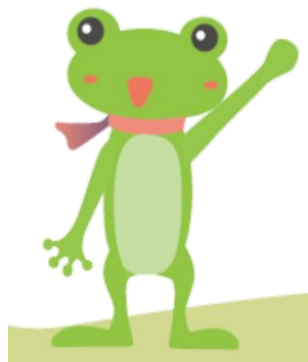


# 高次脳機能障害 災害時の対応を考える ～弱者を排除しない共助社会づくり～

コエルの にじのたび



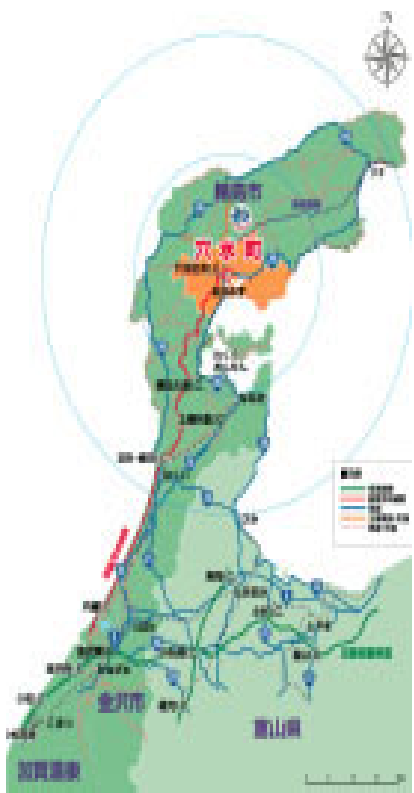
公立穴水総合病院リハビリテーション科  
影近謙治

# 本日の内容

1. 能登北部の現状(能登半島地震前後)
2. 高次脳機能障害とは
3. 高次脳機能障害の災害時の問題点
4. 地域医療とリハビリテーション
5. ソーシャルキャピタル(社会資源)
6. 地域医療・福祉と在宅に向けての支援

# 本日の内容

1. 能登北部の現状(能登半島地震前後)
2. 高次脳機能障害とは
3. 高次脳機能障害の災害時の問題点
4. 地域医療とリハビリテーション
5. ソーシャルキャピタル(社会資源)
6. 地域医療・福祉と在宅に向けての支援



位置



穴水町全図



市街地全景

# 穴水町の風景



鹿島神社



別所岳から能登島大橋を望む



ボラ待ち櫓



弁天島











# Noto's Satoyama and Satoumi

自然のめぐみ、人の営み、未来へつなぐ。

世界農業遺産「能登の里山里海」—それは能登の暮らしそのもの。

能登の  
里山里海



千枚田

世界農業遺産







龍  
神  
遊

龍  
神  
遊



石川県穴水町

能登國  
御祭同好会

長谷寺



長谷部神社

由比久

由比久  
長谷部神社

由比久  
長谷部神社

由比久  
長谷部神社

由比久  
長谷部神社

由比久  
長谷部神社

# 1. 穴水町の概要

①人口 7,754人 (R3.12.31)

うち65歳以上 3,773人

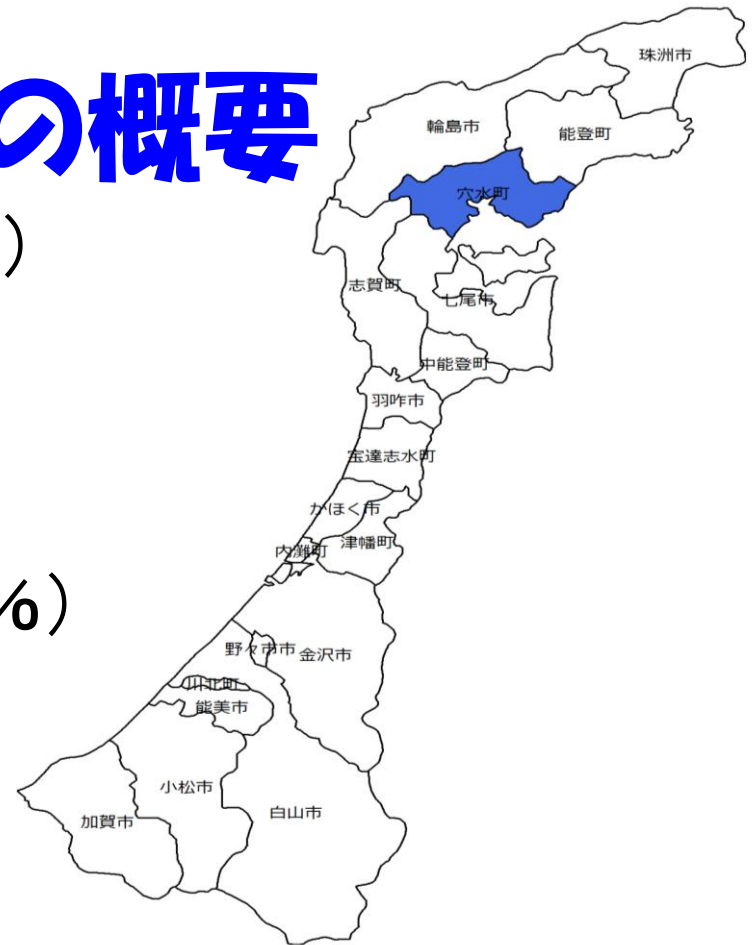
75歳以上 2,080人

高齢化率 48.7%

介護認定率 18.3%(全国20.3%)



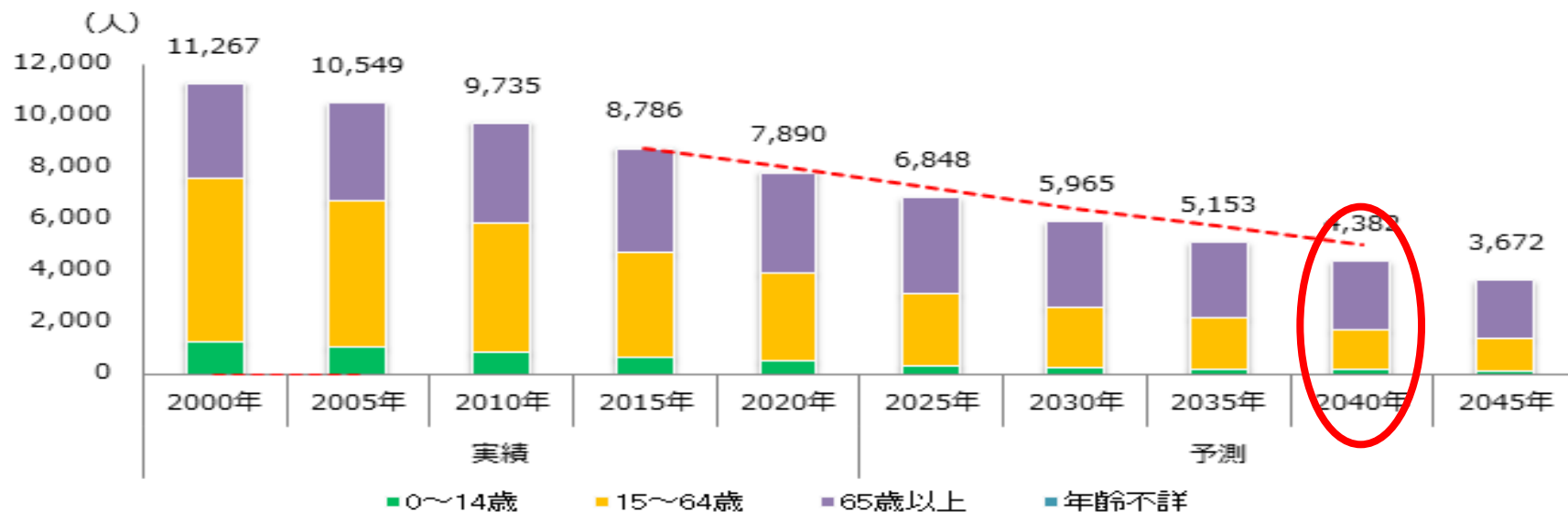
20～64歳の働き手は3174人  
しかいません。





# ②穴水町の人口推移

穴水町の人口推移

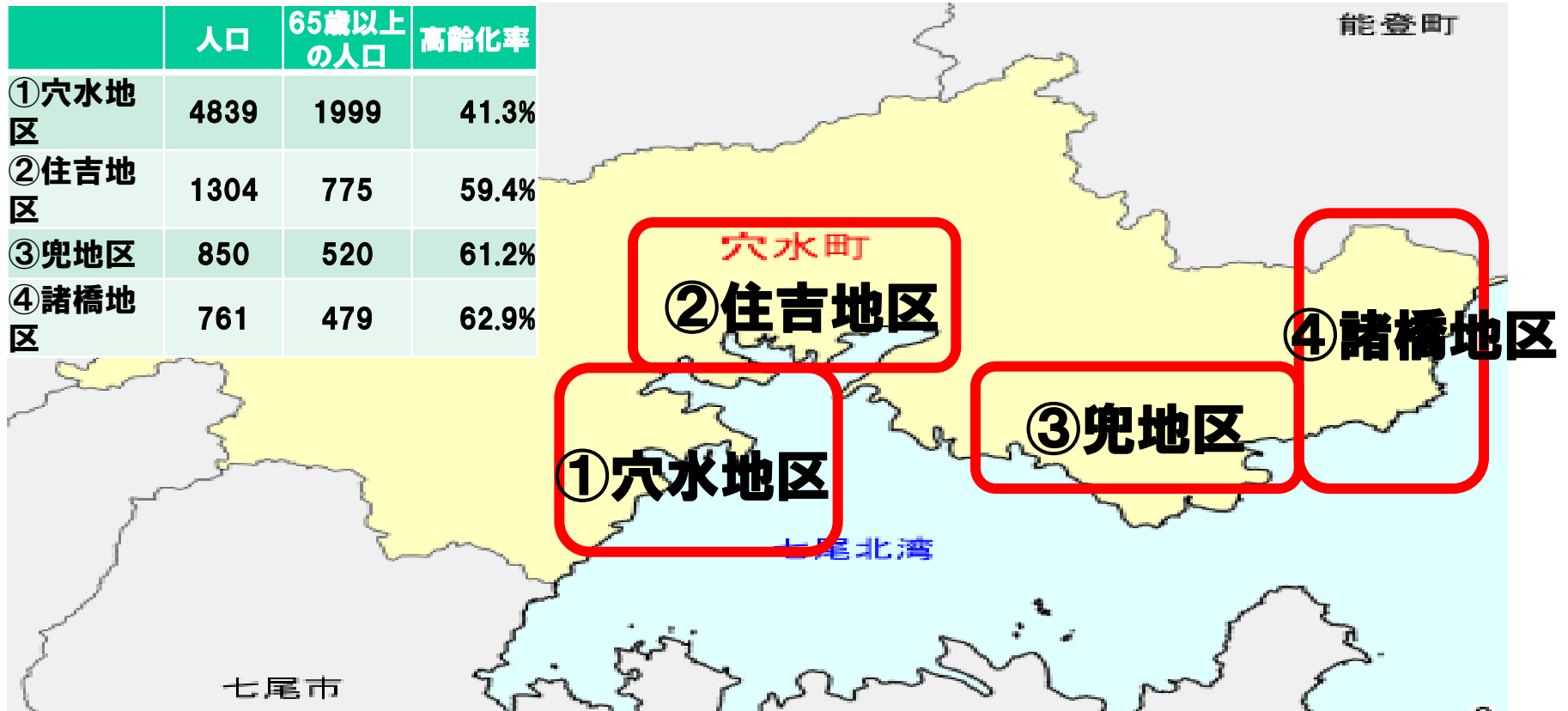


【2020年】

総面積 (km <sup>2</sup> )	183	平均年齢 (歳)	58.8	昼夜間人口比率 (%)	102.5
人口密度 (人/km <sup>2</sup> )	43.1	※昼夜間人口比率のみ2015年時点		※図中の点線は前回2013年公表の「将来人口推計」の値	

# ③地区別人口と高齢化率

	人口	65歳以上の人口	高齢化率
①穴水地区	4839	1999	41.3%
②住吉地区	1304	775	59.4%
③兜地区	850	520	61.2%
④諸橋地区	761	479	62.9%



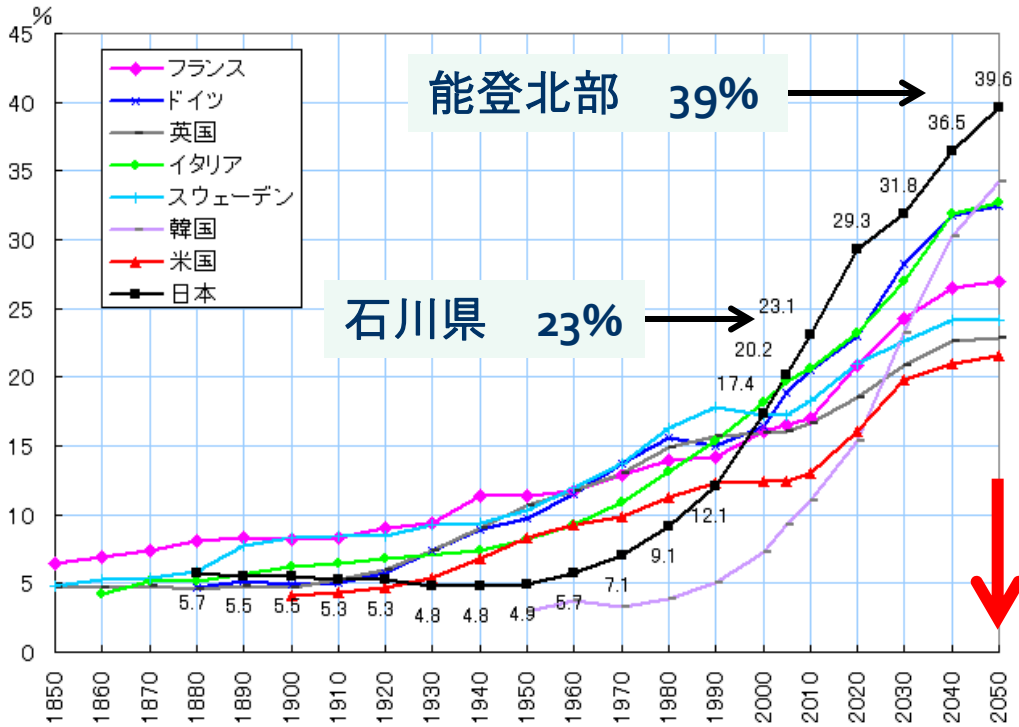
# 穴水町の無医地区



# 高齢化率の国際比率

能登北部には2050年の日本の姿が

主要国における人口高齢化率の長期推移・将来推計



能登北部 39%

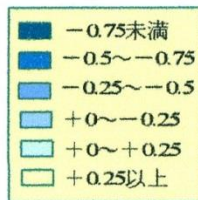
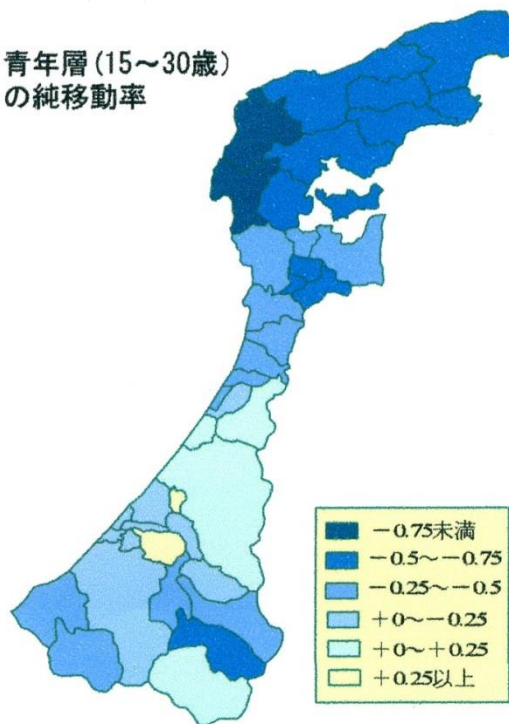
石川県 23%

(注) 65歳以上人口比率。1940年以前は国により年次に前後あり。ドイツは全ドイツ。  
 日本は1950年以降国調ベース(2005年迄は実績値)。諸外国は国連資料による。  
 日本推計は「日本の将来推計人口(平成18年12月推計、出生中位(死亡中位)推計値)  
 (資料) 国立社会保障・人口問題研究所「人口資料集2009」、国連「2008年改訂国連推計」



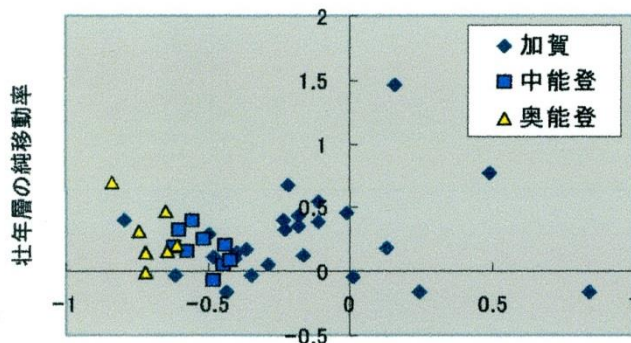


### 青年層(15~30歳)の純移動率



### 青年層の純移動率の分布

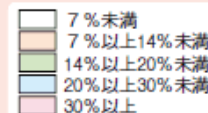
### Net Migration rate of Young Generation



青年層の純移動率  
青年層と壮年層の純移動率  
Net Migration rate of Noto Area (高橋 2010)

	昭和50年 (1975)	平成19年 (2007)	平成47年 (2035)
全国	7.9	21.5	33.7
北海道	6.9	22.9	37.4
青森県	7.5	23.9	38.2
岩手県	8.5	25.8	37.5
宮城県	7.7	21.0	33.8
秋田県	8.9	28.0	41.0
山形県	10.1	26.3	36.3
福島県	9.2	23.7	35.5
茨城県	8.4	20.7	35.2
栃木県	8.3	20.5	33.6
群馬県	8.8	21.9	33.9
埼玉県	5.3	18.3	33.8
千葉県	6.3	19.3	34.2
東京都	6.3	19.7	30.7
神奈川県	5.3	18.5	31.9
新潟県	9.6	25.0	36.6
富山県	9.5	24.6	36.0
石川県	9.1	22.3	34.5
福井県	10.1	23.7	34.0
山梨県	10.2	23.1	35.3
長野県	10.7	25.0	35.6
岐阜県	8.6	22.3	33.6
静岡県	7.9	22.0	34.6
愛知県	6.3	18.6	29.7
三重県	9.9	22.6	33.5
滋賀県	9.3	19.2	29.9
京都府	9.0	21.7	32.3
大阪府	6.0	20.5	33.3
兵庫県	7.9	21.4	34.3
奈良県	8.5	21.8	36.8
和歌山県	10.4	25.5	38.6
鳥取県	11.1	25.1	34.5
島根県	12.5	28.2	37.3
岡山県	10.7	23.7	33.4
広島県	8.9	22.4	34.5
山口県	10.2	26.4	37.4
徳島県	10.7	25.5	36.7
香川県	10.5	24.4	35.9
愛媛県	10.4	25.2	37.0
高知県	12.2	27.2	37.4
福岡県	8.3	21.0	32.6
佐賀県	10.7	23.6	34.2
長崎県	9.5	24.8	37.4
熊本県	10.7	24.7	35.6
大分県	10.6	25.4	35.6
宮崎県	9.5	24.7	36.9
鹿児島県	11.5	25.7	35.9
沖縄県	7.0	16.9	27.7

資料：昭和50年は総務省「国勢調査」、平成19年は総務省「推計人口」(平成19年10月1日現在)、平成47年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」



# 過疎化

#	郡	自治体名等	ふりがな	人口密度
1		野々市市	ののいち・し	4,066.89
2	河北郡	内灘町	うちなだ・まち	1,327.43
3		金沢市	かなざわ・し	990.50
4		能美市	のみ・し	583.84
5		かほく市	かほく・し	529.65
6	能美郡	川北町	かわきた・まち	427.30
7	河北郡	津幡町	つばた・まち	334.05
8		小松市	こまつ・し	288.82
9		羽咋市	はくい・し	272.38
10		加賀市	かが・し	226.19
11	鹿島郡	中能登町	なかのと・まち	201.67
12		七尾市	ななお・し	174.74
13		白山市	はくさん・し	144.88
14	羽咋郡	宝達志水町	ほうだつしみず・ちょう	120.91
15		志賀町	しか・まち	85.32
16	鳳珠郡	能登町	のと・ちょう	66.28
17		輪島市	わじま・し	65.73
18		珠洲市	すず・し	61.22
19	鳳珠郡	穴水町	あなみず・まち	49.23

推計人口は2013年10月1日の推計人口による。面積は2013年10月1日の国土交通省国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」による(単位: km<sup>2</sup>)。人口密度は小数点以下第3位を四捨五入(単位: 人/km<sup>2</sup>)。

