

特集：女性の健康—ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり—

<解説>

災害・健康危機における女性の健康課題と対策 —ライフコースアプローチとレジリエンスの視点から—

富尾淳

国立保健医療科学院 防災・公衆衛生レジリエンス研究センター

Women's Health in Disasters and Health Emergencies: A Life-Course and Resilience Perspective

TOMIO Jun

Center for Public Health Resilience, National Institute of Public Health

抄録

災害や感染症パンデミック等の健康危機は、女性の健康に多面的な影響を及ぼす。女性の健康課題はライフステージによって異なり、健康危機時には、保健医療福祉サービスの中断や避難に伴う生活環境の悪化などが、平時から存在する健康格差や社会的脆弱性と重なることで、より深刻な問題となりうる。本稿では、ライフコースアプローチとレジリエンスの視点から、災害・健康危機における女性の健康課題と対策の現状を概説した。基本的な視点として、生物学的な性とジェンダー、女性の多様性と複合的な脆弱性、レジリエンスを支える社会的条件を整理した。その上で、思春期から高齢期に至る健康課題が、保健医療福祉サービスの中断、避難に伴う生活環境の悪化、暴力、雇用や所得の不安定化、ケア負担、社会的孤立などを通じて深刻化しうることを論じた。これらの課題に対応するため、地域保健活動では、性別・年齢別データに基づくニーズの把握、多様な避難形態を踏まえた支援、必要なサービスの継続、暴力被害者支援を含む関係機関との連携が求められる。また、女性を保護の対象としてのみ捉えるのではなく、その多様性を踏まえ、災害対応や地域のレジリエンスを支える主体として位置づけ、意思決定への実質的な参画を進めることも重要である。今後は、平時の女性の健康施策に危機への備えを組み込み、地域防災計画等にライフステージに応じたニーズを反映するとともに、情報基盤の整備や実証研究を通じて対策の実効性を高める必要がある。災害・健康危機における女性の健康は、平時の健康づくりと危機時の対応を連続的に捉え、保健・医療・福祉、男女共同参画、防災の各分野が連携して取り組むべき包括的な公衆衛生上の課題である。

キーワード：災害、健康危機、女性の健康、ライフコース・アプローチ、レジリエンス

Abstract

Disasters and health emergencies, including large-scale natural disasters and pandemics, can affect women's health in multiple ways. Women's health needs vary across their life course, and disruptions to health, medical, and welfare services and deteriorating living conditions during evacuations can interact with pre-existing health disparities and social vulnerabilities, exacerbating these needs. This paper reviews women's health challenges and current responses in disasters and health emergencies from life-course

連絡先: 富尾淳

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

E-mail:tomio.j.aa@niph.go.jp

[令和8年6月23日受理]

and resilience perspectives. It first considers three basic points: biological sex and gender, diversity among women and intersecting vulnerabilities, and the social conditions that support resilience. It then examines how health challenges from adolescence through older age may be compounded by disruptions to essential services, adverse living conditions during evacuation, violence, employment and income insecurity, caregiving burdens, and social isolation. Addressing these challenges requires community-based health activities that include needs assessments based on sex- and age-disaggregated data, outreach to persons in diverse evacuation settings, continuity of health, medical, and welfare services, and coordination with relevant organizations, including those supporting survivors of violence. Women should not be regarded solely as recipients of protection and support; their diversity should be recognized, as should their roles as active contributors to disaster response and community resilience. Their meaningful participation in decision-making should therefore be promoted. Future priorities include integrating emergency preparedness into routine women's health policies, incorporating life-stage-specific needs into local disaster management plans, strengthening information systems, and building evidence through implementation research. Women's health in disasters and health emergencies should be addressed as a comprehensive public health issue that links routine health promotion with emergency response and requires collaboration across the health, social welfare, gender equality, and disaster management sectors.

keywords: disasters, health emergencies, women's health, life-course approach, resilience

(accepted for publication, Jun 23, 2026)

I. はじめに

女性の健康には、思春期、性成熟期、妊娠・出産期、更年期、高齢期など、ライフステージごとに異なる課題がある。健康日本21(第三次)においても、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの重要性が示されている[1]。また、わが国の女性の健康政策は、歴史的には妊娠・出産、母子保健、就労女性の保護など、特定の役割や状況への対応として展開してきたが、近年では思春期から高齢期に至る生涯を通じた健康支援へと視点が広がっている[2]。こうしたライフコースにわたる健康課題は、大規模な自然災害や感染症パンデミックといった健康危機において、保健医療サービスの中断や避難生活に伴う心身のストレスなどの新たなリスクが重なることで、より深刻な問題となりうる。

健康危機は、直接的な健康影響をもたらすだけでなく、平時から存在する個人・世帯レベル、あるいは社会レベルの脆弱性や、保健医療サービスへのアクセス格差を顕在化させ、ときに増幅する[3]。また、女性は、ジェンダーに基づく役割、社会経済的状況、さまざまな資源へのアクセスの差異などにより、平時から特有の脆弱な状況に置かれることがある[4]。したがって、災害・健康危機が女性の健康に及ぼす影響は、こうした社会的条件との関連を踏まえて理解する必要がある。

災害対策において、かつて女性は、妊娠・出産等に関連する健康ニーズや社会的に形成された脆弱性を背景に、いわゆる「災害弱者」として、受動的な保護の対象に位置づけられてきた。こうした視点は一定の政策的意義をもつ一方で、女性を一概に「無力な被害者」とみなすことにより、女性が地域社会で担うべき積極的な役割や主体的な力を不可視化するという限界も指摘されてき

た[4]。近年の災害研究では、脆弱性と対応能力を対立概念としてではなく相互に関連するものとして捉える視点への転換が進んでいる[5]。こうした考え方は、第3回国連防災世界会議で採択された仙台防災枠組(Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030)やSendai Gender Action Planにおいて、災害リスク削減における女性の参画、リーダーシップ、エンパワメントの重要性が示されていることとも整合する[6-7]。

