



## 慶應義塾大学ビジネス・スクール

# JA長野厚生連佐久総合病院(B)

2014年、JA長野厚生連佐久総合病院（以下「佐久病院」と表す）は大きな変革を成し遂げた。3月1日、長野新幹線（2015年からは北陸新幹線）佐久平駅近くに450床の佐久医療センターを開院させ、佐久市臼田に320床の佐久総合病院本院を残すという、全国でも珍しい分割移転が実現することとなった。それまでは現本院の場所に位置した821床の病院1軒の体制であった。

長野県東部の佐久地方は千曲川に沿い、上流から南佐久郡、佐久市、北佐久郡、小諸市が並び、米作に加え、果樹と花高原野菜栽培が盛んな準農業地帯である。近年、長野新幹線や高速自動車道の開通により、首都圏からのアクセスが飛躍的に改善された反面、南佐久地域の過疎化が進み、高齢化率も30%を超えていた（資料1）。

佐久病院は、「予防は治療に勝る」の信念に基づき、長野県の農村で健康な人を対象とした集団検診を初めて開始したことで知られていた。また、“農民とともに”の精神に立脚した農民のための医学、すなわち農村医学を確立し、地域医療の発展に大きな貢献を果たしてきた。佐久病院に所属する医師の数は200名を超え、これは大学病院を除いた甲信越地域の病院では最大数であった。これに対し、佐久病院以外では医師不足による医療崩壊が進行しており、東信地域でも医師の偏在化が問題となっていた。

本ケースは、討議の資料とするために、JA長野厚生連佐久総合病院の全面的協力の下、慶應義塾大学名誉教授 田中 滋による監修を得て、同大学院修士課程 西江健一によって作成された。なお、ケースは経営の巧拙を記述したものではない。本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクール（〒223-8526 神奈川県横浜市港北区日吉4丁目1番1号、電話 045-564-2444、e-mail: case@kbs.keio.ac.jp）。また、注文は <http://www.kbs.keio.ac.jp/> へ。慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、いかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またいかなる方法（電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない）による伝送も、これを禁ずる。

Copyright© 田中 滋、西江健一（2015年5月作成）

## 医療を取り巻く環境

### ① 人口の高齢化と医療提供体制

5 1950年時点で5% 足らずだった日本の高齢化率(65歳以上人口比率)は、2010年に23.0%に達し、2025年には30%を超える見通しが示されていた。勤労世代の減少と医療費の増大が同時に進行している状況を医療関係者はしっかりと認識して将来戦略を立てなくてはならなかった。

10 わが国人口の推移をみると、2004年をピークとして総人口が減少しつつある一方、75歳以上の人口は絶え間なく増加している。75歳以上人口の増加は少なくとも2025年までは継続し、その後増加趨勢は止まるものの、75歳以上高齢者数の高い水準が40年以上続くと予想されていた。医療と介護の必要性は高齢者の方が高い実態ゆえに(外来受療率は75歳～79歳がピーク、入院受療率は85歳以上が最大、要介護認定率は年齢が上になるほど高い)、医療サービスと介護サービスに対する需要の合計は今後もさらに増えるものと想定できた。

15 また、高齢化の進展、医療技術の進歩、および医療提供の場の多様化等により、医療界は急速に変化しつつあった。合わせて、個人の願望の多様化もふまえ、医療者も患者とその家族の意思を尊重し、患者のQOL(生活の質)を重視するようになってきた。首相官邸で18回にわたって開催された社会保障制度改革国民会議は、2013年8月、病気を治すことに主眼を置く「治す医療」から、病を抱えながら生活する患者とその家族を対象とし、生活を主眼におきながら支援していく「治し支える医療」への転換が必要であると提言した。すなわち「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療への転換であり、「病院で治す」医療から「地域全体で、治し支える医療」への進展に他ならなかった。

