

リアル災害支援・リハビリテーション 栄養

古屋 聡 山梨市立牧丘病院

「大阪府北部地震」「西日本豪雨災害」そして、すべての災害の犠牲者の方にお悔やみ申し上げ、被災された方にお見舞いを申し上げます。この原稿を承ってなかなか書く余裕がなくしかも締め切りに遅れて焦っているときに、「日本は災害大国である」というその言葉どおり「大阪府北部地震」に続き「西日本豪雨災害」が起こった。そして現在も被災地は苦境の真っただなかにいる。ここで検討・記載することがらも、可能なら被災地のためになればと願う。

リハ栄養に関心不足の病院と大規模災害現場の共通点

リハビリテーション(以下リハ)栄養について関心が少ない病院では次のような特徴がある。

- ・口腔状態、摂食嚥下機能・栄養について初期評価できない(する人がいない)。
- ・直接かかわりをもつ専門職が確定しない、あるいはいない[言語聴覚士(ST)、管理栄養士、摂食嚥下障害看護認定看護師など]。
- ・当該患者にかかわるスキルや方針が一定しない(マネジャーが存在しない)。

このような病院では、たとえば肺炎で入院した場合、急性期の治療(抗生剤)が終わるまで、なかなか栄養評価がされずに摂取カロリーが不十分であることが多い。何とか解熱したり、炎症反応が落ち着いて食事を開始しても、うまく食べられず、そこからようやく栄養に目が向いたりする。離床やリハ職のかかわるタイミングが遅く、また、リハ職(ST以外)が食事や栄養に関与しない。さらに、しばしば口腔ケアが不十分である。この

ような悪循環が起こりそうだが、現在の日本では、こういう病院が根絶していく過程にあると信じたい。

ではリハ栄養への関心の低下は大規模災害時にどう影響するだろうか。発災直後の避難所のフェーズで考えてみたい。

- ・まず避難者のなかで、「栄養問題を有する人」「食支援的介入の対象になる人」をスクリーニングすることができない(全体に余裕がなく、スクリーニングもみつかりにくい)。
- ・評価ができたとしても、そこに介入してくれる専門職がいない(そのタイミングで来ない)。
- ・避難所のなかの救護所を受診する「患者」と異なり、避難所全体の避難者の「健康情報」を統括するための仕組みが確定しておらず、被災した避難者のなかの保健医療職ボランティアや、それぞれの避難所にたまたま配置される保健医療職の力量やスタンス、そしてそこで構築される体制に左右される。
- ・歯科の治療ニーズへの救護は別働としても、発災直後からリスクの高い避難者に十分な口腔ケアを実施することは現実上困難である(物品も人材も不足する)。

熊本地震 摂食サポート

過去の大規模災害で、発災後の早期から個別栄養介入ができた事例として、2016年の熊本地震の際のDNST活動(熊本地震 摂食サポート)がある¹⁾。詳細は参考文献を読んでいただきたいが、本震直後からしっかりと活動ができたのは以下のような理由である。

- ・「熊本地震 摂食サポート」の代表である前田圭介医師自身が直接の被災者で、すでに前震(2016年4月14日)の際に熊本市内の避難所に避難、避難所内で医療者としての活動を行って、本震(同16日)後、最も被害が甚大であった益城町の避難所を自転車で素早くラウンドし、避難所自体の初期評価を済ませていたこと。
- ・前田医師の勤務地(当時)が熊本市に隣接する玉名市玉名地域保健医療センターであり、益城町への距離と外部からのアクセスのよさ(九州新幹線が止まっている状況で、高速道路を使って近くのICまで来ることができた)、前田医師の院外での活動を支えられる院内体制(院長先生はじめ管理サイドの理解と医師シフトの問題、ロジスティック活動を担当できる医療連携室の存在)など条件が整っていたこと。
- ・筆者が同18日に参加して、益城町の現地本部(益城町内の特別養護老人ホーム)を確定したこと。そしてその本部に物資が搬入・整理され、同時にその特養にできた避難所を管理運営することになったボランティアナースチーム「キャンナス」²⁾と協調して活動できたこと。また、熊本県で医療支援チームの登録が始まった同18日に早速登録を済ませ、避難所のフロアで活動できる、いわば資格を有していたこと。
- ・益城町内に確定した現地本部に、本震発災から4日目の同19日から、食支援・口腔ケアなどに専門的支援のできる、「NPO法人口から食べる幸せを守る会」³⁾の会員を中心とした専門職のメンバーが参加。小山珠美氏を代表とする多職種メンバー計10数人は、目の前の避難者に適切な評価を行いつつ、その場で必要な助言・指導ができていたこと。さらにはフロアで展開していたもしくは連絡が可能になっていた保健師チーム、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(JRAT)⁴⁾、日本栄養士会災害支援チーム(JDA-DAT)⁵⁾、歯科支援チームなどと適切に連携、もしくは申し送りしていったこと。
- ・多職種による食支援に有効なことが証明され、

