



Business Continuity Plan

~Prepare for the Worst, Plan for the Best~

令和7年度厚生労働省委託事業

在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業

連携型BCP・地域BCP策定に関するモデル地域事業

報告書



コミュニティヘルス研究機構

I. 連携型 BCP・地域 BCP 策定に関する

モデル地域事業

事業報告

(総括)

コミュニティヘルス研究機構 理事長・機構長

神戸市立看護大学大学院 臨床教授

慶應義塾大学医学部公衆衛生学教室

山岸暁美

I 事業概要および主要成果

- 本事業では、全国 14 地域を対象として、連携型 BCP および地域 BCP の策定支援を実施し、都市部、中山間地域、自治体主導型、訪問看護ネットワーク型など、多様な地域特性の下で実装過程を検証した。その結果、地域 BCP は単なる災害時の対応計画ではなく、平時の地域医療・介護連携を基盤として成立する仕組みであり、在宅医療・介護を含む地域医療全体の継続性を支える政策基盤であることが明らかとなった。
- 本事業から得られた第一の知見は、地域 BCP は平時の地域医療連携の延長線上に成立するという点である。医師会、訪問看護、介護事業者、地域包括支援センター等による既存の連携会議が機能している地域では、地域 BCP は新たな制度を一から構築するのではなく、既存の連携基盤を災害対応の視点で再整理し、非常時の役割分担や情報共有の仕組みに落とし込む形で比較的円滑に進めることができた。一方で、平時の連携が十分でない地域では、関係者間の役割認識の差や情報共有不足が障壁となり、BCP 策定以前に関係構築そのものが必要であった。
- 第二に、自治体の関与が地域 BCP の実効性を大きく左右することが確認された。自治体が主体的に参画した地域では、福祉避難所、個別避難計画、要配慮者支援、防災部門との調整などが進み、地域 BCP が医療機関のみの計画にとどまらず、地域全体の支援体制として具体化された。地域 BCP は、医療・介護・防災の三領域を接続する政策領域であり、医療側のみの努力では完結しない。
- 第三に、ICT を活用した情報共有基盤が地域 BCP の実効性を左右する重要な条件であることが示された。多職種チャット、クラウド型情報共有、安否確認システム等を活用した地域では、発災後の状況把握や支援調整が比較的円滑であった一方、ICT 基盤を欠く地域では情報の所在が分散し、対応が遅れやすかった。ICT は単なる補助的手段ではなく、地域 BCP の基盤インフラとして位置付ける必要がある。
- 第四に、本事業を通じて、地域 BCP の本質は地域医療のサージキャパシティ確保にあることが明確となった。災害時には、在宅療養者の状態悪化、通院困難、介護サービス停止、医療機器管理の中断等により、在宅領域においても医療・ケア需要が急増する。地域 BCP は、こうした需要の急増に対し、訪問医療体制の再編、地域資源の再配置、多職種連携の再構築を通じて応答する仕組みであり、地域医療全体のサージキャパシティを形成する実践戦略として位置付けられる。
- また、地域 BCP の成立条件としては、①訪問看護ネットワークの存在、②医師会の関与、③自治体の保健・医療部門に加え防災部門を含む横断的関与、④地域 BCP を推進するコーディネーター人材の存在、が重要であることが示された。
- 一方で、地域 BCP および連携型 BCP の実装に当たっては、制度上の未整理事項も明らかとなった。特に、訪問看護の連携型 BCP 発動時における代行訪問については、訪問看護指示書の取扱い、発災後に新たに発見された訪問看護ニーズへの対応、療養上の世話の位置付け、短期間の代行訪問時の契約の在り方等が十分整理されていない。また、BCP 策定に関して、老健局が感染症 BCP と自然災害 BCP の二本立てを求める一方、医政局はオールハザード・アプローチを示しており、省内の考え方の不統一が現場の混乱と負担につながっている。省内で BCP の基本的考え方を統一し、可能であればマニュアル体系の一本化を図ることが望まれる。

