

**ドクターヘリ運航費用の
負担の多様化に関する有識者懇談会
報告書**

2015年12月

認定NPO法人
救急ヘリ病院ネットワーク (HEM-Net)

「ドクターヘリ運航費用の負担の多様化に関する有識者懇談会」について

認定NPO法人救急ヘリ病院ネットワーク（以下、「HEM-Net」という。）は、2015年10月の時点で全国46機の配備を見るに至ったドクターヘリの運航費用のあり方を多面的・総合的に議論・検討するために、各界の有識者からなる「ドクターヘリ運航費用の負担の多様化に関する有識者懇談会」を設置し、議論を進めてきた。

懇談会の設置要綱は表1の通りであり、そのメンバーは、座長の横山禎徳東京大学特任教授をはじめとする6名である（表2）。

懇談会は、2014年9月12日の開催を皮切りに、2015年10月19日までの間に都合6回開催された。

懇談会の報告書はこれらの議論・検討に基づいて取り纏められたものである。

2015年12月 HEM-Net

表1 ドクターヘリ運航費用の負担の多様化に関する懇談会設置要綱（抜粋）

● 設置の目的

わが国医療提供体制の一翼を担うドクターヘリの一層の普及を期するため、現在、全額国費および都道府県費で賄われている運航費用の負担のあり方を多様化し他の財源で賄う方途について、医療保険の適用も視野に入れながら検討し、一定の結論が得られた場合、必要と認める提言を行うことを目的とする。

● 有識者懇談会の運営

- (1) 第1回目の懇談会は資料等の準備を終えた後、2014年9月に開催する。
- (2) 第1回懇談会は委員の互選により座長を選出した後、選出された座長の主宰のもとに進行する。
- (3) 第2回目以降の懇談会の開催については、会議の進捗状況をみながら座長が決定する。
- (4) 会議の事務はHEM-Net事務局が担当し、担当は三宅章郎理事とする。

表2 ドクターヘリ運航費用の負担の多様化に関する有識者懇談会 委員一覧

氏名	所属・役職
石橋 三洋	元 日本生命保険相互会社 代表取締役副会長
伊藤 隼也	医療ジャーナリスト 株式会社医療情報研究所 代表
栗山 泰史	丸紅セーフネット株式会社 常勤監査役 (元 日本損害保険協会 常務理事)
辻 哲夫	東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授
野崎 洋之	株式会社野村総合研究所 上級研究員
※横山 禎徳	東京大学 エグゼクティブマネジメントプログラム 特任教授

※は、座長

ドクターヘリ運航費用の 負担の多様化に関する報告書

2015年10月

ドクターヘリ運航費用の
負担の多様化に関する有識者懇談会

ドクターヘリ運航費用の 負担の多様化に関する報告書

— 目 次 —

報告書の要旨	1
1. はじめに	5
1.1. ドクターヘリの意義	5
1.2. ドクターヘリ運航費用の負担の多様化の検討の必要性	6
2. ドクターヘリの効果	7
2.1. 救命率の向上と予後の改善	7
2.2. ドクターヘリのその他の効果	10
3. 我が国の救急医療体制の当面する課題とドクターヘリの役割	11
3.1. 医療資源の集約化の必要性和ドクターヘリの果たすべき役割	11
3.2. 広域医療圏の構築の必要性和ドクターヘリの果たすべき役割	12
3.3. 医療の地域格差の是正のために果たすべき役割	13
3.4. 医療部門間の連携の強化とドクターヘリの果たすべき役割	13
4. ドクターヘリ運航費用の負担の多様化	14
4.1. 負担の現状	14
4.2. 基本的考え方	14
4.3. 今後の配備状況の進捗推定と費用負担の多様化の必要性	16
4.4. 医療保険の適用	16
4.5. 民間保険の適用と寄付の募集	18
5. おわりに	19

報告書の要旨

1. 運航費用の負担の多様化を検討する必要性

ドクターヘリは、2015年末の時点で、その配備数が全国46機に達し、今や、日本の救急医療にとって、なくてはならない重要な医療資源となっている。

現在、ドクターヘリの運航費用は、国と都道府県の公費で賄われているが、2007年に制定された「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」（以下、ドクターヘリ特別措置法という。）は、その附則2号において、つとに、運航費用への医療保険給付の適用の可能性を検討すべき旨を定めているところであり、ドクターヘリが全国に普及した今こそ、その運航費用をどのように負担分担するのが最も合理的であるかを、我が国の医療全般に係る課題として捉えて、事の本源に立ち返った検討をする必要がある。

2. ドクターヘリの効果と救急医療上の意義

患者にとってのドクターヘリの最大の効果は、救命率の向上と予後の改善である。

救急医療は時間との勝負である。

救急医療において何よりも肝心なことは一刻も早く患者に対して治療を開始することであり、迅速な治療を開始してこそ、救命率の向上と予後の改善という、患者にとってかけがえない価値をもたらす質の高い救急医療が確保できる。

さらに、ドクターヘリを活用すれば、現場に急派された医師・看護師は、現場での初期治療を行った後、搬送先となる病院に帰投する機内で、必要な治療処置を行いつつ、搬送先となる病院で待機する医師陣に対し、無線等を用いて患者の情報を伝えることが可能で、受け入れる側も万全の態勢を準備しておくことができ、その結果、根本治療までの時間の大幅な短縮化が図られる。

3. ドクターヘリ運航費用と医療保険

ドクターヘリの運航費用の負担問題を考える場合に最も重要なことは、上記のように、ドクターヘリの運航という行為が、当該ドクターヘリに搭乗して救急の現場等に駆け付けた医師・看護師によって施される救急医療の質を決定的に左右する機能を有しているところを正しく認識することである。このような認識に立てば、ドクターヘリの運航という行為を、当該ドクターヘリに搭乗して救急の現場等に駆け付けた医師・看護師が患者に施す医療行為と不可分一体のものとして捉えるのが合理的である。

言い換えれば、ドクターヘリは、まさに「病院のアウトリーチ」であり、一定の病院施設・設備や医療機器のメンテナンスコストが診療報酬に含まれているのと同様に、その運航費用を含むメンテナンスコストも診療報酬の対象にすべきものということになる。

この点、「ドクターヘリ特別措置法」附則2号の解釈において、ドクターヘリの運航費用を、「診療に要する費用」以外の費用として捉え、医療保険の適用をそもそも除外する考えは、当を得ていない。

なお、医療保険が適用される疾病の種類およびそれに対するドクターヘリの出動基準については、日本航空医療学会が、日本救急医学会をはじめとする関係学会と協議して、明確なガイドラインを設定することが不可欠である。

4. 今後の配備状況の進捗推定と費用負担の多様化の必要

以上のように、ドクターヘリの運航費用の負担は、医療保険の診療報酬の一環として検討するのが合理的であると思われるが、医療保険の適用も含め、費用負担の多様化を図っておくことは、ドクターヘリの今後の配備状況を考える上からも必要であると思われる。

