

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。

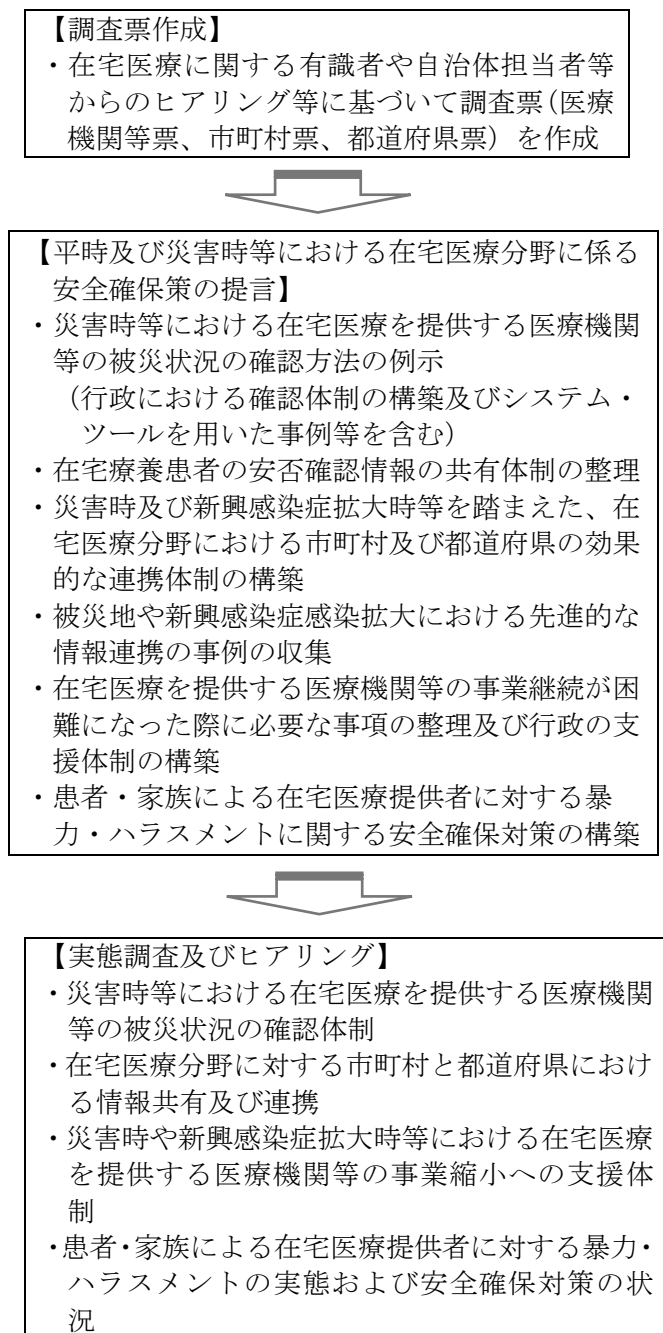
本研究では、災害時や新興感染症拡大時等において、在宅医療提供体制が縮小せざるを得なくなった場合の対策、ならびに在宅医療における医療従事者の、患者や家族等からのハラスメントの実態や安全確保対策について実態調査や好事例分析を行い、行政の支援体制の構築について明確化することを目的とした。また、災害時に支援を要する在宅療養患者に対し、医療を継続して届けられるよう、市町村、都道府県における在宅医療を提供する医療機関等との被災状況の確認方法や、在宅療養患者の安否確認情報の共有方法について現状を調査し、医療提供体制の整備に向けた施策の検討に資するデータを収集して分析した。そして、災害時や新興感染症拡大時等に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

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症はあったが、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、自宅で療養を続け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を作成しないとイケ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. ペイシェ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. 令和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