

今月の教訓  
●プロジェクト・マネジメントや組織づくりについての基本的な枠組みを知る  
●目の前の調整や業務にとらわれて疲弊しそうなときは、①調整する対象や業務を明確にしたリ整理したりするとそこから助けを求める、②誰のために何をしているのか最終目標は何か、という原点に立ち返る、③何があれはうまくいくのかを書き出し、支援を探す

<表2>

訪問日	新生児訪問 全体数	市の保健師・助 産師訪問件数	PCOT 訪問 件数	他の支援チ ーム訪問件 数	要フォローと なった件数
4月5・6日	3	3	0	0	1
4月8~12日	3	3	0	0	2
4月13~16日	8	7	0	1	5
4月18~20日	5	3	0	2	1
4月24~26日	3	0	1	2	2
4月27・28日	6	2	4	0	3
5月9日	1	1	0	0	1*
5月10日	5	3	2	0	2
5月11日	10	6	4	0	4
5月16~18日	4	3	1	0	0
5月24日	1	0	1	0	0
5月20~25日	4	4	0	0	2
5月26・27日	2	0	2	0	0
5月26日~6月2日	6	4	2	0	1*
合計	61	39	17	5	24

(「\*」は市外へのフォロー)

### 開業医院の状況

震災直後の2011年4月1日、日本プライマリ・ケア連合学会東日本大震災支援チーム(PCAT)から母子のニーズアセスメントを依頼されて宮城県沿岸部に入った際、私は、妊産婦さんや赤ちゃんとともに、そのケアにあたる産婦人科医師の状況に思いを馳せていました。中核病院の産婦人科には東北大学をはじめ、全国の大学病院から産婦人科医師が派遣されています。しかし、産婦人科開業医の先生方はどうされているのかと気になって仕方ありませんでした。

私自身、4回の妊娠・出産では、産婦人科開業医さんにお世話になっていますし、産婦人科クリニックでの勤務経験もあります。開業医さんと大病院が提携する「オープン・システム」を取っていたドイツ(第1子)とアメリカ(第4子)では病院での分娩でしたが、日本で出産した第2子、第3子の時は開業医さんで分娩をし、人手不足のなかでも奮闘している開業産婦人科医師の現状を痛いほど見てきました。また、東北地方の産科医療現場の苦境に関しては、2008年河北新報社発行『お産SOS—東北の現場から』という出版物にかかわったこともあり、身近な問題としてとらえていました。

そんなわけで、大病院ではなく、地域の産婦人科クリニックへの支援こそが喫緊の課題だと思っていたのです。そこで、PCATコーディネーターの林健太郎医師と、石巻市の4つの産婦人科クリニックを見て回りました。

### 役に立てないジレンマ

基幹病院は浸水を免れ、被害は少ないものの、開業医(分娩取り扱い4軒、外来のみ4軒)のうち、大きく被災した病院は4軒(そのうち2軒は分娩を行っていた診療所)あり、そのうち3軒は閉院となっていました。このうち、4軒が4月中旬の診療再開を見込んで復旧を始めていましたが、4月1日の時点で分娩施設は基幹病院を含む2か所となっており、月間分娩数の150件を、2か所の病院で扱わなくてはなりません。開業産婦人科クリニックではスタッフの被災や診療施設の被害、マンパワー不足に加えて津波により医療記録が流失したり、医療機器が使えなくなっていたりと、診療が困難となっていました。

4月1日に訪れたいくつかの開業産婦人科クリニックでは、院長先生に面会をお願いし、医院再興のためにどんなことでお手伝いできるか、直接インタビューを行ないました。1人の医師は、「もう、無理です。50代半ばだし、今からこの医院を立て直すとなれば5000万円かかります。体力的にもつらかったし、辞め時だと思えます」と、力なく

肩を落とされました。もう2件の分娩取り扱い医院を回りましたが、休診を告げる患者さんへのご案内の張り紙が貼ってあるのみで、生垣がヘドロゴミで覆われ、ドアがひび割れ、手つかずの様子です。

最後に訪れたAクリニックの院長先生は、「幸い、スタッフもみな無事だったし、再起復興を図っています」と、穏やかに話されました。石巻市の分娩数は月間150件ですが、100件を4か所の開業診療所で担っていました。Aクリニックではそのうち40件を扱っていましたが、分娩が集中した中核病院の後方支援をしたいという思いが強い様子でした。疲労とともに強い決意がにじむお顔を見ながら、不屈の医師魂と地域の妊婦さんを思う心に胸打たれ、「何かお手伝いできることがあればご連絡ください」と、めいし名刺と連絡先を書いた紙をお渡しして帰りました。このクリニックは、海岸からは2km離れていますが、石巻街道の南はほぼ壊滅状態。クリニックも1.6mの浸水で1階は全滅状態でしたが、急いで再開を決意し、4月1日から診療を開始されました。

帰る道すがら、村医師は

「この1軒の産婦人科クリニックをサポートすることは、地域の母子保健だけでなく、地域全体への大きな貢献になる」と後押ししていただきました。

しかし、私たちPCATが資金援助や企業からの機材提供・寄付を集め、このAクリニックに支援の打診をしても、「銀行からお金を借りて何とかします」とのお返事で、何も役に立てないことにジレンマを感じていました。

「本当は、人のお世話をする立場にある方々の方が、氣遣われず、いたわられず、頑張っているのではないか」。私は被災地で多くの医療従事者や行政官、保育士をみてきて痛感していましたので、気力と使命感に支えられて頑張っているこのAクリニックに対し、何かお役に立てることはないものかと、ずっと気にかかっていました。

### 思いがけない申し出

そんなある6月のこと。私の古い知人から「Aクリニックの院長婦人を知っている」と連絡がありました。院長婦人から知人に、夫(=院長)が過労で体を壊してしまうのではないかと心配しているという相談が寄せられたというのです。知人は、私が被災地で周産期分野の支援をしていることを知っており、「Aクリニックに産婦人科医師を派遣してもらえないか」と打診してくれたのです。院長先生は地域やスタッフの人望が厚く、周囲の人は皆、院長先生の健康を気遣っていました。

私が4月に院長先生にお会いした時、見ず知らずの他人である私からの申し出を受け取れなかったの

は当たり前です。しかし、疲労困憊した院長先生と2か月ぶりにお電話でお話したところ、地域のほかの産科医院が閉院してしまったため、平時の約2倍の分娩が殺到し、院長先生お1人で対応されてきたため、2か月間ずっと休めない日々が続いているとのこと。日本産婦人科学会の人的支援は大学病院から大病院への支援に限られており、出身校の医局や産科開業医の団体は自らも人手不足にあえいでいるため、Aクリニックへの産婦人科医師派遣は難しいという状況でした。

Aクリニックの院長先生からお電話をいただいた私は、

「必ず、何とかします！」と力強く答えました。

この時に、産婦人科医師を確保できるという確証があったわけではありません。しかし、全国に、被災地のために何かしたい産婦人科医師がたくさんいるということは知っていました。人材登録、人材派遣、そして交通・宿舍・災害保険・謝金の支払いなどのロジスティック面での知識や経験はほとんどありませんでしたが、すでに日本助産師会・東京都助産師会の力を借りて助産師さんを派遣するプロジェクトを始めていました。また、専属ロジスティシャンを雇用し、頼もしい事務方がついてくれましたので、産婦人科医師派遣も何とかなるだろうと思っていました。

「必要とされていることだから、やる」という気持ちと、それをサポートしてくれるPCATの仲間がいるということが、大掛かりなプロジェクト・マネジメントに挑戦する私の気持ちを後押ししました。

何しろ、今回の震災で母子保健や産科医療の支援をしている団体はPCATしかないのです。うちがやらなければ、どこがやる、という気持ちでした。また、今回の支援は土日の休みがとれば、被災地支援を行なうことができるため、このような活動があることを多くの産婦人科医師に知ってもらえば、支援の輪は更に広がるものと考えていました。

### 産婦人科医師派遣プロジェクト

まずは、6月末の早乙女智子医師（神奈川県立汐見台病院）を皮切りに、西野り子医師（国境なき医師団）が、そして太田寛医師（北里大学：当時）が、週末の当直に行ってくれました。

Aクリニックから私たちが教えていただいたことは多く、人生を変えていただいたと言ってもいいくらいです。特に、Aクリニックでは3台のエコーや分娩台、電子機器がすべて水浸しになったにもかかわらず、もともと助産師さんが中心の畳の上でのフリースタイル分娩をしていたことから、インフラがダウンした災害時にも比較的早く復旧ができました。診療機器に頼りがちな私たち産科医ですが、古典的

な助産師主導の分娩スタイルが災害時に強いことを目の当たりにし、学ぶところが大きく、この教訓を災害対策に生かせないかと考えています。

また、非常用食料の備蓄は上の階に、電池や非常用電源、LEDライト、携帯ラジオ、軍手や長靴は多めに準備しておくなど、Aクリニックの防災対策も勉強になりました。



Aクリニックの分娩室

表は、産科医を派遣する際に私たちがつくったチェックリストです。どのような経験を持った産科医が派遣されても、事前にクリニックの医師やスタッフと打ち合わせをしておくことで、とっさの際にあわてなくても済みます。

震災後のお盆休み中は、院長先生に1週間のお休みをプレゼントしようと、堀口貞夫医師（主婦会館クリニック）、杉田国聡医師（NTT東日本関東病院）、上野山麻生医師（NTT東日本関東病院）、平林靖子医師（立川相互病院）、小林肇医師（聖マリア会小林産科婦人科）が交代で当直を務めてくださいました。このお盆休み前には、院長先生から「私も責任を持ってしっかりと頑張って休ませてもらいます」という嬉しいメッセージがあり、実際、ご夫婦で25年ぶりの夏休みを水入らずで過ごされたそうです。

### 当直の場が若手医師の育成の場に

当直をしてくださった先生方ほどなたも、畳の分娩、フリースタイル分娩に立ち会う経験を貴重なものと感じ、「四つん這い、右側隊位、左側隊位では、第2期が長くても、多少の心拍曲線に変化があつてbabyへの負荷は少ないのではないかと」「娩出後のカンガルークアにより、10分ほどでbabyは安定した呼吸になる。この時に呼吸チアノーゼに注意すれば大丈夫」と、引継ぎの医師にあたたかいアドバイスを残したそうです。この間の分娩は正常分娩9件、母体搬送1件、外来受診や

電話対応、入院患者の診療まで含めると、当直医の診療業務は50件以上ありました。あらためて、院長先生の激務ぶりに頭が下がる経験でした。

このリレー当直を企画した私たちは、当直担当の先生と頻りに連絡を取るなど、万全のサポート体制を心がけました。余震があるたびに「Aクリニックは大丈夫？」と現地に何度も確認の電話を入れ、当直してくださる先生方に感謝しながら、祈るような1週間を過ごしました。

実は、後期研修医である平林先生には、大ベテランである堀口先生の当直日にもオンコールで張りついていただきました。平林先生からは「勤務先も医局も経験年数もまったく違うベテランの先生方と一緒に産を取らせてもらえて、このうえなくよい勉強になりました」との感想をいただき、被災地支援が、若手産婦人科医師の育成の機会にもなったことを、たいへん嬉しく思いました。堀口先生からも「とてもよい経験をさせてもらいました」とのコメントをいただきました。

また、小林先生の当直日には、母体搬送の症例もあったそうですが、「中核病院の石巻赤十字病院との関係がよく、スムーズに受け入れてもらえました」とのことでした。また、小林先生は「医師紹介会社などを通せば普通はお金がかかることを、産婦人科医師たち自身で人を募ったというのは画期的です」と激励してくださいました。

この支援をできるだけ長引かせたいと、ロジスティシャンや産婦人科医師メンバーで、産婦人科医師派遣のための助成金を獲得しました。あちこちに助成金の打診をしましたが、母子の健康に理解の深いUNICEFが産婦人科医師派遣費用を捻出してくださり、院長先生に余計な心配をかけずに医師への謝金や交通費を支払うことができました。

### ボランティアから経済循環性のある支援へ

このように、

- ・人間の一生/生活に根源的である
  - ・地域で大いに必要とされている
  - ・誰もやりたがらない（日本という、あまりにもお産に対する危機管理が進んだ国であるからではありませんが、「無事で当たり前」のお産を取るサービスは、医療過疎地では過労と自己犠牲を伴います）
  - ・復興に不可欠（若い人/新しい命がいなければ村・町・都市・国は滅びます）
- なサービスを、ボランティアベースの支援から経済循環性のある民間ベースの支援で自立/自律した形でなし得た支援事業は、大きな価値があったのではないのでしょうか。すべては、かかわってくださった先生方の熱意と人脈、先見の明のためなのでしょう。

