

平成28年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

平成28年熊本地震における避難所及び仮設住宅等における高齢者に対する有効な生活不活発病対策の実証
活動・評価に関する調査研究事業
報告書

平成29年3月31日

公益社団法人 熊本県医師会

目次

I	報告書の趣旨・目的	1
1	趣旨・目的	
2	本報告書の概要	
II	熊本地震における災害リハビリテーションの基本的スタンス	7
1	熊本地震発災直後から避難所期	
(1)	熊本地震の概要	
(2)	発災により想定されたリハビリテーション活動のイメージ	
(3)	災害リハビリテーションにかかる初動期における各関係機関の対応	
III	J R A T 活動の検証、評価	17
1	災害リハビリテーションの実施体制等と活動の経過	
(1)	実施体制	
(2)	組織の役割	
(3)	避難所支援メンバー数と訪問避難所数の推移	
(4)	避難所支援チーム数の推移	
2	災害リハビリテーション活動をサポートする関係機関の動き	
3	J R A T 活動終了に向けた動き	
4	活動内容及び成果	
(1)	早期の体制づくりと統制のとれた活動の実施	
(2)	対象者の基本情報の把握	
(3)	エコノミークラス症候群、生活不活発病に対する予防活動	
(4)	避難所（一次、二次、福祉）の環境評価、整備支援	
(5)	福祉用具、歩行補助具等の適用と配布	
(6)	必要に応じ個別リハビリテーションを提供	
(7)	応急仮設住宅の初期改修	
5	今後に向けた課題	
(1)	DMAT や JMAT などの関連団体傘下で協働（CSCATTT）	
(2)	記録の充実	

- (3) 各県 JRAT 毎に支援体制を災害規模別に想定し具体的に準備
- (4) 近県の JRAT と共同での研修
- (5) 仮設住宅の高齢者や障がい者に配慮した建物の整備
- (6) 被災者に不安を与えることなく、平時のサービスを損なうことなく自然撤退
- (7) 実践的な研修・演習
- (8) 資金確保

IV 復興リハビリテーションの概要 33

1 当初の課題認識

2 復興リハビリテーションの概要

- (1) 復興リハビリテーションの定義
- (2) ビジョン
- (3) 復興リハビリテーション活動内容の設定

3 復興リハビリテーションセンターの組織の設置・体制整備

- (1) 組織設置にあたっての基本的考え方
- (2) 関係者間の共通認識の形成
- (3) 運営評議会、実務者会議、事務局体制
- (4) 活動財源

4 復興リハビリテーションセンターの機能、活動概要、活動体制

- (1) 機能
- (2) 活動の概要
- (3) 活動対象者、活動における各専門職の役割
- (4) 活動における保険対応
- (5) 市町村及び地域包括支援センターの取組みの促進
- (6) 復興リハビリテーション活動のコーディネート
- (7) 復興リハビリテーション活動の実施手順
- (8) 関係団体への依頼
- (9) 支援チームの基本的事項、活動スケジュールの設定
- (10) 復興リハビリテーション活動実績

V 集会所における介護予防活動の実施と評価 89

1 活動の概要

- (1) 活動目的

- (2) 活動内容
- (3) 市町村等における準備・実行の手順、復興リハセンターとの調整

- 2 支援者及びスタッフの役割
 - (1) コーディネーターの役割
 - (2) 現地支援スタッフの役割

- 3 活動実績及び運動器機能の評価
 - (1) 運動器機能の評価目的
 - (2) 評価実施対象
 - (3) 実施方法
 - (4) 1回目調査の結果
 - (5) 1回目調査と2回目調査との比較
 - (6) まとめ

- 4 改善すべき課題
 - (1) 派遣する専門職の確保に関わる課題
 - (2) 活動内容に関わる課題
 - (3) 対象者に関わる課題
 - (4) 評価に関わる課題
 - (5) 他の活動との調整

- VI 「新たなコミュニティ」づくりに資する人材育成————— 123
 - 1 今回行った手法と場づくりの基本的な考え方

 - 2 実施にあたって留意した点

 - 3 コミュニティづくりに向けた支援のための人材育成策の実施とその評価
 - (1) アドバイザー制度の具体化
 - (2) 研修受講者の反応

- VII 仮設住宅地域のアセスメント実施と初期改修活動の検証 — 137
 - 1 仮設住宅地域における初期改修活動の概要

 - 2 実施スキーム
 - (1) 仮設住宅初期改修支援のスキーム
 - (2) 仮設住宅初期改修案の作成

- 3 活動の実績
 - (1) 初期改修支援の対象
 - (2) 改修対応実績
- 4 初期改修の傾向分析
 - (1) 目的
 - (2) 方法
 - (3) 結果
 - (4) まとめ

VIII 総括

161

- 1 被災地における高齢者に関連する地域や政策の動向
 - (1) 地域の動向
 - (2) 復興リハビリテーションに関連する政策の動向
- 2 各市町村へのアンケート調査結果
 - (1) 熊本地震発生直後から72時間以内の緊急対応について
 - (2) 避難所対策を中心とした緊急対応について
 - (3) 避難所から応急仮設住宅入居に移行するための応急対策について
 - (4) 仮設住宅対策や新しいコミュニティづくり対策について
- 3 各地域包括支援センターへのアンケート調査結果
 - (1) 熊本地震発生直後から72時間以内の緊急対応について
 - (2) 避難所対策を中心とした緊急対応について
 - (3) 避難所から応急仮設住宅入居に移行するための応急対策について
 - (4) 仮設住宅対策や新しいコミュニティづくり対策について
- 4 市町村等地域からの評価
 - (1) 避難所を中心とした緊急対応
 - (2) 避難所から応急仮設住宅入居に移行するための応急対策
 - (3) 仮設住宅対策や新しいコミュニティづくり対策
- 5 今後の課題
 - (1) 復興リハビリテーションセンターの体制面の充実や、実効性、多様性の更なる向上
 - (2) 通常期に向けた移行準備

6 今後の震災対策に向けた提言

- (1) 仮設住宅移行期を見据えた災害リハビリテーションの体制づくり
- (2) 日頃からの関係機関の連携強化～地域リハビリテーション活動のすすめ～
- (3) 大規模災害に備えた日頃からの専門職の人材育成・確保

I 報告書の趣旨・目的

I 報告書の趣旨・目的

1 趣旨・目的

熊本地震発生後、エコノミークラス症候群防止や高齢者が生活不活発な状況とならないための対策として、JRAT（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）設立後の本格的な全国規模の支援となる災害リハビリテーション活動が行われ、また熊本県地域リハビリテーション広域支援センター（以下、「広域リハセンター」という。熊本県が指定した県内18の医療機関・老人保健施設のこと）によるリハビリテーション活動等が展開されたところである。

東日本大震災では、発災後1年程度経過後、要介護認定率が急激に上昇した。また、災害後の高齢者の生活機能低下の原因として、日常活動性が大きく低下し生活不活発病による可能性が高いことも示唆されている。

熊本においては、こうした東日本大震災後の状況等も踏まえつつ、今後、避難所対応から仮設住宅への対応に重点が移る中、高齢者の心身機能の低下を防ぐための対策に継続的に取り組むことが重要と考えており、JRAT撤退後も見据えた体制整備を行うことが必要である。そのようなリハビリテーション活動を「復興リハビリテーション」と定義し、「熊本地域リハビリテーション支援協議会（事務局：熊本県医師会）」の関係団体が連携し、活動を展開している。

※「復興リハビリテーション」とは、災害時における仮設住宅期を中心に、高齢者の心身機能の低下を防ぐために必要なリハビリテーション活動のこと。リハビリテーション活動を通じて、高齢者が要支援・要介護状態になることを予防するとともに、既に要支援及び要介護の認定を受けている高齢者の心身機能の低下を予防することを活動目的とする。

※熊本県地域リハビリテーション支援協議会構成団体（21団体で構成）

熊本県医師会・地域医師会、熊本市リハビリテーション研究会、熊本大学医学部附属病院、熊本県歯科医師会、熊本県薬剤師会、熊本県精神科協会、熊本県理学療法士協会、熊本県作業療法士会、熊本県言語聴覚士会、熊本県看護協会、熊本県栄養士会、熊本県医療ソーシャルワーカー協会、熊本県社会福祉士会、熊本県介護福祉士会、熊本県歯科衛生士会、熊本県療養病床施設連絡協議会、熊本県老人保健施設協会、熊本県老人福祉施設協議会、熊本県地域包括・在宅介護支援センター協議会、熊本県訪問看護ステーション連絡協議会、熊本県介護支援専門員協会

当研究事業では、災害時における生活不活発病対策として、これまで実践を通じた有効な支援策が必ずしも体系的に確立されていない現状に鑑み、

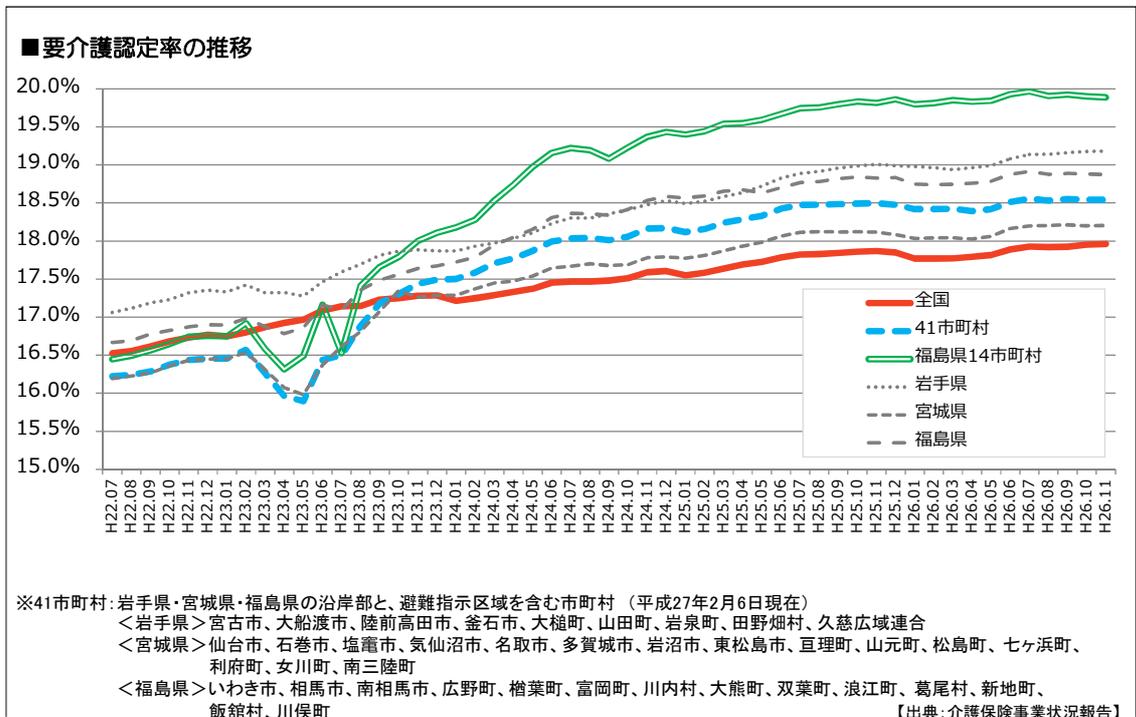
①避難所での生活期における支援について、国内で初めて全国規模での実働がなされた一時避難所での生活期における災害リハビリテーション活動のJRAT活動や医療・福祉の多様な専門職が実践した生活不活発病対策に資する活動

②仮設住宅等における復興リハビリテーション活動

等を通じて得られた知見等を通じて整理される実施手順、有効な支援の在り方、課題について、とりまとめたものである。

今後大規模災害が発災しないことが最も望まれることではあるが、大規模災害における生活不活発病対策に必要なノウハウ等を提供するため、実践した具体的事項や実践を通じて把握された課題等を織り込んだ報告書としてまとめるとともに、市町村や地域包括支援センター、関係団体との情報共有や普及啓発など、成果の発信も重点的な事業実施目的とし検証活動を行った。

東日本大震災の被害が大きい地域(沿岸部等)の現況



2 本報告書の概要

本報告書の構成は以下のとおりである。

1 熊本地震発災後からの災害リハビリテーションの経緯

地震発生後の初期対応や避難所での支援、仮設住宅移行後の支援の経緯について概略を整理している。

2 JRAT 活動の検証・評価

熊本地震発生後、エコノミークラス症候群防止や高齢者が生活不活発な状況とならないための対策として、本格的な全国規模の支援となった JRAT（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）による活動（7月16日まで実施）について、活動記録等や活動者による意見交換等をもとに、とりまとめている。

なお、関連資料や情報の提供について、JRAT 本部に多大なる協力をいただいている。

3 復興リハビリテーションの概要

仮設住宅等を中心に活動を行っている復興リハビリテーションの概要について整理している。復興リハビリテーションの目的、機能、実施体制、活動内容等について整理している。

4 集会所における介護予防活動の実施と評価

仮設住宅の集会所等でリハビリテーション活動を実施し、実施の効果など活動に関する評価を行っている。

5 「新たなコミュニティ」づくりに資する人材育成

復興リハビリテーション活動の目的の一つでもあり、効果的な活動を行うための基盤、地域の互助による高齢者の支援基盤ともなる新たなコミュニティづくりを進めるために実施した人材育成策について記載している。

6 仮設住宅における初期改修支援を通じた生活環境改善

仮設住宅のコミュニティの生活環境の改善のための取組みや、JRAT 活動で実施した避難所アセスメントをベースとする仮設住宅アセスメントについて記載している。また、生活環境の改善すべき課題を把握し、初期改修における改修案の作成過程を通じて得られた効果や課題について、関係者間で検証を行っている。

7 全体的な総括

平成 29 年 2 月時点での被災地の状況等の整理を行ったうえで、それぞれの活動について総括を行った。

Ⅱ 熊本地震における災害リハビリテーション の基本的スタンス

Ⅱ 熊本地震における災害リハビリテーションの基本的スタンス

1 熊本地震発災直後から避難所期

(1) 熊本地震の概要

熊本地震は、最大震度7の前震が平成28年4月14日21時26分に発生し、最大震度7の本震が平成28年4月16日1時25分に発生している。震度7の地震が28時間内に2回発生するという観測史上初の災害であった。県内20市町村で震度6弱以上を観測し、余震回数は4000回を超えている。人的被害は、平成28年12月27日時点で、死者178人、重軽傷者2,624人となっている。建物被害は住家が約18万棟、指定文化財286件となっている。また、国道57号線の阿蘇大橋が崩落するなど橋梁や道路にも大きな被害を受けている。商業施設や医療機関、社会福祉施設等も大きな被害を受けた他、公共施設についても、宇土市役所が倒壊するなど防災拠点となる市町村庁舎も被災している。

発災直後避難者数は18万人を超えたが、仮設住宅等の建設が進むに連れて徐々に減少し、11月18日をもって解消された。ライフラインについては、4月20日に停電が解消し、4月30日にはガス供給停止が解消しているが、水道については、平成29年1月4日現在でも断水戸数が約450件となっている。



熊本地震の被害の概要 (H28. 12. 27時点)

現段階の速報値であって、確定値ではありません。

(1) 人的被害

人的被害は、計2,802人

	被害者数
死者	178人
重症者	2,624人

<死者の内訳>

- ① 警察が検視により確認している死者数 **50人**
- ② 震災後における災害による負傷の悪化又は身体的負担による疾病により死亡したと思われる死者数 **123人**
- ③ ②のうち市町村において災害が原因で死亡したものと認められた死者数 **(120人)**
- ④ 6月19日から6月25日に発生した被害のうち熊本地震との関連が認められた死者数 **5人**

(2) 住家被害

住家被害は、約18万棟

	被害棟数
全壊	8,366棟
半壊	32,362棟
一部損壊	138,449棟
計	179,177棟

(注)熊本市ほか一部市町村では、り災証明申請件数ベースで計上されているため、複数の世帯が入居するマンションなどが重複して計上されている可能性があります。

(3) 避難所及び避難者数

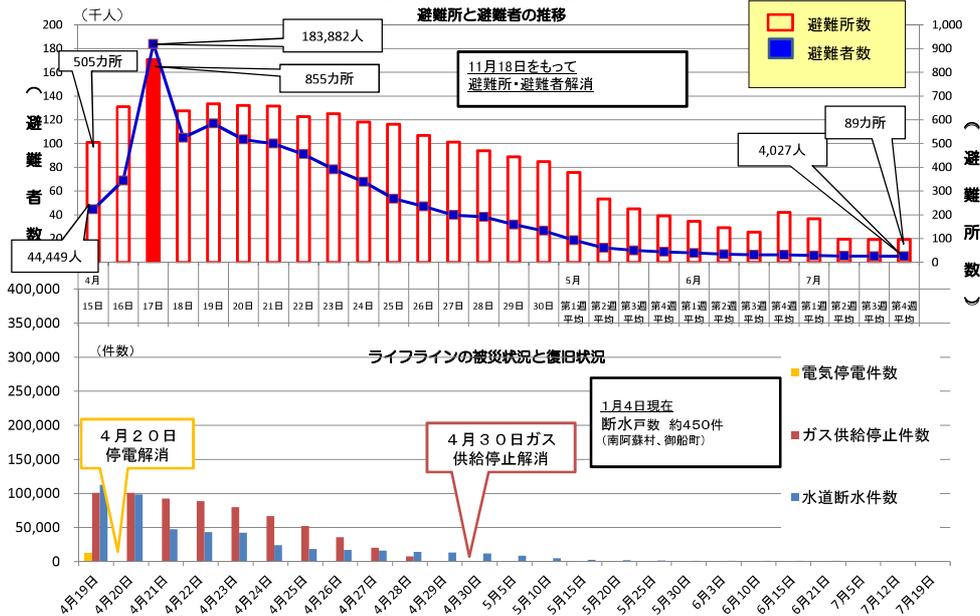
避難所への避難者は、11月18日をもって解消

【参考】最大時 (H28. 4. 17時点)

38市町村
 避難所数 855カ所
 避難者数 183,882人

避難所数・避難者数の推移とライフライン復旧状況

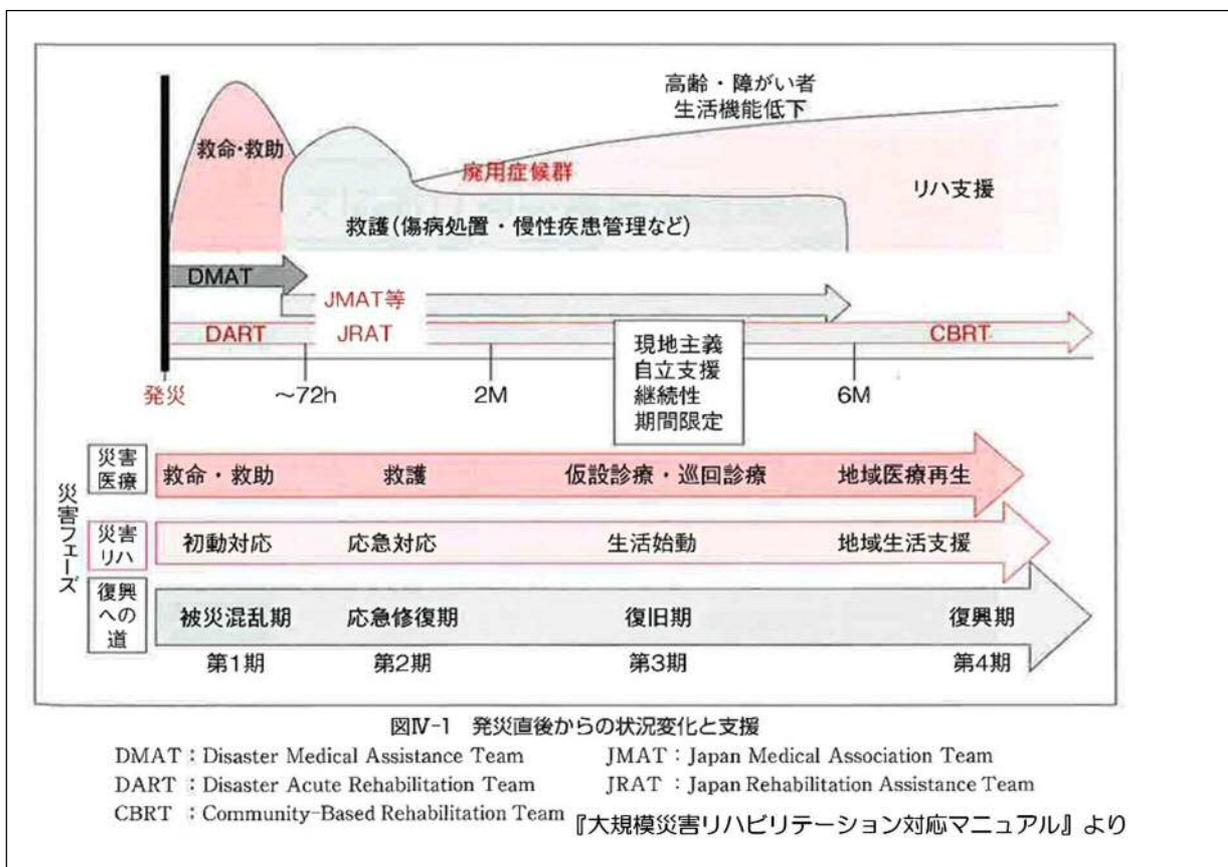
発災直後、ライフラインへの甚大な被害等により、避難者数は18万人を超えたが、仮設住宅等の建設が進むに連れて徐々に減少し、11月18日をもって解消(0人)された。



(2) 発災により想定されたリハビリテーション活動のイメージ

発災直後から72時間以内に最優先されることは、救命・救助であった。災害リハビリテーション活動は、その次の段階である避難所を中心とする応急対応に向けて72時間以内に初動対応、すなわち専門職の派遣体制を構築することが最重点課題となり、体制が整い次第、避難所での活動を開始している。高齢者等の生活機能は、避難所生活、仮設住宅での生活が長期化するほど、低下すると想定され、生活不活発（廃用症候群）の対策を想定した実施体制の構築が必要となる。その後、通常期に向けて活動を縮小することをあらかじめ想定しておく必要があり、緊急的な対応が必要となる避難所期から復興に向けた仮設住宅移行期に向けて、実施体制の再構築が必要であることが想定された。

参考資料 発災直後からの状況変化と支援



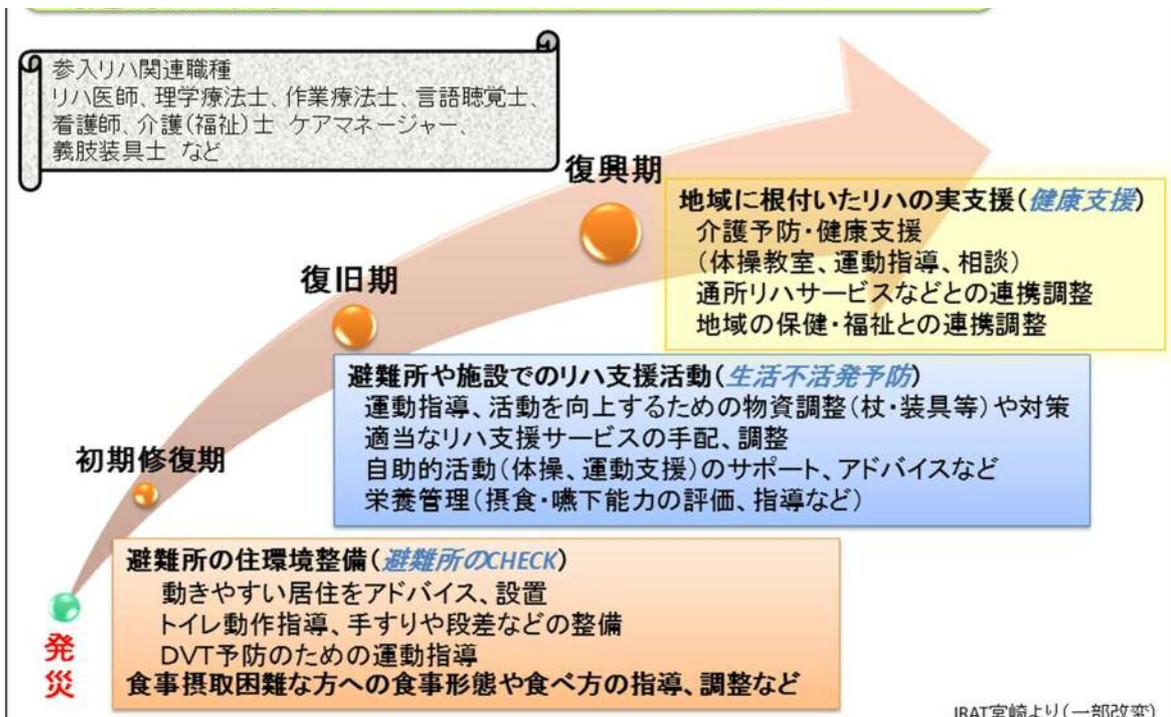
発災直後の避難所への対応としては、避難所の住環境整備や食事摂取困難な方への食事形態や食べ方の指導・調整などが重点的な対応となる。また、復旧期においては、生活不活発病とならないための避難所や施設でのリハビリテーション活動が求められ、運動指導や活動量を高めるための活動、栄養管理などが必要な対応となる。仮設住宅での生活がはじまる復興期においては、地域に根付いたリハビリテーション活動が必要であり、介護予防・健康支援、地域の保健・福祉サービス等との調整が必要となる。また、仮設住宅における福祉用具設置など初期改修による生活環境調整も必要となる。この復興期においては、通常期で展開している地域リハビリテーションのノウハウや実施体制を援用することが考えられた。

◆地域リハビリテーションの定義

地域リハビリテーションとは、障がいのある子供や成人・高齢者とその家族が住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活が送れるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言う。

(2016年 日本リハビリテーション病院・施設協会)

参考資料 災害リハビリテーション活動のイメージ



(3) 災害リハビリテーションにかかる初動期における各関係機関の対応

災害リハビリテーションにかかる災害発災直後の初動対応から避難所期における応急対応については、東日本大震災リハビリテーション支援関連 10 団体が名称変更し進化し、平成 25 年 7 月 26 日に発足した「大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team）での対応が中心となった。JRAT の全国規模での本格的な活動は、熊本地震が初めてのケースとなる。熊本県内における支部的機能を果たす「熊本県災害リハビリテーション推進協議会（以下、「Kumamoto JRAT」という。）」が熊本地震前の平成 27 年に設立されている。Kumamoto JRAT の構成団体は、熊本県医師会、熊本県理学療法士協会などリハビリテーション関連団体、熊本県老人保健施設協会、熊本県介護支援専門員協会、熊本義肢装具協会九州支部等義肢装具の関係団体で構成されている。この Kumamoto JRAT における初期対応がまず行われた。

参考資料 大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会

大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会

(JRAT：Japan Rehabilitation Assistance Team)

- ①日本リハビリテーション病院・施設協会
- ②日本リハビリテーション医学会
- ③回復期リハビリテーション病棟協会
- ④全国デイ・ケア協会
- ⑤全国地域リハビリテーション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
- ⑥日本理学療法士協会
- ⑦日本作業療法士協会
- ⑧日本言語聴覚士協会
- ⑨日本介護支援専門員協会
- ⑩日本訪問リハビリテーション協会
- ⑪日本義肢装具士協会
- ⑫日本義肢装具学会

名称変更・進化

平成25年7月26日

東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体（リハ10）

【Kumamoto JRAT 構成団体】

熊本県医師会、熊本県理学療法士協会、熊本県作業療法士会、熊本県言語聴覚士会、熊本県老人保健施設協会、熊本県介護支援専門員協会、熊本義肢装具協会九州支部、日本義肢装具士協会南日本支部、熊本県回復期リハビリテーション病棟研究会、回復期・維持期リハを考える会

前震の発生翌日の4月15日には、Kumamoto JRAT において、協力施設の被害状況の確認と支援可能か否か、必要か否かの確認が行われた。また、JRAT 本部への状況報告が行われるとともに、同日14時にJRAT 熊本地震災害対策東京本部が設置され、4月16日に熊本現地対策本部が設置された。

4月16日未明に本震が発生し、本格的な活動実施の判断がなされ、現地のコーディネーターも含め支援を要請、鹿児島県及び宮崎県からの支援隊により支援活動が開始されている。

熊本県災害リハビリテーション推進協議会 設立趣意書

【趣旨】

2011年3月11日の東日本大震災による被災の影響は未だ現在進行形であり、復興にはまだまだ程遠いと言わざるを得ない現状が続いています。

今回の災害は阪神淡路大震災時とは大きく異なり、大地震に引き続き起こった大津波によって多数の尊い生命が奪われ、広範な地域の生活の場が瞬時に崩壊しました。更に、震災後の避難所・仮設住宅生活において、多くの高齢者の不健康状態や種々の疾病の悪化、いわゆる不活発病が今なお大きな問題となっているところです。熊本県におきましても、2012年7月の九州北部豪雨により、多くの方々が避難を余儀なくされ、生活に支障をきたされたのは記憶に新しいところです。

このような経験から、今後の大規模災害時における支援活動には救命救助のみならず、それに引き続くリハビリテーションの立場からの生活支援等が非常に重要であることが浮き彫りになりました。そこで、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT：旧東日本大震災リハビリテーション支援関連団体協議会（2011年4月結成）：日本リハビリテーション病院・施設協会、日本リハビリテーション医学会、回復期リハビリテーション病棟協会、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、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイケア協会、日本介護支援専門員協会、全国地域リハビリテーション研究会・全国地域リハビリテーション支援事業協議会、日本義肢装具士協会、日本義肢装具学会）では、全国規模で災害リハビリテーションコーディネーター養成研修を行い、災害リハビリテーションに関するネットワークの構築およびDMAT（災害派遣医療チーム）と連動した活動が可能な災害リハビリテーション支援チームを育成して、不測の大災害に備えていくこととなりました。

熊本県におきましても、これら全国規模の動きに連動し、大規模災害時にDMAT・JMAT（日本医師会災害医療チーム）等との連携の下で適時適切に支援活動に参加できるような素地づくり（ネットワーク構築、研修会実施、教育・啓発など）を行うために、熊本県地域リハビリテーション支援協議会、熊本市リハビリテーション研究会、熊本県医師会、熊本県理学療法士協会、熊本県作業療法士会、熊本県言語聴覚士会、熊本県老人施設協会、熊本県介護支援専門員協会、日本義肢協会九州支部、日本義肢装具士協会南日本支部、熊本県回復期リハビリテーション病棟研究会、回復・維持期リハを考える会等が一堂に会し、熊本県災害リハビリテーション推進協議会を結成することと致しました。

関係各位におかれましては、この趣旨をご理解いただき、ご支援、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

発起人	水田 博志	熊本リハビリテーション研究会会長
	(代表)	熊本大学大学院生命科学研究部整形外科分野教授
	北里 堅二	熊本県理学療法士協会会長
	島崎 一也	熊本県作業療法士会会長
	山本 恵仙	熊本県言語聴覚士会会長

林	邦雄	熊本県医師会理事（地域リハビリテーション担当）
西	芳徳	熊本県医師会理事（救急災害担当）
山田	和彦	熊本県老人保健施設協会会長
加来	留	熊本県介護支援専門員協会理事長
徳田	章三	日本義肢協会九州支部長
小峯	敏文	日本義肢装具士協会南日本支部代表
田代	桂一	熊本県回復期リハビリテーション病棟研究会代表世話人
古閑	博明	回復・維持期リハを考える会代表世話人
渡邊	進	回復期リハビリテーション病棟協会理事
平田	好文	日本リハビリテーション病院・施設協会理事
山鹿	眞紀夫	日本リハビリテーション病院・施設協会常務理事

Ⅲ JRAT 活動の検証・評価

Ⅲ JRAT 活動の検証、評価

1 災害リハビリテーションの実施体制等と活動の経過

(1) 実施体制

全国からの派遣体制については、各都道府県の地域 JRAT 及び構成団体が、JRAT に人材を登録し、対策本部（東京本部）から派遣されるスキームとなっている。

熊本では、県庁内に設置された「調整本部」と主に現地への人材の派遣調整機能を担う「活動本部」の体制が整備された。調整本部では、JMAT 等の他の医療チームと同じスペースで活動の展開がなされ、情報収集や情報共有、調整等が円滑に進めやすい環境となるよう配慮がなされた。また、派遣調整機能に特化した活動本部を設置したことにより、迅速な派遣隊対応が可能となった。

なお、災害時に JRAT は JMAT 傘下として支援活動を行うこととされている。この点については、平成 27 年 12 月 17 日の第 31 回 JRAT 戦略会議において了承されている（熊本地震災害リハビリテーション支援報告書（平成 29 年 3 月 31 日、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会、15 頁））。

【JMAT 傘下とは】

JRAT が JMAT 傘下で動くという意味は、必ずしも、各都道府県 JMAT と一体となって動くということではない。しかし、以下の条件を満たすことで、JRAT 活動にいくつかの事項（メリット）が包括されるという認識である。

条件

- ① JRAT 支援活動はあくまでも JMAT 本部が了承すること（原則は JMAT 支援が開始された以降であること）
- ② JRAT 派遣チームが JMAT 本部に登録されていること
- ③ その際、医師が支援チームの一員として参加していること
などがあげられる。

【JRAT 活動に包括される事項】

JRAT 活動に包括される事項とは、① JRAT 支援活動時に何らかの事故が起こった場合には JMAT 加盟の労災保険が適応されること、および② 災害救助法が適応された場合には支援活動に対する費用弁償は、JMAT 本部との協議により、共同してその手続きを行っていくというものである。

よって、地域 JRAT 設立・活動においては、県行政、医師会との強固な連携が重要であること、地域リハ支援体制を基盤にして組織化を推進することを推奨している（地域リハ支援事業に災害リハ支援を組み込むことで、地域 JRAT の教育・研修のための財源が確保される可能性がある）。

（熊本地震災害リハビリテーション支援報告書（平成 29 年 3 月 31 日、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会、15 頁から引用））。

(参考) 東京本部活動一覧

- 1) 活動方針 (声明文) および活動報告の HP 掲載
- 2) 情報収集 (DMAT 事務局から情報提供を受ける)、発信
- 3) メーリングリストの整備 (修正・追加)
- 4) 熊本本部との情報共有、調整
- 5) 日本医師会との登録調整 (JMAT 登録に関するやり取り)
JMAT 登録対象者は、地域 JRAT 支援チーム員、熊本本部支援員、Kumamoto JRAT メンバーとした。
- 6) 対策本部の環境整備
 - ①東京本部：電話、コピー機、コピー用紙、パソコン等、PT 協会のものを使用させていただいたが、規模が大きくなり、一部専用品を調達した。なお、パソコンなどは、協力員の私物を使用した。(熊本地図、ホワイトボードシート等は購入)
 - ②熊本本部：専用パソコン、専用携帯電話、文具、その他
- 7) 業務体制整備
 - ①地域 JRAT 支援チーム員募集
 - ・ 都道府県代表者へ地域 JRAT 派遣調整依頼とその確認を行った (メールおよび電話)。
 - ・ 支援チームのマッチング作業を行った。
 - ・ マッチング調整できたものを熊本へ連絡した。
 - ②東京本部支援員募集
 - ・ 団体ごとに、5 月末まで毎日の人員調整を行った。(医師 1 名、PT 協会 2 名、OT 協会 2 名、ST 協会 2 名、デイケア協会 2 名、訪問リハ協会 2 名、回復期リハ病棟協会 2 名を目標として各団体へ依頼した)
 - ③熊本本部支援員募集
 - ・ PT 協会・OT 協会・ST 協会へ、熊本本部支援員 (ロジスティックス要員) の募集依頼を行った (各団体は、JIMTEF 研修修了者を対象に募集を行った)。
- 8) 依頼文書・公文書作成
 - ①地域 JRAT 支援チームへの公文書発送
 - ②東京本部支援員への公文書発送
 - ③熊本本部支援員への公文書発送
- 9) 支援隊用「注意書き」「持ち物リスト」等作成、および送付
- 10) 避難所用アセスメントシート、個人用アセスメントシート等の送付
- 11) ビブスの発送、追加注文
- 12) 宿泊施設調整 (結果的に適正料金での確保は困難であった。)
- 13) 質問に対する応答内容の確認と、その発信
- 14) 取材申し込みに対する応答内容の確認と、その発信

(熊本地震災害リハビリテーション支援報告書 (平成 29 年 3 月 31 日、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会、25 頁から引用))。

(2) 組織の役割

調整本部、活動本部等の組織の役割は、以下のとおりである。

① 調整本部

◆調整本部の主な役割

- ・県庁内に拠点が置かれた医療救護調整本部での連絡調整
- ・行政との連絡調整
- ・他の団体との連絡調整
- ・褥瘡予防マットレス支給基準作成
- ・福祉避難所入居トリアージ基準作成
- ・仮設住宅初期改修の手順の作成 等

② 活動本部ロジ隊

◆活動本部の主な役割

- ・要請に応じたチーム派遣調整
- ・活動予定表の作成
- ・電話・メールによる問い合わせへの対応
- ・本部活動記録
- ・活動日報の作成
- ・活動報告書の取りまとめ
- ・活動終了チームからの申し送り受け
- ・現地入り支援チームへのオリエンテーション
- ・活動本部の環境整備 など

③ 避難所等支援チーム

◆避難所支援チームの主な役割

活動前後

- ・活動地域（避難所）の合同ミーティングに参加

支援活動

- ・避難所（一次、二次、福祉）の環境評価、整備支援
- ・エコノミークラス症候群予防活動
- ・生活不活発病に対する予防活動
- ・福祉用具、歩行補助具等の適用と配布
- ・必要に応じ個別リハビリテーション実施
- ・応急仮設住宅の初期改修

本部帰着後

- ・活動報告書作成
- ・本部ミーティングにて活動報告
- ・翌日活動チームとの打ち合わせ
- ・次期活動チームへの申し送り

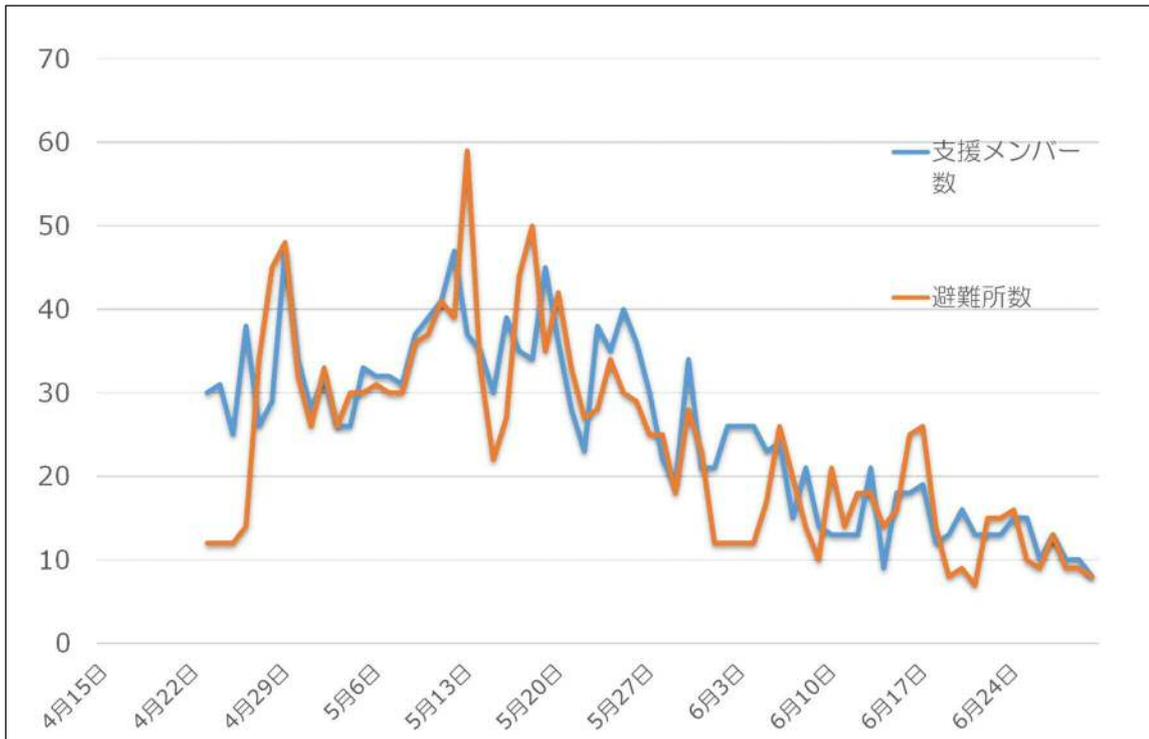
◆ 活動経過

- 4月14日 21時26分頃（前震 震度7 M6.5）
4月15日 8:00～
（1）協力施設の被害状況の確認と支援可能か否かの確認
（2）熊本 JMAT（県医師会）に状況確認
（3）東京 JRAT 事務局への状況報告
13:00～ 益城町視察、挨拶（DMAT JMAT 日赤チーム）
熊本市情報：避難所184施設 避難民26000人
14:00 JRAT 熊本地震災害対策東京本部、熊本現地本部設置
- 4月16日 1時25分頃（本震 震度7 M7.3）
現地のコーディネーターも含め支援を要請
鹿児島隊・宮崎隊による支援開始
- 4月16日：JRAT 栗原代表等より地域 JRAT へ協力依頼
JRAT 熊本地震災害対策現地本部設置
鹿児島隊・宮崎隊より熊本入り
855 避難所 18万3000人
- 4月21日：熊本県医療救護調整本部設置（県庁8F）
上益城郡への派遣開始。益城保健医療センター約600名、益城総合体育館1100名などいずれも過密状態。避難所によっては土足区域の区別なし。
JMAT より、同行活動は時間制約が大きく、JMAT 登録の中で JRAT が活動しているスタンスでの活動が認められた。
- 4月22日：熊本県庁8F 医療救護調整本部内に JRAT 調整本部開設。
4月23日：南阿蘇地区巡回開始。ADRO 会議参加開始。
4月24日：南阿蘇派遣開始。
4月25日：避難所初期アセスメントが、ほぼ終了。
4月26日：避難所で福祉用具等のニーズが増え始める。
5月2日：ニーズあるが混乱しており、ニーズがあげられない自治体あり。
5月4日：5月8日、熊本市避難所一斉集約への動き
5月9日：地域によっては地域リハ広域支援センターへの活動引継ぎ開始。
派遣隊に交通事故。
- 5月10日：9地区13隊
5月11日：熊本市医療救護班派遣活動終了（5月11日時点で熊本市避難所約90カ所、3200名、拠点避難所は25カ所）。
- 5月16日：益城町の通所系サービスはほぼ回復。
5月20日：福祉避難所トリアージ基準提出：コーディネーター会議で採択。
5月23日：調整本部を熊本県庁と益城町役場に分かれて活動。
5月29日：活動本部を熊本機能病院から熊本市リハビリテーション病院へ移動
5月31日：南阿蘇医療救護班活動終了
熊本市保健医療救護調整本部閉鎖
- 6月3日：東京本部解散
6月4日：熊本県医療救護調整本部閉鎖
7月3日：県外隊終了
- 7月4日：益城・御船2町に週3回、益城町役場リエゾンが毎日仮設住宅初期改修を重点的に活動
- 7月16日：JRAT 全活動終了。熊本県復興リハビリテーションセンターに活動引継ぎ

(3) 避難所支援メンバー数と訪問避難所数の推移

避難所支援メンバー数は最大で一日あたり約50名、訪問避難所数は最大で一日あたり60箇所だった。その推移をみると、メンバーの確保等は概ね順調に推移しているが、支援メンバーに不足感のあった日もあり、支援メンバーの確保が活動にあたっての一つの大きな課題となった。

参考資料 避難所支援メンバー数と訪問避難所数の推移



(4) 避難所支援チーム数の推移

発災直後からの支援チームの動向をみると、東京本部が設置されていた6月3日までは、他都道府県からの支援チームを中心に構成している。東京本部解散以降は、県内の支援チームを中心に構成している。

参考資料 避難所支援チーム数の推移



2 災害リハビリテーション活動をサポートする関係機関の動き

JRATの活動を支援するため、熊本県医師会から熊本県（長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課）に対し、協力要請を行った。熊本県では、介護予防活動等を進めるため、平成12年度から県内18の医療機関・介護老人保健施設を「地域リハビリテーション広域支援センター（以下、「広域リハセンター」という。）」として指定していた。協力要請を受け、熊本県は、Kumamoto JRATと連名で、各広域リハセンター長、Kumamoto JRAT構成団体の長に対し、リハビリテーション専門職の人材派遣の要請を行った。

平成28年4月17日

各熊本県広域リハビリテーションセンター長 様
熊本県災害リハビリテーション推進協議会協力施設各位

熊本県災害リハビリテーション推進協議会
会長 水田 博志
熊本県健康福祉部
部長 豊田 祐一

平成28年熊本地震の発生に伴い熊本県災害リハビリテーション推進協議会
が実施するリハビリテーション活動への職員派遣のお願い

日頃より地域リハビリテーションの推進にご協力いただきありがとうございます。
さて、このたびの平成28年熊本地震により、熊本県内各地域において、甚大な被害が発生しています。現在、「熊本県災害リハビリテーション推進協議会」として、被災者に関する情報収集とリハビリテーション支援活動のための体制整備を進めているところであり、実施にあたり十分な人員確保が必要となっています。

つきましては、貴所属のリハビリテーション専門職を避難所等の現地に派遣いただきますよう、ご多忙中誠に恐縮ですがご協力をお願いいたします。

御協力いただける場合には、別紙により下記提出先に提出をお願いします。

なお、広域リハビリテーションセンターにおかれましては、近隣の老人保健施設へも御協力を依頼いただくようお願いいたします。

記

1 職員の活動内容

- ・要支援者等に対する生活不活発病の予防及びリハビリテーション活動の実施
※活動内容の詳細（内容及び派遣場所・日時・期間等）は事務局担当者からご連絡をいたします。

2 名簿提出先及び派遣調整窓口

名簿につきましては、下記窓口にメールにより提出をお願いします。

【窓口】

熊本県災害リハビリテーション推進協議会事務局 担当：三宮

電話：090-7160-0176

メール：jrat_kumamoto@yahoo.co.jp

※なお、熊本県の担当部署は、「熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課（電話 096-333-2211）」です。

【参考：熊本県災害リハビリテーション推進協議会構成団体】

（熊本県医師会、熊本県理学療法士協会、熊本県作業療法士会、熊本県言語聴覚士会、熊本県老人保健施設協会、熊本県介護支援専門員協会、熊本義肢装具協会九州支部、日本義肢装具士協会南日本支部、熊本県回復期リハビリテーション病棟研究会、回復期・維持期リハを考える会

参考資料（広域リハ等への職員派遣依頼の通知）

（別紙）

熊本県災害リハビリテーション活動への職員協力名簿

（所属機関名）

職員氏名	職種	電話	メールアドレス

3 JRAT 活動終了に向けた動き

6 月以降は東京本部が中心となって行っていた、支援依頼、チームのマッチング、チームの JMAT 登録等を熊本新本部へ移行し、東京本部を解散した。(6 月 3 日)

県外からの派遣は徐々に減少し 7 月 4 日までで県外からの派遣チームは終了し、その後、県内チーム 2 チームでの活動を行い、「熊本県復興リハビリテーションセンター」の設置に伴い熊本 JRAT の活動は終了した。(7 月 16 日)

なお、熊本県、熊本県医師会、熊本県老人保健施設協会、熊本県理学療法士協会、熊本県作業療法士会、熊本県言語聴覚士会、Kumamoto JRAT など関係団体で検討し、熊本県地域リハビリテーション推進会議、熊本地域リハビリテーション支援協議会での協議を経て、「熊本県復興リハビリテーションセンター」(7 月 14 日)を設置している。

