福岡徳洲会病院
事業継続計画書(BCP)

EMIS(広域災害救急医療情報システム)

EMIS ポータルサイト https://www.emis.mhlw.go.jp/public/s/

GMIS ID	●●●●
GMIS ﾊﾟｽﾜｰﾄﾞ	●●●●
	GMIS ログイン後に EMIS を選択

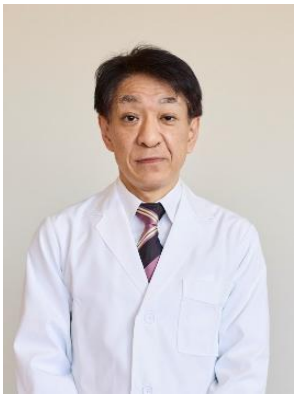
第 7 版

【改版履歴】

版数	発行年月日	更新者	承認者	変更の概要
第1版	2019年 3月29日	災害対策委員会	病院幹部	初版作成
第2版	2021年3月31日	災害対策委員会及びBCP事務局	病院幹部	記述内容更新
第3版	2022年3月30日	災害対策委員会及びBCP事務局	病院幹部	記述内容更新
第4版	2023年3月30日	災害対策委員会及びBCP事務局	病院幹部	記述内容更新
第5版	2024年3月29日	災害対策委員会及びBCP事務局	病院幹部	記述内容更新
第6版	2025年5月30日	災害対策委員会及びBCP事務局	病院幹部	記述内容更新
第7版	2026年7月22日	災害対策委員会及びBCP事務局	病院幹部	記述内容更新

はじめに

BCP（ Business Continuity Plan）事業継続計画



2005 年に発生した福岡県西方沖地震は、警固断層の北西、玄界島付近が震源地とされています。当時の当院(旧病院)では、カルテの棚や書庫が倒れ、机の上の物が散乱するという被害が有りましたが、人身被害はなく、建物被害も軽微で済みました。しかし、警固断層は当院のすぐ近くを走っており、今後当院が経験する災害として地震の可能性は極めて高いといえます。

福岡県西方沖地震では、福岡市の南部や春日市でも建物被害が多く報告されました。地震後の地質調査では、警固断層東側で堆積層の地域の建物被害が多かったことが報告されています。現在、当院は免震 RC 構造 10 階建ての構造で、震度 7 までは耐えられる計算になっていますが、地震発生後には周辺の建物は、大きな被害を受けていることが予想されます。つまり多くの被災者が来院されることが予測されます。

2016 年 4 月、当院は地域災害拠点病院に指定されました。災害時には、被災者に医療を提供することが求められます。発災直後、発災から被災者の来院が始まるまで、被災者の対応、そして通常業務の再開などそれぞれの局面での対応が円滑に出来るようあらかじめ準備をしておくことが必要です。

当院の設備、マンパワーを活かしてより多くの人命を守り、住民に安全を提供できることがわれわれの使命です。この計画書が実際に役立つ BCP となることを願っています。

このマニュアルに精通し、今後当院に起こる変化を正確に把握し、順次改定されることが必要です。

そしてすべての職員に繰り返し周知される努力を続けていきましょう。

目次

1. BCP の基本概念 1
1.1 BCP とは 1
1.2 災害拠点病院における BCP 1
1.3 従来の災害マニュアルとの違い 1
1.4 添付文書 2
2. 被害想定と院内リソース 3
2.1 備えるべき脅威 3
2.2 自然災害 3
① 地震 4
② 雷雨、洪水、台風 4
2.3 人為災害 6
2.4 当院 BCP が主に想定する災害 6
2.5 脅威発生時の被害想定と脆弱性 7
① 地域の被害想定 7
② 現状の院内リソース 7
（1） 建物 8
（2） 非常用発電機 8
（3） 医療ガス 9
（4） 上水 10
（5） 下水 10
（6） 都市ガス 11
（7） エレベーター 12
（8） エスカレーター 12
（9） 電子カルテ 12
（１０）通信 13
（１１）給食 13
（１２）医薬品 13
（１３）災害時物品 13
③ インフラ故障に関する連絡先 14
④ システム障害時の対応 14
（1） 障害区分 14
（2） トラブルレベルの規定 14
（3） システムトラブル時の連絡先 16
3. 事業継続に向けた基本方針 20
3.1 災害レベルと基本戦略 20
① 災害レベルの設定 20
② 災害レベルに応じた対応要領 21
3.2 職員の参集ルール 21
3.3 災害時の本部体制と役割 21
3.4 主な役割の分担、および本部人員不在時の代行 24

3.5 時間外および休日の仮災害対策本部 24
3.6 災害対策本部の設置場所 25
3.7 相互救援協定 26
4. 業務内容の時系列 26
4.1 定義 26
4.2 通常業務の時系列 27
4.3 災害時応急対策業務の時系列 27
4.4 インフラ復旧業務の時系列 27
5. 業務の詳細 27
5.1 通常業務の継続 27
【検体検査】 27
【放射線科】 28
5.2 通常業務の復旧 28
5.3 応急対策業務 28
5.4 災害対策本部における応急対策業務(詳細の補足) 28
5.5 防災センターにおける応急対策業務(詳細の補足) 31
5.6 外来における応急対策業務(詳細の補足) 32
5.7 病棟における応急対策業務(病棟での水平移動展開) 38
5.8 インフラ復旧業務 38
6. アクションカード 38
6.1 アクションカード 38
7. DMAT 受援について 39
7.1 背景 39
7.2 どのような DMAT 活動が想定されるか 39
7.3 指揮命令系統 40
7.4 院内 DMAT 40
7.5 DMAT 本部の設置場所 40
7.6 必要物品の貸し出し 41
7.7 院内の動線 41
7.8 DMAT 車両駐車スペース 42
8. 今後の課題と改訂体制 43
8.1 事業継続マネジメント体制 43
8.2 BCP 実施計画 43
8.3 教育・訓練 44
8.4 将来的課題 46
9. 本書の管理 46
9.1 本書の管理者 46
9.2 本書の開示範囲 46
9.3 本書の改版および廃止 46

【別紙】

・別紙 1: 業務内容の時系列
・別紙 2: 業務の詳細
・別紙 3: アクションカード

1. BCP の基本概念

1.1 BCP とは

企業や団体においては、大災害や事故などの被害を受けても、重要業務が中断しないこと、もしくは中断しても可能な限り短い期間で再開することが、利用客や取引先等の関係者から望まれている。また、自らにとっても大規模な重要業務が中断しないことにより、利用者や顧客の他社・他団体への流出、社会的信頼の低下を防ぐことができるため、大災害や事故発生時における事業継続は、経営層などの組織のトップの戦略的な課題として位置付けられている。
この事業継続に備える計画を「事業継続計画」(BCP:Business Continuity Plan)と呼ぶ。

あらゆるリスクに対してもその事業が継続できるように事業継続計画(BCP)を組織のトップの意思として策定する必要性が求められている。

1.2 災害拠点病院における BCP

企業などが策定する一般的な BCP であれば、一定程度の事業能力が回復するまでの間、事業を停止することが許容される。しかし、災害時に特に大きな役割を担う災害拠点病院にあっては、平常時とは比べものにならない傷病者が来院することが想定されるため、医療サービスを停止することは許されない。平常時の院内体制を確保できなくても、一定程度の医療サービスを継続できるように、より高いレベルでの BCP を策定することが求められている。

災害拠点病院における BCP の役割は、以下の 4 点が挙げられる。

(1) 事前の備えによる対応力の低下を抑制
建物の耐震化などに加え、非常時の組織体制を事前に計画することにより、地震発生時の対応力の低下を抑制できる。

(2) 対応力の早期回復
災害時に必要な業務に優先順位をつけておくことにより、対応力の回復時期を早めることができる。

(3) 対応力の増加
継続すべき業務と縮小できる業務をあらかじめ区別することにより、対応力を一定レベルまで増加させることができる。

(4) 災害拠点病院への患者数の抑制
BCP において、近隣医療機関と連携した役割分担(重症度に応じた患者の受入れ)を事前に決めておくことで、災害拠点病院における患者数を抑えることができる。

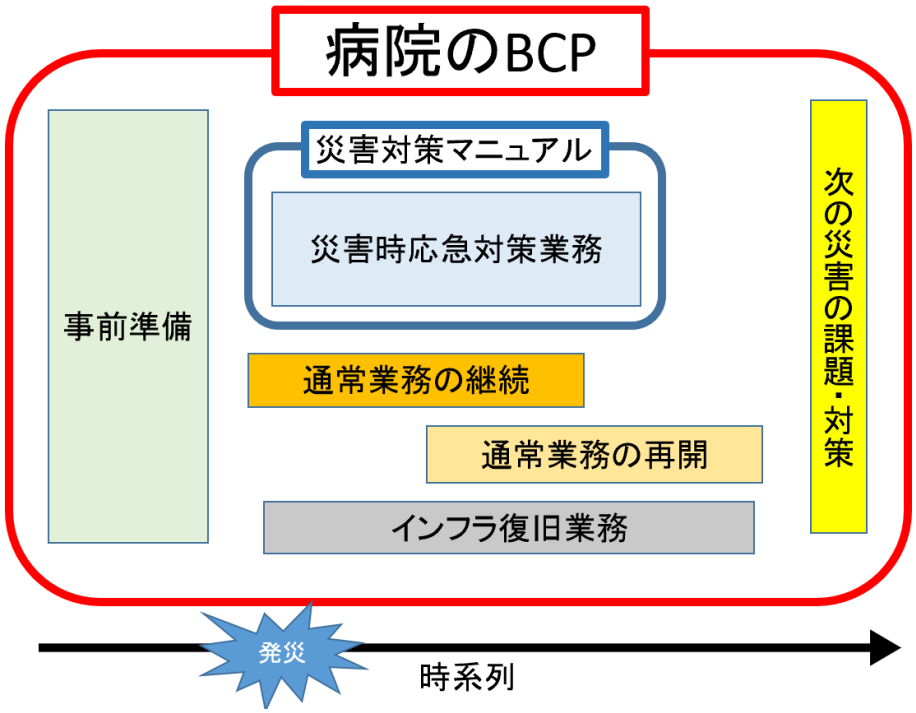
1.3 従来の災害マニュアルとの違い

従来の災害対応マニュアルは一般に、「いかに人命・資産を守るか」ということに主眼を置き想定されている。一方、BCP は災害が発生した場合に「いかに業務を継続するか」ということに主眼が置かれた計画である。

当院の BCP においては、以下の 5 項目を主軸にマネージメントすべき業務内容を整理した。

① 事前準備
② 災害時応急対策業務
③ 通常業務の継続
④ 通常業務の再開
⑤ インフラ復旧業務
⑥ 次の災害の課題･対策

※当院の BCP に関する概念図



1.4 添付文書

「事業継続計画書 BCP」は、本書及び添付文書「業務内容の時系列」「業務の詳細」「アクションカード」により構成される。

文書名	対象	内容	文書
事業継続計画書	病院全体	事業継続の基本方針や対応体制、各部門の取り組み事項、継続的･発展的な改善のための手順、職員への教育･訓練を定めた文書	本書
業務内容の時系列	病院全体	事業継続計画書で定めた方針に則って、災害時における事業継続のための対応の流れを時系列に沿って一覧で確認するための表	別紙
業務の詳細	組織単位	業務内容の時系列について、内容ごとの詳細を記載した文書	別紙
アクションカード	組織単位	業務の詳細を実行するために、当事者が具体的にどのように行動したら良いかをカード形式で記載した文書であり、各部署に保管している	別紙

2. 被害想定と院内リソース

2.1 備えるべき脅威

当院 BCP の対象は、事業継続を脅かすあらゆる事態である。需要と供給のバランスが著しく崩れる事態を災害と定義するならば、全ての災害が当院 BCP の対象と言える。近年は災害の激甚化や複合災害のリスクも高まっており、これらを想定した対応力と事業継続マネジメントが求められる。

2.2 自然災害

自然災害について当院のリスクアセスメントを実施した。アセスメントの結果、リスクの高い災害は地震・台風・雷雨・洪水であった。

2026年3月

災害脆弱性評価ツール
自然災害関連事象

事象	確率	深刻度=(災害規模-予防措置)						リスク
		人への影響	土地・所有物への影響	病院運営上の影響	準備・対策	院内対応	院外対応	
	発生の可能性	死亡や怪我の可能性	物理的な損失と損傷度・損害度	業務提供への影響	事前計画	時間、効果、資源	地域/支援職員と供給物品	相対的な脅威
ス+A6:J21コア	0 = 該当なし 1 = 低 2 = 中 3 = 高	0 = 該当なし 1 = 低 2 = 中 3 = 高	0 = 該当なし 1 = 低 2 = 中 3 = 高	0 = 該当なし 1 = 低 2 = 中 3 = 高	0 = 該当なし 1 = 充実 2 = 普通 3 = 最低限 or 無し	0 = 該当なし 1 = 充実 2 = 普通 3 = 最低限 or 無し	0 = 該当なし 1 = 充実 2 = 普通 3 = 最低限 or 無し	0 - 100%
台風	3	2	2	2	1	1	1	50%
強風	2	1	2	1	1	1	1	26%
洪水	2	1	2	2	1	1	1	30%
地震	2	3	3	3	2	2	2	56%
雷雨	3	2	1	2	1	1	1	44%
津波	0	0	0	0	3	3	2	0%
疫病	2	2	0	1	1	1	2	26%
異常発生(生物)	0	0	0	0	3	3	3	0%
熱波(異常気象)	1	1	0	0	3	3	3	19%
山火事	0	0	0	0	3	3	3	0%
土砂崩れ	0	0	0	0	3	3	3	0%
大雪	0	0	0	0	3	3	3	0%
吹雪	0	0	0	0	3	3	3	0%
氷嵐(雪の台風)	0	0	0	0	3	3	3	0%
ダム氾濫	0	0	0	0	3	3	3	0%
火山噴火	0	0	0	0	3	3	3	0%
平均	0.94	0.75	0.63	0.69	2.31	2.31	2.31	14%

* %と脅威は比例して増大する.

自然災害

① 地震

福岡には、玄界灘から博多湾を経て福岡平野にかけてほぼ北西−南東に活断層の警固断層が分布する。

当院も警固断層帯の近傍に位置する。国の評価等によると、30 年以内に警固断層帯（南東部）の地震が発生する可能性は 0.3～6%である。

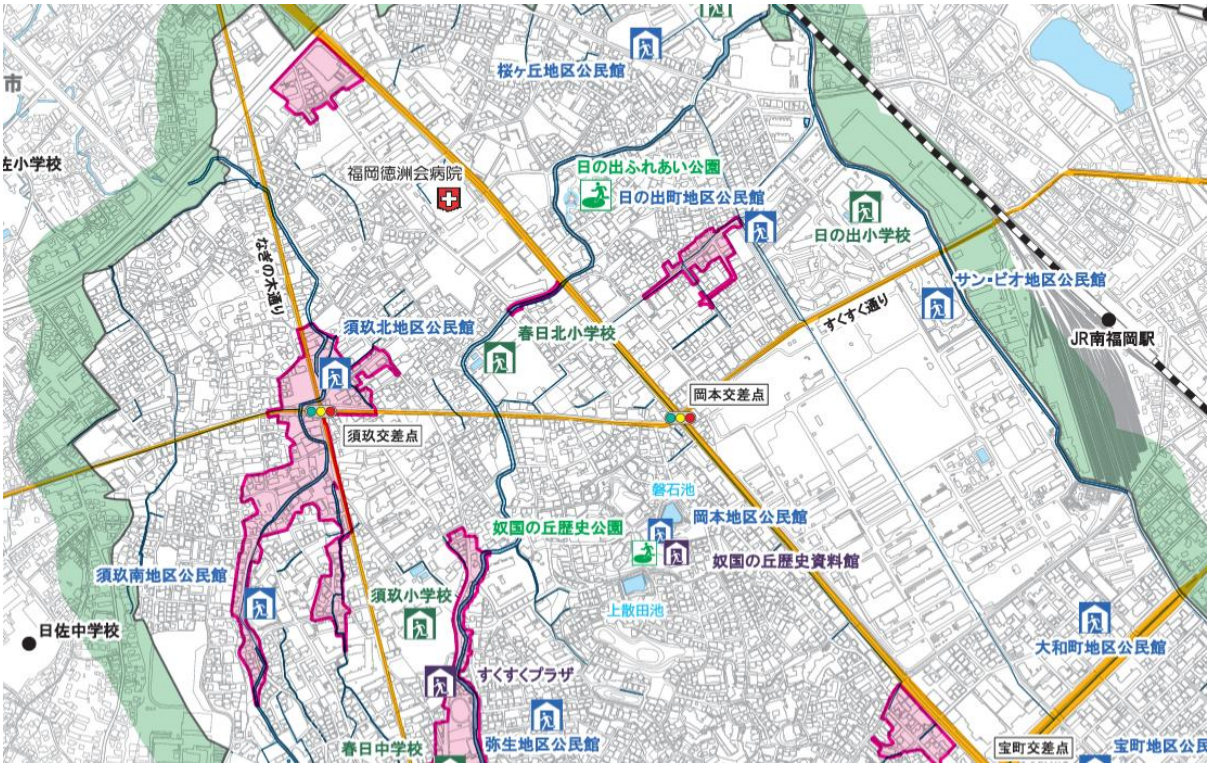
令和 7 年（2025 年）10 月 31 日に公表された最新の「福岡県地震に関する防災アセスメント調査報告書」では、最新のボーリングデータや地震波形計算手法が反映されたほか、新たに「西山断層帯と警固断層帯の区間連動」による被害想定も追加された。この連動地震が発生した場合、当院が位置する春日市等でも最大震度 6 強が予測されている。

