

ジョイセフ東日本大震災被災地支援事業評価報告書
～ジェンダー視点から～



ジェンダー・アクション・プラットフォーム

2012年5月

目次

1. 評価の目的.....	3
2. メソドロジー.....	3
2-1) 理論枠組み.....	3
2-2) 評価方法.....	4
2-3) ジェンダー視点からの評価枠組み.....	5
3. 被害の概略.....	5
4. 事業評価・分析.....	6
4-1) 震災前の周産期医療および母子保健の状況.....	6
4-2) 災害のマグニチュードとその影響.....	9
4-3) ジョイセフの支援事業.....	11
4-4) 全体的な成果・教訓.....	19
5. ジェンダー評価・分析.....	19
5-1) ジェンダーと災害に関する国際スタンダード.....	19
5-2) ジェンダー視点から見たジョイセフ事業の成果.....	20
6. 総評.....	21
別紙.....	22

1. 評価の目的

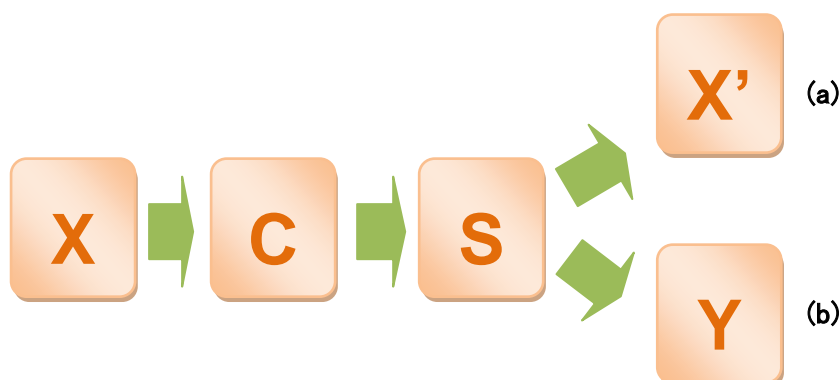
2011年3月11日の東日本大震災発生以降、ジョイセフは、設立以来初めての国内における被災地支援を実施した。本評価は、ジョイセフが被災地支援活動の実施から1年を経過した現在、その活動目的である「妊産婦と女性の命と健康を守る」ことにどのように貢献できたのかを調査・分析し、事業計画の妥当性、事業の適切性、成果、教訓の確認をもとにジョイセフの事業による直接的・間接的貢献と課題を考察することを目的とする。

2. メソドロジー

ジョイセフ東日本大震災被災地支援事業・事業計画に基づく支援活動及びその成果を評価するためには、これまでジョイセフが活動経験を蓄積してきた母子保健・女性の健康領域での国際支援におけるスタンダードの観点から、ジェンダー視点からの評価が不可欠である。そのために、1) 評価の理論枠組み、2) 評価方法、および 3) ジェンダー視点からの評価枠組みを以下のように設定した。

2-1) 理論枠組み

災害被災地への支援は紛争後の復興支援と同様に、緊急支援や中・長期的視点に立つ社会開発支援という側面を含んでいる。しかし、被災者にとって重要なことは、被災以前の生活の回復だけでなく、被災前以上の向上が期待できるような社会の構築につながることである。支援の成果・効果を確認するための枠組みには、支援の目的、支援活動内容や方法、被支援者(受援者)のニーズとの適合性、支援のタイミングなどの要素が含まれるが、災害からの復興を目指す場合、特にジェンダー視点からの評価のためには、支援者が想定する「復興後の社会」のモデルが明示される必要がある。そこでわれわれは次のような理論枠組みを用いることとした。



上記枠組みにおける **X** は被災前の社会システム、**C** は被災時の状況、**S** は支援内容・実施状況、**X'** は被災前の社会システムの回復、**Y** はジェンダー平等促進につながる

社会システムを指す。支援者が想定する「復興後の社会」が **X'** か **Y** によって **S** が異なる、あるいは、選ばれた支援計画によって **X'** または **Y** が結果されることになる。理論枠組み(a) (b) は、支援のあり方によって規定される被災→復興モデルである。

2-2) 評価方法

評価作業の第1は理論枠組み(a) に関わるもので、ジョイセフの事業計画に基づく事業の上位目標・プロジェクト目標とそれぞれの指標および成果とその指標を根幹とするジョイセフから提供された資料のデスクレビュー、被災地3県に関する公開統計データおよび出版物等や 2012 年 3～4 月にかけて行ったジョイセフが委託した各県の事業実施者への現地ヒアリングによる情報収集・分析である。したがって、評価結果は上記資料に限定されているという限界を内包している。

第2の作業は理論枠組み(b) に関わるもので、ジョイセフの事業目標および指標からは必ずしも明確でない **Y** を見据えた分析である。(ジェンダー視点からの評価枠組みは 2-3) 参照)

第1作業における事業評価の基準を明確にするため、ここで、ジョイセフの事業計画の目標と指標を整理しておく。

【ジョイセフの事業計画】

上位目標	東日本大震災で被災した対象地域の妊産婦(含新生児)及び女性の健康状態が改善される
指標	県・市町村の母子保健関連指標が震災前の状況に戻り、継続される
プロジェクト目標	東日本大震災で被災した対象地域の妊産婦(含新生児)及び女性がリプロダクティブ・ヘルスを中心とした保健医療サービス及びケアを受けられる
指標	市町村で中断していた母子保健関連事業が再開される

ジョイセフは上記目標・指標に含まれる用語を以下のような観点・定義で用いている:

- (1) 「妊産婦及び女性」の「女性」とは家族計画の対象者となる女性で、物資一般の他ピルを配布することが想定された;
- (2) リプロ・ヘルスの対象は WHO の定義により 15～49 歳女性とする;
- (3) 「保健医療サービス及びケア」は想定される成果を包括する用語として選んだもので、本事業でジョイセフが連携する日本助産師会および家族計画協会が提供できるサービス・ケアを前提とし、サービスはピル・コンドーム・機材などの物のデリバリー、ケアは心への手当、相談、安心を得るためのカウンセリングや被災者が集会できる場所の提供、産婦が自分を

