

厚生労働行政推進調査事業費補助金

(厚生労働科学特別研究事業)

災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する
医療機関等への支援体制についての調査研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山中 崇

令和5(2023)年 5月

目 次

I. 総括研究報告	
災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制 についての調査研究 -----	1
山中 崇 (資料1) アンケート調査集計結果報告書	
II. 分担研究報告	
1. 被災経験を持つ訪問看護ステーションの先駆的取組の検討 -----	28
畑 吉節未	
2. 災害医療の視点からみた災害時在宅医療分野の整備 -----	34
小早川義貴、小井土雄一	
3. 在宅医療に関わる医療機関・事業所・有識者を対象としたインタビュー調査報告 -----	42
太田 凡、宮本雄気	
4. わが地域全体の医療やケアの継続を考える「地域BCP」の必要性 -----	47
山岸暁美	
5. 患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について ---	53
三浦靖彦、武 ユカリ、長尾式子、竹下 啓、三木明子	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	60

災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究

研究代表者 山中 崇 東京大学 医学部附属病院

研究要旨

【目的】

災害時や新興感染症拡大時等において、在宅医療提供体制が縮小せざるを得なくなった場合の対策、ならびに在宅医療における医療従事者の患者や家族等からのハラスメントの実態や安全確保対策について実態調査や好事例分析を行い、行政の支援体制の構築について明確化することを本研究の目的とした。

【方法】

I. 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制について

在宅医療に関する有識者や自治体担当者等からのヒアリング等に基づいて調査票を作成し、行政及び在宅医療機関等に対してアンケート調査及びヒアリング調査を実施し、データの収集・分析を行った。具体的には以下の3項目について行った。

1. 災害時における在宅医療を提供する医療機関等（特に診療所）の被災状況の確認体制
2. 在宅医療分野に対する市町村と都道府県における情報共有及び連携
3. 災害時及び新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等の事業縮小への支援体制

II. 患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について

患者・家族による在宅医療関係者に対する暴力・ハラスメントの実態、および安全確保対策について、在宅医療関係者に対してインタビュー調査を行った。インタビュー調査の結果に基づき、課題を抽出・分析し、現状の行政の対応も踏まえ、在宅医療におけるハラスメントの現状及び在宅医療関係者の安全確保に関する対策について検討した。

【結果及び考察】

I. 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制について

1. アンケート調査

有効回答（回収率）は、都道府県 29 票（61.7%）、市区町村 196 票（20.7%）、在宅療養支援診療所 18 票（0.6%）、訪問看護事業所 138 票（13.8%）であった。

(1) 都道府県及び市区町村

①医療機関や福祉施設の被災状況の確認体制について

自然災害発災時に、全ての都道府県は EMIS（Emergency Medical Information System：広域災害救急医療情報システム、通称イーミス）を用いて、病院の被災状況を把握していた。有床診療所の被災状況を把握していたのは 33.3%であった。自然災害発災時における、無床診療所の被災状況の情報収集について、都道府県が主体となっている割合は 33.3%、市区町村が行っている割合は 17.5%であった。このように、無床診療所の被災状況は行政により十分把握されていなかった。

②在宅療養患者についての市町村と都道府県における情報共有及び連携

自然災害発災時の在宅療養患者の安否確認状況について、都道府県、市区町村ともに「市町村が安否確認を行っている」が最も多く、それぞれ 75.0%、49.0%、次いで「保健所が安否確認を行っている」がそれぞれ 58.3%、23.2%であった。

自然災害発災時に市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報として、都道府県は「在宅療養患者」が最も多く 22.2%、次いで「その他の名簿」と「入院が必要な患者」が 16.7%であっ

た。

市区町村は「避難行動要支援者名簿」が最も多く 50.6%、次いで「個別支援計画」が 19.1%であった。都道府県のなかには、在宅療養患者の安否確認が行われると考えている自治体があるものの、実際には、避難行動要支援者名簿に基づいて安否確認が行われる可能性が高い。

在宅療養患者の安否確認や安否確認情報の連携について検討する場として、在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議を活用している自治体は、都道府県の 26.9%、市区町村の 39.8%に限られる。安否確認情報の部署間での連携状況は、都道府県、市区町村ともに「部署を越えての情報共有は行っていない」が最も多く、それぞれ 100.0%、57.4%であった。災害時に在宅療養患者を保護、支援するために、危機管理部局と保健担当部局は連携を図る必要がある。

③（機能強化型）在宅療養支援診療所の事業継続支援について

（機能強化型）在宅療養支援診療所の事業継続計画（Business Continuity Plan: BCP）作成促進のために実施していることがある都道府県は 29.6%、BCP 作成助言指導を実施している市区町村は 0.5%であった。自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策について、「支援体制がある」都道府県は 33.3%、市区町村は 11.0%であった。

(2) 在宅療養支援診療所

有効回答は 18 票（0.6%）と回答率は極めて低かった。そのため、母集団の代表性は乏しいと考えられた。

(3) 訪問看護事業所

①在宅療養患者の類型について

「在宅療養開始となった疾患・病態等」の 1 位は「認知症」が最も多く 25.7%、次いで「がん（悪性腫瘍）」が 22.8%、「精神疾患」14.7%であった。2 位、3 位については「認知症」が最も多く 29.1%、18.5%であった。高齢者人口の増加に伴い、認知症を有する在宅療養患者が多くなっている。

②在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について

「避難行動要支援者名簿の存在を知らない」は 42.2%、「在宅療養患者に名簿登録を勧めている」は 27.3%であった。在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしい職種として、要支援・要介護認定者、および単身の在宅療養患者を除き、「看護師」という回答が最も多かった。

③災害時の在宅療養患者の安否確認について

過去大きな災害が発生した際に、全ての訪問看護事業所は、在宅療養患者の安否確認を行っていた。多くの事業所では、発災後に関係者の間で連絡を取り合って役割分担して安否確認の方法の決め、在宅療養患者や家族に電話で安否確認していた。しかし、在宅療養患者と連絡が取れずに困ったという回答が 70.4%あった。災害時は、被災状況や通信インフラ、交通手段などを総合的に考慮して安否確認の方法を決めたと推察される。災害発生時の安否確認の方法について、平時から、訪問看護事業所と市町村の間で協議する体制が整備されると、災害発生時の安否確認を効率的に行うことができる可能性がある。

④訪問看護ステーションの事業継続の課題

災害時及び新興感染症対応の BCP マニュアルを策定している割合は 53.4%であった。マニュアルを使用した職員教育は 46.3%の事業所で実施していた。災害時及び新興感染症対応の BCP を活用した災害訓練を実施している割合は 33.1%であった。

2. インタビュー調査

(1) 被災経験を持つ訪問看護ステーションの先駆的取り組みについて（畑、分担研究報告書-1）

大規模災害の被災地の訪問看護ステーションの管理者 4 名を対象に Web インタビュー調査を行い、先駆的取組を得た。先駆的取組の 3 事例は都道府県を単位とする訪問看護ステーション連絡協議会が相互支援の基盤をつくるもの、1 事例は総合的な機能を備えた看護小規模多機能型居宅介護を拠点にステーションのネットワークを形成するものであった。これらの詳細と課題をもとにオールハザードアプローチに向けた対応、利用者のリスクに焦点を当てた利用者中心の対応、マルチステークホルダープロセスの確立、マネジメントサイクルの確立、コミュニティの持続可能性の向上などの視点から連携・支援の方略を検討するための視点を抽出した。

(2) 災害医療の視点からみた災害時在宅医療分野の整備（小早川、小井土、分担研究報告書-2）

災害医療の視点から、過去の災害で実際に対応した地域で行政、在宅医療関係者からインタビュ

一を行い、在宅医療に係る災害医療体制整備に必要な課題を整理した。新型コロナウイルス感染症対応の都道府県型 A 保健所および B 訪問診療所、平成 30 年西日本豪雨対応の C 保健所および D 医院、東日本大震災後、被災地内に開設された E 訪問看護ステーションにインタビューを行った。在宅医療の人口は増加傾向にあり、地域で在宅診療所が対応している患者数は有床診療所の入院者数や小規模病院の入院者数を超えている可能性がある。また EMIS で診療所を登録している都道府県は少なく、入力項目も在宅診療所を支えるものではない。病院と異なり在宅療養患者は地域に分散している。個別避難計画はこの患者の個別避難計画であり、地域の中で、その患者の対応が優先されるかの情報は与えない。現状では既存の情報システムの活用、在宅医療分野内での共助体制の確立、既存の災害医療体制との連携のために災害時在宅医療コーディネート機能の開発が必要と考えられた。

(3) 在宅医療に関わる医療機関・事業所・有識者を対象としたインタビュー調査報告（太田・宮本、分担研究報告書-3）

新型コロナウイルス感染症等による「災害」を通して構築された枠組みを活かして、今後の自然災害およびパンデミックに在宅医療・介護はどのように対応する必要があるか、特に都道府県行政と市区町村行政（保健所など）との連携や、行政と在宅医療提供者との連携、在宅医療・介護従事者が担うべき役割について、有識者のインタビュー調査を行い検討した。

現状の課題および好事例の抽出を踏まえて、以下の 5 つの解決策について考察した。

1. 在宅医療・介護に従事する医療者・介護従事者に対する知識の普及
2. 避難行動要支援者の自助の促進
3. 保健所を巻き込んだ地域包括ケアシステムの構築
4. 医師会や看護協会など地域の職能団体によるインフラおよびシステムの整備
5. 災害発生時における在宅医療・介護従事者のヘルスクラスター会議への参画

今後発生する自然災害や新興感染症拡大に備えて、在宅医療・介護従事者は、災害医療に関する全体像と課題を認識し、自施設の事業継続、在宅療養者に対する自助の促進、保健医療調整本部の活動への参画、発災時の情報共有などのインフラ整備を職能団体や行政を通して行っていくことが求められる。

(4) 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会」の取り組み（山中）

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会」の取組を中心としたインタビュー調査を行った。

1. 自分たちの地域で自衛するために、患者に対しては個別支援計画作成を、施設に対しては BCP 作成を勧めている。学会としては、人的資源を投入するなど、直接支援ではなくて、それぞれの地域がうまく回るように整える支援を行うことを中心に考えている。
2. 新型コロナウイルス感染症の拡大が続いたため、BCP を作らないといけないという意識は、かなり高くなっている。医療者が作成する BCP は、治療やケアに特化した BCP であることが多く、事業継続や経営に関する事項が不足している。そのため、BCP を作成するための研修が必要とされている。
3. 新型コロナウイルス感染症の拡大が続いた 3 年間で、保健所との連絡が非常に増加し、保健所、市区町村、都道府県の連携体制は強化された。
4. 具体的な支援の前に、日ごろからの、顔の見える連携が大切である。日本在宅医療連合学会は、災害医療に関する学会との関係を強化しながら、公衆衛生分野の学会や DHEAT などと連携することも必要である。学会同士の関係を強化すると、災害や新興感染症が発生したときに対応する力を強化することができる。

(5) わが地域全体の医療やケアの継続を考える「地域 BCP」の必要性（山岸、分担研究報告書-4）

在宅医療・ケア提供機関の BCP、連携型 BCP、地域 BCP 策定推進に向け論考し、在宅医療・ケアにおける災害対応及び BCP 策定にあたっての課題や BCP 策定の際に、十分考慮すべきヘルスケア領域の特徴を明確にした。また在宅医療・ケア機関の BCP 策定、連携型、地域 BCP 策定にあたり、自治体・職能団体に求められる支援や役割として、以下の 3 点を整理した。1) 機関型 BCP 策定支援、2) 連携型 BCP 策定支援、3) 地域 BCP の策定（特に、(1) 安否確認の効率化のための仕組みづくり、(2) 在宅医療・ケア提供機関の支援ニーズ、稼働状況等の情報を集約し、迅速に支援に繋げるための情報システムの検討、(3) 自治体として有事に在宅医療・ケア機関に依頼することのリストアップと対価の相談）、さらに、BCP 策定支援にあたっての前提となる体制作りで求められることとして、1) 自治

体の庁内連携および都道府県 - 基礎自治体の連携強化、2) 在宅医療を担う機関の窓口機能や取りまとめを担う機関の設定（在宅医療を積極的に担う機関に求めるタスクの明確と予算措置の必要性）が挙げられた。

II. 患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について （三浦靖彦、武、長尾、竹下、三木、分担研究報告書-5）

2022年12月～2023年3月に、総計44名を対象に1回あたり1～5名を対象として14回、インタビュー調査を実施した。インタビュー項目は、1) 患者・家族からの暴力・ハラスメントの事例（緊急重大案件）について、2) 在宅医療の現場で実際に行われている暴力・ハラスメント対策について、3) 有効と考えられる暴力・ハラスメント対策について、とした。

その結果、在宅医療関係者の生命にかかわる事案が発生していたことが明らかとなった。また、有効と考えられる暴力・ハラスメント対策として、(1) 行政・地域の支援体制づくり、(2) 訪問体制の見直し、(3) 暴力・ハラスメント対策を学ぶ機会の提供、(4) 患者・家族からの暴力・ハラスメントに対する抑止力となる対策の実施、に関する事項が抽出された。さらに、これまで、訪問看護職を主体とする実態調査をもとに作成された、暴力・ハラスメント対策マニュアルなどの成果物が、十分に普及していないことが明らかとなり、在宅医療関係者に対するこれらの普及と活用の必要性が示唆された。訪問診療や訪問看護、訪問介護等を提供する事業所の多くは小規模である。それぞれの事業所は、行政や地域の職能団体と事例を共有しながら、警察とも連携して、患者・家族からの暴力・ハラスメント対策を行う必要がある。地域ケア会議などの場の活用の他、在宅医療・介護に携わる者が臨機応変に、迅速な対応ができるよう情報共有し、対策を一緒に検討する方法が求められる。

【結論】

災害時における在宅療養者の避難行動要支援者名簿、個別支援計画の作成は普及しつつある。しかしながら、行政と在宅医療を提供する専門職との連携強化は課題である。具体的には、災害時における在宅医療を提供する医療機関、特に診療所の被災状況の確認体制は不十分であり、整備する必要がある。また、在宅医療分野について、災害時における、都道府県、市区町村の各部局間の連携体制も不十分である。例えば、危機管理部局と保健担当部局は、災害時に連携して活動できる体制を整備する必要がある。さらに、都道府県と市区町村は密に連携して、災害時の対応に齟齬を生じないように努める必要がある。在宅医療を提供する医療機関側も、治療、ケアだけでなく、事業継続や経営の観点も含め、災害時及び新興感染症拡大時等に事業縮小せざるを得ない状況も想定したBCPの作成を促進する必要がある。その際、行政による支援が必要とされている。

在宅医療の患者・家族のほとんどは暴力と無縁であり、暴力・ハラスメントを行う患者・家族はごく一部であると考えられるが、リスクがあるということを前提にした対策が求められる。今後、在宅医療を推進して行かなければならない現状の中で、質の高い医療・ケアを安全に継続して提供できる体制を確保する必要がある。そのためには具体的な暴力・ハラスメント対策をしっかりと行い、在宅医療関係者が安心して医療・ケアの提供を行うことができる安全な職場環境をつくり上げていくことが不可欠である。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

三浦久幸	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部・部長
山岸暁美	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、コミュニティヘルス研究部長
石垣泰則	医療法人社団仁生堂大村病院・院長
小井土雄一	独立行政法人国立病院機構本部 DMAT事務局・DMAT事務局長
小早川義貴	独立行政法人国立病院機構本部DMAT事務局・災害医療専門職
畑吉節未	岐阜保健大学大学院看護学研究科災害看護学領域・教授
太田 凡	京都府立医科大学救急災害医療システム学講座・教授
三浦靖彦	東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部・教授

研究協力者

宮本雄気	京都府立医科大学救急災害医療システム学講座・大学院生
竹下 啓	東海大学医学部基盤診療学系医療倫理学領域・教授
武 ユカリ	森ノ宮医療大学看護学部看護学科在宅看護学領域・准教授
長尾式子	北里大学看護学部臨床看護学領域・教授
三木明子	関西医科大学看護学部精神看護学領域・教授
木棚 究	東京大学医学部附属病院・特任助教
水木麻衣子	東京大学医学部附属病院・特任研究員

A. 研究目的

(研究の目的)

近年、日本において大雨や地震等大規模災害が多く発生しており、災害時に国民の安全が確保されるよう、「令和元年台風第19号を踏まえた高齢者等の避難の在り方について（最終とりまとめ）」（令和2年12月）において、避難行動要支援者名簿及び個別避難計画等の制度面における改善の方向性が示され、災害対策基本法の改正（令和3年5月）により、市町村に避難行動要支援者ごとに個別避難計画の作成が努力義務化されるなどの規定等が創設され、現在取組が進められている。一方、災害時における医療機関の被災状況の確認や医療救護については病院（主に入院）では一定のプロセスが明確化されているものの、在宅医療分野については「災害時における在宅療養患者の安全確保のための調査」（令和元年度厚生労働科学特別研究事業 研究代表者 山中崇）にお

いて在宅療養患者に対する災害時支援に関して、自治体内での災害担当と在宅医療担当の連携は35.5%にとどまるなど、市町村と都道府県の連携を含め支援体制の構築が明確化されていない。地域包括ケアシステムの実現にむけて、在宅医療を提供する診療所等の役割は大きくなるが、災害時や新興感染症の拡大時において医療従事者が濃厚接触者になり診療体制を縮小してしまうことや、在宅医療に携わる医師が殺害される等、訪問診療の提供を中断せざるを得ない事態に、患者や利用者への医療やケアをどう継続させるかについても課題となっている。平時、有事に関わらず、在宅療養患者の安全を守り、医療提供を継続するためには、事業継続計画（Business Continuity Plan: BCP）策定を含む医療安全体制構築のための行政の支援が求められる。

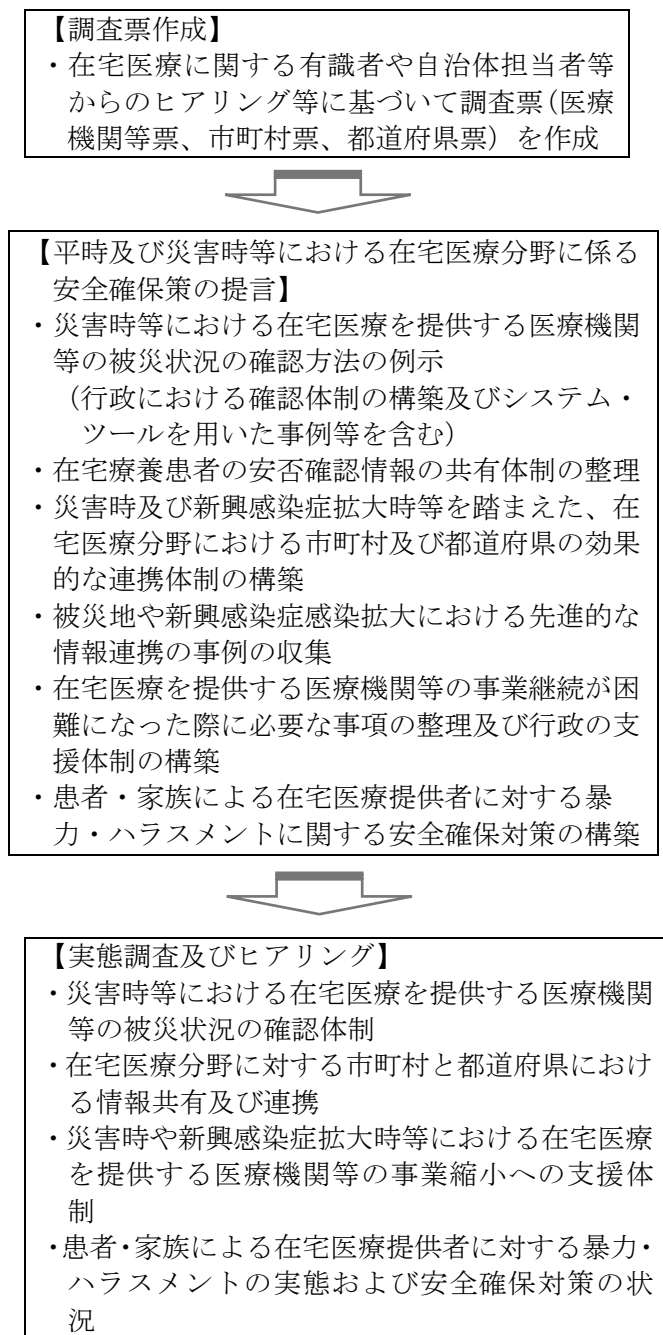
本研究では、災害時や新興感染症拡大時等において、在宅医療提供体制が縮小せざるを得なくなった場合の対策、ならびに在宅医療における医療従事者の、患者や家族等からのハラスメントの実態や安全確保対策について実態調査や好事例分析を行い、行政の支援体制の構築について明確化することを目的とした。また、災害時に支援を要する在宅療養患者に対し、医療を継続して届けられるよう、市町村、都道府県における在宅医療を提供する医療機関等との被災状況の確認方法や、在宅療養患者の安否確認情報の共有方法について現状を調査し、医療提供体制の整備に向けた施策の検討に資するデータを収集して分析した。そして、災害時や新興感染症拡大時等における効率的かつ効果的な在宅医療提供体制の構築について考察した。

(研究の必要性)

本研究により、災害時や新興感染症拡大時等において在宅医療提供体制を縮小せざるを得なくなった場合に必要となる事項を検討することで、在宅療養患者への医療提供の継続に対する行政の支援体制を明確化することができる。また、災害時等における在宅医療を提供する医療機関等との被災状況の確認方法の現状や課題等を明らかにした上で、既存のシステム・ツールを効果的に活用することによって、在宅医療を提供する医療機関等の被災状況を効率的に把握し、早期から復旧・支援を行うことができ、被災していなかった場合には、引き続き在宅医療を担う等、効率的・効果的な判断が可能となる。一方、安否確認情報の共有については、例えば、都道府県の災害時の確認支援体制において、リエゾンを配置するなど保健医療調整本部と市町村が連携し、市町村、都道府県の間で在宅療養患者の安否確認情報が共有されることで、特に人工呼吸器や酸素濃縮機等の医療機器を使用している患者においては、緊急時のサー

ビス提供に係る医療機器メーカーや酸素業者等の業界団体への迅速な対応が可能となるなど、在宅医療分野に係る安全確保策を強化することが出来る。また、在宅医療における医療従事者の患者や家族等からのハラスメントの事例集やマニュアルの作成により、在宅医療における医療従事者の安全確保を強化することができる。

図 1. 研究の流れ



B. 研究方法

災害時及び新興感染症拡大時等における、在宅医療分野への医療提供状況や救護体制を踏まえた、行政の支援体制について実態を把握するため、在宅医療に関する有識者や自治体担当者等からのヒアリング等に基づいて調査票を作成し、行政及び

在宅医療機関等に対してアンケート調査及びインタビュー調査を実施し、データを収集・分析した。

また、患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について、インタビュー調査を実施し、データを収集・分析した。日本在宅医療連合学会のワーキンググループで選考した実施したアンケート調査の結果とあわせて、検討した。

I. 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制について

1. アンケート調査

災害医療に関する有識者等へのヒアリング内容を基に研究代表者と研究分担者がアンケート調査項目を協議し、以下の3項目について調査することとした。

① 災害時における在宅医療を提供する医療機関等の被災状況の確認体制

災害時及び新興感染症拡大時等の影響は地域により異なり、在宅医療分野の体制を含む医療提供体制の整備状況も地域により異なることから、市町村及び都道府県の在宅医療に関する担当者(47都道府県、947市町村)を対象として、災害時における在宅医療を提供する医療機関等(特に診療所)の被災状況の把握方法及び被災が確認された場合の当該医療機関等への支援体制の有無についての郵送アンケート調査を行った。なお、「災害時における在宅療養患者の安全確保のための調査」(令和元年度厚生労働科学特別研究事業 研究代表者山中崇)において全国市区町村を対象として実施した郵送アンケート調査では、特別区、政令指定都市、施行時特例市、中核市の回答率は60~70%、その他の市町村の回答率は32.3%であった。現在、全国の市町村及び特別区を合わせた数は1,747である。信頼水準95%、許容誤差5%として推計すると、316の自治体から回答を得ることができれば、全国の様子が把握できると考えられる。そのため、先行研究と同程度の回答が得られるとして、947市町村を層化無作為抽出して調査した。

② 在宅医療分野に対する市町村と都道府県における情報共有及び連携

①と同様に、市町村及び都道府県の在宅医療に関する担当者を対象としたアンケートを実施し、災害時における安否確認の報告体制について、避難支援者や消防、警察等から市町村への安否情報の共有プロセス及び市町村と都道府県の情報連携について実態を把握した。また、今般の新興感染症拡大時において自宅療養患者に対する診療所医師が医療を提供する際、保健所を含めた市町村と都道府県の情報連携がスムーズに行えた地域を対象としたヒアリングを行い、災害時にも対応可能な

効率的・効果的な市町村と都道府県の連携方法について検討した。

③ 災害時及び新興感染症拡大時等における医療機関等の事業縮小への支援体制

在宅医療を提供する医療機関等（在宅療養支援診療所（以下、「在支診」とする。）を想定）及び都道府県、市町村における在宅医療に関する担当者を対象としたアンケート調査（対象：47 都道府県、947 市町村、2,916 在支診、1,000 訪問看護ステーション）を実施した。在支診に対しては、災害時及び新興感染症拡大時における事業継続の課題やBCPの作成などによる対策の有無、都道府県に対しては、在宅医療を提供する医療機関等が事業継続困難になった際の行政からの支援体制及び予防策について調査を行い、地域医療介護総合確保基金の活用等、在宅医療の事業継続及び有事の際の対策に必要な事項について検討した。

(1) 都道府県、(2) 市区町村、(3) (機能強化型)在宅療養支援診療所、(4) 訪問看護事業所、それぞれを対象とする、上記の項目を盛り込んだ調査票を作成した（表1）。(1) 都道府県、(2) 市区町村、(4) 訪問看護事業所に郵送法で、(3) (機能強化型)在宅療養支援診療所には e-mail でアンケート調査票への回答を依頼した。

(1) 都道府県、(2) 市区町村を対象とするアンケート調査

研究代表者は、調査票を全都道府県、特別区、政令指定都市、施行時特例市、中核市、その他の市のすべて、ならびに町村から無作為抽出した合計 994 都道府県、市区町村の災害・健康危機管理担当者に対して、回答を依頼した。

(3) (機能強化型)在宅療養支援診療所を対象とするアンケート調査

研究代表者は、日本在宅医療連合学会に所属する医師に対して、アンケート調査への協力を求める e-mail を送付するように同学会事務局に依頼した。同学会事務局より、学会に所属する医師 2,916 名に対して e-mail を送付し、アンケート調査への協力を依頼した。

(4) 訪問看護事業所を対象とするアンケート調査
研究代表者は、全国訪問看護事業協会に所属する訪問看護事業所から無作為抽出した合計 1,000 名の管理者に対して、調査票を郵送した。なお、WEBでの回答も可とした。

これらの調査は、令和4年11月～令和5年1月に実施した。

表1. アンケート調査の項目

(1) 都道府県

Q	項目
1	自治体概要 ・危機管理体制で整備している事項

	・健康危機管理における保健所機能
2	医療機関や福祉施設の被災状況の確認体制について ・自然災害発災時の被災状況の確認状況 ・自然災害発災時のEMISの運用
3	在宅療養支援診療所等の無床診療所の被災状況の確認について ・自然災害発災時における、在宅療養支援診療所の被災状況の情報収集の状況 ・自然災害発災における、在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告する仕組みの状況
4	在宅療養患者についての市町村と都道府県における情報共有及び連携 ・自然災害発災時における在宅療養患者の安否確認の実施状況 ・自然災害発災時における、在宅療養患者の安否確認情報を市区町村、保健所と共有する仕組みの有無 ・在宅療養患者の安否確認や安否情報の連携について検討する場として、在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議の活用状況 ・災害時に、市町村と在宅療養患者に関する情報の共有・連携をする際の課題 ・自然災害発災時の在宅療養患者の電源確保に関する対策の状況
5	在宅療養支援診療所の事業継続支援について ・在宅療養支援診療所のBCP作成促進のために実施している事項 ・自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策の状況
6	在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して、困っていること、課題など（自由記載）
7	在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報の連携、共有等で工夫した事項（自由記載）

(2) 市区町村

Q	項目
1	自治体概要 ・危機管理体制で整備している事項 ・健康危機管理における保健所機能（自治体で保健所を設置している自治体のみ）
2	医療機関や福祉施設の被災状況の確認体制について ・自然災害発災時の被災状況の確認状況
3	在宅療養支援診療所等の無床診療所の被災状況の確認について ・自然災害発災時における、在宅療養支援診療所の被災状況の情報収集の状況

	<ul style="list-style-type: none"> 自然災害発災における、在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告する仕組みの有無
4	<p>在宅療養患者についての市町村と都道府県にのける情報共有及び連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 自然災害発災時における在宅療養患者の安否確認の実施状況 自然災害発災時における、在宅療養患者の安否確認情報を保健所、都道府県と共有する仕組みの有無 在宅療養患者の安否確認や安否情報の連携について検討する場として、在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議の活用状況 災害時に、都道府県と在宅療養患者に関する情報の共有・連携をする際の課題 自然災害発災時の在宅療養患者の電源確保に関する対策の状況
5	<p>在宅療養支援診療所の事業継続支援について</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所への医療安全対策と感染管理体制に関する助言指導の状況 在宅療養支援診療所のBCP作成の助言指導の状況 自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策の状況
6	在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して、困っていること、課題など（自由記載）
7	在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報の連携、共有等で工夫した事項（自由記載）

(3) (機能強化型) 在宅療養支援診療所

Q	項目
1	<p>診療所の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療所の郵便番号の上3けた 診療所の種別 職員の体制 併設施設 在宅療養患者の類型 電源確保の必要がある在宅療養患者の有無
2	<p>在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について 在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種（患者の類型別）
3	<p>災害時の在宅療養患者の安否確認について</p> <ul style="list-style-type: none"> これまで大きな災害が発生したときの、在宅療養患者の安否確認の実施状況 今後大災害が発生したとき、在宅療養患者の安否確認を行う予定の有無

4	<p>(機能強化型) 在宅療養支援診療所の安全等管理体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療安全管理体制について 院内感染管理体制について 医薬品の安全使用のための業務管理について 医療機器の保守点検計画の策定と保守点検の実施について
5	<p>(機能強化型) 在宅療養支援診療所における事業継続の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 災害時及び新興感染症対応のBCPマニュアル策定の有無 災害時及び新興感染症対応のBCPマニュアルの定期的な見直しの有無 災害時及び新興感染症対応のBCPマニュアルを使った職員教育の状況 災害時及び新興感染症対応のBCPを活用した災害訓練の実施状況
6	在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して、自治体から必要な支援や、困っていること、課題など（自由記載）
7	在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報の連携、共有等で工夫した事項（自由記載）

(4) 訪問看護事業所

Q	項目
1	<p>訪問看護事業所の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療所の郵便番号の上3けた 事業所の種別 職員の体制 併設施設 在宅療養患者の類型 電源確保の必要がある在宅療養患者の有無
2	<p>在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について 在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種（患者の類型別）
3	<p>災害時の在宅療養患者の安否確認について</p> <ul style="list-style-type: none"> これまで大きな災害が発生したときの、在宅療養患者の安否確認の実施状況 今後大災害が発生したとき、在宅療養患者の安否確認を行う予定の有無
4	<p>訪問看護ステーションの安全等管理体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療安全管理体制について 院内感染管理体制について
5	<p>訪問看護ステーションにおける事業継続の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 災害時及び新興感染症対応のBCPマニュアル策定の有無

	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時及び新興感染症対応のBCPマニュアルの定期的な見直しの有無 ・災害時及び新興感染症対応のBCPマニュアルを使った職員教育の状況 ・災害時及び新興感染症対応のBCPを活用した災害訓練の実施状況
6	在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して、困っていること、課題など（自由記載）
7	在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報の連携、共有等で工夫した事項（自由記載）

2. インタビュー調査

先進的な取組を行っている市町村や近年、災害対応を行った市町村、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、学会に所属する有識者を対象としたヒアリングを実施し（表2）、効率的・効果的な災害時の行政の支援体制や被災状況の確認方法について調査及び分析を行った。

表2. インタビュー調査の項目

(1) 都道府県、市区町村

Q	内容
1	災害時等における在宅医療を提供する医療機関等の被災状況の確認体制
2	在宅医療分野に対する市町村と都道府県における情報共有及び連携
3	災害時及び新興感染症拡大時、事故等による在宅療養支援診療所等の事業縮小への支援体制
4	災害における先進的な情報連携の取り組み
5	新型コロナウイルス感染症の対応で、保健所、自治体、在宅療養支援診療所の連携がうまくいった好対応事例

(2) 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、学会

Q	内容
1	事業継続困難を想定した取り組みについて
2	新型コロナウイルス感染症における取り組み、保健所、自治体との連携
3	診療における安全対策等
4	上記以外
以下、学会関係者のみ	
5	事業継続困難を想定した取り組み
6	新型コロナウイルス感染症における在宅療養支援診療所、保健所、自治体との連携について

アンケート調査及びインタビュー調査を通して、在宅医療を提供する医療機関等への速やかな支援

体制の構築に必要な事項について整理して、検討した。

II. 患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について

日本在宅医療連合学会 在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメント対策検討ワーキンググループが「在宅医療・介護現場における患者及び家族からの暴力・ハラスメントに関する実態調査」をすでに実施していることから、実態調査ではなく、在宅医療関係者の安全を確保するための対策について、研究分担者と研究協力者の計5名がWebインタビュー調査を行った。

調査期間を2022年12月～2023年3月とし、機縁法で協力を得られた総計44名に、1回あたり1～5名を対象として14回、インタビュー調査を実施した。対象者には本研究の趣旨を説明し、「自分自身には暴力・ハラスメントの体験がない」という人も含めることとした。

インタビュー項目は、1) 患者・家族からの暴力・ハラスメントの事例（緊急重大案件）について、2) 現在実施している暴力・ハラスメント対策について、3) 有効と考えられる暴力・ハラスメント対策について、とした。

インタビュー内容は、対象者の承諾を得て録音し、専門業者に委託して逐語録を作成した後、研究班で分析した。

表3. インタビュー調査の項目

Q	項目
1	患者、家族から受ける暴力・ハラスメントの実態（緊急重大案件） ・警察へ通報、相談した、あるいは通報、相談しなかったケース ・複数の事業所、関係施設を巻き込んで問題になったケース
2	実施している暴力・ハラスメント対策 ・緊急重大案件や事件をきっかけに、組織として何か影響はあったか。組織はどのように変わったか。
3	有効と考えられる暴力・ハラスメント対策 ・職能団体、学会などに対する要望 ・地方自治体などに対する要望 ・国、行政、警察などに対する要望 ・報道関係機関などに対する要望

（倫理面への配慮）

東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て研究を実施した（2022125NI、2022125NI-（1））。

C 研究結果

I. 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制について

1. アンケート調査（アンケート調査報告書）

有効回答（回収率）は、都道府県 29 票（61.7%）、市区町村 196 票（20.7%）、在宅療養支援診療所 18 票（0.6%）、訪問看護事業所 138 票（13.8%）であった。

表 4. アンケート調査の回答数

	送付数	回収数	回収率
都道府県	47	29	61.7%
市区町村	947	196	20.7%
在宅療養支援診療所	2,916	18	0.6%
訪問看護事業所	1,000	138	13.8%

(1) 都道府県及び市区町村

1) 自治体概要

①危機管理体制の整備状況

危機管理体制の整備について、実施している事項は、都道府県、市区町村ともに、「危機管理担当部署の設置」が最も多く、それぞれ 96.3% (n=26)、96.4% (n=189)、次いで「危機発生時の体制移行する手順の策定」が都道府県 92.6% (n=25)、市区町村 75.5% (n=148) であった。

②健康危機管理における保健所機能

健康危機管理における保健所機能は、都道府県、市区町村ともに「健康危機管理の拠点」と「健康危機発生時の状況把握」が同率で最も多く、それぞれ 100.0% (n=27)、84.8% (n=39) であった。次いで都道府県は「関係機関等との連携の確保（調整会議の設置）および非常時の役割分担の整理」が 85.2% (n=23)、「住民に対する幅広い相談対応」81.5% (n=22)、市区町村は「監視業務等による健康危機発生防止」と「住民に対する幅広い相談対応」が同率で 73.9% (n=34) であった。

2) 医療機関や福祉施設の被災状況の確認体制について

①自然災害発災時の被災状況の確認状況（複数回答）

自然災害発災時の被災状況の確認について、都道府県は「病院の被災状況の確認をしている」が最も多く 100.0% (n=27)、次いで「介護施設の被災状況を確認している」が 77.8% (n=21) であった。市区町村は、「介護施設の被災状況を確認している」が最も多く 67.0% (n=130)、次いで「病院の被災状況の確認をしている」が 63.4% (n=123) であった。

②自然災害発災時の EMIS の運用状況（複数回答）

都道府県における自然災害発生時の EMIS（広域災害・救急医療情報システム）の運用について、「病

院の被災状況を把握している」が最も多く 100.0% (n=27)、次いで「有床診療所の被災状況を把握している」が 33.3% (n=9) であった。

3) 在宅療養支援診療所等の無床診療所の被災状況の確認について

①自然災害発災時における（機能強化型）在宅療養支援診療所の被災状況の情報収集（複数回答）

自然災害発生時における（機能強化型）在宅療養支援診療所の被災状況の情報収集について、都道府県は「無床診療所の被災状況は把握していない」が最も多く 40.7% (n=11)、次いで「都道府県が主体となって情報収集を行っている」が 33.3% (n=9) であった。

市区町村は、「行っていない」が最も多く 69.3% (n=131)、次いで「行っている」が 17.5% (n=33) であった。

②自然災害発災時における（機能強化型）在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告するような仕組み（単数回答）

自然災害発災時における（機能強化型）在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告するような仕組みは、都道府県は「ある」が 63.0% (n=17)、「なし」が 37.0% (n=10) に対し、市区町村は「ある」が 16.8% (n=33)、「なし」が 83.2% (n=163) であった。

③在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告する仕組み（複数回答）

自然災害発生時における（機能強化型）在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告するような仕組みが「ある」と回答した自治体について、どのような場合に報告するようになっているか尋ねたところ、「被災の大きさによらず、確認した内容を報告してもらう」は、都道府県が 62.5% (n=10) に対し、市区町村は 35.7% (n=10) であった。「市町村が病床確保や DMAT、自衛隊の支援が必要と判断した場合」は、都道府県が 12.5% (n=2) に対し、市区町村は 32.1% (n=9) であった。

④市町村が被災状況を把握した後の情報共有（複数回答）

自然災害発生時における（機能強化型）在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告するような仕組みが「ある」と回答した自治体について、市町村が被災状況を把握した後にどのような情報共有を行っているか尋ねたところ、都道府県は「保健所長に報告する」と「市区町村、保健所の担当者から都道府県の担当部署に報告する」が同率で最も多く 56.3% (n=9) であった。市区町村は「市区町村、保健所の担当者から都道府県の担当部署に報告する」が最も多く

53.1% (n=17)、次いで「保健所長に報告する」34.4% (n=11)であった。

4) 在宅療養患者についての市町村と都道府県における情報共有及び連携

①自然災害発災時の在宅療養患者の安否確認状況（複数回答）

自然災害発生時の在宅療養患者の安否確認について、都道府県、市区町村ともに「市町村が安否確認を行っている」が最も多く、それぞれ75.0% (n=18)、49.0% (n=74)、次いで「保健所が安否確認を行っている」がそれぞれ58.3% (n=14)、23.2% (n=35)であった。

②自然災害発災時に市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報（複数回答）

自然災害発生時に、市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報について、都道府県は「在宅療養患者」が最も多く22.2% (n=4)、次いで「その他の名簿」と「入院が必要な患者」が16.7% (n=3)であった。市区町村は「避難行動要支援者名簿」が最も多く50.6% (n=45)、次いで「個別支援計画」が19.1% (n=17)であった。

③自然災害発災時に市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報の範囲（複数回答）

自然災害発生時に市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報の範囲は、都道府県、市区町村ともに「市町村、保健所の担当者から都道府県の担当部署に報告する」が最も多く、それぞれ68.8% (n=11)、48.7% (n=38)、次いで「地域災害医療対策会議で共有をする」がそれぞれ25.0% (n=4)、12.8% (n=10)であった。

④在宅療養患者の安否確認や安否確認情報の連携について検討する場として在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議を活用しているか（単数回答）

在宅療養患者の安否確認や安否確認情報の連携について検討する場として在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議を活用しているか否かについて、都道府県は「活用している」26.9% (n=7)、「活用していない」65.4% (n=17)であった。市区町村は「活用している」39.8% (n=78)、「活用していない」60.2% (n=118)であった。

⑤在宅医療・介護連携推進事業における在宅療養患者の安否確認の検討状況（単数回答）

在宅医療・介護連携推進事業における在宅療養患者の安否確認の検討状況について、都道府県、市区町村ともに「在宅医療・介護連携推進事業において安否確認の方法について検討していない」が最も多く、それぞれ85.7% (n=6)、66.7% (n=32)であった。

⑥地域ケア会議における在宅療養患者の安否確認の検討状況（単数回答）

地域ケア会議における在宅療養患者の安否確認の検討状況について、都道府県、市区町村ともに「地域ケア会議の場を活用して災害時の安否確認の方法について検討していない」が最も多く、それぞれ100.0% (n=7)、58.3% (n=28)であった。

⑦安否確認情報の部署間での連携状況（複数回答）

安否確認情報の部署間での連携状況は、都道府県、市区町村ともに「部署を越えての情報共有は行っていない」が最も多く、それぞれ100.0% (n=7)、57.4% (n=39)であった。

⑧災害時に都道府県と市区町村で在宅療養患者に関する情報共有・連携を行う際の課題（単数回答）

災害時に都道府県と市区町村で在宅療養患者に関する情報共有・連携を行う際の課題の有無は、都道府県、市区町村ともに「ある」が最も多く、それぞれ75.0% (n=18)、66.3% (n=116)であった。

⑨自然災害発災時の在宅療養患者の電源確保に関する対策（単数回答）

自然災害発災時の在宅療養患者の電源確保に関する対策状況は、以下の通りであった。

・県の電源確保事業における対策：都道府県、市区町村ともに「ない」が最も多く、55.6% (n=15)、83.3% (n=125)であった。

・医療機器メーカー・保守点検事業者との連携：都道府県、市区町村ともに「なし」が最も多く、70.8% (n=17)、89.9% (n=143)であった。

・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションとの連携：都道府県、市区町村ともに「ない」が最も多く、81.8% (n=18)、89.2% (n=140)であった。

・その他の支援：都道府県、市区町村ともに「なし」が最も多く、78.9% (n=15)、72.9% (n=113)であった。

5) (機能強化型) 在宅療養支援診療所の事業継続支援について

①都道府県が(機能強化型)在宅療養支援診療所のBCP(事業継続計画)作成促進のために実施していること

都道府県が、(機能強化型)在宅療養支援診療所のBCP(事業継続計画)作成促進のために実施していることは、「ある」が29.6% (n=8)、「なし」が最も多く70.4% (n=19)であった。

「ある」と回答した自治体について、実施内容を伺ったところ、「BCPを作成するように医療計画に対策を明記している」が2件、「都道府県が直接在宅療養支援診療所に対し指導する機会がある」が1件であった。

②市区町村における(機能強化型)在宅療養支援診療所の医療安全対策と感染管理体制に関する助言指導の実施状況

市区町村における(機能強化型)在宅療養支援診療所への医療安全対策と感染管理体制に関する助言指導の実施状況は、「実施している」が8.1%

(n=15)、「実施していない」が91.9% (n=170)であった。

「実施している」自治体について、その「実施時期」及び「助言指導の内容」について伺ったところ、「実施時期」については「立入検査時」が最も多く89.0% (n=12)、「助言指導の内容」については「医療安全管理指針の策定」、「院内感染対策指針の策定」、「医薬品の安全使用のための業務手順書の策定」、「医療機器の保守点検計画の策定と保守点検の実施」が同率で92.9% (n=13)であった。

③市区町村における(機能強化型)在宅療養支援診療所のBCP作成助言指導の実施状況

市区町村において(機能強化型)在宅療養支援診療所へのBCP(事業継続計画)作成の助言指導の実施状況は、「実施している」が0.5% (n=1)、「実施していない」が99.5% (n=186)であった。「実施している」自治体について、その「助言指導の時期」及び「助言指導の内容」について伺ったところ、「助言指導の時期」については「立入検査時」が1件、「助言指導の内容」については「災害時の備えについて情報提供」と「避難行動要支援者名簿や個別支援計画立案の情報提供」がそれぞれ1件であった。

④自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策

都道府県における、自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策について、「支援体制がある」は33.3% (n=9)、「支援体制はない」は63.0% (n=17)であった。

「支援体制がある」自治体について、「支援を実施する主たる部署」を訪ねたところ、「都道府県」が最も多く87.5% (n=7)であった。「支援体制づくり」については、「人材の確保」が最も多く42.9% (n=3)であった。「支援の内容」については、「県がDMAT等に診療継続の支援を依頼する」が最も多く75.0% (n=6)、「次いで「県が病院への入院等を調整する」が37.5% (n=3)であった。

⑤市区町村における自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策について、「ある」と回答した自治体は11.0% (n=20)、「なし」は89.0% (n=162)であった。

対策が「ある」と回答した自治体について、「実施する部署」を訪ねたところ、「市区町村」が最も多く73.3% (n=11)であった。「支援体制づくり」については、「在宅医療・介護連携推進事業において協議する」が最も多く62.5% (n=10)であった。

「支援の内容」については、「県に診療継続の支援を依頼する(DMAT等)」が最も多く66.7% (n=12)、「次いで「医師会に診療継続の支援を依頼する」が44.4% (n=8)であった。

(3)在宅療養支援診療所

1)診療所の概要

①診療所の種別(単数回答)

回答施設の診療所種別は、50.0%が「機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)」、27.8%が「機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)」で、「在宅療養支援診療所」は22.2%であった。

②職員の体制

常勤職員数(単数回答)

回答施設の常勤医師数は、「1人」が最も多く33.3% (n=6)、「次いで「5人以上」が27.8% (n=5)、「平均は3.28人であった。常勤看護師数は「5人以上」が最も多く38.9% (n=7)、「次いで「1人」22.2% (n=4)、「平均は6.72人。常勤その他職員数は「5人以上」が最も多く44.4% (n=8)、「次いで「1人」および「2人」がそれぞれ22.2% (n=4)、「平均は10.0人であった。

非常勤職員数(単数回答)

回答施設の非常勤医師数は、「5人以上」が最も多く44.4% (n=8)、「次いで「1人」が22.2% (n=4)、「平均は4.89人であった。非常勤看護師数は「0人」が最も多く50.0% (n=9)、「平均は1.78人。非常勤その他職員数は「0人」および「1人」が最も多く27.8% (n=5)、「次いで「3人」が16.7% (n=3)、「平均は2.94人であった。

③併設施設(複数回答)

回答施設の併設施設は、「有床・無床診療所」が最も多く55.6% (n=5)、「次いで「病院」、「介護老人保健施設」、「サービス付き高齢者向け住宅」がそれぞれ22.2% (n=2)であった。

④在宅療養患者の類型

回答施設の在宅療養患者について、「在宅療養開始となった疾患・病態等」で上位3位を伺ったところ、1位は「認知症」が最も多く38.9% (n=7)、「次いで「がん(悪性腫瘍)」が33.3% (n=6)、「神経筋疾患」16.7% (n=3)であった。2位については「がん(悪性腫瘍)」が最も多く33.3% (n=6)、「次いで「認知症」が22.2% (n=4)、「神経筋疾患」16.7% (n=3)であった。3位については「臓器不全」が最も多く38.9% (n=7)、「次いで「がん(悪性腫瘍)」が27.8% (n=5)、「神経筋疾患」16.7% (n=3)であった。

⑤電源確保の必要がある在宅療養患者の有無(単数回答)

回答施設における電源確保の必要がある在宅療養患者の有無について、「在宅人工呼吸療法患者」は「有」が72.2% (n=13)、「在宅酸素療法患者」は「有」が94.4% (n=17)、「その他電源確保が必須の在宅療養患者」は「有」が77.8% (n=14)であった。

2)在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について

①在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について（複数回答）

在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について、「在宅療養患者に名簿登録を勧めていない」および「避難行動要支援者名簿の存在を知らない」が最も多く 38.9% (n=7) であった。

②在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種（複数回答）

在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種は、以下の通りであった。

	1位	2位	3位
難病患者	看護師 77.8% (n=14)	ケアマネジャー 77.8% (n=14)	医師 72.2% (n=13)
障がい者	ケアマネジャー 72.2% (n=13)	看護師 66.7% (n=12)	市区町村の担当者 66.7% (n=12)
要支援・要介護認定者	ケアマネジャー 88.9% (n=16)	医師 61.1% (n=11)	看護師 61.1% (n=11)
医療的ケア児	看護師 88.9% (n=16)	医師 83.3% (n=15)	市区町村の担当者 66.7% (n=12)
単身の在宅療養患者	ケアマネジャー 100.0% (n=18)	看護師 77.8% (n=14)	医師 61.1% (n=11)
在宅人工呼吸療法患者	看護師 94.4% (n=17)	医師 88.9% (n=16)	ケアマネジャー 66.7% (n=12)
在宅酸素療法患者	看護師 94.4% (n=17)	医師 77.8% (n=14)	ケアマネジャー 77.8% (n=14)
その他電源確保が必須の在宅療養患者	看護師 88.9% (n=16)	医師 77.8% (n=14)	ケアマネジャー 77.8% (n=14)
上記以外の在宅療養患者	ケアマネジャー 88.9% (n=16)	医師 61.1% (n=11)	看護師 61.1% (n=11)

3) 災害時の在宅療養患者の安否確認について

①過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認の実施実態（単数回答）

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認においては、「安否確認を行った」が最も多く 55.6% (n=10)、次いで「安否確認をするような災害は経験していない」が 44.4% (n=8) であった。

②安否確認方法の決め方（複数回答）

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認において、「安否確認を行った」と回答した方を対象に、安否確認方法の決め方を伺った。その結果、「発災後に関係者の間で連絡を取り合って役割分担した」が最も多く 50.0% (n=7) であった。

③安否確認の方法（複数回答）

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認において、「安否確認を行った」と回答した方を対象に安否確認の方法を伺った。その結果、「在宅療養患者や家族に電話」が最も多く 86.7% (n=13)、次いで「在宅療養患者や家族にメールや SNS で連絡」が 53.3% (n=8) であった。

④安否確認で困ったこと（複数回答）

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認において、「安否確認を行った」と回答し

た方を対象に安否確認で困ったことを伺った。その結果、「在宅療養患者と連絡が取れなかった」が最も多く 70.0% (n=7)、次いで「安否確認の内容をスタッフ間で共有するのが困難だった」が 40.0% (n=4) であった。

⑤今後大災害が発生した際、在宅療養患者の安否確認を行う予定か

今後、大災害が発生したとき、在宅療養患者の安否確認を行うか否かについて、「安否確認を行う予定であるが、具体的な方法は検討中」が最も多く 72.2% (n=13)、次いで「安否確認を行う予定で、具体的な方法を決めている」が 22.2% (n=4) であった。

4) 在宅療養支援診療所・機能強化型在宅療養支援診療所の安全管理体制について

①医療安全管理体制（患者安全、従業員の安全対策）（複数回答）

自院の医療安全管理体制について、「医療安全管理の担当者がある」が最も多く 55.6% (n=10)、次いで「医療安全管理指針の策定をしている」が 50.0% (n=9) であった。

②院内感染管理体制（複数回答）

自院の院内感染管理体制について、「院内感染対策指針の策定をしている」が最も多く 72.2% (n=13)、次いで「感染管理の担当者がある」が 61.1% (n=11)、「院内感染の考え方や必要事項について職員等への教育をしている」が 55.6% (n=10) であった。

③医薬品の安全使用のための業務管理について（複数回答）

自院の医薬品の安全使用のための業務管理について、「医薬品の安全使用について職員等へ教育をしている」が最も多く 52.9% (n=9)、次いで「医薬品の安全使用のための業務手順書の策定をしている」が 41.2% (n=7) であった。

④医療機器の保守点検計画の策定と保守点検の実施について（複数回答）

自院の医療機器の保守点検計画の策定と保守点検の実施について、「医療機器の保守点検計画の策定と保守点検を実施している」が最も多く 72.2% (n=13)、次いで「医療機器の取り扱い、保守点検の必要性について職員等へ教育をしている」が 61.1% (n=11) であった。

5) 在宅療養支援診療所・機能強化型在宅療養支援診療所の事業継続の課題

①災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアル策定の状況（単数回答）

災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアル策定状況について、「策定している」および「策定していない」が半々であった。

②災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）

マニュアルの定期見直し状況（単数回答）

災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアルの定期的な見直しについて、「見直しをしていない」が64.7%（n=11）、「見直しをしている」は35.3%（n=6）であった。

③災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアルを使用した職員教育（単数回答）

災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアルを使用した職員教育について、「行っていない」が64.7%（n=11）、「行っている」は35.3%（n=6）であった。

④災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）を活用した災害訓練の実施状況（単数回答）

災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアルを活用した災害訓練の実施状況について、「実施していない」が72.2%（n=13）、「実施している」は27.8%（n=5）であった。

（4）訪問看護事業所

1) 事業所の概要

①事業所の種別

回答施設の事業所種別は、「訪問看護ステーション」が最も多く95.7%（n=132）であった。

②職員の体制

・常勤職員数

回答施設の常勤職員数は「10人以上」が最も多く26.9%（n=36）、平均7.75人であった。常勤看護師数は「4人」が最も多く15.3%（n=20）、平均3.38人であった。常勤准看護師数は「0人」が最も多く68.2%（n=45）、平均0.50人であった。常勤理学療法士数は「0人」が最も多く28.9%（n=24）、平均1.63人であった。常勤作業療法士数は「0人」が最も多く45.3%（n=34）、平均0.97人であった。常勤言語聴覚士数は「0人」が最も多く82.5%（n=47）、平均0.19人であった。

・非常勤職員数

回答施設の非常勤職員数（合計）は「6人以上」が最も多く22.8%（n=28）、平均4.15人であった。非常勤看護師数は「1人」が最も多く23.7%（n=27）、平均3.05人であった。非常勤准看護師数は「0人」が最も多く75.8%（n=47）、平均0.37人であった。非常勤理学療法士数は「0人」が最も多く61.8%（n=42）、平均0.78人であった。非常勤作業療法士数は「0人」が最も多く74.2%（n=46）、平均0.42人であった。非常勤言語聴覚士数は「0人」が最も多く79.7%（n=47）、平均0.24人であった。

③併設施設（複数回答）

回答施設の併設施設は、「病院」28.9%（n=26）、「福祉施設」27.8%（n=25）、「有床・無床診療所」20.0%（n=18）であった。「福祉施設」の種類は、「介護老人保健施設」が最も多く54.2%（n=13）であった。

④在宅療養患者の類型

回答施設の在宅療養患者について、「在宅療養開始となった疾患・病態等」で上位3位を伺ったところ、1位は「認知症」が最も多く25.7%（n=35）、次いで「がん（悪性腫瘍）」が22.8%（n=31）、「精神疾患」14.7%（n=20）であった。2位については「認知症」が最も多く29.1%（n=39）、次いで「がん（悪性腫瘍）」が17.9%（n=24）、「神経筋疾患」14.9%（n=20）であった。3位については「認知症」が最も多く18.5%（n=24）、次いで「神経筋疾患」が16.2%（n=21）、「がん（悪性腫瘍）」15.4%（n=20）であった。

⑤電源確保の必要がある在宅療養患者の有無（単数回答）

回答施設における電源確保の必要がある在宅療養患者の有無について、「在宅人工呼吸療法患者」は「有」が53.5%（n=69）、「在宅酸素療法患者」は「有」が85.2%（n=115）、「その他電源確保が必須の在宅療養患者」は「有」が58.0%（n=69）であった。

2) 在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について

①在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について（複数回答）

在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について、「避難行動要支援者名簿の存在を知らない」が最も多く42.2%（n=54）、次いで「在宅療養患者に名簿登録を勧めている」が27.3%（n=35）であった。

②在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種（複数回答）

在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種は、以下の通りであった。

	1位	2位	3位
難病患者	看護師 86.5% (n=115)	医師 78.2% (n=104)	ケアマネジャー 72.9% (n=97)
障がい者	看護師 75.8% (n=100)	ケアマネジャー 62.1% (n=82)	市区町村の担当者 56.8% (n=75)
要支援・要介護 認定者	ケアマネジャー 92.5% (n=124)	看護師 75.4% (n=101)	介護職 52.2% (n=70)
医療的ケア児	看護師 88.5% (n=115)	医師 84.6% (n=110)	保健師 50.0% (n=65)
単身の在宅療養 患者	ケアマネジャー 85.1% (n=114)	看護師 81.3% (n=109)	医師 54.5% (n=73)
在宅人工呼吸療 法患者	看護師 91.0% (n=122)	医師 88.1% (n=118)	ケアマネジャー 61.2% (n=82)
在宅酸素療法患 者	看護師 91.0% (n=122)	医師 83.6% (n=112)	ケアマネジャー 53.7% (n=72)
その他電源確 保が必須の在 宅療養患者	看護師 87.5% (n=112)	医師 71.9% (n=92)	ケアマネジャー 71.1% (n=91)
上記以外の在宅 療養患者	看護師 80.0% (n=100)	医師 76.8% (n=96)	ケアマネジャー 61.6% (n=77)

3) 災害時の在宅療養患者の安否確認について

①過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認の実施実態（単数回答）

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の

安否確認について、「安否確認を行った」が最も多く 58.0% (n=80)、次いで「安否確認をするような災害は経験していない」が 42.0% (n=58) であった。

②安否確認方法の決め方（複数回答）

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認方法の決め方について、「安否確認を行った」と回答した方を対象に伺った。その結果、「発災後に関係者の間で連絡を取り合って役割分担した」が最も多く 65.2% (n=45) であった。

③安否確認の方法（複数回答）

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認の方法について、「安否確認を行った」と回答した方を対象に伺った。その結果、「在宅療養患者や家族に電話」が最も多く 98.7% (n=75) であった。

④安否確認で困ったこと（複数回答）

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認で困ったことについて、「安否確認を行った」と回答した方を対象に伺った。その結果、「在宅療養患者と連絡が取れなかった」が最も多く 70.4% (n=38) であった。

⑤今後大災害が発生した際、在宅療養患者の安否確認を行う予定か

今後、大災害が発生したとき、在宅療養患者の安否確認を行うか否かについて、「安否確認を行う予定であるが、具体的な方法は検討中」が最も多く 68.4% (n=91)、次いで「安否確認を行う予定で、具体的な方法を決めている」が 23.3% (n=31) であった。

4) 訪問看護ステーションの安全管理体制について

①自施設の医療安全管理体制（複数回答）

自施設の医療安全管理体制について、「医療安全の考え方や必要事項について職員等への教育をしている」が最も多く 57.7% (n=79)、次いで「医療安全の担当者がある」が 49.6% (n=68)、「医療安全管理指針の策定をしている」45.3% (n=62) であった。

②自施設の院内感染管理体制（複数回答）

自施設の院内感染管理体制について、「院内感染の考え方や必要事項について職員等への教育をしている」が最も多く 68.9% (n=91)、次いで「院内感染対策指針の策定をしている」が 56.8% (n=75)、「感染管理の担当者がある」56.1% (n=74) であった。

5) 訪問看護ステーションの事業継続の課題

①災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアル策定の状況（単数回答）

災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアル策定状況について、「策定している」53.4% (n=71)、「策定していない」46.6% (n=62)

であった。

②災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアルの定期見直し状況（単数回答）

災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアルの定期的な見直しについて、「見直しをしている」48.3% (n=58)、「見直しをしていない」51.7% (n=62) とほぼ同数であった。

③災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアルを使用した職員教育（単数回答）

災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアルを使用した職員教育について、「行っている」46.3% (n=57)、「行っていない」53.7% (n=66) であった。

④災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）を活用した災害訓練の実施状況（単数回答）

災害時及び新興感染症対応のBCP（事業継続計画）マニュアルを活用した災害訓練の実施状況について、「実施している」33.1% (n=40)、「行っていない」66.9% (n=81) であった。

2. インタビュー調査

(1) 被災経験を持つ訪問看護ステーションの先駆的取組の検討（畑、分担研究報告書-1）

インタビューを通して次の4つの先駆的取組を得た。4つの取組は、ステーション間での相互補完の連携体制の強化、看護小規模多機能型居宅介護（以下「看多機」と呼ぶ）を活用した福祉避難所の設置・運営による拠点性の強化、県看護協会系列の訪問看護ステーションの組織の強化、連絡協議会のブロック単位の連携体制による支援の強化であった。

[取組1]ステーション間での相互補完による連携体制の強化

（概要）

・東日本大震災の被災地での被災経験をもとに、連絡協議会が中心となって、災害などでスタッフの確保が出来ない場合など、ステーションの業務継続が難しい場面に備えて、ブロックごとに地区内の隣接するステーションで助け合う体制を構築している。

[取組2]看多機を活用した福祉避難所の設置・運営による拠点性の強化

（概要）

・経営する看多機を福祉避難所として災害時などの拠点にして、地域で暮らすさまざまな利用者に対応しつつ業務継続を可能にする仕組みをつくることにした。

[取組3]県看護協会系列の訪問看護ステーションの組織の強化

（概要）

・看護協会が持つ事業所の業務継続を図るためには個別の事業所の業務継続を考えるだけでなく、法人内での連携やネットワークに着目した法人としての組織的な取組を加えた業務継続計画を検討している。

[取組 4] 連絡協議会のブロック単位の連携体制による支援の強化

(概要)

・ペア・ステーションを平時から決め、被災の有無の確認をするケースや、自分の事業所の人員では賄えないケースへの対応パターンを用意し、いつでも情報や手順書など渡せるよう更新し備えている。

(2) 災害医療の視点からみた災害時在宅医療分野の整備 (小早川、小井土、分担研究報告書-2)

災害医療の視点からみた災害時在宅医療分野の整備の観点から、新型コロナウイルス感染症の拡大時、平成 30 年西日本豪雨、東日本大震災および福島第 1 原子力発電所 (1F) 事故の各事例のインタビュー調査を実施した。

1) 新型コロナウイルス感染症の拡大時

A 保健所 (都道府県型) および B 訪問診療所 (概要)

A 保健所：所長および往診調整等担当保健師
災害時対応

- ・在宅医療の観点から情報は収集されていない
- ・避難行動要支援者名簿は、市町村の防災・危機管理部局の業務であり、医療・保健を担当する部局と共有されないことがある。
- ・個別支援計画の作成は進んでいない。
- ・在宅療養患者の重症度別分布は、リアルタイムに把握できていない
- ・災害時には医療機関の優先順位があるため、全ての診療所の被災状況を把握するのは難しい。
- ・在宅療養患者が避難、受診するときの移動手段は大きな課題である。
- ・危機管理部局と保健医療を担当する部局は建物別でありコミュニケーションが取りづらい。
- ・都道府県の地域医療計画に在宅医療の項目はあるが、保健所では在宅医療に特化して対応していない。
- ・国や保健所のレベルで、共通認識を持つことが重要である。しっかり連携しないと現場が混乱する。

新型コロナウイルス感染症対応

- ・新型コロナウイルス感染症の対応で、在宅医療の重要性を身に染みて感じた。病院と同等に扱わなくてはならない。
- ・在宅診療医が保健所と協力し、入院困難な中等症以上の新型コロナウイルス陽性患者の診療を行っ

た。

・新型コロナウイルス感染症が拡大した時は、市町村も保健所業務に柔軟に協力をしてくれた。

・都道府県と保健所が新型コロナウイルス対応で常に ZOOM 等でミーティングをしていたので、今まで以上に関係が近くなった。

・保健所は「24 時間・長期」にわたって対応する体制になっていない。デルタ株でみるみる状態が悪くなる患者がいる中で、電話で聞き取るだけでは対応が難しかった。外部支援医師が保健所に来ることで、臨床的な対応が可能になった。地域の医師と交渉し、治療方針等を明確にした。

・市町村と保健所で、患者の個人情報も加味した上でどこまで情報共有をするか意見の相違があった

・目の前に医療が必要な人がいたため、普段であれば何年もかかるようなことが、瞬間的にできた。

・標準的な対応方法、目標や方策があると、連携が進む。

・第 4 波の初期に B 訪問診療所と今後の患者発生見込みと医療人材の不足について協議し、医師や看護師の応援調整をしたのは有益であった。

・B 診療所はお願いをすると全例対応をしていただけた。

・NGO による看護師支援は夜でも対応が可能で B 診療所の負担軽減に役立った。

・新型コロナウイルス感染症の対応をして医師会、市町村で勉強会をするなど連携の動きがでた。在宅療養の認識は深まった。

・平時の在宅医療体制をしっかり構築しないと、緊急時、危機のときに対応するは大変である。

・診療所がそれぞれ独立しているから、地域で危急の事態が起きたときに、まとめるは難しい。

・在宅医療を行う医師がどの地域でも 1 人か 2 人で対応が難しい。訪問看護師は重要。

・B 診療所：診療所長

(概要)

災害時対応

・事業継続が困難な状況として、洪水等を想定している。BCP は作成中。

・地域災害の対策会議は保健所が中心であり、令和 4 年 7 月 22 日科発 0722 第 2 号大臣官房厚生科学課長他連名通知「大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について」で、保健医療福祉調整本部も地域の保健医療の調整本部は保健所が中心と整理されている。

・保健所は、基本的には一人のところが多いため、外部支援を適切に入れなくてはならない。

・保健所長は兼務の地区もある。保健所長が常駐していない保健所に関しては、地域の災害コーディネーターや外部支援により、臨床医としての機能を補充するしかない。

・非常時は、基本トップダウンで行うのがよい。保

健所がある程度強制力を持って、地域の医師などを動員できるような体制にしておくのがよいが、現在そういう体制になっていない。

・保健所の枠組みが使えると思うので、そこに専門家が入り、その都度指図するっていうのがよい。常時対応できるようにするのは、コストがかかる。

新型コロナウイルス感染症対応

・新型コロナウイルス感染症の拡大時において、保健所と連携して、入院できない患者対応を行った。
・医師が複数名いる。職員の新型コロナウイルス感染はあったが、時間差があったので自施設で対応が可能であった。

・往診をしている医療機関がお互いをカバーするのは難しい。

・一人で独立している事業所が、グループを形成して強化型となり、協力し合うという制度はある。

・新型コロナウイルス感染症が拡大した時、保健所とコミュニケーションをとるようになった。普段、連携する仕事はそれほどない。

・平時、市町村との連携はそれほどない。

・新型コロナウイルス感染症が拡大したとき、往診で診療所のカルテを使用したが、保健所への情報提供の書式もあり煩雑であった。往診したとき、メールで送信するファイルに、パスワードを設定する作業は手間がかかり、負担が大きかった。

・新型コロナウイルス感染症の拡大時は、基本的に保健所から頼まれた患者さんを診療するというシンプルなものであった。

・今回はハードであったが、キャパシティオーバーにはならなかった。キャパシティを超えたら断るしかない。

・指揮命令系統、計画性を持って実現できたというよりは、対処していったら、結果的にうまくいったという感じである。

・平時に保健所が通常医療を行わない状況で、住民の健康管理、医療の問題を扱わなくてはいけないところが、無理な仕組みである。新型コロナウイルス感染症の患者を家で健康管理するのは純粋な医療の業務。普段から家で患者さんを診療している人しか診療できない。A保健所は保健所長が兼務で、医師が常駐しておらず、日常的に患者のケアをしていなかったのも、オペレーションは厳しかった。

・保健所長は、病院では院長に相当する。保健所長の下に医者が複数いないと、外部との交渉やマネージメントに支障がでるため、厳しい。

・保健所が本気で健康危機管理をするのであれば、機能を拡充しないと厳しい。今回と同じようなことはいつ起こるか分からないため、コストがかかる。

・新型コロナウイルス感染症拡大のような対応は、めったにあるわけではない。感染に対応できる人を、常時、張り付かせるのは難しい。こういうとき

は、現場で何とかするしかない。

・保健所に DMAT 支援が入り、医師—医師コミュニケーションが円滑になった部分もある。

・在宅医療の一番のリスクは、交通事故。

2) 平成 30 年西日本豪雨

C 市保健所（中核市、保健所設置市）および D 医院

（概要）

C 市保健所

災害時対応

・医療機関の情報は保健総務班で対応。県の各部署、C 市保健所、災害対策本部事務局から、病院に電話して情報収集を行った。医師会から会員にメールで被災状況や診療の可否の情報収集を行った。その情報を、C 市の災害対策本部と共有した。

・被災の大きかった地区の全戸把握をした。

・在宅医療の定義をどう、解釈したらいいのか。在宅要配慮者という言葉で確認はしていて、人工透析患者や特定疾患とか、難病の方というのは、在宅要配慮者というかたちで確認していた。

・要配慮者については、避難所に来た方で、障害者手帳、介護保険、生活保護者、そういう方たちの台帳はすぐに来た。防災システムのなかに、被災者の名前、どこの避難所に誰がいるという名簿が出ていたので、それを、関係課が突合せた。介護の必要な人はショートステイに入る、搬送されるなど、なんらかの方法で対応されていた。避難所で、特に長期間、配慮が必要という人は少なかった。

・在宅療養患者への医療継続の観点から、被災した診療所への行政による支援はない。

・個別支援計画は、高齢者支援課と障害者福祉課を中心に、動いている。その 2 課だけではできないため、福祉保健部のなかの課から代表者が集まって、「つながる防災」というワーキングを立ちあげて、定期的に協議をしている。

・災害時に自治体の防災部門と保健所の連携はとれている。

D 医院

・医師会や保健所からの安否確認の前に、医院から電話連絡した。医院が水没し、衛生面の留意点など指示を仰ぎたかった。

・災害後に在宅患者の安否確認は難しい。今回は電話もカルテもやられてしまった。患者宅の電話もつながらなかった。

・水害によりレセプトコンピューターは水没したが、業者により早期に復旧した。

・スタッフもみな被災したため、自宅・家族宅の片付けをしながら医院の復旧に関わった。

・外部から、水害に対応したことがある医師が来て助かった。

・往診のための自動車が水没して使えなくなった。

- 1 週間後よりレンタカーで対応した。
- ・災害後、在宅患者は減り、往診回数は減った。若い家族が仕事にでる、都市部に出るなどで、家族の介護力が落ちた。
 - ・補助金の手続きが非常に煩雑、支給時期は遅く、金額も十分ではない。復旧に資金が必要。職員の給与も払う必要がある。保険も限定的である。

新型コロナウイルス感染症対応

- ・コロナ対応では地域内で対応に温度差があった。

3) 東日本大震災および福島第1原子力発電所(1F)事故

E 病院訪問看護ステーション

(概要)

災害時対応

- ・訪問先が遠方である。
- ・老老介護による在宅療養の限界。
- ・職員も郡外からの勤務が多く、夜間対応は難しい。
- ・職員の高齢化が進行している。
- ・一人で訪問する責任が大きい。
- ・昨年、大きな地震があったとき、利用者の安否確認を職員が行った。
- ・地震や原発事故の想定をしている。在宅で酸素を使用している人たちは E 病院に入院する計画はあ
- る。
- ・訪問看護で職員が来られないときの対応は現時点ではない。BCP なし。
- ・職員の安否確認は、医療法人として対応を検討中。

新型コロナウイルス感染症対応

- ・コロナでは職員の感染もあったが、残りの職員で乗り切った。少人数の職員で患者に対応できない場合は、患者に優先度をつけて対応した。くすりのセッティングやストーマの対応は必ず行く必要がある。患者家族内感染で訪問できない場合に、電話等で対応せざるを得ない場面もあった。
- ・コロナ禍において看護師派遣等の枠組みは事前に通知等はなかった。
- ・県保健所、町とのやりとりはコロナに関してはなかった。
- ・コロナについては併設の病院の感染委員会がよく情報を出してくれた。
- ・安全確保：長距離を走るので交通安全は重要。

(3) 在宅医療に関わる医療機関・事業所・有識者を対象としたインタビュー調査報告(太田・宮本、分担研究報告書-3)

新型コロナウイルス感染症を通して構築された枠組みを活かして、今後の自然災害および新興感染症拡大時にどのように対応する必要があるか、特に都道府県行政と市区町村行政(保健所など)との連携や、行政と在宅医療提供者との連携につい

て、有識者のインタビュー調査を実施した。

- 1) 大規模災害・局地災害における全体像と課題
①都道府県・市区町村、②医療機関・事業所、③高齢者・医療的ケア児などの要配慮者・避難行動要支援者、に関わる内容に分類した。

①都道府県・市区町村行政に関する課題

(a) 全体像の把握

在宅医療に関わる医療者に共通してみられた課題は、「災害発生時に行政や保健医療活動チームがどのような動きをしているか把握できていない」であった。在宅医療に関わる医療・介護従事者が、災害発生時の体制の全体像(保健医療調整本部や各保健医療活動チームの動き)を把握する必要性について議論・検討が必要である。

(b) 大規模災害における保健所の役割

新型コロナウイルス感染症の流行を通して保健所の活動が注目された。しかし、新型コロナウイルス感染症以外の大規模災害および局地災害において、在宅医療と保健所の連携を円滑に行えた事例は存在しなかった。一方で、新型コロナウイルス感染症の流行時においては在宅医療と保健所の関わりが構築された事例が存在した。

(c) 災害の時間軸と自助・共助・公助の分担と移行

自宅療養を続けざるを得ない被災者への医療支援は主に JMAT が行うこととなっている。しかし、JMAT は一般病院・有床診療所・無床診療所・救護所・施設支援など幅広い活動を行っており、自宅で療養を継続せざるを得ない被災者へ十分な支援を行うことができるかは不透明である。

自宅療養を続けざるを得ない被災者が、発災直後よりどのようなアプローチで生命および生活の維持を行うかについて俯瞰的に検討した研究・報告書は少ない。

災害の規模や発生時期によってケース・バイ・ケースになるが、自宅療養を続けざるを得ない被災者に対し、どこまでを自助で行ってもらい、どこまでを共助(被災した在宅医療・介護に関わる診療所・事業所を含む)で行い、どの部分を公助で行うのかについても検討が必要である。

②医療機関・事業所に関する課題

在宅医療・介護に関わる医療機関および事業所の多くは、自施設の事業継続について検討する必要性を認識して、計画の策定を試みていた。個々の患者における避難場所やそこまでの経路について、個別避難計画やそれに準じた書式に沿って作成している医療機関・事業所は少なかった。

同様に自施設の患者以外の被災者への支援や救護所や施設への支援まで配慮した事業継続計画を策定している医療機関・事業所は少なかった。

これらの理由として、「個別避難計画という取り組み自体を知らなかった」という回答が最も多かった。これは行政および保健医療活動チームがどのような支援を行うのか把握できていないという問題と、BCP が自施設の機能維持やスタッフの安全確保にとどまっており、具体的な避難計画まで描いていなかったという問題、そして自施設の患者以外の被災者の情報を得る方法、という問題が混在していると考えられた。

③高齢者・医療的ケア児などの要配慮者・避難行動要支援者に関する課題

医療機関・事業所に関する課題と同様に、要配慮者においても、個別避難計画の取り組みが周知されていない可能性がある。

要配慮者におけるリスク、すなわち、医療処置の継続、介護者の確保、避難先の受け入れ環境、移動・移送、栄養剤や介護用品の確保については、患者の病状や家庭環境によって変化するため、複数の医療・介護従事者で決定するのが望ましい。実際には、日々のケアが忙しく、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うのに時間を割かれていて、災害時の対策について検討する時間は限られている。限られた時間の中ではあるが、安否確認の方法だけでなく、具体的な支援の実態を描きつつ、自宅避難を続けざるを得ない場合の備えに関しても検討する必要がある。

次に、避難行動要支援者を誰がどのように把握し、保健医療活動チームや現場の医療機関・事業所につなげるかという問題が存在する。現在、災害対策基本法に基づく避難行動要支援者名簿が存在する一方で、この名簿の共有範囲は個人情報保護の観点から避難所や消防署など非常に限られており、どのように情報を共有することで有効利用が可能かについて検討する必要がある。

2) 好事例について

課題の解決策となり得る4つの好事例について、インタビュー調査を行った。

- ①A氏：新型コロナウイルス感染症流行期における保健所と地域の在宅医療リソース間の連携を行った事例
- ②B氏：医師会主導で医療用SNSを整備し、保健所を巻き込んだ災害時の連携を行っている事例
- ③C氏：主治医・副主治医制の導入によって災害時に備えている事例
- ④D氏：高齢者施設における避難支援の事例