同報告書に基づく筑紫医療圏での人的被害推計は、死者 650 名、負傷者 5240 名（うち重傷者 840 名）である。当院の災害対策委員会では、平時の救急搬入件数から、大地震発生時には筑紫医療圏の救急搬入の 64%が当院に搬入されると試算している。このため、当院に搬入される重傷者は最大で約 538 名と推計される。これは雷雨や洪水、台風といった他の自然災害と比較しても圧倒的に多い。

② 雷雨、洪水、台風

福岡県における過去の大雨災害として、1953 年の西日本大水害をはじめ、近年では平成 21 年中国・九州北部豪雨、平成 24 年 7 月九州北部豪雨、平成 29 年 7 月九州北部豪雨（死者 37 名、床上床下浸水 616 戸）、平成 30 年 7 月西日本豪雨などが発生している。近年は気候変動の影響により水害が激甚化・頻発化しており、福岡県地域防災計画においてもこれらを踏まえた総合的な対策が推進されている。

一方で、当院自体の浸水リスクについては、春日市の浸水ハザードマップ（過去の浸水実績をもとに設定）によると非常に低いと考えられる。また当院が浸水しても、地下の排水槽に 1960t の水が流れ込む形となるため、地下の電子カルテサーバーなどが停止するリスクは低い

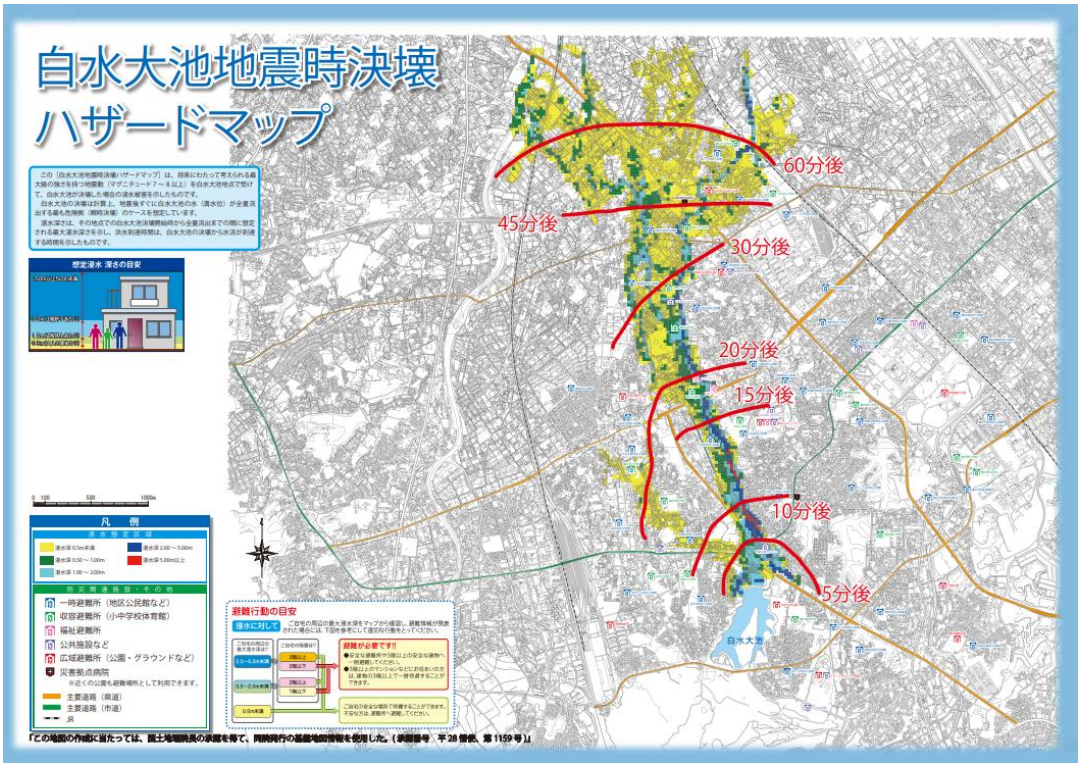


※春日市 浸水ハザードマップより

なお、病院近傍の諸岡川が氾濫した場合、精華女子短期大学周辺の冠水が起こり得る。周辺に居住している職員が通勤できなくなるリスク、救急車が立ち往生するリスク、溺水患者の発生するリスクなどを考慮する必要がある。



浸水被害に関する最大の脅威は、最大規模の地震が起きた際の白水大池の決壊と考えられる。春日市の「ため池ハザードマップ」によると、決壊後 30～60 分で当院は 0.5m の浸水を被るとされている。



落雷対策

ここ数年で 2 度の落雷被災を踏まえて、落雷現象を発生させない避雷針：dinnteco ディンテコ-100 Plus（dinnteco japan 社)を建物屋上に配備。

2.3　人為災害

テロ、航空機事故、列車事故、バス事故、火災、CBRNE 災害（化学、生物、放射線、核、爆発物などに関連する災害）など、多種多様な人為災害が発生しうる。

福岡県および日本国内で過去に発生した主な人為災害は以下の通りである。

- 1994 年 松本サリン事件（死亡 8 名 負傷 660 名）
- 1995 年 地下鉄サリン事件（死亡 13 名 負傷 6,300 名）
- 1996 年 ガルーダ航空（福岡空港）事故（死亡 3 名 重傷 18 名 軽傷 91 名）
- 2005 年 福知山線脱線事故（死亡 107 名 負傷 562 名）
- 2011 年 福島第一原子力発電所事故
- 2012 年 関越自動車道高速バス居眠り運転事故（死亡 7 名 重傷 14 名 軽傷 25 名）
- 2013 年 福岡市整形外科医院火災（死亡 10 名 負傷者 5 名）

いずれの人為災害も当院近郊で発生する可能性があるが、その可能性や規模を事前に見積もることは難しい。

交通事故や局地的なテロ、火災などの人為災害は限定的な地域で発生することが多く、当院以外の救命救急センターや災害拠点病院、救急告示病院などに患者が分散搬送されることが期待される。

一方で、福岡県地域防災計画（原子力災害対策編）が想定する玄海原子力発電所での原子力災害や、広域に及ぶ CBRNE 災害の場合、気象条件等により被害の規模を事前に見積もることは困難であるが、行政の対応枠組みが局地災害とは大きく異なる点に留意が必要である。

同計画では、玄海原子力発電所からおおむね半径 30km の円内（福岡県内では糸島市など）を原子力災害対策重点区域（UPZ）と定めており、佐賀県や長崎県からの広域避難者の受け入れも想定されている。さらに、避難者に対する避難退域時検査（スクリーニング）の実施や、原子力災害拠点病院（九州大学病院等）の被ばく医療への集中化など、特殊な医療提供体制が構築される。

そのため、当院は直接的な被災地域とはならない想定であっても、通常の局地災害のように他院への分散搬送を期待することは難しく、広域避難に伴う傷病者の受け入れや転院患者の受け皿として、後方支援的な役割を強く求められることとなる。

2.4　当院 BCP が主に想定する災害

BCP においては最大のリスク（最悪のシナリオ）を想定した準備を行い、計画を実行することが重要であると考える。病院の事業継続において、最も危機的であるのは病院自体のインフラ(水・電気・通信・医療ガス・電子カルテなど）が停止する事態であり、この状況が継続する期間が長いほど危機が大きくなると予想される。

広域な影響を及ぼす「原子力災害」と「大地震」を比較した場合、当院の BCP における最大の脅威を「大地震」と設定する根拠は以下の 3 点である。

① インフラおよび建物への直接的な物理的破壊の有無

原子力災害（玄海原子力発電所事故など）の場合、当院は半径 30km 圏（UPZ）外に位置するため、放射性物質の飛来に伴う屋内退避などのリスクはあるものの、当院の建物自体が破壊されたり、地域のライフラインが広域にわたり長期停止したりする可能性は低い。 一方で、警固断層帯などの大地震が発生した場合、県の最新の被害想定においても、上水道・電力・通信などのインフラが広域かつ長期にわたり甚大な被害を受けることが示されており、病院の基盤機能の維持そのものが極めて困難になる。

② 突発的かつ膨大な重症患者の発生

大地震では、発災直後から建物の倒壊や火災などにより、当院の対応能力をはるかに超える多数の重

症外傷患者が突発的に殺到する。 原子力災害においては、対象地域外からの広域避難者の受け入れやスクリーニング（汚染検査）などの対応が強く求められるものの、一過性に大量の「外科的重症患者」が殺到する事態とは性質が異なる。

③ 職員自身の被災による人的リソースの枯渇

大地震では、当院の職員やその家族自身も直接的に被災し、さらに交通網の遮断により職員の参集が極めて困難となる。

以上のことから、BCP の基盤となる「事業継続が最も困難となる事態」として、物理的破壊、インフラの長期停止、職員不足、重症患者の殺到が同時に発生する「大地震（および浸水被害をもたらす水害）」を主な想定災害として計画を立案する。 なお、原子力災害については、当院は県計画上の UPZ 外に位置することを前提に、福岡県地域防災計画（原子力災害対策編）等に基づき、広域避難に伴う傷病者の受入れ、避難退域時検査・簡易除染への対応、職員の被ばく管理等の特殊要件を付加して対応する。

2.5 脅威発生時の被害想定と脆弱性

① 地域の被害想定

前項で前提とした本院が備えるべき脅威が発生した場合、地域の主なインフラの被害状況は、以下の通りである。

インフラ	被害想定
上水道	埋設管路が、液状化による地盤流動、噴砂のため各所で折損、破裂、継手離脱がおこる。給水不能個所は全域となり、断水が発生。管路が破損した個所から一部道路への浸水が起こる。
下水道	地震動、液状化等による不等沈下、亀裂により損傷が各所で発生、液状化によりマンホールが浮き上がり、付近で噴砂が生じている。排水困難な地域が一部地域で発生。
電力	地震動、液状化現象による電柱の傾斜及び断線等により全域で停電が発生。
都市ガス	地震動及び液状化によって管の折損、継手の離脱等により中低圧導管の被害が発生。ガス漏れ、ガス供給停止の地域が発生する。
電話通信	地震動、液状化等により、電柱、ケーブル等の局外設備の被害が多発する携帯電話やインターネットは、回線が飽和状態となりかかりにくくなっている。 また、被災地への問い合わせ、見舞い等による通信の輻輳が発生する。
交通	JR、地下鉄は規制措置により停止状態となる。バス及び高速道路等交通網では渋滞により運行停止状態、一部トンネルで立ち往生となる。避難車両と消防･救助車で渋滞に拍車がかかる。

2.5 院内リソース

（1） 建物

当院は免震構造である
（通所リハビリ建屋を除く）

（2） 非常用発電機

管理責任者：資材課施設係･●●●●(防災センター) 緊急連絡先：電気管理技術者 ●●電気保安管理●●●●氏 ●●●●-●●●●

① 課題

● 非常用発電機建屋が免震層上ではないため、大地震時に建屋が倒壊する可能性がある。
● 広域災害時には重油の補給が困難となる可能性がある。
● 当院には白コンセント（一般電源）と赤コンセント（一般非常電源）はあるが、緑コンセント（無停電電源：停電時に無瞬断で給電される電源）が設置されていない。そのため、生命維持に関わる人工呼吸器や、電子カルテ、主要な検査機器等については、各部署において個別の無停電電源装置（UPS）やバッテリーでのバックアップ対策が必須である。

② 仕様と電力供給能力

当院に設置されている発電機は **3 相 3 線 6600V・2500kVA 仕様の大型ガスタービン型**である。地下タンクに A 重油が 80,000L 常備され、2000kW の負荷で 72 時間の電力供給が可能である。**地下タンクの給油口の規格は 65A、口径 2.5 インチ、外ネジタイプ**であり、燃料タンクまでの必要なホース長は 5m である。

また、2019 年に 1 相 3 線 104kVA 仕様のディーゼル型発電機が 4 階第 2 手術室用として増設された。九州電力からの電力供給が停止した場合、非常用発電機は約 1 分後に自動的に起動し、赤コンセント等に給電される。当院の平時の最大需要電力は夏季で約 2450kW、中間期で約 1600kW であり、非常用発電機運用時の供給能力は 2000kW である。このため、非常用発電機運用時には、平時と同等の電力使用はできず、**供給能力は平時最大需要電力の約 8 割程度に制限される。**

③ 非常時使用可能機器・設備および優先稼働リスト

非常用発電機へ切り替わった直後は電力制限があるため、赤コンセントに接続されている不要な機器のプラグを抜くなどの節電措置をとる。その上で、以下の使用可能機器・設備での運用を行う。 また、発電機の負荷容量に余裕があると判断された場合（または外部電源車等の支援が得られた場合）は、以下の「優先稼働順位」に従い、停止している機器の稼働を再開する。

（3）非常用電源運用時の機器管理

非常用発電機への切替直後は供給電力が制限されるため、病院機能維持に必要最小限の機器に限定して運用する。不要な赤コンセント接続機器は速やかに停止する。
また、機器は「①必須稼働機器」と「②優先再開機器」に区分し、さらに停止により重大な機能障害や資産損失を生じる機器については、原則として停止しないものとする。

【① 非常用電源切替直後に維持すべき必須稼働機器】

■診療維持

・救急外来（ER）：モニター、人工呼吸器
・病棟：生命維持装置、ナースコール
・手術室：5・6・7 号室から稼働（緊急手術対応に限定し、その他の手術室は停止）
・CT：64 列 CT を継続稼働
・血管造影装置（心カテ）：4 番室のみ使用可能とし、当該装置を継続稼働

■インフラ
・電話交換機（通信維持）
・エレベーター（台数制限下で稼働）
■薬剤・検体管理
・薬品用冷蔵庫・冷凍庫（温度管理維持）
・検体・試薬用冷蔵庫・冷凍庫
■資産・機能維持（停止による重大影響回避）
・MRI チラーおよび冷却関連機器（液体ヘリウム維持のため常時電源供給）
・大型冷蔵設備（チルド保存食品等）
※これらは停止すると再起動困難、または重大な損失が生じるため、原則として電源維持を優先する。

【② 燃料供給・負荷安定後に優先的に再開する機器】
■検査
・検体検査機器（条件に応じ段階的再開）
■診療支援
・中央材料室（手術再開に応じて）
・厨房機器（加熱調理系）

【条件付き運用（本部判断）】
・MRI 装置（冷却維持を前提に、検査実施は災害状況・電力・人的資源に応じて判断）
・透析装置（電力および水使用量が大きいため）
・厨房（非常食から通常食への移行判断）
・調剤システム（配線切替等により稼働可能な場合あり）
※非常用電源切替時は、各部署において不要機器の停止を徹底すること。
※電力・燃料状況に応じた再起動判断は、災害対策本部が一元的に行う。

（3） 医療ガス

管理責任者:資材課施設係
緊急連絡先:●●●●-●●●●

・酸素

液体酸素タンクは建物西側院外の小児科外来の脇に設置している。液体酸素は 1 週間に 1 回、8730L のタンクに 7200L の液体酸素を納入している。
当院では液体酸素の一日使用量が平日で 500～600L であり、タンクに満タンであれば 14 日程度の備蓄となる。実際には発災当時にタンク内に何Lの液体酸素が残っているかを確認する必要がある。
液体酸素を全く使えない場合、予備酸素として液体酸素わきの 1 階マニホールド室内に 7000L ボンベを 16 本設置してある。液体酸素 1L は気化させると約 800L の酸素となる。よって予備酸素は液体酸素に換算すると 7000×16÷800 で 140L 分となる。すなわち予備酸素の備蓄量は液体酸素一日使用量の 1/4 程度であり、約 6 時間で枯渇する。
液体酸素を全く使えない事態となった場合は早急に酸素の使用を制限し、予備酸素ボンベを追加手配して供給継続する必要がある。

・圧縮空気

地下マニホールド室にスクロールコンプレッサーが 2 台設置され、1530L の空気タンクも 2 基設置されている。コンプレッサーは 1 台ずつの交互運転をしている。

・吸引

地下マニホールド室に吸引ポンプが4台設置され、1000Lの吸引タンクも2基設置されている。吸引ポンプは2台ずつの交互運転をしている。

・窒素
液体酸素わきの1階マニホールド室内に窒素ボンベ8本が設置されている。

・酸素、二酸化炭素各ボンベ
地下マニホールド室内に在庫を置いている。
通常時の在庫本数
酸素 0.5㎥：50本　0.2㎥：1本　1.5㎥：5本
二酸化炭素　2.2kg：8本　6.6kg：4本

（4） 上水
管理責任者:資材課施設係・●●●●(防災センター)
緊急連絡先:●●●●　●●●●-●●●●
●●●●事業団　●●●●-●●●●
課　　題:貯水槽の水だけでは1日分も補うことができない。
仕　　様:1日平均使用量平日：300㎥ 平均使用量休日 240㎥
貯水槽は建物西側、通所リハビリ棟の南側に設置している。
通常は井水で9割を補っている。市水を使用しているのは1割のみである。
よって市水が止まっても対応は可能。井水が使えない場合は市水10割への切り替えが必要となる。また、貯水槽には218㎥を貯水している。

上水道の供給が停止した場合、必要なら各階の上水道のバルブを閉め供給を停止する。受水槽に水が有るため、すぐに水は止まらない。その為、受水槽に水が流入しているかどうかの確認が必要となる。
ポンプによる汲み上げを中止して上層階(5～10階)、下層階(B1階～4階)のいずれかの使用制限を行う事が出来る。通所リハビリ棟内の揚水ポンプ4台により汲み上げが行われている。

