

大規模災害が想定される地域に暮らす 在宅療養者のリスクマネジメント —公助，自助，共助のバランスの取れた備えのデザイン—

畑 正夫

地方創生の取組みの基盤となる安全・安心を災害への備えの観点から考える。災害時に生命・健康へのリスクが高い療養者に在宅ケアを提供する訪問看護ステーション、在宅支援診療所に対して実施した備えの実態調査（2016年6～8月）の結果を紹介する。首都直下地震と南海トラフ巨大地震の“ゆれ”が震度6強・震度7と想定され、甚大な被害の発生が危惧される地域においても、備えが十分に進んでいない現状が明らかになってきた。誰からも選ばれる安全・安心な地域づくりのために、防災を“他人事”にしない公助、自助、共助のバランスが取れた備えのデザインを考える。

キーワード：大規模災害，安全・安心，災害の備え，リスクマネジメント

1. はじめに

人口減少社会の本格的な到来に、国・地域をあげて地方創生の取組みが進められている。東京一極集中を是正しながら、人口減少により縮小する地域経済の負のスパイラルを抑止し、地方の活性化を図ることで大都市と地方の共生を図ろうとするもので、「しごとの創生」「ひとの創生」「まちの創生」を大きな柱としている。

国は「まち・ひと・しごと創生総合戦略」（平成26年12月）を策定し、①東京圏への転入超過を防ぐために地方に雇用を創出する、②東京圏から地方へ移住などによる新しい人の流れをつくる「しごと」と「ひと」の好循環を次世代につなぐために若い世代の結婚・出産・子育ての希望をかなえる環境を整備する、③「しごと」と「ひと」の好循環が地域に根付く「まちづくり」に焦点を当てるなどの指針を示し、地方も「人口ビジョン」「地方版地域創生戦略」を策定し取組みを進めている。

少子高齢化が進む人口減少社会の中で、実効性ある地方創生の取組みを進めるためには、地域づくりの基盤が安全・安心にあることを再認識しておくことが重要である。地域創生の取組み指針である「まち・ひと・しごと創生総合戦略」が示すように、在宅医療を含めた医療・介護提供体制の整備や地域包括ケアシステムの構築、さらに住民自らが防災の担い手として活躍す

る防災力の高い地域コミュニティづくりなど、安心して暮らせる環境が「しごと」と「ひと」の好循環を生む。「国土形成計画（全国計画）」においても「安全はすべての活動の基盤」として、多発する災害への対応に加え、今後、30年以内に70%程度の確率で発生するとされる「首都直下地震」「南海トラフ巨大地震」などの巨大災害に国・地方自治体、関係機関をあげた備えの重要性に触れている。同計画では「公」の役割だけでなく、「地域における防災・減災対策の基本は住民自らが自分の身を守るために判断・行動すること」にあるとし、住民個人が地域の災害リスクを認識し、自ら考え適切に行動する「自助」と住民相互や地域コミュニティの「共助」の充実・強化の重要性を指摘する。阪神・淡路大震災の発災直後に行政機能が麻痺し十分に機能できなかった場面で、近隣住民や被災地内外のボランティアが被災者の救助や避難所の運営・物資の供給などに関わり、復旧過程における被災者支援に大きく貢献したことからも明らかである。自助、共助が「公助の限界」と呼ばれる状況下で重要な役割を果たしたことはご存じと思う。

内閣府が平成25年度に実施した「防災に関する世論調査」でも、国民の大半（56.3%）は「公助、自助、共助のバランスが取れた対応をすべき」と考えている。このことは災害時だけでなく日常にもつながっている。平成25年度の国土交通省の調べでも、地方への移住者の多くが移住地選択のポイントとして自然災害のリスクが低いことを地方の魅力と考え、安全な場所に住みたいという意向をあげている。地方創生の取組みの柱の一つである「ひとの流れをつくる」においても配

