行政側のリハビリテーション科医として —被災者・障害者支援と地域リハビリテーション活動の展開—

樫 本 修^{*1}

The Role of Administrative Rehabilitation Physicians after the Great East Japan Earthquake : Support for the frail Elderly and Persons with Disabilities and Community Rehabilitation Support

Osamu KASHIMOTO^{*1}

Abstract : In this paper, we report the various actions and administrative steps taken by the Miyagi Prefectural Rehabilitation Support Center (MPRSC) to aid the disabled, following the Great East (Eastern) Japan Earthquake. Among various problems we encountered, it was alarming that the shelters set up for victims were not always accessible for disabled persons. These non accessible shelters had various barriers. Also, we noticed that many disabled people had lost their technical aids, i.e. canes, wheel chairs, orthoses and prostheses, etc. After the administrative vacuum caused by the disaster, we were able to restart community services for the disabled through reestablishment of local support center activities under MPRSC direction. During this process, we received much support from across the nation and from various specialist groups related to rehabilitation services. We now realize the need for the Disaster Acute Rehabilitation Team (DART) and the undergoing change in needs for the disabled people since the disaster. Finally, we comment on the importance of building a guideline of rehabilitation services, especially in case of a disaster, and having an everyday working intimate network established among the local administration office, medical associations and the other related parties. (**Jpn J Rehabil Med** 2011 ; 48 : 725-733)

Key words : 障害者 (persons with disabilities), 障害者更生相談所 (rehabilitation counseling center for disabled), 福祉用具 (technical aid for the disabled), 地域リハビリテーション (community rehabilitation)

はじめに

2011年3月11日午後2時46分に起こった東日本大震災(日本観測史上最大のマグニチュード9.0). 未曾有の大津波が東北・関東地方沿岸部を襲い, 筆者が勤務する宮城県リハビリテーション

支援センターのある仙台市若林区も含め, 東北から関東地方の沿岸部に広範囲に渡り甚大な被害を引き起こした. 1967年に建設された当センターの建物は, 5年前に耐震工事を行った事務室, 第1診察室以外は全ての部屋で随所に亀裂が入り, 追い打ちともいえる4月7日に起こった余震(マグニチュード7.1)で, とうとう理学療法室が安

2011年9月20日受稿

^{*1} 宮城県リハビリテーション支援センター/〒984-0827 宮城県仙台市若林区南小泉4丁目3番1号
Miyagi Prefectural Rehabilitation Support Center
E-mail : kashimoto-os877@pref.miyagi.jp

全面の確保ができるまで使用禁止となった。2012年4月にオープン予定だった当センターの新築工事中の場所（名取市，仙台空港近く）も約1m冠水し，オープンは1年延期となった。

当センターは，行政機関である身体・知的障害者更生相談所を核として，リハビリテーション（以下，リハ）科，整形外科を標榜する附属診療所（障害者クリニック：運動器リハⅡ，脳血管疾患等リハⅡ）を併設し，さらには宮城県地域リハ推進事業において県リハ支援センター，高次脳機能障害者支援事業において支援拠点機関に指定され，普段から障害者支援，地域リハ活動を行ってきた。

本稿では，震災後に障害者を支援する行政機関の管理者，リハ科医として活動してきた中で，主に福祉用具供給基地としての活動，被災地での補装具判定，被災地支援をしていく中で展開された地域リハ活動の内容を報告する。

震災後の障害者

震災直後は障害者，一般住民の区別なく，いわゆる一般の指定避難所に避難した。地震発生4日後の3月15日には東北3県（岩手，宮城，福島）の避難者数は約410,000人に膨れ上がり，人口の6%が障害者とする約24,000人以上の障害者が避難所にいたことになる。しかし，実際の数字は明らかにされていない。仙台市では各区にある障害者福祉センターなど災害時に備え障害者のための福祉避難所が15カ所ほど指定されていたが，情報が伝わっておらず，存在を知らない障害者も数多くいた。聴覚障害者の中には，「地震は分かったが，津波警報は分からなかった」と言う方も多くいた。とにかく，最初は近くの指定避難所に避難せざるを得ない状況の中で，学校の体育館，教室などは元々障害者が利用しやすい構造に作られていない。一般住民に混ざり，トイレ，移動，コミュニケーションの問題を抱える方，集団生活に適應できない方など，障害のある方にとって避難所の環境は馴染めないものであった。中には避難所の生活をあきらめ，自家用車の中で過ご

