

令和7年度 第1回 滋賀県医療審議会 議事概要

日 時：令和7年9月25日（木）14：00～15：10

出席委員：田中委員*、松本委員、高橋委員、木村(隆)委員、諸頭委員、
三木委員、小椋委員、青木委員、草野委員、柴田委員、
高田委員*、堀江委員*、袴田委員、保井委員*、山根委員、
山本(光)委員、不破委員*、野崎委員、山本(ミ)委員
(順不同、敬称略) (19名/25名)

* オンライン参加

欠席委員：木村(昌)委員、駒井委員、橋川委員、岸田委員、白木委員、
山本(な)委員

議事の経過概要

開会宣告 14時00分

健康医療福祉部あいさつ：山田部長

事務連絡

事務局より、本日の出席者数は委員総数25人の過半数を超えており、滋賀県医療審議会運営要綱第4条第1項の規定により、会議が有効に成立している旨の報告があった。

議 題

(1) 会長の選出について

委員の互選により、高橋委員が会長に選出された。

(2) 部会委員の指名について

会長より、医療法人部会、保健医療計画部会、医療費適正化計画部会の各部会委員について、名簿のとおり指名があった。

(3) 令和6年度病床機能報告について

事務局より資料1に基づいて報告があり、その後、質疑応答が行われた。

委員

地域包括医療病棟への転換を検討しているが、この病棟は急性期か回復期かどちらに分類されるのか。

事務局 地域包括医療病棟は急性期の医療機能だと認識している。ただし、急性期から回復期への移行病棟のような位置づけのため、将来はここが包括期という機能になると予想している。

委員 県の実情は急性期が多く回復期が少ないので、地域包括医療病棟が回復期になるなら進めることを考えている。

厚労省の見解はできるだけ早くリハビリを始めて在宅に繋げる高齢者特有の急性期に対応する病棟だと認識しており、回復期か包括期に分類されるのかもしれない。

また見解がはっきりしたら教えていただきたい。

(4) 滋賀県保健医療計画の進捗について

事務局より資料2に基づいて報告があり、その後質疑応答が行われた。

委員 保健医療計画の進捗状況について、医療福祉にかかわる人材が充実し、地域における体制が整備されているという中で、薬剤師や介護職員の人材が増加傾向で取組の進捗がみられたとあるが、現場としては全く足りていない。

増加傾向があっても需要が増えていけば、当然足りなくなると思うが、どのような根拠で判断されているか教えていただきたい。

事務局 薬剤師数は策定時2,649人から令和4年に2,680人となり、若干増えている。これは調剤に従事する薬剤師数であり、病院と診療所、薬局で勤務する薬剤師の合計となっている。

委員 絶対数は増えているかもしれないが、例えば、調剤薬局が増えなくても病院の薬剤師が減って困っているわけであり、もう少しきめ細かく現実の医療を行う薬剤師の勤務実態まで踏み込んでいただきたい。現場との実感と評価が乖離しているように思う。

また、介護施設の介護職員は処遇改善手当があるので給料が高い。どうしても病院医療の方ではそれがなく、同じグループでも病院と介護施設で給料が変わるようなことがあり、病院は介護職が足りずに非常に困っている。

外国の方とかに頼らざるを得ないということもあり、人材が確保されつつあるという認識を持たれていると納得いかないの、

データの取り方とか現実にもう少しきめ細かい対応をしていただきたいと思う。

事務局 人数が伸びていても需要に対してどうかというご指摘については、指標の設定について検討してまいりたい。

委員 来年度に向けての意見ということで、3点述べさせていただきたいと思う。

まず、先ほどご意見がありました通り、数値が上下しただけで、それで滋賀県の医療提供体制とか医療の質が上がったか下がったかとは違うことだと思う。

目標が達成されたかどうかと数値目標が上がったのか下がったのかは、また別の次元の話になり、数値目標の上下には必ずしも政策を実施したからとは限らない。

最終目標の分野アウトカムの数字が上がっているのに、その手前の中間アウトカムが下がっていると、辻褄が合わないのではとなるが、数値の上下には必ずしも政策だけではなくて、色々な社会の様々な要因が関わって数値は上下する。

来年度中間見直しに向けては、この数値の上下だけではなく、5疾病6事業・在宅とか各分野の協議をされる場があると思うので、その場でこの数値をもとにアウトカム目標が達成されたか、現場の感覚との乖離がないかをしっかり議論していただきたいと思う。その議論の種として、この数値は大事な情報かと思う。

