

新型インフルエンザ 医療機関用事業継続計画作成の手引き（病院用）ver.0.93
（福岡県京築保健福祉環境事務所（京築保健所）管内用 暫定版）

福岡県京築保健福祉環境事務所
保健監(京築保健所長)岩本治也

平成 20 年 10 月 01 日現在

【使用上の注意】

以下に記す内容は、京築管内に適用するために、小職の個人的見解をまとめたものであり、このような形で一般的にコンセンサスが得られているものでもなく、福岡県としての見解でもない。本手引きの記載事項については筆者がその全ての責任を負うものであるが、記載内容を適応するか否かは各個人、事業者等の判断にゆだねられている。そのため、記載内容を適応した事による一切の被害、損害等については筆者はその責を負わないこととする。

はじめに

新型インフルエンザ対策については、国をはじめ取り組みが進められてますが、当管内では、新型インフルエンザは医療対応が最重要との観点から、管内全病院が参加する汎流行時隔離用の病床 120 床を確保し、現在重症患者のための病床確保について、さらに協議を進めているところです。

これらの協議の経過で、以下の知見を得ました。

- ・ 対策推進には具体的な情報提供が必要であり、理解が進めば進むほど、協力を得られやすい。
- ・ 特に医療機関では、対策の重要性等は理解しているが、危険性も同時に認識している
- ・ 地域の実情を把握している保健所として(やる気があれば...)データの分析等の役割がある。

そこで、今回対応の一環として、医療機関にとって対策上今後最も重要になる医療継続計画(以下 MBCP という。)の策定のために、管内の医師会から要望も出ていた当該計画策定の手引きを作成しました。当手引きは、保健所のデータ分析機能(地域診断?)の一環として、汎流行時の地域状況推定、対策に必要な各種設定等を、小職の個人的見解として纏めたものです。ご使用時には 1 ページ目の注意事項をお読みになってください

本手引きの特徴は以下のとおりです。

- ・ 対策を考えるポイントとして、推計患者数は 2004/2005 シーズンの 1.5 倍弱であり、通常医療の延長を最大限活用すること(普段できないことはできない!)、という考え方を採用
- ・ MBCP の構造上では、一般的な BCP + 医療機関に特有な部分に分け、一般的な BCP については中小企業庁の策定した指針を参考とする、2 段階構造を取った。
- ・ 医療機関にとって計画策定のために必要と考えられる、リスク推計、インパクト推計等について、具体的な数値、それが不可能な場合は推計の考え方を具体的に示した
- ・ 今年度のインフルエンザシーズンに向けて、今年度最低限必要な事項を示し、今後随時改訂とした(そのため、かなり割り切った作りになっています)

平成 20 年 4 月 28 日付けの日経産業新聞等によると、企業における対策は急ピッチに進められおり、一部上場企業の 6 割は今年中に対応マニュアルの整備を行います。それに対し医療機関の対応は遅れていると言わざるを得ません。そこで、当管内の MBCP の作成は、以下の突貫スケジュールで行われます。

<当面のスケジュール>

10月	11月	12月(遅くとも中旬)
有志病院による MBCP 策定	医師会で診療所版 MBCP 検討 (無床診・有床版)	策定後管内全診療所に情報提供
策定後全病院に情報提供	管内全病院で MBCP 策定	管内全診療所で MBCP 策定

<その後の予定>

当指針については、医師会、医療機関からの意見をもとに随時改訂を予定

年度内～次年度の早い時期は、次年度以降の追加部分(詳細は当指針参照)を検討すると共に、既存策定部分をブラッシュアップする予定

この指針は、「新型インフルエンザが保健医療に与えるインパクト」と共に、現時点における小職の新型インフルエンザ対策についての、考え方を総動員したものです。

そのため、この指針はかなり割り切った仮定や現時点で不十分との指摘を受ける対応であっても、あえて個人的見解として書き込んでいます。たとえ十分でなくても、課題を整理し現時点で考えられる対応策をまとめておくことは、新型インフルエンザの対策としては重要と考えているからです。

また、かなり時間的制約の中で作成したもので現時点では Ver.0.9*の 版です。そのため、用語、表現の不統一や編集が不十分などところがあるのは承知していますが、早く情報提供した方が良いと判断し、情報提供することにしました。

この指針が医療機関における対応の推進の役に立ち、地域における新型インフルエンザ対策構築の一助になれば幸いです。

平成20年10月3日

福岡県京築保健福祉環境事務所(京築保健所)

保健監(京築保健所長)岩本治也

* ご意見等のメールは当所宛にお願いします。メルアドをご存じない方は fax:0930-23-4880 をご利用ください。

事業継続計画（以下 MBCP）の策定手順概論

以下に、MBCP の策定手順概論を記述する、以下の検討においては、次のような仮定をおいている。

- ・本稿でのパンデミック（汎流行）の定義は、感染症法による勧告中止時（概ね F5）から流行がほぼ収束に向かっているがまだ散発的な流行がある時までの期間で、概ね 12 から 16 週間とする。
- ・患者は原則自宅療養、重症者のみ入院
- ・発熱外来は、汎流行時には閉鎖
- ・法令等の規制は原則緩和されない
（医療法、各種身分法、社会保険法、薬事法等の医療関連法規、その他の労働関連法規）
- ・電気、ガス、水道等は概ね通常通りの供給
- ・初発は外国での発生
- ・国内進入後パンデミックに進行
- ・各医療機関の役割は以下のように設定
 - 不要不急の診療を除く通常の医療を維持
 - 新型インフルエンザに関連した医療を提供
 - 地域の医療体制への協力
- ・対応策構築は以下の順に設定
 - 平常時の院内対応体制の活用
 - 平常時の医療連携体制の活用
 - 緊急時の対応体制の活用
- ・財務関連プランについては、本論のレベルを超えるので記述しないが、中小企業 BCP 策定運用指針（第 1 版）（以下企業 B C P）を参考にされたい。

1 基本方針の策定

次の方針を整理し「基本方針」とする。参考として、経済産業省新型インフルエンザ対策に関する行動計画の基本方針を示す。

- ・MBCP の目的
- ・基本的な考え方
 - 社会機能維持者として、患者等に対して各医療機関の能力に応じ可能な限り医療を提供
 - そのために、必要な院内感染対策を構築
 - 従業員に対しては、医療継続の観点からも感染防止に最大限の努力をする

新型インフルエンザ対策は一医療機関でできるものではないため、計画の立案・実行に当たっては、国、県、地域等の対応計画等と協調するものとし、地域の医療機関、行政機関等と連携して対策を進める

以上を通じ、汎流行前、汎流行時、汎流行後において、地域から信頼され、患者から支持される医療機関として存続することを目指す。

< 例示 >

病院新型インフルエンザ事業継続計画は、当病院に関連する患者、従業員、その他関係者の安全と安心を可能な限り確保しつつ、地域における医療機関としての役割を果たすための対応について定め、世界的な健康危機である新型インフルエンザ発生・汎流行に対し、従業員の安全を可能な限り最大限に確保しつつ、医療機関としての社会的使命をはたし、汎流行前、汎流行時のみならず、汎流行後においても患者等から信頼される医療機関として存続し続けることを目的とする。

(以下は、他の基本方針等を参考にする。)

< 経済産業省新型インフルエンザ対策に関する行動計画より >

第3節基本方針

政府の新型インフルエンザ対策行動計画においては、人に感染する新型インフルエンザの出現時期を正確に予知することは困難であり、また、その出現そのものを阻止することは不可能とされている。また、地球規模でヒト、モノがダイナミックに動いている時代であり、世界中のどこかで新型インフルエンザの出現が起これば、我が国への侵入も避けられないと考えられている。

したがって、経済産業省における新型インフルエンザ対策の目的は、発生初期の段階でできる限り封じ込めを図り、衛生関連物資の調達に係る要請を含めパンデミック時における感染拡大を可能な限り阻止することに協力し、健康被害を最小限に留め、ライフライン関係事業者等の社会・経済機能の維持を図るため、経済産業省の所掌に係る対策を講ずることである。また、新型インフルエンザ及びそれへの対策によって生じる中小企業等への影響緩和対策についても的確に講じる必要がある。

これらの対策を迅速に、かつ、効果的に実施するためには、発生・流行時に想定される状況を念頭に置き、新型インフルエンザの発生に係るWHOのフェーズ毎に、経済産業省における行動計画をあらかじめ確立しておくことが求められる。また、この行動計画を事前に関係者に

