

滋賀県メディカルコントロール協議会 議事概要
(令和7年度第1回会議)

1 日時

令和8年3月24日(火) 13時00分から15時00分まで

2 場所

滋賀県危機管理センター1階 プレスセンター

3 出欠状況

出席者：小川 修 会長、弓坂 則行 委員、堀田 武司 委員、山添 裕司 委員、
武山 智昭 委員、青谷 守 委員、高松 学文 委員代理、初田 直樹 委員、
田畑 貴久 委員、川部 篤 委員、中村 誠昌 委員、谷口 晋 委員、
樋上 雅一 委員、中村 淳子 委員、加賀爪 雅江 委員、橋爪 聖子 委員、
淡野 睦 委員、塩見 直人 委員

欠席者：藤川 博樹 委員、清水 正幸 委員、北村 直美 委員、清水 光恵 委員、
奥井 貴子 委員

事務局：西田主幹、田中主幹、(滋賀県知事公室防災危機管理局)
縄稚参事、小川主査(滋賀県健康医療福祉部医療政策課)

【開会】

- ・「滋賀県メディカルコントロール協議会(令和7年度第1回会議)」を開会いたします。
- ・会議について、滋賀県メディカルコントロール協議会会議公開方針および傍聴要領により公開。(傍聴希望者なし)
- ・会議結果については、事務局で議事録を作成し、1か月以内に会議資料とともに閲覧に供するものとし、併せて県ホームページに掲載。

【防災危機管理監あいさつ】

【会議資料の確認】

【出席者の確認および会議の成立】

- ・本日の会議では、委員23名のうち、1号委員の藤川委員、清水委員、3号委員の北村委員、4号委員の清水委員、奥井委員が欠席。
- ・委員全23名中、18名の出席のため、本協議会設立要項第6条に規定する委員の過半数以上の出席要件を満たしており、本会議は成立。

【オンライン参加者に対する発言等の際の説明】

【議事の進行】

協議会設置要綱の規定により、小川会長により議事進行。

(小川会長)

規定ということで、私が務めさせていただきます。先ほど北川防災監のあいさつにもあったが、先の部会でもいろんな議題が出てきている。それも含めて皆様に検討いただきたい。

円滑な進行に御協力をよろしく申し上げます。

【議題（１）傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の改正について】

(小川会長)

議題（１）1 傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する実施基準の改正について、実施基準策定部会で検討が行われたので、その件について事務局より説明をお願いします。

～議題（１）について、資料に基づき事務局より説明～

(小川会長)

事務局より実施基準の改正に関しての案が示されましたが、何か、御質問等ございましたら、お願いします。

～委員より質問・意見なし～

(小川会長)

それでは、議題（１）について、実施基準の改正を承認してよろしいでしょうか？

～委員、異議なし～

(小川会長)

事務局案の通り、実施基準の改正を承認します。

【報告（１）各部会の開催結果および今後の対応について】

(小川会長)

報告（１）各部会の開催結果と今後の進め方について、事務局より報告をお願いします。

～報告（１）について、資料に基づき事務局より説明～

(小川会長)

実施基準策定部会では、重症度判定が消防間で相違があるのではないかとということが指摘され、年度ごとの比較にはなっているが、各消防間では全く意味がなっていないという意見が出た。目的をはっきりさせて、全体的な調整を図ろうというような話が出て、今事務局で案を作っているということ。

メディカルコントロール部会では、病院の救急救命士の特定行為認定のたたき台を作ることと、救急医療にかかわる全体的な議論の場が無いんじゃないかという意見があり、それはこの協議会なのか、それとも違う場なのかという内容。これを協議会の要綱策定等を検討して決めていこうというような話になっている。

何か意見ありますでしょうか？

～委員より質問・意見なし～

【報告（２）医療機関に所属する救急救命士の特定行為認定について】

(小川会長)

次の議論でもまた同じ課題が出てきますので、また後から意見を伺うとして、次にいきましょう。報告２「医療機関に所属する救急救命士の特定行為認定について」事務局より報告をお願いします。