(4) 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会」の取り組みなどについて(山中)

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会」委員長に、委員会の取組を中心とし

たインタビュー調査を行った。

1) 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会」の取組

自分たちの地域で自衛するために、患者に対しては個別支援計画作成を、施設に対してはBCP作成を勧めている。会員への周知はまだ十分ではない。

2) 災害時における調整役としての支援

学会としては、人的資源を投入するなど、直接支援ではなくて、それぞれの地域がうまく回るように整える支援を行うことを中心に考えている。在宅療養支援診療所の事業継続が困難なときは、自助、共助、公助が必要になる。自助、共助、公助を、地域ごとにセッティングできるように援助するというのが学会のスタンスである。

3) 避難行動要支援者名簿および個別支援計画の作成について

患者の状況は、そのときに応じて毎月のように変わることがある。個別支援計画を1度作成したら、それで情報を持っているとはいえ、形式的に名簿や計画を作成するだけではなく、作成したあとも、情報を更新する必要がある。しかし、患者の状況に応じて、随時、情報を更新する作業は、業務量的に難しい。

個別支援計画については、連絡先や緊急避難場所など、最小限の情報を含めて作成するところから始めることが望ましい。

4) BCP作成について

自助、互助の体制を整える動きは、いざ困ってからわかることで、全ての医療機関でできているわけではない。新型コロナウイルス感染症の拡大が続いたため、地域で協働する必要性が増した。BCPを作らないといけないという意識は、かなり高まっている。

医療者が作成するBCPは、治療やケアに特化したBCPであることが多く、事業継続や経営に関する事項が不足している。BCPを作成するための研修が必要とされている。

5) 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う、保健所、市町村、都道府県との連携体制の変化

新型コロナウイルス感染症の拡大が続いた3年間で、保健所との連絡が非常に増えた。同時に新型コロナウイルス感染症に対応する体制を整備するうちに、各機関の連携体制は強化された。

6) 日本在宅医療連合学会の今後の取り組みについて

具体的な支援の前に、日ごろからの、顔の見える

連携が大切である。在宅医療と災害医療に関する学会の関係を強化しながら、公衆衛生分野の学会やDHEATなどと連携することも必要である。

学会同士の関係を強化すると、災害や新興感染症が発生したときに対応する力を強化することができる。

(5) わが地域全体の医療やケアの継続を考える「地域BCP」の必要性（山岸、分担研究報告書-4）

在宅医療を提供する機関の「機関型BCP」、「連携型BCP」、さらには「地域BCP」策定にあたっての課題、および、これらの策定推進にあたっての自治体や職能団体等に求められる支援や役割を整理した。

1. 在宅医療・ケア提供機関のBCP策定上の課題

- 1) 在宅医療・ケアにおける災害対応及びBCP策定にあたっての課題
- 2) BCP策定の際に、十分考慮すべきヘルスケア領域の特徴

2. 在宅医療・ケア機関のBCP策定、連携型、地域BCP策定にあたり、自治体・職能団体に求められる支援や役割

- 1) 機関型BCP策定支援
- 2) 連携型BCP策定支援
- 3) 地域BCPの策定
 - ①安否確認の効率化のための仕組みづくり
 - ②在宅医療・ケア提供機関の支援ニーズ、稼働状況等の情報を集約し、迅速に支援に繋げるための情報システムの検討
 - ③自治体として有事に在宅医療・ケア機関に依頼することのリストアップと対価の相談

II. 患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について（三浦靖彦、武、長尾、竹下、三木、分担研究報告書-5）

インタビューの対象者44名の属性を表1に示した。

表1 対象者の属性

項目		人数
年代	20歳代	1
	30歳代	3
	40歳代	11
	50歳代	15
	60歳代	3
	不明	11
性別	男性	13
	女性	17
	不明	14
所属先	訪問診療クリニック・機能強化型在宅療養支援診療所	16
	居宅介護支援事業所	11
	訪問看護事業所	8

	訪問介護事業所	4
	その他（相談支援事業所、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、地域包括支援センターなど）	5
職位	管理者、代表など管理的な立場	30
	職員	8
	不明	6
職種	看護師	11
	医師	10
	介護支援専門員	7
	介護福祉士	5
	その他（理学療法士、事務、相談員など）	7
	不明	4

1. 患者・家族からの暴力・ハラスメントの事例（緊急重大案件）について

インタビューの対象者44名中、43名から73件、患者・家族による暴力・ハラスメント事例が得られた（対象者自身の体験でなく、管理者として、あるいは自身が現在・過去に所属の組織の中で生じた内容を含む）。そのうち、警察へ通報・相談した事例、あるいは通報・相談にまで至らなかったが、通報・相談について検討すべき事例は7事例認められ、緊急重大案件として表2に示した。なお、表中にインタビュー対象者の職種・性別を示したが、管理者が被害事例について回答した場合もあり、回答者が被害者本人とは限らない。

表2 緊急重大案件7事例の概要

事例1	患者の家族による電話での脅し
	対象者：介護支援専門員（女性）
事例2	患者による訪問中の言葉による脅し
	対象者：訪問看護師（女性）
事例3	患者の家族による訪問中の言葉と刃物による脅し
	対象者：訪問診療クリニック看護師（女性）
事例4	患者による事業所への刃物による脅し
	対象者：相談支援専門員（男性）
事例5	患者宅への長時間監禁、過剰な要求
	対象者：介護福祉士（女性）
事例6	患者宅への長時間監禁、謝罪文の要求、金銭の要求
	対象者：介護福祉士（女性）
事例7	患者の家族による電話での脅し
	対象者：訪問看護師（女性）

7事例のうち、実際に警察へ通報したのは1事例のみで、警察へ通報したこと自体を担当の介護支

援専門員に責められたということが語られていた。他の6事例は警察への通報・相談はしておらず、刃物で脅された、長時間監禁された状況になっても、警察への通報・相談がされていなかった。

2. 在宅医療の現場で実際に行われている暴力・ハラスメント対策について

暴力・ハラスメント対策のうち、主に複数人での訪問について、医師、看護師、介護支援専門員、介護福祉士・ヘルパー、それぞれの職種ごとの語りをまとめた。

3. 有効と考えられる暴力・ハラスメント対策

インタビュー対象者の語りから、有効と考えられる暴力・ハラスメント対策として下記の事項が抽出された。

- 1) 関係者が連携した支援体制の構築
 - ①相談窓口や担当部署の設置
 - ②職員を守るための仕組みづくり
 - ③加害者・被害者双方への支援の仕組みづくり
 - ④専門家からの支援
- 2) 訪問体制の見直し
 - ①複数人での訪問を可能にする
 - ②人員を確保する
 - ③サービス提供のための契約に関する見直し
- 3) 暴力・ハラスメント対策を学ぶ機会の提供
 - ①主催・方法
 - ②内容
- 4) 患者・家族からの暴力・ハラスメントに対する抑止力となる対策の実施

D 考察

I. 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制について

1. 災害時に支援を必要とする「在宅療養患者」について

高齢者人口の増加に伴い、在宅療養患者の数は増加している。訪問看護事業所を対象とするアンケート調査の結果、「在宅療養開始となった疾患・病態等」の1位は「認知症」25.7%、2位は「がん（悪性腫瘍）」22.8%、3位は「精神疾患」14.7%であった。認知症以外の疾患により在宅療養を開始した人のなかにも、認知症を有する高齢者は多いと推察される。認知症を有する高齢者や、在宅人工呼吸療法など、生命維持に必要な治療を行っている在宅療養患者が、災害発生直後、限られた時間のなかで、自ら避難して療養を続けるのは困難である。

普段は、日々のケアが忙しく、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うのに時間を割かれていて、災害時の対策について検討する時間は限られている。それでも、在宅療養患者は、家族

や地域の人々、日常の医療とケアを提供する専門職と一緒に、災害時に備えて、避難の方法や、支援を依頼する方法、療養方法などについて、検討しておく必要がある。

さらに、災害時や新興感染症拡大時に、このような人びとの生命を守り、適切な医療を継続できるように、共助、公助による支援体制の強化が必要である。

2. 在宅療養患者における避難行動要支援者名簿及び個別支援計画の作成について

平成25年6月の災害対策基本法の一部改正により、高齢者、障害者、乳幼児等の防災施策において特に配慮を要する方（要配慮者）のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する方の名簿（避難行動要支援者名簿）の作成が義務付けられた。避難行動要支援者名簿は、災害発生時に、安否確認および避難支援を行うにあたり、不可欠な情報である。

今回の調査において、訪問看護事業所の42.2%が、「避難行動要支援者名簿の存在を知らない」と回答した。避難行動要支援者名簿の作成について、訪問看護事業所など、在宅医療サービス提供者に周知されていない可能性がある。避難行動要支援者名簿を、市町村と訪問看護事業所が協力して作成する仕組みができると、個別避難計画の策定、災害発生時の安否確認や避難支援やなど、災害時の運用の実効性が高くなる可能性がある。在宅医療サービスを提供する専門職に、避難行動要支援者名簿と個別支援計画の作成について周知して、災害発生時の避難行動支援に係る地域の共助の力を向上することが望まれる。

3. 災害時における在宅療養患者の支援について

在宅療養患者は地域に分散している。災害発生後は、それぞれの家に訪問する必要性が同時に発生する。ところが、交通障害のために、1軒ずつ訪問するのに時間がかかる可能性がある。医療提供や生活支援の必要性が高い在宅療養患者は、一時的に病院や施設等に集約して支援する方法を検討したほうがよい場合がある。災害発生後に、在宅療養患者の医療と生活支援の必要度を評価して、積極的に医療支援を必要とする者と、主に生活支援を必要とする者に分けて、対応する方法が考えられる。

災害発生後も住まいで生活を継続できる場合はよいが、一般の避難所は、認知症を認める高齢者や医療管理を必要とする人に適した環境ではない。本研究において、看多機を福祉避難所とする取組が確認された。看多機は全国に800施設程度（令和3年介護サービス施設・事業所調査の概況、厚生労働省）であるため、利用できる人数は限られるが、災害時に有効な支援の場となる可能性がある。平時に医療・ケアを提供する事業所を、災害時に活用

する方法について、検討する必要がある。

4. 都道府県、市区町村における危機管理体制の整備状況、ならびに災害時における危機管理体制への移行について

災害時に、各都道府県は危機管理体制に移行する。都道府県、市区町村における危機管理体制の整備について、実施している事項は、「危機管理担当部署の設置」が最も多く、それぞれ 96.3%、96.4%であった。次いで、「危機発生時の体制移行する手順の策定」が、都道府県 92.6%、市区町村 72.5%であった。多くの自治体で危機管理担当部署は設置されており、危機発生時の体制移行する手順も策定されている。

5. 在宅療養患者の安否確認情報の共有体制について

自然災害発生時に、在宅療養患者の安否確認は、市町村と保健所が行っている。自然災害発生時に、市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報として、最も多かった回答は、都道府県は「在宅療養患者」22.2%であったのに対し、市区町村は「避難行動要支援者名簿」50.6%であった。「在宅療養患者」の安否確認情報が共有されると考えている都道府県があるものの、実際には、「避難行動要支援者名簿」に基づいて安否確認が行われる。「避難行動要支援者名簿」の中に、「在宅医療」に関する情報が含まれる可能性はあるが、「在宅療養患者」に特化した安否確認は行われな可能性が高い。

安否確認情報の部署間での連携状況は、都道府県、市区町村ともに「部署を越えての情報共有は行っていない」が最も多く、それぞれ 100.0%、57.4%であった。災害時に在宅療養患者を保護、支援するために、危機管理部局と保健担当部局は連携する必要がある。

災害時には、ほとんどの訪問看護事業所は利用者の安否確認を行っている。過去に大きな災害が発生した際に、「安否確認を行った」訪問看護事業所のなかで、在宅療養患者の安否確認方法の決め方、および安否確認の方法について、「発災後に関係者の間で連絡を取り合って役割分担した」は最も多く 65.2%、「在宅療養患者や家族に電話」は 98.7%であった。被災状況や通信インフラ、交通手段などを総合的に考慮して安否確認の方法を決めたと考えられる。災害発生時の安否確認の方法について、平時から、訪問看護事業所と市町村の間で協議する体制が整備されると、災害発生時の安否確認を効率的に行うことができる可能性がある。

「在宅医療・介護連携推進事業」や「地域ケア会議」で在宅療養患者の安否確認について検討している自治体は少ない。在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議を活用して、自治体の危機管理部

局と保健担当部局、訪問看護事業所と一緒に在宅療養患者の安否確認について検討できれば、安否確認情報をさらに有効に活用できる可能性がある。

6. 災害時等における在宅医療を提供する医療機関等の被災状況の確認方法について

これまでの災害で経験したように、災害が発生したとき、在宅医療を提供する診療所や病院、訪問看護ステーションも被災して、医療提供体制を縮小せざるを得ない状況になる場合がある。このようなどき、平時に在宅医療を提供している医療機関だけで、在宅療養患者の医療・ケアを行うのは困難である。地域の他の医療機関、および周辺の医療機関からの支援が必要となる。

DMAT は病院避難も含めて、被災地域の医療機関支援を優先的支援と位置付けている。インタビュー調査により、在宅医療を行う医療機関が入院医療機関に匹敵するほどの患者数を取り扱っている可能性が示唆された。また、在宅酸素療法や在宅人工呼吸療法を行うなど、対応に緊急を要する在宅患者も多い可能性がある。ただし、地域で「どの程度の重症度の患者がどこに何名いるのか」の把握は現時点で十分にされていない。「防ぎ得る災害死を防ぐ」という観点から、在宅療養患者のその存在を無視することはできない。災害時における、在宅医療機関支援の重要性を認識する必要がある。

EMIS の運用主体は都道府県である。今回の調査に回答した全ての都道府県で、EMIS を用いて、自然災害発災時に、病院の被災状況を確認していた。有床診療所および介護施設の被災状況を把握していた都道府県は、それぞれ 33.3%、77.8%であった。一方、無床診療所の被災状況については、都道府県の 40.7%、市区町村の 69.3%で把握していなかった。

多くの都道府県で、EMIS 登録医療機関は「病院」および「有床診療所」である。広島県などは一般の診療所も登録されているが、他都道府県において在宅診療をおこなっている医療機関の登録がどの程度かは不明である。また EMIS では医療機関の属性を登録する基本情報管理項目に在宅医療に関連した項目はなく、現在のところ、EMIS を用いて、在宅診療を行なっている医療機関の被災状況や対応患者数を把握することは難しい。

自然災害発災時における（機能強化型）在宅療養支援診療所の被災状況について、市区町村、保健所から都道府県に報告するような仕組みがあると回答した都道府県は 63.0%、市区町村は 16.8%であった。多くの都道府県は、在宅療養支援診療所の被災状況が報告されると考えているが、実際には、市区町村、保健所から報告されない可能性が高い。災害時における在宅医療を提供する医療機関の被災状況の確認の方法、および情報共有の方法について、整備する必要がある。

7. 災害時及び新興感染症拡大時等を踏まえた、在宅医療分野における市町村及び都道府県の効果的な連携体制の構築

新型コロナウイルス感染症の拡大が続いた3年間で、保健所において患者の情報を収集する必要が生じたことから、保健所と在宅療養支援診療所の連絡は著しく増えた。同時に、都道府県、市区町村、在宅療養支援診療所の連携体制も深化した。今後起こり得る災害及び新興感染症の拡大に備え、関係部局、在宅医療を提供する医療機関との連携体制を今後も維持することが望まれる。

8. 在宅医療を提供する医療機関等において事業継続が困難になった際の行政による支援体制の構築について

● 行政による在宅療養支援診療所におけるBCP作成支援について

災害や新興感染症拡大時等に、医療提供体制を縮小せざるを得ない、あるいは事業継続が困難になる場合がある。そのような場合に備え、在宅医療を提供する医療機関は、BCPを作成する必要がある。

在宅医療を提供する医療機関において、自助、互助の体制を整える必要性は、いざ困ってから実感されるため、全ての医療機関で準備できているわけではない。数年間にわたり、新型コロナウイルス感染症の拡大が続いたこともあり、現在は、BCPを作成しないといけないという意識は高くなっている。しかし、BCPを作成するとき、「具体的にどこから初めていいのかわからない」、「BCP作成にとりかかってみたら頓挫した」というような意見がある。また、BCPを作成した医療機関では、治療やケアに特化したBCPであることが多く、事業継続の視点が十分ではない。BCPを作成するための研修会を開催するなど、支援が必要である。

(機能強化型)在宅療養支援診療所のBCP(事業継続計画)作成促進のために、都道府県が実施していることは、「なし」が70.4%であった。また、市区町村から(機能強化型)在宅療養支援診療所へのBCP(事業継続計画)作成の助言指導は、「実施していない」が99.5%であった。現在、在宅療養支援診療所のBCP作成について、モデル事業が行われている。その成果を踏まえ、都道府県、市区町村において、在宅療養支援診療所に対して、BCPを作成するための助言指導を行う体制が整い次第、速やかに運用することが望まれる。

自施設のBCPを作成した医療機関は、自施設の患者以外の被災者に対する支援や救護所、施設への支援などを含む、「地域BCP」について検討するのが望ましい。「地域BCP」は災害時における地域包括ケアシステムを継続するために必要である。地域BCPを作成する際には、それぞれの地域の医療資源の状況、大規模災害発生時の行政や保健医療活動チ

ームの動きなどの全体像を把握する必要がある。そのため、行政および地域の職能団体等と連携して検討する必要がある。

● 自然災害発生時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策について

自然災害発生時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策について、都道府県の63.0%、市区町村の89.0%は「支援体制はない」と回答している。「支援体制づくり」については、都道府県は「人材の確保」、市区町村は「在宅医療・介護連携推進事業において協議する」が最も多かった。「支援の内容」について、都道府県は「県がDMAT等に診療継続の支援を依頼する」、市区町村は「県に診療継続の支援を依頼する(DMAT等)」が最も多かった。災害発生時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応について、都道府県、市区町村、医師会等による協議が望まれる。

9. 被災地や新興感染症拡大における先進的な情報連携の事例等について

● 災害医療コーディネート体制と在宅医療体制

災害時の在宅医療体制支援は、患者が分散しているという点で非常に個性が高くかつ労力を要する支援である。在宅医療分野の中で、相互の共助体制を構築した上で、多分野との連携のために、たとえば災害時在宅医療コーディネート機能を地域および都道府県レベルで構築するも一法であろう。

新型コロナウイルス感染症の拡大時において、2021年5月の一連の新型コロナウイルス感染症患者のクラスター対応と入院困難事例に対する往診体制構築では、札幌市在宅医療協議会の中で、数名の医師が在宅医を取りまとめ、行政と連携しながら、動きながら考え、スピード感をもって地域の危機に対応した。まさに災害時の在宅医療コーディネート機能を担ったといえる。

在宅の患者はさまざまな原因疾患や状況があり、在宅療養患者となっている。行政の対応はその原因別の対応になりやすく、災害対応の中に在宅医療という視点をいれることができるという点でも災害時在宅医療コーディネート機能を構築することが望ましいと考えられる。同時に各分野のコーディネーターと重複する調整もあり、十分なコミュニケーションと役割分担が必要である。

● 災害時在宅医療におけるデジタル・トランスフォーメーション(DX)の推進

新型コロナウイルス感染症の拡大時には保健所の情報処理体制も大きな課題となった。発生届や患者健康観察が紙ベースで進められ、多くの事務作業の遅延を伴った。在宅医療分野は特に個別性

が高いことから、災害医療全体にも情報共有やマネージメント体制変革などデジタル・トランスフォーメーション (DX) がなくては、激甚災害への対応は難しい。

● 災害復旧・復興期の在宅医療

訪問看護は在宅医療の要であり、医師だけでは適切な医療展開は困難である。また地域包括ケアの文脈でも準備期から復興期まで、多くの機関や専門職の連携が必要である。

医療機関が被災するとその復旧・復興には多大な費用がかかる。被災地の人口は災害後、減少することも多く、被災以後は医療機関経営の困難さが伴う。補助金や保険等の効果も限定的である。それでも新型コロナウイルス感染症の拡大時に、必要な地域医療の役割を十二分に果たしている診療所がある。地域に必要とされる訪問看護ステーションを新規展開した病院もある。以前被災した関係者が、次の被災地を支えることはお互いに大きな力になる。災害対応は長期にわたる。

● 保健所を巻き込んだ地域包括ケアシステムの構築

災害発生時の保健医療福祉体制構築において、保健医療調整本部と保健所が連携することで保健医療活動がより効率的に行うことができると考えられる。在宅医療を行っている医療機関や事業所は、保健所単位で連携することによって、保健所が適切に情報収集を行うことができるようになり、現場の医療者・介護従事者や保健医療活動チームの活動をより効率的に行うことができる可能性がある。

避難行動要支援者名簿の作成を積極的に進め、市町村と保健所が情報を連携しつつ、医療者・介護従事者の情報、避難所からの情報、保健医療活動チームからの情報を保健所に集約する方法が考えられる。

保健所の医師は一人のところが多く、兼務の保健所もあるため、地域の災害コーディネーターや外部支援を必要とする。災害発生時などの非常時は、基本トップダウンで対応するのがよい。保健所が指揮して、地域の医師等が動く体制が望まれる。常時対応できる体制整備にはコストがかかるため、災害時には保健所に専門家が支援に入り、支援する体制がよいと考えられる。

● 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会」の取り組み

自分たちの地域で自衛するために、在宅医療を提供する施設に対して BCP 作成を、患者さんに対して個別支援計画作成を勧めている。

東日本大震災のときは直接支援をしたが、そのような支援は持続が困難である。外部から支援に

入ることが、必ずしもよいことばかりではなかった。学会としては、人的資源を投入するなど、直接支援ではなくて、それぞれの地域がうまく回るように整える支援をするということを中心に考えている。

在宅療養支援所の事業継続が困難なときは、自助、共助、公助が必要になる。自助、共助、公助を、地域ごとにセッティングできるように支援する、というのが学会のスタンスである。

● 日本在宅医療連合学会と日本災害医学会等との連携

在宅医療と災害医療に関する学会同士の関係を強化しながら、公衆衛生分野の学会や DHEAT (ディヒート) と連携することも必要である。具体的な支援の前に、日頃から、顔の見える連携が大切である。

学会同士の関係を強化すると、災害や新興感染症が発生したときに対応する力を強化することができる可能性がある。

● 災害時における訪問看護ステーションに対する支援体制の構築

・訪問看護ステーション間での相互補完による連携体制の強化

東日本大震災の被災地での被災経験をもとに、「連絡協議会」が中心となり、災害などでスタッフの確保ができない場合など、ステーションの業務継続が難しい場面に備えて、ブロックごとに地区内の隣接するステーションで助け合う体制を構築している。

・県看護協会系列の訪問看護ステーションの組織の強化

看護協会が持つ事業所の業務継続を図るために、個別の事業所の業務継続を考えるだけでなく、法人内での連携やネットワークに着目した法人としての組織的な取組を加えた業務継続計画を検討している。

・連絡協議会のブロック単位の連携体制による支援の強化

ペア・ステーションを平時から決め、被災の有無の確認をするケースや、自分の事業所の人員では対応できないケースへの対応パターンを用意し、いつでも情報や手順書などを渡せるように備えている。

● 自然災害発災時の在宅療養患者の電源確保に関する対策

自然災害発生時における在宅療養患者の電源確保に関する対策状況について、県の電源確保事業における対策は、都道府県、市区町村ともに「ない」が最も多く、55.6%、83.3%であった。時限措置として電源整備事業を実施する自治体はあるが、電源確保が必要なとき、随時、電源を確保できるよう

な体制整備が望まれる。なお、医療機器メーカー・保守点検事業者との連携について、都道府県、市区町村ともに「なし」が最も多く、70.8%、89.9%であった。災害時に、生命を維持するための電源確保を自己努力のみで行うのは困難である。災害時に、生命維持のために電源確保を必要とする人が、電源を確保できる体制を地域で整備する必要がある。

II. 患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について

● カスタマーハラスメントの増加について

近年、顧客などから悪質もしくは不当なクレームや要求が求められる「カスタマーハラスメント」が社会問題となっている¹⁾。過去3年間で増加している、または事例があると回答されたハラスメントの種類として、「顧客等からの著しい迷惑行為」が最も多く、「パワハラ」、「セクハラ」が続く。カスタマーハラスメントは、小売業、飲食業、サービス業で多く発生している。

2019年6月に、労働施策総合推進法等が改正され、職場におけるパワーハラスメント防止のために雇用管理上必要な措置を講じることが事業主の義務となった。この改正を踏まえ、令和2年1月に、「事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」（令和2年厚生労働省告示第5号）が策定され、顧客等からの暴行、脅迫、ひどい暴言、不当な要求等の著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）に関して、事業主は、相談に応じ、適切に対応するための体制の整備や被害者への配慮の取組を行うことが望ましい旨、また、被害を防止するための取組を行うことが有効である旨が定められた。

2022年2月に、顧客等からの著しい迷惑行為（いわゆるカスタマーハラスメント）の防止対策の一環として、厚生労働省から「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」が公表されている²⁾。

顧客が悪質なクレマー化する理由として、サービスの品質が上がりすぎて、それを当たり前だと思いつく人が多い、個人のモラル、ストレス社会など、複合的な要因が背景として挙げられる。

● 在宅医療、介護現場における暴力・ハラスメントの状況について

在宅医療を提供するために患者の自宅を訪問した医療職や介護職等が、患者・家族からハラスメントや暴力を受ける事例が発生している。実態を把握して、安全確保対策を講じることが喫緊の課題である。

訪問看護ステーションに所属する看護師等を対象とする調査（全国訪問看護事業協会、2018年³⁾）において、利用者・家族から受けた暴力等の経験率は、身体的暴力45.1%、精神的暴力52.7%、セクシ

ヤルハラスメント48.4%であった。暴力の内容として、大声で怒鳴られた（48.9%）、身体を触られた（36.6%）、殴られた（24.0%）、能力がないと言われ、傷ついた（18.2%）、容姿や体型について不快な言葉を吐かれた（17.4%）などが多かった。

在宅医療に従事する医師を対象とする調査（全国在宅療養支援医協会、2022年⁴⁾）では、理不尽な要求やクレームからのトラブルが「毎年ある」が36%、「なし」は19%であった。理不尽な共有やクレームの具体例として、「医療処置や処方・入院先について」24%、「嫌がらせ行為/威嚇/恐喝」21%、「訪問診療/往診について」21%、「病期や老化の受容について」19%、「医療費/書類発行について」15%などがある。身の危険を感じるような経験について、訪問診療医の17%が「毎年」または「数年に1回程度」経験していた。身の危険を感じるような経験の具体例として、乱暴な言葉/怒鳴る/暴言30%、ハサミ・刃物による脅し、暴力行為18%、暴力や物を投げつけるなどの行為16%、長時間患者宅に軟禁9%、脅迫の電話3%、宗教団体や右翼団体とのつながりを背景に脅す3%などがあつた。

在宅医療を提供する医療職や介護職等に対する、患者・家族からの暴力・ハラスメントは、女性、看護師において多く発生している。職業や性別を理由とする暴力・ハラスメントは人権に係る問題である。なかには、在宅医療を提供する者の生命に係る事案も発生している。

訪問看護師等を対象とした調査において、暴力を受けた後、最も多かった影響としては、「訪問に行きたくないと思った（73.4%）」、「仕事を辞めたいと思った（25.8%）」、「訪問しなかったことはあつた（13.1%）」であった³⁾。暴力・ハラスメントは、離職、身体や精神的ダメージにつながる可能性があるため、早急に対策を講じる必要がある。

訪問看護を提供する事業所の管理者の大半は、患者・家族からの暴力・ハラスメントの対策を行う必要があると考えている。しかし、管理者のうち60.4%は、対策を具体的にどうしたらいいかわからないと回答している³⁾。

暴力・ハラスメントの予防対策として、在宅医療に従事する医師が行っている事項は、パンフレットによる説明、マニュアル整備、傾聴、事前の情報収集と共有、警察等との連携、複数人数での訪問、緊急呼び出しボタンや撃退スプレーの携行、護身術の研修などであつた⁴⁾。

● 介護現場における暴力・ハラスメント対策について

介護現場におけるハラスメントの増加を背景として、国は対策を講じている⁵⁾。令和3年度介護報酬改定において、パワーハラスメント及びセクシヤルハラスメントなどのハラスメント対策として、介護サービス事業者の適切なハラスメント対策を

強化する観点から、全ての介護サービス事業者に、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策として必要な措置を講ずることが義務づけられた。併せて、カスタマーハラスメントについては、その防止のための方針の明確化等の必要な措置を講じることが推奨されている。

法令上事業者に求められる措置として、職場における「セクシャルハラスメント」、「パワーハラスメント」、及び、利用者やその家族等から受ける「セクシャルハラスメント」が示されている。そして、講じるのが望ましい措置として、利用者やその家族等から受ける「顧客等からの著しい迷惑行為＝カスタマーハラスメント」を示している。

厚生労働省老人保健健康増進等事業（介護現場におけるハラスメントに関する調査研究事業、株式会社三菱総合研究所実施）において、平成30年度に「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」⁶⁾、令和2年度に「介護現場におけるハラスメント事例集」⁷⁾が作成された。しかし、マニュアル等は、施設・事業所や自治体における活用が十分に進んでおらず、また、施設・事業所だけでは、介護現場におけるハラスメントの予防や対応に限界があることから、保険者をはじめとする地域の関係者との連携が必要である。

介護報酬上の対応として、訪問介護については、2人の訪問介護員によるサービス提供を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得ており、かつ、暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合には可能としており、この場合、介護報酬上、2倍の報酬を算定できる仕組みとしている。一方で、地域医療介護総合確保基金を活用し、複数人での訪問を実施する場合に訪問介護員に同行する者への謝金について助成を行うことが可能としている。あわせて、「介護事業所におけるハラスメント対策推進事業」において、1. 都道府県や事業者が行う研修、2. ハラスメント実態調査、3. ハラスメント防止のためのリーフレット作成などの事業についても助成を行うことが可能とされている。

● 在宅医療、介護現場における暴力・ハラスメント対策について

インタビュー調査の結果、問題として1) 患者・家族の人権と同様に援助者側の人権を守る認識の必要性、2) 緊急重大案件が見過ごされている可能性、3) 現制度下における複数人訪問の限界が抽出された。これらについて検討を行うとともに、予防等のための対策として、4) 他機関・他組織との連携と協力の要請、5) 暴力・ハラスメントへの対応の基礎知識の習得、6) 既存の暴力・ハラスメント対策のマニュアルなどの成果物^{8) 9) 10)}の活用について、考察した。

訪問診療や訪問看護、訪問介護等を提供する事業所の多くは小規模である。それぞれの事業所は、行政や地域の職能団体と事例を共有しながら、警察とも連携して、患者・家族からの暴力・ハラスメント対策を講じることが必要である。地域ケア会議などの場を利用して、在宅医療関係者が患者・家族からの暴力・ハラスメントの事例を共有し、対策を共に検討する方法も有用であろう。在宅医療の場における患者・家族からの暴力・ハラスメント問題について、引き続き、社会全体で考え、リスクがあるということを前提にした対策を講じる必要がある。

E. 結論

災害時における在宅療養者の避難行動要支援者名簿、個別支援計画の作成は普及しつつある。しかしながら、行政と在宅医療を提供する専門職との連携強化は課題である。具体的には、災害時における在宅医療を提供する医療機関、特に診療所の被災状況の確認体制は不十分であり、整備する必要がある。また、在宅医療分野について、災害時における、都道府県、市区町村の各部局間の連携体制も不十分である。例えば、危機管理部局と保健担当部局は、災害時に連携して活動できる体制を整備する必要がある。さらに、都道府県と市区町村は密に連携して、災害時の対応に齟齬を生じないように努める必要がある。在宅医療を提供する医療機関側も、治療、ケアだけでなく、事業継続や経営の観点も含め、災害時及び新興感染症拡大時等に事業縮小せざるを得ない状況も想定したBCPの作成を促進する必要がある。その際、行政による支援が必要とされている。

在宅医療の患者・家族のほとんどは暴力と無縁であり、暴力・ハラスメントを行う患者・家族はごく一部であると考えられるが、リスクがあるということを前提にした対策が求められる。今後、在宅医療を推進して行かなければならない現状の中で、質の高い医療・ケアを安全に継続して提供できる体制を確保する必要がある。そのためには具体的な暴力・ハラスメント対策をしっかりと行い、在宅医療関係者が安心して医療・ケアの提供を行うことができる安全な職場環境をつくり上げていくことが不可欠である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

参考文献

- 1) 東京海上日動リスクコンサルティング株式会社. 職場のハラスメントに関する実態調査報告書. 令和2年度厚生労働省委託事業. 2021.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000775817.pdf>
- 2) 厚生労働省 雇用環境・均等局 雇用機会均等化 ハラスメント防止対策室. 「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」等を作成しました!
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24067.html
- 3) 一般社団法人全国訪問看護事業協会;平成 29年度・平成 30 年度全国訪問看護事業協会研究事業「訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査研究事業」報告書. 2019 年 3 月;12-13.
- 4) 島田潔;臨床にかかわる法律と最近の課題. ペイシエントハラスメントの現状と対応. 日医雑誌 152 (1) ; 55-58, 2023.
- 5) 厚生労働省. 介護現場におけるハラスメント対策
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html
- 6) 三菱総合研究所. 和 3 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル・研修手引き等の普及啓発に関する調査研究」報告書. 2022.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12305000/000947391.pdf>
- 7) 株式会社三菱総合研究所. 介護現場におけるハラスメント対策マニュアル. 令和 4 年 3 月改定. 2022.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12305000/000947524.pdf>
- 8) 三木明子監修・著, 全国訪問看護事業協会編著: 訪問看護・介護事業所 必携! 暴力・ハラスメントの予防と対応—スタッフが安心・安全に働くために, メディカ出版, 1-209, 2019.
- 9) 兵庫県看護協会 訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対策マニュアル
https://www.hna.or.jp/for_nurses/n_visiting_nursing/against_violence/entry-1526.html
- 10) 滋賀県看護協会 訪問看護・訪問介護事業所

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を
提供する医療機関等への支援体制についての調査研究

アンケート調査集計結果
報告書

令和5年3月
株式会社 シード・プランニング

目次

1. 調査概要	3
(1) 調査目的.....	4
(2) 調査方法.....	4
(3) 調査対象.....	4
(4) 調査項目.....	4
(5) 調査期間.....	7
2. 都道府県・市区町村の調査結果	8
2.1. 自治体概要.....	8
(1) 危機管理体制の整備状況	8
(2) 健康危機管理における保健所機能	9
2.2. 医療機関や福祉施設の被災状況の確認体制について	10
(1) 自然災害発災時の被災状況の確認状況	10
(2) 自然災害発生時の EMIS の運用状況	12
2.3. 在宅療養支援診療所等の無償診療所の被災状況の確認について	13
(1) 自然災害発災時における(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況の情報収集13	
(2) 自然災害発災時における(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況について市 区町村、保健所から都道府県に報告するような仕組み	17
(3) 在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告す る仕組み	18
(4) 市町村が被災状況を把握した後の情報共有	19
2.4. 在宅療養患者についての市町村と都道府県における情報共有及び連携	20
(1) 自然災害発災時の在宅療養患者の安否確認状況	20
(2) 自然災害発災時に市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報.....	21
(3) 自然災害発災時に市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報の範 囲	22
(4) 在宅療養患者の安否確認や安否確認情報の連携について検討する場として在宅医 療・介護連携推進事業や地域ケア会議を活用しているか.....	24
(5) 在宅医療・介護連携推進事業における在宅療養患者の安否確認の検討状況.....	25
(6) 地域ケア会議における在宅療養患者の安否確認の検討状況.....	26
(7) 安否確認情報の部署間での連携状況	27
(8) 災害時に都道府県と市区町村で在宅療養患者に関する情報共有・連携を行う際の 課題	28
(9) 自然災害発災時の在宅療養患者の電源確保に関する対策	36
2.5. (機能強化型)在宅療養支援診療所の事業継続支援について	40
(1) 都道府県が(機能強化型)在宅療養支援診療所の BCP(事業継続計画)作成促進	

のために実施していること.....	40
(2) 市区町村における(機能強化型)在宅療養支援診療所の医療安全対策と感染管理体制に関する助言指導の実施状況.....	41
(3) 市区町村における(機能強化型)在宅療養支援診療所のBCP作成助言指導の実施状況.....	43
(4) 自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策.....	44
2. 6. 在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して困っていること・課題など.....	49
2. 7. 在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報連携、共有等で工夫したこと.....	53
3. 在宅療養支援診療所の調査結果.....	56
3. 1. 診療所の概要.....	56
(1) 診療所の種別.....	56
(2) 職員の体制.....	57
(3) 併設施設.....	59
(4) 在宅療養患者の類型.....	59
(5) 電源確保の必要がある在宅療養患者の有無.....	60
3. 2. 在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について.....	60
(1) 在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について.....	60
(2) 在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種.....	61
3. 3. 災害時の在宅療養患者の安否確認について.....	65
(1) 過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認の実施実態.....	65
(2) 安否確認方法の決め方.....	65
(3) 安否確認の方法.....	66
(4) 安否確認で困ったこと.....	67
(5) 今後大災害が発生した際、在宅療養患者の安否確認を行う予定か.....	67
3. 4. 在宅療養支援診療所・機能強化型在宅療養支援の安全管理体制について.....	68
(1) 医療安全管理体制(患者安全、従業員の安全対策).....	68
(2) 院内感染管理体制.....	68
(3) 医薬品の安全使用のための業務管理について.....	69
(4) 医療機器の保守点検計画の策定と保守点検の実施について.....	69
3. 5. 在宅療養支援診療所・機能強化型在宅療養支援の事業継続の課題.....	70
(1) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアル策定の状況.....	70
(2) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアルの定期見直し状況.....	70
(3) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアルを使用した職員教育.....	71
(4) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)を活用した災害訓練の実施状況.....	72

3. 6. 在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して、自治体から必要な支援、困っていること、課題など	72
3. 7. 在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報連携、共有等で工夫したこと.....	73
4. 訪問看護ステーションの調査結果.....	74
4. 1. 事業所の概要	74
(1) 事業所の種別	74
(2) 職員の体制.....	74
(3) 併設施設.....	77
(4) 在宅療養患者の類型.....	78
(5) 電源確保の必要がある在宅療養患者の有無.....	79
4. 2. 在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について	79
(1) 在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について.....	79
(2) 在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種	80
4. 3. 災害時の在宅療養患者の安否確認について	85
(1) 過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認の実施実態	85
(2) 安否確認方法の決め方.....	85
(3) 安否確認の方法	86
(4) 安否確認で困ったこと.....	86
(5) 今後大災害が発生した際、在宅療養患者の安否確認を行う予定か.....	87
4. 4. 訪問看護ステーションの安全管理体制について.....	88
(1) 自施設の医療安全管理体制	88
(2) 自施設の院内感染管理体制	88
4. 5. 訪問看護ステーションの事業継続の課題.....	89
(1) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアル策定の状況	89
(2) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアルの定期見直し状況	89
(3) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアルを使用した職員教育.....	90
(4) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)を活用した災害訓練の実施状況	90
4. 6. 在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して困っていること、課題など	91
4. 7. 在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報連携、共有等で工夫したこと.....	94

1. 調査概要

(1) 調査目的

今日、災害時や新興感染症拡大時等における在宅療養患者や医療機関に対する支援に関して、自治体内での災害担当と在宅医療担当の連携、市区町村と都道府県の連携、行政からの支援体制が明確化されていない。そこで、本研究では、災害時等における在宅療養患者の医療継続のために、以下の3点について医療提供体制の整備に向けた施策の検討を行うことを目的に、市区町村、都道府県における在宅医療を提供する医療機関等の被災状況の確認方法、在宅療養患者の安否確認情報の共有方法、在宅医療提供体制が縮小せざるを得なくなった場合の対策について現状を調査した。

- ・災害時等における在宅医療を提供する医療機関等の被災状況の確認体制
- ・在宅医療分野に対する市区町村と都道府県における情報共有及び連携
- ・災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等の事業縮小への支援体制

(2) 調査方法

郵送アンケート調査を主体に、WEB アンケート調査も併用し実施した。

(3) 調査対象

本調査は、以下の自治体および在宅医療を担う医療機関等を対象とし、下表の有効回答を得た、

- ・全都道府県及び特別区、政令指定都市、中核市のすべて、およびその他の市町村から無作為抽出した994自治体の災害・健康危機管理担当者
- ・全国の在宅療養支援診療所等(日本在宅医療連合学会の会員)の医師2,916名
- ・全国の訪問看護事業所から無作為抽出した1,000機関の管理者

	発送数	回収数	回収率
都道府県	47	29	61.7%
市区町村	947	196	20.7%
在宅療養支援診療所	2,916	18	0.6%
訪問看護事業所	1,000	138	13.8%

(4) 調査項目

都道府県、市区町村、訪問看護ステーションの各調査項目は以下の通りである。

① 都道府県及び市区町村

Q	区分	対象	調査項目
1	自治体概要	共通	危機管理体制で整備している事項
		共通	健康危機管理における保健所機能
2	医療機関や福祉施設の被災状況の確認体制について	共通	自然災害発災時の被災状況の確認状況
		都道府県	自然災害発災時のEMISの運用について
3	在宅療養支援診療所等の無床診療所の被災状況の確認について	共通	自然災害発災時における、(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況の情報収集状況

Q	区分	対象	調査項目
		共通	自然災害発災時に(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告する仕組みがあるか
4	在宅療養患者についての市区町村と都道府県における情報共有及び連携	共通	自然災害発災時の在宅療養患者の安否確認状況
		共通	自然災害発災時の在宅療養患者の安否確認情報を都道府県、市区町村、保健所と共有する仕組み
		共通	在宅療養患者の安否確認や安否情報の連携について検討する場として、在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議を活用しているか
		共通	災害時に都道府県と市区町村で在宅療養患者に関する情報の共有・連携を行う際の課題
		共通	自然災害発災時の在宅療養患者の電源確保対策
5	(機能強化型)在宅療養支援診療所の事業継続支援について	都道府県	(機能強化型)在宅療養支援診療所のBCP(事業継続計画)作成促進のために実施していること(都道府県のみ)
		市区町村	(機能強化型)在宅療養支援診療所への医療安全対策と感染管理体制に関する助言指導の実施状況
		市区町村	(機能強化型)在宅療養支援診療所へのBCP(事業継続計画)作成の助言指導
		共通	自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策
6	在宅療養患者を対象とする災害時の対応について	共通	在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して困っていること、課題など
7	在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応について	共通	都道府県、市区町村、保健所、医療機関の情報連携、共有等で工夫したこと

② 在宅療養支援診療所

Q	区分	調査項目
2	診療所概要	診療所の種別
		職員の体制
		併設施設
		在宅療養患者の累計
		電源確保の必要がある在宅療養患者の有無
3	在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について	在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について
		在宅療養患者の個別支援計画作成を中心的に支援するにふさわしいと考える職種
4	災害時の在宅療養患者の安否確認について	これまで大きな災害が発生した際に在宅療養患者の安否確認を行ったか ・安否確認の方法の決め方 ・安否確認の方法 ・安否確認で困ったこと
		今後、大災害が発生した際に在宅療養患者の安否確認を行う予定か
5	在宅療養支援診療所・機能強化型	自施設の医療安全管理体制、院内感染管理の実施状況

Q	区分	調査項目
	在宅療養支援診療所の安全管理体制について	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全管理体制について ・院内感染管理体制について ・医薬品の安全使用のための業務管理について ・医療機器の保守点検計画の策定と保守点検の実施について
6	在宅療養支援診療所・機能強化型在宅療養支援診療所の事業継続の課題	災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアルの策定状況 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアルの定期的な見直し状況 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアルを用いた職員教育の実施状況 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)を活用した災害訓練の実施状況
7	在宅療養患者を対象とする災害時の対応について	在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して、自治体から必要な支援や困っていること、課題など
8	在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応について	在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報の連携、共有等で工夫したこと

③ 訪問看護ステーション

Q	区分	調査項目
2	事業所概要	事業所の種別 職員の体制 併設施設 在宅療養患者の累計 電源確保の必要がある在宅療養患者の有無
3	在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について	在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について 在宅療養患者の個別支援計画作成を中心に支援するにふさわしいと考える職種
4	災害時の在宅療養患者の安否確認について	これまで大きな災害が発生した際に在宅療養患者の安否確認を行ったか <ul style="list-style-type: none"> ・安否確認の方法の決め方 ・安否確認の方法 ・安否確認で困ったこと 今後、大災害が発生した際に在宅療養患者の安否確認を行う予定か
5	訪問看護ステーションの安全管理体制について	自施設の医療安全管理体制、院内感染管理の実施状況
6	訪問看護ステーションの事業継続の課題	災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアルの策定状況 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアルの定期的な見直し状況 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアルを用いた職員教育の実施状況 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)を活用した災害訓練の実施状況
7	在宅療養患者を対象とする災害時	在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して、困っていること、課題

Q	区分	調査項目
	の対応について	など
8	在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応について	在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報連携、共有等で工夫したこと

(5)調査期間

令和4年11月～令和5年1月

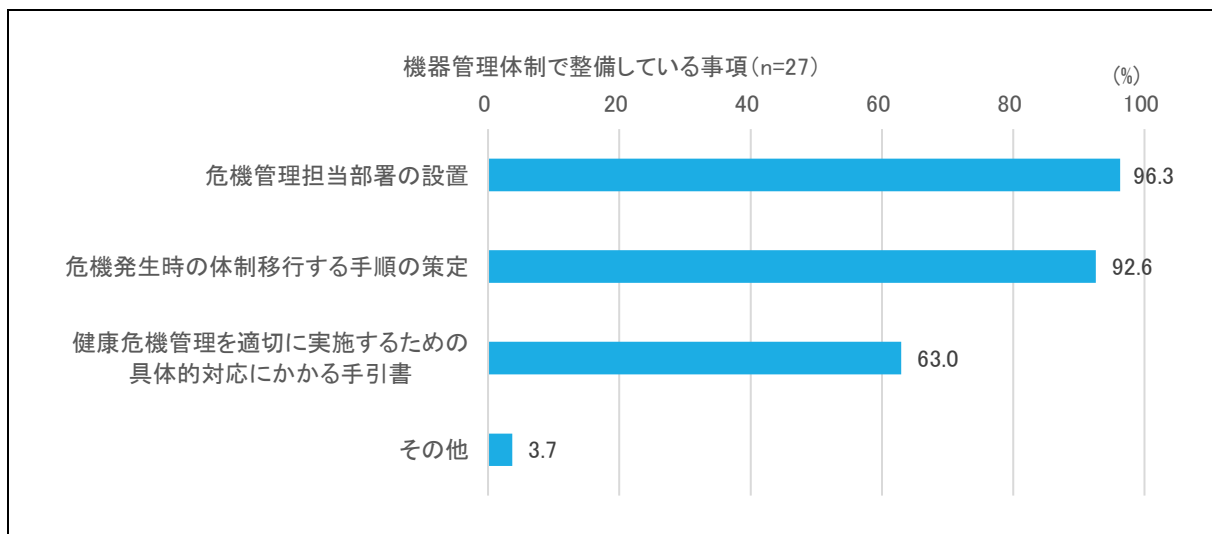
2. 都道府県・市区町村の調査結果

2. 1. 自治体概要

(1) 危機管理体制の整備状況(複数回答)

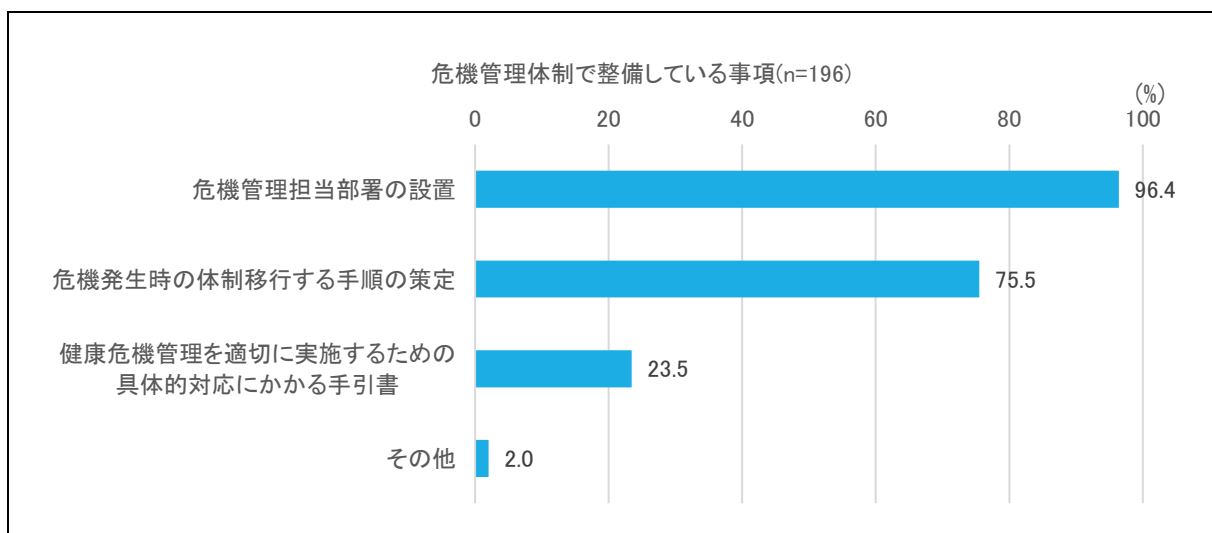
危機管理体制の整備について実施していることは、都道府県、市区町村ともに「危機管理担当部署の設置」が最も多く、それぞれ 96.3% (n=26)、96.4% (n=189)、次いで「危機発生時の体制移行する手順の策定」が都道府県 92.6% (n=25)、市区町村 75.5% (n=148)であった。

都道府県



※その他…機器管理監の設置(1)

市区町村

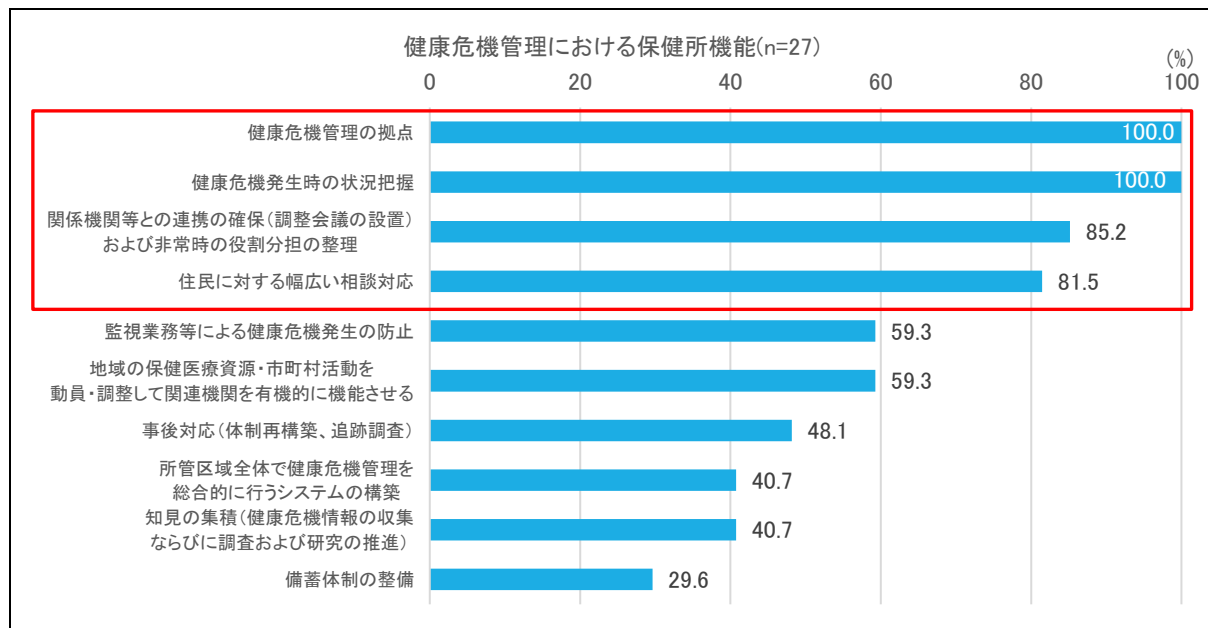


※その他…地域防災計画の策定(1)、災害時の保健活動推進マニュアル作成(1)、神奈川県医療救護マニュアル(1)

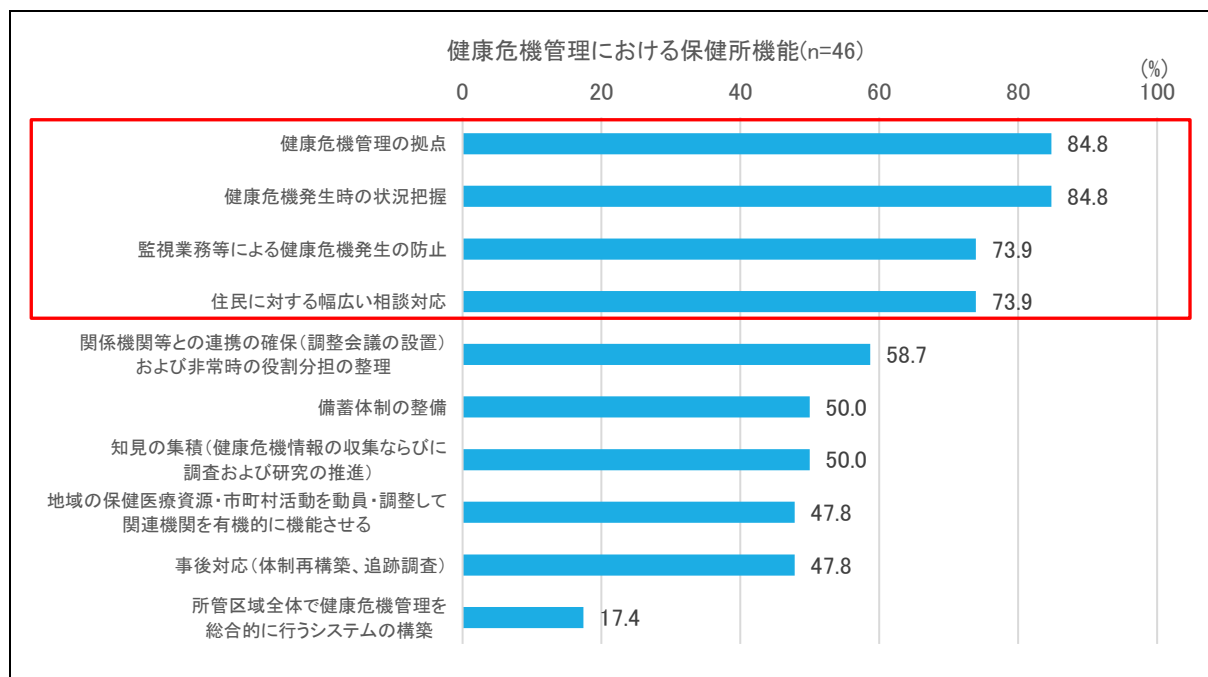
(2) 健康危機管理における保健所機能(複数回答)

健康危機管理における保健所機能は、都道府県、市区町村ともに「健康危機管理の拠点」と「健康危機発生時の状況把握」が同率で最も多く、それぞれ 100.0% (n=27)、84.8% (n=39) であった。次いで都道府県は「関係機関等との連携の確保(調整会議の設置)および非常時の役割分担の整理」が 85.2% (n=23)、「住民に対する幅広い相談対応」81.5% (n=22)、市区町村は「監視業務等による健康危機発生の防止」と「住民に対する幅広い相談対応」が同率で 73.9% (n=34) であった。

都道府県



市区町村



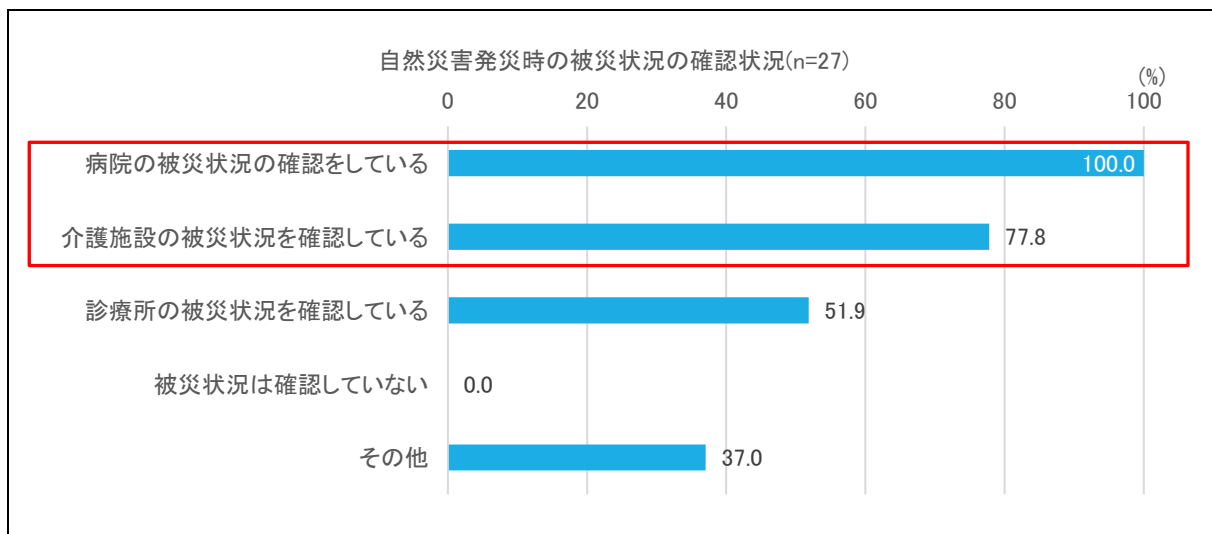
2. 2. 医療機関や福祉施設の被災状況の確認体制について

(1) 自然災害発災時の被災状況の確認状況(複数回答)

自然災害発災時の被災状況の確認について、都道府県は「病院の被災状況の確認をしている」が最も多く100.0%(n=27)、次いで「介護施設の被災状況を確認している」が77.8%(n=21)であった。

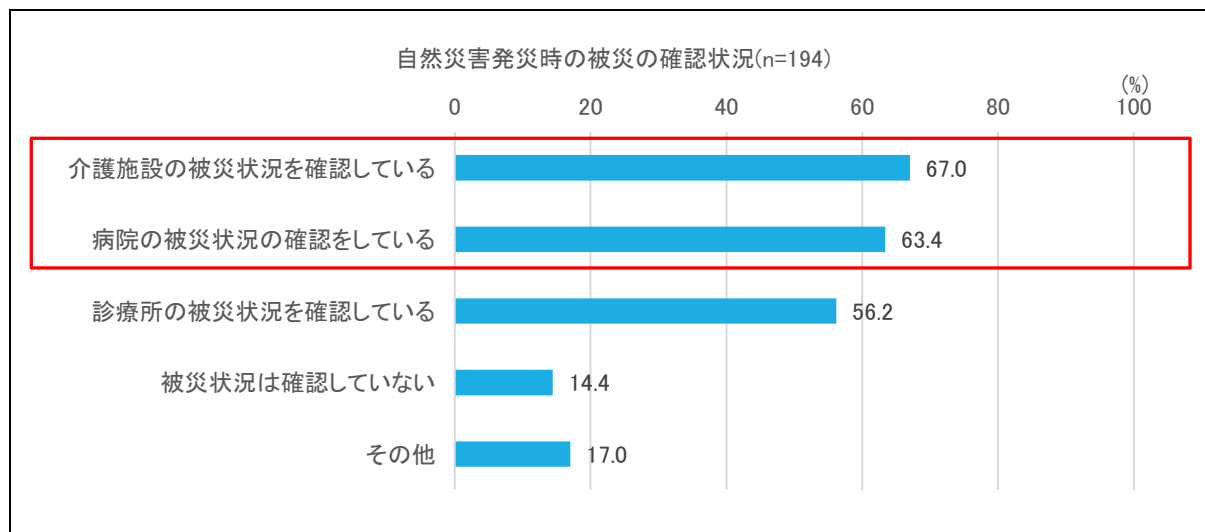
市区町村は、「介護施設の被災状況を確認している」が最も多く67.0%(n=130)、次いで「病院の被災状況の確認をしている」が63.4%(n=123)であった。

都道府県



※その他…有床診療所の被災状況を確認している(2)、透析医療機関の被災状況を確認している(1)、透析医療機関については愛媛人工透析研究会が、その他の診療所は市町に情報提供を受けて保健所が二次医療圏ごとに確認する仕組みとなっている(1)、EMISにより病院・有床診療所の被害状況を確認しその他は総合防災情報システム等で状況を確認している(1)、EMISに登録されている診療所(主に有床診療所)の被災状況を確認している(1)、救急告示医療機関である診療所の被災状況を確認している(1)、診療所については医師会が把握し保健所に報告される仕組みとなっている(1)、障害福祉サービス事業所等の被災状況を確認している(1)、障害者支援施設等の被災状況を確認している(1)

市区町村

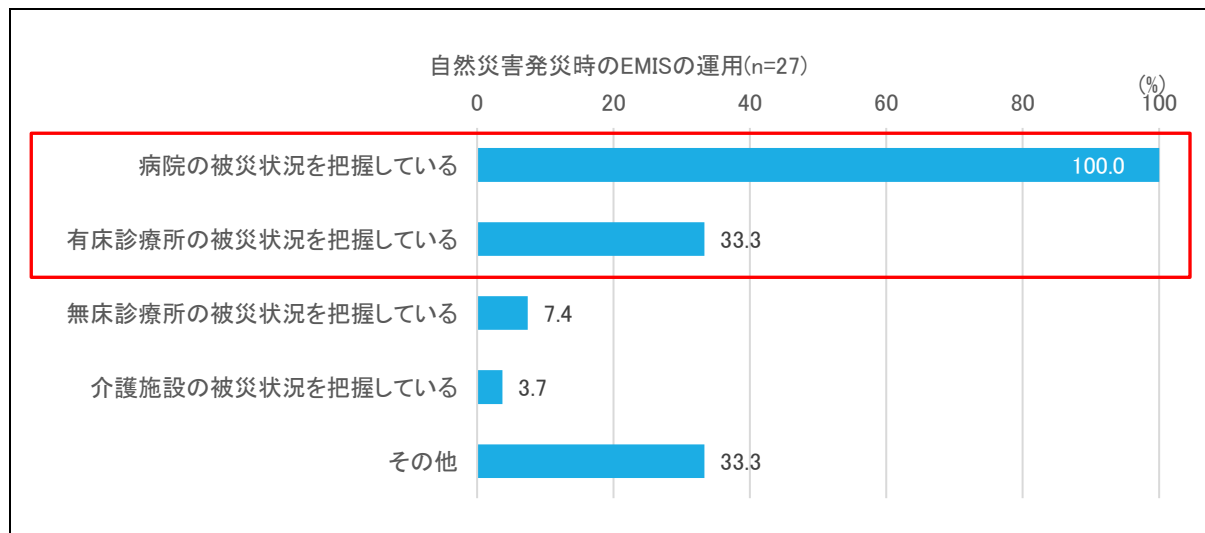


※その他…障がい関連施設の被災状況を確認している(5)、診療所の被災状況については市医師会を通じて把握することとなっている(2)、市民病院の状況を確認している(1)、災害対策本部を設置する場合において病院及び診療所福祉施設の被災状況を確認することとしている(1)、有床診療所の被災状況を確認している(1)、薬局の状況も確認している(1)、こども園と作業所(1)、児童福祉施設(保育所、放課後児童クラブ、児童館、児童養護施設等、所管施設について被災状況の確認をしている。)(1)、福祉避難所の被災状況の確認をしている(1)、要配慮者利用施設に電話で状況確認を行う。また施設からの被害報告を受け集約している(1)、EMISの情報(1)、EMISにて医療機関の入力した被災状況を確認している(1)、被災地からの報告を元に確認している(1)、被災した施設からの通報(1)、事業者から報告があれば都度確認する(1)、施設側からの報告やその周辺が被災している場合などは確認を行う(1)、担当課において関係機関の状況を確認している(1)、各部署管理施設の被災状況を確認している(1)、包括支援センター、課の所管施設の被害状況把握(1)、市指定管理施設(指定管理を含む)の被災状況確認(1)、所管の公共施設以外の事業所等についても被災状況を尋ねるようにした(1)、医療・福祉施設に限定せず市内の被災状況を確認(1)、施設の種類を問わず被災状況を確認することとしている(1)、個別の確認はしていないが全体の被災確認の中で確認している。(1)、東京女子医科大学八千代医療センター内に応急医療救急体制ができ、その構成団体の中に医師会に所属する人がおり、調整を行い、その中で情報を得られることがある(1)、地区医師会を通じた把握(1)、今まで医療機関や福祉施設が被災したことがない(1)

(2) 自然災害発災時の EMIS の運用状況(複数回答)

都道府県における自然災害発生時の EMIS(広域災害・救急医療情報システム)の運用について、「病院の被災状況を把握している」が最も多く 100.0% (n=27)、次いで「有床診療所の被災状況を把握している」が 33.3% (n=9)であった。

都道府県



※その他…透析医療機関の被災状況を把握している(1)、透析と分娩施設の被災状況を把握している(1)、産科・透析医療機関と救護病院等に指定されている無床診療所の被災状況を把握している(1)、透析提供医療機関(無床含む)の被災状況を把握している(1)、救急告示医療機関である診療所について被災状況を把握している(1)、有床診療所については二次救急協力医療機関のみ被災状況を把握している(1)、介護施設の被災状況については厚労省の災害時情報共有システム等を活用して確認している(EMISの運用なし)(1)、介護施設についてはEMISを用いた被災状況の把握はしていない(1)、障害福祉関係の被災状況は把握していない(1)

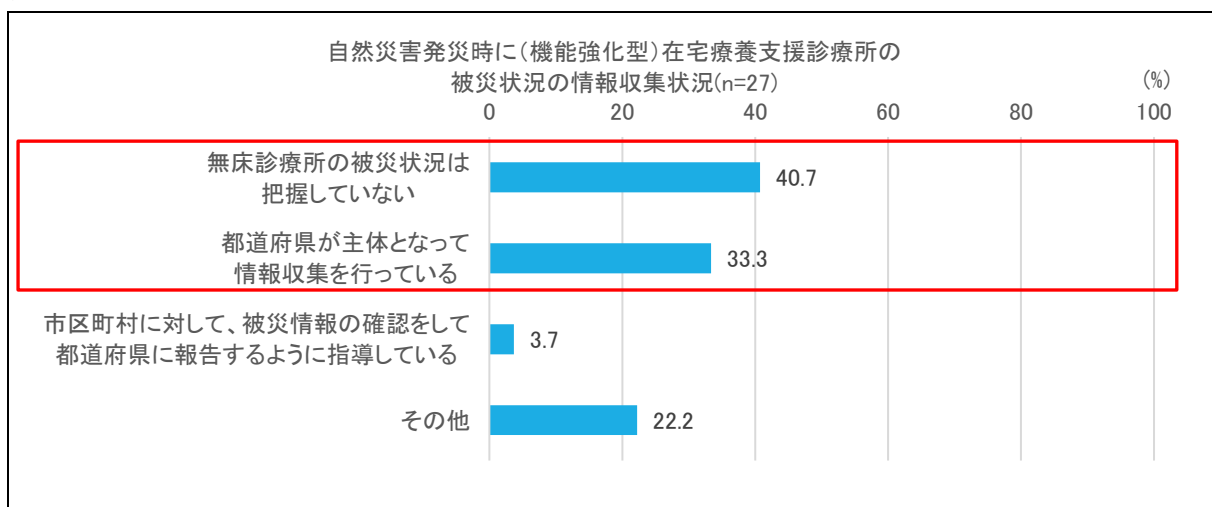
2. 3. 在宅療養支援診療所等の無償診療所の被災状況の確認について

(1) 自然災害発災時における(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況の情報収集(複数回答)

自然災害発生時における(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況の情報収集について、都道府県は「無床診療所の被災状況は把握していない」が最も多く 40.7% (n=11)、次いで「都道府県が主体となって情報収集を行っている」が 33.3% (n=9)であった。

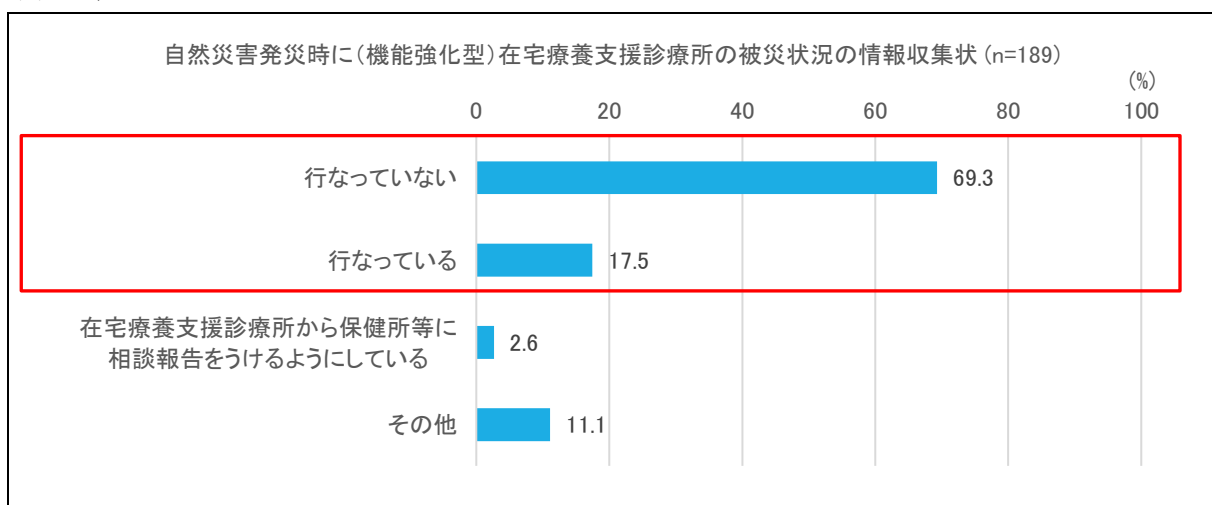
市区町村は、「行っていない」が最も多く 69.3% (n=131)、次いで「行っている」が 17.5% (n=33)であった。

都道府県



※その他…診療所については医師会が把握し保健所に報告される仕組みとなっている(1)、関係団体等からの報告と情報提供(1)、市町村と連携して情報収集を行っており平時にその体制づくりについて調整を行っている(1)、在宅療養支援診療所に限らず県内医療機関の情報を収集(1)、在宅療養支援診療所に特化した情報収集は行っていない(1)

市区町村



※その他…該当施設なし(9)、EMISの情報(2)、これまで確認した実績はないがEMISにて情報収集すべきと考える(市はEMIS使用できない)(1)、施設の種類を問わず被災状況を確認することとしている(1)、必要に応じて担当課を通じて情報共有を行うこととしている(1)、

東京女子医科大学八千代医療センター内に応急医療救急体制ができ、その構成団体の中に医師会に所属する診療所がある場合は、その中で情報を得られることがある(1)、医師会加入の場合は医師会をとおして確認している(1)、管轄の医師会から直接各医療機関あてFAXにて被災状況等の照会あり、FAX返信している(1)、管轄の保健所及び地区医師会を通じて状況を把握している(1)、わからない。危機管理課では行っていない(1)、診療所指定の把握ができていない(1)、Q2-1で全体把握している(1)

<被災情報の収集を行っている部署> ※同一ワードは()内に件数を記載

都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各保健所(4) ・ 市町危機管理部局又は衛生部局(市町ごとに異なる) 保健所 ・ 医療政策課 ・ 県福祉保健部福祉保健課 ・ 保健所総務企画課 ・ 県災害医療本部 ・ 厚生部高齢福祉課 ・ 健康福祉部医療整備課、保健所 ・ 健康福祉部医療政策課
市区町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康増進課(4) ・ 保健福祉課(3) ・ 健康管理課 ・ 健康福祉部 ・ 健康福祉部健康医療課 ・ 健康福祉部 健康推進課 ・ 健康福祉部健康づくり課 ・ 健康推進課、健康推進課 ・ 健康福祉対策部 ・ 健康福祉部(保健所含)、病院局 ・ 健康福祉課 ・ 保健福祉部 ・ 保健福祉課保健医療係 ・ 保健所総務課 ・ 保健医療課 ・ 保健部 青森市保健所 保健予防課 ・ 医療政策課 ・ 医療対策室 ・ 福祉保健部 健康づくり課 ・ 福祉保健部健康推進課 ・ 総務課 ・ 総務課防災安全室、健康長寿課 ・ 危機管理課 ・ 県、保健所 ・ 市民福祉部 健康増進課 ・ 地域医療政策部署他 ・ 地域医療政策課 ・ 地域医療推進室

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 災害対策本部(保健衛生班) ・ 市、保健所 ・ 保健センター ・ 衛生部 衛生管理課 ・ 横浜市医師会からの情報提供 ・ 救護本部※大規模地震(震度5以上)が発生した時に設置する。保健福祉部長を本部長とし、柏市医師会の会長・副会長・救急災害担当理事を地域災害医療コーディネーターとする。
--	--

<確認方法や体制>

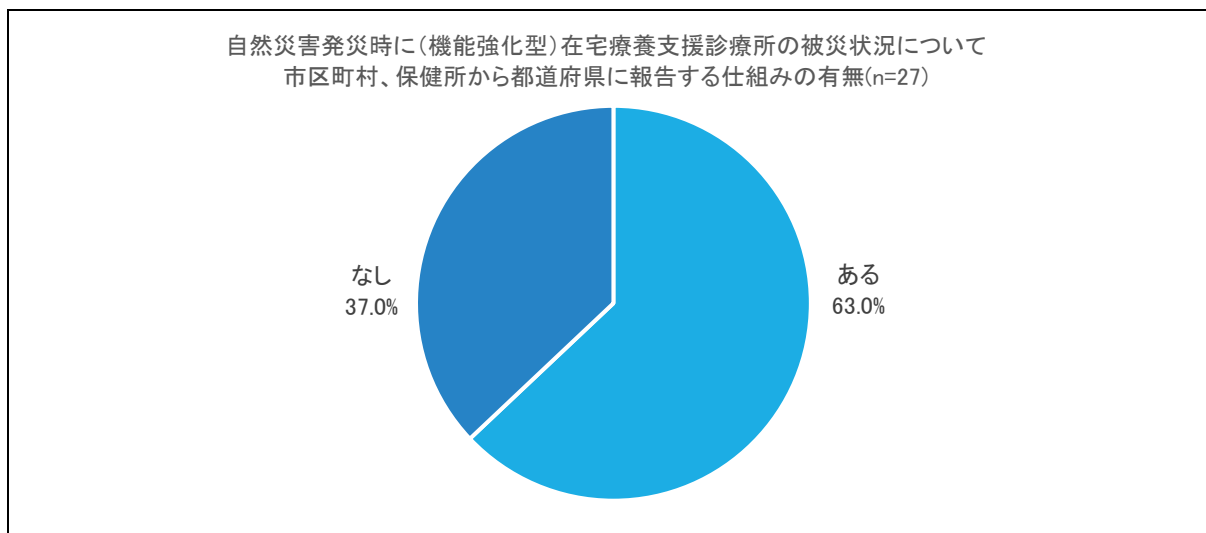
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県医師会が把握した情報、保健所が把握した情報を電話やメールで共有 ・ 無床診療所は医師会、市町村、保健所などで現場を確認し情報を収集する ・ 本庁担当課から各保健所に被災状況の照会をし、各保健所から被災状況の回答をもらう。 ・ 医療機関の被害情報として随時または定時報告。 ・ EMISの利用(無床診療所以外)・郡市医師会への確認・医療機関への連絡・現地確認 ・ EMIS、沖縄県総合行政情報通信ネットワーク、電話、FAX等 ・ 広域災害救急医療情報システム(EMIS)を確認・在宅療養支援診療所への電話確認 ・ 施設被害が生じた場合、保健所が県庁(医療整備課)へ被害情報を報告。 ・ 保健所を通じて、医療政策課へ報告 ・ 警察・消防・市町村等からの情報提供及び現地確認 ・ 電話 ・ 各保健所において、管内の診療所に電話連絡を行い、被災状況を確認する。確認結果は、本県の災害医療担当部門に報告され、災害対策本部にも共有される。 ・ EMISに入力できない場合は、「医療機関発災直後情報」及び「医療機関詳細情報」を作成し、所管の市町にFAX送信する(FAXが使用できない場合は、電話等で必要事項を伝達)・医療機関から送付された情報を逐次、災害拠点病院コーディネータ及び保健所にFAX送信する。・医療機関から報告がない場合は、職員が医療機関に出向き、被害状況等を把握する。・市町から報告がない場合は、市町に報告を求めるほか、必要に応じて被災地の市町、医療機関等へ保健所職員を派遣して情報収集を行う。・平時からえひめ医療情報ネット(愛媛県広域災害・救急医療情報システム)に参加していない医療機関について、「保健所管内医療機関被害状況等一覧」を作成し、県本庁及び災害拠点病院コーディネータにFAX送信するとともに、管内の医療機関、市町、郡市医師会等に情報提供する。
市区町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ Tel等(診療所職員より) ・ 電話連絡等 ・ 電話等による確認、対策部統括者より災害対策本部へ情報の報告 ・ 電話か巡回 ・ 電話・FAX等 ・ 電話FAX等での連絡 ・ 電話やFaxで被災状況の確認 ・ 電話連絡及びメール等により確認。医師会を通じて確認 ・ 電話等、災害対策本部体制 ・ 現地確認、又は、電話確認 ・ 電話または現地訪問による確認 ・ 電話による聞き取り(上越市国民健康保険清里診療所に限る)