災害時における応急給水協力に関する協定を平成27年11月17日付で締結している。
給水車が病院に水を供給する場合に、受水槽へ水を汲み上げるための揚水ポンプを防災倉庫に保管している。

（5） 下水
管理責任者:資材課施設係・●●●●(防災センター)
緊急連絡先:●●●●　●●●●-●●●●
非常用排水槽：約450㎥
汚水槽No.1：約8㎥
汚水槽No.2：約8㎥
透析用排水槽：約36㎥の処理が可能
厨房用排水槽：8㎥
雨水槽：1750㎥
雨水槽(雨水ポンプ)、透析用排水槽、厨房用排水槽、汚水槽2か所が非常用電源に接続されている。地下スロープマンホール、透析排水槽、汚水槽No.1が非常用排水槽に繋がっている。

仕　　様:
一般下水の多くは排水槽を経由せず、公共下水管（東側最終升と西側最終升）に2か所に流されている。

地下免震階に、2 基の汚水槽（約 8 ㎥）が設置してあり、ここに溜め込むことが出来る。汚水槽からはポンプで揚げて公共下水管まで送っている。
非常用排水槽が駐車場地下に 450 ㎥(容量 600 ㎥:有効 450 ㎥)設けられており、汚水槽 No.1 からポンプアップして汚水を移動させることが可能である。汚水槽 No.2 は非常用排水槽へ接続されていない。
また最下層には雨水槽 1750㎥(容量 2300 ㎥有効 1750 ㎥)がある。

公共下水道管は東側、西側の 2 箇所にあり、使用できなくなった貯留可能な排水管系統は地下駐車場床部設置の非常用排水槽系統に切り替える。

① 西側と東側の両方の公共下水管が使用できなくなった場合
1 日約 300 ㎥の水の使用量があることから同等の排水量があると考えられる。2 つの公共下水管が両方とも使用できない場合、通常通り使用していれば約 1.5 日程で非常用排水槽（450 ㎥）は満杯になる。このため病院全体で節水を実施する必要がある。透析を止めれば、最大で 36 ㎥を節水できる可能性あり。
非常用排水槽の残量を示すモニターはなく、地下駐車場設置の非常用排水槽マンホールを開け、目視確認が必要である。満杯となる前にバキューム車を手配して吸引する措置も考慮しなければならない。
② 西側の公共下水管のみが使用できなくなった場合
透析排水槽は西側から排水されるため、非常用排水槽にポンプアップして流す事になる。院内排水は大別すると、①直接西側下水管放流②直接東側下水管放流③汚水槽経由の東側下水管放流④透析排水槽経由の西側下水管放流⑤厨房排排水槽経由の西側下水管放流となっており、東西下水管は雨水下水の合流式である。このうち、汚水槽 No.1 と透析排水槽が非常用排水槽へ排水切替が可能。**そのため、透析は 10 日ほど維持できると思われる。**
③ 東側の公共下水管のみが使用できなくなった場合
透析排水槽は西側から排水されるため、透析は特に問題はない。
平時は 2 つの汚水槽は東側から排水されている。No.1（中央 EV ホールトイレ係）は非常用排水槽にポンプアップして流すことになる。No.2（検査室/解剖室/内視鏡室系）は非常用排水槽に接続していないため、8 ㎥は溜めこむ事になる。
下水管破断箇所が東側西側のどちらかかつ、病院近辺の場合は破断側の直接排水系統は継続使用が困難となることが予測される。この場合は、病院より上流側の一般家庭からの排水も破断箇所よりあふれ続けるため、免震階やスロープに流れる恐れがある。そのため、重要箇所には防潮板の設置や浸水対策が必要となる。
免震階に流れた水は雨水槽に流れ込むが、雨水放流は東側下水管に繋がっており、汲み上げ排出した水がまた免震階へ戻ってくる。しかしながら、免震階の設備機器の水没を防ぐためには継続的に排出する必要がある。
浸水対策として止水板を整備。(非常用発電機建屋用:2,010㎜×1 枚、正面玄関風除室用:1,920㎜×2 枚、小児科外来横風除室用：東側用 1,720㎜×1 枚、西側用 1,030㎜×1 枚、地下スロープ頂上部：埋込型)平時は非常用発電機建屋内に格納。電子カルテの災害用ページに止水板保管場所及び設置場所、設置手順、設置手順動画を掲載している。

（6） 都市ガス

管理責任者:資材課施設係･●●●●(防災センター)
緊急連絡先:●●●●　　●●●●-●●●●
課　　題:都市ガスが停止した場合、お湯と中央材料業務の滅菌作業が不可能となる。
仕　　様:都市ガスはガス給湯器と蒸気ボイラー、厨房のガス使用機器で使用されている。

ガス配管が漏れている場合、通所リハビリ棟裏にある緊急ガス遮断装置または防災センター内に

ある緊急ガス遮断装置にてガス供給を停止する。
5 階産科病棟には電気温水器が設置されている為、5 階のみお湯の供給が可能。

（7） エレベーター

管理責任者:資材課施設係・●●●●(防災センター)
緊急連絡先:●●●●　　●●●●-●●●●
仕　　様:エレベーターは院内に
・職員用 4 機(EV1～4 号機)【非常用電源有り(3 号機)】
・患者用 4 機(EV5～8 号機)
・感染用 1 機(EV10 号機)【非常用電源有り】
・救急用 1 機(EV13 号機)【非常用電源有り】
・配膳用 1 機(EV14 号機)【非常用電源有り】
・不潔用 1 機(EV12 号機)【非常用電源有り】
・薬局用 1 機(EV16 号機)
・小荷物 2 号機(3 階 OP⇔2 階病理検査室)
(※EV9、EV11、EV15 号機は欠番)
以上のエレベーター13 機、小荷物用 2 機がある。(資料に配置図)

地震の場合

地震制御になる為、エレベーターカゴは最寄りの階へ止まり 停止する。10 秒以内に最寄りの階へ停止できない場合、緊急停止となる。停止後、走行可能か自動診断をし、走行可能なら自動復旧運転となるが、震度 5 以上でエレベーターが停止した場合、自動での復帰は出来なくなる。ジャパンエレベーターサービス九州へ連絡し、点検を受けなければ復帰は出来ない。

火災の場合

火災発生時、防災センター内監視盤の連携により、走行中は避難階へ着床する。火災管制運転となる為、火災報知器が復旧しなければ稼働はできない。エレベーター10 号機、12 号機のみ消火活動目的で消防隊のみが使用できる。

（8） エスカレーター

管理責任者:資材課施設係・●●●●(防災センター)
緊急連絡先:●●●●　●●●●-●●●●
仕　　様:エスカレーターは 1 階エントランスと階外来を結ぶ上下線各 1 台ずつの計 2 台設置してある。

エスカレーターは火災の場合、地震の場合共に使用禁止
・異常な音がしないこと。
・異常な振動がしないこと。
・異常な傷がないこと。
・踏段と手すりの速度があっていること。
・物が挟まっていないこと。
地震が収まり再稼働させる場合には、以上の日常点検後稼働させる

（9） 電子カルテ

管理責任者:情報システム管理室
緊急連絡先:●●●●　●●●●－●●●●

非常用電源に切り替わった場合、無線 LAN 接続のノートパソコンは使用可能。デスクトップ型パソコンは、非常用電源に接続されているものは使用可能。ただし、周辺機器動作の可否は状況により多岐にわたるため確認を要する。
データは遠隔で TIS 側でバックアップを取っている。
なお、システム障害時の対応については、P14～④システム障害時の対応を参照

（１０）　　通信

・衛星電話　（ ●●●● ）
　電話番号: ●●●●
・災害時優先電話
　携帯電話：①看護部保有●●●●　②医事課保有●●●●　③資材課保有●●●●
　④4 階災害倉庫保管 ●●●●
　固定電話（アナログ回線）
　①　●●●●　②　●●●●
　電話交換室に 2 回線、救急外来ホットラインに 1 回線
　トランシーバー:●●台、トランシーバー用ロングアンテナ配備
　院内の内線電話及び PHS は、電話交換機が非常用電源に接続されているため非常用電源下で使用が可能。本部活動を講堂で行う際、インターネット回線断絶時を想定し衛星電話の衛星アンテナにてネットワークを構築、更にスターリンクを導入、伴って 4 階の病棟非常口～講堂の LAN 配線を整備。

（１１）　　給食

患者用給食は非常食 3 日分が準備されている。（献立は添付文章「業務の詳細①通常業務の継続」の栄養管理室の項を参照）
但し、患者給食用の非常食は 2022 年度から随時個食タイプの食品に切り替えるため、今まで備蓄していた食品と混在する。
賞味期限別に 4～5 年で入れ替えが完了するローリングストック体制を構築。
また、常温保存可能の液体ミルク 1 箱 12 本入り（125ml/本）30 箱を備蓄している。さらに、職員用の食事は現在約 1,830 食を確保している。

●●●●との災害時における食料・物資提供協力に関する協定を一般社団法人徳洲会と 2017 年 4 月 1 日付で締結している。

（１２）　　医薬品

災害時における医薬品供給協力に関する協定を医薬品卸メーカー●●社と締結している。

（１３）　　災害時物品

建物内 4 階講堂側面、地下 1 階及び敷地内通所リハビリ棟横に災害物品倉庫を 2 庫有している。
各階エレベーターホールに非常用物品庫を設置。収納物は以下の通り
・各階非常用物品庫(各階エレベーターホール)：エアーストレッチャー、簡易トイレセット、ランタン、レスキューボード、紙診療録、各種検査伝票、処方箋類。トリアージタッグ 1～500 番連番及び予備タッグ(1 階ホール内倉庫)、診療録、伝票類予備分は地下 1 階物品庫内
・災害物品倉庫①(通所リハビリ横)：支援物品赤バッグ、緑ブース用物品キャリーケース、ヘルメット、簡易ベッド、点滴台 7 台、ホワイトボード 10 台
・災害物品倉庫②(通所リハビリ横)：DMAT 隊員服
・ER 内器材倉庫：赤ブース用物品、黄ブース用物品、外来指揮所用(仮災対本部)、トリアージと搬送班用の物品キャリーケース合計 4 個

・4 階講堂側面倉庫：電子機器類、災害対策本部用ケース
・地下倉庫：簡易ベッド、備蓄食料、備蓄飲料水
・非常用発電機建屋内：止水板格納。(非常用発電機建屋用：2,010㎜×1 枚、正面玄関風除室用：1,920㎜×2 枚、小児科外来横風除室用：東側用 1,720㎜×1 枚、西側用 1,030㎜×1 枚、地下スロープ頂上部：埋込型)

③ インフラ故障に関する連絡先

自家発電	●●●●
上水槽	●●●●
市水､井戸水	●●●● ●●●●
下水	●●●●
都市ガス	●●●●
医療ガス(液体酸素タンク配管)	●●●●
酸素ボンベ	●●●●
医薬品	●●●● ●●●● ●●●● ●●●● ●●●●
医療材料	●●●●
エレベーター	●●●● ●●●●

④ システム障害時の対応

システム障害区分

（1） 障害区分

システムダウンはその障害部位により、以下の４通りに分類される。

① サーバダウン
② 部門システムダウン
③ ネットワークシステムダウン
④ 端末ダウン（瞬断、停電など）

（2） トラブルレベルの規定

a) システムダウンレベル

システムダウンレベルは、事象・障害範囲・復旧所要時間の３要素を次の表に当てはめて３要素のうち最も低いレベルを適用する。

	事 象	障害範囲	復旧所要時間
レベル１	端末が起動しない、又は特定のアプリ操作不能	特定の端末	10 分以内に復旧見込み
レベル２	医事システム。画像管理、臨床検査、調剤支援システム等の機能停止	一部のエリア	30 分以内に　〃
レベル３	同上	複数のエリア	60 分以内に　〃
レベル４	電子カルテシステムの機能停止	全館	復旧に 60 分以上を要する見込み

事象が『レベル４：電カル機能停止』、障害範囲が『レベル２：一部のフロア』、復旧所要時間が『レベル２： 30 分以内の復旧見込み』であれば【レベル２】と判定する。
事象が『電子カルテシステムの機能停止』、障害範囲が『全館』、復旧所要時間が『復旧に 60 分以上を要する見込み』の場合のみ、【レベル４】と判定する。

b） 対策本部の設置と対策会議の招集

(1) 情報システム管理室担当者による障害発生確認後、システムダウンレベルが【レベル４】と判断された場合は『対策本部』を設置し、障害状況把握・診療対応判断及び決定、院内運用の指揮統率を行う。
(2) 対策本部の構成は、病院長・副院長・看護部長・事務部とする。
(3) 対策本部長は病院長または副院長とし、不在時はその時点での上級者が本部長となる。対策本部は医事課に設置する。
(4) 対策本部は、各部署リーダー、及び運用管理者、情報セキュリティ管理責任者、情報システム管理者、電子カルテ運用委員会で構成される『対策会議』を、情報システム室担当者による障害発生確認後、１時間以内に招集する。
(5) 対策本部の役割は、次のとおりとする。

- 障害状況と院内運用状況の集約
- 通常診療の継続・中止の判断/決定
- 外部機関への連絡の判断/決定
- 医療費請求（後日支払い）の判断/決定
- 本規程に取り決めのない事態に対する判断/決定
- 緊急用 ID の管理手続＞で定める非常用 ID/機能の利用有無の判断、決定

(6) 対策会議は主に運用に関する現状報告と対策の検討・部門間の情報共有・対策本部への情報提供を行う。

c） 復旧後の対応

(1) 院内放送により各部署及び患者へ復旧の連絡を行う。
(2) 対策会議を招集している場合、情報システム管理者はシステムダウンの原因と対応についてその時点で判明している内容に基づき、対策会議メンバーへ報告する。
(3) 各部署では電子カルテの後追い入力など、復旧後の対処を行う。

(4) 情報システム管理者は引き続きシステムダウンの原因を調査・分析し、再発防止策を講じて電子カルテ運用委員会へ報告、委員会は再発防止策について協議の上決定する。
(5) 情報システム管理者は決定された再発防止策を施し、電子カルテ運用委員会に報告する。

d） 院内放送（情報提供）のルール

(1) 障害発生第一報（業務連絡）
(2) 経過連絡（患者向け連絡）
(3) 対策本部の設置（業務連絡）
(4) 対策会議の招集（業務連絡）
(5) システム復旧連絡（業務連絡・患者向け連絡）

e） 外部機関への連絡

対策本部の決定に基づき、次の院外関係機関へ連絡を行う。
・消防署
・保健所
・市健康保険部
・近隣医療機関

（3） システムトラブル時の連絡先

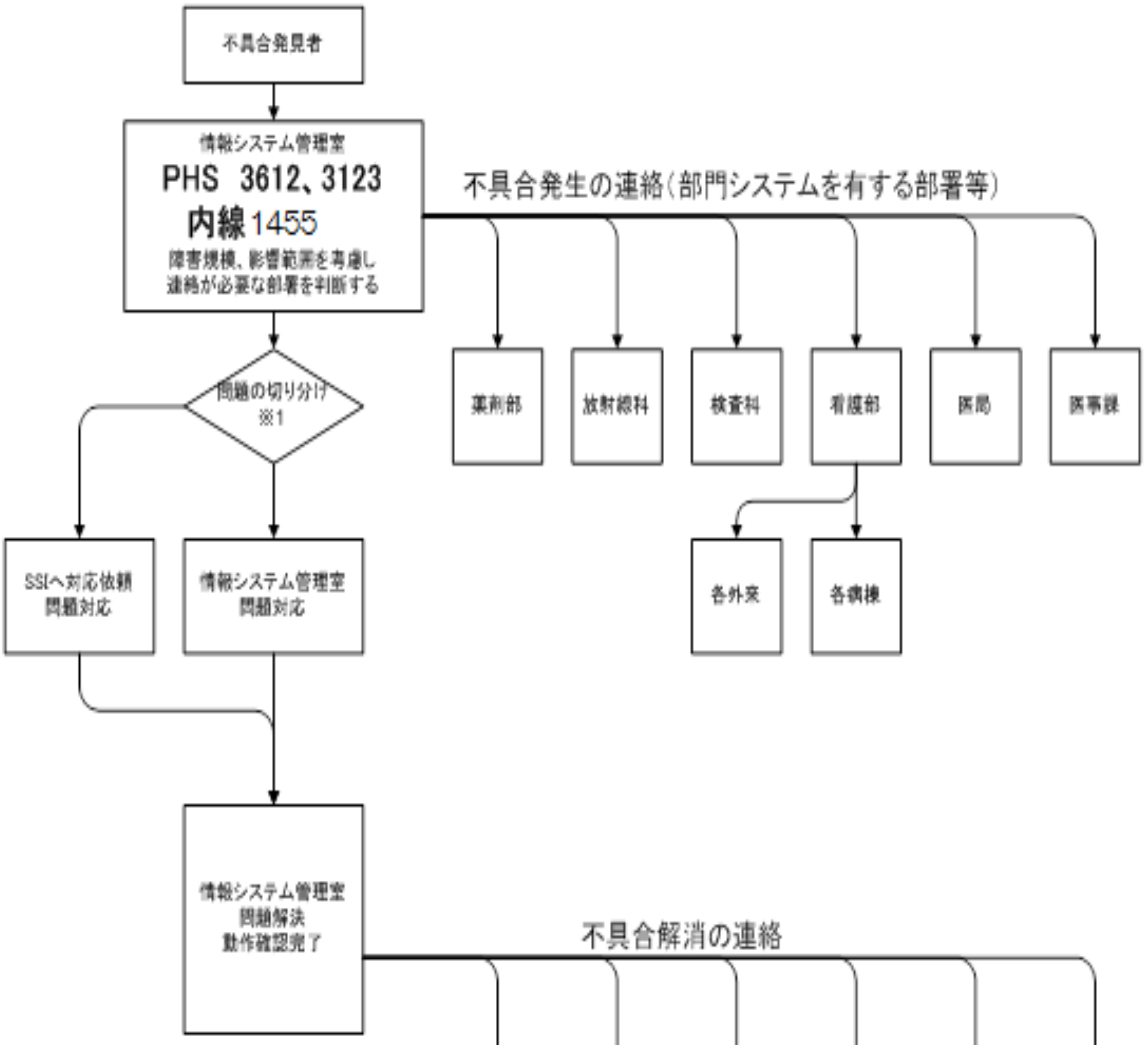
情報システム管理室　職員

●●	●●●●-●●●●
●●	●●●●-●●●●

●●●●	●●●●
●●●●	●●●●
●●●●	●●●●
●●●●	●●●●
●●●●	●●●●
●●●●	●●●●
●●●●	●●●●
●●●●	●●●●

●●●●	●●●●
●●●●	●●●●
●●●●	●●●●

日勤帯



※1　障害の復旧に30分以上を要すると予測される場合、
又は障害発生から30分経過しても
復旧していない場合は、
以下のような全館放送を行う。
（情報システム管理室→交換）