した方，損壊状態でも自宅の方がましであると早期に戻った方，親戚に身を寄せた方など，避難所から離れた障害者も多かった¹⁾。

震災後約80日における聴覚障害者の調査結果では，面接調査可能であった125名中自宅生活者が98名（78%），親戚宅3名，避難所9名，仮設住宅6名，その他9名とほとんどが自宅で生活していた（東日本大震災被災聴覚障害者心のケア宮城県調査報告書，2011年6月）。

筆者が相談役をしている仙台ポリオの会をはじめ障害当事者団体に所属していた方は，お互いに安否確認を行うなど早期に連絡を取り合い，情報交換，不足している物品の提供を行うなどの連携体制は一般住民よりも強固であったことも伺えた。

宮城県における医療・福祉施設被災状況

宮城県内の病院147カ所のうち101カ所（69%）が被害を受けた。障害福祉施設では496カ所のうち31カ所が全壊，145カ所が損壊した。入所系施設が高台にある施設が多かったという立地条件もあり，幸いにも全壊であったところはなかった。しかしながら，入所系高齢者施設では，いわゆる特別養護老人ホーム10カ所と認知症高齢者グループホーム20カ所が全壊するなど大きな被害を受けた（表1）。

被害を免れた通所系の施設が福祉避難所としての機能を担い，入所系施設が定員枠を超えて被災障害者，要介護者を受け入れるなどして急場をしのいだ。

当センターの被災地支援活動開始

震災3日後の3月16日，仙台市内でも早い方で電気が復旧し，パソコン，電話が使えるようになった。そして，行政機関として被災地に対しての外部支援，リハ活動をようやく開始できたのは震災発生後6日目の3月17日であった。最初の活動は，宮城県リハ協議会委員（日本福祉用具供給協会東北支部）から支援物資として車いすの提

表1 宮城県における医療・福祉施設被災状況

医療機関	全施設数	全壊	損壊	被害計	被害%
病院	147	6	95	101	69
診療所（医科）	1626	34	229	263	16
診療所（歯科）	1060	59	325	384	36
計	2833	99	649	748	26
障害福祉施設	全施設数	全壊	損壊	被害計	被害%
入所系施設	46	0	27	27	59
グループホーム・ケアホーム	94	9	26	35	37
通所系施設	248	14	74	88	35
居宅介護施設	22	2	0	2	9
その他施設	86	6	18	24	28
計	496	31	145	176	35
入所系高齢者施設	全施設数	全壊	損壊	被害計	被害%
特別養護老人ホーム	121	10	8	18	15
養護老人ホーム	10	1	1	2	20
介護老人保健施設	80	2	7	9	11
ケアハウス（軽費老人ホーム）	45	5	4	9	20
認知症高齢者グループホーム	207	20	2	22	11
計	463	38	22	60	13

宮城県医療整備課，障害福祉課，長寿社会政策課調べ

供依頼があり，車いす 28 台を石巻市役所に届けた。石巻圏域は宮城県でも最も甚大な被害を受け，石巻市役所自体が冠水しながらも行政機能を維持しようと奮闘していたところであった。

県の行政機関というものは，申請・依頼をする市町村が機能しないと動けず，対応が後手になりがちである。所内会議で当センターが果たす役割として下記を重点に活動することを決定した。1) 身体・知的障害者更生相談所として今できること，2) 被災地へのリハスタッフ派遣とリハニーズの把握，そしてこの 2) の結果から 3) 福祉用具の供給基地，4) 地域リハ活動につなげる，ということに発展した。