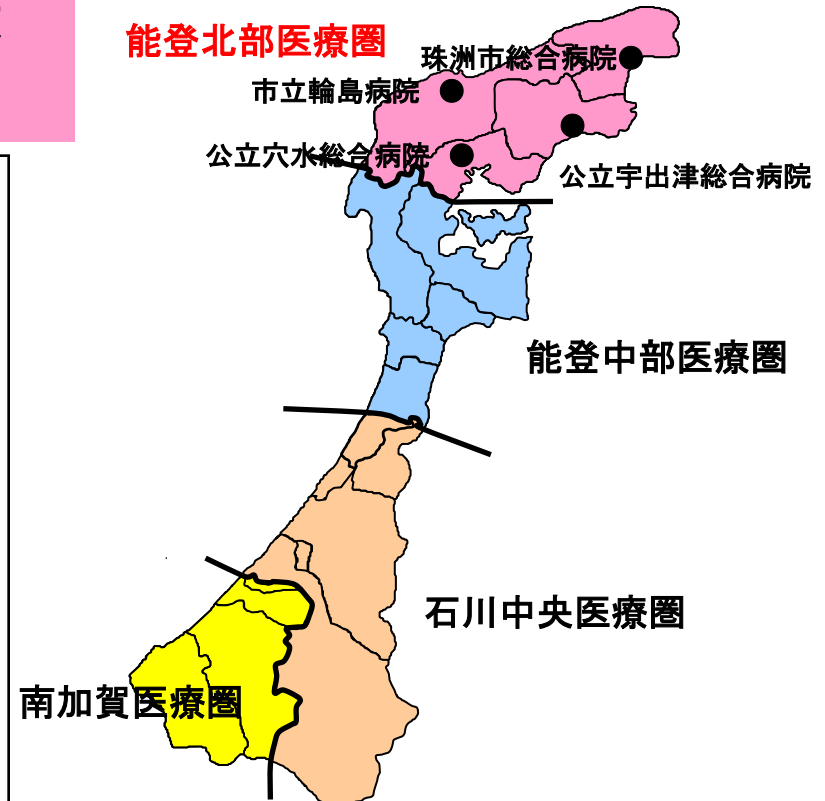
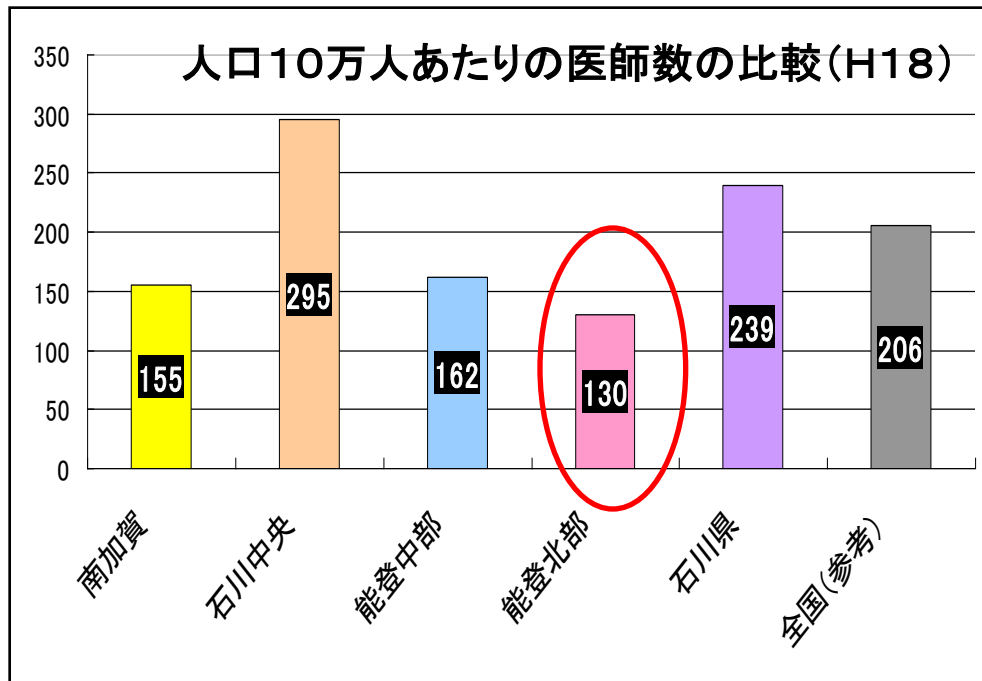
# 石川県における医師の配置状況

■石川県における人口あたりの医師数は、年々、増加傾向にあり、人口10万人あたりの医師数239人は、全国12位である。

■しかし、医師は石川中央地域に偏在しており、能登北部地域などでは医師不足が問題となっており、産科など特定の診療科では医師数が減少するほか、救急医療を担う医師の負担が増加するなど、地域医療の確保が重要な課題となっている。

## 能登北部医療圏4公立病院の常勤医師数

63人(H15) ⇒ 52人(H21)



穴水総合病院臨床研修センター  
能登北部地域医療研究所

公立穴水総合病院  
急性期病棟100床  
常勤医師 12名

老健施設あゆみの里

透析センター

**公立穴水総合病院**

診療科: 内科、外科、整形外科、循環器科、  
泌尿器科、小児科、産婦人科、耳鼻科、  
眼科、皮膚科

病床: 100床  
年間救急搬送患者: 387名  
年間入院患者数 : 約3万日人  
年間外来患者数 : 約12万人  
常勤医師: 12名、看護師: 61名、准看護師: 10名  
総職員数 179名

訪問看護ステーション  
在宅療養支援センター

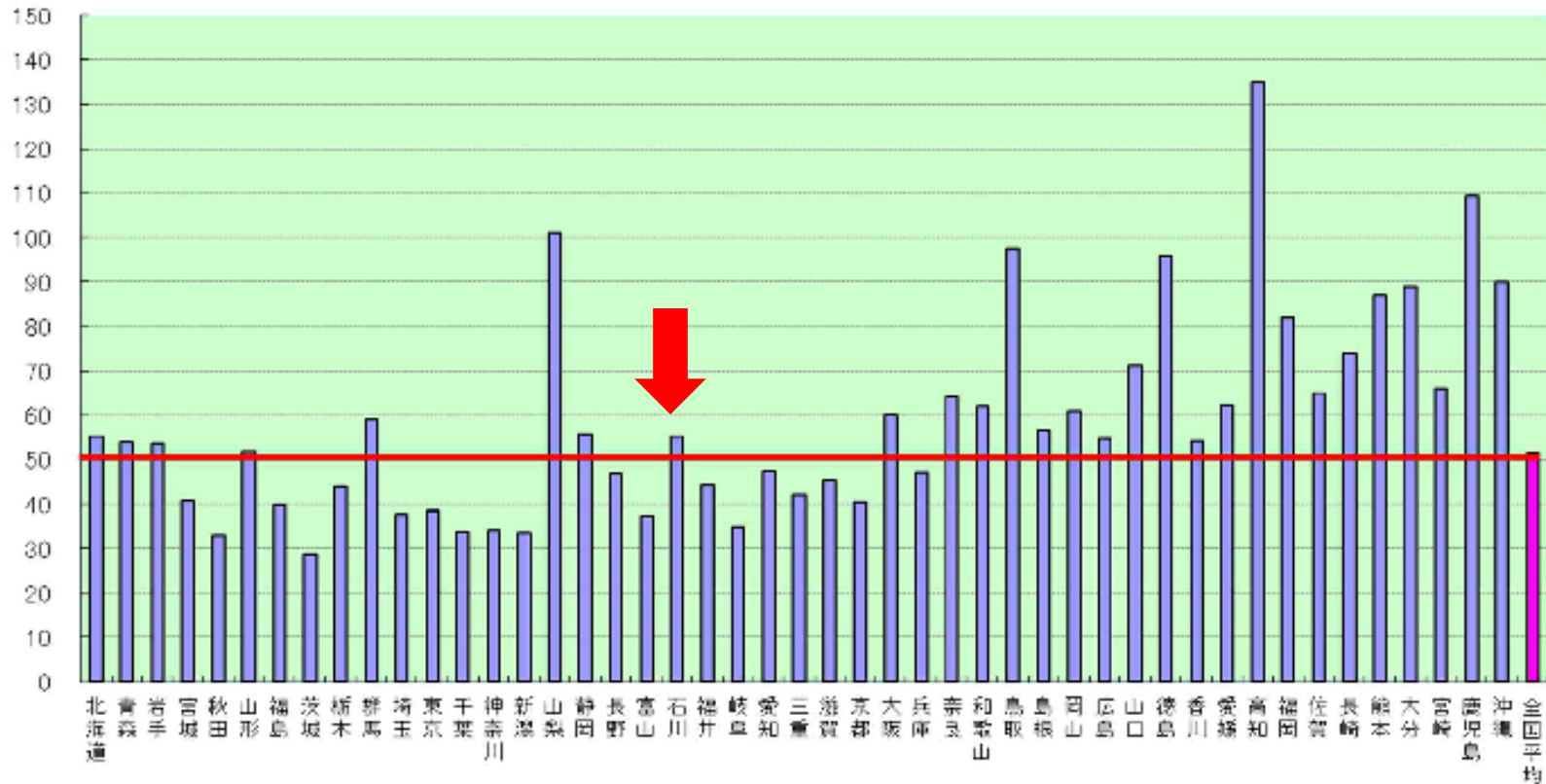
地域包括支援センター

穴水町健康推進課  
社会福祉協議会



# 回復期リハビリテーション病棟

都道府県別病床数: 対10万人(2013年4月30日現在)



石川県 14病院 (15病棟)

富山県 7病院 ( 8病棟)

福井県 7病院 ( 8病棟)

# 医療過疎の能登地域を カバーする役割

## 回復期リハ病棟を有する病院

14病院(15病棟)

I: 4病院

II: 8病院

III: 2病院

- ・入院患者の30%は奥能登地域から
- ・50床しかない能登地域の回復期リハ病棟の一翼
- ・連携と指導(在宅までの見極め)



# 能登北部の医療・介護問題

- 高齢化に伴う問題
  - 高齢者疾患の増加
  - 要介護高齢者の増加
  - 通院困難者の増加
  - 認知症高齢者の増加
  - 終末期医療
  - 独居老人、老老介護
- 過疎化に伴う問題
  - 無医地区
  - 医療・介護従事者不足
  - 通院手段、移動手段の不足
  - 患者の絶対数の減少
  - 家庭や地域の介護力低下
- 経済的理由による受診抑制
- 服薬数の増加と残薬
- 医療システムの問題
  - 自治体病院の経営難
  - 勤務医不足
  - 救急医療体制
  - 療養型病院の不足
  - すべての専門診療科の不足
  - 医療従事者の労働環境
  - 医療・介護・行政連携
  - 医療安全確保
  - 医療従事者育成体制
- 健康意識の問題
  - 喫煙、高い塩分摂取量
  - 低い検診受診率(特に高齢者)
  - 予防医療
  - 在宅医療への理解
  - 地域医療への医療不信

# 令和6年能登半島地震(輪島)



# 令和6年能登半島地震(珠洲)



# 能登半島地震

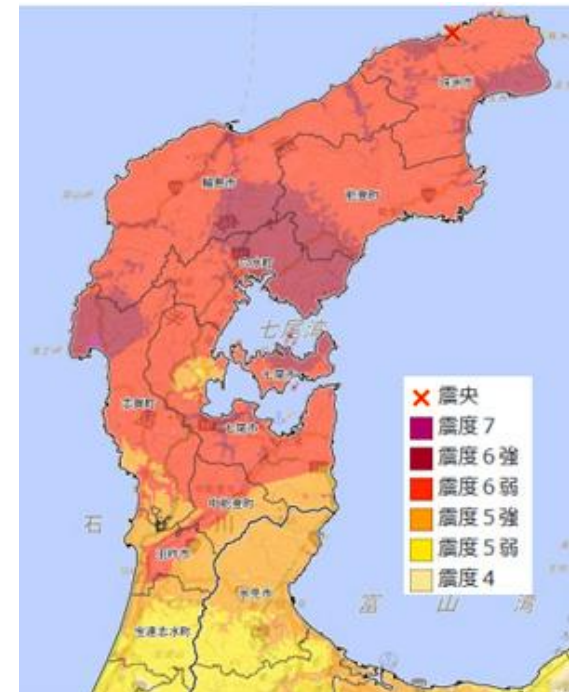


能登半島地震は1月1日午後4時10分に発生。日本海側で起きる地震では最大級ともされるマグニチュード(M)7・6だった。

能登半島先端の石川県珠洲市を震源に、南西の輪島市側と北東の新潟・佐渡島側への2方向に広がる二つの大きな断層破壊が起きたとみられることがわかった。

地下の断層は能登半島の北岸に沿うように100キロ超にわたって破壊。沖合にも延び、津波の発生につながったとみられる。

「兵庫県南部地震(阪神・淡路大震災、1995年)や熊本地震(2016年)でほぼ1回だったパルス(強い地震波)が、能登半島地震では3~4回続いた。続いた時間も長く、木造家屋のダメージが大きくなった。8月末日時点での死者数339人(災害関連死110名を含む)



# 1. 穴水町の被害状況

- 死亡者数:26名(災害関連死6名を含む)
- 住宅被害数:約1900件が全半壊(約50%)
- 上下水被害数:3300戸数が被害(3/2復旧)
- 道路:通行止め7路線 片側通行17路線  
現在は通行止めはなし

石川県災害対策本部員会議より引用

# 1. 穴水町の被害状況





# 1. 穴水町の被害状況



## 2. 穴水総合病院の被害状況

- 1月29日から内科・外科・整形外科が「午前のみ」診療再開
  - 2月19日より耳鼻咽喉科・皮膚科・眼科・循環器内科・泌尿器科・リハビリテーション科が診療再開
  - 3月1日より看護師不足により2病棟から1病棟に変更（98床→59床）
  - 4月3日より本館トイレ使用可能
  - 4月10日管理棟トイレ使用可能
- ※併設施設あゆみの里は上下水道整備が整わず、トイレなど使用できていない（4月25日現在）

## 2. 穴水総合病院の被害状況







# ☆段ボールベッドの注意点☆

## ①湿気に弱い

段ボールは紙でできているため、湿気など水分を吸う。そのため窓際や布団を敷いたまましていると強度が下がる。

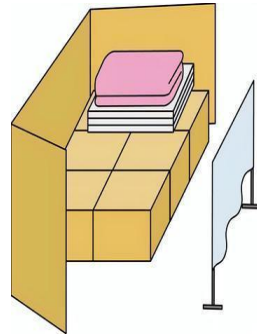
## ②角や端の強度が弱い

体重がかかる点が小さくなると(浅く座るや角に座る)一点に負担がかかり、破損しやすい。

す

☆お願い☆

- 布団は毎回たたみましょう。
- 深く座るようにしましょう。
- 定期的に換気を行い、湿気がこもらないようにしましょう。

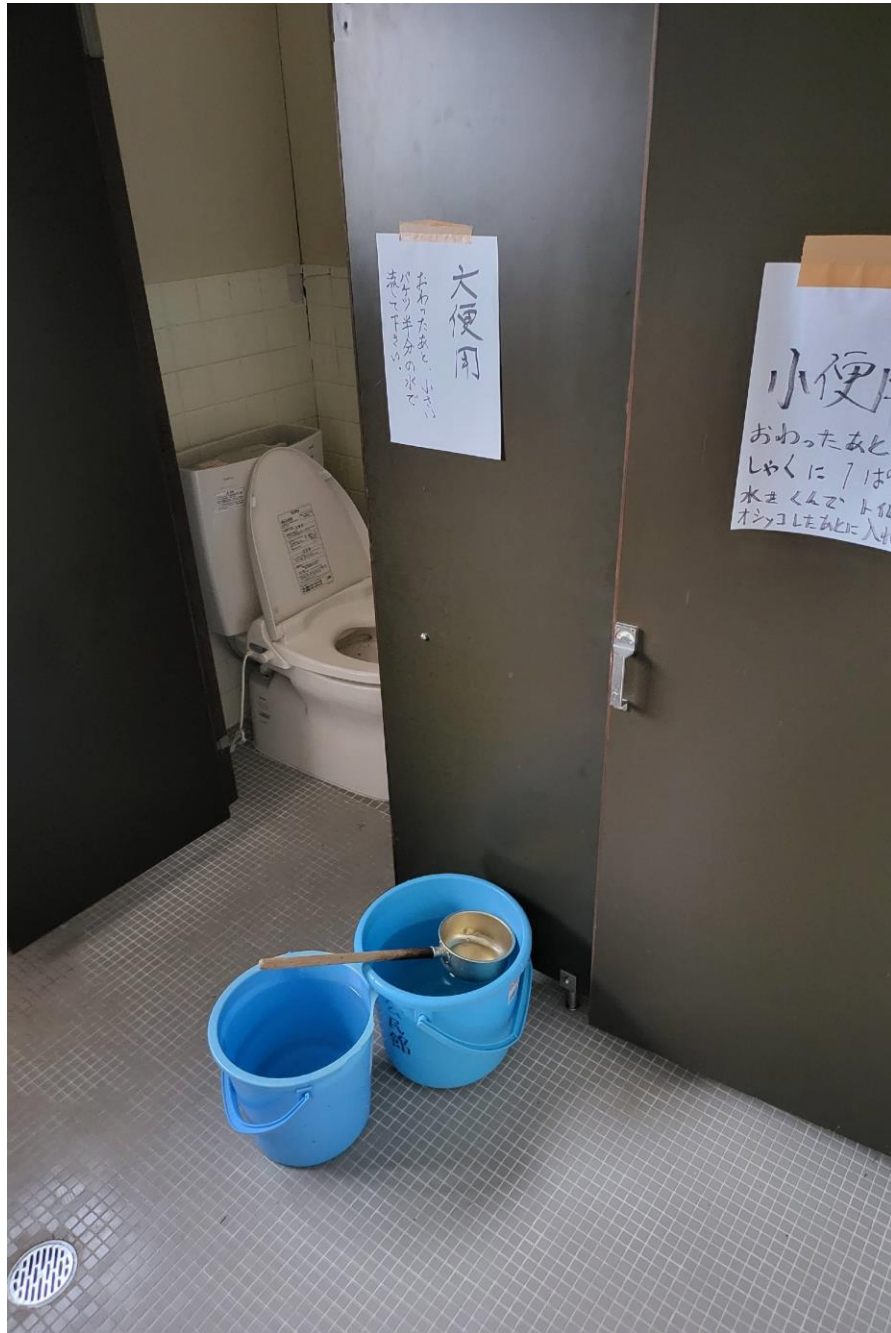


☆点検方法、交換目安☆

- 手のひらで段ボールベッドを押してみて、柔らかく感じる。
- 座って滑ったり、転んだりしたことがある。

☆段ボールベッドの発注は  
…「物資希望調査票」にご記入ください。

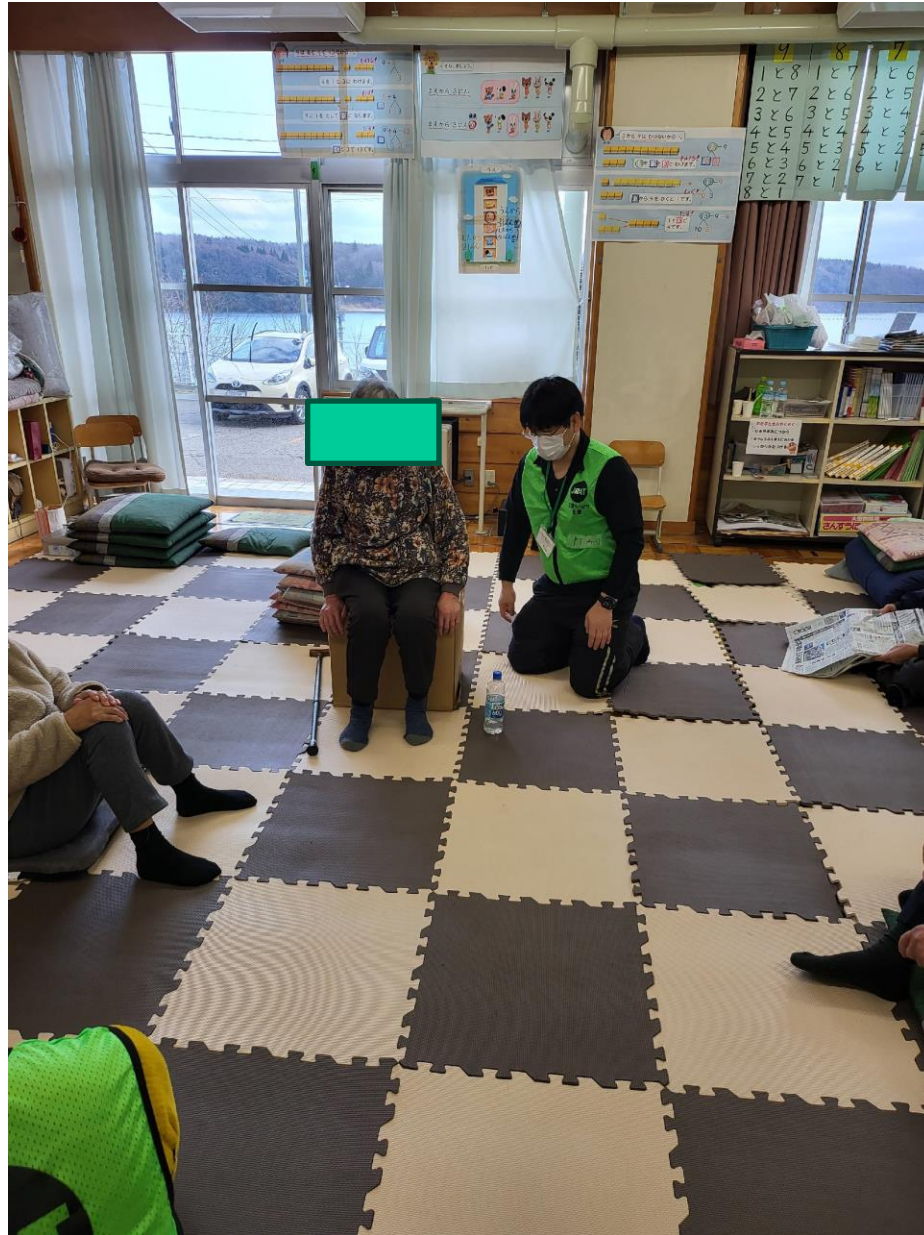
☆すべり止めシートのご相談は  
…珠洲市生活サポート部会 (82-7742)にお問い合わせください









