

福島県病院協会ニュース

発行所：一般社団法人 福島県病院協会／発行人：佐藤勝彦／発行日：令和6年1月29日(月)

〒960-8036 福島市新町4-22(福島県医師会館3階)／TEL 024-521-1752／FAX 024-521-2986／URL <https://fukushima-ha.or.jp/>

第50号

太田西ノ内病院の今と未来へ地域医療への貢献

一般財団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院 病院長 高橋 皇 基



この度二〇二三年四月一日付
けを持ちまして、新保卓郎先生
の後任として太田西ノ内病院の
病院長に就任いたしました。福
島県病院協会の皆様には常日頃
より大変お世話になり、誠にあ
りがとうございます。

私は一九九三年に福島県立医
科大学心臓血管外科に入局い
たしました。大学で研鑽を積み、
横山斉教授のご高配により新東
京病院で修業し、二〇〇八年よ
り当院に赴任いたしました。当
時、心臓血管外科部長(現太田
熱海病院 病院長)の丹治雅博
先生にご指導いただき、心臓外
科医として独り立ちすることが
出来ました。二〇一五年より心
臓血管外科部長、二〇二一年よ
り副院長の任を預かり、本年病
院長を拝命いたしました。

当院は地域の中核病院として
高度な急性期医療を担っていま
す。一八九五年(明治二十八年)
の創立以来、地域の皆様の健康
を支えるために、職員一同努力
してまいりました。高度な急性
期医療を担うために救命救急セ
ンターを運営しているほか、地
域がん診療連携拠点病院、新生
児集中治療室を持つ地域周産期
母子医療センター、福島県中
地域の災害拠点病院、基幹型臨
床研修病院として高度な病院機
能を維持しています。また、近
年の医療技術の進歩に対応する
ために、手術支援ロボットダ
ヴィンチも本格的に稼働してい
ます。高度急性期医療機能を有す
る当院では、時間外であっても
多くの部門が稼働し、待った無
しの地域急性期医療に高いレベ
ルで対応しています。そこには
濃密な人の配置が必要であり、
昨今の医療人材不足、働き方改
革に対応するために、病院長と
して難しいバランス管理を要求
されています。

病院長を拝命し半年が経過し

ました。多くの課題に対し進
捗状況を職員と共有しながら解
決に向けた取り組みを進めてい
ます。病院長の任務は、職員が
働きやすい職場環境を整備する
こと、一人一人が医療人として
キャリアアップのできる病院にす
ることです。職員が活躍するこ
とで、病院の機能は向上し、地
域医療への貢献度が増します。
結果、病院の収益が改善し、さ
らに働きやすい職場へと良いサ
イクルが生まれます。私が思う
病院長の日常は、「天の時」「地
の利」「人の和」になぞらえて
みると、事を起こすタイミング、
自身がおかれた環境要因、自身
がもつ人脈や同志など、多くの
限られた因子に左右されながら
悪戦苦闘する感じです。半年を
振り返り、なかでも最も重要な
のは「人の和」であることを
日々実感しています。太田西ノ
内病院には多くの人材がそろっ
ています。ただ、「働きにくさ」
を感じさせている多くの因子に
より、病院全体に元気がない場
面を目にします。この「働きに

くさ」を形成するものは、「職
場環境」「福利厚生」「キャリア
アップ支援」「人間関係」「収
入」「将来性」に対する不満や
「コロナ対応などの予期せぬ負
担」「日常的な忙しさ」などの
身体的かつ精神的な負荷があり
ます。病院長として継続的に取
り組んでいきたいと思えます。
病院を取り巻く環境につきま
しては、高齢化が急速に進み、
独居のお年寄りや老々介護と呼
ばれるご家庭を日常的に目にし
ています。急性期医療を提供す
ることは命に直結する重要な任
務ですが、一方で高齢の患者
さんのニーズはQOL+QOD
や早期在宅復帰が主体である場
合も多く、病床機能分化による
早期退院と在宅復帰促進がとて
も重要です。今後ますます、急
性期医療と慢性期および回復期
医療の効率的運用が必要であり、
病院完結型から他施設協力によ
る地域完結型(循環型)への移
行が必要です。太田綜合病院と
して、太田西ノ内病院、太田熱
海病院、老健桔梗、その他関連
する各事業との連携を強化し、
同時に地域の医療機関との連携
を緊密にとらせていただき、地
域医療への貢献を果たしていま
います。福島県病院協会の皆様
には、今後ともご支援ご鞭撻を
どうぞ宜しくお願い申し上げます。

会津地域の医療を守るために

会津中央病院 病院長 前田 佳一郎



二〇二三年四月一日に、二十年以上にわたり病院長として当院の発展や会津地域の医療のために貢献されてきた武市和之先生の後任として、一般財団法人温知会会津中央病院の病院長に就任いたしました。福島県病院協会の皆様には常日頃から大変お世話になり、感謝いたしております。

自分は一九九〇年に東京大学医学部を卒業後、当時は現在と違って臨床研修制度がなかったため、そのまま東京大学脳神経外科学教室に入局しました。そ

の後大学及びその関連病院で臨床経験を積み、一九九六年に脳神経外科の専門医を取得しました。その後、当時の桐野高明教授の紹介でドイツのマックスプランク研究所に留学させていた

だき、脳虚血下の脳代謝や脳血流、及び遺伝子発現に関して研究しました。それもあってその後は脳血管障害に興味を持つようになり、臨床では主に脳動脈瘤の開頭手術やカテーテル治療などを行ってきました。

また病院長就任前は副院長として、当院の医療安全担当責任者をしていました。今回の院長就任にあたり、東京大学医学部附属病院の病院長を四年間務めた脳神経外科の斎藤延人教授からお祝いをしていただきましたが、その際に院長として最も大切なことは医療安全を守ること

だと言われ、医療安全の大切さの重みを感じるとともに医療安全責任者としての経験が今後活かさればと考えています。

さて、当院は一九七七年四月一日に開設されました。急性期型病院として、救命救急センター、地域災害医療センター、東北ブロックエイズ拠点病院、臓器提供施設等の指定を受けています。特に救急部門は、高度救命センターを中心に各領域の疾患に対応できるように外傷再建センター、脳卒中センター、循環器病センター、消化器病センター等の機能整備をし、地域のニーズに添えています。また

