

平成 23 年 4 月 28 日

関係者各位

東日本大震災リハ支援関連 10 団体 代表 浜村明徳
シンクタンク代表 里宇明元
対策本部長 石川 誠

リハビリテーションチームのボランティア派遣申請について

このたびの東日本大震災による被災地の皆様方に心よりお見舞い申し上げます。

さて、私どもはリハビリテーションチームでのボランティア活動を行うため、リハ関連諸団体と合同事務局を立ち上げ、『東日本大震災リハ支援関連 10 団体』として、リハ支援体制を組織しました。

つきましては、下記の「当団体の概要」および「リハチーム派遣に関する概要」をご覧いただき、リハ支援関連 10 団体からのリハチーム派遣をご希望の場合は、別紙「D 票」にて申請していただきますようお願い申し上げます。

D 票をもとに、当事務局から具体的な打ち合わせ等をさせていただきます。

被災地の復興のために全力で支援活動を行っていく覚悟でございます。何卒宜しく願いいたします。

「東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体の概要」

団体の正式名称	東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体	
団体の責任者	代表: 浜村明徳(日本リハビリテーション病院・施設協会会長) シンクタンク代表: 里宇明元(日本リハビリテーション医学会理事長) 対策本部長: 石川 誠(全国回復期リハビリテーション連絡協議会会長)	
事務局	正式名称	東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体対策本部事務局
	所在地	〒151-0071 東京都渋谷区本町 3-53-3 初台リハビリテーション病院内
	電話	03-5333-7313
	ファクス	03-5333-3341
	メールアドレス	rehashien10@hatsudai-reha.or.jp
	運営日時	日・祝日を含む毎日9:00~18:00
	スタッフ	・常勤専従事務職員 伊藤宏治・堅田由美子(初台リハビリテーション病院) ・専任専門職員(概ね 2 週間交代) PT: 小泉幸毅・OT: 矢野浩二(小倉リハビリテーション病院) OT: 淡野義長・PT: 中島龍星(長崎リハビリテーション病院) PT: 岡持利亘・OT 稲葉治彦・PT 岡野英樹(霞ヶ関南病院) 日本理学療法士協会から 1 名(日程調整中) 日本作業療法士協会から 1 名(日程調整中) 日本言語聴覚士協会から 1 名(日程調整中) ・非常勤専門職員

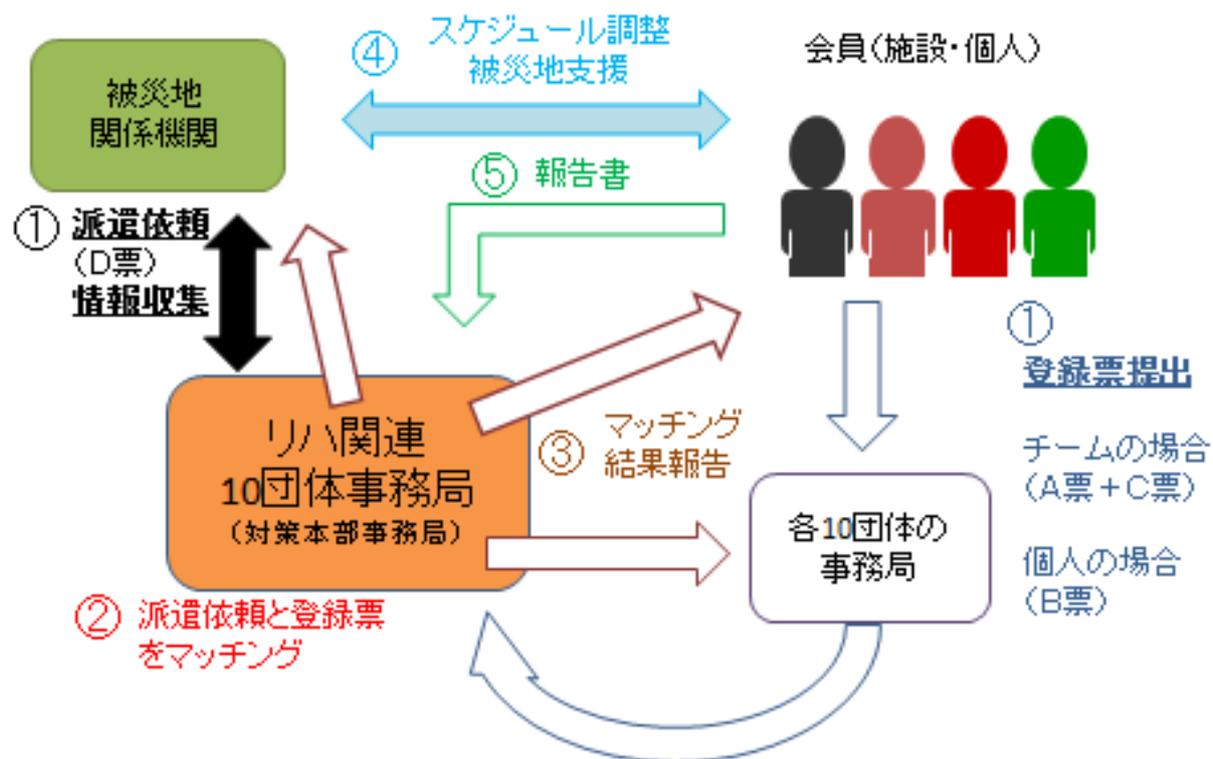
		Dr: 菅原英和(初台リハビリテーション病院) Ns: 小林由紀子(初台リハビリテーション病院)
関連 10 団体 (順不同)		日本リハビリテーション医学会 日本理学療法士協会 日本作業療法士協会 日本言語聴覚士協会 日本リハビリテーション病院・施設協会 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 全国老人デイ・ケア連絡協議会 全国訪問リハビリテーション研究会 全国地域リハ支援事業連絡協議会/全国地域リハビリテーション研究会 日本介護支援専門員協会
関連協力団体 (順不同)		厚生労働省 全国老人保健施設協会 日本プライマリ・ケア連合学会 東日本大震災障害者等福祉用具支援本部

