

東京都リハビリテーション協議会

平成27年度第2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28年2月4日

東京都福祉保健局

(午後 3時00分 開会)

○新倉課長 それでは、まだちょっと到着が遅れていらっしゃる委員の先生もいらっしゃいますけれども、定刻となりましたので、ただいまから平成27年度第2回の災害時リハビリテーション支援体制検討部会を開会させていただきます。

委員の皆様、御多忙中にも関わらず本会議に出席いただきまして、誠にありがとうございます。

昨日、この部会の親会でありますリハビリテーション協議会を開催しまして、委員の先生の中には2日連続の方もいらっしゃいます。どうぞよろしくお願いいたします。

私、本部会の事務局を担当しております福祉保健局地域医療担当課長の新倉でございます。どうぞよろしくお願いいたします。着座にて失礼いたします。

まず初めに、お手元の資料、本日ちょっと多いんですけれども、御確認いただきたいと思います。最初の会議次第のところに、下半分に資料の一覧が記載をされております。本日の配布資料、資料1から資料8、参考資料が1から3となります。もし万が一、資料に不足、落丁等がございましたら、説明の都度、適宜で結構でございます、事務局職員にお声かけいただければと思います。

次に、この第2回の部会より新たに2名の方に本部会の委員に就任いただいております。御紹介をさせていただきたいと思います。

資料1の委員名簿を御覧いただきたいと思います。関係団体の欄でございます。公益財団法人日本訪問看護財団あすか山訪問看護ステーション統括所長の平原委員でございます。

○平原委員 よろしくよろしくお願いいたします。

○新倉課長 続きまして、社会福祉法人東京都社会福祉協議会福祉部長の原委員でございます。

○原委員 原でございます。よろしくお願いいたします。

○新倉課長 どうぞよろしくお願いいたします。

次に、本日の委員の皆様の出席状況でございますが、本日は区中央部の東京慈恵会医科大学附属病院の橋本委員より御欠席との御連絡をいただいております。

それでは、以降の進行につきまして、安保部会長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○安保部会長 皆さん、お忙しいところ、ありがとうございます。それでは、これより私が進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、お手元の会議次第に従いまして進めてまいります。

議事の1、各団体の取組について。最初に資料4について、東京都作業療法士会の松岡委員より御説明いただき、次に資料5について東京都言語療法士会の西脇委員、資料6については平原委員、机上の非公開の会議資料について、配布資料ですけれども、原委員、資料7について武蔵野赤十字病院の伊東委員の順で説明をしていただきたいと思います。

います。

それではまず、松岡委員の方でよろしくお願いたします。

○松岡委員 よろしくお願いたします。東京都作業療法士会の松岡と申します。まず資料4を御覧ください。

資料4で、災害時安否確認システム予行練習という資料ですけれども、東京都の理学療法士協会と作業療法士会、あと言語聴覚士会で災害時に安否確認を行うというふうなものを平成27年度から検討しています。その災害時安否確認システムというのは、災害が起きたときにインターネットが使用できる状態になった後に、インターネットを使って会員の安否確認を行うというものです。

この安否確認システムの目的としまして、災害時に会員の生命及び身体状況を確認して、必要な対応を行えるようにするという事です。また、安否確認以外にも被災状況や必要な物資であったり、人的な支援についての連絡も行えるようにしているので、災害に対する支援やボランティアの派遣などにも役立てることができます。

安否確認システムを実際に行う方法ですが、災害時に会員がみずからインターネットでそれぞれの士会のホームページに行き、そこにある安否確認を入力するフォームから安否情報を伝えるというふうな形になります。

その安否情報を入力するフォームというのは、お手元の資料をめくっていただいて、次の安否確認フォームというふうなところになります。

この安否確認フォームでは、まず氏名を入力するところであったり、真ん中に安否状況を入力するところ、ここでは入力している本人が無事ということや、そのほかの状況があれば入力できるようになっています。

そして下の方に被災状況・その他として、被災状況や必要な物資についての情報を入力して伝えることができるようになっています。

またその前の資料に戻っていただきたいと思います。

この安否確認システムの予行練習というのを3士会で行っています。まず、昨年3月に東京都の理学療法士協会が一度行った後に、昨年9月1日から8日までの1週間で東京都の理学療法士協会と作業療法士会、あと言語聴覚士会の3士会合同で一緒に行いました。

その9月に行った取組の結果と行った感想が、まためくっていただいた資料に載っています。確認フォームの次の資料ですね。安否確認システム予行練習の実施者数と書いてある資料ですが、まずその予行練習の結果として、広報期間というのが短かったことや取組を始めたばかりであることとか、あと会員に対する周知が不十分であり、予行練習を実施した人数が少なく、3士会とも会員の数パーセントから1割程度というような結果でした。

この取組を行った感想としまして、まず安否確認システムの良かった点として、安否情報のみでなく必要な人的・物的支援の情報についても収集することができるという点

でした。また、安否確認システムの入力には1分程度で簡単に行えるため、実施する会員の負担が少ないというふうに感じました。また、理学療法士協会と作業療法士会、あと言語聴覚士会のそれぞれの士会が全ての会員に連絡をして、安否確認を行うというよりも、会員が情報を上に上げてくれるため、効率よく情報の収集ができるというところがよい点だと思います。

しかし一方で、今後検討していかなければならない点として、今回は広報期間が短かったことでもあります。全ての会員に周知ができておらず、予行練習を実施した人数が少なかったということが課題として挙げられます。

これに対して、今後は安否確認システムの周知を図って、予行練習を定期的に行うことで災害時に実用的なシステムにしていきたいと考えています。来月の3月11日から1週間で再度3士会合同の安否確認システムの予行練習を行うことになりましたので、現在、会員へ周知活動を行っているところです。

また、実際の災害時は被災状況によって安否確認システムを使用する余裕がないことや、インターネットが長期間使えないことも考えられるため、安否確認システム以外の方法、例えばファクスや電話だったり、使用できるものを使ったり、実際に避難所や施設、病院へ行って情報を収集することも並行して考える必要があるかと思っています。

さらに安否確認システムで得た情報で、特に被災状況や必要な人的・物的支援についての情報を災害リハ支援の関係団体で共有する連絡体制の構築を今後図っていく必要があると考えています。

簡単ではございますが、以上で、3士会合同で行いました安否確認システムの予行練習の説明と行った感想になります。

○安保部会長 どうもありがとうございました。

この間、最初の会のときに、とりあえず安否をやろうということで、3士会ともどもどんどん進めていただいているということに非常に感銘を受けました。ただいまの松岡委員の御説明について何か御質問とかございますか。大丈夫ですか。後でまたまとめていただきたいと思いますので。

○新倉課長 すみません、一つよろしいですか。今のお聞きしていて、安否確認システムは、この入力した後の、その情報を見るのは誰がどういうところで見るとか、それをちょっと教えていただきたいんですけども。

○松岡委員 この安否確認システムの大もとのデータというのが、PT、OT、STの、その災害対策の委員が大もとのデータを見ることができるので、そのPT、OT、STのデータが一括でもとのデータのところに來るので、3士会の委員が一度に見ることができます。状況を把握できるということになります。

○新倉課長 じゃあ、それはその委員が自分のパソコンなり、そういうので、場所がだからどこに、事務所ということではなくても見られるという。

○松岡委員 そういうことになります。

○新倉課長 ありがとうございます。

○安保部会長 そうすると、その委員の方から、今後のこの委員会とどうつながってくるというのは今後の検討で、それをいかに反映していくかというのも今後の検討でいいですよ。

ほかによろしいでしょうか。またじゃあ後でまた、まとめてお伺いすることもできるので。

続きまして、それでは資料5の東京都の言語聴覚士会の取り組みについて、西脇委員、どうぞご説明、よろしくお願いします。

○西脇委員 私どもは3. 11のときに、コミュニケーション障害並びに摂食嚥下障害、私たち言語聴覚士が日頃やっている当事者の方々の支援が大切だということになりました。母体の日本言語聴覚士協会では、全国の言語聴覚士を集めて、ほかの団体の方とともに現地の支援に参りましたけれども、東京都で私たちができることとして、困っていらっしゃる方々のために専門家が全て伺えるわけではありませんし、しかしやはりこのコミュニケーション障害がある方々というのは、かなり情報的には弱者になりまして、情報が入ってこない。それから耳が聞こえなかったら入ってこないですとか、コミュニケーション障害があれば理解が難しい方がたくさんいらっしゃるの、たくさんの方を言われても何のことか分からないとか、あとは自分たちの意思や、やってもらいたいことを言えないですとか、あとは新聞などでもありましたように、発達障害のお子さんたちが、環境が違うことに大変弱いものですから、皆さんのたくさんの中で体育館で過ごすことが難しく、そこで周りに、いわゆる迷惑をかけるというか、大声を上げたりして、御家族の方も大変困ってしまって、車の中に入ってしまうとか、そういったことがありましたので、どういった支援をしていただきたいかということを皆様にお配りしました支援シートというのをそのときに早急につくりまして、ホームページにアップしました。

それは先ほど申し上げましたように、我々言語聴覚士、専門分野の人がたくさく行けるわけでもなく、そして御家族や周りの方が困ったときに分かりやすいようにという形で、平易な言葉を使って、そしてたくさんやってもらいたいことはあるんですけども、これだけをお願いしますといったような、とてもピックアップしまして、ポイントを、絵も使って、分かりやすく提示したというのがございます。

これまでも、3. 11以降も大きな災害のときには、同様にこれを使ってくださいという形で、ホームページからすぐ拾えるような形での支援をまずしているところがございます。