～報告（２）について、資料に基づき事務局より説明～

(小川会長)

事務局より説明があった内容について、メディカルコントロール部会で議論いただいた特定行為の認定について、その仕組みがどうかということを議論していただきましたが、まずその方向性で良いかという点について、どうでしょうか？何かご意見ございますか？

中村委員、先ほどの経過について補足説明はありますか？

(中村委員)

ワーキングの長をしている中村です。２ページ目の場所ですが、これはちょっと組織的にはおかしいなというところがある。現在のメディカルコントロール部会に病院救急救命士を入れるのはちょっと違う。見ていただきたいのは、その地域 MC の中に病院所属の救急救命士の認定とか、従来の消防の救急救命士と横並びですと考えると、地域間で差が出るおそれがある。

また、滋賀県ではほとんどの地域が地域 MC の事務局を消防がやっているの、そこに病院が入ってしまうと費用負担の面や運用面でちょっと難しいんじゃないかなというところもある。案２の横並び形式が一番やりやすいんじゃないかという方向に進んでいる。組

織的に地域 MC との横並びが一番スムーズじゃないかと。他の地域 MC の救急救命士の設置要綱と同じように合わせて、病院救急救命士も作っていきたいなと検討している。まだ案というところなので、議論しながら最終報告まで進めていこうかなという話です。

(小川会長)

中村委員、ありがとうございます。各地域 MC の中に病院救命士まで入れてしまうと、各地域 MC の中で違った取扱いが出てきてしまう可能性がある。であれば、今の地域 MC と横並びに位置付けた方がより良いのではないかという方向です。

これについて、別の委員の方、何か御意見ありますでしょうか。

～委員より、質問意見なし～

よろしいでしょうか。それでは、この方向で進めさせていただくことといたします。

【その他（１）滋賀の救急電話相談（＃ 7 1 1 9）事業について】

(小川会長)

続きまして、その他の案件に移ります。令和 7 年度より滋賀県で実施している滋賀の救急安心センター事業、＃7119 について、事務局より説明をお願いします。

～その他（１）について、資料に基づき事務局より説明～

(小川会長)

細かなデータについては、また、後で説明するんですか？

(事務局：防災危機管理局 西田)

時間の都合上、説明の方は割愛させていただきます。後で、御覧いただければ幸いです。

(小川会長)

部会で意見として出ていたのは、元々が軽症者の搬送を減らす目的でやっているの、それであれば、県としてお金を出している以上、どれだけ減っているか実証する必要があるんじゃないか、と指摘があった。この効果が出てくるのが、すぐに現れるのか、測るのがなかなか難しいところがあるが。

そういったところも含めて、今後しっかり詰めて、色んな他県のデータ等々、比較しながら検証をできるだけやっていくというようなことを、考えていくということです。

どうですか？何かご質問ございますでしょうか？広報等々のやり方についても、御意見等ございましたら、お願いしたいと思います。

(中村委員)

前の部会でも発言したが、どうデータ検証するのはそろそろ決まるのか。

先月も部会で言ったが、(業者のある)神奈川県でその医療相談事業をやっているのかという回答もまだいただけていない。適切な医療機関を紹介しますと言っているが。

(事務局：防災危機管理局 西田)

適切な検証方法ということについては、正直まだ、良い案が浮かんでいない。例えば、隣の京都府は医師の調査を検証という形でやっている。中村委員の意図とは違うのかもしれないが、#7119の普及というところの検証項目に入っている。また奈良県では、医療プロトコルが適切であったのかということを検証項目に入れている。ただ、これも具体的にメディカルコントロール部会でご指摘あったような、検証方法を数字だけできちっと示せる方法についての良案は正直持ち合わせていないところ。

ただ、現在、#7119事業は、令和7年10月時点で、全国40地域で実施されているところであり、その地域についても参考にしながら、何か検証できる方法がないかっていうのは考えていきたいところ。

