

Prepare for the Worst, Plan for the Best

BCP 策定の手引き 在宅医療を提供する診療所編

地域 BCP のススメ

～患者の、そしてスタッフのいのちと健康、生活を守るために～



厚生労働省医政局事業
在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業
専門家委員会

初版 2022年5月

第2版 2023年5月

もくじ

はじめに.....	3
委員会組織	4
BCPの基礎知識	
Business Continuity Plan (BCP:業務継続計画)とは?	7
災害対応マニュアルとBCPの違いとは?.....	7
ヘルスケア領域におけるBCPとは?.....	11
エスカレーション・ロジックモデル	11
地域を面として捉え、医療・ケアの継続について考える視点が求められている.....	13
BCP策定のプロセス.....	15
「平時から考え検討することで、有事の選択肢を増やす」これが一番大事!.....	16
有事に実効性のあるBCP策定のために.....	16
BCP策定のStep	
Step1 BCP策定の目的・基本方針の明確化と組織づくり	18
Step2 リスクアセスメント	21
Step3 組織の緊急対応・初期対応(いわゆる災害対応マニュアル)	32
Step4 業務影響分析:Business Impact Analysis :BIA	40
Step5 業務継続のための戦略:BCS (Business Continuity Strategy)	46
Step6 業務継続計画(BCP)の文書化.....	49
Step7 業務継続計画の演習・評価・維持プログラム(BCM)	54
Step8 連携型BCP/地域BCP策定	57
さいごに.....	62



はじめに

診療所は、小規模事業者が大半だ。例えば、ソロプラクティスの診療所医師が新興感染症に感染したら、外来診療、訪問診療はどうするのか？さらに診療所の3人の看護師全員が濃厚接触者となってしまったら、診療所運営の継続はどうするか？

近くの病院から代行診療をしてくれる医師を派遣してもらえるのか？訪問診療の代行を依頼できるのか？では、支援依頼の際の連絡の方法は？具体的な診療内容や手順の申し送りは？契約は？患者や家族への説明は？逆に、他の診療所でクラスターが発生し、応援を依頼された時の対応は？

感染症だけではない。ここ数年、毎年のように甚大な被害をもたらす自然災害。もはや、他人ごとでは済まされない。豪雨の影響で河川堤防が決壊し、道は冠水、半数以上のスタッフの自宅も甚大な被害を負ってしまったら、どのようにして、スタッフ、そして患者のいのちと暮らしを守るのか？

「災害なんていつ来るか分からないので、来たその時に考えればいい」このような考えは、あまりに楽観的すぎる。平時にできないことは、有事にできるわけがない。平時に考え備えていなければ、有事は場当たり的に対応するしかなく、すべてが後手に回る。これでは、患者や住民の大切ないのちや健康、そして生活を守ることはできない。

こうした有事対応に実効性を持つツールとして注目されているのが、業務継続計画(Business Continuity Plan:BCP)である。このBCP策定により、Preventable Disaster Death(PDD:防ぎ得た災害関連死)の約半数を阻止できる可能性がある¹⁾と報告されている¹⁾。

とはいえ、冒頭で触れた通り、診療所は小規模体が多い。つまり、自施設のBusiness Continuity Plan(以下、BCP)だけでは、有事対応は十分に機能せず、やはり平時からの近隣の医療機関等との相互協力交渉や協定が必要となる。そして、保健所を含む行政や介護・福祉機関との連携も必須だ。さらには近隣住民の方々やNPOとの普段からの関係性の中でぐっと選択肢が広がることもある。

普段の医療・ケアにおいても、我々が選択肢をたくさん持ちうることは、臨機応変、且つ適切な医療・ケアに繋がる。この策がダメでも、これはどうか、これならもっとうまく行くかもしれないと、個別性の高い、つまり目の前の想定外の事態にも、医療の選択肢が豊富にあることは、治療・ケア方針に関する意思決定や実践をスムーズにし、また、そこからのアレンジも容易にする。

有事も同じである。たいていの場合、災害は人の想像を超えてやってくる。想定外のドラマの連続だ。だからこそ、平時から考え検討することで、有事の選択肢を増やしておく。これが、最も重要なことだ。

各機関のBCP策定のプロセスで、必ずや地域の組織間で協力しないと解決しないこと、協力することで限られた資源を有効に活用できることが明らかになってくる。自機関のBCP策定後の更なる取り組みとして、医療・介護機関同士の「連携型BCP²⁾」、さらには、地域を面と捉え、その医療やケアの継続について考える「地域BCP²⁾」として、スケールアウト・スケールアップされることを強く推奨する。そして、この手引きが、その一助となれば幸甚である。

厚生労働省医政局 在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業
専門家委員会 委員長 山岸暁美

災害は社会の弱点をあぶりだす。

平時にできないことを有事に行うことは難しい。

最大の災害対策は、平時からの住民・行政・地域の医療・介護・福祉をはじめとする各種資源との連携と協働により、災害弱者を想定し、彼らを守っていくことであり、実はこれは地域包括ケアシステム・地域共生社会構築のプロセスに合致する。

山岸暁美、今井博之、西原洋浩、治療、2019

委員会組織

委員会本体組織

一般社団法人コミュニティヘルス研究機構 機構長・理事長 慶應義塾大学医学部公衆衛生学教室	山岸 暁美
独立行政法人国立病院機構本部 DMAT 事務局・DMAT 事務局長	小井土 雄一
大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 救命救急センター・救急科主任部長	池上 徹則
山梨市立牧丘病院・整形外科・訪問診療・医師 日本在宅医療連合学会 災害時における在宅医療支援委員長	古屋 聡
医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック・院長	遠矢 純一郎
医療法人社団清水メディカルクリニック 理事長・副院長	清水 政克
芝浦工業大学・システム理工学部・准教授	市川 学

【研究班事務局】

一般社団法人コミュニティヘルス研究機構	貝原 敏江
---------------------	-------

在宅医療を提供する診療所 BCP 分科会組織 (機関名・氏名 50 音順)

あおばクリニック	伊藤 大樹	あけぼの診療所	下山 祐人
あさのクリニック	浅野 直	あさのクリニック	向川 真博
小豆畑病院	中村 和裕	伊木診療所	伊木 勝道
伊木診療所	長塚 良介	いばらき診療所	早乙女 栄二
いばらき診療所	照沼 秀也	イマイクリニック	今井 博之
植田クリニック	植田 千恵美	荏原ホームケアクリニック	阿部 淳子
江別訪問診療所	中田 良介	おうちクリニック	吉泉 晶
岡野クリニック	岡野 昌彦	おかやま在宅クリニック	岡山 容子
小木クリニック	瀬島 照弘	医療法人おひさま会	岡本 敬久
鎌ヶ谷メディカルクリニック	池本 将	上條内科クリニック	上條 和弘
医療法人社団杏月会	大谷 竜彦	医療法人社団杏月会	茅沼 昌利
医療法人社団杏月会	徳野 亮太	医療法人社団杏月会	長嶺 由衣子
こうなんクリニック	伊丹 知子	公立置賜川西診療所	山田 昌弘
駒田医院	駒田 雄一	さいわいこどもクリニック	野田 誠二
さくら醫院	小笠原 秀明	三五医院	三五 美和
山王リハビリ・クリニック	寺田 理恵	山王リハビリ・クリニック	前島 早代
GPクリニック自由が丘	斉藤 康洋	GPクリニック自由が丘	村上 奈央子
清水メディカルクリニック	藤本 翠	湘南おおふなクリニック	長谷川 太郎
静明館診療所	大友 宣	静明館診療所	佐藤 歩
静明館診療所	長田 慎吾	関内科医院	関 薫子
セントラル総合クリニック	山本 由布	総合在宅医療クリニック	安里 龍一
総合在宅医療クリニック	増井 法子	高杉こどもクリニック	菊本 健一
高杉こどもクリニック	高杉 尚志	多摩ファミリークリニック	椎野 優樹
多摩ファミリークリニック	高木 暢	つくばセントラル病院	舛本 祥一
つながるクリニック	萩原 由貴子	つばさクリニック	上畑 大
つばさクリニック	中村 幸伸	つむぎファミリークリニック	森永 太輔
津山ファミリークリニック	辻川 衆宏	津山ファミリークリニック	戸川 雄
医療法人社団ときわ	小畑 正孝	医療法人社団ときわ	中川 尚也
医療法人社団ときわ	藤井 香織	ドクターゴン診療所	小岩井 綾
ドクターゴン診療所	篠原 あゆみ	戸田中央トータルケアクリニック	中西 陽一
長尾医院	長尾 信	ナカノ在宅医療クリニック	中野 一司

奈義ファミリークリニック	清水 純子	奈義ファミリークリニック	豊福 佳子
南城つはこクリニック	小山 信二	にいがた在宅診療所	伊藤 かな
西麻布インターナショナルクリニック	大江 未樹亜	野島内科医院	野島 秀樹
のじまホームクリニック	野島 洋樹	のだ内科クリニック	野田 嘉明
ハーヴィスクリニック	三宅 剛司	はちのへファミリークリニック	小倉 和也
八戸生協診療所	八森 真美	はもれびクリニック	中村 安則
ひなた在宅クリニック	赤崎 真理	ファミリークリニックさっぽろ山鼻	大野 稔子
ファミリークリニックさっぽろ山鼻	深堀 泰弘	ファミリークリニックさっぽろ山鼻	松田 諭
ふたば診療所	石川 和佳	ベテル三番町クリニック	奥田 恵理哉
方城中央クリニック	小野 いづみ	医療法人社団鳳優会	北川 貴章
まえだクリニック	前田 淳子	松永医院	鈴木 かな江
松永医院	鈴木 美砂	みやざきクリニック	宮崎 香理
三次市国民健康保険作木診療所	佐古 篤謙	三次市国民健康保険作木診療所	藤倉 絵理香
目黒ケイホームクリニック	安藤 克利	ものがたり診療所	高瀬 義祥
森外科内科医クリニック	森 重人	森町家庭医療クリニック	吉田 晋一郎
安川診療所	安川 修	大和クリニック	古市 律子
医療法人社団悠翔会	川上 敬司	悠翔会在宅クリニック新橋	小林 めぐみ
横浜中田皮フ科	川崎 裕史	よしき往診クリニック	浜上 知宏
渡辺西賀茂診療所	小原 章央		

BCP の基礎知識



慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
一般社団法人コミュニティヘルス研究機構
山岸 暁美

Business Continuity Plan (BCP:業務継続計画)とは？

BCPとは、災害など、リスク発生時に業務が中断しないために、また万が一、中断した場合でも、できるだけ早期に重要機能を再開させるための仕組みであり、平時から戦略的に業務継続について準備をしておくことと定義される²⁾。

平時からリスクアセスメントを行い BCP を備えておくことにより、被害軽減に、ひいては、組織のレジリエンス(再起力・回復力・困難に立ち向かう力)を高めること³⁾、また BCP 策定により、Preventable Disaster Death (PDD: 防ぎ得た災害関連死)の約半数を阻止できる可能性があること¹⁾などが報告されている。



災害対応マニュアルと BCP の違いとは？

私たちはたくさんのリスクを抱えながら、生活している。自然災害のみならず、技術的リスク(事故)、また、人為的リスク(人災)として、表 1 に挙げた以外にも戦争や情報漏洩、人材流出などがある。

災害対応マニュアルは、これらの各リスクに対して、「それが起こった時」に、「直ちにどう対応するか？」を示したマニュアルのことを指す。つまり、災害対応マニュアルとはリスクごとの緊急対応(初動活動)を示すもの、より具体的に言えば「地震」「水害」「感染症」などの個別事象ごとのマニュアルである。

例えば、大きな地震が起こったと仮定する。まず、診療所としては、地震直後、緊急対応業務に当たることになる。ここで言う緊急対応業務とは、例えば、患者・利用者の安否確認や避難支援、人工呼吸器など生命維持装置への対応、被災状況の確認などである。これらの緊急対応業務が「その事象(地震)が起こった時に直ちにどう対応するか？」であり、それらをまとめたものが地震対応マニュアルになる。一方、感染症が生じれば、当該感染症に関する情報収集、スタンダードプリコーションの徹底や組織内の感染対策、患者・利用者・家族等への感染予防策の周知などが挙げられる。

このように地震と感染症では、初期・緊急対応がだいぶ異なる。自機関で遭遇する頻度が高く、また生じると人命や業務継続に大きな影響を与えるリスクは何なのか、良く

表 1: 想定されるリスク²⁾

自然災害 (天災)	地震 台風 水害 噴火 土砂崩れ 積雪 感染症
技術的リスク (事故)	停電 上水道停止 下水道機能不全 ガス供給停止 火災 PCシャットダウン
人為的リスク (人災)	多数傷病者事故 サイバーテロ ヒューマンエラー 交通事故 事件

分析した上で、それが生じた際の初期・緊急対応に関するマニュアルを各リスクごとに作成しておくことが求められる。

BCPは、オールハザード(全災害対応型)・アプローチ

BCPは、緊急事態を引き起こす原因が何であれ、発生事象の結果である被害を最小化するための迅速な対応に重点を置く計画である。その原因が地震であれ、感染症であれ、事故であれ、自機関の外来診療や訪問診療の提供が難しくなった時に、代替手段を使って、いかに診療の提供を継続・復旧するかという点に検討の力点を置く。したがって、BCPは、個別事象ごとに中身が変わるということはなく、地震や水害、感染症といった個別リスクごとに作るわけではない。それゆえ、オールハザード(全災害対応型)・アプローチとも言われる²⁾。

2021年3月、日本経済団体連合会(経団連)は、企業が実行すべきアクションとして「オールハザード型BCP」への転換を提言した。地震や水害や感染症といった個別事象ごとにBCPを策定するのではなく、非常事態の発生によって「結果として生じる事象」、つまり、業務継続が中断される被害状態に着目し、業務継続の方策を整理する。それは非常事態時に優先すべき業務を明確にし、設備投資や備蓄など業務継続の備えを万全にするというものである。まさに、我々の推奨するBCPの方向性と合致している。

表2にBCPと災害対応マニュアルの違いについてまとめた²⁾。

表2：BCPと災害対応マニュアルの違い²⁾

◇災害対応マニュアル

- 発災後、直ちに何をすればいいかを定めた、緊急・初期対応の行動マニュアル
- リスクごと、つまり、地震や水害など事象ごとに、対応をマニュアル化
- 発災直後、該当する災害対応マニュアルに沿って対応する

◇BCP(業務継続計画)

- 業務が中断した際に、代替手段を使って、如何に業務継続をするかという点で検討される
- 被害を最小限に留め、業務の継続や早期復旧を図るための計画
- 災害マニュアルに沿って対応しながら、BCPを発動するかどうかを検討
- BCPは、被害をもたらした「原因」が何か(地震か水害かなど)は問わない。原因が何であれ、業務が中断しそうな状況、または中断してしまった状況といった「被害の結果」により発動させ、計画された策を講じ早期復旧を目指す。つまり、BCPは、オールハザード(全災害対応型)・アプローチで考える。



災害対応マニュアルと BCP のイメージ

図 1 に示すように、発災後、一度低下したパフォーマンス下においても、災害対応マニュアルによる緊急対応を行い、業務が中断、または中断しそうなレベルに至らなければ、BCP の発動は不要である。

例えば、震度 5 弱の地震が発生したとする。院内では、地震対応マニュアルに則って、スタッフの安全を確認した後に、それぞれの部署であらかじめ定められた手順で、診療エリアや電気、上下水道などのライフラインの確認を行うだろう。また外来患者の安否を確認し、安全を確保し、また必要であれば避難誘導をする。在宅患者に関しても、地震対応マニュアルに沿って、スタッフの安否確認、患者の安否確認・避難確認、停電が起こる可能性を見越して、呼吸器や在宅酸素の患者への緊急・初期対応などを行っていく。

そうこうしているうちに被害の全容が明らかになり、スタッフや患者、利用者の安全が確認できたとする。

保管棚や薬品棚がいくつか倒れてはいたものの、被害は最小限に食い止められており、通常の診療が継続できそうだ。訪問診療に携わるスタッフも患者も全員無事で、冠水している道路はあるものの、回り道すれば行けない患者の家はないことが判明、通常のパフォーマンスに復旧することができた。この場合、災害マニュアルで十分対応可能であった為、BCP を発動せずとも業務の復旧と継続は可能であったという事になる。

次に図 2 を見ていただきたい。今回は震度 6 強で、建物およびライフラインに大きな損害が発生していると仮定する。自ずと診療のパフォーマンスが落ちる。そのような状況でも、まずは地震対応マニュアルに沿って、先ほどと同じように初期・緊急対応を行うことになる。しかし地震の影響は大きく、交通網が寸断されており、周辺を見渡しても建物が一部倒壊している。多くのスタッフが被災し、定時に出勤出来るのは 5 割以下になりそう、という情報が災害対策本部に入ってくる。

このように、通常の診療提供が危ぶまれる事態、つまり、診療業務が中断もしくは中断しそうな時に BCP が発動される。BCP を発動しないと、災害対応マニュアルだけでは、なかなかパフォーマンスが上がらない。しかし、BCP を発動し、業務継続のための計画された策を講じることによって早期復旧を目指すという訳だ。

BCP を発動し、例えば、緊急を要さない患者の外来診療は中止する。すでに来院されている方には次の診察日までの処方箋を渡して、帰宅あるいは避難所への移動を促す。待機的な手術

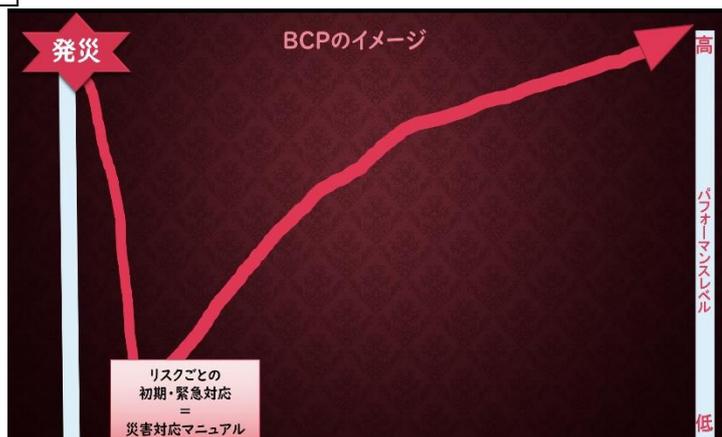


図 1: 災害対応マニュアルにより早期復旧・継続できるケース (BCP 発動不要)
赤い矢印は、事業のパフォーマンスを示す



図 2: 目標復旧時間までに復旧・継続できないと判断されたケース (BCP 発動)
黄色の矢印は、事業のパフォーマンスを示す

や検査は延期する。被害の少ない医療機関に、急を要する診療を依頼する。場合によってはその医療機関にスタッフを派遣し、そこで自院の患者の診療を継続する。訪問診療に関しては、例えば、訪問頻度を落とせる患者は頻度を落とす、被害のない他の医療機関や訪問看護ステーションと連携して補完しあいながら訪問回数を担保する、あるいは、あるエリアの患者については訪問をしばらく他の医療機関に依頼するなど、平時から考えておいたBCPの策を講じていく²⁾。

BCPの特徴は、このような事態になったら、どう対応したらいいかを考えておくだけでなく、平時から、こうした事態を想定して準備をしておくという点だ²⁾。つまり、平時から、有事の際に、どこに医療資源を集中し、どのような順番で緊急を要さない患者の診療を制限するか、その分をどのようにフォローするのか。例えば電話やSNSを利用する方策なども平時から考えておいて、いざというときに遅滞なく実行する。また有事に備えて、平時から他医療機関と医療連携について協議しておくことも大切な事である。

BCPと災害対応マニュアルのいずれかがあればいいのか？

上記の問いへの解は、「両方必要」である。

具体的には、発災後、まずは該当する災害対応マニュアルに沿って対応を行う。その初期対応の間に、BCPの発動の必要性を判断する、という流れだ。

例えば、「地震が起こったとき、誰に連絡し、どのような行動をとるか」「市内で流行する感染症にスタッフが罹患したとき、まずは誰にどう報告するか」。こうしたことは、各種の災害対応マニュアルに書かれる。前者は地震の災害対応マニュアルに、後者は感染症の災害対応マニュアルに記載されるものだろう。

一方で、「地震で多くのスタッフが被災者となり、診療提供が難しくなった」「感染症に多くのスタッフが罹患して、診療提供が難しくなった」。これらは発生した事象こそ異なるが、「診療提供が難しくなった」という被害の点では同様で、いずれにおいても診療機能の継続が危ぶまれる状況である。このような状況下での継続・復旧策を整理したものはBCPとして記載される。

災害対応マニュアルとBCPは、上記のような位置付けの違いがある。災害対応マニュアルは、広義ではBCPの一部と言えるものだが、狭義には「BCPを発動する前の対応」と理解しておくとうい。

またBCPは作って終わりではない。策定したBCPを如何に組織内に浸透させていくか、戦略的に活用していくかという「マネジメント」が必要になる。これを業務継続マネジメント: Business Continuity Management (BCM) という。BCMは、BCPの策定から、その導入・運用・見直しという継続的改善を含む、包括的・統合的な業務継続のためのマネジメントを指す。

この10年の自然災害、また今般の感染症においても、BCPを整備していたにもかかわらず、BCP発動の遅れ、現場への代替手順の周知不足、訓練未実施による実効性検証の欠如などの理由から、計画通りに業務継続が実現できなかった