もちろん、このプロジェクトの途中で、「支援したい」側の気持ちを押しつけ、被災者であるクリニックのスタッフに「おもてなししてもらおう」結果になった場面もありました。また、派遣医師の診療スタイルがクリニックの基本方針と合わなかったり、当直医からの申し送りや引継ぎ体制についての準備不足があったりなど、院長先生はじめスタッフのみなさんに不愉快な思いをさせてしまったり、ご迷惑をおかけしたことは多々あったと思います。

この産科医派遣プロジェクトは、その後も田村正明医師（米国在住）、細川久美子医師（福井県済生会病院）などの産婦人科医師が加わってくださり、2011年10月まで続けられました。

現在では、この時に派遣された先生方のうち何名かが、ご自分の都合のつく範囲で継続的に当直に行ってくださいています。地域や医局、組織の枠を超えて、震災を機に院長先生の人柄に触れ、慕い、尊敬し、「支援する側・される側」ではない人間関係ができています。院長先生の奮闘や信念、気力と復興への志に励まされるとともに、仲間として被災地の母子を守った派遣医師の先生方には感謝の気持ちでいっぱいです。今後も、院長先生のお子さん方が立派に独り立ちし、跡を継いでくれるまで、応援していきたいと思っています。

### 今月の教訓

- 管理専属の事務方がいれば、医師登録制、派遣型の支援は可能
- 助産師主導の分娩スタイルは、災害時に強い
- 支援を継続して行なうためには、助成金を得るなどの金銭面の確保も大切。



表 日本プライマリ・ケア連合学会妊産婦支援プロジェクト(PCOT) 産科医当直支援ガイドライン	
1) 周産期管理	
①入院時	
医師の診察 (母体搬送が考慮される時): 内診, 必要により超音波検査, 破水チェック	
分娩方針決定: Bishop スコア	
◎母体搬送のめやすは	
<input type="checkbox"/> 妊娠 36 週未満, 妊娠 41 週以降	
<input type="checkbox"/> 胎児の推定体重が 2500 グラム以下	
□骨盤位	
<input type="checkbox"/> 帝王切開既往	
<input type="checkbox"/> 合併症(糖尿病, 外陰ヘルペス, 感染症, 子宮筋腫など)	
<input type="checkbox"/> NST モニターで胎児仮死徴候	
<input type="checkbox"/> 血圧異常 (例: 収縮期血圧 140 以上, 拡張期血圧 90 以上)	
◎分娩時に新生児科医の立ち会いを希望する場合は下記のチェックリスト参照	
<input type="checkbox"/> 破水時の羊水混濁	
<input type="checkbox"/> 胎児の推定体重が 2500g 以下	
<input type="checkbox"/> NST 異常	
②陣痛室での管理	
ルート確保は (怒責/露露) の時から	
NST は (継続/間欠的) に使用	
③微弱陣痛や遷延分娩時の管理	
児頭骨盤不均衡のチェックは (GM 法/内診所見) で	
子宮収縮薬の使用法は (初期投与は★mL/hr から。その後★分ごとに★ずつ増やす)	
人工破膜は (する/しない)	
NST は (継続/間欠的) に使用	
鉗子分娩の適応は ( )	
クリステレルの適応は ( )	
④分娩時の管理	
臍帯血の酸素飽和度チェック	
ApgarScore は分娩取り扱いは助産師が決定	
⑤産後の管理	
ベビーの蘇生が必要な場合は ( )	
出血が多い場合は ( )	
新生児搬送を考慮する場合は ( )	
電話番号:	

### 産後ケアの重要性

震災前まで医療機関で周産期診療にあたっていた産婦人科医にとって、産後のケアというのは馴染みのない領域でした。筆者自身が4人の子どもたちを授かり、4回の産後の時期を体験して初めて、産後というのはこれほどに重要な時期であるのか、と思ひ知りました。

私がドイツで第1子を出産したのは2004年のことです。子育てをして初めて「母親は自分の心身のメンテナンスは後回して、子どもの健康にばかり気持ちが集中してしまう」ということに気づきました。しかし、欧米の先輩ママたちはみな「お母さんがハッピーなら子どももハッピーよ!」と胸を張って、自分の体をケアしています。その方法も、女性ホルモン剤からアロマセラピーまでさまざまです。また、産婦人科医や助産師など専門家へのアクセスがよく、医療者相手でも議論や相談をすることに躊躇しないため、患者側から聞きたいことをはっきり伝え、きちんと教えてもらっています。

ドイツでは、出産後の入院期間が2~3日と短いものの、産後は10日間にわたって毎日、このかかりつけ助産師さんが自宅を訪問してくれ、授乳、沐浴、スキンケア、母親のメンタルケア、産褥体操、会陰部のケアについて具体的なアドバイスももらえます。助産師さんは母乳指導に大変熱心で、授乳の初めの苦悶と疲労で落ち込む母親に、適切なアドバイスとサポートをしてくれました。授乳中の母親の食事から授乳の姿勢から育児のトラブル対策まで、具体的かつ実用的なアドバイスを受けることができ、本当に助かりました。助産師さんの小まめな手厚いサポートがなければ、あの産褥後の疲れやホルモン変化、抑うつ状態が重なっていた時期に、授乳の苦勞を乗り越え、ひと踏ん張りすることはできなかったでしょう。

### 手薄だった産後ケア

このような経過から、私は、被災地の妊婦さんはもちろんのこと、産後の方々の状況が気がかりでした。そして、実際、私たち産婦人科医や家庭医の仲間が被災地に駆けつけてみると、お産のサポートや妊婦健診以上に、産褥婦さんたちの産後ケアが手薄だったことがわかったのです。

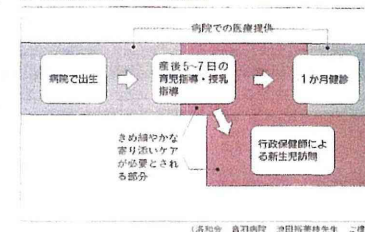
最初、分娩を手伝いたくてボランティア志願した産婦人科医のメンバーも、病院には近隣大学病院からの医師が派遣されており、連載第8回でお伝えした開業医支援以外では、産後の訪問診療と新生児訪問の方がニーズが大きいとわかった時は、多少拍子抜けでした。自分たちの技量が役に立つと思って被

災地にやってきたものの、それまでの病院での診療経験とは違うスキルを求められたのですから。

しかし、ここで、私たちは、保健と医療の連携や、母子保健制度、地方行政とのコラボレーションについて学ぶよい機会を与えられました。

というのも、分娩から出産直後までは分娩取扱医療機関、退院後からは地域の母子保健が担当する現在の産後フォローアップシステムのなかでは、退院後1か月健診までの母子が放置される可能性があります(図)。震災後、市役所やその機能、保健師さんが失われてしまった場合、退院後以降のケアがおざなりになったまま、不安定な状態の母子が置き去りにされてしまうことになるのです。これに加え、分娩できる病院のキャパシティが足りなくなると、産後2日で退院させられることになったら、どうなるでしょう。1か月健診や予防接種も再開されないままだったら……。宮城県の各地で、このような状況が震災後3か月ほど続いていました。

図 理想の産後フォローアップシステム



私たちPCOTメンバーが3月末に被災地でのアセスメントを開始した時、震災後1か月の間に退院した褥婦、また震災後1か月の間に1か月健診を予約していた妊婦の約150人程度(推測値)のフォローが行われていない状況でした。

自分と生まれてくる赤ちゃんのことだけを考えて、分娩前後は親戚の家に身を寄せればよいけれど、上のお子さんたちの小学校のこともあります。上のお子さんが友達と離れてさびしい思いをしつらないう、分娩後はこの地方に帰って来たいということ、夫の職探しのことなど、先の見えない状況で悩みごとは尽きません。次の避難先や仮設住宅を考える際にも、病院へのアクセスがよいところでない、満期になってから常にヒヤヒヤハラハラしてしまいます。赤ちゃんが生まれたら避難所での生活は無理、と思うものの、今の病院の状態では産後3日間で退院となってしまいます。仮設住宅や親戚のうちに戻

れば上の子のお世話、家事が待っています。もう少し、産後にゆっくりできるころがあれば……。と思う産後の方のことを考え、仙台市の宮城県立こども病院や、JA山形中央会「共同の杜」が、妊婦さんが産前産後に家族と一緒に安心して住むことのできるプロジェクトを立ち上げました。

被災地で情報不足の妊婦さんにごこのような情報を提供し、行政や支援団体とうまく連携して、施設までの移動手段や戻る場所を確保できれば、お産前後の大変な時を安心して過ごせるのではないかと思います。非被災地や被害の少なかった地区で妊婦さんを各地で受け入れる「お産の宿プロジェクト」の情報もチラシにまとめて提供しました。

しかし、そのシステムを希望して遠隔地に動く妊婦さんはほとんどいないようでした。これは、生活基盤が復旧しているのを見て、もう少し頑張ろうと地元にとどまりたい気持ち、車で動けるようになったらちゃんとした生活ができる、という期待、近くの親戚がいるという安心感があったためと考えられます。

#### 行政に頼らない地域独自のシステムづくり

この3月末の時点では、緊急に外部の人間を投入して新生児および褥婦のアセスメントをするニーズが大きく、私たちは助産師さんたちと避難所の新生児訪問をくり返していました。このような状況を踏まえ、次回、このような災害が起こった場合には、もう少し早期の介入が必要と考えます。

また、避難所や半壊住宅に転々としている妊婦さんや生後すぐの乳幼児の居場所を把握するためには、産院や保健所が中心となった妊婦さんとの連絡網づくりが必要です。私たちは災害後に石巻地区でメールマガジンをつくり、携帯情報が確実に届くような仕組みをづくりましたが、子どもの医療記録や治療歴、保健証や免許証、かかりつけ医の連絡先をクラウド（インターネットシステムに接続すればすぐに取り出せる場所）のなかに保存しておくことも必要になると感じました。

また、中核病院にも地元開業医の再開状況に関して情報が集まっていない状況であったため、この病院なら健診もワクチンもやっています、と携帯のメルマガに流しています、と打診したところ「ワクチンなど利益の出るような業務は開業医の先生に回す方針なので、積極的に自院の健診を宣伝したくありません」とおっしゃられ、病診連携のむずかしさを感じました。

行政に与えられた災害予防システムだけでなく、結局は地域で日ごろからの「仲良し」顔の見える関係づくり」が大切だということもわかりました。ま

た、妊婦さんを取り巻く職能団体と防災行政との連携を日ごろからつくるため、委員会などを設置するのも一案です。

#### 気になったケース

たとえば、「助産師さんが産後1か月以内に来てくれた」とおっしゃる褥婦さんの話では、石巻市役所健康推進課からの保健師さんで、「今後は支所の保健福祉課に継続的な訪問をお願いすると言われた」とのことでした。しかし、市役所の方に確認すると、実際には被災地支援に来ていた県外の支援保健師（助産師）が訪問し、問題ないと報告を受けていた、とのこと。今後、この褥婦さんに関するフォローアップは居住地である地区の仮設や親せき宅のある雄勝や牡鹿になることがあるとのこと、そうすると「担当保健師が変わりますから」と言われ、産褥婦さんの次の転居先について市役所に届け出ないと産後の訪問は受けられないばかりか、居住地が変わるため1か月健診や予防接種も受けられないということがわかりました。行政を巻き込むことが、継続支援につながりますが、行政は縦割りなので、健康課と福祉課の調整役（例えば子育て支援センターの相談員）に間に入ってもらって、健康課の課長に母と子は別々ではないので応援してくれないか、こういう状況でこんなところに困っているなどと要望し、連携を取る必要があるということを学びました。

また、避難所にいらした別の産褥婦さんを訪問すると、避難所が閉鎖した後は新生児と仙台にあるご主人のおばさんの家に行くことになっており、ご主人とお嬢さんは3次避難のホテルに行くことに決めたとのこと。仙台に行った後は、仮設住宅に行くか、ホテルに行くか、町内の山手にあるご実家（被害はない）に行くか、石巻地区にあるご自分のお姉さんの家に行くか、検討している。長い目で見て、様子を見ながら行動しようと思っていると、先行きの見えないなか、新生児を抱えて最善の方法を模索していることがわかりました。

仮設住宅への転居は、妊婦だろうが、産褥婦だろうが、新生児がいようが、要介護老人がいようが、すべて抽選で決まります。今まで2回抽選に漏れている産褥婦さんは、「3回目の抽選が3日後にある。仮設住宅からなら上の子どもたちが小学校に通えるが、もしこれに漏れたら、自力でアパートを借りることを考える。条件が合えば自分でアパートを借りた場合にも家電6点セットが無料提供されるかもしれないという情報があるので、それを待っている」と、さまざまな条件を検討しながら今後の生活につ

