

吉田穂波	小さいけれど、大きな未来を抱えたいのち—災害時に胎児や子どもを守るため、どんなシステム作りが進められているのか、何が出来るのか. 近代消防. 2015;53(1):118-120.	無	和文	国内誌
吉田穂波	東日本大震災を踏まえた災害時次世代救護のための解決策. 東京保険医新聞. 2014;1602:2	無	和文	国内誌
吉田穂波	小さな命を救え! 災害時の母子支援. 診療研究. 2015;505:33-38	無	和文	国内誌
吉田穂波	身に染みてわかった産後ケアの重要性. 助産雑誌. 2015;69(2):72-77.	無	和文	国内誌
吉田穂波	低出生体重児の増加の原因と効果的な保健指導方法を探る. 茨城県母性衛生学雑誌. 2014;32:39-42	無	和文	国内誌
吉田穂波	吉田穂波、加藤則子、横山徹爾. 人口動態統計から見た長期的な出生時体重の変化と要因について. 保健医療科学. 2014;63(1):2-16	有	和文	国内誌
吉田穂波	加藤則子、瀧本秀美、吉田穂波、横山徹爾. 乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査. 保健医療科学. 2014;63(1):2-16	有	和文	国内誌
吉田穂波	吉田穂波、加藤則子、横山徹爾. 我が国の母子コホートにおける近年の状況、及び母子保健研究から今後への展望. 保健医療科学. 2014;63(1):2-16	有	和文	国内誌
吉田穂波	災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割②妊産婦を守るための平時からの備え. 助産雑誌. 2014;68(1):72-77	無	和文	国内誌
吉田穂波	災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割③いざというときの安心リソース. 助産雑誌. 2014;68(2):166-171	無	和文	国内誌
吉田穂波	災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割④必ず成功する災害時の妊産婦支援マニュアル—東日本大震災の経験から. 助産雑誌. 2014;68(3):252-256	無	和文	国内誌
	災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割①連載を始めるにあたって. 助産雑誌. 2013;67(1):52-55.	無	和文	国内誌
	女性医師を離職させないための5カ条. 月刊保団連. 2012;1108:15-22.	無	和文	国内誌
吉田穂波、加藤則子	新生児栄養の変遷. 周産期医学. 2012;42:412-416.	無	和文	国内誌
吉田穂波	吉田穂波. 災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割②被災地妊産婦の状況について「わかっていること」と「わかっていないこと」. 助産雑誌. 2013;67(2):158-163.	無	和文	国内誌
吉田穂波	災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割③被災地で、助産師さんが必要とされた理由. 助産雑誌. 2013;67(3):324-327.	無	和文	国内誌

吉田穂波	災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割④避難所巡回妊産婦健診とアセスメント・シート (1) . 助産雑誌. 2013;67(4):324-327.	無	和文	国内誌
吉田穂波	吉田穂波. 災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割⑤避難所巡回妊産婦健診とアセスメント・シート (2) . 助産雑誌. 2013;67(5):324-327.	無	和文	国内誌
吉田穂波	災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割⑥子育ての「安心拠点」づくり——親子がホッとできる場を. 助産雑誌. 2013;67(6):324-327.	無	和文	国内誌
吉田穂波	吉田穂波. 災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割⑦支援のひきぎわ、自立支援の大切さ・難しさ. 助産雑誌. 2013;67(7):324-327.	無	和文	国内誌
吉田穂波	災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割⑧被災地の開業産婦人科医師の支援. 助産雑誌. 2013;67(8):324-327.	無	和文	国内誌
吉田穂波	災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割⑨東日本大震災時の周産期アウトカム. 助産雑誌. 2013;67(9):324-327.	無	和文	国内誌
吉田穂波、横山徹爾、加藤則子	出生時体重の低下は何が問題か 乳幼児身体発育調査からみる要因と、効果的な保健指導の方法を探る. 保健師ジャーナル. 2012;68:11:948-955.	無	和文	国内誌
吉田穂波、加藤則子	特集 乳幼児健診Q&A I. 成長発達 乳児健診で体重が増えすぎといわれました. 大丈夫ですか. 小児科診療. 2012;75(11):1813-1816.	無	和文	国内誌
吉田穂波	震災と子どもたち——東日本大震災後に求められる母子保健について. チャイルド・サイエンス. 2012;8:87-91	無	和文	国内誌
吉田穂波	小さな命を救え。災害時の母子救護①小さいけれど、大きな未来を抱えた「いのち」——災害時に胎児や子どもを守るため、どんなシステム作りが進められているのか、何が出来るのか. 近代消防. 2015;53(1):118-120.	無	和文	国内誌
吉田穂波	小さな命を救え。災害時の母子救護②震災から学んだことを未来へ—災害時の妊産婦、乳幼児への支援. 近代消防. 2015;53(11):114-115.	無	和文	国内誌
吉田穂波、渡邊直子	災害時の妊産婦の救助・支援—産婦人科医として何ができる?. 山梨産科婦人科学会雑誌. 2016;6(2):2-9.	無	和文	国内誌

Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷

小さな命を救え！災害時の母子支援

国立保健医療科学院 生涯健康研究部
母子保健担当 主任研究官



吉田 穂波

現在、日本は世界一子ども(14歳未満)率の低い国であり¹⁾、子どもや子持ち家庭はマイノリティである。そのため避難所の妊産婦や乳児は声を上げづらく、管理・運営側からはそのニーズが見えづらい。

乳児は被災地において特にリスク下に置かれ、災害時には母子にとって安心して過ごせる場所と、安全で十分な食糧や飲料水が確保されにくい²⁾。

3.11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)の一環として震災直後から9月1日まで家庭医と産婦人科医、助産師の中から被災地支援者を募り、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た。

(1) 3.11で明らかになった課題

東日本大震災(以下、3.11)で重大な被害を受けた東北地方では、もともと診療所での分娩率が半数前後と高く(図表1)、特に宮城県は診療所の7割が分娩対応中止となった(図表2)。

被災地の医療施設は保健師と連携して妊産婦の状況を把握しようと努めていたが、市町村によっては母子保健担当保健師たちも役所内の業務や避難所の衛生管理に追われて母子保健業務を優先的に行えなかったため、末端の保健所や妊産婦の状況把握は困難を極めた。「母子のことは気になっているものの、災害時のマニュアルに母子保健関連のことが書いていないので、どうしても後回しになってしまう」という声が、多くの保健師から聞かれた。

災害時には地域の医療従事者をはじめとして、子どもを取り巻くすべての関係者の

図表1 被災地およびその周辺の産婦人科医療供給体制

	人口*	分娩数**			診療所分娩率(%)
		全体	病院	診療所	
青森	1,388,000	11,242	5,168	6,074	54.0
岩手	1,347,000	11,624	6,058	5,566	47.9
宮城	2,329,000	18,536	9,001	9,535	51.4
秋田	1,105,000	8,107	5,559	2,548	31.4
山形	1,182,000	10,437	6,183	4,254	40.8
福島	2,043,000	18,594	8,068	10,526	56.6
茨城	2,923,000	24,483	13,839	10,644	43.5

* 2008年人口動態調査から

** 2010年日本産婦人科医会施設情報調査から
岩手、宮城、福島3県で年間分娩件数は48,754件

図表2 被災地の分娩施設の状況

	全分娩施設数	病院数	診療所の分娩取扱率(%)	診療所数		
				分娩対応可能	分娩対応中止	合計
岩手	38	10	47.9	20	8 (29%)	28
宮城	49	18	51.4	9	22 (71%)	31
福島	54	23	56.6	17	14 (45%)	31
合計	141	51		46	44 (49%)	90

日本産婦人科医会提供資料から作成(2011年)

連携が必要である。筆者らは2011年4月1日から5月15日までの間に避難所で被災した妊産婦を訪れニーズアセスメントを行った³⁻⁶⁾。

多くの妊婦は妊娠していることを自分から周囲に言えずにいた。分娩・診察可能な産科医療機関に関する情報がなく、一方で避難所の救護所では妊婦であることを理由に診察を断られていた。栄養が非常に偏っており、脱水傾向、便秘、精神不安、不眠、深部静脈血栓症のリスクを負っていた。

プライバシーを得るため、避難所からライフラインが通っていない自宅に帰っている妊婦もいたが、重い水を運び寒さを耐え忍ぶため劣悪な環境におかれていた。他府県に出産受け入れ施設があるという情報を提供したが、家族のことが気がかりで、仮設住宅に入居したいことからできるだけ地元を離れたくないとのことであった。

宮城県の東北大学東北メディカル・メガバンク機構地域医療支援部門が宮城県の津波被災地の周産期予後について解析した結果、早産児、低出生体重(LBW)児の割合も低く、周産期予後は予想に反して良好であった半面、妊娠高血圧症候群(PIH)が

震災後に増加傾向を示し、産後うつ病の高リスクが2割を超えた⁷⁾。

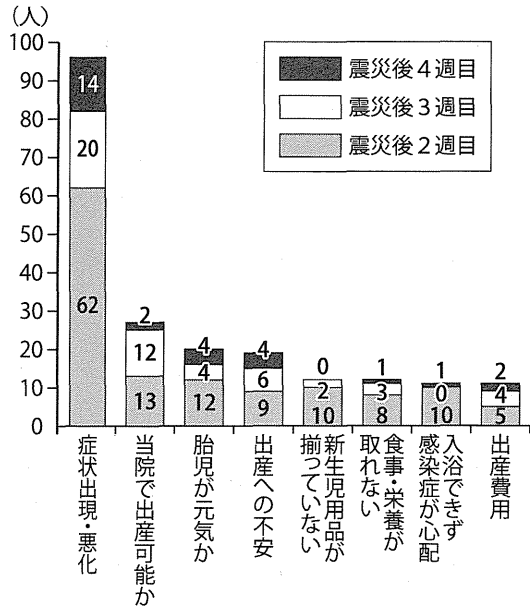
また、岩手県立大船渡病院が、震災後の1カ月間に受診した妊婦の不安・悩み・症状を調査した結果によると⁸⁾(図表3、4)全般に避難所生活の悪影響が見られていた(図表5)。津波で車を流された、ガソリンがない等で、移動手段を失ったことで妊娠初期の受診が遅れる、妊婦健診を受けられない、情報の欠如・連絡方法喪失により飛び込み受診・飛び込み分娩が多発したことが明らかになった。

筆者が「人口動態調査死亡票」を用いて解析した3.11当日のゼロ歳児死亡の解析によれば、被災3県で70名のゼロ歳児が死亡している。そのうち44名は溺死で、全て病院外での死亡であった(注1)。

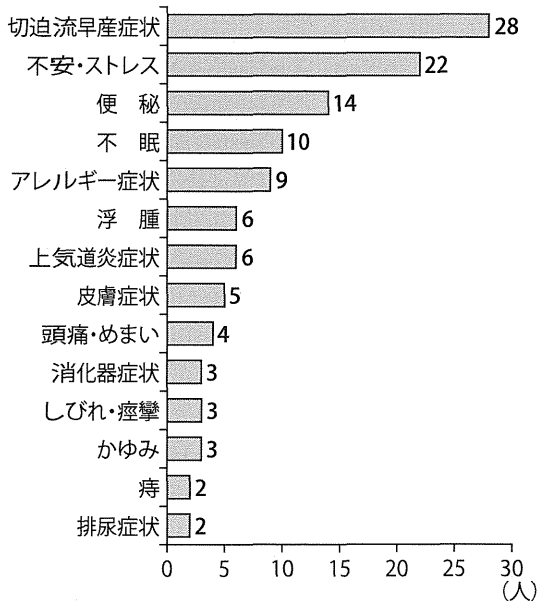
これらの経験から、災害時に母子を守るためには病院で待っているだけでは不十分で、産婦人科・小児科医療従事者だけでは役に立たないこと、プライマリ・ケア医師のような、地域に根付いたスタイルと幅広い診療能力が必要となることが分かった。

また、筆者は病院だけではなく、地域とともに人々の健康を守るアウトリーチの姿勢(地方自治体や地域とともに支援の手にたどり着くことができなかつた母子へ、こちらから出向くこと)の重要性を痛感した。特に避難所で妊産婦と乳幼児を把握する方法や、災害時の分娩対応への十分な準備、妊産婦搬送手段と地域医療連携の仕組みが必要であり、次の災害までに確立するために、現職で政策研究や自治体の事業作りにかかわっている。

図表3 3.11後の妊婦の主訴



図表4 災害後妊婦に多い症状



(2) 次の災害時に母子を守るために私たちができること

① 妊産婦への対応ができる体制づくり

今後は、妊産婦への対応について平時から準備をしておく必要がある。特に避難所での産科医療ニーズに関しては十分な準備をすべきこと、救護所チームとして、助産師、看護師、事務、薬剤師などとの連携を図る必要があること、産科診療情報提供や、母子健康手帳情報のバックアップが必要で

図表5 避難生活で増加する産婦人科関連疾患

- ◎膣炎・外陰炎
- ◎骨盤内感染症(子宮付属器炎・骨盤腹膜炎)
- ◎月経異常(月経不順・続発無月経)
- ◎不眠症・不安神経症
- ◎膀胱炎
- ◎便秘症
- ◎人工妊娠中絶・緊急避妊