- 今後は、第 8 次医療計画において位置付けられる在宅医療の拠点機能および積極機能を担う機関、とりわけ在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所を中心に、機関型 BCP から連携型 BCP、さらに地域 BCP へと段階的に展開していく視点が重要である。今回の診療報酬改定において、在宅療養支援病院・診療所に自機関の BCP 策定が求められる方向が示されたことを踏まえれば、これらの機関には、自機関の BCP 整備にとどまらず、地域内の他機関の BCP 策定支援、連携型 BCP の構築支援、地域 BCP へのスケールアップ・スケールアウトの推進主体としての役割が期待される。次年度以降のモデル事業においては、これらの機関が地域 BCP にどのように関与し得るのかを実装の観点から検証することが求められる。
- 地域 BCP は単なる災害対応計画ではなく、在宅医療体制、災害医療体制、防災行政を接続し、地域医療におけるサージキャパシティを形成する政策基盤である。その全国展開のためには、成立条件の整備と制度上の未整理事項の解消を両輪で進めることが不可欠である。

2 事業の概要

1) 背景

- 近年、我が国では大規模自然災害の頻発化・激甚化が顕著となっている。東日本大震災、熊本地震、能登半島地震、各地の豪雨災害などにおいて、医療提供体制の維持は極めて重要な課題であることが繰り返し指摘されてきた。
- 特に、人口高齢化の進行と在宅医療の拡大に伴い、医療・介護を日常的に必要とする在宅療養者は増加している。これらの療養者は、災害時には医療機器の電源確保、薬剤供給、訪問医療・看護の継続など多くの支援を必要とする「災害弱者・要配慮者」に該当する場合が多い。
- 介護保険サービス提供事業者においては、既に、自機関の業務継続計画（Business Continuity Plan:以下、BCP）策定が介護報酬の算定要件となっており、個々の施設単位で BCP の策定が進められている。しかし、在宅医療・介護分野では、多数の事業所が地域内で分散してサービスを提供しているため、個々の事業所単位の BCP のみでは災害時の医療・ケア提供を維持することが困難である。
- このため、自施設の業務継続を図る「機関型 BCP」、同業・類似事業所間で有事に不足する機能を補完する「連携型 BCP」、地域全体の医療・ケア提供体制を維持する「地域 BCP」という三層構造の BCP の視座を持ち、統合的に BCP を整備する必要性が指摘されている。
- 特に在宅医療領域では、訪問診療、訪問看護、訪問介護、居宅介護支援、地域包括支援センター、福祉施設、自治体など多様な主体が連携しており、地域包括ケアシステムの枠組みを災害時にも機能させる視点が不可欠である。
- こうした背景を踏まえ、本事業では、連携型 BCP および地域 BCP の策定に先進的に取り組む地域をモデル地域として選定し、その実装プロセスを検証するとともに、全国展開に資する実践モデルおよび支援ツールを創出することを目的として実施された。

2) 事業目的

本事業の目的は、以下の三点に整理される。

(1) 地域 BCP の実践モデルの構築

医療・介護・福祉・行政が連携した地域 BCP の策定プロセスを実証し、実践モデ

ルを提示する。

(2) 実装プロセスの可視化

地域 BCP の策定・運用に必要なプロセス、成功要因、課題を整理し、他地域での導入を可能とする実装戦略を明らかにする。

(3) 全国展開に向けた政策提言

本事業の成果を踏まえ、医療計画、診療報酬制度、補助事業などの制度的支援の方向性を提言する。

3) 実施体制

本事業は厚生労働省医政局地域医療計画課外来・在宅医療対策室より、有限責任監査法人トーマツ デロイトに委託され、更に当該事業について再委託を受けたコミュニティヘルス研究機構が事務局を担った。

また、専門家委員会を設置し、モデル地域に対する伴走支援を行った。

専門家委員会の役割としては、1) 地域 BCP 策定に関する専門的助言、2) モデル地域への伴走支援、3) 地域間の知見共有、4) 成果の取りまとめである。

2025 年度の専門家委員のメンバーは以下の通りである。

委員長	山岸 暁美	コミュニティヘルス研究機構/慶應義塾大学医学部公衆衛生学教室
	古屋 聡	牧丘病院
	池上 徹則	倉敷中央病院
	清水 克政	清水メディカルクリニック
	鎌田 徹	恵寿総合病院
事務局長	貝原 敏江	コミュニティヘルス研究機構

