令和8年度新型インフルエンザ等対策講習

感染症流行時における業務継続計画（BCP）策定

大曲　貴夫

国立健康危機管理研究機構

国立国際医療センター副院長　国際感染症センター長

はじめに

感染症のまん延時には職員の欠勤やライフライン・医療資材の不足で社会機能が低下する。

重要ポイント

1. 感染症のまん延時には、職員の罹患による欠勤が多発し、物流・医療資材不足など社会機能が低下する
2. 社会的に重大性の高い感染症の場合は、一般診療を含む病院機能に大きな影響を与えうる

BCPとは

BCPは不測の事態でも重要な事業を中断させない（早期復旧させる）ための計画。

重要ポイント

1. BCP＝Business Continuity Plan（業務継続計画）。緊急事態における企業・団体の業務継続計画
2. 目的は「医療サービスの提供継続」「患者の健康・命を守る」「職員の安全確保」の達成

なぜ事業継続計画(Business Continuity Plan: BCP)が必要か

医療機関には感染症の対応可でも、継続的な医療の提供が求められる。
患者と医療従事者の安全を守りながら事業を継続するために、BCPが必要である。

重要ポイント

1. 医療機関は感染症有事でも事業を継続する責務がある
2. 患者の安全確保が必要である
3. 職員の安全確保が必要である：感染防止対策とあわせて、職員の過重労働やメンタルヘルス対応

医療措置協定とBCPの関係

改正感染症法により、都道府県と医療機関が「医療措置協定」を締結する仕組みが導入。
協定は「何を行うか」、BCPは「いかに継続するか」を定める。

重要ポイント

1. 医療措置協定：発熱外来・自宅療養者への医療提供・検査・医療人材派遣など、自院が果たす公的役割を都道府県と約束する契約
2. 協定締結医療機関は、締結した協定内容をBCPに包含する形で盛り込む必要がある
3. 未締結の医療機関も、スタッフ減少下でかかりつけ患者への通常医療を継続するためBCP策定が必要

BCPを作成する際に留意しておくべき点

作成には管理者・施設長が関与し、地域での役割と関連法規を理解しておく。

重要ポイント

1. 管理者・施設長が作成に関与する：感染症対応は運営に直結し、責任者の意思決定が必要
2. 都道府県・地域医療圏での各機関の役割を理解し、自院が地域で担う役割を果たせる計画とする
3. 感染症法・特措法などの法律、関連する行動計画・ガイドラインを理解しておく

BCP策定の基本原則（WHY→HOW→WHAT）

BCP策定はチェックリストを埋める作業ではない。「なぜ行うか（WHY）」を組織で共有し、「限られた資源でいかに継続するか（HOW）」を定め、盛り込む内容（WHAT）を具体化する。

重要ポイント

1. WHY（目的）：医療サービスの提供継続により患者の健康・生命を守り、職員の安全を確保する
2. HOW（手段）：限られた資源（人材・物資・空間）の中で、どの業務を優先し資源を配分するかを定める
3. WHAT（内容）：①役割の明確化 ②連絡体制の整理 ③必要物資の管理 ④組織内での内容共有と訓練
4. 訓練を通じて妥当性を検証・改善し、初めて「生きた計画」となる