はた まさお
兵庫県立大学地域創造機構
〒651-2197 兵庫県神戸市西区学園西町 8-2-1
hatam@hq.u-hyogo.ac.jp

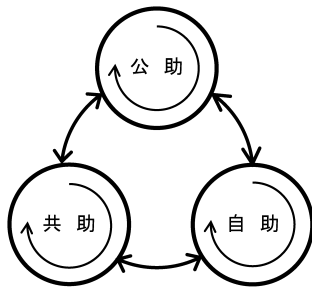


図1 公助、自助、共助の循環

慮すべき重要な点であるといえる。

わが国においては、地震、津波、洪水、土砂災害などの自然災害に関し、一定の災害リスクをもつ地域の面積は国土の約35%と全国的に広がっている。また、当該地域の人口（2010年）が総人口の70%以上を占めるなど、大都市・地方を問わず厳しい現実がある[1]。そのような状況下でも選択される地域になるためには、地域固有のリスクとその程度を的確に捉えた備えのデザインが不可欠である。人口減少により地域のつながりの希薄化が指摘される中で、災害時に命の持続や健康状態がゆらぎ、支援が必要な住民を守るバランスが取れた公助、自助、共助が備わったコミュニティの構築が急務である。本稿では、リスクの高い対象者を中心に想定外を生まない支援を考え、そのことを通して幅広い要配慮者への備えにつながることを期待している。

2. バランスの取れた公助、自助、共助の枠組み

地域コミュニティの防災力を強化することは自ら命を守ること、そして地域を守ることにつながる。また、一人ひとりが他人任せでなく防災に取り組むことは地域コミュニティの防災力を強化することにつながる。これらは相互関係にある。従来、過去の災害経験を教訓に、公助、自助、共助のそれぞれを強化することに重きを置いてきた。これに加えて、相互の関係性を踏まえた取組みの必要性への認識が高まっている。図1はこうした取組みが相互に関連しながら進むことをイメージしたものである。公助、自助、共助の各領域内での取組みにより備えを強化するとともに、それぞれの関係性を通じた備えの充実を図る重要性を示している。

たとえば、自治体は、災害時の避難に配慮が必要な対象者のリストの作成と関係者間での共有が求められている。作成には対象者の個人情報保護の観点から同意が必要であり、地域コミュニティからの働きかけ、対象者の自発的な手挙げ、訓練などへの参加機会の活用などを通して、公助、共助の主体が対象者の実状を

把握する。しかし、災害への備えの実質化を図るには、リストには載りにくい対象者の思いやリスクを合わせて受け止めることが重要であり、支援者だけを対象に共助を強化するのではなく、リスクの高い幅広い対象者を捉え、備えることが重要である。関係者と相互の関わりを深めながら、公助、自助、共助のバランスを取ることが大切である。

3. 備えをデザインする

3.1 一般の住民でなく在宅療養者を考える理由

災害時にリスクの高い療養者を対象にして考える理由に触れる。災害時には多くの被災者が生命の危機や生活の持続困難な状況に陥る可能性が高い。平時の日常生活の中でリスクを抱えている者にとっては、災害の規模が大きくなり、未曾有の被害が生じるとなれば自ずとリスクが高くなる。

日常から専門性の高い支援を公助として受ける者にとっては、災害時に「公助の限界」が生じ適切に対応ができなくなった場合でも対応できる自助の強化と共助による支援体制の確保が欠かせない。そのため、対象者が直面するリスクを捉え、幅広いステークホルダーとの関係性の構築を図る中で望ましい備えのモデルを描き、その実現のために必要な課題抽出を行うことができれば、ほかの要配慮者への備えを考えるうえでも有益だと考えている。

3.2 在宅療養者が暮らす地域の状況

高齢化が進む地域では、病気をもちながら「自分らしく生活したい」「住み慣れた地域で生を全うしたい」と願い在宅生活を望む療養者が増加している。個別性が高く重症度の高い療養者でも健康度に応じた療養生活を実現・継続できるように、さまざまな医療技術の活用と医療職、保健職、福祉職などの専門職がチームを組み療養者宅を訪問シケアに当たる「地域包括ケアシステム」の構築が2025年頃を目途に進められている。こうした中で、大規模災害の発生の危険性が高まっている。

内閣府中央防災会議ワーキンググループ[2, 3]の被害想定によると、首都直下地震では、死者数は最大2万3千人で阪神・淡路大震災の約3.5倍、倒壊および焼失棟数合計は最大61万棟で阪神・淡路大震災の約5.5倍に、南海トラフ巨大地震では、死者数は最大32万人で東日本大震災の約17倍、倒壊および焼失棟数合計は最大約238万6千棟で東日本大震災の約18倍と未曾有の規模の被害が想定されており、少しでも被害を小さくするためにも災害への備えが喫緊の課題であるこ

