

新年互礼会講演録

日時：平成20年1月23日（水）

講師：國松 孝次 氏（認定 NPO 法人・救急ヘリ病院ネットワーク理事長）

演題：『命の危機管理』～ヘリコプター救急の普及を目指して～

<はじめに>

- ・ 本日（1/23）の朝刊各紙に、「ドクターヘリ」で搬送された男の子が昨日無事退院したという記事が大きく取り上げられている。この三歳の男の子は、愛知県の山間部（設楽町）で用水池におぼれ、心肺停止・意識不明の状態であった。消防隊の求めで対応したのは、静岡県浜松市内に待機していたドクターヘリで、それが現地に飛び、男の子を東海地区で唯一 24 時間体制の小児集中治療室のある静岡市内の「県立こども病院」に搬送した。浜松→愛知→静岡という県域を越えた迅速な対応。所要約 1 時間。まさにヘリで搬送しなければ命が救われなかった事例、ドクターヘリが奏功した事例である。
- ・ 私は、13 年前に大怪我をした（注；平成 7 年 3 月 30 日の警察庁長官狙撃事件）。8:30 に撃たれ、9:00 に病院に到着した。懸命に救急治療に当たって下さった医師の方々に感謝の意を表したところ、主治医は、「(医師の力は勿論だが、) もう 15 分遅かったらダメだったよ。東京だから助かった。地方なら救急車が来るだけで 1 時間かかる、それなら確実に死んでいた。地域によって命に『格差』があるのが日本の現状だ。欧米ではヘリを使っている。これからそういう格差をなくしていくために、ヘリをもっと救急活動に活用しようという運動を始めようと思っている」という話だった。その先生方が立ち上げたのが今のネットワークであり、「恩返し」のつもりで協力させていただくことにした。スイスで最高レベルのヘリ救急を見たことも役に立った（注；國松氏は平成 11 年～平成 14 年までスイス大使を歴任）。今では「恩返し」を超えて、日本に不可欠のインフラであるヘリ救急を全国に普及させたいという使命感のようなものを感じつつ、微力を尽くしているところである。

<ドクターヘリ（救急医療用ヘリ）とは>

- ・ 「ドクターヘリ」は、最近よく使われるようになってきた言葉だが、後述の「特別措置法」では、「救急医療用ヘリ」という用語が使われている。しかし、両者とも意味は同じである。
- ・ ドクターヘリは「患者を速く搬送するもの」というだけでは、機能の半分しか説明していない。ドクターヘリは、救命救急センターを設置する病院等に配置され、急訴を受けたときは医師を搭乗して現場に赴き、現場又は機内で必要な治療を行うという、医療行為の開始を早くする機能も有している。こちらの機能のほうが、ドクターヘリの有効性を担保する重要な機能である。

時々、「うちの県は『消防防災ヘリ』で救急活動をしているので、ドクターヘリは要らない」という話も聞くが、これは「実態」を踏まえない議論といえる。消防防災ヘリは、45 都道府県に 70 機配備されているが、あくまで「多目的ヘリ」であり、それゆえの多くの運用制約がある。統計数字をみても、1 機当たり、年間平均 30 回ぐらいしか救急活動に飛んでいない。ドクターヘリの飛行実績の 10 分の 1 以下。現状では、消防防災ヘリが、ドクターヘリと並ぶヘリ救急実績をあげているという事実はない。

- ・ 我が国のドクターヘリの配備状況は、13 道府県の 14 機にとどまる（2008 年 3 月末現在）。

世界で最も進んでいるのは、日本とほぼ同じ面積を有する「ドイツ」。78機配備され、全土が概ね半径 50 キロ圏ずつの配置密度でカバーされている。50 キロ圏というのは、巡航速度 200 キロのヘリが、往復 30 分で往き来できる範囲であり、30 分は救命率の一つの分岐点とされる時間である。