以上の背景を踏まえ、本稿では、ライフコースアプローチとレジリエンスの視点を軸に、災害・健康危機が女性の健康に及ぼす影響を整理する。その前提として、生物学的な性とジェンダー、女性内部の多様性を踏まえ、ライフステージ別の健康課題、健康に影響を及ぼす主要な要因と対応、地域保健活動における実践課題、女性の参画と男女共同参画の意義について概説する。

II. 災害・健康危機における女性の健康課題を考える上での基本的な論点

災害・健康危機における女性の健康課題は多角的に理解する必要があるが、ここでは、基本的な論点として、生物学的な性とジェンダー、女性の多様性と複合的な脆弱性、レジリエンスを支える社会的条件について整理する。

1. 生物学的な性とジェンダー

女性の健康課題を論じるにあたり、男性との単純な比較ではなく、生物学的な性差とジェンダー(社会的・文化的に形成された性)間の差の双方の影響を考慮することが重要である。災害・健康危機では、社会的役割、労働、ケア、意思決定、支援希求行動といったジェンダー

要因が、身体的・精神的健康に関与することが知られている[8-9]。たとえば、男性では、救助・復旧作業への危険曝露、過重労働、飲酒、相談行動の乏しさ、中高年男性の孤立と自殺などが課題となりうるが[9]、女性では、性と生殖に関する健康、ドメスティック・バイオレンス（DV）・性暴力、ケアの負担の集中、雇用の不安定性、若年女性の自殺増加などが重要な論点となる[10-13]。よって、災害・健康危機の影響が性別や社会的役割によって異なることを理解し、それぞれに応じた対策や支援が求められる[3,9]。従来の災害研究では、女性の脆弱性に着目することで、性と生殖に関する健康、安全、生活環境など、災害時に見逃されやすいニーズを可視化してきた[10,13]。こうした脆弱性には、生物学的な性差や妊娠・出産等に関連するものも含まれうるが、それらが災害・健康危機時に健康被害や支援へのアクセス困難として現れるかどうかは、社会的・経済的・制度的条件に大きく左右される。

2. 女性の多様性と複合的な脆弱性

女性を均質な集団として捉えることも適切ではない。年齢、妊娠・出産、障害、国籍、家族形態などの属性が重なり合うことで、災害・健康危機時に直面するリスクや支援へのアクセスは異なりうる[5,14]。また、性的指向や性自認によっても、避難生活や相談・支援において直面する困難は異なる。性的マイノリティは、トイレや更衣・入浴スペース、アウトティング防止など、異性愛規範や性別二元論を前提とした支援体制のもとで特有の困難を経験しうる[14-15]。性の多様性を踏まえた議論や取

組は進みつつあるものの、健康危機管理への具体的な反映は発展途上にある。女性の健康を論じる際には、多様な属性や状況が相互に作用し、健康リスクや支援ニーズの違いにつながりうることを念頭に置く必要がある。

3. レジリエンスを支える社会的条件

災害・健康危機の影響を抑えつつ速やかに回復する力、すなわちレジリエンスは、当事者の自助努力のみによって構築されるものではなく、社会的条件によって支えられる。女性の健康と生活を支えるレジリエンスの基盤は、平時からの保健医療福祉サービスや社会保障、地域のネットワーク、相談・支援体制などによって形成される[3,6-7]。言い換えれば、平時の健康づくりや生活支援、暴力や孤立の防止、地域参加の促進は、危機時の健康被害を軽減し、その回復を支える社会的基盤となりうる。そのため、女性の健康づくりと健康危機管理を連続した取組として捉えることが重要である。

III. ライフステージ別にみた災害・健康危機時の女性の健康課題

ライフコースアプローチは、健康を一時点の状態ではなく、胎児期から高齢期までの生涯にわたる連続的な過程として捉える視点であり、女性の健康は月経、妊娠・出産、更年期、骨粗鬆症、フレイル、メンタルヘルス不調など、ライフステージごとに固有の課題を伴う[13,16]。災害・健康危機はこうした課題をさらに複雑にするため、ライフステージごとに課題を整理することが、危機時の

表1 ライフステージ別にみた平時および災害・健康危機時の女性の健康・生活課題と地域保健活動上の留意点

ライフステージ	平時からの健康・生活課題	災害・健康危機時に増幅しうる課題	地域保健活動上の留意点
思春期・若年期	月経、メンタルヘルス、性被害、学校・居場所、教育・就労への移行	月経用品・更衣・入浴の困難、居場所の喪失、孤立、性暴力、教育機会の喪失、自殺リスク	学校・若者支援機関との連携、相談窓口の周知、月経用品と安全な空間の確保、SNS等を含む相談経路の整備
性成熟期・生殖年齢	月経、避妊、性感染症、不妊、婦人科疾患、DV、性暴力、就労・所得	性と生殖に関する健康サービスの中断、緊急避妊・性感染症対応の困難、受診控え、雇用不安、生活困窮	婦人科・性と生殖に関する健康サービス、DV・性暴力相談、福祉・就労支援との連携、プライバシーを確保した相談体制
妊娠・出産・産褥期	妊婦健診、分娩、産後ケア、授乳、育児、産後うつ	受診・搬送困難、分娩施設へのアクセス低下、授乳・休息環境の不足、乳児用品の不足、産後の孤立	妊産婦・乳児の把握、医療機関・助産師会等との連携、搬送・受診経路の確認、授乳・休息環境の整備
子育て期・ケアを担う時期	育児、介護、ひとり親、就労、家計、メンタルヘルス	ケア負担の増加、保育・学校の中断、収入減少、物資確保困難、孤立	ひとり親・介護者の把握、保育・学校・福祉部局との連携、アウトリーチ、レスパイトや生活支援への接続
更年期・中高年期	更年期症状、生活習慣病、睡眠、就労、介護、メンタルヘルス	服薬中断、生活リズムの悪化、運動不足、食生活の悪化、介護負担の増加	慢性疾患管理、服薬継続支援、介護者支援、相談先の確保、地域活動・交流機会への接続
高齢期	慢性疾患、骨粗鬆症、フレイル、認知症、独居、低所得、社会的孤立	避難困難、医療・介護サービスの中断、転倒、低栄養、感染症、孤立	在宅避難者・独居高齢者の把握、服薬・栄養・介護の継続支援、見守り、地域包括支援センター等との連携

