

令和7年度 九州医師連合会 救急・災害医療担当理事連絡協議会 九州医師連合会 第10回九州ブロック災害医療研修会



理事 出口 宝



理事 仲村 尚司



**九州医師会連合会
第10回九州ブロック災害医療研修会**

日時：令和8年1月17日（土）14：00～16：50
会場：福岡県医師会館

1. 開 会
2. 挨拶
3. 講演
4. 質疑応答
5. グループワーク
6. 閉 会

————— 移動・休憩 —————

九州医師会連合会救急・災害医療担当理事連絡協議会

日時：令和8年1月17日（土）17：00～18：30
会場：福岡県医師会館

1. 開 会
2. 挨拶
3. 協議
4. 閉 会

————— 移動 —————

懇親会

日時：令和8年1月17日（土）19：00～20：30
会場：博多水炊き

1. 開 会
2. 挨拶
3. 乾 杯
4. 会食・懇談
5. 閉 会

去る1月17日（土）九州医師会連合会第10回九州ブロック災害医療研修会が福岡県医師会が幹事県医師会として開催された。今回は、BCPの基本的な考え方と、その策定および運用方法について体系的に理解を深めることを目的として、SOMPO リスクマネジメント株式会社・医療・介護コンサルティング部サービスグループ上級コンサルタントの北本渉氏よりBCP（事業継続計画：Business Continuity Planning）の策定方法等についての講義があり、その後に各県医師会ごとのグループディスカッションが行われた。その内容をまとめて報告する。

1. BCPが必要とされる理由

BCPとは、非常時においても停止してはならない事業を、必要な水準で継続し、かつ早期

1.2 都道府県医師会にBCPが必要とされる理由 (1/4)

①被災地の医療活動を支えるため

都道府県医師会は、被災地で活動する医療関係者、医療機関の活動を後方より支えるために、業務を継続できる体制を維持していることが望まれている

1.2 都道府県医師会にBCPが必要とされる理由 (4/4)

②指定公共機関として活動するため

災害発生時には、業務量が急激に増加し、極めて膨大なものとなる。特に地方公共団体等の公益性の高い組織においては、被害状況の確認など発災直後から非常に短い時間の間に膨大な応急業務が発生しそれらを迅速かつ的確に処理しなければならない。※ 時間の経過とともに応急業務は縮小していくが、図に記載されている以外の復旧・復興業務が徐々に増加していくことに留意する。

2.1 BCP文書策定の大きな流れ (1/2)

まず事業継続の「方針」を立てる
※期待される役割に応えられるように

想定 (ギャップ) どんな災害が発生するのか?どんな被害が
あろうのか?を調べる。

計画 その「想定」に対して、いつまでにいつから、
どんな行動、何の業務を、どの程度のレベル
で実施するのかタイムラインを作る。

対策 「計画」を妨げるもの(ボトルネック)がある場合
は、事前対策・代替策等を平時から準備・実施し、
有事を念頭に教育・訓練をする。

2.4 行動計画 = 非常時優先業務の絞り込み

非常時優先業務の範囲

に復旧するために、平時から策定しておく実行計画である。都道府県医師会においてBCPが特に求められる理由について説明する。

第一に、被災地で医療活動を行う医師および医療機関の活動を支える中核的な役割を担っている点が挙げられる。災害発生直後、医療機関では応急対応業務が急増し、平常時の業務に加えて、災害特有の医療需要への対応が求められる。その結果、求められるサービス水準は平時以上に高まる一方で、提供能力は制約を受けることになる。

第二に、法制度上の位置付けとして、都道府県医師会が指定地方公共機関に指定されている点が挙げられる。指定地方公共機関とは、国や地方公共団体と協力し、災害等の緊急事態に対処する責務を有する機関であり、電気・通信・ガスといったライフライン事業者と同様に、医療関係機関もこれに含まれている。

このように、公益性の高い組織である都道府県医師会においては、発災直後から極めて短時間のうちに膨大な業務が発生し、それらを迅速かつ的確に処理することが求められる。そのため、平時から事前対策を講じ、計画的にPDCAサイクルを回していくことが重要となる。

