時医療救護体制についてですので、事務局から御説明をお願いします。

○瀧澤課長 医療政策部の災害医療担当課長の瀧澤でございます。座って説明したいと思います。

資料のA3の資料になりますけれども、災害時医療救護活動ガイドラインの策定というところがございます。

これにつきましては、今回災害時リハビリテーション支援体制をこれから検討を深めていただくに当たりまして、まずは現在、東京都の他に区市町村が協働して大規模災害に今どのように対応する体制を整えているかというところをまず御説明させていただきたいというところがございます。

そして、いろいろ検討すべき所が多数あるのですが、今のところ、72時間から1週間というところで、まずはそのところを集中的に検討しているところで、今後これを拡大していくというところの中で、今回の検討委員会等々の内容もこれから盛り込んでいくというところになっています。

まず最初に、資料の1枚目を御覧ください。ガイドラインの目的でございます。

このガイドラインでございますけれども、2011年の東日本大震災を受けて、東京都の防災会議は、平成24年に「首都直下地震における東京都の被害想定」というものを見直しております。ここの被害想定、こちらには記載しておりませんが、東京湾北部地震と呼ばれる地震が発生した場合、東京都内において14万人の方が怪我をされ、そして、その中の14万人の内の2万2,000人の方が重症であるというような想定がなされております。そして、その14万人のそして2万2,000人の方々に対してどのように医療資源を効果的に、適切に御提供するかという方策を示しているのが、東京都防災計画の医療救護部門というところ。そして、その地域、東京都の地域防災計画に基づく医療救護活動はこのように行っていくんだという方針を示したものが、この医療救護活動ガイドラインというものでございまして、実際このような冊子にまだなっているんですけども、これをお配りするに当たりまして、どのようなものかというのを今回概要を説明させていただきたいと思えます。

まずは、ガイドラインの構成ということで、2番の所を御覧いただきたいと思えます。

5章構成になっているんですけども、1章目は、これはまず基本事項の最初の段階的な説明です。第2章がというところで、各論、先ほど後藤先生からもありましたとおり、いろいろなフェーズという考え方がありますよという先生の御講演をいただきまし

た。その中で、第2章については、ここは発災から72時間から1週間までの時限を第1の段階と考えましょうというフェーズ。つまり、もう一回繰り返します。発災直後から72時間から大体1週間程度が第1の段階です。ちょうど先ほど後藤先生は、ちょうどここをどのようなフェーズで例えられたかということ、生命の確保や皆さんの安全を確保しましょうというフェーズですよという表現を先ほどされていらっしゃいました。

そして、第3章の所ではということ、ちょっとこの辺のところはまだ要検討のところがあるんですけども、1週間、そして1か月以降の所でございますけれども、そうすると、生活安定や支援をどのようにというところのフェーズになっております。

第2章のところなんですけれども、大体72時間というところで、東京都内ではどのような交通状況があるかという想定をしておりますと、実は、車・人の流れが始まるのが72時間というふうに想定しています。1週間になると、現在よりももちろん規模は少ないです。規模は少ないですけども、1週間になると、計画的に人や物が動き始める。72時間というのは、最初にまずは動き始めるのが72時間だろうと、1週間というのは、今よりももっと規模は少ないです。少ないですけども、計画的な流れができるのは1週間というふうに今想定をしています。

この中でというところで、いかにこの東京都内にある医療資源を効果的に、効率的に皆様に提供しようかというためのいろんな算段をしたというのが、このガイドラインであります。

下の3番を御覧ください。

災害医療体制の基本事項ということでございますけれども、従来は、区市町村さんと東京都の関係と申しますと、まずは、地域の方々が一番身近なのは区市町村さんですと、そして、それを東京都は広い意味で、東京都という立場から支援をさせていただきますという立場の2段階の構造でした。ただし、東京都は皆さん御承知のとおり、1,300万人の都民の方を有し、そして日中時間帯多くの方々が入っていらっしゃるという状況の中で、区市町村さんがどこまでできるか、そして、もしそれが助けてくださいといったところが多数発生した場合には、東京都一つでぐっと支え切れないというところがありますので、まずはブロック単位という考え方を導入しましょう。そこに投入させていただいたのが、二次保健医療圏単位でまず地域を支えましょうという。そして、それで、さらにその上に東京都も頑張りますというところで、区市町村さんの段階、そして二次医療圏単位で地域を支える、そして東京都でさらに支えるというような重層的な3段階的な考え方を導入しましょうということ、災害医療体制を構築させております。

そして、東京都二次医療圏、そして区市町村さんというところで地域を持っていますので、そうすると、それぞれのところに医療救護活動を統括並びに調整するために、災害医療コーディネーターという方を指定させていただくんだということで、災害医療コーディネーターを指定させていただいています。

こちら東京都においては、東京都災害医療コーディネーターという方を3名医師を指

定させていただきますして、災害時発生時には東京都の職員に準じて活動していただく。

そして、2番目に、東京都地域災害医療コーディネーター、地域を支える医療コーディネーター、これを二次医療圏単位ごとにその二次医療圏の医療資源や地域を統括するというをお願いしているこの方も、災害時には東京都の職員に準じて動いていただきますと。

東京では、13の医療圏がございますけれども、島しょ地区を除く12の医療圏にそれぞれ1名の方、1名の方だと、先ほどありましたとおり、何かあった場合に問題がありますので、バックアップのサブというか、代理という方がいますけれども、計12名の方を指定させていただいて、今御活躍をいただき、そして医療圏単位で実はいろんなことの検討をしていただいております。

