

災害時の“食べる支援”における 多職種連携とその目的

報告書



日時：平成29年9月16日（土） 18:00～20:00

会場：東京医科歯科大学 1号館7階 口腔保健学科第3講義室

後援

宮崎県
歯科医師会

宮崎
JRAT

女川歯科
保健チーム

歯科保健
研究会

話題提供：熊本地震の歯科支援の経験を地域に活かす

多職種協働に向けての取り組み ～地域から災害支援を見据えて～

後藤大（歯科医師，宮崎県歯科医師会，ごとう歯科医院）

一開業医として災害支援や地域にでて改めて気付いた，多職種協働について感じたこと，他団体とのこれまでの連携や，事例，今後の課題を交え報告させていただきたい。

災害時における食を支えるチームの役割 ～歯科と言語聴覚士の協働からみえてきたもの～

横山茂幹（言語聴覚士，宮崎JRAT，
日南市立中部病院リハビリテーション科）

平成28年熊本地震では，災害支援活動を歯科医師とともに実施した。今般，①実際の支援活動における食を支えるチームの役割，②宮崎JRATにおける受援者側の研修報告（宮崎県に地震がきた際の備え），③平時からの地域連携（Mind to mind）の重要性について再考する。

これからの災害時歯科支援 ～フレイル予防として～

中久木康一（歯科医師，日本歯科医師会熊本地震災害歯科
コーディネーター，東京医科歯科大学）

要介護高齢者などの要配慮者においては，災害後の整わない環境下でも口腔衛生管理が継続されないと，口腔感染症，そして誤嚥性肺炎の発症リスクが高くなると考えられ，災害時の歯科支援として口腔ケア活動が行われるようになっている。経験を踏まえ，これからの目的や体制はどうあるべきか，提起する。



災害時の“食べる支援”における 多職種連携とその目的

参加 無料 申込 不要 資格 不問

日時：平成29年9月16日(土) 18:00～20:00(開場17:40)
会場：東京医科歯科大学1号館7階 口腔保健学科第3講義室

主催：日本災害時公衆衛生歯科研究会
後援：宮崎県歯科医師会、宮崎JRAIT、
女川歯科保健チーム、歯科保健研究会

話題提供：熊本地震の歯科支援の経験を地域に活かす

多職種連携に向けての取り組み
～地域から災害支援を見据えて～
後藤大（歯科医師、宮崎県歯科医師会、
ごとう歯科医院）

災害時における食を支えるチームの役割
～歯科と言語聴覚士の協働からみえてきたもの～
横山茂幹（言語聴覚士、宮崎JRAIT、
日南市立中部病院リハビリテーション科）

一関業医として災害支援や地域にでて改めて気付いた、
多職種協働について感じたこと、他団体とのこれまでの連
携や、事例、今後の課題を交え報告させていただきます。

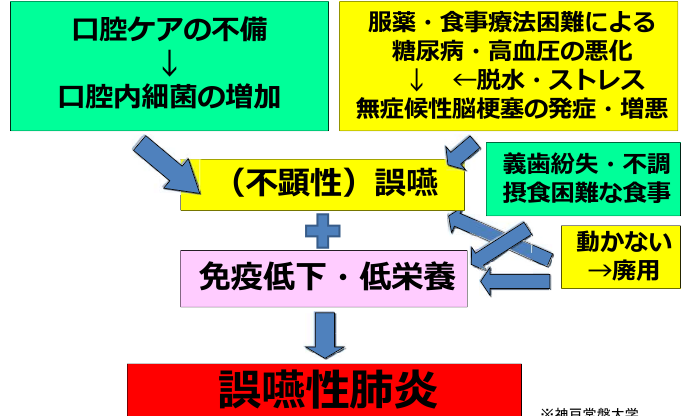
平成28年熊本地震では、災害支援活動を歯科医師とともに実施した。
今般、①実際の支援活動における食を支えるチームの役割、②宮崎
JRAITにおける受援者側の研修報告(宮崎県に地震がきた際の備え)、
③平時からの地域連携(Mind to mind)の重要性について再考する。

これからの災害時歯科支援 ～フレイル予防として～
中久木康一（歯科医師、日本歯科医師会熊本地震災害歯科コーディネーター、東京医科歯科大学）
紹介：久保山裕子（歯科衛生士、日本歯科衛生士会）、
長俊子（歯科衛生士、全国行政歯科技術職連絡会）、
門井謙典（歯科医師、兵庫医科大学歯科口腔外科）、
駒形朋子（看護師、東京医科歯科大学共同災害看護学）、
空岡（坪山）宣代（管理栄養士、JDA-DAT）、ほか

Discussion: これからの“食べる支援”における連携に向けて

指定発言：佐藤保（歯科医師、日本歯科医師会）、
門井謙典（歯科医師、兵庫医科大学歯科口腔外科）、
久保山裕子（歯科衛生士、日本歯科衛生士会）、
駒形朋子（看護師、東京医科歯科大学共同災害看護学）、
長俊子（歯科衛生士、全国行政歯科技術職連絡会）、
空岡（坪山）宣代（管理栄養士、JDA-DAT）、ほか

避難所肺炎の成因



※神戸常盤大学
足立了平教授提供資料

災害時要配慮者（要援護者）

平成25年6月 災害対策基本法改正

災害時要配慮者

防災施策において特に配慮を要する方(要配慮者)

高齢者・有病者
身体・知的・精神障害者
乳幼児・妊産婦
外国人
旅行者
等

避難行動要支援者

災害発生時の避難等に特に支
援を要する方
避難行動要支援者名簿の作成
を義務付け

多職種協働に向けての取り組み

～地域から災害支援を見据えて～



平成29年9月16日
災害時の“食べる支援”における多職種連携とその目的
東京医科歯科大学

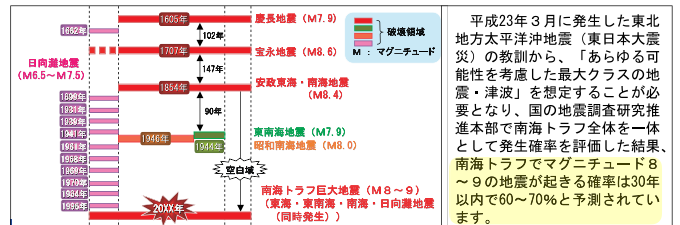
GOTO DENTAL CLINIC
後藤 大
ごとう歯科医院

多職種協働に向けての取り組み

～地域から災害支援を見据えて～

- ・熊本地震を経験して気づいたこと
- ・災害を通して地域ぐるみで出来上がりつつある連携について
- ・熊本地震前後でできた歯科とリハビリ関連職種の方々との連携について

～宮崎市が巨大地震で被災すると！？～



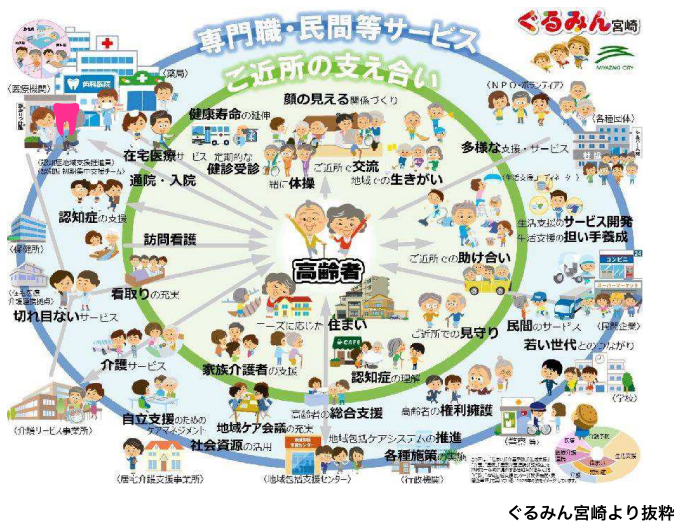
平成23年3月に発生した東北
地方太平洋沖地震（東日本大震
災）の教訓から、「あらゆる可
能性を考慮した最大クラスの地
震・津波」を想定することが必
要となり、国の地震調査研究推
進本部で南海トラフ全体を一
体として発生確率を評価した結果、
南海トラフでマグニチュード8
～9の地震が起きる確率は30年
以内で60～70%と予測されてい
ます。

