

【避難者向け協力依頼】

地震後の運動・日常生活活動の確認へのご協力について

避難者の皆様

宮城県仙南保健福祉事務所長
(公 印 省 略)
〇〇市町長
□□市町長

今回の地震で被災された皆様が一日も早く安心して暮らせるよう、健康チェックの一環として運動（活動）の状況や移動、入浴、食事といった身の回り動作の状況について確認をさせていただきます。

確認の結果より、皆様が必要な支援が受けることができるよう調整させていただきます。

____月 ____日（ ） 午前・午後 _____ 頃、作業療法士・理学療法士の _____ が訪問させていただきますので、ご協力をお願いいたします。

また、ご不明な点がありましたら、下記までご連絡下さい。

記

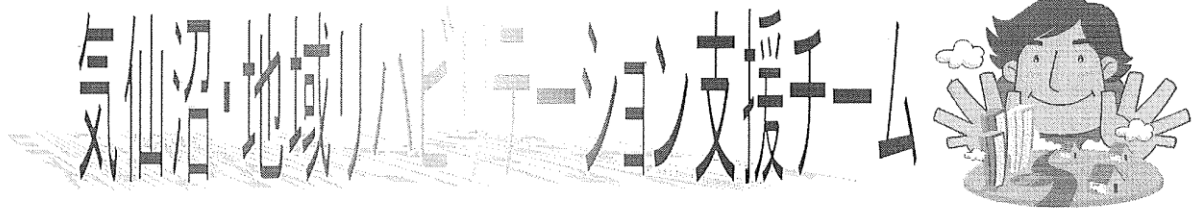
対象者 〇〇市町へ避難されている方のうち、

①65歳以上の方

②65歳未満の障害のある方及び身の回り動作に不安のある方

担 当：宮城県仙南保健福祉事務所 成人・高齢班
電 話：0224-53-3120
ファクシミリ：0224-52-3678
電子メール：

被災からの復興のための



気仙沼圏域地域リハビリテーション広域支援センター(宮城県気仙沼保健福祉事務所)では、被災からの復興のための「気仙沼・地域リハビリテーション支援チーム」を発足し、宮城県理学療法士会、宮城県作業療法士会、気仙沼地域の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)等の御協力のもと、気仙沼市の復興支援をさせていただいております。

<内容>

気仙沼市の保健師、ケアマネジャー、訪問看護事業所看護師及び医療チームに関わる各種スタッフ等からの要請で、下記の支援を致します。

- ① ADLを維持させるための関わり、福祉・生活用具使用等のアドバイス
- ② 介護負担軽減のための生活支援、介助方法等のアドバイス
- ③ 医師の了承のもと個別的なリハビリテーションの実施
- ④ 避難所及び地域単位でのリハビリテーション相談会の開催
- ⑤ 生活不活病予防のための体操等の実施 等

(注)病院で実施するような訓練や訪問リハビリの実施は致しません。日常生活の中でできること、御本人や御家族、介護者が少しでも楽になることを増やすためのリハビリ支援や提案を行うことを目的としています。

<利点>

- ・ 地元・宮城県、気仙沼圏域のセラピストが、復興まで長期的に関わります。
- ・ 宮城県気仙沼保健福祉事務所実施の「地域リハビリテーション体制整備推進事業」の中で従来構築されてきた“顔の見えるつながり”と“経験”を活かすことができます。

