別添１

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

令和7年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　若井　聡智

令和8（2026）年　5月

別添２

研究報告書目次

目　　次

Ⅰ．総括研究報告
国民保護事案発生時における要配慮者の避難に
際した医療提供体制の向上に資する研究 ---------- 1
若井　聡智

II．分担研究報告
１．国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した
医療提供体制の向上に資する研究(沖縄県) ---------- 6
佐々木　秀章

２．国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した
医療提供体制の向上に資する研究(宮崎県) ---------- 14
落合　秀信

３．国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した
医療提供体制の向上に資する研究(熊本県) ---------- 19
奥本　克己

４．国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した
医療提供体制の向上に資する研究(佐賀県) ---------- 22
小山　敬

５．国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した
医療提供体制の向上に資する研究(鹿児島県) ---------- 26
吉原　秀明

６．国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した
医療提供体制の向上に資する研究(大分県) ---------- 34
石井　圭亮

７．国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した
医療提供体制の向上に資する研究(山口県) ---------- 36
藤田　基

８．国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した
医療提供体制の向上に資する研究(福岡県) ---------- 44
久城　正紀
（資料）資料名
９．国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した
医療提供体制の向上に資する研究(長崎県) ---------- 47
高山　隼人

別添３

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）

総括研究報告書

国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

研究代表者　若井　聡智（国立健康危機管理研究機構 危機管理運営局 DMAT事務局・次長）

研究要旨
本研究では、国民保護事案発生時に想定される沖縄県先島諸島から九州・山口各県への要配慮者広域避難をモデルケースとして、避難に際した医療提供体制のあり方を検討した。沖縄県、九州各県および山口県の分担研究者が、各地域の医療・福祉資源、搬送経路、受入体制等を踏まえて検討を行い、本部体制、搬送分類、搬送手段、必要人員、情報共有、事前マッチング、給与・補償制度等について整理した。
その結果、国民保護現地対策本部の下に各県の要配慮者避難調整機能を設置し、福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港を主要搬入拠点とした広域搬送体制を構築する必要がある。また、要配慮者避難は単なる輸送ではなく、医療・介護を継続しながら行う必要があり、国民保護救護班（仮称）の制度化、要配慮者分類に基づく搬送設計、EMIS等を活用した情報共有や事前マッチングの必要性が明らかとなった。一方で、搬入拠点における陸上搬送能力不足、医療・福祉施設の実効的受入余力、個人情報共有制度、社会福祉施設情報のデジタル化、給与・補償制度等の課題も明らかとなった。今後は、本研究成果を基に、国民保護計画への反映、広域実動訓練、情報システム整備等を進める必要があると考えられた。

研究協力者：
赤星　昂己（国立健康危機管理研究機構 危機管理運営局 DMAT事務局）
齋藤　和之（国立健康危機管理研究機構 危機管理運営局 DMAT事務局）
豊國　義樹（国立健康危機管理研究機構 危機管理運営局 DMAT事務局）
矢嶋　祐一（国立健康危機管理研究機構 危機管理運営局 DMAT事務局）

Ａ．研究目的

近年の国際情勢の変化を踏まえ、我が国においても武力攻撃事態等の国民保護事案に対する備えが重要な政策課題となっている。特に沖縄県先島諸島については、有事を想定したシミュレーションの検討が進んでおり、有事の際の大規模な住民避難の必要性が検討されている。その中には高齢者、障害者、医療依存度の高い患者、社会福祉施設入所者等、多数の要配慮者が含まれることが想定される。
これら要配慮者については、単なる避難輸送ではなく、医療・介護・福祉サービスを継続しながら広域搬送を行う必要がある。しかしながら、現行の国民保護計画では、要配慮者の具体的な搬送体制、搬送中の医療提供、本部機能、情報共有、人員確保等については十分に整理されていない。
自然災害時においては、保健医療福祉調整本部やDMAT活動拠点本部等を活用し、被災地域内の医療提供体制維持が行われているが、国民保護事案では、長距離・大量・同時搬送という特徴を有するため、既存災害医療体制のみでは対応困難であることが想定される。
そこで本研究では、沖縄県先島諸島から九州・山口各県への広域避難をモデルケースとして、本部体制、要配慮者分類、搬送体制、搬送中の医療提供、情報共有、事前マッチング、人員確保、給与・補償制度等について検討し、国民保護事案発生時における実効性ある医療提供体制の構築に資することを目的とした。

Ｂ．研究方法

本研究では、沖縄県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、山口県の分担研究者により、それぞれの地域特性や既存医療体制を踏まえた検討を行った。
研究班では令和7年度中に複数回の研究班会議を開催し、各県の分担研究者が事前検討資料を作成・提出したうえで、指揮命令系統、本部体制、搬送ルート、搬送拠点、SCU機能、要配慮者分類、必要人的資源、情報共有、受入体制、給与・補償制度等について継続的に議論を行った。
また、各県において、危機管理部局、保健医療部局、福祉部局、医師会、災害医療コーディネーター等との協議を実施した。宮崎県では、県福祉保健課、危機管理課、医療政策課、県医師会等との協議結果を研究班会議に持ち寄り、県内本部体制や搬送体制等について検討した。
さらに、国民保護法、国民保護基本指針、各自治体国民保護計画、EMIS、災害医療体制、医療機関病床情報、福祉施設定員情報等を用いた資料分析を実施した。
加えて、搬送オペレーションの実現可能性を評価するため、空路搬送、航路搬送、陸路搬送、新幹線搬送等を含めた搬送シミュレーションを行い、必要人員数や搬送能力について検討した。
（倫理面への配慮）
本研究は行政資料、統計資料および研究班会議における政策的検討を中心とした研究であり、患者個人情報等は取り扱っていないため、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の対象には該当しないと判断した。

Ｃ．研究結果

１．本部体制および指揮統制

本研究班では、武力攻撃事態等が認定された場合には、国は事態対策本部（及び武力攻撃等現地対策本部）を設置し、武力攻撃事態等が認定された地域および避難住民・要配慮者を受け入れる地域の各都道府県にも国民保護対策本部が設置されるという国民保護法上の枠組みを前提として検討を行った。
さらに、自然災害時における保健医療福祉調整本

部の運用実績を踏まえ、国民保護事案においても、国の事態対策本部（及び武力攻撃等現地対策本部）や武力攻撃事態等が認定された地域および避難住民・要配慮者を受け入れる地域の都道府県の国民保護対策本部等の下に、保健医療福祉調整機能を担う本部を必ず設置する必要があると整理した。

また、沖縄県および九州・山口各県全体を統括するため、九州内に国の「国民保護現地対策本部（仮称）」を1か所設置し、その下で各県の要配慮者避難調整本部を統括する体制が望ましいと結論づけた。

福岡県の分担研究では、福岡空港が北部九州側の最大搬入拠点となることから、空港搬入調整、SCU運営、県内再搬送調整等を統括する機能が必要であり、県単独ではなく国による広域調整機能が必要であると指摘された。

一方、鹿児島県の分担研究では、鹿児島空港および鹿児島港が南九州側の中心搬入拠点となることから、県本部直轄案と国直轄案の双方が検討されたが、搬送チーム調整や航空機運航調整等を考慮すると、国現地対策本部直属とする方が合理的であると整理された。

山口県の分担研究では、県調整本部と現場搬入拠点本部を分離し、県本部は資源調整、搬入拠点は現場オペレーションに専念する二層構造が提案された。特に、現場運営と広域資源調整を同一組織で担うことは困難であり、役割分担を明確化する必要性が示された。

宮崎県の分担研究では、事前マッチング済避難者については、搬入拠点を経由せず、直接最終受入施設へ搬送する「直接搬送型」の運用を基本とする方向性が示された。このため、県本部は搬入拠点運営よりも、事前マッチングや搬送調整を重視する構造が望ましいと整理された。

２．国民保護救護班の活動範囲

国民保護救護班（仮称）の活動範囲については、単なる搬送医療班ではなく、保健医療福祉調整機能を持つ本部、空港・港の搬送拠点本部、各県搬出・搬入拠点本部等を支援する機能を有する必要がある。さらに、島外搬送前後のチェックポイント、搬送中の健康管理、搬送先医療機関支援、も活動範囲に含まれる。

加えて、事態の進展によっては避難地域外の自衛隊病院の支援等に伴い、武力攻撃事態特有の医療に対応する可能性も否定できないことから、これらに対応する基本知識を有する必要性もある。

また、国民保護救護班の活動範囲は、将来的には武力攻撃に限定されないCBRNE災害等への運用も考慮するべきという研究者の意見も多く聞かれた。

鹿児島県の分担研究では、搬送を「医療搬送」と「介護搬送」に大別し、医療搬送については医師・看護師を主体とした体制、介護搬送については介護職員や家族を主体とした体制を構築する必要性がある。特に、大型バスによる集団搬送時には、避難者数10名増加ごとに看護師または医師を段階的に追加配置する必要があると試算した。

また、航路搬送では、50名を1単位として、DMAT隊員資格を有する者を含む救護班1隊、医療対応2隊、介護職10名程度を配置する必要性が示され、2交代制を前提とすると約44名規模の人員が必要になる可能性がある。

宮崎県の分担研究では、重症患者については搬送途中で医療班を交代させるのではなく、同一搬送班が最終受入施設まで継続して対応する方が安全性の観点から望ましいとの考えが示された。

さらに、山口県の分担研究では、「搬送単位ごとの最低配置」という概念が提案され、人数比例ではなく、搬送方法ごとに必要最小限の医療・介護人員を配置する考え方が整理された。

３．搬出拠点の体制

宮古島および石垣島については、島内の医療機関や福祉施設が集中している一方、短時間に多数を搬送可能な車両・人員は限られているため、避難準備期間中に、搬送用車両、運転要員、医療班等を事前配置する必要性がある。

搬送手段については、医療従事者を必要とする「救急車両」と、介護職等を主体とする「搬送車両」に分類し、それぞれの人的配置を整理した。

搬送車両では、護送1および担送1に対して、運転手1名と介護職等1～2名を基本構成とした。救急車両では、護送2および担送2に対して、運転手1名、医師1名、看護師1名を配置し、担送3についてはさらに重症度に応じた追加人員配置を行うこととした。

また、搬出拠点は石垣市および八重山病院に設置し、病院内に地域本部、健康チェックポイント、要配慮者避難登録センターを集約配置するべきと整理した。

加えて、大分県の分担研究では、搬送そのものよりも「誰をどこへ送るか」というマッチング戦略が極めて重要であり、病態のみならず、ADL、認知機能、家族構成等も踏まえた調整が必要であると指摘された。

４．空路・航路搬送体制

空路搬送については、担送3（重担送）を除き、九州方面への民間機搬送時には、各機に医師1名、看護師2名を配置することを基本構成とした。

また、介護については原則として家族同伴を想定するが、困難な場合には要配慮者2名につき1名程度の介護職または看護師配置が必要となる可能性がある。

また必要な救護班のチーム数については、沖縄県国民保護共同図上訓練の想定を使用し、すでに要配慮者を輸送する航空機の機体数と合計便数については計画上定められており、その計画上定められている使用予定の航空機機体数と同数の救護班確保が必要であると試算した結果、57チームが必要とわかった。

航路搬送については、対象者50名を1単位とし、指揮機能としてDMAT構成1隊、医療対応2隊、さらに搬送対象者5名に対して1名の介護担当を配置し、合計22名程度を必要人員として試算した。

さらに、2交代制を前提とした場合には約44名が必要となる可能性がある。また、精神科対応や感染症対応については、DPATや感染症専門家等の関与が必要であると整理した。

鹿児島県の分担研究では、鹿児島新港が航路搬送の主要搬入拠点となることから、到着後の陸上搬送能力不足が最大のボトルネックになる可能性が指摘された。特に、1便あたり400名規模の搬送が行われた場合、救急車、DMAT車両、福祉車両、一般バス等が不足すると、港湾滞留が発生し、ピストン輸送全体へ影響を与える危険性があると整理された。

そのため、鹿児島県では、事前マッチング済患者

についてはSCUを経由せず直接搬送する「直接搬送方式」を活用し、SCU内では未マッチング患者や容態変化患者のみを扱う構造が望ましいとされた。

また、山口県の分担研究では、新幹線を活用した独歩群搬送の可能性が示され、独歩可能群については航空・航路以外の大量輸送手段も組み合わせる必要性が指摘された。

宮崎県の分担研究では、高速道路網を主体とした長距離陸路搬送体制が検討され、鹿児島港から東九州自動車道等を活用して宮崎県内へ搬送する具体的ルートが検討された。

５．要配慮者の定義および搬送分類

本研究では、要配慮者を、医療機関入院患者、社会福祉施設入所者、在宅人工呼吸器患者、在宅酸素患者、妊娠36週以降から産後1週間以内の妊婦、移動に付き添いを要する高齢者・障害者等と定義した。

一方、移動に介助を要さない透析患者、高齢者、子ども、外国人等については、本研究における要配慮者には含めない整理とした。

要配慮者の搬送分類については、沖縄県において既に検討・運用されている避難者分類を基礎として検討を行った。沖縄県では、避難時に必要となる人的支援や搬送手段を踏まえ、避難者を「独歩１（独歩）」「独歩２（介護独歩）」「護送１（介護護送）」「護送２（医療護送）」「担送１（介護担送）」「担送２（医療担送）」「担送３（重担送）」の７分類に整理している。この分類は単なる医学的重症度ではなく、搬送時に必要な医療・介護資源、搬送方法、搬送時間への耐性等を総合的に考慮した実務的な分類として構築されている。

（図1. 沖縄県の要配慮者搬送手段の７区分）



研究班において各県の受入体制や搬送オペレーションを検討した結果、沖縄県で採用されている7分類は、要配慮者避難に必要な人的・物的資源を見積もる上で有用であり、九州・山口各県においても概ね適用可能であるとの共通認識が得られた。特に、搬送手段の選定、必要な医療・介護従事者数の推計、受入施設との事前マッチングを行う際の基礎的な分類として有効であることが確認された。

一方で、この7分類は沖縄県における先島諸島からの避難を想定して構築されたものであり、今後、他地域における国民保護事案や広域避難に適用する場合には、その妥当性や運用方法についてさらなる検証が必要であると考えられた。特に、分類間の境界や医療護送・介護護送の定義、重症患者の取扱い等については、今後の訓練や実証的検討を通じて精査していく必要がある。

また、本分類は主として搬送手段および搬送時に必要となる人的資源を整理するためのものであり、避難先でどの医療機関や福祉施設が受け入れるかを直接決定するための分類ではない。実際の受入施設の選定に当たっては、各県の医療提供体制、福祉施設の機能、空床状況、地域特性等を踏まえた個別判断が必要であり、沖縄県で採用されている7分類を参考としつつも、最終的な受入先の決定は各受入県の判断に委ねられるべきものと整理した。

さらに、山口県の分担研究では、この7分類を基礎としながら、独歩、介護護送、医療護送、医療担送、重症個別搬送等に応じて必要な搬送手段や必要人員を整理し、受入側の観点から具体的な資源見積もりを行った。また、鹿児島県の分担研究では、人工呼吸器装着患者等の重症個別搬送に該当する患者については、原則として沖縄本島内での受入を優先し、九州本土への広域搬送対象とはしない方向性とした。

６．情報共有およびEMIS活用

情報共有については、搬送に必要となる資源見積もり、搬送前のマッチング、搬送中の容態変化対応という3目的のために必要であると整理した。

医療機関については、電子カルテや既存医療情報ネットワークを活用し、CSV等による情報取り込みが可能であると考えられた。沖縄県においては、「おきなわ津梁ネットワーク」の活用可能性も想定される。

一方、社会福祉施設については、情報管理方法が施設ごとに大きく異なり、手書き情報も多いことから、音声・手書き情報もデジタル化可能なシステム整備が必要であると整理した。

在宅要配慮者についても、医療機関、訪問看護、ケアマネージャー、民生委員等から情報収集する必要がある。

さらに、情報がデジタル化された時点で、自動的に搬送カテゴリー分類や必要人的資源見積もりを実施し、地図上表示できるシステムが必要となる。

鹿児島県の分担研究では、EMIS基盤を活用し、国民保護専用チャンネルを構築する方向性が提示された。また、QRコードおよび共通IDによる避難者識別・トラッキングの必要性が示された。

