



東京都区西部地域リハビリテーション支援センター研修会

「災害リハビリテーションの実際と 災害に求められる備え」

初台リハビリテーション病院医長
東京都災害リハビリテーション支援
関連団体協議会（東京都 JRAT）理事
森直樹先生
2022年3月25日（金）

本日のお話の目指すところ

- ・災害リハとはどんなものなのかイメージできる
- ・災害に備えるために必要なことを知る

【司会 和田】

災害リハビリテーションについては、2022年1月に日本災害リハビリテーション支援協会（通称 JRAT）副代表の近藤国嗣先生に総論をお話いただきましたが、今回は第2弾となります。

それでは、本日の講師の先生をご紹介します。初台リハビリテーション病院の森直樹先生です。森先生は東京都 JRAT の理事もお務めいただいております、東京湾岸リハビリテーション病院でのご勤務時代に、JRAT として熊本地震に派遣されたご経験もあって伺っております。本日はその辺りのお話も踏まえ、支援の実際についてご講義いただく予定です。

それでは、森先生、よろしくお願いいたします。

【森 直樹先生】

ご紹介ありがとうございます。初台リハビリテーション病院、森直樹と申します。本日はよろしくお願いいたします。

本日の講義は、先ほど説明もあったように、私が千葉の回復期病院である東京湾岸リハビリテーション病院に勤めていたときに、熊本の地震で JRAT 活動をした体験談になります。

本日、この講義の機会を頂いたのですが、私自身災害リハビリテーションについて、実際に活動するまでは、存在は知っていて、大切だろうなということは想像していたものの、実際どういうものなのかイメージできていませんでした。

これは何故かと考えると、災害現場という非日常体験は実際に体験しないと想像が及ばないのが大きな原因かと思います。ですから、本日の話の目的としては、災害リハビリがどんなものなのか、まずイメージできるようにしていくことと、災害の備えとしてどういったものが必要なかという、最低限のことをお伝えできればと思います。

本日は、そもそも災害リハとはどんなものかというお話からはじめて、その後に、実際に私が体験した熊本での災害リハ支援の話ができればと思います。最後に、災害リハで求められることをお話いたします。

災害リハとは？

大規模災害において生じる
生活不活発病や災害関連死に対して
リハビリテーションを提供し減災を図る活動



早速ですが、災害リハビリテーションとはどういうものかという大規模災害が起こったときに、それに伴い生じる生活不活発病や災害関連死を無くしていきましょうという活動です。

実際の活動状況を想像するのは難しいかもしれませんが、このスライドは実際、私が行った熊本の避難所、南阿蘇中学校の体育館になります。こういう場所で、本当に簡易的な、ござを敷いたり、マット1枚敷いて横になって暮らしているような避難生活をしている時に、どういふ有害事象が起こってくるのか、リハビリや医療の知識がある方であれば、何となく想像できてくるかと思えます。

廃用症候群

- ・筋肉は1日の安静で1日3-5%程度落ちる
- ・1週間の安静では15-20%
→回復には1ヶ月かかる

動かない → 筋力が落ちる → 動けない

- ・手足を動かさないと関節が固まる（拘縮）
- ・心肺機能の低下
- ・床ずれができる（褥瘡）
- ・骨がもろくなる（骨粗鬆症）
- ・体を起こした時に低血圧になる（起立性低血圧）
- ・便秘、食欲不振
- ・深部静脈血栓症（DVT）

まず、どんなことが起こるかという、このような状況で、普段元気で活動しているような方がやることもない、そういう状況でずっと横になっていると、廃用症候群が生じてきます。釈迦に説法かもしれませんが、筋肉は安静にしているとどんどん落ちていきます。1週間の安静で15～20%落ちるといふ報告もあります。落ちるのは簡単ですが、戻るのは大変です。動かないでいると筋力は落ちてきます。そうすると、動き辛くなっていくので動かなくなり、ますます動けなくなっていくという負の連鎖が起こってきます。

この辺りは、本日はリハ職の方や医療職の方が多いと思うので、経験的によく分かっているところかと思いま

す。先ほどのスライドで見せたような避難所での生活から、こういうことが起こるのは容易に想像ができると思います。

もちろん、廃用症候群は筋力だけの話ではありません。関節が固まってきてしまったり、心肺機能も落ちてきますし、自律神経系の問題なども出てきます。その他にも怖いのは深部静脈血栓症です。実際に被災地で、避難所生活でこういった問題が起こってくることは、よく知られています。ですから、災害時にこういったことが起こらないようにするのが私たちの活動になります。