例えばなんですけれども、実は、区市町村レベルで言うと、災害拠点病院がある区市町村もあれば、ない区市町村もあるわけですね。となると、自分の区市町村だけでその話をしてしまうと、隣の、つまり無い地域の方々の何というんですか、重症対応というのはどこだという話になってしまう。ですから、まずは地域でもってというところの考え方も取り入れるということで、いろんな地域の現状を今確認をしていただいております。

そして、一番地域の方々に身近で、そして最後まで地域の医療資源等、医療救護活動を統括していただくのが、区市町村災害医療コーディネーターの方です。こちらの方々は、区市町村さんがそれぞれの地域の特性に応じて指定させていただいているということになりますけれども、現在なんですけど、全ての区市町村がまだ指定されているわけではございません。順次今指定をされているところなんですけれども、3名を指定されているところもありますし、二人を指定される場所もいらっしゃいます。というところで、構想的なものについてもこのような導入していきましょうというところを東京都としては、推薦をしているところでございます。

右側の所を御覧ください。

これまでの検討経過ということでございますけれども、東日本大震災を踏まえてということで、実は(2)の東京都災害医療協議会による、このような災害医療体制を構築していきましょうというところの承認を受けて、そしてワーキンググループでガイドラインを作成させていただいたというところでございます。

あとポイントについては、次ページ以降の資料で説明させていただきますので、まずは1枚おめくりください。

大きな変更点のところを説明させていただきたいと思います。72時間や1週間程度までの本当の患者さんが多数発生している状況をおのように対応していますよというところの概要でございますけれども、まず最初には、医療救護所の概念でございます。従来は、医療救護所というものは、皆様もどうもイメージがあると思うんですけれども、学校や広場のところに区市町村さんがテントをつくったりとか、もちろん学校を使った

りという場合もありますけれど、そこに医療救護所を展開するんだという考え方でした。

ここで東日本大震災で何が起こったかということをお考えすると、実は、確かに医療救護所等々に患者さんはたくさんいらっしゃったんですね。いらっしゃったんですけども、そこには重症の方が多かった。重症の方はそこでは治療できなかった。となると、結局病院に皆さんの徒手でお連れするしかなかった。となると、治療が遅れる可能性があったのです。また、なおかつ搬送手段がなかなか確保できなかった。であれば、従来の医療救護所を否定するものではありませんけれども、病院の近くにも医療救護所というものを設定できませんかと、最終的にですね。これは何かというと、つまり災害拠点病院にもう一つの東日本大震災でもあったんですけども、区市町村さんはいろいろ地域内の広報によって救護所をつくりますということ、ここに集まってくださいということ、広報されていたんですけども、結局はやっぱり大きな病院という表現は普通、私の立場上、問題があるのかもしれない。拠点病院などの病院に、患者さんはどうしても軽症の方も含めて集中してしまっただけなんです。それによって、病院の機能が一時的に動けなくなったということがあったんですね。

そのために、まずは緊急医療救護所というものを設定させていただいて、そこで皆さんもうお聞きなれた言葉になるかと思いますが、トリアージという患者さんを段階的に振り分けというか分けることによって、軽症者の方は、まずここで一時的に病院の前の段階で救護してしまう。そして重症者の方は病院の中に入ってください。もし病院の近くに学校があるんだしたら、そちらのほうに移動していただいて、そちらに救護所を設定するんだという緊急医療救護所という概念を設定させていただきました。

それが2番目です。(2) 緊急医療救護所と避難所医療救護所の比較ということで、今は二つの医療救護所の設定をしていただいただけませんか、そのような方針でいきたいと思います。ということで、区市町村さんに今示しているところでございます。

左側が、緊急医療救護所です。区市町村が発災後、速やかに災害拠点病院などの近接地、もしくは門前にばしっと設定していただいて、そこでトリアージと軽症者の方の治療をしていただく。軽症者の方はそこで治療は終わるわけですけども、重症の方はそのまま拠点病院に入らせていただく。

ただ、これだけではずっと長い間やっても、結局新たな患者さんというのは、発生が少なくなればそこに意味がなくなりますので、その機能は当然時間経過とともに通常の公園や学校に設置される避難所の救護所にも、そちらにも救護所を設置しておりますので、そちらにシフトしていきましょうという段階です。これが右側です。避難所医療救護所という概念です。こちらも区市町村さんがその任務として避難所、もしくは救護所を設定されますけれども、重症度という概念よりも、地域住民もしくは避難された方々に対して医療機能を今度はどうやって提供していきましょうか、つまり急性期の急患さんの発生から、また、怪我人から、地域住民に対する医療機能の提供、慢性疾患や公衆衛生の対応というような考え方にスイッチしていくんですよというような制度づくりを、



今させていただきます。

そして、この場所については、500人以上の避難所もしくは2次避難所を常駐としていただいて、時限によって徐々に巡回という可能性もありますし、そのような形でシフトしていきましょうということでございます。