ドクターヘリは、全国各地の医療需要から考えた場合、今後いったい何機必要なのか。この点に関し、日本航空医療学会の最近の調査・研究によると、ドクターヘリの必要機数は72機と推定されるとのことである。2015年末現在の配備数は46機であるから、今後、更に26機の増機が必要ということになる。この全てにつき継続して全額を公費に頼るのは時代の潮流から考えても無理があるように思える。そこで、全てを公費負担にするのではなく、医療保険による負担も含め、費用負担の多様化を図っていくべきである。

5. 公費負担との関係

ドクターヘリの運航費用は、年間400回飛行するものとして計算すると、1回の飛行あたり概ね50万円かかる。これは、かなりの高額と言うべきであり、医療保険の給付の対象にすると言っても、その全額を医療保険の負担に廻すと言うのは現実的とは言い難い。

そこで、制度設計に当たっては、ドクターヘリ運航費用のうち、公費負担として残す部分と医療保険の負担に廻す部分の割合をどのようにするか、明確に検討する必要がある。

この問題は、すぐれた制度設計者の考えに任せられるべきところであるが、例えばドクターヘリ運航費用のうちの固定費（ドクターヘリが出動しなくても必要となる費用）部分は公費、変動費（ドクターヘリの出動により必要となる費用）部分は保険給付の対象にするという方法も考えられる。

ドクターヘリの運航費用の負担を医療保険の範疇で考えるとしても、それは、現行の公費

負担の仕組みと矛盾したり、或いは、それを否定したりするものではない。

現在の医療保険制度も、相当額の公費の注入によって維持されているのは紛れもない事実であり、それは、公費と保険料の混合形態で賄われているのである。

ドクターヘリ運航費用を医療保険の枠内で処理する場合も同じであり、その負担を公費と保険料の混合形態で賄っても少しもおかしくはない。

6. 自己負担の発生に対する対応

ドクターヘリの運航費用を医療保険給付で賄うことになれば、自己負担が生じることは不可避である（健康保険法 第74条）。しかし、これまで、全額公費負担で個人負担など考慮せずにやってきた経緯もあり、また、費用を負担する力のない患者も存在することでもあるので、個人の自己負担を極力軽減する仕組みをあらかじめ考えた上で、制度設計をすることが必要であると思われる。

我が国にも、「公費負担医療制度」があり、特定の疾病ないし一定の患者の状況に応じて、立法措置を取ることにより、医療負担の全額または一部を公費負担としたり、また、「高額療養費制度」を利用して一定以上の自己負担を軽減したりすることも可能であるので、そうした制度を援用して、可能な限り自己負担を極小化する制度設計に腐心すべきである。

7. 寄付の募集の推奨

他方、寄付の募集は大いに推奨されるべきことである。現在のように、運航費用の全額を公費で賄っている制度においては、民間からの寄付を募ることは、かなりの困難を伴うが、医療保険の適用など、費用負担の多様化が図られる機会に、いろいろな形で寄付を募る制度設計を行うことも、検討に値するものと思われる。

これまで、日本人は一般的に寄付を行う気風に欠けると言われてきたが、最近、幅広く寄付が集まる例が目立ってきている。ドクターヘリは、ドクターヘリでなければ救えない命を救う顕著な救命事例が増えてくるにしたがって、患者に高い医療価値をもたらす有効なツールであることが認識されるに至っており、寄付募集のあり方に工夫を凝らすことによって、国民各層からの寄付が寄せられることも期待できるものと思われる。

8. おわりに

ドクターヘリ運航費用の負担の多様化を論ずる場合の基本的な視座は、ドクターヘリの運航を、それによってもたらされる医療効果を正当に認識して、当該ドクターヘリに搭乗して

現場に駆け付ける医師・看護師が救急に施す診療行為と不可分一体のものとして捉えようと
するところにあるべきである。

この視座に立てば、ドクターヘリの運航費用の負担は、一義的には医療保険の枠内で処理
されるのが合理的であるという結論に導かれる。

ドクターヘリの運航費用を医療保険で賄うという仕組みは、何も珍しいことではなく、ド
クターヘリの運航が先進的に行われているドイツ、アメリカ、スイスなどの国々では、ごく
普通に採用されているところである。

ただ、ドクターヘリの運航費用を医療保険で負担する考えをとるにしても、それは、現行
の公費負担の仕組みと組み合わせる形態を採用すべきである。

医療が、本来、公益性が高く、「官」も「民」もともに参画する「公」の場に位置付けられ
るものであることを考えれば、今や、救急医療部門だけでなく、全医療部門の大きな資産に
成長しつつあるドクターヘリの運航費用を、同じく「公」の立場に立って、公費と保険料、
すなわち公助と共助・自助の混合の負担形態で処理していこうとするのは、時流に合った合
理的な考え方であると言えることができる。

現在、我が国の救急医療体制は、医療資源の集約化、都道府県境を越えた広域医療圏の構築、
地域格差の是正、他の医療部門との連携の強化など、様々な時代的要請を受けて、その変革
を迫られている。今いろいろな提案が出されているが、この問題を考える場合、ドクターヘ
リを中心に据えて、救急医療システムの再構築を図るのが非常にわかりやすいと思われる。

例えば、医療資源の集約化を図る場合、中核病院と地域病院の間を切れ目なく繋ぎ、その
円滑な連携を実現するためには、ドクターヘリは重要な役割を果し得るし、都道府県境を越
えた広域医療圏を構築する場合、ドクターヘリは、医療提供可能範囲を飛躍的に格大する機
能を有している。ドクターヘリを使った新しい救急のスタイルという発想が、今こそ、必要
なのではないか。

いずれにしても、ドクターヘリ運航費用への医療保険の適用は、民間寄付の導入の呼び水
になり、更にはドクターヘリ運航事業への民間参画の活性化を生み、その負担の多様化の連
鎖が始まるであろう。ドクターヘリという重要な医療資産を総合的・長期的に支えていく制
度の構築が期待されるところである。

なお、ドクターヘリ運航費用への医療保険の適用の結果生じる患者の個人負担をどう処理
するかという問題は、現実的には、軽く考えられない重みを持つ。可能な限り負担の極小化
を図る制度設計に腐心すべきである。