広く周知し、経済産業省とともに、これらの関係者が全体として速やかに具体的な行動を取れるように準備しておく必要がある。

なお、関係機関やライフライン関係事業者等において新型インフルエンザ対策を行う際には、本行動計画も踏まえ、それぞれの実情に応じて、必要な計画を立てて、対策を行うことが重要である。

・(当面の)作成スケジュール

この場合当面とは、今年のインフルエンザシーズンが始まる前(平成20年12月まで)に今年度対応計画の作成と(つまり、今年はこちらまでは作る)及び年度ごとのブラッシュアップの考え方を記述する。

以上については、医療機関の主要メンバーが共通して認識する必要がある

なお、この段階で「今からできること」を洗い出し、MBPC策定と平行して実施するのが望ましい。
(= 暫定対応プランの実施)

2 リスク評価・被害想定(RDA) ビジネスインパクト分析(BIA)

一般に想定・分析においては、ある前提条件とその後の仮定が必要になる。しかし、汎流行に関しては、再生産指数、毒性等不確定要素が多い上に、個別の医療機関において細かい推移を推定可能なデータが利用できることはないと考えられる。そのため各種統計調査等から、信頼性のある程度あると思われる範囲のデータ(つまり医療機関単位でもなく、二次医療圏単位でもなく県単位等の公表データ)を利用し、おおざっぱに当てはめて推計するしかないと判断した。

さらに、時系列的な推移については、条件の設定で大幅に変化するものであることから、傾向を見るため参考として利用するにとどめた。そのため今回の想定では、「ピーク状態を想定し、その状態に4から6週間で到達する」という考え方を採用している。

(1) リスク評価・被害想定：RDA

RDAでは、一定の仮定の下に、新型インフルエンザ患者数(入院、外来、重症者、死亡者)その他の疾患の患者数(入院、外来)を推計する。次に、パンデミックにより従業員が欠勤した際の想定を行う。これらから、欠勤率が上昇した場合の影響と回避、代替、その他の対応手段を検討する。

(2) ビジネスインパクト分析：BIA

BIA では、上記の RDA から、以下の内容を検討する。この段階では、個別内容への具体的対応を検討する必要はなく、どのような課題点があるかを分類し記述するようにする。

- ・ 必要な資材(医薬品、PPE、死亡者への対応又は従業員等のために必要な物等)
- ・ マンパワー状況への対応
(意志決定への影響、特殊な技能を要する者への影響、勤務シフトへの影響、欠勤者取り扱い等)
- ・ 財務へのインパクト等

なお、検討にあたっては以下のことに留意する。

- ・ 「十分な感染抑止対策を実施した状態で」どの事業・業務を優先継続させるかを検討。
- ・ 各医療機関の医療機能は基本的には維持する必要があるため、MBCP としては、どの医療機能を優先するか、そのために何が必要かの分析が必要となる。(重要事業、資源の把握)
- ・ 院内感染抑止、従業員への感染防止のための課題を検討する。

3 個別計画

以上の分析・検討の結果を受けて、MBCP の目的・基本方針を決め、各課題点について医療機関全体と各部門ごとに分けて検討する。課題を抽出しそれに対しての個別の対応を検討することにより、対応計画のサブグループが多くできることになる。今年度の目標は、それらを取りまとめて「当面の」対応計画とすることとする。

なお、必要と考えられる各種計画については各論でのべる。

MBCP 策定手順各論

以下においては、医療機関が MBCP を策定する際に必要な事項を各論として記述する。具体的には、以下のような内容である。

- ・一般的な BCP 策定のひな形について
- ・MBCP における対応組織のパターン
- ・医療機関の特性を考慮した重要業務の考え方
- ・重要業務遂行方針の考え方
- ・医療機関におけるインパクト推計
 - 患者側のインパクト
 - 従業員（従業員家族含む）側のインパクト
- ・インパクト対応について検討が必要な事項とその考え方
- ・院内発生時対応
- ・その他

1 策定の進め方

(1) 事前準備

MBCP 策定にあたっては、厚生労働省作成の事業継続ガイドライン（案）、院内感染ガイドライン、前述の企業 BCP（中級を推奨）熟読し、全体のイメージを持つことが必須である。特に企業 BCP は、一般的な BCP 策定の手引きであるが、中小企業において一般的な BCP が数日で一応作成できるように作られたものである。ただし、一般的 BCP であり、作成されたものは課題の列挙と、連絡先リストに近いものであり、社会機能維持者としての医療機関の特殊性の部分はあまり含まれていない。しかし、財務診断モデル等の重要な情報があるので、BCP とは何かを理解するためにも、企業 BCP を把握するべきである

(2) インパクト推計

次に、インパクト推計を行いどのようなダメージが来るかを判断する。その際には、パンデミックの以下の性質に留意し、適切な情報把握により、対応を検討・発動することが可能であることを忘れてはならない。

- ・パンデミックは 8 週間の時間的広がりがある
- ・地震災害のように突発的に発生はしない
- ・一時的に多くの医療ニーズが集中するのではなく、状況が次第に変化していく

インパクト推移の考え方及びイメージは後述するが、基本的にはピーク時を推計しそれに向かって4から6週間で到達するというモデルを採用する。

各医療機関でレセプトデータ等が得られる場合は、そのデータを元に推計値を概算するとよい。データが得られない場合は、2(から4)週間ほどのサンプリングを行うこと有用であるが、イメージで(推計のベースデータとなる)通常時の値を決めて推計することも可能であり、今年度については後者のほうが望ましいと考える。重要なのは、何らかの推計を行いそれに基づいて対応を少しでも検討していくことであると判断するからである。

なお、後述のインパクト推計の様に、インパクトが大きいのは約8週間であり、ピーク(一番きついとき)は約3から4週間と考えられる。そのため、4週間ピーク状態に耐えうる計画を作成する必要がある。

<参考>

新型インフルエンザに対しては、これまで「新型インフルエンザの保健医療に与えるインパクト」等で説明しているように、汎流行の阻止は基本的には不可能と考えられる。また、汎流行時には、「院内発生(従事者含む)ありき」での対応の検討が必要である。

そのため、この対応計画の目的は、「新型インフルエンザ汎流行時に自院に影響はない様にする」ではなく、「新型インフルエンザ汎流行時に、自院へのインパクトを最小限にし、汎流行後も事業継続を果たしていく」ことである。そのためには、汎流行の状況を把握し、その流れの先を読み、対応を打っていく事が必要となる。

<参考>

2005年に開催されたWHO国家間会議報告書においても、新型インフルエンザ対策の目標として「流行曲線の先を行き(Get Ahead of the Curve)、多数の感染者及び死亡者を防ぐ機会が失われるのを防ぐこと」とされている。

インパクト推計の考え方

本手引きにおいて、インパクト推計は以下の数値を利用するとする。これらの数値は、原則として、医療機関毎にピーク値を算出し使用する。

- ・外来患者数：呼吸器症状を訴える者(不安を訴える者含む)

そのうち新型インフルエンザ患者と推定する者

- ・入院患者数：ピーク時に病床数の3%の入院患者が発生すると推定（「この入院患者は、「入院が必要な患者」と想定し、当管内の状況を踏まえ、各医療機関が対応可能な範囲の新型インフルエンザ重症患者として対応を検討する。

汎流行「全体」においては市中感染と同等の25%の入院患者が感染すると想定

外来患者推計において可能ならば各診療科毎の推計を行うが、小児科、呼吸器内科・外科科等を有していない場合は不要と考える。各診療科毎の推計ができない場合は、内科、呼吸器内科・外科、小児科を有している場合は、インプレッションで患者数等を割り振ってよい。

入院患者では汎流行期間全体において25%の入院患者が感染すると想定するが、ピーク前後の2週間（つまり4週間）に感染するのは、感染者数推計の推移から、そのうち6割と想定する。つまり、ピーク時における入院患者の感染率は以下のとおりと考える

$$0.25 \times 0.6 = 0.15 \quad (= 15\%)$$

ここで、ピーク時に感染するのは、「ピーク時に入院している患者」の15%であるので、不要不急の入院を減らすことによって、（特に患者の出入りの多い急性期病院においては）医療機能へのインパクトを減らせることになる。さらに、療養病床、精神科病床のように入院患者数の削減が難しい病院においては、院内発生時の拡大防止策が最も重要ということになる。

