令和８年度　第２回　滋賀県医療審議会　議事概要

日　　時：令和８年９月８日（火）16：00～17：20
出席委員：野﨑(和)委員、松本委員、髙橋委員、諸頭委員、木村(昌)委員＊、
三木委員、小椋委員、草野委員、柴田委員、清水委員、岸田委員、
袴田委員、山本(な)委員、山根委員、山本(光)委員、不破委員、
野崎(安)委員、山本(ミ)委員
（順不同、敬称略）（18 名／24 名）　＊オンライン参加
欠席委員：木村(隆)委員、青木委員、髙田委員、堀江委員、保井委員、白木委員

議事の経過概要

開会宣告　16 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 24 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）滋賀県保健医療計画の中間見直しについて
事務局より資料１－１および１－２に基づいて説明があり、その後質疑応答が行われた。

委員　　在宅医療の圏域とは具体的に何か。基準や設定されている規則などはあるのか。

事務局　　現時点では提案段階であり、在宅医療に関しても今の保健医療圏域と変える必要があるという議論が国でもされている。高齢者が増える中で、在宅医療の地域や人材は限られているため、広域化した方が良いのではないかとも言われている。一方で、コンパクトに地域を設定する案もある。自治体レベルか、郡市医師会単位

か、現在の保健医療圏域か、より広域化して圏域を設定するか等を今後提案させていただくというところで、議論を進めているところ。

委員　　我々も在宅療養支援をしているが、地域によって実情は様々である。在宅診療の範囲設定は、地域の実情に合わせて、どれだけの範囲を診るのか、在宅療養支援や在宅診療を行う医師はどこにいるかなどを確認し、この会議ありきで決めるのではなく、実情に合わせて設定することが現実的だと考える。

事務局　　ご指摘の通り、在宅医療のあり方は圏域ごとに異なっていることを我々も勉強している。病診連携が整っている地域や在宅医療診療所だけで賄える地域、後方支援病院と診療所の連携が強い地域など様々な特徴がある。そのため、地域の実情に応じた圏域や区域の設定が必要だと考える。

委員　　医師会の立場から言うと、地域医師会ごとに事情が異なる。また移動可能な範囲等もある為、単純に線を引くだけではなく、事情に即して設定して欲しい。

（２）滋賀県医療費適正化計画の中間見直しについて

事務局より資料２－１および２－２に基づいて説明があり、その後質疑応答が行われた。

委員　　プレガバリンの追加をすることにすることによって、どれぐらいの医療費が節約できるか試算はあるのか

事務局　　プレガバリンについては国の方針で効果が乏しい医療ということで記載された。

前回の急性気道感染症の場合は国から、約3億7800万円の医療費がかかっているという数字が出ている。今回のプレガバリンは国から数値は示されていないので、今後データを集めて影響額を出して、国が言うとおり半減という目標で取り組んでいきたい。申し訳ないが、現時点では、数字はないということでお願いしたい。

委員　　レセプトを調べればわかるのではないか。
保険点数ですぐわかると思うが。

事務局　　前回の急性気道感染症の関係も調べてわかったので、部会に提出させていただき議論をいただきたい。

事務局　　プレガバリン、リリカ錠の製薬だと思うが適応症状が慢性疼痛なども通っているので、どこまで本当に神経症状なのか神経症状外なのかというところを私たちもレセプトの中で出てくるところですけど疾病名の中ですべてそこが拾えないところが難しいところもあって、国から効果がある薬なのか効果が乏しい薬なのかをデータを集める必要があると思っているので、今出た御意見も含めてもう少し議論させていただければと思う。

委員　　7ページの取組状況の中の目標の一つの「高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進」について、指標が高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施として記載されており、実施市町を増やすことが目標として挙がっているが、市町がこの事業をしているからといって、高齢者の疾病予防や介護予防につながったか、医療費適正化につながったかはわからない。この事業を行った結果、高齢者の疾病予防・介護予防につながったかどうかという点で、指標の設定と目標値の設定を難しいとは思うが検討いただきたい。

事務局　　委員からの御意見のように、数字の目標の再設定も検討したい。

委員　　よろしくお願いします。現時点で目標の全市町達成しているということなので、また違う目標値の設定等もやってもいい感じかとは思うので、またよろしくお願いしたい。