障害発生時

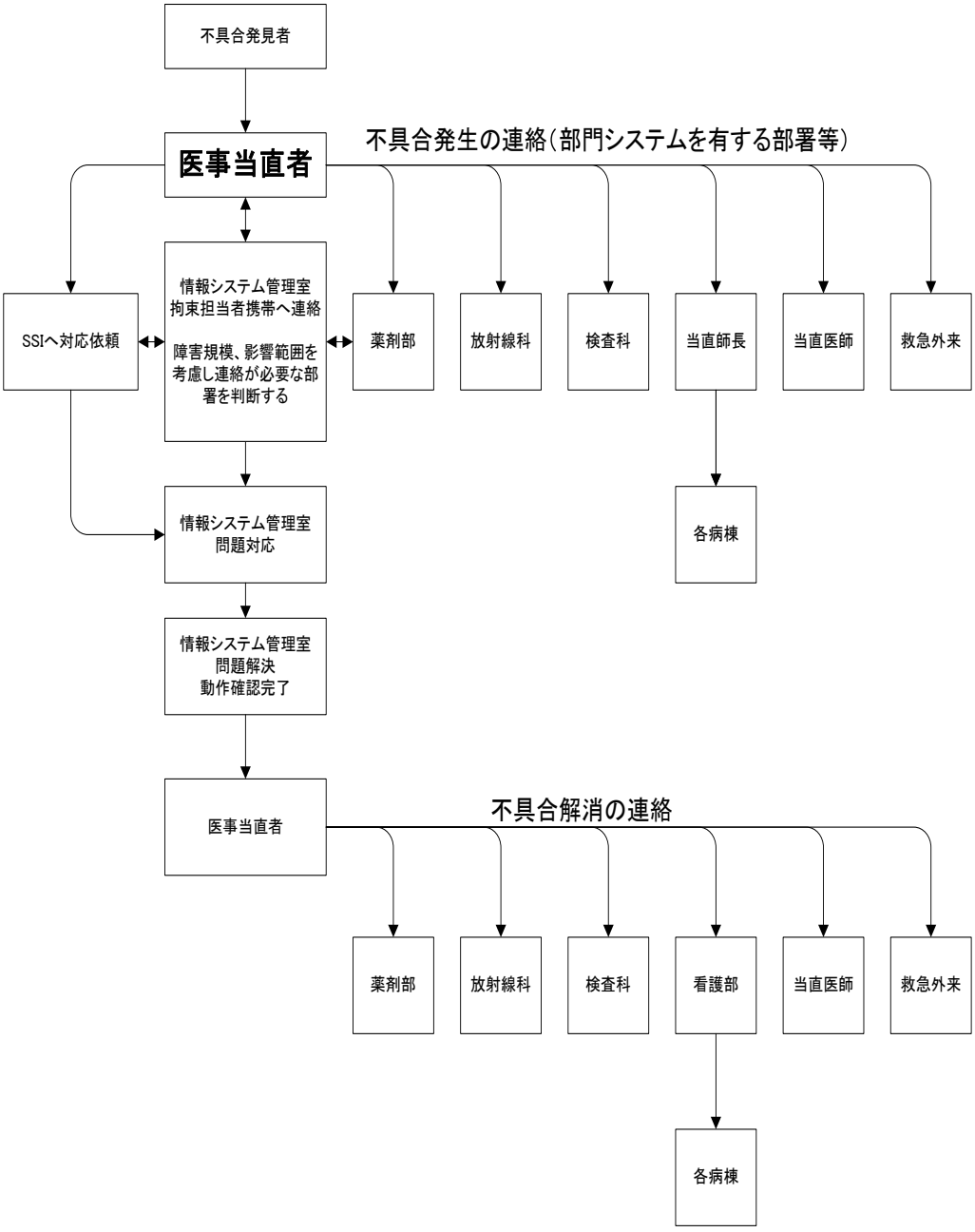
「お知らせいたします
ただいまコンピュータ障害のため、
診療・会計等においてお待たせする時間が発生しております。
ご来院くださいました患者様方にご迷惑をお掛けすることを
深くお詫び申し上げます。」
（繰り返し1回、3分後に再度2回丁寧に）

障害復旧時

「お知らせいたします。
コンピュータ障害が復旧いたしました、
ご来院くださいました患者様方には長らくお待たせし
大変ご迷惑をお掛けしましたことを深くお詫び申し上げます。」
（繰り返し1回、3分後に再度2回丁寧に）

医事当直　1112 または 1113

夕夜診、時間外、当直帯



※2　なお、障害が当直帯から日勤帯にいたっても解決できない場合は、
その旨、情報システム管理室より、薬剤部、放射線科、検査科、看護部、医局、医事課
その他関連部門へ連絡を行うとともに、患者様へ全館放送※1にて通知を行う。

3. 事業継続に向けた基本方針

3.1 災害レベルと基本戦略

① 災害レベルの設定

災害レベル 1:救急部での対応能力を超え災害対策本部の設置を要するもの
例)短時間に概ね 8～20 名程度の搬入が見込まれる交通事故や災害等
近隣地域事故:バス交通事故、催し会場事故等

災害レベル 2:多くの関連職員の対応を要するもの
例)概ね 21～40 名程度の搬入が見込まれる大規模事故や災害等
近隣地域大事故:列車事故、航空機事故、ガス爆発等

災害レベル 3:全職員で長期にわたる対応を要するもの
例)長期間にわたり大多数傷病者の対応を要する地域直下型地震等
特にレベル 3 の場合、当院の被害状況により次の 3 段階に分ける。

3A:当院被害なし 概ね通常の診療が可能
3B:当院被害あり 部分的に診療は可能
3C:当院甚大な被害 診療不能(避難体制)

	患者数	持続時間	例
レベル 1	8～20 名	短い	バス事故
			催し会場事故
レベル 2	21～40 名	短い	列車事故
			航空機事故
			ガス爆発
レベル 3	41 名～	長い	洪水
			大地震

火災や停電などにより、患者数は少ないが当院のインフラに被害がある場合は 3B として災害対策本部を設置する。

② 災害レベルに応じた対応要領

災害レベル1
通常のER診療を拡張
外来と予定手術を一部制限
災害レベル2
通常のER診療では対応が不可能
通常外来と予定手術は中止
院内トリアージを行う
災害カルテを使用
災害レベル3
全職員で長期間にわたる対応を要する
通常外来と予定手術は中止
院内トリアージを行う
災害カルテを使用

3.2 職員の参集ルール

(1)日勤帯:必要に応じて部門毎に連絡、招集を行う
(2)夜間・休日:必要に応じて各部門にて緊急連絡網にて行う
当院の近隣地区※の震度を参考に以下のように規定する。

震度5強まで:指定職員※※と情報交換して、当直者・呼出者で対応
震度6弱以上:本人及び家族等の安全を確認後、原則的に全員集合
(それ以外でも非常招集が発令された時は直ちに参集とする)

また、上記以外も停電時や水害時、また電子カルテのシステムダウンが長期に及ぶと予想される状況時等の緊急時においては、コミュニケーションツール『 ●●●● 』を用いて収集する為、職員にコミュニケーションツール『 ●●●● 』への登録を義務付ける

※「当院の近隣地区」:福岡市、春日市、大野城市、那珂川市、太宰府市、筑紫野市など

※※「指定職員」:病院幹部4役を指定する
各部門責任者(薬剤部・放射線科・臨床検査科・臨床工学科・栄養管理室・リハビリ科等)

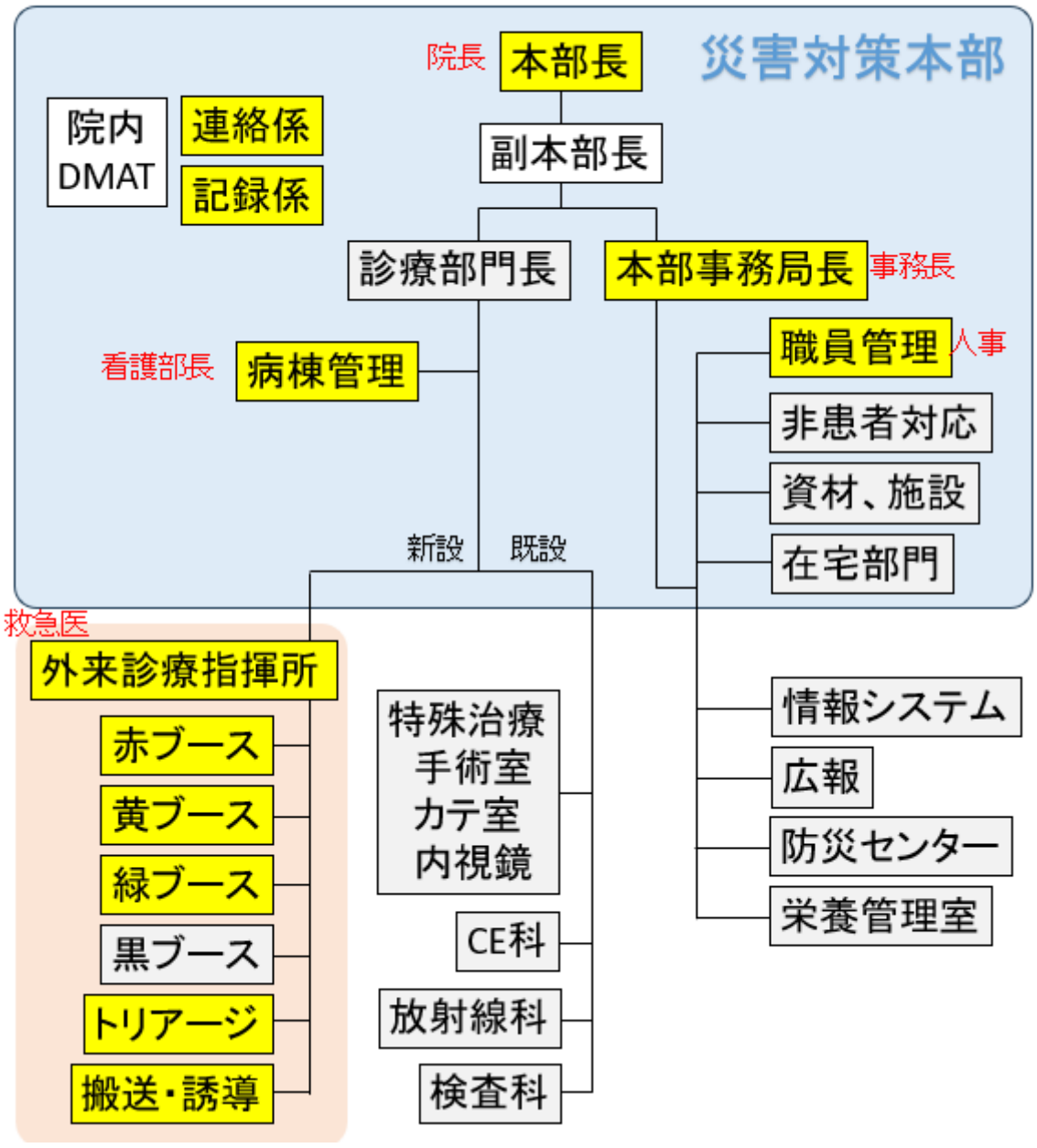
参集後のルール
・職員管理部として2名以上の担当者が集まり次第、アクションカードに沿って登院登録作業を開始する
・非常参集した職員は、講堂3に集合して登院登録を行う。
・登院登録を済ませた職員は職員管理部担当者の指示に従う

3.3 災害時の本部体制と役割

災害時に事業継続に向けて、迅速に対応するために必要な体制を構築する。具体的な組織体制および役割名、主な役割を以下に示す。

災害対策本部組織図

※赤文字は担当者の案



（1） 災害対策本部長
災害時の病院運営における重要な意思決定※を行う。

※ 重要な決定事項の例)
- 患者および職員の病院からの避難の決定
- 外来シャットダウンの決定
- 特殊な治療(手術･心臓カテーテル治療･内視鏡など)を行わない決定
- 維持透析中止の決定
- 制限されたインフラ(停電･断水など)
  および制限されたリソース内(滅菌機械の故障など)での診療継続の決定
- 一般会計の中止