宮崎県の分担研究では、webメール、セキュリティの高いクラウドストレージ、QRコード、マイナ保険証等の活用可能性が検討された。

山口県の分担研究では、まずは紙＋電子の最低限データセット共有から開始し、段階的にデジタル化を進める現実的運用案が示された。

また、個人情報共有については、災害対策基本法とは異なり、国民保護法では十分整理されていないことから、個人情報共有の法整備が必要であると指摘された。

さらに、QRコード等の配布主体についても共通認識がなく、制度設計上の課題と整理した。

また、研究班では、要配慮者に関する情報共有システムのみを医療・福祉分野で独自に整備したとしても、避難住民全体の把握や追跡を行うシステムと連携していなければ、その効果は限定的である。国民保護事案においては、要配慮者だけでなく一般避難住民も含めた大規模かつ広域的な避難が想定されることから、避難者全体の所在や移動状況を把握・追跡する仕組みと、医療・福祉分野が保有する

要配慮者情報を相互に連携させることが重要である。

そのため、避難者管理やトラッキングに関する基盤システムについては、医療分野単独ではなく、また県毎に異なるシステムともならないよう、政府全体の仕組みとして内閣官房を中心に消防庁及び内閣府防災と連携して構築されることが望ましい。その上で、EMIS等の保健医療情報システムや、福祉分野における要配慮者管理システムとのデータ連携を図ることにより、避難者情報の重複入力を回避しつつ、要配慮者の所在確認、搬送状況把握、受入調整等を効率的に実施できる体制を構築することが必要である。

さらに、システム整備そのものと同等あるいはそれ以上に、システムで管理すべき避難者情報や要配慮者情報をどのように確保し、継続的に更新していくかが極めて重要な課題である。国民保護事案発生時に初めて対象者を把握しようとしても、迅速かつ正確な避難調整は困難であり、平時から対象者情報を整理しておく必要がある。そのため、要配慮者については、誰が、いつ、どのような情報を収集・更新し、どの機関が管理責任を担うのかをあらかじめ明確化しておく必要があると考えられた。

特に、医療機関入院患者、社会福祉施設入所者、在宅人工呼吸器患者、在宅酸素患者等については、避難時に必要となる医療・介護情報のみならず、本人および家族等の連絡先、緊急連絡体制、搬送時の留意事項等を含めた情報を平時から整理し、定期的に更新しておくことが重要であると考えられた。また、こうした要配慮者名簿については、国民保護事案のみならず大規模自然災害時にも活用可能であることから、平時から自治体、医療機関、福祉施設、訪問看護事業所等が連携し、継続的に維持・更新する仕組みの構築が求められる。

７．保健師活動および病床超過時対応

避難所や搬送拠点における健康管理のため、保健師による活動は必要である。

また、大規模避難により、搬送前には健常であった避難者が搬送途中に体調悪化し、受入医療機関の病床定員を超えて受け入れる可能性があることから、病床超過時にも診療報酬上の問題が生じないよう、国による事前に通知整備が必要である。

さらに、鹿児島県の分担研究では、高齢者施設の入所率は平時から95～98%程度と高く、理論上の空床数と実際の受入可能数には乖離が存在することが指摘された。

山口県の分担研究でも、実効的受入能力を考慮する必要性が示され、単純な病床数のみでは評価できないことが指摘された。

８．給与・補償制度

給与・補償制度については、国民保護救護班の隊員として国の計画等に定義し、公務員と同様の補償が担保されるべきとした。

また、本部活動も支給対象に含め、日当、時間外手当等の業務内容や業務時間に応じた各種手当、旅費等を支給することが必要である。

さらに、現状の自然災害におけるDMATの派遣においてはないが、所属機関側に発生する代替要員確保やシフト調整等の負担についても、補填があることが理想的である。

補償については、労災等による第一層の補償と、厚生労働省やその委託機関等が追加的に加入する傷害保険による第二層補償による二層構造が提案される。その補償対象としては、第三者損害賠償、派遣先事故、PTSDや長期健康被害も含めるべきである。さらに、補償範囲としては、原則は武力攻撃予測事態における活動のため、武力攻撃による健康被害は想定されないものの、武力攻撃予測事態がいつ武力攻撃事態に進展するかは図れない可能性もあり、また国民保護法に基づく要配慮者の避難に限られない、様々な事案への救護班の活動可能性を鑑み、武力攻撃やCBRNE事案等の特殊災害等による健康被害も補償範囲とすることを検討した方が国民保護救護班の本人や所属機関の管理者は安心できる。。

さらに、鹿児島県の分担研究では、みなし公務員制度に相当する補償に加え、医師、看護師、業務調整員等に対する日額手当の支給を行う案も一案として提示された。

また、山口県の分担研究では、公務災害に相当する補償に加えて、国包括保険による二層補償構造が現実的であると整理された。

Ｄ．考察

本研究により、国民保護事案における要配慮者避難は、自然災害時の災害医療対応とは本質的に異なる特徴を有することが明らかとなった。

自然災害では、被災地域内で医療体制を再構築することが中心となる。一方、国民保護事案では、離島地域から本土への長距離広域搬送が必要となり、その過程で継続的な医療・介護提供を維持しなければならない。

また、既存DMAT制度は自然災害対応を前提としているため、武力攻撃事態等における活動根拠、危険手当、補償制度等については十分整備されていない。特にCBRNE災害や武力攻撃を想定した制度設計が必要である。

さらに、情報共有についても、医療機関は比較的電子化が進んでいる一方、社会福祉施設や在宅要配慮者情報については電子化が十分ではなく、平時からの整備が重要であると考えられた。

加えて、鹿児島新港における陸上搬送能力不足など、実オペレーション上のボトルネックも明らかとなった。

今後は、実動訓練やシミュレーションを通じて、搬送車両数、必要人員数、SCU運営体制等をさらに具体化していく必要がある。

Ｅ．結論

本研究では、沖縄県先島諸島から九州・山口地域への要配慮者広域避難をモデルケースとして、国民保護事案発生時における医療提供体制について検討を行った。

その結果、九州内に国民保護現地対策本部を設置し、各県国民保護対策本部下に要配慮者避難調整機能を設置すること、福岡空港・鹿児島空港・鹿児島港を中心とした広域搬送体制を構築すること、EMIS等を活用した情報共有および事前マッチングを行うこと、「国民保護救護班（仮称）」を制度化すること等が重要であることが明らかとなった。

また、鹿児島新港における搬送能力不足、医療・福祉施設受入余力不足、情報共有制度未整備、人的資源不足等の課題も明らかとなった。

今後は、本研究成果を基に、国民保護計画への具体的反映、広域実動訓練、情報システム整備、給与・

補償制度整備、医療・福祉・防災統合運用等を進める必要がある。そのためにも、平時から継続的な制度整備、情報整備、訓練を行うことが極めて重要であると考えられた。

Ｆ．健康危険情報
特になし

Ｇ．研究発表
１．論文発表
特に無し
２．学会発表
特に無し

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）
１．特許取得
特になし

２．実用新案登録
特になし

３．その他
特になし

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）
「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」

分担研究報告書

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」
（沖縄県）

研究分担者　佐々木秀章
（所属機関・部局・職名）
沖縄赤十字病院　救急集中治療部　第一救急集中治療部長

研究要旨

国民保護法第 32 条に基づく国民保護基本指針においては、沖縄県先島地方について、島外避難の適切な実施を図るため、国の特段の配慮のもと県域を越える広域避難体制の構築が求められている。あわせて、九州・山口各県をはじめとする地方公共団体との広域的な連携体制により避難住民の受入体制を整備する必要がある。こうした中で課題となるのが要配慮者であり、想定される先島地方からの全島避難においては、全住民約 12 万人のうち約 1 割弱を占めるとされている。

本研究では、要配慮者が空路および航路により避難する際に必要となる調整体制および情報共有のあり方について、九州・山口地域および沖縄県における広域連携の観点から整理した。あわせて、保健医療福祉従事者による搬送支援体制について、積算根拠、費用負担のあり方および補償の観点から、制度的課題を中心に検討した。

Ａ．研究目的

国民保護事案が発生した際、先島５市町村の要配慮者（入院患者、施設入所者、在宅医療患者等、約１万人）を対象に、医療および福祉サービスを継続しつつ、九州・山口地域へ安全かつ短期間で避難・移送する方策を事前に検討することが求められている。

沖縄県では令和４年度から先島住民避難に関する国民保護訓練が進められており、これまで一般住民を中心とした枠組みの検討が行われてきたが、要配慮者への対応が課題として位置付けられている。特に本分野では専門的知見が不可欠であり、救急・災害医療、保健行政、介護・障がい福祉等の関係者の参画が求められる。本研究では、これらを踏まえ、沖縄県の地域特性を考慮した要配慮者の避難における保健医療福祉提供体制のあり方を明らかにすることを目的とする。

Ｂ．研究方法

内閣官房、消防庁、沖縄県および先島５市町村が実施してきた沖縄県国民保護共同図上訓練の基本想定および関連資料を収集・分析した。これらの分析結果を基に、保健医療福祉および災害医療の観点から、沖縄県の地理的・社会的特性を踏まえた要配慮者の避難計画に関する課題を抽出し、実効性のある避難支援体制のあり方について検討した。

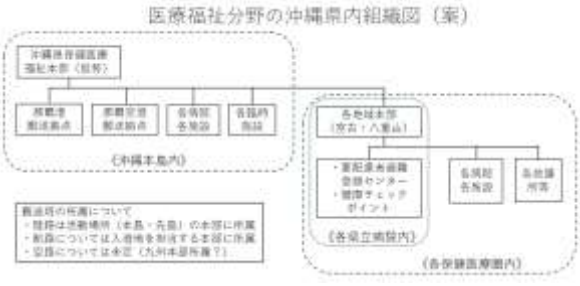
Ｃ．研究結果

1. 全体の指揮統制と沖縄県の指揮統制

九州・山口および沖縄における要配慮者対応の最上位本部（以下、大本部）は１か所に集約することが適切と考えられ、その設置場所としては搬入拠点を有する福岡県または鹿児島県が想定された。大本部の下位に各県の保健医療福祉調整本部を配置する構造となる。搬入拠点となる福岡空港、鹿児島空港および鹿児島港の位置付けについては、大本部直下とするか、福岡県・鹿児島県本部の下位とするかは、各拠点の業務内容や配置人員、各県の運用方針により異なると考えられたが、いずれの場合においても指揮統制の管理限界を踏まえた体制設計が必要である。

沖縄県内の保健医療福祉に関する組織体制は下記が望ましいと考えられた。要点は本島では地域本部制をとらず県庁と各拠点の２階層とする。一方、先島（宮古保健医療圏、八重山保健医療圏）においては各々保健所を中核とした地域本部（地域保健医療福祉調整本部）を県立病院に設置し、避難登録および健康チェック等を含めた集中的な管理を行う体制とする。

いずれの階層においても行政本部との連携が不可欠であるが、行政側の指揮統制の具体像については十分に示されておらず、今後の課題と考えられた。



2. 福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港到着後～各県の移動手段

沖縄県側の搬送手段が空路および航路に限られることから、要配慮者の介護・医療の状態に応じて下記の 7 区分を設定した。九州・山口側についてもこの区分に基づき移動手段の検討を行った。

医療や福祉の視点からの要配慮者の搬送手段の7区分



※1 座位をとれるかではなく、航空機での移動に耐えられるか
※2 点滴や吸引、酸素投与など医師しべらの医療を想定

自力歩行（独歩１（独歩）、独歩２（介護独歩））、および座位保持が可能な要配慮者（護送 1（介護護送））については一般住民と同様にバスや新幹線等による集団移動を想定した。

医療行為を要する護送２（医療護送）については民間介護搬送業者または民間救急搬送業者を活用し、医療従事者が添乗する体制が望ましいと考えられた。

担送１（介護担送）は民間救急搬送業者や医療機関車両、担送２（医療担送）は医療従事者が添乗する医療機関車両による搬送が適切と考えられた。

消防救急車については、緊急対応への影響を考慮し、原則として搬送計画には組み込まないこととした。ただし、本計画に対して全国からの応援隊が得られる場合には、緊急対応および担送区分の搬送に振り分けて運用することが想定された。

なお、担送３（重担送）については搬送手

段および搬送時間の制限や安全性の観点から、医療班が添乗する回転翼機で搬送し、沖縄本島で受け入れる体制とした。

3. 沖縄県における移動手段

沖縄県内の移動手段については、空路は民間旅客機およびドクターヘリ、消防防災ヘリ等の関係機関の回転翼機を中心に、また航路は民間フェリー等の活用を含めて確保に向けた調整が進められていることが確認された。

（1）二次離島内（石垣島・宮古島を除く先島諸島）

病院や有床診療所は存在せず、福祉施設は西表島に 1 か所のみである。同施設入所者については、島内の担送可能な車両により港まで搬送する必要があるが、対象者は少数であり、島内の車両および人員で対応可能と考えられた。他の二次離島についても同様であり、現時点では外部からの保健医療福祉支援は想定されていない。

（2）二次離島から一次離島への移動

多良間村については空路による宮古島への移動が計画されており、フェリーも含めた既存の移動手段と島内人員で対応可能と考えられた。

八重山の二次離島については航路による移動となるが、西表島の福祉施設入所者への支援を除き、保健師等を含む地元人材での対応が可能と考えられた。

なお、与那国島は二次離島に位置付けられるが空港が整備されており、空路により直接福岡空港へ移動する計画とされている。

（3）一次離島内（宮古島・石垣島）

医療機関および福祉施設は宮古島および石垣島に集中しているが、島内の護送・担送に対応可能な車両および人員は限られている。このため、空路および航路の運用に合わせて短時間に多数を搬送することは困難であり、避難準備期間中に島内搬送用の車両および人員（運転要員および医療班）を事前に派遣する必要があると考えられた。

（4）空路

宮古島からは宮古空港および下地島空港を利用して鹿児島空港へ、石垣島からは石垣空港を利用して福岡空港へ移動する計画とされた。なお、先島から屋内避難地域となる沖縄本島への空路移動については、担送 3（重担送）を除き現時点では計画されていない。

（5）航路

空路での移動が困難な要配慮者については航路による搬送となるが、宮古および石垣ともに搬送に使用可能な船舶の確保が課題として残されている。対象者は担送および護送が中心となるため、船内における垂直移動手段や適切な療養環境を備えた船舶が求められる。また、精神疾患や感染症等、特別な配慮を要する患者に対応可能な船舶の確保も課題である。

航路での移動先は鹿児島港が想定されているが、航走時間は先島～沖縄本島間で約半日、沖縄本島～鹿児島間でさらに約 1 日を要する。このため、沖縄本島での乗り継ぎの可否、健康管理および生活支援の方法、本島内の搬送および受入れのオペレーション等について、それぞれ課題があり、今後さらなる検討が必要である。

4. 搬送に必要な医療・介護・福祉関係者について

要配慮者の状態に応じて医療・介護・福祉従事者の添乗が必要となる。また、搬送手段および所要時間、要配慮者の状態により必要となる職種および人員は異なるため、それらを基本要素として人員配置の設定を行った。

（1）二次離島からの搬送

・与那国（空路）については、各機に医師 1 名、看護師 2 名の構成とした。なお、本構成を民間機における機内医療班の基本構成とした。

・竹富町各島（航路）については、西表島の福祉施設入所者の搬送に限り、医師 1 名、看護師2名、ロジスティクス要員1～2名（DMAT 構成を参考）を配置することとし、それ以外の離島については医療班は不要または地元保健師による対応が可能と考えられた。

・多良間村については、航路・空路いずれも地元保健師による対応を基本とした。

（2）一次離島内搬送（宮古島・石垣島）

搬送手段は医療従事者の要否により、搬送車両と救急車両に分類した。

・搬送車両では、護送 1 および担送 1 に対して運転手 1 名と介護職等 1～2 名を基本構成とした。

・救急車両では、護送 2 および担送 2 に対して運転手 1 名、医師 1 名、看護師 1 名を基本構成とした。担送 3 についてはこれに加えて重症度に応じた追加人員を配置する構成とした。

