

平成 23 年 5 月 2 日

日本リハビリテーション医学会会員各位

震災支援リハチーム登録について(依頼)

日本リハビリテーション医学会 理事長 里宇明元

平素は当学会の運営等にご理解・ご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、私どもはこのたびの東日本大震災での支援活動を行うため、リハビリ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、リハビリ支援体制を構築いたしました。(参加団体は、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)。

支援活動は長期的に必要なことが予測される状況であり、10 団体としましては 1 年間を目標に、当面 100 日単位での活動計画を策定し、具体的な活動を行っていきたくと考えています。

つきましては、下記の要綱により派遣可能なリハチームもしくは個人登録のお願いを開始させていただきますので、本活動の趣旨をご理解いただき、別紙シートにてご登録いただければ幸いです。

なお、A 票はチーム登録用、B 票は個人登録用にご使用いただき、C 票は A 票で登録したメンバーの交替要員が決まっている場合に併せてご使用ください。

皆様方におかれましては、大変ご多忙とは存じますが、どうかこの活動に多くのご登録をいただけますようお願い申し上げます。

記

- 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。
- 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。
- 活動する職員が安全かつ安心して活動できるため、可能な限り病院長・施設長等にご署名を頂き、業務の一環としての派遣をお願い致します。病院長・施設長宛の公式依頼文書が必要な場合はリハビリテーション医学会事務局にご連絡ください。
- 現時点で、国県等から本活動に対する財政的支援はございません。したがって、本活動に係る費用等は、現地までの往復交通費、宿泊費、ボランティア保険は学会で負担いたしますが、その他は自己負担となります。何卒ご理解を頂きますようくれぐれもよろしくお願い申し上げます。
- チームでのご登録に際しましては、まずはどの程度の期間、どの職種の派遣が可能かのご登録をお願い致します。ご登録頂いた機関の皆様へは、引き続き具体的な派遣者氏名、派遣期間等を当会事務局より確認させていただきます。
- 基本的には、同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をお願いすることがあります。ご了承をお願い致します。
- 個人登録を希望される場合も、可能な限り病院長・施設長の同意のもと、個人登録票を用いてご登録をお願い致します。この場合、混成チームでの活動を予定しています。
- 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

【東日本大震災リハ支援関連 10 団体活動用】

A 票

リハビリテーションチーム登録票

○登録申請日 平成 年 月 日

○登録施設の都道府県名 (都・道・府・県)

○登録施設名 ()

○チーム構成

職種	人数	派遣期間	時期の指定
医師		常時可・指定期間可・1ヶ月程度・2週間程度・1週間程度・3日程度	有・無
看護師		常時可・指定期間可・1ヶ月程度・2週間程度・1週間程度・3日程度	有・無
理学療法士		常時可・指定期間可・1ヶ月程度・2週間程度・1週間程度・3日程度	有・無
作業療法士		常時可・指定期間可・1ヶ月程度・2週間程度・1週間程度・3日程度	有・無
言語聴覚士		常時可・指定期間可・1ヶ月程度・2週間程度・1週間程度・3日程度	有・無
介護福祉士等		常時可・指定期間可・1ヶ月程度・2週間程度・1週間程度・3日程度	有・無
社会福祉士等		常時可・指定期間可・1ヶ月程度・2週間程度・1週間程度・3日程度	有・無
その他事務等		常時可・指定期間可・1ヶ月程度・2週間程度・1週間程度・3日程度	有・無

※可能なチーム登録で構いませんので、すべてを埋めて頂く必要はありません。

※上記人数は一度の派遣期間(職種毎に○の記入をお願いします)に派遣できる人数をお書き下さい。登録可能な実数ではありません。職種によって派遣期間が異なる場合も問題ありません。事務局で調整させていただきます。

(例・1週間交代で1ヶ月程度の期間同職種を1名派遣可能の場合、人数欄に「1名」とご記入の上、派遣期間欄で1ヶ月程度に○をお願いします。)

※本活動を実施する期間中(最長1年の可能性有)の派遣が可能な場合は「常時可」を、事務局が希望する期間の派遣が可能な場合は「指定期間可」を選択してください。「指定期間可」を選択して頂いた場合は派遣期間を調整させていただきます。

※派遣時期の指定を希望する場合は時期の指定欄を「有」とし、下記に希望時期をご記入ください。

第1希望 第2希望 第3希望

○上記に関する連絡担当者

氏名()職種()役職()

○連絡先

(TEL: - -)

(FAX: - -)

(e-mail:)

※お手数をおかけ致しますが、直筆でご署名を頂きますようお願い申し上げます。

※返信先:03-5206-6012(学会事務局行)

【東日本大震災リハ支援関連 10 団体活動用】

B 票

リハビリテーション個人登録票

○登録申請日 平成 年 月 日

○個人登録者氏名

職 種	氏 名	性別	年齢	経験年数
		男・女	歳	年

※個人登録の場合は基本的には混成チームで活動して頂く予定ですのでご了承下さい。

○派遣が可能な期間

3日間程度 1週間程度 2週間程度 1ヶ月程度 その他()

○時期の指定 あり なし

※派遣時期の指定を希望する場合は、「あり」にしてください。

希望時期:

第 1 希望 第 2 希望 第 3 希望

○連絡先

(TEL: - -)

(FAX: - -)

(e-mail:)

【個人登録者の勤務先】

○勤務先の都道府県名 (都・道・府・県)

○勤務先の施設名 ()

※お手数をおかけ致しますが、直筆でご署名を頂きますようお願い申し上げます。

※返信先:03-5206-6012(学会事務局行)

【東日本大震災リハ支援関連10団体活動用】

C票

リハビリテーションチーム登録の個人票

○登録申請日 平成 年 月 日

○10団体種別

各事務局記載欄(各事務局が貴団体の名称を記載してください)

○登録施設の都道府県名

都・道・府・県

○登録施設名

○個人票 (※ご登録頂ける方の全員のお名前等を記入してください。欄が不足の際はコピーしてください)

No.	氏名	職種	性別	年齢	経験年数	リハ適否	備考
1				歳	年		
2				歳	年		
3				歳	年		
4				歳	年		
5				歳	年		
6				歳	年		
7				歳	年		
8				歳	年		
9				歳	年		
10				歳	年		
11				歳	年		
12				歳	年		
13				歳	年		
14				歳	年		
15				歳	年		
16				歳	年		
17				歳	年		
18				歳	年		
19				歳	年		
20				歳	年		
21				歳	年		
22				歳	年		
23				歳	年		
24				歳	年		
25				歳	年		
26				歳	年		
27				歳	年		
28				歳	年		
29				歳	年		
30				歳	年		

※返信先：03-5206-6012 (学会事務局行)