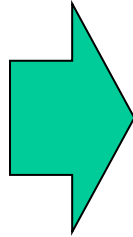




1次避難所(最大)404カ所

避難者数(最大)33,530人

# 環境整備（珠洲）



# 環境整備（珠洲）

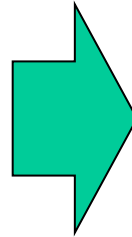
簡易手すりの設置

富山県リハビリテーション病院  
吉野 修先生提供



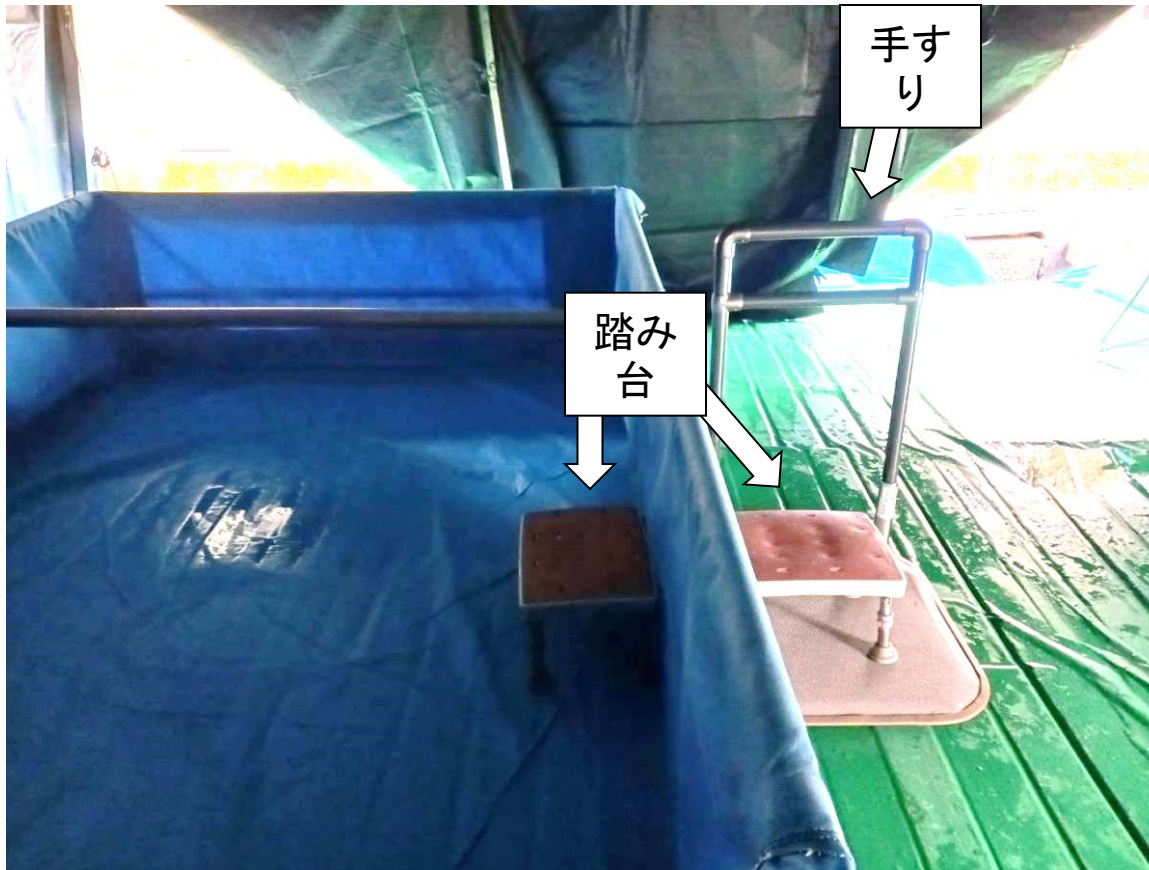
# 環境整備（珠洲）

段差の改善



富山県リハビリテーション病院  
吉野 修先生提供

# 環境整備（珠洲）



富山県リハビリテーション病院  
吉野 修先生提供

# 避難所評価(穴水)



山形大学 高木理彰先生提供



# 体操指導(七尾)



山形大学 高木理彰先生提供

# シルバーリハビリ体操

## 介護予防のための シルバーリハビリ体操

シルバーリハビリ体操は、立つ、座る、歩くなど日常生活を営むための動作の訓練にもなる「いきいきヘルス体操」、柔軟性や筋力強化等により体力の維持・向上を図る「いきいきヘルスいっばつ体操」、肩下体操・膝関節体操・発声練習など「その他の体操」で構成され、同のためどの筋肉を使いどの関節をどのように動かすかが明確です。

### シルバーリハビリ体操の 3原則

- ① 一度に、無理してがんばり過ぎないこと
- ② 「よくなったから」といって止めないこと
- ③ 効果が現れなくても、あきらめないで続けること

体操の時の  
椅子の座り方

両足を肩につけ、  
背筋を伸ばす。



## 肩こり予防体操

### 背中 の筋肉の ストレッチ

①肘が上下に重なるように両腕をつかみ、両肩の隙を伸ばす。



②体をゆっくり  
左右へひねる。



### 肩の上下運動と リラクゼーション

①息を吸いながら、腕をそらしながら、両腕を上げる。



②息を吐きながら腕をストンと下げる。



## 転倒予防体操

### 下肢の 筋力強化

①両手を組み、前方に伸ばす。



②そのまま体を前に倒し、お尻を浮かせる。手が下に下がらないようにする。

### ももを上げる 力をつける 運動

①肘を上げ、腕の前で保持する。



②肘が反対側の上げた膝につくように上体をひねり交互に膝を上げる。(お尻と足、お尻と太腿)

### 体操の方法

- 一度に全てを行うのではなく、目的に応じて選んで実施する。
- 左右を均等に行う。
- ストレッチは、呼吸を止めないでゆっくりと気持ちがいい程度に行う。
- 水分補給をしながら行う。

# 段ボールベッド設置(七尾)



山形大学 高木理彰先生提供

# 避難所に配布した「日本脳外傷友の会」発行のパンフレット

## 高次脳機能障害者が抱えている問題

### 本人の自覚障害

本人自身も障害に気づきにくい

### 感情の障害

すぐ怒る、落ち込む、不適切な場面で笑いだす

### 記憶の障害

言われたこと、昔のことを覚えていない

### 行動計画の障害

状況に合わせられない、計画的に動けない

### 言語の障害

言われたことが理解できない、言葉で表現できない

### こだわり

他人の意見に耳を貸さない、自分を通そうとする

### 注意の障害

集中できない、気づかない、切り替えられない

### 脳が疲れやすい

考えられなくなる、ボーとする、イライラする

### 情報処理の障害

情報が多いと混乱したり、固まったりする

## 災害時に対応される方へ

### 「高次脳機能障害」という見えない障害があります

- 事故や病気などで脳が損傷され、話す・考える・覚える・集中する・感情のコントロールなどが難しくなり、生活に支障を来す状態をいいます。
- 身体に麻痺がある方もいますが、一見して障害と分からない方もいます。また、本人が障害を認識していない場合もあります。

### 何度も同じことを聞く！

- 覚えられないため、同じことを何度も聞いてきたりします。
- 自分で言ったことを忘れていることもあります。

- 伝えることを文字にし、いつも見えるようにしてください。
- 絵や図を使って伝えることも取り入れてみてください。

### 並べない、待てない！

- 周りの状況が理解しにくいので、順番が守れないことがあります。
- 我慢ができないこともあります。

- 具体的に、順番や並び方を指示してあげてください。
- 場合によっては順番を譲ってあげてください。

### 判断できない、パニックになる！

- 自分で判断できない人、場違いな行動をする人がいます。
- 困っていないように見える（時にふざける）人がいます。
- 集団や騒音が苦手な人がいます。

- 必要な行動を具体的に指示してください。
- 混乱しているようであれば、付き添ってあげてください。
- 静かな場所で落ち着くまで見守ってください。

## もしもの時に備えて 危険(事件・事故・災害)に あったときのために

### 家族や周囲の人が準備すること

- 地域の人(近所・民生委員など)にも本人の症状・特性を知ってもらう。
- 本人の症状を説明するカードなどを準備する。
- 普段通っている場所(作業所・会社など)と、もしもの時の対応を話し合っておく。
- 家族以外にも、もしもの時の対応を任せられる人を決めておく。

### 本人と共に準備すること

- もしもの時の行動(約束)を決め、カードあんしんカードに記載し、本人が携行する。
- カードあんしんカードに本人の症状や治療薬を説明し、本人が携行する。
- 本人と、もしもの時の練習をしておく。
- 地元(地域)に居場所を作っておく。
- 家族会や安心できる第三者など、横のつながりを作っておく。

準備ができた項目に☑を入れてみましょう。

# 令和6年能登半島地震災害の特徴

1. 超高齢市町が被災：多くの要介護者
2. 地域リハが脆弱な地域での被災
3. 半島という地理的な問題：長い移動時間を要する
4. 数少ない道路網が寸断：迅速な物資輸送や支援が不可能
5. 雪の影響
6. 広範囲・長期間の断水：トイレ排水および口腔ケアの問題
7. 感染症問題：コロナ・インフルエンザなど
8. 1.5次避難所の設置と対応
9. 多数の避難者が広域避難

## 震度7以上を観測した地震の災害死と関連死

発生年	災害名	災害死	災害関連死
1995	阪神大震災	6434人	919人(14.3%)
2004	新潟県中越地震	68人	52人(76.5%)
2011	東日本大震災	15900人	3794人(23.9%)
2016	熊本地震	276人	221人(80.1%)
2024	能登半島地震	281人	52人(18.6%) (2024.6.30時点)

各自治体の資料を基に作成

# 石川県の災害リハビリテーションの取り組み経緯

2019年1月7日

JRAT発足にむけて県庁へ挨拶

2019年3月12日

石川JRAT発足記念講演会を開催（当初は、地域名が後についていた）

県の高度・専門医療人材育成養成事業費を申請（3士会及びケアマネ協から会費を徴収）

RRT研修に河崎医師が参加

2019年11月30日・12月1日

地域JRAT全国研修会にOT士会東川会長と参加

2019年

2回研修会開催



平成19年 能登半島地震より

## 「JRAT石川」 設立記念研修会

大規模災害時において、災害のフェーズに合わせたリハビリテーション支援を実施することにより、災害に関連した身体機能や生活能力の低下を防ぐことを目的とした団体として、Japan Rehabilitation Assistance Team (JRAT) があります。

石川県においても、今後大規模災害時に多職種と連携したリハビリテーション支援が行えるよう、日本リハビリテーション医学会北陸地方会、理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会、介護支援専門員協会で「JRAT石川」を設立する運びとなりました。

そのご報告と災害リハビリテーション支援の知識を深めるため、研修会を企画しましたので、皆様の参加をお待ちしています。

【日時】

平成31年2月3日(日) 10:00～12:00

【会場】

県リハビリテーションセンター 4階 研修室

### ～ プログラム ～

- 開会宣言  
JRAT石川 会長 影近 謙治
- 熊本からのメッセージ  
JRAT熊本 事務局長 三宮 克彦
- シンポジウム  
「災害支援における専門職の役割」  
シンポジスト 各主催団体

お申込みについては裏面へ

参加費無料  
定員90名

### 主催

日本リハビリテーション医学会北陸地方会  
(公社) 石川県理学療法士会  
(公社) 石川県作業療法士会  
(公社) 石川県言語聴覚士会  
石川県介護支援専門員協会

# 被災地のリハビリへ 団結

## 県内の医療福祉5団体 4月に協議会



JRAT石川の活動に意欲を示す影近教授  
|| 金沢医科大学病院

協議会を組織するのは、日本リハビリテーション医学会北陸地方会と眞理理学療法士会、県作業療法士会、県言語聴覚士会、県介護支援専門員協会の5団体。金沢医科大学病院に事務局を置き、JRAT石川チームの

### きょう、講師招き研修会

県内の医療福祉関連5団体が4月、大規模災害時に被災地へリハビリ支援チームを派遣する「県災害リハビリテーション支援関連団体協議会」(JRAT石川)を設立する。北陸三県では初めてで、専門家が向いて避難所などで高齢者や障害者らの健康維持をサポートする。被災地で医療支援を担うJMAT(日本医師会災害医療チーム)のリハビリ版で、3日に赤土町の県リハビリテーションセンターで設立記念研修会を開く。

ン支援関連団体協議会会長に就任予定の金沢医科大学病院リハビリテーション医学部長の影近謙治教授による

派遣元となる。

各団体はこれまでばらばらに被災地でリハビリ支援に取り組んでいたが、現地の自治体が受け入れやすくなるため、協議会を設け、多職種で構成する県単位のチームを組織することにした。昨年7月から準備を進めてきた。

人命救助の勝負とされる「発生から72時間」はJMATが活動し、JRATはその後に活動を本格化させる。大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(東京)の要請で出動し、1チーム5〜6人で構成する。活動期間は1週間程度とし、状況に応じて交代のチームを派遣する。

# 大災害時、チーム派遣



# 今後の復興リハビリテーションの活動

# 復興リハビリテーション支援事業費

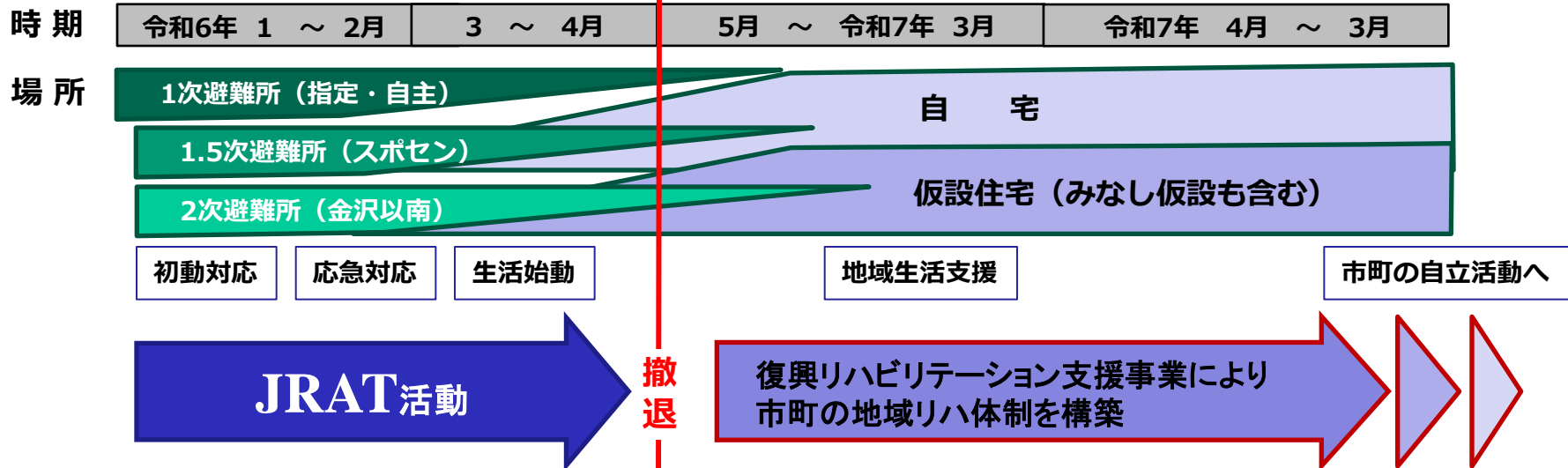
## 1. 背景

JRAT（日本災害リハビリテーション支援協会）は、発災後、災害医療チームとして被災高齢者等の生活不活発病を予防し、県内の避難所等では、被災者の自立生活を再建できるようリハビリテーション支援を実施してきたところである。

**JRATの活動は4月中旬に撤退する**こととなり、今後、被災自宅や仮設住宅で閉じこもりがちな高齢者等の災害関連死や要介護化を積極的に予防するため、各市町の実態に応じたリハビリテーション支援を展開する必要がある。

## 2. 目的

- 1) 被災者の生活不活発病の予防、介護予防のための活動支援（運動・認知機能の評価、体操教室の指導など）
- 2) リハビリテーションの視点による被災者の生活の自立支援（仮設住宅の改修支援、福祉用具の導入など）
- 3) 被災市町の地域包括ケアシステム復興に向けた伴走的な活動支援（地域ケア会議への助言、自主グループの育成など）



# 復興リハビリテーション支援事業費

仮設住宅・在宅生活の要支援者・障害者等

支援

市町(主に能登6市町を対象に医療機関と連携した活動)

珠洲市  
(市PT:1)

輪島市  
(市OT:1)

穴水町

能登町

志賀町  
(市PT:1)

七尾市

情報共有

支援

珠洲市担当  
珠洲病院  
リハ職

輪島市担当  
輪島病院  
リハ職

穴水町担当  
穴水病院  
リハ職

能登町担当  
非常勤  
リハ職

志賀町担当  
富来病院  
リハ職

七尾市担当  
能登病院  
リハ職

市町連絡調整・ニーズの把握、地域関係団体調整、技術支援等

## 3. 事業内容

- ① 仮設住宅における環境の確認・改修支援
- ② 福祉用具の相談・助言
- ③ 集会場等での運動・認知の維持向上のための介護予防活動
- ④ 地域ケア会議や行政会議への参加協力・助言
- ⑤ 研修等を通じた人材育成・自主グループの育成

市町の要望に応じて派遣支援  
(羽咋市、中能登町、内灘町の仮設住宅団地など)

派遣  
支援

情報共有

派遣  
支援

仮設住宅・在宅生活者・2次避難者の自立支援等

県リハビリテーションセンター(リハ専門職9名、リハ工学技師1、保健師4)

## リハビリテーション地域活動支援事業

活動計画立案、派遣人員調整、関係団体調整、専門的な技術支援等

協力病院からのリハ専門職等の派遣

(恵寿病院、済生会金沢病院、やわたメディカルセンター等)

リハ専門職能  
団体  
(PT・OT・ST連絡会)

委託

リハ専門職  
活用支援事業  
(リハ専門職育成・  
その他)

情報  
共有

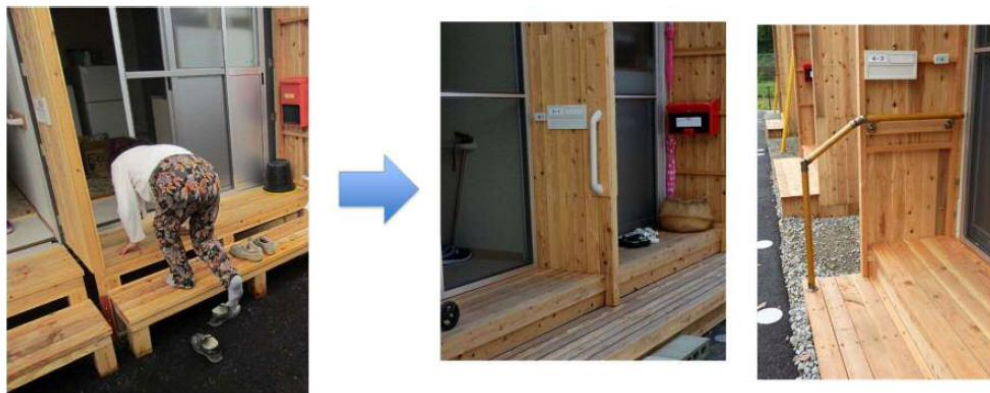
県(健康福祉部:厚生政策課・長寿社会課)  
復興リハビリテーション協議会

# 熊本県における復興リハビリテーション活動

## 仮設住宅における初期改修活動の概要

仮設住宅は、東日本大震災後に様々な改善が実施されているものの、高齢者・障がい者らの個々の状況に応じた改修は重要な課題であった

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



リハ職のアセスメントによる  
仮設住宅バリアフリー化



- ・改修実績では手すり設置に関わるものが多くを占めた
- ・仮設住宅を設置した16市町村のうち13市町村から初期改修支援の要望（平成28年12月時点）

復興リハ活動においては、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上で、適切な改修案の作成を行った。

	手すり (室内)	手すり (浴室)	手すり (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

# 熊本県の集会所における介護予防活動の概要

仮設住宅と併せて集会所「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拠点として集会所を活用した介護予防活動を展開した。

## 活動内容

- 週1回 2～3時間の活動を原則とする
- 集団での運動指導をベースとする
- 介護予防体操の実施や運動指導を展開
- 参加者を飽きさせず、活動意欲を高める工夫（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、野外での園芸活動の実施等）
- 初回及び3か月ごとに運動機能評価等を実施

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)

# 復興リハビリテーションの ちらし作成

令和6年能登半島地震  
復興リハビリテーション

石川県復興リハビリテーション支援事業

## みなさんの 健康を応援します!

「自分でできる」を  
増やしませんか?

仮設住宅等の住環境支援

福祉用具、住宅改修、動作の相談、  
お風呂やトイレなど  
日常生活動作の困りごとを  
支援します。



心と身体を元気に  
地域を元気に!

生活不活発予防に対する支援

心身の健康を保つために、  
集会場等を利用し、  
作業や運動など日中活動を  
応援します。



肩で歩いて  
リフレッシュ!