なお、救急車両に添乗する医療班は運用の簡便性を考慮し基本構成を統一した。また、施設職員や家族の同乗が想定される。

（3）一次離島から沖縄本島および九州への空路搬送

沖縄本島への空路搬送については、民間機の使用は限定的と考えられるが、使用する場合は医師 1 名、看護師 2 名の基本構成とした。担送 3 については回転翼機による搬送とし、ドクターヘリでは通常運用体制、他機関ヘリでは医師 1 名、看護師 1 名に加え必要に応じて臨床工学技士等の追加配置を想定した。

九州への民間機についても同様に各機に医師 1 名、看護師 2 名を配置し、機内急変への対応を行う体制とした。

介護については原則として家族の同伴を想定するが、対応困難な場合には要配慮者 2 名につき 1 名の介護職または看護師の配置が必要となる可能性がある。計画上、3 空港合計で 1 日 51 機（96 便）の運航が想定されており、同数の医療班の確保が必要となる。

（4）一次離島から沖縄本島および九州への航路搬送

航路については、対象者 50 名を 1 単位として、指揮機能に DMAT 構成 1 隊、医療対応に 2 隊、さらに搬送対象者 5 名に対して 1 名の介護担当（介護職または看護師、計 10 名）を配置し、合計 22 名程度と試算した。2 交代制とした場合には約 44 名が必要と見込まれた。また、精神・感染症等の特殊対応については DPAT や感染症専門家等の関与が必要と考えられた。

本計画の航路に関わる人員の概数については、船舶の収容能力や那覇での乗継の有無により大きく変動するため、今後の検討課題とした。いずれにせよ支援者の業務負担は大き

く、人員確保は困難となる可能性が高い。

（5）搬出拠点

搬出拠点は一次離島の基幹病院である県立宮古病院および八重山病院に設置する。病院内に地域本部と併設して健康チェックポイントおよび要配慮者避難登録センターを集約する体制とした。運営にはDMATの活動拠点本部に準じた外部支援が必要と考えられた。

（6）交代および引き継ぎ

避難期間（約6日間）を考慮し、医療班の交代は疲労状況に応じて実施する必要がある。特に航路搬送に従事する班は負担が大きく、到着後の交代が必須と考えられた。

なお、先島に派遣される人員は避難期間中の交通機関の利用が制限されるため、連続しての勤務となる可能性がある。

要配慮者の引き継ぎについては、福岡・鹿児島の空港・港湾等の搬入拠点到着時に行うことが適切と考えられた。

5. 避難に関わる情報管理について

（1）現行の情報基盤の状況

現行の医療、介護、障がい福祉に関する情報システムは、それぞれ独立して運用されており、管理主体も異なっている。医療情報のうち重要度の高い服薬情報等についてはオンライン資格確認等システムにより把握が可能であるが、要配慮者においてはマイナンバーの利用率が低いこと、また個人情報保護の観点から国民保護事案発生時の利用については十分に整理されていない。

介護情報については、要介護・要支援認定申請書、主治医意見書、ケアプラン等が参考となるが、市町村主体で管理されており全国的な共有化はなされていない。障害福祉サービスに関する情報も同様である。現状では、個人番号に保健医療福祉に関する各種データが統合的に紐付けられておらず、個別に参照する必要がある。

（2）求められる情報管理

避難における情報管理には大きく3つの課題があると考えられた。すなわち、①避難先において現在受けている保健医療福祉サービスを継続するための情報管理、②搬送時の医療・介護・福祉提供およびその記録のための情報管理、③要配慮者のトラッキングのための情報管理である。

①保健医療福祉サービスの継続のためには、関連データの電子化および共有基盤の整備が必要であり、厚生労働省が推進する全国医療情報プラットフォームの早期導入が望まれる。また、要配慮者におけるマイナンバー登録の促進も必要と考えられた。

②搬送時の情報管理については、特に航路搬送では2〜3日を要する可能性があり、通信途絶も想定される。このため、乗船する要配慮者の情報を関係者間で共有し、船内において適切な医療・介護・福祉サービスを提供するとともに、実施内容を記録する必要がある。その際、紙媒体でも運用可能な個人情報様式の整備が必要と考えられた。

③トラッキングのための情報管理については、一般住民の避難と同様にQRコードを用いたシステムを要配慮者にも適用し、各ポイントでのチェックを行うことが想定された。ただし、現行案では当該QRコードはマイナンバーとは連携していない。

いずれにおいても、搬送先で医療・福祉に関する個人情報を個人情報保護に配慮しつつ参照可能とする体制は未整備であり、今後の検討課題と考えられた。

なお、入院患者については情報量が多岐にわたるため、通常の診療情報提供書および看護サマリーに準じた形式での情報提供が適切と考えられた。

6. 救護班の給与と補償について

・給与

救護班としての活動に要する人件費については、賃金職員等雇い上げ費として、日当および時間外勤務手当等を支弁することが必要と考えられる。その際、自然災害時の取扱いを踏まえ、公的機関、準公的機関その他の所属区分によって日当の支給対象に差異を設けることなく、所属機関から派遣された従事者本人に対して適切に支給されるよう留意することが望まれる。

また、COVID-19 対応時の取扱いを踏まえ、職種別・業務別の時間給の導入や、特にリスクの高い地域で支援に従事する者に対する手当の加算等についても検討が必要と考えられる。いわゆる危険手当に相当する措置を含め、従来の自然災害時とは異なる費用支弁のあり方について整理が求められる。

（参考:厚労省事務連絡　令和 6 年 1 月 11 日より）
能登半島地震：人件費 「救護班としての活動に要する人件費は、災害救助費の賃金職員等雇上費（実費）として、災害救助法の規定に基づき支弁されます（独立行政法人国立病院機構、独立行政法人地域医療機能推進機構、国立高度専門医療研究センター、公立病院、地方自治体及び日本赤十字社の現職の有給職員については超過勤務手当のみ対象。）

・補償

派遣元に対する補償についても整理が必要と考えられる。人員を派遣することにより、医療機関における診療収入の減少や、残存職員への負担増加が生じる可能性がある。特に国民保護事案では安全上の懸念が残る状況下での派遣となることから、医療機関の理解を得るためにも、人員派遣に伴う減収等に対する一定の財政的支援が求められる。

また、補償とは別に、診療報酬および介護報酬における人員配置基準等について特例的な取扱いをあらかじめ示すことにより、派遣元の理解が得られやすくなると考えられる。

派遣された従事者に対する補償については、制度設計の明確化が不可欠である。すなわち、武力攻撃事態等の各段階において労働災害補償制度が適用されることを明確化するとともに、死亡等の重大事案に備えた保険制度の整備が必要と考えられる。

なお、補償水準については、例えば現行の沖縄県における離島急患搬送に係る取扱い（職種により異なるが、医師の場合、死亡補償額２億円）等を参考とし、同等以上の水準を確保することが望ましい。

これらを踏まえ、避難対象地域への派遣については、指定公共機関や DMAT 病院等の組織を中心とした体制とすることが望ましいと考えられる。個人単位での派遣や人材派遣事業者の活用については、慎重な検討を要する。あわせて、平時からの講習会等を通じた基礎知識の習得も重要と考えられる。

7. 要配慮者と搬送先施設の事前マッチ

ングの手順

オンライン資格確認等システムや要介護・要支援申請書、主治医意見書、ケアプラン等の電子データの共有が困難な場合には、沖縄側から搬送先へ必要な情報を個別に準備する必要がある。しかし、その事務作業量は大きく、円滑なマッチングには課題があると考えられた。

理想的には全国医療情報プラットフォームの活用が望まれるが、現状では、何らかの情報共有システムの整備とともに、個人情報保護に配慮した情報共有のルールおよび運用タイミングをあらかじめ整理しておくことが前提となる。

本手順は、限られた情報環境下において段階的にマッチングを進めることを基本として整理した。

①沖縄県本部は、大本部に対して搬送区分ごとの要配慮者の概数および搬出拠点を共有する。これにより搬出方法および搬入拠点が決定される。
②大本部は沖縄県からの情報を基に、各県における搬送区分ごとの受入概数を調整し決定する。
③各県本部は受入可能な施設を選定し、受入可能人数および施設種別とともに大本部へ報告する。
④沖縄県本部は、関係機関の承認を得た上で、搬出拠点ごとの要配慮者の個人情報を電子データとして大本部へ共有する。
⑤大本部は搬入拠点に対し、各県の受入施設リストおよび沖縄県から提供された個人情報を共有する。搬入拠点はこれを基に受入先の選定案を作成し、各県本部へ共有する。なお、搬入拠点には DWAT 等の専門職による支援が必要と考えられた。
⑥沖縄県は搬出拠点ごとの空路・航路のタイムテーブルを大本部へ共有し、大本部は搬入拠点に対して各要配慮者の到着予定を伝達する。
⑦搬入拠点は到着予定時刻等の情報を各県本部へ共有し、事前に選定された施設への搬送を開始する。変更が生じた場合には関係本部間で速やかに情報共有を行う。
⑧入院患者については、先島地域本部から診療情報提供書および看護サマリーを、大本部、搬入拠点または各県本部を通じて受入医療機関へ送付する。

D．考察

本研究では、要配慮者の広域避難に関する現状の課題を整理し、それに基づく対応の方向性を検討した。国民保護事案は前例がなく、法的枠組みに加え、特に安全確保に関する不確実性が大きいことから、避難対象地域となる先島地域および沖縄本島において必要な人的支援を十分に確保できるかについては依然として課題が残されている。派遣される保健医療福祉従事者およびその家族、所属機関の不安を軽減するための環境整備が不可欠であり、行政による制度的・運用的支援が求められる。

一方で、自然災害と異なり一定の準備期間を確保できる可能性があることから、平時からの具体的な対応策の策定および関係機関間の連携体制の構築が重要であると考えられる。

E．結論

本研究では、要配慮者の広域避難における課題および求められる対応策について整理し

た。課題は多岐にわたり、単一の対策で解決できるものではなく、関係機関が連携し段階的に対応を進めていく必要がある。

特に、搬送体制の構築、情報管理の整備、人員確保および補償制度の確立が重要な要素であり、これらを含めた総合的な体制整備が求められる。

本研究で示した枠組みは、今後の具体的な計画策定に資する基盤となるものと考えられる。

Ｆ．健康危険情報

現時点で特記すべき事項はないが、計画および対策が十分に進まない場合には、国民保護事案に伴う健康リスクの増大が懸念される。

Ｇ．研究発表

1.　論文発表

該当無し

2.　学会発表

該当無し

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

本研究に関連する知的財産権の出願・登録はない。

1.　特許取得：無

2.　実用新案登録：無

3.　その他：無

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）
「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」

分担研究報告書

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究（宮崎県）」

研究分担者　落合　秀信
宮崎大学医学部病態解析医学講座　救急・災害医学分野　教授

研究要旨
国民保護において、有事の際の宮崎県における要配慮避難者の受け入れについて、調整本部体制、搬送方法、搬送に必要な人員等、受け入れキャパシティ、情報管理、事前マッチングの手順などについて検討を行った。

A．研究目的

国民保護において、有事の際の九州・山口・沖縄における本部体制や避難者の搬送手順、情報共有等必要となる事項について協議しシミュレーションや実際の運用につなげる。

B．研究方法

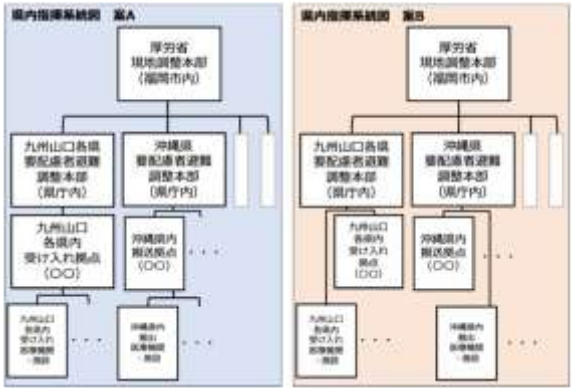
宮崎県における本部体制や搬送体制、搬送手段、情報共有等について県福祉保健課、危機管理課、医療政策課、県医師会と協議を行い、その結果を班会議において検討を行った。

（倫理面への配慮）

今回の研究では、個人情報は扱わないので、該当しない。

C．研究結果

1. 九州・山口・沖縄を含む全体の組織図（指揮系統図）と自県での本部体制・受け入れ拠点の設置について



① 全体の組織図について

上記 2 つが提案された。本県としては、事前マッチングが終了している避難者については、直接最終目的地へ搬送し、受け入れ先が決まっていない避難者のみを受け入れ拠点に集約し調整を行う方向としているので、B 案の方向で考えている。

② 宮崎県における組織図

下図に示す。本部の設置場所は、宮崎県防災庁舎 3 階総合災害対策部室の予定としている。





2. 福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港到着後～本県への移送手段

本県は、鹿児島空港並びに鹿児島港へ到着した避難者の受け入れを行う。

経路としては、以下の２つを考えている。

① 鹿児島空港へ到着した傷病者は、九州自動車道→宮崎自動車道を経由して大型バスやタクシー、福祉車両、救急車両などを利用して宮崎市内もしくは都城市内へ搬送する。



② 鹿児島港へ到着した傷病者は、九州自動車道→東九州自動車道→都城志布志道路→宮崎自動車道を経由して大型バスやタクシー、救急車両などを利用して宮崎市内もしくは都城市内へ搬送する。

3. 県内における移送手段

基本的に車両による陸路搬送で考えている。車両としては、大型バスや乗り合いタクシーなどの利用を検討している。また、避難者の病状やADL、介護度に応じて、福祉車両や救急車などの利用も検討している。

4. 移送に必要な医療・福祉関係者の役割と必要数、チーム構成などについて

① 県内における搬送並びに搬送拠点の考え方について

本県では、事前マッチングにより受け入れ施設が決定している場合は、受け入れ拠点を通さず、直接受け入れ施設まで搬送する。一方事前に受け入れ施設へのマッチングが終了していない場合は、いったん都城市内もしくは宮崎市内の受け入れ拠点（場所は未定）へ集約し、そこで受け入れ先の調整を行う。

② 移送に必要な医療・福祉関係者の役割と必要数、チーム構成について

内訳	本県受け入れ必要数	1日当り受け入れ必要数	搬送形態	移送に必要な医療・福祉関係者種別	一人当たりの避難者に必要な医療・福祉関係者数
高齢者・要介護者	412.8	69	バス等	5人あたり介護士1人・介助者5名	介護士12名・介助者12名
身体障がい者	145.9	25	バス等	2人あたり介護士1人・介助者1名	介護士13名・介助者13名
知的障がい者	65.1	11	バス等	3人あたり介護士1人	介護士4名
精神障がい者	127.0	22	バス等	5人あたり介護士1名・介助者1名	介護士 5名・介助者5名
外来人工透析	23.7	4	バス等	不要	原則不要
在宅酸素患者	11.0	2	バス等・福祉車両等	原則不要	原則不要
在宅人工呼吸器患者	2.1	1	福祉車両等	1人あたり医師もしくは看護師1名	医師もしくは看護師1名
妊産婦	55.0	10	バス等	10人あたり看護師1名（バスの場合）	看護師1名
高齢者施設入所者	70.49	12	バス等	3名あたり介護士1名（バスの場合	介護士4名
障がい者施設入所者	20.1	3	バス・福祉車両	1名あたり看護師もしくは介護士1名	看護師もしくは介護士3名
病院入院患者	79.2	14	福祉車両等	1名あたり医師もしくは看護師1名	医師もしくは看護師14名

一日当たりの必要医療・介護福祉関係者数の推計		
	最大	最小
医師	15	0
看護師	19	0
介護士	41	33
介助者	30	30

全身状態の不安定な患者の医療搬送については、搬送要員（特に医師・看護師）の交代は行わず、最終受け入れ施設まで同じスタッフで搬送した方が望ましいと思われる。一方比較的安定しているが医療や介護が必要な避難者については、搬送班は全国公募の方向と伺っているが、必要数の搬送班を確保できなかった場合、本県より鹿児島空港や鹿児島港などの拠点に到着した段階で迎えに行くもの１つの方法かと思われる。