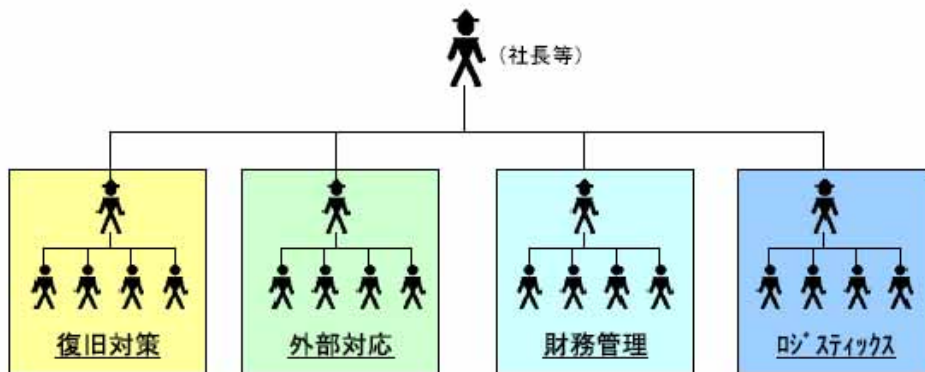
（ピーク時における入院患者数想定は後述）

(3) 対応組織の検討

汎流行対応は単なる院内感染対策ではなく、財務・人事等を含む医療機関をあげた対応が求められる。そのため、院内感染対策委員会が対応するのではなく、医療機関全体を包摂する対応組織が必要となる。この対応組織のイメージには、大きく2つが考えられている。

中小企業 BCP 策定運用指針型

組織の長の下に、各部門が並ぶ「鍋ぶた構造型」であり、アメリカの incident command system (ICS) も同様な考え方になっている。



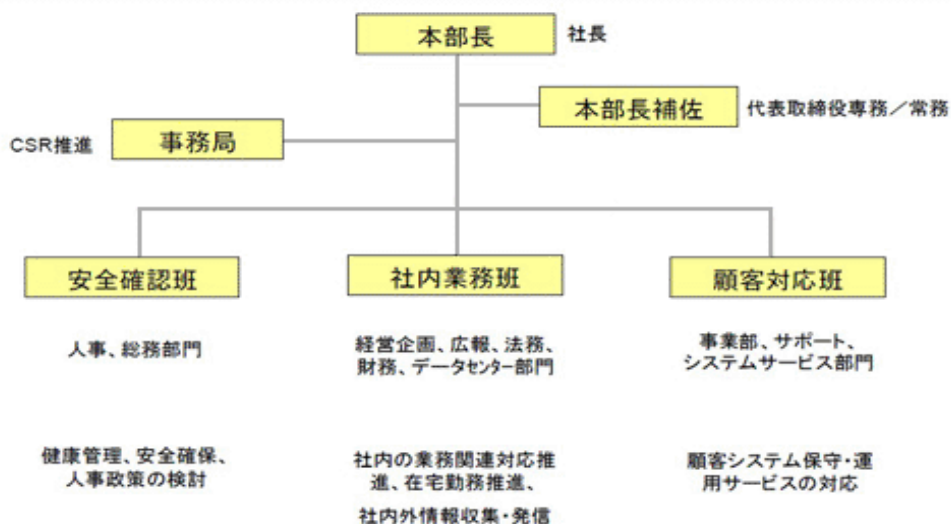
出典：中小企業庁 中小企業 BCP 策定運用指針

http://www.chusho.meti.go.jp/bcp/contents/bcpgl_download.html

日本ユニシス型

組織の長を本部長とする本部を設置し、その直轄機関として、推進事務局と専門補佐組織を配置、その下に、人事・総務部門を中心とする班、業務のバックヤードに関する班、業務を直接遂行する班の3班をおくもの。

■ 新型インフルエンザ対策本部構成



出典：日本ユニシスグループの新型インフルエンザ対策と事業継続計画(BCP)

病院では、院内感染対策委員会が設置されていること、対策推進のための事務局機能を設置した方が好ましいこと（なお、この事務局機能は単なる院内感染対策ではなく病院業務全体に関係する）からみて、日本ユニシス型が望ましいと考えられる。

次に、上記は最大型と考えられるため、病院の規模、組織等からみて、上記の各班等を適宜統合するのが望ましいと考えられる。

例：本部機能と事務局機能を統合

本部機能、事務局機能、補佐機能（院内感染対策委員会を想定）を統合
安全確認班（人事総務）、社内業務班を統合

なお、フェーズ 4B 発令後は、医療機関における対策組織が稼働を開始し、各部門は週に 1 回定例会議を開き 1 週間の状況から翌週の対応を検討する事を基本任務とする。

(3) 検討の順番

パンデミック期（のうちピーク期）の対応を最初に検討し、院内における課題を洗い出し、それに基づいて、事前準備、ピーク期までの上昇期、復旧期の各対策を考慮すべきである。

次に、事前準備は、現時点のフェーズ 3 を想定し策定するが、「とりあえずできること」の洗い出しを最初に行い、可能なものから実施し、復旧期までの対策を検討した後で、事前対策を練り直すのがよい。

今年度においては、復旧期計画については、省略してよいとする。

(4) 重要業務の考え方

厚労省の事業所ガイドラインの改定案（平成 20 年 7 月 30 日）によれば、フェーズ 4B において、各事業所は重要業務以外は縮小・休止するとともに、重要業務については、ほぼ通常通り継続することが求められている。さらに同ガイドラインによれば、フェーズ 5/6 においては感染防御のための勤務態勢を維持しつつ重要業務に資源を集中すること、となっている。

医療機関は、社会機能維持者と位置づけられており、医療機能については基本的には重要業務と考えられている。そこで、病院における重要業務選定の方法論を以下に示す。

医療機関における重要業務選定の手順

診療機能においては、最重要診療機能(定義は後述)、重要診療機能を選定し、その確保のために必要な業務を重要業務と選定する。

地域(二次医療圏)の中での医療体制を考慮し、自院が重要な機能(最重要診療機能)を持っているか検討する。

例：他の医療機関が有していない(又は乏しい)診療科・診療機能
(救急、小児、産科、精神科措置入院・医療保護入院への対応等)

ここで該当した機能は、自院の中でも最重要診療機能となる。

自院の医療機能(診療科、検査機能等)全体を考慮し、パンデミック時にどの機能を優先して確保するか(自院の中での重要診療機能)を検討する。

この診療機能の検討においては、入院、通院、在宅の3つに分けて検討し、診療機能を維持するための必要な業務(バックヤード業務含む)を検討する。

例：自院の診療科で、患者の生命に関係する又は緊急対応が必要な患者への診療提供機能
パンデミック期に患者が集中する診療科
パンデミック期に必要となる特定の診療機能(例えば人工呼吸器管理、全身管理機能)

上記の重要診療機能継続のためのボトルネック資源を検討する

ボトルネック資源については、企業 BCP の方法で検討し記入していく。ここで作成された一覧表について、どのような対応が可能か検討する。

2 インパクト推定の実際

汎流行については、医療関係者においてだけでなく保健衛生関係者においても、イメージ先行による議論が多いとの印象がある。しかし、MBCP 作成においては、冷静な(「正確な」とまで言い切る自信はないが)推計をたて、可能な方策を検討し、一つずつ対策を積み上げていくしか他に方法はないといえる。そこで、従来の当管内での検討等を踏まえ、インパクトの推計を行う。

なお、以下の推定は、予想屋のごとき「当て物」ではない。BCP を作成するために、一部には強引な仮定をおき、一定の推定を行ったものであり、その結果は、あくまで現時点で対策を組み立てるた

