

平成19年度第1回マスコミとの懇談会 「ドクターヘリ」について

理事 玉井 修



去る5月23日（水）19時より、那覇市医師会館において、平成19年度第1回マスコミ懇談会を開催しましたのでその概要について報告します。

離島を多く抱え、ヘリコプター急患搬送が担う役割が非常に大きい沖縄において今回「ドクターヘリ」について懇談会を持ちました。現在浦添総合病院が運用している急患搬送システム（U-PIT）は既に年間200件近い急患の搬送実績を上げ、民間病院が積極的に離島医療に関わるということでマスコミからも大きな関心が寄せられています。また今年6月には北部地区医師会に北部地区救急ヘリコプターによる急患搬送事業（Medical Evacuation Service with Helicopter ; MESH）が展開することになりました。政府もドクターヘリ整備に関して本腰をあげて取り組もうとしています。しかし、忘れてならないのは、ドクターヘリは原則的に夜間

飛行を行わないのに対し、沖縄県では昭和47年から陸上自衛隊と海上保安庁のヘリを用いて24時間、365日体制で夜間飛行も含めた離島急患搬送を行ってきた歴史があり、延べ7,000回を越える急患搬送の歴史があります。またその間、まだ記憶に新しいヘリコプター墜落事故が比較的危険といわれる夜間飛行において2件発生し、医師を含めた尊い人命が失われてきた悲しい歴史もあります。沖縄県医師会でもヘリコプター等添乗医師確保事業に関わり、県立病院医師や民間病院の医師がどのような状況で急患搬送ヘリコプターに添乗しているかを見てきました。離島医療の急患搬送にヘリが飛び、医師が添乗するという事は離島医療にとって大きな福音にはちがいありません。しかし、その事業に関わる人々の情熱、社会システムのやや複雑な絡み方、意を決してヘリに添乗する現場医師

の脳裏にはどのような事が去来するのか。今すぐには理解して頂けなくとも、少しずつ取材を続けて頂ければ見えてくる様々な側面に、マスコミの皆さんは何らかのインパクトを受けたと思います。

今回のメインプレゼンターは琉球大学医学部救急医学部の久木田一朗教授にお願い致しました。ドクターヘリに関しての解説と、その必要性、また沖縄県の歴史的背景と現状についても詳しく解説して頂きました。また、実際に浦添総合病院で急患搬送システム（U-PIT）に携わっている井上徹英先生と、北部地区医師会病院で積極的に関わる小濱正博先生にもご参加頂きました。更に、夜間飛行を伴うヘリ添乗事業に関わってきた県立、民間病院の先生方の発言も重いものがありました。南部地区医師会の照屋勉先生は実際に自分自身の後輩医師をこのヘリ添乗事業の事故で失った経験をお持ちでした。ドクターヘリと従来のヘリ添乗事業の話が錯綜し、やや解りにくくなった感はありましたが、今後の課題として如何に整理調整してドクターヘリと従来のヘリ添乗事業の整合性を確立していくかが大きな課題だと認識させられました。今回の懇談会は発言者の意志を尊重して、できるだけ多くのご意見を掲載するように心がけました。読みたい所だけ、拾い読みして頂いて結構です。実際にヘリコプターに添乗する現場医師の脳裏に浮かぶ、妻や、我が子たちの顔を想像してマスコミは報道して頂きたい。そんな気持ちを込めて入魂の懇談会を開催しました。

下記に懇談会における講演並びに質疑応答を掲載します。

1. マスコミ関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	久高 裕美	沖縄テレビ報道部	
2	徳 正美	タイムス住宅新聞編集長	
3	東江 奈穂	タイムス住宅新聞編集記者	
4	黒島美奈子	沖縄タイムス社社会部記者	
5	仲宗根雅広	週刊レキオ社取締役	
6	新垣 毅	琉球新報社社会部記者	
7	東澤 浩	沖縄ケーブルネットワーク株式会社放送部係長	

2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	久木田一朗	琉球大学医学部救急医学教授	琉球大学医学部
2	小濱 正博	北部地区医師会病院	北部地区医師会病院
3	井上 徹英	浦添総合病院	浦添総合病院
4	玉城 信光	沖縄県医師会副会長	那覇西クリニックまかび
5	仲本 昌一	那覇市医師会理事	仲本内科
6	田名 毅	那覇市医師会理事	首里城下町クリニック第一
7	中村 宏治	琉球大学医師会	琉球大学医学部
8	野崎 浩司	琉球大学医師会	琉球大学医学部
9	神山 佳之	沖縄県公務員医師会	県立南部医療センター・こども医療センター
10	上田 真	広報委員会委員	県立中部病院
11	村田 謙二	広報委員会委員	県立南部医療センター・こども医療センター
12	下地 克佳	ふれあい広報委員会委員	下地内科
13	照屋 勉	ふれあい広報委員会委員	てるや整形外科
14	和氣 亨	ふれあい広報委員会委員	県立南部医療センター・こども医療センター
15	玉井 修	ふれあい広報委員会委員	曙クリニック

懇談内容

開会

それではまず、本会を代表いたしまして、玉城信光副会長にご挨拶をいただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

挨拶

○玉城信光副会長



皆さん、こんばんは。

平成19年度の第1回目のマスコミとの懇談会ということで、タイムリーな話題が取り上げられております。本日は、ドクターヘリについて県内で一番詳しい琉球大学医学部救急医学教授久木田一朗先生、北部地区医師会病院小濱正博先生、浦添総合病院井上徹英先生の3名の先生に来ていただきました。実際に運用しているところもあります。また、このドクターヘリとは別ではありませんけれども、先日、自衛隊のヘリコプターが墜落して2回目の犠牲者が出てしまい、沖縄県ではその対策について、今、会議を重ねているところでございます。

県、福祉保健部も来年度に向けてドクターヘリの予算化をしたいということで、福祉保健部長は今頑張っているところです。いよいよ本格的に、県もバックアップする体制で運用されていくと思ひます。そのときに沖縄のドクターヘリを中心とした救急医療がどういう具合に再編されるか、これから沖縄県行政、医師会、市町村においてなされていくものだと思ひております。

きょうは、その第1回目ですけれども、現在どういう形で運用されて、今後どういう展望があるかということをお話ししていただき、ま

た、皆様方からの意見それを集約しながら、おそらく3名の先生が中心になって進めていこうと思ひますので、そのへんの活発なご議論をお願ひしたいと思ひます。

簡単ですが、ご挨拶に代えさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

○司会(玉井) 玉城先生、ありがとうございます。

沖縄県は離島が多く、この離島に対しての医療をどういうふうにしてやっていくかというのは非常に大きな課題です。その中で先般、陸上自衛隊のヘリコプターが徳之島で墜落という痛ましい事故がございました。それをさかのぼること、17年前にも宮古島に行く途中で墜ちています。沖縄県ではドクターヘリ、またはヘリコプターによる救急救命ということに関して尊い犠牲を今のところ払っているというところでございます。

実際に、乗っている先生が多数おられます。乗っているドクター、実際に関わっている人たち、そういうドクターヘリがどういうものなのか、どういう状況で運用されているのか、そういう実情をぜひ我々は伝えたいということで今回開催させていただきました。ぜひここでドクターヘリのことをわかっていただきたいと思ひております。

それでは、ドクターヘリについて、琉球大学医学部救急医学教授の久木田一朗先生にお話しいただきますけれども、また、コメンテーターとして本日は北部地区医師会病院の小濱正博先生、あと浦添総合病院の井上徹英先生にもお越しいただいておりますので、あとでご発言いただきます。それでは、早速ですけれども久木田先生よろしくお願ひいたします。

きょうは、その第1回目ですけれども、現在どういう形で運用されて、今後どういう展望があるかということをお話ししていただき、ま

講演 「ドクターヘリ」について

○久木田教授 (琉球大学)



琉球大学救急部長の久木田です。よろしくお願ひします。早速、進めさせていただきます。きょうの内容としましては、最初にドクターヘリとい

うものの定義として、世界、日本でどういったものかということ。それから2番目に九州・沖縄では久留米大学が非常に活発にやっておりますので、久留米大学のドクターヘリ事業について例として挙げさせていただきます。それから3番目には沖縄県の航空急患搬送について、今もお話がありましたけれども、この現状について話しまして、最後に医療格差是正についてどういった方向に進んだらいいかということで考えてみたいと思います。