③ 受入医療機関支援

適宜ニーズを県国民保護対策本部で収集し、必要時に災害医療派遣チーム(DMAT)や医師会などと調整を行う方向としているが、本県では現段階においてこの件における詳細な検討はまだ行っていない。ちなみに DMAT は、国民保護法の枠組みでの活動は規定されていないので、新たな制度設計が必要と思っている。

本県における受け入れ医療機関キャパシティの算出であるが、一般病床・精神科病床については、全病床数の 5%が妥当と考えている。その理由として、万が一事態認定され避難が開始になっても、九州は攻撃を受けているわけではなく一般の医療機関には危機感はないと思われる。そのようななか、入院待ちの患者を飛び越して、あるいは検査や急がない手術待ちの患者の退院を進めて病床を確保することには困難があるかと思われるためである。一方社会福祉施設については、平時から空きが少ない上に即座の退所は困難で、さらに入所待ちも多いと予想されるので、全入所定員の 1%とするのが妥当と考えている。

5. 避難に関わる情報管理（事前、避難中、避難後の情報共有方法の確立）について

① 宮崎県における基本的な考え方

情報伝達共有手段については、県内は通常状態であるので、既存の web メールやセキュリティの高いクラウドストレージシステムの活用を検討している。 情報の管理については、福祉保健対策室の総括班において要配慮者情報の一元管理を検討している（上記 1-② 組織図を参照)。

② 事前の情報管理について

沖縄県との避難者の事前マッチングにおいては、フォームを作成し、それを BOX などのセキュリティの高いクラウドストレージシステムの共有を考慮している。事態認定された場合、自県にどの地域の避難者が搬送される予定かを洗い出し、医療情報についてはマイナ保険証の参照と必要最小限の診療情報提供書（可能であれば）の準備があれば、搬送後の受け入れ先の混乱は少ないかと思われる。介護情報については、マイナ保険証に情報を載せることは不可能であるので、さらなる検討が必要と思われる。マッチングの段階では、詳細な医療・介護情報は必要ではないと思われるので、個々の避難者の概要が把握できるリストを作成し（項目については要検討)、沖縄県と受け入れ県との間で先に述べたクラウドストレージなどを利用し共有する形が良いと思われる。

③避難中の情報管理について

搬送カテゴリーについては、本県でも沖縄県が用いる 7 分類を引き継ぐ方が混乱は少ないと考えており、その方向である。ただし精神や特殊疾患などは既存 7 分類では十分に扱えないので、検討が必要と思われる。

避難者のトラッキングについては、QR コード

などで管理する方が簡便と思われる。入院や入所が必要な避難者については、ID を振り分けて管理する方が情報の引継ぎに際し有用と思われる。

④ 避難後の情報について

本県に搬送された避難者については、搬送班より QR コードやメール、セキュリティの高い SNS などを利用して県国民保護対策本部が搬送完了の報告を受ける。県国民保護対策本部は、搬送終了の情報をリスト化し、厚生労働省現地調整本部へ報告する。

6. 救護班の給与と補償について

① 給与について

最終制度設計は国の今後の整理に委ねることになると思われる。ただ、救護班への給与や費用支弁はあるべきと考える。その際、危険手当等も考慮すべきと思われる。

② 補償について

こちらの方も給与と同様、最終制度設計は国の今後の整理に委ねることになると思われる。国が保険に入り、そこから補償される形が望ましいと思われるが、万が一の労災等の適用についても検討が必要と思われる。補償の整備は必須と思われる。

7. 要配慮者と搬送先施設の事前マッチングの手順について

① 事前マッチングを開始する時期について

事態認定される前は国民保護法の適応にはならないため公式に動くことは困難と思われるが、事態認定されてから避難まではあまり時間がないと思われるので、予兆を把握した段階で、沖縄県側と九州各県が情報を共有し、可能であれば公式ではなく担当者レベルで少なくとも入院を必要とする要医療者や手厚い介護が必要な方々の事前マッチングを開始する方が良いと思われる。

② 事前マッチングの手順について

すでに沖縄県が、地域別に受け入れ県を想定しているので、時間的余裕がある場合は、沖縄県側と受け入れ県側で行い、これを厚生労働省現地調整本部が把握する形がスムーズかと思われる。しかしながら時間的余裕があまりない場合は、沖縄県側の負担を考慮し、厚生労働省現地調整本部が沖縄県からの情報を一手に引き受けて受け入れ県を決定し、マッチングを行う形が現実的かと思われる。

事前マッチングにおいては、まず必要な最低限の避難者情報にかかる項目を決定し一元化する必要があると思われる。情報項目が決定した後は、沖縄県が避難者ごとに情報をリスト化し、あらかじめ受け入れ先が決まっている県の国民保護対策本部（時間的余裕のない場合は、厚生労働省現地調整本部へ九州各県との事前マッチングを依頼）へクラウドストレージなどを用いて共有し調整を依頼する。この際、受け入れ県の国民保護対策本部は、受け入れ施設の決定において追加情報が必要であれば、沖縄県側へメール等で問い合わせる。受け入れ県の国民保護対策本部は、沖縄県から送られてきた事前リストを県医師会や県社会福祉協議会と共有し受け入れ施設の選定を依頼する。個々の受け入れ先が決定したら、受け入れ県は、先の避難者リストに受け入れ施設名等を記載し、沖縄県もしくは厚生労働省現地調整本部へクラウドストレージなどを用いて報告する。

D．考察

国民保護において、有事の際の宮崎県におけ

る要配慮避難者の受け入れについて、調整本部体制、搬送方法、搬送に必要な人員体制、受け入れキャパシティ、情報管理、事前マッチングの手順などについて検討を行った。

自県における本部体制についてはすでに県危機管理課や福祉保健課、関係部署との間で確立されている。

搬送経路については、高速道路を用いた車両による搬送が主体であるが、日豊本線（鹿児島空港であれば JR 加治木駅、鹿児島港であれば、JR 鹿児島駅）の利用も検討の余地があると思われる。その際、到着地から最寄り駅までの陸路搬送手段に関する追加検討が必要になる。搬送する医療チームについては、厚生労働省においても国民保護救護班の枠組みが設置される方向とのことだが、必要数が確保できるとは限らないため、、受け入れ県側から迎えに行く要員の確保も検討した方が良いと思われる。

沖縄県が事前に検討している受け入れ先(県)の情報から考慮すると、要入院者にかかる本県の受け入れキャパシティは十分と思われるが、社会福祉施設については検討の継続が必要と思われる。

避難に関わる情報管理については、基本的に本県への搬送は陸路であり、かつ定常時であるので、web 環境が使用可能である。よってセキュリティの高いクラウドストレージの共有や電子メールを活用が可能と思われる。事前マッチングにおいては、マッチングに必要な個々の情報の洗い出しとリストのひな形作成が必要である。また、搬送中ならびに搬送完了にかかる情報については、個々の避難者に ID（QR コード）を割り振り管理するのが簡便と思われる。その際、搬送情報は、沖縄県からの避難者が到着する鹿児島県もしくは福岡県と受け入れ県、そして厚生労働省現地調整本部の 3 者で共有できる仕組みづくりが必要と思われる。

救護班の給与と補償については、最終制度設計は国の今後の整理に委ねることになると思われるが、救護班への給与や費用支弁、危険手当、補償、万が一の労災等の整備は必須と思われる。

E．結論

国民保護において、有事の際の宮崎県における要配慮避難者の受け入れについて、調整本部体制、搬送方法、搬送に必要な人員等、受け入れキャパシティ、情報管理、事前マッチングの手順などについて検討を行った。今後国の制度設計も含めてさらに詳細を詰めていく必要があると思われる。

F．健康危険情報

該当なし。

G．研究発表

1. 論文発表

無し

2. 学会発表

無し

H．知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：特記なし

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）
「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」

分担研究報告書

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究（熊本県）」

研究分担者　奥本　克己
（所属機関・部局・職名）
熊本赤十字病院・集中治療科・部長

研究要旨

国民保護事案が発生した際に、先島５市町村の要配慮者を九州・山口へどのように避難・移送するかにおいて、熊本県の状況も踏まえて九州全県で全４回の会議にて検討を行った。全体の組織図として、国の現地対策本部が福岡に設置され、到着拠点を管理することが望ましい。各県の体制は県ごとに検討される。各県に受入拠点が設置され、医療機関等への搬送が事前に決まっている場合以外の要避難者の集積の用途となる。必要な人員や搬送手段、情報管理と事前マッチング、救護班の補償等については今後の検討事項である。

熊本県では受入拠点が熊本市と八代市の２カ所に想定され、組織図としては県直下に受入拠点が、その直下に受入機関が入ることを想定した。受入キャパは病床数の 5%で計算したが、実際に確保しているわけではないため、時期によっては厳しいこともありうる。具体的な受入機関・人員については今後の検討課題である。

Ａ．研究目的

国民保護事案が発生した際に、先島５市町村の要配慮者を九州・山口へどのように避難・移送するかにおいて、熊本県の状況を検討すること。

Ｂ．研究方法

研究分担者、熊本県担当部局（医療政策課、危機管理防災課）の話し合いに、熊本県災害医療コーディネーターへのアンケート調査を加味して行う。

（倫理面への配慮）

なし

Ｃ．研究結果

1. 九州・山口・沖縄を含む全体の組織図（指揮系統図）と自県での本部体制・受け入れ拠点設置＝組織図（指揮系統図）

全体の組織図は、福岡市内に置かれる国の現地対策本部が福岡空港・鹿児島空港・鹿児島港を直轄管理するのが望ましいと考える。受入側の熊本県は、受入拠点が複数になる可能性を考えると、県の直下には受入拠点を置き、受入拠点がその地域の受入先を管理する形が望ましいと考える。

2. 福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港到着後～各県の移送手段

福祉車両・福祉タクシー・救急車を想定。同時に多数の要配慮者の到着があるため、搬送手段不足による到着拠点での要配慮者滞留が予測される。到着拠点にも受入拠点同様、SCU 的な機能が求められる。

3. 各県内における移送手段

福祉車両・福祉タクシー・救急車を想定。

4. 移送に必要な医療・福祉関係者の役割と必要数、チーム構成など

・各搬送拠点（SCU のイメージ、体調チェックも含む）

医療機関へ搬送が事前に決まっている場合は直接行ってもらうが、それ以外は一旦受入拠点に集積させる方が安全である。

・搬送

県内の医療者は受入れに集中させるのであれば、到着拠点からの搬送要員は県外から確保できた方が良く、受入拠点からは県内の人員でカバーすべきであろう。医療搬送のみに医師を同乗させる案が現実的。

・受入医療機関支援

一カ所の機関に多数の要配慮者が来る想定ではないため、支援は不要と考える。

5. 避難に関わる情報管理（事前、避難中、避難後の情報共有方法の確立）について

災害と異なり、事前情報収集は可能と思われる。主に避難中の情報管理は現場に負担がかからないような共通 ID や QR コードの使用が望ましく、入力項目も最低限にしたい。トラッキングは最重要であるため、容易な方法が望まれる。

6. 救護班の給与と補償について

・給与

・補償

本人だけではなく所属機関にも支弁があるべきと考える。

7. 要配慮者と搬送先施設の事前マッチングの手順

事前マッチングがどのタイミングで行われるかにもよるかとおもわれるが、集積所が立ち上がる前段階であれば、県本部での情報集約とリスト作成となり、災害拠点病院を中心とした医療機関とのオンライン会議等で要配慮者情報の共有がなされていくイメージを考える。

D．考察

自然災害における広域搬送と異なり事前予測が可能であるため、平時より地域単位でのおおよその事前マッチングができていれば有事のマッチングはよりスムースになると考える。

鹿児島、福岡の到着拠点での搬送手段不足による要配慮者のスタックは十分に想定されるため、SCU 的機能の準備が重要である。

受入キャパシティーの予測は困難であるが、思っていたよりは 1 機関当たりの受入人数は多くなさそうであるため、5%計算で十分に対応できると推測されるが、時期によっては厳しいことも考えられる。また、国民保護時に一時的に定員を増やす指示があればより対応がスムースになる。

E．結論

九州山口の受入側に国の本部が設置され、福岡・鹿児島に到着拠点までを統括する体制ができそうである。移送手段・人員については今後も検討が必要である。情報管理には現場の負担が少ない方法が望まれる。救護班の補償等、事前マッチングの手順、についても今後の課題である。

熊本県では、受入拠点が複数になることが想定されるが、具体的な受入機関も含めてまだ具体的なことは検討されていない。

F．健康危険情報

G．研究発表

1.　論文発表

　　なし

2.　学会発表

　　なし

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）なし

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）
「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」

分担研究報告書

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究（佐賀県）」

研究分担者　”小山敬“
（所属機関・部局・職名）　地方独立行政法人　佐賀県医療センター好生館　災害対策室

研究要旨
国際情勢の緊迫化に伴い、武力攻撃事態等の国民保護事案が発生する可能性が懸念されており、この際、特別な支援を要する要配慮者の避難について方策を検討する必要がある。沖縄県先島諸島からの避難をモデルケースとして、円滑安全な避難・搬送のため、組織体制や移送手段、情報管理や救護班の編成などについて検討を行った。

A．研究目的

国際情勢の緊迫化に伴い、武力攻撃事態等の国民保護事案が発生する可能性が懸念されており、この際、特別な支援を要する要配慮者の避難について方策を検討する必要がある。具体的には運用の組織体制、移送手段、情報管理や救護班の編成などである。これらについて、受け入れ側の視点から、佐賀県特有の地勢、医療状況などを踏まえ検討し、さらに他県分担研究者らとの議論を経て、基本的な一定の方策を提案できるものとしたい。

B．研究方法

研究代表者主導の元、下記C. 研究結果に項目として挙げられるような個別テーマに関して、まず佐賀県の実情について、行政担当者からの情報提供や医療機関実勢などの公開情報収集をもとに、検討を行った。

そのうえで他県にも応用できる、あるいは他県分担検討者の検討を取り入れることなどを研究班全体で議論し、汎用性をもたせることを企図した。

（倫理面への配慮）

特に倫理面で配慮を要するような、個人情報や、人、実験動物の生命に関わるような要素はない。

C．研究結果

1. 九州・山口・沖縄を含む全体の組織図（指揮系統図）と自県での本部体制・受け入れ拠点設置＝組織図（指揮系統図）

九州・山口で要配慮者を受け入れる場合、受け入れ拠点となる空港・港に国側で管理する本部を置くことがよいと思われる（以降九州内の大本部などと記述）。

すでに一般避難者の受け入れに関して、たとえば佐賀県内には県内受け入れ拠点を２箇所設置する計画があり（「避難住民の受入れに係る佐賀県の初期的な計画」２０２５年３月）、他県においても同様の計画と思われる。この拠点に付随した形で、要配慮者の受け入れ拠点を置くことが望ましいと考えられた。

佐賀県であれば１～２箇所の受け入れ拠点を置き、そこで未マッチングの要配慮者を含め、身体状況、情報を確認整理し、医療機関や社会福祉施設等へ搬送する流れとなることを提案

する。

2. 福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港到着後～各県の移送手段

重症度に応じ、ドクターヘリなど航空機、救急車などを利用することが考えられる。県をまたいだ搬送となり、国、各県で基本的な方針を共有する必要がある。

3. 各県内における移送手段

前項と同様重症度に応じ、ドクターヘリなど航空機、救急車などを利用することが考えられる。ただしドクターヘリの利用は地方リソースの全体共有という面を考慮すると、急変時対応など使える場面は限定的と思われる。

4. 移送に必要な医療・福祉関係者の役割と必要数、チーム構成など

・各搬送拠点（SCU のイメージ、体調チェックも含む）

前項１．の通り搬送拠点としては、県内１～２箇所の拠点を設けることを提案する。各拠点に情報管理や、必要に応じての再トリアージや急変対応を行う医療者が必要である。従来一般自然災害で検討されてきた DMAT の搬送拠点のイメージが近い。

・搬送

搬送にあたって必要な人員について、沖縄県提案の ADL、重症度に応じた 7 区分に基づき、具体数を提案する。ただし実際に提供できる人員リソースには限りがあり、あくまで理想的なケースで機械的に提示した参考例とされたい。

