

DPATにおける避難所支援 —リハビリテーション栄養の課題と連携

大鶴 卓

国立病院機構琉球病院 副院長

DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team) とは

東日本大震災時には、被災地にさまざまな自治体や組織から多くのこころのケアチームが派遣された。精神保健医療専門家がこころのケア活動を実施し、一定の効果をあげたことは事実である。しかし、こころのケアチームは組織化されておらず、事前訓練もなかったため、活動全体を統括、把握することができず、他の災害医療・支援チームと連携することも困難であった。東日本大震災のこころのケア活動を総括し、課題として急性期支援、統括、平時の準備の3点の必要性が提言され、2013年4月1日に「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」¹⁾が発出された。

自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故などの集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレスなどにより新たに精神的問題が生じるなど、精神保健医療への需要が拡大する。これらの災害の場合には、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関などとのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援が必要である。このような活動を行うために都道府県などによって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームがDPATである。DPATは、被災都道府県などからの派遣要請に基づき活動し、被災地での活動に当たっては、被災都道府県などの災害対策本部の指示に従うことが定められている。DPATは精神科医師、看護師、業務調整員を

めた数名で構成され、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県などにおいて活動できる班を先遣隊と定義している。1班当たりの活動期間は1週間を標準とし、必要に応じて数週間から数カ月継続して活動する。詳細は「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」「DPAT活動マニュアル Ver.2.1」²⁾を参照いただきたい。

DPAT 活動概要

災害時のDPAT活動は病院避難、避難所支援の2つのフェーズに分けることができる。熊本地震を例に示す(図)と、発災から1週間は病院避難フェーズであり、被災し診療継続が困難となった精神科病院からの患者避難・搬送・支援が中心であった。熊本地震では7つの精神科病院が被災のため診療継続が困難となり、搬送患者数595人(県内搬送：321人、30病院、県外搬送：274人、36病院)を転院搬送した。搬送はDPATだけで対応することはできず、DMAT、自衛隊、精神科病院協会、熊本県など多くの協力を受け実施できた。

発災から1週間以降は、避難所支援フェーズになる。熊本地震では最大で25のDPAT隊が被災地の市町村保健師と協働し、避難所で直接・間接支援を行うとともに、他の災害医療・保健チーム、被災地行政関係者とも連携し活動した。

認知症・精神疾患を有する人の避難所生活における課題

これまでのDPAT活動を集積すると、避難所でDPATに相談が上がる例は、被災による急性

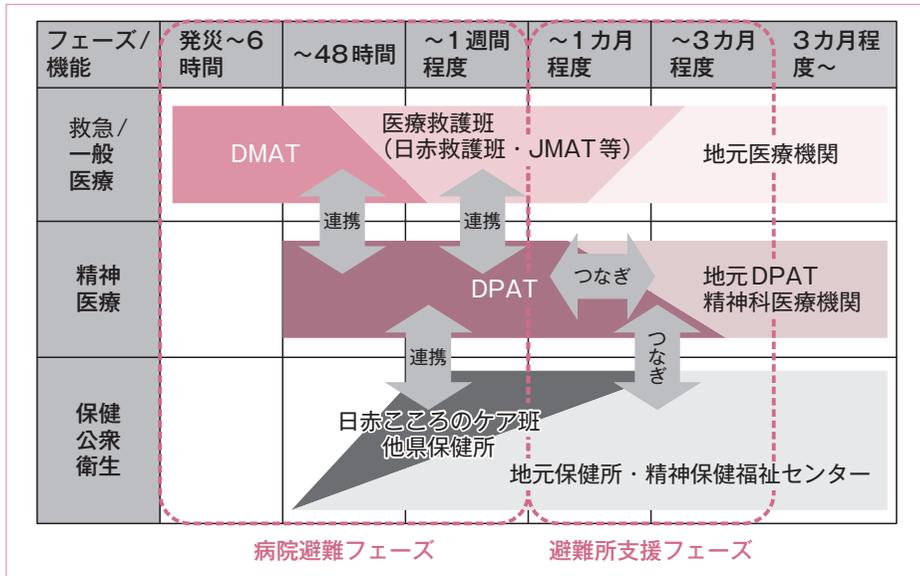


図 熊本地震でのDPATのフェーズ

ストレス反応に加え認知症、精神障害、発達障害が多い傾向がある。そのうち、被災による急性ストレス反応は正常な心的反応であり、ほとんどの例は時間経過とともに改善する。本稿では、DPATで支援する機会が多い認知症、精神障害、発達障害に対しての活動、栄養を中心に示す。なお、認知症、精神障害、発達障害の方は災害対策基本法で規定されている要配慮者に該当すると考えられ、自治体には災害発生時に適切かつ円滑に支援を実施するために事前計画の立案が求められる。