ドクターヘリとは(厚生労働省の施策)

- 救急専用装備のヘリコプター
- 病院敷地内に常駐
- 医師と看護師が迅速に出動
- 救命救急センターに設置
- 現場出動が中心
- 世界では救急ヘリと呼ぶ範疇で日本でのしくみ(呼称)

スライド3

ドクターヘリというのは、厚生労働省の施策の1つとして、今、動いていますが、その定義によりますと救急専用装備のヘリコプターであること。そして、病院敷地内に常駐すること。それから、医師と看護師が迅速に乗って出動します。それから、施設としては救命救急センターが設置されていると。続いて活動としては、現場出動が中心ということになっておりまして、世界では救急ヘリという範疇で日本の呼び方です。

平成19年5月23日(水)
沖縄県医師会マスコミ懇談会

ドクターヘリについて

琉球大学医学部救急医学
久木田一朗

スライド1

ドクターヘリの効果(外傷を例に)

- 助かりません! 救急病院まで1時間
(熊本県人吉地方の国道)
(ゴールデンアワー)
- ↓
- ドクターヘリ最大の目的は人命の救助!

スライド4

平成19年5月23日(水)
沖縄県医師会マスコミ懇談会

内容

1. ドクターヘリとは(世界・日本)
2. 久留米大学病院ドクターヘリ事業
3. 沖縄県の航空急患搬送について
4. 医療格差是正についてのまとめ

スライド2

私が熊本にいたところ、人吉のほうの国道に大きな看板があるんですね、「救急病院まで1時間、助かりません」としっかり堂々と書いてあります。これは1時間かかって病院に着いていたら、助かる人も助からなくなるという有名な事実なんですけれども、これはドクターヘリを用いてこういった状況を、命を助けることができる、ということが大きな効果としてあります。

これは、最近出た有名な論文から引用させていただいた格差のことですね。各地に救命セン

ども、道路の上に止まっています。こういったことをするわけです。

ドクターヘリの効果

- 重症の救急患者の救命
外傷や内因性疾患
- 災害発生時の現場医療活動と搬送
- 僻地・離島からの救急搬送

スライド10

そうしますとドクターヘリの効果としましては、重症の救急患者の救命、今の例は外傷ですけれども、内因性の疾患もある。それから災害発生時の現場医療活動や搬送、そのほかに僻地・離島からの救急搬送にも応用できるだろうということになります。

世界の救急ヘリの歴史

1. 米国では（1960年代～）
 - 1960年代～ （メリーランド州）
外傷治療の父と言われるアダムス・カウリー博士がベトナムのジャングルより米国本土が運れている。
 - 1972年（S47）病院に拠点を置く救急ヘリ
 - 1980年代～ 全米に広がる。
647ヶ所の拠点、792機
2. ドイツでは（1970年代～）
78 拠点（特に2000年～急増）
3. スイスでは（1972年～）
全国どこでも 15 分以内

スライド11

日本のドクターヘリへの歩み
（厚生労働省ドクターヘリ事業）

1. 1989年 消防審議会
「消防におけるヘリの活用」
2. 1999年 内閣内政審議室
「ドクターヘリ調査検討委」
川崎医科大（岡山県）、神奈川県、静岡県で開始
3. 2006年 12月 長崎県のドクターヘリ
運航開始（全国で11ヶ所目）
（国立病院機構長崎医療センター）
4. 2007年 特別措置法案が通過の見込

スライド12

世界では救急ヘリの歴史といいますと、有名なのが1960年代に外傷治療の父と言われていいますアメリカのアダムス・カウリーという人が、ベトナムのジャングルで傷ついた兵士を助けるのにヘリが役立っていたということです。ところがアメリカに帰ってみると、そんなことが全然されてないということで、これはベトナムよりもアメリカのほうが危ないということで始めたのが最初です。昭和47年ぐらいから病院に拠点を置くヘリが飛びはじめて、現在では647カ所くらい全米にあって792機が動いている。ドイツもちょうど1970年代に始まって、現在でも78機動いていますし、スイスでも72年で、全国どこでも15分で届くという形ができあがっています。

日本のドクターヘリですが、最初は消防にまずこういったヘリを置いたらいいんじゃないかという話がありましたが、90年代ですけれども、消防で置くと救急活動だけでなく災害とか、いろんなほかの目的にも使わないといけないと。多目的ということで、あまり患者の搬送とか、医者が向かって行くというのにはなかなか使いづらかったということから、1999年に内閣府で「ドクターヘリ調査検討会」というのをつくります。この3つの地域でドクターヘリを試行し始めようということで始まったのが最初で、昨年12月でも長崎県のドクターヘリというのがテレビでも出てご存知かと思えますけれども、これが11カ所目です。今年、特別措置法案が通りそうだという状況になっています。

ドクターヘリ(10ヶ所)出動累計

別	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	累計
岡山県	98	181	204	429	448	431	437	2,232
神奈川県	87	388	0	264	387	356	396	1,930
静岡県西郡	117	248	578	580	455	486	538	2,930
千葉県		121	461	571	669	698	2,490	
愛知県			32	384	462	385	395	1,662
福岡県			1	129	302	258	375	1,108
和歌山県				35	285	324	341	975
静岡県東郡						423	497	820
北海道							291	291
長野県							190	190
合計	302	827	874	2,262	2,988	3,445	4,066	14,896

資料：平成17年度厚生労働科学研究

スライド13

日本のドクターヘリの特徴

1. 厚生労働省ドクターヘリ事業
2. 2006年まで全国で11ヶ所
3. 必ずドクターを添乗させる
4. 国と地方自治体が分配して拠出した補助金でまかなわれている

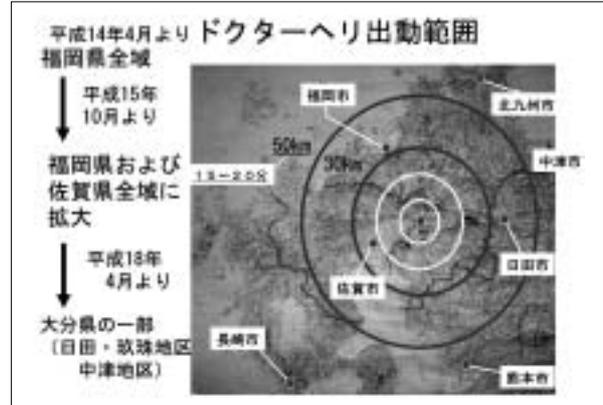
スライド14

実際入ったところはいったところなんですけれども、段々増えてはきています。でも、いったん入ると多いところでは、1年間で500、600回飛んでいるところもあります。やはりいったん動き出すと需要が高いということになります。

日本のドクターヘリの特徴をまとめますと、厚生労働省のドクターヘリ事業で行ってまして、これまで11カ所あります。必ずドクターを添乗させまして、費用としては国と地方自治体

が分配して補助金でまかなわれています。

これは、例として久留米大学の坂本教授からいただってきた久留米のドクターヘリの紹介ですけれども、まずシステムの紹介をします。



スライド17

久留米は福岡県の南側なんですけれども、北九州を除く福岡県の全体及び佐賀県、それから大分県、熊本県の北部あたりが30km～50km圏内で、15分～20分で行ってしまう距離です。これを沖縄に直すと、ちょうど50kmですから本島がほぼ入ると。本島のだ真ん中にこういう基地があると、ほぼ1機で15分～20分で到達できるということになります。

久留米大学病院ドクターヘリ事業

久留米大学高度救命救急センター
 坂本照夫、山下典雄

スライド15

ドクターヘリ稼働時間 *年中無休!

