

第1章 災害対応の基本方針（仮想災害拠点病院での例）

はじめに

当院は、県南西部の沿岸部から2km（海拔30m）の市中心部に位置し、市内を流れる川からも1km離れている硬い岩盤の上に立てられている。そのため、大地震による津波や液状化による直接的な被害は免れるものと考えられる。阪神淡路大震災後、当院は災害拠点病院に指定され、現在DMAT2隊を保有し、来るべき大地震に備えているところである。しかしながら当院の従来の災害対応計画は、災害急性期への対応を中心として作成されており、広域で長期的な対応が求められる震災被害に対しては不十分なものであった。歴史的には当地区では過去に数回の、現代であれば大震災になったと考えられる大地震を経験しており、今後の震災による被害についての予測も立てられている（第□章参照）。

当院は、日頃から地域の急性期基幹病院として機能しているが、震災時にはさらに広い地域から多くの傷病者の受け入れを余儀なくされる。そのニーズに応えるためには、地域との連携を見直すとともに、自院の職員がその時に的確かつ確実に対応できる体制を平常時から構築してゆく必要がある。震災が起きてからでは遅いことも多いため、あらかじめ種々の準備を怠ってはならない。これらの課題に対処すべく事前準備を含めた震災に対する総合的な計画をまとめ、この計画の中で具体的に準備しておくことをチェックし、整備・備蓄を行い、職員が行うことは知識や対応能力を高める訓練・研修を繰り返してゆくことが求められる。

災害対策本部は、災害時にのみ機能するイメージであるが、新しい総合計画では、むしろ平常時からの準備が必須であるため、災害対策委員会（危機管理委員会）の中に病院BCP部会を設立し、そこで、チェック、改善へのプロセスが機能するようにした。そして実際に災害が起きた際には災害対策本部長を病院長として、計画部会が本部の機能を担うことができるようにした。

以下に当院の災害対応計画における基本となるポイント挙げる。

災害対応計画の適応範囲と活動方針

本計画は大地震によるものを想定しており、CBRNE災害、感染症のアウトブレイク、テロ災害などの特殊性が高く準備や対応方法が異なるものや、施設の火災などについての計画は、別に整備する必要がある。整備の方法としては、追加の対応マニュアルや追加BCPとして整備する方法がある。

地域における基幹病院、災害拠点病として、地震による災害の発生場所と当院の被害によって基本的な対応は変化する。そのため以下の大枠の範囲での本計画の適応部分を定める。

1) 当院が大災害の中心地域にある場合（病院機能への影響から以下の対応を行う）

ア) 当院の被害はあっても軽微で病院機能が維持されている時（本計画の急性期対

応を全面的に遂行)

被災地域での第一線病院として機能(可及的な多数傷病者受入れ、被災現場へのDMAT、医療班派遣、被災地外からのDMAT、医療班受入れ、ヘリポート運用等)

イ) 病院機能が大きく損なわれた時(本計画の急性期対応の部分的な遂行)

院内患者の診療を継続するとともに、受診する被災患者への応急処置と被災地内外の医療機能が残っている施設への搬送・転院の手配

ウ) さらに病院建物自体の安全性が保てないなどの以下に該当する時

院内の外来・入院患者・職員の安全を確保しつつ、病院から避難する(火災の際の避難は、当院消防計画による)。また避難の具体的な方法は、病院避難マニュアルによる。

(参考)

* 病院避難の基準 (平成29年度本研究班において「病院避難のマニュアル」を検討中であり、その成果に基づいて今後置き換える必要がある。)

) 建物自体が余震などによって倒壊する恐れがあると判断される時

) ライフラインの破綻により水・電力・医療ガスが断たれ患者等の生命の維持に支障をきたす恐れがある時(部分的な避難を含む)

) 食糧、飲料水が途絶え医療者の活動が不能、患者の生命の維持に支障をきたす恐れがある時

) その他、やむを得ない事態が生じた時

2) 当院が大災害の近隣地域にある場合(病院機能が維持されている場合)

災害後方病院として機能(重症患者受入れ、ヘリポート運用等)

