

議 事 録

1 日時

平成24年7月10日（火）午後1時30分

2 場所

エスポワールいわて 2階 大ホール

3 出席者（敬称略）

委員

石川 育成	(社)岩手県医師会長
岩動 孝	(社)岩手県医師会副会長
稲葉 暉	岩手県町村会長（一戸町長）
遠藤 育子	「朝顔のたね」一千廐病院を守り隊会長
小川 彰	(学)岩手医科大学理事長
小原 紀彰	(社)岩手県医師会副会長
加賀谷真紀子	日本労働組合総連合会岩手県連合会女性委員会委員長
兼田 昭子	(公社)岩手県看護協会会長
齋藤 恵子	(社)岩手県医師会女医部会幹事
坂田 清美	(学)岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座教授
柴田 幸榮	(特非)岩手県地域婦人団体協議会副会長
戸羽 太	岩手県市長会（陸前高田市長）
長葭 千恵子	岩手県障がい者110番相談室専門相談員
畑澤 博巳	(社)岩手県薬剤師会長
平田 裕彌	公募委員
吉田 元彦	(社)岩手県歯科医師会副会長
和田 利彦	(社)岩手県医師会常任理事

専門委員

安達 孝一	弁護士
阿部 正	岩手県立久慈病院長
佐藤 元美	一関市国民健康保険藤沢病院事業管理者
伴 亨	日本精神病院協会岩手県支部長

(五十音順)

事務局

小田島 智弥	保健福祉部長
浅沼 康揮	保健福祉部副部長
菅原 智	医務担当技監
川上 裕二	医師支援推進室長
高橋 勝重	保健福祉企画室企画課長
菊池 達也	保健福祉企画室管理課長
小原 重幸	保健福祉企画室特命課長
野原 勝	医療推進課総括課長
佐々木 亨	医療推進課医療担当課長
藤原 信明	健康国保課総括課長
鈴木 豊	長寿社会課総括課長
藤原 寿之	長寿社会課介護福祉担当課長
千田 充	障がい保健福祉課総括課長
菅野 啄也	児童家庭課総括課長
多田 繁	医療局経営管理課企画予算担当課長

【欠席委員】

豊巻 智子	公募委員
野口 純	(株)岩手日報社取締役制作局長
箱崎 守男	社団法人岩手県歯科医師会長

【欠席専門委員】

昆 司	公認会計士
-----	-------

1 開 会

○佐々木医療推進課医療担当課長

それでは、ただいまから岩手県医療審議会を開催いたします。

本日の審議会は、委員25名中21名のご出席をいただき、委員の過半数に達しておりますので、医療法施行令第5条の20第2項により会議は成立しておりますことをご報告い

たします。

なお、本日の会議は公開とされております。

審議会の開会に先立ちまして、前回の医療審議会以降に新たに委員にご就任いただきました方々をご紹介します。

社団法人岩手県医師会常任理事の和田利彦委員でございます。

○和田委員

よろしくお願ひいたします。

○佐々木医療推進課医療担当課長

岩手県立久慈病院長の阿部正専門委員でございます。

○阿部専門委員

阿部でございます。よろしくお願ひします。

○佐々木医療推進課医療担当課長

それでは、議事に入ります前に、お手元に配付しております資料を確認させていただきたいと思ひます。本日の資料は、資料No.1の地域主権改革一括法の施行に伴う関係条例の制定について、それから資料No.2、医療提供施設の被害・再開の状況及び復旧支援策等について、それから資料No.3、岩手県保健医療計画の見直しについての3つになります。よろしいでしょうか。

それでは、次第に従って進行させていただきます。

2 あいさつ

○佐々木医療推進課医療担当課長

初めに、小田島保健福祉部長からあいさつを申し上げます。

○小田島保健福祉部長

県の保健福祉部の小田島でございます。委員の先生方にはお忙しいところ、医療審議会にお集まりをいただきまして、まことにありがとうございます。

さて、昨年、東日本大震災津波から1年4カ月が経過をいたしましたところでございます。現在復興に向けて県民が一丸となりまして取り組んでいるところでございます。県内の医療機関に関しましては、仮設診療所を含めまして、現在全県で98%、沿岸では89%の施設が診療を開始しているところでございます。県といたしましては、引き続き医療機

関等の診療機能の回復の支援を行いつつ、今後はさらに被災地における新たな街づくりに連動した質の高い医療提供体制の再構築に向けまして、取り組みを進めてまいりたいと考えているところでございます。

本日の審議会は、昨年公布されました地方主権改革一括法の施行に伴い、これまで国の法律や政省令で全国一律に定められていた関係の基準につきまして、地方公共団体が定めることになりました関係の条例案等について委員の皆様からご意見をお伺いするものでございます。

また、参考までに医療提供施設の復旧状況と県医師会、県歯科医師会、岩手医大を初めとする皆様にご尽力いただいたご遺体の検案や身元確認の活動状況につきましてもあわせてご報告をさせていただくことにいたしております。

ご参集の皆様方には、発災直後から被災地の復興のためにさまざまな場面で多大なるご尽力をいただいたところでございまして、この場をお借りいたしまして改めて感謝を申し上げます。

本日は短い時間ではございますが、委員の皆様方には忌憚のないご意見をちょうだいいたしますとともに、本県の保健医療の充実のために、なお一層ご高配、ご協力をいただきますようお願いを申し上げます。ごあいさつにかえさせていただきます。本日はよろしくお願いたします。

○佐々木医療推進課医療担当課長

続きまして、石川会長からごあいさつをお願いいたします。

○石川会長

一言ごあいさつを申し上げます。

本日はよろしくお願いを申し上げます。本日の会議は、地域主権改革一括法の施行に伴う条例の制定についてご説明をいただいた後に皆様からご意見を伺うことになっております。ご案内のように、地域主権改革は国と地方が対等の関係にあることを踏まえて、地域の自主的判断を尊重して、住民に身近な行政はできる限り地域に委ねようというものであります。結構なことではございますが、今回の関係条例の制定もその一環でありますので、よろしくご審議をお願いいたします。

また、医療提供施設の復旧状況のほかに現在医療計画部会で検討を進めております岩手県保健医療計画の見直し、この状況についても報告をしてもらいますので、委員の皆様におかれましては円滑な議事進行にご協力をいただきますようお願いを申し上げます。