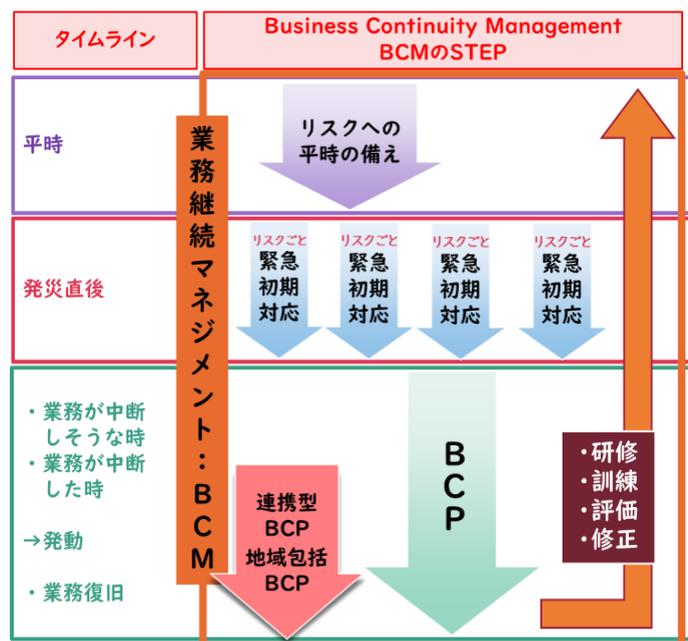


図3: Business Continuity Management 概念図
出典) 山岸・池上, いのちと暮らしを守るBCP, impress

機関が多かった。BCP は作って終わりではなく、手順、施設、リソースおよびコミュニケーションなどを含めて、戦略からテスト、メンテナンスまでの全過程を網羅する BCM の重要性が再認識されている。

なお、本手引きで扱っていくのは「広義の BCP」である(図3)。平時からのアセスメントや備え、発災後の災害対応マニュアル、BCP 発動、BCM までの一連のステップを広義の BCP と定義し、それらすべてを網羅する形の BCP 策定を目指す。

ヘルスケア領域における BCP とは？

BCP は、もともと一般企業(製造・物販など)の領域で進化してきたものであり、そのまま医療や介護をはじめとするヘルスケア領域に当てはめるわけにはいかない²⁾。

大きな相違点として、ヘルスケアにおいては、1) 発災後、需要が高まり、かつ緊急性があること、2) 時間と共に需要が変化すること、3) 個別性の高い対人サービスであること、4) 公益性が高いこと、5) 専門性が高いこと、6) 地域社会性の中で役割や機能が決まること、そして、7) 自機関の業務(医療・ケア提供)継続が、患者や利用者、さらには住民のいのちや暮らし、健康の維持に直結すること、などの特徴が挙げられ、これらを鑑みた BCP を策定することが求められている²⁾。

医療機関の場合、例え、自機関が被災したとしても、発災後の患者の安否確認を含めた医療需要の高まりから、かつその緊急性から、社会的にも業務の継続が望まれる。普段より、人材も物資も限られた中で、どのように業務を継続するのか？

「その時、考えればいい。」これは、あまりに楽観的すぎる。平時にできないことは、有事にはもっとできない⁴⁾。平時に考えていなければ、有事には場当たりの対応するしかなく、すべてが後手に回る。これでは、患者や住民の大切ないのちや暮らしを守ることはできない²⁾。

一般的に企業等においては、発災後、Recovery Time Objective (RTO:目標復旧時間)までに重要業務を復旧・継続できないと判断された際に BCP を発動し、あらかじめ計画された早期復旧・継続のための策を講じる。つまり、BCP 発動の基準は RTO である。しかし、ヘルスケア領域においては、BCP 発動の基準を RTO だけに依存できない²⁾。

なぜなら、先述したヘルスケア領域の特徴はもちろんのこと、災害急性期において、その業務の大半を占める「発災による医療・ケア需要の増大」に対する RTO の事前の設定は、ほぼ不可能だからである²⁾。また感染症のように、いつ収束するかの見通しが立たない事象に関しても、その最前線での活動を求められるヘルスケア提供機関において RTO を立てづらい実情がある。

エスカレーション・ロジックモデル

上記で述べたヘルスケア領域の特徴を鑑み、本手引きにおいては、対応基準及び BCP 発動の判断基準として、エスカレーション・ロジックモデルを採用する。カタカナが並んで小難しそうに見えるが、これは非常にシンプルだ。いや、シンプルである必要がある。

要は、あらかじめ考えられる被害の重大性により緊急事態をいくつかのステージに分類し、そのステージに応じた対応を考えておくというものだ²⁾。例えば、ステージ1(初期対応を記した災害対応マニュアルで対応可能な状況)、ステージ2(BCP を発動するが、基本的には自施設で対応可能な状況)、ステージ3(BCP を発動し、自施設を超えた地域の医療・ケア機関との連携により対応可能な状況)、ステージ4(BCP を発動し、自機関からの診療及びケアの継続が困難な状況においても、行政や消防、外部支援機関と連携してスタッフ及び患者、患者の安全を確保しなければならない状況)といった具合である。

実際に災害が生じた際には、該当する被害ステージにおける、判断や対応を行い、また対応できないと判断された場合には、より上位の対応に移行していく(図4)。つまり、被害レベル(ステージ)を設定し、それぞれのステージでの対応戦略を検討しておくことで、有事の際の対応に関し臨機応変な意思決定を支援するツールになる²⁾。

ひとつの被害想定を予め同定し、それが実際に発生した後、どのように、誰が何をして対処するかまで詳細に想定してしまっは、その想定通り発生しなかった場合に対応が困難になる。発災後は、全く予想できないドラマの連続である。「想定外の事態が存在する」ということを想定しておくことが極めて重要なのだ。原因としての蓋然性が低いものを「想定外」「想定以上」「未曾有」として、切り捨てることは、BCP にはありえない²⁾。発生事象原因ではなく、その結果である被害状況を分類し、適切な対応をガイドするエスカレーション・ロジックモデルは、オールハザード・アプローチを具現化するツールの1つである²⁾。

図4は、在宅医療を提供する診療所の BCP サマリーの最終的なイメージである。

図4：在宅医療を提供する診療所 BCP サマリーのイメージ

緊急度	人	院内診療エリア	移動手段	戦略		有事の業務継続計画	平時からの備え	担当者スケジュール
ステージ4	7割以上のスタッフが出務不能 + 長期間にわたり復職のめどが立たない	院内診療可能エリアが確保できない + 長期間にわたり復職のめどが立たない	全面的に支障がある + 長期間にわたり復職のめどが立たない	BCP 発動	例) ・外来・訪問診療の中止 ・中長期的に患者への医療提供継続を他機関に依頼 ・診療所の継続・承継に関する判断	有事に優先業務をどう継続するかの具体策を記載 ↓ ・移動方法/連絡方法 ・代替手段 ・患者のトリアージ ・患者への連絡・有事対応	左に挙げた内容を実施するために、何を備えておくべきかを記載 ↓ ・具体的な備え ・患者への説明や準備 ・患者宅における対策	平時からの備えについて、誰がいつまでに進めるか明記
ステージ3	5割のスタッフが出務不能	院内診療可能エリアが確保できない	大半に支障がある	BCP 発動	例) ・優先業務継続の縮小の検討 -他機関への外来患者の紹介 -他機関への代替訪問依頼	支援、代替訪問依頼の具体的な方法 ・外来診療が不可能になった時の対応 ・関係機関との情報共有方法 ・業務の縮小、一時中止の 具 体的手順 ・行政、近隣機関、職能団体との連絡手段 等	近隣の機関や行政との支援協定(具体的なタスク、方法、書類、対価など含む) ・職能団体との協働の在り方の検討 ・安否確認の方法の確定 ・医療介護官益機関・行政等との情報の集約・発信方法の確定 等	
ステージ2	2割のスタッフが出務不能	院内診療可能エリア5割に制限	一部に支障がある	BCP 発動	例) ・優先業務を遂行しつつ、早期の業務復旧を目指す -業務の縮小 -業務の一時中止			
ステージ1	1割のスタッフが出務不能	院内診療可能エリア9割以上は安全に移動	一部に支障がある	危機対応体制の検討	例) インシデントマネジメントを実行	主に Step2 リスクアセスメント Step3 緊急・初期対応(インシデントマネージメント)で検討した事項を文書化		

地域を面として捉え、医療・ケアの継続について考える視点が求められている

もちろん、まずは自機関の BCP 策定に着手することが重要だ。そして、BCP を策定して終わりではなく、訓練を実施し、見直し・改善を加えるというサイクルを回していくことによって、BCP によるアウトカムの向上を図っていくこと、つまり自機関の業務継続マネジメント(BCM)を実施することは大前提である²⁾。

しかし、実際の災害において、患者の搬送、診療の場所の確保等を含め、地域全体の連携なしには医療提供を継続することはできない。また、医療だけでなく、介護等福祉機関においても、発災後のケアサービスの継続は大きな課題であり、いわゆる災害弱者・要配慮者への対応を含め、平時より更なる連携の重要性が増す⁴⁾。

そこで提唱したいのが「地域 BCP/BCM」である。この必要性を実感したのは、2018 年、西日本豪雨によって町全体が水没するという甚大な被害のあった岡山県倉敷市真備町での経験に遡る。被災経験、そして伴走型の支援経験の中で、各機関で完結するものではなく、地域連携型 BCP 策定およびその後のマネジメント(BCM)が求められた。実際に、被災を経て、倉敷市連合医師会および災害拠点病院(倉敷中央病院、川崎医科大学附属病院)で有志たちが立ち上がり、「地域 BCP/BCM」を策定しようと進めている。地域包括ケアシステム、地域共生社会構築の文脈の中での、周辺の医療・介護・福祉機関や行政との連携をベースとした「地域 BCP」の策定。そして、「防ぎ得た災害関連死(PDD: Preventable Disaster Death)」を阻止するために、地域全体で継続的に取り組む BCM。これらを真備町での経験を踏まえて、強く推奨したい。

地域 BCP の目的は、各機関のみならず、地域全体の医療・ケア提供の継続と早期復旧を可能とすること、そして最大の目的は、各機関のスタッフ・患者・利用者のみならず、多くの住民の“いのち”と“健康”と“暮らし”を守ることだ⁴⁾。地域 BCP は、以下の3つの BCP を包含する(図5)²⁾。これら3つの BCP が連動することで、さらにその実効性が高まると考えている。

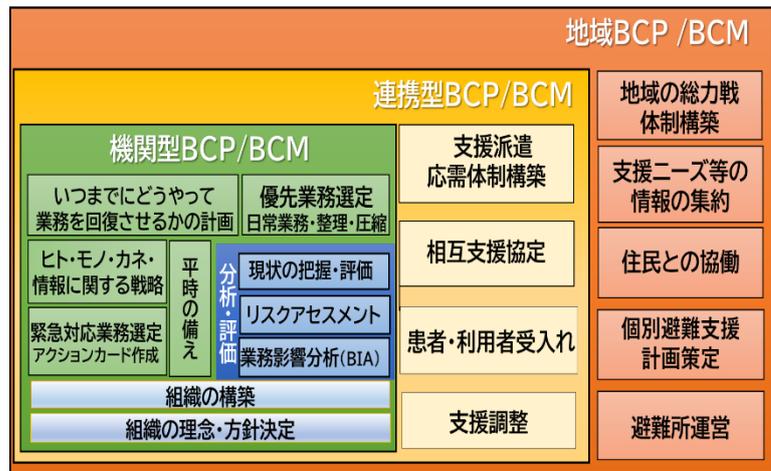


図5: 地域 BCP 概念図
出典)山岸・池上. いのちと暮らしを守る BCP in press

1. 機関型 BCP

自機関の業務継続を目的とする BCP²⁾

2. 連携型 BCP

同業の支援派遣・応需、患者・患者の受け入れ等の相互支援協定を含む、同業・類似事業者間の連携による、または、疾患別の診療科連携による BCP²⁾

→血液透析や妊娠・出産、がん治療などは、連携型 BCP が必須

例えば、地震や水害で被災して、血液透析ができない場合の代替手段確保では、平時からの医療機関連携とネットワークの構築が重要である。例えば、2018 年の西日本

豪雨で被災した、まび記念病院（岡山県倉敷市）では、約 100 名の透析患者が、岡山県透析部会の災害ネットワークを利用することで、被災 2 日後までに全ての透析を完了できた。その他、妊娠・出産やある種のがん治療などでも、平時から患者情報を共有するなどの連携を組んでおけば、有事に遅滞なく対応できる。

また、例えば、地震で被災して、または感染症に罹患して、または何らかの事故にあって、ソロプラクティスの診療所のドクターがしばらくの間、出勤できない状況になったとする。しかし、患者は処方など医療提供を必要としている。このような場合、どうするか？

他の事業所に代替訪問、もしくは医師の派遣を依頼できるだろうか。では、それが可能であるとして、その依頼の連絡の方法、個別的なケア内容や手順の申し送りはどう行うとよいのか。契約や、患者への説明はどのようにするか――。

平時であれば、近隣の医療機関は、ある意味「ライバル関係」の地域もあるかもしれない。しかしこと有事において、患者・利用者、そして住民の方々のいのちを守る業務を継続するには、そうも言っていない。地域のヘルスケア提供機関が「一つの組織」になるイメージで臨む必要が出てくる²⁾。

有事に一つの組織となるには、近隣の医療機関、また介護提供機関と平時からあらかじめ相談を重ね、「お互いさま支援協定」を結んでおく必要がある。そして、書類を整えたり、個別的な医療・ケア内容や手順の申し送りの方法、患者に対する説明方法などを検討したりするといった具体的な取り決め、ルールを作成しておかねばならない²⁾。これが連携型 BCP になる。

3. 地域 BCP

地域全体の医療・ケア提供の継続と早期復旧を可能とすること、そして各機関のスタッフ・患者のみならず、多くの住民の“いのち”と“健康”と“暮らし”を守ることを目的とする、保健医療福祉の多職種多機関による BCP²⁾

→地域の総力戦を可能にするツール

例えば、実際に地域 BCP が発動されると、各医療・ケア提供機関は自機関の BCP を発動し、通常業務の一部を縮小、または一時中止する。そして、各機関が地域の医療・ケア継続のためのタスクを遂行する人材を捻出することになる。

ここで言う「地域の医療・ケア継続のためのタスク」とは何か。例えば、新型コロナウイルス感染症の場合であれば、「自宅療養者・入院待機者への架電・訪問診療」というタスクが必要となった。自然災害の場合であれば、「自宅避難者の戸別訪問」や「救護所における医療提供」といったタスクが生まれる可能性が高いだろう。

このように、有事には、平時の通常業務には組み込まれていないが、地域の医療・ケアを継続させるために必要なタスクが生まれる。当然、そのタスクを遂行するための人材が必要となる。

そうした人材を有事に確保するには、あらかじめ地域の各医療・ケア提供機関でどのようなケースが起こり得て、どんなタスクが生まれ、どのぐらいの人数が求められるかを話し合い、想定しておくことが必要だ。そして具体的な手続きや、方法について準備し、共有しておかねばならない。これが地域 BCP に該当する。

地域 BCP は、有事において有限の地域のヘルスケア資源を最大活用するための重要なツールである¹⁾。地域 BCP があることで、地域の総力戦を可能にするのだ。²⁾

BCP 策定のプロセス

BCP 策定のプロセスとして、筆者らは、図 6 のようなステップを踏むことを推奨している²⁾。



図 6: BCP/BCM のステップ
出典) 山岸・池上, いのちと暮らしを守る BCP, inpress

図7に示すように、各 Step で活用するテンプレートも準備している。地域の医療・介護・福祉機関等、地域のステイクホルダーが集って、議論しながら進めていくことを強く勧める。地域の仲間と、プロセスを共にすることで、連携型 BCP、さらには地域 BCP に発展していきやすいからだ。

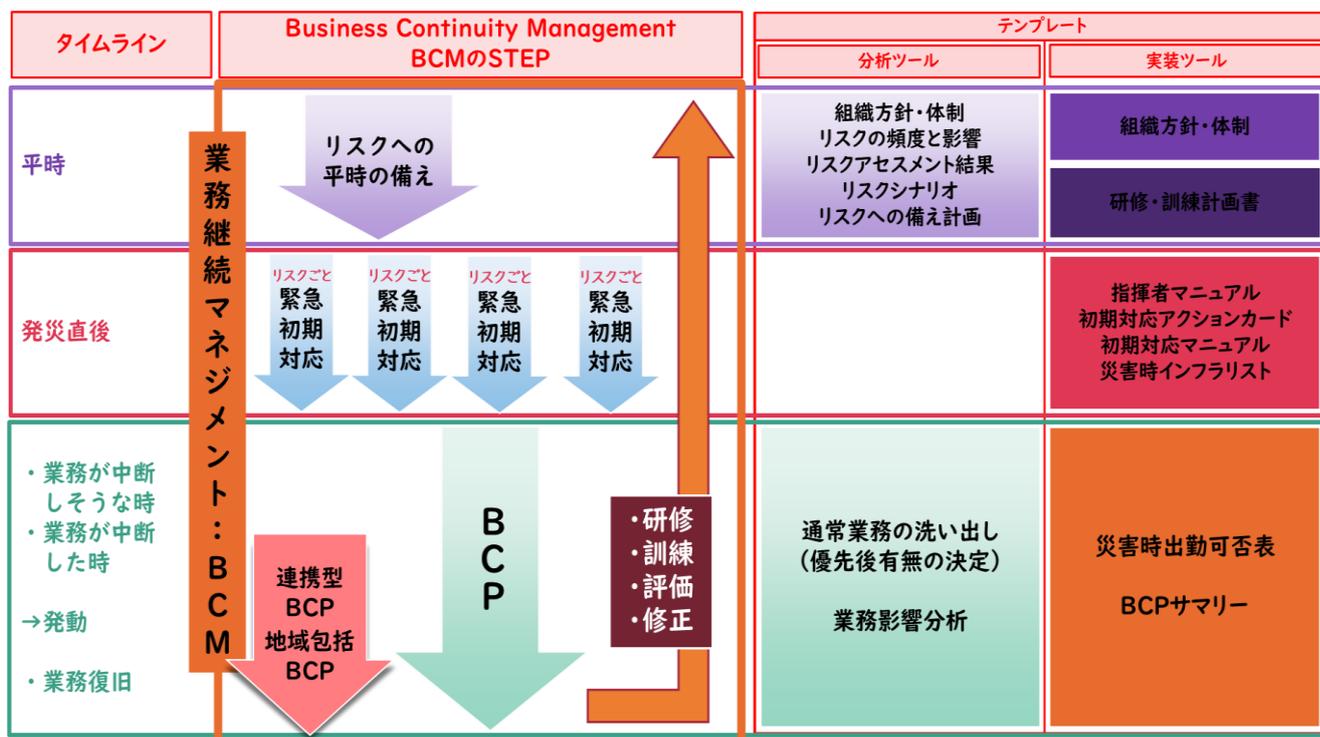


図 7: Business Continuity Management (BCM) の概念図と本手引きのツール
出典) 山岸・池上, いのちと暮らしを守る BCP, inpress

「平時から考え検討することで、有事の選択肢を増やす」これが一番大事!

普段の診療やケアにおいても、我々が選択肢をたくさん持ちうることは、臨機応変、且つ適切な診療やケアに繋がる。この策がダメでも、これはどうか、これならもっとうまく行くかもしれないと、自身に選択肢が豊富にあることは、診療・ケア方針に関する意思決定や実践をスムーズにし、また、そこからのアレンジも容易にする²⁾。

有事も同じだ。たいていの場合、災害は人の想像を超えてやってくる。想定外のドラマの連続だ。だからこそ、平時から考え検討することで、有事対応の選択肢を増やしておく。これが、最も重要である²⁾。

有事に実効性のある BCP 策定のために

有事に実効性のある BCP 策定における基本スタンスは、災害の種類や起こりやすさではなく、我が組織や我が街で、何らかの重大な事態が発生した際の影響をプロファイリングし⁵⁾、これを元に戦略を立て、また備えておくこと、そして発災後は、利用可能なあらゆる資源を柔軟に動員し、被害を最小限に抑えることだ²⁾。言い換えれば、医療・介護をはじめとするヘルスケア提供機関の強靱な再起力(レジリエンス)を高めていくことが、BCP の目標である²⁾。

本手引きは、有事に実効性のある BCP 策定、ひいては医療・介護・福祉機関の強靱なレジリエンスを高めていくために、以下の3点を重視した構成としている。

1. オールハザード・アプローチを基調とすること(全災害対応型)
2. エスカレーション・ロジックモデル(被害レベルの想定)を組み込むこと
3. 組織全体で BCP 策定のプロセスに関与し、業務継続マネジメント(BCM)を組織の文化として根付かせること

全ての診療所をはじめ、介護保険サービス提供機関が地域の重要なヘルスケア資源であることを大前提に、自機関のみならず、地域全体の医療・ケアサービスの業務継続の可能性を高めていくことこそ、本手引きが推奨する BCP/BCM の目的である。

災害は社会の弱点をあぶりだす。平時にできていないことは、有事にはできない。最大の災害対策は、平時からの住民・行政・地域の医療・介護・福祉をはじめとする各種資源との連携と協働により、災害弱者を想定し、彼らを守っていくことであり、実はこれは地域包括ケアシステム・地域共生社会構築のプロセスに合致する¹⁾。

皆さん、地域の医療やケアの継続を担保する、強靱且つしなやかな BCP を策定していきましょう!

