

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⁾。

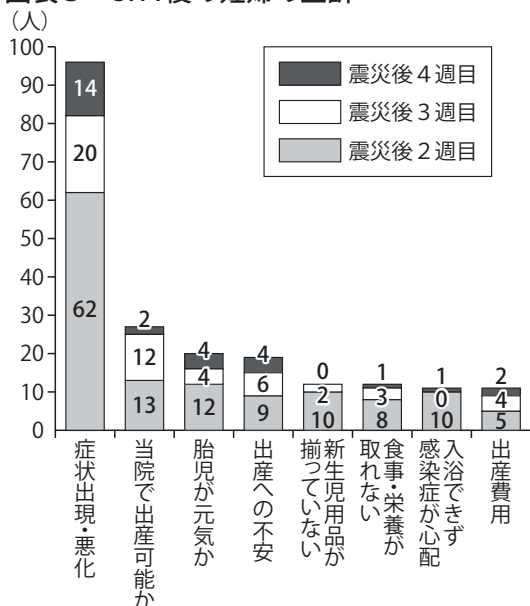
また、岩手県立大船渡病院が、震災後の1カ月間に受診した妊婦の不安・悩み・症状を調査した結果によると⁸⁾(図表3、4)全般に避難所生活の悪影響が見られていた(図表5)。津波で車を流された、ガソリンがない等で、移動手段を失ったことで妊娠初期の受診が遅れる、妊婦健診を受けられない、情報の欠如・連絡方法喪失により飛び込み受診・飛び込み分娩が多発したことが明らかになった。

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)。

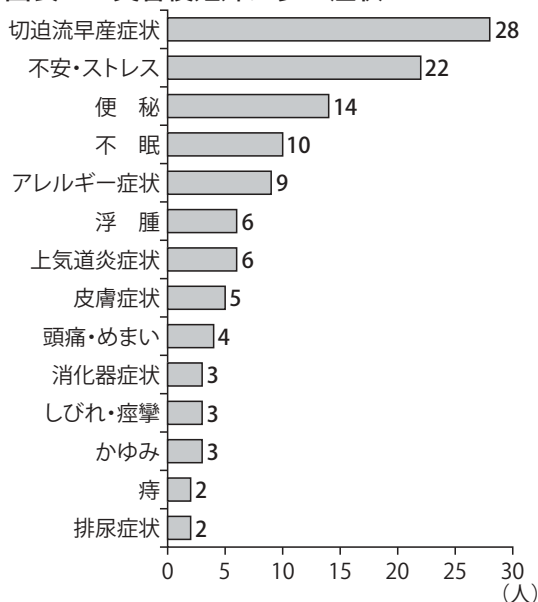
これらの経験から、災害時に母子を守るためには病院で待っているだけでは不十分で、産婦人科・小児科医療従事者だけでは役に立たないこと、プライマリ・ケア医師のような、地域に根付いたスタイルと幅広い診療能力が必要となることが分かった。

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った母子へ、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、母子手帳を手にしなが、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き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
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内か
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瘦
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、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。

(よしだ・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/ji-nkou/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/files/share/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://honami-yoshida.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、病院に寝泊ま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！」という意識で、ひたすら患者さんへのご主人と腰をすす、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、お産の経過を片時も離れず見せていただいたのだと思います。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度変わった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、非生理的なサポートの重要性でした。ひどいつわわりで苦んで「つわりは甘えじゃない、精神力の弱さじゃない、どうにもならないマとなんだ」と悟った時も、腰痛や便秘といったマイン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」という変なブライドでどうすればよい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に、同僚の言葉でした。

「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つらちに考えていた私が、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まめ欄い対応

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っています。ペビ

一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、助産師さんから日常生活の面でたくさんアドバイスをもらうことができてました。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。生まれてみると自分と変わらないことがたくさんある中で、夫が育児を取ってくれたもの、自分の気持ちが悪くないと思っ、傷が痛かったり、特に、乳汁分泌が少なく思っ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、乳腺嚢腫が始まったのに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たり、そのティーパ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、ロンドンに移動し続けた授乳中は、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、母子にもにとり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ポ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。ポ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ました。

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の東日本震災をきっかけに、ここの日本で、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運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ヤ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をそばにいた方がいいと思っだったのでその場に

どまりました。

周りに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る、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、防寒の役に立てばと子どもたちにピ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し、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う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寄り、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、と思いましたが、全体像を知ったのは夜中になってからです。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んでした。

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とのように思い出します。翌日から、近くのスーパ一のペットボトルのお水やトイレーパー、おむつが姿を消しました。速くはいる船せきぎ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お母さんや赤ちゃんのことが気がかりでなりませんでした。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ていただけに、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か、ということが自分が自分のことのように気になっていた。

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るのではという連絡が何度も入りました。もし一香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らないといけないから…その一言が、私の背中を押し、後ろためた思いながらも美冢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、美冢には保育園など

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、疲れと興奮状態で私は何となく心落ち着かず、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いいの?? 被災したお母さん、特に、小さな赤ちゃんを連れてお母さん、妊婦さんほんなん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思ながら、自分の子どもたちのことに集中できず、頭はいつも速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日に日本ブライマリー・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、妊産婦さんを救える専門家がいなかった現場では大変困っているということがわかったのです。そこからは、妊婦健診、産後新生児訪問、産婦人科派遣、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的の当たらに、日本で妊娠前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えることを、うまくいつたことも、いかなかったことを、包み隠さずシェアして、次の災害後にできるだけでなく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え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、どうぞよろしくお願いたします。

はじめに

災害と母子保健について、東日本大震災以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一人でも減らしたい」「子育てが大切なことだとわかってはいるけれど、“孤独”を感じてしまう人一人でも癒したい」――。

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、そこで、災害時の妊産婦ケアにおける国際基準はどのようなものか、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喜びであり、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つてきたということ、つまり最近までおざなりになつてきたということ、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のにもかわらず、です。

国際基準を知り、今回の震災ではもつと強く明確に、「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すやう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避難さ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えました。きちんと根拠を示し、「WHO」「国連」の名を使えば、行政に対してはとも説得力があるということ、地方行政側との交渉を通じても学びました。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

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てどのような支援が必要か、MISP という模式図を準備して世界中に災害地に送るキットも用意していました。世界中心から要請があつても、すぐに女性や子どもたちにも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、向方の知識がある人が現地にい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 を含む性感感染症の予防、母体死亡と新生児死亡の低下、プライマリ・ヘルスケアの中のリプロダクティブ・ヘルズ、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・ヘルズ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
Mittelmolen 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

- **スフィア・スタンダード(The Sphere Standard)**
 - ・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定めること。
 - ・新生児の母親を対象とし、完全母乳の支援を行な



●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

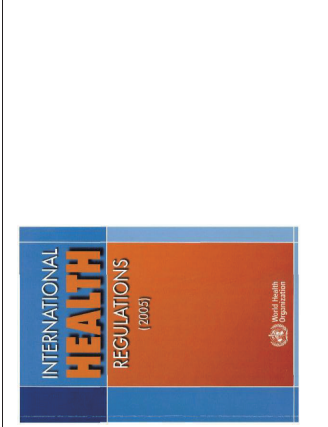
妊産婦・新生児への具体的配慮を必須項目として挙
げており、以下の方策を奨励している。
・妊産婦の食料、寝具、衣服、家庭用品、現金お
よびその他、緊急支援パッケージへのアクセスが可
能となるよう優先的に配慮する。
・現金給付は、支援物資の配布に比べ受給者の尊厳
を益み出すツールであり、特に女性の受給者にとつ
てである。
・妊産婦の健康を確保し緊急時におけるリスクを軽
減するために、妊産婦が必要とする栄養バランスを
十分に把握し、妊娠継続や母乳育児のための栄養サ
プリメントを支給する。
・専門家による母乳指導を優先的に行う(可能であ
れば出産後1時間以内に開始)。

●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。
・日本語訳されており、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、妊娠健康診察状況、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 日常的には健常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ラ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焼台、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さということ
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、真の二
一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
んの支援活動を行なう中、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りケースや
虐待を受けていないけれど、とにかく疲れてシヨック
を受けて、子どもたちのことがかわいいと思えない
母親がいました。

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

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、
何もなくてもハンディキャップの多い妊婦さんや
赤ちゃんと「我慢」「忍耐」を強いことは、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
間に落ちてしましました。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ず、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
者がこう言いました。「赤ちゃんとってはお母さんが
シェルトーのようなものです。お母さんの精神状態
は赤ちゃんと伝わります。お母さんが不安で心細く
思えば、赤ちゃんも影響を受けます」。

私は、「なるほどなあ。子どもと、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から知ったことですが、
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だ
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」「母親がしつ
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

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一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産産期管理を担っているため、妊産婦さんの暮らした、家族、生活習慣から食事が、干渉されている普通のこと、助産師さん自身が、干渉している。しかし、助産師さん自身でも、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。妊産婦として助産師さんのケアを受けたい私は、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たり、普通のことである心させてもらえなかった。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、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。健康についても考えれば、本来なら栄養や食事という要素はとても大切ですが、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ら、しっかりと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、妊産婦さんや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、被災地の妊産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

私たちは医療従事者は、つい「ハイリスク・アブロード」でハイリスクな人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ケーションの、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いかに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。

ザ・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。産後の女性が一番思いのほは、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ならなおさら、どんなに苦しく、恐怖力や失ったらなさい。私たちは、避難所で、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」と速慮しないでください。お腹の中で赤ちゃんと育てている妊婦さんは、それだけで大きな仕事をされているんです」「出産後、一番大切なこの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す。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、もともと頼つてもいいのに抱え込んで苦戦しているお母さん、「病気がないから助けを求められない」と速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、私は何度助産師さんでよかったことでしょうか。そのようなケアの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、日本ブライマリー・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索しました。そして学会として、被災後約3日目以降の緊急性期から中長期を目標として、地元の開業医、産科クリニックの医師など、基本的に個人ベースで開業しているブライマリー・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(日本ブライマリー・ケア連合学会東日本大震災プロジェクト)ができて、急性期にヒローのようの人に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ケーションに戻ると、またはコミュニケーションを再形成する、そして自分たちの生活を己の手や力でもう一度始める、というところが支援なのです。

健診先がない妊婦たち

日本ブライマリー・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ワ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あったりありません。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、妊産婦さんがいる27週の初産婦さん、避難所にいる32週の子供さん。

その後も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かり、早期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、妊婦健診に連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

察を受けられるかわからない状態でした。そのなかにはハイリスクの高い妊婦、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がおりになり、「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はつい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。UNPPA(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のこの事実を認識していた専門家のごく少数であったことです。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。そのようなことで目を留め、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1つ、妊産婦を気遣うチームがいまいた。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。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のみならず分娩台、新生児蘇生設備まで携えてきました。

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かと申し出ました。しかし、大学病院から派遣された人が十分いて、病院内の業務は十分まわされています、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、こちらでは何とでもできません」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。

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かと申し出ました。しかし、大学病院から派遣された人が十分いて、病院内の業務は十分まわされています、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、こちらでは何とでもできません」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つた。
・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産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。聞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問診事項、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くしかありません。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、急変に対応できなさと感じました。何回かの現地派遣後、私たちの仲間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ると思います。

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こと、食事や待機、休息などを遠慮することがなく、支援も集まってくるため効率的。

参考文献

- 1) 藤井修：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、大乗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ことは、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つたのです。

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と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、行政をあてがわず、必要なものを必要な人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プレイションを重ね、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どきを聞きましたが、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りが小回りがきき、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、産後3日を確保しました。あまりの過重労働に、産婦人科医師が憔悴しており、倒れてしまわれない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、「こちらでできると見えています

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、せっかくなので一言ご挨拶だけでも、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關しては問題ないだろうと思いがながら「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、15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、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と、驚かれた。「大丈夫です」「体調はどうですか」と聞かれても「大丈夫です」としか答えなかつ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)にすることで、妊婦さんも自分から、ちよつと気になってくることについて表出してくれることがわかり、訴えを引き出す診療方法が大いだと痛感しました。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)、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」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、来てよかつた、と感動。また、尿蛋白を検査するウロステイ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。

唯一滞った病院と連携

本連載の前回は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する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日数件に上つたため、産婦は産後3日目に退院させざるを得なかつたようです。

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、石巻市の妊産婦および新生児のフォローを開始したのが4

月12日のことです。

しかし、散り散りになっていく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られています。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を入手し、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ください、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つの分娩取扱施設がありました。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。そこではベッドが足らず、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産婦、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ください。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名以上の助産師を半年間派遣していただくことで、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か半月たった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、ベビーマタサージュや離乳食教室など)。
- ・石巻での分娩受け入れ数半減への対策：地元の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ナーズシステムの構築。
- 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、プライマリー・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ルサーアープを因

- 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、多種多様な専門家と一緒に話を聞きに行き、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るいらっしゃる方は、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、「人とご出会える場づくり」が災害時の母子の心身ケア支援に及ぼす影響について、ご紹介したいと思っています。

震災後、被災した土地から多くの方が避難してしまいましたが、多くの方の家族は、それぞれで身近にいた方と遠くなってしまいましたが、電話も通じません。女性にとりまして、自分の立場や苦勞をわかってもらえる友人との語らひは何よりも安心でき、元気になれるものです。

「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

に加えて、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が（3）自分のことだけをいわってあげられる時間
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、私はいつもの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、慰められてきました。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っかを自分自身が体験しなければ、少しでも妊婦さんへの不安を和らげたい、出産時の助けになりたいと思ひ、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。

現地が情報難民になっていて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

ユしたい、と思つたのです。この妊婦さん会は、今でもフランクフルトやポ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、「癒しをあげますよ」なんてことは、おこがましくてどうしてでもできません。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、交流会、誰かの力になること、元気をもらう、そのことで被災地の家族が立ち直る助けになればと思つたためです。

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とも、電話やメールで参加できるようなネットワーキング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つて大きな影響を与え、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から、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、避難所になつていて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戻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、情報が入つたことなかつたという声も多々聞きました。情報をどこでもらえたいかわからず、乳幼児のオムツを手に入れるのが大変だったこと、このようなか、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。行方不明の家族や知人………自分の気持ちやどう納得させたいのか誰もわかっていないまま、日が過ぎて行きました。誰もが、そのような気持ちを持ち打ち明け、認めてもらい、話を聞いてもらえたい人を探しています。