二〇二二年七月には、福島県立医科大学との連携のもと「がん治療センター」を立ち上げ、がん治療に対する手術療法、化学療法、放射線治療、緩和医療な

ど総合的に対応できる体制を整えました。

福島県の中でも会津は住民の高齢化がいち早く進んでいきます。そのためこしばらくは介護を要する高齢者の増加は避けられません。当院は関連法人に介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション等を有しており、それらを通して地域の住民の生活の安定に貢献したいと考えています。

当院の差し迫った課題は、県内のいくつかの病院も同様の問題を抱えていると思いますが、医師を始めとした医療従事者の確保です。当院の位置する会津若松市は新幹線停車駅ではないため、関東圏の医師に赴任してもらおうのが年々難しくなっています。厚生労働省は働き方改革を二〇二四年四月から実施するとして進めています。医師の偏在に関しては有効な対策は未だ実行されていません。また少

子高齢化に伴い、会津地方のよくな過疎地では出生数の減少が都市部に比べて著しく、看護学

校入学者数も減少傾向が止まりません。結果として会津で働く看護師数も減少し続けています。病院事務員も、すでに報道

でご存知の方も多いと思います。比較して低く、募集しても集まらなくなってきました。国はそれを知っているものの、来年予定されている診療報酬改定で従業員の給与を上げることが可能にする改定を行うかは不明瞭な現状です。なるべく現場の意見を拾い上げて労働環境を改善し、職員に働く意欲を上げてもらい、さらに給与や休暇など職員の待遇を改善して離職率を下げていかなければ、病院として生き残っていけないと考えています。

最後になりますが、当法人の名前「温知会」の由来は「温故知新」故きを温(たず)ねて新しきを知るということです。医療の安全性や有効性を過去の経験や知見から学び、それをもとに最新で良質な医療を提供していきたいと考えています。

病院紹介⑤

医療法人 明信会
今泉西病院



病院長 福田 茂

◆概要

所在地…福島県郡山市朝日二丁目一八―八

開設年月…一九八二年四月

診療科目…内科、消化器内科、循環器内科、外科、肛門科、整形外科、眼科、麻酔科、リハビリテーション科、皮膚科、メンタルヘルス外来

病床数…一五八床（一般病床七一床、地域包括病床四五床、療養病床四二床）

◆沿革

一九八二年四月 病院開設（内科、外科、眼科 五〇床）

一九八二年十一月 病床増床計一〇〇床

一九八三年六月 救急告示病院指定

一九八五年七月 整形外科標榜

一九八五年九月 看護師寮竣工（職場保育室併設）

一九八八年四月 西病棟竣工

計二五五床（小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科標榜 計八科となる）

一九九二年十二月 医薬分業開始

一九九四年四月 輪番制二次救急担当開始（毎週水曜日内科、外科）

一九九七年一月 週休二日制導入

二〇〇一年三月 五階病棟改修病床使用許可 一九三床となる

二〇〇二年十月 病床区分届出（改正医療法による） 一般病棟一五三床

二〇〇二年十二月 療養病棟開設四〇床

二〇〇三年四月 麻酔科標榜

二〇〇五年二月 地域連携室設置

二〇〇五年三月 病床使用許可変更 一五八床（一般病床一六六床、療養病床四二床）

二〇〇六年十二月 病院機能評価 [Ver.4.0認証]

二〇〇九年七月 介護通所リハビリテーション開所

二〇一三年二月 病院機能評価更新 [Ver.6.0認証]

二〇一四年十月 地域ケア病床設置 一五床

二〇一五年八月 地域ケア病床

設置 二〇床

二〇一六年十月 地域ケア病床設置 三〇床

二〇一八年九月 地域ケア病床設置 四五床

二〇一九年四月 電子カルテ導入

二〇一九年九月 みなし訪問看護開始

二〇二三年六月 訪問看護ステーション開設

◆理念

安全 安心 まごころの医療・介護

◆基本目標

私たちは

一、患者様の意思を尊重し、明るく親身に接します。

二、他施設と連携し、地域住民の健康を守ります。

三、良質な医療サービスのため、日々研鑽に努めます。

四、働き甲斐のある職場を創り、健全経営に努めます。

◆受信される皆様の権利

一、良質な医療を受ける権利

二、納得する説明を受ける権利

三、自己決定の権利

四、十分な説明と情報提供を受けた上で、自分の意思で治療

方法を決定したり、拒否したり、他医療機関を選択する権利があります。

四、プライバシーが守られる権利

診察の過程で得られた個人情報やプライバシーが厳密に保護される権利があります。

◆現状と今後の展望、そして：

地域医療構想が現在の医療界をけん引している。端的に言えば、限られた医療資源、少子高齢化社会を踏まえた効率的な医療提供体制を構築していくことであろう。

総合病院が整備された郡山市では急性期病床が充足されていると指摘されている。二〇〇床未満の当院は回復期を中心とした病床機能を目指している。郡山市の輪番制の二次救急も担当しているため、一部広域的な急性期病床を持ち、更に医療ニーズの高い慢性期病棟を併せ持っている。回復期を目指す以上、在宅医療にかかわることは必須である。訪問診療、訪問看護、訪問リハ等々であるが、マンパワー不足は喫緊の課題と言わざるを得ない。

地域医療構想での病床機能の分化は、地域の要求や現状を判断することで自ずと答えが出てくるように思うところである。病床機能の分化後にその連携を

いかに推進していくかは、地域医療構想を構築していくために特に重要と思われれます。またそのためには、二次医療圏内での情報共有を密に図っていくことが必須であろう。孟子の言う天・地・人を深く考えていくところから。

少子高齢化が指摘されてから久しいが、人口は益々減っていくだろうし、二〇四〇年には一億一千万人足らず、二〇五〇年半ばには一億人を割ると推測されている。入院患者の多少の増加は期待できるが、その後は人口動態に従って減っていくことは避けえない事実であろう。人口構造の変容は、医療に直接あるいは間接的に甚大な影響を及ぼすはずである。財政面も明らかであるが、特に人的資源の制約が問題である。生産性の向上を図ることが必要であるが、実際は決め手がなく難しい問題であると思う。

IT化、AI導入、DX推進など、ビジネス社会では急加速している。今後絶えずグローバルに発生すると思われるパラダイムシフトへの対策を講ずることが、医療分野においても必須なのではないでしょうか。現状の難関を乗り越える手段がそこにあるように感じているところです。

