



[HEM-Net対談]

チャレンジする日本の
再設計を描く中で、
「ドクターヘリ」を考える。

特集号

ドクターヘリ 支援事業開始



チャレンジする日本の再設計を描く中で、「ドクターヘリ」を考える。

松田 学さんは、各界の人たちが知恵を出し合い、日本の将来を考える「言論NPO」に設立時より関わってきた立場から、今こそ現在の医療システムを根本から考え直すべき時だと提唱している。これからの医療のあるべき姿とは？医療の概念、財源の問題、寄付のしくみ作りなど、松田さんの話の中には、今まさに「ドクターヘリ支援基金」「ドクターヘリ支援事業」の確立に向けて第一歩を生み出したヘムネットの今後のあり方を示唆するヒントが数多く散りばめられている。



社会全体の中で、根本から医療システムを考え直す時

國松 松田さんは「競争も平等も超えて」という本を書かれ、チャレンジする日本の再設計図を示しておられます。私はこの本を読んで、その考え方に大いに共鳴し、ヘムネットがこれから立ち上げようとする「ドクターヘリ支援基金」と「ドクターヘリ支援事業」の中に生かしていこうと考え、この対談を企画しました。よろしくお願ひします。

松田 私は81年に大蔵省に入り、長らく普通の役人として働いていました。90年代に入って今までの55年体制が崩壊し、震災の危機が叫ばれる中で政・官・民の新しい知恵のコラボレーションが必要だという意識を持つようになりました。

職歴についてはいろいろ経験しましたが、東京医科大学の教授をやった以外はごく普通の経歴だと思えます。組織を超えた日本のあり方を考える機会が多く、その中で様々な出会いがあり、それが言論NPOの立ち上げにも関わることにつながりました。

國松 松田さんは言論NPOに創設時より関わってきたほか、個人としてのお立場から様々な提言をしておられますが、言論NPOについて少しご説明ください。

松田 日本で本格的なネットワーク型の議論の場を作ろうと、当時は東洋経済の編集長をしていた工藤泰志さんのよびかけで始まった活動です。言論NPOは、まさに知のコラボレーション。各界の方々がそれぞれの立場を超えて知恵を出し合って、この国の将来像や国家戦略を考える場が必要だろうと。さもないと日本経済の再生も、国際社会の中で存在の回復もないだろうということで、当時の脱藩という言葉で紹介されたことがありました。日本を改革するための坂本龍馬のような存在、といわれたこともあります。

國松 テーマを医療、我々の救急医療、さらにドクターヘリにフォーカスしながらお話を伺いたいと思いますが、そもそも医療問題に関心を持たれたのはなぜでしょうか。

松田 言論NPOで各分野の政策論の形成に携わりましたが、今、日本が直面しているブレイクスルーしなければならぬ最も重要な分野はどこかと

「民」が支える「公」

ドクターヘリ支援基金の開設

認定NPO法人救急ヘリ病院ネットワーク理事長 國松 孝次

2007年6月、いわゆる「ドクターヘリ特別措置法」が成立して以来、全国各地で、ドクターヘリの導入の気運が高まり、ようやく、17の道府県に21機のドクターヘリが配備されるに至りました。ドクターヘリは、医師・看護師・パイロットなど救急現場の関係者の献身的な努力により、地域住民の期待に添えて、高い成果をあげております。HEM-Netは、こうした情勢の好転を受けて、更なる活動の充実・強化を図るため、「ドクターヘリ支援基金」を創設し、その基金をもって、本年4月から、「ドクターヘリ支援事業」を開始することになりました。

ドクターヘリ特別措置法は、その第9条において、「政府および都道府県以外の者」からの基金によって、ドクターヘリを用いた救急医療の提供に要する費用を助成する「助成金交付事業」の制度を規定しております。

その趣旨とするところは、ドクターヘリが、救急患者の救命率の向上と予後の改善に大きな効果を発揮し、安心で安全な社会の実現に大きく寄与するものであることに鑑み、その運用に要する費用を、「政府および都道府県以外の者」、すなわち、個人・企業・民間団体等にも一部ご負担願うことにより、「民」が「官」と共に、「国民みんなの公益財」であるドクターヘリの円滑で効率的な運用を支える仕組みを作ることにあると思われまます。

私どもは、この「民」が「公」を支えるという新たな発想に基づく社会

モデルの構築に全面的に賛同するものであり、その実践者になろうと決意しました。(なお、本号の対談参照)

幸い、私どもは、国税庁から、寄付者側に税法上の優遇措置を与えることのできる「認定NPO法人」の認定を受けておりますので、その利点を生かし、個人・企業・民間団体等からの基金を募って「ドクターヘリ支援基金」を設立いたします。

そして、厚生労働大臣から、わが国初の「助成金交付事業を行う法人」としての登録を受け(昨年6月8日付)、「ドクターヘリ支援基金」に基づいて助成金の交付を行う「ドクターヘリ支援事業」を立ち上げることといたしました。

本事業の概要は、以下、本号でご紹介するとおりですが、ドクターヘリに搭乗して活動する医師・看護師等の研修の助成事業を中心に、ドクターヘリの有効性等を検証するための調査・研究の助成事業、ドクターヘリ運航の高度化等を図る業務の助成事業などを、当面、構想しております。

皆様には、「ドクターヘリ支援基金」の開設とそれに基づく「ドクターヘリ支援事業」の開始が、各地におけるドクターヘリの導入を促進する上で、大きな効果を発揮するものであることをご理解いただくとともに、「国民みんなの公益財」であるドクターヘリを「民が支える」事業の今日的意義についても思いをいたされ、本事業の遂行に格別のご支援を賜りますよう、心から、お願い申し上げます。



松田 学氏
東京大学経済学部卒業後、大蔵省入省。大蔵省大臣官房、経済企画庁、大阪国税局査察部長、大蔵省大臣官房企画官、内閣官房内閣審議官、国土交通省・財務省の本省課長等を経て、2006年に東京医科歯科大学教務部教授、2008年7月に(独)郵便貯金・簡易生命保険管理機構理事に就任。2009年7月より預金保険機構金融再生部長に就任中。現在、言論NPO理事として幅広く活躍中。著書に「競争も平等も超えて チャレンジする日本の再設計図」(財経詳報社)、「永久国債の研究」(共著:光文社)、「貿易摩擦 見えない戦争」(共著:TBSブリタニカ)など。