4) モデル地域

本事業では、全国 14 地域をモデル地域として採択した。採択地域は以下の通りである。都市部から中山間地域まで多様な地域特性を含むことで、地域 BCP の多様な実装パターンを検証することが可能となった。

北海道札幌市	愛知県江南市・尾張北部地域
北海道札幌市手稲区	愛知県常滑市
岩手県住田町	愛知県岡崎市
東京都武蔵野市	愛知県名古屋市天白区
東京都調布市	兵庫県西宮市
神奈川県横浜市	広島県広島市
岐阜県白川町	香川県坂出市

3 各地域の取り組みの概要

モデル地域では、地域特性や既存の連携体制を踏まえ、以下のような多様なアプローチで地域 BCP の策定が進められた。

1) 多職種ネットワーク型

- 神奈川県横浜市、岩手県住田町、東京都武蔵野市、東京都調布市、香川県坂出市、愛知県岡崎市などでは、もともと構築されている地域の医療・介護ネットワークを基盤として地域 BCP の検討が進められた。
- 自治体が主導する地域と、自治体と職能団体の共同事業として取り組む地域、既に構築された医療介護連携のネットワーク団体が主導する地域などがみられた。
- 参画主体は、いずれも医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、介護事業者、地域包括支援センター、行政、消防など多職種に及んだ。
- 主な取り組みは、「在宅療養中の人工呼吸器装着者の数の把握」「医療機器利用者の支援体制（個別避難計画の作成含む）」「災害時情報共有体制」「福祉避難所における医療提供体制の検討」「災害時安否確認の仕組みづくり」「医療資源の共有」「情報共有ツールの整備」である。
- 自治体の関与により、在宅医療と防災行政の連携が強化された。

2) 訪問看護ネットワーク型

- 札幌市、天白区、西宮市などでは、訪問看護ステーションのネットワークを基盤として連携型 BCP が検討された。
- 主な取り組みは、「訪問看護の代行訪問体制構築」「有事の際の患者・利用者情報共有の方法」「一定期間の代行訪問に当たってのルール作り（指示書・ケアプラン・契約等）」「支援協定書の整備（対行政、または事業者間）」である。

3) 災害拠点病院/入院医療機関主導型

- 愛知県江南市および尾北地域では、災害拠点病院である江南厚生病院が主導する形で、有事の際、市内の看護学校を福祉避難所として活用することについて、医療介護ネットワークや行政と共に丁寧に議論を重ねた。有事の際に、医療の拠点となる災害拠点病院と在宅医療・ケアの専門職の連携が強化され、また看護学生からも自発的な有事対応の役割分担の声が挙がっていた。
- 白川町は、孤立するリスクの高い地域特性から、医療資源・人材のさらなる不足を前提とした地域 BCP の検討が行われた。特に中山間地域では、地域コミュニティの力を活用した BCP の必要性が示唆された。

4 得られた知見

本事業では、全国 14 地域において連携型 BCP および地域 BCP の策定支援を行い、多様な地域特性に応じた取り組みが展開された。都市部、中山間地域、自治体主導型、訪問看護ネットワーク型など異なる条件の地域における実装を通じて、地域 BCP の成立要件および課題に関する重要な知見が得られた。本章ではそれらを構造的に整理する。

1) 地域 BCP は平時の地域医療連携の延長線上に成立する

本事業を通じて最も明確になった知見の一つは、地域 BCP は災害時のみを対象とした計画ではなく、平時の地域医療連携の延長線上に成立する仕組みであるという点である。

地域 BCP の策定が比較的円滑に進んだ地域には共通点が認められた。具体的には、医師会、訪問看護、介護事業者、地域包括支援センター等による既存の連携会議が存在し、多職種

ネットワークが平時から機能していたことである。こうした地域では、地域 BCP は新たな組織や制度を一から作る作業ではなく、既存の連携基盤を災害対応の視点から再整理し、非常時の役割分担と情報共有の仕組みに落とし込む作業として進められた。反対に、平時の連携が十分に形成されていない地域では、関係者の役割認識の差、医療・介護間の情報共有不足、連携会議の不在が障壁となり、BCP 策定以前にまず関係構築そのものが必要となる場合が多かった。このことは、地域 BCP が単なる防災マニュアルではなく、地域包括ケアシステムの成熟度を映し出す構造であることを示している。