災害支援活動の評価にも有用だと思われたKTバランスチャート(英語名KTIndex)を使用したこと⁶⁾。

4月18~27日までの10日間で、複数の避難所にいた多くの避難者に、(自衛隊の炊き出しにおかゆをつくってもらうことなども含めた)個別支援を届けることができ活動は終了した。発災後早期の活動としては目覚ましいものもあったが、課題もまた明白である。上記の活動内容を申し送った避難所の保健師グループなどがうまく共有して継続して実施できたのか、また災害前の在宅の担当であった行政保健師、地域包括支援センター、介護保険サービス上のケアマネジャーなど、本来のケアギバーの担当者にまで情報が伝わり共有することができたかということである。その後の継続調査では、食の援助がきちんと継続できたケースや、体制の都合でかなり変更されていたケースがあることがわかっている。

そして、今

今回2018年7月の豪雨災害で最大の被災地の一つが、岡山県倉敷市真備町である。もちろん真備町だけではないが、実は今回の災害は、広島でも愛媛でも、驚くほど被害の全容が特に関東以北には伝わってこない。最も苦しい現場は、現状把握と集約とその発信にエネルギーを割く余裕がないのである。しかも、寒いときに起こった災害では生活不活発病や血栓塞栓症が問題となるのに対し、猛暑が席卷するこの夏の災害では圧倒的に「脱水・熱中症」対策にその中心が向かわざるを得ない。現地では多くの人たちが非常に頑張っているが、在宅被災者の隅々まで水や経口補水液を直接届けるサービスにも限りがある状況である。

筆者が少しでも関与している真備町では発災後2週間を経た状況は次のとおりである。

- ・重度な介護を要する方は、町外の家族、知人の家や真備町外の施設などに移っており、一部の方が真備町内の避難所に避難した状況にある。
- ・避難所は状況が安定し、急性期の医療救護体制は徐々に解除に向かい、外部から入っている医

療救護班やNPOなどはほぼ撤退の見込みである。

- ・域内(人口22,000人エリア)の医療拠点は大きなダメージを受けたが、少しずつ現地の医療機関が復旧に向けて、外部の支援も入れて診療を再開しつつある。また、巡回バスが整備され、近隣の医療機関で受診できる体制が整いつつある。
- ・住民の方は自宅を片付けながら、徐々にまた真備町で住めるように努力され、域内に人が戻りつつある。
- ・こうした在宅の状況をしっかりと評価するために、日本ケアマネジャー協会などが入って、全戸調査(いわゆるローラー作戦)などが展開され、在宅の食支援ニーズは今後新たなステージにあがってくることが予想される。

前述したように、災害時の現場は「リハ栄養的にいけてない病院」の現場と酷似し、よほどよい条件がなければ、早期からの適切な食支援は困難である。現在の真備町の状況は、全戸調査ですくいあげていく個別事例が必要な専門職の保健的介入を経て、適切な医療・介護のリソースに伝わっていきけるような仕組みに至るにはまだまだ大変である。

ある病院が、リハ栄養的活動を優れたものにしていくためには一朝一夕の取り組みではとても難しいものであると同様、災害支援活動もまた、息の長い努力と取り組みが必要である。災害後のフェーズの変化を注視し、この原稿がみなさんの目にふれる秋にも、まだ真備町を始めとした被災地の状況に関心を払ってもらい、その時に必要な支援を検討してもらうことを期待する。

【文献】

- 1) 古屋 聡(編)：熊本地震の際のDNST活動。多職種で取り組む食支援 急性期から看取りまで、2017, pp145-162.
- 2) 全国訪問ボランティアナースの会 キャンナス：https://nurse.jp
- 3) NPO法人 口から食べる幸せを守る会：https://ktsm.jimdo.com
- 4) 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 Disaster Rehabilitation Assistance Team)：http://www.jrat.jp
- 5) 日本栄養士会災害支援チーム：https://www.dietitian.or.jp/about/concept/jdadat/
- 6) Maeda K et al: Reliability and Validity of a Simplified Comprehensive Assessment Tool for Feeding Support: Kuchi-Kara Taberu Index. *J Am Geriatr Soc* 64: e248-e252, 2016.