注：本表の区分は年齢によるライフステージだけでなく、妊娠・出産、子育て、ケア役割、就労、独居などの生活状況を含めて整理したものである。実際の支援では、年齢、妊娠・出産、障害、国籍、家族形態、所得、就労状況、性的指向・性自認などが重なり合い、必要な支援が異なることに留意する必要がある。

対策・支援のあり方を考える上での出発点となる。たとえば、思春期・若年期では月経衛生、居場所の喪失、メンタルヘルス不調、自殺リスクが問題となりやすく、性成熟期・生殖年齢では性と生殖に関する健康や雇用・経済面への影響が課題となり、妊娠・出産期では妊婦健診、分娩、産後ケア、授乳支援の継続が重要となる。子育て期にはケア負担と雇用・生活不安、更年期・中高年期には慢性疾患管理や介護負担、高齢期には避難困難、医療・介護サービスの中断、孤立、などが課題となる。表1に、ライフステージ別にみた平時からの健康・生活課題、災害・健康危機時に増幅しうる課題、地域保健活動上の留意点を整理した[13,16-19]。

1. 思春期・若年期

思春期・若年期の女性では、月経への対応や居場所の確保、対人関係、メンタルヘルスが、身体的・心理社会的発達の上にあるこの時期に特有の課題となる。災害・健康危機による生活環境の変化は、プライバシーの喪失や孤立、性暴力の被害、自殺リスクの高まりにつながりうる[10,13,17]。COVID-19流行期に観察された若年女性の自殺増加は、感染症危機が社会的孤立や経済的不安などを通じて若年女性の健康に影響しうることを示唆している[11-12]。

2. 性成熟期・生殖年齢

性成熟期・生殖年齢の女性では、月経、避妊、性感染症、婦人科疾患、DV・性暴力被害など、性と生殖に関する健康が中心的な課題となる。災害・健康危機時には、プライバシーの喪失や受診・相談機会の減少により、これらのニーズが後回しにされやすい[13,20]。また、この年代は就労や子育てと重なるため、雇用・所得への影響を受けやすい。

3. 妊娠・出産・産褥期

妊娠・出産・産褥期は、妊婦健診、分娩、産後ケア、授乳支援の継続が不可欠な時期であり、災害時にはこれらへのアクセス低下が妊産婦と乳児の健康リスクを高める[13,20]。災害がもたらす環境変化と母体ストレスは、周産期アウトカムにも影響しうる。災害と周産期保健に関するシステマティックレビューでは、災害は在胎期間（早産）には一貫した影響を示さない一方、深刻な曝露は妊娠・産後の女性のメンタルヘルス不調の主要な予測因子とされる[21]。東日本大震災後の福島県「県民健康調査」でも、妊娠高血圧症候群や精神的不調など母体側の合併症の増加がみられた一方、県全体では早産・低出生体重・先天異常の頻度に明らかな変化は認められず、周産期への影響は曝露の程度や地域差、社会的条件によって異なりうることを示唆される[22]。

4. 子育て期・ケアを担う時期

子育て期・ケアを担う時期は、育児や介護などのケア

役割が集中し始める時期であり、ひとり親世帯では就労継続や子どもの預け先の確保が課題となりやすい。災害・健康危機時には、保育・学校の中断や避難生活への対応が重なり、こうした負担が一層増大する[5,16]。

5. 更年期・中高年期

更年期・中高年期には、更年期症状、生活習慣病、就労継続、介護負担が課題となる。この時期は、閉経に伴い骨量の減少や脂質異常・高血圧などの心血管リスクが顕在化し始め、高齢期の骨粗鬆症やフレイルのリスクが高まり始める時期にあたる。災害・健康危機時には、受診控えや健診・がん検診の中断、服薬中断、生活習慣の悪化が健康状態に影響しうる[13,16,23]。

6. 高齢期

高齢女性では、慢性疾患、骨粗鬆症、フレイル、認知症に加え、独居や低所得、社会的孤立が課題となる。災害時には、避難行動の困難や医療・介護サービスの中断により健康リスクが高まりやすく、生活再建過程でも孤立しやすい[3,24]。そのため、避難所だけでなく、在宅避難、仮設住宅、復興住宅における継続的な見守りと地域保健活動が重要となる[19,24]。

以上のように、災害・健康危機時の女性の健康課題はライフステージごとに異なる形で現れる。ただし、実際には妊娠と生活困窮、高齢と独居と慢性疾患など、複数のリスクが重なり合う場合も多いため、地域保健活動では、ライフステージ別の視点を基本としつつ、個別の生活背景や支援へのアクセスを考慮する姿勢が求められる。

IV. 女性の健康に影響を及ぼす主な要因と対応

災害や健康危機は、さまざまな要因を通じて女性の健康に影響を及ぼす。ここでは、主要要因と求められる対応について概説する。

1. 保健医療福祉サービスの中断

災害・健康危機では、医療機関、保健所、市町村保健センター、社会福祉施設、在宅サービスが被災または機能制限を受ける。これにより、妊婦健診や分娩、婦人科診療、精神保健、慢性疾患管理、介護・障害福祉サービスなどが中断される可能性がある[3,13,20]。女性の健康課題は、平時から複数のサービスによって支えられている場合も多い。そのため、危機時には医療、保健、福祉、相談支援等を統合的に継続することが必要である[3,20]。たとえば、東日本大震災後には、避難生活の長期化に伴い、妊産婦、乳幼児、女性、高齢者などの多様なニーズが可視化され、防災・復興に男女共同参画の視点を組み込む必要性が改めて認識された[19]。また、人道危機下の性と生殖に関する健康サービスに関するレビューでは、危機時にも妊産婦ケア、避妊、性感染症対策、性暴力被害者支援などを継続する必要性が指摘されている[20]。

