

Prepare for the Worst, Plan for the Best

BCP 策定の手引き

訪問看護編

地域 BCP のススメ

～利用者の、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 2 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?	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	10
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	12
BCP 策定のプロセス	14
「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!	15
有事に実効性のある BCP 策定のために	15
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	17
Step2 リスクアセスメント	20
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）	31
Step4 業務影響分析:Business Impact Analysis :BIA	39
Step5 業務継続のための戦略:BCS (Business Continuity Strategy)	45
Step6 業務継続計画 (BCP) の文書化	48
Step7 業務継続計画の演習・評価・維持プログラム (BCM)	53
Step8 連携型 BCP/地域 BCP の策定	56
さいごに	61



はじめに

訪問看護を提供する機関は、小規模事業体が大半だ。例えば、5 人のスタッフで運営する訪問看護事業所で、1 人新興感染症に感染し、3 人が濃厚接触者となってしまったら、訪問看護の継続はどうするか？他の事業所から支援を派遣してもらえるのか？一定期間の代行訪問を依頼できるのか？また、支援依頼の際の連絡の方法は？具体的なケア内容や手順の申し送りは？契約は？利用者への説明は？逆に、他事業所でクラスターが発生し、応援を依頼されたら時の対応は？

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、そして利用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、利用者や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」と報告されている¹⁾。

とはいえ、冒頭で触れた通り、訪問看護事業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事業所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、自身にケアの選択肢が豊富にあることは、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、有事対応の選択肢を増やしておく。これが、最も重要なことだ。

そして各機関の 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
---------------------	-------

訪問看護 BCP 分科会組織(機関名 50 音順)

葵訪問看護ステーション	山本 克美
安芸地区医師会総合介護センター	板谷 裕美 / 金行 由美
ウィル訪問看護ステーション	岩本 大希
ウィル訪問看護ステーション豊見城	山川 将人
医療法人葛西医院訪問看護ステーションかつさい	平山 司樹
常滑市民病院訪問看護ステーションきずな	間野 高彰
社会医療法人甲友会 西宮協立訪問看護センター	稲葉 典子
日本訪問看護財団立おもて参道訪問看護ステーション	高橋 洋子
訪問看護ステーション きなし	南田 義孝
訪問看護ステーションリハケア芦城	宮本 由香里
みんなのかかりつけ訪問看護ステーション	藤野 泰平 / 大久保 貴仁
みんなのかかりつけ訪問看護ステーション東京	寺崎 譲 / 小久保 徹

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？

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に、発災または予兆の後に参照する緊急・初期対応マニュアルである。

例えば、大きな地震が起こったと仮定する。まず、訪問看護事業所としては、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

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

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・アプローチ（全災害対応型）で考える

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、自機関からの訪問看護の提供が難しくなった時に、代替手段を使って、いかに訪問看護の提供を継続・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（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、台風で大雨が降って、道も冠水、この状況での訪問は困難で、スタッフの安全も確保できそうもないという状況を想定する。そうすると、通常業務のパフォーマンスが落ちるが、まずは、水害対応マニュアルに沿って、スタッフの安否確認、利用者の安否確認・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利用者への緊急・初期対応などを行っていく。

そうこうしているうちに、雨がやみ、スタッフも全員無事で、冠水している道路はあるものの、回り道すれば行けない利用者の家はな

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。つまり、この程度の被害レベルであれば（つまり、業務が中断、または中断しそうなレベルに至らなければ）、災害対応マニュアルで十分対応し、業務の復旧は可能だ。

では、図 2 を見ていただきたい。今回も台風でかなり的大雨が降っていると仮定する。自ずと通常業務のパフォーマンスが落ちるが、今回も同じく水害対応マニュアルに沿って、先ほどと同じように初期・緊急対応をする。

しかし、今回は、大雨の影響で河川堤防が決壊し、移動手段の車や自転車も水没してしまった。停電も長引きそうで、スタッフの 7 割が被災し、自宅が水没したスタッフも複数もいる。

このように、訪問看護の提供自体が危ぶまれる事態、つまり、業務が中断もしくは中断しそうな時に、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、訪問頻度を落とせる利用者さんは頻度を落とす、被害のない訪問看護事業所と連携して補完しあいながら訪問回数を担保する、あるいは、あるエリアの利用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⁾。

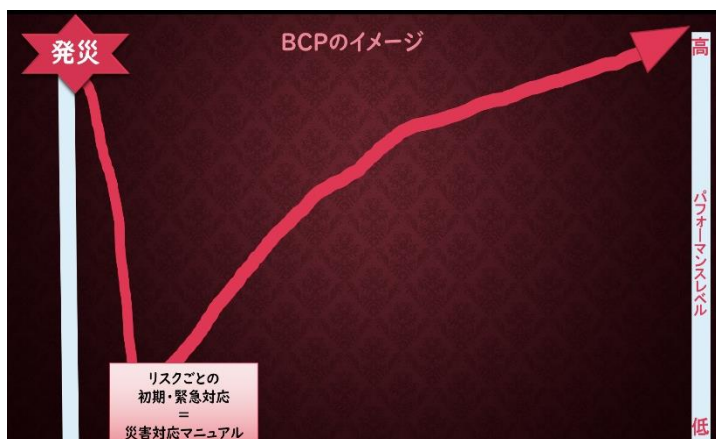


図 1： 災害対応マニュアルにより早期復旧・継続できるケース（BCP 発動不要）
赤い矢印は、事業のパフォーマンスを示す

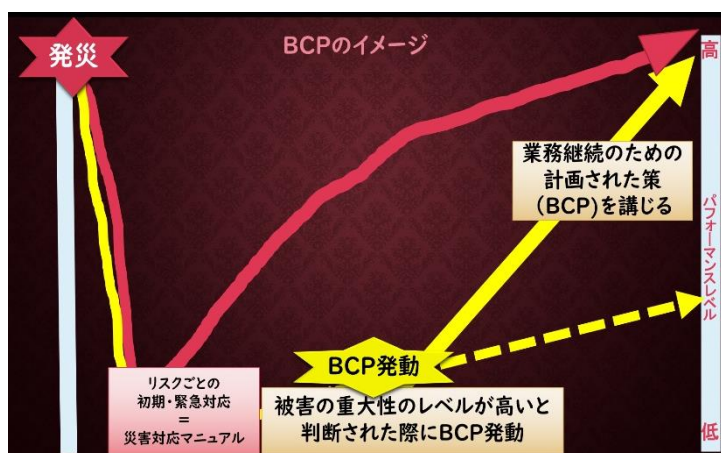


図 2： 目標復旧時間までに復旧・継続できないと判断されたケース（BCP 発動）
黄色の矢印は、事業のパフォーマンスを示す

BCP 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、どうという利用者の訪問を減らせそうか、訪問を減らした分、例えば電話や SNS など、どうやってフォローするかなどを平時から考え、利用者にも伝えておくことも含む。