1) 認知症

認知症は記憶障害、見当識障害、理解・判断力低下、実行機能障害、失語、失行・失認などの認知機能の障害を中核とする疾患であり、大きな環境変化が起こると興奮、不眠、せん妄、徘徊などの症状を起こしやすいことが特徴である。家族介護や介護保険サービスの利用により安定した生活を送っていた認知症者が、災害により避難所に避難し環境や支援体制が大きく変化することで周辺症状を起こし、そのために避難所での集団生活が困難となる事例が多い。

また、周辺症状を起こさない認知症者であっても、避難所生活で運動する機会が減ることにより

活動性の低下を認めることが多い。避難所では食事は弁当や保存食が多く、食事形態の調整が困難なため、咀嚼・嚥下機能が低下した認知症者は誤嚥や脱水をきたしやすい傾向がある。

その対策として避難所で個別なケア体制をつくるのが望ましいが、それが難しい場合は福祉避難所や介護施設への移動、療養型病院や精神科病院へ入院などが実際に行われている。まずは、さまざまな団体から支援を受け、避難所内でのケア体制をつくることを目指すが、それが難しい場合は専門的なケアや治療ができる場所へ移るほうが現実的と考える。

2) 精神障害 (統合失調症、躁うつ病、うつ病、アルコール依存症など)

統合失調症、躁うつ病、うつ病などの精神科治療歴がある被災者が、急性ストレスや治療中断により症状が再燃する例も遭遇する。また、アルコール依存症者が、避難所で飲酒ができなくなることで離脱症状を呈する例も認める。治療中断を防ぐことが最も重要であるが、避難所内で対処困難な病状悪化を認めた場合は精神保健医療の専門家の介入に加え、入院も含めた医療機関での治療が必要となる場合がある。

精神障害をもつ方が避難所生活を送る際は孤立

しやすい傾向を認めるため、集団生活を円滑に行えるために周囲からの声掛けや支えが必要となる。また、咀嚼や嚥下機能の問題は少ないが、精神症状の悪化や処方薬の副作用により食事摂取量の変動しやすい傾向があるため、病状に加え栄養状態についても周囲からの見守り体制があることが望ましい。

3) 発達障害(知的障害, 自閉症スペクトラム障害, 注意欠陥多動性障害など)

発達障害を有する避難者は急性ストレスによる心的反応に加え、避難所生活における環境変化により混乱、興奮、不安などの反応を起こしやすい傾向がある。また、発達障害の特性のために集団生活が困難な例も認める。発達障害者は単身で自立した生活を行うことが困難なため、家族や支援者の手厚いケアを受けながら生活している方も多い。熊本地震では避難所での集団生活が困難なため家族で車中泊をしたり、福祉事業所が家族も含め施設宿泊を受け入れるなどの対応を行っていた。

発達障害者が活動性や運動機能、咀嚼・嚥下機能が低下することは少ないが、食事に関してはこだわりや偏食があるため個別的な対応が必要となる例を認める。発達障害者のなかでも問題が大き

くなればなるほど避難所で過ごせないため発見されにくく、支援を受けづらい状況に至りやすいため、対策として発達障害を有し避難所での集団生活が困難な方のための福祉避難所、宿泊場所の提供は必要と考える。その場合は、個々の発達障害の特性に合った食事内容や形態で提供することが望ましい。

リハビリテーション栄養の重要性

DPATがかかわる被災者は認知症のように咀嚼、嚥下機能が低下している方だけでなく、精神障害や発達障害のために食事量が大きく変動する方、集団生活が困難なため避難所生活を送ることが難しい方もいる。

衣食住の安定、周囲からの温かいサポートは、災害時の急性ストレス反応に最も効果的である。認知症や精神疾患を有する被災者の栄養や食事は、被災地の関係者だけでは対応が難しい場合があるため、日本栄養士会災害支援チーム(JDA-DAT)、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(JRAT)などが連携し対応することが望ましい。被災者の心身の安定と改善のためにDPATはJDA-DAT、JRATとさらに連携を深め活動する必要がある。

【文献】

- 1) 厚生労働省：災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領。
- 2) 厚生労働省委託事業DPAT事務局：DPAT活動マニュアル Ver.2.1。