

## 第 58 回日本医療・病院管理学会学術総会シンポジウム

【テーマ】災害に強い地域づくりと高齢労働者支援の統合：Healthcare BCP の新たな展開

日時：2020 年（令和 2 年）10 月 2 日（金）9：50～11：20

### シンポジウムの趣旨

日本の災害医療の先駆けとなることを目的として、多様な関係者の参画により単独では発想できない戦略・対策を創出し、実効性のある Healthcare BCP (Business Continuity Plan：事業継続計画) の策定を支援する Healthcare BCP コンソーシアムが 2017 年に設立された。コンソーシアムでは、災害に強い地域づくりを目指す災害拠点病院等を評価する基準の開発を進め、2019 年には基準の第 1 版を用いて 2 つの労災病院でのピアレビューを実施した。

一方、32 の労災病院に加え、全国に 47 の産業保健総合支援センターと 350 の地域産業保健センター（地域窓口）を有する労働者健康安全機構では、今後も増加が続くと推計されている高齢労働者の安全と健康を確保する取り組みを、全国の郡市医師会と進めている。中でも産業医の選任義務のない従業員 50 人未満の事業所の労働者への支援は政策的課題であり、中小事業所の産業集積地である東京都大田三医師会とともに、モデル事業を実施している。

本シンポジウムでは、最初に、新型コロナウイルス感染症は深刻なパンデミックへの対応に関する「地域のヘルスケアにおける災害レジリエンス」についての緊急報告を行った。続いて、災害時医療危機管理体制としての地域ヘルスケア BCP の強化の方向性を紹介した後に、岡山県の取組をとりあげ、地域を担う災害医療体制の構築についての理解を深めた。その後、ピアレビューを受けた東京労災病院からの受審経験、同病院と地域を一にする大田三医師会での高齢労働者支援プログラムを紹介し、2 つのプログラムの統合の可能性についての意見交換を行った。

## 【緊急報告】地域のヘルスケアにおける災害レジリエンス：コロナ禍から考える

有賀 徹<sup>1</sup>, 横田裕行<sup>2</sup>

<sup>1</sup>独立行政法人労働者健康安全機構, <sup>2</sup>日本体育大学大学院保健医療学研究所

今次の新型コロナウイルス感染症は深刻なパンデミックとなり、医療供給の大幅な機能低下を余儀なくされた。即ち、多発した院内感染によって多くの病院で救急外来や病棟の閉鎖などに至り、同感染症やその疑い症例も救急搬送先の選定が困難（いわゆるタライ回シ）となり、救急医療の崩壊を危惧した日本救急医学会・日本臨床救急医学会両代表理事による発信ともなった。東京消防庁によれば、昨年4月と本年4月における総搬送患者数は夫々57,900人と42,006人で本年が減少していたにも拘らず、搬送困難事案（選定回数5回以上）は883人と3,063人で3.5倍に大きく増加し、そのうち脳卒中（急性期脳卒中A対象）は27人と74人で2.7倍、心疾患（CCUネットワーク対象）も22人と54人で2.5倍となった。この状況に鑑みて、日本医師会 COVID-19 有識者会議に属した筆者らは、迅速な検査法確立の必要性とともに、入院を要する同感染症患者に優先的に対応する病院と、同感染症は入院させず他の患者の入院医療を専ら担う病院とに分離する方策を地域で協議し実践することについて提案し、引き続き分離の具体的な方法として前者の病院には自治体病院こそ相応しい旨を論考した。かかる分離策は国内外で少数事例を聞くのみであるが、本抄録の作成時点で我が国における感染蔓延の第2波、第3波が巷間にて議論される状況から、病院個々の対応もさることながら、地域全体を俯瞰し地域医療を安定的に維持するために上記の分離などの戦略を構築していくことが切に望まれる。特に我が国の特徴は超高齢社会であり、地震、風水害、火災について各々に過去から経年的に辿ると、高齢化率の上昇を凌ぐ勢いで高齢の犠牲者（死亡ないし行方不明）の増加が顕著であることが分かる。今次のコロナ禍も死亡は殆どが高齢者である。高齢者は災害弱者でもあり、高齢者が安心して療養生活ができることと、地域のヘルスケアにおける災害レジリエンスの強化とは軌を一にする課題である。そして、今や社会で力を発揮できる高齢者が増加しているという特徴ある歴史的段階に至ったという認識から、高齢者が健康を保ちながら安心して働ける社会へといざなうことも、社会保障ないし地域のヘルスケアの維持、発展にとって大きな意義を有する。コロナ禍によるフランスとドイツにおける惨禍の違いを比較して新自由主義政策よりも社会的市場経済の優位性に言及したり、全ての医療機能を市場の競争原理下に置くことはできないと主張したりする意見があり、これらは社会的共通資本の考え方をよみがえらせる。倫理的には公共財としての医療を公正に分配する正義こそ、公共倫理の枠組みにおける今後の中心的な課題ともなり得よう。今次のコロナ禍から地域のヘルスケアにおける災害レジリエンスを考える上で社会の基層を成している社会資源や経済、文化などの在り方やそれらの転換について十二分に考察を進める必要があるに違いない。