2番目、右側を御覧ください。受援体制、ちょっとこれですね、なかなか皆さん聞いたことがないかもしれないですけども、実は、医療従事者にあっても、もしくは医療を支援される方も震災によって被災するわけですね。なおかつ、病院機能も一時的に低下する可能性があります。となると、当然東京都だけの医療資源、いろいろパターンはありますけども、人ですよ。人についても当然不足するわけですね。じゃこれを東京都だけではなくて、全国から要請しましょうというような、実は制度があります。これがDMATと呼ばれるものです。ただ、こちらDMATだけではなくて、いろんな医療チームが日本に自動的に参集していただきます。例えば、医師会さんが結成する医療救護班であったりとか、また日本医師会が担当するJMATであるとか、あとは、病院協会さんが持つ医療救護班であるとか、あとは大学病院の連合会だとか、そのほかにも医師だけではなくて、看護師さんのチーム、薬剤師さんのチーム、いろんな医療チームが編制され、東京都に順次受援を、つまり我々に支援をしていただくことが分かっておりますけども、特に発災後早期に一番最初に入っていただくというのが、実はDMATと呼ばれるものです。全国の災害拠点病院さんに設置されている隊でございまして、ドクター1名、看護師さん等々の編制で、大体最低4名以上の編制ということで、基本的には自立性、つまり車を持って、そしてわっと参集しているということです。

東京都の場合ということなんですけども、実は、東京都は、ここの上の図面ですと、実は23区に被災が多い場合の想定しております。実は、この他に多摩地区が被災した場合も想定はあるんですけど、ちょっと今回23区の方が先に必要だという記載をさせていただきますけれども、東京23区の場合にはということで、高速道路が放射状に23区に入るようになっています。ということで、まず初動段階ではどうなのかが、どこの地域が一番危ない、やられているかというのが分からないということで、まずは自動的にそのルートが入る、高速道路ごとにこの病院に集まってくださいという病院を事前に指定しています。

例えば、東名であれば都立広尾病院さん、中央道にあつては必ず一回は東京医大さんに行ってください。関越道を来た場合には帝京大学さんに必ず寄ってくださいというんです。そちらで帝京大学さん、つまりあと東京医大さん、都立広尾さんは、地域のコーディネーターが実はいる病院なんです。2次医療圏のトップの病院なんです。そこで、自分の地域の中の被災状況を踏まえて、じゃああなたはこちらの病院に行ってください、あなたはこちらの病院の支援に行ってくださいというような分配を地域のコーディネーターもやっていたけるといところで、地域のコーディネーター、先ほど医療資源の効果的な分配、統括、調整ということがありましたけれども、まず初動の段階で

は、早期に大体8時間から12時間体制で第一陣がもう車で入ってくると言われていますけれども、その方をどのように自分たちの地域でうまく使って配分していくかということは今考えているというところが、この右側の受援体制というものになります。

ただ、これだけではなくて、当然東京、北海道や九州、そして四国のDMAT隊については、当然車では参集が遅れるということで、その方たちをどうするかというと、実は飛行機で来るんですね。ただ、飛行機については、羽田空港が、実はA滑走路とD滑走路は耐震性がオーケーというふうにもう確認されているんですけども、自衛隊機で飛来する。羽田空港には大きな避難テントをつくって、そこで東京都だけでは支え切れない患者さんを、羽田空港から中には大阪地方に出すとかいう、そういうような検討も、今なされています。

このようにSCUという概念なんですけども、ステージング・ケア・ユニット、一時的に患者さんを集めて、そこから広域搬送するという概念ですが、そちらは今羽田空港と立川、そして有明地区にもう1か所、今、大規模な公園を設定しまして、そちらの方で搬送する地域というふうに確認しております。

もう1枚、情報連絡体制という話なんですけども、実を申しますと、このように階層化をすればするほど、実は、情報連絡体制が明確になっていないと、ルールを超えた情報や、いろんな情報が錯綜するというので、実は細かい説明はしませんけれども、国のレベルがあって、東京都のレベルがある。そして東京都のレベルの下に2次医療圏単位の責任者の方がいらっしゃるって、そして2次医療圏単位の方々の下には、大変失礼な言い方なんですけども、2次医療圏単位の中には区市町村がそれぞれあって、区市町村の下には区市町村の管下にある病院さん、診療所さん、避難所さんというのがあって、それぞれのレベルで情報を集約、もしくは医療チームが足りません、薬が足りません、ドクターがいなくなっちゃいました、足りません、患者さんが目いっぱいなんで出したいですというような情報をこのルートを持って、ちょっと大変ですけども、正しいルートを持ってやりましょうということによって、情報が殺到するのをやめましょうというルールをつくっていつているという状況でございます。

右側を御覧ください。そのような伝達経路というのは、実はパソコン上で今厚生労働省がやったEMISというものがあるんですけども、それに基づいて簡単に初動期はやりましょうと。

今回は、実はこのEMISで、震災が発生したら何だけ入れてくださいという話をするかという話が今あるんですけども、簡単に言うと、病院が被災しちゃいました、倒れちゃいました、もしくは、水はありますか、電気は来ていますか、医療ガスは大丈夫ですか、職員は来ていますか、この項目だけまづは入れてくださいと、あとは、これが入っていないところは、被災しているものとして自動的に支援を出しますとか、そのようなことですね。

これは簡単な表示なんですけども、時間が経って入力する余裕ができたなら、例えば、

人口呼吸器を付けた患者さんなら1人なら受けられますとか、酸素吸入をする患者さんならば、ベッドが二つあいていますとか、そういう細かいデータも入れられます。ここには透析患者さんなら3名受けられますとか、そういうような細かい入力ができるようになっていきます。