4 活動内容及び成果

(1) 早期の体制づくりと統制のとれた活動の実施

東日本大震災後、JRAT 及び Kumamoto JRAT が発足していたため、早期の実施体制の構築が可能であった。そのことにより多数の専門職の動員が必要となる活動部隊の調整について組織的に統制をとりながら実施することが可能となった。また、調整本部を設置したことにより体制発足後、早期に活動部隊の基本事項を制定するとともに、支援部隊活動報告書により毎日の活動報告を実施するなど本部と現場の情報共有や統制のとれた活動を展開することが可能となった。

①延べ活動隊数：554 隊

②延べ避難所支援者人数 1774 名

Dr:354 名, PT:832 名, OT:373 名, ST:122 名, Ns:86 名, その他:7 名

③現地ロジ延べ人数：765 名

④東京ロジ延べ人数：346 名

⑤避難所訪問延べ回数：1891 回

(2) 対象者の基本情報の把握

実施にあたっては、介入当初に対象者の把握を行い、介護保険の認定状況や基本動作の状況、ADLの状況の把握をし対象者の基本票として作成した。基本票には支援経過を記入する欄を設け、基本状況と支援の状況を一体的に把握できるものとした。

(3) エコノミークラス症候群、生活不活発病に対する予防活動

発災直後から避難所や車中泊等での生活を余儀なくされた被災者のエコノミークラス症候群防止のための対応や、活動量低下に伴う生活不活発病の予防のための対応を実施した。JRAT 活動としては、弾性ストッキングの配布やウレタンマットの貸与を行った。弾性ストッキングについては、DMAT と連携し避難所の被災者に推奨を行い、必要な方に配布を行った。生活不活発病対策としては、アクティビティ活動等を展開している。また、褥瘡の防止のためのウレタンマットについて、現地医療チームと協議の上、必要性を判断し、調整本部で最終的には判断し貸与を行った。JRAT 活動以外にもエコノミークラス症候群の予防のための活動は、医療救護のチームや保健師等により重層的に活動が展開されている。

なお、入院を必要としたエコノミークラス症候群の患者数は参考資料のとおりである。

参考資料 入院を必要とした「エコノミークラス症候群」患者数（熊本県健康づくり推進課調べ）

平成28年12月10日午後4時現在
（ ）書は平成28年4月14日からの累計

	65歳未満	65歳以上	計
男性	0 (5)	0 (7)	0 (12)
女性	0 (13)	2 (29)	2 (42)
計	0 (18)	2 (36)	2 (54)

※新患者2名は11月に診断された方です。

※熊本大学医学部附属病院循環器内科調べ。数字は、医師が入院を必要と判断した静脈血栓症（肺血栓塞栓症（PE）と深部静脈血栓症（DVT））の患者数。

<県内の主要な20の医療機関による集計>

熊本大学医学部附属病院、熊本中央病院、済生会熊本病院、熊本医療センター、熊本赤十字病院、熊本市市民病院、熊本機能病院、熊本地域医療センター、阿蘇医療センター、熊本労災病院、熊本総合病院、杉村病院、公立玉名中央病院、荒尾市民病院、人吉医療センター、天草地域医療センター、国保水俣市立総合医療センター、上天草総合病院、熊本再春荘病院、山鹿市民医療センター

(4) 避難所（一次、二次、福祉）の環境評価、整備支援

避難所は過密状態が続き、発災直後から避難所生活の環境整備は大きな課題となった。避難所生活をより良い環境で生活いただくため、リハビリテーション専門職等のノウハウや知見を活かし、避難所の環境評価し、評価に基づく生活環境整備を実施できた。環境評価にあたっては、「避難所アセスメントシート」を作成し、避難所ごとに有症状者や要支援者の把握、小児疾患・精神疾患・周産期・歯科といった医療ニーズの把握、専門的医療ニーズの把握等をシートに基づき評価を行った。

(5) 福祉用具、歩行補助具等の適用と配布

避難所には、移動に困難を伴う方等支援が必要な被災者も生活することを余儀なくされた。そのため、現場の判断により、パブリックスペースへの手すりや椅子等の設置や段差解消のためのスロープの設置等を行い、移動の不便さの解消を行った。また、各被災者の状況に応じた福祉用具や歩行補助具、杖等の配布等を行った。

(6) 必要に応じ個別リハビリテーションを提供

避難者のうち、特に生活不活発な状態の解消に向けて、個別にリハビリテーションが必要と判断された方には、運動の指導やストレッチ等の個別リハビリテーション活動を展開している。

(7) 応急仮設住宅の初期改修

応急仮設住宅への移行が、早い市町村では6月から始まり、高齢者等の個々の状況に応じた仮設住宅の初期改修支援を実施した。なお、活動内容等については、7月14日以降は、「熊本県復興リハビリテーションセンター」に引き継いだ。

5 今後に向けた課題

(1) DMAT や JMAT などの関連団体傘下で協働（GSCATTT）

関係団体との協働にあたっては、CSCA（C:Command & Control, S:Safety, C:Communication, A:Assessment, T:Triage, T:Treatment, T:Transportcommand and control）を念頭においた活動に万全を期す方針で進めたが、協働を行うための適切な人員の確保・配置、必要なコミュニケーションの実施等が緊急的な対応が迫られる中で難しい面があった。

(2) 記録の充実

活動記録の様式に記録を行うことで情報の共有に努めたが、記録の方法や内容の統一感の確保が難しく、情報共有に苦慮した面があった。また、県外からの支援者について、いつから熊本に入り、どこで活動し、誰が活動したか、熊本からの出発日がいつかといった情報が必ずしも整理できていたとはいえない面があり、支援者に関する情報の更なる充実が必要と考えられることがあった。

(3) 各県 JRAT 毎に支援体制を災害規模別に想定し具体的に準備

大規模災害にあたっては、全国組織との連携のもとでの県レベルでの実施体制が重要であるが、災害の規模別、エリア別にどのような体制を組むのかをあらかじめ具体的に準備しておく必要があると感じた。今回は熊本市内の医療機関に県活動本部の設置等を行ったが、医療機関自体の被災も大きい中での立上げであった。例えば、被災が比較的少ないエリアでの組織の設置なども含めた体制づくりの想定が必要ではないかと思われ、そのための事前の想定・準備が必要と考えられる。

(4) 近県の JRAT と共同での研修

大規模災害に備え、日ごろから近県の JRAT との顔の見える関係づくりを行い、技術を学び合うための共同での研修の実施の必要性を感じた。

(5) 仮設住宅の高齢者や障がい者に配慮した建物の整備

仮設住宅の建設にはスピード感が求められ、規格に沿った住宅の建設となる側面はあるが、東日本大震災の教訓を受け、駐車場の舗装等改善された面はある。高齢者や障がい者の入居は想定されるものであり、あらかじめ障がい者に配慮した住宅の整備は今後も重要な課題と考えられる。なお、十分に対応できない面を補完する意味でも入居者の個別の状況に応じた初期改修の対応が重要と考えられる。

(6) 被災者に不安を与えることなく、平時のサービスを損なうことなく自然撤退

最初の介入段階よりも撤退段階のタイミングに難しさを感じた。特に、リハビリテーション資源が少ない地域においては、急な撤退を行うと住民に不安を与えてしまう懸念があり、通常サービスにつなぐことも含めて慎重な対応が求められる。また、JRAT の活動が、通常の事業所サービスに支障を与えないようにするためにも撤退時期は重要である。

(7) 実践的な研修・演習

災害リハビリテーションについては、座学だけの研修では、実働が必要となった場合の対応に不安がある。DMAT 活動のように、平時からの定期的な研修や訓練等を行うておくことの必要性がある。座学においても、例えば国際医療技術財団が行う災害医療研修等を援用し、災害リハビリテーションを学ぶための研修の具体化が必要と考えられる。

(8) 資金確保

災害時における JRAT 活動そのものは、JMAT 活動の傘下に入るため財源が確保されるが、平時からの準備や研修・演習等にかかる資金確保をどうするかが課題である。

IV 復興リハビリテーションの概要

IV 復興リハビリテーションの概要

1 当初の課題認識

JRAT 活動を通じ、エコノミークラス症候群対策や生活不活発病対策を実施してきたが、避難所から仮設住宅移行にあたり、

- ① JRAT の対応が重要な緊急時は脱しつつあるものの、仮設住宅等への移行期までは引き続き避難所生活を余儀なくされる高齢者が生活不活発とならないための対策が重要となること
- ② 仮設住宅移行後においても、新たなコミュニティでの生活を余儀なくされる高齢者の孤立化防止や生活不活発とならないための対策が重要となること

等の課題認識があった。

そうした課題に対応した対策を実施していくためには、JRAT 撤退後も災害リハビリテーション活動を実行できる体制が必要と判断された。

実施体制面の課題としては、

- ① 実施内容やルール of 調整、広域リハセンター間の人員派遣調整、研修の実施等全体的な統括機能が求められるため、指揮命令系統の確保が必要であり、復興リハビリテーションセンターのような期間限定のプロジェクトを統括する組織の設置が重要であること
- ② 現場での活動に協力をいただけるリハビリテーション専門職等が在籍する医療機関や介護老人保健施設等の協力が不可欠であること

等が課題としてあげられた。

また、仮設住宅等の移行段階での活動を想定した災害リハビリテーション活動を行うための専門的な組織については、事前に想定しておらず、組織体制の整備については、新たな構築が必要であった。

2 復興リハビリテーションの概要

(1) 復興リハビリテーションの定義

平成 28 年 6 月 28 日に熊本県及び熊本県地域リハビリテーション推進会議においてとりまとめを行った、「当面の「復興リハビリテーション」の実施方針について」のなかで、「復興リハビリテーション」とは、「災害時における仮設住宅期を中心に、高齢者の心身機能の低下を防ぐために必要なリハビリテーション」と定義している。

(2) ビジョン

主に仮設住宅等におけるリハビリテーション活動を通じて、高齢者が要支援・要介護状態になることを予防するとともに、既に要支援及び要介護の認定を受けている高齢者の心身機能の低下を予防することを活動目的としている。そうした活動を通じ、被災地域における要介護認定率の上昇を抑制することを目標とした。

(3) 復興リハビリテーション活動内容の設定

熊本地震発災直後からの JRAT や広域リハセンターの活動をもとに、災害フェーズに応じたリハビリテーション活動を参考資料「災害フェーズに応じたリハビリテーション活動」のとおり整理した。

避難所期から仮設住宅期への移行となる中で、新たなコミュニティでの生活を余儀なくされる高齢者への対応、被災による生活不活発な状況が生じることが懸念されたため、第 3 期の復旧期、第 4 期の復興期での活動を展開する必要があることが想定された。東日本大震災の経験からも、発災後半年頃から要介護認定率が上昇していることが確認されていたため、生活不活発病防止、介護予防の観点から、関係

団体が連携した取り組みが必要と判断した。特に、仮設住宅等を中心に、集会所等を活用した介護予防活動、コミュニティづくりの重要性に関する普及啓発、地域ケア会議等における専門職としての関わりを活動内容として設定した。また、仮設住宅においては、災害弱者である高齢者や障がい者が生活することとなり、手すり等の福祉用具の設置、スロープの設置などリハビリテーション専門職の知見も活かした初期改修への対応についても活動内容として設定した。

参考資料 災害フェーズに応じたリハビリテーション活動

フェーズ	期間（目安）	時期	熊本県におけるリハ活動内容	支援チーム
第1期	復興発生～ 72時間	被災混乱期 ・被災者の救助 ・ライフライン破綻 ・医療機能の混乱等	・JRAT活動体制の構築、派遣調整 ・被災状況の把握 ・現地リハニーズに関する情報収集 ・関係団体との協議、情報の共有 等	JRAT
第2期 （～5 月）	4日目～ 1ヶ月末	応急普及期 ・ライフライン復活 ・避難所避難 ・仮設住宅建築着工 等	【主に避難所における活動】 ・リハ対象者の把握 ・エコノミークラス症候群や生活不活発病予防に関する情報発信、啓発活動、指導 ・個別支援の実施 ・体操等による集団支援の実施 ・日常生活動作援助・確認 ・避難所の環境調整 ・福祉用具の導入の判断 ・心理的サポート ・ハイリスク者の把握と地域包括支援センターへのつなぎ 等	JRAT 地域リハ 各団体 市町村
第3期 （6月～ 11月 頃）	2ヶ月目～ 6ヵ月	復旧期 ・避難所集約化 ・福祉避難所移行 ・仮設住宅生活	【避難所、仮設住宅、自宅における活動】 ・介護予防及び生活支援 ・コミュニティづくりへの支援 等	地域リハ 各団体 JRAT 市町村 包括
第4期	6ヵ月以降	復興期 ・避難所退去 ・仮設住宅孤立化対策 ・復興住宅への移行	【仮設住宅、自宅における活動】 ・介護予防活動及び生活支援 ・コミュニティづくりへの支援 ・街づくりへの参画 等	地域リハ 各団体 市町村 包括

※大規模災害リハビリテーション対応マニュアルに基づく災害フェーズ分類

平成28年6月28日

各地域医師会長
各地域リハビリテーション
広域支援センターの長
各医療機関の長
(整形外科を有する医療機関・診療所)
各介護老人保健施設の長
熊本地域リハビリテーション支援協議会
構成団体の長

様

熊本県知事 蒲島郁夫

熊本県医師会 会長 福田 稠

熊本県老人保健施設協会 会長 山田和彦

熊本県地域リハビリテーション推進会議
会長 水田博志

平成28年熊本地震の発生に伴う「当面の復興リハビリテーション活動
の実施方針」の策定とお願いについて

日頃より地域リハビリテーションの推進にご協力いただきありがとうございます。
さて、このたびの平成28年熊本地震により、熊本県内各地域において、甚大な被害が発生しています。地震発生後、災害リハビリテーション活動については、エコノミークラス症候群防止や高齢者が生活不活発な状況とならないための対策として、JRAT 活動や熊本県地域リハビリテーション広域支援センター（以下、「広域リハセンター」という）によるリハビリテーション活動や、民間団体によるアクティビティ活動が展開されたところです。

今後、仮設住宅の建設が進む中、仮設住宅等の高齢者の心身機能の低下を防ぐための対策に継続的に取り組む必要があります。JRAT 撤退後も見据えた体制整備を行うことが必要です。そのためには、熊本県・熊本県医師会・熊本県老人保健施設協会・熊本県理学療法士協会・熊本県作業療法士会・熊本県言語聴覚士会等をはじめ、関係団体が一体となった取組みが必要です。広域リハセンターをはじめ、県内のリハビリテーション職が在籍する医療機関・老人保健施設を中心に、様々な専門職を有する関係機関や民間団体等の協力が必要不可欠となっています。

そのため、「避難所における対応」、「仮設住宅における対応」の2つの段階での対応を中心に、関係機関や団体、熊本県等が共通認識を持って復興リハビリテーション活動を実行していくための当面（概ね仮設住宅期が終了するまで）の実施方針を策定いたしました。また、当方針に基づく取組みを着実に実行していくため、熊本地域リハビリテーション支援協議会内に「熊本県復興リハビリテーションセンター」の設置を検討しているところです。

つきましては、未曾有の事態である熊本地震の対応において、復興リハビリテーションは極めて重要な役割があり、関係機関や団体においては、当方針に基づく取組みについて特段の御協力をお願いいたします。

記

【協力いただきたい事項】

- ・被災地域における復興リハビリテーション活動への専門職の派遣をお願いします。
(無償でのご協力が前提。なお、財源確保ができた場合には、報償費等をお支払します)
- ・広域リハセンター以外の医療機関や老人保健施設におかれましては、別途案内する「地域密着リハビリテーションセンター(※)」への登録をお願いします。
※地域リハビリテーション活動にあたり広域リハセンターとの連携のもと、専門職を派遣いただける医療機関・老人保健施設を登録するものです。

【活動内容】

- 生活が不活発となることの予防及び介護予防事業への協力
 - ・介護予防に資する運動体操
 - ・戸別訪問による仮設住宅の環境調整
 - ・運動機能の評価
 - ・アクティビティプログラムの提供
 - ・自主グループの育成
 - ・地域ケア会議等における助言や研修等を通じた活動支援 等

【問い合わせ先】

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課
担当：黒田、松尾
電話：096-333-2211
メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp
熊本県復興リハビリテーションセンター
事務局：川上、渡辺
電話：096-354-3838
メール：kawakami-office@kumamoto.med.or.jp

当面の「復興リハビリテーション」の実施方針について

平成28年6月28日

熊本県

熊本県地域リハビリテーション推進会議

平成28年熊本地震発生後の被災者に対するリハビリテーション活動については、エコノミークラス症候群防止や高齢者が生活不活発な状況とならないための対策として、JRAT 活動や熊本県地域リハビリテーション支援センター（以下、「広域リハセンター」という）によるリハビリテーション活動、民間団体によるアクティビティ活動が展開されたところである。

今後、避難所対応から仮設住宅への対応に重点が移る中、高齢者の心身機能の低下を防ぐための対策に継続的に取り組む必要があり、JRAT撤退後も見据えた体制整備を行うことが必要である。そのためには、熊本県・熊本県医師会・熊本県老人保健施設協会・熊本県理学療法士会・熊本県作業療法士会・熊本県言語聴覚士会等をはじめ関係団体が一体となった取り組みが必要であり、広域リハセンターをはじめ、県内のリハビリテーション職が在籍する医療機関・老人保健施設を中心に関係機関や民間団体等の協力が不可欠である。

そのため、「避難所における対応」、「仮設住宅における対応」の2つの段階での対応を中心に、関係機関や団体、熊本県等が共通認識を持って「復興リハビリテーション」^{*}を実行していくための当面（概ね仮設住宅期が終了するまで）の実施方針を策定した。

未曾有の事態である熊本地震の対応において、復興リハビリテーションは極めて重要な役割があり、関係機関や団体においては、当方針に基づき積極的な御協力をお願いしたい。

※「復興リハビリテーション」とは、災害時における仮設住宅期を中心に、高齢者の心身機能の低下を防ぐために必要なリハビリテーション活動のこと。リハビリテーション活動を通じて、高齢者が要支援・要介護状態になることを予防するとともに、既に要支援及び要介護の認定を受けている高齢者の心身機能の低下を予防することを活動目的とする。

1 当面のリハビリテーションの課題

(1)復興リハビリテーション活動のニーズ(対応すべきニーズをどう考えるか)

①JRAT活動は撤退の方向

復興リハビリテーション活動については、復興発生直後から JRAT活動が展開され、避難所の集約が進んでいる現時点で、今後の撤退に向けた検討がなされている状況である。

②避難所期におけるリハビリテーションの実施頻度と体制、実施内容の具体化

JRATの対応が重要な緊急時は脱しつつあるものの、仮設住宅等への移行期までは引き続き避難所生活を余儀なくされる高齢者が生活不活発とならないための対策が重要な課題となる。これをどのような頻度でどのような体制で行うのかを具体化することが必要である。避難所生活は毎日心身ともに負担を余儀なくされるものであり、実施頻度や内容について検討する必要がある。

③仮設住宅におけるリハビリテーションの実施頻度と体制、実施内容の具体化

また、仮設住宅への移行後においても、新たなコミュニティでの生活を余儀なくされる高齢者の孤立化防止や生活不活発とならないための対策が重要な課題となる。これについても実施頻度や体制をどうするか検討が必要である。

なお、住民運営の通いの場での介護予防活動は週1回が標準モデルとなっているが、この頻度が目安の一つとなると考えられる。

(2)実施体制面の課題

①全体を統括する組織が重要

実施内容やルール調整、広域リハセンター間の人員派遣調整、研修の実施等全体的な統括機能が求められるため、指揮命令系統の確保が必要であり、復興リハビリテーションセンターのような期間限定のプロジェクトを統括する組織の設置が重要である。

②現場の中心機関である広域リハセンターによる活動の継続性の担保が必要

◎災害時のリハビリテーションについては、JRAT 以外には、運営要項により避難所等での生活不活発とならないための対策などに取り組む広域リハセンターが実施の中心機関として考えられる。

◎しかしながら、今回の復興のように中長期的に対応が必要な復興の場合、平常時のように市町村の地域支援事業からの費用弁償のある活動には適しないため、無償ボランティアでの取り組みとならざるを得ない広域リハセンターでの活動では、医療機関等派遣元の負担感の問題、人材確保や補償面の問題等があり、継続的な取り組みが困難である。

◎被災地域においては広域リハセンターだけでは人材確保が難しい面があり、リハセンター以外の医療機関や老人保健施設にも協力を依頼することが重要となる。

【関係者からの意見】

- 災害リハビリテーションセンターのようなものを県と医師会で作ってもらいたい。
- 活動中の補償の問題もある。全てを被災している地域の広域支援センターにお願いするのは無理。ボランティアでは続かない。
- 災害救助法でどこまでみることができるのか。
- 住民が主体となり避難所を運営することが必要ではないか。
- スタッフも限界を超えている。JRAT 撤退後も更にやれと言われているような感じになっている。長期間に続くことなので、対策が必要。行政や国も頑張っているのを認めてくれるんだということが重要。
- マンパワーが不足している。地域密着リハセンター構想を前倒しし、協力機関を増やすべきではないか。

2 課題に対する当面の対応方針

(1) 実施する復興リハビリテーション活動の概要と統括的な体制整備

①復興リハビリテーション活動の概要

これまでの JRAT や広域リハセンターの活動をもとに整理すると、災害フェーズに応じたリハビリテーション活動は以下のように整理できる。今後、避難所期から仮設住宅期への移行となる中で、第3期・第4期での活動を展開する必要がある。

フェーズ	期間(目安)	時期	熊本県におけるリハ活動内容	支援チーム
第1期	復興発生～ 7 2 時間	被災混乱期 ・ 被災者の救助 ・ ライフライン破綻 ・ 医療機能の混乱等	・ JRAT 活動体制の構築、派遣調整 ・ 被災状況の把握 ・ 現地リハニーズに関する情報収集 ・ 関係団体との協議、情報の共有 等	JRAT
第2期 (～ 5 月)	4 日目～ 1 ヶ月末	応急普及期 ・ ライフライン復活 ・ 避難所避難 ・ 仮設住宅建築着工 等	【主に避難所における活動】 ・ リハ対象者の把握 ・ エコノミークラス症候群や生活不活発病予防に関する情報発信、啓発活動、指導 ・ 個別支援の実施 ・ 体操等による集団支援の実施 ・ 日常生活動作援助・確認 ・ 避難所の環境調整 ・ 福祉用具の導入の判断 ・ 心理的サポート ・ ハイリスク者の把握と地域包括支援センターへのつなぎ 等	JRAT 地域リハ 各団体 市町村
第3期 (6 月～ 1 1 月頃)	2 ヶ月目～ 6 カ月	復旧期 ・ 避難所集約化 ・ 福祉避難所移行 ・ 仮設住宅生活	【避難所、仮設住宅、自宅における活動】 ・ 介護予防及び生活支援 ・ コミュニティづくりへの支援 等	地域リハ 各団体 JRAT 市町村 包括
第4期	6 カ月以降	復興期 ・ 避難所退去 ・ 仮設住宅孤立化対策 ・ 復興住宅への移行	【仮設住宅、自宅における活動】 ・ 介護予防活動及び生活支援 ・ コミュニティづくりへの支援 ・ 街づくりへの参画 等	地域リハ 各団体 市町村 包括

※大規模災害リハビリテーション対応マニュアルに基づく災害フェーズ分類

②全体を統括する組織の設置

今回の熊本地震への対応については、

A 大規模災害時におけるリハビリテーションが初めての経験であり、県の関係機関全体で情報

参考資料（復興リハの実施方針）

共有や共通認識の形成を図りながら、継続的な改善を行い、ノウハウを確立する必要があること

b 広域リハセンター間での被災状況にも差があり、相互の連携や補完関係の構築が重要となること

から、全体を統括する組織が必要である。

これまで本県では、「熊本地域リハビリテーション支援協議会」において、関係機関の連携のもと地域リハビリテーション活動を進めてきた経緯があり、復興時における全体統括組織も同協議会が担うのが適当である。そのため、熊本県及び熊本地域リハビリテーション支援協議会の構成メンバーをはじめとする関係機関が連携し、同協議会内に「熊本県復興リハビリテーションセンター」を設置する。

同センターは、遅くとも仮設住宅期終了までの時限的な組織として設置する。

■熊本県復興リハビリテーションセンターについて

ミッション	リハビリテーション活動を通じて、避難所及び仮設住宅の高齢者が要支援・要介護状態とならないように支援すること。 また、要支援及び要介護の認定を受けている仮設住宅の高齢者が状態が悪化しないようリハビリテーション活動（保険給付に相当する活動を除く）を通じて支援すること。
具体的な役割・業務	<ul style="list-style-type: none"> ・復興リハビリテーション活動に必要な全体調整やルールづくり ・広域リハセンターからの要請に応じた人員の派遣調整 ・人材育成策の実施 ・プロジェクトの進行管理 ・その他プロジェクトの実施に必要なこと <p style="text-align: right;">等</p>
メンバー	熊本地域リハビリテーション支援協議会内にチームを設置。 チームメンバーは、熊本県及び熊本地域リハビリテーション支援協議会等の関係者から選出したメンバーとし、事務局を熊本地域リハビリテーション支援協議会に置く。
活動時期	遅くとも、仮設住宅期の終了まで（概ね平成29年度中）とする。

(参考)熊本地域リハビリテーション支援協議会構成団体

- 熊本県医師会
- 熊本大学医学部附属病院
- 熊本県歯科医師会
- 熊本県精神科協会
- 熊本県理学療法士協会
- 熊本県言語聴覚士会
- 熊本県老人保健施設協会
- 熊本県訪問看護ステーション連絡協議会
- 熊本県介護支援専門員協会
- 熊本リハビリテーション研究会
- 熊本市医師会
- 熊本県薬剤師会
- 熊本県看護協会
- 熊本県作業療法士会
- 熊本県療養病床施設連絡協議会
- 熊本県地域包括・在宅介護支援センター協議会
- 熊本県老人福祉施設協議会
- 熊本県栄養士会

③地域密着リハビリテーションセンター構想の前倒しや熊本地域リハビリテーション支援協議会を構成する団体による人材の確保と人材育成

広域リハセンターに加え、復興リハビリテーションに必要な専門職人材を確保することが必要である。平成27年度の制度改正による介護予防事業のニーズ増加への対応のため今年度実施予定であった地域密着リハビリテーションセンター構想を前倒しし、協力医療機関、老人保健施設を募り、人材を確保する。

その際、併せて、人材育成策も重要であり、今年度県で予算確保を行っている地域密着リハセンター構想と合わせた研修の実施についても前倒しし、リハビリテーション職等の関連団体との連携のもと、熊本地域リハビリテーション支援協議会において実施する。

(2) 避難所期のリハビリテーション活動

避難所生活は心身ともに負担感が大きく、高齢者が生活不活発となる要素が大きく、毎日のリハビリテーションの実施の必要性が高い。そのため、避難所においてリハビリテーション専門職をはじめとする専門職によるリハビリテーション活動を実施する。

熊本県復興リハビリテーションセンターは、被災地域の広域リハセンターと連携し、被災地域内外の広域リハセンターや地域密着リハセンター及び熊本地域リハビリテーション支援協議会を構成する団体から派遣登録されている人材の中からローテーションを組み人材を派遣し、避難所において活動を実施する。

(3) 仮設住宅期のリハビリテーション活動

仮設住宅での復興リハビリテーション活動については、新たなコミュニティにおいて高齢者が要支援や要介護状態に陥らないよう、定期的なリハビリテーション活動等が重要である。そのため、地域リハビリテーション活動支援事業等で想定されている住民運営の通いの場での介護予防活動で週一回程度の活動を目安に実施する。

熊本県復興リハビリテーションセンターは、被災地域の広域リハセンターと連携し、被災地域内外の広域リハセンターや地域密着リハセンター及び熊本地域リハビリテーション支援協議会を構成する団体から派遣登録されている人材の中からローテーションを組み人材を派遣し、仮設住宅の集会所等において集団体操・個別相談・住環境の調整等を実施する。その他、市町村の要望に応じて、研修会における講話や地域ケア会議における助言等を行う。

(4) 市町村及び地域包括支援センターの取組みの促進

復興リハビリテーション活動の実施については、以下の点で市町村や地域包括支援センターの取組みを促進することが重要である。

- ①復興リハビリテーションは、避難所や仮設住宅等での活動となるため、活動エリアの市町村や地域包括支援センターの理解と協力が必要であること。
- ②活動の実施に当たっては、住民の自立促進や生活不活発病の予防の観点から、住民の主体性を引き出すことを意識した取組みを促進する必要があること。
- ③復興対応のための事業から、市町村が主体の平時の事業へと移行をスムーズに行う必要があること。

※復興リハビリテーションの体制等の詳細は別添1のとおり。

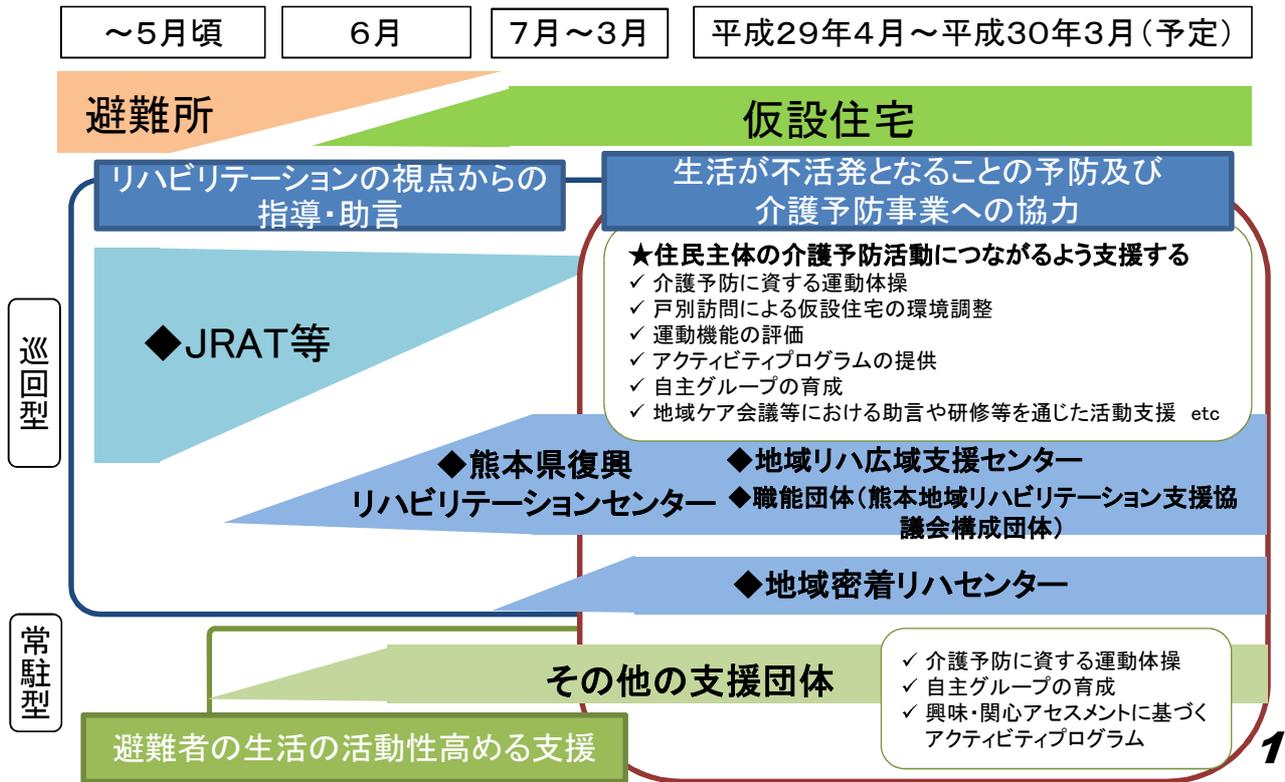
3 スケジュール

別添2のとおり。

4 出口戦略

- ◎仮設住宅における復興リハビリテーションについても、市町村の地域支援事業（地域リハビリテーション活動支援事業等）に早期に移行することが重要である。そのため、遅くとも仮設住宅期以降は、市町村の地域支援事業としての取組みを基本に対応を想定しておくことが重要である。
- ◎また、実施に当たっては、住民や地元市町村、地域包括支援センターなど地元主体のもとの取組みにつなげることを意識することが、継続的かつ安定的な活動につながると考えられる。

熊本地震発生に伴う復興リハビリテーション活動体制



1

復興リハビリテーション全体統括組織イメージ

熊本地域リハビリテーション支援協議会 (熊本県復興リハビリテーションセンターを設置)

【位置づけ】

○復興リハビリテーションにおける全体統括組織として位置付け、全体的な取組み方針を決定する。

【協議事項】

- 関係機関との情報共有や共通認識の形成
- 復興リハビリテーションに関する協議、方針決定
- 広域支援センターの相互連携や補完関係の構築
- 広域支援センターや各団体との役割分担 等

【関係機関】

※熊本地域リハビリテーション支援協議会

- 熊本県医師会
- 熊本リハビリテーション研究会
- 熊本大学医学部附属病院
- 熊本市医師会
- 熊本県歯科医師会
- 熊本県薬剤師会
- 熊本県精神科協会
- 熊本県理学療法士協会
- 熊本県作業療法士会
- 熊本県言語聴覚士会
- 熊本県看護協会
- 熊本県療養病床施設連絡協議会
- 熊本県老人保健施設協会
- 熊本県地域包括・在宅介護支援センター協議会
- 熊本県訪問看護ステーション連絡協議会
- 熊本県老人福祉施設協議会
- 熊本県介護支援専門員協会
- 熊本県栄養士会

※熊本県復興リハビリテーションセンターを中心に復興リハビリテーションを実施する。

地域リハ広域支援センター、地域密着リハ支援センター、各団体等

2

3 復興リハビリテーションセンターの組織の設置・体制整備

(1) 組織設置にあたっての基本的考え方

- ◎ 今回の熊本地震への対応については、
 - a 大規模災害時におけるリハビリテーションが初めての経験であり、県の関係機関全体で情報共有や共通認識の形成を図りながら、継続的な改善を行い、ノウハウを確立する必要があること
 - b 広域リハセンター間での被災状況にも差があり、相互の連携や補完関係の構築が重要となること

から、全体を統括する組織が必要な状況であった。特に、人材派遣調整については、地域からのニーズに基づいて、活動量及び活動内容を想定し、それに応じた専門職の派遣について、県内医療機関等との調整を行う必要があり、人材の登録と派遣を一元的に管理する必要があると考えられた。また、復興期から通常期も見据えると、中長期的には介護保険制度の地域支援事業による介護予防活動としての対応が出口戦略として考えられた。そのため、通常期の介護予防活動等を支援している広域リハセンター等の関わりと通常期体制との整合性を念頭に置く必要があった。

- ◎ これまで本県では、平成12年度に発足した「熊本地域リハビリテーション支援協議会」において、関係機関の連携のもと地域リハビリテーション活動を進めてきた経緯があり、復興期における全体統括組織も同協議会を母体に体制づくりを進めることが適当であると考えられた。そのため、熊本県及び熊本地域リハビリテーション支援協議会の構成メンバーをはじめとする関係機関が連携し、同協議会内に「熊本県復興リハビリテーションセンター」を仮設住宅の移住の初期の平成28年7月14日に設置した。

同センターは、遅くとも仮設住宅期終了までの時限的な組織として設置し、その後は通常事業である介護保険制度の地域支援事業における介護予防活動等へのつなぎを想定することとした。

なお、JRAT 活動の業務のうち、仮設住宅における初期改修支援については、同センターの活動として引き継いだ。

参考資料 熊本県復興リハビリテーションセンター

ミッション	リハビリテーション活動を通じて、避難所及び仮設住宅の高齢者が要支援・要介護状態とならないように支援すること。 また、要支援及び要介護の認定を受けている仮設住宅の高齢者が状態が悪化しないようリハビリテーション活動(保険給付に相当する活動を除く)を通じて支援すること。
具体的な役割・業務	<ul style="list-style-type: none"> ・復興リハビリテーション活動に必要な全体調整やルールづくり ・広域リハセンターからの要請に応じた人員の派遣調整 ・人材育成策の実施 ・プロジェクトの進行管理 ・その他プロジェクトの実施に必要なこと <p style="text-align: right;">等</p>
メンバー	熊本地域リハビリテーション支援協議会内にチームを設置。 チームメンバーは、熊本県及び熊本地域リハビリテーション支援協議会等の関係者から選出したメンバーとし、事務局を熊本地域リハビリテーション支援協議会に置く。
活動時期	遅くとも、仮設住宅期の終了まで(概ね平成29年度中)とする。

参考資料 熊本地域リハビリテーション支援協議会構成団体

○熊本県医師会・地域医師会	○熊本リハビリテーション研究会
○熊本大学医学部附属病院	○熊本県薬剤師会
○熊本県歯科医師会	○熊本県精神科協会
○熊本県看護協会	○熊本県理学療法士協会
○熊本県作業療法士会	○熊本県言語聴覚士会
○熊本県医療ソーシャルワーカー協会	○熊本県社会福祉士会
○熊本県介護福祉士会	○熊本県栄養士会
○熊本県歯科衛生士会	○熊本県療養病床施設連絡協議会
○熊本県老人保健施設協会	○熊本県老人福祉施設協議会
○熊本県訪問看護ステーション連絡協議会	○熊本県介護支援専門員協会
○熊本県地域包括・在宅介護支援センター協議会	

(2) 関係者間の共通認識の形成

- ◎ 震災発災後当初から、避難所での災害リハビリテーションに加え、仮設住宅移行後やその後のリハビリテーションの在り方について、熊本県医師会やリハビリテーション関連の専門職団体、熊本県等で協議を重ねてきた。発災1か月後の5月16日には、「避難所等における生活不活発病対策等に係る厚生労働省等との意見交換会」を開催し、仮設住宅移行を見据えた対応も含めた災害リハビリテーションの当面の対応について意見交換を行った。

参加者：熊本地域リハビリテーション支援協議会構成団体の長や関係者
熊本県地域リハビリテーション広域支援センター18機関
厚生労働省、熊本県 など

- ◎ 6月13日には、「熊本県地域リハビリテーション推進会議」を開催し、「当面の『復興リハビリテーション』の実施方針」について協議を行い、復興リハビリテーションセンターの設置について共通認識の形成を行った。
- ◎ 7月5日には、熊本県医師会理事会において、「熊本県復興リハビリテーションセンター」の設置及び「熊本県復興リハビリテーションセンター運営評議会」の設置、実施体制について承認がなされた。7月11日に、市町村及び地域包括支援センター、県内広域リハセンターへの周知を図り、活動への協力を得るため、「復興リハビリテーションに関する市町村等と広域リハセンターとの意見交換会」を開催した。関係者間の周知や共通認識の形成を進めたのち、7月14日に同センターを「熊本地域リハビリテーション支援協議会」を母体に設置。熊本県医師会内のスペースに事務局を設置した。

(3) 運営評議会、実務者会議、事務局体制

- ◎ 運営評議会については、関係団体の代表者や学識経験者等で構成され、実施企画や課題の検証、改善策の実施など関係団体の共通認識の形成を図りながら、取組みを進めていくための場として設置した。また、運営要領により、運営評議会の下部組織として実務者会議を設置することができるとし、実務者会議において実質的な企画・立案、マネジメントを行った。実務者会議については、復興リハビリテーションセンター設置当初の段階では、2週間に一度の頻度で開催し、10月以降は、適宜開催することとした。
- ◎ 事務職には専任職員として2名を雇用。また、熊本県医師会業務二課を中心に職員がフォローする体制を整備、さらに、派遣調整を担うコーディネーターとしてJ R A T活動を担ったリハビリテーション専門職がローテーションで毎日対応を行う体制をとった。

(4) 活動財源

- ◎ 厚生労働省に要望を行い確保いただいた財源を県で予算措置を行い、復興リハビリテーションセンターに補助を行っている。ビブスの製作やパソコン、初期に必要なとなった諸経費等については、日本財団からの助成を受けて整備を行っている。

参考資料 復興リハビリテーションセンターの動き

- ・5月16日、「避難所等における生活不活発病対策等に係る厚生労働省等との意見交換会」を開催し、地域リハビリテーション広域リハセンターにおける生活不活発病予防対策の実施状況の把握及び今後の対策について意見交換
- ・6月13日、「熊本県地域リハビリテーション推進会議」開催し、「熊本県復興リハビリテーションセンター」の設置について承認を得た。
- ・6月28日、復興リハセンターへの登録を促すため、「当面の復興リハビリテーション活動の実施方針の策定」「熊本県復興リハビリテーションセンターに派遣可能な専門職人材の登録依頼」発送
- ・7月5日、県医師会理事会が、「熊本県復興リハビリテーションセンター」の設置について承認
- ・7月上旬から応急仮設住宅入居者へ生活不活発病予防チラシを配布
- ・7月上旬から「熊本県復興リハビリテーションセンター設置・運営事業」等の予算要求及び、その他の財源の確保を検討
- ・7月11日、市町村と広域リハセンターを対象に、「復興リハビリテーションに関する市町村等と広域リハセンターとの意見交換会」開催
- ・7月13日、医療機関等を対象に「復興リハビリテーションに関する説明会」開催
- ・7月14日、熊本地域リハビリテーション支援協議会（に「熊本県復興リハビリテーションセンター」設置
- ・7月16日、JRAT 撤退。
- ・8月1日、市町村や広域リハセンター等の実務者を対象に、「熊本地震の発生に伴う復興リハビリテーションに係る実務者説明会」開催し、事務的な内容について説明を行った。
- ・8月8日、市町村を対象に「熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職人材の派遣に係る要望調査」実施
- ・8月8日、各職能団体の取り組みを把握するため「応急仮設住宅等における各団体の活動状況調査」実施
- ・8月19日、御船町高木仮設住宅サロンに参加
- ・8月29日、応急仮設住宅初期改修の申込み窓口を復興リハセンターに一本化するため、「リハビリテーション専門職による応急仮設住宅初期改修に係る専門的助言及び評価の申込み」について通知
- ・8月末「熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職人材の派遣に係る要望調査」を基に、各市町村のヒアリングを実施
- ・9月7日、益城町老人クラブ連合会が実施する講演会にて、「介護予防の推進」をテーマに復興リハセンター統括本部長林医師及び認知症対策・地域ケア推進課担当による講演を実施
- ・9月14日、登録者を対象に「復興リハビリテーションセンター登録者説明会」開催
- ・9月末～、復興リハビリテーションセンターから、「集会所等における介護予防活動」に対してリハビリテーション等専門職の派遣を開始
- ・9月28日集会所等における介護予防活動の本格化のため、専用窓口の設置についての通知を发出
- ・以後、随時、復興リハビリテーションセンター実務者会議開催
- ・29年1月23日、復興リハビリテーションへの申請主体を市町村だけでなく、地域支え合いセンターにも拡充
- ・29年2月27日、復興リハビリテーション中間報告会を開催
- ・29年2月28日、仮設住宅のある市町村及び地域包括支援センターに高齢者支援、災害リハビリテーションに関するアンケート調査发出
- ・29年3月16日、復興リハビリテーション運営評議会、活動報告会を開催

熊本県復興リハビリテーションセンター設置及び運営要項

（名 称）

第1条 この要項は、熊本県復興リハビリテーションセンター（以下「復興リハセンター」という。）の設置及び運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

（事務所）

第2条 復興リハセンターの事務局を熊本地域リハビリテーション支援協議会に置く。また、事務所を熊本県医師会内に置く。

（目 的）

第3条 復興リハセンターは、災害発生時に高齢者等の心身機能の低下を防ぐために、仮設住宅の集会所等でリハビリテーション活動を行う専門職の派遣を行うこと目的に設置する。

（事 業）

第4条 復興リハセンターは前条の目的を達成するために次の事業を行う。

- （1）被災地域の支援計画書の作成
- （2）被災地域へのリハビリテーション等専門職の派遣調整
- （3）調査研究の実施
- （4）その他、復興リハセンターの前条の目的を達成するために必要な事業

（運営評議会）

第5条 復興リハセンターを運営するにあたり、医療、保健、福祉に関わる諸団体から選出された委員及び学識経験者で構成する運営評議会を設置する。

（役 員）

第6条 運営評議会に次の役員を置く。

会 長	1名
副会長	2～3名
常任理事	2～3名
理 事	若干名
監 事	2名

（役員を選出）

第7条 役員は熊本地域リハビリテーション協議会委員の中から選出する。

- 2、役員は互選により会長、副会長、常任理事、理事及び監事を選出する。

参考資料（復興リハセンター設置及び運営要項）

（役員職務）

第8条 会長は本会を代表し会務を統轄する。

- 2、副会長は会長を補佐し、会長に事故があるときはその職務を代行する。
- 3、理事は理事会を構成し、会則及び委員総会の議決に基づき本会の業務を執行する。
- 4、監事は全体を監査すると共に全体の目的遂行事業状況を監査する。

（役員任期）

第9条 役員任期は応急仮設住宅設置期間（約2年間）とする。但し、再任を妨げない。

- 2、役員は所属する団体の都合により、任期内でも交代することが出来る。

（顧問）

第10条 復興リハセンターに顧問を置くことができる。顧問は委員総会で推薦し、会長が委嘱する。顧問の任期は会長任期と同じとする。

（会議）

第11条 会議は委員総会及び理事会からなり、会長が必要に応じて招集する。

- 2、会長が必要と認めるとき、本会に問題別検討会を設置することができる。
- 3、会長が必要と認めるとき、本会に実務者会議を設置することができる。実務者会議については別に定める。

（会計）

第12条 復興リハセンターの運営に要する経費は下記をもって充てる。

- 1、補助金、寄付金及びその他の収入
- 2、本会の会計年度は毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

