

図表 1-1 研究計画のステップ (2012年12月から2013年3月)

2. 手引き作成ステップの具体的内容

それぞれのステップは以下のように構成した。

ステップ1：ステークホルダーからの意見聴取

ステークホルダーの機関の研究協力者へのヒアリング調査と会議

(ア) ヒアリング実施項目

- ① ワークブックの見直しにあたり、日本の病院・診療所等の状況を鑑みて「新型インフルエンザまん延期の診療継続計画作り (H20)」の修正点に関する意見
- ② 新型インフルエンザ等特別措置法に関連して、新型インフルエンザまん延期の診療継続計画作りに関し

ての全体の意見

- ③ 対象とするステークホルダーは、日本医師会理事、全日本病院協会理事、日本病院協会理事、の3名からの意見をいただく方針とした
 - (イ) 平成24年度第二回新型インフルエンザ等特別措置法に関連した都道府県担当者向けのガイダンス検討委員会において、
 - (ウ) 研究協力者へのドラフト案のフィードバックと意見収集 (2月～3月)
 - (エ) その他、必要に応じて関連専門家へのヒアリング

↓

ステップ2：内外の基本情報の収集と知見整理

- ① 欧州等のマニュアルの翻訳等を通じて、諸外国の事例と我が国での対応に関する要点整理
- ② 診療継続計画に関連した国内文献収集と整理
- ③ 東京都主催の新型インフルエンザ等流行時の診療継続計画策定研修会での情報収集

↓

ステップ3：手引きに必要な項目の見直し

- ① 手引きに盛り込むべき内容と、手引きの構成の検討
- ② アクション10ポイントの修正・見直し
- ③ 追加項目の検討、全体構成の検討
- ④ 有用情報の追加方法
- ⑤ 見本となる①病院事例、②地域連携の方法の情報

なお、上記のステップを進めるにあたり、基本とした見直しポイントを図表1-2に示した。

図表1-2 新型インフルエンザまん延期の診療継続計画作りアクション10ポイント(新型インフルエンザ大流行時の公衆衛生対策に関する研究、平成20年度押谷班(和田耕治先生編集)

アクション1・医療機関としての方針と担当組織を設置する

アクション2・迅速かつ的確な情報を確保する

アクション3・受け入れ病床の確認と患者の動線の確保をする

アクション4・受け入れ能力を調整する

↓

ステップ4：手引き作成、執筆と見直し

- ① 前回手引きを作成された和田耕治氏と研究協力者との情報交換
- ② 専門家の集中討議による項目の整理とマニュアル執筆、見直し

↓

ステップ5：手引き印刷、pdf化

- ① イラスト、印刷原案作成
- ② Pdf作成
- ③ 印刷版作成

ステップ1は2012年12月から2013年2月に実施した。ステップ2～5は2012年12月から2013年3月に実施した。

アクション5・職員の健康を管理する

アクション6・職員、関連機関、地域住民との緊急連絡体制を整備する

アクション7・地域の医療機関と行政機関との連携を始める

アクション8・医薬品や必要物品を確保できるか確認する

アクション9・職員の行動を明確にする

アクション10・訓練を実施する

今回の報告書作成にあたり、これらのステップに関連して協力を得た研究者のリストと役割を図表1-3に示した。

図表 1-3 分担研究者、研究協力者と役割

分担研究者		役割
吉川 徹 (よしかわとおる)	公益財団法人労働科学研究 所・副所長	研究総括、手引き作成、報告書作成
研究協力者氏名	所属	役割
1 和田 耕治 (わだ こうじ)	北里大学医学部公衆衛生 学・准教授	研究計画作成、特別措置法における診療 計画作りの要点抽出、手引き監修
2 木村 哲 (きむら さとし)	東京通信病院・病院長	大規模病院における新型インフルエンザ 等発生時の診療継続計画作り
3 小森 貴 (こもり たかし)	日本医師会・常任理事	診療所・病院における新型インフルエン ザ等発生時の診療継続計画作り
4 永井 庸次 (ながい うじ)	ひたちなか総合病院・院 長	中小規模病院における新型インフルエン ザ等発生時の診療継続計画作り
5 小木 和孝 (こぎ かずたか)	公益財団法人労働科学研 究所・主管研究員 (国際 産業保健学会・会長)	国際基準からみた診療継続計画の妥当性 の検討
6 黒須 一見 (くろす ひとみ)	荏原病院看護部・看護師 長 (感染管理認定看護師)	新型インフルエンザ等発生時の感染管理 継続視点：人員配置・ファシリティマネ ジメント・個人用防護具等備蓄) の検討
7 石丸 知宏 (いしまる ともひ ろ)	日立横浜病院小田原健康 管理センター・医師 (産 業医)	事業体の診療継続計画 (BCP) 関連情報の 収集、海外関連情報収集と翻訳作業、手 引き作成
8 斎藤 實 (さいとう みのる)	危機管理勉強会斎藤塾 塾長	高齢者福祉施設における診療継続計画 (BCP) 作成などに関する情報

3. 成果物のイメージ

最終的な成果物として、以下を想定した。

1. 新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画作りの手引きの開発研究報告書 (本報告書)
2. 付録資料
 - (1) 「新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画作りの手引き」
(全体版) (有床、地域基幹病院版) (有床、中小病院版) (無床、診療所版)
 - (2) 付録資料：「新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画例」
 - ① 地域基幹病院版、② 中小病院版、
③ 診療所版

4. 倫理面への配慮

1) 倫理的配慮 1 (調査の方法)

本研究においては、直接生体試料ないし動物等を対象にした解析または実験を行うことを企画していない。また、(1) 研究対象者の自由な選択の保障、(2) 研究対象施設や特定個人のプライバシー確保に関する対策を行い、個人を特定できる個人情報は公表しない。この研究によって得られた成果を学会や論文などに発表する場合には、個人を特定できる氏名、住所などの個人情報は使用しない。(3) 調査時には、本研究の意義、目的、方法および研究対象病院が被りうる不利益及び危険性について研究協力者に

十分な説明を行う。(4) 本研究結果は手引きの成やウェブ上での公表などを通じて、開示する。

2) 倫理的配慮 2 (収集資料の取り扱い)

また、各施設における新型インフルエンザ対策に関する情報を収集し分析に用いるため、各施設資料には個人情報が含まれている。収集した資料は、個人情報不散逸するように管理し、最終報告書作成とともに関連資料は廃棄する。また、個人情報が含まれる資料を取り扱う際は、個人情報管理に関する各ガイドラインに基づき情報を取り扱う。

C. 研究結果

1. ヒアリング結果の概要

診療所・クリニックにおける手引き作成視点 (日本医師会理事、小森先生)