1. はじめに

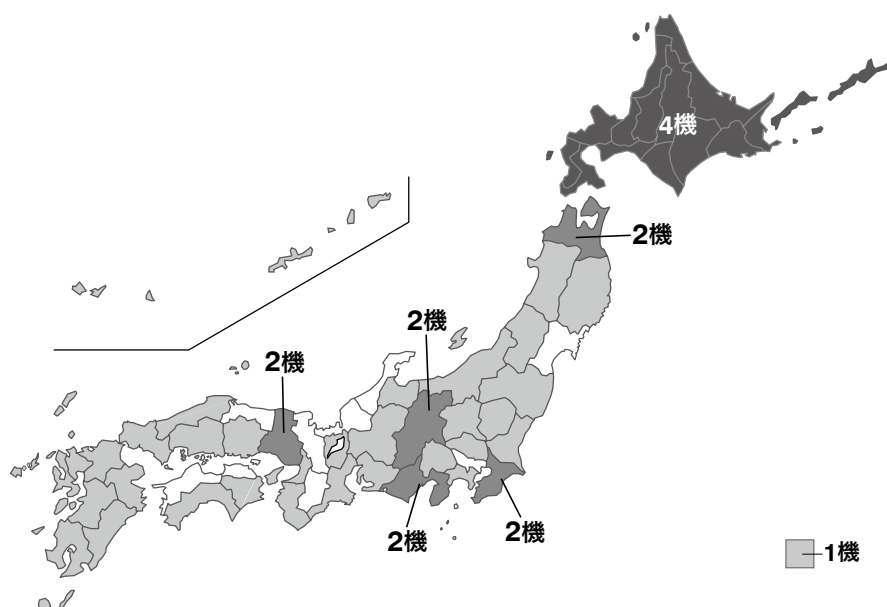
1.1. ドクターヘリの意義

ドクターヘリとは、「救急医療に必要な機器及び医薬品を装備したヘリコプターであって、救急医療の専門医及び看護師等が同乗し救急現場等に向かい、現場等から医療機関に搬送するまでの間、患者に救命医療を行うことのできる専用のヘリコプターのことをいう。」¹

我が国におけるドクターヘリの本格的運航は2001年4月に始まった。当初は様々な要因により、その導入は遅々として進まなかったが、2007年6月のドクターヘリ特別措置法の制定を契機として全国的に導入の機運が高まり、2008年度からは、ドクターヘリの運航費用のうち都道府県負担部分を特別交付税交付金の交付対象に加えることが決定されるにおよび、ドクターヘリの導入が全国的に急速に進んだ。

2015年10月22日現在、ドクターヘリの配備数は全国で46機になり、ドクターヘリを用いた救急医療の提供体制は、ほぼ全国各地域を網羅する規模に整備され、運航開始以来、2015年3月末現在で12万回に達した無事故運航²の快記録を更新しつつ、今やドクターヘリは日本の救急医療の大きな財産として、日本国内に存在感を持つものになっている。

ドクターヘリの配備状況 (2015年10月22日現在)



¹ 厚生労働省 救急医療対策事業実施要綱 (昭52.7.6 医発 第629号) のうちの「ドクターヘリ導入事業」の項の定義である。
ドクターヘリ特別措置法では、「救急医療用ヘリコプター」という用語が使われているが、これは、ドクターヘリと同義である。
² 日本航空医療学会 安全推進委員会：ドクターヘリ運航におけるヒヤリハット等の事例報告、日本航空医療学会雑誌 第15巻 第3号、2014年

1.2. ドクターヘリ運航費用の負担の多様化の検討の必要性

ドクターヘリを巡る今日的な課題には幾つかのものがあるが、そのひとつにドクターヘリ運航費用の負担の多様化という課題がある。

すなわち、現在、ドクターヘリの運航費用の全額は、国と地方の税金で賄われているが、このままでよいのか、医療保険等に財源を求め負担の多様化を図る必要はないのかという課題であり、これが本報告書の主題である。

今、この課題を検討することが必要な理由は2つある。

第一は、「ドクターヘリ特別措置法」がそれを求めているのである。

同法は、その附則2号で、「政府は、この法律の施行後3年を目途として、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供の効果、救急医療の提供に要する費用の負担の在り方等を勘案し、救急医療用ヘリコプター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、健康保険法（大正11年法律第70号）、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）その他の医療に関する給付について定める法令の規定に基づく支払について検討を行い、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」と定めている。しかしながら、この検討が政府内部においてきちんと行われた形跡がないまま法の制定から既に8年が経過している。確かに、2010年11月15日に開催された第42回社会保障審議会医療保険部会において議題に取り上げられたことはあるが、そこでは厚生労働省の担当官から「ドクターヘリに搭乗して行う診療は救急自動車の場合と同様で、『救急搬送診療費』として既に評価されており（往診料：650点、救急搬送診療料：650点）、運航費用は療養の給付には当たらないため、診療報酬上は評価していない。」という説明がなされただけで議論が深められることはなかった。

この担当官の説明は、ドクターヘリの運航が、救急の現場に送り込まれた医師・看護師が、その現場から迅速な救命医療を開始することにより患者の救命率の向上が図られるなど、救急医療の「質」に決定的な影響をおよぼすものであるということ（後述）に深く思いを致さないまま、運航と診療を別個に切り離して捉えている点において妥当なものとは言えず、ここで議論が止まってしまっているのは、ドクターヘリ特別措置法にいう「検討」が十分に行われたとは言えないはずである。

ドクターヘリ特別措置法を議員立法した国会議員により結成された「ドクターヘリ推進議員連盟」も、この医療保険部会以降も、その総会決議において数次にわたり、この問題の本格的な検討を促しているところである。

第二の理由として、今や全国を網羅する貴重な医療資源となったドクターヘリの運航費用をどのような仕組みで負担するのが最も合理的かという問題を総合的・多面的に考えなければならぬ時期に来ているということがあげられる。

ドクターヘリは我が国の救急医療にとって、なくてはならない存在になっている。いや、救急医療部門だけではなく、周産期医療部門や小児医療部門、地域医療部門においてもそれぞれの部門の能力を迅速かつ的確に発揮するために、ドクターヘリを如何に有効に活用するべきかについての検討が求められている。

このように、ドクターヘリが全国に普及した今こそ、ドクターヘリを我が国の医療全般に係る課題として捉えて、その運航費用をどのように負担分担するのが最も合理的かということの本源に立ち返った議論・検討を要するものと考えられる。

2. ドクターヘリの効果

2.1. 救命率の向上と予後の改善

患者にとってのドクターヘリの最大の効果は、救命率の向上と予後の改善である。ドクターヘリは巡航時速200kmで飛行するため、地上を走行する救急車の3分の1から5分の1の時間で救急現場に到着することができる。また、道路渋滞や災害時の通行止め等の影響を受けることなく、救急現場に遅滞なく到着することが可能である。

そして、ドクターヘリには医師・看護師が搭乗していることから、救急の現場から迅速な救命医療³を開始することができる。この現場から迅速な初期治療の開始が、患者の救命を左右する。

救急医療は時間との勝負である。救急医療には、「カーラー曲線」と呼ばれる定理があり、患者が重篤であればあるほど、早期に治療を開始しなければ救命の可能性が低くなることが説かれる。例えば、大量出血を伴う重症外傷の場合、30分以内に治療を開始すれば、救命率は50%であるが、1時間を経過すれば、救命率はゼロになるという。

