



医業経営エキスプレス

日本医業経営コンサルタント協会
東京都支部 企画委員会委員
外山和也

2023年2月24日

病院の災害対策、どう対応すべきか

トルコ南部のシリア国境近くで2月6日、東日本大震災をしのぐ規模の大地震が発生しました。3.11を経験した日本人にはとても他人事とは思えません。今年ももうすぐ発災から数えて12回目の3.11が巡ってきます。これを機に今回は医療機関や介護施設の災害対策について考えてみたいと思います。

医療機関にとってのBCPとは

介護BCPは、3年間の経過措置が満了し、いよいよ1年後の2024年4月から義務化されます。

先日介護BCPの進捗状況が気になり、ある施設の施設長に聞いてみたところ、まずは「(施設長が)自分で厚生労働省の雛形に当てはめて作ってみる」と言っていました。

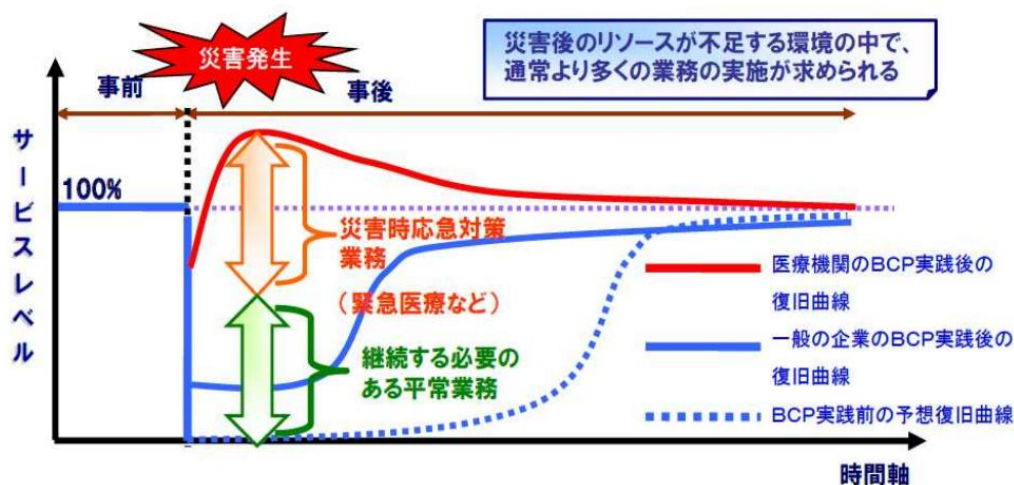
義務化されるから(内容はともかくとして)、まずは作っておくという対応ですが、それではいいとは到底思えません。「マンパワーが足りないから」「各部署の責任者を集めて独自の

ものを作る余裕も時間もないから」とのことです。多分、中小の介護事業者や病院でも似たり寄ったりの状況なのだと思います。

筆者がBCPについていつも思うことは、「平時の体制がきちんとできていないのに、有事の体制を構築することは難しい」ということです。大体どこの組織でも、組織図や業務分掌が規程化まではされていなくても、なんとなく「それらしきもの」はあるのではないかと思います。

それを組織的にオーソライズすることが第一歩で、その応用編としてそこに有事の体制をBCPに落とし込むようにすれば、それだけでBCPはかなり生きたものになるはず（実際には、継続してBCPの内容をスパイラルアップして、より実効性のあるものに更新していく必要があります）。

医療機関に期待されるレベルのBCP



(出典)「高知県医療機関災害対策指針」(平成25年3月発行)p.51参照
http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/131301/files/2013060700382/2013060700382_www_pref_kochi_lg_jp_uploaded_attachment_95503.pdf(アクセス日:2019-10-18)

医療機関は、一般企業以上に事業継続が難しい
「需給ギャップ」を埋めるため「迅速な調整」「非被災地からの支援」

「令和3年度 事業継続計画（BCP）策定研修事業 事業継続計画（BCP）策定手順と見直しのポイント①」（厚生労働省医政局）

上記の「医療機関に期待されるレベルのBCP」の図をご覧になったことがある人は多いと思います。

被災前の通常のサービスレベルを 100%として、一般企業であれば、徐々にサービスレベルをそれに近づけていけばいいわけですが、医療機関に期待されるレベルのBCPは、被災直後の災害によりリソースが不足する環境下で、継続する必要がある平常業務に加えて、緊急医療などの災害時応急対策業務を、通常のサービスレベルを超えて行わなければなりません。