間質性肺炎診療における当院の取り組み

坪井病院 呼吸器内科医長 小野 紘 貴



一、間質性肺炎診療における当院の取り組み

間質性肺炎は病変の主座が肺胞領域、細気管支領域の間質に認められる間質性肺疾患のうち、急性、亜急性、あるいは慢性に肺胞間質の線維化を特徴とする疾患群が間質性肺炎です。原因不明のものから薬剤、膠原病など原因が明らかでない二次性のものまで多種多様であり、原因を特定できない間質性肺炎は「特発性間質性肺炎」と呼ばれ、現在、六つの主要な特発性間質性肺炎、二つの稀な特発性間質性肺炎、分類不能の特発性間質性肺炎の九型に分類されます。このように間質性肺炎の原因や種類は多岐に渡るため、間質性肺炎が疑われた際は、できるだけ速やかに専門医に相談・紹介し、

専門的な検査・診断・治療が必要です。しかしながら専門医や専門施設は大都市に集中しており、地方医療においては専門外の医師がその診療に当たらないければならないことも稀ではありません。そういった現状を踏まえ、二〇一八年一月より、福島県初の『間質性肺炎・肺線維症センター』を開設し、間質性肺炎の診断・治療に精通した医師が、患者様一人ひとりに合った治療を提供しております。また、福島県立医科大学（呼吸器内科）と連携を取りつつ、大学の水準と同等の医療を提供できるように日々努めています。

二、間質性肺線維症センターの診療内容と実績

間質性肺炎の診断において最終診断の精度を高めるには、間質性肺炎の診断に精通した臨床医、放射線画像診断医、病理医による集学的検討（multidisciplinary discussion: MDD）が重要とされます。そのため当院では入院で精査を行い、適応と必要性が高い場合は、外科的肺生検（胸腔鏡下肺生検）を行うこともあり、これまでに

約二〇〇名の患者さんに対し肺生検を施行しております。また画像及び病理診断も院内のみではなく、他院の専門医師へもコンサルテーションを行うことで質の高いMDD診断を可能としています。二〇一八年一月から二〇二三年一〇月までに一〇〇〇名を超える患者さんの診療にあたっております。

三、多職種連携

当院の間質性肺炎・肺線維症センターは、医師三名・看護師九名・理学療法士三名・作業療法士一名・薬剤師二名・臨床検査技師一名・ソーシャルワーカー二名・管理栄養士一名・歯科衛生士一名からなる多職種のチームで構成されており、間質性肺炎患者が精査あるいは治療目的で入院されると、各部署の専任担当者を中心の一連の業務に当たり、迅速かつ適切な診療を可能にしています。

従来のチーム医療では、医師が中心となって治療方針を決定し、他の医療職種は医師の指示に従って治療を行うことが一般的でした。しかし、様々な病態や経過があり、必要な介入も異

なる中で、各職種は役割を能動的に考えて行動する必要があります。医師に依存している形だけの組織ではなく、医療職種がそれぞれの専門性を活かし、患者さんの病状や治療方針について話し合い、連携して治療を行うことで、患者さんにとって最適な治療を提供することができ

四、患者会の立ち上げ

二〇二三年七月より、当院では患者さん主導の患者さんのための会である、間質性肺炎患者会『一期一会』を発足いたしました。

現在様々な医療の現場で問題となっている患者さんと医師とのコミュニケーションギャップを埋めていく努力が必要とされていますが、患者会を立ち上げることにより、患者さん同士の本音や普段医師に質問できない内容なども共有でき、我々医療従事者も大きな気づきとなっています。間質性肺炎診療に限ってませんが、日常臨床では、どうしても医療者を中心とした治療に陥りがちですが、より質の高い医療の提供のため、主役である患者さんの意見や視点を取り入れることは非常に重要であると考えます。

五、非がん緩和ケア

近年では良性疾患においても緩和ケアの重要性に注目が集

まっています。なかでも間質性肺炎は、薬物治療の効果が少なく、慢性進行性に悪化する場合があります。強い息切れのため日常生活が大きく障害されるため、緩和ケアを必要とする症例を多く経験します。しかし、癌領域での緩和ケアと比較すると、予後予測の難しさも相まって、依然として導入までのハードルの高さが垣間見られます。そこで当院では二〇二〇年一〇月より、非がん患者さんにも提供できる緩和医療をコンセプトに、非がん緩和病床を開設しました。慢性呼吸器疾患認定看護師を中心に、緩和ケアを必要とする患者さんに対し、モルヒネや抗不安薬といった薬物療法の積極的な導入に加え、アドバンスケアプランニングの作成など、最後の最後まで『診切る』診療を目指しております。

六、最後に

間質性肺炎は急性期から終末期まで長い臨床経過をたどるため、患者さんを最後まで診療していくことで、ご本人、ご家族ならびに紹介元の非専門医や開業医の先生方も安心でき、信頼関係が築かれていると感じております。今後もこの診療を継続するため日々努力を行いながら、地域医療に貢献できる坪井病院間質性肺炎・肺線維症センターを目指してまいります。

葬送、その様変わり

呉羽総合病院 理事長・病院長 緑川 靖彦



どんなに時代が混迷しても、

確実なことが一つある。それは私たちの誰もが例外なく、いずれは死ぬ、という事実である。

自分自身がいずれ消えてなくなること、明確に理解しながら生きていかなければならない。そんな生物は他にはいないだろう。その宿命を命題に生きる人類は、ある意味不幸な存在ともいえるのかもしれない。

弔いや宗教は、そんな死という「理不尽」を乗り越えるために生み出されたものであるとも考えられている。太古の昔から死者を埋葬していた証拠が世界各地で見つかっている。以後人類は、いかなる地域、いかなる民族であれ、なんらかの形で死者を弔ってきた。死に対する振る舞いこそが、人類と他とを分

かつ、分水嶺ともいえるものである。

自分が死んだ後どうなるかは誰にも分からない。しかし、自分の属する共同体が、敬意をもって、大切に死者を扱う姿を見ていれば、人は、死への本源的な不安を、和らげることができるとはならないか。

最近、新聞などに載っている「お悔やみ情報」では、家族葬でないしは近親者で執り行いました、といった文言が目立ってきました。これは「コロナ禍」を契機に急増した様に感じられるのは私だけであろうか。