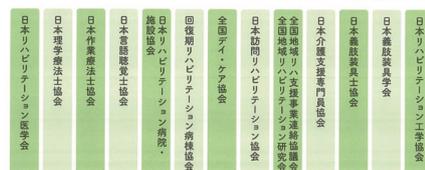
さらにいうと災害関連死を防ぐことも大切です。これは直接的なものだけではなく、そこから付随するような形で起こってくる死亡事例も含まれます。病院に通えないことや、通常と違う生活による疲労で生じてしまうような死亡も含まれます。

JRATって何？

2011年 東日本大震災を機に「東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体」が発足し、その後JRATとして発展した。



大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会



こういった問題を積極的に無くしていこうということで、東日本大震災をきっかけに関連する10団体が一致団結して、JRATという形で活動するようになりました。なぜ私がJRATの活動に参加したかということ、私の所属する大学の先輩、師匠にあたる里宇明元先生や近藤国嗣先生、こういったJRATの立ち上げに関わっている先生方が直接私の恩師にあたる存在で、その縁でJRAT活動に参加しました。

建前は何となく分かっていたかと思いますが、次に、実際の支援の現場がどんなものなのかをお話ししていければと思います。本日はそんなに難しい話というよりは、体験談から何となくイメージができるようになっていただければ、私の目的は達成できるかと思えます。

少し前の記憶になるので、私自身も段々記憶がうっすらしてきているところですが、皆さんは覚えていますか。2016年に熊本で震度7を記録して、その後また再度震度7という状況で震災が起こりました。

死者（合計）	273 人
直接死	50 人
関連死	218 人
豪雨被害関連死	9 人
負傷者：	2,809 人
避難者数：	183,936 人
被害総額：	最大9.2兆円
2019年4月12日現在	

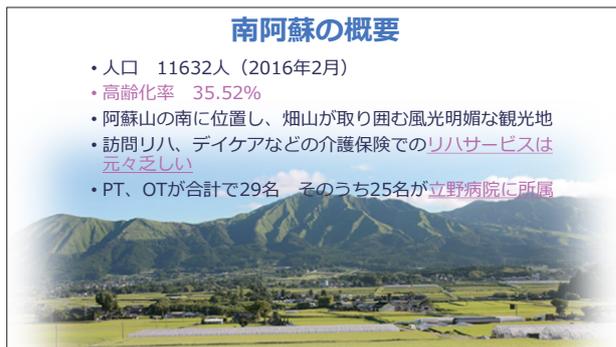
こちらは当時の新聞記事を切り抜いていたものです。熊本城の武者返しも崩れて無くなってしまったり、家が倒壊したり、橋が崩落したりといった大規模災害が起きました。

こちらは被害状況を示すものですが、避難者総数で言うと18万人ぐらいの方が避難している状況でした。そういった方たちは先ほど見せたような写真のような避難所で生活すると当然、廃用が生じてくることとなります。

当時、私が所属していたのが先ほどお話ししたように東京湾岸リハビリテーション病院で、こちらの病院から4チームが災害に派遣されました。私が行ったのが第2チームで、ちょうど5月の連休あたりの時期に南阿蘇という地域に向かいました。

私たちの病院からは、益城というかなり家が崩落してしまった、被害の大きかった地域にも行っていますが、私が行ったのはすぐ隣の南阿蘇で、ここも被害がかなり大きかった場所です。

南阿蘇に関してですが、皆さん覚えていらっしゃるでしょうか。阿蘇大橋という橋が流されなくなってしまった現場です。今は新阿蘇大橋という橋が新たにでき、だいぶ復興しているようです。熊本からの位置関係は、熊本市内、お城から小一時間で、1本道でつながっているようなところです。



南阿蘇の概要ですが、もともと南阿蘇がどういうところかイメージしていただきたいと思い、写真を用意しました。人口は1万人ぐらいで、高齢化率がかなり高く35%、阿蘇山の南に位置して、きれいな場所です。元々風光明媚な観光地です。私が行ったのが、ちょうどゴールデンウイークあたりなので、本来だったらその時期は観光の名所で繁忙期という頃でした。

現地のリハビリ資源の状況ですが、訪問リハビリやデイケアなど介護保険でのリハサービスはもともと非常に少ない場所でした。地域でPT、OTが29名、そのうち25名が立野病院に所属されているセラピストさんでした。

（現地の写真）こんなにきれいな場所です。写真は移住サイトからの引用ですが、私も行ってすごくきれいな場所だな、いい場所だなと感じました。本当にのどかな農村というところです。