（2） 災害対策副本部長
本部長の意思決定を補佐するために必要な情報収集と役割の割り付けを行う。

（3） 診療部門長
診療に関する情報を収集し､診療に関する詳細な意思決定の責任を負う｡基本的に連絡係を介して情報伝達を行う。

（4） 本部事務局長
事務全般に関する情報収集と対処の指示を行う｡インフラ管理､職員の安全管理､職員家族の管理も担当する。

（5） 病棟管理責任者
空き病床管理､入院患者移動を主な業務とする｡病棟看護を円滑に進めることを副業務とする。

（6） 在宅部門指揮所長
本部長の意思決定を受けて､在宅介護サービスの事業継続判断及び在宅介護サービス利用者の安否確認の意思決定の責任を負う。

（7） 連絡係
情報の受信者および発信者となり、災害対策本部長をサポートする。災害対策本部内でのトランシーバーと PHS の管理も担う。

（8） 記録係
すべての情報を記録しまとめる。ホワイトボードを利用したクロノロ作成、パソコンを使用した情報発信を担う。

（9） 通信､EMIS 担当者
衛星電話の設置､EMIS からの情報収集の役割を担う。

（１０）広報、マスコミ対応
災害時の写真撮影､動画撮影､災害対応の記録係､マスコミ対応を担う。

（１１）院内 DMAT
DMAT との情報共有､支援 DMAT の受援､TMAT との連携を担う｡院内災害体制全般のアドバイザーとして活動する。

3.4　主な役割の分担、および本部人員不在時の代行

（１） 災害対策本部長

原則的に院長、院長不在時は副院長の中から選任する。

院長/副院長ともに不在時は本部人員の間で協議を行い本部長として決定する。本部人員も決まっていない場合には平時の幹部の中から最も上位の者の間で協議して決定する。

（２） 災害対策副本部長

副院長、DMAT 隊員、医局長、看護部幹部、事務部幹部などから災害対応に慣れている者を本部長の

指名で決定する。平時に病院幹部でない者でも良い。

（３） 診療部門長

経験のある医師で部長以上の者から、災害対応に慣れているものを本部長の指名で決定する。

（４） 本部事務局長

事務部長、事務長、事務次長、総務課長、医事課課長の中から上位の者がなる。

（５） 病棟管理責任者

看護部の中から上位の者がなる。

（６） 在宅部門指揮所長

在宅介護支援センターの中から上位の者がなる。

（７） 連絡係、記録係、通信、EMIS 担当者、広報・マスコミ対応担当者

本部人員の協議により決定する。

（８） その他

職員管理においては、災害時シフト作成を行う。基本的には以下の通り。

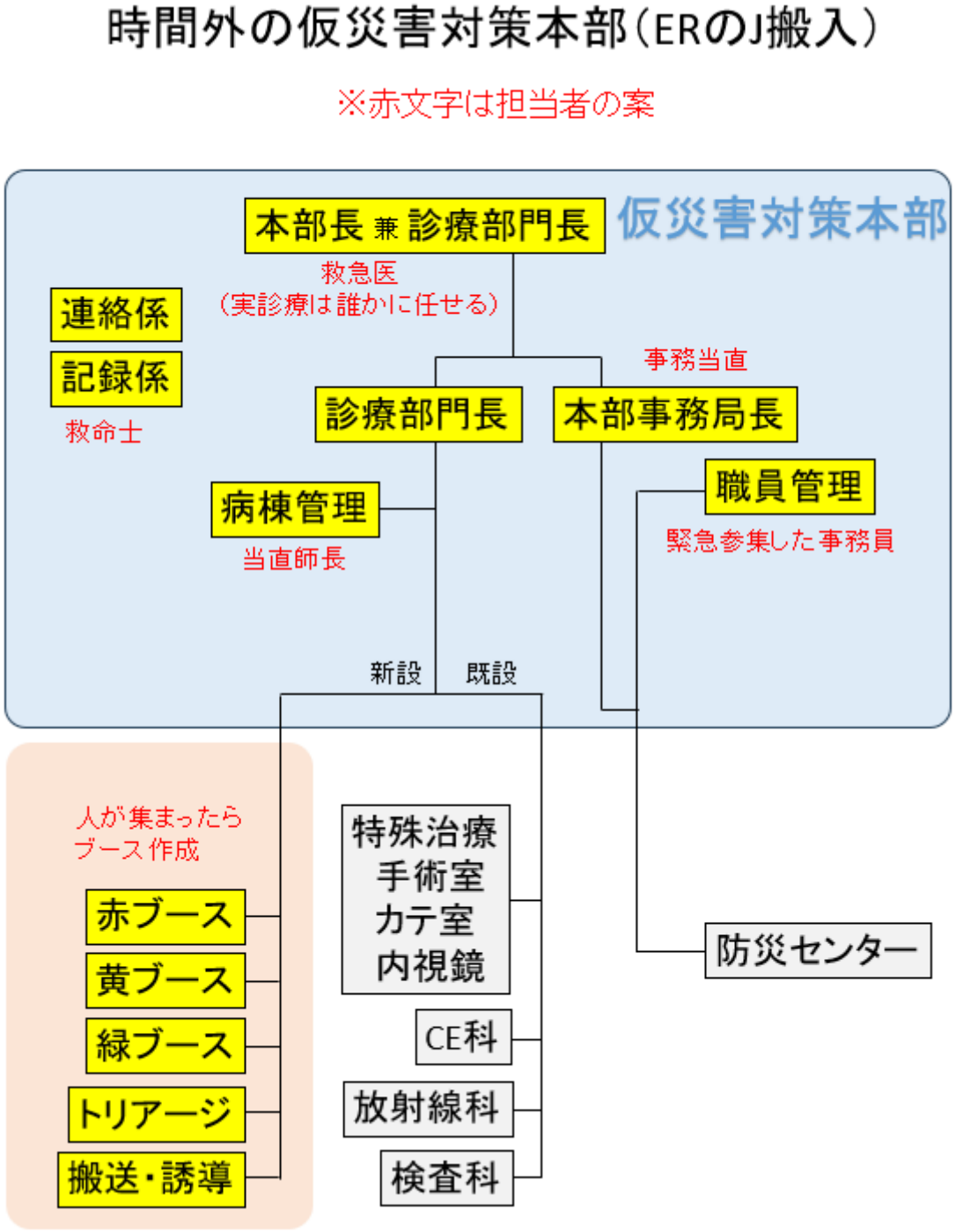
元々の夜勤者は基本的に変更しない

非常参集した次の夜勤者は、できるだけ早い段階で一度帰宅するか、院内で事前に休憩をとるように調整する

3.5　時間外および休日の仮災害対策本部

平日日中以外には上記の災害対策本部を迅速に作成するのは困難である。仮災害対策本部を救急外来の中に設置し、暫定本部長が初動を担う。当直帯は原則として ER スタッフ医師が暫定リーダーとなる。場合によっては当直医同士が協議して暫定リーダーを決めても良い。

暫定本部長は、仮災害対策本部から災害対策本部への移行の時期を病院幹部と協議して決定する。



3.6　災害対策本部の設置場所

① **平日日中**　:4 階講堂 1･2 に設置する。

理由:4 階講堂 1･2 を災害対策本部とするのは､衛星電話による外部との連絡体制構築やインターネットによる EMIS 接続を行う目的で､2020 年にインターネット回線､院内 PHS などの情報通信機器の安定工事を実施、電話回線も増線済である｡設置場所として 4 階講堂以外には看護部ミーティングルーム､4 階手術室が候補となる。

本部活動を講堂で行う際、インターネット回線断絶時を想定し衛星電話の衛星アンテナにてネットワーク構築の為、4 階病棟非常口～講堂までの LAN 配線を整備
講堂 3 に電話回線・FAX 回線(2 本)を移設、衛星電話用回線(1 本)を設置。

講堂において院内監視カメラを視聴できるよう遠隔監視用 LAN を整備。

② 時間外、休日:救急外来(ER)内に仮災害対策本部を設置する。
理由:時間外、休日は院内で働いている職員が少なく、本部活動と医療行為を同時に行う事が求められる。また消防署と連携をとり新たな救急搬入に対応する必要がある。

代替案:予定される代替案は無いが、建物被害の状況に応じて臨機応変に対応して良い。

③火災時は上層階に被害が拡大していく事が想定されるため、防災センター内に災害対策本部を設置する。状況に応じて救急外来(ER)内に仮災害対策本部を設置しても良い。

3.7 相互救援協定

●●●●病院との相互救援協定

・地震、風水害及びその他大規模広域災害の発生時における入院患者治療継続、人材派遣及び医薬品等物資提供等の相互協力について令和 2 年 7 月 28 日に協定を締結している

4. 業務内容の時系列

4.1 定義

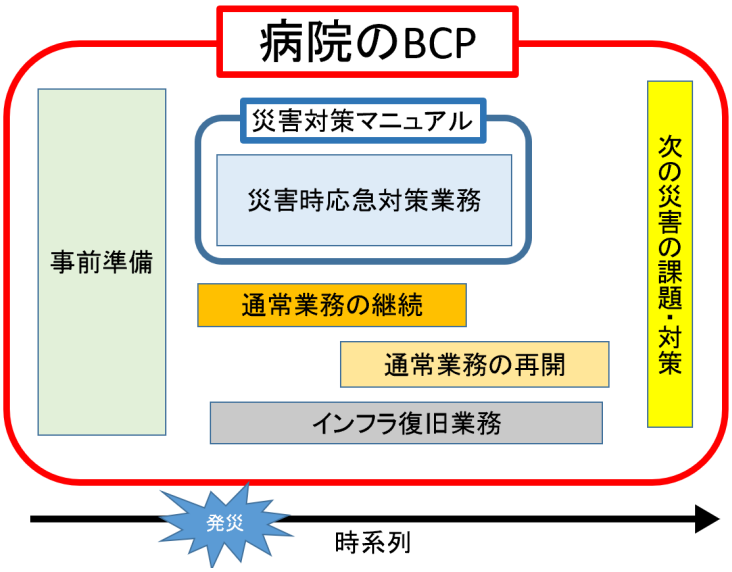
当院の BCP においては、業務内容を以下の様に分類し整理した。

① 通常業務の継続
既存部署は継続業務を想定し対応策を記述。
特定の必要ライフライン(電力、上下水道、医療ガス)の供給状態を想定して
各部署特性に応じた内容を記述した。

② 通常業務の復旧
既設部署の通常業務を再開するにあたり、最低限必要な人員とインフラ、必要な物品を中心に詳細を記す。

③ 災害時応急対策業務
災害発生により新たに発生する応急的な対策業務。
外来でのトリアージ、ゾーンを分けた診療体制構築など一般的な災害対策マニュアルの業務内容に準じている。これらを新設部署の応急対策業務として記す。
また既設部署の中には、通常業務とは大きく異なる対応を強いられる部署が発生する。特に病棟、外来化学療法室、栄養管理室に新たに発生する業務を応急対策業務として記す。

④ インフラ復旧業務
災害において破綻した病院機能を復旧するために必要な業務の詳細を記す。
特にインフラ設備、資材の流通を回復するにあたり必要な復旧業務を中心に据えた。



※業務内容の時系列についての Excel ファイルは添付資料としても別に掲載する。

4.2　通常業務の時系列
4.3　災害時応急対策業務の時系列
4.4　インフラ復旧業務の時系列

通常業務、災害時応急対策業務、インフラ復旧業務の順に時系列を添付資料に掲載する。

5.　業務の詳細

各部署の業務の詳細については主に添付文書に掲載する

5.1　通常業務の継続

発災時、通常業務を停止できない部署として以下を挙げた。

情報システム管理室、施設係、医事課、栄養管理室、電話交換室、医局秘書、医療補助課、
病棟、血管造影室、手術室、総合外来、透析室、内視鏡室、放射線科、訪問介護、薬剤部、臨床検査科、臨床工学科、リハビリテーション科、 包括支援センター、定期巡回ぴーす、居宅支援事業所、 ひまわり保育園、臨床試験センター

これらの部署毎に通常業務の継続に関する詳細を添付文書に掲載する。
以下、業務の詳細の補足事項を記載する。

【検体検査】

無停電装置稼働時に必須な 200V 非常用電源を設置

1.　停電時に対応出来ない検査

1.1　検体検査

1.1.1　非常用電源稼働時の不可項目

TSH、FT3、FT4、TRAb、ｺﾙﾁｿﾞｰﾙ、腫瘍マーカー(AFP、CA125、PSA)、血中薬物濃度、HBs抗原、HBc抗体、HIV抗原抗体、 β-HCG、N-GAL、PCT

1.1.2　非常用電源不可の場合　　尿定性のみ可能　　**以外は不可**

1.1.3　水道供給不可の場合(電源OKの時)

不可項目：生化学検査、TSH、FT3、FT4、TRAb、ｺﾙﾁｿﾞｰﾙ　**以外は検査可能**

1.2　生理検査

非常用電源使用可能時：検査可能

2.　検査時の上水所要

1検体16項目として12リットル必要。通常は1日数百検体の検査を実施しており、数トンの上水を使用している。

【放射線科】

非常用電源による稼働

1.　一般撮影室2部屋(4番・5番)64列CT(6番)(再起動に約30分要す)

1.5テスラMRI●●●●(8番)(再起動に約10分要す)

2.　撮影は緊急度合いにより制限する。

3.　撮影オーダーは紙運用(伝票①予備室)

4.　画像の確認は放射線科のモニターで行う。(電子カルテ上の閲覧・PACS使用不可)

5.　病棟ポータブルは通常通り

6.　撮影中に停電が起きた場合、画像保存がなされていない可能性があるので通電後に要確認

5.2　通常業務の復旧

発災時、一度は業務を中止することができると考えられる部署として、以下を挙げた。

図書室、経理係、車両係、庶務係、人事係、地域広報室、診療情報管理室、医療連携室、患者サポート室、医療安全管理室、褥瘡管理室、感染管理室、QI センター、臨床研修管理室、外来化学療法室、健康管理センター、通所リハビリテーション、介護保険課、看護部長室

これらの部署については、通常業務の復旧に関する詳細を添付文書に掲載する。

5.3　応急対策業務

当院の BCP には新設部署として以下の部署を挙げた。

災害対策本部、外来指揮所、トリアージ、赤エリア、黄エリア、緑エリア、患者数把握係、簡易会計、簡易薬局、搬送班、誘導班

また全く新しい業務が発生する既設部署として

病棟(入院患者の避難)、外来化学療法室(化学療法の緊急停止)、栄養管理室(非常食配布)を挙げた。

これらの部署については、応急対策業務の詳細を添付文書に掲載する。

また以下に BCP 本文(本書)には、災害対策本部、防災センター、外来の応急対策業務について詳細の補足を記載する。

5.4　災害対策本部における応急対策業務(詳細の補足)

（1）　災害レベルの宣言

発災 10 分以内を目標に、(仮)災害対策本部長が災害レベルの宣言を行う。

災害レベルに応じて院内同時に災害対応を開始する。

（2） 館内放送の指示
災害対策本部長の指示のもと館内放送を実施する。

館内放送の内容の例:
「さきほど大きな地震が発生しました。災害レベル 3 を宣言します」
「患者様、付き添いの方にお知らせします。当院は免震構造です。落ち着いて職員の指示に従ってください。」

「職員にお知らせします。4 階講堂に災害対策本部を設置します。」
「部署ごとにアクションカードに従って安全の確認を行い、被災状況報告書を 4 階講堂の災害対策本部に提出してください。」
「また一般外来は中止して下さい。」

（3） 本部の必要物品を収集
本部アクションカードを参考に、必要な物品を集める。

必要物品の例:
アクションカード、ホワイトボード、ライティングシート、ホワイトボード用のペン、机・椅子
トランシーバー、衛星電話、テレビ
使用できる PHS(リハビリ職員、病棟薬剤師より集める)
パソコン、電子カルテ、プロジェクター、大型モニター、FAX、プリンター
懐中電灯、ヘッドライト、ヘルメット、地図、各種ポスター(組織図など)パーテーション

（4） 経過記録(クロノロ)作成の開始
災害対策本部を設置し次第、できるだけ早い段階でクロノロの作成を開始する。
時系列で起きたことを記録し、参集した職員が院内の状況を把握するために使用する。
災害対応を後日検証するためにも重要である。

（5） 被災状況の情報収集
情報収集を開始してホワイトボードにまとめる。
・病院の損傷
外壁、屋内の屋根・壁・扉の損壊の有無
壁の損壊が酷く崩壊の恐れがあれば、本部長の判断で早急に職員および歩ける患者の屋外避難への指示を出す。
電気、水道(上水、下水)、酸素、都市ガスの確認

・怪我人
被災状況報告書を手掛かりに、職員・患者の怪我人の有無を確認する。
地震により病状が悪化した入院患者の有無を確認する。

・情報伝達
院内 PHS、携帯電話、固定電話、テレビ、インターネット、トランシーバーの状況確認

・システム
電子カルテ、画像検査、検査オーダー機能、薬剤処方機能などが動いているか
PACS、GOODNET など画像表示機能が正常に働いているか

・病床管理
空き病床の確認、退院可能な患者のピックアップ

・実施中の手術、(心臓・脳・腹部)アンギオ、内視鏡、透析などの状況確認
状況を確認したうえで可能な限りの中止を指示。

（6） 通常業務のうち中止すべき業務を指示し対応する。外来患者は帰宅を促す。
【中止すべき業務の例】
・一般外来の中止
・侵襲的な検査及び予定手術の延期
・化学療法の中止
・透析の中止

インフラによる業務の制限は以下の通り

	医療ガス	電気	水道
救急			
一般外来	×	×	×
手術		1～7、10号室のみ使用可	
カテ		4号室のみ使用可	
検査		緊急のみ	検体検査以外対応可
透析			×
分娩			
食事		非常食提供	非常食提供

（7） 緊急アセスメントの実施
発災から 2 時間以内に緊急アセスメントを実施する。

緊急アセスメントの内容:
・緊急全避難
入院患者全員の避難、DMAT の支援は必須
最悪の場合、職員のみの避難も決断
・籠城（一部避難）
インフラの状況に応じて節電、節水、補給要請。救急車、Walk-in の受け入れを止めるか決める。
・通常運用
手術、心カテ、アンギオ、内視鏡が可能か判断。
インフラの状況に応じて節電、節水、補給要請。
・病床拡張
大規模災害においては、他の病院が機能停止しやすい。
そのため災害拠点病院は病床拡張して全応需の選択を取らざるを得ないことが多い。
4 階に増設病棟、ICU 増床、それでも満床になりやすいため後方搬送の決断が必要。
インフラの状況に応じて節電、節水、補給要請。

（８） EMIS(Emergency Medical Information System:広域災害救急医療情報システム)への入力
本院の被害状況等に関する院内情報を迅速に収集し、EMIS に登録する。
（病院のインフラに関する事項は可及的速やかに緊急時入力に入力する）

EMIS のアドレス	●●●●
GMIS ID	●●●●
GMIS パスワード	●●●●
入力担当者	入力担当者①:医事課職員 入力担当者②:院内 DMAT

火災発生時における応急対策業務(詳細の補足)

行動原則
・本部活動よりも患者避難を優先
・初期消火と水平避難は指示を待たずに行う
・発災時の上級管理者(できれば院長)が消防および防災センターと相談の上、避難 A～D の決断を行う
・同時に防災センターに災害対策本部を設置する
・災害対策本部では地震と同様に本部活動を行う

避難 A:水平移動
避難 B:発災階から直上階までの患者を下層階へ避難
避難 C:発災階より上層階の患者全員を下層階へ
避難 D:全患者を 1 階へ避難後、駐車場へ移動

5.5 防災センターにおける応急対策業務(詳細の補足)

（１） 指揮連絡系統

1.1 昼間(6:00～22:00)

1.1.1 統括責任者、設備責任者にて各設備員へ具体的指示

1.1.2 統括責任者、設備責任者にてサポート部門、協力会社へ連絡及び必要に応じて応援要請を行う。

1.2 夜間(22:00～翌6:00)

1.2.1 医事課当直者にて火災発生マニュアル(職員用ポケットガイド P89)に従い一次対応を行う。

1.2.2 火災警報の移報により20分以内に設備員が駆け付ける。

1.2.3 統括責任者、設備責任者にてサポート部門、協力会社へ連絡及び必要に応じて応援要請を行う。

（２） 火災時の具体的行動

2.1 監視盤にて火災現場の特定、医事課へ応援要請

2.2 連動設備(スプリンクラー、防火戸、排煙装置等)が正常起動しているか確認、起動しなければ、

現場急行の上、手動で起動

2.3　パニックオープン(集中施解錠システム)が連動で働いているか確認、解錠されてなければ、PC操作にて全解錠

2.4　5F屋上に設置してある蒸気ボイラーに延焼の可能性があると判断された場合、ボイラー停止、ブレーカー遮断

2.5　ガス爆発の危険性があると判断した場合は、防災センター内のガス緊急遮断弁にて遮断

2.6　その他設備異常の対応

（３）地震時の具体的行動

3.1　電気の供給が止まっていないか確認(引込柱が倒壊していないか、非常用発電機が起動した場合は、正常運転されているかの確認)

3.2　設備機器の損壊状況の把握、損壊していて危険と判断した場合は、機器を停止する

3.3　エレベーターの閉じ込めが発生していないか確認(閉じ込めが発生している場合は、東芝エレベーターに連絡、対応依頼)