とりもどすための現金；

- (4) 「母子保健関連事業」とは、厚生労働省で定めた行政(保健師)による定期検診業務；
- (5) 「事業の再開」の「事業」とは、市町村に委ねられている母子保健事業；
- (6) 「含新生児」としたのは、助産師が対象とするのは12か月未満の新生児であるので、助産師の対象を明示するため；
- (7) 「事業の再開」の「再開」とは、事業(上記(5))の主体が自治体、医療機関、個人医療専門家であるが、これらすべてを基準とするには現実的に無理である。ここでは「市町村行政の母子保健サービスの再開」を意味する。

2-3) ジェンダー視点からの評価枠組み

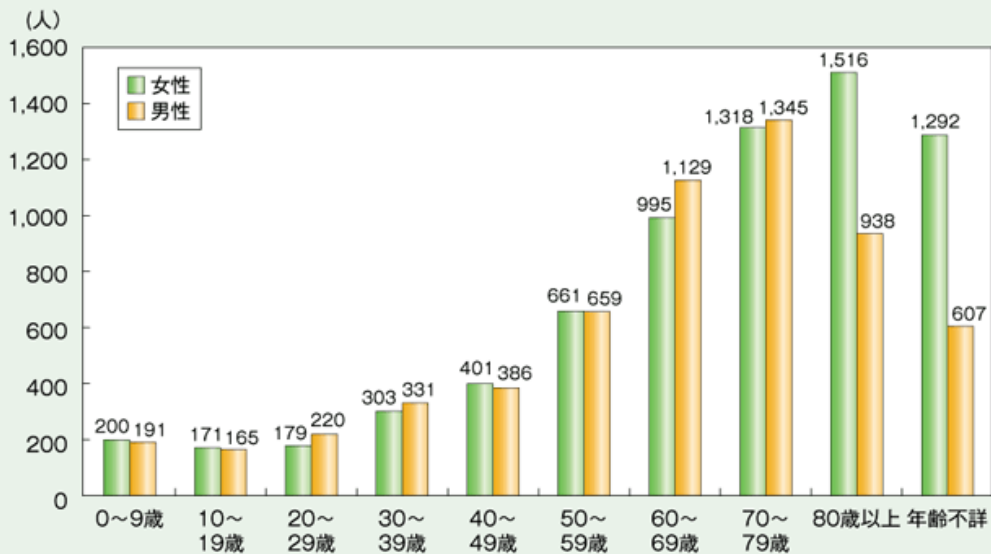
ジェンダー視点については国際スタンダードに基づく以下の枠組みを採用する：

- (1) 第56回国連婦人の地位委員会(CSW)決議「自然災害におけるジェンダー平等と女性のエンパワーメント」(Gender Equality and the Empowerment of Women in Natural Disasters)；
- (2) 「兵庫行動計画 2005-2015」(Hyogo Framework for Action 2005-2015)；
- (3) 人道支援の国際基準として現場におけるすべての支援者が配慮しなければならないとされる行動基準のスフィア・スタンダード(The Sphere Standard) [妊産婦(含新生児)への具体的配慮を必須項目として挙げている]；
- (4) 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)。

3. 被害の概略

平成23年度版防災白書(内閣府)によると、2011年3月11日に発生した東日本大震災における岩手県、宮城県、福島県での死者数は同年4月11日現在で13,135名だった。内、男性が5,971名(45.5%)、女性が7,036名(53.6%)であった。20代、30代、60代、70代において、男性の死者数が女性を上回っている。

第2-13-1図 東日本大震災の男女別・年齢階層別死者数（岩手県・宮城県・福島県）



(備考) 1. 警察庁発表資料「東北地方太平洋沖地震による死者の死因等について【3/11～4/11】」より作成。
2. 4月11日時点で検視等を終えて性別が判明している者について掲載している。

警察庁発表の統計(2012年5月16日発表)によると、

岩手県では、沿岸部の陸前高田市、大船渡市、釜石市、大槌町、山田町、宮古市を中心に、死者数は4,671人。全壊戸数は20,189戸、半壊は4,688戸であった。

宮城県では、沿岸部の石巻市、気仙沼市、東松山市、名取市を中心に、死者数は9,516人。全壊戸数は84,940戸、半壊は147,613戸であった。

福島県では、沿岸部の南相馬市、相馬市、いわき市、浪江町、新地町を中心に1,605人であった。全壊戸数は20,588戸、半壊個数は68,133戸であった。福島県災害対策本部の発表(2012年3月24日現在)によると、避難指示区域からの避難者数は、27,057人で、自主避難者の数は3,525人である。

4. 事業評価・分析

4-1) 震災前の周産期医療および母子保健の状況



① 各県の出生率:

平成21年の厚生労働省「人口動態統計」によると、被災三県の合計特殊出生率は岩手県で1.37人(全国26位)、宮城県で1.25人(同43位)、福島県は1.49人(同9位)である。

② 周産期医療:

- 岩手県、宮城県、福島県における周産期医療の最大の課題は、産婦人科医の絶対的な不足であった。産婦人科は、訴訟件数が最も多い医療領域であること、24 時間体制のハードな労働環境であることから、なり手が少なくなっていると言われている。また、過重労働で倒れる医師が後を絶たず、開業医の高齢化も進んでいる。

全国的な傾向として、産婦人科の拠点病院への集約化が進んでいる。三県でも、産婦人科を全面的に廃止する病院、妊婦健診等の外来は受け付けるが分娩は扱わないという病院が増加した。同時に、助産師の数も減っている。