2) 自治体の関与は地域 BCP の実効性を高める

自治体の関与は地域 BCP の実効性を大きく左右した。自治体が主体的に関与した地域では、福祉避難所との接続、個別避難計画との連携、防災部門との調整、要配慮者支援の枠組みとの統合が進み、地域 BCP が医療機関だけの計画にとどまらず、地域全体の支援体制として具体化された。これに対し、自治体との連携が弱い地域では、避難所医療体制や要配慮者支援、情報共有体制の構築が難航した。すなわち、地域 BCP は医療・介護・防災の三領域を統合する政策領域であり、医療側の努力のみでは完結しないことが明らかとなった。

3) ICT を活用した情報共有基盤

情報共有基盤としての ICT の重要性も、本事業を通じて強く示された。多職種チャット、クラウド型情報共有、安否確認システム等を活用していた地域では、関係者間の情報集約や伝達が比較的円滑に進んだ。一方で、ICT 基盤を欠く地域では、情報の所在が分散し、被災後の状況把握や支援調整が遅れやすかった。地域 BCP の実効性は、誰がどの情報を、どのタイミングで、どの手段により共有するか大きく左右されるため、ICT は単なる補助的ツールではなく、地域 BCP の基盤インフラとして位置付ける必要がある。

4) BCP はサージキャパシティ確保の実践戦略

本事業から得られた最も重要な知見は、地域 BCP の本質が地域医療のサージキャパシティ確保にあるという点である。従来、サージキャパシティは災害拠点病院や救急医療体制など急性期医療の文脈で論じられることが多かった。しかし、実際の災害時には、在宅療養者の状態悪化、通院困難、介護サービス停止、医療機器管理の中断等により、在宅領域でも医療・ケア需要が急増する。地域 BCP は、この急増する需要に対し、訪問医療体制の再編、地域内資源の再配置、多職種連携の再構築を通じて応答する仕組みである。したがって、地域 BCP は単なる災害対策ではなく、在宅医療・介護を含めた地域医療全体のサージキャパシティを形成する実践戦略として位置付けられるべきである。

5 地域 BCP の成立条件

本事業の実践からは、地域 BCP の策定と運用が成立するために必要な条件、すなわち成功要因がいくつか抽出された。これらは地域特性の違いを超えて共通して認められたものであり、今後の全国展開に向けた重要な示唆となる。

1) 訪問看護ネットワークの存在

訪問看護は在宅療養者の医療情報と生活情報の双方を把握し、多職種連携のハブであり、災害時の実働部隊でもある。したがって、地域内に訪問看護ステーション間の連携基盤が存在し、平時から情報共有や協議が行われていることは、地域 BCP の成立における極めて重要な条件である。単独の事業所では対応しきれない局面においても、ネットワークが存在すれば、優先度判断、患者情報共有、応援派遣、代行訪問といった対応に発展させることが可能となる。

2) 医師会の関与

医師会が地域 BCP の検討に参画した地域では、訪問診療機関の参画、主治医機能との接続、医療機関間の調整が円滑に進んだ。医師会が関わることにより、地域 BCP が個別事業所の自主的取組にとどまらず、地域医療全体の共通課題として認識されやすくなる。特に在宅医療においては、主治医との関係、訪問看護指示書の発行、急変時対応の調整など、医師会を通じた合意形成が重要である。

3) 自治体の他部門連携

地域 BCP を実効あるものとするには、医療・介護側で作成した計画が、防災部門の避難所運営、個別避難計画、要配慮者支援、福祉避難所施策と接続していなければならない。自治体が主体的に関与した地域では、地域 BCP が単なる「医療者の計画」ではなく、地域の防災実務に位置付く仕組みへと発展していた。したがって、地域 BCP 成立のためには、自治体の保健・医療部門だけでなく、防災部門を含めた横断的な関与が必要である。

4) 地域 BCP を推進するコーディネーター人材の存在

地域 BCP は医療・介護・福祉・防災・行政にまたがるため、誰かが全体を俯瞰し、関係者をつなぎ、会議を設計し、論点を整理し、合意形成を促す必要がある。本事業では、訪問看護管理者、地域連携担当者、自治体職員などがその役割を果たしていた。今後は、こうした役割を「地域 BCP コーディネーター」として明示的に育成し、地域内で位置付けていくことが重要である。