文献

- 1) Yamanouchi S. et al. Survey of Preventable Disaster Deaths at Medical Institutions in Areas Affected by the Great East Japan Earthquake: Retrospective Survey of Medical Institutions in Miyagi Prefecture. *Prehosp Disaster Med.* 2017;32(5):515-522.
- 2) 山岸暁美,池上徹則ら. いのちと暮らしを守る BCP. inpress.
- 3) 小井土雄一ら. 多職種連携で支える災害医療 身につけるべき知識スキル対応. 2017.医学書院. 東京.
- 4) 山岸暁美,西原洋浩,今井博之. 生活再建フェーズにおける医療・ケア提供体制支援プラットフォームの意義—倉敷市連合医師会・日本在宅医学会の協働による Kurashiki area medical & care Reconstruction Association (KuraRA)の運営—. *治療*, 101(6),742-746.2019
- 5) FEMA, Guide for All-Hazard Emergency Operations Planning, 1996

BCP 策定の Step

スタッフ、患者、そして地域住民の
いのちと暮らしを守るための業務継続を本気で考える



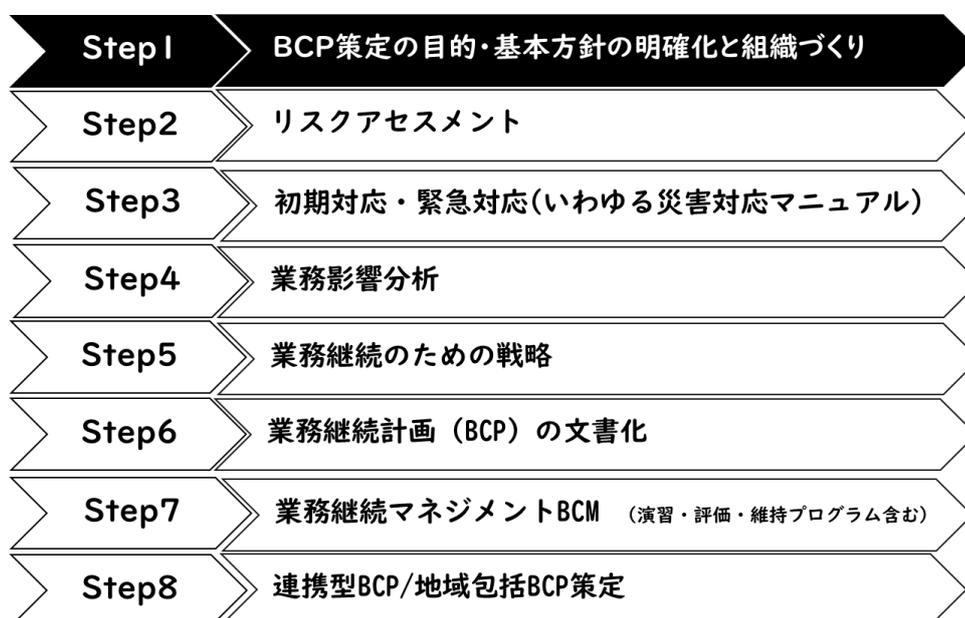
Step1 BCP 策定の目的・基本方針の明確化と組織づくり

～常に立ち戻ることができる基本方針を文書化、そしてBCP策定の目的を明確にする～

Step1では、自機関の業務継続計画（BCP:Business Continuity Program）策定の目的と基本方針を決定した上で、実際にBCPを策定・管理する体制を構築する。

Step1におけるタスク

1. 自院のBCP策定の目的と基本方針を決定する
2. 実際にBCPを策定・管理する体制を構築する



I. BCP 策定の目的と基本方針の明確化

1) 目的

BCP 策定により、「目指している状態」、「実現させたい状態」を言語化し、これを「目的」とする。ここに掲げた「目的」は、次に検討する「基本方針」の根拠となる。

以下に、在宅医療を提供する診療所（以下、診療所）における BCP 策定の目的を例示する。一見、とても壮大な「目的」に見えるかもしれない。しかし、多くの診療所が、「実現させたい状態」として描くことは、こういうことなのではないだろうか？このような「目的」をもって、全国の多くの診療所が BCP を策定することで、地域全体の防災力・減災力が著しく向上することが期待される。

例) 当院は、開設以来、地域包括ケアシステム構築・地域共生社会の実現において重要な役割を担ってきた。①近隣の医療・介護・保険期間と協働し、地域に「治し、支える」医療の提供 ②地域の人々、療養場所や最期の場所を自由に選択できるような「地域づくり」への貢献 ③地域に「安心」を提供できる人材の育成、これら当院の3つの理念のもと、今後も地域の期待に応え続けていくとともに、患者のいのちや生活を守るという社会的責務を果たしたいと考えている。

当院は多くの河川に囲まれており、河川の氾濫で交通網が遮断されれば、訪問診療の継続や職員の通勤に影響する。また、南海トラフ地震の被災予測範囲にも位置する。有事においても、当院の外來診療及び訪問診療を継続できるように、また方が一、中断せざるをえない状況になった場合でも、平時からの近隣の診療所との連携により、医療提供を継続し、早期復旧を目指すために BCP をここに策定する。さらには、地域包括ケアシステム、地域共生社会構築の文脈の中で、周辺の医療介護福祉機関や行政との連携をベースとする「地域 BCP」へと繋げ、地域全体で Preventable Disaster Death (PDD:防ぎ得た災害関連死)の阻止に努める。

※①自施設の理念、②地域の地理的特性、③地域の災害経験が入ると、より良いものになる

 テンプレートシート 組織方針・体制(Step1)

2) BCP 策定の基本方針

「基本方針」とは、先に挙げた「目的」を実現するための基本的な姿勢や考え方を示すものである。つまり、どういう考え方や方向性で「目的」を実現するのかを「基本方針」によって明確にする。さらに、この「基本方針」に沿って、業務継続戦略を打ち出し、そして、この戦略に則った戦術や戦法を練っていく。これが BCP 策定のプロセスの柱となる。つまり、この Step1 で設定する「目的」や「基本方針」は、BCP の原点となる。

以下に「基本方針」の例を挙げる。医師をはじめ診療所スタッフは、医療者である前に一人の人間として大切な存在であること、一方で、医療者は地域の重要な公益性のある資源であることから、まずは、医師をはじめスタッフ自身の安全を守ることが最も重要だ。診療所の BCP の基本方針として、医師含めスタッフのいのちと安全の確保を最優先としていただきたい。

例) 昨今、自然災害や医療機関をターゲットにした事件が頻繁に発生している。地震・台風など自然災害や感染症、さらには人災からの被害を最小限に抑え、患者や地域住民の期待に応じて医療提供体制を存続することは重要なことである。そのためには普段から十分な“備え”をし、どのような災害が発生しても迅速に適切な対応がとれることを目指す。

- 1) 職員のいのちと安全を最優先にする
- 2) 患者のいのちと生活を守る医療提供を途切れさせない
- 3) 地域住民の助けとなる
- 4) 職員の権利と意思を尊重する

 テンプレートシート 組織方針・体制(Step1)

2. BCP の策定・管理のための体制づくり

Step1の2つ目のタスクは、体制づくりである。BCPの策定や見直し、計画の進捗管理等を行う体制を整えておく(表3)。またBCPの発動に関しては、あらかじめ発動者および代行者を決めておくことが望ましい。危機はいつ来るか分からない。平時から、代行を含めてシミュレーションや訓練をしておきたい。

なお、BCPには経営的なことも含まれ、基本的にはトップダウンで検討、運用される。しかし、事業所全体にBCPを定着させ、実効性の高いものにするためには、すべてのスタッフがBCPの内容を十分に理解し、その重要性を理解する必要がある。BCPは「作って終わり」ではない。当該機関の文化として根付かせ、改善しながら育てていくことが肝要である。以下は例示であり、自機関の方針・体制を鑑み、あり方や役割を検討する。

表3: BCP策定・管理体制(代行含む)

災害対策本部長	(例) 院長	〇〇 〇〇〇
有時における BCPの発動者	(例) 院長 (院長不在の場合:事務長が代行)	〇〇 〇〇〇
BCPリーダー	(例) 事務長	〇〇 〇〇〇

 [テンプレートシート 組織方針・体制\(Step1 \)](#)

Step1 のまとめ

Step1における大事なポイントを振り返ると、1)BCP策定の目的および基本方針を明確化すること、2)BCP策定・管理体制を作ることの2点である。BCPの礎をこのStep1で固めることが重要である。

BCP策定の目的、そしてこの目的を実現するための基本方針を軸に、今後のStepで、業務継続にあたっての戦略を検討し、その戦略の運用に必要な手段(戦術)や具体的な対応(戦法)を検討し、さらに平時からの備えを明確にすること、これがBCP策定の大まかなプロセスである。つまり、BCPは、有事だけを切り取って考えるものではなく、実は自院の「理念」に基づく平時の業務のあり方と連動するものなのである。



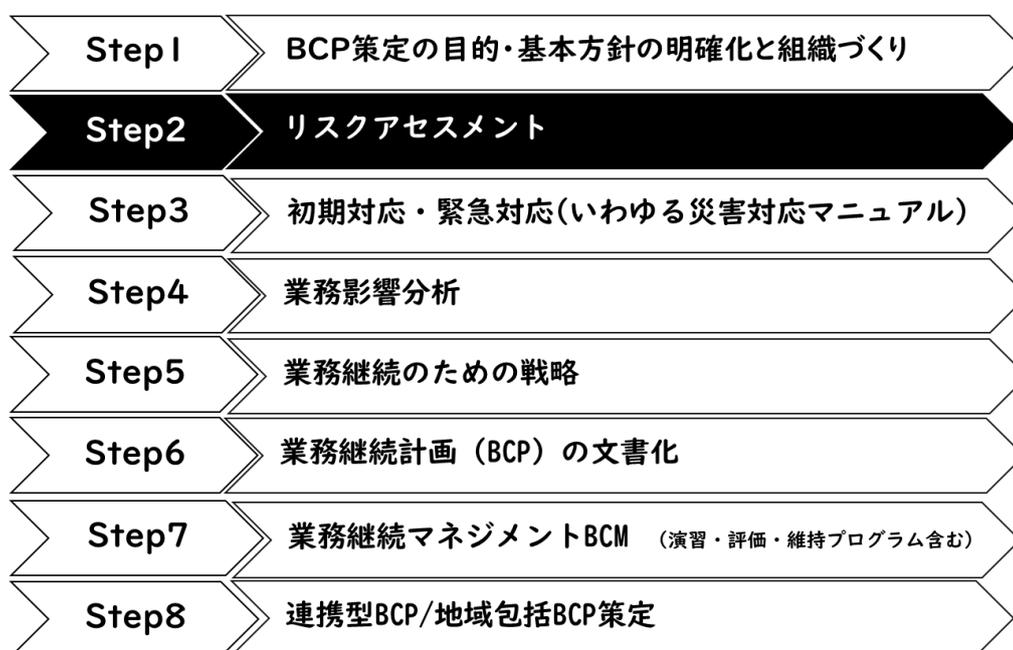
Step2 リスクアセスメント

～リスクを抽出し、平時からの備えを検討する～

遭遇する可能性のある“リスク”が起きる頻度と、それによる影響を明確にした上で、これらに対する備えを検討する。

Step2 におけるタスク

1. リスクの抽出とその頻度と影響の評価
2. 組織(事業所)の状況把握
3. リスクシナリオの作成
4. リスク値の算出
5. リスク対応計画書の作成



1. 組織に対するリスクの抽出と頻度・影響の評価

1) リスクの洗い出し

私たちはたくさんのリスクを抱えながら、生活している。自然災害のみならず、事故であったり、人災もあり得る。組織（診療所）全体に生じうる、あらゆるリスク（例：自然災害、事故、人災）を抽出する（表4）。

その際、自治体が発表しているハザードマップ、これまでの地域の災害史などもよく分析することが重要である。

表4：想定されるリスク

自然災害（天災）	地震 台風 水害 噴火 土砂崩れ 積雪 感染症
技術的リスク（事故）	停電 上水道停止 下水道機能不全 火災 ガス供給停止 PCシャットダウン 火災
人為的リスク（人災）	多数傷病者事故 サイバーテロ ヒューマンエラー 交通事故 事件

📄テンプレートシート 想定されるリスク(Step2)

2) 洗い出されたリスクの頻度と影響を評価する

1)で抽出されたリスクが起きる頻度（確率）とそれによる影響を明確にする。具体的には、縦軸を人命または業務継続に対する影響、横軸を頻度とするマトリックス表（図8）を活用して、評価する。

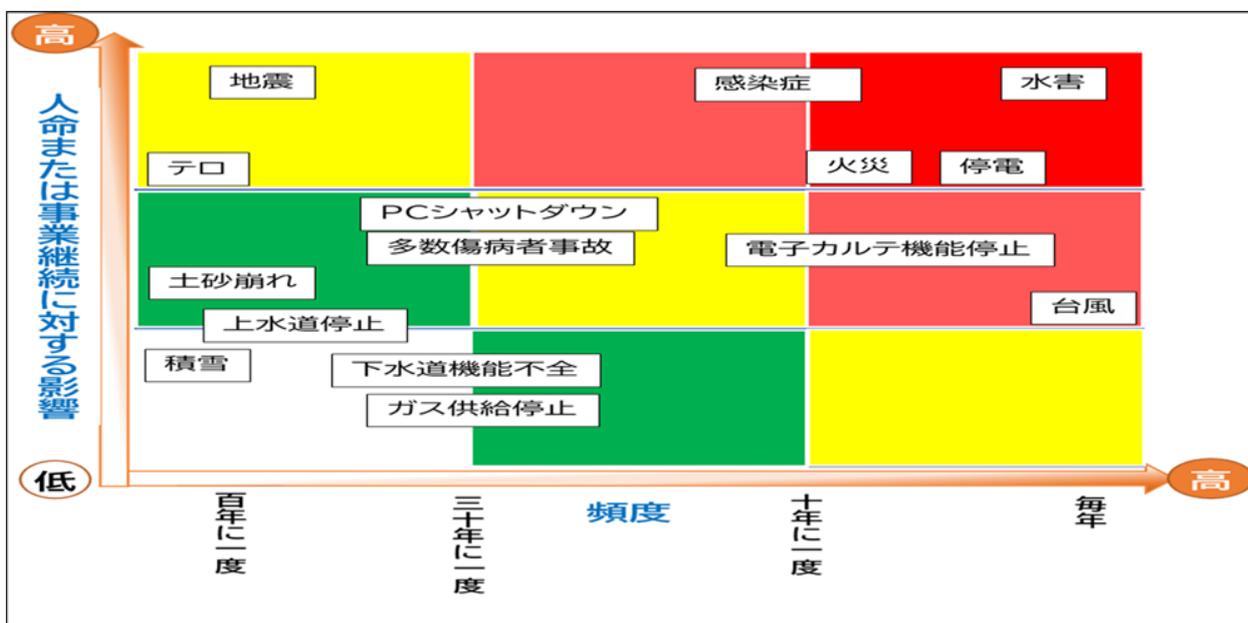


図8：リスクの頻度と影響

📄テンプレートシート リスクの頻度と影響(Step2)

このマトリックス表から、発生の確率が非常に高く、かつそれが起きた時の影響が非常に大きい右上の赤い部分を確率が高いとして、優先的に対策を打つ目安とする。また評価の結果は、要約し明文化する(表5)。

表5: サマリーの例

リスク評価結果

- ◆当機関においては、水害、火災、停電、感染症への日常的な備えが必要である。
- ◆特に、当地の地理的条件から、水害(〇〇川・〇〇氾濫による浸水)については、治水工事が完了する3年後までは体制強化を要する。
- ◆さらに、頻度は低いに影響が大きいものとして、地震(南海トラフ巨大地震等)があり、長期的な視点での備えが必要である。

 テンプレートシート リスクアセスメントサマリー(Step2)



2. 組織(事業所)の状況把握

リスクアセスメントの大前提として、組織の設備や人材の状況を把握することからスタートする。

1) 組織(事業所)の建物、ライフライン等の把握

自機関の建物、備蓄などの防災対策や状況について把握する。以下のチェックリスト項目は、あくまで例だが、このように網羅的に自機関の有事への準備状況を把握する。

表 6: 組織の状況把握チェックリスト(例)

<input type="checkbox"/>	想定される被害を把握している
<input type="checkbox"/>	災害時情報を得る手段を把握している
<input type="checkbox"/>	消火器や火災探知機、スプリンクラーなど二次被害を防ぐ対策をしている
<input type="checkbox"/>	従業員を救出するための道具を用意している
<input type="checkbox"/>	食料を社内などに備蓄している(最低3日分)
<input type="checkbox"/>	定期的に備蓄品を確認している
<input type="checkbox"/>	医薬品を社内などに備蓄している
<input type="checkbox"/>	簡易トイレを用意している
<input type="checkbox"/>	毛布やマスクなどを用意している
<input type="checkbox"/>	ハザードマップにより、自機関の各リスク(地震・水害など)に関する被害想定を把握している
<input type="checkbox"/>	建物の耐震について把握している
<input type="checkbox"/>	建物内の危険個所を把握している
<input type="checkbox"/>	落下防止対策をしている
<input type="checkbox"/>	建物や設備の点検を定期的に行っている
<input type="checkbox"/>	避難経路を確保し、定期的に防災訓練を行っている
<input type="checkbox"/>	地域と連携を取っている(日中のみならず、夜間、緊急時の連絡先の把握)
<input type="checkbox"/>	各リスク(地震・水害・感染症など)発生時の行動について全従業員で情報を共有している
<input type="checkbox"/>	衛星通信など災害発生時の通信手段を複数確保している
<input type="checkbox"/>	携帯電話などを充電できる非常用のバッテリーを準備している
<input type="checkbox"/>	復旧に必要な資材や機材を把握している
<input type="checkbox"/>	データの管理方法が決まっている
<input type="checkbox"/>	重要なデータや管理・運営しているウェブサイトの復旧手段を把握している
<input type="checkbox"/>	被災時に備えて保険や銀行の災害時融資を予約したり、自治体の災害時ローンを検討している

 **テンプレートシート 組織の状況把握(Step2)**

2) 組織の人的資源の把握

スタッフの職種や自宅と職場の距離、徒歩での職場までの所要時間等について、さらに、出勤が困難になる同居家族がいるかどうかなどを職員へのアンケートや面談で把握し、表 7 のようにまとめておく。これにより、有事の際の職員の出勤の困難度や出勤可能人数を想定することができる。

表 7: 有事の際の出勤可否表

名前	職種	自宅住所	自宅と職場の距離	徒歩時間	出勤に影響する同居家族の有無	大規模災害時における出勤の可否
〇〇〇〇	医師	●●●●●●	2 Km	30分		○
△△△△	医師	●●●●●●	5 Km	1.5時間	育児中 (2歳・4歳児)	△
△〇△〇	看護師	●●●●●●	1 Km	20分		○
〇△△〇〇	看護師	●●●●●●	1 Km	20分	介護中 (要介護4)	×
△△△△	事務	●●●●●●	2 Km	40分		○
〇〇〇〇	事務	●●●●●●	5 Km	1.5時間		○

 **テンプレートシート 有事出勤可否表(Step2)**

3. リスクシナリオの作成

1) 事象ごとのリスクシナリオをつくる

- 1-2) のリスク評価で洗い出された各リスク(事象)について、自機関に起きうることの想定(リスクシナリオ)を作成する(表8)。その際、2-1)、2)の組織の状況等についても参照する。
- シナリオは、リスク(事象)ごとに、「ヒト」「設備・モノ」「カネ」「ライフライン」「環境」「情報」をベースに作成する。

表8: リスクシナリオの例(一部)

		地震	水害	火災	感染症	停電
ヒト	スタッフ	スタッフの安否確認が迅速にできない	スタッフの安否確認が迅速にできない	スタッフの安否確認が迅速にできない		スタッフの安否確認が迅速にできない
		交通網が断絶し、スタッフが参集/訪問できない	交通網が断絶し、スタッフが参集/訪問できない			
		スタッフが被災して出勤できない	スタッフが被災して出勤できない		スタッフが感染して出勤できない	
		訪問先で被災する	訪問先で被災する		訪問先で被災する	
		発災直後の患者の安否確認のために人手が必要になる	発災直後の患者の安否確認のために人手が必要になる			
						足元が見えず転倒する可能性がある
		スタッフが帰宅困難になる	スタッフが帰宅困難になる		スタッフが帰宅できない	
モノ	移動	車両等の破損等で、移動手段が確保できず、訪問できない	車両等の破損等で、移動手段が確保できず、訪問できない	車両等の破損等で、移動手段が確保できず、訪問できない		
	資器材	衛生資器材の不足	衛生資器材の不足	衛生資器材の不足	特に感染防護に関する資材の不足	
	建物	診療の場所が確保できない	診療の場所が確保できない	診療の場所が確保できない		
棚からモノが落下 什器等の倒壊		モノが流される モノが水没する	モノが燃える			
カネ	支出増	復旧・復興費が必要になる	復旧・復興費が必要になる	復旧・復興費が必要になる	休業の際の運転資金確保が必要	
	収入減	患者が減る 訪問回数が減る	患者が減る 訪問回数が減る		患者が減る 訪問回数が減る	
	スタッフへの保障の危機	・スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	・スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	・スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	・スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	
	ライフライン	電気	電力停止により、以下が使用できない ・検査機器 ・電子カルテ・照明	電力停止により、以下が使用できない ・検査機器 ・電子カルテ・照明	電力停止により、以下が使用できない ・検査機器 ・電子カルテ・照明	
水道 上下		断水発生 下水の支障 トイレが使えない 手洗いができない	断水発生 下水の支障 トイレが使えない 手洗いができない	断水発生 下水の支障 トイレが使えない 手洗いができない		
ガス		ガス供給停止	ガス供給停止	ガス供給停止		ガス供給停止
情報	通信	電話・FAXが不通	電話・FAXが不通	電話・FAXが不通		電話・FAXが不通
	カルテ	・電子カルテ(記録、計画・報告、請求システム)が使えない ・紙カルテが埋もれてしまう	・電子カルテ(記録、計画・報告、請求システム)が使えない ・紙カルテが流されてしまう	・電子カルテ(記録、計画・報告、請求システム)が使えない ・紙カルテが燃える		・電子カルテ(記録、計画・報告、請求システム)が使えない