すなわち、救急医療において何よりも肝心なことは一刻も早く患者に対して治療を開始することであり、迅速な治療を開始してこそ、救命率の向上と予後の改善という、患者にとってかけがえのない価値をもたらす質の高い救急医療が確保できる。ドクターヘリの最大の効果は、まさにここに発揮されるのである。

さらに、ドクターヘリを活用すれば、内因性であれ、外因性であれ、患者の病状が重篤な場合には、現場に急派された医師・看護師は、現場での初期治療を行った後、搬送先となる病院に帰投する機内で、必要な治療処置を行いつつ、搬送先となる病院で待機する医師陣に

³ 酸素投与、静脈路確保、薬剤投与はもとより、気管挿管、輪状甲状靭帯切開、除細動、心肺蘇生、超音波診断、骨髄輸液、胸腔ドレナージ、外科的止血術、骨盤安定化など、医師による高度な医療処置を救急の現場から直ちに行うことが可能である。

対し、無線等を用いて患者の情報を伝えることが可能で、受け入れる側も万全の態勢を準備しておくことができ、その結果、根本治療までの時間の大幅な短縮化が図られる。

このように、ドクターヘリは、患者に対し、現場から始まる迅速な救急医療の実施を可能にするとともに、医師同士の緊密な連携による救急現場（病院前）から病院内への切れ目のない高度医療の提供を可能にするという役割を、救急医療のひとつのシステムとして果たすものとなっている。

患者の立場から言い換えれば、患者はドクターヘリの活用により、救急の現場から迅速な救命医療を受け、さらに、搬送先病院内における本格的医療にまで繋がる切れ目のない医療を受けることによって、救命率の向上と予後の改善という、かけがえのない価値を享受することができるのである。

以下、ドクターヘリの救命効果に関する研究事例を幾つか紹介する。

2.1.1. 救命率の向上と後遺症の軽減に関する研究

2003年に行われた厚生労働科学研究⁴によると、ドクターヘリを運用している7つの基地病院から収集した2,823のドクターヘリデータベースのうち、転帰調査が可能であった事例（1,592事例）について分析を行った結果、ドクターヘリ搬送による実転帰は、社会復帰872例、中等度後遺症246例、重症後遺症89例、植物状態22例、死亡363例であった。そして、これらの症例について、仮に救急車等により陸路搬送をしたらどのような転帰になるのか、救急専門医が、当該症例のカルテ等を個々に検討して推定した結果、推定転帰は、社会復帰603例、中等度後遺症290例、重症後遺症168例、植物状態35例、死亡496例に転ずると推定された。

以上により、ドクターヘリ搬送は、社会復帰を30%増加させ、中等度後遺症を15%、重症後遺症を47%、植物状態を37%、死亡を27%、それぞれ減少させたと推定された。

2.1.2. 主な傷病ごとのドクターヘリの救命効果に関する研究

ドクターヘリの効果について、傷病別に効果を計る研究も数多く取り組まれている。具体的には、脳卒中、心筋梗塞、重症外傷および周産期・母子医療について、その効果を示す研究報告があり、それぞれで、ドクターヘリの有用性が示されている。

(ア) 脳卒中

2005年に発表された東海大学医学部付属病院の中川医師らの報告⁵によれば、ドクター

⁴ 益子邦洋：平成15年度厚生労働科学研究ドクターヘリの実態と評価に関する研究報告書、2005年3月

⁵ Nakagawa Y, et al: Critical role of the "Doctor-Heli" system on cerebral infarction in the superacute stage: Report of an Outstanding Pilot Case, The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine, 30: 123-126, 2005.

ヘリで搬送された急性脳梗塞患者が早期血栓溶解療法に成功したことから、ドクターヘリシステムによる早期の診断と迅速な搬送は、超急性期の脳梗塞患者に有用であるとした。

また、2012年に発表された国立病院機構長崎医療センターの川原医師らの研究⁶では、長崎県離島にて発症した急性期脳梗塞患者でヘリコプター搬送となり入院となった患者を後方視的に分析し、血栓溶解薬を点滴しつつ搬送する方法について検討した結果、脳卒中専門病院への速やかな搬送を行う上で、ヘリ搬送は必須かつ有用な手段であることが示された。

(イ) 心筋梗塞

2006年に発表された日本医科大学千葉北総病院の畑医師らの研究⁷によれば、心筋梗塞患者の救急要請から心カテーテル検査までの時間、冠動脈再灌流までの時間、転帰についてドクターヘリ搬送群と救急車搬送群で比較し、心カテーテル検査までの時間、冠動脈再灌流までの時間ともにドクターヘリ群で有意に短く、死亡率もドクターヘリ群が低いことが明らかとなった。

また、2013年に発表された独協医科大学の西山医師らの研究⁸によれば、急性心筋梗塞症例を自力来院群、救急車搬送群、ドクターヘリ搬送群、転院搬送群に分け、医療従事者または救急隊員が患者と最初に接触した時刻から再灌流までの時間ならびに総虚血時間を検討した結果、再灌流までの時間は、自力135分、救急車131分、ドクターヘリ121分、転院197分であり、総虚血時間は、自力224分、救急車170分、ドクターヘリ147分、転院339分であった。

結論として、ドクターヘリによる患者搬送は急性心筋梗塞患者の総虚血時間を短縮させ、有用な手段であるとした。

(ウ) 重症外傷

1998年に発表されたオランダのCharroらの研究⁹によれば、ヘリコプター救急医療が、交通事故により負傷した重度外傷患者に対してどのような効果をもたらすのか、また、従来の救急車搬送に比べ新たなコストに見合う効果があるかを検討する為に、多発外傷患者を対象として、ヘリ救急による効果、コストおよび費用対効果につき後方視的に検討した。

その結果、ヘリ救急を活用しなければ、死亡率は11%から17%の範囲で増加した一方で、

⁶ 川原一郎 他：長崎県離島発症の急性期脳梗塞患者に対するrt-PA投与ヘリコプター搬送による"drip-and-ship"法の試み、雑誌「脳卒中」、34:69-75、2012。

⁷ Hata N, et al: Use of an air ambulance system improves time to treatment of patients with acute myocardial infarction, Intern Med. 45: 45-50, 2006.

⁸ 西山佳孝 他：ドクターヘリは急性心筋梗塞患者の総虚血時間を短縮する、日本臨床生理学会雑誌、43:167-172、2013。

⁹ De Charro FT, Oppe S.; The effect of introducing a helicopter trauma team to assist accident victims, Leidschendam: pp4-13, 1998.