BCP作成時の最重要点

担当者・連絡先・必要物資を整理し、院長を頂点としたトップダウン体制で共有する。
委託業者やサプライチェーンなど代替の効かない業務も平時に把握しておく。

重要ポイント

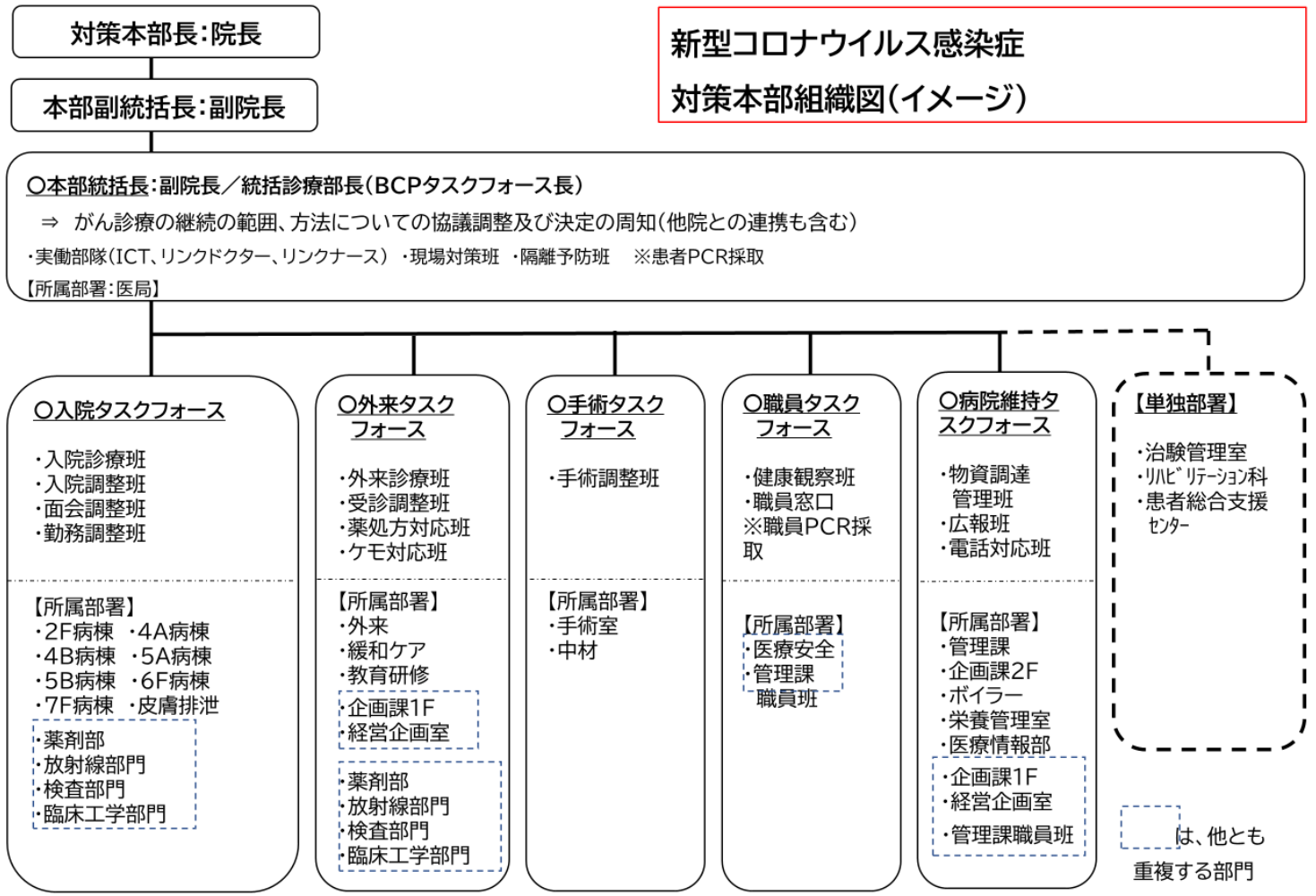
1. 重要要素：各担当者（誰が何をするか）、連絡先、必要物資を整理し、組織で共有する
2. 院長を頂点にトップダウンの体制を作り、方針を職員・委託／派遣職員へ確実に周知する
3. 代替の効かない人材・部署・業務（例：給食）を平時に把握しておく
4. 作成後は読み合わせや机上訓練を通じ、関係者間で正しい理解と共通認識を深める