📄 テンプレートシート リスクシナリオ表(Step2)

4. リスク値の算出

3で抽出されたシナリオについて、以下の2つを指標として評価し、乗算し**リスク値**を算出する。

◆ **影響度**：シナリオが起こった時の影響の大きさ

- 1：あまり/ほとんど影響がない
- 2：影響はあるが、事業中断には至らない
- 3：影響は極めて深刻

脆弱性スコアと影響度の両者を乗算して、リスクの大きさを求める

$$\text{影響度} \times \text{脆弱性} = \text{リスク値}$$

脆弱性スコアと影響度の

◆ **脆弱性**：シナリオについてその対策が取られているかどうかのレベル

- 1：十分な対策が取られており、定期的に点検している
- 2：対策は取られているが、たまにしか点検していない
- 3：対策は取られているが、まったく点検していない
- 4：まったく/ほとんど対策が取られていない/分からない

		地震	水害	火災	感染症	停電	影響度	脆弱性	リスク値
ユレ	スタッフ	スタッフの安否確認が迅速にできない	スタッフの安否確認が迅速にできない	スタッフの安否確認が迅速にできない		スタッフの安否確認が迅速にできない	3	3	9
		交通網が断絶し、スタッフが参集/訪問できない	交通網が断絶し、スタッフが参集/訪問できない				3	4	12
		スタッフが被災して出勤できない	スタッフが被災して出勤できない		スタッフが感染して出勤できない		3	4	12
		訪問先で被災する	訪問先で被災する		訪問先で被災する		3	4	12
		発災直後の利用者の安否確認のために人手が必要になる	発災直後の利用者の安否確認のために人手が必要になる				3	3	9
		スタッフが帰宅困難になる	スタッフが帰宅困難になる		スタッフが帰宅できない		3	3	9

（テンプレートシート リスクシナリオ表（Step2））

5. リスク対応計画書の作成

リスクアセスメントの結果、リスク値が9点以上だったものに関し、不備な点に対する対策、費用対効果のある具体的な【緊急対策（発災時）】と【事前対策】を検討する。またこれらの対策に関し、策を講じる期限と担当者を決定する（表9）。

表9：リスク対応計画

対応計画書	【ヒト】	リスク：地震・水害・火災
リスクシナリオ		スタッフの安否確認が迅速にできない
現状の課題と対応		全スタッフがスマホを携帯し、組織として緊急連絡先を把握しているが、訪問診療の特性から、スタッフは地域に散在。連絡が取れなくなる可能性は高い。
影響度×脆弱性＝リスク値		3 × 3 = 9
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策		・複数の安否確認手段の取り決め（SNS、災害伝言板、Google フォームなどの活用）
-期限（いつまでに？）		〇〇年3月末日まで
-担当者（誰が？）		〇〇

対応計画書 【ヒト】		リスク:地震・水害
リスクシナリオ	交通網が断絶し、スタッフが参集できない	
現状の課題と対応	現状、有時のスタッフの出勤の可否について詳細な把握はしていない	
影響度×脆弱性=リスク値	3 × 4 = 12	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・法人内の他部署職員に支援を要請する	
	【事前対策】 ・スタッフの住居をマッピングしておき、公共交通機関等、有事の対策に資するデータを揃えておく ・レンタカー、カーシェアリングなどの契約・提携 ・甚大な災害の場合(復旧復興までに期間が必要となる場合)に備えて、スタッフの自宅近くの医療機関と協定を結び、有事もそのスタッフが医療・ケア提供に従事できるような仕組みづくりに着手する ・法人内の他部署職員に支援を得るために、平時からの業務内容の整理と、業務手順書の統一を図る ・法人内の他部署職員に支援を要請する	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年3月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	
対応計画書 【ヒト】		リスク:地震・水害・火災・感染症
リスクシナリオ	スタッフが被災・感染して出勤できない	
現状の課題と対応	特に対策なし しかし、職場内、自宅における双方の対策を要する	
影響度×脆弱性=リスク値	3 × 4 = 12	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・勤務者数に応じた組織の臨機応変な人員配置と、そのために業務の切り分けを行う	
	【事前対策】 ・業務縮小のスキームを作成する(勤務表含め) ・事業所内の防災対策の徹底 ・スタッフの自宅での防災対策の徹底 ・院内、自宅での感染予防の徹底とともに、院内感染を防ぐために、症状があれば必ず休むことを徹底。そのために公休等の柔軟な運用 ・プライベートな事情も鑑み、各スタッフに有事の際の勤務の方法や継続するための策について、相談の機会を設ける。	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年5月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	



📄 テンプレートシート リスク対応計画書(Step2)

対応計画書 【ヒト】		リスク:地震・水害
リスクシナリオ	スタッフが訪問先で被災する	
現状の課題と対応	スタッフが訪問先で被災する可能性は高い。その際、迅速に適切な対応を取り、スタッフ自身、そして患者・家族の安全確保に努められるよう、平時から研修、取り決めをしておく必要がある	
影響度×脆弱性=リスク値	3 × 4 = 12	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・まずは、スタッフの安全を確保 ・安否確認 ・患者・家族への説明と安全確保	
	【事前対策】 ・スタッフの安全を確保するためのパンフの作成 ・複数の安否確認手段の取り決め(SNS、災害伝言板、Google フォームなどの活用) ・災害対応カードを作成(複数の安否確認の方法、スマホが使用できない際の対応、連絡先などを記載)し、スタッフは携帯する ・訓練・研修の実施	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年3月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	

対応計画書 【ヒト】		リスク:地震・水害
リスクシナリオ	スタッフが帰宅困難になる	
現状の課題と対応	リスク事象によっては、おおいに予測される事態であり、現状、対策していないが、早急に対応を検討すべき課題である	
脆弱性×影響度=リスク値	3 × 4 = 12	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・事業所内の生活用品の備蓄でしのぐ	
	【事前対策】 ・数日間、スタッフが事業所内で生活に困らないように必要品を備蓄しておく(食料・水・簡易トイレ、懐中電灯、毛布、保温シート、貯水タンクなど)	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年3月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	

対応計画書 【モノ】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	車両等の破損等で、移動手段が確保できず、訪問できない	
現状の課題と対応	移動手段は、重要な経営資源の1つである。平時からの備えと緊急対応に関し、早急に対策する必要がある	
脆弱性×影響度=リスク値	3 × 4 = 12	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・公共交通機関の活用 ・レンタカー、カーシェアリング、レンタサイクルの活用 ・長期化する場合、訪問頻度の検討、その患者宅の近隣の診療所へ訪問を依頼	
	【事前対策】 ・患者ごとの公共交通機関のルート及び時刻表のチェック ・各患者の訪問頻度に関する検討 ・レンタカー、カーシェアリング、レンタサイクル事業所との提携 ・近隣の診療所との連携協定の提携	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年4月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	

 テンプレートシート リスク対応計画書(Step2)

対応計画書 【モノ】		リスク:地震・水害・火災・感染症
リスクシナリオ	衛生資器材の不足	
現状の課題と対応	衛生資器材に関する予備・備蓄は重要であるが、現状対策していない	
脆弱性×影響度=リスク値	3 × 4 = 12	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・事業所の備蓄で対応する。 ・複数ルートからの調達を試みる ・自治体・医師会と衛生資器材調達の連携をする	
	【事前対策】 ・リスク事象ごとに必要となる医療資材の種類が異なることから、何がどれくらい必要になる可能性があるかをまずは整理する ・在庫リストを作成し、平時の医療資材について集計する。また季節性はあるかななどの検討も行う。 ・サプライチェーンとの連携を強化し、有事の際の複数の入手ルート確保する ・周辺医療機関および自治体、医師会などとの有事の衛生資器材に関する調達に関するアライアンスを組んでおき、非常時に相互に融通しあう計画を立てておく。保健所とも非常時の対応につき話し合い計画を立てておく ・感染症流行期の PPE 不足に備えるため、PPE 装着の適応を明確にし、適切な装着法の e-learning 教材を作成する ・N95 マスクの個人管理のルールと適応基準を決めておく	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年6月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	

対応計画書 【モノ】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	診療所の建物が使えない(外来診療の継続が困難・訪問診療の拠点の喪失)	
現状の課題と対応	現状は対策なし	
脆弱性×影響度=リスク値	3 × 3 = 9	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・外来診療は中断する ・訪問は直行直帰とする ・訪問記録は、有事用記録ファイルに記載しクラウド管理 ・平時に準備していた持ち出し物資を安全な場所に管理	
	【事前対策】 ・災害時に最優先して持ち出さなければならない金品、文書を定め、災害時に速やかに搬出できるよう特定の場所に整理、保管 ・データ管理:クラウドサーバーに保管されているデータは、定期的にデータのバックアップが行われているか確認する ・自機関の診療場所が確保できなくなった場合、外来患者の診療をどうするかを近隣の医療機関と協議の場を設ける	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年3月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	

対応計画書 【カネ】		リスク:地震・水害・火災・感染症
リスクシナリオ	復旧・復興費・事業運転資金を準備する必要がある	
現状の課題と対応	保険に入っているが、水害や感染症に関しては、含まれていないことが多い。確認を要する。	
脆弱性×影響度=リスク値	3 × 4 = 12	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・準備していた各種対策を講じる	
	【事前対策】 ・保険の見直し ・公的な助成金等の情報も集め、発災時早急な手続きの手順を決めておく ・1ヶ月業務中断した際のキャッシュフローを把握し、その額を確保 ・被災による患者減の場合の対応策の立案 ・被災後の新規患者のための取り組みに関する方策を検討	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年3月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	

対応計画書 【カネ】		リスク:地震・水害・火災・感染症
リスクシナリオ	給与が満額払えない	
	スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	
現状の課題と対応	特に対策なし	
脆弱性×影響度=リスク値	3 × 4 = 12	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	<p>【緊急対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被災したスタッフへの支援 ・近隣機関での就労支援 <p>【事前対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被災したスタッフへの支援について検討する ・診療所稼働/収入、被害想定等から、いくつかのパターンでスタッフへの給与への影響を想定しておく必要がある ・事業運営資金の確保に関して、見直す ・有事の際の融資制度、助成金、補助金の方法収取 ・避難所への訪問診療、救護所に関するルール等について行政と協議 ・近隣の医療機関と、業務中断した際の相互支援(スタッフの就労の確保と給与の担保を含む)について協定を締結 (近隣の医療機関同士で、スタッフを一時的に預かり、また再開した際にはスタッフを戻すといったような互助システムも提案していく必要がある) 	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年12月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	

対応計画書 【情報】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	通信機器が使えない	
現状の課題と対応	訪問診療の特性上、スタッフが散在している状況にあるため、通信手段については、複数の代替案を準備し、実際にスタッフが活用できることを確認しておく必要がある。	
脆弱性×影響度=リスク値	3 × 4 = 12	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	<p>【緊急対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・使用可能な通信手段で、スタッフ及び患者・家族の安否確認を行う <p>【事前対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複数の通信手段(SNS、災害伝言板、Google フォームなどの活用)を確保し、スタッフが実際に活用できるようにしておく ・データ管理:サーバーに保管されているデータは、定期的にデータのバックアップが行われているか確認する ・訓練・研修の実施 	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年3月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	

📄テンプレートシート リスク対応計画書(Step2)



対応計画書 【情報】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	電子カルテ(記録、計画・報告、請求システム)が使えない	
現状の課題と対応	現状、特に対策できていない。しかし、診療所が1階にあり、水害によるIT機器被害のリスクは非常に高い。	
脆弱性×影響度=リスク値	3 × 3 = 9	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・手書き記録用紙や記録ファイルで、日々の記録をしっかりとる ・状況に応じて、ICT、紙媒体を上手く活用しながら対応する ・実施したことは、必ず記録に残しておく	
	【事前対策】 ・電子カルテシステムが稼働しない時のために、手書き記録用紙や記録ファイルなどを準備し、その運用方法の明確化と周知を図る ・情報の種類により、保存形態について、よく検討する ・情報システムが復旧した際、紙記録や記録ファイルの情報をどのように電子カルテ上に取り込むかを検討する ・データ管理:サーバーに保管されているデータは、定期的にデータのバックアップが行われているか確認する ・年に一度は上記に関し、訓練として実際にやってみる ・RPO を意識したデータのバックアップ体制を構築しておく	
-期限 (いつまでに?)	〇〇年12月末日まで	
-担当者 (誰が?)	〇〇	

📄 **テンプレートシート リスク対応計画書(Step2)**

リスク対応計画

平時からの備えは、費用対効果もよく検討する必要がある。以下の資料なども参考に実現可能な計画を立案する。

中小企業庁 中小企業 BCP 策定運用指針 事前対策メニュー: https://www.chusho.meti.go.jp/bcp/download/bcppdf/bcpguide_06.pdf

Step2のまとめ

Step2 は、遭遇する可能性のある“リスク”が起きる頻度と、それによる影響を明確にした上で、平時からの備えを検討するプロセスである。

具体的な流れとしては、1) まず遭遇する可能性のあるリスクの抽出とその頻度と影響の評価を行い、2) 自施設の設備や人的資源、現状の対策を把握した上で、3) 頻度が高く、影響の大きいリスクについて、リスクシナリオを作成、4) 各シナリオのリスク値を算出し、5) 9 点以上のシナリオについて、リスク対応計画書(有事対応と事前の備え)の作成を行う。つまり、抽出されたリスクに対して、特に自機関の設備や人的資源をどう機能させるのか、対応するのかや平時の備えを具体的に検討する。

そして、この Step2で抽出した頻度が高くや影響の大きいリスクについて、またリスクシナリオ作成やリスク対応計画書作成のプロセスで検討したことと併せながら、次の Step3で、そのリスクが生じた時のスタッフおよび組織としての初期対応・緊急対応を検討する。



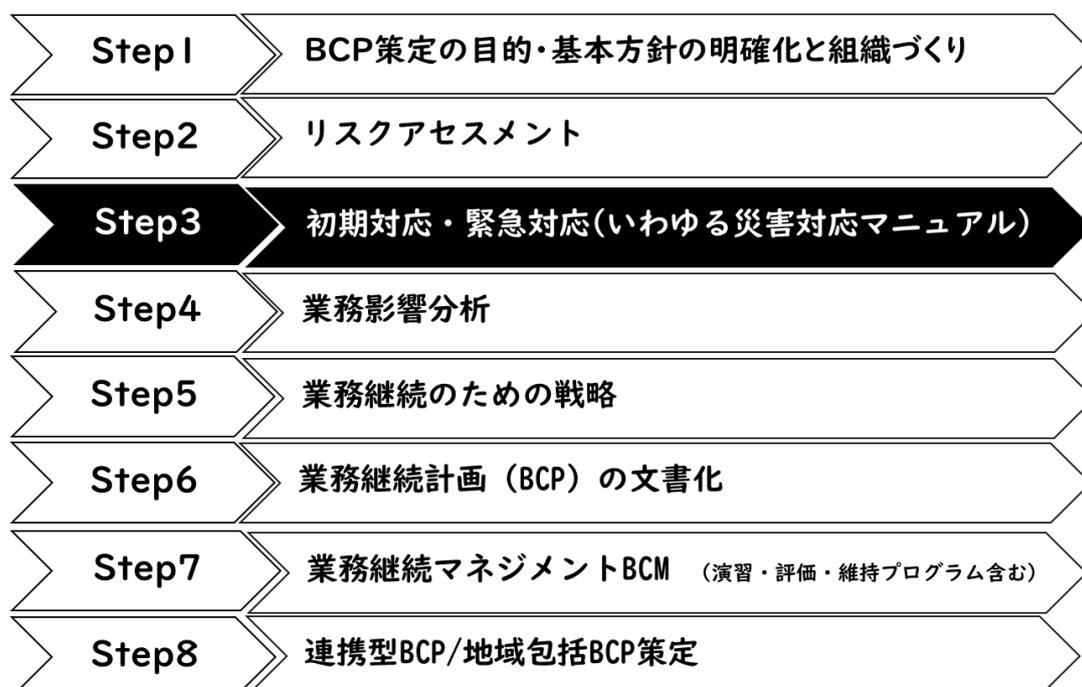
Step3 組織の緊急対応・初期対応（いわゆる災害対応マニュアル）

～リスクごとの緊急・初期対応としてアクションカード・マネジメントシートを作成する～

Step3では、危機的事象が起きた際の組織の緊急対応・初期対応のマネジメントについて考えていく。これは、インシデントマネジメントとも呼ばれる。いわゆる災害対応マニュアルがここで使用されるツールのひとつに該当する。

Step3におけるタスク

1. リスクごとのアクションカードまたはマネジメントシートの作成
2. インシデントマネジメントの内容及び手順の検討



改めて、BCPと災害対応マニュアルの違い

Step3は、いわゆる災害対応マニュアルを作成することになる。まず、改めて災害対応マニュアルとBCPの違いを整理しておく。

災害対応マニュアルは、「地震」や「水害」、「感染症」などの事象ごとの緊急対応・初期対応をマニュアル化したものである。「発災後、直ちにどう対応するかを示した手引き」ということもできる。「地震」「水害」「感染症」などの発生する事象によって、発災直後に求められる対応の中身はまったく異なる。したがって、個別事象ごとにマニュアル化しておく必要がある。

一方、BCPは、「何らかの事象の発生によって結果として生じる被害」を最小限にとどめ、業務の継続や早期復旧を図るための方策を整理したものである。業務が中断しても代替手段を使って、いかに早急に診療提供を継続・復旧するかという点に検討の力点が置かれている。したがって、個別事象ごとに中身が変わるということはない（オールハザード）。

具体的には、発災後、まずは該当する災害対応マニュアルに沿って対応を行う。その初期対応の間に、BCPの発動の必要性を判断する、という流れだ(図3)。

例えば、「地震が起こったとき、誰に連絡し、どのような行動をとるか」「市内で流行する感染症にスタッフが罹患したとき、まずは誰に報告するか」。こうしたことは、各種の災害対応マニュアルに書かれる。

一方で、「地震で多くのスタッフが被災者となり、診療提供が難しくなった」「感染症に多くのスタッフが罹患して、診療提供が難しくなった」。これらは発生した事象こそ異なるが、「診療提供が難しくなった」という結果としての被害状況であり、いずれにおいても診療機能の継続が危ぶまれる状況である。このような状況下での継続・復旧策を整理したものはBCPとして記載される。

災害対応マニュアルとBCPは、上記のような違いがある。災害対応マニュアルは、広義ではBCPの一部と言えるものだが、狭義には「BCPを発動する前の対応」と理解しておくといよい。

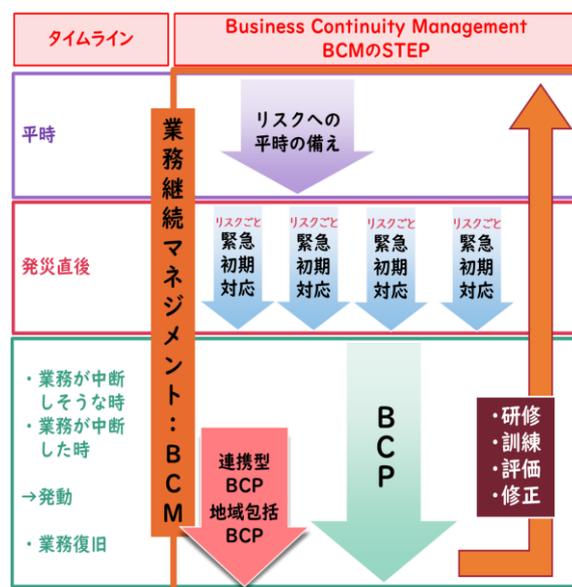


図3(再掲)：Business Continuity Management の概念図
出典)山岸・池上、いのちと暮らしを守るBCP、inpress

1. 災害対応マニュアルの作成

「地震」「台風」「水害」「土砂崩れ」「感染症」「火災」など、想定されるリスク(事象)は数多くある。そして、それぞれの特徴がある。そのため、「発災後、直ちに何をすればいいか」は、そのリスクごとに検討し、作成していく必要がある。

他機関、自治体、専門職団体からマニュアルやフォーマットが公開されている場合もある。自組織の各種災害マニュアルを作成していくにあたっては、それらを参考にするとよい。その際には、Step2で行った自機関のリスクアセスメントの結果をもとに、人命や業務継続に影響の大きいリスクに関して対応マニュアルを作成していくことを推奨したい。

なお、「災害対応マニュアルはすでに何種類か、作っていますよ!」という診療所も多いと思う。筆者が知る範囲でも、「地震」「水害」「火災」「感染症」などのリスクに対する対応マニュアルを作成済みの診療所は多い。しかし、それは、災害時に本当に使えるものになっているだろうか。

筆者がこれまで見てきた医療機関の地震災害対応マニュアルは、100ページを軽く超えるものも少なくなかった。経験していない災害について、想定し得るだけの状況を記載すれば、あっという間に分厚くなってしまふ。

しかし、実際、大地震の直後に、この100ページ超えの冊子を開く余裕があるだろうか? パニックの中、どこを見たらよいかはすぐに分かるだろうか?

