

新潟県立 津川病院 (新潟県・東蒲原郡)

高齢化率40%の医療提供対象エリアにおいて、高度プライマリケアでの在宅療養支援を目指す

最小県・香川県の半分強という広域な阿賀町にある津川病院。集落が点在するため、「出向く医療」を重要な柱とするが、住民の超高齢化で町立診療所との連携が強化された。「へき地巡回診療」は町に全面委託し、同院は「訪問診療・看護・リハビリテーション」を担う。「病院である以上、救急医療の充実は当然」とする同院の、診療姿勢を取材した。

Check Point!

- 患者・家族が求める在宅療養を支援するために**
- 安心して在宅療養してもらうための、オーバーナイトベッドを確保
 - 専門性の高い入院治療・看護で在院日数を短縮
 - 前兆期に早期診断・治療を行うことで寝たきり状態を予防
 - 医療提供対象エリアの限られた資源を有効に活用
 - 通信システムを利用して、大学病院と医療指針などを相談



院長 吉嶺 文俊氏

へき地も含め、地域医療では「多職種連携」がキーワード

もう30年以上も前になります。県内のある寒村からふもとの医療機関まで、年老いた病人を茶箱ソリに乗せて運ぶ様子が新聞で紹介されていました。そのとき初めて「へき地医療」の言葉を知のですが、私はそうした場所に住む人たちのために役立つ医療をや

てみたいと思って、自治医科大学に進みました。その後、新潟大学医学部での内科研修で医師生活をスタートし、卒後4年目に25床の小病院に赴任しました。前任の医師は、「赤ひげ」といっていいほど、どんな患者さんも診ていたようです。ですから私に対しても、その地域の住民は当然のように、前任者同様の医療を求めました。私もそれに応えるのがプライマリケアだと思って取り組みました。当時は、それで良かった。しかし、今日のプライマリケアは違うと思っています。ボランティア精神にあふれた一人の医師に期待する時代ではありません。地域における医師は、医療をコーディネートし、コメディカルや事務スタッフ、介護・福祉関係者などと多職種連携で、継続的に高度な医療を提供するのが責務だと考えます。へき地であっても同様です。一人の「赤ひげ」ではなく「チーム赤ひげ」こそが、これからの超高齢社会における「在宅を中心とした地域医療」に求められるプライマリケアだと考えています。

「出向く医療」と「集める医療」のバランス。急性期病床をもつ病院としては、当然の責務

「世界でもトップクラスの高齢化率の高い地域で、どのようなプライマリケアが実践できるのか。日本の地域医療の将来は、このエリアで『モデルケースが示せるかどうかにかかっている』という気概で模索・奮闘しています」

高齢化率39.9%^{*1}の阿賀町を医療提供の対象エリアとする津川病院。院長の吉嶺文俊氏は、超高齢地域における同院をそう位置づける。阿賀町の人口は1万4,000人弱。新潟市の約1.7%^{*2}だが、総面積は約4倍。日本の最小県・香川県の半分強の広域に、約120の集落が点在している^{*3}。

吉嶺氏が学生時代、実習で同院を訪れた当時は磐越自動車道がなく、冬場の同町(当時は合併前で東蒲原郡の4町村)は雪に閉ざされた「陸の孤島」だった。同院の無医地区・上川村への「冬季間へき地診療」は1971年の開始だが、4町村における通年の訪問診療は88年、へき地巡回診療は91年の開始である。

吉嶺氏は2002年、内科部長として同院に赴任。翌03年には院長に就任し、「在宅生活を支えるための病院医療」を理念として掲げる。

この年、同院は「へき地中核病院」(91年指定)から「へき地医療拠点病院」へと指定変更された。町の中心部に位置する同院ではあっても、山間部に位置する同町だけに集落は点在し、アクセスは決して良くなかった。したがってプライマリケアを主とする地域医療ということでは、「出向く医療」が必然であった。肝心なのは「集める医療」^{*4}とのバランスをとることだと吉嶺氏は強調する。それは同町で唯一の急性期病床をもつ病院としての使命でもあった。