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石巻市、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つたため、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す。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、このよう活動に助成してくれ、る団体の情報に伝わりなかつたり、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かつたり、という相談が書かれたりしました。常に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です」「助産師会自身被災し、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つかけをつくってくださったのが表の団体です。これら団体からは、
・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）など人材チームに問合わせ、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キングやコミュニティのサポーター、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聞いたり、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ターしたりと、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も育てるための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貼りに費用を付けたらなかつたり、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

自身が行うに立つことから始める

以下に、次の災害が起こつたら助産師さんたちがどのようにママサポーターをしたらよいか、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を集めて、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が達成感、団結感を味わつてもらおうの、その後、その土地を守っていく人への最高のエンパワメントになります。

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。とつてもありがたい、申し訳なく、文句は言えない………という遠慮がちな声で、たくさんママさんからお聞きしました。

しかし、周りの方のお世話になっただけではなく、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。サポートを手伝えるだけでなく自ら働いてもらうことも大切。被災地においても、不要になつたベビー用品を持って譲り合うなど、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ります。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「ベビーマスマイル石巻」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らずと企画・実行していました。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も少ないないないから、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ので、専門家や講師を招いて音楽に合わせて体を動かししたり、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、石巻の子育て情報集まる拠点作りを目標として活動されています。

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なっていました。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つたので、使用可能になつた6月から、回教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なっていました。

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い、みんなら毎週集まるそう、と。ところが、これからは子育て支援センターが聞く予定で、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。

東松島市失本子育て支援センター「ほつとふる」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つた方です。被災直後に困つた資配布場所となつたためすぐに開館できなかつたこと、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、子育てをあげていらいやました。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一等の定期的巡回（同一人物を望む）や、研修支援を希望されています。

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がこちらから助成金や寄付金を集め、母子的に使ってくれたという事です。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、AmeyCares、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、現地でつながつ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ないました。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、地元のし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、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るか？」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何を話すか、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ず、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。

子育てシッポの開催

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、「子育てシッポ」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、ママさんたちがたいへん喜んで迎えられる。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りました。伊藤さんは、

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
	東松島市	流出遊具の寄付および子育て相談サポート、人材派遣
石巻市	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
	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
石巻市	河北子育て支援センター	物資支援および助産師派遣
	石巻市	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	
	母子健康相ツアアへの開催費用補助および医師・助産師派遣	
ココア石巻	ママサロン運営支援および人材派遣	
ベイブースマイル石巻	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	
気仙沼市	母子防災ずきんの寄付および産褥入院受入れ支援	
仙台市	光が丘スバルマン病院	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
	とちこ助産院他	ママサロン運営支援および助産師派遣
岩手県	陸前高田市	母子サポート
	大船渡市	母子サポート
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る。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 第二章第十一條)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 第二章第十三條)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、市町村にもよ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か月健診を補充する形で、産後2週間に院内助産師による外来サービスを提供し、6,000円程度でした。宮城県では訪問サービスは6,000円程度でした。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、退院させた側の助産師さんたちも気がかりであり、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松が丘産院の宗祥子さんは、宮城県の助産師さんたちとご一緒に出向き、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増え、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

母乳育児ケアを無料で受けられること、そのメリットは、母乳に関することはあまりありませんでした。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。ケアを受けたがら話すことで、身体も心も癒されたお母さんが多かったのです。母乳のこと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、震災後のれいきりなき処理やインフラ整備は進んで、お母さんたちの心が短期間で戻ったわけではなく、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、気持ちも吐き出す場、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ただきました。

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。そのためにも準備がままならない震災後約2週間を乗り切ったためには、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 助産師セッションを常備
- 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（誰がその場においても、次にとるべき行動がわかるように書かれた救済の紙・可能であればラミネート加工しておく）：震災時、すぐ調べること（会員への連絡、安否確認、助産施設にすべしこと）→産後訪問プロジェクトを立ち上げるに当たり必要なこと（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→必要地域の依頼→受け入れ場所・仕分材の手配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、家庭訪問すべきこと・尋ねることリストなど⑥可能であれば、地元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診や乳児の医療、乳児の健康相談、離乳食相談、母乳相談や母乳ケアなど）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ようお願い

助産師の存在は被災地で大きな励みとなり、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で精いっぱいであり、訪問診療ができる人材確保は難しいと心得ておこなうことができません。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、DMATや日赤救護班のい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・食事の確保も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、どこで何が起ころうと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践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。行政や医療機関とつながり、という活動をして、その内容は多岐にわたる。第2回で触れたように石巻市赤を退院後、産後のフォローアップを受けられぬまま避難所に戻った産婦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から支援の調整をしたり、ということになりました。

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。病院は来院し患者を診察させませんし、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」の定義に入っておりませんし、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、避難所や被災家庭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に人にささげざる場面を断りました。

行政の方々に、母子を見ることができては、はた、つらい状況であったとしても、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の方がかつて、お話をすることができています。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、「手を付けてしまったらフォローもできない」といった状況をごぼされていきます。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回目までフォローもお願いして、さらなる長期フォローが必要なら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もの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からも、保健師さんたちもあがりたいたいと言っただけで、私たちが、保健師さんたちの僅かゆい気持ちを感じ、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「何かあったら地元医療機関や行政になんかまします」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した。

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

けて働くのでミドルグ授乳が便利、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。

私たちは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師が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ニーズ、今後のプランを聞きすると、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ましたが、車が流されたためにรถ廠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とことをこのほか喜んでいらつしやいました。夫婦での施術希望もあるため、「施術中に子どもをみてくれる人がいる」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、親戚や近所の人や避離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た母親もいるため、助産院でのリラクセスやつづろぎタイムは貴重なものであるというお話をうかがっています。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スイッチャー手配

をお約束し、毎週何名の産後ケアを行なったか、とおう報告書を出していただながら、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、悩みを聞いたり励みあつたりされてきました。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解努力に長けている印象を受けた。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（たとえば、⑩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、今お母さんたちが置かれ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、「個人としてお話ししたい」ということは何でもして下ささい、とお話していました。なかでも、石巻市H助産院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、自立の妨げにはいけないし、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す。

発災から半年経つた、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のですが、無償で、どんな違いとどこへもすぐさまに訪問してくれるPCOTの助産師さんというものが、財政的面で考えると市にとつては助かる話だったのでしょうか。私たちは市から新生児訪問を依頼されなく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先を引受け受けていました（※2）。また、地元助産師さんが仕事で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、「支援の引き際」「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、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、地域の気持ちは医療体制、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「次世代に希望を保持する」影響力は大きかったのではないかと感じています。

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り整理したりするところから助けを求め、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何があれば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いった際、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を馳せ回りました。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がなりました。

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「オーブン・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させていただきました。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ます。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。

役に立っていないジレンマ

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すが、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す。

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、辞め時だと思います」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、生垣がへドロやゴミで覆われ、ドアがびび割れ、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、再起復興を回ります」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ので、分娩が集まらずに核病院の後方支援をしたいという思いが強いが、ご様子でした。疲労とともに強い決意がにじみお顔を見ながら、「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。クリニックも1.6mの浸水で1階は全滅状態でした。クリニックも1.6mの浸水で1階は全滅状態でした。クリニックも1.6mの浸水で1階は全滅状態でした。

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」と後押ししてくださいました。しかし、私たちが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、何も役に立っ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、気遣われず、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、気力と使命感を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っている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、私が被災地で開業産婦人科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」と打診してくれました。院長先生は地域やスタッフの人間性が厚く、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、疲勞因應した院長先生と2か月ぶりにお電話でお話ししたところ、地域のほかの産科医院が閉院してしまつたため、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クリニックスへの産婦人科医師派遣は難しいという状況でした。

Aクリニックス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を知っていました。人材登録、人材派遣、そして交通・宿舎・災害保険・謝金の支払いなどのロジスティック面で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くってくれましたので、産婦人科医師派遣も何とかなるだろうと思つていました。

「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の気持ちを押しました。

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クリニックス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つてもいいくらいです。特に、Aクリニックスでは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量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クリニックスの防災対策も勉強になりました。



Aクリニックスの分娩室

Aクリニックスの分娩室

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つ産科医が派遣されるも、事前にクリニックスの医師やスタッフと打ち合わせしておくことで、とっさの際にあらわなくても済みます。

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ス）、杉田匡隆医師（NTT 東日本関東病院）、上野山麻水医師（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（聖マリア会小児産科婦人科）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つ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

当直をしてくださった先生方はどなたも、量の分娩、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、右側臥位、左側臥位では、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ケアにより、10分ほどでbabyは安定した呼吸になる。この時に呼吸チャノ一々に注意すれば大丈夫」と、引継ぎの医師にあたたかいアトドバを残したそうでした。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、院長先生の業務ぶりに頭が下がった経験でした。

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繁に連絡を取るなど、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クリニックスは大丈夫？」と現地に何度も確認の電話を入れ、当直していただく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当直を取らせてもらえて、このうえなくよく勉強になりました」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つたそうですが、「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して普通はお金がかかるところを、産婦人科医師たち自身で人を募つたというのには画期的です」と激励してくださりました。

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。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/自律した形でないで得た支援事業は、大きな価値があつたのではないのでしょうか。すべては、かわつてくださった先生方の熱意と人脈、先見の明のたまものではないでしょうか。

もちろん、このプロジェクトの中で、「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スのスタッフに「おもてなしてもらう」結果になつ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スの基本方針と合わなかつたり、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つたりなど、院長先生はじめスタッフのみならず不愉快な思いをさせてしまつたり、ご迷惑をおかけしたことは多々あつたと思います。

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つてくださっています。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、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きにも、仲間として被災地の母子を守つ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つています。

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 日本ブライマリー・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入院時	①NST異常	①NST異常	①NST異常
②分娩方針決定：Bishopスコア	②NSTモニタリングで胎児死徴候	②NSTモニタリングで胎児死徴候	②NSTモニタリングで胎児死徴候
③母体搬送のためやすは	③NSTモニタリングで胎児死徴候	③NSTモニタリングで胎児死徴候	③NSTモニタリングで胎児死徴候
④妊娠36週未満、妊娠41週以降	④NSTモニタリングで胎児死徴候	④NSTモニタリングで胎児死徴候	④NSTモニタリングで胎児死徴候
⑤胎児の推定体重が2500グラム以下	⑤NSTモニタリングで胎児死徴候	⑤NSTモニタリングで胎児死徴候	⑤NSTモニタリングで胎児死徴候
⑥帝王切開既往	⑥NSTモニタリングで胎児死徴候	⑥NSTモニタリングで胎児死徴候	⑥NSTモニタリングで胎児死徴候
⑦合併症（糖尿病、外陰ヘルペス、感染症、子宮筋腫など）	⑦NSTモニタリングで胎児死徴候	⑦NSTモニタリングで胎児死徴候	⑦NSTモニタリングで胎児死徴候
⑧NSTモニタリングで胎児死徴候	⑧NSTモニタリングで胎児死徴候	⑧NSTモニタリングで胎児死徴候	⑧NSTモニタリングで胎児死徴候
⑨NSTモニタリングで胎児死徴候	⑨NSTモニタリングで胎児死徴候	⑨NSTモニタリングで胎児死徴候	⑨NSTモニタリングで胎児死徴候
⑩NSTモニタリングで胎児死徴候	⑩NSTモニタリングで胎児死徴候	⑩NSTモニタリングで胎児死徴候	⑩NSTモニタリングで胎児死徴候
⑪NSTモニタリングで胎児死徴候	⑪NSTモニタリングで胎児死徴候	⑪NSTモニタリングで胎児死徴候	⑪NSTモニタリングで胎児死徴候
⑫NSTモニタリングで胎児死徴候	⑫NSTモニタリングで胎児死徴候	⑫NSTモニタリングで胎児死徴候	⑫NSTモニタリングで胎児死徴候
⑬NSTモニタリングで胎児死徴候	⑬NSTモニタリングで胎児死徴候	⑬NSTモニタリングで胎児死徴候	⑬NSTモニタリングで胎児死徴候
⑭NSTモニタリングで胎児死徴候	⑭NSTモニタリングで胎児死徴候	⑭NSTモニタリングで胎児死徴候	⑭NSTモニタリングで胎児死徴候
⑮NSTモニタリングで胎児死徴候	⑮NSTモニタリングで胎児死徴候	⑮NSTモニタリングで胎児死徴候	⑮NSTモニタリングで胎児死徴候
⑯NSTモニタリングで胎児死徴候	⑯NSTモニタリングで胎児死徴候	⑯NSTモニタリングで胎児死徴候	⑯NSTモニタリングで胎児死徴候
⑰NSTモニタリングで胎児死徴候	⑰NSTモニタリングで胎児死徴候	⑰NSTモニタリングで胎児死徴候	⑰NSTモニタリングで胎児死徴候
⑱NSTモニタリングで胎児死徴候	⑱NSTモニタリングで胎児死徴候	⑱NSTモニタリングで胎児死徴候	⑱NSTモニタリングで胎児死徴候
⑲NSTモニタリングで胎児死徴候	⑲NSTモニタリングで胎児死徴候	⑲NSTモニタリングで胎児死徴候	⑲NSTモニタリングで胎児死徴候
⑳NSTモニタリングで胎児死徴候	⑳NSTモニタリングで胎児死徴候	⑳NSTモニタリングで胎児死徴候	⑳NSTモニタリングで胎児死徴候
㉑NSTモニタリングで胎児死徴候	㉑NSTモニタリングで胎児死徴候	㉑NSTモニタリングで胎児死徴候	㉑NSTモニタリングで胎児死徴候
㉒NSTモニタリングで胎児死徴候	㉒NSTモニタリングで胎児死徴候	㉒NSTモニタリングで胎児死徴候	㉒NSTモニタリングで胎児死徴候
㉓NSTモニタリングで胎児死徴候	㉓NSTモニタリングで胎児死徴候	㉓NSTモニタリングで胎児死徴候	㉓NSTモニタリングで胎児死徴候
㉔NSTモニタリングで胎児死徴候	㉔NSTモニタリングで胎児死徴候	㉔NSTモニタリングで胎児死徴候	㉔NSTモニタリングで胎児死徴候
㉕NSTモニタリングで胎児死徴候	㉕NSTモニタリングで胎児死徴候	㉕NSTモニタリングで胎児死徴候	㉕NSTモニタリングで胎児死徴候
㉖NSTモニタリングで胎児死徴候	㉖NSTモニタリングで胎児死徴候	㉖NSTモニタリングで胎児死徴候	㉖NSTモニタリングで胎児死徴候
㉗NSTモニタリングで胎児死徴候	㉗NSTモニタリングで胎児死徴候	㉗NSTモニタリングで胎児死徴候	㉗NSTモニタリングで胎児死徴候
㉘NSTモニタリングで胎児死徴候	㉘NSTモニタリングで胎児死徴候	㉘NSTモニタリングで胎児死徴候	㉘NSTモニタリングで胎児死徴候
㉙NSTモニタリングで胎児死徴候	㉙NSTモニタリングで胎児死徴候	㉙NSTモニタリングで胎児死徴候	㉙NSTモニタリングで胎児死徴候
㉚NSTモニタリングで胎児死徴候	㉚NSTモニタリングで胎児死徴候	㉚NSTモニタリングで胎児死徴候	㉚NSTモニタリングで胎児死徴候
㉛NSTモニタリングで胎児死徴候	㉛NSTモニタリングで胎児死徴候	㉛NSTモニタリングで胎児死徴候	㉛NSTモニタリングで胎児死徴候
㉜NSTモニタリングで胎児死徴候	㉜NSTモニタリングで胎児死徴候	㉜NSTモニタリングで胎児死徴候	㉜NSTモニタリングで胎児死徴候
㉝NSTモニタリングで胎児死徴候	㉝NSTモニタリングで胎児死徴候	㉝NSTモニタリングで胎児死徴候	㉝NSTモニタリングで胎児死徴候
㉞NSTモニタリングで胎児死徴候	㉞NSTモニタリングで胎児死徴候	㉞NSTモニタリングで胎児死徴候	㉞NSTモニタリングで胎児死徴候
㉟NSTモニタリングで胎児死徴候	㉟NSTモニタリングで胎児死徴候	㉟NSTモニタリングで胎児死徴候	㉟NSTモニタリングで胎児死徴候
㊱NSTモニタリングで胎児死徴候	㊱NSTモニタリングで胎児死徴候	㊱NSTモニタリングで胎児死徴候	㊱NSTモニタリングで胎児死徴候
㊲NSTモニタリングで胎児死徴候	㊲NSTモニタリングで胎児死徴候	㊲NSTモニタリングで胎児死徴候	㊲NSTモニタリングで胎児死徴候
㊳NSTモニタリングで胎児死徴候	㊳NSTモニタリングで胎児死徴候	㊳NSTモニタリングで胎児死徴候	㊳NSTモニタリングで胎児死徴候
㊴NSTモニタリングで胎児死徴候	㊴NSTモニタリングで胎児死徴候	㊴NSTモニタリングで胎児死徴候	㊴NSTモニタリングで胎児死徴候
㊵NSTモニタリングで胎児死徴候	㊵NSTモニタリングで胎児死徴候	㊵NSTモニタリングで胎児死徴候	㊵NSTモニタリングで胎児死徴候
㊶NSTモニタリングで胎児死徴候	㊶NSTモニタリングで胎児死徴候	㊶NSTモニタリングで胎児死徴候	㊶NSTモニタリングで胎児死徴候
㊷NSTモニタリングで胎児死徴候	㊷NSTモニタリングで胎児死徴候	㊷NSTモニタリングで胎児死徴候	㊷NSTモニタリングで胎児死徴候
㊸NSTモニタリングで胎児死徴候	㊸NSTモニタリングで胎児死徴候	㊸NSTモニタリングで胎児死徴候	㊸NSTモニタリングで胎児死徴候
㊹NSTモニタリングで胎児死徴候	㊹NSTモニタリングで胎児死徴候	㊹NSTモニタリングで胎児死徴候	㊹NSTモニタリングで胎児死徴候
㊺NSTモニタリングで胎児死徴候	㊺NSTモニタリングで胎児死徴候	㊺NSTモニタリングで胎児死徴候	㊺NSTモニタリングで胎児死徴候
㊻NSTモニタリングで胎児死徴候	㊻NSTモニタリングで胎児死徴候	㊻NSTモニタリングで胎児死徴候	㊻NSTモニタリングで胎児死徴候
㊼NSTモニタリングで胎児死徴候	㊼NSTモニタリングで胎児死徴候	㊼NSTモニタリングで胎児死徴候	㊼NSTモニタリングで胎児死徴候
㊽NSTモニタリングで胎児死徴候	㊽NSTモニタリングで胎児死徴候	㊽NSTモニタリングで胎児死徴候	㊽NSTモニタリングで胎児死徴候
㊾NSTモニタリングで胎児死徴候	㊾NSTモニタリングで胎児死徴候	㊾NSTモニタリングで胎児死徴候	㊾NSTモニタリングで胎児死徴候
㊿NSTモニタリングで胎児死徴候	㊿NSTモニタリングで胎児死徴候	㊿NSTモニタリングで胎児死徴候	㊿NSTモニタリングで胎児死徴候