合わせて、適切な医療機関の案内は、今の委託業者が神奈川県所在ということで、県内の医療機関の状況をちゃんと理解されているか、という御意見をいただいたが、まだ結論を出してはいないけれども、現状県内の受診可能な医療機関、当番病院とか、そういう情報は提供した上で、利用者の方で確認の上利用していただいているところ。ただ、その各医療機関の実情や御意見を伺って、どういう問題があるかとか、今後、そういった御意見をできるだけ吸い上げられるような仕組みを作っていきたいとは考えてはいるが、議論を通じて進めていきたいと思っている。

(中村委員)

40の県や地域がやっているからって、何の根拠にもならないので、そういうことは言っ
て欲しくない。未実施の県の方が正しいのかもしれない。無駄なお金を使っていないから。

一方で、#8000は歴史は長い。#8000かけて救命センター行きなさいって言われても、問題ない、それが現状。

だから、#7119に電話をかけた実績が、効果に結びついているかという検証が全くされないままお金ばかり使って、3人も雇っているだけなんで、検証する方法をしっかりと決め、例えば各救命センターに、#7119かけましたか?と全員聞いて検証する。すごく嫌ですけど。

最初、調べないでこの事業を始めたっていうことの罪悪感を感じてほしい。最初調べないでやっちゃったから、こういう現状になってしまっている。だから、本当は私はどこかで区切ってほしいなと思っている。必要ない事業なら、意味がなかったっていう結論がちゃんと出てほしい。すごくいいなら、それでいいが。2万件相談があろうと、それが結局病院に行っていたら意味がない。まあ、それを救急車使わないでウォークインで来ましてっていうデ

一タでも出してくれるなら、意味もあるかもしれないが。そのあたりも消防の人たちに、#7119 に事前に相談しましたかという調査をすとか、何かをしないと永久に結論が出ず、1千何百万のお金を税金から支払い続ける。そこはしっかりやってほしい。

(小川会長)

何かこの件について、御意見ございますでしょうか。いろんな意見があると思います。

(塩見委員)

結局、業者に委託しているわけですね。私は、滋賀県の事情を説明して委託できているのか疑問。委託しっぱなしで、的を得ない相談案内になっていないか。

あと、結局は目的と効果。中村委員も言われたが、効果を検証すべきで、何が良くなってどうなっているのかを明らかにする。目標はありますよね、救急搬送を2%減らす。そういう目標があるなら、それがどうなのか。

中々難しいとは思いますが、何らか検証はすべきで、極端なことを言えば全部#7119 かけてから病院に全部転送されるっていうやり方もあるし、ちょっと考えていかないと。

他県もとりあえずやっているから、みたいな意識では意味ないと思う。

(小川会長)

どうでしょうか。まあ県民の皆さんの心の安心という役割と、今仰っているような数字として役に立っているかという2つの側面があると思うんですけども、前者については役に立っているとは思いますが、実際の数字として出ているのかという視点については、例えばサンプルの病院を集めて比較するであるとか、ちょっと事務局で考えていただいて、取り組んでもらえたらと思います。

【その他（2）湖北地域メディカルコントロール協議会の取組について】

【その他（3）滋賀県の救急医療検討体制について】

(小川会長)

続いては長浜赤十字病院の中村委員から、湖北地域メディカルコントロール協議会の取組についての情報共有と滋賀県の救急医療検討体制についてお願いします。

(中村委員)

情報共有として、湖北地域のメディカルコントロールの取組を共有します。内容としては体制と、病院実習に関してのアンケート調査を行っていて、その他色々取り組んでいることを話したいと思います。

湖北地域メディカルコントロールは、親会として救急医療高度化推進協議会があり、病院長、保健所長、医師会、消防、救急、防災など、このあたりの委員が入っており、細かいこ

と決める会ではない。その下に、メディカルコントロール専門部会があり、ここに実務者、医者も看護師も集まってやっている。長浜赤十字病院と市立長浜病院と湖北病院から医師と看護師が、大体三人一人という形で構成。

基本的には、病院実習の管理と研修、時々イベントがあったら普及事業やっている。

病院実習では、現場の救命士から病院実習の内容について色々言われることもあったが、一度も検討したことがなかったので、現場の救命士さんたちに病院実習、特に再教育についてどう思っているのかいうことを、調べてみた。