災害医療救護班の派遣(DMAT、医療班)

3) 遠隔地での大災害

災害医療救護班の派遣(DMAT、医療班)

広域医療搬送患者の受入れ

地域における位置づけ

当院は、県内の災害拠点病院の一つとして、県の防災計画の中で医療圏の災害時医療を中心的に行うことが規定されている。震災発災時には、県の災害対策(災害医療コーディネート制度)の医療本部、災害医療コーディネーターと密な連絡をとりつつ、DMAT活動を含めた枠組みの中で、機能的に活動を行う必要がある。このため、平常時から実務的な代表者を立てて連携がとれるよう協議している。災害時の通信連絡体制については地域防災無線をはじめ、衛星通信を含めた設備が整備されている。実際の災害時にこれらの通信が機能するよう、地域を挙げた訓練も繰り返されている。

所属している市の中でも中核的な位置づけをされており、市の防災計画に則った地

域医療ネットワークの中で、医師会を含めた連携、協力体制についての事務レベルでの定期的な確認と医療関係者を含めた訓練が計画され、行われている。

当院に求められるものはあくまでも医療であるが、その医療を継続するために必要なサポートは、上述の自治体、関係諸機関との日頃からの協力体制や各種協定によって担保されている。

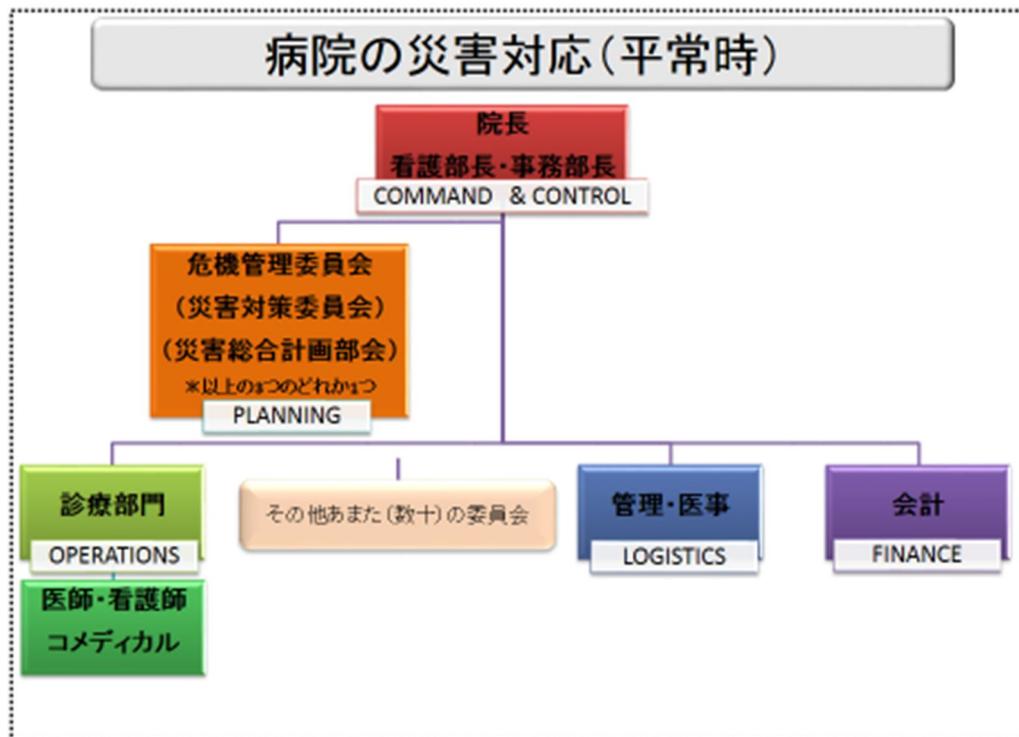
平常時の災害準備体制（災害対策委員会、危機管理委員会）

平常時から災害に備えるために、災害対策委員会(危機管理委員会)内に病院 BCR(BCP)部会を設立（注：部会ではなく災害対策委員会ないし危機管理委員会そのものでも構わない）し、本計画の作成、見直し、改正、必要物品の整備、管理を行っている。部会の決定のうち、災害時の実際の対応能力を左右する重要なものについては、その実行性を高められるよう院長をはじめとした関係する管理部門に直接働きかけることができるようにしたことが特徴である。また、計画や準備状況の変更（改善）の情報が全職員で共有できるように定期的に「病院 BCP 部会だより」を配信している。部会では以下に対応する。