いて悩まれている様子でした。シングルマザーの褥婦さんにとっては、事情はもっと複雑で、サポートがないために体調を崩しがちだったようです。

産後ケアという母乳育児支援、と思いがちでしたが、もともと東北の母乳率は低く1か月検診で30～40%くらいだそうで、仙台で70%ほどです。訪問に行くほとんどのママがすでにミルク育児で1日数回、しゃぶらせる程度に母乳をあげているので、支援に行った助産師さんたちはとても気になるようでしたが、これは震災前と大きく変化したわけでは無いようでした。ミルク授乳ですが、たくさんのお威、身内のかかり方があり、東京で孤独に母乳育児をされているベビーたちよりよっぽどよい表情、という感想を挙げてくださった助産師さんもいました。

#### 支援助産師さんの声

派遣された助産師さんからは、下記のような産後ケアシステムへの提言をいただきました。

・今困っている母親たちは「アクセス」のよい育児支援を望んでいるのであって、それは助産師による24時間対応の育児相談ホットラインや、保健センターや子育て支援センターにおける常駐助産師など、身体的・精神的に助産師へのアクセスのよい子育て支援が大切であり、24時間対応電話相談などは建物を建てなくても今すぐできる支援であり、建物の問題ではないのではないかと、もしも、支援センターの設立が必要なのであれば、計画段階から地域の母親たちと一緒に計画し、どこにどのような支援センターが必要なのか、また支援センターの設計にも母親たちが参加し、授乳室、おむつ替えの部屋、調乳室などのあり方なども利用する母親たちのニーズに合うべきである。

・コミュニティエンパワーメント、すなわち地域の人的・物的リソース使用により、主導権を地域に渡すこと、トップダウン型からボトムアップ型の母子保健活動への移行の時にファシリテーターやコーディネーター役をすることも大切。

・5か所ある子育て支援センターのうち3か所が機能していない石巻市のように、母子保健分野の需要が高くなってきているが、行政側にそのサービスを提供する余裕がない土地では、今後の東北地方を担う若い世代を産み出すためにも、子育て支援および産科復興は被災地復興のシンボリック的存在として重要である。これらは少なくとも年単位で続けていかなければならないプロジェクトであり、現在のボランティアベースでは継続的な、一貫した活動を行なうには限界があると思われる。持続可能な活動のため

には給料付きの少なくとも数人のコアメンバーが継続して問題に取り組む体制づくりが急務である。

#### 震災はまだ終わっていない

津波被災地の震災後約9か月間の予後調査では、前年度と比較して大きな予後の差はありませんでした。少なくとも早産率は低下しており、これには、被災地内での高次医療機関への搬送、被災地外への搬送・移動、などの要因が関係していると考えられます。

被災状況とEPDS（エジンバラ産後うつ病自己評価票）の調査では、震災後半年が経過した時点においても、かなりの割合の褥婦がストレス状況下におかれている事実が明らかになりました。被災地の復興を担う若い世代へも、これまで以上の支援、介入が必要であることが課題として浮き彫りとなり、東北メディカル・メガバンクを中心とした地元医療組織では、地元の医療関係者、自治体関係者、住民の方々と連携して、長期にわたる「見守り型次世代ネットワーク」策定に着手したいと考えています。

沿岸部医療スタッフから寄せられた「全国からご支援いただいたことは、今でも感謝しているが、頑張ってくださいのひと言が一番つらかった。むしろ、よく頑張りましたね、のひと言を聞いた時、いままでこのことが一氣に廻り、涙が止まらなかった」という言葉が忘れられません。

被災地ではご自分たちの健康を省みず、家族のために、地域のために奮闘されていらっしゃる女性がとても多いようです。今回の連載では、

- (1) ご自分を犠牲にするのは美德ではないこと、とにかくご自分を大切にすること、ご自分の幸せが周囲の幸せにつながること
  - (2) おひとりを抱え込まずに、専門家のサポートを上手に活用すること
- ということをお伝えしてきました。

震災はまだ終わっていません。皆に寄り添い、ともに前へ進むことで復興・再生を長きにわたり支えてゆきたいと考えています。

#### 今月の教訓

- 産後の訪問診療と新生児訪問のフォローが手薄だった。システムの構築が必要
- 産後の女性は、自分を大切にしてほしい。また、1人で抱え込まずに、専門家に相談をしてほしい

### 東日本大震災当日の分娩

震災後3日以内に起こった病院外分娩は、石巻医療圏で私たちが把握しているだけでも10件ありました。ご自身も被災し、避難所に避難していた保健師Aさん(27歳)が看看護師であったという情報をどこかから聞きつけてこれられ、見ず知らずの人から「お産があるから」と呼ばれていったのは、震災2日目の深夜でした。

震災当日、夜11:30頃に近くの半壊住宅でお産があるという情報が入り、付近の避難所いくつかで助産師さんを探したが1人もいなかったため、唯一の医療専門職であるAさんがその家に向かったとのこと。半壊&床上浸水住宅で陣痛が起り、自宅分娩を余儀なくされた経産婦さん。前回妊娠時に分娩後出血多量(輸血なし)というリスクがある40週2日の方でした。母子手帳を持参されていたので妊娠経過がわかりました。

陣痛間隔が5分から1~2分になったため、家のなかにあるものを集め、布団の上にペット用の防水シートを敷き、タオルを足袋代わりにし、午前1:10に分娩となったそうです。2回の臍帯巻絡があり、赤ちゃんが泣かなかつたので児背を叩き刺激をして啼泣させ、産湯をつかわせず産着もなく、タオルでくるんでいたとのこと。臍帯は本綿糸で縛ってからマキロンで消毒した裁ちバサミで切り、何もしくなくてもスムーズに胎盤娩出に至りました。Aさんは2時間後まで出血と子宮収縮を確認してから帰ったとのこと。私が「次の災害に向けて準備すべきことは」と質問をしたら、下記のような考えを教えてくださいました。

・市役所から避難所にもって行く救護セットが1つだけでは少ない。もっとたくさんの方が医療を必要とする。

・お産の時に滅菌手袋がなく、感染や汚染が気になった。園芸手袋を探し出してもらって対処したが、お産の現場となる可能性がある場所には救護セットと共に滅菌手袋を準備すべき。

・避難所に派遣される人(地域によっては行政職員、あるいは保健師、行政医師)がお産を含めた救急救命トレーニングを受ける機会が必要。今回はたまたまAさんが対応してくださったのでよかったです。水も電気もないなかでは、血を洗うこともできず、赤ちゃんを保温することもできず、有り合わせで何とか対処、という苦しい状況だったそうです。リスクがないお産はありませんから、災害直後でもお産があつて当たり前、という認識の元に、妊産婦さんの把握や救出に向かう仕組みづくりを考えられるといいですね。結局は自然分娩、正常産でした。翌日家族が石巻日に車で母子を連れて受診したところ、赤ちゃんが低体温の診断で入院となりました。

母体の出血、新生児のバイタルサインなど、ありとあらゆる点に目を配らなければいけない出産前後は、やはり専門家の存在が必要であることを痛感しました。

### 妊産婦救護トレーニング

災害に備えた産婦人科医・助産師以外への分娩取り扱い技術のトレーニング、そして普及の必要性。この意見に賛同してくださったのが、金沢大学周産期医療専門医養成学講座の新井隆成先生率いるNPO法人周産期医療支援機構のALSJapan事業\*です。

ALS0-Japanは被災地で活躍された菅原準一教授(東北メディカル・メガバンク機構母児医学分野)と協働で、2012年5月に全国で初めて災害時の妊産婦救護トレーニング・コースを立ち上げました。これは、災害時に備えるだけではなく、復興期の地域医療支援につながる取り組みで、地域の産婦人科医、助産師に向けた専門的な内容のコース(ALS0: Advanced Life Supportin Obstetrics)はもちろん、救急医、救急救命士、保健師が緊急時や災害時に安全なお産を支えられるような災害時分娩対処法教育コース(BLS0: Basic Life Support in Obstetrics)も含まれています。

私たち周産期医療の専門家には親しみのある分娩介助ですが、専門外の方にとっては「怖くて怖くて手が出せない……」というイメージが強いため、妊婦さんの味方をもっと増やしたいという思いで、被災地支援の直後から、このBLS0の重要性を感じてきました。災害時に限らず平時においても、自宅や救急車内の分娩など救急救命士や救急医などが分娩や新生児蘇生に対応せざるを得ない状況はまれではありません。上述の金沢大学の新井先生から、全国の684消防本部へのアンケート調査を実施したところ(回収率49.85%)、医療機関に着く前に分娩となった事例は年間計734件(2010年)であったと報告しています。また、地方自治体や広域消防本部の調査によると、最近も病院到着前に救急搬送された分娩事例が数十件ある地域も見られ、救急車内での分娩はその半数近くありました。これらの病院到着前の分娩では、分娩介助や新生児蘇生は主に救急救命士が行なうと考えられます。

BLS0コースにおける2013年7月12日現在の受講者総数は415名で、職業別にみると、救急救命士が全体の43%を占め、ほかに救急医、家庭医・総合診療医などがコースを受講しました。BLS0を受講された救急救命士の皆さんにインタビューすると、実際に分娩に遭遇してしまった救急救命士の方からは「お産への対応があつてよかったのか、今でも不安が残る」「結果的には救急車内で分娩となつてしまい、自分にもっと知識と自信があつたら、寒く狭い救急

車内ではなく、あたたかくスペースやお湯のある自宅で分娩を終えてから搬送したほうが安全だった」という切実な声が聞かれました。また、BLS0受講後の救急救命士さんや救急医さんは一様にとっても明るい顔をされ、「知識と技術を学び、実際に練習できたら、自信がつかました。これなら次は自分でも妊婦さんを守れる、と思えるようになりました」「直接分娩介助ができなくても、それ以外にできることはたくさんあるんですね。部屋の保温や新生児の乾燥、何を観察すればいいかというポイントなど、初めて学び、よい勉強になりました」と、妊婦さんや新生児に対する姿勢に大きな変化が見られました。

専門家が行なう分娩介助でなくてもよいか、お母さんと赤ちゃんをできるだけ安心させ、安全な環境でお産を迎えるための人材育成とトレーニング・コースづくり。それは、周産期医療の人材不足を抱える日本では一番確実で有効に機能するものではないかと思えます。2013年春以降は、八戸市や飯田市などあちこちでBLS0が開催され、地域の周産期ケアプロバイダーのすそ野を広げ、いざというときに対応できるネットワークづくりに一役買っています。

災害対応という点から見ても、平時から消防・警察・保健師など、現場で妊産婦を助けられる立場にある人に向けて分娩トレーニングをしておく必要があります。皆さんの地域でも、防災対応として多職種連携母子救護セミナーなどを開催できるとよいと思います。

\*連絡先  
金沢大学医学系研究科周産期医療専門医養成学講座

TEL: 076-265-2947 FAX: 076-234-4301

Email: k-cappic@med.kanazawa-u.ac.jp

http://www.oppic.net/

### 妊婦さん救助のための多組織との連携

「災害で苦しんでいる妊婦さんや赤ちゃんを助けたい!」と被災地支援に飛び込んだ私でしたが、その役割を担うためには、行政、特に保健センターや保健師さんが中心になった仕組みを動かさなければいけないという現実に直面しました。たとえば、被災地の避難所を回つたなかで、「分娩前後の交通アクセスを確保するため、集団疎開・あるいは仮設住宅に移動することになつても、自分(と産後の赤ちゃん)は分娩医療機関(石巻日赤病院)の近くに住みたい」というアンビバレンスで迷っている妊娠38週の妊婦さんがいました。また、「家族がいるため、分娩後は今まで住んでいた土地に戻りたい」という外国人妊婦さんがいました。

しかし、何かあつたらすぐに搬送できる病院があるのか、搬送手段は、など、本人やご家族はもちろん、私個人でもわからないことばかりです。そのよ

うな時は、避難所を運営している地方自治体職員と医療保健セクターが協働して、避難所にこのような妊産婦がいるということを把握しておき、すぐに医療機関につなげられるような体制を整えておかなければいけません。

地域によっては、保健師の役割が救護だけではなく、避難所の設営や運営、物資の管理、炊き出しなど広範にわたり、避難者の健康状態の把握まで手が回らないことがありました。そのようななかでは当然妊婦さんにまで目が届きません。行政も目の前の課題に対処していくのに精いっぱい、母子の情報入手をはじめ母子や妊産婦に特化した支援活動はできませんでした。避難所の環境があまりにも劣悪だったため、よりよい環境を求めたり、親せきを頼って移動する母子が多く見られました。そのため、母子の所在確認ができず、支援しようにも人数や状態、ニーズアセスメントができなかったのです。今回の震災から得た教訓として、今後、各地域で以下のような妊産婦・母子への支援体制の準備が必要です。