医療は「コスト」ではなく、「バリュー」として捉えるべき

考えた時、やはり医療だなという気がしていました。私は06年から2年間、東京医科歯科大学に教授としてだけでなく大学運営にも関わる形で出向しましたが、その時に医療界の方々とお目にかかる機会が多くなり、本格的に医療に関する議論を始めました。そしてこの世界が抱えている問題について勉強すればするほど、医療は経済、財政の観点から財源問題にきちっと取り組まなければならぬ、それも社会全体の中で医療システムを考えなければ社会にとってもプラスにならないし、医療そのものも持続可能なシステムへと組み替えられないという結論に至りました。

松田 著書で「新たなものを設計する発想」が必要と書いておられますが、そのお立場から見た場合、今の日本の医療政策についてはどうお考えですか。

松田 言論NPOで将来像を考える議論をしてきたことをふまえて、私なりに3つの設計思想をこの本で提唱させていただきます。

設計思想1が「複数モデルプラットフォーム型」です。

日本には阿吽の呼吸で通じ合う日本人のコミュニケーションがあつて、みんな富を生み出し、みんなで分かち合うと

ものではないことは明らかで、そこにしっかりと目を向けなければいけないというふうにお考えいただけます。

民主党政権も国民総医療費の対GDP比を引き上げるということをマニフェストで謳っていますが、今の医療費はほとんど国民負担です。今のシステムのまま医療費を増やすということは、イコール国民負担を増やすことになるわけですが、負担を増大させて医療費をまかなうという発想だけではもう立ち行かないでしょう。

そこで必要になるのは、負担、つまりコストではなく、バリュー、価値という視点で医療を考えるという発想の転換です。そのためには、国民医療費という考え方を自ら変えなければならぬのではないかと。これはある方が言っていることですが、「国民医療消費」というように、消すという字を入れるだけで概念がらりと変わる。つまり健康という価値を享受したいために、人々が選択的に喜んでお金を払う部分が多分医療の中にあるだろう。また、自分の将来や社会のために健康や安心という価値を実現したいと思つてボランティアにお金を出す側面もあるだろう。そこを見いだして伸ばすことができるかと考えたわけです。

医療分野で経済的な価値の世界が広がり、人々の効用や満足も高まり、産

いう世界が日本の強さを生んできましたが、それ一つではうまくいかなくなつたという所に問題があつて、自己責任、市場競争原理の世界が必要だということになり、改革が進んだわけです。しかしその過程で日本の従来の良さがどんどん崩されて、結局日本の潜在パワーが発揮できなくなっている。この両方の原理をきちっと調和させるようなモデルがこれからの社会設計に必要なというのが「複数モデルプラットフォーム型」システムです。

第二の設計思想は、人々の生き甲斐や価値規範の場を、従来の縦割りの産業企業社会から地域に回帰させるということ。やはり超高齢社会になればなるほど、皆さんリタイアした後の新たな人生においては、地域との関わりが大きくなるわけですから、今まで会社のためにとやってきたように自分の属する地域のために力を尽くし、それを生き甲斐の軸にしていく。戦前の日本にはこうした思いが人々の中に息づいていましたが、この考えをもう一度取り戻し、地域に回帰してもいいのではないかと実感しています。

三番目は、「民が支える公」という設計思想です。今までいわゆる「戦後システム」の下で、パブリック、公は官が支えるものだと思込んできましたが、日本の社会もかつては地



業も発展し、ひいては医療システムが拡充し、そこからまた健康に関わる新たな価値が生み出されていく。つまり、そうした人々の選択の結果が国民全体にとつての大きなプラスにつながる、そういう循環が生まれると考えていいのではないのでしょうか。

日本のどこにそんなにお金があるのかとおっしゃる方がいるかもしれませんが、私は最近、資産ストックフロー化戦略という考え方を打ち出しています。日本は国にはお金はないし、民間もフローでは回っていませんが、民間には莫大な資産ストックがある。日本の個人金融資産は1400、1500兆円とされていますが、海外との債権・債務関係をみると、日本の対外純資産は世界でも群を抜いて最大の250兆円にもなります。有り余

域共同体が機能して何も公共的なものは役所がやらなくてもいいと、自分たちでやるんだという気概が昔からあつたわけです。ですからパブリックな価値というものは何も官だけが提供するものではなくて、民が自らの価値選択でパブリックを実現する部分は当然あつてしかるべきだろうと。この社会を官・民・公の三つの原理、いわゆる官vs民という対立軸ではなく官も民も共に公、パブリックを支えるシステムとして組み立てなおす必要があるのではないかと思います。

この三つの設計思想が私の提案した設計思想です。この三つの設計思想で、日本はこれからどういう方向を向いていくのかということをお考えの際に、日本が直面している状況から日本のこれから行くべき道をお考えすると、日本は今後超高齢化社会だということに思い至りました。この社会の運営方法は、人類はまだ答えを持っていないんですね。

歴史をふり返ってみても、日本はこれまで石油ショックが世界最高のエネルギー効率を生み出すなど、危機を克服することで世界ナンバーワンを築いてきました。危機をチャンスに転化する「課題解決能力」こそ日本の強さの一つだと思えます。世界が高齢化していく21世紀は、いち早く超高齢化社

る資産ストックを、国内で有効な形でフローとして引き出して行くことが課題だと思えます。

そこで重要なのがバリューという概念です。凍結した金融資産から喜んでお金を出すようなバリューを組み立て、一つは消費のイノベーションによって喜んで消費に回す。もう一つは、公の価値のためにお金を拠出する。それは寄付でもいいし、あるいは出資のような形であってもいい。そのためには人々がお金を出したいと思えるようなバリューをきちっと組み立てる必要があると、この二つのルートを通じて日本の有り余る資産ストックをフロー化させることが日本の最大の経済戦略だと私は思っています。コストからバリューへというのは、つまりこういう考え方です。

松田流「三層構造」の医療財源システムとは

松田 医療システム改革の設計試案ということがある本にも出てきますが、公を支える民ということでは基金を設立することが必要と提言されています。今までの話で基本的な考え方はわかりましたが、特に基金を創設することに焦点を絞って説明してください。

