ダイジェスト版『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』（災害発生時～数日）

大災害はいつどこで発生するかわからない．普段から大災害に備えて情報や環境整備を行っておく必要がある．『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』は，そのための重要なツールの一つとして位置づけられ，これまでの災害支援の経験を通して明らかとなった問題点や課題を踏まえ，「現場ですぐに役立つ」ことを目指して作成された．しかし，マニュアルは情報の多い反面，緊急時に手がかりをさぐり出すことが困難な場合があるかもしれない．そこで，災害発生時から数日間の一番多忙な時期に行うべき現地職員の対応と支援者の対応をまとめたダイジェスト版を作成した．備忘録的に使用されることを望む．内容的にはエッセンスを詰め込んだとはいえ，必ずしも十分とはいえない．一息ついた時には，ぜひ本文も参考にしてほしい．

1　大災害に備えるポイント

情報の一元化
- 優秀なコーディネーターの存在が鍵
- 高い使命感と複眼的思考能力を有するコーディネーターの養成を普段から心がけ，高い権限を与える
- 地域における背景の異なる職種の代表者を集めて定期的に会議を開催し，進むべき方向や目標を共有する

情報の体系化
- 事実を体系化する
- 避難所，病院，自宅，地域で事情が異なる
- 毎日変化しうる
- 各人の部分的な情報を整理・統合して全体像を捉える
- まとめる場所・会議を設定して，数々の場面・現象の繋がりを整理する
- 自分の立ち位置をはっきりさせる

情報の共有化
- 情報を共有する
- 共有できる場所・サイトをつくる．…地域レベルと全国レベルのものが必要

情報の継承化
- 仕組みを残したり，資料の保存や発信を行う
- 「災害リハ」を創設する
- 「急性期災害リハチーム（Disaster Acute Rehabilitation Team：DART）」を結成する
- 様々な経験やノウハウを整理してマニュアル（ガイドライン）を作成する

87 頁掲載

災害発生時の対応例

安全確保	・人命保護を最優先する ・慌てない
安否確認	・声を出し合って安否の確認を行う ・所属長は職員の安否を確認し，人員を把握する ・休暇中の者には連絡をとり安否の確認を行う ・外来者の安否確認を行う
避　難	・誘導班や院内放送の指示に従い，落ち着いて行動する ・不慣れな外来者の誘導には特に気をつける ・避難は原則として１階に向かうものとする ・避難場所においては，対策本部の指示に基づいて行動することとし，自己判断で帰宅するなどの行動を起こさない ・社外にいる職員は，周囲の状況から移動可能と判断されたときは，自宅または避難場所へ移動する
消　火	・出火を発見した者は大声で連呼し，付近の人に出火した場所を知らせる ・極力，自衛消火に努める ・自衛消火が困難な場合は，消防署へ連絡し，防火扉などを閉めて避難する ・延焼が拡大し，危険が迫った時は，近隣の広域避難場所に避難する ・広域避難場所はあらかじめ指定された所とする
救護活動	・閉じ込められたり，器物の下敷きになっている人がいる場合は，居合わせた者が協力して救出活動を行う．その際，二次災害を起こさないように注意する ・けが人が出た場合は，応急手当をする
救護活動	・重傷者については，対策本部と連携をとって必要な措置を行う
非常持出	・非常持出品管理班が搬出する
被害状況の把握	・情報収集を行い，冷静に行動する ・職員及び家族の安否の確認に努める．安全が十分に確保されるよう対策本部を中心に救援・救護対策を実施する ・自宅にいる職員の場合は，電話連絡が可能であれば本人及び家族の安否について所属長に連絡する ・建物・情報システム・車両等の被災状況を把握し，活動再開の準備を行う ・交通状況を把握し，院内に通達する
二次災害防止	・落下しやすい物は床に置く ・火災防止のため，コンセントを抜く ・停電した場合はブレーカーを落とし，ガスの元栓も閉める
帰　宅	・交通機関の不通の場合は，被害状況を確認し安全な帰宅ルートを確認のうえ，徒歩で帰宅する ・帰宅困難者を出さないためにも，院内に泊める場合も検討する
その他	・必要に応じて，地域住民あるいは地域防災組織と協力し，避難場所等における地域救援活動に積極的に参加する