先ほどお話しした立野病院は村で唯一入院ができるような病院施設ですが、ちょうど私が行った時期は病院が閉鎖されてしまっていました。というのも、病院の裏手に山があり、崖崩れを起こしてしまって危ないので、病院に立ち入りができない状況でした。村唯一の入院ができる医療施設ですが、閉鎖されてしまっていて、職員も全員解雇という状況で、要するに、その地域にセラピストがいなくなってしまっている状況でした。

先ほどお示したように、当時、熊本の拠点としては、JRATの本部が熊本市の熊本機能病院というところがあり、私たちは千葉から福岡まで飛行機で飛んでいき、そこでレンタカーを借り、南下して熊本に入りました。まず、熊本機能病院で一度任務を受け、そこから南阿蘇に向かっていきました。

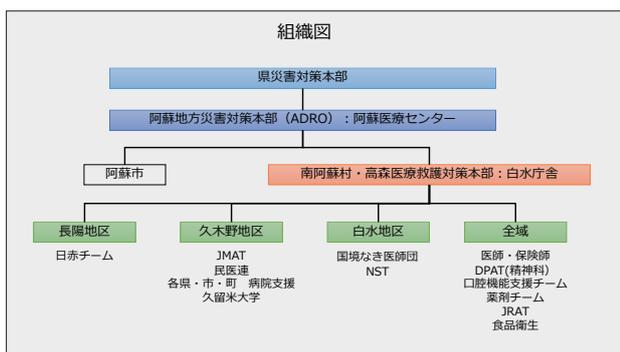
メンバーは4人で、私の他に東京湾岸リハビリテーション病院のスタッフ、PT、OT、ナースという形で行かせていただきました。

熊本から南阿蘇は通常であれば1時間ぐらいで着くような距離ですが、車道の多くが地震で使えなくなってしまっていて、図の黒いところは、私たちが行った時期に通れなくなってしまっていた道路です。1本で真っすぐ行ける最短ルートが無くなってしまっていて、実際行くのに2時間以上かかりました。

やはり災害が起こると、通常できることができなくなってしまいます。有名な阿蘇大橋はこんな感じで崩落してしまっていて、橋が無いので通れなくなってしまっていました。本来だったら交通の要になっているところなんです。

もう少し細かく見ていきますが、これが南阿蘇の地域を示したものです。南阿蘇は大きく三つぐらいの地域から成ります。私たちが宿泊したのが右下の星印です。こちらはクリニックさんで、善意で宿泊施設としてクリニックの一部を開放していただき、そこで寝泊まりしていた形になります。

あとは、この星印の白水の庁舎がいろいろな医療、福祉のボランティア団体の拠点になっていた場所です。その他、星印がいろいろ書いてありますが、こういった星印が避難所で、各地に点在していました。先ほど言ったように、立野病院が阿蘇大橋のすぐ近くにあり、崖崩れがあるような状況で運営が難しいということで、閉鎖になってしまっていました。冒頭で見せた避難所は南阿蘇中学で、私が行った当時はノロウイルス感染症がはやりもしていました。



先ほどお話ししたように白水庁舎が各支援団体の本部になっていました。実際、どの様な状況だったかという、入るとこの様な感じで、色々な支援団体の方が沢山いて、地域の役所の方もいらっしゃる状況です。

全国から保健師さんが応援でいらっしやっております、ここに写っている方はほとんど各地からかけつけた保健師さんたちです。

色々な支援団体が入っていて、各避難所にどういった支援が入っているのかを手書きで示すような図が張ってあったり、先ほどもお示したようにDVTが問題になったりするので、DVTを示唆する所見を見つけたり、疑うような状況があれば、こちらにご連絡くださいといった内容の張り紙がありました。また、これはドクターのプライベートの電話番号ですが、こちらにご連絡ください、ご相談くださいというようなことも書いてありました。

私たちが着いた時点では支援組織ができていて、この様な組織図になっていました。JMAT、国境なき医師団がそれぞれの地域に分かれて入っていましたが私たちは南阿蘇に一支援団体という形で、4人のみで入ったので、各地域ごとに細かくは分けられないので、地域全体を診る形でした。

これは避難所を整理したものです。私たちが行ったときには、ある程度急性期の医療は落ち着いてきていて、どちらかという廃用のリスクが高まってきているような状況でした。

当時の状況ですが、先ほど地図に星印で示したように、避難所が各地域に点在しており、薄くて見にくいのですが、だいたい小学校、中学校の体育館が避難所になっていました。図上部に日付が書いてあり、時間帯があります。数字は避難者の人数です。その時間帯、その時間帯で、何時に何人ぐらい人が居たということが記録で書かれています。