3.4　ガス漏れが発生していないか確認(同時に火災も発生し、危険であると判断した場合は、防災センター内のガス緊急遮断弁にて遮断

3.5　5F屋上設置の蒸気ボイラーの感震装置が働いて停止しているか確認(停止してなく、危険と判断した場合、ボイラー停止、ブレーカー断)

3.6　その他設備異常の対応

（４）水害時の具体的行動

4.1　屋外の状況に応じ、地下駐車場スロープ入口の防水板を作動(手動)する

4.2　屋外の状況に応じ止水板の設置。(内容として非常用発電機建屋用：2,010㎜×1枚、正面玄関風除室用：1,920㎜×2枚、小児科外来横風除室用：東側用1,720㎜×1枚、西側用1,030㎜×1枚、地下スロープ頂上部：埋込型)平時は非常用発電機建屋内に保管。参考に電子カルテの災害用ページに止水板保管場所及び設置場所、設置手順、設置手順動画を掲載している。

4.3　建物周辺の水位が上がってきている場合は、建物内に水が浸入しないよう、外部ドア等の周りを土嚢で塞ぐ

4.4　免震層下にある雨水排水槽のポンプが正常起動しているか確認、自動で動いていない場合は、免震層内制御盤にて手動で起動、運転。

4.5　その他設備異常の対応

5.6　外来における応急対策業務(詳細の補足)

災害レベルに応じた対応

・災害レベル1では通常のER診療を拡張し、外来と予定手術を一部制限する。

・災害レベル2,3

① 通常外来は閉鎖し、定期受診の患者は帰宅させる。

② 速やかにトリアージポストの作成、災害カルテの準備、案内板の設置を行う。

③ ER内に簡易ベッドを配置し、赤・黄色患者はERで診療を行う。

④ 外科系外来に緑ブースを設置し、緑患者は外科系外来で診療を行う。

災害レベル 2,3 における診療の仕方

（１） 外来指揮所

外来の医師・看護師の配置マネージメント、外来ブース間のエリア調整、搬送班の配置

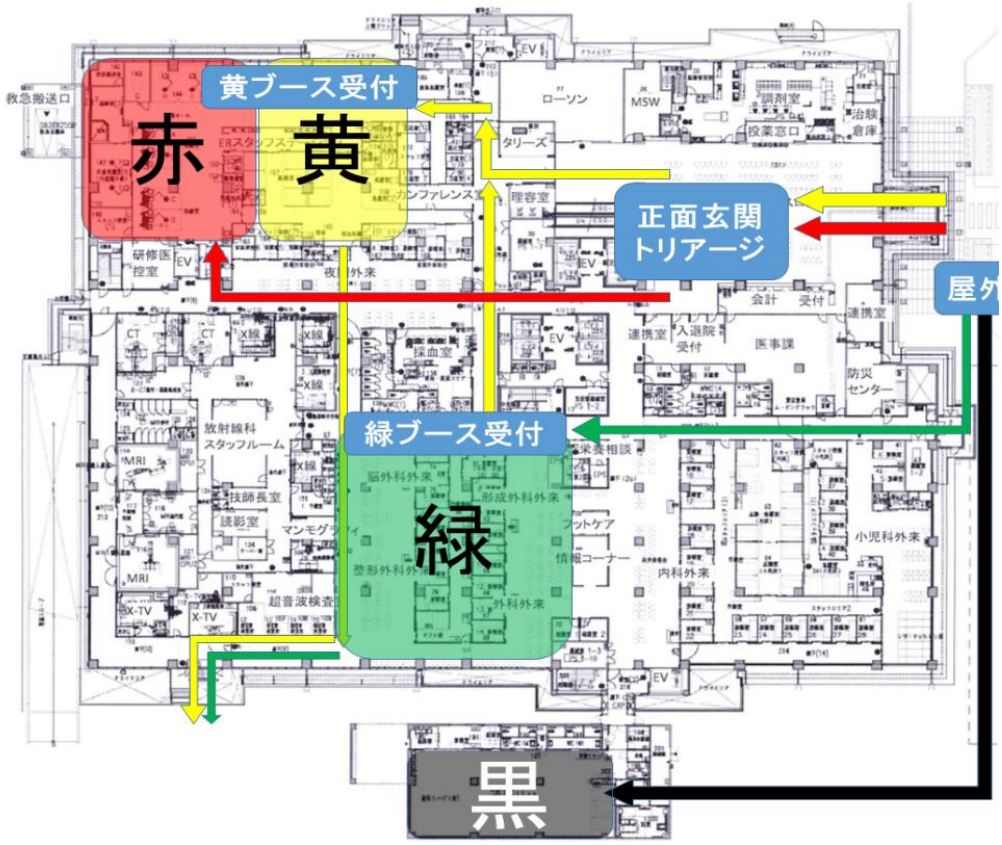
外来の必要物品の割り振り、外来の物品調達依頼、入院予定患者の本部との調整

手術・透析・血管造影などの調整、転院調整などを担う。

平日日中：救急外来（ER）に外来指揮所を設置する。
時間外、休日：救急外来（ER）内に仮災害対策本部を設置する。
仮災害対策本部が外来指揮所の業務を兼ねる。

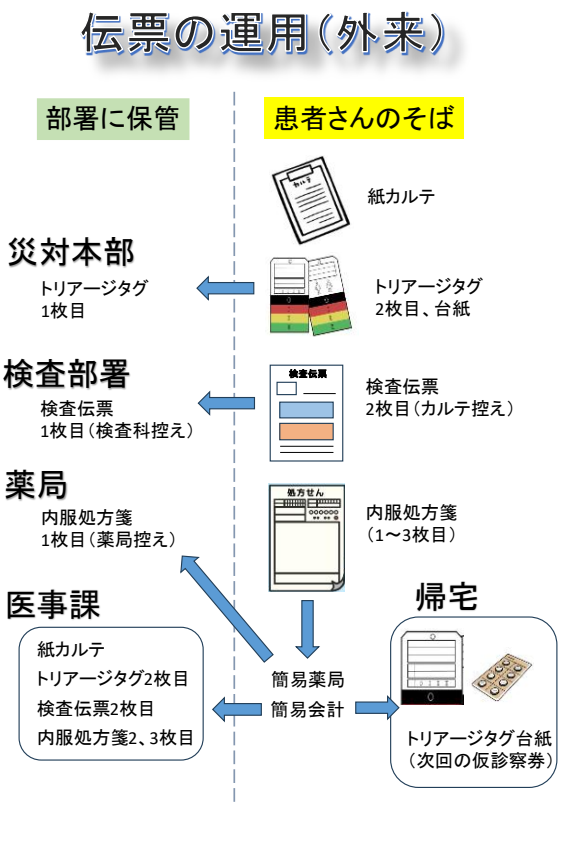
（2） 外来エリアのゾーニング設定、各エリアの必要物品の配置、誘導用の掲示板設置、
トリアージブース、赤ブース、黄色ブース、緑ブース、簡易会計、簡易薬局を設置する。
アクションカードを参考に必要物品と人員の配置を行う。
救急車で来院した患者は救急車搬入口でトリアージを行い、各ブースに移動を行う。

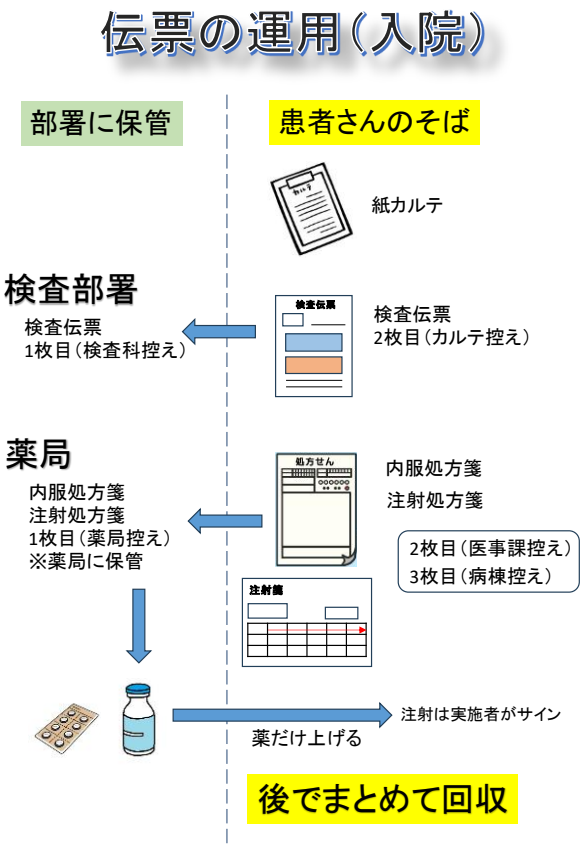
（3） 外来エリアのゾーニング設定、各エリアの必要物品の配置、誘導用の掲示板設置、
トリアージブース、赤ブース、黄色ブース、緑ブース、簡易会計、簡易薬局を設置する。
アクションカードを参考に必要物品と人員の配置を行う。
救急車で来院した患者も正面玄関から搬入させ、トリアージ後に各ブースに移動
ブース設置時に ER 内の ECU 入院患者を観察室へ移動させる
※ 設置場所 ※ 赤ブース：ER 内救急搬入口側 黄ブース：ECU 緑ブース：1 階外科系外来
黒ブース：（別棟）通所リハビリ



（4） トリアージタッグ

トリアージタッグには、あらかじめ通し番号を振っておく。
災害時は全患者にトリアージタッグを割り当てる。
各ブースでトリアージタッグの 1 枚目を回収し、医事課職員が来院患者リストを作成する。
2 枚目は外来カルテに控えとして保存
3 枚目の台紙が次回受診時の仮診察券となる。患者が帰宅する際に持って帰る。
次回受診時に枚目の番号を参考に外来カルテを取り出す。





（5） 災害 ID

紙カルテによる診療中はトリアージタッグにあらかじめ振られている番号が、その患者の災害 ID となる。
災害カルテや検査伝票には手書きで ID を記載する。

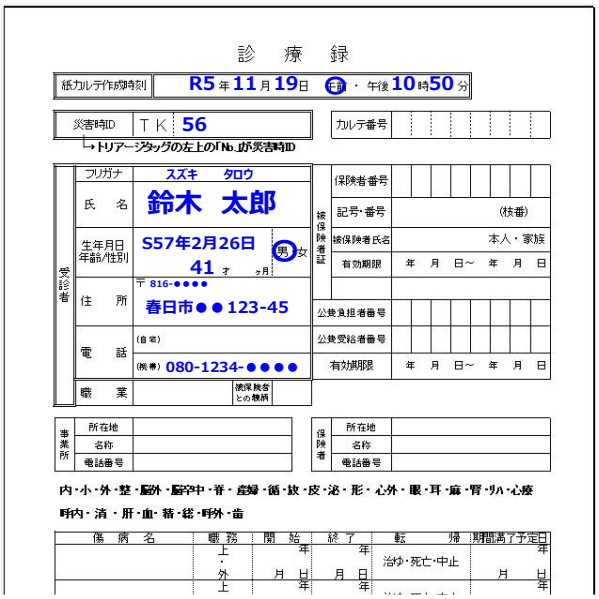
（6） 紙カルテ

個人情報の記載は、緑は医事課裏の廊下で患者本人が記載。赤と黄は ER 内で病院スタッフが記載する。
帰宅時に医事課で回収して保管する。入院する場合は入院カルテと共に保管する。



表紙：診療録

青文字で書かれている部位はできるだけ記載する
（太枠で囲っている部位）



診　療　録

紙カルテ作成時刻　R5 年 11 月 19 日 (午前)・午後 10 時 50 分

災害時ID　TK 56　→トリアージタッグの左上の「No.」が災害時ID

カルテ番号

受診者
- フリガナ　スズキ　タロウ
- 氏名　鈴木　太郎
- 生年月日 年齢/性別　S57年2月26日　41 才 9月　(男)・女
- 住所　〒 816-●●●●　春日市●●123-45
- 電話　(自宅)　(携帯) 080-1234-●●●●
- 職業　被保険者との続柄

被保険者証
- 保険者番号
- 記号・番号　(枝番)
- 被保険者氏名　本人・家族
- 有効期限　年 月 日～ 年 月 日
- 公費負担者番号
- 公費受給者番号
- 有効期限　年 月 日～ 年 月 日

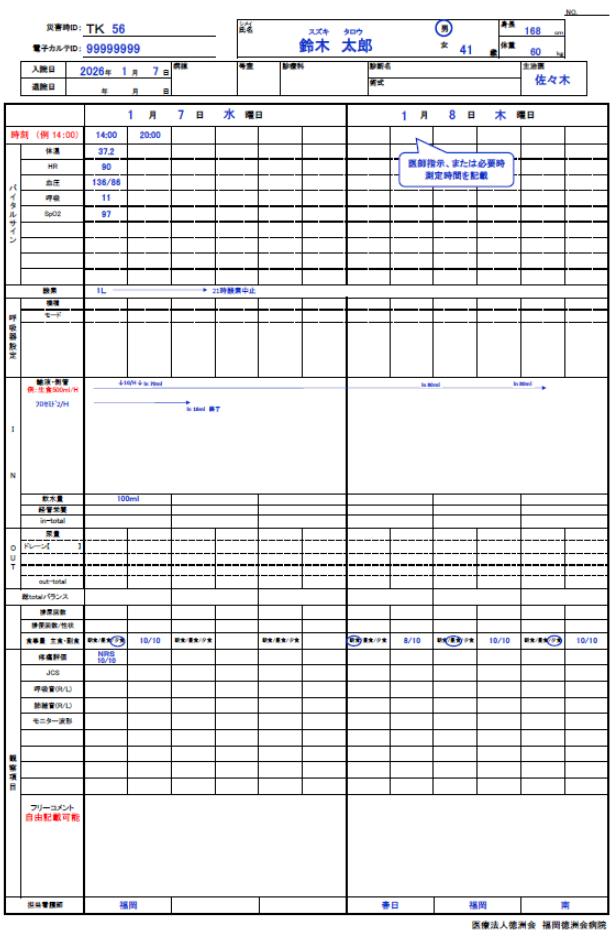
事業所
- 所在地
- 名称
- 電話番号

保険者
- 所在地
- 名称
- 電話番号

内・小・外・整・脳外・脳卒中・神・産婦・循・放・皮・泌・形・心外・眼・耳・麻・腎・リハ・心療
呼内・消・肝・血・膠・総・呼外・歯

傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
	上・外	年 月 日	年 月 日	治ゆ・死亡・中止	年 月 日
	上	年	年		年

経過記録



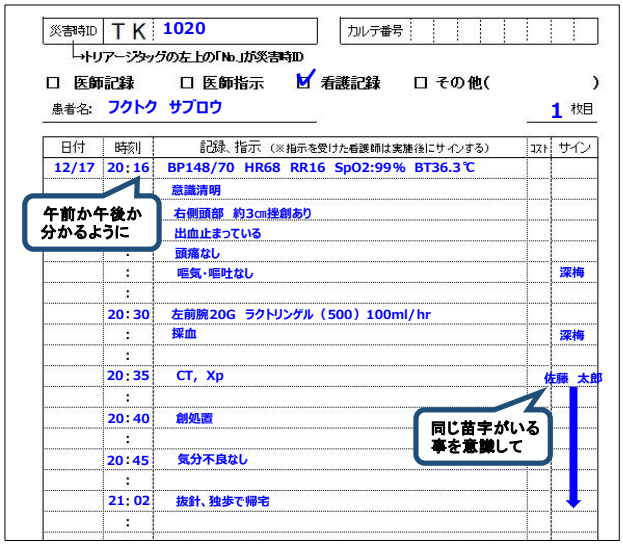
災害時ID: TK 56
電子カルテID: 99999999
氏名　スズキ　タロウ　鈴木　太郎　(男)・女　41 歳
身長 168 cm　体重 60 kg
入院日 2026年 1 月 7 日
退院日
病棟　考察　診療科　診断名　術式
主治医 佐々木

	1 月 7 日 水 曜日							1 月 8 日 木 曜日						
時刻 (例 14:00)	14:00	20:00												
バイタルサイン 体温	37.2													
HR	90													
血圧	136/86													
呼吸	11													
SpO2	97													
酸素	1L → 21時酸素中止													
呼吸器設定 機種														
モード														
I 輸液・製剤	6 ml/H → 3 ml/kg/H → 3 ml/kg/H 終了							3 ml/kg/H		3 ml/kg/H				
飲水量	100ml													
経管栄養														
in-total														
OUT 尿量														
ドレーン 1														
out-total														
総total バランス														
検査関係 検査回数														
検査回数/性状														
看護項目 食事量 主食・副食	朝食/昼食/夕食	10/10	朝食/昼食/夕食		朝食/昼食/夕食			朝食/昼食/夕食	8/10	朝食/昼食/夕食	10/10	朝食/昼食/夕食	10/10	
体重評価	NRS 10/10													
JCS														
呼吸音(R/L)														
腸雑音(R/L)														
モニター波形														
フリーコメント 自由記載可能														
担当看護師	福岡							春日	福岡	南				

医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院

看護記録

※緑ブースでは、医師の紙カルテだけで間に合うなら 必ずしも使わなくても良い。



災害時ID　TK 1020　→トリアージタッグの左上の「No.」が災害時ID

カルテ番号

☐ 医師記録　☐ 医師指示　☑ 看護記録　☐ その他(　　)