①産科病院の被災に備え、地域および近隣市町村の医療機関との事前協定を結び、助産師会同士の協力関係を構築しておく

②出産間近の妊婦・退院後の褥婦・ハイリスク母子、自宅避難母子の状況把握ができるよう、支援を必要とするケースをリスト化・マッピングして、電話や訪問で状況を確認できるような体制を整備し、1週間から1か月ごとなど頻度を決め、こまめに更新しておく

③わが国には、保健師が災害時の医療機関情報を代行入力できるEMIS(Emergency Medical Information System:広域災害救急医療情報システム)というオンラインの情報システムがあるが、この情報を保健師さんと妊産婦ケア支援者との間で共有し、どの病院分娩受け入れ可能かを把握しておく

④災害直後に母子や妊産婦専用室、あるいは、母子専用避難所を設置することを決めてき、事前に備蓄(表)や使用するポスター、マニュアルなどを準備しておく

### 地域で助産師さんに活躍してもらうために

助産師さんが地域との連携をするにあたり想像以上に大きな障害もあります。まず、行政では一般的に「高リスクでなくても、分娩は病院で、産後のケアを助産師、という役割分担が必要」という声があり、災害時の母子避難所への助産師さんの派遣に抵抗があるという地域もありました。しかし、私にとっては、医師主体の災害救護システムにあとからコ・メディカル分野の組織を入れるのは難しい印象でしたし、助産師さんを中心にした防災システムの

ほうが、実際の現場では動けると信じていましたので、「災害の時にどんな状況になっても真っ先に母子を守る仕組みをつくる」という共通の目的のもとに医療機関と助産師会がチームとして取り組む仕組みづくりを、文京区でつくっているところです。自分自身の5人の妊娠・出産で、助産師さんの存在価値を強く実感した母親としては、これからも、地域防災システムの母子支援の分野では助産師さんに活躍してほしいと心から願っています。

#### 災害に備えた地域での取り組み

今後、紛争・内戦時と同様、妊産婦さん用の母子シェルター(助産院や一戸建ての住宅で、分娩前後の母子が生活できる場所)が必要になってくるのではと思われます。また、今回私たちが行なった支援者派遣の取り組み同様、開業産婦人科診療所の回復までは訪問妊婦健診、訪問産後健診が必要です。そのために、平時から準備できることは何でしょうか。

#### 母子支援医療連携協議会を開き、顔の見える会議の場をもつ

- ・あらかじめ、災害時にはこの病院から何人の医師、看護師を派遣し、区内の避難所を回ってもらう、という具体的な内容を取り決めておく
- ・妊婦さんの母体搬送先として受け入れてもらえるよう病院や助産院に頼んでおく
- ・災害時に確実につながる病院の連絡先、連絡手段、病床の確保について結んでおく
- ・非常時の暫定的な妊婦健診や予防接種の場を決めておく
- ・助産師会や保健所の中から訪問診療できる人材を確保できるよう、今から助産師さん、母乳専門家、保健センターとの間で協定を結んでおく
- ・災害時には産後の新生児訪問がいつも抜けおちやすいため、産後は母子ともにリスクが高くなり、人生のスタートにおける養育環境や愛着形成がその後の人生に影響を与えること、母のメンタルケアも忘れないことを災害時に徹底させるような研修を定期的に行なう。また、助産師、臨床心理士、保育士などを派遣できるようボランティア・センターと調整をする

・イニシアチブを握るのは地域のスタッフであるのだから、保健センターで災害時母子保健業務を行なっている場合、その現場のスタッフをリーダーとして意見を尊重する

・震災以前からの産科医療・地域医療の問題点である「人手不足」を解消するため、地域にいる潜在助産師の発掘と復職サポート、助産師になりたい看護師や看護学生への奨学金貸与、それに伴った地域医療保健施設への就職、地域外の助産師に対して「母

#### 子保健プログラム」担当助産師としての長期雇用と現地派遣などの制度を考える医療連携の一環として避難訓練

- ・妊産婦にかかわる医療機関向け、産科病棟や助産院での避難訓練、ヘルメットや新生児用防災頭巾などの備蓄確認
  - ・妊産婦をどれだけ所在把握、生存確認できるかというシミュレーション
  - ・区内の病院に一斉に連絡してどれだけレスポンスがあるか、その時点での提供可能な病床数、医師・看護師数、分娩対応可能かどうか、備蓄があるかどうかも確認できるとよい
  - ・区の職員や保健師さんが妊婦さんの状態を評価できる教育プログラム(BLSO)があるので、関係者はこれを定期的に通読し、安心して自信をもって妊婦さんを扱えるようにする
  - ・母子避難所に指定された大学で、定期的に備蓄をチェックし、使えるかどうか訓練してみる。現在、上記の内容を災害時母子支援内容としてパッケージ化、プログラム化して、より使いやすい具体的なチェックリストにすること、他の地域でも使えるような試行版にすること、各大学病院に連絡を取ることを文京区で進めている。現在つくっている災害時妊産婦支援マニュアルには、行動指針として下記のことを掲げている。
  - (1) 妊産婦、乳幼児は、高齢者、障害者と並ぶ「災害時要援護者」との認定、再定義
  - (2) 発災後、実際に支援を行なう、情報が集まる「効率的な母子救護所」の設置と周知
  - (3) 平時からの連絡体制、情報伝達網の整備また、具体策として、実際の震災時を想定しての具体的連携・役割分担・シミュレーションを行ない、設備・備蓄物資のリスト(表)をつくって常備し、助産師等の派遣協力と情報ツールの整備まで細かく具体的に記載する。災害が起きたら、母子を守る立場にある人がすぐに使えるマニュアルづくりに加え、母子向けの自助チェックリストもつくり、母子手帳と同じぐらい普及させる必要がある。
- いつ来るのかはわかりませんが、災害は必ずまた起きます。怖がって目をつぶって対策を考えなければ、また同じことのくり返しです。非常時であっても当たり前のように妊産婦さんが守られ、大事にされ、歓迎され、誰に気兼ねすることなく子連れで居心地よく過ごせるような地域をつくることをイメージしながら、楽しく前向きに災害対策システムをつくっていききたいと思います。

今月の教訓

- 災害時に派遣されたり、避難所でお産がある場合に居合わせたりする確率が高いのは、産科専門家以外の医療従事者である。これらの人々が平時から産科トレーニングを受けられる機会をつくるようにする。
- 普段から支援者間の連絡会議をもち、避難訓練を実施し、備蓄の確認をしておく。

- 表 災害時妊産婦・乳児救護所に必要な備蓄品リスト(優先度必須のもののみ)
- I 妊婦
  - 1) 分娩セット①  
(ひとまともに包布に包み滅菌処理した物品、1人分。救護所1か所に5セット)
  - ①分娩シート(1)
  - ②胎盤受けシート(1)
  - ③デイスボ膿盆大(1)
  - ④ガーゼ(10枚)
  - ⑤カット綿(10枚)
  - ⑥臍帯クリップ(2)
  - ⑦はさみ(1)
  - ⑧ゴム手袋7号(1双)
  - ⑨デイスボガウン(1枚)
  - 2) 分娩セット②  
(分娩前後に必要な物品、1人分。救護所1か所に5セット)
  - ①大人用紙おむつ(2枚)
  - ②お産パッドL(5枚)
  - ③お産パッドM(10枚)
  - ④生理用ナプキン・ナイト用(1パック)
  - ⑤生理用ナプキン・レギュラー(2パック)
  - ⑥アルコール綿(10包)
  - ⑦新生児用紙おむつ(1パック)
  - ⑧新生児用肌着(2組)
  - ⑨収納容器(1個)
  - 3) 分娩用備品(救護所1か所分)
  - ①超音波ドブラー(1台)
  - ②体重計(1台)
  - ③聴診器(1台)
  - ④血圧計(1台)
  - ⑤体温計(1本)
  - ⑥メジャー(1本)
  - ⑦ヘルフレンメ
  - ⑧アルコール消毒剤(1個)
  - ⑨湯たんぼ(2個)
  - 4) 処置用備品(救護所1か所分)
  - ①滅菌ゴム手袋(100双)
  - ②滅菌ガーゼ(100個)
  - ③はさみ(1個)
  - ④ポアテープ(数個)
  - ⑤アルコール綿(5箱)
  - ⑥ゴミ袋
  - ⑦使い捨てマスク
  - 5) 緊急医療処置用備品(救護所1か所分)
  - ①輸液セット
  - ②三方液栓付延長チューブ
  - ③サーフロー 20 G
  - ④針付注射器

#### 【参考文献】

- 1) 平野かよ子、ほか:「東日本大震災・被災地から学ぶ母子保健活動の手引き」東日本大震災時の地域母子保健活動の課題に関する研究」研究班報告書、2013。
- ⑤酸素ボンベ(1本)
- ⑥酸素マスク(各1個)
- ⑦アンビビューバック(1台)
- 6) 医薬品(救護所1か所分)
- ①アトニン・メテナリン
- ②輸液用製剤
- ③K2シロップ
- ④消毒液
- ⑤BTB検査用紙またはリトマス試験紙
- ※滅菌パックに入っている物の使用期限は、適切に保管すれば無期限である。
- ※薬品は使用期限が限られているため、定期的に点検、管理する必要がある。
- ※緊急時における血管確保および子宮収縮剤(アトニン・メテナリン)の使用許可を医師から事前に得ておく必要がある。
- II 乳児とその母親
- 7) おむつ関係
- ①紙おむつ
- ②おしり拭き
- ③手洗い石鹸または手指消毒剤
- ④使い捨てマスク
- ⑤ごみ袋
- 8) 母乳で育てている乳児に必要なもの
- ①ガーゼタオル
- 9) 人工乳で育てている乳児に必要なもの(ミルクを作る)
- ①粉ミルク
- ②飲料水
- ③ふた付きの小さな鍋
- ④やかん
- ⑤カセットコンロ
- ⑥カセットボンベ
- ⑦割り箸
- ⑧計量カップ
- 10) ミルクを飲ませる・その他
- ①紙コップ
- ②ペーパータオル
- ③洗剤
- ④手洗い石鹸または手指消毒剤
- 参考) 液体人工乳を備蓄する場合に必要なもの
- ①液体人工乳
- ②水
- ③金属はさみ
- ④消毒液付き手ふき(抗菌物質のついたティッシュ)
- ⑤液体人工乳の使用法(説明シート)

### 次世代を守るために出来る自助

今までの連載をお読みいただき、被災地ではいかに妊産婦や乳幼児に対するケアが行き届かないか、ということ、そして、そもそも防災対策のなかに母子への視点が入っていないということ、痛切に感じられたのではないかと思います。

それでは今、自分たちはどうしていけばいいのでしょうか。あるいは、秒単位で近づいている次の大震災には、どのように備えればいいのか。前回、備えのための訓練方法や連携について書きましたが、この回では、できるだけ具体的に現実的な、すぐに使える情報を集めました。

### 日ごろからできること

普段接している妊婦さんやお母さんたちへ、「災害時のことを少しでもいいから考えておいてね」と、一度でも話だけで、そのご家族の人生が確実に変わります。実践的なパンフレットをお渡ししてみましよう。

その時の声掛けは、こんな感じではいかがでしょうか。

#### ■見直しを促す

「いつ何時でも、情報網をもっているかどうか、その後の家族の幸せや健康につながるんですよ」

「見直してみませんか？ 自分の連絡ツール」

⇒携帯、固定電話、スマートフォン、Skype、Twitter……自分にはいくつ連絡手段があるでしょうか？

⇒家族と連絡が取れなくなったときに、連絡先となるような親せきや地域の友人、子どもの安否確認をする保育園や学校のシステムがありますか？

#### ■貴重品の保管方法

「守りたいもの、大事なものを、たくさんありますよね。まずは、家族の安全、それからお金……。ほかにどんなものがありますか？」

⇒すべてが流されてしまったときに備えて、いく通りもの貴重品の保管方法を知っていますか？ 例えば、

1) 預金通帳、カード、保健証、運転免

許証、母子手帳、年金手帳、生命保険書類、内服中のお薬の名前（意外と、今回の震災では現在の持病に対する治療内容が明らかでない人が多かった）などをコピーして分散させて保管：職場、別の地域の知人や親せき宅に預ける

