

けんせん医報



目次

●巻頭言 「医師の働き方改革」に思う

気仙医師会 副会長 いとう耳鼻咽喉科クリニック院長 伊藤 俊也… 2

●理事会報告…………… 3

■第6回理事会報告…………… 3

●会員の異動・退会のおしらせ…………… 7

●随 想

「癌告知とカルテ開示」…岩手県立大船渡病院附属住田地域医療センター

副地域医療センター長 一ノ瀬 高志… 8

「院内感染対策について」

岩手県立大船渡病院第1外科長兼感染管理室長 星 田 徹… 9

●各科のトピックス「肺がんの治療について」

うのうらクリニック 院長 鶴 浦 哲 朗… 11

●気仙医師会学術講演会…………… 13

●気仙地区糖尿病治療セミナー…………… 14

●平成29年度気仙医師会緩和ケア医療講習会…………… 15

●岩手県立高田病院新築移転…………… 16

●事務局日記…………… 17

●編集後記…………… 18

●表紙のこぼれ…………… 18



第145号

2018. 4. 25

気仙医師会

岩手県大船渡市盛町字内ノ目6-1

TEL:0192-27-7727 FAX:0192-26-2429

<http://kesen-med.or.jp/>

巻頭言



「医師の働き方改革」に思う

気仙医師会 副会長
いとう耳鼻咽喉科クリニック 院長

伊藤 俊也

「医師の働き方改革」は、安倍政権が昨年3月に公表した「働き方改革実行計画」を契機に検討が始まった。今国会、裁量労働制で物議を醸している「働き方改革法案」の趣旨は、労働人口が減少する中、あるいは育児や介護といった制約のある労働者が増えている中で、いかに効率よく成果を引き出していくか、その労働生産性の改善にある。医師にあっては医療の質を落とさずに、過労死、過労自殺を生むような過酷な労働環境を改善することである。

これまで日本の医療は、医師の使命感と献身的努力により支えられてきた。労働基準法に抵触する長時間労働を強いられても、医師法に定める応召義務のしほりなどがあり、長くこの問題に目をつむってきた経緯がある。改革による時間外労働規制の対象に当然医師も含まれるべきところではあるが、その特殊性から医師については特別に改正法の施行から5年後を目途に規制を適応することで検討が進められている。

実現すれば夢のような改革であるが、医師の仕事量を減らせば、当然代替の人員増あるいは多職種による穴埋めが必要になる矛盾を抱えており、人口減少社会の中で改革のハードルは極めて高い。また医師の働き方改革はそれ自体にとどまらず、今後の地域医療のあり方、医師の質や医療安全にも影響する。医師の需給や「偏在」是正、診療報酬のあり方とも密接に関係し複雑な問題を孕んでいる。

震災後、特に被災地では人口減少に拍車がかかり、医療職を含めあらゆる業種で労働力不足に陥っている。これは勤務医だけの問題ではなく、徐々にその数を減らしている地域の開業医にも非常に大きな影響を及ぼす。規制の内容によっては人員をさらに増やす必要に迫られ、求心力のある都市部に医療資源が集中し偏在がさらに加速、場合によっては地域医療の崩壊にもつながりかねない。

いずれにせよ改革は待ったなし。対策無きまま、最悪規制対象外の「高度プロフェッショナル制度」に括られてしまわぬよう行方を注視したい。

出席者：伊 藤 俊 也 副会長
日 時：平成30年 3 月11日（日）
午後 2 時30分

場 所：リアスホール
陸前高田市
出席者：鶴 浦 章 副会長
日 時：平成30年 3 月11日（日）
午後 2 時30分
場 所：陸前高田市総合交流センター

5) 平成30年度県立高等学校産業医の推薦について（遠藤稔弥産業保健部長）

平成30年度について、立候補での各高校の産業医を募ったが立候補者はなく、結論として大船渡高校を除き平成29年度と同様の医師をお願いすることとした。なお、大船渡高校については、当初、飯田民次医師が担当していたが、途中から体調不良で対応ができなくなったために遠藤産業保健部長に交替した経緯にあり、平成

30年度は、石倉功一医師にお願いすることで満場一致で了承された。

6) その他
平成30年度年間行事予定(案)について（事務局）
協議の結果、以下のとおり決定した。

○12月理事会
日時：平成30年12月19日（水）
午後 6 時30分

場所：大船渡プラザホテル
○忘年会は、理事会終了後に開催
○三師会新年交賀会
日時：平成31年 1 月16日（水）午後 7 時
場所：大船渡プラザホテル
○担当：気仙医師会