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、訪問看護の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、訪問看護の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、「訪問看護の提供が難しくなった」という被害の点では同様で、いずれにおいても訪問看護事業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、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。

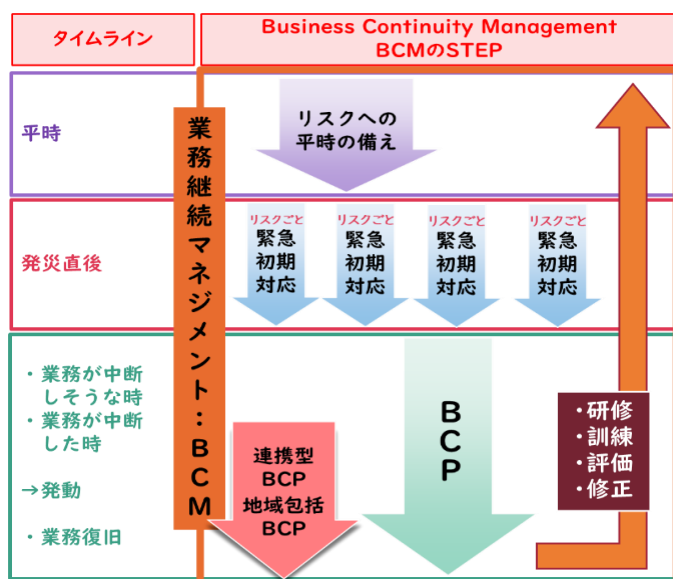


図3: Business Continuity Management 概念図
出典) 山岸・池上、いのちと暮らしを守る BCP, inpress

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⁾。

訪問看護事業所の場合、例え、自機関が被災したとしても、発災後の利用者の安否確認を含めた看護需要の高まりから、かつその緊急性から、社会的にも事業の継続が望まれる。普段より、人材も物資も限られた中で、どのように事業を継続するのか？

「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、利用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、最終的な訪問看護の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	有事の業務継続計画	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	・8割以上のスタッフが出務不能(復職のめどが立たない)	訪問業務の中止	訪問業務 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、外来機能および自機関からの診療・ケア業務の中止、中長期的に診療・ケア業務を他機関に依頼する		
ステージ3 BCP発動	・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 ・(診療所の場合)外来診療スペースが確保できない	外部からの支援を継続	訪問業務 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	・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	訪問業務(・外来診療業務) 連携関連 記録作成 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	・1割のスタッフが出務不能	災害対応マニュアル	緊急・初期対応	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: 訪問看護 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。

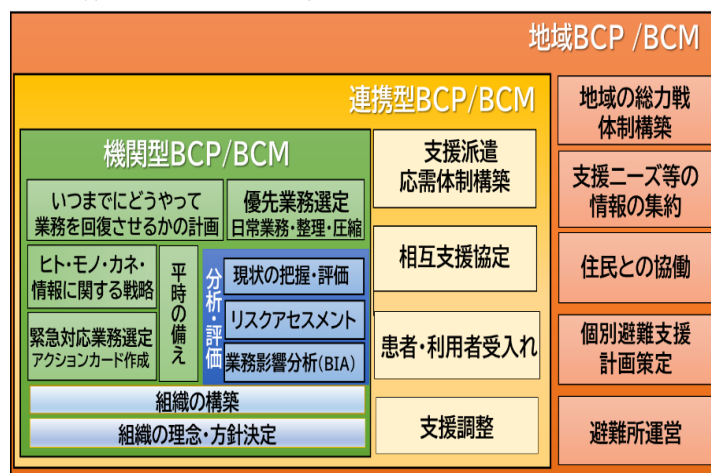


図5: 地域 BCP 概念図
出典) 山岸・池上、いのちと暮らしを守る BCP in

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・利用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⁾

→特に、小規模の訪問看護や介護保険サービス提供機関は、連携型 BCP は必須

連携型 BCP は、特に小規模の訪問看護事業所、介護サービス提供機関には必須のものだ。

例えば、「地震が起こって」「新興感染症によって」などの理由で、4人のスタッフで運営する訪問看護ステーションのうち3人が出勤できない状況が生まれたとする。一方で、利用者は訪問看護の提供を必要としている。このように自機関だけでは利用者への訪問看護の継続が厳しい場合、どうすればいいだろうか。他の事業所に代替訪問、もしくは支援者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くとよいのか。契約や、利用者への説明はどのようにするか――。

平時であれば、近隣の訪問看護事業所、介護サービス提供機関は「ライバル関係」にあるかもしれない。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、近隣の訪問看護事業所、医療・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、個別的なケア内容や手順の申し送りの方法、利用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・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。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。