2) スキャンしてPDFあるいは写真ファイルをWebメールで自分宛てに送る

3) スキャンしたものをクリップドライブやCDに保存しておく

4) 上記のデジタル記録をWeb上の保管場所（DropBoxなど）に置いておく

5) 特に、母子手帳やお薬手帳、かかりつけ医の連絡先、治療経過がわかるような資料をまとめておく

など、いざというときに役立ちます。

#### ■うる覚えでなく、確実に

「身につけていることは、災害時にも役立つんですよ。逆に言えば、うる覚えの知識だけではパニックになったときに助けてくれません」

⇒母乳育児、食事のバランス、手指消毒、避難訓練マニュアル、近隣の避難場所に実際に行ってみたことがあるかなど、いかがですか。

⇒仲間をつくる、コミュニケーション上手になる、受援力（感謝の気持ちを表しながら人の支援を上手に受け取る、快く聞き入れてもらえるような頼み方をする）を鍛えるなど、日ごろから心がけていますか？

#### ■災害時の連絡先の確認

「災害時の病院のかかり方については、何か知っていますか？」

⇒妊婦さんなら：災害時に切迫流・早産症状が出てきたときとか、実際に陣痛が来た場合とか、病院に間に合わないときは最低限どうすればよいかなど、緊急の場合の連絡先（救急車、自衛隊、第三次救急を担当している病院など）を確認してみましよう。

⇒何らかの治療を受けている人なら：最低限必要とする医薬品を1週間分は家庭にストックしておく、診断名、薬の名前、かかりつけ医の名前を記載しておくなど、今しておくのと後から役立つことがたくさんありますよ。

### 協力体制をつくるべき組織を探しておく

自分が支援を受ける役場、市役所（健康課？子育て支援課？高齢者福祉課？…自分の立場によって、また地方自治体によって管轄が異なる）の連絡先、および非常時の支援体制を知っておく、できれば所轄の人と顔見知りになる、平時に職場や学校で、あるいは地域で、災害直後の避難所を確認しておく。特に、地域や学区内で非常食や水の備蓄をしてある場所をチェックしておく。

表1 「ご支援のお願い」見本

当団体は、母子の健康と幸せを守り、被災地の将来の発展のために貢献することを目的として設立されました。

私たちの活動は、皆様からのご寄付によって支えられています。こうした活動趣旨にご賛同頂ける方を募集していますので、皆様のご希望に合った方法でご支援ください。

○ご支援の方法について

1. 銀行口座への寄付金振込  
銀行振込によりご支援をいただける場合は、以下の○（団体名）口座（○銀行）へのお振込みの程をよろしくお願いたします。また、お振込み後に当団体までご連絡をいただけますと幸いです。

お振込み先  
・銀行名：  
・支店名：  
・支店番号：  
・科目：普通  
・口座番号：  
・口座名義：

2. 寄付金以外によるご支援（現物支給等）および日本以外にお住まいの方  
寄付金以外の方法により、食事や宿泊先、移動手段等についてご支援をいただく場合や、海外にお住まいの方で、国内への送金を希望される方は当団体までご連絡をお願いいたします。（代表メールアドレス）

○お問い合わせ先  
担当者名：○○○  
電話番号：○○○  
メールアドレス：○○○@○○○

いざ災害となったら、この「顔を知っている」という関係が一番強い武器になります。

### 資金集め

<支援の要請を自ら行なう>

災害が起こったら、仲間を介してできるだけ多くのメーリングリストやFacebook、Twitter、所属先やメディアのホームページに「ご支援のお願い」文（表1）を流しましょう。

表2 助成団体リスト

- 【国内】
  - 一般社団法人 ジェスベール（妊婦さんやお母さんへのサポート）  
<http://tohokumama.org/>  
一般社団法人ジェスベール 事務局  
〒165-0024東京都中野区松が丘1-10-13  
TEL：090-4611-0904（16時～20時）
  - 日本ユニセフ  
<http://www.unicef.or.jp/>  
〒108-8607 東京都港区高輪4-6-12 ユニセフハウス
  - 特定非営利活動法人HANDS（Health and Development Service）  
<http://www.hands.or.jp/>  
〒113-0033 東京都文京区本郷3-20-7 山の手ビル2F  
TEL：03-5805-8565 FAX: 03-5805-8667  
e-mail: info@hands.or.jp
  - ピースウィンズ・ジャパン  
<http://peace-winds.org/about/>
  - NPO法人ジャパン・プラットフォーム  
<http://tohoku.japanplatform.org/>
  - 赤い羽根共同募金「災害ボランティア活動支援」  
<http://www.akaihane.or.jp/about/support/support02.html>
- 【海外】
  - NGO AmeriCares  
<http://www.americares.org/>  
AmeriCares  
88 Hamilton Ave.  
Stamford, CT USA 06902  
1-800-486-HELP (4357)  
Info@AmeriCares.org
  - UNFPA



<http://www.rhrc.org/resources/thrkit.pdf>  
UNFPA Procurement Services Section  
Emergency Procurement Team  
Midtermolen 3  
2100 Copenhagen  
Denmark  
Tel: +45 3546 7368 / 7000  
Fax: +45 3546 7018  
E-mail: [emergency@unfpa.org](mailto:emergency@unfpa.org) or [lkhagva@unfpa.org](mailto:lkhagva@unfpa.org)

【その他有用サイト】  
○公益財団法人 助成財団センター  
<http://www.jfc.or.jp/>  
『2013 助成財団 NPO 市民活動のための助成金応募ガイド』  
(定価 2000 円, 2013 年発行)

#### < 助成金を申請する >

災害時には助成金を出してくれる団体がたくさんあります。そのなかでも今回特にお世話になった母子のための助成団体のリストは表2の通りです。

#### 報告書作成の重要性 (別添見本)

活動を始めたら、怒涛のようにすることが押し寄せてきて、時系列の流れを把握したり、連絡や調整経過などがうやむやになりがちです。実際、私たちが派遣した方々総勢100名ほどの母子支援メンバーも、毎日の報告や情報共有ができず、現地の方にご迷惑をかけたことがありました。ただでさえ立場が弱く、少数派である妊産婦や乳幼児のサポートのためには、組織立った動きが欠かせません。

そのためにも、毎日の活動内容をメモしておき、こまめに報告書を作成するようにしましょう。助成金や寄付金をいただく相手への報告やウェブサイト上のレポートにも使えますし、抜け漏れを防ぐ意味でも、時系列の記録は重要です。インターネット上のやり取りに慣れている人であれば、GoogleでExcelファイルを共有し、どの場所からでも活動内容を更新しておくようにすると連絡の手間が省けます。

#### 支援者のケア

災害時の待たなしの状況のなかでおそろかになりがちなことうちの1つが、サポートしている自分たちのケアです。

混乱した状況のなか、迅速な対応を求められる立場。著しいストレス(惨事ストレス)を感じる業務性質……。

- ・惨状の体験・目撃、二次被害の危険
- ・無限の業務、役割が不明確、
- ・慣れない人間関係
- ・遺族の嘆き悲しみに直接ふれる

こんな状況に置かれたらどうでしょうか。人のために尽くしたいという情熱や使命感、正義感、責任感の強い私たち医療従事者。そのなかでも特に助産師という立場では、人を包み込み、守る気持ちが強くなりますから、とすれば自分の身を犠牲にして他人のために尽くしがちで、過重労働に陥りやすいことがわかっています。当然の業務ということで理解や同情が得られなかったり、調子を崩しても「ひよわ」「怠けている」とみなされるのではないかという気苦労が重なります1)。支援者自身が被災者である場合もあるということを心に留め、活動を共にしている仲間には、下記のサインを示して自分のストレスに気づけるよう、仲間をサポートする姿勢を示しましょう。

- 1) 被災地の当事者であれ、派遣者であれ、活動以外でもいつも体験を思い出す(再体験、侵入思考)
  - 2) 思い出すことを避けようとする(回避)
  - 3) 興奮、いらいら、不眠などの状態が続く(過覚醒)
  - 4) 身体の不調: 不眠、疲労感、集中力の低下
  - 5) 周囲との摩擦・孤立感: 被災地のことを知らない人たちへの苛立ち
  - 6) 罪悪感、無力感: サバイバースギルト、安全な我が家に帰ってきてしまった帰ってきて被災地が気になるこれは、支援相手への共感に伴う疲労で「二次受傷」といわれていますが、このような反応が“自然な反応”であることの認識が重要で、こういう場合には
- ・強いストレスを体験しても大多数は自然回復
  - ・ストレスから回復する力は誰でも持っている
  - ・強いストレスを受けても時間がたてばほとんどの人が自然に回復する

ことを伝えましょう。そして、

- ・実現可能な目標を設定する。
- ・役割を明確にする。矛盾した役割を負わせない。

- ・時間を限定する。根性論を捨てる。
  - ・支援者同士で時々振り返りの場をもつ
- 以上のことが有効であることがわかっています。

この振り返りの場では、支援者のつらさ、無力感

- ・自分たちの使命感やエゴについて
  - ・仲間内での意見の対立、感情のぶつかりあい
  - ・被災地で話を聴いて、現場を見て感じたこと
- などを共有すると、ストレス軽減に役立ちます。

それでは、自分たちが被災者で、おまけに支援側に回らざるを得ないような被災地の助産師だったら……。

被災者のストレス、支援者ストレスに関する心理教育を行なう時間を取れるよう、組織全体に向けて提案することが一番よいのですが、「心のケアもしましょう」と言うのはなかなか難しいものです。個別相談に来ることへの抵抗感(恥ずかしさや不安)もあるでしょう。マッサージや体操、鍼灸やリラクゼーションなどを取り入れ、あからさまではない形の心理サポートから始めると有効かもしれません。被災地では、周りの人たちのニーズに応えるのも大切だけれど、やりすぎないこと、自分たちだって生活基盤が安定していない被災者として不安な気持ちを吐き出していいのだということ、知っておくだけで随分とPTSDのような二次災害を防ぐことができます。

#### まとめ

私たちの団体は、さまざまな人々に支えられて被災地の妊産婦および乳幼児支援活動を行なってきましたが、失敗や体験から学ぶことは多く、ここから吸い上げたエッセンスを、次の機会にぜひ生かしていただきたく思っただけかなり細かな情報までオープンにしました。私と同じ失敗をくり返してほしくない、同じ苦労をゼロから始めて欲し

くない、次回をもっと早く、効率的に、苦しんでいる母子を救ってあげて欲しい、と強く願っています。

#### 参考文献

- 1) 富地尚子:被災支援者に心のケアを。読売新聞1995.4.10.
  - 2) Fullerton, et al: Perceived safety in disaster workers following 9/11. J Nerv Ment Dis, 2006.
  - 3) Nickell, LA: Psychosocial effects of SARS on hospital staff. Canadian Medical Association Journal, 2004.
  - 4) Rubin, et al: Psychological and behavioral reactions to the 7 July London bombings. A cross-sectional survey of a representative sample of Londoners. British Medical Journal, 331, 606-611, 2005.
  - 5) サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第2版 日本語版作成:兵庫県こころのケアセンター  
[http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa\\_complete.pdf](http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_complete.pdf) [2013.10.31アクセス]
- (災害時のこころのケア。医学書院, 2011.)