1. 障害者更生相談所としての活動

1) 障害者手帳紛失者への対応

早期に対応したのは避難時あるいは津波の影響による障害者手帳の紛失者に対しての証明書発行である。当センターに電話で申し出ることで，障害者手帳を所持している旨の証明書を交付することとした（当センターホームページに掲載）。し

かし，実際に電話連絡で比較的早期に証明書の発行が行われたのは 15 名に過ぎなかった。被災地では障害福祉サービスの提供自体が停止し，手帳が必要となる場面が少ないことが理由であった。

2) 補装具流失・破損者への対応

義足や下肢装具，車いすを流失した，水を被って破損したという情報があっても，個別に作製する補装具に限っては，被災地までのガソリンが確保できないなど製作者も動けず 3 月中はどうすることもできないジレンマがあった。避難所や在宅にいる補装具使用者で補装具の破損・流失の情報があった場合，申請という正規の手続きは後にして，当センターにすぐに情報提供をするように被災市町村，県内全補装具製作者に対して周知した。

そうしてようやく補装具判定業務が復活できたのは，震災後 3 週間以上が過ぎた 4 月 6 日の巡回相談からであった。以後，避難所の体育館を会場にした臨時補装具巡回，プレハブ診察室での判定など，5 カ月目の 8 月 11 日まで震災関係の補装具申請が 75 件（肢体不自由 69 件，補聴器 6 件）

図1 震災被害による補装具申請理由（震災後～8月11日）

に上った。津波で車いすが海水を被り泥だらけになった、施設に置いてあった座位保持装置が津波を被った、義足が津波に流された、避難する時に装具が壊れた、震災後のストレスで痩せて義足が合わなくなったなどが主な理由であった。津波被害によるものが58件（77%）と多数を占めた（図1）。種目別では下肢装具、義足、車いす、座位保持装置の順であった（図2）。日中午後の時間帯の地震であったため、下肢装具を自宅内では装着していなかった方が装具を流失した。

一方、避難所で生活をしている間に歩行が困難になり、車いすが必要になったという事例も発生した。筆者が診察した50歳代女性の筋ジストロフィーの方は、震災前には自宅内でいざり移動が可能であったが、福祉避難所内では車いす移動をせざるを得なくなり、結果的に車いすが必要になってしまった。

2. 避難所急性期におけるリハニーズ把握

避難所におけるリハニーズを把握する目的で、震災発生後11日目の3月22日に石巻保健福祉事務所に当センターから理学療法士（以下PT）1名、作業療法士（以下OT）2名を派遣した。筆者自身も4月3、4日に仙台保健福祉事務所（塩竈保健所）と連携して亘理町の全避難所6カ所を巡回した。震災後3週間たっても避難所では水洗トイレが使用できず、衛生面の管理、感染症予防が重要課題であった。体育館はもともとバリアフ

図2 震災被害による補装具種目

リー化されておらず、移動機能に問題がある高齢者、肢体不自由者は移動行為という運動の機会が奪われた。足の踏み場もないほど毛布が敷き詰められ、その上を歩かざるを得ない高齢者は転倒の危険性が大きかった。実際に大腿骨頸部骨折を受傷した方もいた。立ち上がり時につかまるところがなく、パイプいすで急場をしのごうにも置くスペースもない状態であった。家族、家屋、財産、仕事を失った精神的ショックと活動の機会がないことで、日中から毛布を被って寝ている高齢者が多かった。必要な方に杖の提供をすることで生き生きとした表情を取り戻したことが印象的であった。

その結果、判明したニーズは、避難所生活を強いられた高齢者、障害者の活動性を落とさないためには移動手段を確保することであった。避難所で不足している杖、シルバーカー、車いすなど移動支援、転倒予防用具と褥瘡予防のマット、クッションなどを支援物資として当センターに集約し、外部からの支援チームにも提供できる供給センターとして機能させることを決定し、準備を進めた。

3. 福祉用具供給基地

3月中は、当センターにある古い杖などを避難所を回りながら個別に提供することで対応したが量的には限界があった。流通機能が停滞していた中、（財）テクノエイド協会を通じて第一陣として3月28日にヒューマンケア竹虎（株）からシルバー

