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