患者名: フクトク　サブロウ　1 枚目

日付	時刻	記録、指示 (※指示を受けた看護師は実施後にサインする)	コスト	サイン
12/17	20:16	BP148/70 HR68 RR16 SpO2:99% BT36.3℃		
	:	意識清明		
	:	右側頭部 約3cm挫創あり		
	:	出血止まっている		
	:	頭痛なし		
	:	嘔気・嘔吐なし		深梅
	:			
	20:30	左前腕20G ラクトリンゲル（500）100ml/hr		
	:	採血		深梅
	:			
	20:35	CT, Xp		佐藤 太郎
	:			
	20:40	創処置		
	:			
	20:45	気分不良なし		
	:			
	21:02	抜針、独歩で帰宅		
	:			

午前か午後か分かるように

同じ苗字がいる事を意識して

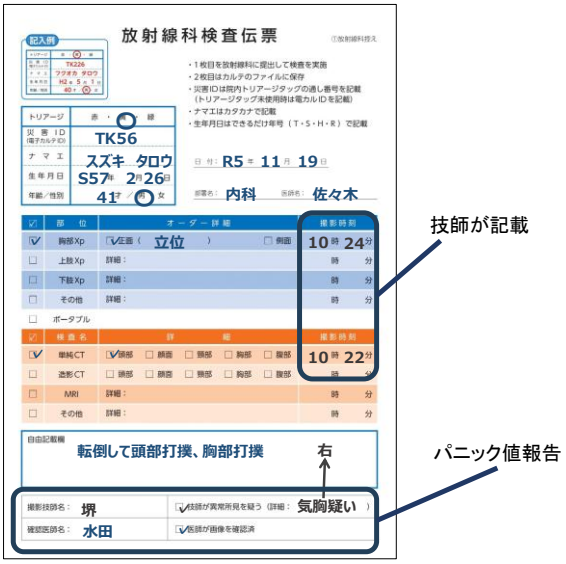
検体検査伝票

1枚目を剥がして、血液の入ったスピッツと一緒に検査科へ
2枚目はカルテと一緒にファイルに保存
シールに直接名前を書いてスピッツに貼ると良い

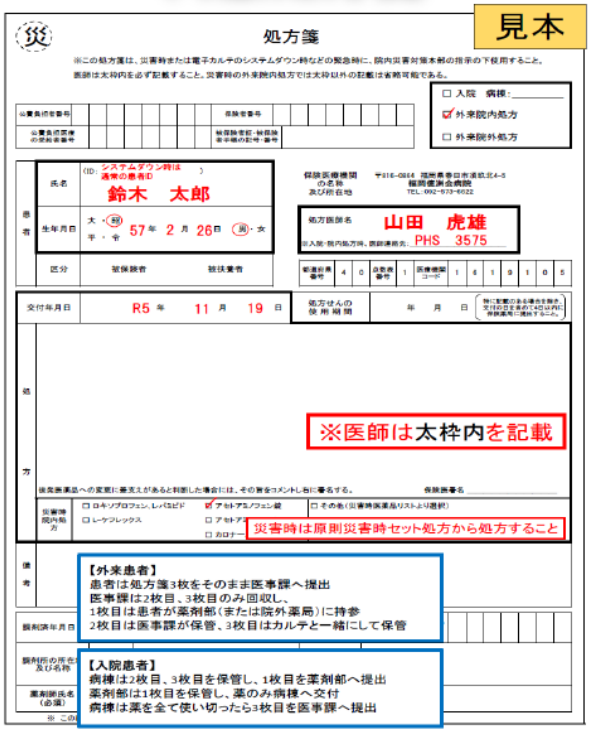


放射線科伝票

検査終了→ ① 技師が撮影時刻とパニック値を記載
② 伝票を剥がして2枚目をファイルに戻す
③ 1枚目は放射線科に保管する

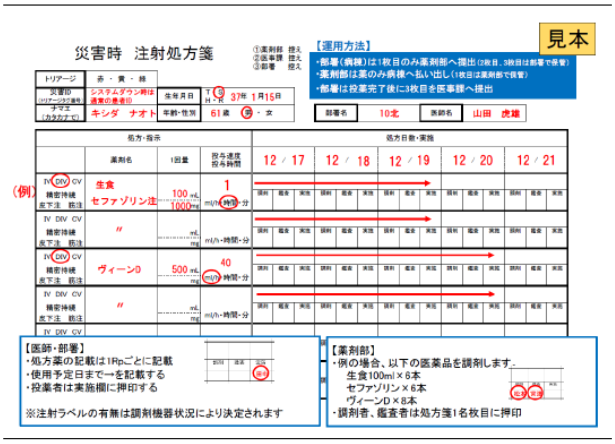


内服処方箋

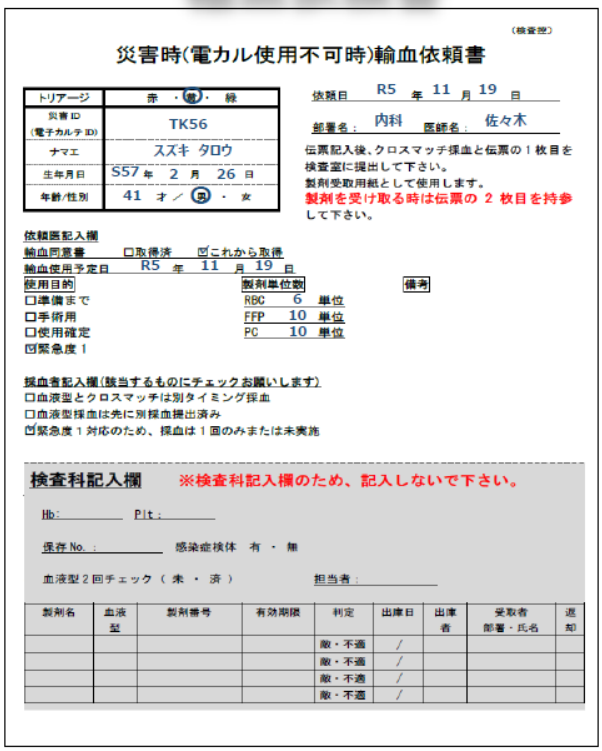


注射処方箋

1枚目は薬局で保管
2枚目は医事課で保管、3枚目はカルテと一緒に保管



輸血依頼書



（検査控）

災害時(電カル使用不可時)輸血依頼書

トリアージ	赤 ・(緑)・ 緑
災害ID (電子カルテID)	TK56
ナマエ	スズキ タロウ
生年月日	S57 年 2 月 26 日
年齢/性別	41 才／(男)・ 女

依頼日 R5 年 11 月 19 日

部署名： 内科 医師名： 佐々木

伝票記入後、クロスマッチ採血と伝票の１枚目を検査室に提出して下さい。
製剤受取用紙として使用します。
製剤を受け取る時は伝票の 2 枚目を持参して下さい。

依頼医記入欄
輸血同意書 □取得済 ☑これから取得
輸血使用予定日 R5 年 11 月 19 日

使用目的	製剤単位数	備考
□準備まで	RBC 6 単位	
□手術用	FFP 10 単位	
□使用確定	PC 10 単位	
☑緊急度１		

採血者記入欄（該当するものにチェックお願いします）
□血液型とクロスマッチは別タイミング採血
□血液型採血は先に別採血提出済み
☑緊急度１対応のため、採血は１回のみまたは未実施

検査科記入欄 ※検査科記入欄のため、記入しないで下さい。

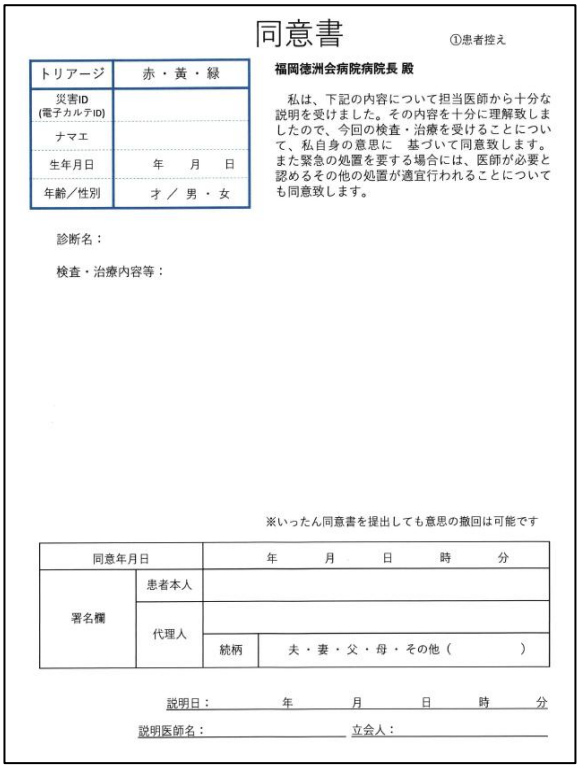
Hb: Plt:

保存 No.: 感染症検体 有 ・ 無

血液型２回チェック（ 未 ・ 済 ） 担当者:

製剤名	血液型	製剤番号	有効期限	判定	出庫日	出庫者	受取者 部署・氏名	返却
				適・不適	/			
				適・不適	/			
				適・不適	/			
				適・不適	/			

同意書



同意書

①患者控え

トリアージ	赤・黄・緑
災害ID (電子カルテID)	
ナマエ	
生年月日	年 月 日
年齢／性別	才／男・女

福岡徳洲会病院病院長 殿

私は、下記の内容について担当医師から十分な説明を受けました。その内容を十分に理解致しましたので、今回の検査・治療を受けることについて、私自身の意思に 基づいて同意致します。また緊急の処置を要する場合には、医師が必要と認めるその他の処置が適宜行われることについても同意致します。

診断名：

検査・治療内容等：

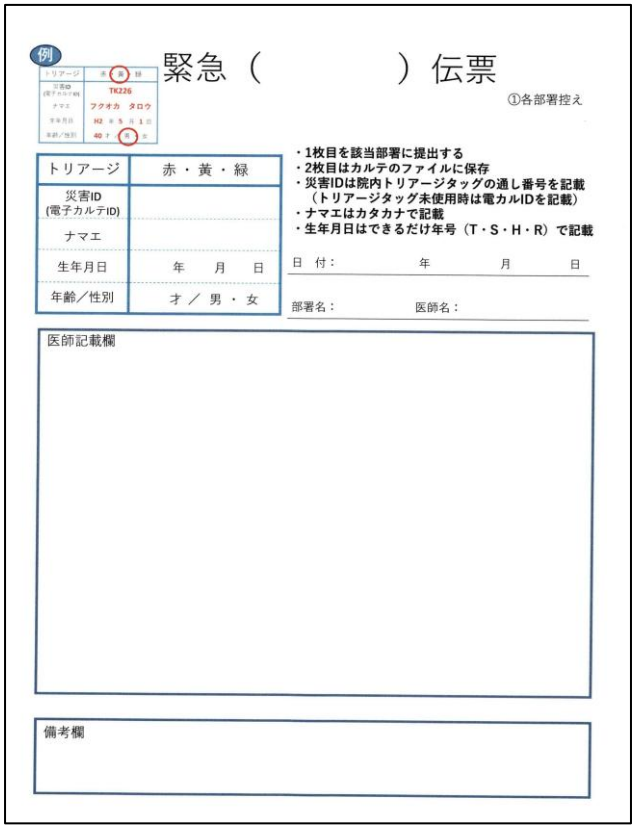
※いったん同意書を提出しても意思の撤回は可能です

同意年月日		年 月 日 時 分
署名欄	患者本人	
	代理人	
	続柄	夫・妻・父・母・その他（ ）

説明日： 年 月 日 時 分

説明医師名： 立会人：

緊急（ ）伝票



例

緊急（ ）伝票

①各部署控え

トリアージ	赤・黄・緑
災害ID (電子カルテID)	
ナマエ	
生年月日	年 月 日
年齢／性別	才／男・女

・1枚目を該当部署に提出する
・2枚目はカルテのファイルに保存
・災害IDは院内トリアージタッグの通し番号を記載（トリアージタッグ未使用時は電カルIDを記載）
・ナマエはカタカナで記載
・生年月日はできるだけ年号（T・S・H・R）で記載

日 付： 年 月 日

部署名： 医師名：

医師記載欄

備考欄

（7） 会計

災害レベル2および3では外来診療の会計は後日請求とする。
（なお過去に激甚災害の指定を受けた場合には、医療費は国が補償したため、患者に請求を行う必要がなかった。）
発生からの日数と外来患者数に応じて、本部判断により通常の会計に移行する。

（8） 臨時病棟

災害対策本部の指示で必要に応じて臨時病棟を造設する場所を決定する。
造設する場所としてはリハビリフロアや内科外来などが候補に挙がる。
退院可能だがすぐには帰宅できない患者の退院前病床、もしくは一般病棟への入院が困難である場合の待機病床として利用する。

5.7 病棟における応急対策業務(病棟での水平移動展開)

≪患者の体動能力に応じた対応の実践≫

・独歩患者

付添いで安全に避難場所へ移動。階下への誘導は火災状況で階段を選択(中央、東西南北)
スタッフは患者と移動する者、廊下等の動線確保者、誘導者の役割を担う。

・水平移動について

対象を自力で動く事が困難な患者と設定、搬送手段として、車イス、エアーストレッチャー、シーツ類を使用する。
スタッフは防火扉の開閉確認、固定する者、移動先で迎える者、移動させる者、状態観察者防火扉付近で整理する等の役割を担う。

・水平移動の待機場所

1. 北病棟ベランダ側へ（県道31号線SUBARU自動車側):階段使用可1～5階 4階以上ベランダのみ
2. 南病棟ベランダ側へ（正面玄関側):階段使用可1～4階 5階以上ベランダのみ
3. 東側階段側へ（霊安室側):階段使用可1～10階 ベランダ無し
4. 西側階段側へ（コクミン薬局側):階段使用可1～10階 ベランダ無し

※消防はしご車が待機可能なのは、北側(県道31号線SUBARU自動車側)と南側(正面玄関側)のみ

5.8 インフラ復旧業務

平時、電気・水道・ガスなどのインフラ維持に関しては、施設係と防災センターが担っている。
災害時においてもインフラ復旧業務の中心となるのは施設係と防災センターとなるため、この二つの部署のインフラ復旧業務に関する詳細を添付文書に掲載する。

6. アクションカード

6.1　アクションカード

病院全体でアクションカードを作成している。いずれのアクションカードも以下の内容を含むものとしている。

・部署ごとに災害の宣言
・自部署の安全確保
・通信手段の確保
・被災状況報告書の記載
・災害対策本部と情報交換

※このうち添付文書として以下を別に掲載する。

① 災害対策本部アクションカード
② ER アクションカード
③ 災害時の外来診療の仕方アクションカード
④ 病院全体の共通アクションカード(簡易版)
⑤ 医局アクションカード
⑥ 災害時物品リスト
⑦ 当直者用火災時アクションカード

7. DMAT 受援について

7.1　背景

災害時に当院の院内で DMAT が活動する際に、院内職員がどのように活動するか、指針を記載する。

7.2　どのような DMAT 活動が想定されるか

当院の院内で DMAT が活動する場合、以下の 3 通りの可能性がある。

① 当院に DMAT **参集拠点**を設置

各病院から派遣された DMAT チームは、まず参集拠点に参集し管理される。更に参集拠点から各地の活動拠点本部に派遣され、活動拠点本部で具体的な活動内容を割り振られる事になる。DMAT は 1 隊 5 名程度のチームであり、場合によっては 100 隊以上の DMAT チームが参集するため参集拠点は非常に混雑する。病院機能に支障を来す可能性があり、事前の準備が必須である。

参集拠点は高速道路のサービスエリアなどに置かれる事も多いが、災害拠点病院に置かれる事もある。また、参集拠点と活動拠点本部の両方を担う場合もある。

② 当院に DMAT **活動拠点本部**を設置

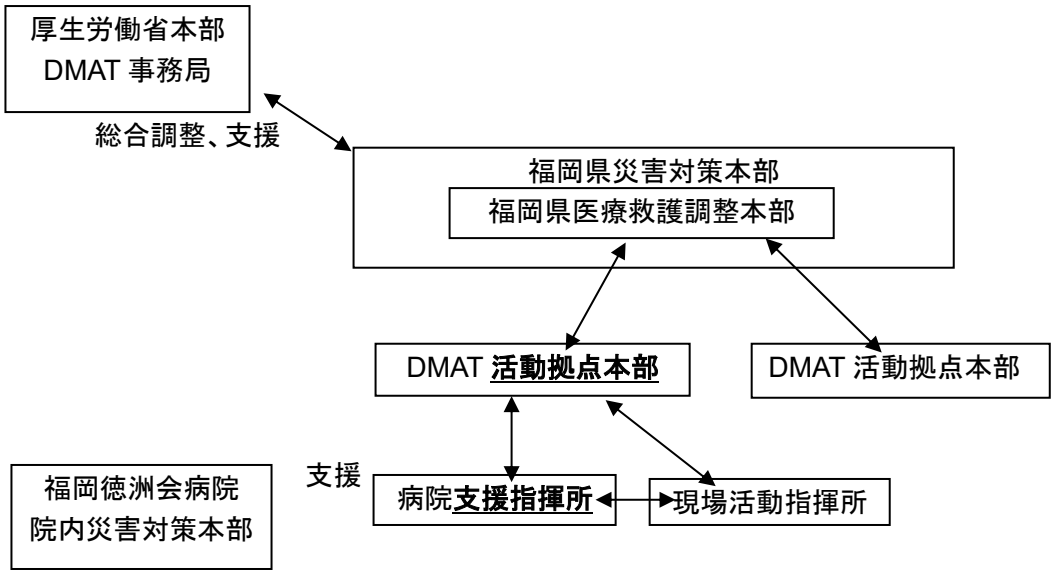
大規模災害においては、災害拠点病院の病院内に DMAT 活動の拠点となる本部が設置される事が多い。もともと災害拠点病院は、免震構造・非常用電源・非常食備蓄・給水優先協定・井水の確保などのハード面の整備が求められており、活動拠点本部に適している。また DMAT チームを保有しており、ソフト面においても適している。