時間帯で人数が変わるのはどういうことかということ、家が崩壊してしまい、もう家に住めない方も大勢いらっしゃる一方で、全然問題なく住める方もいらっしゃるしました。当時の状況としては、日中避難所で過ごしたり、夜だけ避難所で過ごしたりという形で、家と避難所を行ったり来たりされたりする方が居られました。また一部には仕事に復帰しているような方もいらっしゃる、避

難所から職場に行くということで行ったり来たりしているので、ずっと同じ避難所にいるわけではないような状況でした。ですから、人数が結構時間で変動しているのです。ちょうどこういった複数の避難所が、少しずつ統合されていくような過程でした。

このスライドは先ほど見せた南阿蘇中学の避難所です。だいたい避難所はどこも同じような感じでした。

JRAT 活動をして車で移動しているのですが、道すがら、崩落してしまっているような現場も沢山ありまして、結構怖いという印象を持ちました。ブルーシートがかかっていて、屋根が崩れたり、瓦が落ちてしまっているお宅も沢山ありました。

崩落しかけている道を活動する際に通らなければいけなくて、この日はちょうど雨が降っていたので、「これ、崩れたら死んでしまうね」と一緒に行ったセラピストと冗談半分で言い、「ちょっと怖いね」という話もしました。

左上の写真は校庭ですが、中学校の校庭に自衛隊の災害救助の方たちもいらっシャっていて、黒いものはお風呂を提供するテントです。こんな感じで医療用のテントだったり、お風呂用のテントだったりがあって非日常な空間でした。

これまでの活動から見えてきた問題点

1. 個別対応数が増加し人的限界が見えてきた
2. 患者情報の整理不足
3. 避難所での廃用予防に対する予防的介入の未実施
4. 過剰なりハ提供、潜在的なりハ需要の不要な発掘

より具体的な 災害リハチームのミッション

- ・優先順位の高い個別症例に対する直接的支援の継続
- ・過去情報の整理（トリアージ）
- ・廃用に対する予防的介入
- ・他団体との連携強化
- ・地元リハ関連サービスの再開に向けた支援

このような感じが私が行った時の状況でしたが、これまでの活動から見えてきた問題点がありました。私の前にまず先陣がいた訳ですが、そこで拾い上げた、個別の

リハビリ対応をしてくださいという患者さんの数が増加して、4人で提供できるリハビリの量には限界があるので、個別介入に人的な限界が見えているような状況でした。

あと、患者さん候補がどんどんリストにアップされていたのですが、情報がいろいろと重複していたり、抜けていて、患者さんの情報、被災者の情報の整理が必要な状況でした。

また、避難所で廃用に対する予防的な介入が行われていなくて、高齢者が多いところでああいう生活をしているので、今後、廃用がどんどん進んできてしまうのは目に見えていたので、事前に予防しないといけない状況でした。

その他、高齢だからという理由でリハ提供されているような状況も見られました。過剰なりハ提供があるのではないかとか、潜在的なりハニーズの不要な発掘があったのではないかとということが問題点として出ていたので、この辺を少し整理する必要がありました。

こうした問題点があったので、私たちのチームでは、優先順位の高い個別症例に対する直接的な支援は継続しつつ、過去の情報を整理してトリアージしました。あとは、廃用に対する予防的介入もしていきました。また、色々な支援団体がいたので、他団体との連携を模索しました。

更に、JRAT の活動は一時的なものです。本来その地域にあったりハ資源が使えなくなってしまった一時しのぎなので、地元のりハサービスを復興させていき、そちらにつないでいくのが最終的なゴールになるので、その辺りも模索しました。

この写真は装備で、実際にどんなものを持っていったかということと防寒具やご飯です。後で示しますが、幸い南阿蘇は、食がかなり豊かだったので大丈夫でしたが、災害現場ではすぐにご飯を食べられない状況もあり得るので、非常食のようなものも持っていきました。意外に思われるかもしれませんが、情報を整理するのに PC は必須ですし、本部とやりとりするに当たり携帯電話やポケット Wi-Fi なども必要でした。加えて衛生用品が必要になります。私たちは幸い屋根があるようなしっかりとしたお宅を間借りすることができたのですが、さすがに布団まではなかったので、寝袋を用意して自分で持っていきました。

実際の活動で1日をどんな感じで過ごしていたかとい

うということで、椅子を置かせていただいたり、あとは段差の対応をしたりがあったり、床からの立ち上がりができない方に対し、据え置き式の手すりを用意したり、滑り止めを用意したりということで、福祉用具の提供も検討しました。