月	開始時間	終了時間
4月	8時30分	18時
5月		18時30分
6月		18時
7月		17時30分
8月		17時
9月		18時30分
10月		17時
11月		18時30分
12月		17時
1月		17時30分
2月		17時
3月		17時30分

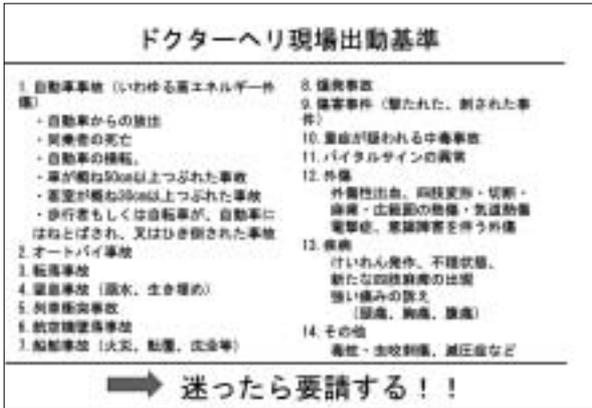
スライド18

それから、活動時間は朝8時半に始まりまして、これは季節によって終了時間帯はだいぶ違います。日が沈むと動けません。18時半だったり、16時半だったり、2時間ぐらい差があるということです。

出勤基準はこのように久留米では決められていまして、高エネルギー外傷、非常に大きなエ

**福岡・佐賀県
 ドクターヘリシステムの紹介**

スライド16



スライド19

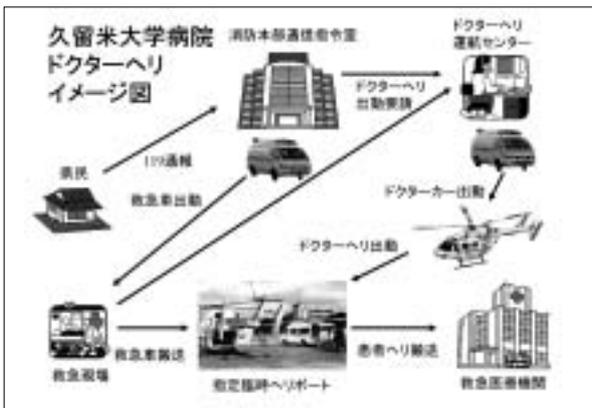
エネルギーがかかって重症になっている可能性が高いという場合とか、転落とか、それから内因性の病気の場合でもバイタルが異常だとか、痙攣があるとか麻痺があるといった場合とか、溺水とかということで呼びましようとなっています。しかし、迷ったときはいつでも要請してくださいということになっています。



スライド22

これは適用だということでドクターヘリ運航センターに要請が行く、もしくは現場に行った救急隊から運航センターに要請がいくということでヘリが飛んでいきます。

能力と装備ですけれども、医師が乗って行くということで、いろんな薬品とか医療用器具、それから、こういう診断に使われるエコー装置、ポータブルで非常に小さいものを使えるわけです。



スライド20

要請の方法は、県民が119番通報して、その内容を聞いたところで消防本部の通信指令室か



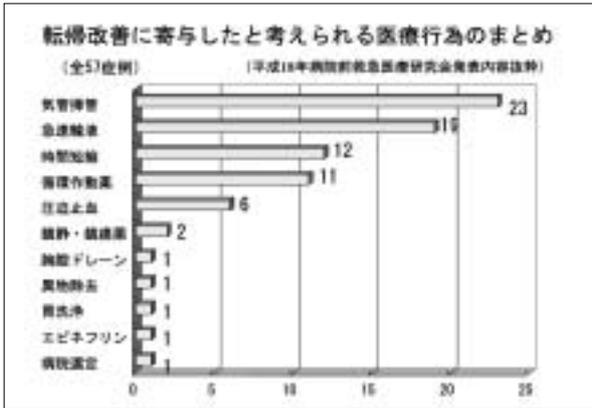
スライド23

ヘリの中ですけれども、このようにほぼ救急車内と同じようないろんなモニターとか酸素ボンベ、そういった装置が付いてすでに設置されているということです。

実際にどういう医療行為がされたかという、一番多いのは命に寄与した、救命に寄与したというものでは気管挿管が23回、急速輸液、時間の短縮、循環作動薬を使った。薬を使えたと。圧迫止血、鎮静薬ということで、これは救命士が乗っている救急車の場合には心停止が



スライド21

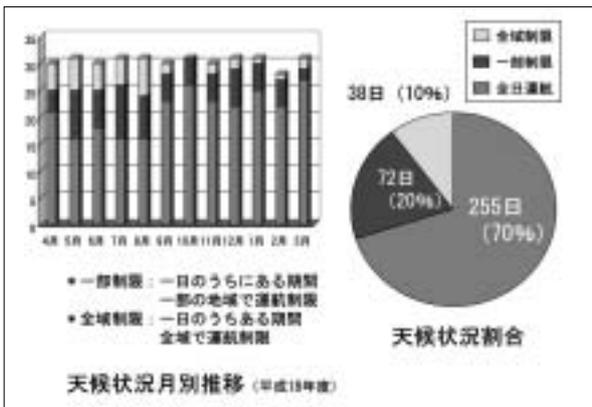


スライド24

起こった場合にはこのへんは使えるんですけども、その以前から医者に乗っていると使えるという非常に大きなメリットがあります。



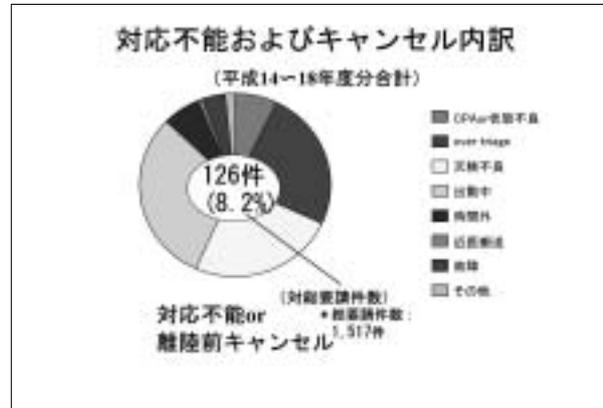
スライド25



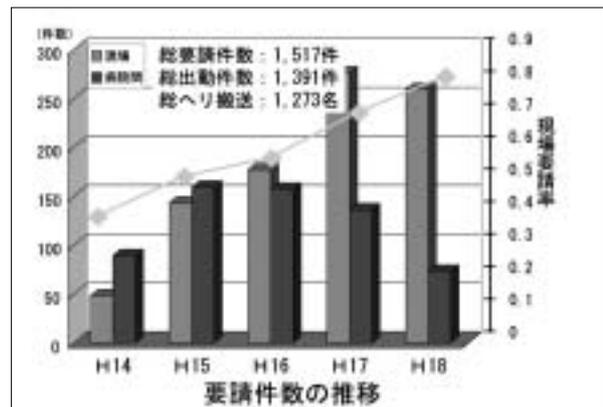
スライド26

実績としましては、ヘリで飛ぶという特殊性から、いつでも飛べるかという、何ら制限なく飛んだのは全体の7割です。7割が制限なく飛んで、残り3割は制限があったとのこと。天候による制限で月によっては7月、8月は半

分ぐらい制限があるということです。それから、それ以外の制限としてはもう出勤中だったと、1機しかない場合は2カ所から同時に要請がかかると、こういう出勤中ということも起こり得ます。

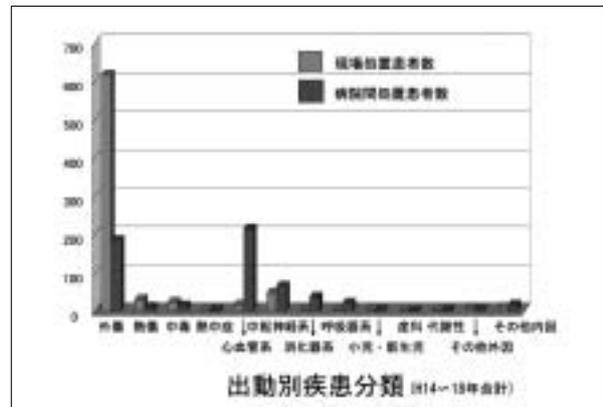


スライド27



スライド28

それから、こういったところからの依頼に飛んでいったかというのは、最初は病院間搬送と現場に来てくれというのがどんどん増えていったんですけど、途中からは病院間搬送は減って