（雑則）

第13条 この会則の施行について又、その他必要な事項は委員総会の議決を得て別に定める。

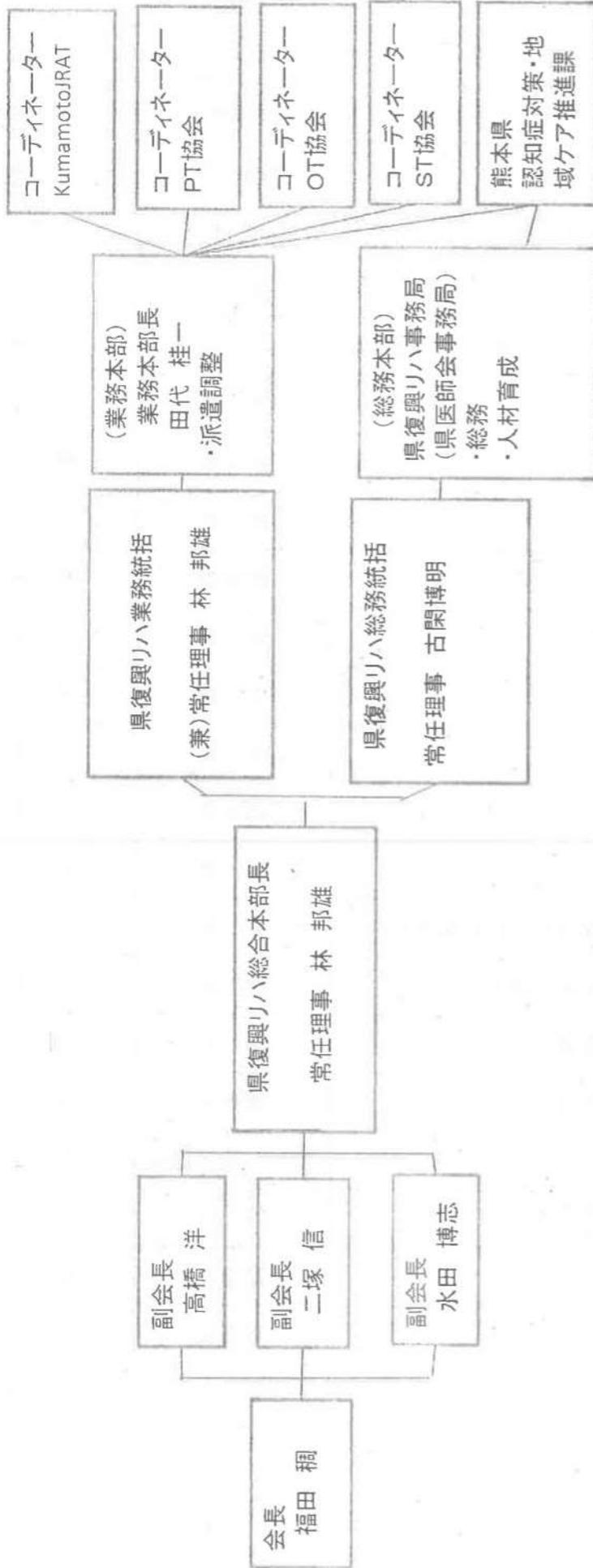
（付則）

この会則は平成28年8月4日から施行する。

熊本県復興リハビリテーションセンター運営評議会役員名簿

	リハ役職	団体名	役職	氏名
1	会 長	熊本県医師会	会 長	福 田 稔
2	副会長	熊本県医師会	副会長	高 橋 洋
3	副会長	熊本大学	名誉教授	二 塚 信
4	副会長	熊本リハビリテーション研究会	会 長	水 田 博 志
5	常任理事	熊本県医師会	理 事	林 邦 雄
6	常任理事	熊本県地域リハビリテーションセンター運営委員	委員長	古 閑 博 明
7	理 事	熊本県医師会	理 事	金 澤 知 徳
8	理 事	熊本市医師会	副会長	園 田 寛
9	理 事	熊本県歯科医師会	副会長	小 島 博 文
10	理 事	熊本県精神科協会	副会長	宮 本 憲司朗
11	理 事	熊本県理学療法士協会	会 長	北 里 堅 二
12	理 事	熊本県作業療法士会	会 長	内 田 正 剛
13	理 事	熊本県言語聴覚士会	会 長	山 本 恵 仙
14	理 事	熊本県看護協会	副会長	井 手 州 子
15	理 事	熊本県老人保健施設協会	会 長	山 田 和 彦
16	理 事	熊本県地域包括・在宅介護支援センター協議会	会 長	鴻 江 圭 子
17	理 事	熊本県訪問看護ステーション連絡協議会	理 事	土 亀 直 俊
18	理 事	熊本県老人福祉施設協議会	会 長	鴻 江 圭 子
19	理 事	熊本県介護支援専門員協会	理事長	加 来 留
20	理 事	熊本 J R A T	現地対策本部長	田 代 桂 一
21	理 事	熊本県健康福祉部長寿社会局 認知症対策・地域ケア推進課	課 長	松 尾 俊 司
22	監 事	熊本県薬剤師会	副会長	村 瀬 元 治
23	監 事	熊本県栄養士会	副会長	田 上 あ つ み
24	顧 問	熊本機能病院	会 長	米 満 弘 之

熊本県復興リハビリテーションセンター組織図



1 各役職の役割

- (1) 復興リハ総合本部長 : 復興リハビリテーション活動に関する全体統括責任者
- (2) 復興リハ業務統括 : 専門職の派遣業務に関する統括責任者
- (3) 復興リハ総務統括 : 復興リハビリテーション活動における総務及び人材育成等に関する統括責任者
- (4) 業務本部長 : 専門職の派遣調整等活動の実務全般に関する業務統括
- (5) コーディネーター : 専門職の仮設住宅への派遣調整の実施

2 実務者会議

(1) 目的 : ①運営評議会の下に実務者会議を設置し、実務者レベルで協議を行いながら、実務を円滑に遂行していくために設置。

(2) メンバー : 業務本部長、コーディネーター、事務局(県医師会)、熊本県

※必要に応じ、復興リハ総合本部長、復興リハ業務統括、復興リハ総務統括が会議に参加しない場合には、会議終了後速やかに総合本部長等に会議結果を報告する。

(3) 頻度 : 必要に応じて随時開催する。

熊本県復興リハビリテーションセンター Kumamoto Disaster Rehabilitation Center



**KUMAMOTO DISASTER
REHABILITATION TEAM**

4 復興リハビリテーションセンターの機能、活動概要、活動体制

(1) 機能

◎ 支援を行うにあたり、市町村ごとや仮設住宅団地ごとに支援者の属性、求められる支援内容も異なることが想定された。そのため復興リハビリテーションセンターの機能としては、仮設住宅団地ごとの要望にマッチした効率的かつ効果的な支援活動の実施の観点から、「オーダーメイドでの支援内容のコーディネート」「人材の一元的な管理と派遣調整」を実現できる機能が必要となった。

a 直接支援機能

◎ 市町村や広域リハセンター等と協議し、支援計画を作成。支援計画に基づき、現地リハ資源の有無に関わらず、支援人材を広域で派遣調整し、地域において必要な生活不活発対策、介護予防対策を実施する。

b 人材バンク機能

◎ 広域リハセンターや、県医師会、県老人保健施設協会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会等熊本地域リハビリテーション支援協議会構成21団体、NPO法人、民間企業等から幅広く人材を募集し、登録する。
◎ 応募していただいた人材は、事務局において一元的に管理する。

c コーディネート機能

◎ 仮設住宅等における需要やニーズに応じ、適切な支援活動が実施できるように、活動内容や人材の派遣にかかる調整を実施する。市町村から提出された要望調査票に基づき、支援日程や支援の入り方、支援内容等について、市町村と支援者間の調整を行う。

(2) 活動の概要

◎ 仮設住宅等での復興リハビリテーション活動については、新たなコミュニティにおいて高齢者が孤立化したり要支援や要介護状態に陥らないよう、定期的なリハビリテーション活動等が重要である。そのため、集会所等での介護予防活動については、地域リハビリテーション活動支援事業等で想定されている週一回程度の活動を目安に実施した。
◎ 熊本県復興リハビリテーションセンターは、被災地域の広域リハセンターと連携し、被災地域内外の広域リハセンターや地域密着リハセンター及び熊本地域リハビリテーション支援協議会を構成する団体から派遣登録されている人材の中からローテーションを組み人材を派遣し、仮設住宅の集会所等において集団体操・個別相談・仮設住宅初期改修支援を通じた住環境の調整等を実施している。その他、市町村の要望に応じて、研修会における講話や地域ケア会議における助言等を行っている。(参考資料「復興リハビリテーション活動により実現できること」を参照)。

復興リハビリテーション活動により実現できること①

- ①集会所等での介護予防活動
 - ・リハ専門職等による運動の指導等
 - ・介護予防活動のリーダーを担う人材の育成
- ②運動器機能の評価
 - ・リハ専門職等による運動器機能の評価



- ③住民主体の自主グループの育成



復興リハビリテーション活動により実現できること②

- ④仮設住宅の環境の確認・助言
 - ・仮設住宅の改修等に関する助言等
- ⑤福祉用具の相談・助言



復興リハビリテーション活動により実現できること③

⑥地域ケア会議における助言

⑦出前講座や相談会の実施

・歯の健康、薬、栄養等に関する出前講座や相談会の実施



復興リハビリテーション活動により実現できること④

⑧各団体と連携した、保健・医療・福祉・介護等に関する総合的な取組みの実施

・医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の各団体が実施する自主事業と連携した活動を実施。

(例)

- ・看護協会が実施する「まちの保健室」と復興リハセンターによる「介護予防活動」の同日実施等
- ・各団体の連携による、保健・医療・福祉・介護に関する総合相談会等のイベントの開催。



(3) 活動対象者、活動における各専門職の役割

- ◎ 復興リハビリテーション活動の対象者は、介護保険を受けていない比較的健康な高齢者や要支援認定を受けている軽度の高齢者が主な対象となる。そうした高齢者の支援にあたっては、運動器機能を高める取組みだけでなく、健康指導や栄養指導等多様な専門性が求められる。また、高齢者の活動意欲を高める工夫を凝らした取組みも求められる。
- ◎ 活動については、リハビリテーション専門職が中心となりながら、各専門職の関わりが必要と判断される場合に、リハ職以外の専門職について派遣調整を行うことが想定された。例えば、通常においても介護予防活動の際には、健康チェックや口腔ケア対応、栄養指導など様々な専門職の関与が定期的に求められる。また、通常期における地域ケア会議についても多職種への参加が基本とされている。災害からの復興期にあたる復興リハビリテーションセンターの活動においても、多職種による対応が必要となることが想定されたところである。

(4) 活動における保険対応

- ◎ 復興リハセンターの指示により派遣された専門職が
 - ① 急激・偶然・外来の事故により受傷した場合
 - ② 万一派遣先の業務の従事中に第三者にケガをさせたり、第三者の財物を毀損したことにより、復興リハセンターが法律上の賠償責任を負うことにより生じた損害が発生した場合に対するリスクに対応するため、傷害総合保険及び施設賠償責任保険に加入した。

ケガの補償	死亡保険金	500万円
	後遺障害保険金	500万円 (限度額)
	入院保険金日額	5,000円
	手術保険金	入院中の手術 50,000円 外来の手術 25,000円
	通院保険金日額	3,000円
賠償責任の補償	賠償責任保険金 (対人・対物共通)	5億円

復興リハビリテーションにおける各職種の活動内容（案）

各地域でニーズを整理
（市町村、地域包括支援センター、リハビリ等専門職）

対象者

仮設住宅に入居している全ての高齢者を対象とする

※自治会等をおして周知することを想定

◆主に介護保険非該当者を対象とする。要支援1・2、要介護1・2程度の方も対象とできる。

◆ただし、介護保険対象者は、介護保険サービスの利用を優先する。

※医療保険、介護保険の対象となるサービスは行わない

市町村、地域包括支援センターや社会福祉協議会

- ・住民主体の場づくり、コミュニティづくり。
- ・外出が少なく、支援が必要と思われる高齢者や身体機能が低下している高齢者の参加を促す。
- ・仮設住宅入居者名簿の提供等。

医師

- ・病気に関する相談等

歯科医師・衛生士

- ・口腔ケア
- ・ブラッシング指導等

薬剤師

- ・薬に関する相談等

看護師

- ・健康相談
- ・血圧測定 等

リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）

- (1) 運動機能を高め、介護予防となる活動と評価
- (2) 住環境の確認・助言
- (3) 福祉用具の相談・助言
- (4) リハビリテーションに関する個別相談対応
- (5) 被災者対応が議題となる地域ケア会議等における助言や研修を通じた市町村・包括センターの活動支援 等

※介護保険利用による住宅改修や福祉用具の購入等が必要な場合は関係機関につなぐ。

※集団活動に参加できない方に対しては、市町村等の要望に応じて戸別訪問を行うことも想定している。

栄養士

- ・栄養指導 等

介護支援専門員

- ・介護保険利用へのつなぎ
- ・各関係機関の調整等

介護福祉士等の関係職種

- ・各職種の専門性を生かして活動を行う

報告

（市町村、地域包括支援センターへの報告）

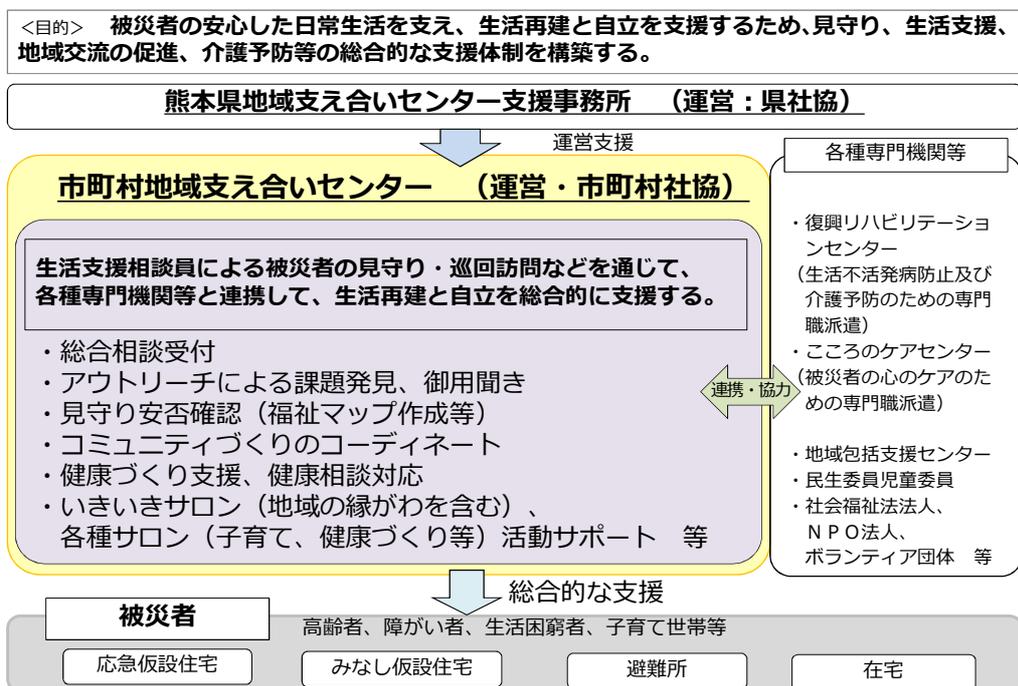
(5) 市町村及び地域包括支援センターの取組みの促進

復興リハビリテーション活動の実施については、以下の点で市町村や地域包括支援センター、地域支え合いセンターとの連携が重要であった。

- ①復興リハビリテーションは、避難所や仮設住宅等での活動となるため、活動エリアの市町村や地域包括支援センターの理解と協力が必要であった。
- ②活動の実施に当たっては、住民の自立促進や生活不活発病の予防の観点から、住民の主体性を引き出すことを意識した取組みを促進する必要がある。
- ③復興対応のための事業から、市町村が主体の平時の事業へと移行をスムーズに行うことを視野に入れる必要がある。
- ④市町村が設置主体となり、平成 28 年 10 月から活動を開始した「地域支え合いセンター」の活動との連携による効果的な支援を志向することが重要であった。

地域支え合いセンターは、被災者の日常生活を支え、生活再建と自立を支援するため、見守り、生活支援、地域交流の促進、介護予防等の総合的な支援体制を構築することを目的に被災市町村の市町村社協が運営主体として設置されているものである。復興リハビリテーションはつなぎ先の一つとなり、地域支え合いセンターでの対応が難しい専門職の関与が求められるところについて、地域のニーズに応じた専門的支援を行うことが重要と判断し、連携体制を構築している。

参考資料 地域支え合いセンターと各専門機関等との関係
「地域支え合いセンター」のイメージ

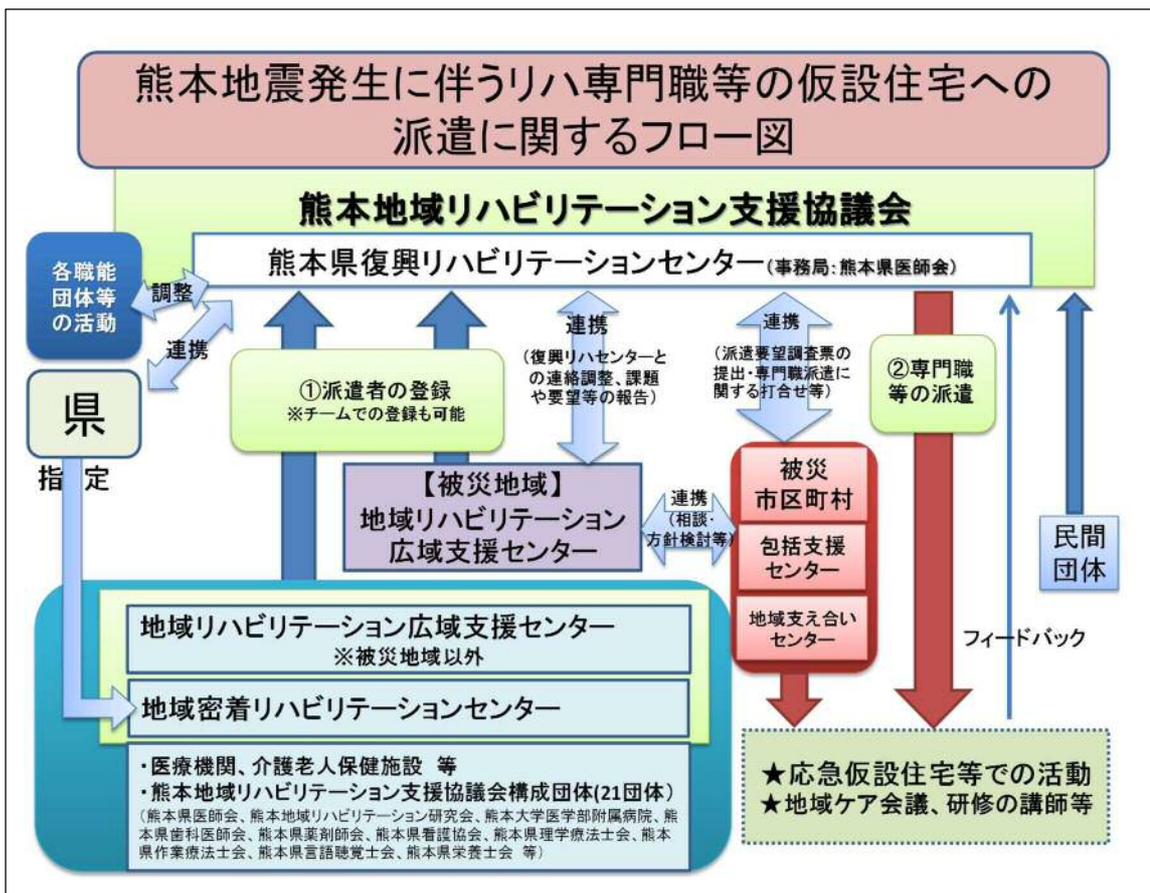


(6) 復興リハビリテーション活動のコーディネート

① 人員の派遣調整スキーム

- ◎復興リハビリテーションセンターは、21のリハビリテーション関係団体で構成する「熊本地域リハビリテーション支援協議会」を母体に設置したものであり、事務局を熊本県医師会内に置いている。
- ◎復興リハビリテーションセンターが効率的かつ効果的な活動を展開できるよう、人材バンクの機能、派遣調整機能等人材に関する一元的な調整機能を有するよう組織設計をしている。
- ◎復興リハビリテーションセンターと県が連名で、協議会を構成する21団体や広域リハセンター等に現地派遣できる人材登録の協力を呼びかけ、県内医療機関、介護老人保健施設、医療や介護関係の事業所等から人材の登録をいただいた。
 なお、専門職人材の登録は、平成29年3月時点で752名、理学療法士333名、作業療法士174名、言語聴覚士44名とリハビリテーション専門職が多くなっているが、看護師63名、医師27名、管理栄養士20名、など多様な専門職に登録をいただいている。
- ◎登録いただいた人材の中から、各地域から提出された要望書に応じた活動内容を設定し、派遣チームの編成を行った。派遣チームについては、住民との顔の見える関係づくりを重視し、同じ仮設団地には、極力同じチームを派遣することを基本とした。

参考資料 復興リハビリテーションの派遣調整スキーム



参考資料 専門職人材の登録状況 ※平成 29 年 3 月 31 日現在 752 名

	職種	登録者数
1	理学療法士	333
2	作業療法士	174
3	言語聴覚士	44
4	医師	27
5	歯科医師	11
6	薬剤師	3
7	看護師	63
8	保健師	3
9	歯科衛生士	15
10	検査技師	1
11	管理栄養士	20
12	介護支援専門員	4
13	介護福祉士	19
14	介護職	5
15	健康運動指導士	18
16	健康運動実践指導士	2
17	社会福祉士	6
18	支援相談員	3
19	エアロビインストラクター	1
	合計	752

(7) 復興リハビリテーション活動の実施手順

【第 1 段階】

① 県から市町村・地域包括支援センター等への要請

- ◎ 全体説明会や戸別訪問等により、復興リハビリテーションの重要性について説明を行った。仮設住宅における高齢者の孤立化防止や生活不活発病対策のため、集会所等を活用した週 1 回程度の介護予防活動、リハビリテーションに取り組むよう要請を行った。

② 県から医療機関・介護老人保健施設、関係団体等への人材登録依頼

- ◎ 21 の関係団体で構成する「熊本地域リハビリテーション支援協議会構成団体」等を通じ、医療機関や介護老人保健施設、医療・介護関係事業の専門職人材の登録依頼を行った。

【第 2 段階】

① 活動内容等に関する市町村等と広域リハセンター・復興リハセンターとの話し合い

- ◎ 復興リハセンターへの要望書を提出する前に、復興リハセンターのコーディネーターが調整役となり、活動内容、活動実施場所、活動頻度、担当窓口等を関係者間で話し合い、活動内容の大枠を決定した。

【第 3 段階】

① 市町村等から復興リハビリテーションセンターへ「専門職人材の派遣に係る要望調査」を提出

- ◎ 第 2 段階での話し合いをもとに、復興リハセンターへの要望書の提出をいただいた。

【第4段階】

①市町村等と広域リハセンター・復興リハセンターとの話し合い

- ◎ 要望書に基づき、具体的な活動開始日の設定等、復興リハビリテーション活動の実行のための打ち合わせを実施。

【第5段階】

①登録人材の中からローテーションを作成

- ◎ 支援市町村を管轄する広域リハセンターと調整のうえ、登録人材の中から派遣チームを組成。

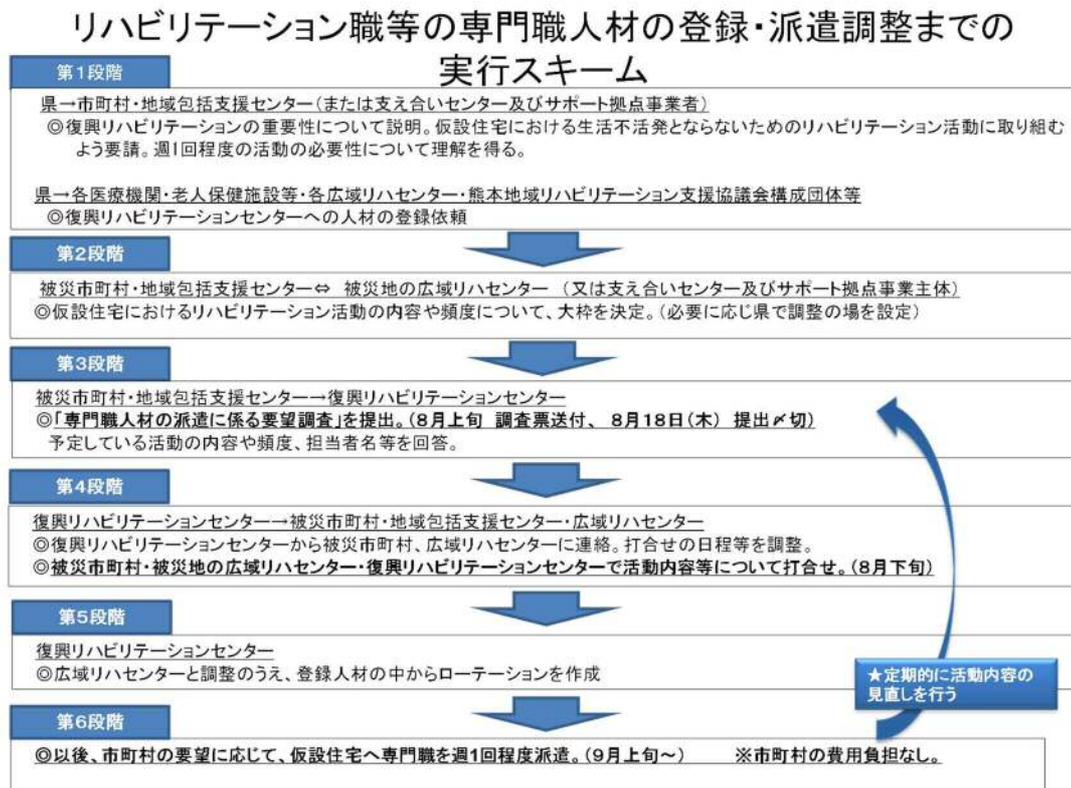
【第6段階】

①市町村の要望に応じた専門職の派遣を開始

- ◎ 派遣チームによる活動を開始。基本的に同じチームが同じ仮設団地等で活動を定期的に実施。

なお、要望書の提出については、当初市町村のみからの提出としていたが、地域支え合いセンターの設置により、地域支え合いセンターからの相談が増加したため、市町村と情報共有を行ったうえで、地域支え合いセンターからの要望書の提出を可能とする通知を発出している。

参考資料 登録派遣調整までの実行スキーム



認地第291号
平成28年8月8日

各関係市町村長 様

熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課長

熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職人材の派遣に係る
要望調査（依頼）

日頃より地域リハビリテーションの推進にご協力いただきありがとうございます。
さて、このたびの平成28年熊本地震により、熊本県内各地域において甚大な被害
が発生し、日々災害対応に従事されていることと存じます。

本県では応急仮設住宅等における高齢者等の心身機能の低下を防ぐことを目的に、
「熊本県復興リハビリテーションセンター（事務局：熊本県医師会）」を設置しまし
た。

つきましては、熊本県復興リハビリテーションセンターからの応急仮設住宅等への
専門職人材の派遣に関する要望調査を下記のとおり実施しますので、別添調査票に御
記入のうえ8月18日（木）までに下記提出先にメールにて御提出いただきますよう
併せてお願いします。

なお、市町村の要望を把握するため、今後も同様の調査を2ヶ月毎に実施する予定
です。

記

1 調査内容

「熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職の派遣に関する要望調査」

2 対 象

仮設住宅建設市町村（16市町村）

3 提出先

別紙要望調査票に御記入のうえ熊本県復興リハビリテーションセンターにメー
ル（kawakami-office@kumamoto.med.or.jp）にて提出してください。

4 回答期限

平成28年8月18日（木）

5 備 考

（1）熊本県復興リハビリテーションセンターの役割

仮設住宅の集会所等において、介護保険の認定を受けていない高齢者や要支援認定
の高齢者を対象に、被災地域からの要望に応じ専門職人材を無償で派遣し、介護予防
及び生活不活発発病予防を目的とした専門職による集団指導、相談対応、出前講座等
を実施します。

このことにより、東日本大震災で課題となっている要介護認定者の増加や認定率の増加を抑え、自立した生活を支援するとともに、地域のコミュニティーづくりに寄与します。

（活動内容）

- ・ 運動機能を高め、介護予防となる活動と評価
- ・ 住環境の確認と助言
- ・ 福祉用具の相談と助言
- ・ リハビリテーションに関する個別相談対応
- ・ 被災者対応を議題とする地域ケア会議における助言や研修を通じた市町村・包括等の活動支援

（2）派遣を予定している専門職の職種

※要望内容に応じて専門職を派遣する予定です。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、介護支援専門員、栄養士 等

（3）専門職チーム派遣の基本ルール

①原則として、専門職を週に1回（又は2回）派遣します。

- ・ 各仮設住宅集会場での介護予防の運動器機能向上の支援を基本的な活動とし、併せて市町村が希望する環境調整、健康相談、出前講座等に専門職チーム（3～5人で構成）を派遣します。

②受け入れ市町村は担当者（保健師等）を決めていただき、復興リハビリテーションセンターのコーディネーターと活動内容や集合場所について打合せを行ってください。（調査票提出後にコーディネーターから連絡があります。）

また、活動前後のミーティングには必ず参加していただきます。

③専門職の支援の内容は、2～3ヶ月毎に市町村の希望を確認して調整予定です。

【問い合わせ先】

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課

担当：黒田、松尾

電話：096-333-2211

メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp

熊本県復興リハビリテーションセンター

担当：川上、渡辺

電話：096-354-3838

メール：kawakami-office@kumamoto.med.or.jp

送信票

(別紙)

※下記提出先に、メールを送信してください。
 熊本県復興リハビリテーションセンター 川上 行
 メール: kawakami-office@kumamoto.med.or.jp

回答期限:8月18日(木)

【復興リハビリテーションセンターからの専門職人材の派遣に係る要望調査】

1. 基本情報 ※お手数ですが、仮設団地又は公民館毎に調査票を御提出ください。

市町村名			
所属		担当者名	
電話		FAX	
仮設団地等名	() 団地、() 公民館、()		
入居者数	約() 人		
65歳以上の入居者数	約() 人	障がい者(児)の入居者数	約() 人

※65歳以上の入居者及び障がい者の入居者数は分かる範囲で構いません。概ねの人数を御記入ください。

<専門職チーム派遣の基本ルール>

- ①専門職の派遣は原則、週に1回(又は2回)です。
- ②受け入れ市町村は担当者(保健師等)を決めてください。活動前後のミーティングには必ず参加してください。
- ③専門職の支援の内容は、2ヶ月毎に市町村の希望を確認して調整します。

2. 要望内容(8月~9月分) ※希望する項目について☑(チェック)及び記入をお願いします。

☑	項目	頻度 (記入例)(1)回/週	曜日・時間 (記入例)(水)曜日、(10:00~11:30)
1 体操や運動機能訓練に関する指導 ※すべての仮設住宅で実施予定です。			
☑	運動や体操の指導	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☑	運動機能訓練、運動機能評価	(1)回/2~3月	()曜日、(: ~ :)
2 環境調整			
☐	仮設住宅の住環境の確認・助言	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	福祉用具の相談・助言	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
3 相談対応			
☐	病気に関する相談	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	口腔ケア・ブラッシング指導	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	健康相談(体温測定・血圧測定等)	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	栄養相談	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	薬に関する相談	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	心の健康に関する相談	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
4 出前講座			
☐	病気に関する事(認知症、関節痛等)	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	口腔ケア・ブラッシングに関する事	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	健康づくりや介護予防に関する事 (生活習慣病の予防、寝たきりの予防等)	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	栄養や食事に関する事	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	薬に関する事	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
☐	心の健康に関する事	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
5 地域ケア会議等における助言			
☐	リハビリテーション等専門職からの助言	()回/週、()回/月	()曜日、(: ~ :)
6 その他(



認地第658号
平成29年1月23日

各関係市町村長 様

熊本県復興リハビリテーションセンター会長
熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課長

生活不活発病予防対策の推進及び熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職人材の派遣に係る要望調査（依頼）

日頃より地域リハビリテーションの推進にご協力いただきありがとうございます。さて、このたびの平成28年熊本地震発生から9ヶ月が経過し、復興に向けた対応に従事されていることと存じます。

熊本地震後の県全体の要介護認定者数は、震災前の平成28年3月から1,860人増加し、要介護認定率は0.2ポイント（20.8%→21.0%）と微増傾向にあり、今後更に増加することが懸念されています。特に被害が大きかった市町村で要介護認定者数等の増加がみられ、震災による環境の変化に起因した心身機能の低下や地域の支え合いが困難になったことで介護サービスを利用せざるを得なくなったことが原因と推測されます。

本県では応急仮設住宅等における高齢者等の心身機能の低下を防ぐことを目的に、「熊本県復興リハビリテーションセンター（事務局：熊本県医師会）」を設置し、市町村及び地域支え合いセンターとの連携のもと、応急仮設住宅等へ専門職人材を派遣し生活不活発病予防及び介護予防の取組みを実施しています。

つきましては、被災地域における高齢者等が自立した生活を継続することができるよう、生活不活発病予防の取組みを推進していただきますようお願いいたします。

また、熊本県復興リハビリテーションセンターからの応急仮設住宅等への専門職人材の派遣に関する要望調査を下記のとおり実施しますので、別添調査票に御記入のうえ2月7日（火）までに下記提出先にメールにて御提出いただきますよう併せてお願いいたします。

なお、地域支え合いセンターから復興リハビリテーションセンターへ直接要望書を提出いただくことも可能といたしました。ただし、その際は市町村の担当課と協議のうえ要望書を御提出いただくこととしています。

おって、各地域支え合いセンターには熊本県地域支え合いセンター支援事務所（熊本県社会福祉協議会）をとおして別途通知しておりますことを申し添えます。

記

1 調査内容

「熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職の派遣に関する要望調査」

2 対象

仮設住宅建設市町村及び地域支え合いセンター（16市町村）

3 提出先

別紙要望調査票に御記入のうえ熊本県復興リハビリテーションセンターにメー



ル(kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp 又は kdrt2016@gmail.com)にて提出してください。

4 回答期限

平成29年2月7日（火） ※期限以降も随時受け付けます。

5 備 考

（1）熊本県復興リハビリテーションセンターの役割

仮設住宅の集会所等において、介護保険の認定を受けていない高齢者や要支援認定の高齢者を対象に、被災地域からの要望に応じ専門職人材を無償で派遣し、介護予防及び生活不活発病予防を目的とした専門職による集団指導、相談対応、出前講座等を実施します。

このことにより、東日本大震災で課題となっている要介護認定者の増加や認定率の増加を抑え、自立した生活を支援するとともに、地域のコミュニティーづくりに寄与します。

（活動内容）

- ・運動機能を高め、介護予防となる活動と評価
- ・住環境の確認と助言
- ・福祉用具の相談と助言
- ・リハビリテーションに関する個別相談対応
- ・被災者対応を議題とする地域ケア会議における助言や研修を通じた市町村等の活動支援

（2）派遣を予定している専門職の職種

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、栄養士 等 ※要望内容に応じて専門職を派遣します。

（3）専門職チーム派遣の基本ルール

①原則として、専門職を週に1回（又は2回）派遣します。

- ・各仮設住宅集会場での介護予防の運動器機能向上の支援を基本的な活動とし、併せて市町村が希望する環境調整、健康相談、出前講座等に専門職チーム（2～5人で構成）を派遣します。

②受け入れ市町村及び地域支え合いセンターは担当を決めていただき、復興リハビリテーションセンターのコーディネーターと活動内容や集合場所について打合せを行ってください。（調査票提出後にコーディネーターから連絡があります。）また、必要時ミーティング等に参加してください。

③その他、復興リハビリテーション活動が効果的に実施できるよう御協力ください。

【問い合わせ先】

熊本県復興リハビリテーションセンター

担当：山本、杉本、川上、渡辺

電話：096-223-5805

メール：kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp

kdrt2016@gmail.com

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課

担当：黒田、松尾 電話：096-333-2211

メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp

認地第658号
平成29年1月23日

各関係市町村長 様

熊本県復興リハビリテーションセンター会長
熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課長

生活不活発病予防対策の推進及び熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職人材の派遣に係る要望調査（依頼）

日頃より地域リハビリテーションの推進にご協力いただきありがとうございます。さて、このたびの平成28年熊本地震発生から9ヶ月が経過し、復興に向けた対応に従事されていることと存じます。

熊本地震後の県全体の要介護認定者数は、震災前の平成28年3月から1,860人増加し、要介護認定率は0.2ポイント（20.8%→21.0%）と微増傾向にあり、今後更に増加することが懸念されています。特に被害が大きかった市町村で要介護認定者数等の増加がみられ、震災による環境の変化に起因した心身機能の低下や地域の支え合いが困難になったことで介護サービスを利用せざるを得なくなったことが原因と推測されます。

本県では応急仮設住宅等における高齢者等の心身機能の低下を防ぐことを目的に、「熊本県復興リハビリテーションセンター（事務局：熊本県医師会）」を設置し、市町村及び地域支え合いセンターとの連携のもと、応急仮設住宅等へ専門職人材を派遣し生活不活発病予防及び介護予防の取組みを実施しています。

つきましては、被災地域における高齢者等が自立した生活を継続することができるよう、生活不活発病予防の取組みを推進していただきますようお願いいたします。

また、熊本県復興リハビリテーションセンターからの応急仮設住宅等への専門職人材の派遣に関する要望調査を下記のとおり実施しますので、別添調査票に御記入のうえ2月7日（火）までに下記提出先にメールにて御提出いただきますよう併せてお願いいたします。

なお、地域支え合いセンターから復興リハビリテーションセンターへ直接要望書を提出いただくことも可能といたしました。ただし、その際は市町村の担当課と協議のうえ要望書を御提出いただくこととしています。

おって、各地域支え合いセンターには熊本県地域支え合いセンター支援事務所（熊本県社会福祉協議会）をとおして別途通知しておりますことを申し添えます。

記

1 調査内容

「熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職の派遣に関する要望調査」

2 対象

仮設住宅建設市町村及び地域支え合いセンター（16市町村）

3 提出先

別紙要望調査票に御記入のうえ熊本県復興リハビリテーションセンターにメー

ル(kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp 又は kdrt2016@gmail.com)にて提出してください。

4 回答期限

平成29年2月7日（火） ※期限以降も随時受け付けます。

5 備 考

（1）熊本県復興リハビリテーションセンターの役割

仮設住宅の集会所等において、介護保険の認定を受けていない高齢者や要支援認定の高齢者を対象に、被災地域からの要望に応じ専門職人材を無償で派遣し、介護予防及び生活不活発病予防を目的とした専門職による集団指導、相談対応、出前講座等を実施します。

このことにより、東日本大震災で課題となっている要介護認定者の増加や認定率の増加を抑え、自立した生活を支援するとともに、地域のコミュニティーづくりに寄与します。

（活動内容）

- ・運動機能を高め、介護予防となる活動と評価
- ・住環境の確認と助言
- ・福祉用具の相談と助言
- ・リハビリテーションに関する個別相談対応
- ・被災者対応を議題とする地域ケア会議における助言や研修を通じた市町村等の活動支援

（2）派遣を予定している専門職の職種

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、栄養士 等 ※要望内容に応じて専門職を派遣します。

（3）専門職チーム派遣の基本ルール

①原則として、専門職を週に1回（又は2回）派遣します。

・各仮設住宅集会場での介護予防の運動器機能向上の支援を基本的な活動とし、併せて市町村が希望する環境調整、健康相談、出前講座等に専門職チーム（2～5人で構成）を派遣します。

②受け入れ市町村及び地域支え合いセンターは担当を決めていただき、復興リハビリテーションセンターのコーディネーターと活動内容や集合場所について打合せを行ってください。（調査票提出後にコーディネーターから連絡があります。）また、必要時ミーティング等に参加してください。

③その他、復興リハビリテーション活動が効果的に実施できるよう御協力ください。

【問い合わせ先】

熊本県復興リハビリテーションセンター

担当：山本、杉本、川上、渡辺

電話：096-223-5805

メール：kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp

kdrt2016@gmail.com

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課

担当：黒田、松尾 電話：096-333-2211

メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp



認地第658号
平成29年1月23日

各地域支え合いセンター長 様

熊本県復興リハビリテーションセンター会長
熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課長

生活不活発病予防対策の推進及び熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職人材の派遣に係る要望調査（依頼）

日頃より地域リハビリテーションの推進にご協力いただきありがとうございます。さて、このたびの平成28年熊本地震発生から9ヶ月が経過し、復興に向けた対応に従事されていることと存じます。

熊本地震後の県全体の要介護認定者数は、震災前の平成28年3月から1,860人増加し、要介護認定率は0.2ポイント（20.8%→21.0%）と微増傾向にあり、今後更に増加することが懸念されています。特に被害が大きかった市町村で要介護認定者数等の増加がみられ、震災による環境の変化に起因した心身機能の低下や地域の支え合いが困難になったことで介護サービスを利用せざるを得なくなったことが原因と推測されます。

本県では応急仮設住宅等における高齢者等の心身機能の低下を防ぐことを目的に、「熊本県復興リハビリテーションセンター（事務局：熊本県医師会）」を設置し、市町村及び地域支え合いセンターとの連携のもと、応急仮設住宅等へ専門職人材を派遣し生活不活発病予防及び介護予防の取組みを実施しています。

つきましては、被災地域における高齢者等が自立した生活を継続することができるよう、生活不活発病予防の取組みに御協力いただきますようお願いいたします。

また、熊本県復興リハビリテーションセンターからの応急仮設住宅等への専門職人材の派遣に関する要望調査を下記のとおり実施しますので、別添調査票に御記入のうえ2月7日（火）までに下記提出先にメールにて御提出いただきますようお願いいたします。

なお、要望書については、市町村からの提出に加え地域支え合いセンターから復興リハビリテーションセンターへ直接要望書を提出いただくことも可能といたしましたので、御提出の際は、必ず市町村の担当課と協議のうえ要望書を御提出いただきますようお願いいたします。

おって、市町村には上記内容を別途通知しておりますことを申し添えます。

記

1 調査内容

「熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職の派遣に関する要望調査」

2 対象

仮設住宅建設市町村及び地域支え合いセンター（16市町村）

3 提出先

別紙要望調査票に御記入のうえ熊本県復興リハビリテーションセンターにメー



ル(kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp 又は kdrt2016@gmail.com)にて提出してください。

4 回答期限

平成29年2月7日（火） ※期限以降も随時受け付けます。

5 備考

（1）熊本県復興リハビリテーションセンターの役割

仮設住宅の集会所等において、介護保険の認定を受けていない高齢者や要支援認定の高齢者を対象に、被災地域からの要望に応じ専門職人材を無償で派遣し、介護予防及び生活不活発病予防を目的とした専門職による集団指導、相談対応、出前講座等を実施します。

このことにより、東日本大震災で課題となっている要介護認定者の増加や認定率の増加を抑え、自立した生活を支援するとともに、地域のコミュニティーづくりに寄与します。

（活動内容）

- ・運動機能を高め、介護予防となる活動と評価
- ・住環境の確認と助言
- ・福祉用具の相談と助言
- ・リハビリテーションに関する個別相談対応
- ・被災者対応を議題とする地域ケア会議における助言や研修を通じた市町村等の活動支援

（2）派遣を予定している専門職の職種

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、栄養士 等 ※要望内容に応じて専門職を派遣します。

（3）専門職チーム派遣の基本ルール

①原則として、専門職を週に1回（又は2回）派遣します。

- ・各仮設住宅集会場での介護予防の運動器機能向上の支援を基本的な活動とし、併せて市町村が希望する環境調整、健康相談、出前講座等に専門職チーム（2～5人で構成）を派遣します。

②受け入れ市町村及び地域支え合いセンターは担当者を決めていただき、復興リハビリテーションセンターのコーディネーターと活動内容や集合場所について打合せを行ってください。（調査票提出後にコーディネーターから連絡があります。）また、必要時ミーティング等に参加してください。

③その他、復興リハビリテーション活動が効果的に実施できるよう御協力ください。

【問い合わせ先】

熊本県復興リハビリテーションセンター

担当：山本、杉本、川上、渡辺

電話：096-223-5805

メール：kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp

kdrt2016@gmail.com

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課

担当：黒田、松尾 電話：096-333-2211

メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp

認地第658号
平成29年1月23日

各地域支え合いセンター長 様

熊本県復興リハビリテーションセンター会長
熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課長

生活不活発病予防対策の推進及び熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職人材の派遣に係る要望調査（依頼）

日頃より地域リハビリテーションの推進にご協力いただきありがとうございます。さて、このたびの平成28年熊本地震発生から9ヶ月が経過し、復興に向けた対応に従事されていることと存じます。

熊本地震後の県全体の要介護認定者数は、震災前の平成28年3月から1,860人増加し、要介護認定率は0.2ポイント（20.8%→21.0%）と微増傾向にあり、今後更に増加することが懸念されています。特に被害が大きかった市町村で要介護認定者数等の増加がみられ、震災による環境の変化に起因した心身機能の低下や地域の支え合いが困難になったことで介護サービスを利用せざるを得なくなったことが原因と推測されます。

本県では応急仮設住宅等における高齢者等の心身機能の低下を防ぐことを目的に、「熊本県復興リハビリテーションセンター（事務局：熊本県医師会）」を設置し、市町村及び地域支え合いセンターとの連携のもと、応急仮設住宅等へ専門職人材を派遣し生活不活発病予防及び介護予防の取組みを実施しています。

つきましては、被災地域における高齢者等が自立した生活を継続することができるよう、生活不活発病予防の取組みに御協力いただきますようお願いいたします。

また、熊本県復興リハビリテーションセンターからの応急仮設住宅等への専門職人材の派遣に関する要望調査を下記のとおり実施しますので、別添調査票に御記入のうえ2月7日（火）までに下記提出先にメールにて御提出いただきますようお願いいたします。

なお、要望書については、市町村からの提出に加え地域支え合いセンターから復興リハビリテーションセンターへ直接要望書を提出いただくことも可能といたしましたので、御提出の際は、必ず市町村の担当課と協議のうえ要望書を御提出いただきますようお願いいたします。

おって、市町村には上記内容を別途通知しておりますことを申し添えます。

記

1 調査内容

「熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職の派遣に関する要望調査」

2 対象

仮設住宅建設市町村及び地域支え合いセンター（16市町村）

3 提出先

別紙要望調査票に御記入のうえ熊本県復興リハビリテーションセンターにメー

ル(kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp 又は kdrt2016@gmail.com)にて提出してください。

4 回答期限

平成29年2月7日（火） ※期限以降も随時受け付けます。

5 備 考

（1）熊本県復興リハビリテーションセンターの役割

仮設住宅の集会所等において、介護保険の認定を受けていない高齢者や要支援認定の高齢者を対象に、被災地域からの要望に応じ専門職人材を無償で派遣し、介護予防及び生活不活発病予防を目的とした専門職による集団指導、相談対応、出前講座等を実施します。

このことにより、東日本大震災で課題となっている要介護認定者の増加や認定率の増加を抑え、自立した生活を支援するとともに、地域のコミュニティづくりに寄与します。

（活動内容）

- ・運動機能を高め、介護予防となる活動と評価
- ・住環境の確認と助言
- ・福祉用具の相談と助言
- ・リハビリテーションに関する個別相談対応
- ・被災者対応を議題とする地域ケア会議における助言や研修を通じた市町村等の活動支援

（2）派遣を予定している専門職の職種

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、栄養士 等 ※要望内容に応じて専門職を派遣します。

（3）専門職チーム派遣の基本ルール

①原則として、専門職を週に1回（又は2回）派遣します。

・各仮設住宅集会場での介護予防の運動器機能向上の支援を基本的な活動とし、併せて市町村が希望する環境調整、健康相談、出前講座等に専門職チーム（2～5人で構成）を派遣します。

②受け入れ市町村及び地域支え合いセンターは担当を決めていただき、復興リハビリテーションセンターのコーディネーターと活動内容や集合場所について打合せを行ってください。（調査票提出後にコーディネーターから連絡があります。）また、必要時ミーティング等に参加してください。

③その他、復興リハビリテーション活動が効果的に実施できるよう御協力ください。

【問い合わせ先】

熊本県復興リハビリテーションセンター

担当：山本、杉本、川上、渡辺

電話：096-223-5805

メール：kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp
kdrt2016@gmail.com

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課

担当：黒田、松尾 電話：096-333-2211

メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp

認地第658号
平成29年1月23日

熊本県地域支え合いセンター支援事務所長 様

熊本県復興リハビリテーションセンター会長
熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課長

生活不活発病予防対策の推進及び熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職人材の派遣に係る要望調査（依頼）

日頃より地域リハビリテーションの推進にご協力いただきありがとうございます。さて、このたびの平成28年熊本地震発生から9ヶ月が経過し、復興に向けた対応に従事されていることと存じます。

熊本地震後の県全体の要介護認定者数は、震災前の平成28年3月から1,860人増加し、要介護認定率は0.2ポイント（20.8%→21.0%）と微増傾向にあり、今後更に増加することが懸念されています。特に被害が大きかった市町村で要介護認定者数等の増加がみられ、震災による環境の変化に起因した心身機能の低下や地域の支え合いが困難になったことで介護サービスを利用せざるを得なくなったことが原因と推測されます。