五 そ の 他
特になし

六 閉 会

会 員 の 異 動

富 澤 洋 子 先生 C 会員→B 会員
勤務先 岩手県立大船渡病院

会 員 の 退 会

盛 直 久 先生
退会年月日 平成30年 3 月31日

島 貫 政 昭 先生
退会年月日 平成30年 3 月31日（退職のため）

伊 藤 達 朗 先生
退会年月日 平成30年 3 月31日（転勤のため）

阿 部 正 和 先生
退会年月日 平成30年 3 月31日

増 子 俊 先生
退会年月日 平成30年 3 月31日

天 野 明 彦 先生
退会年月日 平成30年 3 月31日

随 想



「癌告知とカルテ開示」

岩手県立大船渡病院附属住田地域診療センター
副地域医療センター長

一ノ瀬 高 志

今では臨床の場で当たり前に行われている癌告知ですが、わたしが医者になった昭和50年代には身近に見聞きすることはほとんどありませんでした。

わたしが入局したのは東北大学附属抗酸菌病研究所（現在の加齢医学研究所）外科学部門でした。治療の対象はほとんどが悪性腫瘍で、中でも特に多かったのは肺癌でした。肺癌は今でも治りにくい癌の一つですが、当時は一般の人にはほぼ不治の病と考えられていました。肺癌患者の前で肺癌という病名を口にするのは禁句であり、ほとんどの患者には肺化膿症という診断名がついていました。手術可能な患者の場合にはそれなりに説明のしようがあるのですが、手術不能、遠隔転移あるいは術後再発の患者に対しての説明には日々苦悩しました。偽りの説明に終始する毎日が続き、今思い返すと、当時病棟で臨床に注いだエネルギーの大半が患者に嘘をつくことに費やされていたような気がします。

平成2年、学位を取得して医師3人体制の外科の2番手として関連病院に赴任しました。患者への病状の説明はほぼわたしに任されましたので、上司の了承を得て患者への説明に際しては嘘をつかない、隠し事をしないということを厳守することにしました。当初は進行癌や終末期の患者に対して告知することに悩むこともありましたが、余命が短い患者ほど時間的に余裕がないと考えるようになり、そういう患者にも積極的に告知するようになりました。ただし、その際注意しなければいけない点がいくつかあると思います。一つ目は必ず患者本人に病名、病状を聞きたいか否かを確認することです。患者によっては、聞きたくないあるいは心の準備ができていないという場合もあります。患者には知る権利がありますが、また聞かない権利もあります。二つ目は患者本人が聞きたいと思っても家族が聞かせたくないという場合の対応です。アメリカ式に本人だけに告知すればいいという考え方もありますが、患者と家族の関係が密接なことの多い日本ではそうもいかない場面

にしばしば遭遇します。病状説明の際には常に患者本人と家族が同席し、両者の考えが一致しない場合には、家族間の問題として双方が話し合った上で日を改めて説明することを提案することもありました。しかし、患者本人の意志が固い場合には最終的に家族が折れることが多く、実際に日を改めて説明しなければいけないケースはほとんどありませんでした。三つ目は患者に対して予後、余命告知をする際には極めて慎重でなければいけないということです。5年生存率や中間生存期間といった患者集団の予後は正確に予測できるかもしれませんが、患者一人一人の予後、余命に関しては正確な予測は困難なことがほとんどです。確たる根拠もないのに担当医師がいい加減な予後、余命を告知することによって、患者が苦しむようなことがあってはなりません。

癌告知を強力に後押ししたのがカルテ開示でしょう。従来の医師主体のパターナリズムから患者主体のインフォームド・コンセントさらにより患者の主体性が求められるインフォームド・チョイス、インフォームド・ディシジョンへの流れが一気に進んだのではないのでしょうか。平成11年に岩手県立病院がカルテ開示を始めるに際して、わたしも検討委員会の一員としてカルテ開示の要領の作成に関わりました。当初は委員全員が開示に総論では賛成ながらも、各論になると部分開示でいいのではないか、サマリー開示でいいのではないかなどと委員の間でも意見の食い違いが見られました。しかし最終的には委員会として意見が纏まり、原則カルテ全面開示の方針が出たことが懐かしく思い出されます。

今後も患者中心の医療の流れはとどまることはないと思われます。患者の自己責任が重くなるのは当然ですが、医師の側にも正確な診療情報を提供するための不断の勉強、治療に際して患者に寄り添う姿勢などがますます求められるようになることでしょう。

