

Prepare for the Worst, Plan for the Best

BCP 策定の手引き

在宅医療を提供する入院医療機関編

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
第 3 版 2024 年 5 月

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?	6
災害対応マニュアルと BCP の違いとは?	6
ヘルスケア領域における BCP とは?	10
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	22
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）	37
Step4 業務影響分析:Business Impact Analysis :BIA	57
Step5 業務継続のための戦略:BCS (Business Continuity Strategy)	64
Step6 業務継続計画 (BCP) の文書化	67
Step7 業務継続計画の演習・評価・維持プログラム (BCM)	74
Step8 連携型 BCP/地域 BCP の策定	77
さいごに	82



はじめに

新型コロナ感染症における第6波は、オミクロン株が猛威を振るった、重症者は過去の変異株に比べて少なかったが、感染力が著しく、医療・介護施設の従事者が感染する事によって、診療やケアが立ち行かなくなったところも多かった。そのような際に、どう業務を継続したらよいのだろうか。他の医療機関から支援を派遣してもらうことはできるのか？ 代替診療は可能なのか？ 患者への説明は？ 逆に、地域の他医療機関でクラスターが発生した際には、応援に行くことはできるのか？

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、診療の提供を継続し、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、住民の大切ないのちや健康、そして暮らし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、Business Continuity Plan:業務継続計画(以下 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、自然災害に対して一つ一つの医療機関で出来ることは極めて限られている。つまり、自施設の 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医療・介護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。

普段の診療においても、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、自身に診療・ケアの選択肢が豊富にあることは、診療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、有事対応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入院医療機関 BCP 分科会組織(機関名・氏名 50 音順)

あいち小児保健医療総合センター	伊藤 友理枝	秋津鴻池病院	高野 元伸
板倉病院	梶原 崇弘	板倉病院	加藤 聡
板倉病院	滝口 恵子	板倉病院	峯 一彦
稲毛病院	耀 英明	井野辺病院	大久保 隆
医療法人社団永生会	田畑 稔	小国町立病院	伊藤 宏
織田病院	織田 正道	織田病院	織田 良正
織田病院	原 和行	織田病院	宮崎 公志
吉祥寺病院	守田 亨	一般社団法人 Kukurū	金城 のえみ
一般社団法人 Kukurū	水川 知恵	倉敷市立市民病院	小山 晃子
倉敷スイートホスピタル	岩元 崇	倉敷スイートホスピタル	新名 早希子
倉敷スイートホスピタル	藤田 慎一郎	倉敷中央病院	竹岡 修
健生会ふれあい相互病院	藤井 幹雄	孝友クリニック	四方田 峻
公立久米島病院	並木 宏文	国分寺さくらクリニック	河原 慎一
国立成育医療研究センター	植松 悟子	国立成育医療研究センター	楠 孝司
国立成育医療研究センター	中村 知夫	佐久間病院	大國護 洋子
佐久間病院	北野谷 卓治	佐久間病院	三枝 智宏
佐久間病院	中嶋 のり子	サザンリージョン病院	上野 太
サザンリージョン病院	内田 大介	サザンリージョン病院	浜村 春吾
サザンリージョン病院	牧角 寛郎	しのぎ整形外科	前田 利恵
昭和伊南総合病院	太田 美緒	市立八幡浜総合病院	菊池 幸恵
哲翁病院	大槻 卓矢	医療法人博愛会	宮川 喜久生
博悠会温泉病院	上村 竜太	函館稜北病院	笠原 毅
広瀬病院	篠 美和	伏虎リハビリテーション病院	氏次 啓太
伏虎リハビリテーション病院	奥村 歩	伏虎リハビリテーション病院	中谷 匡登
まび記念病院	浅沼 節子	まび記念病院	鶴田 淳
まび記念病院	美甘 由美	まび記念病院	村松 友義
八代北部地域医療センター	澤田 圭司	山梨市立牧丘病院	高石 星子
山梨市立牧丘病院	高石 利央	夕張市立診療所	青木 総成

BCP の基礎知識



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

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？

災害対応マニュアルは、リスクごとに作成

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、医療機関としては、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 ガス供給停止	上水道停止 火災	下水道機能不全 PCシャットダウン
人為的リスク (人災)	多数傷病者事故 ヒューマンエラー	サイバーテロ 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・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、自機関からの診療・ケア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・ケアの提供を継続・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ではなく、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（事業継続計画）

- 業務が中断した際に、代替手段を使って、如何に事業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。また重症患者が入院していたら、人工呼吸器や生体監視モニターが正常に作動しているかどうかをチェックするだろう。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ことになる。

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、業務が中断もしくは中断しそうな時に発動されるのが BCP だ。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。そこで、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。

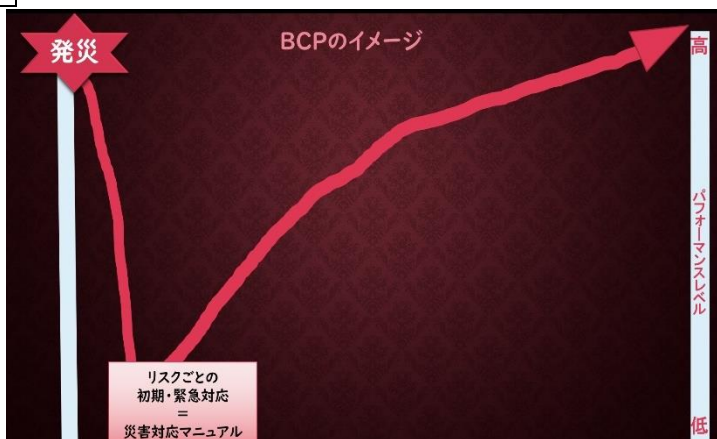


図 1： 災害対応マニュアルにより早期復旧・継続できるケース (BCP 発動不要)
赤い矢印は、事業のパフォーマンスを示す

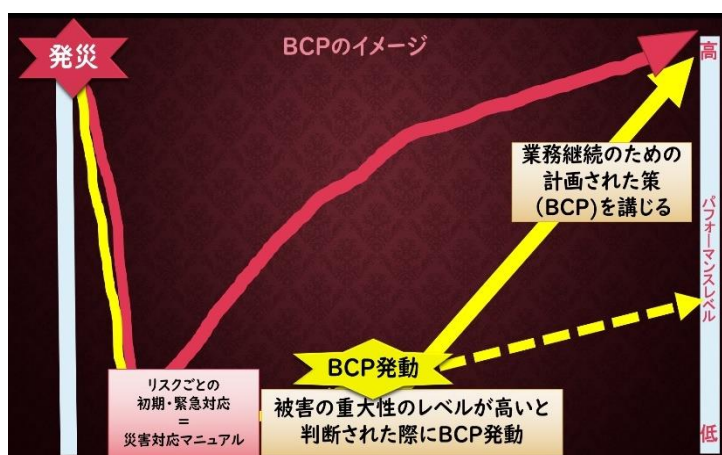


図 2： 目標復旧時間までに復旧・継続できないと判断されたケース (BCP 発動)
黄色の矢印は、事業のパフォーマンスを示す

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をして、帰宅あるいは避難所への移動を促す。軽症の入院患者に、退院または転院を促す。待機的な手術や検査は延期する。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、被害のない訪問看護事業所と連携して補完し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事業所に依頼するなど、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さん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」と理解しておくといよい。

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、

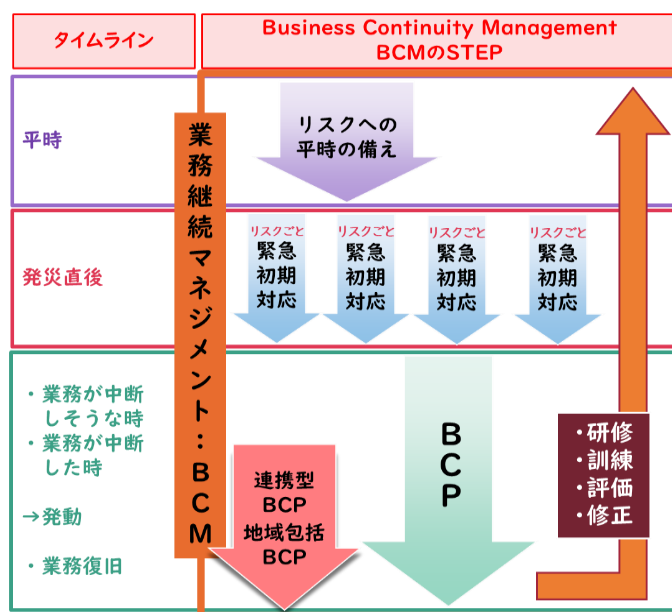


図3: Business Continuity Management 概念図
出典) 山岸・池上、いのちと暮らしを守る BCP. inpress

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期間が多かった。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、発災後の患者の増加、医療需要の高まり及びその緊急性から、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⁾。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ただけでは、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、最終的な在宅医療を提供する入院医療機関のBCPサマリーのイメージである。

ステージ	ステージング変更に至る資源の状況	戦 略	業 務	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 BCP発動	- 診療業務の継続が困難なスタッフ数 - 診療エリアの制限があり、業務継続が困難な状態 - 停電/自家発電機能喪失 - 断水/外部から供給不可 - 通信・電カは長期間の使用不可、復旧の見込みなし - 移動手段は全般的に支障がある	自機関からの中止	・全病院避難 訪問診療 記録 金銭管理 労務管理 メンタルフォロー	戦略：診療・ケア業務を中長期的に中止、全病院避難		
ステージ3 BCP発動	- 外部からの診療支援で優先業務を継続できる - 優先業務継続が可能な診療エリア、または代替エリアが確保できる - 停電/継続的な燃料の供給が必要。自家発電稼働下で、優先業務の継続が可能な状態 - 断水/継続的な給水および受水槽から供給下で、優先業務の継続が可能な状態 - 通信・電カは優先業務の継続可能な状態 - 移動手段は、支障があるが、優先業務の継続可能な状態	外部からの支援で優先業務を継続	緊急手術・緊急カテーテル治療 入院診療 救急受 透析 記録 請求 金銭管理 労務管理 メンタルフォロー	戦略：BCP発動の上、外部との連携や支援により業務継続を目指す		
ステージ2 BCP発動	- 優先業務を継続できるスタッフが出務している、または院内他所からの応援で対応できる - 優先業務継続が可能な診療エリアが確保されている - 停電/燃料の備蓄あり。自家発電稼働下で、優先業務の継続が可能な状態 - 断水/受水槽から供給下で、優先業務の継続が可能な状態 - 通信・電カは優先業務の継続可能な状態 - 移動手段は、支障があるが、優先業務の継続可能な状態	自機関のリソースで対応	入院診療 救急受入 透析 外来診療 予定手術 連携関連業務 記録作成・情報共有確認 請求業務 備品管理 教育・研修 マネジメント関連 患者対応	戦略：BCPは発動するが、基本的には自機関での対応（業務の縮小・一時中止）		
ステージ1	スタッフの出務/診療エリア/ライフライン/通信・電カ/移動手段にほぼ影響なし	災害対応マニュアル	緊急・在宅患者対応	戦略：生じたリスクに関する災害対応マニュアルに沿って緊急初期対応		

図4：在宅医療を提供する入院医療機関 BCP サマリーのイメージ

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。

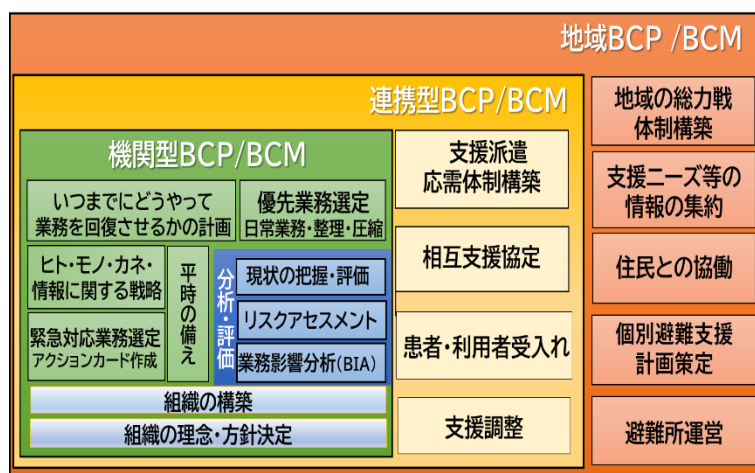


図5: 地域 BCP 概念図

出典) 山岸・池上. いのちと暮らしを守る BCP in press

1. 機関型 BCP

自施設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ドクターがしばらくの期間、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おうとよいのか。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、そうも言っていられない。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⁾。

例えば病院では、多くの診療科や部署、多種多様な医療資器材、治療内容、療養の場所の確保など、様々なリスクアセスメントや業務影響分析を行う必要がある。その過程で普段は直接的なかわりのない他職種や他部署のスタッフと議論しながら BCP を作成していくことは、時間や労力を要すことも多いが、非常に重要だ。時には、自院の災害に対する準備不足に愕然とすることがあるかもしれない。しかしその認識と一連の過程の議論は、必ず形を変えて有用なものになっていくに違いない。是非前向きに取り組んでいただきたい。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

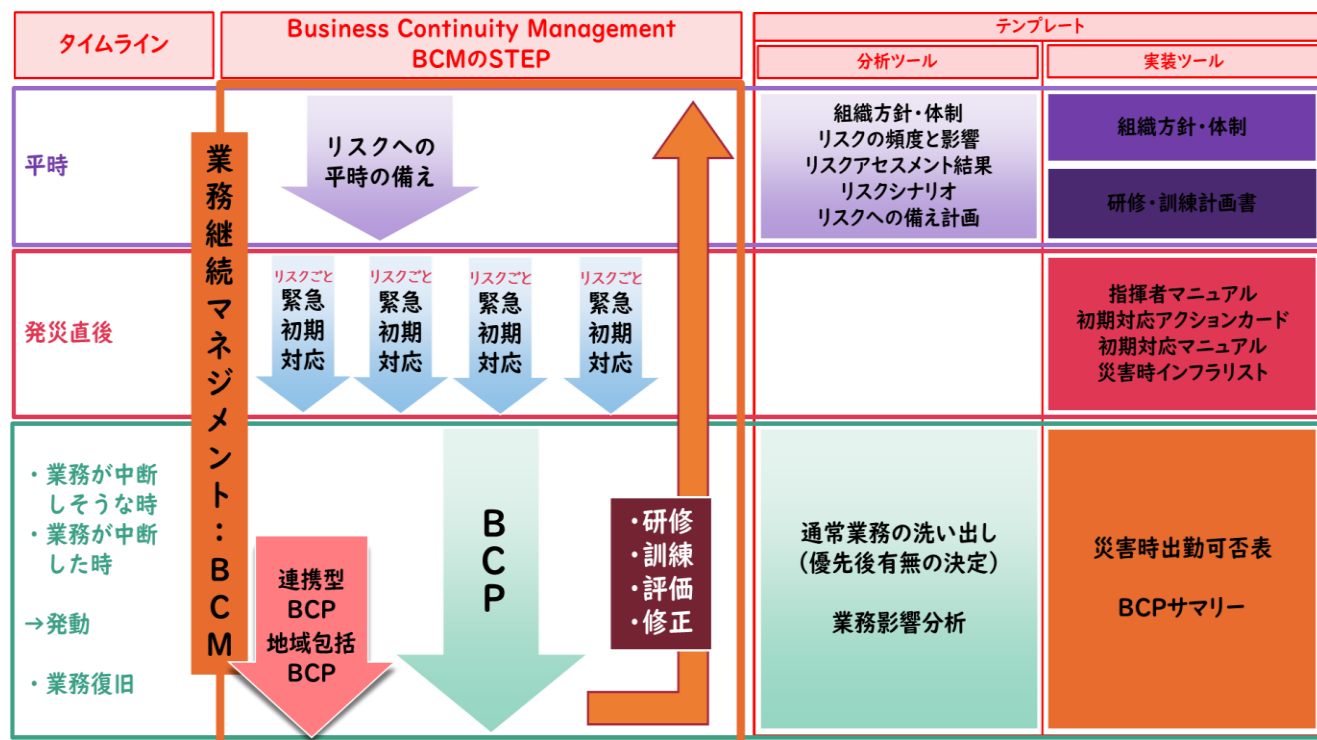


図7: Business Continuity Management (BCM) の概念図と本手引きのツール
出典) 山岸・池上, いのちと暮らしを守る BCP, inpress

「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！

普段の診療においても、我々が選択肢をたくさん持ちうることで、臨機応変、且つ適切な診療に繋がりがやすい。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、自身に診療の選択肢が豊富にあることは、診療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、最も重要なことである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、わが組織やわが街で、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 の目標なのである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

全ての医療・介護・福祉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ところ、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 策定のための 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