本県では応急仮設住宅等における高齢者等の心身機能の低下を防ぐことを目的に、「熊本県復興リハビリテーションセンター（事務局：熊本県医師会）」を設置し、市町村及び地域支え合いセンターとの連携のもと、応急仮設住宅等へ専門職人材を派遣し生活不活発病予防及び介護予防の取組みを実施しています。

つきましては、被災地域における高齢者等が自立した生活を継続することができるよう、生活不活発病予防の取組みに御協力いただきますようお願いいたします。

また、熊本県復興リハビリテーションセンターからの応急仮設住宅等への専門職人材の派遣に関する要望調査を下記のとおり実施しますので、各地域支え合いセンターに周知いただきますようお願いいたします。

なお、要望書については、市町村からの提出に加え地域支え合いセンターから復興リハビリテーションセンターへ直接要望書を提出いただくことも可能といたしましたので、御提出の際は市町村の担当課と協議のうえ要望書を御提出いただきますようお願いいたします。

おって、市町村には上記内容を別途通知しておりますことを申し添えます。

記

1 調査内容

「熊本県復興リハビリテーションセンターからの専門職の派遣に関する要望調査」

2 対象

仮設住宅建設市町村及び地域支え合いセンター（16市町村）

3 提出先

別紙要望調査票に御記入のうえ熊本県復興リハビリテーションセンターにメール(kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp 又は kdrt2016@gmail.com)にて提出してください。

4 回答期限

平成29年2月7日（火） ※期限以降も随時受け付けます。

5 備 考

（1）熊本県復興リハビリテーションセンターの役割

仮設住宅の集会所等において、介護保険の認定を受けていない高齢者や要支援認定の高齢者を対象に、被災地域からの要望に応じ専門職人材を無償で派遣し、介護予防及び生活不活発病予防を目的とした専門職による集団指導、相談対応、出前講座等を実施します。

このことにより、東日本大震災で課題となっている要介護認定者の増加や認定率の増加を抑え、自立した生活を支援するとともに、地域のコミュニティづくりに寄与します。

（活動内容）

- ・運動機能を高め、介護予防となる活動と評価
- ・住環境の確認と助言
- ・福祉用具の相談と助言
- ・リハビリテーションに関する個別相談対応
- ・被災者対応を議題とする地域ケア会議における助言や研修を通じた市町村等の活動支援

（2）派遣を予定している専門職の職種

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、栄養士 等 ※要望内容に応じて専門職を派遣します。

（3）専門職チーム派遣の基本ルール

①原則として、専門職を週に1回（又は2回）派遣します。

・各仮設住宅集会場での介護予防の運動器機能向上の支援を基本的な活動とし、併せて市町村が希望する環境調整、健康相談、出前講座等に専門職チーム（2～5人で構成）を派遣します。

②受け入れ市町村及び地域支え合いセンターは担当を決めていただき、復興リハビリテーションセンターのコーディネーターと活動内容や集合場所について打合せを行ってください。（調査票提出後にコーディネーターから連絡があります。）また、必要時ミーティング等に参加してください。

③その他、復興リハビリテーション活動が効果的に実施できるよう御協力ください。

【問い合わせ先】

熊本県復興リハビリテーションセンター

担当：山本、杉本、川上、渡辺

電話：096-223-5805

メール：kdrt2016@tiara.ocn.ne.jp

kdrt2016@gmail.com

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課

担当：黒田、松尾

電話：096-333-2211

メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp

平成28年6月28日

各医療機関の長
各介護老人保健施設の長
熊本地域リハビリテーション支援協議会
構成団体の長

様

熊本県知事 蒲島郁夫

熊本県医師会 会長 福田 稠

熊本県老人保健施設協会 会長 山田和彦

熊本県地域リハビリテーション推進会議
会長 水田博志

「熊本県復興リハビリテーションセンター」に派遣可能な専門職人材の登録について（依頼）

日頃より地域リハビリテーションの推進に御協力頂き、厚く感謝申し上げます。

さて、このたびの平成28年熊本地震により、熊本県内各地域において、甚大な被害が発生しています。

今後、避難所対応から仮設住宅への対応に重点が移る中、高齢者の心身機能の低下を防ぐための対策に継続的に取り組む必要があります。そのためには、熊本地域リハビリテーション支援協議会を構成する各関係機関や団体の専門職の協力が必要不可欠となっています。

そのため、熊本県地域リハビリテーション推進会議において、関係機関や団体、熊本県等が共通認識を持って復興リハビリテーション活動を実行していくための当面（概ね仮設住宅期が終了するまで）の実施方針を策定いたしました。

また、当方針に基づく取組みを着実に実行していくため、熊本地域リハビリテーション支援協議会内に「熊本県復興リハビリテーションセンター」を設置しました。「熊本県復興リハビリテーションセンター」では、仮設住宅等へのリハビリテーション職等の専門職の派遣調整を行うこととしております。

つきましては、未曾有の事態である熊本地震の対応において、復興リハビリテーションは極めて重要な役割がありますので、関係機関や団体におかれましては、当方針に基づき「熊本県復興リハビリテーションセンター」に派遣可能な専門職人材を登録いただきますよう御協力をお願いします。

なお、下記のとおり別紙の意向調査に御回答いただきますようお願いいたします。

記

1 意向調査の回答期限

平成28年7月15日（金）

2 提出方法

別紙意向調査票に御記入のうえ、FAXにて熊本県復興リハビリテーションセンターあて御提出ください。

3 復興リハビリテーションに関わる職種

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、介護支援専門員、栄養士 等

4 活動内容

○生活が不活発となることの予防及び介護予防事業への協力

- ・介護予防に資する運動体操
- ・戸別訪問による仮設住宅の環境調整
- ・運動機能の評価
- ・アクティビティプログラムの提供
- ・自主グループの育成
- ・地域ケア会議等における助言や研修等を通じた活動支援 等

【問い合わせ先】

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課

担当：黒田、松尾

電話：096-333-2211

メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp

熊本県復興リハビリテーションセンター

事務局：川上、渡辺

電話：096-354-3838

FAX：096-322-6429

メール：kawakami-office@kumamoto.med.or.jp

FAX送信用

別紙

熊本県復興リハビリテーションセンター 川上 行

FAX :096-322-6429
(送信表は不要です)

回答期限:7月15日(金)

復興リハビリテーションセンターに派遣可能な専門職人材の登録に係る意向調査

1. 医療機関・施設・団体の情報

所属名・団体名	
住所	
電話	
FAX	
メールアドレス	
担当者名	

2. 登録者名簿

	所属医療機関・施設名	職種	氏名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

(8) 関係団体への依頼

- ◎ 関係21団体の自主活動との連携による活動の充実を進めるため、関係団体に対し、復興リハビリテーションセンターとの連携にかかる活動状況調査を行った。
- ◎ 復興リハビリテーション活動の多様性や専門性の確保のためには関係団体との協働が重要であり、今後の活動の充実における課題の一つである。

認地第295号
平成28年8月8日

各熊本地域リハビリテーション支援協議会
構成団体の長 様

熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課長

応急仮設住宅等における各団体の活動状況調査（依頼）

日頃より地域リハビリテーションの推進にご協力いただきありがとうございます。
さて、このたびの平成28年熊本地震により、熊本県内各地域において甚大な被害が発生し、災害対応に従事されていることと存じます。

本県では仮設住宅における高齢者等の心身機能の低下を防ぐことを目的に、「熊本県復興リハビリテーションセンター（事務局：熊本県医師会）」を設置しました。

なお、各団体が応急仮設住宅等における被災者支援活動を円滑に実施することができるよう、復興リハビリテーションセンターにおいて調整を図りながら、一体的な活動を実施したいと考えております。

つきましては、各団体の応急仮設住宅等における活動状況を把握するため、標記状況調査を下記のとおり実施しますので、別添調査票に御記入のうえ8月18日（木）までに下記提出先にメールにて御提出いただきますようお願いいたします。

記

1 調査内容

「応急仮設住宅等における各団体の支援活動状況調査」

2 対象

熊本地域リハビリテーション支援協議会構成団体（21団体）
（熊本県医師会、熊本リハビリテーション研究会、熊本大学医学部附属病院、
郡市医師会[※]、熊本県歯科医師会、熊本県薬剤師会、熊本県精神科協会、熊本県
看護協会、熊本県理学療法士協会、熊本県作業療法士会、熊本県言語聴覚士会、
熊本県療養病床施設連絡協議会、熊本県老人保健施設協会、熊本県地域包括・在
宅介護支援センター協議会、熊本県訪問看護ステーション連絡協議会、熊本県老
人福祉施設協議会、熊本県介護支援専門員協会、熊本県栄養士会）

※応急仮設住宅建設地域の郡市医師会

3 提出先

別紙活動状況調査票に御記入のうえ熊本県復興リハビリテーションセンターに
メール（kawakami-office@kumamoto.med.or.jp）にて提出してください。

4 回答期限

平成28年8月18日（木）

5 備 考

（１）熊本県復興リハビリテーションセンターの役割

仮設住宅の集会所等において、介護保険の認定を受けていない高齢者や要支援認定の高齢者を対象に、被災地域からの要望に応じ専門職人材を無償で派遣し、介護予防及び生活不活発病予防を目的とした専門職による集団指導、相談対応、出前講座等を実施します。

このことにより、東日本大震災で課題となっている要介護認定者の増加や認定率の増加を抑え、自立した生活を支援するとともに、地域のコミュニティーづくりに寄与します。

（活動内容）

- ・ 運動機能を高め、介護予防となる活動と評価
- ・ 住環境の確認と助言
- ・ 福祉用具の相談と助言
- ・ リハビリテーションに関する個別相談対応
- ・ 被災者対応を議題とする地域ケア会議における助言や研修を通じた市町村・包括等の活動支援

（２）活動を予定している専門職の職種

※市町村の要望内容に応じて専門職を派遣する予定です。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、介護支援専門員、栄養士 等

【問い合わせ先】

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課

担当：黒田、松尾

電話：０９６－３３３－２２１１

メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp

熊本県復興リハビリテーションセンター

担当：川上、渡辺

電話：０９６－３５４－３８３８

メール：kawakami-office@kumamoto.med.or.jp

送信用

別紙

※下記提出先に、メールを送信してください。

熊本県復興リハビリテーションセンター 川上 行
メール: kawakami-office@kumamoto.med.or.jp

回答期限: 8月18日(木)

応急仮設住宅等における各団体の活動状況調査

各団体が応急仮設住宅における取組みを円滑に実施することができるよう、復興リハビリテーションセンターにおいて調整を図りながら、一体的な活動を実施したいと考えております。

つきましては、各団体が仮設住宅等で実施を予定している(実施している)取組みについてご記入ください。

1. 医療機関・施設・団体の情報

所属名・団体名	
電話	
FAX	
メールアドレス	
担当者名	

2. 各団体の取り組み内容

事業名 (例)「まちの保健室」等	
活動内容	
活動頻度 (例) 1回/2週間、 月曜日 等	()回/() ()曜日
活動エリア (例) 益城町、御船町、 阿蘇市 等	

(9) 支援チームの基本的事項、活動スケジュールの設定

活動にあたっての留意事項や行動方針等をまとめた基本的事項を設定し、支援チーム員への遵守を求め、活動の統制を図った。また、1日の活動スケジュールの標準例を定め、活動の標準化を図った。

■支援チームの基本的事項

【基本事項】

応急仮設住宅等、災害関連に特化した活動を行うこと。それに伴い地域リハビリテーションの構築につなげ最終的には住民主体の活動(地域支援事業、自立支援)に移行できるように行動する。

【時間】

活動時間等は市町村に合わせて流動的になる可能性が高いため本部との連絡を密に行う。

【活動内容】

集会所等での介護予防活動、運動機能評価、仮設住宅の環境調整、福祉用具の相談や助言、出前講座や相談会の実施など。

【注意事項】

- ・市町村の担当者と密に連絡を取り活動する。
- ・セラピスト主体ではなく住民の方主体の行動とし、配慮を欠いた行動をとらない。
- ・事故、怪我には、十分に注意する(ビブスは、活動時以外は着用しない)。

【準備物】

- ・動きやすく、汚れても良い服装
- ・ビブス(黄緑色)
- ・運動機能評価表、各種検査用具(ストップウォッチ、握力計、メジャー、体重計など)
- ・連絡できる携帯電話(私物電話を使用することになりますのでご了承ください)
- ・その他必要と思われる物

【派遣場所】

- ・熊本県内から600名程度の登録があり、登録施設の距離等を検討し本部にて調整する。

【支援チーム割】

施設により登録数に差があるため各チームを調整する必要がある(施設単位とは限らない)。

【活動回数】

各仮設住宅等での活動は基本的には週1~2回程度である。出勤頻度は月に1~2回程度となる。登録数が多い施設は出勤回数が増える場合がある。

【出勤要請】

事前に本部より活動調整のため登録施設に連絡し相談する。

【集合場所】

活動開始および解散場所は各市町村(区役所・役場)または保健福祉センターとなる。

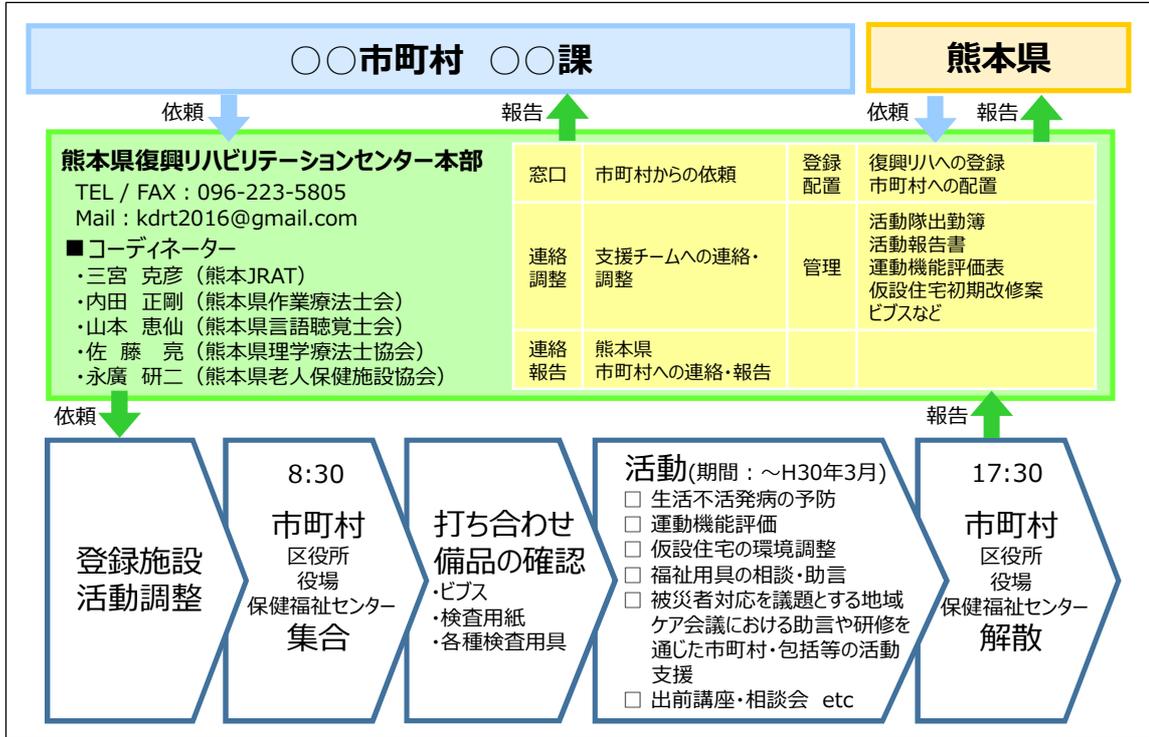
【活動時間】

活動時間等は市町村に合わせて流動的になる可能性が高いが基本的には8:30~17:30となる。

【物品管理】

ビブスは各自で管理し引継の場合は速やかに引き渡す。その他の物品(握力計、体重計、メジャー、ストップウォッチなど)は各市町村および保健福祉センターに常備してある。

参考資料 支援チーム活動概要



(10) 復興リハビリテーション活動実績

- ◎ センター設置当初は、仮設住宅の建設が進んでいた時期でもあり、仮設住宅初期改修支援が活動の中心となった。その後、仮設住宅の建設が終盤を迎え、地域支え合いセンターの設置がなされた10月以降から、仮設住宅集会所（みんなの家）における介護予防活動に活動の重点が移っていった。
- ◎ 集会所における介護予防活動を展開する仮設団地数は増加傾向にあり、相談や調整中の案件もあり、平成29年度においても重点的な対応が必要と考えられる。



熊本県復興リハビリテーションセンター派遣実績

年度	①仮設住宅初期改修における助言										②集会所における介護予防活動					③地域ケア会議・出前講座					④各団体の連携・調整				合計																
	市町村	仮設団地数	派遣回数	派遣者数(延べ)	協力施設数	市町村	仮設団地数	派遣回数	派遣者数(延べ)	協力施設数	市町村	仮設団地数	派遣回数	派遣者数(延べ)	協力施設数	団体数	派遣回数	派遣者数(延べ)	協力施設数	派遣者数(延べ)																					
H28	7月	2	市町村	14	ヶ所	29	回	56	人	5	ヶ所										56	人																			
	8月	3	市町村	18	ヶ所	36	回	53	人	5	ヶ所	1	市町村	1	ヶ所	3	回	3	人	1	ヶ所					64	人														
	9月	4	市町村	16	ヶ所	32	回	40	人	6	ヶ所	1	市町村	2	ヶ所	5	回	8	人	4	ヶ所	1	市町村	1	ヶ所	1	回	4	人	3	ヶ所	4	ヶ所	3	回	8	人		ヶ所	60	人
	10月	3	市町村	17	ヶ所	29	回	54	人	3	ヶ所	3	市町村	10	ヶ所	37	回	97	人	12	ヶ所							7	ヶ所	7	回	12	人		ヶ所	163	人				
	11月	5	市町村	14	ヶ所	16	回	25	人	7	ヶ所	6	市町村	25	ヶ所	75	回	179	人	28	ヶ所	1	市町村	1	ヶ所	1	回	1	人	1	ヶ所	2	ヶ所	2	回	12	人	11	ヶ所	217	人
	12月	3	市町村	9	ヶ所	11	回	16	人	4	ヶ所	7	市町村	26	ヶ所	71	回	162	人	30	ヶ所							2	ヶ所	3	回	13	人	10	ヶ所	191	人				
	1月	1	市町村	3	ヶ所	3	回	6	人	1	ヶ所	5	市町村	22	ヶ所	65	回	126	人	26	ヶ所							5	ヶ所	6	回	23	人	11	ヶ所	155	人				
	2月	1	市町村	1	ヶ所	1	回	2	人	1	ヶ所	6	市町村	26	ヶ所	78	回	136	人	29	ヶ所							4	ヶ所	4	回	13	人	10	ヶ所	151	人				
	3月		市町村		ヶ所		回		人		ヶ所		市町村		ヶ所		回		人		ヶ所		市町村		ヶ所		回		人		ヶ所		ヶ所		人		ヶ所	0	人		
合計	22	市町村	92	ヶ所	157	回	252	人	32	ヶ所	29	市町村	112	ヶ所	334	回	711	人	130	ヶ所	2	市町村	2	ヶ所	2	回	5	人	4	ヶ所	28	ヶ所	29	回	89	人	42	ヶ所	1057	人	

87

参考資料(復興リハ活動実績)

V 集会所における介護予防活動の実施と評価

V 集会所における介護予防活動の実施と評価

1 活動の概要

(1) 活動目的

- ◎ 仮設住宅への入居によって、被災者の生活環境は大きく変化する。それまで暮らしていたコミュニティから、震災発生により、避難所生活を余儀なくされ、さらに仮設住宅への移行によって、様々な地域コミュニティから入居した被災者での新たな環境での生活となる。そのことにより、特に高齢者においては、孤立化や生活の活動量の低下により、生活不活発な状況となるリスクが発生し、廃用症候群（生活不活発病）となる状況となりかねない。
- ◎ そのため、集団での活動量を高める取組みを通じ、新たなコミュニティづくりを進め、住民間の相互連帯意識を高め、地域での支え合いといった互助を創造していく必要があった。
- ◎ 通常期においても、高齢者の自立支援を通じ結果的に要介護認定率の上昇を抑制するとともに、互助をベースとするコミュニティづくりを進めるために住民主体による介護予防活動が展開されており、その介護予防活動に着目した取組みを進めることが必要と判断された。
- ◎ 仮設住宅においては、住宅建設と併せ、集会所（みんなの家）が建設されており、復興リハビリテーション活動として集会所を活用した介護予防活動を展開することとした。

(2) 活動内容

- ◎ 活動は、週1回2～3時間程度を原則とした。
- ◎ 活動のベースは、集団での運動指導である。集団での活動により、住民の顔の見える関係づくりを通じたコミュニティ形成も見据えた活動となる。高知県発祥のいきいき100歳体操や、熊本県作業療法士会が考案した生き生き体操などの介護予防体操の実施、スクワットや片脚立位などのオリジナルの体操などの運動指導を展開している。その他、手遊びや頭を使った認知機能運動やレクリエーション活動、屋外での園芸活動など、活動のバリエーションを広げ、参加者を飽きさせず活動意欲を高めるよう工夫して活動内容を設定している。
- ◎ 活動においては、活動初回及び3か月ごとに運動機能評価等を実施し、参加者の心身機能の状況を確認することとした。

参考資料 集会所等での活動内容

10:30 体操、脳トレ

11:00 レクリエーション



出所) 復興リハビリテーション中間報告会 (熊本リハビリテーション病院資料)



レクリエーション:トランプ

出所) 復興リハビリテーション中間報告会 (熊本回生会病院資料)



屋外での園芸



アクティビティー



出所) 復興リハビリテーション中間報告会 (熊本回生会病院資料)

(3) 市町村等における準備・実行の手順、復興リハセンターとの調整

【第1段階】

市町村等には、制度の周知等を行い、活動の意向確認・準備等を第1段階として実施していただいている。

- ◎市町村内部での情報共有、地域包括支援センターや地域支え合いセンター、社協等関係する機関との情報共有や話し合いを行った。
- ◎担当者の決定や、希望する活動内容や頻度の検討、仮設住宅入居者に関する情報収集など活動内容や規模等を判断するうえで必要な情報収集等を行っていただき、検討した結果を要望調査票として提出いただいた。
- ◎市町村から提出のあった要望調査票をもとに、復興リハセンター及び広域リハセンターが市町村に出向き、地元関係者との打ち合わせを実施。具体的な実施内容の検討を行った。
- ◎市町村から、自治会、民生委員、地域のボランティア・介護予防サポーター・認知症サポーター等への協力依頼を行っていただいた。
- ◎市町村担当課と集会所や談話室の鍵の管理者の確認、受け渡しの調整等を行っていただいた。
- ◎チラシのひな形を作成し、市町村から対象者（65歳以上の方）への個別配布や回覧板等での周知を行っていただいた。

【第2段階】

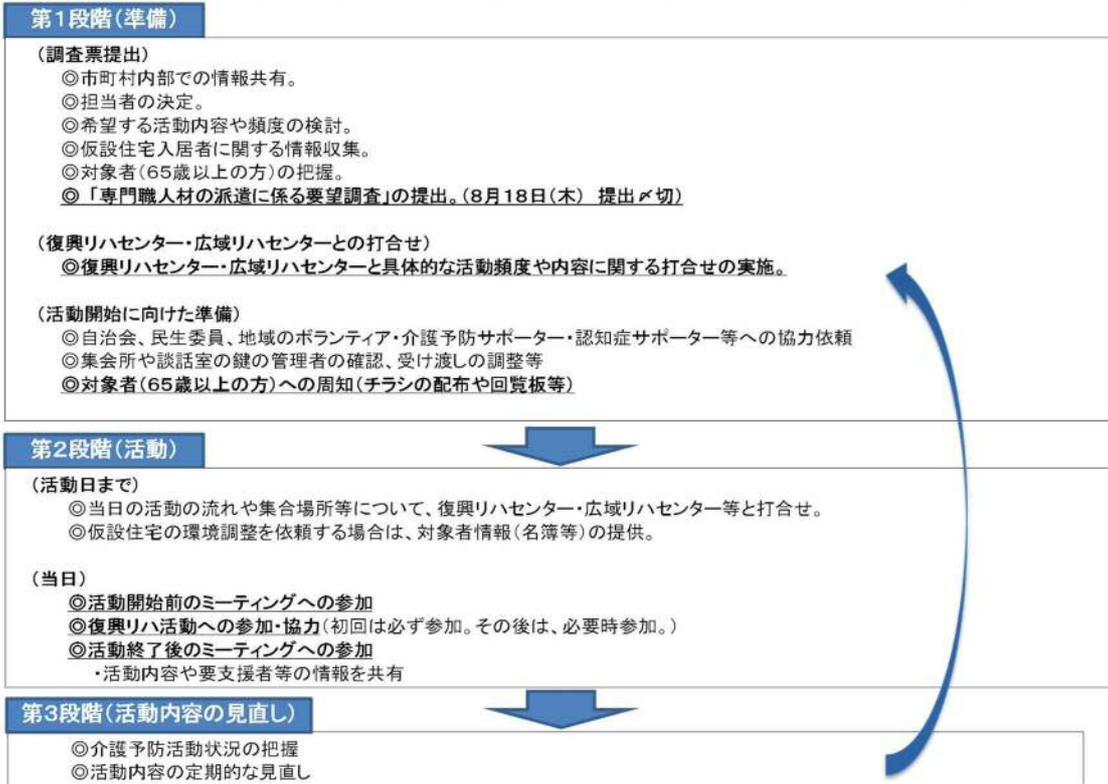
（活動日まで）

- ◎市町村には、当日の活動の流れや集合場所等について、活動する仮設住宅単位で個別決定するための復興リハセンターや広域リハセンターとの打ち合わせを行っていただいた。
 - ◎仮設住宅の環境調整を依頼する場合は、対象者情報（名簿等）の提供を行っていただいた。
- （当日）
- ◎活動開始前のミーティングへの参加を依頼した。
 - ◎復興リハ活動への参加・協力を依頼。初回は必ず参加をお願いし、その後は必要時に参加いただくことを依頼した。
 - ◎活動終了後のミーティングへの参加を依頼し、活動内容や要支援者等の情報の共有を行った。

【第3段階】

- ◎介護予防活動状況の把握と活動内容の定期的な見直しについて、必要に応じ関係者間で協議を行った。

被災市町村・地域包括支援センター等における活動準備手順



2 支援者及びスタッフの役割

(1) コーディネーターの役割

- ◎ 事務局において業務に従事するコーディネーターは、まず要望書の提出のあった市町村等からのヒアリング等を実施し、活動内容や頻度、活動曜日、時間帯等の確認を行い、活動実施の具体化を行っている。
- ◎ 派遣登録のあった専門職や専門職の所属する医療機関等との調整を行い、2～3名の支援チームを編成し、現地への派遣を実施している。
- ◎ その他、活動実施におけるクレームや要望等への対応、調整が必要な事項に対する対応等を実施している。

(2) 現地支援スタッフの役割

- ◎ 現地支援スタッフは、復興リハセンターからの依頼を受け、現地での介護予防活動等を実施する役割である。
- ◎ 活動実施前のミーティングの実施、活動の実施、活動報告書の作成、参加者に関する基本票や支援経過の作成を実施している。
- ◎ 活動初回及び3か月ごとに運動器機能評価など評価のための活動を実施している。

参考資料(復興リハ対象者基本表)

7.復興リハビリテーション 対象者基本票 1

★初回評価日: 平成28年 月 日 ()

★担当者名: 所属

氏名:

★生活不活発のおそれ
有・要注意・無
コメント

★避難場所 ※詳細は裏面に記載

★氏名	★性別 男・女	★年齢 歳	★生年月日 M・T・S・H 年 月 日
-----	------------	----------	------------------------

★介護保険関係

震災前	介護認定状況: 介護認定なし / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5
震災後	介護認定状況: 介護認定なし / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5
その他(サービス等):	

★基本動作状況

項目	震災前	震災後	コメント
寝返り	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
起き上がり	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
座位	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
起立(椅子、床)	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
立位保持	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	

★ADL状況

項目	震災前	震災後	コメント
食事	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
移乗	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
整容	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
トイレ	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
入浴	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
歩行(車椅子)	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
階段昇降	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
更衣	自立・要介助・不可	自立・要介助・不可	
常飲薬	あり・なし・不明	あり・なし・不明	種別

★対応内容(気を配ってほしいところ等)・備考

平成28年度 復興リハビリテーション個別評価シート(熊本県版)

圏域【 】 市町村名【 】 日付: _____
 団地【 】 測定者: _____
 利用者【 】
 年齢: _____ 歳 性別: 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 要介護度: 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 非該当 申請中 未申請 _____

生活機能25の基本チェックリスト: 判定① /20点判定 ② /5点判定 ③ /2点 判定④ /3点
 簡易栄養状態評価表(MNA): _____ 点

運動項目 補装具使用: なし・あり()

評価項目	1回目	2回目
開眼片脚立位時間(秒)左/右 最大120秒 小数点第1位まで	左() 右()	左() 右()
Time up and go T(秒) 小数点第2位まで		
5m最大歩行時間(秒) 小数点第1位まで		
握力(kg) 左/右	左() 右()	左() 右()
ファンクショナルリーチ (cm)		

生活空間評価(life-space assessment)

この4週間の活動範囲について(該当する活動範囲、頻度、特別な器具、他者の助けの必要性など記入)

1) 寝室以外の場所に	①はい (週一回未満、週1~3回、週4~6回、毎日) 補装具 (要、不要) 介助(要、不要) ②いいえ
2) 庭や車庫など屋外に	①はい (週一回未満、週1~3回、週4~6回、毎日) 補装具 (要、不要) 介助(要、不要) ②いいえ
3) 外出した(近隣場所)	①はい (週一回未満、週1~3回、週4~6回、毎日) 補装具 (要、不要) 介助(要、不要) ②いいえ
4) 外出した(町内)	①はい (週一回未満、週1~3回、週4~6回、毎日) 補装具 (要、不要) 介助(要、不要) ②いいえ
5) 外出した(町外)	①はい (週一回未満、週1~3回、週4~6回、毎日) 補装具 (要、不要) 介助(要、不要) ②いいえ

その他

骨折の既往	なし・あり 部位:
1ヶ月間の転倒の有・無	なし・あり 場所:
運動麻痺	なし・あり 部位:
既往症(高血圧・糖尿病等...)	なし・あり 病名:
生活様式	1. 独居 2. 夫婦2人暮らし 3. 子供と2人暮らし 4. 子供と同居 5. その他
家屋	1. 一戸建て 2. 集合住宅(エレベーター 有 無) 3. 仮設住宅 4. その他
主な移動手段	1. 自動車運転 2. 自動車に乗せてもらう 3. 福祉タクシー 4. 公共交通機関 5. 自転車 6. 徒歩 7. その他() 8. なし

<自由記載> 市町村、保健師等への連絡事項やサービスの提案等

色付き部分は必須項目。 提出先) FAX : 096-223-5805

E-mail : kdrt2016@gmail.com

生活機能チェックリスト

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

No.	質問項目	回答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
1	日常の活動	バスや電車で1人で外出していますか	
2		0.はい	1.いいえ
3		0.はい	1.いいえ
4		0.はい	1.いいえ
5		0.はい	1.いいえ
6	運動機能	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	
7		0.はい	1.いいえ
8		0.はい	1.いいえ
9		1.はい	0.いいえ
10		1.はい	0.いいえ
11	栄養	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	
12		1.はい	0.いいえ
		身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI(※) = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)	
13	口腔機能	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	
14		1.はい	0.いいえ
15		1.はい	0.いいえ
16	外装況	週に1回以上は外出していますか	
17		0.はい	1.いいえ
18	もの忘れ	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
19		1.はい	0.いいえ
20		0.はい	1.いいえ
21	心の状態	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	
22		1.はい	0.いいえ
23		0.はい	1.いいえ
24		1.はい	0.いいえ
25		1.はい	0.いいえ

(※) BMIとは、肥満度の目安となる指数で、「18.5～24.9」を正常範囲とし、18.5未満は低体重となります。

～ 介護予防必要度の判定について ～

下記のいずれかに該当する場合は、お住まいの区役所保健福祉課、地域包括支援センター、介護予防センターなどにご相談ください。

- ★ 1～20番のうち、○をつけた「はい・いいえ」の前の数字を足すと**10以上**になる場合
- ★ 6～10番のうち、○をつけた「はい・いいえ」の前の数字を足すと**3以上**になる場合
- ★ 11番が「はい」でBMIが18.5未満の場合
- ★ 13～15番のうち、○をつけた「はい」の数が**2以上**の場合

※ 18～25番までで気になることがあれば、「はい」の数に関わらず、ご相談下さい。

※ 回答の際には、「できる」かどうかではなく「している」かどうかでお答え下さい。

簡易栄養状態評価表

Mini Nutritional Assessment

MNA®

氏名: _____ 性別: _____

年齢: _____ 体重: _____ kg 身長: _____ cm 調査日: _____

スクリーニング欄の□に適切な数値を記入し、それらを加算する。11ポイント以下の場合、次のアセスメントに進み、総合評価値を算出する。

スクリーニング

A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか？
0 = 著しい食事量の減少
1 = 中等度の食事量の減少
2 = 食事量の減少なし

B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？
0 = 3kg以上の減少
1 = わからない
2 = 1~3kgの減少
3 = 体重減少なし

C 自力で歩けますか？
0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用
1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない
2 = 自由に歩いて外出できる

D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？
0 = はい 2 = いいえ

E 神経・精神的問題の有無
0 = 強度認知症またはうつ状態
1 = 中程度の認知症
2 = 精神的問題なし

F BMI 体重(kg) ÷ [身長(m)]²
0 = BMIが19未満
1 = BMIが19以上、21未満
2 = BMIが21以上、23未満
3 = BMIが23以上

スクリーニング値：小計（最大：14ポイント）

12-14ポイント： 栄養状態良好
8-11ポイント： 低栄養のおそれあり (At risk)
0-7ポイント： 低栄養

「より詳細なアセスメントをご希望の方は、引き続き質問G~Rにおすす
みください。」

アセスメント

G 生活は自立していますか（施設入所や入院をしていない）
1 = はい 0 = いいえ

H 1日に4種類以上の処方薬を飲んでいる
0 = はい 1 = いいえ

I 身体のどこかに押して痛いところ、または皮膚潰瘍がある
0 = はい 1 = いいえ

J 1日に何回食事を摂っていますか？
0 = 1回
1 = 2回
2 = 3回

K どんなたんぱく質を、どのくらい摂っていますか？
・乳製品（牛乳、チーズ、ヨーグルト）を毎日1品以上摂取 はい いいえ
・豆類または卵を毎週2品以上摂取 はい いいえ
・肉類または魚を毎日摂取 はい いいえ
0.0 = はい、0~1つ
0.5 = はい、2つ
1.0 = はい、3つ

L 果物または野菜を毎日2品以上摂っていますか？
0 = いいえ 1 = はい

M 水分（水、ジュース、コーヒー、茶、牛乳など）を1日どのくらい摂っていますか？
0.0 = コップ3杯未満
0.5 = 3杯以上 5杯未満
1.0 = 5杯以上

N 食事の状況
0 = 介護なしでは食事不可能
1 = 多少困難ではあるが自力で食事可能
2 = 問題なく自力で食事可能

O 栄養状態の自己評価
0 = 自分は低栄養だと思う
1 = わからない
2 = 問題ないと思う

P 同年齢の人と比べて、自分の健康状態をどう思いますか？
0.0 = 良くない
0.5 = わからない
1.0 = 同じ
2.0 = 良い

Q 上腕（利き腕ではない方）の中央の周囲長(cm)：MAC
0.0 = 21cm未満
0.5 = 21cm以上、22cm未満
1.0 = 22cm以上

R ふくらはぎの周囲長(cm)：CC
0 = 31cm未満
1 = 31cm以上

評価値：小計（最大：16ポイント）

スクリーニング値：小計（最大：14ポイント）

総合評価値（最大：30ポイント）

低栄養状態指標スコア

24~30ポイント 栄養状態良好

17~23.5ポイント 低栄養のおそれあり (At risk)

10~17ポイント未満 低栄養

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、
www.mna-elderly.com にアクセスしてください。

参加して
みませんか？

〇〇団地 〇〇交流会のご案内

応急仮設住宅において、入居者同士の交流を深めるとともに、生活不活発病を予防し、元気に過ごすために〇〇交流会を開催します。必要に応じて、復興リハビリテーションセンターや各団体の専門職等が支援を行います。ぜひお気軽にご参加ください。

〇〇交流会について	
対象者	入居者全員
場 所	〇〇集会所
申 込	不要
持参品	〇〇〇

日程	内容
9月△日（） 時～ 時	介護予防教室 茶話会
9月△日（） 時～ 時	健康相談 介護予防教室
9月△日（） 時～ 時	介護予防教室 出前講座
9月△日（） 時～ 時	介護予防教室 茶話会

その他、気軽にお問い合わせください

※参加料は不要です。



〇〇市
〇〇〇〇課

住所：〇〇市
電話：096-〇〇〇〇-〇〇〇〇

問合せ時間
〇:〇〇～〇:〇〇



3 活動実績及び運動器機能の評価

※調査票の集計・分析は日本医師会総合政策研究機構が実施。

(1) 運動器機能の評価目的

被災高齢者の運動機能や生活環境等について、復興リハビリテーション活動介入前後の評価を行う目的で実施した。

(2) 評価実施対象

①対象地域 5 町村（益城町・御船町・嘉島町・西原村・甲佐町）

②対象者

仮設住宅の集会所におけるリハビリテーション活動に参加した高齢者等(表 1)

表 1 リハビリテーション活動の実施場所と参加者数

	仮設団地名	参加者数
益城町 (N=57)	津森	31
	飯野小	9
	赤井	16
御船町 (N=71)	小坂・陣	8
	旧七滝中	19
	ふれあい広場	8
	高木	11
	今城	8
	南木倉	8
	滝川	9
嘉島町 (N=16)	上川原	5
	下六嘉	2
	上六嘉	9
西原村 (N=41)	小森 AB	26
	小森 CD	15
甲佐町 (N=11)	白旗	11
5 町村	16 団地	195

(3) 実施方法

①時期

1 回目調査（平成 28 年 9 月～平成 29 年 2 月）

2 回目調査（1 回目調査から概ね 3 ヶ月後に実施）

②方法

復興リハビリテーション活動の際に、参加した高齢者等に対し個別評価シートをもとに運動機能の測定や生活環境等の聴き取り調査を実施した。調査票の回収は、「復興リハビリテーションセンター（※）」から派遣されたリハチームが実施し、その集計および分析を日医総研が担当した。

※「復興リハビリテーションセンター」とは、熊本地震発生に伴い、高齢者等の心身機能の低下を防ぐために熊本県が設置したものであり、関係団体の協力を得て生活不活発病や介護予防に取り組んでいる。事務局は、熊本県医師会に置かれている。

表 2 復興リハビリテーション活動の実施場所と実施者

	仮設団地名	実施者*
益城町	津森	山鹿温泉リハビリテーション病院
	飯野小	
	赤井	
御船町	小坂・陣	熊本託麻台リハビリテーション病院
	旧七滝中	
	ふれあい広場	くまもと健康支援研究所
	高木	
	今城	熊本回生会病院
	南木倉	介護老人保健施設コスモピア熊本
	滝川	介護老人保健施設御船 御船清流園
嘉島町	上川原	熊本回生会病院
	下六嘉	
	上六嘉	
西原村	小森 AB	熊本リハビリテーション病院
	小森 CD	
甲佐町	白旗	介護老人保健施設 緑風苑
5 町村	16 団地	

* 復興リハビリテーションセンターから派遣されたりハチームの所属先。

③主な調査内容

※1回目も2回目も調査内容は同様

A 基本情報

- ・性別
- ・年齢
- ・居住形態
- ・世帯構成
- ・運動器に関する既往（骨折、転倒、運動麻痺）の有無
- ・高血圧や糖尿病などの既往症の有無

B 日常生活における活動範囲等

- ・活動範囲
- ・活動頻度
- ・主な移動手段

- C 日常生活における介護必要度
 - ・介助や補装具の必要度
 - ・介護必要度（生活機能チェックリストによる判定）

- D 「栄養状態」の評価
 - ・簡易栄養状態評価表（MNA）による判定

- E 「運動機能」の評価
 - ・開眼片脚立位時間
 - ・Time up and go T
 - ・5m 最大歩行時間
 - ・握力
 - ・ファンクショナルリーチ

用語解説

- 「開眼片脚立位時間」とは、両手を腰に当て、片脚を床から 5cm 程挙げ、立っていられる時間を測定するものである¹。これにより、下肢筋力とバランス能力を把握することができる²。これは、運動器安定症（MADS）の指標として用いられている。³

- 「Timed up and go Test（略称 TUG）」とは、椅子に座った姿勢から立ち上がり、3m 先の目印点で折り返し、再び椅子に座るまでの時間を測定するものである⁴。開眼片脚立位時間と同様に運動器安定症（MADS）の指標とされているが、TUG のほうが下肢筋力・バランス・歩行能力・易転倒性といった日常生活機能との関連性が高く、高齢者の身体機能評価として広く用いられている。

- 「ファンクショナルリーチ」とは、機能的リーチテストとも呼ばれ、動的な立位バランスを簡易に測定できる評価法である⁵。開脚裸足立位で右肩関節 90 度屈曲、肘関節伸展位にした時の右側第三指先端の位置を開始点、前方に最大限伸ばした時の第三指先端を到達点としてその距離を測定する⁶。

¹日本整形外科学会ホームページ <https://www.joa.or.jp/jp/public/sick/condition/mads.html>

²日本整形外科学会ホームページ <https://www.joa.or.jp/jp/public/sick/condition/mads.html>

³日本運動器科学会ホームページ <http://www.jsmr.org/TUG.html>

⁴日本整形外科学会ホームページ <https://www.joa.or.jp/jp/public/sick/condition/mads.html>

⁵社団法人日本理学療法士協会「理学療法診療ガイドライン第1版（2011）」
http://jspt.japanpt.or.jp/upload/jspt/obj/files/guideline/00_ver_all.pdf

⁶社団法人日本理学療法士協会「理学療法診療ガイドライン第1版（2011）」
http://jspt.japanpt.or.jp/upload/jspt/obj/files/guideline/00_ver_all.pdf

(4) 1回目調査の結果

本調査は、復興リハビリテーションに参加した者195人を対象に実施された(表3)。そのうち分析対象は、「65歳以上」の高齢者133人とした。以下、有効回答を得た68人の調査結果を示す。

表3 復興リハビリテーションの参加者(年齢別)

	人数(人)	割合(%)
65歳未満	17	9
65歳以上	133	68
無回答	45	23
合計	195	100

A 基本情報(属性)

(a) 性別・年齢

「女性」が全体の8割を占めており(図1)、年齢別にみると、「70代と80代」が合せて7割を占めていた(図2)。

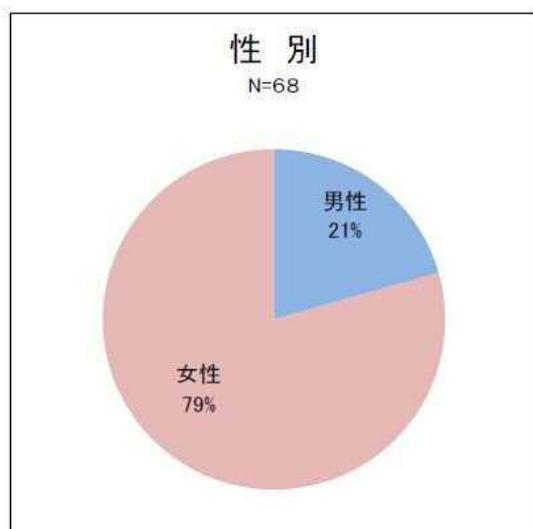


図1 性別



図2 年齢

(b) 生活形態

「仮設住宅暮らし」の方が75%であった(図3)。世帯構成をみると、「独居」や「夫婦2人」という所謂「高齢者世帯」が67%を占めていた(図4)。

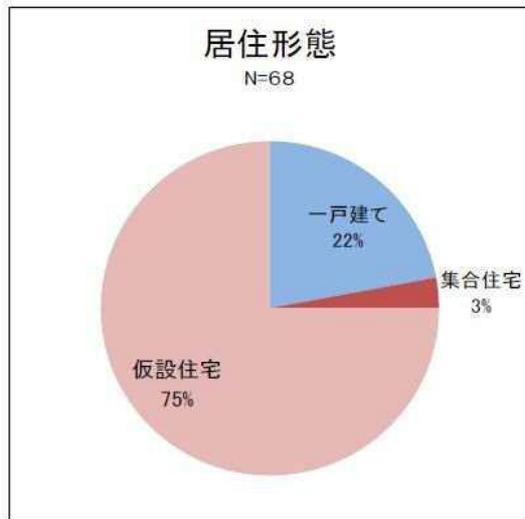


図3 居住形態

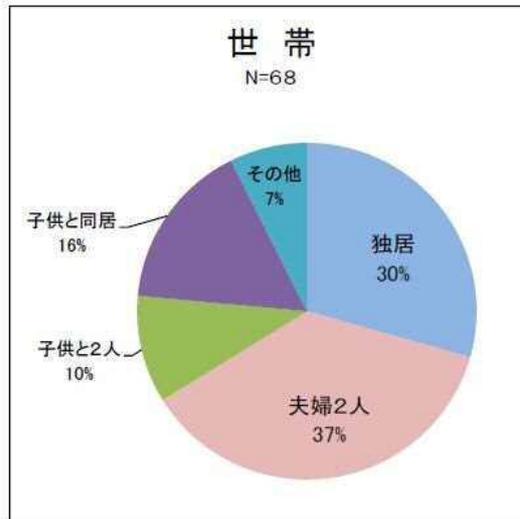


図4 世帯

(c) 運動器に関する既往

「骨折の既往」は71%が「ない」とし(図5)、96%の方が「1ヶ月間の転倒」なく、「運動麻痺」もなく(図6,7)、その点で身体上の不自由さを抱えていない方々であった。

