

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