あり、避難している妊産婦の巡回訪問や地域での妊産婦健診を行う必要があることが明らかになった⁹⁾。

妊産婦の体は1人だけのものではなく、必要とするエネルギーがとても大きい。また、母親としての本能で子どもや自分を守ろうとするため、外界からの刺激や言葉、ストレスに敏感であり、強いストレスのかかる環境下では異常症状や強い不安を呈することが多い。安心して母乳をあげたり、休息したりできる空間が必要である。

ほかの被災者の方々も大変だが、その中でも特に、寒さや騒音、照明や外の光などを気にせずに済む特別な空間が必要であることを、常識として広めることが必要だ。また、産後の褥婦さんに対しては、妊婦さんと同様災害時要援護者であるとの認識を持つことも、今後への教訓の1つである。

② 災害直後の診療では母子健康手帳を活用

大きな災害を体験した後の母子は、なにがしかのショックを受けている。しかし、あからさまな「心のケア」や「調査」はなかなか受け入れられがたい。それでは、どのような形であれば、子どもやその親の手助けをできるのだろうか。

まずは、母子手帳を手にししながら、平時の妊婦健診、子どものことであれば子ども

の発達や成長についていろいろな問いかけをすることで、ケアに繋がれることが分かっている。妊婦健診・乳幼児健診とは一般的に疾患や障害を発見するためのスクリーニングであるが、受ける側は健康であるという保証を得て安心できることが多く、医療スタッフとの信頼関係を築くきっかけとなることもある。

患者の心配を受け止め、理解を示すだけで安心して支援者を頼れると感じ、その後の関係性に良い影響を与える。

③乳幼児身体発育曲線の活用

被災し、不自由な生活の中で子育てをすすめる中、子どもの環境を反映するのが体重や身長である。

まずは、子どもの身体計測をして被災前と比べてみると、被災後の栄養状態が分かる。一時点だけの計測値では将来への健康影響が決まるわけではないことを話すとともに、成長曲線¹⁰⁾やパーセンタイル発育曲線(2010年乳幼児身体発育調査報告書 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001t3so.html>)を紹介すると良い¹¹⁾。成長曲線はその範囲から外れたら即異常、という性質のものではないが、痩せや肥満の程度が診察のたびに増加しているような場合や、身長の伸びが悪くなっているような場合は注意が必要である¹²⁾。

④低出生体重児、知的障害児の増加に合わせた対応

近年、2500グラム未満で出生した低出生体重児の割合が増え、1975年には5.1%

であったのが1995年には7.5%へ、2007年には9.6%へと30年で倍増している¹³⁾。

若年女性がメディアや周囲から受ける痩せ志向が妊娠中の体重増加を抑える方向に働いていること、初産や高齢初産・不妊治療・多胎・帝王切開率の増加や分娩週数の早まりなどの要因も相まって、新生児の体重減少が予想を上回る速度で進行している。

また、2010年の人口動態統計によると、40-44歳で第一子を持つ女性は30年前の20倍の1.6%であり¹⁴⁾、年代の違うママ友達ができない、孤立しやすい、情報過多、親が高齢化しており介護が必要、という傾向が見られる¹⁵⁾。

近年、特別児童扶養手当認定数にみる知的障害児は中等度のみ急激な増加が目立ち、1975年には出生千あたり2人、1993年には出生千あたり5人であったのが、2012年には出生千あたり12人となっている¹⁶⁾。知的障害の原因疾患は明確ではないことが多いが、母の出産年齢の高齢化や低出生体重との関連が示唆されている。

このような、特別な配慮が必要な児やその家族の増加を受け、いくつかの自治体では災害時の母子避難所作りを進めるところが出てきている。

⑤自治体における取り組み

災害時に備えて地域レベルで計画すべき対策には、母子の緊張を緩和できる場所の確保や妊婦、授乳婦、乳児が必要とする食糧と飲料水の優先的な確保、授乳支援を適切に行える人員の確保などがある。災害時の支援は医療従事者のみでは難しく、被災者を支援するほとんどすべての立場の人た

ちの協力を必要とするため、地元の資源や行政との連携に関する具体的かつ現実的な準備が必要となる。

例えば、自治体の妊産婦数の算出を行い、災害時を想定した日頃の備蓄をリストにするというのも、具体的で実践的な方法であり、文京区で作成した母子救護所備蓄リスト¹⁷⁾が参考になる。

地域医療機関や医師会はあらかじめ、行政、自衛隊などと提携して情報共有システムや人的、物的支援の体制を構築しておくことが求められる。行政の防災担当部署(防災課、危機管理課)と災害時に備えて地域レベルで計画すべき対策(災害弱者の緊張を緩和できる場所の確保、妊婦、授乳婦、乳児が必要とする食糧と飲料水の優先的な確保、母子支援を適切に行える人員の確保)について、対話の場を持つことから始める必要がある。

救護所で妊産婦を把握し、リスクアセスメントをする際には「災害時妊産婦・乳幼児チェックリスト」「アクション・カード」が有効であり¹⁸⁾、地域の実情や地名などに応じ改変して使用できるようになっている¹⁹⁾。

産婦人科的支援を行うためには、発災後速やかに災害時母子救護所を設置できるよう、内科医・家庭医が最低限の緊急時妊産婦ケアを行えるよう研修(Advanced Life Support in ObstetricsやBasic Life Support in Obstetrics:ALSO(注2))を受けておくことも災害対応として有用である。



災害時・紛争下・紛争後などの人道的支援の取り組みにおいて弱者としての女性・

乳幼児保護を前提とするのが、世界標準であるSphere Standard²⁰⁾。

2012年以降、多数の自治体と共同で災害時の妊産婦災害対策および母子保健対策について検討を行ってきたなかで、「災害」というキーワードが平時から子育て支援のための連帯を強めることが明らかになった。このような準備が、明日、あるいは1年後に貴重な命を救うことに結びつくであろう。

未来のある貴重な次世代の命を社会全体で守るため、3.11は大きな教訓を授けてくれたのではないだろうか。

本論文を通じて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が蓄積できたことにより、今後とも地域、行政、社会全体で、災害時のみならず平時から母子を守る仕組み作りが進むことを願っている。

(よした・ほなみ)

<謝辞>

PCATでお世話になった皆様、遠藤ゆかり氏(東京大学医学部国際地域保健学)、宗祥子氏(松が丘助産院)、PCAT初期から妊婦への視点を持って活動されていた綱分信二先生(静岡家庭医養成プログラム)にはこの場をお借りして深謝いたします。本研究は下記の研究補助金により行われたものです。

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、2013~2015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、2012~2014年度)

<注釈>

(注1)「人口動態調査死亡票」とは、厚生労働省が人口動態統計を作成するための人口動態調査票原票の一つであり、死亡届に基づいて市区町村長が作成し、都道府県を經由して厚生労働省に送

付されることになっており、この調査では、統計法(平成19年法律第53号)に基づき厚生労働大臣の承認を得て人口動態調査死亡票を磁気媒体に転写した資料の提供を受けている。

(注2) Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) は家庭医や救急医、産科医向けに作成された2日間の産科救急シミュレーションコースである。Basic Life Support in Obstetrics (BLSO) はより基礎的内容を扱う1日間のコースであり、研修医、救急救命士、保健師などを対象としている。周産期傷病者チェックシートの活用なども練習できる。

<参考文献>

1) 明日への統計. 総務省

<http://www.stat.go.jp/info/guide/asu/2014/pdf/asuall.pdf>

2) Therese McGinn. Reproductive Health of War-Affected Populations: What Do We Know? International Family Planning Perspectives 2000; 26:4:174-180

3) 吉田穂波. 震災と子どもたち—東日本大震災後に求められる母子保健について. チャイルド・サイエンス Vol.8 p87-91,2012

4) 吉田穂波, 池田裕美枝, 太田寛, 藤岡洋介. 妊産婦と乳幼児の支援が震災復興に与えるインパクト- 妊産婦健診および新生児訪問活動を通じて見えてきた課題とこれから-. 日本集団災害医学学会誌 16(3): 356 -356 2011

5) Yoshida H. The Prenatal and Postpartum Care Support Project in Tsunami-affected Areas after 311. Final Report submitted to AmeriCares. 2011, Tokyo, Ground Publishing.

6) 吉田穂波. 災害時の母子保健—妊産婦を守る助産師の役割⑨東日本大震災時の周産期アウトカム. 助産雑誌 第67巻 第9号p324-327, 2013

7) 菅原 準一ら. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」平成23年度研究成果報告書III-2

「緊急有事における周産期医療システムとその対策」,2012

8) 小笠原敏浩. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」平成23年度研究成果報告書III-1

「激甚災害後に増加する産婦人科疾患とその対策—東日本大震災よりの考察—」, 2012

9) 海野 信也. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」平成23年度研究成果報告書III-4

「被災地の産婦人科医療に対する人的支援」

10) 加藤則子編.現場で役立つラク成長曲線. 診断と治療社, 2007年

11) 横山徹爾ら.平成23 年度厚生労働科学研究費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「乳幼児身体発育調査の統計学的解析とその手法及び利活用に関する研究」乳幼児身体発育調査結果の評価及び活用方法に関するワーキンググループの報告. 2012年

12) 加藤則子.3章 発育の気がかりと成長曲線. 母子保健ハンドブック. 母子保健事業団, 86-96 ページ, 2011年

13) 厚生労働省.平成22年度「出生に関する統計」の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jin-kou/tokusyuu/syussyo06/index.html>

14) 吉田穂波, 加藤則子, 横山徹爾. 人口動態統計から見た長期的な出生時体重の変化と要因について. 保健医療科学. 2014;63(1):2-16

15) 藤本紗央里ら.体外受精を受けた女性の妊娠・出産・育児期における不安に関する調査. ペリネイタル 24: p851-858, 2005

16) 岡本悦司. 知的障害児の増加と出生時体重並びに母年齢との関連. 厚生指針. 第61巻第15号p1-7,2014

17) 東京都.「避難所管理運営の指針(区市町村向け)」p132-135,2013

<http://www.metro.tokyo.jp/INET/KEIKAKU/2013/02/DATA/70n2j205.pdf>

18) 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」2013年度報告書(研究代表者:吉田穂波,2013~2015年度)

<https://cloud.niph.go.jp/filesare/download?file=v8BrC3nEE7fUGLkr6euy>

19) 吉田穂波.災害時に次世代を守るためのツール(ダウンロード可能) <http://honamiyoshida.jimdo.com/%E7%81%BD%E5%A-E%B3%E6%99%82%E3%81%AB%E6%AC%A1%E4%B8%96%E4%BB%A3%E3%82%92%E5%AE%88%E3%82%8B%E3%81%9F%E3%82%81%E3%81%AE%E3%83%84%E3%83%BC%E3%83%AB/20> Sphere Standard

<http://www.ifrc.org/PageFiles/95530/The-Sphere-Project-Handbook-20111.pdf>

※ 論稿の報告書掲載にあたっては、東京保険医協会のご厚意により転載許可をいただいております。

自己紹介

みなさん、はじめまして。産婦人科医の吉田穂波です。

私は1998年に三重大学を卒業後、聖路加国際病院で産婦人科の研修医としてお産を学びました。その頃は、1年間に3日しか休みが取れないような、病院に寝泊りする研修医生活が当たり前。仲間の研修医と助け合いながら「自分が担当している患者さんのお産は、最初から最後まで自分が付き添う！」という意気込みで、ひたすら患者さんのご主人と腰をさすり、患者さんの飲み物を支え、お産の経過を片時も離れず見せていただいたおかげで、お産のなんたるかを教えていただいたのだと思っています。何もない時でも、いつお産に呼ばれてもいいように7室あったLDRの脇にある研修医室で糸結びをしながら待機し、陣痛が来て入院してこられた妊婦さんがいらしたらそれとばかりに出ていく…。三度の飯よりお産が好き、という研修医生活でした。

心の支えは同僚の助産師

その後、研究をしたり、臨床をしたり、産婦人科医として普通の生活を送っていたのですが、夫の留学について滞在したドイツのフランクフルトで産婦人科の研修をしていた時、一人目を出産したことで人生が180度変わるような体験をしました。私が31歳の時です。

それは、自分が妊婦になって初めてわかった、非医療的なサポートの重要性でした。

ひどいつわりで苦しんで「つわりは甘えじゃない、精神力の弱さじゃない、どうにもならないことなんだ」と悟った時も、腰痛や便秘といったマイナートラブルに不自由を感じながら妊婦健診ではあまり問題とされなかった時も、「いい妊婦でいなければ」という変なプライドでどうすればよいのかわからなくなっていた時も、一番心強い支えは、同僚の助産師さんからの温かい受け入れと共感の言葉でした。