部会での対応事項（例）

- ・ 本計画の整備に関すること（BCPの作成、改訂、管理）
- ・ 職員の災害対応訓練、教育、啓発に関すること
- ・ 対外的な対応と委員会との関係（DMAT関連、関連会議、対外的な訓練、など）
- ・ ロジスティックスに関すること
- ・ 連絡体制に関すること（EMIS、防災無線、衛星通信、院内無線、など）

なお、部会は災害時にはそのまま、災害対策本部へ移行できるように構成されている。



図の構成は ICS (incident command system) に準ずる

災害対策本部設置基準

対策本部を立てるのは以下のいずれかに該当するときとする。

- ア) 当院を含む地域での震度 6 弱 (5 強) 以上の地震
- イ) 当院が属する、県、市、区、または協定を結んでいる自治体・組織に地震に対する災害対策本部が立てられたとき
- ウ) 当院が DMAT の医療搬送拠点、あるいは医療搬送の受入れ施設に指定されたとき
- エ) 想定東海地震に対する警戒宣言が発令されたとき

災害対策本部の組織体制と機能

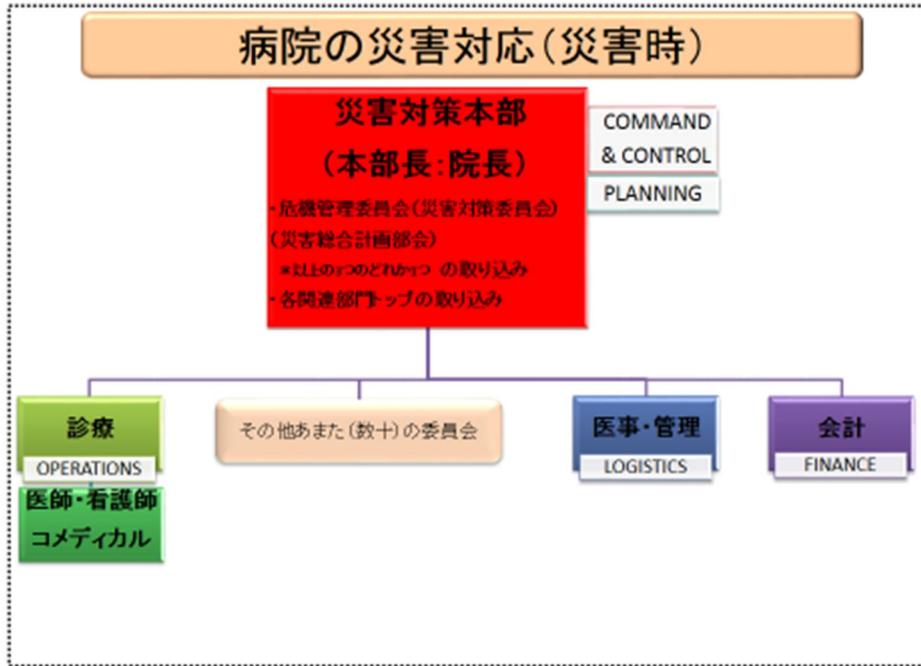
震災時には以下の体制 (例 1 : 仮想災害拠点病院、例 2 : 基幹災害拠点病院マニュアルより) に移行して対応する。なお、夜間・休日体制から災害対策本部を設置する場合、暫定的に当直・日勤者が本部要員となり、業務内容から役割分担を決めておき、正式な本部要員の参集状況にあわせて正式な本部体制へ移行するルールも必要である。

