

Nara Women's University

精神科病院の事業継続計画(Business Continuity Plan)に関する研究

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2023-11-13 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 矢野, 貴恵 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10935/6005

精神科病院の事業継続計画
(Business Continuity Plan) に関する研究

2023 年

奈良女子大学大学院 人間文化研究科

博士後期課程 社会生活環境学専攻

矢 野 貴 恵

目次

第1章 序論	1
1-1 研究の背景と目的	4
1-1-1 研究の背景と動機	4
1-1-2 研究の目的（リサーチクエスチョン）と方法	7
1-2 先行文献と本研究の位置づけ	8
1-2-1 精神科病院 BCP の先行研究	8
1-2-2 先行研究に対する本研究の位置づけ	10
1-3 本論文の構成（図示）	12
第2章 緊急時の社会システム	15
2-1 緊急社会システム	15
2-1-1 想定外のマネジメント	16
2-1-2 高信頼性組織とは	17
2-1-3 5つの原則とマネジメント	22
2-2 災害時の組織	24
2-2-1 組織的対応の種類	24
2-2-2 定置型組織とイシュー限定対応	28
2-2-3 急激に変動する環境への適応	29
2-3 危機管理	30
2-3-1 危機管理の方法とリスクの同定	31
2-3-2 危機管理のための戦略計画	33
2-3-3 一元的な危機対応システム	35
2-3-4 Incident Command System（ICS）による危機管理	37
2-4 まとめ	40
第3章 病院の法的規制と安全	42
3-1 医事法と病院	42
3-1-1 医療法と病院の種類	45
3-1-2 一般病院と精神科病院の違い	47
3-2 病院の安全マネジメント	50

目次

3-2-1	Safety-I & Safety-IIという考え方.....	51
3-2-3	複雑適応システムとしてのヘルスケア.....	55
3-3	まとめ.....	57
第4章	組織論からみた病院の特徴.....	59
4-1	病院組織の構造.....	59
4-1-1	官僚制と有機的マネジメントシステム.....	59
4-1-3	現場裁量と現場レベルの官僚制.....	61
4-1-4	組織風土.....	63
4-2	病院組織の環境.....	64
4-2-1	一般環境.....	65
4-2-2	タスク環境.....	66
4-2-3	不確実性の吸収と環境への適応性.....	69
4-3	ネットワーク.....	71
4-4	サプライチェーンとステークホルダー.....	75
4-5	病院の組織過程.....	77
4-5-1	リーダーシップ.....	77
4-5-2	組織の意思決定.....	79
4-5-3	情報.....	80
4-5-4	コミュニケーション.....	83
4-5-5	成員のモチベーション.....	84
4-5	まとめ.....	85
第5章	病院の事業継続計画（Business Continuity Plan）.....	87
5-1	BCPの流れとISO22301.....	87
5-1-1	防災活動とBCM.....	89
5-1-2	ISO22301：2019（JIS Q 22301：2020）の要求事項.....	90
5-1-3	ネットワーク・ガバナンスによる Incident Command System.....	92
5-1-4	病院BCPの中の計画.....	94
5-2	精神科病院で策定しにくいBCP項目.....	96
5-2-1	熊本県地震における精神科病院組織の対応.....	96
5-2-2	事業影響度分析（Business Impact Analysis, BIA）.....	101

目次

5-2-3	ボトルネック事業と目標復旧レベル・目標復旧時間	102
5-2-4	精神科病院のネットワーク・ガバナンス ICS	103
5-2-5	タイムラインから見た緊急時の対応	106
5-3	公開されている病院用 BCP マニュアル	108
5-3-1	BCP の考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き	108
5-3-2	医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引き	109
5-3-3	介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等について	111
5-4	2020 年 COVID-19 への精神科病院の感染対策	114
5-4-1	感染源の持ち込み防止による感染対策	119
5-4-2	クラスターの特徴	121
5-4-3	患者および成員への対応	123
5-5	まとめ	124
第 6 章	精神科病院の BCP の現状（調査結果）	126
6-1	大阪府下の精神科病院における勉強会	126
6-2	精神障害者の不確実性吸収のための患者教育	129
6-2-1	新しい習慣を身につける	133
6-2-2	支援の形	134
6-3	精神科病院における BCP に関するアンケート調査	135
6-3-1	40 病院の現状	138
6-3-2	精神科特有の BCP に設定しにくい項目	140
6-4	まとめ	144
第 7 章	精神科病院 BCP への提案	147
7-1	一般病院向けや介護施設向けの BCP との違い	147
7-1-1	基本方針の決定から BIA まで	148
7-1-2	事業継続に関する項目	155
7-1-3	事業影響度分析（BIA）	156
7-1-4	事業継続戦略	158
7-1-5	同一法人の関連施設	163
7-1-6	情報のコントロール	163

目次

7-2 資金確保と成員のモチベーション	164
7-3 事業継続のための教育と訓練への提案	165
7-3-1 患者への教育・訓練	165
7-3-2 成員への教育・訓練	166
7-4 まとめ	167
第8章 結論	170
8-1 まとめ	170
8-2 今後の展望	172
発表論文一覧	173
引用・参考文献	174
付録2	190
付録3	190
付録4	190

第1章 序論

地球規模の温暖化による影響から、近年わが国では地震や火山活動、異常気象などの自然災害が多発している。災害は、いつどこで発生するのか 100%の予測は不可能であり、一旦発生すると被災地域内では多数の傷病者に対する医療ニーズが急増する。田中ら（2007, 319-323）によれば、1995年の阪神・淡路大震災後 15 日間に被災地内病院 48 施設、後方病院 47 施設で、入院治療を受けた傷病者は 6107 例であったと報告があった。6107 例のうち外傷は 2718 例、受傷機転は倒壊家屋・家具の下敷き・打撲によるものが大半であった。受傷部位は、四肢、軟部組織損傷、脊柱の順で多く、クラッシュ症候群や頭部・胸部・腹部外傷で臓器損傷を伴った者の致死率が高かったと説明していた。疾病例は 3389 例で、避難所生活の高齢者が脱水を契機に合併症の発症、呼吸器感染症（肺炎）や消化管潰瘍による入院は徐々に増加したと報告している。災害時に求められる病院や医療機関の役割は、被災傷病者への対応、入院患者の治療の継続が主な内容であり、入院ベッドのコントロールや退院支援、外来通院患者の医療の確保なども付随する。

わが国の医療法（2021年改正）の規定によれば、病院は大別して一般病院と精神病床¹のみの精神科病院²に分けられている（厚生労働省，2010）。前述した災害時の医療ニーズは、外傷や身体に関する傷病が中心となるため、主に一般病院で対応するニーズである。しかし、精神科病院に対する医療ニーズもある。災害という緊急事態によって日常生活が滞った後、2次的に急性精神症状が出現したり、慢性の精神疾患の治療薬が途切れて症状が増悪したり、大きな環境の変化に耐えられずに、強いストレスやトラウマ体験を受けた場合などに精神保健医療ニーズが発生する。しかし、それは外傷などによる身体的傷病と比較して、直ちに救命処置を施す必要性は低く、必然的に優

¹ 医療法第7条2項1号に「病床の種別として」、「精神病床（病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう.）」と明記されている。

² 精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正，2006.6.23）第一条には、「『精神病院』を『精神科病院』に改める」と記載されており、本稿では「精神科病院」とする。

第1章 序論

先順位が低くなってしまふ。また Web 医事新報（2016）によれば、2011 年の東日本大震災では精神科病院に入院中の患者 1200 人を、他の病院施設に搬送していた。搬送途中に低体温などにより 10 人以上が搬送中に亡くなっていたが、2016 年の熊本地震では 591 人が搬送され、死亡事例はゼロであったと報告されていた。精神科病院の場合は、1つの病院の入院患者数が多く、病院外への避難が必要になると、1つの病院でも数百人規模の搬送事例が発生する。そのため災害時は、被災による多数傷病者の受け入れではなく、入院中の精神疾患患者の避難という異なった医療ニーズが発生することが東日本大震災や熊本地震の経験からわかっている。

いずれにしても、病院には人間の生命や生活を守るという役割がある。そのため厚生労働省(2013a, b)は、災害への備えとして事業継続計画（Business Continuity Plan；以下 BCP とする）の策定を強く推奨している。内閣府の事業継続ガイドライン（2013）によると「事業継続計画」とは、一般企業や行政に対して災害時の「不測の事態」に遭遇した場合において、事業の損害を最小限にしながらか、中核となる事業の継続あるいは早期復旧をするために、平常時に行なうべき活動や緊急時における事業継続のための方法、手段などを取り決めておく計画のことである。病院における BCP は、それぞれの病院が不測の事態下で継続しなければならない事業が何かを明確にしておくことで、災害によって大きく変動する外部の環境や急増する医療ニーズへの対応を維持しようとするものである。精神科病院においては、数百人規模の入院患者の生命を守るために BCP の策定は急務だと考えられる。

災害による影響は、社会システム全体に影響することを、災害経験の豊富な日本社会はよく知っている。野田（1997, 9）は、災害という脅威への対応（適応過程）として、通常とは異なる緊急社会システムが発動することを指摘し、緊急発動システムの構成要素で重要なのは諸組織であると説明していた。Quarantelli & Dynes(1976, 12)が説明する緊急時の組織的対応には 4 類型（typeI～typeIV）あり、病院は typeI定置型に分類されている（野田, 1997, 34）。定置型組織は、平常時の業務を緊急時にも行なう必要がある。特に病院には、急増する医療ニーズに対して救命処置を求めるため、安全性・信頼性の高い高信頼性組織である必要がある（中西, 2007, 34）。

第1章 序論

病院という組織は、法律や慣習による縛りがあり、社会秩序に関係するため「制度」とも呼ばれる（田尾，2012, 32）。精神科病院の場合は、一般病院とは異なる法律、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（2022年改正，以下精神保健福祉法とする）」や「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（2013年制定，以下医療観察法とする）」などの縛りを受けている。甲斐（2018, 250）は、精神疾患の患者の病識のなさや自他に対する危険性という点から、身体疾患の医療とは明確に区別し特別の原理で運用されていると述べており、その特徴に「強制入院」「入院患者の行動制限」などを挙げている。患者の行動を制限することに関しては、人権擁護の観点から何重にも患者の権利を保護する策を備えておく必要がある。また、医療法（2021年改正）および医療法施行規則第十九条（1948年）によると、医師や看護師の人員配置は、一般病院では入院患者16人：医師1人，入院患者3人：看護師1人で、精神科病院では入院患者48人：医師1人，入院患者4人：看護師1人と、比較してみると精神科病院では少なく規定されている。令和3年の病床使用率(厚生労働省,2021a)は、精神病床83.6%，一般病床69.8%で、平均在院日数は精神病床271.1日，一般病床16.1日であった。精神科病院BCPでは、このような一般病院との差異を踏まえて計画を策定することになる。

一般病院と精神科病院の差異を、明確にすることが必要であることはわかったが、どのような手法でその差異を整理すればよいかについては思案した。そもそもBCPの世界的な流れは、1970年代米英でのテロをきっかけに通常事業の中断に対する備えをする、つまり組織の危機管理に端を発している（内閣府，2014a）。またBCPの国際規格であるISO22301：2019の要求事項の項目にも「組織の状況」「リーダーシップ」と組織に関する内容が明記してある。そこで、まず病院という組織の特徴を明らかにすることが必要だと考えた。そのためには、組織論を用いて病院組織を捉え直し、整理することで一般病院と精神科病院の差異が明確になると考えるに至った。

そのため本研究では、緊急時の病院の役割，組織論を用いて一般病院と精神科病院の組織の違いや特徴，精神科病院の過去の災害事象での経験や対応からの知見，その中で精神科病院の災害への備えやBCPにつながるものは

第1章 序論

何かについて検証し、精神科病院 BCP をどのように策定すれば有効に機能できるのかについて提案していく。

本章では、研究の背景と目的、先行研究と本研究の位置づけを述べた後、本論文の構成を説明する。

1-1 研究の背景と目的

1-1-1 研究の背景と動機

30年以内の発生率が70%と発表のある南海トラフ地震や首都直下地震（内閣府、2017）が懸念されている現在、気象状況の変化などによる自然災害や、人為災害の発生による被害は、全国の人・地域・企業・生活・経済等あらゆる状況に及ぶ。行政や企業にも、災害時に対応できるBCPを策定することで、可能な限りの事業の継続、早期復旧を想定した計画を準備することが推奨されている。病院に対しては、2012年3月に厚生労働省医政局長「災害時における医療体制の充実強化について」（厚生労働省、2012a）が、各都道府県知事、政令市長、特別区長宛に通知され、病院災害対策マニュアルの策定が努力義務となった。2013年9月には、厚生労働省医政局指導課長「病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアルについて」（厚生労働省、2013）が通知され、小井土の「BCPの考え方に基づいた病院災害対応計画についての研究」が紹介された。小井土の計画は病院の災害対応計画であったが、BCPの考え方に基づいたマニュアルが明示されたことにより、この形が病院BCPの基本マニュアルであるようなインパクトを与えることになった。2017年3月には堀内が「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のためのBCP作成の手引」（堀内、2017）を開示し、現在ではWeb上で厚生労働省・各地方自治体・病院HP等の様々な一般病院用（災害拠点病院用含）BCPマニュアルが容易に入手できるようになっている。しかしこれらのマニュアルは、あくまで一般病院の救急医療を想定しているため、精神科病院や療養病院などの慢性期医療を担うすべての病院がこれを参考にしてBCPの策定をする事は容易ではない。厚生労働省医政局地域医療計画課は、2018年度の大阪北部地震に始まった様々な災害（豪雨、台風21号、北海道胆振東部地震等）において

表 1-1 病院の業務継続計画(BCP)策定状況調査の結果

出典：厚生労働省（2019），報道・広報．報道発表資料「2019年7月病院の業務継続計画(BCP)策定状況調査の結果 2019.7.31.」より引用

調査①の結果								
	総数	回答数	未回答数	回答率	BCP策定有り	割合	BCP策定無し	割合(※3)
災害拠点病院	736	690	46	93.8%	491	71.2%	199	28.8%
救命救急センター (※1)	7	6	1	85.7%	4	66.7%	2	33.3%
周産期母子 医療センター(※2)	79	68	11	86.1%	21	30.9%	47	69.1%
上記以外の病院	7,550	6,530	1,020	86.5%	1,310	20.1%	5,220	79.9%
全病院	8,372	7,294	1,078	87.1%	1,826	25.0%	5,468	75.0%

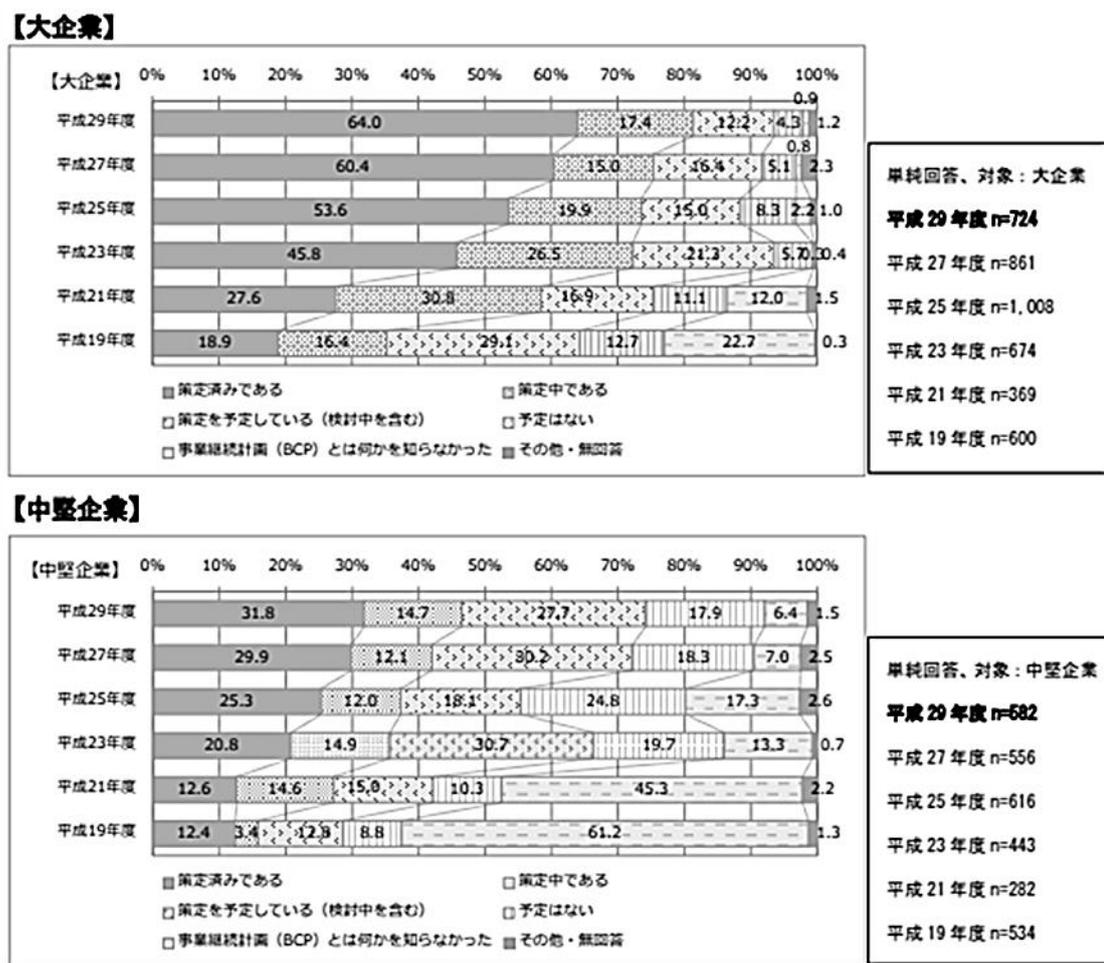
※1 災害拠点病院を含まない。

※2 災害拠点病院及び救命救急センターを含まない総合・地域周産期母子医療センターの和。

※3 回答数に対するBCP策定無しと回答した病院の割合。

出典：「病院の業務継続計画(BCP)策定状況調査の結果」厚生労働省医政局地域医療計画課 2019年7月

病院の診療継続が困難になってしまった事態を深刻に捉え、2018年11月～12月に全病院に対してBCP策定状況についての調査を行なった。その「病院の業務継続計画BCP策定状況調査」（厚生労働省，2019）の結果（表1-1），BCP策定が義務づけられた災害拠点病院736病院のうち199病院（27.0%）が「BCP策定無し」と回答していたため，この199病院と災害拠点病院で未回答であった46病院（計245病院）に対して2019年5月に追加調査が実施された。その結果，内1病院は指定を返上してBCP策定をしなかったが，244病院は2019年8月までにBCP策定を終了した。その結果，災害拠点病院は策定率100%となった。災害拠点病院以外の比較的策定率の高い救命救急センター（災害拠点病院を含まない）・周産期母子医療センターを除いたいわゆる一般的な病院が「上記以外の病院」であり，7,550病院のうちの5,220病院（79.9%）が「BCP策定無し」と回答していた。上記以外の病院の7,550病院の中には，精神科病院も含まれているが実数は不明である。精神科病院は平均的に病床数が多く，慢性疾患のため長期療養患者や，本人の意思によらない強制入院が多いため，患者の退院希望を優先した対応がとりにくいという状況がある。また，家族や自宅のない患者も少なくないため，病院機能（事業）を継続するためのBCP策定は急がれるべきである。しかし，Web上で精神科病院BCPマニュアルを検索



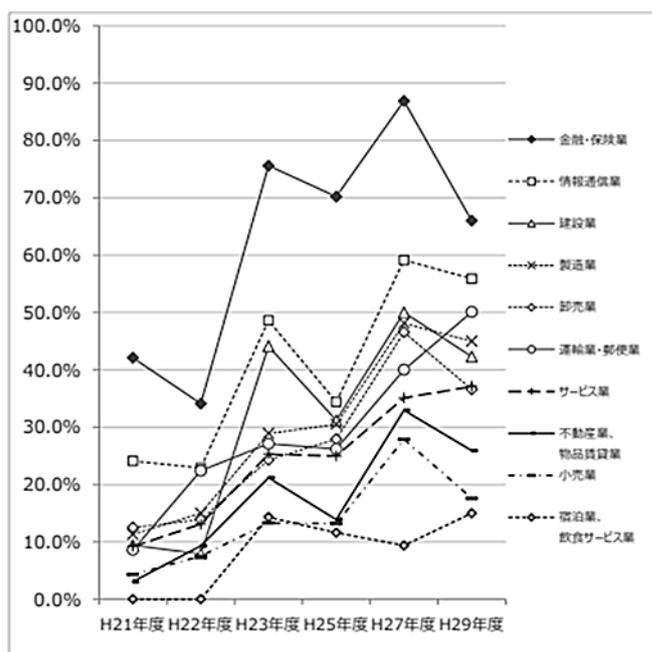
出典：「平成29年度企業の事業継続及び防災の取組に関する実態調査」内閣府 防災担当 2018年3月

図 1-1 平成 29 年度企業の事業継続及び防災の取組に関する実態調査

出典：内閣府（2018）. 防災担当. 「平成 29 年度企業の事業継続及び防災の取組に関する実態調査，平成 30 年 3 月」より引用

（2022 年 8 月 24 日現在）すると、公益社団法人日本精神科病院協会（2022）災害対策本部作成の浜寺病院の BCP がヒットするのみである。

病院以外では、一般企業の BCP 策定状況について内閣府(2018)が 2018 年 2 月～3 月に調査（図 1-1）しており、大企業 724 社、中堅企業 582 社、その他企業 679 社の計 1,985 社の結果から、BCP 策定済みと回答したのは大企業 64.0%、中堅企業 31.8%（その他企業の結果は掲載なし）であった。業種別（図 1-2）で最も策定率が高かったのは、金融・保険業が 66.0%で、最も低かったのは宿泊業・飲食サービス業 15.0%であった。特に中小企業 BCP の促進は、2008 年から中小企業庁が広報活動を行なっており、「中小企業 BCP（事業継続計画）ガイド～緊急事態を生き抜くために～（平成 20 年 3 月）」が Web 上でも確認できてい



出典：「平成29年度企業の事業継続及び防災の取組に関する実態調査」
内閣府 防災担当 2018年3月

図 1-2 平成 29 年度企業の事業継続及び
防災の取組に関する実態調査

出典：内閣府（2018）. 防災担当. 「平成 29 年度企業の事業継続及び防災の取組に関する実態調査平成 30 年 3 月」より引用

ここで、精神科病院に特化した BCP ガイドやフレームを作成することで、実際に活用できる事業継続計画が策定でき、多くの慢性疾患による入院・入所中の療養者の生命や安全を確保することが可能になると考えられ、その点が本研究の意義となる。

1-1-2 研究の目的（リサーチクエスチョン）と方法

南海トラフ地震や首都直下地震が懸念される現在、多くの入院患者を抱える精神科病院の BCP 策定率の低さは改善が急がれる。しかし、精神科病院の現場の声は、BCP の策定が難しいという声が多い。そこで本研究では、一般病院とは異なる精神科病院組織の特徴について組織論を用いて明らかにし、その上で特徴を活かした精神科病院 BCP の項目を抽出することを目的とした。

研究方法は、まず「精神科病院 BCP」に関する先行文献のレビューを行い、精神科病院の BCP についての研究視点について確認する。我が国の医療法

た。企業の中では、対人へのサービスを事業としている組織（以下、対人サービス組織とする）の BCP 策定が低いことに注目すれば、病院の策定率が低いことも同じ理由に依るのかもしれないと考えられた。特に、精神科病院や療養病床の多い病院では、療養環境の調整が重要であり、そのような生活調整を主事業とする対人サービス組織（病院や施設）への入院・入所者数は決して少なくないため、これは明らかな保健医療福祉サービス上の大きな課題につながると考えられる。そ

第1章 序論

の括りの中で「病院」に求められる役割を踏まえ、緊急時の社会システムの中での組織的対応や病院の役割、危機管理について考えていく。次に一般病院と精神科病院の違いや病院組織の安全マネジメントから外部環境への適応について検討する。その後、厚生労働省などの公的な関連機関のオープンソースを用いて、一般病院の事業継続計画（BCP）について情報収集し、ISO22301：2019 との比較から病院 BCP の輪郭を明確にして、精神科病院の理論的な BCP の形について検証する。さらに我が国の精神科病院の災害対応に関する現状や、被災経験のある精神科病院の体験について危機管理担当者へのインタビューや精神科病院に対するアンケートなどを実施して現状を把握する。調査結果を用いて、精神科病院 BCP に必要な項目を ISO22301 の要求事項と組織論を用いて洗い出し、現状把握および課題について整理し、精神科病院 BCP に必要な具体的項目について提案していく。

1-2 先行文献と本研究の位置づけ

1-2-1 精神科病院 BCP の先行研究

検索エンジン医中誌 Web や Cinii Research, Google Scholar, J-STAGE 等を用いて、「精神科病院」「事業継続計画」「psychiatric hospital」「Business Continuity Plan」のキーワードで、国内外で過去 5 年間（2017-2021）を対象に検索したが 1 件もヒットしなかった。その後、2022 年 12 月に日本精神科病院協会雑誌に「BCP（事業継続計画）策定への取り組み」という特集が組まれた。その中で、表 1-2 で示す精神科病院の BCP に関する論文が 11 本投稿された。しかし内容は、これまでの BCP に関する知見の踏襲や、自病院での取り組みの工夫など、新しく精神科病院 BCP を説明できる概念やフレームに関する一般化できそうな知見は確認できなかった。また、これまでに組織論による視点から一般病院の経営について述べられた文献はあったが、精神科病院の病院経営や BCP について述べられた文献は確認できなかった。組織論を用いて精神科病院組織の特徴を明らかにした先行文献も確認できなかった。

生産業や一般企業については、組織論を用いて実証研究が繰り返されてきたが、我が国の病院については組織論を用いて病院組織の特徴を明確にされ

表 1-2 精神科病院に関する BCP の文献表

著者	発行年	タイトル	内容
秋富慎司	2022	病院の事業継続計画に必要なISOの基礎と5STEP.	<ul style="list-style-type: none"> ・東日本大震災までは、精神科病院などへの支援が後回しになっていた。 ・災害備えの5STEP(非常食・自家発電機・避難計画と訓練・職員と職員家族の受け入れ・地域防災訓練への参加) ・BCMSなどの理解と導入の必要性 ・ISO22301:2011国際規格について ・リスクマネジメントについて (BCM)
井上益宏	2022	医療機関における事業継続計画(BCP)の策定について；地方自治体の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・静岡県における病院BCPについて
犬飼邦明	2022	精神科病院のBCP；災害支援中心病院の立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院災害拠点病院について ・被災経験からわかった、喪失した病院機能 ・災害時の精神科病院支援について ・他病院のBCPの比較
黒岩泰代 ・川上崇	2022	災害対応の実例；セコムグループの災害時対応	<ul style="list-style-type: none"> ・東日本大震災からの教訓 ・セコムの安否確認への取り組み
駒橋徹	2022	鹿沼病院におけるBCP(事業継続計画)作成の過程	<ul style="list-style-type: none"> ・自病院のBCP策定への取り組みと他病院BCPとの比較
榎田右文	2022	BCP策定までの道のりと今後すべきこと	<ul style="list-style-type: none"> ・自病院でのBCP策定への取り組みと、今後の課題
小原尚利	2022	精神科病院におけるBCPの重要性とBCP策定のコツ	<ul style="list-style-type: none"> ・自病院での精神科病院への取り組みとについての共有
大山慶介	2022	医療機関におけるBCP策定について	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関におけるBCP策定に対する厚生労働省の動向について
関口秀文	2022	「院内DPAT」を活用したBCPの検討；災害に強い人材育成が災害に強い精神科を作る	<ul style="list-style-type: none"> 院内DPATを活用したBCP策定への取り組み
谷聡子	2022	南海トラフ巨大地震を想定したBCP策定	<ul style="list-style-type: none"> 高知県での自治体の南海トラフ地震の想定と、自病院でのBCPへの取り組み
山岸暁美	2022	地域BCPのススメ；患者・利用者のいのちと生活を守るために	<ul style="list-style-type: none"> ・BCP=オールハザードアプローチであること。 ・災害マニュアルとの違い ・地域BCP(機関型・連携型・地域)の類型

る機会がなかったことがわかった。また、精神科病院に関する災害対応などの情報やデータの蓄積が少なく、客観的資料が非常に少ないという現状があるため、独自の視点で精神科病院 BCP について検討する必要性を感じた。

今回、精神科病院の BCP 策定率が低い理由を検証する中で精神科医療の現場からは、「一般病院向けの BCP マニュアルが使いにくい」という声を複数耳にした。医療法の中では同じ病院という組織であったとしても、BCP を策定するにあたっては、一般病院と精神科病院には違いがあるということである。何が違うのかということを確認しなければ、精神科病院に有効な

第1章 序論

BCPは策定できないと考えたので、組織の特徴を明確にするために、組織論を用いて検証を試みることにした。特に病院などのような対人サービス組織は、生産業のように組織で何か新しい資源を作り出すことはなく、基本的に事業に必要な資源はすべて外部環境に依存するという特徴がある。つまり、外部環境が大きく変化する災害のような場合では、組織全体が大きな影響とダメージを受けることになる。

そこで本研究では、組織論を用いて災害時に大きく変化する内外の環境への適応への視点を含め、精神科病院のBCPを独自に検討することとする。中でも組織論の活用は、病院組織の分析と特性を明らかにする点で、これまでにない視点として提案したい。また精神科病院の災害対策に関する情報やデータの蓄積が少ないため、多くの精神科病院がBCPを策定する際の一助としたい。

1-2-2 先行研究に対する本研究の位置づけ

先にも述べたように、組織論を用いた精神科病院に関する組織分析や、精神科病院BCPに関する先行研究は確認できなかった。そこで本研究では、組織論を用いた精神科病院組織の分析と、より精神科病院で活用しやすいBCPについて検討する実践的研究の一端を担う。また、災害時に求められる「病院」という組織の役割が一般病院と精神科病院では異なっているのか、どのような危機管理が必要なのかなど、災害時に望まれる緊急時対応組織という視点でも検証していく。その上で、一般病院とは異なる精神科病院組織の事業継続計画の内容や項目を、組織論を基盤に検討することで、経営学的視点を越えて様々な形態の組織に対応する災害対策の一助としたい。これは、ISO22301:2019の概念計画「あらゆる組織に適用可能な形」にも一致する。特に、病院などのような非営利組織やNGOなどは、高利を求めない組織である。営利組織と比較すると、単に利益優先の危機管理として事業継続を計画するのではなく、組織の目的・目標を意識した組織本来の役割を意識したBCPを考える機会となり、組織の有効性を高めることにつながると考える。

田尾 (2012, 2) は、組織を「企業を含みながら、協働³に支えられた組織体であれば何でもよい」としており、組織論とは「組織の行動を論じており、それぞれの組織が一つ一つ分析単位である」と述べている。本研究では病院の中の精神科病院という特定の集団にフォーカスして BCP を検討していく。組織論については、前述したように膨大な概念の中から、ISO22301 の要求事項に一致した下位概念（構造・環境など）を用いて整理していく。表 1-2 は、野中ら (1989, 25-446) の「組織現象の理論と測定」から抜粋した組織を説明する概念の一覧表である。本研究では、病院組織が災害時に大きく変化する環境に対して適応性を高めるために、BCP に何が必要かということ整理し、組織の特徴が明らかにしていきたい。環境への適応性を評価するために、野中ら (1989) の概念を参考にする。但し、野中らの説明は主に

表 1-2 組織を説明する概念

出典：野中ら (1989) 「組織現象の理論と測定」より内容を抜粋し筆者が作成

主要構成概念	適用範囲	分析のパラダイム	特徴
環境	社会的環境を示し、実質的環境と認知的に構成された環境に分けられる。組織の事業に対し影響を与える諸要因で、一般環境、タスク環境、組織間環境などに概念分けされる	・コンティンジェンシー理論	内部特性は、組織内の政治的意思決定過程を通じて形成される。組織存続能力は、環境操作や戦略的な環境適応に依存。組織間の資源の交換関係による説明。
Context コンテキスト	組織と環境の間に存在し、組織にとっていわば下部構造を成す変数群のこと。代表的なものは、技術・タスク、規模、目標・戦略に分けられる	・コンティンジェンシー変数群	技術を、投入-変換-産出プロセスと認識してタスクと呼ぶ。規模は、容量・利用可能な要因数・投入-産出量・資源数で表される。
組織構造	官僚制とは、合法的支配を基礎とした近代社会における合理的な管理機構で安定的な環境下で階層的な職務権限をもつ。不安定な環境下では、非官僚制的構造をもつ有機的マネジメントシステムが機能的とされる。	・構造論のコンティンジェンシー理論	有機的組織の構造が機能的であるか否かについては、「環境」「技術」「規模」などの組織状況に依存する。
組織過程	組織過程は連続現象で、構造と機能を結合するものとして考えられる。関係する様々な一連の継続的・相互依存的行為の連続で、個人-集団-組織を横断的に還元的視角とホリスティックな視角の橋渡しをする。	・組織過程はマネジメント・プロセスである	組織過程の下位次元は、パワー・コンフリクト解消・リーダーシップ・意思決定・統合・調整・コントロール・コミュニケーション・境界連結活動などがある。
個人属性	個人は、組織の分析レベルの最小単位で、マクロ的視点を含めた個人属性という包括概念で捉える	・組織のマクロ概念と組織成果を媒介する機能	次元は、「モチベーション」、「欲求」を視点とするマズローの欲求階層説、「パーソナリティ」がある。
組織成果	組織の就職的課題は、組織成果を最大限に追求すること。組織は、社会的な目標を達成するための重要な構成要素となり、組織目標は社会システムの要件充足への貢献によって正当化される。	・組織成果の評価と組織有効性	次元は、目標達成の評価（達成度・能率性）、社会の社会的・文化的・経済的変動ないし発展にかかわる「革新」、組織成員や要因の統合とパターン維持である。
組織変動	組織は、社会を構成する重要な下位社会システムであり、社会変動の概念と定義が適用できる。組織の構造変動には、3つの主要経路がある。	・社会学的分析視角とミクロ組織論	次元は、「環境」「規模の成長」「技術」「人」で、主要経路は入力の変化、矛盾解決、環境変化の直接刺激

³ 「協働」という概念は、アメリカ合衆国の経営学者である C.I. Barnard (1886-1961) が、組織は協働体系の中核をなす体系であると説明しており、組織論の中では一般化された概念である。

一般企業を対象とした内容になっているため、病院という対人サービス組織の危機管理や高信頼性組織など、関連する組織論も適宜参照していく。

1-3 本論文の構成（図示）

各章毎の関係を、図 1-3 に示す。第 1 章の背景や研究の目的を受けて、第 2 章では災害という緊急事態に対する緊急時の社会システムについて説明する。緊急時には、社会全体が想定外のマネジメントを強いられることもあり、その結果当然として様々な組織にも影響が及ぶ。社会組織の中には、「不測の事態」に対して高い安全性と信頼性を実現している組織がある。中西（2007, 29-48）は、そのような組織を「高信頼性組織」として説明しており、病院も高信頼性組織の 1 つとして説明している。失敗に学ぶマネジメントの原則を用いて緊急時社会システムの中の高信頼性組織として、病院の組織的対応から危機管理について述べる。組織的対応は、Quarantelli ら（1976）の類型を参考に病院対応の原則と、精神科病院の場合は野田（1997, 46）のいうイシュー限定対応を用いることで環境への適応性について述べる。危機管理では、リスクの同定や戦略的計画を踏まえた管理システムについて論じたうえで、危機管理対応システムとして Incident Command System（以下、ICS とする）を紹介する。第 3 章では、日本の病院という組織に対する医療法を中心とした医事法による法的な縛りと、一般病院と精神科病院の違いについて説明し、その上でレジリエンスの概念を用いた病院の安全マネジメントにも触れる。組織論の主要概念を用いて、病院 BCP につながる組織の特徴を説明する。第 4 章では、病院組織の特徴について BCP の国際規格である ISO22301:2019 の要求事項に関係する組織論の主要概念を用いて説明する。組織の構造や環境などを中心に述べる。特に注意したいのは、組織にとっての不確実性は、そのまま放置することで環境への適応を抑制する方向に働くため、不確実性を吸収（縮減）させる対応が危機管理の視点からも重要となることに注意する。第 5 章では、熊本地震への精神科病院の対応に関する聞き取りから、事業影響度分析（BIA）やボトルネック事業、緊急事対応について考察し、その上で、何が精神科病院 BCP に必要なシステムなのかという点について洗い

出しを試みた。その結果、Moynihanの説明するネットワーク・ガバナンスによるICSの導入の可能性を検討する。また精神科病院BCPの中に、COVID-19などの感染症パンデミックへの対応を追加するための視点を、アンケート調査結果から検討し、精神科病院の事業継続計画について考察する。さらに病院BCPの中身を、ISO22301:2019を参考にして緊急時対応計画・事業継続計画（狭義の）・事業復旧計画の3つに分けて考えることで、一般病院と精神科病院の組織的特徴から違いを明確にし、精神科病院BCPのフレームを検討する。第6章では、精神科病院の災害対応の現状把握のための勉強会でのアンケート結果、次に精神障害者が新しいことを習得するまでのプロセス（当事者インタビュー）、精神科病院へのBCPの現状（アンケート）という3つの調査の結果から、精神科病院がBCP策定にどのような点で苦慮しているのか、何ができて何ができないのかを整理する。また不確実性の根源となる患者への教育の必要性和実施の際の留意事項について洗い出す。それらを踏まえて、事業継続に必要な重要要素、精神科病院のBCP策定状況を中心に説明し、具体的な精神科病院BCPに反映できるように整理していく。第7章では、第6章までの内容を踏まえて、具体的な精神科病院BCPを提案し、第8章で総括する。

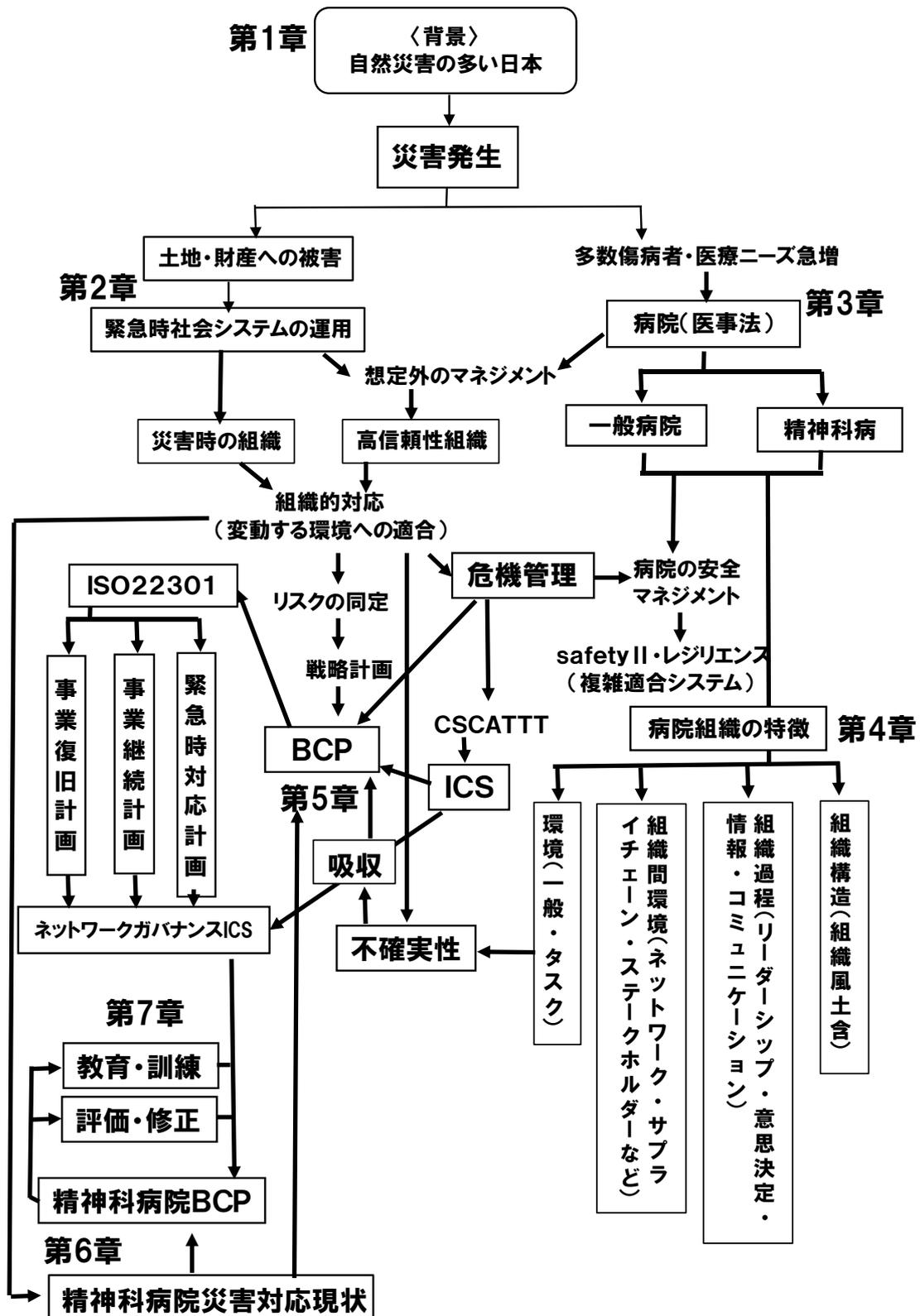


図 1-3 本論文の構成

第2章 緊急時の社会システム

2-1 緊急社会システム

我が国は、国土の立地条件から台風や地震などの自然災害が多く発生する。気象観測の技術や地震予知の技術などは日々進歩しているが、それでも台風の進路を変えたり、線状降水帯を消滅させたり、地震の数時間前には予知ができるというようなことは、今もできない。自然災害に対しては、今なお事前にできることは限られている。一旦、自然災害が発生すれば、当該地域の社会システム全体が影響を受けるため、被害を最小限にするために緊急社会システムが発動する。野田（1997, 9）は、緊急社会システムについて「通常社会過程とは異なる一時的な社会的適応過程のことを緊急社会システムとよぶ」と説明しており、災害時にだけ該当するわけではないことを補足していた。また、「緊急社会システムは、既存システムが回復するまでの間、代替機能を果たしながら既存システムを回復させるという二大目標がある」と述べており、救援による大量の資源流入の処理という3つ目の目標が自然に発生することを指摘していた。緊急時社会システムが生じる3つの要件として、①災害因が地域社会外部に発生し、不可避であると判断されている、②災害の同定が容易である、③緊急に解決されねばならない地域社会全体に影響する問題が生じている、をあげていた。私たちが住む日本の社会システムでは、災害対策基本法⁴や災害救助法⁵などを根拠法として、災害となる様々な危機的状況に対して、災害因を同定し、不可避であるならば、被害や日常生活への影響を最小限にするために、行政や地域のコミュニティが中心となって緊急の社会システムが運用されることになっている。

しかし、緊急の社会システムではあっても、事前に具体的な連携を想定

⁴ 災害対策基本法：、昭和34年の伊勢湾台風を契機として昭和36年に制定された、我が国の災害対策関係法律の一般法である。

⁵ 災害救助法：災害救助に係る法律として「罹災救助基金法（明治32年）」があったが、救助活動全般を網羅する規定がないことや財源不足などの問題があり、これにかわるものとして昭和22年に制定された。

第2章 緊急時の社会システム

した準備・調整をしておかなければ、まったく異なる集団同士（行政や地域コミュニティなど）が刻一刻と変化する状況に対して、協働・協調的に連携できるとは考えにくい。野田（1997, 12）は、その点を指摘しており、「緊急事態をプログラム化すること、つまり防災計画の策定が、疑似的に環境変動に適応する方法であると述べていた。緊急社会システムをプログラム化することは容易なことではないが、以下の章でマネジメントする方法について述べていく。

2-1-1 想定外のマネジメント

Weick & Sutcliffe（2015, 3）は、「想定外のマネジメントとは、より重大な脅威となりうる弱いシグナルを定義して監視し、それらのシグナルがもっと複雑な意図せざる結果の連鎖へと結晶化しはじめるときに、適応可能なアクションをとるための絶え間ない取り組み」であるという解釈を示している。想定外のマネジメントには、「想定外の（考えられない）出来事」が先行するが、その前に「起こるべくして起こる事故（ノーマル・アクシデント）」という考え方から説明し、想定外のマネジメント力を発揮する高信頼性組織について説明していく。中西（2007, 1）は、Perrow（1925-2019）の示したノーマル・アクシデントという概念について「高度化複雑化する技術に伴って、アクシデントすなわち事件・事故は避けられない当然の出来事である」とする考え方があることを説明していた。また藤川（2014, 121）は、ノーマル・アクシデント論について、複雑なシステム環境に置かれた組織はすべてが完全であることはあり得ないため失敗が起こりえること、複雑な相互作用が計画された安全装置を無効にすること、安全装置を越えて危機を回避しようとする理解困難な失敗となること、プロセスの遅れが許されないなどの特徴を持つタイトリー・カップルド・システム⁶では、失敗からの回復時間がないため失敗がシステム全体に影響するという

⁶ tightly coupled system（かたく連結されたシステム）とは、組織を構成する諸要素がタイトに（かたく）結びついている状態下にある組織一般をさす。これに対して、loosely coupled system（ゆるやかに連結されたシステム）とは組織を構成する諸要素がルースに（ゆるやかに）結びついている状態下にある組織一般をさす。（松本, 2006）。

第2章 緊急時の社会システム

点を説明している。日本でのノーマル・アクシデントの代表的なものは、JR西日本福知山線脱線事故などが挙げられる。ノーマル・アクシデント理論では、事故を引き起こす要因や原因となる組織の特性を明らかにし、高度な技術を要する複雑なシステムをもつタイトリー・カップルド・システムでは事故は避けられないとする点が特徴であるが、それに対する批判から台頭してきたのが高信頼性組織理論である。高信頼性組織理論では、「複雑な相互作用とタイト・カップル・システムであっても、努力すれば実質的にアクシデントとは無縁のシステムになることができる」（藤川, 2014, 128）という点が特徴である。鈴木（2014, 109-110）は、「想定外の概念は、責任の所在を明らかにする概念である」とし、「予見できないものに対して対応ができないのは当然であり、そのような問題を想定外の問題とする」と説明していた。また、「予見可能性はあっても、結果回避性がないものに対しても対応ができない」と説明しており、自然災害についてはこれにあてはまると考える。しかし日本には、これまでの自然災害や危機などの経験から学んだ多くの知識・技術が蓄積されており、「想定外」の事態を想定内にして、アクシデントの回避や被害を最小限に食い止めることができるマネジメントは可能になっていると考えられる。災害時の地域社会や組織は、大きく変化する環境や社会システムへの適応を優先し、普段は確認できない事象（弱いシグナル）を注意・監視して複雑で意図できない大きな被害（結果）に、繋がり（結晶化し）はじめるときに想定外のマネジメント力を発揮することが求められる。特に病院という組織は、人々の生命や健康を取り扱うため、想定外のマネジメント（適応力）を発揮し、柔軟な対応ができる組織作りが必要だと考える。

2-1-2 高信頼性組織とは

中西（2007, 6）は、高信頼性組織を Weick & Sutcliffe の定義を引用し「常に不測の事態へ“過剰”に直面している組織、技術が複雑で関係者の要素が多様である組織、システムを動かす人々がそのシステムと直面している事態に対して不完全な理解しか持ちえない状況下であるにもかかわらず高い安全性・信頼性を実現している組織」と説明している。また、藤川（2014, 125）

第2章 緊急時の社会システム

は、「ひとつの事故が社会に与える影響が大きく、試行錯誤の学習が許されず、危険性が高い状況下にもかかわらず、事故を未然に防ぐことに成功しているような高い信頼性の実績をもった組織」を「高信頼性組織」と呼んでいる。Weick & Sutcliffe (2015) は、高信頼性組織の1つに高度救命医療センターを挙げていた(中西, 2007, 34)。中西(2014, 57-60)は、医療分野における高信頼性組織に学ぶ必要性を、2000年日本医師会「第2回患者の安全に関するセミナー」基調講演での全米患者安全基金(NPSF)理事長 J. E. Turnbull の発言から以下の3点を説明していた。1つ目は、リスクを常に認識し、それを回避するための対策を常に考えることで、プロセス管理の徹底や安全に対する強いリーダーシップが発揮される。2つ目は、エラー報告を奨励し、スタッフトレーニングや戦略的な冗長性を確保することで、エラーに対して常にバックアップを可能にする。3つ目は、チームワークの中で対応し、現場をよく知っている人が意思決定して実行することで現場に適した迅速な対応が可能になることであった。

我が国の病院に対する社会的な役割は、医療法(1948)に明記されている通りで、傷病者に対する診療、つまり診断と治療を受ける場所である。病院の種類は、傷病の種類に応じて一般病院と精神科病院に大別され、精神科病院が対象とする傷病者は、精神疾患のある人に限定されている。高信頼性組織の1つである高度救命医療センターは、ここでいう一般病院に分類される。傷病者が病院を訪れる目的は、診断と治療ではあるが、その目的や結果には対象者の救命や健康回復がある。病院という組織は、人々が安心して自分自身の生命にかかわる治療を任せられるように信頼性を高める工夫が必要になる。特に災害発生時には、高度救命医療センターや災害拠点病院などの一般病院では、外傷性などの医療ニーズが急増する。精神科病院の場合は、精神の疾患に対する治療と薬物療法による一部の合併症への治療が中心となるため、救命を目的とした身体的な医療ニーズの急増は考えにくい。精神科病院は高信頼性組織ではないのかという問いに対しては、以下のように考えてみた。Weick & Sutcliffe (2015) の言うように「常に不測の事態へ“過剰”に直面している組織、技術が複雑で関係者の要素が多様である組織、システムを動かす人々がそのシステムと直面している事態に対して不完全な理解

しか持ちえない状況下であるにもかかわらず高い安全性・信頼性を実現している組織」が高信頼性組織であるならば、①常に不測の事態へ“過剰”に直面している組織という点では、精神疾患の病態は明確な原因が特定されているわけではなく、同じ病名でも症状や治療が異なる点が多く、記憶や理解力などの認知機能にも障害があるため、患者自身の心身の状態や言動が予測できない（不測の）状況に日々過剰に直面しているといえる。②技術が複雑で関係者の要素が多様である組織という点では、精神疾患をもつ患者の病状が予測できないため、治療的な関係を築くためのコミュニケーション技術は個別性が高く、複雑で、医療従事者（関係者）の専門職としての役割や関わりは一般病院とは異なった要素が多い。そのため、一人一人の患者に合わせた対応が必要となるため多様であるといえる。③システムを動かす人々がそのシステムと直面している事態に対して不完全な理解しか持ちえない状況下であるにもかかわらず高い安全性・信頼性を実現している組織という点においては、精神疾患をもつ患者へのケアや支援を実践する上で、すべての患者の、精神状態や個別性が十分に把握できないことも多い。特に急性期の精神運動興奮状態にある患者の言動は、予測不能なことも多いが、それでも観察やコミュニケーション技術などを用いて、患者への対応と鎮静による精神状態の安定化を図り、大きなアクシデントを回避しながら患者の安全確保を実践しているという点では、高い安全性・信頼性を実現しているといえるのではないかと考えている。以上のことから、精神科病院も高信頼性組織としての要件は満たされると考える。安全性・信頼性の観点からは、精神科病院の場合には一般病院とは異なった強制入院に関する処遇が、精神保健福祉法の「第五章 医療および保護」に規定されている。強制入院の目的は、精神障害者の医療および保護のために入院の必要がある場合であって、精神保健指定医の診察の結果、入院させることができる。一般病院での強制入院は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（1998、以下感染症法とする）「第十九条 入院」に規定されており、感染症発生の予防、まん延防止、公衆衛生の向上及び増進を図ることが目的とされている。感染症法による処遇は、COVID-19によって広く周知されることになったが、すべての一般病院が対象となるわけではなく、感染症の入院治療対応が可能な病院に限定さ

第2章 緊急時の社会システム

れる。しかし精神科病院の場合は、すべての精神科病院で強制入院が適用されるという点が、感染症法とは異なる点である。

精神科病院において、前述した「医療分野における高信頼性組織に学ぶ必要性」の1つ目「リスクを常に認識し、それを回避するための対策を常に考えることで、プロセス管理の徹底や安全に対する強いリーダーシップが発揮される」では、精神症状の悪化によるリスク回避と対応に関するプロセス管理や安全確保に関する部門のリーダーシップは、現場において必ず必要とされる点である。2つ目「エラー報告を奨励し、スタッフトレーニングや戦略的な冗長性を確保することで、エラーに対して常にバックアップを可能にする」という点は、医療関係の専門職教育ではインシデント、アクシデントに関する医療安全教育は基礎教育の段階からくり返し学習し、実践している。しかし、精神科病院特有の医療安全に関するスタッフトレーニングが、戦略的な冗長性確保につながり、エラーへの組織的なバックアップを可能にするということは、臨床の現場で積み上げ教育が必要である。3つ目「チームワークの中で対応し、現場をよく知っている人が意思決定して実行することで現場に適した迅速な対応が可能になる」ことは、精神科病院で患者に想定外のことが起こった場合、*crisis* にならないよう迅速な対応が必要となることは言うまでもない。部門毎に管理者がいるため、管理者を含めたチームで対応し、現場担当者やチームリーダー、部門管理者の2~3者間協議で対応を決めていく「現場裁量性による意思決定」が、安全性・信頼性の実現につながらなくてはならない。このように考えると、精神科病院でも高信頼性組織に学ぶ必要は十二分にあるといえる。高信頼性組織研究には、「失敗に学ぶ」という考え方がある。エラーから学ぶ「失敗研究」とは、事件や事故が発生すると、様々な視点から原因を探り、そこから学ぼうとする研究である。出口（2004, 31）は、医療組織の特徴について、「医療組織は、内外の複雑なマルチステークホルダー⁷の影響下で機能するシステムである。」とし、病院組織には専門職や機能別に分かれた複数の部門に分かれる。各部門では、専門

⁷ マルチステークホルダー：「複数の利害関係者」を意味する。企業の場合、株主、消費者、従業員、取引先、行政、地域社会といった多くのステークホルダーが存在する。

第2章 緊急時の社会システム

職毎に異なった目的や評価基準を持ち、医療に関わる専門職は、それぞれの資格の背景にある職能集団を構成していると説明しており、さらに経営主体（病院管理）の評価や、患者、保険組合、保険制度を担う政府と多岐にわたり、それぞれから評価を受ける。」と述べていた。その中で高度先進医療については、「現在の高度先進医療では昔であれば死亡していたような疾患でもデリケートなコントロールで社会復帰に至る」ことを指摘し、治療経過の中で医療が管理する内容も複雑で多岐にわたっていることが医療事故の大きな原因であると述べていた。医療システムは、医療保険の制度設計によって方向性が決定するため、個々の病院のシステムの見直しだけでは対応できない。もし医療提供の際に、予測されるリスクへの評価が適切でなければ、リスクを回避するため（だけ）に「経過観察する」という受動的な医療が優先順位の上位に上がることを指摘している。出口（2004, 32）は、これをパッシブ医療と呼び、システムの失敗と説明していた。その結果、医療システム全体（の質）が低くなると述べている。

次に、もう1つの組織の逸脱と失敗は「行為の逸脱」である。出口（2004, 34）は、組織の活動プロセスに逸脱を生じるパターンを4つ挙げた。①組織有効性を優先することで、正当なオペレーションの範囲を逸脱する、②現場マネージャーが例外事項としていた逸脱行為を追認し、常態化していく、③組織の規範維持にコミットしていた成員が、コミットを断念する、④規範の逸脱が常態化し、その逸脱が規範となる逆転状況が生じることである。更に、このような逸脱と失敗を促進する因子が、現場での知識や解釈の構造変化であることを指摘していた。「逸脱が必要悪として認識され内面化されることで、逸脱の正統性が内面化されていく。」とし、組織の内部統制部局の暗黙の了解によって成立もしくは、共進化すると述べていた。組織のシステムが複雑になりすぎた結果、現場での実行を優先することで目的が忘れられて方法が先行してしまう。その結果、組織の統制が取れなくなってしまうのだと考える。精神科病院は、特に外部からの目が遮断されやすいため、このような逸脱による失敗は今もなお後を絶たない。最近では、2022年9月静岡県の精神科病院において男性看護師が入院患者に暴力を振るうという事件が起きており、匿名の通報により発覚し

ている。また2020年3月には、兵庫県の精神科病院内で、患者7人が看護師や看護助手計6人から虐待行為を受けてことが発覚した。これは、実行者6人の内の1人が別件で逮捕された際に、虐待場面の動画をスマートフォンに残していたことから発覚していた。1年以上にわたって続けられていたにもかかわらず、病院内からの内部告発などはなかった。このような犯罪となるような行為であるにもかかわらず、それが組織の学習の結果として成立してしまう過程では、必要悪の認識や正当性の内面化について解析することは、行為の逸脱と失敗を理解する手立てになる。中尾（2018）は、組織の失敗も個人の失敗も、マンネリ化により感覚が麻痺し、リスクやチャンスの予兆に気づかなくなることを指摘していた。このような失敗は、緊急時の患者の安全を脅かし、有効なBCPの実行を妨げる要因となる。

2-1-3 5つの原則とマネジメント

Weick & Sutcliffe（2015, 17）によれば、「想定外のマネジメントとは、マインドフルなマネジメントのこと」と述べており、マインドフルの意味は「想定外が起ころうとする段階で、事前にそれに気づいて組織化し、その発生を防ぐ」と説明していた。つまり、高信頼性組織のことである。Weick & Sutcliffeによるマインドフルな組織化のための5つの原則、FSORE；原則1失敗にこだわる、原則2単純化を避ける、原則3オペレーションに敏感になる、原則4レジリエンスを決意する、原則5専門知を重んじる、を精神科病院に照らし合わせてみる。

まず1つ目「失敗にこだわる」という原則は、小さなエラーや成員の異議に耳を傾け、システムの機能不全の兆候に注意を向けることである。精神科医療では「失敗も患者の経験となる」という考え方があり、どのような失敗をしたのかではなく、失敗によりどのような学びがあったのかが重要となる。それは成員の失敗についても応用されている。「こだわる」というレベルは、組織の学習は成立する程度にこだわるということで執着することではない。失敗の報告を推奨して称賛することは、事前にリスク回避に役立つと考える。通常、失敗にこだわる根底には、組織のガイドライン

や規範が守られていないという現状が伴う。組織成員の中で、小さなことに注意を向けられない雰囲気蔓延していたり、内部機能を方法論的に流がしていたり、意見や異議は「極力言わない方がよい」といった組織内の暗黙の了解は、すでにエラーが生じていると考えても差し支えない。「単純化を避ける」とは、組織内で業務を効率よく処理するためには、重要な関心事や兆候を容易に把握する方法として情報を単純化するという作業を行う。しかし、単純化によって必要な要素をそぎ落としてしまうことのないように、システムや業務に関する観察やプロセスは慎重に丁寧に取り扱うことが重要である。効率を優先しようとして、安易に観察ポイントやプロセスをスリム化してしまうと、その際にリスクに関する事柄が十分に網羅されなくなる可能性がある。それは、本来の目的を見失うことと同じになる。「オペレーションに敏感になる」とは、高信頼性組織は、戦略的で実践的である。実践に対しては、組織内部の人間が神経を研ぎ澄まし、絶えずコミュニケーションをとり、オペレーションの進行状況に注意を払うことで、実践しながらモニタリングを行うことが求められる。中西（2007）は、「現場の人間はゲートキーパー⁸としての役割を持ち、必要な情報を伝えることで組織全体が共有されると考えている。これを支える要素として、互いに発言しやすい人間関係の構築は必須であると述べており、コミュニケーション、モニタリング（観察）、目的志向の共有については、他の原則とも連動している概念である」としていた。前述した兵庫県での事件事例では、1年以上も虐待が続いていたにもかかわらず、内部告発もなかった。患者への Care 場面において、オペレーションの進行状況に注意を払うということは機能していなかったと考えられる。虐待行為に気付きながらも、その事実を告発しないことは、実行主体者と同罪である。「レジリエンスを決意する」については、その前段階で組織成員が整えておくべきことがある。Weick & Sutcliffe（2015, 11）は、基本姿勢として必要なことを①完全なシステムは、存在しないということを理解する、②やるべきこと