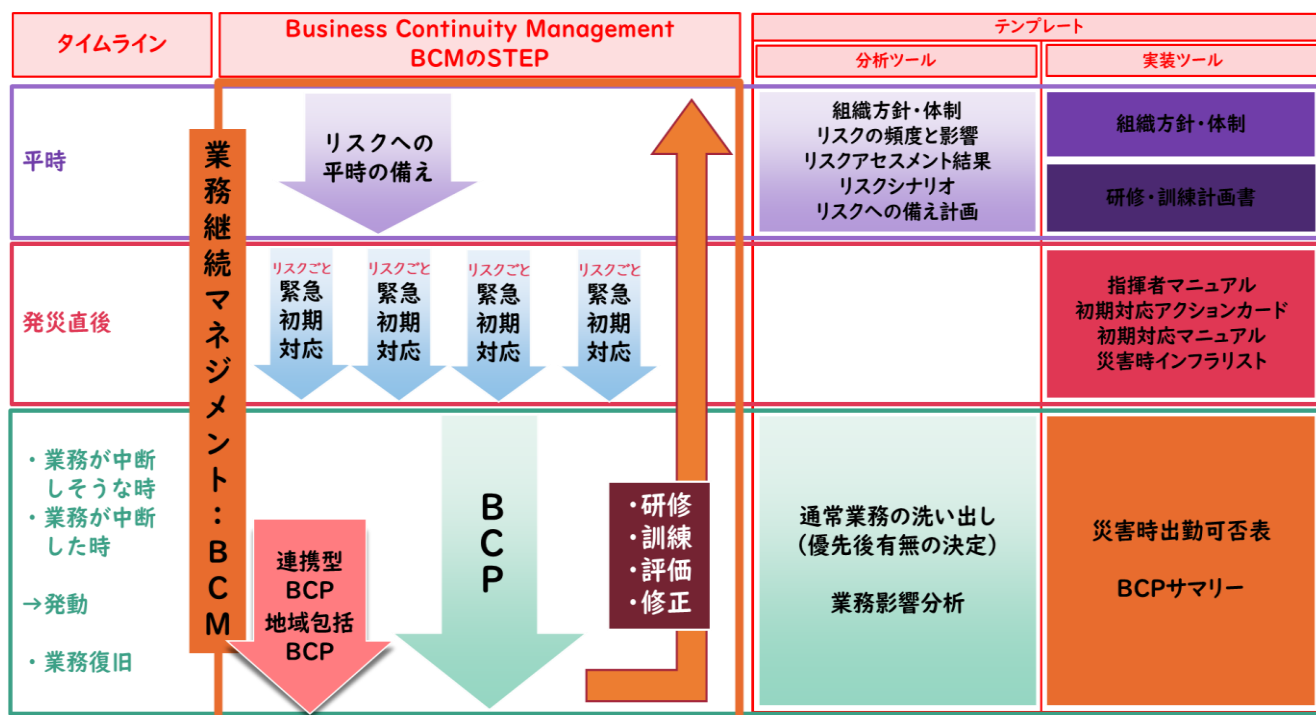


図7: Business Continuity Management (BCM) の概念図と本手引きのツール
出典) 山岸・池上, いのちと暮らしを守る BCP, inpress

「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、自身にケアの選択肢が豊富にあることは、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、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、活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

全ての訪問看護事業所をはじめ、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. 生活再建フェイズにおける医療・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、利用者、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



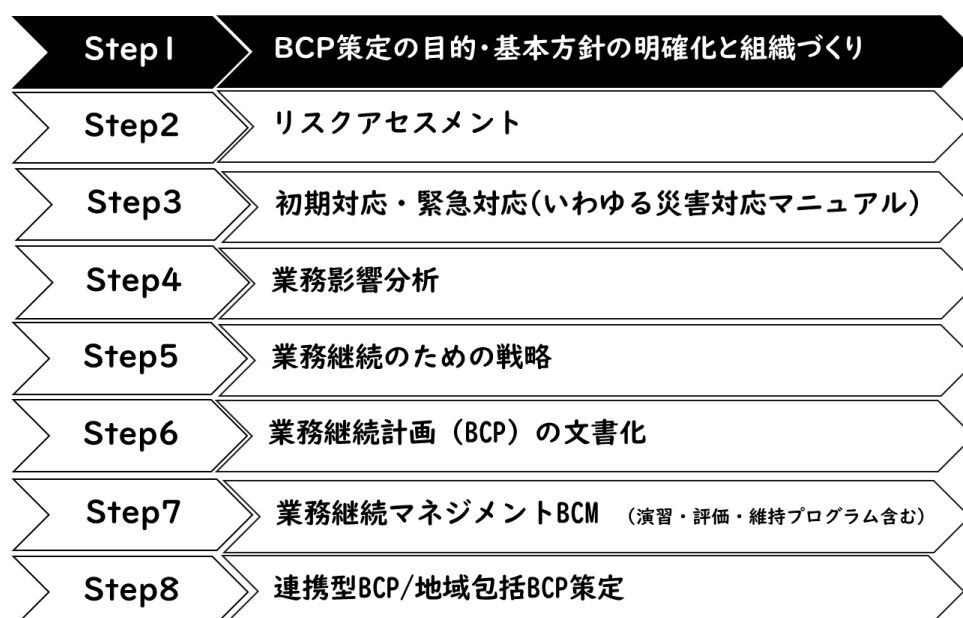
Step1 BCP 策定の目的・基本方針の明確化と組織づくり

～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 Plan）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. 自機関の BCP 策定の目的と基本方針を決定する
2. 実際に BCP 策定策定・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、訪問看護事業所における 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、多くの訪問看護事業所が、「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、全国の多くの訪問看護事業所が 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) 当事業所は、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、利用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。

有事においても、当事業所からの訪問看護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、平時からの近隣の訪問看護事業所との連携により、訪問看護提供を継続し、早期復旧を目指す。

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」の例を挙げるが、ここで、皆さんに一つ、お伝えしたいことがある。これまで被災地活動をさせていただく中で、訪問看護師の皆さんが、その責任感と使命感から、有事に際し、自らを危険に晒しても利用者や住民のために獅子奮迅の働きをされている姿をたくさん見てきた。本当に素晴らしい「専門職魂」だと思う。

しかし、今一度、冷静に考えてみて欲しい。訪問看護師は、訪問看護師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、訪問看護師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、訪問看護師自身の安全を守ることが最も重要だ。訪問看護事業所の BCP の基本方針として、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、災害が頻繁に発生している。地震・台風など自然災害や感染症からの被害を最小限に抑え、利用者や地域住民の期待に応えて訪問看護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) スタッフのいのちと安全を最優先にする
- 2) 利用者のいのちと生活を守る訪問看護の提供を途切れさせない
- 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

StepⅠ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。有事は何があるか分からない。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。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、自施設の方針・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) 所 長	〇〇 〇〇〇
有時における BCP の発動者	(例) 所長 (所長不在の場合:主任が代行)	〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇〇
BCP リーダー	(例) 主任	〇〇 〇〇〇

 テンプレートシート 組織方針・体制(Step1)

