

リレー随筆

Dr. Heli に乗ってみて

鹿児島大学病院 濱田 一正

鹿児島大学病院の研修医として採用された私であるが、現在は鹿児島市立病院救急科で研修させてもらっている。この救急科の特色の一つとしてドクターカーやドクターヘリに研修医が搭乗できるようになっている。病院前救護（プレホスピタルケア、プレホスと略されることがある）のOn the Job Training (OJT)として、研修医が積極的に参加できるシステムである。ドクターカーやドクターヘリに乗ってプレホスがどのようなものかを見てみたい一方で、そんな最前線に自分が出て行っても邪魔にしかならないのではという不安もあり、なかなか「行きます！」と言えなかったが、熱心な指導医の先生方の後押しもあり搭乗する機会をいただいた。

頭の中でドラマ「コード ルー ドクターヘリ 急救命」のBGMが流れる・・・わけでもなく、ヘリコプターに乗る。人生初のヘリに乗った最初の感想は「ヘリってこんなに速いの!？」というありふれた(?)ものであった。浮上するのも速ければ、進行するのも速い。数字にして260km/hで搬送を行う。最高速は311km/hに達するという。市内から種子島まで20分前後で移動できる。極端な話、鹿児島市から福岡市まで1時間かからない計算となる。この速さで患者さんのもとへ向かうわけであるが、ドクターヘリの仕事は、2次・3次救急医療ができる病院が近くにない患者さんの初療を行い搬送することだけではない。距離があるが迅速に別の病院で加療する必要のある患者さんがいるときもドクター

ヘリの出番である。例えば、霧島市内の病院にいる患者さんで鹿児島大学病院での加療が必要であるが、1時間以上かかる車での搬送では間に合わない場合、ドクターヘリで病院間の搬送を行うことになる。

思ったより?思った通り?速く移動できるドクターヘリであったが、次の感想は「思ったより揺れない」であった。非常に高速で回転するプロペラと搭乗席が近い位置にあるため、どれほど振動するのか、と思いながら乗ったが、案外振動は少ないように感じた(筆者が鈍感なだけかもしれない)。当然、着陸するときにはゆっくりと降下することもありそれなりの振動が発生したり、風向きが変わりやすい山間部ではヘリ自体が揺さぶられたりする。しかし、想像以上に揺れず、特に乗り物酔いしやすい乗り物というわけではないのかな、と思っている(なお筆者は生まれてこの方乗り物酔いしたことがない)。

という具合で、ヘリコプターに乗る機会自体が人生でそう多くないと思われるため、不謹慎だが最初は浮足立つような気分を抑えながらの搭乗であった。少し落ち着いてきたところで、ドクターヘリでの活動の別の側面が見えてきた。それは、「キャンセルが多いこと」である。出動要請がかかり、ヘリで出発して数分後にキャンセルになって引き返すということはザラである。その日の出動要請は3件あったが実際に患者さんを搬送したのは1件だった、ということもある。では、なぜキャンセルが多いのだろうか。

そもそもドクターヘリの要請はキーワード要請という方式をとっている。例えば「意識を失っています」「胸が苦しい、痛い」などである。1分1秒を争う病態の可能性や2次救急機関以上の病院でなければ救命できない可能性があるため、迅速に搬送できるドクターヘリの出番となる。しかし、先に到着した救急隊の判断でキャンセルとなることがある。その判断とはすなわち1分1秒を争う病態ではない場合や1次救急機関で対応可能と考えられた場合に下されるものである。つまり、キーワード方式で要請の敷居を低くする一方で、ドクターヘリを使ってまで搬送する必要がない場合にキャンセルを出すというシステムなのである。

これにはドクターヘリが抱える状況が影響しているのではないだろうか、と筆者は勝手に想像している。その一つ目として機体数の少なさである。当たり前の話であるが、ドクターヘリの機体数は救急車の数と比べればはるかに少ない。それはすなわち「今動いているから別の機体を。」といったことは救急車よりもはるかに厳しいことを意味する。二つ目として燃料費である。ドクターヘリの運用は、飛行距離によって異なるが40万円から120万円とされる (by Wikipedia)。そのうち燃料費や機体維持費が大部分を占めるようであり、1回のフライトで結構なお値段となってしまうのである。三つ目としてドクターヘリの降りる場所である。お察しの通り、ある程度広く障害物のない場所 (例えば学校のグラウンドや陸上競技場など) でなければ到着すらままならない。これに風向きという要素が加わると余計にややこしくなる。特に山間部で頭を悩ませる問題である。

上記三つが相まってドクターヘリ出動のハードルは高いものとなり、不要であるならヘリは呼ばなくていいのでは、という発想になっ

ていくものと思われる。一方で、緊急性が高い場面でこそドクターヘリを活用すべきであるが、そもそも緊急性の判断は通報内容だけで出来るはずもなく、実際に患者さんに接触する必要がある。「いち早く現場に駆け付けてほしい、でも緊急性が低くドクターヘリの必要性が薄かったら...」そんな一種のジレンマを解消すべく、「キーワード方式にして敷居は低くする、しかし不要ならばっきり断る (断るのは救急車ではなかなかできない)」という現行のシステムが採用されているのである、と筆者は勝手に考えている。ドラマからは決して想像できないであろう部分を勉強させてもらった。

以上が、ドクターヘリに乗って印象に残ったこと、暇なときに考えてみたことである。こうして文章として書いてみると、改めて非常に貴重な経験をさせてもらえたと思う。

<最後に>

鹿児島市立病院救急科の先生方へ、ドクターヘリというプレホスピタルケアの現場を、教育の場としても研修医に与えてくださり、ありがとうございます。

読者の皆様へ、随筆でも仕事の話になってしまいました。ここまで駄文に付き合っていただけ、ありがとうございました。

次号は、鹿児島大学病院の米澤英之先生のご執筆です。
(編集委員会)