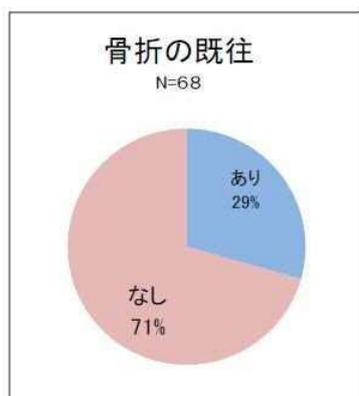


図5 骨折の既往

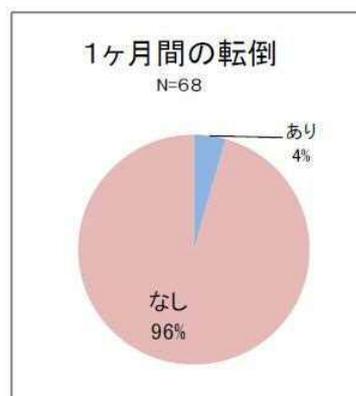


図6 1ヶ月間の転倒

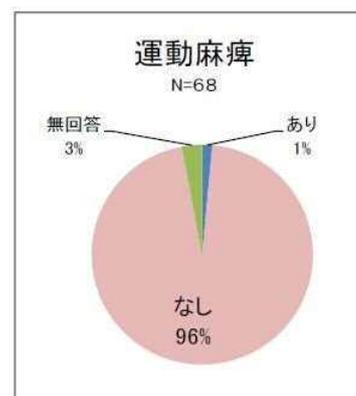


図7 運動麻痺

(d) 高血圧や糖尿病などの既往症

高血圧や糖尿病など運動器以外の既往は、71%の方が「あり」であった（図8）。

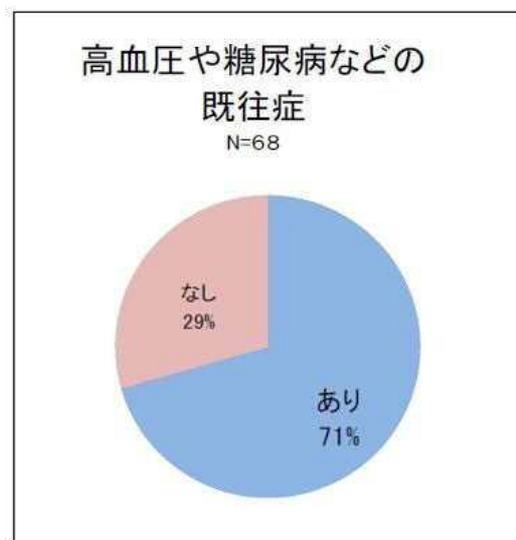


図8 高血圧や糖尿病などの既往症

B 日常生活における活動範囲等

(a) 活動範囲と頻度

調査時を基準とした過去4週間における活動範囲を尋ねたところ、「町外にも出た」という方が91%であった（図9）。さらに、「町外にも出た」と回答した方にその頻度を尋ねたところ、72%が「週1回以上」と回答した。

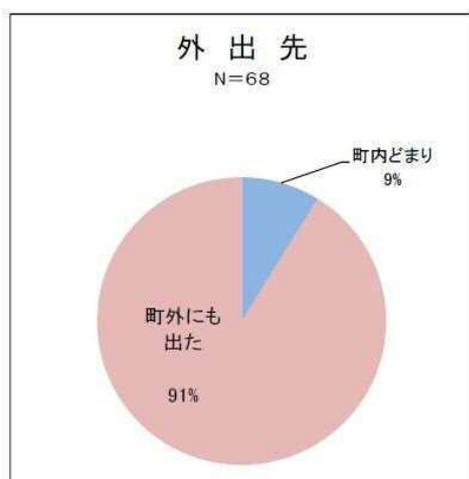


図9 外出先の「範囲」

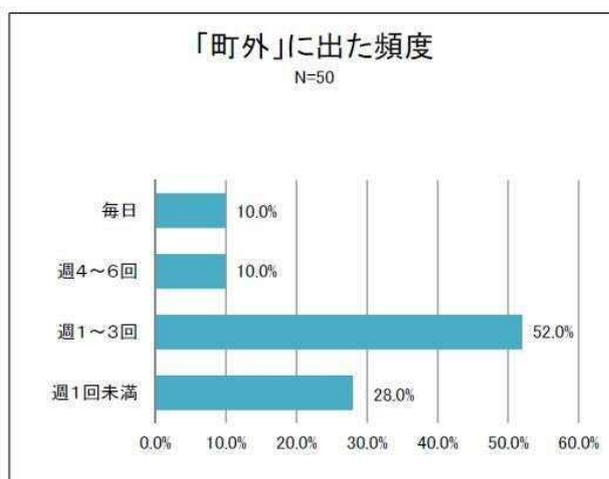


図10 町外に出た「頻度」

(b) 主な移動手段

主な移動手段は、「車（自動車と福祉タクシー：51.2%）」であった。



図 11 主な移動手段

C 日常生活における「介護必要度」

C-1 介助等の必要度

外出時に介助や補装具が「必要」としたのは、およそ2割に留まった。言い換えれば、8割の方が人やモノといった何らかの介助を受けることなく、自立した日常生活を送っていた。

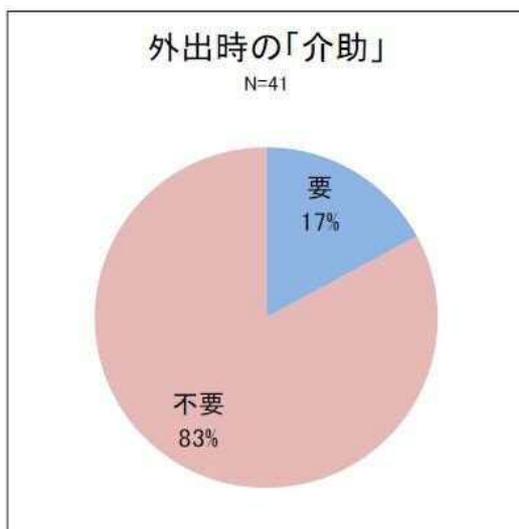


図 12 「介助」必要度

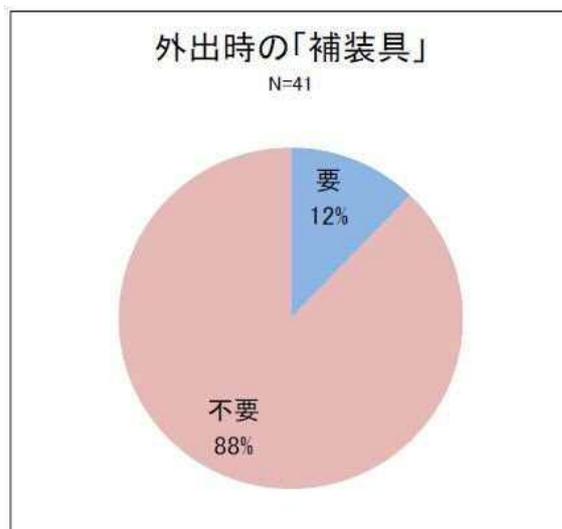


図 13 「補装具」必要度

C-2 介護必要度 —生活機能チェックリスト判定—

介護必要度について、生活機能チェックリストを用いた判定を行った。生活機能チェックリストとは、こころとからだの健康状態や日常の活動に関するチェック項目をもとに、「介護必要度を判定」するものである。判定基準は、No. 1～20 の合計が 10 点以上、「運動機能」項目 No. 6～10 の合計が 3 点以上、「栄養」No. 11 に該当かつ BMI が 18.5 未満の場合、口腔機能 No. 13～15 の合計が 2 以上とするものである。今回、約 3 割の方がこの基準値を超える結果となった（図 14）。

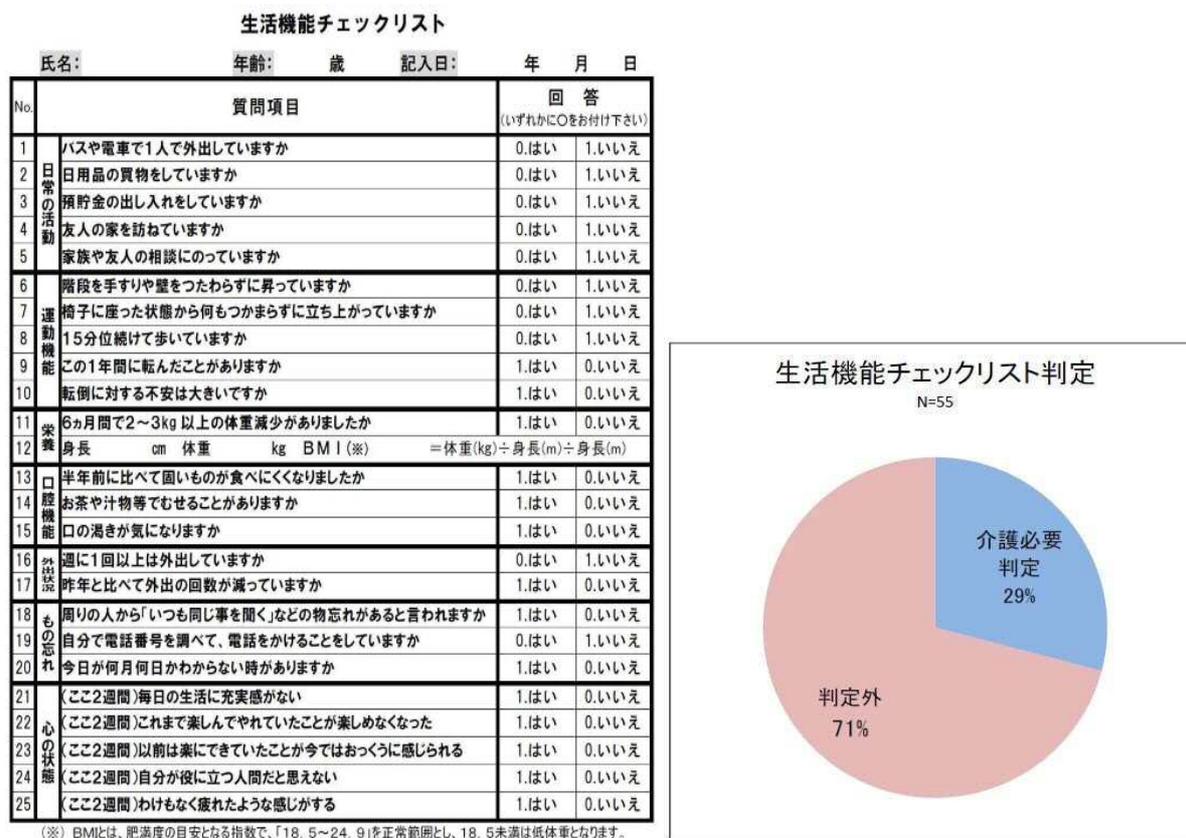


図 14 生活機能チェックリストによる「介護必要度」判定

D 栄養状態の評価

栄養状態について簡易栄養状態評価表を用いた判定を行った結果、41%が「低栄養」または「そのおそれ」であった（図15）。

簡易栄養状態評価表
Mini Nutritional Assessment
MNA®

氏名:	性別:
年齢:	体重: kg 身長: cm 調査日:

スクリーニング欄の□に適切な数値を記入し、それらを加算する。11ポイント以下の場合、次のアセスメントに進み、総合評価値を算出する。

<p>A スクリーニング</p> <p>A 過去3ヶ月間で食欲不登、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事量が減少しましたか？ 0 = 著しい食事量の減少 1 = 中等度の食事量の減少 2 = 食事量の減少なし <input type="checkbox"/></p> <p>B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？ 0 = 3kg以上の減少 1 = わかりない 2 = 1-3kgの減少 3 = 体重減少なし <input type="checkbox"/></p> <p>C 自力で歩けますか？ 0 = 杖や歩行器または車椅子を常時使用 1 = 歩行器や車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない 2 = 自由に歩いて外出できる <input type="checkbox"/></p> <p>D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性病態を経験しましたか？ 0 = はい 1 = いいえ <input type="checkbox"/></p> <p>E 神経・精神的問題の有無 0 = 高度認知症またはうつ状態 1 = 中等度の認知症 2 = 軽微な認知症 <input type="checkbox"/></p> <p>F BMI (体重(kg) ÷ 身長(m)²) 0 = BMIが19未満 1 = BMIが19以上、21未満 2 = BMIが21以上、23未満 3 = BMIが23以上 <input type="checkbox"/></p> <p>スクリーニング値: 小計 (最大: 14ポイント) <input type="checkbox"/></p> <p>12-14ポイント: 栄養状態良好 8-11ポイント: 低栄養のおそれあり (At risk) 0-7ポイント: 低栄養</p> <p>「より詳細なアセスメントをご希望の方は、引き続き質問G~Rにお答えください。」</p> <p>アセスメント</p> <p>G 生活は自立していますか (施設入所や入居をしていない)？ 1 = はい 0 = いいえ <input type="checkbox"/></p> <p>H 1日に4種類以上の処方薬を飲んでいる 0 = はい 1 = いいえ <input type="checkbox"/></p> <p>I 身体のだるさに悩んでいるところ、または皮膚潰瘍がある 0 = はい 1 = いいえ <input type="checkbox"/></p>	<p>J 1日に何回食事を摂っていますか？ 0 = 1回 1 = 2回 2 = 3回 <input type="checkbox"/></p> <p>K どんなたんぱく質を、どのくらい摂っていますか？ ・乳製品 (牛乳、チーズ、ヨーグルト) を毎日1品以上摂取 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ・豆類または卵を毎日2品以上摂取 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ・肉類または魚を毎日摂取 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/></p> <p>0.0 = はい、0-1つ 0.5 = はい、2-3つ 1.0 = はい、3-4つ <input type="checkbox"/></p> <p>L 果物または野菜を毎日2品以上摂っていますか？ 0 = はい 1 = いいえ <input type="checkbox"/></p> <p>M 水分 (水、ジュース、コーヒー、茶、牛乳など) を1日どのくらい摂っていますか？ 0.0 = コップ3杯未満 0.5 = 3杯以上5杯未満 <input type="checkbox"/></p> <p>1.0 = 5杯以上 <input type="checkbox"/></p> <p>N 食事の状況 0 = 介護なしでは食事不可能 1 = 多少困難ではあるが自力で食事可能 <input type="checkbox"/></p> <p>2 = 問題なく自力で食事可能</p> <p>O 栄養状態の自己評価 0 = 自分は低栄養だと思う <input type="checkbox"/></p> <p>1 = わからない 2 = 問題ないと思う</p> <p>P 同年齢の人と比べて、自分の健康状態をどう思いますか？ 0.0 = 良くない 0.5 = わからない 1.0 = 同C <input type="checkbox"/></p> <p>2.0 = 良い</p> <p>Q 上腕 (肘を腕ではない方) の中央の周径長 (cm) : MAC 0.0 = 21cm未満 0.5 = 21cm以上、22cm未満 <input type="checkbox"/></p> <p>1.0 = 22cm以上 <input type="checkbox"/></p> <p>R ふくらはぎの周径長 (cm) : CC 0 = 31cm未満 <input type="checkbox"/></p> <p>1 = 31cm以上 <input type="checkbox"/></p> <p>評価値: 小計 (最大: 16ポイント) <input type="checkbox"/></p> <p>スクリーニング値: 小計 (最大: 14ポイント) <input type="checkbox"/></p> <p>総合評価値 (最大: 30ポイント) <input type="checkbox"/></p> <p>低栄養状態指標スコア</p> <p>24-30ポイント: <input type="checkbox"/> 栄養状態良好</p> <p>17-23.5ポイント: <input type="checkbox"/> 低栄養のおそれあり (At risk)</p> <p>17ポイント未満: <input type="checkbox"/> 低栄養</p>
---	---

Ref: Vellas B, Vellas H, Alexian G, et al. Overview of MNA®, its History and Challenges. J Nut Health Aging. 2008; 12: 458-465.
Ruhoffenbender L, Hoyer G, Vellas H, Oupor G, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Fore Arm Nutritional Assessment (SNAF). J Geriatr. 2001; 56A: M266-277.
Oupor G. The Mini Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature. J Nutr Health Aging. 2008; 12: 466-467.
© Nestlé Inc. Product Name: N.A., Vevey, Switzerland. Trademark Owners: Nestlé, 1954. Revised: 2008. MNT200 12593 10M
本表の作りかたは、簡易栄養状態評価表による。

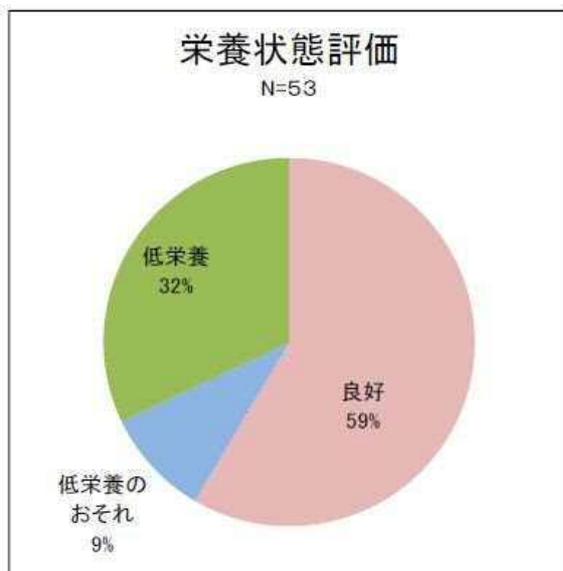


図15 簡易栄養状態評価表による「栄養状態」判定

E 運動機能の評価

運動機能評価のため、5つの項目（開眼片脚立位時間、Time up and go T、5m最大歩行時間、握力、ファンクショナルリーチ）が測定された。復興リハビリテーションに参加した195人のうち、測定が実施された対象者をNとし得られた結果を男女別に示した。2回目調査と比較するための軸となるデータとなる。

男性

	開眼片脚立位時間(秒)	Time up and go T(秒)	5m歩行時間(秒)	握力(kg)	ファンクショナルリーチ(cm)
平均値	57.1	7.9	3.5	39.1	29.5
標準偏差	46.6	2.8	2.1	48.6	6.9
N	19	19	17	21	18

女性

	開眼片脚立位時間(秒)	Time up and go T(秒)	5m歩行時間(秒)	握力(kg)	ファンクショナルリーチ(cm)
平均値	40.3	8.6	3.4	19.9	26.0
標準偏差	38.9	2.8	0.9	4.7	7.9
N	98	92	60	101	71

(5) 1回目調査と2回目調査との比較

① 調査票の回収状況と分析対象者の抽出

調査対象195人のうち1回目と2回目両調査票を回収できたのは52人(回収率36.4%)であった(表1)。本稿では、震災前に介護状態になかった高齢者⁷の介入効果に焦点をあてるため、両調査票を回収した52人のうち「65歳以上」の「要介護認定を受けていない方(非該当又は未申請者)」39人を抽出し、分析対象とした(表2)。回収地域は5町村のうち益城町(4人)と御船町(35人)である。

表1 調査票の回収状況

	1回目調査	2回目調査
対象者数(※)	195人	195人
回収者数	195人	52人
回収率	100%	36.4%

※ 熊本県内5町村で実施された復興リハビリテーションの参加者数である。
なお、2回目調査は1回目調査で調査票を回収した195人に対して実施。

表2 両調査票を回収した52人の年齢と要介護認定の有無(N=52)

	人数
65歳以上	47
非該当	(6)
未申請	(33)
要介護2	(3)
無回答	(5)
65歳未満	5
N	52

② 分析対象者の属性

分析対象者(N=39)は、平均年齢77.3±6.6歳、男性6人女性33人であった。住まいは仮設住宅(28人)が最も多かった(表3)。

表3 居住形態(N=39)

	人数
仮設住宅	28
戸建て	7
集合住宅	1
無回答	3

⁷ 熊本地震が発生した平成29年4月時点で、益城町の第1号被保険者数は9,064人(うち要支援・要介護認定者数は1,648人、非認定者は7,416人)、御船町は第1号被保険者数5,667人(うち要支援・要介護認定者数は948人、非認定者4,719人)であった。

③ 運動項目の測定結果

開眼片脚立位時間、Time up and go T (TUG)、握力、ファンクショナルリーチ(FRT)の4つの運動項目について、男女別に平均値と標準偏差を示す(表4)。開眼片脚立位時間とTUGはいずれも下肢筋力とバランス能力を把握するものであるが、TUGのほうが下肢筋力・バランス・歩行能力・易転倒性といった日常生活機能との関連性が高く、高齢者の身体機能評価として広く用いられている⁸。なお、TUGについては“より小さい数値”が“機能の向上”を意味する。

男女別に1回目調査と2回目調査結果の平均値を比較すると、男性は開眼片脚立位時間、TUG、握力の3項目において1回目調査よりも良い結果が示された。女性は、TUGと握力の2項目において1回目調査よりも良い結果が示された。FRTは動的な立位バランスを簡易に測定できる評価法である⁹が、男女ともに2回目調査では1回目調査よりも平均値は低下した。

表4 運動項目ごとの平均値と標準偏差

	男 性		女 性	
	1 回目	2 回目	1 回目	2 回目
開眼片脚立位時間 (秒)				
平均値	49.29	60.38	64.62	54.73
標準偏差	36.19	43.35	41.68	48.11
N	6	6	33	33
TUG(秒)				
平均値	7.62	7.38	7.63	7.45
標準偏差	1.50	1.56	1.81	1.85
N	6	6	30	30
握力(kg)				
平均値	31.18	31.35	21.17	21.20
標準偏差	5.20	4.44	4.41	5.06
N	6	6	33	33
FRT(cm)				
平均値	30.67	28.75	28.82	27.52
標準偏差	5.25	9.14	6.56	5.68
N	6	6	28	28

⁸ 一般社団法人日本運動器科学会 <http://www.jsmr.org/TUG.html>

⁹ 社団法人日本理学療法士協会「理学療法診療ガイドライン第1版(2011)」
http://jspt.japanpt.or.jp/upload/jspt/obj/files/guideline/00_ver_all.pdf

④ 生活機能チェックリスト判定の結果

介護予防必要度の評価にあたっては、生活機能チェックリストを用いた。生活機能チェックリストとは、こころとからだの健康状態や日常の活動に関する 20 項目の設問をもとに判定する。①総合評価は設問 No. 1 から 20 の合計が 10 点以上、②運動機能評価は設問 No. 6 から 10 の合計が 3 点以上、③栄養状態評価は設問 No. 11 に該当かつ BMI が 18.5 未満の者、④口腔機能評価は設問 No. 13 から 15 の合計が 2 以上、いずれかを超える場合は、要支援や要介護状態となるおそれがあり介護予防の必要性が高いとされている。

分析対象者 (N=39) のうち無回答を除く 18 人の結果を示す。評価ごとに基準値以上に該当した人数の変化をみると、①総合評価は 1 人、②運動機能評価は 2 人、基準値以上の者が増えていた (表 6)。④口腔機能評価については両調査比較で基準値以上を示した人数に変化はなかったが、他の評価項目に比べて基準値以上を示した者が最も多かった (表 6)。介護予防必要度の高い者、すなわち①から④のいずれの基準値を超える者は、1 回目調査では 9 人、2 回目調査では 12 人であった (延べ数)。

表 6 評価ごとの基準値範囲内外の人数 (N=18)

	①総合評価		②運動機能		③栄養状態		④口腔機能	
	1 回目	2 回目						
基準値以上(人)	0	1	2	4	0	0	7	7
基準値未満(人)	18	17	16	12	18	18	11	11

表 5 と図 1 は、1 回目と 2 回目の数値を個別比較したときの変化 (向上・維持・低下) を示したものである。有効回答数 (N=18) の 7 割から 8 割強 (13 人から 16 人) の方は、2 回目調査の判定結果が 1 回目調査よりも「向上」又は「維持」していた。

表 5 数値の向上・維持・低下に着目した変化 (N=18)

	①総合評価	②運動機能	③栄養状態	④口腔機能
向上	8	7	2	5
維持	6	6	14	10
低下	4	5	2	3

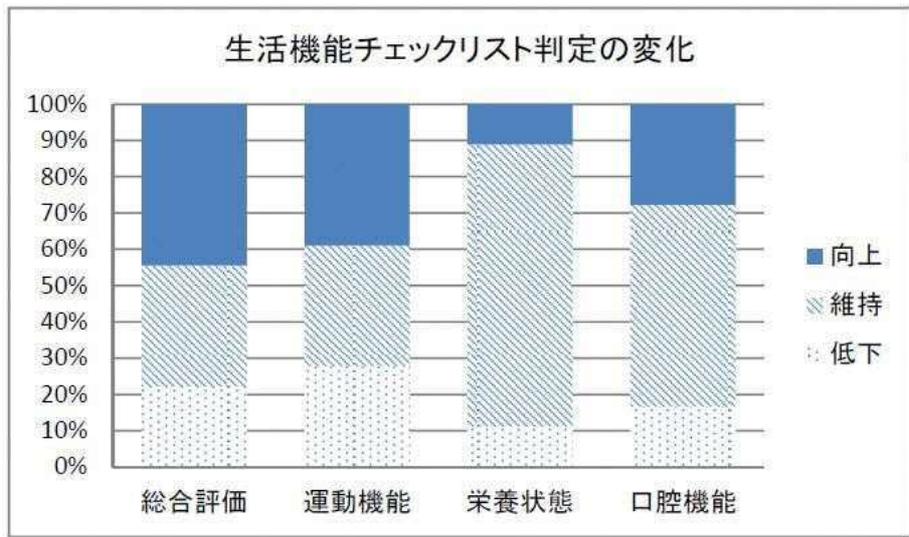


図1 生活機能チェックリストの変化 (1回目調査と2回目調査の比較)

⑤ 簡易栄養状態評価表 (MNA) 判定の結果

栄養状態の評価にあたっては、簡易栄養状態評価表 (MNA) を用いた。設問の合計点が 24~30 ポイントは「栄養状態良好」、17~23.5 ポイントは「低栄養のおそれ」、17P 未満は「低栄養」と判定する。

分析対象者 (N=39) のうち無回答を除く 16 人の結果を示す (表 7, 図 2)。1 回目調査では 16 人のうち 15 人が「栄養状態良好」であった。そのうち 10 人は 2 回目調査でも「良好」を示したが、他 5 人は「低栄養」または「低栄養のおそれ」へと状態が悪化した。

表 7 栄養状態の比較 (N=16)

	1 回目調査 (人)	2 回目調査 (人)
栄養状態良好 (24~30P)	15	10
低栄養のおそれ (17~23.5P)	1	3
低栄養 (17P 未満)	0	3

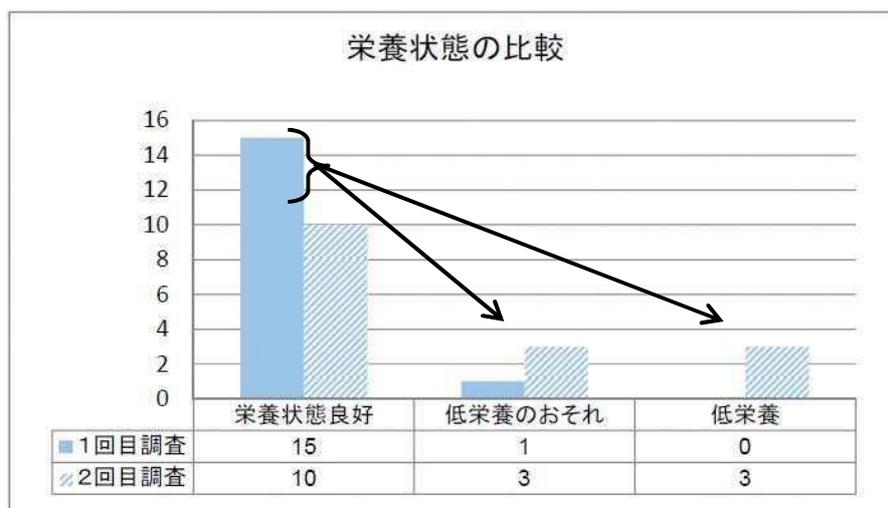


図 2 栄養状態の比較 (N=16)

(6) まとめ

今回の調査の狙いは、熊本地震後の高齢者の運動機能や生活環境の定点調査を実施し、復興リハビリテーションの効果を評価するものであった。実際、熊本地震の発生からおよそ半年後に1回目調査、その3ヶ月後に2回目調査を実施した。

① 調査の結果

調査対象は、熊本県内 5 町村 16 仮設団地で実施された復興リハビリテーションに参加した者である。

1 回目調査では参加者 195 人の調査票を回収した。そのうち「65 歳以上」の方 133 人を分析対象とし、68 人の有効回答が得られた。対象者は、約 8 割が「70～80 歳代 (77%)」の「女性 (79%)」で、その生活は「仮設住宅暮らし (75%)」の「高齢者世帯 (67%)」が大半であった。健康状態については、71%の方が「高血圧や糖尿病などの疾患」既往を抱えながらも、殊、運動器に関しては96%の方が「運動麻痺も転倒もない」ことから、比較的足腰のしっかりした方々であると伺えた。そのためか、全体の7割が「町外」に「週一回以上」外出するほど活動的な生活を送っていた。活動範囲の広さは、「車中心の生活 (51.2%)」という地域性ゆえの現象ともいえる。

活動の「自立度合い」をみると、外出時に「介助が必要」としたのは、およそ2割に留まった。言い換えれば、8割の方がヒトやモノといった何らかの介助を受けることなく活動できるという点で身体的な自立度は高い。他方、身体機能のみならず口腔機能や栄養状態などを含めた「介護必要度」判定を行うと、3割が判定基準を超え、身体機能のみに着目したときよりも1割高い結果になった。さらに、栄養状態については簡易栄養状態評価表を用いたより詳細な評価を行ったところ、約4割が「低栄養」または「そのおそれ」という結果であった。このことから、復興リハビリテーションは、運動面のサポートが中心に実施されてきたところ、今後は栄養面のサポートもプログラムに盛り込むことは課題といえる。

運動機能評価については、5つの項目（開眼片脚立位時間、Time up and go T, 5m 最大歩行時間、握力、ファンクショナルリーチ）が測定された。

2回目調査については、益城町と御船町の復興リハビリテーションに参加した39人の運動機能等調査を分析した（益城町4人、御船町35人）。

分析対象（N=39）は、65歳以上の高齢者でいずれも要支援や要介護認定を受けていない集団であり、平均年齢77.3±6.6歳、男性6人女性33人であった。7割以上（28人）の方が仮設住宅に住んでいた。

調査時期は、平成28年9月から平成29年3月までの約6ヶ月間、この間に2回にわたり運動機能等に関する調査を実施し、1回目調査と2回目調査との間隔は概ね3ヶ月以上の期間を設けた。

運動機能の評価にあたっては、開眼片脚立位時間、Time up and go T (TUG)、握力、ファンクショナルリーチ(FRT)の4つの運動項目の測定を行った。1回目調査と2回目調査結果の平均値を比較すると、男女ともに「TUG」と「握力」の2項目においてより良い数値を示した。「TUG」は下肢筋力・バランス・歩行能力・易転倒性といった日常生活機能との関連性が高く、高齢者の身体機能評価として広く用いられている¹⁰。より数値が小さいほうがより良い結果である。今回の調査では、男性(N=6)は1回目調査の平均7.62±1.50が2回目調査では7.38±1.56、女性(N=33)は1回目の平均7.63±1.81が2回目では7.45±1.85へと全体的にみれば僅かながら数値に変化があった。一方、「TUG」と同様に、下肢筋力やバランスを測る「開眼片脚立位時間」では男性(N=6)の平均値は10ポイント上昇、女性(N=33)の平均値は10ポイント減少という「TUG」とは異なる傾向が示された。

「握力」については、男性(N=6)は1回目調査の平均31.18±5.20が2回目調査では31.35±4.44、女性(N=33)は1回目調査の平均21.17±4.41が2回目調査では21.20±5.06となった。いずれも僅かながら数値が上昇した。

「FRT」は動的な立位バランスを簡易に測定できる評価法であるが、男女ともに2回目の調査では数値が低下した。

介護予防必要度の評価にあたっては、生活機能チェックリストを用いた。生活機能チェックリストとは、こころとからだの健康状態や日常の活動に関する20項目の設問をもとに介護予防必要度を判定するものである。①総合評価は設問No.1から20の合計が10点以上、②運動機能評価は設問No.6から10の合計が3点以上、③栄養状態評価は設問No.11に該当かつBMIが18.5未満の者、④口腔機能評価は設問No.13から15の合計が2以上を超えるかどうかで判定をする。

今回の調査において介護予防必要度が高いと判定された者、すなわち①から④のいずれかの基準値を超えた者は、1回目調査では9人、2回目調査では12人が該当した（延べ数）。一方で、個別的にみると、有効回答数（N=18）の7割から8割強（13人から16人）の方は、2回目調査の判定結果が1回目調査よりも「向上」又は「維持」であった。

栄養状態評価にあたっては、簡易栄養状態評価表(MNA)を用いた。その結果(N=16)、1回目調査では16人のうち15人が「栄養状態良好」であった。そのうち10人は2回

¹⁰ 一般社団法人日本運動器科学会 <http://www.jsmr.org/TUG.html>

目調査でも「良好」を示したが、他5人は「低栄養」または「低栄養のおそれ」へと状態が悪化した。

今回、調査票の回収時期が1回目分は平成29年2月中旬、2回目分は同年3月下旬になったことから、時間的制約により本調査の目的である復興リハビリテーションの効果を見出すまでの十分な分析には至らなかった。今後、運動機能が“向上した群”と“向上しなかった群”との間で、要因（年齢や性別、既往、栄養状態、居住形態、生活範囲や外出頻度等）ごとの傾向を見出すためにさらなる詳細な分析が必要であろう。さらに、復興リハビリテーションへの参加頻度や受けたリハビリテーションの内容等のデータを収集し、参加頻度や介入内容に視点をおいた影響分析も意義がある。

今回の調査結果は、“被災高齢者”の運動機能等に関する貴重な一次データである。熊本地震から1年がたち、仮設住宅から復興住宅への移行期を迎えていることを踏まえると、もし今回の対象者から継続調査の協力が得られるのであれば長期的な追跡調査を行うことも有意義かもしれない。その際には改めて調査設計を吟味する必要がある。

② 調査の限界

調査の進捗および回収が難航したことは、1回目調査の報告の際にも述べた。その背景には、分析対象者が被災者であったことから調査に伴い対象者に過度の負担を与えないよう現場における配慮があったという。これを踏まえると、単年度調査で一定の結果を示すのは限界があり、長期的な計画のもとでの調査のほうが適していると思われる。

調査票の空白が目立ち、有効回答が大幅に減った。復興リハビリテーションに参加した195人のうち6割前後が「無回答」という設問が多数存在した。これが前述した被災者ゆえの調査の困難性が原因によるものだとすると、調査設計の再考も必要である。今後の類似調査のためにも、今回の調査票の難易度や調査の実効性等について現場調査員にヒアリングを行い、事後検証する必要がある。

4 改善すべき課題

(1) 派遣する専門職の確保に関わる課題

- ◎ 専門職については、県内の医療機関や介護老人保健施設、老人福祉施設、医療・介護の関係事業所から活動への御理解と御協力を受け、700名を超える多様な専門職の登録をいただいた。
- ◎ 現状では、登録をいただいた専門職の中での限られた人材の派遣となっている。その理由としては、まず現場の希望する活動曜日や時間帯と登録いただいた専門職が活動できる曜日や時間帯とのミスマッチにより、マッチング調整がうまくいかないことがあげられる。また、多様な職種に登録をいただいているが、現場での活動内容がリハビリテーション職のノウハウが求められる活動が中心となっており、多様な職種の派遣が少ないこともあげられる。
- ◎ このため、ミスマッチの解消に向けては、現場の希望する活動曜日に対応できる専門職の増加を図ることが必要と考えられる。また、現場のニーズの詳細な把握やセンターからの多様な活動内容の提案等を通じ、多様な職種が活動する領域を広げることが重要と考えられる。

(2) 活動内容に関わる課題

- ◎ リハビリテーションの理念からは、運動機能を高めることやレクリエーションの場づくり以外にも口腔ケアの活動や保健活動、栄養に関する助言など多様な活動を通じた総合的な被災者への支援が想定できるところでもある。現場ニーズに基づくことが大前提となるが、ニーズが確認される場合には活動の多様化を検討することが重要と考えられる。
- ◎ また、既に利用者の意欲を高めるための活動内容の工夫を行っているところであり、引き続き意欲を高めるための工夫を行いつつ、それぞれの仮設住宅での活動の情報共有を行い、それぞれの取組みにおける工夫された良い面について活動に反映していくことが重要と考えられる。

(3) 対象者に関わる課題

- ◎ 仮設団地の集会所における介護予防活動について、活動開始当初は参加者が少ない仮設団地も見られたが、住民同士の声掛けで人数を増やすことができた。特に住民同士のコミュニケーションがとれている仮設団体は多くの人数を活動に集めることができおり、住民同士の関係づくりが重要となる。そうした関係づくりを促進するための工夫が引き続き必要である。
- ◎ 参加者の多くは女性であり、男性の参加者が少ない状況であり、男性の参加を促進する工夫が求められる。
- ◎ 参加者が継続して参加できていない実態もあり、実施効果を高めるうえでは継続的な参加を促す取組みが必要である。
- ◎ 仮設団地によって参加者の体力、能力、雰囲気、ニーズに違いがあり、仮設団地それぞれの課題に沿った介入やフォローが必要である。

(4) 評価に関わる課題

- ◎ 復興リハビリテーションの個別評価では、運動器機能評価として、「開眼片脚立位時間」や「Time up and go T」、「5 m最大歩行時間」、「握力」、「ファンクショナルリーチ」を評価を行っている。また、活動範囲に対する聞き取りや既往歴の把握を行っている。さらに生活機能25の基本チェックリストの作成や簡易栄養状態評価等を実施している。
- ◎ この中で、集会所等のスペースの問題から「5 m歩行」の測定が実施できないケースがあった。

(5) 他の活動との調整

- ◎ 近隣の集会所等で、復興リハビリテーション活動の対象者が重なる地域支え合いセンターの活動や市町村による活動が同じ時間帯に行われるケースがある。地域支え合いセンターや市町村等との時間帯の調整や連携による活動を検討する必要がある。
- ◎ 地域支え合いセンターの活動の方向性やニーズを把握し、介入に活かしていくために連携を強化することが重要である。

VI 「新たなコミュニティ」づくりに資する人材育成

VI 「新たなコミュニティ」づくりに資する人材育成

1 今回行った手法と場づくりの基本的な考え方

- ◎ 復興リハビリテーション活動の目的でもあり、効果的な活動を行うための基盤、地域の互助による高齢者の支援基盤ともなる新たなコミュニティづくりを進めるためには、地域の関係者の被災者支援のための新たなコミュニティづくりの必要性に関する理解、コミュニティづくりを担う人材育成を行うことが重要な課題である。
- ◎ そのためには、関係者が集い、災害時におけるコミュニティづくりの知見やノウハウを吸収できる場づくりが重要となる。

2 実施にあたって留意した点

- ◎ 新たなコミュニティづくりを推進するためには、市町村や社会福祉協議会、地域包括支援センターといった公的組織だけではなく、住民のつながりを形成し互助を活かした取組みが重要となる。そのため、互助を活かしたコミュニティづくりの基本的な考え方についての理解を深めることのできる場づくりや、地域における顔の見える関係づくりの構築を意識した場づくりに留意した。
- ◎ また、阪神淡路大震災や東日本大震災で生じた課題等を踏まえ得られた知見やノウハウを取り入れながら効果的なコミュニティづくりを進めるために、両震災においてコミュニティづくりに従事した専門職を講師とする研修を実施することとした。

3 コミュニティづくりに向けた支援のための人材育成策の実施とその評価

(1) アドバイザー制度の具体化

- ◎ 先災県の知見やノウハウ等を取り入れたコミュニティづくりを学ぶため、阪神淡路大震災や東日本大震災の際に、コミュニティづくりに従事された専門職を講師とするアドバイザー制度を具体化した。
- ◎ 講師としては、ノウハウを持つNPO法人 全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）に依頼をした。CLCは、阪神淡路大震災や東日本大震災におけるコミュニティづくりに従事した経験を持つ社会福祉協議会職員等で構成される東北関東大震災・共同支援ネットワークの事務局団体であり、今回の熊本地震においても避難所での被災者支援に従事した熊本地震・共同支援ネットワークを担う団体である。

仮設住宅コミュニティづくりアドバイザー派遣事業について

平成28年6月29日

熊本県認知症対策・地域ケア推進課

- ◎熊本地震で被災された方々の仮設住宅への入居が始まりました。新しいコミュニティでの生活は、入居者にとって戸惑いや様々な問題が生じることも想定されます。
- ◎特に、高齢者の方々が孤立化しないための対応や生活不活発とならないための対応としては、コミュニティづくりの果たす役割が重要なことの一つです。
- ◎そこで、熊本県では、阪神淡路大震災や東日本大震災等での実地支援に取り組まれた経験や知識を持つアドバイザーを派遣します。
- ◎市町村や地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治会・町内会、民生委員など関係者を集めた研修会等でご活用ください。

【派遣先のイメージ】

市町村、地域包括支援センター、自治会・町内会役員、社協・民生委員等コミュニティづくりに携わる方を集めた研修会や会議等への派遣を想定しています。
※多くの関係者が集まる企画を歓迎します。複数市町村等の連携での企画も歓迎します。内容については、柔軟に対応いたしますので、適宜ご相談ください。

【派遣までの流れ】

- ① 仮設住宅建設地域を管轄する市町村（複数市町村での共同実施の場合は代表市町村）が、必要事項を記載した派遣申請書（別紙）を提出。
- ② 県がアドバイザーとの日程調整・研修内容調整等を行い、開催日時・内容を決定し、市町村に通知します。
- ③ 市町村において会場等の確保、関係者への参加案内など必要な準備を実施。
- ④ 研修会の開催

※講師の派遣に関する費用は県が負担します。会場については、各市町村で確保ください。

【アドバイザー候補】

NPO法人全国コミュニティライフサポートセンター（CLC）と調整のうえ、アドバイザーを派遣します。

- ◎NPO法人CLC理事長 池田 昌弘 氏
- ◎宝塚市社会福祉協議会常務理事 佐藤 寿一 氏
- ◎淡路市社会福祉協議会事務局次長 凧 保憲 氏
- ◎望海在宅介護支援センター長 永坂 美晴 氏 ほか

【募集期間】

- ◎第1回募集：6月29日（水）～7月5日（水）
※研修は7月上旬～下旬で実施
- ◎第2回募集：7月25日（月）～8月5日（金）
※研修は8月中旬～下旬で実施

■第1回 菊陽町（主催：菊陽町社会福祉協議会）

- ・日時：平成28年7月21日 13:30～15:30
- ・会場：菊陽町光の森町民センター会議室
- ・講師：兵庫県淡路市社会福祉協議会
事務局次長 風 保憲 氏
- ・参加人数：69名（区長24名、民生委員23名、その他18名、県4名）

名)

■第2回 山都町

- ・日時：平成28年8月12日 18:30～20:30
- ・会場：保健福祉センター 千寿苑多目的ホール
- ・講師：NPO法人全国コミュニティライフサポートセンター
理事長 池田 昌弘 氏
- ・参加人数：77名（行政職員24名、社協職員29名、近隣市町村職員等22名、県2名）

■第3回 大津町

- ・日時：平成28年9月2日 14:45～16:15
- ・会場：大津町人権啓発センター
- ・講師：兵庫県宝塚市社会福祉協議会
常務理事兼事務局長 佐藤 寿一 氏
- ・参加人数：約80名（民生委員、区長）

■第4回 益城町（主催：益城町社会福祉協議会）

- ・日時：平成28年9月29日 14:00～16:00
- ・会場：益城町交流情報センターミナテラス 視聴覚室
- ・講師：兵庫県宝塚市社会福祉協議会
常務理事兼事務局長 佐藤 寿一 氏
- ・参加人数：73名（区長、仮設住宅自治会長、民生委員、地縁団体など）

■第5回 熊本市

- ・日時：平成28年10月24日 14:00～16:00
- ・会場：熊本中央病院管理棟2階 大会議室
- ・講師：兵庫県宝塚市社会福祉協議会
常務理事兼事務局長 佐藤 寿一 氏
- ・参加人数：77名（仮設住宅自治組織10名、地域組織16名、関係機関14名 NPO等14名 市社協8名 行政15名）

淡路市社会福祉協議会

人間は想定外の事態が起こると協力ができる!!

○災害を時系列でとらえる

緊急期 災害発生～3日 生命の確保 食糧・薬の確保	救急期 3日～3ヶ月 安全の確保 避難所	復旧期 2ヶ月～2年 より良い暮らし 仮設住宅	復興期 2年～ 災害前の暮らし 住宅再建 復興公営住宅
---	--------------------------------------	---	--

↑協力度
→時間軸

・協力しようという意識は時間とともに薄れる
・つらい思いをするのはいつも弱い立場の人

ピンチをチャンスに転換する!!

17

淡路市社会福祉協議会

地域の暮らしを守る住民活動とは...

行政協 集住民

指示 指導

住民活動に
気づきを促し、
必要な支援を
寄り添いなが
ら行ないたい

要望 主体性

押し付けられるものでなく、行政任せにするものでもない

私たちの身近な地域の住民(福祉)活動とは...

- 身近な場所で住民同士が自由に集える
- 「参加する人」「手伝う人」「関係機関」が一緒に作る場
- 気軽に参加、出入り自由
- なんでもOK、発想も自由
- 参加しない人も仲間のひとり

参加しない人を誘う方法は??

19

淡路市社会福祉協議会

災害発生!!弱いものが一番つらい

～どんな人に援護が必要か?～

- 高齢者
- 障がい者
視覚障がい者、聴覚障がい者、肢体不自由者、内部疾患(障がい)
知的障がい者、精神障がい者
- アルコール依存・ごみ問題
- 乳幼児
- 妊産婦
- 外国人
- アレルギー疾患患者など

(障がいの種類や程度によって必要な支援が違う)

当事者のイメージを地域で共有することが大事

孤立...社会との接点が
少なくなった状態

社会的孤立を
防ぐ地域活動

私たちの地域にはどのような人が暮らしているのか?
災害発生時、個別の支援が必要だと思われれば?
個別の支援の具体的な内容は?