予想される宮崎市を襲う津波

～ ⚠️ 地震発生後 最短約18分で津波が到達！！ ～

津波高 (m)		最短津波到達 時間 (分)	浸水面積 (ha(ヘクタール)) 【浸水深毎】					
最大値	平均値	津波高1m	1cm以上	30cm以上	1m以上	2m以上	5m以上	10m以上
16	9	18	4,010	3,750	3,070	2,050	430	10

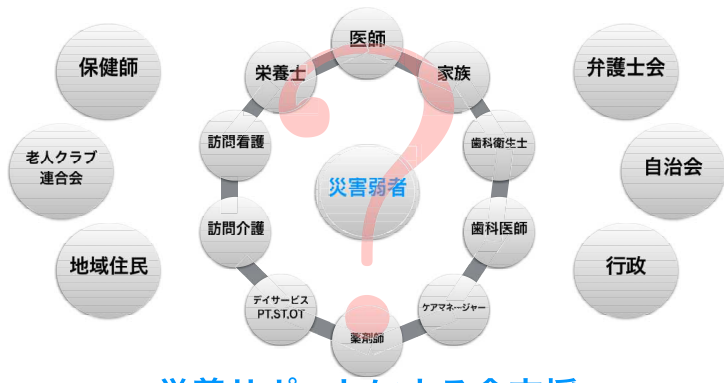
H25.12宮崎市作製 津波ハザードマップより抜粋



NST : Nutrition Support Team
栄養 サポート チーム
 現段階では全国の医療施設では積極的に
 設立されています。

医療施設退院後＝在宅・施設＝地域
 での栄養管理、食支援は・・・。
「地域包括版NST」「在宅食支援」
 という視点を持つことで
 安心して住み慣れた場所で暮していただけるのでは？

災害発生時には・・・。



日頃の**栄養サポートによる食支援**の視点
 を持つことで震災関連死を減らせる！？



災害が起こったから???

災害時ではなく、今とどう向き合うか！
 今自分の地域でできていないものが、
 災害時にできるのか？

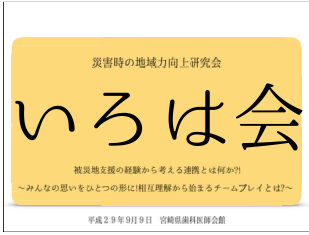
ということで日頃よりの連携
 その1として

災害時の地域力向上研究会
 いろは会

顔の見える多職種連携やるなら
 多職種のことを知るところ
 から始めましょう！



9/9 (土) 第2回いろは会開催



日頃よりの連携その2

～宮崎JRATと宮崎県歯科医師会の連携～



熊本地震発災



宮崎県JRAT災害支援報告会
歯科医師会災害支援報告会
栄養士会との合同研修会



宮崎JRAT災害対応研修
歯科医師会災害対策研修会



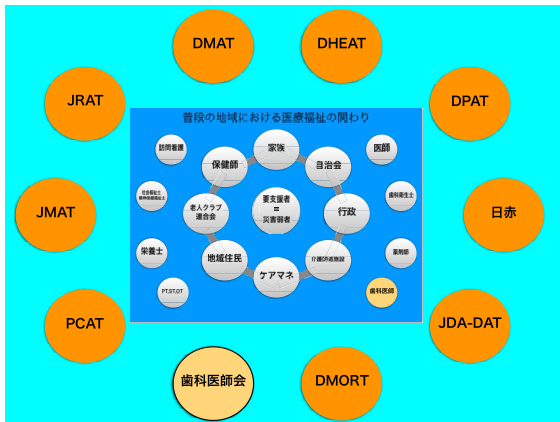
これからいつ災害が起こるかもしれない未来に向け今後も連携を！

仕事以外のことを普段から一緒になって
やっていくことも大事だと感じました！



8/27九州老年歯科フォーラムin宮崎 (来場者190人) にて
駐車場係をこの後講演される横山さんと2人でお手伝いさせていただきました^^

<災害支援に携わって感じたこと>



災害時においても普段の地域においても数多くある支援の中の1つの専門職種

いつか地域のどなたかのお役に立てるように！！



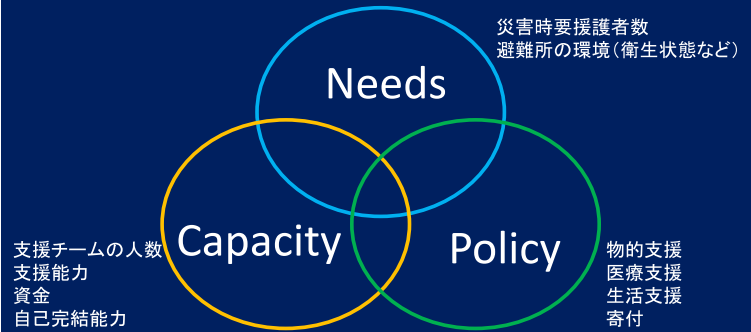
地域の方々を含めた医療福祉関係の方々との専門職として
「繋がり続ける」ことが大事だと考えてます！

災害時における食を支えるチームの役割 ～歯科と言語聴覚士の協働からみえてきたもの～



2017. 9. 16(Sat) 宮崎JRAT 言語聴覚士 横山茂幹

初期活動チームによる見極めが重要



負傷者の救護

CSCATTT
Comand&Control
Safety
Communication
Assessment
Triage
Treatment
Transport

直接死の軽減

要配慮者の救護

CSCAHHH
Comand&Control
Safety
Communication
Assessment
Health care triage ヘルスケアトリアージ
Helping hand 援護させていただく
Handover つなぐ

震災関連死の軽減

Message

- JRATおよび宮崎JRATの活動概要
- 災害リハビリ支援活動における食を支えるチームの役割の理解
- JRATの現在の試み(平時からの連携を)