⁸ ゲートキーパー（gatekeeper）：社内へ情報の伝達を果たす役割を持った人物。組織や企業の境界を越えて、その内部と外部を情報面からつなぎ合わせる人のこと。」

をやる、③指示を守って行動することの3点である。そのうえで、前述の原則と連動させて失敗から学び、オペレーションに敏感であり続けることで、わずかな兆候が発見できる。また、臨機応変に対応することで安定状態を再獲得するということになる」と述べていた。つまり安定状態の再獲得のためには、失敗に学ぶ、オペレーションに敏感である、わずかな兆候を見逃さない、エラーを発見したらリスク回避のために臨機応変に対応できるといった行動が必要となるということである。また、このような行動が取れるのは、高度に修練を積んだ人々であり、エラーによる影響を抑制できるようなトレーニングを組織の中で積み重ねておくことで、エラーからの回復する力（レジリエンス）を発揮することが可能になると考える。

最後の「専門知を重んじる」について中西（2007, 54）は、「適切な人に任せる」と記している。Weick & Sutcliffe（2015, 13）は、「高信頼性組織は多様性を培い、複雑な環境下で多くの気づきを得るだけでなく、複雑性に適応することに役立つ」と述べていた。様々な専門性を尊重し、それぞれのバックグラウンドで受けた教育から培った観察の視点は、異なっていて当然である。多職種による専門的で多面的なモニタリングにより、弱い信号や兆候を早くにキャッチでき、臨機応変で柔軟な対応を展開することで、エラーからの回復（レジリエンス）が容易になっていくことが推察できる。

2-2 災害時の組織

2-2-1 組織的対応の類型

災害時の緊急対応組織には、目的や専門性に応じたいくつもの形があり、病院も当然緊急対応組織の1つである。Quarantelli & Dynes（1977b, 2）が発表した緊急対応組織の四類型がある。元々Quarantelli & Dynes（1976, 2）は、緊急時の組織対応に焦点を当て、中でも組織の意思決定とコミュニケーションが組織の行動範囲を示しているという点に注目していた。その上で、「意思決定には、代替的な結果の検討、目標の設定、目的に対する手段の決定などが含まれる」とし、緊急時に優先されるべき事業を継続するためには、組織の意思決定が必要になることを示していた。この研究で重要なのは、災害時の組織の意思決定が

第2章 緊急時の社会システム

不確実な環境下で行われ、目標達成のための資源配分を短い時間で決めなければならないということである。危機という概念は、不確実な状態を意味している。危機においての組織の意思決定の特徴を以下に示す。まず意思決定の回数が増加すると意思決定のスピードも比例して増えること、意思決定の増加は組織の最下層が最も顕著であることで、このような場合は意思決定構造が拡散すると言われている。その理由として、相談する時間がない、現場対応のために動かなければならない、人材や資源を必要な部門に迅速に投入しなければならないということである。組織レベルでは、危機においては、組織の自立性が失われるため、新しい調整機構が必要となる。Quarantelli & Dynes (1977a, 23-45) は、災害時の意思決定とコミュニケーションに関する文献レビューから、緊急時対応組織に関する命題を抽出し、災害時には crisis 以前には存在しなかった一過性の集団がコミュニティ内に出現することを明らかにしていた。それらの分析の結果、Quarantelli & Dynes (1977b, 2) が発表した緊急対応組織の四類型（表 2-1）がある。交通整理をする市警の成員を Type I（確立された集団で、定期的な任務を遂行する）とし、Type II（定期的な仕事を行う緊急のグループ）は赤十字のボランティア、Type III（非定常的な業務を行う既成のグループ）は、住宅建設会社の「震災復興支援プロジェクト」や救助活動で瓦礫を掘り起こすための人員と機材などである。Type IV（非定常的な作業に従事する緊急グループ）は、災害時にのみ設立される一時的集団であって、創発的な集団であることを説明していた。野田（1977, 33）は、これらの緊急対応組織のタスク環境の

表 2-1 A Typology (類型)

出典：Quarantelli and Dynes (1977). 「Different Types of Organizations in Disaster Responses and Their Operational Problems」より引用

		<u>Tasks</u>	
		Regular	Non-Regular
<u>Groups</u>	Established	Type I	Type III
	Emergent	Type II	Type IV

第2章 緊急時の社会システム

変化への対応について、「不確実性の増大」「緊急性の増大」「相互依存性の増大」の3つの視点から分析していた。表2-2は、野田が作成した表を用いて病院組織に関する内容を追加したものである。Type1：定置型（警察・消防・病院など）、Type2：拡大型（災害拠点病院，赤十字ボランティア，DMAT⁹，DPAT¹⁰，DHEAT¹¹，医療救護班など）、Type3：転置型（建設会社，葬儀社，歯科医，ガス，電気工事関係者など）、Type4：創発型（捜索救助隊，日本DMORT¹²，山岳救助隊など）とする。災害時に日本の災害拠点病院，DMAT，DPAT，DHEATは，厚生労働省が総括し，都道府県と連携して活動にあたる組織およびチームである。日本全国に配置されており，同じ目的のための集団である。チームは，成員が所属する病院は異なっても一度発災すれば要請された災害対応を展開する。活動内容は全国で統一されており，平常時の業務プラス災害時対応が付加され，災害時に特化した活動をとるため赤十字ボランティアと同様の拡大型組織に分類した。日本DMORTは一般社団法人であり，活動そのものは警察組織との連携が前提である。成員は職種も所属する組織も異なり，平常時の業務とは異なった活動が求められる。日本DMORT独自の研修プログラムはあるが，広く共有されているものではなく，日本DMORTが主催するものだけである。活動は，災害時に多数傷病者が発生し，警察組織

⁹ DMAT：災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistance Team のことで，阪神・淡路大震災を契機に，医師・看護師・ロジスティック（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され，大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に急性期（おおむね48時間以内）から活動できる機動性を持った，専門的な訓練を受けた医療チーム。

¹⁰ DPAT：災害派遣精神医療チーム Disaster Psychiatric Assistance Team のことで，東日本大震災を契機に，精神科医師（精神保健指定医）・看護師・ロジスティックで構成され，自然災害や航空機・列車事故，犯罪事件などの集団災害の後被災地域に入り，精神科医療および精神保健活動の支援を行う専門的な精神保健医療チーム。（厚生労働省2017a）

¹¹ DHEAT：災害時健康危機管理支援チーム Disaster Health Emergency Assistance Team のことで，東日本大震災を契機に，都道府県・指定都市の専門的な研修を受けた医師や薬剤師，保健師，管理栄養士など（主に保健所職員）1班5名程度で編成することを基本とし，災害発生時に1週間から数か月程度，被災都道府県の保健医療調整本部と保健所が行う保健医療行政の指揮調整機能等を応援する専門チーム。

¹² DMORT：Disaster Mortuary Operational Response Team のことで，米国での大規模な災害に対応して起動され，死亡した個人の身元確認と，遺体が請求されるまでの遺体の保管を支援する。日本では，日本DMORTが「災害死亡者家族支援チーム」として，遺族の精神的支援をするチームとして活動しているが，国や都道府県が設立したわけではなく，一般社団法人として有志により設置されている。

表 2-2 災害対応組織の類型と特徴

出典：野田隆（1997）。「災害と社会システム，災害と組織」より内容を抜粋し筆者が作成

	Type1:定置型	Type2:拡大型	Type3:転置型	Type4:創発型
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・警察，消防，病院など ・平常時の活動を緊急時にも行なう。 ・官僚制構造：役割，権威，伝達構造の確立 ・タスク専門性のため部外者を排除 ・現存処理能力以上に対処しようとしていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院，赤字ボランティア，DMAT，DPAT，DHEAT，医療救護班など ・平常時とは異なる活動だが，それが災害発生以前から期待され予定している ・組織サイズの急激な増大 	<ul style="list-style-type: none"> ・建設会社，葬儀社，歯科医，ガス，電気工事関係者など ・平常時とはまったく異なる予定していない活動 ・動員が難しい ・メンバーの自発性が重要 	<ul style="list-style-type: none"> ・調整集団（捜索救助隊，日本DMORT，山岳救助隊など） ・既存組織の対応力ではカバーしきれないタスクについての活動 ・一時的存続
不確実性の増大	<ul style="list-style-type: none"> ・環境のモニタリング→オペレーション部門の拡大 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な伝達チャンネルが選択できない。 ・要請の量の急増→質，タスクの曖昧さ ・急激な組織外部人員の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・平常時の業務，活動の停止 →自組織の被害査定による影響 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報収集機能をもった調整集団の創発 ・情報，活動の仲介，調整機能をもった調整集団の創発
緊急性の増大	<ul style="list-style-type: none"> ・オペレーション部門の意思決定量の増大 →意思決定構造の変化（決定部門の下位異動） 	<ul style="list-style-type: none"> ・平常時の権限構造のスライド ・未調整のままでの下位レベルでの意思決定（現場裁量性の増大） 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加の動機付け 	<ul style="list-style-type: none"> ・救助救出，遺族支援などのオペレーションに関する調整集団の創発
相互依存性の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・資源調達ルートの相対的安定性 ・成員の対応能力の維持 →本部機能，コントロールの強化 →環境境界の維持 	<ul style="list-style-type: none"> ・資源の過剰集中による問題 →組織境界の不明瞭さ，相互浸透 	<ul style="list-style-type: none"> ・Type1の傘下内での補完的自律的活動 	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティ全体の活動の調整に関わる調整集団の創発 →組織間調整および権威構造の曖昧さ

から遺族対応への要請があつて初めて活動できるため，災害があつても必ず活動するわけではない，よつて，捜索救助隊と同じ創発型に分類した。野田（1977, 33）は，「不確実性は人・物・情報等の諸資源に関する予測・コントロール機能の低下によつて起こる」とし，緊急性は災害時の情報伝達・意思決定の構造が平常時とは異なることで問題が生じることとした。相互依存性は，

第2章 緊急時の社会システム

被災により諸資源の絶対量の不足により関係各組織の所有する資源への依存が高まることであるとし、その3つの視点で分析していた。病院は、一般病院であっても精神科病院であっても基本的には定置型組織である。組織の構造も機能も、ほとんどが変化しないが、計画にないタスクの増加がある。一般病院では、これまでも述べたように、被災によって増加する外傷などの医療ニーズへの診療が新たに追加されるタスクになる。しかし、精神科病院には災害急性期に急増する外傷などの医療ニーズに対応できる医療技術がないため、タスクの増加はほとんどないことが特徴である。この部分は、BCPの優先事業を選定する際にも反映される。この部分が、一般病院と精神科病院の一番大きな違いかも知れない。

2-2-2 定置型組織とイシュー限定対応

前述した定置型組織にとって、緊急時の根本的な問題は激変する環境に対して、いかに平常時の組織機能を維持しながら適応できるかということである。そのためには、対応しきれないタスクを引き受けずに組織を守ろうとする対応が確認される(野田, 1997, 43-44)。野田は、定置型組織の中で起こる組織的意思決定が、現場やその周辺の低位で決定されるように変化する一方で、相互依存性の低下を回避するために組織内のコントロールを強化し、管理を強めることによる集権化傾向が高まることも指摘していた。Quarantelli & Dynes (1977b,2) は、「Type1の集団は、少なくとも社会学では官僚的な構造をもつ複雑な組織と定義されている」と述べており、警察、消防などの公式集団は準軍事的であり官僚制の構造をもつことと、総合病院や市役所も同種であると説明していた。病院は官僚制であると報告された先行研究は複数あるが、厳密に言えば管理部門のみが官僚制である。病院で勤務する専門職は多岐にわたる。出口(2004, 31)が述べたように、医療組織は内外の複雑なマルチステークホルダーの影響下で機能するシステムであり、ステークホルダーはそれぞれが専門資格を有する職能集団を背景にもつ。専門職はそれぞれの自立性が高く、背景の職能集団の規律にも縛られるため、病院組織の中では警察や消防のような純粋な官僚制統治は難しい。しかし病院組織には、警察や消防と同じような「かな

第2章 緊急時の社会システム

り明確な権限の系統，特定の任務，指定された連絡経路，明確な意思決定の役割を担っているとされる部門があるため，定置型組織に分類されている．定置型組織には，自組織の対応能力を越える要請あるいは対応すべき正当な要請とは見なされないものを受けつけない傾向があることはすでに述べた．野田（1977, 48）は，これを「イシュー限定対応」と説明し，「緊急時であっても特定の任務を断固遂行しなければならないという役割が組織に課せられているとき，参謀本部体制が有効であり，イシュー限定対応が必要となる」と述べていた．精神科病院の場合，身体的な傷病に対する治療が難しく，精神病床に入院できるのは精神疾患のある患者だけである．そのため精神疾患をもつ患者が，精神科病院での入院治療の継続や新規入院治療を必要としている場合は，精神科病院が対応するしかない．患者を護るためにも，精神疾患を持つ患者に限定した災害時のイシュー限定対応は，組織としての恒常性を保つためにも重要な対応である．また，精神科病院だけでなく療養型病床や認知症病床を多くもつ一般病院なども，災害時の急性期治療の設備が整っていなければ，同じように組織を護るためにはイシュー限定対応が必要になると考える．

2-2-3 急激に変動する環境への適応

定置型組織が，急激に変動する環境へ適応するためには，組織に発生する不確実性の吸収（縮減）が必要になる．不確実性については，野田の説明から「不確実性は人・物・情報等の諸資源に関する予測・コントロール機能の低下」のこととして説明を進める．病院の場合，緊急時に人・物・情報等の諸資源に関する予測およびコントロール機能の低下が起こる状態には，内部環境と外部環境による影響を考える必要がある．野田

（1977,51）は，外部環境から受ける外的要因の中心は組織に要請されるタスクの変化であり，それに伴って内部環境の内的要因（ダメージや情報収集力など）が影響を受けると説明していた．変化する環境への組織の適応方法は，大きく分けて2つの方法がある．1つは，タスクの急激な増大に対して，受容する要請自体を制限して組織内での対応力を維持し適応しようとする方法と，組織の構造を変化させることで適応しようとする方法

がある。野田（1977, 53）は、前者を「戦略的対応」とし入力の不確実性自体のコントロールを試みる方法だと説明、後者を「構造的対応」とし組織に対する入力の不確実性を構造全体で受け止める方法であると述べていた。前述したイシュー限定対応は、戦略的対応の1つである。一般病院（特に災害拠点病院など）では、平常時とは異なる組織構造により、急増する医療ニーズへの対応策を講じることになる。しかし精神科病院では、前述したようにイシュー限定対応を取ることで、内部環境の安定維持に努めて、外部環境からのストレス要因を縮減することで変動する環境への適応が可能になると考える。組織は、内外の環境の変化に柔軟に対応することで存続を可能にする。それは、病院であっても同じことである。

2-3 危機管理

危機管理とはいっても、危機の捉え方は様々である。林ら（2015, 1）は、「危機」という言葉の捉え方には文化的背景が影響するとし、「英語圏では五つの異なる表現で表されるものの、発生頻度と被害規模によって区別される一連の現象としてとらえられている」と説明していた（図2-1）。その上で、危機の定義を以下の4つの視点で説明していた。①予想外の出来事、②悪い結果をもたらす出来事、③業務を中断しても対応する出来事、④組織全体として対応を必要とする出来事、である。しかし、今まさに危機的状況にあるかどうかの判断は、現場で対応している者にとって簡

単なことではない。判断を間違わないようにするためには、エラーの回避が必要になる。林ら（2015, 9）は、危機判断の基準として①人命がかかっているか、②世間が騒いでいるか、③計画で定めた基準を満たしているか、という佐々木の基準を紹介している。医療機関の判断は、まさに人命に関わる部分で



図2-1 英語圏での5種類の「危機」表現

出典：林春男ら（2015）。「組織の危機管理入門」より引用

ある。その判断が、外部からのタスクに対して求められるのは災害拠点病院や一般病院であり、内部のタスクに対して求められるのが精神科病院の特徴だと考える。危機管理のための体制作りについては、林ら（2015, 11-19）が2つの視点を明示している。ステークホルダー¹³の明確化とリスクマネジメントアプローチの採用である。ステークホルダーの明確化では、まず病院組織にとっての利害関係者（ステークホルダー）は誰なのかを考える必要がある。次に、ステークホルダーとともに危機管理に取り組む体制構築が必要になる。病院でいうと、患者や患者家族、銀行、従業員、行政機関や警察、消防、職能団体など数えればきりが無い程上げることができる。このような人々と協働して危機管理に取り組む体制構築とはどのような組織形態が必要になるのかも考えなくてはならない。

2-3-1 危機管理の方法とリスクの同定

林ら（2015, 20）は、危機管理の本質について次の5つの視点を明示していた。「①何を目標にするのか。②予想される問題は何か。③その原因は何か。④問題発生を回避する対策は何か。⑤問題が発生したときの影響を最小限にする対策は何か。」「①から⑤の順番が重要であり、まず自分たちは何ができれば自分たちの対応が成功だといえるのかを考えることから始める。それが目標を明確にすることになる。問題は、理想と現実のずれの結果に過ぎないため、問題解決には問題そのものをみるのではなく、それを生み出した原因に注目する必要がある」と述べていた。①から⑤の順に対応すれば、どのような問題であっても対応できると考えるのが危機管理ということである。ここでの目標の明確化は、危機状況であっても組織としてやらなければならない業務（事業）は何かということを明らかにすることであり、BCPの考え方に一致する。そこには、組織の社会的責任を果たすこと、社会的信用を維持することが前提となっている。病院は、社会的な危機があっても、患者や患者家族のニーズに応じた医療サービスの提

¹³ ステークホルダーとは、組織にとっての利害関係者のことである。株主・経営者・従業員・顧客・取引先のほか、金融機関、行政機関、各種団体など企業のあらゆる利害関係者を指す。

第2章 緊急時の社会システム

供を継続することが社会的責任を果たすことになる。そのようなニーズに応じた医療サービスの提供ができなくなる状況では、社会的責任が果たせず、患者や患者家族の信用は維持できない。そのためニーズの把握は、的確でなければならない。病院に求められるニーズは大別して2つある。1つは患者の生命・健康を守ること、2つ目は患者の療養生活を守ることである。一般病院と精神科病院では、1と2の割合が異なると考えられる。一般病院は $1 > 2$ となるであろうし、精神科病院では $1 < 2$ となる。どちらもゼロではないが、疾病や病態の特徴や患者の高齢化から、一般病院では救命や延命、身体的な健康回復のために様々な治療が施され、生命への脅威が解消されると退院（一時的なものも含む）となる。しかし、精神科病院の慢性期病棟の患者は帰る家がないことは先にも述べた。病院が唯一の居場所となっているケースも少なくない。病院の目的や役割によって、危機管理上の目標が異なるのは言うまでもなく、福島（2012, 17）は「救急医療が emergency（救急／緊急）という言葉を使うのを見ても分かる様に、救急医療の最も重要な概念は「時間」である。救急医療は、生死の狭間にある重症患者を一刻も速く治療することを目的としており、それが危機管理というテーマと密接に関係してくる。」と述べていた。これは、いわゆる救急医療を行なっている救命センター（一般病院）などに代表される。精神科病院での救急医療の対象は、生死の狭間にある重症患者ではなく、自傷他害の切迫した精神運動興奮の著しい患者であり、生死の狭間にあるわけではないが患者の安全を守るためには救命センターと同程度、またはそれ以上に医療従事者の手がかかる状況になる。危機管理に必要なリスクの同定については、自組織に影響を及ぼすハザード（hazard）を選定すること、それらの発生確率の順位をつけること、影響の大きさを考えることが重要である。林ら（2015, 30-42）は、リスクを「ある事象が生起する確率とそれによる負の影響の大きさの積と定義していた。また危機管理は、前述したようにステークホルダーの参画型を推奨し、リスク同定・評価手法の具体的な手続きとして、以下のような方法を提示している。最初に組織成員間でのブレインストーミングなどを活用し、リスクのリストアップを量的に行なうこと。次に列挙されたリスクを、第1軸「内的リスク-外的



図 2-2 リスク同定・評価ステップ 2

出典：林春男ら（2015）,「組織の危機管理入門」より引用

リスク（組織側の要因で引き起こされるのか，外部の環境側で引き起こされるのか）」と，第2軸「日常的リスク-非日常的リスク（日常的に発生するのか，突発的に発生するのか）」に注目して，図 2-2 のような四象限で分類を試みること．その上で，四象限（①外的・日常的リスク，②内的・日常的リスク，③外的・非日常的リスク，④内的・非日常的リスク）の影響度と起こりやすさを評価することが説明されていた．災害発生時には，新型コロナウイルス感染症のパンデミックのような場合は，リスクは明らかに外にあり，非日常的なリスクであることが評価できる．このような場合の対応は，外部環境とのネットワークを制限し，病院内をセーフティスペースとして対応する，いわゆる「院内籠城型」の対応をすることになる．これが，インフルエンザや感染性胃腸炎であれば，日常的なリスクとして評価できる．また，地震災害などにより建物の損壊や津波時の避難場所の確保が難しい場合は，病院内が安全ではなくなるため内側にリスクがあることが評価できる．このような場合は，迅速に外に避難することが余儀なくされるため，いわゆる「院外退避型」の対応をすることになる．いずれにしても，災害時には複数のリスクが同定されることになるが，最後はそれぞれのリスクの優先順位をつけるということになる．

2-3-2 危機管理のための戦略計画

林ら（2015, 57）は，「戦略計画とは企業における経営戦略策定の仕組みとして利用されている計画の枠組みである」と説明しており，「戦略」の語

彙には「人・もの・金・情報」の効率的な運用についての考え方を示すと述べていた。危機管理に関しては、病院であっても常に「人・もの・金・情報」の運用について考えていかなければならない。この考え方を行政分野で活用したものが、「新公共経営 (New Public Management ; NPM)」である。Swiss (1991, 2)は、「戦略計画とは、組織の全体的な方針や目標を設定するものである」とし、マネジメントにより戦略計画をオペレーションに落とし込むことができると説明していた。戦略計画は、顧客はだれなのか、顧客のニーズは何か、大きく変化する環境にいかに対応するか、などに関する意思決定を伴うことを指摘していた。また大半の組織は、官民間問わず階層構造を持っており、組織のトップは主に戦略計画に関与、ミドルはマネジメントに、担当者レベルはオペレーションに関わることを説明していた。しかしこれらの機能は実際の組織運営上では大半がオーバーラップしており、「判断 (Judgement)」は組織のすべてのレベルに求められているとした。日本の病院という組織には、医療法第七条第五項に「非営利原則」が明記されており医事法による縛りが大きい。そのため、政策の影響を強く受けることから NPM の考え方をを用いることで、より健全な経営視点による成果 (outcome) の実現が図れると考えた。大坪・北大路 (2008) は、そもそも自治体や行政が NPM 導入を推進した要因を「欧米諸国も我が国も財政危機である」とし、「我が国では、政策アピールの動機も強かった」と説明していた。現在の地方自治体は、地方分権化が進み政策判断を求められ、変化する環境に対応した経営と改革に取り組み続けることを求められ続けている。病院も然り、変化する環境への適応と健全な経営のための改革に取り組むことを地域社会から求められている。特に精神科病院の場合、患者の個人情報の保護を理由に、地域社会などの外部環境からの視野を遮るように、一般病院ほどのオープンシステムが保たれていない。もちろん患者自身が、自分自身の病気や治療についてクローズドを希望するケースが多くその意向に沿うための対応ではあるが、クローズドにした結果医療従事者による入院患者への不適切な対応が後を絶たない。大半の精神科病院では、そのような逸脱行為はないと考えられるが、一般病院では起こりえないような事態が起こることも事実である。病院という組織

第2章 緊急時の社会システム

上、社会的な承認が得られるような組織経営を構築する必要がある。

戦略計画は、目標を達成するための手段を組織のトップから現場レベルに向けて決定していく手法である。危機管理の戦略的計画の代表的なものは、政府が策定している防災に関する計画がある。内閣府「令和4年版防災白書」では、令和4年度の防災に関する計画は①科学技術の研究、②災害予防、③国土保全、④災害復旧等、⑤国際防災協力の5つでまとめられている。特に①科学技術の研究では、実際の地震・津波に関する研究者の調査研究を基に、エビデンスの強化を図っている。また②災害予防では、教育訓練と防災施設設備の整備を中心に具体的な計画と予算を組んでおり、よりオペレーションしやすいようになっている。政府が企業に求める防災戦略の1つが、業務（または事業）継続計画（**Business Continuity Plan; BCP**）であり、これは病院にも求められている。厚生労働省

（2017b）は、2017年「災害拠点病院指定要件の一部改正について（平成29年3月31日）」の中で、「業務継続計画の整備を行っていること」を災害拠点病院に義務づけた。2019年の厚生労働省（2019）「病院の業務継続計画（BCP）策定状況調査の結果」では、2019年8月までに災害拠点病院の指定を受けた735病院は、すべてBCP策定済みである。その他の病院についても、BCPは努力義務になっているが、厚生労働省（2021b）「医療機関におけるBCP策定について」では、2012年・2013年の厚生労働省医政指発の通知の中で「病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル」が明示された。その結果、企業が策定するBCPとは異なった、災害対策マニュアルとBCPが融合された独特の病院BCPの形状が示されたが、これが精神科病院や療養型施設などの救急医療の要素が低い施設の、BCP策定を困難にさせる要因になってしまった。

2-3-3 一元的な危機対応システム

これまでも述べたように危機対応は、組織の目標と大きく変化した環境（現実）との間のギャップを埋める、または最小にするための対応である。前述したNPMの流れの中で、行政運営の評価方法として業績測定がある（林ら、2015, 85）。業績測定はアウトカム指標で評価する、つまり組織

の目的・目標の達成度を測ることである。これは、BCPの項目設定にも強く関係する。このような評価視点は、目標と現実のギャップを確認するためには必要なことである。組織の目標は、ミッションステートメント（行動指針）としてステークホルダー参画の上で決定することが望ましいが、病院組織ではすべてのステークホルダーの参画が難しいということは先に述べた。しかし、すべてのステークホルダーの参画が難しくても、可能な限り共有・同意を得られるような工夫は可能であると考えられる。現実の把握は、できるだけ正確に把握する必要がある。林ら（2015, 100-101）は、現実を把握する際の視点を①状況把握、②資源把握という2つを示している。緊急時の状況把握のためには、錯綜する情報の処理を的確にすること、人・もの・金などの資源管理を徹底することが必要ということになる。これらの処理を効果的に行なうためには、システムによる一元化を行なうことで、効率性が増す。災害時の対応システムのデファクトスタンダード¹⁴として米国などでは Incident Command System（ICS）が導入されている。日本では、災害拠点病院を中心とした一般病院の災害時対応は、英国の Major Incident Medical Management and Support（以下 MIMMS とする）による災害時医療対応をモデルとしている。MIMMS の7原則は、Command and Control；指揮と連携，Safety；安全確保，Communication；情報収集伝達，Assessment；評価，Triage；トリアージ，Treatment；治療，Transport；搬送（以下、CSCATTT とする）で、DMAT を中心に災害時の医療対応として実践されている。MIMMS は、2003年に日本で初めて日本救急医学会主催のデモンストレーションコースが開催され、2005年4月に和訳出版された（MIMMS 日本委員会，2013）。その直後に JR 福知山線脱線事故が発生し、阪神淡路大震災を契機に設立された DMAT は初めての本格的な大事故災害の現場医療対応を実践することとなった。その活動指針として、MIMMS の CSCATTT を導入したと考えられる。DMAT、災害拠点病院、後方支援の一般病院などでは、災害時における医療対応は MIMMS の

¹⁴ デファクトスタンダード；国際機関や標準化団体が策定した標準規格ではなく、市場の実勢によって実質的な標準とみなされるようになった仕様のこと

CSCATTT を用いて対応すること、つまりいち早く **Triage, Treatment, Transport**（以下、TTT とする）につなげることを目的とした救助活動は現在でも有効に機能している。しかし、災害時でも救急医療ではなく慢性期患者の対応が主となる精神科病院、療養型の病院・施設などは、必ずしも TTT につなげる災害時対応ばかりではない。ICS は医療だけではなく、あらゆる危機管理事案（マラソン、スポーツイベント、災害対応など）で活用されている。特に ICS の大きな特徴は、対応の原則は現場優先でボトムアップ方式である。インシデントコマンダーから権限委譲され、現場で活動するユニットが現場の状況を把握し、情報を一元化させていく。現場の状況に合わせたマネジメントが対応原則となる。そのため、精神科病院などの慢性疾患の療養生活を中心に支援を検討しなければならない病院や施設では、ICS の方が現場の不確実な状況に対して活用しやすいのではないかと考えた。永田ら（2015, 278）は、ICS は MIMMS を補強すると説明しているが、活動の目標が異なるため、必ずしも補足的にならないのではないかと考えている。

2-3-4 Incident Command System (ICS) による危機管理

米国で ICS が開発された契機となった事案が、カリフォルニア州での森林火災である。そこで繰り返された失敗への反省から ICS が生まれた。Bigley & Roberts (2001, 1281) は、「Command System ベースの組織は、官僚制の効率性と統制の利点を生かしながら、官僚制につきものの惰性を回避・克服することができる」と述べており、「非常に変化しやすくリスクの高い状況下で、信頼性の高いパフォーマンスを発揮する」としていた。Farkas ら (2020, 2) も、病院救急部での COVID-19 対応策として ICS の仕組みを採用し、「単一部分から病院全体、市、州、連邦レベルまで使用されている」と述べていた。図 2-1 で説明したように、英語圏における「危機」は 5 段階に分けられており、Incident は最小規模で使用する言葉であるが、そのアプローチ法は Management を中心とした指揮・統制システムであるため、災害の規模に影響されずに集合した様々な組織の強みを活かすことが可能であると考えられる。また、災害時の不安定で不確実性の高い状況下において、社会的な対応として ICS による危機管理は、

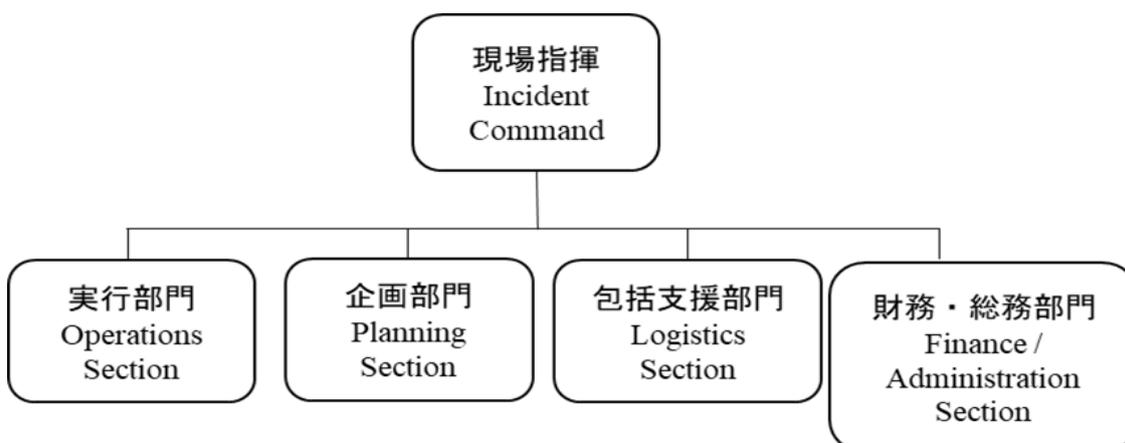


図 2-3 ICS の 5 つの主要な機能

出典：永田高志ら（2015）。「災害時の指揮命令システムの構築 インシデントコマンドシステム（ICS）緊急時総合調整システムの紹介」から引用

一定の効果が期待できるのではないかと考えている。ICSでは、危機対応を5つの機能（function）の集合体として捉えることから始まる（図 2-3）。①現場指揮者（Incident Command）、②実行部門（Operations Section）、③企画部門（Planning Section）、④包括支援部門（Logistics Section）、⑤財務・総務部門（Finance / Administration Section）は、役割ではなく機能として捉えることで、こなすべき仕事量に応じて人員配置が可能になる。危機の規模が小さければ、1～2人で5つの機能を兼務しながら対応することとなる。反対に規模が大きくなれば、各機能の仕事量が増加し、多くの人員が投入されて仕事が細分化される。林ら（2015）は、「この仕組みは危機の種類や規模を問わず適応できる」と述べていた。ICSが現場でのCommanderが一人であるのに対して、前述したMIMMSのCSCATTTでは、緊急サービス機関毎にCommanderが任命される。これは、タスクが救急医療・救命に限定されているからであって、Commandは各機関内でトップダウンに機能する。特定の緊急サービス機関が担当する現場全体の責任をもち、現場の統制をおこなう（Advanced Life Support Group, 2005）。例えば、救急指揮官（Ambulance Commander）は、救急サービス要員の指揮をとり患者の処置に参加してはならず、現場での各担当官（救急安全担当官や情報通信担当官、救護所担当官など）を任命する責務（役割）がある。他には警察指揮官や消防指揮官、医療サービスに割り当てられる指揮官は医療指揮官や看護指揮官などである。このようにMIMMSのCSCATTTは、緊急サービス組織毎に指揮官をおくため、現場活動の境界が明確であるが、救急に携わる救急医療の専

第2章 緊急時の社会システム

門職同士が、現場を共有する場面で切迫した判断や意思決定を迫られる場合は、それぞれの緊急組織毎に指揮官がいるためコンフリクトが生じると考えられる。また CSCATTT は最終的に TTT につなげるのが目的で、それぞれの役割に境界線を持たせるため、特定の緊急組織に人手が余ったり、反対に人や資源が足りなくなったりする時間や場面が発生することがある。このような組織間格差は、別のコンフリクトの発生を誘発する可能性があるとして指摘されていた (Advanced Life Support Group, 2005)。

ICS では、現場指揮者 (Incident Commander) が前述した 5 つの機能すべてに対して役割遂行の責任を持つが、災害規模が大きくなれば下部組織として部門 (Section)、支部 (Branches)、地区部門 (Divisions) やグループ (Groups)、係 (Units) や個人構成員 (Single resources) へと展開され、それぞれの下部組織に管理者をおいて権限委譲し、現場判断を優先させる。現場で収集された情報は、それぞれの下部組織の管理者で一旦集約され、ボトムアップ方式で上部組織へと上げられる。資源 (人・もの・金) は、それぞれの下部組織の状況に応じて配分されるため、余剰や緊張が起こりにくいためコンフリクトが発生しにくいと考える。ICS の特徴は、現場指揮を縦にも横にもしっかりとつながった状態、つまり水平統合、垂直統合をしっかりとすることで、そのための指揮 (Command) に 2 つの原則がある。指揮一元化と総合指揮である。「指揮一元化は、報告する上司は一人だけ、仕事の割り当てを受けるのもその人だけという決まりのことである。総合指揮とは、様々な行政区や公的機関からくる現場指揮者に一貫性を持たせ、あるいは単一の指揮命令系統で、ともに任務を遂行させるための概念 (永田ら, 2017, 46-47)」で、一堂に集めてそれぞれの責任の上で効果的な危機対応をマネジメントし、意思決定するための構造のことである。

このように CSCATTT と ICS を比較すると、大変よく似た部門や構造、機能を持っているが、CSCATTT は救急医療に限定しているため被災傷病者の救命にその活動目的がおかれている。ICS は、Incident から catastrophe までの様々な危機に対応し、人だけではなく国土や環境の安全を取り戻すことを目的としているため、救急医療ではない慢性期医療や療養を支援する病院・施設にも活用しやすいと考えられ、BCP 中のインシデント対応計

画として使いやすいのではないかと考える。

2-4 まとめ

医療現場においても、高度救命医療センターや災害拠点病院などは、常に人の生死にかかわるデリケートな治療コントロールが必要な患者を対象としているため、Weick & Sutcliffeによるマインドフルな組織化のための5つの原則は大いにあてはまる。そこに関わる医療従事者が、熟達者であっても新人であっても、患者や家族から望まれる対応は同じである。新人だから技術が不足するわけではなく、熟達した先輩スタッフと一緒に対応を学んでいく中で、新鮮な視点でわずかな兆候を発見することも多い。では精神科病院ではどうかというと、精神科病院に入院する精神障害者は生死に関わるデリケートな治療コントロールが必要なケースはない。しかし、患者の精神状態に障害があるという点から想定外の患者言動への対応が求められる。高度救命医療センターや災害拠点病院などと同様に、患者の安定状態の再獲得のために、これまでの症例に起きた失敗に学ぶ、患者対応場面でのCureやCareなどのオペレーションに敏感である、わずかな身体や精神の兆候を見逃さない、異常（エラー）を発見したら急変や自傷他害（リスク）回避のために臨機応変に対応できる、といった行動が求められるため、高信頼性組織の1つであることは間違いない。高信頼性組織に必要な組織成員は、高度にトレーニングされた医療従事者達である。災害時の精神科病院のBCPを考えるにあたり、病院という組織に人々の生命や健康の回復にかかわるといふ役割があることはわかった。それぞれの病院が、どのようにして信頼性を高めていくのかという工夫は、組織の目標や活動の特徴として現れてくると考えられる。危機対応する組織としての病院は、一般的に定置型組織に分類されることがわかった。病院の特殊性や機能に応じて、災害時に増加するタスクへの適応的な対応として「戦略的対応」と「構造的対応」があり、「戦略的対応」の代表的なものに「イシュー限定対応」がある。精神科病院など対象が限定的な病院や施設は、自組織で対応可能な範囲にイシュー限定していくことで、急激に変化する外部環境に対して、より適応的に対応が可能になることがわかった。また危機管理する上で重要なことは、リスクの同定と優先順位に関する判断を間違

第2章 緊急時の社会システム

わないことである。リスクの同定にはリスクを量的に抽出し、「内的リスク-外的リスク」と「日常的リスク-非日常的リスク」を用いた四象限で分類することにより、優先順位の高いリスクが組織の外にあるのか内にあるのかの同定ができ、戦略がたてやすくなる。また、ステークホルダーに対するリスク対応の同意を得るための工夫が必要であることがわかった。危機管理のための戦略計画の1つがBCPである。戦略的計画は、組織の目標を達成させることに力を注ぐ。計画と現場オペレーションの間にズレが生じると組織の目標が達成されなくなるため、計画をオペレーションに落とし込む必要がある。計画をオペレーションに落とし込むためには、計画に沿ったシステムをオペレーションに配置することが最も効果的だと考えられる。BCPの中で最も危機的な状況に対応する計画は、インシデント対応計画である。インシデント対応計画に危機対応の戦略的計画としてシステムを配置するならば、急性期医療で活用しやすいCSCATTTと、それ以外の精神科病院や療養施設で運用しやすいICSを使い分ける可能性が示唆できる。特にICSは、危機の規模や状況に合わせて柔軟な対応が可能となるため、災害だけでなく組織の中で起こり得る小さなインシデントや精神科病院の閉鎖的な環境にある組織内部の様々な危機の場面でも活用できると考えている。

第3章 病院の法的規制と安全

田尾（2001, 9）は、人に対するサービスを提供する組織を一括して「ヒューマン・サービス組織」と表わしている。もちろん、病院もヒューマン・サービス組織の1つである。ヒューマン・サービス組織は、「その活動による無形の成果、つまり、サービスを外部のクライアント（clients, 顧客）に提供する組織である（田尾, 2001, 9）」と説明しており、人が人にサービスを提供しているという共通性と、サービスを受ける側と提供する側の相互作用により成り立つ組織である。また、我が国の法律には、医療法第一条の五（2021年改正）で「病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。」と明記されており、目的に応じた組織化と運営が必要になる事が明記されている。第3章では、病院が法的規制によって外部から支えられ、そのような環境に適応して運営されている平常時と、災害時には法的規制を受けながら、それだけでは変化する外部環境に適応できなくなるため、BCPによって自分たちの組織を組み替え、環境への適応と目標達成しようとする対応について考える。

3-1 医事法と病院

医療を行なう上で、常に人権への配慮は重要な事柄である。医療には、医療倫理の四原則がある。①「自律的な患者の意思決定を尊重せよ」という自律尊重原則、②「患者に危害を及ぼすのを避けよ」という無危害原則、③「患者に利益をもたらせ」という善行原則、④「利益と負担を公平に配分せよ」という正義原則からなる。その他にも、医療に関する専門機関が表明している倫理原則は多数存在するが、医療そのものが人の生命・身体・精神・健康に関わる上で、前述したように常に人権侵害の可能性はある。そのため、憲法を主軸として法律による制約は必要にならざるを得ない。倫理規範とは異なって、法律には強制力があり、正しい医療が行なわれるように人と医療の両方に対して保護的に運用される必要がある。甲斐ら（2018, 3-4）によれば、「医事法というまとまった法典はなく、定義が難しい」と述べていた。実際上は、憲法・刑法・民

第3章 病院の法的規制と安全

法などの基本法を中心に、医療法・医師法・歯科医師法・薬剤師法・保健師助産師看護師法（以下、保助看法とする）の医療関係法規と、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下、薬機法とする）」等の薬事関係法規、さらに「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法とする）」や「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」などの特別法も含まれる（甲斐ら，2018, 3-4）。表3-1は、一般病院と精神科病院で適用される医事法の違いを表にしたものである。精神科病院では、その対象が精神に障害のある人であるため、特別法による規制が多いことが分かる。甲斐らは、「とりわけ日本国憲法13条が保障する国民の生命・自由・幸福追求権および25条が保障する生存権は、その根底に置かれるべきもの」であるとし、その周辺に医療倫理ないし生命倫理があり、それらを総称して医事法であると説明していた。その上で、医事法の基本的視点として①「人格（権）の尊重」と「人間の尊厳」、②「法によるチェック」と「法に対するチェック」、③患者の自己決定

表3-1 一般病院と精神科病院の医事法の違い

出典：甲斐克則（2018）。「ブリッジブック医事法（第2版）」から内容を抜粋して筆者が作成
○間接的に規制を受ける。●直接的に規制を受ける。

名 称	規制を受ける		目 的
	一般病院	精神科病院	
日本国憲法(第13条、第25条)	○	○	13条:生命、自由、幸福追求権、25条生存権
刑法	○	○	犯罪と刑罰の法定、刑事裁判手続き
民法	○	●	家庭内の身分関係の法定
医療法	●	●	医療提供のための体制確保
医師法	●	●	医師の責務と役割
歯科医師法	●	●	歯科医師の責務と役割
薬剤師法	●	●	薬剤師の責務と役割
保健師助産師看護師法	●	●	保健師、助産師、看護師の責務と役割
医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律	●	●	医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保並びにこれらの使用による保健衛生上の危害の発生及び拡大の防止
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(*)		●	精神障害者の医療及び保護、患者の行動制限
心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(*)		○	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対する処遇の決定
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(*)	○	○	感染症の発生予防、まん延の防止
児童福祉法	○	○	児童の心身の健全、育成
児童虐待防止法	○	○	児童の生存権の実現
発達障害者支援法	○	○	発達障害者の発達支援
老人保健法	○	○	老後の健康の保持と適切な医療の確保
老人福祉法	○	○	老人の福祉を図る
介護保険法	○	○	加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等に対し、保健医療の向上及び福祉の増進を図る
労働基準法	●	●	労働条件の法定
労働安全衛生法	●	●	労働災害の防止
家庭内暴力防止法	○	○	配偶者からの暴力の防止、被害者の保護

(*)印は強制入院の規定あり

第3章 病院の法的規制と安全

権とメディカル・パートナーリズムの調和、④疑わしきは生命の利益に、⑤メディカル・デュープロセス¹⁵の5つを示していた。医事法規範が守るべき法益は、国民の生命・身体・精神・健康であり、医療における人権侵害の最終チェックをするべく強制力を発揮することも期待される。しかしその反面法律が、旧優生保護法によるハンセン病患者の不妊手術のように医学的根拠のないままに医療問題への介入をすることは避けなければならない。甲斐ら（2018, 8-9）は、患者の自己決定に関して医療現場においては、「医療」である限り患者の意思がすべて優先されることは難しい。そのため、絶対的自律ということはありません、相対的自律の中で可能な限り自己決定を尊重するという基本姿勢が妥当であると述べていた。生命発生に関する問題や終末期医療、人体実験においては判断が難しければ、「疑わしければ生命の利益に」で判断することになる。医療従事者は、様々な医療やその場面对応が人権侵害にならないように、インフォームドコンセント（以下、ICとする）を始めとして、「熟考期間を確保しているか、安全性等について組織の倫理委員会の適正な承認を得ているか、人類に多大なる影響を与える事柄に関する情報公開や社会的合意・承認が求められる」と説明されていた。病院組織は、医療従事者に対して医事法に関する理解や行動が得られるように学習の機会や教育体制を充実させる必要がある。特に、精神科病院や認知症患者を対象とした病院や施設では、患者や対象者自身の認知機能に障害があり、患者自身で人権を保てるような判断や行動がとりにくい。残念ながら、精神科病院や障害者施設などでの虐待や暴力による人権侵害や事故・事件は、度々マスコミを通じて世間をにぎわしている。病院の医療従事者や施設職員は、患者や入所者に何をしてもよい存在であるはずもなく、周囲も見ても見ぬふりをするようであれば、それはもう医療や療養支援ではない。個人の問題ではなく、組織的な問題として、対象者の人権に関する十分な配慮が保てるような組織全体での取り組みが必須である。組織は、法規制を遵守することで守られているが、組織の中で組織目標の達成のために、その法解釈を拡大させていくような組織文化が生まれることがある。法によるチェックが効かなくな

¹⁵ メディカル・デュープロセス：人体実験・臨床研究・臨床試験について社会的観点を踏まえて適正手続きによる保障がなければ違法であるとする法理のことである。

るような組織文化は、必ず修正が必要になる。

3-1-1 医療法と病院の類型

医事法の中で病院に関する明確な規定が確認できるのは、医療法（2022年改正）である。医療法は、次の4つの基本事項について定めている。①医療に関する適切な選択の支援等に関する事項、②医療の安全確保に関する事項、③医療施設の開設・管理・監督に関する事項、④医療施設（病院・診療所・助産院）の整備や医療提供施設相互間の機能分担・連携に関する事項である。簡単に言うと、医療を行なう場所（病院・診療所・助産所など）を規制する法律であり、より効果的な医療が受けられるように患者の病態を考慮して病院の有する病床を区別するように規定されている。表3-2は、医療法上の病院に関する規定を整理したものである（吉富製薬，2022）。ここで示されているように、精神科病床とは「精神疾患を有する者」が対象であり、精神疾患については自傷他害の危険性や日常生活への影響レベルを考慮して、精神病床のある病院に入院することが望ましいとされる（金子ら，2016, 49）。病院類型の中で一定の機能を有

表 3-2 医療法上における精神科病院の位置づけ

出典：吉富製薬（2022）。「精神科に関する制度・法律，医療法・各種調査データから見た精神科病院の特徴」より引用

病床数による区分		病床種別	医療法上の定義
19床以下	診療所	療養病床	診療所に病床を設けようとする場合は、一般病床又は療養病床の許可を受けることが必要
		一般病床	
20床以上	病院	精神病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床
		結核病床	結核の患者を入院させるための病床
		感染症病床	感染症法に規定する一類感染症、二類感染症(結核を除く)、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症並びに新感染症の患者を入院させるための病床
		療養病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床
		一般病床	精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床
地域医療支援病院		救急医療の提供、施設やMRI等高度医療機器の共同利用、地域医療従事者の研修等の機能を通じ、地域医療の確保のために地域医療機関の支援を行なう病院	
特定機能病院		高度な医療提供、高度な医療技術の開発・評価・研修を行う病院	

表 3-3 病床の種類別にみた病床数

出典：厚生労働省（2021c）。「令和3（2021）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況，医療施設調査」より引用

	病床数		対前年		構成割合(%)	
	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)	増減数	増減率 (%)	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)
総数	1 583 783	1 593 633	△ 9 850	△ 0.6
病院	1 500 057	1 507 526	△ 7 469	△ 0.5	100.0	100.0
精神病床	323 502	324 481	△ 979	△ 0.3	21.6	21.5
精神科病院	244 422	246 006	△ 1 584	△ 0.6	16.3	16.3
一般病院	79 080	78 475	605	0.8	5.3	5.2
感染症病床	1 893	1 904	△ 11	△ 0.6	0.1	0.1
結核病床	3 944	4 107	△ 163	△ 4.0	0.3	0.3
療養病床 (A)	284 662	289 114	△ 4 452	△ 1.5	19.0	19.2
一般病床	886 056	887 920	△ 1 864	△ 0.2	59.1	58.9
一般診療所	83 668	86 046	△ 2 378	△ 2.8	100.0	100.0
(再掲) 療養病床 (B)	6 310	6 936	△ 626	△ 9.0	7.5	8.1
歯科診療所	58	61	△ 3	△ 4.9
療養病床総数 (A)+(B)	290 972	296 050	△ 5 078	△ 1.7

する病院について「特定機能病院」，「地域医療支援病院」，「臨床研究中核病院」とし，その他の一般病院とは異なる要件を定め，名称独占を認めている．表 3-3 は，2021 年の病院の病床を種類別に比較したものである．精神病床は，全体 323,502 床のうち 79,080 床（24.5%）が一般病院内に置かれていることが分かる．現在では，結核病床のみの結核病院はない．精神科病院は，精神病床のみの病院で，それ以外はすべて一般病床・療養病床をもつ病院である．この病床の違いは，患者が受ける医療の内容や効率だけではなく，関係法規や入院形態にも関係することになる．病院とは，医療法の中の第一条の五では，「この法律において，『病院』とは，医師又は歯科医師が，公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって，二十人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう．病院は，傷病者が，科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され，かつ，運営されるものでなければならない．」と明記されてい

第3章 病院の法的規制と安全

る。つまり、病院の第一義は傷病者の診療（診断・治療）を行なう場である。また第七条の五の七に、病院等は非営利であること（非営利原則）が明記されている。そして災害時医療については、事前計画についても第二節医療計画¹⁶の中で次のように明記されている。「医療計画は、都道府県が策定すること」と、医療の確保に必要な事業として5つの事業が明記されている（イ．救急医療，ロ．災害時における医療，ハ．へき地の医療，ニ．周産期医療，ホ．小児医療（小児救急医療を含む））。また、2019年からの新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-9とする）のパンデミックに伴い、2022年度医療法の改正では、①医師の働き方改革（労働時間の短縮）、②新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（都道府県作成の医療計画に「へ．新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加）、③外来医療の機能の明確化・連携などが明文化された。医療計画で新興感染症等の感染拡大について明記しなければいけないのであれば、当然に医療の現場である病院では、その対応を準備・計画・実践しなければならないし、BCPにも関連事業を継続するための計画が必要になる。

3-1-2 一般病院と精神科病院の違い

精神科に関する制度・法律（吉富薬品株式会社，2022）では、有床診療所の病床は一般病床か療養病床しか許可がおりないため、精神病床を有するのは精神科病院または一部精神科病床をもつ一般病院で、いわゆる病院という施設のみとなる。表3-4は「令和3年の施設の種類別にみた施設数（厚生労働省，2021c）の結果である。病院総数8,205施設のうち、精神科病院は1,053施設（12.8%）である。前述したように、有床診療所は一般病床と療養病床しか認められていないため精神病床を有するのは病院のみということになる。病院や有床診療所の数は、全体的に減少傾向であるが無床の診療所（クリニック等）は増加しており、地域の中でいわゆる

¹⁶ 医療計画：医療計画とは、医療法（第30条）に基づき、都道府県が、厚生労働大臣の定める基本方針（良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針）に即して、地域の実情に応じた医療提供体制を確保するために策定する計画。

表 3-4 施設の種別別にみた施設数

出典：厚生労働省（2021c）、令和3（2021）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況、医療施設調査より引用

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)	増減数	増減率 (%)	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)
総数	180 396	178 724	1 672	0.9
病院	8 205	8 238	△ 33	△ 0.4	100.0	100.0
精神科病院	1 053	1 059	△ 6	△ 0.6	12.8	12.9
一般病院	7 152	7 179	△ 27	△ 0.4	87.2	87.1
(再掲) 療養病床を有する病院	3 515	3 554	△ 39	△ 1.1	42.8	43.1
一般診療所	104 292	102 612	1 680	1.6	100.0	100.0
有床	6 169	6 303	△ 134	△ 2.1	5.9	6.1
(再掲) 療養病床を有する 一般診療所	642	699	△ 57	△ 8.2	0.6	0.7
無床	98 123	96 309	1 814	1.9	94.1	93.9
歯科診療所	67 899	67 874	25	0.0	100.0	100.0
有床	21	21	-	-	0.0	0.0
無床	67 878	67 853	25	0.0	100.0	100.0

ホームドクターと呼べる医療機関の増加が確認できる。精神科病院については、平成16年9月「入院医療から地域生活中心に」（厚生労働省，2009）の精神保健医療福祉の改革ビジョンを掲げて、長期入院の患者を退院させる取り組みが行われている。地域で生活する際に、医療とつながり続けることは病状のコントロールのためにも重要である。ホームドクターが増えていくことは、精神障害者が地域で生活するための環境調整にもつながっていると考えられる。精神科病院の数は、前年度比では6施設の減少であった。先にも述べたように、国の方針としては入院医療ではなく地域生活を推進したいので、病床数は減らしてきたという思いがある。しかし、日本とOECD加盟国の病床の比較では、日本は精神科病院だけでなく、加盟国の中で全病床数が最も多いという結果であった。OECDからは、特に日本の精神医療では「脱施設化」が遅れていることが指摘されているが、これはカウントするための基本条件が異なっているということをも厚生労働省担当者は述べている。日本の全病院の病床数が、諸外国よりも多いという背景には、病院が積極的治療だけではなく療養という生活調整を含めた治療の場を提供しているからだと考えられる（厚生労働省，2022a）。表3-5は、一般病院と精神科病院の診療科目を比較したものであ

表 3-5 病院の診療科目別にみた施設数（重複計上）

出典：厚生労働省（2021c）、令和3（2021）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況，医療施設調査より引用

	診療科目	一般病院					精神科病院				
		令和3年 (2021)	令和2年 (2020)	対前年		(令和3年) (2021) 増加に 対する割合 (%)	令和3年 (2021)	令和2年 (2020)	対前年		(令和3年) (2021) 増加に 対する割合 (%)
				増減数	増減率 (%)				増減数	増減率 (%)	
	総 数	7 152	7 179	△ 27	△ 0.4	100.0	1 053	1 059	△ 6	△ 0.6	100.0
1	内 科	6 622	6 640	△ 18	△ 0.3	92.6	653	660	△ 7	△ 1.1	62.0
2	呼吸器内科	2 773	2 770	3	0.1	38.8	8	7	1	14.3	0.8
3	循環器内科	4 011	3 997	14	0.4	56.1	19	19	-	-	1.8
4	消化器内科 (腎臓内科)	3 992	3 996	6	0.2	55.8	25	25	-	-	2.4
5	腎臓内科	1 407	1 379	28	2.0	19.7	2	2	-	-	0.2
6	脳神経内科	2 565	2 570	△ 5	△ 0.2	35.9	181	185	△ 4	△ 2.2	17.2
7	糖尿病内科 (代謝内科)	1 638	1 596	42	2.6	22.9	-	-	-	-	-
8	血液内科	736	721	15	2.1	10.3	1	1	-	-	0.1
9	皮膚科	3 046	3 054	△ 8	△ 0.3	42.6	25	27	△ 2	△ 7.4	2.4
10	アレルギー科	451	445	6	1.3	6.3	-	-	-	-	-
11	リウマチ科	1 391	1 382	9	0.7	19.4	2	2	-	-	0.2
12	感染症内科	182	170	12	7.1	2.5	-	-	-	-	-
13	小児科	2 497	2 523	△ 26	△ 1.0	34.9	17	16	1	6.3	1.6
14	精神科	1 778	1 763	15	0.9	24.9	1 053	1 059	△ 6	△ 0.6	100.0
15	心療内科	635	632	3	0.5	8.9	509	502	7	1.4	48.3
16	外 科	4 439	4 468	△ 29	△ 0.6	62.1	9	9	-	-	0.9
17	呼吸器外科	1 029	1 019	10	1.0	14.4	-	-	-	-	-
18	心臓血管外科	1 178	1 166	12	1.0	16.5	-	-	-	-	-
19	乳腺外科	1 049	1 039	10	1.0	14.7	-	-	-	-	-
20	気管食道外科	79	84	△ 5	△ 6.0	1.1	-	-	-	-	-
21	消化器外科 (胃腸外科)	1 824	1 806	18	1.0	25.5	-	-	-	-	-
22	泌尿器科	2 867	2 862	5	0.2	40.1	3	5	△ 2	△ 40.0	0.3
23	肛門外科	1 161	1 178	△ 17	△ 1.4	16.2	-	-	-	-	-
24	脳神経外科	2 609	2 612	△ 3	△ 0.1	36.5	7	7	-	-	0.7
25	整形外科	4 888	4 902	△ 14	△ 0.3	68.3	7	7	-	-	0.7
26	形成外科	1 441	1 430	11	0.8	20.1	-	-	-	-	-
27	美容外科	126	122	4	3.3	1.8	1	1	-	-	0.1
28	眼 科	2 360	2 376	△ 16	△ 0.7	33.0	3	3	-	-	0.3
29	耳鼻いんこう科	1 954	1 962	△ 8	△ 0.4	27.3	5	5	-	-	0.5
30	小児外科	401	398	3	0.8	5.6	-	-	-	-	-
31	産婦人科	1 083	1 094	△ 11	△ 1.0	15.1	-	-	-	-	-
32	産 科	200	197	3	1.5	2.8	-	-	-	-	-
33	婦 人 科	869	870	△ 1	△ 0.1	12.2	1	1	-	-	0.1
34	リハビリテーション科	5 642	5 640	2	0.0	78.9	61	62	△ 1	△ 1.6	5.8
35	放射線科	3 328	3 332	△ 4	△ 0.1	46.5	31	30	1	3.3	2.9
36	郵 診 科	2 767	2 758	9	0.3	38.7	11	11	-	-	1.0
37	病理診断科	941	930	11	1.2	13.2	-	-	-	-	-
38	臨床検査科	245	241	4	1.7	3.4	-	-	-	-	-
39	救 急 科	837	812	25	3.1	11.7	-	-	-	-	-
40	歯 科	1 085	1 088	△ 3	△ 0.3	15.2	176	179	△ 3	△ 1.7	16.7
41	矯正歯科	142	143	△ 1	△ 0.7	2.0	3	3	-	-	0.3
42	小児歯科	147	146	1	0.7	2.1	3	2	1	50.0	0.3
43	歯科口腔外科	1 008	1 000	8	0.8	14.1	10	9	1	11.1	0.9

る。令和3年で見ると「内科」は、一般病院が6,622施設（92.5%）、精神科病院は653施設（62.0%）であった。「外科」は、一般病院が4,439施設（62.1%）、精神科病院が9施設（0.9%）であった。これを見る限りでは外科系の診療科目は、精神科病院ではほとんど併設されていない。また、産科や産婦人科などの妊娠・出産についての診療科目も確認できなかった。また、精神科病院での産科や産婦人科、病理診断科、臨床検査科の併設は1件もなかった。ただし臨床検査科がないからといって血液検査や尿検査

第3章 病院の法的規制と安全

などができないということではなく独立した部門ではないというだけである。外科や出産や身体面の手術などの外科的処置、がんの化学療法やホルモン・代謝に関する内科的治療が十分に行える状況にはないことがわかる。反対に病院の診療科目で唯一100%を示したのが精神科病院の「精神科」で、一般病院の方では100%を示す診療科目はなかった。そのように考えると、一般病院の方が多様で個別性が高いといえる。精神科とよく似た診療科目に「心療内科」がある。「心療内科」は、精神科病院で509施設（48.3%）一般病院では635施設（8.9%）を占めており、前年度より増加していた。心療内科では心と身体に影響を及ぼす心身症を主な対象としているのに対し、精神科はすべての精神疾患の治療を行っている。精神科というだけで受診に抵抗を感じる人も多く、間口を広げることを目的として、メンタルヘルスの不調に対応する診療科として標榜している施設も多い。しかし、強制入院（医療保護入院や措置入院など）の場合の病床は精神病床でなければならない。精神障害者の入院治療は、行動制限を伴うこともあるため精神科病床で入院治療をおこなわなければならない点で専門性や特殊性が表れてくる。反対に一般病院は、それぞれの病院で診療可能な専門科目が異なるため、治療が多種多様で手技や方法は多岐にわたる。そのため一般病院とひとくくりにする条件は、「精神科病院ではない」ということだけである。精神科病院では、対象とする患者の病状への対応に医療の特徴や専門性が確認できる。反対に、一般病院では提供される診療（診断や治療）に特徴や専門性が表されているともいえる。表3-1から表3-5までの資料を見れば、精神科病院では災害時に急増する外傷性傷病者や慢性疾患の急性増悪などの医療ニーズへの対応ができるような診療科がなく、対応はかなり難しいことが分かる。そうすると精神障害者をもつ患者が、災害時に外傷性の傷病や慢性疾患の急性増悪などの医療ニーズを持った場合は、一般病院に転院して治療をお願いするしかないということになる。

