

HEM-Net シンポジウム

HEM-Net活動の新たな展開
「ドクターヘリ支援事業」の創設

2010年2月17日 13:30～17:30

全国町村議員会館2F大会議室

2010年4月

認定NPO法人
救急ヘリ病院ネットワーク (HEM-Net)

HEM-Net活動の新たな展開 「ドクターヘリ支援事業」の創設

— 目 次 —

開会の辞

- 「民」が「公」を支える—ドクターヘリ支援基金の開設
HEM-Net 理事長 國松 孝次…………… 1

基調講演

- 『ドクターヘリが飛び、A i が配備される新しい社会』
作家 海堂 尊 氏…………… 4

パネルディスカッション

パネリストの冒頭発言

- 医師・看護師等研修助成事業
(日本医大教授 千葉北総病院救命救急センター長 益子 邦洋氏) …… 16
- 医療・社会のあり方について考える
(昭和大学医学部教授 救急医学講座主任 有賀 徹 氏) …… 23
- 救急医療の全体最適化としてのドクターヘリ事業
(岐阜大学医学部教授 高度救命救急センター長 小倉 真治氏) …… 31
- 医療における公を考える 21世紀の「尊皇攘夷」とは？
(東京大学医科学研究所准教授 上 昌広氏) …… 38
- 自賠償保険運用益拠出事業の理念
(日本損害保険協会理事待遇 業務企画部長 竹井 直樹氏) …… 45

※肩書は平成22年2月17日現在

ディスカッション

1. ドクターヘリ支援基金について	50	
2. 医師・看護師等研修助成事業について	61	
3. ドクターヘリの財政的支援について	72	
閉会の辞	HEM-Net 副理事長 小濱 啓次	78
パネルディスカッション参加者一覧.....		81

HEM-Net 活動の新たな展開「ドクターヘリ支援事業」の創設

平成22年2月17日

【司会（篠田）】 皆さん方、大変お忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございました。「HEM-Netシンポジウム HEM-Net活動の新たな展開」ということで、「ドクターヘリ支援事業の創設」をテーマにシンポジウムを行います。

最初に、開会の辞といたしまして、本HEM-Net理事長の國松孝次よりごあいさつ申し上げます。

開会の辞 「民」が「公」を支える—ドクターヘリ支援基金の開設

【國松】 本日は、本年度のHEM-Netシンポジウムを開催いたしましたところ、ご多忙のなか、このように大勢の方々にお集まりをいただき、誠に有難うございます。

また、皆様には、常日頃から、当法人の活動につき、温かいご支援とご協力をいただいております。この場をかりて、厚く御礼申し上げる次第であります。

さて、本日のシンポジウムは、「HEM-Net活動の新たな展開—ドクターヘリ支援事業の創設」と題しまして、私どもが、この4月から始める新規事業である「ドクターヘリ支援事業」およびその事業を支える「ドクターヘリ支援基金」を皆様にご紹介し、その趣旨とするところを、ご理解いただくとともに、事業の円滑な推進と基金の適切な運営のために心得ておくべき事項等について、皆様のご意見をいただくために開催するものであります。

ご案内のとおり、2007年に成立した、いわゆる「ドクターヘリ特別措置法」は、各都道府県におけるドクターヘリの導入を推進する上で、絶大な効果を発揮しております。

各地におけるドクターヘリ導入の動きは、同法の成立前と比べて、ほぼ倍のスピードで加速しており、現在までに、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。そして、各地のドクターヘリは、医師・看護師・パイロット・救急救命士など救急現場で活躍する関係者の献身的なご努力により、地域住民の期待に応えて、高い成果をあげております。

ところで、ドクターヘリ特別措置法は、その第9条において、ドクターヘリを運用し、あるいは、これから運用しようとしている病院の開設者に対し、ドクターヘリを用いた救

急医療の提供に要する費用の一部を助成する事業（助成金交付事業）を行う非営利法人を登録する制度を新設するとともに、この登録法人の行う助成金交付事業を賄う基金は、「政府及び都道府県以外の者」から募った基金をもって充てるべきことを規定しております。

HEM-Netは、ドクターヘリの全国的な配備を促進する観点から、この「助成金交付事業を行う法人」の役割を引き受けることとし、厚生労働大臣に対し、法所定の登録申請を行い、昨年6月8日、同大臣から、わが国で初めての登録を受けたところであります。

そして、助成金交付事業として具体的に何を行うべきかを検討した結果、お手元に配付してある「HEM-Netグラフ」16号の9ページと10ページに記載してあるとおりの「ドクターヘリ支援事業」を立ち上げることにいたしました。

「ドクターヘリ支援事業」は、「医師・看護師等研修助成事業」、「調査・研究助成事業」および「運航円滑化・高度化業務助成事業」の三本の柱から成りますが、なかでも事業の中核は、「医師・看護師等研修助成事業」であります。

その研修実施の概要につきましては、後ほどのパネルディスカッションにおいて、パネリストの日本医大千葉北総病院の益子邦洋教授から、より詳しく触れていただきますが、要するに、これからドクターヘリに搭乗して活動しようという医師・看護師、および、ドクターヘリの運航責任者となることが予定されている医師を、既にドクターヘリ運航の経験が3年以上有する研修担当病院に、一定期間、派遣し、実務的な研修を実施することを助成しようというものであります。

この事業は、これからドクターヘリを導入することを検討中の病院にとって、大きな課題である「ドクターヘリに搭乗する医師・看護師等をいかに確保するか」という問題を解決しようとする場合に、大いに役立つものになると存じます。

さて、先ほども述べましたとおり、「ドクターヘリ特別措置法」は、「ドクターヘリ支援事業」を支える基金は、すべからく、「政府及び都道府県以外の者」から募るべきことを規定しておりますが、ここで、「政府及び都道府県以外の者」とは、端的に言って、個人・企業・民間団体等、いわゆる「民」と総称される方々を意味すると思われまます。

思うに、ドクターヘリ特別措置法が、こうした「民」からの基金をもって助成事業を行う仕組みを創設しようとする趣旨は、ドクターヘリの運用に要する費用を、「民」にも一部ご負担願うことにより、「国民みんなの公益財」であるドクターヘリを「官」と「民」が一緒になって支えていこうとするにあると考えられます。

私は、この「民が支える公」という発想に、日本の社会全体を改革していく場合の今日

的な基本理念があると考えます。

「公」に属することは、すべて「官」に任せ、「民」は、「私」のことに専念していればよいという考え方は、「官」の負担をいたずらに増大させる一方で、社会の中から共助の精神や連帯意識を希薄化させる風潮を生みだします。

今の日本には、こうした風潮が強まっており、そのことが、必要な社会改革にブレーキをかける作用を及ぼしているのではないのでしょうか。

「民」も、「公」の分野に積極的に参画し、「官」と一緒になって、「公」の再構築を図っていくことが、日本の社会システム全体の再設計を図る上で、ひとつの重要な解を与えることになると思います。

私どもは、この「民が支える公」という発想に基づく新たな社会モデルの構築を、ドクターヘリの分野で実践してみようと決意いたしました。

HEM-Netは、幸い、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、「民」と総称される方々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。

現在の厳しい経済状態の下では、基金の募金は、必ずしも順調に進んではおりませんが、温かいご支援の申し出もごございますので、とにかく、予定通り、この4月から、「ドクターヘリ支援事業」を発足させたいと考えております。

ご参会の皆様には、「ドクターヘリ支援事業」の開始とそれを支える「ドクターヘリ支援基金」の開設が、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」という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。

なお、お配りしてある「HEM-Netグラフ」16号には、私と「言論NPO」理事の松田学さんとの対談記事が載っております。

松田さんは、「競争も平等も超えて一チャレンジする日本の再設計図」という著書をもしておられる新進気鋭の政策デザイナーですが、対談のなかでも、「医療システム改革の設計試案に触れられ、そこで、「民が支える公」の意義を詳しく述べておられます。

「ドクターヘリ支援基金」の開設の意義をご理解いただくためにも、この対談における松田さんの発言を、是非、ご一読願いたいと存じます。

以上、一言致しまして、私のご挨拶に代えさせていただきます。有難うございました。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

それでは、シンポジウムの次第の2番目でございますけれども、基調講演をいただきましたと思います。講師を務めていただきますのは作家の海堂尊さんでございます。皆さんご案内のように、私が説明するまでもありません、大変な話題作を次々に発表されておられます。「ドクターヘリが飛び、A i が配備される新しい社会」、こう題しましてご講演を賜ります。よろしく申し上げます。

【國松】 今さらご紹介するまでもないと思いますが、一言私からご紹介をさせていただきます。海堂尊さんは、今少しご紹介がありましたように医療ミステリーというジャンルで大活躍しておられる小説家であります。ただ、本業——本業というのは、どちらが本業なのかよくわかりませんが、ご本業は独立行政法人放射線医学総合研究所に附置されております重粒子医科学センターというところにご勤務になっておられます。病理学者であられまして医学博士であられます。そして、A i、いわゆる Autopsy imaging という死亡時画像診断を全国的に普及することが大変大切なのだということを提唱して、その方面でも活躍しておられるわけでありまして。

ドクターヘリとの関係はいろいろあるわけですが、海堂さんの代表作に『ジェネラル・ルージュの凱旋』という本がございますが、その中でドクターヘリが1つのテーマになっております。そういうところから、いろいろと私どものほうからもご縁ができて、海堂さんはドクターヘリ、そして、さらに言えば私どもHEM・Netの活動に大変ご関心を寄せていただきまして、私どものよき理解者の1人になっているわけがございます。きょうの演題はまさに海堂さんの1つのメインの仕事でありますA i とドクターヘリをあわせて、「ドクターヘリが飛び、A i が配備される新しい社会」という演題でご講演をいただくこととなります。よろしく申し上げます。

基調講演 『ドクターヘリが飛び、A i が配備される新しい社会』

【海堂】 國松理事長、ご丁寧なご紹介ありがとうございます。私、医師をやっていますが、最近本業は何かと言われると悩ましい状態です。ドクターヘリ支援事業創設という晴れがましい会にお招きいただいた最大の理由は、ドクターヘリ法案が煮詰まっていて、進展する直前で審議入りするかしないかという状態が2年ほど前、『ジェネラル・ルージュ

の凱旋』という救急現場を題材にした小説を書きました。そのとき以前A i の件で面識がございました國松先生が、HEM-Net活動をされていることも存じ上げていたので、HEM-Net事務所に押し掛けて、山のような資料をありがたくちょうだいし、帰ったという記憶が最初でございます。もっともその資料は残念ながら作品にはまったく生かされておりません。と言うのもすでに作品を書き上げた後でしたので。その後HEM-Net活動が進展いたしましたことは、皆さんのご尽力の賜物だと拝見しておりました。その『ジェネラル・ルージュの凱旋』がちょっと後押しになった感じで法案が通り、社会的認知が上がりドラマ化されたのが『コード・ブルー』というドクターヘリのドラマです。

実はこれから新しい社会をつくっていくためのヒントがここにあります。ドクターヘリは皆さんもご存じのとおり、あればいいに決まっている素晴らしいものです。一般の人でも医療従事者でも、あれば素晴らしいとすぐ賛同いただけます。これは私が提唱しているAutopsy imaging——A i、死亡時画像診断も同じで、素晴らしいシステムだよ、いいよね、やったほうがいい、とそこまでの同意は一般の人からもほんの二、三分の説明だけで、簡単に得られます。「ドクターヘリ導入に賛成ですか」と世論調査をとったら、今すぐ8割の賛同者が得られることは間違いありません。

つまりHEM-Net活動というのは、既に社会を説得して得ていくという部分はパスできる、1歩先の段階にある活動です。ところがその素晴らしいHEM-Netの活動が、実際に医療現場に導入される時にすごく推進されているかということ、そのスピードは決して速いとは言えません。ここに日本社会の宿病とも言うべき構造があります。先ほど國松理事長が宣言されておりました、「民」が自立し「公」を支える、という素晴らしい発想があります。ただし今、日本社会がそこまで成熟しているかということと甚だ疑わしいとも思える。同時に、「民」がそういう形で「公」を支えるのであれば、「官」は何をするのかということが問われる時代になると思います。

私とそのA i 導入に関し活動しても、「官」は動いてくれません。動くを決まるとすごい勢いでドカッと動く。今の日本社会における市民の人たちが望むものを叶えるスタイルとして、あまり適応していないシステムではないか。例えば官は巨大なロボットみたいになっている。その巨大なロボットは大きなダムをつくったり、高いビルを建てたりといった大事業をやるには力を発揮しますが、公園に小さな花壇をつくりたいとか、子供たちが遊ぶ小さな遊園地をつくりたいというような要望には対応できない仕組みになりつつある。大き過ぎて、巨大過ぎて、強力過ぎて。

國松理事長がおっしゃられた、民が公を支えるという形で、そういう部分を少しずつ市民の手に取り戻していかなければならないのではないのでしょうか。残念なことに、そのような民の推進する方向性を官が足を引っ張ることもある。ですから「民が公を支える」という新システムを宣言するときは、同時に官からは全面的に協力体制を敷くことを宣言していただかないと、一生懸命働いても、実感としてはね返ってこない。そんなことが起こる。こういう活動をやろうとしているとき危機感として感じる部分です。

私がそういう危惧を抱くのは、死亡時画像診断——A i を導入するため、官や民に訴えていくと、反応は申し上げたとおりに、とにかくいいことだ、すばらしい、やったほうがいいというところまではすぐ行くけれども、次に「よし、やろう」「よし、つくろう」という一歩が出ない。この一歩がものすごく遠い。実際そういったことを動かそうとするときは、最終的に人々のエモーションを動かしていかなければ無理なんです。感情を動かし、人々の心を動かさないと難しい。それには逆説的になりますが、アカデミズムの世界できちんと業績を重ねていくことも、車の片輪として重要になってきます。

ドクターヘリで言えば、『ジェネラル・ルージュの凱旋』の小説だけではなく、それが映画化され、テレビドラマ化され、多くの人が見る。残念ながら私が書いた作品中では、ドクターヘリは飛びません。執筆した2006年末当時、ドクターヘリが飛んでいる街は少なく、国の助成もなかった。したがってそれがリアルだった。けれども映画の中ではドクターヘリが飛ぶんです。何機もいっぱい飛びまくる。そういった具体的な光景がドラマの中で実現する。これを目にした人たちがそういう世界をつくり上げていくという意味では、物語が世の中をリードしていく役割を果たすのではないのでしょうか。

アカデミズムだけでは車の片輪ですが、物語だけでも片輪で、例えば私がA i を物語世界で展開し、おもしろいなと思った人が、現実はどうなっているんだろうと調べた時、ネットやホームページでA i が実際に行われ、会員が五百名近い学会もあり、7回も総会が開かれその都度150人ぐらいの人々が集まって討論しているということを確認する。すると物語世界とアカデミズムの世界がリンクしていく。物語世界で見た未来像が叶うのではないか。これまで生きてきて、社会を構築してきた人たちはそう考える。もっと若い人たちは、この社会はそういうものだと思う。だからそういう物語があれば、10年後にはドクターヘリが飛ぶ日本社会になっている。刷り込みではありません。提示した未来像が論理的にすぐれたシステムで、社会にとってプラスで、明るい未来につながると確信したとき、実現するのを妨げる理由はない。だから実現してしまうのです。

ではどうして現状でドクターヘリやA i の導入が進まないのかというと、問題は個人に返っていく。従来のシステムを変える。それまでぼんやり聞いていたときは、いいことです、やりましょうと無責任に言えたが、いざやるとなると自分の仕事が増える、責任が増す、あるいはこれまでやっていた仕事が減ることがわかったとき、人は自分が既に手にしている小さな権益を必至になって守るようになる。これが新しいものを作ろうとすることに對し巻き起こる反対です。

大切なことは、反対する心は人間にとって本質的で、よろしからぬ話ではありますけれども、強く非難されるというものでもない。ただしいものをやろうとしたとき、抵抗勢力になるのであれば、そこに光を当てればいい。すると自分が考えていることは、ひょっとして私利私欲に起因しているのではないかと考える。すると1つ壁が崩れます。この、心の中の壁を崩すことが世に新しいものを導入するために大切なんです。

物事は芽がなければ育たない。HEM-Netというシステムはすばらしい。みんながいいシステムですねと応援したくなる。「公を民で支える」「公を個人で支える」という最初の理念が大切で、これこそインディビジュアルリズムの成熟です。今こそ成熟した社会を作りましょう、と言っているのです。今、私たちは成熟社会の入口に立っている。私は今朝、ロンドンから帰国したばかりですが、英国の再生医療の現場を見学させてもらってきました。新しいものを支えていくとき、英国ではいろいろ議論をし、公の意見を集約していく、その過程を大切にしていることを肌で感じました。

日本の一番の差は、議論の過程のクリアさ、あるいはオープンな度合いです。同じ視線で見ると、日本において新しいシステムを作るときの議論は不透明です。人々が集まって議論しているのだから、不透明になる道理がない。けれども検討会の中で小さなエリアの人たちが好き勝手に自分たちの権益を中心にものを言う。だから日本全体に広がるシステムにならない。官で考える人はすごく少ない。そういう印象を抱いています。大きなロボットにまたがることで強大な力を発揮できるから、知恵を使わず切磋琢磨しない。これが私が見るところの今の官の姿です。

國松理事長は人格者ですから、先ほどのようにおっしゃいましたが、実はスモールヘッドの官に頼っていたら大変だから、皆さん立ち上がりましょうと言っているように聞こえないでもない。でもそこでそうだと言わないところが國松理事長の腹黒いところで、そういう方でないと、巨大ロボット組織のトップには立てない。大切なのは、官はいいものをつくりたくない、自分たちだけの権益を守りたいのかと思っているかということ、決してそ

うではないと思う。ただ小さな村の会合の利益を最高に尊重することを第一義にしてしまっているからそれが阻害されている。これが今の社会の悲しむべき点だと思います。

A i——Autopsy imagingは死因究明制度と関連します。ですからHEM-NetとA iは離れているようで、実はすぐそばにある。なぜならHEM-Netが発動し救急患者を連れてきても搬送中に死ぬこともある。その場合、搬送患者の死因究明をしなければならない。つまりドクターヘリが救急医療と密接に関連していれば、死の医療と密接に関連し、救急現場の問題がそのままドクターヘリの問題とぴったり重なるのです。

2年前、國松先生とお話ししたとき明確に申し上げたのですが、ドクターヘリは徒花になる可能性がある。ドクターヘリを支えるには救急医療現場がしっかりしていなければ意味がない。もちろん國松理事長はわかっている。だけど同時にドクターヘリという最先端技術が導入され、それを支える形で救急現場が進展していくのではないかという考え方もできる。これも車の両輪で、両方同時に動かしていかなければ回らない。救急現場が大変だから小さくやろうという、デフレスパイラルを起こし結局潰れる。だから時にはこういう華やかなドクターヘリ企画をバンと前面に押し出し、救急現場はこのように日本の未来を支えていくんですと打って出ることはとても大切です。

たまたしドクターヘリばかりに視線が集中すると、ドクターヘリさえ導入すれば救急医療は何とかなるという一般市民の誤解につながる。一般市民に理解してもらうために、あるべき姿を正確に伝え、同時に夢を語るしなければならない。ですからドクターヘリを日本全国に導入する、これはできればすばらしい。しかし同時に人口減少社会の中では医療従事者も減少していくという必然も伝える必要がある。おのおのの小さな村落にゲートキーパーたるドクターを配備できないならば、患者をドクターのいるところまで運ぶ輸送システムを作る。極めて論理的ですが、市民はそれを見て、ああ、これで万全だと思ってしまう。

ドクターヘリ運動の際は必ず救急現場の現状を語るという両輪にしなければ、めぐりめぐって大いなる箱物行政に墮してしまうでしょう。ヘリコプターを1機買い、企業が潤うみたいな形は最悪です。公を民が支える運動で、民が一生懸命支え、一番おいしいところを官が持っていくということになりかねません。この運動がすぐれている点は、ドクターヘリ導入を法律で決めた後、ドクターヘリ支援事業、つまり人をつける形の仕組みにしている点です。ここに新しい社会をつくるモデルとして大きなヒントがある。このように社会全体を変えていく、これがこれからの社会に必要で、医療を支える医療従事者にとっても、そういう考え方で市民に接することが大切です。

國松理事長がこの活動に賛同し積極的に活動しようと思われたのは、ご存じのように大けがをされ生死の境をさまよった時、益子先生に命を救っていただいた。それに対してもすごく感謝をしている。まあここまでは人として当然ですが、そのとき益子先生がおっしゃったのは、「あなたは東京都23区内だったから助かった。でもこれが地方に行くと助かっていない。じゃあ、どうしたらいいか。そのためドクターヘリがある。」という話を滔々と聞かされ、そんなにいいものだったら進めようと活動を開始されたと仄聞しております。救急医療の方たち、そして日本市民は、すごくラッキーなんです。無私の使命の人が推進役になってくれるということは、運動を進めるためには大変有効です。そうなると市民が素直に耳を傾けてくれる。残念ながら救急現場の先生たちが先頭になって旗を振ると、それはいいねと思いながら同時に、でも自分たちの領域を増やそうとする運動だよ、という目で見られてしまう。そこをきちんと認識していただき、それをベースに活動を推進していただくことが大切だと思うんです。自分に利益をもたらさずに活動するというのは非常に大切に、結局それが市民の支持を得る大きな材料なんです。

私はA i ——Autopsy imagingの推進論者ですが、A i を導入することで私は利益を得ない。私は病理医で解剖する方です。私は、A i は死後画像診断だから診断は画像診断医が行い、診断料が画像診断医に入るシステムを作ろうよと、それだけを2000年から終始一貫して言っている。ところが診断料を放射線科医に入れるシステムを作ってねというところが、官にとって地雷なわけです。お金がかかるから官は、解剖の補助検査として、解剖医にお願いするという形を必死に無理矢理作ろうとしている。

それでは「公を民が支える」ものはできません。私が官が邪魔をしないことが最低条件だというのは、実はそこなんです。私は身をもってその危機を体験し、その真ただ中にいるのです。単純な話で、画像診断は画像診断医がやり、お金を画像診断医に払えと言っているだけ。病理医で解剖医の私が、です。でもそれが通らない。だから私はA i の危機を伝えて、HEM-Netが将来直面するかもしれない危機とシンクロさせて考えていただければと思っています。表題にもありますが、「ドクターヘリが飛び、A i が配備される社会」は、安寧を目指した社会のために必須ですから、できて当たり前、できないほうがおかしい。これが公を支える民の発想です。だけど官はそう考えない。今までのシステムと違う。新しいものをやったらお金がかかるが、どうするというロジックで来る。ですから民が支える公の仕組みをつくる時、立ちはだかるのは官です。その敵を見据え、腹を据えて活動を進展させていかないと、必ず足をすくわれます。A i で足をすくわれまくっている私か