大規模災害リハビリ支援関連団体協議会



大規模災害

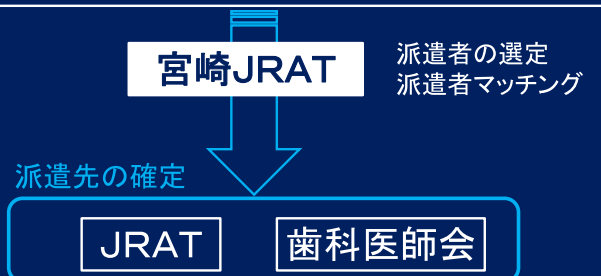
リハビリテーション
対応マニュアル

活動目的

- 人道的な支援活動である
- ボランティア活動である
- 被災地のニーズに沿った支援活動
- 地域での社会資源等に繋げる支援活動

派遣体制

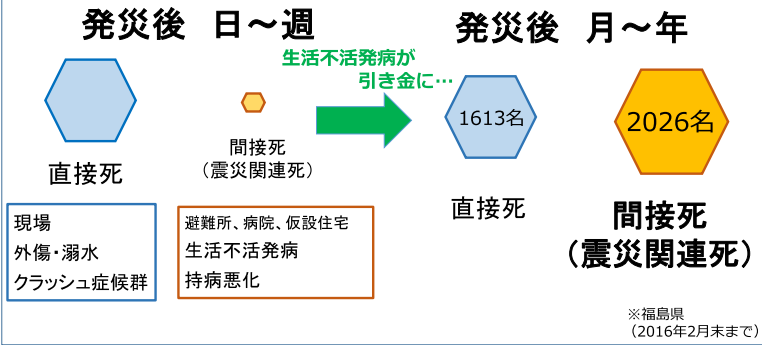
大規模災害リハビリテーション支援活動登録



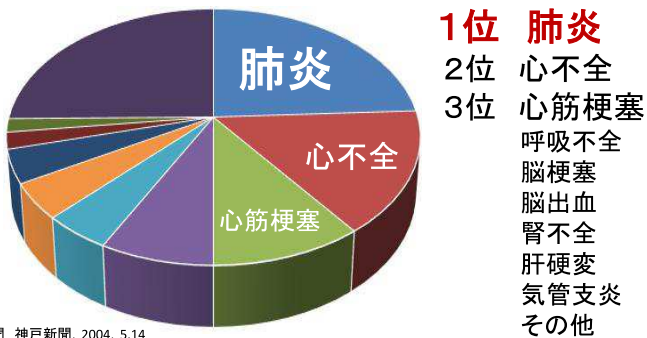
災害リハビリ支援について

- 大規模災害時には、DMAT(72時間)やJMAT(日本医師会医療チーム)、精神科チーム(DPAT)や**口腔機能支援チーム**など様々な医療支援チームが活動している。
- 2011年の東日本大震災時、生活不活発病が多く発生し、リハビリ・生活支援の重要性が認識され、**大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(JRAT)**の発足に至る。

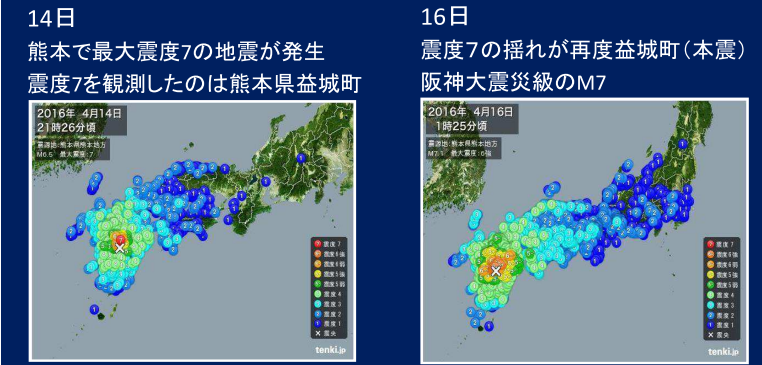
震災による死因



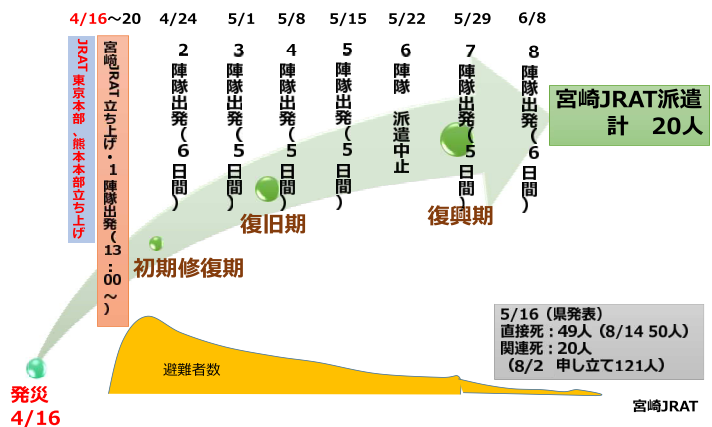
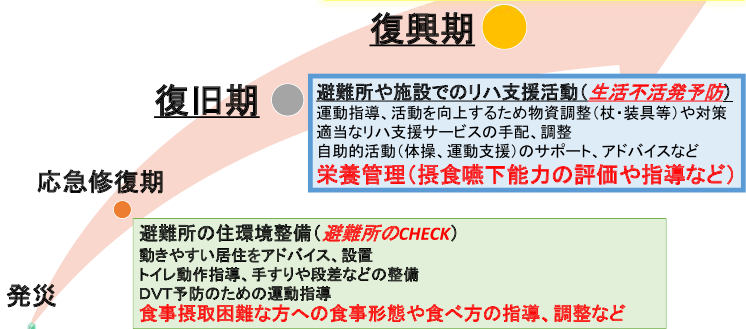
阪神淡路大震災の災害関連死



平成28年熊本地震(H28.4.14 21:26)



各フェーズの具体的な対応例



口腔機能支援チームの活動目的

Policy

- 地域住民支援
避難所等での口腔内トラブル支援
平時の歯科受診が困難な状況への支援
- 地元歯科診療支援
かかりつけ歯科機能を震災前に復旧



- * 第3陣 *
- ① 避難所でのアセスメントや口腔体操
 - ② 在宅訪問
 - ③ 福祉避難所(介護施設等)訪問

平成28年5月8～5月15日

福祉避難所(介護施設など)訪問班

Needs

- 断水地域、福祉避難所、地元歯科医師が訪問歯科診療していた地域
- 地元の歯科医師が再開し、機能を担えるまでの支援活動



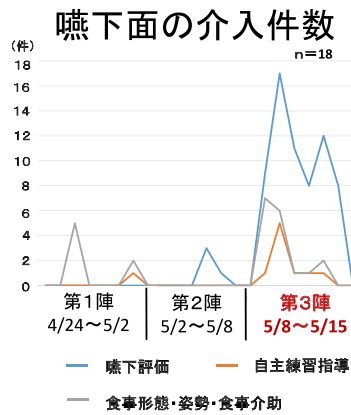
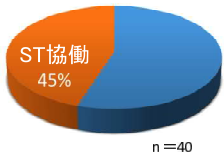
熊本県 人口 1,794,623名
要介護認定者(災害時要配慮者) 102,549名
要支援者 28,660名 要介護者 7,3889名
摂食嚥下障害者 14,777名
要介護高齢者の約20%が摂食嚥下障害者(深井, 2007)