6 地域 BCP に係る制度上の未整理事項

本事業を通じて、地域 BCP および連携型 BCP の実装を進めるうえで、現行制度上の未整理事項が複数明らかとなった。これらは、現場が連携型 BCP を具体的に発動しようとした時点で初めて顕在化する論点であり、今後、地域 BCP を実効性ある政策として全国展開していくためには、国として整理すべき重要課題である。

1) 訪問看護の連携型 BCP 発動時における代行訪問に係る制度整理

災害時に特定の訪問看護事業所が被災し、一定期間サービス継続が困難になった場合、地域内の他事業所が代行訪問を行うことは極めて合理的であり、実際に本事業でも複数地域で構想・検討された。しかし、その実施にあたっては、訪問看護指示書、居宅サービス計画や

訪問看護計画書、利用契約の扱いなどが明確でないため、現場は躊躇せざるを得ない。

(1) 訪問看護指示書の取り扱い

訪問看護は原則として主治医の指示書に基づいて提供されるが、激甚災害時には、既に訪問看護歴のある利用者に関する指示書は事後発出でも差し支えない旨の取扱いが示されることがある。他方で、局所災害では同様の取扱いが必ずしも明示されず、連携 BCP に基づく短期間の代行訪問において、指示書が未交付の段階で訪問してよいのか、事後的な整理が可能なのかが不明確である。現場が安心して動くためには、連携型 BCP が発動された場合に限った特例的取扱いも含め、平時から統一的な整理を示す必要がある。

(2) 発災後に新たな訪問看護ニーズを発見した場合の対応

災害時には、もともと訪問看護利用者ではなかった在宅療養者が、避難困難、状態悪化、介護力低下等により急遽支援を要することがある。その際、訪問看護師が現場でニーズを発見しても、指示書がないことを理由に何もできないのでは、地域 BCP は十分機能しない。とりわけ、医療処置と区別される療養上の世話については、緊急時において、訪問看護師の判断で一定の支援が可能であることを、国としてより明確に整理する必要がある。現場からは、少なくとも療養上の世話については、指示書がないことのみをもって一切の支援が妨げられるべきではないとの意見が強かった。

(3) 代行訪問時の契約

通常、訪問看護は利用者と事業所の契約に基づいて提供されるため、短期間の代行訪問であっても新規契約が必要なのか、簡略化した契約で足りるのか、既存契約の延長的整理が可能なのかが不明確である。災害時の応急的な支援においてまで通常時と同等の手続きを要するならば、連携型 BCP は機能不全に陥る。したがって、一定期間の代行訪問については、簡略化された契約手続、包括同意、または事後契約を認める仕組みの検討が必要である。

(4) BCP 策定マニュアルに関する厚生労働省内の整合性

厚生労働省老健局は感染症 BCP と自然災害 BCP の 2 本立てでの策定を求めるマニュアルを示している一方、医政は、BCP は原因ではなく結果に着目するオールハザード・アプローチで考えることが明示されている。実際に、当方が提供している厚生労働省の在宅医療関連 BCP 手引きにもあるように、地震や水害、感染症などリスクごとに別々に作るのではなく、業務継続上の被害状態に着目する考え方は既に国際的潮流である。

しかし、オールハザード型 BCP を策定していたにもかかわらず、運営指導では感染症 BCP と自然災害 BCP の 2 本を求められたというモデル地域の複数の訪問看護師からの報告もあった。このような状況は、現場に不必要な混乱と二重負担を生じさせる。とりわけ、連携型 BCP や地域 BCP のように多機関連携を扱う領域では、災害種別ごとに分断された計画よりも、被害結果と優先業務に着目するオールハザード・アプローチの方が実務的にも合理的で