らのご忠告なので、ぜひ皆さん胸にしまっておいてください。

A i を解剖医にやらせるのは、現状のシステム維持にはメリットがある。でもそれは市民のメリットではない。むしろデメリットです。死体は大きく2つ。警察が使う死体と病院が扱う死体、事件遺体と普通の遺体です。日本で100人が死ぬと15人が警察に扱われ、85人が病院等で扱われる。警察がタッチ15人のうち、司法解剖が行われるのは1人。残り14人はノーチェックです。だからA i をやってチェックしましょうという話です。その時チェックを解剖の人たちにやらせると、国としては安上がりなんです。法医学者はその後、解剖をやるから画像診断を一生懸命やらなくても、撮影するだけでオプションのお金がもらえる。だから読影を一生懸命やらないし、研究もしない。ただ撮るだけ。その後解剖があればまだいいでしょう。問題はそういうシステムがつくられると、世の中では解剖をやらないケースも出てくる。画像診断し、まあいいでしょうという人が大勢出てくる。その時誰もA i 診断に責任を持たなくなる。だから官が今、A i に関し誘導しようとしていることは、A i を誰も責任を持たない画像として使おうという目論見として見え隠れしています。

どこで見分けるかという、A i を解剖医にやらせるか、放射線科医に費用を払って診断してもらい仕組みをつくるか、この1点だけ見ていけばいい。聴衆の多くは医療従事者だと思いますが、先生方であれば私が言っていることは当たり前だとわかるはずですが、A i に関しては今後、国が放射線科医に診断料を入れるシステムをつくるかどうか、これが官が信用できるかどうかのメルクマールになる。もしそこをごまかし、システムを導入する姿勢を官が示せば、「公を民が支える」という、ドクターヘリ、HEM-Netの運動の理念も近い将来、官によって頓挫させられてしまうでしょう。

つまりドクターヘリ導入運動とA i 推進運動は、表裏一体なのです。これこそ今の日本社会が陥っている問題です。自分たちの領域だけ何とかしようとして、総合的な考え方をしない。グランドデザインを描けない。A i システムとドクターヘリシステムは双子みたいなものです。中身は全然違いますが、相同です。だからドクターヘリのシステムがコケれば、A i システムもコケる。逆も言え、A i システムがコケればドクターヘリもコケる。なぜなら日本社会の仕組みは、空気とか水のようなもの、砂糖を溶かし込めばそれは砂糖水になり、どこを飲んでも砂糖水になるということと似ているからです。

私たちの社会システムは、そういうものです。砂糖水のシステムの中、A i というシステムが立ち行かなくなればドクターヘリシステムも厳しいことになるかと予見できるのは同

じ水の中に浸っているからです。その時には水を変えなければならない。水を変える一番の基本は最初に國松理事長がおっしゃった。「公を民が支える」。これで水が変わる。グルグル回った話をしているように見えるかもしれませんが、簡単で、公を民が支える社会になればドクターヘリもできる、A i もできる。でも今、日本の社会はそうになっていない。だからここを変えなければいけないが、そうすると必ず拒絶反応が起こる。でもここは負けてはいけない。これは無血革命なんです。これができれば、いろいろなものが変わる。その時、官が必死に抑え込んでくるでしょう。この抵抗は厳しい。A i にしても、警察庁が検死検討委員会を1月末に立ち上げましたが、私は法務省や内閣府にA i 導入を提言してきたのですが、A i 導入をやるなら、画像診断医、放射線科医をメンバーに入れないとだめだと提言していました。でも1月末に立ち上がった警察庁の検死検討委員会には法医学者や法律家だけで画像診断医はいない。おまけに非公開です。つまり、官は何も聞かない。そんな官の前で公を民が支えると言っても、都合良く扱われ、いいようにされてしまうだけです。

ではどうすればいいのか。この活動を市民にオープンにしていくしかない。悲しむべきことに今、風通しが悪いがため官と民が対立構造になる。原因は1つ、風通しが悪いだけ。だから隠れてコソコソ悪いことができる。官がそういうことをする。そうさせないためには密室に窓を開ければいい。窓を開けるにはどうするか。皆さんが発言することです。自由に発言していると、時々オーバーランして名誉毀損で訴えられたりするのですが、そういう言論を名誉毀損で訴え司法で抑え込むなどというのは、最低です。

研究内容やシステム批判に対し、名誉毀損と抑え込むのはおかしい。それを座視しているとめぐりめぐって、皆さんの世界を窮屈にする。人ごとではないんです。だから人々が1人1人闘わなければいけない。旗を上げ、刀を振りかざす闘いではなく、何かあったとき、「それ、おかしいんじゃないですか」とひとこと言う。こういう闘いです。闘いという名付け方はおかしいかもしれない。これは欧米諸国ではディスカッションと呼ばれている。日本はディスカッション文明が育っていない。だからブログの記事に名誉毀損で訴えたりする。おかしいと思いませんか。

司法が必ず正しいのかどうかはわからないし、刑事と民事が違うということもごっちゃにして報道され、あいつは悪人だみたいにされる社会やメディア報道と闘うのはかなり大変です。民が公を支えようとすると、官からそういう陰湿な攻撃を食らう。だから1人1人の方たちは発言するということに対するリスクを考えていただきたい。そうしたものを

守らないと大変なことになる。かつて中国の宋を建国した趙匡胤という名君がいました。度量の大きい方で、この人は王室の奥の部屋に石碑を彫って、皇帝になる人にだけそれを見せた。そこに書かれていたことが何かというと、士大夫を言論ゆえに罰してはならないという一言です。公を民で支えるという運動を推進したいのであれば、発言の自由を保証しなければ大変なことになる。全部つながっているんです。

私たちが住む社会はたった1つ。別の見方をすれば、ドクターヘリが進展し、そこにお金流れれば、割りを食うエリアが必ず出てくる。その意味で競合関係、競争関係になる。下手をすると闘いになる。いいものだからどんどん行きましょうというナイーブな考えは実際の社会では動かない。でもそれでもいいものなら進むということ自信を持って言える社会にしないと、これから社会に出てくる子供たちが悲しい目に遭う。私は今はまだ社会に出てこない子供たちが大人になった時、こういうものがあってよかったねという社会になるような、そうしたことをやるのが大人の責任だと思っています。

HEM-Net、ドクターヘリ支援事業というのはまさしくそういうもので、すばらしいだろうと、胸を張って言える事業です。こういうシステムを立ち上げた事務局の方々や理事長、理事の諸先生方に敬意を表します。システムがここまで立ち上がった次に何を問われるかという、このすばらしいシステムを市民社会が支える覚悟があるかということ社会に突きつけているんです。実はこれは市民社会に皆さんの見識を問うているんです。

すばらしいものは、そういうふうにガンガン行けばいい。モビルスーツ巨人である官に訴えればいい。官に頼らないという理念はすばらしいですが、官に邪魔されたら動かなくなるわけですから、そうならないためにはやはり、毅然として闘わなければならない部分が出てきます。ドクターヘリを飛ばすにはお金を集めたり、人々の賛同を得たりとか、そういう次元だけでは飛ばない。市民の意識を変えなければドクターヘリは飛ばない。どう変えたらいいかは、結論が出ている。國松理事長が最初におっしゃったとおり、民が公を支える、と変えればいい。その後を引き取って私が皆さんに申し上げるとしたら、そういう変革をすると既得権益エリアにいる官が必ず邪魔をしてくるから、それに対して個々のエリアで対応していく。そして皆さんの周囲10メートルの人たちを味方につけ一斉に声を上げる。その10名がまた10名を呼び、マルチでねずみ算式に行けばもう安泰ですから、無限連鎖禁止法に引っかからない程度で皆さんやっていただければと思います。

概念が広がりネットをつなげると、それが社会のセーフティネットになり、A iとか、そういう別の運動もシンクロシティを持ってくる。くしくも明日、A i情報センターと

いう財団法人が立ち上がり、公式発表されます。偶然ではありません。変わるときには社会は一斉にシンクロして変わるんです。

なぜか。社会は、1つ1つの建物の集まりではなく、そこに流れる空気を共有しているものだから。一部分が変われば、空気が流れ全体が変わる。ドクターヘリ支援事業は、そういうふうに物事を変える潜在力を秘めた活動です。その活動の原点は、救急の先生たちが1人でも多くの患者を救いたいという純粹かつシンプルな願望に即していて、ヘリは高いが、ヘリ導入で利権がほとんど生じないというのが見え見えの、儲け至上主義の人たちから見ると何とおバカな活動だと思えるような構造そのものです。これが清潔感をもたらしている。だからぜひ爆発的に世に広げ1つのシンボルになっていただきたいものです。

私が思うに、次のステージの闘いは、そうなったとき官が焦ります。彼らのレゾンデールがなくなる。民がそこまで官を追い詰めなければ、社会は変わらない。そしてそうならなければならない。なぜなら現在、人口減少社会だからです。これまで3人のお年寄りを10人の働き盛りの人たちが支え、5人の子供の面倒も見ていた。今は8人のお年寄りを3人の働き盛りが見て、2人の子供の面倒も見るという構造です。働き盛りが10人で中賑れしていたころは、数でこなす発想でもよかった。人力を尽くせば何とかだった。中賑れしていたから、ダブついた仕事をしないと人々を吸収できなかった。だから効率の悪い業務体制を作った。そのシステムがうまく回ったのが高度経済成長だったんです。人力で支えていた人たちがどンドン年を取り、上になって下を使う立場になり、以前とまったく同じ発想で従来の成功システムを維持しようとする。これではダメです。今、トップに立っている人たちは3人の上役に10人がこき使われていた。今は10人の上役が4人の若者をこき使っている。それでおれたちの若いころはみたいな言い方をする。医療現場もそう。おれたちの若いころは文句も言わず患者を診るだけに集中していたと言いますが、私は40代後半ですが、ターニングポイントの一番幸せな時代の尻尾の世代です。私はそういう感じで外科医をしていました。大変でしたが、楽しかった。けれども時代が違うんです。ぶっちゃけ言えば20年前の外科は大ざっぱで、今の医療現場でやいやい言われたら、僕ならノイローゼになってしまう。それぐらい世の中の要求は厳しくなっている。

そう考えると働き方のスタイルを変える、考え方を根底から変えるというものとシンクロさせなければ保たない。そうして出てきたのがドクターヘリと考えれば、今、人が足りなくて大変だから補うツールとして有効で、有効配備しようという発想になっていく。それにはグランドデザイン、つまりどこにどう配備するかということが重要になる。ところ

が、ここでまた矛盾があり、本当に必要なところはカツカツで余裕がないからドクターヘリ導入ができなかったりする。これは永遠のジレンマです。けどここを何とかしないといけない。そのためには考え、ディスカッションし、知恵を使うわけです。答えはありません。現場で考えるしかない。大きなグランドデザインを描く人たちは、うまく配備できるような設計図を書いてあげることが必須です。

ドクターヘリ導入活動はセカンドシーズンに入りました。ゼロから、やる気のあるところが手を挙げ、ある程度増えたのが今の状態で、次にどこに置かなければならないか。置かなければならないところに置くにはどういうシステムが必要なのか、グランドデザインとして見据えていく必要がある。そう考えるとドクターヘリ支援事業は、ファーストシーズンからセカンドシーズンへの過渡期の大きなリンクになる。これをうまく乗り越えれば次のステップが見えてくる。ドクターヘリにかかわる人を増やす、マンパワーを増やすという潜在的なねらいがある。そして多くの人の関心を招く。そう考えると立ち上がらなければならない時期に立ち上げられた、時宜を得たすばらしい企画なのだと思います。

こうしてぐだぐだと言いたい放題しましたが、國松理事長が好き勝手にしゃべっていいよというのでお引き受けしたわけで、私も大人ですからA i とドクターヘリの比率のみに気を使い、お話ししました。ただ、ドクターヘリ活動はほんとうにクリアカットで人々の心を打つ活動なので、比率を変えても話しやすくよかったなというのが正直な感想です。

いろいろ申し上げましたが、これからドクターヘリ導入活動は希望が持てると思っています。人々に訴えるには物語が必要ですが、物語が展開した後、実態に返り、それを支える土台があるか。市民はちゃんとチェックします。その時こういう仕組みがあって、きちんとやっているなと思うと本腰を入れて応援してくれる。そういった土台部分をつくるのは難しく、労力もかかって大変です。地道に5年、10年と活動され土台をつくってこられたので、今の社会が必要とするニーズにこたえる仕組みを提案できる、そういった組織として社会から認知されるだろうことは、想像にかたくありません。

ということはドクターヘリの未来は明るい。さんざん吠えた後で何だか論理矛盾するような結論にたどり着くのですが、実はここが一番大切なことでして、そうしたご都合主義の結論をいかに読者に納得させ飲み込ませるか、これが作家として一番大切な力量だったりするわけです。ですので皆さん、私の今日の話をもとめると2つに絞られます。ドクターヘリとか、いい活動を民でやろうとする時には民が強くならなければいけない。自由に発言できる社会でないと担保できない。これが1つ。もう一つは、海堂がこう言っていた。

「ドクターヘリの未来は明るい」。まあ、こんな感じでお話を終わらせていただこうと思います。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

【司会(篠田)】 大変いろいろな話をお聞きし、ついていくのが精いっぱいでした。これからパネルディスカッションが始まりますけれども、そのための貴重な素材をちょうだいしたような感じがいたします。改めまして、皆さん大きな拍手をお願いします。ありがとうございました。(拍手)

それでは、基調講演が終わりましたので、15分間休憩いたしまして、15時からパネルディスカッションを開始いたします。15時ですから、皆さんお間違いないようお願いいたします。

(休 憩)

パネルディスカッション

【司会(篠田)】 あと1分ぐらいあるかと思いますが、全員おそろいでございますので、ただいまからパネルディスカッションを開かせていただきます。

私は、本日の司会を務めますHEM-Net副理事長の篠田でございます。皆さん方のご協力をよろしくお願い申し上げます。

本日のディスカッションは、プログラムにございますようにおおむね5時20分ごろには終えたいと思いますので、皆さんのご協力をお願い申し上げます。運び方でございますけれども、まず冒頭、5人のパネリストの方々から10分程度、それぞれのお立場からご発言をちょうだいいたします。ただし、益子先生につきましてはHEM-Net理事の立場でのご発言もありますので15分ということにさせていただきます。そして、ご発言の10分ないし15分の1分前にあちらのほうでチンを鳴らします。武士の情けはございません。冷たくバサッと切りますので、そのおつもりで、あと1分というときにうまくまとめていただきますようによろしく願いいたします。

5人の方々のご発言が終わりましたら、いよいよディスカッションに移るわけですが、その場合には大きく4つの課題についてご議論をちょうだいしようと思っております。そのことについては後ほど述べます。また、議論を活発にいただくために会場からのご質問、ご意見、ご発言は大歓迎でございます。どしどし挙手をしていただきまして、ご発言をちょうだいしたいと思います。なお、その際にはぜひとも所属、あるいはお名前をちょうだいしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

先ほどは國松理事長からドクターヘリ支援事業、それから、それを支える基金について説明があったわけでありましてけれども、我々HEM-Netの理事の面々は、民が公を支えるという新たな社会モデル構築の実践者になろうと、決意をいたしているわけでありまして。先日、鳩山総理が施政方針演説を行ったわけでありましてけれども、その中で「新しい公共」という言葉が用いられておりました。言葉をそのまま借りますと、「これまで官が独占してきた領域を公に開き、新しい公共の担い手を拡大する社会制度のあり方について提案をまとめたい」、このようなことを述べていらっしやいました。その意味で、きょうのシンポジウムは、まことにいいタイミングに開催できたのではないかなとうれしく思っているわけでありまして。

パネリストの方々は、お手元のプログラムにございます5人の方々でございます。発表の順番は、最初に益子先生に務めていただきまして、あとは有賀先生以下のここに載っている順番で発言をちょうだいしたいと思います。

それでは、最初に益子先生からでございますけれども、このHEM-Net支援事業の大宗をなします医師・看護師等の研修助成事業につきまして、ただいま申しましたHEM-Net理事としてのお立場と研修生を受け入れる研修担当病院のお立場からご説明をお願いしたいと思います。

先生、よろしく申し上げます。

医師・看護師等研修助成事業

【益子】 ご紹介いただきました日本医科大学千葉北総病院救命救急センターの益子でございます。それでは、医師・看護師等研修助成事業ということでお話をさせていただきます。

本日の発言の概要であります。前半はHEM-Netの医師・看護師等研修プログラムについてでございます。そして、後半は北総病院で行っておりますドクターヘリ研修プログラムについてでございます。この前段のドクターヘリ搭乗医師・看護師等研修プログラムでございますが、これは日本航空医療学会のほうと共同で作成したものでございまして、委員長は久留米大学の坂本教授でございます。その中でドクターヘリ搭乗医師・看護師等の研修のプログラム、研修コース、研修カリキュラムといたしましては、医師研修コース、看護師研修コース、そして医師の運航責任者研修コースがあります。この3コースは、航空医療学会が作成した研修カリキュラムに基づいて実施することになっております。

そして、研修員に必要な資格でございますが、医師研修は5年以上の臨床経験と救急専任医として最低1年以上の診療経験を有する者。看護師研修は5年以上の看護師経験と3年以上の救急看護師経験を有する者。責任者研修は、日本救急医学会救急科専門医の資格を有する者といたしております。なお、上記の研修員は、いずれも原則として日本航空医療学会のドクターヘリ講習を受講していることが望ましいと考えております。

研修期間でございますが、搭乗医師コースは3カ月間の長期コースと1カ月間の短期コース。看護師コースは1カ月間の長期コースと15日間の短期コース。運航責任者の育成は、1カ月の長期コースと15日間の短期コース。合計6つのコースに分けてございます。研修担当病院でございますが、3年以上のドクターヘリ運航実績を有し、かつ研修受け入れ意思のあるドクターヘリ運航病院ということで、手稲溪仁会病院、日本医科大学千葉北総病院、東海大学医学部附属病院、聖隷三方原病院、愛知医科大学病院、和歌山県立医科大学附属病院、川崎医科大学附属病院、久留米大学病院、国立病院機構長崎医療センターの9施設となっております。

こちらでの研修の行動目標でございますが、迅速な出動を実践できる、適切な安全管理が実施できる、クルー／消防との適切なコミュニケーションがとれる、非日常的環境下での臨床診断ができる、現場における適切な治療ができる、適切な病院選定と搬送が実施できる、というものでございます。さらにこれを具体的に申し上げますと、出動形態では、Uターン（基地病院から出動したヘリで基地病院に患者さんを搬送するミッション）、Jターン（基地病院から出動したヘリで他の救命救急センター等へヘリコプターで搬送するミッション）、フライトドクターが現場診療のみを行い、その後患者を救急隊によって近くの病院へ搬送して頂くミッション、そして病院から病院への患者搬送ミッションがあります。

その他、ランデブーポイントからの事故現場出動や、複数出動要請事案の連続出動、これはタッチ・アンド・ゴーと言っていますが、そういうものの経験も必要です。そして、日没間際には現場ヘリポートを日没までに離陸しなければならないという航空法の規制がございますので、離陸の限界時間を考慮した活動についても理解していただく必要があります。更に、多数傷病者対応として、現場での患者トリアージや搬送トリアージ、或いは災害現場出動なども経験して頂く必要があります。

無線交信につきましては、現場救急隊との交信、消防本部との交信、基地病院の運航管理者（コミュニケーション・スペシャリスト；CSという）との交信、そして基地病院との交信があり、現場到着時間を考慮した交信や短時間で質の高い情報取得というものが求

められます。また、現場活動では症例に応じた現場診療、ゴールデンタイムに留意した滞在時間が求められ、外傷症例であれば25分未満、内因性疾患であれば15分未満が望ましいとされております。

医療行為につきましては、現場で行う医療行為、救急車内で行う医療行為、ヘリ内で行う医療行為の3種類があるわけですが、気道、呼吸、循環の危機状況を回避する行為、例えば気管挿管、静脈確保、胸腔ドレナージの挿入といったようなものが重要です。その他、腹腔内出血や胸腔内出血等を検索するための超音波検査、止血操作、緊急気道確保等が必要です。更に、搬送先医療機関の選定では、患者の重症度や緊急度、あるいは生活圏を考慮した病院選定が必要になります。搬送先医療機関においては、傷病者の状態について短時間で質の高い情報伝達を行わなければなりません。更に、診療記録の記載はもとより、毎朝のブリーフィングとミッション終了時のデブリーフィングも必要です。

さて、これまではHEM-Netの研修プログラムであります。ここからは北総病院で行っております後期研修医、3年以上の臨床経験を有するドクターに対する研修プログラムであります。これを作成したのは松本准教授でございます。きょうもこちらに来ておりますので、何か後で質問がありましたらどうぞしていただければと思います。基本的に指導医は現場出勤回数300回以上の医師でありまして、我々のところに6名在籍しております。なお、看護師につきましては、7名が300回以上出勤しております。

さて、このプログラムは3段階になっておりまして、まずは同乗観察 (Observation) を30回経験させます。その後、地上でScenario trainingを20回行います。その後、On the job training、いわゆるOJT、これを100回経験させます。合計150回のミッションを行った後、指導医による最終評価を行って、合格または不合格を評価します。不合格となった場合には、追加講習を受けたのち再度評価されることになります。

第1段階のObservationでは、ドクターヘリのオブザーバーシートに同乗します。この段階では、ヘリ要請に応じて出勤はしますが、原則的には見学だけ、もしくは現場で手技は行いますが、さまざまな判断は上級医が実施します。第2段階のScenario trainingですが、これは病院の中に置いてある救急車を用いて実施します。臨時ヘリポートにおける救急車内の診療をシミュレーションするというもので、外因性及び内因性の疾患シナリオを幾つか作成しております。そのシナリオに応じて診断や治療を実際にやっていただき、その後、指導医によるフィードバックを行うわけでありまして。

第3段階は最終段階であり、On the job training、いわゆるOJTであります。この段

階では、指導医は同乗していますけれども、フライトドクター候補生が診療担当責任医師として出動し、診療・判断のすべてに対して責任を持って活動することになります。指導医は必要な診療補助や助言を行うことに徹するわけでありますが、患者が危機的な状況に陥った場合には、指導医が役割を交代して必要な診療を行い、その後、フライトドクター候補生に対してフィードバックを行うことになっています。このようにしてフライトドクター候補生を評価するわけでありますが、その評価基準は、出動までの準備と態勢、安全管理、情報伝達能力、臨床能力、技術、意思決定、患者受け渡し、リーダーシップについて設定されています。