表2 福祉用具支援物資の分配状況

目的	支援物資の種類	総数	8月16日在庫	分配数
移動支援	車いす	118	26	92
	車いすクッション	60	2	58
	シルバーカー・歩行器	28	14	14
	杖	437	63	374
	リハシューズ	518	190	328
褥瘡予防	ベッド	14	0	14
	エアマット	16	0	16
	マットレス等	27	10	17
疼痛対策	腰バンド	239	32	207
	サポーター	587	346	241
その他	浮腫予防ストッキング	108	30	77
	ポータブル便器	9	4	5
	栄養補助食品	303	0	303
	計	2464	717	1746

カー5台、一本杖50本が届いた時には本当に感激した。その後、4月1日に日本生活支援用具・福祉用具協会（JASPA）会員からの福祉用具提供通知が厚生労働省から出され、多くの福祉用具を支援物資として提供していただいた。その後も日本リハ工学協会、地元の補装具製作者、PT・OT士会等からのご支援をいただき、福祉用具供給基地として機能させることができた。4月は杖、リハシューズ、車いす、シルバーカー・歩行器など移動支援用具のニーズが高く5月以降、沿岸部の避難所から内陸部の二次避難所への移動に伴い、エアマットなど褥瘡予防用具や腰バンド、膝サポーターなど疼痛対策用具のニーズが高くなった（表2）。

地域リハ活動としての被災地支援

1. 宮城県の地域リハシステムとPT・OT士会との連携

当県の地域リハシステムでは地域リハ広域支援センターの役割を7つの保健福祉事務所（保健所）が担っている。現在、PT、OTが各保健所に1～3名配置され、筆者が各保健所の兼務医師として補佐し、当センターが各保健所の後方支援機関を担う。当県では2002年以降、行政機関が中心となって地域リハ活動を推進してきた経緯があり、

震災支援活動におけるリハ分野にこの地域リハシステムが果たした役割は大きい。3月～6月末までに7つの地域リハ広域支援センターでは、30市町村に対して648回、被災者13,125人への支援活動が行われた（宮城県健康推進課調べ）。

震災後早くから県PT・OT士会のメンバーが避難所を巡回するなど活動した。3月23日に県健康推進課から保健福祉部長名で両県士会に協力要請を正式依頼した。その結果、12市町に対して述べ799人が動員された（7月15日現在、宮城県健康推進課調べ）。

当センターからはリハ科医師、看護師、リハ専門職2名からなるリハ支援チーム派遣が可能であることを震災1週間後の3月18日の時点で被害が甚大であった気仙沼圏域地域リハ広域支援センター（気仙沼保健所）に打診したが、現場では、DMAT（Disaster Medical Assistant Team）等外部からの災害派遣医療チームが多数介入し、内科的医療ケア、心のケア、感染症予防等が優先であり、リハ科医のニーズ要請は待機となった。4月8日に当センターから各地域リハ広域支援センターに当センターリハスタッフの派遣が可能であることを周知し、石巻圏域、気仙沼圏域への派遣が開始となり、9月一杯まで継続した。県のリハスタッフは、PT、OT士会から週替わりで切れ目なくボランティア派遣していただいた県外からの

多数のリハスタッフのコーディネーター・調整役に徹し、被災者への直接支援は派遣リハスタッフに負うところが非常に大きかった。

2. 東日本大震災リハ支援関連 10 団体との連携

4 月から 5 月に掛け、避難者の介護状態、障害状況に応じて一次避難所から二次避難所に集約されるようになった。二次避難所の管理につき「東日本大震災リハ支援関連 10 団体²⁾」(以下、10 団体)(総合戦略会議：浜村明徳、シンクタンク：里宇明元、総合事務局：石川誠の諸先生)からの派遣を依頼した石巻圏域、気仙沼圏域地域リハ広域支援センターの活動を紹介する。