とがわかる。

このため、災害により大きな影響を受ける被災地の医療システムの持続を目的に専門的訓練を受けた医療チームのDMAT (Disaster Medical Assistance Team) が全国から派遣され、被災地でおおむね48時間以内の急性期に活動する仕組みが構築されている。また、急性期以降は日本医師会が避難者などへの医療・健康管理活動を行うJMAT (Japan Medical Association Team) が活動する。このほかにもさまざまな医療関係者や地域の行政関係者などが展開する。小規模な医療機関や自宅で暮らす個別の療養者を対象に、学会が専門的医療チームを派遣する試みもなされているが、大規模で未曾有な災害の前に、従来の救援・支援システムが機能しなくなる恐れが指摘され、在宅療養者のリスクは危機的状況にまで高まっている。

3.3 災害時のリスクを捉える意義

リスクとは、「目的に対する不確かさの影響（期待されていることから、好ましい方向及び／又は好ましくない方向に乖離すること）」と定義されている[4]。その対処にはリスクの発見、認識、包括的な一覧表の作成による「リスクの特定」と、リスクを修正するプロセスである「リスク対応」が求められる。リスクへの適切な対応を図るために不可欠な「リスクマネジメント」概念は、阪神・淡路大震災を教訓に災害による危機（クライシス）への対応を考えることを原点に開発された。

リスクマネジメントとは、「リスクを組織的に管理し、損失等の回避または低減を図るプロセス」である。リスクマネジメント規格であるJIS Q 31000では、リスクの回避、リスクを取るまたは増加させること（いわゆるリスクテイク）、リスク源の除去、起こりやすさの変更、結果の変更、リスクの変更、リスクの保有の手法が対処策として示されている。リスクを顕在化させずに事前に運営管理し、組織としての目標達成をどのように容易にするかに重点が置かれている。リスクマネジメントはあらゆる時点、数多くの領域および階層、組織やプロジェクト、活動などを対象に、その適用場面に固有のニーズ、対象者、基準などを設けて用いることができる。

災害の危機に遭遇する在宅療養者のリスクについても、災害の発生前から地域全体で組織的に、公助、自助、共助の充実を、適切なプロセスを経ながら図ることが求められる。災害は地震、津波、放射能汚染、風水害などの多様なものがあり、同じ災害でも一つひとつの様相は異なるために想定外を生まないようにする

ことが重要である。災害理解を前提にリスク場面でのニーズ、たとえば療養者の疾患、家族や主たる介護者の状況、生活環境などを適切に反映させ、発災から災害サイクルの各段階における備えの計画を作成し、点検・改善を図ることが重要であり、マニュアルや計画づくりに留まらないマネジメントサイクルの構築が不可欠である。

3.4 要支援者の具体的なリスク

災害時にリスクの高い療養者が直面するリスクはどのようなものだろうか。阪神・淡路大震災、新潟中越沖地震、東日本大震災で被災した療養者と家族らが経験からリスクの抽出を試みた。第一に医療処置の継続可能性のリスクがある。被災当初には医療機関も被災し、傷病者への対応に力的が置かれるために被災地の医療水準が全体として低下し、地域の中で暮らす療養者にとっては顕著である。第二に介護者の確保上のリスクがある。地域包括ケアシステムの中心を担う在宅支援診療所や訪問看護ステーション、介護事業者などの多くは小規模でスタッフ数も少なく災害の影響を受けやすい。家族の不在場面も含め療養者が被災直後に直面する。第三に場所の安全と安楽の確保上のリスクがある。医療依存度の高い療養者の特性についての理解や配慮が不足することにより、仮に避難をしても十分な受入れ環境が整備できていないことがある。第四に移動・移送上のリスクがある。移動先へのアクセスの困難さや安全な移送手段の確保、移動・移送先の選択の難しさである。第五に生活上のリスクがある。療養者特有の食事として予め栄養剤や介護用品の確保などの生活必需品の備蓄が必要であり、そうした備蓄が災害時に不足することである。