2. 避難に伴う生活環境の悪化

災害後の避難に伴う生活環境の悪化は、さまざまな健康影響をもたらす。女性の健康を守る上では、トイレ、更衣・入浴環境、月経や授乳への配慮に加え、プライバシーと安全の確保が重要となる[17-19]。新潟県中越地震後の調査では、車中泊を中心とする避難者で急性肺塞栓症、いわゆるエコノミークラス症候群の発生が増加し、女性で相対的にリスクが高かったことが報告されている[25]。避難環境の改善は、このような性差がみられる身体的健康影響の予防にもつながる。

避難所の環境は、身体的健康だけでなく、尊厳、安心感、メンタルヘルス、暴力の防止にも関わる。東日本大震災では、女性用物資や授乳・更衣場所の不足、避難所運営に女性の視点が反映されにくかったことなどが課題として指摘され、その後、内閣府男女共同参画局による「男女共同参画の視点からの防災・復興ガイドライン」（2020年）の整備につながった[19]。男女別のトイレや更衣室に加え、個別に利用できるスペースや相談しやすい体制を確保することは、女性だけでなく性的マイノリティにとっても重要である[14-15,17]。

3. 暴力・ハラスメント

災害・健康危機時には、DV、性暴力、ハラスメントなどが増加する。または把握されにくくなる可能性がある。特に、避難所や仮設住宅でプライバシーが保たれない環境、生活困窮、パートナーへの経済的な依存、相談体制の不足は、被害を深刻化させる要因となりうる[10,17,19]。自然災害と女性への暴力に関するシステマティックレビューでは、生活ストレス、法執行機能の低下、危険な生活環境、既存のジェンダー不平等などがリスク要因として整理されている[10]。国内でも、阪神・淡路大震災や東日本大震災において、避難生活下での女性への暴力が支援団体の調査等により記録され、被害が表面化しにくく、相談や支援につながりにくいことが指摘されてきた[26]。海外では、ハリケーン・カトリナ（米国、2005年）後に、避難・移住を経験した女性で親密なパートナーからの暴力が増加したこと[27]、また、その経験が災害後の抑うつや心的外傷後ストレス障害（PTSD）と関連していたこと[28]が報告されている。暴力は、身体的外傷にとどまらず、PTSDや抑うつ、性感染症、望まない妊娠、自殺リスク、社会的孤立にもつながる公衆衛生課題である[10,27-28]。災害対応においても、暴力の予防、早期把握、相談経路の確保、被害者支援を保健・医療・福祉活動の一部として位置づける必要がある[10,17,19]。

4. 雇用、所得、住居への影響

災害・健康危機は、失業や収入の減少、住居不安、食料不安などを通じて健康に影響を及ぼす。特に、女性の割合が高い非正規雇用、対人サービス業、ケア労働に従事者や、ひとり親世帯などに影響が集中しやすい

傾向がある[29-30]。たとえば、COVID-19流行期におけるわが国の労働者を対象とした研究では、健康上の不安、経済的困難、社会的関係の変化が心理的苦痛に影響し、伝統的なジェンダー役割がその影響を増幅しうることが示唆されている[29]。また、COVID-19による経済的ショックが、経済的に脆弱な労働者のメンタルヘル스에悪影響を及ぼした可能性も報告されている[30]。経済的困難は、受診控え、食生活やメンタルヘルスの悪化、DVリスクの上昇に加え、子どもの健康や教育機会にも影響しうる。そのため、女性の健康課題への対応では、医療支援だけでなく、雇用、所得、住居、食料、教育、社会保障などの社会的要因についても考慮する必要がある[3,29-30]。

5. ケア負担と社会的孤立

災害・健康危機では、保育、教育、医療、介護等のサービスの中断により、家族内のケア負担が増加しやすい。子ども、高齢者、障害者、病気の家族等を支える役割が女性に偏る場合、睡眠不足、疲労、抑うつ、不安、就労困難、社会的孤立が生じやすくなる[5,16,29]。ハリケーン・カトリナ後の低所得の親を対象とした研究では、災害後の喪失体験や生活ストレスが蓄積し、精神疾患やPTSDの割合が増加したことが報告されている[31]。また、災害・パンデミック後の長期的なメンタルヘルスの動向に関するシステマティックレビューでは、PTSD、抑うつ、不安などの影響が長期にわたり継続しうること、また影響の程度や回復過程は災害種別、曝露の程度、社会的条件、支援資源によって異なることが示されている[32]。これらの知見は、災害後の健康影響が発災直後の外傷や感染症にとどまらず、避難、住宅喪失、収入減少、生活再建、家族ケア、社会的孤立などの累積的ストレスを通じて長期化しうることを示している[31-32]。また、若年女性、高齢女性、ひとり親、外国人女性、性的マイノリティなどは、相談窓口や支援者等につながりにくい場合もある。孤立を防ぐためには、発災直後だけでなく復旧・復興期も含めたアウトリーチ、ピアサポート、地域ネットワーク、オンライン相談、学校・職場・相談支援機関等との連携が重要である[3,14-15,24]。

V. 地域保健活動における実践課題

上述した女性の健康課題に対して、近年の災害・健康危機では、地域保健活動を通じた様々な対応や支援が行われている。これらを概観し、その課題を示す。表1に示したライフステージ別の地域保健活動上の留意点も踏まえつつ、ここでは、ライフステージを横断する実践上の課題を概観し、その現状を示す。

1. ニーズの把握

災害・健康危機時の支援では、住民全体の代表値からは、女性や特定のライフステージにある人々のニーズが

見えにくい。性別・年齢別データを基本としつつ、妊産婦やひとり親、介護者、障害のある人、外国人、性的マイノリティなど、配慮を要する人々の状況を把握する必要がある[3,6,17]。ただし、データ収集にあたっては、本人・関係者のプライバシー、二次被害やアウトティング（本人の同意を得ずに、その人の性的指向や性自認などの個人的な秘密を第三者に暴露する行為）の防止に配慮する必要がある。とくにDV、性暴力、性的指向・性自認に関わる情報は、収集・共有を必要最小限にとどめ、その取り扱いにおける情報管理と秘密保持を徹底することが重要である[10,14-15,17]。個人情報を用意に収集・共有することは、被害者や性的マイノリティに新たなリスクをもたらすため、支援の目的、収集・共有を必要最小限にとどめること、安全な情報管理を明確にする必要がある[14-15,17]。