南阿蘇 人口 10,883名
要介護者 446名
摂食嚥下障害者 89名

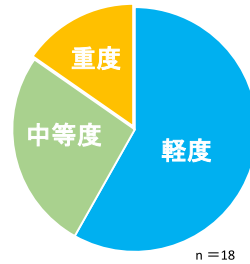
Result

歯科医師とSTの協働

約半数にST介入

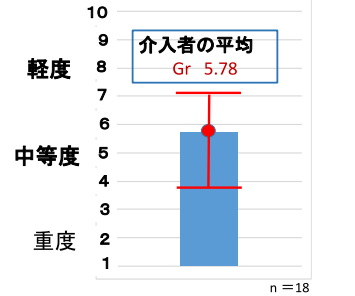


嚥下障害の重症度の割合

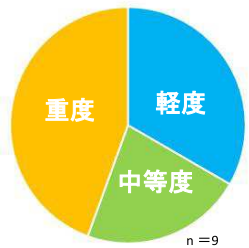


摂食嚥下能力Gr

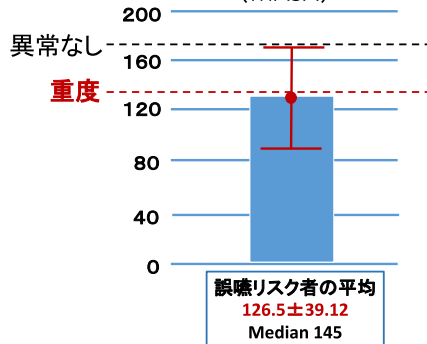
Gr 嚥下食を食べているレベル



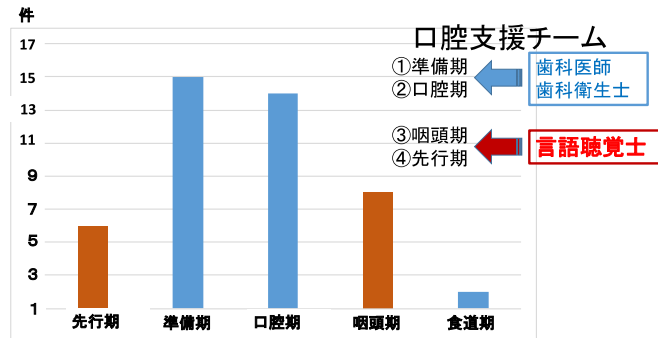
誤嚥リスク重症度 (MASA)



誤嚥リスク評価 (MASA)



摂食嚥下過程における問題点



●大規模災害後は、肺炎の罹患率が増加し、災害関連死が増加するとされる(Takakura, 1997 Aoyagi, 2013)。

歯科医師との口腔機能支援チーム 協働のStrength

- ①望ましいフェーズ(復旧～復興期)
- ②口腔機能支援チームが個人アセスメントレベルでのST介入
- ③摂食嚥下障害者への支援の質や幅
- ④地元の歯科医師へつなぐ働きかけ

地元歯科医師へつなぐ



共通ツール 現場での協働 地元歯科医師へひきつぎ

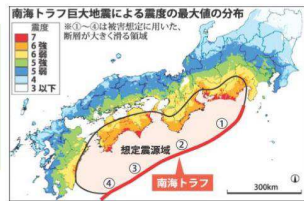
*** 地元の意向をふまえソフトランディングを目指す取り組み**



南海トラフ巨大地震

宮崎県の想定

- ◆ 地震規模：M9.0
- ◆ 最大震度：7
- ◆ 最大津波：17m
- ◆ 津波到達：14分



宮崎県の被害想定

- 建物 全壊 89000棟
- 人的 死者 35000人

2017.2.18 JRAT九州ブロック推進会議 in 佐賀大学医学部付属病院

隣県カバー制

～ まずは県内 次に隣県 ～

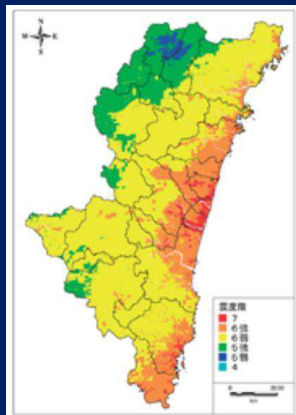
- 熊本県 ⇒ ★福岡(筑後)、大分、鹿児島
- 大分県 ⇒ ★福岡(北九州)、宮崎、熊本
- 鹿児島県 ⇒ ★宮崎、熊本、沖縄
- 宮崎県 ⇒ ★鹿児島、大分、熊本
- 長崎県 ⇒ ★佐賀、福岡、熊本
- 佐賀県 ⇒ ★長崎、福岡、熊本
- 福岡県 ⇒ ★熊本、佐賀、大分
- 沖縄県 ⇒ ★鹿児島、福岡、佐賀



宮崎JRATの研修

(2017.3.11～12)

- 受け入れ体制の演習 (ハザードマップをみながら)
- どこが事務局?
- 発災直後(初動体制)
- 発災から1～3日
- 発災から1週間
- 発災から1ヶ月～6か月



今後の展望

- ①医師会 歯科医師会 行政(県) JRAT
災害時支援の連携や保険体制の契約
- ②宮崎県言語聴覚士会の災害マニュアル作成
⇒宮崎JRAT(災害時のリハビリ支援団体)にて最終報告書完成
- ③災害リハビリテーション支援活動者の育成
⇒啓蒙活動や災害支援活動希望者を募る働きかけ
- ④平時からの多職種との連携作り(二次医療圏内外連携)
⇒平時から地域一体型栄養サポートチーム(NST)へ



災害時の“食べる支援”における 多職種連携とその目的

これからの災害時歯科支援 ～フレイル予防として～

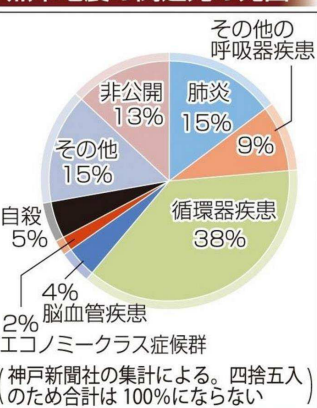
中久木康一
nakakuki@biglobe.jp

歯科医師
日本歯科医師会熊本地震災害歯科コーディネーター
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面外科学分野
(公社)日本歯科医師会災害歯科保健医療連絡協議会WG委員

2016/10/14 18:51 神戸新聞NEXT

熊本地震関連死、死因4割が循環器疾患 本紙集計

熊本地震の関連死の死因



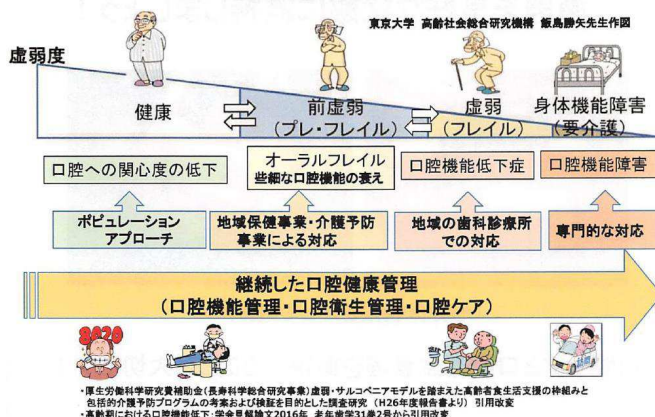
14日で発生から半年がたった熊本地震で、避難生活で体調を崩すなどした関連死が55人となり、直接死の50人を上回った。関連死の死因は急性心筋梗塞や急性心不全などの循環器疾患が少なくとも約4割に上ることが、神戸新聞社の集計で判明。過度のストレスは頻脈や血圧の上昇を引き起こし、心臓に負担を掛けることから、専門家は連続する余震や劣悪な避難環境が起因した可能性を指摘している。

熊本市、嘉島町、合志市、八代市、南阿蘇村は死因を明らかにし、計48人のうち21人が、急性心筋梗塞や急性心不全、内因性心臓死といった循環器疾患だった。真冬に起こった阪神・淡路大震災の関連死では感染症などからの肺炎が目立ったが、熊本地震では8人。自殺は3人だった。

歯科支援チーム 活動方針

- 地域歯科医療体制の 維持・回復
- 避難所等における被災者の 歯科保健管理
- 福祉避難所・施設等における要援護者の 口腔衛生管理
- 口腔感染症と誤嚥性肺炎の予防
- 「口から食べる」を守る支援
- 「口腔内細菌から体を守る」支援
 - 口腔のケア・・・口腔内細菌の減量
 - 口腔のケア・・・口腔機能(運動・うるおい)の保持