「院内感染対策について」

岩手県立大船渡病院

第1外科長兼感染管理室長

星 田 徹

大船渡病院で院内感染対策を担当しています。私が医師になった二十数年前は、MRS Aが蔓延し、外科病棟では傷や褥瘡の緑膿菌感染が多発といった時代で、科学的根拠に基づいた感染対策や抗菌薬の適正使用という点では現代の視点から見ると隔たりがあります。

MRSAが社会問題となった1990年代に院内感染対策加算が設けられ、その後 Infection control doctor (ICD)、Infection control nurse (ICN) 制度が生まれ、現在では多くの病院に専従のICNと多職種からなる感染防止対策チーム (Infection control team; ICT) が設置されています。

個人的には、臨床医として感染症治療には関わりながらも、病院全体の院内感染対策には無関心でいるうちに時代は変わっており、そして気が付けば自分が担当する立場になっていたという次第です。

以前は、手術前には熱心にブラッシングするものの、普段の手指消毒には無頓着な人が多かったように思います。現在はアルコール性擦式手指消毒が標準とされ、患者に触れる前後には必ず手指消毒することが推奨されています。相手は目に見えないものであり、自分が1回さぼったからといって何も起こらないだろう、とつい手指消毒を怠りがちですが、ひとつひとつの積み重ねで、MRSA検出率の低下などに代表される、現時点での感染制御の達成がもたらされているものと考えられます。

昔ほどではないとはいえ過剰な抗菌薬使用が散見されますが、現在耐性菌の増加が世界的な問題となっています。厚労省から2016年に『薬剤耐性対策アクションプラン』が出され、各種細菌の耐性率低下、抗菌薬使用量の抑制などを目標として掲げています。今後ICTと並んで抗菌薬適正使用支援チーム (Antimicrobial stewardship team; AST) の活動が重要となると考えられます。当院でも、カンファレンスを行い、カルバペネムなどの広域抗菌薬の不適正使用を抑制する活動を行っています。内服についても、例えば経口第三世代セフェムが現状として広く用いられているにも関わらず、スペクトラムが対象微生物に合致せず、体内への吸収が悪いため、ほとんどの場合不適正使用となっているという問題があり、採用薬削除などの対策を行っています。

また、外来診療を対象に厚労省から『抗微生物薬適正使用の手引き』が出されました。これは急性気道感染症と急性下痢症に関して薬剤使用の指針が示され、ともすると抗生剤処方を求める患者への説明例も示されており有用と思われます。厚労省サイトからダウンロード可能ですのでご参照ください。

感染対策は一病院内で完結するものでなく、県立釜石病院・高田病院との連携も行っています。地域での取り組みも重要となってきますので、今後ともよろしくお願いいたします。

各科のトピックス

「肺がんの治療について」

うのうらクリニック 院長 鵜 浦 哲 朗

まず、肺がんの疫学の現状ですが、日本人の二人に一人ががんになる時代です。日本人の死因の第1位はがんですが、すべての部位のがんのうち五人に一人、20%の死因は肺がん単独です。特に男性においては、25%、四人に一人は肺がんで亡くなっています。肺がんの特徴は、見つかったときに進行がんが多い、半分以上の患者さんは手術できないということです。そのため、治療に際しては、手術療法、放射線療法、化学療法をきちんと使い分けていく必要があります。

肺がんの治療については、この10年間で目覚ましい進歩がみられています。特に化学療法において、分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬が導入されたことにより、Ⅳ期の患者さんに、今までに経験したことのないような予後の延長が認められており、大きな恩恵がもたらされています。そこで、肺がんの治療についておさらいをしてみたいと思います。

手術療法は、非小細胞肺がんのⅠ期、Ⅱ期、切除可能なⅢA期の症例で選択されます。肺葉切除が基本で、肺門と縦隔のリンパ節郭清をするのが標準手術です。手術療法の進歩としては、胸腔鏡手術の一般化により、患者さんへの侵襲の軽減が図られています。

次に、放射線療法ですが、放射線療法は、根治切除が困難なⅢA期とⅢB期の症例で、化学療法と併用されるのが一般的です。放射線療法の進歩としては、重粒子線や陽子線といった線種の選択肢が広がり、また、ターゲットの部位だけに正確に照射し、正常な肺組織ができるだけ温存されるようになり、照射技術の精度は格段の向上が認められます。

