自治医大卒業生活動報告

金丸勝弘
宮崎県・19期卒

～ Dr. コトー　から コード・ブルー へ ～

自己紹介

Profile：1996　自治医科大学卒業（宮崎県19期）
1996　県立宮崎病院　2年間の初期研修
1998　椎葉村国民健康保険病院　内科
1999　東郷町国民健康保険病院　内科
2000　自治医科大学　腎臓内科・透析科
2001　椎葉村国民健康保険病院　内科
2003　国民健康保険北浦診療所　内科
2004　西郷村国民健康保険病院　内科
2005　県立宮崎病院　腎臓内科

2006　日本医科大学千葉北総病院　救命救急センター
2011　宮崎大学医学部附属病院　救急部　赴任
2012　宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター

10年間、宮崎県で内科医として従事。その後、救急医の道へ転進しました。

言わば…

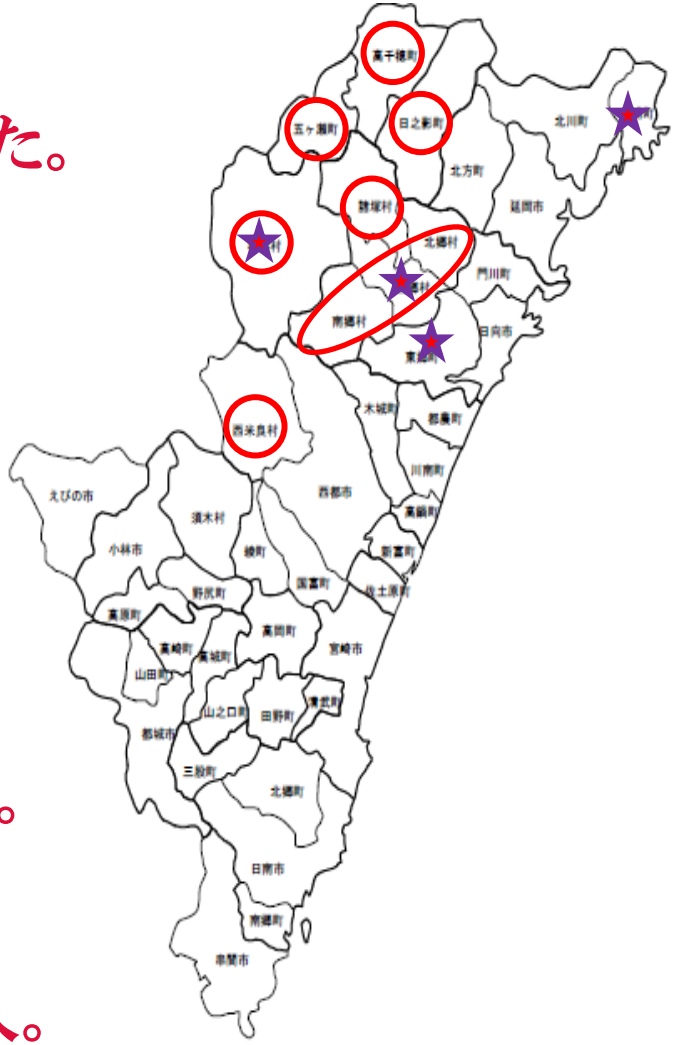
Profile：1996　県立宮崎病院　初期研修
1998　椎葉村　病院　内科
1999　東郷町　病院　内科
2000　自治医　腎臓内科・透析科
2001　椎葉村　病院　内科
2003　国民健　所　内科
2004　西郷村国民健康保険病院　内科
2005　県立宮崎病院　腎臓内科