予定の時間は1時間20分程度を予定しているようでございますので、その範囲内で終われば結構かなと思います。よろしく願いいたします。

○佐々木医療推進課医療担当課長

ありがとうございました。

3 議 題

地域主権改革一括法の施行に伴う関係条例の制定について

- ① 医療法施行条例（案）
- ② 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例（案）
- ③ 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に関する介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（案）
- ④ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（案）
- ⑤ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（案）
- ⑥ 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（案）

○佐々木医療推進課医療担当課長

それでは、これから議事に入りますが、以降の進行につきましては医療法施行令第5条の18第3項の規定によりまして、石川会長をお願いいたします。

○石川会長

それでは、早速議事に入ります。本日の議題、地域主権改革一括法の施行に伴う関係条例の制定について、事務局から説明をお願いします。

○菊池保健福祉企画室管理課長

それでは、説明させていただきます。私、保健福祉企画室管理課長、菊池と申します。よろしく願いいたします。当職からは、この議題であります関係条例の制定につきまして、基本的な考え方につきまして概括的な説明をまずさせていただきたいと思います。大変恐れ入りますが、以後座ってご説明させていただきたいと思います。

資料No.1の1ページをお開きいただきたいと思います。まず、趣旨でございますけれども、地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備

に関する法律、いわゆる地域主権改革一括法、この法律の公布、施行に伴いまして、医療法等の関係法令が改正されておりました、これらの法改正によりまして、従来は省令等によって全国一律に定められておりました例えば社会福祉施設等の職員配置基準等につきまして、今後は地方公共団体の条例で定めるということになってございます。これにつきましては、来年度、25年4月1日までに施行させるということになっております。

次に、条例制定の概要でございますけれども、まず基準を定めるに当たっての考え方、基本的な考え方でございますが、この基準を定める条例につきましては、厚生労働省令を踏まえて、その内容を踏まえて定めるということとされておりました、その基準の区分といたしましては、中段にあります表に掲げるところの3つの区分、これによりまして定めるということになっております。

基準の区分でございますけれども、この3つの類型といたしまして、まず従うべき基準でございますけれども、これは必ず適合させなければならない基準ということで、異なる内容の基準を定めることはできないというものでございます。主なものとしては、職員配置等の基準でございます。

次に、標準とする基準でございますが、通常よるべき基準ということでございます、合理的な理由の範囲内で地域の実情に応じて異なる内容の基準を定めることができるものでございます。利用定員等でございます。

最後に、参酌すべき基準でございますけれども、こちらにつきましては一番裁量があるのですが、その基準を十分参照にした結果としてであれば、地域の実情に応じて異なる内容の基準を定めることができるものでございます。例えば構造設備等の基準でございます。

こういった省令の内容を踏まえまして、検討した結果が2でございますけれども、当部所管の条例といたしましては、現在の厚生労働省令ごとに20の条例を定めることとなっております。その検討結果でございますけれども、2ページ目をお開き願いたいと思っておりますが、この20の条例のうちさまざま省令の内容等を踏まえまして、個別具体的に検討した結果、まず(1)でございますが、5つの条例につきましては独自の基準を定めるということになっております。その理由といたしましては、2つでございますけれども、まず(1)のアでございますが、これは既に復興特別法、いわゆる復興特区法によりまして、現在の国の基準に対する特例措置が既に講じられておりました、条例においても引き続き同様の特例措置を設ける必要があるというものでございます。

理由の2つ目はイでございますが、特別養護老人ホームにつきまして、経済動向あるいは待機者の状況、入所希望者のニーズ、これらを踏まえまして居室定員について増員することができるようにする必要があるというふうに考えられるものでございます。具体的には、省令の参酌基準によりましては1人でございますけれども、必要があると認められる場合には4人以下とすることができるようにするというものでございます。

20の条例のうち残る15条例でございますが、(2)にありますとおり、現在の国の基準を引き続き条例上の基準とするという検討結果でございます。これらにつきましては、先ほど申し上げました省令の3つの基準の類型を踏まえまして、従うべき基準につきましては、これまで適切に事業運営あるいはサービス提供がされているという実態に鑑み、標準とする基準につきましては、これまでの基準が適正なサービスの提供、健全な事業運営の確保といった観点から妥当かつ合理的なものであると認められる点、また参酌すべき基準につきましては、サービス利用者及び提供者のニーズ等、これらに鑑みましてさまざま検討した結果、現在の国の基準を引き続き条例上の基準とすることとしたものでございます。

3の制定する条例でございますが、今申し上げました20の条例、この条例名、対象施設、現行の国の基準、これらを一覧表にまとめてございます。後ほどご確認いただければと思います。

今後のスケジュールでございますけれども、4ページ目でございますけれども、今後のスケジュール、一番最後でございますが、6月29日まで既にパブリックコメントを実施済みでございます。また、医療審議会あるいは社会福祉審議会委員各位及び各種団体等への意見照会いたしております。これらを踏まえまして、8月下旬までに条例案を作成させていただきまして、もくろみといたしましては9月県議会に提出いたしたいと考えております。通常ですと、9月県議会で議決すれば10月の公布の見込みになりますので、条例施行を予定しております25年4月1日までの間に約半年間、6カ月間の周知の期間を設けることができるというふうに考えております。

私からのご説明は以上でございます。

○野原医療推進課総括課長

続きまして、医療推進課の野原でございます。いつも大変お世話になっております。5ページ以降につきましては、私の方からご説明を申し上げたいと思います。座らせていただきます。

今、管理課長の方からご説明、概略申し上げたとおり、20の条例につきまして制定するものでございますが、医療審議会につきましては、この中でも医療法施行条例で定められたものにつきまして、内容についてご説明申し上げるものでございます。資料の5ページでございます。ここに書いてあります事項について国から県の方に委任された事項でございます。

まず、一番上段でございますが、既存病床数及び申請病床数の補正の基準が先ほど管理課長からご説明した国から従うべき基準というものでございます。こちらについては、医療圏ごとに医療法によりまして、既存病床数というのを設定しているものでございますが、例えば放射線治療病室や集中治療室といった、いわゆるバックベッドと呼ばれるような病床でございます。一般病床のほかに集中的な治療の必要な患者さんのような方の病床数、こちらにつきましては従来から既存の病床数の中にカウントしないという形で取り扱いをなされていたものでございます。こちらについても従うべき基準ということですので、このままの形でいきたいというふうを考えているものでございます。