トリアージについては、もともとあったリストを整理して、避難所を巡り、実際の患者さんの状況を見た上で、必要度の高い人を選別していきました。

こんな感じで、夜宿に戻ってきてから情報を整理をしていく形で、問題点、年齢、避難場所などで整理していきました。夜に次の日どういう形で活動していきましようかというスケジュールを立てました。時間がないのでタイトにしっかり計画していかないと、知らない間にどんどん時間が過ぎてしまう状況だったので、しっかりとスケジュール管理をして活動していました。

あとは、トリアージということ言うと、色々な団体が朝夕と申し送りをするのですが、高齢者が多い地域で、JRAT がリハビリの団体だということは皆さん非常によく知っていただいていたので、色々な団体からお声掛けいただき、あそこに90代のおじいちゃんがいるとか、困ってそうな方がいるということで、貴重な情報提供もいただけたのですが、一方で高齢だからという理由だけで介入してほしいというような事例も結構ありました。

そのため、保健師さんにチェックシートをあらかじめ付けておいてもらった上で、必要な情報をJRATに申し送ってくださーいというようなことを僕らの方でお願いしていました。

このような経験をもとにして、熊本の地震後に災害リハビリテーションの教科書を書かせていただく機会をいただいたので、トリアージという項目でどういう形で介入の必要度を見ていったらいいのかというようなことを提案させていただきました。ADLが自立できているか、できていないのかという観点で、基本にご高齢であってもADLが自立して、食事もとれているような方に関しては、非常事態においてはリハビリをやってもいいかもしれませんが、絶対に必要というわけではないということで、必要度が低くなるようなトリアージになっています。

避難生活が中長期化するとに加え、避難所が整備されることで閉じこもりに伴う廃用進行のリスクが増大



あとは、廃用に対する予防的介入についてです。避難所生活が長くなっていきそうだとするところ、今後廃用がどんどん進んでいってしまうことが予測されたので、予防的な対応もおこないました。また、避難所が整備されると、どうしてもプライバシーを確保するために、外からどういう生活状況になっているのか見えにくくなってしまいます。変な話、この幕の中でずっと寝ていても誰も気付かない、何か起こっていても気付かないような状況になってしまっていて、余計に閉じこもりに伴う廃用のリスクが高まっているような時期でした。

私たちとしては、個別のリハビリでやれることは限られているので、予防的などは各避難所で自主的にやって頂けないかということで、体操の導入などを各避難所の管理責任者の方、だいたい各自治体の責任者の方たちになりますが、そういった方と交渉して導入していくことを試みました。どういった体操がいいのかということも、皆で考えていました。実際に導入して、活動もしました。これが実際の動画です。(被災地の)熊本なので、皆で考え、楽しめて、動けるものがいいのかなと思っていました。あとは、身体能力がどの程度の方なのかがよく分からないので、座位でできるような運動だったら問題ないだろうということで、座りながらできる運動を主体にはじめはやっていました。結構、小学生も面白がって来てくれました。これは立ち上がりをしてるところです。



この様な感じで、体操や少し運動するような機会を避難所の生活の中に落とし込んでいくことを模索して活動しました。更にここで人が集まる場ができたので、他の支援団体の方たちも一緒になって参加していただき、例えば運動をした後に歯科の支援の方たちも一緒に加わり、体操の後に口腔衛生についての話をして頂いたり、右下の方は保健師さんですが、お体の状態や生活状況の聞き取りをそのまま行う感じです。そんな感じで、ほかの支援団体とも協力して活動しました。申し送りで「こういう活動をします」と言うと、「そこに一緒に加わって何かできませんか」と保健師さんから提案があったり、歯科の先生たちから声掛けがあったりして、「では、こうやりましょう」という形で、先ほどお示したような支援をしていました。私たちが実際に一緒に活動したのは、歯科の先生、あとメンタルケアの方、保健師さんです。

次のお話、これが一番大事なのですが、結局 JRAT は一時的な活動でしかありません。平時に戻るのが僕らの役割というか目標になるので、地元リハサービスの再構築に向けた支援が欠かせません具体的にどんなことをやったかという、広域支援センターのリーダーである Hさんと、地域支援センターの看護師さんである Nさんを結び付ける仕事がありました。当時はどういう状況かという、地元のリハ資源の活用ということでは、地域支援センターの Hさんがリーダー的な存在で、何とか復興するための道筋を見つけたいということで頑張っていたらっしゃいました。しかし、その一方で、Nさんとコンタクトがなかなか取れないような状況があり、実際にどういう形で復興していこうか、再開していこうかということをお話していない状況でした。というのも、Nさんは地域包括センターでリーダー的存在ですが、各避難所のリハビリ以外の保健衛生や医療全般を統括するような存在として活躍されていて、リハビリはいくつかある懸案事項の一つでしかなく、あまり熱心に関心につ