感染症BCPに基づく有事の指揮命令系統、組織体制の例

本部長は院長
院長のトップダウン

病院機能毎に横串の
ワーキンググループを
作る

感染対策部門に
押しつけるのはだめ！



指揮命令系統が確立していないと混乱する

「**病院によってかなり、誰が船頭なのかというのがばらばらだったりすると思います。**船頭多くして船山に登るというんですかね。例えばうちだと、受け入れは救急の担当医がやるのか、感染症科が保健所から受け入れ許可を取るのかとか、違う入り口から「重症だから、とっといたから」とか言われたりして、「えっ、そんな話聞いてないよ」ということもあります。**結局何が一番混乱するって、指揮命令系統が全然できてなくて大混乱する。**」

業務が感染対策部門に集中してしまう

- 「多くの病院で聞くのが、「全部ICTがやれ」と言われること。かといってICTが決めたら「そこで勝手に決めて」と怒られてという事を耳にします。でもそれだと動けない。

- 「うちの地域では「感染症患者は感染症指定医療機関に預けちゃえばいい」という意見があり、預けたら預けっ放しでした。協力するという体制がないので、地域の医療機関の方々には一種と二種はこういうことしてるんだというのをぜひ知ってほしい。」

BCP策定上意識すべき、感染症と自然災害との違い

自然災害は地域限定・短期で外部支援が期待できるが、感染症は長期・全国的で外部支援が受けにくく、発生の定義が難しく発動タイミングを定めにくい。

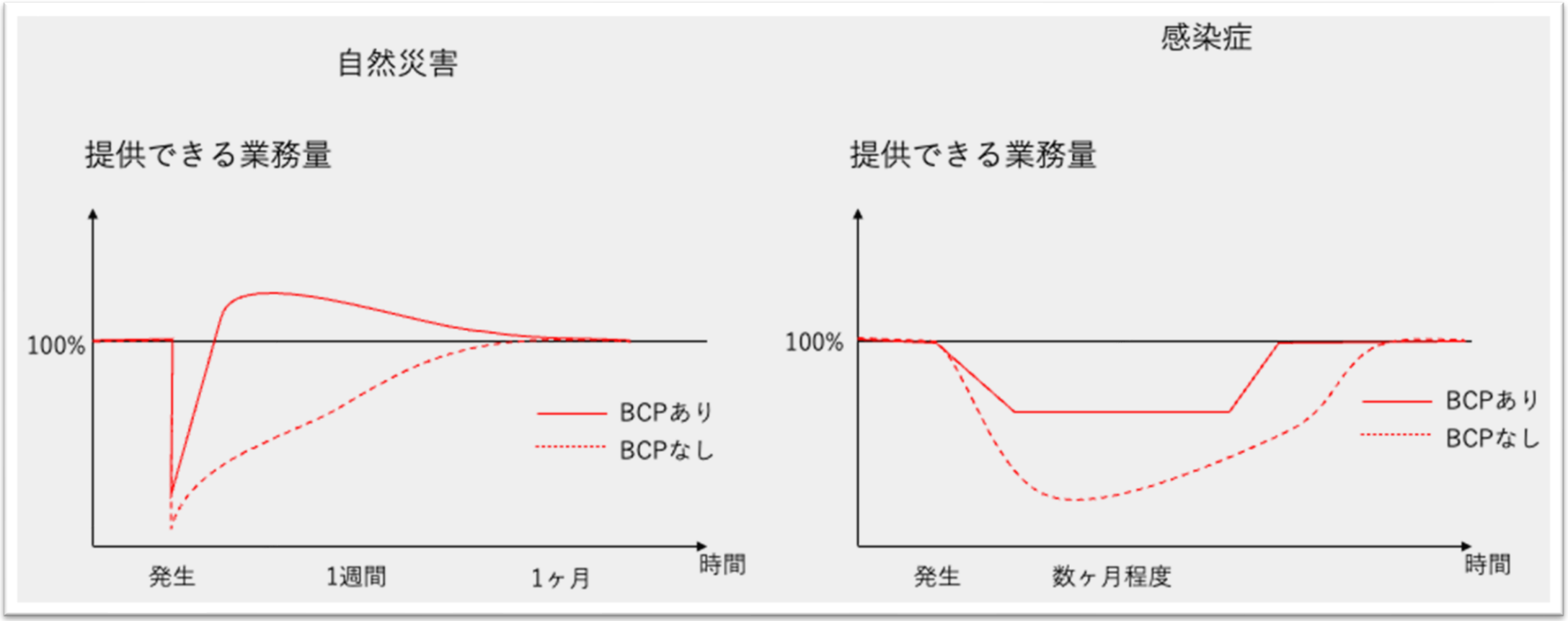
重要ポイント

1. 発動のタイミング：自然災害は分かりやすいが、感染症は分かりにくく発動要件の具体的設定が必要
2. 必要とする期間：感染症は長期に及ぶ可能性。疲弊しない継続体制と“波”に対応する柔軟な組織編成が必要
3. 被害の対象：自然災害は社会インフラ、感染症は主に職員の健康被害と医療資材不足
4. 対策・臨床像・治療の変化に対応するため、BCPの継続的な改訂が必要