2段目が既存病床数算定の際に、老人保健施設の入所定員数に関する基準でございます。現行の基準といたしましては、老健施設の入所定員数に0.5を乗じて得た数といったものを既存病床数としてみなしてございます。ちなみに、米印1となっておりますが、この基点につきましては、現在はカウントされておりませんで、当面の間はカウントしないという形の扱いになってございます。こちらについては、同様に条例経過措置として規定する予定となっております。

3点目の専属薬剤師の配置基準でございますが、病院または医師が常時3人以上勤務する診療所には専属の薬剤師を置くこととするというものでございます。こちらも従うべき基準でございます。

その下が病院従事者の配置基準、医師、歯科医師を除くものでございます。こちらは、薬剤師、看護師、准看護師、看護補助、栄養士につきましては従うべき基準という形で病棟ごと、また病棟の機能ごとにそれぞれの従うべき基準というのが設けられているものでございます。そのほか参酌すべき基準といたしまして、診療放射線技師、作業療法士、理学療法士、事務員、そのほかの職員につきましても病院の実情に合った適当数という形で従来から決められたものでございますが、こちらは参酌すべき基準となっております。

その下でございます。病院の施設に関する基準でございます。これは消毒施設、洗濯

施設、談話室、食堂、浴室の基準でございます。こちらにつきましてもそれぞれこの参酌すべき基準という形で定められているものでございます。

その下が療養病床を有する診療所の従業者の配置基準、医師、歯科医師を除いたものでございます。看護師、准看護師、看護補助につきましては従うべき基準という形で定められてございます。また、そのほかの作業療法士や理学療法士を含めました事務員やその他の職員につきましては参酌すべき基準となっているものでございます。

一番最後が療養病床を有する診療所の施設に関する基準、談話室、食堂、浴室でございます。こちらも参酌すべき基準が設けられているものでございます。

こちら条例制定の基本的な考え方、先ほど管理課長からの説明と重複いたしますが、県の考え方といたしましては、従うべき基準につきましては従来国で定めた基準をより厳しくすること、県独自の基準の設定は可能とされてございますが、これまで適切に事業運営、サービス提供がなされている実態に鑑みますと、岩手県独自の基準を設けることは事業者側に過大な負担を強いることとなることも想定されることから、このままの基準でいってはどうかというものでございます。

また、参酌すべき基準につきましては、サービス利用者及び提供者の現在のニーズ等に鑑みまして、これまでの基準を変更する必要性というのはいくつではないかと考えられること等から、これまでの従来国の基準というものを採用したいというものでございます。

次に、6ページでございます。この条例案につきまして、この6月末まで関係団体等から意見聴取を行いまして、いただいた意見、それに対する現時点での県の考え方を整理したものでございます。

一番上が独自基準を設ける必要がないか、さらに検討を行うべきではないかというものでございます。こちらにつきましては、今ご説明したとおり、現時点での独自基準の設定ということについては見送ることとしたものでありますが、引き続きこの必要性の有無については検討を行いまして、医療事情等の変化にあわせまして、条例改正等を検討していくこととしてございます。また、本県では既に東日本大震災津波に伴います復興特区制度の一環といたしまして、医師の配置基準等については特例を設けて運用しているものでございます。

2つ目が意見として、特に久慈地域においては、今回の津波により病院や診療所は大きな被害は受けていないが、津波浸水予想区域に立地する病院や診療所もあることから、

立地条件に関する規定を県独自に定めてはどうかという意見でございます。こちらにつきましては、病院や診療所の立地条件に関する規定につきましては、今回の法改正による条例への委任事項に含まれていないことから、意見を踏まえた条例案作成といったのはちょっと困難ではございますが、災害時における病院及び診療所の患者の避難等につきましては、医療法に基づく定期の立入検査等の際にマニュアル作成や訓練等について確認をいたしまして、指導して助言を行っていきたいというふうに考えております。

3つ目が薬剤師業務の話でございます。病院における薬剤師業務は、外来患者への調剤業務が減少する中、病棟業務の必要性が増している。特に医師不足が深刻な当県では、今後の医師の負担軽減、チーム医療の推進、薬物療法の質の向上、医療安全の確保等を考慮し、病棟ごとに専任の薬剤師の配置が望ましく、現行の配置基準に加えて、「病棟ごとに専任の薬剤師を配置すること（が望ましい）」の文言を盛り込んでどうかという意見でございます。こちらにつきましては、病院におけます薬剤師業務の重要性についてはご意見のとおりと県としても認識してございます。現在の配置基準については、病棟の機能や調剤数をもとに算定をしております、一定の合理性を有していると考えられることから、今般の条例制定に当たっては、病棟ごとに一律に専任薬剤師を配置するという県独自の基準の設定については、もう少し慎重な検討が必要ではないかと考えているというものでございます。

最後が療養病床を有する診療所における配置基準でございます。療養病床を有する診療所においてもリハビリテーションニーズに沿った医療の提供が行われることが多くなっている現状が見られる。このことから理学療法士、作業療法士の配置基準に関して、病院従事者の配置基準に準じ、療養病床を有する診療所においても、実情に応じた適当数を置くよう基準を設けるべきではないかという意見でございます。こちらにつきましては、現行の基準におきましても事務員その他の従業者として理学療法士及び作業療法士を含めまして、実情に応じた適当数を配置することが既に定められておりまして、この中に含まれているという解釈でございます。従いまして、新たに県独自基準として設定することは必要ないのではないかと考えているものでございます。

以上、いただきました意見と、それに対する考え方をご紹介させていただきました。

○鈴木長寿社会課総括課長

長寿社会課総括課長の鈴木と申します。続きまして、当課所管の関係条例の状況につきましてご説明をさせていただきます。失礼して座って説明をさせていただきます。

資料は8ページ以降になります。まず、8ページをお開き願います。当課関係の条例が1の制定条例に記載しております5つの条例になりますが、いずれも本年2月9日に認定されました復興推進計画に基づくものに関するものでございます。

恐れ入ります。初めに、9ページの方をお開きいただきたいと思います。今回の特区法に係る特例措置の関係でございますが、サービスとしては大きく3つについてそれぞれ特例を設けさせていただきました。

まず、(1)の訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの開設に関する特例措置でございますけれども、これにつきましては本来病院、診療所または介護老人保健施設でないと開設できないのですが、これら病院、診療所等と密接な連携を保つということの条件のもとに開設主体を病院、診療所及び介護老人保健施設に限定しない、これが1つ目でございます。