2. 多様な避難生活を考慮した支援

避難所では、月経用品や下着・乳幼児用品、授乳・更衣スペース、男女別トイレ、安全な照明・施設、相談窓口や女性スタッフの配置など、プライバシーと安全に配慮した環境整備が必要である[17-19]。また、月経用品や下着などについては、プライバシーに配慮し、必要な人が受け取りやすい配布方法とすることが重要である。「男女共同参画の視点からの防災・復興ガイドライン」でも、避難所運営や備蓄、物資配布、相談体制に男女共同参画の視点を反映することが重視されている[19]。また、在宅避難、車中泊、親族宅避難、広域避難など、指定避難所以外で避難生活を送る場合は支援が届きにくいことがあるため、避難所以外も含めたアウトリーチが求められる場合もある[3,13,24]。仮設住宅や復興住宅では、孤立、メンタルヘルス不調、活動量の低下、介護負担、DV、経済的困難が長期化するおそれがあり、中長期的な地域保健活動も重要である[3,24,31]。

3. 保健医療サービスの継続

母子保健、精神保健、慢性疾患管理、婦人科診療などの平時からのサービスは、災害・健康危機時にも継続する必要がある[3,13,20]。特に妊娠・出産・産褥期には、妊婦健診や分娩、産後ケア、授乳・メンタルヘルス支援が中断しないよう、平時からの連携体制を危機時にも維持する必要がある[13,20]。国際的な人道支援では、危機発生直後に優先すべき性と生殖に関する健康に関する最低限の活動を定めた「最低限初期サービスパッケージ（MISP）」が用いられ、性暴力被害者へのケア、安全な分娩と新生児ケア、性感染症・HIV対策などを初動から確保することが求められている[33]。国内でも、市町村、保健所、医療機関、助産師会、女性相談支援センター、男女共同参画センター、NPO等が連携し、ライフステージに応じた支援を継続する体制が求められる[3,17,19]。

4. DV・性暴力被害者支援との連携

DV・性暴力被害者支援の継続も重要である。避難所や相談窓口では、相談先の揭示、秘密保持、同性スタッフによる対応、医療機関・警察・福祉機関・民間支援団体との連携が求められる[10,17,19]。支援者は、被害の開示を強要せず、被害者の安全と意思を尊重する必要がある。災害対応職員、保健医療福祉関係者、避難所運営者への研修も重要である[10,17,19]。ハリケーン・カトリーナ後の研究が示すように、災害後の暴力被害は災害後の抑うつやPTSDと関連しうするため、DV・性暴力被害者支援は安全確保にとどまらず、メンタルヘルス支援、生活再建支援、医療アクセスの確保と一体的に実施される必要がある[27-28]。

VI. 女性の参画と地域のレジリエンス

女性は支援を必要とする存在であると同時に、地域を支える担い手でもある。こうした視点から、政策への参画、対応主体としての意義、実質的な参画に向けた課題を整理する。

1. 防災・復興政策における女性参画

防災会議、災害対策本部、避難所運営、復興計画、地域防災組織に女性が少ない場合、女性や子ども、妊産婦、介護者、DV被害者、性的マイノリティなどのニーズが意思決定に反映されにくくなる[5-7,19]。災害は性別、年齢、障害の有無、社会経済的状況などによって異なる影響を及ぼすため、多様な住民の経験やニーズを政策や運営に反映することは、災害対応の実効性や公平性を高める上で重要である[3,6-7]。わが国では上述の「男女共同参画の視点からの防災・復興ガイドライン」が整備されている[19]。しかし、2025年4月現在、地方防災会議の委員に占める女性の割合は、都道府県防災会議で26.1%、市区町村防災会議で12.1%にとどまり、第5次男女共同参画基本計画で掲げられた2025年までに30%という成果目標には達していない[34]。女性の参画は、単に男女共同参画の理念にとどまらず、災害対応の質、安全性、支援の公平性、健康被害の軽減に関わる公衆衛生上の課題である[3,6-7]。仙台防災枠組は、災害リスク削減において女性の参画とリーダーシップを促進する必要性を示しており、2024年に公表されたSendai Gender Action Planにおいても、ジェンダーに対応した災害リスク削減、女性のエンパワメント、意思決定への参画が重視されている[6-7]。

2. 地域の担い手としての女性

女性は、家族、近隣、地域、職場、避難所、復興まちづくりを支える主体でもある[5,7,35]。女性を保護対象としてのみ位置づけると、地域のリスク把握や支援設計における女性の知識、経験、ネットワークが活用されにくくなる[5,35]。女性を災害リスクマネジメントの担い

手として位置づける重要性は国際的にも認識されている。バングラデシュのCyclone Preparedness Programmeは、地域ボランティアによる早期警報伝達と避難支援の代表的な事例であり、女性ボランティアの参加は、女性のみならず、高齢者、障害者など、支援につながりにくい人々への情報伝達や避難促進に寄与しうる[36]。この事例は、女性の参画が単なる象徴的な参加にとどまらず、地域の信頼関係、戸別訪問、避難所での支援、ニーズ把握などを通じて、実際の被害軽減に結びつく可能性を示している[36]。国内でも、令和6年能登半島地震の対応に関する内閣府の調査では、防犯ブザーの配布や女性専用スペース等への巡回警備といった女性の安全に関わる対策が実施された市町では、外部のNPO等が関与していた場合が多かったことが指摘されている。また、こうした対策を早期に実施できた要因として、地域防災計画やマニュアルにあらかじめ規定していたことが最も多く挙げられている[37]。このことは、女性の安全やニーズに配慮した対応を実現するためには、外部団体等との連携に加え、平時から計画や実施体制に組み込んでおくことが重要であることを示している。

3. 実質的参画と意思決定の課題

女性委員の割合を高めることは重要だが、形式的な人数目標だけでは不十分である[34]。実質的な参画には、会議で発言しやすい環境、専門性の尊重、意思決定権限、地域組織における役割、平時からの人材育成が必要である[7,19,35]。災害対応の現場では、計画策定段階だけでなく、避難所運営、物資配布、保健医療福祉支援、生活再建、復興まちづくりの各段階で、女性が意思決定に関与できる仕組みが求められる[6-7,19]。