2.BCP 策定の流れ

大規模地震が発生した場合に、医師会や事務局の活動にどのような影響が出るのか、想定していきたい。建物の揺れだけでなく、電気・ガス・水道といったライフラインがどうなるのかという視点も極めて重要である。

例えば、北海道胆振東部地震では、震源から離れた地域も含めて広い範囲で停電が起こる、いわゆるブラックアウトが発生した。このように、必ずしも震源の近くだけが影響を受けるわけではないという点も意識しておく必要がある。

2.4 通常業務の中で業務継続の優先度が高いものを選定する (2/3) SOMPO

通常業務を絞り込むうえでの考え方

① 各組織の業務内容や特性から、大規模災害時でも継続すべき業務なのかどうかの見当をつける

※業務が発生する頻度(例:週1回、月1回など)を考えながら貴医師会や関係機関等に与える影響度を推察すると、見当をつけやすい。
また、災害時はサービス提供を中断してもやむを得ない(人の生命・身体への影響が小さい)対応から消去法で考えていくのも方法の1つです。

② 見当をつけた「継続すべき通常業務」に対し、どのような「観点」から、その業務の着手および継続が必要か以下の6つの選択肢から最も当てはまるものを選ぶ

1. 県民、会員、職員等の生命・身体・財産の保護
2. 被災地の医師会活動の維持・早期復旧
3. 法令・契約等の遵守
4. 関係する行政機関等の業務への影響
5. 自医師会の組織体制の維持
6. その他

※「観点」を考えるのは、通常業務の選定のみを対象とする。「災害医療支援業務」などは災害発生後の「応急業務」としてやることが前提の内容であるため。

36

2.5 対策を検討する SOMPO

事業継続のため「ギャップ」を埋める



各部門(非常時優先業務を所管する組織)が対策を立案し、実施する

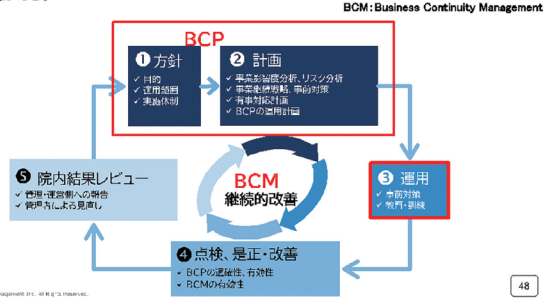
- 各部門は、非常時優先業務を遂行するための必要資源を、人・物・場所・ライフラインなどの観点から洗い出す
- 各部門は、より具体的に必要資源の量等の実態や、事前対策実施状況(確保している数量(備蓄)、代替策の準備、損失・破損しないような措置など)について確認し、改善等に取り組む

43

3.1 BCPを運用する (1/2) SOMPO

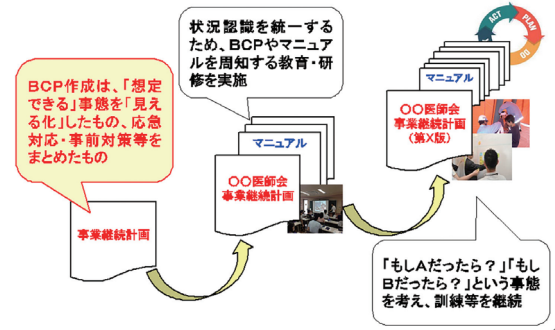
平時から、BCPを策定・管理する組織づくりが重要となる

BCPの策定後、BCPを「運用」し、その点検やレビューを行い継続的改善に取り組む(BCM:事業継続マネジメント)。BCPの進捗管理や「運用」等を、どこが担うのか役割・責任を決める必要がある。



48

3.1 BCPを運用する (2/2) SOMPO



49

また、公共交通機関を利用して通勤している職員が多い場合には、職員の参集そのものが難しくなる可能性もある。大阪府北部地震の際には、震源からやや離れた地域の病院であっても、交通機関が止まった影響で通常の外来診療を中止せざるを得なかった事例もあった。