感染症BCPと自然災害BCPとの違い

災害は応援を得やすく、業務量は一過性には平時を越える

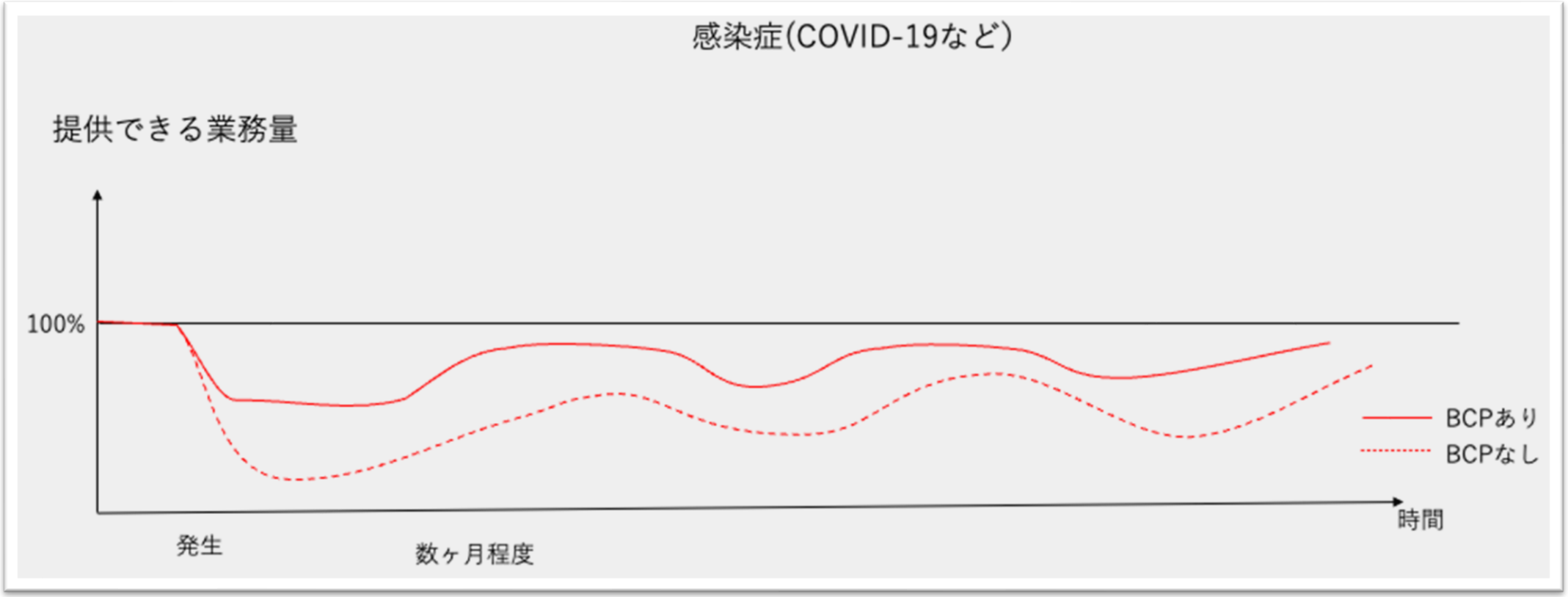
感染症では外部からの応援を得にくく、業務量が低下



「都政のBCP（東京都事業継続計画）<新型インフルエンザ編>改訂版」を一部改編

感染症BCP（長期に遷延する場合）

感染症では対応が長期化する



地域（医師会・他院・保健所・自治体）との連携

行政・地域医療機関・一般市民それぞれと平時から連絡体制を確立しておく。
有事に確実に連絡が取れる方法を確保し、情報発信・問い合わせの担当部署を設ける。

重要ポイント

1. 行政機関：保健所・市町村・都道府県と担当者レベルで直接連絡できる方法を確立し、ICT内で共有
2. 地域医療機関：定期カンファレンス、年1回の訓練、医師会との勉強会で面識を得ておく
3. 保健所・行政とはWeb会議・電話で直接会話でき、時間外でも確実に連絡が取れる方法を確保する
4. 情報が錯綜する発生初期に備え、情報発信と問い合わせの担当部署を設ける

感染症BCPの作成・運用のポイント

流行状況（フェーズ）に応じた対応、感染症法上の措置の理解、発生時の対応（平時・初動・感染拡大防止）を体系的に整理し、実効性のある計画に落とし込む。

重要ポイント

1. 国の行動計画に基づく対応段階を知っておく
2. 流行状況に応じた対応：国・都道府県のフェーズとは別に病院独自のフェーズを定める

新型インフルエンザ等対策政府行動計画で定められた段階区分

発生前の段階（準備期）

水際対策の実施体制の構築、地域における医療提供体制の整備や抗インフルエンザウイルス薬等の備蓄、ワクチンや治療薬等の研究開発と供給体制の整備、国民に対する啓発や政府・企業による事業継続計画等の策定、DXの推進や人材育成、実践的な訓練の実施による対応体制の定期的な点検や改善等、新型インフルエンザ等の発生に備えた事前の準備を周到に行っておく。