3-2 病院の安全マネジメント

「安全」という言葉を知らない人はほとんどいないが、反対に安全を明

確に説明できる人も少ないと考える。また「安全 (safety)」という概念と「安全であること (being safe)」という状態を説明する内容も、時間や動きから考えて違うことは明らかである。病院における「安全」とは何かを問われると、患者に関すること、設備に関すること、医薬品に関すること、医療に関することなど様々である。Hollnagel (2014, 1-2) は、米国規格協会 (American National Standard Institute) が「安全」を、「許容できないリスクからの解放」と定義していることを紹介していた。病院の「許容できないリスク」とは、やはり患者の生命や健康、治療に影響の大きい事象が優先される。そのように考えれば、医療者個人や病院の構造、薬など個別に考えるのではなく、病院という組織の目標に影響を与えるリスクからの解放 (安全) を考えなければ本当の意味での病院の安全とは言えない。ここでは、Hollnagel (2013, x x viii) のレジリエンス・エンジニアリングを基にした安全の考え方が、現代の病院組織に必要なのではないかと考えられる。

3-2-1 Safety-I & Safety-IIという考え方

当初 Hollnagel (2014, 101-158) は、安全マネジメントを Safety-I & Safety-II という視点から説明していた。その中で「安全マネジメントの性質は、明らかに安全の定義に依存する。」と述べており、「Safety-Iは、『望ましくない結果ができるだけ少ない状態』と定義されているため、安全マネジメントの目的は、そこに到達することだけということになる」と説明していた。Safety-Iによる安全マネジメントは、受動的であり、リスクを捉えて原因を見つけることと、適切な対策を行うことが解決策になる。つまり、問題やデメリットに注目して対応策を立てていく方法で、「見つけて修正 (find and fix) による解決法」である。

次に、Safety-IIとはどのような安全マネジメントなのか。Hollnagel (2014, 149) は、Safety-IIは「物事ができる限りうまくいく状態、あるいはできるならばすべて上手くいく状態のこと」と定義づけていた。また Safety-IIにおいては、「失敗がないことは積極的な関与の結果である」とし、システムがどのように成功するかについて注目することが重要であると述べていた。表 3-6 は、古い安全マネジメントとしての Safety-Iの脱構築と、新しい安全マネジメントの Safety-IIの

表 3-6 Safety-I & Safety-II の構築

出典：Erik Hollnagel (2014). 「Safety-I & Safety-II」 / 北村正晴, 小松原明哲 監訳 (2017). 「Safety-I & Safety-II ; 安全マネジメントの過去と未来」を参考に作成

	Safety-I の脱構築	Safety-II の構築
現象論	【安全表現型】 安全と関連づける観測可能な特徴や特定の傾向を考えている。	⇒ 安全マネジメントのためには、事象よりも無事の方がはるかに重要で、物がどのようにうまくいくのかを理解するために、成功に注目する必要がある。
原因論	【安全因子型】 Safety-I では因果律に基づく観測可能な現象（不都合なアウトカム）の表れ方や表現型を説明するものを考えている。	⇒ 因果律ではなく共鳴が支配原理となる。 個人ならびに集団、組織としての調整は意図的で、他人の行動や他人からの期待への反応、予期しない状況への対応の仕方には強い規則性がある。
存在論	【現実に起こっていること】 安全に関する根本的な問い、本質的特性	⇒ 人のパフォーマンスは個人であれ、集団であれ、常に変動している。 パフォーマンスを調整する能力は、実際に行われる作業に不可欠である。

構築を Hollnagel (2014, 139-151) の著書の内容から「現象論」, 「原因論」, 「存在論」に分けて整理した表である。Hollnagel は, Safety-IIの現象論で「無事象の方がはるかに重要」ということを説明するために, Weick の信頼性が気付かれない理由の部分的な説明を用いて「信頼性とは, ダイナミックな無事象である」という言葉を引用していた。社会的な技術システムの発達により, 組織内のシステムや作業環境は徐々に手に負えなくなっていることを指摘し, Safety-Iモデルでの方法では組織の安全な状態を保証できなくなっていると述べていた。反対に Safety-IIでは, 「システムが動く理由は人が作業条件に合致するように行動を調整できる」ということを前提とすれば, 人はうまくいかない状況を事前に検出して修正することができるため, 状況が重大に悪化する前に介入することができるとした。その結果が, パフォーマンスの変動と調整であるとし, 安全マネジメントはうまくいくことを保証することであり, 何かが起こる前または起こらないように調整するため, 能動的であると説明していた。一般病院では, 複雑な治療・処置が患者の生命や安全を脅かさないように, 些細な変化にも常に注意して観察し, 対処している。一方, 精神科病院では, 治療・処置は生命にかかわるようなものは少ないが, 患者の病状は日々変化し, 同じ病名でもその症状は十人十色である。その病状の急激な変化により, 患者

第3章 病院の法的規制と安全

の生命や安全を脅かすこともあるため、個別性の高い症状の変化については十分に注意して観察し、対応している。どちらにしても、対象となる人の生命と安全を守ること、これが病院における安全マネジメントの第一義である。この点については、小倉（2019）が第3章の第1節で病院戦略の1つの柱になっていることを述べていた通りであるが、それが組織内に浸透するためには、組織のトップが示す目標に現わされなければならない。Hollnagelら（2013, x x vi）は、今の医療現場の安全対策に取り入れられているのは、「試行錯誤」による場当たり的な方法であり、「プロジェクト崇拜や流行かぶれがヘルスケアに蔓延している」ことを指摘していた。このような、導入当時は当然の解決策と考えられた対応策のほとんどが、ヘルスケアシステムをより複雑で制御しにくいものに変えてきていることがわかった。大した効果を上げていないだけでなく、ヘルスケアシステム全体を複雑でコントロールの難しいシステムに作り変えてきていたのだと考える。病院の中では電子カルテの導入が積極的に行われてきた。IT導入による影響は、外来診療中の医師が、パソコンと患部を診るだけで患者の顔を見ることがないという意見や、看護師が入院患者のベッドサイドに立って、パソコンと点滴、医療機器の点検だけで帰ってしまうなどの批判につながっている部分も聞かれる。またサイバー攻撃により病院のシステムがダウンし、病院機能が停止してしまった病院などは記憶にも新しい。本来は、作業全体の効率化や管理・点検、責任の所在の明確化など違った目的での導入であったはずが、マイナス面が強調されている。これは、本来の導入目的が組織全体の目的・目標とは異なった視点での導入となったか、組織成員に対する十分なコンセンサスを得ることなく導入されて、組織成員全体に理解されていなかったなど、組織の中のシステムの運用に関する安全マネジメントが十分でないことが推察できる。精神科病院については、電子カルテの導入はまだ少数にとどまっており、現在も紙カルテで運用している病院も多くある。患者の個人情報の流出予防のため、インターネットに接続できるパソコンは、患者情報に影響のない特定の事務部門限定とされている場合も多い。サイバー攻撃や災害により、ITシステムがダウンしてしまった病院の場合は、結局紙カルテや手書きの処方箋など、手作業で対応するしかないのが現状である。第3の「安全および安全管理のために従来取られてきたアプローチに代わってレジリエンス・エ

エンジニアリングがもたらし得る効果の大きさ」については、安全に関する新しい考え方を提案するものであるとしている。Hollnagel ら (2013, x x viii) は、「有害事象は多くの状況が不運な組み合わせとなったものとして説明する必要性が高まっており、単一の機能や構成要素の失敗と捉えるのは不適當」ということ、「失敗と成功は表裏一体としてみるべきであり、失敗を説明するための特別なメカニズムを使う必要はない」ことが重要な洞察であると説明している。

「レジリエンスは、脅威や混乱を扱うことや、何か問題が起こり得る場合に限ったものではない」とし、組織のレジリエンスによって想定内外の状況であっても、それぞれの状況で求められるオペレーションが維持できることを述べていた。オペレーションの維持が BCP の目的である。Hollnagel ら (2013, 17-18) は、ヘルスケアをレジリエントにするための提案として、次の5つを提案している。まず1つめは、物事がうまくいかなかったことに目を向けるのと同時に、うまくいっていることに目を向けること。つまり、失敗から学び、成功から学ぶということである。2つ目は、物事がうまくいかなかったとき、特定の原因を探そうとするのではなく、日常のパフォーマンスの変動を探ること。つまり、成員が普段から行っているパフォーマンスの調整と成功の理由を探ることである。3つ目は、通常よく起こっていることを観察し、どれくらい重要（深刻）かということよりも、どれくらい起こっているか（頻度）を重視して、出来事に注目すること。つまり、頻繁に起こることに注目し、日々のパフォーマンスの小さな改善が重要であるということである。4つ目は、振り返りを行い、コミュニケーションの時間を取ること。仕事の時間をすべて業務のやりくりに使ってしまうと、経験が強固に先行してしまう。オペレーションに必要なリソース（時間など）の補充が難しくなるため、組織として学習するためには、組織文化の中で時間を確保して成員同士で振り返りと学習の正当性を共有する必要があると述べている。この組織文化や組織の学習については、第4章でも述べる。

5つ目の提案は、失敗の可能性について注意を怠らず、心にとめておくこと。医療現場のオペレーション場面において、望ましくない状況をリストアップしてでも意識するようにして、その予防方法や早期発見のための対応方法について常に考えるようにするということである。これは、林らの説明していた「リスクの同定」（図 2-2）と同じである。リスクの同定は、医療従事者としては当

たり前のことであるが、現状として必ずしも丁寧に確実に遂行されているわけではない。組織の安全を守るためには、当たり前として遂行されるような組織作りが重要になると考えている。

3-2-3 複雑適応システムとしてのヘルスケア

Hollnagel ら（2013, 70-73）は、ヘルスケアシステムは複雑適応システムとして説明しており、「複雑適応システムとは、多面的で、自己組織化、創発的挙動、学習や一過性の進化のような内的法則や原則を示すものである」と説明している。また別の特徴として、「オープンで大きく、概して効果的なシステムであり、群れをなし、創発的挙動をとり、時間をかけて適応する」と述べていた。また「ヘルスケアシステムは膨大な社会資源を消費し、多層構造をとり、非階層的に入れ子構造をとり、絶え間なく変化しており、『ケア』、『治療』、『インターベーション』、『処置』と呼ばれるような多くの種類のアウトプットやアウトカムを生んでいる。」とも述べており、ヘルスケアシステムは複雑適応システムの見本になるとしていた。

Hollnagel ら（2013, 78-88）は、複雑適応システムとしてのヘルスケアの理解のために、「自己組織化」、「創発と文化」、「ギャップ」について説明したので紹介する。「自己組織化」とは、システムに求められる目的達成のために、専門家集団（システム内エージェント）が協調的活動と構造的特徴を創発し、ある種の秩序だった形態をとることである。医療従事者は一般的にそれぞれの専門分野においてよく訓練された専門家集団であることから、個別の事例に対して医療を行う際に、比較的独立した意思決定とゆるく連携（ルースカップリング）したネットワークの中でボトムアップにより仕事をすることも多いのが特徴であると述べていた。ヘルスケアシステムには、ヘルスケア以外のステークホルダーもいて、政府や自治体、健康保険会社、患者家族などは、しばしばトップダウン形式で介入してくることを指摘している。しかし、現場で医療を提供している医療従事者は、大部分が刻一刻、そして毎日、安全な医療が提供できるように、個々の成員の相互作用、部門間の相互作用、システム全体の努力が1つの集団として連携しており、これが複雑適応システムのレジリエンスに貢献していると

述べていた。精神保健医療分野では、特にこのような特徴は強い。精神疾患を持つ患者は、同じ病名でもそれぞれに精神症状が大きく異なるため、個々の事例のリスク予測は難しい。Plumbら（2011, 2-13~11-13）は、メンタルヘルスサービスの患者安全に関する調査から、メンタルヘルスの専門職同士の連携（相互作用と学習を通して）の中で、安全についての理解を、異なる人々や異なる文脈において、どのように構成していくのかという点で、相互に努力しつづけることが精神医療の現場における患者の安全を保っているということを説明していた。「創発と文化」については、システムの中の専門職同士が、相互作用や学習によるかかわりの中で創発的挙動が現れると述べており、文化とは、ある集団が全体として示す態度、価値、行動、慣行のことと述べていた。この組織文化は、組織成員を結合させる見えない糊のようなものであり、その文化に順応し、そこで育った人たちには「普通」の在り方になる。組織文化のネガティブ側面についても、「毒性もあり、政治的色合いが濃く、偏見を有し障害をもたらすこともある」と述べている。これらの組織文化は、所属する下位文化（病棟・部門・診療科など）や他の構造の中の下位文化とも入れ子になっており、それぞれの場面で創発的行動が現れることで、ヘルスケアのシステムを理解することも管理することも難しくしている。先にも述べたが、精神科病院での虐待などの問題は、今なお社会的な問題として表出している。また福祉施設における障害者への虐待や傷害事件は後を絶たない。このような事態を回避するためにも、第三者を活用して自組織の組織文化について見直す必要があるのではないかと考える。「ギャップ（社会的な距離・溝・凹みなど）」について、ヘルスケア組織の中で自然発生するギャップは医療従事者の部族主義（専門や職種のグループ）から発生すると述べている。特に一般病院やその病棟では、自分の所属するグループとかかわりを持つ傾向が強く、職種間にギャップが発生しやすいが、メンタルヘルスやリハビリテーションの領域では異なっており、グループ間のギャップはほとんど見られないと述べていた。しかし、そうは言いながらもヘルスケアには、多種多様のギャップがあり、このギャップはレジリエンスの妨げになると述べていた。いずれにしても Hollnagelらは、これまでの医療安全対

第3章 病院の法的規制と安全

策では明らかな効果は確認できていないという現状を受け入れ、組織をレジリエントにすることを意識していく方が有効だと述べている。またシステム変動に対するレジリエンスには適応力があり、Plumbら（2011, 2-13~11-13）のメンタルヘルスサービスの個々の人々の活動に適応的行動を見ることができるとしている。そこには、モニター・介入・冗長性（複数のバックアップ機構）のような非公式に発達してきたパターンが創発して安全な環境を構築していると述べていた。しかしPlumbらの報告は、オーストラリアでの状況であり、日本でも同様のことがいえるのかは今後調査する必要がある。

3-3 まとめ

日本の病院という組織を説明する上で、医療法抜きには説明できない。もちろん他の医事法も関係しているが、病院という組織が制度として開設される背景や目的を知っておかなければ、適切な病院組織の運営は不可能である。平時であれば、法規制の遵守により組織の環境適応は保持されることになるが、災害多発国の日本では、災害時には可能な限り病院組織を継続運営することが求められている。そのためには、大きく変化する環境への適応性を高めるためにもBCP策定は必須である。精神科病院では、この医療法以外にも人権や生存権について、さらに精神保健福祉法や医療観察法などの特別法の規制もあるため、従事者には幅広い法律に関する知識が求められる。法規制に関する理解が十分であれば、災害時に通常の法規制が運用困難になった場合でも、患者の生存権や人権を考慮した対応が可能になると考えられる。精神科病院と一般病院では対象となる患者の状態が異なるため、病院の診療科目や設備についても異なっていた。精神科病院では、一般的な内科や外科といった診療科を併設していることも少ないため、災害時に多数発生する外傷性の傷病については対応することが難しく、第2章でも述べたように災害時のイシュー限定対応を念頭にBCPの策定を考慮することが必要になると考える。また、医療法上病院は非営利原則が適用されているが、その解釈については利益をあげてはいけないという理解ではなく、黒字経営でなければ病院という組織は継続しなければならない。地域の医療ニーズや顧客としての患者満足度、組織成員のモチベーション

第3章 病院の法的規制と安全

の向上のためにも、ステークホルダーの満足度を先に上げていく工夫が必要である。病院という組織の経営で、正当な収益を得ることにより組織への先行投資を可能とし、組織を発展させていくことが求められる。

病院の安全マネジメントについては、レジリエント・ヘルスケアの視点から、これまでの Safety-Iによる因果律に添った管理的で直線的な安全マネジメントを見直す時期にきているということがわかる。海外の調査データを基にした考え方ではあるが、一般病院と精神科病院では異なる安全マネジメントへの取り組みがあるように見受けられる。日本における同種の調査結果がないため、明確なことは言えないが、少なくとも医療組織が複雑適応システムであり、その複雑さはこれまでの Safety-Iによる後追い型安全対策から影響を受けていることがわかった。また医療組織の適応力は、その組織が持つレジリエンスと深くつながっており、よく訓練・教育された専門職は創発的活動が現れやすいため、創発活動の基盤となる自己組織化や組織文化などをポジティブに活用することが、組織のレジリエンスを強化することにつながるということがわかった。特に複雑適応システムとしてのヘルスケアの特徴は、病院 BCPにも加味されなければならないし、BCPに関する部分の自己組織化を伴う組織文化の熟成は、よりレジリエントな BCPにつながると思う。

第4章 組織論から見た病院の特徴

4-1 病院組織の構造

田尾ら(2012,138)は、「組織構造とは、組織における分業と調整の体系を指している。分業は、職務専門化、部門化、権限関係、公式化、専門性などの次元によって捉えられる」と述べていた。野中ら(1989,114)は、組織構造の理論の中で最も重要な源泉が Weber の官僚制論であるとし、「官僚制は合法的支配を基礎とした近代社会における合理的な管理機構のことで、安定的な環境下で階層的な職務権限をもつ」と説明していた。また Burns & Stalker を引用して「官僚制とは反対に、不安定な環境下では非官僚制的構造をもつ有機的マネジメントシステムが機能的である」と説明していた。

4-1-1 官僚制と有機的マネジメントシステム

官僚制とは、Weber¹ が構築した組織構造の1つのパターンであることはすでに述べた。官僚制の合法的支配とは、組織内の特定の目標を達成するために、各部門が機能を発揮し、全体としての目標が達成できるようなシステムであり、誰が行なっても同じ結果が得られるという点から機械的システムともいう。現在の様々な種類の組織が、組織のどこかに官僚制構造を持っており、特に管理部門においては有用である。Weber のいう純粋な官僚制（機械的システム）は、製造業の工場など安定的な内部環境を持つ組織では有効に機能する。しかしヒューマン・サービス組織となると現場レベルでは対象となる人間（顧客）は、一人一人の考えも行動も異なるため、サービス提供者は対象者の反応にあわせてサービスの微調整が必要になる。そのような不安定な内部環境では、有機的システムが有効になる。表4-1は、野中ら(1989,116)が示した機械的システムと有機的システムの比較である。機械的システムの「職能的専門化」とは、職務を細分化して一人一人の職務を特定化して担当させ、専門性を高めて行くことである。タスクが抽象的であるのは、個々の組み立て等の具体的業務は機械が担い、そこに配置される人は具体的な組み立て方よりも全体的な流れの把握が必

表 4-1 機械的システムと有機的システムの対比

出典：野中ら（1989），「組織現象の理論と測定」より引用

機械的システム	有機的システム
(a)職能的専門化	(a)知識と経験の専門化
(b)タスクの抽象性（全体状況との関連が不明確）	(b)タスクの具体性（全体状況との関連がある）
(c)上司による調整	(c)相互作用による調整
(d)義務・権限の明確化	(d)限定された義務からの脱皮
(e)義務・権限・方法が職能的地位の責任というかたちに変換される。	(e)技術的規定を超えた関心の拡大
(f)コントロール、権限・伝達のピラミッド型構造	(f)コントロール、権限、伝達のネットワーク型構造
(g)上位への情報集中	(g)情報の組織内分散
(h)垂直的相互作用	(h)水平的相互作用
(i)上司の命令と指示の伝達	(i)情報と助言の伝達
(j)組織に対する忠誠心の強調	(j)組織のタスクと技術至上主義に対するコミットメント
(k)組織に特定の知識の強調	(k)組織外の専門家集団にも通用する知識の強調

要になるからである。また、指示命令系統は階層的で、組織の意思決定はトップダウンである。上位に情報や権力が集中し、組織への忠誠心が求められ常に管理的である。しかし、官僚制には Weber が想定しなかった弊害が指摘されている。官僚制の逆機能として、組織内部の抵抗、緊張、繁文縟礼、責任回避、手段の目的化、部門間対立などがあり、対人サービスの組織では危機管理上のヒューマン・エラーとなりそうな要素になると考える。官僚制の対極に置かれているのが有機的システムである。有機的システムは、一人一人が持つ専門的知識と経験が、組織の共通職務に有効に働くと考えられている。そのため「知識と経験の専門化」の根幹には、専門的知識が必要であると考えられ、専門職を配置することが望まれる。専門職は、各自の守備範囲で成果につながるサービスの対象に対して、個別的・具体的に職務を行なう。また専門職は、すべて自己完結するのではなく、それぞれの専門職間での共有や連携を通じて専門性を発揮し、全体としてネットワーク構造によるマネジメントで運営されていく。指示命令系統は、現場の不安定性の収束が優先されるため水平方向でボトムアップとなりやすく、情報は現場から上層部へ共有される。意思決定は、現場優先の調整という形でネットワーク内の同意を得ることが多い。そこに参加す

る組織成員は、組織の目標達成のために、積極的な関与が期待される。また専門職の特徴の1つに、組織内の同職種だけでなく、組織外の同専門職種や異職種間でのネットワークや人間関係が形成され続ける点が挙げられる。しかし、ここで言いたいことは、対人サービス組織のすべてが有機的システムであるということではない。田尾ら（2012, 5）は、官僚制の特徴に「大企業や労働組合、医療機関などの大規模組織に共通する特徴である」とし、やみくもに官僚制を否定することは意味がないと述べていた。つまりどのような組織にも、組織を継続するためには、ある一定の管理機能は求められるため、官僚制という構造が有効に機能する部門が組織内には、大なり小なり存在するということになる。病院は規模の大小に関係なく、法規制の影響を受ける組織の管理部門では、官僚制による組織構造が保たれる方が統制しやすい。しかし、診療科部門や検査科、病棟などでは、現場の患者の状況や治療に応じて個別に調整・対処する必要があるため、安定的な環境を維持することが難しい。特に病院の現場レベルでは、複数専門職者が一人ひとりの患者に対応して不確実な状況を吸収するための調整が求められているため、現場での小さな意思決定が可能となるような現場の裁量性や権限移譲が必要となる。

4-1-3 現場裁量と現場レベルの官僚制

ヒューマン・サービス組織は、人間を対象としてサービスを提供するため、現場の不安定さや不確実性が高いことは先に述べた。金井ら（2005, 45）は、「管理の原則論だけでは、流動的で不確実性の高い現場は動かさない」とし、現場での問題発生時には上司の指示を仰ぐ前に、まず当事者が「なぜ？」を考えることが臨機応変に問題解決をするための「裁量」を可能にすると説明していた。特にヒューマン・サービス組織の場合、現場での問題発生は人間の生命に大きな影響を与えるリスクが高いため、スピードが求められる。「ちょっと、止めておいてください」というわけにはいかず、「すぐに動く」ためには現場の裁量と部門管理の権限移譲が必要である。病院や施設での夜勤帯は、まさに部門内での裁量性と権限委譲によって成り立っている。現場での裁量性の余地が大きくなることは、組織論的

には権力（パワー）の分散化された組織構造だといえる。これは必ずしもメリットばかりではない。田尾（2001,125）は、直接的にサービスの対象となる人々と、日々接触する現場担当者の中に「特異的な行動が見られる」と述べており、「ストリートレベルの官僚制（以下、SLB とする）」について紹介していた。SLB とは、「行政組織の中の下位構成員を主力として、個々のクライアントに公共サービスを提供する組織」とし、比喩的に「街頭（street, 現場など）において具体的な姿を見せる組織」のことで、「ヒューマン・サービス組織を考えるための、もっとも基本的な組織モデルである」と説明していた。金井（2005, 98）は、「提供するサービスの質を保つためという大義名分により官僚制的ルールが現場に課せられる」が、本部は現場での具体的事象は把握できないとし、現場の裁量がなければ運用は硬直的になるが、現場で個別事情を斟酌しすぎると公平さが危険にさらされると説明していた。また高橋（2014, 34）は、「SLB は、行政の対人サービスに携わる行政成員に共通するジレンマを幅広く見出した。」と説明し、「現場成員に大きな裁量があることは、ヒエラルキー的組織なのに内部に大きな不確実性を抱えているということの意味する。しかも、クライアントの多様性や成員との対面関係はそれ自体が不確実性を高めている」と述べていた。田尾（2001, 125-126）は、公共サービスの現場担当者が、一般的な人々の生存や生活をよりよいものにしようとしたり、反対に制限できるようなサービス技術や権力をもったりすることで、サービス対象者に対して管理的統治をしようとする官僚に例えられるような関係性が形成されると説明していた。サービスの受け手側では、担当者の主観的な判断によるサービス内容の不公平や不利益があっても、そのことを理由にこの関係から一方的に逃れることはできず「自発的な応諾関係は成り立たないか、あっても副次的である」とし、「受け手にとって不本意なサービス関係が形成されることを意味する。」と述べていた。日本でも一昔前の病院では、患者は入院すれば医師の決めた治療方針にそって治療を受けることが当然であった。しかし 1945 年の国連憲章や、1948 年の世界人権宣言以降、世界的に人権擁護が重視されてきた。医療の世界では、インフォームド・コンセント（以下、IC とする）により、治療に対する十分な患者の理

第4章 組織論から見た病院の特徴

解と自由意思による同意が必要なのは言うまでもない。自主的な同意が得られるように、考えるための十分な時間の確保も必須の要件となっている。閉鎖的で外部の視線が遮断された環境でのサービスの決定や契約は、行き過ぎた SLB による不本意なサービス関係を招く恐れとなるため、昨今は警察、福祉、教育、医療など様々な分野で現場対応を可視化できるようにしている。それでも、不本意な関係性や人権問題は度々表面化しており、先にも述べたように精神科病院や障害者施設では、現場のサービス提供者と受け手の間の問題や事件が後を絶たない。田尾（2001, 130）は、精神科病院や福祉事務所、学校などの事例から、公式の権威が及ばないところ、いわゆる「組織の管理的介入の枠組みの外側にクライアント支配（行き過ぎた SLB による不適切な関係性）を構築している」ことを指摘していた。SLB は、常にヒューマン・サービス組織にとっての不確実性を内包しているといえる。本来は SLB を目的としているわけではなく、現場裁量性により現場運用を柔軟にしようとしているだけであり、ある意味 SLB は現場裁量性の副作用となっている。現場を優先し、ボトムアップ対応によって現場の不確実性を吸収させるためには、行き過ぎた SLB にならないような組織文化や成員のモチベーション、フォロアーシップなどが必要になると考えられる。

4-1-4 組織風土

野中ら（1989, 163）は、組織風土とは「組織と個人（および集団）という異なる分析レベルの連結概念である」とし、最も不明瞭な概念であると説明していた。組織風土の特徴は、①他の組織から区別する、②比較的永続的に持続する、③組織の人間行動に影響を及ぼす、④規模が大きいほど組織風土スコア（科学、技術志向性、知的志向性、職務挑戦、革新への準備性）が、高くなることがあげられる。よく似た言葉に「組織文化」があるが、組織風土とは異なった概念で、田尾（2012, 150）は「企業の組織メンバーに共有される価値観、信念、ものの見方である」と説明していた。組織文化は、組織のトップや組織全体の目標が変わることで、比較的容易に変更・修正されるが、組織風土は成員のコンセンサスが高いほど変更・

修正は容易ではないといわれている。組織の存続にあわせて長い時間をかけて醸造されてきた組織の雰囲気や人間関係を包括する概念である。個人レベルでは、成員のモチベーションに影響し、組織レベルとしては業績にも影響する。端的にいつてしまえば、組織内で共有されている暗黙知である。文書化やマニュアル化されているわけではないが、組織や部門の成員は全員が知っている価値観やルール、考え方であり、組織成員たちによって作りあげられるため、修正や変更は容易ではない。このように組織の人間関係も大きな影響因子になるため、前節で述べた部門や組織の環境不確実性の程度による分化（部門）の対人志向は、組織風土を作り上げる一要因として作用することが伺える。特に精神科病院のような中等度の環境不確実性をもつ組織は、人間関係中心の対人志向となると考えられるため、現場対応の要となる人や、影響力が強い成員の行動（患者対応）は、組織の他の成員に対して良くも悪くも影響を与えてしまう。組織文化は、トップや経営陣が変わらなくても、目標や期待する成果が変わるだけでも修正は可能であり、BCP策定に関して自分たちで作ろうとするモチベーションやフォロアシップが強化されれば、コントロールは可能になる。しかし、組織風土については平常時の現場での対応にその端々が現われており、SLBの強化型として患者を管理統制しようとするのか、患者の権利擁護や自己決定を尊重するような対応をするのかなどは、BCPとは離れたところで運用される可能性が高い。

4-2 病院組織の環境

医療分野では、主に人間や生物を取りまく外部の環境と生体内の内部環境という考え方で説明されることが多い。組織における環境も、外部環境と組織の内部環境から説明できる。組織の環境はいわゆる社会的環境のことで、組織の事業に対して影響を与える諸要因であり、組織内部の社会的環境と外部の社会的環境という意味で分けられる。組織は、環境からの受動的刺激だけに対応するのではなく、環境との相互作用によって変化するため、環境の変化に合わせた柔軟な対応戦略の変更、組織変動が、組織を継続させるためには必要だと考えられている。病院は、前述したようにヒューマン・サービ

第4章 組織論から見た病院の特徴

ス組織であり、組織を維持するための資源を組織内で生産できない。例外的に病院附属の専門職養成校を併設して、最も必要とされる人的資源（専門職として看護師・セラピスト・ソーシャルワーカーなど）を養成している場合もあるが絶対数は少ない。病院という組織に必要な資源の大半は、外部環境へ絶対的に依存しており、外部からの供給が止まれば病院の事業が停止してしまうことになる。このように、環境との相互作用によって組織の内部環境が大きく変化することから、特にヒューマン・サービス組織では環境との相互作用については十分に考えておかなければならない。野中ら（1987, 25-66）は、病院を含む対人サービス組織は、基本的にオープン・システムズであると述べていた。つまり病院は、資源をすべて外部環境に依存するという特徴から環境に開かれた組織であるというわけである。病院という組織は医療の提供が目的となるため、医療提供に必要な資源として薬剤、医療機器、医療材料、生活用品や専門職を含めた医療従事者などである。提供される医療に必要な資源を入力し、医療（治療やケア）というサービスに変換して健康回復を出力とする。つまりは、患者の健康上の問題や異常、患者本人や家族のニーズなどが入力変数となり、それを解決する様々な方法が出力変数といえる。このようなオープン・システムズは、環境に適応することが組織存立のための必須条件であり、環境との安定した関係を維持するためには、社会的に必要な存在であらなければならないということになる。

4-2-1 一般環境

野中ら（1989, 29-30）によれば、「一般環境とは、組織システムの一般的な特性のことで文化・社会的条件、法律的・政治的条件、経済的条件などを包括する」と述べている。田尾（2012, 32）は、「組織には法律や慣習などの括りがあり社会秩序に関係する制度とよぶもの（企業、大学、病院、年金、冠婚葬祭など）がある」と説明しており、「制度」には社会秩序に関係するという共通点があることを説明していた。つまり組織は、まず文化・社会的条件、法律的・政治的条件、経済的条件などの一般環境としての社会的環境に取り囲まれており、中でも病院は社会秩序に関係する制度として、法律的規制が大きいと理解できる。基本的に、一般環境は組織独自での変更は不可能

第4章 組織論から見た病院の特徴

で、理想的な一般環境を求めるのであれば組織が移動するしかない（病院に対して拘束力をもつ医事法例の一覧は、第3章の表3-1で示しているので参照されたい）。先述したように、組織の存続には環境に適応して安定した関係を維持しなければならない。制度の1つである病院は、社会的秩序を維持するという目的も必然的に付加されるため、より存在の必要性および法的正当性が保証できるように、組織成員に対して組織の一般環境（文化・社会的背景、法律的・政治的規制、経済的状态）の理解を促進させる教育や学習に取り組む必要があると考える。また災害時などの特殊な環境であっても、「制度」と呼ばれる組織には法的な規制がかかるため、法解釈は正しく理解しておくことが必要である。

4-2-2 タスク環境

野中ら（1987,30-31）は、タスク環境とは「組織の目標設定や目標達成と直接的または潜在的に関係する」こと、「タスク環境の特性が組織にとっての不確実性を規定」すると述べていた。田尾（2001,31）は、タスク環境は「組織によって変更が可能である」とし、ヘーセンフェルドの6つのセクタ；①資金提供者、②地方自治体など、③クライアントの家族や地域社会、④クライエント自身（患者等）、⑤組織サービスを補完する外部のサービス提供者、⑥競争相手等を紹介していた。また山口ら（1987）によれば、タスク環境は「組織の不確実性を規定する環境のことで、目標達成に必要な情報と組織が現に保有する情報との差を不確実性と呼んでいる」と説明している。Thompsonの「不確実性対処モデル」は、組織構造や管理過程、対環境戦略などの多岐にわたる視点を一貫してとらえていることが特徴であり、「不確実性は複合組織にとって根本問題であり、不確実性への対処が管理過程の本質である」と説明していた。Thompsonも、組織の目標達成と直接あるいは潜在的に関係する環境をタスク環境と呼んでおり、組織の不確実性の源泉の1つとして取り上げている。つまりタスク環境とは、組織の目標達成に大きく関係して組織存続に大きく関わるため、組織管理上不確実性への対処は必須であるといえる。病院の目標は、大きくいえば「安全で安心な医療の提供により、患者の疾病の治癒や健康回復、QOLの向上

第4章 組織論から見た病院の特徴

ができる」ということで説明できるのではないかと考えている。このような目標を達成させるためのタスク環境は、内部環境としての医師や医療従事者などの専門職の確保や、建物・構造や個々の病床の整備、薬・医療材料の確保、医療機器の設置・補充、日常生活への支援、診療報酬の請求など多岐にわたる。その中には、成員の雇用に関する契約や賃金の支払いなども含まれる。また外部環境の主となる顧客は、医療を受けようとする患者や家族であり、その他にも公的な関係機関（行政・消防・警察・保健所・福祉関係機関）や各種業者（薬・医療材料・医療機器など）、水道・電気・水・ガスなどのライフラインの業者や食材納品業者などが複雑に入り混じっている。（第2章・第3章では、病院をとりまくサプライヤやステークホルダーの複雑さについて説明しているため参照されたい）。タスク環境の大きな特徴は、一般環境とは違って組織によって変更が可能であることだと考えている。各病院のタスク環境は、第3章の医療法で説明したように一般環境としての病院機能や病床の種類の違いによって目的や目標が変わるため、目的・目標にあわせて差異があるのは当然のことである。そのため、同種の病院であってもタスク環境が全く同じということはなく、個別的であり、これもタスク環境の特徴の1つである。

Thompson は、タスク環境の基本的次元を「複雑性-単純性」「不安定性-安定性」の2次元として表現している。この2軸を用いて、医療法を参考に日本の病院組織の分類に当てはめてみた。病院組織が提供するサービスは「医療」であり、対象は「医療を受ける者（患者など）」となるため、基本的次元を「医療要因の複雑性-単純性」「患者要因の不安定性-安定性」と設定して四象限で分類をしてみると図4-1のようになった。ここで使用している病院の類型は、医療法上に規定されたものを使用している。臨床研究中核病院とは、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進する目的で、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院のことをいう（厚生労働省，2017c）。特定機能病院とは、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院のことである（厚生労働省，2022b）。地域医療支援病院とは、患者に身近な地域で医療が提供できるよ



図 4-1 日本の病院のタスク環境の基本次元

出典：医療法に表記されている病院類型を使用して筆者が作成

うに、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院のことである（厚生労働省，2022c）。このように比較すると、限定的な分類となるのが臨床研究中核病院と精神科病院の2つであった。臨床研究中核病院では、治療法が確立されていない病状の不安定な患者を対象として、治験などを含む複雑な医療提供を行うため「患者要因が不安定、医療要因が複雑」に分類した。反対に、精神科病院は精神障害者を対象とする点が他病院とは異なることと、治療は薬物療法やリハビリテーションが中心となり外科的手術や高度救命治療は行われないため「患者要因が不安定、医療要因が単純」に分類している。これからわかることは、特定機能病院や地域医療支援病院、一般病院は複数の象限に分類されているため、同じ病院類型として分類されていても病院それぞれの個別性が高いことがわかる。それに比べ臨床研究中核病院と精神科病院は、もちろん個別性はあっても、タスク環境を一般化して共通のフレームを作成することは可能だと考える。組織の目標達成と不確実性に影響するタスク環境のコントロールやマネジメントは、組織を環境に適応させ、事業を継続するためには重要な要

素になると考える。

4-2-3 不確実性の吸収と環境への適応性

田尾ら（2012, 33）は、組織の不確実性とは「意思決定主体が、合理的意思決定を行うための十分な情報をもっていないことを意味し、『職務を完遂するために必要とされる情報と、すでに組織によって獲得されている情報量とのギャップ』と定義される」と説明している。小久保（1992, 183-195）は、環境不確実性を Ferris から、①職務遂行時に情報が不足している、②職務遂行時の反応の仕方が不明確である、③職務遂行の結果が有効なものであったのか不明確である、の3つの次元を示していた。組織の環境不確実性は、組織の目標達成に直接影響を与えることになるため、安定した組織運営の管理に必要なことは不確実性の吸収である。組織の構造でも述べたように、組織の不確実性の吸収のために組織を分化する方法が1つと、部門対応だけでは吸収しきれない組織全体に影響する不確実性は、組織の統合装置により対応することがある。しかし災害時には、急激に変化する外部環境に組織は適応しなければならず、適応のために組織内外の環境不確実性の吸収に取り組むためには、普段の構造的アプローチとは異なったアプローチが必要になる。それが BCP である。そもそも組織とは、環境との強い相互作用があるという点からみれば、基本的には環境に開かれたオープン・システムズ¹⁷である。特にヒューマン・サービス組織は、組織に必要な資源をすべて外部の環境に依存するという点からも典型的なオープン・システムズである（田尾, 2001,29）。一般病院では、地域社会との協働や協力による災害訓練などのイベントも開催され、積極的な組織の社会化を図ろうとする活動が活発になっている。しかしこのような組織の社会化による、地域社会からの病院組織への要請は新たな不確実性を増大させる原因となる可能性もある。オープン・システムズの対極は、

¹⁷ オープン・システムズ：開放体系とも呼ばれる。本来は、生物体や有機体を説明する概念であるが、組織論では環境との間に継続的な相互作用の関係をもつことをいう。

クローズド・システム¹⁸である。環境に対して閉じており、環境の変化に左右されずに自己完結している組織を「クローズド・システム」と説明していた。また、山口&岩部（1987,171）によれば、完全なクローズド・システムにおいてのみ、合理性は実現できると説明している。合理性への対処は、Thompsonが「不確実性対処モデル」の中で、「不確実性への対処が（組織の）管理過程の本質である」とし、①合理性の公準と②オープンシステムという2つの対立要素から説明していた。組織は前述したように、基本的にオープン・システムズであるため、組織の合理性の遂行を妨げる不確定な要素を環境から受ける。その不確定要素が、組織の不確実性になるという説明である。精神科病院では、組織としては環境に対して基本的にはオープン・システムズであるが、患者の病気に関する個人情報やプライバシーなどの情報、提供されている医療サービスの詳細については、いつでも外部の環境に対して開かれているわけではない。Covid-19のパンデミック以前は、一般病院であれば面会時には家族以外の友人や知人が見舞いに訪れることも可能であった。しかし、精神科病院で面会が許可されるのは家族か、または地域への移行支援を担う福祉職だけである。それは、Covid-19以前も今も変わらない。また緊急時には外部環境との関係を極力小さく（イシュー限定）して、組織内のみで完結させようとすることもある。Covid-19の流行時には、患者の外出や外泊、家族の見舞いを制限することもある。つまり、部分的クローズド・システムをとり、環境からの影響を最小限にしようとする。また患者の病状悪化が見込まれる場合は、家族であっても面会が制限され、閉鎖病棟や隔離・拘束といった行動制限までかけて外部の刺激をコントロールすることになる。これは、患者自身の病状悪化に伴う不確実性の増大を予防し、病状を安定させることで、不確実性を吸収しようとするからである。認知症を持つ人へのかかわり方と根本的に異なるのは、認知症の方には脳神経系の活性化のために外部からの刺激があった方がよい。特に記憶が保持されないという中核症状

¹⁸ クローズド・システム：環境に対して閉じた組織のことで、環境の変化に左右されず、自己完結しているため、閉鎖体系と呼ばれる。

第4章 組織論から見た病院の特徴

があり、良いことも悪いことも忘れてしまうため、ネガティブな感情が残らないようにすることで、比較的安定した精神状態が維持できる。しかし精神に障害のある人は、自分の体験を記憶する機能が保たれていることが多く、エピソードに対して患者自身の考えや価値観、疾病による幻覚や妄想などの症状や本人の性格などによって独特の意味付けがされる。それは、脳のドーパミン神経やセロトニン神経、ノルアドレナリン神経等が外部刺激により過剰に刺激されることで引き起こされるため、外側から患者の内的世界の変化が読みづらく、次の行動の予測が難しくなる。精神科病院では、患者というタスク環境が最も不確実性が高いという理由がここにある。不確実性の吸収のためには、情報のギャップを埋めるためにコミュニケーション技術を用いて患者の内的世界の変化に対する情報収集することや、患者の行動や反応といった外部に表出される現象を十分に観察すること、現実に即したアプローチやケアによって患者にどのような変化が起こるのかを継続的に観察することなどの対応をとることが環境への適応には重要な要素だと考える。これは、災害時でも同じことである。

4-3 ネットワーク

ネットワークとは、田尾ら（2012,146）によれば「複数の主体間の結合関係の織り成す構造」という安田（実践ネットワーク分析，2001）の言葉を引用した上で、「組織論においては、主には、人，集団，組織の間関係である人的ネットワークもしくは社会ネットワークを中心として議論される」と述べていた。また「ネットワーク的な主体間の結合関係とは、水平的、自律的、対等的、分権的なものであり、それが環境にあわせて柔軟で自己組織的に変化するものと捉えている」と説明していた。病院という組織の緊急時のネットワークを考えるにあたり（第2章でも述べた緊急時組織や緊急時対応システムも参照されたい）、一般病院のDMATを軸に置いた緊急時ネットワークシステムは、今の日本の災害時には最もシステムティックに機能していると考えられるし、災害多発国の日本で災害の実際を多数体験することは、DMAT組織の直接的なブラッシュアップにつながっている。しかし、精神科病院でのDMATやDPATの運用には難しさが残

第4章 組織論から見た病院の特徴

る。そもそも同じ病院という組織でありながら、平常時の組織間ネットワークの在り方が異なることや、緊急時のトリアージについても一般病院では歩行ができないという状態が黄（Ⅱ，待機的治療群）や赤（Ⅰ，最優先治療群）のトリアージの根拠となるが，精神科病院の場合は歩けていても，患者の病状の変化が激しく隔離・拘束の対象となる人は，黄（Ⅱ，待機的治療群）や赤（Ⅰ，最優先治療群）と同じ取り扱いにしなければならないという現状がある。先にも述べたが，精神疾患の症状や病態は個別性が高く，平常時より対応している医療者でなければ外観だけでは診断や症状の推測すらできないことも多い。現在，災害時には DPAT が活動しており，精神科に特化した知識や技術を持っている，被災地の精神保健医療ニーズへの対応という点で一定の機能は果たしているが，精神科病院の緊急時ネットワークを DMAT のようにシステマティックに運用できているかについては，検討の余地があると考えている。崔（1998a, 115-133. 1998b, 59-75）は，組織のネットワークを「組織内ネットワーク」と「組織間ネットワーク」に分けて分類を試みていた。組織内ネットワークを持つ組織の特徴は，組織構造にネットワークを持つものではなく，「1つの組織内の個人や小集団，事業部といった各行動主体を構成単位とし，様々な関係によって結合されたネットワークを利用する組織全体のこと」だと説明し，本体組織とネットワークの2種類の部分から構成されると説明していた。本体組織の構造は，大抵は階層構造をとるので構造的側面から捉えることは困難であることを指摘していた。さらに「必ずしも水平関係だけでネットワークが構成されるのではない」とし，階層構造を維持しながら組織の構成要素を調整し，水平関係に近い状態でネットワークが機能するようになっていることや，ネットワークは組織全体に影響するばかりのものではなく本体組織の一部だけに重なっている場合もあることなどから，その程度に差があると説明していた。それらを踏まえて崔（1998a, 118-128）は，組織内ネットワークを「情報型」「協働型」「市場型」の3つに分けていた。情報型ネットワーク組織は，情報伝達や情報の多重利用がネットワークの目的で，電子的情報伝達手段を利用する。情報は多すぎても少なすぎても組織にとっては不確実性になる。情報過多にならずに，正確な情報を迅速に

活用できることが望ましい。一般病院では、病院内のあらゆるところから一人の患者の情報が共有され、様々な治療や検査、診断、看護の実践のために活用されている。精神科病院では、患者の個人情報に漏洩することを防ぐために、オーダーは電子化されていても全体の情報は電子媒体で共有されずに、紙媒体（紙カルテなど）での情報共有をすることがまだ多く残っている。もしそれぞれの持ち場で問題が発生した場合は、筆者の臨床経験から、病棟の看護部門を中心に情報が集約され共有できるヒューマンネットワークが現場では確認できる。どちらかと言えば、一般病院の方が情報ネットワークのIT化は積極的に取り組まれていると考えられるが、精神科病院では独自の情報共有ネットワークが働いていると推察できる。精神科における情報共有のためのシステムについての先行研究は、国内文献では確認できなかったのが今後の課題としたい。

次の協働型ネットワーク組織は、いわゆる組織内のタスク・フォースやプロジェクト・チームを臨時で立ち上げて、「問題解決や業務実行の迅速化と人材の多元活用を目的とする」とし、このような臨時チームはあくまで組織の補完が目的であると説明していた。組織は、環境への適応のために分化して不確実性を吸収しようとすることは何度も述べているが、分化による部門の専門性が高まれば、学習は促進されるが、異なる部門との協働の機会は著しく減少する。そこでチームの設置により、特定の課題に対して各部門から選抜したメンバーを一堂に集め、専門職間の多角的視点からアプローチを実践することで、特定の課題に対する迅速な対応を可能にする。一般病院では、リエゾンチームやNST（Nutrition Support Team；栄養サポートチーム）、褥瘡管理チーム、緩和ケアチーム、感染症対策チームなど様々なチームが設置されている。精神科病院では、専門職の数はさほど多くはないが、すべての専門職に共通した「精神障害者を対象とする」という要素が確認できる。成員の法定人員数は一般病院より少ないため、役割の増加は専門職一人当たりの業務量の増加に直結するため、一般病院のような業務遂行の専門性、有効性、効率化につながらない。患者一人一人の治療方針については、診療科目が精神科単科のため病院内の全部門が把握しやすい状況にあり、部門間の情報や問題の共有は、成員同士のコミュ

ニケーションによって成立している。表 4-2「分化の有効性発揮の条件」で示したように、中等度の不確実性を持つ組織の対人志向は、人間関係的志向であった。精神科病院は、図 4-1 では「患者要因が不安定—医療要因が単純」であった。中等度の不確実性組織として、分化（部門間）のギャップを埋め、有効性を発揮するために人間関係を中心とした対人志向が働いているのではないかと推察する。

最後の市場型ネットワーク組織は、対立調整の迅速化と企業家精神の向上を目的とし、その手段として市場原理を導入することが特徴で、対立（コンフリクト）調整に大きな影響を与えると説明していた。崔（1998a, 122）は、「伝統的階層組織は、対立調整の遅延化とメンバーのモラルの低下という問題を持っている」とし、「当事者間で解決できない対立は共通の上位者によって解決されなければならない。そのため、環境の変化が激しくなり、新たな調整の必要が増加するにしたがって、対立調整への上位者の介入が増加することになる」と述べていた。これは、上位者への負担を増加させてしまうため、迅速な対立調整を困難にさせてしまうことを指摘していた。また対立の当事者は、上位者の調整の結果に納得するとは限らず、当事者のモラルが低下する可能性を説明していた。

次に崔（1998b,64-72）は、組織間ネットワークを目的の違いと特徴から「業務型」「学習型」「創造型」に分類していた。業務型ネットワーク組織は、環境との取引を通じて連結していた外部組織の資源¹⁹（能力や技術）を、既存の組織間の組み合わせパターンで連結を継続することによって、今までのサービスや物財をより効率的・効果的に生産する組織であると説明していた。これは病院組織でも確認できる。外部組織の資源の多様性を活用し、その組織環境において利用可能で良品質の資源をもつ外部組織を取引相手として組織間ネットワークを形成することで環境の変化にも対応していくことになる。学習型ネットワーク組織とは、「取引相手が既に所有している能力を、その源泉である情動的経営資源を学習することによっ

¹⁹ 崔論文の中では「能力」と記されていたが、本稿では病院組織の特徴から「資源（能力や技術）」と読み替えることにする。

第4章 組織論から見た病院の特徴

て、自社内に取り込むことを目的とする組織」であると説明していた。外部にある知識を組織の中に取り込んで活用することを可能にするのが学習型ネットワーク組織であるならば、病院組織は常に医療の進歩にあわせて外部情報には敏感で、外部にある新しい治療・検査・看護を取り入れようとするため、典型的な学習型ネットワーク組織であると考えられる。特に我が国の医療機関が求められているBCPを策定するためには、BCPに関する知識を取り込んで自組織にあわせて策定する必要がある。しかし、典型的な学習型ネットワーク組織である病院が、BCPを策定することが中々進まないのは、どのような理由によるのか。通常病院は、管理部門と専門職部門に大きく分けられている。それぞれの専門職は、その背景にそれぞれの資格に共通した母集団が存在し、そこから学習するパターンが多いことは説明した。BCPは、そもそもの発端を1970年代の米英のテロをきっかけに通常事業の中断に対する備えをすること、つまり経営学由来の危機管理に端を発していた（内閣府、2014a）。経営学のベースは組織論であり、BCPに関する知識を取り込むためには、組織論に関する理解が必要なのだと考えており、それが本稿の狙いでもある。BCPについては、次の第5章でもう少し詳しく説明する。最後の創造型ネットワーク組織とは、組織間ネットワークを活用し、その連結を通じてそれまでとは異なる新しい価値を創造する組織であると説明していた。崔（1998b, 70）は、「今までに存在しなかった新しいVS（複数組織の価値連鎖と連結された価値システム）や情動的経営資源及び能力を創造するという点に創造型ネットワーク組織の特徴がある」とし、も高い相互作用を必要とする点が大きな特徴であると説明していた。しかしこのような特徴は、前述の学習型ネットワーク組織にも見られるため、ヒューマン・サービス組織においては同義であると理解する方が、無理がないように思える。

4.4 サプライチェーンとステークホルダー

中島ら（2021, 30）によれば、「大規模災害発生時に、被災地の企業被害はサプライチェーンを経由して、連鎖的に非被災地や海外にまで及ぶことが最近の大規模災害で増加している」と述べていた。サプライチェーンと

相対的協調 ポテンシャル	高	ルール変更	攻撃
	低	防御	現状維持
		高	低

相対的競争上の脅威

図 4-2 利害関係者全般戦略

出典：山倉（1993）. 組織間関係-企業間ネットワークの変革に向けてより

は、わかりやすくいうと資源を提供する生産者（サプライヤ）から消費者までの一連の流れ（繋がり）のことをいう。中島ら（2021, 31）は、2016年の熊本地震では、サプライチェーン上のボトルネック（集中リスク）となった中堅・中小企業群の存在がサプライチェーンの停止を引き起こすことが露呈したことや、東日本大震災でも自動車メーカーの重要部品素材の生産中止が、サプライチェーン全体に波及したことから特定部品素材メーカーがサプライチェーンのボトルネックになることが明らかになったと述べていた。まさに組織の経営に直結する組織間環境のネットワークに関する部分である。サプライチェーンは、組織の事業継続に直結する外部の組織間環境であるが、組織の経営に関係する内外の組織間環境にステークホルダー（第2章危機管理を参照）がある。BCPの中では、「利害関係者」として、顧客、オーナー、要員、供給者、投資家、規制当局、組合、パートナー、社会（影響を受けるコミュニティや地元住民など）を含む概念として説明されている。田尾ら（2012, 152）によれば、企業の場合は株主主権の考え方とステークホルダーが企業統治に参加できるという考え方があり、ステークホルダーの中にはサプライヤも含まれると述べていた。いずれにしても、ステークホルダーが企業経営に関わる場合には、企業は単に経済的な存在として認識されるのではなく、社会的な存在として社会的な責任を負うため、企業のガバナンスとの関係を見捨てるわけにはいかないということを説明していた。また実際的には、ステークホルダー間のコンフリクトがあった場合は複雑な問題となるため、その対処法については検討が必要になることを指摘していた。山倉（1993, 2-3）は、「企業が存続し

成長するために対応しなければならぬ利害関係者が、多岐・多様になってきた」ことを指摘し、ステークホルダーとの関係を管理することは経営戦略に直結すると述べていた。図4-2は、山倉が説明した利害関係者との関係において選択される4つの戦略である。軸は、利害関係者との間において、協調的ポテンシャルの程度と競争上の脅威の程度である。短絡的に戦略を選定するのではなく、利害関係者マネジメントを中心において考える必要があるステークホルダーについて述べているため、病院組織のサプライチェーンやステークホルダーに関するマネジメントについては、次の第5章で述べる。

4-5 病院の組織過程

野中ら（1989）は、「組織過程とは、1つの行動パターン集合から他の行動パターン集合に移行するにあたり、関係する様々な一連の継続的・相互依存的行為の連続で、動的な概念である」と述べている。組織過程には、「パワー」「コンフリクト解消」「リーダーシップ」「意思決定」「統合」「調整」「コントロール」「コミュニケーション」などがあり、組織過程はマネジメント・プロセスであることを説明している。ここでは、BCPに関係の強い「リーダーシップ」、「組織の意思決定」、「情報」、「コミュニケーション」、「成員のモチベーション」について説明する。説明の際には、筆者が2021年～2022年に実施した精神科病院へのアンケート調査結果（詳細は第6章）も紹介していく。有効回答数は、40施設であった。

4-5-1 リーダーシップ

田尾ら（2012, 98）は、リーダーシップの概念や定義は明確なものではなく、様々な捉え方があると述べていた。病院という組織は、官僚制で管理される管理部門と、有機的システムで運営される専門職部門に分けられることは先に述べた。管理部門でのリーダーシップの発揮は、パワー（権力）の発揮と同義語になることもある。しかし、有機的システムの中では、パワー（権力）と同義語のリーダーシップでは成員の行動は変わらない。田尾ら（2012）は、「リーダ

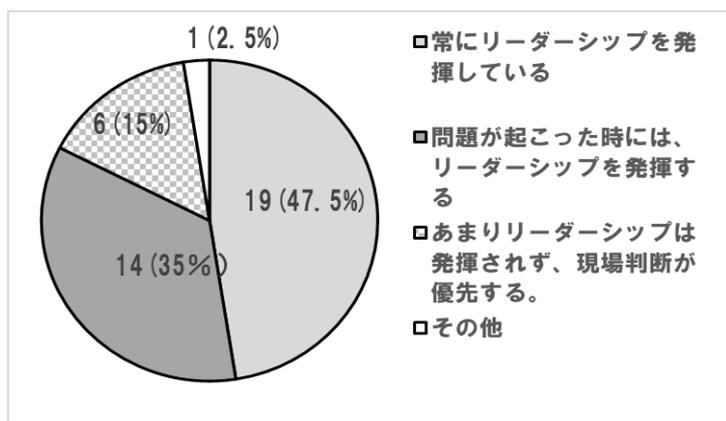


図 4-4 組織のトップのリーダーシップ (n=40)
精神科病院における BCP に関する調査より

ーシップは、二つの次元に分けることができる」と述べており、その役割から「課題領域の専門家」と「社会情緒領域の専門家」を紹介していた。「前者は仕事中心のリーダーシップであり、後者は人間関係中心のリーダーシップで

ある」とし、合理的な成果主義者と、気持ちに寄り添う人情派のリーダーによるアメとムチということになる。但し、必ず2人のリーダーが必要ということではなく、1人のリーダーが2種類の役割を有するのであれば役割分化はない。田尾ら(2012,98)は、リーダーに期待される役割は「目標に向かって人を導くことや、他者の貢献を喚起させることがある」と述べており、組織への貢献意欲の喚起は自然に部下のモチベーションを刺激することになることを説明していた。その結果、部下は主体的に行動することになり、ポジティブな相互作用が発揮されるのだと考える。では、組織や集団はリーダーがリーダーシップを発揮すればまとまるのかというと、それだけではないことがわかっている。リーダーシップを支えるのはフォロアーシップであり、フォロアーは組織の目標達成にも関係している。田尾ら(2012,99)は、フォロアーの役割を「リーダーに率先してついていく、すなわち命令を進んで受け入れる役割」と「必要に応じてリーダーに対して批判的に不服従をする役割が期待される」と説明していた。リーダーとフォロアーは、お互いに影響しあうが、リーダーが一人なのに対してフォロアーは多数いることになる。数が多い分、フォロアーシップが持つ影響力は非常に大きい。「リーダーはその時のフォロアーの成熟度によってリーダーの持つ協働的行動と指示的行動のバランスを変化させていく、ライフサイクルモデルがある。その過程で、部下の成熟が確認できれば、リーダーも更なる成熟が求められることもある」と述べていた。組織の中のフォロアーシップが常に発揮されている組織では、部下はよく考えて何が組織にとって必要なことなのかを見極めて成長してい

ける。そのため、リーダー に対して批判的な不服従も、結果としては組織のためになる。図 4-4 は、「貴病院の組織の特徴についてお聞きします。「組織のトップのリーダーシップについてあてはまるものを選んでください」という質問に対する回答の結果である。精神科病院 40 施設の回答では、「常にリーダーシップを発揮している」19 名 47.5%、「問題が起こったときはリーダーシップを発揮する」14 名 35%、「あまりリーダーシップは発揮されず、現場判断が優先する」6 名 15%であった。常にリーダーシップが発揮されている精神科病院は半数であり、残り半分の精神科病院では平常時は現場判断に任せられていると考えられる。残念ながら、ここでのリーダーシップが仕事中心なのか、人間関係中心なのかについては確認できていない。

4-5-2 組織の意思決定

田尾ら (2012) は、意思決定については「合理的意思決定モデル」と現実に行われている非合理的意思決定モデルを比較することで、意思決定の特徴が確認できるとした。合理的意思決定モデル (図 4-5) では、6つの段階を経ることを説明しており、第1段階で問題を明らかにする。第2段階では、意思決定をするためには何が必要か、その基準を明確にさせる。第3段階では、第2段階で決定した基準の優先順位を考える。何を優先にして決定するのか、同じ条件になった場合にどの基準を用いるのか等である。第4段階では、問題が解決できる選択肢を挙げていき、第5段階ではその選択肢についての評価を行っていく。つまり、選択肢の優先順位づけである。最後の段階では、第5段階で評価した結果を踏まえて、最も適切な選択肢を選ぶという一連のプロセスである。しかし、現場ではすべてをこのような合理的な意思決定で決定できているわけではない。情報量・時間・問題の曖昧さなどの理由から、いつも道筋が明確にな