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、と思いがかりました。

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して後戻りで、子どもの健康にばかり気持ちは集中してしまう」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、このかかき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、授乳の初めの苦闘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、具体的なアドバイスを受けることができ、本音が助かりました。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、授乳の苦闘を乗り越え、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、被災地の妊婦さんのもちろんのこと、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も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

災地にやってくる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、分娩から出産直後は分娩取扱医療機関、退院後は地域域の母子保健が担当する現行の産後フォローアップシステムのなかでは、退院後1か月健診までの母が放置される可能性がありまます（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りになってしままま、不安定な状態の母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か月ほど続いていた。

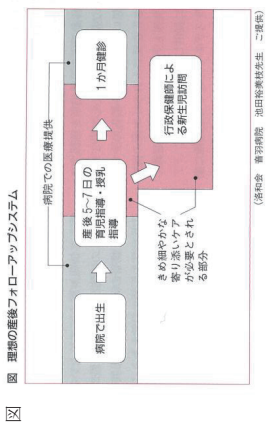


図 産後の産後フォローアップシステム

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妊婦、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）のフォローアップ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たら、分娩前後は親戚の家に身を寄せればよいけれど、上のお子さんが友達と離れてさびしい思いをしたりしないよう、分娩後はこの地方に帰って来たいというこ、夫の職探しのことなど、先の見えない状況で悩めることも、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。もう少し産後にゆつくりできることがあれば……。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とっての情報は、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居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い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はほとんどいないようでした。これは、生活基盤が復活しているのを見て、もう少し頑張ろうと地元にとどまりたい気持ちから、車で動けるようになってか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つ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妊婦のアセスメントをするニーズが大きくなり、私たちは助産師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産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つくりましたが、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する情報が集まらない状況であったため、この病院なら健診もワックチンもやっています、と携帯のメールなどに流しているですか、と打診したところ「ワッ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

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あつては、事情はもつと複雑で、サポートがないために体調を崩しがちだつたようです。

産後ケアという母乳育児支援、と思いがちですが、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。訪問に行くほど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ないうで、これはミルク授乳ですが、たくさんの親戚、身内のかかわりがあり、東京で孤獨に母乳育児をされているベビータ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おいました。

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。

・今困っている母親のためは「アクセス」のよい育児支援を望んでいるのであつて、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建てなくても今すぐできる支援であり、建物の間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。

・コミュニティエンバワメント、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けるア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、行政側はそのサービスを高くなくしているが、行政側は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ね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、一貫した活動を行うには限界があると思われる。持続可能な活動のため

には給料つ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か月間の事後調査では、前年度と比較して大きな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PPDS（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、かなりの割合の妊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」策定を希望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びと言が一番つらかった。むしろ、よく頑張りましたね、のひびと言を聞いた時、いままでのことが一気に軽くなり、涙が止まらなかつた」という言葉が忘れられません。

被災地では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るが、頑張りすぎてもよいです。今回の連載では、

- (1) ご自分を犠牲にするのは美徳ではないこと、と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を
 - (2) おひとり抱え込まずに、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いきたいです。

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・再生を長きにわたって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、自分を大切にほしい。また、1人で抱え込まずに、専門家に相談してほしい

東日本大震災当日の分娩

発災後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)が元看護師であったという情報をごことから聞かすつてこられ、見ず知らずの人から「お産が聞かると呼ばれていたのは、震災2日目の深夜でした。

震災当日、夜11:30頃に近くの半蔵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。半蔵&床上浸水住宅で陣痛が起り、自宅分娩を余儀なくされた妊産婦さん。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、家のなかにもあるものを集め、布団の上にはベットの防水シートを敷き、タオルを足袋代わりにし、午前1:10に分娩と気づいたので児背を叩き刺激をして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、産湯をつかせず産着もなく、タオルでくるんでいたとのこと。臍帯は木綿糸で縛ってからマキロンで消毒した裁ち布にサミミで切り、何もしくもスロムで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です。私が「次の災害に向けて準備すべきことは」と質問をしましたら、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。もつ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る。園芸手袋を探し出してももつと対処したが、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ていただくのが必要。今回はまたまたAさんが対応しただけだったのでよかったです。水も電氣もないなかでは、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。災害直後でもお産があつたあたり、せいり認識の元に、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、正常産でしたが、翌日家族が石巻市赤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は技術のトレーニング、そして普及の必要性。この意見を質問してくださったのが、金沢大学周産期医療専門医兼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ALS0Japan事業*です。

ALS0-Japanは被災地で活躍された菅原准一教授(東北メディカル・メガバンク機構母見医学分野)と協働で、2012年5月に全国で初めての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、専門家の方にとっては「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ぬ。上述の金沢大学の新井先生らが、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報告している事例は年間計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つた救急救命士の方からは「お産への対応があれでよかつたのか、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、自分にもつと知識と自信があつたら、寒く狭い救急

車内ではなく、あたたかか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、自信がきました。これなら次は自分でも妊婦さんを守れるようになるました!」「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ですね。部屋の保通や新生児の脱離、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ともよいから、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、地域の周産期ケアアドバイザーのすそ野を広げ、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しておく必要が種々携母子救護セミナーなどを開催できるとよいと思えます。

*連絡先
金沢大学医学部産科周産期医療専門医兼成学講座
TEL: 076-265-2947 FAX: 076-294-4301
Email: k-coppic@med.kanazawa-u.ac.jp
http://www.coppic.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のですが、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も直面しました。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って、自分(と産後の赤ちゃん)は分娩医療機関(石巻市赤病院)の近くに住みたい」というアンビバレンスで迷つている妊娠38週の妊婦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も直面しました。たとえば、被災地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情報を把握しておき、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なりません。

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す。そのようななかでは当然妊婦さんに来て目が届きません。行政が目の前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、褥せきを頼つ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、支援をしようにも人数や母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した。

- 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・退院後の妊婦・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入手入力できる、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、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「高リスクでなくとも、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つたらコ・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しまっていたので、「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・妊婦・出産で、助産師さんの存在を自分自身の5人の妊娠・出産で、これからも、地域防を強く実感した母親としては、これから、活躍システムで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ます。また、今回私たちが行った支援者派遣の取り組み同様、開業産婦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。そのため、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、顔の見える会場の場をもつ

・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詰めておく

・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に、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、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うことを災害時に徹底させるよう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にボランティア・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讐サポート、助産師になりたい看護士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献職、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

・妊産婦とだけだけ所在把握、生存確認できるかどうか、その時点で提供可能な病棟数、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を受講し、安心して自信をもって妊婦さんを救えるようにする

・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エ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など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、具休策として、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、母子手帳と同じく普及させたい。災害は必ずまた起きる。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。非常時であつ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つています。

今月の教育

- 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、産科専門医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(ひとまとめ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)
 - ② 分娩シート(1)
 - ③ 胎盤受けシート(1)
 - ④ デイスポ膿盆大(1)
 - ⑤ ガーゼ(10枚)
 - ⑥ カット綿(10枚)
 - ⑦ 産着クリップ(2)
 - ⑧ 7はさみ(1)
 - ⑨ ゴム手袋7号(1双)
 - ⑩ デイスポガウン(1枚)
- II 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)
 - ⑩ 超音波ドブラー(1台)
 - ⑪ 体温計(1台)
 - ⑫ 聴診器(1台)
 - ⑬ 血圧計(1台)
 - ⑭ 体温計(1本)
 - ⑮ メジヤ(1本)
 - ⑯ アルコール消毒剤(1個)
 - ⑰ 湯たんぼ(2個)
 - ⑱ 処置用備品(救護所1か所分)
 - ⑲ 滅菌ゴム手袋(100双)
 - ⑳ 滅菌ガーゼ(100個)
 - ㉑ はさみ(1個)
 - ㉒ ポアテープ(数個)
 - ㉓ アルコール綿(5箱)
 - ㉔ ベーパータオル
 - ㉕ ゴミ袋
 - ㉖ 使い捨てマスク
 - ㉗ 緊急医療処置用備品(救護所1か所分)
- ⑳ 三方栓付延長チューブ
- ㉑ サーフローロー20G
- ㉒ 針注射器

【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 アンピューバパック(1台)
- ⑧ 医薬品(救護所1か所分)
- ⑨ アトニン・メテナリン
- ⑩ 輸液用製剤
- ⑪ K2シロップ
- ⑫ 消毒液
- ⑬ BTB 検査用紙またはリトマス試験紙
- ⑭ 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。
- ⑮ 点検、管理する必要がある。
- ⑯ 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
 - ① 紙おむつ
 - ② おしり拭き
 - ③ 手洗いう洗剤または手指消毒剤
 - ④ 使い捨てマスク
 - ⑤ ごみ袋
 - ⑥ 母乳で育てている乳児に必要なもの
 - ⑦ ガーゼタオル
 - ⑧ 人工乳で作っている乳児に必要なもの(ミルクを作る)
 - ⑨ 粉ミルク
 - ⑩ 飲料水
 - ⑪ おた付きの小さな鍋
 - ⑫ やかん
 - ⑬ カセットコンロ
 - ⑭ カセットボンベ
 - ⑮ 割り箸
 - ⑯ 計量カップ
 - ⑰ ミルクを飲ませる・その他
 - ⑱ 紙コップ
 - ⑲ ベーパータオル
 - ⑳ 洗剤
 - ㉑ 手洗いう洗剤または手指消毒剤
- 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 金風はさみ
 - ④ 消毒液付き手ふき(抗菌物質のついたティッシュ)
 - ⑤ 液体人工乳の使用使用方法(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のではないかと思っ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い方がいいのでしょうか。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、書かれた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から考えておいてね」と、一度でも話すだけで、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かなりますか？」
「見直ししていませんか？ 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るときに、連絡先と連絡がなくなる地域の人、子どもと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、たくさんありますか。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、
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）などを地域の知人や親せきで保管：職場、別の地域の人に預ける