こうした状況に伴い、地元で出産できない妊婦が増えた。例えば、岩手県の沿岸部などでは、地理的条件により、内陸部の産婦人科にかかるために車で山を越えたり、リアス式海岸沿いの蛇行した道路を長時間かけて拠点病院に移動するケースも珍しくない。また、妊婦健診は地元の病院で受け、分娩を扱っている遠隔の拠点病院で出産するケースや、退院時期が早めに設定されていて母乳指導や産後ケアを十分に受けないまま自宅に戻るケースもある。

- 嘱託医・嘱託医療機関と連携して分娩を扱う地域の助産院や自宅分娩の介助をする開業助産師の数も減少している。例えば、日本助産師会福島支部の平成 23 年の会員のうち、勤務助産師が 8 割を占めており、地域の助産師は少ない。福島県内には助産院が 4 か所あるが、分娩を受け付けているのは 1 か所だけである。しかし、この助産院の嘱託医療機関は会津若松市にあり、緊急時は救急車で 40 分かけて搬送しなければならない。
- このように、地元で安心して妊娠・出産・産後ケア/育児の一連のプロセスをたどれるような地域密着型システムが稼働しているのは一部地域だけであり、周産期医療の地域格差が広がっているとみられる。
- 地域の周産期医療の危機的状況は、全国的な傾向である。対策として、厚生労働省主導で「助産師の専門技術を活かした院内助産システムの構築」と「助産外来の拡充」に向けた動きが活発化している。岩手県では、行政、医師会、助産師会が協力し、全国に先駆けて県立釜石病院に助産外来を導入した。現在、県立久慈病院と県立宮古病院でも院内助産システムを稼働させている。しかし、岩手県のシステムは病院内で各診療科が補完し合う都市型の院内助産システムではなく、近隣の病院との連携で補完し合う地域型の院内助産システムなので、緊急時のリスクは高い。
- 岩手県独自の取り組みとして、「遠隔診療システム」がある。県立遠野病院の産婦人科は 2002 年に閉鎖された。山間部の盆地という地理的条件により、妊産婦は山を越えて内陸部の病院に行くか、沿岸部の病院に行くかという選択肢しか無くなった。そこで、遠野市は 2006

年に経済産業省プロジェクトのモデル地区指定を受けて、IT活用の遠隔妊婦健診をスタートし、2007年に県内初の市営助産院を設立した。そして、遠隔地の病院で出産するため、県内11か所の病院をインターネットでつなげ、妊娠の経過や胎児のモニター等の技術や電子カルテの開発に関する情報を共有するシステムを構築した。このイニシアティブが、全県的な電子カルテ共有システム「いーはとーぶ」に発展した。「いーはとーぶ」には自治体も参加しているので、産後鬱の対策や母子保健における連携強化にも活用されている。例えば、退院時に鬱の兆候があると助産師や医師が判断した場合には、その所見を入力し、保健師が産後1か月の新生児訪問でフォローするというような連携を可能にしている。「いーはとーぶ」モデルは、厚労省の研究会等を通じて全国的に広がっている。

③ 母子保健サービス:

- 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 第二章第十一条)とし、妊婦の健康診査については「(略)必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない」(母子保健法 第二章第十三条)としている。出産直後の母親の訪問指導に関する条項は特に無い。

- 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・幼児の健診及び訪問指導であり、市町村にもよるが保健師が担当するケースが多いようである。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」である。

県立釜石病院は、釜石市による乳児の1か月健診を補完する形で、産後2週間に院内助産師による外来サービスを1回2,000円で提供している。宮城県の開業助産院では、訪問サービスは1回8,000円、外来サービスは1回5,000円である。福島県では訪問サービスは6,000円程度である。したがって、退院後、母親が初めて専門家とのコンタクトを得るのは、乳児の1か月健診であることが多い。産前のケアは行政による支援が充実しているが、出産直後の母親のケア、母乳・育児指導は空白状態である。

- 三県でのヒアリングで得た情報を総合すると、不安を抱え、孤立した状況で育児をしている母親が多いことがわかった。「実家で親と同居をしても親が共働きである」「『転勤族』で周囲に親族がいない」といった場合は、日中は母親と新生児のみで孤立状態にある。また、夫の家族と同居しているケースでは、母乳のやり方・頻度や育児の仕方について義母の介入があったり、子どもが夜泣きをすると家族に遠慮をしたりなどとストレスを抱えているケースも多い。共通しているのは、母親が母乳育児や新生児ケア一般に関する知識に不安を持って

いること、出産後の母親の身体と心のケアが十分に行われていないことである。

4-2) 災害のマグニチュードとその影響



① 周産期医療・母子保健オペレーションへの影響

影響の全体像については今後の調査が待たれるが、ヒアリングの中で震災後の周産期医療・母子保健サービスにおける問題として指摘されたのは以下のようなことである。

- 妊産婦は、災害時の緊急医療において『特別な保護を必要とする弱者』として明確に位置づけられていなかった。
 - ✓ 国際スタンダードとしては、国連人口基金（UNFPA）の Reproductive Health Response in Crises（RHRC）Consortium、人道支援の国際基準として現場におけるすべての支援者が配慮しなければならないとされる行動基準のスフィア・スタンダード（The Sphere Standard）があり、妊産婦の保護に関するガイドラインが明記されている。
 - ✓ 産婦人科診療ガイドライン 2011 には、「大規模災害や事故における女性の救護は？」として、具体的なガイドラインが提示されている。しかし、救急の最前線で活動する自衛隊、消防、災害派遣医療チーム（DMAT）、日本医師会による災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社などの救助手順（トリアージ）には、妊産婦の保護や扱いに関する具体的なガイドラインが含まれていない。例えば、日本赤十字社の災害時要援護者対策ガイドラインには、「災害時要援護者」は、「心身障害者、高齢者、乳幼児、外国人、そして「一時的な行動支障を負っている妊産婦や傷病者」とされている。すべての妊産婦が特別な保護を必要とする、健常者よりもリスクの高い存在として位置付けられていないことがわかる。
 - ✓ 災害時の妊婦・胎児に関する統計（被災状況、死亡率、妊娠中毒症等の発症件数など）がとられていない。地域によっては、災害直後の訪問診療カルテが記録として存在するが、公衆衛生の観点からの調査・解析は行われていない。海外では、統計・調査が行われ、災害対策・支援に活用される事例が多くみられる。（例：米国のハリケーン・カトリナ、台湾の 921 大地震など）阪神淡路大震災については、10 年後の 2005 年に疫学報告書が作成された。しかし、その成果は災害救援に関連する具体的な政策や活動には結びついていない。
- 地震・津波による被災（スタッフの被災、施設・機材・車両の破損/流失）、公共インフラ（電気、水道、道路、ガス、地域公共施設）の広域かつ長期的な機能不全によって、母子保健サービスは中断した。
 - ✓ 津波により、紙媒体の記録（母子手帳、紙ベースのカルテ、データ）が流失した。
 - ✓ 通信網及び道路網の寸断により、対象妊産婦・新生児の所在及び安否確認、情報収集、ニーズ調査、物資供給が困難を極めた。