9か月後と15か月後の生活の質やコストに関しては、ドクターヘリ搬送群と救急車搬送群の間に有意な差は認められなかったことから、ヘリコプター救急のコストは他の救急医療サービスと比べて許容範囲内であるとした。

また、2014年に発表された筑波大学付属病院水戸医療センターの阿部医師らの研究¹⁰によれば、日本外傷データバンクに登録された15歳以上の重症外傷事例を対象として、救急車搬送群とドクターヘリ搬送群に分けて生存退院の有無について分析を行ったところ、重度外傷患者をドクターヘリで搬送することにより、救急車搬送よりも生存退院の確率が有意に高くなることが明らかとなった¹¹。

(エ) 周産期・母子医療

2009年に発表された和歌山県立医科大学の樋口医師らの研究¹²によれば、周産期ドクターヘリ搬送導入前3年間と導入後3年間における母子保健統計の変化を比較検討したところ、和歌山南部では新生児死亡率、周産期死亡率の減少が認められた。また、三重南部では新生児死亡率、周産期死亡率の減少が認められ、妊産婦死亡数は2から0に減少した。以上より、ドクターヘリによる周産期搬送は医療資源の少ない過疎地域の母子保健の向上に寄与することが示唆された。

また、2010年に発表された和歌山県立医科大学の篠崎医師らの研究¹³によれば、ドクターヘリ搬送を行った母体・新生児を調査してドクターヘリが周産期医療に有効であるかを検討した結果、ドクターヘリは重篤な母体・新生児を県内・県外の遠距離から短時間かつ安全に搬送し、適切な治療を速やかに行うことができるため、周産期医療に有効であることが明らかになった。

2.2. ドクターヘリのその他の効果

2.2.1. 入院日数と医療費の削減に関する研究

2008年にHEM-Netは、ドクターヘリの基地病院の4か所について、ドクターヘリあるいは救急車にて搬送されてきた交通事故患者を対象に、交通事故負傷者の入院日数と医療費に関する比較¹⁴を実施した。その結果、対象とした全ての基地病院において、ドクターヘリ搬

¹⁰ Abe T et al: Association between helicopter with physician versus ground emergency medical services and survival of adults with major trauma in Japan , Critical Care 2014, 18:R146

¹¹ 多変量解析を用いて検討したドクターヘリ搬送群の生存退院オッズ比は1.277、傾向スコアを用いて検討したドクターヘリ搬送群の生存退院オッズ比は1.446、病院前処置で調整した条件付きロジスティクス回帰分析では、ドクターヘリ搬送群の生存退院オッズ比は1.230であった。

¹² 樋口隆造 他：周産期ドクターヘリ搬送導入後の母子保健統計の変化、日周・新生児医学会誌、45: 805-809、2009.

¹³ 篠崎真紀 他：周産期救急医療に対するドクターヘリ搬送の有効性、日救急医学会誌、21:935-942、2010.

¹⁴ 傾向スコア (Propensity Score) に基づく重みつき解析法による比較

送群の入院日数は救急車搬送群の入院日数より4日から18日短く、入院点数についても0.5万点から11万点低いことが明らかになり、交通事故患者について、ドクターヘリは入院日数の短縮と医療費の削減に効果があることが確認できている¹⁵。

2.2.2. 社会的逸失所得の回避に関する研究

2004年度消防防災科学技術研究「ドクターヘリ運用病院におけるヘリ搬送患者に関する費用対効果の研究報告書」¹⁶によれば、ドクターヘリを運用している7つの基地病院で診療したドクターヘリ搬送患者について、その治療に要した医療費額を算出するとともに、ドクターヘリによる搬送を行わなかった場合に支払うことになったであろう医療費額と比較して、医療費の削減効果の計測を行った。また、ドクターヘリ搬送による死亡率の減少・症状の改善等により損失を免れることができた社会的経費の算出を行った。

その結果、ドクターヘリ運用による社会的効果が顕著であり、ドクターヘリ事業費用に比べれば遥かに大きな効果が期待できることを示している。

3. 我が国の救急医療体制の当面する課題とドクターヘリの役割

3.1. 医療資源の集約化の必要性和ドクターヘリの果たすべき役割

近年、地域総合病院の経営状況が悪化して危機が叫ばれ、そこで働く医師・看護師の疲労が顕著になっている。

これまでのように各地域に「おらが街の病院」を建設して、総合的な医療を提供する体制を維持することは財政的にも医療スタッフの配置からしても困難であり、医療の集約化と機能分化を図らない限り、病院経営は立ち行かない時代になっている。

また、現在の救急医療体制は、救急医療機関を重症度に応じて、一次・二次・三次に分けられており、各医療機関がその位置付け・役割を担っているはずであるが、それが機能しているのは、かろうじて都市部に限ったことであり、地方部では崩壊していると言わざるを得ない。こうした事態を打開するためには、人的医療資源の分配を適切に行って、各地に点在して初期治療に当たる役割を果たす地域病院群と、ワンストップの中核病院の機能分化を図り、中核病院には人員・装備を集約化して高度な医療を提供できる体制を整えるという方向

¹⁵ 救急ヘリ病院ネットワーク：HEM-Net研究 交通事故負傷者の入院日数と医療費に関するドクターヘリの効果、2009年3月1日

¹⁶ 益子邦洋：平成16年度消防防災科学技術研究ドクターヘリ運用病院におけるヘリ搬送患者に関する費用対効果の研究報告書、2005年10月

性を目指す以外は考え難い。そして、中核病院と地域病院の機能分化を図る場合に肝心なこととして、両者を繋いで連携させ、中核病院に、常に地域病院を支援する体制を取らせることが重要である。

その場合、ドクターヘリは、その位置づけをきちんと整理することで、中核病院と地域病院の間を切れ目なくに繋ぎ、その円滑な連携を実現させるのに重要な役割を果たすはずである。

実際に、宮崎大学医学部附属病院では、総合診療として風邪や腹痛といった病気をきちんと診て、その中から重篤な患者を見分けられる能力を持った地域医療の担い手を育てることを目的とした「地域医療学講座」を新設(2010年)した上で、この講座の卒業生たちが配属された各地域において、十分に活躍できるようにするため、大学側に救急時の患者の受入体制を整えることとし、新たにドクターヘリを導入して、両者の間を結ぶ太いパイプとして機能させることにより、大きな成果を挙げている¹⁷。

3.2. 広域医療圏の構築の必要性とドクターヘリの果たすべき役割

地上を走る救急車が1時間で往復できるのは精々30km程度であるのに対し、ドクターヘリは1時間で100kmを行き来することができる。したがって、ドクターヘリは医療提供可能範囲を飛躍的に広域化する効用を有している。

一方で、我が国の救急医療の提供体制は都道府県単位に構築されているが、そこに、1時間もあれば100kmを行き来することができるドクターヘリが登場し、今や全国どこでも、そのサービスを楽しむことができる体制が整いつつあることに鑑みれば、従来の都道府県単位の救急医療体制は、少なくとも高度の医療を施す必要がある重篤な患者に関しては、基本的に考え直す必要があるはずである。