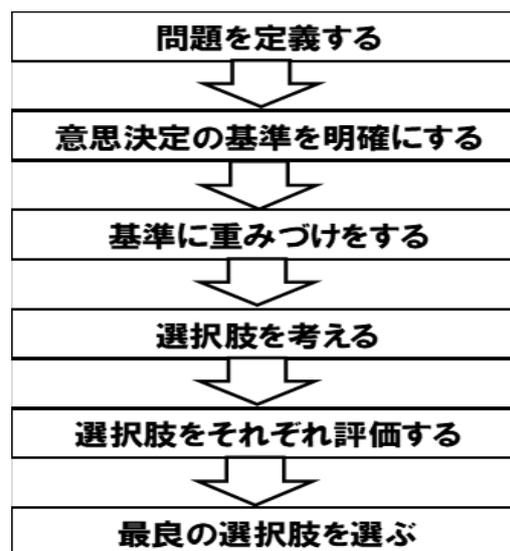


図 4-5 合理的意思決定のステップ

出典：田尾ら (2012).
「よくわかる組織論」より引用

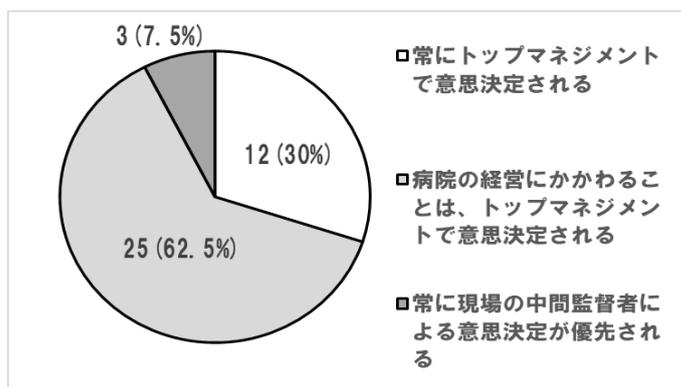


図 4-6 組織の意思決定 (n=40)
精神科病院における BCP に関する調査より

っているわけではなく、そこに居合わせた成員とタイミングで意思決定されていくのである。災害時は、特にその曖昧さが大きく、意思決定が非合理になりやすくなる。意思決定の場に参加する人員が少なくなるほど、意思決定は非合理性を増す。個人の

意思決定の特徴として、ヒューリスティックやフレーミングがある。ヒューリスティックとは、ある程度限られた情報を基に、簡便な認知方略を用いることで意思決定することで、利用可能性ヒューリスティックと代表性ヒューリスティックが紹介されていた。フレーミングは、同じ内容の情報であっても表現の方法を変えるだけで選択率が大きく変わるというものである。一般的にポジティブ・フレームの方が選好される傾向があるとされている。いずれにしても、非合理的決定の特徴を知っておくことで、判断のずれ幅を小さくすることは可能かもしれないが、意思決定のために共有される情報の量や質については、その扱い方に留意することも重要である。図 4-6 では、「組織の意思決定について、あてはまるものを選んでください」という質問に対する回答結果である。「常にトップマネジメントで意思決定される」12名30%、「病院の経営に関わることは、トップマネジメントで意思決定される」25名62.5%、「常に現場の中間監督者による意思決定が優先される」3名7.5%であった。これを見ると、経営に関する管理的な組織の意思決定は、トップマネジメントであるが、基本的には現場に裁量性が持たされており、現場（ボトム）が優先される有機的マネジメント構造が見て取れる。

4-5-3 情報

組織における情報は、不確実性とも関係する。組織内外の情報量の差が大きければ、不確実性が増す。田尾ら（2012, 121）は、「情報は、議論する前

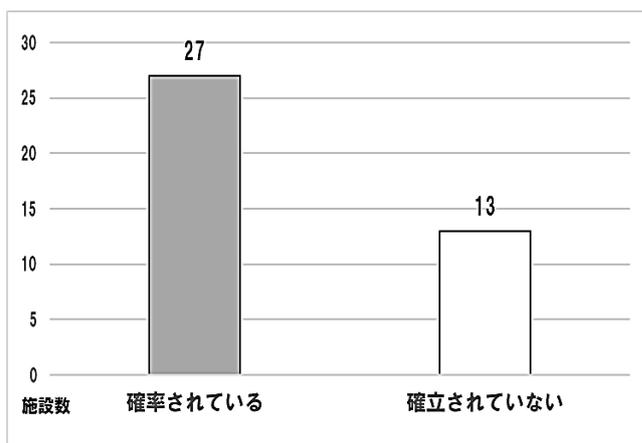


図 4-7 緊急時の院内連絡方法 (n=40)

精神科病院における BCP に関する調査より

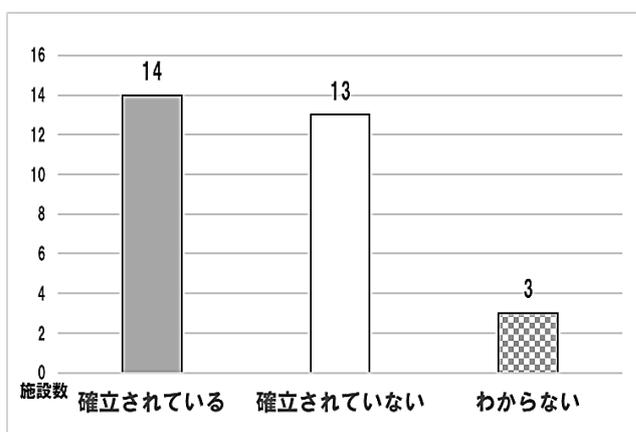
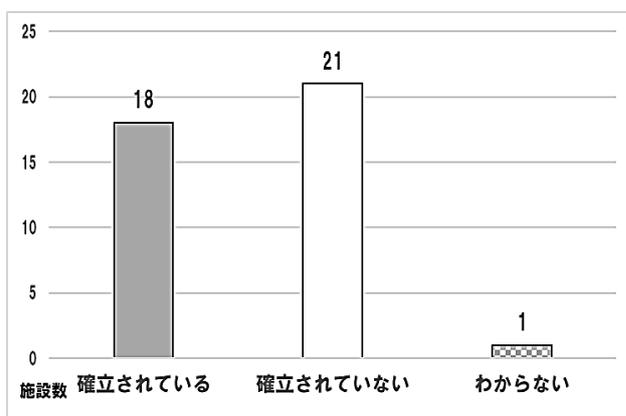


図 4-8 緊急時の外部公的機関との
連絡方法 (n=40)

精神科病院における BCP に関する調査より



にメンバーが共通に持っている情報については議論されやすく、話し合われる時間も長くなる」と述べていた。それぞれが、話し合いの場で共有するより先に持っている情報は、個々のレベルで吟味されるため、会議の場では様々な意見が交換されるため時間が長くなると考えられる。災害時では、情報がすべてに回るには時間がないため、会議の場で初めて共有される事柄も多く、大半はトップの意向に沿う形になる。情報と言え、昨今は IT による影響も大きく、特に一般病院では電子カルテによる情報の電子化が急速に広まった。精神科病院は、患者の個人情報の流出にはかなり敏感で、同一組織内であっても電子カルテの患者個人の情報を共有するには慎重になることが多い。そのため、電子カルテの導入が進まない病院もある。医師のオーダーや検査結果のみ共有できるような電子カルテ化は導入されていても、看護記録は紙カルテを使用している病院は

まだある。別に紙カルテが悪いわけではなく、IT化にも大きな弱点はある。2022年11月に大阪急性期・総合医療センターがサイバー攻撃を受けた際は、救急患者の受け入れや診療の大半が停止し、バックアップデータで診療を再開するなど、危機的な状況であった。この点では災害時も同様で、様々な災害による停電やライフラインの停止は、情報コントロールにも大きな影響を与える。東日本大震災では、2011年3月18日から仙台医療センターに支援に入ったが、電気は比較的早く回復していたようであったが、入院患者の治療継続や療養生活の維持に電気使用の優先順位が高く、Emergency Roomでの患者対応の記録は何日も、すべて紙の臨時カルテでしのいでいた。本来BCPは、英米でのサイバー攻撃などの対応から痰を発している（第5章参照）。情報のコントロールができなくなることは、組織機能をストップさせるだけの十分な理由になる。情報の整理と統制は、緊急時の組織にとって重要な鍵となるため、BCPの中でも具体的な設定が必要である。図4-7は「緊急時の院内での連絡方法は確立されていますか」という質問で、図4-8は「緊急時の外部の公的機関との連絡方法は確立されていますか」という質問である。図4-9は「緊急時の患者家族との連絡方法は確立されていますか」という質問で、それぞれに対する回答を図示した。緊急時は、院内での情報収集は当然に必要となるし、また大きく変化している外部環境に関する情報も必要である。自組織が置かれた状況の把握と判断は、外部からの情報収集なくしては実施できない。精神科病院において、各種の連絡方法が確立されていない理由の一つに、災害時用の通信機器（無線や衛星電話）の準備が遅れていることも挙げられるだろう。外部公的機関との連絡方法の確立は、緊急時対応の要となるため、早急に調整する必要がある。また、ステークホルダーとしての患者家族との連絡方法を確立することは、精神科病院組織としての信頼性を確保することにもつながる。もちろん家族のいない患者もいるが、青少年や児童が入院しているケースもあり、親の心配は計り知れないものになる。病院で緊急時の家族への連絡対応が難しいと考えられる場合は、緊急時には本人の携帯電話の使用を認めることも1つの方法である。

図4-9 緊急時の家族との連絡方法 (n=40)

精神科病院におけるBCPに関する調査より

4-5-4 コミュニケーション

表 4-4 精神科病院での被災時の患者の様子（自由記載）

精神科病院における BCP に関する調査より

意外と平然として普段通りだった。
緊急事態なのに普段通りオヤツなどを要求した。
避難指示に従っていただけでない患者がいた
皆様、冷静に対応され協力的であった
特に変わった様子はなかった
特に暴れたりすることなく平静だった。
全く騒動にならなかったことが不思議
問題なし

組織の中では、情報のやり取りや人間関係の構築にはコミュニケーションを用いる。組織の中で、コミュニケーションが重要ではないと思う人間はほとんどいないと考えるが、

特にヒューマン・サービス組織では、提供される医療サービスのすべてがコミュニケーションを介して提供される。誰もがコミュニケーションを使うが、その使い方が非常に難しい場合がある。仕事をする上で、コミュニケーションがスムーズではなく、意思疎通ができていなければ、伝達すべき情報の内容が変化してしまい、不正解な情報を伝えることになる。それは、患者の生命や健康を護るという事業を実行する上での不確実性となる。田尾ら（2012, 140）は、組織内のフォーマルなコミュニケーションは、上下、水平と直線的なイメージで伝わるが、インフォーマルなコミュニケーションは、伝達する個人の主観も加味され、大きく曲がりくねって伝わることもあると説明していた。災害などの緊急時にコミュニケーションをする際には、特に主観情報（印象やイメージ）の整理統制を行い、できるだけ事実に基づいた情報の伝達を心がける必要がある。このようなコミュニケーションの仕方は、防災訓練などで使用して、普段と使い分ける練習もする必要があると考える。精神科病院では、患者とのコミュニケーションは主要な医療技術の1つである。ソーシャル・スキルズ・トレーニング（SST）の一環として、日常の会話もコミュニケーションスキルの習得を意識して関わる。落ち着いた状況であれば、患者もコミュニケーションの苦手な部分を意識することができるが、緊急時にはそれが上手く機能できなくなる。その場合に、患者を落ち着かせて、普段と同じコミュニ

ケーションが取れるように個別的なサポートが必要になる。表 4-4 は「被災した経験が「ある」と回答された方は、緊急時の患者の様子で印象に残ったことを自由にお書きください」という質問に対する自由記載の回答である。図 4-10 では、被災経験のある災害の種類を表しているが、複数の災害を経験している病院があることもわかる。地震を経験していた病院が最も多かったが、比較的入院患者は混乱することもなく落ち着いて過ごしていることがわかる。その理由は、患者自身が病院は安全だと認識していることや、当日の勤務していた医療従事者が落ち着いて行動していたからであろうと推察する。災害時の被災地支援に入った DPAT 隊員は、「入院中の作業療法への参加時に、集団で行動することが毎日の習慣になっており、避難の際の患者は、普段と同じように落ち着いて集団行動しているように見えた。どちらかという避難誘導している医療従事者の方が慌てているように見えた」と自己の体験を語っていた。精神科病院にとっての災害時のコミュニケーションは、患者対応用と組織の情報伝達用の 2 つを使い分ける必要があるであろう。

4-5-5 成員のモチベーション

組織での個人は、組織の分析レベルの最小単位である。通常は、「個人」というミクロ的視点で分析されるが、野中ら（1989,297）はマクロ的視点を

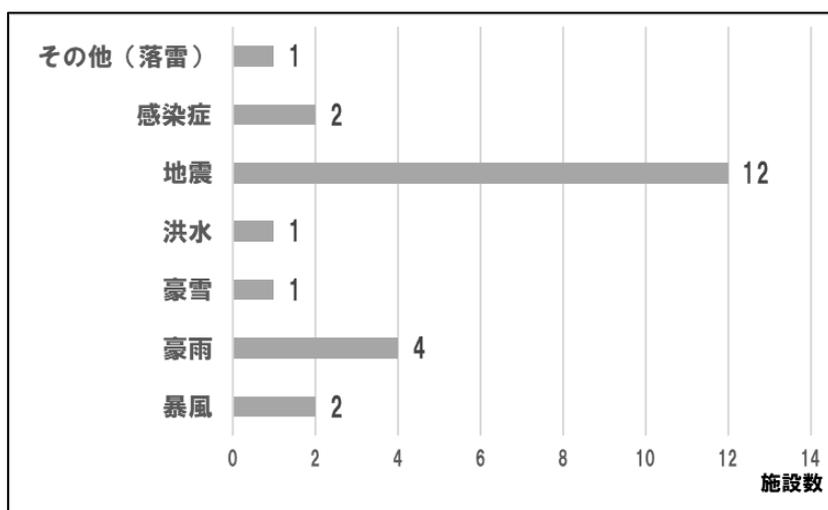


図 4-10 被災経験のある災害の種類 (n=16) 複数回答

精神科病院における BCP に関する調査より

含めるために個人属性という包括概念で捉えることを提案している。マクロ的視点の 1 つには、組織環境、コンテキスト、組織構造などの概念と組織成果を媒介する機能を持つという点で、「モチベー

ション（動機づけ）」があげられる。モチベーションの原点は「欲求」である。マズローの欲求階層説は、有効な視点の1つであり、個人のモチベーションが組織にとってどのような意味を持つのかという点が重要である。田尾ら（2012,36）は、モチベーションを発動させるためには、個人の目標（誘因）に駆り立てて、行動化させる何か（動因）であると述べていた。第6章で紹介する熊本地震を体験した精神科病院では、病院建物の損壊がひどく入院環境を維持できないと判断され、すべての入院患者を転院させることになっていた。患者は、本震が来る前には転院できていたが、後には使用できないほどの損傷を受けた病院が残っていた。病院としての診療機能を回復させるためには、とにかく建物からすべてを早期に復旧させる必要があった。その時に両病院のトップは、いち早く成員の給料を数ヶ月間保障することを公言し、成員のモチベーションを維持していた。またそれを受けて、ミドルはマスコミや SNS での情報収集も行い、フェイクニュースが出回るたびに成員への声かけや、トップからの説明をその都度設定し、情報を調整・コントロールしていた。そこには、トップダウンによる指示命令だけではなく、様々な情報コントロールによる不確実性の吸収によって、成員のモチベーションが維持され、フォロアシップが喚起されたのではないかと考える。

4-5 まとめ

病院というヒューマン・サービス組織では、サービス提供者としての医療者と療養生活をする患者やその家族との相互作用によって成り立っている。組織の構想は環境への適応性を増すために分化や統合されているが、ヒューマン・サービス組織ではタスク環境である患者を組織の中に取り込み、その中で生活上でのかかわりをもつ。その結果、患者との直接的なかかわり場面では、医療者優位の現場レベルの裁量性が発揮されることもあり、それは組織の構造外で起きているため、組織上層部には把握されていないことも多く、組織風土としての暗黙知になっている場合もある。組織風土は、組織成員の中で暗黙の了解の中で培われてきているため、中々修正や変更が難しく、タスク環境としては組織に最も大きな影響を与える概念になると考えている。組織にとってのタスク環境は、内部・外部の両方にあり、組織目標にも大き

く影響するため組織の不確実性の源泉となる。不確実性を放置することで、組織の存続が危うくなることもあるため、不確実性の吸収に働きかける必要がある。精神科病院では、特に患者の病状の変化によって不確実性が大きくなると考えられ、不確実性の吸収のために現場の裁量性が必要になる。しかし、現場裁量性の副作用として「ストリートレベルの官僚制 (SLB)」があることがわかった。SLBは、患者にとっても組織にとっても不確実性を大きくするため、組織の文化や風土から予防することも必要になると考えられる。組織にとって外部の他の組織との関係は複雑である。資源をすべて外部環境に依存するという点で、様々なサプライヤとのサプライチェーンが必要になる。また組織内外には多種多様なステークホルダーが存在し、病院経営にも参画してくることもある。そのような外部の組織やステークホルダー、サプライチェーンとはネットワークで結びついており、このネットワークの活用こそが病院 BCP のコア概念となる。環境の違いによって組織が使用する技術は異なる。その上、病院では専門職によって使用する技術も異なる。ヒューマン・サービス組織では目に見えない技術も多くあり、それは医療の実践の技術に直結する。これらの組織構造や環境、技術をつないで統合するためには、組織過程も考えておかなければならない。しかし組織過程は、目に見えて測定することが難しい。仮に、リーダーシップやフォロアーシップが目に見えなくても、組織の意思決定にも大きくかかわっている。意思決定に必要な情報は、その質と量を維持しながらコントロールしなければ緊急時対応は難しい。また組織内の情報は、コミュニケーションによって伝わるため、必要に応じて組織内コミュニケーションを、平常時と緊急時で使い分けるたり、患者用と組織情報伝達用として使い分ける必要もあると考えられる。使い分けをするには、教育・訓練の項目に緊急時のコミュニケーション訓練を設定しておく必要がある。

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

5-1 BCP の流れと ISO22301

世界の BCP の流れは、1970 年代米英のテロをきっかけに通常事業の中断に対する備えをすること、つまり危機管理に端を発したことは先に述べたとおりである (内閣府, 2014b)。わが国では、2005 年に経済産業省が発行した BCP ガイドラインが、政府の公開した初めてのガイドラインになる。この時代背景に、急速な IT 社会の拡大によりコンピューターのウイルス感染やシステムダウンなどの IT に関するリスクが顕在化した。そこで経済産業省は、「情報セキュリティガバナンス」という概念を打ち出し、その在り方の検討会の報告の中で、3つの施策ツールが提言され、そのうちの1つが「事業継続計画策定ガイドライン」であった。国際標準化機構 (以下 ISO とする) では、国際的な利用を期待されて発行される規格 (国際規格) を発行している。ISO 規格には様々な企画があり、製品や物の企画ではない組織のマネジメントに関する企画もある。その中で、2015 年に事業継続マネジメント (Business Continuity Management ; 以下 BCM とする) に関する国際規格として ISO22301 が発行された。日本では、自然災害が多発することや、電気・水・ガスなどのライフライン障害、急速な IT 化による IT システム障害などの危機的状況に常に晒されている。また病院組織などのヒューマン・サービス組織は、経営に必要な資源をすべて外部に依存しており、危機的状況下での複雑なサプライチェーンの確保や複数のステークホルダーへの対応が必須となる。このような危機的状況下での事業の継続を維持し、組織を守るための計画が BCP であり、BCP を運用するためのマネジメント全体を BCM という。最新の BCM 国際規格は ISO22301:2019 であり、日本産業規格 JIS Q 22301:2020 は ISO22301:2019 の一致規格である。ISO22301 の BCP の構成には、図 5-1 で示されているように、最初にインシデントへの対応、そして事業の継続、復旧に対する具体策が求められている。打川 (2012) は、「これまでの BCP は『発生事象型の BCP』であった」と述べており、「地震やインフルエンザなどのインシデントにフォーカ

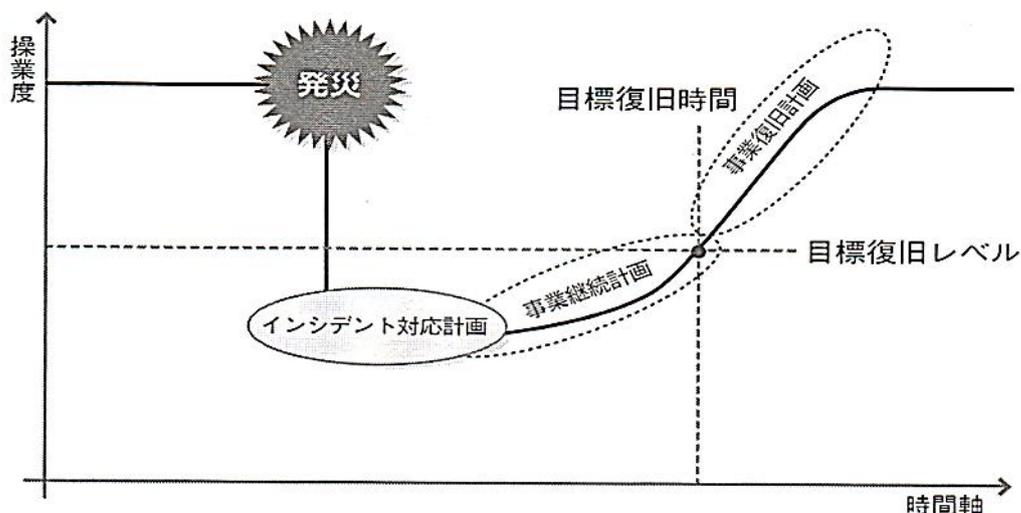


図 5-1 BCP の時系列と計画に関する構成

出典：勝俣良介（2013）「ISO22301 徹底解説」より引用

スした BCP であったため、想定したシナリオと同じ状況のインシデントが起こらないと、実際の現場での応用は難しく、うまく活用できないケースがあった」と述べている。著者が、大阪府北部地震の初動調査を行なった際に、A 市の行政危機管理部門が作成した BCP がまったく使えなかったということ現場担当者から聞き及んだ。結局他部門で作成した防災対策を活用して、災害急性期と平時の業務を並行しながら、急場をしのいだという話であった。さらに打川（2012, 15）は、「最近では製品およびサービスを提供する上で必要不可欠なプロセスとそれを支える経営資源にフォーカスした結果事象型の BCP に代わってきている」ことを述べている。注目する視点が、インシデントとしての現象なのか、経営のプロセス・資源なのかによって対応方法が変わることは言うまでもないが、経営のプロセス・資源に注目するものであれば、どのような組織であっても組織内で使用する基本形 BCP の策定ができると考える。結果事象型の BCP であれば、「想定外の事象であっても策定済みの BCP を置き換えられる」と説明していることともつながり、ISO22301 があらゆるインシデントに対応する汎用的なものとして作成されていることにも一致する。

5-1-1 防災活動と BCM

災害の多いわが国では、1959年の伊勢湾台風を契機に1960年災害対策基本法が策定されている(防災行政研究会編集，2020)。災害対策基本法では、第三十四条から四十五条までに防災計画に関する事項が定められている。防災基本計画＞都道府県地域防災計画＞市町村地域防災計画＞地区防災計画と、国から地区まで一貫した防災計画の策定が義務付けられている。その計画の中で展開される活動が防災活動であり、こちらの方が先に浸透してきた経緯がある。図5-2は、内閣府（2014a）から引用した防災活動とBCPの関係をイメージした図である。防災の目的は主に「身体・生命の安全の確保」と「物的被害の軽減」であるが、BCMでは身体・生命の安全確保に加えて、「重要業務の継続または早期復旧」が目的となる。この防災に重きを置いた計画は、のいう「発生事象型」の計画となってしまう、災害毎の計画を策定しなければ対応できなくなるという問題を含んでいたが、BCMによる計画では戦略

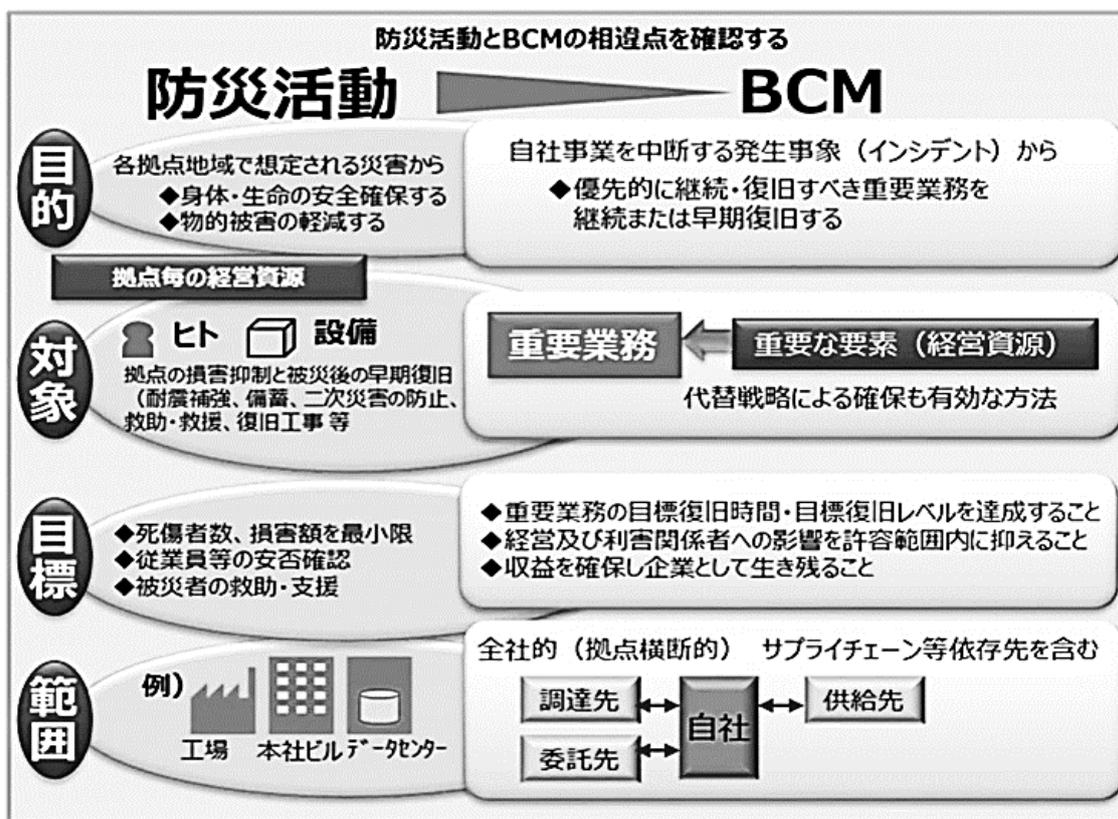


図 5-2 防災活動と BCM の関係（イメージ）

出典：内閣府（2014a）事業継続ガイドライン第三版 - あらゆる危機的事象を乗り越えるための

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

戦略と対応－ 解説書より引用

的アプローチのという内容になる。病院 BCP を策定するためには、平常時の BCM として「事前対策の実施・管理，教育・訓練の実施，BCM の見直し・改善を含めた継続的な活動」を担う体制から，緊急時は BCP に従った体制として指揮命令系統を明確にし，重要な役割が確実に担えるように代行者及び代行順位を定める。さらに，代行者への権限委譲も明確にすることになる。この BCP 体制は，は日常の組織を基本的に用いる方法と，例えば，情報収集，分析評価，後方支援，実施対応，情報発信などの機能別に組織を立上げる方法がある。平常時の業務を遂行する事業継続の部分では，前者の日常の組織の機能や構造を用いる方が円滑に運用できる。緊急時のインシデント対応では，後者の機能別組織として MIMMS の CSCATTT や ICS の運用が可能になると考えられる。

5-1-2 ISO22301：2019 (JIS Q 22301：2020) の要求事項

BCM の国際規格である ISO22301 の要求事項に沿った精神科病院 BCP の策定が可能なのかについても検討する必要がある。中島ら (2019) によれば，ISO22301:2019 の構成は，「序文」，「第 1 章 適用範囲」，「第 2 章 引用規格」，「第 3 章 用語及び定義」，「第 4 章 組織の状況」，「第 5 章 リーダーシップ」，「第 6 章 計画」，「第 7 章 支援」，「第 8 章 運用」，「第 9 章 パフォーマンス評価」，「第 10 章 改善」の合計 11 項目で構成されている。監査の基準である規格要求事項は第 4 章から始まっており，ベースは P (計画) D (実行) C (確認) A (見直し) サイクルを使用している。第 4 章から第 7 章までが Plan (計画)，第 8 章が Do (実行)，第 9 章が Check (確認)，第 10 章が Act (見直し) に関する要求事項になっている。「序文」では，組織がどのような事態になった時に，どのような目的で使用するのか，使用することによる目標 (成果) は何か，重要事業は何か，マネジメント計画の概要などについて明記することになっている。「第 1 章 適用範囲」では，どのような事態になった時にこの計画を活用するのかを明確にしておく。例えば，事業継続に必要な資源の流入に影響を与える事態を想定することになる。「第 2 章 引用規格」は，ISO22301 の引用規格は ISO22300 (社会セキュリティ用語) を使用している。「第 3 章 用語及び定義」は，引用規格と同様に ISO22300 に関する用語の説明となるため，

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

組織成員が共通言語として使用できるような範囲で設定が必要になる。「第4章 組織の状況」では、「組織の能力に影響のある外部および内部の課題の特定，組織の活動と関連する組織の関係性およびインシデントの潜在的な影響の特定と文書化，利害関係者とそのニーズおよび期待の特定，運用可能な法令・規制，要求事項を特定し管理するためのプロセスの確立，BCMSの適用範囲の規定と文書化，事業継続マネジメントシステムの確立に関する要求事項を規定」と説明されている。つまり，組織の内外にある事業中断をもたらすリスクの同定とその影響，サプライチェーンを含むステークホルダーのニーズの把握と協力関係・事前契約などの文書化，医事法・災害関係法規の優先順位，組織の目標に合わせた業務継続に必要な要求事項の確定などを行なう。これらを平常時の役割に合わせて運用する組織体系と，緊急時部門に権限委譲が可能となるようなシステム作り，部門毎の部門内計画 (Incident Action Plan ; 以下 IAP とする) の立案や行動レベルの指標となるアクションカード (Action Card ; 以下 AC とする) を依頼することが必要になる。「第5章 リーダーシップ」については，経営者には平常時も緊急時もリーダーシップの発揮が期待される。当然リーダーシップには意思決定も伴うため，緊急時には権限委譲した下位部門の責任を負うことにもなる。「第6章 計画」は，組織の事業継続のための目標を明確にし，目標を達成するための戦略を計画に起こしていく。「第7章 サポート」は，内部・外部の資源・情報・コミュニケーションに関するサポート体制の構築や記録の管理について，平常時の BCM を運用する部門が組織内の各部門から人選して，Working Group として組織全体に周知する必要がある。ここまでが，PDCA サイクルの Plan (計画) に含まれる内容となる。「第8章 運用」は BCMS の核となり，「運用プロセスの確立，事業インパクト分析の実施，リスクアセスメントの実施，事業継続のための戦略の決定，リスク対応の実施，事業継続手順の確立と導入，インシデント対応体制，警告および連絡手順の確立，BCP の策定，復旧手順の確立，演習およびテストの実施に関する要求事項を規定」と説明されている。Do (実行) の部分となり，行動化していく部分である。Plan が支障なく Operation (実働) に引き継げるのか，期待する結果は得られるのかについて，実践しながら確認していく。その上で，「第9章 パフォーマンス評価」で実践を評価して，「第10章 改善」で Act(見直し)することで PDCA

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

サイクルが運用され、組織の目標に応じた成果の有無が明確になる。それぞれの病院が自組織にとって必要となることから取り込んでいき、訓練によって評価・修正していけば、それぞれの組織に合った BCP 策定は可能になる。まずは、計画も訓練も小さな部分から始めていけばよい。

5-1-3 ネットワーク・ガバナンスによる Incident Command System

BCP の国際規格は ISO22301 ; 2019 である。ISO22301 の BCP の構成には、図 5-1 で示されているように、インシデントへの対応、そして事業の継続、復旧に対する 3 つの具体的計画が求められている。アメリカ合衆国国土安全保障省(The United States Department of Homeland Security , 以下 DHS)は、2001 年 9 月 11 日のアメリカ同時多発テロ事件(以下 9.11)以降、インシデント対応モデルとして Incident Command System(以下 ICS)を義務づけた(Moynihan, 2005, 8)。日本では、災害時の保健所対応で ICS の運用を進めている(永田他, 2017)。ICS の特徴は、第 3 章を参照されるとわかりやすいが、階層的な指揮系統で法的秩序の合法性に支配の基礎を置く官僚制組織と共通する要素が多いため、官僚制構造をもつ警察、消防などの組織には ICS はよく適応するといわれていた(田尾, 2012)。久米ら(2010)は、病院は官僚制であると述べているが、Quarantelli が総合病院はプロフェッショナル組織と官僚制組織の混合形態であると述べている。第 4 章でも述べたように、病院の構造は官僚制のみで運営されているわけではなく、部門の専門職によるネットワークを中心とした有機的マネジメントシステムとの混合形態であることは明白である。Moynihan (2008a, 1-66)は、「ICS は組織間の階層として機能し一元化されたコマンドを使用して複数組織のネットワークを管理するシステムであり、階層構造とネットワークは一見相反するように見えるがガバナンス構造は二者間に有効に存在できる」と述べている。Moynihan (2008, 208-209)は、「理想的な形のネットワークと階層構造」として、いくつかのネットワーク理論を紹介している。O'Toole は、ネットワークを「複数の組織またはその一部を含む相互依存の構造であって、ある単位が何らかの大きな階層的配置において他の組織の形式的な従属者であるだけではないもの」と定義。Alter & Hage は、「ネットワークの

基本的な規範的特徴は、階層的でなく、横のつながりと自己規制を頼りにしていること」と説明。Alter & Hage は、「官僚的な特性が強いネットワークは、パフォーマンスが低下する」とし、実際ネットワークは、伝統的なヒエラルキーに関連する病理を回避していると賞賛されていると述べていた。また、ネットワークにはヒエラルキーとは異なるマネジメント特性があるとし、ネットワークはメンバーの補完的な強みに依存するのに対し、ヒエラルキーは雇用関係によって組織化されること。階層は、ルーティンに頼ったコミュニケーションを行うが、ネットワークは関係性に頼ったコミュニケーションを行うこと。階層の風土は形式的で官僚的であるのに対し、ネットワークでは柔軟性、相互利益、継続的な関係性が特徴であること。ネットワークでは、対立を管理し、協力を確立する方法が異なり、階層では対立は行政の命令や監督権によって解決されるが、ネットワークでは互惠性の規範や長期的な評価への関心が協力を促進すると述べていた。Agranoff & McGuire は、ネットワークの管理特性が異なるだけでなく、マネージャーに求められる能力も異なると述べていた。Koppenjan & Klijn の、「ネットワーク・マネージャーは、中央の監督者として機能するのではなく、相互作用を刺激し、仲介する」と述べていることや「ネットワークによる対応は、危機管理における確実な課題である業務の不確実性 (Lagadec 1990) に対処する上でも有効であり、知識と資源をプールすることで、単一の組織を圧倒するような型破りな状況に対処する能力が高まる」ことを紹介し、Bardach の「コラボレーションは、ソーシャルキャピタルと信頼、共有学習、共同問題解決の文化によって特徴づけられる」ことも紹介していた。しかし、ネットワークへの参加は一般に自発的であることが前提であり、コンセンサスは継続に不可欠であるため、ネットワークは社会的行動の安定した形態とはいえないという Milward & Provan の言葉も引用していた。Moynihan (2005, 8) は、ネットワークの中の不確実性は、実質的な不確実性 (問題に対する知識不足、不確定な情報の錯綜)、戦略的不確実性 (複数のアクター独自の選択)、制度的不確実性 (異なる制度的背景を持つアクターの調整) の3つであると説明し、ネットワークの問題はアクター同士の協力関係であることを説明していた。ネットワークを調整する能力

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

は、結果的に不確実性を管理することになる。精神科病院は、一般病院と比較して医療法上法定人員が少ないことや、患者（顧客）という内部環境は不確実性が高く、患者や状況に対して柔軟な対応が求められるため、現場裁量性と現場への権限委譲の割合が高いという組織特性をもつ。さらに日常的に、患者の不確実性が高い精神科病院では、現場の専門職を中心とした病院内外のネットワークを活用して患者対応するという現状がある。

Moynihan がいうネットワーク・ガバナンスを主とした ICS は、精神科病院のネットワークを活用した現場（ボトム）優先型の対応システムとして有効なのではないかと考えられる。

では、どのタイミングで、どのネットワークを使用するかについては、危機的状況の規模や組織の規模によって変化する。まずは、既存の院内ネットワークを緊急時対応に置き換えることから始めて、危機的な状況や被害が大きくなれば、病院外の関係部門との連携を組織外部に置いた部門として設定するのが、一番スムーズに導入できるのではないかと考える。

一般病院では福知山脱線事故以来、災害拠点病院などの救急医療に特化した病院の緊急時対応は、MIMMS の CSCATTT を活用することが多い。しかし一般病院の中でも慢性期に特化した病院では、ICS の導入を検討するのも選択肢の1つであると考えられる。

5-1-4 病院 BCP の中の計画

ISO22301 の中では、BCP の中に緊急時対応計画と事業継続計画、事業復旧計画の3つがあることは、すでに述べたとおりである。BCP の中の3つの計画を策定するには、いずれにしても先にその病院組織の重要事業の洗い出しが必要になる。その際に用いる方法が、事業影響度分析 (Business Impact Analysis ; 以下 BIA とする) である。BIA では、その原因は何であれ資源が確保されずに業務が中断した場合の影響の大きさや変化を時系列で評価することになる。病院の事業は、大別すると「外来診療部門」と「入院治療部門」に分けられる。利益や売上げの比率が大きいのは、入院部門である。外来部門では、顧客（患者）は常にそこに居るわけではないため、一時的な事業の中断は可能である。しかし入院部門については、顧

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

客(入院患者)は24時間病棟の入院ベッドにいて、病院の内部環境の一部となっており治療と療養生活が継続されなければならない状況にある。入院治療という事業が中断することは、入院患者の生命や健康を損なう恐れがあり、「身体・生命の安全確保」はBCMの基本方針が脅かされることになるため、最も優先される事業は入院患者および職員の安全確保ということになる。災害拠点病院のように、救急医療に特化した病院では、外来部門における災害時に急増する外傷性医療ニーズへの対応も重要な事業の1つになる。通常のアナウンスされた通院患者への外来診療を一時的に止めてでも、生命の安全が脅かされている救急患者への事業も優先順位が高くなる。このような役割は、組織の置かれた地域・社会からのニーズでもあり高い信頼性にもつながっていく。このように重要事業が決定されれば、次はこれらの事業をどのくらいの時間で復旧させるのか「目標復旧時間」(以下RTOとする、Recovery Time Objective)と、どの水準まで復旧させるか「目標復旧レベル (Recovery Level Objective ; 以下RLOとする)」を決定する。この段階で、重要事業の実施に不可欠な重要要素(資源)の把握が必要となる。必要資源の洗い出しは、時間のかかる作業になることもあるが、ここは丁寧に洗い出しておかなければ現場で活用できるBCPにはならなくなる。次に必要なことは、資源の確保に時間を要したり、重要業務の復旧に時間がかかるものを「ボトルネック」と表現したりする。このボトルネックは、事業継続や事業復旧の際に最も時間がかかるため、ボトルネックが顕在化する場合は、そこに資源を集中させる必要がある。そのため、BCPの中の3つの計画を立案するためには、BIA・RTO・RLOの設定は必ず必要になると考えた方がよい。これがなければ、BCPにはなり得ないというのがISO22301の考え方である。BCPの最も重要な戦略は、代替戦略を考えることである。しかし、3つの計画がバラバラに策定されてしまうと、個別の対応計画になる恐れがあるため、実際の災害時に上手く連動できず実践力が低下する恐れがある。そのため、3つの計画の基本形は、前述したネットワーク・ガバナンス(NG)によるICSを活用することで、これらの問題が容易に完結するのではないかと考えられる。

5-2 精神科病院で策定しにくい BCP 項目

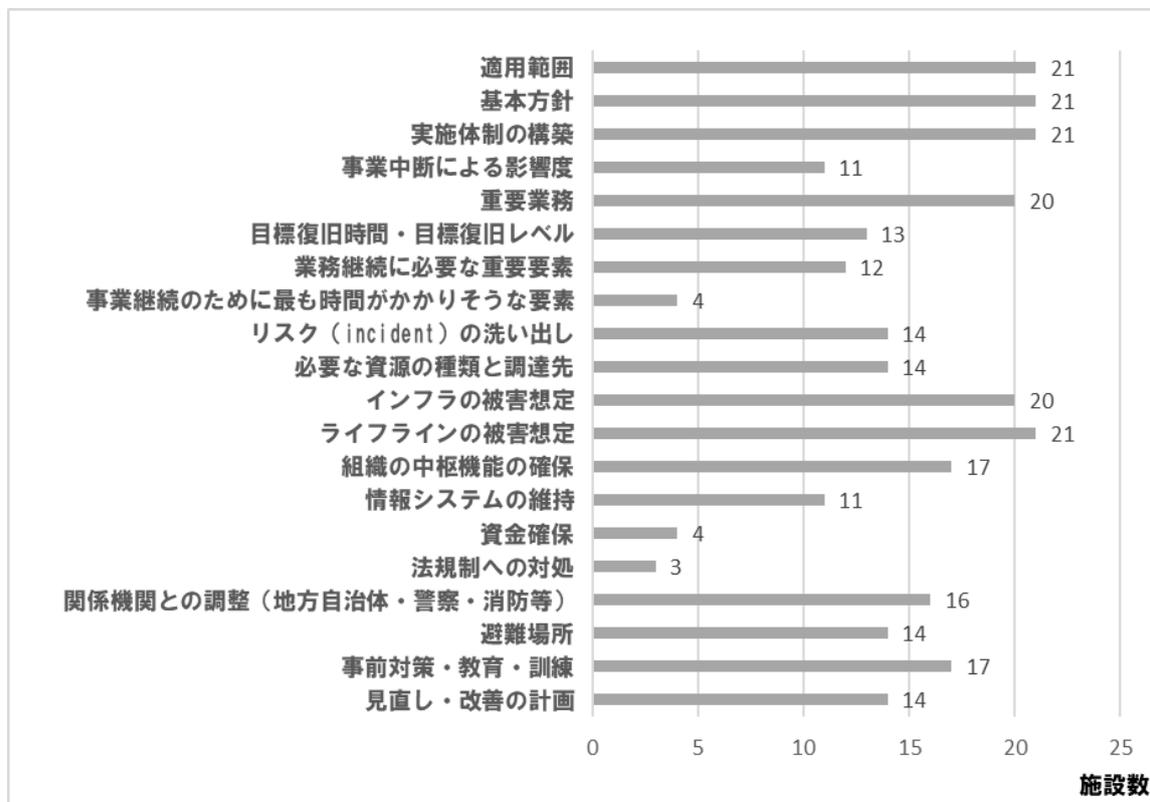


図 5-3 策定済みの BCP 項目 (n=21) 複数回答 (2021.04)

精神科病院における BCP に関する調査より

図 5-3 は、「『策定済み』『策定の途中』と回答された方は、現段階で BCP に書かれている項目にチェックしてください」という質問に対する回答である。「適用範囲」や「基本方針」、「実施体制の構築」、「ライフラインの被害想定」については、すべての精神科病院が策定できていることがわかる。「重要業務」、「インフラ被害の想定」についても、ほぼ策定できている。しかし、「事業継続のために最も時間がかかりそうな要素」つまりボトルネック事業や、「資金確保」、「法規制への対処」については、大半の精神科病院が計画できていない現状が見られた。

5-2-1 熊本県地震における精神科病院組織の対応

2020 年 4 月に、被災経験のある精神科病院の危機管理担当者へインタビューを行なった。インタビュー内容を、文字起こしして内容分析とタイムライン分析を行った結果からボトルネック事業について知見を得た。

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

1) 研究の方法

(1) 調査方法；被災経験のある精神科病院へのインタビュー

①2016年の熊本地震，2018年の大阪北部地震および西日本豪雨による被災経験のある精神科病院10施設に対し，研究説明と依頼書を郵送し，対面またはオンラインによる半構造化面接法によるインタビュー調査への協力を依頼した。

【インタビュー内容】

- ・貴院における被災前の災害に対する備えについて
- ・被災時の貴院の状況と対応(時系列で)
- ・被災経験を振り返って気付いたこと
- ・現在のBCPについて

②インタビューに関する同意が得られた場合は，QRコードから「調整さん」にログインし，インタビュー希望日と方法（対面またはZoom）連絡先をWeb上に入力してもらい，直接担当者と日程や方法を調整した。

③同意の得られた施設が希望されたインタビュー方法は，コロナ禍であることからZoomによるオンラインであった。Zoom開始時には再度インタビュー内容の録音に関して口頭で同意を得た。

(2) 分析方法

①データ作成および分析

- ・インタビュー内容を逐語録に起こした。
- ・逐語録の内容を，テキストマイニング(KHcoder ver.3)を使用して内容分析をおこなった。
- ・次にインタビュー内容を時系列に並び替え，タイムライン表を作成した。
- ・タイムライン表の都道府県の動きは，被災した精神科病院がある都道府県のホームページ(平成28年熊本地震に関する災害対策本部資料(2016))から引用した。

2) 倫理的配慮

所属大学の倫理審査部会で承認を得た(2020-104)。

3) 結果

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

インタビューの協力申し出があったのは、10施設の内2施設であった。ここではA病院、B病院とする。どちらも熊本地震(2016年4月)による被災経験病院で、危機管理担当者へのインタビューから、インタビュー内容を表5-1のタイムラインに起こして、災害時のそれぞれの精神科病院での対応を評価した。2つの病院はともに前震での被害が大きく、4月16日の本震発生までに全入院患者の転院が完了していたため、今回は「全入院患者転院完了」までに限定して分析している。両病院は、180~200人の入院患者がいて、夜間帯の医師を含めた医療従事者の数は9~10人であった。発災直後より、停電、断水、外部との連絡手段の寸断を確認していた。個別事象では、A病院では入院患者の打撲や痙攣発作出現などの人的被害を数名確認していた。B病院では、スプリンクラーの破損による漏水被害や閉鎖病棟の電子キーの一斉開錠などが起こった。両病院の発災直後の最初の共通対応は、安全な場所に患者を集めるということであった。B病院では、入院患者の中に児童が多数含まれていたことから、詰所で預かっていた患者の携帯電話を返却していた。その次の段階では、A病院では病院長が当直であったことと、理事長の住居が病院敷地内であったことから、発災後45分で災害対策本部が設置された。B病院では、1時間後に病院長を始め幹部成員が集合し、病院長による指揮命令が開始された。B病院ではスプリンクラーの破損により病棟内が浸水しており、屋外への避難を余儀なくされていた。他の患者対応で、2つの病院に共通して見られたのは、同一法人内の隣接するグループホームや福祉ホームなどの入所型施設の入居者が、成員の誘導により病院へ合流していたことであった。患者の安全確認が終わった後、病院全体の被害の確認がされていた。A病院では、発災後2時間で病院の入院機能を継続することが困難であると判断され、「全入院患者の転院」が組織としての決定となった。翌朝の5:00まで組織成員は、各自持ち場で待機の指示が出された。B病院では、漏水被害のあった病棟の一部の患者が屋外待機していたが、夜気の冷えが強くなり、屋外での待機が困難と判断されたため、精神科病院の唯一の職能集団である公益社団法人日本精神科病院協会(熊本県支部、以下熊本県精神科病院協会)に対応を求めた。依頼を受けた熊本県精神科病院協会は、熊本県災害

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

対策本部に避難場所の調整を依頼し、近くの体育館が確保された。3つ目に両病院で共通したことは、どちらも患者の転院移送は日中に実施されていた。A病院では、転院先の確保のために、成員個々が直接調整をかけていたため、一時情報が錯綜し、混乱が生じていたと述べていた。「この時ばかりは、DPATが転院調整をしてくれれば良いのにと思っていた」とインタビューの中で話していた。両病院ともに200人の患者の退院や移送を完了させるために、発災後21時間以上の時間を要した。全入院患者の退院・転院調整の中でも、病院の事業として常に意識して継続されていたのは、食事と薬の提供であった。外部支援については、患者移送の際に自衛隊や警察、消防、DMAT、DPATの移送サポートが活用できたことは、病院側にとって有効な支援であった。次に、インタビュー内容を文字起こしして、テキストマイニング (KHcoder) を用いて内容分析した。品詞分類による Jaccard 係数からの類似度や、病院ごとに分けた外部変数ファイル(以下、外部変数ファイル)を作成して対応分析から特徴語を抽出した。Jaccard の類似性測度は、0 から 1 までの値をとり、関連が強いほど 1 に近づく(樋口, p30, 2014)。図 5-4 は、外部変数ファイルを用いて作成したカテゴリー別の対応分析である。対応分析は、原点(0.0)から離れた語に特徴がある(樋口, 2014)。インタビューの内容を、A病院 (A) と B病院 (B) のカテゴリーに分けて、その上でインタビューの内容をサブカテゴリーに分け対応分析を行った。その結果、(A) (B) の「職員へ支援」や「被災後の対応」、「病院の再建」は相互に近い場所にあって、共通した内容が多いことがわかる。A病院の「BCPについて」とB病院の「備えの検証」は近くに位置しており、事業を継続することについての内容が共通していた。A病院の「備えの検証」では、事前に準備されていた患者・職員用の避難バックに関する内容が多かったため、異なった位置に分布していると考えられる。A病院では「班」「大変」「支援」が原点から離れた特徴的な語として抽出され、緊急時組織を編成するにあたり「班」分けをしていたことや、転院調整の際の外部支援(人・ネットワーク)に苦労があったことが特徴的な内容になっていると考えられる。B病院では、「建物」が特徴語として表示

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

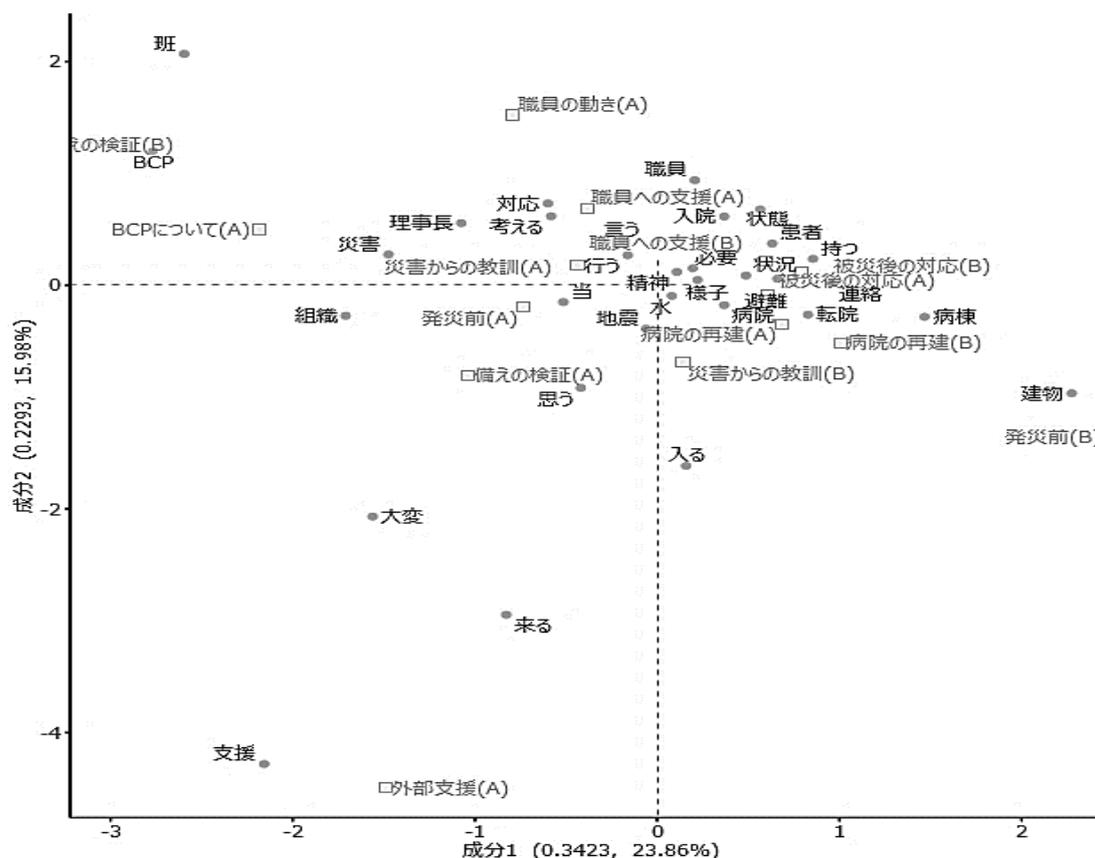


図 5-4 インタビュー内容の対応分析 (KHcoder 使用)

されており、最初にスプリンクラーからの漏水によって、屋外退避を余儀なくされたことが、語られており特徴的な語として抽出されていた。原点(0.0)の周辺には、「精神」「地震」「水」「様子」「病院」「必要」など、どちらの病院にも共通した語が確認できた。

5-2-2 事業影響度分析 (Business Impact Analysis, BIA)

熊本地震の被災ケースでは、精神科病院の施設の損壊が著しく、病院の入院事業の中断が余儀なくされた。その結果、入院患者の療養環境が損なわれ、治療と療養生活の両方に影響を与えることとなった。精神科病院の患者の中には、強制入院の患者も含まれており入院治療の継続が必要なため、代替戦略が必要になっていた。余震が断続的に確認されており、建物がいつ倒壊するかも分からない状況下で、長期間の事業中断は不可能な状況であった。A病院では、全入院患者の転院を比較的早い段階から決定していたが、発災が21:25と夜間帯であったため、翌朝夜が明けるまで待機

第5章 病院の事業継続計画（Business Continuity Plan）

の指示を出していた。A病院では、長期間でなければ何とか施設内での待機が可能であったと考える。しかしB病院では、スプリンクラーの破損により病棟内が水浸しとなっており、施設内待機が不可能であったことから、同一県内の職能団体に依頼（権限委譲）して病院外の一次避難所の確保を願い出ていた。その結果、近隣の体育館へ一時避難することとなった。しかし一時避難先の体育館では、約200人の患者の治療と療養生活の維持をすることが非常に難しいことがわかり、全患者転院の意思決定がされた。A・B両病院では、何らかの理由で、病院施設の損壊が著しく、入院患者の治療および療養生活の継続が困難になるというリスクの顕在化と、強制入院患者の入院継続のための代替戦略として「転院・退院」という決定があった。

5-2-3 ボトルネック事業と目標復旧レベル・目標復旧時間

A・B両病院では、約200人の入院患者を動かして、全入院患者の転院という意思決定が行なわれたが、転院完了までの所要時間がB病院21時間30分、A病院22時間30分であった。これらの結果は、両病院の成員が全力を挙げて取り組んでも、200名の患者の退院・転院には時間を要することであった。精神科病院における緊急時のボトルネック事業の1つは、「全入院患者の転院」であることがわかった。可能な限り短時間で済ませることは理想的であるが、受け皿や移動手段のことなど、事前に想定しなければならぬ事柄は多いため、BCPの中には具体的な資源（重要要素）の洗い出しが必要である。

次に目標復旧レベルは、入院治療環境の維持である。精神科では薬物療法が主となるため、薬剤の確保と療養生活に必要な食・排泄・睡眠などの生理的ニーズの充足が図れるような環境の調整が重要となる。どちらの病院も、栄養科の職員は被災直後の早段階から、翌日の食事提供の準備を開始しており、定時に近い時間帯に食事の提供を行っていた。その他にA病院では、病院の記念事業として、事前に患者と成員分の避難バックを用意しており、そこには飲料水や保存食（羊羹など）が含まれていた。患者の生理的欲求を満たせる最低限のものがあったと考えられる。B病院で

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

は、売店の開放が行われていた。患者は、睡眠の時間に避難行動を取らなければならなかったために生理的欲求が脅かされ、いつも以上に空腹や口渴などの生理的欲求が気になったとも考えられる。しかし、これらの対応は一時的なものであって、いわゆる緊急時のインシデント対応に含まれる。また目標復旧時間については、全患者の転院が24時間以内に完了している点や、生理的ニーズの充足という点から考えても、2日間も睡眠が不十分な状況を作ることは、精神疾患の病状を悪化させてしまうことにもつながるため、全入院患者の転院という代替戦略の目標復旧時間は24時間以内であるといえる。

両病院の発災直後の病院職員の対応は入院患者の安全確保に集中しており、精神科病院での最優先事項は入院患者の安全確保であることがわかる。特に医療法人立の精神科病院では、病床稼働率が90%前後で維持されている病院も多いため、入院患者数は常時数百名と決して少なくない。まずは当該精神科病院の入院患者の安全確保・入院治療環境の維持という点にイシュー限定した対応をインシデント対応計画で設定することが望まれる。

5-2-4 精神科病院のネットワーク・ガバナンス ICS

表 5-2：2 病院の特徴語の比較

(KHcoder)

A病院		B病院	
抽出語	Jaccard距離	抽出語	Jaccard距離
理事長	.778	病棟	.556
組織	.700	今	.500
思う	.667	結果	.444
地震	.667	経営	.429
大変	.667	建物	.429
災害	.636	今回	.429
病院	.615	子ども	.429
看護	.600	一番	.375
機能	.600	場合	.375
形	.600	不安	.375

ICSによる対応の基本形は、第2章の図2-3で示した通りである。今回の2つの病院のインタビュー内容から抽出された語(図5-4)に置き換えてみると、ICSではインシデントが起これば最初に現場の指揮者(Incident Commander)を決めることになる。今回のインタビューでは、A病院では「理事長」が特徴を示す語となっており、それ以外の個人が特定される内容はなかった。コマンダーはICSの中で最高位の役割で、インシデントで発生するすべての活動

す語となっており、それ以外の個人が特定される内容はなかった。コマンダーはICSの中で最高位の役割で、インシデントで発生するすべての活動

に最終的に責任を負う (Bigley & Roberts, 2001) . 理事長は、経営者であり現場の指揮者として「当該インシデントに関するすべての責任」を負う立場であった。当該病院の緊急時組織の最終意思決定者であることから、その点ではコマンダーである。図 5-4 と合わせてみると、A 病院の特徴語に「災害」「組織」「班」という言葉があった。もともと A 病院の理事長は、災害対策に積極的に取り組んでおり、災害対策研修、災害対策統括研修などに参加していたため、災害時に対応できる緊急組織は具体的にイメージできていたと考えられる。B 病院では、スプリンクラーの破損から病棟が浸水によって使用できなくなったため、屋外避難を余儀なくされていた。この段階で、すでに籠城型の緊急対応はできないことになる。また B 病院は、自組織での情報収集が難しいため、職能集団である熊本県精神科病院協会とのネットワークを活用して転院の調整など (Logistics) を組織外に権限委譲していた。抽出された特徴的な語「病棟」、「今」、「子ども」、「不安」などから、病棟の被災状況が待ったなしで今対応が求められていたことや、患者に子どもが含まれていたことからの不安への対応が簡単ではなかったことが伺えた。Moynihan (2008 a) は、「ICS は、緊急事態下で相互依存する支援者を調整するために設計されたネットワーク・ガバナンスの手段として理解するのが適切である」と述べており、ICS には必ずしも階層構造が必要だとは言っていない。ICS の下位セクションの実行部