これは基本的には、現在、救急病院以上の病院には全てそのIDとそのコードが入っていて、インターネット上で入っていくようになっていきます。これは全国レベルで全く同じです。これを区市町村さんや東京都では、この一覧表で病院の個別の情報で入れるんですけども、一覧表にしたらこの病院はまだ大丈夫だとか、まだこの病院は遅れるというようなことで、病院間の調整を行う。これは都道府県だけではなくて、広域的に他県のところも同時に入力ができるようになったと。

そうすると、東京だけではなくて、大阪地方、東北地方、北海道というところで、全国で東京で発生した患者さんを支えていただくという体制を実はそちらのほう、県を超える場合には、厚生労働省さんがやっただけですけども、広域搬送という制度があって、東京で震災が発生した場合、2万2,000人の重症の方の対応というものを現時点では、このように体制を行っていかうというようなことを考えているところでございます。

これは現時点の区市町村さん、そして東京都としての災害の発生時の対応計画というものを説明させていただきました。

資料は、以上でございます。

○安保部会長 ありがとうございます。

ただいまの説明に何か御質問等ございますでしょうか。

なかなか急に言われて難しいので、また今日はお話を聞いて、また意見をいただいて取りまとめて、皆さんにお送りしてということをしてしたいと思いますけれど、それでは、よろしいですか。

では、次の災害時のリハビリテーション支援体制について、事務局より御説明をお願いいたします。

○新倉課長 それでは、資料6を御覧いただきたいと思っております。

この資料右上に書いてございますが、本年2月に開催をいたしましたこの部会の親会議であります東京都リハビリテーション協議会で配付をした資料となっております。その際に、協議会で議論をいただき、この部会の設置を承認、決定をいただいたところでございます。

この中身についてはあれですけども、左の下に、平成27年度・28年度スケジュール（案）とございます。今回が第1回の災害リハの部会でございますが、本年中にあと2回を開催する予定でございます。そして28年度、来年度は年4回、おおむね四半期に1回程度の開催を予定しております。現在の予定では、このトータル7回の部会を開催いたしまして、この7回の中で一定の取りまとめ、検討、方向性をまとめていきたい

というふうに考えているところでございます。

この資料の右側の下半分に、支援体制のイメージ図（たたき台）とございます。これは、まさしくこれから議論をいただく部分でございますけれども、ここに記載しているのは、もうたたき台のたたき台というようなぐらいのイメージでございます。

おおむねそれぞれのフェーズ区分、上の表頭の所にも発災直後・超急性期から急性期・亜急性期そして慢性期・中長期とありますが、それぞれのフェーズごとに地域リハ支援センター中心にどのようなことに取り組んでいくのか、そうしたことを今後ご議論をいただきたいと思っております。

本日、宮城県のお話、さらには東京都の現在の災害医療の体制のお話を説明させていただきました。

特に、災害医療体制、東京都の体制の中では、実はリハビリという概念がその中にはございません。あくまでも救命を中心とした医療というところになっております。ただ現在、検討構築している体制と、これからこの部会で検討していただく災害時のリハの支援体制、こちらのものが全く整合をとらずに検討するわけにはいきません。先ほどのフェーズにのっかって災害医療の動きと合わせてリハの体制がどういうふうに動いていくのか、当然それと全く一緒のものではございませんけれども、全体の災害医療の体制も少し念頭に置きながら、災害時のリハの支援体制という検討を進めていただきたいというふうに考えております。

恐らく、今日は本当に第1回目ということで、いろいろこちらからの御説明と、あと宮城県の来ていただいたお話というところが、本日中心となってしまいましたが、それを含めて、また今後、議論をお願いしたいと考えているところでございます。

簡単ではございますが、以上でございます。

○安保部会長 どうもありがとうございました。

ここで御意見をというのは、本当のところ難しいかと思うんですけど、先ほどの後藤先生の講演とか、災害時医療救護体制についての説明を踏まえて、それぞれのお立場で首都直下地震等の大規模災害に備えて、平時に行うこととか、また発生した場合いろんな課題があるかと思うんですけど、何か御意見ございましたらどなたか。どうぞ。

○堀田委員 意見というか、このような会議が行われるということで、実際に私が行くのは墨田区なんですけれども、墨田区ではどうなっているのかなというところで、少し確認しましたら、いろいろ進んでいて、この何というんですか、コーディネーターという方もいるということも分かりましたし、その要綱なんもあるのも分かったんですが、これとこれから、例えばこの取組の方向性の中に取り組むべき課題で、行政職員とリハ職が連携し、とあるんですけど、この場合の行政職員というのは、もし墨田の職員だとすれば、墨田区では、墨田区というのは既にそういった何というんですか、体制みたいなものがある程度つくられているようなので、そういうものとどういうふうにしてリンクしていくのかなというのがちょっと、これから決めるのかもしれないんですけど、

ちょっと想像がつかなかったのですが、何か大まかにここで決めたことと、そういう地域でのそういうものと、どういうふうに動いていくのか、もし何か構想があるようでしたら教えていただけますか。

- 新倉課長 そういった意味では、構想というのはまだ我々でもですね、しっかり持っていません。ただ先ほど、宮城の後藤さんの話もあったように、かなり避難所であるとか、仮設住宅というところでの支援というところも出てきます。そうすると、どうしても開設者である区市町村というところと十分情報連絡を含めてとっていかないと、多分活動自体がなかなか難しいというところがあると思います。