例えば、出動までの準備について言えば、搭乗までの時間は迅速か、装備は適切かが評価の対象です。また安全管理の面では、ヘルメットやシートベルトの装着は適切か、クルー・リソース・マネジメントは適切か、機体への乗り降りは適切か、現場救急車内での安全管理は適切か、が重視されます。更に情報伝達能力としては、パイロット、整備士、看護師等の搭乗員に対するもの、司令室、救急隊員、支援隊等の消防に対するもの、医療機関でドクターに対するもの、プライバシーの保護を含む患者さんに対するもの、が評価の基準です。そして、臨床能力といたしましては、初期診療、情報収集というものが必要になりますし、技術は先ほど申しあげました気道管理、輸液、胸腔ドレナージ、緊急開胸等の技能ということになります。意思決定ということでは、トリアージは適切か、病院選定は適切か、搬送方法は適切かといったようなことについて評価がなされるという仕組みになっています。

先ほど海堂先生のお話にもありましたけれども、『コード・ブルー』というのは、まさにこの医師・看護師研修プログラムというものを先取りしたテレビドラマであります。この中で登場し、今現在活躍している藍沢先生、白石先生、緋山先生、藤川先生、そして冴島看護師、この人たちに続く医師・看護師を養成して命の現場へ挑んでいただきたいと考えているわけであります。

最後にアナウンスであります。来月3月21日の日曜日、22時から22時30分、フジテレビ系列全国ネットで、愛知医科大学病院フライトナースの坂田久美子さんが登場します。この方は、冴島ナースに勝るとも劣らないわが国を代表するフライトナースでありますので、ぜひご期待いただければと思います。

以上でございます。ありがとうございました。(拍手)

益子邦洋氏パネルディスカッションスライド

医師・看護師等研修助成事業



日本医科大学千葉北総病院救命救急センター
益子邦洋

研修期間

- ▲ ドクターヘリ搭乗医師長期コース……………3ヶ月間
- ▲ ドクターヘリ搭乗医師短期コース……………1ヶ月間
- ▲ ドクターヘリ搭乗看護師長期コース………1ヶ月間
- ▲ ドクターヘリ搭乗看護師短期コース………15日間
- ▲ ドクターヘリ運航責任者長期コース………1ヶ月間
- ▲ ドクターヘリ運航責任者短期コース………15日間

日本航空医療学会

発言の概要

HEM-Net 医師・看護師等研修プログラム

北総ドクターヘリ研修プログラム

研修担当病院

北海道	手稲溪仁会病院
千葉	日本医科大学千葉北総病院
神奈川	東海大学医学部付属病院
静岡	聖隷三方原病院
愛知	愛知医科大学病院
和歌山	和歌山県立医科大学付属病院
岡山	川崎医科大学付属病院
福岡	久留米大学病院
長崎	国立病院機構長崎医療センター

3年以上の運航実績を有し、かつ、研修受け入れ意思のあるドクターヘリ運航病院

ドクターヘリ搭乗医師・看護師等研修

- 研修コースおよび研修カリキュラム
医師研修コース、看護師研修コース、責任者研修コースの3コース
日本航空医療学会作成にかかる研修カリキュラムに基づいて実施
 - 研修員に必要な資格
 - ▲ 医師研修: 5年以上の臨床経験と救急専任医として最低1年以上の診療経験を有する者であって、JATECコース又はJPTECコースを受講した者
 - ▲ 看護師研修: 5年以上の看護師経験と3年以上の救急看護師経験を有する者
 - ▲ 責任者研修: 日本救急医学会救急科専門医の資格を有する者
- *なお、上記の研修員は、いずれも、原則として日本航空医療学会のドクターヘリ講習を受講していることが望ましい。

日本航空医療学会

行動目標

- 迅速な出勤を實踐できる
- 適切な安全管理が実施できる
- クルー/消防との適切なコミュニケーションが取れる
- 非日常的環境下での臨床診断ができる
- 現場における適切な治療ができる
- 適切な病院選定と搬送が実施できる

日本航空医療学会

経験すべき具体的事項

■ 出動形態

- ・ Uターン/Jターン/現場診療のみ/病院間搬送
- ・ ランデブーポイントからの事故現場出動
- ・ 連続出動 (Touch and Go)
- ・ 日没間際のミッション (離陸限界時間を考慮した活動)
- ・ 多数傷病者対応
- ・ 現場での患者トリアージ/搬送トリアージ
- ・ 災害現場出動

日本航空医療学会

北総HEMS研修プログラム

- Observation (30回出動)
- Scenario training (20回)
- On the job training (100回出動)

➡ 指導医による最終評価 ➡ 合格/不合格

指導医は現場出動回数300回以上の医師 (6名)

経験すべき具体的事項 (続き)

■ 無線交信

- ・ 現場救急隊/消防本部/運航管理者 (CS)/基地病院
- ・ 現場到着時間を考慮した交信
- ・ 短時間で質の高い情報取得

■ 現場活動

- ・ 症例に応じた現場診療
- ・ ゴールデンタイムに留意した滞在時間
- ・ 外傷症例: <25分 / 内因性疾患: <15分

日本航空医療学会

Study by observation (OBS)

- オブザーバースーツに同乗。
- 出動するが原則的に見学だけ、もしくは現場で手技は行うが、様々な判断は上級医が実施



経験すべき具体的事項 (続き)

■ 医療行為 (現場 / 救急車内 / ヘリ内)

- ・ ABCの危機回避
- ・ 気管挿管 / 静脈路確保 / チェストチューブ挿入
- ・ FAST / 止血操作 / 緊急気道確保等

■ 搬送先医療機関選定

- ・ 患者の重症度・緊急度、生活圏を考慮した病院選定

■ 搬送先医療機関での申し送り

- ・ 短時間で質の高い情報伝達

■ 診療記録記載

■ ブリーフィング/デブリーフィング

日本航空医療学会

Scenario training

- 臨時ヘリポートにおける救急車内での診療をシミュレーション
- 外因性、内因性疾患のシナリオ作成
- 指導医によるフィードバック



On the job training (OJT)

- メインの医師として出動
- 診療・判断のすべてを実施
- 指導医はサポートや助言、危機的状況では交代、フィードバックを実施



フライトドクターの評価基準

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◆ 出動までの準備と態勢
搭乗までの時間は迅速か
装備は適切か ◆ 安全管理
ヘルメット/シートベルトの装着は適切か
クルーリソースマネージメントは適切か
機体への乗降は適切か
現場/救急車内での安全管理は適切か ◆ 情報伝達能力
搭乗員に対して(パイロット/整備士/看護師)
消防に対して(指令室/救急隊員/支援隊)
医療機関に対して
患者に対して(プライバシーの保護を含む) | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 臨床能力
初期診療は適切か
情報収集は適切か ◆ 技術
気道管理
(外科的気道確保を含む)
輸液(骨髄針の使用を含む)
胸腔ドレナージ/緊急開胸など ◆ 意思決定
トリアージは適切か
病院選定は適切か
搬送方法は適切か ◆ 患者受け渡し ◆ リーダーシップ |
|--|---|



3月21日(日)22:00~22:30

フジテレビ系列全国ネットで放映

フライトナース(坂田久美子さん)の活躍
乞う、ご期待!

【司会（篠田）】 ありがとうございます。時間が余ってしまったようで、もう少しやってもらってもよかったのですが……、ありがとうございます。

それでは、次に昭和大学の有賀先生でございますけれども、救急医学のご専門でございます。そちらの立場からご発言をお願いいたします。

医療・社会のあり方について考える

【有賀】 昭和大の有賀と申します。普段からヘリコプターのことを十二分に考えているわけではないのですが、少なくとも救急医療全体の中では大変重要であると。ただ、私が普段考えていることを少しここで話ししてシンポジウムの議論にたえられるかという形で参加したいと思います。

本日の基調講演の文脈でいきますと、官が支える公というんですか、そこら辺がかなり厳しいと。その中で民がいかに官の与えた条件の中で頑張っているかという話から少し本質的な話ができるかなと。きょうのテーマそのものを考えますと、それは民の入ってくる余地がどんな形で医療や社会のあるべき姿の中で展開できるか。もともと日本救急医学会、それから、救急隊も含めた臨床救急医学会などは、この救急医療基本法という話を前の厚生大臣、それから、今の与党にもお話を上げていますので、それとこの2番のここら辺の話がうまくシンクロできるといいかなというのが、きょうの話です。医療、社会のあり方について考えるということなのですが、もともと私たちのやっている救急医療の役割は、ERがあったり、ICUがあったり、病院前救護という話になるわけですね。

ただ、社会背景がいっぱいあるわけで、そういう意味では、この新聞があります。官が支えるという意味では話がかかなり厳しいと。これは総務省のデータです。二次救急も結構こういうふうな理由で勘弁してほしい、三次救急もこういうふうな理由で勘弁してほしいということで、患者さんが悲しい目を見ているということがあります。この東京においても10年間で搬送の件数は3割増しです。お年寄りが増えているということもありますが。それから、病院の数そのものは2割減ということになります。ですから、完全に需要と供給がショートしているということで、これは現場における救急隊の状況でございますけれども、ここに軽症とか中等症があります。この軽症、中等症の現場での待機時間が伸びている。

重篤なものに関しては昔からこの程度なのですが、さっき、この前のスライドでお示したように病院、特に中小病院がどんどん減っていますので、こういう方たちも現場であ

ぐねてしまう。つまり、ここで行きますと19分ぐらいかかりますから、19というところら辺ですので、最低2回から3回ぐらいは病院に当たって運ばれているという実態があるわけです。そういう実態の中で、もっと深刻な問題がございます。これはいずれ民がと言っても相当程度に苦しいと思いますが、こういう社会的背景を持った患者さんたちについては、もともとたくさん、何回も搬送OKかと聞いて運ばれているわけですが、一昨年のお末の1週間ぐらいのこの時期においては、100台のうち8台ぐらいが4回以上聞いてようやく搬送先が決まるのですけれども、こういうふうな背景があると実は100台のうち30台ぐらいが運びあぐねている。

そういうふうなことがありますので、救急医療に関する限り、官と民といっても、場合によって、どちらかという社会の福利厚生というか、もっともっとベーシックな背景については、相当程度、官に頑張ってもらわないとしようがないのかもしれない。どっちにしても東京では今言ったみたいにそういうふうな人たちがいますので、コーディネーターというのを東京消防庁の中において、そして運ぶことについてのいろいろなルールを工夫しているわけです。その中にこのトリアージという患者さんの重症度の判定ということも含めて、今、全体として回っています。きょうは、この話を詳しくするわけにいかないので先へ進みますが、実は大変な状況の中で学術会議がもう随分前に「量から質への変換」という提案を出しております。これは私たちの救急医療の現場から言えば、限りある救急医療に関する資源をどういう形で傾斜配分するか。

つまり、運びまくっているわけですが、運びまくるという状況からすれば、もっと運ぶに適した人を運ぶので、そうでない人は運ぶのをやめようではないかということもあるわけです。ですから、したがって、これ、わかりますね。1日に大体8万人ぐらいの救急患者さんがいたとして、ほとんどはおうちへ戻れるわけですが、このぐらいが入院するわけです。入院する人の半分は救急車が運んでいる。ただ、救急車が運んでいる大体6割ぐらいは、そのままおうちへ帰れるということになりますから、こちらにたくさんの救急車がかかわることになるという話があれば、搬送の1件1件の質を上げようという話になります。

東京ではこの電話相談で「患者さんたちご自身が自分たちで、早速行ったほうがいい」などのアドバイスをするとか、横浜では119の電話が入った途端に松竹梅に分けるとか、それから、東京消防庁では現場に行って、救急隊長の判断で——判断でというか、プロトコールに従って、「運ぶことから遠慮してください」と現場で同意を得る。それから、病院

によっては救急外来において緊急度の判断をして、専ら小児科が中心ですが、診察までの時間を調整するというようなことをやっているわけですね。これは先ほど来お話しするように官の与えられた条件の中でそれなりの工夫をしている、こういう話になるのだと思います。

実はトリアージについては、日本臨床救急学会が救急看護学会と一緒にいろいろな作業を進めております。日本国全体としての尺度を持つてはないかということをやっております。その尺度、先ほどの益子先生のお話でいけば、ヘリのスタッフが地上のスタッフと交信するときに同じ尺度を使う。こういうふうな緊急度についての判断基準が普及するなら、これは家庭でも使えるし、どこでも使える。ということでやり始めてはいます。相当程度に合理的な短い時間のうちにできるだろうと思います。いずれにしても、私たちが今考えているのは、こういうふうな尺度を日本全国の共通の物差しとして使って、家庭や救急外来や救急隊や、場合によってはヘリコプターなどでも使うといいのではないかということでもあります。

これは官の最終の話で、ついこの間の新聞です。救急や産科、小児科、外科などに重点配分しようという話ですが、これも言うなればコスト、つまり、官による配分の中身を少しじくったというだけの話になりますので、きょうのテーマは、それと比べれば一体何なのだという話になるわけです。ですから、コストからバリューへという話を松田先生がされています。それから、3層構造の2層構造目がこの事業の意味になるのではないかというようなこともあります。広域化、集約化も避けて通れないというのは、与えられた条件の中ではこれは必要だろうという話になるのだと思います。

実は、大昔の話で、國松理事長は思い出していただけますでしょうか。これは平成16年に地域救急医療体制の調査をしようということで、地域の救急医療体制の評価という物差しをつくったんですね。これは物差しの中身ですが、救急学会とHEM-Netの合同の研究でございます。先ほどセカンドステージの話が出ましたけれども、この地域救急医療体制そのものをはかる、そういうふうな物差しは基調講演におけるセカンドステージにおいて、もう1回リバイバルがあってもいいのではないのというふうに益子先生と今横でコチョコチョと話をしましたけれども、これは実はおもしろいことに総務省の災害時における消防と医療の連携に関する検討会で、消防本部にアンケートを出したときの自己評価のような形で、少し改編しながら使ったんですね。

結局、そこで出てきたのは、命を助けるという観点からは、やはり小さな消防本部は大

同団結する必要があるだろうという話であります。というようなことで、残り1分。

【司会（篠田）】 どうぞ、どうぞ。

【有賀】 いやいや、もうこれが最後の最後です。結局のところ、私たちの学会などは、先ほどお話ししたように国の基本的な責務なり、こういうふうなストラクチャーをきちっとしろと——ごめんなさい。こういうふうな人や物をきちっと整備しなさいと。そして、それに対してこういうふうな動き方をしましょうね。最後は全国民の理解と参画の確保ということがあります。基本的には先ほど来のお話でいけば、官がこういうふうな背景をきちっと整備する、ストラクチャーとして整備する。それにさっきのお話の2層構造目のようなものがどんな形でシンクロするかという話なのだと思います。

搬送システムそのものは、もう既に地域の救急医療を支援するシステムという体系にどんどん変わっていますから、単なる運び屋ではなくなっています。それから、いろいろなところで行われているトリアージというのは、これは投資のあり方を問うているわけですし、したがって、社会のあり方そのものは、やはり人々の理解、言うならば文化ということにいずれはなってくるわけです。ですから、この手の私たちの提案も、きょうのお話の核たる話と恐らく上手に織りなすのではないかなと思う次第であります。というわけで、「終わったみたいヨ！」「前座がネッ」ということで、どうもありがとうございました。（拍手）

有賀 徹氏パネルディスカッションスライド

HEM-Netシンポジウム 医療・社会のあり方について考える

平成22年2月17日
全国町村議員会館大会開催

- 1) 救急医療の現状 → 対応療法から本質論へ
- 2) 実情事例 → 医療・社会のあるべき姿をめぐり
- 3) 救急医療基本法(案)をめぐり

昭和大学医学部救急医学
有賀 徹

東原正紀: 救急車と
リハビリテーション
(看護社, 2008(養老))

最終的に救命救急センター等で受け入れに至った事案について、
途中の照会で二次救急医療機関と三次医療機関で受け入れに至らなかった理由

三次医療機関
受け入れに至らなかった件数
32,663件

理由

- ・ベッド満床 32.6%
- ・手術中・患者対応中 25.0%
- ・処置困難 11.2%

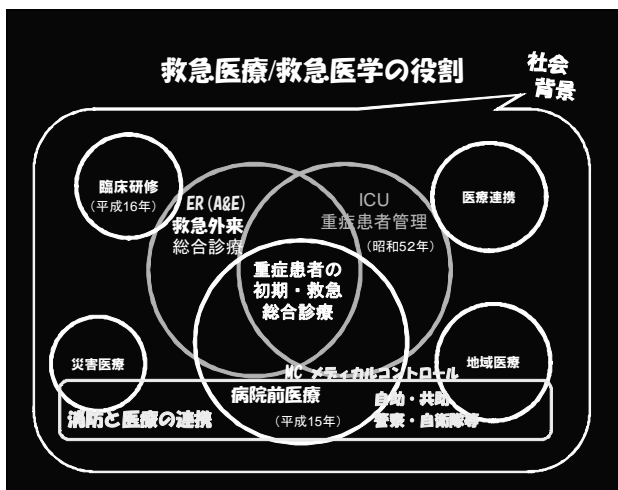
二次以下医療機関
受け入れに至らなかった件数
104,180件

理由

- ・処置困難 23.6%
- ・専門外 18.8%
- ・手術中・患者対応中 14.5%
- ・ベッド満床 12.7%

病院区分等	手術中・患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	合計
二次以下	15,105	13,268	24,554	19,836	5,982	265	25,390	104,180
割合	14.5%	12.7%	23.6%	18.8%	5.7%	0.3%	24.4%	100%
三次	10,647	8,472	3,661	1,763	608	19	7,288	32,663
割合	32.6%	25.0%	11.2%	5.4%	1.9%	0.1%	23.8%	100%
合計	25,752	21,445	28,214	21,399	6,571	284	33,178	136,843
割合	18.8%	15.7%	20.6%	15.6%	4.8%	0.2%	24.2%	100%

(平成20年中の救急搬送における医療機関の受け入れ状況等実態調査)(平成21年3月 総務省消防庁・厚生労働省)



(増加する救急搬送患者)

○ 平成10年から平成19年までの救急車による搬送患者数は10年間で約30%増加している。特に65歳以上の高齢者については、約67%増加しており、救急医療に対する需要増の大きな要因となっている。(表1)

表1 救急搬送患者数の推移 (資料: 東京消防庁)

	H10年	H11年	H12年	H13年	H14年	H15年	H16年
全体	480,139	504,675	540,660	567,451	588,502	616,996	626,231
5% 高齢者	148,547	162,399	174,681	190,551	202,342	219,778	229,528

表2 救急医療機関数の推移

	H10.4.1	H11.4.1	H12.4.1	H13.4.1	H14.4.1	H15.4.1	H16.4.1
全体	411	403	393	384	374	377	366

表3 救急隊の現場到着から搬送開始までの時間の推移 (資料: 東京消防庁)

	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
平均	15分00秒	15分30秒	16分36秒	17分33秒	18分57秒

東京の救急医療↑!

4分↑/5年

2008年 平成20年 2月13日 水曜日 14

救急存亡

暴言訴訟: 意欲空回り

安全にはコスト必要

話を元に戻しましょう...

健康被害受診者数

現場待機(分)

現場待機時間は、増加傾向が続いている。
特に軽症事案での増加傾向が強く、結果的に全体の平均時間の延伸に影響している。

連絡回数ごとの現場滞在時間(分)(H20)

連絡回数	件数	割合
1回	37527	(68.5%)
2回	8457	(15.4%)
3回	3743	(6.9%)
4回	1864	(3.5%)
5回	999	(1.8%)
6回以上	2174	(4.0%)

搬送連絡回数が多いほど、現場滞在時間が長い。

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(傷病者背景あり)(3)

	0回	1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回以上	4回以上	5回以上	6回以上	7回以上	8回以上	最大回数
全数	件数	1,673	2,022	481	211	57	4,433	772	291	82	82	25
	割合	16.6%	21.2%	5.1%	2.3%	0.6%	100%	17.7%	7.1%	1.0%	1.0%	25
傷病者背景	件数	223	292	64	36	13	641	222	120	46	46	25
	割合	24.4%	31.7%	13.3%	17.6%	4.1%	100%	34.6%	19.3%	7.2%	7.2%	25
	割合	3.4%	19.1%	13.3%	17.2%	66.7%						
脳卒中	件数	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	割合	15.0%	37.5%	15.0%	15.0%	15.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
感染症(結核除く)	件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	割合	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
精神疾患	件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	割合	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
急性アルコール中毒	件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	割合	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
薬物中毒	件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	割合	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
妊婦	件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	割合	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
その他	件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	割合	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
合計	件数	1,673	2,022	481	211	57	4,433	772	291	82	82	25
	割合	16.6%	21.2%	5.1%	2.3%	0.6%	100%	17.7%	7.1%	1.0%	1.0%	25

平成20年度
救急業務高度化推進検討会
報告書

東京都医師会
東京消防庁
平成20年12月16日~22日

平成21年3月
総務省消防庁

※1人の傷病者で複数の背景がある場合は、それぞれの背景に計上

学術の動向

7月号

2007年5月号

医師の偏在問題の根底にあるもの
提言：量から質の医療への転換による克服

このパンフレットは学術会議雑誌「学術の動向」2007年5月号の特集「医療を崩壊させないために」の記事をそのまま掲載しました。この特集の記事は学術会議第二部医事制度分科会の委員がそれぞれ個人の立場で書いたものです。

【特集】医療を崩壊させないために
医療システムのゆくえ

公刊シンポジウム

日時：平成19年8月30日(木)
場所：日本学術会議講堂

日本学術会議・臨床医学委員会医療制度分科会
日本学術会議
平成19年(2007年)6月21日

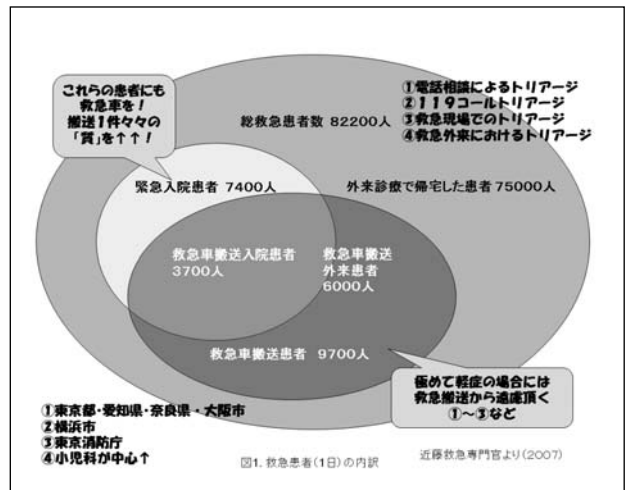
日本学術会議
臨床医学委員会医療制度分科会

考察

- 「ベッド満床」、「処置困難」を細分化したことで、平成19年の全国調査に比べ、受入医療機関決定までに受入に至らなかった理由が明らかになったと思われる。
- 平成19年の全国調査に比べ、医療機関に受入の照会を行った回数における4回以上、6回以上の件数の割合、現場滞在時間区分ごとの件数における30分以上、60分以上の件数の割合が共に減少していた。
- 傷病者背景がある事案においては、受入照会回数、現場滞在時間ともに全体平均を上回っており、選定困難事案となりやすいと思われる。特に、「精神疾患」、「急性アルコール中毒」、「結核」、「過去に問題のある傷病者」、「全く未受診の妊婦」において、選定が困難な傾向となった。
- 産科・周産期事案については、1週間程度の調査期間では事象数に限りがあり、正確な傾向を把握するには、調査期間を延長する必要があるのではないかと。
- 受入照会回数が多数におよぶほど、処置困難(その他)を理由に受入に至らない場合が多いと考えられた。