- ✓ 周産期医療・母子保健にかかわる専門家やスタッフが被災・避難し、発災直後は「人的」な稼働キャパシティが低下した。
- ✓ 医療施設、機材（健診機器、医療機器、教材ほか）や車両が破損・流失し、サービスの供給、特に移動を伴う訪問業務に著しい支障が出た。

② 妊産婦・乳児(含新生児)への影響

妊産婦・乳幼児の被災状況に関する総合的な公表された統計は無い。ヒアリング、助産師による訪問・外来支援報告書、ジョイセフに寄せられた被災者からの声等からわかるのは、以下のようなことである：

- 避難所の環境：多くの妊産婦及び乳幼児の母親は、避難所の劣悪な環境（衛生状態、プライバシー、騒音、照明など）により、車の中や半壊・全壊した自宅で生活していた。その結果、避難所単位で行われた支援物資の供給ラインに乗らなかった。このことは、妊産婦及び乳幼児の母親の所在の確認を難航させた。
- 支援物資：妊産婦・新生児のニーズに対応した物資の支援が行われなかった。
- 周産期医療・母子保健サービスへのアクセス：妊婦健診・新生児健診などの母子保健サービスが復旧するまで、アクセスが途絶えた。妊婦の場合は、出産する病院の確保が困難を極めた。また、出産の際、通常よりも早く退院させられた。
- 極度の緊張とストレス：被災によるストレスに加え、子どもの命を守らなければという重圧を感じた。福島県では、母乳育児ノイローゼや育児ノイローゼの母親と乳児を一時的に保護するケースもあった。また、放射能への考え方の違いで夫婦や親子の関係が悪化し、過度なストレスを抱えた妊産婦・母親も多い。
- 母乳育児への影響：子どもを守るために母乳をやらねばという強い意欲を持って母乳育児を続けたケースがある反面、放射能や栄養不足を心配して母乳を中断したケースもあった。他方、支援物資の粉ミルクが大量に出回ったこともあり、周囲からのプレッシャーを受けてミルクに切り替えたというケースも報告された。

妊産婦が「要援護者」と位置付けられていないことに象徴されるように、緊急フェーズでは妊産婦・新生児の存在・ニーズは見過ごされていたと考えられる。避難所の環境や支援物資の内容も妊産婦・新生児のニーズに対応していなかった。避難所以外での生活を余儀なくされた母子は、支援物資供給リストからも外れ、所在確認や支援物資のニーズ調査も十分に行われなかった。所在確認と支援物資のニーズの聞き取り及び供給は、地域の助産師・保健師が電話復旧後に電話で、または避難所を車で廻って行った。

上記 ① ② の状況を鑑みると、被災地では大きく分けて 3 つのニーズがあったと考えられる。

- 妊産婦・新生児に特化した支援枠組み、ネットワーク
- 公的な母子保健サービスを復旧させるために必要なインフラ、機材、物資、専門家(助産師・保健師)
- 妊産婦・新生児の個別のケア(精神的なケア、身体面のケア、適切な母乳・育児指導、物資供給)

4-3) ジョイセフの支援事業



今回の被災地支援では、ジョイセフは以下のようなアプローチをとった：

- 妊産婦・新生児に特化した支援を行うこと
- 国際協力の経験・知見を活かすこと
 - ✓ 「直接支援」を行わず、「側面支援」に徹する
 - ✓ ローカル・オーナーシップを尊重する
 - ✓ 地元の組織のキャパシティ構築を支援することで、支援効果の持続性を担保する
- 国内の連携団体とのパートナーシップを活用すること

上記 2. メソドロジーで述べた評価枠組みにのっとり評価対象としたのは、次の 4 つの活動領域である。

- ① 市町村による母子保健関連事業の再開
- ② 助産師による外来・訪問サービスへの補助金
- ③ 妊産婦・新生児への物資支援
- ④ 義援金(ケシヨ)

4-3) ① 市町村による母子保健関連事業の再開

【活動内容】

対象地域の市町村の母子保健担当者との連携・調整のもとニーズ調査をおこない、母子保健健診用機材や教材の調達・贈呈をおこなった。支援対象となったのは、岩手県宮古市、山田町、釜石市と、宮城県石巻市、塩釜市、山元町の市町村と日本助産師会福島県支部である。以下は、釜石市への聞き取り調査をベースとした評価である。

a. 手法とその適切性

- 初期の段階で、もりおか女性センター、助産師会、内閣府などのパートナーと釜石市を訪問し、共同でニーズの聞き取りを行ったことで、より包括的かつ戦略的な視点から「ジョイセフがすべきこと」を検討・決定できたのではないかと考えられる。