### ② 医療保険財政

25 わが国の健康保険制度の機能は、かつてのような勤労世代内のリスク分散から、勤労世代が納める保険料により、医療ニーズが高い高齢者の受療を支える構図に変化しつつあった。その典型的なツールとしては、後期高齢者支援金および前期高齢者納付金が挙げられた。この支援金と納付金の増大は、それを負担する勤労世代の減少とあいまって、保険財政の見通しをより厳しくしていると言わ  
30 ざるを得ない。

さらに日本の社会保険制度財政は保険料だけで賄われているわけではなく、財源の一部を一般会計からの公費支出に頼ってきた。そのため、国や自治体の財政状態の影響を強く受けてしまう。一方で国や自治体の歳出に占める社会保障関係費の割合は大きくなっており、国・地方の厳しい財政を背景として、医療介護提供体制の効率化を図る様々な手段が政策として導入されていた。

5

### ③ 医療法改正の歴史

1948年に公布・施行された医療法は、わが国医療提供体制にとっての基本法としての性質を与えられている。厚生労働省は、医療の質を高め、かつ病院・病床のコントロールを強化するため、1985年以来、医療法の改正を行ってきた。1985年の第一次医療法改正では2次医療圏ごとの病床規制が導入された。1992年改正では病院の種類としての特定機能病院と、病床の種類としての療養型病床群が定められた。1997年改正においては、地域医療全体を支える病院として地域医療支援病院が創設された。2000年改正では療養病床が一般病床から分離された。

10

2005年改正では、患者の選択に資する医療機関情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進（地域医療連携）と医療安全の強化、公益性の高い社会医療法人制度創出などの医療法人制度改革が図られた。同時に、地域や診療科による医師不足問題への対応、医療従事者の資質の向上策も別途政策が導入された。これらは医療機能の専門性を各病院・病床に持たせるとともに、医療資源の効率的な配置と機能連携によって医療の質を向上させることが目標であった。医療費の過度な上昇抑制も企図されていた。

15

20

### ④ 地域包括ケアシステムと地域完結型医療

さらに、医療・介護サービスをあわせた中長期的な政策の方向性として、「地域包括ケアシステムの構築」が掲げられている。地域包括ケアシステムは、団塊の世代全員が75歳以上に達する2025年までに、どの自治体に住んでいても適切な医療・介護・予防サービスや生活支援を受けられる社会を実現するために、できる限り住み慣れた生活圏域における居宅を基本とした生活の継続を図ろうとする国策である。

25

高齢者（障がい者や児童も）の生活について、安定した住まいをベースにおき、生活支援・介護・医療・予防の各サービスを切れ目なく包括的に提供していく統合的な仕組みの構築が各地で始められた。医療界に対しては、限られた医療資源で地域包括ケアシステムに貢献できるよう、病床・病院の機能分化および医療機関の連携の強化や、在宅医療の充実が望まれている。

30

病床・病院の機能分化に関しては、病床削減と入院期間の短縮を進めながら、病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期等の機能に分化していく方向が目指されている。急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を短縮して早期の在宅復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の介護サービスや在宅医療を充実させていく。この時、分化した機能にふさわしい設備人員を確保する努力が大切で、病院のみならず地域の診療所もネットワークに組み込み、医療資源として有効活用していく工夫が重要である。

「地域完結型医療」において、患者・利用者は、状態像に応じて医療施設、介護施設、在宅へと移動を求められるため、移動元と移動先間の連携システムの確立が求められる。病床の機能分化は退院患者の受入れ体制の整備と同時に行われるべき施策であり、進展を続ける環境に合わせた医療・介護制度の下で、提供者のネットワーク化が必要不可欠と言える。加えて、社会保障制度改革国民会議の議論においても医療資源の地域差が指摘され、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく自治体の努力の重要性も強く認識されるようになった（資料2）。