女性の代表性にも留意する必要がある。特定の立場の女性だけでなく、若年女性、子育て中の女性、高齢女性、障害のある女性、外国人女性など、多様な当事者の視点をどのように反映するかが課題である[14-15,17]。Sendai Gender Action Planは、女性を画一的な集団として扱うのではなく、障害、年齢、先住民性、移民、貧困などが重なり合う状況を踏まえた、包摂的でジェンダーに対応した災害リスク削減を求めている[7]。したがって、女性参画の推進は、単に委員数を増やすことにとどまらず、誰の経験が意思決定に反映されているのか、発言が実際の計画や運営に反映されているのか、平時から地域で人材育成とネットワーク形成が行われているのかを評価する必要がある[7,19,34]。女性の実質的な参画は、多様なニーズの把握と支援の公平性を高めることを通じて、災害時の健康被害の軽減や地域のレジリエンスの向上に寄与しうると考えられる。なお、女性の参画と健康アウトカムの関連についてのエビデンスは限られており、現時点の知見の多くは観察研究や事例に基づくものである点には留意が必要である[3,6-7]。

VII. 今後に向けた取り組み

1. 女性の健康施策における災害・健康危機への備えの位置付け

女性の健康施策は、平時の健康増進、疾病予防、母子保健、精神保健、性と生殖に関する健康、生活習慣病対策、更年期・高齢期支援を中心に進められてきた。一方、災害・健康危機では、これらの支援が中断されることにより、妊産婦、若年女性、ひとり親、高齢者、障害のある人、外国籍、生活困窮者など、特定の状況にある女性に影響が集中しうる[3,13,19-20]。したがって、平時の女性の健康施策の中に、災害・健康危機時の継続性をあらかじめ組み込み、危機時にも支援が途切れにくい体制を整えておくことが重要である[3,20]。

具体的には、妊産婦・乳幼児、ひとり親、DV・性暴力被害者、精神保健上の支援を要する人、慢性疾患患者、介護を要する高齢女性などについて、平時から相談先、医療機関、福祉サービス、地域支援者との連携を整理しておくことが求められる[3,17,19]。「男女共同参画の視点からの防災・復興ガイドライン」は、避難所運営、備蓄、女性相談、暴力防止、女性参画などを自治体実務に落とし込む資料として有用である[19]。また、母子保健や精神保健、慢性疾患管理については、災害時に新たな仕組みを一から作るのではなく、平時の保健活動や地域包括ケアシステム、母子保健ネットワーク、医療機関連携を危機時にも活用できるようにしておくことが現実的である[3,13]。令和6年能登半島地震では、保健医療福祉調整本部を通じて保健師等の専門職による避難所の巡回・状況把握が行われた一方、内閣府男女共同参画局の検証では、女性の視点に立った避難所運営や環境改善が十分に機能しなかった例も見受けられたことが指摘されている。平時から保健・医療・福祉の専門職が女性の視点を踏まえた意思決定に参画できる体制を整えておくことが課題である[19,37]。被災者台帳は、こうした属性情報を市町村が一元的に管理・活用するための手段の一つであり、女性や高齢者、障害者等の支援ニーズを可視化し、支援の空白を生まないためのインフラとして機能しうる[38]。

2. ライフステージ別の健康ニーズの計画等への反映

地域防災計画、避難所運営マニュアル、物資備蓄計画、保健医療福祉調整体制、訓練には、ライフステージ別の女性の健康ニーズや、暴力防止・性の多様性への配慮を、平時の計画段階から反映することが重要である[17-19]。表1に示したライフステージ別の留意点は、こうした計画やマニュアルに反映すべき項目を検討する際の出発点となる。実務上は、チェックリスト化が有効な手法の一つとして考えられる。例えば避難所ごとに、前述の物資・設備・相談体制に加え、夜間照明、DV・性暴力相談先の掲示、性的マイノリティへの配慮などを確認できるようにすることが考えられる[17-19]。また、在宅避

難者、車中泊、親族宅避難、広域避難者にも支援が届くよう、市町村保健師、地域包括支援センター、民生委員、学校、NPO等との連携経路を整理しておく必要がある[3,19,24]。Sphere HandbookやIASC Gender Handbookは、避難所、水・衛生、保護、月経衛生、性暴力防止などに関する最低基準や実務上の視点を示しており[17-18]、自治体の避難所運営や訓練のチェック項目を作成する際にも参考になる。

3. ニーズの把握に向けた取り組み

災害・健康危機時の健康影響と支援状況を把握するには、性別・年齢別データが不可欠である。さらに、妊産婦、乳幼児、ひとり親などの属性に応じた支援状況を把握する必要がある[3,17,38]。一方で、発災直後から詳細な調査を実施することは容易ではないため、まずは避難所名簿、保健師等による巡回記録、母子保健台帳、要配慮者名簿、福祉サービス利用情報、相談窓口への相談内容など、既存情報を組み合わせて、支援につながりにくい人を把握する工夫が必要である[14-15,17]。米国CDCのCommunity Assessment for Public Health Emergency Response (CASPER)は、災害後に世帯単位の迅速なニーズ評価を行い、意思決定者にタイムリーな情報を提供する手法として用いられている[39]。わが国の自治体においても、避難所巡回や在宅避難者調査を行う際に、性別・年齢別、妊産婦、乳幼児、介護者、慢性疾患、精神保健、生活困窮、相談希望などを最小限の項目として設計し、集計結果を支援方針に反映することが考えられる。また、国際的には、Sex, Age and Disability Disaggregated Data (SADDD)の活用が、災害リスクや支援効果の不平等を把握する基盤として重視されている[40]。災害対応後の報告や研究において、単に「避難者数」「相談件数」を示すだけでなく、性別、年齢、障害、妊産婦、子育て、介護、生活困窮等の観点から、誰に支援が届き、誰が取り残されたのかを検証することが重要である。