復興リハビリテーション支援事業とは

令和6年能登半島地震で被災された高齢者等が生活不活発や要介護状態になることを予防するために、リハビリテーション専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等)が運動・認知機能の維持向上のための活動支援、福祉用具の導入や住宅改修などの相談対応、そのほか市町事業への併発的な活動支援を行う事業です。

QRコードを  
スキャンしてください



お問い合わせ  
TEL: 076-266-2864  
平日 9:00~17:00

石川県復興リハビリテーションセンター

石川県金沢市赤土町二13-1 TEL: 076-266-2860 FAX: 076-266-2864  
Eメール: lprc@pref.ishikawa.lg.jp









# 一緒に星を 見ませんか？

1回30分程度

14:00~16:00

さわやか交流館フルート

17:00~19:00

川島第2団地

主催：

金沢工業大学・

穴水復興リハビリテーションチーム (ART)

協賛：穴水町教育委員会・NPO法人レスキューストックヤード

# シニアのための ヨガ&ティラピス

日時 令和6年11月10日(日)

内容 11:00~12:00ヨガとティラピス  
12:00~14:00健康食で談笑(無料)

場所 黒猫リハビリテーション研究所  
(前波農村公園横の影近謙治宅)

## 講師



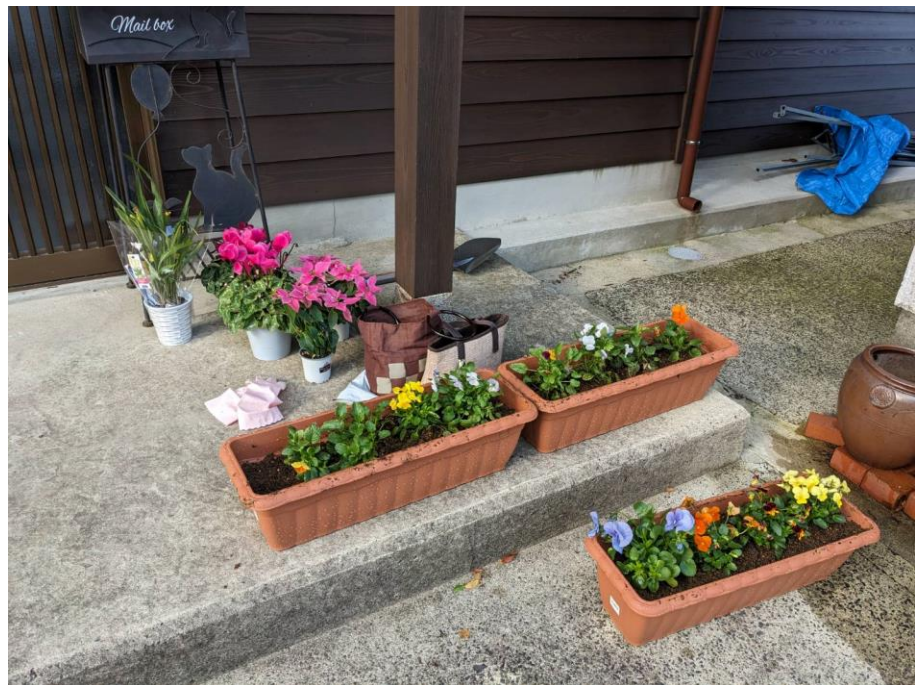
能登 恵巳(のとえみ)

石川県出身。高校卒業後、地元の電子機器メーカーに就職。自分にはデジタルよりもアナログで人と向き合う仕事が向いていると考え、理学療法士を志す。病院で第2の人生をスタート。心臓や呼吸療法、関節ファシリテーションなど専門知識と技術を習得。命と向き合う仕事の中で、急に病氣や怪我をしたときの心の持ちようが治癒にも関係するのではないかと感じ始める。そんな時期に「yoga」と出会う。人としての生業の糧とし、yogaの知識や実践、FRACTAL PSYCHOLOGYなどの心の学びも取り入れながら、「理学療法」の科学的アプローチと「yoga」のメンタルアプローチを活かした、心とカラダの幸せを模索中。急性期病院では、8年間勤め延約3000人の患者様(未満児から100歳を超える方)の治療に携わる。

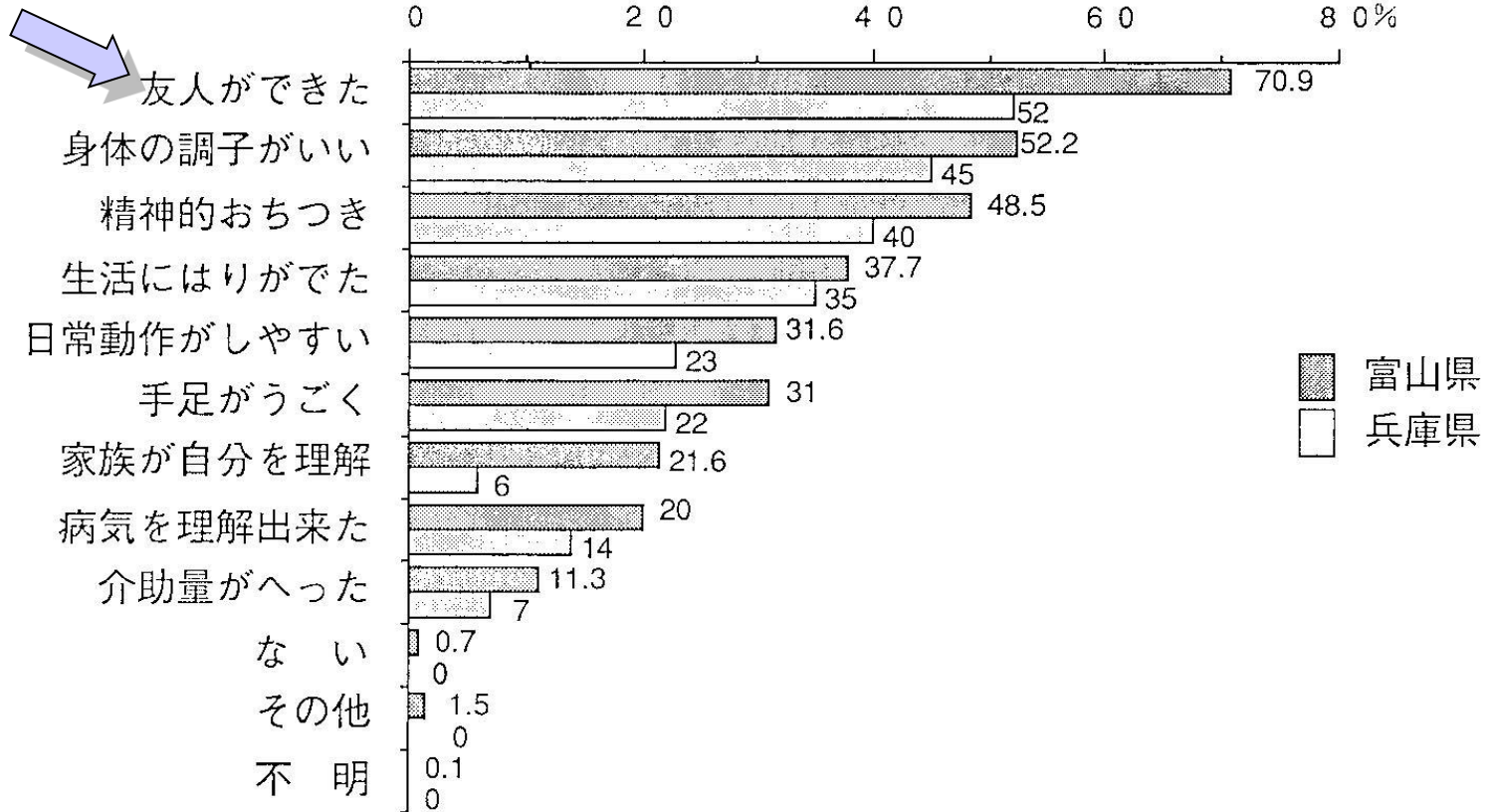
主催：黒猫リハビリテーション研究所  
(代表 影近謙治)



# コミュニティの復活



# 機能訓練事業に参加して



# 維持期リハで大切なこと

- プラス思考（活動、参加）  
「歩けなくても・・・」、「転びやすくて・・・」、  
「体力がなくても・・・」
- マイナス思考なら（閉じこもり）  
「もし、歩けたら・・・」、「もし、転倒が怖くな  
ければ・・・」、「もし、体力があれば・・・」
- 主体的な行動（自己決定）、気持ちの整理（3,4年）  
「楽しみ」体験、「役割」体験、「できた」体験

我々はなにをする？

どのような質を目標にするのか？

専門職の使命と公的立場に立って、  
知識・技術と経験に基づいて、  
当事者の満足を基準とする。

我々の仕事の領域は、

社会保障の業務に入る。  
人権擁護の一役を担っている。



とにかく、

災害後の「“地域リハビリテーション”」:

その範囲は終末期までひろがり、  
広範囲に及んだが、――

その質はなおざりにされないように。

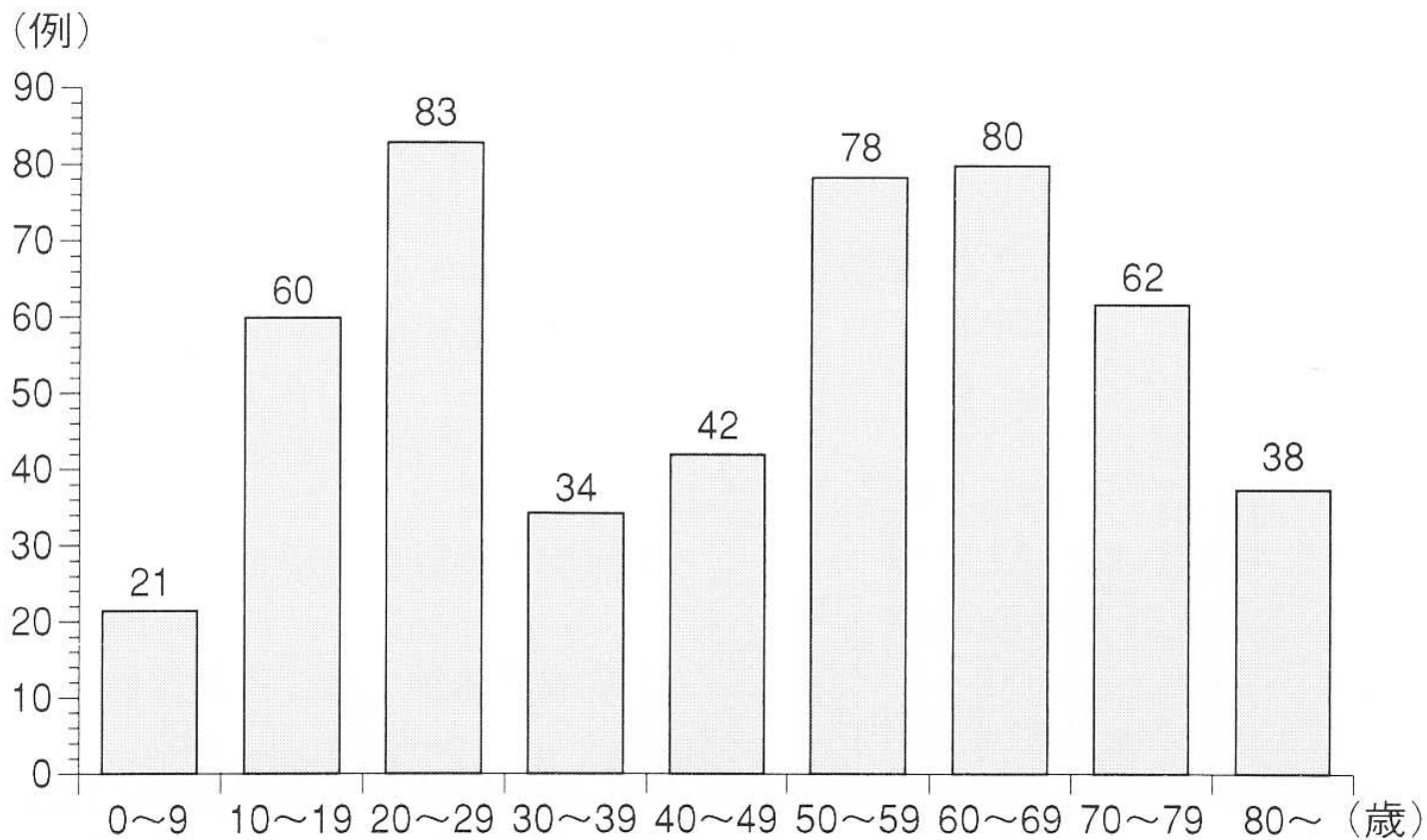
# 本日の内容

1. 能登北部の現状(能登半島地震前後)
2. 高次脳機能障害とは
3. 高次脳機能障害の災害時の問題点
4. 地域医療とリハビリテーション
5. ソーシャルキャピタル(社会資源)
6. 地域医療・福祉と在宅に向けての支援



# 頭部外傷患者の年齢分布

(小野純一 2001)



頭部外傷データベースに登録された症例の年齢分布



# 高次脳機能障害の問題

- 発達障害：60万人
- 高次脳機能障害：30万人～50万人
- 認知症：500万人

⇒ 子どもから高齢者まで高次脳機能への対応が必要



# 障害認識

## どうして解りにくいのか？

- 医者が診つけられずに  
家族にしか解らないのはなぜ？
  - 医者の問題（診断能力が低い）
  - 症状の問題（正常との区別が困難）
    - 意識の変容は診察に時間がかかる
  - 行政の問題（診療報酬や施設が少ない）  
症状把握のために費やす時間は、延べ12時間  
以上かかるが報酬は風邪の診療と同じ程度  
通える施設が無い



## 障害認識(一般的・行政的)

### 高次脳機能障害とは何なのだろう？

- I. 脳の器質的病変の原因となる事故や疾病の事実が確認。  
日常生活または社会生活に制約がある。記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害が原因である。
- II. 検査所見 MRI、CT、脳波などにより脳の器質的病変あるかまたは、存在が確認できる。
- III. 除外項目 先天性疾患、周産期における脳損傷、発達障害、進行性疾患を原因とする者。
- IV. 診断 I～IIIをすべて満たした場合に診断。急性期症状を脱した後に行う。神経心理学的検査の所見を参考にすることができる。



# 高次脳機能障害の原因疾患の内訳

(平成11年度東京都高次脳機能障害者実態調査報告書)

・脳血管障害	79.7%
・ <b>頭部外傷</b>	10.1%
・脳腫瘍	4.2%
・脳炎	1.5%
・低酸素脳症	1.1%
・アルコール症	0.7%
・その他	2.7%



# 高次脳機能障害の現症状と頻度

(平成11年度東京都高次脳機能障害者実態調査報告書)

・失語症	56.9%
・注意障害	29.8%
・記憶障害	26.2%
・行動と情緒の障害	20.4%
・半側空間無視	20.2%
・遂行機能障害	16.0%
・失行症	11.1%
・半側身体失認	5.9%
・地誌的障害	5.9%
・失認症	5.1%



# 脳血管障害・頭部外傷・低酸素脳症を原因とする 場合の高次脳機能障害の現症状と頻度

(平成11年度東京都高次脳機能障害者実態調査報告書)

## 脳血管疾患

・失語症	62.6%
・注意障害	27.4%
・半側空間無視	22.4%
・記憶障害	19.0%
・行動と情緒の障害	14.7%
・遂行機能障害	12.3%
・失行症	10.2%
・半側身体失認	6.2%
・失認症	4.9%
・地誌的障害	4.3%

# 脳血管障害・頭部外傷・低酸素脳症を原因とする場合の高次脳機能障害の現症状と頻度 (平成11年度東京都高次脳機能障害者実態調査報告書)

## 頭部外傷

・記憶障害	58.8%
・行動と情緒の障害	43.7%
・注意障害	41.2%
・失語症	36.1%
・遂行機能障害	34.5%
・失行症	13.4%
・地誌的障害	10.9%
・半側空間無視	10.1%
・失認症	9.2%
・半側身体失認	3.4%

## 低酸素脳症

・記憶障害	69.2%
・遂行機能障害	53.8%
・行動と情緒の障害	53.8%
・注意障害	46.2%
・失語症	23.1%
・失行症	23.1%
・地誌的障害	7.7%



# 脳外傷者のリハビリテーション

## 社会適応へのプロセス

- 認知・行動障害:失敗時に的確なフィードバック
- 自己認識（病識）獲得
- 補償行動を身につける
- 環境設定
- 長期援助
- 必要時は薬物使用



# 個別療法と集団療法

- 個別療法
  - 機能評価と機能訓練が確実にできる
  - 個別性のある訓練が可能
  - 日本の施設では可能
- 集団療法
  - 能力障害に注目
  - 他人を見ることで自分を振り返られる
  - 仲間ができ孤独感から開放される



# 家族や介護者の方策

- 重大でないことや確実に証拠が残らない失敗や行動障害のことは無視する
- 問題発生時の注意のそらせ方を学ぶ
- 問題発生直前の特徴を見つける
- 本人への過度の期待や目標を避ける
- すぐにあきらめない

# 高次脳機能障害のリハビリテーションの特徴

- 土台作り(訓練が必要だと認識できる病識の獲得, 家族または援助者の理解)が確りしていないと上手く行かない
- 失敗は成功の母である。できれば、大きな失敗はしない方が良い
- やればやるだけ良くなる
- 目標を確り持つことが大切。
  - 社会参加のレベルから考える
  - 将来のことを考える
- あせらない、あきらめない



# 高次機能障害の リハビリテーションの基本

社会の中で、患者が「何ができないか」ではなく「何ができるのか」を理解して、できることを伸ばすことにある。

そしてお互いが近づいてゆく「正しい理解」と「努力」が必要



# すべて共通の課題

支援の必要な人に必要な支援を！！！！



# 本日の内容

1. 能登北部の現状(能登半島地震前後)
2. 高次脳機能障害とは
- 3. 高次脳機能障害の災害時の問題点**
4. 地域医療とリハビリテーション
5. ソーシャルキャピタル(社会資源)
6. 地域医療・福祉と在宅に向けての支援

# 高次脳機能障害でよく現れる問題行動とその対応

## 特徴・問題行動

- 精神的に疲れやすい
- 一度にたくさんの刺激が苦手
- 急な予定変更が苦手
- いつもと違うことが苦手
- 段取りが苦手
- 感情のコントロールが苦手
- 必要なものが探せない
- ぐずぐずし課題をさける
- 何もしようとしらない
- こだわり続ける
- ふざける

## 対応のワンポイントアドバイス

休憩をこまめに入れる。情報は簡潔に。  
気分転換になる「仕事」をいれる  
要点を押さえて簡潔に。メモなどの利用  
あらかじめ伝えておく。メモなどで確認する  
落ち着くまで話をよく聞く。状況の変化を説明  
手順通りに進んでいるか確認する。タイマーの利用。  
作業手順書を用意し順番を確認する  
落ち着いた環境を用意し、注意を他のものに向ける。  
落ち着いたら話をよく聞く  
いつも必要なものは1カ所にまとめ保管する。  
保管場所を決め、目立つ印をつけておく  
体調不良がないかよく見る。乗らない理由を聞く。  
いいわけがあまりに不合理的なときはきちんと伝える  
身体的・精神的に疲れていないか様子を見る。  
昔好きだったものを日課に取り入れる。報酬などの励み  
あらかじめ時間を決めて実行に移る。タイマーの利用。  
行動が正しく実行できたら「完了」のサインを送る  
今は何をやる時間かたずねる。常識的な判断・行動を伝える

# 大規模な災害が起こると高次脳機能障害のある方はどんなことに困るのでしょうか。

- 高次脳機能障害は外見からは分かりにくいので、避難する時や避難所生活で、周囲の人の理解や支援を得にくいことがあります。
- ふだんとは異なる状況の中で、必要な情報をまとめて正しく判断し、行動に移すことが難しくなります。
- 混雑しているところでは、人や物にぶつかったり、避難所への目印なども見落としてしまうことがあります。
- 自分の知りたいことやして欲しいことを、周囲の人に適切に伝えられないことがあります。
- 避難所での放送内容が十分に聞き取れない、聞き取れても記憶できないために食事の配給などの援助が得られないことがあります。
- 避難所では、大勢の人がいるので、雑音や周囲の様子が気になり、落ち着かないこともあります。いつもよりも、さらに疲れやすくなります。



## 避難所での生活について

### ●避難所に着いたら、受付を行います。(安否確認にもなります。)

●受付時に障害状況について伝えましょう。失語症などで名前や住所を記載するのが難しい場合や、障害状況を伝えるのが難しい場合は、障害者手帳やヘルプカード等を提示しましょう。

### ●てんかん発作のある方は、頻度や対応の仕方について必ずスタッフに伝えます。服薬中の薬は、飲み忘れないよう注意しましょう。

●かかりつけ医の連絡先、お薬手帳等を必ず携帯します。

### ●自分の場所が覚えられなかったり、迷ってしまう場合は、スタッフに相談し、できれば位置関係が分かりやすい角や壁ぎわに場所を確保してもらいましょう。ビニールテープや張り紙などの分かりやすい表示や、施設内の簡易な地図の作成をお願いします。

●目立つ柄や色のレジャーシートを非常持ち出し品に用意しておくのも良いでしょう。

### ●いつもと違う環境に対応するために、神経疲労を起こしやすくなっています。居場所が確保できたら、まずは十分に休息をとりましょう。

### ●ご家族や支援者とあらかじめ決めておいた避難所と異なる場合は、状況が落ち着いたら、予定していた避難所に「名前」、「現在の避難場所」、「自分の居場所を伝えたい家族・支援者の名前」を連絡しましょう。うまく伝わらない時はスタッフに相談しましょう。

### ●周囲の音などが気になり、落ち着かない場合は、耳栓やアイマスクを利用したり、静かな場所に移動できるかスタッフに相談してみましょう。

### ●放送や掲示板の内容が分からない時は、ヘルプカード等を活用して、周囲の人に内容をメモに書いてもらい、説明をお願いします。

### ●体調が悪い時には、がまんせずにスタッフに相談しましょう。

### ●水分を十分にとり、できる範囲で体を動かしましょう。



### 【防災・災害に関する情報の提供】

●災害時には、被害状況等の情報も提供されます。(障害者向けに特化した内容ではありません)

東京都防災ホームページ：<http://www.bousai.metro.tokyo.jp/>

携帯電話向けサイト：右に掲載のQRコードを読み取るか、  
<http://www.bousai.metro.tokyo.jp/mobile/index.html> に  
直接アクセスしてください。



# 支援をしてくださる方へお願いしたいこと

症状の表れ方や必要な支援は人により異なります。ヘルプカードや防災カード等を参考に、個別に支援内容を確認して対応をお願いします。

## 情報提供の支援（失語症・記憶障害・注意障害・遂行機能障害など）

- \*文字や表示、話の意味を十分に理解するのが難しいことがあります。
  - \*必要な情報を見落としたり、忘れてしまうことがあります。
  - \*言いたいことをうまくまとめて話せなかったり、言葉が出にくい人もいます。
- ポイントをしぼって、「ゆっくり」、「はっきり」、「具体的に」話をしてください。
  - 絵や図、写真などを添えて話をすると理解しやすくなります。
  - 大切な説明や予定は、メモに書いて渡してください。（記入日時と記入者名を記載）
  - 食料品の配給などの大事な予定や放送があるときは、声かけや説明をお願いします。
  - 何度も同じことを聞く時は、いつも見える場所にメモを張ったり、繰り返しの説明をお願いします。
  - 言葉が出ずに困っているときは、本人の状況を推測して選択肢を挙げたり、絵や図を活用するなどして、表現のサポートをお願いします。
  - 手続さや書類の記入は記入例を提示したり、一つずつ案内をお願いします。

## 感情コントロールがうまくできない場合

- イライラしている時は、静かな場所へ誘導し、落ち着くまで待って話を聞いてください。
- 自分から行動を起こしにくいことがあります。大切な予定があるときは、声かけをお願いします。

## 移動等の支援（地誌的障害・注意障害・記憶障害・半側空間無視など）

- 道や建物の中で迷うことがあります。目的地までの誘導をお願いします。
- 混雑している場所では、人や物にぶつかることがあるので、誘導をお願いします。

- にチェックするか、ヘルプカード等に記載して、周囲の人に必要とする支援を伝えましょう。



作成：東京都心身障害者福祉センター  
〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ  
電話 03-3235-2952