初動期（A）

感染症の急速なまん延及びその可能性のある事態を探知して以降、政府対策本部が設置されて基本的対処方針が定められ、これが実行されるまでの間、感染症の特徴や病原体の性状（病原性、感染性、薬剤感受性等）を明らかにしつつ、感染拡大のスピードをできる限り抑えて、感染拡大に対する準備を行う時間を確保するため、新型インフルエンザ等の特徴や事態の推移に応じて迅速かつ柔軟に対応する。

対応期：封じ込めを念頭に対応する時期（B）

政府対策本部の設置後、国内での新型インフルエンザ等の発生の初期段階では、病原体の性状について限られた知見しか得られていない中で、諸外国における感染動向等も考慮しつつ、まずは封じ込めを念頭に対応する（この段階で新型インフルエンザであることが判明した場合は、抗インフルエンザウイルス薬やプレパンデミックワクチン等の対応を開始し、検査・診療により感染拡大防止を図ることができる可能性があることに留意）。な感染症対策（出口）に移行する。

新型インフルエンザ等対策政府行動計画で定められた段階区分

対応期：病原体の性状等に応じて対応する時期（C-1）

感染の封じ込めが困難な場合は、知見の集積により明らかになる病原体の性状等を踏まえたリスク評価に基づき、感染拡大のスピードや潜伏期間等を考慮しつつ、確保された医療提供体制で対応できるレベルに感染拡大の波（スピードやピーク等）を抑制するべく、感染拡大防止措置等を講ずることを検討する。

対応期：ワクチンや治療薬等により対応力が高まる時期（C-2）

ワクチンや治療薬の普及等により、新型インフルエンザ等への対応力が高まることを踏まえて、科学的知見に基づき対策を柔軟かつ機動的に切り替える（ただし、病原体の変異により対策を強化させる必要が生じる可能性も考慮する。）。