以上です。

○安保部会長 どうもありがとうございます。西脇委員の御説明に何か御質問等ございますでしょうか。

これは冊子みたいになって配られるんですか。

○西脇委員　そうですね。冊子というか、シートみたいな形では、お申し込みがあればお届けするということにはしています。このときはパソコンが立ち上げられないということも考えられますので、皆さん自由にとっていただけるんですけども、お申し込みがあればシートでお渡しするというのもしております。

○安保部会長　ありがとうございます。何かございますか。よろしいでしょうか。

では続きまして、日本訪問看護財団の取組について、平原委員の方からよろしく願いいたします。

○平原委員　よろしく願いいたします。資料6の方を見ながら御説明させていただきたいと思います。

始まる前にちょっと、今回、初めて私どもの方、訪問看護財団あすか山訪問看護ステーションの立場から発言させていただきますけれども、日本訪問看護財団というのがどんなものかというのが、まず皆さんにお伝えしてからと思います。

元々は日本看護協会の中で訪問看護部門というものが21年前にありましたものを、厚生労働省の方と協力して、訪問看護だけ組織にして、動きやすくしたものが、この日本訪問看護です。その当時は振興財団と名称をしておりましたが、その後、公益財団となりまして、日本訪問看護財団という名称に変更しました。全国のフィールドの方で四つの事業と訪問看護師の育成について担っている団体です。

今回、私の方が発表させていただきますものは、実際に3.11のときに当財団の方でどういうふうな動きをしたかという御紹介をさせていただきます。

3.11の直後は、看護協会、当然、組織の中で救命救急の方と一緒に動きをした直後に、暮らしをよく知っている訪問看護の立場で何ができるかということを模索して活動した流れになっています。

こちらの資料の名取市の方が仙台市の下にある市ですけども、2枚目を開いていただきますと、約7万6,000人の人口の土地で、この災害の直後はかなり人口が減ったような状態です。震災のときの行方不明も死者も含めて997人という状況の被害があった地域でした。そして3月終わりから私たちは動きまして、名取市のパイロット事業ということを立ち上げました。

このときには、応急の仮設住宅の住民の健康、看護として、身体・心理・社会面の維持・増進とか悪化の予防ということが最も重点的な目的となって、孤独死をさせないというふうなことを掲げて活動を開始しました。

その際、3ページの方で日本財団の方の協力を得て、パイロット事業として行いました。写真の方を見ていただけるといいかと思いますが、売り上げというふうな、よく、その後もいろいろなところでテレビの方でも撮影があった場所で、かなりの被害があった場所となっています。

5ページを見ていただきますと、仮設住宅の方が、いろいろたくさん立ち上がっておりまして、健康調査と家庭訪問と健康相談、そして集団指導ということを行政、そのほ

かいろいろな、医師会を含めて、大学の協力も得ながら、リーダーシップをとって活動いたしました。

6 ページの方が主な活動内容となっています。ちょっと下の2011年度の主な活動内容とダブっておりますので、下の2011年度の主な活動を見ていただきます。

仮設住宅の、もう直後から健康調査を開始して、現在も引き続きずっと続けておりまして、かなり膨大なデータをとっています。

そして健康相談、あと訪問看護活動ですね。あと市町村の方の保健センター・地域包括支援センターと福祉協議会、介護長寿課というふうな名称の行政の方と連携をとりながら、地域の中の予防活動を行ってまいりました。

7 ページの写真は、その様子を添付したものです。

具体的には8 ページの方の4月、5月から実際の現場を調査させていただいた後に、6月から自治会を開設させていただきました。仮設住宅は様々なところの方が一挙に入られて、ちょっと混乱な時期でしたので、4月からもう訪問看護師として現場に入り、5月はどんな状況なのかというのを、訪問を開始した後に、6月から自治会というものを開設させていただいて、これを使って健康調査の全戸配布を行い、その内容を見て、初回訪問をし、必要な方にはタイムリーな対処ができるようにいたしました。

そして下の図ですね、保健センター、自治会、でき上がった自治会との話し合いを行い、行政の保健師さんも少しずつちょっと落ちつかれてきましたので、実際に連携をとりながら、皆さん被災の後は免疫の力がかなり落ちていまして、ストレスフルな時期が、この3月から4月、5月、6月とちょうど3か月たったところで、かなり乱れておりましたので、訪問看護の対象の方には健康相談だけで大丈夫な方、あるいは若くて、これから頑張ろうという、御家族が割とそろったような方、様々な状態を少し分けて調査をいたしました。

9 ページの方です。そのいろいろな結果を元に、当財団で仮設住民の健康管理必要度というものを作成して、訪問看護師が、実は全国からネットワークを使って協力してもらえる看護師を集めまして、全国から協力のスタッフに同時なアセスメント、あるいは必要な健康相談、健康な管理の量を一緒に物差しをつくったところです。

下のほうは訪問支援の活動のポイントとして、一番大事な日常生活の安定を図るということに重点を掲げて支援を行いました。

10 ページを見ていただきまして、そういった活動と同時進行で仮設住宅の健康相談、パンフレット、あるいはハンドマイクでのいろいろ、夏でしたので、また仮設住宅の住居がちょっと熱というか、すぐ熱中症になったりとか、ちょっと初めのころはまだエアコンが、すぐに多様なエアコンが間に合わなかったりしたものですから、お年寄りの方、体調不良を起こされることもあり、呼び掛けを行って、ひきこもり、あるいはこのくらいの時期からPTSDとか精神的な症状を発症される方も多く、その辺の専門家へのつなぎも行っております。

冬に向けて住民の方への、一挙に感染が広がることが想像できましたので、手洗い、うがいも含めて、啓蒙活動を行っております。

11ページの方が、実際のインフルエンザやノロウイルスの感染、そういったことの予防対策を行っております。

そしてストレスがかなり強くなってまいりまして、いろいろなストレスによる、元々の慢性疾患をお持ちの方、あるいは若くても突然死も中にはおられたり、あるいは1年を迎えるということでのいろいろな精神的なストレス、まだまだ生活が変わっていないというふうな、余りテレビでは放映されていないようなストレスを抱えた方が大勢おられましたので、そういった支援も行っております。それが写真の12ページ、併せて行っているところです。

13ページの方を見ていただきまして、下の方ですね、本事業の支援・協力機関の特徴となっています。大きな経営的な支援を日本財団が行っていただいたもとに、実際の作成した自治会、あるいは名取市、あるいは宮城県を含めた、その土地の元々にある力を一緒に集結して、東北大学も仙台にありますので、学生も含めたネットワークを使いながらの支援となっているのが特徴となっています。

14ページにまいりまして、2年目となったところで、2011年からの引き続きの継続はもちろんですが、1年経過しまして、それまでは全国からの支援も含めての活動でしたが、支援活動の継続できる長い目を見た看護師の要請、そして地元からの組織化への取組を始めたところです。

まだ未介入の仮設住宅の方も、この1年の実績を行政の方が見ていただいて、広げていきたいというご希望で、その要望に沿って広げておりました。

15ページの方です。具体的には地元の看護師を雇用しました。保健師、看護師、准看護師、その中に養護教諭の方もおられ、当財団からも常に1名、ずっといるような状態で、常勤換算5人という、訪問看護ステーションでいうと平均が4.5、あるいは5人ぐらいが全国のステーションの平均ですので、そういった事務所を構え、対象を広げながら活動を継続してまいりました。

そして、その結果、15ページの下のところ、ガイドラインを作成させていただきました。この震災後の応急仮設住宅に暮らす方をどういうふうな支援で活動すればいいかというふうなことをまとめたものが以下の16ページからのデータとなっております。

全て全戸訪問をした、ずっと引き続いた健康調査の結果の中から出されたものとなっております。これはちょっと参照をお願いいたします。

看護上の問題としては、服薬管理の確認が大変重要でした。そして食事や清潔、排せつ、移動への支援というのは、認知症の方が、今まで軽い認知症だった方が、環境の変化、あるいは本当にPTSDのような症状がきっかけとなって認知症のちょっと重症度が高い認知症になられた方も大勢おられました。看護師が行う支援の目的としては、がんとか慢性疾患も含めた異常の早期発見、あるいは認知症の方がこういったなれない環

境で大勢の方と生活をする、そういったところに規定の保健サービスにつなげるというふうな、そういった安定したサービスへのつなぎ、あるいは精神疾患の方、そういった家族関係の安定というのも大変、私たちの重要な課題でした。

考察の方では、実際にやってみまして、2年経過したところで少子高齢社会の日本の縮図だということを実感しております。実際の高齢者の方が高く、5大疾患を持つ方が大変多かったことに対して、課題だなと思ったのと、あと2番目の、短期的に安定するニーズと安定が困難なニーズがあるということが分かりました。

精神疾患、アルコール依存、あるいは自殺企図、認知症というふうな、そういった問題を抱えた方にはかなりどんどん生活が安定しないということが悪化を増幅させているということが分かりました。

そして19ページのところは、2013年、3年目に入りました事業です。仮設住居での死因別の様子を統計として出しております。

20ページも、以下は参照いただけたらいいかと思います。

そして4年目という、本当はすごく膨大な資料があったんですが、ちょっと限られた時間でしたので飛ばさせていただいておりますが、4年目ということで、だんだん自分たちでちゃんと家を建てられる方ももちろん中にはおられました、高齢者が先ほど多いというふうなこともお話ししたとおりに、なかなか仮設住宅から出ることができないというふうな方も大勢おられました。このころからがんがだんだん増えてまいりまして、循環器疾患の悪化防止ということでのがん検診の受診を推奨しております。

そして仕事で日中おられない方が実は健康かということ、そうではないというふうなことがありまして、休日訪問を実施することに至っております。あとひきこもりがちな方、先ほどお話しした精神疾患が悪化している方が想像以上に多かったということもありまして、孤立化する方が増えてまいりました。