「在宅療養の患者さん数は、当院のベッド数と比較すれば6～7倍になります。認識としては、在宅にも当院のベッドがあるという考え方でやっています」



管理部経営課医事企画員 松井 剛氏

吉嶺氏が目指す在宅療養支援を、「増収体制にする」視点からバックアップする管理部経営課医事企画員の松井 剛氏は、慢性期患者の在宅療養を充実させることで、病院のベッドは急性期対応でできるだけ余裕を持たせる方針だと説明する。

シームレスな医療提供を実践するためにオーバーナイトベッドは常時確保しておく

看護部長の佐々木美奈子氏も、口をそろえる。

「『出向く医療』を十分に機能させるには、やはりオーバーナイトベッド^{*5}の確保が重要で



看護部長 佐々木 美奈子氏

す。その保障がなければ、患者さんは安心して居宅に戻れません」 診療報酬面からは、どうしても入院期間の短縮が求められる病院。「押し出されるように短期間で在宅療養になる」患者・家族にとっては、

「もし具合が悪くなったら」という不安が付きまとう。

「『いつでも戻れる』という安心感をもって退院してもらうことも、「出向く医療」と「集める医療」のバランス良い提供の一環であり、在宅でも外来・入院でも安心して治療・療養に専念してもらうためには欠かせない配慮です」

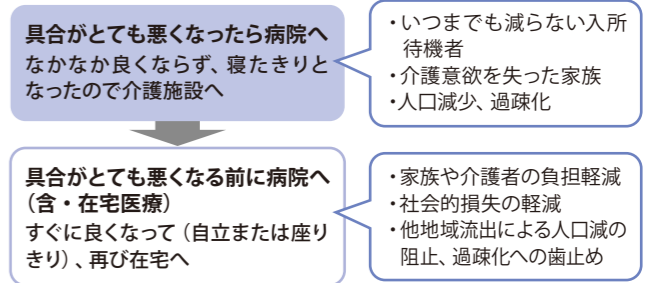
高齢者の生活機能は慢性疾患の急性増悪を繰り返しながら、次第に低下していく。それだけに吉嶺氏も、シームレスな医療提供を考えれば、オーバーナイトベッドの確保は当然であるという。加えて、来院する患者はほとんどが一次救急対応であるとしても、少数の二次、三次救急対応患者の見極め、その後の適切な判断が求められる。「勤務医の負担は少なくない」が、安心して在宅療養を続けてもらうためには、病院機能の充実、スタッフのレベルアップは必然であり、それもバランス感覚だという。

その上で、「出向く医療」はこれからの地域医療において益々重要だと展望する。同町の高齢化率からすれば、地域

訪問診療風景



【図1】前兆期での早期発見・治療



医療＝高齢者医療といっても過言ではない。入院日数の短縮は、「ぎりぎりまで外来で診て、できるだけ入院を遅らせる」傾向を生むことになる。外来通院が困難な人は、受診すら難しく、重症化して救急車で来院することになる。結果として入院によって患者の筋力・ADLの低下、認知症の悪化などが起こり得る。

「治療には長期間を要することとなり、寝たきりになった結果、介護施設での生活を余儀なくされるでしょう」

介護施設とはいえば、常に満床状態。病院も退院先の決定までの期間、入院を継続せざるを得ない。病床に余裕がなくなる。ますます新規入院までが遅れるため、寝たきり患者を作りだすリスクが高くなる。

「その悪循環を食い止めるためにも、早期の医療介入が必要となります」

具合の悪くなり始めた早い段階(前兆期)で、入院を含めた治療を開始する。重症化を防ぎ、早期退院を目指す(図1)。したがって、へき地巡回診療であれ、訪問診療であれ、「出向く医療」での早期診断・処置が重要となる。

