

【宮崎】ドクターヘリのUターン率3割に減「地域連携が奏功」-落合秀信・宮崎大学医学部附属病院救命救急センター長に聞く◆Vol.2

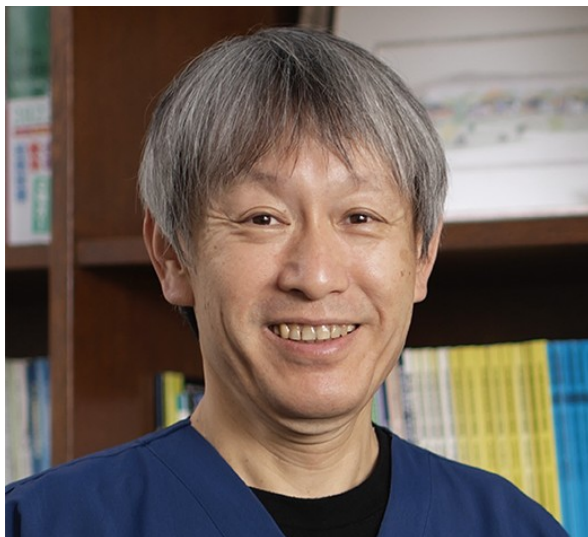
面積広い県の特徴踏まえ、救急科がない病院への一時収容も推進

2025年9月10日 (水)配信 m3.com地域版

2025年7月に宮崎県で初めて高度救命救急センターに指定された宮崎大学医学部附属病院救命救急センター。2012年の開設時からドクターヘリ事業も行っており県全域の救急医療を支える一方、進めてきたのが地域連携だ。各地の中核病院に救急医を派遣して人材育成に取り組んできた結果、大学に連れて帰るUターン率が減少。現在、7割の患者は近くの病院が受け入れているという。落合秀信センター長に、救急医療の地域連携をテーマに聞いた。（2025年8月5日オンラインインタビュー、計3回連載の2回目）

▼第1回は[こちら](#)

▼第3回は[こちら](#)



落合秀信氏（同センターホームページから引用）

センター救急医が中核病院に在籍、ヘリ患者を受け入れ

——宮崎大学医学部附属病院救命救急センターが行うドクターヘリ事業では、地域連携を進めた結果、多くの患者を地域の中核病院で治療できるようになったといいます。

「ドクターヘリ」と聞くと、重症や多発外傷の患者をイメージしやすいでしょう。ヘリの運航が始まった2012年当初、近隣の施設にはなかなか受け入れていただけず、患者の8割近くは大学に連れて帰っていました。しかし、先ほど話したように救急医の育成と派遣、地域連携を進めることで徐々に受け入れが進んでいき、大学に搬送するUターン率は減っていきました。これは当センターの救急医が派遣で地域の中核病院に在籍していることも大きく、Uターンと近隣施設での受け入れの割合は2023年に逆転。現在、Uターン率はおよそ3割まで減り、約7割もの患者さんを近くのの中核病院で治療できています。現場に到着したフライトドクターがトリアージを行って病院を選定し、搬送しています。

救急科がない病院とも連携、一時収容して早期介入

——近くの病院で初期治療ができるようになったことで、救命率の向上にも寄与するのでしょうか。

すると思います。救命率向上の点で言えば、救急科がない病院との連携も進めています。ドクターヘリが現場に到着するまでの理想の時間は15分以内と言われていますが、宮崎は面積が広く南北に長い特徴があるため、場所によっては到着がそれよりも長くなります。例えば、県の最北にある高千穂町までは飛行時間だけで30分ほどを要します。このため、ヘリが到着するまでにいったん、救急隊が町立病院などに一時収容をしてそこで採血や点滴、CT検査などの診断や初期治療を行っていただくことがあります。フライトドクターが到着後、病院の医師と共に診療し、大学に連れて帰るかなどを検討します。こういった早期の介入もできるようになってきました。

——救急医療における一時収容の取り組みは珍しいのではないのでしょうか。

災害時を除いた平時のシステムとしては、全国的にも少ないように思います。この取り組みについては当センターの先生が知見をまとめて論文化しており、最近、医学雑誌への採用も決まりました。

一時収容に向けた連携についてはまず、当センターの救急医が非常勤で在籍していた県南の病院から始めました。県北の病院には私たちが自ら足を運んでお願いに行き、また、中山間地域の病院には自治医科大学出身の先生方が在籍していますが、当センターの開設時に同窓の先生がいたので、いろいろと提案していただきました。

——宮崎県は過去、救急を専門とする施設がとても少なかったといいます。2012年に開設された同センターが県内の救急医療のハブを担ってきたんですね。

救急医療に尽力されていた先生はセンター開設以前も各地にいらっしゃいましたが、施設間のつながりが薄かったように思います。ありがたかったのは、私たちの提案や活動に対して否定的なご意見がなかったことです。地域医療を長く支えている先生からすると、後発の施設の発言に反発を感じる人もいるのではないかと考えたのですが、それが全くありませんでした。皆さん快く、「じゃあ、協力するよ」と応じてくださいました。温かな人が多いと言われる県民性でしょうか、地域の先生方の理解があったからこそ、連携がスムーズに進んできたのだと思います。

専攻医1年目でグループリーダー、屋根瓦式で支える

——落合先生を取材した過去の記事（『【宮崎】専攻医をいきなりチームリーダーに抜擢する研修プログラム-落合秀信・宮崎大学医学部附属病院救命救急センター長に聞く◆Vol.2』を参照）によると、同センターの救急医育成の特徴として、専攻医1年目の医師を診療グループのリーダーに任命していることが挙げられます。

3年間の救急科専門プログラムのうち、1年目はセンターで、2年目は地域の関連施設をローテーションしてさまざまな救急システムを経験してもらい、3年目にセンターに戻ってサブスペシャリティを模索してもらっています。

専攻医1年目の医師を診療グループのリーダーに据えることも継続しています。これは主体性を持って診療に参加してもらうためであり、責任の押し付けにならないよう配慮しています。専攻医の上に上級医が2、3人おり、さらに指導医が数人つくといった屋根瓦式にしているので、困ったことがあれば複数の先輩に相談できますし、今は専攻医の数が増えたため、チームリーダーを務める専攻医も2人体制になっています。過去に行ったアンケートでは「きつかったけれど、すごく役に立った」といった前向きな意見が多く、中でも2年目に関連施設で二次救急を行う際、自分で判断する力やチームマネジメントの能力が高まっており、成長の手応えを感じられるようです。

◆落合 秀信（おちあい・ひでのぶ）氏

1988年宮崎医科大学（現宮崎大学医学部）卒後、同大脳神経外科、都城市郡医師会病院に勤務。その後、大学病院やその関連病院、アメリカで研修を重ねる。2010年宮崎県立宮崎病院救命救急センター長。2012年から宮崎大学医学部附属病院救命救急センター長。

【取材・文＝医療ライター庄部勇太】