3.5 要支援者が支援者との間で経験したリスク

要支援者の支援者となるステークホルダーとの関係では次のような課題が見えてくる。第一に要支援者に対する認識が希薄なことである。多様な主体の関わりが求められる中で、情報の把握と共有が不十分なために誰かが対応するとの考えにとらわれ必要な支援に至らない恐れがある。療養者の多くは病院での入院治療、退院指導を経て在宅に移行する。その際、災害の発生を想定した退院指導はほとんど行われていない。第二に自宅からの避難先と必要な手段の確保が不十分なことである。療養者・家族の備えを動機づけるためには、在宅生活を選択した療養者の思いの尊重が大切であり、病院や避難所への避難を拒絶する重症者の思いと生活・医療ニーズへの対応が難しい避難所の限界がある。さらに、医療機器を装着した療養者の避難・移動の難し

さの理解や必要な技術の習得が必要となる。第三にライフラインの途絶に備えが不十分なことである。人工呼吸器を使用する療養者にとって電気の途絶は生死を左右する。療養者にとってライフラインの確保は健常者とは異なる意味をもつ。療養者の生活に必要な医療材料や物資の備蓄や不足した場合の対応が必要となる。第四に他者を巻き込み、支援の確保がなされていないことである。療養者の家族が不在の場合もあり、医療者だけでなく、一人でも多くの支援者を巻き込み、その関係性を持続させる必要がある。そのためには、時間をかけて段階的、専門的な訓練を行うことが重要である。

3.6 災害時の在宅医療ケアの充実

在宅の療養者に対する医療ケアの提供については、拠点となる病院などでの備えの充実だけではならず、在宅ケアシステムの中での備えが必要となる。具体的には、災害時の安否確認に始まり、在宅における要援護者の把握、避難所、仮設住宅での避難行動から地域復興までの中長期を連続して支えるシステムの構築が求められている。ひとたび災害が発生すると、在宅療養者はさまざまな健康リスク、生命の危機にさらされる。

たとえば、新潟県中越・中越沖地震などの被災地での経験を踏まえた難病患者のための備えの提案 [5, 6] がなされているが、東日本大震災の被災地の訪問看護ステーションを対象に調査したところ、提案を実践の備えに活かすものはわずかしき見られなかった。災害時の教訓を活かす貴重な提案がなされているにもかかわらず、提案の中で難病患者などの療養者に「最も近い存在」[6] と位置づけられた訪問看護ステーションの役割が備えの中に十分に活かされていないことが明らかになった [7, 8]。

3.7 備えのマネジメントの基本モデルのデザイン

こうした課題も踏まえて、リスクの高い療養者への備えを充実させるためにリスクマネジメント視点から考える。目的を療養者のQOLの維持に定め、PDCAサイクルを描く。具体的には、災害時のリスクを運営管理するための枠組みの設計→リスクマネジメント実践→枠組みのモニタリングおよびレビュー→継続的改善の特定→リスクの運営管理のための枠組みの再設計→…と各段階の取組みを発展させることが考えられる(図2)。

療養者・家族を中心に災害発生以前からステークホルダーと相談・訓練などのコミュニケーション機会を通し、リスクの分析・抽出(リスクアセスメント)を行い、リスク対応の計画を改善し適用する。公助とな

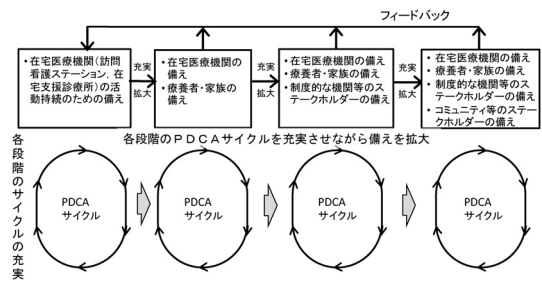


図2 備えのマネジメントの基本モデル

る支援者側の備えを進めながら、自助の力を高め、共助の体制を整えることが大切である。

4. 備えの実態調査から得たデータを読む

4.1 調査対象とした地域と施設の考え方

ここでは、備えのマネジメントの基本モデルを社会実装するために、在宅の療養者に医療ケアの供給側の備えの現状と、備えを進めるうえでの課題を把握することにする。具体的には、大規模な被害の発生が想定される南海トラフ巨大地震と首都直下地震の被災地の訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所を対象に在宅医療ケアにおける備えの状況の調査結果を紹介する。