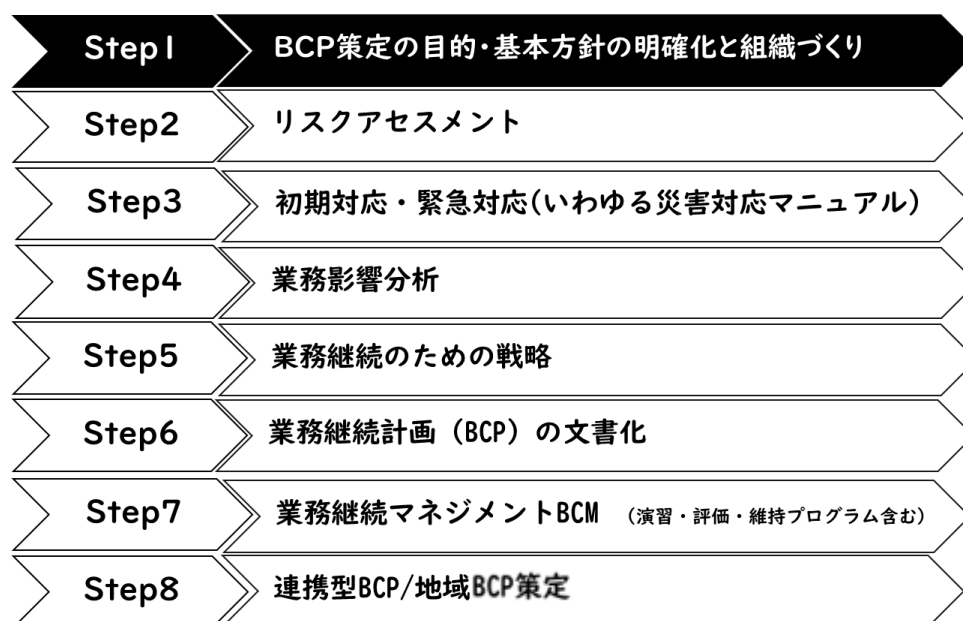
Step1 BCP 策定の目的・基本方針の明確化と組織づくり

～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、自院の業務継続計画（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・管理する組織を構築する。

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



1. 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入院医療機関（以下、医療機関）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、多くの医療機関が、「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、全国の多くの医療機関が 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が、今後も地域の期待に応え続けていくとともに、患者のいのちや暮らしを守るという社会的責務を果たしたいと考えている。

有事においても、当院の入院・外来診療および訪問診療を継続できるように、また万が一、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の 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。

 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。

例) 昨今、災害が頻繁に発生している。地震・台風・洪水や人為災害からの被害を最小限に抑え、当院にとって重要な業務を継続させ、患者や地域住民の期待に応じて診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) 人命と安全を最優先にする
- 2) 患者(特にかかりつけ患者に)遅滞なく医療提供を行う
- 3) 地域住民の助けとなる

 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

1) BCP 運営委員会 (BCP タスクフォース) の発足

Step2 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。具体的には、組織横断的な BCP 運営委員会 (BCP タスクフォース) を組織することを推奨する。診療部、看護部、事務部、ライフライン部、診療サポート部門など各部署の代表を中心メンバーとする 5 名～10 名ほどのチームが望ましい。

2) BCP 策定・管理にあたっての役割の明確化

BCP 策定・管理にあたっての体制や役割の一例を表3、図 8 に挙げる。

BCP 発動に関しても、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。危機はいつ起こるか分からない。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。

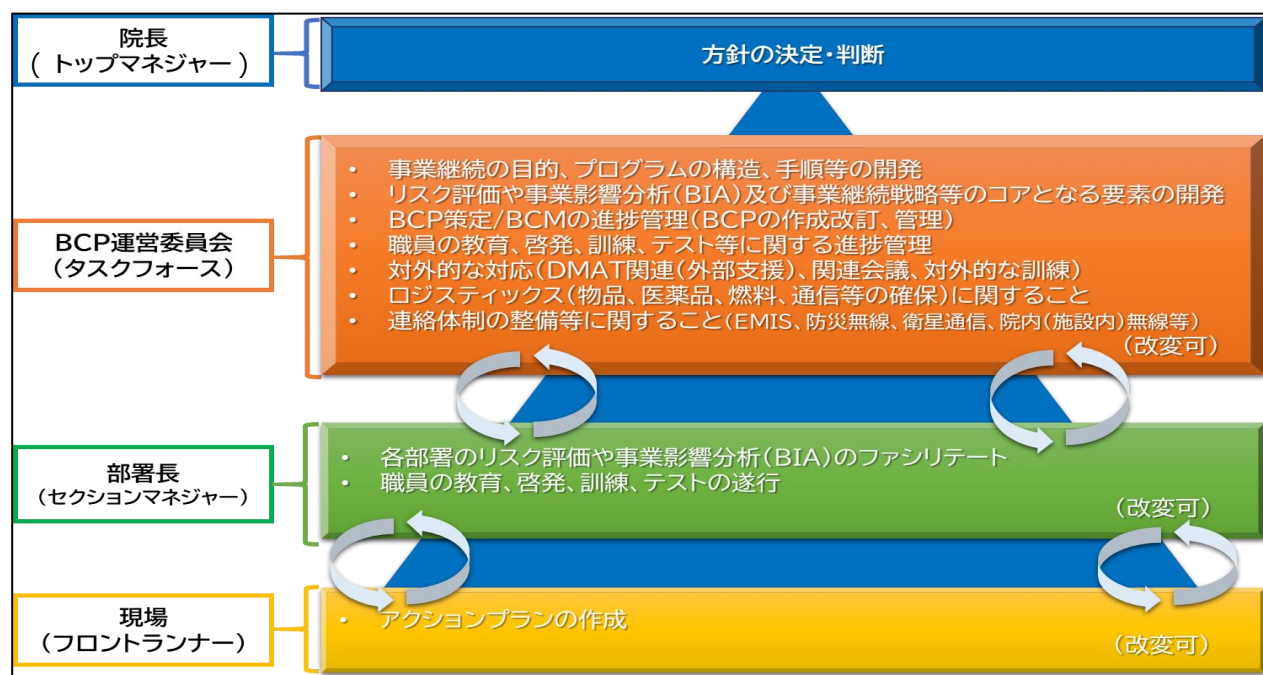
ここで一般的な有事の際の BCP タスクフォースリーダー（以下、BCP リーダー）の役割を概説する。BCP リーダーは、BCP 策定のプロセスにおける指揮を執る。また、BCP 策定後は訓練を実施し、評価の上、改良を加え、業務継続マネジメント（Business Continuity Management :BCM）が極めて重要である。

また有事においては、状況を鑑み、BCP 発動のタイミングを（災害時）組織責任者に上申する。報告を受けた（災害時）組織責任者は、状況を俯瞰し、BCP の発動の判断をする。

表 3： BCP 策定・管理体制（代行含む）

（災害時）組織責任者	（例）院 長	〇〇 〇〇〇
BCP タスクフォースリーダー	（例） 副院長	〇〇 〇〇〇
BCP タスクフォースサブリーダー	（例） 事務部	〇〇 〇〇〇
BCP 発動者	（例） 院 長 （院長不在の場合：BCP タスクフォースリーダーが代行）	〇〇 〇〇〇

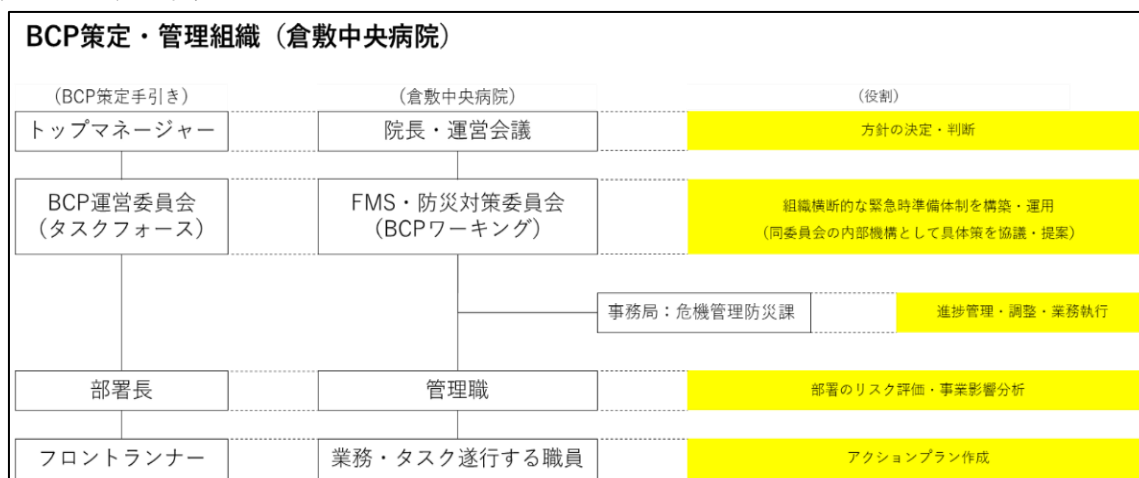
図8： BCP 策定・管理に関する役割分担



📄 テンプレートシート 組織方針・体制（ Step1 ）

例) 倉敷中央病院の場合

新たに組織体を起こすのではなく、既存の組織や会議体をうまく活用し、BCP 策定・管理組織を構築されている。



Column

医療機関におけるBCP策定の取り組みは進んでいる。しかし、幹部を含むBCPタスクフォースがBCPを策定し、一方で各部署はアクションプランを作成し、これらが全く連動していないのが実態である。BCPを実効性の高いものにするために、また医療機関にBCPを定着させるためには、現場のフロントランナーも含め全ての職員が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。

組織構築に当たっては、当該機関の規模や機能によっても、あり方は多様である。例えば、特定機能病院や災害拠点病院の場合、診療部をはじめ各部門（職能や各病棟）の長を介して、BCPタスクフォースと現場のフロントランナーが双方向に情報をやりとりしながら、BCP/BCMに取り組むプロセスをとることが望ましい。また、中小規模の医療機関の場合には、各部門長がBCPタスクフォースのメンバーとなり、直接、現場のフロントランナーと対話をしながら、BCP/BCMに取り組むプロセスが現実的だろう。

BCPは「作って終わり」ではない。現場のフロントランナーも含め、組織としてBCP/BCMに取り組み、当該機関の文化として根付かせることが肝要である。

StepⅠ のまとめ

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 策定の体制を作ることの2点である。BCP の礎をこの StepⅠ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。

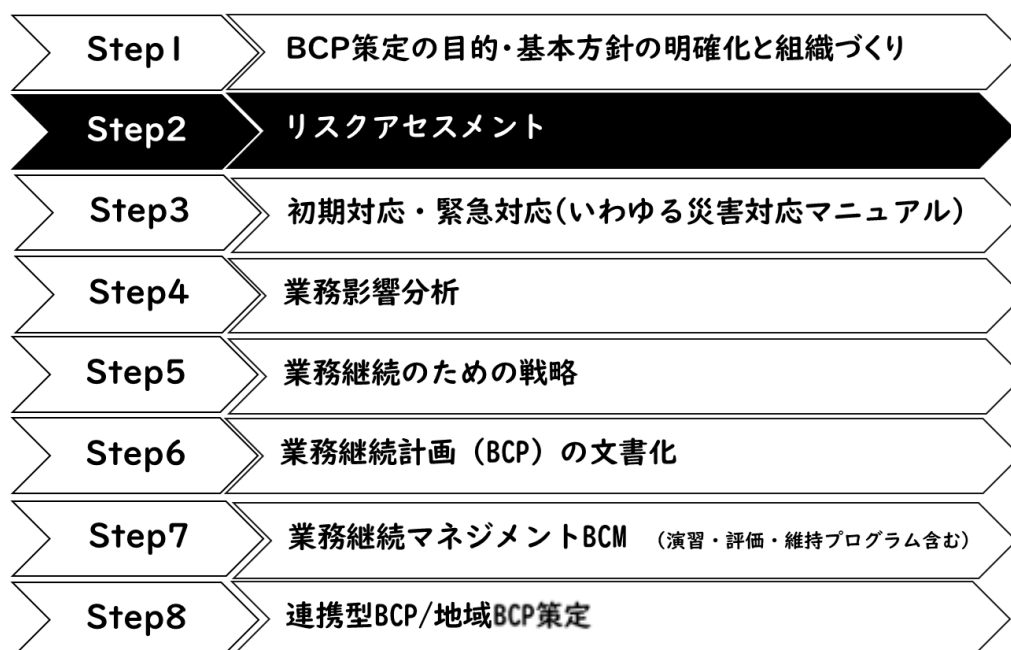
Step2 リスクアセスメント

～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 9）を活用して、評価する。

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エリア（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）。

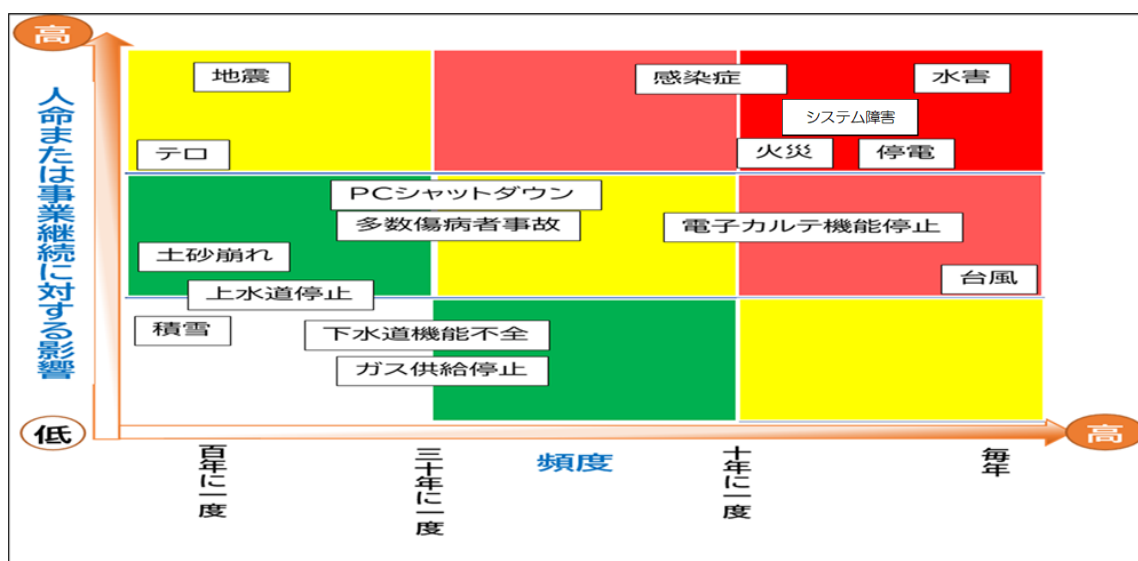


図 9：リスクの頻度と影響

🔗テンプレートシート リスクの頻度と影響（ Step2 ）

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、システム障害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、頻度は低いが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) 組織の建物、ライフライン等の把握

電気、都市ガス、水道、燃料、医療ガスについて、テンプレートに沿って把握、評価する。

表 6: 組織の建物、ライフライン等の把握(例)

電気・都市ガス・水道				
種別	項目	サブ項目	記入欄	単位
電気	受電方式		特別高圧受電	
	受電電圧		22	KV
	契約電力		5,700	KW
	前年度の最大需要電力	8月	5,700	KW
	非常用発電機の台数は？		7	台
	非常用発電機の容量は？		6,450	KVA
	非常用発電機の設置場所は？		地下及び屋上	
	河川等の氾濫時に浸水の可能性は高いか？		主な電気室が地下にある為、浸水の可能性は有り	
	無停電電源装置の台数は？		重要機器には個別UPSを持っている	台
	無停電電源装置のタイプは？	CVCF ・ UPS	UPS	
ガス	ガスの種類		都市ガス(13A)	
	中圧使用の場合、使用用途は？		冷暖房用熱源設備(ガス焚き吸収式温水発生機)	
水道	取引メーター口径	直径	2系統引込み(200mm・75mm)	mm
	水槽容量(有効容量)合計	受水槽:飲料水槽	818	m ³
		受水槽:雑用水槽	370(井水1次処理槽含む)	m ³
		高置:飲料水槽	61.2	m ³
		高置:雑用水槽	なし	m ³
	前年度使用量 ※前年の最大使用月	飲料水	227,347	m ³
		雑用水	153,461(井水汲上量)	m ³
燃料・医療ガス				
非常用発電機	非常用発電機の燃料の種類は？		灯油(一部重油)	
	主タンク容量(有効容量)		27,000	L
	燃料の備蓄量		灯油27,000L 重油27,000L	L
	実発電を行ったことがあるか？	あり・なし	あり	
	上記で「あり」の場合、何分間運転したか？		発電機によるが15分～240分	分間
	上記で「あり」の場合、燃料使用量は？		予測 全台数計:650L	L
	設計上の燃費は？		5.5	KW/L
その他	ボイラーは設置はあるか？	あり・なし	あり	
	ボイラーの主燃料の種類は？		A重油(LSA重油)	
	液体酸素タンク(CEタンク)の容量は？		15(10t×1・5t×1)	トン
	前年度の1ヵ月平均使用量は？		31.79	m ³
	予備酸素ポンベの備蓄量は？	ポンベ何個、何本？	472.40(470×6本・3.40×56本)	
	笑気ガスはあるか？		あり	
	笑気ガスの最大備蓄量は？		90(30×3本)	kg

🔗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

スタッフの参集可能人員を以下の手順で把握する。

- (1) 平日、休日、それぞれの日勤帯、夜勤帯ごと、また 1 時間以内、6 時間以内、12 時間以内、24 時間以内に参集可能人員数を職種ごとに算出する。
- (2) 自宅から、徒歩または自転車で参集できる時間とする。
- (3) 各部門・部署から提出を求め、BCP タスクフォースが取りまとめる。

表 7: 有事の際の出勤可否表(例)