1) 暫定対策本部

以下に示す災害対策本部要員の多くは、夜間・休日には不在であるので、当直者・日直者は本部長の代行を当直医師責任者 (管理当直者) として、業務分掌に即し、協力して院内外の被害状況の収集と安全確保にあたねねばならない。災害対策本部要員がいれば暫定的に本部長代行となり、(可及的に病院長に連絡をとり了承を得て) 正式な災害対策本部と

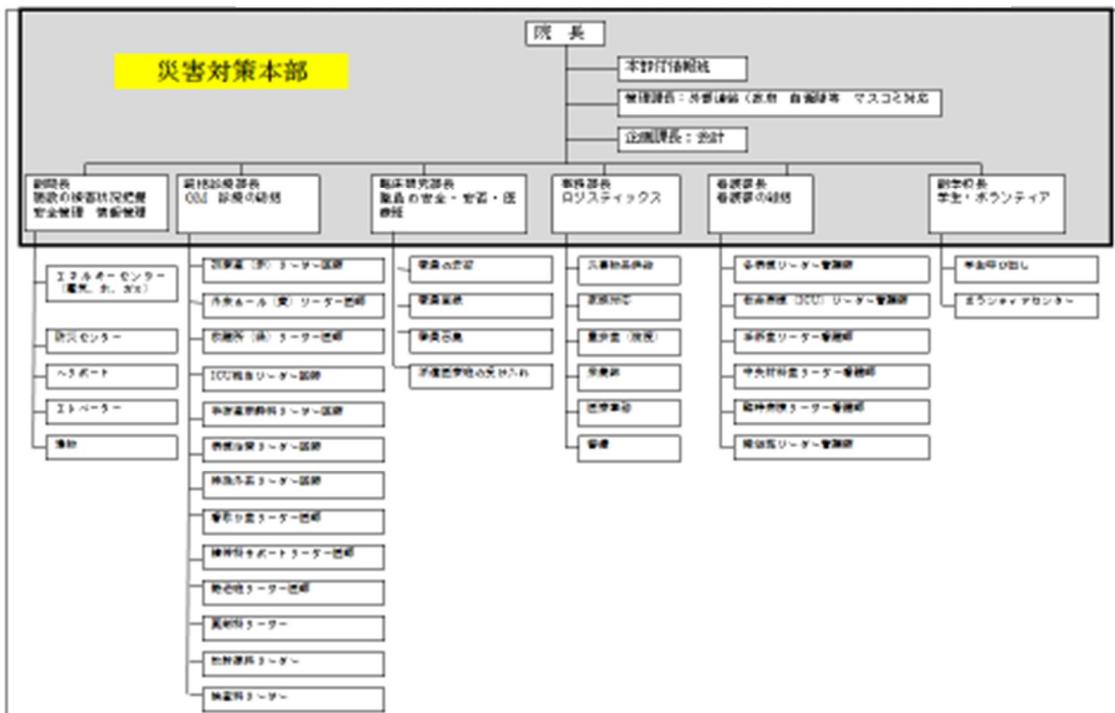
して立ち上げ（設置）を宣言し機能する。

2) 災害対策本部



例1 仮想災害拠点病院計画

災害対策本部の機能と役割(インシデントコマンドシステム:ICSによる)



例2 基幹災害拠点病院マニュアルより

災害レベル別対応の基本

病院の被災状況や職員の参集状況によって、対応できる範囲は異なるため、以下に挙げるレベル別対応を想定する。このレベルは平常時から職員全員に周知されている必要がある。例として、基幹災害拠点病院のものと、都市部の災害拠点病院のものを示す。

【基幹災害拠点病院の例】

災害対応レベルと対応

災害レベル	対 応
0	救命センターのみで対応可
1	救命センターの対応能力を超え、災害対策本部の設置が必要 ・関連職員の応援を要する ・診療体制は概ね平常通り、一部の外来で対応可 ・予定手術は延期 例) 近隣中事故: バス横転事故、競輪場将棋倒し 遠隔大事故・災害: 医療班の派遣
2	多くの関連職員の対応を要する ・外来を中止(あるいは被災患者優先と)し必要な新設部門を設置 ・職員のマンパワー、被災患者の数に応じて中等症患者対応に外来ホールを使用 ・軽傷者(緑)は救護所(平日日勤帯)または1F外来(休日・夜間)で処置 例) 近隣大事故: 列車事故、航空機墜落、ガス爆発
3	全職員で長期間にわたり対応(直下型地震など) ・全新設部門の設置(救護所は立体駐車場第3備蓄庫) ・当院の被害状況の程度でさらに次の3段階に分ける 3A: 被害なし、概ね通常の診療が可能 3B: 被害あり、部分的には診療は可能 3C: 甚大な被害、診療不能(避難態勢をとる)