内閣府の首都直下地震モデル検討会(H25.12)「首都直下のM7クラスの地震及び相模トラフ沿いのM8クラスの地震等の震源断層モデルと震度分布・津波高等に関する報告書 図表集」および、南海トラフの巨大地震モデル検討会(H24.3)「南海トラフの巨大地震による震度分布・津波高について(第一次報告)」巻末資料より「市町村別の最大となる震度」から「最大クラス(重ね合わせ)」を使用して、震度6強、震度7の市区町村を抽出した。そのうえで、訪問看護ステーションと在宅支援診療所の全国的組織がWebサイト上で公開する会員リストと突合し、調査対象の施設(3,076施設)を抽出した。

4.2 備えの自己評価から見えてくるもの

調査に協力いただいた訪問看護ステーションと在宅支援診療所の538施設の回答から備えの状況を見ると、「何らかの備えを行っている」(68.6%)と回答した割合が、「備えを行っていない」(31.4%)のおおむね倍になっている(表1)。首都直下地震および南海トラフ巨大地震の被災地の中で、想定される“ゆれ”が震度6強・震度7と想定される市町村の施設を対象にしたことを考えると、備えの状況は必ずしも高いとは言えず、さらなる取組みの必要性がうかがえる。

表2で、療養者と家族のリスクを踏まえた備えの約

確さを見る。表2の網掛け部分のように、リスクの想定が「できている」または「まあできている」と肯定的に評価するとともに、備えの的確さが「なっている」または「まあなっている」とする回答は全体の16.2%

表1 回答者の備えの状況

区分	回答数	左の内訳	
		何らかの備えを行っている	備えは行っていない
全体	528	(68.6%) 362	(31.4%) 166
訪問看護ステーション	473	(69.3%) 328	(30.7%) 145
在宅支援診療所	55	(61.1%) 34	(38.9%) 21

となった。一方、リスクの想定が「できていない」または「あまりできていない」と否定的に評価するとともに、備えの的確さを「なっていない」または「あまりなっていない」とする回答は全体の34.5%となった。リスク想定および備えの的確さの両方が「どちらもいえない」とする回答は全体の20%であり、これらで全体の約7割を占める。リスクの想定を踏まえた的確な備えが十分にできていない現状がわかる。

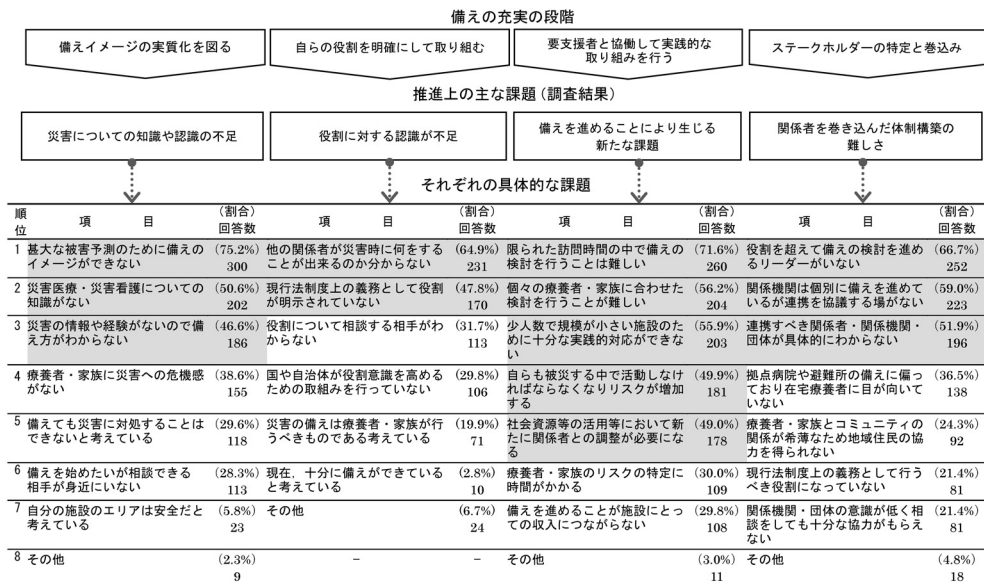
4.3 備えを進めるうえでの課題から見てくるもの

備えを進めるうえでの課題についての調査結果を図3に示す。備えのイメージの形成についてみると、大規模な災害に備えるための教育が専門教育課程で本格的に始まってから年月を経ていないことや、DMAT、JMATなどの災害時の医療の空白を埋める専門家集団の組織化や教育・訓練の実施などに焦点が当てられ備