#### 今月の教訓

●発災後、実際に自分が援助にまわることを想定して、資金援助の申請、報告書の書き方などに目を通しておきましょう。



### 本連載のゴールを再考して

東日本大震災は、死者・行方不明者合わせて2万人、被災者11万人にのぼりました。被災者支援においては、子どもや高齢者など社会的弱者に配慮した対策が課題として浮かび上がりましたが、忘れられがちな「弱者」に妊産婦がいました。震災発生から1か月の間に生まれた赤ちゃんは宮城県だけでも1000人以上にのぼります。

世界各国の災害時における報告から、被災地の女性と子どもを死に追いやる原因は出産と性暴力であることが知られています。そのため、被災地避難民のリプロダクティブ・ヘルス(子どもを産み育てること)対策を重視すべきということが提唱されており、国連やWHOの災害支援ハンドブックには、災害直後にとるべき支援行動指針が示されています。にもかかわらず、東日本大震災後の被災地支援を通して筆者らが直面したのは、妊産婦および新生児に対する災害時の基本的政策あるいは医療支援システムが欠如していたということです。

日本の減災体制は、今、大きな転換期を迎えています。

50年前の人口ピラミッドをもとにつくられたシステムでは、「数が少なく弱い高齢者」を弱者のメインターゲットにして救ってきました。しかし、図のように、急激な少子高齢化を経験している現在、65歳以上の人口が人口の約30%弱、5歳以下の乳幼児は人口の約5%、妊婦や胎児は年間100万人ですから人口の約1%未満です。平均余命が10~20年の高齢者と、生き延びれば70年、80年の人生が待っている新しい命。これからの災害対策方針にこの認識がなければ、今回の東日本大震災と同じように次世代が海の藻屑となるような悲しみがくり返されることでしょう。

今回の連載では、災害時の妊産婦の支援方法に焦点を当て、東日本大震災を経験した妊産婦、現地入りした医療職者による「これがなくて困った」「あれがあればと悔やんだ」というエピソードも含め、医療職による実際の援助経験を通して、「どうすればよかったのか」「何があったらよかったのか」という解決方法を提供することで、次世代に役立つ記録とすることを目的としてきました。課題はたくさん出てきましたが、一貫して心がけてきたのは、前向きな「学ぶ姿勢」をもち続けることです。

- ・何をしたら、うまくいく？
- ・この件から私たちは何を学べるだろうか？
- ・今できることは何か？ 何をやるのがベストか？

今まで、災害支援といえは行政側の「制度」に焦点を当てたもの、個人の「情報」「安心」に焦点を当

てたもの、「実際の体験談」をつづつたものが多く見られました。一般的には、震災のなかで無事に出産できたという話がメディアで取り上げられることが多く、出産の前夜で妊婦さんや産後の母親がどれだけ苦労しているかに関しては語られてこなかったのです。しかし、被災地の産後うつ増加や、被災地からの子育て世代の流出等の報道からもわかる通り、震災を経験した母子に対する迅速で手厚い支援が必要であったことが明らかになってきました。

東日本大震災発災後、筆者は日本プライマリ・ケア連合学会被災地支援プロジェクト(PCAT)の一環として家庭医と産婦人科医、助産師のなかから被災地支援者を募り、震災直後から9月1日まで石巻市・東松島市にて計35名の医師と50名の助産師を派遣し、母子保健システムのサポートを行ってきました。筆者は石巻市に派遣された産婦人科医師として、活動を通して得た大量の文献や資料、報告書、そして筆者らが現場から行なった情報発信をこの連載ですべて共有しています。

「災害時の妊産婦および母子の健康」を守る医療者の視点、国際的資料、実際の災害現場で有効に機能するツールに関する情報が皆さんのお役に立てばと願うばかりです。

### 徐々に衰われてきた本連載の成果

東日本大震災の際、どのようにしたら妊婦さんを弱者として認識してもらい、優先的な安全確保が図れるのか模索していましたが、その後の取り組みのなかで、1つ、日の目を見そうな分野があります。それは、「災害時に妊婦のトリアージを1ランク上げてもらおう」というアプローチです。震災後にいろいろ教えていただいた災害医療の専門家の先生から、「災害の時のトリアージ(病院の救急外来や災害時に誰から助けるかという優先順位をつけること)で、これまでに妊婦さんが不利益を得た事実がありますか、というお問い合わせをいただきました。

「トリアージ・タグ(災害や事故現場で負傷者の重症度を色分けするカード)」に、その人が妊婦さんかどうかわかるようなチェック欄をつけてはどうか、ということとは、東日本大震災の経験から、多くの産婦人科医師が感じ、提案してきたことです。

たとえば私たちは、妊娠中に津波に飲まれ、その晩から体調がおかしくなったという方にお会いしました。震災当日は病院も避難所も陸の孤島状態でしたので、翌日大きな病院に搬送されましたが流産でした。津波の犠牲者にカウントされてはいないのでしようが、津波がなければ生まれた命だったと思うと本当に残念でした。その他、命からがら避難してきた妊婦さんが、経過を見るために病院に搬送されましたが、妊婦さんを診察できる医療者がいな

かったため、トリアージないしは評価を受けられずに「大丈夫なので帰ってください」と言われたという話も聞きました。その方は帰る交通手段がなく、苦労しているいろいろな方の車に同乗させてもらい、3日間かけて地元まで戻ってきたということです。

病院に受診して医師に診察してもらい、トリアージを受けられた方はむしろよいほうで、避難所から移動できず、病院受診もできずに産褥熱をきたしていた妊婦さんが気仙沼の避難所にいたそうで、妊婦さんと産後の褥婦さんがどこでどのような状況におかれているか、把握することの大切さを感じたとの話も聞きました。

ある妊娠7か月の妊婦さんは、津波に追われて車で逃げたけれど結局は津波に巻き込まれ、サンルーフから脱出して流れてきた量にしがみついていた意識消失して命を失う一歩手前であったとのこと。救急隊から大学へ搬送される途中で救急車内で蘇生してもらって助かった、という話です。

これらのエピソードは、個人レベルの話を集めたものであり、学術的な調査報告としてまとまっているのが実情です。今現在、救急外来や災害現場で使われているトリアージで妊婦さんに対して不適切な対応があったかなかったかということとは、詳細な調査がしっかり終わってないところで語ることはできないでしょう。ただ、いろいろな話を総合すると、妊婦さんへの対応は緊急を要する場合があります、かつストレスや劣悪な環境で急に重症化しやすいという情報の周知をより徹底させる必要があります。

また、どんな症状や疾患であろうが、妊婦さんというだけで、産婦人科以外の医者がから敬遠されることがありますが、これは、日本では産婦人科医師や助産師以外は産婦人科診療のトレーニングをほとんど受けていないためです。災害医療者や開業医、家庭医、救急救命士など病院前医療者、そして救急医療者のなかで妊婦さんをケアできる人員を増やし、その訓練の機会を増やし、妊婦さんが不適切なトリアージを受けないように、あるいは後回しにされないようにする対策が必要なのではないかと考えています。

妊婦さんだけでなく、高齢者/要介護の老人は妊婦さんと同じく時間が経つとすぐに緑(正常)から黄色(要注意)、黄色から赤(危険)の状態に変わる可能性があります。認知症予備軍、要介護者は3日もあれば廃用症候群に移るからです。大きな災害の場合、この日付単位、週単位の時間経過を予測しておくことが必要です。

このように、妊婦さんや子どもをはじめ、高齢者、障がいをもつ人、外国人など弱者のトリアージに関しては、このままにせず議論の場を設けようという方が増えてきました。救急医師や災害医療の専門家

の方々も、弱者に配慮したトリアージ方法を考えようとしてくださっています。日本産科婦人科学会が妊婦の識別欄を設けるよう、日本救急医学会に要望したということが2013年11月1日の読売新聞夕刊トップ記事で取り上げられました。

マイノリティの妊婦さんと赤ちゃんの命を守るために、できることからしていこうという救急分野の専門家、災害医療の専門家、産婦人科医の連携姿勢。今後、非常時のトリアージ方法を変えるのであれば、いろいろな分野の方々も協働して、すべての弱者をカバーする改訂につなげないといけません。そして、高齢化が進む日本で弱者視点を持つトリアージ・タグをつくって世界に発信し、日本が誇る世界貢献にできるといいな、と希望を抱いています。

### 必ず成功する！災害時の妊産婦支援マニュアル

現在、国から2つの研究資金(下記)をいただき、表のような災害時妊産婦支援ツールを開発しており、訓練や改善を重ねて、全国の誰もが使えるようなものになっています。

- 1) 厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「妊産婦・乳幼児を中心とした災害時要援護者の福祉避難所運営を含めた地域連携防災システム開発に関する研究」(研究代表者:吉田穂波、平成25~27年度)
- 2) 科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金:若手研究(B))「災害時に求められる母子保健—東日本大震災における母子の健康影響に関する研究から—」(研究代表者:吉田穂波、平成24~26年度)

### 今後の展望と謝辞

最終回までお読みいただき、本当にありがとうございました。本誌をご覧になっている皆様と今回の被災経験を共有できたこと、次の災害への準備につながるような経験値の蓄積ができたことは幸運だったと感謝しております。今後とも、地域で、行政で、社会全体で、災害時の母子を守る仕組みづくりに奔走し、いつの日か皆様に成果をご報告できる機会があればと思っておりますし、災害時の妊産婦さん、乳幼児の命を守るために少しでもお役にたてることがあればと願っております。読者の皆様からの災害対応に関するご意見、ご質問などありましたらご連絡いただければ嬉しいです。

いただいた励ましを糧に、「新しい命を身籠ること

は最大の幸運で、最高の社会貢献!と思えるような、誰でも産みたくくなるような社会づくりのために精進していこうと思っております。

最後に、PCATでお世話になった皆様、PCOTプロジェクトメンバーの太田寛先生(北里大学医学部公衆衛生学)、池田裕美枝先生(洛和会音羽病院)、大塚恵子先生(東京大学医学部国際地域保健学)、春名めぐみ先生(東京大学医学部母子保健学)、宗祥子氏(松が丘助産院)、災害時妊産婦救護トレーニングの開発に尽力されている新井隆成先生(金沢大学医学部周生期医療専門医養成学)、PCAT 初期から妊婦さんへの視点を持って活動されていた藤岡洋介先生、網分信二先生(静岡家庭医養成プログラム)、林健太郎先生(裸足医チャンプルー)、プロジェクトに貴重な示唆を与えてくださった渡邊亮氏(東京大学医学部公共健康政策学)にはこの場をお借りして深謝いたします。

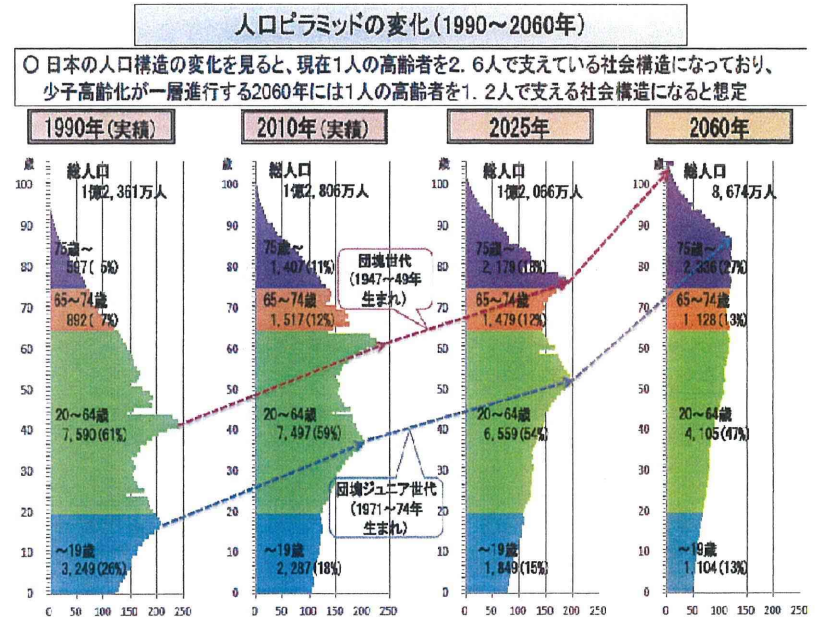
表 災害時妊産婦支援ツール(開発中)

【実践編：災害時にすぐ使えるツール】
①被災地の妊産婦さんや乳児アセスメント・ツール
②災害時の母子抽出・申し送り・災害医療専門家から母子専門家への引き継ぎシステム
③妊産婦支援センター(マタニティハウス)あるいは母子救護所設置マニュアル(安全な飲料水、食糧、母乳育児援助に精通した人員の確保、哺乳びん、乳首などの煮沸・洗浄が可能な設備、オムツやトイレなど最低限必要な物品の備蓄、など)
【準備編：支援する側が平時に準備すべきこと】
④避難所運営訓練：HUG(避難所運営ゲーム)を使用した訓練
⑤母子保健に特化した専門家の人材派遣システムづくり
⑥医師、保健師、助産師、栄養士その他専門家団体の連携で、従来よりもスピードを重視した援助：UNFPA が配布する Reproductive Health kit(分娩セット、避妊セット、内診台、分娩台、ポータブル小型超音波検査、分娩セット、体重計など)を要請するシステムづくり
⑦全国の各地方自治体(二次医療圏)における災害時産科プロバイダー登録・派遣システムと派遣前研修
研修内容：
1) Advanced Life Support in Obstetrics(ALSO)2 日間コース
2) 母子専門家向けコミュニケーション・トレーニング(周囲の目を気にする人が負担に

感じない会話のボキャブラリー、問いかけのボキャブラリー、など)