## 佐久病院の移転再構築問題：分割移転までの経緯

### 現状地再構築案

佐久病院の7階建て旧本館は1968年に建てられた。病室は6人部屋であり、施設老朽化に伴って、うるさい、汚い、暗い、臭いなどの苦情が患者から多く寄せられるようになった。また、エレベータが2基しかないため、患者の搬送や給食の運搬にも支障をきたしていた。このように施設老朽化による業務への支障が目立つようになってきたため、1995年に病院の建替えが検討されるようになった。まず現状地再構築を既定路線として臼田町（当時）との検討委員会が設置され、それぞれが基本構想を作成した。しかし、2003年に外部コンサルタントを交えた院内検討会である「佐久病院基本計画策定プロジェクト委員会」において現状地再構築の重大な問題点が指摘された。

第一に、駐車場の確保がより困難になることが明らかとなった。当時使用していたのは病院前の立体駐車場と、国から借りていた千曲川の河川敷であり、川の増水によって駐車中の車が流される危険性が指摘されていた。現状地建替えでは病院前立体駐車場は解体せざるを得ず、河川敷の駐車場のみになる。そうすると患者は河川敷から堤防を越えて病院玄関への移動が必要となり、これは高齢患者には大きな障害となることが確実であった。

第二は敷地確保、高層化の問題であった。医療法改正によりベッド数に対する床面積の基準が引き上げられ、当時の床面積では病床を 200 床以上削減せざるを得なかった。したがって病床数を維持しようとするに 13 階建ての建物が必要になり、建築費用が高くつくばかりか、近隣住民の日照権の問題も新たに生じると判明した。

第三は工事に伴う診療制限の問題であった。計画によると工事のために病院機能に 2 年以上の長期に渡り支障を来すと分かった。これは患者にとって大きな負担であり、予期せぬ事故につながる可能性もあった。以上を踏まえると、すでに佐久病院の多様な機能と地域からの期待は、到底今の敷地に収まるような小さいスケールのもではなくなっていた。

当時の清水茂文院長は、それまでの現状地構築案は佐久地域全体の医療を 10 ～ 20 年見越して構想する視点が弱かったとし、「現状地再構築案では縮小再生産の道、つまり経営悪化による病院規模縮小、雇用削減、サービス低下の悪循環を形成し、最終的には 300 規模の中病院として現状地に残る道しか残っていない」と述べた。そして、急性期専門医療部門は別の場所に移転し、現状地には地域医療センター病院としてふさわしい部門を再構築する分割再構築案が新たに提示された。

## 分割再構築案

清水茂文院長は移転について以下のように職員に説明した。

「現状の佐久病院（2002 年）を見てみると、急性疾患も慢性疾患も区別なく、専門疾患も一般疾患も区別なく診療している。1 日 2200 人の患者さんで外来は混雑し、待ち時間を短縮しようにもどうしようもない限界がある。一方で保健・医療・福祉の総合サービスを一次医療から三次医療までのサービスを一箇所提供できる利点も有る。分割するより一箇所のほうが、設備投資の面からは合理的かもしれない。とはいえ全体的に基幹医療センターを機能分化させたほうが合理的であり、効率的であると判断するに至った。このように機能分化させ、たとえば『急性期特定病院』としての基準を満たせば、診療報酬上の加算が認められ、その額は年間数億円となり経営上無視できない金額になってくる。現状地で同じスタッフが全く同じ水準の医療を提供しても、現在の診療報酬体系上では加算がなく、高度専門医療を提供する病院としては至って苦しい経営運営となっている。

5  
10  
15  
・・・佐久病院が基幹医療センターとしての使命に応えられるという点でも、この 150 名を超える医師の存在が最大の根拠になっている。基幹医療センターの使命は、主として万全な救急救命医療の提供、迅速な診断機能、高度専門医療の提供に重点があり、包括的な保健・医療・福祉サービスを提供するわけではない。佐久病院としては包括的なサービス提供を行うが、このセンターは医療分野を中心にその中のまた『急性・専門』という『部分』を担当していくという意味で『分院』という位置づけが適当だと思っている。『慢性・一般』医療は従来通り本院で診ることになる。仮に佐久地域中心部に私どもが移転しなければ、全国的チェーンを持つ医療団体が外から進出し、基幹病院を設置する可能性を否定出来ない。そうした際、顧客確保の面から背景人口数と将来の人口動態、インターのような交通の利便性により設置場所が決定される。実は医療業界はその内側で激動する再編、スクラップ・アンド・ビルドが起こっており、いささかも油断できない状況にある。固定観念に囚われていればこうした激しい変化と流れの中で、佐久病院は取り残され南佐久郡に位置する一中規模病院として生きていく以外に道はなくなる。病院職員ですらこうした危機感を認識しているかどうか、この計画案が私どものこうした危機感を背景に作成されていることを是非理解していただきたい。