C1-1-1 対象について

診療所・病院については指定公共機関ではなく、その下の登録事業者には位置付けられるため、業務計画の提出義務はない。しかし、国からの指示要請の有無に限らず、各医療機関は自主的かつ自律的に診療を行うことが期待される。そのため、国内感染期において急増する患者への対応や、出勤可能な職員数の減少等の影響、医療機関の特性を踏まえながら、継続して医療を提供するための診療継続計画 (診療継続計画 (BCP)) を作成することが望ましい。

その一方で、小病院や診療所では、単体で診療継続計画(BCP)を作るということが困難な状況にあるため、参考資料となるようなひな形が必要となる。このひな形はそれぞれの特性を鑑みて、小規模の病院、有床診療所、無床診療所の3つに分けて用意できるとよい。

なお、日本医師会は指定公共機関とされているが、周知連絡体制等に関する業務計画を策定するのであって、診療継続計画は策定しない。また、インフルエンザ患者割合の少ない診療所

と最前線に立つ病院にまで分けて作る必要はない。

C1-1-2 内容量について

診療継続計画(BCP)は作ることが目的ではなくて、実際に新型インフルエンザが流行した時に、全ての医療機関がしっかりと対応するためにあるべきものであるため、法律で項目を細かく規定したり、監査の対象としたり、膨大になったりして、作成意欲を削いではならない。ひな型は最低限必要となる項目のみで2頁相当が望ましい。能力のある所や最前線に立つ病院では特性を踏まえて追加するが、それでも4頁相当が妥当である。

C1-1-3 掲載形式について

成果物は日本医師会のホームページにダウンロードフリーで掲載するとよい (参考; 医療安全管理指針のモデル)。これらのデータはデジタルデータ (Excel や PDF 形式) にして自由に書き込めるようにする。能力のある所や最前線に立つ病院では特性を踏まえて追加できるようなスペースを設けておく。

C1-1-4 ひな形の内容について

診療所の診療継続計画(BCP)に診療停止という内容はあり得ない。スタッフに関する項目については「無し」を選びやすいようなものが望ましい。その一方で、「医師、看護師、補助看護師、事務職員、その他」程度の分類にして、「無し」があまり多くならないよう配慮する。また、適宜Q&Aを設けるとよい。例えば、「この欄には医師、看護師など特定の資格者を書くという趣旨ではありません。日常の診療、特に新型インフルエンザのパンデミック期において、患者さんに少しでも直接接触れる機会がある全ての職員について記載して下さい」など。

大規模病院における手引き作成視点

(日本病院会理事、木村氏)

C1-2-1 職員の感染予防策を徹底する

1. 平時から飛沫感染・接触感染予防策を徹底する：マスク、手洗い、うがい(?)、必要に応じて手袋、エプロンまたはガウン
(ア) 気道吸引時・挿管/抜管時では空気感染予防策(N95 マスク)も考慮する
(イ) 病原体によっては陰圧室またはHEPA フィルター付き空気清浄器の設置を要する
2. ワクチン(プレパンデミック、パンデミック)の優先接種順位の決定と実施
3. 予防内服：基本は曝露後内服(感染拡大期の初期に関しては新型インフルエンザ患者に間近で患者に接する職員への曝露前内服も考慮する)
4. 早期診断・早期治療

C1-2-2 新型インフルエンザ流行時のシミュレーション

1. 院内にどれぐらいの欠員が出るか大まかなシミュレーションを要する
2. 既存の企業の診療継続計画(BCP)を参考にするとよい
3. 下記シミュレーションより、新型インフルエンザの流行ピーク時の勤務可能人員は70%程度と想定される。より感染力の強い感染症であれば勤務可能人員が50%や30%となるため、診療継続計画(BCP)にはそのようなまひ状態になった際の文章も少しあるとよい

勤務可能人員のシミュレーション式

$=100\% - \text{感染者 } t (\%) + \text{回復者 } t (\%) - (\text{濃厚接触者 } (\%) + \text{家族の看病者等 } (\%))$

(ア) 感染する職員は25%

- ① 一挙に感染するのではなく流行の波に同期して感染者が発生するため、まん延期のピークで全体の15-20%(?) → 「感染者 t」
- ② 数ヶ月で流行が収まった後に第2波・第3波が発生
- ③ 患者と直接接する看護師、医師の感染リスクが最も高い…予防内服・対応する職員数を最小限にする

(イ) 重症化は感染職員の20%(全体の5%)

…長期離脱。早期治療で10%(?)に減少

- ① 死亡率2%(全体の0.5%)…早期治療で死亡率1%(?)に減少
- ② 葬儀への参列を制限…人員の確保、感染機会の制限

(ウ) 軽症・中等度者(感染職員の80%、全体の20%)は1-3ヶ月で職場復帰→「回復者 t」

(エ) 濃厚接触した職員→予防内服しながら勤務又は自宅待機(潜伏期間による、3日程度(?))

(オ) 家族の感染や休校に伴う出勤不能(流行状況や家族構成等で算出、職員の10%(?))

C1-2-3 診療継続計画(BCP)の共通事項及び診療継続のために整備すべき事項

1. 診療継続計画(BCP)の共通事項
 - 1) 各種情報を責任者に集約→整理し職員間で情報共有
 - 2) 管理者のダブルキャスト：兼務もしくはアップシフトによる緊急時役職のルールを予め決めておく
 - 3) 非管理者の院内で弾力的人員再配置
 - 4) 一般病棟では重症度による看護師の勾配配

置が必要

- 5) インフルエンザ病棟では二次感染予防のため、担当者を絞り最低限で運営（2週間程度で順次交代する）
- 6) 抗インフルエンザ薬と PPE の院内備蓄（国・自治体の備蓄分が流通するまでのつなぎ）
 - (ア) 全ての医療機関は半年分程度の抗インフルエンザ薬と PPE を計画的に備蓄する→「とことん方式」で古い物から使用することで期限切れを防止
2. 診療継続のために行政・地域が整備すべき事項
3. 地域内での流動的人材の再配置・活用：医療機関の壁を超えて、2次医療圏単位(?)
 - (ア) 予め流動人員を一般病院、感染症指定病院・公的指定協力病院に割り当て登録をしておき（クリニックからの拠出は困難）、緊急時、重点医療機関に配置する（給与の扱い等の課題あり）。各地域の範囲は勤務者が通勤できる範囲がよい
4. 少ない人員で運営継続できる体制整備：看護基準のステップダウン時にも診療報酬の水準を維持し、病院経営への配慮を要する
5. 感染拡大期以降は、電話診療と Fax での処方箋発行を可能にする
 - (ア) インフルエンザ様患者に限らず、他疾患で通院の患者（≒感染ハイリスク者）も実施し、通院に伴う感染機会を減少させ、院内の人員配置にも配慮する
 - (イ) 慢性疾患では安全を考慮したうえで、長期処方を行う