「お母さんがハッピーなら、赤ちゃんもハッピーなのよ」

妊娠中の旅行やスポーツ、食事内容や睡眠時間など頭でっかちで考えていた私が、助産師さんのこの言葉でどんなに楽になったかは、とても言葉では表せません。

かかりつけ助産師のきめ細かい対応

ドイツでは妊娠中からかかりつけの助産師さんを決め、家庭訪問をしてもらい、赤ちゃんを迎え入れるための準備にかかわってもらいます。ベビ

ーベッドはどんなところに置くのがいいのか、産後にお母さんの陰部を消毒するために使う洗面器など、出産後のために用意するべきものは何か、母乳グッズ、妊婦さんにおすすめのハーブティやオイルなど、助産師さんからは日常生活の面でたくさんのアドバイスをもらうことができました。

担当助産師さんには出産時に立ち会ってもらうのはもちろん、産後も毎日毎日自宅まで来てもらえます。生まれてみないと分からないことがたくさんある中で、夫が育休を取ってくれたものの、自分の気持ちが不安定だったり、傷が痛かったり。特に、乳汁分泌が少ないと思って一滴一滴大切に飲ませていたら突然3日目に乳房が岩のように固くなり、乳腺鬱滞が始まったのは本当に驚きました。この時も、「担当の助産師さんがすぐに来てくれ、冷たく冷やしたヨーグルトを二枚のペーパータオルで包み、乳房に当てる為の冷湿布を作ってくれたり、カモミールティを煮出したお茶を冷やして陰部を洗い、そのティーバックを冷たく冷やしたもので陰部の冷湿布を作ることを教えてもらうなど、きめ細やかな対応に、どれだけ助かったかわかりません。

おかげで、その後、ロンドンに移動して続いた授乳中は、子どもを連れていつでもどこでも、たとえレストランの中でも授乳しているほど完全母乳で生活できるようになり、母子ともにとっても幸せな時間を過ごさせてもらえました。

その後、次女、三女を日本で産んだ後に、三人の子どもたちを連れてボストンに留学します。ここで四女が生まれたのですが、この時には、日本の助産師さんのケアの丁寧さ、母乳指導の素晴らしさに気付かされた良い経験になりました。ボストンでお友達になった日本人の助産師さんには大変お世話になり、おかげで子どもたちともども元気で帰国することができたのです。

3.11をきっかけに

帰国後はしばらく研究職として日米を行ったり来たりしていましたが、311の東日本大震災をきっかけに、ここ日本で、腰を落ち着けてお母さんと赤ちゃんの幸せのために働きたいと思うようになります。

2011年3月11日午後2時46分。私は幸運なことに、自分の子どもたちを通わせている保育園の近くで、子どもたちと一緒にいました。保育園に戻ると保育士さんたちがほかの子どもたちをバジャマのまま避難場所である公園に誘導していました。私も50名ほどの子どもを抱えて一生懸命な保育士さんたちと一緒に、親の迎えを待つ子どもたちのそばにいた方がいいと思ったのでその場にと

どまりました。

周りではだんだん寒くなってきます。余震の可能性におっかなびっくり、保育園に子どもたちの上着を取りに帰り、おやつを運び、公園のグラウンドでおやつやお茶を分けました。手回しの発電機で携帯電話を充電し、防震の役に立てばと子どもたちにビニールシートをかぶせました。そのうち暗くなってきたので近くの病院の一階フロアに寄せてもらうことになり、おなかをすかせた子どもたちのために、病院の売店に売っていたパンやお菓子を買って皆で分けました。

徒歩で3時間も勤務先から歩いてきたお母さんが、子どもを見てわっと泣き出しながら駆け寄ります。お母さんから知らせを受けて代わりに迎えに来たご親戚の方が、疲れて病院のソファに座り、しばらく休みを取っています。

その様子を見て、これはただ事ではない、と思いました。全体像を知ったのは夜中になってからでした。わが家ではテレビを置いているのいのですが、インターネットから流れる大震災の衝撃的な映像に、怖いもの見たさで何度も目が釘付けになってしまいました。出勤していた夫と、たまたま卒園遠足に行っていた長女は夜中まで帰れませ

被災地の妊婦を思う

無事だった家族を抱きしめ、どうすればいいかわからず不安にさらされていたことを昨日のこのように思い出します。翌日から、近くのスーパーのペットボトルのお水やトイレトペーパー、おむつが姿を消しました。遠くにいる親せきがいいろいろと送ってくれましたが、自分の家族の食事や保育を含めた生活と、当面の身の振り方に思いを巡らせながらも、被災地にいる見知らぬ方々、特にお母さんや赤ちゃんのことが気がかりでなりません。なぜなら、自分の四女は前年の7月に生まれたばかりでまだ生後7か月。妊娠・産後期間の感覚が残っただけに、一番デリケートな時期に災害に遭った人々はどうしているのだろう、ということが自分のことのように気になっていたのです。

その後、しばらくは努めて普通の生活を過ごそうとしていましたが、海外や国内にいる事情通の親せき、友人から、原発事故から非難した方がいいのではという連絡が何度も入りました。もし一斉に非難する事態になった場合、小さな子どもを連れて周りの足手まといになってはいけなから…その一言が、私の背中を押し、後ろめたく思いながらも実家のある東海地方に疎開しました。3月16日のことです。しかし、実家には保育園など

の預け先がないため、朝から晩まで子ども4人と過ごしている10日間、疲れと興奮状態とでは私は何となく落ち着かず、スッキリしない気持ちでした。

自分だけこうして安全なところにいるの？？被災したお母さん、特に、小さな赤ちゃんを連れのお母さん、妊婦さんはどんなにか不安で不自由な暮らしをしていることか…。自分の抱っこひもの中にいる未っ子を見ながら、自分の子どもたちのことに集中できず、頭はいつも遠く離れた東北地方のことを思っていました。

被災地の妊産婦支援を決意

震災後、国内の多くの被災地支援医師募集に応募したのですが、すべて救急医師、外科医師を募集していました。産婦人科医が求められるところはないの？？と思いつながら、災害直後というのは産婦人科医が必要とされる時期ではないのかな、妊婦さんは困っていないのかな、ニーズはないのかな、と思っていました。3月20日に日本プライマリ・ケア連合学会の東日本大震災支援プロジェクト(PCAT: Primary Care for All Team)からの派遣依頼連絡を受けた時も、つい「私は産婦人科医ですが、いいですか。診療科にこだわらず、何でもやります！どんな患者さんでも診ます。行かせてください」と一生懸命でした。そのPCATの派遣依頼を受け、現地の妊婦さんや産褥婦さんのアセスメントやニーズ調査を行ってみて初めて、妊産婦さんを扱える専門家がいない現場では大変困っているということがわかったのです。そこから、妊婦健診、産後新生児訪問、産婦人科医派遣、助産院支援、母子の集う場づくりなどの活動につながっていきました。

現在は国立保健医療科学院という、厚生労働省のシンクタンクで母子保健の公共政策にかかわっています。震災後の余震や放射能の不安が懸念される中、自分の子どもたちを日本において、再び自分だけアメリカに行くことはできない、ということもありましたが、被災地の母子に十分なケアが行き届かない保健医療システムを目の当たりにし、日本で妊娠期から子ども期までの連続した仕組みづくりに関わりたい、と思ったのです。

この連載では、助産師さんがどのように地域のお母さんたちのために奔走し、サポートし、喜ばれたのかをお伝えし、また、自分たちの仲間が実際に体験したことから言うことを、うまくいったことも、いかなかったことも、包み隠さずシェアして、次の災害後にできるだけ早く人々が立ち直れるよう、母子が苦しむ姿を見なくてもすむよう、産婦人科医の目から見て感動したことを文字

にし、文章にし、記録に残して次の震災に役立ててもらいたい、と思っています。

この連載がきっかけとなって、お母さんと赤ちゃんを守る全国の助産師さんたちと出会い、励ましあい合い、支え合い、心が通じ合いますように。

これからしばらくの間、どうぞよろしく願いいたします。

はじめに

災害と母子保健について、東日本大震災前の周産期ケア専門家の認識はどのようなものだったのでしょうか？

以前の私は産婦人科医として「いいお産が目標」でしたが、自分が産後にとっても苦労したことから、「お産はゴールではなくスタートだ」と身にしみて感じました。

また、私は自分自身もそうであるため、自分の世話を後回しにしてしまうお母さんが、いつも気にかかっていました。「お母さんにもっと注意といたわりを向けてあげてほしい」「育児不安でつらい人を1人でも減らしたい」「子育てが大切なことだとわかってはいるけれど、“孤独”を感じてしまう人を1人でも癒したい」――。

そのような気持ちから、東日本大震災後、母子保健および公衆衛生専門家を求めていた日本プライマリ・ケア連合学会の派遣医師募集に手を挙げ、3月28日から日本プライマリ・ケア連合学会東日本大震災支援チーム(PCAT)メンバーの一員として宮城県石巻地域、女川町、東松島市での妊産婦支援を始めました。

国際基準を知っていれば…

初めて災害医療という現場に飛び込んだ私は、ここで、災害時の妊産婦ケアにおける国際基準はどのようなになっているのか、しらみつぶしに調べました。

その結果、国際的な災害医療現場でも、「お産は自然で日常的な営みであり、災害時に救うのは非日常に苦しむ人々」とされ、緊急人道援助の分野や災害医療・紛争医療の中でも“Reproductive Health”は、つい最近までおざなりになってきたということがわかりました。災害時でも平時でも出産は止められないことなのに、そして、リスクのないお産はないにもかかわらず、です。

国際基準を知り、今回の震災ではもっと強く明確に、「WHOでは、そして国連の声明では、妊産婦さんや乳幼児が災害時に命を落としやすいということについてはっきり示してあり、真っ先に妊産婦さんを選ばせるべきだと書いてある」「災害時だからこそ、母乳を継続させる支援が重要だ」と“外圧”を頼りに行政側に訴えればよかったと思いました。きちんと根拠を示し、「WHO」「国連」の名を使えば、行政に対してはととても説得力があるということ、を、地方行政側との交渉を通じて学びました。ぜひ、助産師さんには次に来るかもしれない災害では、これらの国際的なスタンダードを「水戸黄門のご印籠」のように利用していただきたいと思っています。

さまざまな国際基準

具体的な妊産婦救護の国際基準には表のようなものがあります。

表中のUNFPAでは、災害時の女性に対しどのような支援が必要か、MISPという模式図を準備しており、災害地に送るキットも用意していました。世界中どこから要請があっても、すぐに女性や子どもたちに特化した医療物資が送られる手はずを整えていたのです。

しかし、東日本大震災でこの要請をした者はいまありませんでした。これまでの助産師や産婦人科医の領域と、災害医療とがかけ離れており、両方の知識がある人が現地になかったからなのでしょう。

UNFPAでは、全体の目標を被災者の死亡率、罹患率、障害率を下げることにしており、そのためにHIVを含む性感染症の予防、母体死亡と新生児死亡の低下、プライマリーヘルスケアの中のリプロダクティブ・ヘルス、強姦やDVの予防などさまざまな方法を示しています。

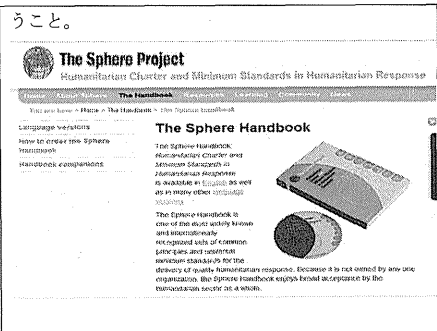
また、女性用のRHキットは、災害後3か月間で必要とされる診療用具が含まれており、たとえば周産期死亡を軽減するためには24時間いつでも対応可能な分娩施設、清潔な分娩キット、地域全体でこのようなサービスが提供されているという認識が重要であると書かれ、そのための分娩キット、流産処置キット、縫合キット、吸引分娩キットが含まれています。

災害時に女性医療やリプロダクティブ・ヘルス診療用物資が不足した場合、下記国連の担当機関に連絡をすれば、すぐに物資を送ってくれます。

UNFPA Procurement Services Branch
Midtermolen 3
2100 Copenhagen O, Denmark
電話：+45. 3546. 7000
FAX：+45. 3546. 7018
e-mail: procurement@unfpa.org
<http://www.unfpa.org/public/>

表 妊産婦救護の国際基準の一例

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>●スフィア・スタンダード(The Sphere Standard)</p> <ul style="list-style-type: none">・子ども、女性、高齢者、障がい者、難民、マイノリティへの特別な配慮と保護の必要性の観点から、あらゆる行動基準を設定している。・妊婦と授乳中の母親には優先的に食料供給や現金給付を行なうこと。・妊婦、授乳中の母親、乳児を対象とした支援活動には授乳指導の専門家を含めること。・新生児の母親を対象とし、完全母乳の支援を行な |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



うこと。

●人道支援時におけるリプロダクティブ・ヘルスに関する（国連）機関間フィールド・マニュアル（Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings）：図妊産婦・新生児への具体的配慮を必須項目として挙げており、以下の方策を奨励している。