2つ目が特養の関係でございますが、特別養護老人ホームの医師の配置につきまして、必要数、療養上の指導を行うために必要な数を配置するとなっておりますけれども、(1)同様病院、診療所あるいは老健等との密接な連携体制が確保できていれば医師の配置基準について適用しないというものでございます。

それから、3つ目が介護老人保健施設の医師の配置基準でございます。一番下の行でございますけれども、医師の配置基準については当該介護老人保健施設の実情に応じた適当数とすることができるということでございまして、具体的には100を超える場合、その超える部分については概ねその半分程度の、常勤換算で半分程度の人数を確保すればいいという内容の特区でございます。

戻っていただきまして、8ページを御覧ください。この大きく3つのサービスが表の方で説明しますと、特別養護老人ホームと指定介護老人福祉施設、右側から2つ目ですけれども、特養に関してはこの2つの条例が関係します。それから、介護予防の訪問リハビリテーションにつきましては、指定介護予防サービスに関する条例、訪問リハビリテーションに関するものにつきましては、指定居宅サービスに関する条例、それから最後に介護老人保健施設ということで、大きく3つのサービスに関してなのですが、条例で言うと5つになるものでございます。

8ページの3を御覧いただきたいと思います。県で定める独自規定でございますけれども、現在厚生労働省令でそれぞれ医師の配置基準とか開設者について規定している部分につきましては、沿岸12市町村につきましては平成29年3月31日までの間、これらの基

準を適用しない旨の附則を設ける予定でございます。

10ページをお開きいただきたいと思います。パブリックコメントにおいて2つのご意見を頂戴いたしました。結論から申し上げますと、2つとも直接条例に関わる部分でのご意見ではございませんでしたけれども、検討結果について簡単にご説明をさせていただきます。

1つ目につきましては、介護予防訪問リハビリテーションの開設に関する特例措置の運用に関する意見でございます。医療機関との連携体制につきましては、連携医療機関は事業所から自動車等による移送に要する時間が概ね20分以内の距離にあることとあるのですが、その文言を撤廃すべきではないかというご意見でございます。これにつきましては、右の方の検討結果ですが、直接条例に関わる部分ではありませんが、連携体制を確保するのに一定程度の目安として、車で20分以内の距離ということは削除できません。ただし、これによりがたい特殊な事情がある場合には、具体的に協議して柔軟に対応していきたいと考えておりますという検討結果です。

それから、2つ目はこれと逆になりますけれども、介護予防訪問リハビリテーションのときに事業所開設時の場所について病院や診療所の敷地外となっているけれども、敷地外というのは一体どこまでの範囲を言うのか具体的に示したらどうかというご意見でございます。これにつきましては、上の方のご意見のところでも触れたとおり、事業所と連携医療機関との間の距離が利用者を自動車等で移送する際に要する時間が概ね20分以内であるとされておりますというふうな検討結果でございます。

当課関係についての条例につきまして、以上でございます。

○石川会長

ありがとうございます。

委員の方々からのご意見は、この後伺いますので、まず今の関係条例の制定について菊池管理課長、野原総括課長、鈴木総括課長からご説明をいただきましたので、それについての質問を先にお聞きしたいと思います。どうぞ、ご遠慮なくお願いいたします。

「なし」の声

○石川会長

ないようでございますから、それでは後でも結構でございます。

それでは、説明に対するご質問がないので、今度はご意見を伺いたいと思います。どうぞ、これについてもよろしくご遠慮なくお願いをいたします。

「なし」の声

○石川会長

それでは、後でまたこれもまとめてさかのぼってでも結構ですから、後でお伺いいたします。

4 報告事項

- (1) 医療提供施設の被害・再開の状況及び復旧支援等について
- (2) 岩手県保健医療計画の見直しについて

○石川会長

それでは、先にまずとりあえず進めます。報告事項でございますが、医療提供施設の被害、また再開の状況、復旧支援等につきまして事務局から説明をお願いいたします。

○野原医療推進課総括課長 事務局、医療推進課、野原でございます。資料2に基づきまして、現在の被災地を中心といたしました医療提供施設の被害、再開の状況、また県が中心になって行っております復旧支援策等についてご説明申し上げます。恐縮ですが、座って失礼をさせていただきます。

まず、医療提供施設の被災状況及び現時点での再開状況でございます。こちら後ろにも表をつけてございますが、今回の東日本大震災津波によりまして被災をしました医療機関は、医科、歯科、薬局、県全体で418カ所、うち沿岸部は180カ所、内陸部238カ所となっております、このうち全壊や大規模半壊、半壊といった大きな被害を受けた施設は、全県で149カ所、うち沿岸部が143カ所、内陸部は6カ所となっております。やはり大きな被害を受けた医療施設は津波被害ということで、沿岸部が中心となっております。また、沿岸部の医療提供施設340カ所ございますが、半数以上が何らかの被害を受けているというものでございます。

5月1日現在、被災から1年と2カ月が経過した時点でございますが、医療機関のうち全県では326カ所、沿岸部で101カ所が保険診療再開をいたしまして、全県では98.1%、

沿岸部では89.2%が診療を行っている状況まで復旧をしております。また、薬局については全県で46カ所、沿岸部で35カ所が調剤業務を再開いたしまして、全県で96.9%、沿岸部で82%が業務を再開しております。

これら早期復旧につきましては、もう被災地の医療関係者の本当に努力、ご尽力によるものが多いわけですが、我々といたしましても被災後に住民の方々心身ともに大きな負担が掛かっている状況でございましたので、住民の健康の確保のためにも医療機関の早期の復旧というのが急務でございましたので、早期復旧の支援等を行ってきたものでございます。

こちらについては、全壊等によりまして原状復旧が困難な診療所につきましては仮設診療所を整備し、被災した医師等に運営をしていただいているほか、建物の復旧が可能な医療施設については国の補助制度、また国の基金を活用したさまざまな支援を行っております。そのほか歯科巡回診療車の整備、施設整備への融資に関する情報提供、支援物資の斡旋なども行いまして、被災地の医療提供体制の再編を進めているところでございます。