そうした医療の実践を急ぐ吉嶺氏ではあったが院長就任直後、重点的に展開したのは、従来型医療システム(出来高払い)を活用した集患と赤字減少、住民の信頼獲得であった。

*1 阿賀町ホームページより *2 人口 阿賀町=13,500人 新潟市=812,223人 (2009年10月1日現在)「新潟県の人口移動」(新潟県総務管理課) *3 面積 阿賀町=952.88Km² (阿賀町役場ホームページ) 香川県=1876Km² (香川県庁ホームページ) *4 「集める医療」は、外来・入院患者を対象とした医療 *5 一晩、救急患者の経過観察をするためのベッド

【囲み1】限られた資源

阿賀町には訪問看護ステーションが1施設しかない

「フットワークが良く、相性の良い相手とネットワークを組むことが、良質な医療・介護の提供では基本だと言われているが、このエリアでは、『選ぶ』ことができません。医師との関係もそうです。都会のような発想では、連携は成り立たない。お互いに話し合いながら、育む・育てるというような姿勢で臨むようにしています」
吉嶺氏は、連携による在宅療養支援も、継続することが重要だという。したがって100%ではなくても80%の医療提供体制が敷ければ、「まずはよし」とする考えだ。

【写真1】ナイトスクール



2010年夏から、ナイトスクールでは研修医が紙芝居を用意し、医療や健康情報を参加者に説明している。研修医にとっては、地域住民と触れ合う絶好の機会であるが、「より良い医療は住民とともに育む」ということを体験して欲しい、その一助になればと企画された。研修医の紙芝居は、参加者に評価をしてもらう。住民の視点をすることも、意義は大きいと吉嶺氏は考えている。

阿賀町直営の訪問看護ステーションの開設で在宅医療の連携ネットワークが機能し始める

「まずは診療内容を見直し、医療提供の対象エリアである東蒲原郡の4町村(現・阿賀町)以外に流出していた患者の確保に注力しました」

重症患者、長期治療を必要とする患者、合併症の多い患者などを積極的に受け入れることで、02年に79.3%だった病床稼働率を、2004年には90.2%にまで伸ばしている。平均在院日数は19.8日から18.7日へ。伴うように入院患者・外来患者の一人当たり診療収入、職員給与比率、経常収支比率、医業収支比率など各種指標は公立病院平均以上に改善したという。

質の高い医療、手厚い看護が同院への評価を高めている。しかし医師や看護師を含む職員数は横ばいだったため、救急医療の負担等で誰もが疲弊しきっていた。診療所医師の退職、開業医の廃業などで町内の医師は減少、加えて近隣の医療機関が救急医療を休止したことで一時期、

*6 県立病院を退職後、引き続き県民医療に寄与するため、指導・助言を行う医師
*7 町立の診療所=4(含・歯科診療所=1)、町が法人委託した診療所=1、訪問看護ステーション=1。同町にはその他に、法人、個人の診療所が各1ある。

同院の「職場環境は劣悪」なものとなる。

しかし05年、4町村が合併し阿賀町として再スタートを切ると、状況は多少の改善傾向をみせる。大学教授を退官した医師やエルダー医*6の診療所赴任、そして06年10月に阿賀町直営の訪問看護ステーションが開設されたことで、在宅医療の連携ネットワークが機能し始めたのだ。訪問診療、訪問看護の利用者数は同院と町立診療所で200人を超すまでになり、結果として同院の長期入院患者の減少、病床稼働率の低下、在院日数は14日台をキープするまでになった。

「経営状況はというと診療報酬制度により悪化し、一般会計からの繰越金は上昇したのですが、『出向く医療』と『集める医療』のバランスを図っていくという目標には一歩近づけたと感じることのできた時期でもありました」

一方で、県立病院でありながら、医療提供の対象エリアは阿賀町である。同院にとっては、町(町立の診療所・訪問看護ステーション*7)との連携が課題であった。(【囲み1】)