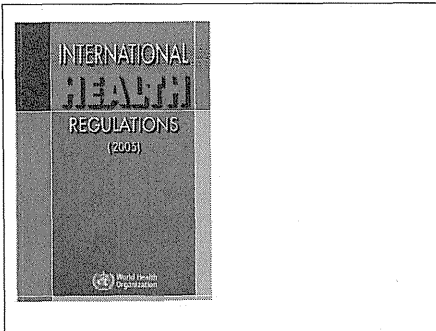
- ・妊産婦の食料、寝具、衣服、家庭用製品、現金およびその他、緊急支援パッケージへのアクセスが可能となるよう優先的に配慮する。
- ・現金給付は、支援物資の配布に比べ受給者の尊厳を生み出すツールであり、特に女性の受給者にとって有益である。
- ・妊産婦の健康を確保し緊急時におけるリスクを軽減するために、妊産婦が必要とする栄養バランスを十分に把握し、妊娠継続や母乳育児のための栄養サプリメントを支給する。
- ・専門家による母乳指導を優先的に行う（可能であれば出産後1時間以内に開始）。

●UNFPA Reproductive Health Response in Crises (RHRC) Consortium

- ・被災女性に特化したアセスメント・シート。
- ・日本語訳されておらず、今までの災害では使用経験がない。
- ・年齢、教育、避難所にいる期間、戸主、妊娠・出産歴、妊娠経過、妊婦健診受診状況、母乳継続、避妊状況。

●International Health Regulations IHR(2005)

- ・全世界のWHO協力国によって作られた。
- ・災害時に脆弱性を持つ集団について明記されている。
- ・日本でも、この災害時要援護者の定義を取り入れている。



地域住民の健康を改善させるための「掘り起し」

このように、同じ災害でも受けるダメージが大きい災害時要援護者、つまり

- ① 心身障害者（肢体不自由者、知的障害者、内部障害者、視覚・聴覚障害者）
- ② 認知症や体力的に衰えのある高齢者
- ③ 日常的には健康者であっても理解力や判断力の乏しい乳幼児
- ④ 日本語の理解が十分でない外国人
- ⑤ 一時的な行動支障を負っている妊産婦や傷病者

に関しては、上述の災害医療のテキストには載っていても、実際に今回の東日本大震災の現場で特に注意を払われているという場面は見られませんでした。

災害後、私たちの先遣部隊のメンバーが宮城県女川に支援に入ったイスラエル軍災害援助隊の内科、外科、小児科、産婦人科、耳鼻科などで構成される“移動診療所”のメンバーと一緒に活動した時に驚いたことは、彼らが国外の災害援助経験にもとづき、豊富な機材を持参していたことです。特に産科では、ポータブル超音波診断装置や内診台のみならず分娩台、新生児蘇生設備まで空輸してきており、被災地でもお産があることを当然



災害時には、病気があろうとなかろうと、怪我をしていようといまいと、妊婦さんおよび乳児を特別に扱うことが必要です。それは、災害によるストレスで、妊産婦および乳児が、ほかの人よりもさまざまな健康被害を出しやすいくということがわかっているからです。

人の怪我だけではなく避難所の生活そのものを見る公衆衛生的な視点からの医療支援・避難所管理も必要とされました。PCATにはそうした知識に長けた医療者が多く、被災地のニーズに予防医学・地域医療という側面から対応してきました。日本という福祉先進国においては、要介護高齢者が被災者の大多数を占める中、地域医療や在宅医療、老人医療をよく知るPCATメンバーは、そうした要援護者の存在を早くから察知し、病院で待っているだけではなく、訪問診療の観点から避難所内で自分から患者を探し、診療していくといった「掘り起こしタイプ」の支援を行ない、真のニーズに対応していくことができました。

これは国際保健の分野でよく知られる「地域住民の健康をいかに改善させるか」というセオリーと共通するものがあり、災害時には一番必要とされたスタイルだったと思います。

気持ちを押し殺す妊産婦や母親

大震災のあとで、助産師さんとタッグを組んで宮城県の石巻、南三陸、女川、東松島で妊産婦さんの支援活動を行う中、多くの妊産婦が自分の気持ちを押し殺していると感じました。避難所には不眠や皮膚トラブルに悩む女性が多く、中には実父を亡くしたショックで母乳が出なくなったケースや、虐待はしていないけれど、とにかく疲れてショックを受けて、子どもたちのことがかわいと思えない母親がいました。

被災地外のTVのニュースでは、被災地の人々の忍耐を「美德」のように報道します。しかし、その場

に入ってみると、決して美德ではなく、「忍耐できない奴は弱い」「甘えている」「我慢できないことは恥」という空気が流れているように感じました。しかし、何もしなくてもハンディキャップの多い妊婦さんや赤ちゃんに「我慢」「忍耐」を強いることは、かわいそうどころではなく、健康上の悪影響をもたらすことにつながります。

本来、産後は「医療」と「行政」の両方からのサポートが必要なのに、いずれも震災の混乱で機能まひに陥り、守備範囲を縮小する中、母子が支援の谷間に落ちてしまいました。東日本大震災では、それまでの母親を取り巻くサポートシステムの不足部分が露呈し、多くの母親、父親、あるいは主要養育者たちが十分な支援を受けられないまま、孤立と不安にさらされたのです。

良好な養育環境を受けることは、子どもの権利条約でうたわれているように、すべての子どもたちの権利です。倫理的に考えれば、たった1人でも、孤立し、精神的に不安定な子どもが置き去りにされるべきではありません。

被災地で支援を行なう中で出会ったある小児科医がこう言いました。「赤ちゃんにとってはお母さんがシェルターのようなものです。お母さんの精神状態は赤ちゃんに伝わります。お母さんが不安で心細く思っていれば、赤ちゃんも影響を受けます」。

私は、「なるほどなあ。子どもは、子どもを守る母親の心を満たすことが大切なんだよな」と、この医師の言葉が深く心に残りました。

出産は社会的なこと

今回、災害医療現場に入って知ったことですが、日本の災害救急医療チームの中に、産婦人科医や助産師は入っていません。誰も、そのことを不思議とは思っていない様子でした。なぜなら、災害で救助すべきは「医療的な」支援が必要な重症患者で、「病気ではない」妊娠・出産は「社会的な」問題とみなされ、支援が必要であるという認識がなかったのです。しかし、「社会的な」「自然な」お産が、高度医療技術の必要な「医療的」病気よりも軽視されてよいのでしょうか？

少子高齢化の中で、妊婦さんは貴重で稀有な存在であるにもかかわらず、社会システムや高齢者のマインドは出産数が多かった50年前のままであるため、相変わらず妊娠・出産を尊重する風潮がなく、「自分で作ったのだから勝手に産め」「母親がしっかり育てて当たり前」という前時代的な部分が残っています。災害に関するありとあらゆる予防策は男性の担当とされ、女性の視点が入る余地はありませんでした。

避難所や市役所でも「もっと優先すべきことがあ

る」「もっと大事なことを話している」と、妊産婦さんが不安で不衛生で、冷たくひもじい状況におかれていることについては、あまり耳を傾けてもらえません。役所や地域の上層部にとっては、インフラ整備や住宅建設、街の復興が最優先事項で、あまりにも周囲がお母さんと子どもの状況に関して無関心なのです。

そんな中、助産師や小児科医のメンバーも、「自分たちが妊産婦さん、新生児のことばかり言うことが、果たしていいことなのか?」「行政からの依頼を受けずに妊婦さんや新生児の健康を確認して歩くことは正しいことなのか?」と、不安を感じ始めました。

支援活動のチームの仲間は皆、災害後の支援活動は初めてで、産婦人科医、助産師、小児科医としての純粋で熱い人間性に突き動かされて集まった人たちばかりです。自らも情報不足や物資不足、食糧不足の中で極度の緊張状態にあり、仕事や家族に対し強い責任感を持ちながらも、被災地支援のために無理をして時間を作ってきけてくれた有志です。私は、現地に派遣されている仲間と、こまめに電話でやりとりをしながら、「子どもの安全を守ること、そしてそのシェルターであるお母さんをケアすることは、とても大事なことになるよ」と励まし続けていました。そうしなければ、どんなにタフな人々も、心が折れそうだったので。

支援者のための支援システム

このような中、産前・産後の母親、そしてその支援者である保健師、助産師、看護師、産婦人科医、小児科医、保育士、養護教諭、児童相談所等職員、精神科医、臨床心理士、警察官、その他の各種専門職種をすべてつないで支援する、「支援者のための支援システム」が絶対に必要だと感じました。

たとえば、私たちが足を棒にして避難所や半壊住宅で産後訪問をしても、掘り起こしたニーズに対する受け皿がありません。産前・産後の母親の支援者である身近な人々や地域の人が頼りたくても頼る先の情報がありません。もし母親が何か相談できる人がいたとしても、その悩みを聞いた人が問題を解決できずに苦しむ、ということになってしまいます。

被災地だけでなく、全国どこでも簡単にアクセスできる相談所やテレフォンセンターなどの社会資源の活用、民間団体、NPO との連携について情報提供をし、率先して活動と活動とをつなぐ活動が必要だと感じました。

助けを求められない人を救う

30年ほど前から日本では、個人主義や自己責任、

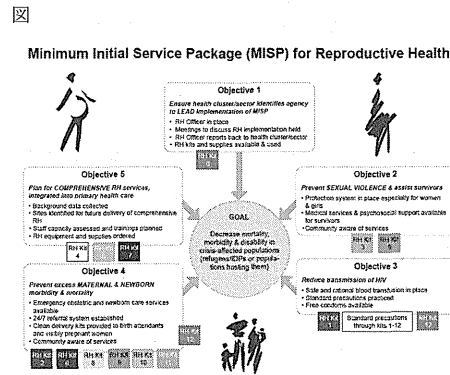
自助などの内容が強く教えられ、助けを求められない世代が親になっています。実際に、支援を必要とする人ほど、「自分からは支援を求めない」ということを、今回の被災地支援で痛感しました。病院に來られる人はまだいいほうで、老人や子どもを抱え、車などの交通手段を持たず、健康状態が悪い人のほうが、自分からは医療や行政に助けを求められないのです。これは、災害があってもなくても同じです。

普段の生活をいつもより心を込めて過ごすことの大切さや家族のありがたみは、震災後日本の誰もが感じたことでしょう。震災直後、家族をぎゅーっと抱きしめ、当たり前の日常がなんとかかけがえないものであったかをかみしめた日々。われわれ日本人が心の奥に隠してきた他者への思い、日本という国に対する希望、愛情、人とのつながりに対する畏敬、自然というものに対する畏怖が改めて顔をのぞかせたものこの時です。

震災後は、日本中が、東北にいる他者のことを思い、被災してつらい状況の中、やさしくいたわり合う人々に励まされました。その日本人の優しさと強さが、現在抱えている弱点を覆し、悲しみを希望に変える力になると信じています。

今月の教訓

- 多くの妊産婦さんは自分の気持ちを押し殺している。
- だからこそ、真っ先に妊産婦さんを避難させるべきだった。



普通の人へのケア

私を被災地支援活動に迎え入れてくれた日本プライマリ・ケア連合学会では、その人をトータルに見る、つまり、病気の部分だけではなく家族背景や仕事のストレス、人生において幸せかどうかまでを考えて診療をする人たちに多く出会いました。この学会の東日本大震災支援プロジェクト(PCAT)は、今まで救急救命が中心だった災害医療に、「普通の人へのケア」という視点を入れた、国内では初めての災害復興支援チームでした。

震災2週間後から地元をつてをたどって次々と家庭医たちが被災地に赴き、壊滅状態だった被災地での診療にあたりました。東北地方では日本のどこでも見られるように少子化を反映して妊産婦・乳幼児が少数派で、日ごろから産婦人科医・小児科医不足でも悩んでいました。災害の時はなおさら、そんな少数のことにかまっていられないという状況になり、どうしても妊婦さんや赤ちゃんの安全・安心面には目が向けられていなかったのです。私たちの妊産婦支援プロジェクト(PCAT)の中の妊産婦支援部門である PCOT ; Primary Care for Obstetrics Team)では、そのような状況に危機感を抱き、震災後長期にわたって継続的に助産師と医師を被災地に派遣し、現地の妊婦さんや産後のお母さんたちのサポートに努めてきました。

助産師と PCAT 医師の共通点

被災地では、避難所の生活そのものを見る公衆衛生的な視点からの医療支援・避難所管理が必要とされました。PCAT はもともとプライマリ・ヘルス・ケア(Primary Health Care)という地域医療・予防医療に重きを置いている医師および専門家から構成されるチームです。日本における地域医療や在宅医療、老人医療に身近な PCAT メンバーは、そうした支援の重要性を早くから察知し、避難所内でも自分から患者を探し、診療していくといった掘り起こしタイプの支援を行ない、真のニーズに対応していったのです。これは、国際保健の分野でよく知られる「地域住民の健康をいかに改善するか」というセオリーと共通するものがあります。この点で、助産師さんと PCAT 医師には共通点がありました。

訪問診療の視点

産婦人科医は、基本的に施設ベースで診療をし、訪問診療というスタイルを取りません。いつ何時容体が変わるかどうかがわからない妊娠時期にあっては、いつでも帝王切開ができるような診療所や病院、最低限でも超音波検査機器や胎児心拍モニターがないと診断がつけられないという認識があります。世