58 頁掲載

2　災害フェーズ分類

災害支援は被災地の状況変化に基づいた適切な対応が必要となる．以下の表の通り，災害をフェーズ分類する．

災害フェーズ	第 1 期	第 2 期	第 3 期	第 4 期
期間	発災～72 時間	4 日目～1 カ月末	2 カ月目～6 カ月	6 カ月以降
復興への道	被災混乱期	応急修復期	復旧期	復興期
被災地状況	ライフライン破綻 交通手段破綻 情報網破綻 行政機能混乱 食料・物資不足 医療機能混乱 医療器具 薬品不足 被災者避難所避難	ライフライン復活 主な道路網回復 情報網の復活 行政機能の集約 備蓄品配給 支援物資確保 避難所管理運営 避難者帰宅 仮設住宅建築・移行	避難所集約化 福祉避難所移行 仮設住宅生活	避難所退去 仮設住宅孤立化対策

災害医療	救命・救助	救護	仮設診療・巡回診療	地域医療再生
現地スタッフ	病院・診療所医師・看護・PT・OT・ST	→		病院・診療所医師・看護・PT・OT・ST
支援チーム	DMAT	JMAT など		地域医療再建支援
スタッフ	救急医・看護師・薬剤師 診療放射線技師 臨床検査技師 臨床工学技士･PT･OT･ST･事務	総合医/専門医 看護師 薬剤師 PT・OT・ST・事務		
	救急隊員・消防士・自衛隊員	消防士・自衛隊員・警察		警察
任務内容	受傷者の救命･救助･トリアージ 入院患者の後方搬送	避難所診療機能　訪問・巡回診療 衛生管理（感染･中毒･熱中症･低体温症等対策）		

災害リハ	初動対応	応急対応	生活始動	地域生活支援
現地スタッフ	リハ医・看護師・PT・OT・ST（県士会員）	→		リハ医・看護・PT・OT・ST・介護スタッフ・地域住民
コーディネート	災害コーディネーター 保健所（保健師）	地域リハ支援センター	協議会 地域リハ広域支援センター	行政（保健所）
支援チーム	DART	JRAT		CBRT
スタッフ	リハ医・看護師・PT・OT・ST・社会福祉士	リハ医・PT・OT・ST・リハ看護師 介護福祉士・（管理）栄養士 介護支援専門員 社会福祉士 （歯科医師・歯科衛生士）		リハ医・訪問診療医 訪問看護師・訪問介護士 訪問リハスタッフ （管理）栄養士･介護支援専門員 歯科医師・歯科衛生士
任務内容	状況把握・情報収集・集約 入院患者後方移送支援 避難所環境整備	リハ対象者把握 被災生活支援 避難所生活不活発病予防 障がい児・者リハ支援 病院・施設リハ機能支援	現地従事者支援帰宅者孤立化対策 集落孤立化対策 訪問リハ・デイケア	地域リハ活動 仮設住宅生活支援 自宅生活再建支援 帰宅者支援 集落コミュニティ支援 地域生活再建 安定化支援 生活不活発病予防
福祉用具・機器支援	杖・車椅子・簡易ベッド・	ポータブルトイレ・福祉用具・義肢・装具など		適正化
活動組織	医師会・歯科医師会・看護協会・PT・OT・ST 士会など			
心のケアチーム	精神科医・臨床心理士・OT など			
ボランティア	社会福祉協議会・NPO など			

DMAT：Disaster Medical Assistance Team　　JMAT：Japan Medical Association Team　　14 頁掲載
DART：Disaster Acute Rehabilitation Team　　JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team
CBRT：Community-Based Rehabilitation Team