C1-2-4 指定病院・指定協力病院と一般病院、クリニックの具体的役割

1. 指定病院は一般病院、クリニックからのインフルエンザ患者受け入れ態勢を整備する（国内発生早期～感染拡大期初期）
 - (ア) 病院単位で新型インフルエンザ患者をコホート管理する：入院管理が必要な患者に限定する
 - (イ) 流行状況に応じて、コホート病院を増減する：自治体の実情に応じ、移動しなくてはならない他疾患の患者の受け入れ先を決めておく
 - (ウ) 入院患者の制限や外来診療の制限を実施する病院に前年度並みの報酬を保証する
 - (エ) コホート病棟の担当者数は最小限として、予防内服しつつ勤務する
 - (オ) 柔軟な職員再配置→状況により他機関からの医療従事者の再配置を受ける
2. 一般病院はインフルエンザ様疾患の初期対応を行う
 - (ア) 入院の必要性の判断→入院は指定病院へ紹介（国内発生早期～感染拡大期初期）、軽・中等度者は抗インフルエンザ薬処方し自宅療養
 - (イ) 一般の外来患者と導線を分けることが、構造上実施困難な病院が多い→電話診療と Fax での処方箋発行を可能にする
 - (ウ) 指定病院からの他疾患の患者を受け入れる（国内発生早期～感染拡大期初期）
 - (エ) 感染拡大期中期以降（または指定病院満杯時）はインフルエンザ患者の入院も行う→コホート管理（病棟単位）
 - (オ) 入院患者の制限や外来診療の制限を実施する病院に前年度並みの報酬を保証する
 - (カ) 柔軟な職員再配置→状況により他機関からの医療従事者の再配置を受ける
3. クリニックはインフルエンザ様疾患の初期対応を行う

(ア) 入院の必要性の判断→入院は指定病院へ紹介、軽・中等度者は抗インフルエンザ薬処方し自宅療養

(イ) 一般の外来患者と導線を分けることが、構造上実施困難なクリニックが多い→電話診療と Fax での処方箋発行を可能にする

(ウ) 一般へのワクチン接種業務に関しては、業務圧迫を避けるために、保健所や産業医のいる企業等で集団接種する

中小規模病院における手引き作成視点 (全日本病院協会理事、永井先生)

C1-3-1 診療継続計画(BCP)の枠組み

- 指定医療機関としての診療継続計画(BCP)、都道府県の地域計画の中の地域医療機関に入る病院もしくは診療所の診療継続計画(BCP)と分けて考える必要がある。
- 大病院、中小病院、診療所の診療継続計画(BCP)と単純に分けるのではなく、それぞれの病院が保健所を中心に策定された地域の行動計画・ガイドラインの中で与えられた役割に応じた内容となっていなければならない。それぞれの病院の役割(渡航者外来・接触者外来などがあるか)はベッド数と医師・看護師数、各設備(レスピレーター)などの数から決まってくると思われる。
- 特措法と感染症法とで権威権限・権威勾配が異なることに留意する。そのため、地域の行動計画では、保健所が実施主体になるものの、最終的には都道府県が中心となり、全体的に計画の進捗を図る体制が出来るとスムーズだと思われる。
- そのため、手引きではまず自分の病院のストーリーを決めさせ、役割を確認した上で、それに応じた実施すべき事項をチェックリスト形式でまとめるとよい。
- 診療継続計画(BCP)の策定は病院運営のプ

ロが中心になって進めていくことが原則である。

C1-3-2 診療継続計画(BCP)の基本事項・具体的内容

- 2009年の流行時のイメージでパンデミックを想像している人が非常に多い。そのため、致死率が高い新型インフルエンザが流行した際に、医療従事者らが本当にプロフェッショナリズムを持って業務を遂行できるか危惧している。
- そのため、診療継続計画(BCP)は誰が見ても納得のいくよう、特に医療従事者に対する感染予防対策に万全を期し、医療従事者が安心して働けるような内容でなくてはならない。
- それには、まずそのようなポリシーを決めた上で、それに沿って職員の感染防護などの内容を考えていくとよい。
- ピーク時の欠勤率は30-40%と想定されるが、罹患者数ではない点に注意する。実際には罹患者率は5-10%程度で、残りは家族の看病や学級閉鎖、交通機関による影響などと考えられる。そのため、単純にワクチン接種して感染予防すれば欠勤を防げるという話ではない。縦横管理、感染コントロール等をきちんとやっていくのが筋である。例えば医療従事者が使うマスクの数を十分確保するといった必要物品の確保などが重要である。
- 物品管理、情報管理に関しては様々な問題が予想されるため、流行時には専門性の高い責任者を配置して指揮命令系統を明確化するとよい。
- 「新型インフルエンザまん延期の診療継続計画作り(押谷班)」の検証作業が必要である。以下「20130111 永井先生収集資料2 新型インフル診療継続計画(BCP).pdf」で追

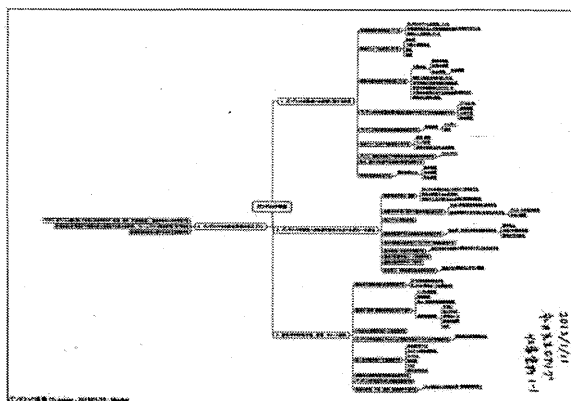
記されている内容を列挙。

C1-3-3 平成 20 年度の手引きに関するコメント

- ・ アクション 2
 - 感染症の知識のある医師・看護師が情報収集する→感染コントロール医師、感染認定看護師など具体例を挙げる。実際には感染認定看護師を専任で情報管理者として配置し、院内・院外の情報管理を集中管理できるとよい。
- ・ アクション 3
 - 受け入れ病床の確保→受け入れ病状の定義を明確化する（例；通常の稼働病床数・許可病床数・通常患者の他に入院可能な病床数・入院患者制限後の入院可能病床数・入院患者の他院への転院後の入院可能病床数・外来制限後の入院可能病床数など）
 - 受け入れ病床の確保→臨時の病床確保より既存病棟を活用する方がリスクは少ない。
 - 新型インフルエンザ等の中に SARS など空気感染を含むか考える必要がある。空気感染を含むと感染症病棟、陰圧病床に限定しないといけないなど現実的には困難。
 - 全体の病床の 10%から 20%を新型インフルエンザの重症患者に対応させた場合の病床を確保→待機手術の多い外科系病棟・個室病棟など具体例を挙げる。
 - 発熱外来の準備→渡航者・濃厚接触者外来に用語が変更。