- ・ 山岳地域の多いスイスも先進国である。民間公益法人の REGA が運営主体で、およそ九州の広さの国土に 13 箇所の出動基地を有し、医師と看護婦が 24 時間常駐している。スイスの特色は、独特の「パトロン制度」。これは 1 人年間約 3000 円の「寄付」を行って「パトロン」になれば、ヘリ搬送を受けても搬送費を払う必要がない（医療保険の自己負担分がなくて済む）というもの。約 180 万人の「パトロン」がおり、REGA の運営財源は、それらの寄付と医療保険収入で賄われ、公的資金の投入はゼロである。
- ・ ドクターヘリ 1 機の年間経費は約 2 億円。現在、それを国（厚生労働省）と都道府県とで半分ずつ補助する仕組みが設けられているが、都道府県の財政支出が前提になるため、財政的に豊かな県でないとヘリを持ちにくい。地方の県こそヘリが必要なのに、本当に必要なところが手を挙げにくい状況がある。
- ・ ただ、お金がないから配備できないと頭から言ってしまうのもどうか。全都道府県に配備するとして 50 機、1 機 2 億円として年間計 100 億円になるが、国民一人当たりになると年約 80 円である。医療保険（医療給付）の対象にすることについては、まだまだ壁は厚いが、医療費 30 兆円から見れば 0.03% だ。トータルで見ればその程度の負担ということ。スイスが公的負担ゼロでやっているのに、日本で出来ないわけではないという気概で取り組んでいる。

<救急医療用ヘリ（ドクターヘリ）特別措置法の制定>

- ・ 昨年 6 月、特に与党の有志議員の方々に熱心に活動していただいた結果、「救急医療用ヘリ特別措置法」が議員立法の形で制定された（全会一致）。国権の最高機関たる国会が救急医療用ヘリの役割の重要性を宣言したこと、また、救急医療用ヘリの整備に関する法的枠組が法定され、今後の整備推進の「土台」が構築されたことは大きな意義である。
- ・ また、「国・都道府県」が「費用の一部を補助できる」という規定のほかに、「上記費用に充てる助成金を交付する事業を行うため、『政府及び都道府県以外の者』から出資される基金によって設立される法人」の登録制度が設けられた。まだその絵姿はできていないが、公費以外に「多元的」に財源を考えることとされたことは、大きな進歩といえる。
- ・ 一方で、いくつかの問題点もある。①都道府県の責務が不明確であること。ヘリ救急を医療計画に書くかどうかは県の任意であり、責務にはされていない。②助成金交付事業法人の登録制度は設けられたものの、その前提となる法人をだれがどう設立するのかといったことについての規定がない。③保険適用の是非・範囲が不明確であること。ただし、施行後 3 年を目途に「可否を検討」する旨の検討条項が盛り込まれている。④救急医療（厚労省）と救急業務（消防庁）とを結ぶ視点が欠けている（救急医療側の視点だけで法律が書かれている）こと。ただし、法律には規定はなくとも、実際には両者の連携がなければ進まない。ドクターヘリが飛んでいる県は両者の連携がうまくいっている。視点は欠けているものの、連携を「後押し」するのがこの法律の意義であると捉えたい。

<ドクターヘリの意義と必要性>

- ・ ①救命率の向上と予後の改善を図ること。ドクターヘリ運行 7 病院について、救急車搬送の場合とドクターヘリ実績とを比較すると（2003 年実績）、ドクターヘリのほうが死亡を 27% 削減、重度後遺症を 45% 削減という研究成果もある。
- ・ ②救急医療の地域格差を是正すること。国際医療福祉大学の河口教授が、救命救急セン

ターへのアクセス時間（救急車）を GIS を使って都道府県別に「推計」した資料がある。東京の 15 分が最も短く、長崎（離島含まず）の 92 分が最も長い。こうした「命の地域格差」が厳然と存在する。その解消には、救命救急センターの数を増やすということもあろうが、それこそ大変な話であろう。現実的な解を提供するのが、「ドクターヘリ」である。

- ・ ③広域救急医療体制を確立すること。冒頭の男の子の事例は、愛知と静岡という県のワクを超えた取組であった。ヘリという手段を持つことで、頭も広域になる、広域医療圏を作るという発想が生まれてくる。
- ・ ④医師の適正配置（集中配置）・病院の機能分化を図るといって「医療改革」を促進すること。医師不足等の中で、今日の医療改革は、集中化と機能分化の方向にあるが、同時に「患者と医師の距離」を長く（遠く）しないという要請にも応える必要がある。「ドクターヘリ」は、それらを「両立」させるものといえる。