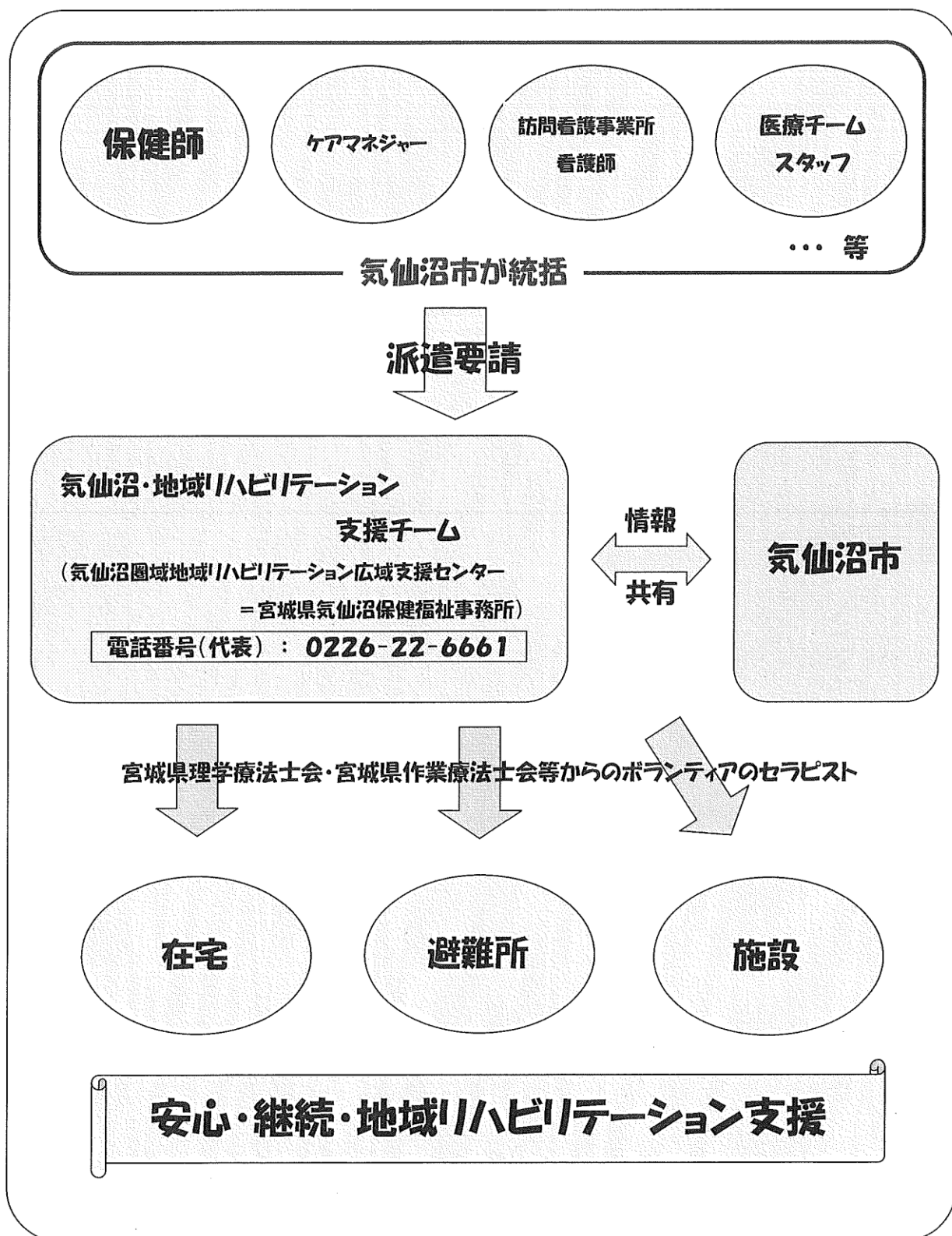
☆ 気仙沼圏域地域リハビリテーション広域支援センター ホームページ

<http://www.pref.miyagi.jp/ks-health/kisou/seijinn/seijin11.htm>

※ 要請の際は「気仙沼・地域リハビリテーションつなげ票」に必要事項を御記載のうえ、


回収箱(気仙沼市民健康管理センター「すこやか」内・設置)に御提出ください。

～地域リハビリテーション支援実施までの流れ～



気仙沼・地域リハビリテーションつなげ票

平成 年 月 日()