界で群を抜いて高い日本の周産期医療レベル、そしていつも心の隅に引っ掛かっている産科の訴訟リスク。これら長い間の高い医療安全意識のなかで産婦人科医は分娩時の環境に対し慎重になってきました。一方、地域の助産師さんは訪問を得意としています。そして、こちらからサービスを出前するようなアウトリーチ型の方法が、災害後の母子保健には最も適していたのです。私たちが、疲弊している被災地の保健所の支援を申し出た時に、地元の保健師さんから頼まれたことがありました。「速くの親せきを頼って避難している産後の方の新生児訪問をしてくれませんか?と。車で2時間も3時間もかけて産後の褥婦さんを訪ねると、それだけで1日が終わってしまいます。「行政に勤務する助産師さんは数が少なく、手が回らないです」とのことでした。

私たちは、日本助産師会から派遣していただいたやる気満々の助産師さんたちに車を提供し、褥婦さんのいる場所を伝え、産後の新生児訪問に行ってくださいました。初めての道で、まだ舗装されていない道もあります。畑があったところが根こそぎ失われ、平らになった土地を横目に、こんなところに人が住んでいるのかと思いつつ車を走らせました。カーナビと地形が一致しない場所もたくさんありました。そのようななかでも助産師さんは、

「そこに妊婦さんがいる」

「そこに赤ちゃんがいる」

というだけで、駆けつけてくださいました。

「わざわざここまで訪ねてきてくれた。それも助産師さんが。そして、助産師さんが持参した地元自治体の母子保健のパンフレットやママ向け講座のお知らせを、褥婦さんはどんなにか喜んでくださいました。昔ながらの体重計で赤ちゃんの体重を計ってもらったり、自分の母乳について相談したり、血圧を測ってもらったり、そんな当たり前のケアを受けるだけで「自分は大切にされている」と満たされ、「自分のことを気にかけてもらっている」と安心するのです。

私自身、何回も助産師さんの訪問にご一緒させていただきましたが、全国どこで受ける新生児訪問よりも、被災地のここで受ける訪問が一番感謝される訪問なのではないかと涙がこぼれがしばしばありました。妊産婦支援チームでは、私たち医師はできるだけドライバーに徹し、助産師さんたちが自分の仕事にエネルギーを注いでいただけるよう気をつけました。

患者さんに寄り添い、待つ姿勢

診察室で待っているタイプの産婦人科医に比べ、助産師さんは、妊産婦さんの生活の場でケアをするということに抵抗がありません。勤務助産師として働いてきた方も、患者さんのそばに行き、話を聞く

スタイルが基本だと思っています。

これは私がドイツで第1子を出産したときに学んだことですが、欧米、特にヨーロッパでは助産師さんが周産期管理を担っているため、妊婦さんの暮らし、家族、生活習慣から食事まで、「普段している普通のこと」まで含めたケアが当たり前でした。もしかしら、助産師さんたち自身でも、自分たちのこのスタイルの長所について気づいていない方がいるかもしれません。妊婦として助産師さんのケアを受けた私は、より近い存在で、普通のことであっても小さな気がかりであっても質問しやすく、安心させてもらえる助産師さんの存在がありがたくてたまりませんでした。4人の子どもを出産する中で、助産師さんの「距離が近い」「親しみのある」勤務スタイルは大きな強みだと痛感しました。

よく、褥婦さんやママ友からも言われます。「お産を経験してみても初めて、助産師さんがどんなにありがたいお仕事なのかわかった。生まれ変わったら、絶対に助産師さんになりたい」と。

生活、特に食事の面まで考えている

PCAT の家庭医たちは、プロジェクトが立ち上がってすぐに日本栄養士会の方々と提携し、被災地に派遣するメンバーのなかに栄養士さんを組み込みました。健康について考えれば、本来なら栄養や食事という要素はとて大切ですが。しかし、病気に関する知識・技術だけを学んできた医療従事者の中で、栄養や食事までこだわり、しっかり勉強している職種はなかなかありません。

その点、家庭医は、患者さんの生活や食事に関しても細かくケアするという特徴がありました。助産師さんも、妊婦さんと乳幼児の栄養に関する知識が豊富で、おまけに、何を食べるかだけでなく、温度や組み合わせなど食事をどう食べるか、ということにこだわり、体が喜ぶことを重視するという優れた視点を持っていました。表は、被災地の妊婦さんのために栄養補給の相談に乗っていた私たち妊産婦支援メンバーが、国立健康・栄養研究所の資料「避難生活向けリーフレット 3. 赤ちゃん、妊婦・授乳婦リーフレット」を参考に作り直した、妊産婦さん、乳児をお持ちのお母さんのための栄養アドバイスです。

生きる力を引き出す助産師

私たち医療従事者は、つい「ハイリスク・アプローチ」でハイリスクな人にばかり注意がいきがちで、「ポピュレーション・アプローチ」、つまり、うまくいっている人も含めたコミュニティの、健康状態を維持できるようにすることを忘れがちです。たとえば産後訪問で虐待がないかどうかを見張るよりも、

まずはお母さんがハッピーで健康になるよう気を配ること、それが子どもへの虐待を予防し、明るく楽しい子育てにつながるのです。

病氣や貧しい人を援助するために一生を捧げたマザー・テレサの言葉に、「人間にとって耐え難い苦痛は、飢餓や貧困や伝染病ではない。それは孤独である。」という言葉があります。産後の女性が一番つらいのは、社会との接点を失うことではないかと思えます。そのうえ、震災で家を失い、慣れない土地で友だちもいないような状況だったらなおさら、どんなに苦しく、恐怖で力を失ってしまうことでしょう。

私たちは、避難所で、半壊住宅で、被災している妊婦さんや褥婦さんを訪問する時は、「妊婦さんのこと、本当に心配しているんです」「人様にお世話になっていると遠慮しないでください。お腹の中で赤ちゃんを育てている妊婦さんは、それだけですごく大事な仕事をしているんです」「出産後、一番大変なの2〜3か月だけ、無理をせず人に甘えてもらえませんか」と話すようにしてきました。励ますよりも、希望を語るよりも、ただ、会えて嬉しかったです、あなたのことをずっと気にかけています、と助産師さんが言うだけで、何か温かいものが流れるような気がしました。

もちろん、人間には強い「生きる力」があり、自分で立ち直ることもできます。しかし、もっと人に頼ってもいいのに抱え込んで苦戦しているお母さん、「病氣じゃないから助けを求められない」と遠慮して奮闘してエネルギーを消耗しているお母さんたちの「生きる力」を引き出してくださった助産師さんの姿に、私は何度励まされたことでしょう。そのようなケアができる助産師さんが、災害時には一番必要とされたのです。

今月の教訓

- 被災地での訪問診療の視点は大切。妊婦、母親の「生活の場」で支援する。
- 妊婦、母親をずっと気にかけていると伝え、「生きる力」を引き出す。

参考文献

- 1) 独立行政法人国立健康・栄養研究所、社団法人日本栄養士会：避難生活向けリーフレット 3. 赤ちゃん、妊婦・授乳婦リーフレット。2011。

自立を助ける支援

2011年3月11日、震災当日、日本プライマリ・ケア連合学会は、どんな形の救援・支援ができるかということを探りました。そして学会として、被災後約3日目以降の亜急性期から中長期を目標として、地元の開業医、診療所レベルの医師など、基本的には個人ベースで開業しているプライマリ・ケア医師、家庭医、総合診療医のサポートをすることに方向性が固まりました。3月17日にはPCAT(日本プライマリ・ケア連合学会東日本大震災プロジェクトチーム)ができ、急性期にヒーローのように人の命を救うのではなく、被災した診療所、避難所での医療保健活動や避難所での生活を公衆衛生面等からサポートすること、仮設住宅や自宅を建設する人々の健康を支えることをミッションに掲げて支援活動を開始しました。被災した人々がコミュニティに戻る、またはコミュニティを再形成する、そして自分たちの生活を己の手や力でもう一度始める、というところまでが支援なのです。

健診先がない妊婦たち

日本プライマリ・ケア連合学会の方向性は地元サポートタイプの支援であり、3月28日には、もともと産科診療能力をもつ2人の家庭医、藤岡洋介医師と網分信二医師が現地視察を行ない、母子保健分野のフォローの必要性を実感し、本部に伝えていました。南三陸町や女川町など沿岸地域では、行政機能は停電、スタッフは被災、アクセス不能、膨大な作業をかかえ母子保健機能が麻痺していたので、妊産婦・新生児の安否・所在位置情報を誰も把握できていない状態でした。

南三陸町避難所の救護所では、妊産婦さんの情報がまったくありません。そこで2人の医師が集会所や小さな避難所に行ってみると、妊産婦さんがいました。自宅が流されて親戚宅に身を寄せている27週の初産婦さん、避難所にいる32週の妊婦さん。

その後、女川町や石巻市で避難先や自宅にいる妊産婦さんを見出し、診察をした2人は驚きました。妊娠高血圧、妊娠糖尿病、甲状腺機能亢進症、帝王切開の既往等リスクのある人が多数見つかり、早めを受診を勧めましたが、アクセス方法がありません。なかでも38週の方は臨月にもかかわらず、震災後2週以上受診できておらず、かかりつけの産科も被災し、お産場所も決まっていなかったため、自衛隊に病院の産科受診のための輸送を要請しました。

2人の医師は4日間で南三陸町・石巻市の遠隔地域である雄勝地域・女川町といった交通アクセスの大変悪く、また広範囲の地域で捜索を行ない、9名の妊婦を確認し、妊婦健診に準じた診察を行ないました。妊婦さんたちは移動の手段もなく、どこで診

察を受けられるかもわからない状態でした。そのなかにはリスクの高い妊婦、日本語のコミュニケーションが難しい外国人の妊婦もいました(表)。

妊産婦を気遣うチーム

このようななか、Reproductive HealthCare がおざなりになっていることに心を痛めたPCATコーディネーターの林健太郎医師が、公衆衛生的視点を持った産婦人科医である私に現地派遣を打診してくださったのが3月20日のことです。

林医師はそれまで国際的な人道支援に携わっており、「災害時でも平時でも出産は止められない」ということ、「お産は自然で日常的な営み」「災害時に救うのは非日常に苦しむ人々」との認識から、国際的な緊急人道援助の世界、災害医療・紛争医療のなかでもReproductive Health については最近までおざなりになってきた分野であることをよく知っていました。UNFPA(国連人口基金)がリーダーとなり、2〜3年前から災害・紛争時の母子保健対策の重要性を世界に発信してきましたが、それは、発展途上国向けの情報であり、先進国といわれる日本でこの事実を認識していた専門家はごく少数であったようです。それほど、災害や紛争と母子保健というカテゴリーは日本社会のなかでは未開拓の分野でした。

そのようなことに目を留め、母子保健専門家を被災地に送り込んだ災害支援チームは、残念ながらごくわずかであったようです。

いえ、もう一つ、妊産婦を気遣うチームがいました。本誌2月号でもご紹介しましたが、イスラエルから来た医療チームです。今回の震災で唯一海外からの医療支援を受け入れた南三陸町で、彼らは内科、外科、小児科、産婦人科、耳鼻科などで構成される自前の「移動診療所」を持参してやってきました。ハイチ等の国外の災害に派遣された経験をもつこのチームは、豊富な機材を有し、特に産科では、ポータブル超音波や内診台のみならず分娩台、新生児蘇生設備まで携えてきました。

妊産婦専用のアセスメント・シートの誕生

2人の医師は、地域に残されていた中核病院の産婦人科を訪ね、手伝えることはないと申し出ました。しかし、大学病院から派遣された人が10名で、病院内の業務は十分まわっています、との答え。

「でも地域に取り残された妊婦さんは?」「それは、病院に来ていただかないと、こちらでは何ともできません」多くの産科医は病院勤務医の視点であり、足のない被災妊婦さんたちのために、自分たちの産科診療を出前して運ぶというアウトリーチの概念がありませんでした。

・ある妊婦さんの1歳の子どもを診に小児科チーム

が来ていたが、妊婦さんは診てもらえなかった。
・産後1か月のある褥婦さんのところにも小児科チームが来ていたが、お母さんはノーケアだった。
これらの光景を目にするにつれ、2人の医師は、「被災地では忘れられている妊婦さんがいる」——妊婦は病気でないから？ 診られる医者がいないから？ と疑問を感じ、災害時の妊産婦対応への問題意識をもちました。
私は4月1日に現地入りしたその日から、藤岡医師から引き継いだ情報をもとに避難所を回って妊婦健診を開始しました。妊婦さんの情報が書かれた紙カルテ1枚ずつを大事に保管し、避難所を3か所回ると、もう日暮れです。避難所間は車で2〜3時間走らなければたどりつかないほど離れており、途中のガソリンスタンドは、5軒に1軒が開いているかどうか。開いていても長蛇の列で、ガソリンがもつかどうか冷や冷やしながら動き回りました。