3　災害発生時の初期対応

被災直後のリハの役割

1）それまで行ってきたリハ医療を守ること
2）避難所などでの廃用症候群を予防すること
3）新たに生じた各種障害へ対応すること
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の対応をすること

・被災地医療の 1 カ月では救命救急や感染症治療・予防が主であり，リハ医療ではもっぱら 1) 2) が行われた．
・2 カ月目からはこころのケアとともに，リハのニーズが飛躍的に高まることが予想され，リハスタッフの果たす役割がますます大きくなるものと考えられる．

90 頁掲載

被災及び避難生活における問題

被災による問題（一次的）	外傷，低体温症，汚染水による誤嚥性肺炎，動物媒介の疾患，補装具喪失による障害　等
避難生活による問題（二次的）	感染症，深部静脈血栓症，脱水，熱中症，廃用症候群，服薬中断による再発，心的外傷　等

101 頁掲載

災害発生時の急性期リハ対応

C（Command & Control）：指示命令と協働
・医療統括者の確認
・治療責任者の確認
・リハの指示の確認（指示が出るような状況か）
S（Safety）：安全の確認
・リハができる環境であるか
・交通の安全性が確保できるか
C（Communication）：通信
・治療責任者との連絡系統の確認
・各方面への連絡手段の確認
・引き継ぎ方法の作成
A（Assessment）：評価
・患者の数，状態の確認
・受け持ちエリアの確認
・支援する同職種，他の職種の確認
T（Triage）：トリアージ
・患者の優先順位を決める
・新規患者を評価する
T（Treatment）：治療
・状況に応じた適切なリハを行う
T（Transport）：移送
・必要であれば患者を移送することも考慮する

115 頁掲載

避難所全体の評価項目

・避難所名，住所，連絡方法，評価年月日
・管理者・代表者氏名
・環境因子：ライフライン，トイレ，動線のバリアフリー状況，福祉用具配備状況など
・医療支援，リスク管理状況，緊急時連絡先
・収容人数，要介護者数，障がい者数
・リハ支援状況
　1）定期的な集団体操・運動の有無
　2）集団活動の有無
　3）介入しているリハ関連チーム
・その他

・改善すべき点，気になる事項
・前回評価からの変化，改善点

184 頁掲載

避難者個人の評価項目

・避難者氏名，性，年齢，評価年月日
・居場所（避難所名または在宅），連絡方法
・身体機能に関する既往（可能な限り聴きとれる医療情報），かかりつけ医
・疾病・障害像に関する情報（麻痺，コミュニケーション，骨関節疾患，痛み，服薬内容など）
・要介護度，介護支援専門員氏名など
・ADL に関する情報：災害前後の比較
・生活機能：生活不活発病チェックリスト等の情報
・移動能力，福祉用具に関する情報
・利用していたリハ資源，現況
・現在の活動度
・今後の機能予測，予想されるリスク
・メンタル面
・その他