地域の救急搬送・受入体制の現状を分析・検証し、検証結果に基づく改善策の策定等に有用な調査ではないかと。

東京消防庁(消防本部)におけるコーディネータの配置・他(夜のNSJ)



ルールI 救急患者の迅速な受入れ

東京都救急医療対策協議会
報告(平成20年11月)

救急患者を迅速に医療の管理下に置くようにするため、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して救急患者を受け入れる。

地域ネットワークの構築

- 一時受入・転送システムの導入
 - *一時的な受入医療機関で応急的に医療を提供
 - *専門的治療などは他医療機関に転送して提供
- 救急患者受入のための地域ネットワークの構築
 - *救急医療の地域ネットワークを構築する際の要となる救急医療機関として、「東京都地域救急センター(仮称)」を設置
 - *地域救急センターは地域内での患者受入調整を行い、自らも受入に努力
- コーディネーターの設置
 - *地域内では受入が困難な場合、地域を超えて、他地域の「地域救急センター」と協力しながら、患者受入調整(東京消防庁指令室に設置)
- 救急情報システムの改善
 - *救急医療機関が相互に診療可否や空床有無などの救急医療情報を共有

ルールII 「トリアージ」の実施

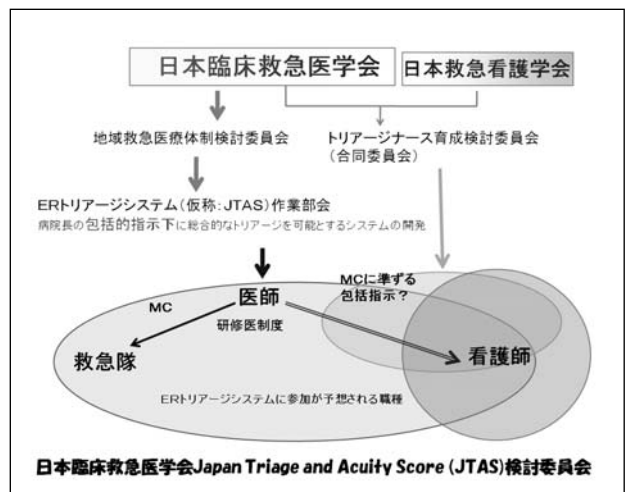
緊急性の高い患者の生命を守るため、救急医療の要否や診療の順番を判断する「トリアージ」を、救急の様々な場面で実施する。「緊急度の判定・選別」へ!

「搬送時トリアージ」や、地域救急センター等での「病院内トリアージ」の推進

ルールIII 都民の理解と参画

セーフティネット! 職士! 愛護心!

都民は、自らのセーフティネットである救急医療が重要な社会資源であることを認識し、救急医療を守るため、適切な利用を心がける。





【司会（篠田）】 ありがとうございます。

次に、岐阜大学の小倉先生でございますけれども、岐阜県ではドクターヘリをこれから始めようとされております。そういう点では研修生を送り出す立場からのご発言をお願いいたします。

救急医療の全体最適化としてのドクターヘリ事業

【小倉】 岐阜大学の小倉です。この図に見えるこのドクターヘリが岐阜大学のヘリポートに、上空を飛んでいるのですが、まだ降りておりません。いつ降りるのかというのは今後のお楽しみだと思うのですが、本日私の話は地方における救急医療、全体最適化の1つのパートとしてのドクターヘリ事業という形でお話をしたいと思います。先ほど海堂先生のお話がありましたが、実は岐阜大学でロケをしたのがこの『ジェネラル・ルージュの凱旋』ですので、皆さん、お帰りになったら、ゲオかTSUTAYAでお借りいただいて、岐阜大学がどういうものかというのを見ていただければいいと思います。

昔、昭和40年代、まだ私が小学生のころに沖中委員会からの提言がありました。救急医療は医療の原点である。救急医療は医療体系全体にかかわる。地域医療と救急医療は不即不離なものである。限られた医療資源の最大限有効な利用が必要。救急医療は採算がとれない。これは後で申し上げますが、実は社会資本としては極めて採算性が高いのですが。救急医療は医学教育の基本である。これはまさにいまだにこの考えというのは通用しますし、私もこの理念に基づいて、今、地域の医療を支えているわけであります。

岐阜県なのですが、実は岐阜県の人口当たりの医師数というのは全国平均200人に対して175人と非常に少ない上に地域によっては非常に遍在しているわけであります。特に山間部では人口10万人当たり120人とか、こういうふうに資源が足りない上に偏在しているというのが明らかな岐阜県の医療事情でございます。救急医療における質の指標として時間との闘いというのが重要な指標であるというのは論を待たないと思います。しかし、その診療プロセス、病院の中に入ってももともと少ない医療情報の中で煩雑な作業を行い、時間的な制約があるという厳しい状況で闘わされるわけでございます。私が、よく言うのは、目隠しをしてリングに上がるボクサーのような闘いを強いられているというのが救急医療の現状でございます。

先ほど有賀先生のお話でもありましたが、現場滞在時間が延びている。つまり、うまく病院におさまっていないというのが今の救急医療の現状なのですが、ここに示すのは実は

大和運輸の宅急便のデータですが、昭和51年から平成14年の間に全体の輸送量は 3×10^4 倍増えています。しかし、社員数は1.8倍、車両数は1.2倍にしか増えていません。どうやって増えたこの荷物を取り扱うのかといいますと、輸送直結リソース、我々にとつての救急車であり、ドクターヘリにあたるものですが、これの改善および情報管理でここを行ってきたのであります。私が、よく言っていることですが、人の命は地球より重いと言いながら、ヤマト運輸の運ぶ段ボールよりも軽い。つまり、人を運ぶ救急医療の輸送手段と情報管理に当然のことながら資金を投下しなければこういうことはできない。力技だけではだめなのは明らかです。というのは、必要な資本を投下されないまま、先ほど海堂先生のお話でもありましたが、ちょうど僕らの世代、僕は51歳ですから、まさに牛馬のように働いてきたわけなのですが、今もその力技で何とか通そうとするから、そこに誤りが生じてくるわけでございます。

岐阜県は、地理的な悪条件があるという不利な状況の中で救急医療体制のロールモデルをつくろうと考えています。ヒト、モノ、カネが確保できない場合、ばらまきによる効率が悪いというのは明確ですから、現場から決定的な治療、つまり、助かる治療ができる医療機関までの途中の治療と、それを支える情報とアクセス手段という考えで今の救急医療体制をつくっています。医師派遣ではなくて医療を派遣する。ドクターヘリのミッションは医療を派遣することだと言われていますが、例えば初期診療病院において患者さんが出たとしたら、そこに行って、現場でもそうなのですが、病院でも治療して安定化させて連れて帰ってくる。こういうミッションにも耐え得るような基幹病院の育成及びドクターヘリなどのアクセス手段というのが考えられるわけであります。

治療のレベル、地域の医療レベルというのは、実はトップホスピタルのレベルによって変わってきます。東京と地方というのは全く事情が異なります。東京は幾つものトップホスピタルがありますが、地方にはトップホスピタルは1つしかありません。そこにおける医療のレベルというのが、その地方の医療レベルというのを決定してしまいますから、最重症の患者さんに対してどれだけレベルの高い医療を行えるだけのスタッフを備えたトップホスピタルを育てるか。そして、そこからドクターヘリを送り出すというのがいかに大事かということがおわかりいただけると思います。

また、それを支える情報、昨年末に私も仕分けで世間を騒がせましたが、我々が考えているのは、それを支える情報システムです。つまり、病院の資源をリアルタイムでつかみ、そして現場の情報を集め、その2つの情報をマッチングさせるセンター的な機能、これに

よって最適なマッチング、患者さんと病院のマッチング、Right patient to the right hospital。チラッと隅っこのほうに書いてあるのが私のやっているベンチャー企業の民の支えているところなのですが、こういうようなシステムというのが全体としてかかわってくるわけでありませう。

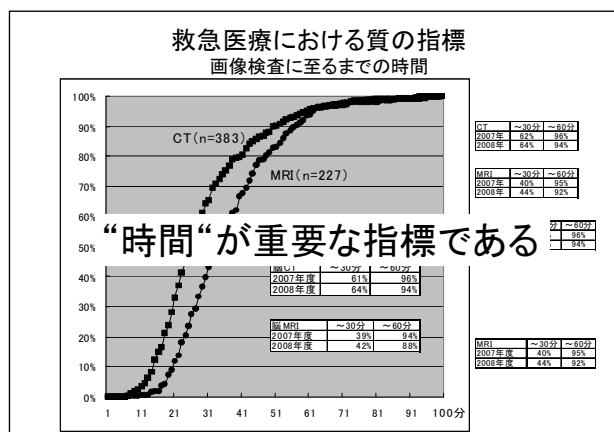
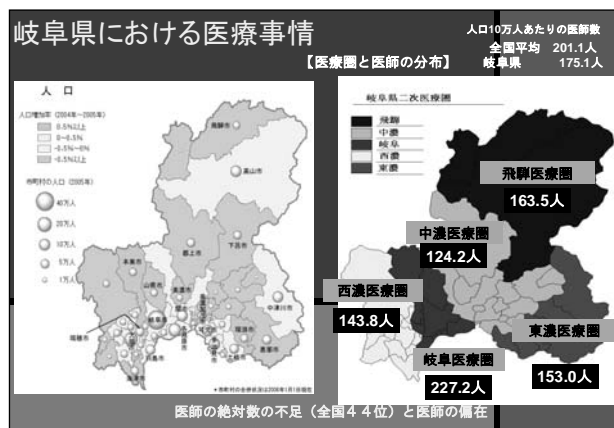
さて、救急医療にコストはかかるのだろうか。社会的コストはかかる。社会資本に対してどれだけの影響があるのだということを考えてみたいと思います。我々の病院では患者さんの大体平均10%弱は我々のセンターを経由してきますし、医療収益の15%ぐらいは我々のセンターを経由しています。このように単体の病院の中でも実は救急医療は収益に大きく貢献している。さらに言うなら、死亡率、死亡数は、実は悪性新生物、そして心疾患と普通の死亡統計ではごらんになると思うのですが、実は若くして亡くなってしまう人たちの残された人生を考えると、早くして亡くなるというのは社会的にきわめて惜しいということで標準早死損失年という指標が、これは「健康日本21」で提言された方法です。不慮の事故、自殺などの疾患が若い方の死亡が多いわけですから上位に上がってきます。まさに不慮の事故から脳血管障害までドクターヘリが最も活躍する領域のことであります。社会資本に対してどれだけ大きな貢献ができるかというのがおわかりいただけると思います。

まとめますと、救急医療のコストというのは、その救急機関単独の収支、そして病院全体の貢献のみならず、若年者の急性期病態の治療に伴う社会資本への大きな貢献ということのをすべて考慮する必要があると考えられます。将来的には我々の開発する情報システムによって適切な情報を得てドクターヘリが飛び回る。これが岐阜県モデルとして3年後にでき上がる予定なのですが、これを特別なものではなくて標準的なものとして世の中に広めたいというのが今の我々の考えであります。

さて、そういう意味で本日のシンポジウム、社会資本の充実ということ、官から民、ここに対してどれだけ民から投資できるようなスタイルをつくるのかということと、ドクターヘリに対する官を民が支えるというのが、恐らく共通するお話ができるのではないかと考えます。

以上です。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

小倉真治氏パネルディスカッションスライド



沖中委員会提言(昭和40年代)

沖中重雄元東京大学第三内科教授

- 救急医療は医療の原点である。
- 救急医療は医療体系全体に関わる。
- 地域医療と救急医療は不即不離なものである。
- 限られた医療資源の最大限有効な利用。
- 救急医療は採算が取れない。(実は社会資本としては極めて採算性が高い)
- 救急医療は医学教育の基本である。

救急医療における診療プロセス

G大学附属病院

【診療プロセス】

- 【患者情報】
- 【患者搬入】
- 【初期治療】
- 【移動・入院】

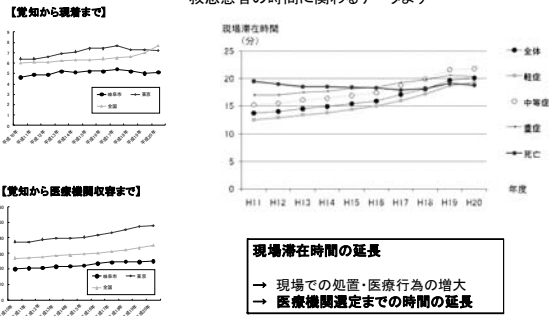
【救急医療の特徴】

- 少ない患者情報
- 作業が煩雑(病態が急激に変化、種々の作業が同時に進行)
- 時間的制約(緊急性)

⇒ 以下に早く効率的に対応することが求められる

救急患者の搬送状況

救急患者の時間に関わるデータより



救急医療体制のロールモデルを作る

地理的な悪条件をどのように克服するのか？
ヒト、モノ、カネの確保
ばらまきによる効率化

現場から決定的な医療機関までの治療
それを支える情報とアクセス手段

ヤマト運輸

年度	発送個数	社員数	車両数
1976年 昭和51年	33千個	5,700人	3,000台
2002年 平成14年	983,938千個	101,221人	34,842台

3 × 10⁴ 18倍 12倍

輸送直結リソース+情報管理

ヤマトシステム社提供資料より

医師派遣ではなく医療を派遣する

ドクターヘリのミッションは？

11

人の命は地球より重い
しかし段ボール箱より軽い

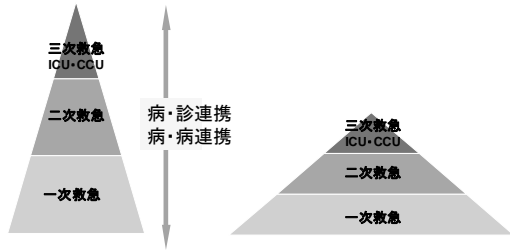


長距離搬送に伴う preventable trauma death を回避する為に

初期診療病院における
外傷診療の人的・物質的不足をいかにして補うか

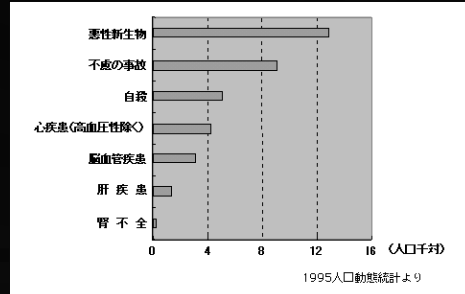


トップホスピタルのレベルが
地域の医療レベルを決定する(育成を含めて)



救急車台数、救急患者の多さが救急医療施設の質を決定するのではない
最重症の患者に対してどれだけレベルの高い医療を行えるだけの質と量の医療スタッフが
いるのかということが決定する

標準早死損失年



「GEMITS」全体構造と開発要素(後で詳述)

「GEMITS」は救急医療現場に役立つ新たな社会基盤となることを目指す!



救急医療のコスト

- センター単独での収支
- 病院全体での患者増に対する貢献
- 若年者の急性期病態の治療に伴う社会資本への貢献? 標準

これらを全て考慮する必要がある。

入院患者に占める患者のうち、外来から
高次救命治療センターを経由した患者

平成18年度では7%から10% (平均8.5%)
医業収益では13%から17% (平均15%)

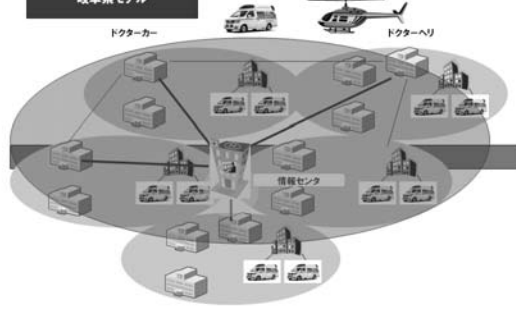
130億円の15%は19.5億円

まとめ

- 支援基金創設の意義→救急医療全体に対する医療界以外からの原資の調達
- 医師、看護師等研修助成事業はどのように進めていくべきか?→高度な医療をできないと意味がない
- 調査研究助成事業はどのように進めていくべきか?
- 運行円滑化・高度化業務助成事業はどのように進めていくか?



岐阜県モデル



【司会（篠田）】 ありがとうございます。

次に、東京大学の上先生でございますけれども、先生は医療全般について大変活発なご発言をされてきております。大所高所からご発言をお願いいたします。よろしく申し上げます。

医療における公を考える 21世紀の「尊皇攘夷」とは？

【上】 どうもありがとうございます。東大の上です。きょうはこういう話を、私は救急の専門家でも何でもないので、自分たちがやっている与太話をします。多分、ばかみtainな話になると思いますが、私たち、ここにおります。東京大学医科学研究所です。旧名、旧伝染病研究所。つくったのはこの人です。北里柴三郎先生、1900年ころですね。当時は志賀潔さんとか、野口英世さんとか、ノーベル賞候補がたくさん出ました。どんな時代かという、第一次世界大戦の前、日清・日露の間です。私がいた旧第3内科のご先祖、青山胤通さんが彼を追い出して慶応大学医学部ができます。今、この人が有名です。うちは2人有名な教授がいるんです。インフルエンザの河岡教授、ゲノムの中村祐輔教授。

何でこんなことを言うかという、ここはどこがもともとつくったかという、内務省と陸軍なんです。戦争遂行の血清をつくるためにつくりました。丘の上に広大な土地があります。実は、きょうこの話をしようと思っているんです。官から民へ、公へ、公をどうしてつくるか。私はこの国の枠組みが変わると思っているんですね。なぜ変わるか。革命が起きたからなんですね。情報革命と思っています。黒船が来たのが1853年、大政奉還が68年、その間15年。Windows95が出て99年、その間14年で政権がかわりました。多分、自民政権に戻ることもないし、民主がこのまま行くこともないでしょう。私もそう思います。

明治10年、西南戦争がありました。11年、大久保利通が暗殺、元勳は全員なくなりました。その10年間、内戦を繰り返すんです。これから10年間は、私は、集合離散を皆さんがして新しい秩序ができるとしています。近代は何か。追い求めるものがあったんです。ドイツ医学、アメリカ生活、官僚が留学して見てきて、それを業界団体に伝え、国民がやるという仕組みがありました。いかに追いつくか。ところが、我々は坂を登って雲の中にいるんですね。試行錯誤しないといけないんです。試行錯誤を皆でシェアしながら、「あれ、よかったぞ」「こんなことをしたらいいな」とみんなでシェアしないと変わらないんです。だれとシェアするか。国民とシェアしないといけないんですね。

実はこのスライド、我が国の医療を考える上で歴史を考えないといけないと思っています。医師数です。この国は西に多く、東に少ないんです。何でだと思いますか。私、戊辰戦争の戦後処理、これからすると思っています。九州は福岡県を抜いて人口700万、医学部が6校あります。毎年600人卒業します。千葉県は人口600万、医学部1校です。差がつくに決まっているんです。おまえ、そんなの偶然だろう。いや、そんなことないんです。例えば愛知県、尾張徳川家は真っ先に官軍に寝返りました。医学部（4校）。三河は最後まで医学部ゼロ校。いまだに三河は医療過疎地です。ヘリコプターが飛ぶ必要ありますよね。うそばかりと。そんなことないですよ。例えば昭和60年以降、公立高校で甲子園で優勝したのは全部西です。

なぜかという、これは地域の文化、教育なんです。九州って、北は修猷館から南は鶴丸まで各地に名門校がある。千葉県と同じ人口なんです。高校野球は千葉の20倍ぐらい優勝しているんですよ。だから、これに追いつくためには、多分、そんな簡単にうまくいかないと思っています。でも、困るといろいろな人が出てくるんです。医療構想、千葉で、千葉県は多分、世界で一番困っているんですよ。なぜかという、医者がなくてソフトもないんです。房総半島の中で産婦人科の入院できる病院は亀田総合病院1つだけ、世界で一番レベルが高いと言われているのが1個あるだけ。文化の中心、銚子。銚子はもともと、ここの地域というのは東海岸に人が移動していたんですね。だから、上総が南、下総が北です。京都から海で来ていたんです。銚子商業って、今回、優勝しましたよね。

成田などというのは、成田山があって文化があったのに、今はスカスカですよ。何と成田日赤というのはお医者さんが大量退職したんです。ものすごい豊かな市ですよ。成田と浦安、お金いっぱい持っているんです。何でだと思いますか。天領だった、ご料地だったから新政府が何もつくってくれなかった。これはほんとうなんです。今でもこの人たち、官僚を呼んで講演会するんですよ。違うんです。地域住民を呼んでやらなければいけないんですよ。ちなみに政策投資銀行が一昨年暮れに出したレポートです。2025年、この国は最も高齢化します。80歳の団塊の世代が60歳に3,500兆の資産を相続する国になります。そんな国は世界でないんです。病人当たりの医師数、千葉、茨城、埼玉、激減します。福井の4分の1ぐらいになります。20年間に何とかしなければいけないんです。

困ったらいいことができるんですよ。これは、きょう、亀田の小原まみ子先生からい

ただいたスライドです。亀田総合病院を目指して妊婦がヘリで飛んでいる。これは二、三年前のスライドで、今はもっと変わっていると思うのですが、ヘリコプターのネットワークはこういう地域から有機的に発達しています。ところが、この情報は、亀田総合病院は厚生労働省に研究班を何回出しても通りませんでした。民だから通らない。私、がんセンターにいたからすぐ通りましたよ、がんセンターにいるときは。この情報を皆さんは厚生省と記者クラブを通じて見る限りでは絶対に入らないんです。