対応期：特措法によらない基本的な感染症対策に移行する時期（D）

最終的に、ワクチン等により免疫の獲得が進むこと、病原体の変異により病原性や感染性等が低下すること及び新型インフルエンザ等への対応力が一定水準を上回ることにより特措法によらない基本的な感染症対策（出口）に移行する。

流行状況に応じた対応（フェーズ）

医療機関の地域での役割によって対応時期は異なる。国・都道府県とは別に病院独自のフェーズを定め、フェーズ毎の方針と発動要件を事前に設定しておく。

重要ポイント

1. フェーズ毎に「体制・感染対策・業務継続」など各項目の方針を事前に定める
2. 切替は数値・事実に基づく自動的なものを定め、最終的には管理者判断による

BCPの発動のタイミングがわかりにくい

「災害では一気にワッと発生して、そこに対してBCP発動してってなるんですけど、感染の場合って、もうずっと持続的に波が来たり引いたりして、それに対して順に応答してるので、いつBCPを発動したらいいか分からないまま、ずっと来てたりしてます。」

実際には各医療機関内での段階区分が必要

-国立国際医療センターの例-

対応変更のための**目安(トリガー)を明記**　※ずるずると判断が遅れないよう

必要な対応の重要事項を明記

COVID-19の発生状況と診療体制

2021年1月27日版

注）フェース１～３は、目安にする患者数を基準にして全病棟の重症度等を考慮し総合的に判断する。

フェーズ	目　安	収容人数	診療体制
1	• **重症者　２名以内**（重症者は*NPPV*を除く）	5西　３６名以内 ICU　２名以内	**◎通常診療を維持する** ・COVID-19対応診療科　※適宜他科も応援 5西　DCC、呼吸器科 ICU　DCC/呼吸器科、集中治療科 （ECMO最大2台、管理は集中治療科、救急科）
2－1	• **重症者　４名以内**（重症者は*NPPV*を除く） • **中等症 概ね４０名未満** **（*5*西＋*13*階病棟の一部）**	5西　３４名以内 ICU　２名以内 13階　16＋α	**◎通常診療を維持する** **◎一部病棟の診療体制を調整する** ・COVID-19対応診療科　※適宜他科も応援 5西　DCC、呼吸器科 ICU　DCC/呼吸器科、集中治療科 （ECMO最大2台、管理は集中治療科、救急科） 13階　ACC/内科チーム/その他の科
2－2 **<現在>**	• **重症者　５名以上**（重症者は*NPPV*を除く） **(ICU+HCU+5西)** • **中等症　概ね４０名以上** **（5西+13階病棟）**	5西　３４名以内 **ICU　2名以内** **HCU　7名以内** 13階　３２名以上	**◎一部の診療を縮小する** • 手術、内視鏡等の制限 • 外来診療の制限
3	• **重症者　６名以上**（重症者は*NPPV*を除く）	**２－２に加えて** **ICUと個室病棟の使用拡大**	**◎緊急の対応とする**

感染症発生時の対応（全体像）

感染疑い者・外来患者・体調不良の職員の発生から、帰国者接触者外来での診療・検査、指定医療機関への入院までの流れを、平時・初動・感染拡大防止の3段階で備える。

重要ポイント

1. 平時対応：体制構築、感染防止の取組、備蓄確保、研修・訓練、BCPの検証・見直し
2. 初動対応：第一報（管理者報告・情報共有・自治体報告）と感染疑い者への対応
3. 感染拡大防止体制の確立：病床確保、職員確保、業務調整、情報共有、労務・メンタルヘルス対応等

平時対応

意思決定者・担当者を決め対策本部と横断的タスクフォースを準備する。最新情報の収集、訓練、備蓄品の確保、研修・訓練の実施、BCPの検証・見直しを平時から進める。

重要ポイント

1. 体制構築・整備：意思決定者・担当者を決定し、対策本部と組織横断的なタスクフォースを準備する
2. 感染防止の取組：最新情報の収集、定期訓練、入院患者・職員の体調管理、連絡先リストの更新
3. 備蓄品の確保：保管先・在庫量を確認し、平時にも使う「回転備蓄」で多めの在庫を持つ
4. 研修・訓練の実施とBCPの検証・見直し（人事異動期・防災月間などに実施）

