



救急医療の未来創造——戦略・科学・現場をつなぐ視点

第2回 救急搬送データが示す日本の課題——EBPMとDXで描く新たな搬送体制

大西：前回に引き続き、田畠裕明先生にお話を伺います。今回は「救急搬送データが示す日本の課題」がテーマです。

**搬送困難の実態——
「救急車が長時間待機」という現実**

大西：まず現状について伺います。救急搬送件数は年々増加し、令和4年度には過去最多の約722万件に達しました。この中で「たらい回し」問題が深刻化しています。

田畠議員：まさに喫緊の課題です。特に都市部では、救急隊が医療機関への搬送要請を行っても、いわゆる医療機関間での“お見合い”が発生しています。搬送先選定時間を使い、救急車が現場で長時間待機することは、救急隊員にとっても、何より搬送される患者さんに大きな負担となっています。

大西：地方部では状況が異なるのでしょうか。

田畠議員：地方では別の課題があります。そもそも受け入れ可能な医療機関の選択肢が限られているため、重症患者が隣県や遠方の医療機関へ転送される事態が頻発しています。特に脳卒中や心筋梗塞など、時間との勝負となる疾患では「ゴールデンタイム」を逃すリスクが高まります。

現行の医療圈制度は昭和の時代に策定されたもので、人口減少や高齢化が進む現在の実情に合わなくなっています。医療圏や搬送ルートの抜本的な見直し、そして県境を越えた広域搬送を前提としたアクションプランの整備が不可欠です。

大西：いずれも、救急医療における「時間」や「患者と医療機関のマッチング」という重要な要素を阻害する深刻なボトルネックですね。

**救急搬送の“仕分け”——
民間救急の活用は進むか？**

大西：一方で、救急搬送の約半数が軽症者という現実もあります。限られた公的資源の効率的活用という観点から、民間救急の活用についてはどうお考えですか？

田畠議員：これは非常に現実的に重要な選択肢です。軽症者の搬送を民間救急車両が担うことで、公的救急車は重症・重篤患者への対応に集中できます。実際に、救急救命士の活動の場も多様化しており、海上保安庁や民間の患者搬送会社、さらには病院間転送などで活躍の場が広がっています。

しかし、制度面の整備——補助金制度、認定・資格制度の整備、保険適用の拡大——これらが不可欠です。

**DXとデータ標準化——
全国でバラバラな帳票が現場を圧迫**

大西：私自身、全国の自治体や消防本部とデジタル化のプロジェクトを進める中で、救急現場の帳票や記録システムが地域ごとに大きく異なることに驚かされました。この標準化の必要性について、現場目線でのお考えをお聞かせください。

田畠議員：これは本当に深刻な問題です。現在、全国には約720の消防本部があり、それぞれが独自の救急活動記録票を使用しています。さらに、メディカルコントロール(MC)協議会単位でも様式が異なるため、救急隊員は搬送先の医療機関や地域によって、全く異なる記録様式での報告を求められます。

この状況は記録作成時間の延長、転記ミスのリスク増大にも繋がっています。何より、せっかく蓄積される貴重な救急データが、様式の違いによって横断的な分析ができない状況です。

大西：データの標準化は、EBPM（エビデンスに基づく政策立案）の基盤としても重要ですね。

田畠議員：まさにそのとおりです。全国統一の救急活動記録票の導入と、それに基づくデータベースの構築が

できれば、「どの地域で」「どのような傾向の救急事案が」「どの程度発生しているか」が可視化されます。これは政策形成において極めて有効なエビデンスとなります。

総務省消防庁では「救急業務のあり方に関する検討会」でこの問題を議論していますが、より具体的なコードマップと予算措置が必要です。

救急医療のEBPM——

「勘と経験」から「科学的根拠」へ

大西：EBPMについて、救急現場ではどのように活用できるとお考えでしょうか？

田畠議員：救急現場では長年、ベテラン隊員の「勘と経験」が重要な役割を果たしてきました。しかし、それだけに依存する時代ではなくなっています。

搬送件数の地域別・時間別推移、重症度別の現場滞在時間、搬送先選定の成功パターン、さらには気象条件や災害時の傾向分析など、あらゆるデータを体系的に蓄積し、それを「見える化」して現場に還元する循環システムの構築が急務です。

大西：具体的にはどのような活用が考えられるのでしょうか。

田畠議員：軽症者の民間搬送導入によって公的救急車の出動件数がどれだけ減少したか、その結果として重症患者への対応時間がどう改善されたかを数値で示す等ができるれば、制度への理解と支持も深まります。

注目のDX技術——

「マイナ救急」とAI活用の可能性

大西：現在注目されているDX技術について詳しく教えてください。特に「マイナ救急」が話題になっていますね。

田畠議員：「マイナ救急」は、マイナンバーカードと連携したマイナボーナルを活用し、救急隊が患者の既往歴、アレルギー情報、服薬状況などを現場で即座に把握できるシステムです。現在、全国の消防本部で実証事業が進められており、特に意識不明の患者や認知症の高齢者の搬送において効果を発揮しています。

さらに注目すべきは、生成AI技術の活用です。救急隊員の音声を自動



的にテキスト化し、構造化されたデータとして記録する音声入力システム、そしてOCR（光学文字認識）技術を用いた手書き記録の電子化などが実用段階に入っています。

大西：現場作業の効率化と正確性向上が期待できますね。

田畠議員：はい。個人情報保護とプライバシーの確保、そして情報の誤連携リスクへの対策も同時に進める必要があります。医療情報は機密性が高いため、セキュリティ対策は必要ですが、災害時の運用も想定し、柔軟に対応する必要があると考えます。

技術導入と同時に、現場職員への研修体制の整備、システム障害時の代替手段の確保なども重要な課題として取り組んでいます。

防災・減災と救急の融合—— 地域社会全体での備え

大西：気候変動の影響で自然災害の頻度や規模が増加しています。

田畠議員：災害時の救急医療体制では、「平時からの準備」が全てです。災害が発生してから対応を考えるのでは遅すぎます。

具体的には、避難所への通信インフラ整備、災害対応アプリの導入、そして住民向けの防災・救急アプリの普及を急ぐべきだと考えています。また、ドクターヘリやドクターカーとの連携体制の強化、広域避難時の搬送ルートのデジタル化と可視化も重要です。

平時から連携体制を構築しておく。これが最大の災害対策です。

市民参加が拓く救急医療の未来

大西：情報リテラシーの向上も重要ですね。技術革新と人間の絆、両方が揃ってこそ理想的な救急医療体制が実現できるということでしょうか。

田畠議員：はい。行政からの一方的な発信だけでなく、学校教育、地域コミュニティ、メディアなどを通じた継続的な啓発活動が求められます。最新のDX技術も、それを使う人、支える地域社会があってこそ真価を発揮します。制度と現場、政治と市民、科学技術と人間性——これらが有機的に連携していく姿勢こそが、日本の救急医療を持続可能で、より良いものにしていくと信じています。

編集後記（大西より）

地域の救急医療サービスの未来は単なる技術革新だけでなく、「制度」と「現場」、「科学」と「人間性」をつなぐ総合的なアプローチです。データとEBPMの重要性と、それを支える現場の方々の経験と知恵、市民一人ひとりの意識と行動が不可欠であることを再認識させられました。

次号予告

第3回「地域特性に応じた救急医療モデル——都市型vs地方型、それぞれの最適解を探る」

対談企画第3回では、札幌市消防局 和合匠学氏×大西裕氏による全国に先駆け救急DXと広域連携を実現した札幌市の具体的な事例とデータを交えながら議論します。