表2 在宅ケアを担う医療者の視点からの備えの評価

区分	備えの的確さ					計
	なっている	ほぼなっている	どちらともいえない	あまりなっていない	なっていない	
リスクの想定状況						
想定できている	1.4	1.7	0.3	0.3	0.0	3.8
ほぼ想定できている	0.9	12.2	10.4	3.2	0.6	27.2
どちらともいえない	0.0	3.2	20.0	5.5	0.6	29.3
あまり想定できていない	0.0	0.3	4.3	18.8	5.2	28.7
想定できていない	0.0	0	0.6	1.2	9.3	11.0
計	2.3	17.4	35.7	29.0	15.7	100.0

単位：%，n = 354



注1) 備えを進めるうえでの課題があるとした507施設が「推進上の主な課題」を選び（複数回答あり）、その上で「それぞれの具体的な課題」を選んだ。回答した施設数は左からそれぞれ399施設、356施設、363施設、378施設である。

注2) 「それぞれの具体的な課題」については、その他を除き回答数の多いものから降順に示し、回答数の割合が40%を超える項目に網掛けをした。

図3 備えを進めるうえでの課題

えが進められてきたこと、在宅ケアの担い手である専門職の卒業後の学習機会が十分に整っていないことなどから、備えのイメージが具体的に形成されていないことが見えてきた。備えを進めるうえでの入り口だけに環境整備が急がれる。

役割の認識についても、災害時に連携・協働して実践活動を行う他職種の役割を明確に理解していないこと、介護保険などの制度上のサービスとして備えを行うことが義務づけられていないことが、災害という非日常の備えの取組みの実質化を難しくする要因となっていると考えられる。また、備えを進めるうえで、多忙な日常業務の中での新たなサービスの提供が負担感を生じさせることや、病院とは異なる小規模の組織体制ゆえに自ら被災しても活動しなければならぬなど、備えによって新たな課題が生じるなどの危惧がある。

未曾有の災害に対して、関係者や地域住民などのステークホルダーの巻き込み、備えの実質化・組織化が求められているにもかかわらず、立場や専門性を超えた連携・協働のデザインに不可欠なリーダーシップを発揮できる人材が不足していること、検討を進めるための協議の場や機会が不十分であること、協議の席につくべき関係者・関係機関・団体の抽出が進んでいないことなどの課題から、個別の療養者の備えを進めることの難しさが見て取れる。「近隣住民を巻き込む」、「日常から顔の見える関係を構築する」などのステレオタイプな議論に留まらず、備えを実質化させる巻き込みが必要である。

このように備えを進めるうえでの課題から、災害時に配慮が必要な者、特に本稿で扱っているリスクの高い療養者のためのバランスのとれた公助、自助、共助を実現するための課題が見えてきた。他者の災害経験を含めこれまでの災害での教訓を学ぶ仕組みや機会の充実による災害への理解を深めること、医療職などの専門職と地域住民がともに要配慮者のリスクに応じて行動する具体的な内容を考える機会を作ること、そうした場に可能な限り多くのステークホルダーを巻き込むこと、地域の医療専門職などが制度的に巻き込まれる仕組みを構築し、行動レベルの備えを行うことの重要性が浮き彫りになった。

5. 備えを進めるうえでの課題を踏まえて

調査データをもとにエビデンスを活かす対応策の例を専門家と議論し、検討を行った。

5.1 備えのイメージの実質化

災害への備えでは“正しく知って、正しく恐れ、正

しく備える”などと言われる。公助、自助、共助、ともに必要な知識を身に付けるために、療養者支援の中心的な役割を担う医療者が効果的・効率的に学習・研修する機会づくりが大切である。災害医療についての学習・研修機会は現時点では十分ではない。備えを動機付け、実質化させる前提、あるいは充実の駆動力としての学びは重要な役割を果たす。併せて、災害を具体的にイメージできるような学習・研修プログラムの開発が求められる。