・リハ支援の必要性
・前回評価からの変化，改善点

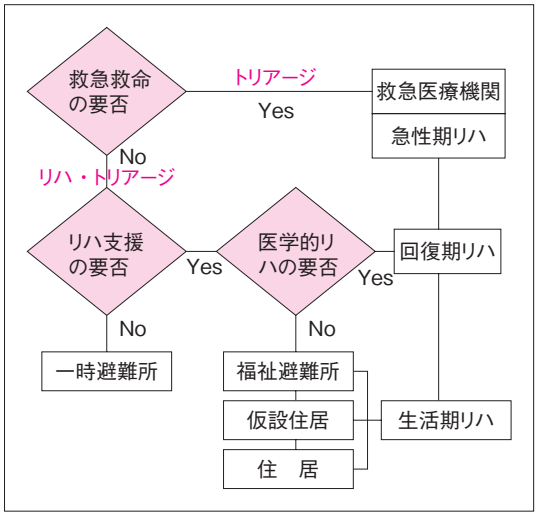
184 頁掲載

リハ・トリアージとは

トリアージが災害や事故で多数の負傷者が出た際に，負傷者を緊急性や重症度によって分別し，治療の優先度を決定することであるのに対し，リハ・トリアージとは，リハ的な関わりの必要度によって被災者を選別することである．例えば，杖や車椅子など福祉用具が早急に必要な方，廃用性の機能低下が始まっており，継続した関わりが必要な方，自ら活動を開始しており，すぐに対応する必要がない方あるいはこれまでの対応を終了する方など，対応の時間的な緊急性や継続性で分別することが考えられる．

184 頁掲載

一時避難所におけるリハ支援対象者の把握



102 頁掲載

1）障害をもたらしうる疾病の二次的な発生

東日本大震災では，災害拠点病院が被災し医療機能が停止した例があった．残された医療機関に患者が集中した．災害急性期には救急対応に追われ，リハの必要性が認識されていても後回しになる可能性がある．

東日本大震災では，リハ医が複数いる災害拠点病院でリハの機能訓練室が救急患者の収容に利用され，リハスタッフはトリアージ体制の要員として活動した例もある．最も厳しい最初の数日はやむを得ないが，その後はなるべく早いリハ活動の再開が必要である．

・急性期のケア，特に夜間の痰吸引や体位交換が継続して行えるように，病棟への看護師の支援を行う．
・摂食・嚥下機能に急性期から積極的に介入するための支援が必要である．災害直後，病院での食事も大きな問題となる．脳卒中患者のための経管栄養や嚥下食が入手できない可能性がある．食材や経管栄養剤の支援なども迅速に行う．また，摂食・嚥下の能力を評価しながら経口摂取を促すため ST などの支援も必要となる．
・早期離床への取り組みが継続できるように支援する．
・病棟の人員も救急対応に回され，あるいは患者数の増加で相対的に人員が不足する．早期離床を促すための，人員が必要である．専門的な訓練ができなくとも毎日離床させることが取り組まれるべきである．PT や OT だけでなく看護師でもやれることは多い．
・急性期病院に収容された患者を，リハの行える施設に速やかに移送する．移送先の選択や情報交換において能力の評価や望ましいリハ対応についてのアセスメントが重要である．
・要援護者の受け入れ先としての介護保険施設への支援も，急性期の患者受け入れに影響する．

東日本大震災では，介護保険施設が定員を超えて要介護者を引き受けた．地域の回復期リハ病棟から早めに患者を受け入れることで，回復期リハ病棟が急性期から受け入れやすい環境をつくることに寄与した．一方，施設のマンパワーが相対的に低下するため，これらの施設への支援も必要である．

2）急性疾患に伴う廃用症候群

・避難所でのリハ専門職は，避難者の動向に気を配り，退院してきたばかりの高齢者は見逃さず対応する．避難所の管理者や保健師と連携し，問題のある住民に速やかに対応できるようにする．
・ラジオ体操などの集団体操，避難所デイサービスなど廃用を予防する取り組みを行う．
・虚弱高齢者の起居動作しやすい環境，段差への対応，歩行補助具の支援など廃用症候群に陥らないような環境調整もリハ専門職を中心に行う．
・特に虚弱で廃用症候群に陥っている住民には医療的介入と連携しながら，個別的な機能訓練を行う．また福祉避難所等への誘導も検討する．避難所では十分な食事を得られないことが多い．摂食・嚥下障害があると容易に栄養障害に陥る．栄養管理も廃用予防の基本として取り組まれる必要がある．
・ライフラインの途絶えた自宅でも廃用症候群のリスクが高まる．