StepⅠ のまとめ

StepⅠ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、実は事業所の「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。



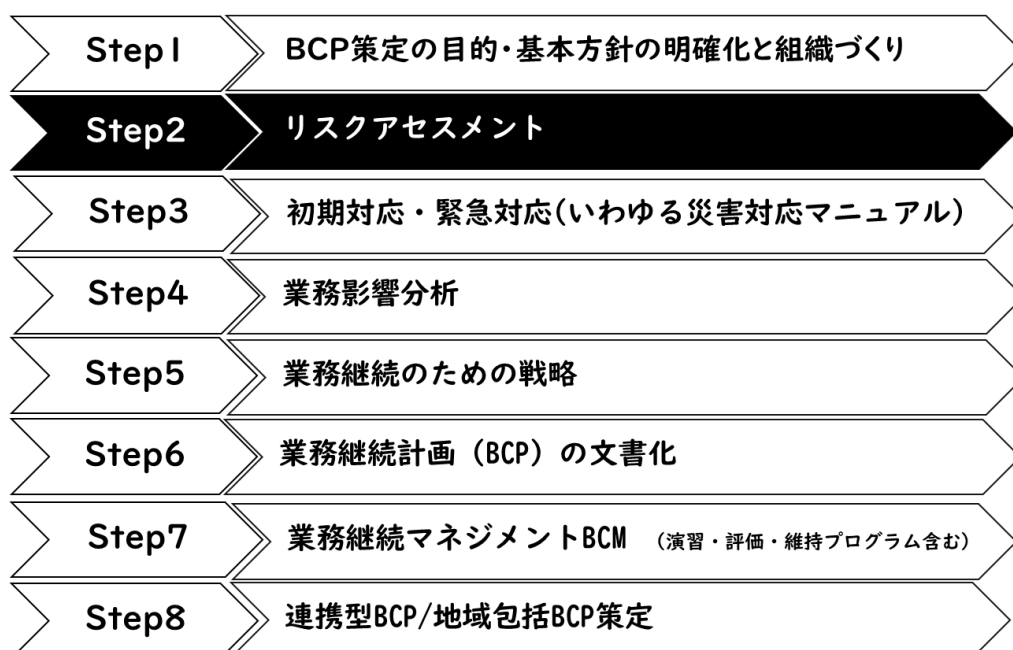
Step2 リスクアセスメント

～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（事務所）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（事業所）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。

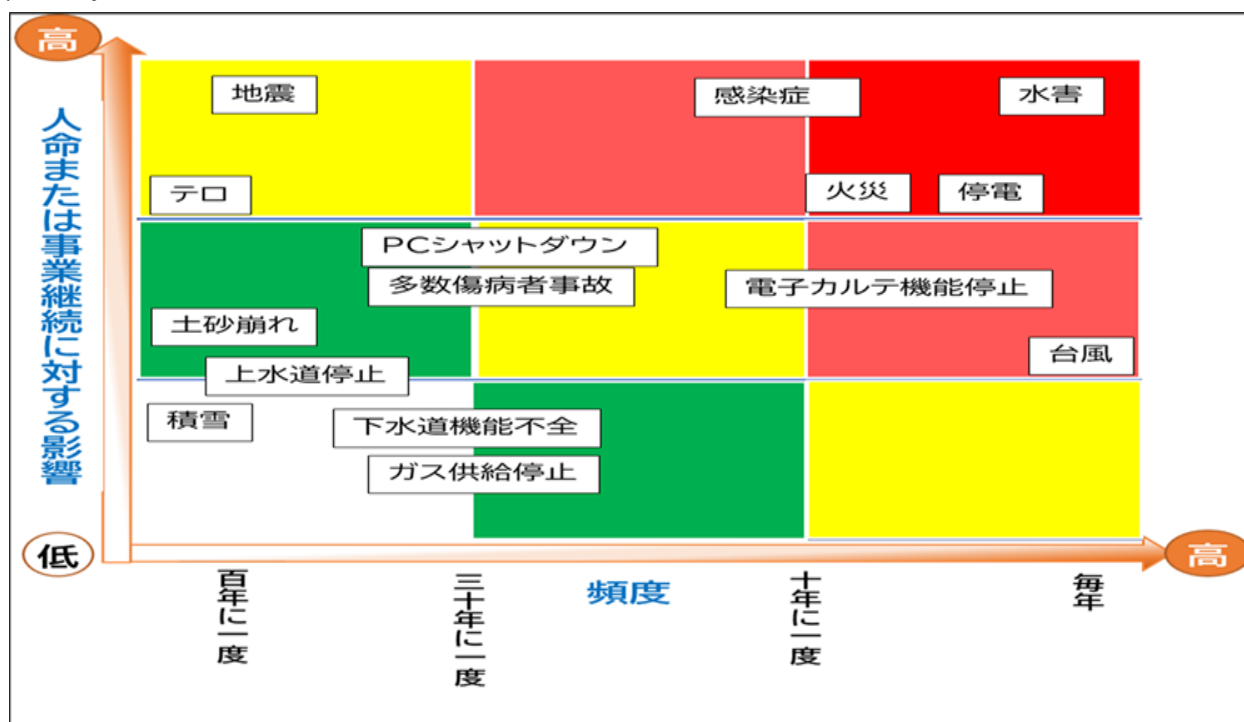


図8：リスクの頻度と影響

🔗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）。

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（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（一部）

☐	想定される被害を把握している
☐	災害時情報を得る手段を把握している
☐	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
☐	従業員を救出するための道具を用意している
☐	食料を社内などに備蓄している（最低3日分）
☐	定期的に備蓄品を確認している
☐	医薬品を社内などに備蓄している
☐	簡易トイレを用意している
☐	毛布やマスクなどを用意している
☐	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
☐	建物の耐震について把握している
☐	建物内の危険箇所を把握している
☐	落下防止対策をしている
☐	建物や設備の点検を定期的に行っている
☐	避難経路を確保し、定期的に防災訓練を行っている
☐	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）
☐	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
☐	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
☐	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
☐	復旧に必要な資材や機材を把握している
☐	データの管理方法が決まっている
☐	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
☐	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、教育研修の状況等について、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。さらに、スタッフ本人やその家族の安否を確認する手段が決まっているか、スタッフの帰宅方法や避難先が把握できているかなども確認しておくといよい。