住民と医療関係者等が、問題意識を共有し、この地域に必要な医療を模索、役割を考える

吉嶺氏は、町立診療所の医師等と「地域医療体制の在り方」について検討を重ねる。「公設民営の1病院・4診療所、24時間の救急対応、在宅医療および全人的医療の推進、重装備を持たず身の丈にあったコンパクトな医療提供。そして社会医療法人制度の活用等による黒字経営を目指す」など、関係者に提案をする。

しかし、「トップダウンによる『経営母体変更』という提案」は、自治体等の理解・協力を得ることが出来なかった。であればと吉嶺氏は、「地域医療に対する住民および行政サイドの意識改革を促すことで、新しい医療体制の構築を目指す」というアプローチ法に方針転換する。

「当院と町立診療所ということでは、診療所は在宅医療、当院は救急医療および入院医療という、地域医療における基本的役割分担を明確にすることにしました」

つまり町立診療所にもその機能を最大限に生かしてもらい、同院との医療連携を前提に、供により良い地域医療の提供体制構築を図っていこうというものであった。同院は09年4月、段階的な連携強化として「へき地巡回診療」

【表1】訪問診療・看護・リハビリテーション

訪問診療は週4回、訪問看護は週5回							
患者・家族から要望のある場合							
【対象者】 津川病院で治療および看護を受けている人で							
1) 慢性疾患、難病等で生活指導あるいは介護方法の指導を必要とする人							
2) 終末期を在宅で迎えることを望んでいる人							
3) 寝たきりの状態で、定期的に観察を必要とする人							
4) 医療、看護処置、医療器具の装置や交換、服薬管理などを必要とする人							
訪問リハビリテーション							
2004年にリハビリテーション科を標榜後、出向く医療の一環として訪問リハビリテーション指導を実施							
【対象者】 津川病院において治療およびリハビリテーションを受けていた人で、在宅においてもリハビリテーションの指導が引き続き必要な人							
● 年度別延べ人数 (人)							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
訪問診療	1,823	2,247	2,105	2,059	1,852	●	●
訪問看護	1,349	1,767	1,431	1,382	1,445	●	●
訪問リハビリテーション	365	501	435	439	333	●	●

の一部を同町に移行。10年4月には、「へき地巡回診療」を全面的に同町へ委託する。

「へき地医療拠点病院としての目玉でもある巡回診療でしたから、当院としては最も大きな使命の見直しでした」

一方、住民の意識改革ということでは08年8月から、同町の集会所で「ナイトスクール」(【写真1】)を開始している。午後6時から約1時間、診療所の医師や研修医なども参加し、ボランティア健康講座も含めた「車座勉強会」である。

目的は、「住民の生の声を聞く」「医師も白衣を脱ぎ、同じ住民として意見交換をする」「医療崩壊に対する理解を深め、住民の意見を募り、この地域における『これからの医療』をともに模索する」「医療者が行うべきこと、住民が行うべきことを浮き彫りにしていく」というものであった。

2011年4月までに54ヵ所で開催し、参加者は1,316人、スタッフの延べ人数は503人である。

院内の各種専門家が力を合わせ、早期退院を実現することで、「出向く医療」が実あるものに

へき地巡回診療を同町に全面的に委託した同院にとって、「出向く医療」とは何か。訪問診療であり、訪問看護であり、訪問リハビリテーションである(【表1】)。常勤医師5人(内科医4人、外科医1人)、非常勤医師16人、看護部は48人(看護師44人)、その他のコメディカル、管理部を合わせても84人のスタッフが、「集める医療」とのバランスを図る中、訪問診療を支えている。