湖北地域消防本部には勤務してる救命士が46人いて、去年一か月ぐらいかけてアンケートを取った。消防からとると、上司に何か言われてるかなと思ったので、病院の救急の事務担当者が全部集計するという形で、無記名で。有効回答率は98%。

アンケート調査は、実際どんな内容をやっていて、どういう内容がいいと思っているか、どういう内容が不要かということを書く。すると、大体、静脈路確保はいいという意見が出た。あと、心肺蘇生を一緒にみんなでやるのも良い。不要という意見は、検体運びとかがいらないと書いてあった。

病院実習で必要だと思ってるけども実際できない内容は何ですか、っていうと、症例の振り返りとか学習会とか、実技トレーニング、そういったことを通して知識と技術の向上を期待しているようだ。病院へのコールとか処置の適切さだとか、そういうことにより具体的にフィードバックを実習中にもらえるといいなっていうところ。

あと、医者とか看護師が患者さんや家族にどういう説明しているのか知れると、自分たちも役立つと思っている方が多い。そういう、やってほしいなっていう項目がいくつか出てきた。予定外のこととしては、ハラスメント行為が実は出てきて、病院職員から救命士に対するハラスメント行為があったっていうのが出てきて、これは困ったなということで、お互いの病院にフィードバックしたんですね。

アンケートにとって、このまま放置ではいけないということで、親会の許可もとって、このメディカルコントロール専門部会の下にワーキンググループを作っている。病院実習だけでなく、色々なことやろうということで、事後検証のこととか、もう一つ、後で話すんですけど、申し送りのワーキングをします。

病院実習のワーキンググループは、アンケート結果を見て、少し考えていかないといけないなっていうことで、三つの病院から医師と看護師と病院の救命士、あと消防の指導救命士等を集めて協議を行って、今後どうしていこうかっていうことを色々検討しています。

各病院の中で、ちゃんと研修内容を見直してもらおうことと、まだ仮で作ったものだが、実習するたびに今回の実習の目的、結果、評価とか所感なんかを書いてもらうような、表を作ろうかと思っています。

その結果は消防に返して、最終的には病院にもフィードバックする。2年で4日間あるんですけども、今までは2日、2日って、長浜赤十字と市立長浜に分けていたが、あまりそれでは切磋琢磨にならないかということで、それぞれ1日ずつは固定するけど、残り2日は、

自由選択で、選んでもらえなかったらうちの病院の実習がダメなんだと思われるような形で、病院側も評価されるような形でやっていこうかなと思っています。

実際にどう運用するかは、最初に目標を書き込んでもらって、その日に例えば、穿刺何回やりたいですとか、書いてもらう。それを実際どれだけできたとか、何をやりたいとかチェックしてもらって、希望が反映できるような形で使う。

それに対する評価と感想を本人も書くし、こちら側からも今日はどんな感じだったってことを書いて返す、というような形で進める。今ちょっと試行しているが、令和8年度の目標としては、実際やるのは6月からなので、そこから、この紙を実際に運用していこうかなと考えている。

これはほったらかしではダメなので、1年ぐらい経ったら、またアンケートをとる。

事後検証についても、このMCっていう体制ができてから見直してなかったのも、次に見直そうかなってことで、ワーキンググループ作りましょう。これは基本的には検証医と消防本部の救急課と指導救命士で作ります。

現状、二次検証対象は、大体年間170ぐらい、ある。これを、検証医7人、うちの病院3人で、市立長浜3人で、湖北病院から1人で見ているんですけど、年に2回、消防本部に集まって、この170件の半分ずつを7人で見える形でやって、マンツーマンでやるんですけど、原則、自分の病院の例だけを検証する。

だから、課題があって、うちの病院だと令和6年で107件、市立だと49件、湖北が10件なんで、なかなか3人集まれない、2人とかでやっちゃうことがあるので、結局、後で皆を見て、最後は持って帰って、病院で見てるのか見てないのかちょっと雑なことで終わらせたというのが今までの状況です。