国立歴史民俗博物館教授 山田慎也氏によると、新型コロナウイルスによって、家族葬など、葬儀が一気に小規模化したように見えるが、この流れ自体は一九九〇年代後半から続いてきたもの。コロナはその流れを加速させた。り、正当化したりしたにすぎない。

以前から経済的、精神的な負担や檀家制度の弱体化などひびみは大きくなっていったが、なんとか覆い隠して維持されていた。

それが隠せなくなった。葬儀の知らせは、死を知らせることでもある。九〇年代までは、知らせを受けた人は集まるという前提があり、集まった人たちが、故人を中心とした人間関係を再構築する場でもあった。儀礼は、社会を統合すると同時に、ときに争いをも引きおこす。人間関係の嫌な部分も含めて現実を受け止め、今後の関係を確認し、普通の生活に戻っていった。ところが死の知らせも来なくなれば、残されるのは無関心だけである。

葬式は、親しかった人や家族が集まって故人を弔い、永遠の別れを告げる儀式である。最近では、その規模が小さくなり、簡素になってきていると言われている。家族をどう見送るか、自分はどう見送ってほしいか、誰もが経験せざるを得ない人生のイベントについて考えた。

葬式という儀式が、最近では、社会から徐々に姿を消していく傾向にある、といわれている。それにともなつて、国や企

業といった共同体を動かす組織文化も壊滅していくのではない。葬式で大切なのは、根回しの技術と言われる。席順や進行などで関係者の意思を忖度しながら確認し、遺漏なく不満が出ないような形をつくる。故人なき後の社会へと少しずつ移行する。葬式を仕切れるかどうかで後を継ぐ者たちの手腕が試される、ともいわれてきた。「根回し」に象徴される「人の心を集約する技術」が社会から失われていきはしないか。それは共同体文化の崩壊をも意味するかもしれない。

土葬のころは、家で棺に入れ、埋葬する土地まで葬列を組んで歩いた。小生も小さい頃、実家の片田舎で経験がある。それを見送ったものがある。その際には、少なくとも死者に心より寄り添った、思いを馳せていた。一方、英国の国葬では、壮大な葬列を組んで厳かに執り行われたが、あれこそ、葬式の核心といわれる。それが社会にとつて、どれほど大切なことか。本邦では、こうした形の葬式という経験がなくなってきた。何かしら大事なものを失ってきているように思える。

誰にも看取られずに遺体や遺骨の引き取り手がない、あるいは引き取りを拒否されるという「孤独死」や「無縁死」が

社会問題化している。大阪大学、片桐直人氏は、人が死に、それを弔う一連の過程を支える秩序を「弔う秩序」と呼び、秩序が変容する時代の課題を研究している。明治期、「イエ」制度の下で、祖先祭祀が国民道徳の基礎として位置づけられ、それに支えられた慣習や習俗の下で「墓は家で継承しなければならぬ」といった「弔う秩序」が作られてきた。しかし、イエ制度は戦後廃止され、社会が都市化し、核家族化や少子化、未婚化などが進展した。かつての慣習は維持できなくなり、行き詰まりを反映するように一九九〇年代、「葬送の自由」を憲法上の権利として主張する人々も現れたとのこと。今では「終活」がブームになり、「エンディングノート」を住民に配布する地方自治体が増加するなど、「死の個人化」が進んでいる。慣習や道徳規範に支えられた秩序から、自由な意思に委ねられる秩序へと変わりつつあるのだ、という。

私たちは、いま、イエに代表される制度的な支えと葬送に関する社会規範が失われた社会を生きている。生前に決めた「自分らしいエンディング」は、そのような社会規範に変わるものである。だが、生前に死後のことを十分に処理するのは誰にとつても難しいことである。ま

た、そういう決定を実現するのは当然のことながら本人ではないのだ。

死後のことを個人の自由で委ねるだけでは問題は解決しないであろう。社会的な対処が求められる。だれでもこの社会に存在したことに意味があり、社会の一員として送られなければならぬ。弔う秩序を国も含めて社会的に再構築していく必要があると思われる。新たな秩序は個人を尊重するものでなければならぬ。

新聞社のアンケート結果にも、「家族や親族だけの身内で行う家族葬をする」を選んだ人が多く、葬儀の簡素化を求める意見が圧倒的だった、とのこと。「死の個人化」だから仕方ない、でとどまっていたのだから。「人は死んだらそれまで」で、死後のことに何ら配慮しないのは、「個人を尊重する」社会ではないであろう。亡くなれば、誰であつても尊厳をもって弔われる仕組みを、社会としてどう作っていくのか。私たち一人ひとりが真剣に考えなければならぬ時期にきているのではないだろうか。(フオーラム 葬式 私はこう考える 朝日新聞 二〇二三年一月二二日)

別れのかたちも変わってきた。コロナ禍では、病院での見舞いも制限された。亡くなつても病院から自宅には戻らず、肉親

の最期にも立ち会えない人たちがいた。葬祭場に直行する。三密は厳に戒められ、身内だけの家族葬が定着することになった。段取りは葬儀業者がパッケージで流れ作業のごとく進められる。多死社会を反映し、葬祭関係の広告を見ない日はなく、林立状態である。墓石をたてれば多額の金がかかり、その墓を守る後継者もいない。ついには墓じまい、に至る、ということになるか。

「墓じまい」トラブルも増えているという。近くに住む親族がいないといった理由で墓の管理が難しくなり、遺骨を墓から納骨堂などに移す「改葬」が増えている。ただ、元のお墓がある寺に反対されたり、檀家を離れる費用として高額な「離檀料」を請求されたりするケースがあるとのこと。(朝日新聞 二〇二三年四月二七日)

近年、「QOD (quality of death)」という言葉をよく耳にするようになった。QODとは、端的には「よい死 (good death)」と表現されることもあるが、死のあり方や死にゆく過程における全般的な質を意味する。これまでの研究報告によれば、本人にとつての安らかな死を指すだけでなく、死の直前にある者が個人として尊厳を守られ、同時に残された家族にも安