私たちは情報を坂の上で見て、その編集した情報を見ているんです。ところが、情報のエディティング、編集、皆さんと一緒にやらないと変わらないんですね。よく見ると、そうか、三浦半島と房総半島って近いんだとか、近いですよ。両方の頭に軍隊が昔いましたよね。軍隊は合理的に動くんですね。なるほど、東京の近郊って、もう運ばれてくるんだな。そうです。関東は東京以外は過疎地なんです。

さあ、どうやって解決していくか。実は最近、国立がんセンター等のナショナルセンターを独法化しましたよね。私はこの問題は海軍病院、陸軍病院の清算だと思っています。ここはもともと勝海舟がつくった海軍練兵所で、戦後、軍医学校、兵学校ができるんです。その後、江田島に行きます。軍医学校がそのまま残って、米軍が接收します。その後、ナショナルセンターに変わるんです。システムだって、総長、運営局長、院長、これは何とかの宮の師団長、それから、参謀本部の役人、それから、現地の将軍、同じ構造なんですよ。これがどうやって変わったか。問題は官僚支配と借金漬けの体質、この2つを切ったんですね。

それは土屋了介さんというがんセンターの院長先生が患者に向かってしゃべったんです。おばさんに向かっては「女性自身」で、このままだったら、がん難民が出るよ。おじさんに向かっては「週刊現代」で、がんセンターは倒産の危機だ。そうすると、毎日新聞が国民に向かって借金漬けだ。これではあんたたち、大丈夫かと言ったんですね。この記事を見た人はこの人、この人は質問趣意書をたくさん出しました。別に連携していませんよ。勝手に見て出したんです。この人、この人が国会でやり合いました。そして、借金は600億から100億に減らされ、役人がいなくなり、これから自立できるかどうかわかりませんよ。これこそ公が問われているんです。

東京大学にいます。東京大学は800億ぐらい借金があって、年利4%ぐらいで返しているので毎年30億借金だけ返しているんです。それが500億で4%で20億減るんです。これを土屋さんという人がひたすら患者に向かって言い続けたんです。患者さん、国

民の代表の議員たち、メディアたちがつながって今処理しようとしているんですね。これは山形から嘉山さんという理事長が4月に就任します。彼は決まった日の翌日、医療業界誌のSo-net M3のインタビュー、これは20万ぐらい配信しているんです。直接自分の考えを伝えました。これって実はあまりなかったんです。これまでは、こういうふうに直接リーダーがしゃべることがなかった。こうしたいんだ、こういう医療をしたいんだということ、これを彼は伝えているんですね。

それ以外には、ある業界誌で診療報酬、薬代を上げるべきだと私は言っていたんですけども、何かこういう東京大の私が、有識者が薬価制度を上げろと言ったから上がったんだ。こんなうそなんです。こんなのは全く効いていないです。患者さんが上げなさいといろいろなところで言ったんですね。薬価を高くしたほうが新薬が入ってドラッグ・ラグがなくなるんだ。中小製薬メーカーは損するけれども、患者にとっては得なのだ。患者さんが各地で言ったんです。これで通ったんです。患者さんが動かなければ、これは動かないと思っているんですね。

これが最後のスライドです。今年、どんな議論をしますか。医療財源の議論です。医療費6,000億増えました。多分、この分野は相当増えると思います。政権がかわっても600億、前原さんが18%公共事業費を切って約2兆増えても医療費は600億。足りないの新しい財源、保険か、税金か、自己負担かという議論を始めないといけない年だと思います。さらに医学部新設の議論が始まります。千葉、茨城、埼玉、必要だと思います。どこにどうつくってネットワーク化していくか。恐らく救急医療、ドクターヘリと有機的に絡む議論をしないといけないと思います。この上半期に多分、この委員会の人選、決まるでしょうから、各地から声を上げる必要があると思うんですね。

最後は、我々医科学研究所なので、ゲノムのホールシーケンスって、何と5万円で、30分間でヒトのゲノム、シーケンス、数年間でできます。オバマさんは2006年に法案を出しています。オーダーメイド、個別の医療が始まります。アメリカはそれを戦略的に位置しています。そのときに何がボトルネックか。情報工学者なんです。スパコンを扱う人なんです。彼らを仕分けしようとしたのが、我々、数カ月前。こういうものが有機的につながってポストモダンの医療をつくるんだと思うんですね。

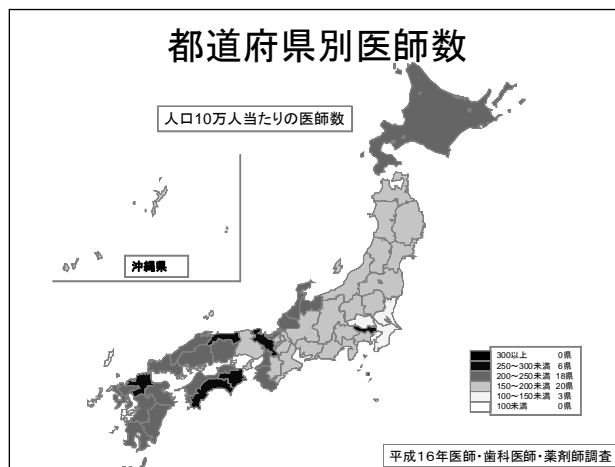
私は、この話は国民の皆さんとともに議論して、どういうふうにするのかということをやりたいと思っています。このHEM-Netがすごいと思うのは、ボトムアップで、しかも、ファンディングの話まで官に依存しない公をつくっている例として、いろいろな各地

で取り上げさせていただいて、勉強させていただきたいと思っております。どうもありがとうございました。(拍手)

上 昌広氏パネルディスカッションスライド

医療における公を考える 21世紀の「尊皇攘夷」とは？

東京大学医科学研究所
 上 昌広



東京大学医科学研究所 (旧伝染病研究所)

S60年以降、 甲子園で優勝した公立高校

- 四国
 - 伊野商(高知)、池田(徳島)、宇和島東(愛媛)、松山商業(愛媛)、観音寺中央(香川)
- 中国
 - 広島商業
- 九州
 - 佐賀商(佐賀)、佐賀北(佐賀)、清峰(長崎)

坂の上の雲

司馬遼太郎

医師11人が一斉に退職！！

立ち上がる竜崇正先生

危機にある千葉県の医療を護り、育て、安心して暮らせる県づくり

県と「産業振興」のためのちはビジョン

医師 竜 崇 正

ネットワークは「医療連携」が産業振興です。これには、病人(企業)を診察して、「病人(学生)」「生活」向上を目指します。
ネットワークには「産業連携」も有効(産学連携)です。
医師(経営者)、医療従事者(経営者)による大学(産学)で暮らせる生活環境を数値化。次にこの数値で「産業振興」を目指し、そのための産業と人材を育成して、産業が「産業」です。

図表17 推定患者千人あたり医師数

千葉の医療崩壊がすすむ・・・

日本政策投資銀行より

2025年には
超医師不足に！！

道宮橋群宮福愛神山奈長三岐山静福千子青岩新茨埼
賀城木馬崎井知奈梨良野重早形岡島田栗藤手潟城玉6
川

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

それでは、次に日本損害保険協会の竹井さんでございませうけれども、ぜひとも民が公を支えるという観点から有意義なお話を伺えれば幸いです。よろしくお願ひします。

自賠責保険運用益抛出事業の理念

【竹井】 ただいま紹介をいただきました日本損害保険協会の竹井でございませう。まず、本日このシンポジウムでパネリストをやらせていただく、なぜ私がこんなところにいるかというお話をさせていただきたいと思ひます。今までドクターの先生方ばかりで、私は単に民間の団体の部長でございませうので、少し不思議に思われる方もいらっしゃるかもしれませんが、ドクターヘリとのおつき合ひをさせていただいて、もう既に8年ぐらいたちませう。その辺の経緯を含めて少しお話をさせていただきたいと思ひます。

私どもの日本損害保険協会は、自動車損害賠償保障法という法律に基づいて車に強制されております自賠責保険の保険料を原資にいたしまして、その運用益を使ってさまざまな事業に支援をさせていただいております。この資料は、この支援助成事業につきましては、実は自賠法の中で、法律で決まっております。皆さんからいただいた保険料につきましては、保険金として払われる部分と収支残が出てきます。その収支残は法律に基づいて全部、運用益を含めて積み立てることが義務づけられております。その運用益を取り崩す場合も全部法律で制限があります。その取り崩すことができるものとして、1つが赤字の補てんです。もう一つが、ここに幾つかの事業があるのですが、そこへの助成、この2つです。大きく分けて2つの場合についてのみ、その運用益を取り崩すことができるというふうに、これは法律で書かれております。

今までさまざまな事業に支援をしまひりました。スライドをご覧くださいと、まず自動車事故防止対策として幾つかの事業が書いてございませう。これは実は来年度の抛出事業の案が、今はまだ案の段階ですけれども、明日、正式決定される予定ですが、そうすればニュースリリースをいたしますけれども、そういう意味では少しフライングですが、少しご紹介をしておきます。ここの自動車事故防止対策と、それから、ここに自動車事故被害者対策、それから、このところ、この救急医療体制の整備、その下に後遺障害認定対策、それと医療費適正化対策、この大きく分けて5つの事業で取り崩すことができるということで、個々に事業をさせていただいております。

その中で、後でドクターヘリの話をしませうけれども、例えばこの上、自動車事故防止事

業では飲酒運転対策、NPO団体への助成をしていたり、それから、この辺に交通事故の発生場所に関する情報システムの整備とデータ活用、これは交差点の事故が多いということで、その分析をしていろいろ提言をしていこうという、こういう事業とか、それから、ここに警察庁とありまして、交通事故自動記録装置、これは交差点のカメラです。それから、歩行者等模擬横断教育装置とか、こういうのをやったり、その下のところは、実はこの部分が一番多いのですが、交通事故で被害に遭われた方の相談事業です。交通事故紛争処理センターというところがありますけれども、そこへの助成とかいろいろなものを行っています。あと、リハビリテーション講習会の費用とありますけれども、これは最近非常に好評いただいているのですが、見えない障害と言われている高次脳機能障害、これのリハビリテーション講習会の費用を助成するとか、こういうことをやっています。

それと、次に行ってください、救急医療体制のところですか。ここでまず救命救急医療機器の寄贈があります。これは3つの病院がありますけれども、いわゆる公的病院と言われている病院に限って寄贈していますけれども、その下にも救命救急センターへの医療寄贈。あと、ここにもう一つ、国があります。消防庁、高規格救急車の寄贈というのがあります。その少し下に行きまして、ここにドクターヘリの関係が幾つかありまして、これがドクターヘリの講習会開催補助、これは日本航空医療学会、これが2004年度から支援させていただいております。

それから、その下、これがHEM-Netへの広報誌の支援ですけれども、広報誌、きょう配られている「HEM-Netグラフ」、その支援ですけれども、これを2003年度から支援させていただいております。ここにもう一つ、(新)というのがあるのですが、これが今回のHEM-Netさんの支援事業の部分です。それを今度、新規にこの運用益の中で使ってやっていこうということを今案として挙げていて、明日、正式決定をされる予定だと、こういうことでございます。そういうことで、私ども日本損害保険協会とのおつき合いが既に七、八年ぐらい前からあるということでございます。それが1つです。

それからもう一つですが、民が官を支えるという観点で1つお話をしたいと思います。実はこの拠出事業、どういう先に行くのかというのは、私どもにとっては非常に悩ましいことです。これはいわば自動車ユーザーの保険料の中の運用益から拠出をするということですから、まあ、半ば公のお金という観点もありますし、どのように公平性とか適切性を確保していくかというところは、いつも悩んでおります。

ただ、これを業界で勝手に決めるということではなくて、実は損保協会とは別に有識者

の委員会をつくりまして、そこで議論をして決めさせていただいています。その議論の中身は、議事録、配付資料を含めてすべてオープンにしております。それからもう一つ、最近あまり審議会が動いていないようですけれども、自賠責保険については審議会がございまして、この審議会にも、ついこの前、1月19日に開催をされましたけれども、そこで報告をしていろいろな議論をして、その自賠責の審議会は全部資料、議事録、オープンにされておりますけれども、そうやって透明性を確保してこの事業を実施しているということでございます。

ただ、今少し申し上げましたけれども、例えば警察庁に対する寄贈、今、自動記録装置とかいう話がありましたけれども、それから、消防庁に対する寄贈、高規格救急車ですね。こういうところへの寄贈に対しては、何で国にやるんだと。もともと税金でやるべきではないかというご指摘が以前からあります。そういうこともありまして、実は昔はもっとやっていたんですけれども、どんどん減額しております。例えば自動記録装置につきましては、これは被害者にとっては非常に効果があるものなんです。よく言う交通事故を可視化することによって、加害者、被害者との責任関係とか、事故の分析等が非常にはっきりしてくるわけです。そういう意味での効果というのがあるので、引き続きやらせていただいていますし、高規格救急車につきましては、国の目標がありまして、その目標までは民間として後押しをしていこう、こういう考え方でおります。

その基本方針を明らかにしてしまっていて、もう時間がないので下のほうの説明だけしますが、注書きが少しありますが、ここですね。新規事業とは言っていますけれども、我々の考え方としては、民間として果たす役割に照らして事業への拠出の可能性を探る。民間としての果たす役割とは何かというと、国・自治体等の施策に対し、民間損保が「支援」「補完」「呼び水」となるような事業に拠出するということ、こういう基本方針を出しております。ですから、支援というイメージとは大体よく似ているのですが、そういう意味では2パターンですね。支援、呼び水と補完、この考え方に基づいて我々は拠出事業を考えていると、そういうことでございます。

少しはしりましたけれども、損保としての拠出事業の考え方ということで、官民の分担のところのお話をさせていただきました。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

竹井直樹氏パネルディスカッションスライド

2010年2月17日

2010年度自賠責運用益拠出事業（案）の全体像

自動車事故防止対策

予定額(対前年度比)：130,308千円(▲11.7%)
構成比(09年度)：6.0%(6.8%)

- 飲酒運転の撲滅
 - (1) 飲酒運転根絶に向けた取組み(NPO)ASK(アルコール問題全国市民協会)
- 高齢ドライバーの事故防止
 - (1) 高齢ドライバー教育拡充事業(財)日本交通安全教育普及協会
- 事故多発箇所に関する研究・対策
 - (1) 映像(交通事故自動記録装置)から見た交通事故の実態・原因分析と施策提言に関する研究(財)日本交通管理技術協会
 - (→) 交通事故発生場所に関する情報収集システムの整備とデータ活用に関する調査研究(財)交通事故総合分析センター
 - (新) 生活圏での事故対策とモデル事業の実施(社)交通工学研究会
- 交通事故防止用機器の寄贈
 - (1) 交通事故自動記録装置、歩行者横断線教育装置等(警察庁)

救急医療体制の整備

予定額(対前年度比)：737,334千円(2.9%)
構成比(09年度)：33.9%(32.9%)

- 救命救急医療機器・機材の寄贈
 - (→) 交通外傷救急医療機器購入費補助(日本赤十字社)
 - (→) 交通外傷救急医療機器購入費補助(済生会)
 - (→) 交通外傷救急医療機器購入費補助(北海道社会事業協会)
 - (→) 救命救急センターへの救急医療機器購入費補助(日本外傷学会)
 - (→) 高規格救急自動車の寄贈(消防庁)
- 救急医師・救急看護師の育成
 - (→) 救急医師向け研修会開催費補助(NPO)日本外傷診療研究機構
 - (→) 救急看護師向け研修会開催費補助(日本救急看護学会)
- ドクターヘリ事業の推進
 - (→) ドクターヘリ講習会開催費補助(日本航空医療学会)
 - (→) ドクターヘリ事業の広報(NPO)救急ヘリ病院ネットワーク
 - (新) ドクターヘリ病院フライト医師・看護師等養成費補助(NPO)救急ヘリ病院ネットワーク
- 調査・研究・普及・啓発
 - (新) 緊急自動通報システムを活用した交通事故死傷者低減研究(財)日本自動車研究所
 - (新) 交通外傷患者を対象とした救急蘇生(AED)の普及・啓発(財)日本救急医療財団

自動車事故被害者対策

予定額(対前年度比)：1,075,064千円(1.1%)
構成比(09年度)：49.4%(48.8%)

- 交通事故相談等への支援
 - (1) 交通事故無料相談事業(財)交通事故紛争処理センター
 - (→) 弁護士への医療研修(財)交通事故紛争処理センター
- 交通遺児の支援
 - (→) 交通損害賠償金による交通遺児援助(財)交通遺児育成基金
 - (新) 交通遺児奨学金支給補助(財)交通遺児育英会
- 被害者・家族等の心のケア、講習会の支援
 - (→) 遺属意識障害講演会等開催費用(日本意識障害学会)
 - (1) リハビリテーション講習会開催費用(リハビリ病院等実行委員会)
 - (→) ピアサポート相談・講演会等費用(社)全国脊髄損傷者連合会
 - (→) 集団リハビリテーション事業(NPO)JUTRA(日本脳外傷後遺症リハビリテーション支援ユニオン)
 - (1) 高次脳機能障害生活支援従事者支援(名古屋市総合リハビリテーション事業団)
 - (→) 医療ソーシャルワーカーを対象とした交通事故被害者生活支援教育事業(社)日本医療社会事業協会
 - (→) 被害者・その家族等の心のケア推進事業(NPO)全国被害者支援ネットワーク
 - (1) 成年後見制度活用促進研究助成(日本成年後見法学会)
- 研究支援
 - (1) 脊髄損傷後の脊髄再生を目的とする早期リハビリ治療の研究(NPO)日本運動器バイオメカニクス研究所(山口大学)
 - (→) 外傷性高次脳機能障害メカニズム解明と制御法の研究(東京医科歯科大学脳神経外科)

後遺障害認定対策

予定額(対前年度比)：70,000千円(0.0%)
構成比(09年度)：3.2%(3.2%)

- 公募による研究助成
 - (→) 自動車事故医療研究助成(交通外傷に係る一般課題)
 - (→) 自動車事故医療研究助成(交通外傷に係る特定課題)

医療費支払適正化対策

予定額(対前年度比)：164,917千円(▲8.6%)
構成比(09年度)：7.6%(8.3%)

- 医療費支払適正化の取組み
 - (1) 医療費支払適正化のための医療研修(社)日本損害保険協会
 - (1) 自賠責保険診療報酬基準普及促進(社)日本損害保険協会
 - (→) 民間医療機関の医師等への自賠責保険制度・運用等に関する研修(社)日本医師会

10年度総額：2,177,623千円
対前年度比：4千円(0.0%)

※凡例 (↑)前年度比増額
(→)前年度同額・同水準
(↓)前年度比減額
(新)10年度新規事業

2010年2月17日

2010年度自賠責運用益拠出事業の基本方針と留意事項（案）

I. 基本方針

■昨年と同様に次のとおりとする。

- これまでの自賠責審議会答申や自賠責審議会における意見および2001年自賠法改正時の国会付帯決議(注)などを踏まえ、自動車事故の被害者対策を中心に充実させていく。
 - (注)・自動車事故被害者、特に重度後遺障害者の増加にかんがみ、一層の被害者保護の充実を図ること(衆議院)
 - ・重度後遺障害者等の自動車事故被害者の急増にかんがみ、遺族の心のケアを含めた被害者の保護の充実を図ること(参議院)
- 既存事業においては、一層の事業見直しを行い、必要な事業は充実させる一方で、それ以外の事業は縮減する。
- 新規事業においては、民間として果たす役割(注)に照らし、事業への拠出の可能性を追求する。
 - (注)「民間として果たす役割」とは、国・地方自治体等の施策に対し、民間損保が「支援」、「補完」、「呼び水」となるような事業に拠出すること。

II. 留意事項

- 自賠責保険をめぐる環境を踏まえつつ、持続的で安定的な被害者救済の実施に資するよう努める。
- 自動車事故防止対策では、交通事故の実態等を踏まえ、自動車事故の防止・軽減に効果のある事業を実施する。
 - *例えば、飲酒運転の撲滅、高齢ドライバー対策、自動車事故多発箇所の改善等に資する事業
- 自動車事故被害者対策では、救命救急の期待の高まり、交通遺児・親亡き後への支援の必要性等を踏まえ、これに資する事業を実施する。
 - *例えば、ドクターヘリ事業の推進、救急医療に関する研究・普及・啓発、交通遺児奨学金支援、成年後見制度の活用促進等の事業

ディスカッション

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

以上で5人のパネリストの方々のご発言をちょうだいしたわけでございます。以降、ディスカッションに移るわけでございますが、壇上にパネリストの方々に上っていただきますので、少しお時間をいただきます。

よろしいでしょうか。それでは、パネリストの方々全員壇上にそろいました。ただいまからディスカッションに入るわけでありませけれども、先ほど少し触れましたように、いろいろなお話をランダムにするのもどうかと思いますので、大きく4つに分けて議論をちょうだいしたいと思います。

大きく言えば2つなのですが、まずは4月1日から立ち上げるHEM-Net支援基金の、民が公を支えるというコンセプトについて、ご議論いただきたいと思います。非常に立派なコンセプトでございますけれども、先ほど、海堂さんも官が立ちはだかつてくるのではないかというお話をされていまして。このコンセプトに対する評価を伺いたいと思います。また、喜んでお金を出しましょうよと言ってもらうためには、どういうふうなうまい策があるのか。いろいろなお知恵をちょうだいしたいと思います。我々はお金を効果的、効率的に集めたいと思っているものですから、ドクターヘリ支援基金についてまず議論をしてみたいと思います。

それから、2つ目でございますが、ドクターヘリの支援事業の中で、まず一番大きな比重を占めます医師・看護師等の研修につきまして議論をしてみたいと思います。何といたしましてやはりお客さんが、研修生のお客さんがいない限りはこの事業は成り立たないわけでありませるので、研修生の掘り起こしにつながる応募の促進方策などについて、あるいはこの研修を円滑に行うためにHEM-Netの中に研修調整委員会といたしまして、日本航空医療学会とタイアップした委員会をつくることになっておりますけれども、この委員会が研修生を出す側と受ける側の橋渡しの役割を果たすに当たって、どういうことに留意したらいいか。そんなことについてご議論いただければと思います。

3つ目は、このドクターヘリ支援事業のうちのあとの2つであります調査研究の助成事業と運航円滑化だとか高度化の助成事業についてです。こういうふうな研究をやったらいいのではないかとか、アイデアがございましたら、ご提示いただきたいと思います。最後にドクターヘリ全般、そしてまた私どものHEM-Netの今後のあり方、そういうことについてご示唆のある発言をいただければ大変ありがたいなと思っております。5時20分

まででございますが、活発な議論をいただきたいと思います。

それでは、まず最初のこのドクターヘリ支援基金について、まずこちらの壇上の方々からご発言がありましたら伺い、その後、フロアのほうからご発言をちょうだいしたいと思います。どなたからでも結構でございますが、よろしく願いいたします。