初動対応

感染者・感染疑い患者の発生時、管理者への報告・院内情報共有・自治体報告の体制を事前に検討する。感染疑い者は個室確保・動線分離・担当職員を分けて対応する。

重要ポイント

1. 第一報：管理者への報告、院内・法人内の情報共有、自治体への報告の体制を事前に定める
2. 対策本部での決定事項を職員へ周知する方法を検討（代表者周知・院内メール・ITツール等）
3. 感染疑い者への対応：個室へ移動、個室不可時はマスク着用の上ベッド間隔2m以上／カーテン仕切り
4. 感染者と疑い者は可能な限り担当職員を分け、勤務体制の変更・職員確保を検討する

感染拡大防止体制の確立

病床確保、特別な配慮を要する患者への対応、職員確保（受援計画）、業務調整、防護具確保、情報共有、過重労働・メンタルヘルス対応、情報発信を体系的に整える。

重要ポイント

1. 病床確保：フェーズと役割に応じた確保数、医療人材・転退院先の確保、清掃・廃棄物・リネン業務の事前協議
2. 特別な配慮を要する患者：妊婦・小児・緊急手術・高度免疫不全・精神疾患・透析・外国人・結核等への対応
3. 職員確保：院内勤務調整、外部人員確保、受援計画（レベル別対応）、委託業務の代替手段
4. 業務内容の調整・防護具確保・情報共有・過重労働／メンタルヘルス対応・情報発信・複合災害への備え

物品の備蓄、調達、補充等

平時：

・物品管理の責任者を決定。

・備蓄しておく物品とその量を決める。

・感染症患者に使用できる医療機器を事前にリストアップしておく。

・PPE払底時の対応も協議しておく。

有事：

- **責任者は物品の在庫、流通状況や、自施設での使用状況を把握し、管理者に定期的に報告。**
- **物品の払底時には地域の医療施設や行政機関から融通すること。**

コミュニケーション

平時：

- 定期的な院内の種々の感染症発生状況についてICTで情報共有をしておく。
- 地域の三師会、保健所、医療機関、行政機関と定期的に直接顔合わせをする場を開き、お互いの顔がわかる状況にしておく。
- 保健所、市町村、都道府県単位の行政機関とは担当者レベルでも可能な限り直接連絡が取れるホットラインを共有しておく。
- 地域の病院間においても感染防止対策加算の要項であるカンファレンスにおいて感染動向や新興感染症に関する勉強会を年に1回程度開催する。
- 院内における職員の感染に関する相談を受け付けられる窓口を設置もしくはホットラインを作成し、対応を行う。

コミュニケーション

有事：

- 最新かつ正しい情報を院内のどこでも閲覧できる状態にしておき、職員の自身の行動に対する不安を抱かせないようにする。
- 地域医師会、医療機関に対しても自施設の取り組みなどが見えるようにし、現在起きていることの情報提供を行う、もしくは信頼できる情報提供機関を紹介する。ホットラインの開設も検討する。

労務管理、メンタル対策を含む安全衛生管理等

- 労務管理
- 多数欠勤時の対応

・メンタルヘルス対策

- 高リスク者は以下のものが挙げられる

1. 管理者(病院長や対策本部長など)、感染管理部門をふくむ各部門長
2. 感染病棟勤務者、救急部などの直接感染患者に対応するもの
3. 勤務時間が長いもの、連続勤務時間が長いもの
4. 背景として何らかの体調不良があるもの/就業制限があるもの
5. 家族が死亡・入院などの措置が必要なもの