そうした意味で、行政職員とリハ職の連携ということが、この資料の中では書いたわけですが、それぞれ区市町村の取り組みというところで考えますと、今堀田委員がおっしゃったように、区市町村ごとに実はそれぞれ違うようなところもあると思います。その辺りをちょっとどういうふうに連携をとっていくのがいいのか、また、そういった意味では、はっきりとまだ我々も各区市町村のリハというところでの取り組みというのは、まだほとんど把握ができていないところが正直なところですよ。

そうしたところが、どういうふうに逆に連携をとって、多分ここでの議論を踏まえて、我々としては区市町村にやっぱり働きかけたい、協力をお願いをしていくような形になってくると思います。そうしたところで進めていくようなイメージなので、具体的にまだ我々も構想というところまでは持っていないのが正直なところですよ。

- 安保部会長 例えばあれですか。東京都は何かこうしようというふうな、それを後藤先生が言われたように、ちょっといろいろつなげていかなきゃいけないと思うんですけど、例えば、理学療法士学会とか、作業療法士学会とか、言語聴覚士学会とか何か少しベースになるようなことを話し合いをしているとか、そういうのはございますか。

- 原島委員 東京都理学療法士協会の原島でございます。

私、ちょうど災害対策委員の委員長をやれと言われたのが、震災が終わった後なんですけれども、まず言われたのは、安否確認システムをつくらせてくれということですね。何か起きたときに手伝おうとしても、大体手伝う人間がいるのかどうかと。今そのシステムをつくらせてインターネットでやれる、もしくはファクスかメールでというのをとりあえず構築してみたんですね。ところが一つ大きな問題は、住んでいるところがまた東京の人は違うんですね。例えば、この震災、夜に起きたら、恐らく住んでいるのが埼玉とか千葉とかに住んでいる方も多くて、昼間起きれば職場で被災されて、もしお手伝いするとすると、病院のことももちろんあるのでしょうけれども、その地域で何かやるとなれば、当然お手伝いできる人がいれば手伝いにいくという方法なんですけど、私が知っているのは、まず安否確認をつくらせてと言われて、今ことしからつくったんですね、今度OTさんとSTさんと一緒に、9月1日にちょっと安否確認システムと一緒にやってみようと、予行練習をしてみようという企画にはしているんです。あとは、それを今度は先ほど堀田先生がおっしゃったとおりで、どうやって行政につなげていくか、情報

をですね。そういったところが、今後課題になってくるのかなと思っています。いろいろあるんですけど、まずは安否確認。

○安保部会長　OTさん、そういうところなんですけども、近藤先生、介護支援専門員は、介護のほうでは何か少しこうしようというふうな大きな流れというのはございますでしょうか。

○近藤委員　大きな組織とか、それはないのですが、東京都は私が所属している東京都介護支援専門員研究協議会でやっと始まったばかりなのですが、日本全国にすると、日本介護支援専門員協会という形で、災害リハの10団体の一つにはなっているものですから、その中で、非常訓練とか、あるいはマニュアルづくりとか、それはもう既に毎年行っている最中なんですけど、ただ実際のところ、東京都という形で考えたときに、実は私が東京都介護支援専門員協議会から、実は、東京都さんから受けている社協さんがやっている災害時要援護者のあり方検討会みたいな、東京都社協さんが、いわゆる施設、今現在、存在する地域にある施設関係社会福祉法人を含めての施設関係を中心として何かやっていかなきゃいけない。その本部として、東京都社協さんが、飯田橋の福祉プラザにとりあえずは拠点を持って、東京都さんと、東京都は総務部総務課さんかな、のほうでやっていらっしゃるみたいなのですが、そのつながりをなるべくスムーズにできるように、いわゆる災害発生時のリハ支援体制と、なおかつ介護の関係の部分は、どの時期にどうやって出てくるかということも考えていかなきゃいけないので、施設を含めて、多分たしか葛飾か、荒川か、荒川区のほうでは、もう施設を中心としての訓練が何回か行われたように聞いていまして、その発表なんかも聞いておりますので、それを考察している最中でございます。

○安保部会長　ありがとうございます。情報を集めていただいて、少し何をすべきかというのを。

○新倉課長　今委員の発言でございました、社協の中でそうした検討を進めている、そうした今現在進んでいる検討の部分、また関連団体のほうで全国的に今取り組まれているようなこと、こうしたことも合わせて情報収集しながら、それらと、これから我々が検討をお願いしている部分をどういうふうにするかというふうな、矛盾のあるものが出てきまうと余計これは混乱する形になりますので、現在、先行して進んでいる部分と、その情報をまずとって、それをまた次回以降等のこの部会の中でも情報提供させていただいて、それらとうまく組み合わせながらできるように、そういうふうに進めていけたらというふうに思っております。

○安保部会長　ほかに、どなたか。伊藤先生。

○伊藤委員　東京都医師会の伊藤でございます。遅れてまいりまして、申しわけございませんでした。

確かにリハビリテーションがこの災害時どうかかわっていくかというのは、なかなかちょっとイメージしにくい部分がちょっとあるかと思うのです。直後は、恐らくそれぞ

れの病院の超急性期の対策の中に組み入れられていくと思うんですけれども、その後の地域とのかかわりということについては、なかなか分からない部分がある。

これは東京都の災害時の医療救護活動ガイドラインにおいても、急性期までは相当分厚い分量を書かれているんですけれども、実は、亜急性期以降は、本当薄いものしかないのです。これは実はそのところになると、恐らく区市町村単位の活動が主体になってくるフェーズになってくるので、都がどう関わっていくかということが、まだ模索中であるというのが1点ですね。

