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