簡単に事業の中身ご紹介させていただきます。1つ目が仮設診療所整備事業でございます。これは昨年度、今年度を通じて行っておりますが、②に記載しておりますが、24年3月末までに医科19カ所、歯科14カ所の合計33カ所を整備をいたしたところでございます。その後、仮設から本設の診療所に移転をした診療所がございまして、現在では稼働している仮設診療所は医科が17カ所、歯科が13カ所という形になってございます。

また、岩手県医師会が陸前高田市に設置をしております陸前高田仮設診療所の運営費についても支援しているものでございます。

2つ目が診療機能回復費補助という形で、国の既存の災害復旧費補助、こちらの方に当てはまらない既存施設の修繕や医療機器の再取得などの診療再開に要する経費を補助しようというものでございまして、1枚めくって2ページでございます。それぞれ病院、医科診療所、歯科診療所ごとに施設の修繕、また医療機器の取得、また施設の新築等を行った場合という形でそれぞれ基準額、補助率を設定いたしまして、被災地での速やかな医療機能の回復の支援に取り組んでいるところでございます。現在約60カ所程度の医療機関がこちらの制度の対象ということで復旧を目指してございまして、このうち29カ所が修繕もしくは新築という形でもう決定をしております。

次が被災地薬局機能確保事業という形で、被災地におきまして半壊以上の被害を受け

た薬局の再開に要する経費を補助してございます。

(4) が国の既存の災害復旧費補助制度でございます。こちら③にございますが、実績といたしましては全県で53カ所、このうち沿岸被災地が医科が12カ所、歯科が10カ所という形で22カ所が沿岸の被災地での補助を適用して再開してございます。

(5) が歯科巡回診療車整備事業という形で、小型の在宅巡回診療車、診療を行うための小型車両を16台整備をいたしまして、被災地における巡回診療を行ってございます。

3 ページにまいりまして、今後の医療提供施設の復興支援という形で、現在仮設診療所等で仮設という形での診療再開をしていただいている医療機関が今後新しい街づくり、街の復興とリンクをいたしまして医療機関の再建をしていくといった場合についても支援をしていこうという制度でございます。こちら新築、基本的には全壊、移転が必要な施設の新築等ということで対象としてございますが、有床診療所1億5,000万円、補助率4分の3、無床診療所1億円、歯科診療所が7,500万円という形で、今後こういった新築、移転、再建につきましても支援を行っていききたいというものでございます。

この全体のスキームを示したのが3ページの下段でございます。冒頭ご説明申し上げましたとおり、沿岸被災地では約180カ所、医科、歯科、また薬局、医療提供施設が何らかの被害を受けてございますし、半壊以上の大規模な被害が143カ所あったものでございます。このうち全壊等で、建物浸水地域でその場所での再開が困難な医療施設については仮設診療所を整備して、まずは仮設期間、おおむね2年から3年程度ではないかと我々考えてございますが、仮設診療所でまずは応急的な医療というのを復旧させようという形で33カ所整備したところでございます。その下が災害復旧費補助、先ほどご説明をいたしました国の既存の制度を用いた復旧でございます。こちらが沿岸部では22カ所でございます。そして、機能回復事業という形で、修繕もしくは医療機器の取得等についての機能回復を支援する事業でございます。これは医科、歯科の医療機関約60カ所、今準備を進めているものでございます。また、薬局の方も50カ所を超える薬局の方で機能回復事業という形で今作業を進めているものでございます。ここでは、合わせまして約160カ所を超える医療機関が何らかのこれらの制度を活用して被災地における医療の復旧という形で今ご努力、ご尽力いただいているというものでございます。

なお、先ほどご説明しましたとおり、新しい街づくりと連動した新しい医療機関の再建というのが今後二、三年あたりでさまざま出てくると考えてございます。これらにつきましても医療施設の復興支援という形で支援を引き続き行っていききたいというもので

ございます。全体の支援事業については以上でございます。

資料4ページには、沿岸12市町村ごとの現時点での被災状況や、また災害状況等をお示しをしておりますので、こちらは後ほど御覧いただければと存じます。

最後に、5ページでございます。被災地の復旧状況、他とはちょっと話は若干変わりますが、冒頭部長あいさつの中でも申し上げましたとおり、今回の災害に当たりましては多くのご遺体の検案や身元確認の活動について、県内の医療関係者の方々、そして県外からのご支援をいただいて対応いただいたものでございます。こちらにつきましても現時点での状況について取りまとめましたので、併せてご報告させていただくものでございます。

まず、上段がご遺体の検案の状況でございます。こちらにつきましては、死者、行方不明者数につきましてはご案内のとおりでございますが、ご遺体の検案数といたしまして4,726名で、こちらの方には検案作業といたしまして延べで559名の医師にご協力いただいたものでございます。

検案の内訳といたしましては、岩手県の医師会の先生方が1,065件、岩手医大674件、県立病院375件、また警察協力医・鑑識医2,468件でございます。こちらは秋田大学、京都大学など全国の25校の大学の医学部、防衛医科大学、東京都監察医務院ほか個人の監察医、個人の監察医ですので、岩手県医師会の先生方もこの中に入っているのではないかと思います。こういったような形で県内の先生方、そして県外の多くの医療機関、大学のご支援をいただいて、この作業が進められたものでございます。また、個人、ボランティアなどとして157件のご支援をいただいております。

下段が歯科医師によります身元確認の状況でございます。こちらの3番で、歯科所見の採取数といたしましては約2,700名でございます。延べ871名の歯科医の先生方にご支援、ご協力をいただきました。この内訳でございますが、岩手県歯科医師会が385名、また岩手医大の歯学部64名、また青森県歯科医師会27名、北海道歯科医師会24名ほか全国の歯科医師会の先生方からご支援をいただきました。また、大学、北海道医療大学、千葉大学初め全国の大学、また法医学会、日本歯科医学会等各界からのご支援をいただきまして、これらご遺体の検案、そして身元確認作業が行われました。これにつきまして資料が出ましたので、この場を借りましてご報告させていただくものでございます。

事務局からのご報告、資料につきましては以上でございます。

○石川会長

ただいま報告事項のところ野原総括課長から説明がございましたが、これにつきましてご質問ございましたらどうぞお願いいたします。

「なし」の声

○石川会長

それでは、ないようでございますから、また先に進めますので、後刻質問まともりましたらお願いをいたします。

それでは次に、「岩手県保健医療計画の見直しについて」でございますが、部会長の岩動委員からお願いをいたします。

○岩動委員

それでは、座ったままで失礼を申し上げます。計画部会の岩動でございます。

昨年12月に岩手県医療審議会に対し岩手県保健医療計画の見直しについて諮問があったことから、これまで3回にわたり岩手県医療審議会医療計画部会において保健医療計画の見直しに係る審議が行われてまいりましたので、その状況についてご報告を申し上げます。