いて聞いていただけていないような状況でした。

実際、私が Nさんと話す機会をいただけてお話ししてみたところ、「Hさんはリハビリのことしか考えていなくて、とにかくリハビリ、リハビリと、リハビリのことしかお話ししないのよね」というような話でした。そこで我々が間に入り、今後の道筋について1回お話しできないかということで話をし、関係性ができました。この話から、JRATの役割は何なのだろうと考えてみると、公に近い支援団体が間に入ることで、Nさんも聞く耳を持ってくれた。Hさん個人の話ではなく、団体としてこういうことが必要だということで、話を聞いていただけの側面がかなりあると思います。そういう意味で、JRATという公の団体が地域に入り、復興について考えるのは大事だと思います。

次隊への引継ぎのお話です。僕らが入った期間は5日間ぐらいなので、本当に短い時間です。結局これを継続していくためには、次の隊にしっかりと引継ぎをしていかないと、本当に一瞬で終わってしまう感じになってしまうので、引継ぎをしっかりと行うことも大事な仕事です。

災害リハビリの5原則！

- ① それまで行ってきたリハ医療を守ること
- ② 避難所での廃用予防すること
- ③ 新たに生じた障害に対応すること
- ④ 異なった生活環境での機能低下に対する支援をすること
- ⑤ 生活機能向上のために対応すること



ここまでが私の体験談ですが、こういった体験をもとに災害リハで求められることはどういうことなのかという事を、最後に少しお話しできればと思います。

災害リハビリでは、こういった5原則があります。まず、それまで行ってきたリハ医療を守ることです。次に

避難所での廃用を予防すること、新たに生じた障害に対応すること、異なった生活環境での機能低下に対する支援をすること、生活機能向上のために対応すること、が5原則としてあります。

準備期：来たるべき災害に備えて

- 地域JRATの整備と人員養成
 - ①被災時：地域JRATが災害対策本部に参加
 - ②支援時：事前登録された専門職の派遣
- 地域リハ資源の連携強化（県リハ支援センターや広域支援センター、同等のリハ医療機関）
- 各地域の地域リハと地方行政機関（防災システム）との連携構築

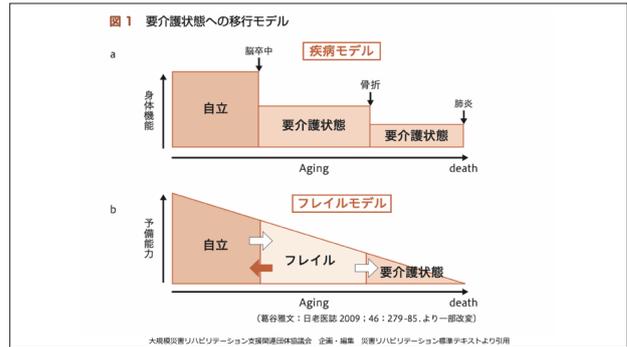
どの時期であっても大切なこと

- 地域のリハ資源など医療介護状況の把握
- 情報收拾と整理（情報獲得とトリアージ）
- やり過ぎないゴールを見据えた介入
- 行政・他団体との連携
- 次の部隊への引き継ぎ

災害リハビリテーションと介護予防・日常生活支援総合事業

- 廃用、フレイル予防→一般介護予防事業
- 要介護者への対応→介護予防・生活支援サービス事業

災害リハは『市町村が中心となって地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援などを可能とすることを旨とする』という趣旨の延長に存在する。



本日参加されている方は介護予防・日常生活支援総合事業に携わっている方がいらっしゃるかと思いますが、このスライドを用意しました。災害リハとはどんなものかという、普段その地域で行っている介護予防・日常生活支援総合事業がなくなって困ってしまうことがないように、一過性ですがJRATが支援を行うことをイメージしていただければ分かりやすいかと思います。

この点を疾病モデルで考えてしまうと分かりにくいです。発災ということで新たに怪我を生じたり、病気が生じることも勿論ありえるのですが、基本的に僕らのJRAT活動でやるような支援のモデルは、どちらかというとフレイルのモデルで考えたほうが分かりやすいと思います。勿論個別の症例で見たときに、疾病モデルで対応する必要がある方もいらっしゃるのですが、基本的には避難所での生活で、今まで自立していたような高齢者が動かなくなってしまい、フレイルを来すことで要介護状態になっていってしまう、これを無くしていこうという活動だと分かっていただければと思います。