- 3) Psychological First Aid
- 4) 災害時母子コーディネーター養成訓練(保健師、助産師、栄養士、ボランティア団体、産婦人科医、小児科医、小児精神科医、助産師、保健師、栄養士、その他)  
内容・人材派遣、ロジスティクス(人事、車や宿舍手配)  
・物品・薬品の寄付を申請する方法、要請先：国際保健医療機関、国内外 NGO、NPO、製薬協、製薬ユニオン、日本赤十字社、済生会病院本部、日本国立病院協会など  
・支援イベント、研修会、講習会、広報  
・助成金申請方法、助成団体連絡先、申請書の書き方、企画書の書き方
- 5) 支援者へのケア(ストレス・マネジメント含む)
- 6) 組織内でのコンフリクト・マネジメント
- ⑧支援プロジェクト内で必要となる業務、役割分担についてマニュアルやアクション・シートの開発・作成
- 1) 避難所に入所する際の手順
- 2) 避難所管理者用キット
- 3) 避難所住民名簿・調査票
- 4) 施設使用の際の決まり
- 5) 食料配布の決まり
- 6) 情報共有の決まり
- 7) 健康管理サービス
- 8) メンタル・ヘルス・ケアのサービス
- 9) ボランティア採用・配置の決まり
- 10) 資源・物資供給と受け入れの決まり
- 11) メディア・コミュニケーション
- 12) 寄付に対する姿勢
- 13) 貸借品に関する決まり
- 【準備編：支援を受ける側が平時に準備すべきこと】
- ⑨自力力アップ講習会：平時からのチェックリスト(母子手帳、保険証、地域の給水施設や備蓄場所、かかりつけ医連絡先)
- ⑩母子向け防災講習会
- ⑪災害時の栄養講習会
- ⑫リーダー育成講習会：子育て支援グループ、行政の連携で子育て防災フェスティバルの開催など
- ⑬町会、民生委員、自治会、行政の担当部署(健康課か子育て支援課：担当が地方自治体によって異なる)など、協力体制をつくるべき組織との定期的な連携協議会

図





本社 〒104-8243 東京都中央区銀座6-17-1 電話(03)3242-1111(代) www.yomiuri.co.jp

# トリアージタグ改善へ

## 妊婦区別なし・色覚異常で誤認も

災害や事故現場で負傷者の重傷度を色分けして識別する「トリアージタグ」の様式に不備があるとして、見直しを求める声が上がっている。現行の様式では妊婦の識別欄がないほか、色覚異常がある人は色の違いを判別しにくい場合があるためだ。日本救急医学会は改善に向けた検討に乗り出した。

### 救急医学会が検討

トリアージタグは治療の付ける。4色に分類され、優先順位を示す札で、氏名、黒は「死亡が救命の見込みや性別、搬送先などの記載がない状態」、赤は「最優先があり、原則、右手首に、先で治療が必要な重傷」、黄は「すぐ治療しなくても生命に影響はないが処置が必要」、緑は「軽傷」。

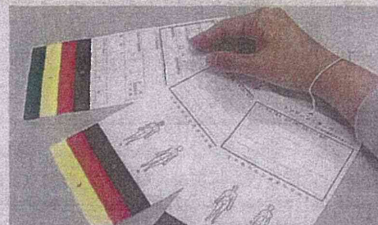


笑顔で年賀はがきを渡す藤田麻生氏(左)とトリアージタグを渡す小川大樹君(中央)。1日午前、東京都千代田区で。＝沼田光太郎撮影

東日本大震災をきっかけに災害弱者の存在が浮き彫りになり、タグの不備も問題視されるようになった。

支援活動に関わった産科医からは、震災時、被災妊婦の届所がわからず支援が困難し、妊婦の識別欄が必要との声が上がった。識別できないと、エックス線検査を避けるなど胎児への影響に配慮できない懸念もある。交通事故現場でも、けががなく治療対象にならない妊婦の容体が後に悪くなり胎児が死亡した例があるという。日本産科婦人科学会は今年7月、識別欄を設けるよう日本救急医学会に要望した。

眼科医からも、色覚異常のある人が識別できない恐れがあるとの指摘がある。赤が黒く、ぼく見える色覚異常の場合、直ちに治療の必要がある赤のタグを、死亡



トリアージタグ 多数の負傷者が出た際に重傷度や治療の緊急性を表示するために使う。トリアージは仏語で「選別」の意。タグの4色の色は国際的に統一されている。日本では1994年の中華航空機墜落事故での混乱を教訓に、96年に標準様式が定められた。

### 在外被爆者 医療費拡充へ 厚労省

海外に住む被爆者への医療費補助について、厚生労働省は1日、助成制度を拡充する方針を明らかにした。大阪地裁で先月24日、在外被爆者の自己負担全額支給を認めた判決が出たことを受けた対応。現在、年間約18万円を上限としている助成額を引き上げるなどして、国内の被爆者と同水準の救済を目指す。1日閣議後の記者会見で田村厚労相が明らかにした。国内の被爆者への医療費助成は、被爆者援護法に基づき、国などが医療費を全額負担する仕組みだが、在外被爆者について明確な規定はない。2004年度からは在外被爆者に医療費を助成する

者など緊急治療の対象にならない果と間違えやすい。赤が黒っぽく見えるタイプの色覚異常の人は日本男性の1割を占める。日本救急医学会は、関係学会や厚生労働省など関係機関と連携し、妊婦の識別欄を占める。人でも多くの命を救うために、よりよい改善を目指したい」と話している。

五目人形  
とうぎく  
玉  
藤原 東玉  
上野原町(6号)2  
0-39-3501  
756-1111

好評開催中  
大和奇縁  
国立科学博物館



読売新聞 2013年12月6日

### 災害時のトリアージ

災害時、重症度や緊急性に応じて傷病者を選別する「トリアージ」。東日本大震災を契機に、トリアージで妊産婦（妊婦や産後の女性）をはじめとする災害弱者が十分考慮されていない課題が浮き彫りになり、日本救急医学会など関係学会が見直しを求めた。

# 妊産婦ら識別体制必要

トリアージ・タケ 日本では1994年の中華航空機墜落事故で、消防や医師会など関係機関による様式が異なり、現場が混乱したのを教訓に、96年に標準様式が定められた。下部に4色の帯（上から黒、赤、黄、緑）があり、色の境界をシン目につけて切り取り、最下段の色で識別する。原則右手首に付ける。



医療部 高梨ひさ子

トリアージは救出や搬送、治療の優先順位を決めるもので、「選別」を意味する仏語。大きな災害や事故の際、できるだけ多くの人を救うために行われる。トリアージでは、傷病者を4色の識別票トリアージ

「タケ」写真で選別し、この色分けは国際的に共通している。東日本大震災の後、問題だまがない状態、赤は「優先で治療が必要」、黄は「すぐ治療しなくても生命に影響はないが処置が必要」。日本産科婦人科学会（日本産婦）は今年7月、日本救

急医学会に対し、妊婦の識別票を設けるよう文書で要望。同学会は「産婦などと連携し、妊婦をはじめ災害弱者対策の検討を始めた。きっかけは、被災地で支援活動をした医師らから、各地の避難所に分散した妊産婦の居所の把握に手間取り、支援が難航した体験談が相次いだことだ。明確なデータはないが、医療支援の対象にすくい上げられなかった妊産婦は、後に健康を害するリスクが高い。被災地支援に携わった国立保健医療科学の吉田穂波・主任研究員は「妊婦は、劣悪な環境での避難生活やストレスで急に体調が悪化する恐れがある。高齢者や持病のある人と同様、『緑』がすぐに『黄』や『赤』に変化しやすい」と指摘する。

実際、津波被害にあった宮城県女川町の医師によると、当初はなかった妊産婦が後になって出直し、流産した例があった。同県内の別の医師によると、南三陸町では、民宿や自宅で孤立した産後間もない母子が健診を受けられず、体調を崩していた例があり、「災害時、妊産婦がどこでどのような状況にあるか把握する必要を感じた」という。妊産婦救護のあり方を研究する金沢大の新井隆成・特任教授は「最初のトリアージの段階で妊婦を確実に把握し、母子に命の危険が

及ぶような妊産婦特有の病気を見過ごさない体制づくりが必要だ」と訴える。妊産婦の居所を把握した後は、どう支援すればいいのか。例えば東京都文京区は昨年8月、災害時に妊産婦と乳幼児専用の「母子救護所」を設けようと決めた。区内の女子大の校舎を借り、派遣された医師や助産師が心身をケアするもので、現在、具体的な運営方法を検討している。全国的にも珍しい取り組みで、他の自治体の参考になりそうだ。

現行のトリアージには、救護する側にとっての問題点もある。赤が黒っぽく見えるタイプの色覚異常の人は、死亡を告げる「黒」のタグと、緊急治療の必要がある「赤」を間違いない。今年7月、救急医療の学会で問題提起した眼科医の澤充・日大名誉教授は「こうした色覚異常は日本男性の1%を占め、無視できない数。誰もが見やすく改めるべきだ」と話す。

災害弱者には妊産婦や乳幼児のほか、高齢者、障害者、持病のある人も含まれる。災害時は弱者ほどタケが大きい。優先的なケアが必要だ。医療界、行政機関など関係者が知恵を出し合い、災害弱者が支援から漏れることなく、しかも誰もが間違えないトリアージの仕組みを再構築してほしい。

Copyright © 2013 Yomiuri Shimbun. All rights reserved.



## 避難女性支援



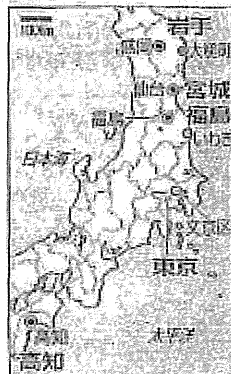
震災後に女兒を出産した母親（左）を訪問する吉田穂波さん（中右） 112011年5月、仙台市宮城野区

「女性の視点など意識したことがなかった」。仙台市の市民センターの男性館長(56)がつぶやいた。市内で2月開かれたワークショップ。東日本大震災の事例から、区役所職員らが女性の立場で避難所運営を考えた。「生理用品や女性用下着の支援物資をどう配る」「屋外の仮設トイレに行くのが怖い」。さまざまな問題を取り上げた。

企画した1人で、せんだい男女共同参画財団の渡辺ひろみさん(48)は「震災では女性が声を上げにくい避難所が多かった」と指摘する。岩手県大槌町の女性は約5カ月間、仕切りも更衣室がない中で着替えを続けた。

南海トラフ巨大地震が想定

## 手薄だった妊産婦保護



される高知市。女性職員14人による検討委員会が昨年末、女性の視点による災害対策の報告書をまとめた。東北の被災地を視察した西村浩代委員長(53)は「女性や高齢者などへの配慮が必要と実感した」と話す。

大震災では妊婦や産後の女性への支援が手薄だったとも指摘された。

福島県いわき市の主婦池藤典子さん(36)は東京電力福島第1原発事故後、一時的に自主避難した。妊娠2カ月で幼い息子2人を抱えて水戸市などを転々とし、新潟市で出産した。「行く先々での病院探しが大変だった。どこでも妊婦健診費の助成が受けられ、子どもを預かってくれるとよかったのに」と振り返る。

産婦人科医で、国立保健医療科学院主任研究官の吉田穂波さん(48)は震災直後に宮城県入りした。かかりつけの産婦人科が被災し、津波で車が

流されて妊婦検診に行けない女性たちに出会った。

こうした事情を自治体職員らに伝えると「もっと大事なことがある」と返された。5人の母親でもある吉田さんは「妊婦はげがや病気をしていなくてもリスクが大きい。過度のストレスで状態が急変する可能性もある」と強調する。

吉田さんは来日したイストラエルの医療チームの装備に驚いた。内診台や分娩台、新生児蘇生設備などを備え、医療面でも日本との違いを感じた。

吉田さんの動き掛けで、東京都文京区は、災害時に妊産婦や乳幼児専用の「母子救護所」を設置すると決めた。区内の女子大と提携してキャンパスを借りる。

福島県でも地元を離れた妊産婦を支えた動きがあった。内陸部で「会津助産師の家おひさま」が開設され、不安を聞き取り、育児指導をした。マタニティマークの災害

版や、電子母子手帳による妊産婦の安否確認、妊産婦を把握する「トリアージ」……。さまざまな活動に取り組み吉田さんは「非常時でも当たり前に妊産婦が守られ、気兼ねなく過ごせるように」と願う。



女性の視点から避難所運営を考えるワークショップの参加者＝2月、仙台市

# 教訓 あの目から 大震災3年

「女性の視点など意識したことがなかった」。仙台市の市民センターの男性館長(56)がつぶやいた。市内で2月開かれたワ

「女性職員の14人による検討委員会が昨年末、女性の視点による災害対策の報告書をまとめた。東北の被災地を視察した西村浩代委員長(53)は「女性や高齢者

ワークショップ。東日本大震災の事例から、区役所職員らが女性の立場で避難所運営を考えた。

「生理用品や女性用

## ④完 避難女性支援



する。岩手県大槌町の女性は約5カ月間、仕切りや更衣室がない中で着替えを続けた。

などへの配慮が必要と実感した」と話す。大震災では妊婦や産後の女性への支援が手

# 妊産婦を守る対策検討を

しが大変だった。どこでも妊婦健診費の助成が受けられ、子どもを預かってくれるところがあったのに」と振り返る。

産婦人科医で、国立保健医療科学院主任研究官の吉田穂波さん(40)は震災直後に宮城県入りした。かかりつけの産婦人科が被災

病気をしていなくてもリスクが大きい。過度のストレスで状態が急変する可能性もある」と強調する。

吉田さんは来日したイスラエルの医療チームの装備に驚いた。内診台や分娩(ぶんべん)台、新生児蘇生設備などを備え、医療面でも日本との違いを感じ

た。

吉田さんの働き掛けで、東京都文京区は、災害時に妊産婦や乳幼児専用の「母子救護所」を設置すると決めた。区内の女子大と提携してキャンパスを借り

た。

福島県でも地元を離れた妊産婦を支えた動きがあった。内陸部で「会津助産師の家 おひさま」が開設され、不安を聞き取り、育児指導をした。

マタニティマークの災害版や、電子母子手帳による妊産婦の安否確認、妊産婦を把握する「トリアージ」...