2006　日本医　病院　救命救急センター
2011　宮崎大　院　救急部　赴任
2012　宮崎大　院　救命救急センター

Dr. コトー　から コード・ブルー へ転進したのです。

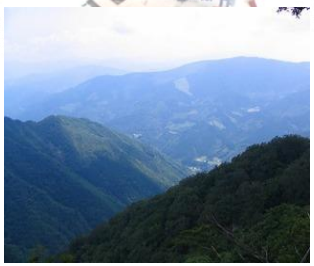
Dr. コトー から コード・ブルー を選んだ理由…

- ✓ 当時の勤務先(★)は、
  全て消防非常備地区でした。
- ✓ つまり、119番通報しても
  救急車は来ません。
- ✓ 赴任先の病院は、どの村でも
  唯一の医療機関でした。
- ✓ 当然、重症だろうとなかろうと
  おかまいなしに来院します。
- ✓ 村唯一の医療機関なのに
  どこの病院も医師は2～3人。



助かるはずの患者を助けらない現実がありました。

Dr. コトー から コード・ブルー を選んだ理由…



・はじめての僻地勤務は
椎葉村国保病院。
熊本県との県境に位置
する山深いところでした。

・椎葉村の中心部です。
当時の人口4000人。
病院は、30床。医師3人
で勤務していました。

・写真のような集落へ往診。
片道1時間半かかることも。
急患があっても、すぐには
帰れないんです。

・椎葉村へ通じる国道。
国道ですが、離合困難。
救急車でも対向車がバス
やトラックなら道を譲ります。

椎葉村国民健康保険病院

✓例えば、重症患者の対応

・輸血を頼んでも、到着するまで3時間。
・転院となると病院としては一大事。
・高次医療機関まで約2時間。
・休日は医師1人で当直なので、
　転院ならば往復4時間は医師不在。

つまり、文字通りの
『無医村』となる宿命

市町村の境目が命の境目である現実を目の当たりにしました。

Dr.コトー から コード・ブルー を選んだ理由…

わたしの僻地勤務最後の年に、
遅ればせながら全国45番目となる
消防防災ヘリが宮崎にも導入され、
患者搬送も行います！ときいた。

ある時、重症患者が発生。
高次医療機関への転院を要する事態
となりました。搬送時間は約2時間。
呼吸循環動態は切迫しており、搬送に
耐えられるかどうか、という状態でした。
家族には、搬送中に心肺停止になる
可能性があることも説明しました。

防災ヘリも初めての患者搬送でした。

この時、ヘリの利用を思いつき、患者搬送を
防災ヘリに打診し、ヘリでの搬送を実施。

陸路2時間が、ヘリではたった15分で到着

航空医療は僻地にこそ必要だと確信。義務終了後ヘリ救急の道へ。

新天地

内科しか携わったことがなかった私ですが、無謀にも当時ヘリ救急で日本一の出動回数を誇る、**日本医科大学千葉北総病院救命救急センター**の門を叩きました。

北総救命は、『患者が病院に来るのを待つ、というこれまでの「待ちの医療」ではなく、現場からいち早く医療を開始することで助けられる命がある 』という確固たる信念のもと、**「攻めの救急医療」**と呼ばれる病院前診療体制を全国に先駆けて整備し、果敢に挑戦していました。

≪日本医科大学
千葉北総病院≫

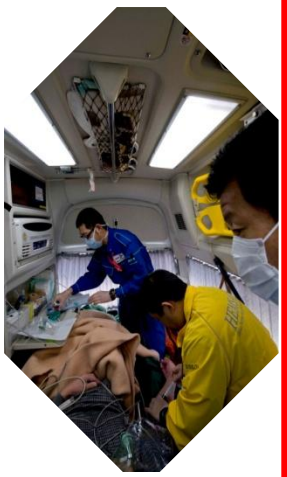
≪北総救命スタッフ≫

≪ヘリと虹と私≫

ヘリ救急と救命医療をどっぷりと経験させてもらいました。

ドクターヘリとは…

‘doctor delivery system’