「リハチーム派遣に関する概要」

1. 本活動は厚生労働省、全老健、被災地自治体・保健所・地域リハ広域支援センター等との連携のもと活動する予定であり、最終的には地元のリハ関連施設等のサービスへ移行してゆくことを目標としています。
2. 本活動は避難所・在宅・施設等でのリハ的活動に限定することとしています。
3. 派遣する職員は、職員が所属する病院・施設の業務の一環として活動することを病院長・施設長が認めた職員であることを原則にしています。
4. 現時点で、国県等から本活動に対する財政的支援はありません。したがって、本活動に係る費用等は、派遣職員が所属する各病院・施設で負担することを原則にしています。現地の病院・施設等に費用等のご負担をおかけすることはございません。
5. リハチーム派遣をご希望の場合は、まずは別紙「D票」でお申し込みください。当事務局から具体的な打ち合わせ等のためにご連絡申し上げます。(派遣までの流れ図参照)
6. 派遣するチームでの活動は、基本的には同一施設から派遣されたチームでの活動を考えていますが、場合によっては混成チームでの活動となる場合もあります。ご了承をお願い致します。
7. 現時点で、対象地域は特定していませんが、岩手・宮城・福島各県での活動を想定しています。

以上

ボランティア派遣までの流れ（イメージ）



ボランティア派遣までの手順

- ① 被災地・関係機関より、リハチームの派遣申請票 FAX送付 (D票)**
(①: 各10団体会員から、チーム・個人登録を受付し、派遣スタッフをストック)
↓
派遣に必要な情報収集 (対策本部事務局から担当者へご連絡)
- ② 対策本部事務局にて、派遣チームをマッチング**
- ③ マッチング結果を報告 (派遣申請者、各団体事務局、チーム・個人登録者)**
- ④ スケジュール調整 (依頼者とチーム・個人登録者) のうえ、被災地支援**
- ⑤ 支援の状況は、毎日対策本部事務局へ報告 (チーム・個人登録者)**

【東日本大震災リハ支援関連 10 団体活動用】

D 票

リハビリテーションチームの派遣申請票

派遣申請日	平成____年____月____日	
申請者のご氏名	(ふりがな: _____)	
派遣場所	岩手・宮城・福島 県____市____町	
派遣施設名称		
派遣施設の住所		
依頼目的		
依頼内容		
派遣希望期間	平成____年____月____日 ~ ____月____日	
派遣希望人員 「その他」は職種も お書きください	医師	名 _____
	看護師	名 _____
	理学療法士	名 _____
	作業療法士	名 _____
	言語聴覚士	名 _____
	介護福祉士等	名 _____
	社会福祉士等	名 _____
	事務職	名 _____
	その他_____	名 _____
	その他_____	名 _____
派遣職員の宿泊施設	なし あり(施設名: _____) (住 所: _____)	
上記までの交通手段	公共交通機関の利用が 不可能 可 能(新幹線・JR・バス・タクシー・他_____)	
その他必要な条件等		
この件の連絡ご担当者	ご氏名: _____ (ふりがな: _____) 電話番号: ファックス: E-mail:	

※返信先ファックス:03-5333-3341(事務局行)