私が託された災害カルテを見て、被災地には妊産婦さん専用のカルテがないことに気づきました。日赤、DMAT、自衛隊、どの災害援助チームのカルテにも妊娠に関するチェック項目がありません。これでは妊産婦さんの存在を把握することができず、妊産婦さんに特有の間診事項、注意事項が抜け落ちてしまいます。また、コピー機もないので同じ妊産婦さんの紙を束ねるか、持ち歩くしかありません。母子健康手帳も失った方が多いなか、妊産婦さん専用カルテを作り時系列で妊娠経過の変化に注意していないと、急変に対応できないと感じました。何回かの現地派遣後、私たちの仲間には妊産婦専用のアセスメント・シートを作り(図)、使い始めました。これは日本で唯一の災害時妊産婦リスクアセスメント・シートとして、公衆衛生の教科書でも取り上げられています。

今月の教訓

- 母子は自ら医療機関にアクセスしにくいいため、医療者は救護所の中で待っているのではなく、こちらから避難者のなかに入って行ってニーズを掘り起こすアウトリーチの姿勢を。
- 可能であれば妊産婦を一か所の避難所に集めると、食事や待遇、休息などを配慮することがなく、支援も集まってくるため効率的。

参考文献

- 1) 國井修：災害時の公衆衛生。第10章母子保健対策、143、南山堂、2012。

妊婦を手厚く守るために

妊婦は被災地で、最も気をかけなければならない弱者であり、出産という自然行為ではあるが、大変リスクの高い事象を迎えることが予測されます。また、居場所と安否、状態を誰も把握できない集団でもあります。私はこれらのことを行政に伝え、即座に対応してもらおうと、県庁の医療整備課、子育て支援課を訪ねました。
公共政策について当時何も知らなかった私は、臨床医である自分ができるとは、お産難民を生じさせないための体制づくりについて行政にアラート(警報)を出すことだと考えていました。しかし、行政は行政で疲弊し、母子保健に回せるマンパワーもエネルギーもありません。災害時対応という不慣れで負荷が大きい感情労働にパンクしてしまい、母子のことまで手が回らなかったのです。

自治体、現地医師の荷重労働

県庁の医療整備課では、PCAT(東日本大震災支援プロジェクト)の藤岡洋介医師、網分信二医師が作成した妊婦情報および診療記録を直接届けたことで大変感謝をされました。しかし、今後の見通しがまったく立たず、困惑されている役所の方々に前に、非常時には現場のニーズを掘り起こして直接届けることの重要性を痛感するとともに、行政をあてにせず、必要なものに届ける民間の力が必要だと感じました。
家庭医の先生方とディスカッションを重ね、県庁では医療が足りている、医師は飽和状態というようなことを聞きましたが、これはあくまで救急医療としての話で、慢性期医療、在宅ケア、高齢者の循環器疾患予防、母子ケアというようなきめ細かな医療に関してはまだまだ状況把握ができておらず、人手不足であるということがわかりました。PCATのような小さなチームのほうが小回りがきき、戸別訪問や在宅支援に関しては有効に動けるとのことで、実働部隊として人を派遣してほしいという話を聞き、PCAT本部に連絡しました。地域の基幹病院の産婦人科医師にも現時点で把握している妊婦さんの情報提供をし、分娩受け入れの余裕がないこと、産後の入院が2〜3日間であることを確認しました。あまりの過重労働に、産婦人科医師が憔悴しており、倒れてしまわれなにか心配になりました。

実はマイナートラブルがいっぱい

現地派遣3日目に訪れた避難所では、救護班にいる医療従事者に妊婦さん(36週で、前回は2回の正常分娩)のことを聞きました。ほかの診療チーム医師の私に対し、「こちらできちんと見えています

から心配ありません」と追い返されそうな雰囲気でした。

でも、せつかくなので一言ご挨拶だけでもと、保健師さんに患者さんを紹介していただき、大きな避難場所なので医療に関しては問題ないだろうと思いつつ、「いかがですか。便秘などありませんか」とお聞きすると、驚いたことに、「5日に1回しか出ないんですが……」と恥ずかしそうに、ぼつぼつとお話されます。「腰痛は？ 体の痒みは？」と聞くと、長期間冷たく固い床で寝泊りしているため、また、お風呂に入れないため、どれも当てはまるとのことで、話を聞けば聞くほどたくさんマイナートラブルが出てきました。
同席していた保健師さんは、今まで一度もこんなことを聞いたことがない、驚いた顔。今までは「体調はどうですか」と聞かれても「大丈夫です」としか答えなかった妊婦さんでしたが、オープンク・エスチョン(YesかNoかのクローズド・クエスチョンではなく、具体的に答えてもらう質問方法)にすると、妊婦さんも自分から、ちょっと気になっていることについて表出してくれるということがわかり、訴えを引き出す診療方法が大切だと痛感しました。

ここでは、妊婦さん用の便秘薬(プルゼニド、マグラックス 1日2回から3回、1回1錠から適宜増量)、シップ薬(モラステープ、セルタッチ、頓用)、痒み止め(リンデロンVG、頓用)をお渡しし、「赤ちゃんには心配のないお薬なので、つらい症状が続くようであれば我慢せず使ってくださいね」とお話ししました。「お守り代わりにして大切に保管します」と言う言葉に、来てよかった、と感動。また、尿蛋白を検査するウロスティックが避難所の救護室には常備されていなかったため、看護師さんに渡しました。

唯一残った病院と連携

本連載の前回で詳述した避難所や自宅にいた8名の妊産婦は、実家や親せき宅に移っていたため、電話でフォローアップしましたが、震災発生から1か月間のお産は、地域で唯一残った中核病院の産婦人科で取り上げられたということを把握しました。ほとんどが飛び込み出産となり、連日の分娩が1日数件に上ったため、産婦は産後3日目に退院させざるを得なかったそうです。
産後フォローや新生児のフォローはできない状態であり、この病院から私たちの支援医師へ、産婦・新生児のフォローを委託されました。市の保健福祉課とやり取りをしながら、東松島市、石巻市での妊産婦および新生児のフォロー開始したのが4

月12日のことです。

しかし、散り散りになっている妊産婦を訪問して回るのは産婦人科医師の有志だけではできません。この病院は、被災地を14にエリア分けし、集まった医療団体を振り分けていました。PCATはこの14のエリアの避難所を実際に回ることで詳細な情報入手し、市と共有のアセスメントシートを用いて調査を行ない、避難所の妊産婦や新生児の有無、診察内容も、毎日石巻市に提出するようにしていました。隣の東松島市もすぐに母子保健専門家の応援を要請していただき、PCOT(PCATの中の妊産婦支援プロジェクト)と行動を共にする形をとりました。

もともと石巻地区には4つの分娩取扱医院がありました。産科が動いているのはA医院1か所のみでした。もともと石巻地区にあった分娩施設は石巻赤十字病院と開業産科医院4つでした。それらの病院で石巻周辺の150件/月の分娩を診ていました。震災直後は分娩が可能な施設は中核病院だけでした。そこではベッドが不足し、正常分娩は産後3日で、帝王切開分娩は産後4日で退院していました。この間、退院する母に対して産後の授乳指導、育児指導、こころのケアなどは何も行なえませんでした。

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)のフォローが行なわれていない状況でした。現地の妊産婦さんは産後のケアが十分に受けられず、誰もサポートできない状態でした。

専門家につなぐ

そんな中、4月12日に私と池田裕美枝医師(産婦人科、総合内科)は、家族計画協会の北村邦夫先生から日本助産師会につないでいただき、日本助産師会が助産師の人材派遣を決定して下さったのが、大きな転換点になりました。助産師さんは産婦人科医師が経験のない訪問診療に長けています。週に2名、総計50名以上もの助産師を半年間派遣していただけたことで、被災地の母子保健が救われました。

この後、管理栄養士の団体や臨床心理士、小児科医師など、多種多様な方からお話をうかがい、勉強し、現地に届けるべき情報やサポート団体が増えていきました。被災地で妊産婦さんに配る栄養情報のチラシ、母乳育児支援団体からの支援物資、メンタルケアの基本マニュアルなど、私たちの支援ツールも充実してきました。子どもに遊びや喜びを与えたいというアーティスト集団とのコラボが始まり、被災地で身を寄せ合って暮らす母子へ

届けるものが充実してきました。

4月25日には東京都助産師会の宗祥子さんと連携を結び、東京里帰りプロジェクトとPCOTの合同で現地の妊産婦支援が本格的にスタートしてからは、以下の活動を始めました。

- ・震災後1か月半まったく手つかずだった石巻における産褥期のアセスメント、母子の心のケア、産後うつ、母乳率について、状況把握をすると同時にその場で必要なサポートおよび医療介入を提供できるよう、訪問看護を始めるため、派遣された助産師に車と健診ツールを貸与し、震災後に出産した母子がいる避難所や自宅を回ってもらう。
- ・産後訪問のニーズがある地域へ、日本助産師会、東京助産師会などからの助産師派遣をつなげる。→まずは東松島市、その後、石巻市周辺地域へ。
- ・同じような乳児を持つ母親が集える場をつくる(育児サークル、ベビーマッサージや離乳食教室など)。
- ・石巻での分娩受け入れ数半減への対策：地元産科開業医をサポートして、ローリスク妊娠の分娩受け皿づくり。
- ・家庭医や助産師による妊婦健診およびセミオープンシステムの構築。→ALSO トレーナー藤岡医師および地元家庭医に相談し、妊婦健診までカバーする家庭医を派遣。
- ・地域の産婦人科における電子カルテデータ共有システムづくり。
- ・母子手帳のIT化、遠隔地でもデータが見られる仕組みづくり。
- ・妊産婦さんには、一番心配なことをお聞きし、がんばりすぎない育児をアドバイスする。話を聞いてもらうことの重要性を認識してもらう。
- ・妊産婦訪問健診、ピア・カウンセリング(妊婦さんサークル)、啓蒙・教育(両親学級)などの場を提供する。

しかし、現地の母子保健システムや産婦人科医師、助産師に対して押しつけにならないような配慮をするということに最も気を遣いました。

今月の教訓

- 行政に頼るのではなく、医療者自らも全体を俯瞰して見る努力をし、自分たち医療職が組織立ててできることを探す。
- 被災地でのニーズを発見したら(今回は、プライマリ・ケア医師が妊産婦と新生児ケアに対する不足を発見)、リソース(今回は、日本助産師会や東京都助産師会など、ケア能力と高い志を持った助産師さんの集団)へとつなぐなど、今まで接点のなかった組織と組織をつなぐことでパワーアップを図

る。

- 直接会いに行くことで、信頼関係が生まれる。
- 自分の専門分野だけでなく、栄養面、心理面、子どもの遊びなど、多種多様な専門家のもとに話を聞きに行き、被災地の母子に届ける物のバリエーションを増やす。

ピアグループの必要性

母子の分野で働いていらっしゃる方は、コミュニケーションの重要性や、人と人とが直接会い、話すことがもつエネルギーをきつとご存じだと思います。今月号は、「人と出会える場づくり」が災害時の母子の心身ケア支援に及ぼす影響について、ご報告したいと思います。

震災後、被災した土地から多くの方が避難してしまっただけで、多くの家族は、それまで身近にいた方と遠くなってしまいました。電話も通じません。女性にとって、自分の立場や苦勞をわかってくれる友人との語らひは何よりも安心でき、元気になるものです。

「何を知っているかよりも誰を知っているかが重要だ」

医療や保健とビジネスが緊密に結びつくハーバード公衆衛生大学院で、私はことあるごとにネットワークキング（人脈）の重要性を教わりました。私自身、妊娠・子育て経験と専門職としての立場から、母親には人とのつながりがとても大きな価値がある、ということを学んできました。

（1）妊婦さん同士のネットワーク

- に加え、
- （2）保健室の先生のように気軽に相談できて、きちんとした知識をもった専門家
 - （3）自分のことだけをいたわってあげられる時間
- が、妊婦さんの心身のメンテナンスには必要です。

今まで妊娠・出産を経験したドイツやアメリカで、私はいつも妊婦さん同士で集まれる会をつくっては、同じ境遇の友だちと知り合い、励まし合い、慰められました。初めての妊娠を経験したドイツのフランクフルトでは、海外で妊婦の立場になったらどれだけ不安に思うかを自分自身が体験しましたので、少しでも妊婦さんの不安を和らげたい、出産時の助けになりたいと思い、現地の通訳さんや医療専門家の方と協力して、定期的に日本人向けの妊婦さん相談会をしていました。

現地で情報難民になっている自分のような妊婦がピアグループ（同じ疾患や症状に苦しむ仲間同士の会）や専門家と相談できる場をつくりたい、人と話してリフレッシュ

したい、と思ったのです。この妊婦さん会は、今でもフランクフルトやボストンのお母さんたちの手で続けられています。

以上のような経験もあり、実際に災害後のメンタルヘルスケアについて、外から乗り込んで、「癒してあげますよ」なんてことは、おこがましくてどうしてもできません。被災地の妊婦さんを見て、ぜひピアグループや、専門家と相談できる場をつくりたいと考えたのも、同じ経験をした当事者同士が出会い、支え合い、誰かの力になることで元気をもらおう、そのことで被災地の家族が立ち直る助けになればと思ったためです。