それから、医療に関しては、様々な災害の経験からスペシャリストがたくさんあって、東京にもそういうスペシャリストがたくさんいらっしゃいますので、そういう形で医療の救護体制については、かなり綿密につくられているんですけれども、その後続く、維持期の医療あるいはケアですね。介護、ケアとか、そういったところのものが実際には余りよく議論されていなくて、出来上がってなくて、特にその移行期についても、ほとんどまだはっきりいって議論がなされていないというのが現状だと思うのです。

多分、この会は、どういう意義があるかということ、今地域包括ケアとかの場面でも医療から介護、福祉につながっていくときに、今リハビリの存在というのは非常に大きなものがあって、その橋渡しをする、そういった役割を非常に重視されてきていると思うのです。

そういった意味で言うと、急性期の非常に医療でがんが頑張っている部分と、それから段々徐々に慢性期に移行していく部分で、やっぱりリハビリ職としての皆さんの意義というのは、非常に大きくなってくるとおもいますね。

もう一つ、今、都の会で言っていますけれども、実際に亜急性期とか、慢性期になってきますと、区市町村単位が主体になってきます。そうすると、区市町村単位で行われることと東京都をつなぐ役割というのがやっぱり必要になってきていて、そのつなぐ役割がやっぱりこの地域のこのリハの何というんでしょう、皆さんのセンターが担うべき役割であろうと思うのです。

ですので、その辺り、生活期のケアに関わっていくちょうど橋渡し役としてのリハビリ職としての役割と、ちょっとこれは東京都と地域の橋渡しですね、そのところの役割を何らかの形でこの会で話し合っただけであればいいのかなと思っております。

あとは、特に急性期までにおいては、やっぱりリハビリでこのコーディネーターを置いた一つの体制を作ったとしても、これはやっぱり全体の中のコーディネーターのコントロール下に入っていかなきゃいけない部分であろうと思うのです。その後の慢性期等の関わりについては、また今後の議論かと思えますけれども、ですので、必ずやっぱり医療救護活動のコーディネーターとの関わりというものは絶対持っておかないと、そこでばらばらに活動していれば、それは活動が成り立たない。その三つぐらいの観点を考えていただければなと思って、ちょっと聞いておりました。以上です。

○安保部会長 どうもありがとうございます。どなたか御質問、はい、どうぞ。

○伊東委員 武蔵野赤十字病院の伊東ですけれども、瀧澤課長にお聞きしたいんですが、ガイドラインの策定のところの3番の(2)の災害医療コーディネーターの指定というところで、先ほどの2次医療圏を単位としたという部分を増やしていきますという話を伺ったんですが、保健所というのは、この中で保健所は何か役割を担うようなものというのは、この中では考えていらっしゃるのでしょうか。

○瀧澤課長 実を申しますと、多摩地区と23区地域、そしていろいろ保健所さんで、多分公衆衛生等々のことで担うことがあるというのがあって、実は昨日、その辺のところをもう一回深い、もう一回検討をし直しましょうということで、始めたところなんです。

今の所、分かっているのは、いろんな組織ができて、多分皆さんの耳にも入っていると思うんですけども、デヒートだとかですね、いろんなチームができて、そしてそれが後から御支援に入っていただくということもあって、最初の医療救護活動からスイッチしていくと、その辺のところのことであるとか、あとは、地域の避難所をどうやって回っていくのか、そういうようなことを今考えていますと。そして、それをどのような急性期と災害医療とどうやってこうやって、その位置を区市町村のどこに持っていくかというところまで、今、実はそういう細かいところを先ほど伊藤先生からありますとおり、初動期には当然、保健所さんは地域を知っていらっしゃるって、地域の診療所さんとの地域も知っているというところで、そここのところで災害活動の支援を行っていただける。そしてその後、多分72時間以降は、それぞれの保有する所管するところで、保健所という立場からどうしてもそちらのほうにスイッチしなきゃいけないということで、そのためにも実情の情報収集をしつつ、そっちに行ける体制をしていく任務をしていきましようねという形で、多分応じるのだろうなという検討をしていますけれども、そのような話をして、今あるガイドラインでどのように保健所さんの役割を盛り込めるかというようなことを今、実は検討している最中です。

ですから、今検討の途中というところで、これもまだ一応完成形としては出しますが、それぞれ発展段階のものということで、ぜひだめなところがあれば、修正しようというスタンスを持ちながら、これは作っているものですので、いろいろ御意見があれば、全然修正していくという段階でございます。よろしいでしょうか。

○伊東委員 はい。先ほど、後藤先生のお話を伺っていたりしていると、やっぱり自治体とか公的なところに理学療法士なり、リハ職が入っているということがあると思うんですけれども、今のこの僕ら地域リハ支援センターとして請け負っている、僕らもそうなんですけれども、自治体には入っていないというところがとっても対照的なところで、保健所という、医療機関とかをまとめているという印象があったりもしますし、リハビリテーション実施機関名簿とかを作るときには、保健所とかとタイアップすると、アンケートが返ってきやすいとかいうようなことがあったりするということもあって、もしかすると保健所さんをうまく使うといいのかなというように、ちょっとおぼろげながらに