入院から在宅へ。在宅から急性増悪による再入院。その

【囲み2】地域連携室

「この子たちでなければ語れない在宅療養支援がある」

「この部屋のスタッフが、こんな感じですから外部のスタッフとも気軽に垣根なく連携・協力できています」と、看護部長の佐々木美奈子氏は目を細める。誰か一人でも部屋にいれば、外部スタッフも院内スタッフも、医師も含めて立ち寄り、訪問患者や退院予定の患者ことを「顔の見える関係」で話しているという。

同室が病棟にあるのもメリットだと、退院調査看護師の栗山亜砂子氏は強調する。

「食事時間など、必要と時間があれば退院予定の患者さんのところに行って、不安なく在宅療養できるための準備をします。全員が、です。ですから当室の訪問看護師も、退院前から「顔の見える関係」ができていますから、患者さんご家族も安心して訪問診療・看護を受け入れてくれています」一人暮らしだと掃除が行き届かず、すごく汚れた家のなかで療養生活している患者もいる。しかし笹川美和子氏は、「その人らしく、生き生きと暮らしていってほしいので、そのままを受けとめるようにしています」。

訪問診療・看護には同行しない医療相談員の伊藤志津子氏は、「訪問看護師から随時、患者さんの様子を教えてもらっています。ケアマネージャーさんから連絡が入るようになっていきます。退院のときには理想だと思っていたプランが、思ったほど成果をみない場合もある。時間の経過とともに調整も必要である。在宅患者の現状に対し、真摯に最善の看護を提供していくためにも、患者の情報共有は、マメに行っている」。

佐々木氏は言う。「この子たちでなければ語れない在宅療養支援があります。退院調整看護師の言葉、医療相談員の言葉、訪問看護師の言葉で、当院の『出向く医療』を語って欲しいと願っています。体験したことを自分たちの言葉で表現し、全国に発信して欲しい」。



地域連携室のスタッフに看護部長の佐々木氏(後列左から2人目)が加わったのすなわち。前列左から栗山、伊藤、後列左から訪問看護師の●●、一人おいて訪問看護師の●●、笹川の各氏。取材を終えたスタッフが部屋に戻ると、明るい声はじけた。

コントロールを要となって実施するのが、地域連携室(【囲み2】)である。スタッフは5人(退院調整看護師1人、医療相談員(MSW)1人、訪問看護師3人)。

2010年6月には平均在院日数が10日という記録もある同院にとって、「出向く医療」が出来るのは、「集める医療」の充実あつてのことだと佐々木氏は釘を刺す。

(写真3)健康ファイル



A4サイズの健康ファイルも長年使用していれば、中身が増える。最新のもの、最低限必要なものなどの整理が必要となる。中には5年間の効果が期待できる「肺炎球菌ワクチン」のように、証明書の長期保存が望まれるものもある。付箋をつける、シールを貼る、マーカーで印をつけるなどして、「必ず保存しておく」ことを促すなど、細やかなフォローも重要だという。「その分、患者さんやご家族とのコミュニケーションをとる機会が増えるということです」

吉嶺氏は、健康や治療に対する啓発、あるいは悩み相談を受けるなど、貴重な時間でもあるという。

「究極はCDでの保存ということも考えられますが、今回の東日本大震災などでは、紙媒体は非常に有用でした。高齢者は特に紙媒体を好みますから、今の時代はまだ、電子データよりも利用価値があると思っています」。

療・療養・介護に意識をもって主体的に関わってもらうことを目的としたものです」

ファイルには、患者の健康状態、治療・服薬の記録などをファイルして持ち歩く(図2)。患者や家族の判断で、必要な相手にファイルを見せる。

「健康ファイルには、いろいろな医療機関からの情報や介護関係者の情報が収納されることとなりますが、患者さんには、自分を支えているのは多職種協働によるネットワークだということを、少しでも理解してもらいたいという思いもあります」