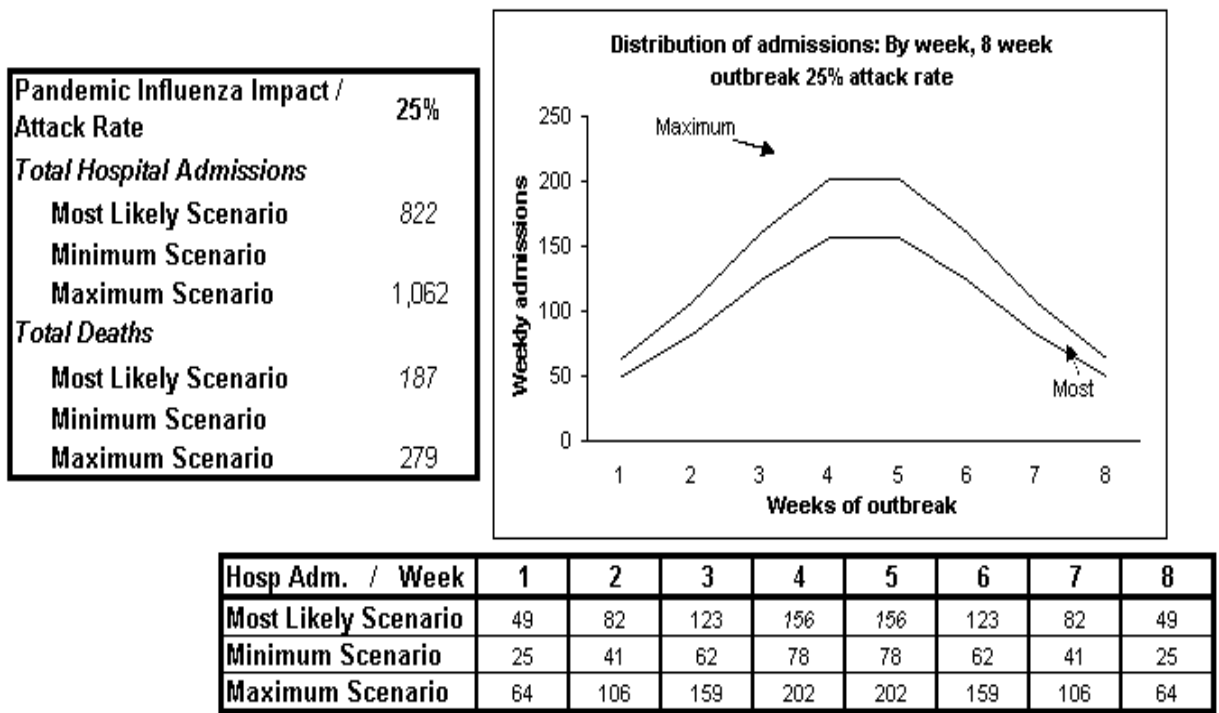
めのものである。以下に示す推定が、実際の事例発生と乖離することがあったとしても、そのことについて、筆者は一切の責任を負うものではない。

(1) 新型インフルエンザパンデミックの患者数等の予想

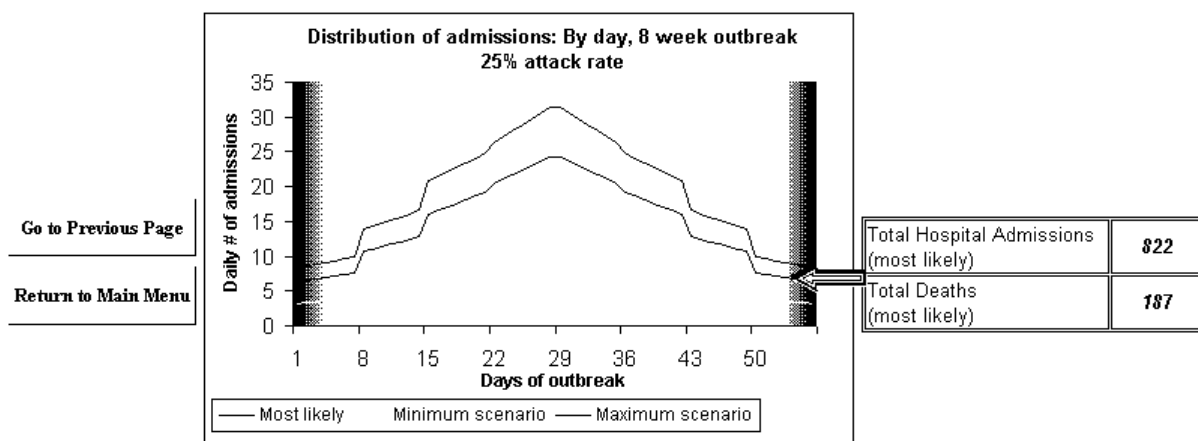
福岡県京築保健福祉環境事務所管内における外来患者数、入院患者数推計から見た状況を以下に示す。

FLUSURGE 2.0による推計 入院数822人(411～1062人)
 死亡数187人(135～279人)
 ピーク時の入院数/日 24人(most likely scenario)

参考1：Fulsurge2.0による入院患者と死亡者数の推移推計



参考2：Fulserge2.0による、重症患者数、そのうち呼吸器装着数、死亡者数の推移推計



Pandemic Influenza Impact / Weeks	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hospital Admission	Weekly admissions	49	82	123	156	156	123	82	49	
	Peak admissions/day				24	24				
Hospital Capacity	# of influenza patients in hospital	36	60	91	115	119	105	80	53	
	# of influenza patients in ICU	7	16	24	32	34	34	27	18	
Ventilator Capacity	# of influenza patients on ventilators	4	8	12	16	17	17	13	9	
	# of deaths from influenza			11	19	28	35	35	28	19

Figure 4. All values shown in this table are based on a 25% attack rate.

* 受療率（人口10万対），入院 - 外来 × 施設の種類 × 傷病大分類 × 都道府県別から推計

	入院			外来		
	総数	病院	一般診療	総数	病院	一般診療
呼吸器系の疾患	72	69	3	575	107	468
急性上気道感染症	2	2	-	183	33	151
肺炎	29	28	0	9	3	6
急性気管支炎及び急性細気管支炎	2	2	1	79	5	73
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	9	8	1	35	8	27
喘息	9	8	1	145	30	116
その他の呼吸器系の疾患	21	21	-	123	27	95
患者数の換算	入院			外来		
喘息、その他を除く呼吸器疾患の1日患者数	42			306		
1週間当たりの患者数				2142		

人口動態推計による京築地域の死亡者数(平成17年人口動態統計)

死亡：2028 人 170人/月

(2)入院に関する考察

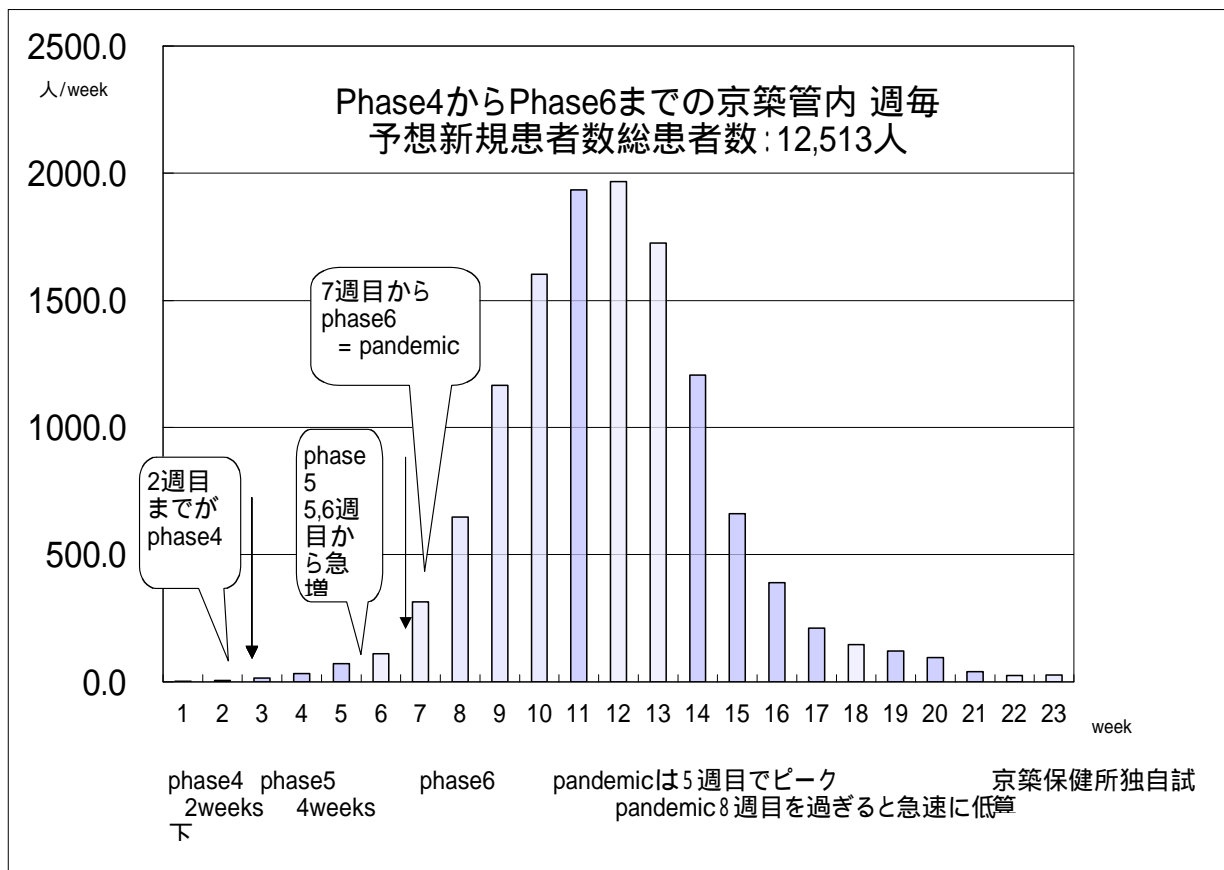
- ・Fulserge2.0 新型インフルエンザによる入院者数の推移を単純化すると以下ようになる。
36人 60人 91人 115人 105人 80人 53人 合計822人