20  
25  
30  
・・・『基幹医療センター』の移転は単なる新病院の設置にとどまることなく、従来の考えでは思いもなかったような波及効果が生まれるだろうし、他業種、他産業との連関を形成しながら佐久地域全体の発展に貢献できると考えている。2002 年の佐久病院の地域別患者受診状況を分析してみると、行政区分では佐久市・北佐久郡で 50%、南佐久群が 38%（その内臼田町 21.7%）、その他県内・県外が 12%（上小地域が多い）となっている。こうした受診状況からすれば（佐久病院が位置する南佐久地域以外の）佐久市・北佐久・上小地域 62%の患者さんから『もっと身近で医療を受けたい』という要望を大切に考えなければならない。

25  
30  
院内意見の大勢は機能分化に集約されており、現状地再構築を支持する意見は少なかった。一方、地元臼田町には現状地全面再構築を希望する意見が強く、臼田町商工会を中心にアンケート調査や、住民 8 団体による署名活動が行われ、15,000 人以上の反対書名が集まった。当時、佐久病院は病院を核とした街づくり構想＝臼田町「メディコ・ポリス構想」を町、議会に提案していた。これは町、商工会、病院の間で活発な議論が行われ、「中心市街地活性化事業」との関係もふまえ、実現のための努力が続けられていた。佐久病院の急な方針転換に臼田町として戸惑いを隠せなかった。

## 佐久市との調整

病院が移転再構築の方針を決定してから佐久病院幹部は説明会を開催し、地元臼田町の住民や、行政・商工会などに再構築の必要性を訴え続けた。また、行政・関係者へのお願いや話し合いを行ったが、合併問題や選挙など地域の大きな政治的課題と重なり、再構築問題が著しくその渦に巻き込まれる結果となった。

行政との調整が難航し再構築計画が遅々として進まない中、2005年8月に佐久市中込地区にあった株式会社ツガミ信州工場の跡地、約4万坪の土地をJA長野厚生連で確保する案が決定した。佐久市の中心地にこの広大な土地が遊休地として手付かずで残されていた奇跡的な事態であった。しかしここは建築基準法の工業専用地域であり、病院を建設するには用途地域の変更が必要であった。厚生連は事項を十分に承知していたが、「市役所の隣のこの土地が地域医療を守るために有効に利用されるプランは、この地域の発展にとっても、住民の福祉の維持、向上のためにも絶対に必要である」と確信し、土地取得を実行した。

ところが市は「工業専用地域であり、用途変更は認められない」との立場を崩さず、事態は暗礁に乗り上げた。佐久病院の職員は職場ごとに全部地域割りをを行い、3万数千戸の一軒一軒に署名用紙を持って日夜出かけた。それは再構築を1日でも早く実現しなければいけないとの思いからであった。当初は反対していた住民も、院長を始めとする佐久病院幹部の声に押され次第に反対派は少なくなっていた。

2008年3月には「厚生連取得の土地を移転先の第一候補とし、早期に決着させる」選挙公約を掲げた柳田清二氏が佐久市長に当選した。佐久病院をはじめ厚生連各病院、県下のJAグループをあげての約18万人を超える署名を集め、移転再構築への機運を形成していった。

これらの活動を契機として当時の村井仁長野県知事の「県民の医療確保を進めるためにも県として重大な感心事。このまま座してられない」との立場を受け、異例中の異例とも言える「民間病院と他の地方行政の」仲裁に県が入った。以後5回にわたる市と佐久病院のトップ会談や事務レベル協議を通して、ついに2009年2月長野県、佐久市、佐久病院の3者で分割移転再構築の合意に至った。2001年に佐久病院が病院分割移転を決意してから8年後のことであった。