各レベル別の対応の概略は以下の通りである。レベル2、レベル3Aの対応は発災の時間帯や被災者の人数により、本部によって決定されるものであり、本質的な違いはない。職員のマンパワー、患者数などに応じて休日・夜間に外来ホールをフルスケールとするか、部分運用とするのか、軽症患者(緑)を院内の外科系外来で診るのか、立体駐車場救護所で診るのかを本部が決定する。

レベル1: 日勤帯は院長を本部長とした対策本部を設置し、通常の診療体制は概ね維持し、関係

者の協力を得て対応にあたる。全職員への報告は事後に行う。

休日・夜間は救命リーダーが暫定本部長となり、院長に報告するとともに関係者の呼び出しを行い対応する。軽症者の処置は第4処置室で行う。

レベル2：災害が大規模で多数の職員の協力が必要な場合に院長（不在時は副院長）が決定し、院内放送によって院内職員に連絡する。

日勤帯は通常の診療体制を崩し、外来を中止（あるいは被災患者優先のものとし、外来ホール、救護所を立ち上げる。予定手術を延期し、病棟は増床体制をとり、本格的な災害モードに入る。本部は必要に応じて院外職員を招集し、職員は在院登録を行った後、本部の指示に従って必要な新設部門を設置する。その後は部門別のマニュアルに従って活動する。

夜間・休日は救命リーダーが暫定本部長となり、院長（副院長）に報告してレベル2体制をとることの命令を受け（連絡がとれない場合にはリーダーの判断）、院内放送を行い、職員宿舎の職員を優先して招集し、必要な人員確保をはかる。在院する職員は登録を行い、必要部門を立ち上げた後、担当部署に就き対応する。リーダーは本部職員のいずれかが到着後、本部長を交代し、本来の任に専念する。レベル2では、救急車は初療室で、軽症患者は誘導・案内班が病院正面玄関から入れ、トリアージチームがトリアージを行う。赤患者は初療室へ搬送し救命初療班・搬送班が、黄患者は外来ホール（必要に応じて片付ける）で治療班が、緑患者は1F外来（必要に応じて外科、整形、形成・皮膚の順で開設）で医療チームが対応する。暫定本部は相当数の人数が揃ったら3F第3会議室に正式本部を設置する。

レベル3：レベル2と基本的には同じであるが、震度6以上の直下型地震などで患者の数が膨大で、事態の収束までに長期間を要する場合や、院内にも被害が及んだ場合に設定される。レベル2との主な違いは、全職員が対応すること、トリアージを院外2カ所（救急搬入口前、正面玄関前）で、緑タグ患者の処置を救護所で行うこと、応援医療班やボランティアの参加があること、停電すれば、エレベータの運用方法が変わること、コンピュータダウン時に帳票類、職員・患者登録方法が変わること、臨時病棟、ボランティアセンター、看取り室、安置所が設置されることなどである。院内が被災した場合には患者を安全な場所に避難させ、本部に被災報告を行った後、残された病院機能を最大限に利用して患者に対応しなければならない。ライフラインの途絶、病院建物の安全性の確保ができない等によって、病院の診療機能が破綻した場合には、診療の中断を余儀なくされ、入院患者の避難が必要になる。この判断は対策本部が行い、別に示す「レベル3Cマニュアル」に準じる。また火災発生の際は、当院消防計画に準じる。

【災害拠点病院の例】

基本的災害対応レベルと判断基準

	発令の目安と対応の概要	通常 診療	医療チーム 派遣	被災者 受入
--	-------------	----------	-------------	-----------