つまり、汎流行2週目には、通常の呼吸器感染症の入院者(42人)数を上回る新型インフルエンザの入院患者が発生することになる。次に、管内の全病床(精神、療養、診療所含む)数を約3300床と、新型インフルエンザ入院患者総数822人との比は0.24(822/3300=24%)となるが、これはパンデミック全期間での入院患者総数であるので、1日最大入院者数115人と総病床数の比を取ると、0.03(115/3300=3%)となる。

以上から、病床の3%は新型インフルエンザで入院が必要な患者が発生すると推計できる。確率的な議論は別として、総病床数が33床を超えると、汎流行時に1名以上の入院患者が発生すると考えることができ、このことは、当管内のすべての病院は新型インフルエンザ対応のための病床が必要であることを示している。

(3)外来患者に関する考察

当事務所独自試算による外来患者数の推移



・通常期における1週間の呼吸器感染症推計外来患者数 2 1 4 2 人

汎流行が始まる(=phase5以降)において、新型インフルエンザによる外来患者数は急速に増加する。ピーク時には、通常期(特に風邪のはやっていない時期)の約2倍の「新患の新型インフルエンザ患者」が受診する。

しかし、汎流行期以降においては、不安になった一般住民の受診も増加すると考えられるため、その分を感染者と同数(つまり、感染者家族のうち1名)と仮定すると、呼吸器感染症を訴える患者は約3倍以上(max4倍くらいか?)になることも考えられる。この辺の議論は、不要不急の受診抑制とのかねあいになるので現時点ではどちらとも言えないが、新患外来においては、問診票、振り分け担当職員(Ns等)を効率的に使用することが重要であることがわかる。

なお、国民25%が感染した場合のパンデミック患者数は約2500万人であるが、過去10年間でも

っともインフルエンザの患者数が多いとされている2004/2005シーズンにおける患者数は、国立感染症研の推計によれば1770万人とされている。つまり、感染者数は2004/2005シーズンの1.41倍(1.5倍以下)と考えられる。

不安を訴える者の受診をうまく振り分けできれば、医療機関での忙しさは「全体的にはあのときの1.5倍」に抑えることができると考えると、実際の忙しさの感覚や対策を練るときのイメージをとりやすい。

(4)死亡者数についての考察

- ・人口動態推計による京築地域の死亡者数(平成17年人口動態統計)

死亡：2028人/年 170人/月

- ・Fulserge2.0による新型インフルエンザによる死亡者数の推移

11人 19人 28人 35人 35人 28人 19 11人 合計187人

このデータからすると、パンデミック3週目から毎週10人以上の死者がでることになる。火葬能力については、当管内のパンデミック期全体の死者数は、通常期月毎の死者とほぼ同数であること、現在管内の火葬場のスケジュールは一杯ではなく、24時間稼働もしていないことから、稼働時間の延長で対応可能であると考えられ、管内の葬祭業者の対応もパンクすることはなさそうである。つまり、不幸にして亡くなられた者についての対応がスタックする事はないと推定できる。

医療機関においても、(対応がスタックすることはないので)臨時に霊安室を増やしたりする対応は不要であり、むしろ遺族への配慮と死体からの感染拡大防止対策の方が重要であると考えられる。

特に重症者が集中する医療機関については、死亡者も集中する可能性はあるが、上記の推計値からすると、すべての新型インフルエンザの死者が1医療機関に集中したとしても、通常期の約2倍と考えられるので、それに基づいて対応を検討すればよい。

(4)従業員側へのインパクト推計

従業員側のインパクトとしては、感染者、濃厚接触者、家族等の看護のために休業する者、出勤拒否者等が発生することが考えられる。この従業員側のインパクトは、国のガイドラインに従いピークにおいて40%の稼働不能者がでることを原則とする。

<参考：インパクトのパターン>

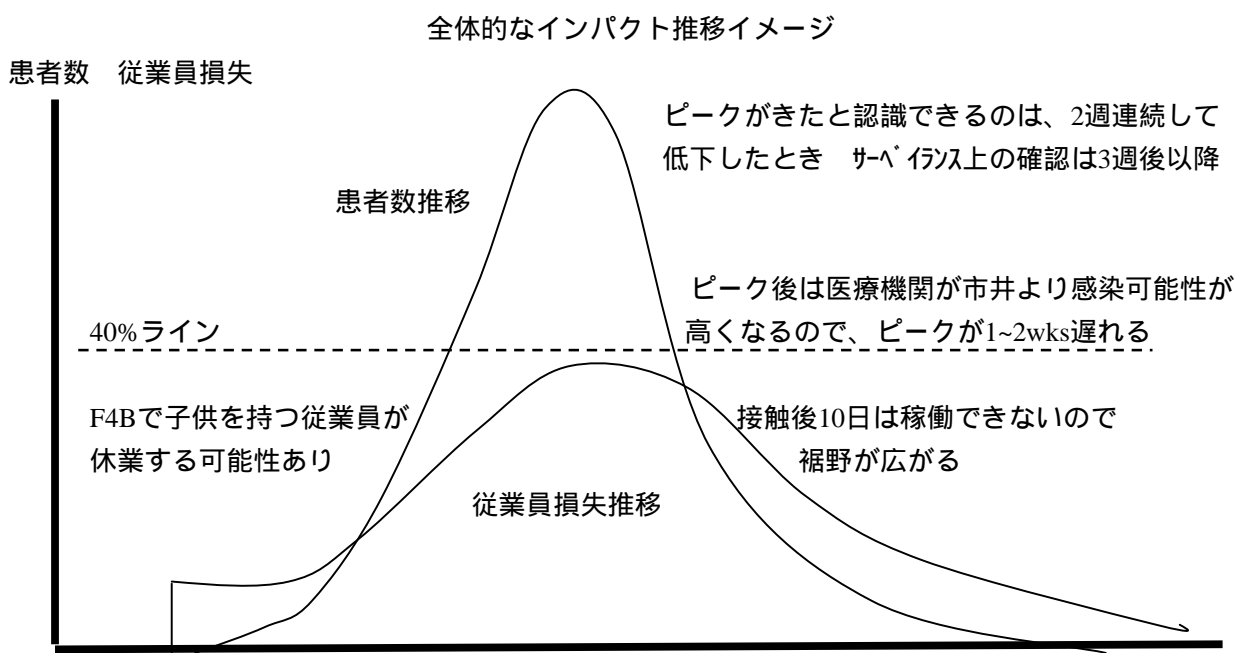
- ・フェーズ4B以降：学校幼稚園保育所等の休業による影響、濃厚接触者に対する自宅待機
- ・フェーズ5B以降：患者との接触による自宅待機の増加、帰宅不能者出現

なお、計画策定にあたっては、従業員の家庭状況、通勤状況、その他個人的状況から考え、勤務

継続可能性を考慮することが望ましいが、センシティブな情報の把握を伴う上、パニック等の予期せぬ反応を引き起こすことが考えられるため、慎重に進める必要があると考える。そのため、本手引きでは、個人的状況を考慮した計画策定は次年度以降に教育訓練の進行状況を勘案して策定するとし、今年度は数量的に見た対応計画の策定とする。

インパクトの推移イメージ

新型インフルエンザパンデミックのインパクトは、既述のとおり時間軸に沿って進行するものである。また、ディフェンス側である従業員へのインパクトは、オフense側である感染インパクトとの兼ね合いになる。そこで、感染の広がりや従業員へのインパクトをイメージとして推定し以下に示す。