C1-3-4 平成 20 年手引きの分析チャート

研究協力者の永井により、平成 20 年の手引き（図表 1-3 にチェックポイント）に関連して、それぞれのチェック項目がレビューされた。資料 3-3（図表 1-1）、および資料 3-4 に添付した。



図表 3-1 分析チャート 1

2. 新型インフルエンザ等特別措置法に関連した都道府県担当者向けのガイダンス検討委員会での手引きに関する意見

平成 25 年 2 月 4 日に都内で行政担当者、研究班員等による検討委員会が開催された。そこでの意見を集約した。

C2-1 診療継続計画(BCP)の枠組み

- ・ 今回の診療継続計画(BCP)の特徴は、地域医療の視点に立ち、地域内で各医療機関に与えられている役割を果たすために診療継続計画(BCP)を考えるということが最大の特徴だと思われる。新型インフルエンザへの対応は、各病院だけの対応を記載した診療継続計画(BCP)で済む話ではなく、地域での発生状況や受入体制を踏まえた各病院の立ち位置というものが非常に重要になってくるためである。
- ・ それを円滑に行うには、どの病院・診療所がどの役割を分担していくか、有識者会議などで地域全体の医療を考える体制を事前に整えておく必要がある。
- ・ その際には、地域医療における拠点病院と、インフルエンザの場合の拠点病院とは異なることがあることに留意する必要がある。
- ・ 調整が困難な事態も予想されるため、最終

的な権限を持つ機関が必要となる。これは都道府県、都道府県等といわれる政令指定都市が主導するとよいだろう。行動計画における文章でも、「発生前から進めるべき医療体制」として、都道府県等、二次医療圏等の単位で地域の保健所を中心として、地域医師会、地域薬剤師会、地域の中核的医療機関を含む医療機関、薬局、市町村、消防などの関係者からなる対策会議を設置し、地域の関係者が密接連携を図りながら地域の物流も含めた医療体制の整備を推進するとされている。

- 各地域では、場合によっては、いくつかの診療所が基幹となる病院に参集して、応援態勢を組むことも考慮される。その際には、新宿区医師会と国立国際医療センターの救急外来が主導している新宿区の応援体制モデルなどが参考になるだろう。
- 保健所等がリアルタイムに患者の発生状況を入手して患者の病院振り分けをする機関があればよいが、実際には困難が予想されるため、その場の流れでやっていくことも十分想定される。

C2-2 診療継続計画(BCP)の基本事項・具体的内容

- 診療継続計画(BCP)は基本的に共通事項としてはA 4、2枚、目次入りでも4枚程度が望ましい。難しいことを書いても実施困難である。最も数の多い診療所を主軸対象とし、まん延期であっても診療継続できるような診療継続計画(BCP)を作成すべきで、大病院等は自力で作成できるので、資料は4枚程度であってもあまり支障ないと思われる。
- 地域での役割が異なるという観点から、大病院、中小病院、診療所にわけていることを、前段部で記載したほうがよい。

- 診療継続計画(BCP)は初動期の医療機能を円滑に維持することが重要である。そのためには、最初に各医療機関は何のために存在するのか、目標や機能、役割を明確にさせる必要がある。
- 病院の従業員を如何に守るかというのが前提にない診療継続計画(BCP)というのはいり得ない。意思決定者が健康で、代行者がいること、病院の従事者が健康であり、感染予防対策を徹底して、代替機能が確保されていることが強調されるべきである。
- 現実感を持って診療継続計画(BCP)を策定できるような資料になるとよい。例えば、2009年の経験では、透析患者、小児、妊産婦をどうするかという細かい内容で困ることが多かった。具体的にどんな場面でどんな患者対応が問題となるのか、イメージが湧くような例示を散りばめてほしい。
- 感染が拡大するまでの時間的余裕によっても、病院が準備にかけられる時間が異なってくる。そのため、準備にかけられる時間ごとに分類した表などがあるとよい。
- 既存の診療継続計画(BCP)の活用では、危機管理体制、連絡先のリストを除いて、地震とインフルエンザで内容がかなり異なるため、汎用性が少なく、体制の差異などで議論になると思われる。例えば、拠点病院としては、すでに都道府県が進めている災害拠点病院の仕組みがあることに留意する必要がある。
- 最後の付録で3つの規模で分けた診療継続計画(BCP)の例示があるとよい。

3. ヒアリングの集約結果

C3-1 診療所・クリニックからの視点 小森 貴先生（日本医師会常任理事）

- 小病院や診療所では、単体で診療継続

計画(BCP)を作るということが困難な状況にあるため、参考資料となるようなひな形が必要となるが、最低限必要となる項目のみとし、A4、2枚相当が望ましい。能力のある所や最前線に立つ病院では特性を踏まえて追加するが、それでも4枚相当が妥当である。

- ・ 成果物は日本医師会のホームページにダウンロードフリーで掲載するとよい(参考;医療安全管理指針のモデル)。これらのデータはデジタルデータ(ExcelやPDF形式)にして自由に書き込めるようにする。
- ・ 意欲を削がないような工夫が必要である。例えば、現状分析などについてはチェックリスト形式とし、簡易なものとする。しかし、大病院に合わせた詳細な項目を用意すると「無し」が多くなりすぎるため、「その他」の項目を適宜活用するとよい。(例;スタッフ構成 医師、看護師、補助看護師、事務職員、その他)

C3-2 中小病院からの視点 永井庸次先生 (全日本病院会常任理事)

- ・ 中小病院用の診療継続計画(BCP)と単純に考えるのではなく、地域の行動計画・ガイドラインの中で与えられた役割に応じた内容となっていなければならない。手引きではまず自分の病院の役割を確認させた上で、それに応じた実施すべき事項をチェックリスト形式でまとめるとよい。
- ・ それぞれの病院の役割(渡航者外来・接触者外来などがあるか)はベッド数と医師・看護師数、各設備(レスピレーター)などの数から決まってくると思われる。