表 7：有事の際の出勤可否表

名前	職種	常勤・非常勤	自宅住所	自宅と職場の距離	徒歩時間	教育（●＝済）					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
						小児	精神	看取り	呼吸器管理	感染症		
〇〇〇〇	看護師	常勤	●●●●●	2Km	30分	●	●	●	●	●		○
△△△△	看護師	常勤	●●●●●	5Km	1.5時間		●	●	●	●	育児中（2歳・4歳児）	△
△〇△〇	看護師	常勤	●●●●●	1 Km	20分	●		●	●	●		○
〇△△〇〇	看護師	非常勤				●	●	●	●	●	介護中（要介護4）	○

📄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	
		被災直後の利用者の安否確認のために人手が必要になる	被災直後の利用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
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	事務所が使えない	事務所が使えない	事務所が使えない		
		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	休業を余儀なくされた際の運転資金の確保が必要	
	収入減	利用者が減る 訪問回数が減る	利用者が減る 訪問回数が減る		利用者が減る 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	電力停止	電力停止		電力停止
	水道 上下	断水発生 下水の支障	断水発生 下水の支障	断水発生 下水の支障		
	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

影響度×脆弱性
=リスク値

◆ 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
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	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、訪問看護の特性から、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ステーションと協定を結び、有事もそのスタッフが訪問看護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 ・事業所内、自宅での感染予防の徹底とともに、事業所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、そして利用者・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 ・利用者・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	
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】 ・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、訪問看護の重要な経営資源の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	
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】 ・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、その利用者宅の近隣の訪問看護事業所へ訪問を依頼	
	【事前対策】 ・利用者ごとの公共交通機関のルート及び時刻表のチェック ・各利用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 ・近隣の訪問看護事業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	衛生資器材に関しての予備・備蓄は重要であるが、現状対策していない	
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】 ・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・訪問看護連絡協議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を確保する ・周辺医療機関および自治体、訪問看護連絡協議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く、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	事業所・事務所が使えない	
現状の課題と対応	現状は対策なしだが、リスク事象によっては、事業所の建物に入れない、または嚴重な感染対策を要するフェイズでは、直行直帰などの策を取らざるを得ないことも考えられ、対策が必要である。	
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	【緊急対応】 ・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	
-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。	
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】 ・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 ・被災による利用者減の場合の対応策の立案 ・被災後の新規利用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
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】 ・被災したスタッフへの支援 ・近隣機関での就労支援 【事前対策】 ・被災したスタッフへの支援について検討する ・事業所稼働/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 ・避難所への訪問看護に関するルール等について行政と協議 ・近隣の事業所、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	訪問看護の特性上、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。
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】 ・使用可能な通信手段で、スタッフ及び利用者・家族の安否確認を行う 【事前対策】 ・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	訪問看護向け電子カルテ(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、事務所が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。	
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】 ・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 ・情報共有・記録・請求業務の復旧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)

参考) 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。



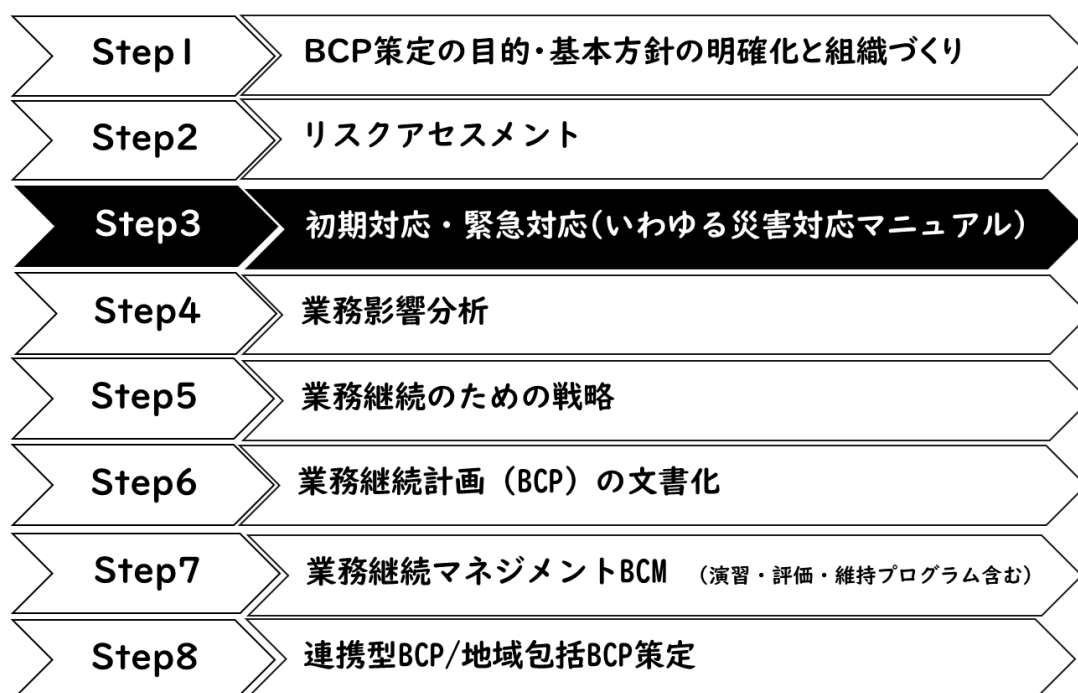
Step3 組織の緊急対応・初期対応（いわゆる災害対応マニュアル）

～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



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!」という訪問看護事業所も多いと思う。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事業所は多い。

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う。

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が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。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。

アクションカードは、事務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

図9は、地震（津波）のアクションカードの例を示した。訪問看護の場合、訪問先、移動中、事務所滞在中など、「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

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(地震・津波)(Step3)