## 佐久医療圏の状況

長野県には4つの3次医療圏があった。長野県の東部地域は一つの3次医療圏を形成し、佐久医療圏と上小医療圏の2つの2次医療圏から構成されていた。佐久医療圏には2市9町が存在し、総人口は約21万人、高齢化率は25%を超える水準であった。また、佐久病院が位置する東信地域も医師の偏在が進んでおり、医師数の多い佐久病院には、佐久医療圏だけではなく、長野県東部の広域から重症患者が集中する状況が生じていた。この3次医療圏における中核的な医療機関の設立が佐久医療センターのコンセプトになった（資料3,4）。

10

### 佐久市立国保浅間病院

15

佐久医療センターからわずか2キロに存在する323床の佐久市立国保浅間病院は、2008年に新病院が竣工した。DPCⅢ群<sup>[1]</sup>に属し、18の科を有し、常勤医師数は51名であった。救急部門は年間1,700台の救急車の受け入れを行っていた（佐久病院は年間3,000台）。しかしながら、浅間病院も医師不足ゆえ、病院としての機能低下に悩まされていた。長年、佐久病院と浅間病院はライバル関係にあったが、今回の佐久病院再構築によって連携強化が進み始めた。

### 小諸厚生総合病院

20

佐久市の北に位置する小諸市にある長野厚生連の小師厚生総合病院は、元は佐久病院の分院であったが、1980年に独立し、小諸厚生総合病院と改称した。320床のDPCⅢ群病院で46人の常勤医師を有していた。小諸厚生総合病院も2017年の竣工を目指して再構築が行われており、255床の二次救急病院となる予定であった。

25

### 国立病院機構信州上田医療センター

30

独立行政法人国立病院機構信州上田医療センターは、上小医療圏の人口12万人の上田市に位置する420床の病院であった。上小地区では、地域医療支援病院の機能を果たしていた、同じく独立行政法人国立病院機構に属する長野病院が、大学医局の派遣医師引き揚げなどで弱体化し、救急医

<sup>[1]</sup> DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは医療資源投入量に基づく診断群分類のこと。DPC対象病院に対する入院医療費の一日あたり支払額の水準は、この分類によって決められている。DPC対象病院は、役割や機能に応じた3つの群に分類される。大学病院本院80病院がDPC病院Ⅰ群、Ⅰ群に準じた診療機能を有する90病院が同Ⅱ群、それ以外がⅢ群である。



療の後退、産科の休止、手術制限、周辺医療機関への教育・技術指導の停止、さらに数科の縮小・廃止のおそれなど危機的状況に直面していた。この2次医療圏の中核病院が信州上田医療センターであり、常勤医師数は56人であった。外来患者数で見ると約12%が上小医療圏から来院していた。

## 佐久病院が目指す姿

旧佐久病院は450床の佐久医療センターと320床の佐久総合病院本院とに分割移転された。佐久医療センターには120人の医師を配置し、救急、がん、周産期医療を中心とした2～3次医療を行うプランであった。同センターは地域医療支援病院<sup>[2]</sup>をめざし、紹介型の病院が目指されていた。一方、佐久総合病院本院は旧佐久病院の跡地に建設し、南佐久地域を中心とした地域医療の中核的病院として60人の医師を配置し、1～2次医療を行うプランであった。診療科数については、佐久医療センターが26科、佐久総合病院本院は24科となり、佐久医療センターのみに存在する診療科、両方に存在する科、本院のみに存在する診療科に区別されることになった（資料5、6）。