2) スキヤンにPDFあるいは写真ファイルやWebメールで自分宛てに送る
3) スキヤンしたものをクリップボードや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

■うろ覚えでなく、確実に「身につけている」ことは、災害時にも役立つことです。逆に言えば、うろ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、避難訓練マニキュア、近隣の避難場所に実際にやってみたいことがあるかなど、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）を表現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しますか？

■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・早産症状が出たとき、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こと、今しておくこと後から役立ちますよ。

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たいです。皆様のご希望に合った方法でご支援ください。

○ご支援の方向性について
1. 銀行口座への寄付金（振込）
銀行振込によるご支（団体名）口座（○）
○銀行へのお振込みの程よろしくお願いたします。また、お振込み後にご振込みましたご連絡をいただきます。先
・銀行名：
・支店番号：
・科目番号：
・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へ、お振込みの程よろしくお願いたします。また、お振込み後にご振込みましたご連絡をいただきます。先
・銀行名：
・支店番号：
・科目番号：
・口座番号：
・口座名義：

○お問い合わせ先
お問合わせ先
担当者名：○○○
電話番号：○○○
メールアドレス：○○○
ホームページ：○○○@○○○

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＞
災害が起これば、仲間を介してできるだけ多くのメンバーリストや 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.akahane.or.jp/about/support/support02.html
【海外】
○NGO Américas
http://www.americas.org/
Américas
88 Hamilton Ave.
Stamford, CT USA 06902
1-800-486-HELP (4357)
Info@Américas.org
○UNFPA

<http://www.rhrc.org/resources/rhrkit.pdf>
UNPFA 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 or lkhaqva@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)

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、守る気持ちは強く立ちますから、ともしみ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で理解や同情が得られなかつたという調子を崩しても「ひよわ」「怒けている」とみなされるのではないかという気苦さが重なります(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、活動を通して自分の仲間には、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：サバイバーズギルト、安全な我が家が帰ってきてしまっただけ帰ってきていても被災地が気になる
- これは、支援相手への共感に伴う疲労で「二次受傷」といわれられますが、このように重要な「自然な反応」であることは認識が重要で、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

＜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別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）
活動を始めたから、怒涛のように押し寄せてきて、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頼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

災害時の待たななしの状況のなかでおろそ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。

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つします。

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「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。個別相談に来自らことへの抵抗感（恥や不安）もあるでしょう。マツサージや体操、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、自分たちだけで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出していいのだというこを、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と、同じ苦労をゼロから始めて欲しい

くない、次回はもっと早く、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) 宮地尚子：被災支援者に心のケアを。読売新聞 1995.4.10.
 - 2) Pullerton, 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・フアーストエイド 実施の手引き 第2版 日本出版作成；兵庫県こころのケアセンター http://www.i-hits.org/psychological/pdf/bfb_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

● 被災後、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、忘れられがちなのが妊産婦がいます。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、被災地避難民のリアリティ、ヘルス(子どもを産み育てること)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、災害直後からわか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」を弱者のメイヤーゲートにして救ってきました。しかし、図のようになり、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100万人ですが人口の約1%未満です。平均寿命が10~20年の高齢者となり、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か」「何があったのか」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ことを目的としてみました。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？何をするのがベストか？

今まで、災害支援といえれば行政側の「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」をつづつったものも多く見られました。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、出産の前後で妊婦さんや産後の母親がどれだけ苦勞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、筆者は日本ブライマリ・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願うばかりです。

徐々に変わっ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、目の目を見え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ランク上げよう」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方から、「災害の時のトリアージ(病院の救急外来や災害時に誰かに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、ということですが、これは、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、その後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してしまった。津波の犠牲者にカウントさるべきではないか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、苦勞している方々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。

病院を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った妊婦さんが気仙沼の避難所にいたそうで、妊婦さんや産後の妊婦さんがどこでどのような状況におかれたりするか、把握することの大切さを感じたという話も聞きました。

ある妊婦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ら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、ということでした。

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りなかったかということとは、詳細な調査がしつかり終わってないところを語ることとはできないでしょう。ただ、いろいろいる話を総合すると、妊婦さんへの対応は緊急を要する場合があり、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るというのでした。

また、どんな症状や疾患であろうか、妊婦さんというだけで、産婦人科以外の医者が敬遠されることとありますが、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のできる人員を増やし、その訓練の機会を増やして、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日もあれば降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する話は、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

の方とも、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や協働して、すべての弱者がカバーする改訂につなげたいといけません。そして、高齢化が進む日本で弱者視点を持ったトリアージ・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)をいただいております。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、全国の誰が使えようなものにしています。

- 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す。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より奔走し、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、誰でも産みたくなくなるような社会づくりのために精進していかうと思っております。

最後に、PCATでお世話になった皆様、PCATプロジェクトメンバの太田寛先生(北里大学医学部公衆衛生学)、池田美枝先生(昭和会普羽病院)、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(松が丘病院)、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、細分信二先生(静岡家庭医養成プログラム)、林健太郎先生(鍼灸チャンプルー)、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(東京大学医学部公衆健康政策学)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)

<p>【実践編：災害時にすぐ使えるツール】</p> <p>①被災地の妊産婦さんや乳児アセスメント・ツール</p> <p>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</p> <p>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運営マニュアル(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)</p> <p>【準備編：支援する側が平時に準備すべきこと】</p> <p>④避難所運営訓練：HUG(避難所運営ゲーム)を使用した訓練</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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研修</p> <p>研修修内容：</p> <p>1) Advanced Life Support in Obstetrics(ALSO)2 日間コース</p> <p>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</p>

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、ポランティア団体、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、車や宿舎手配)
- ・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、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

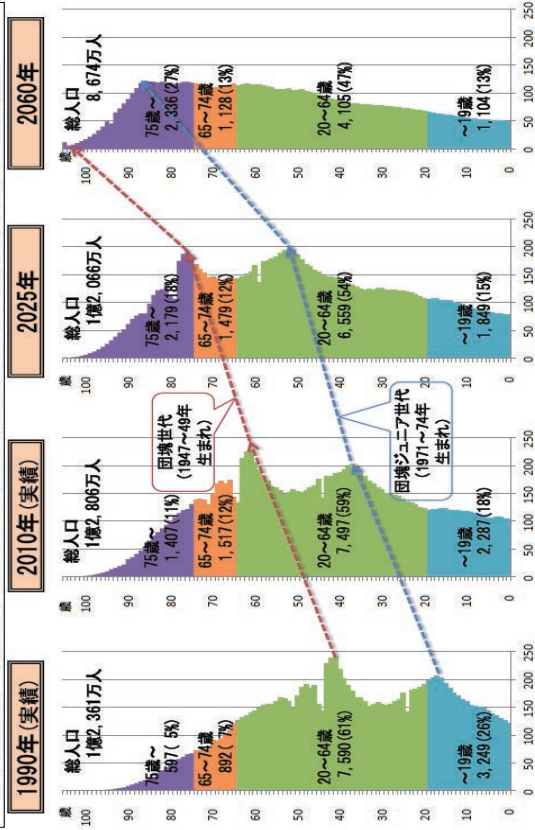
- 1) 避難所に入所する際の手順
- 2) 避難所管理者用キット
- 3) 避難所住民名簿・調査票
- 4) 施設使用の際の決まり
- 5) 食料配布の決まり
- 6) 情報共有の決まり
- 7) 健康管理サービス
- 8) メンタル・ヘルス・ケアのサービス
- 9) ポランティア採用・配置の決まり
- 10) 資源・物資供給と受け入れの決まり
- 11) メディア・コミュニケーション
- 12) 寄付に対する姿勢
- 13) 貸借品に関する決まり

【準備編：支援を受ける側が平時に準備すべきこと】

- ⑨ 自助力アップ講習会：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

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



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

国立保健医療科学院 生涯健康研究部 主任研究官 吉田 穂波

● はじめに ●●●

消防分野の方々、地域防災の要です。地域の安全を守り、いつ起こるか分からない有事に備えて日々ご活躍されている皆さんに、地域で取り組む赤ちゃんとお母さんへの災害対策や、災害時に次世代を守る仕組みを広く共有したいという願いから、この連載が生まれました。

災害時のファミリー層向け危機管理システムは現在の地方自治体でも盲点となっており、早急な対策が必要ですが、子どもや妊産婦を誰がどのように守るのか明確な指針や基準がないのが実情です。

災害時要援護者支援については、その重要性が広く理解され、各地域でさまざまな取組が始まっているところですが、妊産婦や乳幼児は災害時要援護者の対象から漏れてしまっている地域が少なくなく、国や地方自治体の防災計画でも定義があいまいです。

自治会や地方公共団体、災害医療専門家の方とお話しても、「母子（特に乳幼児と妊産婦）も災害時要援護者であり、特殊な配慮が必要である」ということがあまり知られていないようです。そのため東日本大震災でも、多くの母子が支援から漏れてしまったり、お腹にやどっていた大切な命が失われてしまったりしました。適切な対応があったら救えた命があったかもしれないということを被災された方の体験談や調査からも痛感しました。

今回、そのように忘れられている次世代を災害時に救助する方策について、「なぜ母子支援の視点が必要なのか?」「母子支援に必要な知識、スキル」「母子救護所を設立するにあたっての必要な要素」「母子救護所の今後について」の4つについて、専門家の先生方から最新の知見を提供していただけることになりました。

厚生労働省の研究班「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」では、妊産婦や子どもを取り巻く地域連携の重要性について政策研究を行ってまいりましたが、連載第1回目では、東日本大震災（以下、「3・11」）

で東北3県の妊婦がどのような状況に置かれ、何が必要とされたのか。また3・11の教訓から、次の災害時にどのような備え、対策が必要なのかについて、地域の防災を担う皆さんにお伝えします。

災害時の母子対応を考えることは、とりもなおさず、消防・警察・保健・行政・医療の各分野にまたがる人々と次世代への視点を共有することです。それは妊娠・出産・産後・乳幼児期における切れ目のないサポートを考えることに繋がり、子どもを産みたくなるような環境や若い世代が子どもを育てやすい地域作りへと繋がっていきます。

「防災」というキーワードで、平時から、次世代を守り育む関係者の連携を図ろうとする取組は、そんな俯瞰的な視点から生まれ、各地に広がっています。

● 背景 ●●●

現在まで、海外では妊婦は強いストレスのかかる環境下において異常症状や胎児に対する強い不安を呈することが多いということ、非常時には5歳未満の子どもの死亡率や罹患率が他の年齢層に比べて通常時の20倍以上になること、災害や紛争が起こったとき、妊産婦の致死率が西欧諸国の200倍になること（文献1）、新生児死亡率、低出生体重児の率も平時の2倍以上になること（文献2）、そしてその原因は、災害や紛争によるストレスによるものより、むしろ医療へのアクセスの悪さによるものということが分かっています。現に、乳児は被災地において特にリスク下に置かれること、災害時には母子にとって安心して過ごせる場所や安全で十分な食糧・飲料水が確保されにくいということが知られてきました（文献3）。これに対し、国際的な人道支援原則である Sphere Standard では、災害時・紛争下・紛争後などにおいて、弱者となる妊産婦や乳幼児に必要な特別なケアに関して定めています（文献4）。

1996年、阪神・淡路大震災を経験した妊産婦への疫学調査からは、周産期現場における早産率・流産率の上昇、2,500g未満の児の出生率の（被災地区と兵庫県全体）有意な増加が見られ、災害による周産期への影響が明らかになりま

した(文献5)。この経験を踏まえて1996年に兵庫県では「災害時の妊産婦の取扱いに関する十箇条の提言」が出され、平時から災害時の対応についてのカリキュラムを義務付けることや、移動できる妊産婦は可能な限り被災地域外へ移すこと、そのための搬送手段を確保することなどが教訓として残されています。

● 3・11からの報告 ●●●

現在、日本は世界一子ども(15歳以下)率の低い国となり(12.9%)、子どもや子育て家庭がマイノリティとなりました。そのため避難所の妊産婦や乳児は少数派で、困っていることやニーズを把握する必要があっても管理・運営側からはアセスメントが困難でした。

今回、東日本大震災の被害を受けた東北地方では、分娩を扱うクリニックの7割が分娩対応中止となり、出産できる病院を失った妊婦さんが後を絶ちませんでした。被災地の市町村では災害対応業務や避難所の衛生管理に追われて保健所や妊産婦さんの状況把握ができず、陣痛が起こってから急いで救急車での搬送依頼をし、病院外分娩となるケースが平時の3倍以上に上がったことが震災後の調査で分かりました(文献6)。筆者らが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行ったニーズ調査から浮き彫りになった妊産婦のニーズには「妊婦であることを気づかれていない」「産科医療機関に関する情報がない」「栄養が非常に偏っており脱水傾向、便秘(配給される水では飲水が不十分)」「不衛生な環境で一日中寝ている(DVTのリスク)」「避難所の救護所で妊婦であることを理由に診察を断られている」「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(重い水を運び寒さを耐え忍んでいる)」などがありました(文献7-10)。震災後の1か月間に受診した妊婦に関する岩手県立大船渡病院での調査では、劣悪な環境に置かれたストレスで切迫流産兆候や不安・便秘・不眠が急増していました。津波で車を流された、ガソリンが無いなど移動手段を失ったことで、居住地近くのクリニックや病院を受診するものの、妊娠初期の受診が遅れる、妊婦健診を受けられない、情報や連絡方法がない、といった理由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ています(文献11)。

筆者が「人口動態調査死亡票」を用いて解析した3・11当日のゼロ歳児の死亡者は、被災3県で70名もおり、そのうち44名は溺死で、生後4か月以降が60名であり、全て病院外での死亡であったことが明らかになりました(注1)。これらの被災地支援の経験から、筆者は病院で患者さんを守るのではなく地域とともに健康な人々を守るア

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出来なかった母子へこちらから向くこと)の重要性を痛感し、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を次の災害までに確立するべく政策作りに関わっています(文献12)。母子を災害時に助け出すためには、保健、医療、地域、消防、警察など、全ての立場の方々の協力を必要とするため、仕組み作りには読者の皆さんをはじめ、幅広い分野の方々との連携が重要です。

● 災害時次世代救護の最新トレンド ●●●

個人として出来ることとしては、被災地域や救護所で発災後に最低限の分娩介助を行うための研修(Basic Life Support in Obstetrics: BLSO、注2)を受けておくこと災害対応能力に繋がります。