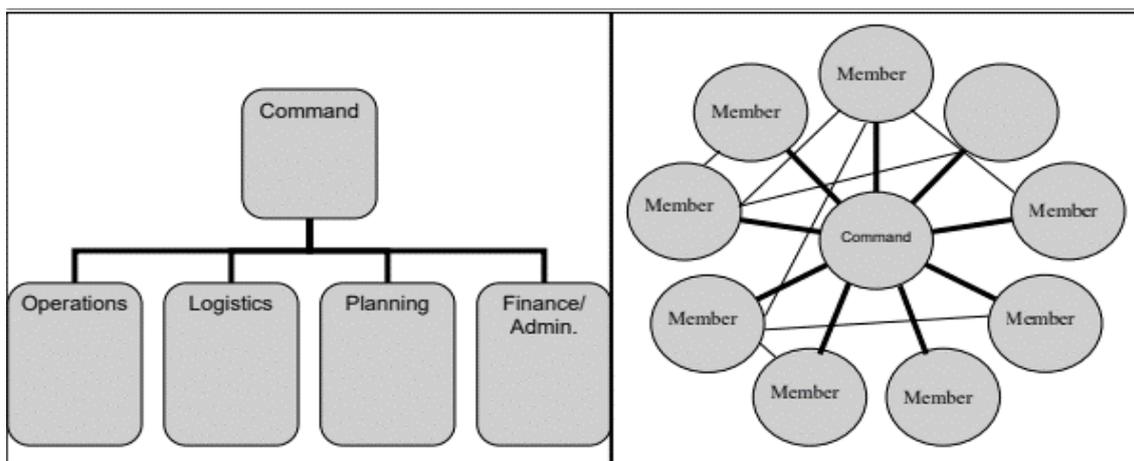


図 5-5 ICS の階層構造とネットワーク・ガバナンスによる構造の比較

出典：Moynihan (2008 a), The Network Governance of Crisis Response: Case Studies of Incident Command Systems より引用

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

門・企画部門・包括支援部門・財務総務部門 は、各部門または役割兼務した部門にコマンダーから権限委譲された部門責任者をおき、現場対応を優先することが特徴である。各部門では、現場から収集した情報をボトムアップ方式でコマンダーに集約される。これらの情報はコマンダーが、組織のネットワークの中で情報公開、安全確保、連絡調整などのマネジメントを展開する材料となる (Bigley & Roberts, 2001)。図 5-5 は、Moynihan が示すネットワーク・ガバナンスによる ICS の構造である。第 3 章でも述べたように、法定人員の少ない精神科病院に ICS を導入する場合は、コマンダーを中心とした 4 部門 (実行, 企画, 包括支援, 財務総務) 運営は **must** ではなく、運用可能な形で実施すればよい。つまり、右のネットワーク図で考えれば、メンバーとはタイト (太線) につながるのかルース (細線) でつながるのかは問題ではなく、さらにそのメンバーが組織内なのか組織外なのかについても問われていない。元々の階層式構造であっても、メンバーは組織内外を定めているわけではなかった。カリフォルニアの山火事のように、特定の組織が中心にあるわけではなく、集合したアクターがそれぞれの専門性や役割を駆使して ICS の階層に組み込まれるというイメージが強かったのだと考える。しかし精神科病院が被災するとなると、ミッションの中心となる組織が存在することになり、その組織内で対応できる成員の数が少なければ、部門は役割兼務するか、または外部ネットワークの一部に権限移譲する形を取ればよいと考える。ただシステムとして事前にそのことを決めておくことで、緊急時には躊躇なく動きやすくなる。特に管理者不在の場合の権限委譲は事前に調整しておくことで、緊急時の対応が早くなると考える。B 病院のように、Logistics を外部の職能集団に権限移譲するというやり方は非常に効果的であり、組織内の数少ない成員という資源を Operation (実行) に集中させることを可能にしたと考える。ネットワーク・ガバナンスの考え方では、災害対応のために集まった組織の専門性を活かしてネットワークシステムの中に取り込むことが重要であるとしているため、成員数の少ない精神科病院であっても十分に活用できる。ICS のバックグラウンドのない組織であっても、平常時のネットワークをインシデント対応に組み込んで、ネットワークの強みと組織の強

みを活かすことで活用しやすいインシデント対応計画が策定できると考える。ICSで最初に必要なことは、ネットワーク・ガバナンスにおけるインシデントコマンダーを決めることであると先で述べた。精神科病院の場合は、患者の病状や強制入院への現場対応が最も不確実性が高くなる。不確実性の吸収のためにも、被災した精神科病院の管理者がコマンダーとなることで、組織内で運用される様々なシステムが稼働しやすくなり、現場のコマンダーが誰かという問題の回避にもなる。その結果、外部支援者との間のコンフリクトも最小限に抑えられることになると思う。

5-2-5 タイムラインから見た緊急時の対応

表5-1のタイムラインでは、コマンダー到着までの現場対応の中心は、入院患者の安全確保のための対応であった。患者の生命の安全を優先しなくてはならない状況とは、安全で安定的な療養生活が損なわれる状態になることを示している。精神に障害のある患者は、ストレスに脆弱で環境の変化に弱いことが特徴であり、困難なことに対して自らコーピング行動を取れる人ばかりではない。日常的に患者は、困難なことに対して自己表現して周囲に希求行動を示すように教育・訓練されている。表4-4にあるように、大半の患者は病院にいて、メンバーが自分たちの安全確保に動いていることを理解しているが、中にはおやつを要求する方や、指示に従わず自分の行動を変えないなどの様々な言動をとる患者もいるため、その都度対応策を講じなければならない事態となる。

2病院の緊急時対応の違いは、被災直後の緊急時組織の構造にある。A病院では早々に災害対策本部が立ち上がり、病院内は階層式の指揮命令機能をもつ緊急時組織が立ち上がった。メンバーは緊急時参集の招集がかかり、班が作成されて役割と責任が課された。早い段階での班編成はA病院の特徴である。コマンダー(理事長)は、全体の情報や状況を集約して発災後2時間で全入院患者転院という組織的意思決定をおこなっていた。意思決定後の転院調整では、緊急システムの中でメンバーそれぞれが持つ平常時のネットワークとコミュニケーションを活用し、様々な病院と個別に連絡を取っていた。全体がシステムティックに運用されていたにもかかわらず、情報

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

の部分が緊急時対応システムから外れてしまっていたため、組織内外の情報差によって、不確実性は増大したと考える。B病院では、明確な緊急時組織は立ち上がっていないが、コマンダー(病院長)が体育館での入院環境の継続が困難として、全患者の退院・転院を組織的に意思決定した後、転院調整は熊本精神科病院協会に権限を委譲した。成員は、転院するための準備というオペレーションの部分を担い、準備に奔走した。B病院の特徴は、成員が自ら進んで役割を負うというフォロアーズによって対応できていたことである。フォロアーズが発揮されるのは、現場裁量性の高い有機型の組織構造をもつ場合が多く、B病院の緊急時組織構造は有機型マネジメントシステムであったと推察できる。有機型マネジメント構造の組織の場合、現場は不確実性が高く現場裁量が優先されることが多い。自組織だけで自己完了せず、外部の職能団体や自衛隊、警察などの公的な関係組織を受け入れ、ネットワークに権限を委譲するというガバナンス構造が見て取れる。但し現場優先によって対応する場合は、現場からボトムアップで収集した情報を制御しなければ、組織全体の安全が脅かされることも否定できない。方法は異なっているが、両病院の緊急時対応を、BCPのインシデント対応とした場合の目標は「入院患者の安全確保と療養生活環境の維持」で一致しており、目標達成を図るための方法が異なっても、帰結には大きな差がないことがわかった。

通常のICSは、災害現場に最初に到着した部隊の指揮官がインシデントコマンダーとなり、上級指揮官が到着するまでその役割を担うこととなっている。しかし、精神科病院の場合は外部の指揮官による指揮では精神障害をもつ患者の病状把握や強制入院を含めた対応が困難である。転院であっても院内で入院生活を継続することであっても、病院管理者の判断と指示であってこそ入院中の患者は決定を受け入れるため、精神科病院のインシデントコマンダーは、当該病院の管理者である必要がある。Moynihan (2008)は、災害現場では、「誰がコマンダーか」という点で、各専門職のトップの間に争いが起きることがあると述べており、このような問題を避ける手立てにもなると考える。

5-3 公開されている病院用 BCP マニュアル

5-3-1 BCP の考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き

厚生労働省は、小井土ら（2013）の研究成果から「BCPの考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き」を2013年に公開している。冒頭でBCPの概要について簡潔に述べられているが、BCMに関する記述は確認できなかった。ここでも従来の災害対応マニュアルとの比較（図5-5）がされているが、図5-2との違いはBCPの中に従来のマニュアルが含まれた形にしている点である。全体的にBCPの部分を平常時の増加分としている。また災害対応の部分は、災害フェーズに合わせた対応となっており、重要業務や重要要素（資源）の洗い出しはなく、リスクの同定やBAIに関する表記もなかった。従来の災害対応マニュアルとの大きな違いを、「災害には、フェーズがあり、そのフェーズに求められるニーズの変化に対応できるように従来の初動期、急性期のみならず、事前の準備、亜急性期・慢性期への計画を含む点も従来のマニュアルとの大きな違いである（厚生労働省2013b）」としていたこと

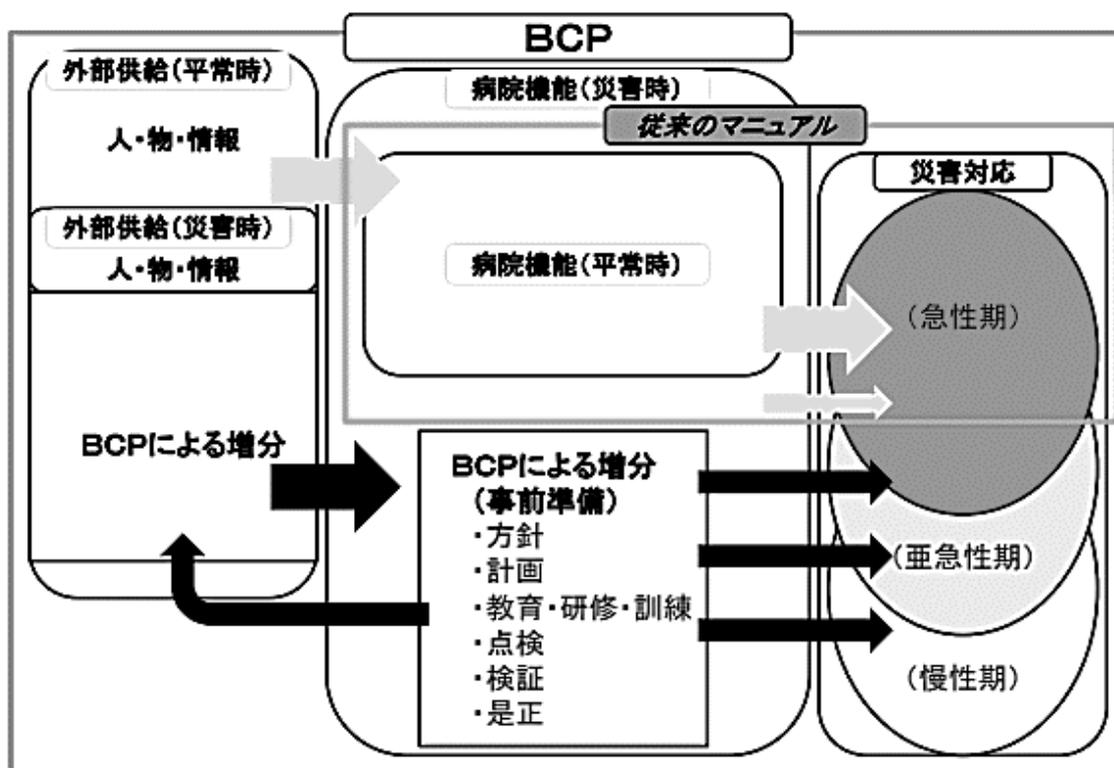


図 5-5 BCP と従来の災害対応マニュアル

出典：厚生労働省（2013b）. BCPの考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引きより引用

第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

から、緊急時のみではなく時間経過とともに長期的な視点を持った災害対応計画を意識したことが推察できる。組織にとってのインシデントは災害だけではないため、災害対応計画＝BCP という構図は必ずしも成立しない。この計画が BCP でないという点は、まず最も重要な優先すべき事業の洗い出しがないこと、事業継続を困難にするリスクの同定や事業継続および事業復旧のための具体的戦略の記載がないことなどである。災害急性期対応については具体的に詳細設定されておりボリュームも大きい。災害拠点病院などの災害時の急性期医療を実践する病院では、活用しやすいと考えられる。しかし、身体的な救急医療を行なわない慢性疾患の治療や療養が中心の病院や施設では、もっと重要な「どのように平常時の事業を継続するか」「どのように早期復旧を果たすのか」といった点での詳細が計画できるようにはなっていないため、この手引きが使いづらいものになってしまったと考える。

5-3-2 医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引き

前述の厚生労働省(2013b)の使いづらさに関する反省から、堀内(2017)は災害拠点病院以外の一般病院が使用できる災害対応のための BCP 作成の手引きを公開した。こちらは、災害の種類をリスクとして設定し、被害の想定を「人・建物・通信」に限定していた。ただ病院の事業としての診療機能に関する影響を想定していたことで、前回の手引き書よりは、事業継続への認識が強くなったと考える。災害時は、平常時とは異なるニーズが発生することや地域防災計画の中の医療計画との連携も視野に入れるようになっていた。さらに堀内は、病院避難や籠城型の入院診療維持も明記し、外来診療の一時中断や、被災傷病者の受け入れという厚生労働省(2013b)の内容を踏襲し、救急医療を担う一般病院の役割が遂行できる項目に仕上げていた。こちらの方が、より BCM に近い考え方が明記されていた。しかし、BCP 全体を BCM に基づいた記述にはなっておらず、防災計画と BCP の混合計画という印象は残ったままになっていた。ただ災害時のインシデント対応には、ICS の導入を明記しており、それも組織内の緊急時対応システムとしての活用を進めていた。残念ながら、組織外部とのネットワーク・ガバナンスを活用した ICS ではないが、インシデ

表 5-3 医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引きから抜粋した項目

出典：堀内（2017）。「－医療機関（災害拠点病院以外）における 災害対応のための BCP 作成指針－」から項目のみ抜粋

医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のためのBCP 作成の手引き 堀内(2017)	
1.基本方針	4. 診療維持計画(亜急性期・慢性期対応)
1)BCP作成の目的	・外部供給の明示
2)適応範囲	・受援体制
・対象とされる災害の種類	5. 災害時特別体制(災害モード)の収束
・想定される被害(人・物・通信)	・通常診療への復帰
・失われる診療機能の想定	・収束基準
・地域のニーズ, 地域防災計画の中の役割	・方法
・災害時に求められる診療体制(病院避難・籠城・外来診療・被災者受け入れ・受援体制)	6. チェックリスト
2. 事前準備	・帳票類
・災害対応組織体制	・資料など
・通常業務から災害体制への移行基準と災害対策本部の設置	【BCP に盛り込む特殊項目】:
・災害時の本部機能	1) 自施設の特長性の分析
・災害対応のチェック項目とチェック体制	・地理的立地条件:被災を受けやすい, 孤立しやすい, 離島, 隣接医療機関との距離など
・災害時における優先業務の設定と優先度	・地域から求められている診療機能継続の重要性:他の医療機関との連携がとりにくい専門分野か, 一時的であれば診療が破綻してもやむを得ないのか
・優先業務の実施体制:時系列	・建物の耐震化が不十分
・診療情報維持体制	・想定した災害に対応するための絶対的なスタッフ不足
・災害時用カルテ	・急性期疾患に対応困難
・災害時の外部機関の設定と調整:契約・協定など	・長期療養型で長期臥床患者が主体
・関連外部機関との連絡体制	・特殊機能型の医療機関あるいは特殊機能型の病棟を併設している:透析施設, 精神病院, 重症心身障害施設, 小児病院, 産科病院, 循環器・呼吸器専門病院など
・スタッフの連絡体制	2) 特殊性から求められる対応
・スタッフに対する教育と訓練	・応急危険度判定
・避難計画(院内・院外)	・スタッフの避難体制
・受援計画	・受援の必要性の判断基準
・遺体・遺族対応	・要受援状態の発信体制
・BCPの維持管理体制(見直し・改善)	・避難計画:避難基準, 避難準備体制, 避難場所の確保(院内・院外), 避難方法
3. 発災直後の業務遂行計画	・病院内避難(籠城)のための備蓄, 供給体制
◆初動体制(診療(避難)体制の決定まで)	・吸入酸素対応:酸素の供給体制
・災害対策本部の設置	・透析治療の維持体制:必要器材の供給体制, 地域ネットワークの活用
・被災状況	・特殊領域の医療者の受援体制
・安否情報(スタッフ・院内患者)の確認	・地域住民等による自助・共助体制
・診療形態の決定	【BCP の維持管理(BCM)】
◆上記で決定した診療形態の実施	以上について章立て, 項目立てをして, データ化し, (冊子としてまとめ), スタッフに周知するとともに, 院内外の状況の変化や訓練による検証結果に合わせて遅れなく改定, 改善しながら, 本計画を維持・管理する。
・計画実行の指示	
・部門別運用体制(アクションカード等)	

第5章 病院の事業継続計画（Business Continuity Plan）

ント対応計画をよりシステマティックに効率よく運営しようという意図が見えていた。表 5-2 は手引きの中で示された BCP の項目である。1. 基本方針の後に BCP 作成の目的がある。しかし、適応範囲の中には災害種類の同定があり、地域防災計画の中の役割や組織に期待される社会的ニーズを明記するようになっている。これは発生事象型 BCP となっており、結果事象にフォーカスした BCP にはなっていない。2. の事前準備は、本来 BCM として平常時から BCP の内容として想定する内容である。しかし、6. チェックリスト以降で「BCP に盛り込む特殊項目」として「自施設の特殊性の分析」があり、ここで始めて組織の特徴や特殊性を分析することになっていた。つまり 1～6. は、一般的な項目であることになる。BCM に基づいた BCP のコアは、「顧客や従業員の生命や身体の安全を守りながら自組織の事業を継続する」ということで、急性期医療だけではない。しかし堀内の抽出した項目では、救急医療が中心となっている印象が強い。患者の療養生活を維持するという事業への影響や事業継続に関する内容が抜けているような印象が残った。

5-3-3 介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等について

厚生労働省は、感染症や自然災害が発生時の介護サービスが、安定的・継続的に提供されることを目的として介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）の作成を支援するために 2021 年に研修を開催し、研修時の資料と作成手順の研修動画を掲載していた。表 5-3 は、その中の自然災害編の BCP 項目である。先の堀内の BCP 手引きと異なる点は、平常時の対応が自組織の被害を想定した対策となっており、これは一般家庭にでも置き換えられるような、日常の生活を維持するための内容となっている。つまり、施設での療養生活に大きな影響が起こると考えられる、重要な業務にフォーカスされていることがわかる。残念ながら、「Ⅲ緊急時の対応」の中に BCP 発動基準があり、平常時対応とは別になってしまう印象を持たせる。ここに明記された内容は、BCP 中の事業影響度分析（BIA）のことであり、ISO22301 の BCM ではこの部分も全体の中に含んでいる。BCP の項目としては、全体的にシンプルで、事業継続の意図が見えてくるため、使いやすさがあると考えるが、この中に病院に課せられた「医

療」に関する要素がないため、ガイドラインの全体に医療要素を加味すれば、精神科病院や療養型病院などで活用しやすいBCP指標になると考える。介護施設向けの、このBCPガイドラインは発生事象別に自然災害編と新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とする）の2種類に分けて提示しているが、これには意味があって、複数の介護施設でCOVID-19によるクラスターが発生したという現状から、介護施設で実施可能なCOVID-19対策を明示しなくてはならなかったという背景がある。2019年12月に始まったCOVID-19の世界的

表5-4 介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続

ガイドライン項目

出典：厚生労働省（2020）、「介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等について」から項目のみを抜粋

介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン（厚生労働省，2020）	
I 総論	Ⅲ緊急時の対応
1. 基本方針	1. BCP発動基準
2. 推進体制	2. 行動基準
3. リスクの把握	3. 対応体制
・ハザードマップなどの確認	4. 対応拠点
・被災想定	5. 安否確認
4. 優先業務の選定	・利用者
・優先する事業	・職員
・優先する業務	6. 職員の参集基準
5. 研修・訓練の実施	7. 施設内外の避難場所・避難方法
BCPの検証・見直し	8. 重要業務の継続
・研修・訓練の実施	9. 職員の管理
・BCPの検証・見直し	・休憩・宿泊場所
II 平常時の対応	・勤務シフト
1. 建物・設備の安全対策	10. 復旧対応
・人が常駐する場所の耐震措置	・破損個所の確認
・設備の耐震措置	・業連絡先一覧の整備
・水害対策	・情報発信
2. 電気が止まった時の対策	IV他施設との連携
・自家発電の有無と対応	1. 連携体制の構築
3. ガスが止まった時の対応	・連携先との協議
4. 水道が止まった場合の対策	・連携協定書の締結
・飲料水	・福祉避難所の指定
・生活用水	・福祉避難所開設の事前準備
5. 通信が麻痺した場合の対策	・地域ネットワーク等の構築・参画
6. システムが停止した場合の対策	2. 連携対応
7. 衛生面の対策	・事前準備
・トイレ対策	・入所者、利用者情報の整理
・汚物対策	・共同訓練
8. 必要品の備蓄	V地域との連携
9. 資金手当て	1. 職員派遣
	2. 福祉避難所の運営

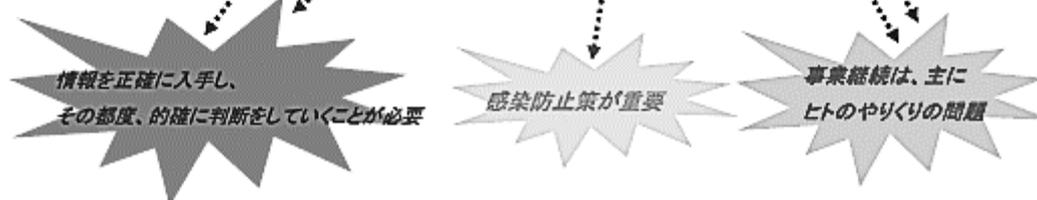
第5章 病院の事業継続計画 (Business Continuity Plan)

パンデミックは、水際対策の効果も無く、日本でも社会活動の停止が余儀なくされるなど、経済的ダメージは計り知れないものになった。COVID-19は、未知の感染症であったために治療法や感染予防対策が確立されていなかった。医療機関へのニーズは急増したが、すべての病院が治療方法の確立していない感染症治療がすぐにできるという体制が取れた訳ではなかった。特に慢性期疾患の治療や療養を主とする病院・施設においては、感染者が確認できても、地域の感染状況などに反比例して感染症対応が可能な一般病院への転院は難しくなった。それは介護施設だけではなく、精神科病院も例外ではなかった。厚生労働省老健局は、2020年12月にはCOVID-19に特化したBCPガイドライン「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」を公開した。表5-4は、新型コロナウイルス等感染症と地震災害を比較したBCP項目別一覧表である。従来のBCPと異なるのは、組織内での準備や対応計画だけで事業の継続・復旧の時期やレベルを設定できないという点である。組織全体での感染防止対策が重要で、人的資源を維持するためにも必須の項目となるが、組織の成員は組織内で生活しているわけではないため、市中感染が流行している時期には、成員がCOVID-19の陽性患者となることもある。その結果、法定伝染病として隔離の対象となることになるため、就労可能な成員が減少するのみでなく、病院・施設内での伝染によるクラスター発生など、顧客である患者や利用者への影響は大きい。病院や施設で長期的に療養を必要とする患者や利用者は、加齢や障害を理由に日常生活動作(以下、ADLとする)が著しく制限され、その上栄養障害や抵抗力の低下によって易感染状態にある場合も多い。COVID-19は、高齢者や合併症を持つ成人では重症化しやすく、成員や家族による施設内への感染症の持ち込みによって感染した場合は致命的となる。また法定伝染病の場合は、公衆衛生の観点から保健所との連携が必須となり、報告のタイミングや指示の遂行など、平常の業務にない緊急時業務が増加するため、この部分はインシデント対応計画で明記する必要がある。また通所型施設では、流行の程度に合わせて業務の縮小などが推奨されており、利用者や成員の安全確保のための感染予防対策が実行できるまでは、イシュー限定対応することも必要になる。未知の感染症に対する感染予防対策は、感染経路の特

表 5-4 新型コロナウイルス等感染症と地震災害との違い

出典：厚生労働省老健局（2020）. 介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドラインより引用

項目	地震災害	新型コロナウイルス感染症
事業継続方針	<ul style="list-style-type: none"> ◎できる限り事業の継続・早期復旧を図る ◎サービス形態を変更して事業を継続 	<ul style="list-style-type: none"> ◎感染リスク、社会的責任、経営面を勘案し、事業継続のレベルを決める
被害の対象	<ul style="list-style-type: none"> ◎主として、施設・設備等、社会インフラへの被害が大きい 	<ul style="list-style-type: none"> ◎主として、人への健康被害が大きい
地理的な影響範囲	<ul style="list-style-type: none"> ◎被害が地域的・局所的 （代替施設での操業や取引事業者間の補完が可能） 	<ul style="list-style-type: none"> ◎被害が国内全域、全世界的となる （代替施設での操業や取引事業者間の補完が不確実）
被害の期間	<ul style="list-style-type: none"> ◎過去事例等からある程度の影響想定が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ◎長期化すると考えられるが、不確実性が高く影響予測が困難
被害発生と被害制御	<ul style="list-style-type: none"> ◎主に兆候がなく突発する ◎被害量は事後の制御不可能 	<ul style="list-style-type: none"> ◎海外で発生した場合、国内発生までの間、準備が可能 ◎被害量は感染防止策により左右される
事業への影響	<ul style="list-style-type: none"> ◎事業を復旧すれば業績回復が期待できる 	<ul style="list-style-type: none"> ◎集客施設等では長期間利用客等が減少し、業績悪化が懸念される



定が不可避であり、この点では病院での対応が優先されるため、介護施設等ではタイムラグが生じる。

5-4 2020年 COVID-19 への精神科病院の感染対策

COVID-19 による影響は、精神科病院も例外ではなかった。Zhu ら（2020）は、中国国内で COVID-19 流行直後の 2020 年 1 月 21 日に、武漢精神保健センター（WMHC）は入院患者の閉鎖的管理を発表し、他の精神科病院もこれに続いた。しかし、2 月 8 日には WMHC 内で COVID-19 の院内感染が発生したことが公表され、その時点で 50 名程度の患者と 30 名の医療スタッフが COVID-19 と診断されていた。WMHC での最初の COVID-19 患者はアルツハイマー病患者で、家族の面会や差入によって感染した可能性を示唆しており、その背景には中国の旧正月に関する伝統や、他の呼吸器感染症発生率の高い時期であったことから、症状の過小評価につながったと報告していた。わが国の精神科病院の実態を著者らが Web 上で公開されている精神科病院のク

ラスター発生に関するニュースから、各病院のホームページなどの情報を中心に2020年9月10日の時点で情報収集した内容を表5-5にまとめた。10の精神科病院でCOVID-19の集団感染（クラスター）が公表されていた。新規入院患者や発熱患者に対しては、感染症対策としてPCR検査が実施されていたと考えられるが、4つの病院では患者が感染の初発者であった。精神科病院では、精神保健福祉法の規定により、患者の病状に合わせて行動制限が行われている。COVID-19の感染経路（飛沫感染・接触感染）から考えて、病棟の出入り口が施錠されている閉鎖病棟など外部に開かれていない閉鎖

表 5-5 精神科病院 COVID-19 クラスター発生状況と収束日

2020年9月10日時点での Web 上調査

出典：矢野（2022）、精神科病院での COVID-19 感染予防対策に関する調査から引用

No	発生日	病院名	陽性者数	発生源	対処	転帰	
1	3月7日	A病院	患者	11	職員	感染症用の病棟フロアで隔離 担当看護師の固定 防護服・ゴーグル・手袋 マスク着用・部屋の消毒	死亡2 (患者・ 家族) 4/21収束
			職員・家族	3			
2	4月7日	B病院	医師	3	職員	外来・デイケア・ 訪問看護中止	6/2収束
			患者	1			
3	4月13日	C病院	患者	2	患者	陽性患者の転院	4/28収束
			職員	1			
4	4月15日	D病院	患者	8	患者	個室に隔離 (陽性患者転院不可)	5/25収束
			職員	2			
5	4月17日	E病院	患者	3	患者	陽性患者の転院 面会制限	死亡2 5/29収束
			職員	2			
6	5月12日	F病院	患者	13	職員	陽性患者が転院できず 5/22DPAT拠点本部となる 精神科コロナ重点機関	死亡1 6/22収束
			職員・家族	13			
7	5月21日	G病院	患者	29	職員	陽性患者の転院 入退院禁止	7/15収束
			職員	10			
8	7月31日	H病院	患者	24	職員	外来診療・訪問看護・デイケア の停止、ソーニング	9/7収束
			職員	9			
9	8月16日	I病院	患者	42	患者	新規入院の受け入れ停止	9/7収束
			職員	13			
10	9月3日	J病院	職員	14	職員	入退院・外来・デイケア休止	11/2収束
			患者	55			

表 5-6 精神科病院での COVID-19 感染予防対策に関する調査

の質問紙 4 カテゴリー 52 項目 2020年7月実施

出典：矢野（2022），精神科病院での COVID-19 感染予防対策に関する調査から引用

1: 感染源対策, 2: 感染経路対策, 3: 宿主対策, 4: 病院独自の COVID-19 対策, 5: その他
<p>〈4件法〉</p> <p>1-1) 病棟・外来の患者や医療従事者が手に触れる場所（手すり・ドアノブなど）は、毎日アルコール消毒薬や他の消毒薬を使用して清掃している。</p> <p>1-2) 体液や汚物の付着したティッシュや衣料品等は、ビニール袋で密閉し感染性廃棄物で処理する。</p> <p>1-3) 空気の循環ができる空調装置があり、24時間換気している。</p> <p>1-4) 空調装置を稼働していても窓は可能な限り開放している。</p> <p>1-5) 窓以外に、病棟非常口なども定期的に開放している。</p> <p>1-6) 医療従事者には、勤務中に携帯用手指消毒用アルコールを一人1本持たせて処置ごとに消毒するよう指導している。</p> <p>1-7) 患者には、食事や飲水前は必ず石鹸・流水による手洗いか、アルコールを噴霧して手指消毒している。</p> <p>2-1) 医療従事者には、勤務中のマスクの着用は義務付けている。</p> <p>2-2) 医療従事者は、自宅から病院まで着用してきたマスクを病院施設に入る時点で外し、病棟へは新しいマスクを着用して入るように指導している。</p> <p>2-3) 患者には、毎日マスクを着用するよう指導している。</p> <p>2-4) 医療従事者には、プライベートでの不要不急の外出を自粛するよう指導している。</p> <p>2-5) 医療従事者は、仕事以外のプライベートで何処に行ったかを記録して報告してもらっている。</p> <p>2-6) 外出・外泊許可のある患者の外出や外泊を制限している。</p> <p>2-7) 家族の面会を制限している。</p> <p>2-8) 新規入院患者は、入院後は一定期間個室で病状の経過を観察している。</p> <p>2-9) 初診の外来患者は、体温測定や手指消毒、ソーシャルディスタンスを確保できるような規制をしている。</p> <p>3-1) 患者の睡眠時間が十分に確保できるように、就寝時間や起床時間を変更している。</p> <p>3-2) 患者の栄養が十分に取れるように、通常の食事にカロリー付加や栄養付加をしている。</p> <p>3-3) ラジオ体操などの運動する時間を増やしている。</p> <p>3-4) 個別の病棟OTの時間を増やしている。</p> <p>4-1) 平時より感染症対策にフェーズを使用し、今回もフェーズで対応している。</p> <p>4-2) COVID-19の感染対策に関する医療従事者教育を急遽実施した。</p> <p>4-3) 貴院で最初に対処したことは何ですか。また、それはいつですか。</p> <p>4-4) 緊急事態宣言後に、ストレス障害を主訴とする外来患者は増加している。</p> <p>4-5) 患者やスタッフの心理的支援は、実施している。</p> <p>4-6) COVID-19への対処として、入院中の患者の退院を促進している。</p> <p>4-7) 発熱患者用の病棟または個室の観察室を院内に準備している。</p> <p>〈記述法〉</p> <p>1-1) ①使用されている薬剤は何ですか ②消毒の頻度は1日何回ですか。</p> <p>1-5) ①非常口などの開放頻度 ②1回の開放時間 ③開放された非常口等には何名の人員を配置</p> <p>1-6) 他に工夫されていることがあれば自由にご記入ください。</p> <p>2-2) ①医療従事者用マスクは、定期的に配布している。 はい・いいえ</p> <p>2-3) 患者がマスクを着用するために工夫されていることがあれば、自由にお書きください。</p> <p>2-10) ①現在、新規入院患者は受けていない。 はい・いいえ ②病状観察のための隔離期間は何日ですか</p> <p>2-12) 患者の食事は、次のうちどこで食べてもらっていますか。 ①デイルーム又は食堂, ②病室, ③その他</p> <p>2-13) 食事の際の工夫を下記にお書きください。 ①デイルーム又は食堂, ②病室</p> <p>2-14) 集団行動になりがちな下記の状態では、三密をさけるためにどのような工夫をされていますか。 ①入浴, ②作業療法</p> <p>2-15) 他に工夫されていることがあれば自由にご記入ください。</p> <p>3-5) 患者の体温測定は、1日（ ）回実施している。</p> <p>3-6) 医療従事者の体温測定は、1日（ ）回実施するように指導している。</p> <p>3-7) 宿主の抵抗力向上について、他に工夫されていることがあれば自由にご記入ください。</p> <p>4-2) 研修実施月（ ）月</p> <p>4-7) ① 病棟を準備（ ）床 ② 個室を準備（ ）床</p> <p>5. その他</p> <p>① 学生の実習の受け入れについて、どのように対処されていますか。</p> <p>② 今回の COVID-19 に対する感染予防対策について力を入れている項目にチェックしてください。（複数選択可）</p> <p>〔 院内へのウイルスの持ち込み防止, 患者のストレスへの対処, 医療従事者のストレスへの対処, 患者への感染予防に関する教育, 医療従事者への感染予防に関する教育 〕</p> <p>③ COVID-19 対策に関する意見や感想を自由にご記入ください。</p>

的環境の中では、病院外部から感染症を持ち込まない限り病棟内自然発生は考えにくく、クラスターになることはない。精神科病院では、冬季には入院患者のインフルエンザや感染性胃腸炎などに対して、閉鎖的な環境下での院内クラスターを予防するために、感染経路に対する感染予防対策を講じていることが多い。しかし今回の複数施設のクラスターという結果を見れば、精神科病院の現在の感染予防対策では十分でなかったと考えられる。ICHG 研究会（2019, 2021）によれば、感染予防対策の原則は、「病原体」、「宿主」、「感染経路」という要因による感染連鎖を断つことである。

2020年7月に大阪府府下の精神科病院に対して、感染源対策・感染経路対策・感受性宿主対策・COVID-19に特化した対策の4つの視点から、精神科病院の感染予防対策の現状把握を目的として質問紙調査を実施した。その結果、図5-6では、4つのカテゴリーで回答した「非常にあてはまる」、「大体あてはまる」を、感染防止対策をとっていると考えて「あてはまる」群とした。「あてはまる」群の割合は、感染源対策 69.9%、感染経路対策 62.0%で半数を超えていた。しかし宿主対策では 25.0%と、実施率は全体の 1/4 程度であった。COVID-19に特化した感染対策については、40.8%にとどまっていた。調査を行なった2020年7月は、COVID-19に対する十分な知識や治療が確立されていた時期ではなかった。しかし、精神科病院としての機能を維持するために、それぞれの施設の中で既存の知識や技術を活用して対応していたことが伺える。もう少し詳しく見るために、4つのカテゴリーの細

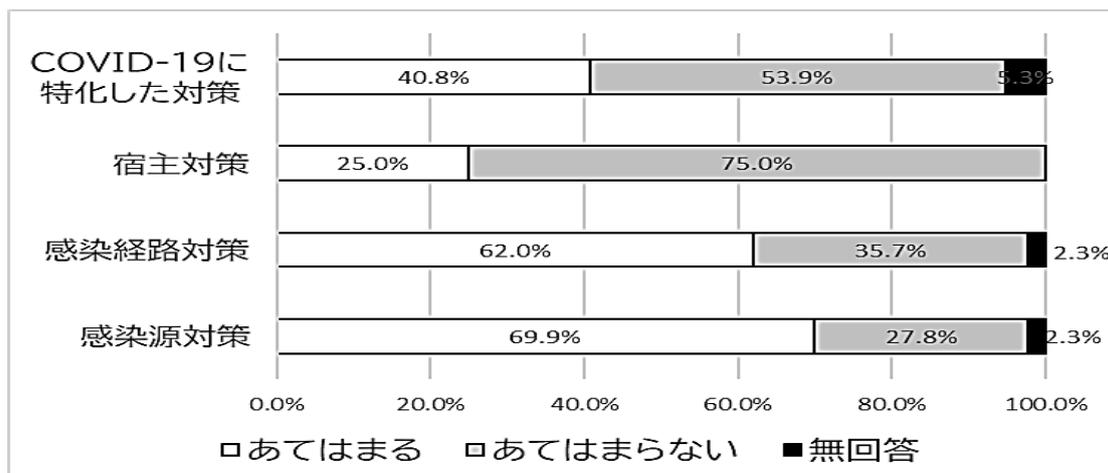


図 5-6 2020年7月 精神科病院感染対策実施状況

出典：矢野（2022），精神科病院での COVID-19 感染予防対策に関する調査から引用

表 5-7 カテゴリー別細項目の実施率

出典：矢野（2020），精神科病院での COVID-19 感染予防対策に関する調査から引用

感染源対策		感染経路対策		宿主対策		COVID-19に特化した対策	
消毒・清掃	100.0%	職員マスク着用	100.0%	睡眠時間確保	5.3%	感染フェーズ対応	42.1%
体液処理	63.2%	職員マスク交換	52.6%	栄養付加	15.8%	職員教育	68.4%
24時間換気	52.6%	患者マスク指導	31.6%	運動増加	26.3%	退院の促進	0.0%
窓開放	68.4%	職員外出制限	84.2%	病棟OT増加	52.6%	発熱患者ベット確保	52.6%
非常口開放	10.5%	職員行動記録	5.3%				
アルコールの携帯	100.0%	患者外泊制限	73.7%				
患者手指消毒	94.7%	家族面会制限	84.2%				
		新規入院患者隔離	52.6%				
		外来患者感染対策	73.7%				

項目の実施率を見てみると表 5-7 のようになっていた。感染源対策の中で高い実施率を維持していたのは、手に触れる場所の「清掃・消毒」100%、医療・看護職員の「アルコール消毒剤の携帯」100%、「患者の手洗い・手指消毒」94.7%であった。次に、感染経路対策で実施率が高かったのは、「職員マスク着用」100%、「職員の外出制限」84.2%、「家族の面会制限」84.2%、「患者の外出・外泊制限」73.7%、「外来患者の感染対策」73.7%であった。精神科病院は、外部との交流が制限された閉鎖環境にあることが多い。そのため新興感染症の場合は、病院内に感染がある可能性は少なく、外部からの持ち込みになることは、早い段階からわかっていた様子がある。実際、Zhu ら（2020）の報告にあったように初発の認知症患者の家族、または差し入れられた荷物によってウイルスが持ち込まれたのではないかと報告されている。宿主への対策は、感染予防の観点から言えば宿主の抵抗力を向上させるための取り組みと言うことになる。その内容は、栄養や睡眠・休息、適度な運動の実施である。COVID-19 対策の優先度から考えれば、感染経路の遮断、感染源の除去は、病院の閉鎖空間に病原体を持ち込ませないためには最も重要である。そうなると、宿主対策が後回しになる可能性がでてくる。最後に、「病院独自の COVID-19 対策」では、職員に対する新興感染症に関する教育が 68.4%、発熱患者のベット確保 52.6%であった。精神科病院は、医療法人立が多いため、いわゆる民間経営である。そのため、平常時は病床の稼働率を 90%以上で維持している病院も多い。他者との交流も治療の促進となり、対人関係技

術やソーシャルスキルを習得する機会となるため多床室も多く、発熱患者用に病室を確保するという対応は、一般病院ほど容易ではない。しかしこの度の COVID-19 対策では、2020年7月の段階で半数以上の病院ですでに取り組みが行なわれていることから、今後は平常時の病床運営にも変化があるのではないかと考えられる。また反対に、すべての病院が実施しなかった対応があった。一般病院のように、元気な患者の退院を促進するという対策は、精神科病院では19病院のすべてが実施していなかった。これも精神科病院の特徴である。慢性化した精神障害者は、入院が長期化し、帰る家も家族もないというケースも少なくない。十年以上の長期に渡る入院生活を送っている患者については、急激なIT化が進んできた地域での生活に不安が大きく、自信がないと訴える人もいる。そのため、精神科病院では、入院中の患者の健康や安全を護るためにも、感染症への対応をBCPに組み込んでおき、病院での事業継続を図る必要がある。そのために、今回実施率の低かった内容は、感染症対策として速やかに対処行動が取れるような計画をBCPに組み込んでおく必要があると考える。

5-4-1 感染源の持ち込み防止による感染対策

感染源対策は、病院や施設内に持ち込まないことが前提となる。前述した施設BCPの中で通所施設の 이슈ー限定した事業縮小が対応の基本であると説明した。しかし、それは生活を主体とした通所施設の場合であって、病院は地域で生活する患者が医療を受けるため場所は、病院の外来診療部門である。この外来診療の事業を縮小されてしまうと、適切な医療が受けられず、患者に適切な医療を提供するという医療法にも規定された病院本来の目的が遂行できないことになる。そのため、病院BCPでは外来患者に適切な感染予防対策を教育しながら、尚且つ適切な医療が受けられるように、人が交流しないような外来診療部門の環境や配置を設定し、事業継続する必要がある。精神科病院では特に通院中の患者が薬物療法を継続できなくなると、病状の悪化につながり、不必要な入院治療につながる可能性があるため、イシューー限定できない重要な優先事業の1つである。実施率が90%以上であった消毒・清掃や患者の手指消毒、成員の携帯用手指消毒用アルコールの配布

については、桑門（2018）によれば平常時のインフルエンザ・感染性胃腸炎への感染症対策の経験が、活かされたと推察できる。反対に、実施率が低かった「非常口の開放」は、精神科病院の場合は強制入院患者の閉鎖処遇により病棟の出入り口は施錠されている。戸口を開放するのであれば、スタッフを配置するなど患者が離院しないような工夫が必要になる。自由記載でも「精神科で非常口を開放することはエスケープの原因となるため困難」や「閉鎖病棟では、天窓のみ開放」という記述があり、スタッフの数が少ない中で、患者の離院の可能性を無視してまで戸口を開放することはできないという状況であった。しかし換気は、飛沫感染の原因となるエアロゾルの除去にも有効である（ICHG, 2019・2021）。病棟別の24時間換気システムが完備されていない施設では、他の換気方法を用いなければならない状況となるが、精神科病院の閉鎖病棟では、平常時から窓の開放は数cm程度に制限がかけられているため、様々な離院予防措置を講じながら非常口の開放を、余儀なく実施したと考えている（神奈川県, 2021）。精神科病院の感染源対策の換気に関する計画は、それぞれの施設の構造や成員数など、異なった条件に応じた工夫が必要になるため、施設の整備ができない場合は、具体的にBCPの中で対応策を設定しておく必要がある。感染経路対策の成員のマスク着用については、医療機関における日常的な感染対策であり今回も迅速に対応されていたと考える。一時期マスクが手に入らないという状況があり、「病院の備蓄マスクを成員に提供した」という自由記載の記入があった。マスク不足が、出勤時の職員のマスク交換の実施率を52.6%に留まらせていたと推察できる。職員の外出制限に対する要請は、84.2%の施設が行なっていたが、口頭による要請依頼のみであった。職員の行動記録を実施しない理由に「正直なことは報告してくれないので、やっても同じかと思ってやっていない」という記述があり、成員の抵抗や虚偽申告を感じている様子であった。深田（1996）によれば、「行動や意識の変化を期待したコミュニケーションを説得的コミュニケーションと呼ぶ」と説明しており、病院管理者がCOVID-19流行下で成員の行動の自粛を要請するのは説得的コミュニケーションにあたると考えられる。当時の様々なCOVID-19に関する情報は、説得的コミュニケーションに対する予告として働いたことが推察できるが、上野（2002）

によれば説得的コミュニケーションによる予告の効果は「話題への自我関与や重要性が高い場合、予告は説得への抵抗を惹き起こしやすい。」と述べていた。つまり、病院職員として推奨される行動要請に対する、受け手側の成員の抵抗を喚起した可能性があり、その場合、成員の行動に「認知的不協和」を生じさせてしまった可能性もでてくる。宗方ら（1996）は、認知的不協和の解消を図るには①行動を認知に一致させようとするか、②賞や罰を過大視し認知を行動に一致させるかの対応を取ると説明していた。COVID-19に関する不確かな情報による予告が、病院から要請される行動自粛の要請に対して抵抗が喚起されたとすれば、成員は要請に一致する行動が取れず、職場からの罰を回避するために正確な報告をしないという行動になるかも知れない。成員の認知的不協和を見過ごすことは、組織の不確実性を増加させることとなるため、成員のモチベーションを刺激するようなコミュニケーションを意識しなければならない。

5-4-2 クラスターの特徴

表 5-5 のクラスター化した精神科病院での最初の発症者は、半分以上の6施設が病院の成員であった。残りは、新規入院患者や入院中の患者であったが、いずれにしても病院外からの持ち込みである。水際対策ができていなかったのではないかと推察できる。感染症対策は、迅速さが求められる。4月時点では、まだ感染経路が特定できる状況であったためか、感染者はあっても10名程度でコントロールできていた。しかし、5月以降は徐々に市中感染も広がっており、社会的な感染流行状況に一致するように病院内クラスターの規模が大きくなっていった。精神科病院は、これまでも述べているように、病院ではあっても精神に疾患を持つ患者の治療に特化しているため、身体疾患の感染症治療は専門ではない。その上、重症感染症に対応できるような療養環境もない。患者は、病棟内で他患者との交流や多床室で過ごしているため、あっという間に感染が広がる。また地域での感染状況に一致して感染者の増加が確認できるため、地域内での感染症の流行状況に合わせた対応が取れるようなBCPが必要になる。災害対策本部の立ち上げまでは行かなくとも、看護部門などが中心となり、地域の感染症の発生状況に合わせたフ

フェーズ対応が自動発令できるよう、BCP 中の事業継続計画の策定が必要である。フェーズの内容には、前述した感染源対策、感染経路対策、宿主対策に応じた項目が必要になる。特に、市中感染がそれほどでもなかった2020年7月の段階で、精神科病院に勤務する医療従事者の厳重な感染予防対策や行動制限は、患者家族の面会制限、患者の外出制限と同じくらいに必要な措置であったのではないかと考えている。確実な行動の自粛のために大阪府（2020）では、独自の行動モデル「大阪モデル」を提示していたが、医療従事者の行動指標とするには抽象的な部分も多かった。組織としての感染症対策に関する一定のアウトラインを、行動レベルで示していなければ受け止める側の理解に差が出るのは仕方がないかもしれない。行動記録の記述は、成員自身の評価につながる外発的動機付けにすることもできたのではないかと考えられ、成員がそれを意識すれば一定の効果は期待できたのではないかと考える。Liら（2020）は、閉鎖的な管理モデルだけでは院内クラスター防止は難しいと述べており、患者に対する事前スクリーニングの必要性を報告している。特に新規入院患者は、その病状から感染予防行動が取れない場合は、感染有無の確認が取れるまでの期間は隔離が必要になってくる。いわゆる水際対策である。アンケートでは、新規入院患者の隔離は52.6%が「あてはまる」と回答していた。厚生労働省（2020a）の「病院報告」では、精神疾患の治療経過が長いため精神病床の平均在院日数は257.9日と長く、一般病床の15.6日の16倍にもなる。医療法人立の民間経営が多いことから空床が少なく、感染予防隔離に必要な個室は、急性期病棟を除く一般病棟などでは無いか、あっても数床である。精神科病院では、一般個室とは別に精神状態の悪い患者を入室させる隔離室があるが、通常は病院全体として総病床数の5%前後しかなく、隔離室の使用目的は感染予防の隔離とは異なるため、感染症の隔離病床として使うことは難しい。日本精神神経学会災害支援委員会（2020）は、緊急入院患者の14日間の個室隔離を推奨しており、新規入院患者の隔離が「あてはまらない」47%の施設では、病床管理上で工夫が求められる。

5-4-3 患者および成員への対応

感染対策の1つである宿主（患者）の抵抗力の向上については、十分な栄養や睡眠は特別な対応ではなく、従来通りの対応であった。入院患者には、管理栄養士による栄養管理された食事に加え、間食や補食が日常的に提供されている。睡眠についても精神疾患の特徴から、睡眠の質と時間の確保が病状の安定につながるため、従来通りという回答になっていた。適度な運動については、激しい運動が実施できるような広いスペースの確保が難しいうえ、患者の高齢化もあって、病棟で実施できる作業療法や体操などを中心に調整されていることがわかった。自由記載には、マスクが品薄で患者の手に入りにくい状態のときには OT でマスク作成をしていた。Fagiolini ら（2020）も「布製マスクによる効果は少ないが自家製マスクの作り方の情報を提供した」と述べており、自分で作成したマスクであれば、患者の使いたい気持ちも喚起されると考える。

COVID-19 に特化した病院感染対策では、職員への感染対策に関する教育を 68.4% の施設が実施していたが、COVID-19 の感染対策についての情報が錯綜し、十分なコンセンサスが得られるまでに時間を要したと考えられる。また未知の感染症であったためエビデンスが不確かで、病院によっては感染対策教育が難しかったのではないかと考えている。しかし、今回の COVID-19 対策で学んだように、感染予防の原則を守ることで、対応は十分に可能となる。不確実性の根源となる患者への教育は、COVID-19 が 5 類になったからと止めてしまって良いわけではない。精神障害者は、新しいことを身につけるためには、間を要する。くり返し学習しなければ、いざという時に行動できなくなるため、BCP 中の教育・訓練では押さえておきたい項目である。

一般病院であれば、院内で感染症が多発した場合には、患者自身の退院希望があれば本人の感染の可能性が無いことを確認して退院が許可されるが、精神科病院の強制入院の患者は本人の希望だけでは退院ができない。さらに前述したように長期入院の患者は、様々な理由から院内に感染のリスクがあっても退院できる環境にはない。だからこそ、一般病院よりも厳重な院内感染症対応が必要になるし、前述したように病院外での感染症の流行状況に合

わせたフェーズ対応を BCP に入れておくことで、本部の意思決定を待たずにタイムリーな対応が可能になると考える。

5-5 まとめ

病院の BCP は、これまでの災害対策基本法に明記された防災計画策定の延長線上で計画する形で進められてしまった経緯があり、病院用 BCP の手引きとして公開されている内容に BCM の考え方が十分に反映されていない場合や、ISO22301 などの国際規格の要求事項と違った形で身体的な救急医療に特化したフレームが先行してしまっていた。そのため、災害拠点病院などの救急医療を担う病院では活用しやすかったと考えられるが、精神科病院のような慢性期の病院や施設では、扱いづらい代物となってしまった。救急医療に関する内容のボリュームが大きいため、本来救急医療を実施しない病院が、その部分の BCP を策定することに躊躇してしまうのは当然であった。実際の熊本地震で被災した2つの病院での災害時対応の聞き取りから、精神科病院で最も時間のかかるボトルネック事業は、不確実性の根源となっている患者を動かすことだということがわかった。精神科病院では、入院患者の安全を確保することが最も優先される事業であり、その延長線上に目標復旧レベルとして治療・療養生活の環境の確保が付随してくる。これらの重要事業の目標復旧時間は24時間以内とし、可能な限り2晩を越えないような調整が必要だと考える。そして、最後に病院 BCP に必ず必要となるのは、COVID-19 のような感染症に関する項目の追加である。感染症は、既知で会っても未知であっても疾患であることから、病院への受診は必ず必要になる。介護施設や生活支援施設などでは、利用者の安全確保という視点から間口を小さくして、事業を縮小するイシュー限定型 BCP を策定すれば良いと考えるが、それが病院となれば、仮に入院治療ができなくとも患者や家族などの顧客に対して感染対策に関する啓発や教育を実践することが必要になる。それが精神科病院であっても、その必要性は同じである。またステークホルダーとしての病院組織の成員に対しても、感染症対策に関する正しい知識の提供や教育、明確な行動指針を提示することは必要である。常に組織からの指示を待つのではなく、成員各自が周囲の環境の変化に関して敏感に情報収集し、フ

フェーズで決まっている感染症対策を行動化することで、精神科病院や認知症施設などの閉鎖的環境にある組織内へ感染症を持ち込ませない対応も可能になると考える。特に BCP 中の感染症対策では、外来診療を縮小するような対策では病院本来の目的が達成できなくなるため、事業を継続できるような具体策として、フェーズ対応や患者教育は特に重要である。

第6章 精神科病院のBCPの現状（調査結果）

6-1 大阪府下の精神科病院における勉強会

第1章の表1-1でも説明したが、我が国の2018年現在での病院BCPの策定率は25%である。精神科病院のみのデータは確認できていないことも説明したが、筆者は2018年3月から2019年10月の間で「大阪府下の精神科病院施設防災に関する勉強会」を計5回の実施した。その内2019年3月、6月、10月の3回は、勉強会の評価と、各施設のBCP策定率について39項目の質問によるアンケート調査をおこなった。5回の勉強会への参加者は累計42名で、複数回参加している8名を除くと34名26施設が参加し

表6-1 精神科病院BCP未準備項目
出典：矢野（2020），2019年実施の勉強会アンケート結果より引用

1 病院避難判断	85.7%	21 被害想定	57.1%
2 トリアージタグ	85.7%	22 EMIS整備	57.1%
3 マスコミ対応	83.3%	23 職員用水食料	54.8%
4 外傷対応マニュアル	83.3%	24 災害時組織体制	54.8%
5 参集基準	81.0%	25 平時の研修	52.4%
6 固定衛星電話	81.0%	26 雑用水確保	52.4%
7 受援計画	78.6%	27 ガス確保	52.4%
8 トリアージスペース	76.2%	28 防災訓練	50.0%
9 トイレ代替	76.2%	29 医療ガス確保	50.0%
10 地域役割	76.2%	30 燃料確保	47.6%
11 ビブス	73.8%	31 緊急夜間照明	47.6%
12 災害用カルテ	73.8%	32 医薬品備蓄	45.2%
13 MCA無線	73.8%	33 飲料水確保	42.9%
14 避難場所確保	71.4%	34 ホワイトボード	40.5%
15 緊急診療マニュアル	71.4%	35 患者用水	40.5%
16 緊急時診療継続レイアウト	71.4%	36 発電機	38.1%
17 災害用EV	66.7%	37 酸素の確保	38.1%
18 緊急連絡網	66.7%	38 自家発電装置	35.7%
19 お薬手帳	66.7%	39 患者用食料	35.7%
20 休憩仮眠室	64.3%		

ており、19名が回答した結果ではBCP策定率は12.9%であった。表6-1は勉強会参加の精神科病院BCPの「未準備項目」の一覧である。最も多かったのは「病院避難判断基準」と「トリアージタグの準備」で、全体の85.7%が未準備であった。次いで「マスコミ対応」と「外傷対応マニュアル」が83.3%、「緊急時成員参集基準」と「固定衛星電話の設置」が81.0%で未準備であることがわかった。反対に準備できていると考えられるものは、「患者食料」と「院内自家発電装置」が64.3%と最も多ないが、取り組み始めた

表 6-2 勉強会の内容で今後活用できそうなもの（自由記載）

出典：矢野（202），2019年実施の勉強会アンケート結果より引用

これから委員会を立ち上げ、順次進めてゆきたいと思います。
アクションカード、備蓄の量を増やす、災害対策委員会の立ち上げ
EMIS、備蓄品、アクションカード
食料はできれば5日間必要であること。
水など倉庫がなくても詰所等に保管又は売店で非常時の使用等の話し合いをし利用する等の話が聞けて良かった。
防災対策チーム、委員会の発足
アクションカード
アクションカード、病院で何をすべきか、少しであるが具体的な考え方がわかった。
フリーアプリの活用、EMIS活用
衛星電話の必要性
非常電源の時間確認
ウォーターサーバーの設置を検討したいです
GWでの情報共有、防災グッズを日ごろからリサーチしておく。
アクションカード
アクションカードの作成、緊急時の際のlineグループ等、それ以前に自分の病院の災害時についての現状を、今一度把握しなくてはいけないと痛感しました。
何も無い状況なので、すべて活用しなければならない。
EMISへの入力方法、トリアージの内容、非常食の選び方

施設が多く、参加者自身の判断で勉強会に参加した人と、よくわからないが院内の対策委員に抜擢されてしまったため取り敢えず参加したという人に大きく分かれた。表 6-2 の「勉強会の内容で活用できそうな内容（自由記載）」では、広域災害救急医療情報システム（以下 EMIS とする）の入力の仕方、緊急時のスタッフの行動を促せる具体的な方法としてのアクションカードの活用などに注目が集まっていた。アクションカードは、ルーティン化できる項目については、システムティックで効率優先的な情報収集や具体的な行動がとれるというメリットがある。BCP の中では、緊急時の混乱状態であって誰であっても同じ情報や行動がとれるため、部門長としては部門内成員の共有と学習がしやすいと考える。

精神保健医療福祉分野では、患者の入院を減らして、可能な限り地域生活が送れるようにするという施策目標は、1995年の精神保健福祉法の制定から25年が経過するにもかかわらず、まだまだ入院に依存している状況に

第6章 精神科病院のBCPの現状

ある。先述したように、精神科病院は民間経営となる医療法人立が圧倒的な比率を占めるため、経営者は組織成員を護るためにも、経営のための利益を考えなければ、経営破綻の恐れが出てくる。実際に、ある精神科病院では「理事長命令として病院の定数の98%は埋めておくようにという絶対指示がある」と話してくれた病院スタッフもいた。病院が儲かるための設備投資は、比較的理事会でも承認されやすいが、起こるかどうかもわからない不確かな災害対策や、災害時の事業継続計画への投資は、理事会での承認は得にくいのかもしれない。勉強会に参加した看護師は、大阪府北部地震を経験した大阪府下の精神科病院のスタッフで、震源に近い病院の甚大なる被害を知ること、自分の病院が同じ状況に置かれた場合には、患者の命や安全を守れるのかということに危惧していた。しかし、現場担当者がいくら心配したところで、組織のトップが危機感を抱かなければ当然組織行動にはならない。またトップに対して、現場の危機感を進言できるようなミドルがいなければそれまでである。トップが病院という組織の中で、外部環境の急激な変化に対応しながら医療を提供し続けるためには、災害対策や災害時の事業継続について考えないという選択はないと考えている。病院の中で最も多い専門職種は看護成員（看護師・准看護師・看護助手）で、病院という組織の中では患者に最も近い存在であるからこそ入院期間が長ければ、患者のプライベートな部分を知る機会も多く、患者への理解も深まる。看護成員にすれば、いつもケアしている患者が非常事態に柔軟な対応をとることが難しい部分や、応援に来た知らない災害時組織の外部支援者への対応が難しい患者がいることも理解している。中でも、精神疾患を持つ患者や認知症患者は、環境の変化に脆弱でストレス・コーピング機能をうまく活用できない。また精神科病院や感染症・結核病棟特有の行動制限を考えると、患者をいつ避難させるのか、どのように避難させるのかも気になるところである。このような現場がもつ不安は、組織の不確実性であり、内部・外部を問わずに専門職種間のコンフリクトになりかねない。そうならないように、病院組織内外の専門職部門間のネットワークを活用し、部門間連携しながら患者生命と安全のために協働できる

BCPを策定する必要がある。勉強会の中のグループ討議では、「先生（医

師)たちの協力がなくて進められなくて困っています」「事務系は、病院長の指示がなければ腰が重くて、中々協力してくれません」といった会話が聞かれることもあった。トップからが無理なのであれば、ルース・カップリングで結びつけた専門職ボトムが利害を一致させて連携・協働し、組織全体に働きかけるしかない。看護成員以外の職種は数の上では多くないが、それぞれが有事に備えて同じ方向を向いていれば、ボトムアップ方式のBCPが策定できると考える。