入院患者、施設や在宅でケアを受ける利用者、それに災害で負傷し手当の必要な地域の被災者の命が掛かっているわけで、これは相当タフな対応であることを肝に命じる必要があるということです。

ですから、初めから完成度の高いBCPを作成することは難しくとも、せめて「災害発生時に、人員をどれだけ確保できるか。誰が何をするか。通常業務のうち何を捨てて、何を優先するか」くらいは決めておきたいものです。

ここからは筆者が医療機関で防災を担当した経験から、思うことを綴ってみたいと思います。

衛星電話の受信に最適な場所を院内で探す

衛星電話は、災害時のもっとも一般的な通信手段で、災害拠点病院やDMAT、日赤などで整備が進んでいます。また市区町村が地元の医療機関に貸与することも多いと思います。

衛星電話は、その名のとおり人工衛星を介することで、通信インフラの被害の影響を受けずに通信を行うことができ、一般の固定電話や携帯電話との通信もできるほか、インターネット接続にも対応し、内蔵バッテリーの使用で持ち運びや移動が可能となります。

これだけを読むと、スマートフォンや携帯電話のように簡単に通話が可能な気がしますが、そうではありません。TVのBS・CS放送のパラボラアンテナを想像してみてください。

これらも衛星から送信された電波を受信するわけですが、パラボラアンテナの調整を相当微細に行わないと利得が上がりません。衛星電話も似たようなところがあり、室内ではほぼつながりません。衛星電話で通信する際のアンテナの方角と角度が決められていて、「空が開けた場所で、南方角・仰角 30° ~50° にアンテナを向けて受信する」と説明書には記載されています。

あるとき、病院内のどこで衛星電話の最適な受信ができるかを、施設課のスタッフと検証したことがあります。

まず「空が開けた場所」という条件があるため、屋上に上りました。見わたす限り障害物はなさそうな場所であっても、明らかに感度の高いところと低いところがあります。屋上をくまなく回り受信に最適なポイントを見つけ出すことはできましたが、衛星電話の使用に際して次なる問題が発覚しました。

衛星電話の通話に最適な屋上ですが、入院患者が上がってしまうリスクがあり、普段は安全上の理由から施錠されており、スタッフであっても簡単に出入りすることができないことが判明しました。まさか屋上の鍵は防災センターのどこそこにあるとは、各部署に配布してある「防災マニュアル」や「BCP」に記載しておくわけにはいきません。

そんなわけで、在職中には衛星電話のお世話になる場面に遭遇することはなかったのですが、せっかく配備された衛星電話が、特定の習熟した人がいる時でないと思えないはがゆさを感じていました。

紙カルテは電子カルテの代用となるか

停電によって電子カルテの使用が不能になってしまった場合に、どうするのかを看護部長や病棟師長にインタビューしたことがあります。

「病棟には電子カルテの代替として、紙のカルテを用意してあるので、停電が続き電子カルテが使えなくなっても大丈夫です」との回答でした。

同じことを現場（病棟）の看護師に聞いてみると、「いざという時のために、病棟のスタッフステーションに、紙カルテが備え付けてあることは知っているが、実際に紙のカルテを使ったことがないので書き方が分からない」といいます。

今年を平成に置き換えると、平成34年となります。いまや現場の主力は平成生まれの若いスタッフです。この電子カルテ代替時の対応は、携帯電話が使えなくなったときの対応に似ていて、街中にはいざという時のために、今でも公衆電話が設置されていますが、Z世代は公衆電話を使ったことがなく、電話の掛け方がわからないことと酷似しています。

「昭和の常識が令和の非常識」であることを忘れてはいけません。「習うより慣れろ」で、

スタッフには普段から意図的に紙カルテになじんでもらうことが必要なのだと感じます。

看護部長や病棟師長へのインタビューでは、電子カルテが落ちてしまったときを想定して患者データをバックアップしてあるのかも聞いてみましたが、ほとんどの病棟では入院患者の一覧表くらいは紙に打ち出しているようですが、電子カルテが使えなくなった時に患者の情報をどうするかまでの想定はされていないようでした。