5.2 役割に対する認識の向上

リスクの特定とリスク対応のためには、災害の全体像を俯瞰できるように、在宅療養者・家族が経験したリスクと対処行動などの被災経験、その際の公助、自助、共助の実際を蓄積し、医療職を含めた関係者の学習・研修機会へのフィードバックを行うなど、経験から学ぶことができる環境の整備を進めることが必要である。また、マネジメントサイクルの確立に向け、大規模災害が想定される地域で日常業務を行う中での適切な社会実験を行うことも必要である。日常からリスクマネジメントの確立に向けて取り組みながら、制度設計に欠かせない業務量やコストなどのエビデンスの収集も忘れてはならない。

5.3 要支援者と協働した備えの推進

在宅ケアを提供する公助の環境整備に併せて、療養者と家族の自助の力を強化する必要がある。個別の療養者と家族の状況に応じた備えの構築を図るには、療養者と家族の自助の力の向上と、公助、共助を受ける力が大切である。療養者と家族の自助の力を高める専門的な教育プログラムの開発と、自らの状況を自己開示できる力の育成が不可欠である。療養者・家族に生じやすいリスクを知り、健康のゆらぎを自己モニタリングし、緊急時に必要な行為を支援者と協働して学び、療養者の個別性にあった必要な備えを進めることが大切である。

5.4 関係者を巻き込んだ体制の構築

これからの災害の備えには地域包括ケアシステムとの連携が欠かせない。日頃から在宅医療の専門職や行政NPOなどの多彩なステークホルダーと協働し、相互に助言を求め改善を図りながら、療養者と家族のリスクマネジメントを進めることが重要である。必要に応じて現行制度の課題の検証や改善への提案を行う必要もある。たとえば、病院の退院指導におけるリスクマネジメントのあり方や府県を超えた在宅医療者による支援ネットワークの組織化などが検討課題となるだろう。

6. おわりに

地域づくりの基盤となる安全・安心をリスクマネジメントの観点から考えた。災害の教訓は活動報告や語りなどの質的データに頼りがちである。量的データを見ても特定地域を対象にするものが多く、今回紹介したような広範囲な調査や、療養者に近い存在から備えを把握するものはほとんど見受けられない。地方創生の取組みの基盤である防災について、このようなデータを有効に活用することができれば、療養者の生命の危機や健康のゆらぎを防ぐだけでなく、より幅広い多くの要支援者への新たな支援モデルの提案・構築が可能となるものと考ええる。エビデンスに基づく安全・安心の基盤づくりにつながるよりよい政策形成につながれば幸いである。

謝辞 本報告は、JPS 科研費 JP26463300 の助成を受けた研究の一部である。

参考文献

- [1] 国土審議会計画部会, 「安全・安心で持続可能な国土の形成について(参考資料)」, <http://www.mlit.go.jp/common/001061194.pdf> (2016年8月30日閲覧)
- [2] 中央防災会議南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ, 「南海トラフ巨大地震の被害想定について(第1次報告)」, http://www.bousai.go.jp/jishin/nankai/taisaku-wg/pdf/20120829_higai.pdf (2016年6月2日閲覧)
- [3] 中央防災会議首都直下地震対策検討ワーキンググループ, 「首都直下地震の被害想定と対策について(最終報告)」, http://www.bousai.go.jp/jishin/syuto/syuto/taisaku-wg/pdf/syuto_wg_siryu01.pdf (2016年6月2日閲覧)
- [4] 日本規格協会, 「リスクマネジメント—原則及び指針—」, JIS Q 31000: 2010.
- [5] 社団法人全国訪問看護事業協会, 『訪問看護ステーションの災害対策—マニュアル作成と実際の対応—』, 日本看護協会出版会, 2009.
- [6] 厚生労働省科学研究費難治性疾患克服研究事業「稀少性難治性疾患患者に関する医療の向上及び患者支援のあり方に関する研究」班 災害対策プロジェクトチーム, 「災害時の難病患者対応マニュアル策定についての指針(2013年版)」, http://www.nanbyou.or.jp/upload_files/saigai-manual-2013.pdf (2016年8月30日閲覧)
- [7] 畑吉節未, “災害時に在宅療養者を支える効果的な備えのための視点の検討—訪問看護師の最愛看護実践行動の語りをもとに—”, 第17回日本在宅医学会大会抄録集, p. 58, 2015.
- [8] 畑吉節未, 畑正夫, “在宅療養者のリスクマネジメントのあり方の検討—災害時にハイリスク状態に直面した在宅療養者の行動から—”, 癌と化学療法, **43**, pp. 51–54, 2016.