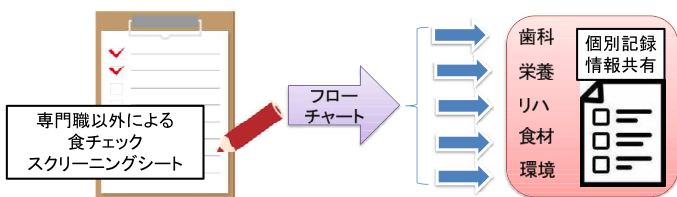
フレイルの段階における口腔機能の低下と 歯科診療所のかかわり



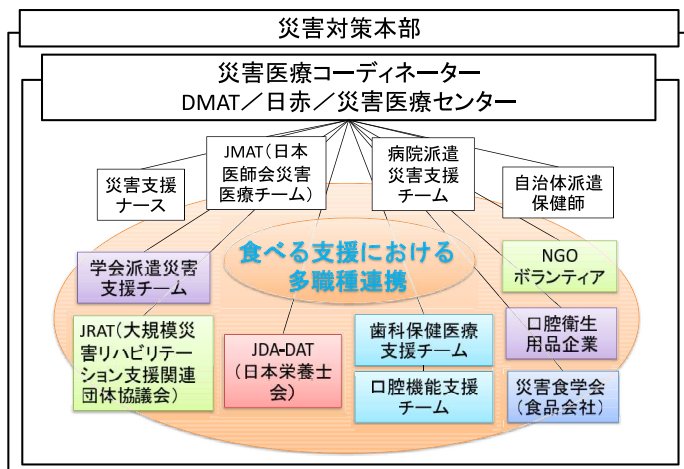
災害直後にオールフレイルに陥る場合



災害直後にオールフレイルに陥った人への 効率的アプローチ



災害時の連携



Discussion: これからの“食べる支援”における連携に向けて

発言者:

佐藤 保 (歯科医師, 日本歯科医師会)
久保山 裕子 (歯科衛生士, 日本歯科衛生士会)
笠岡(坪山) 宜代 (管理栄養士, JDA-DAT)
長 優子 (歯科衛生士, 全国行政歯科技術職連絡会)
駒形 朋子 (看護師, 東京医科歯科大学共同災害看護学)
藤 秀敏 (歯科医師, ホワイト歯科院長(宮城県多賀城市))
古屋 聡 (医師, 山梨県牧丘病院院長)
迫田 朋子 (元NHK福祉番組ディレクター)
鈴木 恵子 (言語聴覚士, 神奈川県言語聴覚士会会長)
木下 善隆 (歯科医師、千葉県歯科医師会)



佐藤 保（歯科医師，日本歯科医師会）

初めて「中長期の支援」という言葉が初めて災害医療で使われたのが、6年前の第6次の医療計画の中で、その時点ではまだ今日お話しにあったような多職種連携や介護福祉の方たちの参加というのはあまり明確にはありませんでした。

平時に何かできるかが大きなテーマになっています。訓練はその中のひとつですが、訓練と災害医療の観点が合っているかという点を決してそうではありません。防災基本計画、防災基本法などの行政的な問題もあるのかもしれませんが、災害医療を今後につなげていくためには訓練をどうしていくかが大切です。防災訓練の歯科医師会への開催の通知がしばらく遅れたという事例もあり、計画の中に盛り込んでしっかりと位置付けていき、担当者が変わっても風化させずに継続していく必要があります。災害、地震、津波、火山、河川の洪水等を想定し、今日の話のようなことを活かすべく、訓練の中で関係者と共有していくことが大切になると思います。

岩手県には、未だに仮設住宅が多くあります。被災者の数は宮城県が一番ですが、仮設住宅の数は岩手県が一番残っています。7年間、口腔ケアや歯科相談に毎年毎月行っていますが、なかなか収束しません。復旧の中で私自身は、地域保健・地域医療の根底は地域づくりと考えていますが、残念ながら地域が壊れていくのを見ることもあります。地域がどうなっていくのか見て行きつつ、6~7年、10年かかっても、歯科医師会としては要望があれば派遣をして、相談をして、地元の歯科医師会につなげていこうと思います。

もう一点、さまざまな支援の中で、一番必要なことは、行政に早く歯科医が入って、その役割を明確にすることです。支援の必要な現場の声、要望がわかるため、保健所とつながることはとても大事ですが、当時は福祉とはつながっていませんでした。地域福祉が原点にあって、それが壊される災害時にどう役割を果たすかが重要になっていると思います。

久保山 裕子（歯科衛生士，日本歯科衛生士会）

災害関連死は先ほど話があったように誤嚥性肺炎が主で、歯科衛生士は口腔ケアをがんばらないといけないと言われていました。

東日本大震災までは、被災地域の歯科衛生士が支援を行っていましたが、東日本大震災からは、日本歯科衛生士会として災害支援の体制作りや人材育成を行い、「災害支援フォーラム」を毎年開催しています。今年から支援のできる歯科衛生士を増やすことを目的に、3年間各ブロックで（日本歯科衛生士会は6ブロックに分かれている）災害支援の研修会を行うこととしました。つまり、災害支援のできる歯科衛生士を各地域に増やそうということです。

東日本大震災のときには全国の歯科衛生士に呼び掛け歯科チームに派遣しましたが、熊本地震では九地連（九州地区連合歯科医師会）と山口県の歯科医師会がメインとなって、その歯科衛生士が各県でお手伝いをしました。この7月に福岡県は九州北部豪雨に見舞

われ、朝倉など 3 つの市に設置された避難所に支援活動を行いました。今回は福岡県の歯科医師会が支援チームを作り、3 つの歯科大学と福岡県歯科衛生士会に協力依頼が来たため、福岡県歯科衛生士会も組織として支援活動をしました。実際に体験し、これからについてまた考えるきっかけとなりました。

歯科衛生士は災害があれば手伝いたいと思っていますし、支援活動を組織することができるリーダーも育成しています。先ほど先生がおっしゃってくださったような色々な職種の人がチェックをして、何が必要なのかが明確になるようになればいいと思いました。

朝倉（福岡県）での支援においては、残念ながら S T さんとの連携はありませんでした。

職場では S T さんとの連携はあるのですが、どんなことを役割分担すればいいのかは考えるものの災害の現場だと縦割りになっており、連携したくてもなかなかそういう調整ができておりません。今後はそのことも考えていきたいです。

笠岡（坪山） 宜代（管理栄養士、日本栄養士会災害支援チーム JDA-DAT）

日本栄養士会災害支援チーム JDA-DAT では、東日本大震災後にトレーニング制度をはじめ、トレーニングを受けたリーダーとスタッフは 1800 人以上が待機しており、いざという災害時には駆けつける体制になっています。熊本地震では 1010 名、茨城県常総市の水害では 58 名派遣され、実際の栄養支援を行いました。

私たちは食べるものは得意ですが、身体を診ること、口の中を診る事はあまり得意ではないので歯科の先生方との連携が必要だと感じています。

2 点だけ、お伝えしたい事があります。

1 点目は歯科分野との連携強化です。栄養士の被災地での活動内容を分析すると、歯科と関連する活動が結構ありました。例えば、入れ歯をなくして体重減少がみられる方の栄養ケアを行ったり、飲みこんだり嚥下りする嚥下機能が落ちている人の嚥下機能評価を栄養士も行ったり、お菓子がたくさんある避難所のむし歯予防の啓発ポスターを作ったり、歯磨きを指導したりしていました。しかし、これらを栄養士だけで行うのは充分ではないと思っており、このような部分を歯科分野の先生方と連携していきたいです。