## 地域ヘルスケア BCP の強化-災害時医療危機管理体制の強化-

野口英一<sup>1</sup>, 伊藤弘人<sup>2</sup>, 有賀 徹<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 戸田中央医科グループ, <sup>2</sup> 独立行政法人労働者健康安全機構

阪神・淡路大震災における大規模な災害時医療危機の教訓を踏まえ、平成8年5月10日厚生省健康政策局長から「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」が発出された。これにより医療関係団体、医薬品関係団体、医療機器関係団体、給食業者等の医療関連サービス事業者、消防機関、警察機関、精神保健福祉センター、住民団体等、多様な災害時医療関連組織間連携の推進を前提とした地域の災害時医療提供を具体化するための医療体制が示された(以下「地域ヘルスケアシステム」という。)

本地域ヘルスケアシステムは、地域の災害時医療拠点となる災害拠点病院(地域災害医療センター)を少なくとも都道府県の二次医療圏毎に1か所設置することを示している。中心は、医療圏内の他医療機関が連携して医療提供を行う体制の構築である。そして災害時医療関連組織間の迅速かつ的確な情報共有を行う広域災害・救急医療情報システムの整備、消防等の搬送機関との連携体制の強化、災害時医療関連組織間の連携推進を図るための保健所機能の強化等が進めることで、各都道府県で災害拠点病院設置による地域ヘルスケアシステムの体制整備を図ることとしている。

更に災害時における地域ヘルスケアシステムを充実、強化し、災害時の医療提供を実効性あるもの(以下「地域ヘルスケア BCP」という。)とするためには、総合的な防災対策の観点から、災害時要援護者の救護や医療提供のための対策が必要である。特に過去の自然災害発生時において被害者が多数発生している高齢者の災害時の救護と医療の提供は重要である。医療提供の実効性を確保するためには、災害時医療関連組織に介護、福祉分野の関係機関・団体を加えた連携体制を日頃から構築し、情報共有、関係機関・団体間での役割分担等を推進することが不可欠である。

地域に根ざした Healthcare BCP 確立を目的とする一般社団法人 Healthcare BCP コンソーシアム(災害時福祉・医療機能存続事業連合体、以下「HBC」という。)は、実効的な Healthcare BCP 体制構築のため、医療・介護連携のあるべき姿を前提として災害拠点病院を始め地域の災害医療で中核的医療機能を発揮すべき病院機能に関する第三者評価方法の開発に取り組んできた。評価基準開発等の必要性を明らかにすることで、地域ヘルスケア BCP 強化に必要な医療と介護連携をはじめとした災害時医療関連組織間の連携のあり方と災害拠点病院の役割について述べる。

# 地域を担う災害医療体制の構築 ―岡山県の取組―

中尾博之

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科災害医療マネジメント学講座

## 目的：

Healthcare Business Continuity Plan(HBCP)について、地域が一丸となって取り組むことの重要性が議論されるようになってきた。しかし、必ずしもその概念は同じではない。つまり、a.地域の医療機関が連携することを示す場合、b.地域の医療機関と介護・福祉施設が連携する場合、c.医療機関を支援する企業や社会も含めて連携する場合などがある。岡山県では c.を目指して、まずは a.からシステム構築を始めることになったので紹介する。

Healthcare BCP の基本構成は、①適応範囲の確定、②職員の組織化、③評価・分析(Business Impact Analysis : BIA)、④行動計画策定、⑤教育・訓練からなる。大災害が発生した場合には、医療機関が個別に対応するだけでなく、地域を巨大な医療機関とみなした HBCP の概念を「地域一体型 HBCP」とした。この概念のもとで基本構成を考えると、①岡山県下、②Tier1:基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院、救急告示病院、介護・福祉施設、在宅医療関連、Tier2:医療を支える業種、Tier3:被災者の生活を維持するための業種、③HBCP の心臓部分である評価・分析の自動化、④③に基づく計画策定、⑤③と④を概念的に理解し、実践できる内容からなる教育・訓練の策定、である。また、③と④の基本的な考え方は、個々の施設の HBCP 構築をする際の手助けになるという波及効果も期待される。

## 方法：

第 1 段階として、③及び④の構築を行う。③では、数理学的モデルを経済学的手法で応用することによって構築する。また、⑤に関して「令和元年岡山県災害拠点病院要員研修会」にて概念を理解するために、Risk Matrix の手法を活用した机上グループ討論を開催した。

## 結果：

③及び④について令和 2 年度から調査・研究を開始した。また、⑤では HBCP の理解を役立ったとの事後アンケート結果を多数得た。

## 考察：

コロナ禍の影響によって、③及び④の計画が遅れているが、HBCP を考えるうえでの中心部分の開発を行いつつある。プロトタイプ作成時には多くの検証が必要となることが予測される。しかし、多くの地域での活用によって、岡山県発のシステム開発として広く社会に寄与できるものと考えている。