考えているところなのですけれど。

- 安保部会長 その避難所になるところというのは、もうほとんど決まっているんですね、場所は。
- 瀧澤課長 はい、決まっています。
- 安保部会長 そうすると、そこの管轄の保健所というのも。
- 瀧澤課長 避難所の運営自体は、基本的には区市町村さんが担当されると。となると23区と多摩地区さんでは、結局体制難しい、言い方は難しいんですけど、体制がちょっと違って、保健所がどこのが入っているのか、保健センターだとそういうのがありますので、ただ間違いなく地域を管轄する地方公共団体、行政機関は、どのように避難制度を、もしくは救護制度をつくるというのを、もう地域の防災計画を決めなきゃいけないので、その策定に当たっているというところでございます。
- 安保部会長 ある程度避難するところというのは、場所は決まっているわけなので、例えば、そこに避難した人のリハビリとか、救急体制のほうは、もういろいろなさっているので、そこをある程度うまくできればというふうなことともう考えてもいいわけですね。
- 瀧澤課長 実は、私もガイドラインをつくるに当たりということ、いろいろ慢性期、ちょっと急性期を超えた時期のところの勉強をさせていただいたりとかしたんですけども、正直言って、いろいろ区市町村さんで温度感があってというところもあったりとかで、明確になっていないところもあったりとかいう、まずこれを最優先にやるべきだということもあったりとか、ちょっとなかなか明確な答えはここでできないというのは、誠に申しわけないです。ちょっとこれは検討というか、研究させていただきながらということでもよろしいでしょうか。
- 安保部会長 しつこいようですけど、例えば、ここに避難所ができるとすると、ある程度の想定地震がとか、直下型があったときに、この避難所には何人ぐらい来るだろうとか、おおよその予想というのは、ある程度できるものなのですか。
- 瀧澤課長 すみません。ちょっとそこは詳しくはなくて本当に申しわけないです。ただ前職は、担当が消防の救急ですので、見ますと、基本的には新宿区さんでは、ここに最大で何人来るけれども、ここに来なくてもいいんですよ、もし自分の自宅のところで生活できる場合には来なくていいですよ。ただし、この地域住民の方々に対する最低何日間かの食料と水の体制については持っていますよという表現をされていました。それに応じて、当然、医療品やその資機材等々の準備というのは、避難所を中心に準備をされているというのが実際のところですよ。
- 安保部会長 ありがとうございます。ほかにどなたか。なかなか難しいところだと思いますけれど、どうぞ。
- 小磯委員 すみません。荏原病院の小磯と申します。ちょっと災害の対策とちょっと離れてしまうかもしれないんですけど、実は、後藤先生のお話を聞くのは今回2回目、

前回お話を伺ったときにも、平時のことが緊急時にあらわれているとか、顔の見えるネットワークが以前より深いというのは、そのとおりだなと思ってまして、当院に所属する太田区、品川区でもそのような活動をやっぱり積極的に進めていく必要があると考えてまして、今までですと、支援センターとして講演会などを行うのが多かったんですけど、ではなくて、それよりもっと直接各関係の団体がコミュニケーションをとれるような場を設定しようというような活動をちょっと今進めています。

具体的には、ケアマネさんの団体とセラピストの団体、あるいは医師会の方々と直接グループワークを行って、どういったもので支えていくかといったことを企画したりして行っているんですけど、そういったことを支援センターとして行うに当たって、ちょっと行い方に関してなんですけれど、できれば支援センターのほうが主催してやってほしいといったときに、東京都の方々から言われているんですけど、なかなか支援センターの人数では、大田区だけでも70万人という人口に対して回らないというところがありまして、各団体が積極的に主催して、そういった活動を行うようなところには後方支援をしたいと考えているんですけど、そういった活動をできれば支援センターとしては主催してほしいというふうになるのは、そういうふうに話を受けているのが分かっているんですけど、何かうまい形で後方支援という形でできないかと考えているんですけども、それは。

○新倉課長 まず今、地域リハ支援センター事業の中で、連携施設という制度というかです、そういうのを設けています。この連携施設というのは、例えば、今センターがその圏域の中の事業を全部やるのではなく、連携施設と協力して実施をしてもらう。連携施設として東京都のほうにここが連携施設ですよということで報告をいただければ、東京都から、ちょっとこれはお金の話になっちゃいますけれど、東京都からの委託料をセンターからその連携先の施設のほうに、ある意味流してですね、それで連携施設のほうで事業を実施してもらうというようなやり方というのができる仕組みになっています。

この連携施設というのは、必ず病院ではなくても、先ほど言った、例えば、団体、関係団体そうしたところでも結構ですので、そうした仕組みを使って2次医療圏、やはりこれいつも会議をやると、大体今の2次医療圏は1か所のセンターで見るのは、非常に広いということはあるんですけども、そこは今連携施設というのを、例えば圏域の中に少し連携施設を設けてもらって、そこで協力しながらやってもらう。そうすれば、ある意味、主催ではなくてもできる、そして、掛かった経費なりは東京都からの委託料から出してもらうというのは可能ですので、そうした仕組みをうまくちょっと使ってもらえるのいいのかなというふうには思っております。