図 10：火災アクションカードの例

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(火災)(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	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：管理者 (不在の場合は主任) 情報・連絡班、救護班の選定	指揮命令：管理者 (不在の場合は主任) ・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：管理者 (不在の場合は主任) ・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：管理者 (不在の場合は主任) ・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：管理者 (不在の場合は主任) ・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：管理者 (不在の場合は主任)
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 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、利用者宅・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 ・自宅から事業所、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 ・利用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、電話等で看護の提供は続 ける	命を守る行動を優先
利用者への対応	・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)	・利用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 ・利用者の訪問優先度決定	・安否確認優先度の把握 ・利用者避難確認 ・利用者の訪問優先度決定 ・利用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 ・テレナーシングに変更可能 な利用者は変更	・避難区域にあたる利用者の 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)	・利用者・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）	・利用者・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）	・利用者・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、自分達の利用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なくなっている状況 利用者やスタッフ、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、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 ・利用者がマスクをつけられない方の場合に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 ・利用者がマスクをつけられない方の場合に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点喚起実施 ・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 ・利用者がマスクをつけられない方の場合に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点喚起実施 ・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が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ケアの内容次第で訪問の有無を関係者と検討する ・訪問看護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ケアが必要であれば、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ケアの内容次第で訪問の有無を関係者と検討する ・訪問看護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ケアが必要であれば、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ケアの内容次第で訪問の有無を関係者と検討する ・訪問看護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ケアが必要であれば、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ため	・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ため
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

📄 テンプレートシート 感染症マニュアル(Step3)

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) 利用者の安否確認の優先度の検討

利用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などを使っている利用者を最優先に安否確認すべきと考えるだろう。そのような利用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、一訪問看護事業所としてはむしろ、独居また独居に準ずる状況(老老介護家庭等)で、

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 13: 安否確認の優先度の考え方の例

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利用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。自機関の利用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人の利用者に複数の事業所が関わっている(ことが多い)点だ。その利用者には、どの事業所の誰が、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。

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。訪問看護事業所の主な業務は、やはり訪問看護業務であろう。しかし、訪問看護業務のみならず、それ以外の付帯業務も挙げる。例えば、訪問看護記録、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) 利用者の生命に直結する業務かどうか、2) 業務継続(訪問看護事業所の継続運営)のために必須の業務かどうかである。

- ➡ 法人が、訪問看護だけでなく、例えば、病院や入所・通所介護施設など複数の業務を運営する場合、自然災害発生や感染症流行の際、どの業務を優先するか、どの業務を縮小・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。

訪問看護を法人の優先業務に位置付けた場合、有事の際には、他の業務からの応援が入ることになるだろう。しかし、病院やデイサービスの人材が急に訪問看護を提供するのもハードルが高い。そうすると、平時から、定期的に、訪問看護の同行訪問を研修プログラムとして構築しておくなど、より有事に実効性のある平時からの備えが可能になる。

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だ。

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

のイベントの共催や交流を実施している訪問看護事業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。

業務項目	優先業務	縮小業務	一時休止業務
1.訪問看護			
①定期訪問		○	
②臨時・緊急訪問	○		
2.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			○
3.記録作成・情報共有確認			
①日々の記録（訪問看護記録書Ⅱ）	○		
②基本情報、アセスメント記録（訪問看護記録書Ⅰ）		○	
③報告書・情報提供書作成・送付		○	
④計画書作成・送付		○	
⑤指示書管理		○	
⑥ケアプラン確認		○	
⑦普段の医療介護連携コミュニケーションツール（〇〇）の活用	○		
4.請求業務			
①ケアプラン利用票実績返送		○	
②請求業務・実績入力確認・レセプト送付	○		
③請求書、領収書の作成、送付			○
④集金			○
5.備品管理			
①物品管理（衛生材料含む発注、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ユニフォーム等洗濯・乾燥			○
6.教育・研修			
①所内会議（サービス内容会議、合同会議、運営会議）			○
②制度上必要研修（認知症、感染症、虐待、ハラスメント等）			○
③法人内等級別研修・全体研修			○
④係り・各委員会活動			○
7.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	○		

図 14： 通常業務の洗い出しと優先業務の決定

 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: 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. カネ(収入・支出)の検討

サービスを縮小・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。

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
1. 訪問看護業務 定期訪問⇒縮小 臨時・緊急訪問⇒優先	【ボトルネック】 ・必要なリソースは、看護師、自転車、自動車などの移動手段である。したがって、最大のボトルネックは、訪問が可能なスタッフの確保と移動手段の確保である。 ・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。→ 7割程度の訪問量はキープしたい ・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 【代替手段】 ・自施設のスタッフの確保が難しい場合は、まずは、利用者の訪問回数を減らす、訪問時間を短縮するなどの策をとる。 ・また通信手段がある場合は、テレナーシングを行う ・それでも継続が難しい場合、他事業所からの応援を依頼、または一定期間の代替訪問を依頼する ・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。 ・訪問看護縮小にあたっての利用者のトリアージ基準などを平時から設けておく。 ⇒ 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、また有事の訪問看護 提供のあり方について、利用者、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）。 ⇒ 安否確認についても、利用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。 ⇒ 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？ ⇒ 所長、係長、主任以外も新規依頼に対応できるよう平時から教育指導する。 ⇒ 「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。 ⇒ 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 ⇒ 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。 ⇒ 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。 ⇒ 自機関からの診療提供が難しくなった時に備えて、平時からの他訪問看護事業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、連絡手段、契約書、指示書、ケアプラン、報酬の分配、ケアプロトコルの共有方法、利用者への説明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い。 ・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 ⇒ 被災状況により、利用者減となった時に、福祉避難所への支援、避難所への積極的介入、在宅避難者の安否確認およびアセスメントなど、行政や看護協会とも平時から役割分担やその対応について相談しておきたい。 - その際、避難所などでのADL低下予防など、リハスタッフの早期介入も検討する。 ・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。
	【訪問看護を縮小した際の利用者への影響】 ◆人工呼吸器装着・在宅酸素療法中の利用者の電源確保、生活環境の維持が困難になる ・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 ◆処方箋が間に合わない、薬剤が不足する、薬局に行けない ・1週間分多めに処方してもらい、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 ・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 ◆連絡がつかず、安否確認ができない ・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ため、普段の訪問時間の連絡などからSNSを活用するようにすれば、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 ・個別避難支援計画を確認。もし立案されていない場合は、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）