# 東京労災病院に入院された高齢患者およびその家族の思考から垣間見えた地域における“death education”の必要性について

山本武史

東京労災病院 総合診療科 部長

【背景】2020年1月1日付けで東京労災病院に総合診療科の立ち上げを行う目的で赴任した。半年の経過の中で、平均90歳を超えた超高齢患者の家族から得られた、高齢患者に対する家族の“思い”と“現実”との乖離を整理し、災害時を含めた有事における住民の混乱防止に必要な共通認識について検討する。

【対象】当科に入院した高齢患者で死亡退院または療養転院した複数症例の経験から、家族との協議から得た“患者の死に対する心の準備”、“家族としての対応策”、“死に際しての看取り方”に着目し、災害時を含めた有事における住民の混乱防止に必要な共通認識の要素を抽出した。

【結果】“患者の死に対する心の準備”をしていた家族に出会うことはなく、“家族としての対応策”を準備していた家族も皆無であった。“死に際しての看取り方”に関して、侵襲的な治療を希望しない家族が大半であった。身近な家族の死に対する意識は低く、生物として徐々に衰退している現実を理解できていない家族が多かった。特に患者と同居しているほとんどすべての家庭で、“患者の死”を眼前にして不安と驚愕、さらには否定といった感情の反応がみてとれた。

【考察】“患者の死が近い”ことに対する事実認識があっても、事実の受け入れができていない家族がほとんどであったことは、本来あるべき生物の限界、“生物（人間）はいつか必ず死ぬ”という事実を十分に理解できる環境提供の必要性を示していた。“死”という事実の受け入れができたとしても、患者と家族の歩んできた背景により様々な対応が求められることがあり、医療者は、患者および家族と十分に対応方法を検討する必要にも迫られる。今後の高齢化社会を見据えると地域医療の中で人生の終末期における“死の受け入れ”を啓発する必要があると考えられた。

【結語】当院のある地域は古くからの漁業および工業地域でもあり、近年は湾岸再開発地域としての新しい人口増加のある地域でもある。古くから在住している住民と近年在住し始めた住民による世代間や地域属性の異なる価値観が混在している。人生の終末期に関する考え方についても同様であろう。地域医療の最終場面における“death education”とは何かについて様々な角度から検討する必要がある。災害時においては優先順位が逆転することも含め、地域社会に“死ぬ事実”とどう向き合うかということについて、医療機関は地域の諸組織を通じて十分な認識を住民に根付かせる必要がある。

# 中小企業の労働者への支援に関するモデル事業

## —大田地域産業保健センターにおける通院時産業保健相談—

正林浩高

大森医師会・大田地域産業保健センター運営主幹

### 1. はじめに

東京都の城南に位置する大田区は、京浜工業地帯に隣接し交通の便がよく、土地も安いなど好条件が揃っていたことで工場の進出が多くみられた。高度経済成長期に、埋立地である昭和島に羽田鉄工団地が京浜島に京浜島工業団地が建設され、住宅地に点在していた町工場が集団移転していった。それらの工場の多くは従業員 50 人未満の小規模事業場である。

こうした小規模事業場の労働衛生管理の一層の向上を目的とした「地区労働衛生相談医制度モデル事業」に、都内で唯一、羽田鉄工団地がモデル事業に選ばれた。また、「地域産業保健センター事業」に拡大発展した際には、大田地域産業保健センターは、大森・蒲田・田園調布の三医師会が協力して都内で最初に設置されたセンターである。

### 2. 背景

従業員 50 人未満の小規模事業場は、民間事業所の 96%を占め、全労働者の約 60%が就労している。小規模事業所は、財政基盤が脆弱であり産業保健意識が低く、産業保健専門職の関与が薄いなど、独自に産業保健活動を実施することが困難な傾向がみられる。

一方、産業保健を支援する三事業（地域産業保健事業、産業保健推進センター事業、メンタルヘルス対策支援事業）の一元化、労働安全衛生法の改正に伴うストレスチェック制度の実施、働き方改革実行計画に「病気の治療と仕事の両立」が挙げられるなど、法制度の上は労働者に対する産業保健サービスは充実してきた。しかし、地域産業保健センターがその役割を果たせなければ、従業員 50 人以上の事業場と小規模事業場との産業保健レベルの格差拡大が危惧される場所である。

### 3. 地域産業保健センターにおけるモデル事業

平成 30 年 5 月、独立行政法人労働者健康安全機構、東京労災病院、東京産業保健総合支援センター、東邦大学医療センター大森病院及び大田区三医師会の代表者が集まり、「中小企業における産業保健活動活性化モデル事業」を行う協議会を設置することで合意した。具体的内容はワーキンググループを設置し検討を行った。小規模事業場の問題点として、企業体力の脆弱性や産業保健スタッフの不足、産業保健活動への理解の不足などが、地域産業保健センターの問題点として、登録産業医の活動時間・場所が限られる、保健師など専門職の不足などが指摘された。

平成 31 年 3 月、産業医資格を持つかかりつけ医が、日常診療の中で労働者(患者)の相談業務を行うモデル事業（通院時産業保健相談業務）の内容が決定した。一定の講習を受けた 33 名の特定登録産業医に協力いただき、令和元年 10 月からモデル事業を実施している。今後、課題や問題点を洗い出し必要な修正等を行う予定である。