このように、直接的な被害がなくても、間接的な影響によって通常の機能が大きく制限されることは十分に考えられる。したがって、被害想定を行う際には、建物被害だけでなく、ライフラインの停止や人員確保への影響なども含めて検討していただきたい。

特に、電気・水道・ガスなどが何日程度停止する可能性があるのかという点は、基本的な前提として押さえておくべき重要な観点である。

BCP 策定の大きな流れは、事業継続における「方針」を立て「災害を想定」し「計画」を作り、計画を妨げるものに対する「対策」を準備することである。

BCP においては、方針を定めるだけでなく、どのような状況で実行するのか、またどのような手順で発動するのかについても、あらかじめ計画として整理しておく必要がある。日本医師会においては、首都直下地震を被害想定の特リガーとしてBCPの発動を判断する仕組みが取られており、東京・神奈川・千葉・埼玉といった広範な地域が対象となっている。これを踏まえ、各医師会においては、自らの地域ではどのような事象を発動の判断基準とするのかを検討する必要がある。併せて、BCPを発動した場合の対応の大まかな流れや、解除の判断をどのような状況で行うのかについても、方針と併せて整理しておくべき事項である。

次にBCPの行動計画について述べる。BCPの行動計画とは、被害想定を前提として、各組織が「何を、いつから、いつまでに実施するのか」を明確にするものである。行動計画を作成することで、時間の流れに沿って、組織全体と

してどのような動きが必要となるのかを把握することが可能となる。

行動計画の中核となるのが非常時優先業務であり、これは①通常業務のうち優先度の高いもの、②災害時応急業務、③復旧のために早期に取り組む業務の三つに分類される。

通常業務の選定に当たっては、災害時に継続すべきか、業務頻度、停止時の影響などを踏まえて整理し、継続理由や根拠を明確にしておくことが重要である。継続すべき業務の見当をつけた後、なぜその業務を残すのかという理由や根拠を考慮しておくことが重要である。

例えば、県民・会員・職員の生命、身体、財産を守るために必要である、あるいは業務水準は下がるかもしれないが、それでも継続すべきである、といった理由である。これらを明確にしておく、後に見直しを行う際になぜこの業務を非常時優先業務として残したのかを説明でき、検証や修正にも役立つ。

次に、課題対策について述べる。被害想定に基づいて「このように動きたい」と考えても、実際にはそこにギャップが生じる。そのギャップを対策によって埋めていく、という発想が重要である。対策を検討するに当たっては、各組織・各部門で果たす機能が異なるため、まずは部門ごとに必要な資源を洗い出していきたい。そのうえで、必要な資源の量や実態を具体化する。例えば、備蓄はどの程度あれば職員が対応可能な

か、災害対策本部が使用できなくなった場合には代替としてどこを使うのか、といった点である。

3.BCPの運用

ここまで対策を整理すれば、ひとまずBCPは一定程度完成したと言える。しかし、BCPは作って終わりではなく、運用していくことが重要である。運用の段階では、対策を継続的に実施していくことに加え、教育や訓練が不可欠となる。その結果を点検、改善し、レビューしていくというサイクルを回していくことが極めて重要である。現時点での想定に基づいてBCPを作成していることから、まずはその内容を関係者で共有し、読み合わせを行う、研修を実施する、といった形で状況認識を揃えることが必要である。

さらに発展させるためには、「もしAだったらどうするか」といった想定を重ねていくことが有効である。例えば、停電が2日間で復旧すると想定していたが、実際には3日間続いた場合にどう対応するのか、といった検討を行うことで、BCPはより強固なものになる。その際には、ワークショップ形式の訓練を行うのか、実働訓練を行うのか、あるいは集合研修で理解度を高めるのかなど、目的に応じて訓練・研修の方法を選択するとよい。これらを重ねながら、組織全体にBCPを浸透させていくことが重要である。

引き続き協議会が開催された。

協 議

(1) 周産期・小児救急医療体制の現状と対策について (佐賀県)