松田 私は三層構造の医療財源システムを考えるべきだと提唱しています。一階、二階、三階にたとえると、一階部分は従来の国民皆保険の公的な健康保険制度、いわゆる官システムですね。今まで日本はほとんどこれ一本でやってきたわけですが、私は日本の社会保険システムは世界最高のシステムだと思っています。むしろこれを維持するために別の財布が必要になってくるというのが私の考え方で、この日本のシステムを否定する気はさらさらありません。ただし、このシステム一本でいくとおそらく財源不足の結果、国民負担の大幅増なくしては医療の水準がどんどん下がりが、超高齢化が進み、医療ニーズがどんどん拡大していく中で、それに十分応えられるようすべての人と同じ医療を提供しようとしても、システムが機能しなくなると、実質的な



非常にわかりやすいので、医療のバリエーションの組み立てとして先行的な事例になるという気がしました。

それからもう一つ、寄付を促進するには、寄付する人に何らかの恩典が与えられるという設計が大事だと思えます。これは、アメリカのある有名病院の事例ですが、大金持ちの人に財産を病院に寄託してもらって、その代わりに病院としてはその人が亡くなるまで徹底的なケアをする。当然潤沢に入ってきたお金ですから、低所得者に対する医療など社会的相互扶助に回す財源の部分が生まれる。そして、その方が亡くなった時点で、病院に残りの財産を寄付するという契約を結びやり方があると聞きました。これは公に対する志と寄付者個人にもたらす効用をうまく組み合わせたり方だと思えます。一定の恩典を与え、その人に安心を与えることによってその人の公に対する寄付を促す方法です。

またスイスのREGAのバトロン制度は、三千円というわずかなお金を寄付しておけば、いざという時は無償でやってくれるという恩典を与えるすばらしい制度です。このように何らかの恩典と組み合わせれば、寄付によってあなたはこれだけの安心が買えるという方法をドクターヘリでも実現できるのではないかと思います。

平等が崩れてしまうと思います。

そこで、二階建て部分に民のシステムを組み込むべきだと考えています。いわゆるビジネスクラス理論という考え方です。かつて飛行機にエコノミークラスとファーストクラスしかなかった世界に、社用族が増えてきてビジネスクラスが誕生した。差別価格を設定し、少しの快適さを供給することによってビジネスマンたちからお金が入ってくるようになりました。そのお金を使って飛行機をいい機種に買い替えたり、あるいはエコノミークラスの料金を引き下げたり。実際に良い飛行機に買い替えたことで、飛行機事故がグンと減ったということです。高いお金を払える人が高いお金を払うことで、その人たちだけがいい思いをするのではなく、同じ飛行機に乗っているエコノミークラスの乗客にも大きなメリットが生じる。この考え方が成り立つのは航空産業のような固定費の固まりのような産業においてですが、医療の世界もかなりの程度、高固定費産業という面があるだろうということです。

日本人の寄付DNA

國松 確かに寄付を集める場合、何らかの恩典を示すというのは非常に大切なことだと思います。我々には、そうした配意に欠けるところがあるので、大いに反省しなければならぬと実感しています。ただ、こういう恩典がありますよということを国民の皆さんにお示しするためには、実際にその地域にドクターヘリが飛んでいて、皆さんにドクターヘリの効果を肌で感じてもらおうが一番です。残念ながら、今の日本はだいぶ普及が進んできたと言っても、ドクターヘリはまだ全国に21機しか配備されていないのが現状です。ドクターヘリの恩典を示すためにも、とにかくさらに普及を進めなければならぬと考えています。

松田 ある統計では、アメリカ人の個人の寄付は日本人の100倍という数字になっていました。それをみても、日本人は寄付をしない国民だと言われていますが、本当にそうなのかなという気がしています。

明治から大正にかけての時代、日本では地域を中心とした経済システムが機能していました。地域を支えていたのは各地域の名望家たちなんです。地域は俺たちに任せろという気概

いった工夫をすることは必要だと思えます。まさにエグゼクティブクラス医療サービス消費ということですね。ただし、ここで重要なのは、それによって医療システムに入ったお金が「エコノミークラス」の医療を充実させ、社会的な相互扶助に回るしくみを目に見える形で組み立てるということです。それも基金を作る意味の一つです。

それから三階建ての部分の話ですが、ここはパブリックのために自分のお金を有効に使ってほしいという世界。具体的には寄付があります。ただ寄付を促進するためには、寄付する人にこういう相手に対してこういうことに使うということ、つまり、寄付で実現する価値をしっかりと見せてあげるしくみが必要でしょう。そのために寄付の受皿となる基金を組み立てる。そういうしくみがあれば、寄付する人はもっと増えるのではと考えています。

「ドクターヘリ支援事業」は医療財源システム改革の突破口になる

國松 ヘムネットは、これから、個人・企業・民間団体等から基金を募って「ドクターヘリ支援基金」を創設し、それを基にして「ドクターヘリ支援事業」を開始しようとしています。これ

があつて、戦前の日本は今のアメリカより資産の格差が大きかったんですが、チャリティー精神は旺盛で、それが地域社会を支えている側面がありました。戦後はほとんど金持ちがいなくなって資産の平等化が進みまた「戦後システム」の中で「公」は専ら官のシステムが担うこととなりましたが、それと同時に寄付の精神もどこかに行ってしまった。日本の地域共同体が崩壊してしまつたことも大きく影響しているでしょう。しかし先の設計思想2に即してこれから地域コミュニティを復活させ、あるいは特定の価値をミッションとする21世紀型のコミュニティへの流れを強化していけば、昔のような寄付の精神も復活すると確信しています。日本人の国民性そのものにそういうDNAがないわけではありませぬ。意外と日本人も寄付動機を持っている人が多く、きっかけさえ与えられればそれが表に出てくるのではないかと私は思っています。

アメリカの社会であっても、実は何もしないで放っておくだけでみんなが寄付するわけではないんですね。多額の寄付を集めることで知られるハーバード大学も寄付を集める一つのタクティクス、メソッドがあるようで、それを熱心に研究して、寄付者の心をくすぐるようないろいろな工夫をしてい