そして2015年の5年目を迎えたところ、訪問看護と健康相談、他職種連携ということが大きな課題となって実践をしております。そして地域でのいろいろな予防活動というのが大変看護としては難しい面もありまして、ここの予防的な異常の早期発見、あるいは生活の暮らしへの支援ということで、自己研さんの活動も含めて、あるいはITも含めながら、他機関との連携を進めております。

まとめのほうです。訪問看護師として被災地に入った場合に、それまでの暮らしをよく知っている地元の看護師、あるいは保健師さんと一緒に活動していたわけですが、実際には定年を迎えて、まだ60歳で、御自宅におられる看護職の方のたくさんの御協力を得られたところでした、ステーションで実際に働かれている方はやっぱり仕事の中の負担もありましたので、ここですごく感じたのは、定年で60歳を超えた方で、いろいろな相談について時間が割けられる方の看護の力が大きかったなと思っておりました。

あと、医療・看護が必要な方をトリアージするということが、なるべく早いうちにトリアージ機能が地域に、自治会という組織を使って行うということが大変重要かと思

ます。そして必要な人は地元のステーション、あるいは往診していただける医師へのつなげる力というのが現場では重要でした。

そして行政との連携というのが、この活動が継続できるかということの要になるのかなと思っております。

以上です。長くなりました。ありがとうございます。

○安保部会長 どうもありがとうございました。

ただいまの平原委員の御説明について何か御質問等ございますか。どうぞ。

○齋藤委員 すみません、三鷹市の健康推進課の齋藤と申します。よろしくお願ひします。

認識が本当に薄いので、ちょっととつぴな質問しちゃうかもしれないんですが、すみません。幾つかちょっとお伺ひしたいんですけれども。

一つは、この財団さんとして、こちらの名取市の方に、こういう息の長い取組をなさっているということで、非常に興味深く伺ったんですが、これどういうきっかけでこの財団さんとこの名取市さんがつながったのかというようなところと、あと逆にこの名取市内にもやはり同じような取組を、ほかの場所でもなさっているのかということがちょっと一つ。

あと、13ページの方に、名取市の方でこういった取組の中で、こういった各関係機関を含めた地元の自治体も協力機関ということで上がっているんですけれども、この中で具体的にどのような役割分担というか、一部、受け持つ地域の役割分担みたいな記載があったと思うんですけれども、こういった役割分担というふうに取り組まれたのかという、その辺りをちょっと教えていただければと思いますので、よろしくお願ひします。

○平原委員 御質問ありがとうございました。

まず1点目の御質問で、名取市に決まった経過ですが、私たちも3.11の直後、3月いっぱいまでは看護協会と協力して、現地に順番で行ったりしていたので、ちょっとまだ東北全体の調査まで至らなかったんですが、3月終わりぐらいから、財団のそれぞれの看護協会のそれぞれの県、あるいは支部の方の方々にアンケート調査を行いまして、今どんな状態かというのを3月の終わりぐらいから4月に行いました。いろいろなところと一緒に看護協会関係の方々もその地元でいろいろ活動されていたこともあり、希望される場所があるかということも、まず区市町村にもアンケートをさせていただいて、たまたま仙台市の方の名取市のアンケートの方でぜひやってほしいという御希望が早目に御連絡をいただいたということが、まず大きくありました。

ですから、まず全体の調査と実際の声を聞いて、一番に声を、手を挙げていただいたのが名取市だったということと、名取市長さんの方とたまたま看護協会の方の方が、日ごろ多分連携されていて、そういった方からも、こういうふうな状況なのでというふうなお声を御縁でいただいたというのが名取市に入るきっかけとなりました。

もう1つは、先ほどの他機関、行政を含めた他機関との連携は、初めはちょっとほと

んどまういかななくて、財団がどんどころかも、地元の方々は分からなかったということもあり、市長さんと話をし、もう月に1回はいろいろな方に集まっていたいで、話し合いをしたり、あるいはその1か月ごとの調査した内容をデータでお返しをするということを積み重ねてまいりまして、元々地域包括ケアシステムというのを訪問看護師も地域でやっておりましたので、どういった機関が地域にあるかなというのと、あと保健師との連携と、このボランティアで初め、元々その地域で保健師さんをやっていたという人が入ってくださったので、そういった方に地元の、どこの人が一番地域を動かしているかというふうな情報もいただいて、個別に声をかけて、こういった連携を一緒につくってきたというのが、きれいにこういうふうに書かれていると、ぱっと集まったように思いますが、実際に被災されている方々がこの連携する方々でしたので、実際の、本当にお暮らしも皆さん被災地で、仮設住宅に住みながらなんですね、この連携先の方々も。ですから、御自身の暮らしもまだ慌ただしい、あるいはお亡くなりになった方もやっぱり長としておいでになったりしたので、4月、5月、6月ぐらいから、ちょっとずつ形になっていたというのが実際です。

○齋藤委員 どうもありがとうございます。

○安保部会長 ほかにどなたかございませんか。

期間としては、しばらくずっと仮設がなくなるまで続けていくという所存ですか。

○平原委員 そうですね。名取市の方々の御要望としては、そういったのをいただいているので、ただ、本当に高齢化がやっぱり進んで、残られている方の個別の問題もだんだん浮き上がってまいりまして、相談だけでは難しい方も大勢おられるので、やっぱり地元の元々の訪問看護やサービスですね、そういったことにつなげて、定期的なサービスを受けながら、最近のやっぱり問題は、仕事はしているんだけど、夜帰るとアルコールがよく進んでしまって、ちょっと突然な御自殺をされる方もやっぱり中にはおられたり、会えない人に実は大きな問題があるということが昨年ぐらいからちょっと課題になっておりまして、実はすごいパチンコ屋がいっぱいあるんですね。被災でだっと流れたんですが、一番に被災地にできたのがパチンコ屋さんだったんです。全国からパチンコ屋さんが、真っ暗やみの中に何軒もつくられて、初めは仕事もなくなり、三十代、四十代、五十代の方の、日中やることがないわけなんですね。そういった方はみんなパチンコ屋さんに行かれて、その、本当に働くこともできず、でも全国からの支援もあったので、そういったことで生活をされているというのは、現場では大変問題になっていまして、そういった方々が働く気力を失ったりとか、日中はもう8時、9時ぐらいからもう並ばれているんです、パチンコ屋さんの前で。9時からそこに行って、日中そこで過ごして帰る。被災地でこういった健康相談にすごく積極的に来られるのは高齢者ですね。高齢者の方ももちろん心配なので、当初はそういった方の健康相談をしていましたが、やっぱり昼間働いていない、職場を失ったとか、そういった男性の五十代、六十代の方が大変今問題だなということで、その方の支援をどうするかということは今、課題で、

継続しております。

○安保部会長 ありがとうございます。

ほかにどなたかございますか。大丈夫ですか。

○寺嶋委員 杉並区の寺嶋と申します。活動御苦労さまでございました。

様々な課題に向かって取組をされているというふうに向ったわけですが、現地では、地元の方も被災地であって、リハビリに従事される方も少ないでしょうし、また対象者も増えるという状況の中で、どうしても外からの支援を受け入れて活動をされるということだと思えるんですけども、東京都で、都内で災害が発生したというふうで考えた場合、そういった活動を円滑に進めるために、あと実際、現地に行かれています、こういったのが整っていると活動がもっとスムーズに入れたとか、そのようなところを感じたところがあったら教えていただければと思うんですが、いかがでしょうか。

○平原委員 ありがとうございます。私も入って一番感じたのは、自治会組織が崩壊をやっぱり直後はするんですね。今まで例えば、それぞれの地域の組織というか、地元の組織とか、いろいろなものが、既存のものが崩れてしまって、もう一度、ネットワークをつくるというときに、一番大切だったのは、行政の方はもちろんそうですが、実は行政の方、すごく忙しくて、全国からの支援を割り振りしたりとか、元々の行政機能を復帰させるということで、大変お忙しかったわけです。このときに、それこそ看護師もそうでしたが、定年後の行政の職員だった方とか、そういった方がボランティアで、初めつなぎというか、行政の方に要望を言って、会議にはなかなかタイムリーには毎回出てこれないのを、定年後の行政の方と地域の新しくつくった自治会の方と、もう一回、組織をつくり直すという作業のときに、やっぱり行政の定年後の方というのは大変、すごく意義ある活動をされていたように思います。

東京都になった場合に、多分、この大都会の東京でもし災害があったら、その復活、復帰作業に行政はすごい手がとられると思いますし、国がどうなるかというときですので、そういったときには、公務員であった定年後の方とか、そういった登録もすごくあった方がいいのかなと思いましたが、看護師も同じように、定年後の方の力が実はちょっと活動の幅を広げたりということが実際にあったので、看護師も登録を、定年後の人でも登録し、公務員の人でも定年後の人の登録制があるとすごくいいのかなというのは、これは正しいかどうか分かりませんが、実際に現場ではそういう実感がありました。

○安保部会長 どうもありがとうございます。

○伊藤委員 東京都医師会の伊藤でございます。すばらしい活動だと思います。

ちょっと教えていただきたいんですけども、この方、仮設住宅の方たちは、医療はどんなふう提供されてきたのかということと、それからこの活動に対して、地元の医師会とかがどのように関わってきたのか、あるいはどうしてほしかったとか、そういったことをちょっと教えていただければと思います。

○平原委員 ありがとうございます。仙台の方は、病院の方も少し内陸の方は残っており

ましたので、病院の方の先生たちは病院の中でされていましたが、地域の開業の先生たちがやっぱり被災をされて、その中で開業の先生、往診されていた先生たちは、自分が持っていた患者さんの安否も含めた支援はしていただいております。