① 独歩１　誘導あれば一人で歩行

バスなど移送単位ごと３０～４０名程度まで一括したうえで、単位あたり看護師または介護士１名。

② 独歩２　介助で歩行可能

バスなど移送単位ごと３０～４０名程度まで一括したうえで、単位あたり看護師１名＋介護職５名（確保可能な介護職に応じて変動しうる）

③ 護送１　座位可能　医療不要

バス、航空機など移送単位ごと１０名程度まで一括したうえで、単位あたり看護師１名＋介護職５名（確保可能な介護職に応じて変動しうる）

④ 護送２　座位可能、要看護師

バス、航空機など移送単位ごと１０名程度まで一括したうえで、単位あたり医師１名＋看護師２名＋介護職５名

⑤ 担送１　医師看護師不要

車両、航空機など移送単位ごと４名程度まで一括したうえで、単位あたり看護師または介護士計３名

⑥ 担送２　要医師看護師

車両、航空機など移送単位ごと４名程度まで一括したうえで、単位あたり医師１名＋看護師または介護士計３名

⑦ 担送３　人工呼吸器など重症

１名につき医師１名＋看護師１名

・受入医療機関支援

受け入れ医療機関支援については、本土九州・山口の医療機関そのものの被災などはないとはいえ、一定数の人員が必要となる可能性がある。今後の検討となる。

5. 避難に関わる情報管理（事前、避難中、

避難後の情報共有方法の確立）について

個人の身柄に付帯して送られる情報媒体としては、搬送事前、搬送中などいずれのタイミングでも基本は従来の災害で使われてきた「災害時標準診療記録」および「医療搬送カルテ」が、医療者の馴染もありよいと思われ提案する。

ただしこれらは手書きベースなのでそれをどのように効率的に情報共有するかについて検討が必要である。標準診療記録に規定されるメディカル ID をベースに、クラウドスプレッドシートなどで一覧管理、詳細なカルテ内容については紙をスキャンあるいはデジカメ写真化してのクラウド共有などがよいかと思われる。

EMIS は今後アップデートが検討されていると聞いているが、現状の EMIS の搬送管理機能では共有できる情報に限りがあり、上記方法を提案する。

QR コードは利用できない避難者・要配慮者がいる場合の取りこぼしの問題があるが、みなが利用できる形（アプリの用意など）で敷衍できれば非常に有用と考えられる。鹿児島県や佐賀県における原子力防災訓練において、避難者の情報管理に QR コードを用いて一定の評価を得ている。個人に付帯して送られる物理メディアは QR コードを記したタグのみとして、オンラインで管理する方法も考えられる。ただし、事前の関係者への周知や習熟が必要となる。

6. 救護班の給与と補償について

・給与

武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律第百五十四条などに基づき、自然災害に準じて柔軟に運用されることが望ましいと考える。

・補償

保証についても給与同様と考える。

7. 要配慮者と搬送先施設の事前マッチングの手順

要配慮者の情報に基づき、可能であれば各県に要配慮者が到着以前に、九州内の大本部などと各県本部内で調整が行えれば望ましい。

５で述べた情報管理に基づいたマッチングを行うことになるが、要配慮者の数とタイムスケジュールを考えたとき、完全や最良を求めた精緻なマッチングは困難である可能性が高い。沖縄発の情報をもとに、各県別の受け入れ人数比率を各県別既存病床や施設収容人数などをもとに算出し、各県本部で具体的な施設マッチングを行い、九州内の大本部に報告する形がよいのではないかと考える。

事前マッチングが困難なケースあるいは事態であれば、県内の搬送拠点でマッチングを行う。急変時も同様。

D．考察

本部体制や搬送手段、情報管理などについての検討考察を行った。研究班の議論においては、他県の分担研究者と概ね同様の意見となった。すなわち、過去の災害に学んでいる我々は、一般自然災害と同様の手法をある程度持ち込むことが可能と判断していると考える。

一方で人員派遣の枠組みや給与・補償などについては、法体系なども異なる点

があり、実効には法制度や解釈の妥当性検討なども必要である。

E．結論

研究代表者主導のもと、佐賀件の地勢や医療環境に基づいた考察を行い、提案をした。本部体制や搬送手段、必要な人員、情報管理などについて一定の具体的検討を行ったが、実際に本稿で取り上げるような事態が発生したときに有効な計画や枠組みを作るには、法制度や行政のバックアップ、地域関係者への事前周知や協力が不可欠であり、これらについて今後も検討が必要である。

F．健康危険情報

なし。

G．研究発表

1.　論文発表

なし。

2.　学会発表

なし。

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得：

なし。

2. 実用新案登録：

なし。

3. その他：

なし。

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」

分担研究報告書

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究（鹿児島県）」

研究分担者　吉原　秀明

（鹿児島市立病院　救急科　部長）

研究要旨

先島諸島（石垣市・竹富町・与那国町・宮古島市・多良間村）を対象地域とした武力攻撃予測事態下における国民保護事案を研究モデルとし、同地域の要配慮者（入院患者・施設入所者・在宅医療患者等、約 12,000 名）の九州・山口への広域避難移送に際して、鹿児島県が担う医療提供体制のあり方を検討した。鹿児島県は、鹿児島新港（航路）および鹿児島空港（空路）において医療担送・介護担送・護送・独歩レベルの要配慮者（重担送患者は沖縄本島側で対応）を受け入れる主要な窓口県として位置づけられており、受け入れ体制の具体的な構築が急務である。本研究では令和 7 年 11 月から令和 8 年 3 月にかけて計 4 回の班会議に参加し、(1) 九州・山口全体の指揮系統・組織図、(2) 受け入れ拠点から各県への移送ルート、(3) 移送に必要な医療・福祉関係者の役割と必要数、(4) 情報管理のあり方、(5) 救護班の給与・補償のあり方、(6) 事前マッチングの手順について議論し、鹿児島県としての見解を提示した。特に、鹿児島新港での下船後の陸上搬送手段の確保が計画上の最大のボトルネックとなり得ることを明らかにした。鹿児島県本土の受け入れキャパシティとして、急性期病床約 9,967 床（目安 1%で約 498 床）、高齢者施設定員約 41,500 人（目安 5%で約 2,075 人）の概算を算出した。

A．研究目的

国民保護事案発生時、特に武力攻撃予測事態下において先島諸島の要配慮者を九州・山口へ避難・移送するシナリオを前提とし、鹿児島県としての医療提供体制整備に資する知見を得ることを目的とした。

沖縄県では令和 4 年度から国民保護訓練の検討が進んでおり、先島諸島の要配慮者（入院患者・施設入所者・在宅医療患者等）は約 12,000 名と推計されている。これらの方々を安全・迅速・効果的に九州・山口へ移送する

には、防災・医療・福祉の三部局が一体となった体制の構築が不可欠である。

厚生労働行政上の課題として、従来の防災部局主導の国民保護計画に医療・福祉の視点が十分に組み込まれていないことが挙げられる。本研究は、この分断を解消し、要配慮者の特性（医療的ケアの必要性・移送制約等）を踏まえた実践的な医療提供体制のあり方を、鹿児島県の分担研究者として具体的に検討することを目的とした。

B．研究方法

本研究では、鹿児島県の災害医療コーディネーターとして鹿児島県全体の医療提供体制の観点から、令和 7 年 11 月から令和 8 年 3 月にかけて計 4 回開催された研究班会議（第 1 回：令和 7 年 11 月 25 日、第 2 回：令和 8 年 1 月 27 日、第 3 回：令和 8 年 2 月 25 日、第 4 回：令和 8 年 3 月 25 日）に参加した。各回において鹿児島県の実情を踏まえた事前検討資料を作成・提出し、班会議での議論を通じて以下の事項を検討した。

・鹿児島県内の医療機関（急性期・回復期・地域包括ケア病床数等）および福祉施設（高齢者・障害者支援施設等）のキャパシティ調査・算定

・介護保険施設定員データ（令和 6 年版）を用いた受け入れキャパシティの概算算出

・鹿児島空港・鹿児島新港における受け入れ拠点（SCU 機能）の必要性と課題の整理

・搬送に必要な医療・福祉関係者の役割・チーム構成・必要数についての検討

・情報管理（トラッキングシステム・事前マッチング）のあり方の検討

・救護班の給与・補償制度のあり方についての検討（私案の作成・提出）

（倫理面への配慮）

本研究は、行政資料・文献の収集・分析および研究班会議における政策的議論を通じた提言型研究であり、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の対象には該当しない。研究対象は行政資料・統計データのみであり、個人情報は一切使用していないため、倫理面の問題はないと判断した。

C．研究結果

1. 九州・山口・沖縄を含む全体の組織図（指揮系統図）と自県での本部体制・受け入れ拠点設置＝組織図（指揮系統図）

第 4 回班会議では、指揮系統について「全体の指揮系統（国と各県の関係）」と「県内の指揮系統（県本部と受入拠点・受入施設の関係）」という、階層の異なる 2 つの議論が行われた。それぞれを以下に整理する。

（1）全体の指揮系統（国・各県間のレベル）：案 1・案 2 の比較検討

受け入れ 3 拠点（福岡空港・鹿児島空港・鹿児島新港）をどの指揮下に置くかについて、以下の 2 案が比較検討された。

・案 1（国の直轄）：福岡空港・鹿児島空港・鹿児島新港を、福岡市内に設置する可能性のある国の現地対策本部の保健医療福祉調整の機能を担う班の直轄とすることが推奨される。国が搬送・救護チームを直接調整し、各県は受入医療機関・施設側の調整を担う役割分担をする。

・案 2（各県の指揮下）：福岡空港は福岡県の国民保護の本部内に設置される保健医療福祉調整機能、鹿児島空港・鹿児島新港は鹿児島県の対策本部の下に置く。各県が自県内の拠点を管理し、迅速な判断・調整を行う。

鹿児島県の視点からは、各拠点の負担配分や不足分の要請を迅速に判断できる観点から当初はこの拠点を鹿児島県の対策本部で支援する案 2 を支持していたが、国との直接やりとりによる迅速性が担保されるならば案 1 でもよいとの立場をとった。最終的に班会議としては案 1 寄りの方向性で概ね合意した。ただし、国の厚労本部が 9 県＋3 拠点（計 12 箇所）を管理することへのスパン・オブ・コントロール上の懸念は未解決の課題として残った。

（2）県内の指揮系統（各県内のレベル）：A 案・B 案の比較検討

上記（1）とは別に、各県内における受入拠点と受入先施設の関係についても 2 案が提示された。

・A 案（受入拠点が上位）：受入拠点が受入先の医療機関や施設も含めて全て管理・調整を担う形。受入拠点に高い情報処理能力が求められる。

・B 案（県本部が統括・並列管理）：県の調整本部の下に受入拠点と搬送先の医療機関・施設が横並びに配置される形。事前マッチング済みの患者が直接受入先へ行く場合など、受入拠点を経由しない動線にも対応しやすい。

班会議では、受入拠点の規模・機能によって最適な選択肢が異なるとの認識から、一律に決定せず各県の実情に応じて選択する方針となった。鹿児島県としては、受入拠点（SCU／救護本部機能）の規模・配置を踏まえて今後検討することになるが、様々なリエゾンとコンタクトを取りやすい B 案の方が現実的ではないかと考える。A 案で運用する場合、特に鹿児島新港への厚い人員配置が不可欠と考える。

（3）鹿児島県の本部体制と受け入れ拠点

・県庁に鹿児島県国民保護対策本部を設置し、その中に保健医療福祉調整本部を設置する。

受け入れ拠点は鹿児島新港と鹿児島空港の 2 か所設置する。受け入れ拠点の上位本部は（1）で述べた全体の指揮系統の結論に従う（案 1：国の現地対策本部の保健医療福祉調整の機能を担う班の直轄、案 2：鹿児島県対策本部の管轄）。

・鹿児島新港（航路受け入れ拠点）：SCU を設置し、SCU 自体が本部機能を持つ。事前マッチング済み患者の直接搬送調整と、マッチング未済・変更が必要な患者の SCU での体調管理及び受け入れ先調整を担う。

・鹿児島空港（空路受け入れ拠点）：救護本部を設置する（SCU に相当する機能）。鹿児島新港の SCU と同様に、上位本部の指揮下で受け入れ・搬送調整を行う。

2. 福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港到着後～各県の移送手段

各受け入れ拠点からの搬送ルートは、第 2 回班会議での議論を経て以下のとおり概ね合意した。

・福岡空港（空路）：→ 福岡県・佐賀県・長崎県・大分県・山口県

・鹿児島空港（空路）：→ 鹿児島県内・宮崎県・熊本県

・鹿児島新港（航路）：→ 九州・山口各県

医療担送・介護担送レベルの要配慮者は航空機搭乗が困難なため、基本的に鹿児島新港（航路）での受け入れとなる見込みであり、九州の担送患者の主要受け入れ地となる。座位が取れる独歩患者については、新幹線による隣県（熊本・福岡方面）への移送も選択肢として検討する。

3. 各県内における移送手段

鹿児島県内の移送手段は、要配慮者の重症度に応じて以下のとおり分類する。

・重担送患者（人工呼吸器等医療機器装着・生命兆候不安定）：基本的に、沖縄県本土に搬送となり、鹿児島県に搬送されない想定となっている。例外的に、鹿児島県への搬送を要する場合には、ドクターヘリまたは DMAT 車両・救急車による搬送（医師 1 名以上＋看護師 1 名以上が同乗。医療機器担当者の同乗も検討）

・担送～護送患者（医療搬送）：DMAT 車両・病院車・救急車・民間救急車等（医師または看護師が同乗）

・担送～護送患者（介護搬送）：病院車・施設車両・バス等（介護職員・家族等が同乗。医師・看護師は原則不要）

・独歩患者：バス・新幹線等（職員・家族等の付き添いで対応）

鹿児島空港からの主な移送先は鹿児島県内・宮崎県・熊本県方面、鹿児島新港からの主な移送先は九州・山口各県とする。

4. 移送に必要な医療・福祉関係者の役割と必要数、チーム構成など

・各搬送拠点（SCU における受け入れオペレーション（鹿児島新港・鹿児島空港）

・受け入れ拠点（鹿児島新港・鹿児島空港）には地上要員（降機・移乗オペレーション担当）を配置する。車椅子・簡易ストレッチャー不足は降機に多大な時間を要するため、資機材の事前準備・検証が必須である。

・重症者・医療機器装着者については、到着後速やかに搬送開始できるよう、搬送手段・チームを事前に配備しておく。

・搬送

-搬送チーム構成の基本方針

各搬送を「医療搬送」（医師・看護師が必要）と「介護搬送」（介護職員で対応可）に分類し、以下の構成を基本とする。

・医療担送（集中治療は不要だが医療継続が必要な担送患者）：医師または看護師1名以上を同乗（状態に応じて医師を配置）

・医療護送（バイタルに配慮が必要・要医療）：看護師1名を基本配置（状態に応じ医師を追加）

・介護担送・介護護送：介護職員＋家族等（医師・看護師は原則不要）

・大型バスによる一括搬送時：人数増加に応じ看護師・医師を段階的に増員（概ね 10 名増ごとに 1 名程度）

-搬送要員の交代

・搬送要員は、原則として九州到着地点（空港・港）で交代する方向で整理した（第 4 回班会議にて決定）。

・ただし、病院持ち出し機器を伴う患者や状態が不安定な患者については、同一チームによる継続搬送が望ましいとの意見もあり、個別判断を加える。

・受入医療機関支援

・受け入れ医療機関には、必要に応じて外部支援チーム（DMAT 等）を派遣し、患者受け入れ態勢の補完を図る。

5. 避難に関わる情報管理（事前、避難中、避難後の情報共有方法の確立）について

（基本方針）

情報管理は以下の 3 段階で整理する。

・事前マッチング情報：搬送先の受け入れ医

療機関・施設を平時から事前に決定し、有事は差分（マッチング未済者・変更発生者）のみを調整する計画搬送を基本とする。

・避難中のトラッキング：QR コード・バーコード等を活用した個人識別・通過確認を実施する（鹿児島県は自然災害での避難者管理で QR コードを一部導入済み）ことが想定されるが、県を跨ぐ搬送であるため、九州・山口各県との統一化が必要となる。現場入力は最小限（選択式中心）とし、共通IDに基づく簡便運用を基本とする。紙様式との併用も確保する。