6-2 精神障害者の不確実性吸収のための患者教育

COVID-19のパンデミックによる影響は、地域で生活する人すべてに脅威を与えていた。特に、地域生活に支援を必要とする難病患者や高齢者、精神障害者(以下、生活要援護者とする)へのダメージは大きいと考えられた。強制的に未知の感染症と共存を余儀なくされたことで、無防備に生活するわけにはいかなくなった。高齢者や合併症のある人の場合、COVID-19の罹患による致死率は決して低くない。Wuら(2020, 1239-1242)によれば、全体の致死率2.3%に対し、80歳以上の高齢者14.8%、心血管疾患10.5%、糖尿病7.3%、慢性呼吸器疾患6.3%、高血圧6.0%およびガン5.6%であったと報告している。さらにTurkら(2020, 1-4)の報告では、知的発達障害者は栄養障害や内分泌および代謝性の疾患(糖尿病など)、循環器・心疾患の有病率が高く、その結果COVID-19感染後の致死率が若い年代ほど高くなっていると報告していた。生活要援護者は日常的に身の回りの世話が必要となるため、支援者とのフィジカルディスタンスを保つのが難しいことで感染の危険性を高めている。そこで今回、難病患者や高齢者、精神障害者を対象とし、COVID-19対策による行動面、心理面の影響から現在定着しつつある新しい生活様式について把握することを目的に聴き取りを行なった。インタビュー形式は、対面7名オンライン2名であった。カテゴリーは、「難病患者」「高齢者」「精神障害者」の3つと、「全体」を追加した4カテゴリーとした。「全体」の総抽出語数11,544語

表 6-3 カテゴリー別特徴語一覧 2020年7月実施

出典：矢野（2021），COVID-19対策としての自粛生活から引用

	全体		難病患者		高齢者		精神障がい者	
	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
1	行く	61	行く	23	人	30	マスク	20
2	思う	57	思う	18	マスク	28	病院	20
3	マスク	55	コロナ	15	思う	24	行く	18
4	人	47	人	13	言う	23	外	16
5	言う	38	言う	9	出る	21	思う	15
6	出る	38	マスク	7	行く	20	出る	14
7	コロナ	37	自分	7	町会	19	コロナ	13
8	今	33	来る	7	あの	16	ヘルパー	11
9	病院	28	タクシー	6	今	16	今	11
10	外	24	感染	6	消毒	12	自分	11

のうち、助詞、助動詞などを省いた 4,098 語が分析対象となった。表 6-3 で示すように上位頻出語は、「全体」の上位 10 位までの中で「行く（動詞）」61 語、「思う（動詞）」57 語、「マスク（名詞）」55 語が共通語であった。「行く」「思う」「マスク」の KWIC コンコーダンスから抽出した結果が表 6-4・表 6-5・表 6-6 である。「行く」のコンコーダンスの上位 3 位のサブ

表 6-4 「行く」カテゴリー別

KWIC コンコーダンス 2020年7月
出典：矢野（2021），COVID-19対策としての自粛生活から引用

カテゴリー	サブカテゴリー	文脈数
難病患者	病院	6
	会社	5
	買い物	4
	外出	3
	娯楽	2
	感染対策	2
高齢者	家族	1
	知人との外出	7
	買い物	5
	自分の行動	5
精神障がい者	病院	2
	買い物	9
	病院	3
	家族	2
	仕事・作業所	2

との外出」「買い物」「自分の行動」、精神障害者は「買い物」「病院」「家族/仕事」であった。「思う」のコンコーダンスの上位 3 位のサブカテゴリーは、難病患者が「不安・恐怖」「共感」「コロナ対策/希望」、高齢者は「コロナ対策」「町内会交流」「ワクチン・薬」、精神障害者は「不安」「健康管理」「楽観的判断/ストレス」であった。「マスク」のコンコーダンス上位 3 位のサブカテゴリーは、難病患者が「息苦しさ」「感染対策」「煩わしさ/外出時」で、高齢者が「町内会交流」「コロナ対策」その他 5 項目、精神障

**表 6-5 「思う」カテゴリー別
KWIC コンコードダンス 2020年7月**
出典：矢野（2021），COVID-19対策としての
自粛生活から引用

カテゴリー	サブカテゴリー	文脈数
難病患者	不安・恐怖	6
	共感	4
	コロナ対策	3
	希望	3
高齢者	コロナ対策	5
	町内会交流	5
	ワクチン・薬	4
	政府対策	3
	オリンピック	2
	楽観的判断	2
	コロナ状況	2
	病院	1
精神障がい者	不安	6
	健康管理	4
	楽観的判断	2
	ストレス	2
	行動制限	1

**表 6-6 「マスク」カテゴリー別
KWIC コンコードダンス 2020年7月**
出典：矢野（2021），COVID-19対策としての
自粛生活から引用

カテゴリー	サブカテゴリー	文脈数
難病患者	息苦しさ	3
	感染対策	2
	煩わしさ	1
	外出時	1
高齢者	町内会交流	11
	コロナ対策	6
	新生活習慣	2
	備え	2
	政府の対応	2
	以前の習慣	2
	気分転換	2
	自己判断	1
	マスク使い方	5
	サービス提供者	4
	材質	3
病院	2	
予備	2	

害者は「マスクの使い方」「サービス提供者」「材質」であった。図 6-1 で示す全体の共起ネットワークでは、「マスク」から「手洗い」「うがい」「手の消毒」とコロナ対策となった感染予防行動のカテゴリーが抽出され、「買い物」に「行く」や「外」に「出る」が「コロナ」「怖い」と共起されたカテゴリーとなっていた。コロナ対策に関する他者の行動を評価するための三人称としての「人」は、高齢者に特徴的な「町会」や「皆さん」と共起された。円の色が濃いものは、共起の中心となる語を現しており、中心となった「マスク」は「ヘルパー」「来る」と共起しており、もう1つの中心となった「行く」は「買い物」と共起していた。コーディングファイルを用いて作成したカテゴリー別の対応分析を図 6-2 で示す。樋口（2014）は、対応分析は原点（0.0）から離れた語に特徴があるとしており、難病患者の「行ける」「感染」、高齢者の「町会」「声」、精神障害者の「ヘルパー」「仕事」などで、カテゴリーの重複はほとんどなかった。

た。個人別では、難病患者、高齢者、精神障害者の区別なく原点周辺に重複して分布する人が5名で「怖い」「感染」が特徴的であった。高齢者の内2名は「町会」や「声」とともに原点から離れており、精神障害者の1名についても、「仕事」や「自転車」とともに原点から離れて特徴語として表示されていた。

6-2-1 新しい習慣を身につける

精神科病院の不確実性の源泉となる「精神障害者」の特性を説明することで、不確実性の吸収につながると考えるため、インタビューの分析から説明する。頻出語の「行く」という語については、「買い物」や「病院」、「家族」などのサブカテゴリーが抽出された。精神障害者は、家族との関係性や公的扶助との関連から単独で生活していることも多く、家族とは一定の距離を保ちながら生活している状況がある。そのた「家族」と会うことが行き先の1つになっていると考えられる。精神障害者は、ストレスに脆弱な気質や新しい事柄に柔軟に対応できない不器用な傾向をもつ人が多く、COVID-19によってこれまでの生活を大きく変えなければいけないような事態は大きなストレスとなる。過剰なストレスは精神疾患を悪化させるため、安定した地域生活を送るためにも「病院」という医療とのつながりは重要なことになる。「思う」という語については、「不安」、「健康管理」、「楽観的判断/ストレス」のサブカテゴリーが抽出された。コロナ対策は、自分一人で対処しきれないため常に不安がつきまとう。特に一人で自宅にいると、不安は次から次に押し寄せてくる。そこで買い物に行くことで、自分以外の人たちがどのように振舞っているかを確認することができる。また健康管理については、支援者と関わる場面で確認できるまでは、自分なりに考えたり思ったりすることが多く、それが自己解釈による楽観的判断や反対にストレスにつながる面もあると考えられる。支援者との関わりや医療従事者と関わることで、「思う」ことはポジティブな思考につなげていける可能性が大きいと考える。「マスク」という語については、「マスクの使い方」を他者に教えられた通りに使用し、サービス提供者の感染対策をマスクの着用によって評価していると考えられる。材質などの細かいこ

とへのこだわりがある場合もあり，全体としての感染症対策で捉えることが難しいときもある．しかし，自分の身を守るためのツールであることの自覚はあると考える．つまり，精神障害者のある対象に行動化させたい場合には，どのように行動するのかを具体的に提示し，習慣化するまで繰り返し伝えていく必要がある．金崎（2019）は，精神障害者が感染予防行動を習慣化するまでには時間を要するため，感染症が蔓延してから始めるのでは間に合わないとし，日常的に習慣化させるよう働きかけることが重要であると説明している．実際に同行してもらったサービス提供者との話の中で，行動が定着化するまでに3ヶ月を要したと話していた．一人暮らしの精神障害者にとって，サービス提供者は地域での生活を維持するためのキーパーソンとなり信頼も厚い．サービス提供者は，「してほしい行動」を繰り返し説明・確認し，行動するための具体的な工夫は本人が納得するまで一緒に考えていく必要があると考える．

6-2-2 支援の形

全体の共起ネットワーク（図6-1）では，コロナ対策となった「マスク」から「手洗い」，「うがい」，「手の消毒」とCOVID-19感染予防行動のカテゴリーが抽出されたことで，地域で生活する要援護者の中では，これらの感染予防行動が定着していると考えられる．「買い物」，「行く」，「外」，「出る」が「コロナ」，「怖い」と共起されたカテゴリーからは，COVID-19の感染の恐怖と外出が直結していることがわかり，不安や恐怖心は行動の抑制となると考える．ただし高齢者の場合は，社会的三人称としての「人」が「町会」や「皆さん」と共起していることから，町内会という社会集団は不安や恐怖の対象ではなく，社会的な認識や行動を確認するための必要不可欠の集団であり，社会的で健康的な存在でありたいと願う場合は，家族よりも重要な基本集団になると考えられる．「マスク」は，「ヘルパー」，「来る」と中心性を持ちながら共起しており，日常生活で支援が必要な要援護者にとっては，支援者が感染予防行動を取っていること確認する指標が「マスク」であることがわかった．「行く」「買い物」が中心性を持ち共起していたことは，外に行くことの最大の目的は生活必需品の購入で，こ

これは COVID-19 に対する不安があっても行動が抑制されることはなく、この時の不安の解消は同行する支援者に求めていくと考えられる。対応分析からは、難病患者の感染に対する不安が自己感染から支援者への配慮に向けられていることや、高齢者にとっての町内会という地域社会集団の意義、精神障害者にとっての重要キーパーソンとなる支援者（ヘルパー）などが今回インタビューした3カテゴリーの特徴だと考える。個人別でも、高齢者の「町会」は特徴的で、地域社会集団での参加を抑制しないような感染予防対策は必須であると考えられる。難病患者にとっては、コロナ対策により普段以上にステイホームが長くなるようであれば、新しい生活スタイルとして、運動や余暇活動が減少しないような働きかけや工夫、普段通りの日常生活の支援者が継続した支援をしてくれること、マスクの使用を最小限にできるような配慮が必要になると考えられる。高齢者にとって町内会の親しい知人や友人の存在は、ピアサポーターとして安否の確認や心身の健康・活動性の維持などに貢献してくれる家族以上の存在であると考えられるため、高齢者が正しい知識と適切な感染予防対策を身につけながら普段と変わらないような地域コミュニティでの共存を継続できるような支援が必要であることが示唆されていた。これは、地域で生活する精神障害者に共通するのではないかと考えている。精神障害者は、コロナ対策でステイホームすることにより孤独からのストレス脆弱性は危惧される。また、情報が多すぎたり選択肢が多くなりすぎたりすると混乱する。新しい生活スタイルを定着させるためには、自らの行動が明確になるようにシンプルな説明を心がける。また、出来るようになるまで何度でも繰り返し声をかけ続けることも必要だと考える。

6-3 精神科病院における BCP に関するアンケート調査

精神科病院 BCP について考える上で、どうしても精神科病院の BCP 策定の現状を知る必要があると考えた。そこで、公益財団法人日本精神科病院協会のホームページ、病院検索欄に公開された全国 1,185 精神科病院に対して、葉書で Web アンケート（QR コード使用）の依頼を送付した。その結果、回答が得られたのは 33 病院であった。このタイミングで、医療法

第6章精神科病院のBCPの現状

人愛精会あいせい紀年病院院長の木村勝智先生からお声掛けを頂き、森隆夫理事長のご協力を得て、公益財団法人日本精神病院協会の災害部門をご担当されていた医療法人微風会浜寺病院理事長 野木渡先生をご紹介いただいた。そこで災害部門担当病院の方々に、アンケートへのご協力を頂くこととなり、何とか40施設のデータを得た。データ数としては全精神科病院の3%ではあるが、精神科病院としてのデータの蓄積が少ないことを考えれば、1つの参考資料としての意味はある。

結果からは、BCPの策定状況は、「策定済み」10病院25%、「策定の途中」19病院47.5%、策定していない11病院27.5%であった。40病院のうち、被災経験のある精神科病院は16病院で、災害の内訳（複数回答）は地震12病院、豪雨4病院、感染症・暴風各2病院、豪雪・洪水・落雷各1病院と回答されており複数回の被災経験がある病院があることがわかった。次に、「薬品納入業者」、「診療材料納入業者」、「飲料水・食品納入業者」、「設備点検・修理業者」「鍵点検・修理業者」の各サプライヤについてBCPの策定の確認を取っているのかについての質問に対して、表6-7示すように「していない」、「分からない」と答えた病院が80.0%～92.5%あり、高い比率で確認できていないことがわかった。また病院サプライヤの数を聞いたところ、表6-8のように薬品や備品、診療材料、飲料水・食品についてはサプライヤ数にバラツキが大きかったが、閉鎖病棟の鍵対応をするサプライヤの数は限定的であることがわかった。代替戦略の取れないサプライヤについては、BCPの策定の有無や、緊急時対応に関するバックアップシステムについて事前確認する必要があると考えられる。

表 6-7 サプライヤの BCP 策定状況 2022 年 4 月
精神科病院における BCP に関する調査より

	している	していない	わからない	未記入
医薬品業者	12.5%	42.5%	42.5%	2.5%
診療材料業者	7.5%	57.5%	35.0%	0.0%
飲料水・食品業者	15.0%	52.5%	32.5%	0.0%
設備点検・修理	20.0%	50.0%	30.0%	0.0%
鍵の点検・修理	5.0%	67.5%	25.0%	2.5%

表 6-8 病院サプライヤの数

精神科病院におけるBCPに関する調査より

	薬品業者	診療材料業者	飲料水・食品業者	設備・点検修理業者	鍵対応業者
1社	0	2	2	3	28
2社	2	7	10	4	8
3社	6	14	12	6	3
4社	10	5	1	3	0
5社	3	1	1	2	0
6社以上	18	11	14	22	0
未記入	1	0	0	0	1

次に、図 6-3 で示したように、病院内の指示命令系統については、複数回答している組織が 4 病院あり、平常時と緊急時で分けて選択していたようであった。精神科病院でも常にトップダウンでの指示命令系統で運用されている組織が 7 病院あった。常にトップダウンとは、典型的な官僚制による管理・運営がされていると考えられるため、現場レベルの裁量性がほとんどないと考えられる。その理由として、本来精神科病院組織の不確実性の源泉である入院患者が、非常に安定した患者に限定されている可能性が高いのではないかと考える。それ以外の病院では、何らかの現場裁量性

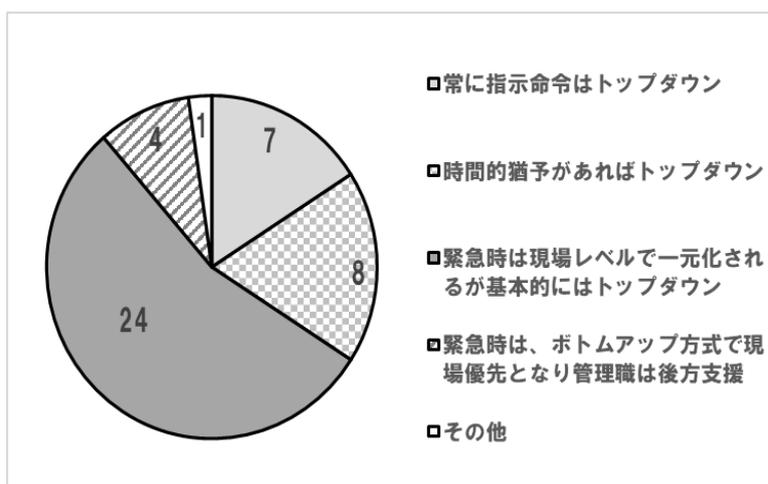


図 6-3 指示命令系統 (複数回答)

精神科病院におけるBCPに関する調査より

や権限委譲が行なわれており、その程度は、平常時と緊急時では異なる場合があることがわかった。つまり緊急時には、平常時と異なった組織構造をもつ緊急時組織が立ち上がるようなBCPが策定されていると推察できる。

6-3-1 40病院の現状

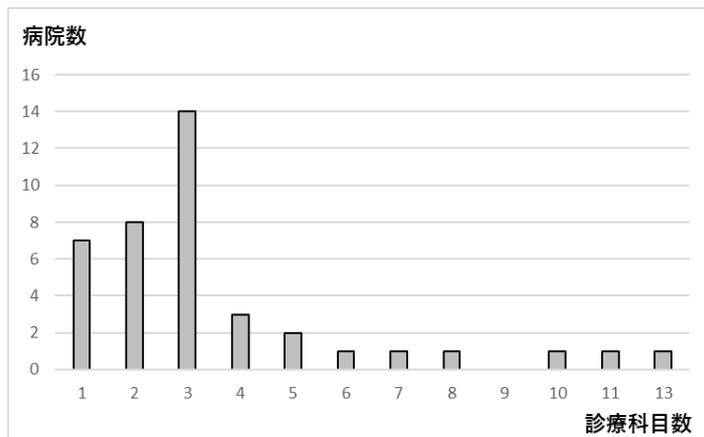


図 6-4 標榜している診療科目数 (n=40)
精神科病院におけるBCPに関する調査より

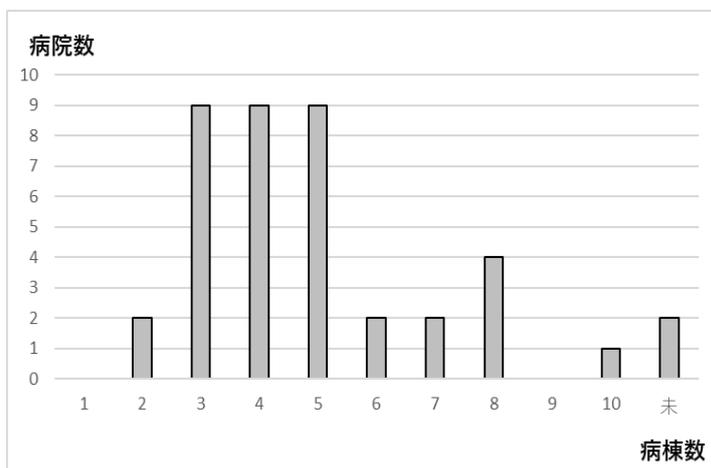


図 6-5 各病院の総病棟数 (n=40)
精神科病院におけるBCPに関する調査より

40病院は、総病床数の平均が249.4床 (MAX:588床, MIN:99床)であった。標榜している診療科目数は図6-4に示すとおりである。一般病院との比較データはないが、前出の表3-5で確認しても精神科病院の標榜診療科目数が少ないことが分かる。1から3診療科目で29施設72.5%であり、「精神科」「心療内科」「内科」などの標榜が多いのだと考える。6つ以上の診療科をもつ病院が6施設確認できたが、全体としては圧倒的に少ないことが分かる。診療科目数が

少ないと言うことが、医師の専門性の分化が少ないということであり、パワー（権力）が分散しにくいと言える。図6-5では、各病院の総病棟数を示す。精神科病院の病棟の定数は、スーパー救急病棟など看護師が7対1入院基本料により運営されている病棟などでは、35床定員などもあるが、慢性期病棟では15対1入院基本料の算定で、病棟定数が50～60床というところも多い。平均の総病床が249.4床で総病棟数が3～5病棟が最も多いことから、1病棟50人程度で運営されている状況が多いと考えられる。避難するとなれば、一度に50名以上の患者を誘導しなければならないことは、時間のかかる業務になることは認識しておく必要がある。次に図6-6は、各病院の閉鎖病棟数である。単純に考えれば、総病棟数（図6-5）が3

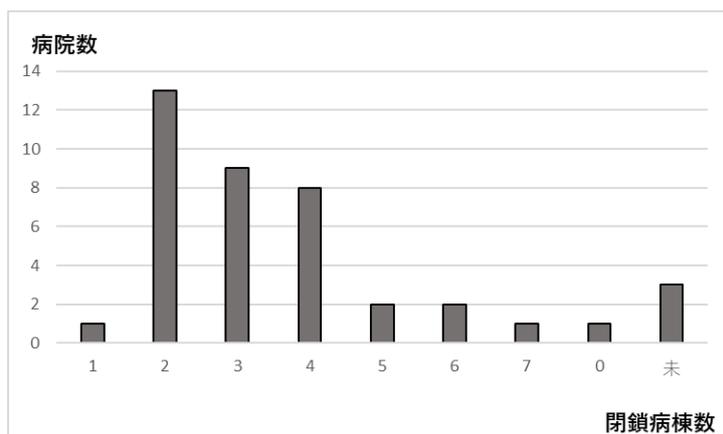


図 6-6 閉鎖病棟数 (n=40)

精神科病院における BCP に関する調査より

病棟～5 病棟の内、2～4 病棟は閉鎖病棟であるとするれば、開放病棟は 1 病棟だけという精神科病院も多いと考えられる。閉鎖病棟が 0 という病院では、すべてが開放病棟で入院患者の状態も安定していると推察できる。病

院内の隔離室（保護室）の数は、平均 11.2 室で、MAX：28 室、MIN：0 室であった。閉鎖病棟の数が多いことや、隔離室が多いということは、病状の悪い患者を多く受け入れているということになる。そうすると、当然に医療保護入院や措置入院という強制入院の患者の数は比例する。病状が悪ければ、患者の不確実性は増すため、BCP の中では不確実性吸収のための工夫が必要になる。ただし表 4-4 で示したように、実際の災害時の患者は比較的静に過ごしていることがわかる。これは、被災するという現実的な体験によるインパクトが大きいいため、幻覚や妄想などの知覚や思考の異常よりも現実体験が勝っていたのかも知れない。隔離室が 0 という病院も 2 施設あるため、入院患者の状態は比較的安定していることが考えられる。このような施設の場合は、一般の療養型病院などの BCP でも活用可能だと考える。隔離室は、精神状態の悪い自傷他害が切迫している患者の刺激のコントロールや患者の生命・身体的安全確保のために使用されるため、それ以外の用途で使用することは難しい。今回の COVID-19 の入院時に隔離を行なうことができるような個室の有無については、平均数：10.9 室、MAX:108 室、MIN：0 室という結果から、各病院で確保することが可能であることがわかった。このような個室の有無により、感染症に対する対策が取りやすいため、それはその組織の強みになっていることを認識していただきたい。感染症への対応を BCP に入れていく際に、個室の使い方は明確にしておく必要がある。

6-3-2 精神科特有のBCPに設定しにくい項目

精神科病院の不確実性の吸収のためには、入院患者に対して何らかの事前準備や災害時の具体的対応を考える必要があるのだが、その病状の複雑さから教育的な関わりは難しいと考えている医療従事者は多いのではないかと考えていた。「入院患

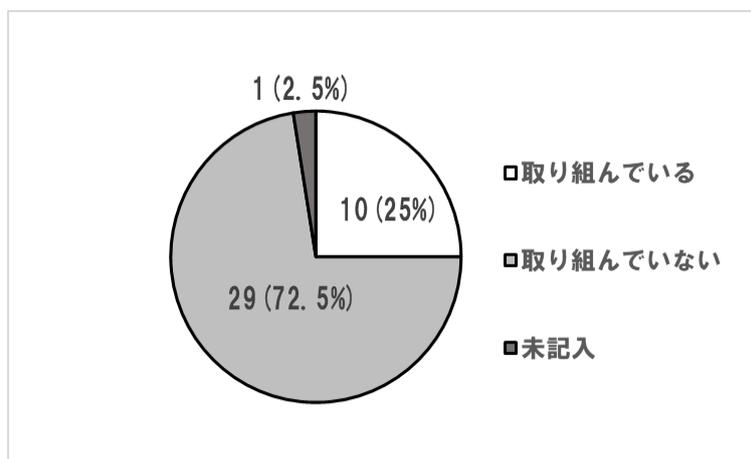


図 6-7 入院患者への災害教育・防災対策の実施 (n=40)

精神科病院におけるBCPに関する調査より

者に対して災害教育や減災の対策に取り組まれていますか」という質問に対する回答を図 6-7 に示している。「取り組んでいる」と答えたのは 10 病院 25% で、72.5% が「取り組んでいない」と答えていた。取り組んでいた 10 病院の具体的な内容は、すべてが「避難訓練」であった。「緊急時対応で、入院中の患者にとってほしい行動がありましたら、自由にお書きください。」という質問に対する自由記載には、最も多かったのが「スタッフの誘導・指示に従ってほしい」9 病院であった。次に多かったのは、「自分で行えることは自分でしてほしい」4 病院であった。患者には、医療従事者の指示には従ってほしいし、手が回らないときは自分たちで自分たちの安全を守るような行動を主体的に取ってほしいとも述べていた。そうなるのであれば、事前に教育・訓練しておかなければ平常時にできないことは、緊急時にはできないものである。そう考えると平常時からの災害教育や減災の対策についての教育は、不確実性吸収のためには必須なのではないかと考える。もう 1 つ、BCP で内容を具体的に計画するだけでなく、判断の基準を明確にしておかなければならない項目の 1 つに、精神科病院の入院患者が身体合併症を併発した場合の治療についてである。「貴院入院中の患者が身体合併症を併発した場合の対処方法を 1 つ選んでください」という質問に対する回答は、図 6-8 に示すとおりである。「内服や点滴

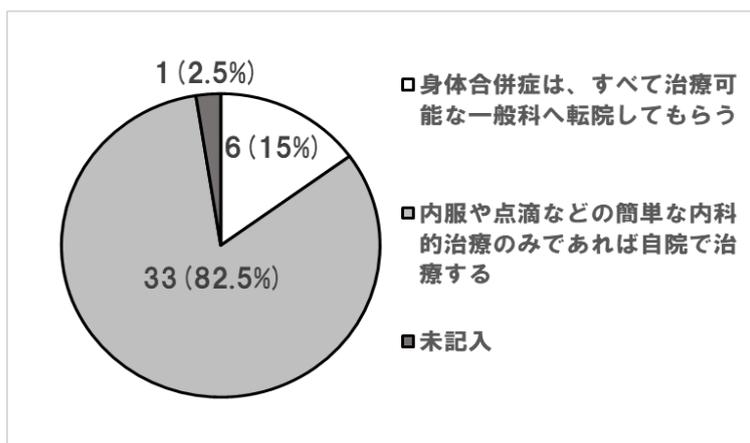


図 6-8 身体合併症を併発した入院患者の対応 (n=40)

精神科病院における BCP に関する調査より

などの簡単な内科的治療であれば自院で治療する」が最も多く 33 病院 82.5%であった。「化学療法を含む高度医療も自院で行なう」を選択した病院はなかった。6 病院 15%は、「身体合併症は、すべて治療可能な一般科へ転院

してもらう」を選んでいたため、この場合の BCP はイシュー限定対応として、平常時から入院・通院患者に対してその旨アクションカードなどで周知しておく方が望ましい。

次に、「精神科病院 BCP 策定の困難度についてお答えください」（非常にそう思う・ややそう思う・あまりそう思わない・全くそう思わない）の質問

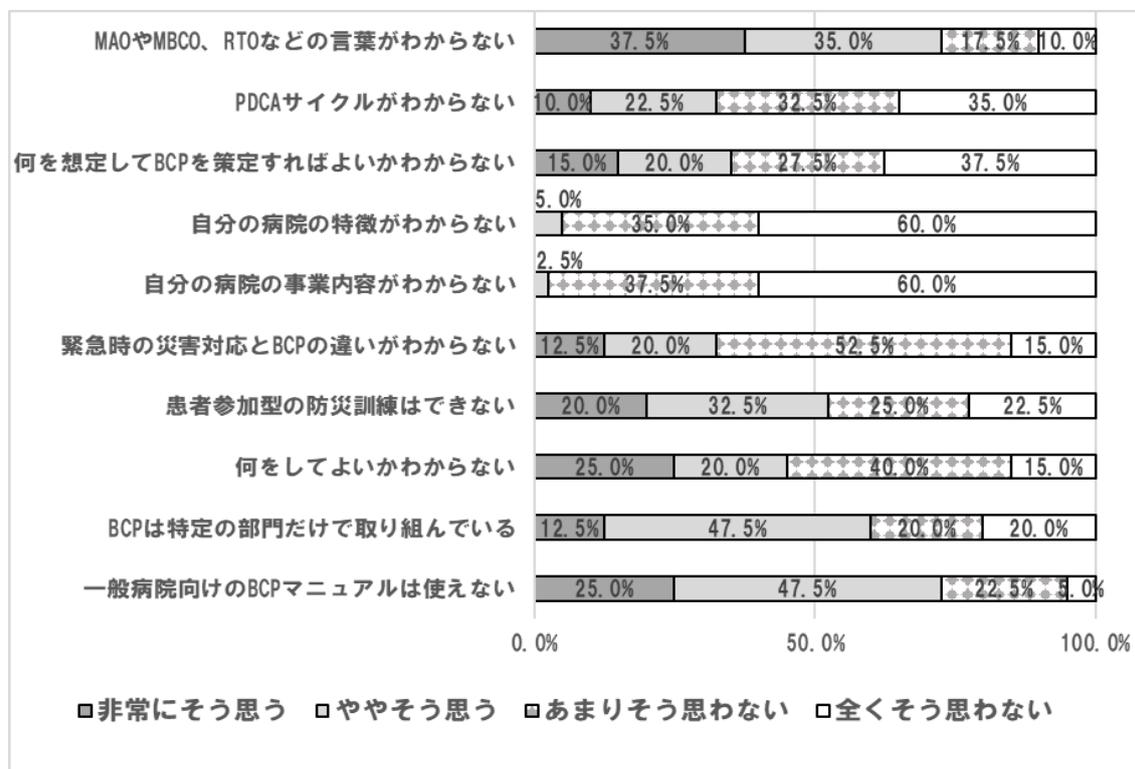


図 6-9 精神科病院での BCP 策定の困難度 (n=40)

精神科病院における BCP に関する調査より

に関する回答を図6-9に示す。最も困難だと感じている項目は、「一般暴飲向けのBCマニュアルは使えない」72.5%、「MAO(最大許容停止)やMBCO(最小事業継続目標)、RTO(目標復旧時間)などの言葉がわからない」72.5%であった。これらの言葉は、ISO22301で使用されている専門用語である。特別な内容ではなく、RTOなどは組織で使用しやすいように野本語で設定しておけばよい。また、MAO(最大許容停止)やMBCO(最小事業継続目標)の用語は、ISO22301;2019では汎用性が低いとして削除されている。「BCPの策定を困難にしている要因」の自由記載を表6-9に示す。これらの内容から、BCP担当者の苦悩がヒシヒシと伝わってくる。組織内での重要事項の洗い出しについて、トップや管理部門での認識が不十分なまま、数少ない担当者だけでBCPの策定に取り組んでいる様子が伺える。これでは、いくら担当者の能力が高くても、十分なパフォーマンスを発揮してBCPを策定する

表6-9 「BCPの策定を困難にしている要因」の自由記載

精神科病院におけるBCPに関する調査より

完成モデルがあるとわかりやすい
事務員1名が通常業務と並行してBCP策定を担当しており、遅々として進まない。また、保健所等に言われて策定しているに過ぎず、病院内の防災に関する意識がとても低い。
基本的に誰かがやってくれると思っているところ
BCPとしてどこまでやっておくべきか?ということに対する認識が人によって異なるため、お金のかけ方、準備の深さなど、基準を設けにくい (これでOKというラインが分かりにくいので、人によっては「やりすぎ」という声や、「まだまだ足りない」という声など管理職の間でも意見が分かれる)
基礎知識など情報不足
事業部門をトータル的に取りまとめることが難しい。
特になし
病院規模を超える要求が多くて対応できない。
想定外の落とし所、策定の意味、方向性の理解に至っていない。
策定時間が無い
災害に対してのスタッフの意識が低い。被災を他人事のようにしか思えず、具体的に考えられないこと。
余りにも多岐に渡る
策定する内容が多岐にわたるため、策定が困難さを感じる。

第6章精神科病院のBCPの現状

ことは困難である。病院内の成員数が絶対的に少ないため、一部に負担を集中するのではなく、平常時のBCMを担う各部署が協力体制を取る必要があることは言うまでもない。特に事業影響度分析やリスク分析については、各部署から担当者を選出したワーキンググループ体制で取り組まなければ、その後の事業継続戦略や対策を立てる際に各部門の役割が意識できず、実際に使用できるBCPにはならない。図6-10は、各部門の協力体制に関して質問した内容である。医師の協力は、BCP策の際のトップマネジメントとして最も必要である。熊本地震で被災した精神科病院のように、夜間帯に被災した場合、経営トップが到着するまでの間、インシデントコマンダーとして現場の指示命令システムのトップは医師になる。特に精神保健指定医の場合は、強制入院の患者に対する対応が可能となるため、BCPの発動を指示することにもなる。当然に、BCPが策定されていれば、事業を中断するリスクがある場合は、自動的に適用になるが、緊急時体制への移行は宣言する必要がある。協力が得られにくい部分が、表6-10の自由記載につながっていることは容易に推察できるため、組織成員の意識が「誰かがやってくれる」という他力本願に傾いているようであれば、組織風土はすぐに変えられなくても、トップの方針として組織文化を変えていくことは可能になると考えるため、是非とも具体的な方針を打ち出して、組織全体で取り組んでいただきたいというところである。

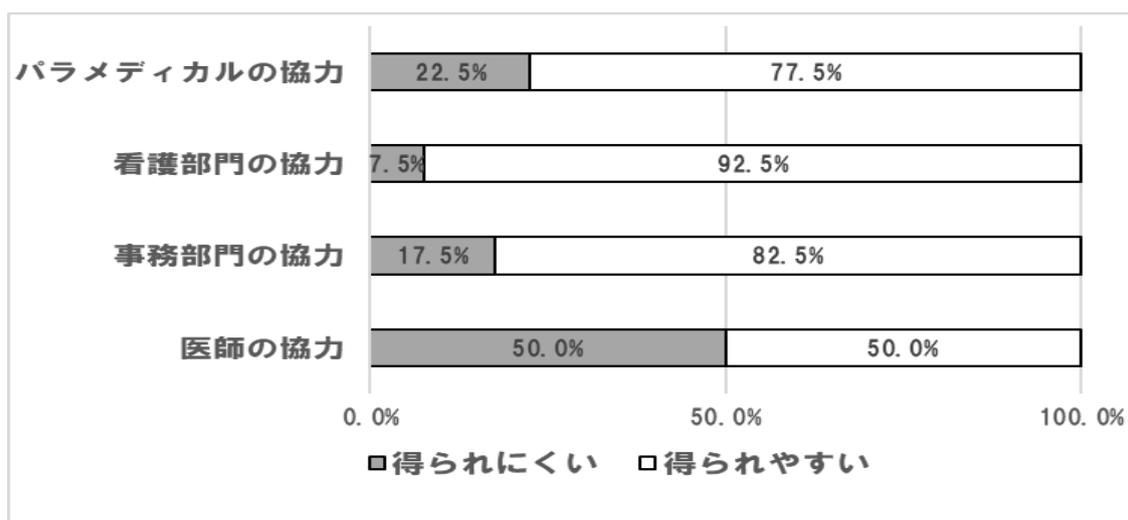


図 6-10 各部門の協力 (n=40)

精神科病院におけるBCPに関する調査より

6-4 まとめ

「大阪府下の精神科病院の施設防災に関する勉強会」の内容で、活用できそうな内容（自由記載）は、①広域災害救急医療情報システム（以下EMISとする）の入力の仕方、②緊急時のスタッフの行動を促せる具体的な方法としてのアクションカードの活用などであった。アクションカードなどで、ルーティン化できる項目については効率的に情報収集や行動化できるというメリットがある。BCPの中に置くことで、緊急時に誰であっても同じ情報や行動がとれることになる。精神科病院が医療法人立の民間経営となることは前述した。病院の利益に直結することは理事会でも承認されやすいが、起こるかどうかもわからない災害対策や、災害時の事業継続計画への投資は承認されにくいこともある。組織のトップが、災害に対する危機感を抱かなければ当然組織行動にはならないし、現場の危機感を進言できるようなミドルがいなければそれまでである。そこで、トップからが無理なのであれば、ルース・カップリングで結びついた専門職ボトムが利害を一致させて連携・協働し、組織全体に働きかけるしかない。病院の中で最も多い専門職種は看護要員（看護師・准看護師・看護助手）である。病院という組織の中では患者に近い存在であり、患者への理解も深まりやすい。精神疾患をもつ患者が、非常事態に柔軟な対応をとることが難しいことや、はじめて会った人への対応が難しいこと、環境の変化に対して脆弱でストレス・コーピング機能をうまく活用できないことを把握している。このような特性を踏まえて、病院組織内外の専門職部門間のネットワークを活用し、部門間連携しながら患者生命と安全のために協働できるBCPを策定する必要がある。看護要員以外の職種は、数の上では決して多くないが、それぞれが有事に備えて同じ方向を向いていればボトムアップ方式のBCPが策定できると考える。また病院の目的・目標の違いによって病院の一般環境やタスク環境に差異があり、その点を考慮して策定率の低い精神科病院では個別的なBCPが策定できるように、ルースなフレームワークを検討することが必要になる。

2020年新型コロナウイルス感染症への精神科病院の感染対策の研究における現状と課題では、標本は大阪府下の精神科単科病院19施設の2020年

第6章精神科病院のBCPの現状

7月段階での結果であり、現在ではもっと多くの精神科病院が様々な対応を行っていると考えられる。今回協力のあった施設は、いち早く何らかの感染症対策を講じていたと考えられるが、日本の精神科単科の病院全体を反映したものではなく、一定の傾向を示すにとどまった。結果をみれば、精神科病院にとって感染源対策や感染経路対策は実施しやすく、宿主対策は後回しになってしまうことがわかった。感染経路対策では、精神科病院における成員の行動制限は、患者の外出制限や面会制限と同じくらい感染症のクラスター発生予防には重要な対処方法である可能性が示唆されたので、判断基準を明確に決めておく必要がある。精神科病院であっても、今後の長期化するCOVID-19対策では、医療従事者および患者に対するストレス支援に力を入れていく必要があることが示唆されており、COVID-19だけが感染症ではないため、今回のような感染症パンデミックを災害と捉えるならば、BCPには感染パンデミックを想定した項目が必要となる。

タイムライン分析では、インタビューの協力が得られたのが、2病院だけであったことや、災害が熊本地震に限定されてしまったため、被災経験のある精神科病院という母集団全体を反映するものではなかった。しかし、今回協力が得られた2病院は、どちらも全入院患者の避難を経験されていたことから、同様の対応が必要になれば十分に参考になると考える。いずれにせよ、コマンダーが被災した精神科病院の管理者であれば、緊急時対応の際に患者対応するための現場が優先できる。精神疾患を持つ患者の不確実性の程度が、外部からでは判断しづらいため、緊急時の不確実性の吸収のためには、精神科病院組織が意思決定したことを、外部支援者は全力でサポートする必要があると考える。

現状では、精神科病院の成員数が少なく設定されているため、アンケート調査の結果から、BCP担当者に様々な負担がかかっていることがよくわかった。また、BCPに関する専門用語の分かりにくさや、重要事業の洗い出しについては、担当者のみで行なうことには無理があり、それではBCMによるPDCAサイクルを活用しているリスクを常に意識した高信頼性組織とはいえない。特に精神科病院の医療従事者は、患者のわずかな変化を認識することには長けているため、その強みを組織の運営に活かせていないことが

第6章精神科病院のBCPの現状

勿体ないというしかない。次章では、「完成モデルがあるとわかりやすい」というご意見から、BCPの具体を提案していく。

第7章 精神科病院 BCP への提案

精神科病院 BCP を策定するにあたり，どのような点に注目して策定するのかは，図 5-2 を参照されると比較的わかりやすいかもしれない．防災活動と BCM の違いを図示してあるが，病院という組織では，防災活動の目的として明記されている「身体・生命の安全確保」や「物的被害の軽減」についても，病院という組織の目標に含まれる．またその対象が，主に入院中の患者という「人」の治療と療養環境「設備」を維持することを事業の対象にしているため，その部分でも防災活動と重複する．では，何が違うのかというと，それぞれの精神科病院組織が担っている医療（事業）のボリュームが異なる．医療のボリュームが異なることで，組織の構造や規模が異なり，必要な環境に違いが出てくる．自分のいる精神科病院という組織のことはわかっているように思うかも知れないが，組織論を用いることで，組織の構造は本当に官僚制と有機的マネジメントによる二重構造なのか．現場裁量性と権限委譲の程度はどうか．組織の意思決定や情報伝達経路は明確に決まっているのか．対応は，常に不確実性の高い患者に近いボトム（現場）が優先されているか．副作用として SLB を生むような組織風土はないか．患者や家族を中心とした関係機関や行政などのステークホルダーとの関係や，資源を提供するサプライヤとの事業継続については安定しているのか．日常的な病院内・外の専門職や関係機関とのネットワークは公的に成立しているのか，私的なものか．組織内に，ネットワークコントロールに長けた部署は存在するのか．組織成員の仕事に対するモチベーションや凝集性は日常的に確認できるのか．トップのタイプは官僚的か有機的か，など BCP に直接関係する指標は多い．そうして，組織論を用いてスクリーニングすることで，当該の精神科病院の脆弱な部分が明確になり，その部分を補強するような BCP を策定すれば，より活用しやすくなると考えられる．

7-1 一般病院向けや介護施設向けの BCP との違い

厚生労働省が公開している一般病院向け BCP や介護施設用 BCP と比較しながら説明する．比較する指標は，ISO22301 の要求事項「適応範囲」，「組織

の状況」、「リーダーシップ」、「計画」、「支援」、「運用」、「パフォーマンス評価」、「改善」を用いる。精神科病院のBCP（付録4参照）は、医療と療養生活を意識した結果事象型BCPを意識する。また組織の特徴が明確になるように、組織の構造や環境、ネットワークは網羅できるようにチェックリスト形式で明記している。緊急時の対応は、災害だけではなく様々な危機的状況や平常時の業務まで対応できるようにネットワーク・ガバナンスを活用したシステムとしてICSを活用した。ネットワーク・ガバナンスのICSを使うことで、可能な限り組織内外の横の構造を意識しながら、情報のボトムアップに重点を置いたフレームとしている。ただし、これはあくまで一例であって、それぞれの組織が使いやすいフレームに置き換えればよい。それぞれの組織が、事業継続のために確実に使用できるBCPであり、有事には患者や職員の生命や安全が守られ、事業が継続できればよいのである。毎年、部分でも図上でも構わないので訓練を実施して、リフレクションし、追加・修正してブラッシュアップしていけば組織にとってより有効なBCPが策定できると考える。

7-1-1 基本方針の決定からBIAまで

まず病院としての方針を、組織の理念や目標に照らし合わせて組織として意思決定してもらおう。少なくともこの点をトップマネジメントで決定してもらうことにより、BCPの中でのリーダーシップやトップマネジメント、コマンダーとしての役割を確認することとなる。方針を決定する際に、どのような事業を継続しなければならないのかについて検討することになるが、病院の場合は「診療や療養生活の維持・継続」という点は医療法の目的から考えて外せない視点である。その他に、ステークホルダー（家族や組織成員を含む）の対応も継続されなければならない。その上で、組織に予備力があれば地域ニーズへの対応を考えることになる。この部分は、一般病院用BCPも介護施設用BCPでも大きな差はない。ただ、病院のボリュームや目的・目標に合わせていけば良いし、絶対に継続しなければならない事業は何か、という点をくり返しディスカッションすることは組織にとって有益なことになる。もしも、この部分を担当者が一人で

第7章精神科病院のBCPへの提案

策定しなくてはいけなくても、訓練を実施する段階になれば、確認せざるを得ないため、まずは作成してみたい。以下にBCPの冒頭の「はじめに」の一例を示す。

【例】

「はじめに」: BCPの冒頭では、当該の精神科病院にとって何故BCPが必要だと考えたのか、何が重要業務なのかについて、組織の理念や目標に照らし合わせてトップマネジメントした内容を記載する。例えば、「日本では自然災害が多発しているが、COVID-19のように気象等に関係のない災害を経験することにもなった。(実際のこれまでの経験したインシデントによる影響を示して)などの経験から、・・・・・・のようなことに気付けることができた・・・・・・のために・・・・・・のような事業を継続することが当院の社会的役割(理念や目標でもよい)であると考えているため、事業継続のために組織全体として取り組んでいく。理事長(病院長)」

次に基本方針の中の「適用範囲」では、3つのBCPに差異を確認した(表7-2)。一般病院BCPでは「災害の種類」や資源に関する被害「人・物・通信」、診療に関する項目、地域のニーズなどが記載されていた。一般病院は、地域の健康保持に関する役割も大きいいため、災害時であっても地域から求められるニーズに対応することが望まれていることがわかる。介護施設用BCPでは、リスクの把握、ハザードマップの確認、被災想定などから

表 7-2 適用範囲の比較

ISO22301 要求事項	災害拠点病院以外の病院BCP	精神科病院	介護保険施設
適用範囲	<ul style="list-style-type: none"> ・対象とされる災害の種類 ・想定される被害(人・物・通信) ・失われる診療機能の想定 ・地域のニーズ、地域防災計画の中の役割 ・災害時に求められる診療体制(病院避難・籠城・外来診療・被災者受け入れ・受援体制) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 事業継続の方向性や原則の設定 2. 家族や職員への対応・方向性設定 3. 保健所や都道府県関係部門、警察、消防などのネットワーク連携の設定 4. 外来、入院の診療と入院患者の療養生活が維持困難な状況になれば発動 <ol style="list-style-type: none"> ①ライフライン(電気・水道)の寸断 ②ガスの停止 ③建物の損壊・倒壊の危険性 ④通信手段・ITシステムの停止 ⑤感染症のアウトブレイクなど ⑥道路・交通機関など交通経路の途絶 ※ 組織の予備力に合わせて、ここまでに限定してもよい。 ⑤地域ニーズへの対応の設定 	<ol style="list-style-type: none"> 2. 推進体制 3. リスクの把握 <ul style="list-style-type: none"> ・ハザードマップなどの確認 ・被災想定

表 7-3 組織の状況・支援・運用の比較

ISO22301 要求事項	災害拠点病院以外の病院BCP	精神科病院	介護保険施設
組織の状況・ 支援・運用	2. 事前準備 ・災害対応組織体制 ・通常業務から災害体制への移行基準と災害対策本部の設置 ・災害時の本部機能 ・災害対応のチェック項目とチェック体制 ・災害時における優先業務の設定と優先度 ・優先業務の実施体制：時系列 ・診療情報維持体制 ・災害時用カルテ ・災害時の外部機関の設定と調整 ・関連外部機関との連絡体制 ・スタッフの連絡体制 ・スタッフに対する教育と訓練 ・避難計画（院内・院外） ・受援計画 ・遺体・遺族対応 ・BCPの維持管理体制（見直し・改善）	2. 組織の状況 I) 組織内のBCM実務体制(平常時) III 組織の特徴（チェック式） I) 構造 ・トップダウン ・ボトムアップ ・現場への権限委譲・現場裁量性によるネットワークガバナンスICSの体制 2) 環境 一般環境（関係法規） ・医療観察法 ・感染症法 タスク環境 ・開放病棟があり、患者の自立度は高い ・スーパー救急それに準ずる救急病棟 ・療養病棟（寝たきり患者が半数以上） 3) 資源 ヒト モノ パーソナルスペースの確保 その他 備蓄等 飲料水・水道・電気・ガス・情報 4) 通信可能なネットワーク	II 平常時の対応 1. 建物・設備の安全対策 ・人が常駐する場所の耐震措置 ・設備の耐震措置 ・水害対策 2. 電気が止まった時の対策 ・自家発電の有無と対応 3. ガスが止まった時の対応 4. 水道が止まった場合の対策 ・飲料水 ・生活用水 5. 通信が麻痺した場合の対策 6. システムが停止した場合の対策 7. 衛生面の対策 ・トイレ対策 ・汚物対策 8. 必要品の備蓄 9. 資金手当て

自然災害を中心に考えていることが伺える。それと比較して筆者が提案したBCPは、「診療や療養生活の維持・継続」という事業を阻害する要因について羅列しており、災害の種類を問わない結果事象型のBCPである。

次に、組織の状況・支援・運用の比較（表 7-3）では、一般病院用では、主に災害急性期の危機への対応と一部BCPの維持管理体制が明記されている。介護施設用BCPでは、事業継続を阻害する日常的な要因が明記されており、平常時対応の内容であるが、これらの項目が介護施設での療養生活を阻害する。

【例】組織の状況

1) BCM 実務体制

(1) 平常時のBCP組織（委員会）：組織図（例：図 7-1）

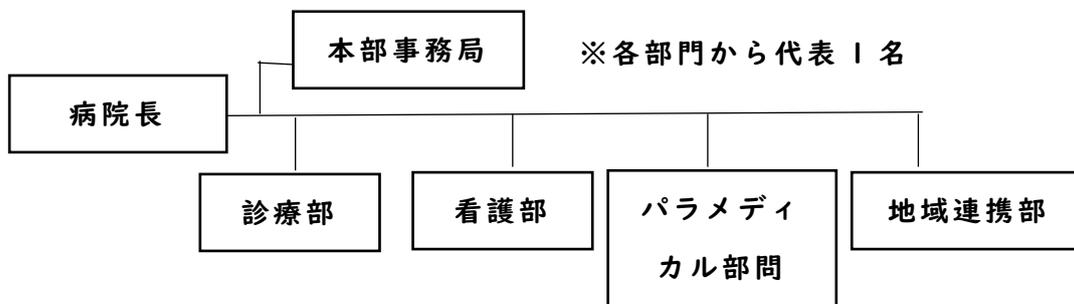


図 7-1 平常時のBCP委員会の一例

表 7-4 BCP 計画とパフォーマンス評価・改善の比較

ISO22301 要求事項	災害拠点病院以外の病院BCP	精神科病院	介護保険施設
計画	<p>3. 発災直後の業務遂行計画□ ◆初動体制（診療（避難）体制の決定まで）□ ・災害対策本部の設置 □ ・被災状況□ ・安否情報（スタッフ・院内患者）の確認□ ・診療形態の決定 □ ◆上記で決定した診療形態の実施 ・計画実行の指示 □ ・部門別運用体制（アクションカード等）□ 4) 診療維持計画（亜急性期・慢性期対応）□ ・外部供給の明示 □ ・受援体制 □ 5) 災害時特別体制（災害モード）の収束□ ・通常診療への復帰 □ ・収束基準□ ・方法 □ 6) チェックリスト□ ・帳票類□ ・資料など 【BCP に盛り込む特殊項目】□ 1) 自施設の特長性の分析 □ ・地理的立地条件 ・地域から求められている診療機能継続の重要性 ・建物の耐震化が不十分 □ ・想定した災害に対応するための絶対的なスタッフ不足 □ ・急性期疾患に対応困難 □ ・長期療養型で長期臥床患者が主体 ・特殊機能型の医療機関あるいは特殊機能型の病棟の併設 2) 特殊性から求められる対応 ・応急危険度判定 □ ・スタッフの避難体制 □ ・受援の必要性の判断基準 □ ・要受援状態の発信体制 □ ・避難計画：避難基準、避難準備体制、避難場所の確保（院内・院外）、避難方法 ・病院内避難（籠城）のための備蓄、供給体制 □ ・吸入酸素対応：酸素の供給体制 ・透析治療の維持体制：必要器材の供給体制、地域ネットワークの活用 ・特殊領域の医療者の受援体制 ・地域住民等による自助・共助体制</p>	<p>1) 事業影響度分析（BIA）□ (1)評価視点□ ①患者への影響，入院療養環境や外来診療の維持□ ②従業員への影響と雇用の継続□ ③売上への影響と維持□ ④病院としての役割・機能の維持□ ⑤法令，条例，契約への影響と維持□ ⑥資金繰りへの影響と維持□ (2)重要事業一覧□ 上記①～⑥を細項目にして優先順位を付ける。□ 2) 重要事業の目標復旧時間（RTO）と目標復旧レベル（RLO）□ (1)重要事業別のRTO・RLO一覧□ (2)事業復旧計画（一時的補修・継続的復旧）□ 3) 事業継続戦略：ボトルネック事業の明確化とネットワーク・ガバナンスによるICSの導入□ (1)院外退避□ ①外部ネットワークとの調整□ ②受援計画（主に移送支援）□ ③緊急時対応計画と平常業務継続計画□ (2)院内籠城□ ①外部ネットワークとの調整□ ②受援計画（主に病院内支援）□ ③緊急時対応計画と平常業務継続計画□ ④感染症対策計画□ 4) 関連施設との連携（ICSの1セクションとして運用）□ (1)入所施設□ (2)通所施設□ 5) 情報コントロール□ (1)院外への情報発信□ (2)緊急時院内コミュニケーション□ (3)組織外部の重要ネットワークとの連絡方法□ 6) 資金確保（銀行・補助金・給付金・助成金など）□ 4. BCMに基づいた平常時の対応□ 1) 教育・訓練□ (1)患者□ (2)職員□ (3)感染症フェーズ対策□ 2) 備蓄・資源確保に関する計画□ (1)消耗品のランニングストック□ (2)非常時用品□ (3)サプライヤとの事前契約</p>	<p>Ⅲ緊急時の対応 1. BCP発動基準 2. 行動基準 3. 対応体制 4. 対応拠点 5. 安否確認 ・利用者 ・職員 6. 職員の参集基準 7. 施設内外の避難場所・避難方法 8. 重要業務の継続 9. 職員の管理 ・休憩、宿泊場所 ・勤務シフト 10. 復旧対応 ・破損個所の確認 ・業連絡先一覧の整備 ・情報発信 【BCP】 4. 優先業務の選定 ・優先する事業 ・優先する業務 9. 職員の管理 ・休憩、宿泊場所 ・勤務シフト 10. 復旧対応 ・破損個所の確認 ・業連絡先一覧の整備 ・情報発信 Ⅳ他施設との連携 1. 連携体制の構築 ・連携先との協議 ・連携協定書の締結 ・福祉避難所の指定 ・福祉避難所開設の事前準備 ・地域ネットワーク等の構築・参画 2. 連携対応 ・事前準備 ・入所者、利用者情報の整理 ・共同訓練 Ⅴ地域との連携 1. 職員派遣 2. 福祉避難所の運営 ・福祉避難所の指定 ・福祉避難所開設の事前準備□</p>
パフォーマンス評価・改善	BCP の維持管理（BCM）	<p>Ⅶ 訓練・教育 職員・患者 Ⅷ 評価・改善 訓練を実施し、計画の内容を修正</p>	<p>5. 研修・訓練の実施 BCPの検証・見直し ・研修・訓練の実施 ・BCPの検証・見直し</p>

精神科病院では、図7-1の例のように平常時のBCP委員会（仮）の組織図などを示しておくだけでも、BCPの実務体制を示すことになり、準備から計画、実行、評価、修正、準備などのすべてのプロセスに関わる。

表7-4で示すように緊急時の組織の状況についての比較では、一般病院はいかに診療体制を維持するかという内容にフォーカスされており、その為の資源や情報が集約できるような体制を構築するための内容になっていた。これは、災害時に急増する医療ニーズへの対応を可能にして、激変する外部環境への適応を試みる内容になっているからだと考えられる。介護施設用のBCPでは、表に明記していないが「BCPの発動基準」の中に様々な災害種類に分けてBCPの発動基準を明記するように指定されていた。行動基準では、個人の行動にフォーカスした概要が図示されているが、途中から組織での動きが変わっている。対応体制では、グループ（班）分けがされているが、コマンダーを擁立するグループが実働部隊となっており、

【例】病棟内断水

病棟IAP

2. 病棟内の水道の使用可否の状況を把握し、薬の内服や排泄・食事などの療養生活の維持のための代替策に切り替える。

〈具体的行動〉

・ライフライン(水道)のAC1を用いてチェック

↓ (BCP部門内自動発動)

場所、状況、影響度の特定

↓

情報の要約 → リーダーへの報告

トイレ使用不可
ポータブルトイレ
の代用

トイレの水洗使用不
能による影響大

部門内限定

↓
部門内対応
修理。復旧

↓
上部リーダーに報告

← 病院全体で確認・共有

↓
病院全体で発生
コマンダーによる
BCP発動告知

一部ICSに似ているように見えるが、1つの班の規模や機能は不明確である。重要業務の優先順位は避難行動を中心に、入所者を動かしていこうとする状況を想定しているが、具体的な業務では日常的な生活介護業務を明示しており、避難行動と連動しておらず、支援があるまで動かさない計画となっている。どちらかというと職員というステークホルダーの負担を軽減するよう

図7-2 部門内BCPの自動発動と全体での告知

表 7-5 BCP 発動基準と BCP 発動の告知者の一例

BCP自動発動基準
・（原因は何であれ）外来診療または入院療養の継続が不可能
BCPコマンダーによる発動基準
・外来診療、通院リハビリテーション、入院療養の一部に何らかの影響

※その時のコマンダーがBCPの発動を病院内で告知する

な内容となっている印象がある。精神科病院の緊急時対応は、大きく分け3つの内容を明示した。まず1つ目は、「組織全体の緊急時体制」として、組織内が常に緊急時にはBCPの初動体制としてICSで動くことを想定する。図7-2のように各部門のIAPを基にして部門内でACを用いたチェック機能を動かすときには、BCPが自動発動しているとするのが望ましい。その後上部リーダーに報告し、ボトムアップ方式でリスク同定していく。部門内に限定している場合は、関係ネットワークと連携し、部門内対応による早期復旧を目指す。反対に、病院全体でインシデントの発生を確認したらコマンダーによるBCP発動を告知し、緊急時体制としてICSにより緊急時対応と日常業務を遂行する。各部門のIAPによるACの活用と、

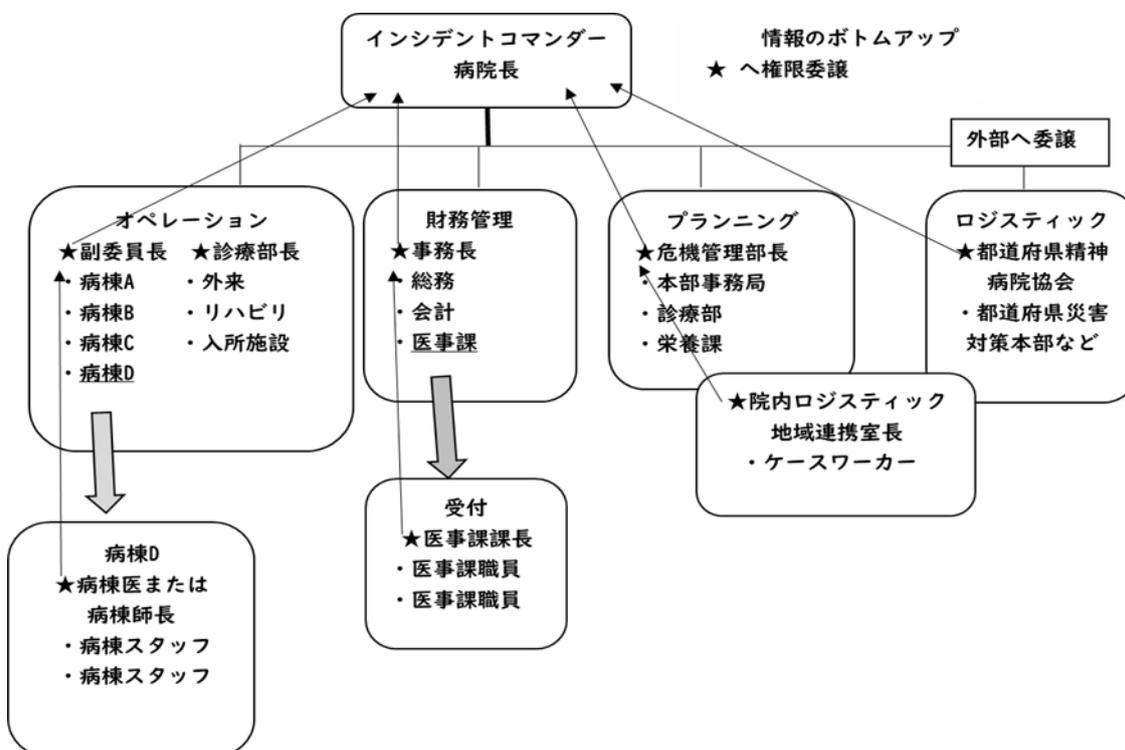


図 7-3 緊急時の ICS の一例

情報収集およびコマンダーへの情報の集約が課せられることになる。図7-2のBCP発動に関する基準を文章化したものが、表7-5である。情報収集と、ボトムアップ方式の情報の集約については図7-3で示す。インシデントコマンダーは、病院長や理事長が担当するため、情報はコマンダーにボトムアップ方式で集まるようになっている。4つの部門に便宜上分けて