18

淡路市社会福祉協議会

見守りのエッセンスを加えたサロンづくりのヒント

～サロン・お茶会で参考にしてほしい活動～

◎「漬け物づくり」を通じた見守り活動

- ①漬け物をつくる → 参加者+気になる世帯の数
- ②活動終了時、気になる世帯に届ける

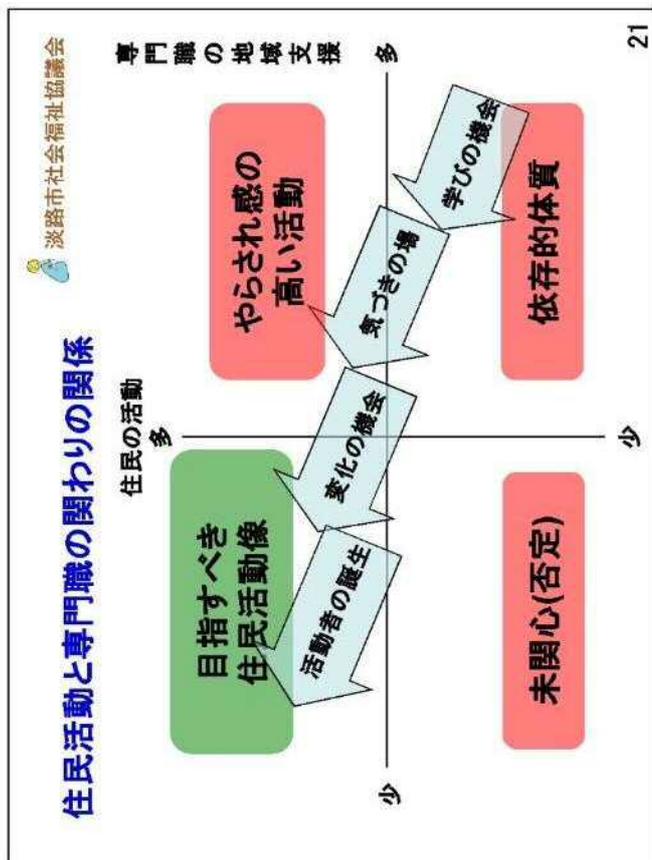
持っていく人、声かけの方法がポイント

- 持っていく人 → できればご近所の方
- 声かけ方法 → 次回の日程を伝える、良かつたら次回誘いに行くことを伝え、時々おじゃましても良いか聞く

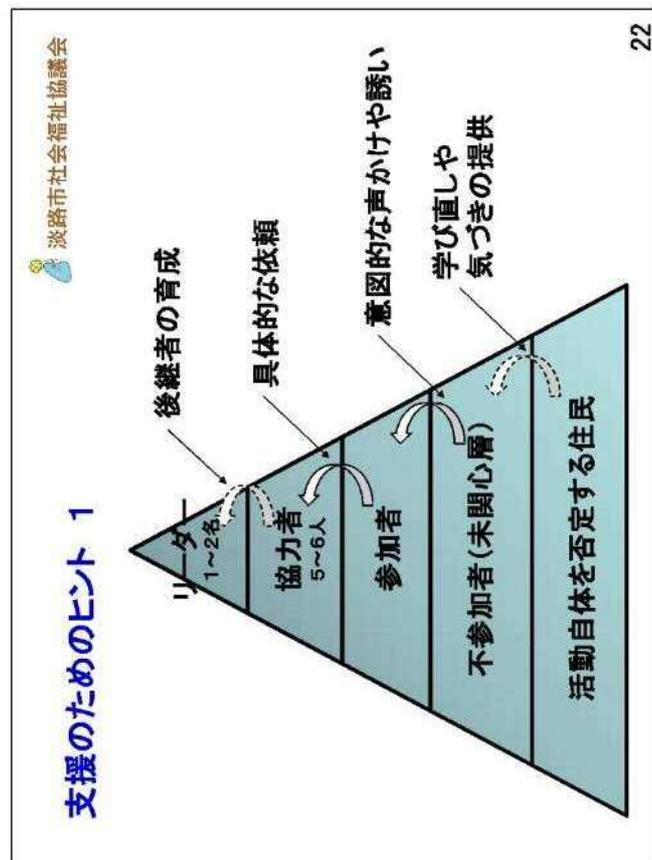


内容を変えて定期的の実施できると
見守り・引きこもり予防に有効
※自治会や関係機関への報・連・相

20



- ### 住民活動と専門職の役割分担
- ◎住民の役割
 - 仲間や関係団体と住み続けたい地域像を話し合う
 - 地域像をもとにふれあい交流活動を生み出し継続する
 - 気になる人や世帯をゆるやかに見守る
 - 対象を固定せず柔軟に活動を広げる
 - ◎専門職の役割
 - 話し合いが円滑に行われるようサポートする
 - 住民の苦手な部分をさりげなくサポートする
 - 気になる人や世帯への必要に応じたサービス調整
 - 住民の活動を支持する
 - ◎お互いの役割
 - 任せきりにしない
- ※福祉サービスが住民による見守り活動を奪うことも・・・
- 淡路市社会福祉協議会
- 23



- ### 制度が追い付いてきた!?今が追い風!!
- ◎震災がきっかけで(熊本県施策)
 - 応急仮設住宅にける高齢者等のサポート拠点事業
 - ⇒仮設住宅における高齢者等の安心した日常生活を支えるための相談支援、地域交流等を行う
 - 地域支えあいセンター事業(仮称)
 - ⇒仮設住宅等における高齢者等の安心した日常生活を支えるため見守り、生活支援、地域交流等の総合的な支援体制の構築
 - ◎国全体の動向として
 - 介護予防・日常生活支援総合事業
 - ⇒2015年の介護保険制度改正に伴う新たな仕組み。サービス切りと理解するより、地域づくりの新たなチャンスと捉えたい
 - 地域包括ケアシステム
 - ⇒地域の主体性に基づき、住・医・介・予・生支を一体的に提供しようとする仕組み
- 淡路市社会福祉協議会
- 24

高齢化率

13.6% (1995年 兵庫県全体 ⇒ 2014年25.6%) 30.3% (1996年3月) 40.5% ⇒ 50.2% (2001年) ⇒ (2014年)



- ① 転居を繰り返すごとに高齢化率が高くなっていった
- ② 転居を繰り返すことで住民同士のつながりを失っていった

20年間の支援活動を振り返って

(1) 復興住宅での生活、活動について

- ・「復興」がキーワードになっていた住民同士の繋がりも時間とともに希薄化
- ・自立困難な入居者の集中による相互扶助機能／住民自治機能の低下
- ・当初、個別支援に焦点があたった結果、地域とのコミュニティ形成の支援に繋がらなかったため、地域から孤立

(2) 支援・施策について

- 「復興支援」というオールマイティの縦割り施策が、一般施策化の障害となる
- 先の見えない短期施策の繰り返し
- 施策、支援者の動き、住民の生活実態のずれ
- 専門職と住民（住宅・周辺）の協働の場がない
- 高齢化、住民自治機能の低下を前提とした支援の枠組みの検討の必要性

阪神・淡路、東日本大震災の 経験から見る生活復興支援のあり方



(1) 避難所閉鎖・仮設住宅移行期

- 情報の収集と提供
 - ・仮設住宅への移転、自力再建、自力確保に向けた情報の提供
- 仮設住宅応募の支援（後押し）
 - ・早く移動しないといけない人ほど避難所に残る
 - ・「残りものに福はない」
- 引っ越し支援のニーズへの対応準備
 - ・ボランティアの確保、安価な引っ越しの情報提供
- 支え合いセンター、生活支援相談員による支援体制づくり
 - ・仮設住宅（周辺地域含む）の受入れ体制の確認
 - ・多様な支援者の協働の場づくり
- 避難所の統合・閉鎖

(2) 仮設住宅入居初期

- 居住者の実態把握
 - ・個々の状況把握、生活課題の確認
 - ・自治組織、つながりづくりに向けた人材把握
 - ・見守り対象の確認と、見守りの仕組みづくり
- 自治活動、ふれあい活動の設立支援
 - ・近隣自治会や民生・児童委員、ボランティアと協働した自治活動、見守り・ふれあい活動の立ち上げ支援
 - ・キーマンの発見とはたらきかけ
 - ・住民がお客さんならない支援
 - ・居場所づくり、見守り活動づくりの支援
- 多様な訪問者（支援者）に対する調整
 - ・支援者間の連携・調整の場づくり
 - ・住民、周辺住民も入れた協議の場づくり

(3)入居完了期

- 新たな環境への適合の支援
 - 地域の社会資源や生活情報の提供
 - 引きこもり予防、つながりづくりのための交流活動の実施支援
- 自治会活動、支えあい活動の支援
 - 場所の提供（支えあいセンター・）
 - 運営費用の支援
 - プログラム支援（居場所づくり・見守り活動）
- 周辺地域との関係調整
 - 受け入れ側へのはたらきかけ
 - 周辺地域も含めた支援の展開
- 住民間の関係調整
 - 生活再建格差
 - 近隣トラブルの対応

仮設住宅(復興期)支援のポイント

(1)仮設であるが、当面の間の生活の場である

- 生活課題解決に向けた対応の検討
 - ハード面、ソフト面の改善
 - 地域課題への対応
- 地域の生活情報の提供
- 次の自立に向けた情報の提供

(2)地域での自立生活を支援する

- 住民どうしのつながりを切らない支援・つくる支援
- 住民をお客さんにしない支援
 - つながりづくりの拠点となる集会施設の運営支援
- 連続性・一貫性のある支援
 - 支援者間の目標の共有

(3)周辺地域との関係づくり

- 地域全体のまちづくり支援
 - 集会設備やサロン等の共用
- 住宅が地域内で孤立しない工夫

今後に向けての提言

(1) 個別支援 見守り・生活支援

- 自立に向けた支援
 - ・被災者としての生活から日常生活への転換
 - ・「してもらう」から「自らの力で立ち上がる」ための支援へ
- 総合的な支援・地域住民と専門職の協働の場づくり
 - ・生活解題への総合的な対応 ⇒ 行政・専門職のヨコ割化
 - ・生活の主体者である住民と専門職の連携

(2) 地域支援 コミュニティづくり

- 住民主体のコミュニティづくりへの支援
 - ・住宅内外の住民どうしのつながりづくりの支援
 - ・自治会設立支援、運営支援
- 自治体全体のエリア施策、まちづくり施策との連動
 - ・地域ぐるみの支援
 - ・将来を見据えた支援

(2) 研修受講者の反応

◎ 研修においては、先災からの教訓として特に強調された点として、個別支援を行いつぎること、地域における対象者の関係性を断ち切ってしまう恐れがあり、支援者と対象者のみの関係性となってしまう恐れがあることがあげられた。個別の支援ではなく、集団支援の重要性や地域住民の関係性を活かした取り組みが重要であることがとりあげられた。

◎ 受講者の反応も、上記のことに共感する意見が多く寄せられた。

参考資料 新たなコミュニティづくりに関する研修の受講者の反応

- ・ 支援の上で気をつけなければならない事(個の支援のしすぎ)が分かり、今後に生かしたいと思った。
- ・ 20年過ぎて見直すところ、反省するところが見えてきた。
- ・ 1対1の関わりではなく、人間関係の質についてとてもよく解かった。心にとめて関わっていきたい。
- ・ 災害後の大変な対応をされた経験を今回熊本ですぐに対策として生かせる事はとても不幸な事の中でとても良い事なのだと思えることが出来た。
- ・ 地域住民、仮設に住んでいる皆さんで、横のつながりをしっかり作り、地域で支援が必要な方の見守りが出来る地域を作る事が大切なのが良く理解出来た。
- ・ 仮設での生活は、将来の地域の姿だという説明が印象に残った。
- ・ 健康長寿のポイントの重要性を教えられました。私は現在68才。まさに良い人間関係の重要性を感じています。
- ・ 近くに仮設住宅ができました。民生委員として良い人間関係を大事にしたいと思えます。
- ・ 日ごろの地域の方たちとのコミュニケーションをしっかりと取ることが必要だと強く感じました。地域でのいろいろな取り組み、災害時の対応など考え話し合っていくべきだと思いました。
- ・ 「個別支援」はつながりの希薄化を招くことができるということは特に考えさせられた。
- ・ 「周りとの良い人間関係」「支えあい」心に刻んでおきたいと思った。
- ・ 人間関係を構築しながら地域コミュニティを強化していきたいと思っています。
- ・ 被災しても上から与えられた事を待っているのではなく、自分達で考え行動する、その地域の人達との交流を積極的にしないと行動を行かせない人になってしまいます。サービスと一口に言っても色々難しい事(問題)がある事が分かり良かった。
- ・ よかったです。孤立化しないよう区長は声をかけること。
- ・ 個別支援の強化ではなく、社会性が衰えない様、自立をうながす支援。地域全体の協力。
- ・ いつも感じているのですが、お世話やってあげるだけでなく、本人の自立、できる人がお互いを助けあい、頑張ってもらいたいと思っています。
- ・ 「個別支援」がつながりの希薄化を招く…というのは、確かにそういう部分がある

Ⅶ 仮設住宅地域のアセスメント実施と初期改修活動 の検証

Ⅶ 仮設住宅地域のアセスメント実施と初期改修活動の検証

1 仮設住宅地域における初期改修活動の概要

- ◎ 平成28年4月14日、16日の震度7の発災を受け、仮設住宅の建設については、平成28年5月から始まり、6月から順次完成をしていった。
- ◎ 仮設住宅については、東日本大震災を踏まえ、様々な改善が実施されているものの、高齢者や障がい者等の個々の状況に応じた個別の改修は重要な課題であった。
- ◎ 県においては、平成28年7月8日に事務連絡が出され、介護保険サービスを利用している者、身体障害者手帳、療育手帳を所持している者を対象に、応急仮設住宅改修の個別改修の要望に対応することとされた。
- ◎ 復興リハセンターにおいては、専門職の知見を活かし、被災者個人の状況に応じた初期改修等を行うにあたり、仮設住宅の確認や対象者の状況確認を行ったうえで、適切な改修方法を盛り込んだ改修案の作成を行った。
なお、復興リハビリテーションセンター設立以前の初期改修支援については、JRA T活動として行っている。

参考資料 仮設住宅の留意点



参考資料 仮設住宅改修内容（熊本県すまい対策室、H28.7.8付より抜粋）

改修内容	理由
手すり取付け	住宅の利用に著しい支障が生ずるもの
部屋内部の手すり付け替え	既存の設置位置では機能を有さないもの
玄関引戸の取手取付け	扉の開閉に著しい支障が生ずるもの
物干し金具位置調整	身体的理由で既存の取付位置では、洗濯物を干すことが困難なもの（位置が気に入らない等、身体的理由によらないものは不可）

※上記以外の改修要望については、個別に相談してください。

※建物構造や団地内の状況により、要望に応じた改修ができないこともございます。

町応急仮設住宅初期改修評価用紙

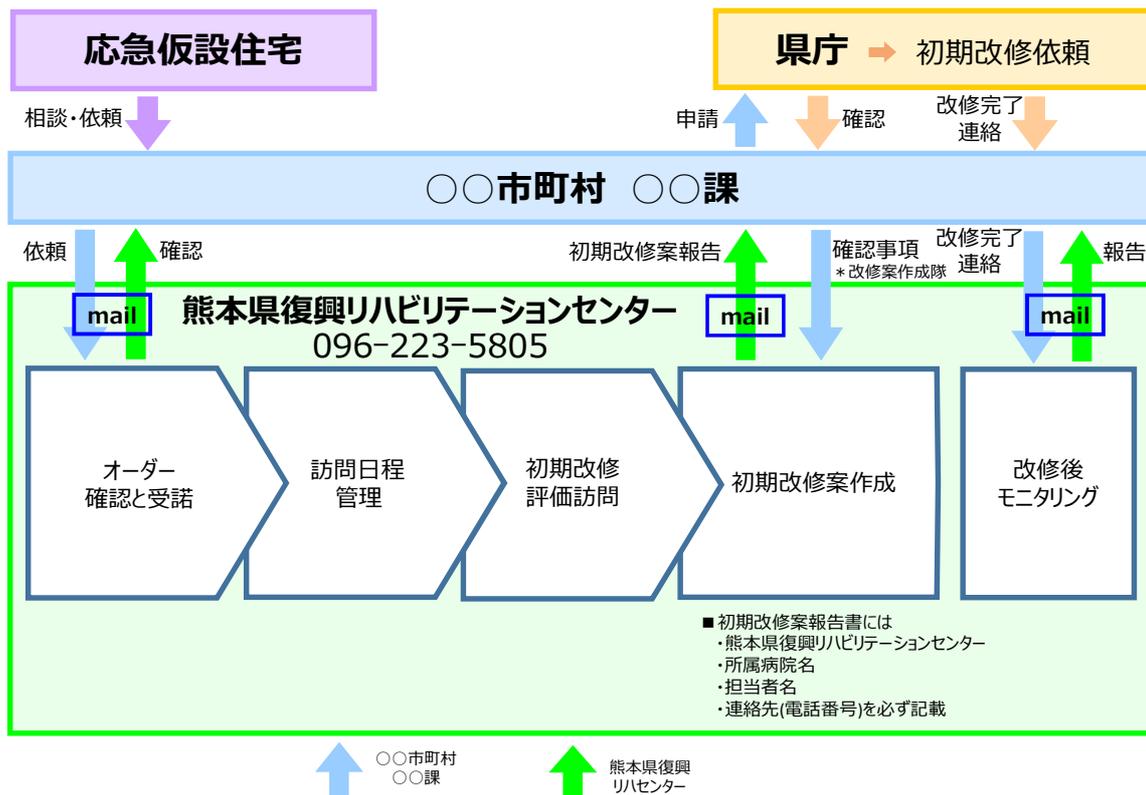
評価日	月 日 ()	JRAT熊本
住所	団地 (-)	
氏名	様 (歳)	
携帯番号		
介護保険	あり ・ なし ・ 申請中 ・ 不明	
介護支援専門員		
改修場所		
改修理由		
改修案		

2 実施スキーム

(1) 仮設住宅初期改修支援のスキーム

- ◎ 仮設住宅の初期改修の支援については、まず仮設住宅で暮らす被災者からの相談・依頼を受けた市町村から復興リハセンターに専門職派遣の依頼を行っていただき支援を開始した。その手続きを明確化するため、復興リハビリテーションセンターと熊本県認知症対策・地域ケア推進課が連名で、平成 28 年 8 月 29 日付で「リハビリテーション専門職による応急仮設住宅初期改修に係る専門的助言及び評価の申込みについて」を通知した（参考資料を参照）。市町村が評価申込書を復興リハビリテーションセンターに提出することにより、初期改修支援のための専門職派遣を行った。
- ◎ 市町村は依頼者と日程調整を行い、復興リハビリテーションセンターから派遣された専門職が仮設住宅及び依頼者の状況確認を行った。その後、初期改修を評価するための訪問を実施し、初期改修案を作成、市町村に報告を行った。市町村は、初期改修案をもとに県に申請を行った。
- ◎ 改修実施後、復興リハビリテーションセンターから派遣された専門職がモニタリングを行い、市町村に報告した。以上が初期改修の枠組みである。

参考資料 仮設住宅初期改修の支援スキーム



復り第 1号
認地第344号
平成28年8月29日

各関係市町村長 様

熊本県復興リハビリテーションセンター会長
熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課長

リハビリテーション専門職による応急仮設住宅初期改修に係る専門的助言
及び評価の申込みについて（通知）

このたびの平成28年熊本地震により、熊本県内各地域において甚大な被害が発生し、日々災害対応に従事されていることと存じます。

さて、応急仮設住宅初期改修につきましては、JRAT や地域リハビリテーション広域支援センターに所属するリハビリテーション専門職による助言及び評価を行ってきたところです。

このたび、熊本地震発生に伴う高齢者等の生活不活発病予防及び介護予防に取り組むため、熊本地域リハビリテーション支援協議会内（事務所：熊本県医師会）に「熊本県復興リハビリテーションセンター」を設置しました。

つきましては、リハビリテーション専門職による応急仮設住宅初期改修に関する助言及び評価を希望される場合は、市町村において依頼者と日程調整を行ったうえで、別紙申込書により「熊本県復興リハビリテーションセンター」にお申込みいただきますようお願いいたします。

記

1 申込み方法

別紙申込書に御記入のうえ熊本県復興リハビリテーションセンター（事務所：熊本県医師会）にメール（kawakami-office@kumamoto.med.or.jp）にて提出してください。

2 送付書類

- (1) 別紙申込書（「応急仮設住宅初期改修に関する評価申込書」）
- (2) 初期改修フローチャート
- (3) 参考様式（「応急仮設住宅に入居されている方へ」）

※参考様式につきましては、応急仮設住宅入居者に周知する際に御活用ください

3 備考

お申込みいただく際は、市町村において依頼者と日程調整を行ったうえで復興リハビリテーションセンターに依頼していただきますよう御協力をお願いします。

【問い合わせ先】

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課
担当：黒田、松尾
電話：096-333-2211

熊本県復興リハビリテーションセンター（熊本県医師会）
担当：川上、渡辺
電話：096-354-3838
メール：kawakami-office@kumamoto.med.or.jp

復興第 1号
認地第344号
平成28年8月29日

地域リハビリテーション
広域支援センター長 様

熊本県復興リハビリテーションセンター会長
熊本県健康福祉部長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課長

リハビリテーション専門職による応急仮設住宅初期改修に係る専門的助言
及び評価に関する協力について（依頼）

このたびの平成28年熊本地震により、熊本県内各地域において甚大な被害が発生し、被災地域におかれましては災害対応に従事されていることと存じます。

さて、応急仮設住宅初期改修につきましては、JRAT や地域リハビリテーション広域支援センター（以下、「広域リハセンター」）に所属するリハビリテーション専門職による助言及び評価を実施いただいておりますが、被災地域の広域リハセンター等に依頼が集中していることが課題となっております。

このたび、熊本地震発生に伴う高齢者等の生活不活発病予防及び介護予防に取り組むため、熊本地域リハビリテーション支援協議会内（事務所：熊本県医師会）に「熊本県復興リハビリテーションセンター（以下、「復興リハセンター」）を設置しました。

つきましては、関係市町村に対して、応急仮設住宅初期改修に関する助言及び評価を希望される場合は、別添写しのとおり復興リハセンターにお申込みいただくよう通知しましたので御連絡いたします。

なお、応急仮設住宅の改修に係る専門的助言及び評価を行うにあたり、復興リハセンターにおいて市町村の要望を取りまとめたうえで、被災地域及び被災地域以外の広域リハセンターに派遣要請を行いますので、御協力よろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課
担当：黒田、松尾

電話：096-333-2211

メール：kuroda-m@pref.kumamoto.lg.jp

熊本県復興リハビリテーションセンター（熊本県医師会）

担当：川上、渡辺

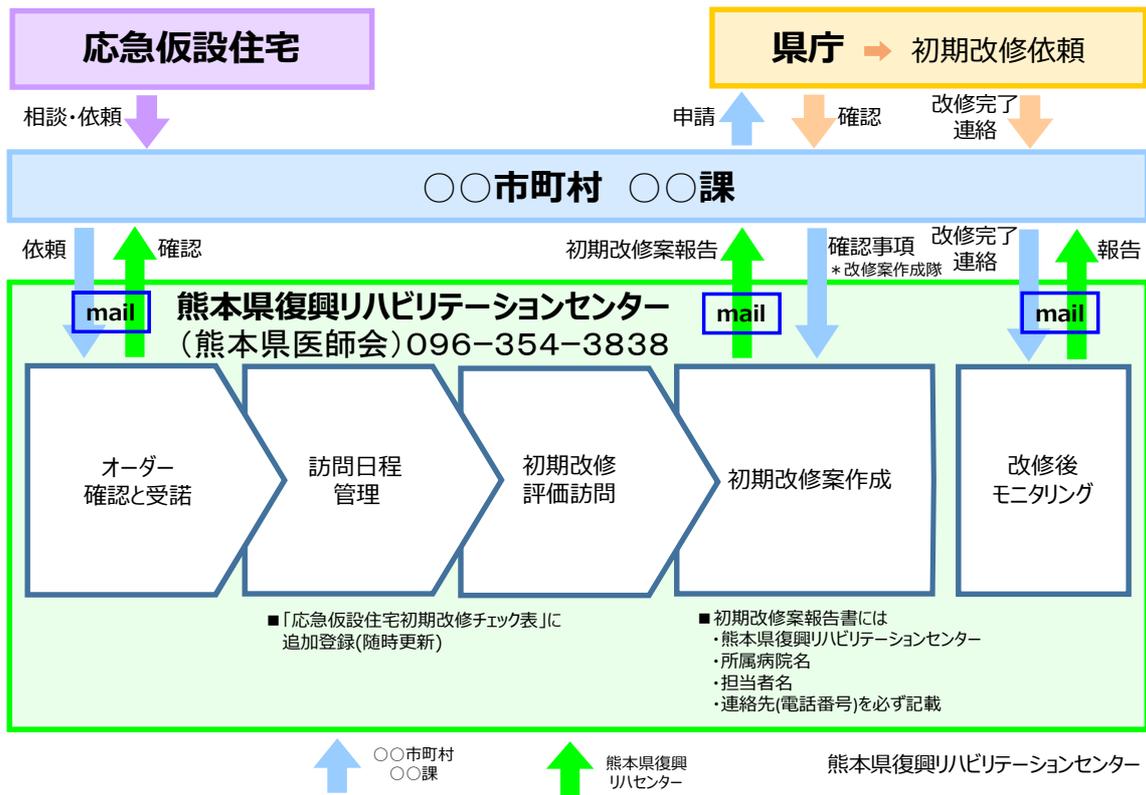
電話：096-354-3838

メール：kawakami-office@kumamoto.med.or.jp

応急仮設住宅初期改修に関する評価申込書

受付日	平成28年	月	日	曜日
お申し込み者 氏名				
ご連絡先 (携帯番号)				
対象者氏名	() 歳			
市町村				
団地名 (番地)	団地 -			
介護保険	要介護()			
身体障害者手帳				
療育手帳				
希望改修箇所	①			
	②			
	③			
	④			
	⑤			
希望初期改修評価日	平成28年	月	日	曜日
	時間	午前・午後	時	分 頃

熊本県復興リハビリテーションセンター初期改修フローチャート



応急仮設住宅に入居されている方へ

要介護認定を受けられている方、身障手帳、療育手帳等をお持ちの方で、応急仮設住宅（仮設住宅）に入居されるにあたって玄関、居室、浴室、トイレなどでの動作に不安がある入居者の方はお相談ください。

例）玄関の段差の上り下りに不安がある

トイレの段差で転びそう など

お問合せ：〇〇市町村〇〇課

☎096-〇〇〇-〇〇〇〇

お問合せ内容への対応に関しましては、熊本県復興リハビリテーションセンターに協力を依頼しています。相談内容について、復興リハセンターより改めて連絡が入りますので、あらかじめご了承ください。

熊本県復興リハビリテーションセンターとは、熊本県内のリハビリテーション関連団体により構成されており、応急仮設住宅において生活不活発病等を予防することを目的とする団体です。

〇〇市町村における仮設住宅の入居に合わせ、仮設住宅への初期改修や入居者の動作指導等についてご相談を受け付けます。

(2) 仮設住宅初期改修案の作成

- ◎ 仮設住宅の状況確認及び支援対象者の状況確認ののち、初期改修案作成のための評価を行い、初期改修案を作成することになる。初期改修案の様式は、参考資料のとおりである。

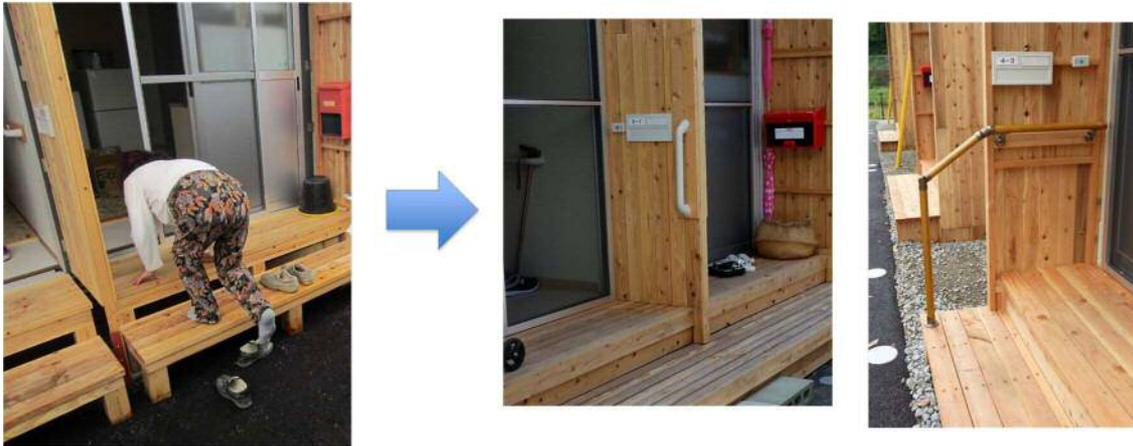
参考資料 初期改修案作成様式

評価日	月 日 ()	熊本復興リハビリテーションセンター 担当施設： 担当者名： 連絡先：
住所	団地 (-)	
氏名	様 (歳)	
連絡先		
介護保険	要介護 () ・ 要支援 () ・ なし ・ 申請中	
各種手帳	身体障害者手帳 (級) ・ 療育手帳 ・ その他	
改修場所		
改修理由		
改修案		

参考資料 初期改修案作成例

改修場所	①玄関：アプローチ段割、立ち上げ手すり ②和室-トイレ間の壁：横手すり
改修理由	①右麻痺あり高い段差を越えることは困難。認知症もあり転倒歴も多数。転倒予防のために玄関の段割や手すり等の設置が必要である。 ②トイレまでの動線で距離があり、一本杖歩行のみでは転倒の危険性が高い。
改修案	<p>①玄関アプローチの段割 (高さ11cm、幅28cm追加) 立ち上げ手すり設置 (75cm) (玄関縦手すり撤去)</p>  <p>②和室とトイレまでの壁に横手すり (床から70cm、長さ60cm)</p> 

参考資料 初期改修例（玄関への手すりの設置）



入居時点では、玄関には手すりがついていない状況

参考資料 仮設住宅の初期改修施工例





3 活動の実績

(1) 初期改修支援の対象

- ①対象地域 仮設住宅が整備された 16 市町村 110 仮設団地（表 1）
熊本市、宇土市、宇城市、美里町、大津町、菊陽町、阿蘇市、産山村、南阿蘇村、西原村、御船町、嘉島町、益城町、甲佐町、山都町、氷川町
- ②支援対象住宅
全仮設住宅（4,303 戸）のうち、介護保険サービスを利用している者（要支援 1～要介護 5）および身体障害者手帳、療育手帳を所持している者（以下、「高齢者等」という）が利用する仮設住宅

表 1 仮設住宅一覧

市町村	団地名	整備戸数	市町村	団地名	整備戸数	市町村	団地名	整備戸数	
熊本市	塚原仮設住宅	96戸	産山村	上山鹿団地	5戸	嘉島町	嘉島近隣公園仮設団地	39戸	
	さんさん2丁目仮設住宅	16戸		上止り山団地	4戸		嘉島町児童公園仮設団地	23戸	
	秋津中央公園仮設住宅	54戸	計	9戸	金畑公園仮設団地		26戸		
	平原仮設住宅	27戸	南阿蘇村	南阿蘇村長福運動公園仮設団地	56戸		宮ノ前公園仮設団地	15戸	
	藤山仮設住宅	150戸		岩坂仮設団地	43戸		下仲間公園仮設団地	21戸	
	南田尻仮設住宅	28戸		南出口仮設団地	57戸		北甘木公園仮設団地	16戸	
	舞原仮設住宅	87戸		南阿蘇村岸野仮設団地	7戸		上川原公園仮設団地	14戸	
	東町仮設住宅	38戸		南阿蘇村加勢ノ上仮設団地	65戸		同尻公園仮設団地	8戸	
	藤山第2仮設住宅	45戸		南阿蘇村下野山田仮設団地	68戸		西原公園仮設団地	14戸	
計	541戸	南阿蘇村陽ノ丘仮設団地		92戸	上仲間仮設団地		20戸		
宇土市	高柳仮設団地	42戸	室第二仮設団地	13戸	かいね公園仮設団地		12戸		
	境目仮設団地	24戸	計	401戸	計	208戸			
	新松原仮設団地	18戸	西原村	小森第1仮設団地	50戸	津森仮設団地	73戸		
	浦田仮設団地	33戸		小森第2仮設団地	82戸	赤井仮設団地	35戸		
	境目第3仮設団地	12戸		小森第3仮設団地	87戸	広崎仮設団地	53戸		
	境目第2仮設団地	14戸		小森第4仮設団地	83戸	テクノ仮設団地	516戸		
計	143戸	小森第5仮設団地		10戸	安永仮設団地	70戸			
宇城市	当尾仮設団地	74戸	計	312戸	飯野小仮設団地	48戸			
	小川仮設団地	39戸	御船町	旧七滝中仮設団地	24戸	小池島田仮設団地	82戸		
	豊野仮設団地	20戸		木倉仮設団地	15戸	木山仮設団地	220戸		
	御領仮設団地	10戸		高木仮設団地	22戸	馬水仮設団地	77戸		
	井尻仮設団地	20戸		七滝仮設団地	14戸	馬水東道仮設団地	56戸		
	曲野長谷川仮設団地	13戸		田代東部仮設団地	13戸	平田仮設団地	48戸		
計	176戸	小坂仮設団地		24戸	櫛島仮設団地	41戸			
美里町	中央庁舎仮設団地	19戸		玉虫仮設団地	16戸	馬水西原仮設団地	54戸		
	砥用庁舎仮設団地	7戸		ふれあい広場仮設団地	22戸	安永東仮設団地	43戸		
	くすのき平仮設団地	15戸		南木倉仮設団地	55戸	惣領仮設団地	63戸		
大津町	計	41戸		今城仮設団地	33戸	東無田仮設団地	13戸		
	室仮設団地	33戸		陣仮設団地	12戸	木山上辻仮設団地	64戸		
	南出口仮設団地	21戸	滝川仮設団地	21戸	福富仮設団地	6戸			
	町堂グラウンド横仮設団地	8戸	甘木仮設団地	8戸	計	1,562戸			
	立石仮設団地	8戸	西木倉仮設団地	12戸	白旗仮設団地	90戸			
	室東仮設団地	14戸	ふれあい広場第2仮設仮設団地	20戸	乙女仮設団地	48戸			
引水仮設団地	7戸	高木第2仮設団地	8戸	乙女第二仮設団地	26戸				
菊陽町	計	91戸	下高野仮設団地	11戸	白旗第二仮設団地	19戸			
	光の森仮設団地	20戸	東小坂仮設団地	10戸	乙女第三仮設団地	31戸			
阿蘇市	計	20戸	下高野第2仮設団地	22戸	白旗第三仮設団地	14戸			
	内牧団地	19戸	落合仮設団地	42戸	計	228戸			
	三久保団地	26戸	西往環仮設団地	21戸	山都町原団地	6戸			
	黒川団地	26戸	計	425戸	計	6戸			
北塚団地	計	30戸	山都町	野津仮設団地	14戸	水川町	野津仮設団地	14戸	
	計	101戸		鹿島仮設団地	14戸		鹿島仮設団地	14戸	
		計		101戸	島地仮設団地		11戸	島地仮設団地	11戸
		計		101戸	計		39戸	計	39戸
16市町村	26団地	4,303戸							

(2) 改修対応実績

- ◎ 改修対応件数としては、室内への手摺設置が最も多くなっており、次いで浴室への手摺設置となっているなど手摺設置に関する活動が大半を占めている。仮設住宅を建設した平成 28 年 12 月時点で、16 市町村のうち 13 市町村から初期改修支援の要望がなされている。初期改修を内容別にみると、手摺の設置が全体の 88%を占めていた（図 1）。

参考資料 初期改修支援活動実績

	手摺 (室内)	手摺 (浴室)	手摺 (立上)	スロープ	段差 増設	その他	合計
プレハブ	452	111	51	21	24	34	693
木造	42	22	15	0	0	14	93
合計	494	133	66	21	24	48	786

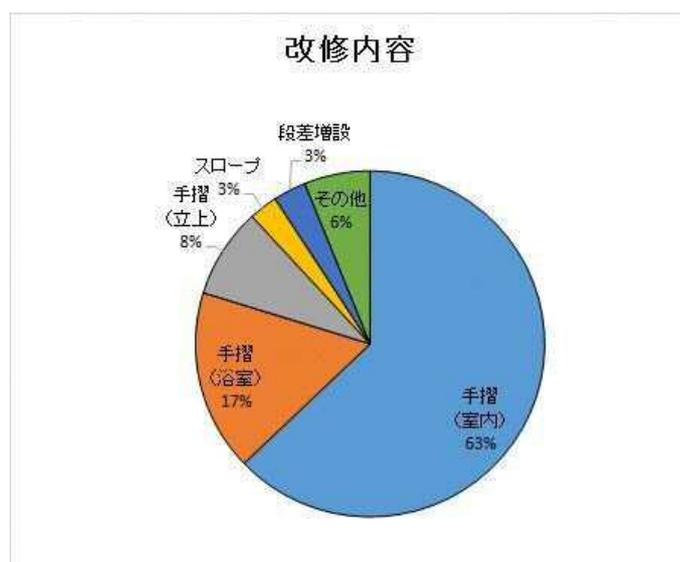


図 1 改修内容

4 初期改修の傾向分析

※集計・分析は日本医師会総合政策研究機構が実施。

(1) 目的

熊本県は、熊本地震の被災者のために県内 16 市町村に 110 仮設団地（4,303 戸）を設置するとともに、特に高齢者等が居住する仮設住宅については生活環境の改善のために初期改修を実施した。

仮設住宅の初期改修アセスメントに資するべく、熊本県医師会よりご提供いただいた益城町の仮設住宅 62 戸の改修実績をもとに、入居者と改修内容の傾向を明らかにすることが目的である。

※県内 16 市町村は、熊本市、宇土市、宇城市、美里町、大津町、菊陽町、阿蘇市、産山村、南阿蘇村、西原村、御船町、嘉島町、益城町、甲佐町、山都町、氷川町

※初期改修の対象は、介護保険サービスを利用している者（要支援 1～要介護 5）および身体障害者手帳、療育手帳を所持している者

(2) 方法

① 対象

益城町の仮設住宅 16 団地 62 戸（表 1）

表 1 益城町内の仮設住宅と分析対象の仮設住宅の戸数

益城町内の仮設住宅 すべて		今回の分析対象 の仮設住宅
団地名	戸数	戸数
津森	73	3
赤井	35	0
広崎	53	2
テクノ	516	15
安永	70	2
飯野小	48	3
小池島田	82	3
木山	220	8
馬水	77	4
馬水東道	56	4
平田	48	4
櫛島	41	4
馬水西原	54	2
安永東	43	2
惣領	63	3
東無田	13	0
木山上辻	64	2
福富	6	1
合計	1,562	62

② 方法

平成28年9月から12月までに改修が実施された益城町の仮設住宅62戸の改修実績から、a主たる入居者362人の傾向（年齢、性別、要介護認定や身体障害認定の有無）及びb改修場所及び改修内容の抽出・集計を行った。

(3) 結果

① 主たる入居者の傾向

主たる入居者(N=62)は、平均年齢80.2歳±8.92、男性24人女性38人であった。また、「要介護認定を受けている者(認定者)」は42人(67.7%)、「受けていない者(非認定者)」は20人(32.3%)であった。認定者(N=42)を介護度別にみると、要介護4及び要介護5といった全面的な介護を必要とするほど重度の方ではなく、要介護1(10人)と要介護2(14人)が認定者の57.1%を占めた。他方、非認定者20人(32.3%)については、その半数が要介護認定以外の公的支援(身体障害手帳や療育手帳)を受けていた。

要介護認定や身体障害、療育支援いずれの公的支援も受けていない者は10人で、そのうち4人は要介護認定の申請中であった。

表2 主たる入居者の要介護認定等の認定状況

要介護認定	人数	割合(%)
あり	42	67.7
要支援1	6	
要支援2	8	
要介護1	10	
要介護2	14	
要介護3	4	
要介護4	0	
要介護5	0	
なし	20	32.3
身体障害手帳あり	9	
療育手帳あり	1	
いずれもなし(※)	10	

※要介護認定申請中を含む

② 改修内容の傾向

ここでは、要介護度によって改修内容が異なるかどうかに着目するため、入居者(N=62)のうち要介護認定者(N=42)の改修実績に焦点をあてた(表3)。改修は、トイレ、浴室、玄関、動線、部屋の入口など様々な場所で行われた。これら場所を問わず共通していたのは、「手摺(設置及び付替)」に係る改修が最も多かったことである。

中でも「玄関」における「手摺」の改修は、入居者(N=42)の約6割が行っていた。「玄関」については、「手摺」以外にも「段差解消(7人)」や「スロープ(2人)」の改修を行っている者がいたことは他の場所とは異なる点であった。介護度別にみると、改修内容の傾向には一様ではなかった。ただ、要介護2を除くすべてにおいて、「玄関」の「手摺」改修が最大値を示した。要介護2の最多の改修実績は「浴室」の「手

摺」設置であったが、「玄関」との差は僅か 1 人であるため、最多改修ニーズについては介護度を問わず傾向はほぼ同じであった。

表3 要介護度別にみた改修実績(単位:人)

	トイレ		浴室		玄関				動線		部屋の入口		その他
	手摺 (設置)	手摺 (付替)	手摺 (設置)	手摺 (付替)	手摺 (設置)	手摺 (付替)	段差解消	スロープ	手摺 (設置)	手摺 (付替)	手摺 (設置)	手摺 (付替)	
要支援1 (n=6)	3	0	2	0	4	1	1	0	0	0	1	0	3
要支援2 (n=8)	0	0	2	1	2	0	2	0	1	0	1	0	1
要介護1 (n=10)	6	0	6	0	7	2	2	0	3	0	3	0	2
要介護2 (n=14)	6	0	7	0	6	0	2	1	0	0	3	0	9
要介護3 (n=4)	1	1	1	0	2	1	0	1	2	0	0	0	1
合計 (n=42)	16	1	18	1	21	4	7	2	6	0	8	0	16

(4) まとめ

本稿は、仮設住宅の初期改修の実施傾向を把握するため、平成28年9月から12月までに改修が実施された益城町の仮設住宅16団地62戸を対象に、(1)主たる入居者162人の傾向(年齢、性別、要介護認定や身体障害認定の有無)及び(2)改修内容の傾向について分析を行った。

(1)主たる入居者(N=62)は、平均年齢80.2歳±8.92、男性24人女性38人であった。要介護認定の認定状況については、認定者42人、非認定者20人であった。さらに、非認定者(N=20)の半数は身体障害手帳又は療育手帳を有していたことから、入居者62人のうち52人(83.9%)は何らかの公的支援を受けていた。

これに対し、要介護認定や身体障害、療育支援いずれの公的支援も受けていない者は10人(入居者の16.1%)で、そのうち4人は要介護認定の申請中であった。これを踏まえると、仮設住宅の初期改修の対象は、①公的支援認定者、②震災後に介護状態となり申請段階の者、③公的支援を受けるほどの介護状態ではないが改修により生活環境の改善が見込める者(未申請者)の3つに分類できることがわかった。今回の実績に照らすと、入居者全体(N=62)に対して、①は83.9%、②は6.5%、③は9.7%存在していた。初期改修の対象としては、①の層が注目されがちであり、実際そのニーズは最も高かった。しかしながら、災害時には被災による心身機能の低下や周囲の介護環境の変化などが起こりやすい。今回の初期改修において①の層が対象とされていながらも②と③の層に対しても一定のアセスメントの下で改修が実施されたことには、そのような背景があったのではないと思われる。災害時の仮設住宅の初期改修は、公的支援認定者のみならず、それ以外の高齢者世帯にも潜在的な改修ニーズがあるものとして一定の配慮が必要であることが示唆されたといえる。

(2)改修内容については、要介護度によって異なるかどうかに着目するため入居者(N=62)のうち要介護認定者(N=42)の改修実績に焦点をあてた。改修は、トイレ、浴室、玄関、動線、部屋の入口など様々な場所で行われた。これら場所を問わず共通していたのは、「手摺(設置及び付替)」に係る改修が最も多かったことである。中でも「玄関」における「手摺」の改修は、入居者(N=42)の約6割が行っていた。「玄関」については、「手摺」以外にも「段差解消(7人)」や「スロープ(2人)」の改修を行っている者がいたことは他の場所とは異なる点であった。「玄関」は外出する際に必ず通る場所である。被災による生活環境の変化から外出が減り生活不活発病となり、それが介護状態を招くリスクを考慮すると「玄関」の改修は生活不活発病の予防にも繋がる特に重要な改修ポイントであったと思われる。

介護度別にみると、要介護2を除くすべてにおいて「玄関」の「手摺」改修が最も多かった。要介護2の最多の改修実績は「浴室」の「手摺」設置であったが、「玄関」との差は僅か1人であるため、最多改修ニーズについては介護度を問わず傾向はほぼ同じであった。

VIII 総括

VIII 総括

1 被災地における高齢者に関連する地域や政策の動向

(1) 地域の動向

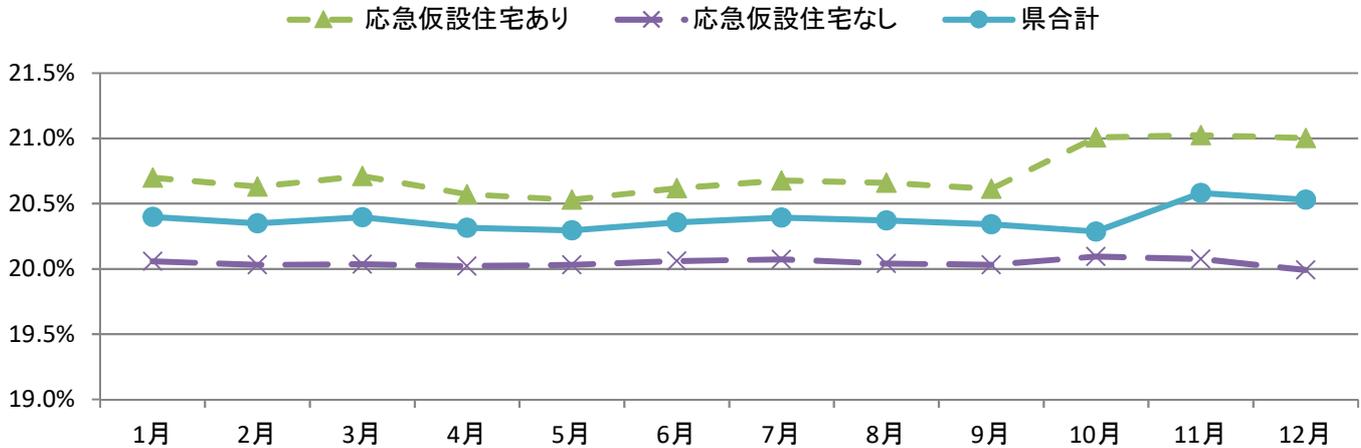
- ◎ 熊本地震発生から 11 ヶ月以上が経過している。当初から心配された要介護認定率については、益城町や西原村などで若干の上昇傾向がみられるが、全体的には顕在化していない。しかしながら、今後も予断なく上昇のリスクがないか注視していく必要がある。なお、介護サービスについても、震災直後一時的な影響はあったものの、現時点ではサービス給付水準は回復している。
- ◎ 仮設住宅の建設は 11 月に全ての市町村で終了している。仮設住宅団地はそれ以外のエリアと比較すると高齢者の割合が高いエリアとなっており、支援ニーズが高い状況が続くと見込まれる。
- ◎ 現在、復興公営住宅の建設に関する議論が進んでいる。避難所から仮設住宅期への移行時と同様に、仮設住宅から復興公営住宅の移行により新たな環境での暮らしとなる高齢者の孤立化、復興公営住宅の生活環境調整などが課題とならないか注視しておく必要がある。

(2) 復興リハビリテーションに関連する政策の動向

- ◎ 復興リハビリテーション活動の根拠の一つである地域リハビリテーションについては、介護保険制度の「介護予防・日常生活支援総合事業」の一般介護予防事業として、地域における住民運営の通いの場づくりや地域ケア会議等において専門職が関与することにより、高齢者の自立支援策の充実を図るうえで、大変重要なものである。
- ◎ 熊本県では、専門職の力を活かすとともに、元気な高齢者の社会参加を促し、介護予防や地域ケア会議を通じた自立支援型のケアプラン作成を通じて高齢者の幸福量を高め、結果として要介護認定率の低下を目指す「熊本型自立支援ケアマネジメント」の展開をはじめている。
- ◎ 市町村では、平成 29 年 4 月からの総合事業移行に向けて準備を進めるとともに、住民運営の通いの場づくり等の介護予防活動の充実や生活支援サービスの充実、医療と介護の連携、地域ケア会議の充実等に取り組んでいる。
- ◎ 復興リハビリテーション活動については、仮設住宅等におけるコミュニティの形成及び高齢者の介護予防、生活不活発発病の防止を目指すものである。通常の事業とは異なり、発災により寸断されたコミュニティを仮設住宅エリアで再構築することも念頭に、震災がきっかけで活動意欲が低下し生活不活発とならないよう行うリハビリテーション活動である。しかしながら、その出口戦略としては、限られた時間で行う活動であることを十分に踏まえ、国や県、市町村が進める施策・事業につなぐことを意識したものでなければならない。

1. 要介護認定率の推移

H28.1~H28.12



応急仮設住宅設置市町村:熊本市、宇土市、宇城市、阿蘇市、美里町、大津町、菊陽町、産山村、西原村、南阿蘇村、御船町、嘉島町、益城町、甲佐町、山都町、氷川町(16市町村)