妊婦仲間だけでなく、出産経験のある先輩ママさんのほか、産婦人科医、小児科医、内科医、眼科医、助産師さん、栄養士さんを集めて妊婦さん会のようなものをつくれないう、遠方において顔を合わせられる機会がなくても、電話やメールで参加できるようなネットワークの方法がないか考えながら、被災地のママや助産師さんのニーズを集めて回りました。

情報不足

被災地を回って母親たちの声を聞くなかで、情報不足が被災中の健康にとって大きな影響を与えるということがわかりました。たとえば、妊婦さんが通院している産科が被災し再開の目途が立たず、転院したほうがいいのか、転院先はどこがいいのか、健診はどこで受ければいいのかかわからず、3週間も4週間も妊婦健診が受けられなかった、という方がいました。

また、情報通信手段がなく子育てサークルメンバーの安否がわからなかったため、避難所になっている小学校や中学校に直接行って、サークルメンバーの安否を確認して回ったという方もいました。

被災後自宅にいたため、支援物資がどこで手に入るのか、情報が入ってこなかったという声も多く聞きました。情報をどこでもらえばいいかわからず、乳幼児のおムツを手に入れるのが大変だったとこのことです。

このようなかで、閉そく感を感じるのは当たり前です。不安な気持ちをわかち合いたい、共感したい、笑いたい、そして、少しでも嫌なことを忘れたい、というのが、

子育て中のお母さんたちに共通の願いでした。行方不明者が多いのが今回の震災の特徴でしたが、心のなかで区切りをつけなければ前に進めないということもあります。行方不明のままの家族や知人……自分の気持ちをどう納得させればよいのか誰もわからないまま、日が過ぎて行きました。誰もが、そのような気持ちを打ち明け、認めてもらい、話を聞いてもらえる人を求めているのです。

災害後、半年経っても……

私たちが新生児訪問をサポートしていた石巻圏、東松島市では、放射線の影響について不確定な部分が多かったため、また市内の公園が多数、津波で流失したため、災害から半年が経過しても、子どもの戸外での遊び場が不足したままでした。親の失業や地域の被災で子育て環境が悪化しているということもわかりました。

震災後、このような活動に助成してくれる団体の情報が現地に伝わらなかつたり、支援団体とのマッチングができなかつたり、補助を得るための書類の書き方がわからない、という相談を受けたりしました。常に子育て世帯に開放できるような拠点となる場所をつくりたいというママサークルの代表さん、助産師さん、保育士さんと何度も話し合い、施設面、金銭面、マンパワー面で話を進めていきました。

ある助産師さんからは、「団体としての運営に関して、代表者の負担が大きい」「助産師会員自身が被災し、支援活動が十分にできない」「困っていることが日々変化し、見通しが立ちにくい」などの悩みが寄せられました。

このようななか、東京都助産師会の宋祥子さん（松が丘助産院）があちこちに声をかけて運営サポートのきっかけをつくってくださったのが表の団体です。これらの団体からは、

・0歳児講座への助産師さん、栄養士さんの派遣支援

・産科の情報や小児科の情報を盛り込んだ子育て世帯向けフリーペーパー事業への記事や情報の提供

・支援者支援。話を聞いてくれるカウンセラー等の定期的巡回（同一人物を望む）や、

研修支援

・イベント出演者や団体の派遣
といった希望が寄せられ、全国の団体やPCAT（日本プライマリ・ケア連合学会東日本大震災支援チーム）などの支援チームに問い合わせ、必要な団体や人材とつなぐコーディネートを行ないました。

当初は妊産婦健診および産後訪問を中心とした支援を考えていましたが、妊産婦を支えるには、同じ地域の保健師、助産師、保育士および地域のママ同士のネットワークやコミュニティのサポート、そして地域行政や医療機関との連携も必要です。子育て中のママ同士の集まりを開いたり、ミーティングの機会を設けたり、助産院を受診する費用を負担したり、助産院の経営や助産師さんのイベント運営をサポートしたりと、支援の内容が広がっていきました。

上述の団体が必要としていたのは経済的な援助です。スピード感をもって柔軟に、また生活に根ざした場所に子育てサークル活動を行なえる場所を確保するための金銭的支援だけでなく、破壊された公園等の整備、古い施設の耐震工事や窓ガラス・玄関ガラスへの飛散防止フィルムの貼り付けを行なう費用も必要でした。子育て支援センターのサポート（ママたちが集まる際のタクシー代やお茶菓子代を負担、スタッフへのお礼）や、託児所、ファミリーサポートセンターへの支援も必要です。東京都助産師会さん、日本財団、ライオンズクラブ、AmeriCaresなど多くのNGOや支援団体に補助金を申請し、そのお金を被災地のママサークルや助産師さんに届けました。

ママのエンパワメントは

自身が人の役に立つことから始める

以下に、次の災害が起こったら助産師さんたちがどのようにママサポートをしたらよいのか、具体的な事例に基づいてまとめました。まずは現地でニーズ集めです。基本は、外から入った支援者ではなく、「被災地の方自身が」人の役に立つというプロセスを尊重して元気づけること。支援する側は黒子に徹して地元の方たちに達成感、団結感を味わってもらおうのが、その後、その土地を守っていく人への最高のプレゼントになります。

① ニーズ集め

被災地や避難所では支援者の方々に助けられてばかり。とってもありがたくて、申し訳なくて、文句は言えない……という遠慮がちな声を、たくさんママさんからお聞きました。

しかし、周りの方のお世話になっているだけではなく、誰かの役に立つことで自尊心が回復することもあります。サポートを与えるだけでなく自ら働いてもらうことも大切です。被災地においても、不要になったベビー用品を持ち寄って譲り合うなど、妊婦さん同士がボランティア精神でサポートし合えるようになると、妊婦さん自身の喜びにつながります。

私たちがずっと応援していた石巻のママサークル団体「ベビースマイル石巻」の代表荒木裕美さんは、マタニティから未就園児を対象とした親子の遊び・学びのイベントをずっと企画・実地していました。震災により、子育て支援センターが縮小され、子育てサークルの活動の場所も少ないなかで、親子へ居場所・遊び場所を確保し、提供する必要性を感じていたためです。専門家や講師を招いて音楽に合わせて体を動かしたり、簡単な工作をして楽しい時間を過ごしたりするような親子イベントを開催し、親同士の情報交換の場、社会参加の場、石巻の子育て情報の集まる拠点作りを目標として活動されていました。

また、石巻の子育てサークル cocoma に所属していた武山美佳さんは、震災前は、月2回、保健センターひまわりにて、母と子、祖母の情報交換を行っていました。震災直後は、活動拠点だった保健センターが床上30cm程浸水し泥だらけになり使用できなくなったので、使用可能になった6月から、回数を増やし毎週金曜日に保健センターひまわりで同様の情報交換会を行っていました。

保健センターひまわりは津波が来た場所です。「また津波が来たら不安」と言うメンバーもいますが、それでもやはり誰かとしゃべりたくてみんな毎週集まるそうです。ところが、これから子育て支援センターが開く予定で、それがさらに海へ近い場所なので、今の保健センターひまわりで活動

を続けていけないか模索中なのだそうです。東松島市矢本子育て支援センター「ほっとふる」を運営されている保育士さんの高橋有香里さんは、私たちが、震災後一番よくうかがった方です。被災直後特に困ったこととして、子育て支援センターが支援物資配布場所となったためすぐに開館できなかったこと、電気、水道等のライフラインの不通、ガソリン不足に加え、震災の影響により、支援センターの予算が大幅に削減されたことをあげていらっしゃいました。金銭的支援はもちろん、保育士さんや行政の方、保健資産、助産師さんなど支援者の支援として、話を聞いてくれるカウンセラー等の定期的巡回（同一人物を望む）や、研修支援を希望されていました。

② お金集め

私たち妊産婦・乳幼児ケアチーム PCOT が PCAT に所属していた利点は、PCAT があちこちから助成金や寄付金を集め、母のために使ってくれたということです。東京助産師会「東京都里帰りプロジェクト」の宗祥子さん（松が丘助産院 院長）、UNICEF、日本財団、AmeriCares、そのほか多くの企業や団体から援助をいただき、助産師さんや産婦人科医の派遣、ママ向けイベントにお金をつぎ込むことができました。助成金申請書の書き方、サポートして下さる組織に関しては、別の機会に述べたいと思います。

③ 現地のリーダーをとことんサポート

PCOT では9月3日に、現地につながっているリーダーさんたちを呼んで東京でワークショップを行いました。ママサークルの代表の方、保育士さん、保健師さんなど、子連れで東京まで来てもらう合宿スタイルです。被災地を離れるというだけでリフレッシュし、地元のにがらみにとらわれず、自由な思考でアイデアを出すことができる効果がありました。また、ホテルステイで暗い気分から解放されるという効果もありました。

「支援され疲れ」していたリーダーの方々は、「次は何をお手伝いしましょうか」と言われることにおびえていたと言います。支援する側は自分たちの自己満足で

済むのですが、支援を受ける側としては自分たちの調整も大変だからです。

しかし、ここでは、「自分の街が5年後にどうなっていて欲しいですか？」というビジョン・メイキングに徹しました。目標を設定してから今後のことを話すと、次から次に、リーダーの方から「こうしたい」「ああしたい」という気持ちを聞くことができたのです。現在の課題やつらい現実のことばかりにとらわれてしまいがちななか、ちょっと先の未来を見て、具体的なイメージを描く過程は、サポートされているという弱い立場の人々を、強く主体的に変えました。

子育てシップの開催

この時のビジョンや、「そのためにはどうしたらいいか」「何が必要か」という話し合いのなかから、大船渡市の助産師、伊藤玲子さんが立ち上げてくださった、ママが子連れで集まれる場、「子育てシップ」は大きな反響を呼びました。震災直後の先行きが見え始めてきた2011年10月から始まった助産師さんが開催するママ友サークルは、ママさんたちにたいへん喜んで迎えられました。また、地元の助産師、看護師、保育士、歯科衛生士がボランティアとして手を上げてくださいました。伊藤さんは、

準備段階から地元の方をアルバイトで雇い、仮設住宅90か所にチラシを貼ったり、避難所、保育園はもちろん、新聞広告にも出したりするなどとても精力的に活動されていました。

開催当日は、大勢の子連れママの参加があり、こういう場が本当に必要とされていたんだと実感しました。当初、受付に見えたママたちの表情は硬く、とても緊張されていましたが、時間がたつにつれて優しい表情になり、それだけでも開催してよかったと思いました。しかも、昼食付で、支援物資もありました。

「昼ごはんのことを考えなくていいのは、ママにとって最高なんですよ」という伊藤さんの配慮が印象的でした。この会は、今でも引き続き開催されています。

現地の助産師さんたちの「何かしたい」という熱い情熱、力強さが「子育てシップ」として結実し感動しました。

今月の教訓
●外から来た支援者ではなく、「被災地の方自身」に達成感を味わってもらうこと。それがエンパワメントになる。

表

地域	支援先団体	支援内容詳細	
宮城県	東松島市 東松島市保健センター 矢本子育て支援センター	東松島市保健センター	新生児訪問のための助産師派遣および業務支援
		矢本子育て支援センター	流出遊具の寄付および子育て相談会サポート、人材派遣
		ほんだ母乳育児相談室	助産院開業再開にともなう資金提供およびリフレクソロジー無料施術補助
	石巻市	桃生子育て支援センター	震災により故障した施設のエアコン修理支援および人材派遣
		河北子育て支援センター	物資支援および助産師派遣

	阿部クリニック産婦人科	産婦人科医師の派遣	
	ココア石巻	母子健康相ツアアの開催費用補助および医師・助産師派遣	
	ベビースマイル石巻	ママサロン運営支援および人材派遣	
気仙沼市	おっぱい塾	ママサロン立ち上げに関わる費用一式および運営支援、母乳育児講習会の開催	
仙台市	光が丘スペルマン病院	母子防災ずきんの寄付および産褥入院受入れ支援	
	ともこ助産院他	助産師による地域母子支援活動、ママサロンでのベビーマッサージ	
岩手県	陸前高田市	母子サポート	ママサロン運営支援および助産師派遣
	大船渡市	母子サポート	ママサロン運営支援および助産師派遣
	釜石市	いずみ助産院他	母と子のサロン開催補助

被災地における助産師活動の背景

母子保健法に基づき、母子手帳の交付、保健指導、妊産婦の訪問指導、新生児の訪問指導、幼児の健康診査等の母子保健事業は市町村単位で行なわれています。新生児の訪問指導は、「(略) 育児上必要があると認めるときは、医師、保健師、助産師又はその他の職員をして当該新生児の保護者を訪問させ、必要な指導を行わせるものとする」(母子保健法 第二章第十一条)とし、妊婦の健康診査については「(略) 必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない」(母子保健法 第二章第十三条)とされており、出産直後の母親の訪問指導に関する条項は特にありません。

一般的に、行政サービスとして無償で提供されているのは、両親学級・講座、妊婦健診、新生児・乳児・幼児の健診および訪問指導であり、市町村にもありますが保健師が担当するケースが多いようです。助産師による出産後の母親のケアや母乳・育児指導は「自由診療」と位置づけられています。