実際、東北メディカル・メガバンク機構とNPO法人日本周生期機構では、2012年より石巻、八戸、女川など被災地で震災後から定期的に救急救命士向けの「災害対応BLSO」を開催しており、受講生からは「自信がついた」「分娩介助や新生児蘇生の技術を身につけられたことが自分の強みになった」という声を聴くことが多く、周囲の救急救命士に受講の輪が広がっています(写真)。このような準備をしておくことが、明日、あるいは1年後に、災害の場で貴重な命を救うことに結びつくことになるでしょう。



現在、文京区、世田谷区、北区など都内の自治体で「災害時母子救護所」「災害時妊産婦避難所」の立ち上げが行われているのも、災害時に母子を集め必要なケアを提供するための準備です。

災害時に備えて地域レベルで計画すべき対策には、

- ①母子の緊張を緩和できる場所や妊婦、授乳婦、乳児が必要とする食糧と飲料水の優先的な確保
- ②被災者自身と避難所運営者、医療者や助産師、行政や消防との連携方法

③実際に役立つ研修内容、開催日、参加者など具体的かつ現実的な内容が期待されています。

そのため、上記の研修班では、母子に特化した避難所・救護所マニュアルやリスク・アセスメント・シート、妊産婦や乳幼児が避難してきた場合のチェックリスト、避難所で母子を守るためのアクション・カード、平時から両親学級や子育て支援セミナー等で災害時について学ぶための教材や情報カード、教育・啓発チラシを作成し、無料でインターネットよりダウンロードできるようにしています。

また、子育て世代向けに「受援力」のセミナーを行い、心地よい頼み方、人との支えあい方について具体的なノウハウを伝達・訓練しています(文献13、14)。地域での備えに関しては東京都の母子救護所備蓄リスト(文献15、P.126)が参考になります。

現在、いくつかの地方自治体では防災関係者の連携会議と定期的な母子救護研修を行っており、研修を通じて妊婦や新生児救護に関する実務者レベルでの顔の見える関係作りに繋がっています。

● おわりに ●●●

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うに、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、特に、寒さや騒音、照明や外の光などが妊婦に対しストレスが大きく、劣悪な環境で急速に妊娠経過が悪化します。

貴重な次世代の命を社会全体で守るために、今回の東日本大震災から学んだ大きな教訓を本連載を通じて地域や社会全体で共有し、災害時の母子を守る仕組み作りを進めていきたいと思っています。読者の皆さんからのご経験、ご感想など頂ければ嬉しいです。そして、近いうちに、皆さんの勤務される地域でもこの母子救護所が開設され、お会いできる日が来るかもしれません。

【謝辞】

本研究は下記の研究助成を受けて行われました。

- 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)

【参考文献】

- 1) Harris,C.Smyth,I. The reproductive health of refugees: lessons beyond ICPD. Gender & Development 2001;9:2,10-21
- 2) Therese M, Sara C, Susan P, Mendy M. Reproductive health for conflict-affected people Policies, research and programs. Humanitarian Practice Network Network Paper 2004;45:1-36
- 3) Therese McGinn. Reproductive Health of War-Affected Populations: What Do We Know? International Family Planning Perspectives 2000;26:4:174-180
- 4) Sphere Standard <http://www.ifrc.org/PageFiles/95530/The-Sphere-Project-Handbook-2011.pdf>
- 5) 大橋正伸ら. 阪神・淡路大震災のストレスが妊産婦および胎児に及ぼした影響に関する疫学的調査. 兵庫県産科婦人科学会、兵庫県医師会、1996年3月
- 6) 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
- 7) 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
- 8) 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—. 日本集団災害医学会誌16(3):356-356 2011
- 9) Yoshida H. The Prenatal and Postpartum Care Support Project in Tsunami-affected Areas after 311. Final Report submitted to AmeriCares. 2011, Tokyo, Ground Publishing.
- 10) 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
- 11) 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
- 12) 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」
- 13) 厚労省報告書 <https://cloud.niph.go.jp/filesare/download?file=v8BrC3nEE7fUGLkr6euy>
- 14) http://www.nikkei.com/news/print-article/?R_FLG=0&bf=0&ng=DGXNASFE0100J_T00C14A3TY5000&uah=DF230420132670
- 15) 「避難所管理運営の指針(市区町村向け)」東京都、2013年、p132-135 <http://www.metro.tokyo.jp/INET/KEIKAKU/2013/02/DATA/70n2j205.pdf>

【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、都道府県を経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。

※ Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO)は産科プロバイダー向けに作成された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、救急医などの非産科医を対象としている。周産期傷病者チェックシートの活用なども練習できる。

災害時要援護者支援の グローバルスタンダード

千船病院産婦人科 山下 公子

私は救命救急医として災害医療に関わる中で、2013年フィリピン台風被害に対してNGOの活動で医療支援を行いました。その活動中、現地の助産師が行う妊婦健診に参加する機会がありました。現地助産師は、赤ちゃんが心配でやってくる妊婦に対し、体重測定、血圧測定、子宮底長の測定、ドップラーを用いた胎児心拍数測定を行い胎児が元気か、妊婦の健康状態をチェックしていました。

日本での一般的な妊婦健診でも、同様の検査は行われており、それに加えて経腹超音波検査、経陰超音波検査、妊娠の時期や状況によっては胎児心拍数モニタリングの機械を腹部に装着し、胎児が元気であるかどうかを調べたり採血をしたりします。普段から日本とは全くちがうシステムで妊婦健診をしている地域で、被災した妊婦に行われていた妊婦健診は、はたしてグローバルスタンダードに基づいたものなのだろうか、という疑問を持ち、災害時要支援

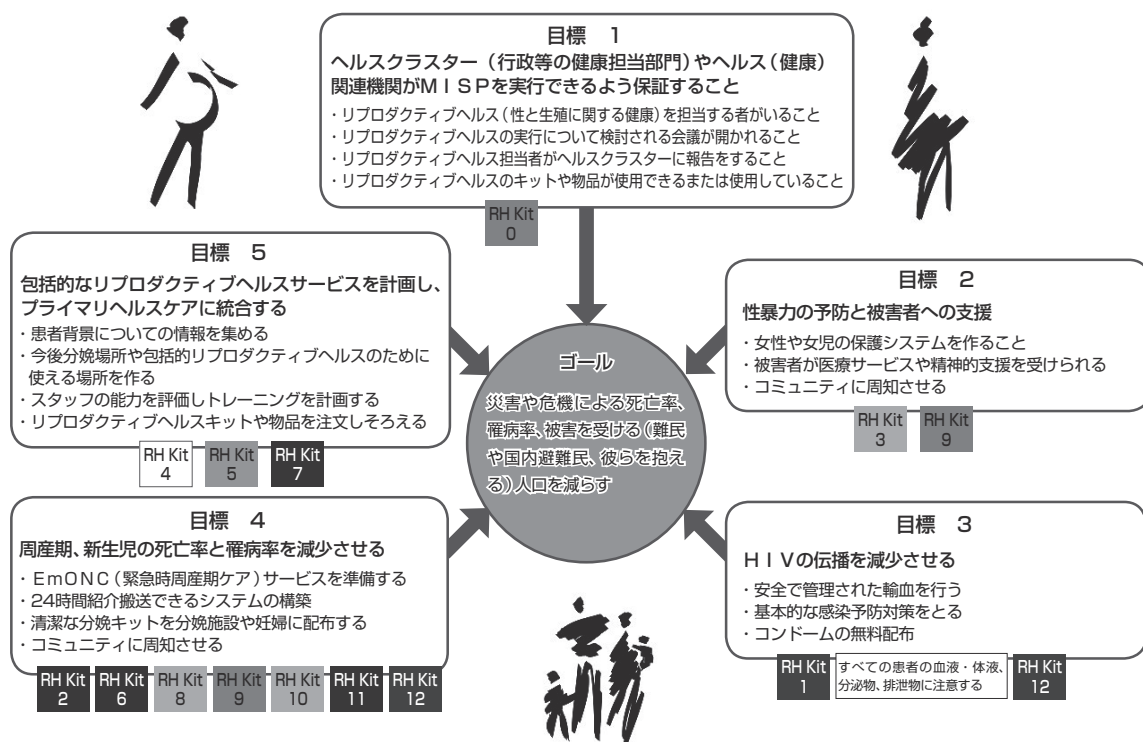
者に対するグローバルスタンダードについて国内外の文献を検索しました。

以下に、検索した文献を紹介します。

人道支援のバイブルとも言える The Sphere Project には、子ども、女性、HIV感染患者、高齢者、身体障害者が災害時要援護者としてあげられており、災害時要援護者の声を聴くことの困難さについても言及されています。具体的に、女性が安全に使えるトイレや授乳場所の確保、妊娠中の低栄養を回避するためのサプリメントの配布、性暴力に対する性感染症予防やカウンセリングなどの対応といった目標が記されています。

「Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina」という論文が2007年にアメリカで発表されました。ハリケーンカトリーナにより、被災したたくさんの妊

図1 災害時の女性に対しどのような支援が必要か、という模式図



婦や小児は、シェルターに避難しても安全な水や食料を手に入れたり、適切な医療を受けることは困難であり、ストレスから胎児に重篤な影響を受ける危険性があると指摘されています。災害後、MRワクチン(麻疹と風疹のワクチン)接種が勧められますが、妊婦は風疹ワクチンの接種が禁忌であるので、妊娠しているかどうかの確認をする必要があると記されています。総じて、自然災害において妊婦、小児は災害時要援護者となりうるため、平時から妊産婦、小児への対応を準備しておくべきであると勧められています。

Women's refugee commitment という機関により人道支援に使用するために作られた「MISP (Minimal Initial Service Package)」という指標の中には、for Reproductive Healthとして、女性や周産期に対応するべくまとめられた章があります。ここには災害時や紛争時には女性を性暴力の被害から守るシステム作りや望まない妊娠に対する避妊法が必要であると記されています。周産期死亡率・新生児死亡率の低下をめざし安全な分娩環境を整えることが推奨されています(図1)。

アメリカの州や地域の防災計画のための指標として作成された、「A Toolkit for State and Local Planning and Response」には、災害弱者として特に小児への対応が詳細に示されています。この文献によると、災害発生が日中であれば被災者が親と離れている可能性があり、それだけでもリスクになります。また、小児は状況の理解ができないためにストレスを受けやすく、年齢(月齢)によって身体的にも精神的にも大きく異なるので、それぞれ個別の対応をする必要があります。

ニューヨーク市で作成された「Hospital Guidelines for Pediatric Preparedness」にも同様に小児への対応が記載されています。このガイドラインによると、小児は月齢によって食事内容が母乳から離乳食、成人と同じ食事へと大きく異なるため、各々の月齢に対応できる食事を備蓄しておく必要があるとされています。具体的には、新生児には



母乳が望ましく、6か月～9か月児には粉ミルクと母乳や離乳食、9か月～1歳児には一口サイズの野菜やマッシュポテトなど、1歳～2歳児にはやわらかい一口サイズの食べ物を用意するよう記載されています。窒息するリスクのあるもの、ホットドックやぶどう、肉の塊は避けるように、という指示までありました。

国内の文献では、東京都福祉保健局が作成した「妊産婦・乳幼児を守る災害対策ガイドライン」に災害時要援護者としての妊産婦、乳幼児への対応が詳しくまとめられています。このガイドラインは東日本大震災時、子どもがうるさいと言われ避難所を出ていかざるを得なかった家族や物資がなかなか届かなかった妊産婦の声を拾い上げ作成されたもので、妊産婦、授乳婦への特別なケアが必要であると最初に明記されています。そのために準備すべき具体的な物品があげられており、赤ちゃんのための紙おむつや粉ミルク、離乳食、保温用のタオルや衣服、授乳婦のための母乳パッドや褥婦のための生理用ナプキンなどの細やかな対応が求められています。もちろん準備するのは物資だけではなく、メンタルケアも必要であると記されています。

ここまでご紹介した文献から言えることは、人道支援分野では世界的に妊産婦や小児は災害弱者として広く認識されており、対応するための詳細なガイドラインがたくさん作られているということです。日本は特に、東日本大震災という大きな災害を乗り越えつつあり、その経験を生かし防災計画やガイドラインが再検討されているところが多いと思います。世界の流れに乗るだけでなく、日本からも災害が起こったら被災者の中に妊婦や乳幼児がいないかどうかを確認し、妊婦・乳幼児の安全を確保するため真っ先に動く必要があること、地域とのつながりが強い消防関係者が次世代を守るために中心的な役割を果たすことを、世界に先駆けて発信していく必要があると思います。

【参考文献】

- 1) The Sphere Project <http://www.sphereproject.org/handbook/>
- 2) William M. Callaghan・Sonja A. Rasmussen. Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. *Matern Child Health J* (2007) 11:307-311.
- 3) UNFPA Reproductive Health Response in Crises (RHRC) Consortium <http://misp.rhrc.org/>
- 4) Jeanne S. Ringel, Anita Chandra, Malcolm Williams, Karen A. Ricci, Alexandria Felton, David M. Adamson, Margaret M. Weden, Meilinda Huang. A Toolkit for State and Local Planning and Response. RAND Corporation Technical Reports http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR681.html
- 5) Hospital Guidelines for Pediatric Preparedness <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/bhpp/bhpp-hospital-pediatric-guidelines.pdf>
- 6) 妊産婦・乳幼児を守る災害対策ガイドライン http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/shussan/nyuyoji/saitai_guideline.files/guideline.pdf

救急救命士のための産科トレーニング

恵寿総合病院 家族みんなの医療センター

恵寿総合病院 家族みんなの医療センター センター長
山梨大学医学部臨床教授

伊達岡 要
新井 隆成

背景

加藤ら¹⁾が行った全国684消防本部へのアンケート調査の報告によると、2010年1月～12月の1年間で、全消防本部の約半数に及ぶ341本部において743件もの病院前分娩事例が存在し(人口換算で約1,200名/年)、分娩以外にも1万件を超える妊婦搬送事例が存在した。また、妊婦にとって産科的疾患を除けば死亡原因の第1位は外傷であるが、わが国においては妊婦の交通事故についての包括的な調査結果がなく、交通事故による妊婦・胎児の正確な年間負傷者数は不明である。一杉ら²⁾の報告や、2011産婦人科診療ガイドライン³⁾によると年間約1万人の妊婦が交通事故に遭遇し、20人前後の妊婦が死亡しているものと推定されており、その数は決して少なくない。仮に少ないと認識されているとすれば、それは大きな誤解である。