つなげたい方の	
【お名前】	さん 【性別】 男・女 【年齢】 歳
【連絡のつく電話番号】	
居場所	ご自宅(住所)
	避難所(避難所名)
	その他(場所名) (住所)
疾患名等	
【心配なところ】	
<input type="checkbox"/> 生活不活発病 (筋萎縮・関節拘縮・褥瘡・骨粗鬆症・起立性低血圧・その他)	
<input type="checkbox"/> ADL機能低下 <input type="checkbox"/> 介護負担増 <input type="checkbox"/> その他 ()	
【気を配って欲しいところ(禁忌事項等)】	
(リスク管理をしている医師)	
所属:	名前:
(担当ケアマネジャー)	
所属:	名前:
【御本人(または御家族、支援者)の承諾】	
サイン: _____	
つなげた方の	
【お名前】	
【ご所属・職種】	
【お電話番号】	

※ 回収箱(気仙沼市民健康管理センター「すこやか」内・設置)に御提出ください。

気仙沼・地域リハビリテーション対応票

平成 年 月 日()

【対象者】(氏名) :		さん	(性別) :	男・女
(年齢) :		歳	(連絡先・電話番号) :	
(居場所)		ご自宅(住所)		
		避難所(避難所名)		
		その他(場所名) (住所)		
【障害名】				
【主訴】				
【ADL状況】				
【対応内容】	<p>① 何を目的として実施したか。</p> <p>② 対象者にどのように説明したか。</p> <p>③ 実施事項</p>			
【継続の有無】	<p>① 終了</p> <p>② アセスメントのみの支援 (頻度 : 2ヶ月に1回・月1回・月2回)</p> <p>③ 定期的な支援 (頻度 : 2ヶ月に1回・月1回・月2回)</p> <p>④ 集中的な支援 (頻度 : 週1回・週1回以上)</p>			
【引継ぎ事項】	必要物品, 申し送り等			
【対応者】(所属) :		(電話番号) :		
(名前) :		(職種) :		
【同行者】(所属) :		(電話番号) :		
(名前) :		(職種) :		



集約先: 気仙沼圏域地域リハビリテーション広域支援センター(宮城県気仙沼保健福祉事務所)

【持ち物】

- ◆ 上履き・スリッパ：避難所では土足厳禁の場所があります。
- ◆ 長靴：在宅を訪問する際、靴が汚れる場合があります。
- ◆ マスク：砂埃がひどい場合があります
- ◆ 手指消毒剤：在宅を訪問する際必要
- ◆ クリップボード：調査票を記入する場合に使用します
- ◆ 名前が分かるもの：名札やシールなどわかりやすいものがよい
- ◆ 健康保険証のコピー
- ◆ 自分の食糧・飲料
- ◆ その他：活動に応じて必要物品

【役割と心構え】

災害時には、被災地の自治体などが連携して救護・復旧にあたりますが、被災住民の組織だった復旧、復興活動をバックアップすることを基本に据えて活動するのが、ボランティアの大切な心構えであり役割です。

- ◆ 車は乗り合いにご協力ください。被災地は通行可能な場所や駐車スペースに限りがあります。渋滞緩和のためにも、台数削減にご協力ください。
- ◆ 当日の活動は現地コーディネーターに一任してください。多くの関係職種、機関が関わっており、効率よく作業できない場合もあります。ご了承いただき、ご協力ください。
- ◆ 作業指示後は、ある程度皆さんの判断に任せて活動していただく場合があります。柔軟な対応をお願いします。不明な点は現地コーディネーターにご確認ください。

事務連絡
平成23年3月22日

本庁各課(室)長 殿
各地方機関の長 殿

総務部危機対策課長
(公印省略)

東北地方太平洋沖地震に伴う災害派遣等従事車両の取扱いについて(通知)

平成23年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震に伴う災害対策のための車両の取扱いについて、関係高速道路管理者と協議の結果、下記のとおり災害派遣等従事車両証明書(以下「証明書」という。)を取り扱うこととしましたので承知願いますとともに適切に事務処理願います。