F4A	F4B	F4C	F5	F6	PEAK!	decline phase
2~4wks	国外発生から1ヶ月以内に地域で発生					
	4~6wks	国内(地域)で発生すると6週以内にpandemic				
		3~5wks	pandemicになったら約1ヶ月でピーク			
			3~5wks	ピークから約1ヶ月である程度収束		
				3~5wks	もう一ヶ月でほぼ収束	

F5からは従業員稼働率は低下していくが帰宅不能者も出る可能性あり？

このイメージ図からわかるように、F4Bで学校等が休業した場合、一部の従業員はすぐ休業する必要が生じる。休校等の機関については現時点では不明だが、2から3ヶ月と仮定すると、すべて休業させるのは現実的ではない。このような状況には、通常配置転換等に対応すると考えられるが、突然のF4B発令には対応が困難と考えられる。そのため、勤務時間の変更、時短勤務等の可能性を検討しておく必要がある。

上記の内容は、勤務条件の変更を伴うため、各種法令、規定、契約等とのすりあわせが発生するため、今年度の計画について具体的な対応(例えば、「6時間勤務にする」とか「シフトを～の様に変更する」とかの記述)は求めない。今年度は、医療機関の実情に併せてどのような課題が発生するかの把握と、とることが可能である対応策の案を列挙し、対応案実現のための課題の把握までは行うこととする。

3 インパクトへの対応について検討が必要な事項とその考え方

これまで見てきたように、新型インフルエンザパンデミック時には、様々なインパクトが医療機関にかかってくる。この項では、これらのインパクトに対応するために、医療機関に必要な事項とその考え方を、医療機関の特性に合わせて検討する。

医療機関は社会機能維持者であるため、汎流行時においても医療機能を維持することが求められる。多くの患者が発生し社会において医療が求められる状況において、医療機関がその能力に応じ医療を提供し続けることは、医療機関ひいては医療に対する信頼感の向上に繋がり、汎流行終息後の医療とその医療機関を取り巻く環境に良い影響を与えられと考えられる。このことは、昨今の安心・安全の信頼を裏切るような事案に対する社会的反発の強さを他山の石として見た場合、特に注意を喚起したい点である。

医療機関は、パンデミック時には、増大する医療ニーズと、縮小する人的リソースという二大課題に直面する。その他直面する課題は、医療資材供給、院内感染対策(院内発生時対応含む)、医療機関連携、その他関係機関との連携、財政的問題等である。財政的問題については、医療機関に特有という課題でないため、既述のとおり本手引きでは触れない。本項で扱う課題点は以下のような点である。

- ・医療ニーズの増大と人的リソースの減少への対応(入院への対応について検討)
- ・意志決定者が稼働不能になった場合の対応
- ・(医療機関に特有の問題として)特定の技能を有する者への対応
- ・外来の対応
- ・院内感染対策(院内発生時を含む)
- ・医療資材備蓄

(1)医療ニーズの増大と人的リソースの減少への対応

汎流行時には、人的リソースの縮小が発生するため、増大する医療ニーズに対応するためには「それ以外の」医療提供を制限することになる。このことは、厚労省のガイドラインにも記載しており、

医療機関以外の事業者においても事業の絞り込みは実施されるため、各医療機関の実情に応じた形で医療提供の調整を行わなければ、人的リソースの縮小のために医療におけるアクシデントが発生した場合、不要不急の入院患者が新型インフルエンザに院内感染した場合等において、医療機関にとって重大な結果を招来しかねない事に留意すべきである。

そこで、医療機関がどのくらい医療提供の調整が行えるかの検討及びその方法について検討する。

入院患者の状況についての推計

厚生労働省の定めたガイドラインによれば、医療機関はF4B以降不要不急の診療を制限し、受診者、入院患者等への感染拡大を防ぐとともに、医療機能の維持に努めることになっている。そこで、ピーク時において、どのくらいの入院患者の調整が可能かについて、推計した。

なお、外来診療については、状況が把握できないため推計は行わなかったが、現実的には外来については、ある程度の冗長性があると考えられる。

< 病院の入院患者の状況 >

平成17年患者調査 1上巻第2表 推計入院患者数，入院の状況×性・年齢階級×病院 - 一般診療所・病床の種別

単位千人	総数	生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する	生命の危険がある	受け入れ条件が整えば退院可能	検査入院	その他
病院総数	1391.6	842.1	84.5	268.2	22	174.9
一般病床	737.2	509.2	63.4	77.5	21.1	66
療養病床	324.5	140.4	14.8	114.2	0.6	54.5
精神病床	324.3	188.2	6	75.9	0.2	54

ここで、削減可能な対象を、病床の種別ごとに以下のように仮定する。

一般病床：生命の危険はないが要治療...1/2に削減：254.65千人

生命の危険がある...削減なし 0

条件付き退院可能...削減 77.5千人

検査入院...削減 0

その他...削減 0

計 332.15千人 45%(= 332.15 / 737.2)

つまり、マクロ的推計では、一般病床のみの病院においては、半分程度に調整可能と考えられる。

本推計はマクロ的推計なので、各医療機関（現実的には診療科）の実情に応じて調整目標を設定することが必要である。この際、院内の患者の状況からみたおおざっぱな調整の目安と、入退院の状況から見た調整可能性の両方を勘案する必要がある。

人的リソースとの兼ね合いでみると、一般病床のみの病院(病棟でも同じこと)では60%の職員で、概ね50%のケアが比較的必要な患者を診ることになり、逆に調整しないと医療の提供、医療安全、院内感染対策等に重大な支障を生じる可能性がでてくる。

入院患者調整のための期間と継続期間

くり返し述べているように、パンデミックのインパクトは、短時間で発生するものではない、ここまでの検討から見て、タイムラグは以下のように考えられる。

フェーズ4B発令後患者数がピークに達するまでの期間：4から6週間

(患者数的にはピーク前後の2週間、計4週間が最もきつい)

人的リソースへの影響のピークは1から2週間遅れる

以上より、本手引きでは、フェーズ4B発令後4週間で、入院患者調整目標に到達する必要があると設定する。なお、実際の発生時には、事例の進展に応じ調整が行われると考えられるが、標準的には4週間で対応完了(軟着陸)できる計画を作成すべきである。また、調整継続期間は、終息までと考えられるため、目標到達後1から2ヶ月となる。以下に検討の手順を示す。

医療必要性から見た検討手順

各診療科毎に、本当に診療科必要な患者は何割くらいかを定める。推計に困る場合は、入院の状況の分類尺度(生命の危険がある～検査入院、その他)を当てはめてみて、どのくらいなら調整可能か検討する。得られた結果を積み上げて、病院全体の調整率を算出する。

調整可能性からの検討手順

各診療科毎の入退院の状況(週にどのくらいの入退院があるか)とそのうち不要不急の者がどのくらいいるかを、おおざっぱで良いので見積もり、4週間での調整数を算出する。得られた結果を積み上げて、病院全体での調整可能率を検討する。

すりあわせと対応方法の検討

2つの数字を比較する。この段階では各科毎のばらつきが、かなりあることが予想される。このばらつきと、調整可能性からみて、以下の方策のどれを取るかを決定する。

- ・医療必要性からみた目標値を優先し、入退院調整のペースを速める方策を検討する。
(すべての医療機関に推奨される標準パターン)
- ・人的リソースの制約を優先し、マンパワー配分検討後に調整目標をそれに併せて設定する。
(マンパワーが特に乏しい医療機関向けだが、机上の計画に終わる可能性あり)

その他の病床の場合

療養病床、精神科病床等の場合は入院患者数の削減はかなり困難と思われるが、退院可能な者については退院させ、不要不急の入院は控えるという対応を可能な限り取るしかないと思われる。
(おおむね精神 8 から 9 割、療養 7 から 8 割、一般 5 割の稼働と見積もる)

(2)意志決定者が稼働不能になった場合の対応

全体又は各部門の意志決定者の代替者について

稼働不能者は、意志決定を行う者にも当然発生する。稼働不能の可能性を40%と仮定すると、代替意志決定者は、最低1名は必要である。また、本来の意志決定者が感染した場合代替意志決定者は濃厚接触者であることが多いと考えられ、この場合代替意志決定者も10日間は稼働不能になる、さらには発症する可能性も考慮すると、代替意志決定者は、2名必要と考えられる。