災害・健康危機対応の実効性を高めるには、訓練やアフターアクションレビュー (AAR)を通じて継続的に点検することも重要である。避難所開設訓練や災害時の保健医療福祉調整に関する訓練に、妊産婦、月経用品、DV・性暴力相談、性的マイノリティ、在宅避難者などのシナリオを組み込み、対応後のAARでは女性の健康・安全・参画の観点から評価することが望ましい[17-19,41]。被災者一人ひとりの状況を個別に把握し、保健・福祉・住宅・就労等の支援を包括的につなぐ災害ケースマネジメントは、内閣府が2023年に地方公共団体向けの実施手引きを公表した取り組みである[42]。ひとり親、DV被害者、介護を担う女性、外国人女性など複合的な困難を抱える人への対応において、生活再建支援と保健活動の接続を促す枠組みとして、女性の複合的な課題への対応への活用が今後期待される。

VIII. おわりに

災害・健康危機における女性の健康課題は、平時から存在する健康格差や社会的脆弱性と連続する包括的な公衆衛生上の課題である。こうした課題への対応においては、女性を保護の対象としてのみ捉えるのではなく、その多様性を踏まえつつ、地域のレジリエンスを支える担い手として位置づける視点も重要である。そのためには、平時の保健活動と危機時の対応を切れ目なくつなぐ体制を構築するとともに、情報基盤の整備や実証研究を通じて知見を蓄積する必要がある。ライフコースとレジリエンスの視点に立った女性の健康づくりを、保健・医療・福祉、男女共同参画、防災の各分野を横断する取組として進めることが求められる。

引用文献

- [1] 厚生労働省. 健康日本21 (第三次). Ministry of Health, Labour and Welfare. [Health Japan 21 (third term).] https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkouinippon21_00006.html (in Japanese) (accessed 2026-06-13)
- [2] Takemura S. The history of Japan's health policies related to sexuality. *J Natl Inst Public Health*. 2025;74(1):60-73. doi: 10.20683/jniph.74.1_60
- [3] World Health Organization. Health emergency and disaster risk management framework. Geneva: World Health Organization; 2019.
- [4] Enarson E, Morrow BH, edited. The gendered terrain of disaster: through women's eyes. Westport: Praeger; 1998.
- [5] Enarson E, Fothergill A, Peek L. Gender and disaster: foundations and new directions for research and practice. In: Rodríguez H, Donner W, Trainor J, edited. *Handbook of disaster research*. 2nd ed. Cham: Springer; 2018. p.205-224.
- [6] United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030. Geneva: UNDRR; 2015. <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030> (accessed 2026-06-13)
- [7] United Nations Office for Disaster Risk Reduction, UN Women, United Nations Population Fund. Gender action plan to support implementation of the Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030. Geneva: UNDRR; 2024. <https://www.undrr.org/publication/gender-action-plan-support-implementation-sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015> (accessed 2026-06-13)
- [8] Neumayer E, Plümper T. The gendered nature of natural disasters: the impact of catastrophic events on the gender gap in life expectancy, 1981-2002. *Annals of the Associa-*

- tion of American Geographers. 2007;97(3):551-566. doi: 10.1111/j.1467-8306.2007.00563.x
- [9] Muñoz-Nieves C, Greaves L, Huber E, Brabete AC, Wolfson L, Poole N. Sex and gender influences on the impacts of disasters: a rapid review of evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2025;22(9):1417. doi: 10.3390/ijerph22091417
- [10] Thurston AM, Stöckl H, Ranganathan M. Natural hazards, disasters and violence against women and girls: a global mixed-methods systematic review. *BMJ Global Health*. 2021;6(4):e004377. doi: 10.1136/bmjgh-2020-004377
- [11] Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behaviour*. 2021;5(2):229-238. doi: 10.1038/s41562-020-01042-z
- [12] Yoshioka E, Hanley SJB, Sato Y, Saijo Y. Impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates in Japan through December 2021: an interrupted time series analysis. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*. 2022;24:100480. doi: 10.1016/j.lanwpc.2022.100480
- [13] Miki Y, Ito K. Appropriate health management considering the vulnerability of women during disasters. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 2022;256(3):187-195. doi: 10.1620/tjem.256.187
- [14] Dominey-Howes D, Gorman-Murray A, McKinnon S. Queering disasters: on the need to account for LGBTI experiences in natural disaster contexts. *Gender, Place & Culture*. 2014;21(7):905-918. doi: 10.1080/0966369X.2013.802673
- [15] Goldsmith L, Raditz V, Méndez M. Queer and present danger: understanding the disparate impacts of disasters on LGBTQ+ communities. *Disasters*. 2022;46(4):946-973. doi: 10.1111/disa.12509
- [16] Fatema SR, Rice K, Rock A, Islam MS, East L, Usher K. Physical and mental health status of women in disaster-affected areas in Bangladesh. *Natural Hazards*. 2023;117(3):2715-2733. doi: 10.1007/s11069-023-05964-5
- [17] Inter-Agency Standing Committee. The gender handbook for humanitarian action. Geneva: IASC; 2017. <https://interagencystandingcommittee.org/gender-and-humanitarian-action/content/iasc-gender-handbook-humanitarian-action-2017> (accessed 2026-06-13)
- [18] Sphere Association. The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 4th ed. Geneva: Sphere Association; 2018.
- [19] 内閣府男女共同参画局. 災害対応力を強化する女性の視点～男女共同参画の視点からの防災・復興ガイドライン～. 2020. Gender Equality Bureau, Cabinet Office. [Strengthening women's perspectives for disaster resilience: guidelines for disaster prevention and reconstruction from a gender-equality perspective.] Tokyo: Gender Equality Bureau, Cabinet Office; 2020. <https://www.gender.go.jp/policy/saigai/fukukou/guideline.html> (in Japanese)(accessed 2026-06-13)
- [20] Singh NS, Smith J, Aryasinghe S, Khosla R, Say L, Blanchet K. Evaluating the effectiveness of sexual and reproductive health services during humanitarian crises: a systematic review. *PLoS One*. 2018;13(7):e0199300. doi: 10.1371/journal.pone.0199300
- [21] Harville EW, Xiong X, Buekens P. Disasters and perinatal health: a systematic review. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2010;65(11):713-728. doi: 10.1097/OGX.0b013e31820eddbe
- [22] Kyojuka H, Murata T, Yasuda S, Ishii K, Fujimori K, Goto A, et al. The effects of the Great East Japan Earthquake on perinatal outcomes: results of the pregnancy and birth survey in the Fukushima Health Management Survey. *Journal of Epidemiology*. 2022;32(Suppl 12):S57-S63. doi: 10.2188/jea.JE20210444
- [23] Kawamura C, Iwagami M, Komiyama J, Taniguchi Y, Sun Y, Masuda R, et al. Change in breast cancer screening participation during COVID-19 based on the 2019 and 2022 Comprehensive Survey of Living Conditions in Japan. *JMA J*. 2025;8(1):183-190. doi: 10.31662/jmaj.2024-0234
- [24] Parker G, Lie D, Siskind DJ, Martin-Khan M, Raphael B, Crompton D, et al. Mental health implications for older adults after natural disasters: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*. 2016;28(1):11-20. doi: 10.1017/S1041610215001210
- [25] Sakuma M, Nakamura M, Hanzawa K, Kobayashi T, Kuroiwa M, Nakanishi N, et al. Acute pulmonary embolism after an earthquake in Japan. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*. 2006;32(8):856-860.
- [26] 東日本大震災女性支援ネットワーク. 東日本大震災「災害・復興時における女性と子どもへの暴力」に関する調査報告書. 2013. Higashi-Nihon Daishinsai Josei Shien Network. [Survey report on violence against women and children during disaster and reconstruction in the Great East Japan Earthquake.] 2013. <http://risetogether.jp.org/?p=4879> (in Japanese)(accessed 2026-06-16)
- [27] Anastario M, Shehab N, Lawry L. Increased gender-based violence among women internally displaced in Mississippi 2 years post-Hurricane Katrina. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2009;3(1):18-26. doi: 10.1097/DMP.0b013e3181979c32
- [28] Schumacher JA, Coffey SF, Norris FH, Tracy M, Clements K, Galea S. Intimate partner violence and Hurricane Katrina: predictors and associated mental health outcomes. *Violence and Victims*. 2010;25(5):588-603. doi: 10.1891/0886-6708.25.5.588
- [29] Kobayashi T, Maeda M, Takebayashi Y, Sato H. Traditional gender differences create gaps in the effect of COVID-19