東日本大震災の時は介護保険サービス，在宅医療がほとんど機能しなかった．さらに電話が使用できず，連絡も十分にとることができなかった．

ライフラインが途絶し，介護保険サービスもない自宅では，廃用症候群の予防が難しい．急性期病院から自宅に帰り，急速に廃用症候群が進行することがある．

在宅医療を行っている医療機関ではその患者，介護保険施設ではサービス提供利用者の安否確認を定期的に行う．これらの施設への支援を組織的に行う必要がある．

・災害時は介護保険施設も定員を超えて入所者を受け入れるため，相対的なマンパワー不足による廃用症候群発生に注意する必要がある．被災地近隣の施設は，急性期病院から直接，あるいは回復期リハ病棟からなど積極的に入所を受け入れる必要性が生じる．あるいは地元の被災した要介護者の支援のため定員を超えて受け入れる．マンパワーの不足から歩行や移乗の介助が困難となる．この時期の施設への支援も行う必要がある．

115〜118 頁より抜粋

4　支援受け入れのポイント

・支援を受け入れる場合は，受け入れ窓口を明確にし，支援を申し出る団体とコミュニケーションがとれる体制を整える必要がある．
・被災地のリハニーズを随時提供し，支援側が何を支援したらよいか判断できる情報を用意しておく．
・特に物的支援を受け入れる場合は，国際輸送等にかかる費用，場所の確保，継続的な管理，国内移送ルートなど幅広く考慮しなくてはならない．
・支援側に支援を申し出る場合は，支援物資等が到着する時期のニーズを見越して依頼する．

167 頁掲載

5　支援提供のポイント

・時期によって災害リハニーズは変化すると理解した上で，支援を申し出る．
・支援する内容は，被災地のニーズだけではく，受け入れる被災地の体制，取り組み状況，そして一般的な流通物品の性格などの情報を集約した上で，必要とされる支援を決定する．
・支援の内容によっては大きな費用がかかるので，できる支援範囲や費用分担する割合を明確にする．
・資金による支援は，現地にとっても弾力的に利用できる支援であり，大変効果的な支援である．

165 頁掲載

支援者個人装備一覧

カテゴリー	物品名	数量	ﾁｪｯｸ	
情報技術関連	携帯電話		□	
	トランシーバー		□	
	携帯電話充電器（車載含む）		□	
	電源装置やバッテリー※		□	
	筆記用具		□	
	ノートや紙		□	
	デジタルカメラ※		□	
支援活動関連	ネームプレート（身分証明書）		□	
	腕章※		□	
	ビブス※		□	
	マスク※		□	
	長靴※		□	
	レインコート※		□	
	懐中電灯※		□	
	リュックサック※		□	
	被災地周辺の地図※		□	
	ヘルメット※		□	
	手袋※		□	
	画板※		□	
その他	災害リハ支援マニュアル※		□	
	非常食と飲料水（3 日分）※		□	
	支援者自らに適した常備薬		□	
	自動車運転免許・保険証		□	

80 頁掲載

緊急通行車両申請手続き（要約）

申請者	緊急通行（輸送）業務の実施について責任を有するもの（代行者を含む）
申請先	当該車両の使用の本拠地を管轄する警察署長又は交通規制課長を経由し，公安委員会へ申請
申請書類	緊急通行車両等事前届出書 2 通に，当該車両を使用して行う業務の内容を称する協定書等の書類（協定書等がない場合は，指定行政機関等の上申書等）を添えて行う
審査	申請に係る車両が緊急通行車両等に該当するか否かの審査は交通規制課長が行う

82 頁掲載

交通規制対象除外車両申請手続き（要約）

申請者	緊急通行（輸送）業務を理由とし，車両を使用するため，除外標章の交付を受けようとするもの
申請先	原則として，通行しようとする緊急交通路等を管轄する警察署等または交通検問所 その他，場合と事情により最寄りの警察本部（交通規制課），警察署等又は交通検問所
申請書類	交通規制対象除外車両通行申請書（第 9 号様式）1 通 緊急通行（輸送）業務を理由とし，車両を使用することを疎明する書面
審査	申請を受理した警察署長等が通行の必要性を認め，かつ緊急通行車両等の通行に支障と認めた場合に，災害発生の時期によって区分されて手続きを実施する 緊急性に応じ，現場の警察官の判断によって申請手続きの省略が行われる