表7-6 IAPの一例

<p>【栄養課】 例</p> <p>1.業務中発災の場合</p> <p>1) 職員各自が自分の身の安全を確保し、手の届く範囲のガスを栓を閉める。 2) 安全な場所（できるだけ具体的）に一旦避難し、病院全体の状況を把握する。 3) 複数名で備蓄の非常食の保管状況や破損状態をチェックする。</p> <p>2.業務時間外発災の場合</p> <p>1) 職員各自が自分の身の安全を確保し、家族の安全が確保されてから病院へ参集する。 2) 病院内の災害対策本部または緊急時体制本部に出勤したことを報告する。 3) 本部からの許可があれば、複数名で備蓄の非常食の保管状況や破損状態をチェックする</p>

表7-7 個人用AC 例

個人用AC (例) ※ポケットサイズ

- 1.まずは、自分の身を守る！
- 2.家族の安全確認
- 3.病院・本部へ参集
※家族同伴の場合は、家族は〇〇へ
- 4.本部へ報告
※参集不可時は緊急用ラインで報告

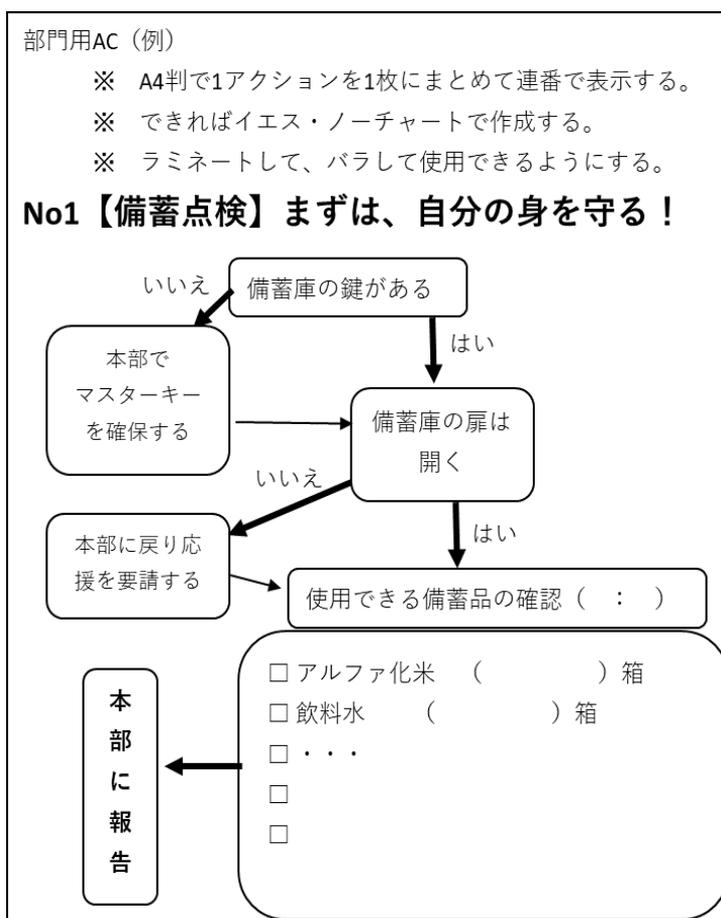


図7-4 部門用AC 例

おり、精神科病院の成員数が少ないことを考慮してロジスティックを外部ネットワークに権限委譲する一例を示した。勤務時間帯に関係なく、4つの役割は必要となるが、この例では病院内での役割は3つになるため、入院患者への対応としてオペレーションに人的資源を集中させることが可能となる。さらに人員をオペレーションに集中させれば、財務管理とプランニングは兼務しても構わない。上位のグループのメンバーは、そのすぐ下のグループの部門長であり、上位者から担当部門における権限を委譲されており、現場で収集された情報は、ボトムから上位に向けて共有され、それぞれのリーダーが報告するのは、決まった一人だけである。このシステムは、横に広がっても縦に伸びても同じ対応となる。但し、一人のリーダーがコントロールできるメンバーの数は5名程度までといわれており、上位のグループになればメンバー数が増えるため、同一ユニット内を複数のグループに分けて、リーダーを置く方がシステムとして稼働しやすく情報漏れが少なくなる。BCPの文書化は、BCP委員会ですべて立案するのではなく、図7-3のようなユニットやグループに分けた場合、できるだけ実働を担当する部門でIAP（インシデントアクションプラン）を策定し、それを部門毎にAC（アクションカード）に起こす。IAPは、表7-6のように行動化できるような具体的な行動計画である方が望ましい。個人用ACは、個人が常に携帯できるサイズ（表7-7）にし、部門用は1アクションを1枚のシート（図7-4）にして優先度の高いものから連番表示する。誰もが番号の小さい順にチェックするし、残っていれば未確認であることが一目瞭然となるため、緊急時であっても取りこぼしが少なくなる。

7-1-2 事業継続に関する項目

表7-4で提示した、一般病院用BCPと介護施設用BCP、精神科病院用BCPのBCP計画とパフォーマンス評価・改善の比較では、一般病院用のBCPで特殊項目として記載されている内容は、本来BCPの中核になるものである。これを見る限り、一般病院用BCPは災害時に急増する救急医療に特化した緊急時対応計画の色が濃い。そのため、救急医療を事業としない病院や施設では、こちらのマニュアルを使用してBCPを策定することに困難を感じる

のだと考える。介護施設用BCPでは、優先する事業の選定や復旧計画、訓練・見直し、地域とのネットワークや連携記載することになっていた。こちらも、緊急時対応とは別にして計画されており、緊急時の対応との繋がりがわかりにくくなっている。本来のBCPの中心となる内容が、緊急時対応に隠れてしまうような印象がある。精神科病院BCPでは、この部分が計画の中心であり、ISO22301の要求事項も踏まえた事業を継続することに特化した内容にしている。どのような緊急事態であっても、それぞれの精神科病院が、最も重要と考える事業の継続を阻害する要因にフォーカスして、具体的な事業継続のための計画や戦略について考え、教育・訓練、評価・見直しに至るまでISO22301で示している考え方でまとめていることと、緊急時対応から事業継続・復旧計画のすべての計画の基本体系をネットワーク・ガバナンスによるICSを導入することを強調したい。その中には、部門のIAPやACを基本として、現場優先のボトムアップ方式による情報収集や、普段の組織内外のネットワークを活用したネットワーク・ガバナンスによる組織外部への権限委譲など、一般病院とは異なる形の対応を構築しながら、不確実性の最も高い患者への対応を全体に反映させたBCPの策定が、精神科病院には必要だと考えている。

7-1-3 事業影響度分析（BIA）

ここでは災害やインシデントの原因を特定するのではなく、病院の外来診療や入院療養が中断するような状況が発生した場合の影響を、表を用いて時系列で説明する。事業中断による影響度を評価する視点は、内閣府（2023）「BCPガイドライン」と林らの「組織の危機管理入門」を参考に

表 7-9 病院事業中断による影響度を評価する視点（例）

内閣府(2023). BCPガイドラインと林春男ら(2015)「組織の危機管理入門」を参考に筆者が作成

影響度評価の視点	可否	原因の場所	発生状態	発生した現象
・患者への影響、入院療養環境や外来診療の維持	可・否	内・外	日常・非日常	
・従業員への影響と雇用の継続	可・否	内・外	日常・非日常	
・売上への影響と維持	可・否	内・外	日常・非日常	
・病院としての役割・機能の維持	可・否	内・外	日常・非日常	
・法令、条例、契約への影響と維持	可・否	内・外	日常・非日常	
・資金繰りへの影響と維持	可・否	内・外	日常・非日常	

表 7-10 影響度評価による重要事業の抽出

影響度評価の視点	可否	原因の場所	発生状態	発生した現象
・患者への影響，入院療養環境や外来診療の維持	否	内：スプリンクラーの破損	非日常	・病棟内浸水3cm
				・寝具、衣服、私物の水濡れ
				・現在も散水・水漏れ持続

表 7-11 上記の事業継続に対する RTO と RLO

発生した現象	優先順位	発災直後（～3時間）	発災直後（～12時間）	フェーズ1（72時間まで）
・病棟内浸水3cm	3	×	×	○病棟内浸水の排水
・寝具、衣服、私物の水濡れ	1	○病衣等に交換	○	○
・現在も散水・水漏れ持続	2	×	○止水栓の停止	○

表 7-9 の視点で，原因が組織の内か外か，日常的な業務の延長上にあるのか非日常なのかについてリスクアセスメントする．原因の場所や発生状況を特定することで，BCP 戦略の発動の際に「院外退避」か「院内籠城」かの意思決定の参考にできる．最後に，表 7-9 の右端の「発生した現象」に洗い出された重要事業に優先順位をつけていく．それらの事業が，どのくらいの時間で復旧させるか（目標復旧時間：RTO）ということ，物理的条件を踏まえて決定する．その際に，併せて平常時の資源の備蓄状態やサプライヤとのネットワークからどの水準まで復旧させるのか（目標復旧レベル：RLO）も決定する．優先順位の決定した重要事業を時系列表（ホワイトボードでのクロノロジー）に挿入し，対処の可否について検討し，その上で営業停止許容時間と復旧レベルを明記する．そこから優先順位を付けておき，対応済みや終了事象は消していく．表 7-10 と表 7-11 は，実際の場合に合わせた一例である．重要事業は，できるだけ事前に検討するほうがよいが，被災時には想定していなかったことが起こりうるため，緊急時であってもリスクを特定してそれに対する RTO と RLO の設定を行なうことで，患者への説明指標となり，それは成員間での共有事項となる．また成員にとっては，各自の行動目標となるため，オペレーションに落とし込みやすいということになる．災害時の想定外の事象に関する BIA は，30 分以内に方向付けする必要があるため，ホワイトボードでのクロノロジーを用いることで，災害対策本部に出入りするメンバーには容易に共有できると考える．

BCP そのものは，災害の種類によって内容を大きく変更しないが，参考

資料としては周辺地域のハザードマップや被害想定資料は必要である。まずは、部門内 IAP や AC に沿って対応し、入院患者の安全確認し、患者の療養環境の維持に努めることになる。部門長は病院全体の ICS の中に組み込まれているため、部門内の平常時の業務をコントロールするのは部門内のサブリーダーとなる。つまり部門長から権限委譲されるため、ここでも ICS の下位グループが形成される。しかし、よく考えていただければ、平常時の指示命令系統を踏襲していることに気付ける。自部門がスムーズに事業継続できれば、部門内の役割を兼務して、人的資源の投入が必要な部門に人員を配置することも可能である。ICS の利点は、人的資源の配分に偏りがなく、機能的に運用できることである。

7-1-4 事業継続戦略

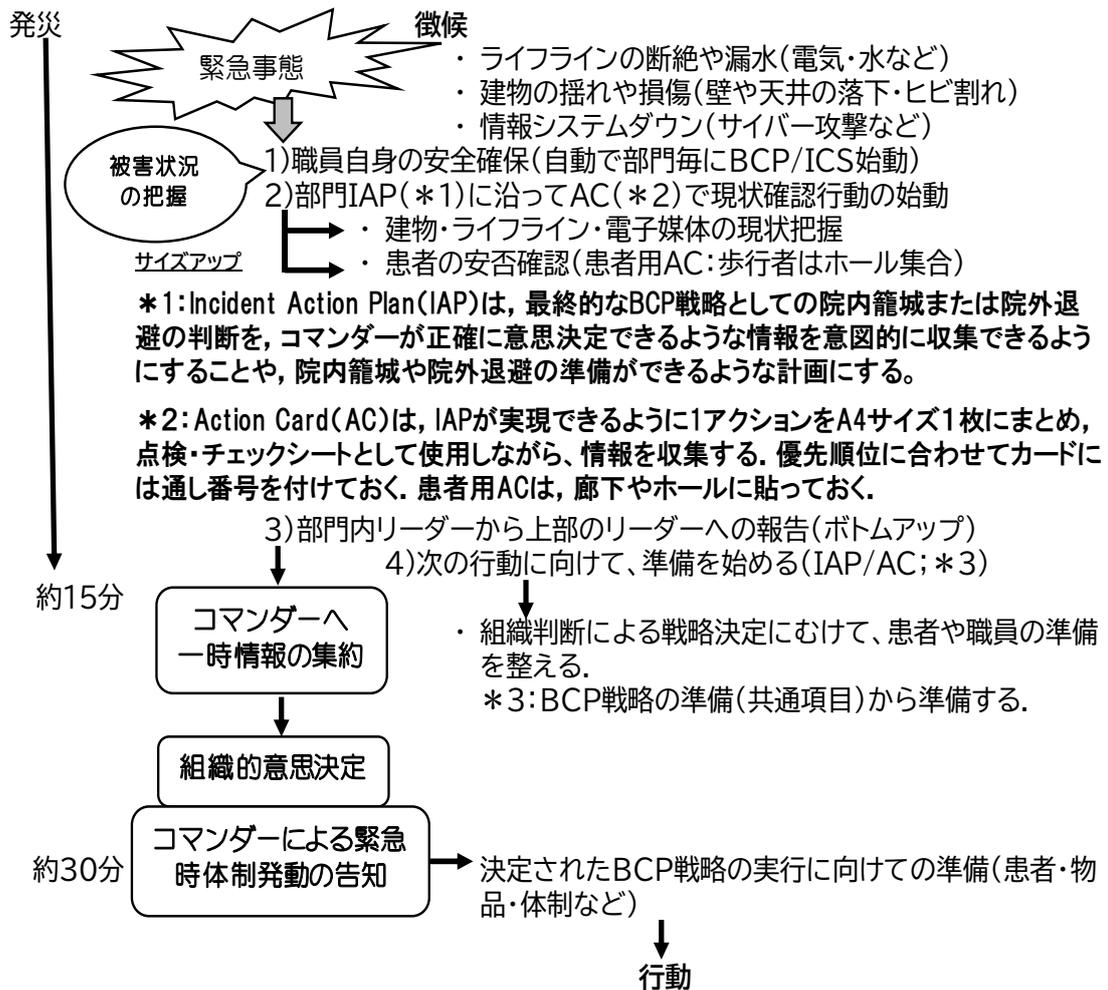
戦略の実行において、ボトルネックとなる要素の確保が重要になるが、精神科病院の場合は、組織として最も不確実性の高い患者を意図的に動かすことであり、最たる事象は「全入院患者の転院」である。この場合の RTO は、24 時間だと考える。倒壊の危険のある病院施設内で 2 日以上待機

表 7-18 事業継続戦略の文書化の一例

事業継続戦略
1.院外避難
1) 全入院患者転院 (ボトルネック①)
(1)病院管理者からの全入院患者転院の告知
(2)全入院患者の状態確認 ⇒ オペレーション部門
(3)全入院患者の診療情報提供書の準備 ⇒ オペレーション・プランニング部門
(4)全入院患者の転院調整 ⇒ 外部ロジスティックと院内ロジスティック部門
2) 病院敷地内での棟外避難 (ボトルネック②)
(1)部門責任者からの棟外避難と避難順番の告知
(2)
2.院内籠城
(1)病院管理者から全入院患者への説明
(2)部門責任者によるコマンドとコントロール
(3)安全な場所の確保 など

すること自体が、誰にとっても大きなストレスになるに加えて、精神障害者は、ストレスに対して脆弱である。転院しなくても、同一病院内での慣れていない場所や、一カ所に大勢の患者が集合する状態は、患者にとって大きな環境の変化であり、パーソナルスペースを脅かされることで安全ではなくなる。朱ら（2002, 2005）は、特定の場所へのこだわりを持つ患者がいることや他者との距離を広く取る患者があることを述べており、普段とは異なった場所や他者との距離が取れない空間で長時間過ごすことに大きな苦痛を感じる。そのため、24時間以内には、普段とは異なった場所であっても自分のパーソナルスペースを確保できる療養環境を整える必要がある。東日本大震災では、筆者が支援に入った国立の後方支援病院のER（Emergency Room）で福島原発半径20km県内にあった精神科病院で1週間過ごしていた患者と出会った。その当時は、大きなストレスだったろうと考えていたが、今思えば比較的穏やかな様子でいたのは、寝たきりの状態で1週間過ごした場所が、慣れた場所であったことや、馴染みのある医師や看護などのスタッフと一緒に過ごしていたことが大きく関係するのだと思える。そのため精神科病院では、建物の倒壊の危険が無ければ、院内籠城で対応すること自体、患者の不確実性の吸収に効果があるのだと考えられる。そうすると、事業（診療）の継続に対する戦略は大きく分けて「院外退避」と「院内籠城」に分けられるため、その2つに分けて対応案を提示しておく必要がある（表7-18）。

図7-5は、BCP戦略としての院内籠城や院外退避を決定するためのシナリオ例と、ICS・IAP・ACによる緊急時体制の自動発動をシュミレーションしたものである。どのような緊急事態でも、徴候を確認したら、部門内のICSはIAPに準じて自動発動し、ACを使用してチェックと情報収集をおこなう。部門内リーダーに報告し、部門内リーダーは、上部リーダーに報告する。これはインシデントの規模に関係なく、平常時から急な停電や断水の時にも使用できるし、使用しておくことで大規模な危機的状況に遭遇しても、普段通りに対応できるようになる。特に病院建物が倒壊の危険に見舞われて、全入院患者の転院という組織決定になった場合は、組織全体で取り組む必要がでてくる。緊急時対応としての転院の調整や診療情報



IAPの例 (BCPの目的を踏まえて)

1. 緊急事態時に、患者・職員の生命・身体的安全を護る。

1) 部門(病棟)内で次の徴候を確認したら、ICS体制を自動発動する。

【徴候】 ライフラインの断絶や漏水(電気・水など)、建物の揺れや損傷(壁や天井の落下・ヒビ割れ)、情報システムダウン(サイバー攻撃) など

◆以下はACと連動

- 2) 職員各自の安全確認(個人用ACでチェック)
- 3) 病棟西ブロックと東ブロックに分かれてAC No1~No5を使用してチェックと情報収集
 - (1) 患者の安否確認/歩ける患者はホールに集合することを口頭でアナウンス(AC1)
 - (2) 天井・壁の落下/天井・壁・柱のヒビ割れ(AC2)
 - (3) 電気点灯可能箇所(廊下・病室402・403...・トイレ・風呂・洗面所)
 - (4) 水道流水可能箇所(トイレ・洗面所・給水器)/水漏れ箇所()

◆ACは、yes・Noチャート形式で作成し、WBマーカーで記入できるようにラミネートしておく。

図 7-5 BCP 戦略(院内籠城・院外退避)意思決定シナリオ(例)

第7章精神科病院のBCPへの提案

提供書の準備などを実行しながら、待機中の患者に対する療養生活の維持として、薬物療法（大半が内服薬であるが）の継続、食事の提供、飲用水の提供、トイレの確保、各自の避難準備と患者私物の保管、休息・仮眠スペースの確保などの環境維持も必要となる。

院内籠城の場合は、治療や療養生活を維持しながら、大きく変化した外部環境に対して適応させていこうとするならば、内部環境や資源量の変化に合わせていかなければならないし、患者の協力は必須である。これは、緊急時対応および日常業務の継続ということになる。このような場合、外部ネットワークとの調整が密になることもあり、外部からの支援者の受け入れ（受援）もでてくるため、ネットワークとの調整計画や受援計画もあると動きやすい。さらに、院内籠城計画の中では感染症に対する対応計画も記載しておくことで、感染症の種類に影響されることがなくなる。

院外退避については、病院の建物に関するリスク（建物の倒壊や浸水、火災など）が大きければ大きいほど退避が切迫する。熊本地震の際は、全入院患者の院外退避を決定した2つの精神科病院の苦渋の決断があったことは、すでに述べたとおりである。本稿では転院のためのロジスティックスは、ネットワークを活用して組織外に出しても良いと提案してきた。この場合の外部組織は、精神科病院協会や都道府県を想定している。しかし、ここで厚生労働省が推進してきた精神科災害拠点病院について述べておく。厚生労働省（2018）では、第4回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会において「災害時における精神科病院の現状」に関する報告から災害拠点精神科病院の整備の必要性が検討されてきた。表7-19は、東日本大震災や熊本地震で被災した精神科病院からの搬送患者数の一覧である。この中で災害拠点病院に搬出されたのは、4名だけであったが3時間を要していた。それ以外は、一旦集積後に同一県内や県外の精神科病院に搬送されていた。このような現状から災害精神科病院の整備を促進するべきであるということが検討されてきたが、これはDPATの活動と関連付けて検討されてきた経緯がある。その後、厚生労働省（2019）第11回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会の中で、精神科病院協会が独自に災害支援中心病院の整備を進めていることが報告されていた。

表 7-19 災害時における精神科病院の現状

出典：厚生労働省（2018）. 第4回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会資料3「災害拠点精神科病院の現状および課題について」から引用

災害時における精神科病院の現状①

1. 過去の災害で被災した精神科病院からの搬送患者数

<平成23年 東日本大震災>

・宮城県（3病院 計300人）※1、福島県（7病院 計918人）※2、計**1218人**を県内外に搬送
 ・病院内、搬送中、搬送先（避難所や転院先）で、肺炎、低体温症による**十数例の死亡事例**

※3

<平成28年 熊本地震>

・7病院から計**595人**を県内外に搬送※4

・被災精神科病院からの支援要請～患者搬出完了までに要した時間

出典：
 ※1. 宮城県保健福祉部「東日本大震災～保健福祉部災害対応・支援活動の記録～」(2012年12月)
 ※2. 熊倉徹雄「原発事故による入院患者の転院とその後への対応」, 病院・地域精神医学55巻1号(2012年9月)
 ※3. 日本精神科病院協会「第32回 障がい者制度改革推進会議」資料2-2-8より抜粋、各種報道記事より
 ※4. 熊本県DPAT調整本部

病院名	搬出患者数	要請時刻	搬出先	搬出完了までの時間
希望が丘病院	164名	4月15日 3:47	県立高校体育館へ一旦集積後、熊本県の各精神科病院へ搬送	約5時間
益城病院	147名	4月15日 6:20	①県立こころの医療センター体育館へ一旦集積後、熊本県の各精神科病院へ搬送 ②熊本県の各精神科病院	①約8時間半 ②約32時間
あおば病院	147名	4月16日 8:20	熊本県、鹿児島県、福岡県の各精神科病院	約24時間
城南病院	4名	4月16日 9:53	災害拠点病院（宮崎県）	約3時間
小柳病院	46名	4月16日 11:50	佐賀県の早津江病院へ一旦集積後、佐賀県の各精神科病院へ搬送	約25時間半 ※集積場所調整に21時間
菊池病院	11名 重心患者	4月16日 16:00	専門病棟を持つ精神科病院（肥前精神医療センター）	約17時間
阿蘇やまなみ病院	76名	4月20日 7:55	宮崎県の各精神科病院	約28時間

精神科病院は、全体として医療法人により運営されている病院が大半であることは前述した。経営的な視点から、ベッド稼働率は高く満床に近い状態で運営されているが、空床が少なくても母数が多ければ分散して受け入れを要請することは可能である。この受け入れ機能を、国・公立の精神科病院や特定の条件を満たした限られた精神科病院だけで、災害拠点精神科病院の目標として掲げた「精神疾患を有する患者の受け入れや、一時的避難場所としての機能を有すること」は物理的に難しいと考えられる。環境の変化に弱い精神障害者を一旦別の場所に集積させた後、また他の病院に移すという状況を意図的に作ろうとしていることに違和感がある。それよりも、精神科病院に特化した職能団体による連携やネットワークの方がより有効に活用できるのではないかと考える。実際熊本地震の際には、引受先の病院から迎えの車が来たり、普段親交のある病院から受け入れが可能であることを直接連絡があったりしたと報告されていた。このような支援活

第7章精神科病院のBCPへの提案

動は、必ずしも DPAT 活動と同一ではない。精神科病院の患者の避難・移送は、自衛隊や警察の協力も可能であり、DPAT とは別に切り離して考えた方がよりスムーズにできるのではないかと考える。

7-1-5 同一法人の関連施設

精神科病院と主要事業としながら、近隣に入所施設や高齢者施設、障害者通所施設や各種事業所を併設している法人は少なくない。そのような場合の BCP についても、基本的には ICS による対応を軸に置けば混乱は少なくなる。各併設施設に権限委譲されているリーダーが存在し、時にはオペレーションを含めたすべての役割を兼務する場合もあるかも知れないが、ボトムとしての情報の集約は、直属の上位のリーダーに報告・連絡・相談するだけである。BCP の中では、緊急時の ICS の中に入れて置けば位置関係が分かるし、各施設や事業所内では、基本的に Incident Action Plan ; IAP を立案し、Action Card ; AC によって優先順位通りに事業を継続するだけである。

7-1-6 情報のコントロール

緊急時は情報のコントロールが重要になる。MIMMS では、情報の伝達の基本として METHANE : Major Incident (重大事故), Exact place (正確な場所), Type (種別), Hazard (危険物), Access (到達経路), Number (傷病者数), Emergency service (応援の必要性) が使用されている。これは初動時の情報伝達の基本と考えた方がよい。ICS では、被害状況の把握 (サイズアップ) は 2 ステップで行なう。1 つは、眼前の被害状況の現状を把握すること。もう 1 つは、その被害がどこまで広がるか (サイズアップする) を推測するである (株式会社日本防災デザイン, 2020)。被害の現状把握と伝達には、可能な限り事実のみを伝えて、自分の主観を入れないことが重要である。精神科病院では、「分化の有効性発揮の条件」として中等度の不確実性から表 4-2 に示しているように対人志向は人間関係型志向が特徴だと説明した。患者のわずかな変化を捉えた主観を説明したり、伝えたりすることには長けている。しかし、事実のみを伝えるということは、普

段のコミュニケーションとは少し異なる部分もあるため、訓練・教育の中で情報伝達のトレーニングをする必要はある。被災したことによるハード面の情報は事実を優先した情報伝達法を使用し、患者の不確実性の根源である症状や状態などのソフト面のわずかな変化を伝える際や、被害拡大の推測については、観察者の主観を交えた違和感を伝える必要がある。つまり、緊急体制下では2種類の情報伝達法（コミュニケーション法）を使い分けなければならないため、トレーニングが必要となる。ACの中の「報告」表示の下に、「1.事実のみを伝える」、「2.被害拡大に関する推測」にチェックボックスをつけて表示しておくことも1つの方法だと考える。

情報については、全く情報が入らない発信されない「ブラックアウト」状態に陥ることで、外部ネットワークの活用や支援が受けられなくなることになる。また勤務内外の職員も、安易に動けなくなる。これを防ぐ方法は、ステークホルダーへの情報発信手段やバックアップシステムの確保が必要になる。病院の固定電話の回線が使用できなくなったときのための、衛星電話や無線機などの準備は、先行投資として必要なことである。

情報ルートの確保は、事業の復旧にとっては重要な要素となる。組織全体の早期復旧のために、組織内外の情報収集と資源確保を計画の中に組み入れておく。

7-2 資金確保と成員のモチベーション

被災することにより、大幅な患者移動が起これば収入が減少する。電子カルテを導入している場合、停電などにより患者の診療記録やレセプト（診療報酬明細書）コンピューターのシステムダウンが起これば、定期の診療報酬請求が滞ることにもなる。しかし病院は制度の1つであり、熊本地震の際も国や都道府県から給付金や貸付制度などの資金援助が施された経緯がある。患者は転院し、収入がなくなっても、病院職員は確保しておかなければ、復旧後の病院経営の再開が危ぶまれることになる。これは、事業復旧計画の大きな柱になる。

熊本県の被災病院2病院では、収入源である入院患者が全員転院した後も、組織トップから数ヶ月間という一定期間の給料の保障が成員に提示さ

れた。数ヶ月という猶予期間内に、転院した患者が戻ってこられるような状態に復旧すれば、それ以降も雇用は継続されるし、継続的な雇用を希望しなければ、その間に転職先を探すこともできる。今日・明日の生活の心配をしなくて済むような、組織トップによる配慮が成員の安堵感とともに組織に対するモチベーションを向上させ、集団凝集性が高まっていた実情を聴くことができた。その結果、組織成員が行動として発揮したのはフォロアシップであったと考えられる。成員も組織のステークホルダーであり、組織の目標達成にも大きく影響するため、モチベーションを維持させられるようなトップマネジメントやリーダーシップが発揮されていた事例である。今現在、両病院は順調に経済回復を果たし、健全な経営を取り戻している。全入院患者を転院させることになっても、当該の組織がそのように判断し、BCPの基本方針に沿って事業継続するのであれば、外部支援者はネットワークによる被災精神科病院のトップをコマンダーとしたガバナンス体制の中で、必要な資源の提供や環境調整に関する支援を展開する必要がある。それが結果的に、事業を継続させて、資金を確保することにつながる。

7-3 事業継続のための教育と訓練への提案

ここまでも何度も述べていたが、平常時のBCMの中心は教育・訓練である。これは組織の事業を継続するために、最も組織に近いステークホルダーに協力を得なければ、緊急時のBCPがうまく機能しない恐れがあるからである。BCPが組織の戦略であるならば、身近なステークホルダーの協力は必須である。身近なステークホルダーの代表は、患者や家族、組織成員であり、患者は精神科病院にとっての不確実性の根源であるため、不確実性の吸収のための対策が必要である。

7-3-1 患者への教育・訓練

アンケートの結果では、患者への訓練の参加に取り組んでいる病院は10病院あった。訓練はできないと考えている病院が多かったが、取り組んでいた内容はすべての病院が「訓練への参加」であった。すべての患者に対して

行なわれている訳ではないにしても、一部の健康的な患者に実施できれば、緊急時の自助・共助につながる。「COVID-19対策による新しい生活様式の獲得」でも述べたように、精神に障害のある患者は、新しいことを習得するのに時間がかかったり、自分のこだわりがあったりするため、一見理解できていないように見えても、自分の持てる力で理解し、習得しようとする。それが例え1年に1回の取り組みであっても、経験したことない事態に何の予備知識もなく直面するよりは、一度でも経験したことがある方が、本人は状況に適応しやすくなる。例えば、作業療法（OT）等でモバイルアプリを使用した災害訓練に取り組んでもらったり、ゲーム形式で災害について考えたり、Social Skills Training（SST）の中で災害について意見を言い合ったりするようなトレーニングでも、くり返し取り組むことで災害への備えになっていくと考えられる。また COVID-19 対策などのように、マスクの着用やソーシャルディスタンスなど、新しく獲得した生活様式は、使わなければ忘れてしまうため、フェーズ対応と関連付けて患者が意識して確認しながら、各自が行動できるように、デイケアや外来診療部門、病棟部門などに明示していく必要があると考えている。アンケートの自由記載にあったように、患者に対して「医療従事者の指示をきく」、「自分のことは自分です」という行動変化を期待するのであれば、できるところから取り組むことができるように、毎日の療養生活の中で継続的にトレーニングしていく必要がある。

7-3-2 成員への教育・訓練

成員への教育・訓練については、ICS体制の訓練と、情報伝達およびコミュニケーションの使い分けは必ず訓練項目に入れておきたい。また、部門で作成したIAPやACを使用した実際の訓練を経験することで、紙上では見えてこなかった細部の見直しや全体のブラッシュアップが可能になる。訓練は、病棟単位での図上訓練でも構わない。実際にBCPを動かしてみて、インシデント対応としてICSの中でACを用いることで、本当にIAPが実行できるのか、それと平行して毎日の業務を継続できるのかという点を点検して検証することで、最終的にはBCP全体がブラッシュアップされることになる。精神科病院では、現場にいる患者の不確実性が高く、現場裁量性が高い組織

構造を持っているため、不確実性への対処を迅速に行なうことで、現場は安定する。不確実性への対処には、病棟内だけで対応できないこともあり、その場合は病院内のネットワーク（例えば緊急コール、コードブルーなど）を活用する。このような状況を考えると、ボトム優先のネットワーク・ガバナンスによるICSは、精神科病院にはよく適応すると考えている。訓練の中で、組織のトップがインシデントコマンダーとなることは、トップマネジメントを具体的に考える機会にもなり、外部のネットワークをどのように活用すれば、自分の組織がうまく事業継続できるのかについても考えることになる。患者・成員・トップが訓練したり、BCPについて教育を受けたりすることは、組織成員が組織文化や組織風土を、よりポジティブな方向に変えて行くことにつながる良い機会になると期待できる。

7-4 まとめ

精神科病院への提案として、これまでの文献レビューや各種の1次資料や2次資料、さらにアンケートやインタビュー調査からわかった結果を踏まえて、BCPの国際規格であるISO22301のBCMに関する考え方や要求事項を参考に、具体的には内閣府（2023）BCPガイドラインを用いて考えた内容を提案した。精神科病院BCPの特徴は、患者という不確実性の高いステークホルダーの不確実性の吸収を目標にしなければ、事業が継続できないということである。概念枠を確認して、実際に精神科病院BCPの策定は可能であると考えられる。また継続すべき事業は、拡大するのではなく、入院患者への対応という点にイシュー限定していくことで、より事業を継続しやすくなり、社会的なニーズからもズレないと考えている。そのため、災害の種類に合わせるのではなく、結果として事業が中断することに注目した、結果事象型のBCPの策定があっている。また精神科病院では、平常時から患者の不確実性が高いことから、不確実性の吸収のために現場裁量性と権限委譲が許されており、精神科という特殊性から外部の専門職との間のネットワークに依存していることがわかっている。それにフィットするのは、現場（ボトム）を優先する緊急時体系で外部組織とのネットワークを活用したネットワーク・ガバナンス型のIncident Command

System ; ICS であると考えた。DMAT を中心とした我が国の救急医療現場では、英国の MIMMUS の CSCATTT や METHANE が活用されるが、組織成員が少なく、生命に直結するような瀕死の状態の患者の治療を行っているわけではない精神科病院では、その運用には難しさが残ると感じたため、ネットワーク・ガバナンスにより ICS の方が使いやすいと考えたからである。また、Incident Action Plan ; IAP や Action Card ; AC などは、現場レベルが活用しやすい内容で計画する方が、より実践的で活用しやすいものとなる。AC の活用は、緊急時には誰であっても同じ項目がチェックでき、ナンバリングによって優先順位がわかるというメリットがあった。

事業影響度分析 (BIA) や目標復旧時間 : (RTO), 目標復旧レベル (RLO) についても、アンケートでは意味が分からないと回答した病院関係者が多かったが、より分かりやすく具体的に提示した。それにより精神科病院の BCP 戦略は、「院外退避型」と「院内籠城型」に大別され、感染症対策は「院内籠城型」での計画となることがわかった。ICS での情報共有の基本形は「サイズアップ」であり、2種類のコミュニケーション方法を使い分ける必要があるため、訓練項目として計上する必要性があった。

組織の資金確保と成員のモチベーションには関連があり、緊急時の組織経営が苦しい時に、成員の雇用や給料が保証されることで、集団凝集性が発揮され、フォロアーシップが活性化することが示唆された。

これらの結果を踏まえて、精神科病院の BCP フレームを提案した。これはあくまで基本形であって、それぞれの組織がアレンジし、ブラッシュアップしていけばよいと考える。

最後に、平常時の BCM の 1 つになるが、患者の不確実性の吸収のためには、患者への防災教育や災害対応訓練は必須だと考えている。特に精神に障害をもつ患者の特性から、平常時から繰り返し訓練していくことで習得が可能になると推察できる。特に作業療法 (OT) や Social Skills Training (SST) などの時間を活用して、モバイルアプリの活用や防災カードゲーム、SST での意見交換などを積み重ねていくことで、災害訓練や避難訓練に参加した際に、その意味が理解しやすくなるのではないかと考える。そのような取り組みは、災害時の患者の協調性や自主性につながっていくこ

第7章精神科病院のBCPへの提案

とが推察できる。成員への教育・訓練の実施は、組織独自のBCP策定やBCPのブラッシュアップには欠かせない。体験によるリフレクションからBCPの見直しや改善が現実となることがわかった。

第8章 結論

8-1 まとめ

本研究では、一般病院とは異なる精神科病院組織の特徴について組織論を用いて明らかにし、その上で特徴を活かした精神科病院事業継続計画（Business Continuity Plan ; BCP）の項目を抽出することを目的とした。

まずは緊急時の社会システムの中で、病院という組織にとっては想定外であったとしても、想定外だからと仕方がないとは社会的に容認されない。そのため病院は、高信頼性組織を目指さなくてはならないことがわかった。災害時に機能する組織の1つとして、病院は定置型組織に分類されることため、社会的に期待される役割を遂行する必要がある。それを業務として継続するには、組織の状況に応じた「イシュー限定」対応にする必要もある。危機管理としてのリスクの同定や一元的な危機対応システム（Incident Command System ; ICS）の活用の可能性について文献レビューした結果、救急医療をおこなう病院では、CSCATTT方式が使いやすく、それ以外の慢性期の病院や施設では、ネットワーク・ガバナンスによるICSが使いやすいのではないかと示唆された。病院という組織を規定する医事法に関する資料からは、一般病院と精神科病院の違いが組織構造や患者（顧客）に明確に現れていた。しかし差異はあっても、医事法で規定された病院という組織の安全マネジメントを考えると、多種のステークホルダーやサプライヤと複雑なネットワークを持ちながら、複雑適応システムとして機能する病院組織の内外の環境を整理することは、病院組織のレジリエンスを発揮しやすくなる要因であることがわかった。ネットワークを調整（学習）することは不確実性をコントロールすることになり、環境への適応性を高めると考えられる。

組織論で使用する構造・環境・組織過程・ネットワークなどの概念を用いて考察したことで、組織論上の違いは組織の特徴になることがわかった。まず組織構造では、病院という組織が管理部門の官僚制構造と専門家集団の有機的マネジメント構造という二重構造をもつことが明確になった。有機的マネジメントは、システムとして内外のネットワークとつながるといふ点が特徴になる。また、現場での裁量性と権限委譲も大きな特徴の1つであり、本来は不確実性の高い現場で不確実性を吸収するための権限である。しかしその副作用として、組織構造外でおこる「現場レベルの官僚制」は現場での患者支配を引き起こす可能性が示唆された。組織の環境としての一般環境は、病院を規定する医事法や社会的ニーズなど組織で変更が不可能な内容であるため、環境への適応性を高めるためには従うしかない。特に精神科病院では、特別法（精神保健福祉法・医療観察法）の規定が付加されており、患者の行動を制限するため、憲法にある基本的人権や生存権に関する理解も必要であることを再認識した。タスク環境では、患者要因の「安定-不安定」と要因の「単純-複雑」の2軸で分類した結果、精神科病院では患者要因が複雑、治療要因が単純に分類された。タスク環境は、組織の目標達成にも大きく影響する。そのため不確実性の根源ともなっており、精神科病院の場合は「患者」とい

第8章 結論

うタスク環境が、組織にとって最も大きな不確実性の根源であることがわかった。組織間環境では、前述したように病院は組織内に複数の専門職を抱えるため、専門職間のネットワークが存在する。専門職は、官僚制構造ではなく並列関係であることから、専門職間のコンフリクトを含みやすいと考えられている。また専門職種は、組織外の同一専門職とのネットワークを維持しており、組織内外に複雑なネットワークを張りめぐらせている。しかし、精神科病院では組織内の専門職の数は比較的少なく、病院内のすべての専門職に対して「精神障害者を対象とする」という共通要素が存在することで、コンフリクトの発生は抑制され、外部ネットワークも限定的な共通要素を持っていることがわかった。精神科病院では、組織の技術としての「コミュニケーション」が特徴的で、患者に対するコミュニケーション技術と成員間で使用するコミュニケーション技術、指示命令系統で使用するコミュニケーション技術など方法の違う技術を使い分ける必要があることがわかった。組織過程においても、リーダーシップや意思決定、情報の集約などに有機的マネジメントによる現場裁量性や権限移譲が随所に確認されており、それが精神科病院組織の特徴である。精神科病院では、組織内外に伸びた横のネットワークを活用することが、患者の不確実性の吸収には必要になることが示唆された。

これらの特徴を踏まえて精神科病院の BCP を考えるにあたり、BCP の国際規格である ISO22301 に規定された Business Continuity Management ; BCM の考え方を参考に、実際の精神科病院の被災体験に関する調査や聴き取りから、精神科病院 BCP の策定を困難にしている要因が患者という不確実性に関連していることが明確となり、その点が災害拠点病院や一般の救急病院の患者とは異なった不確実性となることがわかった。さらに、精神科病院での緊急時対応は、一般病院が使用している CSCATTT という救急医療に特化した System ではなく、どのような危機的状況にも対応が可能である Incident Command System が有効なのではないかということと、階層構造で運用する ICS ではなく、そこに精神科病院特有の組織内外のネットワークを活用することで、Moynihan が提唱する現場優先のネットワーク・ガバナンス型 ICS が有効に機能すると確信した。また COVID-19 という未知の感染症への対応も、ネットワーク・ガバナンス型 ICS をベースに BCP の戦略の中に入れていくことで、外部環境での流行の状態を組織成員がいち早く把握し、予防行動につなげていくことで、閉鎖環境にある入院患者の安全が守られるため、情報をキャッチできるようなフェーズ対応を設定することが望ましいと考える。

本研究は、組織論とネットワーク・ガバナンス ICS を活用した BCP を検討したことで、精神科病院の BCP や災害対策に関する実証研究の一端を担うと考えている。精神科病院に関する情報やデータの蓄積は少なく、1次資料や2次資料などを探してもなかなか社会的に必要な情報が見つからないという現状がある。これだけ情報が豊富にある環境の中で、発信されている情報が少なすぎるのだと考えており、BCP の策定に苦慮している精神科病院の一助になればと考えている。特に策定しにくい項目や、精神科病院にあわない設定や内容については、できるだけ具体的に提案したつもりである。

8-2 今後の展望

本研究では、精神科病院組織の特徴を組織論から明確にすることを試みて、実際に精神科病院という組織の不確実性は、タスク環境としての患者の病状に集中することがわかった。不確実性を吸収しながら、災害時の劇的に変化する外部環境への適応には、精神科医療に特化したイシュー限定対応や現場を優先したボトムアップ方式のネットワーク・ガバナンス ICS による計画と、そして平常時からの患者への教育・訓練などが精神科病院 BCP の特徴だと考える。実際の精神科病院での BCP で策定しにくい項目やその状況を洗い出し、その部分について理解しやすく説明したつもりではあるが、これをベースに実際の精神科病院 BCP を策定してもらったことはない。また精神科病院の災害対策に関するデータの蓄積が少なすぎて、全体像が見えにくく一般化されにくいことは、現状での課題である。

今後の目標は、実際に精神科病院において本稿を参考に BCP を策定してもらい、データを蓄積していくこと、今回の精神科病院 BCP をブラッシュアップしていくこと、最後に精神科病院の BCP 策定率が向上し、すべての精神科病院が BCP を策定できるようにすることである。要請があれば、臨床実践の場でともに考えていきたい。

発表論文一覧

- | 論文 No | 論文タイトル等 |
|-------|--|
| 1 | 新型コロナウイルス感染症対策としての自粛生活による生活要援護者への影響-定着している新しい生活様式-, 矢野 貴恵, 岩佐 由美, 白井 文恵, 日本健康医学会雑誌, VOL30(2), pp187-195, 2021. |
| 2 | 2020 年大阪府下精神科病院の新型コロナウイルス感染症対策の現状, 矢野 貴恵, 白井 文恵, 日本健康医学会雑誌, VOL31(3), pp359-368, 2022. |

引用・参考文献

- Advanced Life Support Group (2005). Major Incident Medical Management and Support; The Practical Approach at the Scene, 3rd Edition / MIMMS 日本委員会(2013)訳. MIMMS 大事故災害への医療対応; 現場活動における実践的アプローチ. 株式会社永井書店, 大阪.
- 赤松智子(2014). 京都の観光地訪問によるパーキンソン病の人のリハビリテーション効果. 佛教大学保健医療技術学部論集, 8, 1-12.
- 秋富慎司(2022). 病院の事業継続計画に必要な ISO の基礎と 5 STEP. 日本精神科病院協会雑誌, 41(12), 29-33.
- Bigley, G. A. & Roberts, K. H. (2001). The Incident Command System: High-Reliability Organizing for Complex and Volatile Task Environments. The Academy of Management Journal, 44(6), 1281-1299.
- 防災行政研究会編集(2020). 逐条解説災害対策基本法第三次改訂版. 株式会社ぎょうせい. 東京.
- 崔 英靖(1998a). 組織内ネットワーク組織の分類と特徴. 経営研究, 48(4), 115-133.
- 崔 英靖(1998b). 組織間ネットワーク組織の分類と特徴. 経営研究, 49(3), 59-75.
- 中小企業庁 (2008). 中小企業 BCP (事業継続計画) ガイド～緊急事態を生き抜くために～(平成 20 年 3 月). 2023 年 5 月 30 日閲覧: https://www.chusho.meti.go.jp/keiei/antei/download/bcp_guide.pdf
- 出口弘(2004). 組織の失敗と評価のランドスケープ学習. 組織科学, 38(2), 29-39.
- 独立行政法人国際協力機構(JICA, 2019). 【阪神・淡路大震災から 25 年】受け継がれる災害医療支援のノウハウ: 海外から国内へ, 日本から世界へ——災害派遣医療チーム(DMAT)の誕生(前編). 2023 年 1 月 3 日閲覧: https://www.jica.go.jp/topics/2019/20200109_01.html
- Drucker, P. F. (1990) Managing the Nonprofit Organization/ 上田惇生 訳(2011). 非営利組織の経営. ダイアモンド社, 東京.

- Fagiolini, A. Cuomo, A. & Frank, E. (2020). COVID-19 Diary from a Psychiatry Department in Italy. *The Journal of Clinical Psychiatry* 81(3): 13357.
- Farcas, A. Ko, J. Chan, J. Malik, S. Nono, L. & Chiampas, G. (2020). Use of Incident Command System for Disaster Preparedness: A Model for an Emergency Department COVID-19 Response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 15(3), e31-e36. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.210>.
- 藤川なつこ(2014). 福島原子力発電所事故の組織論的考察. 四日市大学論集, 26(2), 119-138.
- 深田博己(1996). 説得心理学ハンドブック 説得コミュニケーション研究の最前線. 北大路書房, 京都.
- 福島真人(2012). 危機管理としての救急医療; その組織, 構造, 変容. *組織科学*, 45(4), 15-24.
- Grochla, E. (1978). *Einführung in die Organisationstheorie*/ 清水敏允, 小田章 訳(1989). 組織理論入門. 株式会社文眞堂, 東京.
- 早川有香(2018). 持続可能な開発のための教育 (ESD) におけるステークホルダー連携: 先行研究レビューに基づく分析枠組みの検討. *京都産業大学世界問題研究所紀要*, 33, 101-108.
- Hollnagel, E. Braithwaite, J. & Wears, R. L. (2013). *Resilient Health Care* / 中島和江 訳(2018). レジリエント・ヘルスケア; 複雑適応システムを制御する. 大阪大学出版会, 大阪.
- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I & Safety-II* / 北村正晴, 小松原明哲 監訳(2017). *Safety-I & Safety-II; 安全マネジメントの過去と未来*. 海文堂出版株式会社, 東京.
- 林春男, 牧紀男, 田村圭子, 井ノ口宗成(2015). 組織の危機管理入門; リスクにどう立ち向かえばいいのか. 丸善出版, 東京.
- 樋口耕一(2014). 社会調査のための計量テキスト分析-内容分析の継承と発展を目指して-. ナカニシヤ出版, 京都.
- 保健師助産師看護師法(2022年改正). E-GOV 法令検索. 2023年2月7日閲覧: <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323AC0000000203>
- 堀内義仁(2017). 医療機関(災害拠点病院以外)における災害対応のための

- BCP 作成の手引き, 平成 29 年度厚生労働省科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業). 2020. 04. 10 閲覧: <https://www.med.tottori-u.ac.jp/emergency/files/34731.pdf>
- ICHG 研究会編(2018). 国際基準の感染予防対策 滅菌・医歯薬出版株式会社, 消毒・洗浄ハンドブック. 医歯薬出版株式会社, 東京.
- ICHG 研究会編(2021). 国際基準の感染予防対策ナーシングスキルズ. 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 井上益宏(2022). 医療機関における事業継続計画(BCP)の策定について; 地方自治体の取り組み. 日本精神科病院協会雑誌, 41(12), 23-28.
- 犬飼邦明(2017), 「あの時わたしは」熊本地震を振り返る. 益城病院臨時広報誌. 2023 年 3 月 21 日閲覧: <https://www.mashiki.jp/70th/assets/pdf/reborn-k01.pdf>
- 犬飼邦明(2022). 精神科病院の BCP ; 災害支援中心病院の立場から. 日本精神科病院協会雑誌, 41(12), 48-54.
- 医療安全推進者ネットワーク. 医療判決紹介. 2023 年 1 月 9 日閲覧: <https://www.medsafe.net/precedent/>
- 医療法(2022 年改正). e-GOV 法令検索. 2022 年改正. 2023 年 1 月 5 日閲覧: <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323AC0000000205>
- 医療法人大慈会三原病院. BCP とは, 三原病院_災害対策マニュアルより抜粋 . 2023 年 4 月 7 日 閲覧 : https://miharahp.com/assets/pdf/other/bcp/miharahp_bcp.pdf
- 医療法人へいあん平安病院(2019) . 「平安病院 事業継続計画 (BCP) 第一版) について . 2023 年 4 月 6 日 閲覧 : <https://www.heian-hp.or.jp/event/2021/1713/>
- 医療法施行規則(1948 年). e-GOV 法令検索. 2022 年 8 月 21 日閲覧: <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323M40000100050>
- K. E. Weick & K. M. Sutcliffe (2015). *Managing the Unexpected ; Sustained Performance in a Complex World (Third Edition)* , 中西晶 監訳(2017). 想定外のマネジメント; 高信頼性組織とは何か(第 3 版). 株式会社文眞堂, 東京.

- 株式会社日本防災デザイン(2020). インシデントコマンドシステム.【第5回: 日本一わかりやすいインシデントコマンドシステム (ICS) 講座】 インシデントが起きたら初めにやること②: 被害状況を把握せよ. 2023年4月7日閲覧: <https://jerd.co.jp/column/377/>
- 甲斐克則 編(2018). ブリッジブック医事法[第2版]. 信山社出版株式会社, 東京.
- 神奈川県健康医療局(2021). 新型コロナウイルス感染症 精神科病院における対応の手引き. 2021年9月26日閲覧: https://www.pref.kanagawa.jp/documents/57830/document_tebiki_2nd.pdf
- 金井壽宏, 田柳恵美子(2005). 踊る大捜査線に学ぶ組織論入門. 株式会社かんき出版, 東京.
- 金子と夫監修, 津川律子, 元永拓郎 編(2016). 心の専門家が会える法律; 臨床実践のために〔新版〕. 誠信書房, 東京.
- 金崎美奈子(2019). 精神科慢性期閉鎖病棟におけるインフルエンザ集団発生からみえた感染対策上の困難. 日環境感染会誌, 34(1), 67-72.
- 勝俣良介(2013). ISO22301 徹底解説-BCP・BCMSの構築・運用から認証まで-. 株式会社オーム社, 東京.
- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(1998). e-GOV法令検索. 2022年改正, 第十九条入院. 2022年12月4日閲覧: <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=410AC0000000114>
- 川村治子(2008). リスクマネジメント. 日本保健医療行動科学会年報, 23, 185-190.
- 金貞任, 新開省二, 熊谷修, 藤原佳典, 吉田祐子, 天野秀紀, 鈴木孝雄(2004). 中高年者の社会参加の現状とその関連要因-埼玉県鳩山町の調査から-. 日公衛誌 51(5), 322-334.
- 黒岩泰代, 川上崇(2022). 災害対応の実例;セコムグループの災害時対応. 日本精神科病院協会雑誌, 41(12), 72-77.
- 公益財団法人日本医療機能評価機構. 医療事故情報等事業. 2022年12月23日閲覧: <https://www.med-safe.jp/>
- 公益社団法人日本精神科病院協会(2022). 災害部会イメージ BCP. 2022年8

月 24 日閲覧: <https://www.nisseikyo.or.jp/>

公益社団法人日本精神科病院協会. 病院検索. 2023 年 3 月 9 日閲覧: https://www.nisseikyo.or.jp/search_hospital/?@ps@=none

小高良友(2010). マスローの欲求階層説と臨床社会学. 東海学院大学紀要, 4, 53-59.

小井土雄一, 本間正人, 大友康裕, 森野一真, 鶴和美穂, 島田二郎, 松本尚 (2013). 東日本大震災における疾病構造と死因に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究 地域医療基盤開発推進研究, 平成 25(2013) 年度. 2023 年 4 月 2 日閲覧: <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/23249>

小久保みどり(1992). 環境不確実性と意思決定過程への参加が組織の従業員の職務満足感に及ぼす効果. 実験社会心理学研究, 32(2), pp183-195.

駒橋徹(2022). 鹿沼病院における BCP (事業継続計画) 作成の過程. 日本精神科病院協会雑誌, 41(12), 55-59.

厚生労働省(2002). 看護師等による静脈注射の実施について. 厚生労働省医政局長通知. 2023 年 2 月 7 日閲覧: https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6758&dataType=1&pageNo=1

厚生労働省(2009). 政策レポート, 精神障害者の方の地域生活への移行支援に関する取り組み. 2023 年 1 月 24 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/07/03.html>

厚生労働省(2010). 厚生労働白書. 医療施設の類型. 2021 年 1 月 11 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/10-2/kousei-data/PDF/22010206.Pdf>

厚生労働省(2012a)「災害時における医療体制の充実強化について」. 2022 年 8 月 24 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000089039.pdf>

厚生労働省(2012b). 第 27 回社会保障審議会医療部会「医療法人に対する規制のあり方について」2012 年 3 月 7 日. 2023 年 1 月 9 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000024ihq-att/2r98520000024imb.pdf>

厚生労働省(2013a). 災害医療 関連通知等「病院における BCP の考え方に

基づいた災害対策マニュアルについて」. 2020. 04. 10 閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000089048.pdf>

厚生労働省(2013b). 病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアルについて. 医政指発 0904 第 2 号. 2022 年 8 月 20 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000089048.pdf>

厚生労働省(2017a). 災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領. 2022 年 12 月 29 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164413.html>

厚生労働省(2017b). 災害拠点病院指定要件の一部改正について(平成 29 年 3 月 31 日). 2023 年 1 月 2 日 閲覧: https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc2601&dataType=1&pageNo=1

厚生労働省(2017c). 第 56 回社会保障審議会医療部会 参考資料 1. 2023 年 2 月 7 日 閲覧: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000185886.pdf

厚生労働省(2019). 報道・広報. 報道発表資料 2019 年 7 月病院の業務継続計画(BCP)策定状況調査の結果 2019. 7. 31. 2020 年 4 月 10 日 閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000533729.pdf>

厚生労働省(2020a). 病院報告(令和 2 年 10 月分概数) 結果の概要. 2021 年 2 月 7 日 閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m20/dl/2010kekka.Pdf>

厚生労働省(2018). 第 4・5 回救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会, 資料 3 災害拠点精神科病院の現状および課題について. 2023 年 5 月 4 日 閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000328603.pdf>

厚生労働省(2019). 第 11 回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会, 資料 1 災害拠点病院の指定要件(案)と整備方針(案). 2023 年 5 月 4 日: <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000477425.pdf>

厚生労働省老健局(2020b). 介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等について, 令和 2 年 12 月. 2023 年 4 月 2 日 閲覧: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei

sha/douga_00002.html

厚生労働省(2021a). 令和 3(2021)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況. 病院報告. 2022 年 11 月 13 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/21/dl/03byouin03.pdf>

厚生労働省(2021b). 医療機関における BCP 策定について. 2023 年 1 月 2 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000732294.pdf2>

厚生労働省(2021c). 令和 3(2021)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況. 医療施設調査. 2023 年 1 月 12 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/21/dl/02sisetu03.pdf>

厚生労働省(2022a). 第 3 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ, 参考資料 3 医療提供体制の国際比較. 2023 年 1 月 24 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000905110.pdf>

厚生労働省(2022b). 特定機能病院制度の概要. 2023 年 2 月 7 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001018535.pdf>

厚生労働省(2022c). 地域医療支援病院制度の概要. 2023 年 2 月 7 日閲覧: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000902407.pdf>

熊本県(2016). 平成 28 年熊本地震に関する災害対策本部会議資料. 2022 年 4 月 10 日閲覧: <https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/4/51503.html>

久米和興, 久米龍子, 村川由加理(2010). 病院看護部の組織構造の特徴に関する一考察. 豊橋創造大学紀要 14, 79-93.

桑門昌太郎(2018). 2018 年東京都院内感染対策推進事業 領域別(精神)研修会. 2021 年 9 月 26 日閲覧: http://www.tmsia.org/workshop/pdf/2018_1029_01.pdf

Li C, Zhao W, He C, Wu D, Yue Y, Chen Y(2020). COVID-19 Prevention and Control Strategies for Psychiatric Hospitals. *Psychiatry Res* Jul 289: 112935.

榊田右文(2022). BCP 策定までの道のりと今後すべきこと. 日本精神科病院協会雑誌, 41(12), 67-71.

松本久良(2006). 組織の硬軟と適応; 新たな適応理論からの再定義. 法政大学イノベーション・マネジメント研究センター ワーキングペーパーシリーズ, 21, 1-23.

Moynihan, D.P. (2005). Learning under Uncertainty: Networks in Crisis Management. La Follette School Working Paper 2005-028. 2022年2月23日
閲覧 :
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=76f38baf19d5e0c532a0b3db70370b3c88e0f43>

Moynihan, D.P. (2008a). The Network Governance of Crisis Response; Case Studies of Incident Command Systems, Journal of Public Administration Research and Theory. 2022年4月10日閲覧 : <https://lafollette.wisc.edu/research/publications/the-network-governance-of-crisis-response-case-studies-of-incident-command-systems#:~:text=The%20Network%20Governance%20of%20Crisis%20Response%3A%20Case%20Studies,operations%20in%20terms%20of%20coordination%2C%20authority%20and%20trust.>

Moynihan, D.P. (2008b). Combining Structural Forms in the Search for Policy Tools: Incident Command Systems in U. S. Crisis Management, Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions, 21(2), 205–229.

Moynihan, D.P. (2015). Collaboration amid Crisis: The Department of Defense during Hurricane Katrina. Casoteca of Public Management. 2022年2月23日 :
https://scholar.google.co.jp/scholar?hl=ja&as_sdt=0%2C5&q=Collaboration+amid+Crisis%3A+The+Department+of+Defense+during+Hurricane+Katrina&btnG=

森本剛, 太田好紀, 作間未織, 森田正則, 中江晴彦, 松田外志朗, 関進, 山本香織, 大鳥居麻希子, 酒井美佳, 谷由香, 窪田愛恵, 平出敦(2012). 医原性有害事象の疫学. 近畿大学医学雑誌, 37(4), 107-114.

宗方比佐子, 佐野幸子, 金井篤子編著(1996). 女性が学ぶ社会心理学. 福村出版, 東京.