産婦人科医の絶対数不足・それに伴う大規模施設への集約化傾向・開業産科診療所の減少から、産科医療の危機・崩壊がうたわれ始めた時期からやがて10年が経過しようとしている。2007年における日本産科婦人科学会・産婦人科医療提供体制検討委員会の最終報告書⁴⁾にも、①産婦人科医の絶対数減少、②分娩施設の減少、③分娩の現場にいる医師の絶対数減少、④助産師の不足と施設間の偏在、⑤地域における分娩施設閉鎖の影響、⑥新生児集中治療室(NICU)の不足と地域における母体救急対応体制の整備を原因とする周産期救急搬送における搬送先決定の困難さと制度不備、の現状が示されている。この問題への中・長期対策が遅れると、隠岐の島で起こったような地域生活存続危機という社会問題が再燃する可能性を秘めており、依然として効果的な解決策が求められている。

近隣の産科施設の減少は、妊婦の医療機関へのアクセス距離増加を意味し、ここに陣痛の増強、産後の大出血や新生児の蘇生など急変・病状の進行が起こりうる産科的疾患の特徴を合わせると、搬送する救急車内での対応や、産婦人科医が到着するまでの対処、といった非周産期医療従事者による対応の必要性が生じる。冒頭にあげた加藤ら¹⁾の病院前分娩事例の報告結果はそれを端的に現している。また、近年の社会的な事情として、未受診妊婦・飛び込み出産も非周産期医療従事者による対応の必要性に関わる因子であり、大阪府をはじめ都道府県レベルでの大規模な実態

調査の報告⁵⁾が増えている。前田⁶⁾の行った静岡県における未受診妊婦に関する検討では、未受診妊婦が救急車を利用する率は31%に及び、15%は自宅・路上・車中の墜落産であったと報告している。また、医療の供給レベルが極端に減少する大災害においては、妊産婦への救急搬送への需要がさらに跳ね上がる。東北メディカルメガバンクが、東日本大震災後に行った宮城県での調査では、救急搬送を必要とした病院前の出産数が、震災前と比較して3倍に増加していることはわかった。

教育提供の状況

救急医療の実際の現場では、日常的に産科医療に従事する者がいない状況であっても、分娩の介助や出生した児の管理、産後大出血、妊婦の外傷など、周産期救急の切迫した状況への対応が求められる。しかし、前記加藤らの調査で、過半数の消防本部においては病院前周産期救急教育が行われておらず、大半の消防本部がその教育の必要性を感じているとの調査結果が得られた。

ここで教育内容として考えられるのは、

- ① 生殖可能年齢の女性傷病者に遭遇した場合、妊娠もしくは、妊娠にまつわる合併症を、一般的な鑑別に加えて想起すること
 - ② ①を意識し、妊娠女性特有の腹部・会陰部の診察の行い方を学ぶこと
また、分娩が切迫しているような状況を想定し、分娩の介助方法・医療機関搬送までの新生児蘇生・管理方法を学ぶこと
 - ③ 在胎週数に応じた医療機関の選定方法ならびに情報提供方法を学ぶこと
- といった内容が含まれる必要がある。

周産期教育の提供ツールとしてALSOとBLSO

我々は2008年11月からAdvanced Life Support in Obstetrics(以下、ALSO)プロバイダーコースを全国で開催し、産婦人科医師のみならず救急医やプライマリケア医、助産師・看護師、そして救急救命士等が受講してきた。ALSOは、1991年にアメリカの一般診療医師が考案したマネキンを用いたシミュレーション教育であり、1993年にコース

権利は American Academy of Family Physicians (A A F P - 米国家庭医療学会 以下、A A F P) によって認可され、現在全米ではほとんどの分娩施設において、分娩に関わる医療プロバイダーが A L S O の受講を義務付けられている。日本においては2008年に金沢大学周産期医療専門医養成支援プログラムグループが、米国家庭医療学会からわが国の A L S O セミナー運営権を獲得し、現在、N P O 法人周産期医療支援機構 (O P P I C、本部：石川県七尾市) が、全国普及事業を行っている。

シミュレーション教育の効果は B L S ・ A C L S をはじめ異論がないところであり、著者ら⁷⁾による初期臨床研修医を対象とした産科技能修得度の調査結果では、A L S O を受講した群が受講していない群に比べて有意に産科技能修得度が高かった。しかし、A L S O には、内診手技から会陰縫合、胎児心拍数モニタリングの判読まで含まれており、救急救命士や救急医等のように日常頻繁に周産期医療に携わらない医療従事者には修得すべき範囲が広すぎるといった意見が A L S O コースのアンケート調査に寄せられていた。A L S O International においては、そのような受講者を対象に Basic Life Support in Obstetrics (以下、B L S O) コースが提供されており、その内容は各国の事情・

ニーズに合わせた形で行われている。日本においては冒頭にあげた現状を踏まえ、主に救急救命士・救急医など、頻繁ではないが周産期救急医療に遭遇する可能性のある医療従事者を対象にした内容で B L S O コースを作成し、2011年から開催が始まった。2014年12月までの51回開催で、合計914名が受講し年々開催数が増している。

B L S O プロバイダーコースの内容

B L S O プロバイダーコースは、日本においては、内診を要しない産科の基本手技という考え方をもとに、A L S O シラバスの内容から土台作りが行われ、以下のようなコーススケジュールが組まれている。

- ① 妊婦の評価：生殖可能年齢の女性傷病者に対する体系的なアプローチ法の習熟 (図1、図2)
- ② 分娩助助：仮に①のアプローチで分娩が切迫している場合の対処法 (図3)
- ③ 新生児蘇生：仮に現場で新生児が存在した場合の対処法
- ④ 産後大出血/妊婦の蘇生：分娩後の母体に対する対応 妊婦心肺停止時特有の対処法



図 1



図 2



図 3



図 4

⑤ 救急車内分娩：実際の救急車と模擬患者を用いて救急車内で分娩になってしまった場合の対処法 (図4)

⑥ 症例検討：BLSOプロバイダーコースで受講した内容をもとに受講者の遭遇した体験症例を検討する

また英国では救急隊員に対する病院前産科救急のシミュレーション教育が1999年以降Prehospital Obstetrics Emergency Course (以下、POET)を必須として確立している。2014年3月には我々ALSO-Japan認定インストラクターグループがこのPOETテキストを翻訳・出版 (『病院前救護のための産科救急トレーニング～妊娠女性・院外分娩に対する実践的な対処法～』中外医学社 監訳：新井隆成)、BLSOプロバイダーコースの参考書としても活用している。

BLSOインストラクターコースへの反応と今後の目標

BLSOプロバイダーコースの内容に対するアンケート⁸⁾では、「地域周産期医療危機への対策としてこのセミナーが役立つと感じる」「このコースは周産期チーム医療の標準化・質の向上に役立つと思う」「コースの内容は自身の参加動機に合致していたと思う」という問いに対し「強くそう思う」「そう思う」と回答した割合はそれぞれ、89.2%、96.9%、90.7%であり、幸い大多数の受講者から好評の回答を得た (図5)。

今後目標とすべきは、全国的に要望のある妊産婦救護の基本コースをできるだけ多くの医療者に受講してもらえる環境整備を行うことである。そのことによって、妊産婦の傷病者が一般成人傷病者と同様に医療者に苦手意識なく扱われることに寄与するものと期待している。産科医療施設が減少している社会のニーズに対応できる医療提供は、“病院前から病院への連携”で検討されていくべきである。それは、災害対策にも直結するものであり、地域防災計画に盛り込まれていくべき課題であるとも言える。OPPICは、コース開催数を増やすためにも、2014年9月、2015年1月にBLSOインストラクターコースを初めて開催し、BLSOプロバイダーコースの指導者養成事業を開始した。ここでは、成人教育の手法のみならず、救急隊員に広く普及しているJPTECとの整合性をはかり、日本では日頃共通言語が乏しい産科プロバイダーと病院前医療従事者との連携強化への取組を始めている。

BLSO普及に際して、病院前傷病者救護全体の中では、妊産婦は“対象数”が少ないからという理由で、病院前の傷病者救護教育において優先学習項目からは置いてこられたのかもしれない。しかし、BLSOを受講した救急隊の方々、あるいはその教育に長く関わっているの方々からは、

コース参加による総合満足度

このコースに参加することによって将来有益な交流ができたと思う

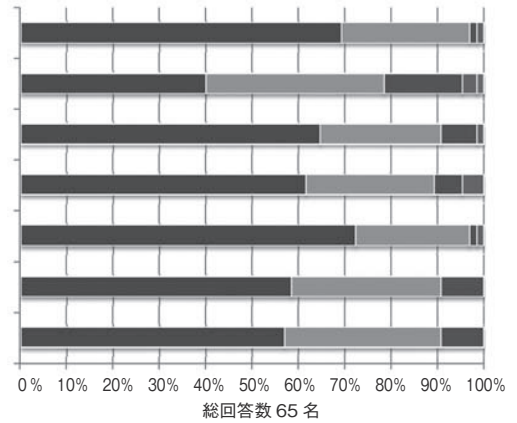
このコース内容は自信の参加動機に合致していたと思う

地域周産期医療危機への対策としてこのセミナーが役立つと思う

このコースは周産期チーム医療の標準化・質の向上に役立つと思う

産科医療に関わるためにスキルアップができたと思う

産科医療に関わるために知識の向上が出来たと思う



■非常にそう思う ■そう思う ■普通 ■そうは思わない ■全くそう思わない

図 5

「数は少なくとも適切に対応しないと二つの命が危険に曝される妊産婦への対応を怠るわけにはいかない」「少ないからこそ、BLSOのようなシミュレーション教育で、いつ出くわしても最善の結果が得られるように対応したい」といった力強いコメントを聞かされる。そして、冒頭に述べたようにその実態は決して少ないとは言えず、そのニーズが妊産婦救護をしっかりと学びたいという現場の声になり、徐々にBLSOを全国に広めつつある。また、地域によっては病院との教育連携で、分娩施設での救急隊の実地研修を行っているところもある。これらの声や活動が人命救助を求める現場の真の声であり、新しい命と未来を守ろうとする日本社会全体の心であると考えている。この声を全国で共有してBLSO普及事業を一層進めていくことが、毎日日本のどこかで危機に瀕している母体と赤ちゃん、すなわちその家族を守るために有用であることを我々は確信している。

(引用文献)

- 1) 加藤一朗, 新井隆成, 伊達岡要 他: 全国の病院前周産期救護の現状調査と教育コースプログラム開発. へき地・離島救急医療研究会誌 Vol.13, 2014: 22-25
- 2) 一杉正仁, 川戸仁, 宇田川秀雄, 他: 妊婦自動車乗員の快適性向上への対策. 日職災誌, 2011; 59: 85-89
- 3) 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会: 産婦人科診療ガイドライン 産科編 2011. 東京, 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会, 2011, p189-190
- 4) 日本産婦人科医学会・産婦人科医療提供体制検討委員会: わが国の産婦人科医療の将来像とそれを達成するための具体策の提言, 厚生労働省 平成19年医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会, 2008, p2-3
- 5) 大阪府産婦人科医会: 未受診や飛び込みによる出産等実態調査, 大阪府委託事業, 2011
- 6) 前田津紀夫: 未受診妊婦の実態とその問題点, 母子保健情報, 2008; 58: p33-40
- 7) 新井隆成, 伊藤雄二, 安日一郎, 他: 平成22年度厚生労働省科学研究 医師国家試験の改善に関する研究 わが国における「初期臨床研修前の産科技能とトレーニングのあり方」に関する研究
- 8) 伊達岡要, 他: 「BLSO (Basic Life Support in Obstetrics) プロバイダーコースの導入の現状」日本臨床救急医学会雑誌 vol.15, No.4, 2012; 529-535

災害救助現場での活動にあたっての 小児・新生児の救急知識

都立小児総合医療センター救命救急科

井上 信明

はじめに

災害時、危険を察知し避難することができる成人とは異なり、東日本大震災の津波の被害でもみられたように、子どもたちは簡単には危険を察知できませんし、誘導してくれる養護者がいなければ、安全な避難もできません。その為子どもたちは災害時要援護者と言われます。確かに子どもたちは災害時に支援を必要としますが、支援の際には子どもの特性に配慮が必要です。本稿では、災害時に支援者が考慮すべき子どもの特性、そしてその特性に配慮した対応方法について解説したいと思います。

I. 災害時に配慮すべき子どもの特性

成長の過程にある子どもたちには、その過程に応じて主に身体的、精神的、そして社会的な分野の特性があります。

1. 身体的特性

1) 解剖学的特性

子どもは体格が小さい為、同じ量の毒性物質に暴露されても、大人よりも被害が大きくなります。また地表近くにガスが停滞すると、背の低い子どものほうがより暴露される為、影響を受けやすくなります。

2) 生理学的特性

子どもの心拍数、呼吸数、血圧は、年齢によって正常値が異なります。大人の心拍数120回/分は異常ですが、乳児だと全く異常ではありません。また脱水や出血のために循環血液量が減少すると、成人に比べて顕著に心拍数が上昇することが知られています。また子どもは体温調節機能が未熟です。その為大人が寒さを感じない程度のも環境温でも、薄着していると簡単に低体温になります。

さらに特に乳幼児では、体内の水分や糖分の蓄えが潤沢ではない為、授乳や飲食ができない期間が続くと簡単に脱水や低血糖になります。

3) 免疫学的特性

乳幼児はよく熱をだします。これはウイルス等に対する免疫を獲得している過程にある為で、成人に比べて感染症に罹患しやすくなります。また予防接種がスケジュールどおり接種されていない場合は、予防可能な感染症に対する防衛も甘くなります。

4) 行動発達面での特性

危険を予知することができない乳幼児は、適切な誘導がなければ避難が遅れてしまいます。乳児は自分で歩けませんので、抱っこしてくれる人がいなければ避難もできません。また監督する人がいなければ、災害後の倒壊した建物へ遊びのつもりで侵入したり、危険な物質に触れたりすることもあります。