それと、災害リハビリ5原則はどの時期にも当てはまるのですが、災害リハは時間、時間で状況が変わってきます。私たちが行った時期が、復興が始まりかけている復旧期にかけてのタイミングでした。こういった情報に関しては、先ほどさせていただいた教科書、『災害リハビリテーション標準テキスト』に纏めてあります。先ほどのトリアージについても書いてあります。

避難生活がだんだん長くなってくると廃用が起こってくるとか、仮設住宅が出てくると、今度は閉じこもりの問題が出てきてしまう、時期、時期で生じる問題が変わってきます。ですから、こういう知識を持って実際にJRAT活動をする必要があると思います。

いま私たちがいる時期はどこかという、発災が起こる前の準備期に当たります。いま私たちにとって何が必要かという、来るべき災害に備え地域 JRAT の整備と人員の養成です。いまお話ししたような知識を持った上で JRAT 活動を行える人員の養成をしていくということです。人員を養成するためには、まず組織がちゃんとしていないと教育活動もできませんし、人員の登録等もできないのでまずは、JRAT の整備が必要です。東京都に関しては、今までも存在していましたが、しっかりと組織作りという意味ではまだまだこれからということで、こういった準備が必要になるかと思えます。

あとは、地域リハ資源の連携強化です。どういうことかといいますと、非常事態になってから横のつながりを構築しようと思っても、そもそも連絡手段が断たれてしまっていたり、非常事態でなかなか連携強化ができない状況です。平時から実際にいろいろな拠点になるリハの施設間で連携をして、連絡先をしっかりと把握し、キーマンになる人たち同士が顔の見える関係を作っていくことが非常に重要かと思えます。

当然リハだけでは完結しない状況があるので、各地域の地方行政機関、特に防災に関わるキーマンと連携をつくっていき、もし発災が起こったときにはこういう形で連絡を取り合ひましょう、こういう対策を行っていきましょうということを準備期に用意しておくことが必要になると思えます。

先ほどの N さんと H さんの例でも、事前に連携がうまく取れていませんでした。顔の見えない関係では話がなかなかできない。非常事態になってくると地域包括の方は本当に忙しく、やることが山ほどある中の一つとしてリハビリがあるので、そこにじっくりと取り組むことができないのが問題点としてありました。ですから、平時からしっかりと連携が取れていれば、たぶん私が間に入らなくても自然と連携が取れたのではないかということで、こういったところが問題点、準備しなければいけない点になるかと思えます。

実際に熊本地震でどういう状況だったかという、なかなか平時の連携が取れていなかったことで、効率的な活動ができないような状況がありました。例えば全国各地から保健師さんやいろいろな支援団体が来るのですが、どこの団体も情報収集が非常に重要になるので、避難所で生活されている方に聞き取りをします。しかし、場合によっては大分県の保健師さんが聞き取りをして、鹿児

島の保健師さんも聞き取りをして、千葉の保健師さんも同じような聞き取りを同一の人にしてしまう。更にはそこに JRAT が来て、もう一度聞き取りをすることで、避難されている方の中には、「その話は何回もしました。もう、そういうのはいいです」と拒絶反応を示される方もいらっしゃいました。これが事前に「聞き取りに関しては保健師さんが行います」とか、横のつながりがうまくできている状況であれば、こういうことは起こらなかった可能性があるのも、もう少し上層である対策本部で仕事内容などを事前に整理して行えるように今後目指していきましようということになってきています。

最後に、どの時期であっても大切なことは、地域のリハ資源など医療介護状況の把握です。情報収集と整理をしていく必要があります。やり過ぎないゴールを見据えた介入が必要です。やり過ぎないというのは、高齢だからリハをするというようなことで不要なりハの提供をしないということです。また行政、他団体との連携が大事で、できれば事前に連携しておく必要があります。そして、入れ替わり立ち替わり支援が入るので、次の部隊への引継ぎが非常に重要です。

最後にプラスアルファの知識です。先ほど星印で示したようなところが（災害時には）避難所になりますが、まず簡単にできることとして、地域の避難所がどこに設置されているかを知っていただくことが、簡単にできる活動の始まりかと思えます。あとは、昨年5月に災害対策基本法が少し変わりました。二次避難所というものがあるのですが、今までは一般の避難所に避難してから二次避難所に行きましょうという形だったのが、もともと障害があるような方は直接福祉避難所に避難することも可能になるという改正がありました。こういった知識も随時更新していく必要があるかと思えます。