委員　　地域フォーミュラリを国がどういう概念で考えていて、具体的にどういう形で進めていくのか教えてほしい。

事務局　　災害時やパンデミック感染症が出たときに一般的な鎮痛薬を含め

て医薬品の在庫が不足したりといったところに背景があるのかなと考えている。

今回、地域フォーミュラリの考え方自体は、国としては地域を限った中で同じ性能がある薬をできるだけ在庫を効率的に抱える抱えないというところを含めて同じような薬で揃えていく取組だと理解しているが、とはいえ、それぞれ製薬メーカーの実情や卸売業者の実情もある。県医師会、髙橋先生とも相談させていただいたが、まだもう少し議論が必要と考えているので、簡単に統一するという次元まで整っていない。どのように進めていくかを考えていく時期と思っている。

委員　　実際にはいろんな問題がでてきて、難しいかとは思うが、国が言っていることなのでまたいろいろ考えていただいてお願いしたい。

委員　　必ずしも国が言うとおりにしなければいけないということはないので、地方は地方で考えたらいいのではと思う。災害時などに全部行き渡るように何とかしなさいということだろうと思う。

事務局　　実際の現状課題をまず分析することからかと考えており、どういう薬を統一することが必要なのか、国の方は例えば降圧剤とか、脂質異常症の薬までというお話を聞いているが、そこまですることのメリットデメリット、それ以外の薬までも統一する必要あるのか、あとはジェネリック医薬品との関係なども考えないといけないと思っている。

委員　　厚労省は最近MR（医薬情報担当者）の話をすべて事実としては聞いてはいけないと通知を出したみたいだ。正直に聞いてそれを信じてやって大変なこととなる可能性があるからよく考えて薬は使いなさいと。大変な問題が起こっているみたいなので、そこも含めて検討をよろしくお願いしたい。

委員　　別の会議でも申し上げたが、地域フォーミュラリについては、結局は患者さんや加入者の皆さんにより良い医療を受けてもらうためのものという理解をしている。もとより、専門的な医療関係者の皆さんで検討いただくものと認識しているが、協会としては今後検討されていく時に、医薬品の使用実績データの提供など、関係者の皆さんのニー

ズに応じて保険者として貢献をしていきたいと思っているので、必要な際はぜひお声がけいただければ御協力させていただく気持ちがあることをお伝えしたい。

委員　　バイオ後続品の使用割合についてだが、バイオ後続品は100％同じものが作れないというふうに聞いている。80％以上置き換わった成分数というのは100％ではなく80％の成分のものという意味か。

事務局　　品目ではなく、バイオシミラーの成分が80％置き換わっている、そういう成分について実際に16あるということなので、60％以上ということで、×0.6で9くらいなので、10以上を目標としている。

委員　　成分そのものが80％以上という意味か、バイオが8割という意味か。

事務局　　バイオ商品（先発も含む）の中の80％が後続品として使われるものが対象として16品目あるので、16品目の60％以上で10品目を使うようにするというのが目標である。

事務局　　委員はおそらく薬特有の効果があるので、簡単にすべて置き換えることだけをしてはいけないのではということを御提案したかったのではと推察する。薬によっては、この症状にしか効かない薬とかいったことも聞いているので、通り一遍にすることはなくしっかりと吟味していきたい。

委員　　滋賀県はすごく頑張ってくれていると思うし、長寿の滋賀県らしい取組をもっと進めてほしいなと感じる。

7ページの中間の実績で、ものすごく低いところもあれば、目標近いところもあるけれども、中間の時点でなぜこの結果になったのかを深堀して後半に活かしていただきたい。

国や他県から、さすが長寿の県だと、こんな前向きな取組をしているのだと見てもらえるような、受け身ではなく攻めの姿勢で取り組んでいただきたい。

私はがん治療学会に関係しているが、群馬大学の調先生と会議

をしたときに、昔、韓国では大腸がんが多かったが、国が大腸内視鏡で徹底的にポリープをとるという政策をとってから急激に減ってきていると話されていた。待っていても数字は上がらないので、何か一つでもいいので前向きな対策で、滋賀県はこれをしていると。例えば特定健診受診率は目標値には達していないので、ここだけでも後半はこういう戦略で取り組むということをしていただきたい。

ためしてガッテンを観ていたら、大腸がんの検便についてだった。どこの市町村が実施しているかのリストがあり、全市町村実施しているという都道府県もあった。しかし、滋賀県は全市町の半分以下であり、残念だ。他の県に先駆けた滋賀県らしい取組をお金のない中だとは思うが、ぜひお願いしたい。