1) 石巻圏域地域リハ広域支援センター

1 名の常勤 PT がいるが、保健所自体が冠水し、職員が数日後に自衛隊のゴムボートで救出されるなど、保健所の建物は全く使えなくなった。パソコンや過去の書類等全て紛失し、4 月 18 日から石巻専修大学体育館に仮事務所が設置され、ようやく活動ができる状態となった。常勤 PT 1 名だけでは手が不足し、4 月 25 日以降、当センターからリハ活動のコーディネーターとして PT 1 名を継続して派遣することになった。

石巻市は要介護 4、5 の重度者を「遊学館」に集約し、生活機能の改善が望める要介護 3 以下の方を桃生農業者トレーニングセンター(以下、桃生トレセン)に戦略的に集約した。桃生トレセンには 5 月 6 日に 10 団体として熊本機能病院から第 1 陣の中西亮二副院長以下、PT 1 名、OT 1 名、初台リハ病院から看護師 2 名の計 5 人のリハチームが派遣され、6 月上旬まで 1 週間単位で 4 陣まで 24 時間張り付いていただき、被災地における回復期リハ病棟のような印象であった。医師がチームに存在することで対外的にも信頼感が生まれたと思われる。その後は、初台リハ病院チーム等へとバトンタッチされ、9 月下旬まで支援が続いた(図 3)。

桃生トレセンの目的は、被災後に生じた廃用、生活不活発による機能低下を、リハの介入により、在宅復帰、応急仮設住宅(以下、仮設)への移行を支援することであり、一時的に低下した歩

図 3 桃生トレセンにて 10 団体第 1・2 陣
熊本機能病院中西亮二先生、重本弘文先生、東北文化学園大学佐直信彦先生、筆者ら

行能力がここに避難してから改善した例もみられた。仮設への移行に対しても、実際に仮設を訪問して対応するなど、まさしく地域リハ的関わりが実行された。

2) 気仙沼圏域地域リハ広域支援センター

1 名の常勤 PT がおり、震災後、地元のリハスタッフとともに避難所を巡回した。4 月 2 日以降、当センターから 2 名のリハスタッフを派遣し、「震災復興のための気仙沼地域リハビリテーション活動」が開始となった。PT、OT 士会から週替わりに切れ目なく全国から派遣されたりハスタッフは避難所を巡回し、リハ支援が必要な個人個人を把握して連絡票「つなげ票」で情報をつないだ。そうすることで、対象の方が別の避難所や仮設に移動しても支援が継続できた。次第につなげ票の記録がたまりカルテとしての機能を果たすようになった。

また、5 月中は毎週、山形大学医学部附属病院リハビリテーション部の高木理彰先生チームが全避難所を巡回し、約 5,000 人の避難者のうち約 6 割が生活不活発発病の疑い、3 割が確定できることが指摘された。

気仙沼市では、リハ支援が必要な方を戦略的に集約する二次的避難所として「ホテル気仙沼観洋」が機能した。ここには「つなげ票」でピックアップされた方、前述の高木チームがピックアップ

図4 ホテル気仙沼観洋でのリハ相談会
筆者と10団体PT

ブした方々を集め、200人弱の方が5月下旬から集約された。6月3日に長崎リハ病院栗原正紀院長以下リハスタッフ3名と筆者以下、リハスタッフ2名、看護師で調整会議を行い、気仙沼保健所常勤PTの後藤博音、気仙沼市立病院脳神経外科医長成田徳雄、筆者の連名で10団体への申し込みを行い、6月13日に長崎リハ病院、長崎北病院から第1陣が到着し、リハの管理を担っていただいた。以後、小倉リハ病院、戸畑リハ病院、博愛会病院など9月下旬まで支援していただいた。

高木チームが5月下旬に気仙沼観洋の食堂の一角に相談ブースを設け第1回目のリハ相談会を実施し、筆者が6月3日に第2回を担当した(図4)。医療情報も何もない中で、非常に有用であったのはカルテの役割を果たした「つなげ票」であった。そこには、4月以降の経過が日誌のように記録されており、どこかの避難所から来たか、どんな