東京都

# 被災地で高次脳機能障害者に対応される方へ

国立障害者リハビリテーションセンター 高次脳機能障害情報・支援センター

高次脳機能障害者には、次のような特徴があり、被災地のような特に慣れない環境では、手足の麻痺など外から見える障害がなくても、常に見守りが必要です。以下に、被災地で支援に携わる方々に、ご理解とご協力をいただきたいことをまとめました。

- 1.新しいできごとや場所を忘れやすいので、ひとりで避難所の外へ出ると戻れなくなることがあります。避難所の中でも、トイレや自分の居場所がわからず迷うことがあります。
- 2.危険な場所がわからず、地盤のゆるいところや、倒れかけた物の近くに行ってしまうことがあります。
- 3.大事な指示を聞き逃したり、理解していなくても「はい、わかりました」と答えたりすることがあります。ふだん接している人に確認してください。
- 4.けがをしているのに気づかないことがあります。本人の言葉だけでなく、身体状況を一通りよく見てください。
- 5.食料や物資の配給を待てずに怒ったり騒いだりすることがあります。家族の代わりに列に並ぶ、別途配給するなどの対応で、家族の負担を軽減することができます。

# 本日の内容

1. 能登北部の現状(能登半島地震前後)
2. 高次脳機能障害とは
3. 高次脳機能障害の災害時の問題点
4. **地域医療とリハビリテーション**
5. ソーシャルキャピタル(社会資源)
6. 地域医療・福祉と在宅に向けての支援



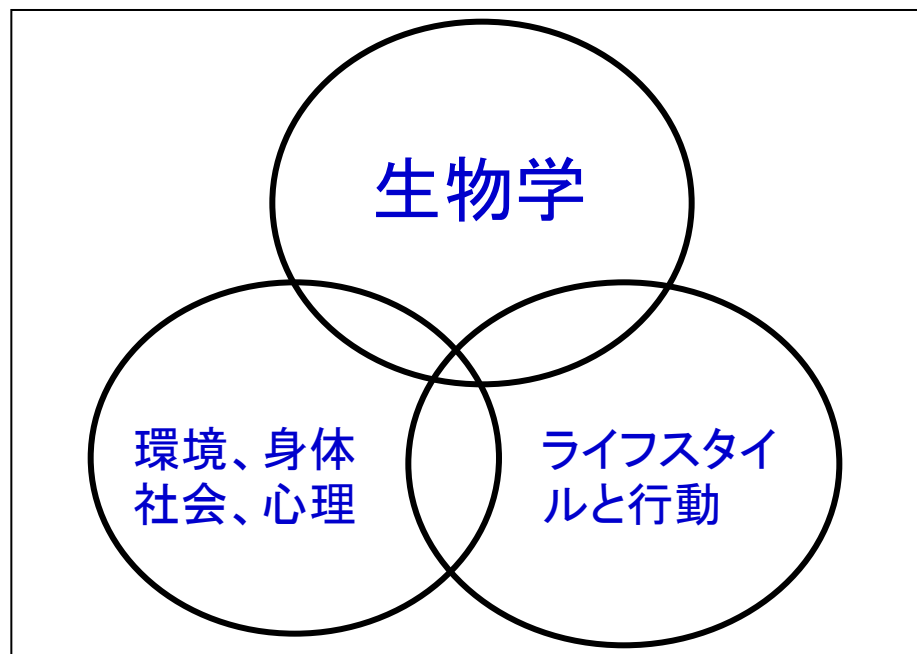
# 医療の変革の流れ

- 医療から医療福祉モデルへ
- 疾患重視から**障害**重視へ
- 延命至上主義からADL、**QOL**重視へ
- 医師の指示、命令から**協力**、指導、助言へ  
（医師の指示から医療福祉チームへ）
- 医療機関個別から**地域ネットワーク**へ



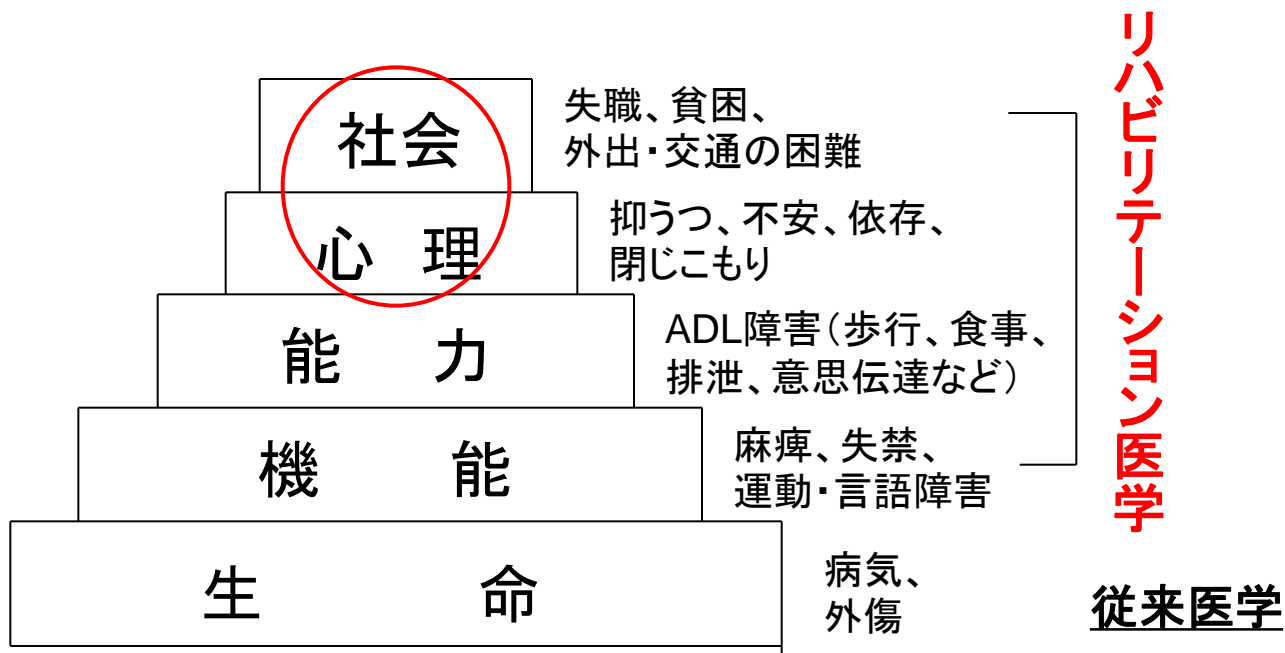


# 障害の構成と移行要因



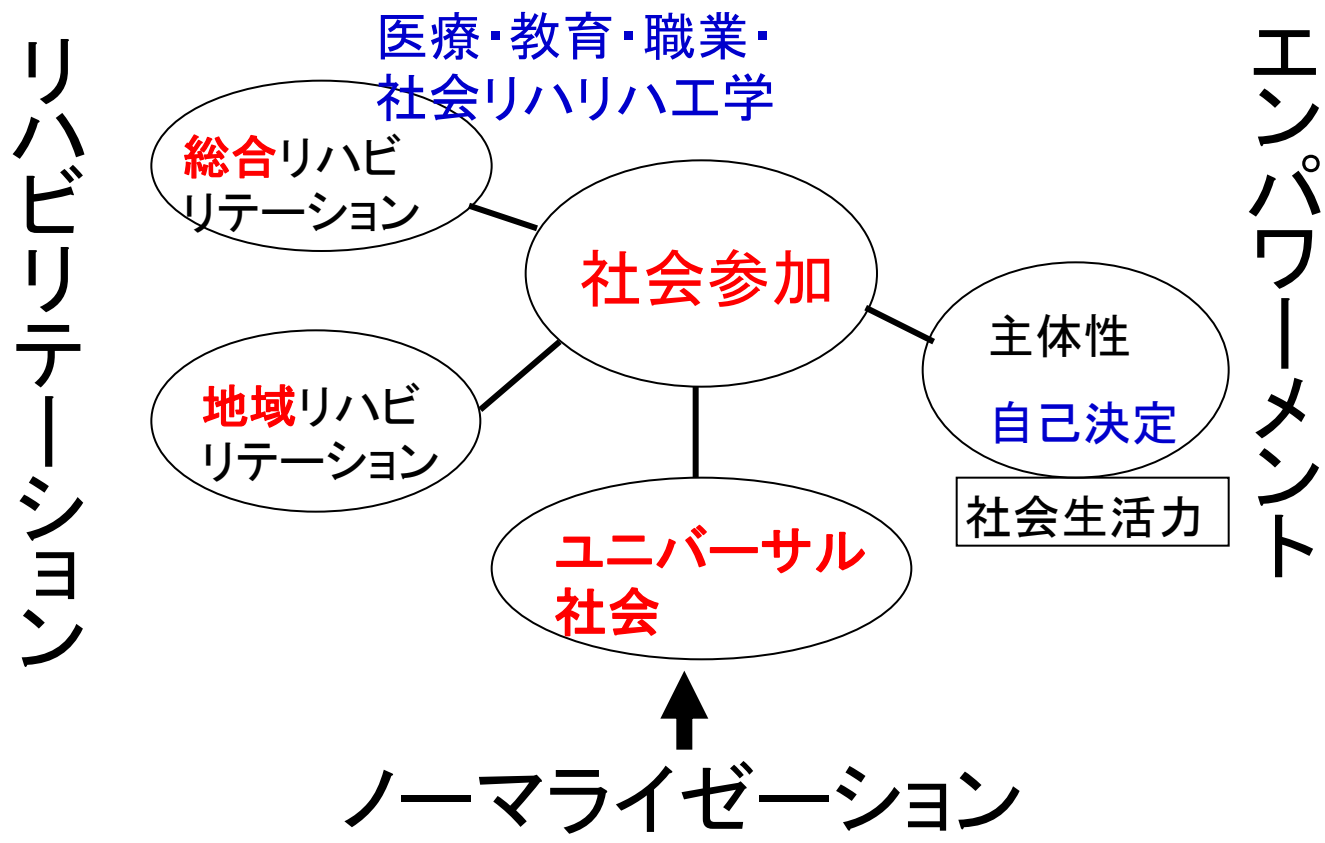


# 人間の機能的階属性とその障害





# 障害のある人の社会参加へのアプローチ





# 地域全体が機能する体制(自助・公助・共助・互助)を整えることが大切

それで急性期病院の負担をできるだけ減らす。

税金による公の負担→「公助」

介護保険などリスクを共有する者同士の負担→「共助」

病気の予防や健康増進、セルフケアに努める→「自助」

地域住民の組織活動、お隣さん、ご近所さん同士、ボランティア  
→「互助」

これらが今後一層重要となってくる。



# 地域リハビリテーションとは

(リハビリテーション病院・施設協議会)

障害を持つ人々や老人が、  
**住み慣れたところで、**  
そこに住む人々と**共に、**  
一生**安全にいきいき**とした生活が送れる  
ように、医療や保健・福祉及び、生活に関  
するあらゆる人々が、リハビリテーション  
の立場から行う活動の全てを言う。



# 地域リハビリテーションの課題

だれもが主体的に生き、支える社会の形成  
(ユニバーサル社会)が必要

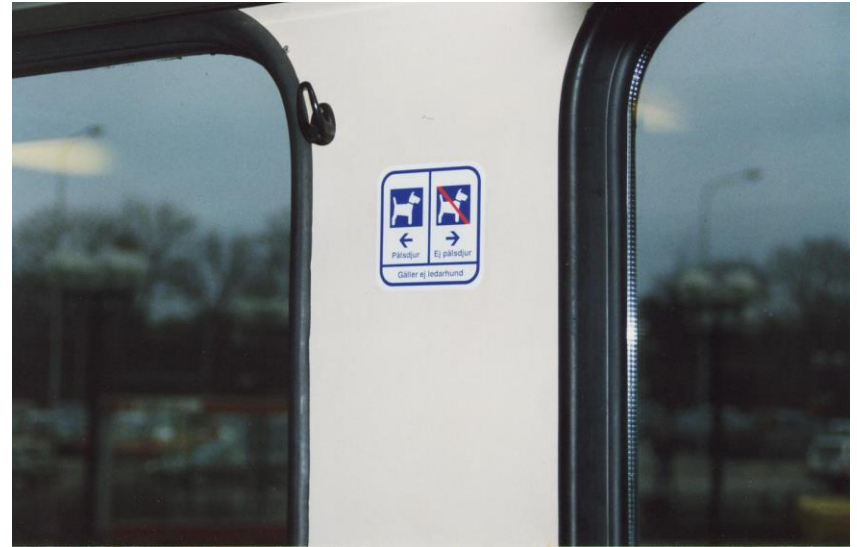


ノーマライゼーション理念、インクルージョンのため  
の法的整備遅れや福祉財政の抑制



住民参加活動の促進、自助・共助システムの推進







# 本日の内容

1. 能登北部の現状(能登半島地震前後)
2. 高次脳機能障害とは
3. 高次脳機能障害の災害時の問題点
4. 地域医療とリハビリテーション
5. ソーシャルキャピタル(社会資源)
6. 地域医療・福祉と在宅に向けての支援



# ソーシャル・キャピタル とは？

- ➡ 「持ちつ持たれつ」「お互いさま」といった互酬性の規範：「地域の力」
- ➡ 協調行動を容易にさせる規範・ネットワーク
- ➡ 地域の人々への信頼度

**地域の信頼と絆がつくる社会資源**



# ソーシャル・キャピタルと健康

人間関係が豊かで、**コミュニティーのまとまり**がよく、また地域の**資源(病院・施設・保健所など)**が整っていて、さまざまな**情報**が広く共有されている地域ほど、その地域の住民の健康度が高い(平均寿命が長いなど)という調査研究が多く報告されるようになり、ソーシャル・キャピタルと健康が注目される。



# 4つの視点からソーシャル・キャピタル と健康の関連が確認できる

(Kawachi,L. & Berkman,I.,2000)

- ①ソーシャル・キャピタルが健康に望ましい行動を促している。
- ②住民のまとまりの良さが、健康によい環境をつくることである。
- ③心理社会的プロセス。
- ④地域レベルの政策の影響。



# 4つの視点からソーシャル・キャピタル と健康の関連が確認できる

(Kawachi,L. & Berkman,I.,2000)

- ①ソーシャル・キャピタルが健康に望ましい行動を促している。  
→健康診断の結果や市民健診の話、サプリメントやジムの話  
題などが親しい仲間で共有されると、それが健康志向の活動を  
一層促す結果となる。高齢者の社会活動の参加の重要性



# 4つの視点からソーシャル・キャピタル と健康の関連が確認できる

(Kawachi,L. & Berkman,I.,2000)

②住民のまとまりの良さが、健康によい環境をつくることである。

→高齢者のための「いこいの家」

認知症の徘徊に向けた「地域見守り隊」

母親を支援する「子育てサロン」など

→豊かな人間関係を築かせる



# 4つの視点からソーシャル・キャピタル と健康の関連が確認できる

(Kawachi,L. & Berkman,I.,2000)

## ③心理社会的プロセス

- 居住する市町村が安全で安心できる場所であれば、  
住民は不安なく暮らせ、ひいてはそれが健康につながる。
- 「ロゼトの奇跡」



## ロゼトの奇跡(パットナム、R.2006)

ペンシルヴェニア州(アメリカ合衆国)のロゼトという町は1950~1960年にかけての健康調査の結果、心臓疾患による死亡率がほかの地域と比較して極端に低かった。その理由は、労働環境、食事、運動などでは説明がつかなかった。





# どうしてだと思えますか？

- イタリアからの移民、ペンシルバニア州へ
- スレート採石場、肉体労働
- 低学歴、低所得
- 喫煙率 ↑ 血清コレステロール ↑ : 貧しいのでオリーブオイルが買えずラードでパスタを作る
- 近隣の町と喫煙率・血清コレステロールに差はなし



**心血管死亡率が近隣の町の半分以下**

- → 村の共通の目的意識、仲間意識などの人間関係性が、災害や困難に対する安心と保険の機能となったのではないかと推測された。



# 「ロゼトの奇跡」

- 違いは、結束の強さと助け合う風土





# 4世代同居、近隣の助け合い

- ▶ 1960年代以降の高度成長に伴い町民の多くが引っ越しなどで町を離れてしまい、町の一体感、価値観が薄れてゆくにつれて死亡率は上昇した。
- ▶ 生活スタイルがアメリカナイズされるに従い死亡率は他の町と同等に





# 4つの視点からソーシャル・キャピタル と健康の関連が確認できる

(Kawachi,L. & Berkman,I.,2000)

④地域レベルの政策の影響。

→タイでの各家庭からのボランティアのヘルスワーカーの役割



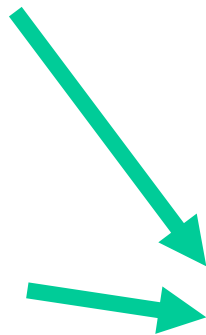
# ソーシャル・キャピタルと健康に関する 概念イメージ

住民同士の支えあい  
活動

行政によるきっかけつ  
くりや活動サポート

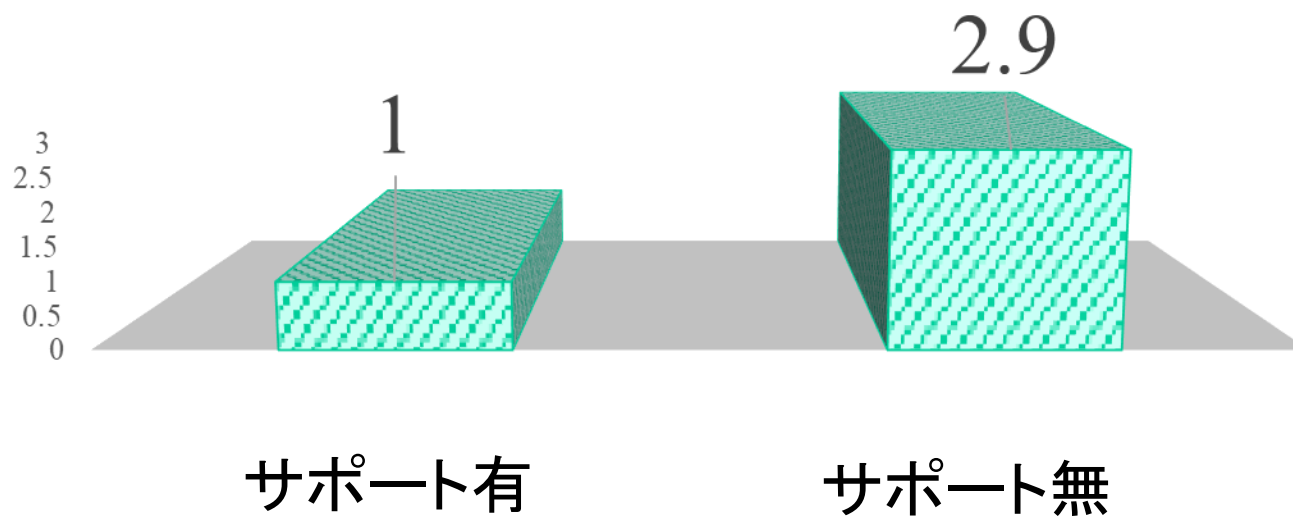
醸成  
ソーシャルキャピタルの

健康づくり・介護予防





# 入院中の見舞いの多さと 心筋梗塞の6か月死亡率



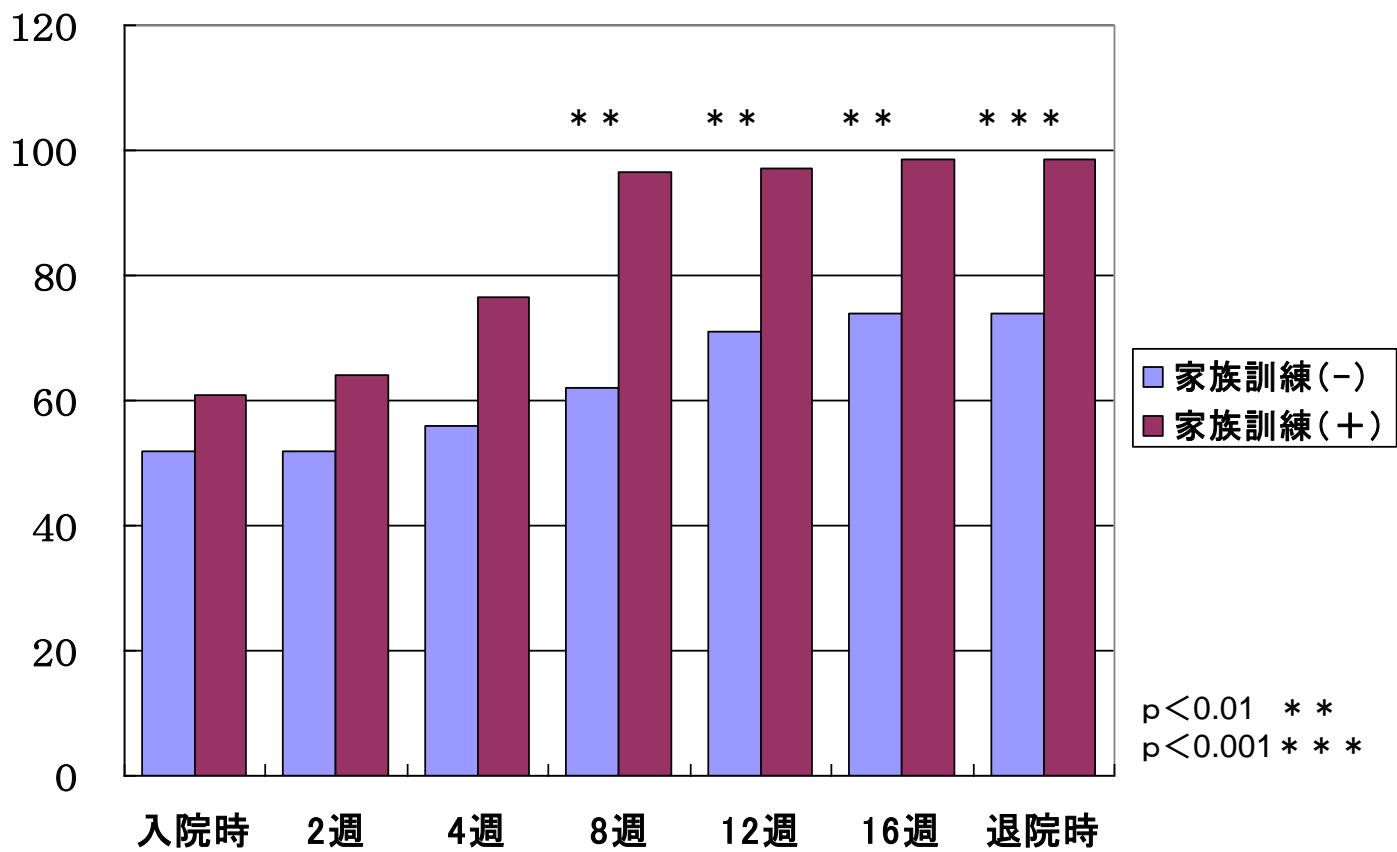


## 脳卒中患者に対する家族参加のADL訓練の効果

	家族訓練あり (n=14)	家族訓練なし (n=11)
年 齢(歳)	59.6±14.7	62.9±11.0
性 別(男/女)	7/9	7/4
原 因(脳出血/脳梗塞)	11/5	9/2
麻痺側(右/左)	6/10	4/7
当科入院まで(日)	43.2±20.4	46.5±20.4
退院までの期間(日)	114.8±38.2	123.8±38.2