では、益子先生。

1. ドクターヘリ支援基金について

【益子】 これまでも救急医療関係従事者の育成というプログラムはあったのですが、官が支えるというか、官が責任を持って行う仕組みということで、救急医療関係者のうちの医師、看護師、救急救命士、あるいは救急救命士養成所の教員等々の事業を実施しているのですが、これはすべて補助金でやっていました。それがどういうことになってきたかという、これだけ税収不足の中では、結局、そういった補助金というのはどんどん切り詰められて、育成事業そのものが立ち行かなくなってきたという現状があります。今までそれを解決するすべというのは無かったわけですが、その発想を大きく転換して、パラダイムシフトというのでしょうか、新たに民が支える仕組みというものをこのヘリコプター救急の医師・看護師育成の中でつくられた意義はとても大きいと認識しています。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

我々のやろうとしていることについて非常に発想の転換をしてもらったと、こういう話でございました。上先生、何でもガンガンと発言されますので、よろしくお願いします。

【上】 私たちのところに畑中暢代さんという看護師さんがいるんですね。その方の共同研究者、松本慎一さんといった、隣島移植という新しい治療をやっている人なんです。今、ベイラー大学というテキサスのセンター長をしていて、お医者さんというのは私も含めてあまり知恵がないものでよく見えないのですが、看護師さんが向こうに行くと、相手も賢い人を見つけるんですね。よくわかっているので教えてくれる。シンイチ・マツモトはアメリカへ行ったその日にどこに行ったと思いますか。東洋から糖尿病克服の名医が来た。何とワインパーティーとダンスパーティーに連れて行かれたらしいんです。みんなおばあちゃんばかり。その日、ドネーションとって何億集まるんですけど。要するにお金は持っている人しか出せないの、だれが持っているんですか。

でも、そうですよね。さっき申し上げましたが、3,500兆円が90歳から60歳に相続される国なので、持っているんですよ。いいこと使いたいんです。その仕組みは、多分、

テキサスとか、ああいうもともと南部で政府がいなかったところはつくり上げているんですね。それは実は私には教えてくれませんでした。よくわかる人に対して、「実はな……」と教えてくれるんですね。どなたが志を持ち、どなたが持っているか。かつヒットするのは役人ではない。物語がある人で、國松先生が行かれたら、これは受けますよ。警察庁の長官が、地位も名誉もおありなのですがとって、へりだといって、これはもうフジテレビも来ますし、そうしたら集まるんですよ。これは厚生省の総務課とか行っても大体書き直せと言われて終わりですから。

もう1個は、最近、私たち医学部の、なぜ成田か。成田と浦安は錢を持っているんですよ。昔はトヨタ。だって、成田空港の周り、花をいっぱい植えていますでしょう。成田市の市長に面談に行ったりしたらいいかもしれませんよ。持っているやつはだれで、彼らは何がしたいかというのを見つけて、かつ信頼されて国民がメッセージ、圧倒的に皆さんはエースをお持ちなんですから、そういうのをやっつけていけるとどうかなと思ひまして、それも実はさっき言いましたように自立分散、情報公開で、わかる人から、私、かみ砕いて聞いたもので、畑中さんがいたら教えてくれたんです。看護師さんです。

お医者さんたち、学会でこんな議論は全くノウハウ、なっていないんですよ。私は東大医科学研究所で、白金台は金持ちばかりですと言って、いまいち通じなくて、老人ホームに慰問に行こうと言っても、何を言っているんだと言われて終わってしまってなかなか進まないんです。私は、そういうのは1つの策かなと思っております。

【司会(篠田)】 大変おもしろい話だと思いますが、ついでに成田の話が出ましたので、益子先生、大変成田に強いのですけれども……。

【益子】 今初めて伺ったので、これからちょっと考えさせていただきます。

【司会(篠田)】 ほかに先生方、どなたかいらっしゃいませんか。いかがですか、フロアの方で。別に今の話にとらわれなくて。

【竹井】 何かずっと金づるの話をしているような気がして、私どもは抛出しているほうですので、そういう意味では金づると言えば金づるかもしれないですけども、官、民の役割分担みたいところで1つだけ、先ほど時間がなかったので申し上げますと、実は保険というものの自体が官と民との関係が常にあります。例えば私ども先ほど言いましたが、自賠責保険の運用益を使っていますので、自動車事故ということに限らせていただいても自賠責保険と自動車保険と、今、この2つがあるわけですけども、これは当然、役割分担をしているわけです。確かに自賠責保険は民間保険です。何年か前までは国が関与して

いましたけれども、もう今は完全な民間保険にはなっています。まあ、監督はされていませんけれども。

例えばベースの部分は、ある程度公的な自賠責保険でやって、あと上乘せと横出しを民間がやるという、こういう役割分担がいろいろな保険でやられています。自賠責保険もそうですし、それから、医療保険もそうですね。健康保険と民間の医療保険の関係。それからあと、介護保険もそうですね。こういう形でいろいろ官、民の役割分担をしながらやってきたという歴史があるわけですね。そのときに、ただ漫然とやっているのではなくて、例えば保険会社のほうが攻めるというときがあります。それが多分、1つは介護保険だったと思います。介護保険は実は、ご存じの方もいらっしゃるけれども、民のほうが先につくりました。民がつくって国を押し上げていったんですね。押し上げた結果、国が動き出して、国の介護保険ができたという経緯があります。そうやっていろいろ使い分けて、先ほども呼び水と言いましたが、国を押し上げるような動きというのは、幾らでも工夫をすればできます。

例えばこれがいい例かどうかあれですけども、私ども事故防止というのは、ある意味で損保にとって非常に重要なミッションですから、交通事故はご存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、死亡事故の発生件数の半分ぐらいは交差点で起こっています。その交差点、全国の交差点でいわゆる事故多発交差点というのがあります。その事故多発交差点を県別にどんどん私どものホームページとか、冊子をつくってオープンにしていたんですね。その動きがやっぱり、交差点の改善に結びついてきました。例えば愛知県とか、あと仙台もありましたか、そうやって国がなかなか動かないところを民間のほうでプレッシャーをかけていくというのも1つのやり方です。ですから、今度の民が官を支えるということが、これが究極の目的では多分ないのではないかなという感じもしますね。その辺も議論をしていくべきことではないかと思います。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

どなたかいらっしゃいませんか。

【堤】 埼玉医科大学総合医療センター、救命センターの堤と申します。金づるの話なんですけれども、埼玉県は医師数、人口10万人当たりの医師数どん底で、看護師の数もどん底のそういう県です。数年前、1年間の交通事故死亡者数は360人だった。去年は200人少し、160人減らしているんですよ。何が言いたいか。自賠責は1死亡3,000万補償しているわけです。つまり、48億の支払いが減っているはずである。それは自賠

だけです。じゃあ、損保は一体どれだけ減っているか。交通事故防止に関して、自賠責分で損保協会がやっていることに関しては僕は理解する。しかし、損保は何もしないで利益を得ているわけですよ。これは鳩山総理の言う労働なき富というやつですよ。財源はあるんです。国がないかもしれない、県にもないかもしれない。だけれども、損保は相当の利潤を得ているはずですよ。それを吐き出すべきではないか。それをオープンにしてほしい。

それから、2番目は、交通事故は自由診療のはずです。ところが、損保はみんな健康保険に切りかえるわけです。私どもの病院、健康保険で1点10円、自由診療で1点20円でやっている。半分以上の利益が失われているわけです。今、我々医療は必死でやっています。だけれども、そこに労働なき富を得ている人たちがいるという、その構造にメスを入れないと、この国は変わりません。自賠責の立場は違うのでちょっとあれなのですが、そういうのは業界で一体どういう話になっているか。それに関しては、僕は財界の一部と政治家の一部と官僚の一部がつるんで、そういう構造に持っていつていると理解しています。ドクターヘリにおいても、益子先生のところもそうだと思います。一体年間何十人の交通事故の患者を助けているか。だけれども、ほとんどすべて我々の自腹でやっています。

なので、きょう、海堂先生からああいう話が来て、上先生も思い切って言っているので、私も思い切って言わせていただきます。財源はあるところにある。この問題をきっちり明らかにしてほしいと僕は思っています。そうしないと医療が崩壊する。医療が崩壊したら、交通事故死亡はさらに増えますよ。以上です。

【司会（篠田）】 一応、的確なお答えがいただけるかどうかわかりませんが、とりあえず。

【竹井】 何か前も同じような話をされたような覚えがありますので……。

【堤】 何も解決していないから言うんだ。世間の意見を無視するとだめだと海堂先生が言ったわけですよ。

【竹井】 いや、そうではなくて、自賠については検証して、その分保険料を引き下げているので、それはいいと思うのですが、任意の自動車保険についても常に検証されていて、それでその収支を見ながら事業を行っているんですね。ですから、それをぼろ儲けだということについては、私としては、それはどうかなと思いますし、ただ、今回ののはそういうテーマとは若干違うのでコメントは差し控えさせていただきます。

【堤】 いやいや、民が官を支えるのではなくて、民が民間の医療機関を支える横の連

携だってあるはずだと、それを言いたい。例えば自動車保険、自由診療、健康保険でやる。国保なんかどどん無制限で出していますよ。じゃあ、国民健康保険のほうが一体どれだけ損保会社に対して求償しているか。これ、データがないんですよ。僕、ほとんど回収できていないのではないかと踏んでいますね。先ほどから損保協会としては透明性、透明性をとあなたは言われている。僕は正しいと思いますよ。じゃあ、民間の損保にそれだけの透明性があるか。僕は求めるべきだと思いますよ。だって、国に財源はないんだもの。県だって財源ないんだもの。医療機関は疲弊しているんですよ。

以上。これ、医療機関側はみんな賛成ですよ。これが民の意見でございます。

【竹井】 ご意見は承りました。

【司会（篠田）】 この問題ばかりやっていると時間がありませんので。

そのほか何かございませんか。どうぞ。

【益子】 その基金をどうやって集めるかという話なのですが、実は去年のシンポジウムで、私、厚生労働省医政局の指導課長とご一緒だったので、そのときに私どもは自分たちの努力でもって、例えばヘルメットだって買いたいし、安全靴だって買いたいし、ユニフォームだって買いたいので、そういったものは自分たちの努力でもって、例えば企業のロゴをヘリの機体にかけるというようなことで浄財を募ることはいいのではないかという話をして、いいですよというお話をいただきましたよね。それを我々はもう既に実践しております。つい先日、北総病院のドクターヘリに関する報道番組が放映されたのですが、ごらんになられた方の中には、見慣れない生命保険会社のロゴが映っていたのに気づかれた方もいると思うのですが、もう既に実行しているんですね。つまり、それぞれの民間病院の自助努力により、公的事業としてのドクターヘリシステムを支えることも大事だろうと思うのです。更に言えば、HEM-Netとして、わが国のドクターヘリ事業全体を支える仕組みの1つとして、企業ロゴを掲載することによって企業からの浄財を募るという仕組みもあってもいいのではないかなと思います。

【上】 ちょっといいですか。

【司会（篠田）】 どうぞ、どうぞ。

【上】 私、ドクターヘリ事業はうまくいっていると思うんですね。物事が立ち上がるときって、往々にして最初はカリスマ的支配って、カリスマが出てきてみんなが知って、次は集団になって、最後、法律、制度になっていくので、カリスマとしてはこのグループが立ち上げていかれたと思うんです。そのことをどこまでできて、どこまでできていない

か。例えば今年のこれだけお金がないときでも、救急と外科と産科は重点的に数千億が投入されるわけですから、こんなこと多分ないですよ。それでも足りないのでプラスアルファ要ると思いますし、制度が重いので問題なのですが、その過程を検証するときに何が効いたか。やっぱり情報公開なんですよ。

きょうご紹介しました国立がんセンターの件、あれは最後、何か効いたかという細野さんという会計士の方が、役人がつくったペーパーの中には交信投資が入っていないではないか、減価償却していない。毎年70億赤字になるはずだと、これを国会でやったんです。あれで一発でガラッと変わったんですけれども、それはああいう組織って、もともと予算制でやっているのですからそんなことは考えていませんから、でも、その情報は出してくださいと言って出してくれたのではないんです。もうたたかれ、たたかれ、たたかれ、役人も多分、知らなかったんです。だって、企業会計なんて勉強しませんからね。

何か言われ、情報開示だ、開示だと言われて最後出てきたので、多分、僕は金融業界、あると思いますよ。医療の内部でも不均衡はあると思います。そういうのを情報をどうやって開示していくか。多分、厚生省の役人に出してくださいで出してくれるのなら、もう出してくれているんですから、彼らも知らないんです。そういう意味で言うと、この救急医療の1つのキャッチフレーズは、心臓マッサージ1時間2,900円というのが去年から出たんです。でもみんなの半分だと。国民のみんながおかしいと思ったんです。あれ、実は我々が最初に言い出したんですね。山形大学の嘉山さんという医学部長に何が一番おかしいんですかと。そういう金って、実は院長とか経営者しか知らないんですよ。心マ1時間2,000円、これはおかしい。週刊誌の記者さんにそれを言ったら、おかしいわねと言い出して、国民も怒ったんです。

ですから、情報開示をどうするか。難しい会計士の紙、私もわからないし、だれもわからないのですが、これがいかにおかしいか、いかにお金が回っていないかということを得るような戦略が多分必要で、恐らくこの集団はまだカリスマ的支配から次に移った段階で、制度化、法律化までは結構まだ時間がかかると思うんですね。多分、きょう、財務省の増田さんが出てきて仕切るみたいなのがまだあって、多分、NPOがやって、自治体が、ここのステージだと私は認識してまして、そのためには小さい物語の積み重ねが要ると思っていてまして、さっきの堤先生とこういう、保険がおかしいみたいな、こういうローカルバトルがどこまでやって、みんながどこまで知ってどうなるかみたいな議論を今すべきな気がいたします。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

ほかにございますか。どうぞ。

【児玉】 私は医者ではないんですけども、いところがアメリカで、いわゆる心臓外科をやっています、日本でもいろいろな学会の理事長や何かやっているんですけども、私、北総病院と亀田病院というのは非常に興味を持ってまして、北総病院、ああいう田舎の中になぜあんな立派な病院ができたということにまず興味があったのですけれども、村長に聞いてみたら、村民の幸せは医療と教育だ。それで一生懸命お願いして来てもらったと。

それから、私のいところは日野原先生とか、亀田総合病院の院長先生などいろいろなシンポジウムをやっていたので、いろいろな民間の病院の努力なども聞いたことはありますし、それで、私は医者ではないので、こういう学会に来るのも少しおかしいのかも思いませんけれども、私は1975年にスウェーデンでVOLVOの仕事をやったのですけれども、そのときに事故に関する調査というのを非常に立派にやっていたんですね。

普通、クラッシュテストというのはリファレンスマークがついたのがいっぱい工場の中にあって、それは珍しくないのですけれども、マークのない世界中の車がいっぱい置いてあったんですね。それで、なぜかと聞いてみたら、車の安全を守るためにはどうしても必要なものがあるということで、そのための基本的なデータをとるために実際に事故現場に医者が行って、技術者と一緒に何が死亡事故に関係したかとか、そういうことを調べるためにどうしても必要だったということで、それで今の3点式シートベルトの基本的な規格といたしますか、それをつくって世界中に全部公開したんですね。

シートベルトの安全性に関しては、今ほとんど皆さんご存じだと思うのですが、75年に私が行ったときにはリアのシートベルトも全部しないと車が発進しないような状態で、日本と安全に対する考え方が違ったので、なぜそんなことが必要なのだといたら、それはどういう車が欲しいかというのはお客さんが希望するけれども、どういう車をつくったらいいかというのは、これは専門家である我々がやらなくてはだめなのではないかということで、なぜそんな当たり前なことを聞くのだと怒られたことがあったのですけれども、日本でいろいろな医療関係の問題が起きているときに、日本のお医者さん方というのはあまり発言する機会がなかったのではないかなと思うんですね。

さっき、亀田総合病院の話が出ましたけれども、一番嫌われたのは亀田総合病院だとある人から聞きまして、今は舩添さんなんか真っ先に行ったと言っていましたけれども、こ

ういういわゆる一般の人も集まってこれるようなドクターヘリだとか、医療関係に、いろいろな意見が出るというのは非常にいいことだと思うんですけども、それがどこまで上に伝わるかというのが問題だと思うんですね。

私のいとも、前の柳沢伯夫厚生大臣がつまらないことでやめてしまったわけであまり効果は出なかったのですけれども、もう徹底的に日本の医療を変えなくてはいけないということで、非常に大きな力になってくれるのではないかと思っていたので、今、民主党だとか何かのそういう新しい医療に関するものというのは大分変わるのではないかと思っています。

今、ドクターヘリで、8チャンネルで北総病院が出てくるわけなのですけれども、私、あれを見ていてイライラするんですね。あんなにずさんなヘアスタイルにしても何にしても、だらしなくやっているのかなということで、食堂で患者さんの話をしていたり、そういうのが僕は、北総病院の先生として容認されているのかなと思っているんですね。

それともう一つ、私、長くなって申しわけないのですけれども、親戚が東京大学の、いわゆる航空研究所があるときに、日本で初めての航空事故の調査をやったんですね。それで、JALの123便が墜落したときの垂直尾翼が欠損したという、その証拠写真だということを知ったのは私なんです。新聞社は気がつかないんですけども、小さな二、三センチの写真を見て、これは完全にもう尾翼がないということ、私も飛行機の写真をしょっちゅう撮っていたものですからわかって。

それで、それ以外にも事故に関して非常に興味があって、ドクターヘリだけではなくてヘリの事故などを集めているのですけれども、資料を集めているのですが、今、ドクターヘリがこんなに、北総便なんか640回とか言われていますけれども、過密な運航をやっている、これ、事故が起きたときというのはどういうふうな影響が起きるか教えていただきたいのですが。

【司会（篠田）】 かなり話がとりどりですが。

【益子】 北総病院に関して申し上げますと、先ほどの『コード・ブルー』がなっていないというお話と、今の640回で安全は大丈夫なのかという2点だろうと思うんですね。確かに、私どもはここに来ている松本君を中心にドラマの監修をしています。その中で私どもはやっぱり医療、私どもがやっている実際の医療という面できちっと訴えたいという思いがございます。従いまして、ドクターヘリ搭乗医師が提供する医療に関して、我々の主張には譲れない部分があります。

しかし、一方で、テレビ局はドキュメンタリーではなくドラマを制作しているわけですので、その中で我々と同じような格好をした人間が登場しても残念ながら視聴率は上がらない、だれも見えてくれないというのがテレビ局サイドの意見としてあるわけですね。ですから、それは内心忸怩たる思いはあっても、まあ、ドラマだからやむを得ないというところで、落とすどころといいましょうか、折り合うという部分は確かにございます。

それから、2点目の640回を超えて、あんな過密スケジュールで安全は担保しているのかというお話がございましたけれども、先ほど私、松本君の作った北総HEMSのプログラムをお見せしましたけれども、きちっと安全を確保するという点に関して最大限の配慮をしてシステムを構築しています。しかも、640回以上で過密と今言われましたけれども、世界のドクターヘリは年間で平均1,000回から1,200回ぐらい飛んでいるのが普通でございます。世界基準から見た場合、日本はむしろ少ないくらいですので、安全第一を肝に銘じ、もっともっと出動件数を増やさなければならないと考えています。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

寄附については寄附税制という問題があると思うんですね。この間の鳩山さんの施政方針演説の中にも、この「新しい公共」というものを担っていくためには、寄附税制の拡充を含めて、たしか5月を目途に具体的な提案をまとめてまいりますと、こういうふうな話が載っていました。たまたまHEM-Netは認定NPO法人なのですがすけれども、もっともっと寄附というものを気楽にやれるような環境というのが制度の上でもつくられてしかるべきではないか、こんなふうに思うのですけれども、松田さん、そういう点について、もし何かお考えがあれば少しお聞かせいただけませんか。

【松田】 本日、皆さんのお手元に配られている対談をやりました松田でございます。私の考えは詳しくはそちらを読んでもいただければと思います。

今、途中まで議論を聞いて感想めいたことを若干申し上げますと、寄附も絡めてですが、「民が支える官」という言葉が結構出ているのですが、私が言いたいのは「民が支える公」という言葉でございまして、「官」と「公」が違うということから思考を出発させなければいけないなと思っています。現実にはまだ、いわゆる官から民へというのが、日本はまだそういう段階でございまして、それがいわゆる本来「公」がやる分野が「官」の下請になっているような状況で、NPOも今の問題というのは単なる官の下請ではないかというところに大きな問題があって、そうではなくて、公は公の独自の領域が本来あって、それを民と官がともに支えるという姿にしていこうというのは、多分、21世紀の日本の社会が

目指すべき目標だろうと思いますし、恐らく欧米に比べて日本はその辺が戦後システムと
いいますか、企業社会と官と、この2つしかない社会になってしまったというところで失
われた部分、これを取り戻すべきではないかというのが私の基本的な考えでございます。

では、その「公」の部分はどうやってやるのか。やはり何と言ってもお金の問題がどう
しようもないわけございまして、私、財務省が仕切る世界という、先ほど上先生からご
指摘がございましたが、長い間、そういう世界にいたのですが、これからの日本のあり方
をどうしたらいいか。虚心坦懐に長い間考えてきているうちに、だんだん官という世界を
飛び抜けてしまいまして、全く非財務省的な人間になってしまったのですが、いわゆる財
務省のコントロールの世界では、多分、持続可能な社会が築けないわけでした、といいま
すのは、坂の上の雲、今、雲の中にあるというお言葉もありましたけれども、多分、その
雲の向こう側にあるのが非常に価値観が多様化した知識社会ということだろうと思うん
です。

多数決で一律にこれが価値だというのは官ができることなのですが、多数決に入らない
さまざまな価値がそれぞれ存在していて、評価されているという社会になってきたときに、
官だけで社会を運営するというのは多分不可能になる。民はどうかというと、民はやはり
市場メカニズムに乗らないものはなかなか民にならない、ビジネス化できないものは民に
ならないわけで、やはり多様な価値観を拾うシステムというのは社会の中に組み込まれな
ければいけないし、多分、そこが主流になってくるだろうという考えでおります。そこを
どうやって支えるか。

財政面の話を若干すると、こんな話をしてもしょうがないのですが、もう日本の状況は、
今よく低福祉・低負担か、中福祉・中負担かと言われますが、中福祉をやるために今、低
負担から多少、中負担にしようという議論が起りつつあって、消費税が上がるかどうか、
この政権、どうなるかわかりませんが、ただ、実態を言いますと、中福祉をやるた
めには高負担が必要になる。高福祉をやるためには、もう負担ということでは回らない。
多分、高負担をやってみたところで、医療は十分にお金は回らないだろうというのが私の
見方であります。