	平日				休日			
	日勤帯(8:00~17:00) 勤務者 ○○名				夜勤帯(17:00~7:59) 勤務者 ○○名			
平 時	医師	名	医師	名	医師	名	医師	名
	看護師	名	看護師	名	看護師	名	看護師	名
	看護補助者	名	看護補助者	名	看護補助者	名	看護補助者	名
	薬剤師	名	薬剤師	名	薬剤師	名	薬剤師	名
	リハ専門職	名	リハ専門職	名	リハ専門職	名	リハ専門職	名
	栄養士	名	栄養士	名	栄養士	名	栄養士	名
	臨床工学技士	名	臨床工学技士	名	臨床工学技士	名	臨床工学技士	名
	臨床検査技師	名	臨床検査技師	名	臨床検査技師	名	臨床検査技師	名
	事務	名	事務	名	事務	名	事務	名
1 時間 以内	計	○○名	計	○○名	計	○○名	計	○○名
	医師	名	医師	名	医師	名	医師	名
	看護師	名	看護師	名	看護師	名	看護師	名
	看護補助者	名	看護補助者	名	看護補助者	名	看護補助者	名
	薬剤師	名	薬剤師	名	薬剤師	名	薬剤師	名
	リハ専門職	名	リハ専門職	名	リハ専門職	名	リハ専門職	名
	栄養士	名	栄養士	名	栄養士	名	栄養士	名
	臨床工学技士	名	臨床工学技士	名	臨床工学技士	名	臨床工学技士	名
	臨床検査技師	名	臨床検査技師	名	臨床検査技師	名	臨床検査技師	名
6 時間 以内	事務	名	事務	名	事務	名	事務	名
	計	○○名	計	○○名	計	○○名	計	○○名
	医師	名	医師	名	医師	名	医師	名
	看護師	名	看護師	名	看護師	名	看護師	名
	看護補助者	名	看護補助者	名	看護補助者	名	看護補助者	名
	薬剤師	名	薬剤師	名	薬剤師	名	薬剤師	名
	リハ専門職	名	リハ専門職	名	リハ専門職	名	リハ専門職	名
	栄養士	名	栄養士	名	栄養士	名	栄養士	名
	臨床工学技士	名	臨床工学技士	名	臨床工学技士	名	臨床工学技士	名
	臨床検査技師	名	臨床検査技師	名	臨床検査技師	名	臨床検査技師	名
	事務	名	事務	名	事務	名	事務	名
	計	○○名	計	○○名	計	○○名	計	○○名

 テンプレートシート 参集人員表:組織・職能 (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)。
- ・ シナリオは事象ごとに、「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)

		水害	停電	システム障害	地震(震度6以上)	感染症	火災
ユ ー ザ	ス タ フ	患者を避難させる必要がある			患者を避難させる必要がある		患者を避難させる必要がある
		入院患者の避難誘導が混乱する					入院患者の避難誘導が混乱する
		職員も避難しなければならない事態になる		システム障害により連絡をまわせない	職員も避難しなければならない事態になる		職員も避難しなければならない事態になる
		マンパワーが不足する		マンパワーが不足する	マンパワーが不足する	マンパワー不足になる	マンパワーが不足する
		道路、公共交通機関に支障が生じ、職員が参集困難になる			道路、公共交通機関に支障が生じ、職員が参集困難になる		
		職員の安否確認ができない			職員の安否確認ができない		職員の安否確認ができない
		職員の家族の安否確認ができない			職員の家族の安否確認ができない		
		仕事を継続することが困難な職員が生じる(育児や介護等)			仕事を継続することが困難な職員が生じる(育児や介護等)	仕事を継続することが困難な職員が生じる(感染への恐れや風評被害)	
		職員が帰宅困難になる			職員が帰宅困難になる		
		対応に追われ、病院に留まる職員が生じる	対応に追われ、病院に留まる職員が生じる	対応に追われ、病院に留まる職員が生じる	対応に追われ、病院に留まる職員が生じる	対応に追われ、病院に留まる職員が生じる	対応に追われ、病院に留まる職員が生じる
		指揮命令が混乱する(DMAT 支援の受入れ等)			指揮命令が混乱する(DMAT 支援の受入れ等)		
		職員が負傷する			職員が負傷する	職員が感染する	職員が負傷する
		職員が心的外傷を受ける			職員が心的外傷を受ける	職員が心的外傷を受ける	職員が心的外傷を受ける
		訪問先で被災する			訪問先で被災する		訪問先で被災する

		水害	停電	システム障害	地震(震度6以上)	感染症	火災
設備・モノ	移動	車両等の破損、ガソリンの入手不可で、移動手段が確保できず、訪問できない			車両等の破損、ガソリンの入手不可で、移動手段が確保できず、訪問できない		車両等の破損、ガソリンの入手不可で、移動手段が確保できず、訪問できない
	資器材	業者からの医療資器材の供給が途絶える			業者からの医療資器材の供給が途絶える	業者からの医療資器材の供給が途絶える	
		医療資器材が不足する			医療資器材が不足する	感染症防護の医療資器材が不足する	医療資器材が不足する
		医療資器材が浸水・故障する			棚等の倒壊、落下等により医療資器材が故障する		医療資器材が燃えてしまう・故障する
		医薬品が水没により使用できなくなり不足する			医薬品が倒壊等により使用できなくなり不足する		医薬品が燃えてしまい使用できなくなり不足する
	薬剤	引火性薬品による火災を生じる			引火性薬品による火災を生じる		引火性薬品による火災を生じる
		薬剤が浸水・破損する			棚の倒壊、落下等により薬剤が破損する		薬剤が燃えてしまう
		機器が使えず、調剤できない	機器が使えず、調剤できない		機器が使えず、調剤できない		機器が使えず、調剤できない
		薬剤が盗難にあう	薬剤が盗難にあう		薬剤が盗難にあう		薬剤が盗難にあう
		必要な薬剤の供給が間に合わず、不足する			必要な薬剤の供給が間に合わず、不足する	必要な薬剤の供給が間に合わず、不足する	必要な薬剤の供給が間に合わず、不足する
		要冷蔵薬品が管理できない			要冷蔵薬品が管理できない		要冷蔵薬品が管理できない
		滅菌ができない	滅菌ができない		滅菌ができない		滅菌ができない
カネ	支出増 収入減	復旧・復興費を準備する必要がある	復旧・復興費を準備する必要がある	復旧・復興費を準備する必要がある	復旧・復興費を準備する必要がある	休業を余儀なくされた際の運転資金の確保が必要となる	復旧・復興費を準備する必要がある
		保険がきかない被災となる可能性もある	保険がきかない被災となる可能性もある	保険がきかない被災となる可能性もある	保険がきかない被災となる可能性もある	保険がきかない被災となる可能性もある	保険がきかない被災となる可能性もある
		一時的な診療や手術制限による収益減少	一時的な診療や手術制限による収益減少	一時的な診療や手術制限による収益減少	一時的な診療や手術制限による収益減少	一時的な診療や手術制限による収益減少	一時的な診療や手術制限による収益減少
		患者の受診抑制・受診困難により患者数が減る	患者の受診抑制・受診困難により患者数が減る	患者の受診抑制・受診困難により患者数が減る	患者の受診抑制・受診困難により患者数が減る	患者の受診抑制・受診困難により患者数が減る	患者の受診抑制・受診困難により患者数が減る
	保障の スタッフへの 危機	給料が満額支払えない	給料が満額支払えない	給料が満額支払えない	給料が満額支払えない	給料が満額支払えない	給料が満額支払えない
		もし、機能不全に陥った場合、スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	もし、機能不全に陥った場合、スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	もし、機能不全に陥った場合、スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	もし、機能不全に陥った場合、スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	もし、機能不全に陥った場合、スタッフの就業の場と報酬の保障ができない	もし、機能不全に陥った場合、スタッフの就業の場と報酬の保障ができない

		水害	停電	システム障害	地震(震度6以上)	感染症	火災
ライフライン	電気	電気の供給断絶により、ライフラインがほぼストップする	電気の供給断絶により、ライフラインがほぼストップする		電気の供給断絶により、ライフラインがほぼストップする		電気の供給断絶により、ライフラインがほぼストップする
		電灯がつかない	電灯がつかない		電灯がつかない		電灯がつかない
		診療・手術・検査に支障が出る	診療・手術・検査に支障が出る	診療・手術・検査に支障が出る	診療・手術・検査に支障が出る		診療・手術・検査に支障が出る
		生命維持装置等の維持が困難になる	生命維持装置等の維持が困難になる		生命維持装置等の維持が困難になる		生命維持装置等の維持が困難になる
		会計や患者予約に支障が出る	会計や患者予約に支障が出る	会計や患者予約に支障が出る	会計や患者予約に支障が出る		会計や患者予約に支障が出る
		エレベーター停止による移動困難(ヘリポートへの移動含む)	エレベーター停止による移動困難		エレベーター停止による移動困難		エレベーター停止による移動困難
		セキュリティがコントロールできない	セキュリティがコントロールできない	セキュリティがコントロールできない	セキュリティがコントロールできない		セキュリティがコントロールできない
	上下水道	診療に必要な水が確保できない	診療に必要な水が確保できない		診療に必要な水が確保できない		診療に必要な水が確保できない
		飲料水が確保できない	飲料水が確保できない		飲料水が確保できない		飲料水が確保できない
		トイレが使えない	トイレが使えない		トイレが使えない		トイレが使えない
	ガス	医療ガスの供給できず、人命に影響する	医療ガスの供給できず、人命に影響する		医療ガスの供給できず、人命に影響する		医療ガスの供給できず、人命に影響する
	食料	食料物流の停止により、患者の食事が提供できない	食料物流の停止により、患者の食事が提供できない	食料物流の停止により、患者の食事が提供できない	食料物流の停止により、患者の食事が提供できない		食料物流の停止により、患者の食事が提供できない
		職員の食糧が足りない	職員の食糧が足りない	職員の食糧が足りない	職員の食糧が足りない		職員の食糧が足りない

 テンプレートシート リスクシナリオ表(Step2)

		水害	停電	システム障害	地震(震度6以上)	感染症	火災
環境		建物が浸水・損壊し 診療の継続が不可能になる			建物が損壊し 診療の継続が不可能になる		建物が損壊し 診療の継続が不可能になる
		病床が不足する			病床が不足する	病床が不足する 感染症用病床の確保 (一般病床の縮小)	病床が不足する
		外来に患者が殺到する	外来に患者が殺到する		外来に患者が殺到する	外来に患者が殺到する	外来に患者が殺到する
		院外からの人の避難 による混雑(治療を要さない 一般住民も含め)	院外からの人の避難 による混雑(治療を要さない 一般住民も含め)		院外からの人の避難 による混雑(治療を要さない 一般住民も含め)		院外からの人の避難 による混雑(治療を要さない 一般住民も含め)
		診療スペースが確保できない			診療スペースが確保できない	診療スペースが確保できない	診療スペースが確保できない
		外来患者や来院者に帰宅 困難者がでる	外来患者や来院者に帰宅 困難者がでる		外来患者や来院者に帰宅 困難者がでる		外来患者や来院者に帰宅困 難者がでる
		避難場所が確保できない			避難場所が確保できない	感染対策用ベッド以外へのし わ寄せ	避難場所が確保できない
		衛生不良により感染症リス クが上がる			衛生不良により感染症リス クが上がる	環境消毒の火必要性が上がる	衛生不良により感染症リス クが上がる
		職員の休憩場所の確保が できない	職員の休憩場所の確保 ができない		職員の休憩場所の確保が できない	職員の休憩場所の確保がで きない	職員の休憩場所の確保がで きない
情報	通信	電子カルテ停止	電子カルテ停止	電子カルテ停止	電子カルテ停止		電子カルテ停止
		サーバー停止による システム障害	サーバー停止による システム障害	サーバー停止による システム障害	サーバー停止による システム障害		サーバー停止による システム障害
		オーダーリングシステムが止 まる	オーダーリングシステムが 止まる	オーダーリングシステムが 止まる	オーダーリングシステムが止 まる		オーダーリングシステムが止まる
		医療画像システムが使え ない	医療画像システムが使え ない	医療画像システムが使え ない	医療画像システムが使えな い		医療画像システムが使えない
		患者予約サービスが使え ない	患者予約サービスが使え ない	患者予約サービスが使え ない	患者予約サービスが使えな い		患者予約サービスが使えない
		患者の会計システムが使 えない	患者の会計システムが使 えない	患者の会計システムが使 えない	患者の会計システムが使え ない		患者の会計システムが使えな い
		電話・FAX・院内イントラ が使えない	電話・FAX・院内イントラ が使えない	電話・FAX・院内イントラ が使えない	電話・FAX・院内イントラが 使えない		電話・FAX・院内イントラが 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

◆ 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

影響度×脆弱性
=リスク値

📎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対策を検討する。この対策については、事前対応（準備）と、緊急対応（有事の際の具体的対応）の視点で考えることを推奨する。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：リスク対応計画書

対応計画書 【ヒト】		リスク：地震・水害
リスクシナリオ	道路、公共交通機関に支障が生じ、職員が参集困難になる	
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、スタッフの送迎バス運行等、有事の対策に資するデータを揃えておく ・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、勤務スタッフのための宿泊施設確保のため、職員宿舍の運用の見直し、病院近隣の宿泊施設と提携を結んでおくなどの策を講じる ・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	
-期限（いつまでに?）	〇〇年 12 月末日まで	
-担当者（誰が?）	総務課 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・火災・感染症
リスクシナリオ	スタッフが負傷する	
現状の課題と対応	特に対策なし しかし、院内、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 ・業務縮小のスキームを作成する 【事前対策】 ・必須業務とサポート業務に分けて、サポート部門から必須部門への応援受入計画を作成する ・院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	
-期限（いつまでに?）	〇〇年12月末日まで	
-担当者（誰が?）	BCP タスクフォース 〇〇	

対応計画書 【設備・モノ】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	エレベーター停止による移動困難	
現状の課題と対応	非常用電源を用い、エレベーターを稼働させることになっているが、重症患者対応及び避難経路との関連性と有効性については十分検討されていない。また閉じ込めの問題に関しても、最寄りの階に停止する機能があるが、これが作動しないケースも報告されており、検証が必要	
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	【事前対策】 ・早急に非常電源で稼働させるべきエレベーターを検討し対策を練る。その際には、BCP 発動時の病棟整理（非常用電源で稼働する重症患者対応病棟とそこへの導線との関連性や、病院避難時の担送患者搬送についても考慮する。ヘリポートがある場合は、そこへの患者移動についても考慮する ・エレベーターの閉じ込めは、起こりうるリスクが高いため、スタッフに対応を周知すると同時に、水・食料・簡易トイレ・救急用品を入れたエレベーター用備蓄 box の導入を検討する ・エアストレッチャーの導入可否を検討する	
-期限（いつまでに?）	〇〇年12月末日まで	
-担当者（誰が?）	総務課 〇〇	

対応計画書 【設備・モノ】		リスク:地震・水害・火災・感染症
リスクシナリオ	【地震・水害・火災】 機器類・院内設備の破損により使えない 【地震・水害・火災・感染症】 機器類、PPE 等医療資機材が不足する	
現状の課題と対応	特に対策なし	
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	【事前対策】 ・破損や故障に関し、非常時に応急対応ができる人材を招集できるようにしておく ・機器メーカーと提携を結び対応について相談しておく ・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。また 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10月末日まで	
-担当者（誰が?）	中央衛生機材部 〇〇	

対応計画書 【設備・モノ】 リスク:地震・水害・火災	
リスクシナリオ	医療資機材が不足する
現状の課題と対応	特に対策なし
影響度×脆弱性=リスク値	$3 \times 3 = 9$
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・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、被害想定（傷病者推計等）をもとに、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 ・各部署の在庫リストの提出を依頼し、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を確認する ・周辺医療機関と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 ・不足時に備えて、代用品の活用を考慮した計画を作成する
-期限（いつまでに?）	〇〇年12月末日まで
-担当者（誰が?）	中央衛生機材部 〇〇

対応計画書 【設備・モノ】 リスク:地震	
リスクシナリオ	棚の倒壊、落下等により薬剤が破損する
現状の課題と対応	薬品棚は床や壁面に固定、保冷機、自動分包機も転倒防止用金具を活用している 扉のない棚からの落下策は必要
影響度×脆弱性=リスク値	$3 \times 3 = 9$
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・水剤の薬剤棚は突っ張り棒で、錠剤の棚はロールスクリーンで落下防止を検討する
-期限（いつまでに?）	〇〇年8月末日まで
-担当者（誰が?）	薬剤部 〇〇

対応計画書 【設備・モノ】 リスク:地震・火災	
リスクシナリオ	引火性薬品による火災
現状の課題と対応	薬品棚は転倒防止策を既に講じ、また引火性のある薬剤は他の薬剤と区別して保管している
影響度×脆弱性=リスク値	$3 \times 3 = 9$
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・定期的な点検を続ける
-期限（いつまでに?）	〇〇年8月末日まで
-担当者（誰が?）	薬剤部 〇〇

対応計画書 【設備・モノ】 リスク:地震・水害・火災	
リスクシナリオ	医薬品の盗難
現状の課題と対応	施錠はしているが、盗難という視点で改めて策を考えてみる必要がある
影響度×脆弱性=リスク値	$3 \times 3 = 9$
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・特に向精神薬、麻薬の盗難防止策（施錠や管理等）について再検討する
-期限（いつまでに?）	〇〇年8月末日まで
-担当者（誰が?）	薬剤部 〇〇

対応計画書 【設備・モノ】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	要冷蔵薬品が管理できない 機器が使えず、調剤できない	
現状の課題と対応	特に対策なし	
影響度×脆弱性＝リスク値	$3 \times 4 = 12$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・停電時に自動車電源で使用可能な冷蔵ボックスの購入を検討する ・保冷剤とクーラーボックスを常備し、実際の対応をシミュレーションしておく ・電気調剤機が使用不可の際の上皿天秤や分銅式秤などの購入を検討し、実運用のシミュレーションを行う	
-期限（いつまでに?）	〇〇年12月末日まで	
-担当者（誰が?）	薬剤部 〇〇	

対応計画書 【設備・モノ】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	必要な薬剤の供給が間に合わず、不足する	
現状の課題と対応	特に対策なし	
影響度×脆弱性＝リスク値	$3 \times 4 = 12$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・医薬品の備蓄に関して見直す ・地域の薬剤師会、卸と対策について打ち合わせの機会を持ち、文書として記録に残す	
-期限（いつまでに?）	〇〇年12月末日まで	
-担当者（誰が?）	薬剤部長 〇〇 BCP タスクフォース 〇〇	