化学療法は、全身療法としてⅣ期の患者さんに行われるのが主体ですが、Ⅳ期以外の患者さんにも、手術前に抗癌剤を使用して腫瘍縮小させ、手術による完全切除を目指す術前化学療法や、完全に切除できた症例を対象に、微小転移の増殖抑制による無再発生存期間や生存期間の延長を目的とした術後化学療法も実施されています。標準治療として治療レジメンが確立されており、肺がんの術後化学療法としては、術後病理Ⅰ期ではテガフル・ウラシル配合剤療法が、Ⅱ期、ⅢA期ではシスプラチン等の白金製剤を併用する化学療法が勧められています。

ここで、分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬についてふれておきましょう。この10年で新たに開発された抗癌剤は、その大半が分子標的治療薬です。分子標的治療薬は腫瘍細胞の標的分子に対して特異的な作用を発揮することにより、がん細胞の増殖、分化、転移などの機序を障害することで治療効果を示します。また、腫瘍栄養血管の増殖を抑制することにより腫瘍自体の栄養状態に障害をを起こして腫瘍縮小を示

すこともあります。E G F R（上皮成長因子受容体）変異肺がんに対するゲフィチニブ（イレッサ）、エルロチニブ（タルセバ）などが前者であり、腫瘍血管新生阻害薬であるベバシズマブ（アバスチン）などが後者になります。免疫チェックポイント阻害薬は、がん細胞が発現するP D-L1に対する抗体です。P D-L1は、T細胞が発現する免疫チェックポイント受容体であるP D-1と相互作用して、T細胞の活性化を抑制して免疫能を低下させます。免疫チェックポイント阻害薬であるペムブロリズマブ（キイトルーダ）の投与により、T細胞に対するブレーキが外れ、T細胞による抗腫瘍効果が発揮されるようになります。

当初は、これらの作用機序から特異的抗腫瘍効果と有害事象の軽減に大きな期待がよせられました。しかしながら、有害事象の点では正常臓器にも多彩な有害事象が観察され、必ずしも作用ががん細胞特異的とは考えられない薬剤が多いことも判明してきました。従来の細胞障害性抗癌剤でみられたような脱毛や悪心、嘔吐などの有害事象は比較的軽いのですが、一方で、下痢や皮膚障害などの有害事象が強く現れたり、間質性肺炎や動静脈血栓症などの重篤な有害事象が生ずることがわかってきました。分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害薬は、従来の抗癌剤に抵抗性である病態に対しても画期的な治療効果を示し、Ⅳ期の患者さんにとって、今まで経験のない生存期間の延長という大きな恩恵をもたらしました。その一方で、特異な有害事象に対する十分な観察と早期の対応が必要であること、薬剤費が高額であることが、問題点として指摘されています。

非小細胞肺がんⅣ期の化学療法ですが、長らく細胞障害性抗癌剤がその中心を担ってきました。しかし、分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害薬の登場により、細胞障害性抗癌剤との比較において新規薬剤の有効性が示されています。治療方針の決定に際しては、分子診断による3つのサブグループのどれに属するのかを診断することが必要になります。1) E G F R遺伝子変異陽性、A L K遺伝子転座陽性の遺伝子変異陽性例、2) P D-L1発現率(≥50%)例、3) それ以外の例。サブグループの決定により患者さんの全身状態、年齢を考慮して治療方針が決められます。Ⅳ期の化学療法は、一般に生活の質（Q O L）の向上と生存期間の延長が目的であり、現状では治癒を目指すことはできません。抗癌剤の使用にあたっては、期待される治療効果と有害事象を含めたリスクとのバランスを考慮して、適応を判断する必要があります。前治療歴や全身状態、臓器機能などを十分に吟味して治療法の選択を行うことになります。一次治療、二次治療という順次治療により、長期にわたり治療効果を継続させることが重要になっており、治療開始時から全治療期間を意識して治療計画を立てることが必要になります。

2月に気仙医師会学術講演会で講演をいただいた前門戸任教授は、昨年4月に岩手医大呼吸器・アレルギー科に赴任されました。先生は、肺がんの分子標的薬治療の第一人者であり、E G F R遺伝子変異陽性の進行非小細胞肺がんを対象に、通常の化学療法群とイレッサ単独投与群を比較して、イレッサ単独投与群で有意に無増悪生存期間が延長することを世界に先駆けて発表されました。この岩手の地で、肺がん治療がさらに発展することを願います。