先ほどのこういった会議にも出てきていただいて、一緒に連携をとってございましたし、本当に医療的なところで紹介をさせていただいたり、あるいはすごく重症になった方を開業の先生が大きな都会の方の病院の方に紹介をしていただくという連携をとってございましたが、実際には、多分開業の先生たちも必死でされていたので、当初はなかなか連携が難しかったので、どういうふうな、私たちも要望というんですか、上げればいいのか、あるいは先生たちもどこに困っておられるのかというのがちょっと分かりづらかったのは実際ありました。

○松岡委員 貴重な発表をありがとうございました。東京都作業医業療法士会の松岡です。

先ほどの医師会の先生たちとの連携というところで、リハビリのところの連携というところももしあれば、訪問して、この方にはちょっとリハビリとか、活動することが必要だという方も、訪問して初めて分かることもあるかと思うんですけども、このリハビリとの連携がもしあれば教えていただければと思います。

○平原委員 ありがとうございます。実はリハビリの方との連携がなかなか当初とれなくて、全戸訪をして、どんなニーズがあるかというときは、なかなかリハビリまでいなくて、その仮設住宅に集まる場所が何戸か、何か所かありまして、そこで体操とか、そういったところは開催提起にしていたんですが、そのときに中心となってやっていたのは保健師さんと看護職だったんですね。リハビリの方が、初めのころは、どこにおられたのかなというのが、実際ちょっと見えづらかったのは確かで、多分病院の方に、夜中に地域的な特徴もあったと思うんですが、この仙台の方の特徴で、医療機関の方に所属されていた方が多かった場合には、病院から被災地の仮設住宅に出させるというのは、ちょっとその当時、余り、私たちもできないだろうと思って、要請とかはできなかったものですから、地域のリハビリの方との連携というのは実際になくて、ちょっと困った場面もいっぱいありました。

○松岡委員 ありがとうございます。リハビリとの、顔が見えるというところをまずは大事なのかなというふうに思いました。ありがとうございます。

○安保部会長 じゃあ、ありがとうございました。

それでは、武蔵野日赤病院の伊東委員が宮城県の石巻日本赤十字病院に行かれたので、そこで東日本大震災時の様子についてお話を聞かれたということでしたので、この部会で少し御報告したいという申し出がありましたので、ぜひ御報告をお願いしたいと思います。

それでは、石巻日本赤十字病院の見学報告について、伊東委員、よろしく願いいたします。

○伊東委員 それではよろしく願いいたします。

ここに書いてあるとおり、石巻赤十字病院の見学をさせていただきました。石巻赤十字病院、私どもも武蔵野赤十字病院ですので、赤十字病院つながりということが1つと、第1回の災害時リハ支援体制検討部会のときに、後藤先生にお話しいただいた地域の中でのリハ支援活動ということではよくお話を伺って分かったんですけども、じゃあ基幹病院ですね、基幹病院が発災後、どういう動きでやれたのかというところをちょっと知りたかったものですから、石巻赤十字病院の方に御協力いただいて、いろいろお話を聞かせていただきました。

まず石巻病院の概要から御説明したいと思います。

1枚めくっていただいて、まず石巻市というロケーションですけども、広さとしては554.5平方キロメートルということで、人口が16万人でしたが、発災後に15万人まで減っているということです。

医療圏でいくと、分かりやすいのは右側の地図の方が分かりやすいと思いますが、発災当時の医療圏としては、少し濃いめのグレーのところ、石巻市、女川町、それから東松山市、この3市が医療圏になります。

発災後、昨年ぐらいでしたけれども、それに気仙沼市、登米市、それから南三陸町も加わって、大きな医療圏になっているというところが、東京都とはちょっと違うところかもしれないです。非常に地域としては広いんですけども、人口としては少ないというところがこの医療圏の特徴とっていただいてもいいと思います。

めくっていただいて、石巻赤十字病院の方の概要ですけども、病床数は464床、一般の人、426床、ICU10床、救命救急センター24床、感染症4床というところで、職員数は1,109人ですね。リハ科、PT22人、OT11人STが3人という中規模、東京で言えば中規模ぐらいの病院の大きさの病院であります。石巻の中では基幹病院という形になります。

東日本大震災の特徴としては、もう皆さんご存じのとおり3月11日の14時46分に発災ということで、震度6から7という地震が発生をしております。一番大きな特徴は、地震発生30分後ぐらいから津波がやってきたということになります。

右側の地図、4.5キロと書いてある数字のところの十字が現在の石巻赤十字病院の位置になります。

これが発災する1年ぐらい前に新しい病院が建って、この位置に移ったということになります。その前は下の方に石巻赤十字看護専門学校というふうにした矢印が付いてますけれども、ここの黒い丸のところ、看護学校と同じ場所に併設していたということで、もしその位置にあれば、水没していたということになります。

下の方の薄い丸、学校の近くのところ薄い丸ですけども、これが石巻の市民病院の位置になります。

もう1つ上の方はちょっと間違えたので、そのまま置いておいてください。石巻市民病院がもう水没で使えなくなったというのが、今回の大きな問題であったということに

なります。近隣の医療機関が崩壊してしまったということになります。

めくっていただいて、今回の発災直後の石巻赤十字病院の様子ですけれども、発災直後に災害対策本部設置ということで、赤十字病院については発災直後にはもうすぐにそういう災害対策ということで動き出します。僕らの病院でも、30分後にはもう石巻に向けて一便が出ていたぐらいですので、こういう形でもう本部を設置して、対策をとってというのは日頃から訓練をして、ほぼある意味やりなれていたというところはあるそうなんです。病院も準備万端で、患者さんが来るのを待っていたそうなんですけれども、実は地震への被害というのは予想よりも少なかったということになって、例えば建物の倒壊とかも、割と日常的に震度6の地震があって、皆さん聞いたんですけれども、病院のスタッフも震度6ぐらいは結構経験しているというふうにおっしゃっていて、それぐらいの地震での災害時の訓練はもう十分やってきたというので、もう準備万端で待っていたんですけれども、だから今回の地震の被害の一番大きかったのは、津波での被害が大きかったということで、水が引き始めてから初めて被災状況が分かり始めたということと、それから水が引いてから救急活動が開始されたということが普通の火事とか倒壊での外傷とか、そういうようなことで運ばれてくるという患者さんが来なかったということがあるそうです。

救急車とかも水で流されてしまい、啓蒙救助活動ができなかったとか、そういうこともあったそうです。

治療に来る患者さんも多種多様ということで、津波をかぶって、おまけにあの日、寒かったので、低体温になった患者さんが運ばれてくるとか、あるいは肺炎の人、これが津波にもまれて水を吸うんですけれども、港湾部にあった重油のタンクががごと流されたときに、重油が漏れて、水の上で火が噴いていたという映像を覚えていらっしゃると思うんですけれども、重油まじりの海水を吸ったという肺炎ですので、化学性の肺炎の方が多くてということで、来院されるが多かったそうです。

逆に重症の外傷の患者さんは少ないということで、理由としては、津波災害で溺死が多かったということと、それから救急搬送ができないということでも、重症の方はほぼお亡くなりになっていたということで、動ける人だけがやっと病院に向かってこられたというところが今回の災害の特徴だったと言っていました。

その下のグラフがあるんですけれども、これが発災当日から1日目、2日目、3日目というグラフで、折れ線グラフ、3日目がピークになっているんですけれども、これもやはり津波が引いてから人の移動が可能になったため、1日、2日は自分のところにおいて、それから動いてこられたというのが特徴だそうです。なので、1日目、2日目は病院は物すごく暇だった。もう体制を整えて待っていても、自分の持ち場に戻れというような指示が出るぐらい患者さんは来なかったそうです。

あとは近隣の病院の水没で、患者さんが一気に押し寄せてきた、3日目に一気に押し寄せてきたということもあります。

発災直後の様子として、こういう病院イコールノット避難所というふうを書いてあるんですけども、実は病人、それからけが人、それから避難してくる人が一斉に病院に押しかけてきたそうなんです。なので、交通整理が物すごく大変だったということで、患者さんと、それから避難者の区別が大変だった。それから、ライフラインが寸断されると、やっぱり皆さん病院に来る、特に赤十字の赤い十字が、夜、こうこうと照っていると、もうそこに向かってやってくるということだそうです。ライフラインが助かったのが、実はこの病院だけだったそうで、もうその周り、周辺はもうほぼ真っ暗、水も出ないというような状況だったということもあり、避難所だけではなく、もう病院に一斉に向かってきたということがあるそうです。

病院スタッフも帰る家がないということで、患者さんのためだけのベッドではなく、スタッフのための救護所とか、休憩所とかがやっぱり必要になったと。この辺はちょっとリハビリとは離れますけれども、こういうような状況の中でやっていたということになります。

ここからリハビリテーション科の役割ということで、じゃあ病院の中にいたPT、OT、STは、どういうふうな動きをしていたのかということも聞いてきました。

発災直後は、マンパワーとしての役割ということで、ほぼほぼ医療関係のことから切り離されています。ほぼ事務職というか、力仕事をやる人ということで動いていました。ということです。

例えば、トリアージエリアへの患者さんの搬送とか、それからトリアージエリアで黒判定になった人の遺体搬送もやったということでした。

この病院、発災直後というんだけど、発災するとリハビリの部屋、リハセンターはどういう機能になるかというと、黒エリアになるそうです。なので、発災するとまずプラットフォーム、平行棒、その他もろもろの機材を全部倉庫の中に入れて、大きいフロアにして、そこに黒判定になった人を運んでくるということになる。そこに家族の人が来て、身元確認をしてとかということになるので、そういうことの事務作業をやるし、それから、運ばれてきた人を今度は外に運び出すということもしたりということで、リハビリテーション科の職員は、ちょっと言い方が悪いんですけども、ほぼ人足ということで、医療関係の仕事というよりは力仕事というところが大きかったと思います。