対応計画書 【カネ】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	復旧・復興費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	
影響度×脆弱性＝リスク値	$3 \times 4 = 12$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・保険の見直し ・公的な助成金等の情報も集めておき、発災時早急に手続きを行うため、担当者と手順を決めておく ・上記に必要な書類などで、事前に準備できるものは揃えておく	
-期限（いつまでに?）	〇〇年10月末日まで	
-担当者（誰が?）	事務長 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 もし、当院が機能不全に陥った場合、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	
影響度×脆弱性＝リスク値	$3 \times 4 = 12$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・被災したスタッフへの支援 ・近隣機関での就労 【事前対策】 ・被災したスタッフへの支援について検討する ・病院稼働/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 ・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?）	事務長 〇〇	

対応計画書 【ライフライン】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	電気の救急断絶により、ライフラインがほぼストップする	
現状の課題と対応	地震の場合、停電は3日間と見込まれている 自家発電機を稼働させるが、運転可能時間は36時間	
影響度×脆弱性＝リスク値	$3 \times 4 = 12$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・ガスコージェネレーションによる供給の検討 ・使用電力の管理:使用部署や機器の優先順位の検討 ・自家発電設備稼働に必要な燃料の消費量と残量の管理、タンク増設の検討 ・石油卸との非常時の提携締結	
-期限（いつまでに?）	〇〇年7月末日まで	
-担当者（誰が?）	設備管理部 〇〇	

対応計画書 【ライフライン】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	診療に必要な水が確保できない。飲料水が確保できない。トイレが使えない。	
現状の課題と対応	地震の場合、10日間の断水、2週間の下水の支障が見込まれている。当面、受水槽・蓄熱水槽からの給水で対応する	
影響度×脆弱性＝リスク値	$3 \times 4 = 12$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・水道局の給水活用 ・仮設トイレによる節水 ・節水対策 【事前対策】 ・非常用トイレキットの準備 ・井戸掘削の検討 ・入浴・シャワー制限、食事の外部調達などによる節水を検討	
-期限（いつまでに?）	〇〇年10月末日まで	
-担当者（誰が?）	設備管理部 〇〇	

対応計画書 【ライフライン】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	ガス供給停止	
現状の課題と対応	中圧導管の供給のため利用可能	
影響度×脆弱性＝リスク値	$3 \times 3 = 9$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・プロパンガスによる対応 ・調理:カセットコンロの活用 【事前対策】 ・上記の検討と準備 ・職員分も含めた非常食の再検討	
-期限（いつまでに?）	〇〇年10月末日まで	
-担当者（誰が?）	設備管理部 〇〇	

対応計画書 【環境】		リスク:地震
リスクシナリオ	建物が損壊し、診療の継続が不可能になる	
現状の課題と対応	耐震診断を受けてから10年以上たっている	
影響度×脆弱性＝リスク値	$3 \times 4 = 12$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・仮設テントの購入の検討 ・応急危険度判定士への依頼方法の確認 ・応急危険度判定士の組織内育成の検討 ・耐震診断と耐震工事の検討	
-期限（いつまでに?）	〇〇年12月末日まで	
-担当者（誰が?）	総務部 〇〇	

対応計画書 【環境】		リスク:地震・水害・火災・感染症
リスクシナリオ	外来に患者が殺到する	
現状の課題と対応	災害マニュアルで、傷病者外来対応については示している 感染症のパンデミック対応については準備が不十分	
影響度×脆弱性=リスク値	$3 \times 4 = 12$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【事前対策】 ・感染症の場合の対応については脆弱なため、パンデミック・オーバーシュートにも対応できるよう、ゾーニング等も含めた対応策を詳細に検討する ・感染症は、複数種があり、対応が異なるため、いくつかの感染症を想定し、それぞれの対応について対策を検討する ・各勤務帯の発熱患者数に応じた職員の増員を計画し、各部署に周知する	
-期限（いつまでに?）	〇〇年12月末日まで	
-担当者（誰が?）	BCP タスクフォース 〇〇	

対応計画書 【環境】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	外来患者や来院者に帰宅困難者がでる	
現状の課題と対応	特に対策なし	
影響度×脆弱性=リスク値	$3 \times 3 = 9$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・状況が落ち着くまで、外来患者や来院者は、院内で避難する ・状況が落ち着き、自宅または避難所への移送手段の確保を検討する 【事前対策】 ・上記を想定し、場所（電源があること）、名簿、手順書、食料、水、毛布等を準備する	
-期限（いつまでに?）	〇〇年8月末日まで	
-担当者（誰が?）	BCP タスクフォース 〇〇	

対応計画書 【環境】		リスク:地震・水害・火災
リスクシナリオ	電子カルテが使えない オーダリングシステムが止まる 医療画像システムが使えない 患者予約サービスが使えない	
現状の課題と対応	非常用電源に切り替わっても、医療情報システムへの電力供給は、可能になっている。しかし、サーバーの破損等で、情報システムが使用できない可能性もある	
影響度×脆弱性=リスク値	$3 \times 4 = 12$	
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・手書き処方箋、手書き用薬袋、検査依頼書の活用 【事前対策】 ・オーダリングシステムが稼働しない時のために、手書き処方箋、手書き用薬袋、検査依頼書などを準備し、その運用方法の明確化と周知を図る ・情報システムが復旧した際、紙カルテ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必要がある ・電子カルテデータをどこまで遡ってバックアップを取っておくか検討する。	
-期限（いつまでに?）	〇〇年12月末日まで	
-担当者（誰が?）	情報管理部 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 【環境】 リスク:地震・水害・火災・感染症	
リスクシナリオ	病床が不足する 診療スペースが確保できない
現状の課題と対応	・通常機能もしくはそれに準じる機能が担保される場合は、災害拠点病院としての機能を重視する ・しかし、機能が十分に発揮できない場合は、患者を減らして限局的に対応したり、最悪の場合は、他病棟、または他院への患者とスタッフの集約を検討すべき ・上記のような組織としての方針を明確にする必要がある
影響度×脆弱性=リスク値	$3 \times 4 = 12$
不備な点に対する対策 費用対効果のある対策	【緊急対応】 ・できるだけ多くの傷病者を受け入れるため、症状が落ち着いている患者や治療を一定期間延期できる患者に安全を確保しつつ退院してもらい、積極的に空床を確保し、診療やケアにあたる 【事前対策】 ・上記方針と具体案（患者への説明文書、同意書などの書類のフォーマットの作成、各部署での運用、患者等の移送手段など）を早急に検討する ・電源の確保が必要な在宅酸素の患者等への対策も災害拠点病院の役割として、併せて検討する ・病室が使えない場合、または病床が足りない場合、3階リハビリ室および4階ホール、5階化学療法センター、8階食堂スペースにベッドを搬入し、臨時病棟として機能させることが現実的であり、そのための備品等の購入も検討する ・また、当院が甚大な被害を受け、診療や入院加療の継続が難しくなった場合、スタッフの患者受け入れ先への派遣、その際の報酬や待遇等の保障について、近隣の病医院と提携を結んでおく必要がある ・重症患者対応に主眼を置いた、エスカレーション、職員の再配置構想につき平時より準備をしておく
-期限（いつまでに?）	〇〇年12月末日まで
-担当者（誰が?）	BCP タスクフォース 〇〇

📄テンプレートシート リスク対応計画書(Step2)

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。



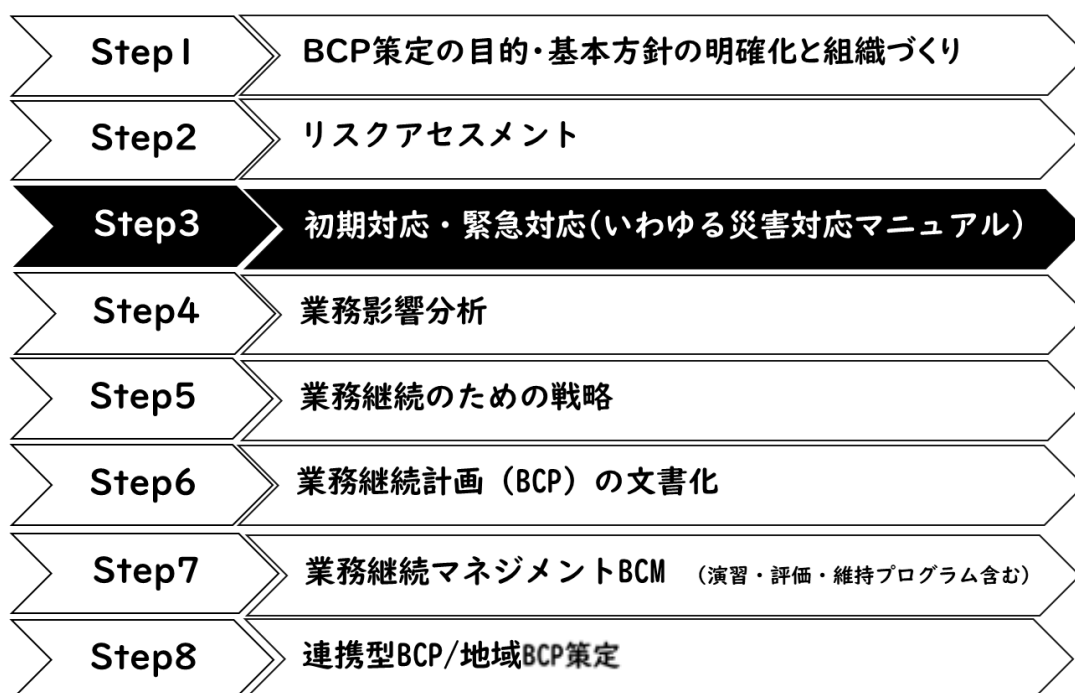
Step3 組織の緊急対応・初期対応（いわゆる災害対応マニュアル）

～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. 発災後生じる医療需要への対応の検討
2. 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
3. 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。

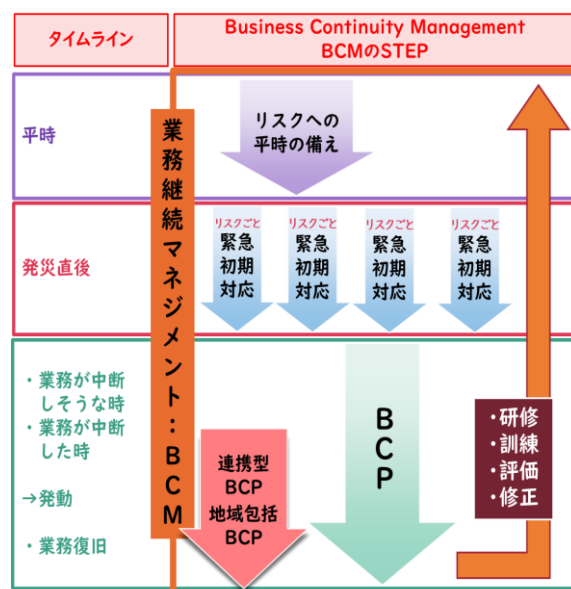


図3(再掲)：Business Continuity Managementの概念図
出典) 山岸・池上、いのちと暮らしを守るBCP, inpress

1. アクションカードまたはマネジメントシートの作成

「災害対応マニュアルはすでに何種類か作成済!」という病院も多いと思う。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病院は多い。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分が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。発災後の「そのとき」に、スタッフの行動を瞬時に指南する工夫が求められる。その方法の 1 つとして、以下のことを提案したい。

1) 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（表 10、13、14、15、16）。

アクションカードとは、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。「今日入職した職員でも、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。

病院の場合、対策本部のアクションカードと各部署ごとのアクションカードを作成する。前者においては、各部署から被災状況や稼働状況をどのように把握するかなども、このアクションカードに盛り込んでおくといよい。

訪問診療・訪問看護の場合、訪問先、移動中、院内滞在中、どこで被災するかによっても対応が異なる。したがって 3 列に分け、それぞれの対応を記載している。

火災の場合、火元が異なると初期消火の方法が違うので、特に訪問先での火災に遭遇する訪問診療・訪問看護の火災のアクションカードについては、火元別の消化方法なども記載するとよい。

表 10: アクションカード(対策本部)

【地震・火事・水害】		アクションカード
部署	対策本部	
業務内容	入院患者の安全状態の把握	
担当	患者情報担当	
	☐	患者、家族、職員に向けて院内放送を行う 「ただいま〇〇〇が発生しました。院内にいらっしゃる患者様およびご家族は慌てず職員の指示に従ってください。職員は各部署のアクションカードに従って行動してください」 院内放送が出来ない場合は、PHS または伝令にてこれら方針を各部署の責任者に伝える
	☐	「被災状況報告書 I」によって、入院患者の状況を各部門から定期的に収集する。イントラネットや FAX が使えない場合は、紙に記載し伝令が対策本部に情報を伝える
	☐	患者情報は、護送⇒赤、担送⇒黄色、独歩⇒緑とする。人工呼吸器を装着している患者の状態が安定しているか確認する
	☐	収集した情報を対策本部内のホワイトボードに掲示し、本部長に報告する
	☐	情報が上がってこない部署には、こちらから積極的に情報収集を行う

 テンプレートシート アクションカード:対策本部 (Step 3)

【地震・火事・水害】		アクションカード
部署		対策本部
業務内容		建物設備の被災状況の復旧対応
担当		各部署担当及び対策本部長補佐
	☐	各部署担当者は建物状況（内部状況、確認できる範囲の外部状況及び避難経路の確保）とライフライン（電気、水、医療ガス、酸素、エレベーターの稼働、空調、イントラ、PHS の稼働、排水等）を確認し、その結果を「被災状況報告書Ⅰ」に記載し対策本部に報告する
	☐	確認が必要な建物部署に施設環境部担当者（院内に応急危険度判定士がいる場合は、そちらを優先）を派遣し、診断を行う
	☐	施設環境部担当者または応急危険度判定士による建物診断の結果、倒壊の恐れがあると判断した場合は速やかな退去命令とともに、その結果を対策本部に報告する
	☐	ライフラインの状況から至急復旧を要するものは、担当部署に対応を依頼する
	☐	必要に応じて仮設 TENT を設置する
	☐	緊急保全が必要な外部連絡先 建築工事・・・〇〇工務店 TEL・・・ 電気工事・・・〇〇電工 TEL・・・ 給排水設備工事・・・〇〇工業 TEL・・・ エレベーター・・・〇〇株式会社 TEL・・・ 空調換気設備工事・・・〇〇熱学工業 TEL・・・ 医療ガス設備工事・・・〇〇会社 TEL・・・

【地震・火事・水害・停電】		アクションカード
部署		対策本部
業務内容		来院者の状態の把握
担当		各所属長及び患者情報担当
	☐	患者、家族、職員に向けて院内放送を行う（入院患者の安全確認と同様の内容であることに注意） 「ただいま〇〇〇が発生しました。院内にいらっしゃる患者様およびご家族は慌てず職員の指示に従ってください。職員は各部署のアクションカードに従って行動してください」 院内放送が出来ない場合は、PHS または伝令にてこれら方針を各部署の責任者に伝える
	☐	周囲の状況を確認し、傷病者の有無を各所属長に報告、所属長は対策本部に「被災状況報告書Ⅰ」にて報告する
	☐	新規傷病者がいる場合は救急外来に搬送する
	☐	傷病が無く帰宅可能な方は帰宅を促すか、状況が落ち着くまで帰宅困難者対応部署へ案内する（対応計画書 20 参照）
	☐	人工呼吸器使用者等、電源供給可能な〇〇ガーデンに案内する。その際に電源が供給されていることを経時的に確認する
	☐	状況が落ち着いたら、自宅または避難所への移送手段の確保を検討する（対応計画書 20 参照）

📄テンプレートシート アクションカード:対策本部（Step 3）

表11：被災状況報告書Ⅰ

部 署 名	手術室		
日 時:	2020年 7 月 7 日 (火) 19時 15分		
建物状況	内部状況	損傷あり	損傷なし
	外部状況	損傷あり	損傷なし
	避難経路の確保	困難	可能
ライフライン	電気	使用不可	正常
	水	使用不可	正常
	医療ガス	使用不可	正常
	酸素	使用不可	正常
	エレベーターの稼働	使用不可	正常
	空調	使用不可	正常
	イントラ	不通	正常
	PHSの稼働	不通	正常
	排水	使用不可	正常
その他特記事項 ・人工呼吸器の酸素が使えない ・患者の移動が必要 ・棚が倒れて1名負傷している ・トイレの下水が逆流している ・手術室8室使用可能 ・床上浸水している			

📄テンプレートシート 被災状況報告書1 (Step 3)



表10: アクションカード(対策本部)～続き～

【地震・火事・水害・感染症・停電】 アクションカード		
部署	対策本部	
業務内容	対策本部立ち上げ	
担当	対策本部長またはその代理者	
	☐	インシデントが発生した場合には、各セクションは 20 分以内に被害の状況やスタッフの安全、稼働状況を本部長に報告する
	☐	本部長は内容を踏まえて〇〇会議室に対策本部設置を発令する 「〇〇が発生したので対策本部を立ち上げます。必要な人員と物品を〇〇会議室に集めてください」
	☐	必要物品 (会議室横の倉庫内にあるもの) ・ホワイトボード ・ライティングシート ・ビブス (事務室内にあるもの) ・ノートパソコン ・延長コード
	☐	情報の把握のために、テレビ、インターネット、ラジオを準備し、被害の全体像を把握する
	☐	あらかじめ定められた組織図に則り役割分担をする。夜間や時間外は、到着者から順番に役割を任じ、アクションカードに則って活動する。後に本来の担当者が到着した時点で、申し送りの後に業務を引き継ぐ 初期から必要な役割として: 対策本部長補佐 院内外情報収集者 外部調整者 職員情報担当者 診療担当者 記録係 各部署との連絡係
	☐	周辺にも被害の及ぶ広域災害の場合は、救急外来に隣接する入退院支援センターに現地対策室を立ち上げる
	☐	少し時間が経って全体像が把握できるようになった時点で ・人員の再振り分けを検討する ・長期化する場合は、シフトの調整を各部署長に指示し、職員が休める環境(食料や飲料、休憩場所)を整備する