ドクターヘリを十分に利活用し、都道府県境を跨ってでも患者を最適な病院に搬送できる、いわば、「四次救急」とも言うべきレベルの広域医療圏を構築し、ドクターヘリでなければ救えない命を救う体制を整えることを検討する時期にきていると言える。

実際に、2008年1月、愛知県の山間部で池に溺れ、心肺停止状態になった3歳児が、現場にドクターヘリで駆け付けた静岡県浜松市の聖隷三方原病院の救急医の好判断により、70km以上離れた静岡市の県立こども病院に運ばれて救命され、19日後に何の後遺症もなく元気に退院したという事例がある¹⁸。

¹⁷ 救急ヘリ病院ネットワーク「地域医療と救急医療をつなぐドクターヘリ」HEM-Net グラフ26、2012年12月3日

¹⁸ 救急ヘリ病院ネットワーク「Close up Now ドクターヘリと救急隊、PICUの連携が、心肺停止の小児を救う。」HEM-Net グラフ10、2008年4月7日

3.3. 医療の地域格差の是正のために果たすべき役割

ドクターヘリの地域医療への関与は、医療提供に存する「地域格差」の是正という観点からも重要である。

ドクターヘリでなくても救急車などの搬送手段が整っていて、病院も十分に配置されている地域（都市部など）では、患者が救急現場等から救急救命センターに到着するまでに要する時間は15分から20分程度であるが、地域によっては交通の便も悪く病院も十分に配置されていないため、患者の搬送に1時間以上を要する地域もある。

こうした地域においては、重症の患者を救命するためには地上交通手段だけに頼ってはいけません。手遅れになる可能性が高く、これまでも、消防防災ヘリを活用した、より迅速な患者の搬送措置が図られてきたところであるが、ドクターヘリが全国的に整備されつつある今日において、消防防災ヘリとドクターヘリのそれぞれの出動基準を明確にした上で、重症度の高い患者については、ドクターヘリによって、迅速に医師・看護師を急派して治療を開始できる体制を整備する必要があります。

ドクターヘリは大量出血、脳疾患、心臓疾患などの一刻の猶予も許さず治療を施す必要がある重篤な患者に対し、迅速な治療の開始を保障することによって、医療に存在する地域格差を是正する役割を果たすことができるのである¹⁹。

3.4. 医療部門間の連携の強化とドクターヘリの果たすべき役割

ドクターヘリは救命救急センターに置かれているため、同センターの取り扱う救急患者を主たる対象として運用されるのは当然であるが、緊急に手当てを要するのは救命救急センターの患者に限らない。周産期医療部門の取り扱う妊婦や小児医療部門の取り扱う新生児、脳外科部門の取り扱う患者などもあり、そうした者たちのためにも積極的にドクターヘリを使用する着意が必要である。

今までは、ドクターヘリがそれほど普及していなかったこともあって救急医療部門以外の医療部門における認知度は低く、ドクターヘリを活用するといった着意に乏しいのが実情であった。しかし、ドクターヘリは救急医療部門に限定した財産ではなく、ドクターヘリでなければ助からない命を救うことにおいて、全ての医療部門の共通の財産として機能すべきである。また、ドクターヘリのサービス網がほぼ全国各地域を網羅する規模に整備されつつある現在において、各医療部門が相互に情報を交換・連携し、ドクターヘリの効果を最大限に活用できる総合的な救急医療提供体制を確立することが望まれる。

¹⁹ 救急ヘリ病院ネットワーク「ドクターヘリ救命好事例集 救われた命よみがえった笑顔」HEM-Net グラフ33、2014年10月7日

4. ドクターヘリ運航費用の負担の多様化

4.1. 負担の現状

ドクターヘリの運航費用は、現在まで全額公費で運営されている。負担するのは当該ドクターヘリを運航する基地病院が所在する都道府県である。ただし、国は当該都道府県に対し、補助率2分の1の国庫補助を行っている。言い換えると、現在、ドクターヘリ運航費用は国と都道府県で折半するという形が取られている。

2001年の制度発足当初は、ドクターヘリ1機あたりの補助基準額は年間で1億7,000万円であったが、2009年度からは1機あたり2億1,000万円に増額されている²⁰。また、2008年度には、ドクターヘリ運航費用のうちの都道府県負担分を特別交付税交付金の交付対象にすることが決定され、2009年3月の交付分から都道府県負担分の2分の1相当（運航費全体の4分の1に相当する額）が特別交付税交付金として支出されることになり、更に、2009年度の交付分からは都道府県の財政状況に応じて都道府県負担分の50%乃至80%が特別交付税交付金として補填されるようになっている。

このように、その全額を国および都道府県の一般会計で賄っているドクターヘリ運航費用の負担を、ドクターヘリの効果と果たしている役割、今後の配備状況の予測などを勘案して、医療保険など他の財源に分散する必要があるかを検討するのが本章の主眼である。

4.2. 基本的考え方

4.2.1. ドクターヘリ運航の救急医療上の意義

ドクターヘリの運航費用の負担問題を考える場合に最も重要なことは、本稿2.1「救命率の向上と予後の改善」の項で述べたように、ドクターヘリの運航という行為が、当該ドクターヘリに搭乗して救急の現場等に駆け付けた医師・看護師によって施される救急医療の質を決定的に左右する機能を有しているところを正しく認識することである。

救急医療は、時機を失せず、迅速に施してこそ、価値のあるものになる。ドクターヘリは、救急の現場からの迅速な医療の開始を保障することにより、患者に対し、救命率の向上と予後の改善という、かけがえのない医療価値をもたらす。

このように考えれば、ドクターヘリの運航は、当該ドクターヘリに搭乗して救急の現場等に駆け付けた医師・看護師が患者に施す医療行為と不可分一体のものとして捉えるのが合理的である²¹。

²⁰ 国の予算は厚生労働省所管の一般会計「ドクターヘリ導入促進事業費」として計上されている。

²¹ ドクターヘリで医師・看護師を救急現場等に運ぶことは、往診行為と言える。

この点において、ドクターヘリの運航は、患者の迅速な搬送を一義的な任務とする救急車の運用とは、全く性格を異にする。

ドクターヘリも、もちろん、救急現場から病院まで患者を搬送するが、ドクターヘリの本来のバリューは、搭乗した医師・看護師が、現場において必要な初期治療を施した後、病院に帰投するまでの間、切れ目のない治療を継続することにおいてこそ、発揮されるものなのである。