症状がいつからあったか、週替わりで対応スタッフが変わってもどう対応されてきたかが読み取れた。以後、継続して9月までリスク管理を行った。相談内容は、リハスタッフへの医学的な注意点、想定されるリスク指導だけでなく、高血圧、下肢の浮腫、腰痛、膝痛、メンタル面など多彩であった。

3. 気仙沼・地域リハ研修会と地域リハ活動の復興

気仙沼圏域で避難所、仮設住宅入居者の支援活動を続けていく中で2回の「被災から復興のための気仙沼・地域リハビリテーション研修会」が開催された(表3、図5)。まさしく被災地である気仙沼から宮城県の地域リハ活動の復興の声を上げたと言える。

気仙沼圏域の南三陸町では7月いっぱい、気仙沼市は8月いっぱい、士会からボランティア派

図5 仮設住宅を会場にした気仙沼・地域リハ研修会

表3 被災から復興のための気仙沼・地域リハビリテーション研修会

第1回：7月5日 座長 佐直信彦先生

講演1「気仙沼における被災後の地域リハビリテーション活動について」

気仙沼圏域地域リハ広域支援センター 理学療法士 後藤博音氏

講演2「地域リハビリテーションとその思い～長崎県と高知県における取組から

気仙沼地域へのメッセージ～」 長崎リハビリテーション病院 院長 栗原正紀先生

第2回：7月29日

「みんなで考えよう！～気仙沼における応急仮設住宅の高齢者、障害者の住環境～」

NPO 法人日本アビリティーズ協会、被災高齢者・障害者支援協力隊 隊長補佐 佐藤一仁氏

遣されたリハスタッフの支援チームが終了となった。今後は、地元の様々なリハサービス事業所が再開されつつある中、地元のスタッフにバトンタッチすることが重要である。後方支援として県の地域リハ支援体制で引き続き支援を行っていく所存である。一方、県健康推進課は国の震災復興基金事業を活用して、仮設入居者に対してPT・OTによる運動指導および戸別訪問による相談、リハ相談会などを2015年度まで5カ年計画で長期的に行っていく計画である。

今後の課題

1. 災害発生時にリハ科医が求められるには

災害発生後の時期により変化するリハニーズを筆者自身も避難所を訪れた実感からまとめた(表4)。急性期の避難所に対してはリハ科医が必要とされず、generalistとしての医師が求められたのが実態であった³⁾。災害時のリハ介入は他の医療介入と異なり、医師以外の専門職でも介入で

きる部分が多い。早期から多数のリハスタッフがボランティアで宮城県を訪れた反面、リハ科医が現場から求められたのは1カ月以上が経過し、廃用、疼痛等2次的な障害が生じてしまってからであった。それは、リハ科医がなかったのではなく、リハ科医の役割、有用性が周知されておらず、介入のシステムもなかったからである。

今後の災害発生時には上月先生の提唱する⁴⁾「急性期災害リハビリテーションチーム(Disaster Acute Rehabilitation Team : DART)」が結成され、リハ科医、リハ専門職がチームを組んでタイムリーに介入できることが望まれる。そのためには、事前にマニュアル等を作成し、目的の明確化とリハ科医の役割を周知し、情報網の確立をしておくことが重要である。

マニュアルが活用されるには、行政を巻き込み、各都道府県に立ち上げられている「リハ協議会」を利用して、協議会のないところはこれから立ち上げていただき、「地域リハ連携指針」のように「災害時リハ連携マニュアル」として各自治