以上の議論より、医療機関全体の意志決定者の代替者 2 名、及び部門毎の意志決定者の代替者 2 名を事前に選出しておく必要がある。また、意志決定者同士が対面するときは、必ず PPE を装着し「濃厚接触者」にならないようにする必要がある。なお、非対面接触 (e-mail Tel 等) による業務関与も場合によっては可能であるため、その方策を検討しておくことは有用である。

代替意志決定者不在の場合の業務縮小の必要性の検討

不幸にして代替意志決定者すべてが不在になった場合の対応については、以下の方策が考えられる。なお、原則として以下の方策は代替決定者が全て不在の場合に適用されるとする。

代替意志決定者が単なる接触者として監視下におかれている場合

この場合以下の対応が考えられる。

- ・さらに下位の代替決定者を選定
- ・非対面接触 (e-mail Tel 等) による業務関与
- ・院内で監視下の場合 PPE 装着による業務関与
- ・業務の縮小又は休止(その際患者等への影響を可能な限り小さくする方策が必要)

代替意志決定者が健康状態のために休業する場合

- ・ さらに下位の代替意志決定者の選出
- ・ 業務の縮小又は休止(その際患者当への影響を可能な限り小さくする方策が必要)

上記の事項について、各部門ごとに、どのような対応をとるかを検討することになるが、その際の留意点は以下のようなものと考えられる。

- ・ 入院、外来どちらを重視するかについては現時点では予測できない

具体的には、新型インフルエンザが重症型で入院が必要な患者が多く発生するなら入院重視が考えられるが、重症患者が比較的少ない場合は外来機能の維持を優先してマンパワーを配分することになる。そのため、両パターンを想定しておくのが望ましい。

- ・ 代替策の検討順は「院内リソースによる代替策」「院外通常ルートでの代替策」「院外緊急ルートでの代替策」となる。

通常ルートと緊急ルートとは、ある診療科の医師が不在時の場合等に通常対応しているルートが通常ルートであり、それが適応できない場合等に緊急に対応する場合を緊急ルートとする。この方策を採るのは以下の考え方による。

汎流行は非常事態とはいえるが、地域のリソースが一斉にダウンし一斉に患者が発生する地震等の災害とは異なり、ある程度の時間をかけて進行していくため、(数日何とか踏ん張るといった)瞬発力より(数週間耐え続ける)持久力が必要であること。

また、医療機関にとっては、汎流行時においても行うことは(地震、火山噴火、津波等の場合と比べると)通常の診療の延長といえること。

そのため、可能な限り通常の診療体制、医療連携体制を利用しなければ、必要な持久力を保つことができないと考えられること。

<例>

当医療機関の全体の意思決定者及び各部門の意思決定者並びに代替意思決定者は別表のとおりとする。各部門の意思決定者が稼働不能になった場合は、全体意思決定者が代替意思決定者に対し、その順位に応じ対応開始を指示する。全体意思決定者が稼働不能となった場合は、全体意思決定者の指示、これに依りがたい場合は上位の代替意思決定者が意思決定者として対応を開始する。

入院においては、可能な限り診療機能を維持するという観点から、F4Bが発令された後、1ヶ月を目

処として、病棟ごとに別表に定める目標まで、入院患者の減少を図る。この際、いつまでに目標を達成するかは、全体意思決定者の指示による。

(3)(医療機関に特有の問題として) 特定の技能を有する者への対応

医療機関においては、法令等の定めにより特定の技能・資格等を有する者でないと遂行できない業務が存在する。このような者に対する対応は医療機関特有の課題として対応が必要である。

特定の技能等を持つ従事者についての把握

特定の技能を有する者については、院内で事前に調査を行い「特定の技能等を有する者でないとできない業務及びその者の配置」を洗い出す必要がある。

代替者については、既述の通り最低 2 名必要である。また、他職種により代替可能な業務の場合は、他職種による代替の方針を決定し、必要な場合は事前（最低でも F4B 以降の 2 週間程の間に）に研修等により対応能力の向上を行っておく対応も可能である。

なお、洗い出された業務に関して、院内に代替者が存在しない場合は、外部からの応援可能性を検討する必要があるが生じるが、現実的には困難な場合が多いと考えられるため、意志決定者の場合に準じて業務縮小等の場合を検討しておくことになる。

(4) 外来への対応

外来については必要な源データがないため受診数の推計は行っていないが、患者数の推計からすると、新型インフルの症状が診療範囲である診療科においては、例年の呼吸器感染症患者数は 2 倍、疑いを含めると例年の呼吸器感染症患者数は 3 から 4 倍になると考えられる。

一方、その他の診療科は、不要不急の受診が減るため患者数減少することが予想される（減少数は予想できない。）。

このため、自院内でのマンパワーの配分を行うことが必要となる。この配分は、F4B 発令後約 1 ヶ月かけて、患者が集中する（約 4 倍）診療科の支援を行うことを目的に策定されることになる。

ただし、患者数の動向が現時点では不明確なため、今年度は支援方針の決定にとどめ、具体的な動員計画（名簿等含む）については、F4B 発令後調整する形の計画でも良い。

なお、救急患者は減らないとの想定で検討する。

(5) 院内感染対策(院内発生時を含む)

パンデミック対応のためには、院内感染対策が必要なことについては論を待たないが、人口の 25% が感染する汎流行において、院内での感染を実際にゼロにするというのは、実現可能性の点から見

で疑問であるとする。また、投入可能な資源の面から見ても、人的リソースに制限が生じる汎流行期には、平常時のように院内感染対策に人手と時間を投入可能かどうかは疑問であり、モノの面から見ても、PPEが限られた資源であるため、汎流行の後期においては、かなりシビアな事態が発生する可能性もある。

このような状態下における対応方法は以下ようになる。

- ・事前にリスクを検討
- ・リスクに対する対応策を(単一のリソースに頼らないように)複数検討
- ・各対応策を効率的(人・モノの資源を消費しないよう)に実行可能なプラン(院内感染防止計画)を作成

院内感染拡大防止計画について

院内感染拡大防止計画(必ずしもこの名前でなくても良いが)については、当該院内感染対策ガイドラインを元に検討する。ポイントと考えられるのは以下の点である。なお、発生時の対応については、後述する。

対象者を3つ分けて検討

- ・直接接触職員：医療職、非医療職問わず通常業務で患者(外来者、面会者含む)に直接接触(この場合の直接接触とは、高危険接触者を示し、PPE着用者でも高危険接触者と同様の接触をする者は含む)する可能性のある職員(委託先の職員も含む)
- ・非直接接触職員：通常は、患者等に直接接触(定義は同上)しない職員(同上)
- ・患者(外来者、面会者も含む)

予防策については、取れる範囲での方策を記述

PPEのみに頼らない拡大防止策を必ず検討

例：従業員健康状態の把握方策、手洗いの徹底等

感染防止策の有効性の評価を行い、随時提供される新型インフルエンザに関する情報を織り込み、フィードバックしていくこと検討

過去の院内感染事例、CDCのデータ等から見た院内感染の発生状況

CDCが、汎流行時などに医療機関の外来でどのくらいPPEが必要となるかについて検討した資料Personal Protective Equipment and Antiviral Drug Use during Hospitalization for Suspected Avian or Pandemic Influenza1(EID,Volume 13, Number 10, Oct.,2007)によると、救急外来部において、鳥インフルエンザ又は新型インフルエンザ患者とされる患者1名と(WHOの定義による)密接な接触を行った者は、平均12.3人であり、暴露回数は、平均19.3回であった。

次に、管内の感染性胃腸炎による院内感染においては、一事例の終息には約1ヶ月かかっている

る。このことは、糞口感染においてさえ院内感染防御策が有効なレベルに到達するまで、2～3週間は必要であることを示唆しており、パンデミック期に入る2～3週間前から、院内感染対策を奨励しパンデミック期には十分な対応レベルに高めておく必要がある。

< 参考：場所別フェーズ毎の感染可能性について >

新型インフルエンザのヒト・ヒト感染の可能性は、感染者・患者の密度からすると、初期(フェーズ4から5の初期)においては、医療機関が最も高く、フェーズ5以降になると、一般社会での感染が増加し、フェーズ6では一般社会での感染が中心になると考えられる。