参照しながら行動するには、分厚い冊子は不向きである。マニュアルは、発災後の「そのとき」に使える工夫が必要だ。その方法として以下のことを提案したい。

◆アクションカード

予兆なく突発的に起こり、一瞬にして被災状況下に置かれるリスク(地震や火災など)に関しては、災害対応マニュアルをもとにした「アクションカード」の作成をお勧めしたい(図9, 10)。

アクションカードとは、A4サイズ1枚くらいの紙に、災害発生直後に最低限必要となる行動を、簡単かつ具体的に示したものである。災害対応マニュアルのエッセンスが、アクションカードだと考えればよいだろう。「今日入社した職員でも、これを見ればすぐ行動できる」くらいのイメージで作成したい。

アクションカードは、診療所においてもすぐに参照できるようにしておくと同時に、訪問先でも活用できるよう、各スタッフの訪問バッグに入れ携帯することを推奨する。

◆地震・津波

図9は、地震(津波)のアクションカードの例を示した。訪問診療の場合、訪問先、移動中、診療所滞在中(外来中)など、「どこで被災するか」によっても対応が異なる。したがって、被災時の居場所別にそれぞれの対応を記載する形式となっている。

地震・津波対応マニュアルのひな形をテンプレートに掲載している。多くの機関で共通であろう最低限の内容を記載しているので、これから作成する診療所はこれを参考にされたい。

◆火災

図10は、火災が生じた際のアクションカードとなる。火元が異なると初期消火の方法が違うので、その方法なども記載している。



図 9：地震：アクションカードの例（訪問診療・看護）

地震・(津波)			発災直後 アクションカード		
管理者・主任の指示があるまで、あなたがリーダーです まずは落ち着いて、自身の安全確保をしましょう					
◆◆◆デフォルトルール◆◆◆ 自らの安全確保が最優先 アクションカードに沿って対応後はステーション(または代替拠点)に帰所					
災害モード「ON」:緊急地震速報の発報、大きな地震を感じた場合に発動					
訪問先	移動中	事務所			
<input type="checkbox"/> 自身の安全確保	<input type="checkbox"/> 自身の安全確保	<input type="checkbox"/> 自身の安全確保			
<input type="checkbox"/> 利用者および同居家族の安全確保	<input type="checkbox"/> 車を安全な場所に停車 (津波の可能性あり▶高台に避難)	<input type="checkbox"/> 避難出口の確保			
<input type="checkbox"/> 避難出口の確保	<input type="checkbox"/> スマホは「省電力モード」にして、バッテリー消費の軽減	<input type="checkbox"/> 津波被害の可能性があるときは、揺れが落ち着いたら直ちに上階、高台に避難			
<input type="checkbox"/> 電気を必要とする医療機器の バッテリーへの切り替えの確認	▶通信が繋がる場合	<input type="checkbox"/> 所長または代行者による本震・余震に備えて、代替拠点を開設するか(避難)の判断			
<input type="checkbox"/> 津波被害の可能性があるときは、揺れが落ち着いたら直ちに上階、高台に避難	<input type="checkbox"/> 自己の状況の報告	▶避難しない場合、二次災害の予防			
<input type="checkbox"/> 本震・余震に備え、利用者には避難所への移動、もしくは自宅避難を指示	<input type="checkbox"/> 次のアクションの指示に従う	<input type="checkbox"/> ガスの火を止める			
<input type="checkbox"/> 在宅避難の場合、二次災害の予防	▶通信が繋がらない場合	<input type="checkbox"/> 揺れがおさまったら、必ず「器具栓」・「ガス栓」・「メータガス栓」を閉める			
<input type="checkbox"/> ガスの火を止める	<input type="checkbox"/> 事務所または代替拠点へ移動	<input type="checkbox"/> 電気のブレーカーを落とす			
<input type="checkbox"/> 揺れがおさまったら、必ず「器具栓」・「ガス栓」・「メータガス栓」を閉める	▶道路の状況等で、事務所までに移動が難しい場合、避難所等、安全な場所に一時避難	<input type="checkbox"/> 懐中電灯などの明かりを確保			
<input type="checkbox"/> 電気のブレーカーを落とす	▶事務所への帰路にあるガソリンスタンドで給油可能であれば、給油しておく	<input type="checkbox"/> 電気のコンセントを抜く			
<input type="checkbox"/> 懐中電灯などの明かりを確保		▶代替拠点の開設(避難)の場合			
<input type="checkbox"/> 電気のコンセントを抜く		<input type="checkbox"/> スタッフへの周知			
<input type="checkbox"/> 夏であれば熱中症、冬であれば低体温症予防のための環境整備		<input type="checkbox"/> 行政や関係機関への周知			
<input type="checkbox"/> 電動ベッド・エアマットの調整		<input type="checkbox"/> スマホは「省電力モード」にして、バッテリー消費の軽減			
<input type="checkbox"/> スマホは「省電力モード」にして、バッテリー消費の軽減		<input type="checkbox"/> 行政や各種メディアからの情報の集約			
▶通信が繋がる場合		<input type="checkbox"/> 訪問スタッフの安否および状況の把握			
<input type="checkbox"/> 自己の状況の報告		<input type="checkbox"/> 所長または代行者による対応レベルの判断			
<input type="checkbox"/> 次のアクションの指示に従う		<input type="checkbox"/> スタッフの状況や被害のレベル等を鑑みつつ、地震対応マニュアルに沿って、スタッフに情報提供および対応指示			
▶通信が繋がらない場合					
<input type="checkbox"/> 二次災害への予防策を講じた上で、事務所または代替拠点へ移動					
▶道路の状況等で、事務所までに移動が難しい場合、避難所等、安全な場所に一時避難					
▶事務所への帰路にあるガソリンスタンドで給油可能であれば、給油しておく					

📄 テンプレートシート 初期対応アクションカード(Step3)

図 10: 火災アクションカードの例 (訪問診療・看護)

火災		発災直後 アクションカード	
管理者・主任の指示があるまで、あなたがリーダーです まずは落ち着いて、自身の安全確保を行いましょう			
◆◆◆デフォルトルール◆◆◆ 自らの安全確保が最優先			
出火に居合わせたら、「通報」「初期消火」「避難」の順に行動する			
通報	初期消火	避難	
<input type="checkbox"/> 自身の安全確保 <input type="checkbox"/> 「火事だ！」と大声で叫び、隣近所に知らせる <input type="checkbox"/> 声が出ない場合は、音の出る物を叩くなどして異変を知らせる <input type="checkbox"/> 近くの人に通報を頼む (小さな火でも119番に通報する)	<input type="checkbox"/> 火が横に広がっているうちなら消火は可能 <input type="checkbox"/> もし炎が天井に燃え移ったら、初期消火を中断し、すぐに避難	<input type="checkbox"/> 避難するときは、燃えている部屋の窓やドアを閉めて空気を遮断 <input type="checkbox"/> 同居の家族、近隣のサポートを得ながら利用者の避難支援をする <input type="checkbox"/> 消防隊(プロ)に救出を依頼するために、自分が先に外に出ることも重要 <input type="checkbox"/> 利用者の服装などにこだわらず、できるだけ早く避難する <input type="checkbox"/> 煙の中を逃げるときは、できるだけ姿勢を低くする <input type="checkbox"/> いったん外に避難したら、再び中には戻らない <input type="checkbox"/> 逃げ遅れた人がいたら、消防隊にすぐ知らせる	
◆◆◆消火器の使い方◆◆◆			
<input type="checkbox"/> 安全ピンを上にも強く引き抜く <input type="checkbox"/> ホースのノズルを持ち、火元に向ける <input type="checkbox"/> レバーを強く握って噴射する	<input type="checkbox"/> 出入口を背後にして、避難路を確保する <input type="checkbox"/> 姿勢を低くし、煙を吸い込まないようにする <input type="checkbox"/> 炎ではなく、火元を掃くように左右にふる <input type="checkbox"/> ホースが強く振られるので、ノズルをしっかり握る <input type="checkbox"/> 消火器の薬剤は全て出し切る <input type="checkbox"/> 粉末消火剤の場合、必ず消火を確認する		
◆◆◆火元別の消火方法◆◆◆			
◆ コンロ	<input type="checkbox"/> 油なべの場合、水をかけのは厳禁。 <input type="checkbox"/> 粉末消火器 → なべの全面を覆うように噴射 <input type="checkbox"/> 強化液消火器 → なべのふちに向け噴射 <input type="checkbox"/> 消火器がない場合 → ぬらしたシーツやバスタオルを手前からかぶせ、空気を遮断		
◆ ストープ	<input type="checkbox"/> 消火器は直接火元に向けて噴射する <input type="checkbox"/> 石油ストーブの場合 → 粉末消火器を使う <input type="checkbox"/> 消火器がない場合 → 水にぬらした毛布などを手前からすべらせるようにかぶせ、空気を遮断		
◆ 電気器具	<input type="checkbox"/> コンセントかブレーカーを切り、粉末消火器で消火 <input type="checkbox"/> 泡消火器は、感電のおそれがあるので使用しない <input type="checkbox"/> いきなり水をかけると感電のおそれがある		
◆ カーテン・ふすま・障子	<input type="checkbox"/> カーテンなどは上に燃え広がる前の対処が重要 <input type="checkbox"/> 火がついたら、引きちぎってから消火 <input type="checkbox"/> ふすまや障子などはけり倒し、足で踏んで消した後、水をしっかりかけて消火		
◆◆◆一酸化炭素中毒を予防◆◆◆			
<input type="checkbox"/> ぬらしたタオルやハンカチなどで、口と鼻をおおう <input type="checkbox"/> できるだけ姿勢を低くする <input type="checkbox"/> 短い距離なら、息をとめて一気に走り抜ける <input type="checkbox"/> 視界が悪いときは、壁づたいに避難する			

📄 テンプレートシート 初期対応アクションカード(Step3)

◆風水害対応マニュアル:予兆から発災までのタイムラインで考える

リスクによっては、発災前に一定程度の事前情報が得られるものもある。例えば、風水害、土砂崩れ、高潮などは、気象情報や自治体が発出する警報などにより、リスク発生の予兆を捉えることができる。これらは発災までに時間があるため、安全な場所への避難誘導、浸水被害の拡大防止対応などの被害軽減策をとることも可能だ。このようなタイプのリスクは、準備できることがある。数日または数時間単位のマネジメントを要するため、あらかじめすべきことを整理し、災害対応マニュアルを作っていく。

◆風水害

風水害対応マニュアルの例を以下に示す。近年の水災害の激甚化、大規模化に伴って多くの方が犠牲になっていることから、住民が避難の判断をできるよう、「住民がとるべき行動」「住民に行動を促す情報」「住民が自ら行動を取る際の判断の参考となる情報」などを5段階で示すことになった(内閣府)。例示するマニュアルは、発信される住民の避難行動レベルにも連動する形で、指揮命令、組織としての対応、患者対応を示している。各状況下において、どう動くかが明確で、スタッフにも分かりやすい。

図 11: 風水害対応マニュアル

住民の 避難行動レベル	レベル					
	日頃からの備え	レベル1 早期注意情報	レベル2 大雨・洪水・高潮注意報	レベル3 高齢者等避難	レベル4 避難指示	レベル5 緊急安全確保
指揮命令の決定 組織体制	指揮命令:院長 (不在の場合は事務長) 情報・連絡班、救護班の選定	指揮命令:院長 (不在の場合は事務長) ・BCP発動の判断 ・情報・連絡班 風水害に関する情報の収集・ 発信、関係機関との連絡及び 情報収集	指揮命令:院長 (不在の場合は事務長) ・BCP発動の判断 ・代替拠点を活用するかの判断 ・情報・連絡班 風水害に関する情報の収集・発信、関係 機関との連絡及び情報収集	指揮命令:院長 (不在の場合は事務長) ・BCP発動の判断 ・情報・連絡班 風水害に関する情報の収集・ 発信、関係機関との連絡及び 情報収集	指揮命令:院長 (不在の場合は事務長) ・BCP発動の判断 ・情報・連絡班 風水害に関する情報の収集・ 発信、関係機関との連絡及び 情報収集	指揮命令:院長 (不在の場合は事務長)
組織としての対応	組織体制を組んでおく。 ○緊急連絡体制を組んでおく。 ○スタッフの通勤状況(経路・ 時間)一覧を作成しておく。 ○避難訓練等の計画を作成 しておく。 ○3日間、スタッフ3人が生存 可能な食料の備蓄を行ってお く。 ○患者の避難場所、避難経路 を確認 ○非常持ち出し品の点検を行 う ○過去に起きた水害や土砂災 害被害の有無を確認を行う	・気象情報の収集 ・勤務変更の検討、勤務者の 決定(当日はツーマンセル(2 人一組)での行動を想定) ・スタッフの家庭事情や家族 避難先の確認 ・車へのガソリン補給 ・事務所の床に電化製品など ものを置かない。(机などに上 げておく) ・自転車がおれない工夫 ・食料や水の確保 ・モバイルバッテリー、照明機 器などの準備 ・訪問するための安全なルート を把握 ・事務所が浸水可能性がある 場合は、土嚢などを積み、窓 ガラスの防御等 ・必要時、事務所の遠隔監視 カメラ設置	・ハザードマップ等により、患者宅・施設 等の災害リスク、指定緊急避難場所や避 難経路、避難のタイミング等を再確認 ・情報を確認しながら、可能な限り通常 通りの業務をおこなっていく ・電車が動かなくなる可能性のあるスタッ フなどは出勤・退勤を検討する	・実際に出勤が可能かを確認 する ・自宅から診療所、また訪問 先への経路の決定する ・業務に必要な衛生・医療資 材やスタッフの食事・水分・排 泄用品を準備 ・訪問は縮小し、有事体制をと る ・訪問が必要であれば、可能 であれば2人態勢を検討する	・スタッフも避難 ・原則は避難所だが、道路の 状況等で移動が困難な場合 には、現場にいる建物の上階 に避難 ・患者およびスタッフの避難先 や状況確認を行う ・通信が維持されている場合 は、電話等で医療の提供は続 ける	命を守る行動を優先
患者への対応	・安否確認優先度の把握 ・患者安否確認一覧の作成 ・各患者の避難経路・場所、 移動方法の確認 ・避難の際に持ち出すものの 確認・準備 (特に薬剤や衛生材料等)	・患者安否確認一覧の作成・ 見直し ・浸水区域の特定 ・安否確認方法の再確認 ・患者の訪問優先度決定	・安否確認優先度の把握 ・患者避難確認 ・患者の訪問優先度決定 ・患者の事前避難の調整(訪問予定調整 や、ショートステイや親類の家避難、備蓄 について) ・この先数日のスケジュールイメージの検 討	・訪問のキャンセルや振替を 調整 ・オンライン診療・電話診療に 変更可能な患者は変更	・避難区域にあたる患者の避 難状況の電話確認	
		・確実に被災が予測される場 合、特に移動が困難な患者・ 家族へは、この段階で避難を 喚起 ・避難が困難であれば訪問 し、避難を介助 (原則、訪問は車を使用して2 人で訪問する)	・患者・家族へ避難を喚起 ・避難が困難であれば訪問し、避難を介 助(原則、訪問は車を使用して2人で訪問 する)	・患者・家族へ避難を喚起 ・避難が困難であれば訪問 し、避難を介助(原則、訪問は 車を使用して2人で訪問する)	・患者・家族へ避難を喚起 ・避難が困難であれば訪問 し、避難を介助(原則、訪問は 車を使用して2人で訪問する)	

◆感染症対応マニュアル：状況により対応を3段階に

◆感染症

図12は、感染症対応マニュアルの例である。この感染症対応マニュアルでは、地域の感染状況を3段階に分け、状況に応じたマネジメント方針を定義、また具体的に、院内の感染対策、PPE、スタッフの役割分担、訪問の優先度、患者への感染対策指導、スタッフの健康管理、スタッフの勤務外行動制限について記している。感染状況が長期化する場合、自粛一辺倒の対応では、スタッフも疲弊してしまう。地域の感染状況に応じ、スタッフの勤務外行動制限などに緩急をつけることは、メンタルヘルスの面からも重要である。

図12： 感染症対応マニュアルの例

	予防期 地域での発生を認めていない状況	発生期 地域で発生しており、 患者への入院勧告が行われている状況	流行期 地域で流行しており、 患者への入院勧告が行われていない状況
時期の定義	・感染者の報告はあるが、いずれも流行状況は限定的であると 考えられる状況	・接触歴のない患者の報告が増加しており、自機関の患者やスタッフ までは及んでいないが、周囲では流行が始まっていると考えられ る状況。	・地域で感染拡大が進んでおり、確定患者に対する入院措置でき なくなっている状況 ・患者やスタッフ、家族にも日常的に感染などが起こっている
事業所の 感染対策	・手洗い、うがい、マスク、換気など標準予防策	・手洗い、うがい、マスクなど標準予防策 ・飛沫感染のリスクについては2点喚起を常に行う ・飛沫感染リスクにおいては会話時はマスクを必須 ・飛沫感染リスクが高い場合には集合を極力行わない。行 う場合も距離や換気をとって実施し、直行直帰を励行。 ・接触・飛沫感染リスクが高い場合は、作業スペースは可能なら、 2つにわけ、集団感染時にも半分が残るようにする ・空気感染リスクが高い場合には、出社・集合を行わない	・手洗い、うがい、マスクなど標準予防策 ・飛沫感染のリスクについては2点喚起を常に行う ・飛沫感染リスクにおいては会話時はマスクを必須 ・飛沫感染リスクが高い場合には集合を極力行わない。行 う場合も距離や換気をとって実施し、直行直帰を励行。 ・接触・飛沫感染リスクが高い場合は、作業スペースは可能なら2 つにわけ、集団感染時にも半分が残るようにする ・空気感染リスクが高い場合には、特に訪問スタッフは出 社・集合を行わない
PPE	・PPEなどの消耗品のローリングストックを十分に確認して行う。 突発的な消費があっても保てる数で運用する ・訪問時はスタンダードプリコーション ・患者がマスクをつけられない方はフェイスシールドもしくは ゴーグルを着用	・消耗品のローリングストックを十分に確認して行う。突発的な消費 があっても保てる数で運用する ・患者がマスクをつけられない方はフェイスシールドもしくは ゴーグルを着用 ・接触ケアがある場合はガウンを着用。 ・飛沫感染リスクは2点換気実施 ・接触感染リスクのある利用者は訪問を最終に回す ・接触感染リスクはシャワーも浴びる ・空気感染リスクのある利用者はN95を着用する	・消耗品のローリングストックを十分に確認して行う。突発的な消費 があっても保てる数で運用する ・患者がマスクをつけられない方はフェイスシールドもしくは ゴーグルを着用 ・接触ケアがある場合はガウンを着用。 ・飛沫感染リスクは2点換気実施 ・接触感染リスクのある利用者は訪問を最終に回す ・接触感染リスクはシャワーも浴びる ・空気感染リスクのある利用者はN95を着用する
スタッフの 役割分担	・陽性者・濃厚接触者に対応するスタッフについて話し合う。	・陽性者・濃厚接触者に対応するスタッフについて話し合う。 ・同居者や基礎疾患などの背景を鑑みて、対応者を考慮する	・陽性者・濃厚接触者に対応するスタッフについて話し合う。 ・特定の者に限らず全スタッフに対応することも視野にいれる
訪問の優先度	・感染リスク、また重症化リスクのある患者については診療の内容 次第で訪問の有無を関係者と検討する ・訪問診療の内容に関し引き算が可能であれば、できるだけ短 時間の接触とする。 ・感染症そのものへの治療が必要であれば、感染対策のもと実 施する	・感染リスク、また重症化リスクのある患者については診療の内容 次第で訪問の有無を関係者と検討する ・訪問診療の内容に関し引き算が可能であれば、できるだけ短 時間の接触とする。 ・感染症そのものへの治療が必要であれば、感染対策のもと実 施する	・感染リスク、また重症化リスクのある患者については診療の内容 次第で訪問の有無を関係者と検討する ・訪問診療の内容に関し引き算が可能であれば、できるだけ短 時間の接触とする。 ・感染症そのものへの治療が必要であれば、感染対策のもと実 施する
スタッフの 健康管理	・スタッフまたは同居者が体調不良時の報告、対応	・日常的な健康管理の方法、報告方法等 ・スタッフまたは同居者が体調不良時の報告、対応 ・就業制限 ・メンタルサポート ・感染者対応などは、特定の人物だけに偏らせず、期間を限定し 回す。終わりが見えないと疲弊する。	・日常的な健康管理の方法、報告方法等 ・スタッフまたは同居者が体調不良時の報告、対応 ・就業制限 ・メンタルサポート ・感染者対応などは、特定の人物だけに偏らせず、期間を限定し回 す。終わりが見えないと疲弊する。
スタッフの 勤務外行動制限	なし	・自治体やモデルとなる大手病院等が採用しているレベルに応じ た対応を明示	・自治体やモデルとなる大手病院等が採用しているレベルに応じ た対応を明示