 テンプレートシート 業務影響分析（Step4）

2.連携関連業務 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	【ボトルネック】 もっとも大きなボトルネックは、通信手段の確保 【代替手段】 ・普段の多職種連携のICTの有事活用 ⇒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 ⇒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・張済業務は、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 ・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。
3.記録作成・情報共有確認 ⇒優先 ①日々の記録（訪問看護記録書Ⅱ） ⑦普段の医療介護連携コミュニケーションツール（〇〇）の活用 ⇒縮小 ②基本情報、アセスメント記録（訪問看護記録書Ⅰ） ③報告書・情報提供書作成・送付 ④計画書作成・送付 ⑤指示書管理 ⑥ケアプラン確認	【ボトルネック】 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。 【代替手段】 ・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。 ・紙だけでなく、エクセルやWordのフォーマットも準備しておく（特に記録書Ⅱ）。 ⇒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 ⇒訪問看護記録内容を構造化しておくことも必要。また平時から記録媒体の使用方法について訓練しておく必要あり。 ⇒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。 ⇒報告書類は記録書Ⅱと紐づいているので、可能な限り後回しにせず作成しておかなければ、事後業務が雪だるま式に溜まる可能性がある。 ・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。
4.請求業務・金銭管理 ⇒優先 ②請求業務・実績入力確認・レセプト送付 ⇒縮小 ①ケアプラン利用票実績返送 ⇒一時中止 ③請求書、領収書の作成、送付 ④集金	【ボトルネック】 電子請求なので、停電・ネット環境がボトルネックになる レセプト業務ができるスタッフが一人しかいないのも当ステーションにとってはボトルネックとなる。 【代替手段】 ・電子システムが使えない場合、手計算で請求業務を行う ⇒手計算では、どのように請求業務を行うか、平時からシミュレーションをしておく ⇒遠隔地（被災地外）で、請求業務を依頼できるかを検討する ⇒介護保険はケアマネが請求できないなら請求延期するしかない ・レセプト業務ができるスタッフが一人しかいない。 ⇒レセプト業務ができるスタッフを複数にしておく必要がある。 ⇒もしくは、近隣の事業所との支援協定の中に、バックオフィス機能のサポートも位置付けておくことを検討する。 ・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。
5.備品管理 ⇒縮小 ①衛生材料等物品管理 ②固定物品の管理（車両等） ⇒一時中止 ③掃除・整頓 ④ユニフォーム等洗濯・乾燥	【ボトルネック】 ・被災して消失または流される、壊れる、など使えない状態になる。 ・物流が途絶える。 ・本部の購買機能がダウンする。 ・所内で管理する人材が不足する。（期限切れも含む） 【代替手段】 ・発災直後は、ユニフォームでなくてもいいこととする。 ・稼働しているコインランドリーがあれば、そこでのまとめた洗濯も検討する。 ・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 ⇒物品調達のルートを複数持つおく ⇒市内の訪問看護ステーションと共同購入することにし、いくつかの業者と提携しておくのもありか
6.教育・研修 ⇒一時中止 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	・優先度は低いため、すべて一時中止業務とする
7.マネジメント関連 ⇒優先 ①金銭管理 ④労務管理（出退勤、休暇、超勤、勤務表、携帯当番シフト等） ⑤メンタルフォロー ⇒一時中止 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）	【ボトルネック】 ・入金がなくなることで、必要な支払いができなくなる可能性がある。また、銀行口座にアクセスできないことで、必要な支払いなどができない可能性がある ・勤怠管理や勤務表がデジタルで作成できない ・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。 【代替手段】 ・特に入金がない場合、支払い延期を依頼する。また助成金等、支援資金等の制度をすぐ活用する ・グループ内での貸付等を検討する・出退勤は各自一日の行動メモをおこしておく ⇒電源復旧まではどこかに一元化する検討 ・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に - 確認。SNS疲れにも注意しておく。 ・オンライン会議 ⇒オンラインで会議参加がしやすいようにインターネット環境を整備していくが、法人内セキュリティーの課題があるため情報管理と相談しながら検討をすすめる。 ・所外活動は所内優先とはいえ、地域の現状や事業所同士の情報交換のためには縮小してでも早く再開させる必要がある。

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、訪問看護機能の喪失となる。

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、訪問看護事業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、訪問看護業務継続に大きく影響する経営資源として、「人」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。

（※帰宅困難者が確実に生じる事業所については、経営資源に「建物」「ライフライン」も横軸に挿入する。なぜなら、帰宅困難となったスタッフのいのちを守り、また業務を継続するために必要な資源であるからだ。）

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、訪問看護事業所に関しては、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、基本的には自機関での対応（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、他事業所との連携や支援により業務継続、そしてステージ4は、自施設からの訪問看護を中長期的に中止し、中長期的に利用者への訪問看護を中止する方向での対応、という内容が、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ます。

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。

図 15: エスカレーション・ロジックモデルと業務継続戦略

緊急度	人	移動手段	戦略		有事の業務継続計画	平時からの備え	担当者とスケジュール
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	全面的に支障がある + 長期間にわたり復旧のメドが立たない	BCP 発動 自機関からの訪問看護の中止	例) ・訪問看護の中止 ・中長期的に利用者へのケア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	自機関からの訪問看護の中止		
ステージ 3	5割のスタッフが出務不能	大半に支障がある	BCP 発動 外部との連携や支援で訪問看護を継続	例) ・優先業務継続の縮小の検討 ・他事業所への代替訪問依頼	連駅型 BCP、地域 BCP で対応する		
ステージ 2	2割のスタッフが出務不能	一部に支障がある	BCP 発動 自機関のリソースで対応	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	基本的には自機関で対応する		
ステージ 1	1割のスタッフが出務不能	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	インシデントマネジメントで対応する		

🔗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。

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)。

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: 訪問看護 BCP サマリー (ステージ1)

Business Continuity Plan

	ステージング変更 の資源の状況(目安)		対応判断	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
	人	移動 手段						
ステージ1	I 割 出 の 務 ス タ フ が	一 部 に 支 障 が あ る	危機対応体制を敷き対応	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) 〇〇年度:地震対応マニュアル・アクションカード作成 2) 〇〇年度:感染症対応マニュアルの改訂 3) 〇〇年度: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) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 2) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 3) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 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	1) スタッフ:発生したリスクに合致する対応マニュアル・アクションカードに沿って対応する 2) 管理者:マネジメントシートに沿って、対応する	利用者対応	1) 人工呼吸器装着・在宅酸素療法中の利用者 ・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 2) 処方薬 ・主治医に1週間分多めに処方してもらい、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、非常用持ち出し袋のストックも差し替える ・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 3) 利用者との連絡方法 ・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い場合は、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)	1) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 2) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 3) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成) 4) 担当〇〇 (〇年〇月末までに完成)