170件はやっぱりさばききれないよねってことで、消防からの提案で検証対象を精査できないかなと考えています。

今のところ、その二次検証対象事例8項目をまず減らしてくれました。予定では、現行は大体年間800ぐらいの検証対象を指導救命士が見て、二次検証で医者が見るのは170ぐらいだったんですけど、変更後は800を、指導救命士よりも若い子たちにも、MCっていう検証をもっと知ってもらおうって形で、一般の救命士が書いている。これを300ぐらいに落として、そこから指導救命士がさらに検証して、70ぐらいまで減らすというふうに、今なっている。

70ぐらいまで減らすと余裕が出るので、みんなで共有するような事例をスライドで共有して、その研修結果をまた、あの、現場の救命士さんに返すような形で、やっていきたいなと考えています。

一番問題になったのは、医者側で、これって本当は検証した方がいいよね、っていう例が上がっていない。今後、それはどうやって拾っていくか。

ちょっと前に、北陸自動車道のすぐそばで多重衝突事故があって、一人は不幸なことに亡くなってしまったんですけど、残りの重症患者さんたちの搬送に結構手間取ったっていう

事例がありました。ただ、そういうのって、普通の検証には出てこなかったんで、そういう特殊な事例なんかも検証対象として、積極的に上げていくような体制を、これから考えていこうねって話をしています。これは毎年改善してやっていく。

あと、申し送り事項ワーキング。これは現場の救急隊から病院への情報伝達制度を検討できないかなと考えている。湖北地域は、他地域とやり方が違うので説明しますが、通信指令に入った 119 番の電話だけで病院にも電話が入る。これで病院選定はおしまい。だから、現場誰も見ていないけれど、第一報で、病院選定ができてしまう。このため、もう一遍通りなことだけやればよいとなると困るし、事案ごとに情報の精度のばらつきがあるのもいけないんじゃないかと考えて、申し送りの伝達内容を決めた共通の様式、共通伝達項目表みたいなものを作ると、情報を伝える側も受ける側も共通の認識を作る。これで統一して情報伝達の精度をきちんとできるのではないかと考えて、今、始めようとしているところ。

このように、現在3つのワーキンググループを作っている状況。何か質問ありますか？

(塩見委員)

現在、検証医も地域で違うので、ある項目について、ある検証医はこれが出来るけど、次の検証医は違う、みたいなことが起こる。もう1点は、消防の方から持ってくる検証で、地域によって違うのは、仕方ないと思うが、できれば県全体である程度共通化している方がいいのではないか。

(中村委員)

ありがとうございます。

検証医も、人によって経験差があるので、マンツーマンで行う形は残しながら、なるべく共有しながら、みんなで議論できる事例を取り上げ、それに対して一般の救命士さんたちも交流できるようになってやっていきたいと考えている。そのために、検証医が見る検証の数を少し抑え込もうと考えている。

病院実習は2年で4日間やらないといけないが、結構きつい。湖北の場合、救命士は色々な事情があって、勤務明けにする。疲れた体で、時間も自分の時間使ってやったのに、病院側が適当なことしか検証していないのはどうかというところ。今は勤務として実習を受けてもらっているんで、救命士も今まで以上にきっちりやる。同じく病院側もそれにしっかりと応えないといけない。

(小川会長)

またこの取組の事後、それを教えていただければ、励みになると思いますので、引き続きよろしくお願いします。ありがとうございます。

(中村委員)

続いて、もう1つだけお付き合いください。説明します。

この親会で議事録に残さないといけないと思って、報告しているが、滋賀県の救急医療体制を考えるための仕組みが必要なんじゃないか。県メディカルコントロール協議会が何をするのかというのは、皆さんの資料にもあるが、設置要綱第2条に消防法第35条の8の第1項に記載している内容をしなさいと書いてある。