らぎがもたらされるような死の迎え方をも含んでいる。

よい死とは、死への準備が整い、人生をまっとうしたという気持ちを持つ状態で迎える死という考え方が広まりつつある。また、死の自己決定ということも議論されるようになってきている。本格的な多死社会を迎え、人生の最終段階をどのように迎えることができるかは、社会的にも重要課題といえる。厚労省のアンケート結果にもあるように、日本人のよい死、理想の死について、「家族や親しい人に迷惑をかけない死」を選んだ人が七〇%を超えている。日本人の心性ともいえる「迷惑をかける死」が死の自己決定という論理に安易な形で結びつけられないようにするためにも、私たちは、今、人生の最終段階をどのように支援することができているかが問われている。

こと葬送の儀に関しても、日本社会は岐路に立っているとされる。葬送にみられた組織文化がいかに大切なものだったか。個人に傾斜し、共同体をまわす集団のスキルを失ったことで、今後、さまざまな弊害が起きてくるのではないか。無関心の文化か…。

私たちは、真剣にこのことを考える時期にきていると、改めて思う。



「令和六年度福島県予算編成及び

医療政策方針に対する要望書」

福島県議会各派に要望書提出

要望事項総括

新型コロナウイルス感染症（コロナ感染症）が流行してか

ら四年目、今は第九波が流行しています。令和五年五月八日から感染症法の位置付けが二類から五類に変更され社会経済活動はコロナ前には戻りました。

しかし、コロナウイルス自体の病原性が低下したとはいえ入院治療が必要な患者は後を絶ちません。また、流行が続いているため医療従事者の感染も継続して発生しスタッフ不足からくる負担は長期化しており、一般医療や救急医療は常時逼迫していると言わざるを得ません。一方、昨年来の物価高騰で費用が増大しています。医療の費用等は診療報酬制度で定められ、一般企業のように物価高に連動して経費を報酬に計上することができないため、病院の経営指標は悪化を辿るのみで、医療収支では大幅な赤字を計上している病院がほとんどです。このような状況は暫く続くことが予測さ

れ、病院の自助努力のみでは医療提供体制の維持は困難な状況です。県民の大切な命を守るために病院医療に対する特段の支援を要望する次第です。

医療や介護の分野においては、地域包括ケアシステムの構築など解決すべき課題が山積されたままとなっています。現在、令和六年度にスタートする

第八次医療計画を策定中ですが、その中でも医療を支える人材の確保・育成については専門職毎に細やかに計画を立てることが必要です。医師の場合は福島県の確保状況が全国最下位に位置していることは許し難い状況です。特に令和六年度から働き方改革の適用により救急医療

の維持が困難になるのではないかと危惧されています。他県とは異なり県立医科大学を設置していることから、医師少数地域での解消や医療人材不足の解消を目指すためには福島県が主導的に医師確保対策や医療人育成のプランを立て実行することが期待されています。将来の人口構成や医療需要の推計を基に、医

療人材の確保と合わせて県内の各地域が真に必要とする包括ケアシステムの構築を要望するものです。

医療計画は全般にわたり国から示された方針で構成されていますが、福島県が日本一の健康長寿命県を目指して取り組んでいくためには五疾病五事業以外の疾病（県民の健康増進の推進に関わるフレイル、ロコモティブシンドローム、骨粗鬆症など）についても医療計画の中で福島県が独自性のある施策を組み込んでいくことが必要です。

福島県病院協会は、病院医療の立場からみて令和六年度において取り組むべき事項について以下に取り纏めましたので、それらを実行すべく新たな事業化や予算措置を要望いたします。

一、新型コロナウイルス感染症流行や物価高による病院経営危機に対する支援事業の継続について

新型コロナウイルス感染症（コロナ感染症）が流行してか

ら四年目、第九波が流行しています。令和五年五月八日から感染症法の位置付けが二類から五類に変更され社会経済活動はコロナ前には戻りました。しかし、コロナウイルス自体の病原性が低下したとはいえ入院治療が必要な患者は後を絶ちませ

ん。また、流行が続いているため医療従事者の感染も継続して発生し、スタッフの慢性的不足からくる負担は長期化しており、離職者も増大して悪循環となつています。このような状況により一般医療や救急医療は常時逼迫していると言わざるを得ません。一方、昨年来の物価高騰で費用が増大しています。医療の費用等は診療報酬制度で定められ、一般企業のように物価高に連動して経費を報酬に計上することができないため、病院の経営指標は悪化を辿るのみで、医療収支では大幅な赤字を計上している病院がほとんどです。このような状況は暫く続くことが予測され、病院の自助努力のみでは医療提供体制の維持は困難な状況です。県民の大切な命を守るためにコロナを含む感染症に対する病床確保補助金、医療従事者に対する支援事業、あるいは物価高による経費増大に対する補助金などの病院医療に対する支援の継続については最重要課題として要望します。

二、医師、看護師等医療従事者の確保等の推進について

(一) 福島県内に定着する医師を増やす施策の強化

福島県の医療における最大の問題は医師不足と偏在です。医

師数は全国四四位（平成二十八年）、医師偏在指標でも全国四四位（平成三十一年）、外来医師偏在指標では相対医療圏は三五位で全国最下位（令和元年）でした。

福島県では医師数の絶対的不足に對して、第八次医療計画を策定中ですが、その中で医師充足率について「もし対策が成就されなければ県内六つの二次医療圏が全国三三五医療圏の最下位から順に並ぶことになる」との予測があります。さらに、東日本大震災と原子力発電所事故以来一二年が経過しましたが、

医師の地域偏在化は是正されず医師少数地域への対策が全く進んでいません。また、令和六年度から医師の働き方改革による勤務時間制限が適用されると、地域医療体制を維持するために必要な実質的な医師数の確保が困難となり、事実上病院が担っている救急医療体制の破綻が危惧されています。

これらを解決するために、福島県立医科大学医学部定員一三〇名を維持し、福島県内に定着する医師の総数を増やす取り組みを強化しなければなりません。一方、全国的には医師過剰県もあり、医師過剰県から医師少数県へ専門医研修制度を利用して医師派遣を受ける取り組みを行っている県もあります。医師過剰県から福島県内に若手医