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 災害の規模にもよるが、電話で確認(医療機関全般) ・ 現地に出向いての確認又は電話等での確認 ・ 電話や直接現地に出向き確認している。 ・ 主に電話 ・ 一般診療所とあわせて電話で確認 ・ emis ・ EMISへの入力等による確認 ・ EMISでの情報を確認 ・ EMISやFAX等を活用して情報収集している。 ・ EMIS ・ EMIS(広域災害救急医療情報システム)の確認。医師会事務局への確認。 ・ EMIS、他、直接医療機関へ問合せする。 ・ EMIS(広域災害救急医療情報システム)による病院・診療所の被災状況の把握を行っている(令和元年台風15号をはじめ大雨災害時に活用) ・ EMISにて被災状況の報告があった場合に確認 ・ 目視通電等 課長含め3名 ・ 被災報告・災害対策本部体制、福祉医療班 ・ 医師会を通じて医療機関の被災状況を確認 ・ 無線を用いて医師会等に状況確認を行う。 ・ 地域医師会と連携(したり)および自治体から問い合わせを行う ・ 医師会員が自院の被害状況を確認し、医療救護班本部へ被害状況を報告する。(オクレンジャーを利用する)・医療救護班本部は医療機関の復旧状況等を災害対策本部へ情報伝達する ・ 医師会加入診療所→医師会を通じ保健所へ報告。医師会未加入診療所→保健所で情報収集。健康福祉部、病院局で開設する診療所は、部局で確認し、保健所と共有 ・ 柏市医師会の災害医療対応マニュアルで、医師会員(診療所)は救護要員として災害医療活動に参加するため、救護本部(もしくは医師会)へ連絡を取ることとしている。 ・ 安否確認により情報収集を実施。 ・ 被害があった場合、被災の大きさによらず、内容を報告してもらっているが、全ての医療機関(病院、有床・無床診療所)を対象としており、在宅療養支援医療機関に特化して行っていない。 ・ 在宅療養支援診療所に限らず、区内の診療所について医師会を通じて確認を行っている。 ・ 安否確認するシステムにより、情報を集約し、市・区の各本部と情報を共有※医師会会員かつシステム登録施設のみの情報で、在宅療養支援診療所に特化して情報収集する仕組みではない。 ・ 災害発生後定期的に医師会が市内の被災状況を集約し、市に情報提供する。
--	---

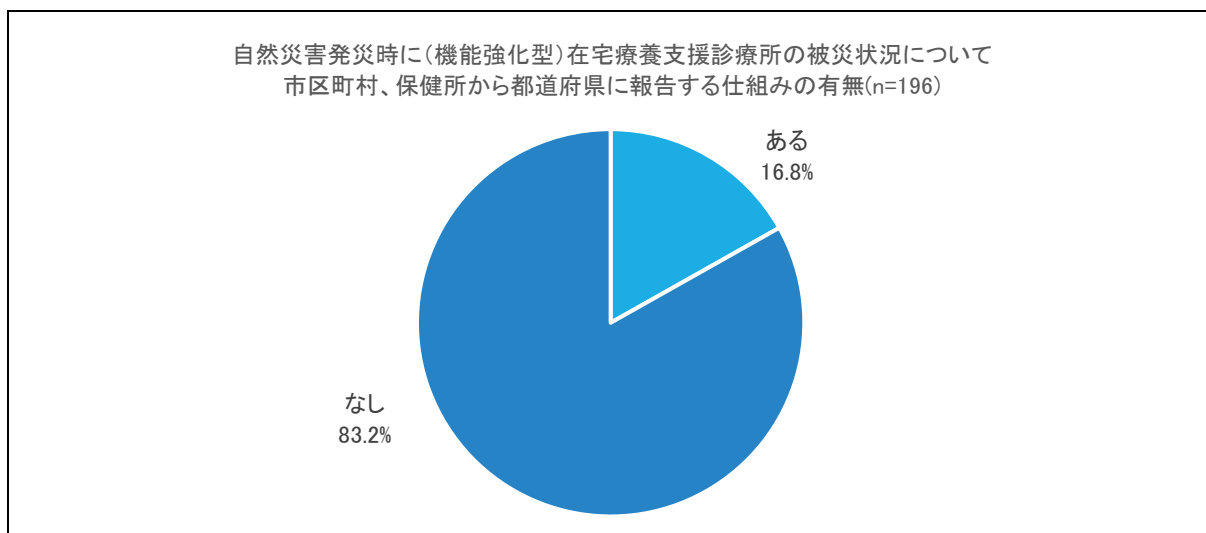
(2) 自然災害発災時における(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告する仕組み(単数回答)

自然災害発災時における(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告する仕組みは、都道府県は「ある」が63.0%(n=17)、「なし」が37.0%(n=10)に対し、市区町村は「ある」が16.8%(n=33)、「なし」が83.2%(n=163)であった。

都道府県



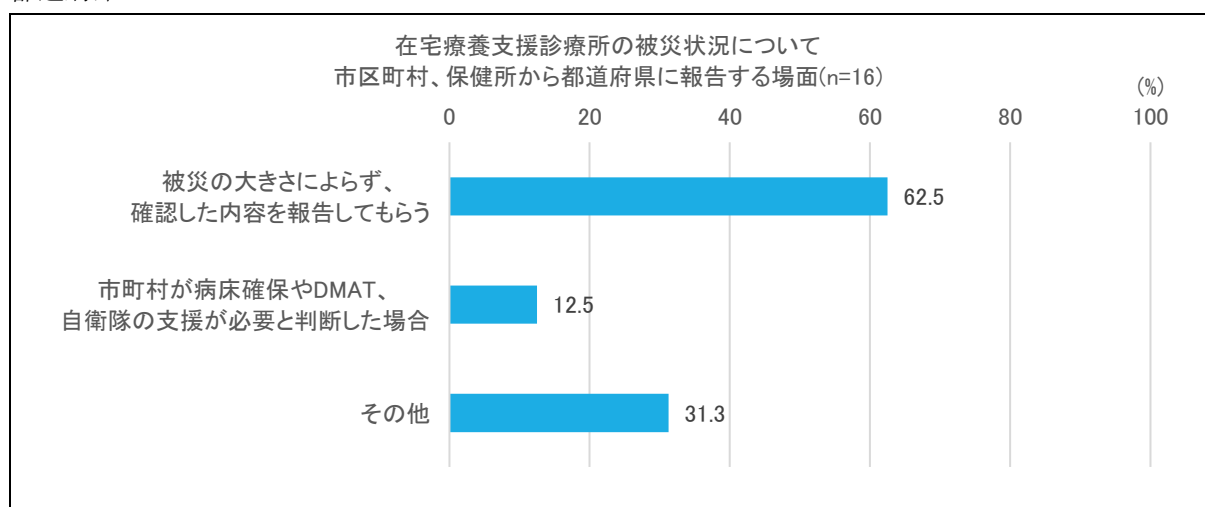
市区町村



(3) 在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告する仕組み(複数回答)

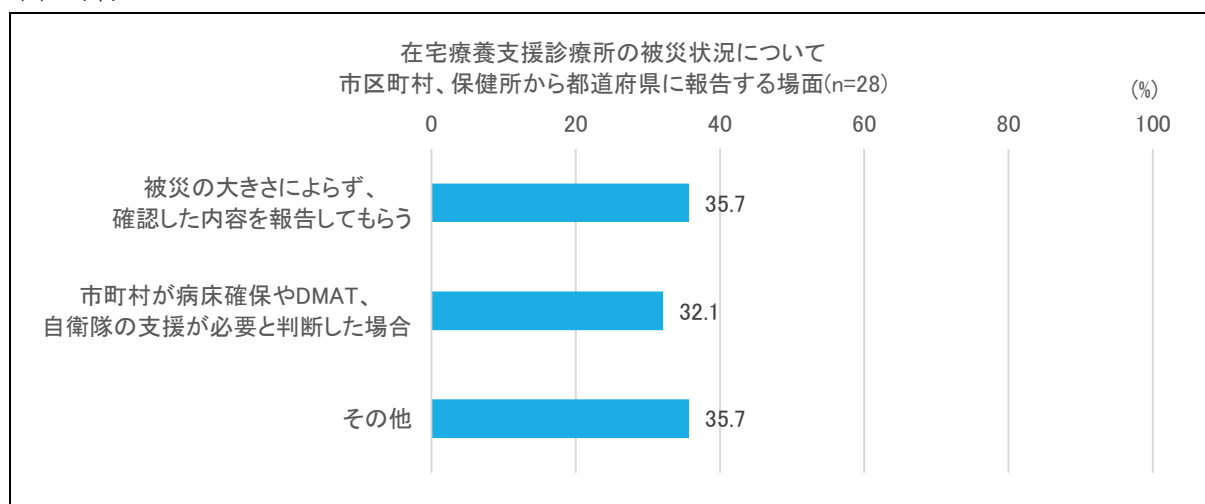
自然災害発生時における(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告するような仕組みが「ある」と回答した自治体について、どのような場合に報告するようになっているか尋ねたところ、「被災の大きさによらず、確認した内容を報告してもらう」は、都道府県が62.5%(n=10)に対し、市区町村は35.7%(n=10)であった。「市町村が病床確保やDMAT、自衛隊の支援が必要と判断した場合」は、都道府県が12.5%(n=2)に対し、市区町村は32.1%(n=9)であった。

都道府県



※その他…保健医療調整本部が設置される大規模災害の場合報告する(1)、報告が必要な基準を設けていないが県に報告が必要な場合は保健所から県に報告する(1)、震度5弱以上の地震発生時等は地震が発生した地域を管轄する各保健所に被災状況の照会をし県に状況を報告する(1)、被災状況やその他の状況により報告する(1)、二次保健医療圏単位に設置する医療対策拠点が必要と判断した場合報告する(1)

市区町村

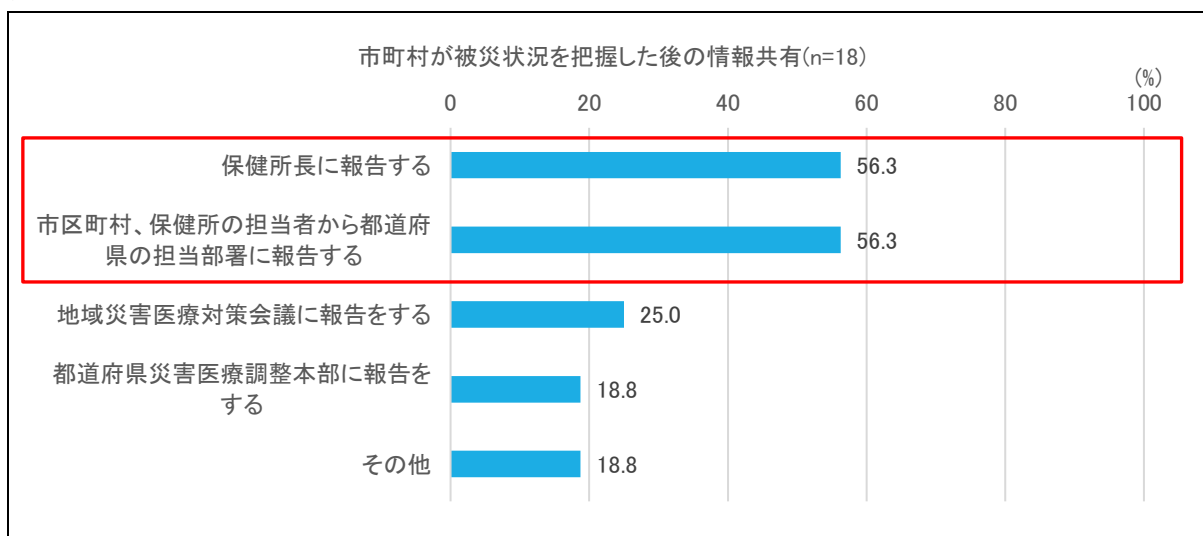


※その他…EMIS(4)、被災状況に応じて報告(建物損壊度、けが人等がある場合等)(1)、被災状況や医療ニーズに応じて報告(1)、医療活動に関わる応援要請の判断基準に関する情報である場合(1)、一部損壊以上、床上、床下の場合(1)、被害があった場合、被災の大きさによらず内容を報告してもらう(1)

(4) 市町村が被災状況を把握した後の情報共有(複数回答)

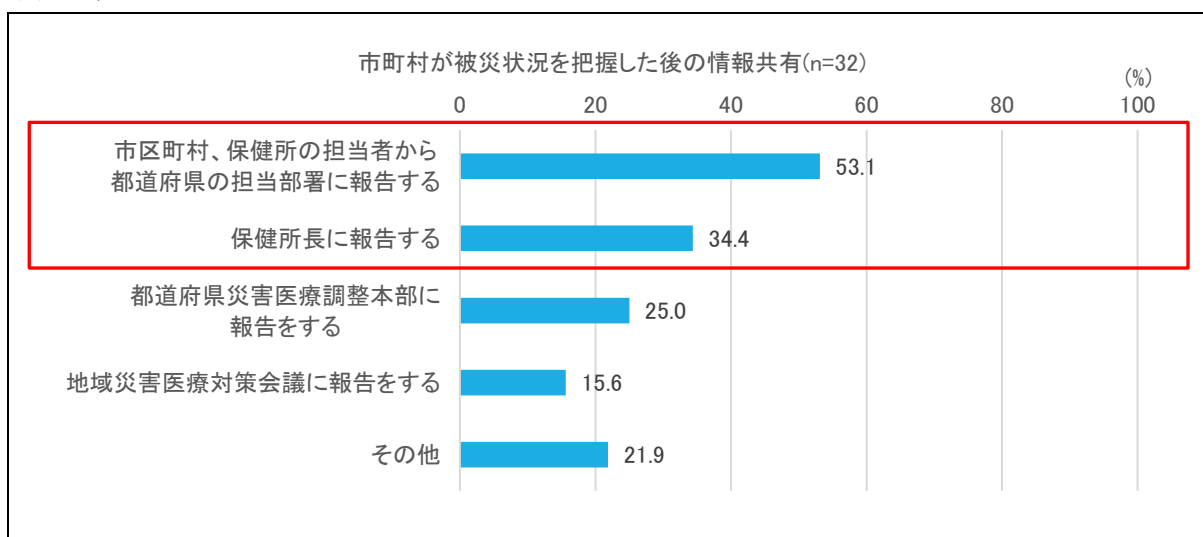
自然災害発生時における(機能強化型)在宅療養支援診療所の被災状況について市区町村、保健所から都道府県に報告するような仕組みが「ある」と回答した自治体について、市町村が被災状況を把握した後にどのような情報共有を行っているか尋ねたところ、都道府県は「保健所長に報告する」と「市区町村、保健所の担当者から都道府県の担当部署に報告する」が同率で最も多く 56.3%(n=9)であった。市区町村は「市区町村、保健所の担当者から都道府県の担当部署に報告する」が最も多く 53.1%(n=17)、次いで「保健所長に報告する」34.4%(n=11)であった。

都道府県



※その他…二次医療圏域の災害医療コーディネーターに報告する(1)、災害対策地方本部から県災害対策本部に報告する(1)、二次保健医療圏単位に設置する医療対策拠点が必要と判断した場合(1)

市区町村



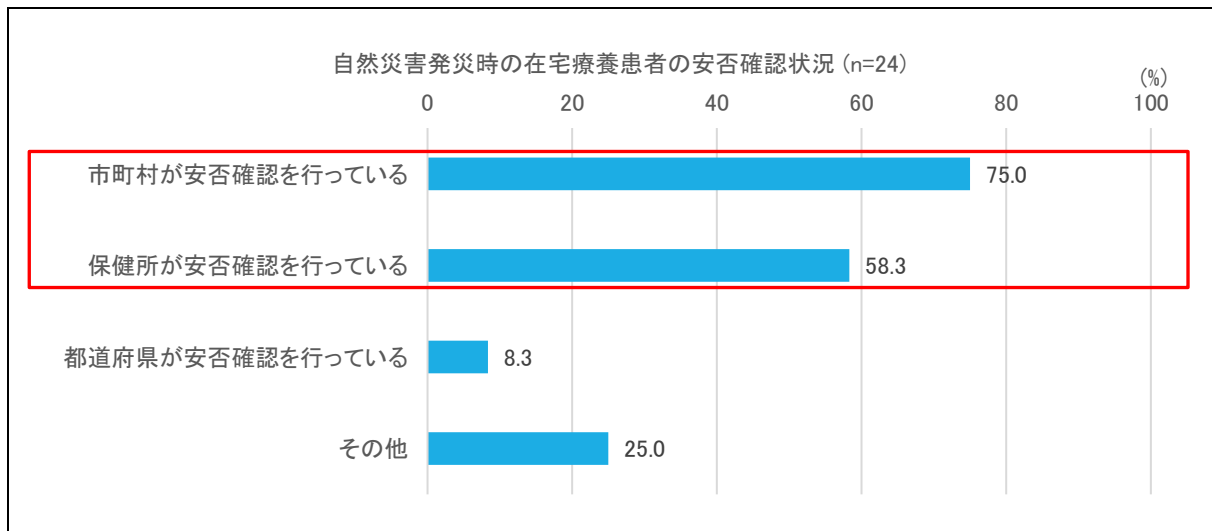
※その他…EMIS(3)、専用端末を用いて県災害対策部署へ報告する(1)、市の担当部署へ報告(1)、災害の発生前後に設置する災害対策本部等において民生対策部長(健康福祉部長)が報告する(1)、必要に応じて災害医療本部に連絡する(1)

2. 4. 在宅療養患者についての市町村と都道府県における情報共有及び連携

(1) 自然災害発災時の在宅療養患者の安否確認状況(複数回答)

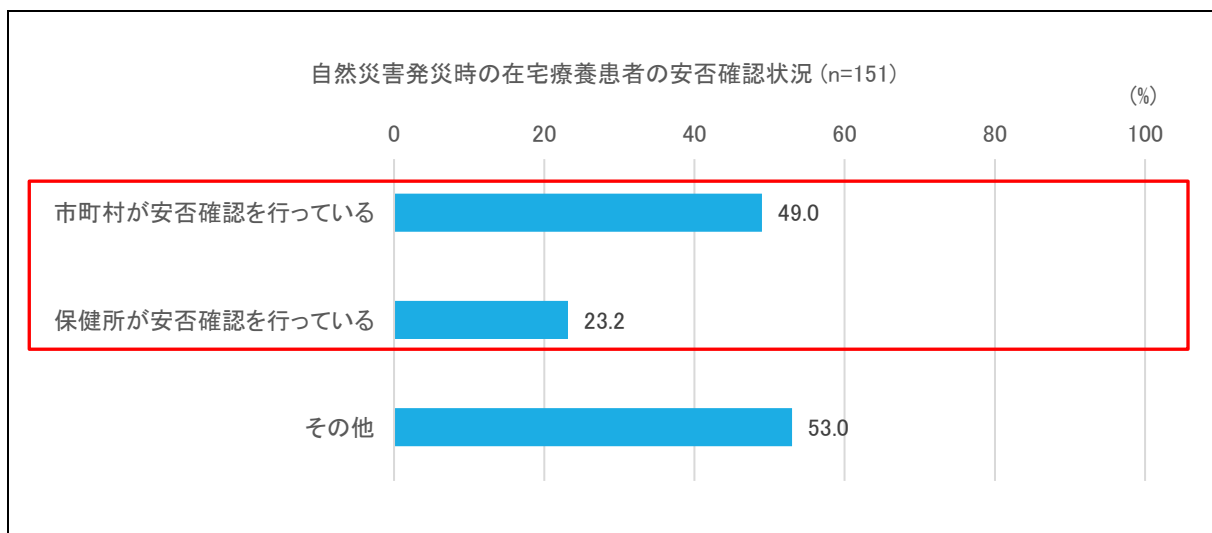
自然災害発生時の在宅療養患者の安否確認について、都道府県、市区町村ともに「市町村が安否確認を行っている」が最も多く、それぞれ 75.0% (n=18)、49.0% (n=74)、次いで「保健所が安否確認を行っている」がそれぞれ 58.3% (n=14)、23.2% (n=35)であった。

都道府県



※その他…安否確認は行っていない(2)、障害福祉課としては行っていない(1)、自然災害発災時、高齢福祉課から各市町村、保健所へ連絡し現状を確認し、その後の対応を決める(1)、避難支援等関係者(1)、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所(1)

市区町村



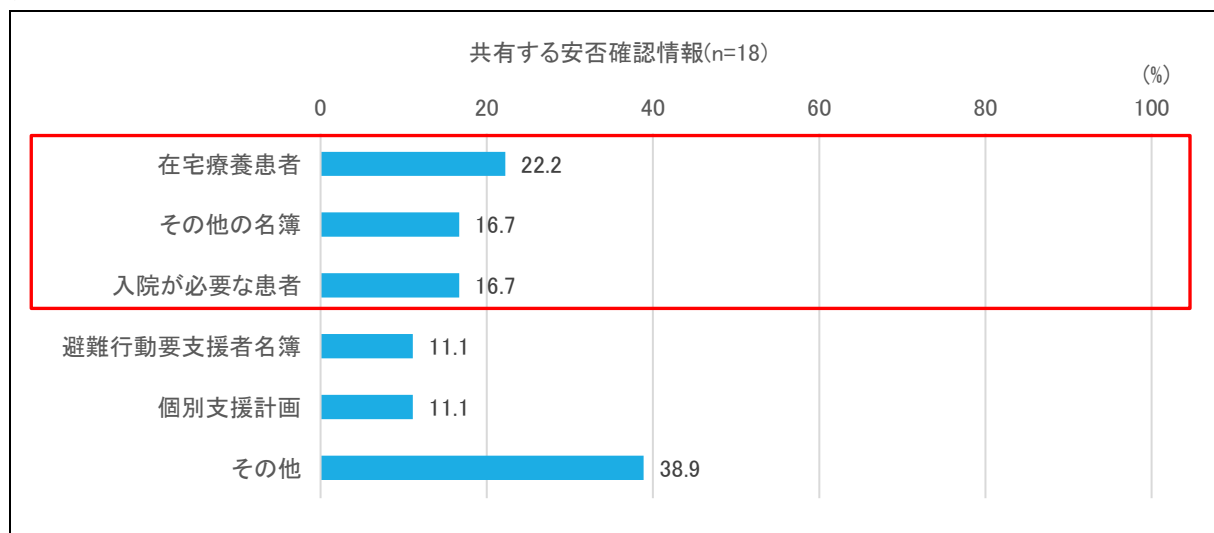
※その他…行っていない(19)、地域包括支援センター(4)、ケアマネジャー(3)、地域住民(3)、実際の災害事例は無し(3)、病院(1)、施設で対応(1)、市訪問看護ステーション(1)、災害時個別支援計画作成受託の訪問看護事業者(1)、在宅人工呼吸器等使用患者については、何か問題が生じた場合、その患者が利用する訪問看護ステーションから本市に連絡が入る(1)、居宅介護事業所(1)、個別の名簿を持つ府からの要請があった場合に協力を行う(1)、県から情報提供を受けて市が安否確認を行う場合がある(1)、市町村か保健所どちらが確認するか決まっていない(1)、市、消防団等で安否確認を行うようになる(1)、市が自治会を通じて安否確認を行っている(1)、災害対策本部が設置され、地域避難所が開設された場合、民生・児童委員、地域包括支援センター区職員、ケアマネジャー、訪問系介護サービス事業所職員で編成する安否確認チームで実施する(1)、協定締結団体(1)、各行政区などで確認をしている(1)、各区の自主防

災組織により避難行動要支援者の安否確認を行っている(1)、各区長(自主防災組織)(1)、自主防災組織等による安否確認または地域包括支援センター(1)、高齢者については地域包括支援センターで行っている(1)、関係機関(包括支援センター等)や自治会(民生委員や保健委員等)など(1)、自主防災会、各町内会(1)、自治会、近隣住民等(1)、地域の自治会長等(1)、自治会等(1)、区長、自主防、消防、民生(1)、自主防災会、民生委員等(1)、町内会、民生委員(1)、町会、民生委員・児童委員、警察、消防(1)、町内会・自主防災組織等(1)、民生委員や自主防災会が実施、又はケアマネジャー(1)、自治会や民生委員を含む避難支援関係者(1)、地区の民生委員等が、適宜行っている(1)、自治会や民生委員児童委員等が行っている(1)、地域ごとに安否確認を行う(1)、各自治組織にまかせている(1)、地域自主防災組織等、避難行動要支援者登録個別計画作成者協力員等(1)、家族、支援者からの申告により把握(1)、安否確認は避難行動要支援者個別支援計画に基づく支援者(家族、地域の区長、民生委員、有志者等)が行うこととしている(1)、避難行動要支援者名簿登録者は地域の自主防災会、民生委員、自治会に渡してあり、安否確認に活用してもらっている(1)、在宅療養患者に限ったものではないが、避難行動要支援者名簿登録者は、避難所運営協議会に同名簿を提供し、安否確認を行う体制を構築している(1)、現状行っていないが災害時避難行動要支援者の個別計画を策定予定(1)、現在、個別避難計画作成事業を検討中で、R4年度中には開始予定である(1)、委託相談事業所等に依頼(1)、避難行動要支援者について、災害時の安否確認用のシステム(災害時要援護者名簿システム)を通じ、区役所・保健所へ提供を行っている(1)、対象者から連絡があれば、関係部署へ報告する(1)、保健所の安否確認については未把握(1)、安否確認を行うこととしていない。保健所は不明。(1)

(2) 自然災害発災時に市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報 (複数回答)

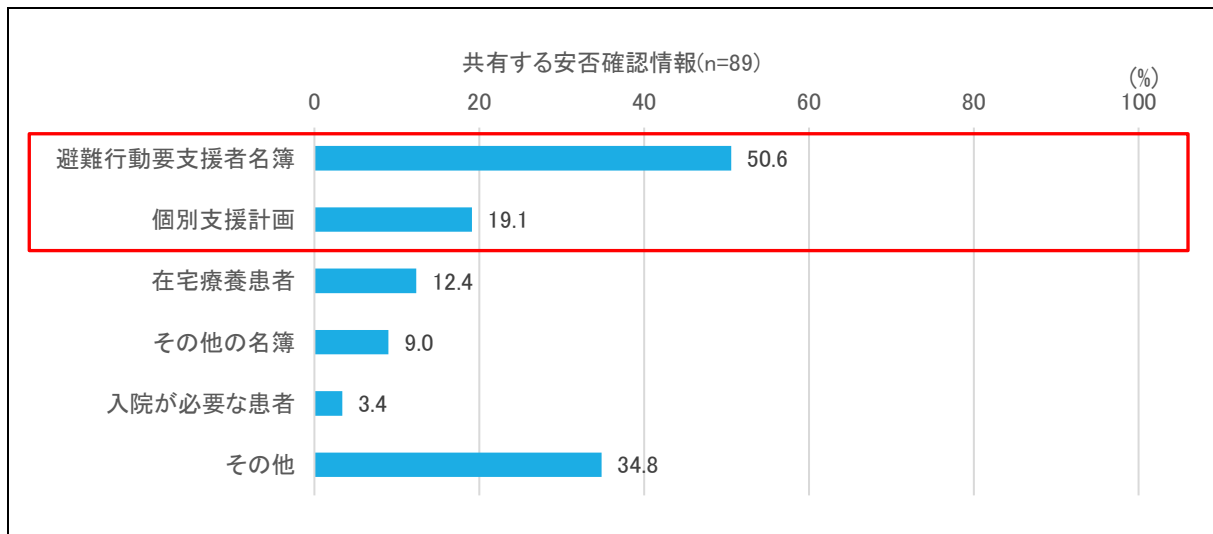
自然災害発生時に、市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報について、都道府県は「在宅療養患者」が最も多く 22.2%(n=4)、次いで「その他の名簿」と「入院が必要な患者」が 16.7%(n=3)であった。市区町村は「避難行動要支援者名簿」が最も多く 50.6%(n=45)、次いで「個別支援計画」が 19.1%(n=17)であった。

都道府県



※その他…なし(1)、必要な物資・搬送手段等(1)、在宅人工呼吸器使用患者(1)、保健所が把握している要支援者情報・安否不明の場合、住基台帳等を基に市町村が作成した安否不明者リスト(1)、常時在宅人工呼吸器を使用している者のうち、保健所で支援の対象としている者(1)、保健所がまとめたリスト(難病)(1)、状況に応じ必要な情報を共有する(1)

市区町村

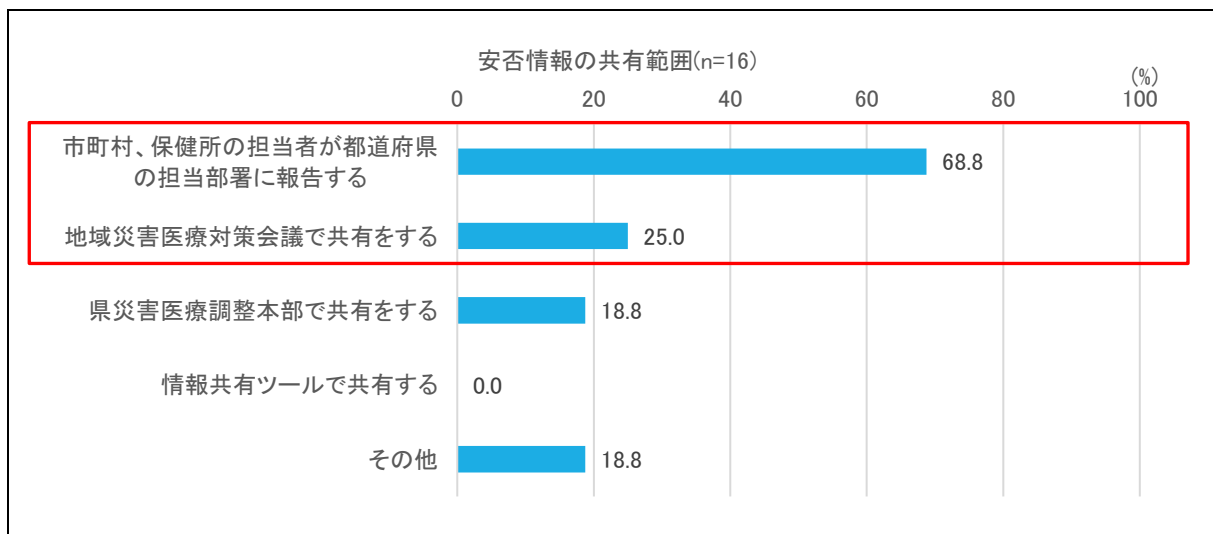


※その他…なし(7)、共有の仕組みなし(6)、要支援者名簿を作成し、市の担当部署で共有しているが、県と共有する仕組みはない(1)、難病患者で県の防災カードを作成している者(1)、難病患者(1)、在宅人工呼吸器使用患者に関する報告(厚生労働省難病対策課への報告様式)(1)、在宅人工呼吸器等使用患者のうち、問題発生時における訪問看護ステーションから本市への連絡内容(1)、被災者の権利利益を侵害しないように配慮し、災害応急措置に支障を及ぼさない範囲の安否情報(1)、災害時要援護者名簿システム(1)

(3) 自然災害発災時に市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報の範囲 (複数回答)

自然災害発生時に市区町村、保健所と共有する在宅療養患者の安否確認情報の範囲は、都道府県、市区町村ともに「市町村、保健所の担当者から都道府県の担当部署に報告する」が最も多く、それぞれ 68.8%(n=11)、48.7%(n=38)、次いで「地域災害医療対策会議で共有をする」がそれぞれ 25.0%(n=4)、12.8%(n=10)であった。

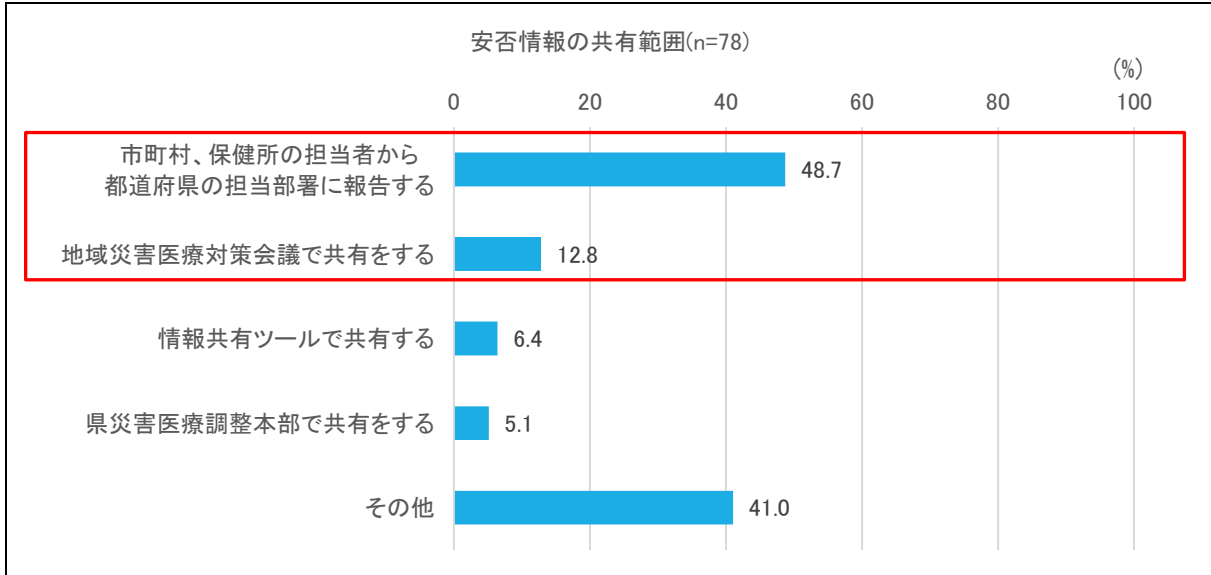
都道府県



※その他…保健所が安否確認を行い市町に情報提供するとともに、担当部署(健康福祉総務課)に報告する(1)、状況に応じ有効な手段で必要な範囲において共有する(1)、日本ALS協会埼玉県支部に加入している患者のうち同意した方について、災害時にメーカーが行

った安否確認情報を県へ提供される仕組みあり。県はその情報を保健所へ提供する。それ以外の要支援者の安否確認は災害発生時に
 県庁－保健所間で情報共有している。市町村が作成した安否不明者リストは、検索を行う警察・消防機関や県と共有。(1)

市区町村

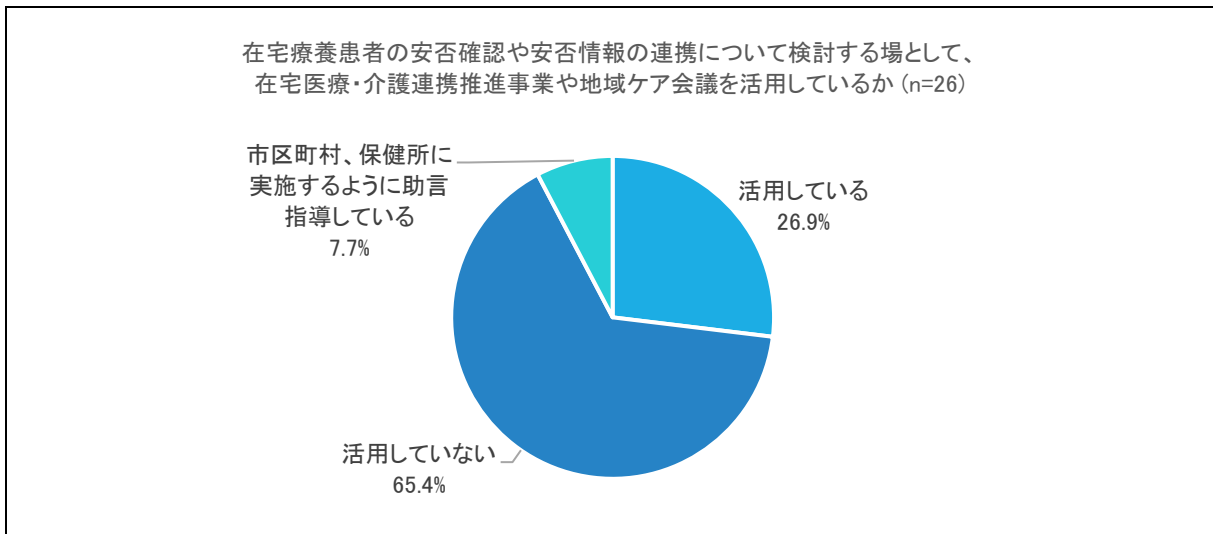


※その他…なし(7)、仕組みがない(2)、仕組みとして特に定めは無し(1)、共有する具体的な仕組みは決まっていない(1)、保健所ではシステム確認できるが、県とは共有していない(1)、防災プランは、かかりつけ医、訪問看護、ケアマネで共有。避難行動要支援者名簿は、協定締結団体を初め、庁内関係部局と共有を図る。(1)、訪問看護ステーションと本市災害対策関連部署で共有する(1)、市、自主防災会、民生委員の3者で共有(1)、区長等に紙媒体で提供(1)、DV等の危険性が考えられる場合、個人情報の管理を徹底するようにしている(1)、個別で対応(1)、避難行動要支援者名簿に掲載されている難病者(1)

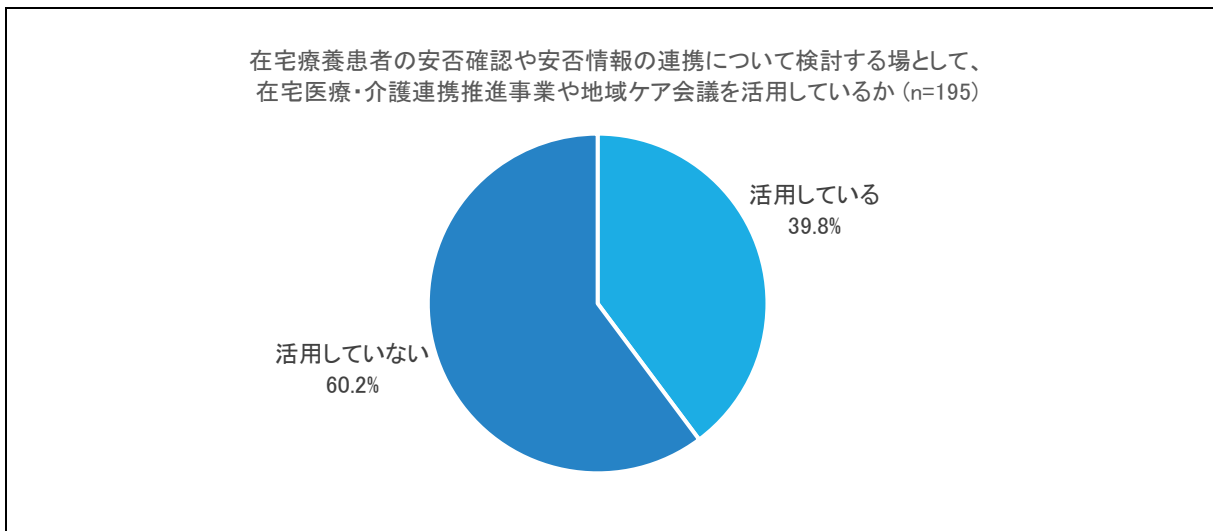
(4) 在宅療養患者の安否確認や安否確認情報の連携について検討する場として在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議を活用しているか(単数回答)

在宅療養患者の安否確認や安否確認情報の連携について検討する場として在宅医療・介護連携推進事業や地域ケア会議を活用しているか否かについて、都道府県は「活用している」26.9%(n=7)、「活用していない」65.4%(n=17)であった。市区町村は「活用している」39.8%(n=78)、「活用していない」60.2%(n=118)であった。

都道府県



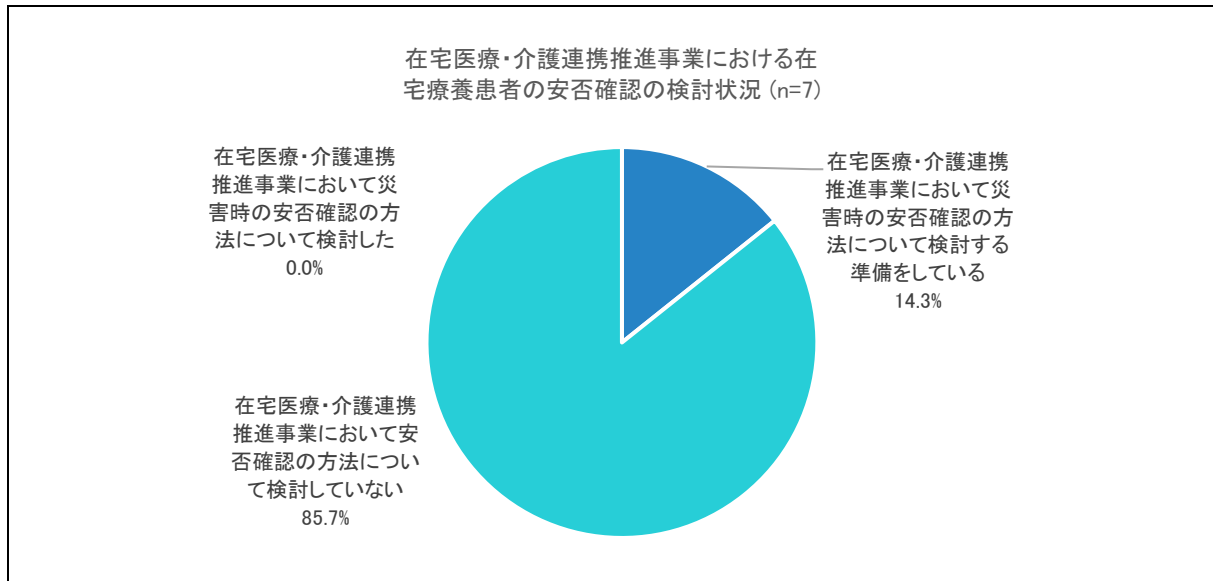
市区町村



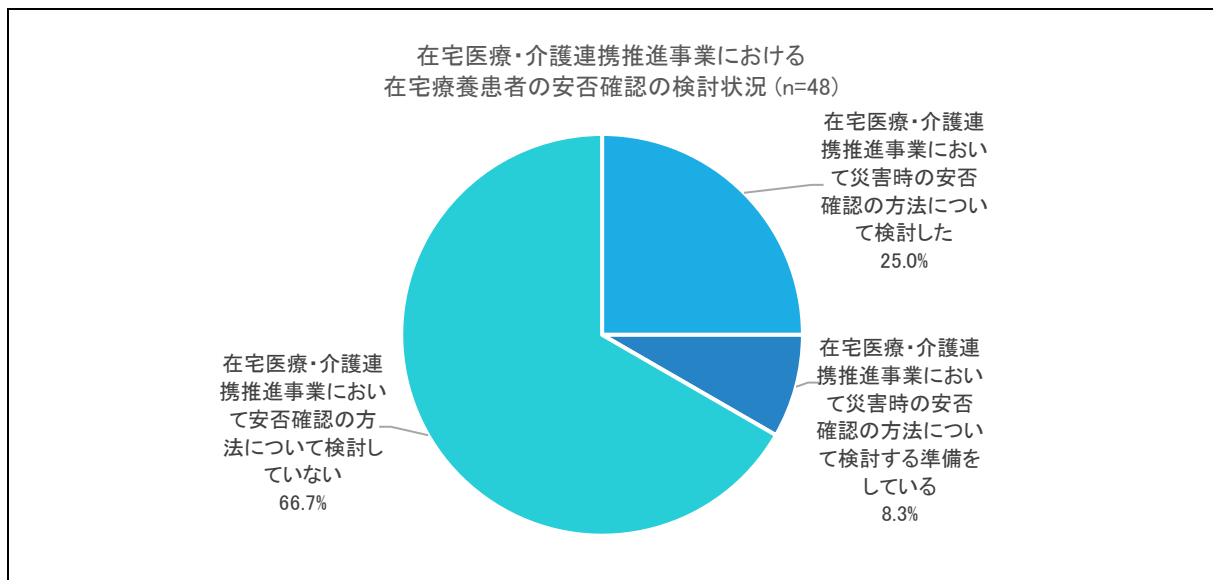
(5) 在宅医療・介護連携推進事業における在宅療養患者の安否確認の検討状況
(単数回答)

在宅医療・介護連携推進事業における在宅療養患者の安否確認の検討状況について、都道府県、市区町村ともに「在宅医療・介護連携推進事業において安否確認の方法について検討していない」が最も多く、それぞれ 85.7% (n=6)、66.7% (n=32) であった。

都道府県



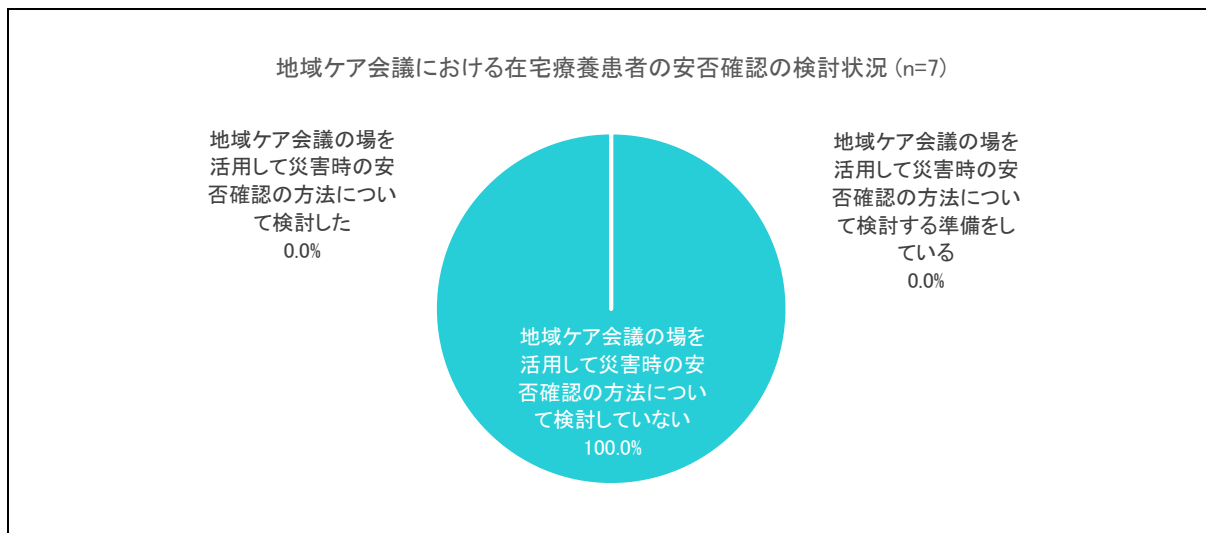
市区町村



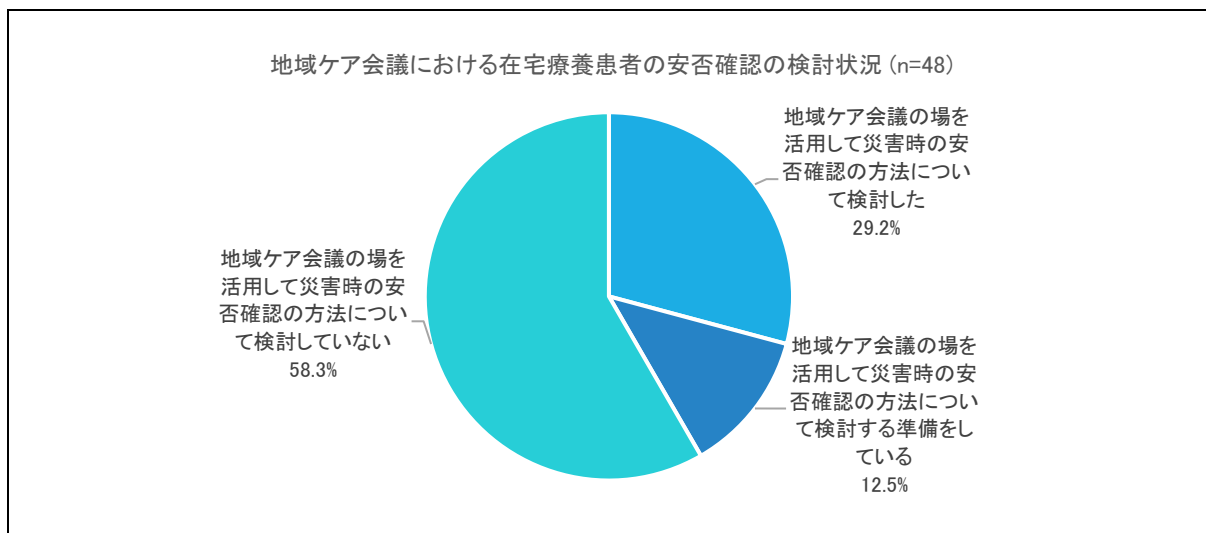
(6) 地域ケア会議における在宅療養患者の安否確認の検討状況(単数回答)

地域ケア会議における在宅療養患者の安否確認の検討状況について、都道府県、市区町村ともに「地域ケア会議の場を活用して災害時の安否確認の方法について検討していない」が最も多く、それぞれ 100.0% (n=7)、58.3% (n=28)であった。

都道府県



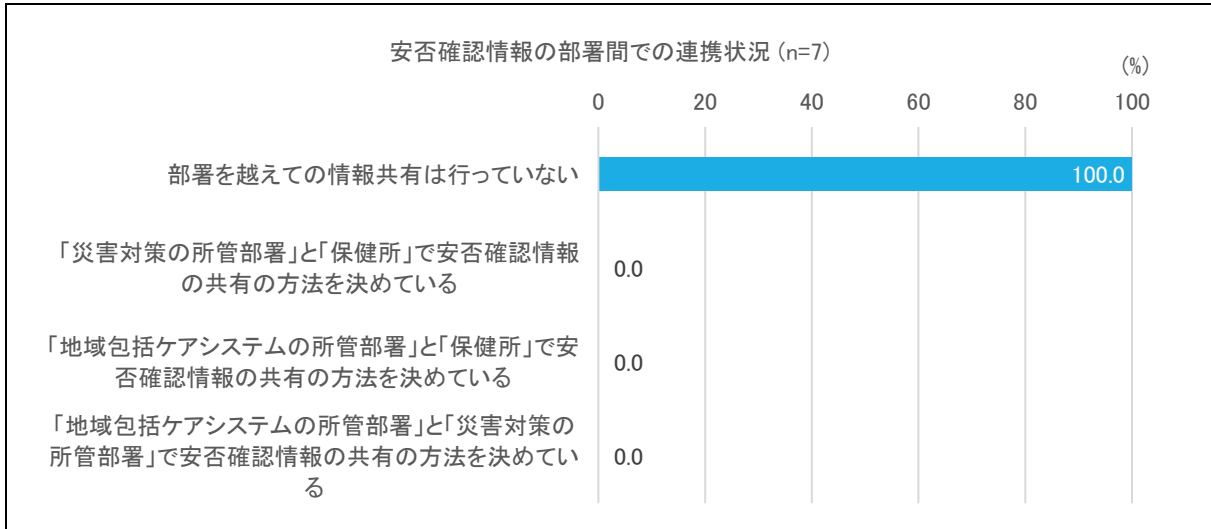
市区町村



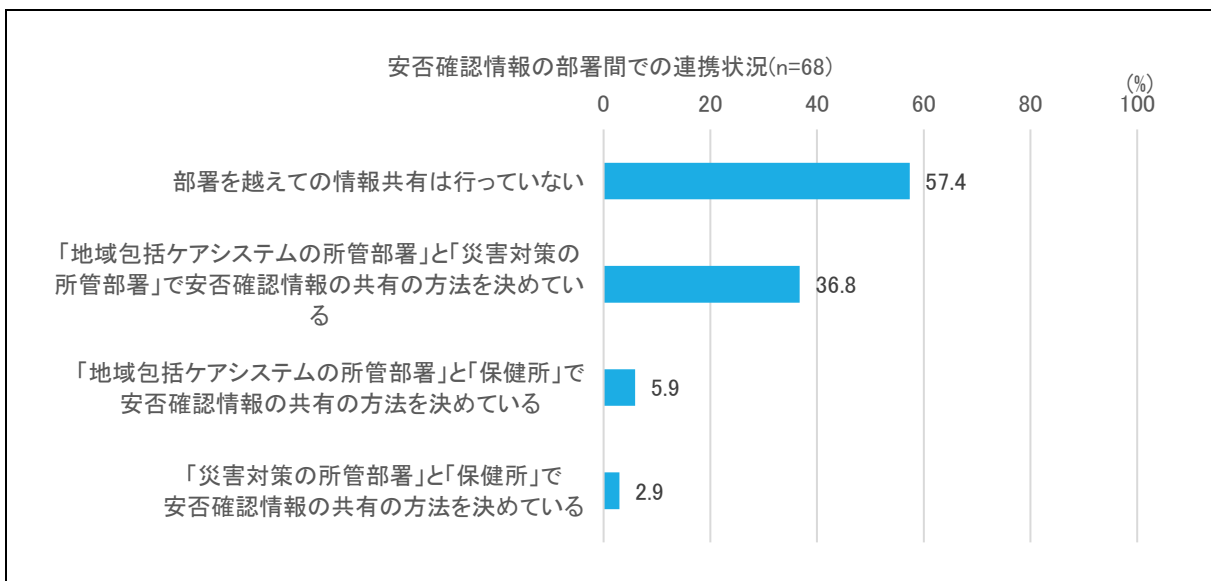
(7) 安否確認情報の部署間での連携状況(複数回答)

安否確認情報の部署間での連携状況は、都道府県、市区町村ともに「部署を越えての情報共有は行っていない」が最も多く、それぞれ 100.0% (n=7)、57.4% (n=39) であった。

都道府県



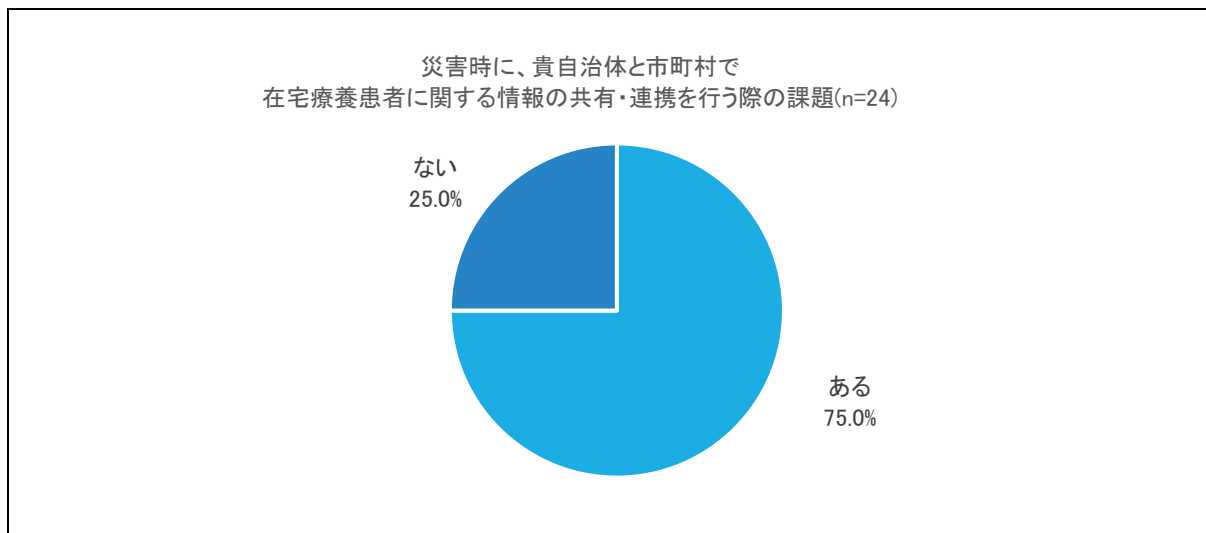
市区町村



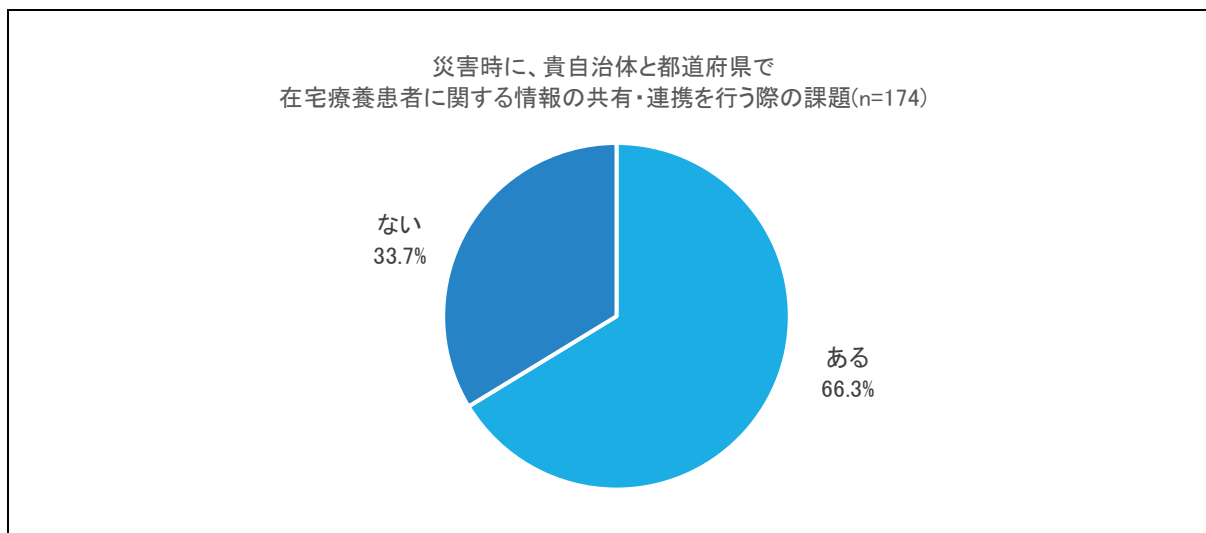
(8) 災害時に都道府県と市区町村で在宅療養患者に関する情報共有・連携を行う際の課題
(単数回答)

災害時に都道府県と市区町村で在宅療養患者に関する情報共有・連携を行う際の課題の有無は、都道府県、市区町村ともに「ある」が最も多く、それぞれ 75.0% (n=18)、66.3% (n=116)であった。

都道府県



市区町村



< 具体的な課題 >

都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 行政(市町村等)では、在宅療養患者の情報把握はリアルタイムでは難しいため、ケアマネや訪問Ns等との連携が必要 福祉部署の防災に対する日頃からの意識の醸成が必要と考える。 在宅療養患者の情報を把握できていない(在宅療養患者の定義が難しい。医療スタッフの訪問を受けていても自分である程度のことはできる人から、ほぼ寝たきりの状態の人まで様々な患者が想定される) 在宅療養患者の情報を県が把握していない。
------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養患者の情報を行政が全数把握していないため、在宅療養患者に限った災害時医療支援体制の構築は難しい。 ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない。 ・必要な支援ニーズを吸い上げる仕組み ・避難行動要支援者名簿や個別避難計画の策定状況等を把握しているが、市町によってその対象の考え方も異なり在宅療養患者の全体像の把握が難しい。 ・在宅療養者の避難行動要支援者名簿の情報開示のルール等が統一されておらず、支援が必要な療養者を県で把握することが困難 ・在宅療養患者のうち、指定難病患者(小児慢性特定疾患患者)の情報以外は県で持ち合わせていないため、適切な支援体制を構築できない。 ・避難行動要支援者名簿への掲載や個別避難計画の作成まで完了していれば、市町村が災害時に支援が必要な方を把握し、関係者にて支援することができるが、全ての在宅療養患者が含まれているとは言い切れない。自治体により避難行動要支援者名簿に掲載するかは異なり、掲載があっても把握方法は自治体毎に異なっている。そのため、保健所で把握している要支援者情報と自治体が把握している情報に差が生じている ・「在宅療養患者」の定義が広く、関係部署が多いため、災害時の情報共有・連携体制について、検討する場が設置されていないこと。・在宅人工呼吸器使用患者や在宅酸素療法患者について、全数把握が困難であること。(避難行動要支援者名簿への非登載者が一定数存在すると思料されるほか、個人情報保護上の理由等により事業者からの情報収集が困難であるため。) ・市町村の業務が多忙となり、市町村が在宅療養患者の情報把握まで対応できない懸念がある。 ・(意見)区市町村単位で在宅療養患者に限らず、個別に支援が必要な方のリストを作成して対応していると認識している。 ・回答欄に収まらないため、別添に取りまとめています。 ・災害時要配慮者に対して支援を行っているため、在宅療養患者の支援も行えているという認識だが、そのうち在宅療養患者が何名含まれているか等の情報を県が把握していないため、市町村等による支援要請に対し、早急かつ適切な支援が行うことができない懸念がある。 ・市町の作成する作成する避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の共有が十分にできていない。・難病の在宅療養患者は、高齢者や障害者である場合があり、市町担当部署が複数にわたる等、情報の共有・連携が難しい ・市町は、避難行動要支援者として「在宅療養患者」の名簿を作成しているが、県では個人情報の問題もあり、個別情報を市町と共有・連携できていない。個人情報の取扱いについて、所属ごとに見解の相違が生じる可能性があるため、全国統一の取扱いを示してほしい。・在宅療養患者情報の全てを行政が把握していないため、住民に市町危機管理部局等への被害報告を呼び掛けているが、全容の把握は困難。 ・保健所が市町の担当部署と議論する機会を設けているが、市町の担当部署が明確でなく、部署間の連携も十分でない市町もある。そのような中、安否確認情報の共有については検討できていない。 ・在宅療養患者には、要介護者、障がい者、難病患者、医療的ケア児等、支援する制度や主体もさまざまな方々が含まれていることに加え、各々の病状や程度もさまざまであることから、それらの情報を一元的に集めることが困難となっている
市区町村	<ul style="list-style-type: none"> ・※新型コロナウイルス感染症に関する回答になります。・県と市の間で、感染者の情報共有システムは確立されているが、運用に至る規模の災害が発生していないため、運用時の課題が顕在化していない。 ・情報の送付先、送付方法

- ・在宅療養患者の情報は行政で把握していないため、医療支援避難支援体制は、構築できない。
- ・年1回の避難行動要支援者把握ではタイムリーな情報共有ができない。タイムリーに情報共有できる体制構築が必要である
- ・例のとおり
- ・現在仕組みが未構築。個人情報保護など構築までの課題が多い。
- ・具体的な支援体制が構築されていない
- ・情報の共有が図れていない
- ・要配慮者等の把握と支援は主に市町村が行うものの、都道府県の協力をどれだけ得られるのか。
- ・行政が情報を把握できていない方もある
- ・介護、障害サービスなどを利用していない在宅患者については、情報を行政にて把握していないため、体制が作れない。
- ・在宅療養患者の情報が十分に把握できていないため、医療支援体制を構築できない。
- ・県で把握している、難病等のリストは市には来ないため、市は身障手帳の状況、及び要配慮者で自ら支援を求めため手あげしている人で対象を把握している。個人情報保護の関係で県との共有が難しいため把握すべき対象者が広がっていかない。
- ・在宅療養患者の情報は、介護保険サービス利用者の情報はあるが、その他の年齢の情報は把握していないため、医療支援体制の構築までには至っていない。
- ・例と同じ
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない
- ・構築機運が無い
- ・在宅療養患者の、災害時の対応についての情報共有、連携の強化
- ・在宅療養患者の情報を行政が把握していない。
- ・在宅療養患者の情報が、ある時点のもので、常に最新値ではない事
- ・市と県で情報共有ができていない
- ・在宅療養患者の把握ができていない。・個人情報保護
- ・情報共有の場、内容等詳細が決まっていない。
- ・検討中(福相)
- ・在宅療養患者の情報は市が把握していないため医療支援体制を構築できない。・個人情報保護の観点からの問題もある。
- ・防災担当部署(関係部署と協力)が主体となって災害対応に当たる際、要配慮者(在宅療養患者は、避難行動要支援者名簿以外にも存在(*名簿への登録要件以外の患者))等を含む、各種の把握・報告事項が多数かつ複雑に存在するため、核心情報を正確に把握しづらい。
- ・在宅療養患者の情報を市では把握していない。
- ・関係部署間で連携がとれていない
- ・要支援者名簿はあるが、具体的に医療体制との連携についてはまだ構築できていない
- ・①の例の回答のとおり。
- ・災害時の安否確認がむずかしい。・個人情報保護のため。
- ・医療支援の方法等
- ・個人情報であるため、県との情報連携・共有が困難である。
- ・在宅医療患者の情報を行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない。
- ・県と在宅療養患者に関する情報の共有・連携にあたって、情報連携系統図は示されているが、コロナ禍の影響もあり、実行性のある訓練が取組まれていない。
- ・福井県の保健所から情報提供してもらおう体制が整っていない

- ・まだ課題すらみえていない
- ・在宅療養患者の個人情報の取り扱いと医療機関との連携の構築をしないと、県との連携にもつながらない。
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない
- ・在宅療養患者についての情報が市にないため、連携体制の構築が難しい
- ・透析医療が必要な方、在宅酸素or人工呼吸器の利用をしている方の情報が共有されていないため、災害時の対応がむづかしい
- ・集めた情報をきちんと共有できるかどうか。
- ・市では在宅療養患者の情報を把握していない
- ・県と連携する体制がない。(小児慢性特定疾病対策は県を経由しないため)
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない
- ・全ての在宅療養者の情報を把握していない。
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない
- ・在宅医療を利用している住民を網羅的に把握する方法が市にはない
- ・在宅療養患者の情報、現状の課題を行政が把握していない。
- ・県による支援内容が不明
- ・在宅医療、介護連携推進事業において、災害時の安否確認等について協議されておらず、情報共有の体制整備まで至っていない。
- ・在宅療養看者の情報は行政が把握していない
- ・検討が進んでいない。
- ・各担当課で介入している在宅療養者しか把握できないため、医療支援体制を構築できない。
- ・在宅療養患者の情報について行政がすべてを把握していない
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない
- ・在宅療養患者の情報を把握していない。
- ・在宅療養患者の情報を把握していない
- ・各々の団体が在宅療養患者の情報を把握できたとしても、情報の共有・連携内容については各団体間での協議が必要。
- ・在宅療養患者の情報を行政が全て把握できていないため、必要な支援体制の整備ができない。
- ・20万人以下の自治体のため、保健所がなく個人情報の共有が難しい。在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない。
- ・1つの担当部門では在宅療養患者の一部しか把握できない。全体数の把握方法が課題。
- ・保健所で把握している指定難病医療費助成制度利用者については、身体障害者手帳を所持していれば本市も把握することが可能だが、災害時にどの程度状況確認するのか等について共有できていない。
- ・在宅療養患者の情報は市が把握しておらず、また、システムの構築もできていないため、大規模災害発生時の安否確認等の支援体制の構築ができない。
- ・在宅療養患者について、避難行動要支援者名簿に掲載されている者しか把握していない。
- ・医療ニーズが特に高いケース(例えば人工呼吸器装着、透析など)で、在宅避難が難しい場合の医療の確保
- ・在宅療養者(患者)の情報を共有していない。
- ・在宅療養患者の情報は行政で把握しておらず、把握することも困難と考える。
- ・例にもあるように、在宅療養患者の情報を行政は把握していないため、連携は難しい
- ・在宅療養者の情報は、難病等の一部のみしか行政(市)は把握していない。介護保険、障害者制度、

難病対策等、それぞれの制度を主管する部局も異なり、「在宅療養患者」として一括しての医療支援体制の構築は難しい。

- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない。
- ・人員不足
- ・在宅療養患者の全数把握ができていない。
- ・まだ検証に至っていない。
- ・在宅療養者の情報について、都道府県(保健所)と市の連携体制が構築されているのか否か把握していない。在宅療養者の情報がわかれば介護情報等、関連事業所と連携が図れる。
- ・行政において、在宅療養患者の情報を共有する仕組みがないことから、支援体制を構築することが難しい。
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない。
- ・在宅療養患者の情報は行政として把握しておらず、医療支援体制を構築できない。
- ・(行政が)実態を把握できていない。・避難行動要支援者名簿は整備しているが、県、保健所と情報連携ができていない。
- ・市では、在宅療養患者の情報をすべて把握しているわけではないため医療支援体制を構築できていない。
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない
- ・在宅療養患者の状況を把握しておらず、把握したとしても対応が困難である。
- ・電源確保、避難先の確保
- ・すべての在宅療養患者の情報を市で把握する仕組みや制度的な基盤が整っていないこと。
- ・在宅療養患者の情報を市がすべて把握しきれていない。
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため
- ・行政は、在宅人工呼吸器等使用患者の情報を把握していないため、支援体制の構築に限界がある。
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していない。
- ・明確な所管部署がない。(例:医療用酸素が必要な在宅療養患者の情報を把握する部署など)
- ・人工呼吸器使用者については、現場レベルでの情報共有・連携のための機会がなく、都の役割等が把握できていない。
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない。
- ・個別支援票の作成は行っているが、安否確認後の共有方法及びフォロー体制などについて県と共有することができていない。
- ・全ケース在宅療養患者の情報と行政では把握していない。
- ・スムーズな情報連携
- ・在宅医療患者の情報について行政は把握していない。・個人情報の取り扱いの関係から新たに取得することが難しい。・情報共有及び連携を行い、支援体制を構築するまでのマンパワーが市も県も不足している。
- ・在宅療養者の情報を平時から持っていない。普段行っていない在宅療養者へのサポートを災害時のみ市で行うことは困
- ・個人情報保護の観点から、共有する情報の内容の精査や、連携するにあたり取扱いにかかる調整が必要である。・在宅療養患者の情報を把握していないため、支援体制を構築できない。
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない
- ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、県と情報の共有・連携ははかれない。
- ・共有方法が具体化されていない

	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養患者の情報は行政が把握していない。 ・在宅療養患者の情報は、一部しか行政が把握していないため十分な医療支援体制を構築できない ・本市が保有している在宅療養患者の情報は、訪問看護ステーションの協力で作成したものであるため、市内のすべての対象者をリスト化できていない可能性がある。 ・避難所の整備、避難方法が確立できていない。 ・在宅療養患者の把握方法 ・令和3年度厚生労働省が運用開始した社会福祉施設(高齢者・障害者・子ども等)の情報共有システムが高齢者部門で全く機能していない。国及び県が必要な情報収集内容のみで入力が難しく、災害現場である市町村が即活用できる情報収集と情報共有が難しい。 ・例にあるとおり ・県の災害時フローでは、在宅人工呼吸療法(医療的ケア児含む)患者の安否確認は、水害・地震(レベル3以上)においてのみ実施することになっており、その他の災害における支援体制を検討する必要がある。 ・在宅療養者の把握をしていない。広域的な連携が必要であるため、都道府県、保健所が主導で行う必要がある。 ・県が実施している4-5. に関するような事業があれば、市町村へ周知いただきたい ・対象者が変動に対する対応 ・行政の中でも医療・介護政策について、高齢・障がいなどそれぞれの担当課で実施している現状。市として医療政策を一括して扱う課がない。また、仮に関係課を協議会の事務局とした場合、人数が多くなる。 ・在宅で人工呼吸器を使用されている方は、訪問看護ステーションや、訪問看護の情報提供書のみであり、把握しきれないところがある。 ・在宅療養患者の情報把握がない。医療支援体制の準備がない。 ・在宅療養患者の情報を行政が把握していない。 ・在宅療養患者の情報は行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない。 ・在宅療養患者の情報は把握していないため ・在宅療養患者の情報全てを行政が把握できないため体制構築が難しい ・全ての在宅療養患者の情報を行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない。 ・在宅療養患者の情報を行政が把握していないため、医療支援体制を構築できない。 ・情報の共有・連携のシステム化について検討できていない ・在宅療養患者の情報をすべて把握できない。又、どこがその情報を管理するのか明確になっていない ・在宅療養患者の情報は行政が把握していない
--	---

< 共有・連携した方が良い情報 >

都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・ハザードの状況、災害発生時の対応(安否確認は、誰が行うか。入院先の確保等)、停電時の対応等。 ・在宅療養患者の情報 ・在宅療養者数 ・保健所が安否確認を行っている要支援者の情報・安否確認結果、必要な支援内容 ・県内の在宅療養患者の位置情報や市町村ごとの人数など ・避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の内容 ・患者の環境や状況により、トリアージを行い、療養継続調整や広域搬送調整などを対応検討するため
------	---

	<p>の情報を報告するように求めている。(状態のほか、氏名、年齢、性別、住所、基礎疾患、介護度、障害度、認知度、かかりつけ医、特記事項、家族の状況、移動手段(自走・ボランティア対応の可否)など</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各市町村との安否確認を要する方の名簿および安否情報を共有できるような仕組みづくり
市区町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 応診に行けるか。入院する方法 ・ ①名簿の作成と情報共有。②個別避難計画の枠組みへの参画していく。 ・ 在宅医療にて使用している機器が電源を必要とするか。移動方法等 ・ 氏名、住所、病歴、利用している医療機器、家族等の介助者情報 ・ 日常の療養状況とキーパーソンの情報など ・ 県で申請を受付している難病、特定疾病患者のリスト ・ 対象者情報、支援方法 ・ 災害時の対応マニュアルの年1回の内容確認と対応の把握。災害前の療養患者の状況について情報共有を行っておくこと。 ・ 在宅療養者の個別の支援方法 ・ 氏名、生年月日、住所、電話番号、療養の内容、災害時に必要な資源 ・ 検討中(福相) ・ 具体的な患者の症状、どのような支援が必要かの明示。 ・ 「病院や診療所等(介護施設など)の被害状況」病院や診療所等の被害状況については、一元的に管理する体制が確立できれば、市の対策は、効率的に要配慮者・在宅療養者の対応が行える可能性が高まると考えます。 ・ 在宅療養患者、氏名、家族、病名、病状、介護度等 ・ 救護所、救護病院に搬送については共有 ・ 事前協議で決めておく等。 ・ 在宅医療の原因・症状や支援者の有無、連絡先、かかりつけ医 ・ どのような情報を共有した方がよいか具体的に示すことができない。 ・ 避難困難ケース(入院先が決まらない、移動手段がない) ・ 基本的な情報はすべて必要だが、それに関する共通のシートの作成が必要。 ・ 透析医療を受けている方、在宅O2を利用している方)の情報。 ・ 電源や特殊栄養の確保・提供及び医療提供体制に関する情報を共有し、広域で対応を検討できると良い。 ・ 災害時の在宅療養者の課題にどういふものがあるのか、どの機関が何をすることになっているのか、わからない。まずはこのようなことから共有、検討した方が良いと思う(高令) ・ 人工呼吸器を使用し、停電により直ちに命の危険がある在宅療養者を把握し、千葉県と共有・連携することにより、優先的に電力を供給する仕組みが必要と考える。 ・ 対象者が自力での歩行が可能であるか等の情報 ・ 在宅療養者を含む医療的ケアが必要なケースについて情報を把握した方がよい(治療状況、服薬、主治医、ADL、家族情報等) ・ 在宅療養患者の災害時の対応について、医療機関と、情報共有が必要と考える。 ・ 氏名、居住地、電話番号、健康状態など ・ 在宅療養患者の疾病のほか、在宅療養患者を支援している家族・知人や障害介護の福祉専門職。 ・ 人命に関係する情報全て。 ・ 対象者数を把握するため市での情報共有 ・ どの程度の災害で相方がどのように在宅療養者の情報を把握し、どのように支援していくのかについて