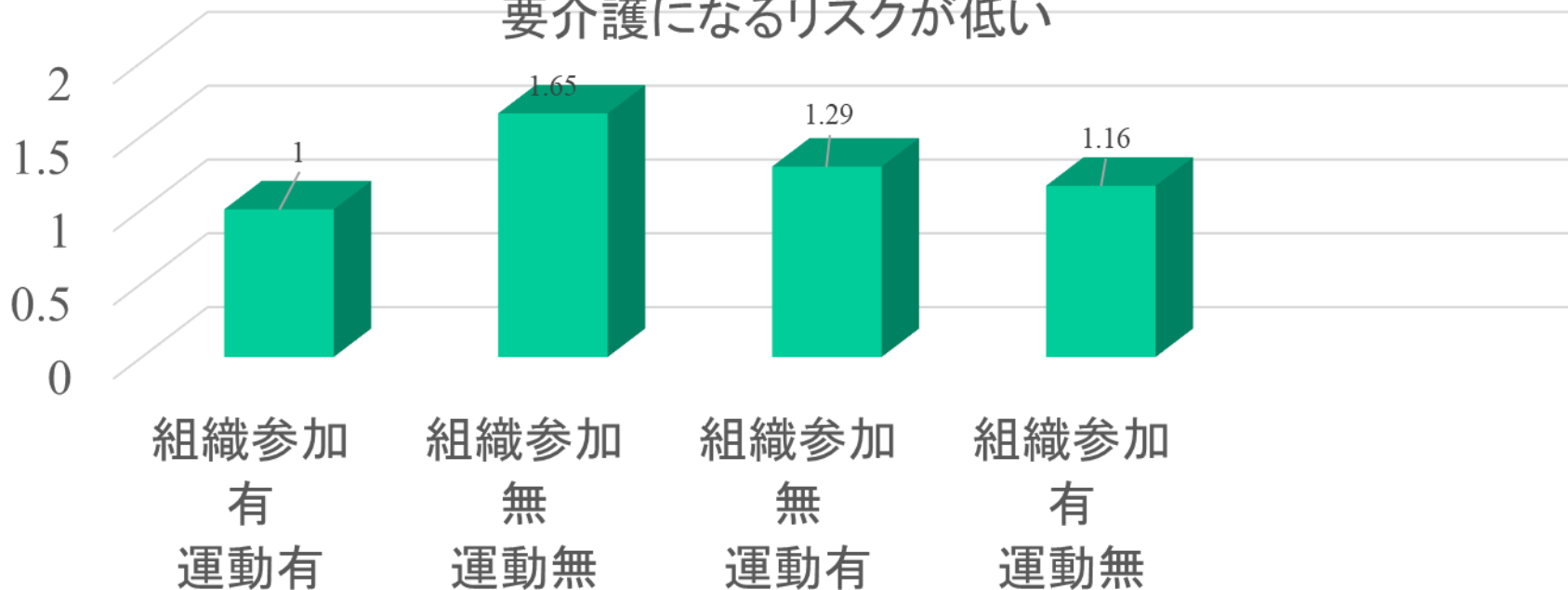
FIMの推移

p<0.01 \*\*  
p<0.001 \*\*\*



# スポーツ参加と要介護

要介護になるリスク比:家で一人で運動をするよりも、みんなが運動しているところに顔を出して、運動はしない人のほうが要介護になるリスクが低い





# 生きがいと生存率の関係

生きがいのある人は、生存率が高くなる傾向にある。

## 対象者:

宮城県大崎保健所管内1市13町に住む国民健康保険加入者のうち、1994年10-12月時点で40-79歳の者全員(54,996名)

## 質問:

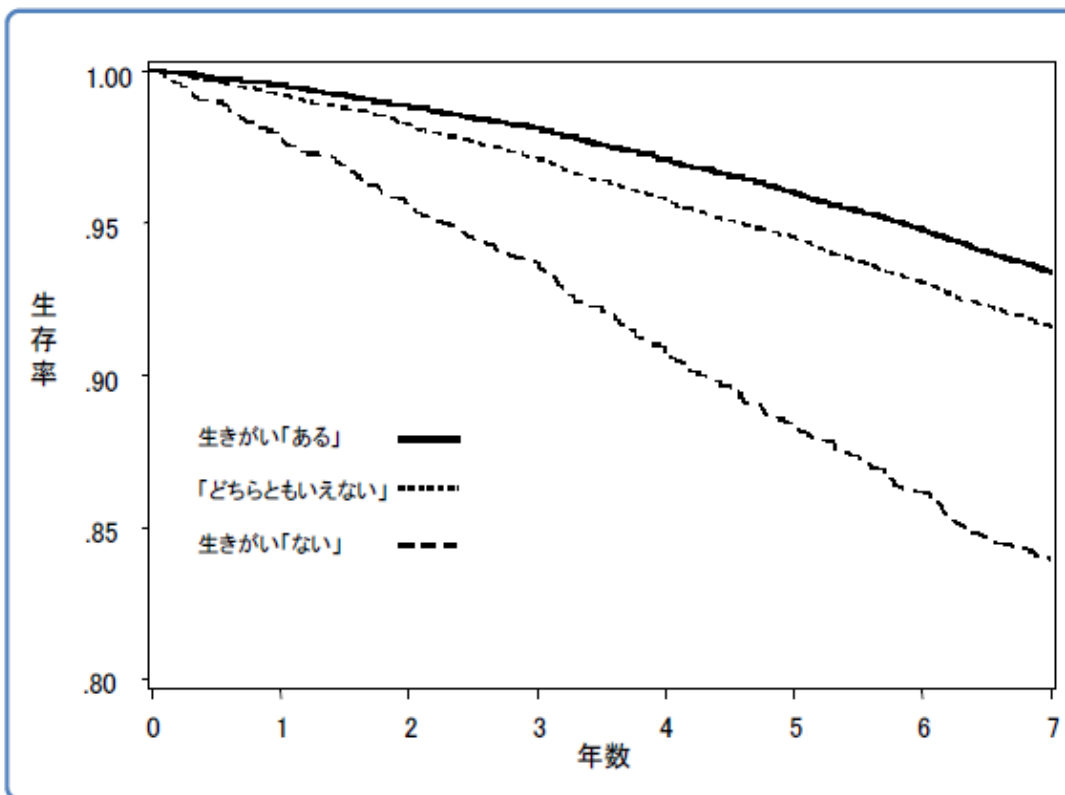
あなたは「生きがい」や「はり」をもって生活していますか？  
(全体:健康状態、生活習慣など12ページのアンケート)

## 回答:

「ある」= 25,596名(59.0%)  
「どちらともいえない」  
= 15,782名(36.4%)  
「ない」= 2,013名(4.6%)

## 追跡調査:

死亡・生存、死亡年月日と原因を9年間にわたって調査



(Sone T, et al: Psychosom Med, 2008;70:709-715)



# 「人生の目的」と要介護発生リスクの関係

「人生の目的」がある高齢者は、要介護になりにくい傾向にある。

## 対象:

米国シカゴの40カ所の高齢者住に住む人々で認知症・要介護状態のない人々 (N=970)

## 調査:

心身機能(認知機能・生活自立度など)、「人生の目的」があるかどうか、など

## 追跡調査:

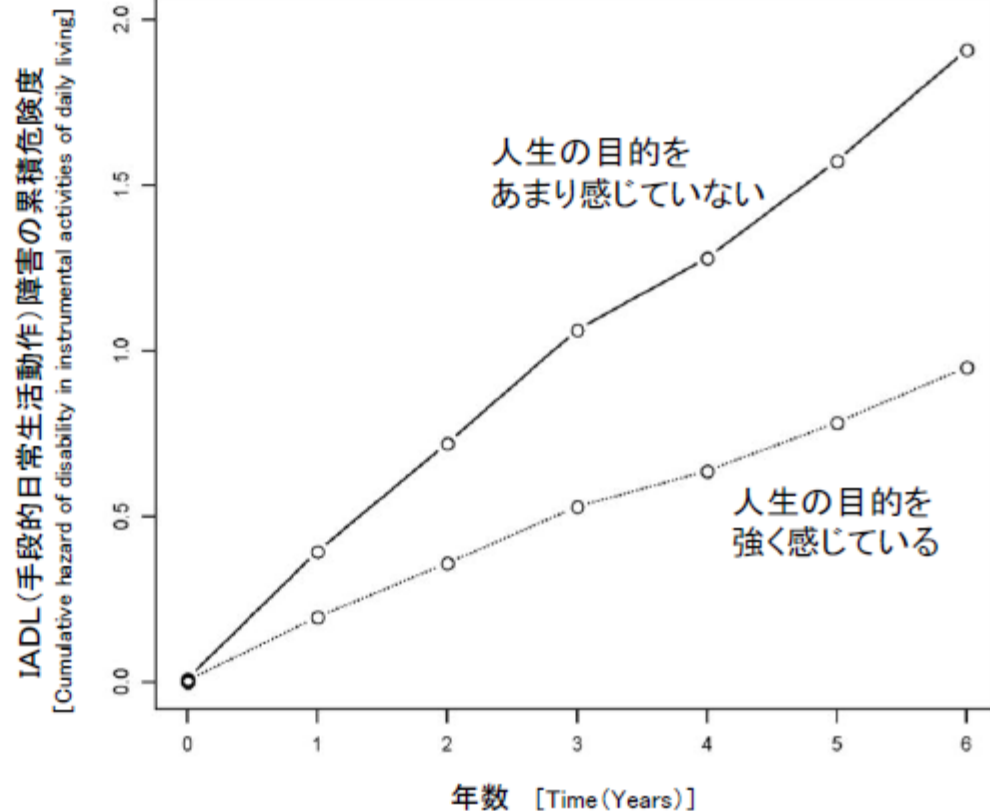
生活自立度などを毎年

## 追跡期間:

平均4.5年

## 結果:

「人生の目的」がある高齢者では要介護の発生率が約40%低下



(Boyle PA, et al: Am J Geriatr Psychiatry, 2010;18:1093-1102)

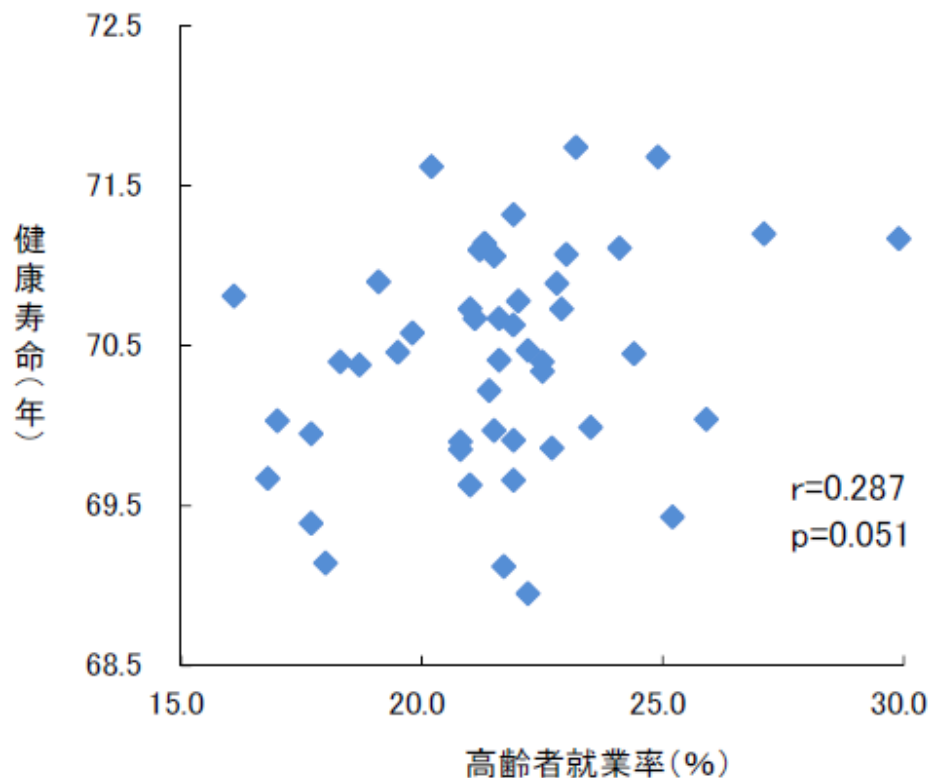
(資料出所) 日本版CCRC構想有識者会議(第1回)辻一郎委員提出資料



# 高齢者就業率と健康寿命の関係

高齢者就業率の高い地域は、健康寿命が高くなる傾向にある。

各都道府県における高齢者就業率と健康寿命の関係(男性)



高齢者就業率:  
平成22年国勢調査

健康寿命(平成22年):  
健康日本21(第二次)資料集

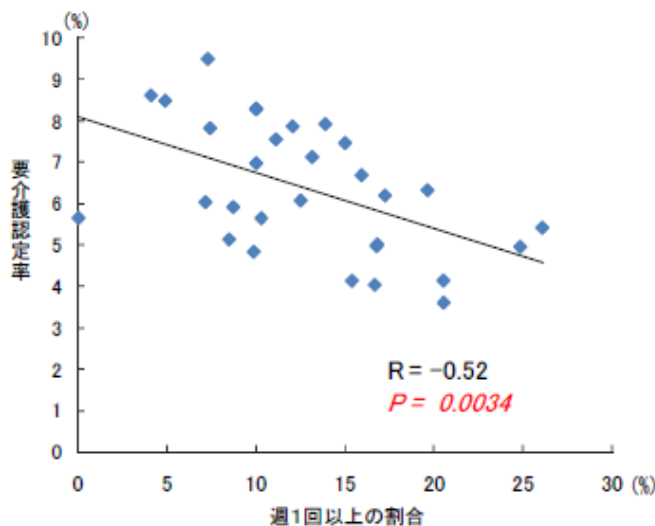


# 地域活動への参加率と要介護認定率の関係

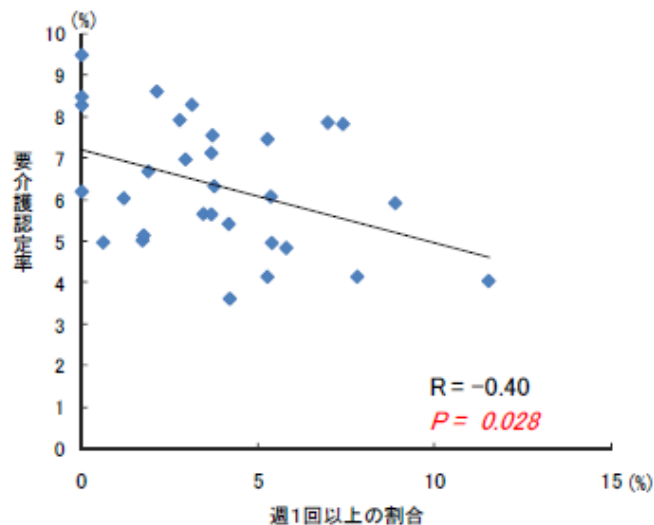
地域活動（ボランティア・趣味活動等）への参加率の高い地域は、要介護認定率が低くなる傾向にある。

- 宮城県A市の40歳以上市民より5%無作為抽出 (N=4128)
- つきあい、他人への信頼、社会活動への参加などを調査
- 小学校区 (n=30) を単位としたエコロジカル・スタディ

スポーツ・趣味・娯楽活動への参加率と要介護認定率(男性)



ボランティア・NPO・市民活動への参加率と要介護認定率(男性)



(坪谷: 第46回宮城県公衆衛生学会, 2010)

(資料出所) 日本版CCRC構想有識者会議(第1回)辻一郎委員提出資料



# 地域全体が機能する体制 (自助・公助・共助・互助)を整えることが大切

それで急性期病院の負担をできるだけ減らす。

税金による公の負担→「公助」

介護保険などリスクを共有する者同士の負担→「共助」

病気の予防や健康増進、セルフケアに努める→「自助」

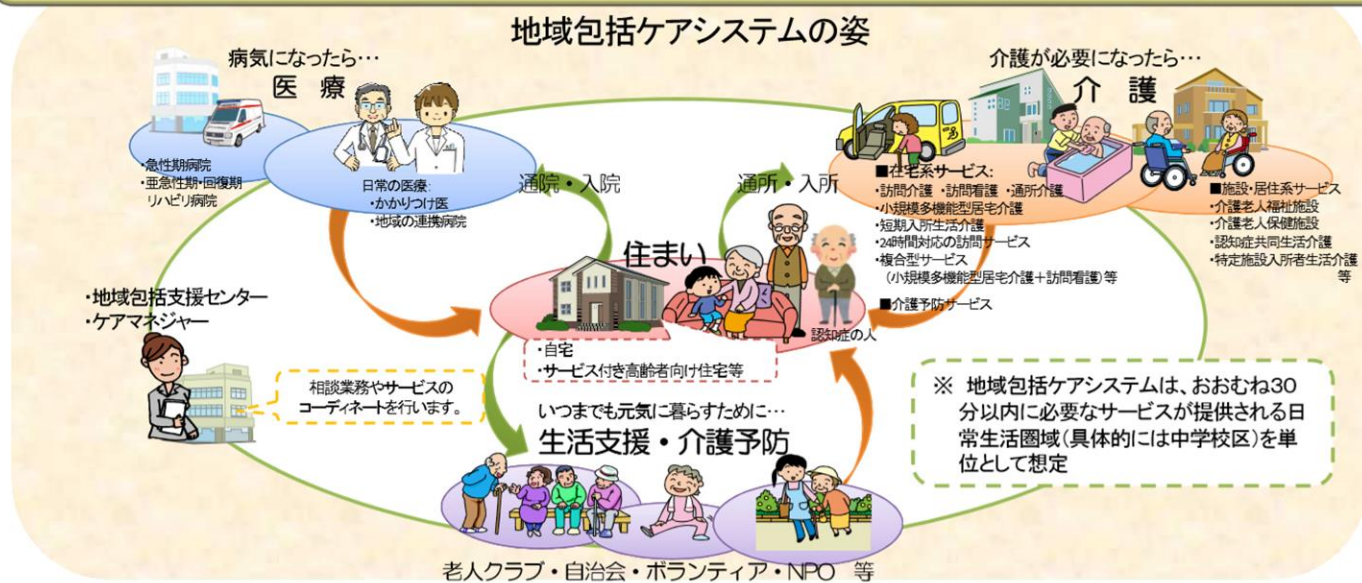
地域住民の組織活動、お隣さん、ご近所さん同士、ボランティア→「互助」

これらが今後一層重要となってくる。



# 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。







# 地域包括ケアシステム

- 病院中心の医療から高齢者の「住まい」を中心とした地域完結型医療への転換を図り、在宅医療・在宅介護をベースにリハビリ施設やケア施設との連携を図ることによって住みやすく、そして医療費を削減してゆく取り組み。
- 構築主体は市町村



# 地域共生社会の実現に向けた 包括的支援体制

- 高齢者(地域包ケアシステム)
- 障がい者
- 生活困窮者
- 子ども・子育て家庭



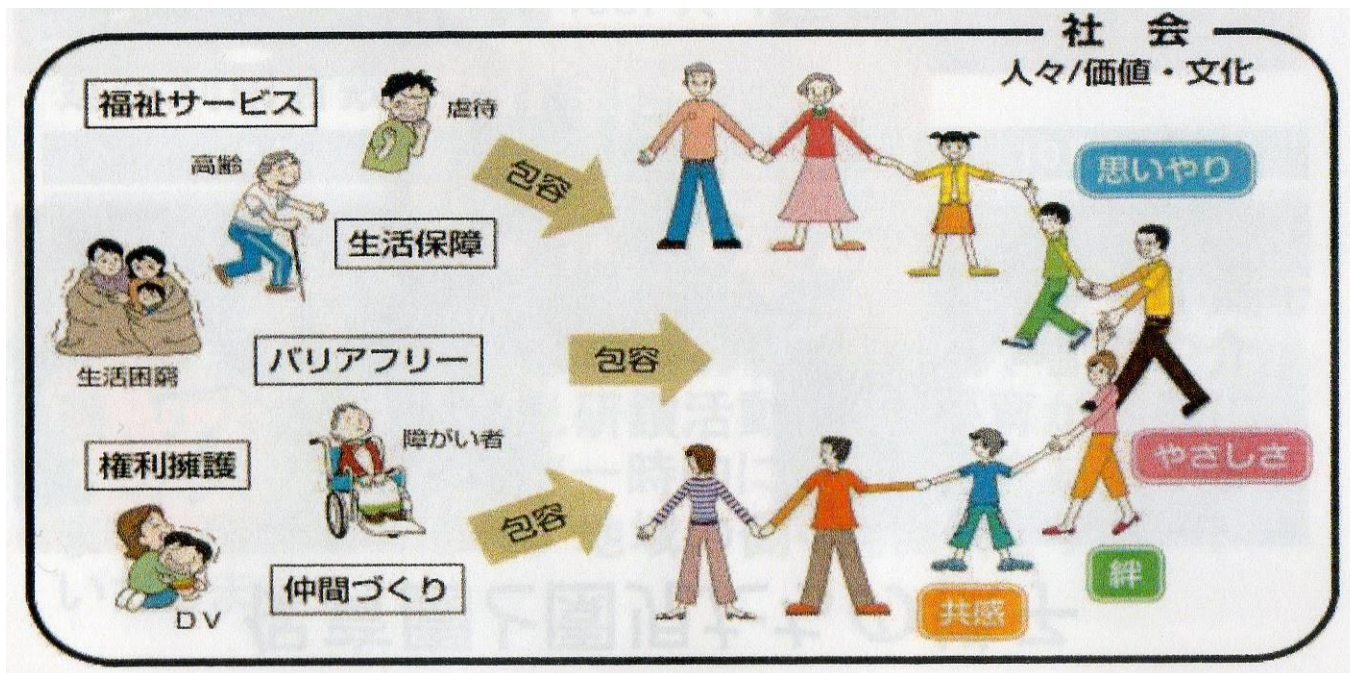
土台としての地域力の強化  
「人事」ではなく「我が事」と考える地域づくり

social  
inclusion



# ソーシャル・インクルージョン (社会的包摂)

何らかの理由で社会から排除された人を社会が包み込むという意味です。障がい者や貧困層、子ども、高齢者や女性、移民など、社会的弱者を含むすべての人の健康で文化的な生活の実現を目的とします。