参考) スタッフの安否確認にあたって決めておきたいこと

- 1) スタッフからの安否情報を登録する方法の確立(受付方法、受付場所、受付手段、受付時間)
- 2) 安否確認ができない連絡不能者の安否確認方法の確立
- 3) 安否確認対象者の範囲の決定(パート・アルバイト、派遣社員、OB etc…)
- 4) 安否情報の提供方法の確立(安否情報をスタッフの家族等照会者にどのように提供するか etc…)
- 5) 安否確認の時に得る情報

例) 本人の所在場所、本人の被害の有無(無事・重傷・軽傷)、家族の被害の有無(無事・重傷・軽傷)、自宅の被害の有無(被害なし・被害あり・不明)、本人の出勤可否(可・否)

参考) 患者の安否確認の優先度の検討

患者の安否確認の優先度も検討しておくとうい。一般的に、人工呼吸器やHOTなどを使っている患者を最優先に安否確認すべきと考えるだろう。そのような患者が災害時に迅速な支援が必要なのは確かだ。

ただ、平時から同居者・近隣住民・他事業所など複数のサポートがあり、また、生命維持のために必要不可欠な機器を使用している故に、発災直後の対応がすでに明確化されているケースもある。同居者・近隣住民、他事業所等の協力を得ながら安全を守ることが可能であるならば、診療所としてはむしろ、独居また独居に準ずる状況(老老介護家庭等)で、且つ1人で判断できない状態にある精神疾患や認知症の患者などの安否確認の優先度を上げた方がよい場合もある。

つまり、平時から必要とする医療(処置)の重厚さが、必ずしも安否確認の優先度の高さに比例するわけではない、ということだ。自機関の患者一人ひとりの状況を分析し、安否確認の優先度を検討していく必要がある。

なお、在宅ケアの特徴は、1人の患者・利用者に複数の機関が関わっている(ことが多い)点だ。その患者・利用者には、どの機関の誰が、どのように安否確認し、その情報に関わる多職種・多機関とどう共有するか、といったことの検討やすり合わせも重要である。

以上のことは平時から進めておくことが大切である。有事に検討を始めるようでは全てが後手に回ってしまうからだ。

A 医療機器使用者(人工呼吸器・HOT等) + 自らで、または同居者・近隣住民の協力を得て、本人の安全を守ることが困難	B 自らで、または同居者・近隣住民の協力を得て、本人の安全を守ることが困難 (一人で判断できない状態にある精神疾患、認知症、独居もしくは独居に準ずる、介護力の低い利用者)
C 医療機器使用者(人工呼吸器・HOT等) + 自らで、または同居者・近隣住民の協力を得て、本人の安全を守ることが可能	D A~Cに属さない利用者

図13: 安否確認の優先度の考え方の例

Step3のまとめ

Step3では、組織の初期対応・緊急対応を検討した。リスクも特徴がある。災害対応マニュアルは、そのリスクが生じた際に、直ちに何をすればいいかを定めた緊急・初期対応の行動マニュアルである。したがって、リスクごとに検討し、作成する必要がある。

Step4 業務影響分析: Business Impact Analysis :BIA

～日常業務の棚卸、そして優先業務の選定とその影響および継続のための分析～

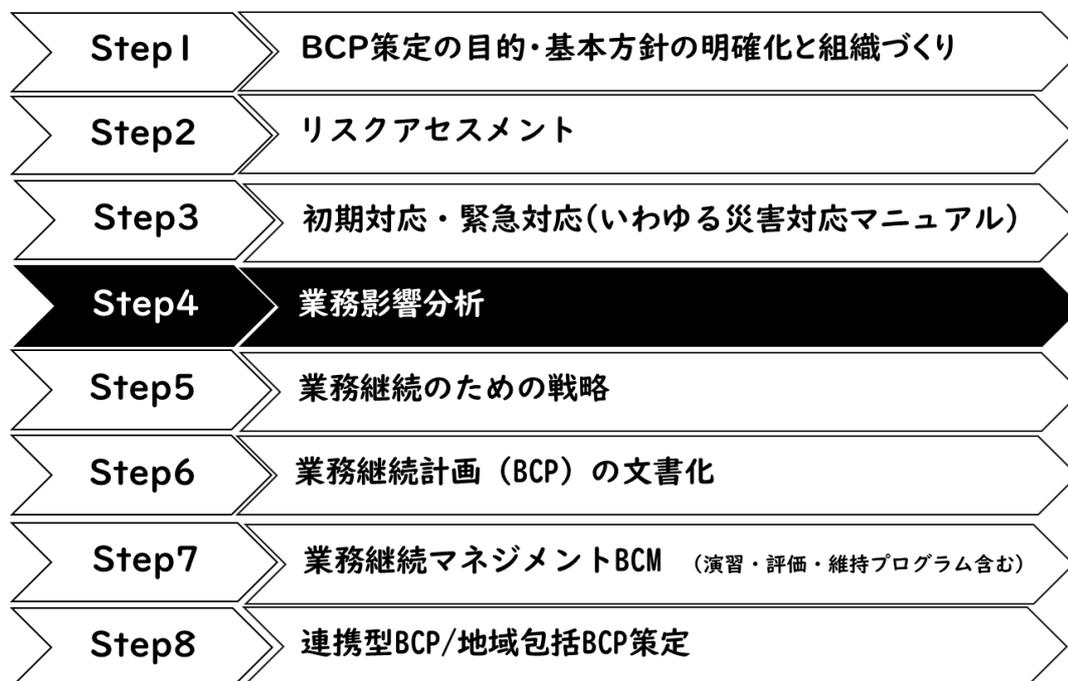
BCP は、オールハザード(全災害対応型)・アプローチである。つまり、地震・風水害・感染症など事象に関わらず、結果としてもたらされる業務への影響 (impact) の分析が重要となる。今回、まさにこの「業務影響分析 (Business Impact Analysis :BIA)」について紹介したい。

「業務影響分析」とは日常業務の棚卸、そして重要業務の選定とその影響および継続のための分析である。本分析を行うことは単に有事のためのみならず、平時の業務の見直しや改善にも繋がる。

Step4におけるタスク

1. 通常業務の洗い出し(日々の事業の棚卸)
2. 優先業務の決定(優先業務、縮小業務、一次中断業務に分類)
3. 業務影響分析(優先業務継続のためのボトルネックの特定、代替手段の検討)

※一般的な BCP では、目標復旧時間(RTO)を設定し、この時間を BCP 発動の基準とするが、冒頭の基礎知識編でも紹介したヘルスケア提供機関の特性から、あえて今回、これを設定しないことにしている。



1. 通常業務の洗い出し(日々の業務の棚卸)

まず、組織としての平時の通常業務を把握するため、主な業務を全て挙げる。診療所の主な業務は、外来診療・訪問診療業務であろう。しかし、これらの診療業務のみならず、それ以外の付帯業務も挙げる。例えば、診療記録、処方、他機関との連携・調整業務、物品管理、請求業務、研修・教育、採用、また学生の実習受け入れ、また住民の方々との防災活動などである。普段、皆さんが業務として行っていることを挙げていく。まさに、日常業務の棚卸である。

2. 優先業務の決定(重要業務、縮小業務、一次中断業務に分類)

次に、上記で洗い出された通常業務を以下の3種に分類する。

a) 優先業務

有事にも優先して継続する必要がある業務。

(有時に業務を継続するに当たって最も優先すべき業務を、BCP では「中核事業」と呼ぶが、ここでは、分かりやすく優先業務と表記する)

- ➡ 優先業務は、精選する必要がある。棚卸した業務は、一見どれも重要に思えるであろう。しかし、有事に限られた資源で全ての業務を継続することは困難である。したがって、有事にも継続すべき優先業務を精選する必要がある。

判断基準としては、1) 患者の生命に直結する業務かどうか、2) 業務継続(診療所の継続運営)のために必須の業務かどうかである。

- ➡ 法人が、診療所だけでなく、例えば、病院や入所・通所介護施設など複数の事業を運営する場合、自然災害発生や感染症流行の際、どの業務を優先するか、どの事業を縮小・休止するかを決めておくことが求められる。それによって、BCP、つまり、有事の対応も平時からの備えも変わってくるからである。

b) 縮小業務

優先度は中等度、業務内容を縮小または変更することが可能な業務。

- ➡ もし縮小業務が多い場合は、その縮小の時期を基準に A 群、B 群の 2 群に分類してもよい。つまり、優先業務に準ずる位置づけで、できる限り縮小や変更がない形で遂行し続けたい業務と、かなり早期から縮小または変更する形で遂行する業務と分類し、段階的に対応を変えるということにしてもよい。

c) 一時休止業務

優先度が低く、一時的に休止が可能な業務。

- ➡ 有事の際に優先順位が低い業務。

しかし、いろいろと考えるポイントはある。

例えば、学生実習の受け入れなどは、後進の育成という点で非常に大切なことであるが、有事にはどうしても優先順位を下げざるを得ないのが実情であろう。住民の方々とのイベントの共催や交流を実施している診療所も増えてきているが、やはり有事の時の優先順位は下げざるを得ない。とはいえ、こうした平時からの繋がりや関係性を有事に活かすことはできないだろうか？

平時の延長線上でしか有事対応はできない。そうであれば、なおさら平時の関係性を有事に活かしていくことも併せて検討すべきである。是非、そんな視点でも、通常業務を見直し、有事も見越した新たな展開を検討していただきたい。

図 14： 通常業務の洗い出しと優先業務の決定（例）

業務項目	優先業務	縮小業務	一時休止業務
訪問診療業務			
①定期訪問・処方・検査		✓	
②緊急訪問・往診	✓		
外来診療業務			
①定期診察・処方		✓	
②検査（採血・レントゲン・心電図・エコー・HbA1c測定）		✓	
③処置（点滴・注射）		✓	
連携関連業務			
①他機関との連携・調整（FAX, 電話、メールなど）		✓	
②サービス担当者会議・退院カンファレンスなど多職種カンファレンス			✓
③所外ブロック関連委員会、地域リハ会議			✓
記録作成・情報共有確認			
①診療記録	✓		
②居宅療養管理指導書 作成・管理			✓
③訪問看護指示書 作成・送付・管理		✓	
④訪問薬剤管理指導書 作成・管理			✓
⑤診療計画（クロスログ）の管理		✓	
⑥FAXの確認		✓	
⑦新患・看取り患者・麻薬使用者リスト管理		✓	
⑧施設基準届の為の集計			✓
請求業務			
①請求業務・実績入力確認・レセプト送付	✓		
②請求書、領収書の作成、送付			✓
備品管理			
①消耗品管理（発注、在庫確認）		✓	
②固定物品の管理（車、自転車、バイク、バイタルグッズ、端末）		✓	
③掃除・整頓			✓
④医療衛生材料の管理		✓	
情報共有・教育・研修			
①朝のミーティング（利用者情報、連絡事項）		✓	
②所内会議（サービス内容会議、合同会議、運営会議）			✓
③制度上必要研修（認知症、感染症、虐待、ハラスメント等）			✓
④法人内等級別研修・全体研修			✓
マネジメント関連			
①金銭管理（入金・支払い・給与支払い等）	✓		
②法人内会議・委員会・ミーティング			✓
③各種提出書類管理（実績総括・施設基準届の為の集計等含む）			✓
④労務管理（出退勤、休暇、超勤、勤務表、携帯当番シフト等）	✓		
⑤スタッフメンタルフォロー	✓		

📄 テンプレートシート 通常業務の洗い出し（ Step4 ）

3. 業務影響分析

優先業務を継続するにあたって必要なリソースの洗い出し、それらのボトルネックの特定、そして代替手段の検討をここでは行う。

1) 優先業務継続に必要なリソースおよびボトルネックの特定

ボトルネックとは、瓶の首が細くなった箇所を指す英語 (bottleneck) である。その形状から「物事の進行の妨げ」「狭い通路」「障害」といった意味となる。ここでは、有事に優先業務を継続するための妨げになることを指す。表 11 に示したような点から多角的に、優先業務継続のボトルネックを特定する。

表 11: 業務影響分析の視点

a. ヒト(スタッフ)の検討

ヘルスケア領域の場合、最も重要な経営資源はヒト(スタッフ)である。有事に優先業務を遂行するために、何人のスタッフが必要なのか? またその必要人員数が確保できないときに、どのように対応するのかを検討する。

b. カネ(収入・支出)の検討

業務を縮小・中止した場合の収入の途絶に加えて、その間のスタッフの賃金、建物や設備機器が被災した場合の修繕や新規調達費用等の発生等も含め、それらの費用負担に対して、どれだけの期間耐えられるかを見極める。

c. モノ(物資・機器)の検討

優先業務を実施するために必要なモノ(衛生資材、物流も含め)を検討する。

d. ライフラインの検討

電気・水・ガスなどライフラインの復旧が遅延した場合、非常用の電気や水を配分すべき優先業務や必要量の観点から検討する。

e. 情報・システムの検討

連絡、記録、請求などの情報や電子システムに関して検討する。

2) 代替手段の検討

ここで検討すべき、もう一つ大切な要素は「代替手段」である。優先業務が中断してしまった時、または中断しそうな時、どうすればそれを継続できるのか? 特にボトルネックに対応する代替手段は何かを検討し、さらに、その手段を有事に行使するために平時から何を準備しておけばよいかを分析する。



業務影響分析の具体例

業務影響分析の具体例の一部を以下に挙げる。ここで、有事の際に患者に起こりうる事態や診療を縮小した際の患者の影響についても分析する。

業務	業務影響分析（ボトルネック、代替手段の検討）
「ヒト」、「カネ（収入・支出）」、「モノ（物資・機器）」、「移動手段」、「ライフライン」、「情報・システム」の視点から検討する	
<p>1. 訪問診療業務</p> <p>① 定期訪問・処方・検査⇒縮小</p> <p>② 緊急訪問・往診⇒優先</p>	<p>【ボトルネック】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問が可能なスタッフの確保と移動手段の確保が必要。 ・収入への影響は訪問件数に依存するところが大きく、有事においても件数の確保を必要とする必要がある ・有事においても損益分岐点を下回らないよう、収入を確保したい。 ・訪問が減れば収入が減る <ul style="list-style-type: none"> → 8割程度（レセプト件数 100件/月）の訪問量まで復旧を目標、2か月は収入がなくても給与の保証あり ・スタッフとその安全の確保、移動手段の確保、活動できるための水・食料の確保、水道、ガソリン、電気、利用者の不在（避難で四散した場合）・とはいえ、有事は落ち着いている利用者の定期訪問を落とし、臨時・緊急訪問ニーズにできるだけ応える方針 <p>【代替手段】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自施設のスタッフの確保が難しければ、一定期間の代替訪問、訪問回数の縮小、オンライン診療の利用を検討 ・自施設で訪問が可能な場合は、出勤者と勤怠、移動手段を臨機応変に管理する司令塔が必要である。 ・平時の訪問時より、ライフラインが途絶えたときや避難が必要になった時のことを患者、家族に問いかけていく。この対話ができるための力量も問われていることは意識しておく。 ・外部から応援を依頼、徒歩、備蓄（3日間）と炊き出し、下水は避難所などエリア確保する ・避難所訪問や行政への協力については要検討 <p>⇒ 訪問診療の縮小にあたっての患者のトリアージ基準などを平時から設けておく。</p> <p>⇒ 平時の訪問時より、ライフラインが途絶えたときの対応や避難の方法、また有事の訪問診療提供のあり方について、患者、家族にも説明し、共に備えを進めていく必要がある（安否確認の方法、有事の際の医療処置、薬剤・衛生材料の確保、医療デバイスの管理等）。</p> <p>⇒ 安否確認についても、患者ごとにどのような手段で連絡をとるかを決めておく必要がある。自身で、または家族が安否確認を発信できる場合はそのようにしてもらうことで安否確認の効率化にもなる。</p> <p>⇒ お誕生日の訪問のうち1回は、災害時の対応について、本人や家族と話し合うようにしてはどうか？</p> <p>⇒ 「大規模災害時出勤可否表」をもとに、安否確認訪問体制をシミュレーションしておく。</p> <p>⇒ 人工呼吸器や在宅酸素の利用者については、停電が長引く際の対応や電源確保について、行政も含め対策を立てておく必要がある</p> <p>⇒ 移動方法については、カーシェアリングや災害時の車両を扱うNPOなどとの契約を検討する。</p> <p>⇒ 緊急事態の対応体制強化のために今後は診療所から徒歩圏内に在住可能なスタッフの雇用を検討する。</p> <p>⇒ 自機関からの診療提供が難しくなった時に備えて、平時からの他診療所との連携協定を締結、一定期間の代行訪問などについて、検討、調整しておく必要がある。その際、依頼の方法、報酬の分配、診療情報の共有方法、患者・家族への説明内容などを取り決めておき、また定期的な訓練を共催することとした。</p> <p>・収入への影響は訪問件数に依存するところが大きく、有事においても件数の確保を必要とする必要がある。有事においても損益分岐点を下回らないよう、収入を確保するようにする</p> <p>⇒ 被災状況により、患者減となった時に、救護所での診療、在宅避難者の安否確認およびアセスメント（ローラー作戦）など、行政や職能団体等とも平時から役割分担やその対価について相談しておきたい。</p> <p>⇒ 被災による往診依頼がある可能性もあるため、全看護職員が新規依頼に対応できるよう、またその対応・調整記録についても平時から整えておく必要がある。</p> <p>・居宅以外での訪問依頼も、請求につながる可能性があるためできるだけ対応する。</p> <p>・縮小する業務については、落ち着いたらすぐに再開する。再開のめどとしては1か月としたい。</p> <p>【訪問診療を縮小した際の患者への影響】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 人工呼吸器装着・在宅酸素療法中の患者の電源確保、生活環境の維持が困難になる <ul style="list-style-type: none"> ・非常用電源の確保をしておく（バッテリーの確保、発電機、自家用車からの電気供給等、各利用者ごとに検討） ・非常用電源のある施設（福祉避難所）等における緊急ショートステイの可能性を探って（開拓して）おく ・在宅避難をする方針の利用者宅の環境整備（食事・排泄等も含め）について、平時から相談し備えておく ◆ 処方が間に合わない、薬剤が不足する、薬局に行けない <ul style="list-style-type: none"> ・平時から1週間分多めに処方し、非常用持ち出し袋に入れておく ・大きな処方変更があった時には、非常用持ち出し袋に入れておく薬を入れ替えるよう、訪問看護師や薬剤師と連携して対応する ・最低でも1年に1度、その方のお誕生日に、非常用持ち出し袋の薬を確認するよう、訪問看護師や薬剤師と連携して対応する ◆ 連絡がつかず、安否確認ができない <ul style="list-style-type: none"> ・固定電話以外の連絡方法を各患者ごとに確立する（家族経由） ・自身もしくは家族から安否情報を発信できる方たちは、そうしてもらうことで、安否確認の効率化を図る。仕組みについてよく検討し整備する。今後、患者の年齢層もシフトしていくため、普段の訪問時間の連絡などからSNS活用を推進すれば、有事の連絡手段としても有用であろう。 ◆ 独居または老々世帯の利用者が自力で避難できない <ul style="list-style-type: none"> ・個別避難支援計画を確認。もし立案されていなければ、サービス担当者会議に近隣住民の方にも参加いただき、有事の避難方法について相談する。 ・独居・老々世帯に限らず、初回訪問の際に、患者宅のハザードマップの確認、有事の際の避難場所・移動方法、サポートの有無の確認をルーティンとする。 ・ホイッスルを配布または購入してもらう（1つ100円程度）