なお、様式については別添ファイルをご参照ください。

記

1 概要

証明書は被災地域への緊急輸送物資搬送、技術者派遣等のため、県及び各機関が高速道路を利活用する必要が有る場合に、高速道路事業者に対して提示することにより、有料高速道路を無償使用できるものとするもの。

2 対象車両

以下いずれかに該当する車両

- (1) 被災者の避難所等又は被災した区市町村の災害対策本部(物資集積所を含む)への支援物資輸送又は技術者支援のために使用する車両
- (2) ライフラインの確保を目的とするもので特に緊急性が高いと認められる車両
- (3) ボランティア活動に従事する車両
- (4) 自治体が災害救援のために使用する車両

3 証明書の発行手続き

- (1) 証明書の交付は、1(1)、(2)、(3)及び本庁各課(室)に係る(4)にあつては宮城県総務部危機対策課長、各地方公所に係る1(4)にあつてはその所属の長(以下「交付者」という。)が原則行うものとする。
- (2) 証明書の発行申し出については、通行年月日(期間)、使用する道路名及び区間(使用を予定する最長区間)、乗車責任者の所属及び氏名、車両登録番号及び災害派遣等従事の内容を確認する。
- (3) 証明書の発行にあつては発行表を作成し、発行番号、乗車責任者の所属及び氏名、車両登録番号及び交付年月日を記載する。
- (4) 証明書の交付は、車両1台につき1枚を災害派遣等従事車両運行履歴表(以下「運行履歴表」とい

う。)と併せて交付する。

(5) 証明書の交付に際しては、写しをとり控えとして保管する。

※申請者が遠隔地から出発する場合や緊急の場合はファクシミリ等で証明書を送付し、原本を控えとして保管する。その後、原本を交付し、写しを控えとして保管する。

(6) 発行された証明書の写し及び提出された運行履歴表については各交付者で取りまとめたのち、危機対策課長あて提出する。危機対策課長はそれを集約し、高速道路管理者に報告する。

4 証明書の実務上の運用

(1) 証明書の交付を受けた者（以下「運行者」という。）は、高速道路を利用する際、入口料金所で通行券を受け取り、出口料金所で通行券及び証明書を提示する（証明書の写しでも可）。

※ETC車両の場合であっても、入口出口とも一般レーンを使用する必要がある。

(2) 運行者は証明を受けた車両の運行実績について運行履歴表に運行年月日、入口料金所名及び出口料金所名をその都度記録し保管するものとする。

(3) 運行者は証明書の使用を終了したときは、運行履歴表を交付者に提出するものとする。

5 車両通行期間

証明書の通行期間は必要と認められる期間とし、証明の日から2か月を上限とする。

担当：宮城県災害対策本部庶務グループ

TEL 022-211-3365

FAX 022-211-3901

宮城県総務部消防課産業保安班

TEL 022-211-2377

FAX 022-211-2398

災害派遣等従事車両証明書	
発行番号	宮城県危機対策課 号
通行年月日	平成23年 月 日～平成23年 月 日
道路名 及び区間	(入り口) 白石 IC～(出口) 一関 IC
乗車責任者の 所属, 氏名	TEL: FAX:
車両登録番号	
備考	<p>災害派遣等従事の内容: 県の要請により、避難所等の支援活動に従事</p> <p><small>ex)〇〇市の要請により、〇〇を〇〇地域に運搬するもの。県との〇〇防災協定に基づくもの。</small></p> <p>ETC車両の場合も、料金を精算する料金所では必ず係員のいるレーンで一旦停止のうえ、ETCカードと本証明書を係員に提出してください。</p>
<p>この車両は、災害派遣等従事車両であることを証明する。</p> <p>平成23年 3月 日</p> <p>宮城県総務部危機対策課長</p>	

※本証明書が破損しないようにクリアファイル等に入れてご使用ください。
 ※別紙履歴表を後日、災害対策本部庶務グループに提出してください。

災害対策本部庶務グループ
 TEL 022-211-3365
 FAX 022-211-3901

消防課産業保安班
 TEL 022-211-2377
 FAX 022-211-2398