保険者名	H28.12月末時点					
	第1号被保険者数		認定者数		認定率	
	(人)	(対H28.3月比)	(人)	(対H28.3月比)	(%)	(対H28.3月比)
熊本市	180,920	2,413	39,629	1,220	21.9	0.4
宇土市	10,489	85	2,035	21	19.4	0.0
宇城市	18,818	149	3,364	▲ 111	17.9	▲ 0.7
阿蘇市	9,598	87	2,088	7	21.8	▲ 0.1
美里町	4,346	12	881	▲ 10	20.3	▲ 0.3
大津町	7,080	127	1,292	38	18.2	0.2
菊陽町	7,879	229	1,243	44	15.8	0.1
産山村	612	▲ 7	132	0	21.6	0.2
西原村	1,924	▲ 4	331	20	17.2	1.1
南阿蘇村	4,103	1	823	30	20.1	0.7
御船町	5,658	▲ 11	979	19	17.3	0.4
嘉島町	2,406	40	497	30	20.7	0.9
益城町	9,003	▲ 52	1,815	174	20.2	2.1
甲佐町	3,993	14	869	▲ 25	21.8	▲ 0.7
山都町	6,934	▲ 7	1,606	▲ 12	23.2	▲ 0.1
氷川町	4,273	58	810	13	19.0	0.0
仮設あり	278,036	3,134	58,394	1,458	21.0	0.3
仮設なし	244,008	1,882	48,781	266	20.0	▲ 0.0
県合計	522,044	5,016	107,175	1,724	20.5	0.1

保険者名	減免対象者数			
	保険料		利用料	
	(人)	被保険者に占める割合 (%)	(人)	認定者数に占める割合 (%)
熊本市	26,733	14.8	6,375	16.1
宇土市	1,342	12.8	227	11.2
宇城市	2,621	13.9	431	12.8
阿蘇市	893	9.3	187	9.0
美里町	327	7.5	45	5.1
大津町	1,557	22.0	286	22.1
菊陽町	664	8.4	110	8.8
産山村	75	12.3	14	10.6
西原村	1,052	54.7	201	60.7
南阿蘇村	972	23.7	211	25.6
御船町	2,236	39.5	358	36.6
嘉島町	905	37.6	170	34.2
益城町	5,433	60.3	1,141	62.9
甲佐町	1,241	31.1	260	29.9
山都町	195	2.8	34	2.1
氷川町	264	6.2	27	3.3
仮設あり	46,510	16.7	10,077	17.3
仮設なし	1,833	0.8	337	0.7
県合計	48,343	9.3	10,414	9.7

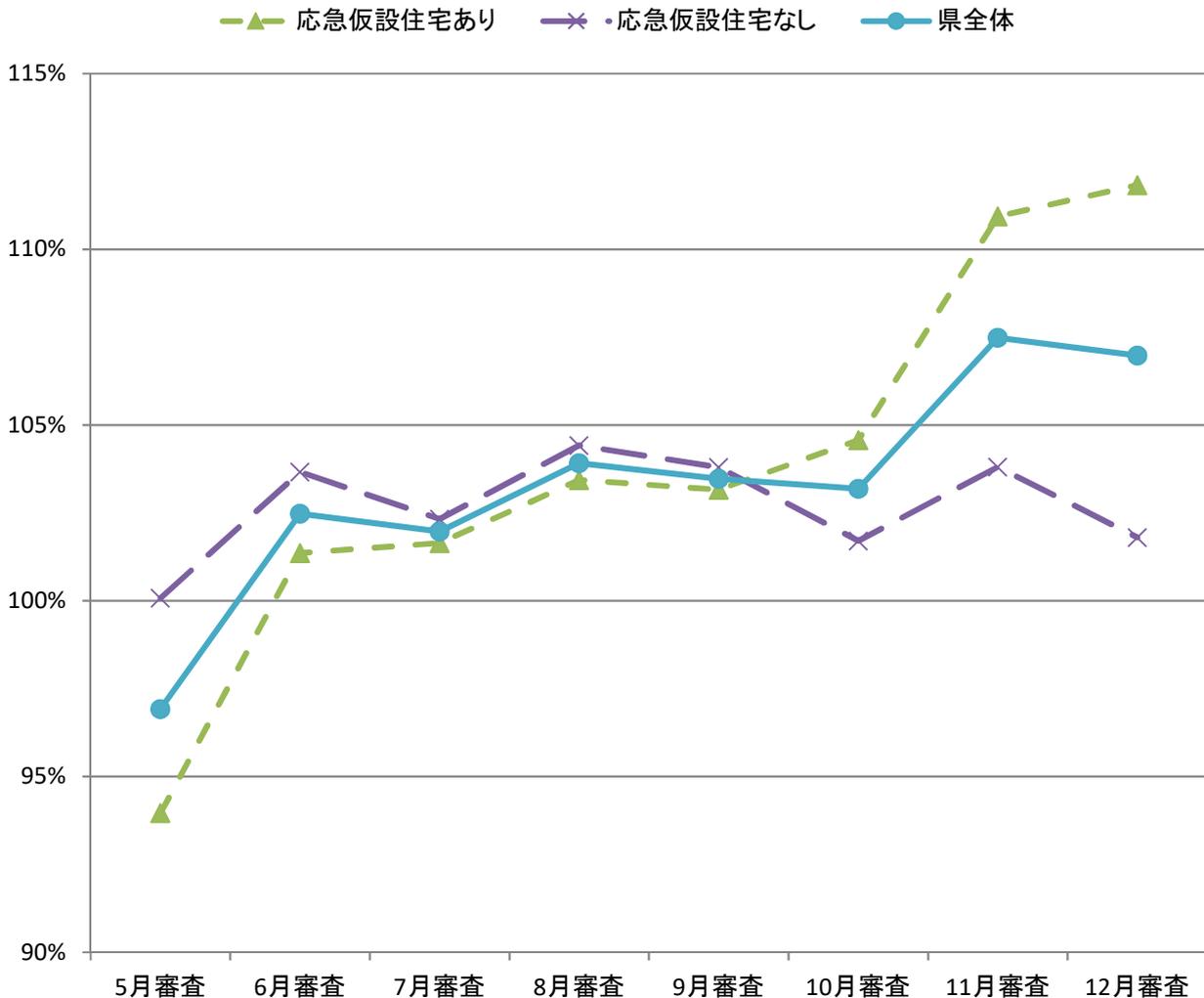
○県全体の要介護認定率は、熊本地震前の平成28年3月と平成28年12月を比較すると、0.1ポイントの上昇(20.4%⇒20.5%)。

(参考)平成27年3月⇒平成27年12月(20.4%⇒20.5%)

○応急仮設住宅が設置されている市町村でみると、益城町で2.1ポイント(18.1%⇒20.2%)、西原村で1.1ポイント(16.1%⇒17.2%)上昇。

2. 介護給付費の推移

H28.5～H28.12(伸び率)
H28.2～H28.4の1カ月当たり平均値と比較



※給付費には免除した利用料が含まれる。

○地震発生後の5月審査分では、応急仮設住宅が設置されている市町村で地震前の水準より減少。これに伴い県全体の給付費も減少。6月以降は、地震前の水準を上回った状態で推移。

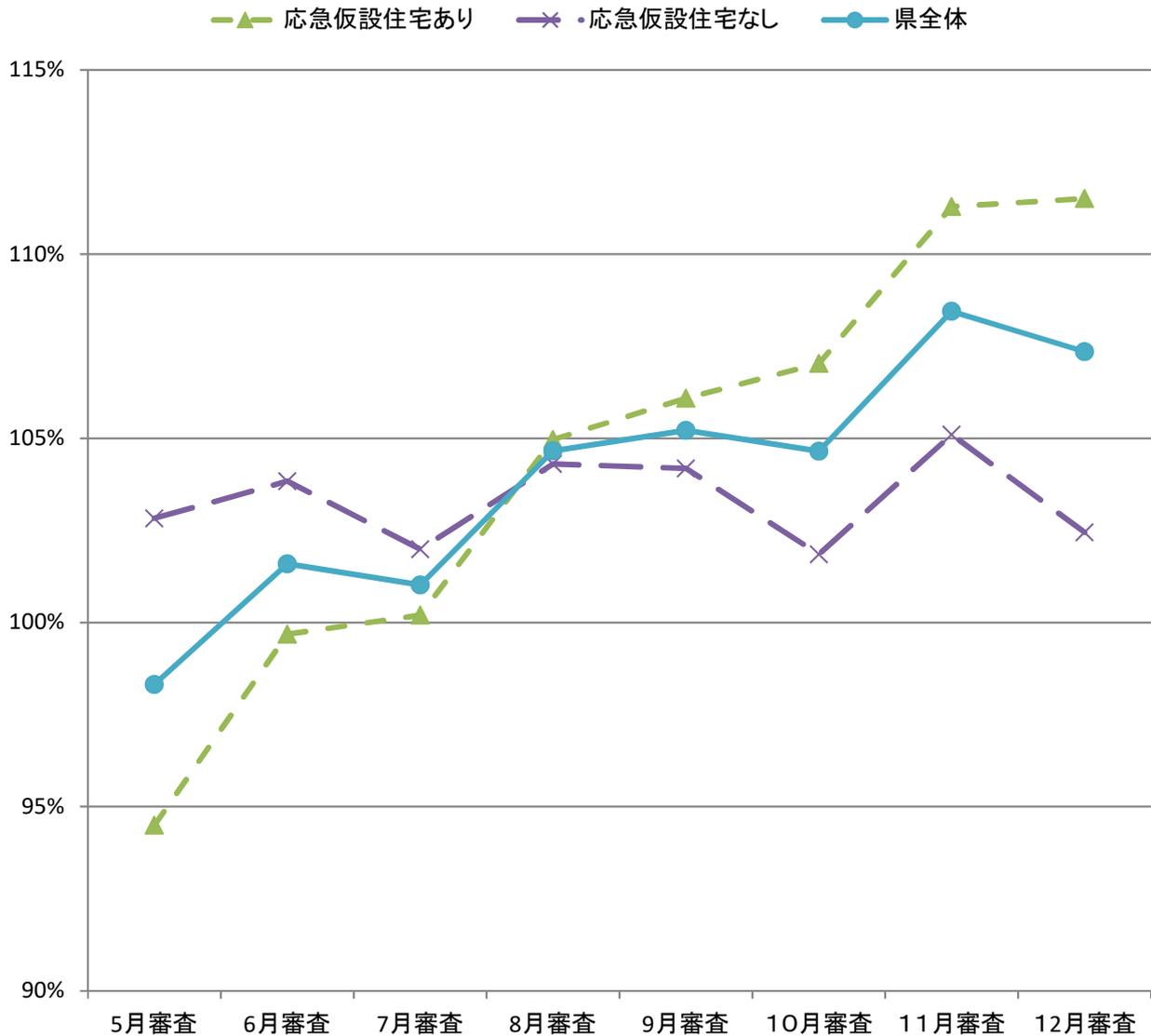
○H28年度を通じた給付費の伸び率は、概ね直近5年間の伸び率(H23～H27の平均伸び率:3.67%)と同等程度となる見込み。

3. 介護サービス利用日数の推移

①介護サービス全体

H28.5～H28.12(伸び率)

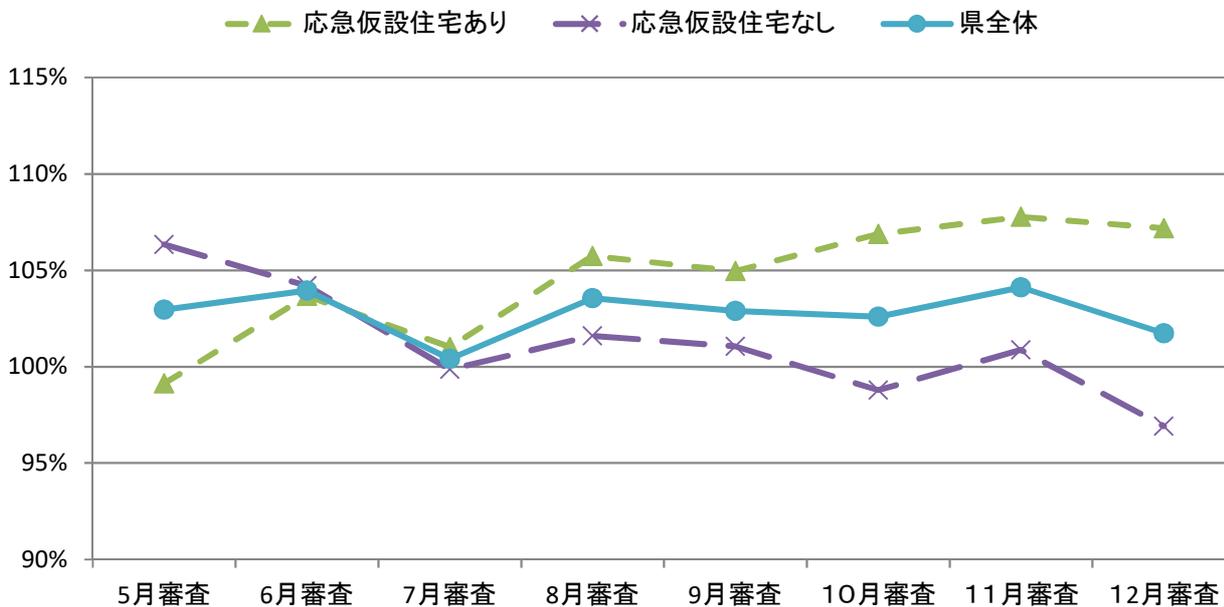
H28.2～H28.4の1カ月当たり平均値と比較



○給付費同様、地震直後は応急仮設住宅が設置されている市町村の利用日数減少に伴い、県全体の利用日数も減少。6月審査分以降は、地震前の水準を上回った状態で推移。

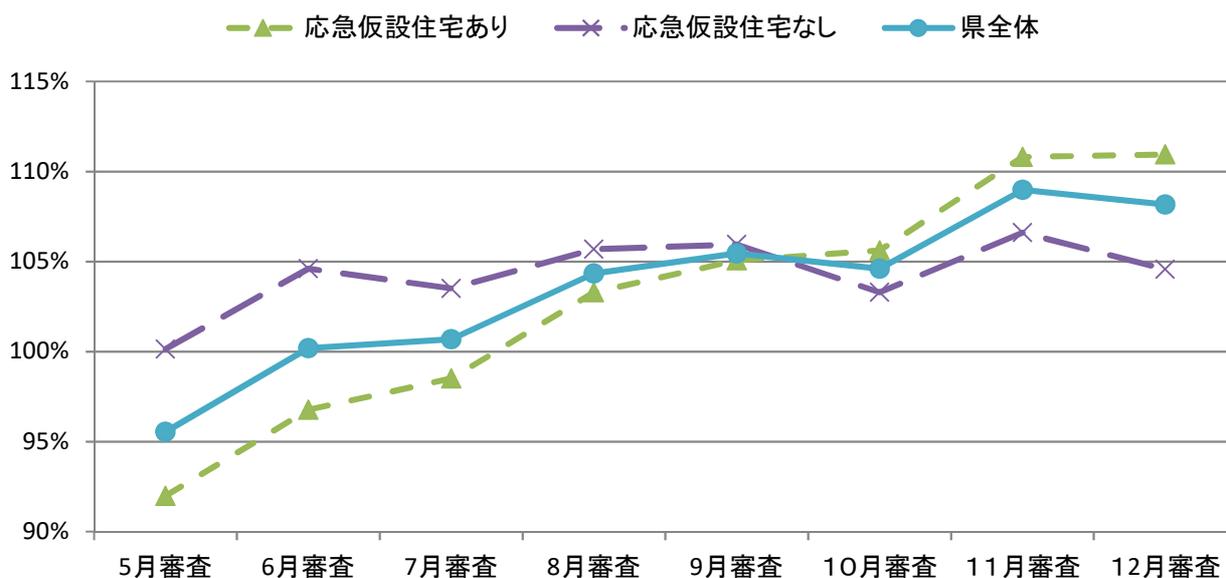
②施設サービス(介護保険3施設)

H28.5～H28.12
H28.2～H28.4(伸び率)



③訪問・通所サービス(地域密着型通所介護を含む)

H28.5～H28.12
H28.2～H28.4(伸び率)



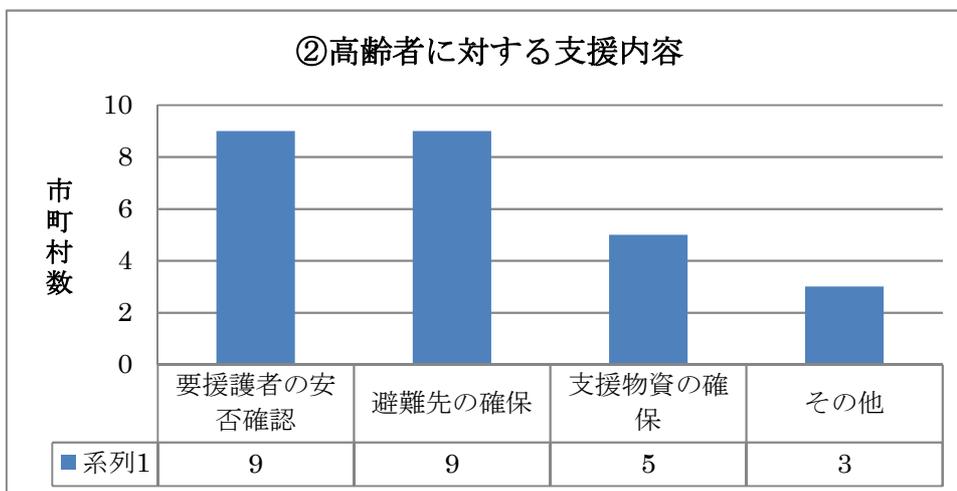
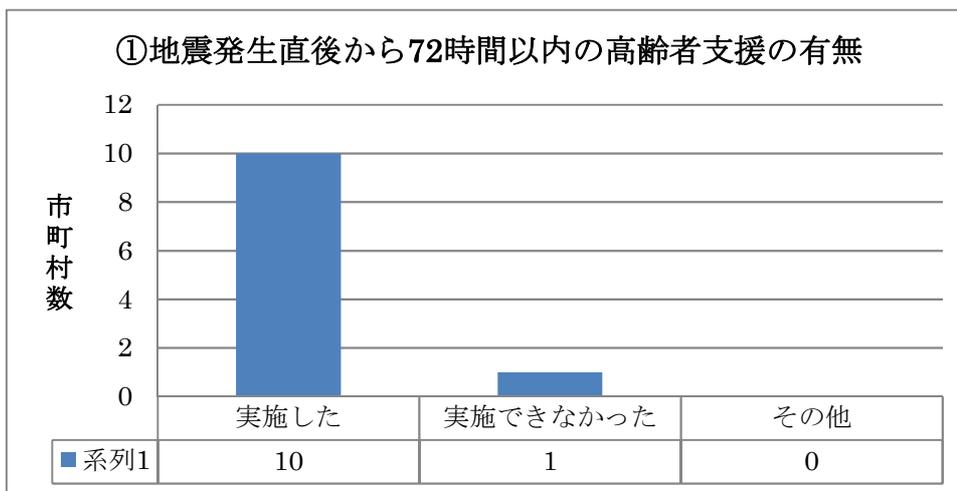
2 各市町村へのアンケート調査結果

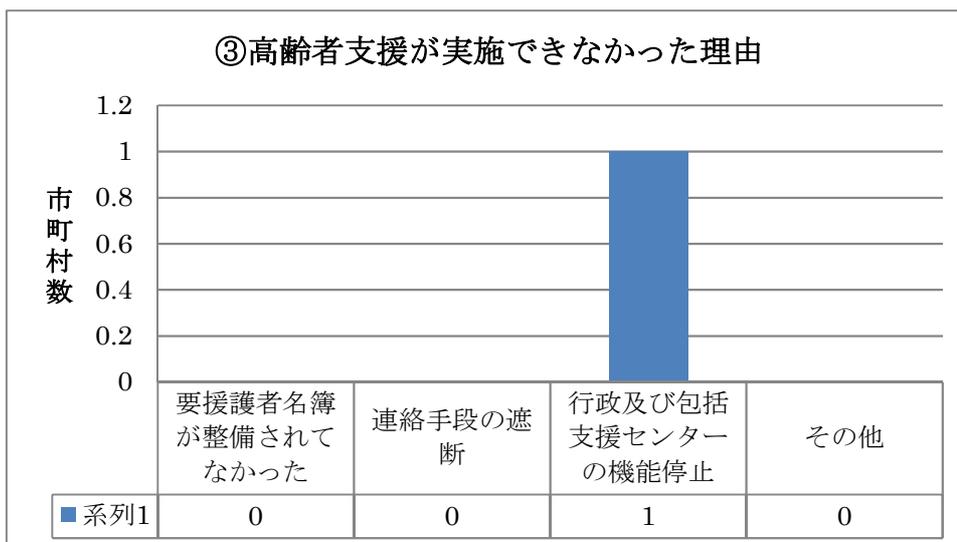
災害リハビリテーション活動を含めた高齢者等の支援状況について、仮設住宅のある16市町村へアンケート調査を実施した。うち、11市町村からの回答を得た。

(1) 熊本地震発生直後から72時間以内の緊急対応について

① 高齢者等の支援状況について

発災直後の高齢者支援について、実施したとの回答が10市町村であり、実施できなかったとの回答が1市町村であった。支援内容としては、「要援護者の安否確認」、「避難先の確保」が9市町村、「支援物資の確保」が5市町村となっている。実施できなかった市町村の理由としては、「行政及び地域包括支援センターの機能停止」となっている。

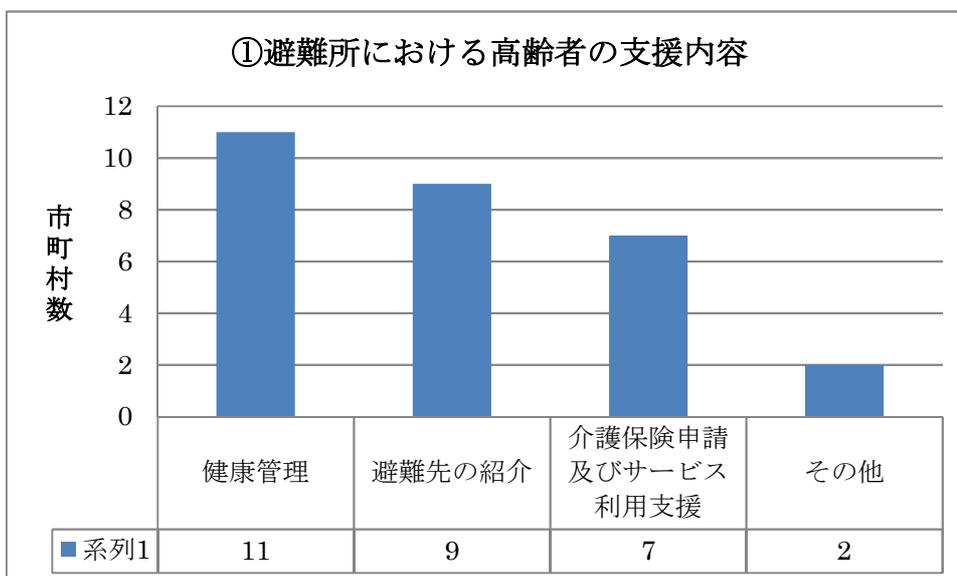




(2) 避難所対策を中心とした緊急対応について

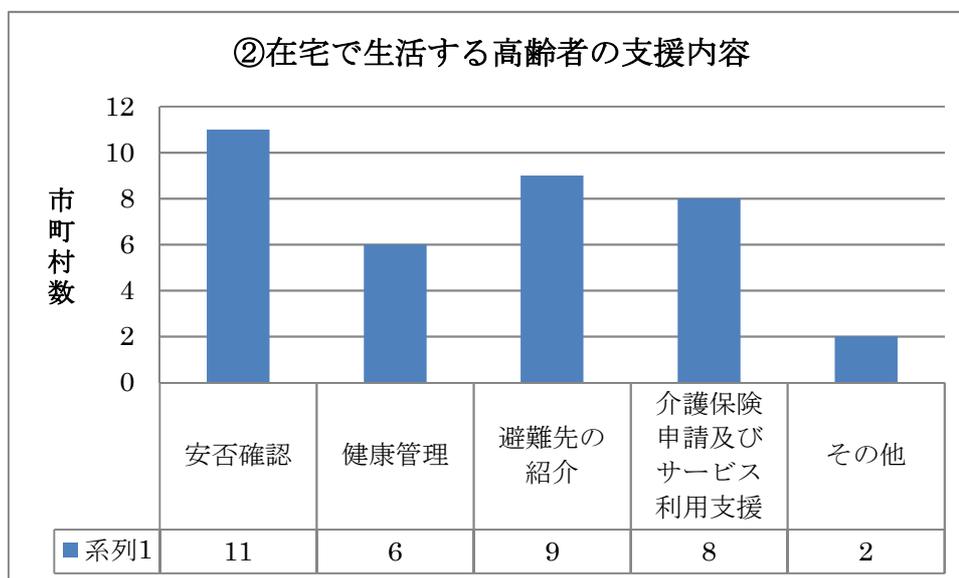
①避難所における高齢者等の支援状況について（複数回答）

避難所における高齢者等の支援状況については、「健康管理」が11市町村、「避難先の紹介」が9市町村、「介護保険申請及びサービス利用支援」が7市町村となっており、一定の医療・福祉のニーズがあったことがうかがえる。



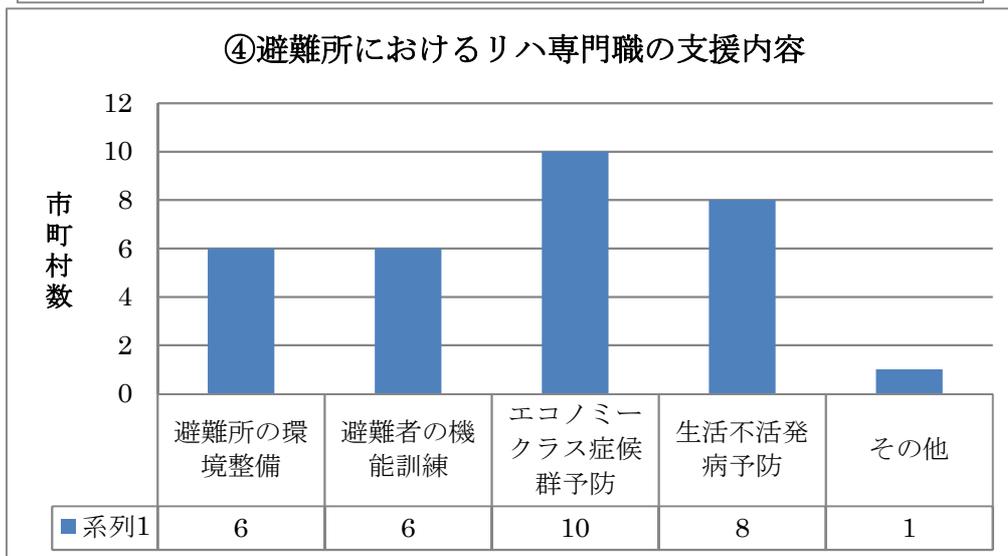
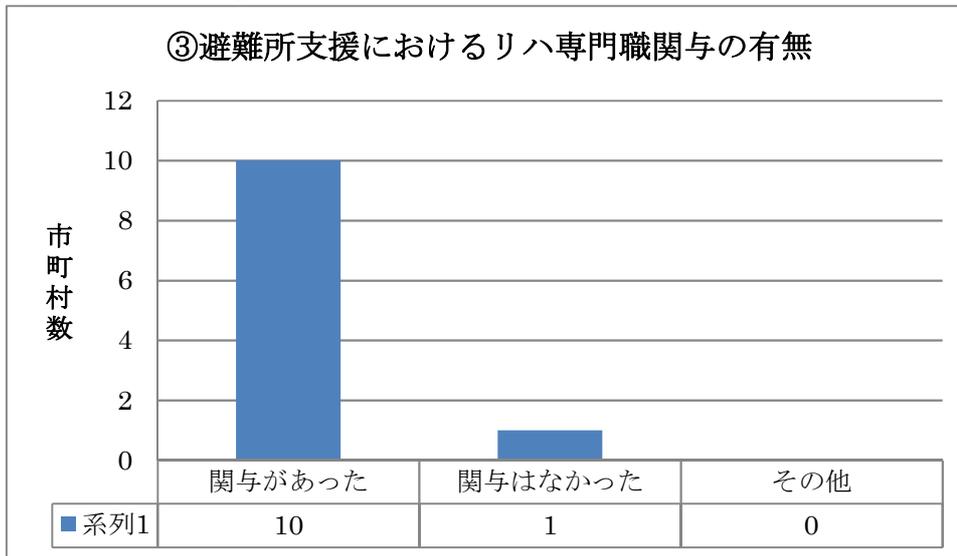
②在宅で生活する高齢者の支援状況について

在宅高齢者の支援については、「安否確認」が11市町村、「健康管理」が6市町村、「避難先の紹介」が9市町村、「介護保険申請及びサービス利用支援」が8市町村となっている。



③リハビリテーション専門職等の関与状況について

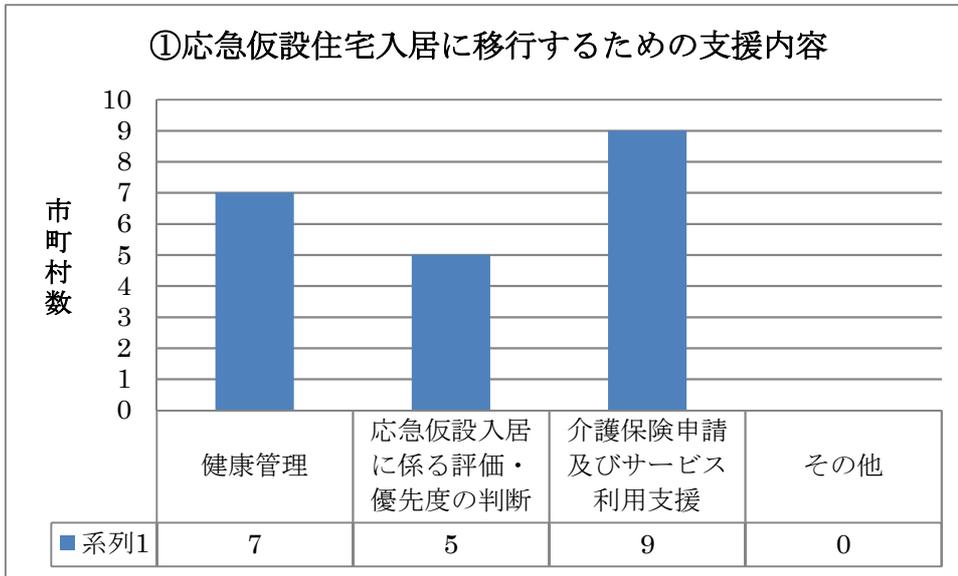
避難所支援におけるリハビリテーション職の関与の有無については、「関与があった」が10市町村、「関与がなかった」が1市町村となっている。その支援内容としては、「避難所の環境整備」が6市町村、「避難者の機能訓練」が6市町村、「エコノミークラス症候群予防」が10市町村、「生活不活発病予防」が8市町村となっている。



(3) 避難所から応急仮設住宅入居に移行するための応急対策について

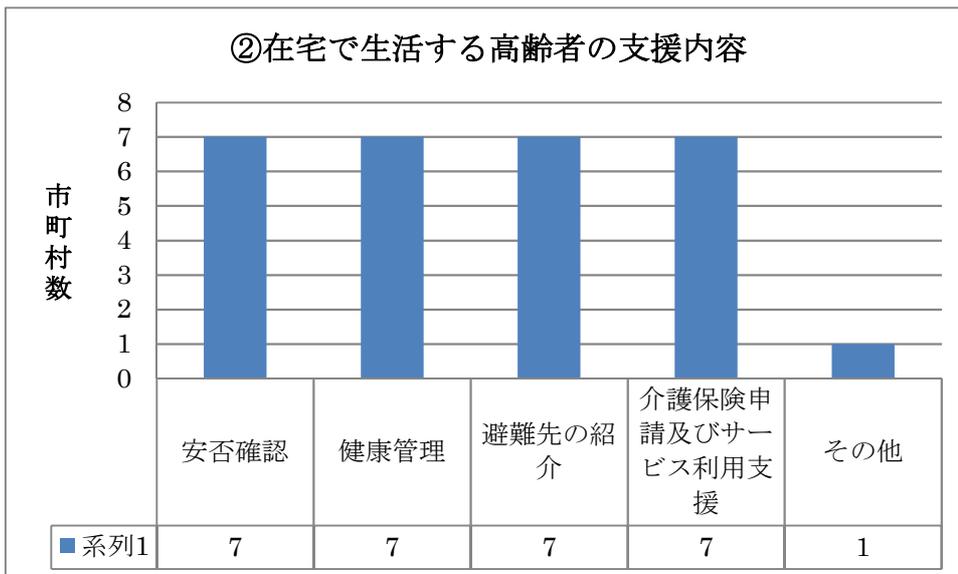
①避難所の高齢者等の支援状況について

仮設住宅への移行期における支援としては、「介護保険申請及びサービス利用支援」が9市町村、「健康管理」が7市町村、「応急仮設入居に係る評価・優先度の判断」が5市町村となっており、ほとんどの市町村で福祉的ニーズへの対応がなされていることがうかがえる。



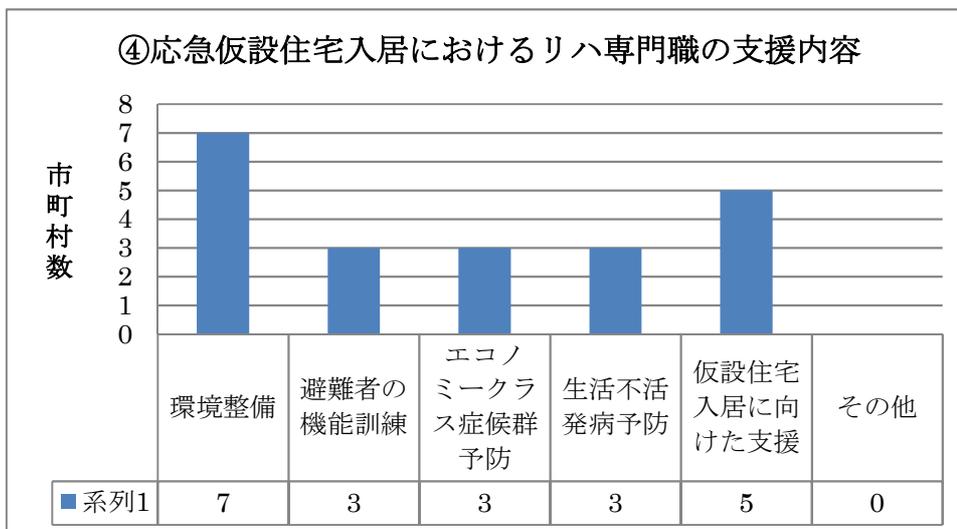
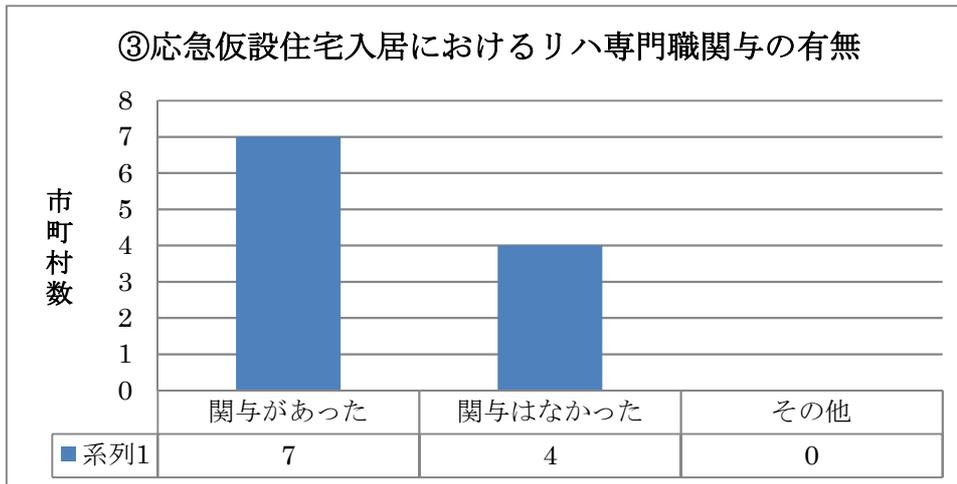
②在宅で生活する高齢者の支援状況について

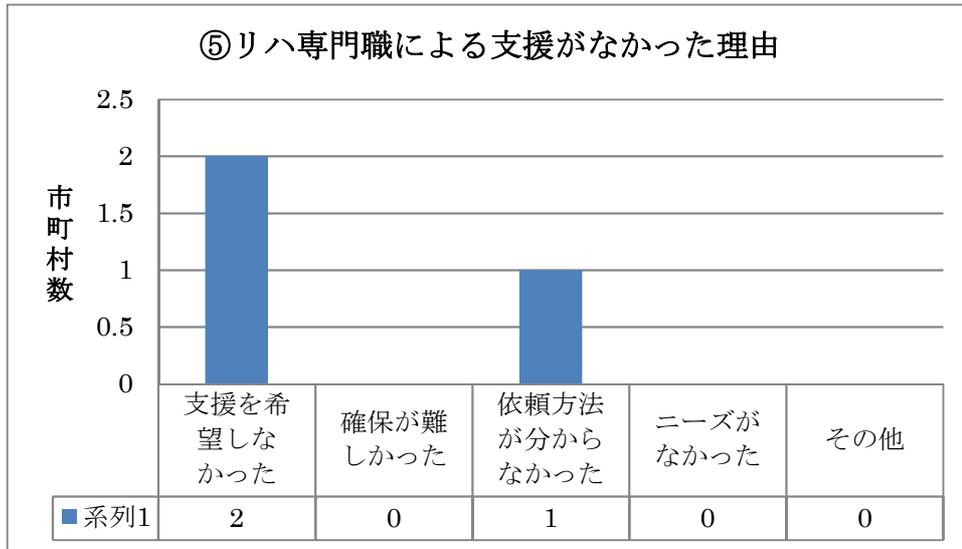
在宅で生活する高齢者の支援状況については、「安否確認」、「健康管理」、「避難先の紹介」、「介護保険申請及びサービス利用支援」がいずれも7市町村となっている。



③リハビリテーション専門職等の関与状況について

リハビリテーション専門職の関与については、「関与があった」が7市町村、「関与はなかった」が4市町村となっている。支援内容は、「環境整備」が7市町村、「仮設住宅入居に向けた支援」が5市町村、「避難者の機能訓練」、「エコノミークラス症候群予防」、「生活不活発病予防」がいずれも3市町村となっている。支援がなかった理由としては、「支援を希望しなかった」が2市町村、「依頼方法が分からなかった」が1市町村となっている。

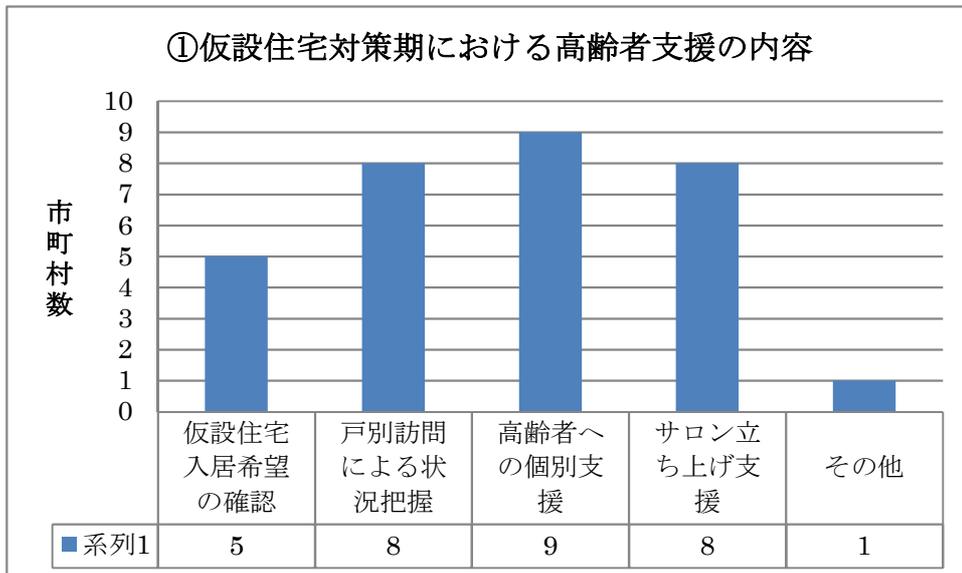




(4) 仮設住宅対策や新しいコミュニティづくり対策について

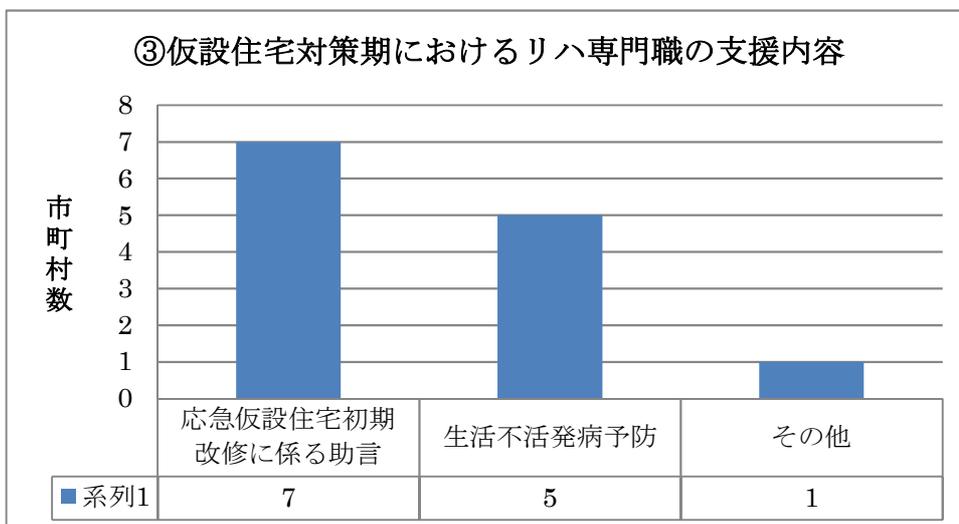
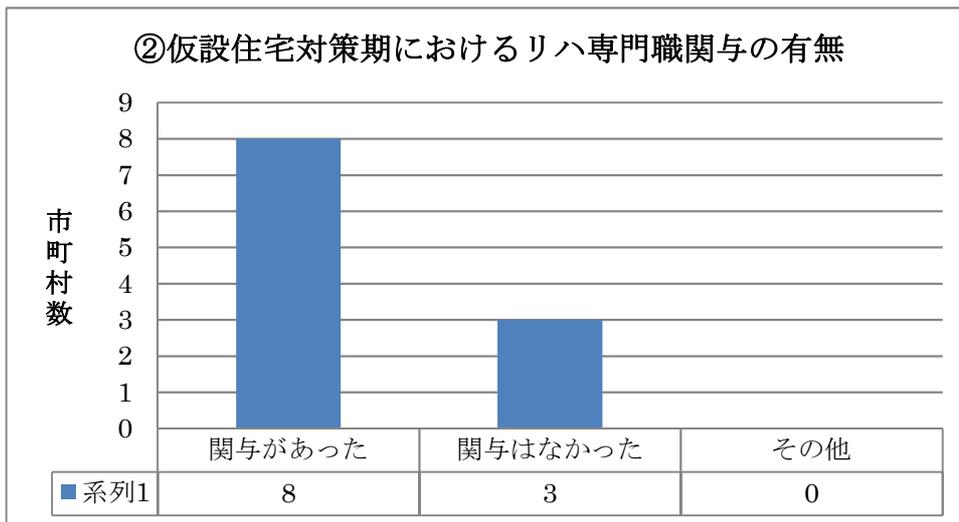
①高齢者等の支援状況について

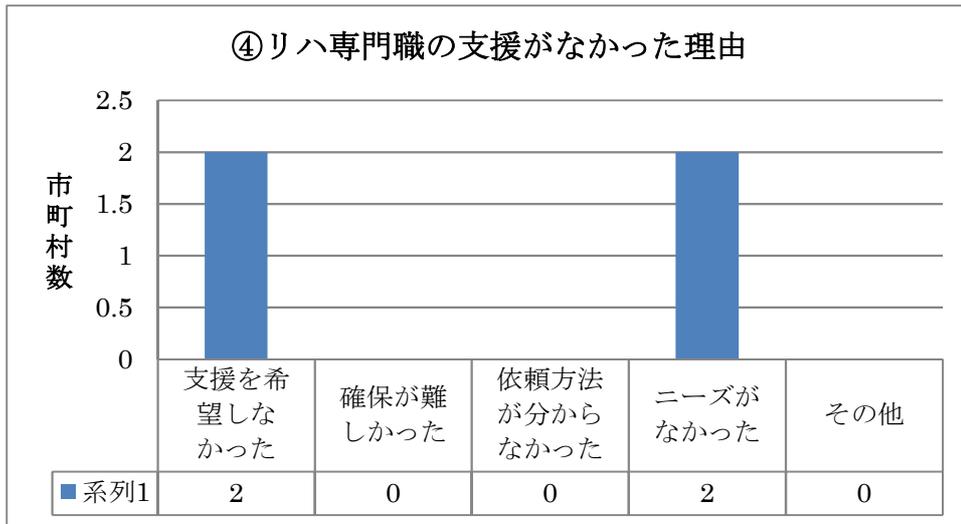
仮設住宅対策期の高齢者支援について、「高齢者への個別支援」が9市町村、「サロン立上げ支援」が8市町村、「個別訪問による状況把握」が8市町村、「仮設住宅入居希望の確認」が5市町村となっており、個別支援も継続されているが、地域支援の動きが出てきている。



②リハビリテーション専門職等の関与状況について

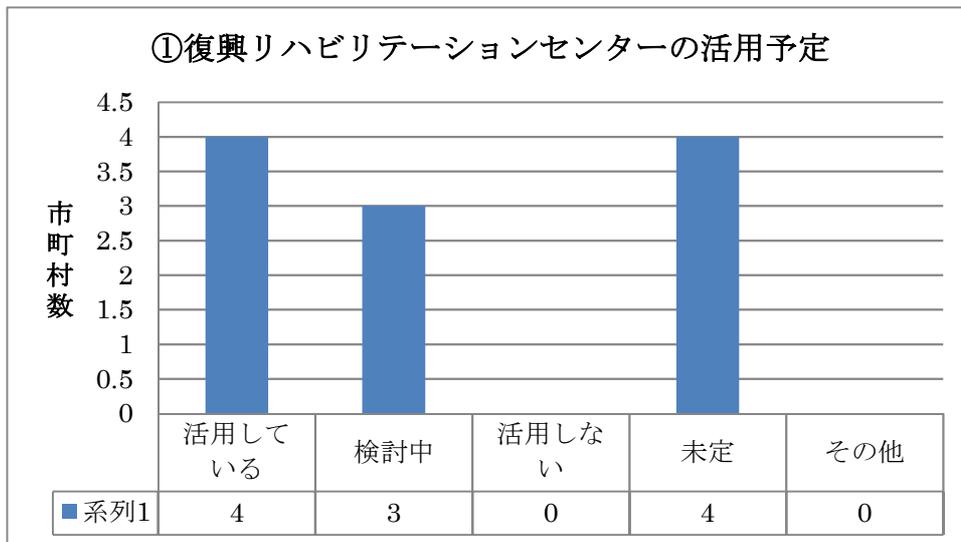
リハビリテーション専門職の関与について、「関与があった」が8市町村、「関与はなかった」が3市町村となっている。支援内容としては、「応急仮設住宅初期改修に係る助言」が7市町村、「生活不活発病予防」が5市町村となっており、復興リハビリテーションの活動が一定程度浸透していたことがうかがえる。一方で、支援がなかった理由としては、「支援を希望しなかった」が2市町村、「ニーズがなかった」が2市町村となっている。