<ドクターヘリ整備に向けた課題>

- ・ ドクターヘリの有効性・必要性に関する認識はまだまだ低い。先のアクセス時間は「推計」値であるが、救急医療・救急業務の「実態」を示すデータや、他県市との比較データを積極的に公開し、地域住民の認識・理解を高めていくことが重要である。地域住民の意識の向上が、なによりも強力なドクターヘリ整備の推進力になる。
- ・ 救急車とドクターヘリを総合的・立体的に運用して、救命救急効果を高めようとする体制と着意がまだまだ弱い。「地域の実情」を踏まえた制度設計、都道府県境を越えた広域医療圏の構築といったことへの配慮が求められる。
- ・ ヘリ運航費用の都道府県負担分の捻出が困難である結果、財政規模の小さい県ほど、救急ヘリの整備がより緊急の課題であるにもかかわらず、整備が困難な状況にある。運航費用の負担分担スキームの構築が重要な課題となる。一つは、助成金交付事業法人の立上げの問題。もう一つは、ヘリ運航費用への保険適用の実現である。
- ・ この点に関して、ドクターヘリの「医療費削減効果」に関する研究（東大医科研の山口准教授ほか）がある。限られたデータではあるが、ドクターヘリと救急車の両方を使う地域について、背景要因をそろえた上で入院日数と入院点数の比較を行ったもの。その結果、ドクターヘリのほうが医療費削減効果が大きく、入院点数で見て、ドクターヘリのほうが約 11 万 3 千点（金額ベースで約 113 万円）少なく済むという研究である。ドクターヘリが 1 回飛ぶのに約 50 万円かかるとして、十分お釣りがくることになる。こうしたデータを他のヘリ運航病院でも検証してみたいと思っている。

<まとめ>

- ・ 医療改革の進む今こそ、ヘリ救急の普及を図り、「命の危機管理体制」を充実させるチャンスである。いまが「正念場」という気持ちで取り組みたい。
- ・ 日本の救急医療は、国際的に見ても遅れており、また、地域格差が大きい。このことをよく認識し、ヘリ救急システム構築を「医療改革」の一環として位置付けて推進するとともに、その必要性と重要性に関する世論の喚起を図っていく必要がある。皆様方にも是非御理解・御支援を賜りたいと考えている。

《質疑応答》

- 例えば我々が事故にあった場合に、ヘリ救急を受ける手続き・プロセスのようなものはどうなるのか。患者がヘリに来てほしいというようなことはあるのか。
- 患者の要請に応じてヘリが出動するようなことにはならないだろう。ドクターヘリは、

命にかかわる重症患者であって救命救急センターの医療の対象になるような方を運ぶもの。現場の状況を踏まえ、指令本部と医療機関側が相談しつつヘリ出動の可否を判断することになる。ただ、将来的に、全国一円にヘリが飛ぶというような状況になれば前提も変わってくるだろう。

- ヘリ運航費用の捻出が課題ということだが、ヘリ運航はいわば「空の道」であり、例えば、現在騒がれている「道路特定財源」を充てるということも考えられるのではないか。
 - 是非アピールして下さい（笑）。先述のように、これからは「国・都道府県以外の者」からの「助成」もあり得べしということになった。「国・都道府県以外」というのは、即「民間」ということではなく、「道路特定財源」を使っておられる団体・機関も含め、色々な方々があり得る。官と民の間に「公」がある。官にも民にも、そしてその間の色々な方々にも御協力いただきたいと思っている。
- 民間がビジネス参入することも否定していないという理解でよろしいか。年間経費が2億円で、1回の運航が50万円なら、ヘリ会社、病院、受益者等がタッグを組めばビジネス展開も可能なのではないか。
 - 民間のビジネス参入は否定していない。アメリカでは、ビジネスで行っているところもある。お金が色々なところ（税、保険、助成、広告費等）から出てくることが浸透してくれば、ビジネスとしても成立しうる。中でも、保険適用がカギとなるだろう。保険がある程度カバーしてくれることが前提であり、その方向に踏み出す第一歩が特別措置法だと思っている。

以 上