それでは、お手元に配付してございます資料No.3でございますが、この「岩手県保健医療計画の見直しについて」により説明をさせていただきます。まず、1の医療計画部会の開催状況についてでございます。これまで昨年12月に諮問をいただいた後、医療計画部会では国の医療計画作成指針など、医療計画見直しの方向性の確認、それからそれらを踏まえた2次医療圏の設定の見直しの方向性、さらに次期保健医療計画の作成、構成素案などについて審議してまいりました。

本日は、これまで医療計画部会で審議してきた内容等のうち、今後の方向性の基本となる医療計画見直しの方向性、2次医療圏の設定の見直しについて報告するとともに、今後のスケジュールについてご説明を申し上げます。

2の医療計画見直しの方向性についてでございますが、国から通知された医療計画作成指針の主な変更点としては、まず1つ、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病に加え、精神疾患の医療体制構築が新たに追加されたこと、2つ目として在宅歯科医療を含む在宅医療の連携体制に求められる機能を明示することが求められていること、

3つ目として疾病、事業ごとにP D C Aサイクルの推進が求められ、また全国共通指針等による課題の抽出、評価可能な数値目標の設定と達成のために必要な施策の記載、定期的な評価の実施などが求められていること、4つとして歯科医療が果たす役割を明記することが求められていること、5つ目として医療従事者の確保については、地域医療対策協議会において決定した具体的な施策を記載するとともに、医師の地域への定着が図られるよう地域医療支援センター事業等について記載することが求められております。6として、このほか、後から触れますが、一定の要件に満たない2次医療圏については、設定の見直しを検討する必要があること、また7つ目として、東日本大震災津波を踏まえた災害時における医療体制の見直しが必要であるということ、こういうことについて示されたところでございまして、今後これらを踏まえた計画の見直し案について、医療計画部会でさらに審議をしていくこととなります。

次に、3番目、2次医療圏の設定の見直しについてでございますが、2次医療圏については、地理的条件、日常生活の需要の充足状態、交通事情などを考慮して、一体の区域として病院における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として設定されることにしております。今回の国の作成指針においては、人口規模が20万人未満の2次医療圏については、入院に係る一体の区域として成り立っていないと考えられる場合、特に流入患者の割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合には、設定の見直しを検討することとされているものでございます。

しかしながら、本県においては、この(2)に記載しておりますとおり地理的条件、交通事情等、それから従来の広域市町村圏との関連、保健所所管区域等との整合性、また医療の需給状況などの点を考慮する必要があることから、事務局からは現時点においては現行の9つの2次医療圏を維持することが妥当と考えるところでございます。

また、医療計画部会の委員からは、このようなことに加え、山間地が多く、季節により交通事情が大きく異なることに配慮すべきである、また復興期であり、患者の流出入状況が流動的であること、それからがん連携拠点病院など、現在の2次医療圏を単位として整備されてきたという経緯があるなど、現行の9つの2次医療圏を維持すべきであるとの追加意見もございました。

現時点では、おおむね現行の9つの2次医療圏を維持する方向性を持って審議を継続しているところでございます。なお、最終的には本年6月に実施した岩手県患者受療行

動調査の結果も踏まえ、改めて当部会としての取り扱いを決定することとしております。

最後に、4、今後のスケジュールの案についてでございますが、今後は6月末を期限として各医療機関に協力をお願いしておりました医療機能調査等の結果に係る分析も踏まえ、今年11月に中間（案）を作成することを目途に医療計画部会では審議を進めるとともに、中間（案）につきましては事務局において県議会への報告を予定しております。

今後は、当部会の審議に併せてパブリックコメントや市町村及び関係団体からの意見聴取等を行うこととしておまして、平成25年4月の施行に向けて、来年の2月には医療審議会からの答申を行うことを予定してとじております。

以上で岩手県保健医療計画の見直しについての説明を終わります。以上でございます。

○石川会長

ありがとうございます。

それでは、先に今の資料に沿って説明のありました岩手県保健医療計画の見直しについて、ご質問ありましたらどうぞお願いいたします。

「なし」の声

○石川会長

ないようでしたら、今度は元に戻って、議題あるいは報告の（1）、（2）、まとめて何かご質問ございましたらお願いいたします。

どうぞ。

○兼田委員

以前に長寿社会課から照会があって、私ども看護協会なのですけれども、6月29日ぎりぎりまでに意見を出したと思っていたのですけれども、そのことの確認をさせていただいて、もし届いていなかったら検討できるかどうかをお願いしたいところなのですけれども。内容は、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例案の中で、今日の資料には無いのですね。県で定める独自基準で、居室の定員に係る基準で、独自基準の内容、定員を4人以下、4人を上限とできるというふうにあったと思うのですけれども、居室環境が定員はまず1人入居が基準なので、その4人が入る、入居できるような居室の環境が適切かというふうなことと、それから利用者が4人になれば介護に係る職員の基準も違うのではないかなと思うので、その辺の基準を設ける必要がある

のではないですかというふうなご意見を出したと思っているのですけれども、これはもちろん利用者にとって不都合がないようにと、それから介護に係る職員の職場環境を整えるというふうなことで、特別養護老人ホームと、それから指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例で、内容は居室定員と居室の環境でしたので、そのような意見を出したつもりだったのですけれども、この辺が届いていなかったかどうか。

そして、先ほど最後のところの指定介護予防サービスの人員、敷地外のところは定める必要はないですかというふうなところが取り上げられたのか、それとも別なところから出た意見だったのか、よく理解というか把握できないところなのですけれども、いずれこの定員に係る基準のところを、私ども意見が通じていなかったかどうかと、この辺はどのように考えるかをお聞かせ願いたいと思います。