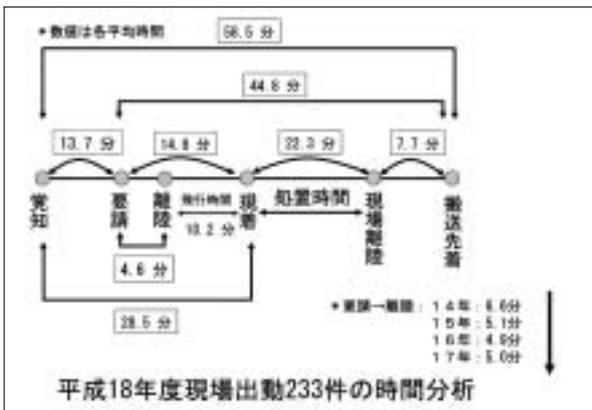


スライド29

きまして、どんどん現場救急の比率が上がってきて、8割は現場救急であるということになっています。

現場救急の中でどういう内容で傷病かといいますと、圧倒的に外傷が多いわけです。外傷が多くて病院間搬送でも外傷。あと、こちらは病院間搬送の心血管系、例えば心筋梗塞だとか大動脈解離といったものが入っていると思われます。それが大部分だということですね。

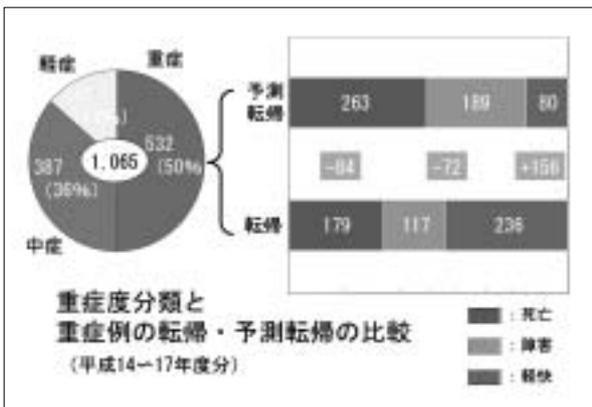
かかる時間の平均ですけれども、出発までは5、6分でほぼ出動します。しかし、各地から全部病院に到着まで行くと58分、約1時間かかっています。1時間かかるということは那覇市内の交通事故は1時間もかからずに病院に着いているわけです。



スライド30

何がいいかというと、その前に処置が開始されていることが非常に救命の効果をあげているということが言えると思います。

重症度で分類しますと半分が重症の人、その



スライド31

他が中症と軽症ですけれども、重傷例の転帰・予測転帰を比較すると、死亡と予測した人の84人が助かっている。障害が残ると思っていた人の72人が助かっているというふうに、予後を改善しているされています。

問題点と対策

スライド32

1: 財源の問題

現状：都道府県単位に国の補助事業・税金で成り立つ

→ 都道府県毎の財政状況に影響される

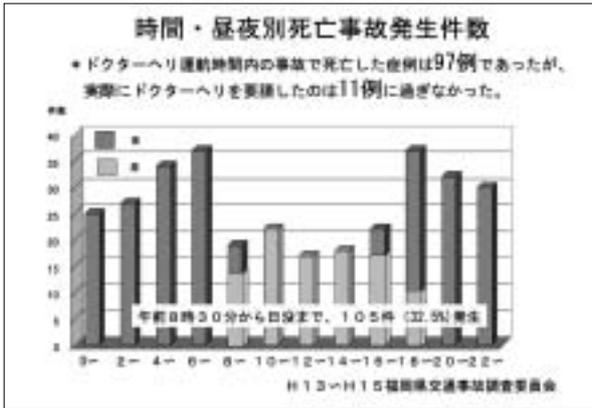
※ドクターヘリ事業に必要な事業費：約2億円/1カ所
全国配備（各都道府県に1カ所）→ 約50カ所
→ 年間100億円
(国民一人あたり年額80円)

➡ 行政の理解
・新たな財源の確保：医療保険の適応、企業の寄付など・・・

スライド33

問題点としましては、この事業に約1カ所で1年間で2億円の予算がかかっている。ですから全国に、今、置こうという法案が通ろうとしていますけれども、50カ所置くと全国では100億円の予算になります。国民1人当たり80円の予算ということになります。それから、こういった財源を確保するかという問題があります。

それから、福岡県で亡くなった死亡事故の発生時間ごとの件数でみますと、ヘリが飛べる時間帯は、むしろポコンと凹んでいます。むしろ、ヘリが飛ばない時間帯のほうが死亡する人は多い。こういうところは全く手が出ません。昼間の時間のこの時間を助けるために動くんだということになります。



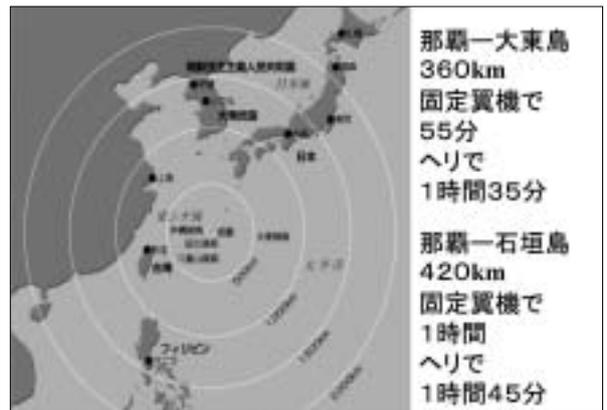
スライド34



スライド37

その結論としまして、坂本先生が書かれたのでは、地方においてこういったドクターヘリの需要が高いだろうと。医療格差を是正するために有効な手段だろうという結論を言われています。ここからは沖縄の事情です。沖縄県は航空救急ということで離島急患搬送というのを30年以上行っているわけです。我々もよく乗るとこういう綺麗な島の上空を飛びますので眺めと

しては天気のいいときにはいい。距離からいきますと、500km圏の輪の中で東西入る規模で動かないといけないということで、先ほどの福岡の事情とは全然違います。



スライド38

結 語

- ・ドクターヘリの特性を考慮すれば地方においてこそその需要は高い。
- ・解決すべき問題も大きいですが、ドクターヘリシステムの導入は医療格差是正のための極めて有効な手段となり得る。

スライド35

ヘリで行くと大東島が1時間35分、石垣島が1時間45分。先週、私も行きましたけれども、夕方6時に出て病院に帰り着いたのは12時だったわけです。そのぐらいかかります。

沖縄県の航空救急 (エアレスキュー)の特殊性

—離島急患搬送の現状と問題点—

スライド36

沖縄県の離島急患搬送の特徴

1. 昭和47年(1972年)から開始
自衛隊だけでも7,000回を超える
24時間、365日体制(日中のみの4倍)
2. 海上保安庁と自衛隊(陸上自衛隊)
平成17年度101(海保)
230(陸自)
合計331回
3. 医師添乗がない場合がある
平成17年度医師添乗率 68%(陸自)
4. 航空事故の経験(平成2, 19年)
5. 民間病院ヘリの参画

スライド39

しかいない所がほとんどで、離島の医師が乗ると無医島になってしまうということで、本島から乗って行くという制度ができています。石垣島、宮古島は県立病院がありますので、通常は病院の医師が乗ります。ところが乗っていくと今度はそこに医師がいなくなるわけです。そのために琉大はそれを支援するというので、この17年は18回の石垣からの搬送のうち、7回を琉大がやっています。それから、大東島は非常に遠いので9回添乗があったんですけども、そのうち5回をうちがやっております。久米島が回数としては一番多い島なんですけれども、これぐらいは乗っていない例もあるということです。

**離島急患搬送
これらの症例で
何が出来るか！**

- ・自衛隊機はうるさく狭く、振動大きく何も出来ない！？

スライド44

**長時間航空搬送で
何が重要か！**

- ・自衛隊機の悪条件を挙げてapathyに甘んじていても何も改善されない

スライド45

評判を聞きますと、こういう自衛隊のヘリはうるさくて振動も大きくて何も出来ないという非常に悲観的なことをいう雰囲気が多いです。そうしますと自衛隊機は悪条件があつてしょうがないからと、ただ乗っていただけでいいやと

というような無気力になっていても、これは全然搬送の安全性を高めることができない。

実際、我々が乗っていて心停止の危険性を感じた症例というのはたくさんありまして、例えば外傷のときの大量出血でショックの患者の搬送、そして、気管挿管下の搬送、輸液をしている人のルートが閉塞する危険性、血圧の変動、それから気圧の低下で低酸素になってしまう可能性、不整脈が出るとか、脳浮腫が起る。こ