は、ドクターヘリ特別措置法の立法趣旨に則って行うものですが、基本的には松田さんがお考えになつて基金設立の主旨と合致すると私は考えています。松田さんがおっしゃることを一つの分野で実践するのが「ドクターヘリ支援基金」なんです。ただ、不景気な時代で資金集めには非常に苦労しています。我々の事業を松田さんはどう評価されるか伺つた上で、このドクターヘリ支援基金を本当にインセンティブのある基金に持っていくためにはどういう工夫が必要かを伺いたいと思います。

松田 ドクターヘリの事業を伺つた時、非常に心強く思いました。まさに私が考えていることを実践するしくみを、今まさにやろうとされて、もしかすると、「ドクターヘリ支援事業」が医療財源システム改革の突破口になるのではないかと大いに期待をしているところです。

私が今まで申してきたこの流れから言いますと、まず寄付をおこすというのは所得や資産を無償譲渡するわけですから、それにふさわしいバリエーションがはつきり見えることがすごく重要なことだと感じています。その点、ドクターヘリというのはすごくわかりやすい存在ですね。救命の効果も絶大ですし、地域に配備するんだということが

ると聞いています。また、たとえば、アメリカで世界的に著名なオーケストラの演奏がすばらしかったからとたつた100ドル寄付したら、次のコンサートの際に自分の名前がプログラムに寄付者として載っていたとか、そんな少しの工夫で寄付者の心をくすぐる。日本の社会では、そういう工夫が十分でないのかもしれないという指摘をする方もいらつしやいます。

それから健康、医療に対して寄付動機を持つ方が潜在的には相当いらつ





私共は認定NPO法人なので、私共
に寄付していただければ税法上優遇され
る。それを我々がこういうふうに使
いますよという使い道を明確にして、寄
付者の気持ちをよくするようにならな
ければならないと反省しています。

“ドクターヘリが病院の 機能分化を促進する”

最後に、これからのドクターヘリの
制度設計についてどういう点に留意し
ていけばよいか、ご意見をお聞かせく
ださい。



松田 ドクターヘリは、今の医療改革
と軌を一にしている側面があると思
います。医療を住民に提供しようとする
場合、機能分化と統合という考え方が
あって、高度で緊急度の高いような医
療については地域の一つの中核病院に
集約して、あとの病院はそれぞれ機能
を分化して役割分担をし、ネットワー
クを組んで地域単位で住民への医療提
供を行う。これは先の設計思想「複
数モデルプラットフォーム型」システ
ムをそのまま実践するものですが、現
実に日本の医療の今後のあり方として
展望されているものです。

国松 そのご指摘は、大いに参考にな
ります。我々は、そういう努力をほと
んどしていないのが実情です。お話を
伺って、私共も寄付をしてくれるイン
センティブを与えるような努力をしな
いといけないとつくづく感じました。



ということを説明していかないと、お
金も入ってこない時代になると思いま
す。お金が足りないのは診療報酬が足
りないからだといって、そこで思考停
止していたら何も生れないのであつ
て、お金というのは価値観が多様化し
た社会全体の中で人々が価値を評価す
る結果として資源配分が決まってく
る。そこでは社会や人々に対して価値
を積極的に組み立てて、提示できたこ
ろにお金が回ってくる。そのような
流れに即して考えなければなりません。
そうしたレベルに立った議論をし
ないと、医療の財源問題はなかなか解
決しないと思います。

松田 ドクターヘリの財源も出てくるという
依存関係がある。そこを少しアピール
されて、そういうつながりがあるよう
なしくみが何か描ければいいのではな
いかと感じています。

松田 ドクターヘリは、今の医療改革
と軌を一にしている側面があると思
います。医療を住民に提供しようとする
場合、機能分化と統合という考え方が
あって、高度で緊急度の高いような医
療については地域の一つの中核病院に
集約して、あとの病院はそれぞれ機能
を分化して役割分担をし、ネットワー
クを組んで地域単位で住民への医療提
供を行う。これは先の設計思想「複
数モデルプラットフォーム型」システ
ムをそのまま実践するものですが、現
実に日本の医療の今後のあり方として
展望されているものです。

クグララーさんを 偲ぶ



クグララーさんの病が篤い——そのことを、
私は何人もの人から聞いた。昨年10月下旬、
カリフォルニア州サンノゼで開かれた国際
航空医療学会（AMTC09）の場である。
最初は、P・ミューラー法学博士との立ち
話であった。2008年チェコのプラハで
開催されたAIRMEDの会長をつとめた
人で「心配だ……」という。家の中では歩
いているのかどうかたずねると「いや、ベッ
ドの中」という返事。私は事態が深刻である
ことを知って、言葉をなくした。

次いで、ドイツのエルウィン・シュトルペ
先生は「今年いっばいは難しい」という医師
らしい判断だった。さらにAMTCを主催
するアメリカ航空医療学会（AAMS）の会
長サンディ・キンケイドさんは、最近アメリ
カからドイツまでわざわざお見舞いに行く
という女性のやさしさを見た。これには
同じAAMS理事のケヴィン・ハットン先生
も同行した由だが、クグララーさんは病牀で
日本のことを語っていたと聞いた。

こうして航空医療にかかわる世界の要人
たちが心を寄せる中、クグララーさんはミュ
ンヘンの自宅で静かに身を横たえていたのだ
ろう。むろん1年前のAMTCには元気な
姿を見せていたのだが。

クグララーさんは1960年代の終わり
頃、ドイツ自動車連盟（ADAC）にあつ
て、アウトバーンの交通事故死が多いことか
ら、これを減らさなければならぬと考え
た。むろん人道的な考えに発するものだが、
ADACの会員に対するサービスでもあり、
ADACが運営する旅行傷害保険の出費を

減らすためでもあった。そして当時、ド
イツで完成したばかりのBO105双発ヘリ
コプターを使って、ミュンヘン郊外を走るア
ウトバーンの事故現場まで医師を乗せて飛
び、その場で治療にあたる実験を開始した。
やがてヘリコプターの救命効果が認めら
れ、1970年11月から市内のハラヒン病
院に「クリストフ」旅の守り神の愛称を持
つ救急専用機を常駐させ、本格的な事業が
始まった。これには病院ばかりでなく、消
防署も協力してパラメディックを派遣し、
事故の通報から2〜3分で医師とパラメ
ディックを乗せて離陸するという体制が組
まれ、クグララーさんはその責任者となつた。
この救急体制はみごとな成果を挙げ、
またたくうちにクリストフ2号機、3号
機……と普及していった。これにより
1970年2万人を超えた西ドイツの交通
事故死は、15年後の1985年に半減する。
そのことは交通戦争に悩む日本でも注目さ
れ、交通や医療の関係者が、政治家、お役人、
企業人を含めてドイツの実情を見にくく
うになつた。