師を招聘する制度についての検討を要望します。

(二) 福島県内の医師偏在に対する施策の創設

医師偏在対策として、まず医師が安心して定住できるように医師少数地域に該当する自治体は県と一体となって地域の魅力を発信して、医師自ら地域に就労する意欲を高められるような取り組みが必要です。そして、医師少数地域へ就労する医師に対して、さらなる支援制度の創設が必要です。現在も特定の診療科の医師が県内へ就労する際に支援する制度があります。福島県の医師充足率をみると最も不足しているのは内科系医師であり、診療科全般にわたり医師が不足している現状から鑑みて、医師確保対策の対象を再検討し、福島県内の病院へ就労する全ての医師に変更することを要望します。

修学資金貸与制度での医師の専門研修や地域配置については、必ずしも地域の医師不足の状況に合致していません。県と医科大学、及び地域医療関係者でワーキンググループを創設し、若手医師のキャリア形成を促進できる体制作りを行うつつ、貸与医師の配置を協議して決めるように要望します。

(三) 医療従事者確保の取り組みに対する支援事業の創設

めに医療法で医療従事者の配置基準が定められています。一方、医療は労働集約型であり、医療従事者の資質が医療サービスや医療安全に直結する。近年のCOVID-19の流行により医療スタッフに対する負担が増大し、疲弊して離職する職員が増大しています。特に、看護師は中堅クラスの離職が問題になっていきます。看護師の業務負担を軽減するための看護助手の確保についても人材不足により困難を極め、多くの病院で仲介業者に人材確保を頼らざるを得ない状況で病院の大きな負担になっていきます。ハローワークや人材バンクといった公的な取り組みはありますが、効率的に人材を確保するためには民間の転職サイト等に頼らざるを得ない実態があります。

職員の離職対策としては、人員の確保による負担軽減と処遇改善が効果的です。しかし、COVID-19流行の影響で病院経営はさらに厳しさを増しており、処遇改善まで手が回らない状況です。せめて各専門職員を確保するための支援事業があれば、それを有効活用して各専門職を集めることができれば、より質の高い病院医療を継続的に提供することができそうです。

医師に対しては県としてすでに県内病院へ就職する医師への支援事業を行っています。しか

し、その支援事業は医師個人への支援であり、仲介業者からの紹介を受ける場合には病院は紹介料等を持ち出ししている場合もあります。医師のみならず、看護師（看護助手を含む）、薬剤師、臨床検査技師など医療従事者招聘事業を実態に合わせて拡充することを要望します。

三、原子力発電所事故の被災地域の医療の再構築に向けて

東日本大震災ならびに福島第一原子力発電所事故から早くも一二年半が過ぎ去りましたが、被災地域の病院の運営は益々厳しさを増しております。被災病院においては、住民減少による利用者減と働き盛りの職員不足という二つの要因による収入減に加え、コロナウイルスの院内感染や電気代、燃料費の高騰などにより経営が圧迫され、運用資金が枯渇しつつあります。他方、浪江町の福島国際研究教育機構の開所、工場団地や商店街の建設などはじめとして、イノベーションコースト構想に基づく産業基盤の構築が精力的に進められています。また帰還困難区域内の復興拠点への帰還に加え、改正福島特措法による特定帰還居住区域からの除染が始まっていく予定です。これに伴い、住民の帰還意識はこれまでになく高まりを見せております

が、帰還の条件の第一が医療の整備であることはこれまでの調査で繰り返し示されてまいりました。

既存の病院が破綻すれば地域の医療・介護に欠陥を生じて地域包括ケアシステムの構築が困難となり地域住民は医療行政上、極めて不公平な環境に置かれることとなります。中長期的なコストベネフィットの観点からは、今ある医療資源を最大限維持・活用することが必須です。県への補助金のお願いは継続要望となりますが、双葉地域の医療体制の構築に関して新たに要望を致します。

(一) 警戒区域等

医療施設再開支援事業の対象病院の拡大について

旧警戒区域（双葉郡は旧緊急時避難準備区域も含む）の医療機関には「警戒区域等医療施設再開支援事業」がありますが、同じ旧緊急時避難準備区域でも南相馬市の医療機関は、全館あるいは一部避難を余儀なくされたにもかかわらず対象になっておりません。南相馬市には双葉郡からの避難住民が多く生活しており、医療需要も大きくなっています。厳しい現状を勘案して南相馬市全域の病院を対象にして頂きたいと要望致します。

(二) 医療従事者

確保のための補助金事業の充実について

医療従事者の雇用や県外からの医療支援、看護職員の確保等について、様々な補助金（「浜通り医療提供体制強化事業」「看護職員ふるさと就職促進事業」など）があり大変助けられておりますが、補助基準額が年々減額されております。一方で看護師のみならず全職種が不足して有料紹介会社への依存度は高まり、その手数料は年々増加し続けて大きな負担となっております。このような現状を勘案して、対象を全職種に広げた人件費への補助金制度の策定と増額を是非ともお願い致します。

(三) 双葉地域の医療体制の構築について

現在、県では双葉地域における中核的病院の開設に関して検討が進められており、六月には病院の病床規模や診療科などが示されました。これからは、地域の医療機関との役割分担を明確にして病病連携、病診連携を強化し、有機的に結合した一つの医療ネットワークとして機能させることが重要です。このことから双葉地域の医療体制構築に関しては、現地医療機関との意見交換を行うなど、地域の流動的な需要を把握しながら進めるよう要望致します。

四、精神保健医療体制の充実
について

(一) 救急医療における精神科医師連携加算の確保について
救急医療現場において、従来から一般救急と精神科救急の連携が不十分であることが指摘されてきました。令和五年度より精神科救急連携事業として「ふくしま精神科救急連携病院事業補助金交付」が開始され、県内で三つの医療機関が精神科救急連携病院として指定される予定です。これは、一般救急からの要請による精神科救急連携事業であり、一般救急で必要な検査・治療を行い、引き続き精神科治療を必要とする患者を、精神科病院が受け入れ、入院対応した場合の補助が策定されたものです。

一方、精神科医療から一般救急をみると、一般救急の現場に精神科医師がおらず、精神科治療を理由に救急受け入れを拒否される、或いは十分に身体的な検査や治療が行われずに精神科受け入れを要請される事例も多く、一般救急現場で精神的判断が求められる事例が多々あります。救急医療の質向上のためには、精神科医師が一般救急の現場で精神科対応を行うことが最も重要ですが、福島県では救急指定病院に精神科常勤医師が極めて少ない現状があります。