当院は地域災害拠点病院であり、DMAT 活動拠点本部が設置される可能性がある。活動拠点本部では、管内医療機関の被災状況を把握し DMAT 隊員を派遣する。更に管内医療機関の医療継続のための支援、病院からの患者避難の支援、院外現場での多数傷病者の診療および搬送支援、後方の病院に患者を搬送する支援などを実施する。

③　当院の院内に DMAT 支援指揮所を設置

災害拠点病院が医療活動を継続する事は、地域の災害対策において非常に重要である。このため DMAT が直接支援に入り、病院内の医療活動を支援する場合がある。複数の DMAT が支援に入る場合、DMAT 支援指揮所を設置する事が多い。当院の職員との連携が必須である。

7.3　指揮命令系統



①　福岡県の医療救護調整本部は県内の災害医療を統括する
②　DMAT 活動拠点本部は管轄地域の災害医療を統括する
③　病院の災害対策本部は院内の災害医療を統括する。
④　病院を支援する DMAT は病院の災害対策本部（以下、「院内災害対策本部」）と対等の立場で支援助言・連携する。

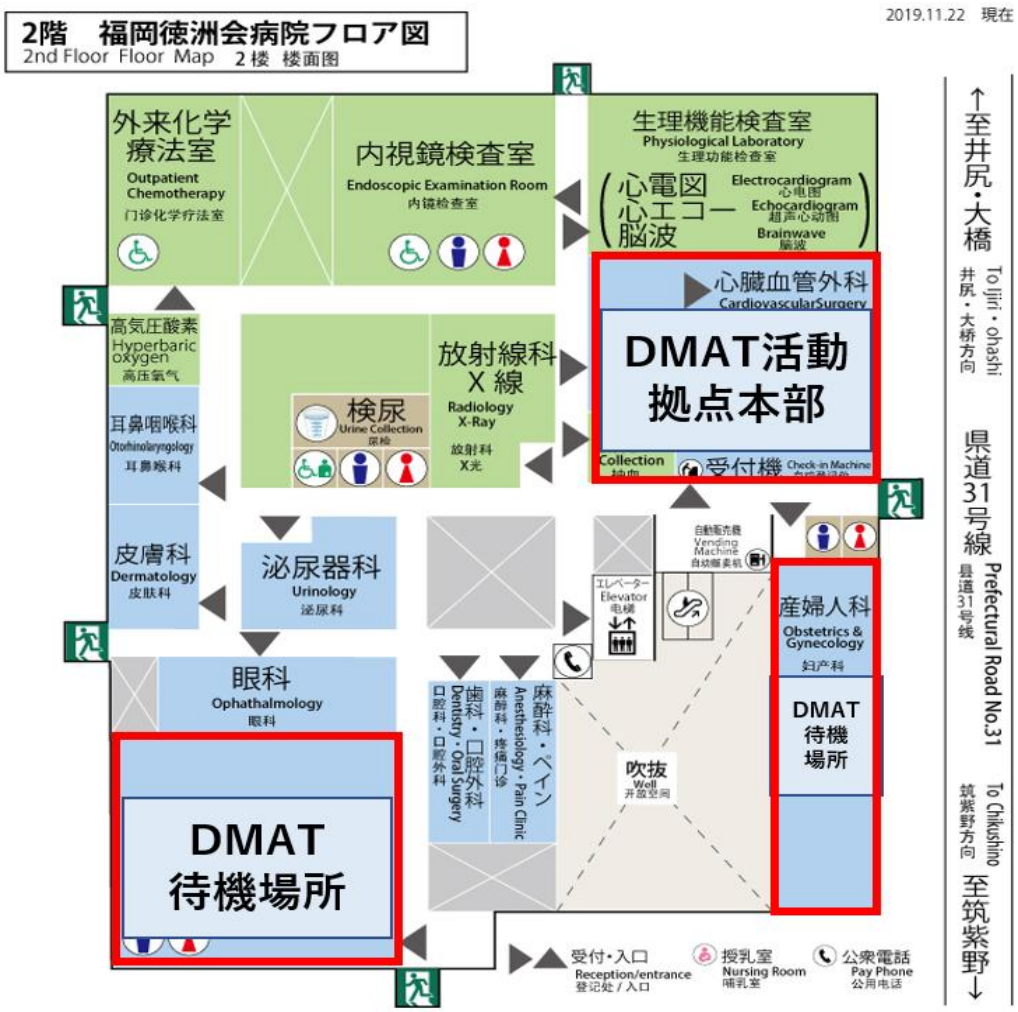
7.4　院内 DMAT

病院内に DMAT 参集拠点、DMAT 活動拠点本部、DMAT 支援指揮所のいずれが設置される場合においても、当院の DMAT 隊員（以下、「院内 DMAT」）が連携のキーパーソンとなる。院内災害対策本部との仲介役として機能する。

院内 DMAT が不在などの理由で人員不足である場合、院内 DMAT の責任者が院内災害対策本部と協議して人員を補充する。

7.5　DMAT 本部の設置場所

2 階の循環器外来、健康管理センター、産婦人科外来が候補となる。一例を図に示す。
DMAT 参集拠点は DMAT 活動拠点本部と同様に循環器外来が候補となる。DMAT 支援指揮所も循環器外来としても良いが、4 階の院内災害対策本部の周辺（看護部ミーティングルームなど）に設置しても良い。



7.6　必要物品の貸し出し

病院から机、椅子、ホワイトボード、使用できる PHS（院内職員との連絡用）、文房具などを貸し出す。

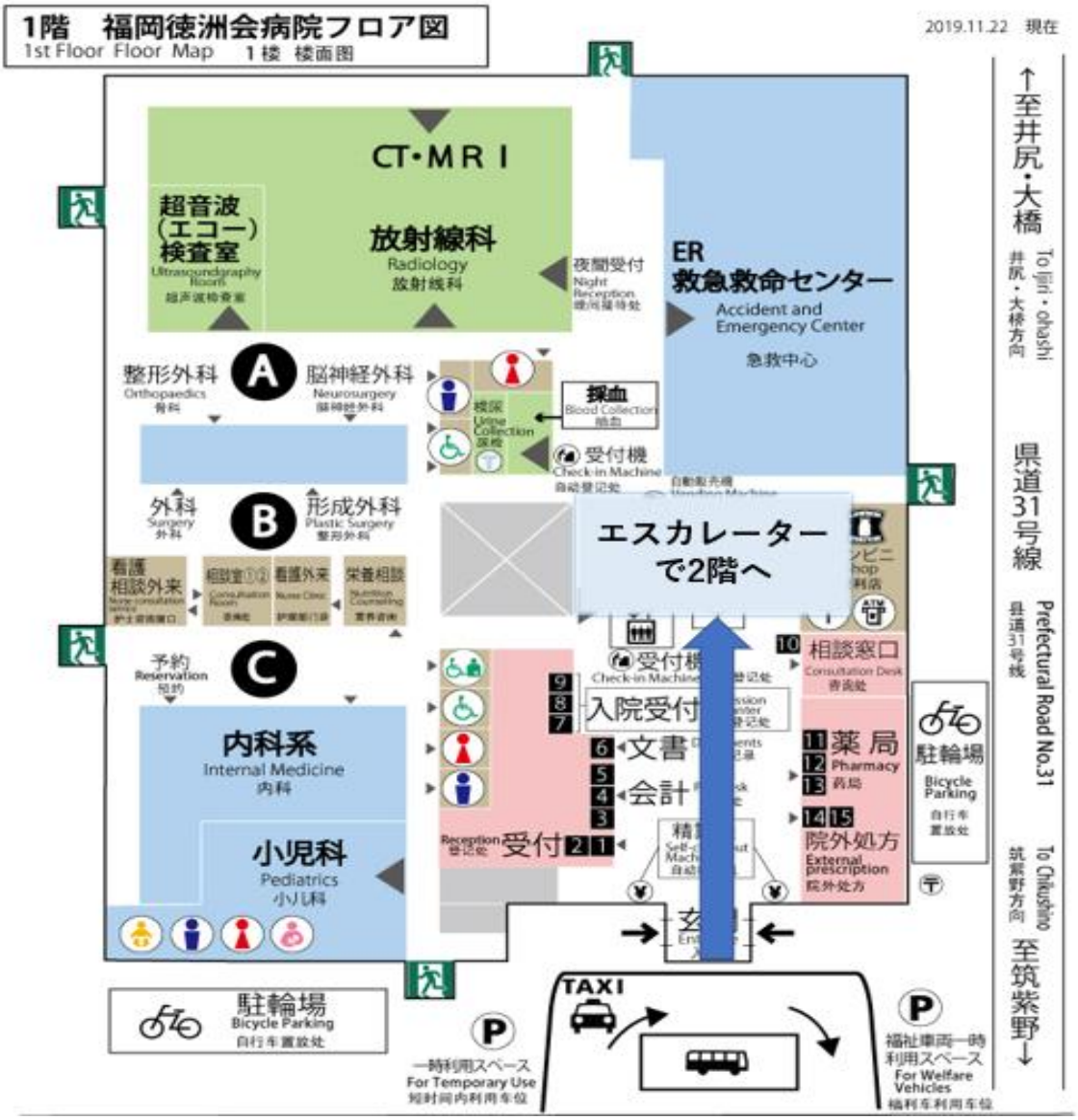
基本的には DMAT は必要な本部物品を持参するチームであり、上記以外の物品については要請に応じて

貸し出しを検討すれば良い。

7.7　院内の動線

DMAT が DMAT 活動拠点本部へ移動する際は、エスカレーターを使用する事とする。

2 階の管理スペースに被災者や避難者が誤って入館しないよう、エスカレーター前に人員を配置し誘導を行う。



4 階に支援指揮所を設置する際には、正面玄関から 4 階まで DMAT を案内するための標識と誘導係を配置する。

7.8　DMAT 車両駐車スペース

参集 DMAT は第 2 駐車場を利用する。正面（第 1）駐車場から向かって正面に施錠されたポールが 2 つある。第 2 駐車場の入り口は狭く救急車で入場するのが難しいため、ポールの施錠を外して救急車が進入できるようにする。鍵は医事課と施設課で管理している。駐車料金は無料とする。

車両誘導係を正面（第 1）駐車場と第 2 駐車場に 24 時間配置する。



8. 今後の課題と改訂体制

8.1 事業継続マネジメント体制

① BCP 事務局の設置

当院 BCP 第 1 版は、災害対策委員会の主導によりこれを作成した。今後は前対策や教育・訓練の推進、定期的な点検・是正を平常時から行えるよう 2020 年 3 月に BCP 事務局を設置。

② BCP 事務局の組織体制

事務局は監事、実務長、施設管理担当、資機材物品担当、システム及びデータ管理担当企画・広報担当より構成される組織体制とした。

③ BCP 事務局の任期、開催について

BCP 事務局任期は 2 年し、再任を認める。また、開催について定期、以外にも必要時に適宜招集され、関連事項の検討を行う。また、随時事務局員以外の者の参加を求め説明及び意見を聞くことができる旨定めた。

8.2 BCP 実施計画

① BCP の実施

BCP 責任者は、事業継続計画書で定めた事業継続戦略を実現するため、BCP 実施計画に基づき対策を実施する。BCP 事務局は、対策の実施状況を BCP 推進会議で共有するとともに、適宜 BCP 責任者に報告する。BCP 事務局は年度初めに年間計画を策定し、関連部門との調整を計る。

② BCP 実施計画の見直し

BCP 責任者は、BCP および BCP の見直し(定期見直し、臨時見直し)の際に、BCP 実施計画の見直しを指示する。BCP 事務局は、各部門の計画見直しに伴い必要な対策を取り纏め、BCP 責任者及び幹部の承認を得る。

会　　議	目　　的	開催頻度
BCP 事務局会議	･進捗管理 ･内容精査 ･問題･課題の抽出と解決のための討議	･毎月 1 回 ･その他必要に応じて開催

8.3 教育･訓練

① 教育･訓練の目的

教育･訓練は、事業継続性強化の重要性の周知、不測の事態発生時における緊急時対応および BCP を確実に行うことを目的として実施する。

② 部門における教育･訓練

BCP 事務局は、全職員に対する教育周知を行い、定期的に教育･訓練を実施する。訓練については、当院の緊急時シナリオを想定した、実動訓練を年 1 回の頻度で実施する。訓練の規模･訓練対象者に
ついては適宜検討を行う。

③ 教育･訓練の実施とフォロー

BCP 事務局は、病院全体および部門の教育訓練の実施結果を取り決め、災害対策委員会で報告するとともに、実施結果を次回の教育訓練や BCP 行動手順書に反映する。各部署が独自で行う訓練は、BCP 事務局で概要の把握･記録を行い、災害対策委員会で報告する。

評価･改善

① 評価･改善の目的

評価･改善は、BCP が有効に機能する状態を維持するために実施する。

② 評価･改善内容

評価･改善を実施する契機と内容を以下に示す。

契　　機	実施内容
策定後の初期フォロー	BCP 責任者は、BCP 策定後、初期の運営にて得られた気づきや不備等の反映のために初期フォローを実施する 実施時期は、対策実施計画書で立案される必須対策が完了する時期を目処とし、BCP 行動手順書と教育訓練計画書に反映し、実効性を高める
定期見直し	BCP 責任者は BCP の定期見直しを実施する。定期見直しでは、対策の実施により得られた気付きや不備等を BCP 行動手順書と教育訓練計画書に反映し実効性を高める
臨時見直し	BCP 責任者は、以下の要因が発生した場合に、BCP の臨時見直しを実施する ･大きな組織変更があった場合 ･業務プロセスや事業構造に変化があった場合 ･経営資源に大きな変化があった場合 ･事業に関係する法令･規制･各種ガイドライン等が改定された場合 ･大規模災害により被災した場合 ･対策の実施や訓練などにより対策内容に重大な不備が発見された場合

③　BCP 事務局による評価･改善の進捗管理

BCP 事務局は､BCP 推進会議やヒアリング等を通じて BCP 運用状況を点検･評価し､改善活動を行う。

実施責任者	BCP 事務局
点検･評価内容	① 対策 対策の進捗状況と対策の実施結果･課題 残存するリスク(未実施の対策が､事業再開までの時間に与える影響) ② 教育訓練 教育訓練の進捗状況と教育訓練の実施結果･課題 ③ BCP 見直し状況 初期フォロー､定期見直し､臨時見直しの実施状況 ④ 危機対応の経験から明らかになった課題 ⑤ 指摘事項の是正状況 前回の点検･評価における指摘事項の是正状況
点検･評価結果のフォロー	･BCP 事務局は点検･評価結果に基づく対策･是正を指示する。 ･各部門は対策を実施し､BCP に反映する。
実施頻度	･年間 1 回程度 ･BCP の臨時見直しがされた場合は臨時の点検･評価を行う。

報告･是正

①　報告･是正の目的

報告･是正は､経営の視点から BCP の取り組みを検証するために実施する。

②　幹部会議への報告

BCP 責任者は､幹部会議において BCP 推進状況について報告を実施する。

③　報告の内容

報告責任者	BCP 責任者
報告内容	･各部門における BCP 運用状況の点検･評価結果 ･経営判断が必要な課題と改善提案 ･前回までの報告における指摘事項の是正状況
報告結果のフォロー	･BCP 事務局は報告での指摘事項に基づく対策を検討し､各部門に指示する ･各部門は対策を実施し､BCP に反映する
実施頻度	･年間 1 回程度 ･BCP の臨時見直しがされた場合は臨時の報告を行う

8.4　将来的課題

① 危機管理部門の新設
災害対策やBCP改訂を含めた危機管理部門の新設も期待される

② 地域一体型BCPの構築
医療圏での立ち位置、地域医療支援病院としての役割責務を担う為、更に地域一体型BCPの構築を目指すには地域災害医療の観点から圏域の病院や施設をも巻き込んだBCPの策定やBCP訓練を思慮する必要もあると考える

9. 本書の管理

9.1　本書の管理者

本書の管理者は、BCP事務局長とする。

9.2　本書の開示範囲

・病院BCPはBCP事務局が文書管理を行い、常に最版が使用される状態を維持する。
・病院BCPは当院の全構成員に開示し、周知する。
・当院の社会的責任として、病院BCPの概要を公開する。ただし、個人情報の保護、戦略的対応の秘匿等の観点から、開示が適当でない部分は限定的な開示とする。
・広域災害医療活動のために必要な関係機関(行政の地域防災計画に基づく災害対策本部、医師会、DMATおよび他の災害拠点病院等)からの求めに応じて開示することができるものとする。

9.3　本書の改版および廃止

本書の改版および廃止は、BCP責任者が起案し
病院幹部が決定する

【本書の改版】

管理者	BCP事務局長
承認者	BCP責任者
改版の契機	・組織体制や事業内容等に大きな変更があった場合 ・文書記載事項(体制、行動手順、対策本部の設置場所等)に変更があった場合 ・定期的な見直し(年間1回程度) ・災害の経験後