気仙医師会学術講演会

◎日時：2018年2月8日（木） ◎会場：大船渡プラザホテル

演者：岩手医科大学 内科学講座 呼吸器・アレルギー・膠原病内科分野 教授

前門戸 任 先生

■演題：「進歩する分子標的薬治療の実践」

- ・肺がんの治療法の歴史を紹介

昔は化学療法だけであったが近年は、より個別化した治療を行うために遺伝子変異を調べる検査の必要性が高まってきた。例えばEGFR遺伝子変異とALK融合遺伝子のこれらの検査である。

- ・EGFR遺伝子変異があれば分子標的薬（EGFR-TKI）が使用されるが、その効果に関してはEGFR（+）の場合はEGFR阻害薬の効果は100倍。そのEGFR-TKIの中でも効果の違いがある。例えば第1世代のEGFR-TKIは可逆的阻害、第2・3世代のEGFR-TKIは不可逆的阻害であるので効果に差が出てくるのではない。

- ・EGFR陽性非小細胞肺がんの耐性機序としてEGFR T790M変異がある

→オシメルチニブの作用機序はこのT790M変異に対して不可逆的阻害をする。

（従来のEGFR-TKIと比べ皮疹が少ないが間質性肺疾患には十分注意しなければならない）

- ・オシメルチニブのphaseⅢ試験であるAURA 3試験を紹介され、無増悪生存期間がオシメルチニブ群では優れていた。またオシメルチニブではCNS（脳）転移も良い結果が得られた。脳だけでなく別の報告ではオシメルチニブは肝転移へも効果があることが経験から得られた。

- ・オシメルチニブの耐性機序として、C797S耐性変異も起きていることが分かってきた。

- ・EGFR-TKI耐性後の治療シーケンスについて

もしT790M変異陽性が得られればオシメルチニブの高い治療効果を患者さんに届けることができる。もしEGFR-TKI耐性後に化学療法を行った患者さんについても、化学療法前後、化学療法中でも何回もT790Mを検査していくことが必要ではないか。

- ・癌患者さんにおける血中循環腫瘍DNAは多い。

- ・EGFR遺伝子変異（T790M変異）検査は、組織や血液検査（血漿検査）で行なっている。

- ・エコーガイド下（呼吸に合わせて針を刺す）の紹介

- ・岩手医大では迅速細胞診をやっている（宮城がんセンターではできなかったが岩手医大ではできる）

- ・免疫療法についての紹介

- ・喫煙・ドライバー遺伝子について紹介され、各癌腫における遺伝子変異の多様性 メラノーマの次に非小細胞患者さんが多いとお話された。

- ・非小細胞患者さんにおける効果予測因子についての紹介

- ・喫煙者に関しては免疫療法、化学療法効きやすい可能性が高い。

- ・ILDの鑑別方法…熱だけ、咳だけだったりの時もあり鑑別が難しいので注意が必要である。

（事例）免疫チェックポイント阻害剤で便秘→意識障害→髄膜炎だったことがあり、免疫チェックポイント阻害剤（EGFR-TKIも）の処方中には十分患者さんの症状に注意する必要がある。 以上

気仙地区糖尿病治療セミナー

◎日時：2018年3月7日（水）19：00～20：40 ◎会場：大船渡プラザホテル 1階「鳳凰の間」

演者：東北大学病院糖尿病代謝科 助教 澤田 正二郎 先生

■演題：糖尿病治療における基礎インスリン療法の重要性

1921年（今から約100年前）に発見されたインスリンは「20世紀最大の医薬品の発明」といわれる。

インスリン発見以前の時代には「糖尿病」は急性代謝失調で死亡する疾患であった。その後、インスリン製剤には改良が加えられ、現在では超速効型インスリン、速効型インスリン、持効型溶解インスリン、中間型インスリン、混合型インスリンなどが使用される。

それぞれのインスリン製剤は、皮下注射した際の効果発現時間と作用持続時間に違いがあり、異なるインスリン製剤を組合せて使用することもできる。

「超速効型インスリン1日3回＋持効型溶解インスリン1日1回」は生理的なインスリン分泌動態を模倣する治療法であり「インスリン強化療法」とも呼ぶ。「持効型溶解インスリン1日1回＋経口糖尿病治療薬」はBOT（Basal-supported Oral Therapy）と呼ばれ、経口糖尿病薬では高血糖を抑えられない際、外来診療でできる2型糖尿病治療の次の一手である。我々は、これらのインスリン製剤を使用して合併症予防のための目標であるHbA1c 7%未満を目指したい。