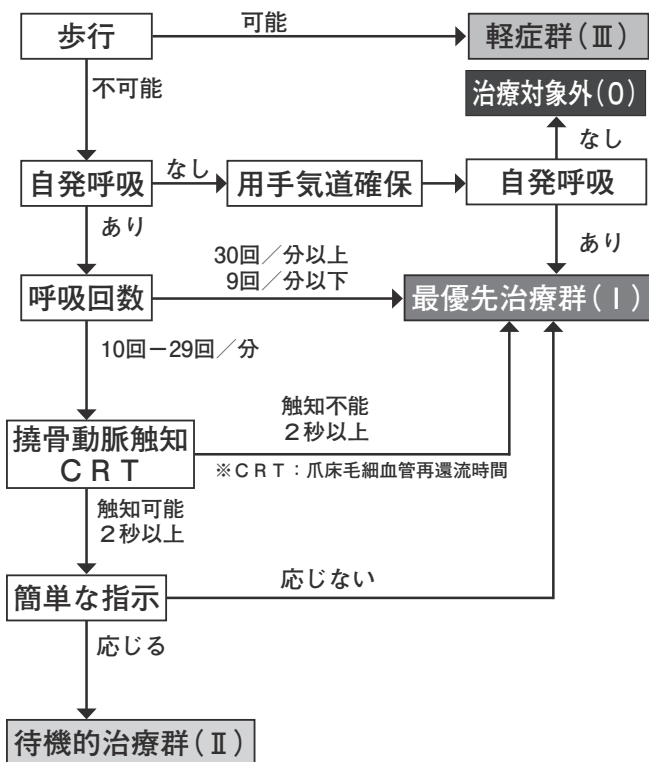
言語能力が十分獲得できていなければ、自分の苦痛を周囲にうまく伝えることができません。そのため周囲にいる大人たちから問題が過小評価されがちです。保護者が異常に気づかなければ、災害時に助けを求めたり、医療機関等へ受診したりすることは困難です。

2. 精神的特性

実は、子どもは大人よりも災害時の混乱に精神的にうまく対応できることがあるとも言われています。これは大人よりも心配しなければいけないことが少なく、また周囲の目を気にすることなく自分の気持ちを自由に表現できるからだとも考えられています。

しかし一方には周囲にいる大人たちの不安を感じて「元気な子ども」を演じる子どもたちもいます。災害後の心的ストレスを自分の言葉で表現したり、気分転換してストレスを発散したりできない子どもは、ストレス反応として身体症状や行動の問題(おねしょや赤ちゃん返り等)を認めることがあります。その程度は子どもの発達段階、被災前の家庭環境、子どものレジリエンス(ストレスからの回復力)、被災状況(家族の喪失の有無等)、また保護者の精

図1 START式トリアージ



神状態等の影響により異なります。

また子どもたちは、直接被害に遭ってなくても、心的外傷後ストレス障害など様々な精神的後遺症を残すことがあります。現実世界と非現実世界との区別がつかない年代では、テレビの報道が心に大きく影響することもあります。

3. 社会的特性

1) 乳幼児期

乳幼児期の子どもたちは、生活の全てを養育者に依存しています。養育者がいなければ、生きていけません。また乳幼児が必要とする食事内容や衛生用品は大人と異なりますので、大人の製品を代用することは困難です。

2) 学童期

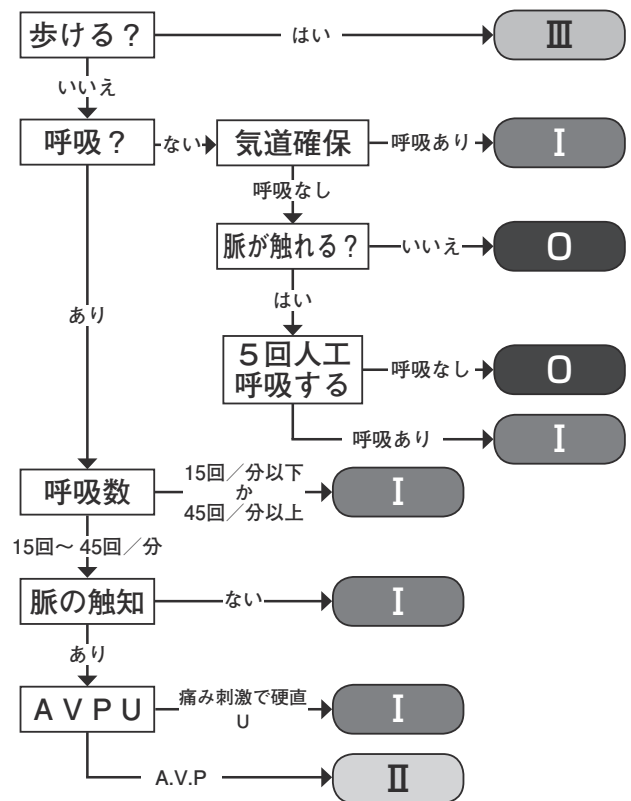
まだ生活の基盤は家庭にあります。徐々に社会性が発達し、自分で生き抜く知恵をつけていく年代です。この年代の子どもたちにとっての日常は、学校での生活がその割合の多くを占めます。

3) 思春期

ある程度自立して生活することも可能です。また性を意識し始める時期です。子どもによってはあえて反社会的な行動、危険な行動をとる時期でもあります。

図2 JumpSTART：小児

(1歳～8歳)



A : alert 覚醒している
 V : vocal 呼びかけで覚醒
 P : pain 痛み刺激で覚醒
 U : unresponsive 反応なし

II. 子どもの特性に配慮した災害時対応

発災し多数傷病者が発生すると、まず現場でのトリアージ（一次トリアージ）が行われ、続けていわゆる「赤タグ」および「黄タグ」の患者を中心に、現場の医療救護所や近隣の医療施設へ搬送する直前に、通常二次トリアージが行われますが、それらの過程でも子どもへの配慮が必要です。また避難所で生活をする場合も、子どもへの配慮が必要です。

1. 身体的特性に配慮した災害時対応

1) 解剖学および生理学的特性

一次トリアージにおいて一般的に利用されるSTART法(図1)は、気道、呼吸、循環、神経の項目を評価しており簡便に利用できますが、子どもに当てはめると混乱を招きます。例えば呼吸回数の30回/分は乳児では正常です。言語能力が未発達子どもは、簡単な指示にも従えません。これらの点を考慮して作成されたJumpSTART法(図2)という一次トリアージ法があります。ただ慣れていない人が使用を試みても、すぐには使いこなせません。

そこでいざというときにJumpSTART法を使用できるように、この評価法をラミネート化してすぐに参照できるように工夫するか、一次トリアージはSTART法に統一し、小児患者用の基準を用いて二次トリアージを行う方がよいと思われます。

2) 免疫学的特性

避難所等多くの人たちが密集する空間では呼吸器や消化器系の感染症が流行しやすく、早期に発見し隔離する等の対応が必要です。当然子どもだけの隔離は難しく、家族全体での隔離が必要です。また下痢症状を認める乳幼児のオムツは、感染源とならないよう扱いには配慮が必要です。

3) 行動発達面での特性

子どもたちが危険に遭遇しないように、保育士や教師、あるいは保護者同士が交代で子どもの監督をする、同年代の子どもたちが集まり、子どもたちの日常を取り戻すことができる空間を作る、危険な区域には常時大人が監視する体制を確立する等の対応が必要です。これらはできる限り各避難所等、地域での対応が望ましいです。

2. 精神的特性

災害後早期においては、秩序と日常生活を再確立し、子どもたちが自分たちの安全を感じられるようにすることが重要です。また災害について子どもたちに分かる言葉で説明し、子どもたちに自分たちの気持ちをしゃべらせたり、絵に描かせたりすることも必要です。大人は極端な感情表現を子どもの前ですべきではなく、災害の映像を繰り返しみることも制限すべきです。

なお頭痛や慢性の腹痛、繰り返す悪夢、行動パターンの変化、稀死念慮等、ストレス反応の徴候を示している子どもは、専門家による精神医学的な評価を受けるべきです。

3. 社会的特性

子どもたちや乳幼児を抱える保護者たちは、自分たちの問題を社会に訴えることができないことがあります。また災害時に養育者を失った子どもたちは、自分たちの代弁者がいなければ、社会に対して声を上げることができません。

保護者と離別した子どもたちへの対応は、行政主導でなされるべきですが、まず現場レベルでは子どもの安全を確保することが最優先課題です。そしてその課題を解決する為には、子どもと保護者を結びつけることも重要です。子どもたちの安全確保の為には、一般的に乳児4名、幼児10

名、学童児20名に対して成人1名の専任の監視者が必要であると言われており、厳重に安全管理された場所を確保する必要があります。また子どもたちと保護者をつなげる為には、写真を含む児の個人情報と特定の記録用紙を利用して収集し、かつ必要に応じて子どもたちが保護されている場所が追跡できるシステムが必要です。

1) 乳幼児期

赤ちゃんにとって、母乳は最高の栄養源です。可能な限り母乳栄養は続けるべきですし、母親が安心して母乳を与えるためにプライバシーを保つ為の空間の確保も必要です。人工乳が必要な場合は、清潔な哺乳瓶を準備できないこともあるので、紙コップ等で代用することも考えます。ちなみに、人工乳は乳児の成長度に応じて利用するミルクは異なりますし、生後半年をすぎると離乳食も必要です。オムツも成長に応じて大きさが異なる為、各種サイズが必要です。

2) 学童期以降

子どもたちにとっての日常を早く取り戻し、精神的に安心できる環境を確保することが重要です。その為には、保護者の精神的安定も必要です。また学校は避難所として利用されていることが多い為、子どもたちの日常が崩壊していることに留意しましょう。わたしたちが関わるのできる対応は限られたものですが、子どもたちと遊ぶ等の交流は、決して無駄ではありません。

おわりに

皆さんもご存知のDMATはDisaster Medical Assistance Teamの略ですが、このなかのAssistanceには「支援」という意味があります。そしてその語源をたどると「そばにそっと寄り添う」という意味にたどり着きます。普段子どもの対応に慣れていないと、災害時に何をすべきか、どのように対応してよいかわからないことがあるでしょう。しかし支援の根源は「そっと寄り添う」ことにあります。一番大切なことは「何をすべきか」「何が出来るか」ではなく、「何を必要としているのか」を探ろうとする気持ちであり、弱者と呼ばれる子どもたちとその家族の心に寄り添う気持ちではないかと思います。この気持ちこそは、「地域の人たちの役に立ちたい」という熱い思いで、最前線で防災活動に取り組んでおられる消防団員や消防・救急隊員の皆さんだからこそ持つことができるものであり、被災した子どもたちが最も必要としているものだと思います。皆さんだからこそできる支援に期待しています。

災害時母体搬送、 新生児搬送について！小児搬送について！

鹿児島市立病院 総合周産期母子医療センター 新生児科

平川 英司

周産期というのは出産前後のことを指し、妊娠22週から出生後7日未満と定義されている。周産期医療は救急医療の一つであるが、産科領域と新生児領域に分けられ、専門性が高く、他科と連携がとりづらい分野であると思われる。産科領域では対象が母体と胎児であり、発生する疾患としては切迫早産、妊娠高血圧症候群や常位胎盤早期剥離など多岐にわたる。一方、新生児領域では対象が新生児であり、疾患としては呼吸障害や先天性心疾患、超低出生体重児など高度な専門性が必要とされる。平常時における周産期医療は都道府県ごとに設置されている、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、産科診療所の連携で医療が完結していることが多い。このため救急隊の方は施設間搬送で診断のついた患者さんを診る機会は多いが、救急現場で直接患者さんを診る機会は少ない。しかし、災害発生時には産科診療所へのアクセスが途絶されているため、診断のついていない母体胎児救急疾患や新生児疾患に現場救急隊が直面する可能性がある。

本稿では鹿児島県で行っている母体、胎児、新生児救急の現状と取組について紹介する。

鹿児島県の現状

鹿児島県は本土の最南端に位置し、離島を含めると南北には600kmにも渡る日本でも有数な広大な県である。ま

た、鹿児島県の本土は錦江湾を挟んで薩摩半島と大隅半島に隔てられている。

鹿児島県の周産期医療は38か所の診療所、4か所の二次病院、3か所の三次病院で行われており、NICU (Neonatal Intensive Care Unit) は三次病院に併設された地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センターに集約され、MFICU (Maternal Fetal Intensive Care Unit) は総合周産期母子医療センターにのみ配置されている(図1)。周知のとおり全国では産科医と新生児科医が不足しているとされ、鹿児島県においては産科医一人当たりの分娩取扱数が267.2件/年となっており、全国平均の128件/年の2倍以上となっている。また一次医療施設である産科診療所の産科医の平均年齢は59.2歳と高齢化が進んでおり、診療所で勤務する産科医の大きな負担となっている。

鹿児島県ではNICU、MFICUを有する周産期医療センターはいずれも鹿児島市内にあり、重症母体や新生児治療を必要とする児が出生した場合は鹿児島市内へ搬送する必要がある。

平成24年度における鹿児島県の出生数は1万4,841人であり、鹿児島市外での出生数は9,076人(61%)だった。一般的に7-10%程度の新生児が何らかの理由でNICUへの入院が必要とされており、予め母体搬送される症例と診療所で出生後に新生児搬送される症例に分けられる。