そこで、一般救急の現場に精神科医師が向うき、精神医学的な専門性を以って診断、治療、或いは精神科病院への入院の必要性の判断などを行った際の補助事業を要望します。

(二) 二四時間、三六五日の精神科救急情報センターの整備について
国は各都道府県に二四時間の精神科救急情報センターの整備を求めています。福島県では「県立ふくしま医療センター」の杜」が、毎日八時三〇分から二二時まで病院に勤務するスタッフが行っている状況です。

一般市民の精神科救急の窓口としては勿論ですが、一般救急との連携の視点から、そして救急搬送の逼迫した現場の改善のためにも、精神科救急情報センターの設置と、二四時間、三六五日の実質的な運営を行い、積極的な広報が必要です。

五、産婦人科医療体制の充実
について

低出生数、低出生率と少子化は国難ともいえる問題です。その対策として安心、安全、快適な周産期医療の確立が喫緊の課題です。また周産期医療を担う産婦人科医師は増加傾向にあるとはいえ福島県では絶対的に不足している状態があります。最近では産科医をめざす女性医師

が増えたり、とりわけ子育て世代の若手女性医師にとっては育児や家事による負担も大きく、就労環境面での支援が不可欠になります。さらには令和六年四月から医師の働き方改革により、医師一人当たりの勤務時間が制限されてくることとなれば、医師不足が今後の周産期医療に大きく影響してくるものと考えられ、産婦人科医師を増やしていくための早急な対策が求められます。これらのことを踏まえ、以下の施策を要望します。

(一) 妊産婦メンタルヘルスケアと子育て支援ネットワークについて
産前産後は、精神的に不安定となり産前産後うつ病などの精神障害により子供の虐待や自殺などの悲惨な事故が発生します。これらを防止するために、産後ケアを充実させ、子育て初期の家庭に対して健全な親子関係を築くための支援活動ネットワーク（ファミリーサポート・子育て支援等）の推進および、産後ケア事業の無償化を要望します。

子宮がん検診が施行されていますが、受診率が低いことが問題で、福島県は二五・九％と依然と低い状況が続いています。子宮頸がんのほとんどはヒトパピローマウイルス（HPV）の感染が原因といわれており、HPVワクチン接種により予防が可能です。子宮頸がん検診とHPVワクチン接種で撲滅可能と考えられており、子宮頸がん検診の受診率向上やHPVワクチン接種啓発のため福島県による広報活動の強化を要望します。

(二) 積極的なHPVワクチン接種の再開と、子宮頸がん検診の推進
子宮頸がんは、若年女性の発症が著しく増加し、年間一万人が罹患して約二、八八七人（二〇二〇年）の命が失われています。子宮頸がん検診が施行されていますが、受診率が低いことが問題で、福島県は二五・九％と依然と低い状況が続いています。子宮頸がんのほとんどはヒトパピローマウイルス（HPV）の感染が原因といわれており、HPVワクチン接種により予防が可能です。子宮頸がん検診とHPVワクチン接種で撲滅可能と考えられており、子宮頸がん検診の受診率向上やHPVワクチン接種啓発のため福島県による広報活動の強化を要望します。

設まで妊婦健診（節目健診）のため通院しなければならず大きな負担となっており過疎地域での人口減少に拍車をかけています。分娩施設のない地域における産婦人科診療所の設置や妊婦に対する妊産婦医療費の助成などの費用援助事業の創設を要望します。

(三) 産婦人科医療を担う若手女性医師への支援について
女性医師自身が抱える妊娠・出産・育児の問題に対する対策として短時間正規雇用制度の導入、就労支援としての院内保育所の整備促進を要望します。

(四) 妊婦検診公費負担の増額について
出産育児一時金や出産手当金の支払い手続きを改善し、出産費貸付制度の充実、出産に係る自己負担額の軽減や公費負担金を増額することで、若い妊婦がお金の心配なく安心して妊娠分娩ができる社会環境の整備を要望します。

(五) 分娩施設のない地域における産婦人科診療について
産婦人科医師不足により分娩施設のない過疎地域があり、その地域の妊婦は遠隔地の分娩施設まで妊婦健診（節目健診）のため通院しなければならず大きな負担となっており過疎地域での人口減少に拍車をかけています。分娩施設のない地域における産婦人科診療所の設置や妊婦に対する妊産婦医療費の助成などの費用援助事業の創設を要望します。

(六) 働く女性の母性健康管理について
事業主は女性従業員に対して母性健康管理を行うことが義務付けられています。女性が母性を尊重され、働きながら安心して出産できる環境を整備することで、早産が防止され妊娠中や出産後も働き続ける女性が増加します。また、女性の健康管理には婦人科かかりつけ医制度（マイ婦人科）が有用です。働く女性の母性健康管理事業の推進を要望します。

(七) 福島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業
がん治療では、手術や抗がん剤、放射線照射などにより、妊孕性（にんようせい・妊娠する能力）が失われてしまう可能性があります。がん治療を行う施設と生殖医療施設が連携して、がん治療とともに妊孕性温存治療を行うことが必要であり少子化対策になります。福島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業を

六、救急医療体制の充実について

支援します。

(一) 健康寿命の延伸の為の救急医療体制の総合的充実対策

二〇二二年度わが国に於ける人口動態統計死因別死亡率は心疾患と脳血管疾患は第二位及び第四位で上位を占めている。福島県の脳血管疾患の死亡率は前年と同じくワースト六位であり、心疾患はワースト九位(前年は一位)と悪化しており全国下位に低迷しております。

これらを改善するためには、病院救急医療体制の充実は勿論、救急搬送体制の充実、生活習慣病予防対策や禁煙の徹底(小・中・高校生など低年齢層への教育を含む)、AED使用法や住民に対する病院前救急蘇生法の普及(BSLやACLS研修補助事業の継続)などの総合的な救急医療体制の充実を要望します。

(二) 救急医療を担う医療従事者確保に対する支援事業について

二〇二一年の東日本大震災以降、福島県内の医師不足は年々深刻化しており人口一〇万人に対する医師数は、二〇五・七人と全国平均二五・六・六人に比べ五〇・九人少なく医師の偏在と高齢化が追い打ちをかけ医師の働き方改革による超過勤務時間の制限や継続勤務時間の制限により、これまで以上に医師の必要人数を増やさなければならず、かえって救急医療を担う医師の負担が増え、医師不足が深刻化して救急医療体制が崩壊の危機になりつつあります。