# ソーシャル・イクスクルージョン (社会的排除)

反対語であるソーシャルイクスクルージョン(社会的排除)は、移民や難民など西欧社会を悩ましている貧困・不安定就業階層が社会保障・社会福祉などの制度から排除され、セーフティネットからも守られていない社会状態を意味しているといわれている。



# 患者が自宅へ戻ったあとは

地域の医療機関による在宅医療を受けながら、

自治会・老人クラブ・NPO・ボランティアの力をかりて

介護が必要になったら

→在宅系サービスと施設・居住系サービスが手を差し伸べる。



# 本日の内容

1. 能登北部の現状(能登半島地震前後)
2. 高次脳機能障害とは
3. 高次脳機能障害の災害時の問題点
4. 地域医療とリハビリテーション
5. ソーシャルキャピタル(社会資源)
6. 地域医療・福祉と在宅に向けての支援



# 「地域連携」 在宅に向けた支援を考える





# 健康寿命

健康上の問題がなく日常生活を普通に送れる状態

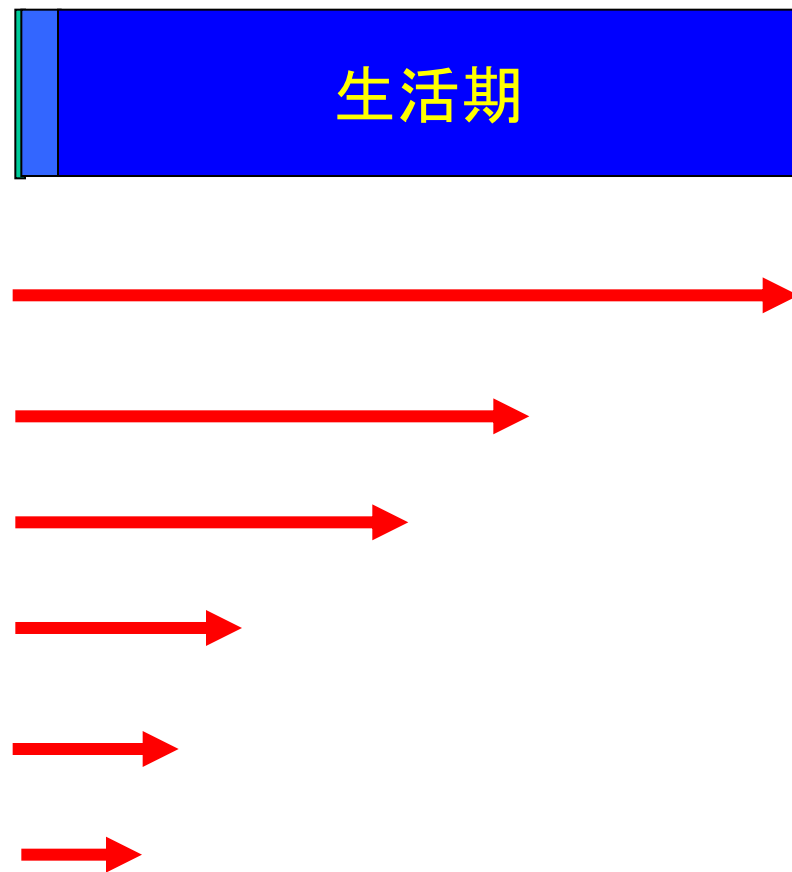
ベストは「働く」こと

# 脳卒中発症6か月時点の回復度と平均余命

急性期、回復期

生活期

回復度	平均余命(年)
完全回復	15.0
復職レベル	11.7
ADL自立	8.4
ADL一部介助	6.0
ADL介助	3.7
寝たきり	2.5



(静岡リハビリテーション病院・野田幸男)



# 脳卒中患者が在宅生活を送る上で 何が障害となり、問題となっている のだろうか

日常・社会生活機能の変化や  
健康状態、Quality of Life (QOL) の評価が必須



# 健康関連QOL

健康を維持あるいは増進していく

Short Form-36 (SF-36)は、簡単な質問に答えるだけで身体面と精神面における健康関連QOLを8項目のQOL尺度として評価する方法

# SF-36とADL (BI)、IADL (FAI)との関係

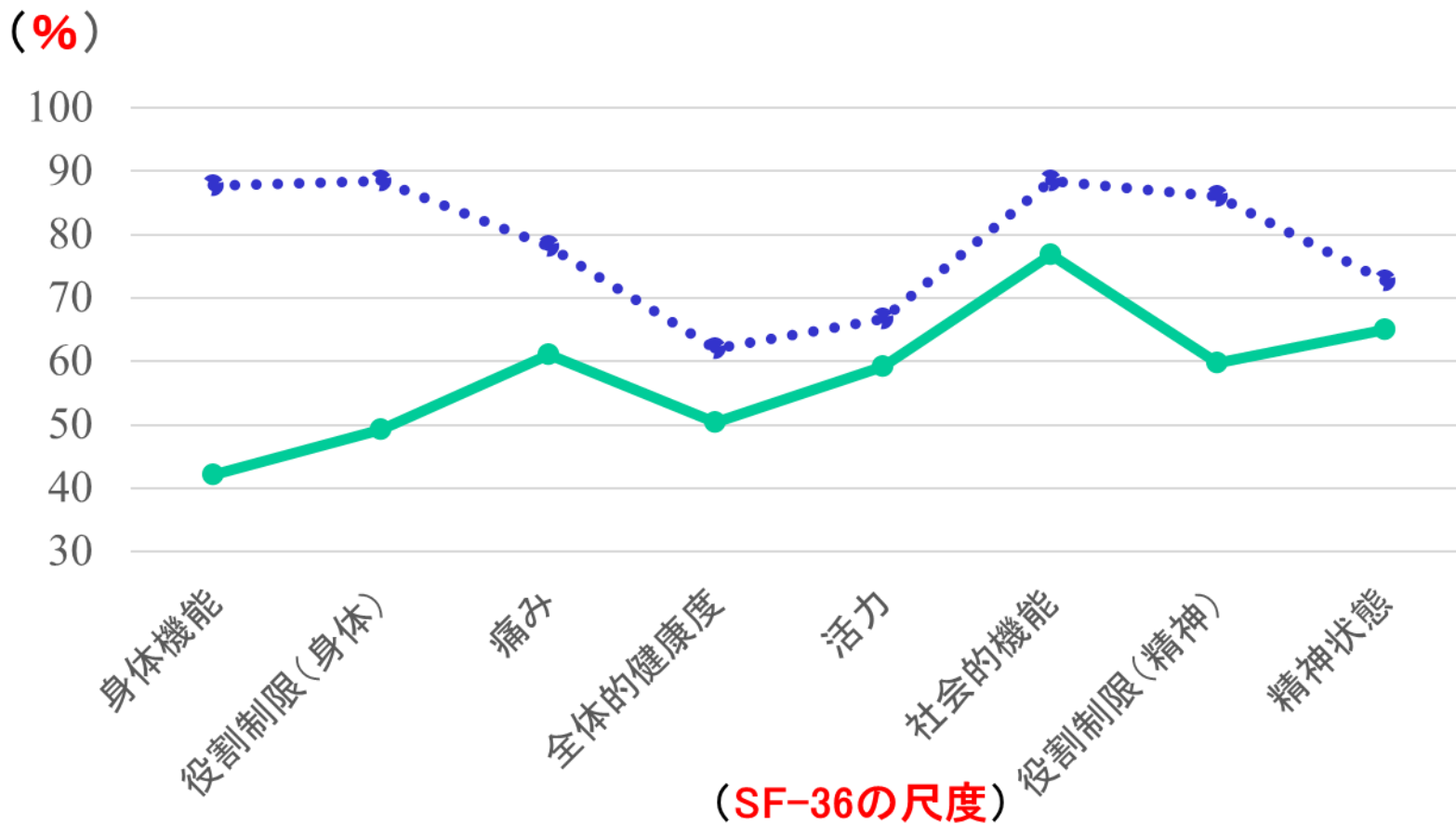
在宅脳卒中患者105名(男性72名・女性33名)、平均年齢61.1歳、  
罹患期間:中央値9か月、1999年調査、平井・野田

	身体的健康度(QOL尺度)				精神的健康度(QOL尺度)			
	身体機能	役割制限 (身体)	痛み	全体的健康度	活力	社会的機能	役割制限 (精神)	精神状態
BI 合計点	0.664 **	0.050	0.082	0.088	0.210	0.102	0.070	0.171
FAI 合計点	0.658 **	0.216	0.193	0.243	0.285*	0.113	0.205	0.270*

日常生活動作(ADL)と手段的日常生活動作(IADL)  
ADLの評価法; BI(Barthel Index)  
IADLの評価法; FAI(Frenchay Activities Index)

各数値は相関係数  
\*P<0.05  
\*\*P<0.001

# 在宅脳卒中患者（静岡調査）と勤労者（全国調査）のSF-36の比較



● 在宅脳卒中患者 (105名、61.1歳、1999年調査、平井・野田)

● 勤労者 (事務・技術職、84名、56.5歳、1995年調査、林・福原)



# リハビリテーションの目標・視点

日常生活動作（ADL）、手段的日常生活動作（IADL）が高く、在宅生活ができていても、その多くは発症前の就労に復帰が難しい

**ライフスタイル** FAI (Frenchay Activities Index)

食事の用意、食事の後片付け、洗濯、掃除や整頓、力仕事、買物、外出、屋外歩行、趣味、交通手段の利用、旅行、庭仕事、家や車の手入れ、読書、仕事

ADL・IADLの自立 家庭復帰

⇒ **生活機能の向上 社会参加**



# リハビリテーションの役割

その人らしい暮らしの  
再構築をみんなで保障する





# 現実には

入院中に障害者手帳申請や自動車運転再開、復職相談までに至らない症例が増えている

ADLが自立しても運転再開できない人もいる  
退院後の運転評価とリハビリテーションの関係とは  
運転再開できないから仕事に行けない？  
通勤ができてても復職できない人もいる

医療機関でできることは限られていることを自覚することから、  
支援を再考していきたい



# これからの生活構築のために

- 患者の希望と医療チームの個々の評価をもとに話し合い、方針を決める
- 適切な時期に、安全かつ適当と思われる退院先に、移行できるようにする
- 退院後の継続医療、介護保険サービス等を適切に受けるために地域の関係機関へ情報提供する



# 社会資源

- プラス家族
- プラス専門職（ケアマネジャー）
- プラス開業医（訪問診療）
- 訪問看護
- 訪問介護（ホームヘルパー） 等

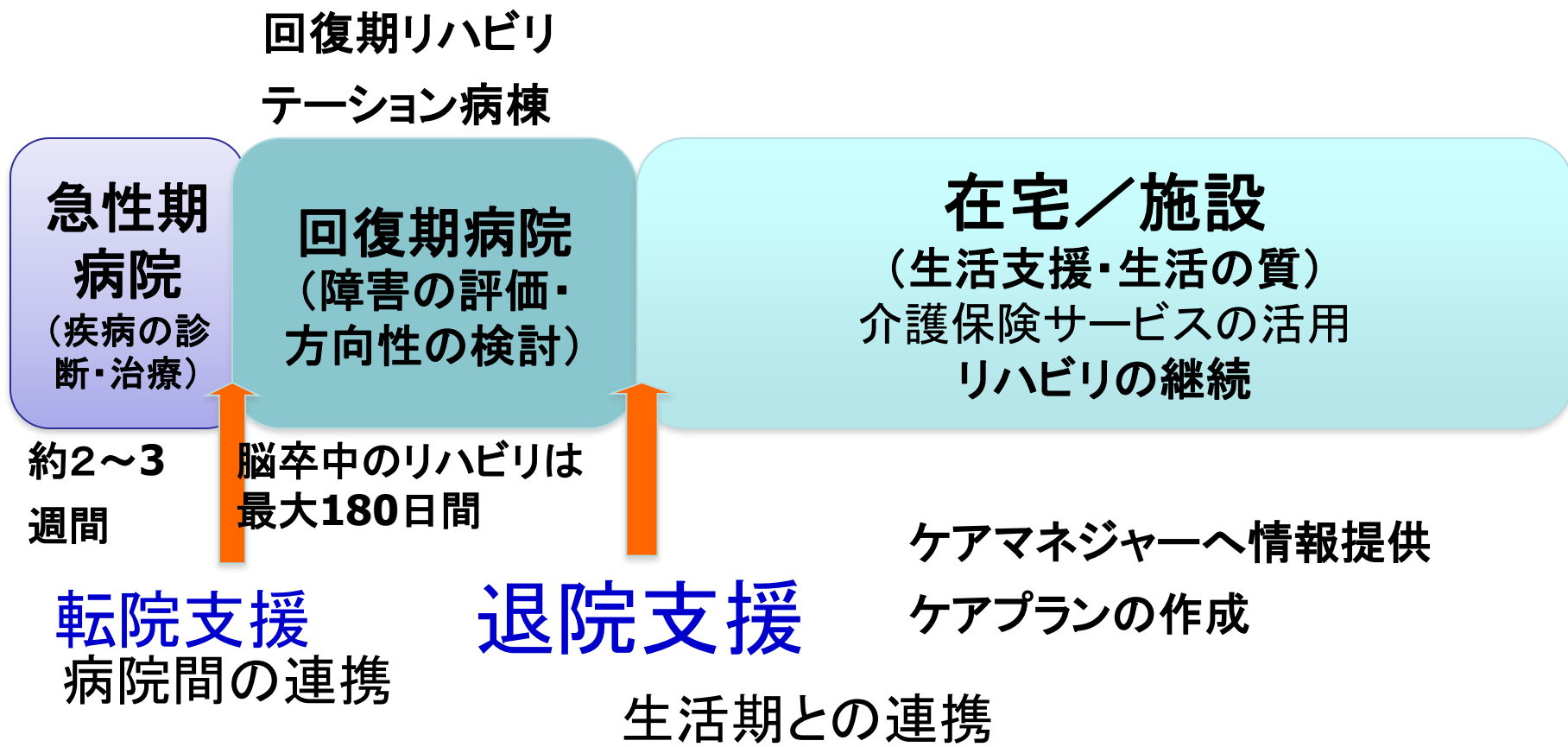


# 地域包括ケア時代のリハビリテーション

(日本リハビリテーション病院・施設協会)

これからは、**社会参加を支援すること**で、  
「どのように年老いても、障害があっても住み慣れたところで、その人らしく暮らし、自立した社会的存在であること」を大切にする役割  
(**地域リハビリテーション**)を担う。

# 医療機能分化と地域連携





# 医療現場・病院の反省

- ・これまでは、医療と介護の連携ばかり
- ・障害福祉サービスに繋げる意識がなかった
- ・社会参加・就労の支援をやったことがなかった



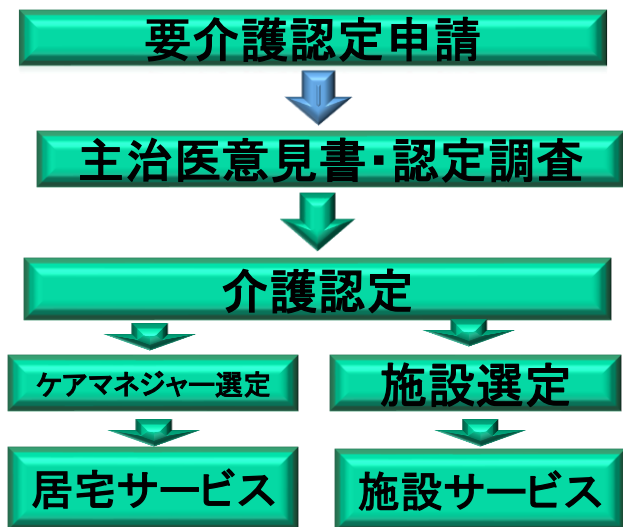
## 退院支援の現状

- ・ 約8割の患者が回復期リハビリテーション終了後に介護保険サービスを利用する流れになっていた
- ・ 自宅での生活が困難な患者は介護老人保健施設、療養型病院を利用している
- ・ 身体障害者手帳の交付や障害支援区分認定までに時間がかかるため、介護保険サービスのみを利用して在宅復帰する傾向がある
- ・ 19%の患者が退院後の生活に介護保険・障害福祉サービスを利用していない

# 介護保険・障害福祉サービス 利用の流れ

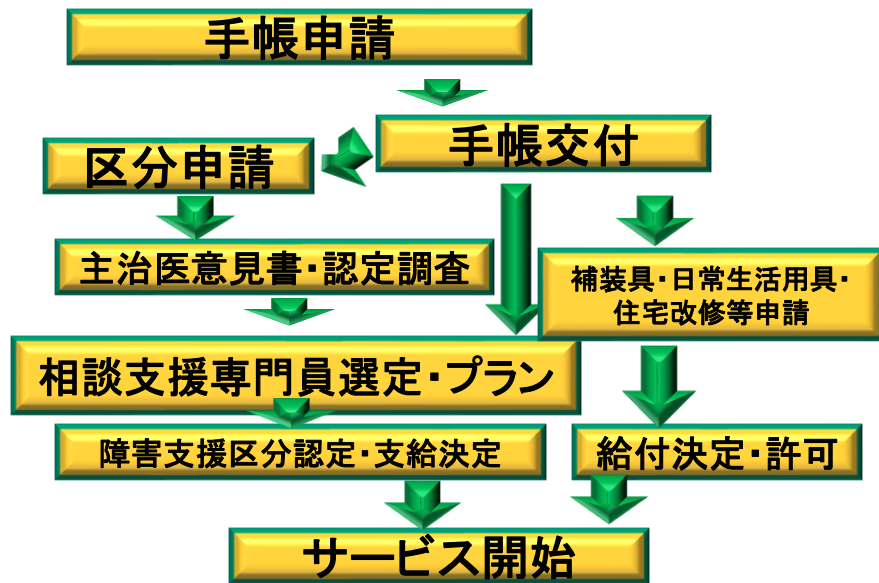
## 介護保険サービス

対象：第1号被保険者（65歳以上）  
第2号被保険者（40歳以上65歳未満）  
の特定疾病



## 障害福祉サービス

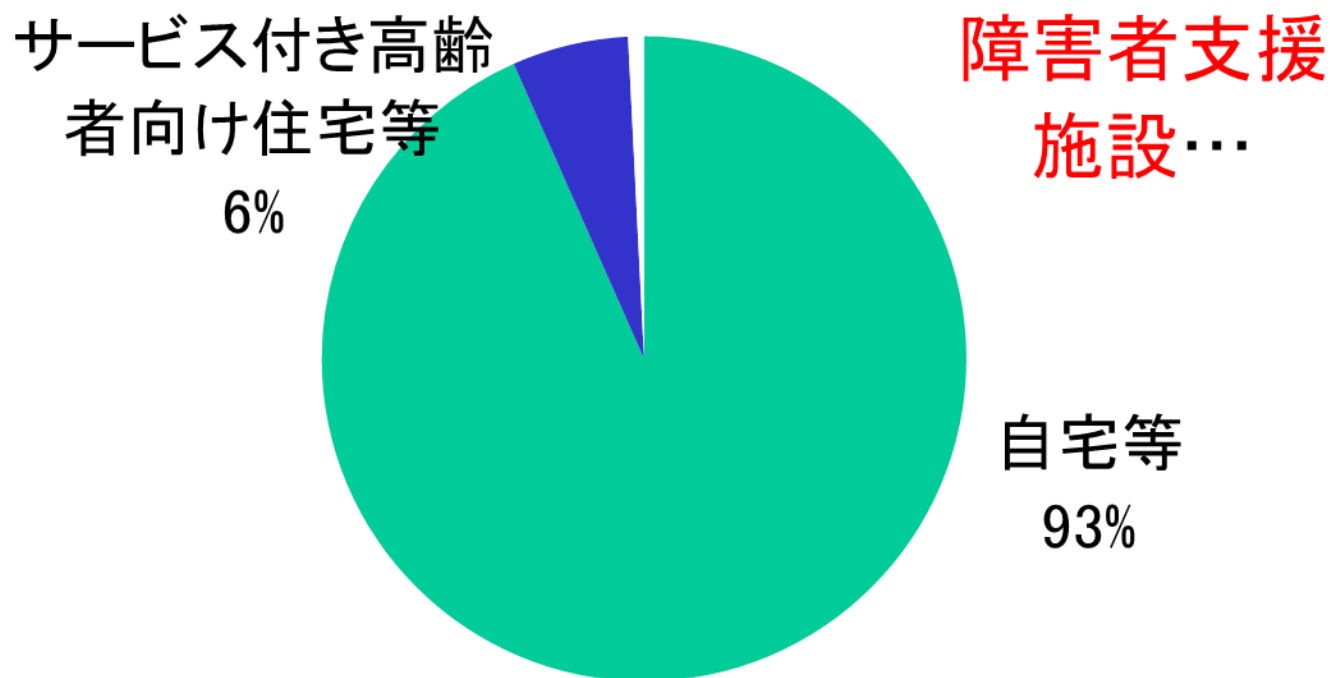
対象：身体障害者、知的障害者、  
精神障害者、難病等患者  
※40歳以上65歳未満の特定疾病、65歳以上  
は介護保険サービス優先