- ・ 診療継続計画(BCP)の内容は医療従事者の誰が見ても納得のいくよう、特に従業員に対する感染予防対策に万全を期し、医療従事者が安心して働けるような内容でなくてはならない。例えば医療従事者が使うマスクの数を十分確保するといった必要物品の確保などが重要である。
- ・ 物品管理、情報管理に関しては様々な問題が予想される。流行時には専門性の高い責任者を配置して指揮命令系統を明確化するなどの対応が必要になるだろう。
- ・ 各用語の定義を明確にする。(「受け入れ病床の確保」における受け入れ病床の定義など)

C3-3 大病院からの視点 木村哲先生 (日本病院会常任理事)

- ・ 大病院ではインフルエンザ専用病棟を確保する。また、該当病棟では二次感染予防のため、担当者を絞り最低限で運営する(2週間程度で順次交代する)。
- ・ 国・自治体の備蓄分が流通するまでのつなぎとして、大病院では半年分程度の抗インフルエンザ薬とPPEを計画的に備蓄する。これらは、とろろん方式に古い物から使用することで期限切れを可能な限り防止する。
- ・ 安定的に診療を継続するためには各医療機関の診療継続計画(BCP)を超えた行政や地域による支援・協力体制が不可欠である。
- ・ 予め地域内での流動人員を一般病院、感染症指定病院・公的指定協力病院に割り当て登録をしておき(クリニックからの拠出は困難、通勤圏内の範囲)、緊急時、重点医療機関に配置する(給

与の扱い等の課題あり)。

- ・ 少ない人員で運営継続できる体制整備として、看護基準のステップダウン時にも診療報酬の水準を維持し、病院経営への配慮を要する。
- ・ 感染拡大期以降は、通院に伴う感染機会を減少させるために、インフルエンザ様患者や安定した慢性疾患患者に対する電話診療と Fax での処方箋発行を可能にする。

C3-4 地域医療からの視点 新型インフルエンザ等特別措置法に関連した都道府県担当者向けのガイダンス検討委員会

- ・ 今回の診療継続計画(BCP)の特徴は、地域医療の視点に立ち、地域内で各医療機関に与えられている役割を果たすために診療継続計画(BCP)を考えるということが最大の特徴だと思われる。それを円滑に行うには、どの病院・診療所がどの役割を分担していくか、有識者会議などで地域全体の医療を考える体制を事前に整えておく必要がある。
- ・ 各地域では、場合によっては、いくつかの診療所が基幹となる病院に参集して、応援態勢を組むことも考慮される。(新宿区医師会と国立国際医療センターの救急外来が主導している新宿区の応援体制モデル)
- ・ 診療継続計画(BCP)は初動期の医療機能を円滑に維持することが重要である。そのためには、最初に各医療機関は何のために存在するのか、目標や機能、役割を明確にさせる必要がある。
- ・ 現実感を持って診療継続計画(BCP)を策定できるような資料になるとよい。具体的にどんな場面でどんな患者対応が問題となるのか、イメージが湧くよ

うな例示を散りばめてほしい。

- ・ 感染が拡大するまでの時間的余裕によっても、病院が準備にかけられる時間が異なってくる。そのため、準備にかけられる時間ごとに分類した表などがあるとよい。
- ・ 最後の付録で3つの規模で分けた診療継続計画(BCP)の例示があるとよい。

4. 欧州WHO、パンデミック対策手引きの要点

C4-1 書籍の概要

2009年にWHO欧州地域事務所が作成した書籍である。本書の書き出しには「病院は医療制度において地域社会に必要な医療を提供する重要な役割を担っており、特にエピデミックやパンデミックといった危機的状況における役割は大きい。長期的および複合的な伝染病の大発生により、疾病が著しくまん延すると、医療のニーズが病院や医療制度全体の能力を超えて急速に拡大する可能性がある。医療機関の管理体制を強化し、エピデミックやパンデミック、あるいはその他の緊急事態や災害に伴う難問に対応できるようにするためには、病院経営者がそれに関連する包括的な優先アクションを確実に実行できるようにしておく必要がある。本書の狙いは、緊急事態に備えた病院の継続的な管理体制作りの過程において、実行すべき主要なアクションチェックリストを提供することにある。」と記載されている。

図表3-3-1 には本書の目次を記載した。

図表3-3-1 欧州WHO、パンデミック対策手引き目次

目次	3
寄稿者	4

用語集	5
はじめに	8
パンデミック・インフルエンザに対する病院管理体制チェックリスト(パンデミック(H1N1)2009を中心に)	10
1. 有事統制システム	10
2. コミュニケーション	13
3. 基本的な医療および患者治療の継続性	14
4. 受け入れ能力	15
5. 人的資源	16
6. 医薬品などの必要物品の物流および管理	17
7. 必要なサポート業務	18
8. 感染予防と管理	19
8. 感染予防と管理(続き)	20
9. 患者管理	21
9. 患者管理(続き)	22
10. 調査:早期警戒とモニタリング	25
11. 検査室業務	26
参考資料	27
推奨文献	28

C4-2 書籍で注目すべき点

本書のねらいとしていくつかの重要な点を採用できる。

一点目は、病院機能の役割である。「病院は医療制度において地域社会に必要な医療を提供する重要な役割を担っており、特にエピデミックやパンデミックといった危機的状況における役割は大きい。長期的および複合的な伝染病の大発生により、疾病が著しくまん延すると、医療のニーズが病院や医療制度全体の能力を超えて急速に拡大する可能性がある。医療機関の管理体制を強化し、エピデミックやパンデミック、あるいはその他の緊急事態や災害に伴う難問に対応できるようにするためには、病院経営者がそ

れに関連する包括的な優先アクションを確実に実行できるようにしておく必要がある。本書の狙いは、緊急事態に備えた病院の継続的な管理体制作りの過程において、実行すべき主要なアクションチェックリストを提供することにある。」

二点目は、組織の脆弱性である。以下のように記述されている。「病院は複雑で脆弱な組織であり、外部からの重要な支援や供給ラインに依存している。病院の多くが、通常の労働条件下で、受け入れ能力に近い状況で運営されていることも稀ではない。そのため、受け入れ患者数が少し増加しただけでも、病院の機能的な余裕を超え、手が回らなくなることがある。必要な業務を継続的に提供できるようにするためには、地域当局、各種業務提供者(水道、電力、通信手段など)、必要物品ベンダー、運送会社などとパートナーシップを確立することが求められる。ARDのエピデミックまたはパンデミックの際には、こうした重要な支援業務や供給が中断されると、準備不足の医療機関では医療の提供が混乱するおそれがある。また、高い確率で職員が長期不在となることも予想される。重要な設備や備品が不足することで、必要な治療が十分受けられず、労働上の安全性も低下する可能性がある。パニックにより、日常業務が危険にさらされるおそれもある。十分な準備が整っている病院でも、エピデミックやパンデミックにより、医療上、複雑な問題がもたらされることになるだろう。厳しいニーズや障害が予測されるとしても、全般的および具体的なパンデミックに対するアクションをあらかじめ体系的に導入しておけば、パンデミックの際に、効果的な病院運営を行うことが可能である。」