さまざまな活動に取り組む吉田さんは「非常時でも当たり前のよう

に妊産婦が守られ、気兼ねなく過ごせるよう

に」と願う。

下着の支援物資をどう配る」「屋外の仮設トイレに行くのが怖い」。さまざまな問題を取り上げた。

企画した1人で、せんだい男女共同参画財団の渡辺ひろみさん(48)は「震災では女性が声を上げにくい避難所が多かった」と指摘

▽病院探し  
南海トラフ巨大地震が想定される高知市。女性職員14人による検討委員会が昨年末、女性の視点による災害対策の報告書をまとめた。東北の被災地を視察した西村浩代委員長(53)は「女性や高齢者

薄だったとも指摘された。福島県いわき市の主婦池藤典子さん(36)は東京電力福島第一原発事故後、一時的に自主避難した。妊娠2カ月で幼い息子2人を抱えて水戸市などを転々とし、新潟市で出産した。「行く先々での病院探

し、津波で車が流され、妊婦検診に行けない女性たちに出会った。

▽母子救護所  
こうした事情を自治体職員らに伝えようと「もっと大事なことがある」と返された。5人の母親でもある吉田さんは「妊婦はけがや

# 教訓

## あの目から

### 東日本大震災3年

「女性の視点など意識したことがなかった」。

仙台市の市民センターの男性館長(56)がつづやいた。市内で2月開かれたワークショップ。東日本大震災の事例から、区役所職員らが女性の立場で避難所運営を考えた。

「生理用品や女性用下着の支援物資をどう配る」「屋外の仮設トイレに行くのが怖い」。さまざまな問題をとり上げた。企画した1人で、せんだい男女共同参画財団の渡辺ひろみさん(48)は「震災では女性が声を上げにくい避難所が多かった」と指摘する。岩手県大槌町の女性は約5カ月

## 4 避難女性支援

▽病院探し  
間、仕切りや更衣室がない中で着替えを続けた。



震災後に女児を出産した母親(左)を訪問する吉田穂波さん(中央) 2011年5月、仙台市宮城野区

南海トラフ巨大地震が想定される高知市。女性職員14人による検討委員会が昨年末、女性の視点

による災害対策の報告書をもとめた。東北の被災地を視察した西村浩代委員長(53)は「女性や高齢者などへの配慮が必要と実感した」と話す。

大震災では妊婦や産後の女性への支援が手薄だったとも指摘された。福島県いわき市の主婦



池藤典子さん(36)は東京電力福島第1原発事故後、一時的に自主避難した。妊娠2カ月で幼い息子2人を抱えて水戸市などへ転々と、新潟市で出産した。行く先々での職員らに伝えようと「もっ

▽母子救護所  
こうした事情を自治体職員らに伝えようと「もっ

病院探しが大変だった。どこでも妊婦健診費の助成が受けられ、子どもを預かってくれるところが見つからなかった。と振り返る。

産婦人科医で、国立保健医療科学院主任研究官の吉田穂波さん(40)は震災直後に宮城県入りした。かかりつけの産婦人科が被災し、津波で車が流されて妊婦検診に行けない女性たちに出会った。

## 手薄だった妊産婦保護

と大事なことがある」と返された。5人の母親でもある吉田さんは「妊婦はけがや病気をしているだけでもリスクが大きい。過度のストレスで状態が急変する可能性もある」と強調する。

吉田さんは来日したイヌアールの医療チームの装備に驚いた。内診台や分娩(ぶんべん)台、新生児蘇生設備などを備え、医療面でも日本との違いを感じた。

## 災害対策に女性の視点を



女性の視点から避難所運営を考えたワークショップの参加者 2月6日、仙台市

「おわり」



W

重りが入った妊婦体験ジャケットを着た女子大生らが息を切らして階段を上り、分娩室を模した教室で助産師の問診を受ける。「おなかが大き」と本当に大変だね。額に汗を浮かべた学生らは口々に語った。

妊婦や出産の間もない女性専用の避難所「母子救護所」を設ける全国初の防災訓練。仕掛け人の産科医で、国立保健医療科学院主任研究官の吉田穂波さん(40)は手本を感じた。自らも9歳の長女をはじめ5人の子供を育てる母親だ。

2011年4月。被災地の医療支援で宮城県内の避難所を回るうち、女性の困難な状況を目にした。段ボール1枚を敷いた床で他人と身を寄せあつて過ごし、着替えもままならない。

特に深刻だったのが、体調管理や授乳で配慮が欠かれない妊産婦だった。体調が悪くなくても、避難所に診療を訪れたのが外科医だったことから十分な処置を受けられなかった人もいた。

# 私たち目線で防災リード

避難所運営などをめぐる混乱が続いた東日本大震災から3年。首都直下地震や南海トラフ地震も懸念されるなか、男性にない視点で災害対応力の向上に取り組む女性が目立ってきた。

えると、担当者は熱心に耳を傾けてくれた。避難所となる複数の大学や都助産師会にも協力してもらい、母子救護所の計画を作成。昨年秋に跡見学園女子大(東京・文京)で行った最初の訓練には文京区も協力し、助産師や学生ら120人が参加した。このモデルを全国に広げることが目標だ。

が目につく。宮崎市で海沿いの平野部に位置する島山地区。江戸時代の1662年、日向灘を震源とする「外所(とんどころ)地震」の津波で約200人が犠牲になったと伝えられ、地区の一角には7つの供養碑が並ぶ。教訓を継承しようと、住民らが約50年ごとに建ててきた。

住民の防災意識はともも高いが、東日本大震災を機に避難や炊き出しの訓練など活動が活発化した。

台までは約1・5。高齢者を車いすやヤカーで運んだ訓練で「全員の避難まで30分以上かかった。訓練すればするほど難しさが分かった」。



災害時の医療活動について議論する医師の会合に参加する吉田さん



(写真左から時計回りに)活動報告会で話す浅野さん、外所地震の供養碑の手入れに訪れた泉さん(手前)、妊産婦の防災訓練で乳児の人形を抱える学生ら

2月。大学教員や市民団体関係者でつくる「東日本大震災女性支援ネットワーク」が都内で開いた防災トレーナー養成講座。同団体の防災研修コーディネーター、浅野幸子さん(41)は、東日本大震災で女性が直面した避難生活上の問題を参加者に紹介した。

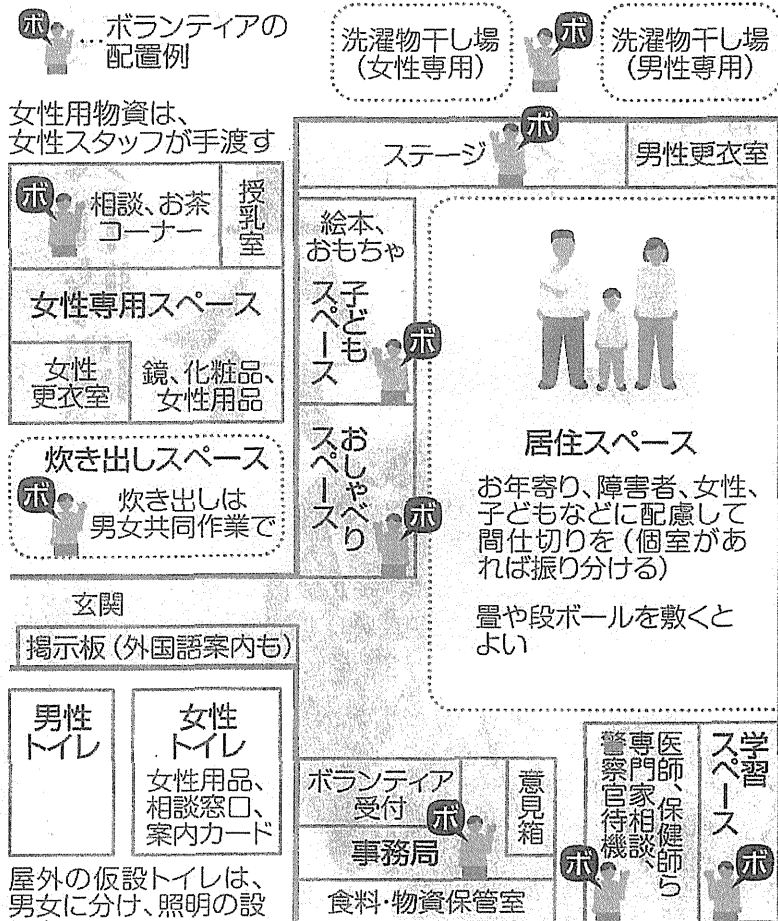
「避難所に仕切りや更衣室がない」「トイレは男女共同」「生理用品が足りなくても、避難所の物資担当者は男性が多く言い出しにくい」。



# 我慢を強くない避難所に



### 避難所設営イメージ図 (体育館などの場合)



ボランティアの配置例

女性用物資は、女性スタッフが手渡す

相談、お茶コーナー

女性専用スペース

鏡、化粧品、女性用品

炊き出しスペース

炊き出しは男女共同作業で

玄関

掲示板(外国語案内も)

男性トイレ

女性トイレ

屋外の仮設トイレは、男女に分け、照明の設置を

洗濯物干し場(女性専用)

洗濯物干し場(男性専用)

ステージ

男性更衣室

絵本、おもちゃ

子どもスペース

おしゃべりスペース

居住スペース

お年寄り、障害者、女性、子どもなどに配慮して間仕切りを(個室があれば)畳や段ボールを敷くとよい

学習スペース

ボランティア受付

意見箱

事務局

食料・物資保管室

避難所の多くは更衣室や仕切りがなかった。下着などがなくてもサイズや種類までには言いにくい。宮城県内を中心に支援活動をする石本めぐみさんは「イヤなことや要望を口にできない

## 女性の視点を生かす

国の防災基本計画で男女の視点を考える体制がうたわれたのは新潟県中越地震後の翌二〇〇五年。だが、多くの地域では防災組織や避難所運営責任者に女性を

「子どもがいると避難所は居づらい」「夜泣きを怒られた」。東日本大震災で被災した母親らを支援したNPO法人「ママプリーグ」理事長のロー紀子さん(40)は、こうした声を何度も聞いた。多くの母親が避難所ではなく半壊した家や車で過ごした。避難所では、妊娠初期なのに力仕事をし、流産した女性もいた。

東北の被災地の生活再建を支えてきた人々にも支えが必要だ。彼女たちの声を防災や復興で生かす試みを二回に分けて紹介する。

栃木県では避難所設営例などを作成。東京都市圏では防災計画で妊婦や乳児の支援を明文化。一二年秋には全国に先駆け、妊婦ら専用の救護所を作る協定を区内の大学などと結んだ。行政担当者が代わっても実践できるよう、研修を受けた女性職員の避難所での配置も決め、訓練を繰り返している。(砂本紅年)

「女性があつたようだ」と話す。男性の物資担当者が生理用品を配布したケースもあったという。

「女性が自分に必要な物すら言えないと、彼女らがケアするアレルギーのある子や寝たきりのお年寄りに必要な物も言えない。結果的に弱者切り捨てになる」。地域防災が専門の早稲田大招聘研究員浅野幸子さん(40)は指摘する。自主防災組織の多くは自治会や町内会が基盤。役員の大半が年配男性で、避難所でも男性が仕切り、トップダウンで我慢を強いる体制になりがちだ。

入れるまで浸透せず、大震災で女性ならではの困難が浮き彫りに。この三年間に、女性のニーズに配慮した運営やボランティア配置のマニュアル作りが、各自治体で始まっている。

※栃木県、とちぎ男女共同参画財団の冊子を参考に作成