表4 災害発生後のリハニーズと介入の在り方

ステージ	避難所等の様子	リハニーズ	実際の介入結果
第1ステージ 急性期	ライフラインが復旧するまで 被災後概ね1～3週	・福祉用具の紛失、携行不可 ・移動支援用具が必要 ・移動困難者：車いす、褥瘡予防マット等が必要 ・エコノミークラス症候群の予防 ・心のケアが初期から重要	・リハ専門職による避難所巡回 ・紛失、携行できなかった杖、歩行車、靴等の移動支援用具の提供が活動性の向上に即効性あり ・精神的なダメージから何もしたくないという人が多かった
第2ステージ 活動支援期	ライフラインが復旧概ね3週後	・生活不活病予防の介入 ・エコノミークラス症候群の予防 ・福祉用具の不足 ・腰痛、膝痛など整形外科的な訴えへの対応 ・心のケアの継続	・エコノミークラス症候群、生活不活病予防の啓蒙 ・今まで使っていなかった人でも杖、シルバーカー等の使用で移動の活性化 ・医療機関受診が困難な方への出張診療所などが効果的 ・腰バンド、サポーター等の配布
第3ステージ 生活支援期	1次避難所から2次避難所への移転・集約数カ月単位	・2次避難所でのリハ提供、デイサービス、訪問リハを受けていた方への対応 ・避難所生活者だけでなく在宅障害、高齢者のリハサービスの欠落にも目を向ける必要 ・心のケアの継続	・外部からのリハ支援の導入(10団体) ・活動の場の提供 ・リハ科医による相談会、指示、ハイリスク者のチェック
第4ステージ 生活復興期	仮設住宅への入居年単位の継続支援	・仮設住宅への介入：福祉用具、住環境整備 ・心のケアの継続、引きこもり、自殺者発生等の予防	・地元のリハ資源、地域リハシステムにバトンタッチ

体の状況に応じてまとめておくことも一案である。そして、リハ科医が中心となり地元の医師会を巻き込んで、普段から地域リハのネットワークを作っておくことが大切である⁵⁾。

災害支援活動が長期化し、マンパワーが不足する際には、10 団体のような学会、多団体で構成されたリハチームが地元のリハ資源が復旧するまで後方支援し、いずれは地元の地域リハシステムにバトンタッチしていくことをシステム化しておくことも有用と思われる。

2. タイムリーな福祉用具供給

災害発生時には、申請、公費での支給やレンタルという構図は成り立たない。今後には備え、災害発生時の福祉用具提供システムをマニュアル化しておく必要がある。前述の「災害時リハ連携マニュアル」に組み込むことも良いと思われる。各自治体や核となるリハセンター、地域リハ広域支援センター等が災害発生時に備えて、杖、靴、シルバーカー、車いす、サポーター、腰バンド等を備蓄しておくことが重要と思われる。

おわりに

今回のような災害は二度と起こらないことを祈っている。震災支援活動はまさしく地域リハ活動を具現化したものといえる。そして、この震災をきっかけに多くの顔の見える関係、絆が生じたことも事実である。震災後 6 カ月を過ぎた今、被

災者の支援活動にリハ介入がますます重要となってくる。機能低下予防というステージから生活支援というステージに変わり、バリアフリー化が課題となった仮設に関わる様々な支援に加え、被災者の生活再構築には、社会参加、就労支援など様々な視点からのリハ介入が求められる。

当県は昨年度、地域リハ連携指針を改定したばかりであった。そこで示された支援体制は、2025 年の実現を目指す「地域包括ケア・システム」に相通じるものがうたわれている。10 団体、PT・OT 士会など外部からの支援が終了した今、今後は地元のあらゆる社会資源を巻き込んで、2025 年を目指した地域リハ活動がさらに活発化し、継続していくことを期待している。

最後にこの場をお借りして、多大なるご支援をいただいた本学会をはじめ 10 団体の皆様、福祉用具を提供していただいた皆様、ボランティア活動をしていただいた多数の皆様に心より感謝いたします。

参 考

- 1) 阿部一彦：東日本大震災と障害当事者団体。ノーマライゼーション 2011；7：32-33
- 2) 東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体ホームページ。Available from URL：http://www.rehashien-10com/
- 3) 石井 正：もしも石巻に大地震が起こったら。宮城県医師会報 2011；6：338-341
- 4) 上月正博：災害リハビリテーション—東日本大震災被災地での 3 カ月—。Jpn J Rehabil Med 2011；48：576-587
- 5) 住田幹男：阪神大震災を経験して。J Clin Rehabil 1995；4：291-293