

ドクターヘリ/ラピッドカーについて

阪神・淡路大震災の発災当日にヘリコプターで搬送された患者はわずか 1 名でした。この事実はわれわれに「日常から救急専用のヘリコプターを稼働させていなければ、災害時にもヘリコプターを有効に利用することなどできない」という教訓を与えました。これを契機に 2001 年よりドクターヘリ事業が開始されるに至ったのです。

ドクターヘリとは、「救急専用の医療機器等を装備したヘリコプターに救急医療の専門医および看護師等が同乗し、消防機関等の要請により救急現場に向かい、救急現場から医療機関に搬送する間、患者に救命医療を行うことのできる救急専用ヘリコプター」です。ドクターヘリは、従来のヘリコプターと医療の関係に見られる「患者を早く病院に搬送する」のではなく、「患者を早く診療する」ことを目的とする、つまり、**医師を救急現場に派遣するためのシステム (doctor delivery system)**です。

ドクターヘリは消防からの出動要請に対して、救急医とフライトナースを同乗させ、約 3~4 分で基地病院を離陸します。消防の協力を得て救急現場直近やその近くの校庭などに着陸し、現場あるいは救急車の中で患者に気道確保、呼吸管理、循環管理を中心とした診療を行い、その後、救命救急センター等に患者を搬送します。2016 年 3 月の時点で、ドクターヘリは 38 道府県 46 ヲ所に配備されており、2014 年度の年間要請件数は 22,643 件に上っています。われわれ北総 HEMS (Helicopter Emergency Medical Service) における同年度の現場出動は 1,085 件でした。これらの数字は、わが国においても欧米と同様、ヘリコプター救急が日常の救急医療の中に定着したことを示しています。

救急医療の世界では、ドクターヘリの導入をきっかけとして、患者の病院到着後に診療を開始する「守りの医療」から、病院前の時点で医師が治療を開始する「**攻めの医療**」への転換が始まりました。すなわち、従来のプレホスピタルケアと救急診療を統合した新しい救急医療体制、「病院前救急診療」という概念が市民権を得つつあるのです。

一方で、ドクターヘリによる現場出動体制の最大の「弱点」は運航時間と天候です。現在、北総 HEMS の運航時間は 8:30~日没 30 分前であり、夜間の運航は行われません。また、悪天候時は、運航不可能になってしまいます。救急医療体制からすれば、運航時間内にはドクターヘリという「救世主的存在」によって救急医療がイノベーションを遂げたとしても、運航不可能なときには従来の体制と同じレベルに後退せざるを得ないのです。この問題を解決しない限り、ドクターヘリはその有効性を真に住民に提供しているとは言えず、いつまでも「特別なもの」としてのポジションから抜け出すことができません。

北総 HEMS ではその解決策の一つとして、2010 年 6 月から医師が乗車するラピッドカーの運用を開始しました。患者を搬送するための装備を持たない緊急車両であることから呼称を区別していますが、従来のドクターカーと同類のもので、これらはヘリコプターの機動力を完全に代替するものではありませんが、恒常的な「攻めの医療」を実現するために医師の現場派遣を実施できるシステムとして、ドクターヘリ基地病院が備えておくべきシステムだと考えています。

我々の理解するところでは、「病院前に提供される医療」は二つに大別されます。一つは救急救命士を中心と

した救急隊員によって提供される「病院前救護」です。「病院前救護」は医師による診療ではないことから「救護」という用語が用いられていますし、これが「プレホスピタルケア」と称されていることは周知の通りです。もう一つは、医師が救急現場に出動することによって提供される医療で、これはおそらく「病院前救急診療」と称することができますが、ドクターヘリによって「医師が救急現場に出動し、速やかに診療を開始する」体制を日常化させることに成功したといえます。今や、「医師が現場に出動する」ことが一部の地域だけに留まらない、救急医療の一つの“ジャンル”として認知されたと考えてよいでしょう。

北総 HEMS では、このような病院前救急診療を恒常的に展開し、「攻めの医療」を軸とした**新しい救急医療体制のモデルを発信**していきたいと考えています。