NHKもドイツの救急ヘリコプターに
ついて特別番組を放送することになり、
「死者半減」という表題で放送されたのは
1989年12月だが、日本中に大きな反響
を呼んだ。それから1年近くたってク
グララーさんが来日した。秋の日本救急医学会
で特別講演をするためだったが、その機会
に私の勤務先でもヘリコプター救急に関す
るセミナーを開き、外部の100人余りの
人びとに集まって貰った。1990年11月
のことで、同時にこのときシュトルペ先生と



小濱啓次教授（当時）にも登壇していた
いた。日本のヘリコプター救急がまだ夜明
け前の時代である。

クグララーさんがこの世に遺したもの——
とても数えきれないはずはないが、最大の公
的遺産は「ミュンヘン・モデル」と呼ばれて
欧州全域に広がったヘリコプター救急シス
テムであることは間違いない。日本のドク
ターヘリがほぼ同じ方式を取っているのも、
しばしば来日して惜しみない助言を發し続
けたクグララーさんの好意のたまものである
う。そして私的には、クリストフちゃんと呼
ぶ可愛いお孫さんではないだろうか。
ゲアハルト・クグララー氏、1935年生ま
れ、享年74。

（西川 渉）

「ドクターヘリ支援事業」の概要

- 一、ドクターヘリ支援事業の理念
本事業は、救急患者の救命率の向上と予後の改善を期し、救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）を用いた救急医療の質の向上を図るため、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」（平成十九年六月二十七日法律第一〇三号）第九条の規定に基づく厚生労働大臣の登録を受けた認定NPO法人救急ヘリ病院ネットワーク（HEM-Net）が、個人・企業・民間団体等から、社会連帯と互助の精神に基づく基金を募り、政府および都道府県を補完して、同法同条に定める助成金交付事業として行うものである。

二、呼称と基金

本事業は、「ドクターヘリ支援事業」（以下、単に事業という。）と呼称し、事業を遂行する基金を募金するため、「ドクターヘリ支援基金」を設ける。

三、事業の内容

（一）医師・看護師等研修助成事業（第一号事業）

病院の開設者に対し、ドクターヘリに搭乗する医師および看護師等の研修ならびにドクターヘリの運航の責任に当たる医師の研修に要する費用を助成すること。

○ 研修担当病院

研修担当病院は、日本航空医療学会から指定施設としての認定を受けたドクターヘリ運航病院であって、三年以上の運航実績を有し、かつ、研修受け入れ意思のある者のうちから選定する。

（注）当面の研修担当病院は、北海道・手稲深仁会病院、千葉・日本医大千葉北総病院、神奈川・東海大医学部付属病院、静岡・聖隷三方原病院、愛知・愛知医大病院、和歌山・和歌山県立医大付属病院、岡山・川崎医大付属病院、福岡・久留米大病院、長崎・国立病院機構長崎医療センターの九病院である。

○ 研修の実施

△ 研修は、これからドクターヘリを導入しようとする病院においてドクターヘリに搭乗して活動することが予定されている者およびドクターヘリ運航の責任者となることが予定されている者を研修担当病院に派遣して行う。

△ 研修は、研修員の所属する病院（研修員派遣病院）と研修担当病院の間で締結される研修契約に基づいて行う。

△ 研修担当病院は、研修指導チームを構成し、研修員に対し、ドクターヘリに搭乗して行なう実務修習を中心に、実践的研修を実施する。

（二）調査・研究助成事業（第二号事業）

病院の開設者に対し、ドクターヘリの有効性を検証し、または、ドクターヘリの効果的な運用を図るために行う調査・研究等に要する費用を助成すること。

○ 調査・研究助成金の申請

調査・研究助成金は、病院の開設者が、原則として、毎年末までに、HEM-Netに提出する助成金申請に基づき、翌年四月以降、交付する。

○ 助成金の申請および額

調査・研究助成金は、申請に基づき、「助成金審査委員会」の審査を経て、助成額を決定し、交付する。

● 想定助成事例

△ドクターヘリの救命率向上効果に関する調査・研究

△夜間運航の安全性の確保に関する調査・研究

△高速道路上への着陸の安全性に関する調査・研究

△離島・山間へき地におけるドクターヘリの安全性に関する調査・研究

（三）運航円滑化・高度化業務助成事業（第三号事業）

上記一号および二号に定める事業の他、病院の開設者に対し、ドクターヘリの運航の円滑化と高度化に資する業務に要する費用を助成すること。

○ 運航円滑化・高度化業務助成金の申請および額

上記二号に定める「調査・研究助成金」の場合と同じ。

● 想定助成事例

△ドクターヘリ運航病院間の連絡協議会の開催

△ドクターヘリ運航チームのチーム力強化方策の検討会の開催

△地域住民の理解を高める広報対策に関する事例検討会の開催

四、「ドクターヘリ支援事業審査委員会」の設置

（一）事業の適正な運用を期するため、HEM-Netに、部外有識者からなる「ドクターヘリ支援事業審査委員会」を設置する。

（二）「ドクターヘリ支援事業審査委員会」は、HEM-Netの行なう助成金の交付を審査する他、事業の運用に関し、必要な助言を行う。

（三）「ドクターヘリ支援事業審査委員会」の委員は、HEM-Net総会の承認を得て、HEM-Net理事長が委嘱する。

五、特別会計

「ドクターヘリ支援基金」の管理・運営は、HEM-Netの従来会計とは別に、特別会計を設けて行い、その適正を期する。

○ 研修コースと研修期間

△ 研修コースは、ドクターヘリ搭乗医師研修コース、ドクターヘリ搭乗看護師研修コースおよびドクターヘリ運航責任者研修コースの三コースとし、それぞれに、長期コースと短期コースを設ける。