したがって、負担という概念でこの医療というバリューを運営していくというのは、生
み出していくというのは不可能なので、私はそれをコストの概念からバリューの概念に切
りかえて、人々がみずから価値を評価してお金を出す部分を膨らませていかないといけな
い。これは多分、医療だけではなくて、あらゆる日本の社会システムに共通のテーマだろ

うと思っけていまして、多分、医療が一番わかりやすいテーマだろうと思っけていますので、多分、この分野からそういうソリューションを出していけば、持続可能な社会に向けた大きなモデルになるだろうと思っけています。

その中で寄附の話ですけれども、財務省の人間が寄附税制の優遇と言っくと怒られるのですけれども、私は先ほど官から民へという言葉ともう一つ、税から寄附へ、あるいは官から公へ、税から寄附へという流れももう一つ重要だろうと思っけておっけてまして、同じ税金でも自分が選択して使える部分が出てくる。これは市川市が既にハンガリー方式でやっけていますが、100万円納税しても、10万円を寄附したら、その分、税額から全部引いてくれば同じ100万円の税金でも、10万円は自分が選んだ価値に対して負担をしたのだと。これは負担ではなくて喜んで出している部分でありますから、負担感が少ないわけですね。

これは多分かなり税負担が増えざるを得ない中で、その部分を増やしていくと納得をして公が支えられて、それも自分が実現した価値を支えられる部分がそこから出てくるというような仕組みだろうと思っけておっけてまして、ただ、民主党政権が新しい公共ということで、どこまでほんとうのパブリックということを設計できるかどうかは、まだ全然見えていませんし、そのところはほんとうは大事なのですが、その上で、先ほど医療人の意見があまり耳を傾けられていないという言葉がありましたけれども、もっと医療界の皆さん発言していただいて、こういうバリューがあっけて、これは非常に公益ではないか。公益に資する部分については、もっとそういう優遇を認めてもいいのではないかとっけてことを堂々と主張されて、社会に認知してもらっけてということが大事だろうと思っけています。

また、ついでに寄附の話をしますと、このドクターヘリというのが國松理事長との対談で申し上げたように、一番わかりやすいストーリー性というのがここに加わるとさらにいいと思っけていますが、非常にバリューがわかりやすい分野なので、まずこの分野を突破口にして、今、日本人は寄附をしない国民だということがよく言われていますが、必ずしも戦前の社会はそうでなかったということも、私、その対談で申し上げておっけてすけれども、まず、日本人がパブリックに対する気持ちを忘れている。あるいは戦前のように大幅な資産の格差がないという場合には、状況を踏まえるとやはり寄附をした人に純粹に公のためにとっけてもなかなか寄附はしないでしょうから、やはり寄附をしたときに何らかの見返りがあるという部分をうまく組み立てるということが大事だろうと思っけています。

例えば私が今ある地域で農業の革命を起こそうとしていろいろなことをやっけているので

すが、そこの地方の出身者の方に広くお金を募って、別にそれは借りるお金ではなくて投資してくださいと。そのかわりに新鮮な野菜を必ず毎年一遍うちに届けますというような見返りを与えると、故郷に対する思い入れのある人は結構お金を出すだろうという、これは1つの事例ですけれども、何かそのような、このお金を出した人にこんなものを与える。医療ですと、多分、安心であるとか、それに伴ういろいろな価値があろうと思いますが、そういうものを医療界の皆さんで、こんなことが考えられるのではないかということ現場からどんどん発信していければ、議論が前に進むのではないかなと思っています。

また、そういう提案をどんどんぶつけてこそ、民主党政権は、我々官僚も、本音を言いますと、政権交代がどうのこうのということではないのですが、どうも、せっかくしがらみのない政権なのになかなか政策の設計というところに進んでいないなというのがちょっと残念に思っています、先ほどデザインという、私の紹介のところにもデザインということがございましたが、政策のデザインというところをもう少し民主党にやってほしいと思うのですが、それこそ医療界からどんどん突き上げていただければ、そういう議論をしていただければ大変ありがたいなと思っています。とりあえず、以上です。

2. 医師・看護師等研修助成事業について

【司会（篠田）】 大変ありがとうございました。

では、このことばかりやっていると時間が過ぎてしまいますので、次の、先ほども益子先生から医師・看護師等の研修事業について、HEM-Netの取組と、それから、受け入れ側の日本医科大学のプログラムについてご説明がありましたが、この点について先生方から、あるいはフロアからご意見を伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

【小倉】 まず、それを出す立場から、そして何を期待しているかというのを述べますと、恐らく日本の医学部教育というのは、兵隊を育ててきたんですね。だから、だれかの言うとおりにやるということをして学生のうち、研修医のうちからずっと育ててきて、恐らく現場に出て、自分が指揮官であり、兵隊であるということをして学ぶ機会というのは少なかったのだと思います。ドクターヘリだとどうしても自分が指揮官でなければならないし、兵隊の部分は当然、やれる中で指揮官でなければならないというところで、新たなリーダーシップ像をつくるための人材教育の1つにもなるのではないかと考えておりますし、それを期待しています。

【司会（篠田）】 大変いい指摘ではないかと思うのですが、益子先生、いかがでしょう

か。

【益子】 全く、今おっしゃった通りだと思います。私どもがこのドクターヘリ研修制度を立ち上げた理由は、これまで、殆どの臨床医がしていなかったことに新たにチャレンジする業務であるために、これはしっかりやらなければいけないと考えたことにあります。先ほどの海堂先生のお話の中で、こういう新しい仕組みに対して、国民はきちっと責任をとる覚悟があるかということが今問われているというお話がございましたけれども、私はそれ以上に、医療機関側がこれから地域の人の命を守る覚悟があるのかということが問われているのだと思うのです。

私、いろいろなところでお話しさせていただく中で危惧しているのは、ドクターヘリというヘリコプターの機体を持ってくれば事は解決すると考えておられる先生が少なからずいらっしゃる事です。これはとんでもない話でして、ヘリコプターだけでは命の危険にさらされた人の命を救うということは絶対にできないのです。つまり、ドクターヘリに乗って現場へ行き、しかるべき診断、治療のできるスキルを持った医師、覚悟を持った医師がいて初めてドクターヘリが効果を上げるわけですから、そういったドクター、ナースを育成することがとても大事だということでもあります。

病院の救急外来における診療形態はさまざまで、例えばナースが何科の医師が診療すべきかを判断した上で医師が呼ばれる仕組みになっている病院があります。何科の患者さんですよとって呼ばれ、そこでは自分の専門領域について診療を求められる訳です。そういう診療をしていた先生が現場へ行っても、重症の外傷、つまり大けがを負った患者さんや、大やけどを負った患者さん、更には脳卒中、心臓病、大動脈瘤、薬物中毒など、ありとあらゆる救急患者に対して、迅速かつ適切な診療が行える保証はありません。ドクターヘリの要請となったのはどんな患者さんなのか、現場へ行かなければわからないこともしばしばであり、その現場で自分は専門外だから診療できないなどと言うことは許されないのです。現場へ行き、診察して初めてケガや病気の程度がわかるという状況でございますので、たった一人でそこへ行って、しかるべき医療を提供するという任務は、やはりそれなりの知識とスキルを持った人でないと務まらないのです。

ですから、我々はそういった医師・看護師をこのプログラムで育成しようと思っている訳ですけれども、今度は、その育成プログラムにスタッフを送り込んでくださる医療機関の管理者にお願いしたいことは、ある程度、救急医療のいろはを修得した方を出していただきたいということですね。例えば全く重症外傷を見たことがないという方がドクターへ

リの研修に来ましても、重症外傷に対する診断治療のイロハから教えたのでは3カ月でも足りません。ですから、そこは是非考慮していただきたいと思います。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

ほかに先生方、ございませんか。どうぞ。

【上】 この問題は医療界の象徴的問題だと思うのですが、専門家の教育システムというのは江戸時代から今まであるんですね。徒弟制と言われようが、何と言われようが皆さんの職場と一緒に、プロ・プロで鍛える、OJTで鍛えます。何でわざわざ制度かという、医療界、お金が非常に少ないので、そのことに投資ができないのが1つなんです。私たち、例えば私が病院を持っているとしますと、そのバリューというのはほんとうは働くスタッフなんですね。その方が治療をして治れば対価がいただけるわけです。経営者としては、その方にできるだけたくさん手術してほしいんですね。どうして日本がそうならないか。人に投資できないかという、お金のつけ方が病院の院長に一たん入って事務で分けるからなんです。世界でこの制度だけでやっている先進国は日本だけです。

お医者さんの直接払いと病院の支払って、これ、二重の支払い、ドクターフィーとホスピタルフィーというんですけれども、人に投資することがインセンティブになるお金のフローになっていないんです。だから、病院はCTとかMRIを買うんです。病院の経営者がCT、MRIを持てばできるだけ稼働したいので、開業医を呼び集めようというインセンティブが働かないんです。開業医は逆に自分でアルバイトで行くと安いお金しかいなくなるので、ドクターフィーが入ってくるとこういう問題はかなり減ってくるんです。

じゃあ、どうなるかという、先生方であるとか、外科の名医というのは中国の上海へ行って、1回数億みたいな手術があるんです。私、がんセンターにいたときだって、現に国賓というような人がいっぱい来ていました。多分、保険外で異常なバリューがあって、もちろん、がんセンターの支払いは少なく、それ以外のバリューを出していたんでしょうけど。この国がどうして人に投資できないか、医療ができないかという、価格を中央政府が一律に決めているのと、病院に一たん入って、それが少ないので、人に投資してそのことがインセンティブになる構造がないんです。

人にお金がつく構造がないので、何とか事業という形で、ここが補助金かどうか知りませんが、補助金という形でもらうしかなくなって、補助金となるとものすごく融通がきかなくなってきて、そのことが合目的化してしまうんですね。ほんとうに人にバリューがあるのであれば、吉本興業とか、松竹何とかとか、巨人・阪神みたいないいところに人が流

れて、だめになれば減っていくんです。ほんとうはそういう何が医療のバリューなんですか、そのためにはどうキャッシュフローを設計しなければいけないんですかと。何か必要であるから補助金をつけて、若干、ちょっとだけ補助金をつけて、そこに制度が疲弊するのがいいんですかみたいな議論をしなければいけないと思ひまして、医学教育、医師教育よりは多分、皆さんと全く一緒なんです。

国家が専門家を統制している。医師の資格、国家資格って実は先進国はあまりないんですよ。国家試験をつくるから、実情と乖離するのだからみたいな議論を医療者が自立的に言わない限りは厚生省に補助金、文科省に補助金をお願いして何とか事業制度をつくって、永久にそこが既得権化することを繰り返すと思ひていまして、今こそまさにと。そういう話をすると、実は舛添さんが2008年、ドクターフィーで打ち上げたんです。今回も足立信也さんが打ち上げています。ところが、現場は全くドクターフィー反対という形で、むしろ足を引っ張っているんですね。そのところはほんとうに今議論すべきなのだと思ひていまします。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

かなり本質的な話でございまして、ここでむしろ、そういう問題提起をしていただいたということは大変ありがたいと思ひています。この研修制度について、ご意見ございませんか。出す側、受ける側でも——どうぞ。

【堤】 2点ありまして、1つは責任者コース3カ月、これ、出す側の病院にとってはとても負担が大きいですよね。僕は出せる自信がないし、だって、3カ月間、責任者が病院からいなくなるんですよ。これ、難しいなと思ひています。

【益子】 責任者は長期で1カ月、短期で2週間です。

【堤】 いや、だけど、苦しいというのが本音で。

【益子】 おっしゃるとおりかも知れませぬ。

【堤】 僕は応募者、少ないのではないかと思ひています。もう少し短期のやつをつくってほしいなという。

それから、2番目は、これは送り込むときに医学的な問題、医学的な経験というのが言われていましたけれども、それ以外の条件で何か、先生、ヘリに乗るフライトドクター、フライトナースで、こういう資質が必要だという医療技術以外の部分で何かありますか。というのは、我々もフライトドクター、フライトナースを任命するときにいろいろ考えるんですよ。適性、不適性でね。

【益子】 それはまさしくそこにいる松本准教授から言ってもらうのが一番いいと思いますので。

【堤】 ええ、その辺少し教えてもらえればと思います。

【益子】 松本先生、宜しくお願いします。

【松本】 北総病院の松本です。なかなか難しい質問だと思うのですがけれども、僕は若い先生に現場で教育をするとき、一番よく見ているのは現場のリーダーシップですね。ちゃんと大きな声を出して、自分の考えを周りにちゃんと伝えることができるか。これは我々救急医が普段、処療室の中でやっていること以上に大事なことだと思うんですね。というのは、ナースだとか、ほかの技師さんだとかって、病院の中で仕事をしているだけではなくて、病院の外へ行けば消防の人もあるし、いろいろな人がいるわけですね。

そのときに患者のために医師が何ができるかという視点に立って、周りの人間をいかに動かすかというところが非常にポイントになってくる。そういうときにちゃんとリーダーシップをとれる人間でないと、僕は現場へ出ていく資格はないだろうなと思っています。ですから、そういうことって臨床経験の多寡とはちょっとまた違ったところにあるかなとも思いますから、できればそういった人に来ていただいたほうが、あるいはそういう人たちが候補者として入ってきたほうが、我々としては非常にポイントを押さえて教えやすいのではないかなと思いますし、まさにそれは我々救急医を育てることにつながっていくだろうなと思っています。

【堤】 フライトナースはどうでしょう。

【松本】 ナースもやっぱり基本的に同じだと思うんですね。ナースの場合は若干経験の年数がHEM-Netのプログラムの場合は高くなっていると思うんです。5年以上となっているので、ナースのほうは、むしろ、そういうことの必要性を彼らはよくわかっていて、あえてああいうふうに厳しい、医師よりも臨床経験がたくさん要するという条件を出してきたと思っています。あの条件を出すときは、結構、かんかんがくがくあったのですけれども、結局のところ、落としどころが臨床経験で5年だとか、救急医療の従事が1年だとかというところになりました。僕はもっとかなり高いところで主張していたんですけども、堤先生が先ほどおっしゃったように、それでは人が出せないというふうなことで、ああいうところに落としどころとしてはなりました。それはご理解いただきたいのですが、むしろ人が出せないというのは、それは僕は基地病院としての覚悟がないととらえています。

【堤】 例えば益子先生のところでお願いして、研修を途中で中断ということもあるん

ですか。こいつは、もう無理だということもありますか。それとも最後までやって証明書を出すという、どちらの方向なのでしょう。

【益子】 実際におります。途中で、君、これ以上は無理だからやめなさいと言って、他の職場に移っていただいた人がいます。

【堤】 なるほど。わかりました。

【司会（篠田）】 それと、先ほど研修期間の話がございましたけれども、今のお考えではどのぐらいだったらいいかなというのはございますか。

【杉山】 埼玉医大の救命センター、杉山と申します。リーダーシップをとれる人だったら、僕も堤先生と少し意見が違うのですけれども、トップに立つ人は2週間はやっぱり最低必要なのではないのかなと思います。あと、フライトドクターに関して、今、益子先生がおっしゃられた、そのぐらいの期間でいいのかなと思っております。

【司会（篠田）】 はい。わかりました。

どうぞ。

【有賀】 このシンポジウムがHEM-Netのシンポジウムなので、勉強プロセスもそういうふうな文脈で展開するのは十分理解できるのです。しかし、益子先生にお聞きしたいのですけれども、東京では、いわゆるここで言うようなドクターヘリは飛んでいないんですね。東京消防庁は、それは議会対策ということで東京ドクターヘリという名前を使っているのだと思いますけれども、私は東京のMC協議会の処置基準委員会でヘリを呼ぶときはどういうときに呼ぶかとか、それから、よりたくさん東京ドクターヘリに乗ることについての機会を増やすための議論を結構たくさんするんですよ。

今回の勉強プロセスは、広尾だとか、武蔵野日赤だとか、たしか複数箇所の救命救急センターのドクターが状況に応じて飛んできたヘリに乗って現場に行く。こういう方法なのですけれども、そういう基地病院ではないところのドクターたち、またはナースも含めていいのですけれども、今回の勉強プロセスはどの程度にカバーするか、またはカバーしていないのか。

【益子】 基地病院でないところが今回の研修プログラムに受講できるかというご質問でしょうか。

【有賀】 全くそのとおりです。だから、東京みたいなところはもともとそういうふうなことなので、勉強の中にはどういうふうにそれが反映されているか、反映されていないか、そこら辺を教えていただきたい。

【益子】 研修プログラムの受講ニーズとの兼ね合いだと思います。受講ニーズがあまりなければ、ドクターヘリ基地病院になる可能性がなくても、医師・看護師研修を受け入れることは十分可能だと思います。

【有賀】 論理的には基地病院はないんです。これから先も多分ないんだと。

【益子】 でも、それはわからないのではないのでしょうか。

【有賀】 ええ、もちろん。

【益子】 現時点ではないというだけで、なくていいのかというのは、私はむしろ、東京都内の病院の先生方に議論していただきたいと思っています。

【有賀】 まあ、そうは言いながら、2つのことが走る可能性があるということを行っているわけですよ。

【益子】 これは研修調整委員会の検討に委ねられるべき事項となるのですが、まさに来年度ドクターヘリを導入しようという病院が幾つか応募してきたと仮定して、それを後回しにして基地病院になる可能性のないところを優先するというのは難しいような気が致します。

【有賀】 一言だけ。結局、先ほども出ましたけれども、それだけの覚悟があるのかなのかというような、イエスカノーかみたいな話ではなくて、イエスとノーの間に限りなくグレーなものがあると。

【益子】 良く分かりました。

【有賀】 そちら辺のことをよくわかっていただいて日本国を導いていただきたい。

【益子】 いや、わかります。はい。

【司会（篠田）】 どうぞ。

【松本】 今の件、お勉強のお話ですけれども、少なくともHEM-Netがやろうとしていることは、これからドクターヘリをほんとうにやろうという人たちに対して教育の場を与えようというふうなことは大事だと思います。ただ、一方で、僕は何で今うちの部長が我々北総のプログラムというのをお示したかということ、それとはまた別のところで、今、有賀先生がおっしゃったように、ヘリとは関係のないところで勉強する人たちの教育の場としてのプログラムの提供というのは、我々は考えなければいけないなとは思っています。ですから、我々はかなり高いところにハードルを置いて、救急医を育てるのだという目的で、また、HEM-Netのプログラムとは別個にちょっと持ちたいなということを考えています。

これ、実はロンドンに行ったときに、僕が去年行っていたときにやっていたんですけども、彼らはそういうプログラムを持っているわけですね。6カ月のプログラムに参加しているやつに、おまえは地元に戻ったらヘリに乗るのかと言ったら、いや、おれは普通の麻酔科に戻るよという人がいるわけですね。ですから、そういうプログラムをクリアしたことによって、医師としてのステータスが上がってトレーニングができたという、そんなところが全国でどこでもあるようになるのが、私は最終的な目標ではないかなと思っています。

【司会（篠田）】 どうぞ、國松理事長、お願いします。

【國松】 今の点に関係するのかわかりませんが、この研修プログラムを救命救急センター長、全国の皆さんに投げましたときにありました反応の1つとして、この研修プログラムというのは、ドクターヘリを導入する、ほんとうのドクターヘリですね、これを導入するところだけに適用されるのか。実は全国を見ると消防防災ヘリに乗って現場に行くお医者さんというのはたくさんおられるわけですね。そういうお医者さんにはこの対象とはしないのかというご質問が何県かから来ております。それに対して私ども、今どう答えているのかというのは、もう全く、ちょっとムニャムニャというところがあるのでありますが、私どもの今当面のことで考えていますのは、実際にドクターヘリ検討会を設けて、ドクターヘリを導入してくれる、これからドクターヘリを導入しようとしている、つまり、ある意味では当然、基地病院があって、そこで働くお医者さん。そのお医者さん方はもちろん基地病院の所属医師でなくても、当然、どこかにおられても結構なのですが、将来、ドクターヘリが導入された暁には、そこでドクターヘリに乗って活躍してくれるお医者さん、看護師さんを養成するというのが今の私どもの考え方です。ただし、考えてみますと、全国どういうペースで行くのかかわかりませんので、実際にいつまでたってもといたしますか、これからかなりの長期間、消防防災ヘリで行くのだと。ただし、消防防災ヘリとして医者に乗せずに現場に行くようでは大した効果もないから、医者に乗せて行きましょう。つまり、消防防災ヘリをほんとうの意味でドクターヘリ的に運用していこうというところはかなり出てくるかもしれません。

そうなった場合に、そのお医者さんに対して、このプログラムを適用するというのは、それなりの意味があると思いますので、全く消防防災ヘリに乗って現場に行くお医者さん、あるいは看護師さんを、そもそもア priori に排除するというつもりは実はないのでありますが、ここから先は全く現実の話でありまして、ジャブジャブ、ジャブジャブお金が集

まってくれば、それができるのでありますが、まことに乏しいことでやっていくとなりますと、やはりドクターヘリを導入してやっていこうというところの、ドクターヘリ基地病院で活躍をしてくれるお医者さんにまず当面重点を置くことにならざるを得ないのではないかというようなことではありますが、実は現実にそういうご質問がありまして、ドクターヘリだけで何かやって、それでいわゆる日本全体のヘリコプター救急というものがうまくいくのかというようなご質問は出ております。

【司会（篠田）】 どうぞ。

【小倉】 今のお話でもそうなのですが、ドクターヘリをやる病院、基地病院だけが特別な病院であってはやっぱり、その地域の医療全体の底上げはできないと思っているんです。ですから、我々のところでも県内の救命救急センターの先生は、乗っていただけるだけの能力を身につけていただいて、なおかつその地域の病院を守っていただくというミッション、場合によっては、その近くであればそこから乗っていただくというミッションもできるような。

つまり、先ほど益子先生もおっしゃられました、ドクターヘリをやる病院、その病院のクオリティーというのでも問われますが、そのドクターヘリを運用して、そこでどういう救急医療体制をつくるのかという景色全体を見た、地域全体で見せない限り、ドクターヘリをやったからといって、その地域の救急医療はよくなるというのとは明確なことで、そのためにはこの研修で指導者教育をしていただいて、その地域にもう1回伝道師として持ち帰り、その地域の底上げをしていただくというミッションというのが多分あるのだろうと。そういう意味でも松本先生のプログラムというのは、そういうところも踏み込んでいのように常々考えていますから、そういうことができる人間を送り込みたいと逆に思っています。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