【提案要旨】

救急活動において救急隊が遵守すべき事項や手順は、メディカルコントロールの観点から救急活動プロトコルとして都道府県ごとに策定さ

れ、その規定に則った運用が徹底されている。本県では、周産期救急における新生児の臍帯処置について、医療行為の手技であるにもかかわらず、現行のプロトコルに明記されていない。運用上、臍帯の結紮は救急救命士が必ず行い、臍帯の切断の可否は搬送先の医師にオンラインで確認することとなっているが、今後の安全かつ統一的な対応のためには、取扱いを明確に規定する必要があると考える。そこで、プロトコ

ル改定に向けて県のメディカルコントロール協議会で提案する予定としている。

また、小児救急においては、縫合等を要する外傷の乳幼児について、在宅当番医が処置を受け入れられず、搬送困難事例となったり、結果として搬送された三次救急医療機関の負担が増大する例がみられる。

救急活動プロトコル、周産期および小児救急医療体制に関する各県の現状と課題をご教示いただくとともに、具体的な対応事例があれば参考とさせていただきたい。また、日医としてのご意見を伺いたい。

【各県回答】

沖縄県では周産期救急におけるプロトコルに臍帯切断の手順を明文化して記載しているが、宮崎県、長崎県では、講習会や研修会等で指導することや救急現場での指示等で対応している旨の報告があった。鹿児島県からは産婦人科医をメディカルコントロール協議会に追加することが予算的に難しい状況や、佐賀県からは行政と交渉し、規約を改定して産婦人科医を委員に加えることを要望している旨の報告があった。

※ (2)、(3) 関連議題のため一括協議

(2) 救急患者連携搬送の後方連携としての受入れ側医療機関へのインセンティブについて (宮崎県)

【提案要旨】

増加する高齢者救急及び病院選定困難事案に対する方策として、令和6年度より“救急患者連携搬送加算”が新設され、下り搬送を行う医療機関には診療報酬がつけられたが、後方連携として受け入れる側には診療報酬上のインセンティブがない。

高齢者救急増加への対策として、集約化と後方連携は欠かせないため、受入れ側医療機関へも何らかのインセンティブがつくよう、日医から国への働きかけをお願いしたい。

(3) 高齢者救急における下り搬送の実態について (沖縄県)

【提案要旨】

令和6年度診療報酬改定において、三次救急等から連携医療機関へ患者を転送する「救急患者連携搬送料」が新設され、特に入院前(救急外来)の段階での転送が最も高く評価(1,800点)されるようになった。これにより、高齢者の比較的病状が安定した肺炎や尿路感染症など、高度な医療資源を要しないと判断された患者を、入院手続きを経ずに地域包括ケア病棟や後方病院へ即日転送する運用が政策的に期待されていると考えられる。

しかし、算定には「医師・看護師・救急救命士のいずれかの同乗」や「自院または連携先の救急車両の使用(消防救急車の不使用)」等の要件があり、実運用にはハードルが高いとの声も聞かれる。

については、各県における本点数の算定状況や、即日下り搬送を円滑に行うための連携モデル(民間救急の活用や同乗スタッフの確保策など)、および制度運用の課題について情報を共有したい。

※算定状況については、各県担当理事が把握している範囲でご回答いただきたい。

【各県回答】

各県ともに、提案趣旨に賛同し、受入れ側の負担に対する評価が必要である認識が共有されたが、人件費や病床調整、事務負担が大きく、現在の仕組みでは持続可能な連携が困難であると指摘された。搬送側についても、搬送車両の確保や維持、同乗する医師・看護師・救急救命士の確保と同乗コストを考えると、現状の点数では採算が合わず、むしろ入院を継続した方が診療報酬が高い状況が指摘された。今後高齢者救急の急増を見据え、病院救急救命士の活用が重要になると期待する声がある一方で、病院側での雇用に対する診療報酬上のインセンティブが見えないことが導入の障壁になっているとの意見があった。

また、「高齢者救急」の定義が曖昧であることが不安視され、若手医師の価値観や病院ごとの判断基準のばらつきにより、適切な ACP が取られていても「高齢だから」という理由だけで不適切な対応をされる懸念が指摘された。