- 現地のニーズをよく聞き、細やかに対応しようとする姿勢が信頼関係の構築に貢献した。
- 妊婦健診、保健指導(両親学級や離乳食講座)、新生児健診・訪問の再開に必要な「モノ」(機材、教材、訪問キットなど)の供給への特化は、釜石市がすでに別のルートで確保していた「ヒト」と「場所」を補完するものであった。
- 「震災前よりも良いものを」というアプローチは、国際スタンダードで掲げられている build back better のスピリットに合致していた。

b. 成果

- 「モノ」(機材、教材、訪問キット)を供給することで、釜石市は母子保健関連事業を再開することができた。
- 従前に比べ、グレードアップした機材・機器を用い、より効果的な事業を行う体制ができた。
- 他方、事業の成果を総合的に評価するには、ジョイセフの支援対象となった市町村が他の市町村と比較してどの位早く母子保健関連事業を再開することができたのか等を検証する必要がある。
- 釜石市に限って言えば、初期に支援に入っていたユニセフが撤退した後に判明した必要とされている「モノ」(機材、教材、訪問キットなど)が初期に支援に入っていたユニセフが撤退するという適切なタイミングで供給できたことがわかった。
- 「震災前よりも良いものを」というアプローチは、母子保健関連事業の早期再開と同事業の持続性の確保に寄与しただけではなく、現場のスタッフの士気を高めるという効果も生み出した。

c. 教訓

- 初期の段階で他の支援団体と一緒に市町村を訪問し、聞き取り調査を行い、支援の枠組みを構築することで、市町村の負担を軽減し、より効果的かつ比較優位に即した形での支援を行うことができる。

4-3) ② 助産師による外来・訪問サービスへの資金補助

【活動内容】

助産師による外来・訪問サービスへの資金補助を3月11日までさかのぼり支給した。内訳は、避難所訪問等にかかる交通費の負担、家庭訪問1件6,000円、来院(母乳相談)1件5,000円。2011年12月31日現在の直接補助総額は、約1,514万円にのぼった。岩手県と宮城県への支援は2011年12月末をもって終了、福島県は2012年3月末で終了した。

a. 手法とその適切性

- 国際協力のスタンダードな手法である「ローカル・リソースの活用」「ローカル・キャパシティの構築」というアプローチを用い、地域のニーズに合ったサービスを供給することができたと言える。具体的には、助産師という地域の既存の人的資源の強み(専門性、地域のことをよく知っていること)を活かし、弱み(開業助産師の働く場が少ないこと、助産師によるサービスが「自由診療」であること、被災した助産師は仕事の基盤を失ったこと)を軽減するような支援を行うことができたと考えられる。
- 助産師による外来・訪問サービスを「物資支援や情報収集の窓口」とすることで、妊産婦・母親のニーズの聞き取りや物資の分配を効率的に行うことができた。
- ジョイセフの支援開始より前に行った外来・訪問サービスについても遡って経費を払い戻すというアプローチは、自発的に初動支援を行った助産師の経済的負担の軽減に寄与した。
- 災害時の母乳育児を推進する上で、助産師による外来・訪問サービスはもっとも適切かつ効果の高い具体的支援である。

b. 成果

以下の3つのレベルでの成果が確認された。

b-1. 地域の母子保健システム

- 「出産後1か月間」という母子にとってクリティカルな時期における支援体制の脆弱性及び潜在的な支援ニーズを「可視化」した。
- 地域の助産師による発災直後からの活動が、行政による母子保健事業、特に新生児の訪問事業を補完した。
- 災害時の母乳育児の重要性は国際スタンダードでも強調されているが、それを実現するためには助産師による適切な指導・サポートという「ステップ」が必要であることが確認できた。

b-2. 地域の助産師

- 開業助産師の仕事の再開と収入源の確保に大きく寄与した。
- 助産師の役割(じっくり話を聞く、母乳育児の確立を手伝う)と保健師の役割の違い及び相互補完性が明確になり、助産師自身の自信回復につながった。
- 助産師の持つ専門性と役割を地域の母親にアピールする良い機会となった。

b-3. 母子

- 助産師の専門的なサポートは、母乳育児の確立と新生児ケアの知識の習得の手助けとなった。

- 訪問や外来でのサービスを数回にわたって受けることで助産師との信頼関係が生まれ、悩みを相談するなど精神的なケアにもなった。
- 訪問サービスをきっかけに、助産師主宰の体操等の教室に参加するなど、母子同士がつながる機会を作った。

c. 教訓

- 助産師には初期の段階から、この支援が期間限定であること、出口戦略を立てる必要があることを伝えていたが、助産師にとってはそれが大きな負担となった。その理由として、
 - ✓ 外来・訪問事業を行い、書類処理をしながら出口戦略を立てる余力はない。
 - ✓ 助産師によるサービスは自由診療の領域であり、従前から経済的に余裕がある母親しか利用できなかった。まして、被災した家庭・母親にとって大きな出費・負担である。そのような状況で、助産師による外来・訪問サービスをビジネスとして成功させるのは容易ではない。県や市町村の助成金や委託事業に申請するのが最も現実的な「出口戦略」である。

といった声があった。また、それらの障壁を軽減するために、

- ✓ 事務処理・書類処理を手伝ってくれるスタッフを派遣して欲しかった。
- ✓ 行政の委託事業・助成金などへの申請のタイムラインを考慮して終了時期を決めてほしかった。

といった声があった。

もともと商業的に成り立ちにくい事業への支援をより「ソフトランディング」な形で終了させるには、出口戦略作り及び実施のための具体的なサポートが必要であると考えられる。

- 孤立して育児をしている新生児の母親が多いことがわかった。親世代が共働きで日中一人で面倒を見ている、姑からのプレッシャー(母乳が足りない、夜泣きするなど)で、大きな重圧感・孤独感を感じながら最初の1か月を過ごす母親が多い。そのときに産後1か月までの時点での訪問ケアは大きなインパクトをもたらす。逆にその時点でサポートがないと、のちの子育てに影響が出てくる。
- 平時の母子保健において、産前ケアは充実しているが、出産直後のケアが十分ではないことがわかった。そこにニーズがあるが、自由診療・保険適用外なので、経済的に余裕のある母親しか頼めない。本来は行政でカバーすべきサービス。