【地震・火事・水害・感染症・停電】 アクションカード		
部署	対策本部	
業務内容	スタッフの安否確認・参集の状況把握	
担当	各所属長及び職員情報担当	
	☐	各所属長はその時点で勤務している職員の状態を把握する
	☐	把握した内容は「被災状況報告書2」に記入の上で対策本部に提出する
	☐	緊急連絡先に登録されている職員には、携帯電話にメール送信して参集を促す。ただし、本人または家族が被災者である場合は、そのままとどまり家族の付き添い及び治療に専念するよう促す
	☐	参集した職員は、対策本部前の〇〇会議室に一旦集合して氏名及び部署を報告する。対策本部は、とどまって本部の業務を行うか、所属部署に行くかを割り振る
	☐	参集スタッフが十分でないときは、〇〇保健管理センターに支援を要請する(対応計画書2参照)
	☐	参集スタッフの数が十分でない場合は、サポート部門から必須部門への応援要請をする(対応計画書3参照)

📄テンプレートシート アクションカード:対策本部 (Step 3)

表12：被災状況報告書2

部 署 名				
日 時：		年 月 日 () 時 分		
安否確認状況				
職員数	職種	安	否	未確認
	医師 人			
	看護師 人			
	薬剤師 人			
	放射線技師 人			
	リハビリ技師 人			
	臨床検査技師 人			
	臨床工学技師 人			
	その他 人			
家屋の状況				
職員数	職種	全壊	被害甚大	
	医師 人			
	看護師 人			
	薬剤師 人			
	放射線技師 人			
	リハビリ技師 人			
	臨床検査技師 人			
	臨床工学技師 人			
	その他 人			
家族の状況				
職員数	職種	死亡	重態他	
	医師 人			
	看護師 人			
	薬剤師 人			
	放射線技師 人			
	リハビリ技師 人			
	臨床検査技師 人			
	臨床工学技師 人			
	その他 人			

 テンプレートシート 被災状況報告書2 (Step 3)

表10: アクションカード(対策本部)～続き～

【地震・火事・水害・感染症・停電】 アクションカード	
部署	対策本部
業務内容	DMAT への派遣の検討・派遣
担当	対策本部長
	☐ 当院の活動要綱に記載された災害が発生した場合には、隊員は自動待機を行うとともに医療資機材の準備を開始する
	☐ 隊員は、広域災害救急医療情報システム (EMIS) への緊急時入力を実施されていることを確認する
	☐ DMAT 責任者は、災害の規模と当院の状況を鑑みて、DMAT 出動可否の判断を行い、結果を病院長に進言する
	☐ 病院長は DMAT 責任者からの進言を受けて、出動の可否を判断する

【地震・火事・水害・感染症・停電】 アクションカード	
部署	対策本部
業務内容	危機広報
担当	対策本部長
	☐ BCP 運営委員会は起こっている事実を速やかに情報収集する
	☐ 精度の高い情報が集まった時点で、「判明した事実」と「それに対する対応」を記したポジションペーパーを作成し院長に報告する
	☐ 院長は速やかに関係各所に情報を開示し、遅滞なく記者会見を行う

【火災】 アクションカード	
部署	対策本部
業務内容	火災発生時の初動
担当	対策本部長
	☐ 火災発生時は防災センターから対策本部長またはその代行者に火災発生が報告される。本部長またはその代行者は、対策本部設置の判断をする
	☐ 対策本部長は避難活動の応援者を火災発生部署に向かわせる
	☐ 火災発生から収束までの活動をホワイトボードに記録するよう指示する
	☐ 現場より避難を要するとの報告があった場合は、避難開始の全館放送を流し、定められた手順に則って避難するよう指示する(対応計画書 18 参照)

【水害】 アクションカード	
部署	対策本部
業務内容	水害時の初動
担当	対策本部長
	☐ ○○川の水位がレベル 3 に達し、さらに水位の上昇が見込まれるときに、エスカレーションの基準に則り対策本部の設置を判断する
	☐ 外来診療を中止し、来院者に帰宅または避難所への移動を指示する。帰宅または避難所への移動困難者に対しては、状況が落ち着くまで帰宅困難者対応部署へ案内する(対応計画書 20 参照)
	☐ 人工呼吸器使用者等、電源供給可能な○○会議室 (2F) に案内する。その際に電源が供給されていることを経時的に確認する
	☐ ○○川の水位がレベル 4 に達したら、状態の安定している入院患者の内、ハザードマップ上、浸水しない地域に居住している者には、帰宅するよう指示する。その際に 2 週間分の定期内服薬を持たす
	☐ 入院中の透析患者の受け入れを○○病院に依頼し、即座の転院を指示する
	☐ 手術、カテーテル検査・治療、いずれも、中断できないもの以外は中止するよう指示する
	☐ 施設管理課に土嚢をめぐらすことを指示する
	☐ ○○県危機管理課に連絡し、全病院避難の可能性につき一報を入れる
	☐ ○○川でレベル 5 が発生した場合に備えて、○○病院、△△病院、□□病院に連絡して、平時の取り決めに則り入院患者の転院の準備をするよう指示する
	☐ ○○川でレベル 5 が発生(注:当院浸水まで 2-3 時間)したら、平時の取り決めに従い、人及び可能な物品はすべて 2 階以上に避難または移動するよう指示する
	☐ 手術室を開けて、病棟の人工呼吸器使用患者を手術室に移すよう指示する

📄テンプレートシート アクションカード:対策本部 (Step 3)

表13: アクションカード(一般病棟)

アクションカード		
部署	3階病棟	
業務内容	入院患者の安全確保	
担当	管理者(師長) ※不在時は係長が代行する	
	☐	「これからスタッフが皆様の安全確認に参ります。歩ける方は靴を履いて上着を着て、貴重品のみにもって廊下でお待ちください。動くことが出来ない人はそのままお部屋でお待ちください」と一斉放送、または大声で周知する
	☐	周囲の状況が安定し、身の回りの安全を確認したら、入院患者の状況を把握するようスタッフに指示する
	☐	人工呼吸器を装着している患者がいる場合は、最優先で状態を確認する
	☐	入院患者を重症度に応じて人数把握する。その際に、護送⇒赤、担送⇒黄色、独歩⇒緑とする
	☐	患者の状態を把握したら、「被災状況報告書1」の内容に則って、重症度の別の患者人数、転送の必要性、今後の受け入れ可能状況及びその人数を記載し、対策本部に報告する。ただし、イントラネットおよび FAX が不具合の場合は、紙で情報を伝える

アクションカード		
部署	3階病棟	
業務内容	来院者の安全確保	
担当	管理者(師長) ※不在時は係長が代行する	
	☐	自身の安全確認の後に、来院者名簿でその時点での概数を確認する
	☐	来院者をナースステーション前に集め人数を把握する
	☐	傷病者の有無を確認し、傷病者がいる場合は救急外来に搬送する
	☐	傷病が無く帰宅可能な方は帰宅を促すか、状況が落ち着くまで帰宅困難者対応部署へ案内する
	☐	人工呼吸器使用者等、電源供給可能な〇〇ガーデンに案内する

アクションカード		
部署	3階病棟	
業務内容	DMAT への派遣	
担当	管理者(師長) ※不在時は係長が代行する	
	☐	隊員は、当院の活動要綱に記載された災害が発生した場合には自動待機を行うとともに医療資機材の準備を行う
	☐	隊員は、広域災害救急医療情報システム(EMIS)への緊急時入力が実施されていることを確認する
	☐	病院長からの発令指示があった場合は、管理者は隊員の報告に基づき出動の指示をだす。その際の代替勤務者を手配する

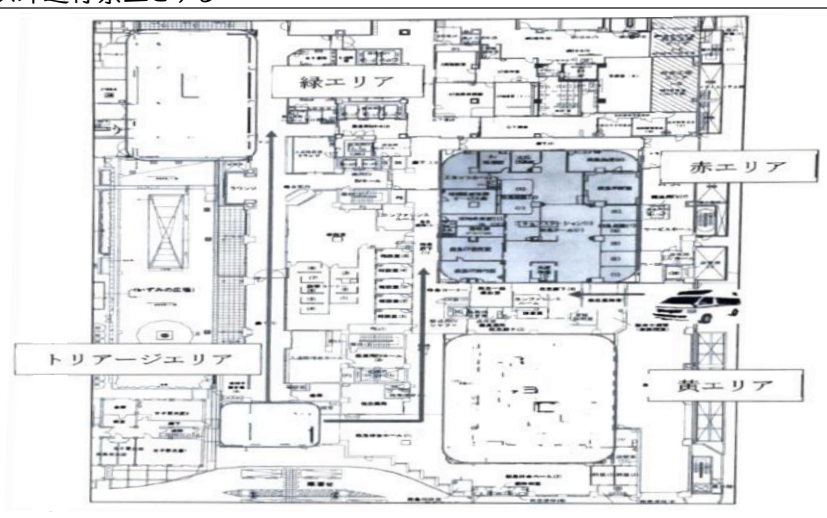
アクションカード		
部署	3階病棟	
業務内容	スタッフの安否確認・参集	
担当	管理者(師長) ※不在時は係長が代行する	
	☐	管理者はその時点で勤務している職員の状態を把握する
	☐	把握した内容は「被災状況報告書2」に記入の上で対策本部に提出する
	☐	緊急連絡先に登録されている職員には、携帯電話にメール送信または SNS にて参集を促す。ただし、本人または家族が被災者である場合は、そのままとどまり家族の付き添い及び治療に専念するよう促す
	☐	スタッフが不足する場合は、その旨を対策本部に連絡し応援要請する

表13: アクションカード(一般病棟) ~続き~

アクションカード	
部署	3階病棟
業務内容	部署の建物・設備の被災状況の報告
担当	管理者(師長) ※不在時は係長が代行する
	☐ 建物状況(内部状況、確認できる範囲の外部状況及び避難経路の確保)とライフライン(電気、水、酸素、エレベーターの稼働、空調、イントラ、PHSの稼働、排水、窓ガラスの破損等)を確認し、その結果を「被災状況報告書1」に記載し対策本部に報告する
	☐ 落下物や倒壊物を確認し必要に応じて除去する
	☐ 停電が生じている際には、要冷蔵品を保冷ボックスに移す
	☐ 自動ドアを解放し避難経路の確保を行う
	☐ 確認が必要な場所には、対策本部に施設環境部担当者(または応急危険度判定士)の派遣を依頼し、診断を行う
	☐ 施設環境部担当者(または応急危険度判定士)による診断の結果、避難の必要があると判断した場合は速やかな退去命令とともに、その結果を対策本部に報告する
	☐ ライフラインの状況から至急復旧を要するものは、対策本部にその旨を連絡し、担当部署による対応を依頼する

 テンプレートシート アクションカード:一般病棟 (Step 3)

表14: アクションカード(救急部門)

発災 時間後~6 時間以内	
重症・中等症患者の治療スペース確保	
項目	受入体制整備
責任者	災害初療統括者
活動場所	赤:ER 観察室 黄:ER 処置室 緑:中庭
役割及び活動内容	1 重症・中等症患者の治療スペース確保
	☐ 3棟1階南玄関の風除室や救急車受入口の風除室でトリアージを行った後、重症度合いに応じて患者を移動する
	☐ トリアージで赤と判断した患者は、救命救急センター処置エリアとする
	☐ トリアージで黄と判断した患者は、救命救急センター内観察室とする
	☐ トリアージで緑と判断した患者は、3棟1階フラワーガーデンとする
	☐ 緑エリアは椅子及びテーブルを整理し、多数の方が待機出来るように場所を確保する
	☐ 黒エリアの設置 人数が少ない場合は霊安室で対応する
	2 重症・中等症患者のエリアへの動線の確保
	☐ 南玄関トリアージエリアから救命救急センターへの動線にある、待合の椅子や問診票記入台など不要不急な物品を片側に寄せて、緊急搬送に備える
	☐ 南玄関をトリアージエリアとする為、3棟1階1-65入退院支援センター前の廊下は関係者以外通行禁止とする
	
必要物品	・毛布 ・ホワイトボード(各エリア)

 テンプレートシート アクションカード:救急部門 (Step 4)

表14: アクションカード(救急部門)

発災 時間後～6 時間	
トリアージの実施	
項 目	救急医療
責任者	災害初療統括者
活動場所	玄関風除室
役割及び活動内容	1 必要物品の用意
	☐ 備蓄倉庫に保管している下記物品を用意する
	2 トリアージ
	☐ 全ての患者はトリアージエリアでトリアージを受け、トリアージタグを取り付けた後、それぞれの重症度に応じた診療エリアに搬送する。搬送人員も確保する
	☐ トリアージは実施者と記載者の2名1組パディシステムで行う
	☐ トリアージを行った後、トリアージ区分を明確にするため、トリアージタグを取り付ける
	☐ トリアージは START 方式により行う
	☐ トリアージ区分は「Ⅰ(黒)」「Ⅱ(赤)」「Ⅲ(黄色)」「Ⅳ(緑)」に○を付け、トリアージタグ下部の色分けされた部分を区分に従い切り取る。トリアージタグには区分を決定した時間、トリアージを実施した者の氏名を記載し、可能ならその根拠も記載する
	☐ トリアージ区分決定後、トリアージタグを患者の右腕に装着する (優先装着部位は右腕→左腕→右足→左足の順)
	☐ トリアージ後はそれぞれの重症度別のエリアに搬送し、処置を施す
	3 トリアージ区分の変更
	☐ 重症度が上がった場合は、装着しているトリアージタグを対象区分まで切り取る
	☐ 重症度が下がった場合は、新しいトリアージタグを作成する。その際、古いトリアージタグに大きく×記を付け、新しいトリアージタグと共に装着する
	☐ 変更した時間、判断した者の氏名を記載し、可能ならその根拠も記載する
	4 患者受付と患者登録
	☐ 全ての患者はトリアージ後、受付を行い、災害カルテを付与する
	☐ 全ての患者に ID を発行し、患者氏名と ID を記入したリストバンドをその場で患者に装着する
	☐ 人数が多い場合は、患者 ID を迅速に発行することが出来ないため、患者 ID 欄には災害時専用の ID を付与する。ID はトリアージタグと同じ番号とする。番号は受付順に積み上げる 外来:W-001 救急:Q-001
	☐ 意識不明による氏名不詳の場合は、患者 ID を氏名とする
	☐ トリアージタグは 3 枚複写になっており、1 枚目をトリアージ実施場所で保管、2 枚目を危機対策本部で管理する。2 枚目はメッセージャーが本部へ持って行く
	☐ 消防がすでにトリアージタグをつけている場合も、再度トリアージを行い、病院のタグも取り付ける
	 3 棟 1 階南玄関風除室
必要物品	・トリアージタグ(1,000 枚) ・広域搬送カルテ ・ストレッチャー ・ホワイトボード ・ライティングシート ・標準感染予防具(手袋、マスク、ガウン) ・パルスオキシメーター ・血圧計 ・車イス

表14: アクションカード(救急部門)

発災 時間後～6 時間	
重症患者への対応	
項 目	救急医療
責任者	災害初療統括者
活動場所	ER
役割及び活動内容	1 必要物品の用意
	☐ ① 備蓄倉庫に保管している下記物品を用意する
	2 重症患者への対応
	☐ 重症部門は、トリアージにより「赤」と選別された患者の診療を行う重症部門での診療は、最も優先して実施する
	☐ 重症部門を「赤エリア」として医師、看護師ともにリーダーを配置する。ロジスティックリーダーも配置する
	☐ 患者情報をホワイトボードで管理する
	☐ 限られた資源(物品、人員)でできる事を行い、素早く方針を立てる。医師リーダーは患者状況(診断名、安定か不安定か、治療方針など)を本部・災害初療統括者へ伝える
	☐ 患者の状態が落ち着いて待てる(赤→黄に区分が変更になった)場合は、エリアを移動しても構わない
	☐ 足りない機材や人員はリーダーから本部・災害初療統括者へ要請をかける
	☐ 初期診療の終了した重症患者をすみやかに重症病棟に移動させる。移動に必要な人員も確保する
	☐ トリアージタグは、エリアを出るときに事務が回収し各エリアで管理する
	☐ 災害カルテに診療内容を記録する
	☐ 1時間おきにリーダーはブリーフィングを行い、現状を把握する努力をする。その結果を本部・災害初療統括者に報告する
必要物品	・ホワイトボード ・ライティングシート ・無線 ・簡易ベッド

発災 時間後～6 時間	
中等症患者への対応	
項 目	救急医療
責任者	災害初療統括者
活動場所	ER
役割及び活動内容	1 必要物品の用意
	☐ ① 備蓄倉庫に保管している下記物品を用意する
	2 中等症患者への対応
	☐ 中等症部門は、トリアージにより「黄」と選別された患者にまぎれている重症患者を再トリアージ(PAT 法、JTAS など)で抽出することをこころがける。重症部門での診療が必要な患者は、重症部門リーダーと相談の上、重症エリアに移送を考慮する
	☐ 中等症部門を「黄エリア」として医師、看護師ともにリーダーを配置する。ロジスティックリーダーも配置する
	☐ 患者情報をホワイトボードで管理する
	☐ 限られた資源(物品、人員)でできる事を行い、素早く方針を立てる。医師リーダーは患者状況(診断名、安定か不安定か、治療方針など)を本部・災害初療統括者へ伝える
	☐ 足りない機材や人員はリーダーから本部・災害初療統括者へ要請をかける
	☐ 初期診療の終了した中等症患者をすみやかに入院待機エリアに移動させる
	☐ トリアージタグは、エリアを出るときに事務が回収し各エリアで管理する
	☐ 災害カルテに診療内容を記録する
必要物品	☐ 1時間おきにリーダーはブリーフィングを行い、現状を把握する努力をする。その結果を本部・災害初療統括者に報告する
	・ホワイトボード ・ライティングシート ・無線 ・簡易ベッド