- 現場にいち早く医療を投入するツール！
- 出動時には高いレベルの診療が要求される！
- 医師であれば誰でもよいというわけではない！

≪事故現場≫

≪車内閉込の傷病者に医療を開始≫

患者搬送が目的ではない！現場に医療投入が主たる目的。

ドクターヘリの要請

要請基準：

（1）生命の危険が切迫しているか、その可能性が疑われるとき

（宮崎県ドクターヘリ運行要領より一部のみ抜粋）

要請方法：

1. 消防本部指令センターからの要請

   指令担当者が覚知内容からドクターヘリの必要性を判断

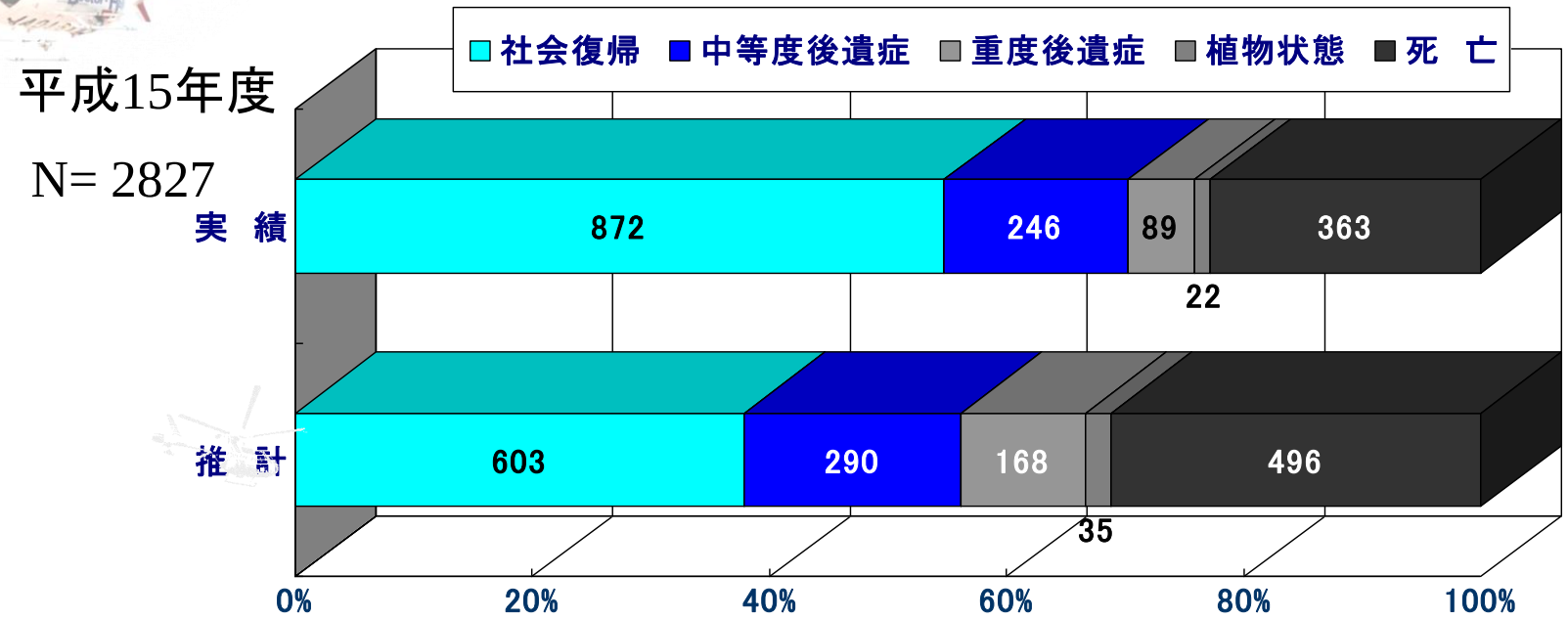
2. 現場救急隊からの要請

   救急隊が現場で傷病者を観察し

   ドクターヘリの必要性を判断

消防の要請でドクターヘリは始動。迅速な要請が鍵。

ドクターヘリ事業の成果



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」班

ドクターヘリ事業の成果として厚生労働省の報告によると、平成15年度にドクターヘリで医療を受けた患者2827人の実転帰は、死亡が363名、重度後遺症89名、中等度後遺症246名、社会復帰が872名でした（上段グラフ）。