82 頁掲載

災害ボランティアの『お作法集』～活動に参加するあなたへ，みんなでまもりたいこと

規範（心構え）
①復旧や復興の主役は被災者です．ボランティアはそれをサポートする存在であるという原則を忘れないように心がけましょう．また，被災地や被災者，地元行政，ボランティアセンターなどに対しては，あなたの善意を活かす場を作ってくれたことに感謝しましょう．
②防災ボランティアは，水・食料・常備薬・適切な服装・保険等，必要な備えをして自己完結を原則に被災地に入りましょう．被災者・被災地や現地ボランティアセンターに負担をかけないようにしましょう．
③仕事がなくても，ボランティアニーズをむりやり探し出すのではなく，被災地／被災者のことをよく理解するようにしましょう．
④睡眠時間や疲労などに留意し，健康の事前チェックに努め，不調になったら早めに活動をやめる勇気をもち，けがなどで被災地の負担にならないようにしましょう．
⑤被災地でのボランティア活動に参加する際は，自分の行動計画を周囲に事前に説明してから，でかけましょう．
⑥仲間とよく話し合い，一人で仕事を抱えこまないようにしましょう．
⑦災害の規模，種類，地域などにより，災害ボランティアセンターの運営などに違いがあって当たり前です．あくまで，被災した現場が中心であることを忘れないようにしましょう．
⑧災害ボランティアセンターの核となる現地スタッフは可能な限り休む時間をもつことに努め，周りはそれを理解し支えましょう．

べからず（マナー）
①自分のできることを見極め，例え被災者に頼まれても，自分や周囲を危険に巻き込むような仕事は引き受けないようにしましょう．
②防災ボランティアは，被災者の立場をできるだけ理解し，自分の判断を押しつけるようなことを避けましょう．
③ボランティアは非日常的な活動ですが，被災地／被災者は早期に日常の生活を取り戻すことがもとめられます．その日の振り返りの意見交換が深夜に及んで周囲に迷惑をかけたり，高揚した気持ちを押さえるための適量のアルコールが過剰になるようなことがないようにしましょう．
④日常のボランティア活動に比べて，よりリスクが高いのが災害ボランティアの活動です．自らのケガだけでなく，こころならずも被災地や被災者，他のボランティアに損害を与えてしまうことをできるだけカバーするために，自らボランティア保険に入りましょう．
⑤必要以上に自分の経験を振りかざすことは避けましょう．

195 頁掲載

東日本大震災リハ関連支援長崎チーム心得 10 か条

①心身ともに健康であること（セルフ・マネージメントの問題）
②礼節を重んじ，接遇には十分気を配ること
③あくまでも避難所入所者および現地支援者が中心であること
④決して出過ぎないこと（自己満足の禁）
⑤現地の指示が絶対であること
⑥報告・連絡・相談を着実にすること（コミュニケーション）
⑦毎日のカンファレンスを実行し，記録をしっかり行うこと
⑧飲酒などによる大騒ぎなど破廉恥な行為は絶対に禁
⑨長崎に残っている仲間のことを忘れないこと
⑩自信と信念をもってことにあたること

196 頁掲載

1）第 1 期「被災混乱期」（初動対応：現地派遣 DMAT, JMAT 等の一員または DART として）

(1) 救命救助場面での役割

・混乱状況の中では救命救助が最優先課題であるため，例え DMAT，JMAT 等の一員としての活動であったとしても PT・OT・ST は直接的リハ支援に関わる事態ではないであろうし，また法的制限がある中での対応となるので，原則救命に直接関与する機会は少ない．
・救命救助の場面では，搬送補助や事務補助など救命救助補助業務を優先する．
・一方では救急処置終了者へ，避難生活上のアドバイスなど，生活不活発がもたらす身体への影響などを