**添乗医が心停止のリスク
を意識した症例！！**

- ・外傷により大量出血した患者の搬送
- ・気管挿管下の搬送
- ・輸液ルートの閉塞の危険性
- ・血圧の変動
- ・気圧の低下による動脈血酸素飽和度の低下
- ・不整脈の出現
- ・瞳孔の散大（脳浮腫）

スライド46

**長時間航空搬送で
何が必須能力か！**

- ・搬送中の鎮静
- ・呼吸・循環管理
- ・輸液ルートの確保
- ・医療機器の使用

スライド47

航空医療の特殊性

—危険性(リスク)と限界の認識—

1. リスクの認識
2. 安全の原則 (3Sとは、優先順位)
 - ①自分(Self)
 - ②状況(Scene)
 - ③傷病者(Survivor)



限界がある！

スライド48

ういった危険性をなんとかクリアしながら搬送しないといけないという状況が1時間以上続くということがあるわけです。そのためのこういった医師の能力が要求されます。ただし、医師の能力があればすべてできるかといいますと、航空医療の特徴ですが、危険性もゼロではないということで、リスクを認識しないとイケない。リスクがある救助に関しては、安全の原則というのがありまして、まず自分の安全を優先して、そして、状況の安全を確認して傷病者の助けられる人を見るということでありまして、どうしても限界があるというのが現状です。

「沖縄県ヘリコプター等添乗医師等確保事業」
 県内参加病院（11施設）
 夜間も含めた24時間、365日搬送体制
 先島地域での海上保安庁によるヘリ搬送
 宮古島・石垣島・南北大東島など遠隔の離島
 から本島への搬送など非代替性が高い
 （長時間搬送、備島、24時間待機など）

↓

患者様のリスク

- 航空搬送がなければ救命できない可能性
- 航空搬送ができない可能性

スライド49

そういうことで、このヘリ添事業というのは、今、全部で11施設が参加してこういった遠方まで、それから夜も行うという非代替性が高いということで海上保安庁、自衛隊が参加した形になっています。それでも患者様のリスクとしては、航空搬送ができなければ救命できないような事態に陥っているんじゃないかというこ

「沖縄県ヘリコプター等添乗医師等確保事業」
 県内参加病院（11施設）
 夜間も含めた24時間、365日搬送体制
 先島地域での海上保安庁によるヘリ搬送
 宮古島・石垣島・南北大東島など遠隔の離島
 から本島への搬送など非代替性が高い
 （長時間搬送、備島、24時間待機など）

↓

海保・自衛隊の負担
 参加施設の医師も某大な時間・
 リスクをかけている

スライド50

とで呼ばれるわけです。しかし、天候とか事情によっては搬送ができない可能性もゼロではないという、こういったリスクを持っています。

それから、搬送に加わる側としましては、同じ条件なんですけれども、海保・自衛隊は負担が非常にかかっていると。そして参加施設の医師は膨大な待機と、それから搬送の時間のリスクをかけております。

日本の救急ヘリ
 ドクターヘリが導入された北海道

1. 北海道の特徴
 北海道航空室
 依頼の優先順位

昼	夜間
消防防災ヘリ(道庁)	消防防災ヘリ(道庁)
道警ヘリ	道警ヘリ
札幌市消防	海上保安庁
海上保安庁	自衛隊
自衛隊(陸自、空自)	

スライド51

同じような広大な土地がある北海道はどうなっているかということでご紹介しますと、北海道の場合は、現在はドクターヘリも入っていますが、依頼先の優先順位を決めておりまして、一番目に消防防災、道庁の消防防災ヘリ、それから道警ヘリ、札幌市消防、そして海上保安庁、自衛隊というふうな、これは優先順位が最後の2つというのは非代替性、前の3つができないということで非代替性で飛ぶということになっているわけです。

もし、ここ沖縄にドクターヘリが導入されま

沖縄県に
 ドクターヘリが導入されるとしたら

重なる部分がある

現場救急

ドクターヘリ

遠距離離島急患搬送

ヘリ添乗医事業

石中近伊離 離島急患搬送

夜間離島急患搬送

スライド52

すと、久留米のように、現場救急はドクターヘリの中心的な部分だと思えますけれども、日中近距離の離島急患搬送にも要請がかかる可能性は十分あると思います。

そして、さらにこのヘリ添事業としましても、遠方のところとか、夜間の搬送はどうしても当面はずっと続けざるを得ないという事情があります。そういう中で医療格差是正をどうやっていくか。

ま と め

ユビキタス ——— ITの世界

課題医療格差 ——— 医療サービス

僻地・離島医療

国内での医療格差

航空救急には効果と限界とリスク

格差改善への多角的な戦略を練り、

継続可能な体制を作る必要性

離島住民にもリスクへの理解が必要

スライド56

医療格差是正について

スライド53

医療格差の時代
—医療の質を追求してきた琉球大学—

医療の質

全診療科当直

不足する科の専門医育成

ICUの設置

ER型救急部の設置

キャリアある救急医チーム

離島急患搬送支援

スライド54

沖縄県にほしい理想の病院
(持ちうる戦略 + 資源の投入)

人

医療の質

全診療科当直

キャリアある

救急医チーム

物

急性期対応

インフラ

安定経営

1県1病院方式: 県 + 医師会

スライド55

我々、琉球大学としましては大学の医学部ができて以来、沖縄県の医療の質を上げようと、全診療科の当直をしますし、不足する科だけでなく内科、外科とか一般科の専門医の育成に励んでいます。ICUで高度な医療をし、ER型救急を設置します。そして、キャリアある救急医をたくさん集めて、4名の救急専従医がいます。離島急患搬送にも加わっています。

ただし、これだけではなかなかすべてをまかないきれない、理想の病院になるためにはさらにインフラの整備や安定した経営といった理想の病院というのができるかという、なかなかどの県でも、どの施設でもいろいろ苦勞をしながらやっている状況です。今後、医師会や県の方ともネットワークをつくってどうやったら一番解決ができるかと考えないといけない状況です。

まとめとしましては、ITではインターネットを使ってユビキタス、いつでも、どこでもという世界ができるんですけども、医療は格差がどうしても残る。僻地、離島だけではありません。国内でも医療格差がある。その中で航空救急というのが非常に効果を出す部分もある。しかし、限界とリスクもあるということです。格差是正というのは多角的な戦略を練っていないと継続可能な体制はつくれないだろうと思います。離島住民にもリスクの理解が必要であります。

結論としては、広大な海域を持つ沖縄県で航空救急の効果を高めて、安全性を高めるための相互連帯、一貫性のあるネットワークが当面出

結 語
広大な海域を持つ沖縄県では航空救急(ドクターヘリを含む)の効果を高め安全性を高めるための相互連携・一貫性のあるネットワークシステムの構築が重要!

スライド57

来上がって沖縄県が一病院という形をつくっていくのが重要ではないかと思っております。以上です。ありがとうございました。

質疑応答

○司会 (玉井) どうもありがとうございました。

沖縄県の場合はちょっと複雑なシステムになっているというか、いろんな事業が複雑に絡んでいるところもあります。

マスコミの方々から何かご質問を受けたいんですが、何かございますか。

○徳氏 (タイムス住宅新聞)



まず、現在参加している医師、病院は県内に11カ所ということだったんですけれども、具体的施設名とか、病院名を教えてください。

まず、現に参加している医師、病院は県内に11カ所ということだったんですけれども、具体的施設名とか、病院名を教えてください。あ、そちらを教えてください。あと、ヘリに乗る医師に、例えば何科の医師はだめとか、例えばそういった何か制限があるのかどうかということも加えて教えてください。

○久木田教授 本島外、県立宮古と県立八重山病院が入っています。それから、本島内では県立でいくと中部病院と南部医療センター、大学。それから、民間病院では沖縄協同病院と豊見城中央病院と浦添総合病院、南部徳洲会病

院。赤十字病院が公的病院としてあります。それから、那覇市立病院の11施設です。

○司会 (玉井) フライトするドクターの専門科は何か。

○久木田教授 それは病院で専門科かどうかというのは、病院ごとに責任体制でやられていますので、病院の考え方で決めています。琉球大学に関しては救急医が必ず乗るといふにしています。