・避難後：受け入れ先施設への到着確認・状態引き継ぎ報告をもってトラッキングの終点とする。その後の継続管理は受け入れ先施設側の責任・運用に委ねる。

（共有情報の主な内容）

・事前共有情報：氏名・年齢・性別・重症度分類（7 分類）・主疾患・ADL・使用医療機器・搬送先（仮）・搬送手段・担当チーム等

・避難中：位置トラッキング（通過確認）・状態変化・搬送先変更情報

（活用システム）

・既存の EMIS（広域災害救急医療情報システム）を基盤とし、国民保護専用チャンネルを新設して活用する方向が提案された。

・J-SPEED 類似様式は、航路搬送時の通信断絶を想定した限定的な運用（約 2 日間の搬送中の介護・投薬・経過記録用紙様式）とし、全員に一律使用するものではないことを確認した。

・7 分類（沖縄県が設定した要配慮者の搬送手段別分類）を九州到着後も基本的に継続使用することで合意した。

6. 救護班の給与と補償について

・給与

本研究では、「みなし公務員＋特別手当」モデル（C 案）を提案した。

・身分：「国民保護従事者（仮称）」として法的に定義し、期間限定のみなし公務員扱いとする。

・給与：所属機関からの通常給与（出張扱い）を維持した上で、国費による特別手当（危険手当を含む）を加算する。所属機関への「派遣協力金」または「人的補填費」として国が支弁する体制も必要とする。

・金額案（日額定額制）：医師 3 万円/日、看護師 2 万円/日、業務調整員 2 万円/日。危険手当は危険度係数（高リスク地域・CBRNE 対応等）を設定し算定する。

・補償

・補償の主体は国とする（国民保護＝国家責任）。公務災害補償と同等の内容とし、PTSD・長期健康被害・CBRNE（化学・生物・放射線・核・爆発物）への対応も補償対象に明示する。

・国民保護活動は自然災害への支援活動とは法的根拠が異なり、国家意思に基づく危険業務への従事である。従事者の身分保障・補償の整備は国家責任として早急に対応されることが必要である。

7. 要配慮者と搬送先施設の事前マッチングの手順

（基本方針）

・平時から可能な限り要配慮者と受け入れ先施設のマッチングを行い、有事は差分（マッチング未済者・変更発生者）のみを調整する計画搬送を基本とする（第 3・4 回班会議にて確認）。

・事前マッチングの実施主体は国主導が有力

とされているが、第 4 回班会議時点では未確定事項として残った。搬送途中の状態変化・計画変更に伴う再マッチングは、鹿児島新港・鹿児島空港のSCU的受け入れ拠点が担う可能性がある。

（鹿児島県の受け入れキャパシティ概算）

医療機関（鹿児島県本土）

・病床総数（本土）：31,804 床（100 床以上の病院限定：22,417 床）

・急性期病床（本土）：9,967 床

→ 受入目安（5%）：約 498 床

・うち高度急性期：385 床、

急性期：9,582 床

・回復期病床（本土）：4,846 床（回復期リハ：2,902 床、地域包括ケア：1,944 床）

→ 受入目安（5%）：約 242 床

・災害拠点病院病床（本土）：3,461 床

→ 受入目安（5%）：約 173 床

高齢者施設（鹿児島県本土）

・特別養護老人ホーム：定員約 13,800 人

→ 受入上限目安（5%）：約 690 人

※入所率 95～98%と非常に高く受け入れ余裕は限定的

・介護老人保健施設：定員約 8,500 人

→ 受入上限目安（5%）：約 425 人　　※入所率 85～90%

・介護医療院・療養病床：定員約 3,300 人

→ 受入上限目安（5%）：約 165 人

※病院併設型が多く本土各地に分散。入所率 90～95%

・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅：定員約 10,500 人

→ 受入上限目安（5%）：約 525 人

※入所率 75～85%で比較的余裕あり

・グループホーム：定員約 5,400 人

→ 受入上限目安（5%）：約 270 人

※地域密着型のため各市町村に点在

・合計：定員約 41,500 人

→ 受入上限目安（5%）：約 2,075 人

なお、5%という数値は平時の空床率ではなく、国民保護時に定員増等の協力をお願いした場合の暫定的な試算値（能登半島地震時の事例を参考とした発想）として用いるものである。高齢者施設の平時入所率は特養 95～98%、介護医療院 90～95%と非常に高く、一律 5%の受け入れ余裕を確保することは容易ではないが、老健（85～90%）や有料老人ホーム・サ高住（75～85%）については比較的余裕がある。

障害者支援施設（鹿児島県本土）

・入所施設（障害者支援施設）：定員約 3,200 人（入所率 96%で余裕はほぼない）

・グループホーム（共同生活援助）：定員約 2,600 人（入所率 85～90%）

（鹿児島新港受け入れ時の主要課題）

鹿児島新港では、1 便（想定最大約 420 名程度（旅客定員の半数を上限とする沖縄側の試算による訂正値）が到着した際に、陸上搬送手段（救急車・DMAT 車両・バス等）の確保が計画上の最大のボトルネックとなる。搬送手段が不足した場合、船が港に留まってピストン輸送の計画が狂うおそれがある。航路搬送の対象となる担送患者（介護担送：約 600 名想定）が特定の便に集中した場合、そのリスクが更に高まる。

・対応策として、事前マッチング済みの患者についてはSCUを経由せず直接搬送先へ送る「直接搬送方式」を最大限活用する。

・沖縄側には「理想ケース」「代替ケース」「最悪ケース」など複数シナリオに基づく搬送想定を提示してもらうことが望ましい。

D．考察

本研究班での議論を通じて、国民保護事案における要配慮者の広域避難・移送には、従来の防災部局主導の計画では対応困難な多くの課題が存在することが明確になった。鹿児島県の災害医療コーディネーターとしての立場から特に重要な課題として、(1) 鹿児島新港での陸上搬送手段のボトルネック問題、(2) 受け入れキャパシティの実態把握の困難さ、(3) 医療・福祉・防災の三部局連携の不十分さ、の 3 点が挙げられる。

鹿児島新港での受け入れについては、1 便あたり最大約 420 名程度（旅客定員の半数を上限とする沖縄側の想定）が到着した場合にもSCUのキャパシティが到底足りず、下船後に多くの要配慮者を速やかに直接搬送する仕組みの構築が不可欠である。特に担送患者が集中した場合のリスクは高く、陸上搬送手段を事前に確保・配備する計画が必要である。同時に、沖縄側の搬送計画（便数・搭乗患者の重症度構成）が明らかにならないと鹿児島側の準備も進められないため、両者間の情報共有が極めて重要である。

受け入れキャパシティについては、国民保護時に「施設定員の 5%を受け入れ余裕として確保する」という発想は一つの出発点となるが、高齢者施設の平時の高い入所率（特養 95〜98%等）を考慮すると、実際には容易ではない施設が多い。地域包括ケア病床を含む回復期病床の柔軟な活用（福祉施設入所者の一時病院受け入れ等）など、弾力的な対応が必要である。事前に EMIS を立ち上げ、退院支援等を通じて受け入れ可能床を確保する準備を平時から進めることが求められる。

事前マッチングの実現に向けては、要配慮者の医療・介護情報を安全に共有できるシステムの整備が急務であり、QR コードによる個人識別・共通 ID・EMIS 基盤の活用が有効と考える。また、救護班の身分保障・給与・補償の制度化は、実際に活動する医療従事者が安心して参加できる環境の整備として極めて重要であり、有事前の早急な対応が不可欠である。

E．結論

本研究班での議論を通じ、国民保護事案発生時における要配慮者の広域避難・移送体制に関して以下の知見を得た。

① 九州・山口全体を統括する広域本部は、福岡市内に国の現地対策本部を設置する案（案 1）が有力である。

② 鹿児島県は鹿児島空港・鹿児島新港での受け入れ拠点（SCU 機能）を設置し、事前マッチングに基づく直接搬送を基本とする体制を構築する必要がある。

③ 鹿児島新港での陸上搬送手段の確保が計画上の最大のボトルネックであり、事前の計画的な確保策が必要である。

④ 救護班の給与・補償については、みなし公務員（期間限定）として国費で一元的に対応する制度設計（C 案）が現実的かつ適切と考える。

⑤ 防災・医療・福祉の三部局が一体となった計画立案と体制構築が急務であり、本研究班の成果を鹿児島県行政（危機管理・保健医療・福祉部局）と共有し、具体的な受け入れ基本要領の策定に貢献していく。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得：

なし

2. 実用新案登録：

なし

3. その他：

なし

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）
「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」

分担研究報告書

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究（大分県）」

研究分担者　”石井圭亮“
（国立大学法人大分大学・減災・復興デザイン
教育研究センター・非常勤講師）

研究要旨
【目的】沖縄県の先島諸島からの要配慮者の広域避難において、大分県での受入課題を抽出と同時に具体的な体制整備に関して考察する。
【方法】九州山口各県の有識者間でのヒアリングを基に施策を検討する。
【結果】搬送ルートとして、①福岡県からは、陸路もしくは空路で直接大分県内へ②鹿児島県からは、陸路の場合、宮崎県もしくは熊本県を介して、空路の場合、直接大分県内への経路が考えられる。病院・福祉施設など受入先は充足しているが、マッチング法や要救護者トレース法に関しては更なる検討を要す。また、本部設置に関しても、今後の議論が必要である。
【結語】この研究成果をもとに、県内関係各位との意見交換を深め、受入体制の整備を具体化していくことが重要である。

A．研究目的

近年、国際情勢の緊迫化に伴い、我が国においても武力攻撃事態等の国民保護事案が発生する可能性が懸念されている。住民の広域避難も想定され、支援体制の整備が急務である。特に、要配慮者を円滑に移送し、避難先において必要な医療を受けられる体制の構築は、国民保護計画の実効性を高める上で重要である。沖縄県の先島諸島からの要配慮者の大分県への避難に際して、搬送ルート策定および搬送手段の確保、医療支援や受入体制の構築、情報共有の仕組みなど、複合的かつ実務的な課題を検討することで、国民保護事案発生時の医療提供体制の構築に資する政策提言を行うことを目的とする。

B．研究方法

避難先としての大分県における実践的な計画案の策定（下記項目）を、行政担当者および医療従事者に対するヒアリングを通して行う。

・避難元・避難先双方における本部体制の構築と役割分担
・情報共有体制の整備（共通言語化、情報システムの活用等）
・救護班の必要数の積算および配置計画の策定
・避難元から避難先への搬送フローの設計と支援体制の構築
・SCU の設置場所の選定および運用体制の検討
（倫理面への配慮）

C．研究結果

1. 大分県での本部体制・受け入れ拠点設

置
受け入れ拠点を設置する場合は以下の災害拠点を考えている。大分大学、大分県立病院、大分スポーツ公園が有力と考える。

2. 福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港到着後～各県の移送手段
事前調整が可能な場合は経由拠点を設定せずに直接受入先へ搬送する。事前調整が不可な場合、経路ごとに以下の経由拠点を設けることが有効な可能性がある。空路の場合、大分空港、県央農道空港、大分スポーツ公園。
陸路の場合、福岡県から大分大学、大分県立病院、中津、日田、大分スポーツ公園。鹿児島県から宮崎経由で、大分大学、大分県立病院、大分スポーツ公園。鹿児島県から熊本経由で、大分大学、大分県立病院、大分スポーツ公園。これらが想定される。

3. 避難に関わる情報管理（事前、避難中、避難後の情報共有方法の確立）について
氏名等の必須事項に加えて、既往歴・宗教・言語などのパーソナルな情報もある程度事前に共有されていることが望ましいと考える。

4. 要配慮者と搬送先施設の事前マッチングの手順
要配慮者個々の病態や生活レベルやキャラクターの情報共有を行い、安全かつ可能な限り快適に過ごせる搬送先施設の選定を行う。居住地域や家族などをグループ化した集中搬送も考慮する。

D．考察

推定されている沖縄県の先島諸島からの要配慮者数を鑑みると、九州山口各県の医療機関および施設数は充足していると考えられる。しかしながら、要配慮者を各県に均等に振り分けるのか、もしくは、数カ所の県に集約化するのかに関する指針は示せていない。また、“誰をどこにどの手段で”を決定、また、“支援者・救護班”の確保・調整を行うために、調整本部を設置する必要があるが、九州山口ブロック全体として本部を設置するのか、各県レベルで本部を設置するのかなど具体策に関しても議論の余地があり未解決である。

E．結論

九州山口ブロック全体として、沖縄県の先島諸島からの要配慮者の移動ルート、福岡および鹿児島に到着後の移動ルート・手段に関しての一定のコンセンサスは得られたと考える。一方、収容先とのマッチングや支援者・支援物資確保などの具体策は追加議論が必要である。

F．健康危険情報

G．研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

H．知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）

1. 特許取得：
2. 実用新案登録：
3. その他：

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）
「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」

分担研究報告書

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究（山口県）」

研究分担者　藤田 基

（山口大学医学部附属病院・先進救急医療センター・准教授）

研究要旨

国民保護事案発生時における要配慮者の広域避難に際し、山口県担当分担研究者として、受入キャパシティの試算、搬送要員の役割・必要数の整理、指揮系統の在り方、情報管理体制、救護班の給与・補償スキームについて検討を行った。受入可能数は定員の５％を暫定基準として医療機関合計約 908 床・介護福祉施設合計約 1,051 人と試算した。搬送要員は状態区分（独歩・護送・担送）および搬送手段に応じた最低配置として整理し、到着拠点での地上要員配置の必要性を提起した。指揮系統は受入医療機関・施設を県調整本部の直轄とし、国本部が越県調整を担う役割分担を提案した。救護班の給与は所属機関への支弁を原則とし、補償は雇用主法定補償を基層に国による包括保険を重層化する二層構造を提言した。

Ａ．研究目的

国際情勢の緊迫化に伴い、武力攻撃事態等の国民保護事案が発生した際に、沖縄県先島諸島の住民の九州・山口への広域避難の検討が行われている。避難対象住民のうち、高齢者・障害者・慢性疾患患者・入院患者・施設入所者等の要配慮者は約１万２千人（先島５市町村人口の約１割）と推計されており、搬送手段の確保、受入体制の整備、医療・福祉人材の組織化、情報共有の仕組みなど多層的な課題が存在する。

厚生労働省の国民保護計画においては避難住民への救護班派遣が規定されているものの、具体的な人員配置・搬送体制・本部組織等の詳細は明示されておらず、実効性のある計画整備は不十分な状況にある。

本研究は、九州・山口各県の救急・災害医学の専門家が分担研究者として参画し、沖縄からの要配慮者避難をモデルケースとして、(1)救護班の編成・必要数の具体化、(2)搬送フローの設計、(3)受入都道府県における本部体制の構築、という３点を柱に検討を進めることを目的とする。山口県担当分担研究者として、特に山口県における受入体制・搬送計画・情報管理・給与補償スキームについて具体的な検討案を提示することが本分担研究の目的である。

Ｂ．研究方法

本分担研究は、研究計画書に示された調査・分析手法のうち、以下の３つを中心に実施した。

第一に、研究班会議（計４回）への参加（第１回・第４回はリアルタイム参加、第２回・第３回は欠席のため事前検討資料の提出により参加）を通じ、研究代表者・他の研究分担者・厚生労働省・内閣官房国家危機管理室・関係都道府県行政担当者との議論の内容を把握し、山口県としての検討課題を整理した。各回会議に先立ち事前検討資料を作成・提出し、班全体の議論に貢献した。

第二に、山口県の医療機関病床数・介護福祉施設定員数等の統計データを厚生労働省提供資料および県内公表データをもとに集計し、暫定的な受入キャパシティを試算した。

第三に、搬送要員の配置基準、指揮系統、情報管理システム、給与・補償スキームについて、自然災害対応の既存制度（DMAT 制度・災害救助法・旅費規程等）との整合性を踏まえながら、実務的な提案をとりまとめた。

（倫理面への配慮）

本分担研究は特定の個人・実験動物を対象とした研究ではなく、公表データの整理・分析および専門家意見の取りまとめを中心とした政策研究である。研究の過程において各機関・職員等の関与が生じる可能性があることから、人権擁護上の配慮を徹底し、必要に応じて対象者への説明と理解を得るよう努めた。倫理的問題は少ないと判断されるが、個人情報の取り扱いには細心の注意を払い、情報の匿名化・適切な管理を徹底した。