広報・啓発（安全安心を意識してもらい，こころの落ち着きにも配慮）することは重要である．

(2) 被災病院・施設・災害拠点病院における役割

・入院患者及び入所者の後方移送支援を行う．
・社会福祉士とともに移送患者，対象者のリスト作成（患者情報，移送先など）などが重要な視点である．

(3) 避難所設置場面

・避難所環境整備とともにリハニーズに関する情報収集，集約を行う．
・移動用具（杖，靴，車椅子）への代替品を含めた可能な限りの対応と，状況によっては移動レベルを下げた生活を提案する（一時的安全優先）．

第 1 期では救命・救助補助業務，後方移送支援，避難所環境整備の他，被災地の情報収集・集約を行い，それを適切・迅速かつ経時的に所属協会（日本理学療法士協会，日本作業療法士協会，日本言語聴覚士協会，日本リハビリテーション医学会など）及び JRAT 本部へ発信することが重要である．

2）第 2 期「応急修復期」（応急対応：JRAT の一員として）

①いかなる仮設避難所においても，まずはそこの責任者（もしくはそれに準ずる人）へアクセスし，JRAT の存在を認知してもらう努力を行う．そして，その避難所の区分や組織状況などの情報を得るとともに，原則として連携して活動する許可を受けることが望ましい．

②基本的なライフラインの確認を行う（上下水道，電気，ガス，通信，温水，防暑防寒）．

③避難所（一時や仮）における生活状況の把握と現地における 24 時間単位での生活をイメージし，避難者のセルフケア（食事，排泄，更衣，清潔，睡眠，移動）確保に必要な対処を行う．その際に，現地責任者への報告・連絡・相談は密に行う．

④セルフケア対応における留意点．

食事

・食糧，飲料水の状況を把握する（(管理）栄養士との連携）．
・摂食用具を確保する．
・水分摂取促進，特殊食形態の必要性を把握する．
・誤嚥リスク者の把握，吸引の必要性を把握する．
・義歯の有無，必要性を確認し対応する（歯科医師・歯科衛生士との連携）．

排泄

・排泄場所と設備を確認し，使用に際しての基本的動作をシミュレーションする（座位と立位）．
・仮設設備（トイレなど）については，必ずすがり動作などを試み強度を確認する（手すりや壁，ドアなど）．
・仮設トイレは障がい者には使い勝手が悪く，また地方の体育館など避難所には和式トイレが多い．下水道が再開通した段階では据置式（床置き型）ポータブルトイレは使い勝手もよく衛生的である．
・上下水道（量と質）を確認する．
・避難人数と設備数により一部は屋外での排泄も想定する．
・排泄の場所や風通しなどから臭気にも可能な限り配慮する．
・その他，おむつやパッド，尿器などの排泄関連用品の在庫と必要性を確認し集約する．

更衣・整容

・内・外気に応じた衣類があるか確認する．
・衣類のみではなく，ひざかけ，毛布など体温調節に必要な物品を確保する．
・着用衣類の衛生状態を把握する（防暑時には発汗が多くなるので速乾吸収素材が望ましい）．
・洗面場を設置する．

清潔

・多くの場合，入浴は不可能であろうから上水道と湯沸し機能の確認を行い，避難者数との兼ね合いで使用に対するルールなどを提案する．
・下着程度の簡易な洗濯場所を確保する．個々へは皮膚の汚染状況などを確認し，身体清潔のアドバイスを行う．
・衛生用品として，タオル，ガーゼ，生理用品，洗浄・清拭用品・口腔衛生用品などの在庫と必要性を確認し集約する．
・防寒時の肌の乾燥，防暑時の発汗にも注意する．