また、ドクターヘリの運航は、救急車と同様に、患者の病院への救急搬送を一義的な任務とする消防・防災ヘリコプターの運航とも区別して考えるべきものである。消防・防災ヘリコプターも「ドクターヘリ的運航」と称して医師・看護師を搭乗させて救急の現場等に向かうことがある²²。しかし、消防・防災ヘリコプターは、本来的には多目的のものであり、救急医療専用の仕様になっていない上、医師・看護師のピックアップという工程が必要で時間を要してしまうことなどの実務的な難点があり、実際にも「ドクターヘリ的運航」は、限られた範囲でしか行われていない。

4.2.2. ドクターヘリ運航費用と医療保険

ドクターヘリの運航の意義を上記のように理解すれば、それは、救命率の向上と予後の改善という救急医療の根幹的使命を果たす上で不可欠の行為であり、救急の現場に始まり機中から病院に至るまでの間、切れ目なく行われる医療行為と一体をなすものであるから、それに要する費用は医療保険の適用を受けるものとして、診療報酬の範疇で賄うのが合理的であると思われる。

言い換えれば、ドクターヘリは、まさに「病院のアウトリーチ」であり、一定の病院施設・設備や医療機器のメンテナンスコストが診療報酬に含まれているのと同様に、その運航費用を含むメンテナンスコストも診療報酬の対象にすべきものということになる。

この点、先に述べたように、厚生労働省（保険局）が、ドクターヘリの運航費用を「診療に要する費用以外のもの」としているのは、再考を要するものと思われる。

もちろん、医療保険会計が厳しい状況下にあることは周知の通りであるが、ドクターヘリの効果に鑑みると、それは異なる観点で対処すべきものと言うべきであろう。

更に言えば、今は、ドクターヘリは「公助」の仕組みで運用されているが、世の潮流をみると、「公助」から「共助」・「自助」への転換という大きな流れがあるのであり、ドクターヘリの運航費用も共助・自助の仕組みである医療保険の範疇で考えていくと言うのは時代の潮流にも適合しているものと言える。

²² 消防・防災ヘリコプターの本来の役割（機能）からして、消防・防災ヘリコプターの基地に医師・看護師が待機しているわけではないので、実務的には、病院に立ち寄って医師・看護師をピックアップして救急現場等に向かうといった運用がなされている。

なお、ドクターヘリ以外にも、医師・看護師を救急の現場に急派するドクターカーというものがある。そして、ドクターカーも本報告書が主眼とする機能面においてはドクターヘリと同様と言えることから、これに係る費用も診療報酬の対象にすべきである。ただ、ドクターカーについてはその実態が明らかではない。そこで、今後、まず実態の把握と運行基準を明確にした上で、診療報酬の適用基準の検討が必要である。

4.3. 今後の配備状況の進捗推定と費用負担の多様化の必要性

以上のように、ドクターヘリの運航費用の負担は、医療保険の診療報酬の一環として検討するのが合理的であると思われるが、医療保険の適用も含め、費用負担の多様化を図っておくことは、ドクターヘリの今後の配備状況を考える上からも必要であると思われる。

ドクターヘリは、全国各地の医療需要から考えた場合、今後いったい何機必要なのか。この点に関し、日本航空医療学会の最近の調査・研究によると、ドクターヘリの必要機数は72機と推定されるとのことである。2015年8月末現在の配備数は46機であるから、今後、更に26機の増機が必要ということになる。この全てにつき継続して全額を公費に頼るのは時代の潮流から考えても無理があるように思える。そこで、全てを公費負担にするのではなく、医療保険による負担も含め、費用負担の多様化を図っていくべきである。

4.4. 医療保険の適用

4.4.1. 公費負担との関係

ドクターヘリの運航費用は、年間400回飛行するものとして補助基準金額により計算すると、1回の飛行あたり概ね50万円かかる。これは、かなりの高額と言うべきであり、医療保険の給付の対象にすると言っても、その全額を医療保険の負担に廻すと言うのは現実的とは言い難い。

そこで、制度設計に当たっては、ドクターヘリ運航費用のうち、公費負担として残す部分と医療保険の負担に廻す部分の割合をどのようにするか、明確に検討する必要がある。

この問題は、すぐれた制度設計者の考えに任せられるべきところであるが、例えばドクターヘリ運航費用のうちの固定費（ドクターヘリが出勤しなくても必要となる費用）部分は公費、変動費（ドクターヘリの出勤により必要となる費用）部分は保険給付の対象にするという方法も考えられる²³。

²³ 現在のドクターヘリ運航費用の状況を見ると、固定費と変動費（年間出勤回数400回の場合）の割合は7対3程度である。

この方法を採用することで、ドクターヘリを運航する事業者にとって、出勤することに一定のメリット（インセンティブ）が働くことになるので、現在以上に地域の実情に応じた柔軟で合理的なドクターヘリの運用が期待できるところである。

4.4.2. 医療保険が適用される疾病の条件

ドクターヘリの運航費用を診療報酬の対象にするには、ドクターヘリの活用により、定型的に、格別の救命効果が期待される運航に限るべきである。このことを抽象的な儘にしておくと適用の範囲が不明確で誤った運用に繋がりがねないので、格別の救命効果が期待される医療分野（疾病）を列挙し明示する必要がある。

そこで、これら医療保険が適用される疾病の種類およびそれらに対するドクターヘリの出動基準については、日本航空医療学会が、日本救急医学会をはじめとする関係学会と協議して、明確なガイドラインを設定することが不可欠であり、その基準に合致した疾病についてのみ、医療保険が適用されるべきである。

そして、先述の研究結果を踏まえると、対象とすべき疾病は表1のようなものが考えられる。

表1 医療保険の適用対象とする疾病（案）

● 脳疾患
● 心臓疾患
● 小児・周産期医療に係る急性疾患
● 重度外傷
● その他の特定疾患（アナフラキシーなど、高度な医療を必要とし、早期の対応で、より明確な効果が期待できるもの）

4.4.3. 自己負担の発生に対する対応

ドクターヘリの運航費用を医療保険給付で賄うことになれば、自己負担が生じることは不可避である（健康保険法 第74条）。本懇談会の検討においても、ある程度の個人負担の発生は、当然のこととして受忍すべきであるという意見が強かった。しかし、これまで、全額公費負担で個人負担など考慮せずにやってきた経緯もあり、また、費用を負担する力のない患者も存在することでもあるので、状況に応じ、個人の自己負担を極力軽減する仕組みをあらかじめ考えた上で、制度設計をすることが必要であると思われる。

我が国にも、「公費負担医療制度」があり、特定の疾病ないし一定の患者の状況に応じて、立法措置を取ることにより、医療負担の全額または一部を公費負担としたり、また、「高額療養費制度」を利用して一定以上の自己負担を軽減したりすることも可能であるので、そうした制度を援用することも検討すべきである。