エレベーターももちろん使用できないということもありましたので、マンパワーで病室に、縦方向、エレベーターが動かない分は階段を使って持ち上げるとかというようなことで動くということをやっていたそうです。

受付義務とか必要物品の搬送、何でもやるということですね。

発災後、先ほど言いましたように、黒エリアだったんですけども、その後はHOT、在宅酸素療法をやられている方の救護所というか、病室には運べない、でも避難所には行けないという人の中間待機所みたいな形になって、ベッドはフランスベッドからの器具がだんと運ばれてきたそうなので、それを並べて、HOTの機材はテルモが、一斉に

運んできたのを並べて、そこに在宅酸素療法が必要な人を入れてということでやったそうです。

その後は看護師さんの休憩所になったということで、ほぼリハ室は機能していないところが現状でした。

1枚めくっていただいて、リハビリ業務の再開ということになるんですけども、落ちついてからの業務再開ということで、これが発災後、11日目だったそうです。

病棟のリハビリから開始、リハ室はいろいろな目的で使われていますので、病棟のリハビリからの再開ということになります。

被災時は他県への受け入れ態勢もあって、転院ケースが多くてということで、病院の中で働いているPTとしては、とにかくサマリーを書く業務に忙殺されたということで、1日、2日見たらすぐヘリコプターで他県の病院に転院とか、そういうようなことで動いていたということだそうです。

あとは、これが聞いて意外だったんですけども、装具類、それから歩行補助具が足りないということが実際にあったそうです。例えば、軽傷で来た人、緑とか黄色タグぐらいの人で、来て、帰るときに、渡す松葉づえがないところとか、つえとか装具、コルセット、そういった類いのものが、やはり津波で流失しちゃって、手元にないということで、それへの対応とか、避難所等でやっぱり不足するというので、数がないところが困ったと。最たるところでは義足がないとか、そういうのもあったそうです。

この辺、最初はどうしようもなかったんですけども、装具屋さんのほうで数を出してくれたということで、無償で出したくれたそうなんですけれども、それを配ってということから始まったそうです。

避難所生活への対応としては、避難所を回っているDVT予防回診チームとか、そういう人たちからニーズがいろいろ入ってきたそうですね。流失によるつえ、装具類の要請とか、それからベッドのニーズということで、ベッドなんか、段ボールベッドというのがあるそうなんですけれども、みかん箱をそのままベッドの形に組むそうなんですけれども、個人用の荷物はその段ボールの中に入れて、その組んだやつで上に入れるという、段ボールベッドというのがあるそうなんですけれども、それも東京の方から支援物資という形で送られてきたので、それをずっと組み立てるのが仕事でしたというようなことも言っていました。

A4の1枚もので、装具の調査票というのをつけてあります。ちょっと1枚、ぺらっとなんですけども、一番最後から2枚目かな、一応こういう書面で、在宅、あるいは避難所とかを回っているチームが、どういう装具が必要とかというのを書いて、病院に上げてきて、それで病院から配るというような形で、在宅の方への支援をしていたということだそうです。

そうですね、メモのところに慎重154センチ、体重38キロから40キロぐらい。

必要なものは装具だとか杖なんですね。上げてきたのに対して、渡していくということですね。

避難所生活の中に、生活不眠活性化とか、体を動かした方がよいのではというようなこともあったそうなんですけれども、この話をしてくれた係長に聞くと、やっぱり発災直後、1か月ぐらいはリハビリに対するニーズがないというか、津波で流されてしまっているので、全てもう何もないという喪失感の方が強くて、体を動かすというところまで気持ちが回らないというふうに言っていました。例えば、こちら側で外から見ていると、やれこう動かないから、じゃあどういうふうにしてあげようかと思うんですけども、実際に避難している人とかからすると、もう本当に体を動かす意欲すらないというようなのが現状で、避難所から仮設住宅に移ったぐらいでやっとそういう気持ちになってくるかなというふうなところがあるということでは言っていました。

なので、病院のリハスタッフが避難所には行っていないということでした。もちろん病院の業務に忙殺されて行けないという事情もあるんですけども、そういうようなことで、病院のスタッフはやはり外に出るとはかなり難しかったということは聞いています。

次のページの、スライドで言えば14枚目になりますが、人的・物的支援についてというところになりますが、実際、発災してから、全国から様々な問い合わせがあったり、物品が送られてきたそうです。病院に毎日、本当に束で届くという。どさどさどさどさ届いてくるので、やっぱりそれを、先ほど原先生がおっしゃられたみたいに、そういうものをより分けていくとか、例えば毛布が足りないと言言うと、山のように毛布が届くとか、そういうような状況の中で、必要なものを探せるようにしなきゃいけないとかということで、例えばリハビリの物品で言えばつえが足りないという、束でどんどんと送られてきたりとか、オルトップがないという、もうオルトップの会社からどかどかと送られてきたりとかというようなことになるそうです。なので、そういったものの整理とかというようなことが必要だったということです。

あと、日赤のリハビリの関係職の団体であるんですけども、そこで会長が、ここの病院のリハビリのスタッフ宛てにボランティアとか送ろうかというようなことを言ったらしいんですけども、使い方が分からないというか、病院の中で言うと、そういう病院の業務に忙殺されて、外の状況が分からない、外からも病院に対して何かを言っていないということになると、なまじボランティアに来てもらっても使いようがないということで、これに関してはお断りしたそうです。もう物品のことだけで精いっぱいというところでやっていたということです。

ただ、県士会、宮城県の理学療法士協会の方からは、必要な物品があれば何でも送りますというふう言ってもらえたのはすごく心強かったというふうに行っていました。

やっぱり必要なものは、SNS、ツイッターとかフェイスブックで、一言ペロッと言うだけで、山のように送ってくるということもあって、SNSの利用は、利用価値があ

るというふうには言っていました。足りないものを言えばすぐに出てくるということ。よかったという点です。

状況としては、こんな形で生活が落ちついていくに従って、平常業務にだんだん戻っていくということになったというふうに聞いております。

最後に1枚あるんですけども、この災害を経験して、どういうところがどうやったら良かったかというところも聞いてきたんですけども、発災時にどんな不都合が起きるのかというところをシミュレーションしておくといいんじゃないかというふうに言っていました。

例えば、今回の地震だと、地震の被害よりも津波の被害のほうが甚大だったということで、市立病院が水没したり、いろいろなことで石巻市内だけで1,714床、入院の病床があったんですけども、そのうちの366床が水没で使えなくなったということがやっぱり一番大きくて、市民病院、先ほど話した市民病院、水没した市民病院とか、水没して使えなくなった病床、366床というと、石巻赤十字病院が四百数十床ですので、ほぼ同じ規模の病床がなくなってしまったということで、市立病院に雇っていた人たちとかが一斉に石巻赤十字の方に来たということで、やっぱりそういうような予想外のことが起きたり、あとは皆さん御存じなのは、インスリンとか降圧剤が流失してまして、糖尿病の人、高血圧症の人が困ったというようなことがあったり、あるいは機材が水没した、在宅酸素療法のHOTの機械がなくなっちゃった、あるいは透析ですね、透析の機械がなくなって、透析病院がなくなったというのがやっぱり大きかったというふうに聞いております。

じゃあ、東京ではというふうなことが起きるのかということをやはり考えておくといんじゃないでしょうかということも言っていました。

例えば、武蔵野市で考えると、周りは畑、田畑が元々の土地ですから、あんまり大きな揺れという大変なですけども、一番問題なのは、恐らく古い家屋の倒壊の下敷きになるとか、あるいは火事とかがやっぱり怖いということになってくるのかなというふうに、ちょっと身近なところでは考えたんですけども、そういうところからのどういふことが起こり得るか、じゃあどういふ人が来るかというふうに考えておくと動きがいいんじゃないでしょうかという話でした。

あとは、基幹病院と在宅スタッフの役割分担を明確にしておくということもいんじゃないでしょうかというふうに言っていました。

石巻の失敗というか、石巻の一番のネックだったのは、外で何が起きているか分からなくて、中でどういうことが起きているというのを外に知らせられないということで、情報が分断しちゃっていたというところが、恐らく平原委員のおっしゃられた病院と在宅とのネットワークの辺りとかというところがやはりできていなかったということが大きな問題だったというふうには言っていました。

基幹病院のリハビリテーション科関連職種は、発災直後というのは、やはり救援業務

に忙殺されるということと、落ちついてきても院内業務とか支援物資の整理で院内で忙殺されてしまう。

それから、逆に外で働いているヘルパーさん、保健師さん、それから訪問リハ等、事業所のスタッフとかは、もうこれは武蔵野市なんかはネットワークができていて、発災後にはこのスタッフが安否確認に回る、患者さんの安否確認に回るということで動くようになっているそうなんですけれども、利用者の安否確認、要望・ニーズの確認、それから不働・稼働者の巡回体操指導とか、避難所・仮設住宅の手すりとかのチェックアップとかというのをして、その情報を基幹病院とかに送ってもらうとかというようなこともいいのかなというふうに言うておりました。

各協会・ボランティア団体、それから介護保険事業所等とのネットワーク構築の必要性がやっぱりありますねということをして言っていました。

それを1枚の絵にまとめたのが、最後のA4横の絵になるんですけれども、病院に送られてくる物資とか、それから搬入されてくる患者さんを県外へ転院させるとか、そういうようなことを病院のスタッフはやって、在宅のスタッフはニーズ調査とか、あるいは安否確認とかをしてということで、このネットワークをつくっておくと動きやすいんじゃないだろうかということは言うておりました。