「高度なプライマリケア」を提供できることが「高度な先進医療を支える」ことにつながる

「おまかせ医療」から「自己管理医療」へ。15ある新潟県立病院では唯一の在宅療養支援病院(図み3)である同院。吉嶺氏の構想する超高齢地域におけるベターな地域医療は、「出向く医療」を中心としながらも、健康・治療に関する患者・家族の自己管理、より良い医療・介護のネットワークを実現するための、スタッフの一員としての自覚の醸成を前提としている。

1974年12月、上川村室谷地区の健康管理室から、同院と保健所の医療センターへファクシミリで情報を伝送し、降雪期のへき地医療・遠隔診療の実験が開始された。

「急性期医療をきちんと行い、早期退院を可能にするには、院内の各種専門家が力を出し合い、総和として最大限の治療効果を生み出すことが重要です」

「健康ファイル」を患者が所持することで患者にもチーム医療への理解を深めてもらう

患者の在宅への移行が決まる。退院調整看護師の栗山亜砂子氏(主任看護師)等の出番である。院内の訪問看護師、訪問看護ステーションのスタッフ、ケアマネジャー、ホームヘルパー、デイサービスの職員、理学療法士や訪問薬剤師などを集めカンファレンスを行う。必要があれば、診療所の医師にも参加してもらう。

入院患者の約80%は75歳以上。在宅に移行するといっても医療ニーズは非常に高い。

「在宅で必要な医療的手段を、入院中にご家族に覚えていただくのですが、できるだけシンプルにして、在宅療養での不安が少しでも解消できるように心がけています」

栗山氏は、そのうえで、カンファレンスに集う連携スタッフにも情報の周知を図っていく。院外サービスへの橋渡しは、主に医療相談員の伊藤志津子氏が担う。

「院外の連携スタッフの方々は、いろいろな視点を持たれているので、考え方も様々です。目標値も違ってきます。それをいかに集約し、同じ方向を向いてもらうか」

院内での医療・看護を、いかに質高く在宅に反映できるかに一番腐心するという。

「主役は、患者さん・ご家族ですから」

訪問看護師の笹川美和子氏(副看護師長)も、そう言うてうなずく。

「こちらが良いと思って押しつけるのではなく、患者さん・ご家族のために一緒に考えるというカンファレンスを心がけています」

在宅医療は「患者の生活への医療介入」だけでなく、介護面からのケアにも相乗効果が期待される。したがって患者・家族も含めた関係スタッフが、経時的に最新の患者情報を共有する必要がある。そのツールとして吉嶺氏は「健康ファイル」(写真3)を考案した。

「クリニカルパスやケアプランといった、提供者側の視点ではなく、あくまで患者さんやご家族が健康管理や病気治

(図2) 前兆期での早期発見・治療

この健康ファイルを必ず持ち歩いてあなたの依頼する方にみせてください

<p>だれに見せるの？</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医師、歯科医師 2. 薬剤師、看護師、管理栄養士、医療相談員、保健師、リハビリテーション担当者(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、民生委員、ケアマネージャーなど 	<p>このファイルに何をほさむの？</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健診結果(特定健診、がん健診、ドックなど) 2. 健康に関する手帳や書類(健康手帳、糖尿病手帳、血圧手帳、ワーファリン手帳、呼吸器日誌など) 3. お薬手帳、お薬の説明書 4. 医療機関でもらった書類 <ol style="list-style-type: none"> ① 検査結果のコピー ② 病状説明書 ③ 手術の説明書/承諾書 ④ 診療費の明細書など
<p>どんなときに持ち歩くの？</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診療所や病院にかかる時 <ol style="list-style-type: none"> ① 救急受診 ② 予約受診(かかりつけなど) ③ 検査や手術を受ける時 ④ 歯を抜く時 2. 調剤薬局でお薬をもらう時 3. 検診やドックを受ける時 4. 健康教室に参加する時 	
<p style="text-align: center;">あなたのかかりつけの連絡先は？(必ず書いてください)</p> <p>① ② ③ ④ ⑤</p>	
<p>このファイルをご覧になる方へ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療や健康に関する個人情報をもとめたファイルです。本人(家族・後見人)の了解のもとご覧ください。 2. 必要に応じてご本人への資料提供や一筆コメントをお願いします。 3. さらに詳細な情報が必要な際は、ご本人に直接上記連絡先へお問い合わせください。 <p style="font-size: small;">健康ファイルの使い方 ver4 このファイルに関するご質問は⇒ yosshy@mue.biglobe.ne.jp 吉嶺まで</p>	