レベル1	遠隔地における災害、近隣地域における局地災害 通常診療は継続しつつ、県および市からの依頼に基づき 災害派遣医療チームを派遣する。			
レベル2	近隣地域における局地災害で傷病者数が多数 通常診療は継続しつつ、救命救急センターへの増強体制 を図りながら被災者の受け入れを行う。		×	
レベル3	近隣地域における大規模災害、自施設の影響は軽度 通常診療は中止し、最大多数の傷病者受け入れを行う。	×	×	
レベル4	近隣地域における大規模災害、自施設の影響は中等度 原則として外部からの被災者受入は行わず、入院患者へ の対応を中心に行う。	×	×	×
レベル5	近隣地域における大規模災害、自施設の影響は重度 外部からの被災者受入は行わない。患者、職員の避難を 最優先に実施する。	×	×	×

職員の参集と安否確認

1) 職員の参集基準

当院での震度が6弱以上（被災がひどく震度が公表されない場合を含む）のとき、病院に連絡することなく参集することを原則とする。災害対策本部要員においては、震度5強の場合でも病院や周辺地区の被害があるとき、または予測されるときには参集する、もしくはすぐに参集できる準備を行う。院内にいる職員は院内に被害がでていることが予測される揺れを感じたときは、揺れのおさまりを安全な場所で待ち、その後本部要員は被害に関する情報収集と災害対策本部設置準備のために、対策本部となる第1会議室に参集する。

2) 職員の参集状況（在院状況）の確認（この部分は施設による違いが大きい）

1案：職員の在院状況、参集状況の確認は、各部門から対策本部への災害時従事者登録名簿（全部門共通・本部報告用）によって行う。この報告は定時的に行い、対策本部はこれにより全体状況を確認する。

2案：職員の参集状況の確認については、原則、平時所属している部署毎に行い災害対策本部に報告する。参集者についてもまずは部署毎に把握する。本計画の急性期対応において役割を担う職員*については、平常時から災害対策本部となる第1会議室、新設部門の指揮所となる場所に備えてある災害時職員配置版（名札を貼った白板など）に反映させる必要があるため、該当者は対策本部、指揮所に行き登録を行う（登録は代行者でも可）。

*注：災害急性期に登録が必要な職員

本部要員、トリアージ部門、緊急度別（赤・黄・緑・黒）患者対応者（責任医師、医師、責任看護師など）、手術室（手術室責任者、麻酔医師、手術担当医師、看護師責任者、看護師）ICU（責任医師、医師、責任看護師など）、一般病棟責任看護師、血液浄化センター責任医師、施設関連担当責任者、放射線検査責任者、検査責任者、薬剤責任者、栄養責任者、警備責任者などの部門の代表と、新設部門においてはそこで急性期対応を行う医師、看護師などを指している。対策本部が把握すべき部門、急性期活動に直接的に関わる部門を勘

案して2カ所の登録場所をイメージしたが、院内体制によって可变的となる。

3) 院外職員の安否確認

被害状況の確認や安全の確保、当座の体制作りで時間的、物理的余裕のない場合は、要人を除いた職員の安否確認は行わず、落ち着いてから行う。(地域あるいは自院での職員参集状況・安否確認システムがあり、それが稼働しているような場合はそれを活用)

医療班(DMATなど)の派遣・受援体制

1) 派遣

当院保有の日本DMATにおいては、DMAT活動要領の自動待機基準や都道府県からの要請に従い準備、派遣活動を行う。その他の医療チームの派遣は必要に応じて病院長等の指示により行う。DMATおよび医療班については平常時からの準備が必要である。DMATや医療班の派遣時には後方支援を行う。

2) 受援

自施設を含む地域が被災し、他地域からのDMATまたは他の医療班の支援が必要になる場合に備えて、支援者が活動しやすい環境(場所、通信・連絡関係)を日頃から整備しておく。

3) 派遣・受援の具体的方法、詳細については、別に定めた「DMATおよび医療チーム派遣・受援マニュアル」に従う。