- 上記の高リスク者においては特に注意が必要であり、定期的な産業医の面談などが推奨される。
- 病院内で精神科が存在しない場合は、精神科医療の専門家に相談できる体制を整えておく。

外部からの支援の受け入れ(受援計画)

- 外部から支援を求める状況を明確にしておく

  例1）　クラスターが発生し、状況の分析及び感染対策の助言が欲しい。

  例2）　転院できない状況で挿管患者が発生してしまい、人工呼吸器の専門家に来てほしい

  例3）　多数欠勤者が出るなどの状況でマンパワーが不足している状況
- 支援を求めることを決定する最終意思決定者を明確にする（病院管理者）
- 依頼する支援内容によって依頼先の候補を挙げておく。 事前に候補先と一定のすり合わせを実施し、可能であれば、相互連携協定に結びつける。

  例１）　専門家の助言が欲しい　→ 行政や大学など

  例２）欠勤者多数でマンパワーが欲しい → 系列病院、近隣の病院

外部からの支援の受け入れ(受援計画)

受援受け入れ方法

- 支援者の指揮命令系統の位置付けを明確化する。
  - ・院内組織の外部専門家/執行権なし：例)院長のアドバイザー
  - ・院内組織に組み込む場合：例2)病棟師長の指揮のもので看護業務実施
- 受援に係る業務の責任者を明確化する。業務は以下の通り。
  - ・受け入れの調整(誰が、どの期間、支援内容)
- ・受援者へのオリエンテーション
- 労務管理の主体を明確化する。
  - ・宿泊場所や休憩室、交通費、勤怠管理、謝金(あるいは臨時の雇用契約)などの管理
- 支援業務を明確化する。

特殊な背景の患者の対応

「特殊な背景」の患者への対応を具体的に記載

- 対応可能な病室
- スタッフや物品の配置計画
- 急変、重症時の対応
- 自施設で対応可能な範囲
- 自施設で対応できない場合の対応
- 地域全体での患者の受け入れ体制やフォローアップ体制、自施設の役割
- 年齢、宗教、文化に応じた食事提供体制
- 無保険者への対応
- 多言語対応（通訳等）

BCP策定・運用の5ステップ（PDCA）

段階的に準備を進め、PDCAサイクルで運用する。作成して終わりではなく、机上訓練を含む定期的な訓練と見直しで計画の実効性を高めていく。

重要ポイント

1. 現状把握と資料収集：担当者を決め、既存の院内資料と行動計画・協定内容を確認する
2. 基本方針の決定：地域における自院の役割と、どのレベルまで診療を継続するかの方針を決める
3. 検討体制の構築：既存委員会を活用し、看護・事務・コメディカル等の現場責任者を巻き込む
4. 優先業務と対応方針・対応能力の検討：優先業務の選定、感染対策、欠勤率を想定したリソース試算
5. 計画の文書化とPDCAサイクル：全職員へ周知し、訓練→見直しで実効性を高める

無床診療所版の発生段階と物資・情報の備え

診療所では初動期と対応期（流行初期）の対応が類似するため、「準備期／初動期・対応期（流行初期）／対応期（流行初期以降）」に整理。PPE備蓄基準やG-MISの活用が加わる。

重要ポイント

1. 発生段階：準備期 → 初動期および対応期（流行初期・公表から約3か月）→ 対応期（流行初期以降）で整理
2. PPE備蓄基準：サージカル／N95マスク・ガウン・フェイスシールド・非滅菌手袋の5品目を「使用量2ヶ月分」ローリングストック
3. G-MIS（医療機関等情報支援システム）で在庫状況を入力し、行政へPPE等を要請（公助）できる
4. 診療体制はゾーニング（空間的分離）または時間帯分離、電話・オンライン診療も活用する
5. 職員のメンタルヘルスケアと、偏見・差別に配慮したリスクコミュニケーションを行う

まとめ

BCPは「作って終わり」ではない

平時の準備・訓練と定期的な見直し（PDCA）を繰り返し、各施設の状況に即した「生きた計画」へ発展させることが重要