○石川会長

はい、どうぞ。

○鈴木長寿社会課総括課長

長寿社会課の鈴木でございます。資料No.1の2ページをお開きいただきまして、(1)のところ、今回独自基準を設ける基準については5条例がありまして、アとして復興特区関係と、イとして特養ホームについての居室定員の関係、この2つでございましたけれども、本日は医療審議会でございますので、医療にかかわる部分についてのみ議題とさせていただきます。今お話がありました特別養護老人ホームの居室定員につきましては、改めて社会福祉審議会の場において委員の皆さんからご意見をいただく予定ですが、簡単にその方向性だけをかいつまんで申し上げますと、現在特別養護老人ホーム個室ユニット化という方向で進めておりますけれども、低所得者の利用を配慮すると、原則的に個室ユニット化の方向は維持しながらも、状況に応じて多床室、2人部屋等、そういうことも知事が認めた場合には出来るというふうな独自基準を設ける方向でございます。

それから、2点目のお尋ねでございましたけれども、これにつきましては10ページを御覧いただきたいと思います。具体的には、ただいまご指摘いただきました看護協会さんからの意見はこの10ページの資料の2でございます。具体的な敷地外はどこまでかということにつきましては、おおむね20分以内で連携がとれるということでお示しておりますというご回答になります。よろしくお願いたします。

○兼田委員

解りました。これだけがあって、私どものところにそれぞれの課から照会が来ていて、それぞれ返事をさせていて、医療法上では、これは私どもが意見として無いというふうなので出さなかったのですけれども、こちらに対して意見出して、今ここだけが出ていたので、済みません、私の認識も悪かったと思うのですけれども、ちょっと質問させていただきます。

○石川会長

そのほか何かご質問、疑問ありましたら。

どうぞ、畑澤委員さん。

○畑澤委員

6ページの意見検討結果についてのこともよろしいでしょうか。

○石川会長

はい、どうぞ。

○畑澤委員

3番目の薬剤師の配置基準についてのことになりますけれども、ここにも書いてありますように、現在抗がん剤やら免疫抑制剤、そういうハイリスクの薬を使うケースが多くなってまいりまして、薬剤師が病棟に入っていくつあります。また、入院患者さんの持参の薬の情報不足によるアクシデントというものも全国的には紹介、報告されている現状があります。各病院では、ある程度の薬剤師が病棟に関わっている事実もあります。そういう傾向にある中で、もしこういう施行条例が岩手県で特に行われるのであれば、この配置基準そのものは国の基準でありますので、変えることができないにしても、やっぱりこの文章の病棟ごとに専任の薬剤師を配置することが望ましいというぐらいのところ、一律にとは申しませんけれども、そういう文言が附帯事項としてついていたければありがたいなというふうに思います。この県の意見の方に、独自基準の設定については慎重な検討が必要と考えますと、こうご回答がありますので、この件については今後も検討課題として検討していただけることなのではないでしょうか、質問させていただきます。

○石川会長

事務局、どうぞ。

○野原医療推進課総括課長

ありがとうございます。今畑澤委員からいただいた指摘というのは、本当に我々の認識している内容でございまして、チーム医療の推進、各種職種がそれぞれどんどん、どんどん入っていくという状況になるというのは、我々もそのように理解しているところでございます。一方で、この条例、今回委任された部分のところと、またそれぞれ基準を設けていくに当たりまして、どのような機能を持った条項でどういうふうにしていくかというところをやはりここで詰めていかななくてはならない点もあろうかと思っておりますので、引き続きご意見の内容、環境の変化等をきちっと踏まえて、こういった医療審議会等でご意見を頂戴しながら、こういった点については引き続き検討させていただければというふうに考えてございます。

○石川会長

はい、どうぞ。阿部委員さん、どうぞ。

○阿部専門委員

久慈病院の阿部ですけれども、今の畑澤先生の意見に大賛成です。今ほとんどの県立病院の中核病院は、病棟ごとの専任薬剤師を配置しております。診療報酬の方でも、1週間に40時間ですか、病棟に張りついているならば報酬がつくということもありますけれども、それ以上にやはり病院、病棟の服薬指導等の業務がたくさんふえておりますので、それだけ薬剤師は病棟に張りついていなければなりません。ですので、その辺柔軟な対応をお願いいたします。

それから、この6ページの2番のところ、ちょうど久慈のところが出ておりましたので、ちょっと追加させていただきますけれども、6ページの番号2のところ、久慈地域は、今回は発災の地域が南でしたので、本当にラッキーでした。あれが北の方になりましたら、恐らく久慈病院は高田病院と同じような状況になったと思います。久慈病院は、海から大体1.8キロメートルくらい内陸ですけれども、海拔は5メートルなんです。5メートルで、海側500メートルのところにもう一つ恵愛病院というのがあるのですが、そこは浸水しました。また、ご存じの方あると思うのですが、45号線の脇のショッピングセンターの駐車場は全部浸水しました。あの辺は浸水しただけで済んだので、本当にラッキーだったのですが、ここに書いてありますように立地条件に関する規定を独自に定めていただきたいと。右側の条例案の作成は困難とありますが、何とか柔軟な対応をお願いしたいと思います。

○石川会長

はい、どうぞ。

○野原医療推進課総括課長

ありがとうございます。当医療審議会がさまざまこれまでの医療関係のこの会議の中でも、医療機関に関してはやはり安全な立地、これが必要だろうという意見多数我々も頂戴しておりまして、本当にその通りだと思っております。そういった意味で、今回医療法施行条例という形で、ちょっとアプローチとしては人員基準で、またそういったような視点での条例改正でございましたが、そもそも医療機関含めて安全な、浸水地域でないところに建てなければならない施設多数あるかと思えます。これは多分医療法という施行条例、この条例のアプローチのほかにも都市計画上の施策上の取り組み、そういったものとリンクしている話ではないかと我々考えておりまして、こういった意見につきましては、例えば関係する都市計画でありますとか、現在市町村で進められております新しい街づくりに関するさまざまな取り組み等にも情報提供させていただきまして、反映させられるものは反映していきたいというふうに考えてございます。

○石川会長

阿部先生、いいですか。何かもう少しはっきりした……

○阿部専門委員

本当に波が病院の高さを超えるぐらい上がってくるのです。私高田病院のビデオを見ましたけれども、本当にああいう恐怖なのです。ですから、ああいったところで仕事をしている人間というのは、この間も久慈地域のビデオ見たのですけれども、そういう恐怖心をもうトラウマとして持ってしまったのです。ですので、今度久慈病院も建替えはいつになるのだろうと、そんな話まで出ているのですけれども、その辺考えていただきたいと。