ある。したがって、省内で BCP の基本的な考え方を統一し、可能であればマニュアル体系の一本化を図っていただくことを求めたい。

7 今後の展望

1) 地域医療計画との接合

第 8 次医療計画では在宅医療の拠点機能や積極機能を担う機関の位置付けが進められているが、地域 BCP はこれらの平時の在宅医療体制を災害時にどう機能転換させるかという観点から構築されるべきである。とりわけ、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は、今回の診療報酬改定において自機関の BCP 策定が施設基準上求められる方向が示されており、これらの機関は自施設の BCP 整備にとどまらず、地域内の他機関に対する機関型 BCP 策定支援、連携型 BCP 構築の牽引、さらには地域 BCP へのスケールアップ・スケールアウトを促す存在として期待される。2026 年の在宅医療 WG 資料では、在宅医療において積極的役割を担う医療機関等の設定状況や役割検討が継続されていることが示されている。

これらを総合すると、地域 BCP の成立には、平時の在宅医療連携基盤、訪問看護ネットワーク、医師会の関与、自治体との接続、ICT 基盤、コーディネーター人材、そして医療計画との統合という複数の条件が重層的に満たされる必要がある。地域 BCP は単独要素で成立するものではなく、地域の医療・介護・防災のガバナンスの総体として形成されるものである。

2) 次年度以降のモデル事業

制度整理と並行して、次年度以降のモデル事業の焦点を一段階進めることが重要である。本事業によって、地域 BCP の基本構造と成立条件は相当程度明らかになった。次の段階では、医療計画上の「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」、すなわち実質的には在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所が、どのように地域の機関型 BCP 策定を支援し、連携型 BCP を構築し、さらに地域 BCP へとスケールアップ・スケールアウトしていくのかを、実装の観点から検証する必要がある。今回の診療報酬改定でこれらの医療機関に自機関 BCP 整備が求められる方向が示されたことは、その役割拡張を検討する上でも重要な契機である。

具体的には、在宅療養支援病院・診療所が中核となり、訪問看護ネットワークが存在し、自治体防災部門と接続可能な地域をいくつか選定し、連携型 BCP の発動条件、代行訪問の運用、情報共有の方法、指示書・契約・療養上の世話の扱い、訓練と検証の方法を実証的に整理するモデル事業が望まれる。これにより、制度論点の整理と実装知見の蓄積を同時に進めることができる。

以上を踏まえると、地域 BCP は単なる災害対応計画ではなく、在宅医療体制、災害医療体制、防災行政を接続し、地域医療におけるサージキャパシティを形成する政策基盤である。その全国展開のためには、成立条件の整備と制度上の未整理事項の解消を両輪で進めることが不可欠である。国においては、現場が安心して動ける制度的土台を整えとともに、次段階のモデル事業を通じて、在宅医療を担う中核機関の具体的役割をさらに明らかにしていくことが求められる。

8 総括

本事業では、全国 14 地域において連携型 BCP および地域 BCP の策定支援を行い、多様な地域条件の下で実装プロセスを検証した。その結果、地域 BCP は平時の地域医療・介護連携を基盤として成立し、自治体との接続、訪問看護ネットワーク、ICT 基盤、医師会の関与、コーディネーター人材の存在などが重要な成立条件であることが明らかとなった。

また、地域 BCP の本質は、災害時や感染症流行時に地域で急増する医療・ケア需要に対応するための、地域医療におけるサージキャパシティ確保にあることが示された。一方で、訪問看護の代行訪問に係る指示書・契約等の制度整理や、BCP マニュアルに関する省内の考え方の統一など、国として解決すべき課題も明確になった。

今後は、第 8 次医療計画における在宅医療の拠点機能・積極機能を担う機関、とりわけ在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所を軸として、機関型 BCP から連携型 BCP、地域 BCP へと段階的に展開する仕組みを具体化していくことが重要である。地域 BCP の整備は、災害対応のみならず、人口減少社会における地域医療提供体制の持続可能性を支える基盤として、今後の医療政策上きわめて重要な課題である。

地域 BCP は単なる災害対策ではない。それは、災害時や感染症流行時など地域において急増する医療・ケア需要に対応するための、地域医療におけるサージキャパシティ確保の戦略そのものである。

人口減少社会において医療資源に限られる我が国においては、地域の医療・介護・福祉が連携し、地域全体で医療提供体制を維持する仕組みを構築することが不可欠である。

地域 BCP の整備は、災害対応のみならず、将来の地域医療の持続可能性を支える基盤として極めて重要な政策課題である。本事業の成果が、今後の医療政策の発展および全国の地域における医療・介護提供体制の強靱化に資することを期待する。

以上