睡眠

・スペース配分や寝具類の在庫を確認する．
・簡易衝立や簡易ベッドなどの必要性を把握し，準備，セッティングを行う．
・必要に応じて頭部を覆う措置を行う（寒い時期は床

からの冷えが問題となるので，アルミシートやウレタンシートなどの防寒措置を行う）．
・埃の関係上，寝台は 30 cm 以上高くするか，30 cm 以上の衝立を準備するなどの措置が望ましい．
・アイマスクや耳栓，むくみ防止の下肢高挙など，就寝時の工夫を必要に応じて伝達し，その後の確認を行う．
・防暑対策では害虫の侵入や照明などに注意し，換気や空気の流動を行う．

移動

・被災前の移動手段の確認と集約を行うと同時に，非難時の怪我や痛みなどによる移動能力低下についての確認と集約を行う．
・靴や杖など歩行移動の必需品は即座に代替品等を使用して一時しのぎをする．
・状況に応じ，移動レベルを被災前より下げた方法も検討する．
・移動時のスリップや転倒のリスクは極力排除する．
・車椅子必要者の把握と車椅子手配．空気入れやパンク修理キット，簡易工具など車椅子メンテナンスに必要な最低限の用具の確認と手配をする．
・共用部分でのスリップや転倒要因となりうる敷物，障害物などの物品は極力排除する．
・共用部分と居住部分との動線に不具合や不都合が認められる場合は，居住部分の移動を検討・交渉・実施する．
・夜間移動時の照明を確保する．
・内・外の行き来の際のバリアの有無を確認する．
・追加非難時における 2 方向以上の動線を確保する（個別及び集団での場合を想定）．

⑤生活不活発による機能低下が予測される要援護者の把握を行う．さらに生活不活発による弊害を全体へ広報し，意識を高めていく．その際，個々に合ったアドバイスとその後の確認・修正を継続的に行う．

⑥バイタルサインを確認し，バイタルサインの重要性を広報・啓発するとともに，自己管理の習慣性を促していく．

⑦現地で関わる医科歯科の医療救護班，仮設診療所，救急搬送，救急病院，地元医療機関の状況などの情報を把握するために，情報交換会には必ず出席する．

⑧概ねこの時期は身体的活動性と心的活動性が逆転しはじめることに注意する．
・心的活動性が上がる時期はこころのケアを意識し，傾聴姿勢を意識して臨む．
・また，身体的活動性が一段落し，下がりはじめると疲労感，倦怠感，痛みなどの症状が出やすいので，身体的ケアも十分意識して臨む．

第 2 期には JRAT は主に避難所環境整備，セルフケア対応支援が求められる他，在宅高齢・障がい児・者のリハニーズ把握及びリハ支援が望まれる．

24～26 頁掲載

6　災害時にリハ職種が実施する評価

	被災混乱期	応急修復期	復旧期	復興期
	初動対応	応急対応	生活始動	地域生活支援
環境		避難所評価（184 頁）	避難所評価（184 頁）	近隣の物理的環境評価 コミュニティの評価 仮設住宅の評価
個人		調査票（218 頁） 評価簡易版（217 頁） リハ要否の評価（184 頁）	評価通常版（217 頁） 動作や ADL 評価（104 頁） 歩行評価（219 頁）	社会参加度評価
想定場所	避難所 医療施設内	避難所 医療施設内 介護施設内	避難所 （一部福祉避難所など） 介護施設内 仮設住宅	自宅 仮設住宅 サロン（集会所等）
留意点	救命・救助を優先	日常生活自立に必要な資材・機材の投入を優先 リハ職種以外への情報提供を前提とした簡便な評価を	地域の医療・介護施設の復旧度合いにより引き継ぎ可能な評価を	生活再建に向けて在住地域の物理的・社会的な評価と，個人の参加度を複合的に評価

180 頁掲載

掲載できる項目に限りがあるため，評価法自体は本書のみ掲載するが，事前に評価法を用意するなど大災害に備えてほしい．

（上月正博）