4-3) ③ 妊産婦への物資支援

【活動内容】

岩手県、宮城県、福島県、茨城県の被災4県に対して計約50トンの支援物資を、約50社の企業から無償協力の支援を通し、4県それぞれの配布ルートを確認しながら届けた。また、国連人口基金(UNFPA)から委託を受け、「女性支援キット」を2011年12月末まで配布した。この支援により、手に入りにくかった妊産婦・乳幼児に特化した支援物資を数多く届けることができた。

a. 手法とその適切性

- 妊産婦・乳幼児に特化したアプローチは、行政による支援ギャップを補完した。
- 地元の女性センターや助産師会と協働することで、(避難所に長期滞在できないがゆえに)一括して情報収集するのが困難であった妊産婦と乳幼児という対象者のニーズの掘り起し、その後の配布の効率アップに寄与した。
- 「物資リストを使ったシンプルなニーズ調査」「物資の品目や配送先を現地の意向を確認しながら決めるという柔軟な対応」と、現場のスタッフの視点に立った支援を行うことでスタッフの負担を軽減し、信頼関係を構築し、より妊産婦・母親のニーズに合った物資支援を行うことができた。
- 「良い品質のもの、新品のものを供給する」というアプローチは、被災した妊産婦・母親の尊厳を尊重する姿勢の表れであり、それによって妊産婦・母親の信頼を得ることができたと言える。7月以降、義援金(ケシヨ)の受給者(約2,400人、4-3)④参照)へのフォローアップとして「女性支援キット」を配布した際にも、キットに入った下着・洋服のサイズ要望を聴取し対応するなどの受給者の視点に立ったきめ細やかな支援を行った。
- 支援物資のニーズ調査、調達、物流ルートと現地パートナーの確保を迅速に行ったことで効率的な支援を行うことができた。

b. 成果

- 妊産婦・乳幼児のニーズに特化した支援物資を供給することができた。
- 災害後の妊産婦・乳幼児のニーズ(具体的な物資)が明らかになった。

c. 教訓

- 必要な物資は週単位で変わっていく。ニーズ調査から配布の間にタイムラグが生じると季節品(衣類など)は季節外れに、新生児用品(衣類など)はサイズが合わず不要になる。
- 助産師・病院が配布する際に、「どこまで配っていいか」の線引きに悩むケースがあった。津波・震災で直接的に影響を受けた被災者以外に、買い物困難者(周辺の店が閉まっている、交通手段・道路が寸断されていて買い物に行けないなど)にも配布してよいのかどうか迷ったケースが報告された。現地協力者には、「自宅が倒壊したなど、直接的な影響を受けた被災者」に限定するのか、それとも「直接的な被災者及び(買い物困難者などの)間接的な影響を

受けた被災者」も対象に含めるのかをクリアに伝える必要がある。

- 母乳育児を推奨する助産師の立場からは、粉ミルクの配布には配慮をしてほしいという声がある。国際スタンダードにおいても、緊急支援時における粉ミルクの配布は奨励していない。
- 大量の物資を保管する場所の確保、物資の仕分け、物資の配布は地元パートナーにとって大きな負担となった。それを軽減するためのサポート(スタッフの派遣など)も考慮する必要がある。

4-3) ④ 義援金 (ケシヨ)

【活動内容】

震災直後から厚生労働省や各県庁と調整し、2011年7月1日より支給を開始した。対象者は、被災時に岩手県、宮城県、福島県3県に住民票があった被災者(居住する家屋が「全壊」か「半壊」した者、または「警戒区域」に居住していた者)で、2011年3月1日～12月31日に出産した女性(ここでは「産婦」とする)。一人当たり5万円の支給で、数例を除き、産婦個人の口座に振り込まれた。2012年3月時点で岩手県233人、福島県734人、宮城県1,436人、計2,403人への支援が行われた。

a. 手法とその適切性

- 現金給付という手法は、経済支援において忘れられがちな妊産婦にとって貴重な支援となった。
- 受給対象者のクライテリアを明確に設定し、厳正な選定プロセスを用いたことで、透明性を担保することができた。
- 「本人名義の銀行口座に振り込む」という給付の仕組みは、世帯主がお金の使い道を決定する傾向が強いという当該地域のジェンダー構造に配慮したものであった。
- 平時の活動を通じて培われた厚生労働省とのパートナーシップと信頼関係に基づいて準備を進めたことで、個人への給付という新しい仕組みの実現にこぎつけた。

b. 成果

- 義援金が世帯主ではなく、直接個人に届く仕組みを作った。
- 妊産婦に直接入金され、個人として自由に使えるお金となった。
- 義援金は単なる「お金」としてだけでなく、支援者・寄付者から妊産婦への応援メッセージとして届けられ、精神的なケアにもなった。

c. 教訓

- 申請のために必要な罹災証明書は、自治体によって取得にしやすさに差があった。また、福

島県で適用された「警戒区域内(20km以内)」というクライテリアは、線引きとして難しいケースもあった。

- 当該地域での家庭内での経済資源のコントロール及び意思決定のあり方に配慮することの重要性が改めてわかった。

4-4) 全体的な成果・教訓

【成果】



- 現地のアクターとのパートナーシップをまず構築し、現地のオーナーシップを尊重する形で支援を進めた結果、
 - ✓ 被災地のニーズを的確にくみ取り、特にジョイセフが得意とする領域に特化した支援を効果的・効率的に行うことができた。
 - ✓ 掌握可能な範囲で、地域の妊産婦・乳幼児のニーズを反映する支援を行うことができた。
 - ✓ 側面支援に徹することで、行政による母子保健事業の再開、開業助産師の活動の再開に大きく寄与し、継続的な妊産婦サポートの基盤回復に貢献した。