さらに看護師をはじめコメディカルスタッフの減少により、そして新型コロナウイルス感染症の拡大により救急医療従事者は疲弊しています。

救急医療を担う医師をはじめとする医療従事者確保の為の厚い支援対策をお願いします。

(三) 救急医療を担う人材の育成と住民への啓発事業について

救急医療体制を充実させる為に病院に対する経済的助成、更に医師確保や運営にかかわる包括的経済支援の強化が必要です。県民の健康を守る救急医療体制の充実是不可欠で、医師及び看護師の確保、救急隊員の教育研修、救急医療システム維持改善、一般住民への啓発事業を県の重点施策とするよう要望します。

(四) 医師の働き方改革による救急医療体制の破綻防止対策について

令和六年度から医師の働き方改革による勤務時間制限が適用されると、地域医療体制を維持するために必要な実質的な医師数の確保が困難となり、事実上

病院が担っている救急医療体制の破綻が危惧されています。働き方改革適用後の各地域における救急搬送の状況をモニタリングし、逼迫状況を把握し体制破綻をきたす前に協議して改善策を打ち出すことができるような「行政、救急隊、そして医療機関からなる協議会」を立ち上げ、救急医療を担う病院に対する支援が行うことができるような組織の創設を要望します。

七、災害時における診療継続の体制構築BCPの支援事業について

近年、病院では電子カルテなどシステムの電子化が進み、診療機能の向上や経営の効率化が進んできています。その反面、地震や洪水等の自然災害や病院を狙ったサイバー攻撃により電子システムが被災することで、長期にわたり医療業務が停止あるいは制限される事例が増加しております。地域住民の安全と健康に大きなリスクとなっています。そのような現状から、医療機関ではBCPへの取り組みが必要不可欠となっています。

BCPの要素のひとつに医療情報システムの継続運用があげられます。そこで特に重要となるのがデータ保全のためのバックアップ作成です。想

定するリスクに対応する方法を選択する必要がありますが、ラッシュアウエアへの対応と自然災害による被災を想定した場合、それぞれに必要な方式が異なり、それらに対応するには高度な知識と費用が必要となります。しかしながら、各医療機関においては専門の技術者が不足、または不在の状況が多く、稀に専門の技術者がいる場合でも、機器や設備の費用が十分に捻出できておりません。

このような課題の課題を解決するため、専門業者によるサービスの導入や、BCPに関する設備投資に適用できる補助事業の創設を要望いたします。

八、遠隔医療整備補助事業について

福島県は医師の地域偏在や診療科偏在により、医師少数地域と医師充足地域との間で医療提供体制において格差が生じている。例えば、透析医療については年々対象者が増加しており透析患者が増え続けている。しかし医師少数地域では透析医療の提供がままならず、特に双葉地域では透析医療の提供施設が無いため、今後の住民帰還の課題となっている。一方、透析医療に携わる専門医は限られており、全国的に専門医を配置することは不可能である。その課題を解決す

るには遠隔医療で専門医と医師少数地域にいる医師(内科医や総合診療医等の透析非専門医)を結び、専門医の指導のもとに透析医療を提供することが有用と考えられている。すでに南相馬市において福島県立医科大学との協力で遠隔透析医療の提供が始められており、成果をあげつつある。このシステムを他の医師少数地域に応用することで透析医療の格差を埋めることができる。また、遠隔医療の基盤整備が進むことでロボット手術の応用で医師少数地域においても高度専門手術が受けられるようになり、医師少数地域連の医療水準を向上させることが可能となる。

遠隔医療を推進するにはインフラ整備が必要であるが、福島県は医療情報ネットワーク(キビタンネット)の基盤整備が進んできている。今後は病院における遠隔医療に必要なシステムの整備を行うことでこれらの遠隔医療が可能となる。このような理由から病院に対する遠隔医療整備のための補助事業を要望します。

令和六年度福島県保健福祉部に 対する医療政策の要望

令和五年八月三十一日(木)福島県庁において、福島県保健福祉部へ令和六年度の医療政策に対する要望等について説明を行った。

福島県病院協会から佐藤勝彦会長、渋谷良一事務局長が出席した。

福島県保健福祉部から、國分守部長、玉川 啓次長、中原智弘地域医療課長、真田晴信主幹兼副課長、風間雄一郎医療人材対策室長、遊佐昌志医療政策推進主任主査が出席した。

要望事項については、八項目について説明した。

○最重点課題として、

一、新型コロナウイルス感染症流行や物価高による病院経営に対する支援事業の継続について

○重点課題として、

一、医師、看護師等医療従事者の確保等の推進について

二、精神保健医療体制の充実に

ついて

三、遠隔医療整備補助事業の拡充と整備について

四、産婦人科・周産期医療体制の充実に

五、救急医療提供体制に充実に
ついて

六、災害時における診療継続の
体制構築BCPの支援事業に
ついて

ついて

七、原子力発電所事故の被災地
域の医療崩壊を防ぐために

以上の項目について要望書を
手渡した。



福島県保健福祉部への要望





**いのちと向き合う人を
支えたい**

小さな怪我、いのちに関わる大きな病。
医療に関わる人たちが最善の医療を提供するために。
患者様が希望を持って病と向き合うために。
最新の医療情報をお届けし、
より良い医療機器をご提案することが使命。
私たちはサンセイ医機株式会社です。

SNS
サンセイ医機株式会社

つなぐ、人と未来。
OLBA
GROUP

本店：〒963-8822 福島県郡山市昭和二丁目11番5号 TEL 024-944-1157

福島営業所 024-545-3041 郡山営業所 024-944-1127 会津営業所 0242-39-6801 いわき営業所 0246-27-2300 原町営業所 0244-23-4611 東京営業所 042-370-6531
仙台営業所 022-746-8875 栃木営業所 0289-72-0155 札幌センター 0243-62-0155

 **損保ジャパン**
SOMPO Innovation for Wellbeing

Innovation for Wellbeing

すべての人々の幸せと、より良い社会のために。
私たちは、笑顔と活力あふれる「確かな明日」へ、
イノベーションを起こし続けます。



損保ジャパンは SOMPOグループの一員です。

損害保険ジャパン株式会社
福島支店 福島支社
〒960-8105 福島県福島市仲間町9-16 日産第2ビル 4F
<https://www.sompo-japan.co.jp/>