# 在宅復帰の中での障害者施設入所率

(N=377)



※平井誠：退院支援実績.富山県リハビリテーション病院・こども支援センター回復期リハビリテーション病棟, 2015-2018年度



# 退院(※N=437) ⇒ 障害者施設入所 0.6%

症例	年齢	性別	疾患	既往	家庭事情	職業	介護保険	身体障害者手帳	障害支援区分	目的	入院期間
1	41	男	脳梗塞	心疾患 4級	あり	休職中	未申請	2級	4	就労移行	118
2	41	男	脳出血	脳出血	あり	休職中	要介護1	1級	4	生活介護	180
3	36	男	脳出血	クモ膜下出血	あり	発症後退職	非対象	1級	5	生活介護	189

※平井誠:退院支援実績. 富山県リハビリテーション病院・こども支援センター回復期リハビリテーション病棟, 2015-2018年度



## 20世紀のリハビリ病院

- ・ 回復期リハビリテーション病棟はなかった
- ・ 介護保険はなかった
- ・ 身体障害者手帳がパスポート
- ・ 家に帰れない若い患者は身体障害者更生援護施設へ
- ・ 「障害の受容」「QOL」というキーワードが聞かれた



# 障害福祉のイメージ

障害者支援施設は入れない(に決まっている)

介護保険が優先

手帳を持っていないと

入院期間が長くなってしまう



# 総合リハビリテーションセンター内 にある自立訓練事業所

○2018年10月

自立訓練事業（機能訓練、生活訓練）が高志ワークセンター内で開始

○2019年4月

障害福祉サービス事業所高志生活訓練センターが新規開設



# 障害者制度について

- 応益負担から利用者の所得に応じた応能負担への変更

## 2013年の改正

- 障害者自立支援法⇒「障害者総合支援法」名称変更
- 障害者(児)の範囲の見直し、難病の追加
- 地域生活支援事業

## 2014年の改正

- 障害程度区分⇒障害支援区分
- 地域移行支援

知らないのは仕方がないと思っていた・・・



<p>訓練等 給付</p>	<p>就労移行支援</p>	<p>一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います</p>
<p>訓練等 給付</p>	<p>就労継続支援 (A型＝雇用型、 B型)</p>	<p>一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提 供するとともに、知識及び能力の向上のために 必要な訓練を行います</p>
<p>訓練等 給付</p>	<p>自立訓練 (機能訓練・ 生活訓練)</p>	<p>自立した日常生活又は社会生活ができるよう、 一定期間、身体機能又は生活能力の向上のため に必要な訓練を行います</p>
<p>介護 給付</p>	<p>生活介護</p>	<p>常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せ つ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動 又は生産活動の機会を提供します</p>



## 支援者の中でも

- ・ 病院関係者は、**ほとんど**介護保険にお任せしている
  - ・ 障害福祉サービスをすすめる人も**いる**
  - ・ 就労(復職)を最後まで支援できた人は**少ない**
  - ・ 自立訓練を知っている人は**とても少ない**
  - ・ 自立訓練に繋いだ人は**ほとんどいない**
- と思われま





# 患者・家族の心理

- 病気や障害に対する説明を医師から聞きたい
- 1回では説明を理解できない
- 退院について説明されたが、準備できない
- 面会に行くのが怖くなった
- リハビリを継続したいが、場所がない
- 諦めれない



# 高次脳機能障害に関連の深い法制度

法制度	受傷から診断書作成までの期間	受けることのできるサービス	高次脳機能障害における留意点
介護保険制度	受傷直後から申請可能	介護保険によるサービスが利用できる。	外傷の場合は、該当は 65 歳以上となる。
身体障害者手帳	3-6 か月	身体障害者用の施設・サービスが利用できる。	身体の障害がないと認定されない。
精神障害者保健福祉手帳	6 か月	精神障害者用の施設・サービスが利用できる。	もともと精神障害者用の施設・サービスなので、高次脳機能障害者の場合、利用を希望しない患者も少なくない。
障害年金	1 年 6 か月	年金が給付される。	診断書作成には患者の状態を漏らさず記載することが必要である。
労災制度	治癒（症状固定）診断 2 年前後	治癒前：医療費給付、休業補償給付が受けられる。 治癒後：労災年金が給付される。	労災認定が必要（原則として業務中または通勤中の事故であることが必要）
自賠責保険	症状固定診断 2 年前後	保険金が受給できる。	症状固定診断には患者の状態を漏らさず記載することが必要である。 労災制度利用時は労災と症状固定日を同一にする。
自動車任意保険	症状固定診断 2 年前後	保険金が受給できる。	あらかじめ加入をしていることが必要

入院中には介護保険制度しかない



# 自立訓練（機能訓練）の対象

地域生活を営む上で、**身体機能**・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な障害者

① 入所施設・病院を退所・**退院した者**であって、地域生活への移行等を図る上で、**身体的リハビリテーション**の継続や**身体機能**の維持・回復などの支援が必要な者

② 特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、**身体**の維持・回復などの支援が必要な者 等



# 自立訓練（生活訓練）の対象

地域生活を営む上で、**生活能力**の維持・向上等のため、  
一定の支援が必要な障害者

- ① 入所施設・病院を退所・**退院した者**であって、地域生活への移行を図る上で、**生活能力**の維持・向上などの支援が必要な者
- ② 特別支援学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、**生活能力**の維持・向上などの支援が必要な者等

障害者総合支援法 事業者ハンドブック指定基準編2019年度版より



# 入院中は・・・ そう おもっていた

- ・ 家に帰れば、なんとかなる
- ・ 麻痺は治る
- ・ 運転さえできれば元の生活はできる
- ・ リハビリはどこでもやってもらえる
- ・ 入院中にすすめられたが、障害者の施設は嫌だった
- ・ 「高次脳がある」と言われていたが、何のことかわからなかった



# 一般の障害福祉サービス

- ・ 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳が要件
- ・ 施設入所支援、生活介護は**障害支援区分**が必要
- ・ 発症から障害固定までに時間がかかる
- ・ 主治医、市町村の考えによっても差がある



## 自立訓練サービス(訓練等給付)

- ・ 高次脳機能障害や発達障害の場合、「診断書」があれば、障害者手帳がなくてもOK！
- ・ 障害支援区分がなくてもOK！
- ・ 時間がかからない(はず)

就労移行支援、就労継続支援も同様です



# 介護保険と併用もOK!!

Aさん; 50歳代 脳出血

- ・退院後、家で入浴できない⇒介護保険・デイサービス利用
- ・退院から10か月後、「自立訓練」のことを知る
- ・当センター見学:「復職あきらめたくない。訓練したい」
- ・身体障害者手帳あり
- ・介護保険にないサービスも希望する
- ・相談支援専門員と相談開始
- ・自立訓練(週3回)、デイサービス(週2回)継続のプラン
- ・定期的にサービス担当者会議を開催





# 40歳未満 介護保険なし

Bさん; 30歳代 脳挫傷

- ・回復期リハビリテーション入院中に「自立訓練」のを知る
- ・当センター見学:「復職めざしたい。退院したら通いたい」
- ・リハビリ継続のため、訪問リハビリテーション(医療保険)利用
- ・身体障害者手帳なし
- ・障害福祉サービス利用を希望し、相談支援専門員と相談開始
- ・「**高次脳機能障害**」診断書を市役所へ提出
- ・自立訓練(週2回)、訪問リハビリテーション(週3回)のプラン



# 介護保険利用終了⇒障害福祉サービス

Cさん; 40歳代 クモ膜下出血

- ・回復期リハビリテーション終了後、自宅復帰
- ・介護保険・通所系サービス(2か所)利用
- ・退院から5か月後、病院SWから「自立訓練」をすすめられる
- ・当センター見学:「まだ休職中。復職あきらめたくない」
- ・身体障害者手帳あり
- ・介護保険サービスをやめて、障害福祉サービス利用を希望
- ・介護支援専門員から相談支援専門員へ引き継ぎ
- ・自立訓練のみ(週5回)のプラン



# 生活する力を高めよう

- ・ 日常生活動作能力だけでは、生活する力は測れない
- ・ 病気だから家のことをしないでは、就労はまだまだ先
- ・ 発病前のほうが低い？ことも
- ・ 一度もしたことがない人もいる
- ・ 自己評価と家族評価を比べたい

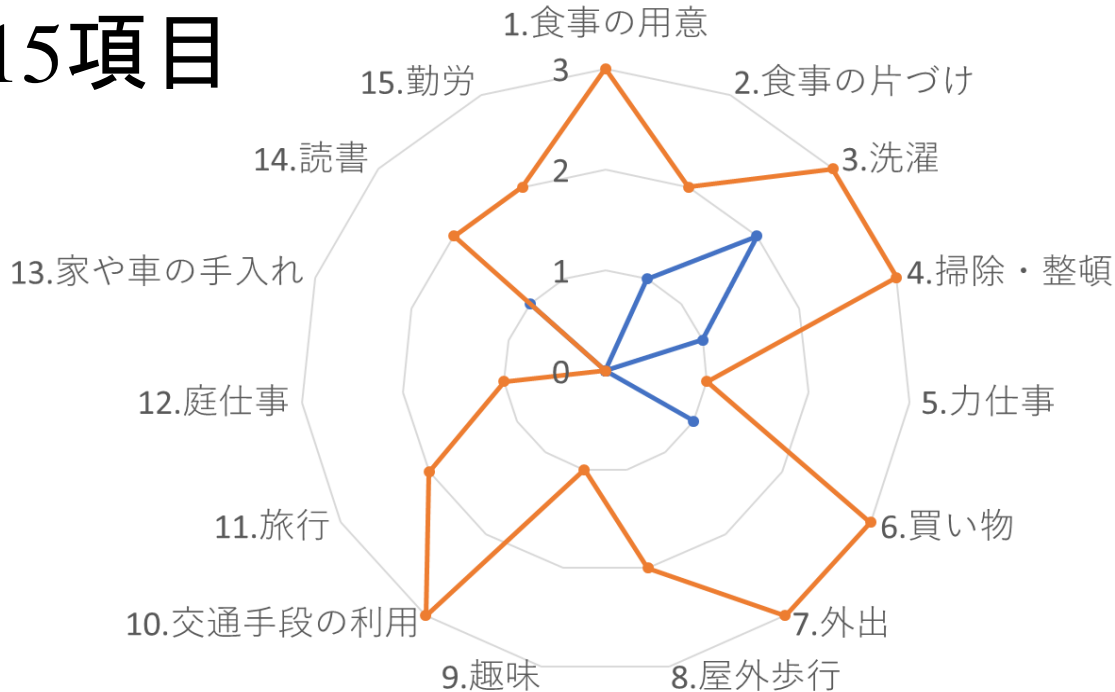
職員は、スマホ、テレビ、朝食、水分、寝る時間、薬のことなど  
口やかましく言っています



# 自分のことを、可視化してみる

## FAI評価 15項目

Before < After



3:よくする  
2:ときどき  
1:まれにする  
0:していない



# 患者さんをお願いしてわかったこと

- ・ 自立訓練の利用者は肢体不自由だけではない  
(失語症や高次脳機能障害、発達障害など多様化)
- ・ 自分の障害を説明することは難しい  
(価値観を変えることはとても時間がかかる)
- ・ 今後のことを調整していくことはとても難しい  
(会社に物申すことはできない。実は家族にも・・・)
- ・ 本人が時間をかけて決めるしかない  
(諦めることを支える。それが仕事かもしれない)



# 復職は簡単なことではない

- ・ 脳卒中有病者の約30%は65歳未満
- ・ 過去の報告では、脳卒中患者の復職率は30%～40%前後
- ・ 医療機関の支援ありが22%、**支援なしが78%**
- ・ 脳卒中後のうつ病や意欲低下・活動性の減退を認めることが少なくない
- ・ 復職後の再病休は復職してから1年に集中
- ・ 復職後の5年勤務継続率は59%

豊田章宏:脳卒中患者の復職支援事業報告(厚生労働省受託事業)  
佐伯 覚・蜂須賀研二:脳卒中後の復職 近年の研究の国際動向について  
遠藤源樹:病休と復職支援に関する調査と分析



# 連携とは 利用する意識・仕組み

病院間の連携もある

医療と介護の連携

医療と福祉の連携を知らない？

介護と福祉の連携      これから必要

勇気を出すと 選択肢が増える一緒に困難な事例に対応するなかで、顔の見える関係ができ、互いの得意分野を知ること、よりスムーズに連携できるようになる



# 8050 全世代 複合的な課題

子どものこと	65歳を迎える	施設を出る	別々に暮らす	就労
親のこと	施設に入れる	片付け	ひきこもり	介護保険
教育	医療	身体	知的	精神
借金	住まい	後見制度	DV	医療的ケア
障害福祉	コロナ感染症	自然災害	触法	高次脳障害

一緒にやるしかない





# Every day is a new day.

- したいと思ったら、その時相談
- 相談に「遅い」はない
- 今日が吉日
- 今日から変わる

きっかけと時間の提供が大切



# 地域包括ケア時代のリハビリテーション

(日本リハビリテーション病院・施設協会)

これからは、**社会参加を支援すること**で、  
「どのように年老いても、障害があっても住み慣れたところで、その人らしく暮らし、自立した社会的存在であること」を大切にする役割  
(**地域リハビリテーション**)を担う。



# 医療機能分化と地域連携

回復期リハビリ  
テーション病棟

**急性期  
病院**  
(疾病の診  
断・治療)

**回復期病院**  
(障害の評価・  
方向性の検討)

**在宅／施設**  
(生活支援・生活の質)  
介護保険サービスの活用  
リハビリの継続

約2～3  
週間

脳卒中のリハビリは  
最大**180**日間

ケアマネジャーへ情報提供  
ケアプランの作成

転院支援  
病院間の連携

退院支援

生活期との連携



# 障がい者も病院ではなく地域で 自分らしく生きるためには

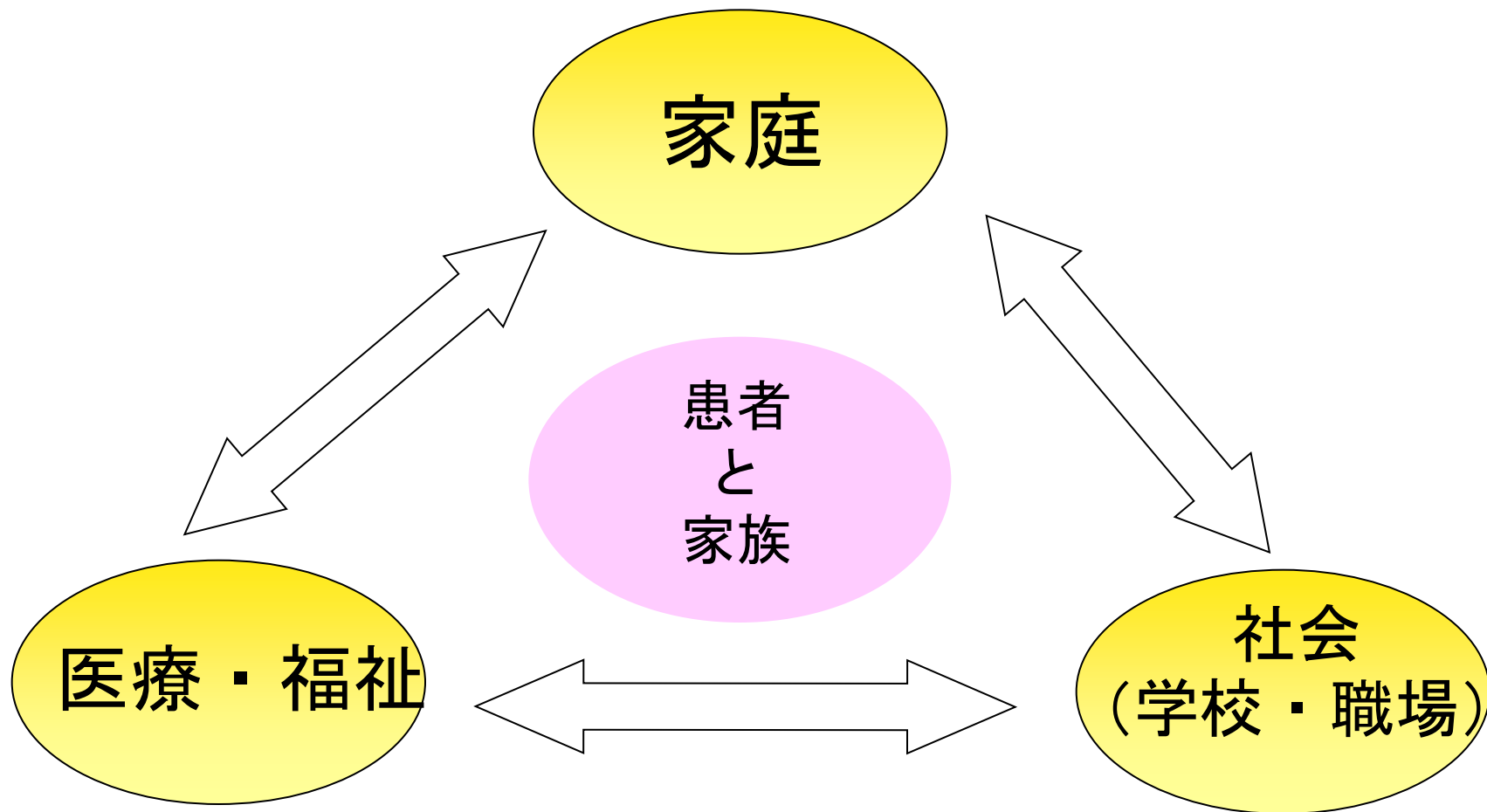
- 当事者の心を知る
- 家族の心を知る
- 理解し合える安心感の持てる関係
- 共助・共感のある社会づくり



# インフォームド・コンセントから インフォームド・コオペレーションへ

- ・リハビリテーションは受身の医学ではなく  
患者主体のもの
- ・専門家が援助し、患者が自分で決断  
しそれに責任を持つ

# 高次脳機能障害社会参加の三角形



いつでもどこでも顔の見える連携を



障害は「プラスの個性」

リハビリテーションは「プラスの医学」

地域の「当事者意識」が必要



# リハビリテーションは自己実現

その人らしい暮らしの再構築を  
みんなで保障する



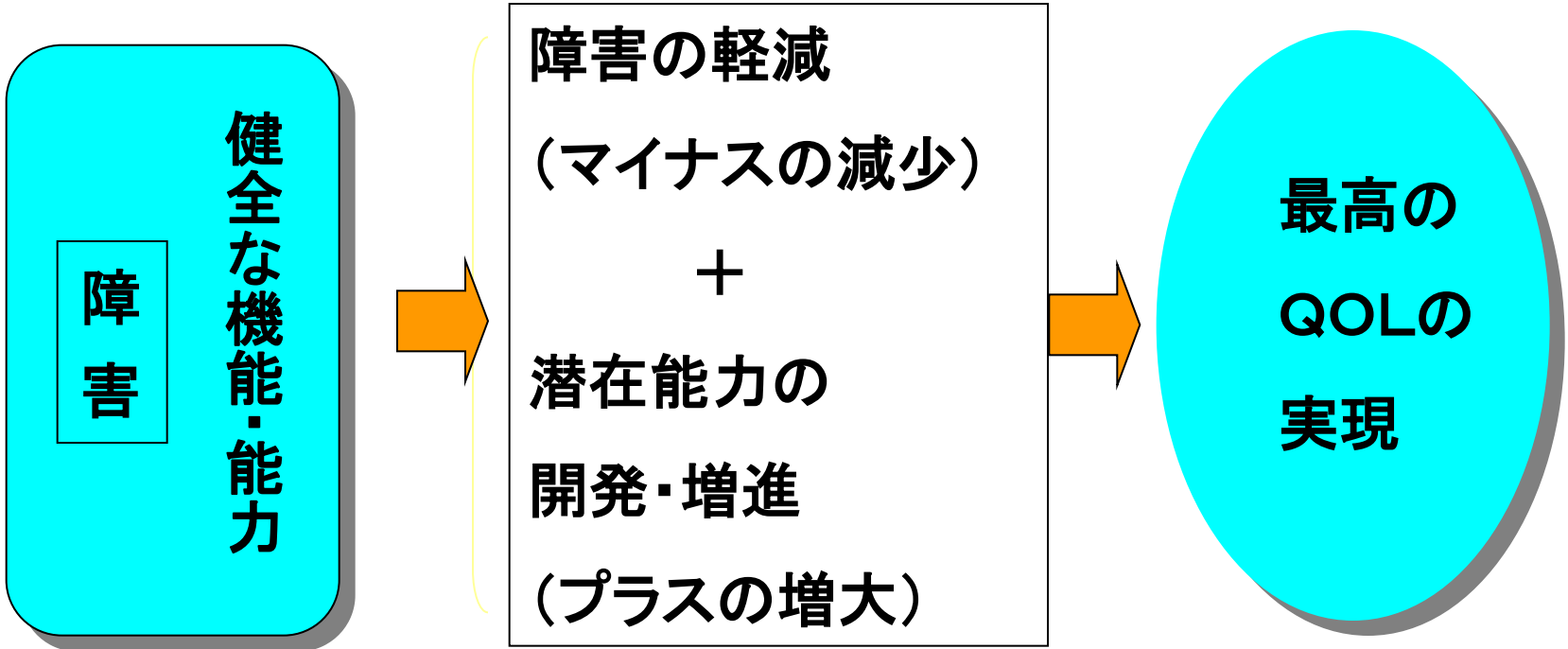


# リハビリテーションのめざすもの

障害のある人

リハビリテーション過程

最終目標



A scenic sunset over a body of water. The sky transitions from a deep blue at the top to a vibrant orange and red near the horizon. A wooden observation tower, resembling a traditional Japanese structure, stands in the foreground on the right, its silhouette reflected in the calm water. The horizon is marked by distant mountains. The overall mood is peaceful and serene.

**ご清聴ありがとうございました。**