「当時としては、無医地区への安定した医療提供の方法として、画期的なシステム」であり、海外からも見学者があったという。時代は変わった。道路の整備等で降雪期であっても無医地区への「出向く医療」は可能となり、「ファクシミリはほこりをかぶっている」。

遠隔診療という通信手段の活用ということでは、今日では新潟大学と同院を地域支援テレビシステム(06年2月23日稼働)が結んでいる。インターネットの回線を利用し、患者の診療や医師の相談(医療方針)などが可能だという。少ない医師で治療にあたる地域の医療機関を支援することを目的に、新潟大学が文部科学省の補助を受け導入した。検査データやX線の画像などもやりとりできる。

「大学との一体感をもてるという意味で、医師が『地域医療に携わる』ことへのためらいを、ある程度取り除けるのではないのでしょうか」

稼働当時の、吉嶺氏のコメントである。

同システムには「最新の医療技術をもつ大学病院と、医師不足に悩む地域の医療機関との連携を深めるきっかけになる」と期待されているが、一方で「治療の選択肢に幅ができることで、地域医療に関わる医師の勉強にもなる」「地域病院での病状、症例を同システムで集められれば、最新医療技術の向上にも役立つ」「地域医療の問題点を共有し一体感を形成することで、県全体の医療レベルのアップ、

(図み3)在宅療養支援病院

在宅療養支援病院を標榜するにあたって、院長が一番腐心したのは「夜間の緊急時に対応できる医師を日直の他に配置すること」だったと、松井氏は振り返る。

「医師確保は、院長が研修医だった新潟大学内科学第二をはじめとする人脈をフルに活用して可能となっています。加えてこの地域は、新潟市から約60Kmしか離れていないへき地だということで、都市部からの応援は受けやすい環境にあることも幸いしているでしょう」

それは地域医療研修協力施設としても、研修生に人気の理由のひとつになっている。新潟市からは45分程度で通える地域で訪問診療や訪問看護が実体験できるということで、応募は多いという。

「あとは、この地域を気にいって、戻ってきてくれるために何ができるかが、私たちの課題です」。

少しでも医師不足等の解消になれば」などの声もある。

「ナイトスクール」あるいは「健康ファイル」といった地道な住民啓発活動、医療・介護関係者の連携強化、慢性期・急性期のシームレスな医療提供。そして、最新の通信技術を駆使した地域の医療機関と大学病院の連携。

「そうした諸々が有機的な相乗効果として成果を生むことで、高度なプライマリケアの提供が可能となるでしょうし、地域という最先端の医療現場の事例が高度な先進医療を支えることにもなると認識しています」

同院が在宅療養支援病院として取り組む「出向く医療」「集める医療」の先に、吉嶺氏が見据える医療提供体制の展望である。

10年6月、同院は病院機能の充実の証として「病院機能評価 Ver.6」を取得、また地域医療研修協力施設として、高度な地域医療を担う医師の育成にも力を入れている。



病院基本データ

■ 名称 / 新潟県立 津川病院 ■ 所在地 / 新潟県東蒲原郡阿賀町津川200番地
 ■ 開院 / 1953年6月 ■ 職員数 / 84名(常勤医師5名) 他非常勤医師16名
 委託業務28名(医事業務11名) ■ 病床数 / 67床 ■ 診療科目 / 内科、心療内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、泌尿器科、神経内科、リハビリテーション科、麻酔科