○司会 (玉井) 実際に、上田先生、どういふふうな輪番というか、ドクターはポケットベルか何か持っているんですか。

○上田氏 (県医師会) 県立中部病院の上田です。当番の日は携帯電話が支給されていて、それを常時持ち歩くわけですね。それと救急に必要な道具をバッグに準備してあります。それを自宅に帰る場合は自宅へ持って帰ると。当番の場合は搬送に向かう場合には、結局、空港に行かなければいけないので、タクシーで空港へ向かって、そこで自衛隊なり合流して添乗していくというシステムですね。

○新垣氏 (琉球新報)



琉球新報の新垣です。わかりやすい説明をありがとうございました。その説明の中で全国でドクターヘリを導入しているところが11都道府県ある

というふうなご説明がありましたけれども、そもそも厚生労働省のこの事業の背景の中で、これだけ離島を抱えている沖縄は必要度が高いにもかかわらず、沖縄は導入が遅れているという、理由というのはどういったところにあるのでしょうか。

○久木田教授 (琉球大学) 私、県庁の者ではないのでわからないんですけど、まずは防災ヘリがない県というのは沖縄県と佐賀県だけの2県ですね。そういうことでまず、その段階からまず沖縄県は非常に苦しい事情があるという

状況だと思います。そして、ほかの県でも先ほどの久留米のように、地方ほどこういう効果があるはずなのに、やはり国と地方自治体の補助を共同で出さないといけないということが今の仕組みになっていまして、そのへんで苦しいというのがあると思います。

○司会（玉井） 先生、お金の問題はどの程度ですか。

○玉城副会長（県医師会） 具体的には僕もよくわからないんですけど、今週、知事と話したときにも沖縄県は防災ヘリがないと。防災ヘリもないのにドクターヘリなんてという話。だけど、知事はドクターヘリも兼ねて民間企業と共同でヘリコプター会社をつくって、例えばということで、沖縄電力の話を出されるんですけど、離島等の電線の管理はヘリコプターで回ったほうが早いということで、民間企業が一企業で、例えば2億円出すのが難しければ、共同でやったらどうかという事業計画を知事は頭の中にあるようです。

ただ、福祉保健部はきのう部長と話をしたときにも、来年度予算化をしようということを考えてはいますね。ドクターヘリに関してね。それと、今のヘリコプター添乗の救急搬送の部分は全く別の事業ではあるんだけど、県医師会としては、それらをまとめた沖縄県の救急医療体制というものを構築をして、各々の役割分担をしたらいんじゃないかということの提言はしているんですけども。少なくとも、もう動き出そうとしています。予算化したいということで福祉保健部は考えています。

○村田氏（県医師会）



新垣さんの質問に少しは答えることになるかなと思うんですが、私の目から見ると沖縄県は遅れていたというよりは、ヘリを必要とするほどには困っていなかったという面もあるんですよ。県立病院だけで

も宮古、八重山、中部、たくさんありますよね。例えば小さな島で怪我人になっても、おそらく1時間以内ぐらいにはどこかの県立病院、総合病院にたどり着けるというこのシステムは、ヘリに比べれば劣っているかもしれませんが、全国の平均で見ると、ある意味では恵まれていたということと、それからもう1つは、やっぱり自衛隊、海上保安庁が協力してくれて、患者搬送に関してはあまり困っていなかったということが、ある意味では導入するのに焦らなくてもよかったという背景があるのかなと。そういう面も少し指摘できるんじゃないかなと思います。

○新垣氏（琉球新報） それと関連してなんですけれども、医師の添乗率が68%、これでも上がっているということなんですけど、多分、先生がおっしゃられた普通の救急車による救急搬送の受入体制は多分、強化というか、そのローテーションで回していくとなかなか手が回らないという実情もあるのかなとか思ったりしているんですけども、なかなか添乗率が今まで上がらなかったというところは、そういった救急の一連の体制の連携がどうなっているのかなと考えてしまったんですけども。そのへんの何か体制的な課題というのはあるんでしょうか。添乗率を上げていく上で。そのへんよろしくをお願いします。

○司会（玉井） 添乗率が今の推移だったということについて、仲本先生、いかがでしょうか。

○仲本氏（那覇市医師会）



那覇市医師会の救急担当の仲本と申します。よろしくをお願いします。

私は、20年前に中部病院にいました、中部病院の頃に宮古で墜ちまして、そのとき添乗のことに少しかわりました。だから、かなり昔の意見になるかと思いますが、そのときも添乗のことで問題になった

とき、実際にどういうものがヘリ搬送になっていたかということ調べました。そうするといろんな症例があるんですね。離島には離島のいろいろな思惑があるんですよ。医療の格差がないようにということで。かと言って、お偉い村長さんが出てきて、手を骨折しているんだけど夜中でも運んでくれとかいう症例もあったんですね。だから、まちまちなんですよ。そういう意味で言うと、そのとき墜ちたので久木田先生が言うようにリスクがあるんですよ。

結局、ヘリというのは有視界飛行なんですよ。夜中に飛ぶのは危ないので、だから中身が問題なんです。その添乗になりますので、ちょっと端的に添乗率が上がった、下がったの問題にはならないかと思えます。

○上田氏（県医師会） 仲本先生がおっしゃっているように、搬送した患者の本当にドクターの添乗が必要だったかどうかの吟味が重要ですね。まだ吟味された内容は公開されていませんので、それが一番大事です。中にはアキレス腱断裂で搬送した例もありますので、これは民間機でいいと思うんですね。やはりそういう内容の吟味が大事だと思いますね。

○玉城副会長（県医師会） ヘリコプター添乗の事業が始まるとき、私は那覇病院にいたんですね。そして、そのときの議論で、実は事故が起こる前の議論なんですけど、指を切ってしまった。つながないといけないんだけど、これは本人が指を持ってくればいいだけで、医者や看護師さんが迎えに行くほどの病気ではないと。それと、我々は外科ですから盲腸のはじまりで、一晩以上見たら手術になるかもしれないというときは、医者が必ずしも迎えに行かなくても本人が来てくれさえすればいいだろうという話を議論していたんですね。ところがあのときに県立病院の院長たちは、業務命令ですべて乗せる。夜間でもいかなるときでも乗るのが義務だという話をしたんですけど、私は那覇病院の医局長みたいなことをしていて、自分は乗りたくないという人まで命令で乗せるという話が出たので、私はずっと抵抗してやってもいいと

いう人を中心に進めるよう要望しました。また、夜間の危険性はきっとあるから、そこは疾患を選んで、医者は夜が危険だといっても相手が死にそうだということが本当にわかれば乗っていくんですよ。これは看護師さんもその義務はものすごく職業柄持っています。それから十数年経って、今回の事故が2回目の事故ですけど、実は1回目の宮古に行ったときに、やはりあれは夜間の事故でしたから、夜間は危険ということで、我々が主張したとおりになったんですね。それから十何年経ってこの議論はずーっと積み重ねられると思ったけど、実は何にも変わってない。それで今、僕は県庁で怒っていて、本当にこれを検証しながら本当の急患搬送というのはどうあるべきかというのをもう1回、問うたんですね。2回目の事故も起こしてしまった。その前の7,000回の無事故記念パーティに私出席したんですが、そのあとの事故だから余計に腹立たしく思ったんです。だから、そういうのは県も本気になって考える時期に今きていると思って、今、一生懸命話をしているところです。

○司会（玉井） ドクターヘリというのは昼間飛ぶものですね。今、実際にそれを具体的に運用しているのが浦添総合病院ですが、井上先生。あれはドクターヘリではないんですか。

○井上氏（浦添総合病院）



よく誤解されるんですが、あれはドクターヘリではありません。ドクターヘリは厚生労働省と県の共同の事業として明確に位置づけられたもので、能

力的にはほとんど変わらないと思いますけども。ヘリもドクターヘリで使っていたヘリをそのまま持ってきて使っていますから。でも、システムとしてはドクターヘリではありません。