病院の再構築について朔（さく）哲洋再構築本部長は次のように説明した。

「佐久総合病院は、『二足のわらじ』の言葉に表されるように、第一線の医療から専門医療まで包括的に担ってきました。しかし、医療の高度化、専門分化と診療圏拡大の流れの中で、より広域に従来どおりの医療を提供することは不可能になってきています。このことは「病院完結型医療体制」から、多施設連携による「地域完結型医療体制」への転換を余儀なくさせるものです。そこで、地域の医師会の先生方や他の医療機関のご協力をえながら、地域全体で『二足のわらじ』を履き、医療の提供が滞らないことを考えることにしました。それが、今回の再構築の提案です。

基幹医療センターは、原則として紹介型の病院を目指した救急・急性期医療・専門医療に特化した病院です。佐久広域、東信地域の基幹病院となれるよう、診断・治療のトップランナーを目指します。風邪などの一般的な病気での受診は差し控えていただき、他の医療機関や地域医療センターを受診していただくこととなります（資料7、8）。

<sup>[2]</sup> 地域医療支援病院とは、医療機関の役割分担と連携のため、診療所の後方支援を目的として第3次医療法改正により創設された。2次医療圏に1つあることが望ましいとされる。佐久医療圏には2013年には存在していなかった。承認要件としては病院の規模に加え、ある一定の紹介率と逆紹介率を満たしている必要がある。この要件は病院にとって非常にハードルが高い一方で、この要件を満たした場合のインセンティブは高く設定されている。佐久医療センターが地域医療支援病院に承認された場合の増収は年間1～2億円程度、年間の純利益を2割程度増加させると著者は推計した。

夜間・休日の救急患者は、医師会の先生方や他の医療機関の協力をえながら、1次救急（風邪などの軽い病気）患者は基幹医療センターに集中しないシステムを構築したいと考えています。

基幹医療センターは、急性期の治療を行います。急性期の治療が済み次第、転院をお願いすることになります。滞りなく転院ができるように、他の医療機関との連携を密にすることが重要課題です。

5

（佐久病院の跡地に建設する）佐久総合病院本院は、従来の佐久総合病院を引継ぎ、生活習慣病を中心とした慢性疾患の指導・教育・学習のセンターとして生まれ変わります。また、保健、福祉の分野を拡充して、保健・福祉のまちづくりを推進します」。

10

## 佐久病院が分割移転した後の地域の変化

佐久病院の分割移転の半年～1年後（2014年9月～2015年3月）にインタビュー調査を行い、現状を聞いた。

15

東御（とうみ）市民病院・結城敬院長（研修医から佐久病院に30年間勤務ののち2014年東御市民病院院長に就任、前佐久病院外科部長）

「ここは救急指定病院だけれども断る、佐久に行っていたら、という感じだったのです。それは逆に佐久病院がどんな疾患でも軽症から重症まで全部佐久にさえ行けば何とかになっていたから、ここはそういうことができていたわけです。それまではうちの病院の役割が本当は不明瞭だったのです。ところが、明らかに佐久医療センターはもう軽症はできるだけとらないという方針になってくれたので、とすれば『うちらがやるっきゃないでしょ』、とみんなもう腹をくくることができたかもしれないですね。

25

佐久が明確になってしまったために、逆にうちの役割が明確になってきました。議会も、行政も役割が明確になったために病院に協力してくれるようになったのですよ。

八千穂町立国保千曲病院・小林正明院長（30年以上にわたり南佐久地域で地域医療に取り組んできた）

30

「病院完結型から地域完結型にしようという明確なメッセージが佐久病院側からも出された。そ

という地域の病院の立場もより明確になった感じがする・・・地域で診てる患者さんが急変した時に、患者さんが救急車呼んで、こちらに送っていいですかと尋ねられたときも、佐久病院に送っていたケースがあったけれど、その分もうちの責任で見えていかなくてはならない。そういう意識に変化してきた。救急車の数は少し増えているのじゃないかな」。

5

医療法人三世会金澤病院・金澤秀典院長（一般社団法人佐久医師会長）

「3層だったのです、浅間病院と佐久病院が一番上、その下に民間病院、開業医。今度はそのピラミッドのもう1つ上に佐久医療センターが出来て、本院、浅間病院との階層化が行われた点が一番大きな違いだね。4層の層別化がはっきりして、それを住民も救急隊員も医療関係者もかなりわかってきた。金澤病院であればこの職員は、我々は後方病院に徹するのが仕事なのだと、これがはっきりしてきたことが最大の変化だね。