この消防法第35条の8の第1項は「都道府県は実施基準に関する協議並びに実施基準に基づく傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に係る連絡調整を行うための協議会を組織しなさいと書いてある。それがこの会議体です。なので、基本的にはプレホスピタルのことを審議するのが、この協議会です。ただ、病院前救護体制といっても、救急医療はこれだけではなく、病院の受け入れの話とかいっぱいあるので、それを話し合うのはどこなんだろうなっていうのは、前々疑問に思っていたところ。

例えば、滋賀県では救急医療は4つのブロックに分かれている。調べた限りでは、2018年3月版の保健医療計画には書いているので、少なくとも、8年前にはこうなっている。

保健医療計画がずっと続くんですが、具体的な施策として、地域における救急医療機関の機能分担と連携の推進をやりますよって宣言している。

具体的に何するかというと、救命センターを核とした機能分担や連携推進をはかる。各ブロックでの役割を明確化しなさい、そしてブロックごとに、関係機関、医療機関とか、医師会とか、消防とか、市町村とかで構成する救急医療体制の検討の場を設置し、初期・二次・三次医療、あと機能分担や連携の円滑な推進を図るための調査を行いますって書いてあるんですね。そう書いてあるんですけど、これはもうやっているんですか？

搬送については、ブロック内での搬送状況を把握し、機能分化や連携の整備に努めますって書いてあるんですね。そう書いてあるけど、皆さんのところはやっていますか？各ブロックでみんな集まって協議していますかという話。

湖東・湖北でいうと、私はちょっと聞いたことがない。やったこともないし、やれと言われたこともない。じゃあ、これってどこで話をするんですか？誰が音頭とってやるんですか？っていう話です。

例えば、こんな言い方しているのかわからないけれども、大津地域は湖西地域と比べて大きいので、大津が音頭取ればいいじゃないかってなるかもしれないけれども、湖東と湖北の場合、大体人口規模は同じくらいなので、どっちかというのはすんなり言えない。つまり、計画には大きく書いてあるけど、誰もやっていない、という気がします。

例えば、外傷外科について皆さん、どう思ってるかなと思うんですけど、外科医がいれば外傷外科はできると思っていませんか？と皆さんに聞きたいところなんだけれども。

私は経歴的には消化器外科と心臓血管外科、呼吸器外科が全部同居する医局に元々いたんで、割かし何でもやっていた。昔の世代でまだストレート型って言われていた時期。なので、医局に入ってからその中でローテーションして外科医になっていったんだけど、そ

の後長浜日赤に行って。長浜日赤は田舎の昔の外科だったんで、何でもやるんですね。骨折と開頭以外は何でもやる外科だった。私も今でも幅広く対応できる。

そんな医者ですが、それでも最初は外傷はやりにくかった。一般的な外科手術は、まず内科が診断して、病気の種類など特定するためにいろんな検査を2週間から1か月くらいかけて細かく調べる。そのあと、外科が手術のための診断をする。また足りない検査を2週間から1か月かけてやる。ここで1〜2か月かかる。

いざ手術となると、血を出さない手術をやる。今はほとんどが内視鏡やロボット支援の手術。目的も病気を治すための手術を数時間かけてやる。

ただ、外傷外科はこんなことをやられてられない。患者が来たら、命が危ないかどうかを診て、レントゲンやエコー検査をとって、後は経験や直感で考えて30分か1時間で手術に入る。手術は30分以内、とりあえず命を救ってその後のことはまた考える。

これって、最初は切り替えがものすごく難しかった。外科医の悪いところで、どこまでもしっかりやって治したくなる。外傷のように30分で手術終わるとか、CTなしで胸開けてお腹開けて、これだけやる。外科医だから全員外傷外科がやれるかという、違うと思う。

ただ、外傷外科が不要なのか。確かに交通事故が減っているんで、外傷外科の手術がすごく減っています。昔は事故っていったら、もう必ず死者が出たんですけど、今はだいぶ減っています。なので、交通事故の死亡者数も激減しています。けれども、労災とか一般外傷の重症外傷とか、自殺企図であるとか、一定数いるんですよ。なので、一定レベルを持った外傷外科医は必要。