内閣府(2013). 防災計画担当. 平成25年12月4日「防災計画について」.
2020年4月10日閲覧 : <http://www.bousai.go.>

- jp/kaigirep/kentokai/kihonkeikaku_arikata/01/pdf/shiryo2. pdf
- 内閣府(2014a). 事業継続ガイドライン第三版-あらゆる危機的事象を乗り越えるための戦略と対応-解説書, 平成 26 年 7 月. 2022 年 1 月 5 日閲覧:
http://www.bousai.go.jp/kyoiku/kigyuu/pdf/guideline03_ex.Pdf
- 内閣府(2014b). 防災情報のページ. 地区防災計画ガイドライン. 2023 年 3 月 9 日閲覧:
<https://www.bousai.go.jp/kyoiku/pdf/guideline.pdf>
- 内閣府(2017). 防災情報のページ. 地震災害. 2022 年 8 月 24 日閲覧:
<https://www.bousai.go.jp/kyoiku/hokenkyousai/jishin.Html>
- 内閣府(2018). 防災担当. 平成 29 年度企業の事業継続及び防災の取組に 関する実態調査平成 30 年 3 月. 2022 年 8 月 24 日閲覧:
http://www.bousai.go.jp/kyoiku/kigyuu/topics/pdf/h29_jittaichousa.pdf
- 内閣府(2022). 令和 4 年版防災白書. 2023 年 1 月 2 日閲覧:
https://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/pdf/r4_all.Pdf
- 内閣府(2023). 事業継続ガイドライン-あらゆる危機的事象を乗り越えるための戦略と対応-, 令和 5 年 3 月. 2023 年 3 月 31 日閲覧:
<https://www.bousai.go.jp/kyoiku/kigyuu/pdf/guideline202303.pdf>
- 内閣官房新型コロナウイルス感染症対策分科会(2020). 分科会から政府への提言 感染リスクが高まる「5つの場面」と「感染リスクを下げながら会食を楽しむ工夫」 pp1-5. 2021 年 2 月 28 日閲覧:
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/bunkakai/teigen_12_1.pdf
- 中橋国蔵(1978). トンプソンの組織論と不確実性問題. 小樽商科大学経済研究所, 28(4), 53-70.
- 中村祐司(2010). ネットワーク・ガバナンス研究の基礎類型-行政理論からのアプローチ-. 宇都宮大学国際学部研究論集, 30, 25-32.
- 中西晶(2007). 高信頼性組織の条件; 不測の事態を防ぐマネジメント. 生産性出版, 東京.
- 中西晶(2014). 高信頼性組織(HRO: High Reliability Organization)入門第 1 回: 不測の事態に強い組織とは. 経営情報学会誌, 23(1), 57-60.
- 中尾政之(2018). 失敗の研究; “違和感”からどう創造を生み出すか. WAVE 出版, 東京.

- 中島一郎, 岡部紳一, 渡辺研司(2021). ISO 22301: 2019(JIS Q 22301: 2020)事業継続マネジメントシステム 要求事項の解説. 一般財団法人 日本規格協会, 東京.
- 永田高志, 王子野麻代, 寺谷俊康, 長谷川学, 石井正三(2015). 災害時の指揮命令システムの構築 インシデントコマンドシステム(ICS)緊急時総合調整システムの紹介. 杏林医学会雑誌, 46(4), 275-279.
- 永田高志, 五十嵐仁(2019). 医学教育における危機管理の向上及び米国の原子力災害対応を ICS から考える. 保健医療科学, 62(2), 81-88.
- 永田高志, 石井正三, 長谷川学, 寺谷俊康, 水野浩利, 深見真希, レオ・ボズナー(2017). 緊急時総合調整システム Incident Command System(ICS)基本ガイドブック. 公益社団法人日本医師会, 東京.
- 日本看護協会. 看護実践情報. 医療計画について. 2023年3月26日閲覧:
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/health_system/outline/index.html
- 日本精神神経学会災害支援委員会(2020). 精神医療における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策について var 1. 2021年9月8日閲覧: <https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20200427.pdf>
- 野田隆(1997). 災害と社会システム. 株式会社恒星社厚生閣, 東京.
- 野中郁次郎, 加護野忠男, 小松陽一, 奥村昭博, 坂下昭宣(1989). 組織現象の理論と測定. 千倉書房, 東京.
- 小原尚利(2022). 精神科病院における BCP の重要性と BCP 策定のコツ. 日本精神科病院協会雑誌, 41(12), 18-22.
- 小倉真治(2019). 組織論から見た病院経営. 株式会社へるす出版, 東京.
- 大阪府: 大阪モデル(2020). 2021年9月10日閲覧:: <https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/23711/00362734/20200505kyuumoderunogaiyou.pptx>
- 大坪檀, 北大路信郷(2008). 県庁を変えた「新公共経営」; 行政の生産性の向上を目指して. 株式会社 時事通信社, 東京.
- 大山慶介(2022). 医療機関における BCP 策定について. 日本精神科病院協会雑誌, 41(12), 11-17.
- Plumb, J. Travaglia, J. Nugus, P. & Braithwaite, J. (2011). Professional conceptualisation and accomplishment of patient safety in mental healthcare:

- an ethnographic approach. BMC Health Services Research, 11: 100, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-100>
- Quarantelli, E. L. & Dynes, R. R. (1976). Organization Communications and Decision Making in Crises. Department of Sociology Disaster Research Center The Ohio State University, Columbus. <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA026984.pdf>
- Quarantelli, E. L. & Dynes, R. R.(1977a). Response to Social Crisis and Disaster. Disaster Research Center, Department of Sociology, Ohio State University, 23-45, [http://sntbberry.cityofsanteca.gov/sites/FanitaRanch/Public/Remainder%20of%20the%20Record/\(2\)%20Reference%20Documents%20from%20EIR%20&%20Technical%20Reports/Tab%20033%20-%201977%20Quarantelli,%20E.L.%20and%20Dynes,%20R.R.%20-%20Response%20to%20Social%20Crisis%20and%20Disaster.pdf](http://sntbberry.cityofsanteca.gov/sites/FanitaRanch/Public/Remainder%20of%20the%20Record/(2)%20Reference%20Documents%20from%20EIR%20&%20Technical%20Reports/Tab%20033%20-%201977%20Quarantelli,%20E.L.%20and%20Dynes,%20R.R.%20-%20Response%20to%20Social%20Crisis%20and%20Disaster.pdf)
- Quarantelli, E. L. & Dynes, R. R.(1977b). Different Types of Organizations in Disaster Responses and Their Operational Problems. University of Delaware Disaster Research Center, Preliminary Paper, <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://udspace.udel.edu/server/api/core/bitstreams/840940dd-5be4-41ad-8864-2e45c65c72b1/content>
- Quarantelli, E. L. (1985). Organizational Behavior in Disasters and Implications for Disaster Planning. The Disaster Research Center Report Series 18, <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA225919.pdf>
- Quarantelli, E. L. (1997). Research Based Criteria for Evaluating Disaster Planning and Managing. University of Delaware Disaster Research Center, Preliminary Paper 247, <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://udspace.udel.edu/server/api/core/bitstreams/ee496a9e-cdb3-4c98-8a27-6a578d32d517/content>
- 災害対策基本法(1961). e-GOV 法令検索. 2022 年改正, 第三条国の責務. 2022

- 年 12 月 4 日 閲 覧 : <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=336AC0000000223>
- 佐々木淳行(1970). 危機管理のノウハウ. PHP 文庫, 京都.
- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(2022 年改正), e-GOV 法令検索.
2022 年 8 月 21 日 閲 覧 : <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=325AC0100000123>
- 関口秀文(2022). 「院内 DPAT」を活用した BCP の検討 ; 災害に強い人材育成が災害に強い精神科を作る. 日本精神科病院協会, 41(12), 42-47.
- 重野亜久里 他(2017). 厚生労働省, 医療通訳. 一般財団法人日本医療教育財団, 東京. 2023 年 1 月 4 日 閲 覧 : <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000385184.Pdf>
- 朱庸善, 長澤泰, 笈淳夫(2002). 精神科患者のパーソナルスペースに関する研究-行動と属性の分析を通じて-, 人間環境学会誌, 13, pp48.
- 朱庸善, 長澤泰, 笈淳夫(2005). 精神科患者のパーソナルスペースに関する研究-対面距離からみた患者属性と施設環境の分析-, 人間環境学会誌, 17, 47.
- 新村出 編(2018), 広辞苑 第七版. 岩波書店, 東京.
- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(2003). e-GOV 法令検索. 2022 年 8 月 21 日 閲 覧: https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=415AC0000000110_20191214_501AC0000000037
- 鈴木知(2014). 想定外問題について. 水利科学, 335, 108-128.
- Swiss, J. E. (1991). Public management System; Monitoring and Managing Government Performance / 柿崎平(2001)訳. 行政機関のマネジメントシステム; 成果志向の行政経営モデルを構築する. 株式会社ピアソン・エデュケーション, 東京.
- Thome, J. Coogan, A. Fischer, M. Tucha, O. & Faltraco, F. (2020). Challenges for Mental Health Services During the 2020 Covid-19 Outbreak in Germany. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 74(7). 407.
- 高橋晶(2022). 局所・広域の自然災害に対する精神医療保健福祉支援体制の現状と展望. 精神神経学雑誌, 124(3), 176-183.

- 高橋克紀(2014). ストリートレベル官僚制論の見直し(野嶋一郎教授退職記念論文集). 姫路独協大学紀要(姫路法学), 55, 33-55
- 田中裕, 山本保博監修(2007). 阪神・淡路大震災, 阪神・淡路大震災の患者実態. 荘道社, 東京, 319-323.
- 谷聡子(2022). 南海トラフ巨大地震を想定した BCP 策定. 日本精神科病院協会雑誌, 41(12), 60-65.
- 田尾雅夫(1995). ヒューマン・サービスの組織; 医療・保健・福祉における経営管理. 株式会社法律文化社, 京都.
- 田尾雅夫 編著(2012). やわらかアカデミズム・〈よくわかる〉シリーズ よくわかる組織論, ミネルヴァ書房, 京都
- Turk, M. Landes, S. Formica, M. & Goss, K. (2020). Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends: Trinetx analysis. *Disabil Health J*, 13(3), 1-4.
- 打川和夫(2012). 図解入門ビジネス ISO22301 事業継続管理がよ〜くわかる本. 株式会社秀和システム, 東京.
- 上野徳美(2002). 説得的コミュニケーションにおける予告の効果に関する研究. *実験社会心理学研究*, 22(2), 157-166.
- Web 医事新報(2016). DPAT の活動や被災精神科病院の現状が報告-熊本地震で緊急企画[第 112 回日本精神神経学会学術総会]. 2022 年 8 月 20 日閲覧: <https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=3013>
- Wu, Z. & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239-1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
- 山岸暁美(2022). 地域 BCP のススメ; 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), 34-41.
- 山口博幸, 岩部新治(1987). 情報プロセッシング・パラダイムの経験妥当性の一検証; 四国地方の機械工業を対象とした実証研究, 香川大学経済論, 60(1), 170-171.
- 山倉健嗣(1993). 組織間関係-企業間ネットワークの変革にむけて-. 株式会

社有斐閣，東京．

矢野貴恵，岩佐由美，白井文恵(2021). COVID-19 対策としての自粛生活による生活要援護者への影響-定着している新しい生活様式-. 日本健康医学会誌, 30(2), 187-195.

矢野貴恵，西上あゆみ，山崎達枝(2020). 大阪府下の精神科病院におけるBCP策定に関する現状. 日本災害看護学会誌, 22(12), 118.

矢野貴恵，白井文恵(2022). 2020年新型コロナウイルス感染症への精神科病院の感染対策. 日本健康医学会誌, 31(3), 359-368

吉富製薬(2022). e-ラポール，精神科に関する制度・法律，医療法・各種調査データから見た精神科病院の特徴. 2023年1月5日閲覧: https://medical.mt-pharma.co.jp/articles/yy-system-law/pdf/yy-system-law_01.pdf

Zhu, Y. Chen, L. Ji, H. Xi, M. & Fang, Y. (2020) : The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. Neuroscience Bulletin 36: 299–302.

謝辞

本論文は、著者が奈良女子大学大学院人間文化総合科学研究科博士後期課程社会生活環境学専攻に在学中（平成 31 年度から 令和 4 年度）に、奈良女子大学大学院生活環境科学系生活文化学領域 野田隆教授，安藤香織准教授，大塚浩准教授のご指導の下で取り組んできた研究成果を取りまとめたものです。終始，丁寧なご指導およびご鞭撻を賜りました先生方には，この場をお借りして心から感謝申し上げます。また，公益社団法人日本精神科病院協会 会長 山崎學先生，副会長 森隆夫先生，あいせい紀年病院院長 木村勝智先生には，精神科病院に関する貴重なご助言を賜りまして，厚くお礼申しあげます。

私が，本学で研究するきっかけとなりましたのは，2011 年 3 月 11 日の東日本大震災で被災した国立病院機構仙台医療センターの後方支援として派遣された経験の中で，福島原発 20km 圏内から搬送された精神科病院の患者様との出会いからでした。搬送は 3 月 19 日～25 日の間でしたが，被災後 1 週間以上も支援のない精神科病院の中で残された数名の看護成員と数十名の患者とで夜間は電気もない状態で過ごしていたと話されていました。精神科病院の災害に対する備えは，どうなっていたのかを考えずにはいられませんでした。その後の数年間は，自分なりに研究や調査を試みしました。その結果，精神科病院の BCP について考えるに至りましたが，精神科病院を対象とした研究データの蓄積が非常に少ないことが分かりました。また，BCP の基になっている組織論を用いて一般病院との違いを明確にするためには，災害社会学および組織論に関する実践的研究者の下で研究する必要があると考えました。そこで，以前から災害と社会システムについて研究されていた野田教授に師事することとなりました。コロナ禍のため，通常のゼミ形式にならないこともありましたが，オンラインなどを活用して様々な視点から意見交換をする機会をいただきました。自分の限界と向き合う機会にもなりましたし，全国の精神科病院にアンケートのお願いをした際には，あいせい紀年病院院長 木村勝智先生からお声をかけて頂き，精神科病院の先生方の貴重なご意見を伺う機会を得ることができ

ました。

精神科病院の医療従事者の一人として、今後も時代や環境の変化に適応する精神科病院 BCP のブラッシュアップに努めていきますので、今後ともご指導ご鞭撻のほどお願い申し上げます。

最後になりますが、奈良女子大学大学院での研究活動に際し、陰日向になりながら支えてくれました家族に心から感謝します。

付録 1

大阪府下の精神科病院での COVID-19 感染予防対策 調査用紙

付録 2

大阪府下精神科における施設防災に関する勉強会 調査用紙

付録 3

精神科病院事業継続計画（BCP）に関する調査 Google form Web 調査用紙

付録 4

精神科病院 BCP ガイドライン

大阪府下の精神科病院での COVID-19 感染予防対策調査用紙

研究説明書を読んで、この研究への参加とデータ使用に同意します。()

※ 同意していただける場合は、上記 () 内にチェックをお願いします。

付録 1

以下の質問に対して、今回の COVID-19 対策についてご記入ください。

1. 感染源の排除について、あてはまる項目に○をつけ、自由にご記入ください。

1) 病棟・外来の患者や医療従事者が手に触れる場所（手すり・ドアノブなど）は、毎日アルコール消毒薬や他の消毒薬を使用して清掃している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

①使用されている消毒薬は何ですか (自由記載欄)

②消毒の頻度は1日何回ですか () 回/日

2) 体液や汚物の付着したティッシュや衣料品等は、ビニール袋で密閉し感染性廃棄物で処理する。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

3) 空気の循環ができる空調装置があり、24時間換気している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

4) 空調装置を稼働していても窓は可能な限り開放している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

5) 窓以外に、病棟非常口なども定期的に開放している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

上記で「非常にあてはまる」「大体にあてはまる」と答えられた方にお伺いします。

①非常口などの開放頻度は、1時間に何回程度ですか () 回/時間

②1回の開放時間は何分程度ですか () 分/回

③開放された非常口等には何名の人員を配置していますか () 人

6) 他に工夫されていることがあれば自由にご記入ください。

2. 感染経路の遮断について、あてはまる項目に○をつけ、自由にご記入ください。

1) 医療従事者には、勤務中のマスクの着用は義務付けている。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

《裏面もあります》

付録 1

2) 医療従事者は、自宅から病院まで着用してきたマスクを病院施設に入る時点で外し、病棟へは新しいマスクを着用して入るように指導している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

①医療従事者用マスクは、定期的に配布している。

はい いいえ

3) 患者には、毎日マスクを着用するよう指導している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

患者がマスクを着用するために工夫されていることがあれば、自由にお書きください。

()

4) 医療従事者には、勤務中に携帯用手指消毒用アルコールを一人1本持たせて処置ごとに消毒するよう指導している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

5) 患者には、食事や飲水前は必ず石鹸・流水による手洗いか、アルコールを噴霧して手指消毒している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

6) 医療従事者には、プライベートでの不要不急の外出を自粛するよう指導している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

7) 医療従事者は、仕事以外のプライベートで何処に行ったかを記録して報告してもらっている。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

8) 外出・外泊許可のある患者の外出や外泊を制限している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

9) 家族の面会を制限している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

10) 新規入院患者は、入院後は一定期間個室で病状の経過を観察している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

①現在、新規入院患者は受けていない

はい いいえ

②病状観察のための隔離期間は何日ですか () 日間

付録 1

11) 初診の外来患者は、体温測定や手指消毒、ソーシャルディスタンスを確保できるような規制をしている。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

12) 患者の食事は、次のうちどこで食べてもらっていますか。

- ①デイルーム又は食堂 ②病室 ③その他 ()

13) 食事の際の工夫を下記にお書きください。

①デイルーム又は食堂

()

②病室

()

14) 集団行動になりがちな下記の状況では、三密をさけるためにどのような工夫をされていますか。

①入浴

()

②作業療法

()

15) 他に工夫されていることがあれば自由にご記入ください。

()

3. 宿主の抵抗力向上について、あてはまる項目に○をつけ、自由にご記入ください。

1) 患者の睡眠時間が十分に確保できるように、就寝時間や起床時間を変更している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

2) 患者の栄養が十分に取れるように、通常の食事にカロリー付加や栄養付加をしている。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

3) ラジオ体操などの運動する時間を増やしている。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄 ()
--------------	--------------	----------------	-----------------	--------------

《裏面もあります》

付録 1

4) 個別の病棟 OT の時間を増やしている。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄
()				

5) 患者の体温測定は、1日 () 回実施している。

6) 医療従事者の体温測定は、1日 () 回実施するように指導している。

7) 宿主の抵抗力向上について、他に工夫されていることがあれば自由にご記入ください。

()

4. 以下の質問のあてはまる項目に○をつけ、自由にご記入ください。

1) 平時より感染症対策にフェーズを使用し、今回もフェーズで対応している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄
()				

2) COVID-19 の感染対策に関する医療従事者教育を急遽実施した。() 月

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄
()				

3) 貴院で最初に対処したことは何ですか。また、それはいつですか。

()

4) 緊急事態宣言後に、ストレス障害を主訴とする外来患者は増加している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄
()				

5) 患者やスタッフの心理的支援は、実施している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄
()				

6) COVID-19 への対処として、入院中の患者の退院を促進している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄
()				

7) 発熱患者用の病棟または個室の観察室を院内に準備している。

非常に あてはまる	大体に あてはまる	あまり あてはまらない	まったく あてはまらない	自由記載欄
()				

① 病棟を準備 () 床

② 個室を準備 () 床

2019 年 4 月 16 日

大阪府下精神科における施設防災に関する勉強会 調査票

本日は、ご出席いただきまして誠にありがとうございました。

研究説明書をお読みいただきました上で、調査票へのご記入にご協力ください。結果は、今後の勉強会運営の参考にさせていただきます、看護系の学会等で発表の予定をおります。

研究への参加、データ使用をご承諾いただける方は下記の研究同意書にチェックをお願いいたします。

研究に同意し、備え尺度用紙・調査用紙を提出いたします。()

項目ごとに該当する番号に○、または () 内への記入をお願いいたします。

◆勉強会への参加回数について 第 () 回目

◆現段階での自施設の BCP 策定状況 約 () %完成

1. 基本情報

年齢：1. 20 歳代 2. 30 歳代 3. 40 歳代 4. 50 歳代 5. 60 歳以上

性別：1. 女性 2. 男性

職種：1. 看護職 2. 他職種 ()

役割：1. 防災担当 2. その他 ()

本勉強会への参加の動機

1. 興味があった。

2. 看護管理者から勧められたから。

3. その他 ()

2. 貴院の所在地域についてあてはまる番号に○をしてください。

1.北摂地区 2.大阪市 3.北河内地区 4.中河内地区 5.南河内地区 6.泉北地区 7.泉南地区

3. 貴病院の病院機能についてあてはまる番号に○をしてください。

1. 精神科単科 2. 総合病院 (大学病院含) の精神科

4. 貴病院が次の病棟をお持ちの場合はあてはまる番号に○をしてください。(複数回答可)

1. 一般病棟 2. 療養病棟 3. 超急性期病棟 (3 か月) 4. 医療観察法病棟

5. その他 ()

5. 勉強会の内容について

1) 講義「 () 」について

1. とても悪かった 2. 悪かった 3. 良かった 4. とても良かった

2) 講義「 () 」について

1. とても悪かった 2. 悪かった 3. 良かった 4. とても良かった

3) グループワークについて

1. とても悪かった 2. 悪かった 3. 良かった 4. とても良かった

6. 本日の内容で、自施設において活用できそうな内容がございましたら、具体的にご教示ください。

()

7. BCP や防災計画を策定するに当たり以下の設備の中で、現段階では準備がまだのものに○をしてください。（複数回答可）

- ・ 職員の参集基準
 - ・ 緊急連絡体制（SNS、Line など）
 - ・ 患者用の飲料水の備蓄
 - ・ 患者用の食料の備蓄
 - ・ 想定される被害状況
 - ・ 災害時の地域での病院の役割（対応）
 - ・ 災害対応組織
 - ・ 平時の災害研修・訓練
 - ・ 発電機
 - ・ 燃料の確保
 - ・ 雑用水の確保
 - ・ 飲料水の確保
 - ・ ガスの確保
 - ・ 医療ガスの確保
 - ・ 医薬品の備蓄
 - ・ トイレの代替
 - ・ 酸素の確保
 - ・ マスコミ対応
 - ・ 受援計画（DPAT DMAT ボランティア）
 - ・ トリアージタグ
 - ・ 災害カルテ
 - ・ 固定衛星電話
 - ・ MCA 無線（トランシーバ含）
 - ・ 自家発電装置
 - ・ 災害対應用ビブス
 - ・ ホワイトボード
 - ・ 緊急時の夜間照明
 - ・ 職員の食料、水の備蓄
 - ・ 休憩、仮眠スペース
 - ・ EMIS の整備
 - ・ エレベーターへの対応
 - ・ 緊急時診療マニュアル
 - ・ 緊急時診療継続レイアウト
 - ・ 各トリアージスペースの確保
 - ・ 外傷への対応マニュアル
 - ・ 通院患者のお薬手帳
 - ・ 病院避難の判断
 - ・ 避難場所の確保
- ※ 「確保」となっているのは、備蓄ではなく災害時に提供してもらえる他機関との連携です。

上記にチェックされた理由をご自由にお書きください。

8. その他（ご意見や、今後の勉強会に対する要望など自由にお書きください）

ご協力をありがとうございました。お帰りの際に回収箱へお入れください。

付録 3

精神科病院事業継続計画（BCP）に関する調査（Google Form Web 調査）

災害の多いわが国では、医療機関での BCP 策定が求められています。精神科病院での BCP 策定状況に関する調査やその結果について、2021 年 10 月現在で公開されているデータはありません。私は、精神科病院の BCP は精神科病院の特性に応じた個別的なものでなければ運用できないと考えており、これをテーマに奈良女子大学大学院博士後期課程で研究を行っております。実際の精神科病院における BCP の現状を把握するために、アンケートにご協力いただけますようお願い申し上げます。アンケート結果は、個人情報削除し、回答された病院が特定できないようにデータ処理いたします。またデータを使用して、関連学会等での発表を予定しております。本アンケートは無記名のため、回答の入力により研究への同意があったとさせていただきます。途中での中断もできます。それにより不利益を被ることはございません。ご協力のほど、お願い申し上げます。

奈良女子大学大学院 博士後期課程 矢野貴恵

*必須

質問 1：貴病院の災害時の事業継続計画（BCP）の策定について伺います。

1 つだけマークしてください。

- 策定済み
- 策定の途中
- 策定していない

質問 2：質問 1 で「策定済み」と回答された方は、策定年を下記にご記入ください。（例 1998 年）

質問 3：質問 1 で「策定の途中」と回答された方は、完成の見込みを下記にご記入ください。（例 未定または 2022 年頃）

質問 4：「策定済み」「策定の途中」と回答された方は、現段階で BCP に書かれている項目にチェックしてください。（複数回答可）

当てはまるものをすべて選択してください。

- 適用範囲
- 基本方針
- 実施体制の構築
- 事業中断による影響度
- 重要業務
- 目標復旧時間・目標復旧レベル
- 業務継続に必要な重要要素
- 事業継続のために最も時間がかかりそうな要素
- リスク（incident）の洗い出し
- 必要な資源の種類と調達先
- インフラの被害想定
- ライフラインの被害想定
- 組織の中核機能の確保

付録 3

- 情報システムの維持
- 資金確保
- 法規制への対処
- 関係機関との調整（市町村・都道府県・警察・消防・職能団体・他病院など）
- 避難場所
- 事前対策・教育・訓練
- 見直し・改善の計画
- その他: _____

質問 5：地域防災計画に基づいた病院防災計画について

1 つだけマークしてください。

- 策定済み
- 策定の途中
- 策定していない

質問 6：質問 5 で「策定済み」「策定の途中」と回答された方は、現段階で病院防災計画に書かれている項目にチェックしてください。

当てはまるものをすべて選択してください。

- 目的
- 方針
- 想定される災害の種類
- 災害の予防対策
- すべての災害への共通対応
- 危機（crisis）対応の医療救護計画
- 災害の復旧・復興
- 防災教育・訓練
- 市町村の防災計画との連動
- その他: _____

質問 7：貴病院は、過去 20 年間で被災した経験はありますか。

1 つだけマークしてください。

- ある
- ない

質問 8：質問 7 で被災経験が「ある」と回答された方は、該当する災害の種類をチェックしてください。

当てはまるものをすべて選択してください。

- 暴風
- 竜巻
- 豪雨
- 豪雪
- 洪水
- がけ崩れ

付録 3

- 土石流
- 高潮
- 地震
- 津波
- 噴火
- 地すべり
- 大規模な火事
- 爆発
- 感染症
- その他: _____

質問 9：質問 7 で被災経験が「ある」と回答された方は、被災した年を下記にご記入ください。(例 地震 2000 年)

質問 10：質問 7 で被災経験が「ある」と回答された方は、災害時の患者への対応で法律（精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、災害救助法など）の解釈や運用が難しく困難を感じた法律があれば、どのような内容か自由にお書きください。

質問 11：質問 7 で被災経験が「ある」と回答された方は、過去の被災経験は今の病院のシステムにどのような影響を残しましたか。自由にお書きください。(例 マニュアルの整備など)

質問 12：質問 7 で被災経験が「ある」と回答された方は、被災当時 BCP は策定されていましたか。

1 つだけマークしてください。

- 策定していた
- 策定していなかった

質問 13：質問 12 で被災当時 BCP を「策定していた」と回答された方は、当時の BCP は有効に活用されましたか。

1 つだけマークしてください。

- 十分に活用できた
- 一部は活用できた
- まったく活用できなかった

質問 14：質問 13 で BCP を「活用できた」「一部は活用できた」と回答された方は、活用できた内容を下記にお書きください。

質問 15：質問 12 で BCP を「策定していた」と回答された方は、現段階で被災当時の BCP の見直しはできていますか。

1 つだけマークしてください。

- 見直した

付録3

見直しできていない

質問 16：質問 7 で被災経験が「ある」と回答された方は、被災後の対応職員を確保するための工夫をされましたか。

1 つだけマークしてください。

工夫した

工夫しなかった

その他: _____

質問 17：質問 16 で「工夫した」と回答されて方は、具体的にどのような工夫をされたのか、自由にお書きください。(例 院内の安全な場所に託児スペースを設けた など)

質問 18：質問 7 で被災した経験が「ある」と回答された方は、緊急時の患者の様子で印象に残ったことを自由にお書きください。

質問 19：普段のことについて伺います。貴病院に医薬品を納入する業者は何社ありますか。

1 つだけマークしてください。

1 社

2 社

3 社

4 社

5 社

6 社以上

質問 20：医薬品業者は、それぞれが BCP を策定していますか。

1 つだけマークしてください。

している

している業者もある

していない

わからない

質問 21：医薬品業者と緊急時の医薬品の確保について事前契約していますか。

1 つだけマークしてください。

している

していない

わからない

質問 22：診療材料を納品する業者は何社ありますか。

1 つだけマークしてください。

1 社

2 社

3 社

4 社

付録3

- 5社
- 6社以上

質問23：診療材料を納品する業者は、BCPを策定していますか。

1つだけマークしてください。

- している
- している業者もある
- していない
- わからない

質問24：緊急時の診療材料の確保について事前契約していますか。

1つだけマークしてください。

- している
- していない
- わからない

質問25：飲料水や食料品を納品する業者は何社ありますか。

1つだけマークしてください。

- 1社
- 2社
- 3社
- 4社
- 5社
- 6社以上

質問26：飲料水や食料品を納品する業者はBCPを策定していますか。

1つだけマークしてください。

- している
- している業者もある
- していない
- わからない

質問27：緊急時の飲料水や食料品の確保について事前契約していますか。

1つだけマークしてください。

- している
- していない
- わからない

質問28：常時、病院の要請によって設備の点検や修理に来る業者は何社ありますか。

1つだけマークしてください。

- 1社
- 2社
- 3社
- 4社

付録 3

- 5 社
- 6 社以上

質問 29：緊急時の設備点検や修理について事前契約していますか。

1 つだけマークしてください。

- している
- していない
- わからない

質問 30：常時、病院の要請によって閉鎖病棟の鍵の点検や修理にくる業者は何社ありますか。

1 つだけマークしてください。

- 1 社
- 2 社
- 3 社
- 4 社以上

質問 31：緊急時の閉鎖病棟の鍵の点検や修理について事前契約していますか。

1 つだけマークしてください。

- している
- していない
- わからない

質問 32：関係が絶たれてしまうと病院運営が困難になる事業所や組織があれば具体的にお書きください。

質問 33：ライフラインについて、緊急時の対策ができているものをチェックしてください。

当てはまるものをすべて選択してください。

- 電気
- 水道
- ガス
- 電話
- インターネット
- 交通路
- その他: _____

質問 34：質問 33 でチェックされた緊急時の対策について、記述可能な内容を下記にお書きください。

質問 35：貴病院の組織の特徴についてお聞きします。組織のトップのリーダーシップについて、あてはまるものを選んでください。

1 つだけマークしてください。

- 常にリーダーシップを発揮している
- 問題が起こった時には、リーダーシップを発揮する
- あまりリーダーシップは発揮されず、現場判断が優先する。
- その他: _____

付録 3

質問 36：組織の意思決定について、あてはまるものを選んでください。

1 つだけマークしてください。

- 常にトップマネジメントで意思決定される
- 病院の経営にかかわることは、トップマネジメントで意思決定される
- 常に現場の中間監督者による意思決定が優先される
- その他: _____

質問 37：指示命令系統について、あてはまるものを選んでください。

1 つだけマークしてください。

- 常に組織図通りに指示命令がトップダウンする
- 時間的猶予がある場合は、トップダウンとなる
- 緊急時は、現場レベルで指示命令系統が一元化されるが、基本的にはトップダウンである
- 緊急時は、現場レベルで指示命令系統が一元化されるが、ボトムアップ方式で現場が優先され、管理職は現場の後方支援となる。
- 常に現場優先で、指示系統はボトムアップ式である。
- その他: _____

質問 38：緊急時の情報交換や情報発信についてお聞きします。緊急時の院内での連絡方法は確立されていますか。

1 つだけマークしてください。

- 確率されている
- 確立されていない
- わからない

質問 39：緊急時の外部の公的機関との連絡方法は確立されていますか。

1 つだけマークしてください。

- 確率されている
- 確立されていない
- わからない

質問 40：緊急時の患者家族との連絡方法は確立されていますか。

1 つだけマークしてください。

- 確率されている
- 確立されていない
- わからない

質問 41：被災地から避難患者受け入れのご経験がある方にお伺いします。受け入れの難しかった状況や事例がありましたらご教示ください。

質問 42：受け入れた避難患者で、避難前の病院に戻られた方はありますか。

1 つだけマークしてください。

- ある
- ない

付録 3

質問 43：緊急時対応で、入院中の患者にとってほしい行動がありましたら、自由にお書きください。

質問 44：貴病院では、入院患者に対して災害教育や減災の対策に取り組まれていますか。

1 つだけマークしてください。

- 取り組んでいる
- 取り組んでいない

質問 45：質問 44 で「取り組んでいる」と回答された方は、具体的にどのようなことに取り組まれているのか自由にお書きください。

質問 46：精神科病院 BCP 策定の困難度についてお答えください。

当てはまるものをすべて選択してください。

項目	非常に そう思う	やや そう思う	あまりそう 思わない	まったくそう 思わない
一般病院向けの BCP マニュアルは使えない				
BCP は病院全体ではなく、特定の部門だけで取り組んでいる				
医師の協力が得られない				
何をしてもよいかわからない				
患者参加型の防災訓練はできない				
事務部門の協力が得られない				
看護部門の協力が得られない				
パラメディカル部門の協力が得られない				
緊急時の災害対応と BCP の違いがわからない				
自分の病院の事業内容がわからない				
自分の病院の特徴がわからない				
何を想定して BCP を策定すればよいかわからない				
PDCA サイクルがわからない				
MAO や MBCO、RTO などの言葉がわからない				

質問 47：質問 46 以外で、BCP の策定を困難にしている要因があれば、自由にお書きください。

質問 48：基本情報についてお聞きします。病院所在地区はどこですか。

1 つだけマークしてください。

- 北海道地区
- 東北地区
- 関東・甲信地区
- 北陸地区
- 東海地区
- 近畿地区
- 中国地区

付録 3

- 四国地区
- 九州地区
- 沖縄地区

質問 49：貴病院の設置主体

1 つだけマークしてください。

- 国・公立
- 公的立（日赤・済生会など）
- 民間立
- その他：_____

質問 50：病院類型

1 つだけマークしてください。

- 精神科単科の病院
- 総合病院の中の精神科病棟
- その他：_____

質問 51：総病床数（例 189 床）

質問 52：標榜している診療科目数（例 7 診療科目）

質問 53：全病棟数と閉鎖病棟数（例 全 4 病棟、閉鎖病棟 3）

質問 54：病院内の保護室の数（例 8 室）

質問 55：保護室以外で感染症の隔離に使用できる個室の数（例 12 室）

質問 56：貴院入院中の患者が身体合併症を併発した場合の対処方法を 1 つ選んでください。

1 つだけマークしてください。

- 身体合併症は、すべて治療可能な一般科へ転院してもらう
- 内服や点滴などの簡単な内科的治療のみであれば自院で治療する
- 外科的治療であっても自院で治療する
- 化学療法を含む高度医療も自院で行なう

【お願い】被災経験のある病院の方に被災時の状況についてインタビューをお願いしたいと考えております。**Zoom**でのインタビューとなりますが、インタビューを受けてもよい方は、下記に連絡先のメールアドレスとご担当者名をご記入ください。謝礼は、**1000 円**のクオカードとなります。

【アンケート結果について】結果のフィードバックが必要な方につきましては、ご担当者名と連絡先のご住所またはメールアドレスを下記にご記入ください。紙媒体での郵送または、**PDF**でのメール配信で送らせていただきます。

以上です。ご協力をありがとうございました。

精神科病院事業継続計画（BCP） 作成ガイドライン

2023 年

奈良女子大学大学院 人間文化研究科

博士後期課程 社会生活環境学専攻

矢 野 貴 恵

目 次

1. はじめに	1
2. BCP 作成ガイドラインについて	1
I 基本方針	3
II BCP の体制	4
III 組織の特徴（構造・環境・資源・ネットワーク）	4
IV 組織への影響度分析（BIA）とリスク分析、重要・優先業務の洗い出し	7
V BCP 戦略（ICS・IAP・AC）・対策	11
VI 計画の策定と文書化	12
VII 訓練・教育	12
VIII 評価・改善	13
IX BCP チェックリスト	14

1. はじめに

精神科病院においては、対象となる患者様の治療が一般病院の身体疾患の治療と比較して時間がかかります。また、精神に障がいをもつ患者様やその家族様にとっては、疾病の診断・治療や安全な療養環境を確保することが、疾病のコントロールや社会復帰に向けて欠かせないものになります。日本に居住する限り、自然災害と共存する生活は変えられませんし、COVID-19や放射線などの問題も無視できません。そのような環境下で、災害発生時には適切な対応を行ない、精神科病院での診療や療養環境を維持・継続できる体制作りが今求められています。

このガイドラインの目的は、精神科病院がそれぞれの組織の特徴を活かして病院の事業が継続できるように事業継続計画書（BCP）を作成することです。様々な災害を想定しながら、事前の準備や発生時の対応ができるBCPを策定するためのガイドラインとしてご活用ください。

2. BCP作成ガイドラインについて

1) 対象

主に、精神科病院でのBCP作成を前提としていますが、慢性期疾患の療養を中心とした病院、施設様でも活用できると考えています。

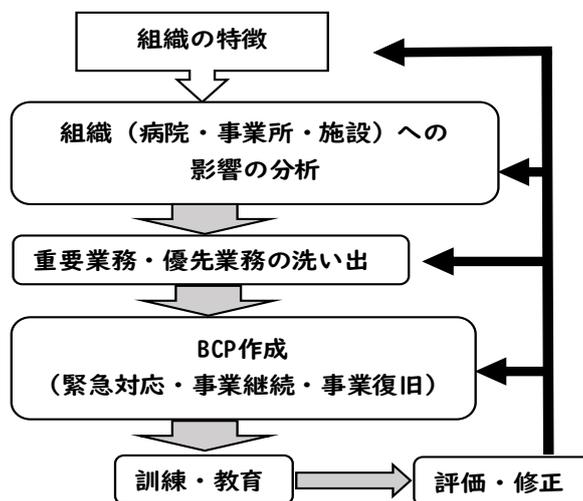


図 1 BCP 作成の流れ

このガイドラインは、特定の自然災害を想定しているわけではありません。日常業務が継続できなくなる業務面を想定していますので、自然災害の発生が想定される地域では、それぞれの災害に応じたハザードマップや自治体の被害想定などを参考に、項目を追加してください。

2) 事業継続の必要性

BCP について、内閣府の「事業継続ガイドライン—あらゆる危機的事象を乗り越えるための戦略と対応—（令和5年3月）」からの抜粋です。

「大地震等の自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、サプライチェーン（供給網）の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のことを事業継続計画（Business Continuity Plan、BCP）と呼ぶ。」と説明しています。皆さんの病院の事業を継続することが目的です。

また、「BCM の内容は、自社の事業内容、規模等に応じて経営者がその範囲を判断してよい。また、多額の出費を伴わなくても一定の対応は可能であるため、資金力や人的な余裕がない企業・組織も含め、全ての企業・組織に導入が望まれる。社会・経済全体の期待が高いことを踏まえ、初めから完璧なものを目指して着手に躊躇するのではなく、できることから取組を開始し、その後の継続的改善により徐々に事業継続能力を向上させていくことを強く推奨する。」としています。

どうぞ、簡単な計画から始めて行けば良いという気楽さで始めてください。

3) 構成

以下の構成で作成していきます。

I 基本方針

II BCP の体制

III 組織の特徴（構造・環境・資源・ネットワーク）

IV 組織への影響度分析（6項目）とリスク分析

V 緊急時に継続すべき重要・優先業務の洗い出し

VI BCP 戦略（ICS・IAP・AC）・対策

①緊急時対応

※災害や状況に応じて必要な項目を追加してください。

②事業継続・復旧

③平常時の対応

VII 計画の策定と文書化

VIII 訓練・教育

VIII 評価・改善

X チェックリスト

I 基本方針

1. はじめに

BCP の冒頭では、当該の精神科病院にとって何故 BCP が必要なのか、組織の理念や目標に合わせて考えた内容を記載する。

例)「(実際のこれまでの経験したインシデントによる影響を示して) 2018 年の地震災害だけではなく、COVID-19 という災害規模の感染症のパンデミックを経験することにもなった。…….のために…….のような事業を継続することが当院の社会的役割 (理念や目標でもよい) であると考えているため、事業継続のために組織全体として取り組んでいく。
理事長 (病院長)」

2. 適応範囲

診療や療養生活の維持・継続という事業を阻害する要因、つまり「どのような状態になれば BCP を使用するのか」について説明する。下記の例では、災害の種類を問わないが、頻繁に自然災害の脅威にさらされるとか、津波や放射線問題など待ったなしの災害が想定される場合は、適宜追加されたい。

また、精神科病院の本来の目的「精神に障害のある人への診療」に限定することも重要なことである。

例)

【適応範囲】

〇〇病院における基本方針 (適応範囲)

以下の〇つの視点を基本方針とする。

- 1) 患者の生命、安全、治療と療養生活の維持・継続という視点での事業継続の方向性や原則について設定
- 2) 患者の家族や職員への対応継続の方向性や原則について設定
- 3) 保健所や都道府県関係部門、警察、消防、日本精神病院協会などとのネットワーク連携や対応に関する方向性や原則について設定
- 4) 外来や入院の診療、入院患者の療養生活が維持困難な状況になれば発動する。

以下の状況により、病院全体が影響を受けた場合。

- (1) ライフライン (電気・水道) の寸断
- (2) ガスの停止
- (3) 建物の損壊・倒壊の危険性
- (4) 通信手段・IT システムの停止
- (5) 感染症のアウトブレイクやパンデミック

(6)道路・交通機関などの交通経路の途絶

※ 組織の予備力に合わせて、ここまでに限定してもよい。

5)組織に予備力があり可能であれば地域ニーズへの対応に関する方向性や原則について設定

発動基準は、自動発動と災害対策本部からの発動の告知によるものがある。部分的な状況については、現場での情報収集の後で決定する。

II BCP の体制

1. BCP 実務体制

(1) 平常時の BCP 組織（委員会）：組織図（例）

平常時の BCP 委員会（仮）の組織図などを示しておくことで、実務体制を示すこと

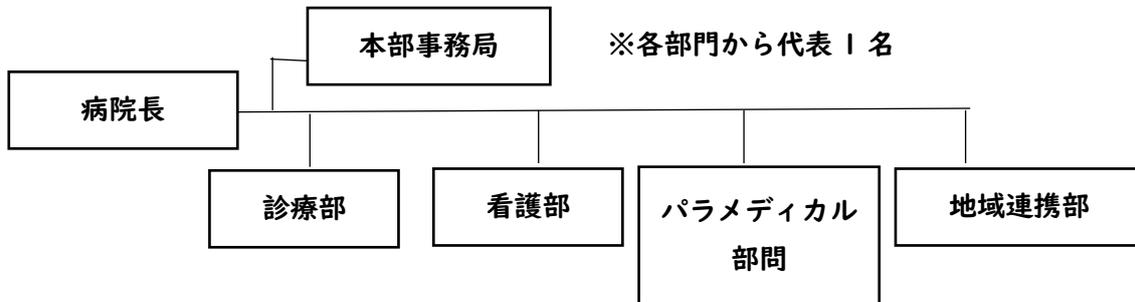


図 2 BCP 組織図

になります。BCP 委員会は BCP の準備から計画，実行，評価，修正などのすべてのプロセスに関わることになるかと理解する。これは責任を負うということではなく、慣れた人が調整（マネジメント）をするため。

最初は、形だけでも各部署から 1 名ずつ入ってもらう。

III 組織の特徴（構造・環境・資源・ネットワーク）

以下の項目についてチェックする。

1) 構造

- 常にリーダー（理事長・病院長）の意思決定によるトップダウンとなる。
⇒ 階層式の ICS での体制作り
- 常に現場での判断が優先されて、現場での意思決定が尊重されて、ボトムアップによる共有となる。
⇒ 現場への権限委譲と現場裁量性によるネットワークガバナンスによる ICS での体制作り
- トップダウンのときも、ボトムアップの時もある。
⇒部門毎に分類し、部門毎に上記の ICS をあてる。

- 例) 看護部 トップダウン ボトムアップ
 総務部 トップダウン ボトムアップ
 作業療法部 トップダウン ボトムアップ など

2) 環境

一般環境（関係法規）

- 医療観察法
 感染症法
 ※ 該当する部門は、個別の BCP を検討する。

タスク環境

- 開放病棟があり、患者の自立度は高い。
 対応可能な最低職員数 _____ 人
 スーパー救急それに準ずる救急病棟がある。
 対応に必要な最低職員数 _____ 人
 療養病棟で、寝たきりの患者が半数以上を占める。
 安全な対応に必要な希望職員数 _____ 人
 ※ 人的資源を移動させる。

3) 資源

ヒト

- 全体の勤務者数 _____ 人
 職員不在の部署：○病棟・△病棟・▲病棟・薬剤部・栄養科・総務課・
 作業療法課・地域連携部門・受付・外来・その他 _____
 非常時参集者 あり _____ 人
 なし

モノ

- くすりの確保：補充予定日 / , 時間 : , 担当者 ()
 食事の確保：準備担当者 (), 準備予定時間 : ,
 おやつ確保：準備担当者 (), 準備予定時間 : ,
 パーソナルスペースの確保： 部屋
 デイルーム
 体育館
 その他 _____
 飲料水：備蓄 なし, あり, 量 ()
 水道：貯留水 なし, あり, 量 ()

IV 組織への影響度分析（BIA）とリスク分析、重要・優先業務の洗い出し

以下の視点について、関係する職種で WG を作り「発生すると考えられる現象」の洗い出しを行なう。

表1 事業影響度分析（BIA）

影響度評価の視点	原因の場所	発生状態	発生すると考えられる現象	優先順位
1.患者への影響，入院療養環境や外来診療の維持				
・				
・				
・				
・				
・				

影響度評価の視点	原因の場所	発生状態	発生すると考えられる現象	優先順位
2.従業員への影響と雇用の継続				
・				
・				
・				
・				
・				

影響度評価の視点	原因の場所	発生状態	発生すると考えられる現象	優先順位
3.売上への影響と維持				
・				
・				
・				
・				
・				

影響度評価の視点	原因の場所	発生状態	発生すると考えられる現象	優先順位
4.病院としての役割・機能の維持				
・				
・				
・				
・				
・				

影響度評価の視点	原因の場所	発生状態	発生すると考えられる現象	優先順位

5.法令, 条例, 契約への影響と維持				
・				
・				
・				
・				
・				

影響度評価の視点	原因の場所	発生状態	発生すると考えられる現象	優先順位
6.資金繰りへの影響と維持				
・				
・				
・				
・				
・				

WGで優先順位をつけて、実際の訓練等で使いながら微調整していく。

例) 1.「患者への影響、入院療養環境や外来診療の維持」

…担当：医師、看護部、薬剤・作業療法部、栄養課など

WGで洗い出した内容の優先順位にあわせて、並び替える。発生した現象は、細かくなってもよい。

次に、事業がどのくらいの時間で復旧させるか(目標復旧時間:RTO)ということ、物理的条件を踏まえて決定する。3時間以内・12時間以内・24時間以内などの時間設定は、各病院の患者の状態などを決定する。また、平常時の資源の備蓄状態やサプライヤとのネットワークからどの水準まで復旧させるのか(目標復旧レベル:RLO)も決定する。

例)「窓ガラスの損壊には、取りあえず雨・風をしのぐために、ビニールやブルーシートで窓を覆う」となる。

表 2 目標復旧時間：RTO と目標復旧レベル：RLO 設定

優先順位	発生した現象	発災直後(3時間)	発災直後(12時間)	発災直後(24時間)	発災直後(48時間)	72時間

V BCP 戦略 (ICS・IAP・AC)・対策

BCP 戦略を大別すると、病院では院内籠城で対応するのか、院外避難して対応するのかを検討することになる。その中で緊急時対応計画、事業継続計画、事業復旧計画の3つを同時に運営することになる。すべての計画の基本形を ICS に置き換えて運用することで、職員の経験や職種にかかわらず、同じ対応が可能になる。

※災害や状況に応じて必要な項目を追加してください。

1) ネットワーク・ガバナンス ICS (Incident Command System)

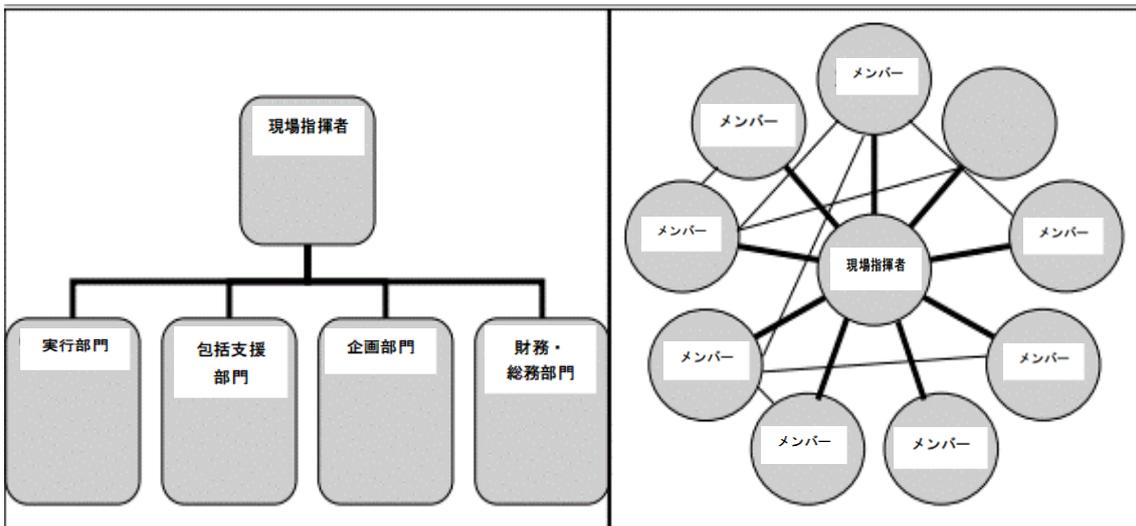


図3 Incident Command Systemの5つの主要な機能

ICSの基本形である。ICSは、現場優先のボトムアップ方式で情報を集約し、意思決定する点が特徴的である。注目するのは左の階層構造ではなく、左の図の中にある5つの機能である。ただし、連携は右図のネットワーク構造をイメージすることで、こなすべき仕事量に応じて人員配置が可能になる。危機の規模が小さければ、1~2人で5つの機能を兼務しながら対応することとなる。反対に規模が大きくなれば、各機能の仕事量が増加し、多くの人員が投入されて仕事が細分化される。1チームは5~7人で構成されることでリーダーの目が行き届くと言われている。

2) 事業継続・復旧

IAPとACは平常時に、日常業務をベースに作成する。平常時が、事業復旧レベルであり、事業継続レベルとなる。実際の災害時は、BIAを実施して、その中の項目の優先度は変更される。

3) 平常時の対応

平常時からチームアプローチで動いている精神科病院であれば、ICSの基本形は理解しやすいと考えられるので、以下の内容について、準備する。

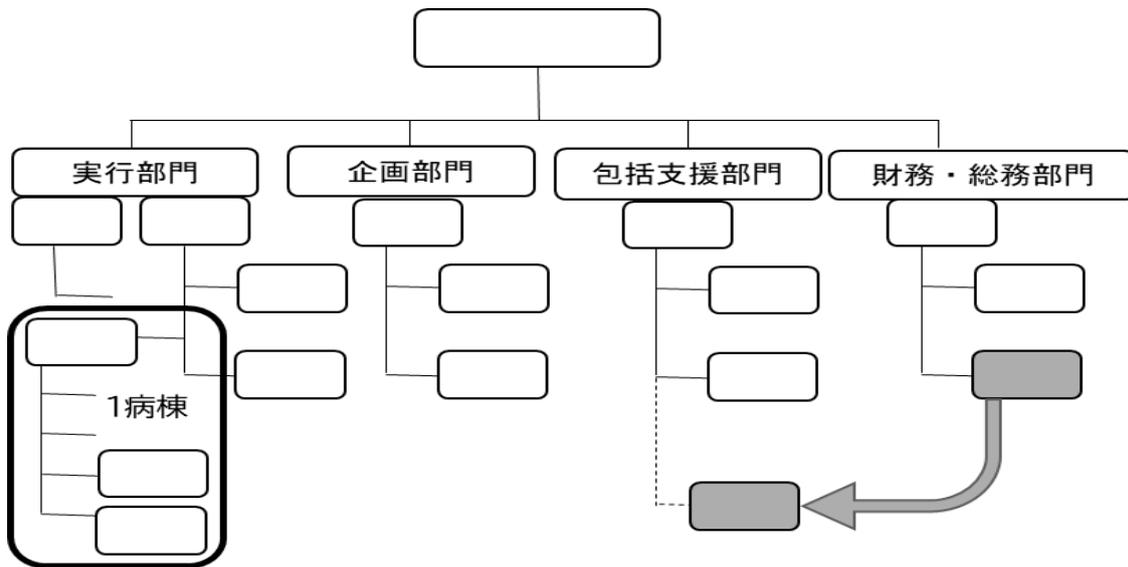


図 4 実際に使用する ICS 基本形

※ 白抜きに担当者氏名を入れていく。部門の状況によって、ヒト（資源）は移動することもある。その為に、部門内では、平常時の部署が作成した部署内の Incident Action Plan (IAP) を基にして、行動レベルの Action Card (AC) を用いて緊急時対応する。

- ・ 組織への影響度分析（BIA）とリスク分析、重要・優先業務の洗い出し
- ・ IAP と AC の作成
- ・ ネットワークの所在と担当者の明確化
- ・ サプライヤ各種の連絡先と担当者、緊急時の資源の供給に関する事前契約の確認
- ・ 建物の安全点検

VI 計画の策定と文書化

以下の内容をも含めて BCP とする。

- ・ ICS をベースとした緊急時対応システムの文書化
- ・ 組織への影響度分析（BIA）とリスク分析の一覧表
- ・ 重要、優先業務の一覧表
- ・ 部署毎の IAP と AC の作成と文書化
- ・ ネットワークの一覧表
- ・ サプライヤの一覧表

VII 訓練・教育

以下の内容で訓練を実施する。

職員・感染フェーズ対策

- ・部門毎の図上訓練
- ・部門毎のBCP実戦訓練
- ・病院全体の避難訓練

患者

- ・SST や作業療法場面で災害時を想定して、困った時のコミュニケーションをトレーニングする。
- ・感染症対応訓練
- ・病院全体の避難訓練

VIII 評価・改善

上記の訓練を実施し、計画の内容を修正する。

図 5 ICS での情報と権限の委譲

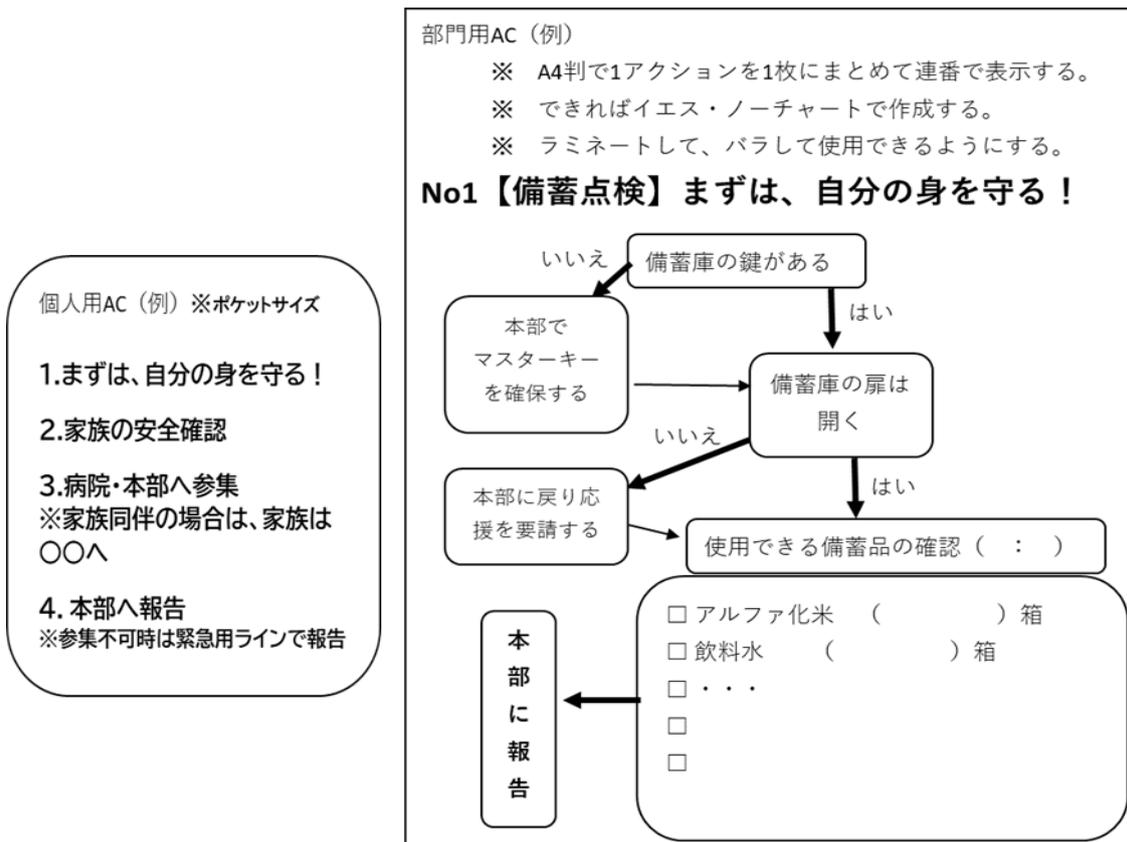


図 5 AC (個人用・部門用) の一例

IX BCP チェックリスト

1. 基本方針

- 病院における BCP の基本方針
- 適用範囲（どのような状態になれば BCP を使用するのか）
診療や療養生活の維持困難な状況
- ライフライン（電気・水道）の寸断
- ガスの停止
- 建物の損壊・倒壊の危険性
- 通信手段・IT システムの停止
- 感染症のアウトブレイクやパンデミック
- 交通経路の途絶
- ステークホルダーへの対応（特に患者や職員の安全確保）
- 関係機関との連携
 - 行政・ 警察・ 消防・ 自衛隊・ 職能集団・ その他_____

2. 組織の状況

組織の特徴についてチェック

- 構造
- 環境
- 資源
 - ヒト
 - モノ
 - 情報
- 通信可能なネットワーク
- 緊急時体制
 - 組織全体の緊急時体制（ICS、BCP 自動発動など）
 - 部門内での Incident Action Plan（IAP）と Action Card（AC）
 - 組織外部の重要ネットワークとステークホルダーの確認

3. BCP 具体的計画

- 事業影響度分析（BIA）
 - 患者への影響，入院療養環境や外来診療の維持
 - 従業員への影響と雇用の継続
 - 売上への影響と維持
 - 病院としての役割・機能の維持
 - 法令，条例，契約への影響と維持
 - 資金繰りへの影響と維持

- 重要・優先事業一覧
- 重要事業の目標復旧時間（RTO）
- 目標復旧レベル（RLO）
 - 重要事業別の RTO・RLO 一覧
 - 事業復旧計画(一時的補修・継続的復旧)
- 事業継続戦略：ボトルネック事業の明確化
 - 院外退避
 - 外部ネットワークとの調整
 - 受援計画（主に移送支援）
 - 院内籠城
 - 外部ネットワークとの調整
 - 受援計画（主に病院内支援）
 - 感染症対策計画
 - 関連施設との連携（ICS の I セクションとして運用）
 - 入所施設（福祉避難所指定の場合は単独で BCP 策定する）
 - 通所施設：役割兼務により余剰人員を他のセクションに割り振る。
- 情報コントロール
 - 院外への情報発信
 - 緊急時院内コミュニケーション
 - 組織外部の重要ネットワークとの連絡方法
- 資金確保（銀行・補助金・給付金・助成金など）
- 平常時の対応
 - 感染症フェーズ対策
 - 備蓄・資源確保に関する計画
 - 消耗品のランニングストック
 - 非常時用物品
 - サプライヤとの事前契約
- 計画の文書化
 - BCP 総論
 - オペレーション計画
- 教育・訓練
 - 患者
 - 職員
- 評価・改善
 - 実践とフィードバック
 - ブラッシュアップ