10

一番影響受けるのが浅間病院。浅間病院は今年は赤字だけど、浅間病院は医療センターができてちょうどいい機会かもしれない。全部が7対1看護配置（急性期病床）で、臨床研修病院の位置づけも確かにあるけれど、全部を7対1で続けていくようなスタイルは地域のニーズを考えると難しくなっているのじゃないかな。

15

訪問診療から始まって、手術も、日々の外来、入院も、医療のボリュームを佐久病院が引き受けていた、このボリュームが、病院を2つに分けたことによって、100だったものが40・40にならないようにして下さい、今のボリュームは維持して下さいといつも（院長先生に）お願いしているのだけれどね」。

20

## 佐久市行政職員

「この地域の人たちがお医者さんにおんぶに抱っこでやってきたから、自分たちがどうしたら良いかあんまり考えないのかもしれないね、やっぱり、病院がどうしていくか、というよりも地域が病院をどう育てていくのかを考えて、若月先生の意志を地域が引き継いでいけるようになりたいと思ってる。佐久病院には今までやってきたことを引き続き、守り続けてもらいたいね。守っていけるような体制を維持してくれるとありがたい。地域は佐久病院のお陰ですごく助かっているし、これからは必要になってくる。でも地域も疲弊してきているのを感じるし、佐久病院も、特に本院にいる先生方は疲弊しているのじゃないかな、それがいちばん心配」。

25

30

## 60代男性

「患者さんからしてみれば不便になったと思いますよ。佐久医療センターで診てもらいたいと思っても、あそこの病院は紹介状がないとだめだから、一回診療所とかに行って紹介状を書いてもらわないといけなくなった。救急車とかも一回佐久病院本院の方に行ってから、先生がいないから佐久医療センターのほうに回させれることもあるみたいだからね。」

## 病院職員

「センターが新しくなって、ここは若月臭がしないって言われています。本院は、銅像があって、平均年齢も高いので若月先生と働いた人たちがいるけれども、センターは、若い人が多くて、若月先生と働いたことがある人はごくごくわずかですし、知らない人がほとんどなんですよ。」

## 分割移転に対するさまざまな意見

### 病院職員

「経営に重点が置かれ、『佐久病院らしさ』があまり語られていないのではないだろうか。職員が明らかに足りなくなるが、大丈夫か。在院日数を短縮する場合、その後の受け入れ病院を本当に確保できるのか？この構想では周辺の住民との接点がすくなく受診しにくい病院であり、地域づくりを掲げる佐久病院として地元を受け入れられないのでは？」

## 佐久医療センター・渡辺仁院長

「理想的な病院は最高の医療が『いつでも、だれでも、どこでも』受けられるところだと。大きくなりすぎ急性期も慢性期も混在してフットワークの悪い病院になったのも事実です。佐久病院らしさの1つに最後まで患者さんを見るということがありますが、佐久医療センターだけでは『佐久病院らしさ』を全うすることができない。」

## 再び東御市民病院・結城敬院長

「今の医療センターは地域医療ではない、と思っています。『人は診てない。その代わりどんどんオペしてどんどん治療して、どんどん出す』ようなそういった医療は日本中どこでもある・・・」

僕は東京で府中市出身だけれど、府中には多摩総合医療センターがある。佐久病院の“全人的な医療”をするためにわざわざ長野まで来たのに、それがなくなってしまって佐久病院には魅力がなくなってしまった」。

### 水野肇氏（医事評論家）

「どんな病院もそうだが、特徴のない病院は淘汰される傾向にある。佐久病院も高度の医療技術を持っている、すぐれた病院ではあるが、二次医療を中心とした病院であり、特定機能病院（多くは大学病院）ではない。これまでは農村医療という特殊な分野を得意として発展してきたが、その農村自体が衰退する運命にある以上、これまでとは性格の違う病院に変革しなければならない」。