栄養士の強みは保健所には必ず栄養士がいますし、市町村、県にもいます。JDA-DAT は行政栄養士の下で動くため、行政支援が強みと考えており、もし被災地でこのジャンパー（赤い JDA-DAT のジャンパー）を見かけたら、歯科の先生方は栄養士に声をかけて「なにか歯のことで必要なことはありませんか？」と聞いて欲しいと思っています。そうすることで、栄養士の持っている情報をお伝えできるのではないかと思います。

もう 1 点は要配慮者支援の新しい取り組みです。私たちは普通の食事が食べられない方へ特殊栄養食品を提供し、同時に栄養ケアをする取り組みをしています。大規模災害時には「特殊栄養食品ステーション」を被災地で設置する方針でして、実際いままでも 2015 年の茨城県常総市水害、2016 年の熊本地震において作ってきています。ぜひ知っておいてい

ただきたいです。どのような仕組みかというと、例えばトロミ剤、高齢者向けのやわらか食、食物アレルギーや赤ちゃん用のミルクなど、さまざまな特殊な栄養食品を被災地のある一か所でストックして、一般物資に埋もれない形でステーション化し、普通の食事が食べられない食支援を必要としている被災者に直接専用の車で届けてその場で栄養ケアも行うという仕組みです。

それらの必要な方々の情報は、避難所からあがってくるもの、行政からあがってきたものに頼っているのですが、他の職種の先生の持っている情報もいただきたいと思っています。災害時には、私たちは「特殊栄養ステーション」を持っていますので、ぜひ栄養士に声をかけていただいて上手に活用していただきたいと思っています。

栄養と歯科は密接に関連していますので、ぜひ連携させていただければと思っています。

※ JDA-DAT : The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team

長 優子（歯科衛生士，全国行政歯科技術職連絡会）

全国の自治体に勤務する歯科専門職は歯科医師 150 名、歯科衛生士 700 名です。保健師 25000 人、栄養士 3500 人という数をみても歯科専門職は少ないです。日常の業務でもそうですが、少数職種であることを、災害時に置き換えてみますと、災害のときに受援という立場で歯科の指揮をするのが行政の歯科専門職であるべきとは思っていますが、行政に歯科専門職が職員としていない市町村も多くあり、いないところでは歯科医師会の先生が担ってくださっています。

行政としてすべきことやらなければいけないことはたくさんありますが、大きな動きが 2 つありました。先ほど佐藤保先生がお話になられましたが、2 年前に歯科医師会が主導となって歯科の関連団体 10 団体を組織しまして災害歯科保健医療連絡協議会がたちあがりました。歯科が発災時、平時もですが、どのようなことをしたらいいのか、近々指針が出される予定です。共通言語としての指針ができることで行政としてどのように動いたらいいのか、筋を通して語れるかなと思っています。

都道府県の災害担当者にアンケートを行ったところ、「地域防災計画において歯科保健医療について規定されていますか？」という質問に対し、規定されているところが 36 県、まだというところが 11 県ありました。ただ、歯科の専門職ではない災害担当者を対象に聞いたアンケートの中で「災害時の口腔ケアが必要であるという認識はありますか？」の項目に、認識しているのが 46 県でした。1 県はどちらでもないという回答でしたが、口腔ケアは自治体の中でもかなり災害時に重要だとは認識されつつあります。

もうひとつ大きな動きとしては、先ほど中久木先生のスライドの中でもご紹介ありましたが、7 月に厚生労働省が各都道府県知事宛に「大規模災害時の保健医療活動に関わる体制の整備について」という通知を出しました。この中で、今後は、医政局通知に基づく派遣

調整本部は設置せず、各都道府県の担当課が行ってきた保健衛生活動等を、都道府県に「保健医療調整本部」を設置し総合調整を行うこととされました。これは「受援」をきちんと都道府県で考えなさい、という通知だと思います。行政の歯科専門職としてはこれをしっかり読んで、自分の自治体でどのような動きがあるかを確認し、災害対策に歯科という視点が入るように働きかけないといけないと思います。

私が良いなと思ったのは、通知の中に、それぞれの保健医療活動チームは、活動内容、被害状況、ニーズを保健医療調整本部に報告せよと書いてあるのですが、チームが対応することができなかった保健医療ニーズについて報告すること、またそのチームが他のチームに引き継ぐにあたって必要な情報を報告するように明記されたことです。例えば歯科だからといって、歯科だけを見て来てやったことだけを報告するのではなく、歯科として入りながらも色々な不足する部分を他の専門職につないでいくということ、これが明記されたのは、非常に良いことと思います。

今日何度も話にありましたが、平時の取り組みが大事ということで、例えば地域包括ケアシステムは誰もが語るようになりましたが、本当に現場レベルで多職種が連携しているかというとまだまだそうではなく、それは災害でも同じだと思います。日常から、地域住民の方々、それから関係する団体、職種、全ての人たちがチームとなって動けるように、取り組んでいく事が大事と改めて今日認識したところです。

駒形 朋子（看護師、東京医科歯科大学共同災害看護学）

先ほどから平時からの連携が非常に重要というお話がずっとでていきます。普段からの関係づくりは非常に重要だなと思います。看護の仕事といいますと医師と一緒に診療や治療の補助的な役割をするというイメージが大きいかと思いますが、私たち看護の大きな役割は「人の生活全般をみて健やかに生活できるように支援をする」考えておまして、災害の時でもその人らしく健康に過ごせるように支援をすることを目標に活動しております。

食べる支援というのはその中で健康の上でもそれだけが楽しみという意見も多くありますし、非常に重要なのですが、前半のお話をきいていても看護があまり参入できていない現実をあらためて認識致しました。生活をみるといっても残念に感じ、これから参入していかないといけないと認識したところです。前半の発表の中でも連携の重要性というのをあらためて認識しておまして、たとえば誤嚥のリスクが高い方を見つけられたという話がありましたが、そういった方は口腔の問題以外にも健康問題は抱えていて、他に身体の疾患もおありでしょうし、普段からケアをしてくれる周りの人があまりいないであるとか、さまざまな看護的なケアが必要な方だと思います。なにか健康問題を見つけた時に情報交換をしていけるとより健やかな生活支援が行えるということでより良い支援をしていけるのではないかと思いますしながらお話を聞いておりました。

もう一点この機会にお伝えしたいのは、私たち医療従事者が重要と思うことと、被災さ

れた方々のニーズが意外に違うことです。私は平成 25 年から陸前高田市で母子への支援を行っております。保育園や子育て支援センターに行ってお母さんたちがご本人やお子さんの健康でお困りのことを聞いたり相談にのったりというものです。ご存知のように岩手県、とくに陸前高田市のあたりは子どもの虫歯が多くていつもワースト 1 位です。ご本人たちもご存知ですが、つい最近保健師さんから聞いた話で、震災後避難所にお子さんたちへの支援としてお菓子や飴玉が山ほど送られてきていて、学校の一室をこどもの遊び場にしていたら、そこに子どもがいつでも好きなだけとれるようにお菓子が山積みになっていたそうです。保健師さんがそれをみて「あれはまずいとおもったのよね〜」と、6 年半たった今初めて告白、といったこともありました。善意の支援物資ですし、みなさんのストレスもある中保健師さんははっきりダメとは言いにくかったと思いますが、口腔保健の専門家として歯科医師や歯科衛生士さんから「これはまずいですよ」と言っていただけたら良かったのかなと、今頃ながら思います。お母さんたちも「子どもの虫歯が多くて歯科は高いから大変なのよ、医療費ってなんとかならないのかしら」という相談を受けることはありますが、災害のときにお困りになった事として「歯ブラシがなかった」という意見は一回も聞いたことがなく、「子どもの遊び場がない」「工事車両が多いので、行き来するのに子どもだけで外に出せない」など、医療従事者の私たちが考えるのとは違う意見があがってきます。私たちは医療従事者なので健康ということを第一に考えるけれども、被災者ご本人にしてみると必ずしもそうではないことを、意外ながらも感じます。それでも、「健康でないとね」というのが私たちの専門性なので、無理のない形を皆で連携して健やかな生活を支援できるといいなと今日感じました。