△ 研修期間は、医師長期コースについては三ヶ月間、同短期コースについては一ヶ月間、看護師長期コースについては一ヶ月間、同短期コースについては十五日間、運航責任者長期コースについては一ヶ月間、同短期コースについては十五日間とする。

△ HEM-Netは、医療現場の実情に応じ必要があると認めるときは、研修調整委員会の議を経て、各研修コースにつき上記以外の研修期間を設定することができる。

○ 研修員に必要な資格

研修員に必要な資格は、日本航空医療学会が、上記の研修コースごとに定める基準に基づいて決定する。

（注）研修資格は、次のように定められる。なお、いずれの場合も、日本航空医療学会のドクターヘリ講習会を受講していることが望ましい。

（一）ヘリ搭乗医師：五年以上の臨床経験と救急専任医として一年以上の診療経験を有する者であって、JATECコースおよびJPTTECコースを受講した者

（二）ヘリ搭乗看護師：五年以上の看護師経験と三年以上の救急看護師経験を有する者

（三）運航責任者：日本救急医学会救急専門医の資格を有する者

○ 研修カリキュラム

研修は、日本航空医療学会に委嘱して作成する標準カリキュラムに基づいて実施する。

○ 研修調整委員会の設置

△ HEM-Netと日本航空医療学会は、研修の円滑な実施を確保するため、研修の実施に関する調整を行なう調整委員会を設置する。

△ 研修調整委員会は、研修員の受け入れに関する研修員派遣病院と研修担当病院とのマッチングを行なう他、研修コースの長期・短期の選択、研修員の受け入れ時期、受け入れ研修員数等に関し、調整を行う。

○ 研修費用助成の額

助成基準額は、ドクターヘリ搭乗医師長期研修については二七〇万円・同短期研修については九十万円、ドクターヘリ搭乗看護師長期研修については七十万円・同短期研修については三十五万円、ドクターヘリ運航責任者長期研修については百万円・同短期研修については五十万円とする。

（注）研修員に対しては旅費（日当・食料費・宿泊料）、交通費を、研修担当病院に対しては受入事務費、研修指導料、教材費を、それぞれ支給する。研修員に対する保険については、一般の「航空保険」に加えて、HEM-Netが別個に保険会社と締結する「研修保険」を、全研修員に付保する。

「ドクターヘリ支援基金」設置要綱

1. 趣旨

「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」第九条の規定に基づき、病院の開設者に対して、救急医療用ヘリコプター（以下、ドクターヘリという。）を用いた救急医療の提供に要する費用を助成する事業（「ドクターヘリ支援事業」）を行うために、この事業に充てる基金を設けるものとする。

2. 基金の名称

基金の名称を「ドクターヘリ支援基金」とする。

3. 設置主体

認定NPO法人救急ヘリ病院ネットワーク（HEM-Net）が、ドクターヘリ支援事業を行うため、「政府及び都道府県以外の者」から基金を募金して設置する。

4. 基金の用途

病院の開設者に対し、以下の事業に要する費用を助成する。

（一）医師・看護師等研修助成事業
ドクターヘリに搭乗する医師及び看護師等の研修並びにドクターヘリの運航の責任に当たる医師の研修に要する費用を助成する。

（二）調査・研究事業
ドクターヘリの有効性の検証、効果的な運用方策等についての調査・研究等に要する費用を助成する。

（三）運航円滑化・高度化業務助成事業
右記（一）（二）の他、ドクターヘリの運航の円滑化と高度化に資する業務に要する費用を助成する。

5. ドクターヘリ支援事業審査委員会

ドクターヘリ支援基金の適正な運用を期するため、部外有識者から成る「ドクターヘリ支援事業審査委員会」を設置する。

6. 特別会計

ドクターヘリ支援基金の管理・運営は、HEM-Netの従来会計とは別に、特別会計を設けて行い、その適正を期する。

7. 寄付金の額

寄付金の額は以下のとおりとする。
法人一口 50万円以上 個人一口 30000円以上

8. 寄付の手続き

（一）「ドクターヘリ支援基金」の専用口座を設けて、振込を依頼する。
（二）寄付者に対しては、税法上の優遇措置が受けられることを、明示した正規の領収書を発行するものとする。

埼玉県ドクターヘリ 高速道路事故に備えて出動訓練

2009年10月8日、日本列島に激しい強風を伴った台風18号が接近しつつあった。関東地方は朝から雲が低く垂れこめ、小雨が降りつづいていた。

そんなとき、午前10時45分頃、埼玉県を走る首都圏中央自動車道(圏央道)内回り線の坂戸インターチェンジ付近で、2台の車が衝突する事故が起こった。マイクロバスが前方の乗用車に衝突したのである。マイクロバスに乗っていたのは6人、乗用車は運転者1人だったが、全員が重軽傷を負った。

その中の比較的元気だった軽症者がケータイ電話で119番に通報し、直ちに救急車が出動した。同時に、乗用車の運転者が車内に挟まれて、外に出られなくなっていることが分かり、救助工作車が出動した。さらに事故車から火の出る恐れがあることを考慮してポンプ車も駆けつけた。

現場では、救急隊員によるトリアージの結果、マイクロバスに乗っていた6名のうち2名が中等症、4名が軽症と判断され、3台の救急車に分けて医療機関に搬送されることになった。

しかし乗用車に足を挟まれた運転者は出血と痛みのために意識が薄れ、幸い火は出なかったものの、車の外に出られなかった。救急救命士が応急処置をしながら容態を観察し、その場で医師の治療が必要と判断されたことから、10時55分ドクターヘリが要請された。事故発生からおよそ10分後である。

ヘリコプターが飛来するまでの間、救助隊員が大型油圧救助器具スプレッターを使って、傷病者を車から引き出した。ショートボードに乗せられた患者は、ぐったりしたまま、いったん救急車の中に運びこまれ応急処置が続けられた。



上空には先ほどから埼玉県警の小型ヘリコプターが旋回していたが、そこへドクターヘリが飛来、11時過ぎ高速道路の本線上に着陸した。2台の事故車が止まっているところから前方200m付近の、防音壁が切れ、照明用の電柱も立っていない地点で、このときすでに反対車線の交通も、警察によって規制されていた。