もし、ドクターヘリが無かったと仮定すると、死亡が496人に増加、逆に社会復帰が603人に減少しただろうという推計の結果（下段グラフ）が報告されました。

つまり死亡を27％、重度後遺症を45％削減しうる効果を有する。

こんな経験も…

岩貞るみこ氏の名著（青い鳥文庫）
宮崎の小金丸医師で登場です。

めざましテレビ にも出演。
いい記念になりました。

ドラマ　コード・ブルーの
監修をさせてもらいました。
（ちょこっと
出演させてもらいました）

そして、帰郷

平成23年4月に宮崎に帰郷し、宮崎大学医学部附属病院救急部に着任。
1年間の準備期間を経て
平成24年4月に救命救急センター＆宮崎県ドクターヘリが始動。

- ベッド20床
- 専任医師14名
  看護師42名

- 全国29番目の導入
  （ドクターヘリでは34機目）
- 運行時間
  8時30分～日没30分前まで

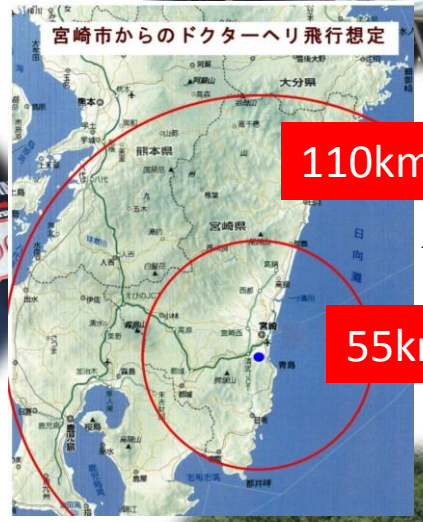
「宮崎の医療の最後の砦」という自負のもと、救命医療に邁進中。

宮崎県ドクターヘリの実績

5カ月間の実績(4/18～9/17)

要請件数: 187 件

- ✓ 現場要請: 89件
  - （外傷 :69件）
  - （内因性:20件）



県内全域を
30分でカバー

- ✓ 病院間搬送:60件
- ✓ キャンセル: 38件
  - （重複要請: 8件）

ドクターヘリは順調に実績を積んでいます。東奔西走する毎日です。

For MIYAZAKI

宮崎県ドクターヘリ。その実現までの道のりは決して平坦なものではありませんでした。ドクターヘリの必要性を全く感じない！だとか、ドクターヘリを運用する病院が無いじゃないか！とか、そもそもお金がない！など、批判的な意見を数多く耳にしました。

しかし、僻地勤務で実感した宮崎の救急医療の大きな格差。救命救急センターまでの長時間搬送、消防救急の未整備、さらに救急医療に携わる医師不足も相まって、他県では助かる命が宮崎では助けられない現実を経験し、その解消にはドクターヘリが不可欠だという信念めいたものがありました。

救急医療の地域格差は『命の地域格差』です。つまり、救急医療の格差のため、「命をつなぐ」ことができないのです。これを何とかしたい！と、長く地道な活動を続けた結果、今回の宮崎県ドクターヘリの運用開始という形に結実しました。

稼働して間もない宮崎県ドクターヘリですが、ヘリがあったからこそ「命をつなぐ」ことができ、実際に救命できた患者さんもいらっしゃいます。本当にうれしいことです。

宮崎の「命の格差」を少しずつ埋めていくこと。それが私の使命です。その使命を「**For MIYAZAKI**」の言葉に込めて、私だけでなく救命救急センターのスタッフ全員が背負っています。

地域医療から出発し、いまや救急医療がメインですが、僻地での経験をもとに、実は宮崎県全体をフィールドとした地域医療なのだと、私は思っています。

地域と地域をドクターヘリがつなぐ。それが「命をつなぐ」ということです。

学生の皆さんへ

常に広い視野で、自分に限界を作らずに、地域医療に邁進してください。
きっと何かが見つかるはずです。

宮崎から皆さんを応援しています。