藤 秀敏（歯科医師、ホワイト歯科院長（宮城県多賀城市））

一番感じているのは、災害への対応は確実に進んでいるな、ということです。中久木先生と数人くらいかなと思って来たのになんと満席で、驚いています。

私は組織ではなく個人で動いています。今の看護師さんのお話でチョコレートの話もありましたが、実は災害 1 週間後くらいには皆疲れてきて、甘いものもすごく欲しくなるんです。私は口腔ケアをしながら、子どもにチョコレートをあげていました。ものすごく喜ばれると同時に、子どもというのは隠すのです。そして、食べていかないのです。わたしの姿が見えなくなる頃に食べています。そういうのは普段の歯科医師のモチベーションの賜物かなと思いますが、一番根底で感じるのは、やはり、日常診療以上のものは災害時にはできないということです。私たちが今やっている「なんとか普通のものを食べられるようにする」というのは、栄養士さんや S T さんなどと日常的に作っていく以上のものはなかなか難しいかなと思います。地元で「食べる輪」とかで色々な職種で集まって頑張っておられる方もいますが、その輪がこうであって欲しいなというよりは、日常診療で使えるような輪となって進んでいかないといけないと思います。

東日本大震災のとき、私が個人的にDMATと一緒に1カ月くらいずっと行っていたら、実は口腔のニーズは医科のニーズよりずっと多かったのです。しかしそのニーズは、「歯ブラシどうですか」「口腔ケアどうですか」ではとらえられません。地域に入っていくと皆、何か関心を持つことがあるとそこに人が集まり、「のどが乾いた」とか、「でも水を飲むと寒いのでトイレにいきたくなる」、「でも簡易トイレが高いところにあるから昇るのが大変」とかおっしゃられます。そういう背景にある色々なことがわかってくると、実はすごく口腔のニーズもありまして、そのニーズはフレイルという簡単なひとことだと私は判断しております。

口の中に嚥下障害因子を見つける、それだけで今往診をしております。義歯がなくても土手で食べることができている人もいる、プラプラな歯がありごっくんするとぶつかって食べられない人もいます。義歯があろうがなかろうが、なんとか噛める、土手か入れ歯か、あるいは歯があるかということと、口の中が廃用でひどく汚れている（食べて汚れているのはどうでもいいのですけれど）かどうかなどを評価しながらやっていると、今学会などで中久木先生方が一生懸命努力されている問題は、各職種間で共有できるのではないかと単純に考えています。

そして、東日本大震災の際には支援していただき、本当に感謝しております。実は関西からも多くの方が来てくださったのですが、その当時は心が荒んでいて「なんで来るのだ」と、本当にそう言っていました。「来るのだったら来てもいいけれど、がれき処理くらいのことをやりなさい」と突きつけたことも憶えています。でも、今も来てもらえているのは、忘れられていないとか、そういう心の支えになっています。ありがとうございました。

古屋 聡（医師、山梨県牧丘病院院長）

東日本大震災や熊本地震で支援にいきましたが、多くの支援チームの働きや災害を受けた現場の方々の話も伺いながら、僕の経験としては、避難所の統括とか保健活動のスクリーニングの状況のよしあしが、適切な支援に繋がられるかを左右すると思います。JDA-DATやJRATをお願いするときに、避難所のレベルが高いと、つまり保健活動のレベルが高いと、避難所のどこに弱い人がいて、どんな人が困っていて、あるいはもっと細かくスクリーニングできていると避難所の中の高齢者の中にどんな介護レベルの人がいてケアマネさんは誰か、とかまで調べられる名簿ができていたりして、この人は歯科が問題だから歯科へ頼んでいこうということを日々のミーティングで行い、他のチームへつなげる事ができます。

熊本地震では、ADROに参加した方の報告などを伺うと、阿蘇の避難所ではスクリーニングがうまくできて、適切な外部支援をお願いできたり、またJRATがたくさん働かないで済んだといいます。それは阿蘇の中での自発支援が内部リソース、たとえば地域内リハ職種でできたことと関係しているのですが、いずれにせよ、それぞれの地域で、避難所における災害弱者の名簿が作りあげられる力が大事です。それは、その地域の被災の程度やもと

もとの保健師さんの力とかにも影響します。普通は DMAT から JMAT に移る医療救護体制というのは救護所中心で避難所のフロア中心ではありませんから、外から入る支援チームが上手く現場の市町村の保健師さん、そして避難所に入る保健師さんと話せるように体制を組んで、避難所のフロアをみていく保健職のミーティングの集約を上手くできて、それが各避難所の救護チームにも共有され、市町村保健師に引き継ぎができ、JDA-DAT なり JRAT なり歯科の支援チームに伝わるような体制作りが大事ということになります。おそらく市町村の保健師などは、避難所にはいる保健師の支援チームなどをきちんと統括できるようにしなければならないということになります。

また肺炎予防の口腔ケアについてです。歯科の治療のニーズに関しては当然歯科の現場の先生方のいつもの歯科治療の枠を超えないわけですが、実は被災地で肺炎が多くでてしまうのは高齢者が集まる弱いところなんですね。気仙沼でも平時の何倍もの肺炎がでてたくさん亡くなりましたが、その中でも重症な肺炎は介護施設から運ばれた肺炎なのです。そういうところでは直接口腔ケアをやるメンバーが災害時にはすでに足りないので、最初から口腔ケアの支援者をそういうところへ送ってもいいだろうということになります。地域の中に高齢者がいて、肺炎リスクが高くなる危ない人がいるとわかっていたら、そこに無条件で直接口腔ケアをやる人を送ってしまうことはありだと、口腔ケアについては思っております。

それぞれの避難所に出てきたニーズをチームにつなげていってほしい、つまり、避難所のニーズを集約して、関係団体に伝えて情報を共有するのが、今の避難所対応において保健所の役割として大事なことは申し上げた通りです。

もうひとつは、PCAT などのプライマリケア医療支援団体の支援においては、支援の枠組みの中で、県にできる災害対策本部・保健所の調整本部にまずは代表の方が入って、県内に足りないものなどのニーズを把握しておいたうえで、その団体の次のチームを必要などころに送るといった調整が必要だと思います。その調整本部から送られた次の人の役割は、市町村の災害対策本部のそばにできる医療救護本部、その近くに一緒にできるかもしれない保健師さんのミーティングの中に入って、避難所の情報が集められることだと思います。

僕は山梨の公的な病院の医師をしています。災害時避難行動要支援者名簿は全国の市町村で作った事になっていますが、実はこの運用はすごく難しい事になっています。個人情報保護のために普段の防災訓練等でうまく使えず、実際のときに弱者がどの避難所に誰が来るかという名簿は、実際の避難所に来てみないと上手く作れない。その集約は、例えば地域包括支援センターでは介護度を持っている人の名簿はあるが、障害の人の名簿は市町村の障害福祉課がもっており、一方で難病や特定疾患についての名簿は保健所がもっているけれど、その名簿をどこで集約できるかというのは、僕らみたいな人口 3 万程度では集約できるものの、何十万人になったときにはとてもできるわけがない。