それでもICUやHCUといった、重症度の高い患者を扱うユニット系の病棟では、万が一のため毎日電子カルテの情報をプリントアウトしているということを知り、素人ながらに少しはほっとした記憶があります。

アクションカードの利用

「防災マニュアル」や「BCP」を防災ファイルにして各部署に配布してありますが、「就業規則」同様、悲しいかなスタッフが閲覧することはまずありえません。そこで、いざという時のために「アクションカード」を導入しました。実はこの「アクションカード」は、医療機関ではかなり普及しています。

「アクションカード」とは何か。当然のことながら大規模災害が発生した時には、「勤務中のスタッフ」で対応しなくてはなりません。平日の昼間であればまだしも、「夜間や休日」は、災害対応力が確実に低下しています。

いざ災害が発生した時（特に初動対応時）に、分厚い「防災マニュアル」や「BCP」を見る余裕はなく、「あたふたする」か「途方に暮れる」ばかりだと想像されます。

「災害発生時に自分たちが具体的に何をしたらいいのかを簡潔に記載したもの」が「アクションカード」です。管理部門であれば、「①自身の安全を確保②出勤者の安全確認③物損状況確認(目視)④災害対策本部集合…」という感じで箇条書きします。

現場では各病棟ごとに、「平日の昼間帯用」と「夜間休日用」の2つの「アクションカード」を作ってもらい、スタッフステーションの目立つところに掲示してもらいました。緊急事態に遭遇したとき、現場のスタッフがどのように行動するのかを、それを見ればすぐに分かるように、です。

ポイントは、各部署にアクションカードの作成を委ねることです。各部署の事情や課題はその部署が一番知っているはずで、各部署にアクションカードの作成を委ねて自分たち

で考え作成してもらうことにより、各部署の実情に応じた「生きた」ものになるはずだからです。

実際に体験してみたいEMIS

EMISはEmergency Medical Information Systemの略で、日本語では「広域災害救急医療情報システム」という名称になります。

EMISのホームページには、システム概要について「災害時に被災した都道府県を越えて医療機関の稼動状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的としている」と書かれています。

阪神・淡路大震災では、災害時の初期医療体制が十分確立しておらず、医療機関のお互いの情報、行政や他県医療機関等への情報発信、共有ツールがなく、互いの情報が分からないままという状態で、それぞれの医療機関が孤立してしまい、自ら「最後の砦」の決意での対応を余儀なくされたことの反省から生まれたシステムです。

その後の16年に発生した熊本地震や、18年度に発生した豪雨・台風・北海道地震時のいずれにおいても、EMISは本来の能力を発揮できていないのが実情です。

熊本地震のあと、関係者によって行われた「第2回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」では、情報を自らEMISに入力した医療機関が全体の2割程度にとどまったことが報告されました。

また、熊本地震の際にEMISに情報を入力したのは代行機関がほとんどであり、各院が情報共有に努めることで達成される「円滑な広域搬送」を実現するには多くの課題が残されました。

筆者の経験でも、医療機関がEMISの入力をするためには、「機関コード」「パスワード」「所属」を入力する必要があり、これらのログイン情報を知っていて、かつEMISへの入力経験のあるスタッフがいないと、運用ができない状況にありました。

東京都では、年に2回EMISを訓練モードに切り替えて、この期間内であればEMISに入力してもシステムには反映されないようにしています（この期間に災害が発生すれば直ぐに通常モードに戻されます）。

試みとしてこの期間を利用して、管理職にはE M I S体験をしてもらいました。ダミーの被災情報をA 4用紙1枚に書きあげて、それに基づきそれぞれにE M I S入力してもらったのです。

体験者からは、「こういう仕組みなんですネ」「普段経験できない経験ができました」「災害対策をしっかりと考えないといけないと思いました」などの感想が寄せられて、結果はおおむね好評でした。

E M I Sのホームページ（関係者ログイン前の画面）は、だれでも閲覧できますので、この機会に1度はのぞいてみたらいかがでしょうか。

最後に

医療機関の管理部門が、一生懸命に「防災マニュアル」や「BCP」を作成したとしても、日々忙しい現場スタッフは、なかなか災害対策に関心を示してくれません。

筆者の経験では、忙しいながらも現場に「アクションカード」を作ってもらったり、E M I Sの入力体験をしてもらったりと、実際に「やってもらうこと」「気づいてもらうこと」から、災害対策はスタートするのだと痛感しています。