実はドクターヘリは今、夜間飛行をやっていないんですね。一方、消防防災ヘリは夜間飛行をやっている。前回、周産期のシンポジウムときに発言がありましたように、赤ちゃんの拠点施設に広域的に運んでいかななくてはいかん。それは日中だけでなく夜間だってあり得るわけで、そういうことも考えると、残念ながらドクターヘリはその任ではないとなれば、消防防災ヘリがその役割を果たさなければいかんのではないかという気はするんですね。

ケースとして、それが多いのか少ないのかよくわかりませんが、そういう点では

やはり夜間飛行などを念頭に置いて考えておかななくてはいかんのではないかというのが1点ありますし、今、小倉先生が言われたのも僕は同感なんですね。全部HEM-Netだけで研修の需要にこたえられるかどうかという話になると、ここで勉強した人が地元に戻って教えていくというような、そういう仕掛けというのはつくっていかないといかんのではないかと私も思っております。

【上】 いいですか。

【司会（篠田）】 どうぞ。

【上】 私は門外漢なので、これだけ民でやられているんですから、うるさいことを言わずに國松理事長がいいと思ったところに出せばいいなと思って、だって、HEM-Netにとっては、いい人、いい地域に提供したいはずで、ドクターヘリとか何か、防災ヘリとか単なる行政仕分けの話で、医療とはあまり関係ないですよ。いい医療者のところに出せばいいので、さっきも申し上げましたが、発達段階のほんとうにカリスマからここに上がってきたところなので、そんなときには国全体でやるような、自治省が何とか、総務省が何とかとか、こういうのをまだ議論する段階ではなくて、逆に國松先生などはほんとうに国民から見たらWell trainedで、経験がおありで、人を見る目があって、こいつだと、こういうほうが私はNPOらしくていいなと思って、さっきのような議論は松田さんにぜひしていただくとして、そういうふうに感じました。

【司会（篠田）】 大変勇気ある発言、ありがとうございます。

ほかにございませんか。せっかくこれから始めようとしているわけですので、この場でご提案をいただいて、我々として参考にさせていただきたいわけでありまして。受け入れ側、出す側、ございませんか。

どうぞ、一番後ろの方。

【後藤】 深谷赤十字病院の救急部の後藤と申します。今、お話に出ていた防災ヘリをドクターヘリ的運用をしてというところが、私どものところは県北の支部があるものから、そこの救急を運ぶためにやはり夜間、たくさんヘリが、防災ヘリで飛んでいただいています。そのときに今は埼玉医大の日高の国際医療センターのドクターを拾って、それから来ていただいているという状況なんですね。もしそのドクターヘリに乗るドクターの講習をもう少しランクの低いと言っては語弊があるのですが、最低限の救急ヘリの、いざというときに乗らなくてはいけないという事態になったときに乗れるような医者レベルのドクターヘリ搭乗医という考え方は間違っているのでしょうか。ちょっとうまく言え

ないのですが。

【益子】 先ほど國松理事長がおっしゃったとおりで、寄附がたくさん集まったらどんなことでも可能だと思うんですね。ただ、やっぱり初年度で、まだ海のものとも山のものともわからない段階で、じゃあ、初年度どれだけやろうかということをおおまかじめ計画を立てなければなりませんね。そこで6施設で7人、合計42名という一応の計画を立てたという状況でございます。ただ、これは先ほど理事長がおっしゃったように、ご寄附がたくさん集まって、あるいは自治体がうちの町の先生だったら、うちが出すよというようなことを皆さんにしていただければ、これはほんとうに結構なことで、輪がどんどん広がっていくと思います。

【司会（篠田）】 どうぞ。

【後藤】 発言してよろしいですか。今のことはもう重々承知しているのですが、実際、今飛んでいる状況として、もう少し早くというんでしょうか、ドクターを使えるようにはできないのか。

【國松】 レベル。

【益子】 そのレベルの低いという意味がちょっとわからないんですけども、つまり、先ほど申し上げた3年とか、そういうキャリアではなくて、初期臨床研修医でもいいかという意味でしょうか。

【後藤】 ある程度の、5年とかでなくても専門のところで3年とか、数年働いたドクターでも受けることができないかとか、あるいは期間も3カ月とかそういうのではなくて、1カ月程度の講習で乗れるようなドクターの養成とか。

【益子】 これは先ほど松本君が申し上げましたけれども、HEM-Netの仕組みの研修プログラムについて説明させていただいたものです。私どもはこれまで、HEM-Netの仕組みとは別に、ドクターやナースの研修を受けています。それは1週間単位の場合もありますし、3日の場合もありますし、2週間もあれば1カ月もあります。ですから、そういった形で研修を申し込んでいただければ、いかようにも対応致します。

【後藤】 意味がわかりました。失礼しました。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

どうぞ。

【有賀】 このHEM-Netという仕組みに寄附を何とか寄せたいという話があったときに、寄附をしたい人がどう思っているかという話はやはり重要です。救急医療の場面で

けば、今の話と同じように地べたを這いつくばって働いている人たちがどういうふうなことを考えてやっているかということで、それを思えば、僕は今の話は極めてよくわかりません。

ですから、例えば3カ月勉強せいよといったときに、今年は最初の1カ月とか、半年たったら次の2カ月目とか、そういうふうなことでもあってよいように思います。やっぱり地域で頑張っている人はそんな急にボンとたくさん出て来いと言ったって、それは無理かもしれませんから。そういう意味で地域の医師会だって寄附ができるとか、自治体も寄附ができるとか。おらが村だったら、じゃあと言って、学校の子供たちが寄附したっていいわけですよ。というふうなことをやっぱり、HEM-Netだから言うわけではありませんが、空中戦をするのではなくて地上戦を戦うというぐらいに地べたに足をつけた話をしたほうが私はいいと思います。

【司会（篠田）】 いずれにしても、研修調整委員会をつくりまして、今の3カ月、1カ月というコースがありますけれども、いろいろな具体的な悩みを受け入れて、それをどうしようかということで調整させていただきますので、そういう場で検討させてもらったらいかがかと思っております。

あとわずかしか時間がなく残っていませんので、とりあえず、医師・看護師の研修についてはこの程度にとどめまして、あと残りました調査研究などの助成だとか、ドクターヘリ全般について、あるいは私どものHEM-Netについてご意見、ご質問等ございましたら、活発によろしくお願ひしたいと思いますが、ございませんでしょうか。

どうぞ。

3. ドクターヘリの財政的支援について

【石黒】 中日本航空の石黒と申します。陳情ベースでのお話だと思って聞いていただきたいのですが、ドクターヘリ支援事業の枠の外側にある問題になってしまいます。私もドクターヘリを救命の輪の一員としてオペレーションという、安全運航の確保という見地から支えさせていただいております。現在、近い将来、どういうことが起こりそうかという部分で少しお話しさせていただきます。ドクターヘリの運航費というのは、出動回数の増加とともに非常に赤字を続けてまいりました。今般、国が平成22年度予算で運航費の増額を組んでくれました。約4,000万円と伺っております。近い将来、何が起こりそうかという部分で、県によっては県財政の逼迫から増額はできないと言われそうな県が出

るかもしれません。

つまり、県が増額ゼロ円となったときは国がゼロになってしまいます。ドクターヘリがこれからも伸びていくためにも、ぜひこれはドクターヘリ支援事業ではなくて、ドクターヘリ支援という見地から諸先生方、それから、各基地病院に当たる病院の先生方には県にぜひご支援をいただくという見地から切にお願いする次第でございます。最後に『ジェネラル・ルージュの凱旋』の映画のときに、愚痴外来の田口先生が「報道のヘリは飛んでいるのになぜドクターヘリは飛んでいないの」と言っていたのを思い出しました。ドクターヘリの原点として阪神・淡路のことから始まったという部分もまた事実だと思います。ありがとうございました。

【司会（篠田）】 今の話につきまして、一応、政府の人間ではないので勝手なことは言えないわけでありましてけれども、何となくこんなことが考えられるのではないかなということでも少しお話し申します。今の話で国庫補助金が増える。ただ、その2分の1は県の負担になりますから、県が負担する能力がなければどうしようもないという話でございます。県負担の2分の1、50%を特別交付税でもって措置するということが2年前ぐらいに行われるようになりました。したがって、金額が膨らんだら膨らんだ分の地方負担も含めて5割ということになるわけです。しかし、その残りの5割は一般財源で、自分のところの税金で措置しなくてははいかん。そのお金はないよという話になるではないかというご心配だと思います。

去年の6月に私どもが10周年のシンポジウムをやった際に、木村仁先生、ドクターヘリ特別措置法をおまとめいただきました木村先生があいさつの中でおっしゃっていましたけれども、今の特別交付税の算入率50%をたしか70%ぐらいに引き上げたいんだということでした。何となく確度の高いような言い方をされました。この点については私どももそれがなるようお願いをしていかななくてははいかんわけでありましてけれども、それが実現できますと、地方負担の3割のみ一般財源で負担すればいいということになりますので、かなり救われてくると思います。ただ、これはまだ確定したことではございません。木村先生がそういうことをおっしゃっていたので、それが実現するように我々も頑張っていかななくてははいかんなど。そんな感触程度の話ですけれども、一応、参考までに述べさせていただきました。

あと、ございませんか。どうぞ。

【松本】 若干、今の話にも共通していると思うのですがけれども、来年度以降もドクタ

一ヘリの導入を検討している県というのはかなりあるやに聞いておりますけれども、もちろんそれに搭乗する医師や看護師が少ないという問題もさることながら、運航会社がついてこられなくなっているだろうと思います。そもそもヘリが飛ばなければやりようもないんですけれども、運航会社に対してもう少し人を育てることも含めて、ヘリをHEM-Netで買うわけにはいかんと思うのですけれども、何かそういうところもHEM-Netが考えていかなければいけないだろうなと思います。

当然のことながら、今、行政は結構イケイケになっていて、ここで言うのも何ですけれども、大してできもしないのにヘリを入れるぞという、ヘリを入れることが先に立っていて、その制度の問題だとか、人の問題だとか、運航会社の問題は全く置き去りにされているということがこれから起こってくると思います。それでは安かろう悪かろうになってしまうと思いますので、そういったところのデザインをしっかりと示していくということがHEM-Netとしては非常に大事ですし、発言力のある法人だと思いますから、その辺の軌道修正というか、そういうものをちゃんとやっていかないと、ほんとうに安かろう悪かろうになってしまうだろう。それを今、非常に危惧をしているというところを少し述べたいと思います。ありがとうございます。

【司会（篠田）】 実はきょう私どもの理事会と総会が行われ、平成22年度の仕事として、ドクターヘリ運航費用の医療保険の適用のあり方に関する調査研究をやることについて、皆さんのご了解をいただきました。特別措置法の附則で、施行後3年をめどにこの点について検討するということが法律で義務づけられているにもかかわらず、厚労省でその検討が行われていない。先ほど来、我々は、民が公を支えるということを言っているわけですけれども、保険という形でもって費用を賄っていくということは、これは宿題になっています。国庫補助金で対応しているからいいではないかという話ではなくて、保険でちゃんと対応すべきではないかと思うのです。

ドイツだとかの先進国並みにやるべきではないか。これはやっぱり官として当然やってもらわなければいかん宿題だと思うんですね。残念ながら国のほうが検討を始めてくれないということで、むしろ我々HEM-Netが独自に研究会をつくって、かくあるべしという提言を国に対して行おうではないかということで、予算を認めていただきました。そういう点では、HEM-Netだからこそ言えるような提言をこの研究会で研究して、大々的に発表していきたいというのが我々の気持ちでございます。

そのほか、ございませんでしょうか。どうぞ。

【堤】 2点あります。1つが今の航空会社が立ち行かなくなればドクターヘリはつぶれるんですね、事業が。僕は各損保が出すのだと思っていたんですよ、HEM-Netに多額の寄附を。どれくらい出しているんですか。だって、相当な利潤がありますよ。これをやるとまた怒られるので、打ち止めね。

それから、2つ目は、この地図を見て、結局、この都道府県別にやっているわけですね。これを何とか打ち破ってほしい。医療に国境はないと僕は思っていますので、例えば東京都は医者もたくさんいるし、医療機関もたくさんある。埼玉県で、もうどうにもならなくなったら、ヘリで東京のいい医療機関に運びたいというのが私の願いです。これは官の仕事なのかもしれないけれども、民が声を出さないと——官と言っではいけないんですね。ごめんなさい。医療は公ですから、公に対してよくしようと思って民が発言するんですから、何とかしてほしいんですね。

先日も埼玉県、大動脈乖離の患者で、埼玉県の心臓外科の施設、全滅ですよ。全部手術をやっているということで受けられない。群馬の循環器病センターでしたっけ、あそこをお願いしたという——済生会か。ということがあったと。ある時間帯によっては心臓外科は全部手術して全滅ということがあるんですね。だから、我々、情けない埼玉県としましては、やっぱり東京都の応援をいただかないといかんと思っています。

埼玉県では医療コンソーシアム計画という構想ですか、もう国境、県境を全部なくそうではないかということで、うちの知事が各都道府県の知事に関東で訴えているんですけども、東京都知事が何か渋っているらしくて、有賀先生、何とかしてください。だって、急性期は確かに我々東京都に行っているけれども、慢性期の患者は山ほど埼玉県に流れてきているんですから、それはギブ・アンド・テイクで、輸入、輸出で、農産物を輸入するか、工業物を輸入するかってあっていいと思うので、あれ、都知事、何とかして。

以上。

【司会（篠田）】 では、先生、お願いします。

【有賀】 都知事に何とかというのはちょっと横に置いておいても、その手の議論は東京の中でも山ほどやっています。脳卒中の話をするとう急性期は確かにこちら辺でやれるかもしれないけれども、その後、第2コーナー、第3コーナーを患者さんが回るときには、その手の話は山ほどしていますので、今の話もよく理解できます。都知事がどうかわかりませんが、さっき帰ってしまった部長クラスにはガンガン言いたいと思います。

そのことと少し関係があるのですが、今、僕も思っていたのは、厚生労働省がっ

くった二次医療圏というのがありますよね。二次医療圏というのは生活圏とも違う。普通の行政で言うと、例えば中央区とか、そういうようなところは自分たちで勝手にバスを走らせたりなんかしていますけれども、二次医療圏でバスを走らせたなんて話は聞いたことがないですね。ですから、そういう意味で、せっかくヘリコプターでビュンビュン飛んでいるというようなことからしますと、「医療圏って一体何なの」という、ものすごく根源的な、つまり、地域社会とは何かという話と結びつくと思いますし、先ほど松田先生が言われたみたいに、おらが村と言ったときに、そのおらが村は一体何なのだということとも関係があると思うんですね。

ですから、寄附ということで行くと、さっきの話で行けば郷土愛とか、僕は時々その延長線に愛国心があるんだと言っていますけれども、そういうふうなこととも関係あるので、ぜひその医療圏という概念をもう少し生活に密着する、またはヘリの重要性和密着させるような、そういうふうな研究というのは何かうまくいかなのかねと思います。

【司会（篠田）】 益子先生、どうぞ。

【益子】 今回の有賀先生と、それから、堤先生の先ほどのご発言とも関係するのですが、前段の話は竹井さんに答えていただくとして、後段の部分ですが、私は全く同感で、空の上に県境はありません。ですから、それを何とかせいと言う必要もなく、私どもは現実には破壊してしまっています。千葉県で起こった重症の小児の頭部疾患の患者さんは成育医療センターに頻繁に運んでいます。そして、成育医療センターですっかり元気になって北総病院に戻ってきたり、あるいは千葉の病院に戻っています。亀田病院には東京の周産期の患者さんがヘリで運ばれています。現場はどんどん変わっているんですね。ですから、実態でどんどん変えていけばいいのではないのでしょうか。

【司会（篠田）】 どうぞ、上先生。

【上】 私、お話を伺っていて、つまり、このままだと無理だなと思っているんですね。縦割りの弊害を縦割りの役所にお願ひに行く構造だからです。各県ごとに半分ずつ国とやれば、それはできない県とできる県ができるのは当たり前ですよ。だって、お金がないので、パワーゲームをどこでもやるわけですから。それから、保険の話は、実は2月12日に締め切ったばかりです。このシンポジストの有賀先生は足立政務官の公に出されている顧問です。足立さんに有賀先生から文書で送ればいいのですが、ただ、恐らくこんなに近くにそんな人がいてもコミュニケーションしていないと思うんですね。保険局保険課に行くと思っているんです。

いや、私もきょうからお話を伺って、ドクターヘリ、協力しようと思いますが、今、グ
リベックで抗がん剤の話をやっているんです。これは既に新聞、テレビを合わせて20回
ぐらい出ています。民主も、自民も、共産もマニフェストに入れました。やれという指示
がおりています。保険局保険課が、きのううちに課長が来ました。一律の議論になるので、
それは保険課長では無理ですよ。どこをやって、どこをやらないかというのは政治判断
だし、国民の判断ですから、国民の判断は国民に伝えるしかなくて、国や官に言ってもだ
めなのにそれを繰り返してきているので、きょう見る中でも何人も有名なジャーナリスト
が来られていますよね。彼らに問題を伝えて国民と考えなければ無理だと思うんです。

さっき4,000万とか伺ったので40億だとしても、世論が盛り上がれば簡単につきま
すよ。だって、今、5,000億円ぐらいついているんですから。しかも、この中に有賀先
生がおられて、公表されている中医協のアドバイザーで、ね？ 先生。それで、足立さん
がきょう言っていましたよね。先生方に感謝するって業界誌に流れていて、多分、先生、
言われていないんですよ。だから、なぜこうなるかという、情報のフィルターが、官
僚の情報の記者クラブが読んでいるからなんです。全部公開されているのを自分たちで
エディットしない限りは、縦割りの弊害を縦割りに直してくれと頼みに行くのと一緒で絶
対うまくいかないんです。

こういうことをやっているのと鎖国しているのと一緒で、黒船が来てコテンパンにやられ
るんです。同じ構造だと思って、額がこれだけわかったら、国民に伝えれば、国民は必
ず、国民に縦割りはありませんから、国民にいかにか伝えるかということ議論したほうが
いいような気がいたしました。

【司会（篠田）】 ありがとうございます。

実は私どものこのドクターヘリ支援事業の中には調査研究の助成事業というのがあるん
です。したがって、もし、有賀先生、何か医療圏の問題などで、もっと勉強しようとい
うことがありましたら、もっともこれも寄附金の集まりぐあいによるわけでありませ
ども、先生が座長か何かやっていただいて、助成することは我々のプログラムの中にはご
ざいます。

もし他にご発言がないようでありましたら、もう時間が来てしまいましたので、ここら
辺で終わらせていただきます。きょうは基金のコンセプト、あるいは支援事業のメインで
ございます医師・看護師の研修について、大いに議論をしていただきました。特にまとめ
というものは何もありません。我々がこれから進めていくに当たりましてのいろいろなア

ドバイスをちょうだいしたわけでありまして、とにかくきれいに元気よく4月1日からスタートいたしたいと思います。大変ありがとうございました。

それでは最後に、小濱先生のごあいさつ、よろしくお願いします。

閉会の辞

【小濱】 HEM-Netを代表いたしまして一言閉会のあいさつをさせていただきたいと思います。本日は、海堂先生の基調講演に始まり、それから、パネリストの先生方のご発表、また、フロアからも活発なご意見をいただきまして、今回のシンポジウムを盛り立ていただき、非常に感謝申し上げます。HEM-Netを代表して厚く御礼申し上げます。

私、最初の海堂先生の基調講演を聞いていまして、昔を思い出しました。実は私がこのドクターヘリに手をつけたのは昭和55年です。1980年、ちょうど私は先生と同じ年ごろなんですね。当時、元気がよかったので、運輸省や消防庁とか警察庁などを相手に官はけしからんとけんかばかりしていたのですが、けんかしても全然事は始まらないんですね。ある時期を過ぎると、これはけんかせずに仲よしたらどうだというふうに変わりました。

仲よくすると意外と、先生、この辺、こうしたほうがいいですよと教えてくれるんですよ。だから、海堂先生も、5年後にここに来られたら、多分官と仲よくしなさい、いい人ばかりですよと言われると思うんです。

ドクターヘリも、法律が通り、こうやって支援事業まで進んでいますので、ぜひ先生、少しバージョンを変えてぜひ頑張ってください。先生のAi、僕は応援しています。大事なことですぜひ頑張ってください。

それから、きょうのテーマは、民が支える公です。実は先日、ドクターヘリ促進議員連盟の事務局長をされている参議院議員の木村仁先生のところに行ったときに、木村先生は、今は3Pの時代とおっしゃる。3Pって何ですかと言ったら、Private、Public、Partnershipだとおっしゃるんですね。それはどういうことかという、要するに都市そのものを市民がつくるということですね。官に任せず市民がつくるということが基本だとおっしゃいました。だから、要するに官だけに任せず民と一緒に手を組んでやれば、都市だってちゃんとい都市ができるという発想でやらないといけないということで、この民が支える公、これはこれから我々の、先ほどから話が出ていますように、我々1人1人が官とけんかするのではなくて、仲よくしながらパートナーシップとなってやっていくというのがこれか

らのポイントではないかと思います。

ぜひその3P、これをぜひ皆さん方、よく考えて仲よくしながら我々の生活をよくしていくということで、このHEM-Netの事業にもぜひ先ほど言いましたようにご協力いただいて、この事業が広がって、これからへりを受け入れる病院にもちゃんとお金が回って、それから、受けたい人が自由に研究もできる、仕事ができるような形で広げていただくことを願ひまして、私の閉会のあいさつといたします。本日はどうもありがとうございました。(拍手)

【司会(篠田)】 ありがとうございます。大変長時間、皆さん、ありがとうございました。

パネルディスカッション参加者（アイウエオ順）

（肩書は2010年2月17日現在）

パネリスト

昭和大学医学部教授 救急医学講座主任 有 賀 徹

岐阜大学医学部教授 高度救命救急センター長 小 倉 真 治

東京大学医科学研究所准教授 上 昌 広

日本損害保険協会理事待遇 業務企画部長 竹 井 直 樹

日本医大教授 千葉北総病院救命救急センター長 益 子 邦 洋

司会

HEM-Net 副理事長 篠 田 伸 夫

HEM-Netセミナー

HEM-Net活動の新たな展開
「ドクターヘリ支援事業」の創設

2010年4月

認定NPO法人
救急ヘリ病院ネットワーク
(HEM-Net : Emergency Medical Network of Helicopter and Hospital)
理事長 國松孝次

事務局

〒102-0082

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

FAX : 03-3264-1431

e-mail : hemnetda@topaz.plala.or.jp

ウェブサイト : <http://www.hemnet.jp/>