そうすると、避難所の中でどれだけ弱い人をみつけられるかというのが、ひとつの勝負ということになります。今回の企画のような、この支援チームとこの会合での議論はすご

く大切に、ぜひ必要ならば保健師さんグループと公衆衛生を束ねる DHEAT との会合を重ねて、実際の避難所の中でのマネジメントにどのくらい具体的にタッチできるかというところを話していくのが大事かなと思います。

僕は東日本大震災後の気仙沼で、口腔ケアの支援や食支援をしてきました。気仙沼では当初から口腔ケアのニーズが多かったものの、発災して 1 カ月後たってもいろんな避難所や在宅の被災者の特に摂食嚥下のニーズは集めることができなかった。その時支援で来ていたリハ職の人たちをお願いしていたけれども、その人たちは摂食嚥下に困っているニーズを拾ってくるができなかった。ようやく被災者の方が避難所の中でニーズがみつかったのは 2 か月後くらいで、そういった特殊なニーズに対して支援チームを派遣できるようになるのは遅れてしまったのです。被災後の慌ただしい状況のなかでスクリーニングと集約と共有と周知が困難であったことを意味します。

僕らの支援チームでは、病院にも介護施設にも在宅にもそういった専門職の支援者を送ることで、そこの中の専門職のお手伝いをするということにより在宅の現場の地域の専門職、介護施設での専門職、病院での専門職の力が徐々にあがっていったという経緯があります。気仙沼の経験から申し上げられる事というのは、地域に入ってからマネジメント、直接動く人と仲良くなること、その直接動く人、特に市町村にいる保健師さんなどのシャドウになれるような支援が大事かなと思います。マネージャーになるような人に直接くっついて支援できるような立場の人がいると、全体がまわりやすいということになると思います。

迫田 朋子（元NHK福祉番組ディレクター）

日本在宅ケアアライアンスから頼まれて、熊本地震後の調査をしました。私はもともとNHKで阪神淡路大震災の頃から取材をしていて、去年、熊本地震の際にはハートネットTV（Eテレ夜 8 時～）という番組で放送、その後定年退職し、在宅ケアアライアンスに頼まれて報告書をまとめました。災害関連死の取材などもしており、いろんな思いがあるのですが、今中久木先生から問われたところでお答えします。

在宅ケアアライアンスというのは在宅医療を進めていくうえで関係する職能団体や関連する学会などをあわせて 18 団体が一緒になっているところです。そこに所属する在宅医だったり、訪問看護師だったり、あるいはケアマネの方たちだったり・みなさん支援にいかれるわけです。ただ、思いは一緒だけれども支援の形が色々ばらばらになっているのが現状です。災害時、初期の段階は上からいかないとだめなので、国、県という形になるのは当然だと思います。しかし、基本的に、地域包括ケアシステムは市町村単位で行われ、しかも地域の在宅医だったり地域包括支援センターだったりそういうところが中心となって地域作りを行っていきこうという今の流れの中で、日常的な訓練ですとかあるいは障害のある人たちも共に考える上での地域作りは、ベースはやはり市町村だとおもいます。在宅を含めた日常生活の支援を含めたところから災害の体制も考えないといけないのではない

かと、在宅ケアアライアンスで調査をしたうえで考えます。

しかし、国の仕組みはまだ上からのものしかなく、確かに DHEAT も考え方はいいのですが、保健所中心、あるいは市町村の保健師で今やっている仕事との関係があまりなかったりすると、それよりは訪問看護師の方がよほど在宅の問題点をみつけるにはよかったりするようなこともあります。

口腔ケアも含め、在宅医療にかかわる様々な仕組みを、日本在宅ケアアライアンスの中にはケアマネージャーも在宅医も訪問看護師さんもいますので、そういうところともっと連携をする必要があるのではないかと考えています。

鈴木 恵子（言語聴覚士、神奈川県言語聴覚士会会長）

北里大学で中久木先生と口蓋裂の臨床でチームを組んで数年大変いい仕事をさせていただきました。私自身は嚥下の臨床をした経験はありません。しかし、神奈川県言語聴覚士会を立ち上げ、まだ日は浅いですが、活動をしてきました。地域包括ケアでたくさんニーズがあり、地域に介護予防で人を出すにはどのようにすればいいかと日々考えております。まだまだ ST は病院でも人数が足りず、介護予防のニーズがこれだけ高まっているのになかなか応じきれません。

3・11のときには ST 協会の理事をしており、協会から PT、OT、ST を送りましたが、その時は何をしたらいいかわからない状態でした。今日いろいろお話を伺って、宮崎はすごいなあと思いましたし、言語聴覚士が歯科衛生士さんや歯科医師と役割を住み分け、どのようにやっていけばいいのか、わからなかったことが少しわかってきました。いま地域包括ケアで色々を追い立てられ、次々こなしている事が防災にも役立ち、発災後の対応にも役立つのだろうなと思いました。遅遅とした歩みですが、神奈川県は人口が多いので ST も組織率が半分以下で大変ですが、努力していきたいと思います。大変勉強になりました。皆様ありがとうございました。

木下 善隆（歯科医師、千葉県歯科医師会）

千葉県歯科医師会も東北震災の時には、岩手県に救護班を派遣させていただきました。その際に派遣班は佐藤先生、大黒先生ならびに岩手県歯科医師会の皆様方や中久木先生に大変お世話になりました。その時に色々教えていただいた事を基に、独自の災害対策を講じています。

今までは、口腔ケアは歯科衛生士さん、摂食嚥下は歯科医師、義歯の紛失や修理は歯科技工士さんをお願いするという形で考えていましたが、今日の会に参加して、ST さんや栄養士さんも必要なのだと気付かされまして、今後の活動に役立てさせていただきたいと考えております。大変参考になりました。ありがとうございました。

検討会参加者： 82名

資格内訳： 医師1名、歯科医師19名、歯科衛生士42名、ST6名、栄養士5名、看護師（保健師）5名、出版社2名、研究者1名、歯科学生1名）

所属内訳： 歯科医師会6名、医療機関9名、歯科衛生士会19名、自治体・保健所・行政設置医療センター24名、大学・研究所・他17名、JRAT2名、出版社2名、フリー3名

懇親会参加者： 17名

終了後に寄せられた意見：

- とてもよい会だった
- さまざまな職種の方のお話を聞くことができ、大変勉強になった
- 多くの人が関心があるということに驚いた、嬉しく思った
- もっとSTや栄養士と連携を組まないといけないと思った
- 宮崎の地域連携の仕組みに驚いた、関心した
- 多職種が一堂にそれぞれの経験を通して問題点をあぶり出す場は大変意義深い
- 災害時の支援に関して全くわかっておらずとても勉強になった
- 阪神淡路や東日本の時から関わっている方々の言葉は胸に滲みた

災害時の“食べる支援”における多職種連携とその目的 報告書

発行 2017（平成29）年11月30日
編集 日本災害時公衆衛生歯科研究会
発行責任者 中久木 康一
平成28年熊本地震 日本歯科医師会 災害歯科コーディネーター
日本災害時公衆衛生歯科研究会 世話人
jsdphd-admin@umin.org

※ 本報告書に掲載された内容を引用・転載などを希望される場合は、発行責任者までご連絡ください。