表14: アクションカード(救急部門)

発災 時間後～6 時間	
軽症患者への対応	
項 目	救急医療
責任者	災害初療統括者
活動場所	中庭
役割及び活動内容	1 必要物品の用意
	☐ 備蓄倉庫に保管している下記物品を用意する。
	2 軽症患者への対応
	☐ 軽症部門は、トリアージにより「緑」と選別された患者の診療を行う。軽症とトリアージされた患者にも重症が含まれることがあるため、まずは再トリアージ(PAT法、JTAS、バイタルサインの測定など)により重症者を選別する。また、ほとんどは歩行できる患者であるため、再トリアージにより帰宅可能な患者を選別する
	☐ 軽症部門を「緑エリア」として医師、看護師ともにリーダーを配置する
	☐ 重症患者の発見と、帰宅可能患者の抽出に重点を置く
	☐ 患者情報は、トリアージタグで管理し、人数のみをホワイトボードで管理(受入れ人数、現在の人数、帰宅した人数、区分変更した人数)する
	☐ 人員がいる場合は、診療ブースを作成し、順次診療を開始しても構わない
	☐ トリアージタグは、エリアを出るときに事務が回収し各エリアで管理する
	☐ 災害カルテに診療内容を記録する
	☐ 1時間おきにリーダーはブリーフィングを行い、現状を把握する努力をする。その結果を本部・災害初療統括者に報告する
必要物品	・ホワイトボード ・ライティングシート ・モニター、血圧計、体温計、Spo2 モニター

発災 時間後～6 時間	
死亡確認	
項 目	遺体の確認
責任者	診療統括者
活動場所	霊安室
役割及び活動内容	1 看取り・死亡診断
	☐ 黒トリアージと判断したら、その時間、根拠、判断したものの氏名を必ずトリアージタグに記載する
	☐ 人数が少ない場合は、心肺停止症例すべてを黒にする必要はない
	☐ 黒トリアージ=死亡宣告ではない。黒エリアで最終的に判断する
	☐ 黒患者に対しても、ID と災害カルテを付与する
	☐ 死亡確認後は警察による検視を行い、死体検案書を作成する。検視を行うまでは遺体安置場所に安置する
	☐ 黒エリア担当者は患者の状態、処置内容を災害カルテに記録する
	☐ 黒エリア担当者は3時間おきに交代する
	2 遺体安置
	☐ トリアージの結果、黒タグと診断された方は、黒エリアへ移送する
	☐ 黒エリアは霊安室(和室及び洋室)とする
	☐ 黒エリアと遺体安置所は別に設けることもある
	☐ 安置された遺体と遺品の管理を行う
	☐ 安置された遺体の人数、IDもしくは災害カルテ番号、年齢、性別、氏名、住所、傷病名、死亡時刻、家人による本人確認等を、災害初療統括者に報告する
	☐ 遺体安置所へ搬送した方のリストを作成し、患者家族等が閲覧できる危機対策本部前(3棟1階入退院支援センター)の廊下に掲示する

アクションカード	
部署	救急外来
業務内容	院外傷病者受入れ体制構築
担当	診療担当者
役割及び活動内容	☐ ○○玄関前にトリアージエリア、赤、黄、緑、黒エリアの立ち上げを指示する
	☐ それぞれのトリアージエリアのリーダーと診療担当医師を指名して、役割を付与する
	☐ 各エリアのリーダーには対策本部との連絡手段を伝え、定期連絡を指示する
	☐ 各エリアからの傷病者情報を逐次把握し、集中治療、手術室部門との調整を指示する
	☐ 重症患者が多数発生した場合に備えて、外部調整者と連絡を取り、搬送手段を確保しておく

表15：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 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	
☐ 自身の安全確保	☐ 自身の安全確保	☐ 自身の安全確保	
☐ 利用者および同居家族の安全確保	☐ 車を安全な場所に停車 (津波の可能性あり⇒高台に避難)	☐ 避難出口の確保	
☐ 避難出口の確保	☐ スマホは「省電力モード」にして、バッテリー消費の軽減	☐ 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	
☐ 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	☐ 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	
☐ 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	☐ 自己の状況の報告	⇒避難しない場合、二次災害の予防	
☐ 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	☐ 次のアクションの指示に従う	☐ ガスの火を止める	
☐ 在宅避難の場合、二次災害の予防	⇒通信が繋がらない場合	☐ 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	
☐ ガスの火を止める	☐ 事務所または代替拠点へ移動	☐ 電気のブレーカーを落とす	
☐ 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	☐ 懐中電灯などの明かりを確保	
☐ 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	☐ 電気のコンセントを抜く	
☐ 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	
☐ 電気のコンセントを抜く		☐ スタッフへの周知	
☐ 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		☐ 行政や関係機関への周知	
☐ 電動ベッド・エアマットの調整		☐ スマホは「省電力モード」にして、バッテリー消費の軽減	
☐ スマホは「省電力モード」にして、バッテリー消費の軽減		☐ 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		☐ 訪問スタッフの安否および状況の把握	
☐ 自己の状況の報告		☐ 所長または代行者による対応レベルの判断	
☐ 次のアクションの指示に従う		☐ 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			
☐ 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 アクションカード：訪問診療・看護部門（Step 4）

表16：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
☐ 自身の安全確保 ☐ 「火事だ！」と大声で叫び、隣近所に知らせる ☐ 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 ☐ 近くの人に通報を頼む（小さな火でも119番に通報する）	☐ 火が横に広がっているうちなら消火は可能 ☐ 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	☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 煙の中を逃げるときは、できるだけ姿勢を低くする ☐ いったん外に避難したら、再び中には戻らない ☐ 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◆◆◆		
☐ 安全ピンを上強く引き抜く ☐ ホースのノズルを持ち、火元に向ける ☐ レバーを強く握って噴射する	☐ 出入り口を背後にして、避難路を確保する ☐ 姿勢を低くし、煙を吸い込まないようにする ☐ 炎ではなく、火元を掃くように左右にふる ☐ ホースが強く振られるので、ノズルをしっかり握る ☐ 消火器の薬剤は全て出し切る ☐ 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	☐ 油なべの場合、水をかけのは厳禁。 ☐ 粉末消火器 → なべの全面を覆うように噴射 ☐ 強化液消火器 → なべのふちに向け噴射 ☐ 消火器がない場合 → む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	☐ 消火器は直接火元に向けて噴射する ☐ 石油ストーブの場合 → 粉末消火器を使う ☐ 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	☐ コンセントかブレーカーを切り、粉末消火器で消火 ☐ 泡消火器は、感電のおそれがあるので使用しない ☐ 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	☐ カーテンなどは上に燃え広がる前の対処が重要 ☐ 火がついたら、引きちぎってから消火 ☐ 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◆◆◆		
☐ むらしたタオルやハンカチなどで、口と鼻をおおう ☐ できるだけ姿勢を低くする ☐ 短い距離なら、息をとめて一気に走り抜ける ☐ 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 アクションカード：訪問診療・看護部門（Step 4）

◆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、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。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（訪問診療部門）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。

住民の 避難行動レベル	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 ・自転車などが倒れない工夫 ・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把握 ・事務所が浸水可能性がある場合は、土嚢などを積む、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）	

図 10：風水害対応マニュアル

入院医療機関の水害対応マニュアルにおいてもタイムラインの考え方が重要であるということが近年言われるようになってきている（病院等における風水害 BCP ガイドライン（日本病院会救急・災害医療対策委員会、2022）。気象警報、または避難勧告が自治体から発令される時間経過をベースに、発災までの全体像が整理し、災害対策本部の設置基準や籠城、病院避難の判断基準を決めておくことが望ましい（図 11）。

気象情報	警戒レベル	災害対応組織	構成員	任務
早期注意報 (大雨の可能性中～高)	レベル1	災害情報連絡室	災害対策本部副本部長 (施設担当) 病院等防災担当者	①気象情報の収集 ②早期注意報の職員周知
大雨注意報 洪水注意報 氾濫注意報	レベル2	災害情報連絡室	災害対策本部副本部長 (施設担当) 病院等防災担当者	①気象情報の収集 ②近隣河川の水位情報 ③緊急連絡網の確認 ④災害対策本部設置準備 ⑤交通機関運行情報の収集 ⑥気象情報の職員周知
大雨警報 洪水警報 氾濫警戒情報	レベル3	災害情報連絡室 の強化	災害対策本部副本部長 (施設担当) 災害対策本部員	①気象情報の収集 ②近隣河川の水位情報 ③交通機関運行・道路状況の確認 ④ライフライン途絶時の対応確認 ⑤防災備蓄品、医療資機材確認 ⑥診療制限、手術延期等の検討 ⑦患者等避難体制の確認 ⑧車両、重要資機材・物品の避難
氾濫危険情報 土砂災害警戒情報	レベル4	災害対策本部設置	災害対策本部長 災害対策副本部長 災害対策本部員	①気象情報の収集 ②近隣河川の水位情報 ③患者等避難実施 ④浸水防止措置 ⑤非常時診療体制の開始 ⑥必要な支援要請
大雨特別警報 氾濫発生情報	レベル5			

図 11：入院医療機関における水害対応マニュアルの考え方

3. 組織としての災害対応

アクションカードやマネジメントシートは現場の最前線のスタッフの緊急・初期対応を示したもののだが、ここでは組織としての災害対応について検討する。組織として、有事の際の初期・緊急対応をどのようにマネジメントするかをスタッフに周知、また訓練しておくことが求められる。

1) 組織としての初期・緊急対応の手順

組織の緊急・初期対応の方針および手順（フロー）を決定する。

【インシデント対応の方針】

まず人命の安全確保を最優先する。

【具体的な手順（概要）】

- ・ エスカレーションに則り、組織の方針を判断する。
- ・ 各部署は、アクションカードに沿って、患者やスタッフの安全確認及び安全の確保や被害状況の査定などのインシデント対応を行う。
- ・ 各部署の被害状況や稼働状況に関する初回報告は、20分以内に事務長に集約する。危機対策本部が立ち上がった後は、対策本部長（機関長またはその代行者）に報告する。
- ・ BCP タスクフォースのリーダーも報告内容をリアルタイムで把握できるようにする。

2) 危機対応体制

組織の長（災害対策本部長または代行者）は、インシデントが発生した場合、対策本部設置の判断をする。危機対策本部が立ち上がると、参集するスタッフについては、平時から明示しておく。以下に、例を示す。

【対象となる職員の基準の例】（表 17）

以下に該当する職員は、職員参集基準に照らし合わせて、自ら（家族も含む）の安全を確保した上で、無理のない範囲で参集する。

基本的に、危機対策本部が立ち上がると、対策本部要員は自動的に参集される。なお、就業時間外に発災した場合は、非常時参集要員が災害対策本部に参集する。

◇ 対策本部要員

- ・ 対策本部要員として指名された者

◇ 非常時参集要員

- ・ 当院から直線距離にして 10km 圏内に居住する職員
- ・ 常勤職員（幹部）・職務住宅居住

表 17：対策本部要員

対策本部要員		◎は本部要員	◇は、非常時参集要員
◎委員長 ○○○○（院長）	◎委員長代行 ○○○（副院長）	◎委員長代行 ○○○（看護部長）	
◎ ○○○○（事務長）	◎ ○○○○（診療部長）	◎ ○○○○（ライフライン部）	
◎ ○○○○（総務課）	◇ ○○○○（情報システム部）	◇ ○○○○（ ）	
◇ ○○○○（ ）	◇ ○○○○（ ）	◇ ○○○○（ ）	

 テンプレートシート 対策本部要員（Step 3）

3) 危機対策本部の設置場所

- ・ 対策本部の設置場所は、第2候補まで、平時に決めておく
- ・ 誰が見てもわかるように、自院の図面を貼り付けておく
- ・ 机の配置、必要機器（インターネット環境や通信機器）類等も配置し記入しておく
- ・ 設置場所が使用不可だったとき、代わりの場所はどこかも検討し、記載しておく

4) 危機対策本部の組織図と役割の明示化

指揮を執る危機対策本部の設置・解散の基準、構成員や各自の役割機能などを平易から決めておく。また組織図などにまとめておく。具体的な役割・機能としては、情報収集、記録(クロノロジー)、ライフライン、物資、交通・警備、広報などが挙げられる。

5) 危機広報

機関の長は、起きている事実を素早く正確に把握し、社会(メディアを含む)に対する説明責任を果たす。BCP タスクフォースは起きている事実を速やかに情報収集し、機関長および広報担当に情報提供する。

広報担当は、ある程度の情報が集まった時点で、「判明した事実」と「それに対する対応」を記したポジションペーパー(公式見解のレポート)を作成する。

機関の長は、速やかに関係各所にポジションペーパーを開示し、必要があれば記者会見を行う。

 テンプレートシート 公式見解のレポート (Step 3)

6) EMIS (広域災害救急医療情報システム) への入力

被害状況等に関する院内情報を迅速に収集し、EMIS に入力する(3 時間以内に第一報を入力)。(https://www.wds.emis.go.jp/)

表 18: EMIS 入力者

EMIS 入力担当者①	
EMIS 入力担当者②	

 テンプレートシート EMIS 入力担当者 (Step 3)

7) 有事に連携すべき機関・団体・医療・介護・福祉機関の洗い出し

発災後、連絡を取る可能性のあるコンタクト先をあらかじめリスト化しておく。

※ コンタクト先の欄には、具体的な会社名を入れる

(例:電力会社→中国電力〇〇支店〇〇課など)

※ リストの項目としては、「コンタクト先」「電話番号(日中)」「緊急連絡先(SNS/携帯)」「e-mail」などを挙げる。

 テンプレートシート コンタクトリスト (Step 3)

表 19: コンタクトリスト

コンタクト先	電話番号(日中)	緊急連絡先(SNS/携帯)	EMAIL
電力 エレベーター会社 消防設備会社 食品会社 ガス会社 エアコン PC サービス 医療廃棄物 セキュリティ会社			

 テンプレートシート コンタクトリスト (Step 3)

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) 訪問診療: 患者の安否確認の優先度の検討

訪問患者の安否確認の優先度も検討しておくといよい。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、病院としてはむしろ、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、その情報を関わる多職種・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。

安否確認の優先度(例)	
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12: 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

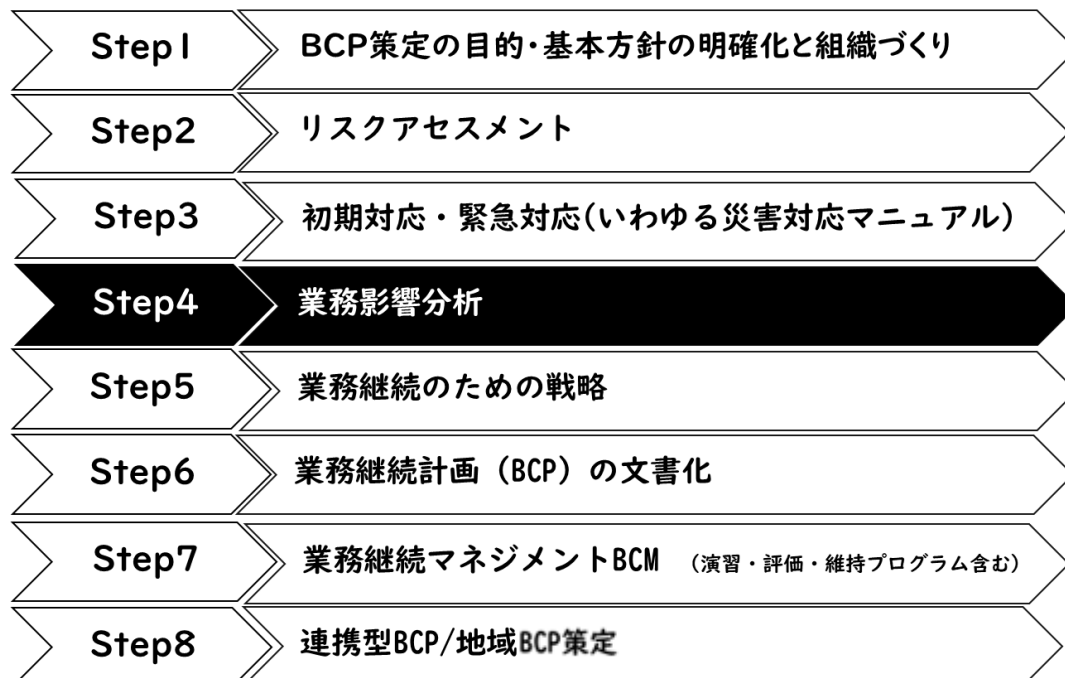
～日常業務の棚卸、そして優先業務の選定とその影響および継続のための分析～

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」とは日常事業の棚卸、そして重要事業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. 主な診療業務の洗い出し
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。在宅医療を提供する入院医療機関の主な業務は、入院管理・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(高緊急業務)

優

先業務(=高緊急業務)とは、「有事にも継続する必要がある業務」と定義する。

(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)

- ➡ 診療業務は、一見どれも重要に思えるかもしれない。しかし、有事に限られた資源で、全ての診療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、何よりもまず、患者の生命に直結する業務や、遅滞する事により予後に重大な影響を及ぼす業務が上がる。その他、地域を俯瞰してみたときに、その地域で代替の効かない業務も含まれる。
- ➡ やや視点は異なるが、法人が、病院だけでなく入所・通所介護施設など複数の事業を運営する場合、どの「事業」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も大切である。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(準緊急業務)