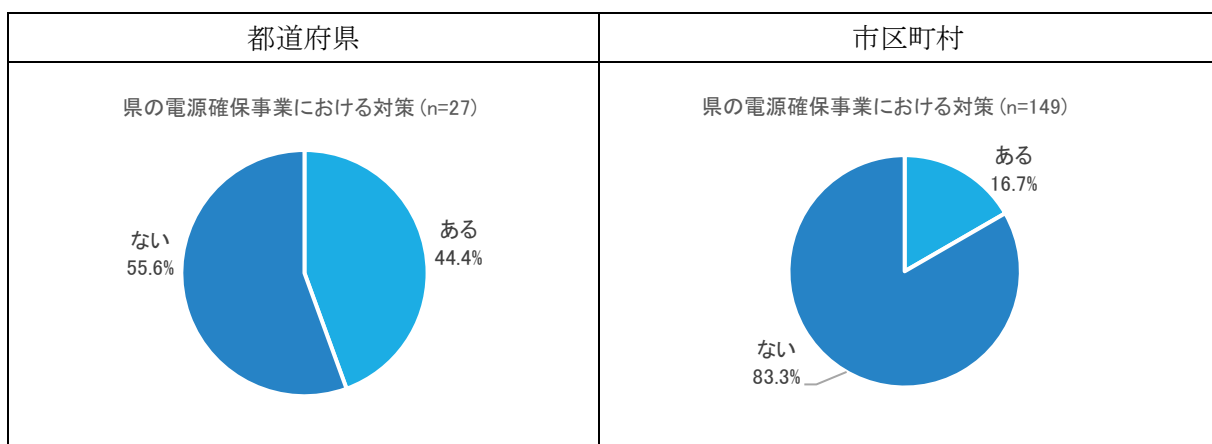
て協議することができていない。まずは発災時の対応について、情報交換していくことが必要と感じる。

- ・在宅医療患者の共有、支援体制の構築や助言等
- ・自治体の患者数、災害時に確保できる医療機関の把握、個別支援計画に災害時の受入先まで明記できると良い。
- ・災害時避難行動の共有。
- ・どの家庭に在宅療養患者がいるのか。(常時電源を必要とする処置を要するなど、災害時特に支援(フォロー)が必要な家庭など)
- ・在宅療養者の被災者氏名、支援者名等、連絡先の情報、療養状況
- ・患者の、住所、氏名、年齢、連絡先(緊急時を含む)、病名、薬の処方など
- ・在宅療養者受入可能な施設等
- ・個別支援計画、避難行動要支援者名簿
- ・氏名、住所、生年月日、年齢、疾患名、療養の形態、緊急連絡先、利用している医療・介護事業者
- ・医療情報
- ・在宅療養患者の状態や、どのような支援を必要としているか。
- ・災害時の都と区の役割および全体像について、共有・連携が必要だと思う。
- ・要電源等重病患者情報
- ・実際の災害時に医療機関や訪看の被災状況は、在宅療養患者にとっては大変重要、かつ場合によっては一刻を争うこととなるため、迅速な情報提供・情報共有が必要と考える。A病院は被害なし、B訪看ステーションは診療不可等の具体的な情報をできるだけ早く共有してほしい。
- ・市内の在宅療養患者の現状
- ・市内には非常に多くの在宅療養患者数が存在しており、行政が全員に対して、安否確認をしたり、災害時に直接支援を行うことは現実的ではないことから、在支診、訪問看護、ケアマネジャー等との役割分担を前提とした支援体制の整備が必要と考える。
- ・避難先において必要なものの情報。
- ・氏名、年齢、身体状況等の災害時要援護者名簿情報と同程度の情報提供があるとよいと考えます。
- ・情報:施設等の被害情報、避難の必要性の有無、必要な人材支援。電気、水道、ガス、冷暖房、支援が必要な物資(食料、水、燃料等)共有・連携:市町、病院、有床診療所、無床診療所、歯科医療機関、保険薬局、高齢者関係施設等、障害児者関係施設等、児童関係施設等の関係機関
- ・市の障害者支援部署等で行う申請時等において、呼吸器使用の欄を作るなど、事務的な連携構築が考えられる。
- ・在宅療養患者に関する情報(住所や必要な医療、避難予定先導)
- ・病名、かかりつけ医、服用薬、支援内容 ほか

(9) 自然災害発災時の在宅療養患者の電源確保に関する対策(単数回答)

自然災害発災時の在宅療養患者の電源確保に関する対策状況は、以下の通りであった。

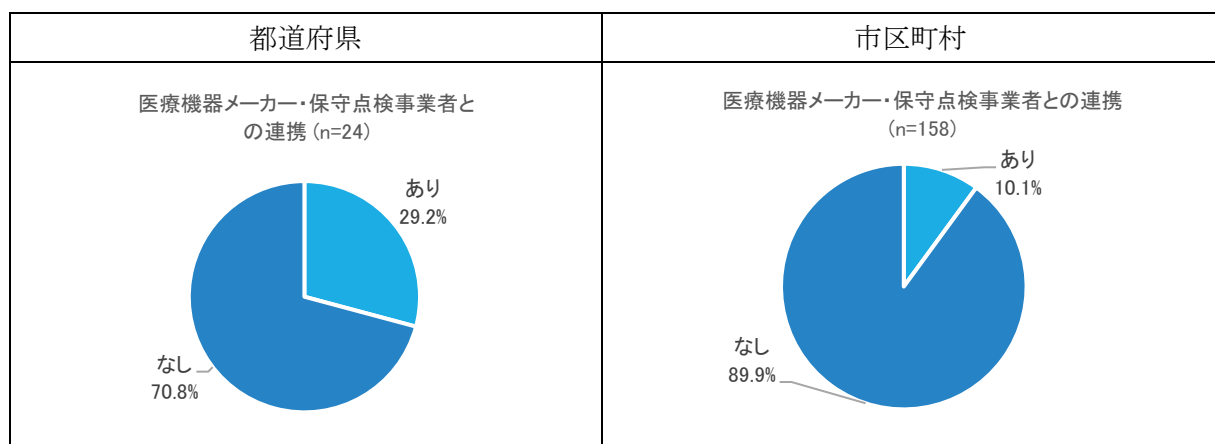
- ・ 県の電源確保事業における対策: 都道府県、市区町村ともに「ない」が最も多く、55.6% (n=15)、83.3% (n=125)
- ・ 医療機器メーカー・保守点検事業者との連携: 都道府県、市区町村ともに「なし」が最も多く、70.8% (n=17)、89.9% (n=143)
- ・ 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションとの連携: 都道府県、市区町村ともに「ない」が最も多く、81.8% (n=18)、89.2% (n=140)
- ・ その他の支援: 都道府県、市区町村ともに「なし」が最も多く、78.9% (n=15)、72.9% (n=113)



※「ある」と回答した方の具体的な内容(都道府県)・・・電力供給会社との協定(1)、医療機関を対象とした人工呼吸器利用者の電源確保補助金。保健所でのエネポ(ガスパワー発電)の貸出(1)、在宅人工呼吸器使用者に簡易自家発電装置等を貸出す医療機関に対し補助を実施(1)、「令和元年度在宅患者災害時支援体制事業」を活用し、人工呼吸器患者の緊急時の電源確保に備えるため地域の拠点となる訪問看護ステーションに非常用電源設備を整備する補助事業を実施し、緊急時の対応に限定した現場での充電を含めた患者支援を行った。(1)、在宅人工呼吸器使用患者のいる病院・診療所に、災害時に患者に貸し出せる非常用電源の購入費を補助する。(1)、R1に在宅医療機関を対象とした在宅人工呼吸器非常用電源整備事業を実施※現在は事業終了(1)、岐阜県要電源重度障がい児者災害時等非常用電源整備事業費補助金→個別避難計画を策定した要電源在宅重度障がい児者の支援のために市町村が実施する非常用電源装置等の整備(購入費等)について助成。(1)、ポータブル発電機を各保健所に配備し、人工呼吸器等の医療機器を使用する重症心身障がい児・者及び難病患者へ貸し出しを行う(1)、国庫補助事業「在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業」実施(1)、在宅人工呼吸器使用者療養支援事業:停電時等の安全を図るため、区市町村が行う予備電源等の確保を財政的に支援。在宅難病患者非常用電源設備整備事業:在宅で人工呼吸器を使用し療養している難病患者について、蓄電池や発電機等の非常用電源を医療機関が購入し無償で患者様に貸与する場合の購入費用を、医療機関に対し補助(1)、在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業(1)、「在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業基準額 1台あたり212千円 補助率 1/2」(1)

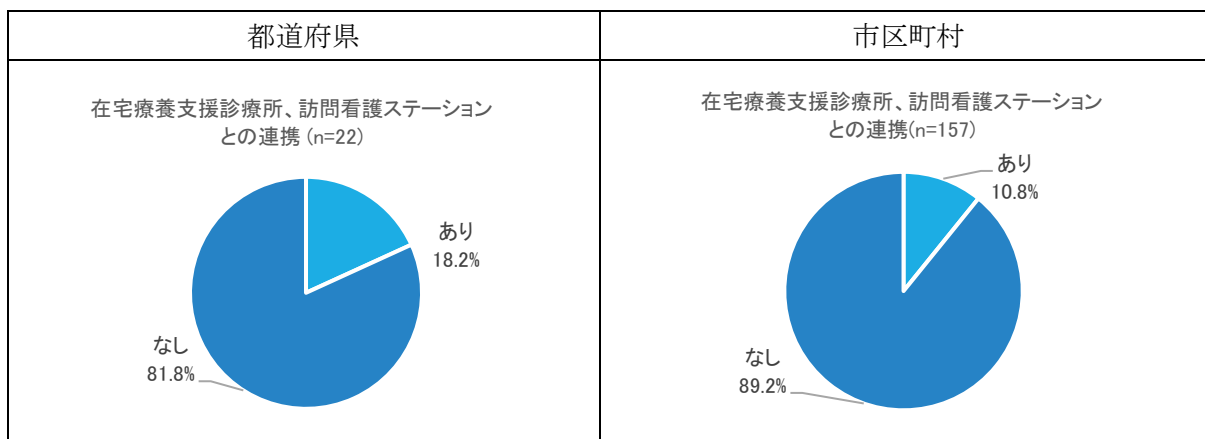
※「ある」と回答した方の具体的な内容(市区町村)・・・24時間人工呼吸器を使用している方に対して自宅での発電装置を購入する際の費用を一部助成(1)、人工呼吸器使用者への充電器のかしだし?提供(1)、県のことはわかりませんがあると思います。(1)、福井県災害時在宅人工呼吸器電源確保事業(1)、在宅障がい者のための非常用電源確保対策事業(島根県)(1)、レスのPtの購入支援(1)、在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業。ただし普及状況は不明(1)、①5か所の健康福祉センターに各1台非常用電源装置(エネポ)を設置している。②都在宅人工呼吸器使用難病患者非常用電源設備整備の対象外である、「難病以外の在宅人工呼吸器使用者」を対象に、令和4年度から非常用電源装置を給付する当区独自事業を開始した。(1)、東京都在宅人工呼吸器使用難病患者、非常用電源設備整備事業(1)、千葉市障害者日常生活用具給付事業にて、医療保険における在宅酸素療法を行う者又は、在宅で人工呼吸器若しくは電気式たん吸引器を使用している者に対して、発電機、蓄電池、カーインバーター等の購入費の助成を行っている。(1)、非常用電源整備への補助制度(1)、関西電力株式会社と大阪市で災害における連携に関する協定を結び、大規模災害に伴う広範囲の長時間停電

が発生したとき、市民生活の早期安定を図るため、連携して電力の安全な復旧に取り組むこととしている。また、大阪府電気工事工業組合と災害時における電気設備等の応急復旧作業に関する協定を結び、地震、風水害その他の災害が発生した場合において、大阪市が管理する公共施設等に設けた避難所及び医療救護所並びに防災拠点施設の電気設備等の復旧作業のため、協力を要請することとしている。※上記については、在宅療養患者に限定したものではありません。(1)、①5か所の健康福祉センターに各1台非常用電源装置(エネポ)を設置している。②都在宅人工呼吸器使用難病患者非常用電源設備整備の対象外である、「難病以外の在宅人工呼吸器使用者」を対象に、令和4年度から非常用電源装置を給付する当区独自事業を開始した。(1)、要電源重度障がい児者災害時等非常用電源整備事業補助金(1)、在宅難病患者自家発電設備整備事業・県内の難病診療連携拠点病院及び難病医療協力病院が災害時に備えて非常用発電機等を整備する費用の一部を補助・在宅難病患者に無償で貸与(1)、小型発電機を数台保有(西牟婁振興局)(1)、「24時間人工呼吸器を利用されている方への非常用電源給付事業」「医療的ケア児者への発災時の電源確保事業」の2つが本市にある(1)、令和4年度非常用自家発電設備及び給水設備整備事業(1)、京都府において、在宅療養患者への電源確保対策として、突発的な停電に備え主治医や医療機器メーカーへの情報提供に対する同意書の取得を行っている(1)



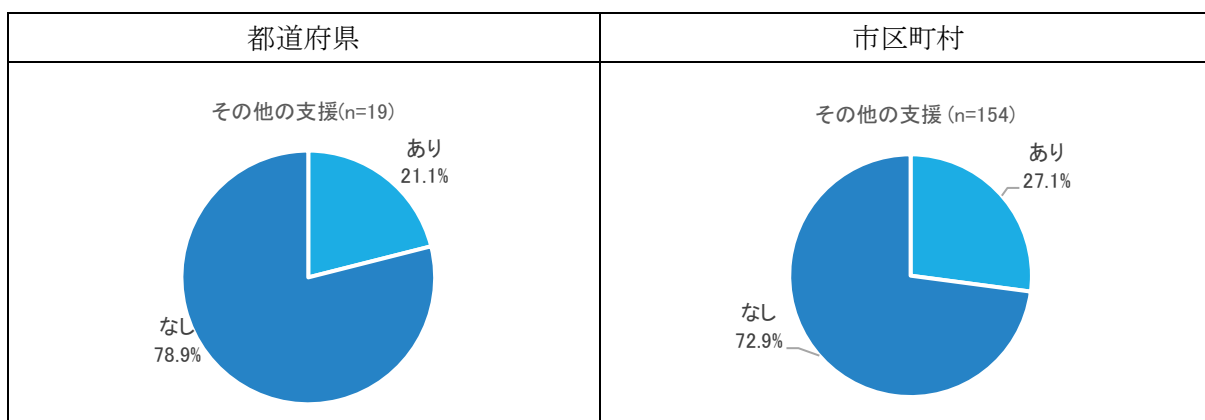
※「あり」と回答した方の具体的な内容(都道府県)・・・医療機器販売業協会との協定(1)、個別支援計画等で計画されている事業者・機関との連携(1)、令和4年8月に人工呼吸器メーカーとALS患者団体、県で安否確認に関する協定を締結した(患者の同意に基づき、災害時にメーカーが行った安否確認情報を県へ提供されることとなった。)(1)、医療機器メーカーや電力会社等の要電源重度障がい児者の災害時支援に関わる機関と、災害への備えに関する協議を実施。(1)、年1回の非常用電源の点検あり。その際、医療機器メーカーと連携し研修会等開催をしている保健所もある。(1)、県・保健所・メーカーと連絡会(1年に1回)があり、電源確保対策について話し合うこともある。(1)、保健所が特定疾病や小児慢性特定疾患で呼吸器等を利用する方については、関係者と個別支援計画を策定する中で、医療機器メーカーと情報共有や連携を行っている(1)

※「あり」と回答した方の具体的な内容(市区町村)・・・難病患者支援者連絡会(県主催)(1)、在宅酸素、人工呼吸機械の提供会社システムによる。(1)、呼吸器、酸素に関する業社の連絡先を確認、対応を調整(1)、バッテリーの使用可能時間を超える場合の対応など(1)、在宅酸素患者への発電機貸与(1)、病院はある(1)、日常生活用具給付事業の事業者と協定を結んでいる。(1)、事業者から患者宅に連絡確認を行ない、報告がされる(1)、令和元年度に事業者訪問し、災害時等の対策や対応について確認した。(1)、災害時要援護者台帳作成時に連携(1)、災害時に協力をお願いをする可能性があることを事前に伝えている。(1)、県の電源確保事業と同じ



※「あり」と回答した方の具体的な内容(都道府県)・・・看護協会との協定(1)、個別支援計画等で計画されている事業者・機関との連携(1)、個別支援の中で非常用電源を用いた避難シミュレーション時、連携あり(1)、保健所が特定疾病や小児慢性特定疾患で呼吸器等を利用する方については、関係者と個別支援計画を策定する中で、訪問看護ステーションと情報共有や連携を行っている(1)

※「あり」と回答した方の具体的な内容(市区町村)・・・包括支援センターとの情報共有とサポート体制(1)、訪看と行政、県の職員等で電源確保の対策を行っている。消防、電力会社(1)、訪問看護を受けている対象者については、災害時自宅での療養が困難、呼吸器等の作動について連絡先を確認、対応を調整(1)、内容は個々でちがう(1)、個別ケースをとおした連携(1)、在宅人工呼吸器使用患者個別計画を共有。(1)、小児在宅医療連携会議(桑員地域)では協議している。(1)、電話連絡及び医療介護連携ネットワークシステムによる連絡体制。(1)、医療的ケア児は訪看等医療機関と情報共有している(1)、年1回市内の全訪問看護ステーションに対して通知を行い、在宅人工呼吸器等使用患者の停電等に備えた対応について確認を依頼している。また、自然災害発生時に在宅人工呼吸器等使用患者に問題が生じた場合は訪問看護ステーションから本市へ連絡が入る体制をとっている(1)、災害発生が予測される時は訪問看護ステーションに状況確認と対応依頼を行っている。(1)、「医療的ケア児等災害時電源備蓄事業」を実施(1)、電源バッテリーの確保について連携確認(1)、災害時の動きについて共有している。(1)、人工呼吸器装着患者の状況を訪問看護ステーションと共有している。(1)、訪問看護事業所に対して、京都府が行う在宅療養患者への電源確保事業に係る情報提供同意書の配布■等を行っている。(1)



※その他の支援(都道府県)・・・県立保健所に用途を定めない非常用電源を貸与事業を利用して配備している(1)、在宅医療設備整備支援事業で在宅医療に必要な設備整備の補■を実施。その他、R元年度非常時自家発電設備整備事業として、県内医療機関に訪問診療を実施する人工呼吸器使用患者のための非常用自家発電装置を整備済。(1)、在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備に対する国庫補助金の交付(1)、区市町村等の関係機関及び関係者が、災害時に人工呼吸器使用者を適切に支援できるよう、人工呼吸器使用者の把握並びに平常時からの準備及び発災時の支援について示した「東京都在宅人工呼吸器使用者災害時支援指針」を作成している。災害時個別支援計画の様式例には、人工呼吸器のバッテリー時間の確認や非常用電源についての記載事項があり、平常時からの準備を推進する内容となっている。(1)

※その他の支援(市区町村)…停電時、在宅酸素利用者へ発電機を持って行く。(1)、地区の拠点になる施設に発電機を設置(1)、発電機の整備(1)、福井市障がい者日常生活用具給付事業(1)、関市要電源重度障がい児者災害等非常用電源装置等購入費助成事業(1)、自家発電装置(無停電装置又は蓄電池含む)購入費用助成(1)、非常用電源装置等の購入に係る費用の助成(1)、障がい者等日常生活用具給付事業(人工呼吸器自家発電機、人工呼吸器用バッテリー)(1)、発電機購入の補助。(1)、人工呼吸器等の機器を使用する者に対する発動発電機の購入費助成(1)、障害者の日常生活用具費助成事業において、発動発電機人工呼吸器用外部バッテリー購入で最大20万円までの助成があります。(1)、日常生活用具給付支援で人工呼吸器用自家発電機又は、外部バッテリーの購入費助成制度は対象者限定で助成制度あり(1)、人工呼吸器のバッテリー購入費用の一部を補助(1)、①日常生活用具給付事業(地域生活支援事業)国、県補助あり。②相談支援専門員が対象者の支援を実施。(1)、地域の民生委員、福祉委員と対応を調整。本市社会福祉課から発電機を貸し出す。自家発電のある医療機関への避難(入院)(1)、自治体による発電機の貸出(対象者限定)、災害時応援協定を結んでいる事業所から支援を受け、提供する(1)、在宅人工呼吸器使用者で、災害時個別支援計画を作成している人を対象に自家発電装置及び蓄電池を希望者に給付している。(1)、電源が必要な医療機器を在宅で使用される方に対し、災害等による停電時の備えとして、蓄電池等の非常用電源装置の給付を行っています。※条件あり(1)、医療ケア児等非常用発電機貸与事業(花巻市:障がい福祉課)・医療ケア児等がいる世帯に非常用発電機を無償で貸与(1)、在宅で人工呼吸器を使用している身体障がい者(児)及び難病患者に対して日常生活用具給付事業にて人工呼吸器用自家発電機及び外部場バッテリーを給付している。(1)、避難行動要支援者名簿及び関係機関等で把握できている在宅療養患者が、指定福祉避難所に避難した際は、電源に係る備蓄を準備している。(1)、災害時協定を結んでいる社会福祉法人(特養)による緊急ショートステイ(1)、ケアマネや相談員が災害時の対応について事前に検討している(1)、防災プランに電源を要する医療機器のバッテリー時間を記載。(1)、バッテリー付きの吸タンなどをすすめている(1)、東電の支援、布の補助(1)、電力会社による人工呼吸器使用者等事前申出者への支援(1)、対象者へ自助の啓発、電力会社の災害対応等の情報提供を実施(1)、福祉避難所での非常電源確保。医療機器用自家発電機等の給付(補助)事業(1)、R4～障害者地域生活支援事業等補助金(国1/2、県1/4、市1/4)。日常生活用具給付等事業に、正弦波インバーター発電機、ポータブル電源(蓄電池)、DC/ACインバーター(カーインバーター)、外部バッテリー、足踏式・手動式たん吸引器を追加(1)、福祉避難所3か所に合計20台の蓄電池を配備。その他、区内の4か所の地域庁舎にそれぞれが発電機を配備。(1)、食料等の支援(1)、電源確保できる避難所がある(1)、一部の指定避難所での発電機の設置。(1)、福祉避難所にて対応、自家発電あり(1)、バッテリー充電等、依頼があれば可能な範囲で協力する(1)、福祉避難所の整備(1)、地元企業へ電源確保協力依頼を行っている。(1)、市では、石油商業組合と協議し、燃料の供給方針を決定することとしている(主に災害拠点病院向け)(1)、在宅人工呼吸器使用者に対して家庭用蓄電池の購入費を助成。発電機及び自動車からの電源を確保できるインバーターの備蓄。(1)、指定避難所等で発電機の使用は可能(1)

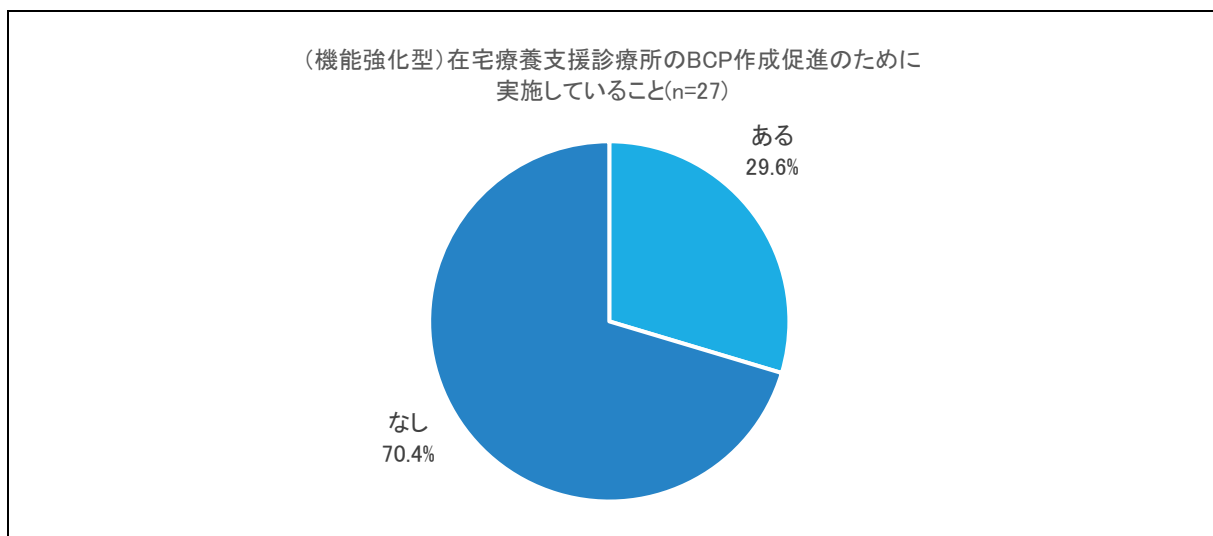
2. 5. (機能強化型)在宅療養支援診療所の事業継続支援について

(1) 都道府県が(機能強化型)在宅療養支援診療所の BCP(事業継続計画)作成促進のために実施していること

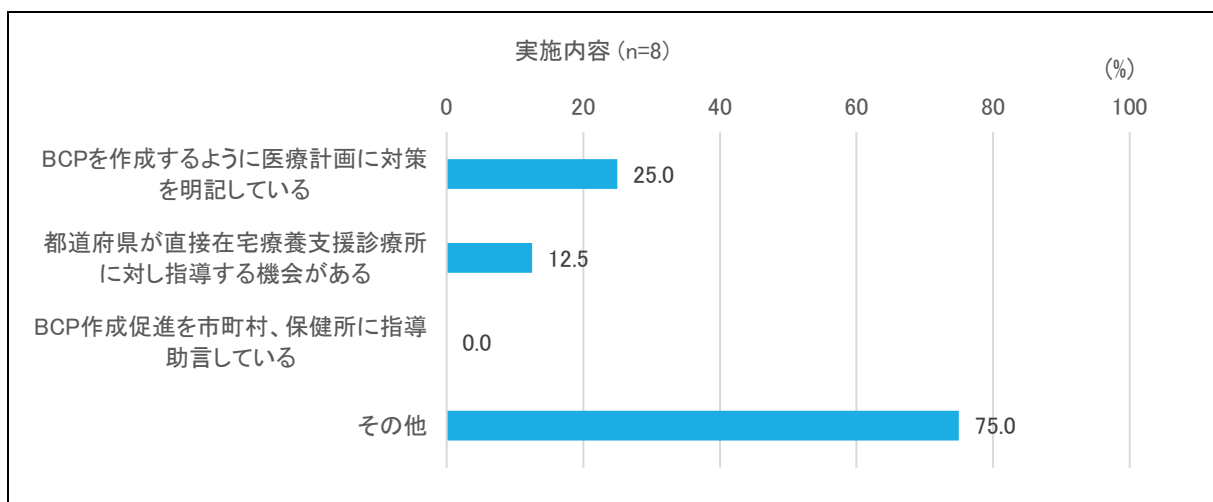
都道府県が、(機能強化型)在宅療養支援診療所の BCP(事業継続計画)作成促進のために実施していることは、「ある」が 29.6% (n=8)、「なし」が最も多く 70.4% (n=19)であった。

「ある」と回答した自治体について、実施内容を伺ったところ、「BCPを作成するように医療計画に対策を明記している」が 2 件、「都道府県が直接在宅療養支援診療所に対し指導する機会がある」が 1 件であった。

都道府県:(機能強化型)在宅療養支援診療所の BCP 作成促進のために実施していること(単数回答)



都道府県:実施内容(複数回答)

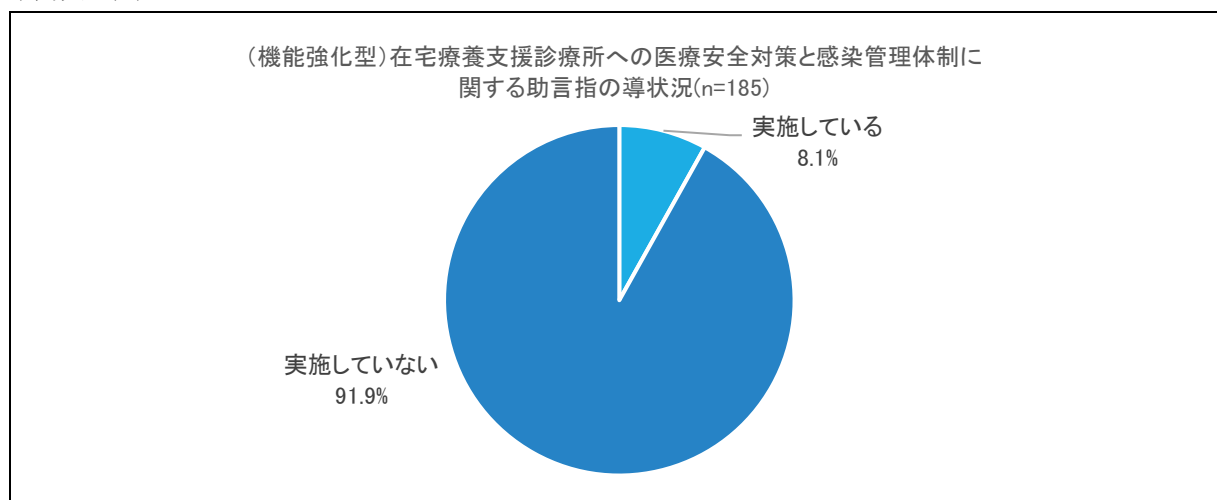


※その他…国が実施するBCP作成支援研修を周知(3)、厚生労働省主催の研修会の案内(1)、国が実施する研修会等の情報共有等(1)、BCP作成促進を市町村、保健所に指導助言している(全ての医療機関・診療所を対象にしており、在宅療養支援診療所に特化していない)(1)

(2) 市区町村における(機能強化型)在宅療養支援診療所の医療安全対策と感染管理体制に関する助言指導の実施状況

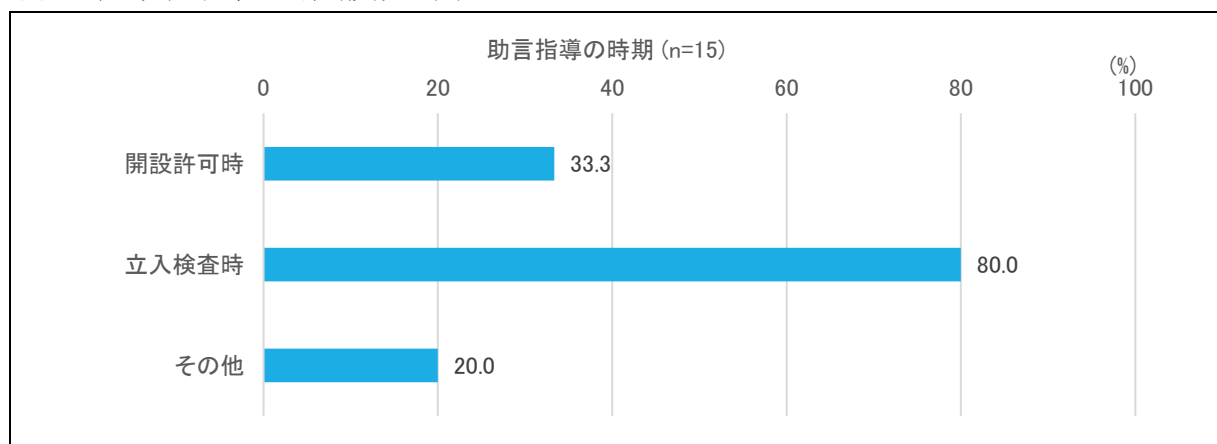
市区町村における(機能強化型)在宅療養支援診療所への医療安全対策と感染管理体制に関する助言指導の実施状況は、「実施している」が 8.1% (n=15)、「実施していない」が 91.9% (n=170)であった。「実施している」自治体について、その「実施時期」及び「助言指導の内容」について伺ったところ、「実施時期」については「立入検査時」が最も多く 89.0% (n=12)、「助言指導の内容」については「医療安全管理指針の策定」、「院内感染対策指針の策定」、「医薬品の安全使用のための業務手順書の策定」、「医療機器の保守点検計画の策定と保守点検の実施」が同率で 92.9% (n=13)であった。

市区町村:在宅療養支援診療所への医療安全対策と感染管理体制に関する助言指導を行っているか (単数回答)



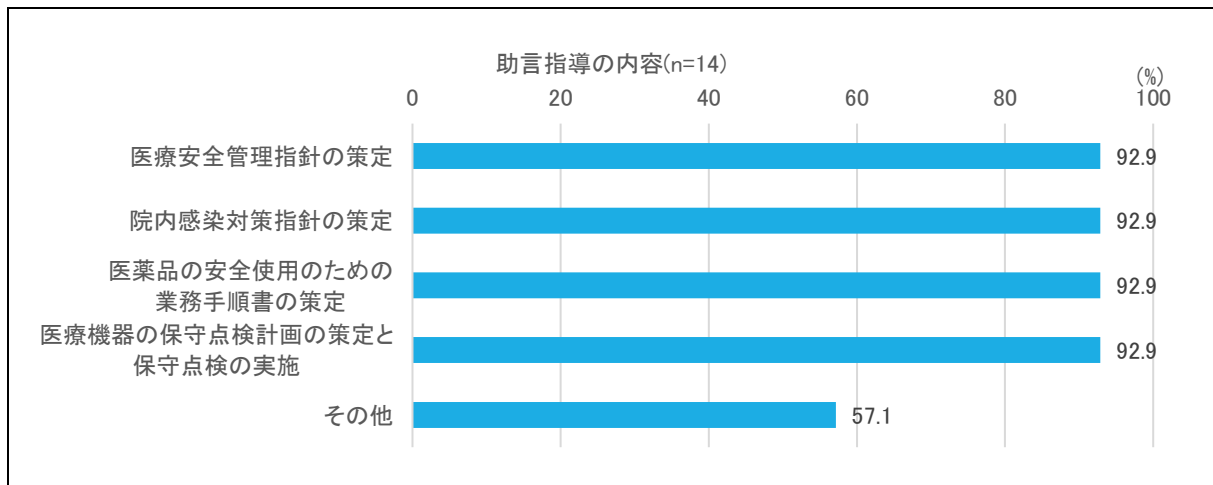
※実施している部署…福井市保健所保健企画課(1)、保健総務課 医務薬務担当(1)、板橋区保健所 生活衛生課 医務・薬事係(1)、医療政策課、保健所総務課(1)、保健所(1)、保健所生活衛生課(1)、板橋区保健所 生活衛生課 医務・薬事係(1)、健康安全課 医務係(1)、健康福祉局 医療安全課(1)、健康医療部 保健医療総務室 総務グループ(1)、保健部 青森市保健所 保健予防課

市区町村:助言指導の時期(複数回答)



※その他…全ての医療機関(病院、有床・無床診療所)を対象とした定期立入検査時等に指導するもので、在宅療養支援医療機関に特化して実施していない(1)、感染対策に関する相談があった場合(1)

市区町村:助言指導の内容(複数回答)

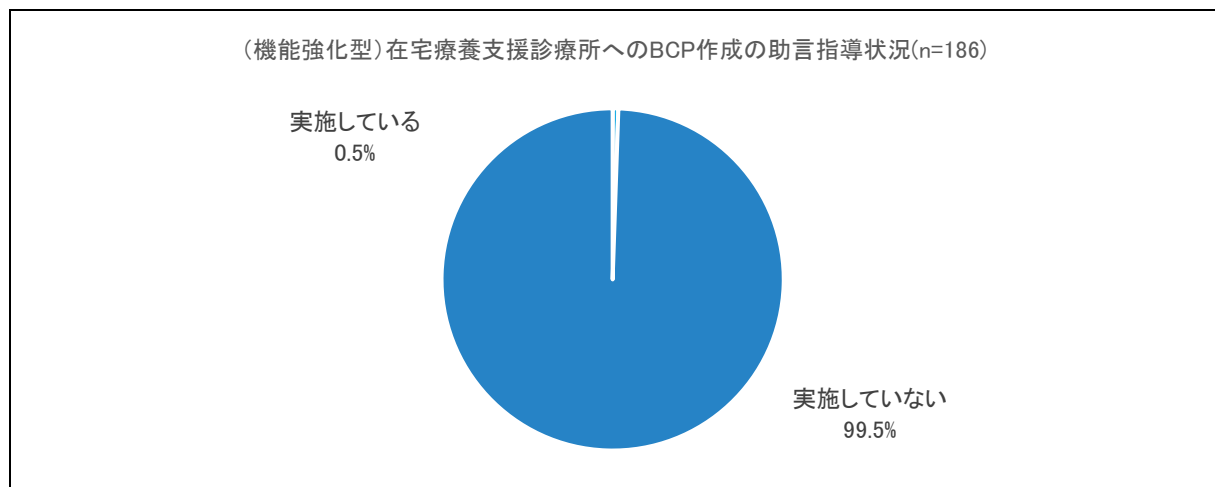


※その他…感染症対策に関すること(1)

(3) 市区町村における(機能強化型)在宅療養支援診療所の BCP 作成助言指導の実施状況

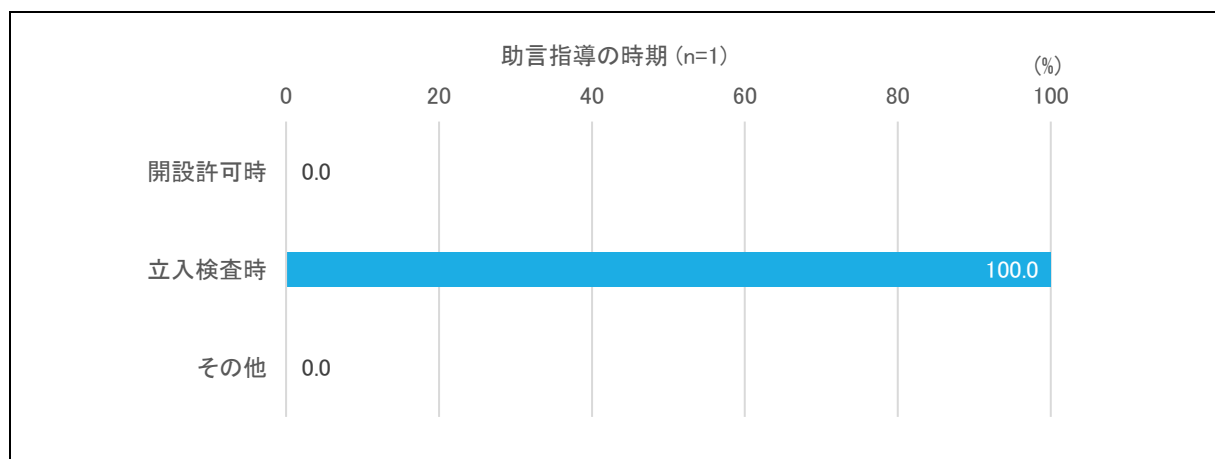
市区町村において(機能強化型)在宅療養支援診療所への BCP(事業継続計画)作成の助言指導の実施状況は、「実施している」が 0.5% (n=1)、「実施していない」が 99.5% (n=186)であった。「実施している」自治体について、その「助言指導の時期」及び「助言指導の内容」について伺ったところ、「助言指導の時期」については「立入検査時」が 1 件、「助言指導の内容」については「災害時の備えについて情報提供」と「避難行動要支援者名簿や個別支援計画立案の情報提供」がそれぞれ 1 件であった。

市区町村:機能強化型在宅療養支援診療所への BCP 作成助言指導の実施状況(単数回答)

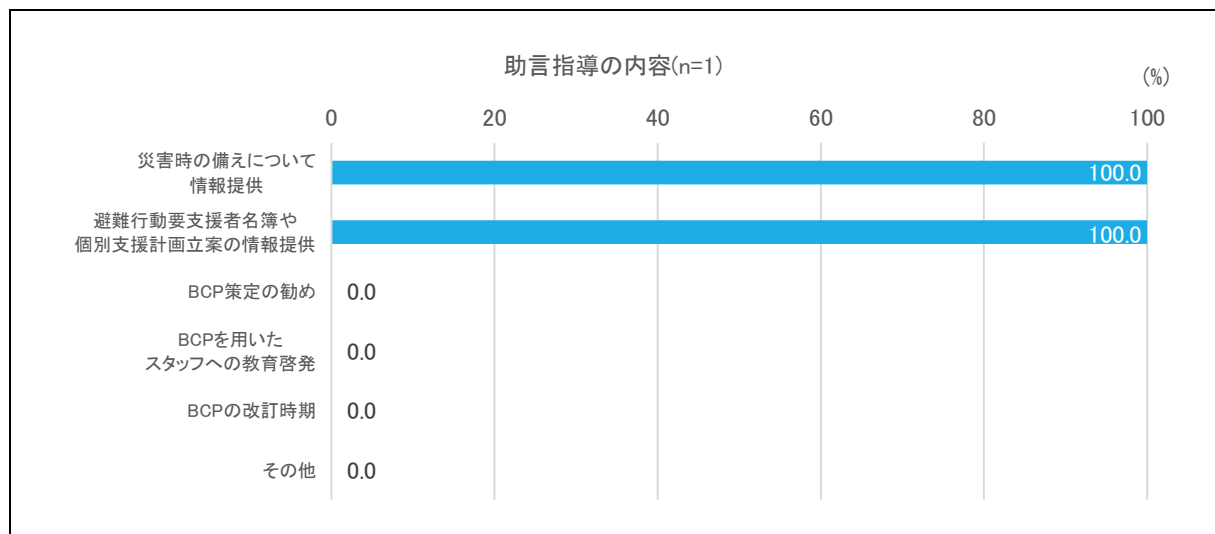


※実施している部署…危機管理係(1)

市区町村:助言指導の時期(複数回答可)



市区町村:助言指導の内容(複数回答可)

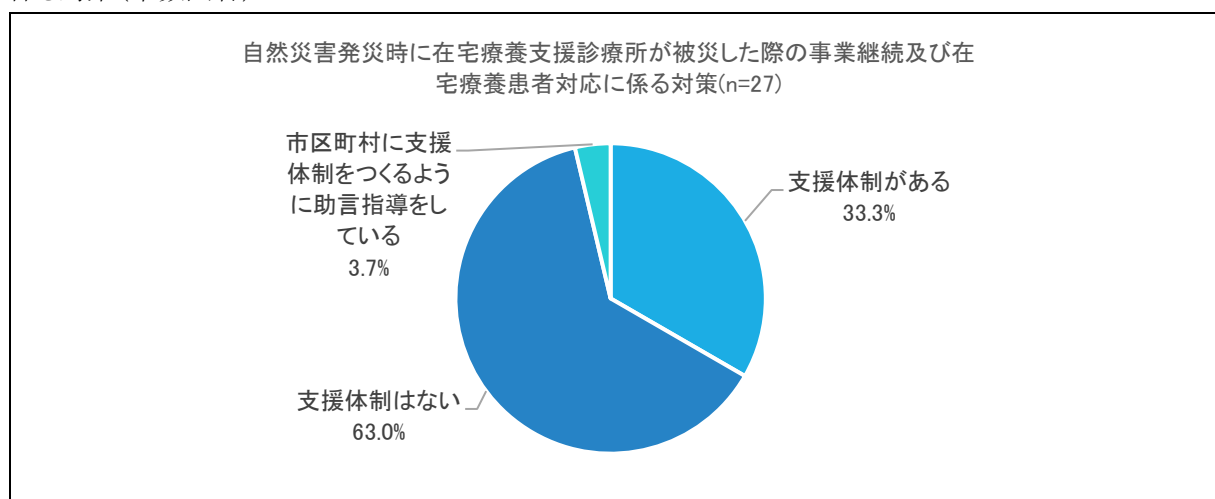


(4) 自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策

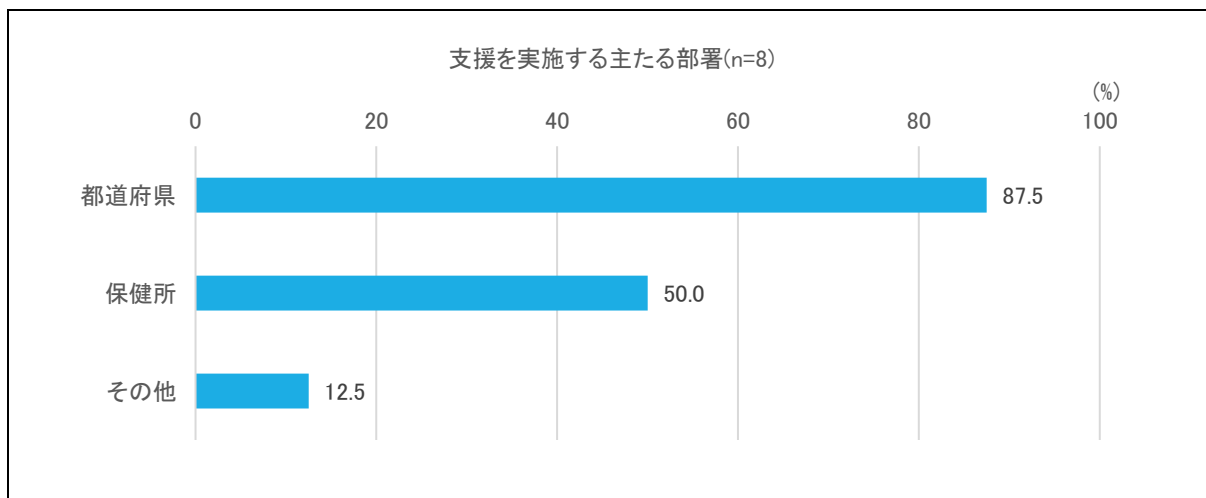
都道府県における、自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策について、「支援体制がある」は 33.3% (n=9)、「支援体制はない」は 63.0% (n=17)であった。

「支援体制がある」自治体について、「支援を実施する主たる部署」を訪ねたところ、「都道府県」が最も多く 87.5% (n=7)であった。「支援体制づくり」については、「人材の確保」が最も多く 42.9% (n=3)であった。「支援の内容」については、「県がDMAT等に診療継続の支援を依頼する」が最も多く 75.0% (n=6)、次いで「県が病院への入院等を調整する」が 37.5% (n=3)であった。

都道府県:自然災害発生時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策(単数回答)



都道府県:支援を実施する主たる部署(複数回答)

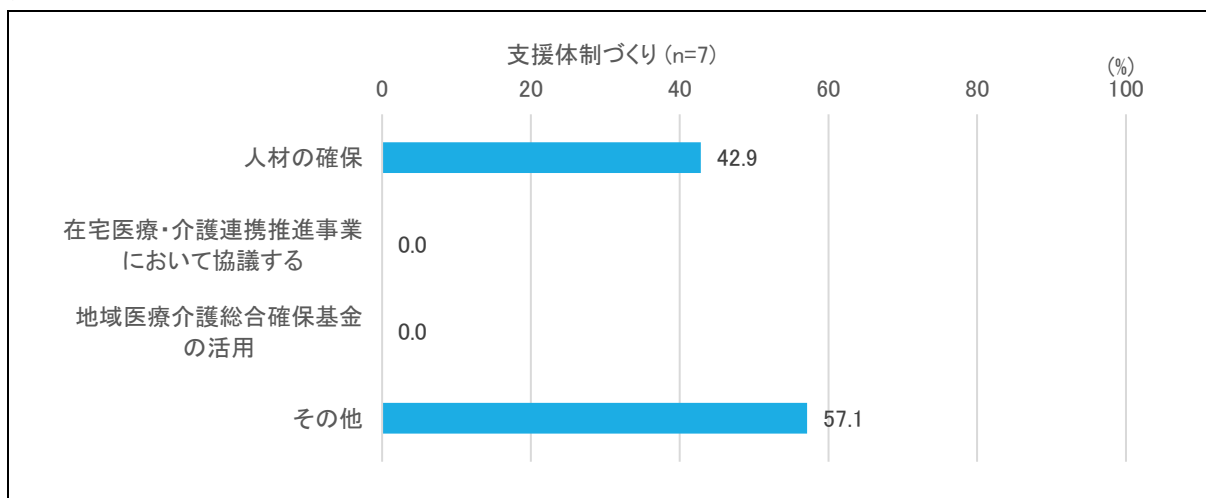


※部署名(都道府県)…医療政策課(1)、医療政策課(1)、秋田県健康福祉部医務薬事課(1)、福祉保健部地域医療政策課(1)、保健福祉部(1)

※部署名(保健所)…総務企画課(1)、石巻保健所(在宅酸素療法患者関係)(1)、企画課、健康増進課(1)

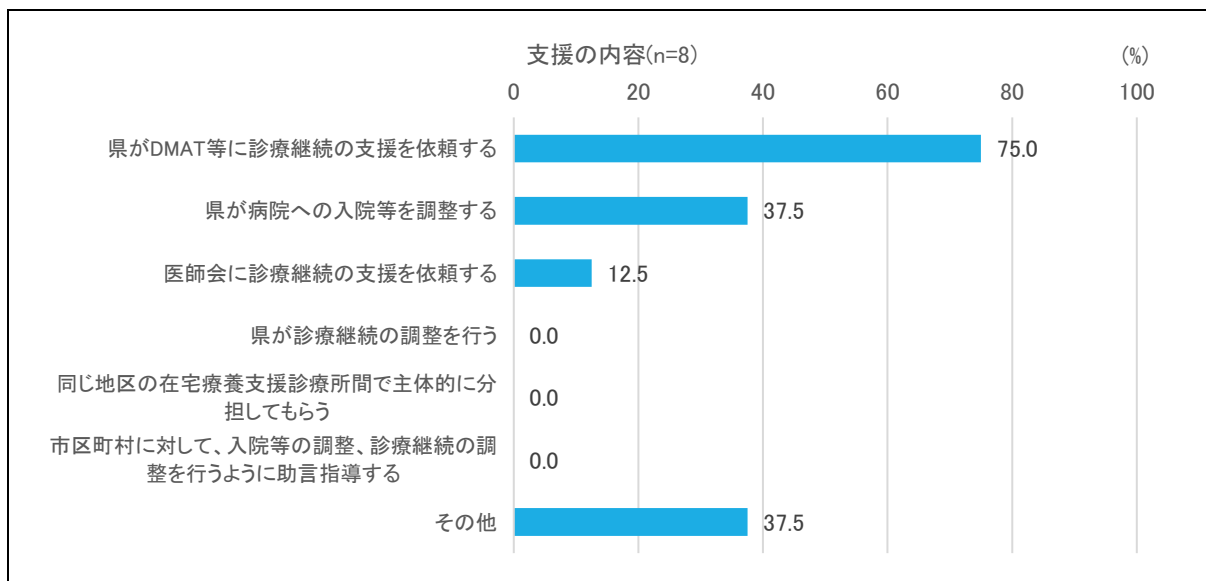
※部署名(その他)…県保健福祉課(1)

都道府県:支援体制づくり(複数回答)



※その他…ソフト面はDMAT派遣を通じた診療の継続(災害急性期)で、ハード面は災害復旧費補助金の活用(1)、県災害時保健医療福祉活動マニュアルで一般医療機関への対応を記載(1)、関係機関との協定締結、マニュアル作成及び共有(1)

都道府県:支援の内容(複数回答)

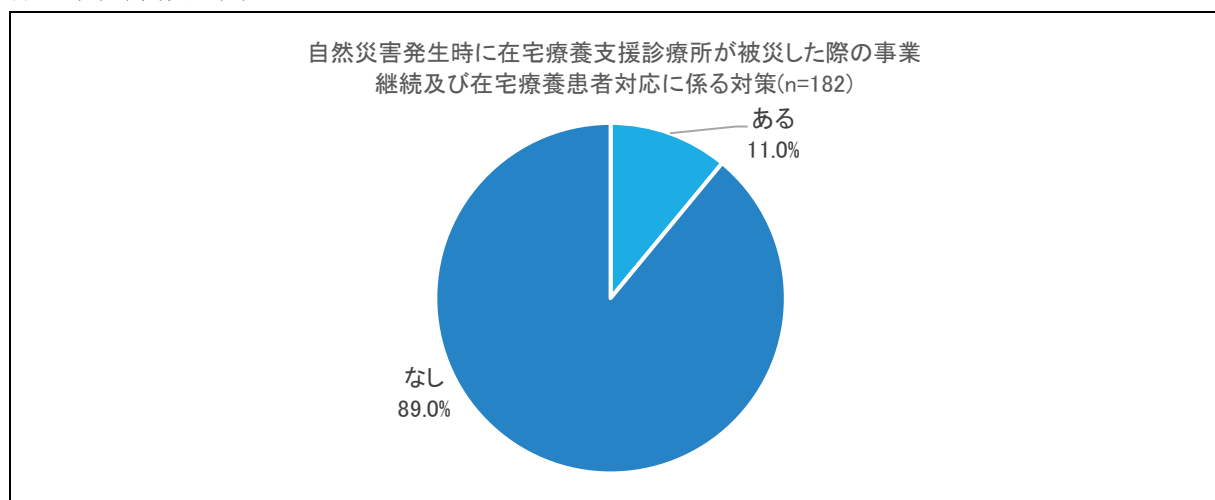


※その他…NPO法人「長崎在宅Drネット」では、在宅患者に主治医・副主治医を導入しており、加入している特定の診療所が被災した場合は、福主治医によるバックアップは期待できる。(1)、平時:体制整備、災害時:関係者間の連絡調整(1)

市区町村における自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策について、「ある」と回答した自治体は 11.0% (n=20)、「なし」は 89.0% (n=162)であった。

対策が「ある」と回答した自治体について、「実施する部署」を訪ねたところ、「市区町村」が最も多く 73.3% (n=11)であった。「支援体制づくり」については、「在宅医療・介護連携推進事業において協議する」が最も多く 62.5% (n=10)であった。「支援の内容」については、「県に診療継続の支援を依頼する (DMAT 等)」が最も多く 66.7% (n=12)、次いで「医師会に診療継続の支援を依頼する」が 44.4% (n=8)であった。

市区町村:自然災害発災時に在宅療養支援診療所が被災した際の事業継続及び在宅療養患者対応に係る対策 (単数回答)

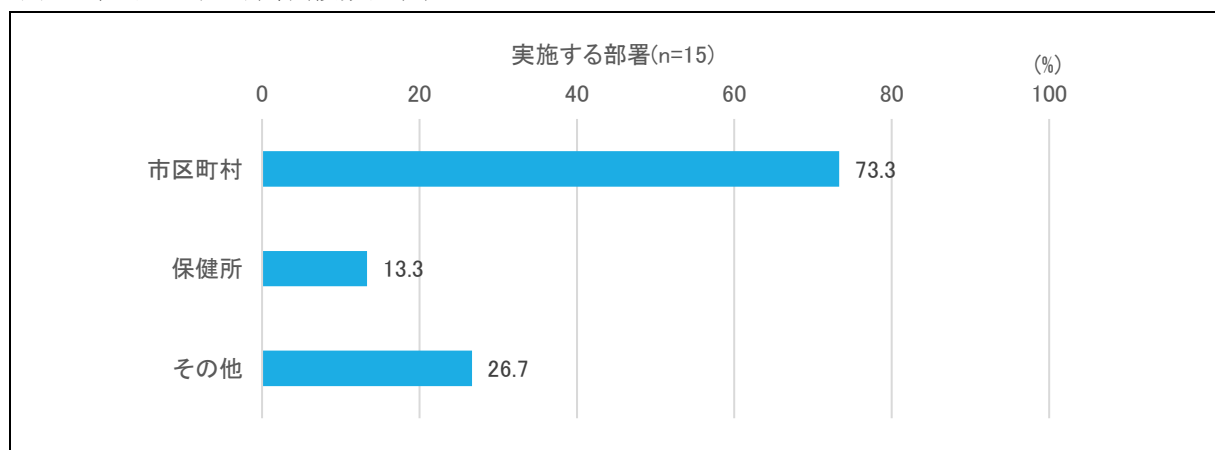


※部署名 (都道府県) … 保健福祉課 (1)、災害対策本部 市立病院地域医療部 (1)、医療、要配慮者対策部 (1)、健康増進課 (1)、健康福祉部 (1)、医療対策室、福祉課等 (1)、医療救護所立ち上げ。(健康推進課) (1)、医療政策課、在宅医療、介護連携支援センター等 (1)、保健福祉課 (1)、救護本部

※部署名 (保健所) … 保健総務課 (1)、桑名地防災対策部 (桑名保健所) の災害医療コーディネーター (1)

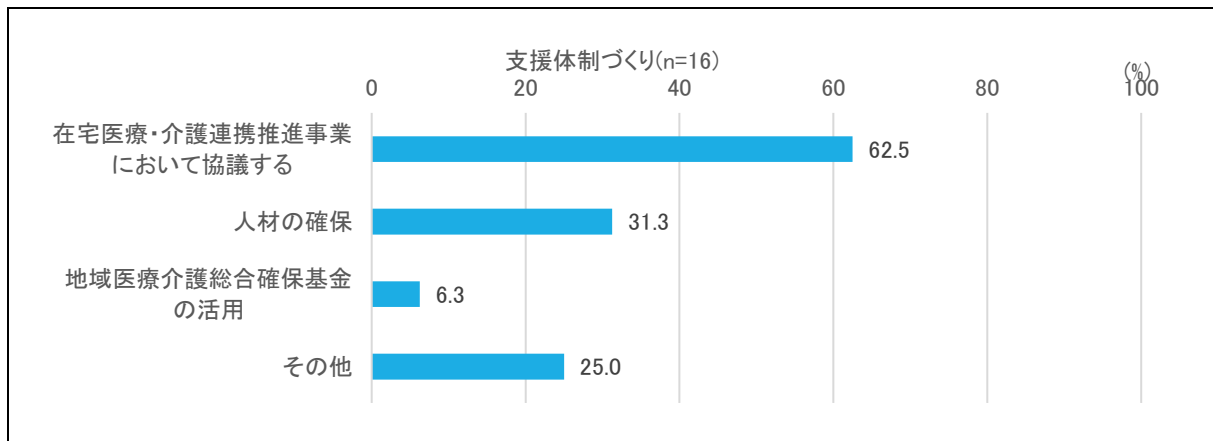
※部署名 (その他) … 福井県地域福祉課 (1)、医師同志でつながり、ネットワーク化をはかっている。(1)、市内特別養護老人ホームとの災害時の受入れの協定あり。(高齢福祉課) (1)、千葉市医師会

市区町村:実施する部署 (複数回答)

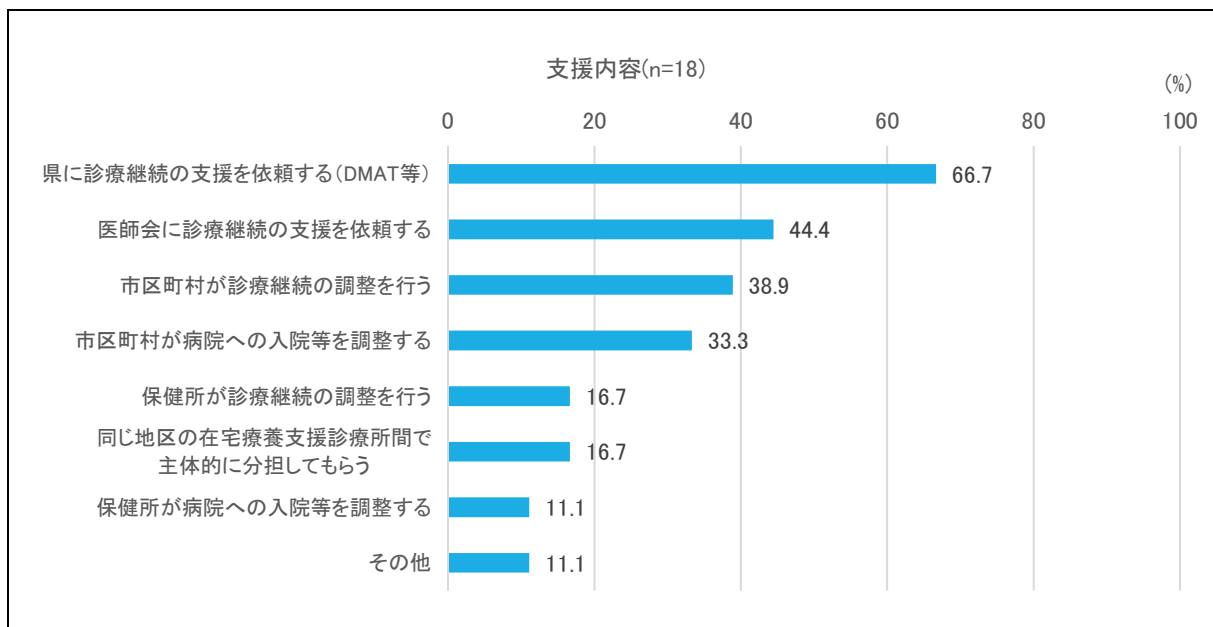


※その他 … 地域防災計画 医療対策本部 (健康福祉・医療衛生班) (1)、災害医療検討会議等 (1)

市区町村:支援体制づくり(複数回答)



市区町村:支援内容(複数回答)



※その他…在宅診療を含む医療機関の被災状況、患者の状況の把握、三師会との調整等(1)、救護本部で情報を集約し、主治医・訪問看護職・介護職等と連携して、救護活動にあたることとしている。特に、在宅療養患者に対しては、在宅プライマリケア委員(柏市医師会)が中心となる想定である。(1)

2. 6. 在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して困っていること・課題など

都道府県(自由記述)

- ・ 在宅療養支援診療所に特化した対策は行っておらず、一般医療機関に対する支援や被災状況把握に止まっている。従前のやり方で、災害医療担当部局のみでは、人員・予算・時間(発災時の迅速把握)にも限りがあり、対応できない。
- ・ 災害時の在宅療養者の被災状況や支援に関する課題を各課縦割りでの把握だけではなく、情報を一元化できるような体制づくりが必要。
- ・ 人工呼吸器等の医療機器を必要とする患者に対しての、機器使用にかかる電源確保及び当該患者の避難先の選定
- ・ ICT等を活用した情報共有のネットワークづくり
- ・ 行政と医師会等、関係団体の体制づくりと連携強化
- ・ 事業所ごと、地域ごとのBCP策定・薬剤の供給体制
- ・ 在宅療養患者を支援する機関が協力して、災害時の避難等の訓練を行うなど、発災時の支援をより実行性の高いものにしていくための取組が必要である。
- ・ 医療機関が休診したときの患者の引継ぎ体制について、今後構築する必要があると考える。
- ・ 災害時に支援が必要な在宅療養患者の情報共有。平常時や災害時の個人情報保護の取扱い、共有範囲など統一された指針等があると自治体間の対応の差がなくなる。
- ・ 在宅要電源障がい者など特別な支援や設備が必要な方は、あらかじめ避難する福祉避難所などを指定し、平常時から準備等を進めておく必要がある。
- ・ 自宅療養している新型コロナウイルス感染者が避難所に避難してきた場合、スペースに限りがある避難所の隔離場所の確保が困難。
- ・ 自宅療養している新型コロナウイルス感染者の避難は、別途保健所等の手配により、一般の避難所ではなく、ホテル・旅館等の別の場所に避難することとしているが、自宅療養者数が大きく増えた場合、保健所等の対応が追い付かないことが懸念される。
- ・ 災害時の備えとして県内各保健所にて医療依存度の高い難病患者の災害時要援護難病患者個別支援票を策定しているが、各市町で作成している災害時避難行動要支援者名簿や個別避難計画との連携ができていないことに課題がある。今後市町の防災担当課等との連携が必要と考えているが、市町によっては災害時避難行動要支援者名簿や個別避難計画に登載するケースの選定は健康福祉部局が行うことから防災担当課だけとの連携では搭載が難しい場合も多く、どこを窓口として連携を行うかが難しい状況がある。
- ・ 医療依存度の高い難病患者の災害時要援護難病患者個別支援票によると、人工呼吸装着難病患者は自宅での療養が難しい場合、多くは医療機関への避難を想定しているが、災害時に医療機関の被災状況によっては難病患者の受け入れが難しいことが予想されるため、指定避難所または福祉避難所への避難を含めた個別支援計画の策定もおこなえばより安心であり、市町の災害時避難行動要支援者名簿や個別避難計画との連携によりその部分をより充実できると考える。
- ・ 部内の体制が構築されていないため、各課や各市町村と連携しながら、迅速かつ適切な初期対応を行うことが難しいこと。
- ・ 県として電源や移送手段の確保ができていない。

- ・ 受け入れ先の調整ができていない。
- ・ 在宅酸素療法患者に対する支援について、医療機関の協力が得られない地域がある。(非常用電源があれば、避難先は医療機関に限られない等の理由で医療機関への患者の集中を抑制する考え方の医療機関があるため。)
- ・ 支援対象(在宅療養患者)の定義が広く、関連部署が多いため、一元的な情報集約・支援が困難である。
- ・ 人工呼吸器使用者の避難入院について、電源確保を目的とした避難入院は難しい現状がある。平常時から非常用電源の準備を推進しているが、停電が長引いた場合の電源確保について課題が残る。
- ・ 個人情報の取扱いについて、所属ごとに見解の相違が生じる可能性があるため、全国統一の取扱いを示してほしい。
- ・ 在宅療養患者の情報の全てを行政が把握していないため、住民に市町危機管理部局等への被害の報告を呼び掛けているが、全容の把握は困難。
- ・ 保健所において把握する特定疾病患者、小児慢性特定疾患患者について、市町の求めに応じて情報提供を行っているがその具体的な取扱いについて十分に議論されていない市町もある。
- ・ 保健所において、特定疾病患者、小児慢性特定疾患患者について、市町と関係者ととも個別支援計画の策定を行いつつあるが、避難所における電源利用の可否、移動手手段など具体的な点が十分に議論、検討されていない状況。
- ・ 市町の中で、障害、高齢、防災を担当する部署間の情報共有や役割分担、優先度等が十分に検討されていない市町もある。
- ・ 診療所の被災やその支援、安否確認の情報共有について、当県では十分に検討できていない。
- ・ 昨年度、個別避難計画作成推進事業としてモデル2市で取組を実施。個別支援計画作成担当の配置や関係課の情報共有連携会議の実施地域への働きかけなど具体的な取組を検討・実施されているところ。また、県防災担当部署により各市町へのヒアリングを行い市町の現状把握を行っている。その中で、一部の市においては、福祉避難所への非常用電源の整備をされ、医療機器を利用する難病患者を中心に移動手手段などを検討されるなど取組を実施されている。今後、市町の取組の現状に応じて県の取組支援を検討する必要がある。
- ・ 在宅療養患者には、要介護者、障がい者、難病患者、医療的ケア児等、支援する制度や主体もさまざまな方々が含まれていることに加え、各々の病状や程度もさまざまであることから、それらの情報を一元的に集めることが困難となっている。そのため、各市町村との安否確認を要する方の名簿の作成および安否情報を共有できるような仕組みづくりが課題となっている。

市区町村(自由記述)

- ・ 在宅療養患者に対する災害時の対応については、高令者、障がい者に準じて行っているが、実情が把握できていないのが課題である。又、災害時における医療体制も十分でないことを認識しています。他の自治体での取り組み事例などについて、アンケート集計後情報提供をお願いしたい。被災者の中でも重要な方々だと思うので課題を見える化して取りくんでいかなければならないと思う。
- ・ 自宅で生活できなかった場合、福祉避難所を利用することになるが、これを想定した福祉班の訓練が過去に1度しか実施していないため、継続して訓練や研修をしていった方が良い。

- ・ 在宅療養患者を把握するのが困難である。
- ・ サービス担当者が安否確認することは限界があるのでどこまで情報を共有して、誰が安否確認をして、どう周知するのがよいのかが課題(福相)
- ・ 在宅療養支援診療所によるBCP作成は決定事項なのか、医師会事務局でも把握していない。
- ・ 災害時医療救護活動マニュアルは作成したが、訓練は一度きり実施したのみ。コロナ禍のため実施できず。
- ・ コロナ感染が疑われた場合の対応について
- ・ 停電が長期になる場合の震源確保
- ・ 避難先への移送手段の確保
- ・ 在宅療養患者が災害時において、避難場所等へどのように移動してもらうかといった移動手段の確保など。
- ・ 24時間電力を必要とする在宅人工呼吸器使用者が避難先の検討に際し、移送に伴う経費及び人員、避難先での電力確保の問題があり、自宅避難を検討する方が多い。しかし、自宅避難時の非常用電源装置の稼働時間には限りがあるため、ライフライン(電力)不通時に人工呼吸器使用者が安心できる避難先が無い状態である。
- ・ 機能強化型)在宅療養支援診療所に限らず開設届出した診療所等については開設届出時に医療安全管理に関する開設者の責務について説明し、立入時に各種指針・手順書の整備状況を確認している。平成30年以前に開設された診療所等については通常監視時に確認している。
- ・ 今年度から着手した個別避難計画の作成にあたり、胃ろうや腸ろうなど、医療的ケアを必要とする療養者の支援体制が不十分であると痛感している。保護者の高齢化に伴う体力低下、療養患者の成長に伴う体重増など、家族や親族での支援が困難な家庭が多い。一方、社会福祉法人やヘルパー事業者からの災害発生時における支援も、支援者が被災した場合など確実に対応可能とはいえず、可能な限り支援を行うものとなっている。また、町会や民生・児童委員など地域住民の協力が不可欠となるが、町会加入率の低下や役員等の高齢化により十分な支援体制と人員が確保できず、「だれ」が「どうやって」「どこへ」避難させるのか、その役割を担う支援者の確保が課題である。
- ・ 災害時の行動マニュアルは作成されているが、ほとんど内容が認識されていない。自治体内での研修などで、職員全体が意識化することが必要だと思う。
- ・ 平時の備えとして、災害時の対応を具体的にシミュレーションする機会が必要だと感じるが、統括する部署がないと感じる。
- ・ 当市では、在宅療養患者を把握していないため、対応できない
- ・ 福祉部局としての取り組みは少しずつではあるが進んでいるが、医療依存の高い在宅療養患者への支援体制は進んでいない。医療機器装着者等の自助、共助のハードルが高く、自治体の介入が必要だが、市町村、保健所、県との連携、調整が大きな課題となっている。県でも市でも、防災危機部局と福祉・保健部局の連携がはかされていないので、災害時の対策の構築が進まない。
- ・ 在宅療養患者との連絡方法、関係機関との連携方法、医療、看護、介護、福祉、保健等が日頃から顔の見える関係をつくり、1つ1つの事例により、連絡、連携方法を確認し、ネットワークを築いていくことが、他の事例の支援にもつながるのでは、と考えます。
- ・ 関係部署や多職種間での状況共有や連携について。
- ・ 在宅療養患者の情報把握ができていない。

- ・ 計画停電時、人工呼吸器、在宅酸素療法、探求員などの電源確保に苦労した。
- ・ 市としてすべての在宅療養患者を把握できる仕組みが整っていないこと。(再掲)
- ・ 救護病院や市内各地区に展開予定の避難所及び救護所の設置・運営だけで職員配置・体制がギリギリの状況であるなかで、さらに在宅療養支援診療所や在宅療養患者(既存の要支援者名簿登載者に該当していない分)に対するフォロー等まで含めていくとなると、今後、どのような制度設計がなされ、市にどういった役割分担が与えられていくのかなど注視して行く必要があると考えている。
- ・ 行政は在宅人工呼吸器等使用患者の情報を把握していないため、支援体制の構築に限界がある。
- ・ Q4-4のとおり、明確な所管部署がない。(例:医療用酸素が必要な在宅療養患者の情報を把握する部署など)
- ・ 風水害時の停電に備えて、在宅人工呼吸器使用患者のうち事前避難入院を希望する方がいるが、静岡県では事前避難入院体制が試行中であるため、市民に広く周知することができない。
- ・ 在宅人工呼吸器使用者の電源の確保
- ・ 在宅人工呼吸器使用者の避難先(電源確保が可能な場所)について、病院以外に搬送先がない状況である。
- ・ 台風による風水害は、行政も在宅療養患者もある程度事前に避難等準備できるが、ゲリラ豪雨や地震等突然起こるものについては行政もパニック状態に陥ることが想像できる。その状況下で、人工呼吸器使用者の安否確認を速やかに行えるかが課題として挙げられる。また、在宅療養患者についても公助をあてにするのではなく、これまで以上に自助を推進していくことも課題の1つと思う。
- ・ 障がい者手帳や難病の医療受給者証等の情報だけでは在宅療養患者かどうか、行政の支援が必要かどうか分からない。
- ・ 個別支援計画の作成数がすくない
- ・ 避難行動要支援者へのフォロー体制(来年度以降個別避難作成事業実施予定)
- ・ 本市では、24時間人工呼吸器を使用している在宅療養患者を中心に施策を展開している。今後、在宅酸素療養患者等、対象を広げていくことについて検討を進めている。
- ・ 災害時に対応が必要な在宅療養患者がどれだけいるのか、把握できていない。
- ・ 個別計画策定に、どこからどのように取り組んでいくのか決まっていない。
- ・ 安否確認や在宅療養の実数把握が困難であり、対応に時間を要することが課題である。
- ・ 避難行動要支援者名簿の対象者の中で、どの人が在宅療養患者かという把握はできていない。また、福祉避難所への避難となった際にも部屋をわける必要性があるか施設と事前に協議して取り決めをしておく必要がある。
- ・ 避難の手段、避難先の確保等、本人・介護者の希望のすり合わせが行われていないこと。
- ・ いざと言う時に備えた訓練が難しいこと
- ・ 非常時電源が必要な医ケア児等については、保健所が把握しているが、行政として、どのような支援ができるか、今後検討が必要。
- ・ 在宅療養患者の把握。

2. 7. 在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報連携、共有等で工夫したこと

都道府県(自由記述)

- ・ 長崎県ではNPO法人「長崎Drネット」を中心に訪問診療従事者に対する研修会や講演会を複数回開催いただき、情報の共有や課題解決を図った。(県委託事業・長寿社会課)
- ・ 災害時のコロナ対応の手引きを作成し、在宅療養者の避難について、行政間で共有を図った。
- ・ 平時から、県から市町村へ新型コロナウイルス感染症患者の情報提供を行い共有を図っている。感染者には、事前にハザードの状況等を確認してもらうよう、チラシを送付している。
- ・ 保健所と医療機関、訪問看護ステーションで調整し保健所がケアが必要と判断した在宅療養者宅へ、訪問看護を実施。県は事業所に対し、協力金を支払。
- ・ 在宅療養患者に限らず特別な配慮を要する人に対して、医師会が中心となってフォローアップする地域療養の神奈川モデルを運用した。
- ・ 洪水浸水想定区域内や土砂災害警戒域区域内等で在宅療養している方について、台風等で避難が必要だと市町村が判断した場合は、宿泊療養施設への避難可能な体制を整備した。
- ・ 在宅療養者が災害時にスムーズに避難できるよう地域の在宅療養者・濃厚接触者の情報を市町村に提供する体制を整えた。
- ・ 安全確認において、保健所のみでは確認が出来なかった場合、市町村担当課と連携し確認を行った。
- ・ 新型コロナウイルス感染症在宅療養者については、県と市町村において、個人情報提供の覚書により、対応している。
- ・ 在宅療養している新型コロナウイルス感染者に向けに県感染症対策課が発行している在宅療養のしおりや在宅療養者向けのメールにて、災害時の垂直避難などを案内しており、避難所に避難する以外の命を守る方法について広報している。
- ・ 在宅療養患者が新型コロナウイルス感染症と診断された場合、主治医による在宅診療を中心に、主治医と保健所とで情報共有(特に病状等について)を行っている。症状の程度や支援者の状況によっては入院やケア付き宿泊療養施設への移動が必要となるため、保健所と県本部で情報共有し、入院・入所調整している。
- ・ 必要に応じて、県(在宅療養支援チーム)が、かかりつけ医と情報共有をして支援をしている。
- ・ 新型コロナウイルス感染症陽性者への支援を行う東京都保健所管内の市町村に対し、都が保有する在宅療養者の個人情報(①氏名、②住所、③連絡先、④生年月日、⑤性別、⑥発症日、⑦療養開始日)を提供することで、生活物資の支援に加え、見守りや声かけなど地域の実情に応じた支援を強化する取組を、令和3年9月より実施している。(令和4年7月5日時点で、小笠原村を除く36市町村に情報提供)。
- ・ 新型コロナウイルス感染拡大防止のための避難所運営の留意点～対策ガイドライン～を防災危機管理課、健康増進課、保健福祉課で作成した。
- ・ 災害発生時における情報共有のあり方について、平時より防災危機管理課、保健所、市町担当者が協議できる場を設けている。
- ・ 新型コロナウイルスで在宅療養となった高齢者や障害者について、支援が必要となった場合は、市