事務局　　御指摘のとおりだと思っている。まだ目標数値に達していないところもあるし、達しているところもふくめて、今回の中間見直しで検証して政策につなげていくというのが目標であるので、結果だけで終わるのではなくて前に進めていかないといけないという思いで進めていきたい。

がん検診に関しては、コロナ期間で健康診断の受診率は低下したというところがまだ影響していると考えている。コロナも終わった時代にかえってきたので、今後、その間に発病がどのように変化するか、これから出てくるところかと思う。これから先の予防対策について前向きに進めていく必要があると認識している。御指摘ありがとうございます。

委員　　大腸がんに関して、私は滋賀県がん対策推進協議会の委員長ですが、大腸がん検診の内視鏡検査は滋賀県でもやり始めましたので、そのうち良くなってくると思う。

委員　　7ページのがん検診の受診率についてだが、対象者数はがんにり患されて切除されている方等は、完全に抜いているのか。そのような対応を確実にしないと、全数で受診者数だけを上げたとしても、いつまでも率は上がらないと思う。

地域によって違うかもしれないが、全摘なのにがん検診のハガキが来て気分が悪いという話を聞くので、どうなっているのか教えてほ

しい。

事務局　　医療保険課で主管している部分ではないので、申し訳ないが、データの元になっているのは、国民生活基礎調査のがん検診の受診で69歳以下という中での調査であるが、御指摘の部分が除外されているかは明確にお答えできない。

委員　　手術した人も全員人数に入っている。なぜかと言うと、だいぶん前にしようとしたが、頓挫した事であるが、全国的にがんの全件登録をしないといけないとその把握はできない。国としては医療DXのマイナカードで対応しようとしたが、個人情報等でなかなかできていない。

勤めている健保の人と国民健康保険の人、市町からの対策型と職域にリンクがない。だから％がはっきりしているのはここ4、50年出ていない。本当に対策をしようと思ったら出していただきたいと国には言っているがなかなか動かないというのが実情だ。だから、これより少し多い可能性はある。

がんとなった人に、市町から検診のハガキがくるというのは、大変失礼なことだろうと思いますので、がん対策推進委員会の委員長として謝ります。

（３）新たな地域医療構想の策定について

事務局より資料３に基づいて説明があり、その後質疑応答が行われた。

委員　　ガイドラインに地域の実情は入れていないと思うので、滋賀県は滋賀県で考えれば良いと思う。大枠は国の方針通りでも、色々と問題もあれば、医療と住民の歴史もある。数や面積だけでなく、そうしたことも踏まえて、審議会として十分考えていきたいと思うので、県にも頑張っていただきたい。

（４）特定労務管理対象機関の指定について

事務局より資料４－１および４－２に基づいて説明があった。

特に意見無し

（５）高度救命救急センターの指定について

事務局より資料５に基づいて説明があり、その後質疑応答が行われた。

委員　　滋賀医大が高度救命救急センターになることは歓迎すべきことであるが、高度救命救急センターと救命救急センターの違いは何か。

救急隊が患者を搬送するとき、救命救急センターで良いのか、高度救命救急センターまで行くのか迷うかもしれない。

事務局　　救急救命センターと高度救命救急センターの指定要件の違いを1つ挙げると、広範囲熱傷や急性中毒等、少し特殊な高度急性期医療を行うためのチーム医療体制が整っていることである。

その他既存の救命救急センターでも、24 時間 365 日の体制が整っているということは高度救命救急センターと同じであるが、緊急性の高いものに対して、専門家が多くいるということが1つの要件になっている。

委員　　我々が高次の救急救命センターへ患者を搬送したいとき、こちらの判断で滋賀医大や大津日赤にいきなり搬送してもいいものなのか。救命救急センターでも良いこともあるので、現場としては、分かりやすくしていただきたい。何でも高度救命救急センターへ搬送するのは機能的に良くないと思う。

事務局　　高度救命救急センターは現在、大津赤十字病院に限られ、多くの重症患者が集中してかなり忙しくなっていると聞いている。また、大津赤十字病院で対応困難な症例は滋賀医大に搬送する等、専門分野においては他の救命救急センターで対応できる疾患もあると聞いている。どの疾患をどの医療機関が特殊的に診れるかを分かりやすく説明できるように考えていく必要があると感じた。

閉会宣言　17 時 20 分