縮小業務(=準緊急業務)とは、「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」と定義する。

- ➡ 仮にスタッフが5割しか出勤できなかつたらどうするか、あるいは診療スペースが5割に制限されたとしたら、どの業務を制限するか。優先業務ほど緊急を要するものではないにしても、次に優先されるべき業務を抽出する。

c) 一時休止業務(低緊急業務)

一時休止業務(=低緊急業務)とは、「優先度が低く、一時的に休止可能な業務」と定義する。

- ➡ 例えば、健診業務、カウンセリングのみで投薬の無い外来診療や検査、糖尿病の教育入院、良性疾患の待機的手術や処置などが含まれるかもしれない。ただし、これらはあくまでも例で、優先順位は医療機関ごとに違うため、一律ではない。

業務項目	優先業務	縮小業務	一時休止業務
入院診療業務			
①入院患者管理	✓		
②新規患者の受け入れ			✓
③入院患者の診察・看護	✓		
④退院・転院業務	✓		
⑤検査(採血・レントゲン・心電図・エコー・CT)		✓	
⑥処置(点滴・注射など)		✓	
⑦リハビリテーション(短期)			✓
⑧処方	✓		
⑨入院患者のカンファレンス			✓
⑩給食の提供	✓		
外来診療業務			
①救急患者対応(時間外診療)		✓	
②平時の外来診療業務		✓	
③処方	✓		
④検査(採血・レントゲン・心電図・エコー)		✓	
⑤処置(点滴・注射)		✓	
訪問診療			
①緊急訪問・往診	✓		
②定期訪問・処方・検査		✓	
その他診療業務			
①透析治療		✓	
②健診			✓
③産業医業務			✓
その他業務			
情報共有・教育・研修			
①定例ミーティング			✓
②各種会議			✓
③制度上必要研修			✓
医薬品管理			
①薬剤の調剤と管理	✓		
②在庫と供給管理		✓	
③医療者及び患者への薬物情報提供			✓
医療資機材の調達と管理			
①医療資機材の調達		✓	
②在庫管理		✓	
③定期点検と保守			✓
施設・設備管理			
①病棟や外来の維持・保守管理	✓		
②医療機器や設備の点検		✓	
③エネルギー管理(電気、水、ガス)	✓		
④セキュリティ管理	✓		
⑤医療廃棄物管理		✓	
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介護事業所との連携		✓	
③退院カンファレンスなど多職種カンファレンス			✓
④地域連携会議、地域リハ会議			✓
⑤グループ施設との連携		✓	
⑥法人本部との連携		✓	
⑦介護保険、障害認定区分申請代行			✓
患者記録管理			
①電子カルテの運用	✓		
②データのバックアップ	✓		
③レセプト業務		✓	
④文書の管理と保管			✓
⑤DPC業務		✓	
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予算の管理と調整			✓
③スタッフメンタルフォロー	✓		
④労務管理(出退勤、休暇、超勤、勤務表など)		✓	
⑤委託業務		✓	

図 13：優先業務の決定

 テンプレートシート 優先業務の決定 (Step4)

2.業務影響分析

組織としての優先業務が同定した後、それを継続するにあたって、各部門（診療部・看護部・薬剤部等）で必要なタスクや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行う。

通常業務、災害後生じる医療需要対応業務の必須機能・プロセスの確認、必要物資、中断による影響や損失影響を分析すると、さらに有事に実効性のある計画に繋がる。

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 20 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 20：事業影響分析の視点

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. 場所（診療スペース）の検討

外来、入院を問わず、診療出来るスペースがどの程度確保されているかは、優先業務の継続を検討するうえで重要な要素である。

c. 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、優先業務を継続するために、非常用の電気や水をどのように配分すべきか検討する。また、電気に大きく依存する、放射線検査、血液検査、各種生理機能検査などの診療サポート部門が、有事にどの程度機能するかも検討しておく。

d. 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（医薬品、医療材料、衛生資材など）を有事にも確保出来るか、物流段階から検討する。

e. 情報・電子カルテ・オーダリングシステムの検討

電子カルテ、オーダリングシステム、PHS などの院内連絡手段、ネットワークシステムが、有事にも確実に機能するか検討する。

f. 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。

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。

診療部					
業務区分		病院の方針	診療部のタスク	診療部の方針	業務影響分析
入院業務		優先 ～縮小	入院患者管理	優先	ボトルネックは医師の確保。定期回診は中止とし、容体の変化がある患者は適宜診療するスタイルに変更し対応する。医師は救急外来で診療を提供することに回るので、入院患者の管理は積極的に看護師にタスクシフトする。状態が落ち着いており、家族も被災・罹患していないという患者はできるだけ早期に退院に向けて準備をし、災害により増えることが予測される入院加療が必要な患者のために病床を空けておくようにする。2週間をめぐりに通常業務に戻る。
			処方	縮小	ボトルネックは、処方する医師の確保と薬剤の確保。前者に関しては定期処方の期間を延ばす形で効率化を図る。薬剤師及び看護師に投薬の効果に関するモニタリングを把握するようにする。2週間をめぐりに通常業務に戻る。
			処置	縮小	処置は緊急に必要な場合に限定する。侵襲的処置のみ医師が行い、それ以外は看護職へシフト。ボトルネックは、処置が可能な医師・看護師の確保および処置に必要な薬剤やデバイス、衛生材料の確保。後者に関しては、今、取引のある業者のBCPを確認すると同時に、複数の調達ルートを確認する必要がある。2週間をめぐりに通常業務に戻る。
			検査	縮小	ボトルネックは、検査が可能な医療職の確保および検査に必要な機器や物品の確保。必要最小限の検査の実施とする。2週間をめぐりに通常業務に戻る。
外来業務	救急外来	優先	緊急受診	優先	アクションカードに沿って体制を迅速に整え、患者ニーズに対応する。外部からの診療支援がある場合、ボトルネックは、診療にあたる医師・看護師等の医療者、医療器材、水・電気などのライフライン、診療の場所の確保である。
	一般外来	縮小	定期受診	縮小	ボトルネックは、診療する医師と診療の場所、医療器材等である。看護職による患者情報の収集やアセスメント等、タスクシフトを積極的に行いながら業務継続を図る。2週間をめぐりに通常業務に戻る。
	外来全般	縮小	処方	縮小	ボトルネックは、処方する医師の確保と薬剤の確保。前者に関しては定期処方の期間を延ばす形で効率化を図る。薬剤師及び看護師に投薬の効果に関するモニタリングを把握するようにする。2週間をめぐりに通常業務に戻る。
			処置	縮小	処置は緊急に必要な場合に限定する。侵襲的処置のみ医師が行い、それ以外は看護職へシフト。ボトルネックは、処置が可能な医師・看護師の確保および処置に必要な薬剤やデバイス、衛生材料の確保。後者に関しては、今、取引のある業者のBCPを確認すると同時に、複数の調達ルートを確認する必要がある。2週間をめぐりに通常業務に戻る。
			検査	縮小	ボトルネックは、検査が可能な医療職の確保および検査に必要な機器や物品の確保。必要最小限の検査の実施とする。2週間をめぐりに通常業務に戻る。
訪問診療業務		優先 ～縮小	緊急訪問・往診	優先	急変対応に関しては優先して継続する。また足がなく受診ができない住民の医療ニーズにもできるだけ対応する方針。ボトルネックは、訪問可能な医師の確保
			定期訪問	縮小	訪問看護とのタッグにより、容体が落ち着いている患者の訪問頻度を落とす、滞在時間を短縮する、オンライン診療を積極的に行うなどの対応を取る。
			処方	縮小	ボトルネックは、処方する医師の確保と薬剤の確保。前者に関しては定期処方の期間を延ばす形で効率化を図る。薬剤師及び看護師に投薬の効果に関するモニタリングを把握するようにする。2週間をめぐりに通常業務に戻る努力をする。
			処置	縮小	処置は緊急に必要な場合に限定する。侵襲的処置のみ医師が行い、それ以外は看護職へシフト。ボトルネックは、処置が可能な医師・看護師の確保および処置に必要な薬剤やデバイス、衛生材料の確保。後者に関しては、今、取引のある業者のBCPを確認すると同時に、複数の調達ルートを確認する必要がある。2週間をめぐりに通常業務に戻る。
			検査	縮小	ボトルネックは、検査が可能な医療職の確保および検査に必要な機器や物品の確保。必要最小限の検査の実施とする。2週間をめぐりに通常業務に戻る。

図 14：各部門の業務影響分析

📄 テンプレートシート 業務影響分析（Step4）

看護部				
方針 災害急性期においては、ケア介入度が高い患者に関しては、3号室もしくは7号室に集め、効率性を担保する。しかしその際においても患者の尊厳を守り最善の策を取る				
業務区分	病院の方針	看護部のタスク	看護部の方針	業務影響分析
入院業務	優先	人工呼吸器等医療機器装着者のケア	優先	有事においても優先的に継続する。ボトルネックは、人工呼吸器管理が可能な看護師、電気および療養環境の確保である。人工呼吸器管理ができる看護師を平時から増やしておくことに取り組むと同時に、もし自院の看護師の再配置でも業務が回らない場合、母体病院または県看護協会に看護師の派遣を依頼する。地域全体の長時間停電が見込まれる場合は、早めに停電の生じていない地域の医療機関に搬送することも検討する。建物の損壊等で療養環境を確保できない場合は、まずは母体病院への搬送を協議する。
		輸液管理	優先	通常通り実施
		置(吸引・創傷処置等)	優先	特に褥瘡をはじめ創傷処置に関しては通常通り実施
		投薬	優先	指示通り投薬する。湿布や点眼など、症状悪化に直結しない投薬については医師に相談の上、縮小
		食事介助	優先	食事介助が必要な患者は1病室に集めることでケアの効率化を図る。患者個別の介助方法や環境についてはベッドサイドに平時より表示しており、それに沿って介助が可能になっており、有事においては外部支援に依頼できる業務とする
		他職種業務の補完	優先	普段は、多職種チームで担っていることの最低限の担保を看護で担う
		経管栄養管理	優先	通常通り実施するが、状況によっては頻度を調整する
		朝会・申し送り	縮小	時間を短縮する形で実施。2週間をめぐり、通常に戻す。
	縮小	保清ケア	縮小	入浴に関しては一時中止とし、清拭・シャワー浴に関しては頻度を落とす形とする。陰部洗浄などは適宜必要性を鑑み実施する。2週間をめぐり、通常に戻す。
		バイタルチェック	縮小	重症度により、測定頻度を調整する。2週間をめぐり、通常に戻す。
		記録	縮小	基本的にはフローシートの記載は必須。二号用紙の記録については最低限とする。
		排泄ケア	縮小	夜用のオムツを日中も使用する形で、確認・交換回数を減らす。排泄コントロールをよく見極め、浣腸や緩下剤の調整を行う。オムツ交換に関しては、皮膚の観察、栄養状態の評価などもかねて実施しており、できるだけ当院看護師が行う。
		環境整備	縮小	寝具交換、掃除の回数を減らす。1か月をメドに通常に戻す。
		物品請求業務	縮小	定期請求ではなく、なくなったら適宜請求する。1か月をメドに通常に戻す。
		退院指導	縮小	家庭でのケアが可能となる最低限の指導とする。1か月をメドに通常に戻す。
		ミニカンファレンス	一時中止	一時中止とし、朝会・申し送りの際に課題のある患者のカンファを行う。2週間をめぐり、通常に戻す。
外来業務	一般外来	情報提供書類作成	一時中止	書類作成は一時中止都市、最低限必要な情報は口頭で伝えるなどとする。2週間をメドに通常に戻す。
		検査	一時中止	定期検査等は延期。循環器疾患・脳卒中疾患疑いの場合は専門医へ誘導する。
		点滴管理	縮小	著しい問題がなければ経過観察に切り替える。
	救急外来	置(創傷処置・術後等)	縮小	感染症等に問題がなければ延期。
訪問看護業務	優先	酸素・中心静脈患者	優先	該当患者には充電時間等の把握を行い、電源が切れる1時間前に確認作業の対応をする。
		重度褥瘡等	優先	通常通り実施出来るか検討。リスク管理として感染症や範囲拡大も検討し訪問回数等を調整する。
		酸素・中心静脈患者	優先	該当患者には充電時間等の把握を行い、電源が切れる1時間前に確認作業の対応をする。外来と連携し対応する。
	一時中止	請求管理	優先	訪問頻度の増加が見込まれる事より、提供した回数・時間は、その日に確認し請求できる体制を取る。
		介護保険対応者	一時中止	家庭でのケア対応へ切り替える。1か月をメドに通常に戻す。

薬剤部				
業務区分	病院の方針	薬剤部のタスク	薬剤部の方針	業務影響分析
入院・外来・在宅における薬剤業務	診療内容の優先度に応じて対応する	調剤	優先	ボトルネックは薬剤師および薬剤の確保。当院の薬剤師2名が出動できない場合、門前薬局より支援してもらう様、平時から協議しておく必要がある。薬剤の確保については、薬剤師会や近隣の薬局とも連携し、調達ルートを複数確保しておく。
		入院患者の薬剤セット	縮小	看護職にシフトすることも想定し、平時に研修を行っておく必要がある
		注射薬の準備	縮小	
		薬剤の発注	縮小	事務にシフトすることも想定し、平時に研修を行っておく必要がある
		服薬指導	縮小	対象を絞り、医師・看護師からの依頼があった時のみの実施とする
		訪問薬剤管理指導	縮小	
		病棟保管の薬剤の補充	縮小	在庫がなくなった際、または看護師から依頼があった際に対応する。その依頼は、リストに基づき行い双方確認の上配薬等実施する。
		ケースカンファ	一時中止	
		制度上必要な書類業務(医薬品情報日誌等)	一時中止	
ラウンド業務	一時中止	一時中止業務とする。2週間をめぐりに再開させる。		
リハビリテーション部				
業務区分	病院の方針	リハ部のタスク	リハ部の方針	業務影響分析
入院・外来・在宅におけるリハビリテーション業務	縮小 一時中止	記録	優先	当院の場合、有事の際はリハビリテーションは一時休止業務とし、リハビリ関連職種は各部署の応援に入ることとする。縮小・一時休止した業務に関しては2週間をめぐりに再開させる。
		訪問リハビリ	縮小	
		院内リハビリ	縮小	
		ミーティング	一時中止	
		家屋調査(退院患者)	一時中止	
		ケース会議	一時中止	

図 14：各部門の業務影響分析～続き～

📄 テンプレートシート 業務影響分析 (Step4)

栄養課				
業務区分	病院の方針	栄養課のタスク	栄養課の方針	業務影響分析
入院・外来・在宅における栄養管理業務	診療内容の優先度に応じて個々に対応する	献立作成	優先	ガス・電気・水道が止まった場合の非常時用（3日分）の献立は作成済み。それ以降は在庫および納品状況により臨機応変に対応せねばならない
		発注・在庫管理	優先	事前に食材は常時確保してある。系列病院の納入業者等について情報収集のうえで発注をかける。または近隣の小売店等も活用する。
		仕込み・調理	優先	ガス・電気・水道の供給がボトルネック。ガスの使用不可時は備蓄しているプロパンガスを使用。
		経管栄養管理	優先	通常通り実施するが、状況によっては頻度を調整する
		食事介助	優先	栄養課スタッフも病棟応援で対応する。
		非常食の準備・確保	優先	状況等を把握し在庫量で問題ないか確認。
		訪問栄養	縮小	一時中止し、災害時対応法と手順書に沿い対応。
事務部				
業務区分	病院の方針	事務部のタスク	事務部の方針	業務影響分析
入院・外来・在宅における事務部門の業務	診療内容の優先度に応じて対応する	レセプト業務	優先	電子カルテの情報はクラウドに保存されてるので、有事前のデータ取得の方法を確認しておく必要がある。
		電話対応等	優先	診察可否の説明。事前に院長と相談し対象者の選別及び受入数の把握。
		重傷者の搬送補助	優先	担架を用いて重症患者搬送。
		院内放送	優先	現状把握を1時間毎に院内放送で職員へ知らせる。
		レセプト業務	優先	電子カルテの情報はクラウドに保存されてるので、有事前のデータ取得の方法を確認しておく必要がある。
		災害対策本部立ち上げ	優先	ステージ2で対応を取る。必要な物品等の準備で本部機能がマヒしないよう対応する。
		軽度患者の対応	優先	中等度以上の患者を対応する事より軽度患者は、自宅待機する様説明する職員の配置。
		関係業者への連絡	優先	医療機器・酸素・薬剤等の業者へ注文等の手配。どれぐらいで不足するかを逆算して対応。
		スタッフメンタルフォロー	優先	被災ストレスの高揚感と喪失感でメンタルバランスの崩れるスタッフが一定数以上いるとみたほうがよい。SNS共有もストレスになり得る。平時からメンタルフォローを意識するよう、特に今の部屋別での声かけを促していく。係長にメンタルフォローが集中しすぎないよう確認。SNS疲れにも注意しておく。
		労務管理（出退勤、休暇、超勤、勤務表など）	縮小	勤怠管理や勤務表がデジタルで作成できない。出退勤は各自一日の行動メモをおこしておく。
		委託業務	縮小	BCPIにつき共有できていない。
		案内業務	縮小	電話や病院入口でインフォメーション役として患者誘導
		診断書等書類作成	一時中止	書類作成は一時中断とする。

図 14：各部門の業務影響分析～続き～

 テンプレートシート 業務影響分析 (Step4)

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、病院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、診療業務継続に大きく影響する経営資源として、「人」「場所(診療エリア)」「ライフライン」「情報・通信、電子カルテ、オーダリング」「移動手段」について検討する。

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。これまでの経験上、医療機関に関しては、図15のように、4つのステージに分類し、ステージ1は基本的に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、ステージ3はBCP発動の上、外部との連携や支援により業務継続を目指す、ステージ4は、診療機能を著しく落として、全病院避難を検討といった内容が、各ステージにおける