Ｃ．研究結果

１．九州・山口・沖縄を含む全体の組織図（指揮系統）と山口県における本部体制・受入拠点

（１）全体の指揮系統について

研究班における議論の結果、全体の指揮系統として以下の方向性が確認された。国の現地対策本部を福岡市内に設置し、搬送・救護チームの調整を国が直接行う案が全体として支持された。国の現地対策本部は越県調整・全体最適を担い、各県調整本部は主として県内の受入医療機関・施設の調整を担う役割分担が適切と考えられる。

山口県担当分担研究者としては、福岡・鹿児島空港・鹿児島港等の各受入拠点は、それぞれの県の調整本部のもとで運用し、国の現地対策本部が越県・広域の調整を担うことが合理的との見解を示した。その根拠として、(a)港・空港等での拠点運用は県内完結型の調整（導線・車両・受入先振り分け等）を伴い、各県本部が担う方が迅速かつ実効的であること、(b)国本部が福岡・鹿児島の拠点に加え 9 県全体を直接管理するとスパン・オブ・コントロールを超え混乱が生

じ得ること、が挙げられる。

（2）山口県における本部体制・受入拠点について

山口県における本部体制については、県調整本部（保健医療福祉調整本部）のもとに受入拠点と受入医療機関・施設を置く体制が妥当と考える。受入拠点（避難先連絡所・集積機能）は現場運用上のハブとして機能させつつ、医療機関・施設への最終的な資源配分調整は県調整本部が担う役割分担とし、「現場運用（受入拠点）」と「資源調整（県調整本部）」を分離することで迅速性と統制の両立を図る。

受入拠点候補として、新山口駅周辺のホール等の活用が第２回班会議資料において提示されており、地理的アクセスと施設規模の観点から引き続き検討を要する。

事前マッチングが成立している要配慮者については受入拠点を経由せず直接受入先施設・医療機関へ搬送することが効率的であり、未マッチングあるいは変更が必要な患者についてのみ受入拠点での調整対応を行うことが望ましい。

２．福岡空港・鹿児島空港・鹿児島港到着後から山口県への移送

沖縄先島諸島からの要配慮者は、航空路は福岡空港および鹿児島空港、航路は鹿児島港が主要受入拠点として計画されている。山口県への移送は主として福岡空港経由が想定される。

搬送要員については、原則として九州側到着地点（空港・港）で交代する方向が第４回班会議で確認された。ただし、病院持ち出し医療機器を使用している患者や状態が不安定な患者については継続同伴が望ましい場合があり、個別の判断が求められる。

３．山口県内における移送手段

山口県内における移送手段については、状態区分に応じた以下の区分を基本とする。

・独歩１・独歩２（独歩および介護独歩群）：鉄道（山陽新幹線・在来線）による集団搬送を基本とし、乗降時の駅構内リスクを踏まえ介護・誘導要員を厚めに配置する。

・護送１（介護護送群）：福祉車両による搬送を基本とし、介護士中心の配置とする。

・護送２・担送１・担送２（医療護送・担送群）：民間救急車または救急車による個別搬送とし、状態に応じて看護師・医師を同乗させる。

・重症個別搬送群（担送３相当）：人工呼吸器・CHDF 等の特殊医療機器を使用する患者については、集団搬送とは別枠で個別対応とする。医師・専門看護師の同乗に加え、医療機器を熟知した臨床工学技士等の同行が必要となる場合がある。

なお、独歩群を含む集団搬送に鉄道を活用する場合、搬送可否は事前区分情報の共有精度に依存するため、情報管理体制の整備と一体的に計画する必要がある。

４．移送に必要な医療・福祉関係者の役割と必要数、チーム構成

（１）基本的考え方

必要人員の算定は「要配慮者１人あたり」の固定値ではなく、「搬送区間・搬送手段・状態区分に応じた搬送単位ごとの最低配置」として整理することが実務的である。独歩群等の集団搬送では支援者数が人数に単純比例しないためであり、医療護送・担送は個別性が高く処置内容により必要人員が大きく変動する。同伴家族による補助（見守り・生活介助・不穏時の声かけ等）は条件付きで一定程度代替可能であるが、医療判断・処置・搬送可否判断については専門職での対応が不可欠である。

（２）各搬送区間における配置の考え方（山口県受入を含む九州到着後）

① 搬送拠点（SCU イメージ・体調チェックを含む）

到着拠点では状態評価・仕分けを担う医師・看護師・介護職・事務等の多職種チームを配置する。特に、航空機・船舶からの降機（降船）後の移動はボトルネックとなり得るため、医療職とは独立して地上要員（車いす・簡易ストレッチャー操作、移動補助等）の計画的配置が必要である。

② 搬送

介護搬送（独歩・護送１・担送 1）：介護士・支援員を中心とし、医師は原則不要。

医療搬送（護送２・担送 2）：看護師配置を必須とし、状態不安定患者・人工呼吸器管理患者には医師を配置する。目安として、人工呼吸器装着患者については医師１名・看護師１名以上の個別同乗を基本とする。

③ 受入医療機関支援

受入医療機関においては、患者の継続医療情報（診療情報提供書・看護サマリー等）の引継ぎを円滑に行うための体制整備が必要である。地域包括ケア病床等の活用も含め、状態区分に応じた適切な受入病床の確保が求められる。

５．避難に関わる情報管理

（１）情報共有の基本方針

情報共有システムについては、初期段階から単一システムへの統一を求めるのではなく、共通様式（紙＋電子）を用いた「最低限データセット」の共有から段階的に実装することが現実的である。トラッキングシステムは、端末確保・通信環境の制約を踏まえ、まず搬送単位（便・車両）のトラッキングを基本とし、個人トラッキングは段階的な導入が妥当である。共通 ID 基盤を設定した上で、現場運用においては QR コード・バーコード等の簡便な照合手段を併用するこ

とが望ましい。

（2）各フェーズにおける共有情報

① 事前共有情報（マッチング用）

氏名・年齢等の基本情報に加え、搬送区分・移動可否、医療的ケア（酸素・吸引等）の必要性、到着予定時刻・搬送手段を共有する。山口県受入においては特に、鉄道搬送可否と車両搬送優先の区分に必要な情報項目を重視する。

② 避難中の情報

出発・到着時刻・経由地・同行スタッフ等を搬送記録として管理する。搬送先変更時は変更時刻・変更理由・新受入先を記録・共有する。現場運用上は詳細記録よりも通過確認・最低限情報更新を優先する。

③ 避難後の情報

受入施設名・到着日時等の完了確認情報を共有する。医療継続・福祉サービス再設定等の継続支援情報を受入施設に引き継ぐ。

６．救護班の給与と補償

（1）給与（支給先・考え方）

救護班の給与については、所属機関への支弁を原則とし、個人への配分は所属機関の裁量で行う整理が妥当である。派遣に伴うコストは本人給与に限らず、所属機関側に代替要員確保・シフト調整・時間外対応等の負担が発生するため、実務上は所属機関への補填が不可欠である。個人への直接支給は雇用形態（公務員・民間・非常勤等）により二重支給・課税処理・社会保険処理等が複雑化し、運用標準化が困難となる。

支給構成は「日額（または時間単価）＋旅費（交通費・宿泊費）＋必要実費」を基本とし、既存の公的派遣制度（旅費規程・費用弁償等）に準拠して統一することが望ましい。職種別（医師・看護師・業務調整員・介護職等）および活動区分（受入拠点・搬送同乗・地上要員等）で最低限の区分を設けるべきである。

（2）補償（二層構造の提案）

補償については、雇用形態や活動場所の多様性により法定補償のみではカバーしきれない領域が残るため、以下の二層構造が実務的かつ有効と考える。

【第一層：雇用主側の法定補償】

公的機関職員：公務災害補償等。民間職員：労災保険等。派遣業務を「職務」として明

確に位置付け、雇用主制度に確実に接続させることが前提条件となる。

【第二層：国（事務局）による共通補償】

第三者損害賠償・雇用形態差による補償の空白・派遣先での事故・医療行為に伴う賠償リスク等について、法定補償で不足し得る部分を国が包括保険方式（全国一括で傷害・賠償責任をカバーする保険を契約し救護班登録者を包括する方式）で補完することが望ましい。越県搬送や混成チームでの活動の場合、各県が補償主体となると責任の所在が不明確になるため、国（事務局）を窓口として実務上の支給は所属機関経由を基本線とする統一的スキームが標準化に資する。

７．要配慮者と搬送先施設の事前マッチングの手順

事前マッチングは国主導で一元的に行うことが有力であるが、現時点では未確定事項である。マッチングに必要な最小情報項目として、基本情報（氏名・年齢・性別）、状態区分（独歩・護送・担送の分類）、必要医療処置（酸素・吸引・内服管理等）、移動可否、感染症の有無、受入施設の種別要件（急性期・慢性期・介護施設等）が最低限必要と考える。

事前マッチングが成立した患者については受入拠点を経由せず直接受入先施設・医療機関へ搬送する方針（計画搬送）が効率的であり、平時からのマッチング精度を高めておくことで有事の調整負荷を最小化できる。搬送途中の病状変化に伴う再マッチングは福岡・鹿児島等の受入拠点（SCU 機能）で対応する。

本検討においては、以下の課題が引き続き要検討事項として残される：(a)状態区分別人数の確定データの早期共有、(b)国民保護法下における医療従事者等の身分・役割の法的整理、(c)全国共通の最低限データセットの策定。

８．山口県における受入可能施設キャパシティの試算

山口県内における受入可能数の試算（5%を暫定基準）は以下の通りである。

区分	基礎数	受入暫定目安（5%）
高度急性期	1,856 床	約 93 床
急性期	6,359 床	約 318 床
回復期	3,644 床	約 182 床
慢性期	6,296 床	約 315 床
医療機関合計	**18,155 床**	**約 908 床**
入所型介護施設（定員）	19,071 人	約 954 人
特定施設（定員）	1,944 人	約 97 人
介護・福祉施設合計	**21,015 人**	**約 1,051 人**

※5%は現時点の空床率ではなく、国民保護時に定員増等の協力を依頼した場合の暫定試算値として位置付ける（能登半島地震時の対応事例を踏まえた想定）。感染症患者・特殊疾患については別途特定枠で考慮する必要がある。長崎県のように離島を多数抱える県では単純な 5%計算が実態と乖離する可能性があるが、山口県においては概ね本試算の適用が可能と考える。

D．考察

本分担研究を通じて、山口県としての要配慮者受入体制に関し以下の重要知見が得られた。

第一に、受入キャパシティは 5%の暫定基準でも医療機関約 908 床・介護施設約 1,051 人が見込まれ、先島諸島からの要医療担送者（約 190 名程度と沖縄側から暫定提示）を受け入れるうえで数的には十分な規模と考えられる。ただし、感染症患者・重症個別搬送群については一般の計算から切り離した特殊対応枠が必要であり、また施設種別（急性期・回復期・介護施設等）と患者状態区分のマッチング精度が実際の受入実現性を左右する。

第二に、搬送要員の配置においては「医療搬送」と「介護搬送」の明確な区分が重要であり、医師は状態不安定患者・医療機器装着患者へのみ配置する一方、介護搬送には介護士・支援員を主体とすることで人的資源の効率的活用が可能となる。加えて、到着拠点での地上要員（降機・移動補助要員）の不足は搬送全体のボトルネックとなり得ることが能登半島地震の経験からも示されており、計画段階での明確な位置付けが必要である。

第三に、指揮系統については受入医療機関・施設を県調整本部の直轄とする B 案（または修正 A 案）が実務的に妥当であり、国本部は越県調整に特化させることで機能分担を明確化すべきである。国本部が直接 9 県＋3 拠点を管理するとスパン・オブ・コントロールを超え、意思決定の遅延や責任の曖昧化が生じるリスクがある。

第四に、救護班の給与・補償については、既存の自然災害対応制度（災害救助法・DMAT 制度等）の枠組みと整合させつつ、国民保護法の特殊性（武力攻撃下の危険環境、越県混成チーム等）に対応した二層補償構造の整備が必要不可欠である。所属機関への支弁なしに従事者の確保は困難であり、平時からの制度設計が急務である。

本研究の限界として、沖縄側からの状態区分別確定人数データが未確定であること、山口県行政担当部局との公式な検討が不十分であること、国民保護法下における医療従事者の法的身分の整理が未完了であることが挙げられる。これらは次年度以降の継続検討事項である。

E．結論

山口県担当分担研究者として実施した本分担研究の結論として以下を提示する。

① 山口県の受入キャパシティは 5%暫定基準で医療機関約 908 床・介護施設約 1,051 人と試算され、先島諸島からの要配慮者受入に十分な規模を有するが、感染症患者・重症個別搬送群には特別枠対応が必要である。

② 搬送要員の配置は「医療搬送」と「介護搬送」を区分し、状態区分および搬送手段に応

じた最低配置を基本とすること、並びに到着拠点における地上要員の明示的配置計画が必要である。

③ 指揮系統は受入医療機関・施設を県調整本部直轄とし、国本部は越県調整に特化させる役割分担が合理的である。

④ 情報管理は最低限データセットの共通様式（紙＋電子）から段階的に実装し、共通 ID 基盤と QR コード等の簡便手段を組み合わせた運用が実務的である。

⑤ 救護班の給与は所属機関への支弁を原則とし、補償は雇用主法定補償を基層に国包括保険を上乗せする二層構造が実効的である。

⑥ 事前マッチングは国主導による一元的実施が有力であり、最小情報項目（基本情報・状態区分・必要医療処置・感染症の有無・受入施設種別等）の共通化と、計画搬送を原則とした搬送フロー設計が、有事の調整負荷を最小化するうえで不可欠である。

Ｆ．健康危険情報

特になし。

Ｇ．研究発表

１．論文発表

なし

２．学会発表

なし

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

１．特許取得：なし

２．実用新案登録：なし

３．その他：なし

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）
「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」

分担研究報告書

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究（福岡県）」

研究分担者　”久城　正紀“
（福岡県済生会福岡総合病院　集中治療部　部長）

研究要旨
本研究は、国民保護事案発生時における要配慮者の広域避難に際し、福岡県における受入体制および搬送調整の在り方を検討することを目的とした。研究班会議および福岡県関係部局との協議を通じて、広域的な指揮系統や組織体制、福岡空港を起点とした各県および県内搬送体制、救護班の配置および人員構成について検討した。その結果、国の現地対策本部を福岡に設置する方向性を含めた指揮系統や運用体制が整理された。また、受入キャパシティや情報共有体制、救護班の運用および処遇に関する課題を抽出し、実効性のある医療提供体制構築に資する知見を得た。

Ａ．研究目的

国民保護事案発生時における要配慮者の広域避難に際し、福岡県における受入体制および搬送調整の在り方を明らかにすることを目的とする。特に、九州・山口を含む広域的な指揮系統および組織体制、福岡空港を起点とした広域搬送および県内搬送、ならびに救護班を含めた人材配置および運用体制について検討し、実効性のある医療提供体制の構築に資する基盤の整理を行う。

Ｂ．研究方法

本研究は、研究班会議および福岡県関係部局との担当者会議、関係機関との協議を通じた検討型研究として実施した。具体的には、既存の国民保護計画および沖縄県における検討状況を踏まえ、福岡県における要配慮者の受入体制および搬送調整について、指揮系統および組織体制、搬送フローおよび搬送手段、救護班を含めた人材配置および運用体制、受入キャパシティ、情報共有体制等の各項目について検討・整理を行った。さらに、研究班における議論および各県の検討内容を踏まえ、福岡県としての対応案の整理および課題抽出を行った。

（倫理面への配慮）

Ｃ．研究結果

1. 九州・山口・沖縄を含む全体の組織図（指揮系統図）と自県での本部体制・受け入れ拠点設置＝組織図（指揮系統図）：別添資料のとおり検討を進めている。
2. 福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港到着後～各県の移送手段：別添資料のとおり検討を進めている。
3. 各県内における移送手段：別添資料のとおり検討を進めている。
4. 移送に必要な医療・福祉関係者の役割と必要数、チーム構成など
5. 下表のように、患者様態に応じて配置すべきと考える。