その他、長崎県では「早期転院プロジェクト」を運用し、提携 8 病院間で救急医が同乗して翌日までに転院させる仕組みを構築している他、福岡県からは、救急車の受け入れ台数のみを評価する国の補助金制度が、かえって軽症者の取り合いや現場の疲弊を招いていると指摘があった。

(4) 高齢者施設等からの救急搬送におけるフィードバックおよび連携協議の仕組みについて (沖縄県)

【提案要旨】

高齢者施設からの救急要請は増加の一途をたどっているが、搬送の適正性や、施設側での初期対応の質については議論の余地がある。施設側にとっても、搬送後の経過や判断の妥当性についてフィードバックを受ける機会は、対応能力向上（ひいては不適切搬送の減少）のために重要であると考ええる。

そこで、地域医師会や救急医療機関が主体となり、高齢者施設との定期的な協議の場や、個別の症例に対するフィードバックの仕組み（ルール）を設けている事例があれば伺いたい。また、その効果や運用上の課題についてもご教示いただきたい。

【各県回答】

各県では、救急搬送におけるフィードバックおよび連携協議の仕組みはなく、一部地域で勉強会や連絡会に留まっている状況が報告された。

大分県からは運営母体が県外（関東等）である一部の有料老人ホームにおいて、顔の見える関係が築けず、主治医が不在のまま救急搬送される状況が報告され、在宅医療の在り方、連携の困難さについて指摘があった。福岡県か

らは、在宅医療需要の急増を背景に、十分な経験のない若手医師が在宅医療を担い、地域医療の質を損なう要因になりかねないと指摘があった。

(5) 事件現場医療派遣チーム (IMAT) の設置と DMAT との役割分担について (大分県)

【提案要旨】

警察の強い関与が必要となる重大事件が発生した場合は、現場近傍での迅速な医療支援体制の構築が必要である。大分県では、県警察と救急医療機関が連携して大分 IMAT の設置・運用について検討を進めている。

一方で、爆発事案や多数傷病者が見込まれる事故等では、本来の多数傷病者対応の主体は DMAT であり、広域的・長時間にわたる医療需要に対しては、従来の災害医療体制を中核として対応すべきであると考ええる。

他方、事件性が高い事案では内容を事前に広く共有することが困難であり、作戦情報や立入り制限等を前提として動ける少数精鋭の登録チームとして大分 IMAT を位置づける必要がある。

大分県としては、

- ①傷病者が発生するおそれのある事件の初動段階では、県警が作戦上支障のない範囲で大分 IMAT に事前情報を共有し、発生現場等の安全が一定程度確保された範囲で大分 IMAT が先行して初期トリアージ・止血等の救命処置を行うこと
- ②傷病者多数が判明し、長時間化・広域搬送調整が必要となる段階では、県の災害医療コーディネーター等の判断のもと DMAT 出動と災害医療体制への切り替えを行い、以後のトリアージ・治療・搬送調整は DMAT を主とし、大分 IMAT は警察管理区域内での医療支援や警察と医療側のリエゾン機能など「事件特有の部分」を補完すること

を基本的な役割分担の方向性（案）として考えている。

また、DMAT については一般に県内出動では手当が支給されない運用と承知している一方、大分 IMAT を新たに設置する場合、出動時の謝金・旅費等をどのように位置づけ、DMAT とのバランスや公平性を担保するかが大きな検討課題である。

さらに、強制捜査等の秘匿性の高い事案における事前情報の共有範囲や、大分 IMAT 構成員に課す守秘義務・情報管理のあり方についても、警察との協定・内規にどこまで明文化すべきか悩ましい点が多い。

大分県医師会としては、現在、災害医療マニュアルや新たな大分 IMAT 関連要綱等の整備を急いでいるが、各県で IMAT または類似の事件現場医療派遣チームをどのように位置づけ、DMAT との役割分担や出動基準、手当・旅費、警察との情報共有・守秘義務等を整理しているのかを把握することは、全国的な整合性を図る上でも重要と考える。