<p>2. 外来診療業務</p> <p>①定期診察・処方 ②検査（採血・レントゲン・心電図・エコー・HbA1c測定） ③処置（点滴・注射） ⇒縮小業務</p>	<p>【ボトルネック】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来診療が可能なスタッフの確保と移動手段の確保が必要。 ・外来診療の収入への影響はそれほど大きくなく、医療提供体制はBCP発動時の地域ニーズに依存する。 ・保険証等の証拠の確認が困難となる可能性がある（災害時の特例等があれば問題にはならない）。 ・2か月は収入がなくても給与の保証あり・スタッフとその安全の確保、移動手段の確保、活動できるための水・食料の確保、水道、ガソリン、電気、利用者の不在（避難で四散した場合） <p>【代替手段】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自施設のスタッフの確保が難しければ、電話診療等で不足する定期処方のみ対応する。 ・外来診療継続が困難な場合は、近隣医療機関に代診を依頼する、もしくは外来診療は休診とする。 ・自施設で外来診療継続が可能な場合は、出勤者と勤怠、移動手段を臨機応変に管理する司令塔が必要である。 ・平時の訪問時より、ライフラインが途絶えたときや避難が必要になった時のことを患者、家族に問いかけていく。この対話ができるための力量も問われていることは意識しておく。 ・外部から応援を依頼、徒歩、備蓄（3日間）と炊き出し、下水は避難所などエリア確保する ・避難所訪問や行政への協力については要検討 <p>【外来診療を縮小した際の患者への影響】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆処方か間に合わない、薬剤が不足する、薬局に行けない <ul style="list-style-type: none"> ・平時から1週間分多めに処方し、非常用持ち出し袋に入れておく ・オンライン診療も検討する
<p>3. 連携関連業務</p> <p>①他機関との連携・調整⇒縮小 ②サービス担当者会議・退院時カンファレンスなど多職種カンファレンス ③所外ブロック関連委員会、地域リハ会議 ⇒縮小</p>	<p>【ボトルネック】</p> <p>もっとも大きなボトルネックは、通信手段の確保</p> <p>【代替手段】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・普段の多職種連携のICTの有事活用 <ul style="list-style-type: none"> ⇒平時から有事のICT活用方法やルールについて、他機関や行政とも相談しておく必要がある。 ・SNSやショートメールの活用 <ul style="list-style-type: none"> ⇒固定電話だけでなく、連絡方法を複数持つ必要がある。 ・方針として、基本的に、連携・張務業務は、必要最小限のやり取りとする ・連絡手段を複数持つおくことで、緊急の連絡体制を整えておく必要がある ・特に行政と連絡を取りたいときのホットライン（どのような情報を共有する場合に、このホットラインを使えるのかのルール作りも含め）なども地域で相談したい <p>・縮小する業務については、落ち着いたらすぐに再開する。再開のめどとしては1か月としたい。</p>
<p>4. 記録作成・情報共有確認</p> <p>①診療記録 ⇒優先</p> <p>③訪問看護指示書 作成・送付・管理 ⑤診療計画、(クロスログ)の管理 ⑥FAXの確認 ⑦新患・看取り患者・麻薬使用者リスト管理 ⇒縮小</p> <p>②居宅療養管理指導書 作成・管理 ④訪問薬剤管理指導書 作成・管理 ⇒一時中止</p>	<p>【ボトルネック】</p> <p>電子カルテシステムを使用している当ステーションにとっては、停電やネット環境がボトルネックになる。 有事の対応について、後日、報酬がつくこともあり、またリスクマネジメントの面からも記録を残しておくことは重要である。</p> <p>【代替手段】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本的には、有事でも訪問をはじめ全ての対応は記録に残しておく。 ・停電の場合、発電機（カセットコンロ型発電機）で電気を確保する。 ・しばらく電子カルテシステムが使えない場合は、紙の記録用紙で代替する。 ・紙だけではなく、エクセルやWordのフォーマットも準備しておく（特に2号紙）。 ⇒PCは複数台、確保しておく。 ⇒モバイルバッテリー、非常用電源の購入 ⇒安否確認についても、どのような情報をとるべきか、記録に残すべきかなどの検討が必要で、平時から安否確認記録のフォーマットの作成をしておく。 <p>・縮小する業務については、落ち着いたらすぐに再開する。再開のめどとしては1か月としたい。</p>
<p>5. 請求業務・金銭管理</p> <p>①請求業務・実績入力確認・レセプト送付 ⇒優先</p> <p>②請求書、領収書の作成、送付 ⇒一時中止</p>	<p>【ボトルネック】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・請求しなければ収入が途絶するので必須業務となる ・銀行が機能していない可能性もある。（口座振替による請求・入金も利用できなくなる可能性あり） ・電子システムのため、電気が寸断されると、利用できない。 ①アナログ情報から請求データを作成するのに膨大な時間を要する。 ・他事業所居宅の状態によっては、介護保険請求をしても保留になる可能性が高く、医療保険請求だけでも確実に提出したい。 <p>【代替手段】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準仕様としてどこまでのバックアップが可能なのか、確認しておく必要がある。 ・事業所としてもデータを法人サーバに保存し、備えておく必要がある ・紙資料を数か月分保存 ・請求業務が可能な人材を複数育成しておく必要がある ・伝送手段をインターネット伝送以外の方法について運用できるよう準備しておく。 <p>・一時中止する業務については、落ち着いたらすぐに再開する。再開のめどとしては1か月としたい。</p>

Step5 業務継続のための戦略:BCS (Business Continuity Strategy)

～業務影響分析(BIA)で整理された内容をもとに、業務継続のための戦略(BCS)を練る～

業務継続戦略(BCS)は、「災害又はその他大規模なインシデント、もしくは業務中断(混乱)などに直面したときに、組織の復旧及び継続を確実にするための組織によるアプローチ」と定義される。つまり、業務を継続させるために、必要な方針を立て、実効性ある業務継続計画(BCP)の土台を作る過程である。

Step5におけるタスク

1. BCPの枠組みの検討
2. 組織としての業務継続戦略(BCS)を検討



1. BCP の枠組みの検討

～有事の業務継続に関する意思決定を支援する枠組みの作成～

基礎知識の章でも述べた通り、ヘルスケア領域の特徴を鑑み、本手引きにおいては、対応基準及び BCP 発動の判断基準として、エスカレーション・ロジックモデルを採用する。要は、あらかじめ考えられる被害の重大性により緊急事態や対応をいくつかのステージに分類しておくというものだ²⁾。

実際に災害が生じた際には、該当する被害ステージにおける、判断や対応を行い、また対応できないと判断された場合には、より上位の対応に移行していく。つまり、被害レベル(ステージ)を設定し、それぞれのステージでの対応戦略を検討しておくことで、有事の際の対応に関し臨機応変な意思決定を支援するツールになる²⁾。

1) 対応レベルの区分と判定基準の設定

まず、可能性のある被害を俯瞰し、構造化する作業を行う。原因に依らずオールハザード(全災害対応型)で考えれば、最小の被害とは無被害であり、最悪の結果(被害)とは、診療機能の喪失となる。

対応レベルの区分とは、被害のレベルを分類することと、ほぼ同義となる。ここで重要なことは、被害の原因ではなく、被害を被る立場の視点で分類することである。

具体的には、診療所がとるべき対策について、変更の必要がある被害程度(結果に着目)により分類する。

2) BCP の枠組みの検討

縦軸は、「被害レベル・対応レベルの区分」とする。例示(図 15)では、「ステージ1」、「ステージ2」、「ステージ3」、「ステージ4」の4区分を用いる。つまり、最も被害レベルが低いのがステージ1、そして最悪の被害レベルはステージ4となる。対応判断もこれらに対応する形とする。

横軸は、対応の判断に影響する項目を挙げる。例示(図 15)では、外来・訪問診療業務継続に大きく影響する経営資源として、「人」と「院内診療エリア」と「移動手段」を挙げている。そして、具体的に、これらの被害のレベルを先ほどの縦軸のレベルに対応する形で明記していく。

尚、この枠組みは、できるだけシンプルであることが重要である。これから作成していく BCP サマリー(図 15)は、精緻なマニュアルではなく、意思決定の支援とともに組織の論理破たんを防ぐリスクコミュニケーションツールでもあるからであり、有事に、迅速な意思決定を可能とするためのものだからである。意思決定を迅速に行うためには、そこに記されたことの解釈の幅は小さいほうが、つまりシンプルであることが重要なのである。

2. 組織としての業務継続戦略を検討

上記で検討した BCP の枠組みとの連動を鑑み、組織としての業務継続戦略を検討する。基本的に、診療所に関しては、図 15 のように、4つのステージに分類し、ステージ1はインシデントマネジメントで対応、ステージ2は BCP 発動はするが、基本的には自院での対応(業務の縮

小・一時中止に関し、2段階に分類してもよい)、ステージ3はBCP発動の上、他の医療機関との連携や支援により業務継続、そしてステージ4は、自院の外来診療・訪問診療を中長期的に中止する方向での対応、といった内容が、各レベルにおける基本的な業務継続のための戦略となる。自機関に照らし合わせて、検討いただきたい。この戦略が、この後のステップで、具体的な業務継続計画に落とし込んでいく際の対応の礎となる。

レベル4の事態は、想像したくない。しかし、危機は突然に想像を超えてやってくるものだ。公益性の高いヘルスケアにおいては、患者・利用者に不利益のないカタチを常に模索していくべきであると考える。

Prepare for the Worst, Plan for the Best. 最悪の事態に備え、最善の策を講じよう。

緊急度	人	院内診療エリア	移動手段	戦略		有事の業務継続計画	平時からの備え	担当者スケジュール
ステージ4	7割以上のスタッフが出務不能 + 長期間にわたり復職のめどが立たない	院内診療可能エリアが確保できない + 長期間にわたり復旧のめどが立たない	全面的に支障がある + 長期間にわたり復旧のめどが立たない	BCP発動 外来機能および自院からの訪問診療の中止	例) ・外来・訪問診療の中止 ・中長期的に患者への医療提供継続を他機関に依頼 ・事業所の継続・承継に関する判断			
ステージ3	5割のスタッフが出務不能	院内診療可能エリアが確保できない	大半に支障がある	BCP発動 外部との連携や支援で外来、訪問診療を継続	例) ・優先業務継続の縮小の検討 -他機関への外来患者の紹介 -他機関への代替訪問依頼			
ステージ2	2割のスタッフが出務不能	院内診療可能エリア5割に制限	一部に支障がある	BCP発動 院内のリソースで対応できる状態	例) ・優先業務を遂行しつつ、早期の業務復旧を目指す -業務の縮小 -業務の一時中止			
ステージ1	1割のスタッフが出務不能	院内診療可能エリア9割以上は安全に稼働	一部に支障がある	危機対応体制の検討 災害対応マニュアルで対応	例) インシデントマネジメントを実行			

図15: BCPの枠組みの検討と業務継続戦略

 **テンプレートシート BCP サマリー(Step5、6)**

Step6 業務継続計画（BCP）の文書化

～業務継続計画の開発と構築～

組織が機能し続けること、または中断した場合も、できるだけ早期に復旧することを目的とする業務継続計画（BCP）を作成・文書化する。この際、Step1～Step5までのすべてのプロセスにおける分析や検討内容が計画のベースとなる。

Step6におけるタスク

1. これまでの分析や検討を元に BCP を立案
2. BCP の文書化
3. BCP 運用に関する検討



1. BCP の立案

各 Step で分析・検討してきたことを元に BCP を立案する。ここでは、「有時の業務継続計画」、そして、この「有事の業務継続計画」に記した策を実際に、効果的に講じるための「平時からの備え」の 2 つに分けて検討する。

図 16 に、各ステージごとの立案のポイントを示す。

2. BCP の文書化

1 で立案した BCP を Step5 で検討した BCP の枠組みに記載する形で文書化する。また、立案した BCP 計画の実装のために、いつまでに誰が何をするかを決め、これも文書化する（図 16）。

尚、ステージ1に関しては、Step2 のリスク対応計画書作成の時に検討した【緊急対策（発災時）】が有事の業務継続計画に、また【事前対策】が平時からの備えの欄に記載される。

図 16 に、各ステージごとの文書化のポイントを示す。

3. BCP の運用の検討

1) 業務継続計画 (BCP) 発動

BCP 発動者は、状況を俯瞰し、またエスカレーション判断基準を鑑み、BCP の発動をする。

2) ステージの再評価

(災害) 対策本部長または代行者または BCP リーダーは、日勤帯勤務開始 1 時間前を目安に、インシデント発生部門の復旧状況を確認し、次勤務帯からの方針について、BCP サマリーを元に判断し、該当部署に対応を指示する。



図 16:在宅医療を提供する診療所 BCP サマリー(ステージ1)

	ステージ変更 の資源の状況(目安)	対 断 判	戦略	有時の業務継続計画	平時からの備え	担当者 と スケジュール
ステージ1	1割のスタッフが 出務不能	危機 対応 体制 を 敷 き 対 応	災害対応マニュアル に沿って対応	緊急・初期対応	<ul style="list-style-type: none"> ツールについては、以下のように段階的に整備をしていく <ol style="list-style-type: none"> 〇〇年度:地震対応マニュアル・アクションカード作成 〇〇年度:感染症対応マニュアルの改訂 〇〇年度:水害マネジメントシートの改訂 リスク対応計画書に沿って、平時の備えを充実する 組織の状況チェックリストで、できていない項目に関し、着実に整備を進めていく(今年度の目標はできていないことの半分を実施することとする) 	<ol style="list-style-type: none"> 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 各リスク対応計画書に記載した担当者 (当該計画書にある期限) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成)
			災害対応マニュアル に沿って対応	利用者対応	<ol style="list-style-type: none"> 人工呼吸器装着・在宅酸素療法中の利用者 <ul style="list-style-type: none"> 非常用電源の確保をしておく(バッテリーの確保、発電機、自家用車からの電気供給等、各利用者ごとに検討) 非常用電源のある施設(福祉避難所)等における緊急ショートステイの可能性を探って(開拓しておく) 在宅避難をする方針の利用者宅の環境整備(食事・排泄等も含め)について、平時から相談し備えておく 処方薬 <ul style="list-style-type: none"> 1週間分多めに処方し、非常用持ち出し袋に入れておくよう伝える。 大きな処方変更があった時には、非常用持ち出し袋のストックも差し替えるよう伝える。 最低でも1年に1度、その方のお誕生日月に、非常用持ち出し袋の薬を確認するよう伝える 本人や家族だけで難しそうな場合は、訪問看護師や薬剤師と連携する。 利用者との連絡方法 <ul style="list-style-type: none"> 固定電話以外の連絡方法を各利用者ごとに確立する(家族経由) 自身もしくは家族から安否情報を発信できる方たちは、そうしてもらうことで、安否確認の効率化を図る。仕組みについてよく検討し整備する。今後、利用者の年齢層もシフトしていくと、普段の訪問時間の連絡などからSNSを活用するようになる。 個別避難支援計画 <ul style="list-style-type: none"> 個別避難支援計画を確認。もし立案されていなければ、サービス社担当者会議に近隣住民の方にも参加いただき、有事の避難方法について相談する。 独居・老々世帯に限らず、初回訪問の際に、利用者宅のハザードマップの確認、有事の際の避難場所・移動方法、サポートの有無の確認をルーティンとする。 ホイッスルを配布または購入してもらう(1つ100円程度) 	<ol style="list-style-type: none"> 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成)

図 16: 在宅医療を提供する診療所 BCP サマリー (ステージ2)

	ステージ変更 の資源の状況(目安)	対 断 判	戦略	有時の業務継続計画	平時からの備え	担当者 と スケジュール	
ステージ2	・2割のスタッフが 出務不能 ・移動手段に支障がある	自 機 関 の リ ソ ー ス で 対 応 BCP発動	・優先業務を遂行し つつ、早期の業務復 旧を目指す ・業務の縮小 ・業務の一時中止	訪問・外来 診療業務	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 往診・臨時・緊急訪問は優先的に対応する ・初回はできるだけ訪問、2回目以降は可能であればオンライン診療も併用しながら、効率化を図る <ul style="list-style-type: none"> ◆ 定期訪問は縮小する ・状態の落ち着いている患者については、以下の看護提供方針とする <ul style="list-style-type: none"> ➡ 訪問頻度を一時的に落とす ➡ オンライン診療に切り替える□ ◆ 移動手段 <ul style="list-style-type: none"> ・道路が寸断している場合、自転車や徒歩などを活用する。 ・近隣の方から自転車を借りるなども検討する。 ◆ 外来診療は縮小する ➡ 落ち着いている患者は長期処方をする、またはオンライン診療に切り替える ◆ もし訪問件数が激減した場合 <ul style="list-style-type: none"> ・避難所への介入・在宅避難者の健康モニタリング等に積極的に参加(自然災害)、宿泊療養施設等への介入(新興感染症)など含め収入の確保とその記録を行う 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 緊急参集メンバーの数やスキルから、業務整理(出勤しないといけないこと)および代替拠点でも可能な業務(オンライン診療、ロジスティクス、各種連絡調整)を洗い出す作業をする 2) 訪問頻度を落とす場合の患者・家族への連絡の仕方を確立する 3) 代替拠点からオンライン診療を行う場合の患者情報の取り扱いに関するルール作成(法人との交渉、個人情報管理、記録、情報共有等) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 担当○○ (今年度上半期に実施) 2) 担当○○ (今年度中に完成) 3) 担当:院長/事務長 (今年度中に完成)
				連携関連業務	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 他機関との連携・調整は、最低限のみとする(縮小業務とする) ◆ サービス担当者会議・退院時カンファレンスなど多職種カンファレンスについても最低限のみとする(縮小業務とする) ◆ できる限り、オンライン等で効率化を図る(通信が維持されている場合)□ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 有事にも情報共有する可能性が高い機関をリストアップし、固定電話・FAX以外の連絡先を取得する 2) 可否確認ができない患者の情報をどのように行政と共有するかや、そのタイミングについて相談する機会を設ける 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 担当○○ (今年度上半期に実施) 2) 担当:院長 (すぐに提案、今年度中に会議を1度持ちたい)
				記録作成・情報共有確認	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 基本的には、有事でも訪問をはじめ全ての対応は記録に残しておく(特に2号紙) ◆ 1号紙、報告書・情報提供書作成・送付、計画書作成・送付、指示書管理、ケアプラン確認は縮小業務とする。 ◆ 停電の場合、発電機(カセットコンロ型発電機)で電子カルテシステムの電源を確保する。 ◆ しばらく電子カルテシステムが使えない場合は、紙の記録用紙で代替する。 ◆ ○○(医療介護連携コミュニケーションツール)を活用し、他機関の状況を把握し、支援しあう 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 停電で電子カルテシステムが使えない場合に備え、紙の記録用紙を準備しておく(特に2号紙)。またそれを事業所だけでなく、有事の在宅ワークに備え、スタッフの自宅にも常備しておくよう運用を整える 2) 停電時への備えをしておく <ul style="list-style-type: none"> ➡ PCは複数台、確保しておく。 ➡ モバイルバッテリー、非常用電源の購入 3) 普段の医療介護連携コミュニケーションツールである○○の有事の運用について確認しておく。このツールが使えないときのために、近隣の連携機関とは、SNSで繋がっておく 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 担当○○ (今年度上半期に実施) 2) 担当○○ (今年度中に購入) 3) 担当:院長 (直近の医療介護連携の会議で提案)
				請求業務	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 請求業務・実績入力確認・レセプト送付は、有事でも中断しないようにする。 ◆ 請求書、領収書の作成・送付や集金業務は一時中止とする。□ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) レセプト業務を担うスタッフが1名しかおらず、そのスタッフが出勤できなくなった時の策を至急検討する必要がある 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 担当:院長&事務長 (今年度前半に検討)
				備品管理	<ul style="list-style-type: none"> ◆ PPEの不足時は、レインコートやボロ袋の手製ガウンなど、あるものでの防護をする ◆ 掃除当番は一時中止、できる人がする 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 衛生材料、特にPPEに関しては、調達ルートを複数持っておく 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 担当○○ (今年度上半期に実施)
				教育・研修	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 以下全て一時中止業務とする <ol style="list-style-type: none"> ① 所内会議 ② 制度上必要研修 ③ 法人内研修 ④ 係、委員会活動 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 制度上の必要な研修について、有事には猶予が与えられるのかなど、行政に確認しておく。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 担当:事務長 (今年度前半に提案)
				マネジメント関連 □	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 金銭管理 <ul style="list-style-type: none"> ・スタッフの給与振り込みは、できるだけ遅らせないようにする ・支払い延期を依頼する ・政府系や行政の緊急つなぎ資金等の制度をすぐ活用する ◆ 労務管理(出退勤、休暇、超勤、勤務表、携帯当番シフト等) <ul style="list-style-type: none"> ・出退勤は各自一日の行動メモとして残しておく。 ・一定の人物に業務や決断の負荷がかかりすぎないよう休息と交代を必ず決めて回す。 ◆ スタッフのメンタルフォロー <ul style="list-style-type: none"> ・特に有事体制スタート後、1週間をめぐり、面談などを設け、吐き出せる場を作る ◆ 定期開催の法人内会議・委員会・ミーティングまた、所外ブロック関連委員会、地域りハ会議"等は一時休止業務とする。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 3か月収入が不十分だったと仮定したキャッシュフローがどのくらい必要になるかのシミュレーションしておく 2) 政府系や行政の緊急つなぎ資金等の制度に関する情報を取りまとめて、各診療所に情報提供してもらえるか職能団体に問い合わせる 3) 出退勤のメモについて、その書類を作成し、スタッフに周知する 4) メンタルフォローに関する勉強会を実施する 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 担当:院長&○○ (今年度前半に実施) 2) 3) 担当:事務長 (今年度後半に実施) 4) 担当○○ (今年度下半期に実施)
				利用者対応	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ステーションの状況と看護の提供に関する情報提供を迅速に行う <ul style="list-style-type: none"> ・訪問頻度を落とす利用者には、どんな時には至急で訪問看護に連絡を欲しいかをしっかり伝える(症状の変化含め) ・テレナーシングに切り替える利用者は、よく通信環境の確認を行う。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 有事の際に発行する「ポジションペーパー」のひな形を作っておく 2) メールやSNSなど利用者もしくは家族等と連絡が取れる手段を複数整えておく 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 担当○○ (今年度下半期に実施)

図 16: 在宅医療を提供する診療所 BCP サマリー (ステージ3, 4)