図 16: 訪問看護 BCP サマリー (ステージ2)

ステージング変更 の資源の状況(目安)		対応判断	戦略	Business Continuity Plan		平時からの備え	担当者と スケジュール
人	移動 手段			有時の業務継続計画			
2 割の スタッ フが 出務 不能	一 部 に 支 障 が あ る	自 機 関 の リ ン ス ー 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	訪問看護業 務	◆ 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テレナーシングも併用しながら、効率化を図る ◆ 定期訪問は縮小する ・状態の落ち着いている利用者については、以下の看護提供方針とする 訪問頻度を一時的に落とす ➡ テレナーシングに切り替える□ ◆ 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。 ◆ もし訪問件数が激減した場合 ・銀行や政府などの緊急資金援助を活用する ・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業務整理（訪問・事務所でないといけないこと）および在宅でも可能な業務（テレナーシング、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利用者・家族への連絡の仕方を確立する 3) 在宅ワークでテレナーシングを行う場合の利用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） 4) 通信が使えない時期は、その間のみ市内の訪問看護は避難所に拠点を移し、そこで協働できないか、行政含め相談してみる	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) 4) 担当:所長/主任 （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についても最低限のみとする（縮小業務とする） ◆ 対面でなくてもいいものは、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	1) 担当〇〇 （今年度上半期に実施） 2) 担当:所長 （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	◆ 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（特に訪問看護記録書Ⅱ） ◆ 訪問看護記録書Ⅰ、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（特に訪問看護記録書Ⅱ）。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:所長 （すぐに提案、今年度中に会議を1度持ちたい）
				請求業務	◆ ケアプラン利用票実績返送は優先して行い、もしFAXが使えない場合は、持参する。 ◆ 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、売上総括、入金の確認や売掛金計算、集金業務は一時中止とする。□	1) 現状、所長と事務職のみがレセプト業務が可能であるが、1年かけて、主任級2名のスタッフがレセプト業務を担えるよう教育・研修を行う 2) 普段、他事業所とはFAXで書類のやり取りをしているが、FAXが使用できない場合、どうするかの相談をしておく	1) 担当〇〇 （今年度下半期からスタート） 2) 担当:所長&〇〇 （今年度前半に実施）
				備品管理	◆ 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 ◆ ユニフォーム等洗濯・乾燥も一時中止とする(発災直後は、ユニフォーム着用は必須としない)。しかし、もし稼働しているコインランドリーがあれば、そこでのまとめた洗濯も検討する。	1) 衛生材料、特にPPEに関しては、調達のルートを複数持つておく ➡ 市内の訪問看護ステーションと共同購入することにし、いくつかの業者と提携しておくのもありか 2) コインランドリーの場所の一覧を作っておく	1) 担当:所長 （今年度前半に提案） 2) 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。またこれを地域の訪問看護事業所で共有しておく。	1) 担当:所長 （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（出退勤、休暇、超勤、勤務表、携帯当番シフト等） ・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に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"等は一時休止業務とする。	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て、各訪問看護事業所に情報提供してもらえら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	1) 担当:所長&〇〇 （今年度前半に実施） 2) 3) 担当:所長&〇〇 （今年度後半に実施） 2) 担当〇〇 （今年度下半期に実施）
				利用者対応	◆ 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 ・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。	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: 訪問看護 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)		対応判断	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
	人	移動 手段						
ステージ4	8割以上のスタッフが復職のめどが立たない + 出務不能スタッフが		自機関からの 訪問看護の中止	訪問看護含めた全業務の中止 ・多機関への訪問看護依頼	訪問看護業務	・中長期的に利用者へのケア提供を他機関に依頼 ・事業所の継続・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、他の訪問看護事業所に繋ぐ ・自治体に休みの届出を行う	1) 訪問看護の管理者会に以下を提案する ・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: 所長 (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: 所長 (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場合	全面的に支障がある	外部からの支援で 訪問看護を継続	優先業務継続の縮小の検討 ・他事業所への代行訪問依頼	訪問看護業務	◆近隣の訪問看護事業所に、一定期間の代行訪問を依頼する ・出勤可能なスタッフは、代行訪問を担うステーションに向き、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、在宅勤務可能なスタッフがいる場合は、テレナーシング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 - 地域単位で、支援協定を締結しておく ・契約書、指示書、ケアプラン、報酬についてのルールを決める ・利用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 (利用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: 所長/主任 (今年度前半に管理者会で提案)
					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った際にも 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 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。

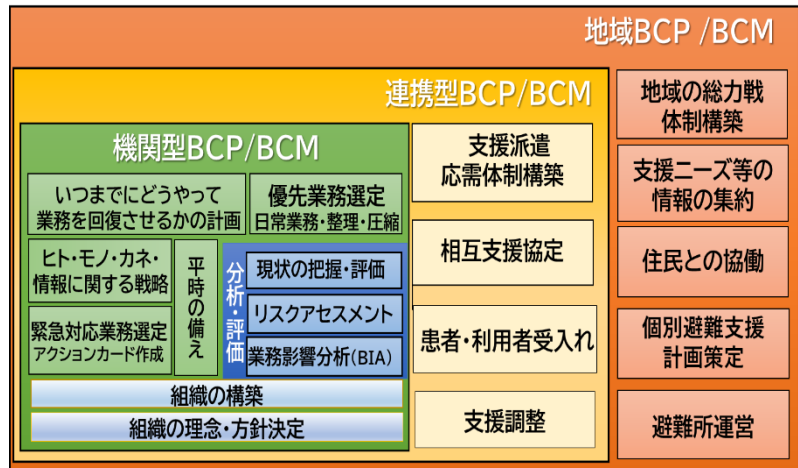
では、地域 BCP をどうやって策定していけばよいだろうか。

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、利用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訪問看護 BCP の策定を目指していただきたい。

そして、また全ての訪問看護事業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、自機関のみならず、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、訪問看護事業所の 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。

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