ついては、

- 1) 貴県における IMAT の設置状況と、DMAT との基本的な役割分担・出動基準
- 2) 事件性の高い多数傷病者事案における「IMAT から DMAT へのバトンのタイミング」や、現場で両者が同時に活動する際の具体的な役割分担
- 3) IMAT 構成員に対する謝金・旅費等の取り扱いと、県内出動 DMAT とのバランスの取り方
- 4) 警察との事前情報共有や守秘義務・情報管理に関する取り決め

等について、各県医師会の取り組み状況をご教示いただきたい。

【各県回答】

沖縄県と熊本県で IMAT の設置が確認されたが、他県では未設置との状況であった。佐賀県は病院側の待機負担から設置を見送っている状況が報告され、大分県は DMAT が県内出動しても手当てが出ない状況や秘匿性の高い事案に対する連携の課題、傷病者の程度を IMAT

が確認し突入の是非を判断する案などに対し、責任の所在が不明確であるとして交渉が難航している旨の報告があった。熊本県は、実際の活動はコールドゾーンでの待機や軽微な負傷者対応を想定しており、過度な危険を伴う活動は想定していないとの報告があった。

※ (6)、(7) 関連議題のため一括協議

(6) 救急体制は維持できるか (長崎県)

【提案要旨】

①日本医師会では、かかりつけ医の役割の一つとして、24 時間 365 日、安心して相談、受診できるよう地域の医師同士で連携する体制をとるとともに、在宅当番医や休日夜間急患センターの業務を分担する、としている。その業務への参加は強制ではないが、休日在宅当番医は郡市医師会が地方公共団体の「委託等」により実施することを想定した公的枠組みとなっている。

当県では受診控えで総入院数は漸減傾向にあるにもかかわらず、80 歳以上の救急搬送入院は増えており、その中でも施設からの一般的な入院は漸減傾向にもかかわらず呼吸器疾患－誤嚥性肺炎を中心とした－救急入院は増えている。地域では開業医の高齢化が進み、参加できる人が少なくなり、頻回に回ってくる当番医が負担となっており、金銭的な援助があっても当番をになえる人材がいない。また都市部ではビル開業が増え、かかりつけの受け入れは減少し、輪番病院に集中するために、問い合わせの回数も増え応需率は低下し、病院収容までの時間も長くなってきている。このままでは今までのシステムでは救急体制の崩壊は免れないと考える。新たな試みについて教えていただきたい。

②救急搬送における選定療養費の徴収に向けて現状を打破するための一つの方策として既に全国の様々な地区で選定療養費の徴収が始まっているが、徴収額対象症例基準や徴収額などについて基準となるものがあるのか師事いただきたい。

(7) 救急医療提供体制としての二次救急における病院群輪番制の維持・再構築に向けた課題と対応について (福岡県)

【提案要旨】

本県の二次救急医療体制は、地域医師会を中心に地域の病院の協力により運用されている。国の救急医療体制では二次救急は「病院群輪番制」で実施する形になっているが、当県では実際、救急告示病院が各自で担っている。また、医師の偏在や働き方改革の影響で、医師の派遣や当直回数、勤務時間の制限が生じ当番医制度への参加医療機関が減少し体制の維持が難しくなっている地域も報告されている。さらに、現在県からの当番実績に応じた補助はなく、支給される補助金では救急に関する会議費や周知費などの実費のみが計上可能な状況である。また、市町村では「休日時間外当番医制」「輪番制」に対して補助を実施しているが、地域間で差があり額面も医師の手当を賄うほどは出ていない。今後の救急医療提供体制を論じるにおいて、救急告示・輪番制の整理と働き方改革における整合性を整えなければ体制が瓦解する恐れがあると危惧している。

ついては、九州各県における二次救急医療提供体制や病院群輪番制の運用実態や課題、今後の対応方針について伺いたい。

【各県回答】

各県で医師の高齢化や働き方改革に伴うマンパワー不足により、当番医制や病院群輪番制の維持が限界に達しているとの危機感が示された。

福岡県からは行政から「救急車を受けて補助金をもらっているのだから新たな補助は不要」と誤った認識があり、体制維持のための人件費やコストを適正に評価する制度が必要であると意見があった。宮崎県からは地域の中核となる救急医療施設にマンパワーを集中させ、救急患者を集約化、他の医療機関は下り搬送で受け入れる取組と、ICTによる遠隔診療支援を組み合わせる必要があると指摘された。また、地域住民や患者さんだけでなく医療従事者