ドクターヘリから降りた医師と看護師が、治療器具や医薬品の入ったバッグをかついで、患者のいる救急車に向かって走った。そして車内に入ると直ちに治療が始まった。事故発生からおよそ20分後のことである。

医師の治療によって患者の容態が落ち着くと、救急車はそのままヘリコプターのそばへ向かい、患者をヘリコプターに乗せ換えた。時刻は11時15分頃。

ただちにエンジンが始動し、ローターの回転が上がると、ドクターヘリは11時19分に離陸した。埼玉医科大学の総合医療センターに着陸したのは11時23分であった。



以上は、実はこの日おこなわれた高速道路上での離着陸訓練のもようである。普通に使用中の本線を通行止めにして訓練をするのは前例がなく、全国で初めてのことであった。

規制が始まったのは10時過ぎ。通行車両には内回り線、外回り線ともいったん外に出て、インターチェンジの流入・流出路を使って迂回してもらうことにした。規制が解除されたのは11時半頃だったが、この1時間余の間に影響を受けた車は内回りと外回りを合わせて500台くらい。渋滞は400~500mほどになったが、利用者からの苦情は全くなかったという。

訓練の主催は埼玉県ドクターヘリ運航調整委員会。構成は埼玉医科大学の病院長を委員長として、県内の災害拠点病院、医師会、消防本部、警察本部、高速道路会社、ドクターヘリを運航する朝日航洋(株)、そして県の医療整備課や消防防災課など危機管理関連の各課である。

この訓練は3ヵ月ほど前に計画されが、最大の問題は普通に使っている高速道路を、実際の事故ではない訓練のために規制することの是非であった。しかし、埼玉医科大学救命センター長の堤晴彦教授によれば、県警本部長の決断によって準備が始まり、実現に漕ぎつけたものという。

訓練当日、その見学に参加した人は厚生労働省、埼玉県、警察、消防、病院などの職員およそ110人余り。ほかにテレビ、新聞、雑誌などの報道関係者が30人ほどであった。ということは、関係者の訓練もさることながら、高速道路におけるドクターヘリの救命効果について、デモンストレーション効果も大きかったものと思われる。



高速道路上の事故は車のスピードが出ているだけに、けがの程度も重傷になりやすい。したがってヘリコプターの救急効果も高い。そもそも欧米でヘリコプター救急が始まったのも、アメリカのハイウェイやドイツのアウトバーンの交通事故死を減らすことが基本的な目的であった。ドイツの場合は、ヘリコプター救急の開始から15年で交通事故死が半減し、30年で3分の1に下がるという顕著な救命効果を挙げている。

しかし日本では、ドクターヘリが高速道路に着陸する例は、きわめて少ない。2007年度は全国で3件だけだったが、08年度はゼロである。

一方、高速道路での事故は2008年度が1万件余り、死傷者はほぼ1,000人であった。この人びとの救護のために、ドクターヘリはもっと頻繁に高速道路上の事故現場に着陸すべきではないだろうか。今回の埼玉県の果敢な訓練が実際の救急飛行に生かされ、道路上の救急救命効果がいっそう高まることを期待したい。(西川 渉)



ドクターヘリ推進議員連盟決議

- 【一】 地域の救急医療体制を総合的に確保するために、国はドクターヘリの全国的配備について必要な予算を確実に確保すること。
- 【二】 ドクターヘリの導入に関する地方交付税措置をより一層充実すること。
- 【三】 ドクターヘリの安全な運航の確保のために、ドクターヘリ従事者の育成・確保に対して、国は必要な支援を行うこと。
- 【四】 「ドクターヘリ特措法」に基づく助成金交付事業を行う特定非営利活動法人（救急ヘリ病院ネットワーク（HEM-Net））に対して、官民あげて国民全体として支援の輪を広げていくこと。

- 【五】 ドクターヘリを用いた救急医療の提供に要する費用のうち診療に要するものについては、国は診療報酬も含めた検討を進めること。
- 【六】 ドクターヘリがより速やかに離着陸できるような体制整備に向けて、関係機関の連携強化の下、国の早急な解決を目指すこと。加えて、今年度の実証実験等を踏まえ、ドクターヘリの夜間運航の実施を目指すこと。
- 【七】 ドクターヘリの迅速かつ効率的な運用を図るため、情報伝達においてドクターヘリと消防機関、警察、高速道路会社等関係機関との円滑な連携を図ること。

平成二十一年十一月十八日
ドクターヘリ推進議員連盟 会長 尾辻 秀久

ドクターヘリの全国的配備の推進に関する決議

平成二十一年十一月十八日に、ドクターヘリ推進議員連盟が開催され、会長に尾辻秀久参議院議員が選出された。また、厚生労働省・国土交通省からドクターヘリの現況について説明があり、HEM-Netからは國松理事長が出席して、ドクターヘリ支援事業の概要について説明を行い、協力を依頼した。同議員連盟においては、同日「ドクターヘリの全国的配備に関する決議」が行われ、最大限の努力を行うこととされた。

読売新聞 (2009年10月4日)

ドクターヘリ、釧路で就航式

ドクターヘリが、5日に道東圏で就航する。今月中には道北圏でも就航が予定され、道内を3機でカバーする態勢が整う。釧路孝仁会記念病院（釧路市）で3日、高橋はるみ知事らが出席して就航式が行われ、高橋知事は「道東の方の命が1人でも多く救われると思うと胸がいっぱいになった。大きな一歩だ」と話した。

道東圏のドクターヘリは、釧路・根室支庁管内13市町村をカバー。100キロ離れていても、30分で搬送が可能になる。離着陸場所は救急救命センター機能を持つ市立釧路総合病院（同市）と、給油や格納庫の機能を持つ釧路孝仁会記念病院で、28人の医師が交代で搭乗する。ドクターヘリは年間、約300件の出動が想定され、将来的には十勝、北網地区の一部もカバーすることが検討されている。

同市内のホテルでは、講演会が開かれ、高橋功・手稲溪仁会病院救命救急センター長は、「要請判断する消防は、積極的に出動要請してほしい。ヘリ専従の医師確保も必要」と課題を語った。

北海道新聞 (2009年10月7日)