以上です。ご清聴ありがとうございます。

【司会 和田】

森先生、ありがとうございました。たった5日間の活動ということですが、大変濃密で、色々考えたこと、また解決に至る過程自体にすごく意義を感じた5日間だったのではないかと思います。

質問ですが、平時の備えということで、地域リハが備えておくべき事も後半で具体的にご指示いただき、すごく分かりやすかったのですが、こういうことに備えていれば、もっとすぐに活動できたとか、欲しかった情報があったとか、そういうものはありますか。

【森 直樹先生】

一番は先ほどお話ししたように、地域の行政の方と地元のリハの方がつながっていて、そこにJRATが入って必要な支援は何かを相談しながら決められると、効率がいいと思います。あとは、後方支援としてロジスティックチームがJRAT活動の戦略を練っているのですが、そこに事前にトレーニングされていた方たちが沢山いる状況だと、効率的に活動しやすいと思いました。

【司会 和田】

ありがとうございます。いずみ記念病院のホリウチ様から質問をいただいています。

「ご講義ありがとうございました。災害現場での災害関連ということで、水不足などから衛生面が低下し、誤嚥性肺炎になる方が多いと聞いたことがあります。実際、先日の地震の後も高齢者の方とそんな話をして、防災用品に歯ブラシを入れることを勧めました。実際の現場では、そのような方はいましたか。」

【森 直樹先生】

誤嚥性肺炎の方を直接私が見たかということ、あまりいりませんでした。ただ、実際に現場に行って感じたのが、避難所ではいろいろな食品やおやつがたくさんある状況ですが、逆に言うと嚥下に問題があるような方が問題なく食べられる物はあまりなかったりします。菓子パンやカップラーメンのようなものが多いので、もともと嚥下が悪いような方は、事前に自分の食べられるような食形態の物を用意しておかないと、非常事態に困ってしまうことはあり得るかと感じました。あとは口腔衛生を維持するのは、災害現場で大事な点です。スライドにあったように実際に歯科の先生たちが、一緒に体操をした後に歯みがきをしましょうというような感じで活動していて、そういうものを予防的にやっていらっしゃる状況でした。

【司会 和田】

ありがとうございます。ほかにもご質問がある方はいらっしゃいますか。

私からも一つ、情報の受け渡しはすごく大事なところだと思いますが、その当時はどういったツールで情報を収集したり、それを次の団体に引き渡したり、ミーティングをするときに共有したのでしょうか。

【森 直樹先生】

紙媒体です。ほとんど紙媒体で、あとはパソコンでOfficeを使ってWordやExcelなどで情報を整理して、次の部隊に送っていく形になっていました。他には本部

と電話やメールでやりとりをして、そういった情報を共有することは行っていました。その当時クラウドを使った記憶はないです。本当は事前にどういう形で連絡をとるかということも、詰められているほうがいいと思います。

【司会 和田】

事前の情報といったところで、最後に出てきた新しい福祉避難所の定義で、入れるよと言われる要支援者の方々が、既にある程度見込まれているという想定ですよ。

【森 直樹先生】

そうです。理念だけではできているというか、制度の概要だけは去年提示されているのですが、実際は自治体により準備態勢はかなり違う様子です。福祉避難所にどういこう方が行くというのを、本来は事前にこういう人たちが対象になりますよとある程度告知、通知しておき、発災が起こったらその人たちは福祉避難所に直接避難していただき、例えば嚥下が悪いから、嚥下食をそこで食べられるという形が理想ですが、実際にそこまで整っているところはまだないか、なかなか準備が整っていないところもあると聞いています。もしかすると、今のところは一次避難所にとりあえず避難して、そこから選別して二次避難所、福祉避難所という形でいく昔ながらのやり方になってしまっているところもあると思います。

【司会 和田】

そういう意味での備えでいうと、ある程度支援すべき人の対象を把握しているだろう行政と事前に連携をして、避難計画なり支援計画を立てるところが、今われわれにできそうなことという理解でよろしいでしょうか。

【森 直樹先生】

そうですね。事前にその辺の情報が分かっている、それをJRATが共有できれば支援しやすいかなというのがあります。

【司会 和田】

ありがとうございます。とてもよく分かりました。ちょうど1時間たちましたので、時間となりました。森先生、本日はとても濃密な1時間を提供いただき、本当にありがとうございました。