3点目に病院でとりうる対応視点が整理されている点である。すなわち、「病院での効果的なエピデミック/パンデミック対応の利点としては、以下のことが挙げられる。(1) 必要な業務

の継続、(2) あらゆるレベルでの調和の取れた優先アクションの実行、(3) 明快で正確な内部および外部とのコミュニケーション、(4) ニーズの拡大に対する迅速な適応、(5) 不足するリソースの効率的な使用、(6) 医療従事者の安全な労働環境。このチェックリストは、ARD エピデミックまたはパンデミックに迅速に対応するのに必要なアクションを定義および教示し、病院経営者や有事計画策定者が上述の内容を達成するのを支援するために作成されたものである。」

最終的に、本書の11のチェックポイントについて、「このチェックリストは、病院におけるARD エピデミックおよびパンデミックの管理に関する11の主要項目から構成されている。各項目では、その項目に関する推奨アクションの導入状況に関するチェックポイントがリストアップされている。エピデミックまたはパンデミック傾向のある疾患により、医療のニーズが過剰に生じている病院に対しては、各アクションを効率的に導入することが強く推奨される。医療のニーズが増加するおそれのある病院については、各アクションの導入をすみやかに開始すべきである。「推奨文献」のセクションには、各要素に関連するツール、ガイドライン、ストラテジー、およびその他の補足文書を記載している。」とまとめている。

緊急事態に対する対応方法についての制約として、「緊急事態に対する病院の管理体制を備えることは、国の行動計画と結び付ける必要のある連続的な作業である。この文書で説明する原則や推奨事項の多くは汎用的なもので、他の不測の事態にも応用することができる。このチェックリストは、あらゆる危機に対応する包括的で分野横断的な病院の有事行動計画プログラムを補完することを目的としており、そうしたプログラムに取って代わるものではない。」と記述している。

これらは、手引き作成に非常に有用な知見を与えている。

5. 3つの調査から得られた手引きに反映される視点

ヒアリング意見、委員会での意見、海外の情報などから、以下の点で手引きを構成することとした。作成した手引きを成果物2「新型インフルエンザ等の発生時における診療継続計画作成の手引き」として添付した。

図表3-3-2 手引き案の目次

第1章	はじめに (1-2p)
1-1	本手引きの目的
1-2	本手引きの利用方法
1-3	構成
1-4	本手引きで活用できるガイドライン
第2章	新型インフルエンザ等の基礎知識と特措法 (6-8p)
2-1	新型インフルエンザ等に関する基礎知識とは (2p)
2-2	新型インフルエンザ発生時に想定されるシナリオ (2p)
	(2-3 想定される感染者、国民の行動の例 (1p))
2-4	医療機関の対応 (2p)
2-5	特措法 (2p)
2-6	事業継続計画策定のための設定条件の例 (1p)
第3章	診療継続計画(BCP)の策定、運用の要点
	診療継続計画(BCP)とは
3-1	診療継続計画(BCP)策定の必要性
3-2	診療継続計画(BCP)運用の流れ
3-3	事業継続計画策定・運用のポイント
	地域医療計画における自病院の役割検討

優先すべき診療・業務の絞込み

既存の事業継続計画等の活用

(診療を一時的に休業する際の備え)

継続的な計画の見直し・改善

第4章 診療継続計画(BCP)作成のための具体的なヒント

第5章 付録

5-1 大病院での診療継続計画(BCP)の例

5-2 中小病院での診療継続計画(BCP)の例

5-3 診療所・クリニックでの診療継続計画(BCP)の例

5-4「新型インフルエンザ等対策有識者会議中間とりまとめ」抜粋(平成25年2月7日)

D. 考察

本研究から、1) 地域での位置づけをはっきりさせた診療継続計画の作成、2) 初動体制を中心とした手引き、3) 見出しなどを中心とした非常に簡便なマニュアルな有用であるとの意見が整理された。これらの結果に基づき、「本手引きの目的・利用法」「新型インフルエンザ等の基礎知識と特措法」「診療継続計画(BCP)の策定、運用の要点」「診療継続計画(BCP)作成のための具体的なヒント(10項目)」「付録」の5章からなる冊子を作成した。付録には、大病院、中小病院、診療所・クリニックでの診療継続計画(BCP)の見出し例や有用な資料などをつけることとした。診療継続計画は、各施設においてまず作成することが第一歩であり、本手引きの活用により、各施設における診療継続計画作りが進むことが期待される。

E. 結論

我が国の新型インフルエンザ等の公衆衛生対策の再構築に関連して、病院機能維持等に関する

準備が必要である。特に、特措法では医療等の公益的事業を含む法人を指定公共機関、指定地方公共機関として定めることとされている。しかし、平成25年春の特措法施行後、各医療機関が業務継続計画を策定する際の参考となるようなマニュアルは限られている。そこで、本研究では平成20年度厚生労働省科学研究費において「新型インフルエンザまん延期の診療継続計画作りワークブック」を参考に、新たに「新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画作りの手引き」を作成した。平成21年のインフルエンザA/H1N1の国内外での流行から、地域毎、病院規模毎、病院機能毎等に新型インフルエンザ等発生時の診療継続方法が異なっているとの経験から、診療所、中小病院、大病院などの機能毎に診療継続計画のモデル的なマニュアル(手引き)の必要性が指摘されていることから、各団体に意見を「新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画作りの手引き」の見直しにあたり、病院ヒアリング、文献調査、記述項目の洗い出し、ドラフト作成、公開という5つのステップで研究を実施した。特に、診療所、中小病院、大病院などの機能毎に診療継続計画のモデル的なマニュアル(手引き)は異なると考えられることから、ステークホルダーとなる病院関連団体として、日本医師会、全日本病院協会、日本病院協会の理事を研究協力者として協力を依頼し、多面的な角度から意見を伺い、手引き作成に反映させた。その結果、1) 地域での位置づけをはっきりさせた診療継続計画の作成、2) 初動体制を中心とした手引き、3) 見出しなどを中心とした非常に簡便なマニュアルな有用であるとの意見が整理された。これらの結果に基づき、「本手引きの目的・利用法」「新型インフルエンザ等の基礎知識と特措法」「診療継続計画(BCP)の策定、運用の要点」「診療継続計画(BCP)作成のための具体的なヒント(10項目)」「付録」の5章からなる冊子を作成した。付録には、大