町や関係する支援者と情報共有を行い対応を行った。

- ・ 各波の後には、在宅療養患者の支援で課題となった点を保健所や県の担当課で整理をされ、市町や医師会等の専門職団体と共有を行い対応の検討を行い体制づくりにつとめてきた。
- ・ 市町に対して、24時間体制の訪問看護事業所名簿を提供し、周知を図った。

市区町村(自由記述)

- ・ 国、県の方針に基づき、新型コロナウイルス対応を実施した。特記事項はありません。
- ・ 県から、コロナ禍における避難所運営の手引きが示されたので、それを活用して水防の災害時には運営をしている。
- ・ 無料検査の実施
- ・ 新型コロナウイルス感染症の対応。市はコロナ疫学調査の応援のため保健所に出向いている。
- ・ 市民への対応。不明な点は県や保健所に問い合わせをしている。
- ・ ワクチン接種。医療機関との連携を密に図っている。
- ・ 感染者の情報は県において把握しているが、平時から在宅療養者の情報を各市町村へ共有してもらえたことにより、事前に災害時の対応を検討することができた。(現在は、感染者の個別把握が行われていないため、共有は行われていない。)
- ・ 新型コロナワクチン接種においては、保健所圏域の市町と広域実施体制をとり、県を含めた連絡会議等において連携を取り実施している。
- ・ 保健所とは、感染者の確認や、生活支援サービスの対象者である感染者かどうかの確認、また要請に応じ、保健所派遣(保健師、事務職)を行い、連携を密にしています。
- ・ 県とは、副反応・健康被害時の対応や申請手続き、ワクチン接種連絡会議等、支援や助言をいただいています。
- ・ 医療機関とも連携を密にし、ワクチン接種他、医療の状況、国・県・市からの情報を共有し、感染対策を共に努めています。
- ・ ワクチン接種の情報共有を図るため市内医療機関向けに説明会を開催した。また、保健所の協力依頼に応じて、職員派遣を行った。
- ・ 毎日朝夕に、主要な救急病院の救急受入制限状況を取りまとめ、Eメールの一斉送信にて、救急患者受入状況に関する最新情報を共有することで、相互に補完しあえる体制づくりを行った。
- ・ 平時より、訪問診療などの在宅医療を提供している訪問看護ステーションへの新型コロナ対応に係る研修会の開催や、訪問看護ステーション側が開催している新型コロナ関係の研修会に参加するなどしている。
- ・ 定期的なWEBミーティング等により、密に情報の連携や共有を行った。
- ・ 市医師会の協力により患者発生届報告の際、発生届とは別紙で「宿泊療養施設入所条件確認」、「患者情報(症状、重症化予防薬の処方など)」の報告を受け、療養施設入所、健康観察の際に参考とした。
- ・ 本来は保健所が行う患者等健康観察について、市医師会等と委託契約をして診断医師が健康観察を行うことで在宅療養者の安心・安全に繋がった。
- ・ 新型コロナウイルス患者の緊急受診先(休日、夜間含む)として、市内病院と連携して当番制とすることにより、保健所が行う受診調整を円滑に進めることができた。

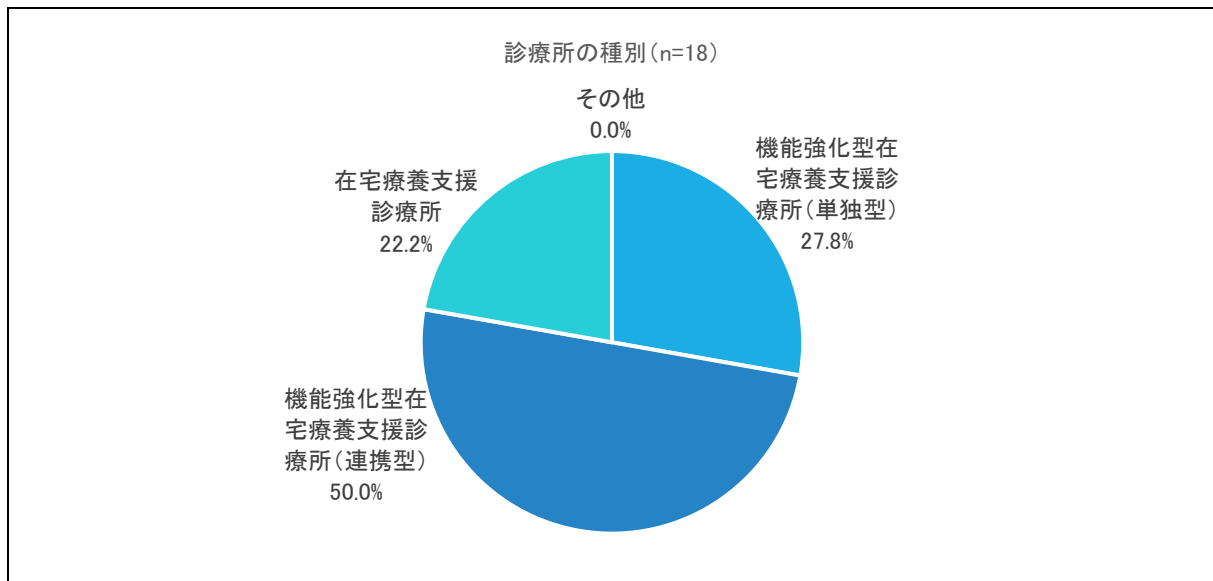
- ・ 花巻市医師会と連携し、医療機関が休日となるお盆期間中の8月13日～16日に、休日当番医とは別に発熱外来を実施していただいた。市から25回×5医院分の抗原定性検査キットを提供、市ホームページで周知した。また、岩手県受診相談センターへの情報提供も行った。(この発熱外来は、抗原定性検査キットによる検査のみを実施し、一般診療は実施していません。)
- ・ 新型コロナウイルス感染症発生時の災害対応について、県の実施する研修会に参加した。
- ・ 避難所の対応について、県が作成したマニュアルをもとに、市の訓練を実施した。
- ・ 府や市の関係課が連携してコロナ禍における避難所開設訓練を実施した。訓練の中では、災害発生時の感染拡大防止について、情報共有を図り、顔の見える関係の構築に取り組んだ。また、避難者には、検温の徹底、発熱者には同一のスタッフが対応するなど、感染拡大防止策を検討するなどした。
- ・ 愛知県の感染症対策担当と週二回、定期的な情報交換の場を設け、丁寧な連携体制を構築
- ・ 共有サーバーを活用し、発生届等の資料のデータ共有を実施したほか、クラウドサービスkintoneを活用し、患者情報共有を効率化
- ・ 折に触れて医療体制連絡会議を開催し、病院・関係団体・行政の間で、市医療体制に関する情報共有を実施・ウェブサイト「フレッシュあいち」により、県内のコロナ確保病床の使用状況を関係者でリアルタイムに共有
- ・ 感染拡大期など、必要に応じて関係機関と対策会議を実施し、連携強化に努めた。
- ・ Webや対面での会議、電話、訪問、メール、ファックスなど、状況に応じて様々な手段で情報を共有した。
- ・ 新型コロナウイルス陽性者、濃厚接触者の避難場所の確保方法、避難方法等については、県の保険所に指導してもらいながら、計画を立てた。
- ・ 様々な事情でやむを得ず入院でない自宅療養者について、民間の訪問診療チーム(KISAZ隊)による24時間体制での医療管理体制を整備。また、高齢者施設等の医療提供体制について、地区医師会や医療機関と連携し、高齢者施設等新型コロナ医療コーディネートチームを似内箇所を設置等

3. 在宅療養支援診療所の調査結果

3. 1. 診療所の概要

(1) 診療所の種別(単数回答)

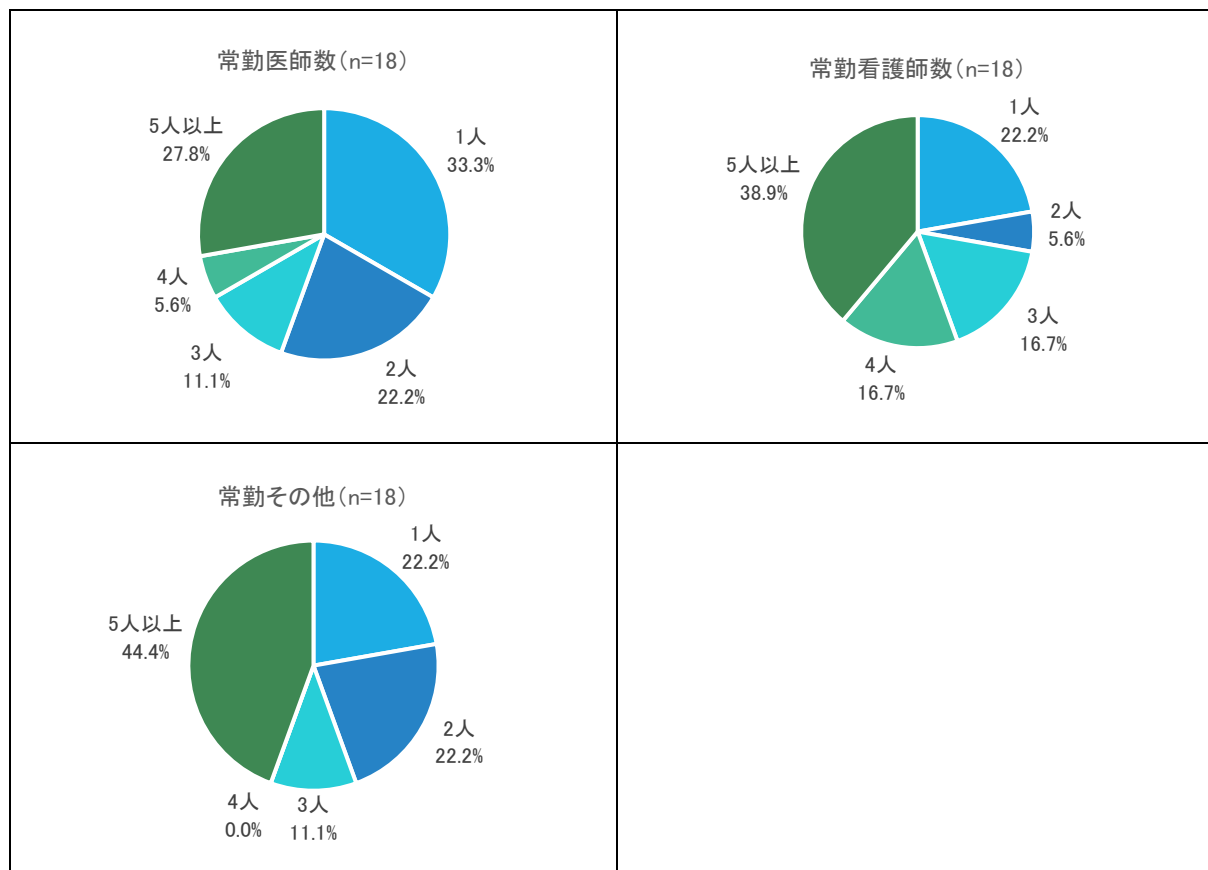
回答施設の診療所種別は、半数が「機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)」、約 3 割が「機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)」で、「在宅療養支援診療所」は約 2 割であった。



(2) 職員の体制

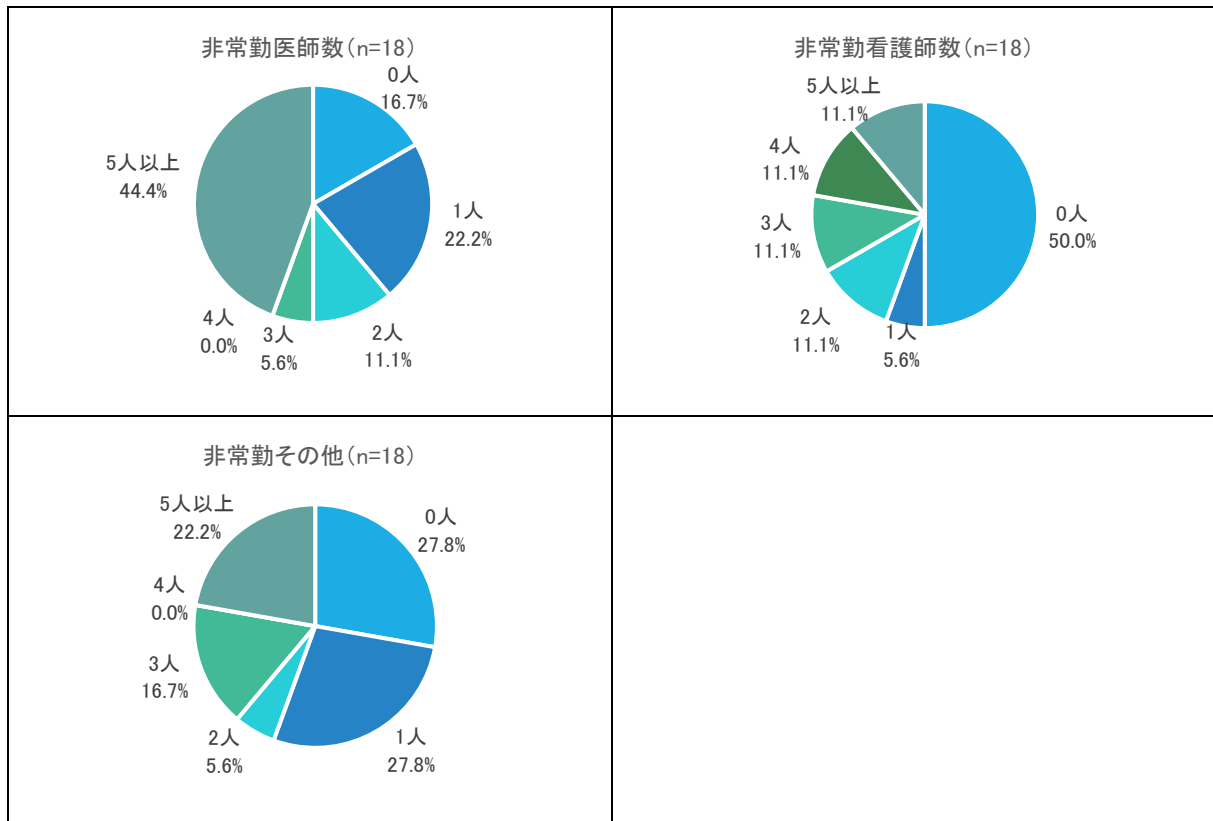
① 常勤職員数(単数回答)

回答施設の常勤医師数は、「1人」が最も多く33.3%(n=6)、次いで「5人以上」が27.8%(n=5)、平均は3.28人であった。常勤看護師数は「5人以上」が最も多く38.9%(n=7)、次いで「1人」22.2%(n=4)、平均は6.72人。常勤その他職員数は「5人以上」が最も多く44.4%(n=8)、次いで「1人」および「2人」がそれぞれ22.2%(n=4)、平均は10.0人であった。



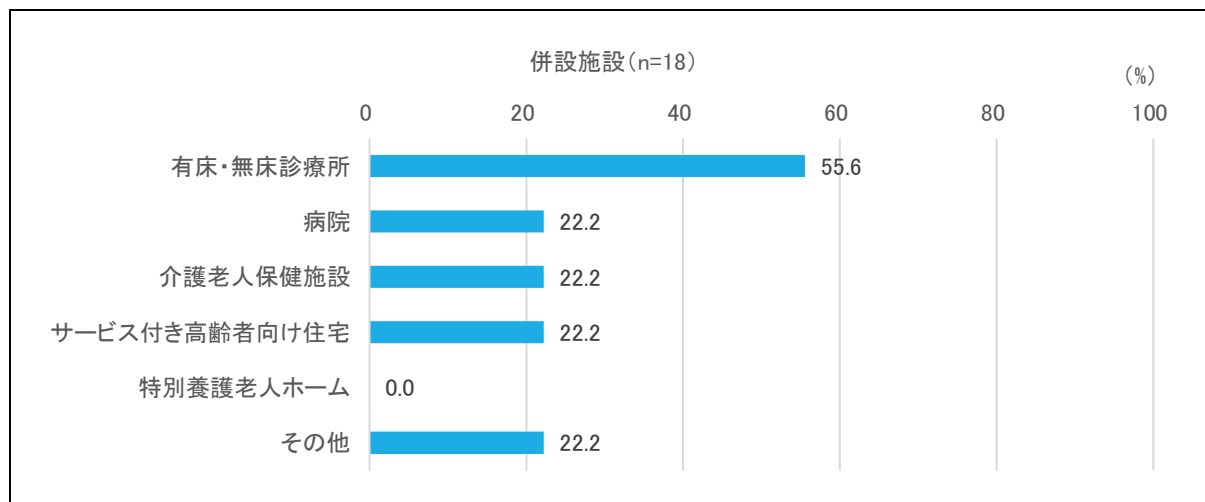
② 非常勤職員数(単数回答)

回答施設の非常勤医師数は、「5人以上」が最も多く44.4%(n=8)、次いで「1人」が22.2%(n=4)、平均は4.89人であった。非常勤看護師数は「0人」が最も多く50.0%(n=9)、平均は1.78人。非常勤その他職員数は「0人」および「1人」が最も多く27.8%(n=5)、次いで「3人」が16.7%(n=3)、平均は2.94人であった。



(3) 併設施設(複数回答)

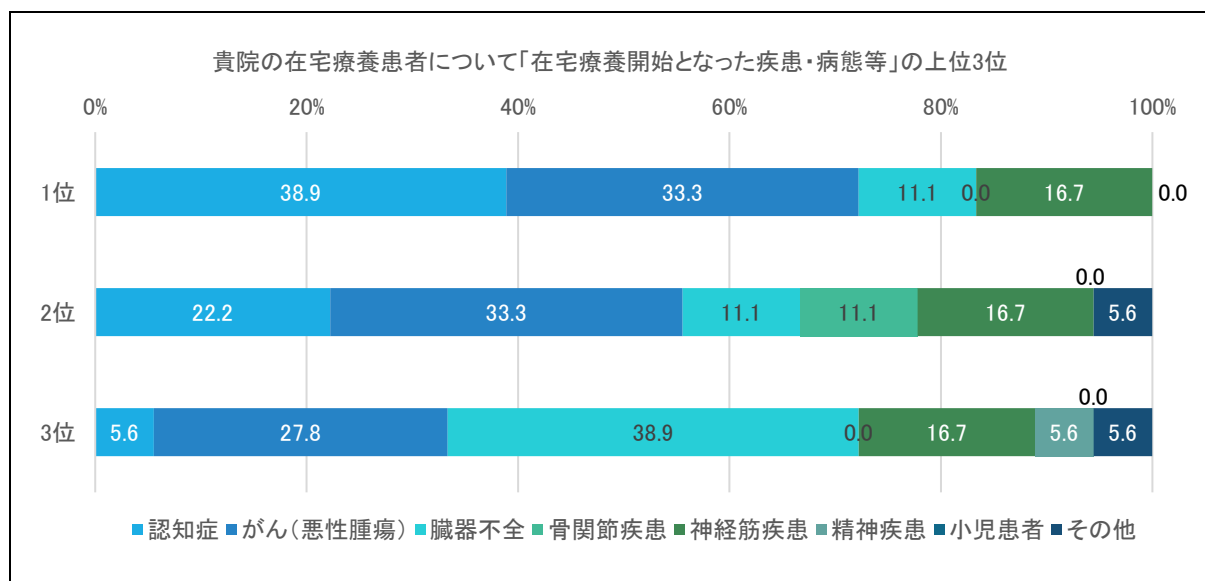
回答施設の併設施設は、「有床・無床診療所」が最も多く 55.6% (n=5)、次いで「病院」、「介護老人保健施設」、「サービス付き高齢者向け住宅」がそれぞれ 22.2% (n=2)であった。



※その他…訪問看護ステーション(1)、訪問看護ステーション、ケアプランセンター、ヘルパーステーション(1)

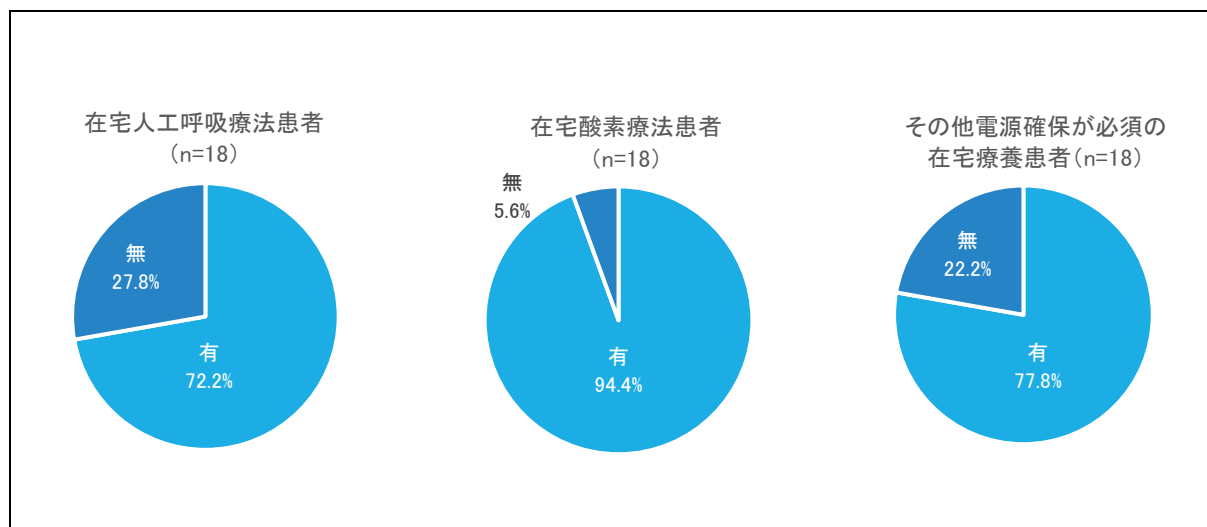
(4) 在宅療養患者の類型

回答施設の在宅療養患者について、「在宅療養開始となった疾患・病態等」で上位3位を伺ったところ、1位は「認知症」が最も多く 38.9% (n=7)、次いで「がん(悪性腫瘍)」が 33.3% (n=6)、「神経筋疾患」16.7% (n=3)であった。2位については「がん(悪性腫瘍)」が最も多く 33.3% (n=6)、次いで「認知症」が 22.2% (n=4)、「神経筋疾患」16.7% (n=3)であった。3位については「臓器不全」が最も多く 38.9% (n=7)、次いで「がん(悪性腫瘍)」が 27.8% (n=5)、「神経筋疾患」16.7% (n=3)であった。



(5) 電源確保の必要がある在宅療養患者の有無(単数回答)

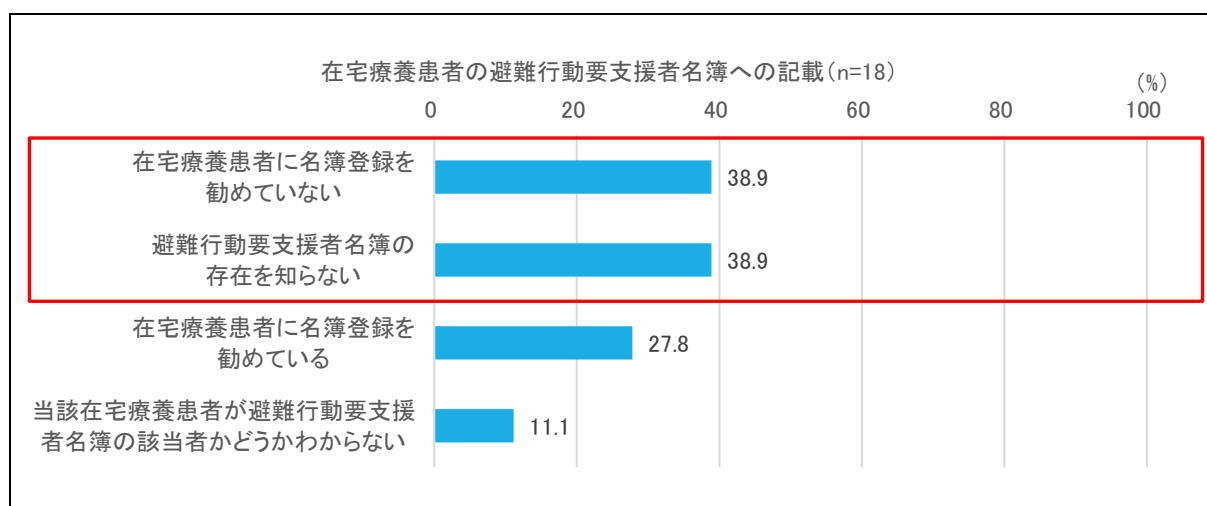
回答施設における電源確保の必要がある在宅療養患者の有無について、「在宅人工呼吸療法患者」は「有」が 72.2% (n=13)、「在宅酸素療法患者」は「有」が 94.4% (n=17)、「その他電源確保が必須の在宅療養患者」は「有」が 77.8% (n=14)であった。



3. 2. 在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について

(1) 在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について(複数回答)

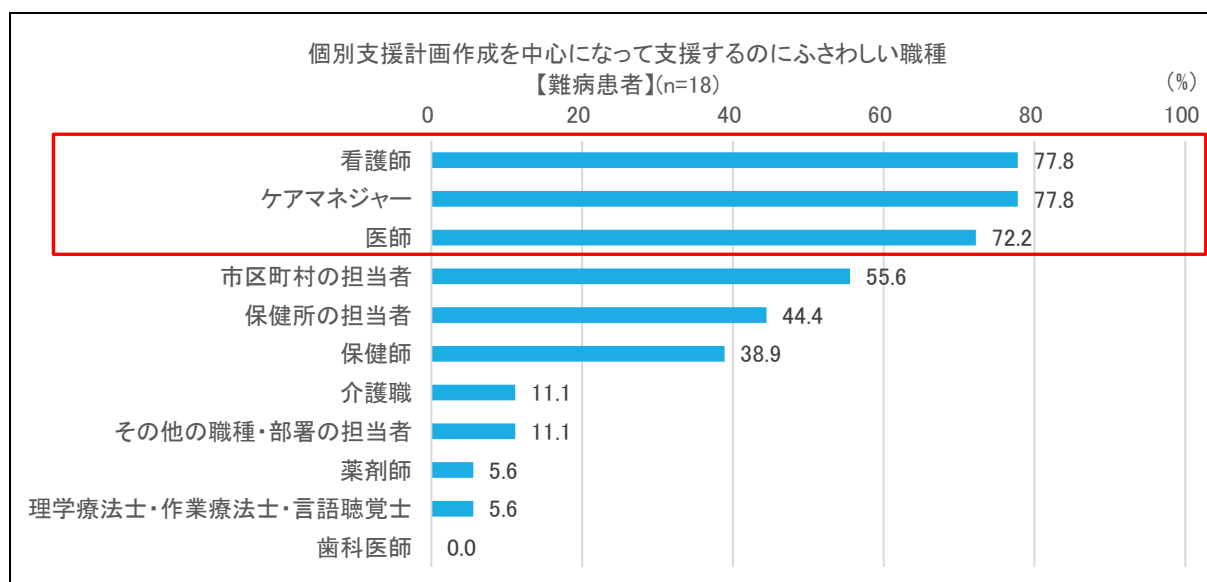
在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について、「在宅療養患者に名簿登録を勧めていない」および「避難行動要支援者名簿の存在を知らない」が最も多く 38.9% (n=7)であった。

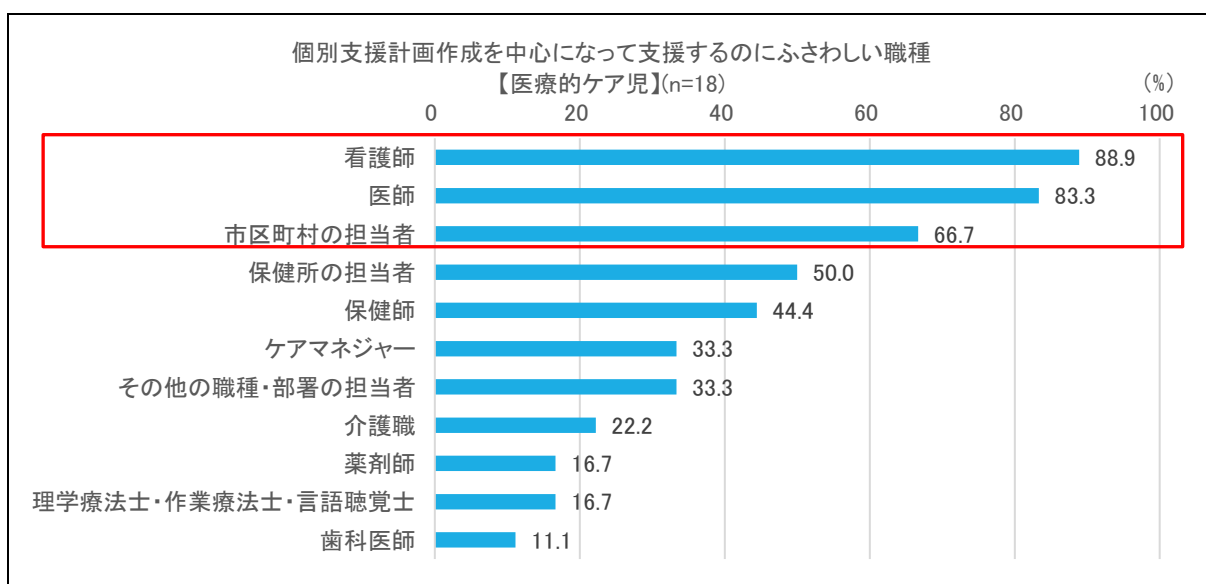
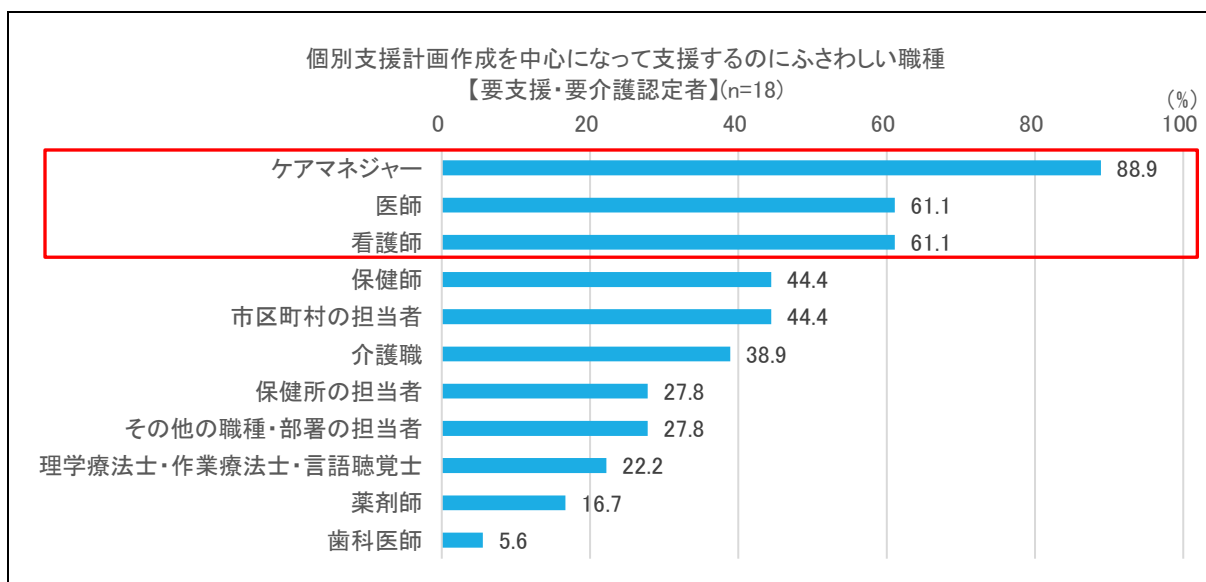
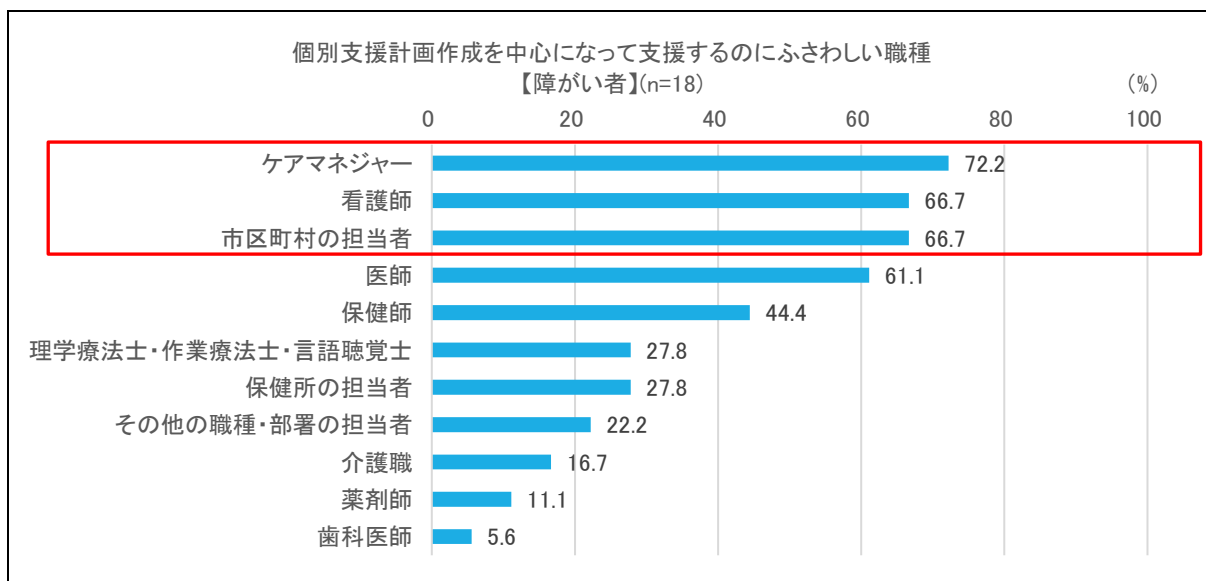


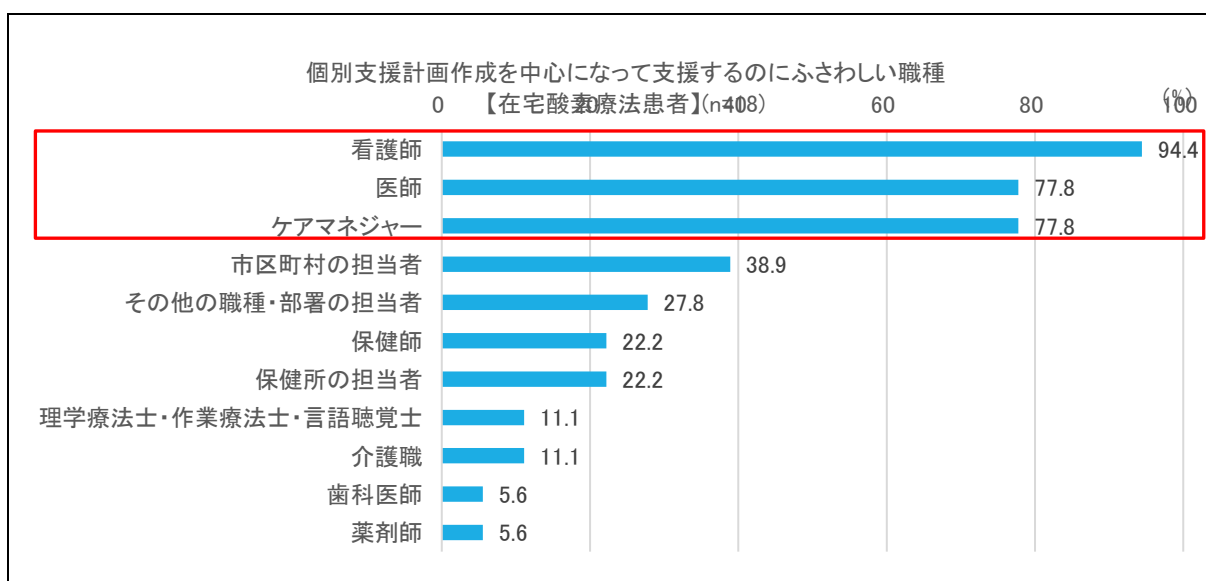
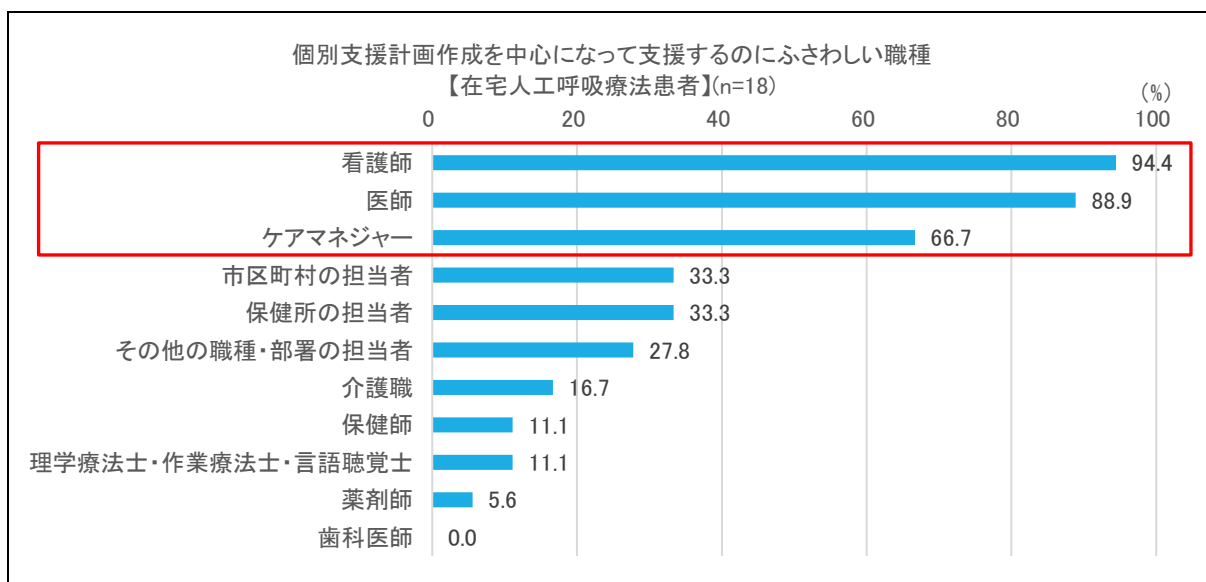
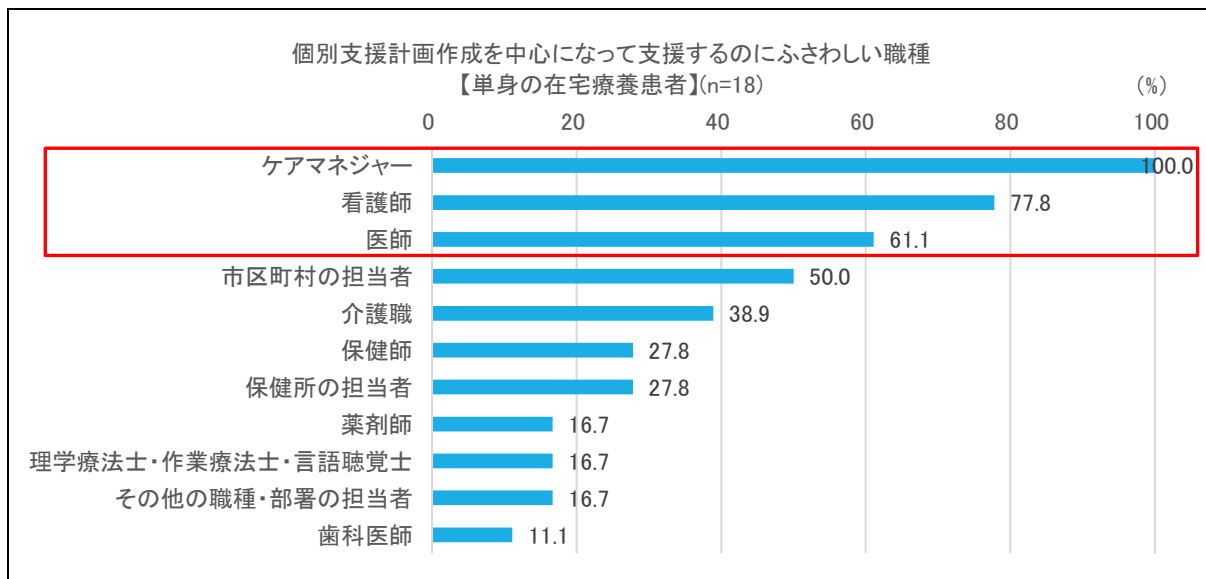
(2) 在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種(複数回答)

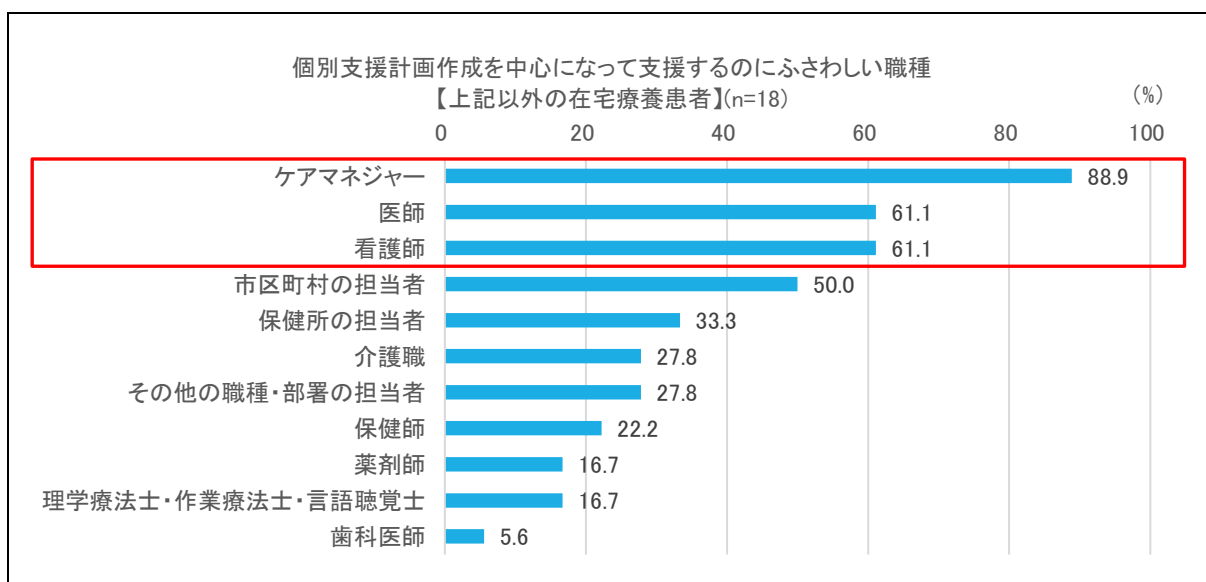
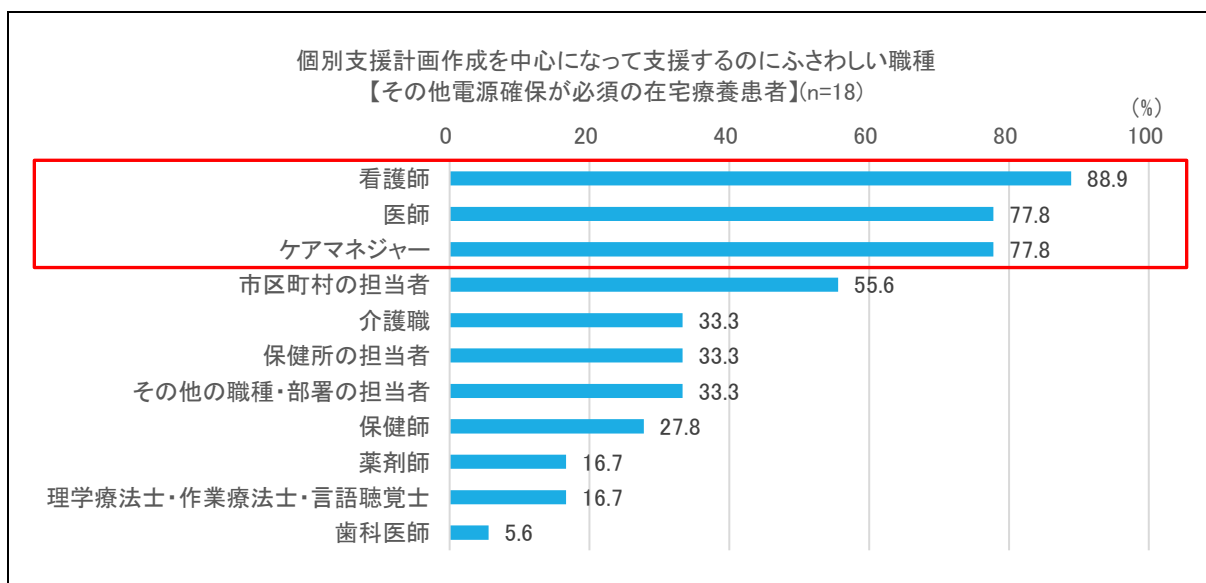
在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種は、以下の通りであった。

	1位	2位	3位
難病患者	看護師 77.8% (n=14)	ケアマネジャー 77.8% (n=14)	医師 72.2% (n=13)
障がい者	ケアマネジャー 72.2% (n=13)	看護師 66.7% (n=12)	市区町村の担当者 66.7% (n=12)
要支援・要介護認定者	ケアマネジャー 88.9% (n=16)	医師 61.1% (n=11)	看護師 61.1% (n=11)
医療的ケア児	看護師 88.9% (n=16)	医師 83.3% (n=15)	市区町村の担当者 66.7% (n=12)
単身の在宅療養患者	ケアマネジャー 100.0% (n=18)	看護師 77.8% (n=14)	医師 61.1% (n=11)
在宅人工呼吸療法患者	看護師 94.4% (n=17)	医師 88.9% (n=16)	ケアマネジャー 66.7% (n=12)
在宅酸素療法患者	看護師 94.4% (n=17)	医師 77.8% (n=14)	ケアマネジャー 77.8% (n=14)
その他電源確保が必須の在宅療養患者	看護師 88.9% (n=16)	医師 77.8% (n=14)	ケアマネジャー 77.8% (n=14)
上記以外の在宅療養患者	ケアマネジャー 88.9% (n=16)	医師 61.1% (n=11)	看護師 61.1% (n=11)





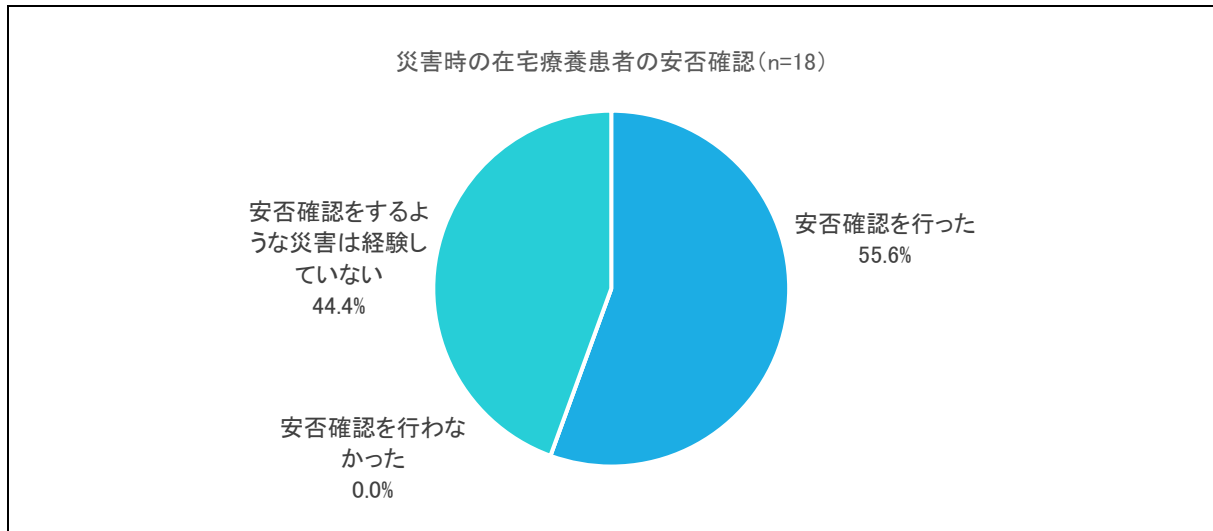




3. 3. 災害時の在宅療養患者の安否確認について

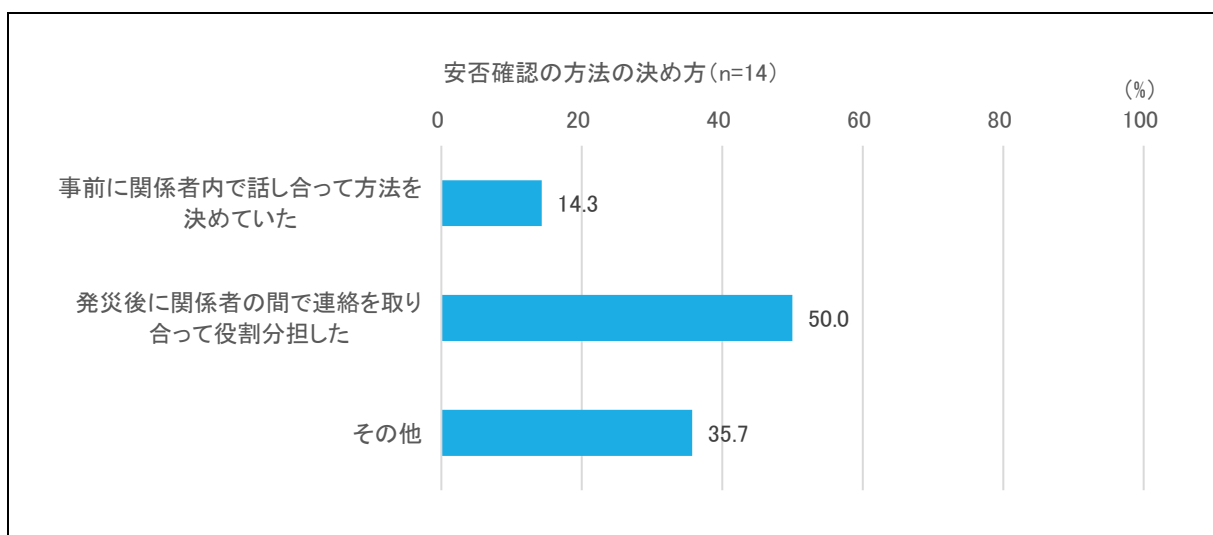
(1) 過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認の実施実態 (単数回答)

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認においては、「安否確認を行った」が最も多く 55.6% (n=10)、次いで「安否確認をするような災害は経験していない」が 44.4% (n=8) であった。



(2) 安否確認方法の決め方 (複数回答)

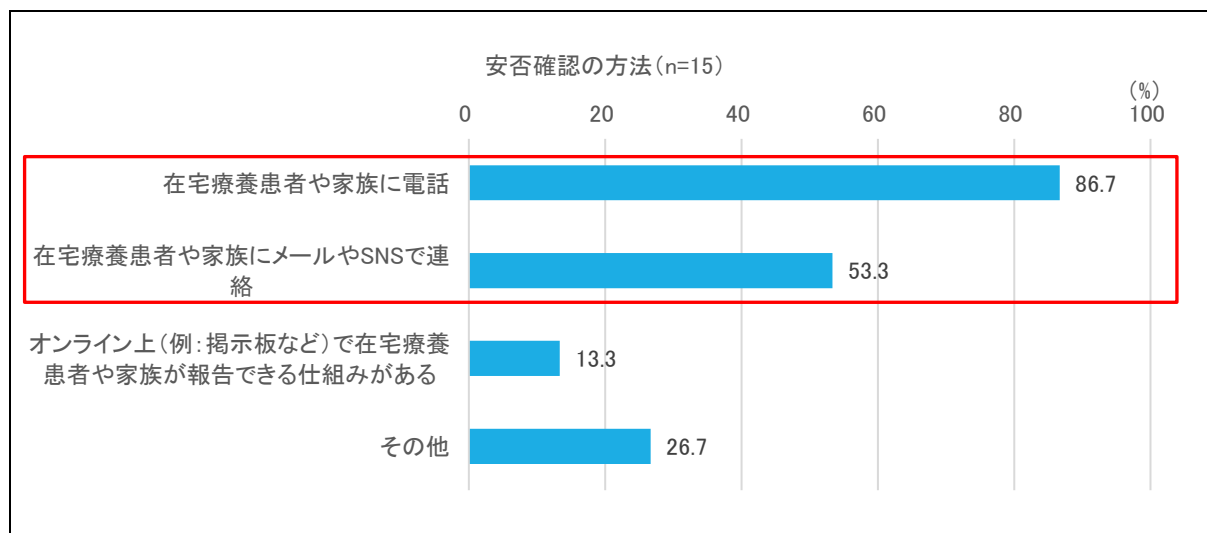
過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認において、「安否確認を行った」と回答した方を対象に、安否確認方法の決め方を伺った。その結果、「発災後に関係者の間で連絡を取り合って役割分担した」が最も多く 50.0% (n=7) であった。



※その他…まだ決めてはいるが防災の話し合いが行われている(1)、従来の在宅で使用している SNS をそのまま利用(1)、当時は特に決めていませんでした(1)、その時は何も決めていなかったで現場に急行。その後は介護者と連絡とり必要があれば出動することとしました。(1)、まだ経験がない(1)

(3) 安否確認の方法(複数回答)

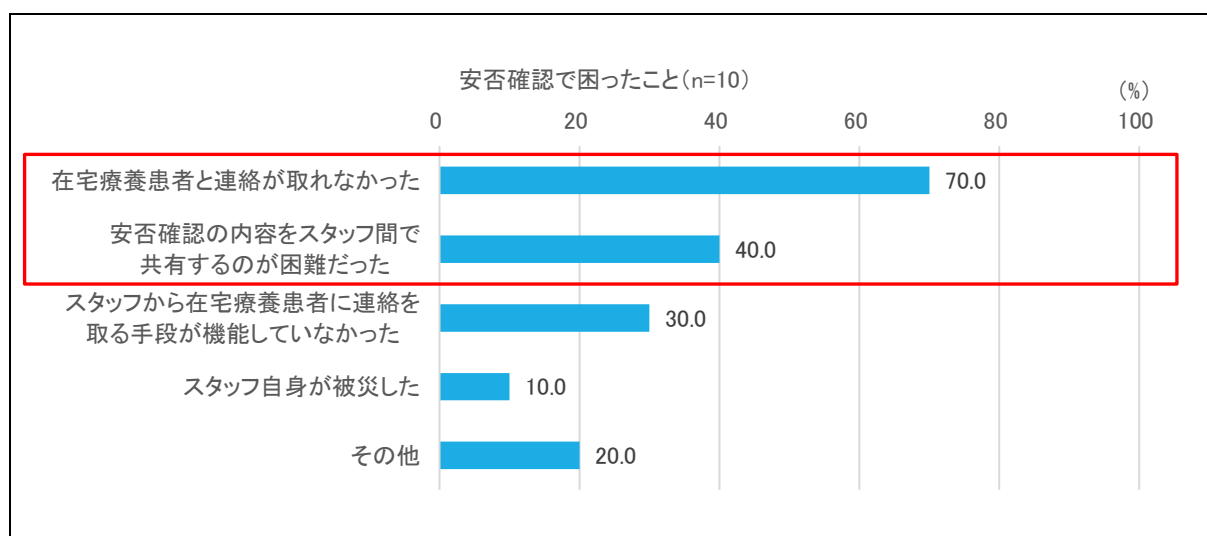
過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認において、「安否確認を行った」と回答した方を対象に安否確認の方法を伺った。その結果、「在宅療養患者や家族に電話」が最も多く 86.7% (n=13)、次いで「在宅療養患者や家族にメールやSNSで連絡」が 53.3% (n=8)であった。



※その他…NTT 災害電話の利用(1)、直接訪問(1)、患者宅に自動車等で直接出向いて安否確認をせざるを得なかった(1)

(4) 安否確認で困ったこと(複数回答)

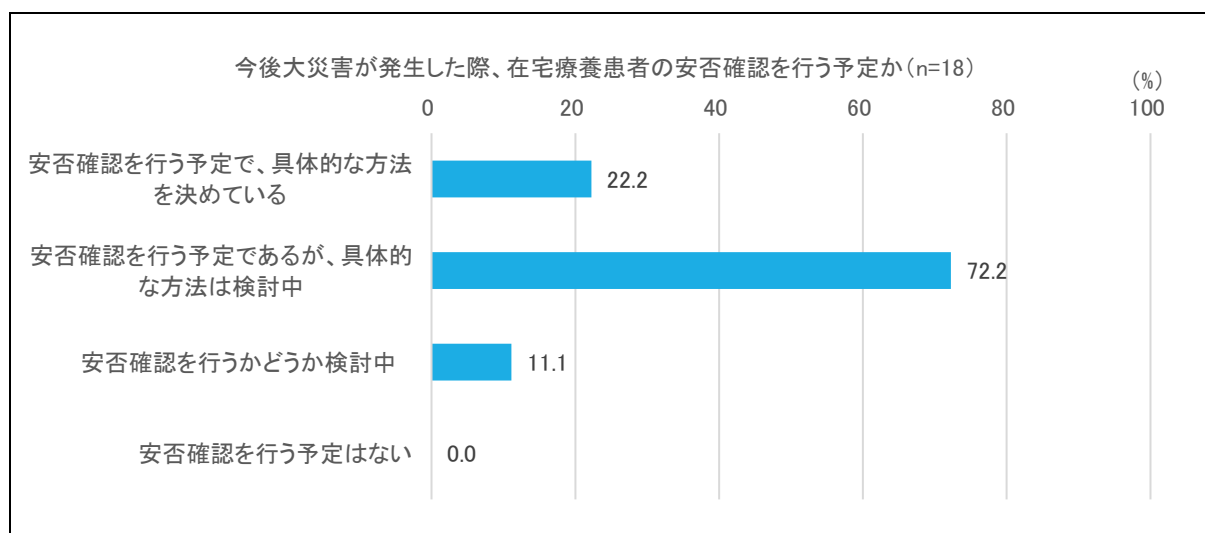
過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認において、「安否確認を行った」と回答した方を対象に安否確認で困ったことを伺った。その結果、「在宅療養患者と連絡が取れなかった」が最も多く 70.0% (n=7)、次いで「安否確認の内容をスタッフ間で共有するのが困難だった」が 40.0% (n=4)であった。



※その他…不十分(1)

(5) 今後大災害が発生した際、在宅療養患者の安否確認を行う予定か

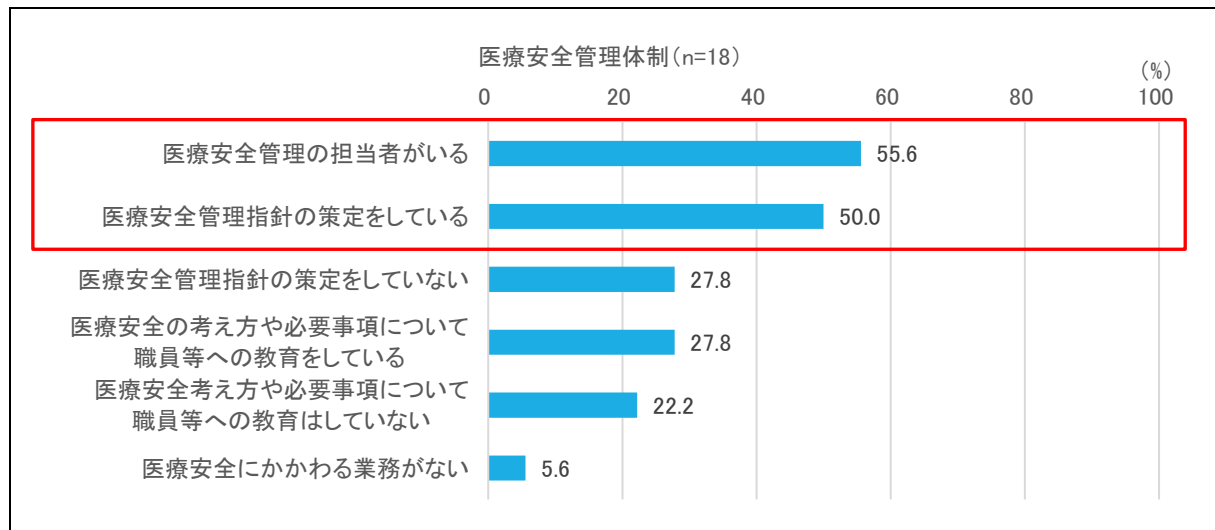
今後、大災害が発生したとき、在宅療養患者の安否確認を行うか否かについて、「安否確認を行う予定であるが、具体的な方法は検討中」が最も多く 72.2% (n=13)、次いで「安否確認を行う予定で、具体的な方法を決めている」が 22.2% (n=4)であった。



※具体的な安否確認の方法や課題…まずは電話とメール、つながらなければ CM さんや看護師さんと分担して訪問確認。(1)、災害用伝言ダイヤルの利用を平素から勧め、そこに入力する予定の電話番号を控えている(1)、電話回線が混雑しつながらないことから妙案が見つからない(1)、電話とメールと電子カルテを併用する予定(1)、携帯電話の利用が可能か？(1)、スタッフが被災した時の対応、携帯電話などの通信障害時の対応(1)、連絡方法 通常は携帯電話であるがこれが使用できなくなると如何にするか？(1)、まだ医師会が積極的でない(1)、クラウドシステムが使えるお宅は利用(1)、SNS が利用できればそれを利用(1)、電話やメール等の通信網は不完全であることが多く、また、医療スタッフの被災も加わると今後、より良い方法を考える必要がある。(1)

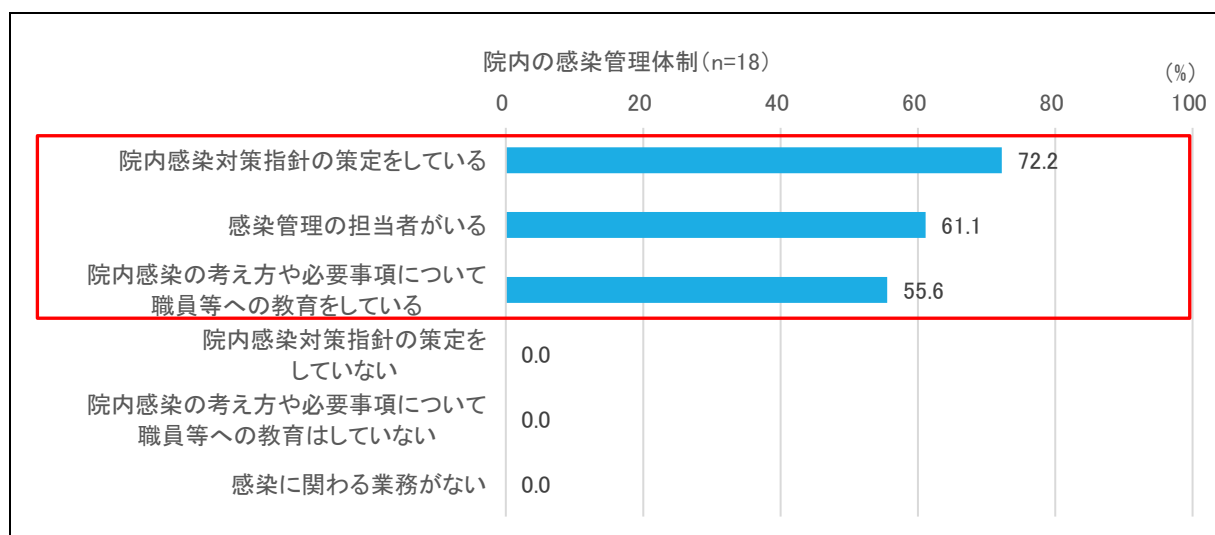
3. 4. 在宅療養支援診療所・機能強化型在宅療養支援診療所の安全管理体制について
 (1) 医療安全管理体制(患者安全、従業員への安全対策)(複数回答)

自院の医療安全管理体制について、「医療安全管理の担当者がある」が最も多く 55.6%(n=10)、次いで「医療安全管理指針の策定をしている」が 50.0%(n=9)であった。



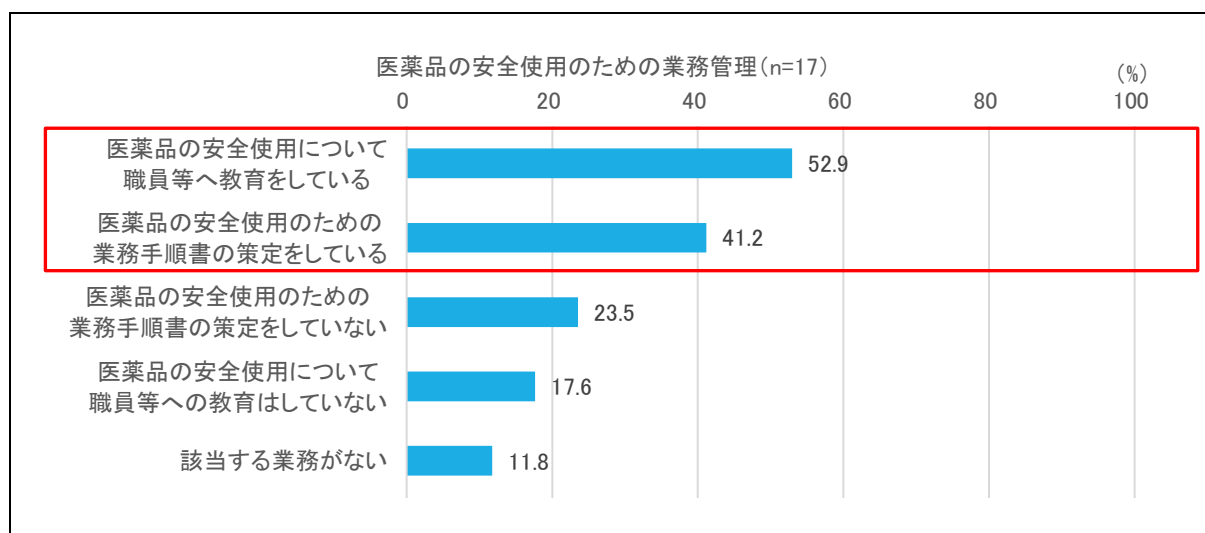
(2) 院内感染管理体制(複数回答)

自院の院内感染管理体制について、「院内感染対策指針の策定をしている」が最も多く 72.2%(n=13)、次いで「感染管理の担当者がある」が 61.1%(n=11)、「院内感染の考え方や必要事項について職員等への教育をしている」が 55.6%(n=10)であった。



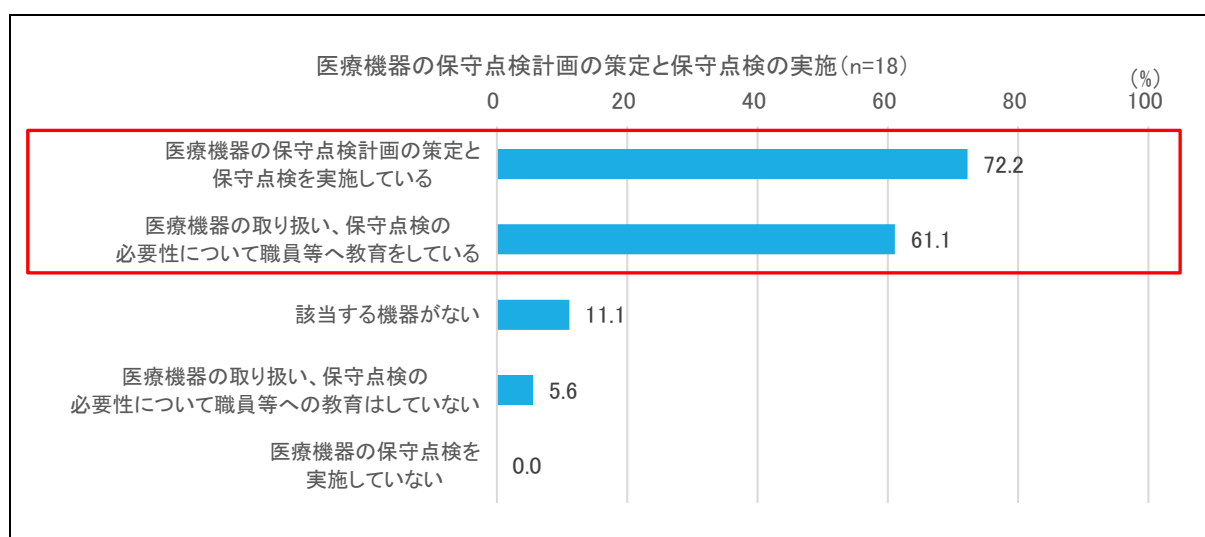
(3) 医薬品の安全使用のための業務管理について(複数回答)

自院の医薬品の安全使用のための業務管理について、「医薬品の安全使用について職員等へ教育をしている」が最も多く52.9%(n=9)、次いで「医薬品の安全使用のための業務手順書の策定をしている」が41.2%(n=7)であった。



(4) 医療機器の保守点検計画の策定と保守点検の実施について(複数回答)

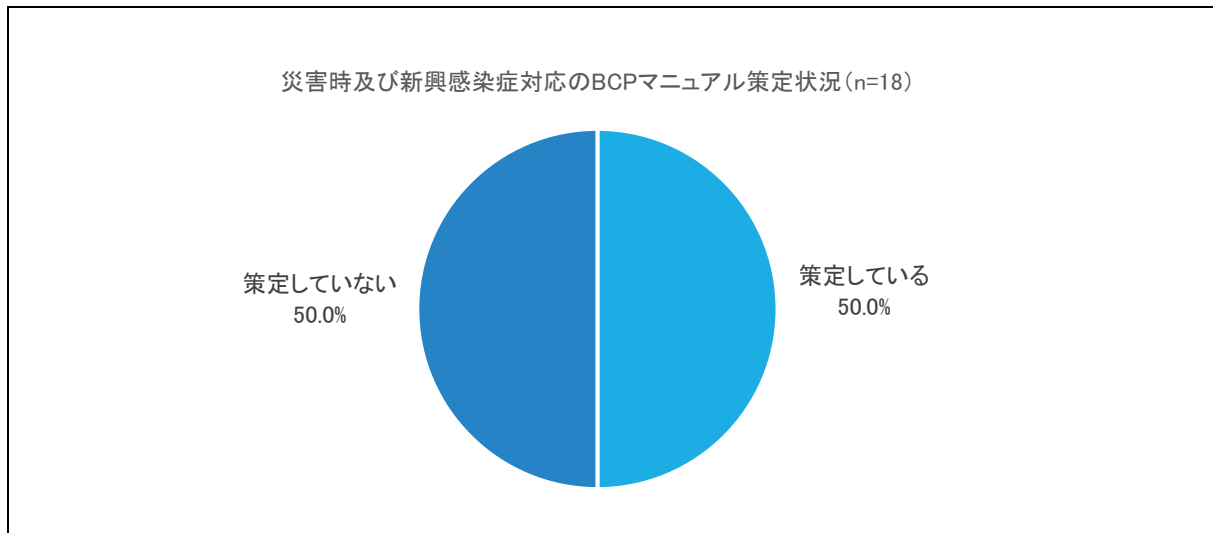
自院の医療機器の保守点検計画の策定と保守点検の実施について、「医療機器の保守点検計画の策定と保守点検を実施している」が最も多く72.2%(n=13)、次いで「医療機器の取り扱い、保守点検の必要性について職員等へ教育をしている」が61.1%(n=11)であった。



3. 5. 在宅療養支援診療所・機能強化型在宅療養支援診療所の事業継続の課題

(1) 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアル策定の状況(単数回答)

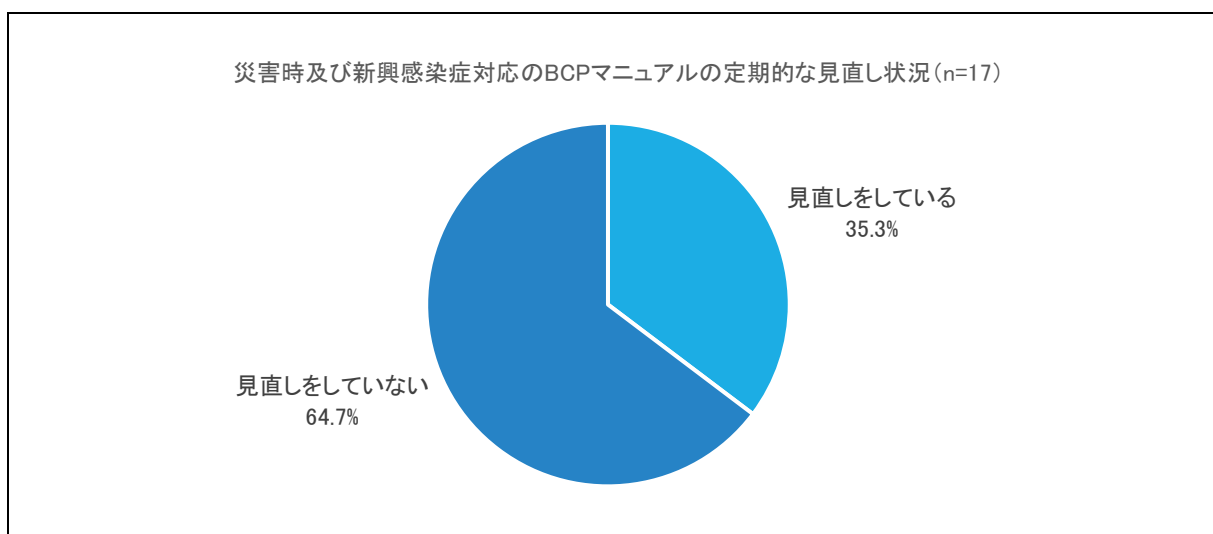
災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアル策定状況について、「策定している」および「策定していない」が半々であった。



※策定していない理由… そここまで手が回っていない(1)、開業直後にて、現在作成中(1)、連携医療機関の中で策定中 感染は考えていたが災害は考えていなかった(1)、なにをすればよいかよくわからない(1)、具体的必要性の認識が無い それだけの人員がない(1)、院長の采配に任せている(1)、忙しくてできていない(1)、策定はして居ないが、医療者間で教育や話し合いはしている。BCP マニュアルの策定が今後早急に必要である。(1)

(2) 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアルの定期見直し状況(単数回答)

災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)マニュアルの定期的な見直しについて、「見直しをしていない」が 64.7%(n=11)、「見直しをしている」は 35.3%(n=6)であった。

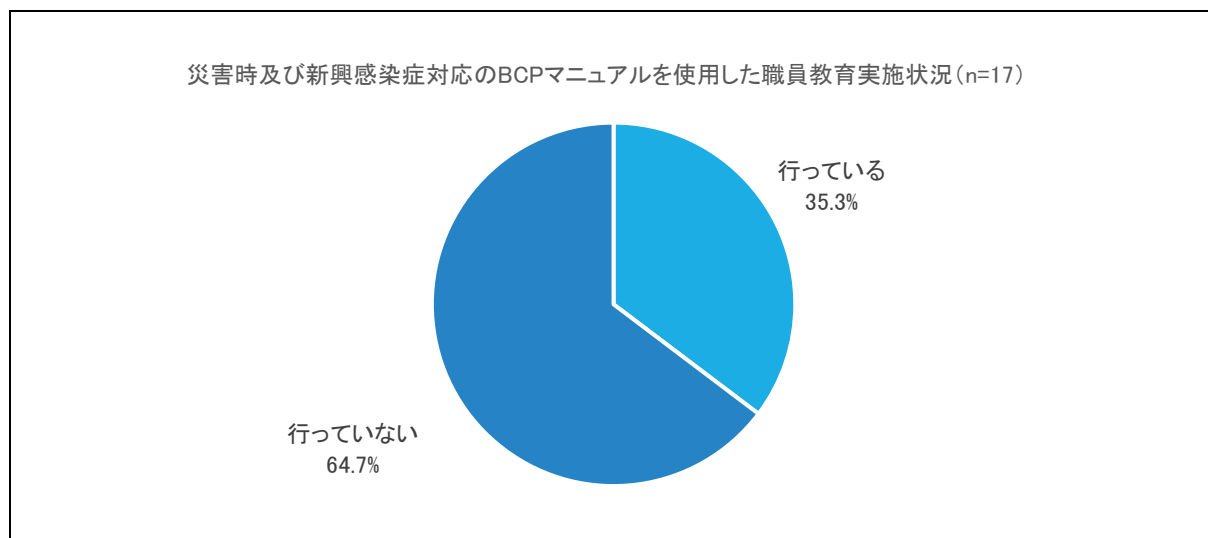


※定期見直しをしていない理由… そここまで手が回っていない(1)、開業直後にて(1)、定期的ではなく必要時の見直しを実施(1)、BCP

作成直後のため(1)、現在策定中(1)、なにをすればよいかよくわからない(1)、見直す機会がない(1)、発災時にはそこまで手が回らない(1)、院長の采配に任せている(1)、忙しくてできていない(1)、早急にBCPの策定と定期的な見直しが必要である。(1)