③復興リハビリテーションセンターの活用意向について

復興リハビリテーションセンターについては、「活用している」が4市町村、「未定」が4市町村、「検討中」が3市町村となっている。なお、平成29年2月現在で6市町村27仮設で活用がなされている。



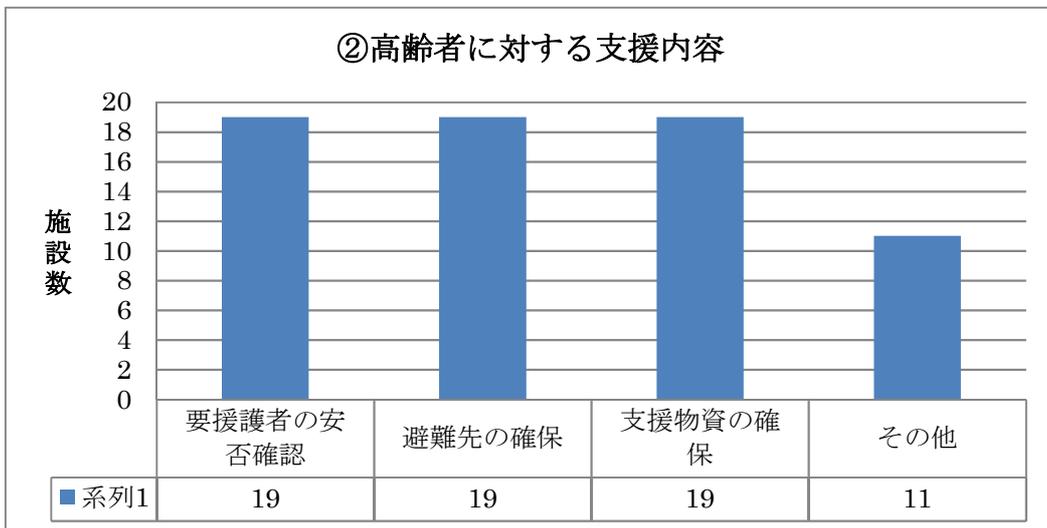
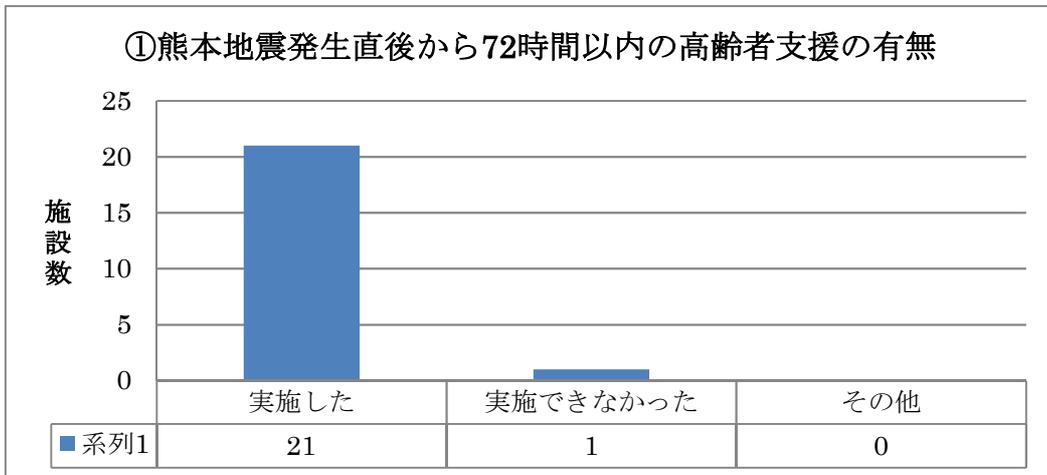
3 各地域包括支援センターへのアンケート調査結果

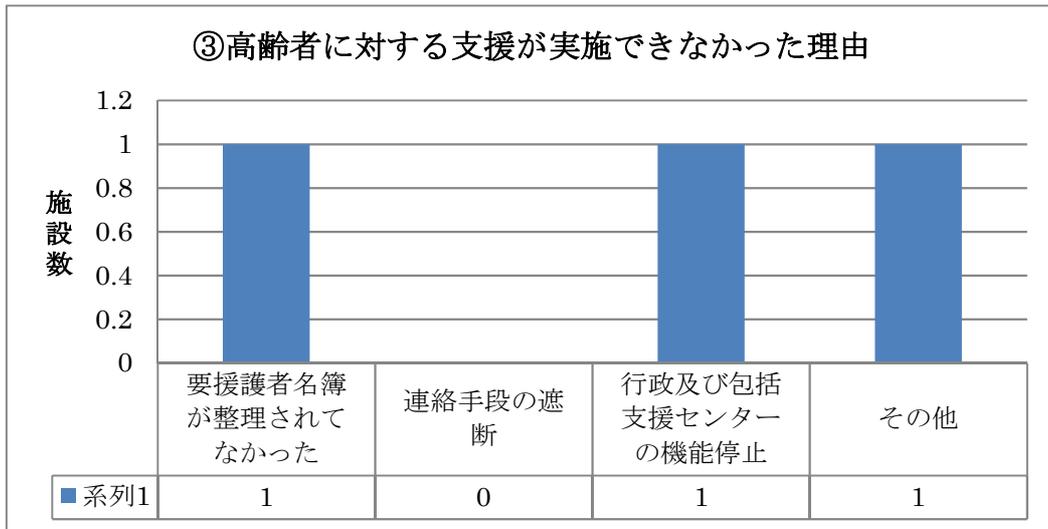
災害リハビリテーション活動を含めた高齢者等の支援状況について、仮設住宅のある16市町村の地域包括支援センターへアンケート調査を実施した。うち、22の地域包括支援センターからの回答を得た。

(1) 熊本地震発生直後から72時間以内の緊急対応について

① 高齢者等の支援状況について

発災直後の高齢者支援について、実施したとの回答が21包括、実施できなかったとの回答が1包括であった。支援内容としては、「要援護者の安否確認」、「避難先の確保」、「支援物資の確保」がいずれも19包括となっている。実施できなかった理由としては、「要援護者名簿が整理されていなかった」、「行政及び地域包括支援センターの機能停止」となっている。

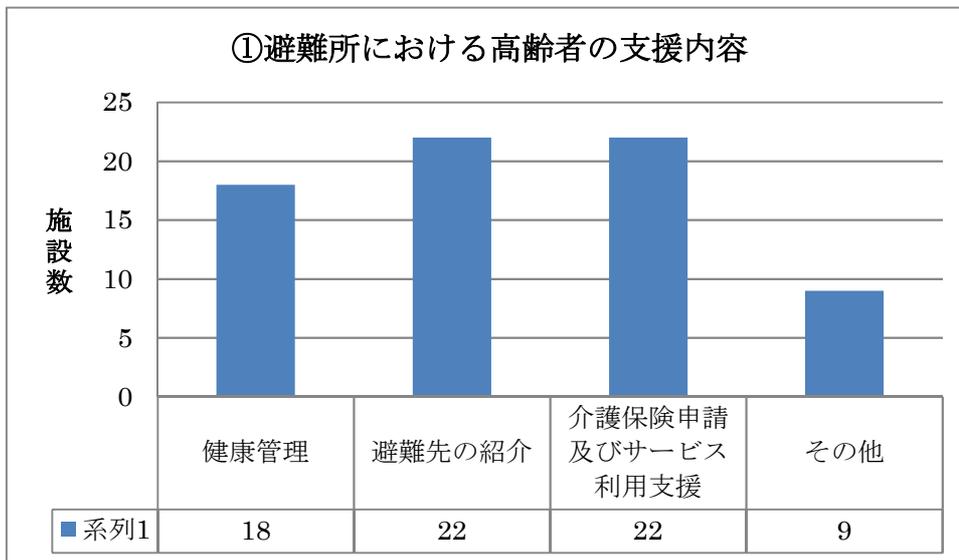




(2) 避難所対策を中心とした緊急対応について

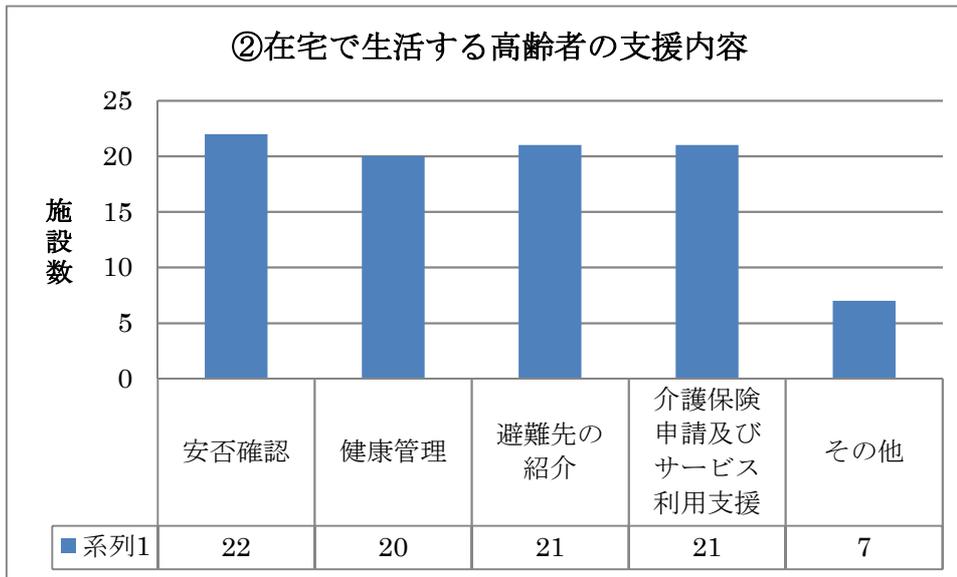
①避難所における高齢者等の支援状況について（複数回答）

避難所における高齢者等の支援状況については、「介護保険申請及びサービス利用支援」が 22 包括、「避難先の紹介」が 22 包括と回答のあった全ての包括で対応がなされており、また、「健康管理」も 18 包括から回答がっており、緊急期において福祉的ニーズへの対応が積極的に行われていたことがうかがえる。



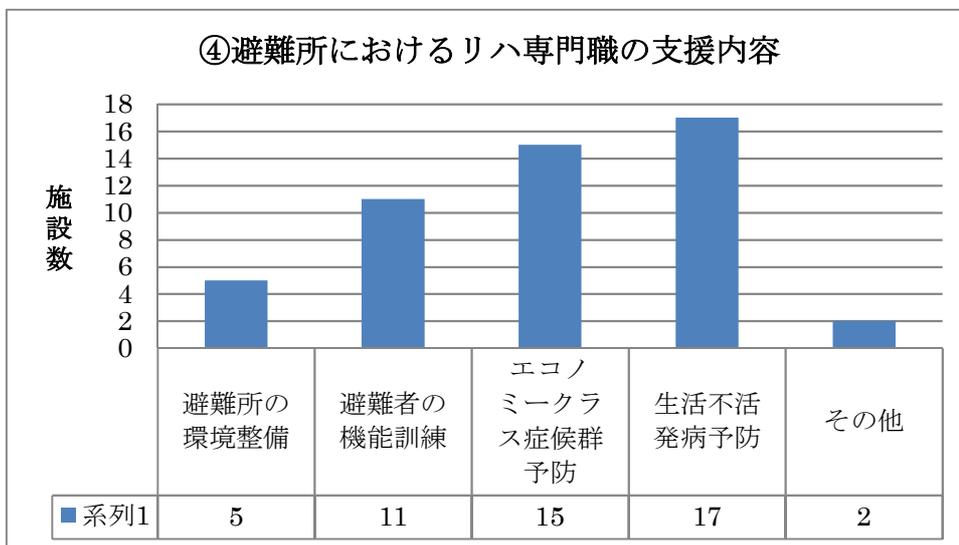
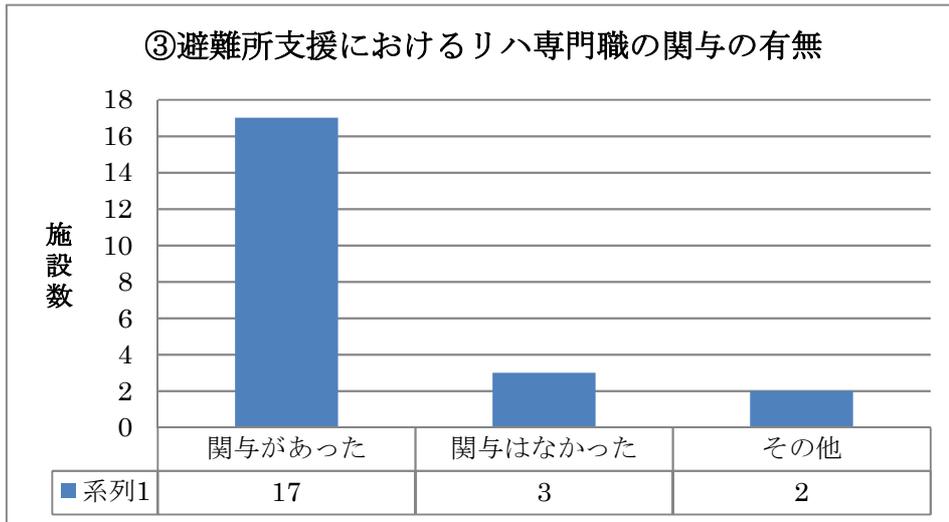
②在宅で生活する高齢者の支援状況について

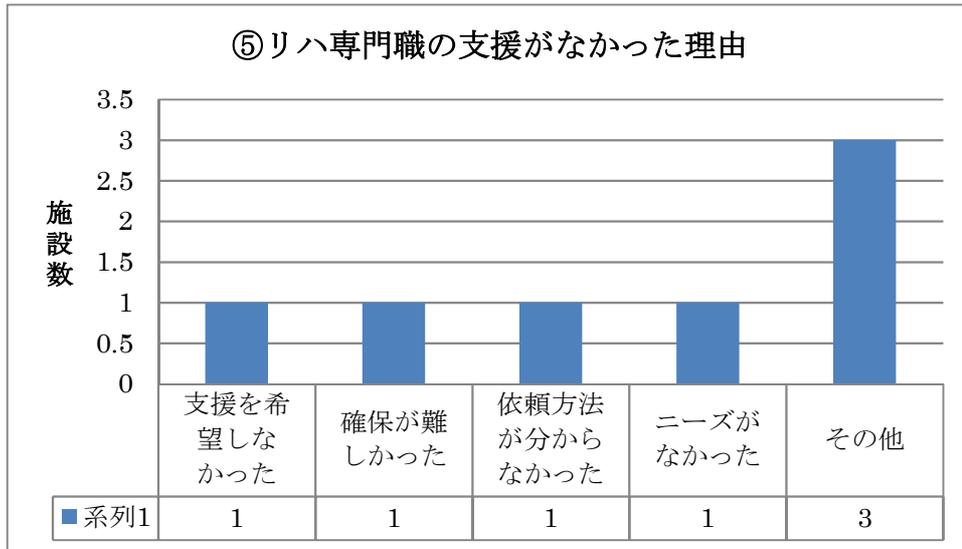
在宅高齢者の支援については、「安否確認」が 22 包括、「避難先の紹介」及び「介護保険申請及びサービス利用支援」が 21 包括、「健康管理」が 20 包括となっており、包括の業務に積極的に対応していたことがうかがえる。なお、発災の 4 月から 6 月までの間、地域包括支援センターへの業務支援として、全国介護支援専門員協会および熊本県介護支援専門員協会が業務支援を行っている。



③リハビリテーション専門職等の関与状況について

避難所支援におけるリハビリテーション職の関与の有無については、「関与があった」が17包括、「関与がなかった」が3包括となっている。その支援内容としては、「生活不活発病予防」が17包括、「エコノミークラス症候群予防」が15包括、「避難者の機能訓練」が11包括、「避難所の環境整備」が5包括となっている。支援がなかった理由としては、「支援を希望しなかった」、「確保が難しかった」、「依頼方法が分からなかった」、「ニーズがなかった」となっている。

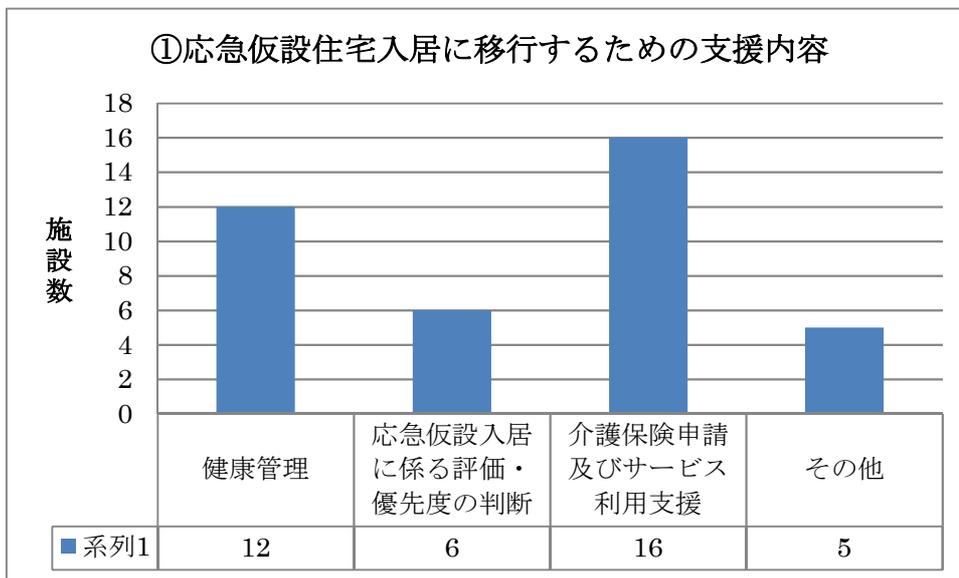




(3) 避難所から応急仮設住宅入居に移行するための応急対策について

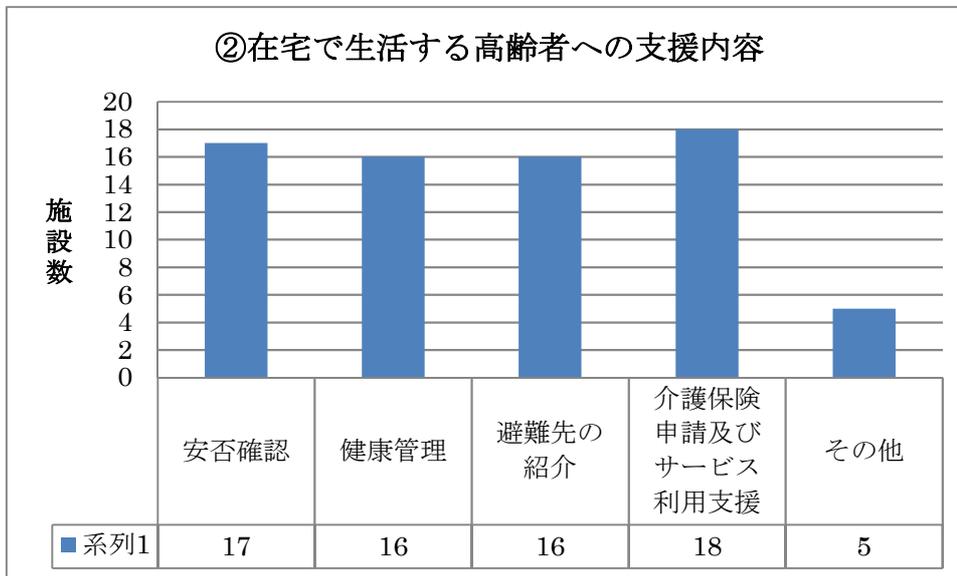
①避難所の高齢者等の支援状況について

仮設住宅への移行期における支援としては、「介護保険申請及びサービス利用支援」が16包括、「健康管理」が12包括、「応急仮設入居に係る評価・優先度の判断」が6包括となっており、ほとんどの包括で福祉的ニーズへの対応がなされていることがうかがえる。



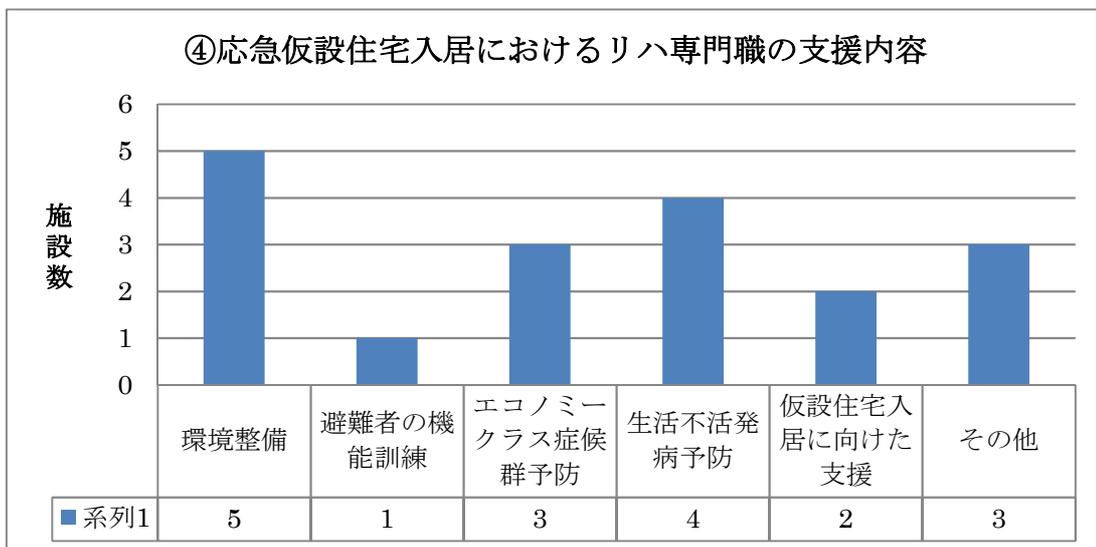
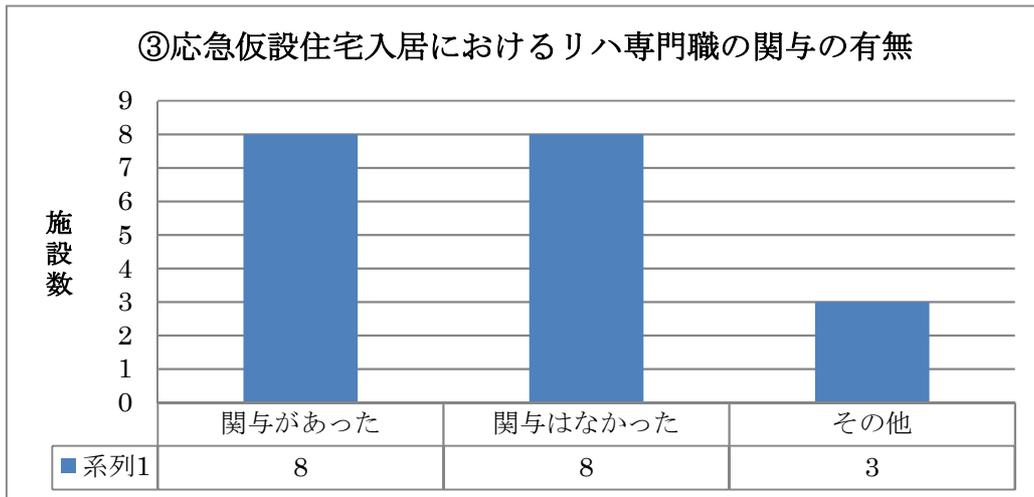
②在宅で生活する高齢者の支援状況について

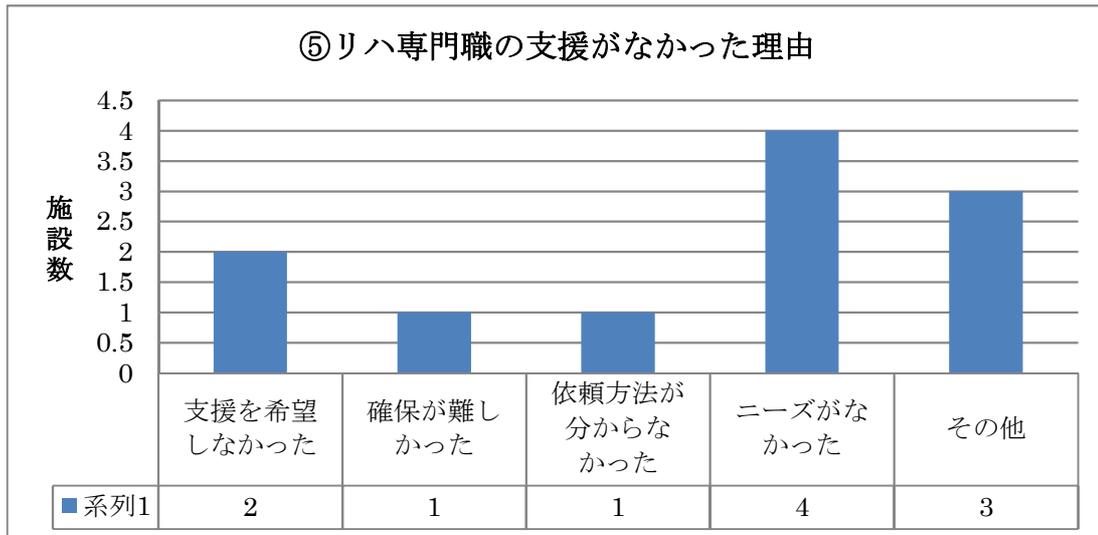
在宅で生活する高齢者の支援状況については、「介護保険申請及びサービス利用支援」が 18 包括、「安否確認」が 17 包括、「健康管理」及び「避難先の紹介」が 16 包括となっている。



③リハビリテーション専門職等の関与状況について

リハビリテーション専門職の関与については、「関与があった」が8包括、「関与はなかった」が8包括となっている。支援内容は、「環境整備」が5包括、「生活不活発病予防」が4包括、「エコノミークラス症候群予防」が3包括、「仮設住宅入居に向けた支援」が2包括、「避難者の機能訓練」が1包括となっている。支援がなかった理由としては、「ニーズがなかった」が4包括、「支援を希望しなかった」が2包括、「依頼方法が分からなかった」及び「確保が難しかった」が1包括となっている。

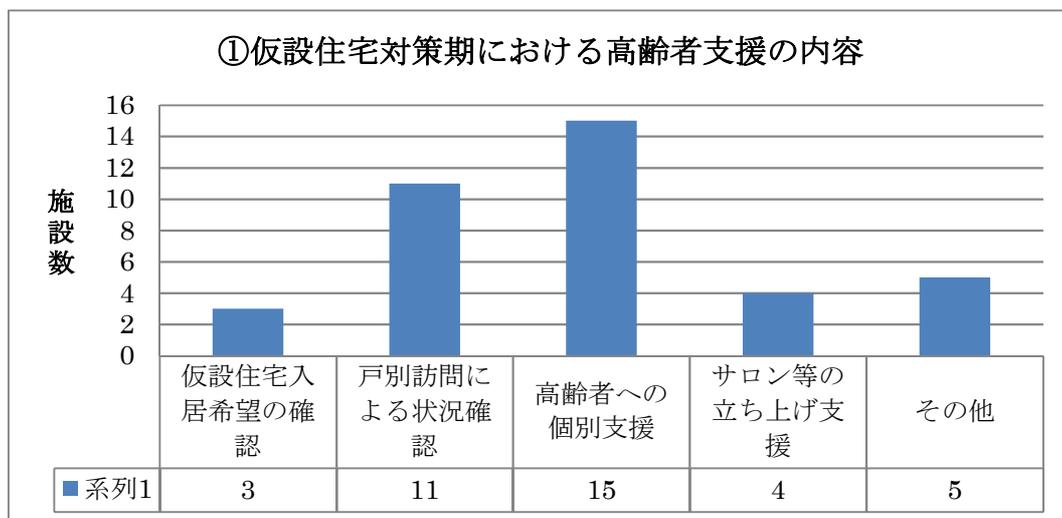




(4) 仮設住宅対策や新しいコミュニティづくり対策について

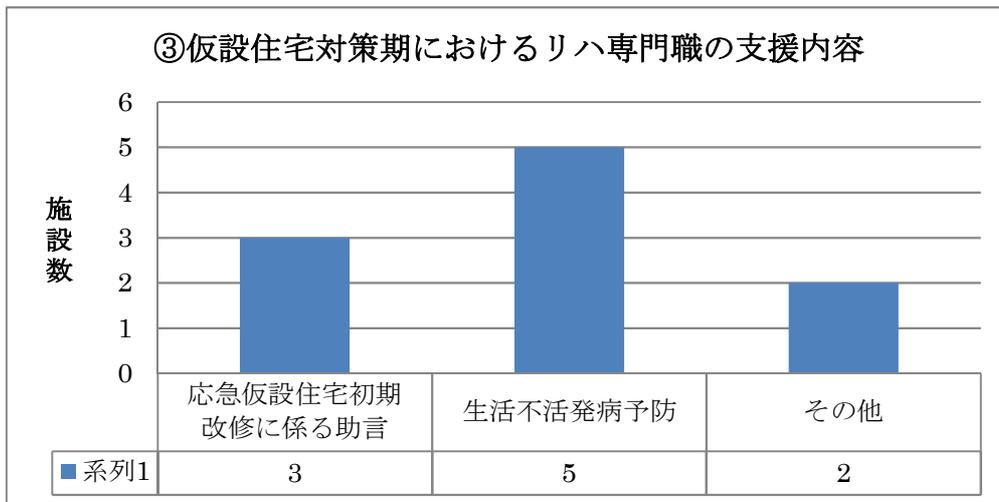
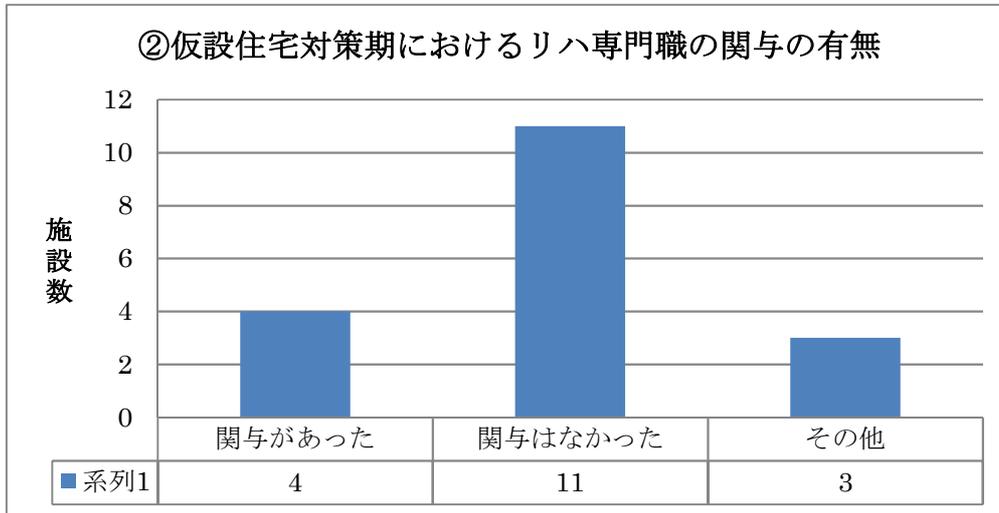
①高齢者等の支援状況について

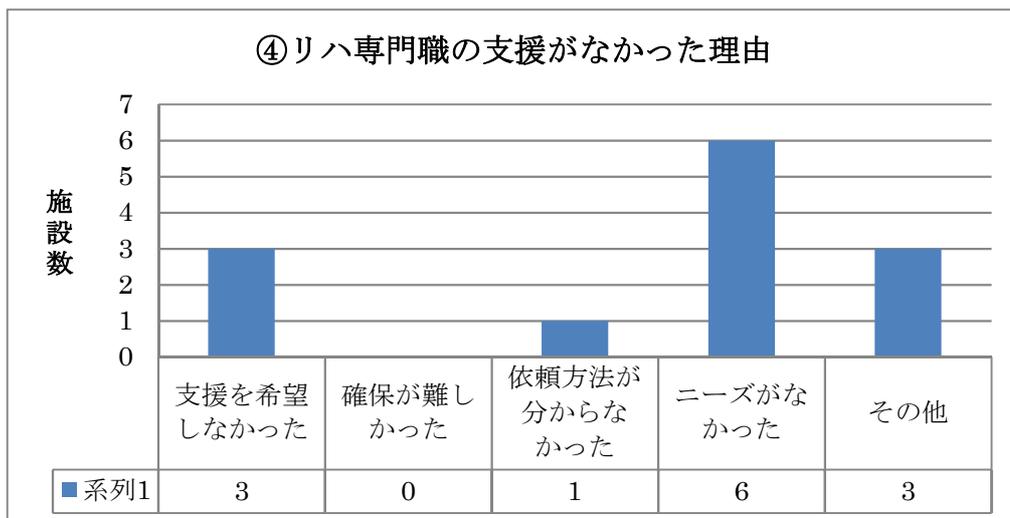
仮設住宅対策期の高齢者支援について、「高齢者への個別支援」が 15 包括、「戸別訪問による状況確認」が 11 包括、「サロン等の立上げ支援」が 4 包括、「仮設住宅入居希望の確認」が 3 包括となっている。



②リハビリテーション専門職等の関与状況について

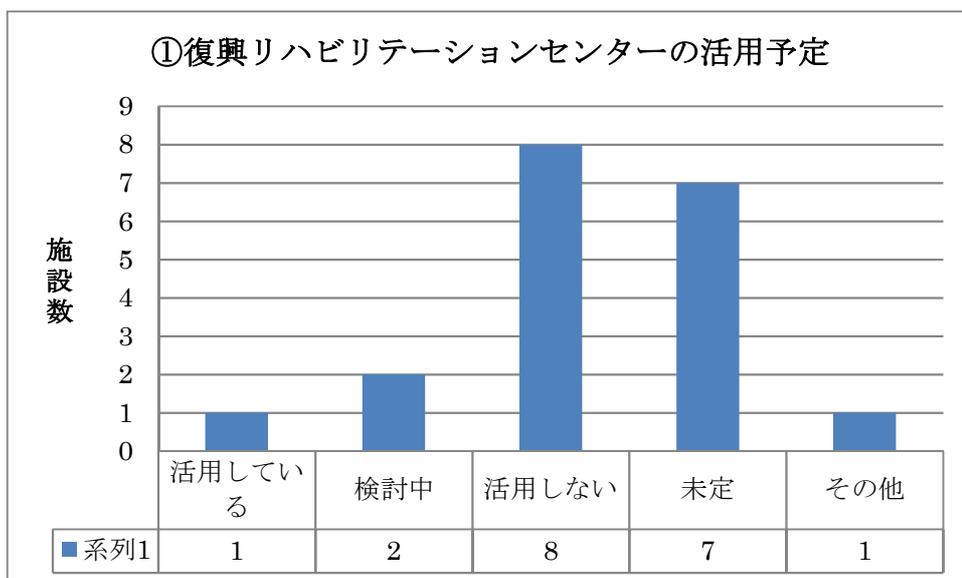
リハビリテーション専門職の関与について、「関与があった」が4包括、「関与はなかった」が11包括となっている。支援内容としては、「生活不活発病予防」が5包括、「応急仮設住宅初期改修に係る助言」が3包括となっている。一方で、支援がなかった理由としては、「ニーズがなかった」が6包括、「支援を希望しなかった」が3包括となっている。





③復興リハビリテーションセンターの活用意向について

復興リハビリテーションセンターについては、「活用しない」が8包括、「活用している」が1包括、「未定」が7包括、「検討中」が2包括となっており、包括の活用意向は高くないと考えられる。なお、平成29年2月現在で6市町村27仮設で活用がなされている。



4 市町村等地域からの評価

※「平成28年熊本地震発生に伴う高齢者支援及びリハビリテーション活動に係る調査結果（熊本県認知症対策・地域ケア推進課実施）」を基に作成

(1) 避難所対策を中心とした緊急対応

- ◎ 避難所支援においてリハビリテーション専門職の関与があった市町村及び地域包括支援センターは約8割を占めた。リハビリテーション専門職は、避難所の環境整備（通路の確保、手すりの設置等）、避難者の機能訓練、エコノミークラス症候群予防、生活不活発病予防の支援を実施していた。
- ◎ 市町村及び地域包括支援センターから、「避難所支援を行っていた JRAT の存在を知らなかったために、連携が図れなかった。」等の意見があり、平常時から災害リハビリテーション活動について市町村及び関係団体に周知を行うとともに、あらかじめ窓口を決め、連携できる仕組みづくりの必要性が指摘された。
- ◎ 公設の避難所以外にも公民館などを地域で開放している自主避難所も多かったが、そのような避難所は行政が開設を把握できていない場合も多く、リハ職の派遣が遅れたり、派遣自体がなかった自主避難所もあったとの指摘があった。避難がどのくらいの期間になるか不明であるが、早期に対応できるよう依頼方法や連絡、支援の流れなどを明確にして、あらかじめ情報共有しておく必要性の指摘がなされている。
- ◎ 全ての支援チームに共通する課題として、様々な団体が避難所支援を行う状況下において、「いつ、どこで、だれが支援に来るのか。信頼のおける団体なのか。」等の各支援チームの活動状況が避難所担当者と共有されておらず、現場の混乱を招いたとの指摘があった。
- ◎ JRAT は週交代で活動を行っていたため、チーム内部の引継ぎが不十分な場合、市町村の対応に時間がかかったとの指摘があった。チーム内部での引継ぎ方法をあらかじめ整備するとともに、避難所においてチーム内部での引継ぎを十分に行い、専門職間の連絡や連携を十分に図る必要がある。
- ◎ また、他の支援チームとの連携が図れていない様子もみられたとの意見もあり、チーム内の活動状況の引継ぎを行うとともに、支援チーム同士の連携及び円滑な情報共有が求められる。
- ◎ その他、避難者の多くが外部からの訪問を拒否される傾向があったため、避難所における住民との信頼関係の構築及び活動内容の周知が不可欠との意見があった。
- ◎ 集団生活をする避難所では、集団活動をする場所がなく、個別支援にとどまった避難所もあったとの意見もあった。

(2) 避難所から応急仮設住宅入居に移行するための応急対策

- ◎ 避難所から仮設住宅入居移行するための対策として、リハビリテーション専門職は主にエコノミークラス症候群予防、生活不活発病予防（体操指導等）、仮設住宅入居に向けた支援に関わっていた。仮設住宅入居に向けた支援として、要介護者が応急仮設住宅に入居する際の住環境等に関する相談や助言を担った。
- ◎ 市町村は、避難所ができあがったのちに、リハビリテーション専門職による応急仮設住宅の環境の確認を依頼しており、手すりが本来使う方向と逆についているなどの不具合があったとの指摘があった。
- ◎ 応急仮設住宅は高齢者向けと障害者向けと一般と分けて対応されていたが、仮設住宅の初期改修においては、浴槽が深くまたぎが困難な方や、階段の段差が大きく、2段から3段に変更したり、手すりを追加する等の対応が多かった。

- ◎ 仮設住宅での手すり等の改修にあたり、JRAT（又は復興リハセンター）から仮設住宅の個別訪問を行い、（県へ）申請を上げる方式をとることで、円滑に住宅改修に対応することができたとの意見があった。JRAT（又は復興リハセンター）として地域の医療機関が継続して介入することで、お互いの共通認識ができ効果的な対応策の検討につながったとの意見があった。
- ◎ 応急仮設住宅への入居が開始されたことにより、ようやくプライバシーを確保できたことで、受援力の低下や引きこもりの課題が顕在化したとの意見があった。また、震災後に家族の関係が大きく変化する等、支援の調整も大きな問題であったとの意見があった。
- ◎ 避難所の閉鎖・移行にあたって、事前に情報を伝えていてもスタッフの支援がないと行動できない高齢者もみられ、避難所の早期閉鎖にためにも、早期からの介入が必要であるとの意見があった。
- ◎ 避難所から住宅移行した方に対して、リハ専門職が対応したかどうか把握できていない地域包括支援センターもあった。
- ◎ また、リハビリテーション専門職の関与がなかったと回答した市町村及び地域包括支援センターにおいて、「すでに地域の事業所が関わっているため、JRAT 等の派遣依頼を行わなかった。」「住民のニーズがなかった。」「リハ職の派遣に対応するためのマンパワーが不足していた。」等の回答があった。

(3) 仮設住宅対策や新しいコミュニティづくり対策

- ◎ 避難所支援から継続的に各団体やNPO 団体等による支援を受けてきたため、支援に対する依存を生まない、自立に向けた支援が必要との意見があった。支援者側も自立支援という共通認識のもとに支援を行うことが重要である。
- ◎ 応急仮設住宅における自治会組織が立ち上がっていなかったため、具体的な話しも進められず混乱しており、生活不活発病対策やコミュニティづくり対策への対応が遅れがちだったとの意見があった。
- ◎ みなし仮設住宅については、把握している高齢者は数名で点在している。住まいはマンション等のため住民が集う場所がないことが課題であるとの意見があった。
- ◎ 仮設住宅では来訪者がとにかく多く不安や不信感がある中で信頼関係の構築が求められる。支援をする際には、自宅を訪問するスキルや住民との信頼関係を構築するスキルが求められる。「なぜ」「何ができる」といったことを組織・団体として具体的に目的を伝えることの必要性が指摘された。
- ◎ 当初は復興リハビリテーションセンターからのリハビリテーション専門職の派遣を活用していたが、日中は自宅の片づけ等で外出する方が多く自宅に残っている住民が少なかったこと、地域支え合いセンター事業において健康づくりを町内 NPO 法人に委託し仮設住宅等の支援を行っていること、介護予防活動がスムーズに開始できなかったこと、行政の担当者同伴で平日のみの活動であったこと等が課題となり、復興リハセンターの十分な活用に繋がらなかった市町村もあった。
- ◎ 生活不活発病及び新しいコミュニティづくりを行ううえで、地域支え合いセンターと復興リハビリテーションセンター及びケアマネージャー等との連携が不可欠であるとの意見があった。

5 今後の課題

(1) 復興リハビリテーションセンターの体制面の充実や、実効性、多様性の更なる向上

- ◎ 現在、仮設住宅の集会所における介護予防活動が活動の中心となっており、実施市町村数や仮設団地数も増加をしている。また、相談中・調整中の案件もあり、今後とも増加が見込まれる。しかしながら、登録いただいている専門職の活動できる曜日と地域からの要望における活動したい曜日とのミスマッチが多く、マッチングに苦慮する場合もある。
- ◎ 地域支え合いセンター及び市町村等が把握した高齢者等の生活不活発病予防に関するニーズに迅速に対応することができるよう、復興リハビリテーションセンターと地域支え合いセンター等との更なる連携強化を図るとともに、専門職の派遣体制の充実を図る必要がある。
- ◎ 地域のニーズには、介護予防活動だけでなく、サロン活動や菜園活動など多様な要望があり、それに応じた活動を実施することで、住民の参加意欲を高めることができるよう復興リハビリテーション活動には多様性を持たせる工夫を行っている。それ以外にも例えば、栄養や口腔ケアといったニーズがあることも考えられ、そうした多様性にできる限り対応するため、多様な専門職との連携による活動展開を検討することが重要である。

(2) 通常期に向けた移行準備

- ◎ 復興リハビリテーションの活動は、震災からの復興期における取り組みであり、通常期における取り組みにつなぐことを想定しているものである。平成 29 年度の後半においては、移行策について関係市町村や地域包括支援センター、仮設団地の地域住民等との話し合いの中で具体化していくことが必要である。
- ◎ 復興リハビリテーション以前に、通常期においても住民運営の通いの場づくりなどの介護予防は重点的な取り組みとして進めるべきものであり、通常期に比べ専門職の関与を強くしているこの期間に、人材育成やボランティア育成、地域関係者の活動ノウハウの形成等に重点的に取り組むことが重要である。

6 今後の震災対策に向けた提言

(1) 仮設住宅移行期を見据えた災害リハビリテーションの体制づくり

- ◎ 東日本大震災を受けて設置された JRAT については、医療チームである JMAT の傘下に入り活動を行うということで、緊急時の災害リハビリテーションの活動の中核組織として、十分に機能したと考えられる。
- ◎ しかしながら、JRAT は緊急時対応を主眼とする時限的な組織であり、仮設住宅への対応が想定された組織ではなかった。一方で、通常地域リハビリテーション活動で仮設住宅支援を行っていくには、被災が激しかったエリアにおける活動が人的にも財源的にも難しい側面があった。
- ◎ そのため、本県においては、発災当初は体制等を想定していなかった「復興リハビリテーションセンター」を新規に設置することとしたが、大規模災害においては仮設住宅における生活不活発病対策は十分に想定されることである。
- ◎ 他の都道府県単位で、復興リハビリテーションの機能を備えた組織づくりや事前準備を行っていくことが重要な政策課題となる。

(2) 日頃からの関係機関の連携強化～地域リハビリテーション活動のすすめ～

- ◎ JRAT や復興リハビリテーションの活動を進めるうえで、関係機関との連携は必要不可欠である。今回の復興リハビリテーションセンター設置にあたっては、その母体として、平成 12 年から関係 21 団体で設置していた「熊本地域リハビリテーション支援協議会」の果たした役割が大きい。また、熊本県が平成 12 年度から 18 の医療機関・老健施設を指定している「地域リハビリテーション広域支援センター（広域リハセンター）」が人材供給だけでなく、ノウハウ面等においても果たした役割は大きい。
- ◎ 他都道府県の中には、既に全県的なリハビリテーション組織や広域リハセンター機能等を解消したところもあると聞いているが、災害時における対応は一朝一夕でできるものではなく、日頃の積み重ね、日頃からの関係団体との関係性の構築が重要であることが、今回の熊本地震では実感されたことである。熊本に地域リハビリテーションの体制がなかったならば、復興リハビリテーションセンターの短期間での立ち上げ等は困難ではなかったかと考える。

(3) 大規模災害に備えた日頃からの専門職の人材育成・確保

- ◎ 今回の熊本地震を受けて、専門職からは、日頃からの人材育成の必要性を指摘する声が多くあった。座学だけではない実践的な訓練等も必要性を指摘する声も多い。
- ◎ 災害リハビリテーションの体制づくり等については、災害の発生エリアや規模等に応じた体制等を行うことが重要であるため、本県の実状・特性に沿った内容を検討し、人材育成プログラムの具体化が必要と考えられる。それぞれの都道府県でも災害リハビリテーションの研修充実の重要性は高いと思われる。

編集者

福田 稠（熊本県医師会会長）

林 邦雄（熊本県医師会理事、熊本県復興リハビリテーションセンター総合本部長）

編集協力者

古閑 博明（熊本リハビリテーション病院、熊本県復興リハビリテーションセンター総務統括）

田代 桂一（山鹿温泉リハビリテーション病院、熊本県復興リハビリテーションセンター業務本部長）

牛島 由紀雄（山鹿市民医療センター）

内田 正剛（株式会社くますま）

佐藤 亮（勝久病院）

三宮 克彦（熊本機能病院）

永廣 研二（介護老人保健施設青翔苑）

山本 恵仙（熊本託麻台リハビリテーション病院）

日本医師会総合政策研究機構

熊本県健康福祉部長寿社会局認知症対策・地域ケア推進課

平成28年熊本地震における避難所及び仮設住宅等における
高齢者に対する有効な生活不活発病対策の実証活動・評価に
関する調査研究事業

発行日 2017年3月31日

発行 公益社団法人熊本県医師会

〒860-8504 熊本県熊本市中央区南熊本5丁目1番1号

TEL 096-354-3838

FAX 096-322-6429

URL <http://www.kumamoto.med.or.jp/>