- on psychological distress of Japanese workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(16):8656. doi: 10.3390/ijerph18168656
- [30] Matsubayashi T, Ishikawa Y, Ueda M. Economic crisis and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *Journal of Affective Disorders*. 2022;306:28-31. doi: 10.1016/j.jad.2022.03.037
- [31] Rhodes J, Chan C, Paxson C, Rouse CE, Waters M, Fussell E. The impact of Hurricane Katrina on the mental and physical health of low-income parents in New Orleans. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2010;80(2):237-247. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01027.x
- [32] Newnham EA, Mergelsberg ELP, Chen Y, Kim Y, Gibbs L, Dzidic PL, et al. Long term mental health trajectories after disasters and pandemics: a multilingual systematic review of prevalence, risk and protective factors. *Clinical Psychology Review*. 2022;97:102203. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102203
- [33] Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings*. 2018 ed. New York: IAWG; 2018. <https://iawg.net/resources/inter-agency-field-manual-on-reproductive-health-in-humanitarian-settings> (accessed 2026-06-16)
- [34] 内閣府男女共同参画局. 地方公共団体における男女共同参画社会の形成又は女性に関する施策の推進状況 (令和7年度). 2025. Gender Equality Bureau, Cabinet Office. [Status of implementation of measures concerning the formation of a gender-equal society or policies relating to women in local governments (FY2025).] Tokyo: Gender Equality Bureau, Cabinet Office; 2025. <https://www.gender.go.jp/research/kenkyu/suishinjo-kyo/2025/report.html> (in Japanese)(accessed 2026-06-22)
- [35] Hemachandra K, Amaratunga D, Haigh R. Role of women in disaster risk governance. *Procedia Engineering*. 2018;212:1187-1194. doi: 10.1016/j.proeng.2018.01.153
- [36] Haque A, Haider D, Rahman MS, Kabir L, Lejano RP. Building resilience from the grassroots: the Cyclone Preparedness Programme at 50. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(21):14503. doi: 10.3390/ijerph192114503
- [37] 内閣府男女共同参画局. 令和6年度 男女共同参画の視点からの能登半島地震対応状況調査 報告書. 2025. Gender Equality Bureau, Cabinet Office. [FY2024 survey report on the response to the Noto Peninsula Earthquake from a gender-equality perspective.] Tokyo: Gender Equality Bureau, Cabinet Office; 2025. https://www.gender.go.jp/research/kenkyu/pdf/notohanto_r7_00.pdf (in Japanese)(accessed 2026-06-13)
- [38] 内閣府 (防災担当 避難支援室). 被災者台帳の作成等に関する簡単手引き～災害ケースマネジメントの実施に向けて～. 2025. Cabinet Office (Disaster Management). [Simple guide on the preparation of disaster victim registries: toward the implementation of disaster case management.] Tokyo: Cabinet Office; 2025. https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/sakusei_tebiki.pdf (in Japanese)(accessed 2026-06-22)
- [39] Centers for Disease Control and Prevention. *Community assessment for public health emergency response (CASPER) toolkit*. 3rd ed. Atlanta: CDC; 2019.
- [40] UN Women. Sex, age and disability disaggregated data. *Women's Resilience to Disasters Knowledge Hub*. <https://wrw.unwomen.org/> (accessed 2026-06-13)
- [41] World Health Organization. *Guidance for after action review (AAR)*. Geneva: World Health Organization; 2019.
- [42] 内閣府 (防災担当). 災害ケースマネジメント実施の手引き. 2023. Cabinet Office (Disaster Management). [Guide for implementing disaster case management.] Tokyo: Cabinet Office; 2023. <https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/case/pdf/r5zenpen.pdf> (in Japanese) (accessed 2026-06-22)