持効型溶解インスリンの中でも2013年に上市されたインスリンデグルデクはインスリン作用持続時間が長く（>42時間）、従来の持効型インスリンのようなインスリン作用ピークがないため、低血糖（とくに夜間低血糖）が起きにくい。さらに、インスリン作用の日間変動が小さく、毎日注射が必要なインスリンユーザーにとってはまさに信頼できる持効型インスリンといえる。また、インスリンデグルデクはDEVOTE試験（7637名の心血管ハイリスク2型糖尿病患者、グルルギンを対照とした二重盲検試験）で心血管疾患の安全性を証明した。

最新、持効型溶解インスリンとGLP-1受容体作動薬の併用療法が広く行われるようになってきた。持効型インスリンは主に空腹時血糖を制御し、GLP-1受容体作動薬は主に食後血糖を制御するため、両者の併用は最適の組み合わせである。実際に多くの臨床研究において持効型インスリンとGLP-1受容体作動薬の併用は、HbA1c改善効果が強く、体重増加をきたさず、低血糖が起きにくいと報告されている。

GLP1受容体作動薬の一つであるリラグルチドはLEADER試験（9340名の2型糖尿病、プラセボを対照とした二重盲検試験）において心血管イベントを有意に抑制したことから、心血管疾患を合併する2型糖尿病には積極的な使用が考慮されるべきである。

最後に、インスリンライゾデグはインスリンデグルデクとインスリンアスパルトを7:3で含有する配合溶解インスリンアナログ製剤で、従来のミックス製剤（30ミックス等）と比較して以下の長所がある。

1）ミックス製剤のような懸濁インスリン溶液ではないため自己注射前の攪拌が不要、2）インスリンデグルデクが70%含まれているため基礎インスリンが優れている、3）デバイスがフレックスタッチを採用しており使用しやすい。以上の特徴を生かして、インスリンライゾデグは1日1回または1日2回の自己注射で、適宜、経口糖尿病治療薬と併用しながら使用する。このような新しいタイプの基礎インスリン製剤の登場により、糖尿病治療はまた一歩向上し糖尿病患者の健康に貢献したが、全糖尿病患者が良好な血糖コントロールを得られているわけではなく、さらなる治療法の開発が望まれる。

平成29年度 気仙医師会 緩和ケア医療講習会

◎ 日 時：平成30年 3月13日（火） 19：00～20：20

◎ 会 場：岩手県立大船渡病院 3階 大会議室



講師 岩手県立大船渡病院緩和医療科

科長 村上雅彦先生

演題 「震災から学んだ緩和ケア」



平成30年 3月13日（火）岩手県立大船渡病院を会場に、平成29年度 気仙医師会主催の緩和ケア医療講習会が開催されました。気仙医師会の岩渕正之総務部長が座長を務め、滝田有会長からの主催者あいさつに続き、岩手県立大船渡病院緩和医療科科長村上雅彦先生からご講演をいただきました。

講習会では、痛みが不眠や不安を増強させること、患者さんや家族の方々との信頼関係の構築、家族ケア・支援者へのケアなど他人の痛みに共感することの大切さ、心が体に及ぼす影響など東日本大震災とのこととつなげて講演をいただきました。

当日は、気仙圏域の医師、薬剤師をはじめ行政や医療法人、社会福祉法人、介護施設など地域の医療保健福祉関係に従事されている方々約50名の参加のもと、予定の時間を超えて行われました。



岩手県立高田病院新築移転



東日本大震災の津波で陸前高田市気仙町にあった旧病院が全壊し、平成23年7月から米崎町の仮施設で診療していた県立高田病院の新病院が平成30年3月1日（木）に開院しました。

鉄筋コンクリート2階建ての新病院は海から約2キロ離れた標高約50メートルの氷上山麓地区の山を切り崩した高台造成地に建てられ、延べ床面積4265平方メートル、一般病床は60床、内科、外科、小児科、整形外科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科の8科となっております。

3日間稼働できる自家発電装置や7日間給湯できる地下タンク、出力20キロワットの太陽光発電装置など、震災を教訓にした設備も導入されており、駐車場は164台分のスペースを設け、敷地内には鉄筋コンクリート3階建ての医師と職員の公舎（40戸）も整備されております。また、道路を挟んだ隣接地に陸前高田市保健福祉総合センターが整備される予定です。

高台に新築された県立高田病院は陸前高田市民、職員の方々、そして気仙地域の明るい希望の象徴です。今後、県立大船渡病院、開業医、福祉施設と連携し、これからも長く続く気仙地域の復興を末永く支えていただけるよう、災害に強い安定した病院経営が期待されます。