に対する医療現場の正しい ACP 理解が不可欠であると意見があった。

選定療養費については、鹿児島県では、導入当初のトラブルはあったものの、1年経てば基準が平準化され、不急の受診が半減して重症者に注力できるようになったという成功事例が報告された。

4. 報 告

(1) 県境を越えた救急医療体制と照合機関との連携構築について (熊本県)

熊本県医師会副会長の坂本先生より、水俣・芦北地域における鹿児島県出水市等との県境を越えた救急搬送の連携について、二次医療圏の枠を超えた広域連携のモデルケースとして九州全域における県境エリアの救急医療体制の参考にいただきたいと報告があった。

【細川 秀一 日本医師会 常任理事 コメント】

各議題について、現在の日医の取り組みと見解を申し上げる。

(1) 周産期・小児救急医療体制の現状と対策について (佐賀県)

救急救命士の「臍帯結紮・切断」は、具体的指示を要しない包括的指示の下で認められているが、各県の MC 協議会でプロトコルに盛り込むことは極めて重要である。沖縄県からご指摘の「破膜」については、厚労省のワーキンググループで議論を喚起しており、法制化に向けた動きが始まっている。また、新たな地域医療構想においても、周産期・小児救急は重要な論点であり、日医でも実情に応じた体制作りを求めていく。

(2) 救急患者連携搬送の後方連携としての受入れ側医療機関へのインセンティブについて (宮崎県)

(3) 高齢者救急における下り搬送の実態について (沖縄県)

中医協の調査では、救急患者連携搬送料を届出ている医療機関は 17% に留まっており、「民

間搬送業者の活用]、「長時間加算の導入」、「受入側病院の評価」については、江澤常任理事が中医協でも強く提案しており、今後厚労省と具体的な協議を進めていく。地域包括医療病棟の指標についても、内科的疾患の受入れが正当に評価されるよう、見直しを求めている。

(4) 高齢者施設等からの救急搬送におけるフィードバックおよび連携協議の仕組みについて (沖縄県)

令和6年度の診療報酬、介護報酬改定で導入された高齢者施設への協力医療機関の評価に関して、個別症例のフィードバックという視点は、大変参考になった。

昨年末に速報値が公表された厚生労働省の調査結果によれば、要件を満たす協力医療機関を定めている施設は、介護老人福祉施設で67.9%、介護老人保健施設で83.3%、介護医療院で84.9%であった。経過措置の終了まであと1年余り、各県医師会においても、可及的速やかに全ての高齢者施設等において連携が図られるよう、ご対応をお願いしたい。

(5) 事件現場医療派遣チーム (IMAT) の設置とDMATとの役割分担について (大分県)

日医としてIMATそのものに関わっていないが、JMAT研修等を通じてテロ対策やCBRNE

災害対策の底上げを図っている。各県の事例も含め、救急災害医療対策委員会の専門家の意見も仰ぎながら、整理をしていきたい。

(6) 救急体制は維持できるか (長崎県)
(7) 救急医療提供体制としての二次救急における病院群輪番制の維持・再構築に向けた課題と対応について (福岡県)

医師偏在対策として「外来医師過多区域」を選定し、その区域で必要とされる外来医療を新規開業の先生に担っていただく方向となっており、九州地方で該当する区域があるかわからないが、松本会長からも、過多区域かどうかにかかわらず、地域の先生方には、初期救急や学校医、産業医、予防接種などの地域に根ざした活動をさせていただきたいとのことである。

選定療養費については、茨城県や三重県松阪市の成功事例も踏まえ、医師会が行政や救急医療機関がしっかりと連携すること、そして住民や患者さんへの周知徹底を図ることが不可欠だと考える。

二次救急医療の運営費補助金は、小泉政権時代の「三位一体の改革」により一般財源化され、各県ご指摘の通り、十分な補助がなされていないと認識している。政府予算要望において、特別地方交付税の財政措置拡充を継続して求めていく。