(3) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアルを使用した職員教育 (単数回答)

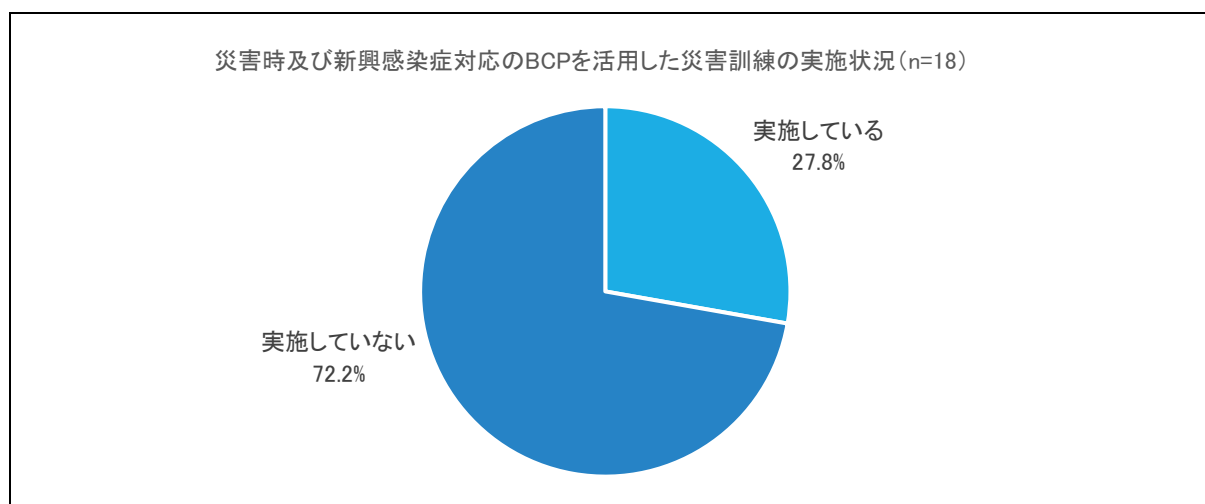
災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアルを使用した職員教育について、「行っていない」が64.7%(n=11)、「行っている」は35.3%(n=6)であった。



※BCP マニュアルを使用した職員教育を行っていない理由… そここまで手が回っていない(1)、開業直後に(1)、多忙(1)、BCP 作成直後のため(1)、まだマニュアルが出来上がっていない(1)、マニュアルのハンドブックを作成中。口頭では日常的に対話している(1)、なにをすればよいかよくわからない(1)、職員教育をする時間が無い 時間外労働を押し付ける事になる為(1)、院長の采配に任せている(1)、忙しくてできていない(1)、現在作成中(1)

(4) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)を活用した災害訓練の実施状況 (単数回答)

災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアルを活用した災害訓練の実施状況について、「実施していない」が72.2%(n=13)、「実施している」は27.8%(n=5)であった。



※BCP を活用した災害訓練を実施していない理由… 担当者が地域の訓練に参加したばかり。これから院内(1)、開業直後に(1)、BCP 作成直後のため(1)、実施予定とはなっている(1)、なにをすればよいかよくわからない(1)、訓練の必要性を感じないため(1)、対応時間の確保困難(1)、これまでお声掛けが無かったので現在市医師会で計画中(1)、院長の采配に任せている(1)、忙しくてできていない
今後、BCP の緊急の策定と災害訓練も必要である。(1)、現在作成中

3. 6. 在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して、自治体から必要な支援、困っていること、課題など

在宅療養支援診療所(自由記述)

- ・ 自治体からは特に何のアクションも届いていない。
- ・ 医療的ケア児者の避難所、電源確保について協働を働きかけているが、市民への公平性を理由に財源確保や体制整備が滞る(一般市民にも使える形でないといけない、との見解)
- ・ 要支援者(人工呼吸器等で非常電源が必要な患者など)の情報は行政しか持っておらず、非常時には行政職員が安否確認することになっているが、現実的ではないと考えており、それぞれの地域の在宅医療・介護スタッフが手分けして対応できるような仕組みになればよいと考えているが、個人情報保護条例の関係もありそれが難しいと言われている。
- ・ 医師会にそういう意識がない、独自に行くと医師会から批判される
- ・ 自治体職員が現状を理解されていないため、説明するのに手間がかかっている。具体的な支援は得られず丸投げされていると感じている。自治体の対応は国の施策に左右され現実と対応していないと感じることが多かった。当市には保健所がないため、市役所職員が苦勞している様子が伝わってきたため可能な限り協力はした。
- ・ BCP 作成について、自治体の協力が得られるのか？自治体は在宅療養患者さんに対応できるか？
- ・ 緊急連絡方法など優先電話などの確保

- ・ 連絡方法に関しての支援が必要
- ・ ボランティア対策が遅れている
- ・ 3年前に横浜市の補助金で発電機を購入して人工呼吸器使用患者3名の自宅に貸し出した。新規呼吸器の患者1名は横浜市から個人に補助ができるため、診断書を作成した。
- ・ 連絡が取れなくなることが心配です。患者さんには家が損壊していなければ移動しないで自宅で療養を続けてもらうように説明しています。のちに訪問できると思うので。
- ・ 現在、COVID-19の感染患者の発生時、保健所に連絡するが、特に基礎疾患を持つ高齢患者でも救急搬送が不可能の場合もあり、在宅で経過観察せざるを得ない例もあった。

3.7. 在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報連携、共有等で工夫したこと

在宅療養支援診療所(自由記述)

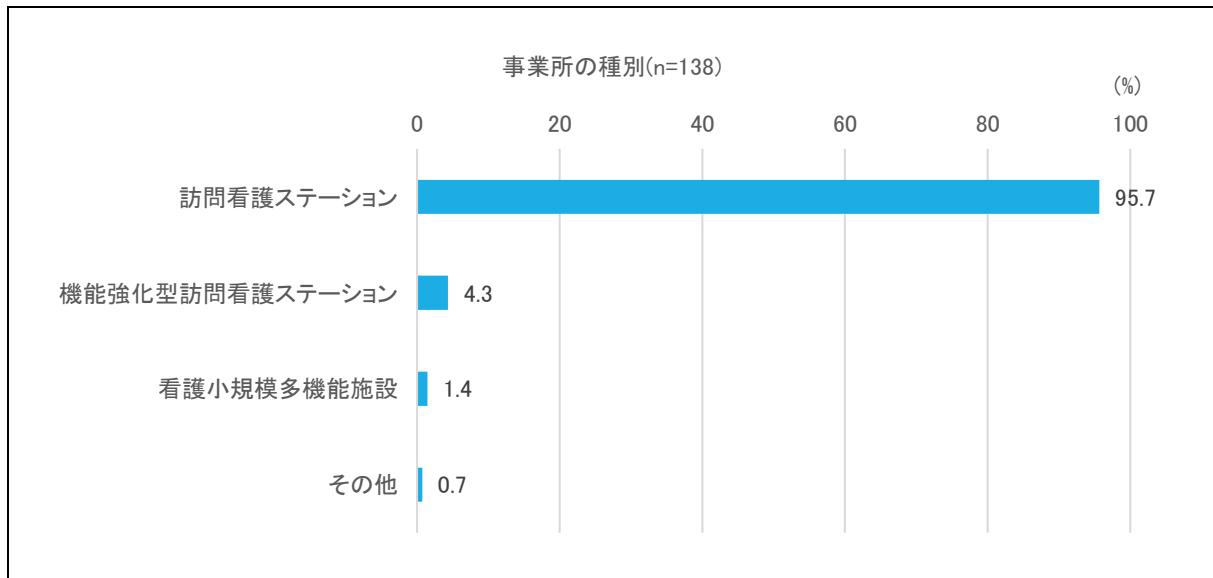
- ・ 新たに発出される情報・指示が分かりづらいため、県ホームページなどでの公開を依頼した。
- ・ 在宅医療・介護連携で用いている多職種連携システムに行政職員(保健所職員)が参加することで円滑な情報共有ができた(個人情報を取り扱うタイムラインにも行政職員が参加することが出来ていた)。
- ・ コロナ患者の往診は医師会は全く動かなかったので県からの直接の依頼で有志で行った
- ・ ICTの情報共有システムを利用している。オンライン研修は役立った。在宅患者の発症や認知症利用者の多い施設でのクラスターの際、訪問看護ステーションと連携した。救急車を呼ぶ前に発熱者の受診や入院調整を積極的に行った。在宅患者のワクチン接種を手間がかかったが頑張っている。診療所にMSWを配置して病院と密に連携している。病院のICTに助言をもらっている。
- ・ 勉強会への参加
- ・ 在宅医療の連携医療機関の間で実施している定期ミーティングで、情報交換を継続的におこなっている。
- ・ 保健所、医師会、自治体との情報共有による訪問看護師による健康観察と医師による緊急往診体制の構築、ワンストップによる生活支援体制の構築
- ・ 医師会と行政が顔と突き合わせて日々計画を実施・修正し続けている
- ・ 「コロナ禍での在宅看取り」を寸劇を通して共有した
- ・ 高齢患者で、入院可能な病院が見つからず、抗体薬のみを保健所を通じて紹介病院で処置後、在宅で経過観察した例もあった。

4. 訪問看護ステーションの調査結果

4. 1. 事業所の概要

(1) 事業所の種別

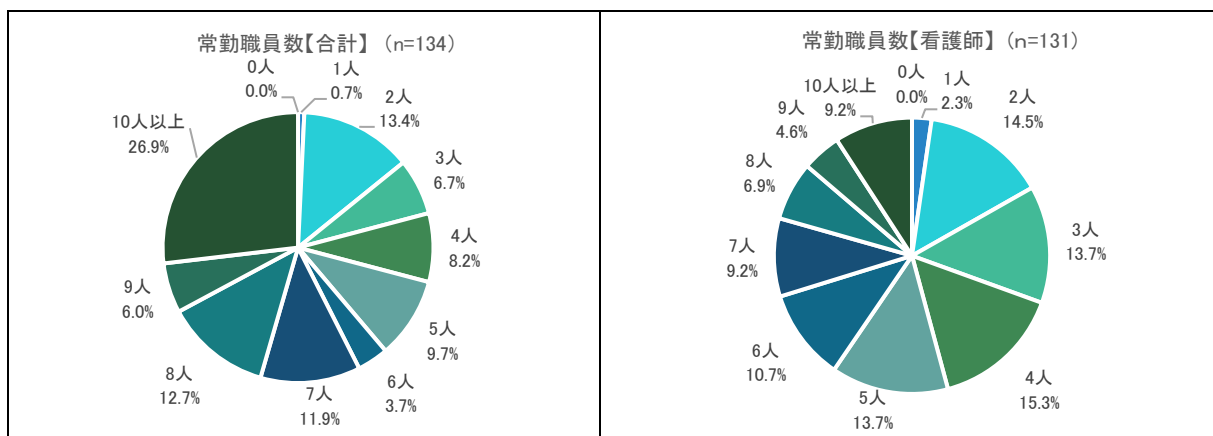
回答施設の事業所種別は、「訪問看護ステーション」が最も多く 95.7% (n=132) であった。

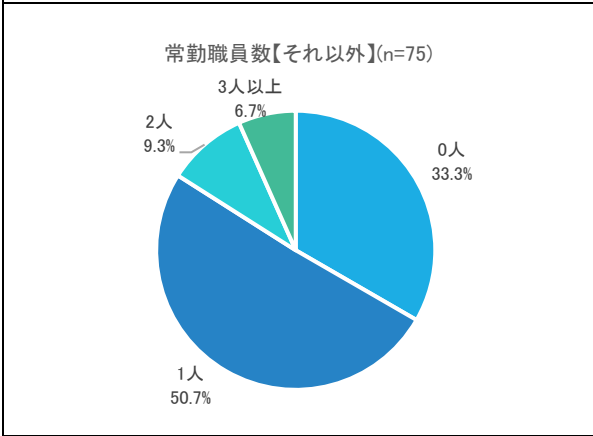
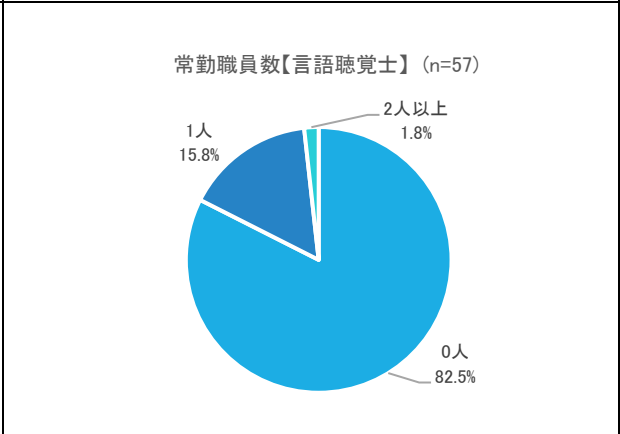
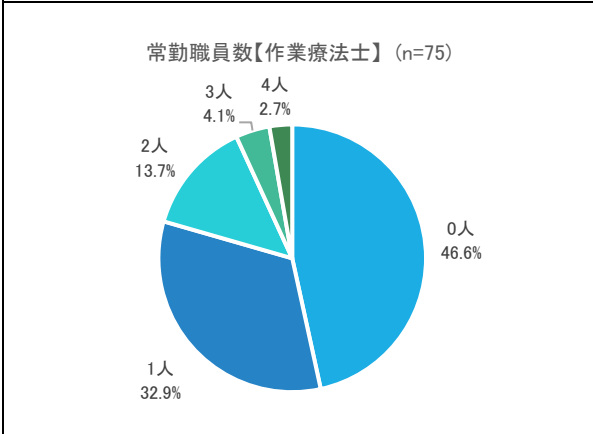
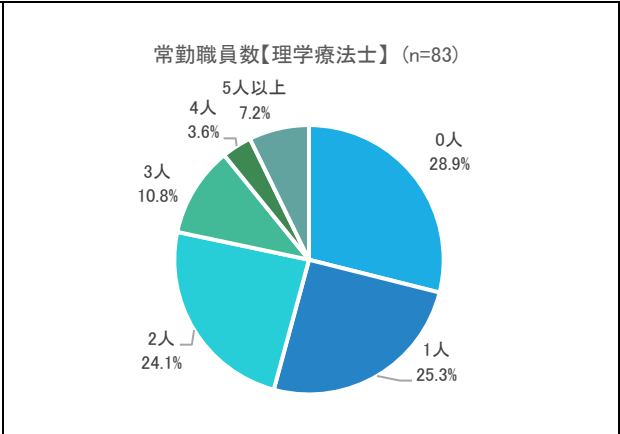
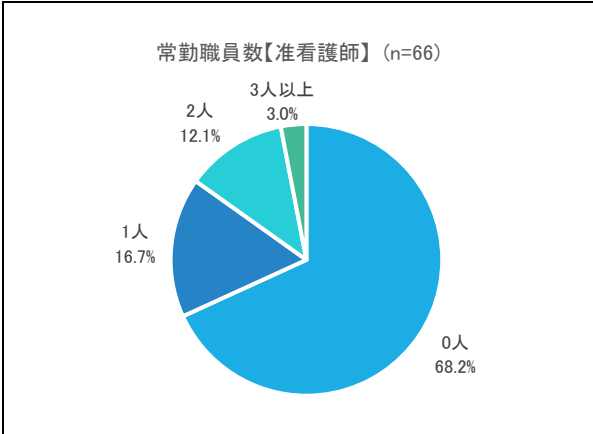


(2) 職員の体制

① 常勤職員数

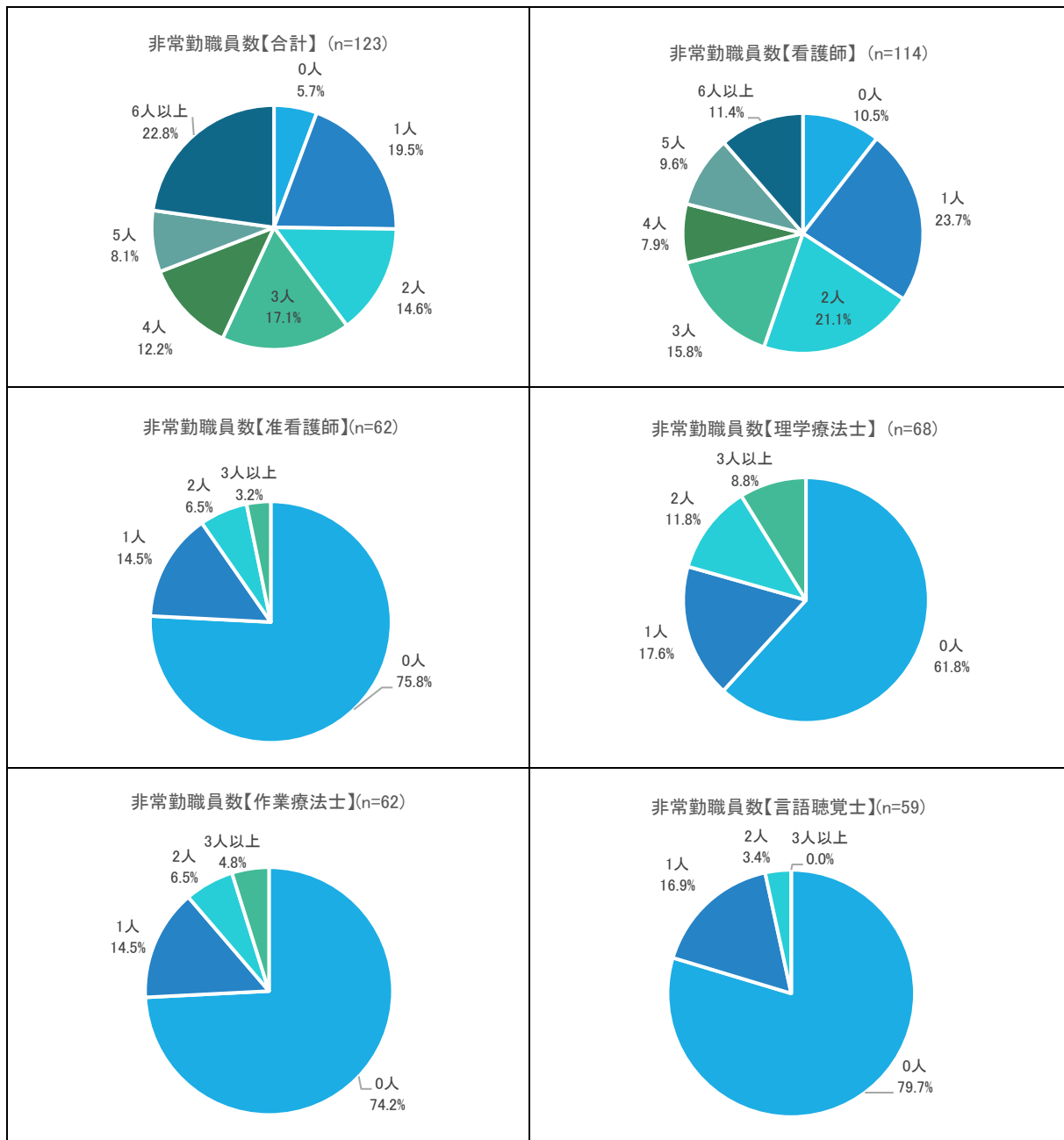
回答施設の常勤職員数は「10人以上」が最も多く 26.9% (n=36)、平均 7.75 人であった。常勤看護師数は「4人」が最も多く 15.3% (n=20)、平均 3.38 人。常勤准看護師数は「0人」が最も多く 68.2% (n=45)、平均 0.50 人。常勤理学療法士数は「0人」が最も多く 28.9% (n=24)、平均 1.63 人。常勤作業療法士数は「0人」が最も多く 45.3% (n=34)、平均 0.97 人。常勤言語聴覚士数は「0人」が最も多く 82.5% (n=47)、平均 0.19 人であった。

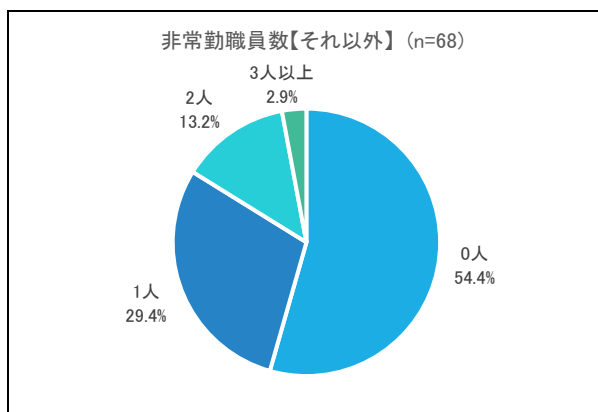




② 非常勤職員数

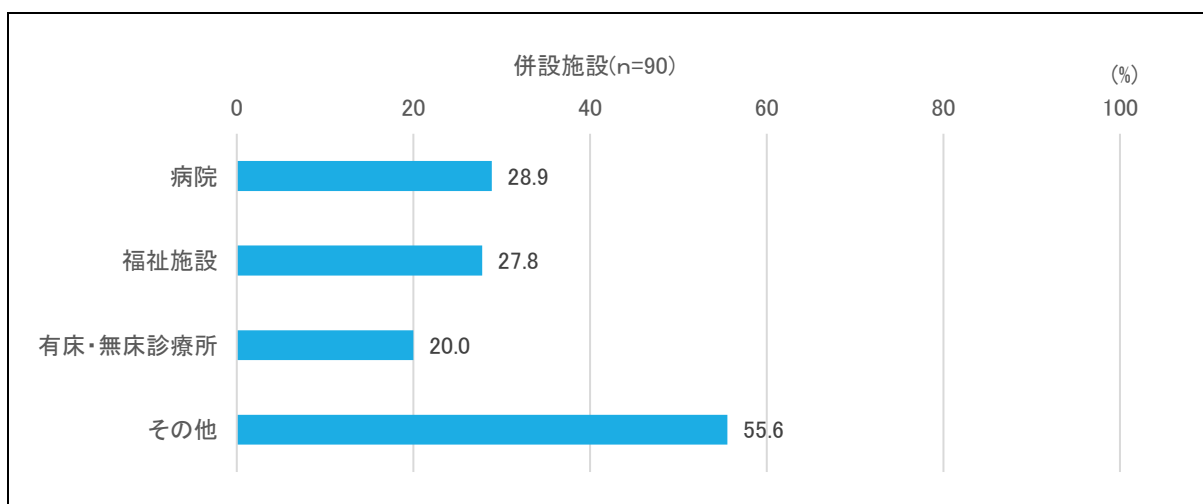
回答施設の非常勤職員数(合計)は「6人以上」が最も多く 22.8% (n=28)、平均 4.15 人であった。非常勤看護師数は「1人」が最も多く 23.7% (n=27)、平均 3.05 人。非常勤准看護師数は「0人」が最も多く 75.8% (n=47)、平均 0.37 人。非常勤理学療法士数は「0人」が最も多く 61.8% (n=42)、平均 0.78 人。非常勤作業療法士数は「0人」が最も多く 74.2% (n=46)、平均 0.42 人。非常勤言語聴覚士数は「0人」が最も多く 79.7% (n=47)、平均 0.24 人であった。



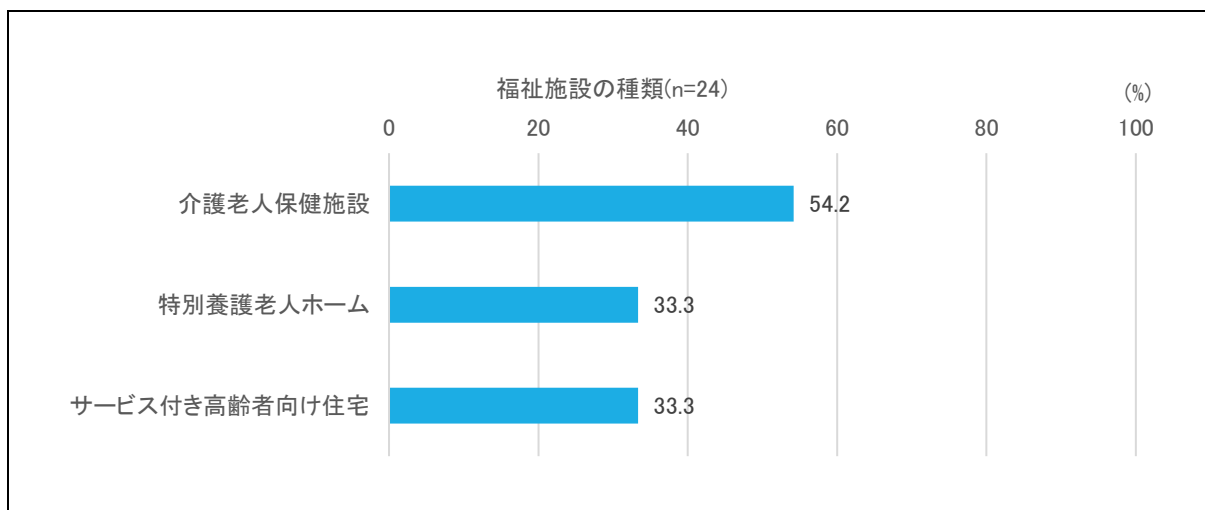


(3) 併設施設(複数回答)

回答施設の併設施設は、「病院」28.9% (n=26)、「福祉施設」27.8% (n=25)、「有床・無床診療所」20.0% (n=18)であった。「福祉施設」の種類は、「介護老人保健施設」が最も多く54.2% (n=13)であった。

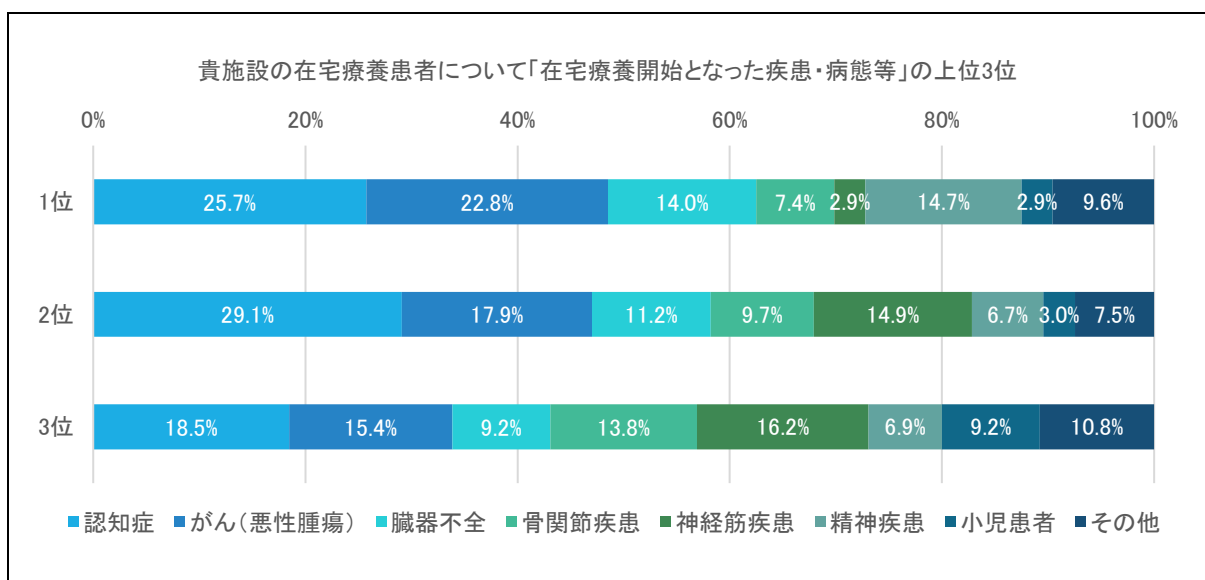


※その他…なし(8)、居宅介護支援事業所(3)、住宅型有料老人ホーム(3)、ホームホスピス(2)、居宅介護、ヘルパーステーション(2)、居宅(1)、有料老人ホーム(1)、デイケア(1)、デイサービス(1)、通所介護(1)、居宅、グループホーム(1)、認知症対応型グループホーム、居宅支援事業所(1)、居宅介護支援事業所、相談支援事業所(1)、居宅介護支援事業所、通所リハビリテーション(1)、療養通所重心型児童発達支援、放課後等デイサービス(1)、デイサービス、訪問介護事業所(1)、小きぼ、訪問介護、居宅(1)、居宅、包括、医療福祉センター、心身障害者ケアセンター等(1)、訪問介護、居宅介護支援、特定相談、障害介護(1)、合同会社での単独(1)、株式会社(1)、営利法人(1)



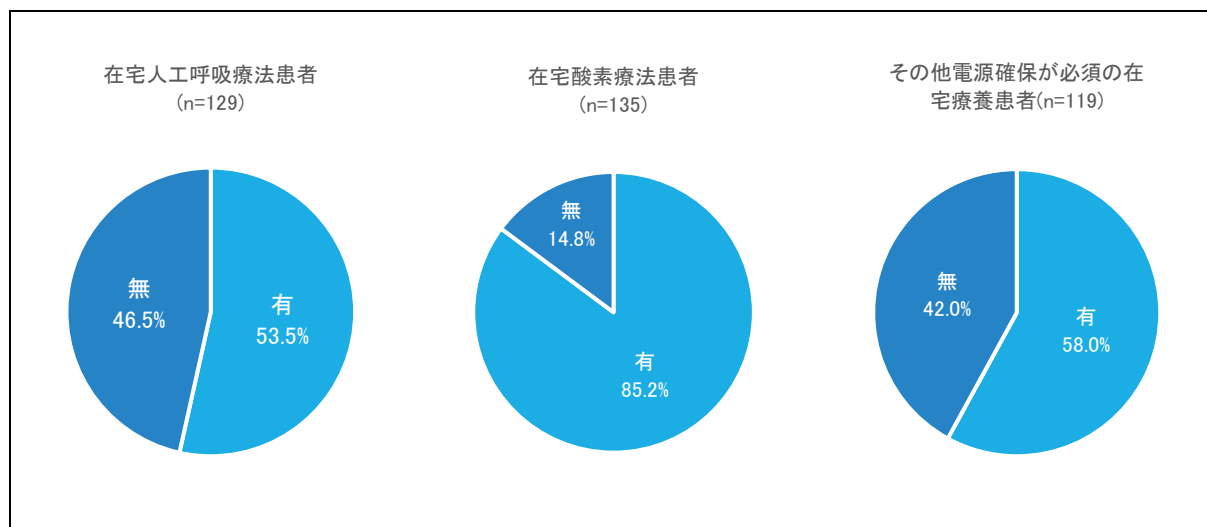
(4) 在宅療養患者の類型

回答施設の在宅療養患者について、「在宅療養開始となった疾患・病態等」で上位3位を伺ったところ、1位は「認知症」が最も多く 25.7% (n=35)、次いで「がん(悪性腫瘍)」が 22.8% (n=31)、「精神疾患」14.7% (n=20)であった。2位については「認知症」が最も多く 29.1% (n=39)、次いで「がん(悪性腫瘍)」が 17.9% (n=24)、「神経筋疾患」14.9% (n=20)であった。3位については「認知症」が最も多く 18.5% (n=24)、次いで「神経筋疾患」が 16.2% (n=21)、「がん(悪性腫瘍)」15.4% (n=20)であった。



(5) 電源確保の必要がある在宅療養患者の有無(単数回答)

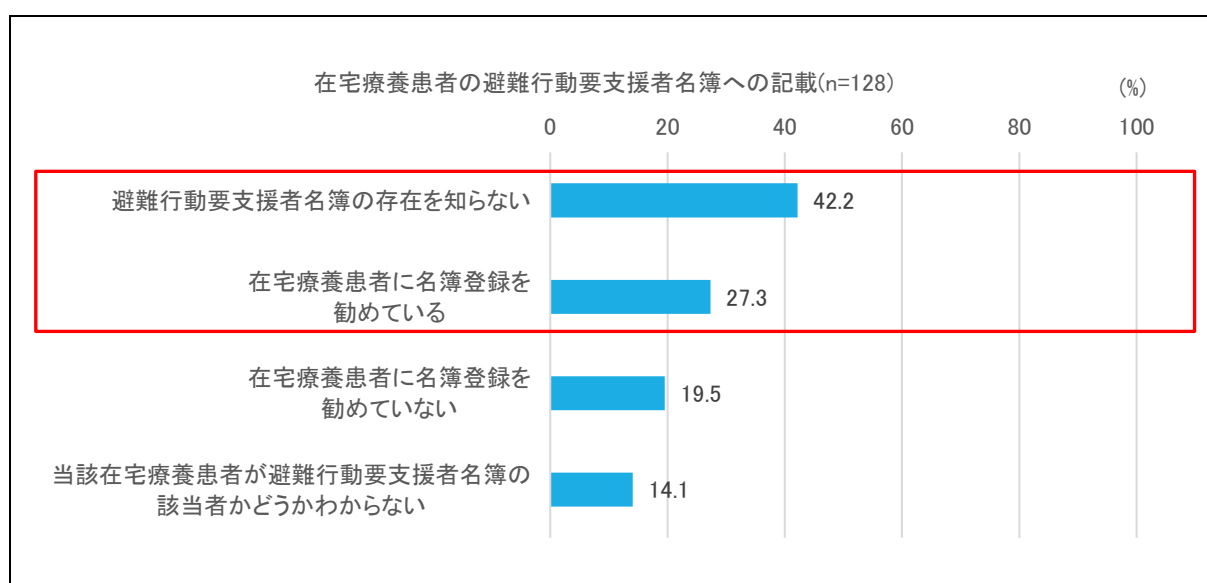
回答施設における電源確保の必要がある在宅療養患者の有無について、「在宅人工呼吸療法患者」は「有」が 53.5% (n=69)、「在宅酸素療法患者」は「有」が 85.2% (n=115)、「その他電源確保が必須の在宅療養患者」は「有」が 58.0% (n=69)であった。



4. 2. 在宅療養患者の意向確認と個別支援計画について

(1) 在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について(複数回答)

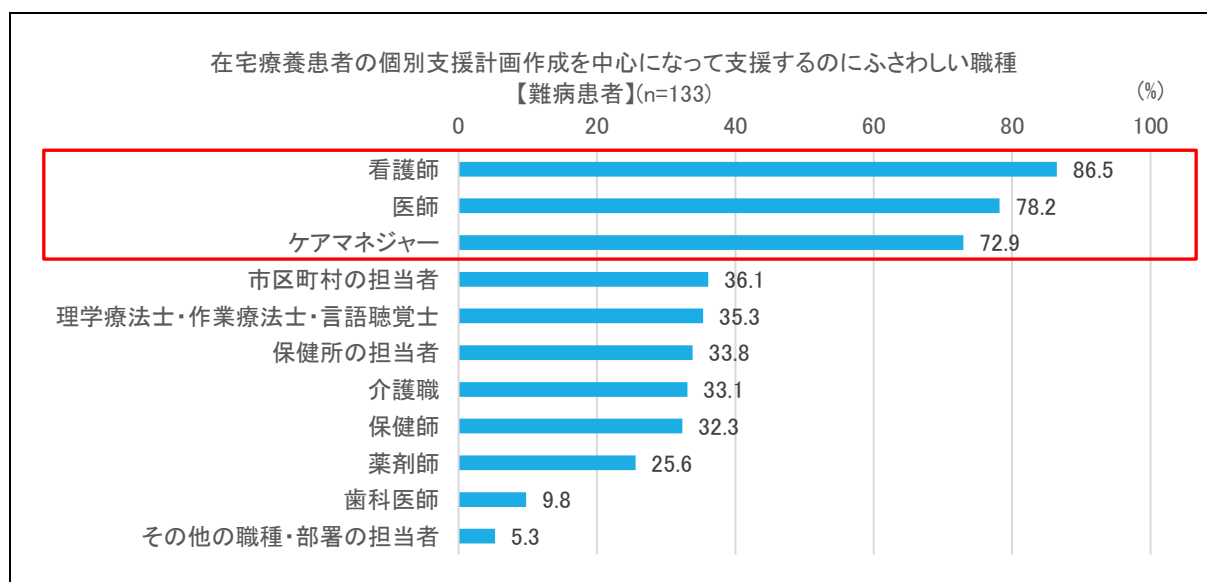
在宅療養患者の避難行動要支援者名簿への記載について、「避難行動要支援者名簿の存在を知らない」が最も多く 42.2% (n=54)、次いで「在宅療養患者に名簿登録を勧めている」が 27.3% (n=35)であった。



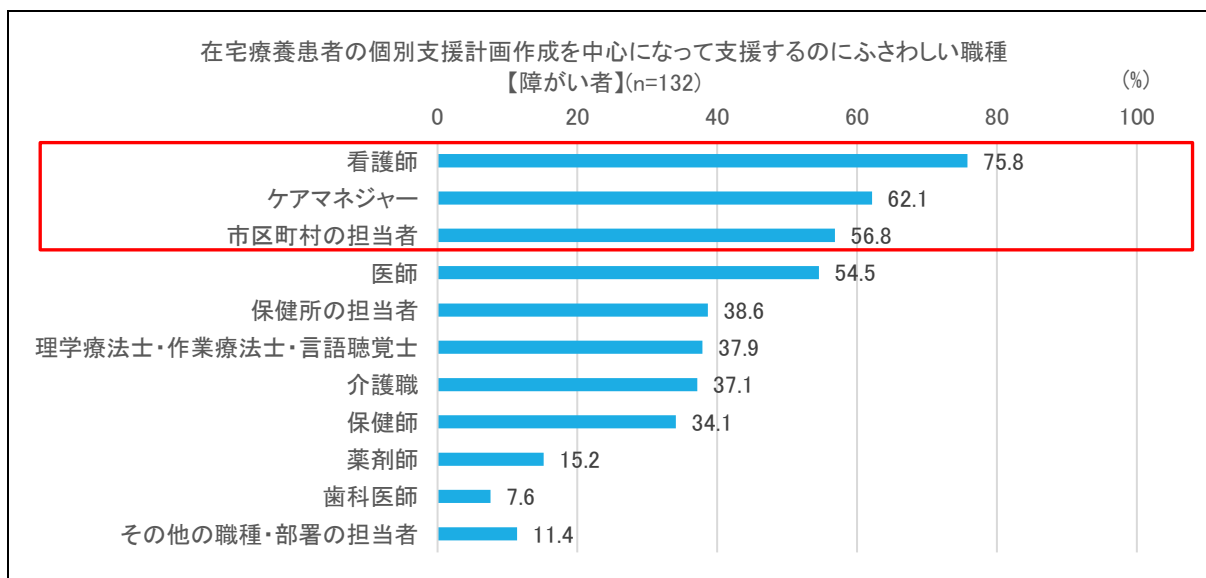
(2) 在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種(複数回答)

在宅療養患者の個別支援計画作成を中心になって支援するのにふさわしいと考える職種は、以下の通りであった。

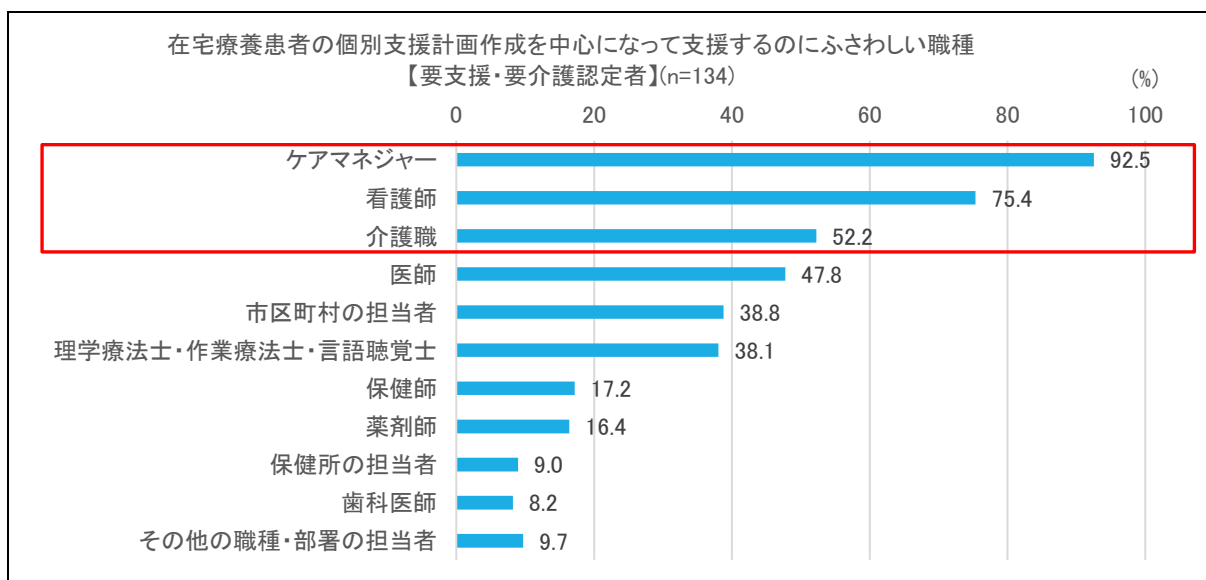
	1位	2位	3位
難病患者	看護師 86.5% (n=115)	医師 78.2% (n=104)	ケアマネジャー 72.9% (n=97)
障がい者	看護師 75.8% (n=100)	ケアマネジャー 62.1% (n=82)	市区町村の担当者 56.8% (n=75)
要支援・要介護認定者	ケアマネジャー 92.5% (n=124)	看護師 75.4% (n=101)	介護職 52.2% (n=70)
医療的ケア児	看護師 88.5% (n=115)	医師 84.6% (n=110)	保健師 50.0% (n=65)
単身の在宅療養患者	ケアマネジャー 85.1% (n=114)	看護師 81.3% (n=109)	医師 54.5% (n=73)
在宅人工呼吸療法患者	看護師 91.0% (n=122)	医師 88.1% (n=118)	ケアマネジャー 61.2% (n=82)
在宅酸素療法患者	看護師 91.0% (n=122)	医師 83.6% (n=112)	ケアマネジャー 53.7% (n=72)
その他電源確保が必須の在宅療養患者	看護師 87.5% (n=112)	医師 71.9% (n=92)	ケアマネジャー 71.1% (n=91)
上記以外の在宅療養患者	看護師 80.0% (n=100)	医師 76.8% (n=96)	ケアマネジャー 61.6% (n=77)



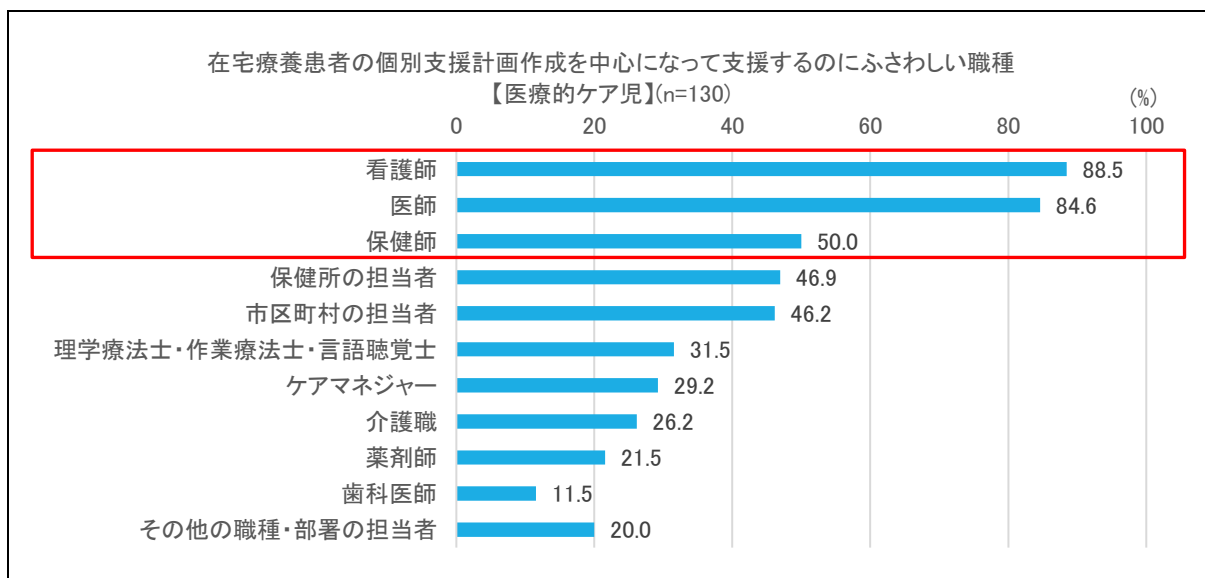
※その他の職種・部署の担当者…病院SW 主治医連携室の職員(1)、医療機器を扱う会社 レスピレーター 在宅酸素輸液ポンプ(1)、相談員(1)



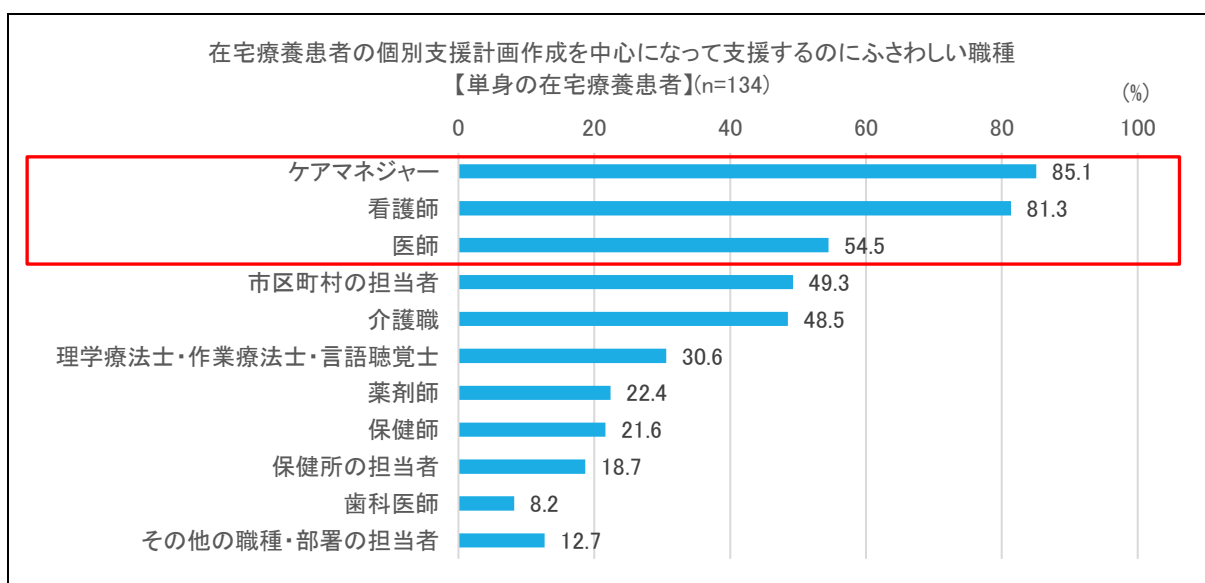
※その他の職種・部署の担当者…自立支援、社協、病院SWなど(1)、関連施設(1)、相談員(1)、相談支援専門員(1)、計画相談(1)



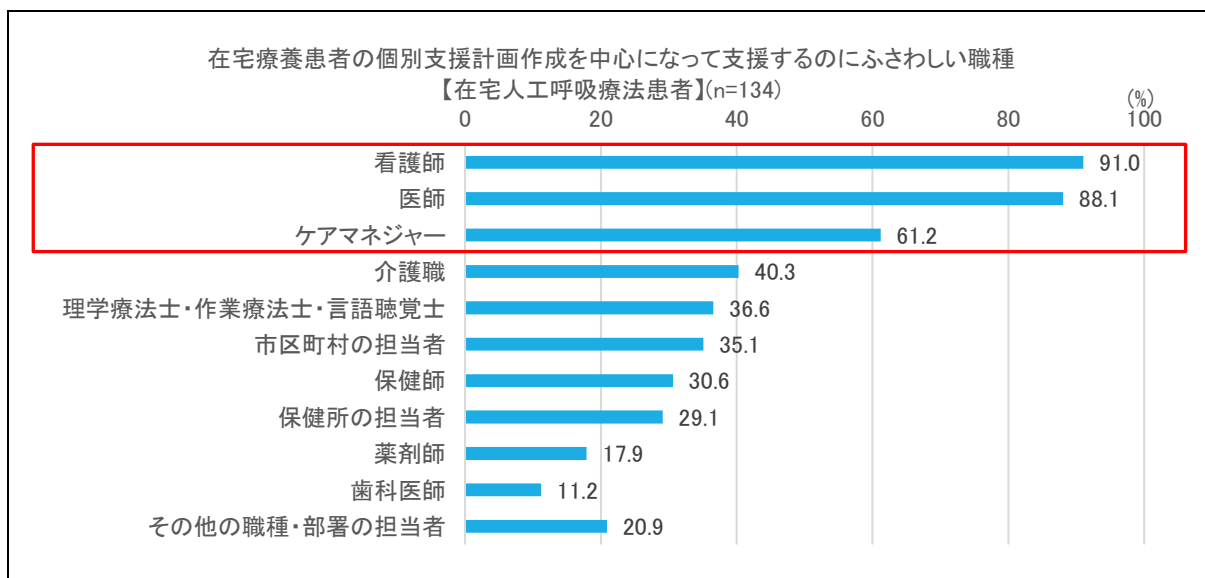
※その他の職種・部署の担当者…地域包括支援センター(3)、病院SW、SSやDSなどの関連施設の人(1)、関連施設 通所など(1)、デイサービスなど(1)



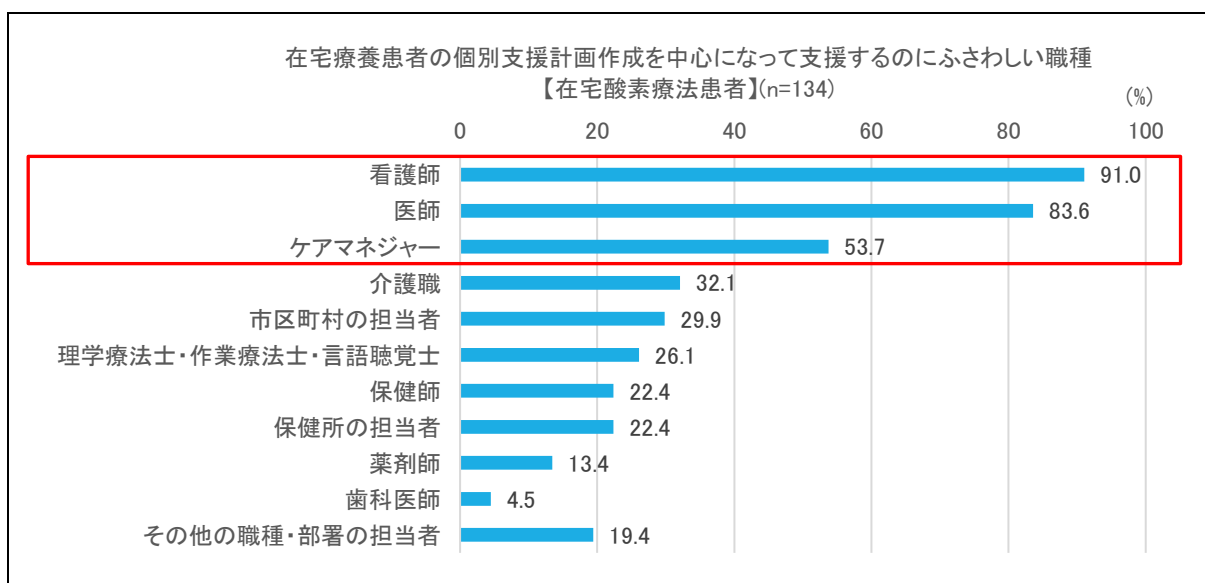
※その他の職種・部署の担当者…相談員(2)、相談支援専門員(2)、主治医連携室、SW(1)、医療機器管理会社、連携の病院(1)、医療機器を扱う会社(1)、療育センター(1)、療育(1)、デイケアスタッフ(1)計画相談員(1)、医ケア児のコーディネーター(1)、保育士(1)、学校関係者(1)、消防(1)



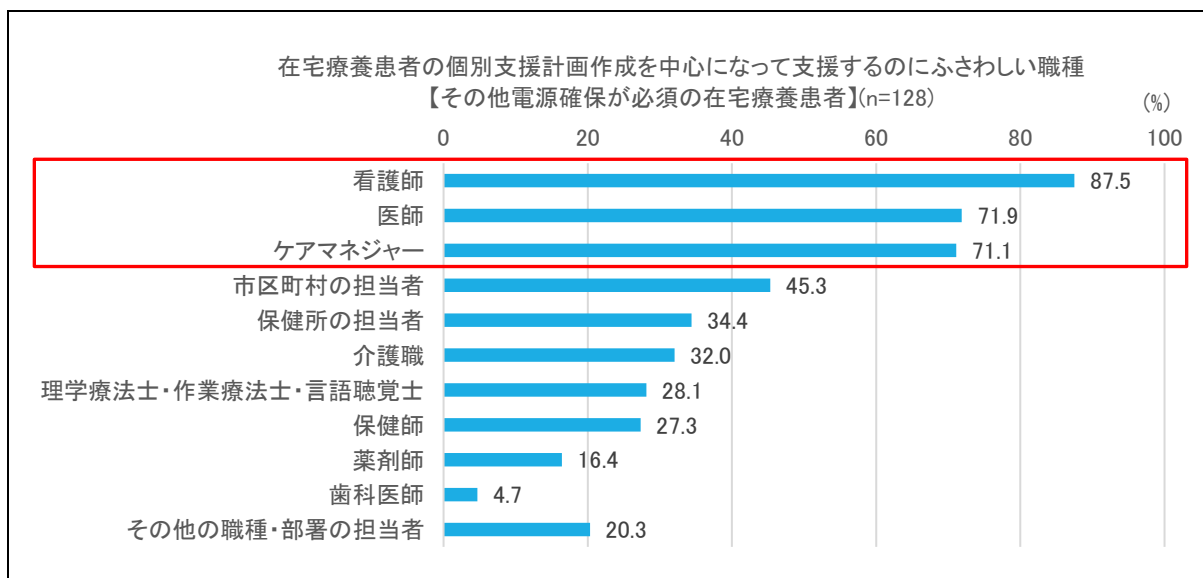
※その他の職種・部署の担当者…地域包括支援センター(2)、病院SW(1)、社協など(1)、相談員(1)、民生委員(1)、民生委員、区長(1)、民生委員・デイサービスなど(1)



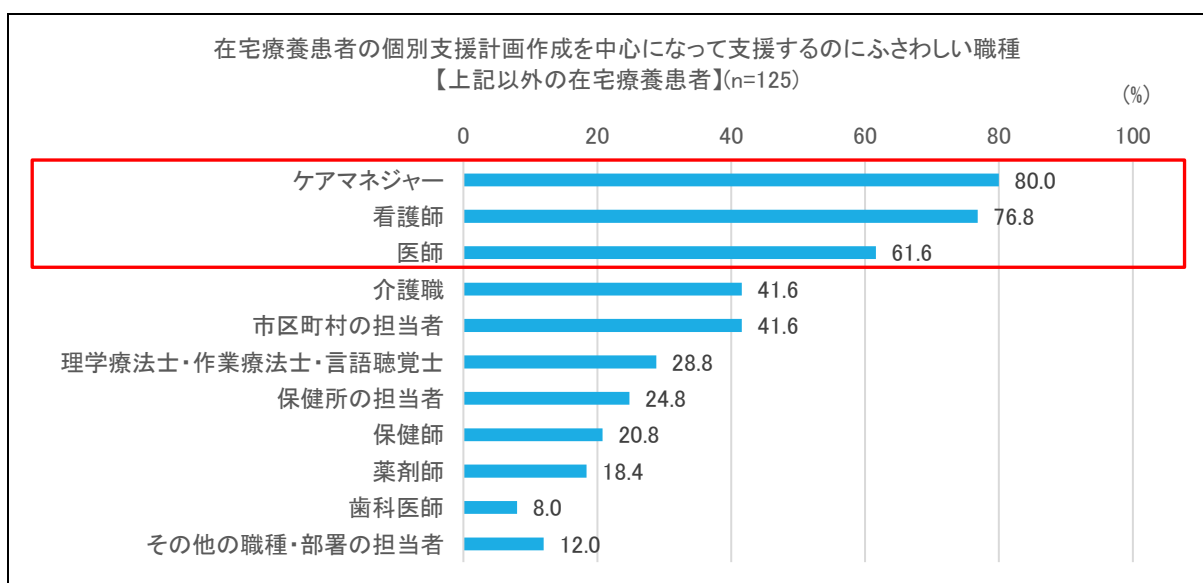
※その他の職種・部署の担当者…呼吸器メーカー(1)、医療機器を扱う会社(1)、医療機器業者(1)、呼吸器取り扱い業者(1)、福祉機器(1)、消防(1)、医療機関の受入れなど(1)、病院担当(1)、病院のソーシャルワーカー(1)、相談員(1)、在宅人工呼吸器や在宅酸素の担当者(1)、関連施設の人、地域の施設の人(1)、酸素管理会社や呼吸器医療機器担当会社(1)、消防、電力会社、人工呼吸器業者(1)、該当地域の消防、救急部署、ME機器の業者担当者(1)



※その他の職種・部署の担当者…酸素業者(1)、酸素管理会社(1)、酸素取り扱い業者(1)、ME機器の業者担当者(1)、医療機器業者(1)、在宅酸素の担当者(1)、福祉機器(1)、消防(1)、相談員(1)



※その他の職種・部署の担当者…消防(1)、病院SW(1)、その他、使用している機器を扱う会社(1)、医療機器取り扱い業者(1)、提供業者担当(1)、相談員(1)、福祉機器(1)、デイサービス(1)、電力会社、消防(1)、該地域の消防、救急。ME機器の業者担当者。(1)、消防署、関連病院、医療機器会社(1)

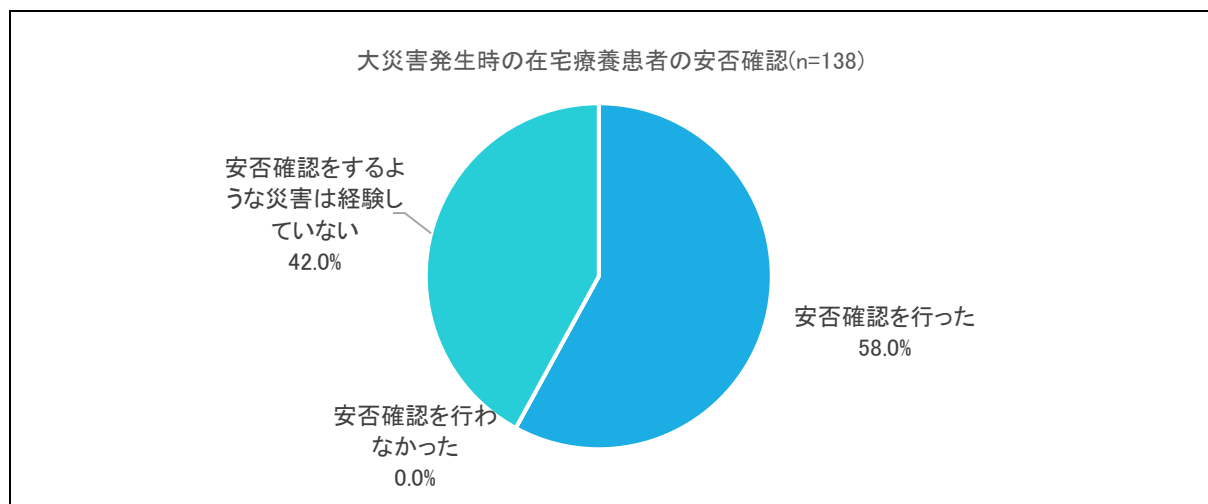


※その他の職種・部署の担当者…消防(1)、関連施設など(1)、相談員(1)、デイサービスなど(1)

4. 3. 災害時の在宅療養患者の安否確認について

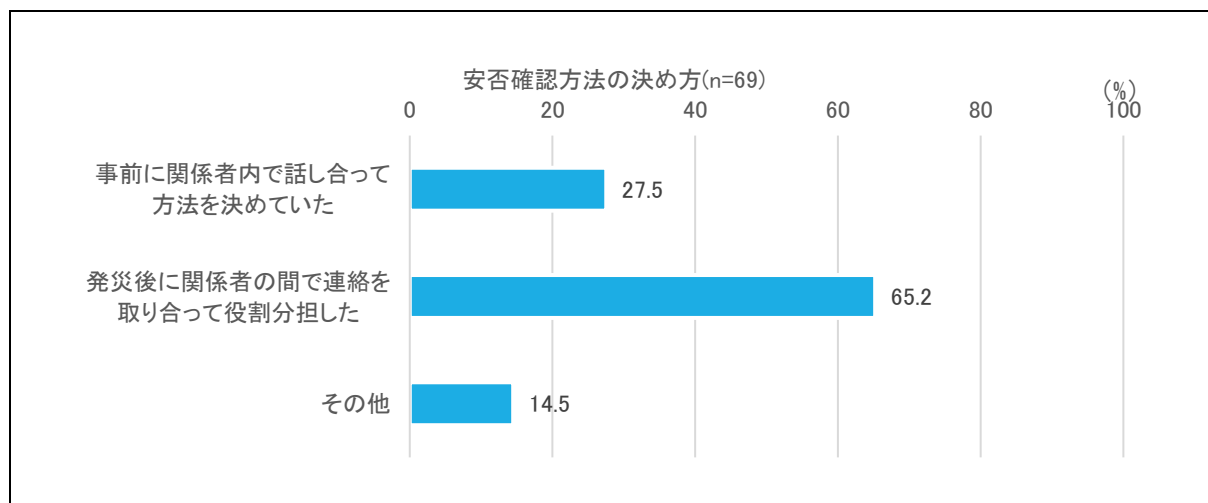
(1) 過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認の実施実態（単数回答）

過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認について、「安否確認を行った」が最も多く58.0% (n=80)、次いで「安否確認をするような災害は経験していない」が42.0% (n=58)であった。



(2) 安否確認方法の決め方（複数回答）

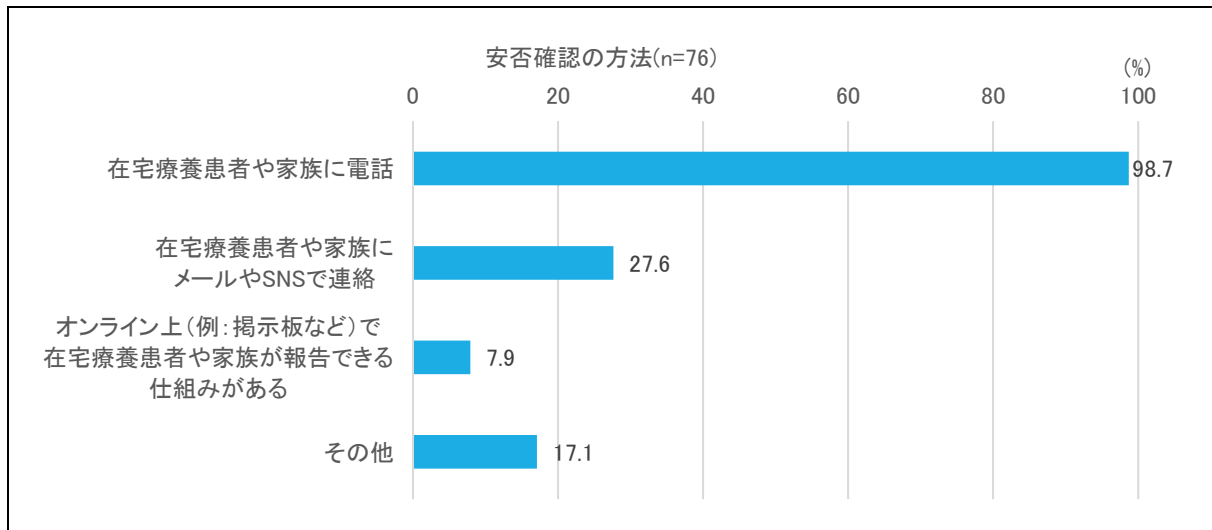
過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認方法の決め方について、「安否確認を行った」と回答した方を対象に伺った。その結果、「発災後に関係者の間で連絡を取り合って役割分担した」が最も多く65.2% (n=45)であった。



※その他…行っていない(2)、近くにいた訪問NS、Rit職員が訪問した(1)、決めてなかったが連絡して対応(訪問など)した(1)、HOT、呼吸器使用者が気がかりで連絡した(1)、併設診療所とステーションの管理者で、LINEWORKS 上で情報の収集、対応の検討、対応を指示。(1)、避難場所、キーパーソン、連絡先、確認して名簿記入(1)、事前にボンベやバッテリーの確保(1)、非難の必要性やその場所(1)、安否確認の振り分け(1)

(3) 安否確認の方法(複数回答)

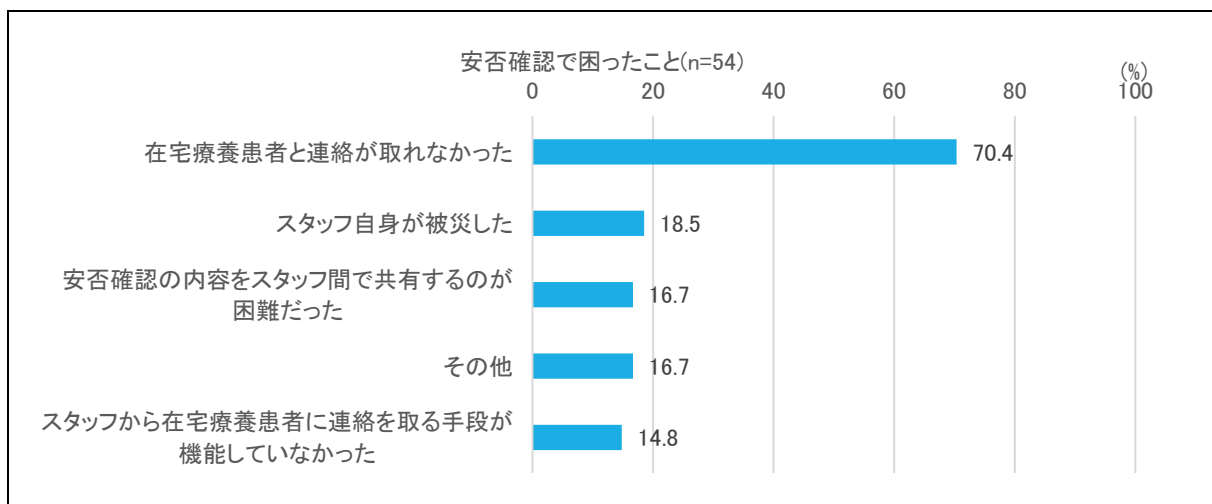
過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認の方法について、「安否確認を行った」と回答した方を対象に伺った。その結果、「在宅療養患者や家族に電話」が最も多く98.7%(n=75)であった。



※その他…訪問(7)、ネットつかえない人への訪問(1)、電話不通時は直接訪問又は避難所をめぐった(1)、多職種の確認の情報共有(1)

(4) 安否確認で困ったこと(複数回答)

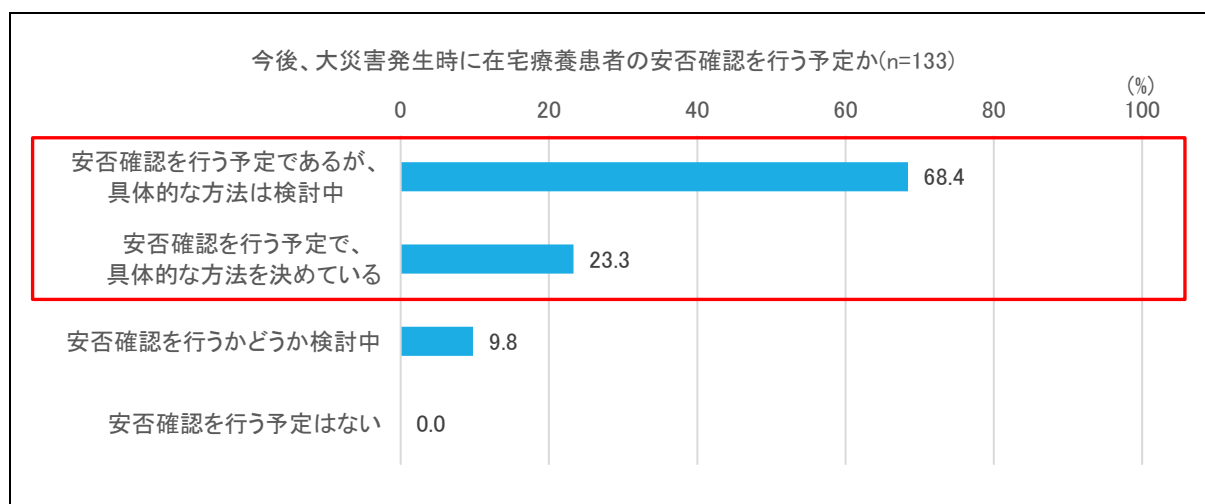
過去大きな災害が発生した際の在宅療養患者の安否確認で困ったことについて、「安否確認を行った」と回答した方を対象に伺った。その結果、「在宅療養患者と連絡が取れなかった」が最も多く70.4%(n=38)であった。



※その他…携帯TELが通じなかった(2)、助けてと言われても自分も動けない状況だった(1)、受け入れ先がスムーズにみつからなかった(1)

(5) 今後大災害が発生した際、在宅療養患者の安否確認を行う予定か

今後、大災害が発生したとき、在宅療養患者の安否確認を行うか否かについて、「安否確認を行う予定であるが、具体的な方法は検討中」が最も多く 68.4% (n=91)、次いで「安否確認を行う予定で、具体的な方法を決めている」が 23.3% (n=31)であった。



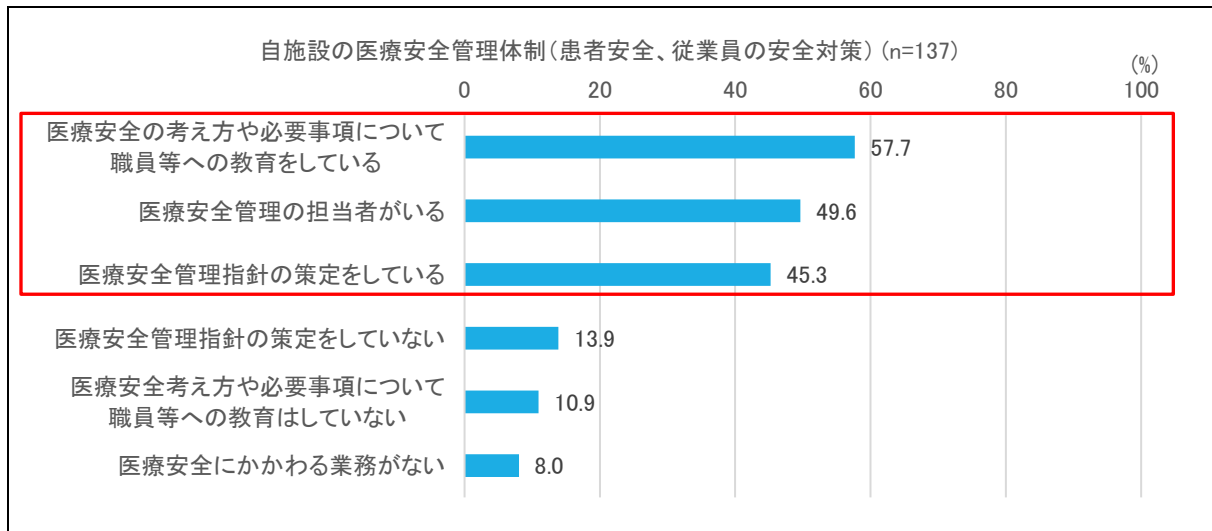
※安否確認の方法…電話又は訪問(17)、電話・メール・SNS等(17)、電話(8)、BCPに基づいた対応(2)、医療依存の高い人や独居の人達を優先に電話で確認することになっている。(1)、伝言ダイヤルの活用(1)、Telして本人たちに連絡つかなければCMへ連絡or訪問にて安否確認(1)、管理者からスタッフへ利用者連絡の割りふりを行い、連絡共有ツールで報告を行う。(1)、一覧を作成しているため、シート確認し対応できるか評価する(1)、災害伝言ダイヤルの活用、こちらからの電話による安否確認(1)、緊急連絡先をまとめている。すぐに連絡できるようにしている(1)、SNSなど使える人には、利用者さんやご家族から連絡を入れてもらう。(1)、Wアプローチにならないよう、連絡担当を関係者で統一。(1人が確認)(1)、ケアマネジャーと連携し、ヘルパーと協力して確認する。(1)、優先順位を決め、スタッフで手分けして連絡する。(1)、社内の災害時マニュアルに沿って実施。・セコム安否確認システム(1)、未定(1)、BCP作成して優先順位などは決めた(1)、スタッフの担当を決めている(1)、個別の情報シートを作成している。(1)、併設の為、常勤介護職員が代行し確認を行う。不足の場合は近隣応援者

※安否確認の課題…通信障害など(20)、役割分担・多職種連携等(12)、高齢者など連絡が取れない場合の対応など(11)、マンパワー不足(6)、療養生活の維持継続(1)、看護師の安全確保が不可の場合。(1)、移動手段が確保できない。各スタッフ自身が優先。出勤できる人のみでプラン立てにくい(1)、事業所にこれないと連絡先がわからない(1)、災害の規模や内容によって、困難な場合もある(1)、不明(1)、当ステーションが機能不全の時の対応(1)、安否確認を要する事態の経験がない。(1)、以前のような停電など通信障害ある場合はどうしたらよいか？利用者の安否確認は在宅サービスの中でだれが確認する担当になるのか？を決めておかななくてはならない(いろいろな人が1件の家に電話確認する事は時間もコストもロスが多いことふまえて)(1)、スタッフも被災している状況で利用者の安否確認をするまでの時間の遅れ(1)、今まではチームリーダーが行っていたが、今後は受け持ちに振り分けようと思っています。事業所用携帯をスタッフ全員に貸与していないためタブレットでのメールでの安否確認について検討しています。(1)、ご家族や本人様との打ち合わせをする、あらゆる手段を考える、皆が同じ行動をとれるようにする。(1)、遠方の方への確認

4. 4. 訪問看護ステーションの安全管理体制について

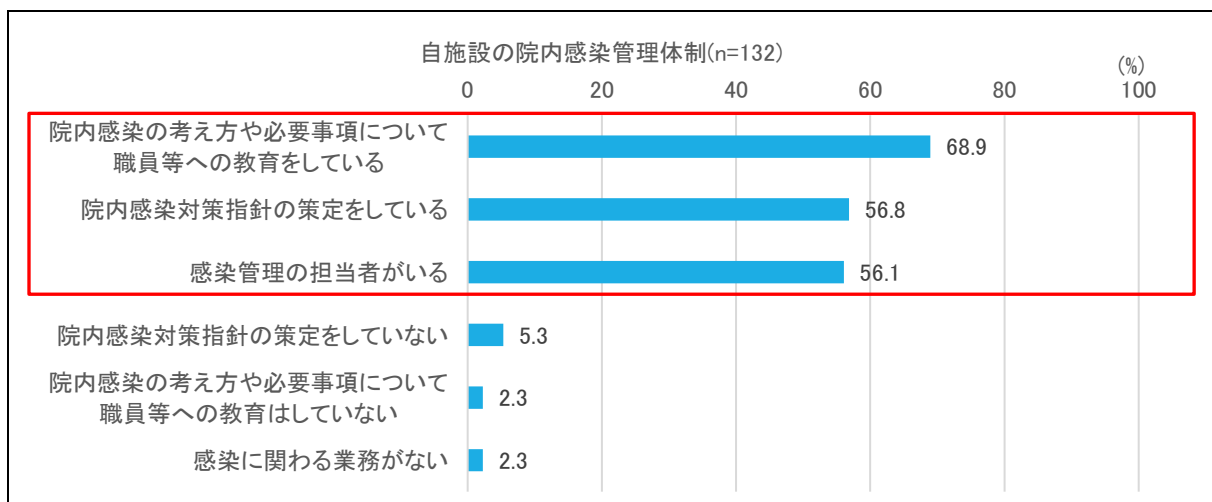
(1) 自施設の医療安全管理体制(複数回答)