基本的な業務継続のための戦略となる。自院に照らし合わせて、検討いただきたい。この際に Step4 で検討した 3 つの業務、優先、縮小、一時中止をどう扱うかという文脈で戦略を考える。例えば、ステージ 2 では、まず一時中止の業務を停止し、縮小および優先業務に集中する。続いて、ステージ 3 ではさらに縮小業務を停止して優先業務に注力する、といった具合である。そして、その結果を概観し、ステージ 2 では診療の場所や人員の再配置を通じて、これらの業務を自力で遂行できるか、現状と照らし合わせて調整する。ステージ 3 では、外部からの支援や連携を活用して、優先業務を遂行できるかを検討し、もし困難であれば、どのような代替手段があれば優先業務の継続が可能かを考える。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、この戦略が基礎となる。

ステージ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。

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。

ステージ	ステージング変更に至る資源の状況	戦略	有時の業務継続計画	平時からの備え	担当者スケジュール
ステージ4 (BCP発動:外部連携、全避難)	- 診療業務の継続が困難なスタッフ数 - 診療エリアの制限があり、業務継続が困難な状態 - 停電/自家発電機能喪失 - 断水/外部から供給不可 - 通信・電力は長期間の使用不可、復旧の見込みなし - 移動手段は全面的に支障がある	全病院避難を検討 自機関からの訪問診療の中止 BCP発動	入院患者および職員は安全に避難することを検討する。 ・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		
ステージ3 (BCP発動:外部連携、転院)	- 外部からの診療支援で優先業務を継続できる - 優先業務継続が可能な診療エリア、または代替エリアが確保できる - 停電/継続的な燃料の供給が必要。自家発電稼働下で、優先業務の継続が可能な状態 - 断水/継続的な給水および受水槽から供給下で、優先業務の継続が可能な状態 - 通信・電力は優先業務の継続可能な状態 - 移動手段は、支障があるが、優先業務の継続可能な状態	優先業務を継続する支援で BCP	院内診療 外部連携を活用して、優先業務に集中。 訪問診療 ・優先業務継続の縮小の検討 ・他事業所への代行訪問依頼		
ステージ2 (BCP発動:院内対応)	- 優先業務を継続できるスタッフが勤務している、または院内他所からの応援で対応できる - 優先業務継続が可能な診療エリアが確保されている - 停電/燃料の備蓄あり。自家発電稼働下で、優先業務の継続が可能な状態 - 断水/受水槽から供給下で、優先業務の継続が可能な状態 - 通信・電力は優先業務の継続可能な状態 - 移動手段は、支障があるが、優先業務の継続可能な状態	自機関のリソースで対応 BCP発動	院内診療 優先業務の継続に注力しつつ、必要に応じて診療エリアを制限し、医療資源を集約化する 訪問診療 ・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 (BCP発動検討:インシデント対応)	スタッフの出務/診療エリア/ライフライン/通信・電力/移動手段にほぼ影響なし	応・危機・BCP体制を敷き検査	災害対応マニュアルで対応		

図 15: エスカレーション・ロジックモデルと業務継続戦略

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

I 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。この際、Step4 で検討した業務、優先、縮小、一次休止業務の詳細を、Step5 で検討した戦略の細項目として記載し、ステージング変更に至る資源の状況との整合性を調整する。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 I 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。

3. BCP の運用の検討

1) 業務継続計画(BCP)発動

BCP タスクフォースのリーダーは、エスカレーション判断基準を鑑み、BCP 発動のタイミングを上申する。報告を受けた BCP 発動者は、状況を俯瞰し、またエスカレーション状況・判断基準を鑑み、BCP の発動をする。

BCP が発動されると、BCP タスクフォースは、(災害)対策本部に入り、危機管理チームとなり、BCP タスクフォースのリーダーが主体的にマネジメントを行う。

2) エスカレーション再評価

(災害)対策本部長または代行者または BCP タスクフォースのリーダーは、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、エスカレーションを元に判断し、該当部署に対応を指示する。

ステージ	ステージング変更に至る 資源の状況		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 (BCP発動:外部連 携、全避難)	・診療業務の継続が困難なス タッフ数 ・診療エリアの制限があり、業 務継続が困難な状態 ・停電/自家発電機能喪失 ・断水/外部から供給不可 ・通信・電力は長期間の使用 不可、復旧の見込みなし ・移動手段は全面的に支障が ある	自全機 関からの 訪問診 療の中 止 BCP 発動	入院患者およ び職員は安全 に避難するこ とを検討する。 ・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	・全病院避難 ・患者搬出リストを作成する ・県や外部機関と調整して、陸路または近隣ヘリポートから順次転院搬 送を行う	・保健医療調整本部との平時からの連携 ・ヘリポートへの搬送経路確認とその手順書を作成する ・陸路移動方法につき、消防、当院救急車等の利活用を確認	危機管理防災課・総務 〇〇年3月まで	
				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 (BCP発動:外部連 携、転院)	・外部からの診療支援で優先 業務を継続できる ・優先業務継続が可能な診療 エリア、または代替エリアが確 保できる ・停電/継続的な燃料の供給が 必要。自家発電 稼働下で、優先業務の継続が 可能な状態 ・断水/継続的な給水および受 水槽から供給下で、優先業務 の継続が可能な状態 ・通信・電力は優先業務の継 続可能な状態 ・移動手段は、支障があるが、 優先業務の継続可能な状態	外部からの支援で優先業務を継続 BCP 発動	院内診療 外部連携を活 用して、優先業 務に集中。	緊急手術 緊急カテー テル治療	・自家発電下での業務継続可否の確認(電子カルテ、エレベーター、CT、レントゲン及び電 子カルテへのデータ転送の可否、血液検査の可能項目) ・医療資機材の在庫及び非常時の供給体制検討、近隣医療機関との資機材の融通可否に ついては検討しておく ・外部支援スタッフに実際に依頼する業務及び、手順の整備	カテ室 〇〇年3月まで	
				入院診療	・リハセンター及び会議室を病棟として使用し、外部支援 のサポートで入院診療を継続 ・重症患者含めて、なるべく退院または転院を促進する	・外部支援スタッフで対応できるよう手順の整備 ・退院または転院の説明同意文書の整備 ・近隣医療機関との連携、相互協定	看護部 〇〇年3月まで 看護部 〇〇年3月まで
					救急受入	・スタッフを救急診療スペースに集める。 ・外部支援、DMAT隊員に救急診療を依頼する	・手順書の作成 ・多数傷病者の受け入れに備えて、トリアージエリアの設定 ・シミュレーション実施
				透析	・透析不可時には外部へ紹介する	・透析室使用不可時に、外部への紹介手順作成	透析室〇〇年3月まで
			訪問診療	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、患 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ない場合は、オンライン診療 は自機関で継続する。 ◆外来診療は中止する	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

図16：在宅医療を提供する入院医療機関 BCP サマリーの例

📄テンプレートシート BCP サマリー(Step5、6)

ステージ	ステージング変更に至る 資源の状況	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 (BCP発動:院内対 応)	・優先業務を継続できるスタッ フが出務している、または院 内他所からの応援で対応でき る ・優先業務継続が可能な診療 エリアが確保されている ・停電/燃料の備蓄あり。自家 発電稼働下で、優先業務の継 続が可能な状態 ・断水/受水槽から供給下で、 優先業務の継続が可能な状態 ・通信・電力は優先業務の継 続可能な状態 ・移動手段は、支障があるが、 優先業務の継続可能な状態	自機 関 の リ ソ ー ス で 対 応 BCP 発 動	院内診療	入院診療	・対応可能なスタッフを〇〇病棟へ集約する	・他部署スタッフで対応できるよう手順の整備	看護部〇〇年3月まで
					・軽症から中等症患者の退院または転院を促進する	・退院または転院の説明同意文書の整備 ・近隣医療機関との連携、相互協定	看護部 〇〇年3月まで
					・病棟使用不可時はリハセンター及び会議室を病棟として使用する	・病室として使うための計画立案。酸素、ベッド、電源コンセント、空調、上水、トイレ等が、病室として短期間でも本当に使えるのか確認。 ・赤コンセントの確保 ・必要量の酸素ボンベがあるか、確認	看護部 〇〇年3月まで
				救急受入	・スタッフを救急診療スペースに集める。	・手順書の作成 ・多数傷病者の受け入れに備えて、トリアージエリアの設定 ・シミュレーション実施	救急部 〇〇年3月まで
					・救急診療スペースが使用不可時に、一般診療室、リハビリセンター、多目的ホールで診療する	・診療エリア確保のための具体的手順作成。物品の移動、患者およびスタッフの導線の確認 ・トリアージエリアの再設定	救急部 〇〇年3月まで
				透析	・出来る限り在院スタッフで対応	・他部署スタッフで対応できるよう、手順書の作成	透析室〇〇年3月まで
				外来診療	・診療エリアを状況に応じて柔軟に判断 ・院内で処方する事を検討する	・代替診療エリアの検討と準備 ・院内処方で対応できるだけの在庫状況確認。何日分処方出来るのかの把握。	外来担当部門 〇〇年3月まで
			予定手術	・手術室以外の場所で緊急避難的な対応をする	・無影灯がある場所(救急の処置室)で緊急対応が出来るか検討する	麻酔科〇〇年3月まで	
			訪問診療	訪問・外来 診療業務	◆ 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 ◆ 定期訪問は縮小する ・状態の落ち着いた患者については、以下の看護提供方針とする ➡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 ・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 ➡落ち着いた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 ・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	1)緊急参集メンバーの数やスキルから、業務整理(出勤しないとできないこと)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)	1)担当〇〇(今年度上半期に実施) 2)担当〇〇(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	◆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)☑	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)安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

図16: 在宅医療を提供する入院医療機関 BCP サマリーの例

 テンプレートシート BCP サマリー (Step5、6)

ステージ	ステージング変更に至る 資源の状況	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 (BCP発動:院内対 応)	・優先業務を継続できるスタッ フが出務している、または院 内他所からの応援で対応でき る ・優先業務継続が可能な診療 エリアが確保されている ・停電/燃料の備蓄あり。自家 発電稼働下で、優先業務の継 続が可能な状態 ・断水/受水槽から供給下で、 優先業務の継続が可能な状態 ・通信・電力は優先業務の継 続可能な状態 ・移動手段は、支障があるが、 優先業務の継続可能な状態	自機 関の リソ ース で 対 応	訪問診療 ・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	記録作成・情 報共有確認	◆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。 ◆〇〇(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	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 ➡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〇〇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	1)担当〇〇(今年度上半期に実施) 2)担当〇〇(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	◆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。☒	1)レセプト業務を担いうるスタッフが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	1)担当:院長&事務長(今年度前半に検討)
				備品管理	◆PPEの不足時は、レインコートやポロ袋の手製ガウンなど、あるものの防護をする ◆掃除当番は一時中止、できる人がする	1)衛生材料、特にPPEに関しては、調達のルートを複数持っておく	1)担当〇〇(今年度上半期に実施)
				教育・研修	◆以下全て一時中止業務とする 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	1)制度上の必要研修について、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。	1)担当:事務長(今年度前半に提案)
				マネジメント 関連	◆金銭管理 ・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(出勤、休暇、超勤、勤務表、携帯当番シフト等) ・出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 ・特に有事体制スタート後、1週間をめどに、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、地域リハ会議”等は一時的に業務とする。	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をしておく 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、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	1)担当:院長&〇〇(今年度前半に実施) 2)3)担当:事務長(今年度後半に実施) 4)担当〇〇(今年度下半期に実施)
	患者対応	◆診療所の状況と診療提供に関する情報提供を迅速に行う ・訪問頻度を落とす患者には、どんな時には至急で診療所に連絡を欲しいかをしっかり伝える(症状の変化含め) ・オンライン診療に切り替える患者は、よく通信環境の確認を行う。	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など患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	1)2)担当〇〇(今年度下半期に実施)			

図16: 在宅医療を提供する入院医療機関 BCP サマリーの例

📄テンプレートシート BCP サマリー(Step5、6)

ステージ	ステージ変更に至る 資源の状況	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 (BCP発動検討: インシデント対応)	・スタッフの出務/診療エリア/ ライフライン/通信・電カ/移 動手段にほぼ影響なし	危機体制を敷き対応・BCP発動検討	災害対応マニュアルで対応	・災害対策本部及び、各部署ともにインシデント対応を実施 ➡アクションカードに沿って対応 ・行政機関との情報収集と連携	・各部署におけるアクションカードの作成 ・アクションカードを用いた訓練の実施 ・連絡手段、タイミング、内容等を平時から協議	危機管理防災課 ○○年3月まで
				緊急・初期対応	・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 1)○○年度:地震対応マニュアル・アクションカード作成 2)○○年度:感染症対応マニュアルの改訂 3)○○年度:水害マネジメントシートの改訂 4)リスク対応計画に沿って、平時の備えを充実する 5)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)	1)担当○○ (○年○月 未までに完成) 2)担当○○ (○年○月 未までに完成) 3)担当○○ (○年○月 未までに完成) 4)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) 5)担当○○ (○年○月 未までに完成)
			在宅患者対応	発生したリスクに合致する対応マニュアル・アクション カード等に沿って対応する	1)人工呼吸器装着・在宅酸素療法中の患者 ・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、 各患者ごとに検討) ・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患者宅の環境整備(食事・排泄等も含め)について、平時から相談 し備えておく 2)処方薬 ・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。 3)患者との連絡方法 ・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 くと、普段の訪問時間の連絡などからSNSを活用するようにする。 4)個別避難支援計画 ・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、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)	1)担当○○ (○年○月 未までに完成) 2)担当○○ (○年○月 未までに完成) 3)担当○○ (○年○月 未までに完成) 4)担当○○ (○年○月 未までに完成)

図16: 在宅医療を提供する入院医療機関 BCP サマリーの例

 テンプレートシート BCP サマリー(Step5、6)

Column

種々の災害が発生しても、極力病院は医療という機能を可能な限り継続して地域住民への医療提供を続けるべきである。しかし、病院の損害が甚大で、医療を継続できない状況に陥った際に、患者への医療提供を継続することを目的に、他の医療機関へ入院患者を移動させる病院避難を実施する必要性が生じることがある。

以下は、2018年西日本豪雨の際に、実際に病院避難を経験された、岡山県倉敷にある「まび記念病院」の関係者の方々が、病院避難で留意すべき事として、経験をもとに記載されたものである。

1) 病院避難の必要性を判断する

- ・病院管理者（または代行者）が判断基準に基づいて判断する。
具体的にはエスカレーション・ロジックモデル ステージ4の条件にあてはまる状況であれば考慮

2) 患者および家族への説明と同意

- ・病院での医療継続が困難であるので入院施設から出るとは妥当性がある。しかし転院先に関しては一定の時間がある場合には可能な範囲で同意を得る。

3) 県災害対策本部へ病院避難の支援依頼、依頼方法・依頼先は事前準備

- ・EMISへの入力

4) 患者情報の抽出と災害時診療情報提供書（医療搬送カルテ）の作成

5) 患者リストの作成

- ・氏名、性別、年齢（生年月日）、病名など上記患者情報と搬送先

6) 消防、自衛隊、警察、DMAT、NGOなどの支援団体の受け入れ準備

- ・支援者の指揮所、人員収容、車両駐車場の確保

7) 支援組織と具体的な病院避難実施計画を打ち合わせる

- ・外部からの支援者と調整する担当者の設定
- ・事前準備した地図や院内見取り図を提供し、避難経路を確認
- ・搬送方法 洪水の際の場合担送患者はヘリコプター、護送、独歩患者はボート、トラックを使用した。道路が通常通り使えれば救急車の依頼
- ・入院患者一覧を提供

8) 避難先病院が複数の場合、患者リストとの突合を行い、優先順位を判断する

9) 病院避難が完了した後、患者が収容された病院で、同患者の状態を確認するとともに、収容先病院へお礼を申し上げる。



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い¹⁾。

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状況下では、限られた資源をどのように配分するか、何を優先するかについての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、大事なものは、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上昇は図られる。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ていなかった」

◆「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 21: BCP 見直し契機の場合

BCP 見直し契機の場合
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 22: 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 23: 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
トップマネー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。

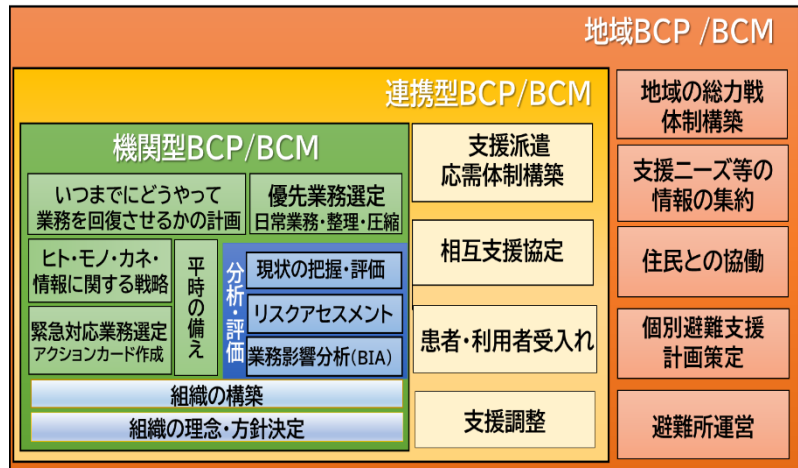
では、地域 BCP をどうやって策定していけばよいだろうか。

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。



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

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。こうなって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なのか、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応に関する検討」

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、またその対応についても、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、その対応をどうするのか。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。



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、有事にできるわけではない。

平時に考え備えていなければ、有事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入院医療機関 BCP の策定を目指していただきたい。

そして、また全ての在宅医療を提供する入院医療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、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する。

この手引きが、在宅医療を提供する入院医療機関の 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。

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