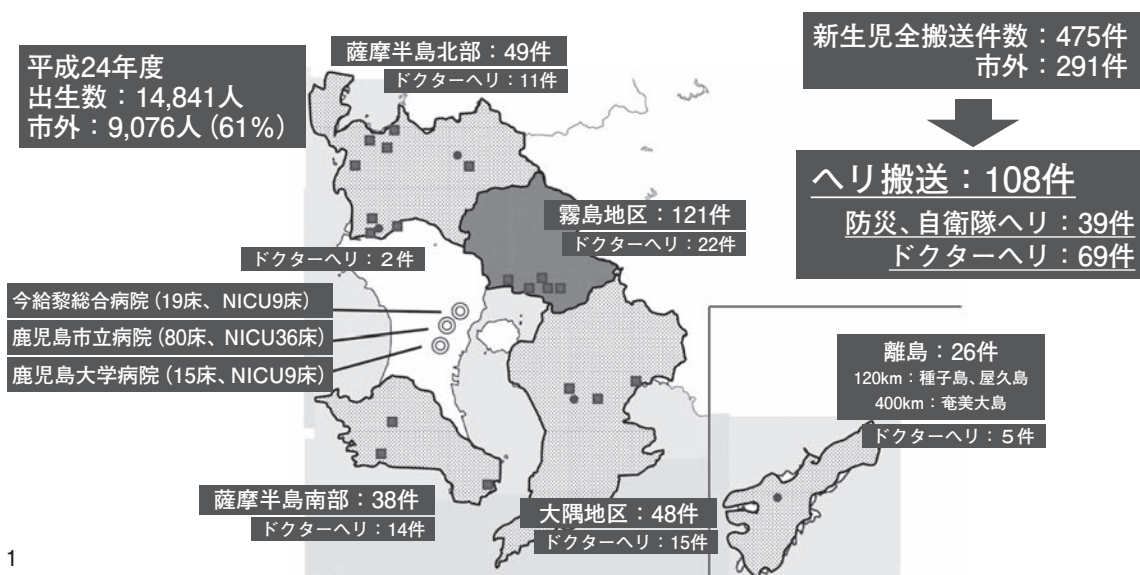


図1

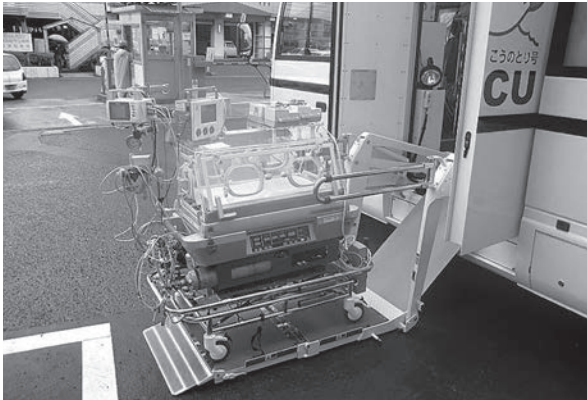


図2

当院での過去5年間の母体搬送症例は761件、新生児搬送症例は475件だった。

母体搬送では主に一般の救急車を使用するが、新生児搬送の場合は全国の多くの地域で新生児専用ドクターカーが利用されている。

救急搬送のパターン

①母体搬送の場合

通常の母体搬送であれば、自宅⇒診療所や診療所⇒周産期センターの搬送であり、搬送手段には一般の救急車が使用され、搬送元病院の産科医または助産師が同乗し、搬送中の全身状態を管理していることが多い。

②新生児搬送の場合

一方、新生児搬送では新生児専用ドクターカーを周産期センターから出動させ、周産期センター⇒診療所⇒周産期センターとなり、診療所へ新生児科医が出向いて治療をしながら周産期センターへ搬送することが多い。このため、重症新生児を一般の救急車で搬送することは少なく、救急隊の方が重症新生児を診る機会も少ない。

新生児専用ドクターカーには保育器、新生児専用人工呼吸器、生体モニタリングなどNICUで使用されているものと同等の医療機器が装備されている(図2)。しかし、鹿児島県では周産期センターが鹿児島市内にあるこ

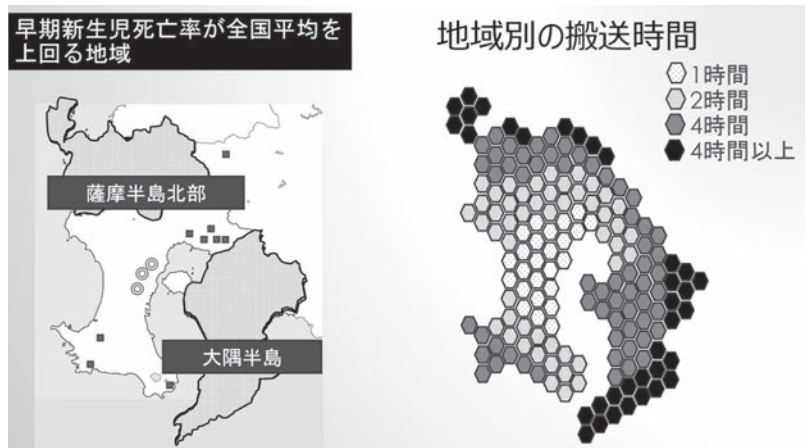
とから救急車やドクターカーを用いた施設間搬送に時間を要する地域があるため、母体搬送、新生児搬送にヘリコプター搬送を用いている。

ヘリコプターを用いた搬送

鹿児島県には有人離島が多数あることから以前より離島との間ではヘリコプターを用いた搬送を行ってきたが、平成23年の鹿児島県ドクターヘリの導入とヘリコプター搬送専用の新生児搬送システムが完成したことによりヘリコプター搬送件数が増加している。また、ドクターヘリの役割は近年多様化してきており、当初の半径50km圏内の初期治療開始時間の短縮から、現在では広域連携による第4次医療圏を確立すること、小児や周産期医療との連携、医療の地域格差是正の一つの手段としての役割が問われている。

鹿児島県では平成13年に新生児専用ドクターカーを導入し、早期新生児死亡率の改善を認めた。しかし、新生児専用ドクターカー導入以降も全国平均を上回る地域は存在し、それらは搬送時間を要する地域と一致していた(図3)。早期新生児死亡に関連するような疾患としては超早産児、新生児仮死、先天性心疾患などの循環器疾患、横隔膜ヘルニアなどの小児外科疾患が挙げられ、新生児仮死では院外出生が神経学的発達予後不良のリスク因子として報告されている(引用1)。また、平成26年4月の産科医療補償制度の再発防止に関する報告書ではテーマに沿った分析の一つとして搬送体制が挙げられており、緊急母体搬送を必要とした症例の搬送決定から見娩出までの全国平均時間は80.8分となっている(引用2)。報告書では出発から到着までの全国平均時間は17.7分であるが、鹿児島県では地域により60分以上と非常に時間を要する地域がある。これらの地域ではドクターヘリを使用することで出発から到着までの時間を短縮することが可能となる。また、80.8分のうち搬送決定から出発まで、到着から見娩出までの時間はそれぞれ24.7分、41.1分費やしており、合計で65.8分となる。この時間は家族説明などを含む転院準備や救急車の到着待ち、また搬送先病院での手術室の準備や術前検査の時間であり、この65.8分を短縮させることは非常に重要であり、

図3



可能と考えられる。それを可能とするのは母体搬送ではなく、産婦人科、新生児科専門医を『現場』（＝搬送元病院）へ搬送することである。周産期の領域では患者発生場所が診療所となることが多く、患者接触場所の『現場』も診療所となる。したがって、周産期分野における『現場』（＝搬送元病院）での治療介入をさらに早く行えるように鹿児島県ではドクターヘリを用いた医師、医療資器材の投入＝ドクターデリバリーを開始した。

このように鹿児島県では施設間搬送の時間短縮による『決定的治療開始時間』の短縮と早期の医師、医療資器材の投入による『初期治療開始時間』の短縮のためにドクターヘリを使用している。全国の周産期におけるドクターヘリ出動件数は全体の1%であるのに対し、鹿児島県では出動件数の8%と全国の8倍となっている。

ドクターヘリ導入以降は『決定的治療開始時間』の短縮効果を地域ごとに見ると、薩摩半島北部：228分 → 83分、薩摩半島南部：150分 → 83分、大隅地区：218分 → 74分と劇的に短縮を認めた。地域によっては4時間近くかかっていたものが短縮されることで、脳低体温療法など治療を開始するまでのゴールデンタイムがある疾患においては治療を速やかに開始することが可能となった。また、ドクターデリバリー導入により『初期治療開始時間』は地域ごとに薩摩半島北部29分、薩摩半島南部20分、霧島地区20分と劇的に短縮された。今後は早期新生児死亡率の改善だけでなく、児の神経学的予後の改善が期待される。

鹿児島県で周産期におけるドクターヘリの運用が効果的に導入できた要因を挙げる。

- ①地理的要因。
 - ②ドクターヘリ基地病院と総合周産期母子医療センターが同一の病院。
 - ③周産期（母体、新生児）の搬送システムが成熟していた。
 - ④ドクターヘリの機内が十分に広く、周産期で使用しやすい。
- の4点が挙げられる。

①について 鹿児島県は南北に長く、東西は錦江湾によって分離されており、ドクターヘリを導入することによる時間短縮効果が期待できた。

②について 鹿児島県では母体搬送、新生児搬送ともに鹿児島市立病院 総合周産期母子医療センターが中心となっており、ドクターヘリ基地病院も鹿児島市立病院だったことから産科、新生児科との連携をスムーズに行うことができた。さらに、救命救急センター、産科、新生児科、3科合同のドクターヘリ事後検証会の開催、救急隊とのドクターヘリ事後検証会への参加や産科診療所への啓発活動も地域の研究会を通じて行い、救命救急センターと周産期



図4



図5

母子医療センターは絶えず連携している。特に救急隊とのドクターヘリ事後検証会は通常周産期分野との情報交換が少ない現場救急隊との情報交換ができる貴重な場と考えている。

③について 鹿児島県では県内の母体、新生児搬送のほとんどは総合周産期母子医療センターである鹿児島市立病院へ依頼する仕組みになっている。このため地域の診療所と鹿児島市立病院との間では母体、新生児搬送のシステムが成熟していた。また、以前より離島との間では防災ヘリや自衛隊ヘリを用いたヘリコプター搬送の経験があり、航空搬送に対する医療的な懸念が生じなかった。ヘリコプターによる新生児搬送は搬送による児へのストレスが考えられるが、ヘリコプターによる搬送は救急車に比べても変わらないことが報告されている（引用3）。

④鹿児島県で導入された機体、AgustaWestland社のGrandNewはドクターヘリとしては機内空間が広く、患者以外に4名搭乗できる。したがって、周産期の搬送ではフライトドクター、フライトナースに加え、周産期ドクター2名の搭乗を可能にしている。また、新生児についてはヘリコプター搬送専用システムを導入している（図4）。このシステムには保育器に加え、人工呼吸器、酸素ボンベ×2、空気ボンベ、ブレンダー（酸素濃度調節器）、微量シリンジポンプ、生体監視モニターが搭載され、GrandNew専用のストレッチャーとセットになっていることから、ワ

ンタッチで固定することができ、ランデブーポイントでは速やかに現地の救急車に載せ替えることができる。

広域搬送

(航空自衛隊 機動衛生ユニット)

一方、さらなる広域搬送では航空自衛隊の機動衛生ユニットを使用した鹿児島⇒東京間の搬送、鹿児島県の

DMAT訓練では海上保安庁の固定翼を使用した新生児搬送訓練も行っている。

航空自衛隊の機動衛生ユニットでは航空自衛隊C-130輸送機の中に機動衛生ユニット(貨物用コンテナ)がセットされており、通常は成人仕様になっている。平常時は災害時を想定して、4つ程度ベッドが配置されているが、当院が行った新生児搬送の場合はユニットの中心にベッドが1つ配置されていた。当該症例では、気管からの大量出血のリスクが非常に高いため、通常の搬送手段では搬送困難と判断し、航空自衛隊の機動衛生ユニットを使用した(図5)。機内では緊急で気管支ファイバーが行える体制で搬送した。搬送時には航空機動衛生隊の医官、救急救命士、看護師と当科の医師、看護師が同乗した。輸送機内では機内温度や気圧を調整することが可能であり、安全に長距離搬送することができた。新生児においても特殊な疾患では広域での連携が必要であり、安全に行うことができた。

また、鹿児島県には有人離島が多数あることから離島での分娩や母体搬送、新生児搬送が日常的に発生する。このため、平成26年8月に行われた政府広域搬送医療訓練においては訓練の1つとして新生児搬送が組み込まれ、海上保安庁の固定翼を使用した新生児搬送訓練が鹿児島-離島間で行われた。機内に小型の搬送用保育器を配置し、搬送中でも処置を継続することが可能だった(図6)。

周産期医療というのは救急現場が診療所となることが多



図6

く、現場救急隊が超緊急帝王切開や重症新生児を診る機会は少ないと思われる。しかし、周産期医療では、順調に妊娠が継続している妊婦と胎児が突然、命の危険にさらされ、1分でも早い対応が必要な現場が数多くある。さらに、診療所は医師1人の場合も少なくなく、限られた医療資源、医療資器材で2つの命に同時に対応しなくてはならない。このため人的医療資源、医療資器材を『現場』(=搬送元病院)へ即座に投入することを可能にするドクターデリバリーは地域によっては非常に重要なツールになると思われる。鹿児島県ではドクターヘリだけでなく、ドクターカー、防災ヘリ、自衛隊ヘリ、新幹線など搬送元の地域、時間、天候に応じて『初期治療開始時間』、『決定的治療開始時間』が最短となるよう症例に応じて対応している(図7)。

引用1: Incidence and prediction of outcome in hypoxic-ischemic encephalopathy in Japan. Hayakawa M et al. *Pediatr Int.* 2014 Apr; 56 (2): 215-21.

引用2: 第4回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書～産科医療の質の向上に向けて～ 公益財団法人 日本医療機能評価機構 産科医療補償制度 再発防止委員会

引用3: Physical stressors during neonatal transport: helicopter compared with ground ambulance. Bouchut JC et al. *Air Med J.* 2011 May-Jun; 30 (3): 134-9.

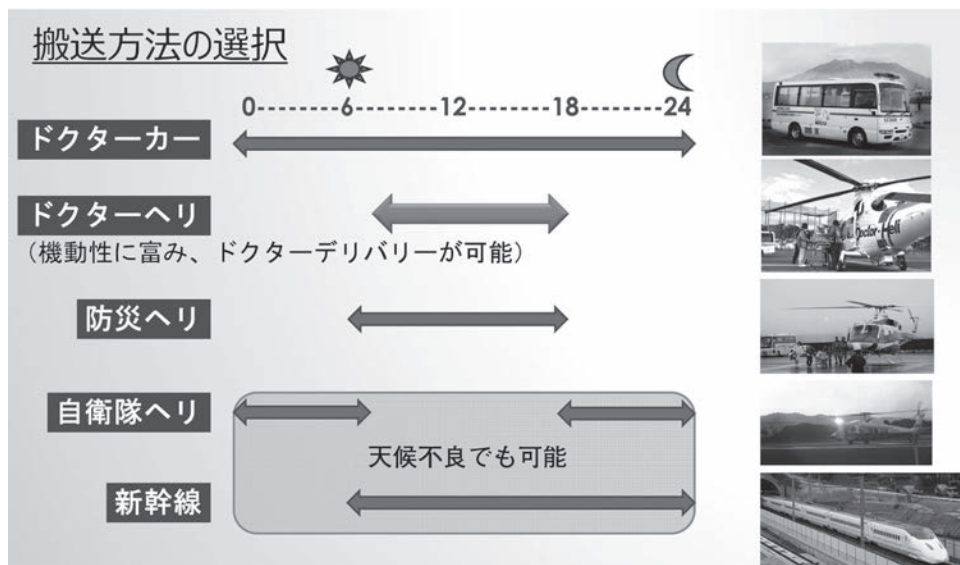


図7