病院、中小病院、診療所・クリニックでの診療継続計画(BCP)の見出し例や有用な資料などをつけることとした。診療継続計画は、各施設においてまず作成することが第一歩であり、本手引きの活用により、各施設における診療継続計画作りが進むことが期待される。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

I. 引用文献リスト

添付資料 1-1 ヒアリング調査結果要約 1（日本医師会）

実施日：2012年12月11日（火）10時～11時、場所：日本医師会（東京都文京区）

ヒアリング対象者：小森貴先生（日本医師会常任理事）

ヒアリング実施者：吉川徹（労働科学研究所）、和田耕治（北里大学）

対象について

診療所・病院については指定公共機関ではなく、その下の登録事業者に位置付けられるため、業務計画の提出義務はない。しかし、国からの指示要請の有無に限らず、各医療機関は自主的かつ自律的に診療を行うことが期待される。そのため、国内感染期において急増する患者への対応や、出勤可能な職員数の減少等の影響、医療機関の特性を踏まえながら、継続して医療を提供するための診療継続計画（診療継続計画(BCP)）を作成することが望ましい。

その一方で、小病院や診療所では、単体で診療継続計画(BCP)を作るということが困難な状況にあるため、参考資料となるようなひな形が必要となる。このひな形はそれぞれの特性を鑑みて、小規模の病院、有床診療所、無床診療所の3つに分けて用意できるとよい。

なお、日本医師会は指定公共機関とされているが、周知連絡体制等に関する業務計画を策定するのであって、診療継続計画は策定しない。また、インフルエンザ患者割合の少ない診療所と最前線に立つ病院にまで分けて作る必要はない。

内容量について

診療継続計画(BCP)は作ることが目的ではなくて、実際に新型インフルエンザが流行した時に、全ての医療機関がしっかりと対応するためにあるべきものであるため、法律で項目を細かく規定したり、監査の対象としたり、膨大になったりして、作成意欲を削いではならない。

ひな型は最低限必要となる項目のみで2頁相当が望ましい。能力のある所や最前線に立つ病院では特性を踏まえて追加するが、それでも4頁相当が妥当である。

掲載形式について

成果物は日本医師会のホームページにダウンロードフリーで掲載するとよい（参考；医療安全管理指針のモデル）。これらのデータはデジタルデータ（ExcelやPDF形式）にして自由に書き込めるようにする。能力のある所や最前線に立つ病院では特性を踏まえて追加できるようなスペースを設けておく。

ひな形の内容について

診療所の診療継続計画(BCP)に診療停止という内容はあり得ない。

スタッフに関する項目については「無し」を選びやすいようなものが望ましい。その一方で、「医師、看護師、補助看護師、事務職員、その他」程度の分類にして、「無し」があまり多くならないよう配慮する。

適宜Q&Aを設けるとよい。例えば、「この欄には医師、看護師など特定の資格者を書くという趣旨ではありません。日常の診療、特に新型インフルエンザのパンデミック期において、患者さんに少しでも直接触れる機会がある全ての職員について記載して下さい」など。

添付資料 1-2 ヒアリング調査結果要約 2 (日本病院会)

実施日：2013年1月8日(火) 10時～12時

場所：東京逋信病院(東京都千代田区富士見)

ヒアリング対象者：木村哲先生(一般社団法人日本病院会、理事)

ヒアリング実施者：吉川徹(公益財団法人労働科学研究所国際協力センター)

主なヒアリング目的：

- 1) 「新型インフルエンザまん延期の診療継続計画作り(H20編集和田耕治先生、押谷班)」のワークブックの見直しにあたり、日本の病院・診療所等の状況を鑑みてのご意見
- 2) 新型インフルエンザ特別措置法に関連して新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画作りに関してのご意見など

収集資料：

「高病原性新型インフルエンザ等における診療継続計画(BCP)メモ」木村哲先生作成：PDFファイル

ヒアリング結果要約：

職員の感染予防策を徹底する

1. 平時から飛沫感染・接触感染予防策を徹底する：マスク、手洗い、うがい(?)、必要に応じて手袋、エプロンまたはガウン
- (ア) 気道吸引時・挿管/抜管時では空気感染予防策(N95マスク)も考慮する
- (イ) 病原体によっては陰圧室またはHEPAフィルター付き空気清浄器の設置を要する
2. ワクチン(プレパンデミック、パンデミック)の優先接種順位の決定と実施
 3. 予防内服：基本は曝露後内服(感染拡大期の初期に関しては新型インフルエンザ患者に間近で患者に接する職員への曝露前内服も考慮する)
 4. 早期診断・早期治療

新型インフルエンザ流行時のシミュレーション

1. 院内にどれぐらいの欠員が出るか大まかなシミュレーションを要する
2. 既存の企業の診療継続計画(BCP)を参考にするとよい
3. 下記シミュレーションより、新型インフルエンザの流行ピーク時の勤務可能人員は70%程度と想定される。より感染力の強い感染症であれば勤務可能人員が50%や30%となるため、診療継続計画(BCP)にはそのようなまひ状態になった際の文章も少しあるとよい

勤務可能人員のシミュレーション式

$$=100\% - \text{感染者}^t(\%) + \text{回復者}^t(\%) - (\text{濃厚接触者}(\%) + \text{家族の看病者等}(\%))$$

(ア) 感染する職員は25%

- ・ 一挙に感染するのではなく流行の波に同期して感染者が発生するため、まん延期のピークで全体の15-20%(?) → 「感染者^t」
- ・ 数ヶ月で流行が収まった後に第2波・第3波が発生
- ・ 患者と直接接する看護師、医師の感染リスクが最も高い…予防内服・対応する職員数を最

小限にする

(イ) 重症化は感染職員の 20% (全体の 5%) …長期離脱。早期治療で 10%(?) に減少

- ・ 死亡率 2% (全体の 0.5%) …早期治療で死亡率 1%(?) に減少
- ・ 葬儀への参列を制限…人員の確保、感染機会の制限

(ウ) 軽症・中等度者 (感染職員の 80%、全体の 20%) は 1-3 ヶ月で職場復帰→「回復者」

(エ) 濃厚接触した職員→予防内服しながら勤務又は自宅待機 (潜伏期間による、3 日程度(?))

(オ) 家族の感染や休校に伴う出勤不能 (流行状況や家族構成等で算出、職員の 10%(?))