ドクターヘリ初出動 道北と道東で救急搬送

旭川市を拠点とする道北と、釧路市が拠点の道東のドクターヘリが6日、それぞれ初出動した。道北ドクターヘリは宗谷管内利尻町に出動し、交通事故で脳挫傷、頸椎（けいつい）骨折の重傷を負った同町の女性（53）を旭川赤十字病院に搬送した。

稚内署などによると、女性は同日午前10時20分、同管内利尻富士町の道道から2メートル下の路肩に軽自動車ごと転落しているのが見つかり、利尻町の病院に運ばれた。午後0時45分、利尻礼文消防事務組合消防本部がドクターヘリの基地病院である旭川赤十字病院に出動を要請。本来の運航開始日の1日前に出動、同3時16分に同病院のヘリポートに到着した。

一方、道東ドクターヘリは午後0時48分に釧路管内弟子屈町の弟子屈消防署から要請を受け、4分後に出動。胸の苦しみを訴えた同町の男性（57）を同1時34分に釧路孝仁会記念病院に搬入した。

産経ニュース (2010年1月21日)

「命をつなぐ翼」ドクターヘリ栃木

栃木県内初となるドクターヘリの運航が20日、始まった。基地病院となる独協医科大学病院（壬生町北小林）のヘリポートで同日開かれた式典では、参加者約100人が「命をつなぐ翼」として活躍が期待されるヘリの門出を祝った。

寺野彰同大学長が「安全第一で運航していく」とあいさつ。福田富一知事も「本県の救急医療体制充実への新たな一歩。1人でも多くの命を救うために活躍してほしい」と激励した。

医療機器や医薬品を装備したヘリには、フライトドクターと呼ばれる訓練を受けた医師と看護師が同乗。消防本部の出動要請から20分以内で救急現場に到着できるといい、迅速な初期治療で救命率の向上が期待される。

フライトドクターの大森達人医師は、「遠距離の現場に対して積極的に活用できる。いち早く重篤な患者のもとへ向かい、命を助けることができれば」と意気込みを語った。

韓国議員団来日

韓国国会議員団 ドクターヘリ調査に来日

2009年11月16日から1週間、韓国の国会議員4人を初め救急専門医や厚生省職員など総勢10人の調査団が、わが国ドクターヘリの現状調査のために来日した。一行は成田空港到着の当日、その足で千葉北総病院を訪問して飛行の現場を視察、東京ヘリポートでは朝日航空から救急飛行の実態について話を聞いた。

翌日はHEM-Netでドクターヘリの発足10年間の経緯、現状、将来についてレクチャーを受けたのち、帝京大学附属病院を訪問、その後さらに兵庫県災害医療センター、大阪大学附属病院など、ドクターヘリと救急治療の現場を視察した。

韓国は、実はヘリコプター救急の有効性が史上初めて確認された地でもある。戦後実用化されたヘリコプターは朝鮮戦争に従軍し、連絡や偵察にあたり同時に負傷兵の救護と搬送にも使われた。その結果、負傷兵の死亡率は第2次大戦中の5%前後から約2.5%に半減した。ベトナム戦争ではさらに本格的なヘリコプターの活用によって、1%程度にまで下がっている。

なお調査団によれば、韓国は国土面積から見ると、半径50kmの円で区切ってゆくと、拠点数13カ所ではほぼ全国がカバーされることになる。かの国の実行力から見て、救急ヘリコプターの全国配備も早急に実現する可能性が高い。（後）

— CONTENTS —

01

HEM-Net グラフ16号巻頭言
「民」が支える「公」
— ドクターヘリ
支援基金の開設

02

HEM-Net 対談
松田 学 氏
國松 孝次 氏

08

クグラーさんを偲ぶ

09

「ドクターヘリ
支援事業」の概要

10

「ドクターヘリ
支援基金」設置要綱

11

埼玉県ドクターヘリ
高速道路事故に備えて
出動訓練

13

HEM-Net
Up To Date

この雑誌は、全国共済農業協同組合
連合会（JA共済連）および社団法人
日本損害保険協会のご協力により発
行しています。

HEM-Net グラフ 第16号
発行日／2010年2月1日
発行者／認定NPO法人
救急ヘリ病院ネットワーク
東京都千代田区一番町25番
全国町村議員会館内
TEL 03-3264-1190
制作者／クリエイト21

◆◆◆ 寄付金のお願いと賛助会員の募集 ◆◆◆

HEM-Net への寄付等は 税の優遇措置が認められます

寄付の募集

● 個人の場合 ●

個人の方からの寄付金は「特定寄付金」に該当し、寄付金の支出額から5,000円を控除した金額を、寄付した方の、その年の総所得金額等の合計額から控除することができます。

● 法人の場合 ●

法人からの寄付金は、特定公益増進法人への寄付金と同様に取り扱われ、一般の寄付金の損金算入限度額とは別に、当該損金算入限度額の範囲内で損金算入することができます。

賛助会員の募集

● 個人の場合 ●

個人の賛助会費は、1口3,000円（年間）です。認定NPO法人の認定の根拠を支えるものは、多くの方々からの幅広い支持の存在です。額のいかに問わず、賛助会員の新規加入を大歓迎します。賛助会費も「特定寄付金」に該当します。

● 法人の場合 ●

法人の賛助会費は、年間50,000円です。HEM-Netのホームページからお手続きいただくか、下記の事務局にお問い合わせの上、お手続きください。

お手続きの方法

● HEM-Net ホームページ ●

<http://www.hemnet.jp/> にアクセスし、そこに示された手順に従って、お手続きください。

● HEM-Net 事務局に直接お問い合わせ ●

事務局から「申込み書」をご送付申し上げるなど、所要の手続きをとらせていただきます。

TEL 03-3264-1190 FAX 03-3264-1431

E-Mail : hemnetda@topaz.plala.or.jp

ドクターヘリ・ドラマ 第2弾

「コード・ブルー

ドクターヘリ緊急救命 2nd season」放映中

ドクターヘリで患者を搬送し、治療に当たるフライトドクター・ナースの活躍を中心に描いたドラマ。

第1弾は08年に放送され、フライトドクター・ナース候補生が成長していく様を描き出した躍動感あふれるドラマであった。

第2弾は研修プログラムを修了する時期を迎えるドクター・ナースたちがそれぞれの道を歩いて行く姿を描いていく。

毎週月曜日 21時から21時54分まで、フジテレビ系列で放映中。