6. 避難に関わる情報管理（事前、避難中、避難後の情報共有方法の確立）について
下表の情報が把握できることが望ましいと考える。



共有手段は、ID で管理され、QR コードやバーコードで患者情報閲覧・情報登録可能であり、医療機関と同様にデータベース管理されていることが望ましい。避難中は携帯端末で上記コードを読むことにより、選択式で簡易に記録できる様態が望ましい。避難後は、医療機関に引き継ぐ場合は引継時までとし、避難所等医療機関でない場合は記録継続する。

7. 救護班の給与と補償について
国民保護事案における医療従事者の派遣にあたっては、まず派遣体制および勤務形態の整理が必要と考える。特に、活動指揮・統括を担う人員については、長期間の活動が想定されることから、出向等による準公務的な勤務形態を検討することも必要と考える。
そのため、勤務形態として以下 2 つを提案する。
① 準公務（出向）型と DMAT（出張）型を併用する体制
② DMAT（出張）型を基本とする体制
一方で、従来の DMAT 型のみでは、手当や補償の面で十分とは言えない可能性がある以下の通り、費用負担構造案および費用の設定基準案を提案する。



本事案は災害対応とは異なる枠組みである国民保護事案であることから、給与補填および補償については、国が主体として実施することが望ましいと考える。また、迅速な活動開始を可能とするため、資機材等の必要経費に係る支払い体制についても、今後併せて検討する必要があると考える。

D．考察

広域避難においては、複数県にまたがる搬送および受入調整が必要となるため、指揮系統の一元化が不可欠である。本研究においては、国の現地対策本部を福岡県に設置する方向性が示されるとともに、各県内における指揮系統の在り方についても整理された。広域避難においては、国による統括機能と各県の役割分担を明確にすることが重要であり、国と県の責任範囲や権限の整理を含めた制度設計が今後の課題である。福岡空港を起点とした各県への搬送および

県内搬送においては、沖縄県で整理された7つの搬送区分を踏まえ、搬送区分に応じた搬送手段の選択と搬送拠点を設置した体制整備が必要であると考えられた。また、搬送手段の確保やその調整方法は今後の検討課題である。さらに、医療・福祉関係者の役割や必要数、チーム構成を整理し、各搬送拠点および受入医療機関支援に必要な人員配置について検討した。これらを踏まえ、長期的な対応を見据えた人員確保が重要な課題である。

要配慮者の広域避難においては、事前、搬送中、受入後の各段階における情報を一貫して管理・共有する体制の整備が不可欠である。本研究においては、搬送区分や受入先に応じた情報項目の整理の必要性が示された。一方で、通信環境の制約やシステム間の互換性といった課題が想定されることから、情報共有手段の標準化や運用ルールの明確化が重要であり、平時からの情報基盤整備および関係機関間の連携強化が求められる。

救護班の運用においては、長期間にわたる活動への対応が求められることから、適切な給与および補償制度の整備が不可欠である。本研究においては、いわゆるDMATのような出張型の枠組みにとどまらず、準公務的な位置付けを含めた勤務形態の在り方について検討する必要性が示された。現行制度においてはその整理が十分とは言えず、国民保護事案に対応した制度設計が求められる。

要配慮者と受入先施設の事前マッチングについては、搬送の効率化および現場における調整負担の軽減の観点から、平時から一定程度の施設間および地域間マッチングを可能とする情報共有・調整体制の整備が重要である。一方で、想定される要配慮者数の規模が明確でないことから、受入キャパシティの検討や事前マッチングの具体化が十分に進んでいない。このため、まずは搬送対象となる要配慮者数の概算を整理し、それに基づく受入可能数の把握およびマッチング体制の構築を進める必要がある。さらに、事前マッチングを基本としつつ、状況に応じた柔軟な再調整が可能な運用体制の整備が求められる。

E．結論

本研究により、要配慮者の広域避難における福岡県の受入体制および搬送調整の在り方について、広域的な指揮系統、搬送体制、救護班を含めた人材配置、情報共有体制の各側面から整理を行った。特に、国の現地対策本部を福岡県に設置する方向性のもと、国と各県の役割分担を明確にした体制整備の重要性が示された。今後は、受入キャパシティの把握、事前マッチングの推進、制度設計の整理等を進めることで、実効性のある医療提供体制の構築が求められる。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

1.　論文発表

なし

2.　学会発表

なし

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業研究事業）
「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究」

分担研究報告書

「国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究（長崎県）」

研究分担者　髙山　隼人
（国立病院機構長崎医療センター・院長）

沖縄県の先島諸島からの要配慮者の広域避難に関して、長崎県の受入課題を整理する。【方法】想定されている要配慮者の情報から、搬送拠点と受入拠点、ならびに搬送手段、搬送の際の医療・介護者の配置などを検討する。【結果】福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港の搬送拠点から長崎県までは、JR・バス・福祉車両・医療機関救急車が考えられる。県内移動は、容態変化がない場合は移動車両で受入施設まで、容態変化がある場合は避難先連絡所にて医療評価を実施し受入先を調整する。長崎県の避難先連絡所は出島メッセと佐世保港国際ターミナルが適地と考える。受入体制の組織図は、県庁に調整本部、長崎・県央・県南地域は出島メッセ避難先連絡所と佐世保・県北地域は佐世保港国際ターミナル避難先連絡所に活動拠点を置き、調整チームと医療チームならびに搬送チームを配置する。【考察】要配慮者 11,200 人の内 200 人は災害拠点病院で受入し、残り 11,000 人を各県に分散搬送し、長崎県には約 1,000 人の受入を想定する。在宅療養者や福祉施設からの要配慮者はコミュニティー単位で受入できるように県内の施設情報からマッチングが必要となるので医療的な助言を行い、病院からの広域避難は 2 次 3 次医療機関での受入調整を積極的に行う。【結語】沖縄先島諸島の要配慮者広域避難に伴う長崎県の受入態勢に関して検討した。組織は、本土地区を JR や高速道路の関係で 2 つの区分し避難所連絡先に活動拠点を置く。今後、医療チームや県内搬送手段の調整、さらに受入先のマッチングへの助言や調整を行う必要がある。

A．研究目的

国民保護法に基づき住民の広域避難が実施される場合、特に高齢者、障害者、妊産婦、乳幼児、慢性疾患患者など、避難行動や避難先での生活において特別な支援を要する「要配慮者」に対する支援体制の整備が重要である。

現在、沖縄県では九州・山口各県等と連携し、離島地域からの避難手順や避難先地域での受入体制の整備に関する検討が進められている。このような広域避難においては、在宅で医療を要する者、福祉施設入所者、あるいは入院患者であることが想定される要配慮者の搬送手段の確保、医療支援体制の構築、情報共有の仕組みなど、複合的かつ実務的な課題が存在する。

受け入れる長崎県においての整理すべき課題を検討する。

B．研究方法

沖縄県先島地域から想定されている要配慮者の情報から、搬送拠点と受入拠点、ならびに搬送手段、搬送の際の医療・介護者の配置などを検討する。

（倫理面への配慮）

C．研究結果

1. 九州・山口・沖縄を含む全体の組織図（指揮系統図）と自県での本部体制・受け入れ拠点設置＝組織図（指揮系統図）

沖縄県から搬送拠点として、北部九州では福岡空港、南部九州では鹿児島港と鹿児島空港が指定されており、搬送拠点と九州・山口各県調整本部を統括するために、九州・山口統括指揮本部を設置する。設置場所としては、国土交通省や厚生労働省の地方局が所在する福岡市が適地と思われる。

長崎県では、県庁に災害対策本部ができるので、調整本部を設置する。本土地区を長崎・県央・県南地域と佐世保・県北地域に受入拠点かつ活動拠点を設置する。

2. 福岡空港、鹿児島空港、鹿児島港到着後～各県の移送手段

搬送拠点から長崎県までは、JR・バス・福祉車両・医療機関救急車が考えられる。

JR 利用の場合：空港・港からバス等を使って駅まで移動し、JR で新鳥栖駅もしくは武雄温泉駅で乗り換え、長崎駅まで移動する。避難先連絡所を経由して、県内施設や医療機関にバスもしくは車両で移動する。

バス・福祉車両・医療機関救急車利用の場合：搬送拠点から受入先施設に搬送する。搬送中の容態変化もしくは受入先未決定者は、避難先連絡所に搬送し、受入先の調整を行う。

長崎県内の避難先連絡所（受入拠点）は、長崎市の出島メッセと佐世保市の佐世保港国際ターミナルが適地である。

3. 各県内の本土地区における移送手段

福祉車両と医療機関救急車ならびにバス、消防救急車が想定される。

・福祉車両は、125 事業所が有しているが、臥床状態で搬送可能な車両の調査が必要である。

・医療機関の臥床患者を搬送可能な救急車は、EMIS 上 15 台である。令和元年の調査では患者搬送可能な車両 71 台（緊急走行可否不明）であったので、最新の情報収集が必要である。

・消防救急車は、本土地区 6 消防（局）本部から予備車等の支援が想定される。

・バスは、県営バスを中心に県下のバス運営会社の協力を得る。

4. 移送に必要な医療・福祉関係者の役割と必要数、チーム構成など

・搬送

車両による搬送

バス：要配慮者多数に対して、看護師が 1 人と介護職が 1 人で搬送する。

車両複数台：要配慮者多数に対して、医師が１名もしくは看護師が１人と介護職が２台に１人で搬送する。

鉄道による搬送

要配慮者多数に対して、医師が１編成１名、看護師が２両１人と介護職が一両に 2 人で搬送する。

・受入医療機関支援

基本的には、当該医療機関のキャパシティーの範囲内での分散受入を行うが、支援が必要な場合は県庁の調整本部で派遣を検討する。

5. 避難に関わる情報管理（事前、避難中、避難後の情報共有方法の確立）について

事前情報としては、必須項目が名前、年齢、性別、住所である。可能ならば介護度、護送・担送の有無、医療的ケアの有無があると受入調整を行いやすい。

搬送中・受入後の手段としては、QRコードによるチェックなど簡易的にした方が良い。

6. 救護班の給与と補償について

・給与

所属の出発から帰院までは、国の身分の非常勤職員として兼業とする。また、派遣元医療機関への欠員分の保障を支出し、派遣しやすい状況を作る必要がある。

・補償

活動中は、国の非常勤職員として国家賠償法による補償が適切である。

7. 要配慮者と搬送先施設の事前マッチングの手順

原則は、類似施設での受入、コミュニティーの維持を行う。しかし、受入側のキャパシティーの関係で分散されることはあるが、単独受入を避ける。

D．考察

沖縄県の先島諸島からの国民保護事案に関する住民避難に対して、九州・山口各県が受入体制を整えているが、要配慮者に関しては受入準備が不十分である。

令和 7 年末時点での沖縄県の要配慮者は約 11,200 人と想定されており、内約 200 人は医療搬送・重担送のため九州各県の災害拠点病院で一時受入することが妥当と考える。残りの約 11,000 人は、福岡県 3,000 人、熊本県 2,000 人、佐賀県・長崎県・大分県・宮崎県・鹿児島県・山口県 1,000 人程度の分散搬送が想定される。

そこで、要配慮者 1,000 人を長崎県で受入体制を検討した。搬送拠点の福岡空港・鹿児島空港・鹿児島港からの移動を考慮すると長崎県の本土地区での受入が適切である。

長崎県内の避難先連絡所の設置場所に関しては、1 か所であれば長崎駅側の出島メッセが適地である。しかし、要配慮者の搬送手段がバスや福祉車両による搬送の際は、佐世保・県北地域での受入の場合は西九州自動車道を使うため、佐世保港国際ターミナルが適地と考える。

避難先連絡所にて、搬送中の変化があった要配慮者に対して医療的な評価を行い地域内への受入先調整を行う必要があるため、診療チームと受入先調整チーム、ならびに搬送チームと搬送車両（医療機関救急車・消防救急車）の準備が必要である。

長崎県の受入態勢の組織図としては、長崎県庁の災害対策本部の調整本部の下に、長崎・県央・県南地域の避難先連絡所、佐世保・県北地域の避難先連絡所に活動拠点を設置する。下部組織の役割としては、管轄地域内での受入調整を行い、調整困難な際には県庁調整本部が調整を行う形を整える。

今後、在宅療養者や福祉施設から広域避難者をできるだけコミュニティー単位で受入できるように県内の施設情報からマッチングが必要となるので医療的な助言を行いたい。また、病院からの広域避難は、2 次 3 次医療機関での受入調整を積極的に行う。

Ｅ．結論

沖縄県の先島諸島からの要配慮者の広域避難に伴う長崎県の受入態勢に関して検討した。組織としては、本土地区を JR や高速道路の関係で 2 つの区分し避難所連絡先に活動拠点を置く。今後、医療チームの調整や県内搬送手段の調整、さらに受入先のマッチングへの助言や調整を行う必要がある。

Ｆ．健康危険情報

Ｇ．研究発表

1.　論文発表

2.　学会発表

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得：
2. 実用新案登録：
3. その他：

別添５

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

令和8年4月12日

国立保健医療科学院長　殿

機関名　熊本赤十字病院

所属研究機関長　職　名　院　長

氏　名　奥本　克己

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　健康安全・危機管理対策総合研究事業

２．研究課題名　国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）集中治療科・部長

（氏名・フリガナ）奥本克己・オクモトカツキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　☑	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 □　未受講 ☑

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　8　年　4　月　20　日

国立保健医療科学院長　殿

機関名　鹿児島市立病院

所属研究機関長　職　名　病院長

氏　名　堀　剛

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　健康安全・危機管理対策総合研究事業

２．研究課題名　国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　救急科　部長

（氏名・フリガナ）　吉原　秀明　ヨシハラ　ヒデアキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　☑	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：　　）	□　☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☑　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　8年　4月　13日

国立保健医療科学院長　殿

機関名　福岡県済生会福岡総合病院

所属研究機関長　職　名　院長

氏　名　　定永　倫明

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　健康安全・危機管理対策総合研究事業

２．研究課題名　国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　救命救急センター・部長

（氏名・フリガナ）　久城　正紀 ・ クジョウ　マサノリ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　□	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 20 日

国立保健医療科学院長　殿

機関名　沖縄赤十字病院

所属研究機関長　職　名　病院長

氏　名　赤嶺　盛和

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　健康安全・危機管理対策総合研究事業

２．研究課題名　国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　救急集中治療部　第一救急集中治療部長

（氏名・フリガナ）　佐々木　秀章　ササキ　ヒデアキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　☑	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 □　未受講 ☑

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（沖縄赤十字病院倫理委員会にて COI 管理　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　8年　5月　29日

国立保健医療科学院長　殿

機関名　国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土　典宏

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　健康安全・危機管理対策総合研究事業

２．研究課題名　国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）国立健康危機管理研究機構・危機管理・運営局・DMAT 事務局・次長

（氏名・フリガナ）若井　聡智　（ワカイ　アキノリ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 ■　無 □（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　8年　4月　13日

国立保健医療科学院長　殿

機関名 地方独立行政法人　佐賀県医療センター好生館

所属研究機関長　職　名　　館長

氏　名　　田中　聡也

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　健康安全・危機管理対策総合研究事業

２．研究課題名　国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　災害対策室・救急科

（氏名・フリガナ）　小山　敬（コヤマ　タカシ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　☑	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☑　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和　8年　4月17日

国立保健医療科学院長　殿

機関名　　山口大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　　谷澤　幸生

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　健康安全・危機管理対策総合研究事業

２．研究課題名　国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　大学院医学系研究科　・　准教授

（氏名・フリガナ）　藤田　基　・　フジタ　モトキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年４月１４日

国立保健医療科学院長　殿

機関名　宮崎大学

所属研究機関長　職　名　医学部長

氏　名　盛武　浩

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　健康安全・危機管理対策総合研究事業

２．研究課題名　国民保護事案発生時における要配慮者の避難に際した医療提供体制の向上に資する研究

３．研究者名　宮崎大学医学部病態解析医学講座　救急・災害医学分野　教授

落合　秀信　オチアイ　ヒデノブ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　☑	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　☑	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　☑	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　☑	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☑　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ☑　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ☑　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ☑（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。