すみません、ちょっと長くなりましたが、以上で報告を終わらせていただきます。

○安保部会長 どうもありがとうございました。詳細にいろいろありがとうございました。話を聞いて何かもう想像するだけで大変さとお忙しさを感じました。感じがしますけれども、ありがとうございました。

どなたか御意見とかありますか。

○伊藤委員 ありがとうございます。やはり発災直後、あるいは2日ぐらいというのは、やっぱりいろいろなBCPとかを見ても、リハビリスタッフというのは、病院でいうとかなり病院の中のことに係ることが多くて、なかなか外に出すような計画、元々ないんですよ。この石巻赤十字病院の場合は、例えば1か月、2か月、超えた段階で外に向かったの活動とか、そういったことが始まったんでしょうか。

○伊東委員 それぐらいの時期で、恐らく出ていなかったと思います。外には出ていけなかった。病院にどんどん搬送されてくる人がリハビリをやったり、サマリーを書いて、外に転院させてということがやっぱり多かったので、外に自分たちが行って何かをするということではできていなかったというふうに聞いております。

○伊藤委員 そうすると、災害時のリハビリということを考えるときに、マンパワーですよ、それを救援だけに頼めるのか、来れるのか、あるいは地元である程度それに到達できるのか、次にですね、だったり、それは大きな問題かなと思って聞いていました。

○安保部会長 ほかにございますか。よろしいですか。

じゃあ、どうも先生、ありがとうございました。この部会は、東京都理学療法士協会とか、あと東京都介護支援専門員研究協議会からもそれぞれ出席していただいております。

す。

少しこの2団体に、災害時リハビリテーション支援体制の構築に向けて行っている取り組みとか現状の状況とか、ちょっと教えていただきたいというふうに思います。

東京都理学療法士協会の原島委員、どうでしょうか。

○原島委員 東京都理学療法士協会の原島でございます。いつもお世話になっております。

資料が全然つくれなくてすみません。

私たちの協会も、大震災があった後、委員会をつくろうと言われて、平成23年9月1日の日に、1回目、委員会を開きました。そのときにも、委員会のメンバーをどうしようかというところで、先にやっぱり急性期とか回復期とか在宅でやっている方、小児をやっている方、それから学校の先生、それから女性の立場からというのを各セクションで一人ずつぐらいを選んで、委員会を立ち上げたというのが最初です。

そのときに、先ほど安否確認の話もあるんですけども、じゃあ安否確認をするにはどういうところを、何をもってやろうかというので、最初はこの震災のこととかあったので、よく言う激甚災害に指定されたときにこういうのをやってみよう。じゃあマニュアルを少し整備しよう。こういった安否確認をして、その後は各会長から日本の境界のほうにも連絡をするというような流れのマニュアルをつくりました。

実は、平成20年6月28日と書いてあるんですけど、私たちもこうやってきて、やはりつまるところは東京都と連携しようかなと。ちょっとお話し聞いてもらおうかなと。言いに行ったんですが、その当時はどこへ行っていいか分からなくて、医療政策部の救急災害医療課というところに御挨拶に行ったんですけど、その当時はまだリハという、災害のリハという言葉自体が、「はっ」という感じだったんで。でも、こういうのをやり始めましたということだけお伝えして帰ってきたと思っております。

その後、いろいろな先生にお話を聞く中で、その先ほどから物資の搬入とか、いろいろなことに困っていると。リハビリのコーディネーターみたいな役割の研修会をやった方がいいんじゃないですかと言われたので、OTさん、STさんがだんだん声を上げてやり始めたんですね。

やっているうちに、今度は1回、2回目で進んでくると、それよりも安否確認のシステムなんかを動かすと、それよりは啓発のことの方が大事なのかなと。もう少しこれは災害について理解してもらった方が、というので、この2月18日にちょっと、急遽決まったんですけど、3士会が少し啓発の講習会をしようという流れになっています。

それとあと、もう一つだけやっているのが、最初に、じゃあ災害時にもし私が手伝いに行ったとき、何が不安かという話をしたときに、ああいう何かができないと、リハビリのこともそうなんでしょうけれども、やはりその方が倒れている人がもしいたときに、救助できることを何かやった方がいいんじゃないかと。協会として、災害対策委員としてというので、たまたまBLSの研修会というのがずっとやっていたので、それを少し会員の方には私たちが援助して、ちょっと高いものですから、2万1,000円ぐ

らいするので、その部分、少し援助して、そういうのに来ていただくというのをずっと3年間ぐらいやっています。

今年は、できればエリアごとに来ていただけるといいですねという話をしていました。今、東京都で集めていると、あるところでどんと来たり、あるエリアだけいっぱい来ても、それよりはいろいろな、この6ブロックぐらいの、それで均等に二、三人ずつぐらい来てくれると、もし何かあったときにお手伝いしてくださいなんて言うことも、少し補助を出していますので、いけるかなというので、ことしは今、そういうので募集をしているところがございます。

なかなか思うようにはいかないんですが、以上、簡単ながら、御説明とさせていただきます。

○安保部会長 どうもありがとうございました。何か御質問、ございますか。よろしいですか。

では、続いて東京都介護支援専門員研究協議会の近藤委員、どうでしょうか。

○近藤委員 私ども、ケアマネの団体としましては、実はまだまだ東京都としての活動は始まったばかりなんですけど、日本全国からは日本介護支援専門員協会の、平成24年において、災害発生時における要援護者支援ネットワーク構築に向けた調査研究事業に協力させていただきまして、その中身から、いわゆる平常時での評価シートと、それから発災時での評価シートみたいなのを整理しておいて、それをどんな形というんじゃなくて、今後、生かしていけるようにしていきたいなということで検討を始めたばかりなんです。

それで、東京都介護支援専門員研究協議会としては、今年度中に本来ならば協議会のほうの災害対策特別委員会というのを厚くするつもりだったんですが、やっとこの間、理事会の方の承認を得られまして、活動に本格的に入っていくという状況になってきております。

私ども、介護支援専門員としては、特に東京都ではそれなりのケアマネが各地域に点在というか、在宅の方を支えている形になっていますし、いわゆる要配慮者の支援としましては、一番身近に活動している状況ですので、現在のところ、東京都の方の地域連絡会という形で、実は各市区町村に各団体があるんですね。その登録を今、実はずっと進めているんですが、単純に各市区町村の団体だけに連絡をとるに当たっても、東京都、先ほど、原島先生の方からもありましたけれども、一応5ブロック、東京都に分けて、生活経費の5つのブロックに分けまして、5つのブロックのほかに当初分も含めまして、地域連携委員を配置することを決めました。

その地域のブロック長が、いわゆる発災直後、あるいは発災後の先遣隊になるのかどうかは別として、今後の活動の方向性をつくっていかうということに今、決まった最中ですね。

今、実は連絡網というものがなかなか今まででき上がっていなかったんですが、来年

度になっちゃうと思うんですが、どんな状況においても連絡がとれる、この方に連絡をとれば、この地域でのブロックから各地域の団体さんにその依頼ができるという状況にしていきたいなと思っていますので、ある意味でのコーディネータ役も務めてもらおうかなということで、役目を今、検討している最中です。

今後、特に私どもの対策特別委員会もまだ仮称の名前なんですけど、一応、ケアマネ東京ということで、DMATと同じようなんですが、CMATという形で、CMATの災害特別対策委員会という形で、ちょうど発足する団体に入ったところでございます。

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。何か御質問、ございますか。

それでは、各団体の報告、ありがとうございました。それではちょっと時間も押しているせいもありますけれども、次の議事に移りたいと思います。

議事の（２）ですね。災害時リハビリテーション支援体制構築に向けた論点についてです。

では、事務局より御説明をお願いします。

○新倉課長 それでは、資料８に基づいて御説明させていただきたいと思います。

この資料８でございますが、地域リハ支援センターを中心とした、災害時のリハビリ支援体制構築に向け、検討すべき点について、議論のたたき台として作成したものです。

発災直後から超急性期など、フェーズごとに考えられる論点をそれぞれのページで記載をしております。

フェーズごとに地域リハ支援センターとして担うべき役割というのはどういうものか、これが右上のところ、そしてその下にはそれを果たすための、こういったところが論点になってくるのかというような形で資料のほうをそれぞれつくっております。

全体としては３ページにわたっておりまして、発災直後、超急性期の段階で１枚、その後、急性期、亜急性期ということで１枚、最後が慢性期、または中長期ということで、３ページ目をつくっております。

それぞれ、例えば、担うべき役割として、こういうものが、また違うところがあるんじゃないかとか、論点としても抜け落ちているような視点がないか、そうした観点で、またご意見をいただければと思います。

今日はそうした意見をいただきながら、次回以降はフェーズごとの議論というのをできれば開始をしたいなと思っています。そうした議論を開始する前段階としての論点整理ということで説明させていただきます。

○松尾課長代理 では、私から詳しい説明を行います。

まず、１枚目を御覧ください。１枚目は、発災直後から７２時間が経過するまでの超急性期の状況になります。この期間では、家屋の倒壊とか、火災などによりまして、多数の負傷者が発生して、医療救護活動が行われます。

東京都の地域防災計画では、災害・医療コーディネーターを中心とした医療機関の被

害状況や、活動状況についての情報収集、集約が行われまして、東京DMA Tの出動、緊急医療救護所の運営などがここで行われます。

その下段は、この期間におけるリハビリ提供体制を図にしたものです。また、右の上段の地域医療センターの主な役割（案）を同時に御覧ください。

センターの役割（案）については、これは非常にざっくりとした表現になっていますが、まずは初動体制として、地域のリハ資源、職能団体、リハビリテーションの病院や訪問リハビリテーション事業所などの被災状況、また区市町村が設置する避難所の開設状況などの情報の把握をしていただきます。