○司会（玉井） 先生が、今、浦添総合病院で展開していらっしゃるの、年間何例ぐら

い、浦添総合病院として運んでいらっしゃるんですか。

○井上氏（浦添総合病院） 平成17年7月、実質的には8月から始めてきょうで222件ですね。

ただ、救命を掲げているわけではありませんので、離島で足の付け根を折った人を搬送、そういうのも適用だと思っていますから。現場手術はほとんどありません。1件か2件ぐらいですね。診療間の搬送。沖縄の場合はそれが实际需要は多いんじゃないかと思います。都市部だと、先ほど村田先生が言われたように、例えば那覇のところまでヘリが飛んで行ったということはほとんどないと思うんですね。ただ、特殊性としてはスポーツイベントも結構多いですから、そういうところにヘリをスタンバイさせるというのは、これは今後考えるべきであろうと思っています。

○司会（玉井） ありがとうございます。

マスコミ側から何かご質問がありますか。

○新垣氏（琉球新報） さっきの質問との関連で井上先生、どういった症状でも大体行かれるという話があったので、私のさっきの質問は、体制的に何か課題があるのかという質問だったんですけど、症状がいろいろあるのでという、必要がなかったものもあるんじゃないか。そういう場合、最初に行くか、行かないかという判断を、あれだけ救急の短時間の間でどのように判断つけているのかという問題があると思うんですけども、そのへんちょっと井上先生の例も参考に教えていただけますか。

○司会（玉井） まず、ドクターヘリ、またはこのヘリ添に関して飛ぶか飛ばないか、または乗るか、乗らないか。それはどこでだれが判断しているんでしょうか。

はい、上田先生。

○上田氏（県医師会） 基本的に沖縄の場合は、ほとんどの場合が現地の診療所あるいは病院からの要請なんです。先ほどの久留米の例みたいに現場に飛んで行くという事例はほとんどゼロだと思うんです。それで向こうの要請がまずあるということですね。それで具体的に搬

送するか、搬送しないか、添乗、迎えに行くか、行かないか。だれが乗って、ドクターが乗るのかどうするのかというのは、そのドクター間で話し合っただけで決めます。

○司会（玉井） ここに大きな問題があると思います。ドクター間で話し合っているんですよ。

○上田氏（県医師会） 基準としては、教授の先ほどのスライドにありました、ドクターヘリ現場出動基準というのがありますので、これであれば乗らなければいけないと思うわけですね。

○中村氏（琉球大学医学部）



琉球大学の救急の中村といいます。

私、実はドクターヘリ自体に体験というか、ドクター・カーをやっていました。そのやり方としては、まず久

留米と全く同じで119番が入って、その内容からこれは危ないなというふうに指令員が判断した場合が1つ。それからもう1つは、現場に着いた救急隊、またはレスキューとかがこれは医者が必要だといったときにすぐにそこから呼ぶというのが1つ。それから、場合によっては、我々のほうは救急隊から受け入れしてください。三次救命センターだったので重症患者しか来ないんですけども、それは救急隊だけで運んで来るのは危険だと判断した場合はドクターヘリ、またはドクターカーで現場に向かうということを判断します。ですからこれは必ずオーバー・トリージと一般的には言いますが、話とは違うだろうということがよく起きます。最初の患者、またはその家族の話というのから推測して出しますので、行ってみたら全然軽症でしたという話で引き返してくださいということがあります。ですが、それを許容しないと重症患者を助けられないので、そういうことはどうぞ、どうぞと言って、実際3分の1か、そのくらいはすぐに引き上げてくれということで

ドクターカー及びドクターヘリを運用していました。

○司会（玉井） 実際にはドクター同士で話をするところがあるんですけど、この間ヘリ添の会議に出たときにも、結構その間に様々な村長さんとかいろんな人が絡んでくるんですよ。うちの親戚だから、夜中だから、だけどどうにかして運んでくれとか、様々な現場のいろんな事情も複雑に絡んでくるんですね。そこに板挟みになるドクターもいるという、現場のドクターの悲痛な声も聞こえていましたね。

○照屋氏（県医師会）



てるや整形外科の照屋と申します。

実は、僕も、南部徳洲会病院勤務の頃、久米島・宮古島・与論島などにヘリ添乗した経験があります。10数年前、

整形外科の後輩である知花先生がヘリ添乗中の事故に遭われた事をご存知の事と思いますが、その時も視界の悪い夜間飛行でした。脳外科の患者さんの搬送だったと思うのですが、当時の状況として、「ドクター不足」・「看護師不足」という問題がまさに根本にあったと思われるのです。現在でも、充足しているとはいえませんが、その頃の宮古病院は脳外科の先生は不在で、外科の先生が可及的に対応するか、ヘリによる救急搬送という事になっておりました。受け入れ先のドクターが宮古まで迎えに行くか、宮古のドクターが添乗してきて、次の日、民間の飛行機で帰るかいずれかのパターンで対応しておりました。ドクター同志のコミュニケーションの問題や、事前の電話連絡などかなり煩雑な時代だったように記憶しております。

現在では、大学の先生方も、民間の先生方も、迅速にいろいろな対応ができていますので素晴らしいと思います。

最後に、以前、井上先生からお話を聞かせて頂いたのですが、浦添総合病院が限りなく赤字

覚悟の年間約2億円の予算で、ヘリ添乗事業・ドクターヘリ事業が続けられているとの事です。個人的な意見ですが、やはり国や県などの行政が、もっと積極的に関わって頂かないと、この事業の継続は厳しいのではないかと考えます。

○司会（玉井） 実際に添乗された先生は大変だったと思います。

今後、ドクターヘリを導入しようと今現在計画している北部地区医師会病院の小濱先生がいらっしゃると思いますので、今の現状というんでしょうか、北部にドクターヘリ、どのような活躍が今後期待されるのか、そのあたりもお聞かせいただきたいと思います。

○小濱氏（北部地区医師会病院）



私が1996年、2年から4年間、伊江島診療所に勤めていました。フェリーで渡るとたかだか25分の距離です。ところが、あそこは当時漁船搬送しか手

段がないんですね。4年間で250人の人を搬送しまして、その半数以上は夜間です。命がけの搬送になりますね。それで自衛隊の航空機に依頼を出すと1時間半～2時間で飛んできてくれるんです。ところが米軍のネイビーのホスピタルに管轄している嘉手納のレスキューに電話をすると15分で飛んできてくる。当時ですよ。この差は一体どこなんだと。随分我々は考えました。私がオーストラリアに渡るときにはそれだったんですけども。あれから15年経った現在、何が変わったかといいますと、皆さんご存知のとおり救急救命士のレベルがものすごくアップしています。プレホスピタルケアの技術はこの15年で格段の差です。外傷を含めた救急医のレベルも格段の差でアップしています。救うということに関してはみんなが真剣に取り組んでいます。ところが15年経っても決して変わらないものが1つだけあります。それは搬送時間です。当時の伊江島、伊是名、伊平屋からの搬送時

間、それと国頭地区、辺戸、安田、安和、東村、あの周辺から近隣周辺、あるいは名護の病院、さらに那覇の病院に対する搬送時間、この15年から20年変わってないです。これを変えない限り、決して救うことはできないです。どのような優秀な救命士、あるいは優秀な医者配しようとも、時間というものを短縮しない限り救えない命があるということを認識する時代がきています。世界では30年も40年も前からそれがなされていようとしています。

我々が北部でやろうとしているのは、やはりこの15年あまりいくら県に訴えようと、国に訴えようと何も変わらないと。ところが北部の人たちは救わなくてははいけない。特に皆さんご存知のとおり、産婦人科の問題がありますね。脳外科の問題もあります。同じように県税や国税を払っていて、中南部の方は満たされた環境にいて、なぜ北部は満たされない環境で、満足できない環境で暮らさなくてははいけないか。我々はそれを改善するために今回の事業に取り組んでいます。それが目的です。

○司会（玉井） いろいろな事業が、熱意ある先生方の気持ちによって動こうとしています。

上田先生。

○上田氏（県医師会）



ちょっとマスコミの方に、まず、このドクターヘリの事業というのは、どんなモデルがあるのか、どの国がモデルかということなんですね。アメリカがモデル

かと言いますと、アメリカでは医師の搭乗率は10%ですね。ただ、救命救急士は日本よりも高度な治療ができる、許可されている救命救急士が添乗しています。

その救命救急士は、日本ではまだやれることというのは限定されているんですけど、これの育成はどうなっているのか。アメリカ並みの救命救急士を育成しようとしているのか。だれが