フェーズ4：ヒトインフルエンザに変異：感染症病床勧告入院、院内感染対策徹底

感染可能性：外国 > 医療機関 > 国内

フェーズ5：プレパンデミック期：勧告入院中止 受診者、入院患者、職員に感染者、患者発生

感染可能性：医療機関 > 外国 > 国内 注：医療機関には患者が集まるため

フェーズ6パンデミック：医療機関機能維持が最優先 (数ヶ月後に予想される)第2波への準備

感染可能性：医療機関 > 国内 = 外国

考えられる対応策

新型インフルエンザの院内感染対策については国の策定したガイドラインを参考にする。ここで、重要なのは、以下の2点と考えられる。

- ・ PPE等の備蓄
- ・ 職員への教育

PPEの備蓄について

PPEの備蓄は必要であるが、そのためには必要量を算出しなければならない。以下においては、本手引きにおける、一定の考え方を示す。

直接接触職員は汎流行期間の間PPEを装着する。

直接接触職員が着用するPPEは以下のとおりとする。

- ・ 患者、外来者に直接接触する(文字通り触れること)者
- ・ 患者、外来者の体液に触れる者
- ・ 患者、外来者に2m以内で日常的に直接対面する者
 - キャップ、ガウン、ゴーグル、マスク(N95)、手袋着用(フルPPE)
- ・ それ以外の者
 - マスク(N95)、手袋、ゴーグル

非直接接触職員

サージカルマスク(勤務状況によってはN95を選択)を配備し、すぐにつけられるようにしておく

なお、勤務状況によっては、常時着用もあり得る。
患者(外来者、面会者含む)
サージカルマスク 患者の面会者はフルPPE

上記の設定を参考にして、汎流行が2から3ヶ月続く事を条件に必要な量を推計し、備蓄計画を検討する。

院内感染予防の観点からは、一処置で手袋を交換することが望ましいが、汎流行期間全体に渡って防御レベルを維持することを優先することはやむを得ないとする。その場合(処置対応を除く)PPEは1日1名で上記のワンセットとなる。

なお、このPPEの必要数は最低数を見込むために暫定のものであり、今後各種ガイドラインの変更等や各医療機関の判断で備蓄数を増やす事があると考えて頂きたい。(例：午前・午後で付け替えるため1日1名で2セット)

(6)発生時の対応

医療機関に新型インフルエンザ患者(疑い者含む)が受診したとき、院内患者から新型インフルエンザが発生したとき、院内で職員から患者(疑い者含む)が発生したとき、の対応を事前に設定し、職員に周知しておくことが必要である。特に職員が院内で異状を訴えた場合の対応に留意する必要がある。以下では検討の際に必要なと考えられる事項を述べるが、今年度については、各医療機関の実情に応じた対応方針を既述するのによいとすが、可能ならば手順、様式等の検討まで進めておくこと。

職員が異状を訴えた場合の対応

- ・当該従業員が院内にいる場合と院外にいる場合を分けて検討
- ・どの様な症状に留意すべきかを事前に徹底する。
- ・まず当該職員はどう行動すべきか？を決める

例：その場から動かないでサージカルマスク着用、院内ホットラインに連絡、院内対応チームが来るのを待つ

- ・消毒と換気、接触者の把握を迅速に行う事が必要
- ・職員発生時にその対応が外部の人間の目に触れる場合の対応(パニック防止策の検討)

従業員に感染又は感染疑い例が確認されたときの対応

- ・当該従業員が院内にいる場合と院外にいる場合を分けて検討
- ・従業員からの報告方法

- ・初動対応としては事例への対応と、周囲の従業員、外来者等への対応を検討
- ・事例探知方策から初期感染拡大防止策展開については必須
例：従業員からの報告方法、当該者が院外に出る、隔離病室収容等、その後の消毒の実施、接触者に対するサーベイランスの実施

有症状者が受診した場合の対応

有症状者が受診した場合の対応は、各医療機関での院内感染対策の一環として検討することになるが、重要と考えられる事項は以下のとおりである。

- ・入り口掲示：マスク着用指示
- ・職員による振り分け(トリアージ)も有用
- ・待合室について：専用か、共用かの判断が必要となる。

理論的には専用の待合室が望ましいということになるが、各医療機関の施設の状況とのかねあいで、可能な範囲で検討するということになる。その際には、専用待合いならどのレベルの者を入れるのかまで決めておく必要がある。(汎流行時にあふれるおそれがあるため)

また、フェーズのどこまで専用化を維持するのかについては、定まった議論はない。現実的には、専用待合いが維持できる間は、それを維持し、維持できないくらいの有症状者等が受診し始めたが、ゾーンによる区分け(2m 以上はなし、パーティション等を立てる)を行うことになると思われる。

さらに、(易感染者、重症になりやすい者等が受診する)特定の診療科によっては、最後まで専用待合い維持する場合と、逆に易感染者等用の待合室をもうける場合が考えられる。

- ・診察室：専用か、共用かについては、待合室と同様の議論となる。
- ・入院：院内感染防止対策として検討

各病院に配置した隔離病室に収容又は、自宅療養

(7)医療資材の備蓄

以下に、PPE 以外の医療資材(体温計、舌圧子から、点滴、注射針、留置針、ディスプレイシート等にいたるまで)について記述する。各診療科においては、実際の診療をイメージして、必要な医療資材を十分量用意する必要がある。検討のポイントは以下のとおり。

- ・入院患者に必要な医療資材は調整計画次第であるが、流通が混乱することを想定した備蓄は必要となる。
- ・外来診療に必要な資材は新型インフルエンザの診療に必要な資材は、通常期の3から4倍必要
- ・その他の診療科の資材は、不要不急の受診抑制がはずれたときのために取っておく。
- ・関係業者、機関における対応状況の把握
特に、需要が増えると考えられる資材、物流の低下に、納入業者が対応可能かどうかを事前に確認する。この項については、中小企業BCPの記載が参考となるので参照されたい。

(9)策定の必要な個別計画

個別計画の作り方の基本方針としては、対応すべき項目を列挙しその中から個別計画にすべき(できそうな)ものを抽出し、計画レベルにまとめていくという考え方を取る事ができる、そこで、個別計画をどこまで細かく区分けて作るかが問題となるが、これについて決まった考え方はないと言える。そのため、以下に、作業にかけることができる時間を考慮し、当管内の医療機関が今年度作成する必要がある計画として以下を例示する。

<例示：今年度作成する内容は以下のとおり>

- ・基本方針
- ・対応組織
- ・重要業務等継続方針又は計画
(医療機関全体及び医療機関機能全般に関係する部門をまず作成する。インパクト推計とその対応の部分にその考え方を記載)
- ・フェーズ別(段階別)対応一覧
- ・マンパワー配分計画(今年後は概論的既述でもよい)
- ・資材備蓄計画(必要量の推定は必須)
- ・院内感染対策計画(ある程度つめておくことが必要)
- ・患者・感染疑い者発生時初期対応計画(ある程度つめておくことが必要)
- ・地域保健医療連携計画(関係機関一覧と連携方針を明記する)
- ・MBCP 暫定対応プラン(まずできることを列挙して取り掛かる)

次年度以降については、上記の計画を見直すと共に、以下の計画を追加するが、今後の状況の変

化に応じ変更はあり得る。

- ・ 各部門の重要業務継続方針又は計画(全体計画に既述できない個別的事項を中心に作成)
- ・ 事前対策実施計画
- ・ 事業復旧計画
- ・ 従業員教育・訓練計画
- ・ MBCP 改善計画(インフルエンザ以外への拡張、院内感染対策のブラッシュアップ等含む)

(10)関係機関：業者、医師会、連携医療機関、消防本部、市町、保健福祉環境事務所、その他関係する機関との連携体制

これについては、以下の事項が考えられるが、業者に対する確認は今年度実施する必要がある他は、今年度は連絡先の把握と概念的な既述とする。

- ・ 関係業者における対応状況の把握(既述)
- ・ 電気、水道等が低下したときの対応：基本的には不要
- ・ 連携する医療機関：既述の通常対応、緊急対応の医療機関を想定
- ・ 医師会との連携
- ・ 市町
- ・ 救急本部
- ・ 警察
- ・ 保健福祉環境事務所

(11)特別なニーズへの対応

医療機関の特性上、又は患者の中に特別なニーズを要すると考えられる部分及び患者が存在するか当課の検討が必要となる。この検討は、地震等の災害時の災害弱者を念頭に置くとイメージしやすい。

例：在宅医療の患者、障害者、頻回に受診が必要な患者、易感染者等

なお、汎アメリカ保健機構(PAO)作成の「災害時保健医療の組織化マニュアル(中山書店1997)によれば、災害時の医療サポートサービスとして以下の部門が列挙されている。

- ・ 外科部門、麻酔科、内科、小児科、産婦人科等