ただ、さっき言ったように養成が難しい。外傷外科は難しいし、整形外科的な外傷も多いから、より儲からないんですよ。人工関節やったりした方が儲かるので。だから病院としても経営上収益性が悪い。どうやって養成していくかって難しいなど、今感じています。

じゃあ滋賀県内に外傷やれる医師がどれぐらいいるか、県のホームページを覗いて、救急科専門医と外科系のダブルボード持ってる医師がどれだけいるか、(資料)これだけしかないんです。委員の田端先生はダブルボードなので、ここにおられますけど、もうこれだけしかないんです。

これから考えていくと、特に近江以北は、そもそもこんなことしてる人がいないんで、養成も当然できないし、先行き真っ暗だなと。あと5年10年経つと、もっと増えていけばいいですけど、外科とか整形、救急の専門医を2つ取るにしても、6年から8年ぐらいかかると思うんで。そうすると、今2025年の6年8年くらい前の人たちが、いっぱいいるかっていうとあんまりいないんですよ。取っている人たち自体が少なくなっていることを考えると、滋賀県も結構厳しいんじゃないかなと。

なので、委員の塩見教授を中心に、計画的に外科、外傷外科に対応できるような医師の養成を考えていかないと、将来苦しいんじゃないかという気はする。

ただ、こういうことを話す場がないので、やっぱりそういう場は必要なんじゃないか。

今までなんとか上手くできていたかもしれないですけど、医師の偏在とか、なかなか医師

の確保も難しい時代になってきて、消防のことも大事ですけど、病院側のこともみんなで話し合いをしていかないと、そのうちいろんな意味でひずみが出てくるかなと思う。こういうことを考える場は必要だと思っているので、このあたりについては、県から御意見いただきたいなと思っています。以上です。

(小川会長)

ありがとうございます。それでは、この件に関しましてご意見ございませんか。

(事務局：医療政策課 小川)

滋賀県の救急医療体制について議論できる場がないという問題提起をいただきまして、県の中では、一応こういった内容に位置付けた場を設けておりますので、紹介させていただきます。現在設置をしている会議の場としましては、滋賀県救急医療体制等検討会という会議を設置しております。こちらにつきましては、本県における総合的な救急医療体制を幅広く検討するために設置する、としておりまして、検討事項としましても初期から第三次救急医療体制に関する事、小児救急医療体制に関する事、その他検討会の目的を達成するため必要な事項に関する事、としております。

書いている目的としては、県全体の救急医療体制を検討する場ではあるんですけども、運用としましては県の保健医療計画を改正する際等にのみ開催しているような実情でして、効果的な運用ができていなかったのではないかと考えております。

今回、この点について問題提起いただきましたので、県としては既にある会議をできるだけ効果的に活用できるように、今後体制等についても検討していきたいと考えております。

(小川会長)

今説明のあった会議が抜本的な救急体制まで含めてしっかり議論できる会議かどうかというのを考えていただきたいと思います。

ただ、お話を聞きますと、今は計画を変えるときだけに使われているようになっているので、そこを、有効に活用できるように考えていただければと思います。

(中村委員)

令和5年にこの会議があったみたいで、私も出たことになっているんですが、全然記憶になくて。多分、計画がこう改正されますということを聞くだけの会議になっていたと思う。

まあ、でもその会議が活用できてその方が簡単なもので、それを活用していくというのは見える話かなと思う。誰が承認してやるのかとかよくわからないですけど、これを活かしていければよいかなと思うので、県の方、よろしくお願いします。

(小川会長)

今仰ったように、救急体制以外の医者の育成とかも含めた、かなり大きな形での議論ができる会を、是非作っていただきたいなと私も思います。

【その他（４）滋賀県立総合病院 小児ドクターカー運行開始について】

(小川会長)

それでは最後にですね、滋賀県立総合病院から小児ドクターカーの運用開始についてお願いします。

～滋賀県立総合病院より説明～

(小川会長)

本日の議論を終えて、最後に全体を通じて意見ございますか？

それでは時間になりましたので、議論を終了させていただきます。事務局にお返しします。

【閉会】

(事務局)

以上をもちまして、本日の協議会を終了します。ありがとうございました。