	ステージ変更 の資源の状況(目安)	対 断 判 別	戦略	有時の業務継続計画		平時からの備え	担当者と スケジュール
ステージ4	・8割以上のスタッフが 出務不能 (復職のめどが立たない)	訪問 診 療 の 中 止	・外来及び訪問診療 の中止 ・他機関に患者への 医療提供を依頼 ・診療所の継続・継 承に関する判断	訪問診療業務	・中長期的に患者への医療提供を他機関に依頼 ・診療所の継続・継承に関する判断を行う ・就労を希望するスタッフがいた場合、他の医療機関等に繋ぐ ・保健所に休止の届出を行う	1) 職能団体に以下を提案する ・こうした事態になった際の対応についての意見交換 ・行政や職能団体ともこうした事態の支援に関する意見交換の場を設ける	担当:院長 (今年度中)
				記録	実施したことを経時的に記録に残しておく	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる
				請求	行わない	—	—
				金銭管理	支払い先へ事情を説明していく。場合により破産申請をする。	このような場合の対応について、土業と相談しておく	担当:院長 (今年度中)
				労務管理	出退勤は各自一日の行動メモとして残しておく。	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる
				メンタルフォロー	可能な範囲で行う	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる
ステージ3	・5から7割のスタッフの 出務不能が長引く ・移動手段がない ・外来診療スペースが確 保できない	訪問 診 療 を 継 続 で	・優先業務継続の縮 小の検討 ・他事業所への代行 訪問依頼	訪問診療業務	◆近隣の医療機関に、一定期間の代行訪問を依頼する ・可能であれば、代行訪問を担う医療機関に出向き、利用者の説明や 引継ぎを行う。 ・出向くことが難しければ、オンライン会議または電話等で、代行先に十分 に情報提供を行う ・もし、勤務可能なスタッフがいる場合は、オンライン診療は自機関で継 続する。	1) 代行訪問に関する協定を結んでおく -近隣の医療機関と支援協定を締結しておく ・依頼方法、報酬の分配、診療情報の共有方法について のルールを決める ・患者への説明について相談しておく ・代行依頼の際のロジスティクスとルールを決めておく (患者の個人情報やケアプロトコルの共有方法の確立)	1) 担当:院長/事務長 (今年度中)
				記録	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる
				請求	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる
				金銭管理	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる
				労務管理	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる
				メンタルフォロー	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる	ステージ2に準ずる

📄テンプレートシート BCP サマリー(Step5, 6)

Step7 業務継続計画の演習・評価・維持プログラム(BCM)

BCP が緊急時に有効に機能するためには、スタッフへの教育・演習を実施するなどの平常時のマネジメントが重要である。そして常に“備え”のある状態を維持するために、“演習・評価・維持”するプログラムの構築が必要であり、これら一連の管理プロセスのことをBCM（業務継続マネジメント）という。

Step7におけるタスク

1. 訓練の実施と評価
2. BCP の改良
3. 維持・管理法の確定

STEP6までの過程を経て、「自機関の BCP 第1版」が形になっているはずだ。まずは自機関の「BCP 策定に着手する」ことが重要であり、それは達成された。しかし BCP を策定し、それで「終わり」とはならない。訓練を実施し、見直し、改善を加えるという PDCA サイクルを回して、BCP によるアウトカムの向上を図っていく。それが大前提に置かれていることを忘れてはいけな

1. 訓練の実施と評価

1) 演習・訓練の必要性

医療・介護機関などヘルスケア提供機関は、自らが被災しようとも、患者・利用者への対応と新たな被災患者を受け入れるための診療機能、ケア提供機能の継続が求められる。救命や処置、必要とされるケアを迅速に適切に行うために、時間的にも切迫する中、限られた資源をどのように配分するか、何を優先していくかの的確な判断が求められる。こうしたことを盛り込んで策定した BCP の実効性を向上させるためには、演習・訓練は非常に重要である。

2) シミュレーション訓練の実施

訓練の一つの手法として、シミュレーション訓練がある。当該専門委員会が開発したシミュレーション訓練キットを公開しており、ぜひ活用されたい (<https://healthcare-bcp.com/>)。

現状、公開しているシミュレーション訓練キットは、1) 地震、2) 水害、3) 感染症の3種類である。いずれも、ステージ 1 (いわゆる災害対応マニュアルで対応) から、ステージ 2 (BCP を発動するが、業務を縮小したり、一時中断するなどして、なんとか自機関でやりくりしながら優先業務を継続) における緊急・初期対応体制や備え、また BCP 発動のタイミングや、その後の対応を評価する内容になっている (今後、さらにステージ 3~4 のシミュレーションを開発予定)。

3 種いずれも状況設定スライドを 10 枚準備している。各スライドを示された状況において、1) 「組織として、または自身は、どのように行動するか」、2) 「この時点で、患者・家族に

どのような対応をするか」の 2 軸で検討していく。ワークシートも用意しており、訓練に参加する者は、各スライドで上述の1) 2) についてメモを取りながら、訓練を進めていくことができる。1 スライドあたりの検討時間は、2-3 分に設定する。したがって、訓練自体は 20-30 分ほどで終了する。

しかし、大事なのは、ここからである。スタッフが、BCP に示した組織の方針や計画をしっかりと理解しているか、また計画していたことは実装可能なのかなどを皆で評価する振り返りの時間を 30~60 分必ず設定していただきたい。この振り返りの中で、BCP の内容をしっかりと評価することが重要である。そして、この振り返りでの意見交換こそが、組織の対応能力とレジリエントの向上、さらに有事対応の選択肢を増やすことになる。

このシミュレーションキットを活用すれば、1~1.5時間で振り返りや BCP の改良まで含め完了することが可能だ。これを年に 1-2 回は実施していくことが推奨される。

2. BCPの改良

繰り返しになるが、BCP は「作って終わり」ではない。作ったら訓練を実施し、見直し、改善する PDCA サイクルを回し続ける必要がある。それによって、BCP によるアウトカムの向上は図られる。これが大前提に置かれていることを忘れてはいけない。

訓練実施後は、振り返りを行い、浮き彫りになった課題やボトルネックについて検討し、BCP を修正・改良する。実際に訓練を実施した事業所での課題やボトルネックをいくつか紹介する。

◆「“安否確認”といっても確認すべき情報がスタッフによって異なっていた。何を確認するかを組織として決めておいた方がいいことに気づかされた。また安否確認を取った後、どのように共有するかを詰め切れなかった」

◆「シミュレーション訓練で、“通信機器が使えない状況です”と最初に言われた時、血の気がなくなるのを感じた、今まで、電話や SNS は使えることを前提にしか考えていなかった。通信が断絶することは大いに予測されることで、どう行動するのかをスタッフ全員でまた検討し、特に初期・緊急対応の部分に追記したいと思う」

◆「所長の自分が指揮を執るとなれば、平時の延長でなんとかこなせるのではないかと考えていたが、シミュレーション訓練で、“管理者が被災し連絡が取れません”と言われた時、誰かが BCP を作って終わりではなく、組織全体で BCP を育てていかなければならないという講義の言葉が腑に落ちた。特に訪問先で被災した場合、スタッフ一人一人が判断し行動しなければならないわけで、各人が BCP を拠り所に有事対応できるようにしていかなければと強く思った」

本当の意味での「有事に実効性のある自機関 BCP づくり」は、ここからスタートすると言っても過言ではない。BCP を改良するサイクルを事業所の文化として根付かせ、BCP を育てていっていただきたい。



3. BCP の維持・管理

1) BCP の見直し

上述したように、定期的に訓練をして改良するのが大前提だが、医療・ケア環境の変化や、組織の大幅な改変などがあつた際にも BCP を見直すことが推奨される。見直しの契機としたいタイミングとしては、次のものが挙げられる。

表 28: BCP 見直し契機の例

BCP 見直し契機の例
演習・訓練を経て、BCP の改良の必要性の発見
電子カルテなどの大幅な変更
リスク環境の変化など、新たな脅威の発生・確認
BCP の前提条件の変更
例：組織の理念の変更 (=BCP 策定の目的や基本方針に影響する) 優先業務としていたことが組織の業務から外れる。など
監査等の指摘
人事異動や組織の大幅な改変
準拠すべき法令等の改正
近隣施設の追加や統廃合、新規事業開始

2) 履歴

BCP を見直し改訂した際の履歴は、以下のように残しておく。また、最新の BCP を使用できるようにしておく。

表 29: BCP の改訂履歴

版数	制定/改訂年月日	制定/改訂内容	作成	承認
初版	年 月 日	新規制定		
	改訂： 年 月 日			
	改訂： 年 月 日			

📄 テンプレートシート 改訂履歴

3) BCP の監査

BCP はその時々の医療・ケア環境に適応させるために、必要な見直しが適切に行われなければならない。このためには BCP を適切に監査することが重要である。監査、つまり BCP が適切に維持、管理されているかどうかの確認は、以下のような項目から行う。

表 30: BCP の維持・管理のための確認事項

BCP の維持・管理のための確認事項
演習・訓練に伴う変更、見直しが適切に行われ文書化されているか
想定されるリスクが適切に評価され、その結果を受けて見直しがなされているか
緊急連絡網やコンタクトリストなどが最新版に更新されているか
最新版が適切な場所に保管されているか
トップマネジャーの承認を受け、適切な統治がなされているか

Step8 連携型 BCP/地域 BCP の策定

～地域を面としてとらえ、医療・ケア提供の継続について検討し備える～

実際の災害において、患者の搬送、診療の場所の確保等の含め、地域全体の連携なしには、医療提供を継続することはできない。

また医療機関だけでなく、訪問看護・介護・福祉機関においても、発災後のケアサービスの継続は大きな課題であり、いわゆる災害弱者・要配慮者への対応を含め、平時より更なる医療介護福祉連携の重要性が増す。病院・診療所・訪問看護・介護・福祉施設を含めた地域包括ケア・地域共生社会構築の文脈で、地域連携型の BCP 策定を目指す。これを我々は、地域 BCP と呼ぶ。

Step8 におけるタスク

1. 地域 BCP ワーキンググループの設置
2. 連携して取り組むべき課題、連携により解決する課題の抽出と優先順位の決定
3. 役割分担とスケジュールの決定
4. 訓練と評価



1. 地域 BCP とは何か

まず、地域 BCP の目的から確認したい。各機関のみならず、地域全体の医療・ケア提供の継続と早期復旧を可能とすることであり、最大の目的は、各機関のスタッフ・患者・利用者のみならず、多くの住民の“いのち”と“健康”と“暮らし”を守ることにある²⁾。

地域 BCP はどのようなものだろうか。例えば、実際に地域 BCP が発動されると、各医療・ケア提供機関は自機関の BCP

を発動し、通常業務の一部を縮小、または一時中止する。そして、各機関が地域の医療・ケア継続のためのタスクを遂行する人材を捻出することになる。

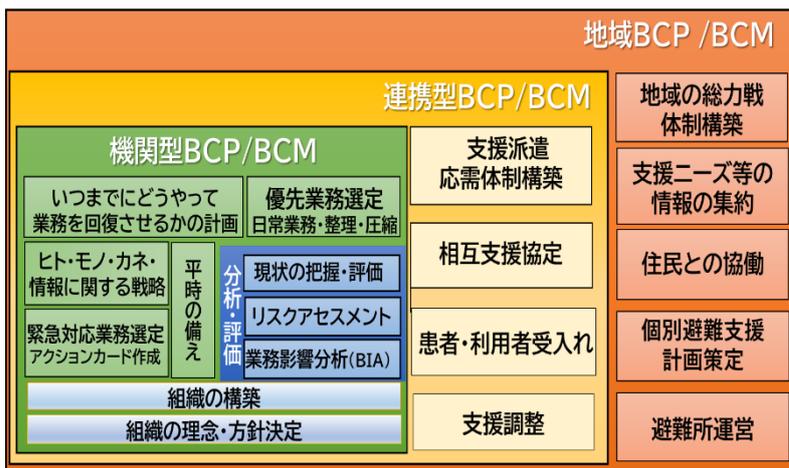
ここで言う「地域の医療・ケア継続のためのタスク」とは何か。例えば、新型コロナウイルス感染症の場合であれば、「自宅療養者・入院待機者への架電や訪問によるサポート」というタスクが必要となった。自然災害の場合であれば、「自宅避難者の戸別訪問」や「避難所運営のサポート」といったタスクが生まれる可能性が高いだろう。

このように、有事には、平時の通常業務には組み込まれていないが、地域の医療・ケアを継続させるために必要なタスクが生まれる。当然、そのタスクを遂行するための人材が必要となる。

そうした人材を有事に確保するには、あらかじめ地域の各医療・ケア提供機関でどのようなケースが起こり得て、どんなタスクが生まれ、どのぐらいの人数が求められるかを話し合い、想定しておくことが必要だ。そして具体的な手続きや、方法について準備し、共有しておかねばならない。これが地域 BCP に該当する。

地域 BCP は、有事において有限の地域のヘルスケア資源を最大活用するための重要なツールである¹⁾。地域 BCP があることで、地域の総力戦を可能にするのだ。

では、地域 BCP をどうやって策定していけばよいだろうか。



再掲) 図5: 地域 BCP 概念図

出典) 山岸・池上, いのちと暮らしを守る BCP in press

2. 地域 BCP ワーキンググループの設置

検討の場となる、地域 BCP ワーキンググループを設置することが求められる。ただ、各地域にはすでに多職種連携の会議体が存在しているはずだ。わざわざ新しい会議体を立ち上げなくても、既存の会議体を活用し、地域 BCP 策定機能を付加するのが、最も手っ取り早く検討をスタートできる方法だ。

既存の会議体を活用できれば、これまでの地域の取り組みと連動できるメリットがあり、新たな会議体(もしくはワーキング等)を立ち上げる手間や負担感も減る。一方、既存の会議体を活用するデメリットもある。議論を上手く方向づけないと、会議体の主体が不明瞭となり、円滑に進まなくなってしまう。その会議体が、「地域全体の課題を抽出し、その解決や平時からの備えに関する協働のためにスムーズに議論していけるかどうか」という視点で、適切な体制であるかを検討するとよい。

なお、会議体には地域のステークホルダーが参加していることが望ましい。特定団体だけで検討しても、地域全体の状況把握や課題解決は図れない。幅広く、地域の立場の異なる団体や組織、機関を代表する人材(職種)が一堂に会する会議体を設置することで、課題の共有や対応策の検討ができ、取り組み自体が地域に浸透しやすくなる。

3. 取り組む課題の抽出と優先順位の決定

地域 BCP は、各機関単独では解決し得ないことについて、近隣の業務所や行政、職能団体等と共に計画を立て、改善していけるところがポイントだ。

「各機関単独では解決し得ないこと」とは何だろうか。例としては、迅速で効率的な安否確認、被災状況や支援ニーズなどの情報の集約・共有、支援派遣・応需体制等の相互支援協定、避難所運営、住民との協働などが挙げられる。

ただし、以上は例に過ぎず、地域 BCP として検討すべき課題はあらかじめ設定されているわけではない。それぞれの地域で優先して解決しなければならない課題を抽出し、課題に対する有事対応を検討し、それが可能となるように準備していくしかない。

地域BCPは地域の総力戦のための重要なプロセスであり、このプロセスの延長線上でしか有事の対応はできない。だからこそ、地域の専門職たちの手で、きちんと地域 BCP を策定する必要があるのだ。

◆地域 BCP で取り組む課題の例として——「安否確認」

迅速で効率的な安否確認に関しては、多くの地域が共通してあげる課題の一つだ。

2018年9月6日、午前3時7分に起こった北海道胆振東部地震。18分後にいわゆる「ブラックアウト」が発生し、道内のほぼ全域 295 万戸が2日以上にわたって停電した。このとき、在宅療養者をサポートする機関は一斉に安否確認を行った。その結果、複数の機関からサービス提供を受けていた療養者には安否確認の電話が集中することとなった。

セーフティネットの観点からは「万全」と言うことができるのかもしれない。しかし度重なる電話を受けた療養者のスマートフォンはあっという間に充電が切れ、停電が続く中では「非常に困った」という。こうなるとは安否確認の弊害だ。また、「医療・ケア従事者が 1 人の療養者に重複して安否確認を行ったこと」を、「人的資源の活用の面から無駄が多い」というふうに指摘することもできる。有限である人的資源をより有効に活用する方法が他にあったかもしれない。

こうした過去の被災地経験に学びながら、今、様々な地域で様々な安否確認の検討や取り組みが始まっている。

ある地域では、「有事においては、行政が避難行動要支援者リストを医療・ケア機関に所属する専門職に公開し、かつ安否確認の結果をリストに書き込めるようにし、関係者であれば閲覧できるようにしてはどうか」という案が出て、実装に向けた検討がスタートした。他の地域では、「地震の安否について発信可能な在宅療養者には各自発信してもらい、発信できない在宅療養者については行政と医療・ケアの専門職が分担して安否確認を行う」形で、迅速に安否確認を実行する仕組みの構築を目指している。

なお、これは複数地域の取り組みを通して分かったことだが、「安否確認」という言葉は実は解像度として荒いようだ。ひと口に「安否確認」と言っても、「どんな情報をもって、『安否確認』とするか」は職種によって、人によってかなり異なる認識を持っている。

このような認識の違いを知り、認識をそろえていく作業は、地域の医療・ケアの専門職が集まって話し合っていく他ない。議論を通し、「安否確認」として最低限必要な情報は何か、想定される被災のレベルによって取得すべき情報はどのようなものかについて、地域のコンセンサスをつくる。そうすれば、地域にとって有効な安否確認の手段の構築にもつながっていくだろう。

安否確認が迅速にできれば、それだけ支援の初動も早くなる。救える命が増える可能性が上がるということだ。

◆地域 BCP で取り組む課題の例として――

「在宅避難者の安否確認・健康モニタリングの在り方や対価に関する検討」

有事に自治体または保健所から、地域の医療・ケア専門職に依頼するタスクの一つに、在宅避難者の安否確認（いわゆるローラー作戦）や彼らの健康モニタリングがある。

これまでの被災地においては、複数回に渡るローラー作戦に、被災地の訪問看護師や在宅医療を提供する医師、ケアマネジャー等は、ボランティアで参加してきた。しかし、彼ら専門職のほとんどは民間機関に所属している。医療・ケア機関にとって、スタッフの給与を保障するために、収入を途切れさせないことも重要な BCP の要素であるにもかかわらず、自治体は、当たり前のように地域の医療・ケア専門職にローラー作戦への無償での参画を依頼するのである。収入がなければ、その事業所は事業を継続できなくなり、地域の重要な医療・ケア資源を失うことを意味するのにもかかわらずだ。

これは直ちに見直しが必要である。つまり、有事において、自治体または保健所が、地域の医療・ケア専門職に依頼するタスクを整理し、またその対価についても、しっかりと平時から相談しておくことが求められる。自治体は、もちろん各機関との交渉の必要はなく、職能団体等を通じての交渉が現実的である。

「地域に何が起こるかを想定し、またサージキャパシティを見込む」

避難所の高齢者の不活動性の ADL 低下、認知機能の低下、慢性疾患の悪化が、毎回課題に挙がる。JRAT、DPAT 等、様々な専門職支援が組織されつつあるが、新興感染症の蔓延と自然災害が重複で生じれば、外部からの支援は制限されるであろうし、我が国の広範囲が被災した場合、外部支援は期待できない。

地域全体のサージキャパシティ（緊急時対応可能能力）をどのように質・量ともに高めておくかは、我が街・地域で有事にどのようなことが生じるのかをしっかりと分析・想定しておくことが前提になる。まさに地域 BCP 策定のプロセスで検討すべき重要な課題だ。有事において、地域のヘルスケア資源をどのように利活用し、また役割分担し、そして専門職人材をどのように再配置するか、その対価をどうするのか。そして、個別避難支援計画をどのように誰が立案し、有事に備えて訓練を行っておくか等も含め、これは地域健康危機に指揮を執る自治体、保健所が旗を振り、地域 BCP として平時からステイクホルダーとの対話をベースに計画を立てておく必要がある。地域 BCP は、有事において有限の地域のヘルスケア資源を最大活用するための重要なツールになり、また、地域 BCP があることで、地域の総力戦を可能にするのである。



◆その他、地域 BCP のテーマの例

- ・人工呼吸器等、電気を必要とする患者・利用者の電気の確保
- ・有事における地域の医療・ケア人材の再配置
- ・個別避難支援計画
- ・有事の際の医療・ケア機能の分担、連携
- ・情報の集約、共有、発信
- ・自治体（保健所・消防含む）との連携
- ・NPO との連携
- ・職能団体との連携
- ・避難所のサポート
- ・救護所の運営
- ・公衆衛生・保健活動
- ・地域全体での訓練の実施

4. 役割分担とスケジュールの決定

課題を共有し、共通認識を持った上で、役割分担とスケジュールを決定する。

5. 訓練と評価

Step7に準じて施行する。



さいごに

繰り返しになるが、BCP で大事なことは、災害の種類や起こりやすさではなく、我が組織や我が街で、何らかの重大な事態が発生した際の影響をプロファイリングし⁵⁾、これを元に戦略を立て、また備えておくこと、そして発災後は、利用可能なあらゆる資源を柔軟に動員し、被害を最小限に抑えることである。言い換えれば、医療・介護をはじめとするヘルスケア提供機関の強靱な再起力 (Robust Resilience) を高めていくことが、BCP/BCM の目標の一つである。

「災害なんていつ来るか分からないので、来たその時に考えればいい」このような考えは、あまりに楽観的すぎる。平時にできないことは、有事にできるわけがない。

平時に考え備えていなければ、有事は場当たり的に対応するしかなく、すべてが後手に回る。これでは、患者や住民の大切ないのちや健康、そして生活を守ることはできない。平時から考え検討することで、有事の選択肢を増やす。皆の知恵や経験を紡いで、強靱且つしなやかな在宅医療を提供する診療所 BCP の策定を目指していただきたい。

そして、また全ての診療所が地域の重要なヘルスケア資源であることを大前提に、皆さんには、自院のみならず、地域全体の医療・ケア継続の可能性を高めるための啓発や実装に向けての活動を期待したい。

この手引きが、在宅医療を提供する診療所の BCP 策定、さらには、地域を面と捉え、その医療やケアの継続について考える際の一助となれば幸甚である。

厚生労働省医政局 在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業
専門家委員会一同

Prepare for the Worst, Plan for the Best

最悪の事態に備え、最良の計画を策定する