【教訓】

- 現地のオーナーシップの尊重は大切だが、ドナーとして介入することが必要な局面もあることがわかった。例えば現地のパートナー間での調整が難航した場合は、ドナーとして「資金を何に使うか」「どんな成果を期待しているのか」を改めて明示し、ボトムラインを明確化することで現地の調整がスムーズに行く場合がある。また、期待される成果を出すために必要な具体的な側面支援策(事務処理ができるスタッフ、活動全体を俯瞰できるようなコーディネーターを派遣するなど)があれば、それに対応することも重要である。
- 事業の進め方についての方針・具体的な手順・タイムラインを都度、明示することも信頼関係を構築する上で重要である。避難所や現地の女性たちと、ジョイセフとの間に立ち、ニーズの掘り起しをしていた現地協力者の中には、「資金と物品の調達が進んだ上で、支援物資のリストアップ・聞き取りをしているのか」と思っていた。ニーズを聞き取ってから調達し始めるとは思っていなかった。すぐに支援物資が届くと思っていたので、物資を待つ人たちとの間で板挟みになった」という声もあった。支援のプロセスとタイムラインを繰り返し説明することが誤解の回避につながる。
- 「出口戦略」の策定についても、現地パートナーに任せるのは難しい。助産師としての訪問・

外来サービスと事務処理に加え、新たな資金源の確保やビジネスモデルを開拓するための時間的・人的余裕はない。また、行政や他団体の助成金に申請するにしても、それらの資金がおりるまでに空白の期間ができないような配慮が欲しかったという声もある。

【評価】

- ジョイセフの事業計画におけるプロジェクト目標は、最初に提示した被災→復興モデルの理論枠組み(a) (X' 被災前の社会システムの回復)である。ジョイセフがその指標として挙げている「市町村で中断していた母子保健関連事業が再開される」に関しては、達成されたと言える。釜石市の保健師による検診サービスが再開されたことは、その例である。しかし、 X' の状況が被災前の X の状況に全面的に戻ったというわけではない。その理由は、被災地域の人口流出・保健医療関係者の被災・流出、保健医療サービスにかかわるインフラ復旧の遅延、生活基盤そのものの停滞・回復遅延などが大きな壁となっているからである。とはいえ、数多くの貢献をしたことは間違いない。
- 4つの事業領域における成果については既にみたとおりであるが、特筆すべきは、ジョイセフのとったアプローチの一環である「地元組織のキャパシティ構築の支援」に関する効果である。被災地域では被災前から周産期医療体制の貧困化が進んでいたが、ジョイセフ事業の現地委託組織となった助産師会も、メンバーの減少・活動現場の縮小、医療専門家としての社会的認知の低下、専門家としての役割の再定義への模索など、時代の変化にともなう課題に直面していた。ジョイセフの委託を通して支援活動の直接的アクターとなった助産師たちは、程度の差はあれ、医師不足を補う支援資源としての助産師として活用されたことになる。被災後という非通常的な状況下で、被災妊産婦と正面から向き合う経験は、自己の専門性と妊産婦ならではのニーズに対応するという特殊な役割を再認識させ、助産師としての役割に対する動機づけを高める効果をもたらした。助産師のデータベース化に始まる助産師会という組織の強化必要性を意識化し、活動の活性化に適した体制づくりへの始動がみられるようになった地域もある。
- さらに、一部の助産師の間で関心を持たれていた現代の助産師の役割再定義とそれに基づく専門職の養成につながる可能性がみられることである。その定義とは、従来のように、妊産婦を生物学的・医学的視点だけでなくホリスティックにとらえる視点に立ち、単に妊娠・出産をめぐるマタernal・ヘルス・ケアだけでなくライフサイクルを通じた女性のヘルス・ケアに助産師の専門性がある、という見方によるもので、まさに助産師のリプロダクティブ・ヘルスの模索といえる。出産の多様性、ニーズの多様性は、ますます医療の受け手が医療者とともに主体となって作り出すシステムを求めているが、医療システムのパターンリズムを変革する一歩を助産師自らが踏み出すことにつながるかが問われる。

- 助産師自身の認識のあり方やその職業の自己 PR の欠如が、昨今の助産師活動の停滞をまねているとの自覚を持つ助産師もいる。ジョイセフの事業と関わってみて、自らの主張を実現するためには自分自身が助産師会の中で責任ある立場で行動することが欠かせないと認識した助産師たちは、それを行動に移す決意を表明している。以上のように、ジョイセフの事業による助産師・助産師会のエンパワーメントは確実にみられた。
- 今回の支援事業は、国内におけるリプロダクティブ・ヘルス教育やリプロダクティブ・ヘルス専門家及びその養成の促進に資するという効果を生み出した。ジョイセフが今後国内で事業を実施する場合、側面支援の方法を検討するための貴重な経験となったといえるのではないだろうか。

5. ジェンダー評価・分析

5-1) ジェンダーと災害に関する国際スタンダード

- ジェンダーと自然災害の分野において、各国の政策や実施事業全てにかかわる国際的コミットメントに第 56 回国連婦人の地位委員会 (CSW) 決議「自然災害におけるジェンダー平等と女性のエンパワーメント」(Gender Equality and the Empowerment of Women in Natural Disasters) と「兵庫行動計画 2005-2015」(Hyogo Framework for Action 2005-2015)がある。
- 第 56 回 CSW 決議(2012 年 3 月)は、第 49 回 CSW 決議「インド洋沖津波を含む災害後の支援、復旧、復興におけるジェンダー視点の統合」(2005 年)を含む関連合意文書を踏まえ、防災、災害救援、復興のあらゆる段階にジェンダー視点を入れた包摂型社会造りの重要性をうたった最新の国際的コミットメントである。国際社会、政府、市民社会を含むパートナーシップや国連関連機関におけるジェンダー主流化、2015 年の世界防災会議に向けたポスト兵庫プロセスへのジェンダー視点の導入などを明記し、ジェンダー統計の整備や女性に対する暴力の防止と被害者の保護、脆弱な人々への特別な配慮、災害後の救済支援への男女の平等なアクセス、特に妊婦・授乳期の女性・育児期の家族・単親家族・寡婦などへの物質的・精神的救援の確保、復興期の女性の雇用支援、そして方針決定過程における女性の参画の確保などを実施目標として挙げている。
- 「兵庫行動計画 2005-2015」も、防災、災害救援、復旧・復興に関わるあらゆる政策、計画及び意思決定プロセスにジェンダー視点の主流化を呼びかけている。