4.4.4. 給付の支払先

現在、全額公費負担となっているドクターヘリの運航費用の支払いは、道府県からドクターヘリの運航会社に支払われている場合や運航基地病院を経由してドクターヘリの運航会社に支払われている場合があり、現在の実務は様々である。しかし、ドクターヘリの運航費用の一部を診療報酬として支払うことになると、少なくとも医療保険の部分については、運航基地病院が給付の支払先になることが必要になる。したがって、医療保険の給付の支払先を運航基地病院とすることを明確にした上で、ドクターヘリの運航契約を、運航基地病院とドクターヘリの運航会社で締結するように、実務を統一する必要がある。

このように、運航基地病院を医療保険の給付の支払先と明確に定めることは、ドクターヘリの運用に関する当該病院の主体性を高め、より地域の実情に応じたドクターヘリの運用が期待できる。

なお、ドクターヘリの全国普及が進むにしたがって、都道府県境をまたがる広域運航が増加するものと思われるが、他の都道府県に居住する患者に対し、ドクターヘリを活用した医療行為を施した場合、当該運航にかかる医療保険の給付の支払先は、当該ドクターヘリ運航基地病院であるとして、その支給主体は、他の都道府県に居住する受益者たる当該患者の属する医療保険機関ということになる。

このように、都道府県境をまたがる広域運航の場合、その運航費用の負担は、医療保険負担部分に関しては、行政上の境界を越えて広域に決済されることになるが、このことは、運航費用の公費負担部分の決済についても都道府県間の協定に基づく合理的な方式の確立を促すことになるであろう。

4.5. 民間保険の適用と寄付の募集

スイスのヘリコプター救急は民間事業者（スイス航空救助隊（REGA））が運営しており、運営費の約半分を寄付によって、残りを医療保険によって賄っている（公費は充てられていない）。そして、この寄付の額は日本円にして年間2,700円程度であり、寄付をした者²⁴がヘリコプター救急を必要とする場合には、無料で搬送を受けることができる。

現在、スイスの人口の23%の者がREGAに対して寄付を行っているようであるが、寄付をするという行為と寄付者のメリットの享受の関係からすると、任意加入の保険のような関係が成り立っているようにも思える。そこで、日本におけるドクターヘリ運航費用の多様化の検討の中で、民間保険の可能性を検討してみると、最初にドクターヘリ運航費用のどの部分を保険で賄うのかを検討・決定する必要がある。そして、保険による保障（補償）の額が

²⁴ 寄付者は「パトロン」と呼ばれている。

大きくなると、保険契約者等が負担する保険料も高くなり、保険に加入したいと思っても、保険料負担の問題から加入しない(できない)者も生じることになる。更に、理由は別として、もし保険に加入していなかった場合には、多額の自己負担を余儀なくされる可能性が生じてしまう。また、個人の立場に立って考えた時に、日本において、ドクターヘリで自身が搬送されることを想像できる人は稀であろうから、現時点では、保険加入者を募ること自体が容易ではないかもしれない。

したがって、ドクターヘリの運航費用の多様化にあたって、民間保険に対する期待はあるものの、それは、ドクターヘリの運航費用のうちで個人が負担すべき額が決まった後に、民間保険会社におけるビジネスの中で商品化が進み、広く普及・発展することに期待するべきと考えられる。

他方、寄付の募集は大いに推奨されるべきことである。現在のように、運航費用の全額を公費で賄っている制度においては、民間からの寄付を募ることは、かなりの困難を伴うが、医療保険の適用など、費用負担の多様化が図られる機会に、いろいろな形で寄付を募る制度設計を行うことも、検討に値するものと思われる。

これまで、日本人は一般的に寄付を行う気風に欠けると言われてきたが、最近、大災害の発生した際など、大きな苦難に直面している者に対して幅広く寄付が集まる例が目立ってきている。ドクターヘリは、ドクターヘリでなければ救えない命を救う顕著な救命事例が増えてくるにしたがって、患者に高い医療価値をもたらす有効なツールであることが認識されるに至っており、寄付募集のあり方に工夫を凝らすことによって、救命された患者の行う御礼的な寄付だけでなく、広く、社会連帯の精神に基づく国民各層からの寄付が寄せられることも期待できるのではないだろうか。

5. おわりに

以上、ドクターヘリ運航費用の負担の多様化を論じてきたが、その論考の基本的な視座は、ドクターヘリの運航を、それによってもたらされる医療効果を正当に認識して、当該ドクターヘリに搭乗して現場に駆け付ける医師・看護師が救急に施す診療行為と不可分一体のものとして捉えようとするところにある。

ドクターヘリの運航により、迅速な診療行為が救急の現場から開始される。それは、患者が病院に到着するまでの間、切れ目なく継続され、病院での本格的な医療に引き継がれる。そして、そうすることによって、時機を失さない質の高い診療行為が確保され、その結果、ドクターヘリでなければ助けることのできなかった患者の命が救命され、或いは、その予後が改善される。ドクターヘリの運航は、こうした救急医療の根幹をなすバリューの連鎖を生

むのである。このバリューの連鎖を正面から認めた上で、ドクターヘリの運航に要する費用をどのように負担するかを考えれば、その負担は、一義的には医療保険の枠内で処理されるのが合理的であるという結論に導かれる。

ドクターヘリの運航費用を医療保険で賄うという仕組みは、何も珍しいことではなく、ドクターヘリの運航が先進的に行われているドイツ、アメリカ、スイスなどの国々では、ごく普通に採用されているところである。

ドクターヘリの運航費用の負担を医療保険の範疇で考えるとしても、それは、現行の公費負担の仕組みと矛盾したり、或いは、それを否定したりするものではない。

現在の医療保険制度も、相当額の公費の注入によって維持されているのは紛れもない事実であり、それは、公費と保険料の混合形態で賄われているのである。

ドクターヘリ運航費用を医療保険の枠内で処理する場合も同じであり、その負担を公費と保険料の混合形態で賄っても少しもおかしくはない。むしろ、医療が、本来、公益性が高く、「官」も「民」もともに参画する「公」の場に位置付けられるものであることを考えれば、今や、救急医療部門だけでなく、全医療部門の大きな資産に成長しつつあるドクターヘリの運航費用を、同じく「公」の立場に立って、公費と保険料、すなわち公助と共助・自助の混合の負担形態で処理していこうとするのは、時流に合った合理的な考え方であると言える。

また、ドクターヘリ運航費用への医療保険の適用は、民間寄付の導入の呼び水になり、更にはドクターヘリ運航事業への民間参画の活性化を生み、その負担の多様化の連鎖が始まるであろう。ドクターヘリという重要な医療資産を総合的・長期的に支えていく制度の構築が期待される場所である。なお、ドクターヘリ運航費用への医療保険の適用の結果生じる患者の個人負担をどう処理するかという問題は、現実的には、軽く考えられない重みを持つ。可能な限り負担の極小化を図る制度設計に腐心すべきである。

HEM-Net資料

**ドクターヘリ運航費用の
負担の多様化に関する有識者懇談会
報告書**

2015年12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 篠田 伸夫

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/>