○小磯委員 今のお話ですと、今連携施設、協力施設が病院施設だけなのですが、例えば、地域包括ケアセンターの話が先ほどありましたけど、介護支援専門員の団体ですとか、あるいはセラピストの団体とか、そういったところも連携施設として指定するということも可能になっていると考えてよろしいですか。

○新倉課長 はい。可能です。

○小磯委員 ありがとうございます。

○安保部会長 そうですね、それは介護の方もそうだし、PTさん、OTさん、STさんともちょっと連携をとりながらやらなきゃいけないと思うんですよね。なので、やっぱり都として、こういうことをコーディネーターを作るに当たってはやりましょうという指標をちょっとみんなと相談して作って、それでお願いをすると。やっぱり画一的にある程度いいコーディネーターを作るような形でやらないと、あるところはよかった、あるところはもう一つということになるといけないので、ちょっとその辺もみんなで協力して、いい知恵を出してシステムをつくるというふうなことをしましょうか。

これもやるのかと。僕もこれ地域支援センターで、これもやらなきゃいけないのかと、果てしなく仕事量がふえていくような感じがするので、多分先生もそういうふうなものをちょっと感じていらっしゃると思うんですが。

○小磯委員 ちょうど当地域で、大田区で理学療法士会が立ち上がりまして、今年度は品川区でも立ち上がる予定ですので、そういったところにうまく取り入れることもあれば、入れていきたいなと思います。

○安保部会長 そうですね、ちょうど連携施設で何かやるときには、地域支援センターの補助をいただいたものから出せるということもありますので、それちょっとうまく有効的に使うようなシステムをやりましょう。はい、どうぞ。

○西脇委員 関連団体としての立場ということで、今日は伺っているんですけども、今までもJMATとの関係で、P、O、S、ケアマネさん、それからリハ医と看護師の人とちょっと何回かは会議を持っていたのです。どう動けばいいのかというのが、なかなか分からず、やっぱり行政やいろいろ末端の方たちとの連携がないと何もできないと思っていて、私はどういう動き方をしたらいいのかというのが全然分からなかったんですけども、何か今日ここに来させていただいて、関連団体としては、やっぱり動ける、さっきお話でもありましたけれども、連携ができる人たちを育てる立場なのかなというふうに思っていて、東京都理学療法士協会ではずっとやっていたらいいのに、作業療法士と私たちと乗ったような形で、一応コーディネーターの養成講座みたいなのはやっているんですけども、その何かどういうふうな教育をしたらいいのかとか、そういった所を皆さんで知恵を出していただいて、私たち団体としてはそういう人たちを育てる立場で、有事のときは、一番の元のコーディネーターになる役なのかなというふうに、何かやっとなし少し自分の立ち位置が分かったような感じなんですけれども、今日は本当にいろいろな方とお目にかかれて、私としてはすごく良かったかなと思っています。

○安保部会長 どうぞ。

○松岡委員 先ほどの連携施設というところの話に少し戻ってしまうんですけども、東京都のOT士会もPT協会も2次医療圏ごとのブロックで活動も行っていますので、そ

このブロックで研修会も行っていたりしますので、そこもうまく活用してもらえたらと思います。災害対策の研修会という形で一つできるのかなと思っています。

あと私たちの団体もどういうふうな活動、どういうふうに関われるのかなというので、後藤先生の話の後方支援コーディネーター的な役割なのかなというふうな、ぼんやりとですけど、イメージは少しできたので、また今後とも皆さんと一緒に協力してやっていけたらいいなと思います。

○安保部会長 ありがとうございます。話は尽きないと思いますけども、一応都の方に御意見を少しお伝えしてもらおうようにして、それをメールとかファクスとか。

○新倉課長 今日は、まずこの部会の第1回目ということで、これからこの皆さんで議論を検討していただくための前提部分として、まず東日本の時どういうことだったのかというのをお話しいただいて、それをまず共有したと。

あと一方で、都の災害医療の体制の部分がどうなっているか、これもやはり先ほど伊藤委員からあったように、そことどうしても関連を整合しておかなきゃいけないと、そこも前提として知ってもらった、共有したと。

以後、2回目から具体の議論というのを、また始めていきたいなと思っております。ですので、当面まだ2回目まではですね、2回目に向けて各立場の皆さんの方で、どんなことが課題なのか、どんなことを検討していかなきゃいけないのかというのを、それぞれ考えていただいて、それをまた第2回目のときに議論を始めていくと。

恐らく、第2回目の時には、先ほどほかの所での動きの部分ですね、社協のものであるとか、あと先ほど西脇委員が言ったように、各団体ごとに取り組んでいる部分があれば、その辺りもできれば情報提供いただいて、それらを元に、また議論を2回目からスタートしていくという形で進めていければというふうに思っております。

○安保部会長 じゃあ、よろしいでしょうか。ちょっとお時間も過ぎましたので、きょう1回目は、こういう形で終了したいと思います。

では、また何かありましたら、東京都のほうにご連絡をいただいて、また今度、第2回目の論議をまたつなげていきたいというふうに思います。

きょうは、どうもお疲れさまでした。ありがとうございました。

どうぞ、事務局にお返しします。

○新倉課長 第2回目の日程調整は、また改めてさせていただきたいと思いますが、夏をちょっと過ぎて10月ぐらいかなとは思っておりますが、改めて、連絡させていただきたいと思います。

本日は、どうもありがとうございました。

(午後 7時13分 閉会)