印象記

理事 出口 宝

九州医師会連合会第10回九州ブロック災害医療研修会に、仲村理事および事務局3名とともに参加した。今回は福岡県医師会が担当された。小職は、熊本地震の翌年に熊本県医師会が担当された第1回研修会から、災害医療委員会委員長の立場で継続して参加させていただいてきた。本研修会は、講義や演習に加え、各県それぞれの背景や抱える災害リスクについても学ぶことができる、大変有意義な研修会である。

2026年1月1日、日本医師会の「防災業務計画」および「災害医療支援業務計画」において、防災業務計画の中にある別紙「JMAT要綱」が改定された。医師会における災害対処について整理すると、上位計画は「防災業務計画」であり、その中に「災害医療計画」が位置づけられている。災害発生時には、これらの計画に基づいた対処が遂行されることとなる。しかし、これらの計画

は医師会自体が機能していなければ実施することができない。そこで必要となるのが、医師会のBCP（事業継続計画：Business Continuity Plan）である。平時からBCPを策定し、非常時においても医師会として最低限必要な機能を継続できる体制を整えておくことが不可欠である。

BCPはすでに災害拠点病院では策定が義務付けられており、各医療機関においても整備が進められている。また、訓練の土台ともなる重要な計画であり、企業においても同様である。本会においても早急に策定しなければならないと考えていたところ、今回の研修テーマが「災害時における県医師会のBCP」であった。

詳細については報告に記載しているが、概要としては、災害時における医師会として、1)「基本方針」を定めておくこと、2)災害を想定、3)「平時の業務で止めてはならないこと（継続業務）」と「災害により新たに実施すべきこと（災害時応急対策業務）」を整理して遂行するための計画を立てること、4)平時から、これらの計画の実行を妨げる課題に対する対策を準備しておくことの4点であった。

講師はBCPの専門家であり、各地で講演やBCP策定業務を手がけておられ、非常に分かりやすく、示唆に富む内容であった。まさに「鉄は熱いうちに打て」であり、本会においても早急にBCPを策定する必要性を強く感じた。

本研修会に続いて救急・災害医療担当理事連絡協議会が開催された。その後、懇親会が行われた。この懇親会もまた重要な位置づけを持つものであり、九州ブロック各県医師会間のつながりや、顔の見える関係づくりに大いに寄与している。さらに、災害医療を担当する役員同士の横断的な情報交換の場としても貴重な機会となっている。今回は、翌日を気にせず懇親を深めてもらいたいとの福岡県医師会の配慮により、2日目午前の研修会は設定されていなかった。研修会および協議会終了後に中洲へ会場を移して開催された懇親会も大変充実した有意義なものとなった。

印象記

理事 仲村 尚司

令和8年1月17日、福岡県医師会館で開催された九州医師会連合会救急・災害医療担当理事連絡協議会に出席いたしました。日々の救急現場に立つ一医師として、また沖縄県医師会理事として、九州各県の先生方と直接議論を交わせたことは大変有意義な経験となりました。

特に印象深かったのは、高齢者救急のあり方と機能分化を巡る議論です。本県は歴史的に「ER型救急」を維持してまいりましたが、コロナ禍を経てその限界が露呈しました。機能分化は急務ですが、協議会の中で多くの先生が指摘されたように、安易な「高齢者救急」という線引きが、年齢のみによる選別や、適切なACP（アドバンス・ケア・プランニング）の軽視に繋がらないか、強い危機感を共有いたしました。

期待された「下り搬送」についても、受入れ側のインセンティブの欠如や人的コストの「逆ザヤ」といった、制度と実態の乖離が全県共通の課題であると浮き彫りになりました。

高齢者施設との連携においても、単なる搬送の是非ではなく、現場への適切なフィードバックや顔の見える関係構築が不可欠です。細川日医常任理事が「地域の実情に応じた体制づくり」を強調されたことを受け、九州ブロックの強固な団結を糧に、現場の声をしっかりと国政へ届け、持続可能な救急医療体制の再構築に邁進したいと意を強くした次第です。