また、リハビリ資源の被災状況などについて、災害医療コーディネーターや、行政機関などへ情報提供することとしています。

これらの内容や、このほかの役割について、御意見をいただきたいと思えます。

また、その下の当面の論点については、左側のリハビリ提供体制を実行するために御議論をしていきたい事項を列記させていただきました。

1つ目は、災害時に地域のリハビリ資源について、どのような情報を把握する必要があるか。2つ目は、どのような手段で地域のリハビリ資源について情報を収集するのか。3つ目は、発災後、いつのタイミングで情報提供すべきなのか。4つ目は、情報提供の相手方は誰か。次に、地域のリハビリ支援センターでは、その取りまとめた情報を都全体でどのように集約するのか。最後には、災害時リハビリ支援の開始時期の目途をどのように立てるのかというところです。

また、この1枚、2枚、3枚の、全フェーズ共通の課題、問題点としては、災害救助法というものがありますが、そこでは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの身分保障や従事命令、災害時のリハビリ支援に係る費用補償のあり方については、位置付けられていないという状況があり、その点についても御議論をしていきたいと考えています。

2枚目を御覧ください。2枚目は、急性期の72時間から1週間と、亜急性期の1週間から1か月の間の状況です。

情報の収集や集約、それから医療救護班の被災地への派遣は継続して行われますが、傷病者等の被災地域外への搬送は急性期までとなっており、一方で、他県の医療救護班の受け入れや、被災者の定点、巡回診療などが急性期から始まります。リハビリ提供体制は、ここからが支援センターの一番の役割になると思えますが、まずは病院や行政機関からの要請が始まります。それを受けて、各地域リハビリ資源、職能団体やリハ病院、訪問リハ等の情報を集約したものを踏まえて、それらの要請とリハビリ資源とのマッチングを行っていただき、避難所や在宅、病院等へ実際のリハビリの支援を行っていただくというコーディネーター役というものを担っていただきたいと考えています。

また、右側の主な役割の案の2つ目ですが、外部団体、他県からもたくさんの支援があると思われまます。そういった支援の受け入れ体制の確保や、その連絡調整の役割を果

たしていただき、それらの支援に対しコーディネーター役となって受け入れ、実行に移していただきたいと思います。

当面の論点としては、支援してほしいという要請と支援できるという申し出をどのようにマッチングさせるのか。区市町村ごとに進められている防災計画や各職能団体で検討が開始されている取組とどのように整合性をとっていくのか。他県など、外部からのリハビリ支援の申し出を取りまとめて調整する機能をどの機関が有すれば効率よく支援を受け入れることができるのか。震災後、避難所から自宅に帰っている要介護者のリハビリのニーズをどのように拾うのか。区市町村は避難所運営において何を基準にリハビリのニーズがあると判断して拾い上げ、リハビリ支援を要請すればよいのか。円滑なりハビリ支援を行うために、地域リハビリテーション支援センターや行政機関、各職能団体、医療機関などがどのように意思疎通をしていけばよいか。支援チームが避難所や仮設住宅等で活動するに当たって、どのような制約があるのか。というような点を今後、論点として議論していただきたいと思います。

最後に3つ目を御覧ください。

慢性期、1か月から3か月までと、最後に中長期、3か月以降の状況です。

引き続き、情報の収集や集約を行います。慢性期では、医療救護所の運営は慢性期までであり、他県の医療救護班の受け入れも慢性期までとなっており、その後の中長期以降の課題がここで発生します。

提供体制は、先ほどの2番目と同じですが、右側の主な役割を御覧ください。中長期になると、東日本大震災でもそうでしたが、いよいよ支援体制というのを徐々に縮小し、支援の終了に向けて外部団体などから地域のリハビリ資源の段階的な引き継ぎの調整を行っていくという役割が発生すると考えています。

当面の論点として、支援の終了に向け、外部団体の支援内容を地元に限られたリハビリ資源にどのように移行すればよいのか。また、災害時リハビリ支援終了時期の目途をどのように立てるのかということなどを御議論していただきたいと思います。

以上です。

○新倉課長 こちらの今の資料でございますが、左側の下のリハビリ提供体制、ここと右上の支援センターの主な役割（案）というところが、ちょっとここが対にして表現をしているところがございます。ここの左下の提供体制の絵についても、これもたたき台ということで記載をしておりますので、ここはこうした機能をちょっとセンターで担うのは厳しいとか、そうしたことも含めて、センターがそれぞれのフェーズの中でどんな役割を担うべきかということも含めてご議論、御意見をいただければというふうに考えております。お願いいたします。

○安保部会長 ありがとうございます。

これは後で持ち帰ってご意見をいただくということになると思います。というのは、当面の論点といっても、結構すごい論点ばかりで、答え出ない論点ばかりで、今意見と

言われても、結構難しいと思いますがどうでしょうか。

- 新倉課長 今日この場で気付いたところももちろん御意見をいただきながら、あと今日のこの部会が終わった後、また持ち帰って見ていただいて、その意見はメール等で後日、担当の方にお寄せいただければというふうに考えております。

我々もちょっと、この資料が早目に御送付できればよかったですけれども、ちょっとそれができなかったものですから、今日見て、また持ち帰っていただいた上で、またメール等で御意見いただければというふうに考えております。

今日は時間の中で、気付いたようなことを自由に御意見いただければと思います。

- 安保部会長 今日、いろいろな発表があって、お聞きになって、いろいろな思いがあると思いますが、今日は意見を少し述べていただいて、それで後で集約してということにしたいと思いますので、どなたかございますか。

- 渡邊委員 南多摩地域リハビリ支援センターの永生会の渡邊です。素直な気持ちでいいですか。多分、この地域リハ支援センターの中で、専従で支援センターにスタッフを置いているところというのは、多分ほとんどないと思います。その状況で、ここに書かれている業務を本当に発災時からできるかというともう、それこそパーセントでいうと1%、2%、できるのかというような感じがします。

また、前回のときにも言わせていただきましたが、気仙沼とか石巻とか、数万人の市でやっている活動と、我々の二次医療圏の中には、例えば、南多摩医療圏だけで140万人いるので、その140万人に対して、ここに書かれているような支援体制を組むことは、本当にできるのかなという気がします。実際この支援体制が本当に動くとしたら、一体何名のスタッフが必要なのかなという感じがしています。

- 安保部会長 ありがとうございます。ほかに何か。

- 平原委員 平原です。実際に今、これを聞いたときの、ちょっといろいろな疑問符がいっぱいあって、教えていただきたいのは、実際に私、3.11のときに、東京都の訪問看護ステーションで働いて、管理者をしておりましたので、そのときに、うちのマニュアルで、呼吸器をつけた人と独居の方と、末期のがんの方とか、そういったことの人をピックアップしたら65名の安否確認のリストを挙げて、そのとき看護師で安否確認をしたんですね。それをうちのステーションでマニュアルになっていましたね。実際に被災直後からマニュアルに沿って安否確認をして、1時間程度でできたんですけども、その後の全員の安否を確認を土日で行いというふうなプロセスを踏んだときに、それも含めて東京都でのこういったときに何が必要かと思ったときに、例えば私は北区というところにいますので、北区は34万人のうち、介護保険のを使っている人は要支援、要介護1万6,000人なんですね。障害者が2万4,000人なんです。ほぼそれ以外の方は、そういった支援がなくても生活されている方なわけで、このたたき台で支援が必要な人ということを、まず対象をどういった人に支援の対象としているかというのをまず明らかにした方がいいのと、今、病院にほぼそんなにずっと入院できないので、ほ

ほぼ重傷な方は在宅におられるという中で、重傷な人ほど、やっぱりこういった環境で支援が必要なんです、その情報を持っているのは、もしかしたら私は訪問看護ステーションじゃないかと思っていまして、そのときに実際に動いたときも、やはりEペースの方や呼吸器をつけた人は、今、災害個別支援計画ということで区市町村で計画を立てていますので、それ以外の重傷な方がどう健康、ちゃんときちんと管理できるかというところがまず一番で、その後、要支援者とか、ずっとじっとしているとやっぱりいろいろな障害が起こってくるという人の介護保険の要支援者のデータをどこが持っているとか、そういった対象を明らかにした後に、どこが中心となって連携をとるべきか、そこにリハビリの方がどう現場で連携するかというところが、何となく対象がまず、全員に、都民全員には多分無理で、少ない医療関係、福祉関係の人が、こういったすごい大事な、大変なときに、どう動くかというのはすごい考えておかないと動けないというのを実感していますし、ですから、まず対象を絞るのと、今、区市町村で動いている実際の動きは、そういった重傷な人の計画と、あと町会別にもう災害対策のときの動きをすごいシミュレーション、自治会でしていますので、自治会の取り組みと、区市町村の役割というのが結構明確に、今、地域では何度も訓練をしたりとかしているの、その辺との整合性がちょっと今の御説明、私がちょっと理解不十分なのかもしれませんが、ちょっとぼんやりしているような気がしたので、その辺はどうお考えなのか。

- 新倉課長 御意見ありがとうございます。そういった意味では、今、御指摘いただいたところですね、はっきりと今、検討する前の段階で、どこが最初から支援対象だということは明確になっていません。ある意味、そこがうまく最初にできるのかどうかというところもこれから御議論いただきたい部分です。あらかじめリハビリのニーズというところで見たとときに、発災した後に、その生活が、例えば不活発になることで、ニーズが出てくるという部分等も、その災害の前からあるニーズという、そこが多分分かれてくるので、その辺りをどう見るかというの、今後その対象をどう拾い上げていくのか、どう把握するのかということの中で、ちょっと御意見をいただければと思います。