自施設の医療安全管理体制について、「医療安全の考え方や必要事項について職員等への教育をしている」が最も多く 57.7% (n=79)、次いで「医療安全の担当者がいる」が 49.6% (n=68)、「医療安全管理指針の策定をしている」45.3% (n=62)であった。



(2) 自施設の院内感染管理体制(複数回答)

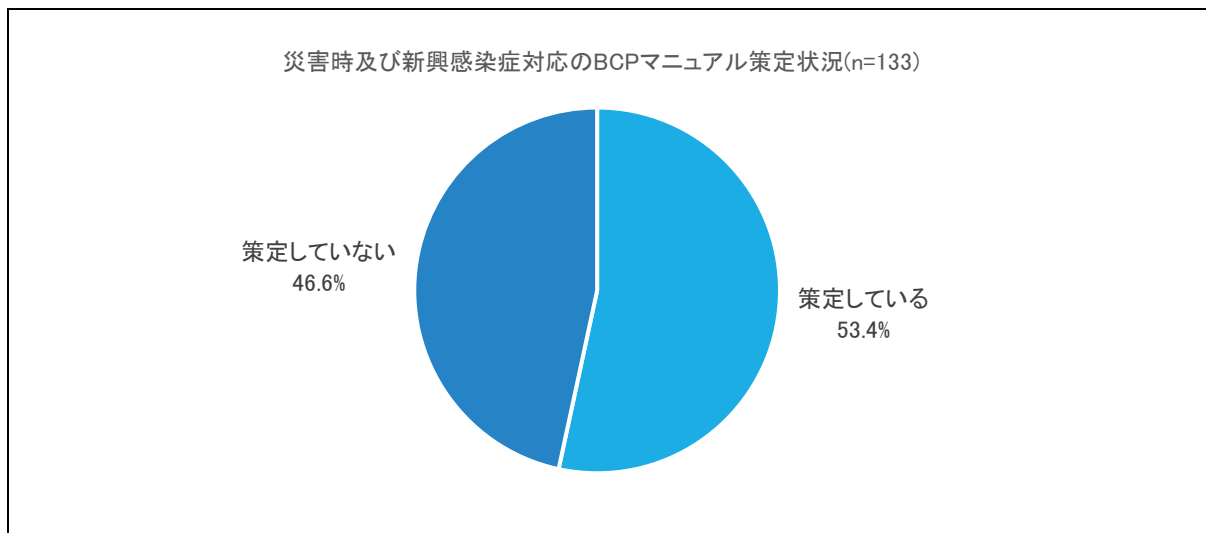
自施設の院内感染管理体制について、「院内感染の考え方や必要事項について職員等への教育をしている」が最も多く 68.9% (n=91)、次いで「院内感染対策指針の策定をしている」が 56.8% (n=75)、「感染管理の担当者がいる」56.1% (n=74)であった。



4. 5. 訪問看護ステーションの事業継続の課題

(1) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアル策定の状況 (単数回答)

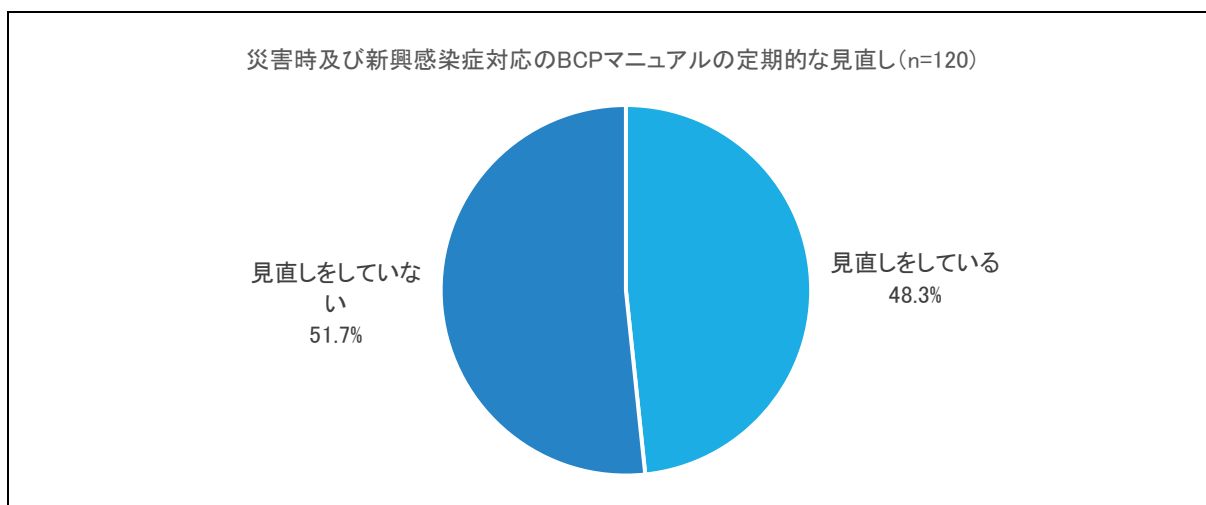
災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアル策定状況について、「策定している」53.4%(n=71)、「策定していない」46.6%(n=62)であった。



※マニュアルを策定していない理由…作成中(49)、時間が取れない・多忙のため等(7)、作成予定(6)、勉強中(2)、新規立ち上げステーションのため、マニュアル作成が出来ていない(1)、電力の確保する事ができてないのでBCP計画はそこで止まっている(1)、コロナの際感染症については策定したが、形式的で実際に活用できるのか疑問のものになってしまった。災害用は作成途中。感染用、災害用という分け方は必要なく、BCPは1つだ！という意見がごもっともだと感じた。(1)、策定方法がわからない

(2) 災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアルの定期的見直し状況 (単数回答)

災害時及び新興感染症対応のBCP(事業継続計画)マニュアルの定期的な見直しについて、「見直しをしている」48.3%(n=58)、「見直しをしていない」51.7%(n=62)とほぼ同数であった。

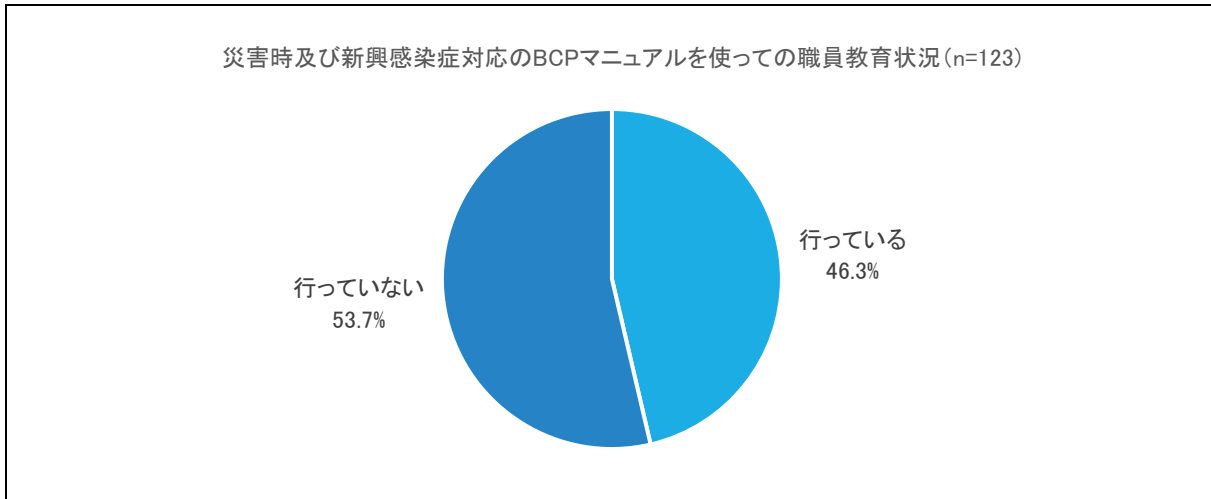


※マニュアルの定期的な見直しをしていない理由…策定中のため(33)、作成したばかりのため(9)、マニュアルがない・まだできていないため(9)、今後見直し予定・計画中(4)、多忙のため(4)、マニュアルはあるが詳細部分が行動レベルに至らず、具体化していない(1)、感

染対応はしているが災害はできていない。(1)、本年度からマニュアルを見直しはじめた。(1)、更新時期でない(1)、策定検討中。(1)、

(3) 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画) マニュアルを使用した職員教育 (単数回答)

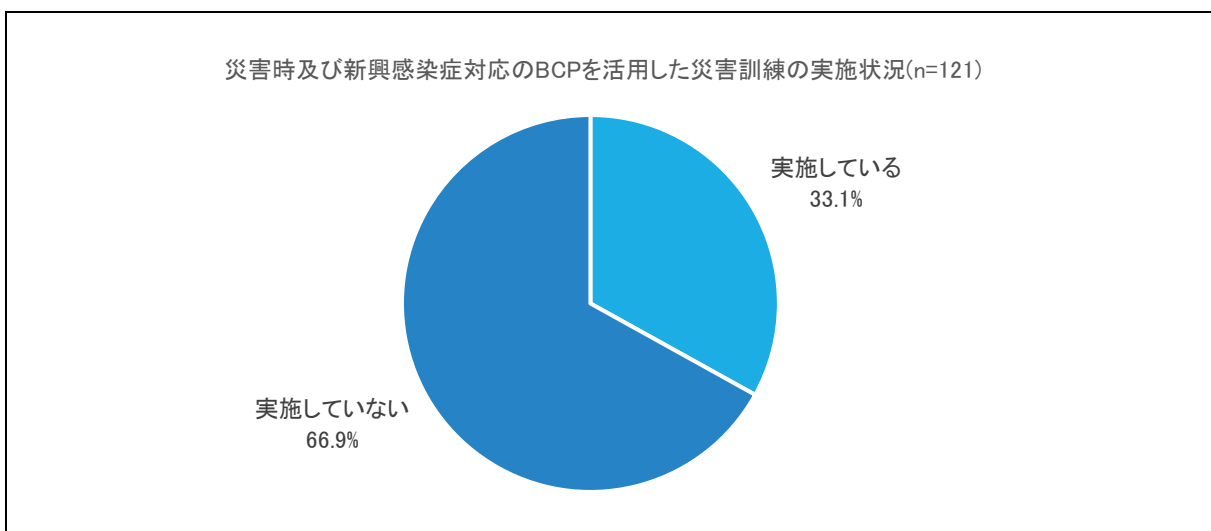
災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画) マニュアルを使用した職員教育について、「行っている」46.3% (n=57)、「行っていない」53.7% (n=66)であった。



※職員教育を行っていない理由…マニュアル策定中(21)、マニュアルがまだできていないため(15)、今後実施予定・検討中(9)、マニュアルを策定したばかりのため(4)、知識不足・情報収集中(3)、6-2に同じ(2)、BCP見直し中(1)、まだ、マニュアルを提示しているだけ。(1)、まだ完成していないが部分的に少しずつ、行っている。(1)、マニュアルが出来ていないがBCP策定についての研修は受けている(1)、職員教育を行う時間の確保が困難である為。(1)、コロナ感染対策に関しては作成し共有できた(1)、まだ準備段階のため。(1)

(4) 災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画)を活用した災害訓練の実施状況 (単数回答)

災害時及び新興感染症対応の BCP(事業継続計画) マニュアルを活用した災害訓練の実施状況について、「実施している」33.1% (n=40)、「行っていない」66.9% (n=81)であった。



※BCP を活用した災害訓練を行っていない理由…マニュアル策定中(15)、今後実施予定(15)、時間がない(11)、まだマニュアルを策定していないため(9)、マニュアルを作成したばかりのため(3)、訓練を実施するまでには至っていない(2)、6-2 と同じ(4)、BCPを見直しているためまだ訓練までいかない(1)、具体化されていない為、業務に支障をきたさない状況での訓練が、現実的にはムリ。(1)、施設で行われている災害訓練に参加しています。(1)、机上訓練を行ったが、課題がうきぼりとなった。(1)、感染はしたが災害はしていない。(1)、訓練できる程の利用者数や職員数になっていない。(開所半年)(1)、EMCの登録、対応訓練。物品の確認、避難場所の確認など、のみ(1)、社内の社員向には、セコム安否確認システムでの訓練あり。(1)、コロナ拡大で通常業務もままならなかったから(1)、BCP 作成中のため。災害訓練は行っておりそこで今後の BCP 作成について説明している(1)、まだ準備段階のため。(1)

4. 6. 在宅療養患者を対象とする災害時の対応に関して困っていること、課題など

訪問看護ステーション(自由記述)

- ・ 災害の際に確実に避難できる場所がないと聞いています。まずは、被災された方が第一優先になる為、数日間は自宅避難できるように準備していただいています。確実に避難できる場所を確保できるようにしてほしいです。
- ・ 高令者世帯(老々介護)への対応。個別に対応することは難しい
- ・ 医ケア児に対し、夫不在(仕事に行っている)児のみでなく兄弟がいる家庭で母親が一人でどこまで対応できるか。
- ・ 利用者・その家族に災害時の話をしても「ここは大丈夫」「その時にならないと分からない」と言われ、話がすすまない。
- ・ 避難誘導などどこまで対応すればよいか対応に苦慮する。
- ・ 実際にはまだこまったことがない。実際に問題発生し対応できるのか明確じゃない。
- ・ 小児や20代の利用者は、両親が積極的で災害■等も参加し一緒に検討できるが老■者になると協力得られず
- ・ スタッフの安否確認と、どこまで、利用者の安否、介入が可能となるのか経験がないので、想像で考えることしかできない。過去の事例をふまえ、準備は行い、情報収集を引き続き行っていきたいと思っています。
- ・ 具体的な指針が法人から出されず、自助レベルのマニュアルのみとなっている。住民、利用者・家族、周囲事業所とどのように連携していったらいいのか分からない為難しい
- ・ STの利用者以外の地域支援は必要か？ひなん所への訪問は認められるが利用者のみ。指示書ありきの訪看は柔軟に動きにくい。行政からの動きはないし、地域のSTのつながりもむずかしい。
- ・ スタッフが被災した時に訪問必要な時の対応は難しいと感じる。
- ・ 地域での情報や他ステーション、病院などの情報交換も日々の中でできていないと感じるため災害時にどのように動けばいいのか分からないかもしれない不安があります。
- ・ レスピ、酸素の方入居中。非常電源はあるが、災害が起きた際は、どうなるか、想像がつかない。
- ・ 地域全体で個別に対応方法を確認しているのではない。訪看は主にケアマネ、家族、ご本人との連携の中で災害が起きた時どうするかを確認しているのが、現状。大災害時に訪看Nsが在宅に出むいての支援は、実際できないと考えている。在宅で生活している方は、ご自分と家族で、しのぐ期間がでてくることは予測されるため、災害(天候など自然災害)を予測しての行動が大切だと伝えていきます。災害時の個別訪問での支援は難しいです。早めの避難を誘導するシステムが必要です。

- ・ 聴覚に不自由をおもちで高令独居の方、など。通信(電話)での安否確認が、むずかしい。へき地などキョリ的な問題も含。
- ・ 認知機能が低下している患者への対応で、家族もいなく独居であることから、迅速な行動は、現実的に困難にある。支援体制を整えてはいるが、大きな災害時で非難が必要なときの対策課題はある。
- ・ 電源を必要としている機器を扱っている利用者が多く、ご家庭に予備で、充電はされているが、自家発電機等までは、経済的な理由から用意できない、ご家庭も多々あります。台風等、予測できる災害であれば、事前にレスパイト等も検討できますが、急な災害(地振等)に対しては、備蓄している、電源は数時間程度。そのご自宅に、訪看で、会社にある発電機を持っていくとしても、移動手段等考えると、リスクが大きすぎる。電源に関しては、大きな課題と、思えます。
- ・ ご自宅内、周辺を調査し、災害アセスメントシートを各利用者向けへ作成しているが自治体によって対応が異なるため混乱がある。
- ・ 防災グッズなどを備えるよう促しはするが費用がかかる話であり勧めにくい。
- ・ 感染に対しても同様でマスク促すにも購入に、“お金がかかる”とおっしゃられる人がおり、お金のかかる話は勧めにくい。
- ・ 家族の居ない単身療養者にはなかなか説明(避難場所等)が理解が難しい。
- ・ 書面で策定しても、実際は違う状況で生きていない。水害時、「私はここで死ぬ。」と言って、迎えを断っている利用者がいたと聞いたが、おいてくこともできないとき自分たちは、共に死ぬしかないのかな、と怖くなります。
- ・ 独居で認知症の方だと、出かけておりつかまらない。
- ・ 全介助の必要な方、医療機器使用中の方の災害時受入れ先を確定してない方がいる。
- ・ 独居で携帯電話(自宅の電話)が繋がらない、遠方(市外など)に住んでいる利用者の安否確認方法
- ・ 災害時の職員の出勤のとりきめ(誰が出勤するか、など)
- ・ 災害時の連絡手段について、利用者のご家族も一緒に検討しなければならないが、災害時のパニック状態で検討内容が実行できるか不安。
- ・ 安否確認の際、複数のサービスを利用している方は、各サービスの担当者から連絡が入り、対応が大変だったとききました。サービス間での情報交換をしている余裕もない状況だったため、あとから指摘され反省しました。(夜中だったこともあり)特に外部事業所との連絡はうまくいかないのが困りました。誰がどこまでするか、サービス間での調整は、事前には大変かもしれません。その時の状況で大きくかわりそうです。
- ・ コロナ禍で、どこまで施設を開放し、地域の方に使ってもらえるか。また、特に高令の独居の家族の受け入れなどもできたら安心だと思うのですが…。
- ・ スタッフの少ない事業所で対応していくのも単独では難しかったです。
- ・ 災害出現時に、定期的に通院によるIV療法が必要があるptに対し、どのように対応するか。電源の確保、主ステーションに借りるか、ステーションごとに買うかどうか、検討中。
- ・ 停電の場合の医療機器(人工呼吸器、在宅酸素、吸引器等)は一時的なバッテリー等の準備はできるが、バッテリーや蓄電池が切れてしまったらどうするか。
- ・ まずは自分の安全確保を、自分の家族を2番目としどのタイミングで仕事を優先してもらったらいいか…と考えました。

- ・ コロナが流行し、感染に対する意識はスタッフもあった。流行と共にマニュアルの作成については迫られる状況だったと思う。マニュアルも検索すれば多数あったので、あまり困らなかった。災害については、マニュアルの作成は必要だと思っているが、意識も低く、あとまわしとなっている。作成のハードルが高いように思う。何から手をつけて良いのか……
- ・ スタッフが被災した時、どうするのか。災害時訪問したとしてその料金はどうなるのか。スタッフ自身の安全をどう守るのか。
- ・ 地域におけるBCPの統一と共有
- ・ 訓練していても、実際にどうなるかわからない。自信がない
- ・ 療養者自身がある程度自分でどうにかするための計画をつくるべき。スタッフは全ての利用者の全てを援助しないといけないと思いがちなので、すり合わせが必要。
- ・ 精神の利用者で、トリアージが難しい。
- ・ 医ケアのある人が、どこに行くのか。→福祉ひなん所など。具体的な事を行政も知らない。
- ・ 医療的ケア児の避難時、持参しなくてはならない機器が多く、時間がかかりそう。今から個別計画を作成していくが、消防等他機関の協力が得られるか心配。
- ・ ある程度予測される災害(台風など)時、要支援者や高齢者等避難する際、車イスや寝台での移送車を手配したい人もいるが、土・日に重なると難しく、市・消防・福祉施設など相互の協力をはかれないものかと考えている。
- ・ 日本海溝・千島海溝地震周辺における予想津波高さが新しくでたことによって、東日本震災後の避難所に設定されていた場所も浸水区域内となり、避難場所がすごく限られてしまった。
- ・ 今回のアンケートの結果を教えていただければ幸いです。
- ・ 課題－患者(特に独居の人)さんの状態把握が困難。スタッフ間での情報共有
- ・ 地域のステーションでの協力体制が確立されていない
- ・ BCP作成も地域で協力体制を作る必要がある
- ・ 精神疾患の方を訪問しているので緊急時のパニックにどのように1人1人が対応できるか具体的に指導できていない。利用者含めた看護師への指導が必要。
- ・ 日々の業務内で、忙しく、対応できていない。チェックリストや、個別支援計画など具体的な対応が準備できていない。
- ・ スタッフによって、協力の有・無が違う。(仕事でない場合、イレギュラーな対応はできない、とはつきり言うスタッフもいる)
- ・ しっかりと対応を決めていないため今後マニュアル化をしていく必要がある。
- ・ 利用者の状態変化や入れ替わりが多いため、その都度状況の共有がスタッフ間で難しい
- ・ 電源喪失による連絡手段の喪失、職員の出勤困難
- ・ BCPの策定に戸惑いがあり、策定したものが妥当か評価できない状態にある
- ・ 自宅に在籍しない(避難所などに移動された場合)時対応をどうするのか。
- ・ 当ステーションが機能不全の時、どうできるのか不明。
- ・ ほとんどが想定外のことになる。指示書など必要な書類がなくなった時の対応が主治医によっても違う。外部の機関も入ってくるので結局は真備の時のようにそれぞれで動くようになってきている。
- ・ まとめ役の人がいない。
- ・ 高齢者世帯が多い

- ・ 独居の利用者さんとの連絡方法
- ・ 実際全員は救えない
- ・ いつ来るか分からない災害ですが、地理的に海岸近くや様々の理由で転居出来ない利用者さんもいる。
- ・ BCPを作成してはみたが、実際に活用できるか？まだよくわからない(災害の規模にもよると思うが)
- ・ バッテリー等の電源確保
- ・ 被災時、初動は利用者本人や家族が出来るように伝えているが、日ごろから備えができていっるかという点と不十分
- ・ 利用者が高齢のため電話以外の連絡手段について検討が必要
- ・ まだまだ職員が具体的なイメージを持っていない
- ・ 事前避難や自助活動の意識の違い
- ・ 動けない方(要介護5)の上階避難。
- ・ 地域のケアマネ、自治体、保健所等との連携が重要だが、まだ連携まで至っていないのが現状です。営業範囲内の町で訪問している利用者が、災害時支援モデルとして災害時計画が立案されたが、町は訪問しているのを知っているはずなのに支援計画が立案されてから計画を知り、その計画立案には全く参加させてもらえなかったこともありました。この地域では、在宅医療の存在感が薄いのが地域の課題とも言えるかもしれません。
- ・ 患者と同様に支援者である私たちが被災しているため、患者の居住する地域で支援を受けられる様に地域に働きかける必要がある。
- ・ 医ケア児に対する具体的な支援方法について検討中
- ・ 病院隣接。有料入居者に関しては特になし。外部の避難者(包括依頼受け時)の方の情報不足時の対応等は(制限他ある中での対応)？
- ・ 地域が広く駆けつけられない場所がある
- ・ 電力の必要な医療機器を使用している場合、電力が供給されなくなった時の明確な対応整備がない。

4. 7. 在宅療養患者に関する新型コロナウイルス感染症の対応で、都道府県、市町村、保健所、医療機関の情報連携、共有等で工夫したこと(自由記述)

- ・ 秋田市は中核市で、保健所があります。厚労省からの通達が、都道府県担当者となっている場合、市と連携できていないことがあります。また、通達が中核市のH■あてに出ている、市が動かない場合県は指導できていません。現場が一番困っています。(これは抗原キットの配布についてです)。
- ・ 連携・共有がなかなかできない事の方が多い。
- ・ 対応マニュアルなど統一して策定して開示して頂けるとありがたいです
- ・ 他STとの連携。母体病院との連携
- ・ コロナ陽性となった方(ケアマネ、ヘルパー・検査キットで■■■)多職種と連携して、既往歴のある利用者を在宅で連日訪問し元気になる。
- ・ コロナ陽性癌末期の利用者を、医療機関の医師と連携し看取る。シズアケを利用。
- ・ 98才コロナ陽性高齢者を“HOT■■■”したり、やれることはやり看取った。色々な職種と相談しながら

ら、実際は■医師が、PPEでケアするのですが協力してもらい、家族も■■なく自宅で■■れた手
伝がたくさんありました

- ・ 介入が可能な状態か、介入の場合の時間や内容は共有しました。
- ・ 横のつながりで訪問看護ステーション同士での情報共有や、対策を実施するようにした。
- ・ 幸わいにも施設では、コロナ感染した方がいない
- ・ フェイスシールド、ダブルマスクを行い患者との距離をとって訪問を行ってきた。またコロナウイルス感染拡大のときは、直行、直帰を実施しできるだけ事務所に集まらないように行っていた。また感染中にあたり感染の恐れのあるときは、患者さんと電話対応での訪問を実施している。
- ・ 市から、いただいた抗原キットを、訪問スタッフに配り、訪問時、熱発しているや、症状ある方に、看護師の判断で、まずは、抗原検査を行うことを、当ステーションでは行っていました。確実に、今の時点では、陰性or陽性を、判断する、きっかけにもなりまた、その検査結果で、次の行動が、スムーズに行えることから、利用者様からも移動(病院)の負担も削減されたと思うし、又、発熱外来が、ひんぱくしていることに対しても、少なからず、こうけんできたのではないかと考えています。
- ・ 保健所職員から利用者に対して、介護保険の申請がないと、訪問看護は出来ませんと答えられたことが少なくとも3回はあった。在宅医療に関する知識の共有を行政にもして頂きたい。
- ・ 自治体が動かない為、自分達で、解決するしかない。
- ・ 健康管理のTel番の応援をしていたので、コロナ対応していた時に、どうしていいかわかった。保健所対応のフローチャートが各訪看事業所に伝わっていればいいのか、と思います。
- ・ 独居、医療ニーズが高い方など優先的に連絡をいれる方は、利用者名簿でマーキングしわかりやすいようにしている。
- ・ 施設でのコロナ発生時は多数の訪問看護ステーションが関わっていたが、感染拡大防止もあり1つの訪問看護ステーションで関わった。
- ・ 同居家族が感染、訪問時に利用者の体調変化にすぐ対応し主治医に報告、往診にてPCR検査施行、同行した。
- ・ 同法人内で、協力体制をつくって助っ人に来てもらえた。事前に、有事のときに出勤可のスタッフをつのっているようで、すぐに来てもらえた。
- ・ 他ステーションと、新型コロナウイルス罹患者の対応について、情報共有システムにて相談し、対応に当たることができないStがあれば、どこのステーションが対応するか、療養費等の割合についての話なども前もって決めていた。
- ・ 発熱、咳、咽頭痛等症状あるときは、常に持参しているゴーグル・ディスポのガウン等を着用し、感染防止に務める。
- ・ 市町村、行政との連携ができていない。行政に陽性者は報告するが、連携はできていず、協力が必要かとは思う。
- ・ 特になし。まだその経験がないです。
- ・ 実際に対応していない。感染の疑いの方に対しては、感染症対策を行って訪問している
- ・ ケアマネ中心に多業種間連絡をメールでやりとりしている。
- ・ 会社のグループラインに情報をあげ、共有した
- ・ 経験がまだありません。
- ・ 田舎でもあり、各医療機関・福祉事業所・等々、様々な所から情報が入り、互いに共有しながら、注

意喚起につなげられていると感じている。

- ・ 医療機関(訪問診療Dr含む)によって、対応の仕方がまちまちで、とまどってしまう。検査(抗原・PCR)の実施基準等明確であってほしい。
- ・ スタッフ不足→訪問看護ステーション連絡会にて情報共有。スタッフ不足の場合、他ステーションからの人員要請できるようにしている。
- ・ MCSの利用
- ・ 対応の確認は、保健所に行った。
- ・ 感染が流行している間は行政も保健所も多忙を極めてなかなか連携がとれない(連絡してもつながらない、わからないと言われるなど)が現状だった。自己判断しなければならないことが多かった。
- ・ 市内の訪問看護連絡協議会で、ステーション業務中止時に応援し合うためのマニュアルを作成した。また、訪問系の介護職向けの勉強会を開いた。
- ・ ICTを活用した情報共有システムを早期に構築してほしい
- ・ クリニックの発熱外来を活用し、職員、利用者の感染確認を実施した。
- ・ 職員家族の感染確認を施設に配布されたキットで確認した。
- ・ 地域のステーションで一括して関わっている人がいると思うがそこから何か情報が降りてくるわけでもないのだからわからない。
- ・ 感染者の入院、家族の隔離
- ・ スマホのアプリで多職種の情報共有を行った
- ・ 近隣のステーションとの協力体制
- ・ 市の訪問看護ステーション管理者会でコロナで休止となった際のマニュアルを作成→横の繋がりが確立した事で、管理者として安心できるようになった
- ・ 抗原検査の積極的導入
- ・ オンラインでのミーティング
- ・ 市町の情報より、事業所同士の連絡が早くスムーズ
- ・ 県や保健所より自宅療養者の健康管理、病院入院へつなげる異常の早期発見、治療。
- ・ 連携病院からは地域の感染状況や医療機関での対応の詳細について情報を得ることができています。スタッフの検査や症状、感染対策についての相談も連携病院にすることができています。
- ・ 速やかに保健所へ電話連絡した。
- ・ メールで新しい情報のやり取りをした。
- ・ 感染拡大初期の時点で、訪問看護における感染対策について各地域の保健師に確認し、zoom 会議を利用して、情報を共有した。
- ・ 特になし。県ルール及び法人内ルールにて対応。
- ・ 保健所との情報共有フォーム利用
- ・ 保健所との連携。感染症指定医療機関との定期的な情報共有。

災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究

— 被災経験を持つ訪問看護ステーションの先駆的取組の検討 —

研究分担者 畑 吉節未 岐阜保健大学 大学院看護学研究科 災害看護学領域 教授

研究要旨

本研究は災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等の事業縮小時の業務継続等に向けて取り組む訪問看護ステーションの事例をもとに、連携・支援に必要な方略を検討する視点を抽出することを目的とする。大規模災害の被災地の訪問看護ステーションの管理者4名を対象に、先駆的取組の詳細と課題をWebインタビューにより得た。先駆的取組の3事例は都道府県を単位とする訪問看護ステーション連絡協議会が相互支援の基盤をつくるもの、1事例は総合的な機能を備えた看護小規模多機能型居宅介護を拠点にステーションのネットワークを形成するものである。これらの詳細と課題をもとにオールハザードアプローチに向けた対応、利用者のリスクに焦点を当てた利用者中心の対応、マルチステークホルダープロセスの確立、マネジメントサイクルの確立、コミュニティの持続可能性の向上などの視点から連携・支援の方略を検討するための視点を抽出した。

A 研究目的

今日、災害時や新興感染症拡大時等における在宅療養患者や医療機関に対する支援に関して、自治体内での災害担当と在宅医療担当の連携、市区町村と都道府県の連携、行政からの支援体制を明確にした多職種協働の取組が必要とされている。本研究は、災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等の事業縮小時の業務継続等に向けて取り組む先行事例、なかでも訪問看護ステーション（以下「ステーション」と呼ぶ）を対象に連携・支援に必要な方略を検討するための視点を抽出することを目的とする。

被災地では、被災経験を伝える取組をはじめ自らの災害経験からの気づきを活かし、住民の安全・安心を確保するための仕組みづくりや、企業等の業務継続の可能性を高める取組など多彩な活動がなされている。在宅看護に携わる事業所もその例外ではなく、療養者に提供するサービスの質向上を図りながら、災害時にも利用者の安全を図りながら事業を持続させるために工夫を凝らした取組に先導的に着手している。そうした取組は法令による業務継続計画の作成等の義務づけ以前から始められた貴重なものであり、得べき知見がある。

先進事例の収集は、新たな制度のデザインや評価、原因の究明などに必要な探究プロセスの効率化を図る一方略として活用されることが多い。複雑化する課題に統合的なアプローチが求められる現在、ゼロから課題への対応を構想し、組織やステークホルダーに周知・定着させ、行動変容につなげるには、そのプロセスにおける時間、費用などの多くのコストが必要となる。絶え間なく変化する社会経済環境のもとで、先進事例を効果的に活用す

ることができれば、コストを抑制し実効性の高い取組をデザインし、実装につなげることができるものと考ええる。

しかし、そうした意義があるとは言っても、そこには様々なバイアスが生じることにも配慮する必要がある。特に限られた対象から取組を抽出したものをモデル化して一般的な取組に拡大・適用するに当たっては、収集した事例の妥当性を問うことや、その負の側面についても可能な限り把握しておく必要がある。収集した事例を一般化するためにも、対象とするステーションなどの取組にとどまらず、事業展開に必要なステークホルダーや在宅看護を支えるシステムとの関係性なかで俯瞰してとらえることが必要になる。

本研究では、支援策の在り方を考えるために、指定居宅訪問看護事業所の看護師が看護師・療養者関係のなかでの果たす役割、利用者へのサービス提供を持続させるための行動に加えて訪問看護が活動する環境である地域包括ケアシステムとの関係性、システム全体を制度として支える視点にも注目しておくことが大切である。また、これらの視点を横断的に俯瞰し業務継続を可能にする経営者としての役割からの検討ができるよう配慮することも重要である。

災害や感染症への対応が現実かつ喫緊の課題となっている現在、収集した先進事例から学び、新たな対応方法を検討し備えにつなぐことは不可避であり、意義があるものと考ええる。

対象とする先進事例の収集に当たっては、取組を進める管理者が①豊かな看護経験及び在宅看護経験があること、②被災経験を持つ看護職であること（複数の被災経験や複合災害を経験した被災地での活動経験を持つこと

が望ましい)、③訪問看護ステーション連絡協議会(以下「連絡協議会」と呼ぶ)等の職域団体で自治体との連携経験を持つことなどに留意した。

《用語の操作的定義》

本来「業務継続」と「事業継続」には概念的な差があるが、混乱を避けるためその点については敢えて議論せず、「業務継続」として評価を統一した。なお、こうしたことから「BCP」という表記は用いていない。

B 研究方法

[対象] 大規模災害(東日本大震災、熊本地震、広島豪雨災害)の被災地の事業所の管理者4名。

[研究期間] 2022年8月～2023年3月。

[データ収集の方法] 先駆的取組の詳細と課題についてWebインタビューを行った。

[分析方法] 対象者の同意のもとインタビューを記録し、逐語録を作成の上、先駆的取組と課題を抽出した。

[倫理面への配慮] 研究に当たっては東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た(2022125NI)。

C 研究結果

インタビューを通して次の4つの先駆的取組を得ることができた。4つの取組は、ステーション間での相互補完の連携体制の強化、看護小規模多機能型居宅介護(以下「看多機」と呼ぶ)を活用した福祉避難所の設置・運営による拠点性の強化、県看護協会系列の訪問看護ステーションの組織の強化、連絡協議会のブロック単位の連携体制による支援の強化である。以下に、それぞれの取組の概略について述べる。

[取組1] ステーション間での相互補完による連携体制の強化

(概要)

- 東日本大震災の被災地での被災経験をもとに、連絡協議会が中心となって、災害などでスタッフの確保が出来ない場合など、ステーションの業務継続が難しい場面に備えて、ブロックごとに地区内の隣接するステーションで助け合う体制を構築している。

(取組の経緯と実際)

- スタッフの確保が出来ない場合など、業務継続が難しい場面にはブロックのリーダーが直面している課題を集約し、個別ニーズにあったステーションを割り振る仕組みを構築している。そのため、地区内のステーションの間での助け合う環境を整備することが重要であり、その前提となる関係づくりもあわせて、連絡協議会と呼ぶがブロック別の交流会や勉強会を主催している。

- また、実際に相互に補完・支援することを想定して、ステーション間での円滑な業務の移行ができるように備える必要がある。そのため発災直後、訪問が難しい局面では利用者が自ら命を守ることができるように、自助力の強化を図るとともに、事業を再開し訪問するまでの間に適切な対応ができるように、利用者が健康・生活面で直面すると考えられるリスクを事前にアセスメントし、スタッフ間で情報共有している。今回のコロナ禍では、スタッフに感染者が出て限られた人数での対応になったが訪問回数を調整することで訪問を継続することで対応でき、利用までには至らなかった。

- 実際にステーション間でスタッフを融通するとすれば、現行制度のもとでは自ステーションと利用者が結んだ契約の見直しが必要になる。そして利用者は支援者の所属するステーションと新たな契約を結び、その必要がなくなるまで、ケアの提供を受ける。その間、利用者には協力をしてもらうことになる。そして、業務継続の危機が終息すれば、再び自ステーションと契約をしてもらうことにしている。他県でもコロナ禍での人の融通がなされていたようだが、災害とは別のコロナ禍に限定的な取組として理解されており、災害とコロナが一歩化したものにはなっていないと受け止めている。

- なお、こうした取組を支える連絡協議会はステーション同士の助け合い、連携・交流のための貴重な場だけでなく、自治体からのコロナ禍での健康観察などの事業協力要請への対応し協力してもらうステーションを募集するなど、自治体との連携の場としても活用されている。

[取組2] 看多機を活用した福祉避難所の設置・運営による拠点性の強化

(概要)

- 経営する看多機を福祉避難所として災害時などの拠点にして、地域で暮らすさまざまな利用者に対応しつつ業務継続を可能にする仕組みをつくることにした。

(取組の経緯と実際)

- 看多機が持つ機能を用いて、地域で暮らすさまざまな利用者に対応しながら業務継続を可能にする仕組みづくりに取り組んでいる。なかでも、福祉避難所の指定を自治体に働きかけた。具体的には、医療的ケア児にダブル訪看で対応する小規模なステーションと災害時を想定した訓練の実施のほか、コロナ禍も含めて業務継続が困難になった場合に相互支援することを約束している。また、親の会など利用者の家族の交流の場を設け、母親同士のネットワークづくりや、利用者同士の助け合いの場づくりを目指している。そうし

た交流の場に関係職種や保健センターなどを巻き込み、看多機の拠点機能を強化しながら業務継続の基盤づくりを強化している。

- ・こうした取組には組織的対応が不可欠と考え、自分たちの看多機がめざす方向性や経営理念、財務状況などをスタッフと共有している。スタッフも取組の意義を理解してくれていて、コスト、業務量がともにプラスになるが、スタッフは主体的に関わってくれている。また、市の危機管理対策本部が看多機を見に来てくれたり、避難用の防災グッズや避難計画などを提供してくれたり、とこれまで以上に関わりを持ってくれるなどの変化が表れている。ただ現状では、取組に伴う経費を看多機が負担しており、今後、自治体による制度的な支援方策などが講じられることを期待している。
- ・訓練については業務継続計画のなかに明確に位置づけることが出来ておらず、多様な主体が参画した訓練を行うまでには至っていない。ただ、看多機に求められている消防訓練の機会を効果的に活用して、例えば、火災が地震に伴って発生し避難するといった場面設定をして、工夫を凝らした訓練を行っている。そのほかにも風台風で逃げ場がないなかで床上浸水が生じるなどのシナリオをもとに訓練を行っている。現状では、実際に訓練に参加している関係者は自ステーションのスタッフに留まり、他の専門職や近隣住民など多様な主体が参加する訓練を実施するまでには至っていない。

【取組3】 県看護協会系列の訪問看護ステーションの組織の強化

(概要)

- ・看護協会が持つ事業所の業務継続を図るためには個別の事業所の業務継続を考えるだけでなく、法人内での連携やネットワークに着目した法人としての組織的な取組を加えた業務継続計画を検討している。

(取組の経緯と実際)

- ・被災経験を持つ個々のステーションは、その経験からステーションの相互連携の必要性を共有してはいたが、実際の取組段階には進んでいない。そこで、看護協会が持つ事業所から取組を始めることにして、業務継続計画の作成に当たり個別の業務継続だけでなく、法人としての業務継続についても考えることにした。実際には職域団体が提示する業務継続計画をひな形にして、法人内での連携やネットワークに着目した取組を付け加え、組織的な活動を想定したものにしている。作成は県看護協会の内部組織である訪問看護事業局、災害対策委員会が中心となり立ち上げた策定支援委員会が中心的な役割を担った。
- ・看護協会の連絡協議会に参加していない事業所もあ

るため、今後は不参加の事業所を対象に情報提供や業務継続計画のための研修会などを実施して支援する必要がある。そのため当分の間、連絡協議会がその役割を担い、支援が必要な島嶼部や中山間地への支援を優先させて実施することとしている。また、コロナへの対応に追われ、ゆとりのない小規模事業所に対しては、自治体の基金事業を活用した作成支援や必要な情報提供、研修会などを行うことにしている。将来的にこの役割は、訪問看護の体制整備等を一体的に支援する「訪問看護総合支援センター」が担い、災害や新興感染症の拡大による危機的状況を県単位で一元的・総合的にとらえることが望ましい。

- ・県内には山間部や島嶼部など都市部とは異なる地域の特性を持つ地域もあり、それを反映した対応を考えることが必要である。そのため、例えば二次医療圏などで実行可能なネットワークを構築することが重要だと考えている。

【取組4】 連絡協議会のブロック単位の連携体制による支援の強化

(概要)

- ・ペア・ステーションを平時から決め、被災の有無の確認をするケースや、自分の事業所の人員では賄えないケースへの対応パターンを用意し、いつでも情報や手順書など渡せるよう更新し備えている。

(取組の経緯と実際)

- ・平時から災害等を想定して業務継続のためにブロックごとにペアリングの方針を決めてそれぞれの特性にあったペア・ステーションを決めている。もともと複数の事業者のケアを受ける利用者が居たので、少なくとも一つはペアとして連携するべきステーションがあった。そうしたステーションと被災の有無の確認をすることや、自ステーションの人員だけでは対応が難しい場合などパターンをいくつか想定し、非常時に備えいつでも利用者の情報やケアの手順書などを渡せるように、情報を適宜更新している。利用者には、契約書に緊急時には近隣ステーションが応援することを記載しており、契約時に利用者にも説明をしている。また、医師の指示書の取扱についても連絡協議会の場を活用し、医師会と話し合い協力関係を構築して円滑な運用できるように調整をしている。
- ・また、事業所には連絡協議会が年1回必ず実施する災害シミュレーションに参加してもらい、業務継続に必要な訓練を行っている。テーマを決めて訓練を始めた段階ではあるが、現在、災害シミュレーションを進化させるために、例えば、発災からの時間軸の中で生じうる出来事(例：事業所の倒壊)と、その時の対応策を考えるなど、テーマを設定したものになるように、

細かく検討を行っているところ。この訓練は、連絡協議会が呼びかけ、始めたものではあるが、訓練には人や、物、お金などの資源が必要になるため、それらを整理した上で、災害サイクルのどこを対象に、どのような訓練を行うのかを考える必要がある。

- ・ コロナ禍でのペア・ステーションの活動については、事業所のスタッフに感染者が出たが、発生した時期的にタイミングがずれていたため、訪問時間や曜日の変更をお願いすることで、自ステーションだけでの対応でき、ペア・ステーションを活用せずに切り抜けることができた。なお、コロナに感染者した利用者宅に訪問することはあったが、ステーションの業務が逼迫することはなかった。

D 考察

- ・ 今回インタビューを行った先駆的取組の 4 事例のうち 3 事例は都道府県を単位とする職域団体である連絡協議会がそのブロック単位での相互支援を行い業務継続をする仕組みに関するものである。残る 1 事例は訪問看護、訪問介護、通い、泊まりという総合的な機能を備えた看多機を拠点としてステーションのネットワークを形成するものである。いずれも工夫を凝らしてケアの提供の継続を志向している。疾患構造の変化に伴う看護の場の広がりをつえ、国際看護師協会 (ICN) が継続看護を「その人にとって必要なケアを必要な時に、必要な場所で、適切な人によって受けるシステム」(1969) と定義することと軌を一にするものである。
- ・ すなわち、災害や新興感染症の拡大などの健康危機状況下においても、看護者、ステーションは平時と同様に質の高い看護を提供することが求められている。そのため、自ステーションが機能しないときは、他のステーションへ、そして他者に委ねてもその質の確保を図りながら看護が、個から集団へ、集団から個へと継続されるような枠組みを設け、困難な状況にも対応しながら業務を整え、取り組むために備えていることが浮き彫りになった。現代的な課題である地域完結型の保健医療システムへの移行が進む中で、より面的な取組の中でも看護の継続を展開できるようにする取組の一つと評価することができる。
- ・ 以下に、これらの取組から必要な支援の在り方等を災害や新興感染症の拡大による健康危機に対応するアプローチの枠組みである Health EDRM (WHO 2019) を視点に検討を試みる。Health EDRM は、オールハザード、リスクベース、人々やコミュニティをベースとするアプローチ、そしてマルチセクターによるアプローチなどを求めている。

1 オールハザードアプローチに向けた対応

- ・ 災害や新興感染症等への対応をその時々々の事象を取り上げ対応するのではなく、そこに生じるリスクをベースに考え、備えることが重要である。先進事例においてもそうした取組が見て取れる。災害下や新興感染症の遷延状態の下でケアの継続を図るために、様々な状況下での活動を具体的に自分事としてとらえるための学習機会の提供等による支援の実施が求められる。
- ・ 管理者たちは、自らの被災経験からの学び、生かすことの意義を評価している。自分の経験は利用者も含めて、まるで事前に訓練を行ったようなものと、経験を生かすことの重要性を指摘する。その一方で、全ての災害を経験することは難しく、経験したことがない状況への対応をイメージする難しさ、仮にそうした災害を業務継続計画に盛り込んでみても曖昧なものになりがちであるとその限界についても言及する。こうした経験の少ない事象については、他の地域での経験や有識者の知見を生かすことが有益だと考える。
- ・ また、東日本大震災での複合災害を経験した管理者は、災害救助法の主体である自治体機能が崩壊するなかで、病院管理者として帰る場所のない遺体への対応を余儀なくされた経験などから、被災地が極めて厳しい状況下にあったことを指摘する。職域団体がひな形を提示し作成している現状の業務継続計画では、活動する地域が曝される可能性が高く、想定しやすい事象を対象に限定的な業務継続を考えているに過ぎないと言っても過言ではない。
- ・ 例えば、火山災害のように広範な地域に大きな影響をもたらす災害を想定することは難しい。現段階では業務継続計画の作成段階にあるため、発生する可能性の高いものを対象にしてはいるが、今後は希な事象であっても発災・発生時を想定して可能な限りオールハザードの対応に近づくような業務継続を考えることが重要である。
- ・ その際、地域包括支援センターや医師、市役所 (例：障害福祉課)、保健センター、自動発達支援センターなど多様な関係課を巻き込み、必要な取組を利用者や支援者とともに学べるように配慮することも大切である。マルチステークホルダー型の訓練などの学習機会の提供が重要だと考える。

2 利用者のリスクに焦点を当てた利用者中心の対応

- ・ ペア・ステーションや看多機での取組から、利用者を中心に業務継続を考えていることが窺える。利用者のリスクの増嵩は、ステーションのリスクにもつながるため、ステーションでは予め利用者の健康・生活面のリスクを推論し、適切な対処行動がとれるように備え

ている。例えば、被災経験を持つ管理者は、緊急時に備えて利用者の個人カードを携行している。管理者は事務所内で利用者のリスクを事前にアセスメントし対応方針を検討し、対応方針は適宜、見直しを行っている。ペア・ステーションに円滑な引き続くためにはそうした備えが不可欠なためと推察される。

- ・情報の共有と更新については、利用者への説明と同意、共有・更新する情報の内容と質の明確化、適宜の更新、実際に他ステーションを支援する際に必要な情報、介入時期と撤退時期の判断方法などを検討することが考えられる。コロナ禍では多寡はあるものの全国的にスタッフに感染者が発生し業務継続が難しい状況を経験している。一方、大規模災害では一部の地域が経験しているに留まり、経験に学ぶことが難しい。このため、ペア・ステーションの事例をもとに災害時の利用者情報の共有と更新をどのように行っているのかに的を絞った検討を行う必要があると考える。
- ・医療依存度の高い利用者の多くは避難所への避難が好んでいない。それだけに、福祉避難所を適切に設置することになるが、本研究でも看多機を持つ多面的な機能の活用可能性について事例をあげたが、地域のなかの拠点といえるまでに看多機の数が多くなく、またその配置も偏在しているという量的な課題、また、そもそも看多機の利用能力が需要に見合うか、スタッフの確保という課題もあわせて検討を行う必要がある。加えて設置者の理解も必要になるとの指摘もあり、直ぐにすべての看多機を対象に福祉避難所化を目指すことは難しい。
- ・具体的なリスクのアセスメントをするためには、利用者が直面するリスクを評価する能力を避難時の要支援者や個別計画作成に活用することを社会資源として有効に活用する可能性についての検討が重要性である。要支援者の作成時に医療・生活の両面を看ることができる訪問看護師が計画の作成にあたる際に対象者のリスク・アセスメントや、避難場所についての助言を行うことができる。また、そうすることでステーションにとって、契約関係にある利用者ではなくても、健康機器状況下で支援が必要な人がどこにどの程度生活しているのかが概略的にでも把握することができる。もちろん、こうしたことにはコストがかかる。

3 マルチステークホルダープロセスの確立

- ・地域のなかで暮らす利用者へのケアの継続を図るためには、ステーションの活動を支えるステークホルダー、なかでも行政、自治体が平時から支援の相手方が行っている事業の意義についての予め理解を深めておくことが連携・協働を進化させる鍵となる。すなわち、支援者である行政、自治体が支援する対象にする

多様な在宅サービスの実際についての理解を深めておくことが不可欠である。特に、支援を行う場合には支援の相手方のニーズに関心がいきがちであるが、そのニーズを持つ相手方に対する基本的な理解が重要となる。

- ・医療依存度の高い利用者の増加や在宅サービスへの充実などに伴い、在宅医療・看護が提供する事業も多様化しており、支援の相手方となる在宅サービスの実際を理解した上での対応が不可欠となる。インタビューは「支援が必要な時に支援は来ない」と語る。コロナ禍で自治体からの支援がステーションや看多機が対象外になってしまい、自ら自治体側に働きかけ支援を受けた経験がそのように語らせているものと推察される。また、平時から緊密な関係を構築していないだけに、支援の窓口伝えるだけでは十分ではなく、誰を相手にすれば良いのかを明確にするなど窓口の一本化と行政、自治体内の連携の必要性を指摘する。
- ・そのため、平時から自治体の防災担当と在宅医療担当との間で災害や新興感染症の拡大時にどのような事象が起こりうることについて可能な限り共通の理解を持てるようにすることが重要だと考える。今回のコロナ禍、コロナ禍での災害経験の振り返りにおいても、関係する当事者が一堂に会する機会が活かし検証を行うことが望まれる。

4 マネジメントサイクルの確立

- ・多様なステークホルダーによるマネジメントサイクルの確立を図るために、行動レベルで取り込まれる訓練は重要な学びの機会を提供するとともに、訓練後の振り返りを通して業務継続のための課題の把握、新たな行動の準備などにつなげることが重要である。業務継続計画の実質化に限らず、災害や危機的状況のなかで学習や訓練を行うことは難しい。そのために現実味のある学びの場を提供する訓練の場が貴重な機会になる。新しく作成した業務継続計画の運用面での課題のチェックするプロセスで自分事化に進むことが期待される。
- ・その際、事例に見るように、個々の訓練だけではなく、連絡協議会が行っている合同訓練は、個々のステーションの備えを確認できる貴重な機会となるため、その普及・充実を支援することが望まれる。その際、災害シミュレーションのためにテーマ設定、例えば火山災害などを想定した危機的状況などのシナリオを専門家の指導により作成、提供することなど、想定外になりがちな状況への理解を支援することが考えられる。そのため、先駆的事例をモデルとして、その活動を一般化するために必要な事例として整理することを支援することが重要だと考える。

- ・業務の継続を図るために連絡協議会が行う災害シミュレーション訓練や看多機による交流の場づくりなど、様々な取組を行うに当たっては、少なからず財務的な負担が生じている。また、医師に指示書を作成してもらう場合には利用者に費用負担が生じるなど、業務の継続ために生じるコストについても先進事例から明らかにすることが大切だと考える。

(研究の限界)

- ・先駆的事例はいずれも災害時への対応を捉えた語りを中心にコロナ禍での対応についてはわずかに留まり、事例選択上のバイアスが生じている可能性がある。一方、災害時の対応についても大規模災害の経験は一部の地域であり、災害もそれぞれに異なるとの指摘もある。こうした制約があるものの、今回の研究はこれまでの災害経験や現在の新興感染症への対応をさらに収集し一般化を図る際の分析視点を提供することに貢献できるものと考えられる。
- ・また、取組の核となる連絡協議会の活動がコロナ禍で対面での会議や訓練ができないこと、その間に進むステーションの設置数が増加していることなどから、コロナ禍以前と比べて組織率が低下するなどの影響を受けており、連絡協議会に加入者していない割合が高まるなど、これまで果たしてきた高い機能の維持が課題との声も聞く。今後も連絡協議会の果たす役割に期待をするのであれば、組織の機能強化に配慮する必要があるものと考えられる。

5 コミュニティの持続可能性の向上

- ・看多機での取組に見られたように利用者やその家族、自治体などの多くのステークホルダーとの連携・協働が展開しつつある。また、訓練などを通して多様な主体を巻き込んだ取り組みも始まっている。しかしながら、こうした取組が十分に普及しているとは言い難い。今回、地域包括ケアシステムがコロナ禍で機能したかと問うと、「曖昧」「リーダー不在」と言った声もあり、インタビューイーの評価は必ずしも高くない。業務継続を考える機会を生かして、地域包括ケアシステムが災害時や健康危機状況下で機能するように、地域コミュニティの持続が可能になるように、面的基盤づくりと必要なガバナンスの在り方を模索する必要がある。
- ・業務継続計画は関係者間のコミュニケーションに欠かせない共通言語として活用することができるものと考えられる。感染症に対する業務継続計画がコロナ禍で感染を恐れがあるにもかかわらず訪問しないといけない、看多機ではデイケアも休止するといった厳しい状況下で、手探りで利用者への接し方、関係者の連携

構築などに長期間をかけて取り組んできた経験はまさに共通言語づくりを進めてきたものだと考えることができる。めまぐるしく状況が変化するなかで、これまで以上に進んだステークホルダー間の対話が成果に繋がっていることが示唆される。

- ・また、こうした取組において大きな役割を果たし連絡協議会の存在は見逃せない。ただ、職域団体としては重要な役割を果たすものの、全国的に見るとその組織率は都道府県によってばらつきが大きく、様々な取組を連絡協議会に委ねてしまっただけの疑問が残る。面的基盤づくりと必要なガバナンスの在り方を模索するなかで、健康危機状況下での連絡協議会と自治体との関係とそこに必要な支援の在り方について検討を行う必要があると考える。そこで得られる知見をコミュニティの持続可能性を向上させるために「自助・互助・共助、公助」で構成される地域包括ケアシステムのもとで活用することが望まれる。

E 結論

- ・今回の研究を通して、得た4つの先駆的取組では、連絡協議会がそのブロック単位で相互支援をする取組、看多機を拠点とするステーションのネットワークの形成など他の組織とつながることであり、ステーションの小規模、脆弱性を踏まえた上で、それぞれの地域の管理者達が自分たちの経験から学び、危機的状況下で継続看護を提供するために連携を仕組みとして組み込んでいることが明らかになった。その一方で、自治体との関係が十分に確立されているとは言えなかった。
- ・また、そうした枠組みの運営を図るための取組に照らすと Health EDRM のフレームワークが示すように、オールハザード、利用者を中心としたリスクベースの取組、マルチステークホルダーによる取組、コミュニティなどを通じたマネジメントサイクルの確立などの視点から評価できるとともに、そこに行政、自治体からのアプローチの視点、必要な支援策を検討するヒントがあると考えられる。

G 研究発表

1. 論文発表
特になし
2. 学会発表
特になし

H 知的所有権の出願・登録状況

特になし

災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究

災害医療の視点からみた災害時在宅医療分野の整備

研究分担者 小早川 義貴 国立病院機構本部 DMA T事務局 福島復興支援室 室長補佐
研究分担者 小井土 雄一 国立病院機構本部 DMA T事務局 事務局長

研究要旨

災害医療の視点から、分担研修者らが過去の災害で実際に対応した地域で行政、在宅医療関係者からインタビューを行い、在宅医療に係る災害医療体制整備に必要な課題を整理した。新型コロナウイルス感染症対応の都道府県型A保健所およびB訪問診療所、平成30年西日本豪雨対応のC保健所およびD医院、東日本大震災後、被災地内に開設されたE訪問看護ステーションにインタビューを行った。在宅医療の人口は増加傾向にあり、地域で在宅診療所が対応している患者数は有床診療所の入院者数や小規模病院の入院者数を超えている可能性がある。またEMISで診療所を登録している都道府県は少なく、入力項目も在宅診療所を支えるものではない。病院と異なり在宅療養患者は地域に分散している。個別避難計画は個々の患者の計画であり、地域の中でどの患者の対応が優先されるかの情報は与えない。現状では既存の情報システムの活用、在宅医療分野内での共助体制の確立、既存の災害医療体制との連携のために災害時在宅医療コーディネート機能の開発が必要と考えられた。

A 研究目的

災害医療の視点から在宅医療に係る災害医療体制整備に必要な課題を整理する。

B 研究方法

分担研究者らが実際の災害で対応した地域のうち、参考となると考えられた事例について、現地を訪問しインタビューを行った。インタビューに関しては、研究班で作成したインタビューガイドに沿って行った。インタビューは録音し、文字起こしをした後、要約した。その中から災害時在宅医療の課題と対応について、災害医療専門家の立場から検討した。

（倫理面への配慮）

- ・東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た（2022125NI）。
- ・インタビューの対象者は、分担研究者らがこれまで実際に災害医療活動をおこなった地域であり、その点、容易にフィールドの特定につながる可能性がある。個人の特定を防ぐため、可能な限り匿名化した。

C 研究結果

（A） A保健所（都道府県型）およびB訪問診療所（背景）

新型コロナウイルス感染症が流行した2021年5月、某政令指定都市（X市）およびその周辺では第4波として感染者が著しく増えた。その結果、酸素投与等入院が

必要な状況になっても入院できない患者が増え、X市では酸素ステーションを設置した。同時にX市内では在宅医療関係者が往診体制の強化を行ない、在宅でコロナ療養を行う体制を確立した。

分担研究者らは酸素ステーションの立ち上げに関わったが、その後、X市に隣接するA健所管内でも入院できない患者対応が必要となり、同保健所の支援に入った。平時、A保健所管内は基本的に救急医療をX市医療圏に頼ることが多く、X市医療圏の入院の困難さが直接的に、A保健所管内の救急搬送困難に直結した。酸素ステーションについて場所の確保は可能であったが、医師および看護師の確保が難しく断念し、コロナ患者の往診体制を整備することとした。ただし、往診可能な医師も確保することが難しく、A保健医療圏において唯一、B訪問診療所のみが往診対応を行うことができた。入院できないということは治療機会を失うことを意味する。そのため、陽性と判断された後で、原則、パルスオキシメーターを配布し、酸素飽和度が低く（診療の手引き上、93%以下）酸素投与が必要とされる患者に対しては往診の上、医師の診察と酸素濃縮機の貸し出し、内服ステロイド剤投与、食不振等で脱水が疑われる場合には補液等をおこなった。往診はあくまで応急対応と捉え、往診を行なっても入院の調整は継続した。

分担研究者らは、保健所のマネージメント支援に入ったが、往診医師の不足から、B訪問診療所と手分けをして実際の往診も行った。

2021年5月の1ヶ月間にコロナ陽性と診断された

約100名の患者の往診を行った。このうち9名が死亡したがいずれも往診を経て入院後の死亡となり、医療が提供されずに死亡することは回避することができた。

(インタビューの要点)

➤ A保健所：所長および往診調整等担当保健師

- ・ 災害時には医療機関の優先順位があり、災害拠点病院等や透析や特殊なケアをしているところの優先度が高く、全てのクリニックの被災状況を把握するのは難しい側面がある。相談がある場合など適宜対応する。
- ・ 保健所がEMISを使いこなせるかという現状は難しい側面がある。過去の災害ではログインの方法がわからなかった。使えるようにしておくことは重要。
- ・ 医療機関の安否確認に関して、EMISに慣れていない場合にはリストをもとに電話をかけて確認する。
- ・ 在宅医療という観点で情報を集めたことはない。
- ・ 過去、地震対応で医療機関に対し、重油等給油のライフライン支援を行なった経験はあり。都道府県災害対策本部との連携をした。
- ・ これまではあまり考えなかったが新型コロナウイルスの対応で在宅医療の重要性を身に染みて感じた。病院と同等に扱わなくてはいけない
- ・ 避難行動要支援者リスト作成は市町村の防災・危機管理システムの業務であり医療・保健とリンクしていないことがある。
- ・ 危機管理部局とは保健医療部門と建物が別であるなど物理的にコミュニケーションを取りにくい環境がある：保健所と地域振興局、都道府県庁内でも別のフロア、など。
- ・ 都道府県の地域医療計画に在宅医療の項目はあるが、計画の担当者はいるが保健所レベルでも在宅医療に特化して対応していない。
- ・ 在宅医療といっても、在宅療養となる契機ががん、精神疾患、難病であるなど、原因別のアプローチになりやすい。
- ・ コロナ禍では在宅診療が難しくなっているという情報は入ってきた。防護服の提供、酸素濃縮機の貸し出しなどは行うことができた。
- ・ 個別支援計画は市町村で進んでいない。都道府県保健所が対象にしている人もなんとかいれてほしいが、なかなか進まない。
- ・ 過去の災害では停電で市町村と協力して、在宅医療患者の訪問をして確認などした
- ・ 事務系と技術職の「たいせつにするもの」の相違
- ・ 国等の発出する通知を素直に守ると現場では、それ

ぞれの立場の間で摩擦を生じる。上のレベルでの共通認識の醸成が重要。上の方がそのことをきちんとやらないと、現場に行けば現場に行くほど、乖離してしまう可能性がある。保健所レベル、国レベルとか、そういうところでしっかりと連携をとらなくては現場が混乱する。現場任せでは駄目。

- ・ 都道府県と保健所が新型コロナウイルス対応で常にZOOM等でミーティングをしていたので、今まで以上に関係が近くなった。
- ・ コロナ禍では市町村も保健所業務に柔軟に協力してくれた。
- ・ コロナ禍では職員個人負担も多かった。たとえば自宅に帰れない際の宿泊費など自己負担した職員もいた。
- ・ 保健所は「24時間・長期」にわたって対応する体制にはなっていない。
- ・ 市町村と保健所で患者の個人情報も加味した上でどこまで情報共有をするか意見の相違があった。
- ・ 在宅患者の場合には避難や受診時の移動の課題も大きい。訪問看護ステーションのナースが透析に同行したこともあるが頻回には対応が難しく、入院となったことがある。
- ・ 地域でどのような重症度の在宅患者がどこに何人いるのか、リアルタイムには把握ができていない
- ・ 在宅診療医が保健所と協力し、入院困難な中等症以上のコロナ陽性患者の診療をおこなった。
- ・ 目の前に医療が必要な人がいるっていうところで、普段であれば何年もかかるようなことがきっと瞬間的にできていた。
- ・ 外部支援の意義は大きい。内部で一生涯懸命話しても、「まあまあ、考えますぐらい」で終わってしまう。標準的にはこう対応する、具体的にこの程度でやる、そういったものがないと、(他の組織や内部の職員と交渉をする際に、)「どこまでやらなくてはいけないから嫌だ」「無限にやらなきゃいけないから嫌だ」といったことで止まってしまう。(具体的な目標や方策があると)、説得するとしても交渉がしやすいし、実際にそれにより連携が進んだ。
- ・ 保健所は普段、長期・慢性疾患の対応が多い。今日、明日という単位での動きは、措置入院等の対応はあるが多くはない。また生命に直結するケースも多くはない。デルタ株でみるみる状態が悪くなる患者がいる中で、電話で聞き取るだけでは対応が難しかった。外部支援医師が保健所に来ることで、臨床的な対応が可能になったこと、また地域の医師とも交渉し、治療方針等を明確にしたのがよかった。
- ・ 第4波の初期にB訪問診療所と今後の患者発生見込みと医療人材の不足について協議し、医師や看護

師の応援調整をしたのは有益であった。

- B診療所はお願いをすると全例対応をしていただいた。
- NGOによる看護師支援は夜でも対応が可能でB診療所の負担を軽減するのに役にたった。
- コロナ禍の対応をして医師会、市町村で勉強会をするなど連携の動きがでた。在宅療養の認識は、深まった。
- これまで都道府県内には介護保険関連の協議会は複数あり全体として活動は盛んであるが、この地域は盛んでなかった。その中で連携の動きがでたのはすごいことである。
- 在宅酸素の指示など経験したことのない診療所医師もいたが、外部支援医師が指示のフォーマットをつくり、支援をしたことで対応が可能となった事案がある。
- 在宅医療がベースにあるから、平時の在宅医療体制をしっかり構築しないと緊急時、危機のときは大変になる。
- 診療所がそれぞれ独立しているため、実際地域で起こったときに、まとめるは難しい。
- 在宅医療を行う医師がどの地域でも1人か2人で対応が難しい。訪問看護師は重要。

• B診療所：診療所長
(インタビューの要点)

- 事業継続が困難な状況として、洪水等を想定している。BCPについては作成中である。
- 保健所と連携してコロナ禍においては、入院できない患者対応をおこなった。
- 医師が複数名いるが、職員のコロナ感染はあったが、時間差があったので自施設で対応が可能であった。
- 往診をしている医療機関がお互いをカバーするのは難しい。毎日、診察をしなくてはならない患者はそう多くはないので、日程の調整で対応が可能であった。
- 薬は1週間程度残薬がでるように調整している。もともと雪の多い地区であり、そうしている側面もある。
- 一人で独立している事業所が、それぞれ集まって、グループ形で強化型になるみたいなもの、例えばお互い協力し合うという制度はある。
- 保健所とはコロナを通じてよりコミュニケーションをとるようになった。普段何か連携とる仕事があるかっていうと、おそらくそれほどない。
- 平時、市町村との連携はそれほどない：生活保護、包括支援センター、民生委員などが、困った患者さんを紹介にくる程度の関わり。できればどこか1

回入院させてほしいなど、切り札的に使われることが多い。医学的に評価して、妥当な処置を提示、その後、行政の方がしかるべきラインに乗せる。

- コロナ禍の往診では診療所のカルテを使用したが、一方で保健所への情報提供書式もあり煩雑であった。個人情報のことでも理解はするが、往診でパスワード付きのメールの対応が難しく、パスワードを外して送ってほしいと要望したが叶えられなかった。
- 基本的にコロナ禍に関しては保健所から頼まれた患者さんを診療するというシンプルなもの。自分は手足なので、とってやっていた。
- (全応需したことに対して) さすがに休みの日は勘弁して欲しいというのは思ったが、とは言っても、仕方がないとも思った。地域で誰もやってくれる人いないのは、よく分かっていたので。保健所は保健所で、休みの日もずっとやっているのも分かっている、あんまりいろいろ言うのもかわいそうだと思った。
- 今回はハードではあったが、キャパシティオーバーにはならなかった。キャパを過ぎたら断るしかない。
- 指揮命令系統、計画性を持って実現できたというよりは、対処、対処をしていったら、結果的にうまくいったという感じである。
- 保健所が平時、通常医療をしていない中で、住民の健康管理って医療の問題を扱わなくてはいけないところが、まず無理な仕組みである。コロナ患者さんを家で健康管理するのは純粋な医療の業務。普段から家で患者さんを診療している人がみないとみることができない。だから、そういう点だとA保健所は医師が常駐できない(保健所長が兼務)、日常的に患者のケアをしていないところなので、オペレーションとしては厳しかったと思われる。
- 保健所長は、病院でいうと院長相当。個別の健康管理する人は階層が下というか、病院でいえば診療部の医師がやらなくてはならない。病院で院長が患者をみれば、外部との交渉やマネジメントに支障がでる。保健所長の下に医者が複数いないと厳しい。
- 保健所が健康危機管理を本気でやるのであれば、機能拡充させないと厳しい。今回と同じようなことはいつ起こるか分からないが100年来ないかもしれないことを思えば、コストがかかる。
- 保健所にDMAT支援が入り、医師—医師コミュニケーションで円滑になった部分もある。
- 地域災害の対策会議は保健所が中心であり、令和4年通知で保健医療福祉調整本部も地域の保健医療の調整本部は保健所が中心と整理されている。保健所は、基本的には一人のところが多いわけだから、

- 外部支援を適切にいれなくてはならない。
- 保健所長は兼務の地区もあるので、保健所長がいなくていいところに関しては地域の災害コーディネーターや外部支援が臨床医としての機能を補充してあげるしかない。
- 非常時なので、基本トップダウンで行く方がよい。保健所がある程度強制力を持って、地域の医師など動員できるような体制にしておくのがよいが、現在そういうしびりが無い。保健所に言われたら仕方ないと思っていた。(他の医療機関は)患者をみるのができないからと断っている。断っていいかという思いはあった。
- 保健所の枠組みが使えると思うので、そこに専門家が入り、その都度指図するっていうのがいい。常時できるようにするってコストがかかる。
- (コロナ禍のような対応は)めったにあるわけではない。感染に対応できる人を、常時そこに張り付かせるのは難しい。現場であるもので何とかするしか、こういうときはしのぐしかない。
- 在宅医療の結局一番のリスクは、交通事故。

(B) C市保健所(中核市、保健所設置)およびD医院

(背景)

平成30年西日本豪雨において、C市では死者、傷病者発生を含め多くの被害が発生した。C市内ではDMATが現場等で活動したが、道路等の寸断から外部DMATが到達できなかった。N医院は安浦地区で医院が水没した。保健所に向かう道中で分担研究者らが、片づけをしている診療所で状況を聞き、十分とは言えないが通信や冷蔵庫の手配、過去の被害で被災した病院の医師の紹介など復旧に向けた支援をおこなった。

分担研究者らは、主に保健所支援と救護班調整業務のため保健所に滞在した。

(インタビューの要点)

C市保健所

- 対象者は保健師の取りまとめ、健康安全班を担当
- 医療機関の情報は保健総務班で対応。県の各部署、C市保健所、災害対策本部事務局から、病院に電話して情報収集を行った。医師会のほうから会員にメールで被災状況や診療の可否の情報収集を行った。その情報を、C市と共有。災害対策本部。
- 被災の大きかった地区の全戸把握をした。
- 在宅医療の定義をどう、解釈したらいいのか。要配慮者という言葉で確認はしていて、人工透析患者や特定疾患とか、難病の方というのは、在宅要配慮者というかたちで確認していた。

- 要配慮者については、避難所に来た方で障害者手帳であったり、介護保険であったり、生活保護者であったり、そういう方たちの台帳はすぐに来た。防災システムのなかに被災者の名前、どこの避難所に誰が入ってるっていうのが、すべて名簿が出ていたので、それと、関係課が突合させて、今、この避難所に誰がいる、確認してほしいというのが、保健師へ名簿が来て、確認して、状態を担当課に伝えたりした。その段階で、介護の必要な人はショートステイに入っていたりとか、移行されたりとか、なんらかの方法で(対応されていた)。避難所で、特に長期間、配慮が必要っていう人は少なかった。
- 在宅療養患者への医療継続の観点から、被災した診療所への行政による支援はなかった。
- 個別支援計画は、高齢者支援課と障害者福祉課を中心に、動いている。ただ、その2課だけではできないものではないということで、福祉保健部のなかの課が、それぞれ代表者が集まって、「つながる防災」というワーキングを立ちあげて、定期的に協議をしている。
- 災害時に自治体の災害部門と保健所部分の連携はとれている。防災部門と乖離していると、なぜ連携が難しいのか。建物が離れているからでもある。届く通知文も違う。国の省庁が異なる。

D医院

- 水害によりレセプトコンピューター(医事コンピューター)が水没したが、業者(東日本大震災経験者)により幸いにも早期に復旧した。復旧がなければ患者情報の復旧には時間を要し、再開が遅れた可能性がある。
- 電話は事務長の携帯電話のみが使えた。
- 医師会や保健所からの安否確認の前に、医院から電話連絡した。医院が水没し、衛生面の留意点など指示を仰ぎたかった。
- その際も関係の業者さんが九州北部豪雨の経験があって消毒方法など教えてくれた。
- 近所の高校生が野球のトンボをもって、母親と片付けを手伝いにきてくれた。
- 患者さんたちで被災しなかった人がおにぎりやキュウリの漬物など届けてくれた。手伝い、入れ替わり立ち替わり、患者さんたちが手伝いに来てくれた。
- スタッフもみな被災したため、自宅・家族の片付けをしながら医院の復旧に関わった。
- 往診のための自動車が水没し使えなくなった。1週間後よりレンタカーで対応した。
- 災害後、在宅患者は減り、往診は減った。若い家族が仕事にでる、都市部にでるなどで、家族の介護力

が落ちた。

- ・ 医院の電話が繋がらず、歩いて状況を確認に来た患者が、薬をもらえずに怒って帰っていった。
- ・ グループ補助金：機器の資料等が流出しているのに当時のパンフレットを求められるなど手続きが非常に煩雑。医師会が手続きに協力してくれた。しかし、水害復旧作業よりもこの資料作成が一番おネルギーを要した。その一方で、支給時期の遅さ、金額も十分なものではない。復旧にはお金が必要である。職員の給与も払う必要がある。保険も限定的である。
- ・ 人は財産。
- ・ コロナ対応では地域内でも対応の温度差あり。
- ・ 発熱はすべてみた。
- ・ 常総の水害を対応した先生に来てもらったのは本当に助かった。
- ・ 災害後、電車やバスの時間も変わり患者の通院が難しくなった。
- ・ 災害後に在宅患者の安否確認は難しい。今回は電話もカルテもやられてしまった。患者のところの電話もない。
- ・ 水害後、固定電話が使われなくなった家が多い。
- ・ 地域のスーパーマーケット、食堂などがなくなった。
- ・ 事務長が走り書きの日記をつけていたのが後に有用であった。
- ・ 停電にはならなかった。

(C) E病院訪問看護ステーション (背景)

E病院は東日本大震災および福島第1原子力発電所(1F)事故の際、精神科療養病棟1棟53床計118床の許可病床で診療を行っていた。1Fからの距離が20～30キロであり、2011年4月22日に緊急時避難準備区域指定となり、9月30日に解除が行われた。町の判断で2011年3月13日避難指示がだされ、2012年3月末に解除が行われた。E病院はそのような環境下、避難せずに診療を継続した。併設する訪問看護ステーションは2018年1月より業務を開始した。分担研究者らは、震災以降、診療支援等で関わりがある。

(インタビューの要点)

- ・ 郡内の訪問看護ステーションは本院を含めて2ヶ所：他は公的施設。郡外の訪問看護ステーションが訪問看護を実施しているところはある。
- ・ 対応している患者数は身体疾患患者>精神疾患患者。
- ・ 双葉郡外の医師指示が多い。
- ・ 透析は双葉郡内ではできない。
- ・ 訪問先の1ヶ所1ヶ所が遠い。距離の補助金はある

が、肉体的な大変さは変わらない。

- ・ 老老介護：家族がもう少しいればもう少しみることができが、若者は避難先に残り高齢者のみ戻る。
- ・ 買い物、処方箋をとりに行く足がなく、訪問時に届けるなど。
- ・ ショートステイも使えるところが少ない：家で介護できない→入院となる。
- ・ 職員も郡外からの勤務が多い。緊急時訪問を取り下げた。夜間対応が厳しい。公的なところも夜はやっていない→郡内では夜間の訪問看護対応はない。
- ・ 職員の高齢化。
- ・ 一人訪問の責任の大きさ：都市部だと2名が基本。

災害対応について

- ・ 県内では昨年にも大きな地震があった。利用者の安否確認を職員が行った。
- ・ 地震や原発事故の想定はしている。在宅で酸素を使用している人たちはE病院に入院する計画はある。
- ・ 訪問看護で職員が来ることができないときの対応は現時点ではなし。BCPなし。
- ・ 職員の安否確認は医療法人として対応検討中。
- ・ コロナでは職員の感染もあったが、残りの職員で乗り切った。もし少数で患者に対応できない場合には患者に優先度をつけて対応。くすりのセッティングやストーマの対応は必ず行かなくてはいけない。患者家族内感染で報恩できない「場合には電話等で対応せざるを得ない局面もあった。
- ・ コロナ禍において看護師派遣等の枠組みは事前に調お知らせ等はなし。
- ・ 県保健所、町とのやりとりはコロナに関してはなし。
- ・ 安全確保：長距離を走るので交通安全は重要。精神状態が不安定な患者の場合にはまずは自施設複数で対応。
- ・ コロナについては併設の病院の感染委員会がよく情報を出してくれた。