○石川会長

はい、どうぞ。

○小田島保健福祉部長

この話、ごもっともだと思います。いずれ病院は安全なところにやっぱり立地をしなければならないというご意見は、まさにそのとおりだと考えてございます。ただ、この記述のところでは難しいというふうに書いておりますが、なお書き以降のところにて、マニュアルの指導とか、そういうふうな話にしておりますけれども、街づくり等の議論の

中でやっぱり安全性の高いところに一応するような形で関係との調整を進めたり、そういう議論を進めていくというような検討結果のところでも少し前向きに捉えまして、取り組んでいくという形で進めていきたいというふうに考えております。

○石川会長

近々に復興委員会も開催されますので、私も出ますが、復興委員会の中に医療専門家会議というのを別に設置してもらって、特にいろいろ議論した内容も報告しなければならないなと思っているのですが、私の頭で整理した部分で言えば、今回の大震災の津波で山田、大槌、それから陸前高田の県立病院は、立地条件は落第、落第なのですよ、完全に。大体7メートルとか、5メートルとか8メートルの海拔であの津波を防げるわけがない。ところが、また今阿部先生の言ったように、震源地がもうちょっと離れるか、あるいは北ならば、小袖半島役に立たなかった訳だから、南の方からこう来ましたので、小袖半島にぶつかって支流の波が、それが市内に行かなかったと。これは自然の地形ですからどうしようもないことですが、そのかわり野田村は小袖半島にぶつかった波がはね返って村は全滅、それから山田の県立病院も大体海拔は低いのですよね。ただ、あそこにアパートがありましたから。4階建てのアパート1棟、3階建てのアパート2棟ありましたから、あれが波よけの役目を負ったのです。それは事実ですから、そうすれば今度はどうしても被災地は海があって、浜があって、すぐ後ろは山だということ、山ばかりの、中核医療機関は高台でなければだめだと、安全でなければだめだという議論はだれしもが持つわけですけれども、それならどうしたらいいだろうと。そんな土地ありませんよということになると、やっぱり県立山田病院は1階の浸水だけで助かった理由は何だったろうと言え、やはりアパートが波よけの役目を果たしたと。そのあたりも今度のいろいろな計画では建築の方の専門家等からの意見も聞いて、そういうのも作っておかなければならないし、久慈だってそうでしょう。恐らくまだまだ新しくする気持ちは医療局には無いのでしょから、そうすれば今の条件の中でどういうふうな対応をしたらいいかというのは、やはり示してもらいたいという気持ちも職員の中には多いのだらうと思うので、そのあたりも一つ、部長さん、よろしく願いを、議論してみてください。

○小田島保健福祉部長

わかりました。いずれ関係部とも連携をしながら、安全な形で対応できるようによく議論深めていきたいと思います。

○石川会長

そのほか、何でもいいです。どうぞ。

○小川委員

岩手医大の小川でございます。最後の岩手県保健医療計画の見直しについてちょっとご質問をしたいのですが、2ページ目の下の方ですね、今後のスケジュール（案）についての3行目のところに医療連携体制構築というのがちょっと出ております。極めて医師不足県である岩手県で広大な県土を持っていて、そういう中で昨年岩手県復興基本計画がきっちり策定をされまして、その中に医療福祉編として医療連携体制構築というのがきっちりと載っているわけでございますけれども、この中の核になっているところがICTを利用した遠隔医療というのが岩手県復興基本計画の中にも明記されている訳でございます、これをやはり今後の岩手県保健医療計画の中にきっちりと入れ込まない、せっかく岩手県復興基本計画の中でも議論をさせたわけでございますから、ぜひこの岩手県保健医療計画の中のどこかに入れていただければありがたいと思いますけれども。

○石川会長

どうぞ。

○高橋保健福祉企画室企画課長

次期保健医療計画につきましては、来年度、平成25年度から平成29年度までの5カ年で本県の医療提供体制の構築を図るための本当に具体的な施策を盛り込んで作成するといったように考えておりました、そういった中でもやはりそういったICTを活用した医療連携の推進であるとか、あるいは医師確保とか、その5事業、5疾病ごとの連携以外に全県的な取り組みとして盛り込んでいく必要があると考えておりました、今後議論をさらに深めていきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○石川会長

どうぞ、どうぞ。

○伴専門委員

日精協岩手県支部の伴ですけれども、地域主権改革一括法についての説明は、今日2回ぐらいお聞きして大体わかってきたのですけれども、要するに地域の実情に合わせた改革をやりやすくするための法律ではなくて、国の基準より厳しければ直してもいいというような立場の法律なのですか、これ。

○石川会長

どうぞ。

○菊池保健福祉企画室管理課長

今の条例の関係でございますけれども、冒頭ご説明しましたが、従来の省令の基準が性格として3つの類型がございまして、その3つの類型の中の1つに従うべき基準というのがございまして、これにつきましては基本的にはその省令の内容に従って条例において基準を定めるというものでございますけれども、これにつきましてはより厳しい基準であれば、その省令の内容となるものも定めることができるという性質のものではございません。ただ、それ以外にある省令の内容を参考として県独自で地域の実情に応じて定める参酌条例ですとか、あるいは合理的理由があれば別な基準を定めることができる標準とすべき基準というふうな2つの類型がございます。

○伴専門委員

それはわかりますけれども、従うべき基準というのがやはり一番地域の実情に合わせて変えなければいけない基準ではないかと思っていたので、そういう趣旨の法律かなと思ったのですけれども、そうでもなかったわけですか。わかりました。

もう一つ、よろしいですか。

○石川会長

はい。

○伴専門委員

5疾病に精神障がい加わって、それについての医療計画をつくるというのはわかるのですけれども、この中に認知症も同時に考えていくものなのでしょうか。

○石川会長

はい、どうぞ。

○高橋保健福祉企画室企画課長

国の方からの指針では、認知症対策も含めてこの部分で計画を策定するとなっております。

○伴専門委員

解りました。

5 その他

○石川会長

大体予定の時間のようにございますが、次回はいつ頃になるのですか。まだわかりません。

○野原医療推進課総括課長

ご説明しましたとおり、本年度医療計画の策定年、またがん対策の計画、がんの計画なども策定する年でございますので、これらの進捗に合わせまして、後で方向性が固まった段階で開催していただくようになると思います。

○石川会長

今日はこれで終了いたします。どうもありがとうございました。

6 閉会

○佐々木医療推進課医療担当課長

以上をもちまして岩手県医療審議会を閉会いたします。どうもありがとうございました。