御指摘いただいたように、現時点では、そこは明確に、今なっていません。考えとしてもまだ明確になっていないところです。

- 安保部会長 この間、最初の人に少しそういう話も出て、その後、少しいろいろ考えさせてもらって、みんな大体どこかの病院に勤務しているので、病院の状況を把握して、それに対応するのが一番最初だと思うんですね。それで、ただ東京都ですごくいいのは、救急隊の部門のところはものすごくうまくいっているの、もう震災のレベルによって、救護施設などが立ち上がるわけですね。設立される施設が決まっているので、だからその施設に人を割り振って、病院から誰かを出すような仕組みを3士会にお願いをして、また医者の方も行ける場合は行ってというふうな、そういうシステムをまずちょっとつくったほうがいいのではないかと個人的には思っていました。ただ、在宅の人たちというのは、やはり社会福祉協議会の方とか、訪問看護の方しかデータを持って

いらっしゃらないので、そこは拾い上げをおねがいして、その救護施設に送ってもらおうとか、病院に送ってもらうなどしてもらわないといけないのかもしれませんが。この会が何とか中心になって、横のつながりを何とか広げなければならない、というふうな感じがするんですよね。

なので、ちょっとリハビリテーションというふうな概念でいくと、余りにも訓練士がやるリハビリテーション中心になってしまいますので、マンパワーの問題がでてきますし、所属の問題があるので難しいです。その辺を少しくまくアレンジできたらなど。

なので、今回はその訪問看護の方が見えたりとか、あとは原先生にも、その御意見をいただいたとか、あとワーカーさんのところのネットワーク、うまいことつなげれば何とかちょっといい方法が見つかるんじゃないかなと思っているところですよ。

まだ本当のたたき台なので、逆に言うと、この取組は誰もやっていないので、答えが何か分からないですよ。なので、ちょっと少しでもちょっとその辺を見つけられたらいいのかなというのは本当、個人的に思っているところです。

どなたか御意見。

○伊東委員 伊東です。先ほどの計画でもお話しさせていただいたんですけども、先生がおっしゃられたみたいに病院にひもづけで僕らは動いているということもあって、じゃあ、この地域リハ支援センターの事業をやっていて動けるのかというところで行ったんですけど、やっぱり動けないような気がするんですね。でも、在宅で働いている訪問リハのスタッフとか、言っていた訪問看護ステーションづきだったりということで、そうすると在宅のスタッフが、あるいは訪問看護師さんとかが一番よく知っているの、そこはもうそこで抑えてもらおうというような感じには大体なっているような気がするんですね。

それをここに挙げるのか、あるいは3士会の、例えば、今大体3士会というと、もうブロックで分かれて、その世話人とかというのがいますので、その世話人に上げて、士会のトップの方に上げてもらうのかというルートを使うのか、あるいは地域リハ支援センターのところに知らせてもらって、それを東京都の方に挙げるのかというような、ある意味ルートはできてきているような気がするんですね。問題はその連絡をどういうふうにつけていくのか。特に発災直後というと、もう切れちゃうというところとか、あるいはマンパワーがもう分散しちゃってというところとか、というところもあるので、その部分の構築さえうまくいけば、あとは市単位でもう訪問リハの会みたいなのができていたりするのをなるべくひっかけて、つながりをつくっていくというところをつくっていくというのが恐らく一番現実的ではないかなとは思っているんですけども。

難しいのはやっぱりそういう訪問リハの会とか、訪問リハというと、リハビリだけでは決して動けないので、リハビリもそうだし、ケアマネさんもそうですし、それから訪問看護師さんもそうですし、そういうところが全部、横でつながりをつくっているところ

ろがだんだんできてきていると思うので、そこのリンクをどうつくっていくのかというような気はしながら、今までのお話を聞かせていただいたんですけれども。

○安保部会長 ほかにも御意見ございますか。

○原島委員 東京都理学療法士会の原島でございます。

さっき伊東先生が話していたとおりで、理学療法士会も今、ブロックがすごく動いていたんですけど、その次に今、区市町村レベルに少し、支部みたいなのをつくっておまして、私、今務めているのが総合東京病院という、中野にあるんですけれども、それも中野支部というのをつくりました。大田区もあります。これから世田谷ができて、多分杉並もできて、町田もできました。というように、だんだん区市町村単位で動いてきているんですね。それはいい意味で、人数もふえているんです。中野も200人ぐらいですかね、杉並で300人ぐらいというように、それよりいるんですけれども。そのようにだんだんふえてきているので、そういった連絡はつきやすくなるんじゃないかなというのが今の理学療法士会の現状です。

以上です。

○安保部会長 ほか、どなたか御意見。

○三澤委員 日出町という小さい町で担当させていただいていますけれども、町では今、やはり海外医療連携では東京都医師会さん、各ブロック保健医療圏での医師会さんの言うところの下で、こういった災害医療連携というのが着実に進んでいるところで、これに併せた形で今度このリハ部門というのを構築していく中で、いろいろお話を伺っていて、そもそもお恥ずかしい話、私どもの行政側との連携というのをこれからこういう密接にさせていただく中で、今までリハのほうから、医療機関とのつながりはあったとは思っているんですが、リハの方との行政機関との、直接的な接点が思ったより少なかったというのが、ほとんどうちなんかでもなかったというのが現状で、地域リハビリ支援センターさん、我々、町内もありますけれども、つい最近、これきっかけとすれば介護と医療の連携の中で、他職種連携会議とか、また介護などの介護予防事業の新しい展開というところで、リハを一般介護予防事業の中にどう取り入れていけるかなというような投げかけをさせていただいたりした中で交流が生まれてきました。

今回のこの件に関して言えば、行政側から、私どもの町からいけば、先ほど来、いろいろな御説明をいただきましたが、避難所の過ごし方がやっぱりどうしても保健師の数も限られたり、医師の数も限られる中で、ある程度の長期的な期間を要する場合に、どう支援していったら、運動とか、元気な方も多分大勢いらっしゃる中で、そういった方のケアも含めた、どういったお力沿いをいただけるのかなみたいなところを要請するのかなと思っています。

いずれにしても、話を伺っていると、今、うちのほうで介護と医療の連携の中での他職種連携会議に行っているのを、先月、先々月ですか、12月にその地域でも立ち上げさせて、この中に切り分けて、もう関わっていただく方は狭い地域で、皆さん顔ぶれ一緒

なんで、この中で我々としては在宅療養の主たる包括ケアシステムを構築して、検討するのと併せて、こういった災害医療の動きもありますということをお紹介というか、一緒になって考えていただきながら、進めていかざるを得ないというふうに思っていました、それが結果的にはいろいろつながってくるのかななんて思って話を伺っていました。

○安保部会長 ありがとうございます。

○伊藤委員 いろいろなお話を聞いておまして、確かに医師会の立場からいうと、在宅医療を全体的に把握しているのではないですね。地域で、地域ごとにいろいろな条件があると思いますけれども、その地域の医師会、あるいは医師がその地域の在宅医療をやっているかという、そうではないケースもたくさんあって、在宅医療をまとめている団体も日本ですと十幾つか、11ぐらい、それがやっと初めてまとまろうというような会議が始まったような段階でして、ですので、そういう、発災直後、あるいは、ある程度、早い段階での、実際に在宅におられる方の、逆にニーズとか、そういったものを得るのは、やっぱり医師会でのそういった他職種連携の会議であったりとか、ケアマネさん、あるいは訪問看護師さん等々の情報のほうがずっと大きいんだろうなというふうに私も思っています。

先ほど情報を集めていくときに、支援センターがその中核になっているということをお担うんですね。その情報収集もかなり大変な作業だろうと思うんですね。医療の場合には、区市町村、それから地域、それから都のコーディネーターのチームで連携を、行政の方の援助を得ながらやっておるという体制ができていますけれども、もし広域に情報を集めるとしたら、それで流れに乗っていったほうが、在宅の個別の情報を刷り上げていく中で、そういった情報の上げ方については、今ある既存のものにミックスしていった方がいいのかなと。個別にこれだけつくるとまた大変だろうなと思って、ということをお考えしておりました。

○安保部会長 どうも、ほかにございますか。

では、いろいろ御意見あると思いますけれども、また事務局の方に御意見などを伝えていただいて、取りまとめていただいて、またちょっと次回の議論につなげていきたいというふうに思います。

ちょっと過ぎましたけれども、以上で本日の議事は一応終了といたしたいと思います。事務局に、ではお返ししたいと思います。よろしくお願ひします。

○新倉課長 はい。本日はありがとうございます。本日の、今日の後、また先ほどの論点の部分について、事務局宛てに、担当者宛てにメール等で結構でございます。いただければというふうに思っています。

先ほど渡邊委員の話にもあったとおり、地域リハ支援センターで全てを対応するという形では、委員おっしゃるとおり、全くそれは現実味がない部分でございます。それぞれの職能団体、あと区市町村、あとその訪問看護ステーションを初め、地域のところで

行っている活動、持っている情報、こことどういふふうに、あと社協もきょう来ていただきましたけれども、そういったところとどういふふうにうまくつないでやるのかというところ、そうした情報の集約、整理というのが中心の役割になってくるのかなというふうには考えております。

そういったところも含めて、この後もまた御意見いただければというふうに思っております。

次回、第3回の方は、年度が明けまして、5月から6月頃を予定しております。その間に次回に向けてのまたさらに論点、きっちり整理した上で、次回にまた改めて日程調整をさせていただければと思います。

ぜひこの部会、来年度も引き続きございますので、どうぞこれからもよろしくお願ひしたいと思います。

それでは以上をもちまして、平成27年度第2回の災害時リハビリテーション支援体制検討部会を終了いたします。どうもありがとうございました。

(午後 5時04閉会)