賛成してだれが反対しているのか。これもマスコミの方に調べていただきたいと思います。

それと夜間飛行ですけど、これは行っている国と行っていない国がありますね。行っている国の話ばかりしていますけど、行っていない国が現実にあるんです。国内でも県単位であります。

それと、先ほど仲本先生がおっしゃったんですけど、ヘリコプターというのは基本的に有視界飛行なんです。ですから基本的には昼間が安全だし、夜間は危ないと。霧があつたり視界が悪いとこれはものすごく危険なんです。ですから基本的には民間機は飛びません。ただ、自衛隊というのは、ある種特殊な訓練を受けていて能力が高いですから、そういう夜間なり霧の中でも、暴風雨の中でも飛んで行くわけですね。それで行きと帰りでは安全度はものすごく違うんですよ。迎えに行く先の島に空港があるのか、ヘリポートはあるのか、ないところに向かうこともよくあるんですよ。

先ほどの久留米の救急のヘリが道路に着陸している写真がありましたけど、後ろに高压電線があります。ここへ夜迎えに行くと、霧の中を迎えに行くと。これは非常に危険なんです。基本的にそういう危険な乗り物に添乗していると。これをぜひマスコミの方、県民の方に知っていただきたいと思います。

先の事故も結局そういう事例ですよ。山越えがどうだったのかということですね。これはおそらく自衛隊だから試みたんだと私は思っているんですけど。

それと、結局、今でも宮古病院には脳外科医がいないんですよ。2年前ぐらい前に引き揚げたんですね。そうすると当然、脳外科の治療が必要な患者さんは本島へ搬送しなければいけません。これは脳外科医をどこから派遣すればいいわけなんですね。ですからそちらのほうが大事だと思いますね。

それから、島から離陸する分には、先ほどの帰りなんですけど、島から離陸して本島の空港に着く分には安全なんです。と、私は思って

おります。島のドクターが添乗すればこれはおそらく安全だと思うんですね。

それと、先ほど玉城先生が那覇病院時代に嫌だと言っている者もいると。大変苦勞されたという話をされていますけど、今も県立病院内では揺れています。これは責任者はだれかというのがまだ曖昧なんですね。だれの命令で行くのか。これは業務なのか。ドクターヘリの専門にされている先生方は、そういう使命感を持って仕事をされていますけど、基本的に我々というのは病院の中で診療しているわけですね。外で仕事をするということは、それを行きたくないという人がいても、これは非難できないんじゃないかと思うわけですね。ヘリポートもない島に迎えに行くのは嫌だと、それは当然だと思います。

それと夜中に迎えに行っても翌日どうなっているかということ、仕事をしているんですよ。手術したり診療したり、休みはありません。これが現状です。以上、何が問題かということ。

○司会(玉井) 混沌としているということだけは理解していただけたと思います。一筋縄ではないということですね。様々なことがあり、現場では非常に苦悩が渦巻いているということも実際はあるということでございます。

○和氣氏(県医師会)



補足してよろしいですか。南部医療センターの内科の和氣と申します。我々、県立病院で働いていてヘリ添乗にも協力はしているので、今、中

部病院の上田先生が言いたいことはほとんど言ってくれたんですけども、少し補足したいのは、きょうのお話のテーマはドクターヘリ、日中急患が発生したときにそこへドクターが乗って向かって行って患者さんを連れてこようという、そのドクターヘリの構想自体は私は賛成ですが、今、我々のほうが、上田先生も含めて問

題にしたいのは、そちらのほうではなくて離島のヘリ添乗事業、夜中でも自衛隊機に乗って医師が本当に行かなければいけないのか、むしろそちらのほうの問題なんじゃないかなと。

少し資料を持ってきましたけれども、南部医療センターで先日のヘリの墜落事故があった後に、南部医療センターの医師100人をちょっと超えるんですが、アンケート調査がされて、「あなたはそれでも今後、離島の急患搬送に協力してもらえますか」という調査がなされました。77人のドクターが答えたんですけども、「やっぱり必要だと思うから自分は急患の要請があれば、たとえ夜中であろうと飛んで行きたい」というのは77人のうちの12人です。39人が「昼間なら乗ってもいい、昼間は安全だろう」と。「患者の要請があれば昼だったら自分は自衛隊のヘリに乗って向かってもいい」と。いや、「乗りたくない」というのが18人。そんなのが県立病院のうちの南部医療センターの現状です。実際、自分にだって家族があるんだから家族のことを考えると、安全がある程度保証されているような状況でのヘリ添乗はできるけれども、宮古でも墜ちました。僕はあのときに宮古にいて飛行機が向かってくるのを待っていた立場でした。今回のヘリ墜落もやっぱり夜中です。夜中のヘリのドクターの添乗を、お話のように100%しなければ本当に行けないのかなと個人的にも思います。夜中の安定ヘリ添乗というのが今問題にすべきところかなというふうに考えている次第です。

○司会(玉井) 玉城先生、今の話をちょっとわかりやすくまとめてもらえませんか。何がヘリ添で、何がドクターヘリなのか、ちょっと混沌としていると思いますけど。

○玉城副会長 ドクターヘリというのは昼間の急患搬送と救急隊が呼ぶという、久木田先生が言われたようなのが基本だと思いますね。交通事故が高速道路で起こったらそこからすぐ運んで来るというものでしょうけど、今、沖縄でずっとやられているのはドクターが見て、この人は大きな病院で手術が必要とか、集中的なケアが

必要ということで搬送している。夜中もそうですよね。夜中はどうしても危険だということで、ドクターもみんな安全だったら乗れるということ、その安全をどこまで保証できるかというけど、この20年弱の間で2回、しかも夜中に墜落しているという現実には隠せないですよ。

沖縄の浦添総合病院がやっているドクターヘリも本当に現場の救急から要請されてというよりは、骨折していて例えば離島では治療できないから運んでほしいという、今の救急搬送ヘリは、それに近いところがありますね。そのへんを整理しながら、沖縄型はどうするか。先ほどどこにモデルがありますかという話をしたんですけど、どこにもモデルはないんですよ。沖縄の現状はどういう方向でだれが解決するのか。そして、一番大切なのは先ほども言われたように音頭取りはだれかということですね。その人が責任をもっているんなプログラムを進めると、現場は反論すると思うんですね。みんなきょうたくさん意見が出て、その現場の意見は何とかしてあげたいということがみんなの心は1つだと思えます。そのためには安全で確実な体制をどうして構築するかということに尽きるんじゃないかなと僕は思っているんです。これが十何年も議論されながら前に進まない理由の1つかもしれないと思います。

○司会（玉井） 久木田先生、最後にまとめていただけますか。

○久木田教授 いろんな意見が出るというのは非常にいいことだと思います。それだけマスコ

ミの方も相当混乱されたかもしれないんですけど、複雑なところがあるというのはもう沖縄のこれだけ広いところに離島が40あるという特徴ですね。その中で実は話してみると、こうだったんだというようなことがどんどん出てきているところですので、例えばこの間も自衛隊と県庁とうちでワーキンググループでやってみたら、離島からのファックスで自衛隊につく用紙が何回もファックスを飛ばし飛ばしで見えない。「先生、鹿児島のはこんなふうにして、タイプで打って見えますよ」と言うんですよ。今の時代、タイプで打ったら、どうしてもインターネットの時代じゃないかと思うんですけども、まだそこも進んでいないというふうなところが現状だということから、まずは手術、今こそ整理しながら進めていかないといけない。

小濱先生が言われているような、本当のドクターヘリ的なものも絶対沖縄にも必要だというのは間違いないと思います。今後またぜひ医師会といろんなところでネットワークができていって、いい沖縄の形ができることが大事じゃないかと思っています。

閉 会

○司会（玉井） はい、ありがとうございます。

話は尽きないし、実は何もすっかりまとまっているわけではないんですよ。これから苦労していくことも多々あると思います。ぜひマスコミの皆さんも興味を持って、このことについてウォッチしてってください。よろしくお願ひします。

原稿募集！

「若手コーナー」(1,500字程度)の原稿を随時、募集いたします。開業願末記、今後の進路を決める先生方へのアドバイス等についてご寄稿下さい。