- 多くの人道支援の実施ガイドラインやマニュアルが、幾多の国際的コミットメントを反映して、ジェンダー視点を徹底的に主流化している。中でも人道支援の国際基準として現場におけるすべての支援者が配慮しなければならないとされる行動基準のスフィア・スタンダード(The Sphere Standard) や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)は、妊産婦(含新生児)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。
 - ✓ 緊急時における妊産婦は要援護者の対象であることから、妊産婦の食料、寝具、衣服、家庭用製品、現金及びその他緊急支援パッケージへのアクセスが可能となるよう優先的に配慮する。現金給付は、支援物資の配布に比べ受給者の尊厳を生み出すツールであり、特に女性の受給者にとって有益である。
 - ✓ 専門家による母乳指導を優先的に行う(可能な範囲で出産後1時間以内に開始)。
 - ✓ 粉ミルクや関連商品は、無差別に配布しない。粉ミルクや関連商品の寄付は、緊急時には依頼・受領すべきではない。
 - ✓ 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。
- なお、国内でも、2010年の12月に閣議決定された第3次男女共同参画基本計画の第14分野「地域、防災・環境その他の分野における男女共同参画の推進」において、基本的方向性として発災後及び被災時に増大する家庭的責任(ケア活動等)が女性に集中することを踏まえ、防災・復興の取組に男女のニーズの違いを把握して進める必要があること、また、これら女性をめぐる諸問題を解決するため、男女共同参画の視点を取り入れた防災・復興体制の確立が重要であると明記されている。

5-2) ジェンダー視点から見たジョイセフ事業の成果

- 既存の支援枠組みに内在するジェンダー問題(=世帯主中心制度)を可視化し、世帯主ではなく女性個人に金銭給付を行うことで、女性のエンパワーメントに貢献した。
- 既存の防災枠組みに内在するジェンダー問題(=防災に関する意思決定過程への女性の参画の欠如)により、行政の緊急支援備蓄リストに妊産婦・乳幼児のニーズに対応した物資が含まれなかったケースや、含まれていても妊産婦・乳幼児の所在確認が行えず配布されなかったケースが多く見られた。ジョイセフによる物資支援は、そのギャップを埋めることに貢献した。

- 平時の周産期医療・母子保健の脆弱性、潜在的ニーズ、グッド・プラクティスを可視化した。

【例】

- ✓ 「出産後 1 か月間」という母子にとってクリティカルな時期における支援体制の脆弱性及び潜在的な支援ニーズ
- ✓ 助産師の役割と保健師の役割の違い及び相互補完性及び、地域の母子保健の拡充における助産師の役割が再認識され、助産師自身の自信回復につながった。
- ✓ 保健師&助産師のペアによる産後訪問ケアの意義

6. 総評

- ジェンダー視点から被災→復興モデルを設計すると **Y** を目標とする理論枠組み(b) でなければならない。緊急支援の段階では、先ず、保健医療サービス及びケアを受けられる状況をつくるのが優先されるとしても、中・長期的な **Y** を視野においた受援者が主体となり得るシステムの構築を目指すことが重要である。ケシヨを通して現金を被災妊産婦本人に支給することを徹底したことが、本人の主体者意識を刺激し、充足させ、新たな生活への支援となったことは、事業計画の設計を超えた女性のエンパワメントにつながるという「予期せぬ」成果を生み出した。
- ジェンダーと災害に関する国際スタンダードの順守という観点から評価すれば、以下の2点に集約できる。
 - (1) 第 56 回 CSW 決議に含まれる実施目標およびスフィア・スタンダードに明記されている災害後の妊婦・授乳期の女性への物質的・精神的救援の確保が、ジョイセフ事業により、一定の範囲であれ達成されたこと。
 - (2) 女性たちのエンパワメントに貢献したこと： a. 支援の対象となった被災女性(妊産婦)にとっては個人単位で義援金を受け取ったことにより個人の尊厳と生活復興への自信をつけたこと； b. ジョイセフの委託を受けて支援活動の担い手となった助産師たちにとっては、従前の周産期医療システムにおけるその役割や自己アイデンティティを見直し、専門家としての役割活性化に向けて行動する契機となったこと。

別紙

評価報告書作成メンバー

目黒 依子 Gender Action Platform 代表
大崎 麻子 Gender Action Platform アドボカシー担当
斎藤 万里子 Gender Action Platform プログラム担当

なお、本報告書を作成するにあたり、2012年3月から4月にかけて、以下の方々から意見を聴取させていただいた。

(五十音順)

秋葉 裕美氏 岩手県立釜石病院産婦人科 院内助産院助産師
伊藤 朋子氏 とも子助産院 助産師 (宮城県仙台市)
石井 澄江氏 公益財団法人 ジョイセフ 代表理事
石田 登喜子氏 社団法人 日本助産師会福島支部 子育て・女性の健康支援センター
塩野 美紀子氏 社団法人 日本助産師会福島県支部 支部長
田端 八重子氏 もりおか女性センター 所長
平賀 圭子氏 特定非営利活動法人 参画プランニング・いわて 理事長
福島 裕子氏 岩手県立大学看護学部 准教授
洞口 裕子氏 岩手県釜石市保健福祉部健康推進課付係長 保健師
宮原 けい子氏 相馬助産院 助産師 (福島県相馬市)
吉田 穂波氏 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