2点目です。今回は中間アウトカムの達成を見ていただいたが、計画始まって1年半ですので、政策が当初計画通りに進んでいるのか、実施できているのか、実際に数値目標やアウトカムに効いたのかという点も見ていただければと思う。

3点目です。1点目と2点目も踏まえ、来年度にロジックモデルの指標設定や数値目標を見直すと書いてくださっているが、おそらく指標設定や数値目標だけではなく、現場の皆さんの意見とか踏まえると、おそらく目標アウトカムや政策とアウトカムの繋がりが、ロジックの見直しとか、政策自体を大きく変えることは計画期間中なので難しいと思うが、細かい事業のマイナーチェンジの見直しは十分中間見直しでもできるかと思うので、その辺りも含めて、来年度中間見直しで実施をしていただければと思う。

事務局

ご意見ご指摘ありがとうございます。滋賀県保健医療計画は第7次からロジックモデルを活用しており、これも委員の的確なアドバイスのおかげである。

委員からのご指摘を受け、第7次の検証の時に数値だけに引張られた感じを受けている。ご指摘いただいたように数値だけではなく、あくまでも最終の結果へのプロセスをどのように出していくか、プロセスそのものが間違っているか検証できるのであれば、プロセスを少し修正することも必要かと思う。

ロジックモデルというのは、途中の色々なやり方が明確になることがすごく大事だと教えていただいたが、その反面、やはり見える化で数値の上下だけにとられる危険性も感じているところである。委員からもございましたけれども、実情と結果がリンクするのも考えながら、第8次計画の検証の時には、第7次計画の時よりもそのようなところを考察で追求するべきと考えている。

(5) 特例病床の設置辞退について

事務局より資料3に基づいて報告があり、その後質疑応答が行われた。

委員

補足いたしておきます。

いわゆるコロナ禍では、妊婦はハイリスクでどう対処していいかわからず、どの産婦人科も診察ができなかったが、患者さんは増えてきており、神野先生にお願いして、米原市の空の診療所をお借りして、妊婦に特化したコロナの最初の受け入れ診療所ということで設置した。これができたおかげで妊婦さんは難民や死亡例もなく、滋賀県の妊婦さんはかなり助かったと思う。

コロナが収まってどうしようかと思っていたところ、周産期医療の状況からすると、湖東と湖北に産科が必要であった。

ただ、ここに行きたいという医師が一人もおらず、周産期医療をしようにもできない。物価高騰でも設備の改修は当然必要である。

お産は分娩台が1つあればできるけれども、そこに行きたい医療従事者、医師、助産師、看護師がいないことが一番大きな問題である。

その点について、色々なことで努力したが、無理だということ、この病床設置を辞退したいということである。

そのような事態があるので、これはやむを得ないことで、本来ならば周産期医療に転換すれば滋賀県の住民としてはすごく助かるし、県も充実を図るのがいいだろうと言っているし、滋賀県の周産期医療を預かる人間として当然必要だろうとは思っているので、今後もそういう努力はしつつも、今回に関しては辞退ということでお願いしたいと思う。

(6) その他

会長より、意見交換の場が設けられ、委員より発言があった。

委員

滋賀県保健医療計画の進捗について、自分自身が2つのがんを経験しているのと、がん患者の2つの団体に加入して、色々な地域で活動しているので、どうしても目がいってしまって申し訳ないが、分野ごとの進捗のがんにその他がすごく多く、これはどういうことなのかと本当は感じた。目標設定が高く、1年やそこらでは到底できない目標だったのかというふうに資料を読んで感じている。

どうかこの後も、がんは2人に1人になる病気、そして早期発見すれば、何とでもなる病気ということをもっともっと県民の皆さんにも啓発していただいて、良い方向になるように、ぜひぜひお願いしたいと思う。

私のがんに関して診療連携部会とかにちょっと関わりを持たせてもらっているが、最近は医療関係者の方もすごくお忙しいのだと思うが、結構参加させていただいている部会の中で欠席が多く、出席されても何もおっしゃらず、30分や1時間以内で終わってしまうこともあったので、ぜひ県の方が頑張っていただいて、滋賀県はがん患者がたくさんいてもみんな早期発見で元気と言われるような社会を目指してほしいと思う。

どうかよろしく願いいたします。