D 考察

分担研究者らがこれまで対応したことのある地域でのインタビューであり、内容は限定的となる点に留意を要する。インタビューを通じて対応が必要と考える事項について以下検討する。

(1) 在宅医療機関支援の重要性

災害が発生すれば、災害によって生じた新規の傷病者対応や避難所対応が注目されやすいが、一方で被災地域の医療機関にはすでに多くの患者が入院しているため、その対応が必要とされる。東日本大震災および東京電力福島第1発電所事故では、双葉病院および関連施設の病院避難で約10%の患者が搬送に伴い死亡した。DMA

Tでは病院避難も含めて、被災地域の医療機関支援を優先的支援と位置付けている。

今回のインタビューの中で、在宅診療医療機関が入院医療機関に匹敵するほどの患者数を取り扱っている可能性が示唆された。またその患者の状態も慢性呼吸不全で低流量の酸素投与を受けている患者から、人工呼吸器を用い絶え間ない人工呼吸管理を要する重症の患者までさまざまである。そのため地域で「どの程度の重症度の患者がどこに何名いるのか」の把握を行うことは重要であるが、現時点では一元的に把握できている状況とは言い難い。「防ぎ得る災害死を防ぐ」という観点から、在宅療養患者の存在を無視することはできない。

(2) 在宅療養患者の把握「どの程度の重症度の患者がどこに何名いるのか」。

DMA Tが被災地で活動する際には、被災都道府県庁保健医療福祉調整本部にDMA T都道府県調整本部を立ち上げ活動する。また被災地地域の災害拠点病院等にDMA T活動拠点本部を設置し、地域支援の拠点とする。

医療ニーズを把握するため、EM I S (Emergency Medical Information System : 広域災害救急医療情報システム、通称イーミス) が用いられる。発災後、被災地の医療機関は、発災直後情報 (緊急時入力) として、「入院病棟の危険状況」「ライフライン・サブライ状況」「患者受診状況」「職員状況」等を入力する。そして被害状況を確認していき、「詳細入力」でそれらの状況をより詳細に入力する。そこには、「現在受け入れている患者数」や「今後、転送が必要な患者数」、「人工呼吸/酸素が必要な患者数」などを入力する。活動拠点本部や保健所、都道府県DMA T調整本部を含む保健医療福祉調整本部等ではEM I Sを確認し医療ニーズを確認する。

EM I Sの運用主体は都道府県であるが、多くの都道府県で、EM I S登録医療機関は「病院」および「有床診療所」である。広島県などは一般の診療所も登録されているが、他都道府県において在宅診療をおこなっている医療機関の登録がどの程度かは不明である。またEM I Sでは医療機関の属性を登録する基本情報管理項目に在宅医療に関連した項目はなく、現在のところ、EM I Sを用いて、在宅診療を行なっている医療機関の被災状況や対応患者数を把握することは難しい。

EM I Sは医療機関がどの程度の患者に対応しているか、詳細入力の「現在受け入れている患者数」や「今後、転送が必要な患者数」、「人工呼吸/酸素が必要な患者数」等で把握できる。ただし、この前提として医療機関が著しい被災をしていないことが前提となろう。例えば、今回インタビューを行ったD医院では、医院の被災があり電話も十分使えず、さらには担当患者の被災もあった。それ故、医療機関側から患者の安否や状況を確認するこ

とは不可能であったと考えられる。仮にEM I Sですべての在宅診療をおこなっている医療機関をカバーできたととしても、ここにEM I Sの限界がある。

酸素濃縮器を提供している帝人在宅医療株式会社では、東日本大震災の際、自社の災害対応支援システムD-MA Pを活用し、迅速に安否確認と酸素提供体制を構築した*。D-MA P では高流量の酸素投与患者も把握でき緊急性の高い患者の抽出が可能である。これらの情報も活用し、民間だけでは対応できない部分は公的支援が必要となる。

(3) 個別避難計画の限界

東日本大震災を受けて平成25年に災害対策基本法改正により避難行動要支援者名簿の作成の義務化が行われた。また台風19号や令和2年7月豪雨で高齢者の割合が高いことから、令和3年には優先度の高い避難行動要支援者について個別避難計画の策定が市町村の努力義務となった。優先度の高い状況については取り組み指針の中で1.地域におけるハザードの状況:ハザードマップ上、危険な場所に居住するもの 2.当事者本人の心身の状況、情報収集や判断への支援が必要な程度 3.独居等の居住実態、社会的孤立の状況とあり、1.および 3.のように、必ずしも緊急の医療を要する患者となるものではない。そのため、個別避難計画作成の優先順位と医療的優先度が乖離する可能性がある。医療としては特に2の状況の患者について、事前にそして発災後に把握する必要がある。

台風19号で多くの死者をだした福島県いわき市では避難行動要支援者が1万5817人 (令和2年2月:いわき市人口は令和2年4月1日で33万7765人) *と、高齢化を反映して、その人口に対する割合は高い。計画をつくる過程で該当者の健康状態等もわかるが、発災時にはその健康状況情報は陳腐化している可能性があり、計画をつくったとしても発災後に避難行動用支援者のうち特に2に該当するものについての健康状況は把握される必要があり、避難行動要支援者名簿は「災害発生時に自力での非難が困難な災害弱者を、地方自治体が事前に把握して登録する名簿」 (災対法第四十九条の第十項) であるが、「災害時に困難な状況に直面する可能性が高い人」のリストであるともいえる。「発災後、現に困っている人」のリストではないことにも留意が必要である。

(4) 病院支援と在宅一診療医療機関支援の相違

被災した病院を支援する場合、入院患者は当該病院にいる。在宅診療医療機関支援の場合、病院支援とともっとも大きな相違点は患者が地域に分散している点である。そのため在宅診療医療機関支援で、患者医療ニーズがある場合、これまでである一定の期間にわけて訪問していたものが発

災後、比較的短期間に訪問しなくてはならない。また渋滞や通行止め、診療医療機関の車両喪失などで、平時より患者へのアクセスは困難になることが予測される。そのため、投入する医療資源に対して、対応できる患者数は制限される。医療提供という点では必ずしも自宅に訪問しなくても患者を病院等へ搬送する方法もあり、医療班を効率よく運用するという点では集約化のほうがよい。台風等の事前予測型ハザードでは、被災リスクが高い場合には事前の医療機関等への避難があれば、効率よく医療が提供できる。

一方、地震等の突発型ハザードでは事前の避難はできない。この場合、医療ニーズの高い患者へはその時点で対応しなくてはならない。

(5) 災害医療コーディネート体制と在宅医療体制

令和4年通知では福祉との連携が協調され、県庁内では保健医療福祉調整本部を立ち上げ、また地域では保健所を中心にさまざまな救護班のマネジメントが展開される。また東日本大震災以降、災害医療コーディネート制度が整備され、平成31年までに全都道府県で災害医療コーディネーターが移植された。

また各分野の専門家はそれぞれ災害時のコーディネーション体制を整備している。小児周産期分野では小児周産期リエゾン制度、精神はDPAT、透析は透析学会が、リハビリはJRATなど、これまで実際の災害でも活動している。

災害時の在宅医療体制支援は、患者が分散しているという点で非常に個別性が高くかつ労力を要する支援である。まずは在宅医療分野の中で、相互の共助体制を構築することが必要とされよう。その上で多分野との連携のために、たとえば災害時在宅医療コーディネート機能を地域および都道府県レベルで構築するも一法であろう。

コロナ禍においては、2021年5月の一連のコロナクラスター対応と入院困難事例に対する往診体制構築では、札幌市財薬医療協議会が在宅医を取りまとめ、行政と連携しながら、動きながら考え、スピード感をもって地域の危機に対応した。まさに災害時の在宅医療コーディネート機能を担ったといえる。協議会の中でも数名の医師は意見を取りまとめ、コーディネーターとしての役割を担った、

在宅医療の分野では、インタビューの中でも指摘があったように、在宅の患者はさまざまな原因疾患や状況があり、在宅療養患者となっている。行政の対応はその原因別の対応になりやすく、災害対応の中に在宅医療という視点をいれることができるという点でも災害時在宅医療コーディネート機能を構築することが望ましいと思われる。同時に各分野のコーディネーターと重複する調整もあり、十分なコミュニケーションと役割分担が必要で

ある。

同時にコロナ禍では保健所の情報処理体制も大きな課題となった。発生届や患者健康観察が紙ベースで進められ、多くの事務作業の遅延を伴った。在宅医療分野は特に個別性が高いことから、災害医療全体にも情報共有やマネジメント体制変革などデジタル・トランスフォーメーション(DX)がなくては、激甚災害への対応は難しい。

(6) 災害復旧・復興期の在宅医療

E訪問看護ステーションのインタビューでは、震災から12年が経過しても被災地の厳しさを感じた。訪問看護は在宅医療の要であり、医師だけでは適切な医療展開は困難である。また地域包括ケアの文脈でも準備期から復興期まで、多くの機関や専門職の連携が必要である。

医療機関が被災するとその復旧・復興には多大な費用がかかり、今回のD医院の指摘のように、災地の人口は災害後、減少することも多く、被災以後は医療機関経営の困難さが伴うことも多い。補助金や保険等の効果も限定的である。それでもD医院は、コロナ禍で必要な地域医療の役割を十二分に果たしているし、E病院も地域に必要とされる訪問看護ステーションを新規展開した。E病院は熊本地震後、看護師が減ってしまった熊本県内の病院に看護師派遣を長期に渡って行った。また熊本県内のこの病院は、令和2年7月豪雨で被災した人吉の医療機関を訪問し、復旧・復興の具体的助言をした。このように、以前被災した関係者が、次の被災地を支えることはお互いに大きな力になるものである。災害対応は長期にわたるということをインタビューで改めて実感した。

E 結論

我々も含めて今回のインタビューでわかったことは、在宅医療という視点で被災地域をみていなかったということである。避難行動用支援者名簿の作成や、事前避難計画作成は予め地域にどの程度、在宅療養患者に関して災害時医療ニーズが発生するかの知見を与えるが、地域の全体像もまだ見通せていない状況である。また実際に災害が発生した場合のニーズと乖離する可能性はあり、まずは既存のEMISやD-MAP等を駆使して、リアルタイムに被災後の在宅医療ニーズ「どの程度の重症度の患者がどこに何名いるのか」を把握する取り組みが必要と思われた。

それらのシステムを運用するためには、コアになる人材が必要であり、在宅医療分野の中で共助体制を構築すること、その上で他分野との連携のために災害時在宅医療コーディネート機能や具体的なコーディネーターを設置することもひとつの方法と考えられた。

G 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H 知的所有権の出願・登録状況

なし

参考文献

*日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 第 22 巻
第 3 号 ワークショップ II HOT 事業者の緊急時・災害
時対応と 今後の対策 帝人在宅医療株式会社仙台支店仙
台営業所 松本 忠明 2012 年 12 月

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsrCr/22/3/22_352/_pdf

災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究
在宅医療に関わる医療機関・事業所・有識者を対象としたインタビュー調査報告

研究分担者 太田 凡 京都府立医科大学 救急災害医療システム学 教授

研究協力者 宮本 雄気 京都府立医科大学 救急災害医療システム学 大学院生

研究要旨

新型コロナウイルス感染症等による「災害」を通して構築された枠組みを活かして、今後の自然災害およびパンデミックに在宅医療・介護はどのように対応する必要があるか、特に都道府県行政と市区町村行政（保健所など）との連携や、行政と在宅医療提供者との連携、在宅医療・介護従事者が担うべき役割について、有識者のインタビュー調査を行い検討した。

現状の課題および好事例の抽出を踏まえて、以下の5つの解決策について考察した。

1. 在宅医療・介護に従事する医療者・介護従事者に対する知識の普及

自施設のBCPが策定できた医療機関・事業所は、個別避難計画策定を策定することが望まれる。また、地域BCPまで配慮したシステム構築を行うことも検討される。そのために、局所災害および大規模災害発生時の行政や保健医療活動チームの動きなどの全体像を把握している人物の育成が在宅医療・介護の現場にも必要である。

2. 避難行動要支援者の自助の促進

個別避難計画の策定と必要な物資・物品の購入についての相談が必要である。個別避難支援計画を策定時に、多職種でシミュレーションを行い、発災直後には共助や公助による支援が届かない可能性があることを知ってもらうことも重要である。

3. 保健所を巻き込んだ地域包括ケアシステムの構築

在宅医療を行っている医療機関や事業所は、都道府県単位ではなく、保健所単位で連携を取ることによって、保健所が適切に情報収集を行うことができ、現場の医療者・介護従事者や保健医療活動チームの活動をより効率的に行うことができる可能性がある。

4. 医師会や看護協会など地域の職能団体によるインフラおよびシステムの整備

連携を行う際に、保健所へ向けて五月雨式に情報が飛んでくることは業務の支障や非効率化をきたす可能性があるため、各職能団体内や地域包括ケアシステム内で情報連携を含めたインフラやシステムを確立・整備しておく必要がある。その際の課題として、(1)情報連携システムの整備、(2)地域BCPのための地域ごとの工夫がある。

5. 災害発生時における在宅医療・介護従事者のヘルスクラスター会議への参画

災害発生時における保健医療調整本部のヘルスクラスター会議において、コーディネーション役としての在宅医療に関わる医療・介護職の参画について検討が望まれる。

今後発生する自然災害や新興感染症拡大に備えて、在宅医療・介護従事者は、災害医療に関する全体像と課題を認識し、自施設の事業継続、在宅療養者に対する自助の促進、保健医療調整本部の活動への参画、発災時の情報共有などのインフラ整備を職能団体や行政を通して行っていくことが求められる。

A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症等による「災害」を通して構築された枠組みを活かして、今後の自然災害およびパンデミックに在宅医療・介護はどのように対応する必要があるか、特に都道府県行政と市区町村行政（保健所など）との連携や、行政と在宅医療提供者との連携、在宅医療・介護従事者が担うべき役割について、有識者のインタビュー調査を行い検討した。

B. 研究方法

新型コロナウイルス感染症流行期における保健所と地域の在宅医療リソース間の連携を行った医師、医師会主導で医療用SNSを整備し、保健所を巻き込んだ災害時の連携を行っている医師、主治医・副主治医制の導入によって災害時に備えている医師、高齢者施設における避難支援を行っている医師の4名を対象とするヒアリング調査を行った。

それらの結果を踏まえ、1. 大規模災害・局地災害における全体像と在宅医療に関する課題、2. インタビューを通して得た大規模災害や局地

災害における在宅医療・介護に関する好事例について検討し、現状の課題に対する解決策について考察した。

(倫理面への配慮)

研究に当たり、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た(2022125NI)。

C. 研究結果

1. 大規模災害・局地災害における全体像と在宅医療に関する課題

大規模災害・局地災害における全体像と課題について、インタビュー内容を踏まえた全体像と課題について述べる。全体像と課題は(1)都道府県・市区町村に関する課題、(2)医療機関・事業所に関する課題、(3)高齢者・医療的ケア児などの要配慮者・避難行動要支援者に関する課題に大別できた。

(1) 都道府県・市区町村に関する課題

①全体像の把握

在宅医療に関わる医療者へのインタビューに共通して見られた課題が「災害発生時に行政や保健医療活動チームがどのような動きをしているか把握できていない」というものであった。

図1に現状の災害発生時の保健医療体制および、今後期待される大規模災害時の体制モデルを示す¹⁾。

在宅医療に関わる医療・介護従事者が、災害発生時の体制の全体像(保健医療調整本部や各保健医療活動チームの動き)を把握する必要性について議論・検討が必要であると考えます。

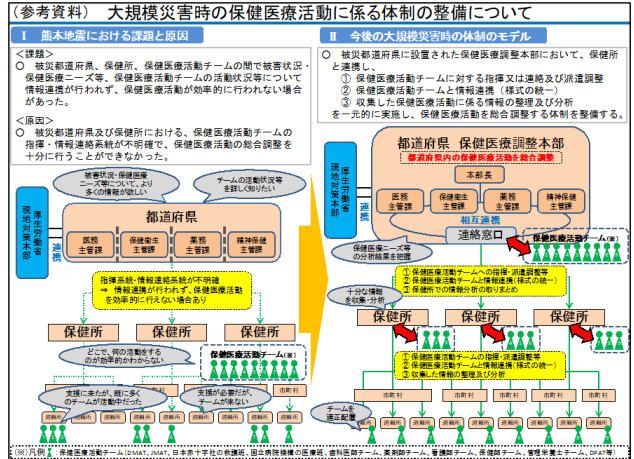
②大規模災害における保健所の役割

新型コロナウイルス感染症の流行を通して保健所の活動が注目された。そして図1右でも述べられているように、今後の大規模災害や局地災害時のモデルとして保健所の関わりが期待されている。しかしインタビューを通して新型コロナウイルス感染症以外の大規模災害および局地災害において、在宅医療と保健所の連携を円滑に行えた事例は存在しなかった。一方で、新型コロナウイルス感染症の流行時においては在宅医療と保健所の関わりが構築された事例が存在した(後述)。

③災害の時間軸と自助・共助・公助の分担と移行
局地災害や大規模災害発生時の時間軸と関係する保健医療活動チームについて図2に示す²⁾。

DMATやDPATを始めとして数多くの保健医療活動チームが存在し、それを適切に調整する目的でつくられたのがDHEATである。この図中で在宅療養を続けざるを得ない被災者への医療支援は主にJMATが行うこととなっており、その他の保健医療活動チームは病院・有床診療所および救護所の支援が主な役割となっている。その一方でJMATは一般病院・有床診療所・無床診療所・救護所・施設支援など幅広い活動を行っており、自宅で療養を継続せざるを得ない被災者へ十分な支援を行うことができるかは不透明である。このような場合

に、在宅療養を続けざるを得ない被災者が、発災直後よりどのようなアプローチで生命および生活の維持を行うかについて俯瞰的に検討した研究・報告書は少ない。災害の規模や発生時期によってケース・バイ・ケースになるのはもちろんだが、在宅療養を続けざるを得ない被災者に対し、どこまでを自助で行ってもらい、どこまでを共助(被



災した在宅医療・介護に関わる診療所・事業所を含む)で行い、どの部分を公助で行うのかについても検討が必要である。

図1：大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について¹⁾

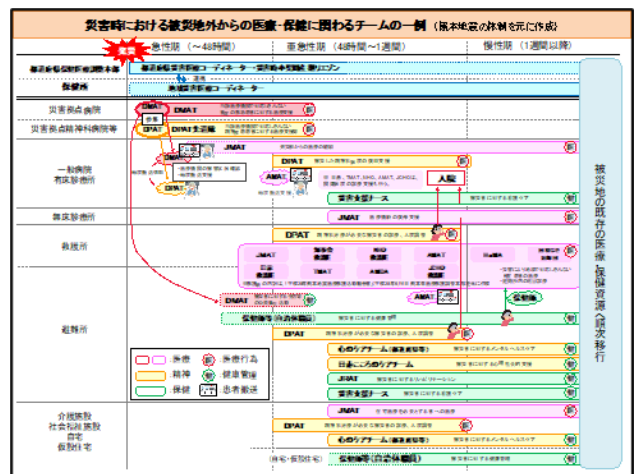


図2：災害時における被災地外からの医療・保健に関わるチームの一例²⁾

(2) 医療機関・事業所に関する課題

インタビューを通して、在宅医療・介護に関わる医療機関および事業所の多くが自施設の事業継続についての意識を有し、計画の策定を試みていた。

しかし多くの医療機関・事業所が自施設の事業継続について検討している一方で、個々の患者における避難場所やそこまでの経路について個別避難計画やそれに準じた書式に沿って作成している医療機関・事業所は少なかった。

同様に自施設の患者以外の被災者への支援や救

護所や施設への支援まで配慮した事業継続計画を策定している医療機関・事業所は少なかった。

これらの理由をインタビューに問うと、「個別避難計画という取り組み自体を知らなかった」という意見が最も多かった。これは行政（保健医療調整本部や災害対策本部・保健所など）および保健医療活動チームがどのような支援を行うのか把握できていないという問題と、BCPが自施設の機能維持やスタッフの安全までにとどまっておらず具体的な避難計画までイメージを持っていなかったという問題、そして自施設の患者以外の被災者の情報をどのようにして得るのかという問題が混在していると考えられた。

(3) 高齢者・医療的ケア児などの要配慮者・避難行動要支援者に関する課題

介護の必要な高齢者や医療的ケア児などに代表される要配慮者（避難行動要支援者）単位の課題についてもここで整理しておく。

まず、医療機関・事業所に関する課題と同様に要配慮者においても個別避難計画の取り組みが周知されていない可能性がある。

具体的には要配慮者におけるリスクは以下のように指摘されている[ref]。

- (a) 医療処置の継続
- (b) 介護者の確保
- (c) 避難先の受け入れ環境
- (d) 移動・移送
- (e) 栄養剤や介護用品の確保

これらの具体的問題は患者の病状や家庭環境によって変化するため、複数の医療・介護従事者で決定していくのが望ましい。

しかし実際には、日々のケアが忙しく、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合うのに時間を割かれていて、災害時の対策について検討する時間は限られている。限られた時間の中ではあるが、安否確認の方法だけでなく、前述のような具体的な支援の実際をイメージしつつ、自宅避難を続けざるを得ない場合の備えに関しても検討する必要がある。

次に、避難行動要支援者を誰がどのように把握し、保健医療活動チームや現場の医療機関・事業所につなげるかという問題が存在する。現在、災害対策基本法に基づく避難行動要支援者名簿が存在する一方で、この名簿の共有範囲は個人情報保護の観点から避難所や消防署など非常に限られており、どのように情報を共有することで有効利用が可能かについて検討する必要がある。

2. インタビューを通して得た大規模災害や局地災害における在宅医療・介護に関する好事例

次にインタビューを通して得たこれらの課題の解決策となり得る好事例を報告する。

(1) A氏：新型コロナウイルス感染症流行期における保健所と地域の在宅医療リソース間の連携を行った事例

新型コロナウイルス感染症では保健所と都道府

県行政内に存在する入院調整本部が主に医療資源の分配を行っていた。

兵庫県南部（人口200万人規模）では、いわゆる「第4波」の新型コロナウイルス感染症流行期において、病床が逼迫し本来入院を要する状態にも関わらず入院できない状態が発生していた。

この状況下において、在宅医療の活用が望ましいと考えたA氏（他県の在宅支援診療所で勤務する医師）は支援に赴き、複数の保健所にヒアリングと調査を行った。

その際、ある保健所では「在宅医療が必要だとは考えるが、どのように連携していいかわからない」「医師会に相談する必要があると思うが、どのように相談していいかわからない」という声が聞かれた。しかし医療機関・事業所側としては「我々は準備しているが、なぜ依頼をしてくれないのか」という状況になっていた。このギャップをA氏が橋渡しを行い、保健所と在宅医療の連携がはじまり、医療提供へと結びつく形となった。

この事例の振り返りにおいて、A氏は「災害対応の中に在宅医療というパーツが入っていなかった」と指摘している。この事例を通して、災害対応の中に在宅医療のリソースを組み込むことは重要であるが、保健所と在宅医療の連携はまだ未成熟であること、連携を促進させる方法の1つの手段として連携係を策定することの重要性が確認された。

(2) B氏：医師会主導で医療用SNSを整備し、保健所を巻き込んだ災害時の連携を行っている事例

豊中市（人口40万人規模）において、豊中市医師会では医療用SNS（ツール名：Medical Care Station）を医師会主導で導入し、多職種間の連携を行っていた。

2018年6月に大阪府北部地震発生時の安否確認にこの医療用SNSが有用であった経験を活かし、災害時における医療用SNSの活用を促進させていたところ、2018年9月に台風21号による大規模停電が発生した。この際は前述の安否確認のみに留まらず、病院との連携を行い、神経難病を有し人工呼吸器を装着していた患者をスムーズに搬送することができたと報告している。さらにこの事例報告を保健所に行い、医療用SNSを従来の多職種（医療機関・訪問看護ステーション・訪問介護事業所・居宅支援事業所・地域包括支援センターなど）だけにとどまらず、保健所とも連携が行われることとなった。ヒアリング時点でもメールアドレスを持つ保健所職員数名が医療用SNSに登録し、災害発生時に速やかに連絡を取り合うことが可能になっているとのことであった。

なお、保健所との情報連携の際、個人情報保護の問題がクローズアップされることも多いが、この医療用SNSは総務省・厚生労働省・経済産業省の3省が策定した情報セキュリティに関する2つのガイドラインに準拠した仕様になっており、他の医療用SNS（あるいは医療用でないSNS）と比較しても情報セキュリティ面に配慮されたものであったことが導入促進に影響した可能性がある。

(3)C氏：主治医・副主治医制の導入によって災害時に備えている事例

札幌市（人口200万人規模）において、医療・介護連携支援事業によって副主治医制を導入している診療所が存在する。具体的には、1人で診療を行っている（いわゆる"ソロプラクティス"）診療所において、他院に所属している医師による副主治医を導入することで、主治医が新型コロナウイルス感染症に罹患した際や、局所災害の被災者となってしまった場合などに事業の継続が可能となるというシステムである。また、ソロプラクティスでは現実的に困難な24時間365日対応も副主治医制の導入により、より持続可能なものになるというメリットも存在する。

連携の方法は大きな課題であるが、C氏が行っている方法としては主治医から紹介状を記載してもらい、その紹介状を受けて副主治医が診療を行うというシステムなどが取られているとのことであった。

(4)D氏：高齢者施設における避難支援の事例

D氏はNGO（団体名：ピースウィンズ・ジャパン）に所属し、全国あるいは世界各国の災害救助支援を行っている。この活動の一環として、2019年に生じた台風19号による長野県の水害に対し、高齢者施設への支援を行った。

その高齢者施設では、近隣の一級河川が氾濫し、高齢者施設が浸水、高齢者施設において垂直避難が行われた。D氏は被害状況の把握や物資の支援だけでなく、垂直避難を行っている入居者の転院搬送支援を行った。他の保健医療活動チームと協働し、結果として2日間で300人の入居者を転院搬送することに成功した。

これは高齢者施設の事案であるが、避難行動要支援者などにも共通するとD氏は述べる。つまり、避難のフェーズでは外部支援が十分に届かず、自宅内避難を余儀なくされるケースが出てくるのが予想される。さらに具体的に言うと、避難行動要支援者が発災直後のフェーズで避難できなかった場合は、自宅内で自助を行うことで救援を待ち、共助や公助による支援によって病院や福祉避難所への搬送を行うのが現実的ではないかと考えられる。

そのため、①医療者と協働し発災直後のフェーズにおける自助の拡充を行う（具体的には医療者が避難行動要支援者に対し、災害時に起こりうる状況を説明し、水と電源の確保（せめて携帯電話がつながるだけのモバイルバッテリーなど）を促すなどが想定される）②急性期～亜急性期のフェーズにおける外部支援の拡充（自地域の保健師などは手一杯になることが予想されるので、他地域からの保健師やケアマネジャーなどの応援によって自宅に留まらざるを得ない避難行動要支援者に対する戸別訪問を行い搬送の必要性を判断する）などの働きかけが必要ではないかと指摘している。

D. 考察

現状の課題および好事例の抽出を踏まえて、以

下の5つの解決策について考察した。

1. 在宅医療・介護に従事する医療者・介護従事者に対する知識の普及

近年、自施設のBCPの啓発が進んでいるが、自施設のBCPがある程度策定できた医療機関・事業所では、自施設の患者に対する個別避難計画策定を策定することが望まれる。

また、リソースさえ許せば、自施設の患者以外の被災者への支援や救護所や施設への支援などの「地域BCP」まで配慮したシステム構築を行うことも検討される。

地域BCPの実施には、局所災害および大規模災害発生時の行政や保健医療活動チームの動きなどの全体像を把握している人物の育成が在宅医療・介護の現場にも必要であると考ええる。

そしてこの全体像の把握は支援時だけでなく、受援時にも役立つと考えられるため、積極的に啓発を行っていくことが望ましいと考える。

2. 避難行動要支援者の自助の促進

1. で述べたように、在宅医療・介護に従事する医療者・介護従事者などが自助の促進を行うことは重要であると考ええる。

具体的には個別避難計画の策定と必要な物資・物品の購入（水・モバイルバッテリー・人工呼吸器の予備バッテリー・酸素ボンベ・発電機・手動の吸引器など）を相談して検討する必要がある。また個別避難支援計画を策定時に多職種で一度シミュレーションを行い、発災直後には共助や公助による支援が届かない可能性があることを知ってもらうことも重要である。

3. 保健所を巻き込んだ地域包括ケアシステムの構築

災害発生時の保険医療体制構築において、図1のように保健医療調整本部と保健所が連携することで保健医療活動がより効率的に行うことができると考えられている。

さらに、在宅医療を行っている現場の医療機関や事業所は、都道府県単位ではなく、保健所単位で連携を取ることで、保健所が適切に情報収集を行うことができ、現場の医療者・介護従事者や保健医療活動チームの活動をより効率的に行うことができる可能性がある。具体的には避難行動要支援者名簿の登録・作成を積極的に進め、市町村行政と保健所が情報の連携を行いつつ、現場の医療者・介護従事者の情報、避難所からの情報、保健医療活動チームからの情報を保健所に集約することが求められる。

4. 医師会や看護協会など地域の職能団体によるインフラおよびシステムの整備

前述のような連携を行う際に、保健所へ向けて五月雨式に情報が飛んでくることは業務の支障や非効率化をきたす可能性があるため、各職能団体内や地域包括ケアシステム内で情報連携を含めたインフラやシステムを確立・整備しておく必要がある。

(1)情報連携システムの整備

保健所を巻き込んだ情報連携の方法には2つのパターンがあると考えられる。すなわち(i)EMISに類似した災害に特化したシステムを行政主導で新規構築するのか (ii)すでに地域包括ケアシステムで使用している医療用SNSを用いるのか である。

(i)はEMISや避難所日報などとのフォーマット統一が可能となる一方で、新規構築と普及に大きなエフォートが割かれる。(ii)では既存のスキームを利用するためエフォートは少なくなる一方で、フォーマットの統一が困難なこと、保健所や市区町村行政における参画に障壁があることなどが問題点である。今後、どのように情報連携を進めていくかを検討し、そのための障壁を乗り越えるための施策が必要となると考える。

(2)地域BCPのための地域ごとの工夫

大規模災害時や局所災害時における地域包括ケアシステムの継続を目的とした連携は「地域BCP」として現在多くの地域で取り組みが行われ始めている。

この地域BCPは地域の医療リソースによって達成すべきゴールが異なる。そのため、地域の実情に応じた工夫を行うことが望まれる。

このような工夫は地域の職能団体などによって行うことで、より地域全体をカバーできる可能性がある。

5. 災害発生時における在宅医療・介護従事者のヘルスクラスター会議への参画

A氏の事例(1)から、新型コロナウイルス感染症における都道府県および保健所の調整業務において「在宅医療において何が出来て、どのように依頼するのか」について十分に把握できず、連携の方法を把握していなかったため、地域のリソースを有効活用できなかった可能性が示唆された。この問題を解決するために、災害発生時における保健医療調整本部のヘルスクラスター会議において、コーディネーション役としての在宅医療に関わる医療・介護職の参画が検討される。参画する場合は、誰が参加し、参加するにはどのような知識・技能が必要かについての議論が今後必要である。

E. 結論

大規模災害・局所災害における体制は構築されつつある一方、これらの体制は病院支援が主であり、酸素投与や人工呼吸器装着など入院治療に近い医療を受けている在宅療養者への支援に関してはまだ課題が多い。新型コロナウイルス感染症によって自宅療養を継続せざるを得ない患者への支援について注目されたが、新型コロナウイルス感染症は発災から対応までの時間的猶予が存在した一方で、自然災害では時間的猶予はほとんど存在しないため、新型コロナウイルス感染症で得られた教訓を活かした事前の体制構築が重要である。

具体的には在宅医療・介護従事者が(まずは一部の者だけでも)災害医療に関する全体像と課題を認識し、自施設の事業継続だけでなく、在宅療養者への自助を促進すること、保健医療調整本部の活動に在宅医療・介護について詳しい者が参画すること、発災時の情報共有などのインフラ整備を職

能団体や行政を通して行っていくことが求められる。

■参考文献

- 1) 平成29年7月5日付け 厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長、社会・援護局障害保健福祉部長連名通知、大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/29.0705.hokenniryokatsudoutaiseiseibi.pdf>
- 2) 第9回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会【資料2-1】災害時における被災地外からの医療・保健に関わるチームの一例
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000377339.pdf>

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
分担研究報告書

災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究

— 分担研究者の研究テーマ —

わが地域全体の医療やケアの継続を考える「地域BCP」の必要性

研究分担者 山岸暁美

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、コミュニティヘルス研究部長

研究要旨

在宅医療・ケア提供機関のBCP、連携型BCP、地域BCP策定推進に向け論考し、在宅医療・ケアにおける災害対応及びBCP策定にあたっての課題やBCP策定の際に、十分考慮すべきヘルスケア領域の特徴を明確にした。また在宅医療・ケア機関のBCP策定、連携型、地域BCP策定にあたり、自治体・職能団体に求められる支援や役割として、以下の3点を整理した。1) 機関型BCP策定支援、2) 連携型BCP策定支援、3) 地域BCPの策定(特に、(1) 安否確認の効率化のための仕組みづくり、(2) 在宅医療・ケア提供機関の支援ニーズ、稼働状況等の情報を集約し、迅速に支援に繋げるための情報システムの検討、(3) 自治体として有事に在宅医療・ケア機関に依頼することのリストアップと対価の相談)、さらに、BCP策定支援にあたっての前提となる体制作りで求められることとして、1) 自治体の庁内連携および都道府県-基礎自治体の連携強化、2) 在宅医療を担う機関の窓口機能や取りまとめを担う機関の設定(在宅医療を積極的に担う機関に求めるタスクの明確と予算措置の必要性)が挙げられた。

A 研究目的

Business Continuity Plan:業務継続計画:以下BCP)は、有事対応に実効性を持つツールとして注目されている。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する報告もある(Yamanouchi 2017)。

また各機関の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、同業との連携支援協定(連携型BCP)はもちろん、さらには地域包括ケアシステム、地域共生社会の文脈の中で、周辺の医療・介護・福祉機関や職能団体、行政、住民との連携をベースとした「地域BCP」を策定することの必要性が唱えられている(山岸ら,2018)

本研究は、在宅医療・提供機関の「機関型BCP」、「連携型BCP」、さらには「地域BCP」策定にあたっての課題、および、これらの策定推進にあたっての自治体や職能団体に求められる支援等を整理するものである。

B 研究方法

厚労省医政局の「在宅医療の災害時における医

療提供体制強化支援事業」における活動や44府県

の看護協会とのBCP策定研修会の共同開催、その他、多数の自治体や職能団体におけるBCPに係る研修や実装事業を遂行する中で、当該研究者が得られた知見、また事例に関連する聴取および二次資料の解析から、在宅医療・ケア提供機関のBCP策定や有事対応における課題、および自治体・職能団体に求められる支援や役割を論考した。

◆ヘルスケア領域のBCPに係る用語の整理

ヘルスケア領域のBCPは、以下の3つに整理されている(山岸ら,2019)。これら3つのBCPは、連動することで、実効性はさらに高まると考えられている。

1) 機関型BCP

在宅医療・ケア提供機関の業務継続が、患者・利用者・住民のいのちや生活の継続に直結することから、各機関は有事に際し、具体的にどのように医療やケアを継続するか計画=機関型BCPの策定を行う。

2) 連携型BCP

各機関のBCP策定のプロセスで、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。特に、災害時等の有事で不足する各機関の医療機能に関して、連携型 BCP の策定を通じて地域の機関間でその機能を補完できるようにする。

3) 地域 BCP

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 BCP の策定を目指していく。地域 BCP とは、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 BCP である。

C 研究結果

1. 在宅医療・ケア提供機関の BCP 策定上の課題

1) 在宅医療・ケアにおける災害対応及び BCP 策定にあたっての課題

上記課題として、以下の 9 課題が抽出された。

- (1) 小規模事業者が多い
- (2) 医療的には「安定」している方を対象としているが、生命に直結する医療機器の使用者もいる
- (3) 1 人の療養者に複数の事業者が関わる人が多い
- (4) 自然災害時、避難所への移動や避難所での生活が困難な者も対象としている
- (5) 訪問中は、自院、事業所との物理的距離がある（連絡が取れなくなる可能性が高い）
- (6) 在宅医療・ケア提供機関を束ね、窓口機能を担う機関がない地域も多い
- (7) 自治体により、在宅医療・ケア従事者による個別避難支援計画策定へのコミットメントが難しい
- (8) 現状、各機関の支援ニーズ、稼働状況等の情報を集約し、迅速に支援に繋げるための情報システムがない（運用されていない）
- (9) 日常的には、地域包括ケアシステム（基礎自治体主管）の中での医療・ケア提供を行っているが、基礎自治体には、「医療」に関する窓口はない

2) BCP 策定の際に、十分考慮すべきヘルスケア領域の特徴

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。BCP を策定する際に、考慮すべきヘルスケアの特徴は、以下の 7 点である（山岸ら、2019）

- (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
- (7) 自機関の業務継続が患者・利用者・住民のいのちや生活の継続に直結すること

2. 在宅医療・ケア機関の BCP 策定、連携型、地域 BCP 策定にあたり、自治体・職能団体に求められる支援や役割

1) 機関型 BCP 策定支援

介護保険サービス提供事業所の BCP 策定が要件化され、令和 5 年度中に策定が求められている。さらに、第 8 次医療計画で、在宅医療・ケア提供機関においても BCP 策定を求められる方向で各都道府県で検討が進むことと推察する。

各機関の BCP 策定に関しては、職能団体の支援が期待される。特に、病院、診療所、訪問看護等、機関種別ごとに、集合もしくは Web 上で繋がりながら、BCP 策定の研修や策定伴走支援は有用である。郡市レベルの職能団体がその支援を担い、地域の同職種、そして同じセッティングで医療・ケアに携わる仲間たちと、経験や知見、アイデアを共有する場を設ければ、普段の医療介護連携の文脈の中で有事対応の選択肢を増やすことができ、BCP の内容も充実する。

2) 連携型 BCP 策定支援

ヘルスケア提供機関の場合、自身が被災したとしても、目の前の患者や利用者の医療・ケアニーズに応え続ける必要がある。自機関からの訪問診療や訪問看護の提供が難しくなったとしても、他の機関から一定期間の代替訪問を依頼することで、医療やケアの提供の継続を図る等の策が必要になる。特に主に小規模機関である在宅医療・ケア提供機関においては、自機関の BCP のみならず、連携型 BCP の策定は必至である。

しかし、普段は、いわばライバル関係にある事業者間で、連携支援協定を締結することは容易いことではない。例えば、福岡県は、県として、訪問看護ステーションの連携型BCP策定の支援をしている。自治体が、訪問看護ステーション間の連携を推進し、中立的な立場で調整することで、福岡県下から、さまざまなGood Practiceが報告されている。連携型BCP策定にあたっては、自治体の支援があったほうがスムーズであり、是非とも支援を期待したい。

3) 地域BCPの策定

地域BCPは、地域のステイクホルダーが膝を突き合わせて、ディスカッションすることから始まる。地域BCPの策定は、有事において指揮を執る、また中立的な立場を取ることができる、基礎自治体または保健所が旗を振ることが望ましいと考える。そうでないと、有事に良い指揮は執れないであろう。

有事において、それぞれの機関の役割や人員の再配置に関し、地域全体で考え、我が地域の医療やケアをどのように継続するかを計画に落とし込んでいく。専門職のみならず、住民や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。

地域BCP策定にあたり、自治体および職能団体に期待される支援を以下にまとめる。

(1) 安否確認の効率化のための仕組みづくり

先述のように多機関多職種が1人の療養者に関わるのがこの領域の特徴の一つである。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、また同じ内容の電話を受けた療養者のスマートフォンはあっという間に充電が切れ、停電が続く中では「非常に困った」という。こうなるとは安否確認の弊害だ。また、「医療・ケア従事者が1人

の療養者に重複して安否確認を行ったこと」を、「人的資源の活用の面から無駄が多い」とも指摘できる。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効率化に向けた取り組みが始まっている。

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、「どのような情報をもって、『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。

(2) 在宅医療・ケア提供機関の支援ニーズ、稼働状況等の情報を集約し、迅速に支援に繋げるための情報システムの検討

災害発生時、医療機関の被災状況や稼働状況など各種情報を集約、被災地域で適切に支援に繋げていくためのEMISという国の情報システムがある。

しかし、これはあくまで医療機関限定であり（また実際は、その対象は有床医療機関のみの自治体が多く、無床診療所をその対象としているところはまだ少ない）、災害弱者や要配慮者と呼ばれる方々の生活を平時から支える、診療所、訪問看護、介護・福祉機関は対象ではない。中でも、人工呼吸器や在宅酸素療法中の方をサポートする在宅医療を提供する診療所、訪問看護、介護・福祉施設の被災状況、稼働状況、支援ニーズを把握し、迅速かつ適切な支援に繋げるための情報システムが早急に求められる。

当該研究者らは、D24Hのサーベイシステムを用いて、いくつかの地域で、この仕組みを実装している。これまで誰かが足を運んで取りに行くしかなかった、被災状況、稼働状

況、支援ニーズに関する情報も、このシステムにより一瞬で可視化され、支援側の迅速な判断や意志決定に資すること、それがまた適切な支援に繋がるであろうことは検証済みである。しかし、在宅医療のように、「何丁目何番地の〇〇さん」という個人情報、D24Hでは扱えないため、在宅療養者の安否確認や支援要請には対応できないなど課題は残る。

またいくつかの地域では、普段の医療介護連携に用いる ICT を有事にも活用できないかという検討を始めている。

いずれにせよ、地域健康危機において指揮を執る自治体としても必要な情報であることから、在宅医療・ケア提供事業者任せきりにするのではなく、自治体が主体的に有事の情報集約や発信の仕組み構築にコミットメントすることが求められる。

(3) 自治体として有事に在宅医療・ケア機関に依頼することのリストアップと対価の相談

有事に自治体または保健所から、在宅医療・ケア提供機関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診療所医師、ケアマネジャー等は、ボランティアで参加している。彼ら専門職のほとんどは民間事業所である。彼らにとって、従業員の給与を保障することも重要な BCP のコンテンツであるにもかかわらず、有事に自治体は、当たり前のように訪問看護師や診療所医師、ケアマネジャー等にローラー作戦への無償での参画を依頼する。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。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、在宅医療・ケア提供機関に依頼するタスクを整理し、またその対価についても、しっかりと平時から相談しておくべきである。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。

また、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である。

有事において、地域のヘルスケア資源をどのように利活用し、また役割分担し、そして専門職人材をどのように再配置するか、その対価をどうするのか。そして在宅療養者の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。

D 考察

本研究では、在宅医療・提供機関の「機関型 BCP」、「連携型 BCP」、さらには「地域 BCP」策定にあたっての課題、および、これらの策定推進にあたっての自治体や職能団体等に求められる支援や役割を整理した。

自治体や職能団体の支援なしには、機関型 BCP や連携型 BCP の策定は推進されないこと、地域 BCP は、地域健康危機に指揮を執る基礎自治体または保健所がステイクホルダーと対話しながら、策定をファシリテートしていくことが求められていることなどが示唆された。

しかし、その前提として、以下の 2 つの体制を早急に整えることが重要である。

1) 自治体の庁内連携および都道府県 - 基礎自治体間の連携強化

日常的には、地域包括ケアシステム（基礎自治体主管）の中で、在宅医療・ケア提供が行われているが、基礎自治体には、「医療」に関する窓口はない。医療の担当は都道府県の所掌である点で、まずここで平時においても、有事は殊更、混乱が生じる。また在宅療養者は、高齢者から新生児まで多様な年齢層であり、疾患も多岐にわたる。難病、障害、小児、高齢者と、自治体の様々な部署が関わることになる。しかし、多くの先行調査を見ても、各部署に横串を刺す形で、情報共有や協働を可能にする庁内調整がうまくいっている例

は、ほとんどないのが実態である。

平時にできないことは、有事にはできない。庁内連携および都道府県 - 基礎自治体の連携強化を強化すると同時に、特に基礎自治体においては、平時から、多部署から成る災害対応チームを形成し、この自治体チームが、地域の医療・ケア従事者との対話をしながら、地域 BCP 策定に取り組んでいく体制をまずは整える必要がある。

2) 在宅医療を担う機関の窓口機能や取りまとめを担う機関の設定 (在宅医療を積極的に担う機関に求めるタスクの明確と予算措置の必要性)

1 人の療養者に多機関・多職種が関わるのも在宅医療・ケアの特徴であるが、こうした多様な職種や機関を取りまとめ、窓口機能を担う機関がない地域が多いのも実情である。在宅医療・介護連携推進事業などをうまく活用しながら、平時から連携を深め、こうした体制を整えた上で、有事にも有機的な活動をされた地域もあるが、未だ少数派である。もちろん、医師会がうまく繋いでいる地域もある。しかし、一方で、医師会が実態として在宅医療に消極的な地域もある。

地域健康危機に際し、指揮を執る災害拠点病院や保健所が、在宅医療・ケアに関する窓口が同定できず混乱を招いたり、迅速な情報の集約ができないという事態は、どの被災地でも起こるし、新型コロナウイルス感染症の蔓延時にも混乱した地域が多かった。

有事に在宅医療・ケア機関の取りまとめや調整窓口として必要な機能を同定し、在宅医療を積極的に担う医療・ケア機関がこうした役割を担うことも考えられる。また、平時からの備えや有事の多機関・多職種の取りまとめは、労力もかかることであるため、これらのタスクに係る予算措置についても今後検討すべきであると考ええる。

E 結論

在宅医療・ケア提供機関の BCP、連携型 BCP、地域 BCP 策定推進に向け論考し、在宅医療・ケアにおける災害対応及び BCP 策定にあたっての課題や BCP 策定の際に、十分考慮すべきヘルスケア領域の特徴を明確にした。

さらに在宅医療・ケア機関の BCP 策定、連携型、地域 BCP 策定にあたり、自治体・職能団体等に求められる支援や役割として、以下の3点を整理した。1) 機関型 BCP 策定支援、2) 連携型 BCP 策定支援、3) 地域 BCP の策定 (特に、

(1) 安否確認の効率化のための仕組みづくり、
(2) 在宅医療・ケア提供機関の支援ニーズ、稼働状況等の情報を集約し、迅速に支援に繋げるための情報システムの検討、(3) 自治体として有事に在宅医療・ケア機関に依頼することのリストアップと対価の相談)

さらに、BCP 策定支援にあたっての前提となる体制作りとして、1) 自治体の庁内連携および都道府県 - 基礎自治体間の連携強化、2) 在宅医療を担う機関の窓口機能や取りまとめを担う機関の設定 (在宅医療を積極的に担う機関に求めるタスクの明確と予算措置の必要性) が挙げられた。

G 研究発表

1. 論文発表 (総説含む)

- 1) 山岸 暁美. 地域 BCP のスプルー患者・利用者のいのちと生活を守るために. 日本精神科病院協会雑誌.41(12) 2022.1164-1171.
- 2) 山岸 暁美. 災害に強いステーションづくり - 地域における BCP 連携の必要性②. コミュニティケア. 2022. 310:248(6)
- 3) 山岸 暁美. 災害に強いステーションづくり - 地域における BCP 連携の必要性①. コミュニティケア. 2022. 310:248(5)
- 4) 山岸 暁美『自宅で療養する新型コロナ患者の支援で、看護師たちには何が求められたのか - コールセンターの経験、自宅訪問の体験: コールセンターの経験、訪問看護の体験を語る 神奈川県藤沢市「地域療養の神奈川モデル」での実践から』2022. 訪問看護と介護. 27 (1) 12-25.
- 5) 山岸 暁美, 岩本大希, 金坂宇将, 平山司樹, 藤野泰平. 「有事において実効性を発揮する BCP」とするためのプロセス(STEP8) 業務継続マネジメント」訪問看護と介護. 2022.27 (4) 2022.46-51.324-327
- 6) 山岸 暁美, 岩本大希, 金坂宇将, 平山司樹, 藤野泰平. 「地域全体の医療・ケアを継続させるための備え(STEP7) 連携型 BCP、地域 BCP」訪問看護と介護. 2022.27 (3) 2022.46-51.228-233
- 7) 山岸 暁美, 岩本大希, 金坂宇将, 平山司樹, 藤野泰平. 「訪問看護 BCP プロジェクト: 日常業務の棚卸し、重要業務の選定と影響、および継続のための分析: 業務影響分析」訪問看護と介護. 2022.27 (1) 46-51

2. 学会発表

山岸 暁美, 古屋 聡, 池上 徹則, 遠矢 純一郎, 市川 学, 貝原 敏江, 小井土 雄一. 「在宅医療・ケア提供機関の事業継続計画 Business Continuity Plan (BCP)」第4回日本在宅医療連合学会. 2022. 07. 神戸

H 知的所有権の出願・登録状況

特になし

災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究

患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について

研究分担者	三浦 靖彦	東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 教授
研究協力者	武 ユカリ	森ノ宮医療大学 看護学部 看護学科 在宅看護学領域 准教授
研究協力者	長尾 式子	北里大学 看護学部 臨床看護学領域 教授
研究協力者	竹下 啓	東海大学 医学部 基盤診療学系医療倫理学領域 教授
研究協力者	三木 明子	関西医科大学 看護学部 精神看護学領域 教授

研究要旨

埼玉県における在宅医療従事者に対する殺人等事件等、在宅医療関係者の安全に係る事案が発生している。患者・家族の大多数は暴力・ハラスメントとは無縁であり、暴力・ハラスメントのある患者・家族はごく一部であると考えられるが、在宅医療関係者の安全確保の整備が急務であり、行政的な支援についても検討が必要である。本研究では、在宅医療を安全かつ継続して提供するために、患者（介護サービス利用者を含む）・家族による暴力・ハラスメントの事例を収集し、在宅における医療、介護、事務職などを含む在宅医療の提供に関わる全ての関係者（以下、在宅医療関係者）の安全を確保する対策について調査を行い、行政に求められる支援体制について検討した。

2022年12月～2023年3月、総計44名を対象に1回あたり1～5名を対象として14回、インタビュー調査を実施した。インタビュー項目は、1) 患者・家族からの暴力・ハラスメントの事例（緊急重大案件）について、2) 在宅医療の現場で実際に行われている暴力・ハラスメント対策について、3) 有効と考えられる暴力・ハラスメント対策について、とした。

その結果、在宅医療関係者の生命にかかわる事案が発生していたことが明らかとなった。また、患者・家族からの暴力・ハラスメントへの望ましい対策として、(1) 行政・地域の支援体制づくり、(2) 訪問体制の見直し、(3) 暴力・ハラスメント対策を学ぶ機会の提供、(4) 患者・家族からの暴力・ハラスメントに対する抑止力となる対策の実施、に関する事項が抽出された。さらに、これまで、訪問看護職を主体とする実態調査をもとに作成された、暴力・ハラスメント対策マニュアルなどの成果物が、十分に普及していないことが明らかとなり、在宅医療関係者に対するこれらの普及と活用の必要性が示唆された。訪問診療や訪問看護、訪問介護等を提供する事業所の多くは小規模である。それぞれの事業所は、行政や地域の職能団体と事例を共有しながら、警察とも連携して、患者・家族からの暴力・ハラスメント対策を講じることが必要である。地域包括ケアを推進するための会議や地域ケア会議などの場を利用して、在宅医療関係者が患者・家族からの暴力・ハラスメントの事例を共有し、対策を共に検討する方法も有用であろう。在宅医療の場における患者・家族からの暴力・ハラスメント問題について、引き続き、社会全体で考え、リスクがあるということを前提にした対策を講じる必要がある。

A 研究目的

埼玉県における在宅医療従事者に対する殺人等事件等、在宅医療関係者の安全に係る事案が発生している。患者・家族の大多数は暴力・ハラスメントとは無縁であり、暴力・ハラスメントのある患者・家族はごく一部であると考えられるが、在宅医療関係者の安全確保の整備が急務であり、行政的な支援についても検討が必要である。そこで、本研究では、在宅医療を安全かつ継続して提供するために、患者・家族による暴力・

ハラスメントの事例を収集し、在宅医療関係者の安全を確保するための対策について調査を行い、行政に求められる支援体制について検討した。

B 研究方法

日本在宅医療連合学会 在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメント対策検討ワーキンググループが「在宅医療・介護現場における患者及び家族からの暴力・ハラスメントに関する実態調査」をすでに実施していることから、実態調査ではなく、在宅医療関係者

の安全を確保するための対策について、研究分担者と研究協力者の計 5 名が Web インタビュー調査を行った。

調査期間を 2022 年 12 月～2023 年 3 月とし、機縁法で協力を得られた総計 44 名に、1 回あたり 1～5 名を対象として 14 回、インタビュー調査を実施した。対象者には本研究の主旨を説明し、「自分自身には暴力・ハラスメントの体験がない」という人も含めることとした。

インタビュー項目は、1) 患者・家族からの暴力・ハラスメントの事例（緊急重大案件）について、2) 現在実施している暴力・ハラスメント対策について、3) 有効と考えられる暴力・ハラスメント対策について、とした。

インタビュー内容は、対象者の承諾を得て録音し、専門業者に委託して逐語録を作成した後、研究班で分析した。

（倫理面への配慮）

東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た（2022125NI-(1)）。

C 研究結果

インタビューの対象者 44 名の属性を表 1 に示した。

表 1 対象者の属性

項目		人数
年代	20 歳代	1
	30 歳代	3
	40 歳代	11
	50 歳代	15
	60 歳代	3
	不明	11
性別	男性	13
	女性	17
	不明	14
所属先	訪問診療クリニック・機能強化型在宅療養支援診療所	16
	居宅介護支援事業所	11
	訪問看護事業所	8
	訪問介護事業所	4
	その他（相談支援事業所、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、地域包括支援センターなど）	5
職位	管理者、代表など管理的な立場	30
	職員	8

	不明	6
職種	看護師	11
	医師	10
	介護支援専門員	7
	介護福祉士	5
	その他（理学療法士、事務、相談員など）	7
	不明	4

1) 患者・家族からの暴力・ハラスメントの事例（緊急重大案件）について

インタビューの対象者 44 名中、43 名から 73 件、患者・家族による暴力・ハラスメント事例が得られた（対象者自身の体験でなく、管理者として、あるいは自身が現在・過去に所属の組織の中で生じた内容を含む）。そのうち、警察へ通報・相談した事例、あるいは通報・相談にまで至らなかったが、通報・相談について検討すべき事例は 7 事例認められ、緊急重大案件として表 2 に示した。なお、表中にインタビュー対象者の職種・性別を示したが、管理者が被害事例について回答した場合もあり、回答者が被害者本人とは限らない。

表 2 緊急重大案件 7 事例の概要

事例 1. 患者の家族による電話での脅し	
対象者	介護支援専門員（女性）
概要	患者の息子から事業所への電話で「次に会った時、刺してやる」と再三脅された。無職の息子は患者に金銭的に依存していた。
対応・支援	詳細不明
事例 2. 患者による訪問中の言葉による脅し	
対象者	訪問看護師（女性）
概要	訪問中、患者に対して訪問日を変更する旨、説明したところ怒り出した。「てめえ、殺すぞ！」と脅された。もともと、粗暴な言動がある患者だった。訪問看護師が怖さのあまり泣き出すと「管理者にはいうな」と口止めされた。
対応・支援	管理者に相談後、地域包括支援センターと行政に報告し、当日に契約解除することとした。
事例 3. 患者の家族による訪問中の言葉と刃物による脅し	

対象者	訪問診療クリニック看護師（女性）
概要	患者の夫が訪問中に刃物を持ち出し、「いつでもあんたを殺せる」「もう二度と来ないでくれ」と看護師に言った。夫から患者への身体的虐待の既往があり、皮下出血跡も見られたことで身体的虐待を強く疑い、短期入所を勧めたところ怒り出した。訪問看護スタッフの好き嫌いが激しく、連日、クリニックに電話して訪問看護への不満を長々と話すことが連日続いたことがあった。
対応・支援	看護師は「わかりました」とすぐに退室した。
事例4. 患者による事業所への刃物による脅し	
対象者	相談支援専門員（男性）
概要	患者（男性）が、突然、包丁を手に持ったまま事業所に来た。来訪時から興奮状態で立腹していた。「（介護福祉士が患者宅の）包丁を欠けさせた」と言った。事業所内で複数の職員がいたため対応し、落ち着くように話しかけたが収まらなかった。やむなく警察に通報した。患者には精神疾患があった。
対応・支援	警察へ通報したことについて、事後に担当介護支援専門員から警察沙汰にしたと叱責を受けた。また、対処方法を話し合うことはなかった。
事例5. 患者宅への長時間監禁、過剰な要求	
対象者	介護福祉士（女性）
概要	患者（女性）が訪問中の介護福祉士の携帯電話を取り上げ、玄関の鍵を閉めて監禁した。日中から夜中の2時まで続いた。以前から「権利を侵害している」と司法書士を通じて文書が送られてきていた。電話は禁止されFaxや文書でのやり取りを求められた。文書の文字の大きさをセンチで指定してくるなどの異常さがあった。
対応・支援	地域包括支援センターの職員に連絡したところ、駆けつけた職員も一緒に監禁された。地域包括支援センターと介護事業所の職員数名で、玄関先で説得を続けた。
事例6. 患者宅への長時間監禁、謝罪文の要求、金銭の要求	

対象者	介護福祉士（女性）
概要	患者（女性）とその知人男性により2名の介護支援専門員が長時間軟禁された。介護支援専門員の調整不足があったことを責められ、正座で話を聞かなければならなかった。謝罪文を要求され、話し合いに同席した知人男性が帰る時間帯に電車がなくてタクシー代を請求された。後日、謝罪文を書くことで解放された。「これは脅迫ではない」と言われた。
対応・支援	行政に相談したが「仕方がない」と言われ、謝罪文を書き請求されたタクシー代を支払った。
事例7. 患者の家族による電話での脅し	
対象者	訪問看護師（女性）
概要	患者の父親から事業所への電話があり「管理者を呼べ」「今から殺しに行くから待ってろ」といった。事務職員が対応した。気に入らないことがあると同様の言動があり、複数のスタッフが被害に遭った。1名はそれが原因で休職した。父親への対応には、これまで多くの職員が困っていた。
対応・支援	患者は障害者で医療保険を利用した訪問であったため障害者の支援を行う行政の担当課に相談した。呼び出しに管理者、事務員（男性）と共に3名で応じた上で、契約を解除した。

7事例のうち、実際に警察へ通報したのは1事例のみで、警察へ通報したこと自体を担当の介護支援専門員に責められたということが語られていた。他の6事例は警察への通報・相談はしておらず、刃物で脅された、長時間監禁された状況になっても、警察への通報・相談がされていなかった。

緊急重大案件以外の66事例では、患者・家族による暴力・ハラスメントがあっても、警察への通報・相談に至らない理由について、次のように語られていた。
例)「ほんとに襲われちゃったら...例えば羽交い締めにして、鍵閉められて、軟禁されてっていったら話は別ですけどね。ほんとにこう抱きつかれて、ただ最終的に、無事にその家を出ることができれば、警察沙汰ではないだろうなと。」(介護支援専門員)「木刀を持ち出すとか、凶器みたいなものを持ち出されたときには、もう、それはすぐ警察ではないかなとは思ってい

ますね。」(訪問看護師)「玄関に通じる通路をふさがれて、刃物持ち出されたときには、まずはそこをけがなく、生きて帰らなきゃいけないって思っちゃうんですけど、無事におうちを出ることができたら……できたら、警察呼ばなくてもいいのかなあ。」(診療所看護師)
「警察介入などもちょっと考えたことはあるんですけども、事業所として、それに関しては認めないという話が以前ありました。」(診療所看護師)

2) 在宅医療の現場で実際に行われている暴力・ハラスメント対策について

暴力・ハラスメント対策のうち、主に複数人での訪問について、職種ごとの語りをまとめた。

①医師

日常的に訪問診療時には看護師、事務員、ドライバーなどの職員が同行していた。暴力・ハラスメント対策としてよりも、診療時にさまざまな説明を行うことがあるため、同席者がいるように環境整備をしていた。

例)「基本的には単独であまり行かないと。これは2人で行くと、大体、複数名で行くとハラスメントの抑止力になると言いますか、それもあるんですけども、あとは言った言わないっていうのが防げるっていうのはあるんですね。」

②看護師

セクハラ行為があり、注意をしても改善されない場合や、暴力・ハラスメントのリスクが高いと判断した場合には、職員の複数人での訪問や、時間調整をして介護職との同時刻訪問を設定するなどしていた。複数人での訪問には追加費用の負担が生じるため、患者の承諾を得る必要がある。しかし、暴力・ハラスメントがあることを理由に当事者である患者・家族に承諾を得ることは現実的ではない。ケアのために必要と説明し、承諾を得られる場合以外は、事業所が費用を負担していた。

例)「複数名で行くっていうところは、看護師にとっても安心材料ですし、やはり抑止力にはなると思うんですね。複数名で行くっていうときのコストですよ。この人はハラスメントと認定したからって、どうやって認定するのかっていうのはありますけれども、その辺に、ちょっとお金をつけていただけると、やっぱり、相手に複数名で、お金がいくら、いくらかかりますけどよろしいでしょうかっていう部分を、そこでですよ。他の、例えば、処置が大変でとか、何かしらの業務的なことで、同意を得られる、同意の説明をして、同意を得るっていうのは、全然、構わないんですけど、ハラスメント対策で、

… (後略)」

③介護支援専門員

他の職員に同行してもらうという者もいたが、介護支援専門員については、複数名訪問加算が介護報酬上、定められておらず、ほとんどは危険があっても単独での訪問を行っていた。

例)「毎回二人対応で行けるかっていうと、そんな制度はどこにもないし、地域包括支援センターだってそんなに一緒には行ってくれないし。訪問系サービスと同行したりとか、いろんな工夫はすれども、ケアマネ(介護支援専門員)としての業務っていうか、責務っていうか、考えると行かないわけにもいかないし、嫌な思いをしながら行き続けるしかないっていいですかね。」

④介護福祉士・ヘルパー

複数人で訪問するためには、費用支払いについて暴力・ハラスメントがある患者・家族から同意をとる必要があること、事業所が複数人で訪問することができるだけの人員的な余力が必要であることから、複数人での訪問という対応は現実的ではなかった。その中で、なんとか複数人で訪問した場合も、事業所が費用を負担しなければならない状況があった。

例)「結局、相手の同意を取らなきゃいけないので、なかなか、そこが難しい… (中略) 人員的な余力があれば、それは可能。けど、今、うちはその余力があるので、わりとセクハラがある人っていうのは、複数名同行したりはしているんですけども、その辺のお金のこととかが、やはり、厳しいなと思います。」

3) 有効と考えられる暴力・ハラスメント対策

インタビュー対象者の語りから、有効と考えられる暴力・ハラスメント対策として次の事項が抽出された。

(1) 関係者が連携した支援体制の構築

①相談窓口や担当部署の設置

- ・介護保険、医療保険によらない相談窓口の設置
- ・高齢者だけでなく小児、障害、精神などさまざまな患者背景に対応可能な相談窓口の設置
- ・関係機関(地域の医療機関、地域包括支援センター、市町村の介護保険課、高齢福祉課、生活支援コーディネーター、自治会、民生委員、医師会、看護協会、警察等)と連携した行政・地域での支援体制の設置

②職員を守るための仕組みづくり

- ・暴力・ハラスメントから職員を守るための規定やマニュアルづくり
- ・警察の介入を可能にする一定の取り決めをする

- ・暴力・ハラスメントの事例に対する支援の指示系統を明確にする
- ・暴力・ハラスメント行為の履歴情報を共有し、対応方法について話し合う
- ③加害者・被害者双方への支援の仕組みづくり
 - ・事業所が契約を解除した後、加害者を支援するシステムを作る
 - ・暴力・ハラスメントの加害者側、被害者側の現状を把握する
- ④専門家からの支援
 - ・暴力・ハラスメント対策の知識をもったケースワーカーへの相談ができる
 - ・警備を行う者が、一緒に対応することを可能にする
 - ・弁護士への相談を可能にする

(2) 訪問体制の見直し

- ①複数人での訪問を可能にする
 - ・複数人での訪問にかかる費用を行政が負担する
 - ・加算制度を含めた制度内容を見直す
- ②人員を確保する
 - ・介護支援専門員の近隣地区との連携強化を図る
- ③サービス提供のための契約に関する見直し
 - ・介護支援事業所から契約解除ができる内容にする
 - ・契約書の記載内容の見直し

(3) 暴力・ハラスメント対策を学ぶ機会の提供

- ①主催・方法
 - ・暴力・ハラスメント対策を学ぶ機会を行政が推奨し、評価する
 - ・大学・研究機関等が協力し、暴力・ハラスメントに関する学習の機会を提供する
 - ・資格取得のための専門課程において教育を受けられるようにする
 - ・定期的に研修を行う
 - ・研修等に係る事業所の費用負担を軽減する
- ②内容
 - ・暴力・ハラスメント対策の基礎知識を習得する
 - ・被害者の立場を理解する
 - ・クレーム内容について萎縮することなく理不尽なものかどうか適切に判断できるようになる

(4) 患者・家族からの暴力・ハラスメントに対する抑止力となる対策の実施

- ・在宅医療・介護現場の暴力・ハラスメント問題についての社会的な理解を得る
- ・在宅医療・介護に関わる専門職の専門性についての社会的な理解を得る
- ・在宅医療関係者が性別や職業により差別されることがなく働く環境の整備

D 考察

インタビュー調査の結果、問題として 1) 患者・家族の人権と同様に援助者側の人権を守る認識の必要性、2) 緊急重大案件が見過ごされている可能性、3) 現制度下における複数人訪問の限界が抽出され、これらについて検討を行うとともに、予防等のための対策として、4) 他機関・他組織との連携と協力の要請、5) 暴力・ハラスメントへの対応の基礎知識の習得、6) 既存の暴力・ハラスメント対策のマニュアルなどの成果物の活用について、考察した。

1) 患者・家族の人権と同様に援助者側の人権を守る認識の必要性

インタビュー調査の結果、緊急重大案件の7事例で、看護師、介護職が生命にかかわる事態に遭遇していたことが明らかとなった。インタビューの内容からは、患者・家族が医療関係者の性別や職種によって見下すこともあり、暴力・ハラスメントが生じている可能性も示唆され、人権に関わる重大な問題であると考えられた。患者・家族の人権を守るのと同様に、在宅医療関係者の人権を守ることも重要であるという認識を持つ必要がある。

2) 緊急重大案件が見過ごされている可能性

インタビュー調査の結果、緊急重大案件の7事例はいずれも生命にかかわる事態が起きていたが、警察へ通報・相談したのは1事例のみであり、通報・相談が容易でない現状が明らかになった。こういった現状の背景には在宅医療関係者が、患者・家族の認知機能、精神状態、社会的背景から来る行動の特性や、警察を呼んだ結果、患者・家族に偏見がもたらされる可能性などを考慮するあまり、自分自身の身を守るという当然の認識を持つことを困難にする風土があると考えられる。また、暴力・ハラスメントによる被害がかなり大きなものにならない限り、警察への通報・相談はしない判断基準を持っていると考えられる語りもあったことから、在宅医療の現場においても、暴力・ハラスメントの過少報告、過小評価がなされ、多くの緊急重大案件が見過ごされている可能性が示唆された。臨床現場の関係職が報告の重要性を認識し、現状が把握できるよう実態調査などを行うことが、今後の対策を検討する上で求められる。

3) 現制度下における複数人での訪問の限界

インタビュー調査の結果、複数の対象者から、暴力・ハラスメントへの望ましい対策として「複数人での訪問」が挙げられた。訪問看護事業所の管理者を対象と

した全国調査によると、暴力等の発生リスクが高い場合、複数人（2人以上）での訪問を行うと73.1%（1438人）が回答している。一方で、介護支援専門員の複数名訪問加算は介護報酬上定められておらず、また看護師、介護職も複数人で訪問するには患者の承諾を得なければならないという課題も同時に述べられていた。これらのことから、複数人訪問については、制度上、費用、事業所の人員の問題も大きく、容易でないあるいは実施困難な状況があるため限界はあるが、一時的には有効であり、その必要性はあると考えられた。

4) 他機関・他組織との連携と協力の要請

インタビュー調査の結果、有効と考えられる暴力・ハラスメント対策として、「行政・地域支援体制づくり」が挙げられていた。訪問診療や訪問看護、訪問介護等を提供する事業所の多くは、小規模であり、在宅医療、看護、介護に関わる医療・ケアの現場だけで暴力・ハラスメント対策を担うことには限界があり、行政や他機関・他組織による支援が切実に求められている現状が明らかになった。また、小児から高齢者まで、疾患や障害などさまざまな患者背景があるだけでなく、加害者がその家族となるとなおさら十分な情報を得ることは難しい。それぞれの事業所は、行政や地域の職能団体と事例を共有しながら、警察とも連携し、患者・家族からの暴力・ハラスメント対策を行う必要がある。地域ケア会議などの場の活用の他、在宅医療・介護に携わる者が臨機応変に、迅速な対応ができるよう情報共有し、対策を一緒に検討する方法が求められる。

5) 暴力・ハラスメントへの対応の基礎知識の習得

インタビュー調査の結果、有効と考えられる暴力・ハラスメント対策として、暴力・ハラスメント対策を学ぶ機会を作り、暴力・ハラスメント対策の基礎知識を習得する、被害者の立場を理解する、理不尽なクレームを段階別に判定するなどが挙げられた。また専門職基礎教育（卒前教育）の中でも学ぶべきとの意見もあった。2020年9月、WMA（世界医師会）は、暴力と健康に関する声明を出し、様々な形態の暴力を非難する方針を策定し、学部や大学院の医学教育や継続教育に暴力とその防止に関するコースやカリキュラムを含めることを推奨している。日本において、医療従事者や在宅医療関係者の専門職基礎教育や継続教育に暴力・ハラスメント対策に関する内容はほとんどなく、臨床現場における教育・研修なども非常に少ない。職種によっては、教育・研修に対して敷居が高いと感じることも考えられたため、開催主体についても考慮する必要がある。患者・家族に対する献身的な姿勢を求められる一方で、暴力・ハラスメント対策も基礎知識や

基本技術として習得できるようなシステムづくりが求められる。

6) 既存の暴力・ハラスメント対策のマニュアルなどの成果物の活用

訪問看護職を主体とした調査・報告において、既存のマニュアル等の成果物が十分に普及していない現状が指摘されている。訪問看護職だけでなく、医師、介護職なども同様に患者宅へ訪問して診療やケアを行うため、マニュアル等の活用が有用であると考えられ、在宅医療における患者・家族からの暴力・ハラスメントの対策として、これまでに作成されたマニュアル等の普及活動が望まれる。

在宅医療の患者・家族のほとんどは暴力と無縁であり、暴力・ハラスメントを行う患者・家族はごく一部であると考えられるが、リスクがあるということを前提にした対策が求められる。今後、在宅医療を推進して行かなければならない現状の中で、質の高い医療・ケアを安全に継続して提供できる体制を確保する必要がある。そのためには具体的な暴力・ハラスメント対策をしっかりと行い、在宅医療関係者が安心して医療・ケアの提供を行うことができる安全な職場環境をつくり上げていくことが不可欠である。

G 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

H 知的所有権の出願・登録状況

該当なし

参考文献

1. 三木明子監修・著、全国訪問看護事業協会編著：訪問看護・介護事業所 必携！暴力・ハラスメントの予防と対応—スタッフが安心・安全に働くために、メディカ出版、1-209、2019.
2. 平成29年度・平成30年度全国訪問看護事業協会研究事業：訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査事業報告書
<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h30-2.pdf>
3. 三木明子他：在宅ケアを受ける患者・家族からの暴力・ハラスメント防止方策の構築
<http://www.miki-kmu.com/>

4. 厚生労働省：1-4. 医療現場における暴力・ハラスメント対策
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/
5. 兵庫県看護協会：訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対策マニュアル
https://www.hna.or.jp/for_nurses/n_visiting_nursing/against_violence/entry-1526.html
6. 滋賀県看護協会 訪問看護・訪問介護事業所における暴力・ハラスメント対策マニュアル
<https://shiga-kango.jp/pages/702/>
7. 前田和子, 三木明子：訪問看護師が受ける患者および家族からの暴力・ハラスメント発生場面の特徴とその対応. 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 14(1),13-22, 2022.
8. 三木明子, 矢山壮, 草野とし子, 原恵美：在宅現場における暴力・ハラスメントへの対応に関する体験型オンライン研修の参加者評価. 第4回日本在宅医療連合学会, 2022.
9. 川崎絵里香, 矢山壮, 的場圭, 三木明子：諸外国の在宅ケアスタッフに対する暴力のリスクアセスメントツールと暴力防止プログラムの評価. 産業精神保健. 26(3) : 260-265, 2018.
10. Matoba Kei, Yayama So, Kawasaki Erika, Take Yukari, Yoshida Mami, Miki Akiko: The home health nursing managers' difficulties dealing with the violence received from clients and their families. 22nd East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS). 2019.
11. María Dolores García-Pérez , Adriana Rivera-Sequeiros , Tomás María Sánchez-Elías , Marta Lima-Serrano, Workplace violence on healthcare professionals and underreporting: Characterization and knowledge gaps for prevention, Enfermeria Clinica (Engl Ed), .Nov-Dec 2021;31(6):390-395.
12. 三浦靖彦：在宅医療・ケア関係者の安全確保、訪問員を守る対策, 在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメントに関するワーキンググループ, 活動報告, 第4回日本在宅医療連合学会年次大会, 2022
13. 三木明子, 佐々木美奈子, 林千冬, 吉川徹, 和田耕治, 矢山壮, 的場圭. 看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策検討に向けた研究. 令和元年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27620>
14. Al-Azzam M, Al-Sagarat AY, Tawalbeh L, Poedel RJ. Mental health nurses' perspective of workplace violence in Jordanian mental health hospitals. *Perspect Psychiatr Care*. 54(4):477-487. 2018.
15. 武ユカリ, サービス利用者による訪問看護師への暴力と訪問看護ステーションの地域連携との関連, 日本看護科学会誌, 2018, Vol. 38, 346-355
16. 矢山壮, 川崎絵里香, 的場圭, 三木明子：在宅ケアスタッフを守るための諸外国での暴力対策, 地域連携 入退院と在宅支援. 11(5), 104-111, 2018.
17. WMA Statement on violence and health <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-violence-and-health/>

別添5

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究 22CA2011
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 在宅医療学講座・特任准教授
(氏名・フリガナ) 山中 崇・ヤマナカ タカシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

国立研究開発法人
機関名 国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 荒井 秀典

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究 (22CA2011)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 在宅医療・地域医療連携推進部 部長
(氏名・フリガナ) 三浦 久幸 ・ ミウラ ヒサユキ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 一般社団法人コミュニティヘルス研究機構
所属研究機関長 職 名 機構長・理事長
氏 名 山岸 暁美

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
- 研究課題名 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究(22CA2011)
- 研究者名 (所属部署・職名) 機構長・理事長
(氏名・フリガナ) 山岸 暁美(ヤマギシ アケミ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 医療法人社団仁生堂 大村病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 石垣 泰則

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
2. 研究課題名 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究(22CA2011)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療法人社団仁生堂 大村病院・院長
(氏名・フリガナ) 石垣 泰則・イシガキ ヤスノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 独立行政法人国立病院機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 楠岡 英雄

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
2. 研究課題名 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究(22CA2011)
3. 研究者名 (所属部署・職名) DMAT 事務局長
(氏名・フリガナ) 小井土 雄一 (コイド ユウイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 独立行政法人国立病院機構

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 楠岡 英雄

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
2. 研究課題名 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究(22CA2011)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 災害医療専門職
(氏名・フリガナ) 小早川 義貴 (コハヤガワ ヨシタカ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 岐阜保健大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 河田 美紀

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
2. 研究課題名 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究(22CA2011)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 岐阜保健大学 大学院保健学研究科 教授
(氏名・フリガナ) 畑 吉節未・ハタ キヨミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 京都府立医科大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 竹中 洋

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 救急医療学教室 教授
(氏名・フリガナ) 太田 凡・オオタ ボン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 東京慈恵会医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 松藤 千弥

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
2. 研究課題名 災害時や新興感染症拡大時等における在宅医療を提供する医療機関等への支援体制についての調査研究(22CA2011)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 総合診療内科 医師
(氏名・フリガナ) 三浦 靖彦 (ミウラ ヤスヒコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立大学法人東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。