たとえば、岩手県立釜石病院は、釜石市による乳児の1か月健診を補完する形で、産後2週間に院内助産師による外来サービスを1回2000円で提供していました。福島県では訪問サービスは6000円程度でした。宮城県の開業助産院では、訪問サービスは1回8000円、外来サービスは1回5000円でした。石巻赤十字病院では産後3日目に退院させていた場合でもその後の産後ケアが不足しており、退院させる側の助産師さんたちも気がかりであったとうかがいました。したがって、退院後、母親が初めて専門家とのコンタクトを得るのは、乳児の1か月健診であることが多く、産前のケアは行政による支援が充実していましたが、出産直後の母親のケア、母乳・育児指導は空白状態でした。

母乳育児支援は母親の心身を癒す

震災後、私たちが連携させていただいた松が丘助産院の宗祥子さんは、宮城県の助産師さんたちのところに向き、助産師さんのニーズをあつめてくださいました。宮城県助産師会では、公益財団法人ジョイセフの支援を受け、母乳相談や母乳ケアを3回まで無償で提供していました。開業助産師さんの仕事が回復してきた2011年7月には、1か月で述べ533人のお母さんたちのケアができたそうです。宮城県内の出生数が年間2万人、月間平均1650人、という計算からすれば、助産師さんたちが1/3のお母さんたちのケアを担っていたということになります。

母乳育児ケアを無料で受けられること、そのメリットは、母乳に関することばかりではありませんでした。震災時の気持ちや、震災後の気持ち、原発事故への不安、多くのお母さんたちの感情表出の機会を生み出しました。ケアを受けながら話すことで、身体も心も癒されていたお母さんが多かったのです。母乳のことだけでなく母親自身の心の在り方、自分との向き合い方も支えたのではないかと思います。しかし、予算が尽きてしまい、12月でジョイセフからの支援が打ち切りになることが決まりました。

でも、震災後のがれき処理やインフラ整備は進んでも、お母さんたちの心が短期間で戻ったわけではありません。仙台市保健センターでは2011年9月よりお母さんたちの心のケアを開始しましたが、10月頃になって、担当保健師さんたちから、緊張が解けてきたのか、お母さんたちが心配な気持ちを表出するようになってきたという報告が寄せられるようになりました。気持ちを吐き出す場、話を聞いてもらえる場の重要性を痛感した助産師さんたちは、母乳育児ケア無料事業を続けるため、ほかの団体に支援を嘆願していました。

私は、次の震災が起こってもまた同じように震災直後から現地で助産師さんと会うかたちで母乳育児支援ができるよう、常日頃から準備しておくことの重要性を感じました。そのために備えるべきことは表のとおりです。特に、他県からの支援がままならない震災後約2週間を乗り切るためには、日ごろから地域の関係を保っておく必要があります。そのためにも、下記のような準備について話し合う場を設けるのは、その場づくりそのものが「顔の見える関係づくり」のチャンスとなり、災害時の明暗を分ける連係プレーを生み出します。

表1 災害時母乳育児支援 準備項目

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①都道府県ごとの助産師会会員の携帯電話番号、メールアドレスを把握(可能であればTwitterアカウントやSkypeアカウントもあると連絡が取りやすい) |
| ②助産師ゼッケンを常備 |
| ③ミルク、おしりふき、紙おむつ、乳幼児用おむつ、おくるみ、分娩セットを常備し、保管場所を周知しておく |
| ④アクション・カード(誰がその場にも、次にとるべき行動がわかるように書かれた数枚の紙・可能であればラミネート加工しておく):震災時、すぐにすべきこと(会員への連絡、安否確認、助産施設の損害状況確認など)→産後訪問プロジェクトを立ち上げるにあたり必要なこと(人集め、お金集め、 |

モノ集め、専属事務員の設置、連携機関・支援団体への連絡)→避難所や家庭訪問時のマニュアル→訪問診療の報告書を作成し、行政や支援団体、医師会・薬剤師会・臨床心理士会、メディアに報告する方法→他地域から人材派遣を依頼するか、募集する→必要物品の依頼→受け入れ場所・仕分け人材の手配
⑤チェックリスト：会員への連絡時に聞くこと、助産施設の損害状況確認の内容、かかりつけ妊婦の数や状況、最寄りの避難所でアセスメントすべき妊産婦・乳幼児の数、避難所や家庭訪問に持参するものリスト、家庭訪問ですべきこと・尋ねることリストなど
⑥可能であれば、地元の産婦人科医や医師会と協働で、週1〜2回の巡回診療(予防接種および乳児健康診や乳児の医療、乳児の健康相談、離乳食相談、母の健康相談や乳房ケアなど)体制を話し合っておく。母子専門の仮設医療機関の必要性を共有し、開設場所、メンバー、連携体制について話し合っておくとい

助産師の存在は被災地で大きな励ましとなり、母子支援につながります。しかし、被災地の助産師は家庭と仕事を守ることが精いっぱいであり、訪問診療ができる人材確保は難しいと心得ておかなければいけません。また、被災した都道府県には緊急のボランティアを受け入れる体制構築や財源がないことも予想されます。DMATや日赤救護班のように、交通・宿泊・食事の確保まで含めて助産師を被災地に派遣できるシステムをもち、無償ではなく有償で災害障害保険にも加入した団体が準備されていれば、どこで何が起こってもタイムリーに機能できます。

行政の母子保健システムとの連携

京都での臨床業務を離れ、被災地で母子の支援活動の実際をマネジメントしていた産婦人科医の池田裕美江先生(現在洛和会音羽病院産婦人科勤務)は、その行動力とコミュニケーション力で、サポートを必要としている人々に会いに行き、こちらから提供できるものを差し出したり、行政や医療機関とつないだり、という活動をしていました。その内容は多岐にわたり、第2回で触れたように石巻日赤を退院後、産後のフォローアップを受けられないまま避難所に戻った産褥婦さんの経過を見て回ることをはじめ、保健師さんと緊密に面会をして現状を伝えたり、最後にはユニセフという大きな団体のなかに入って支援の調整をしたり、ということもしていました。

私たちが行なったこのプロジェクトの活動は専門的医療を提供することではなく、つらい環境にいる妊産婦を直に訪問して寄り添い、ニーズを拾い上げ問題をアセスメントすることでした。病院は来院した患者しか診察しませんし、行政は緊急援助に明け暮れて通常の母子保健業務を再開できません。そもそも妊産婦は「災害時要援護者」の定義に入っていませんし、緊急援助の対象にもなっていませんでした。未曾有の災害の後、復興に向けて最も大切にされるべき母子の支援が後手に回っていることに焦りを覚え、避難所や被災家屋にいる母子の粗悪な衛生状況や栄養状態、またそのようななかで必死に子育てをしようとする母たちの心的ストレスをさまざまな人にさまざまな場面で訴えました。

行政の方々も、母子を見過ごしにしていたわけではなく、つらい状況であったのです。池田先生はじめPCOTメンバーの私たちは、いつも、行政の方に母子の健康情報を連絡するために、発災1か月後より市役所の保健師さんのところへうかがって、お話をするようにしていました。保健師さんたちはなかなか新生児訪問が進まない様子に、「手をつけてしまったらフォローもできない」といった状況をこぼされています。発災3か月後には被災地外からの支援保健師さん、支援助産師さんに訪問をお願いし、2回目、3回目までのフォローもお願いして、さらなる長期フォローが必要な人だけ市役所保健師に情報をあげてもらうようにしている地域もありました。

保健師さんたち自身には母子保健をしたい気持ち強いものの、「災害時のきまりごと」に母子保健に関することがまったく含まれていないので優先的に動けない、というご様子で、地域防災計画や防災マニュアルに母子対応のことを記載しておく必要性を感じました。避難所の妊婦さん、在宅妊婦さん、そして乳幼児を支援団体の助産師さんで回ってもらえるのはとてもありがたいと言いつつ、私たちも、保健師さんたちの歯がゆい気持ちを感じて、できるだけ地域に取り残されている妊産婦さんたちの情報をこまめに伝えるようにしていました。私たちは、お母さんたちに対しても「何かあったら地域の医療機関や行政につなぎます」と言える立場だったのが、お母さんたちの安心につながっていたような気がします。

支援の難しさ

石巻および東松島周辺の生後1か月の母乳率はもともと30〜40%(仙台で70〜80%)だったそうです(石巻市H助産院調べ)。低い理由は①分娩施設がそれほど母乳推進に熱心でない、②早期から祖母に預

けて働くのでミルク授乳が便利、③保健センターをはじめ看護職の母乳推進に関する意識が低い(母親学級受診率も低い)とのことでした。

私たちPCOTメンバーが把握している限り、東松島市には震災前に開業助産院が1件(H助産院)、勤務助産師さんが2名いらっしゃいました。私たちは支援当初からこの方々とお会いし、お手伝いできること、一緒にできることをお聞きしていました。4月中旬にH助産院を訪問した時にもニーズ、今後のプランをお聞きすると、母乳相談所の利用者はほとんど石巻周辺の人であったため、震災後利用者は激減したが、車が流された女性が親戚から車を借りるなど何とか足を確保してリフレクソロジーに帰宅できたことをことのほか喜んでいらっしゃいました。夫婦での施術希望もあるため、「施術中に子どもをみてる人がいるとよい」というご希望をうかがったり、津波の被害のなかった家でも、親戚や近所の方が避難して同居していたり、震災後、義父母と同居することになったり家族形態が変わりストレスに感じている母親もいるため、助産院でのリラクセスやくつろぎタイムは貴重なものであるというお話をうかがいました。私たちはPCOT活動のために集まった助成金のうちから数十万円を拠出してこのH助産院に対し、

- ・リフレクソロジーを無料で妊産婦さんに施行するための金銭援助
- ・子ども連れの妊産婦さんが施術されている間のベビーシッター手配

をお約束し、毎週何名の産後ケアを行なったか、という報告書を出していただきながら、来院されるお母さんたちの心や環境の変化に気を配っていました。

日本助産師会から派遣されている助産師さんたちも、地元の助産師さんと意気投合し、悩みを聞いたり励ましあったりされていました。このような草の根的なパワーをもつ助産師さんからは、目の前の個々のニーズ発掘やそれらニーズに対する小回りの利いた支援を発想する瞬発力に長けている印象を受けました。助産師たちのポテンシャル内でできる範囲の支援をしたい(たとえば、「◎◎県助産師会より30万の埋蔵金を、被災地支援のために預かった。そのお金で、今お母さんたちがほしがっているベビーの夏用の肌着を調達してあげたい)などの希望をいただくと、PCOTとしての立場ではなく、「個人としてどうぞ、良いと思ったことは何でもしてください」とお話ししていました。

しかし、現地での個々のプロジェクトが今後地元スタッフに還元できるものであるかどうかという点

＝継続可能性の問題(たとえば助産院への金銭的援助)に関しては、運営スタッフのなかでも議論が続いているところで、自立の妨げになってはいけないし、しかし、困っているなら当面は何とかしたい、と、さらなる模索を続けていました。

震災から半年経った、9月半ばのことです。震災前から新生児訪問に行っていたある助産師さんから、「震災後、訪問件数が半分になり、収入が減って困っています」と人づてに連絡がありました。ご本人は、震災前と同じ件数でも新生児訪問に行けると市にアピールされたそうですが、無償で、どんな遠いところへもすぐに訪問してくれるPCOTの助産師さんのほうが、財政面で考えると市にとっては助かる話だったのでしょ。私たちは市から新生児訪問を依頼されてもできるだけ地元助産師さんの雇用を優先してもらい、どうしても回れないところの訪問だけを引受けしていました(表2)。また、地元助産師さんよりも多い件数を引受けたりはしませんでした。しかし、自分たちの支援のせいで地元の助産師さんが仕事が回ってこないと感じているということを知り、愕然としました。しかし、このような率直な意見を聴けたのも、私たちの団体がいつも助産師さん同士でコミュニケーションを取っていたおかげだったともいえます。ちょうど私たちも、「支援の引受け際」「自立支援」を考え、模索している時期でしたので、地元助産師さんからの訴えと、タイミングが重なりました。

結局、PCOTによる助産師さん派遣は、9月末日をもってその活動を終え、現地の助産師さんに引き継ぐことになりました。震災から半年の間で派遣した助産師さんは延べ30名、派遣に要した金額は130万円、助産院や子育て支援センター、母乳育児支援団体やママサークル支援に要した費用は150万円となりました。

これらの助産師さんたちが、遠くから駆けつけてきて被災されたお母さんたちのことを気にかけて、丁寧な声掛けと気遣いで母子の気持ちを安心させてくれた功績は大きなものでした。また、地元の行政や産科医療のダウンを救ってくれました。

石巻市は震災2年後の2013年3月、被災地では初めて、分娩数が震災前の数に戻った地域として報道されましたが、地域のきずなや医療体制、経済的復興支援などさまざまな要因のなかで、被災地内外の産科関係者がつくり上げた「ここで産める・産みたいと思える町づくり」という「次世代に希望を持てる」影響力は大きかったのではないかと感じています。