診療継続計画(BCP)の共通事項及び診療継続のために整備すべき事項

診療継続計画(BCP)の共通事項

1. 各種情報を責任者に集約→整理し職員間で情報共有
2. 管理者のダブルキャスト：兼務もしくはアップシフトによる緊急時役職のルールを予め決めておく
3. 非管理者の院内で弾力的人員再配置
 - (ア) 一般病棟では重症度による看護師の勾配配置が必要
 - (イ) インフルエンザ病棟では二次感染予防のため、担当者を絞り最低限で運営 (2 週間程度で順次交代する)
4. 抗インフルエンザ薬と PPE の院内備蓄 (国・自治体の備蓄分が流通するまでのつなぎ)
 - (ア) 全ての医療機関は半年分程度の抗インフルエンザ薬と PPE を計画的に備蓄する→「ところてん方式」で古い物から使用することで期限切れを防止

診療継続のために行政・地域が整備すべき事項

5. 地域内での流動的人材の再配置・活用：医療機関の壁を超えて、2 次医療圏単位(?)
 - (ア) 予め流動人員を一般病院、感染症指定病院・公的指定協力病院に割り当て登録をしておく (クリニックからの拠出は困難)、緊急時、重点医療機関に配置する (給与の扱い等の課題あり)。各地域の範囲は勤務者が通勤できる範囲がよい
6. 少ない人員で運営継続できる体制整備：看護基準のステップダウン時にも診療報酬の水準を維持し、病院経営への配慮を要する
7. 感染拡大期以降は、電話診療と Fax での処方箋発行を可能にする
 - (ア) インフルエンザ様患者に限らず、他疾患で通院の患者 (≒感染ハイリスク者) も実施し、通院に伴う感染機会を減少させ、院内の人員配置にも配慮する
 - (イ) 慢性疾患では安全を考慮したうえで、長期処方を行う

指定病院・指定協力病院と一般病院、クリニックの具体的役割

1. 指定病院は一般病院、クリニックからのインフルエンザ患者受け入れ態勢を整備する (国内発生早期～感染拡大期初期)
 - (ア) 病院単位で新型インフルエンザ患者をコホート管理する：入院管理が必要な患者に限定する
 - (イ) 流行状況に応じて、コホート病院を増減する：自治体の実情に応じ、移動しなくてはなら

ない他疾患の患者の受け入れ先を決めておく

(ウ) 入院患者の制限や外来診療の制限を実施する病院に前年度並みの報酬を保証する

(エ) コホート病棟の担当者数は最小限として、予防内服しつつ勤務する

(オ) 柔軟な職員再配置→状況により他機関からの医療従事者の再配置を受ける

2. 一般病院はインフルエンザ様疾患の初期対応を行う

(ア) 入院の必要性の判断→入院は指定病院へ紹介（国内発生早期～感染拡大期初期）、軽・中等度者は抗インフルエンザ薬処方し自宅療養

(イ) 一般の外来患者と導線を分けることが、構造上実施困難な病院が多い→電話診療と Fax での処方箋発行を可能にする

(ウ) 指定病院からの他疾患の患者を受け入れる（国内発生早期～感染拡大期初期）

(エ) 感染拡大期中期以降（または指定病院満杯時）はインフルエンザ患者の入院も行う→コホート管理（病棟単位）

(オ) 入院患者の制限や外来診療の制限を実施する病院に前年度並みの報酬を保証する

(カ) 柔軟な職員再配置→状況により他機関からの医療従事者の再配置を受ける

3. クリニックはインフルエンザ様疾患の初期対応を行う

(ア) 入院の必要性の判断→入院は指定病院へ紹介、軽・中等度者は抗インフルエンザ薬処方し自宅療養

(イ) 一般の外来患者と導線を分けることが、構造上実施困難なクリニックが多い→電話診療と Fax での処方箋発行を可能にする

(ウ) 一般へのワクチン接種業務に関しては、業務圧迫を避けるために、保健所や産業医のいる企業等で集団接種する

以上

添付資料 1-3 ヒアリング調査結果要約 3 (全日本病院会)

ヒアリング調査結果の要約 (全日本病院会常任理事 永井庸次先生)

実施日 : 2013年1月11日(金) 11時~12時

場所 : ひたちなか総合病院 (茨城県ひたちなか市石川町)

ヒアリング対象者 : 永井庸次先生 (全日本病院会常任理事)

ヒアリング実施者 : 吉川徹 (労働科学研究所)、石丸知宏 (日立製作所)

主なヒアリング目的 :

- 3) 「新型インフルエンザまん延期の診療継続計画作り (H20編集和田耕治先生、押谷班)」のワークブックの見直しにあたり、日本の病院・診療所等の状況を鑑みてのご意見
- 4) 新型インフルエンザ特別措置法に関連して新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画作りに関してのご意見など

収集資料 :

「20130111 永井先生収集資料 1 パンデミック準備等チャート分析.pdf」永井庸次先生作成 : PDF ファイル

「20130111 永井先生収集資料 2 新型インフル診療継続計画(BCP).pdf」永井庸次先生作成 : PDF ファイル

ひたちなか総合病院の診療継続計画(BCP)や有識者会議の資料等は掲載不可?

ヒアリング結果要約 :

診療継続計画(BCP)の枠組み

- ・ 指定医療機関としての診療継続計画(BCP)、都道府県の地域計画の中の地域医療機関に入る病院もしくは診療所の診療継続計画(BCP)と分けて考える必要がある。
- ・ 大病院、中小病院、診療所の診療継続計画(BCP)と単純に分けるのではなく、それぞれの病院が保健所を中心に策定された地域の行動計画・ガイドラインの中で与えられた役割に応じた内容となっていなければならない。それぞれの病院の役割 (渡航者外来・接触者外来などがあるか) はベッド数と医師・看護師数、各設備 (レスピレーター) などの数から決まってくると思われる。
- ・ 特措法と感染症法とで権威権限・権威勾配が異なることに留意する。そのため、地域の行動計画では、保健所が実施主体になるものの、最終的には都道府県が中心となり、全体的に計画の進捗を図る体制が出来るとスムーズだと思われる。
- ・ そのため、手引きではまず自分の病院のストーリーを決めさせ、役割を確認した上で、それに応じた実施すべき事項をチェックリスト形式でまとめるとよい。
- ・ 診療継続計画(BCP)の策定は病院運営のプロが中心になって進めていくことが原則である。

診療継続計画(BCP)の基本事項・具体的内容

- ・ 2009年の流行時のイメージでパンデミックを想像している人が非常に多い。そのため、致死率が高い新型インフルエンザが流行した際に、医療従事者らが本当にプロフェッショナリズムを持って業務を遂行できるか危惧している。
- ・ そのため、診療継続計画(BCP)は誰が見ても納得のいくよう、特に医療従事者に対する感染予防