### NHK 厚生文化事業団・川村雄次チーフプロデューサー

「清水先生が『私は佐久病院には運動があるから帰ってきた。運動をつづけるために副院長をお引き受けする』といわれたのです。清水先生の言わんとするのは、厚生官僚の作った診療報酬体系の枠の中で採算がとれる医療をやるのが目的ではない。佐久病院はこの時代に医療とはどういうものか、この社会はどうあるべきかという『枠』自体を作り出す運動の拠点なのだ、と感じたからです」。

## 課 題

佐久病院の存在意義を問われる本番の時期はこれからと思われた。変わりゆく医療制度や地域社会に対応し、この地域の発展のために2つの病院がどうあるべきか、医療センターの渡辺仁院長、本院の伊澤敏院長は職員や地域住民と一緒に考えていかなければならなかった。

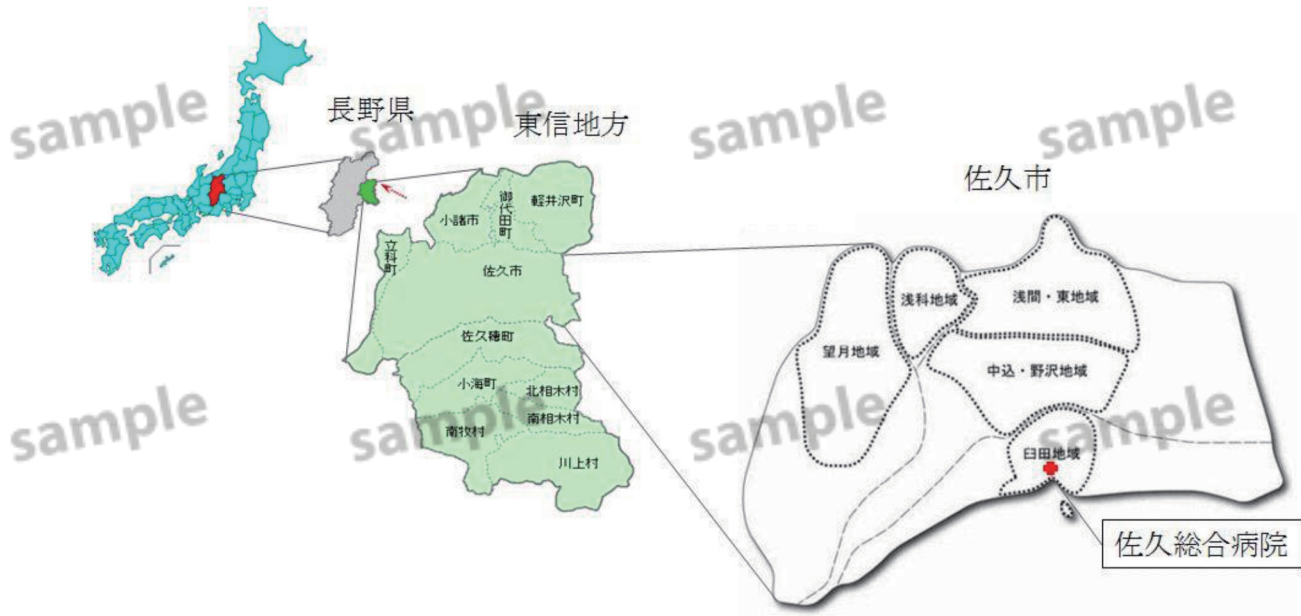
国と社会は、病院完結型の医療体制から地域完結型の医療体制への変革を医療機関に迫っている。佐久病院もそれに合わせる形で病院組織を変化させたが、はたしてそれはこれまでの佐久病院の目指してきたものの延長線上に位置するものなのか？

歴史的な転換への大きな第一歩を踏み出した佐久病院の20年後は果たしてどのような姿であろうか。次の目標をどのように設定すべきか。そこに至る道筋では何に注力しなければならないだろうか。

## 沿 革

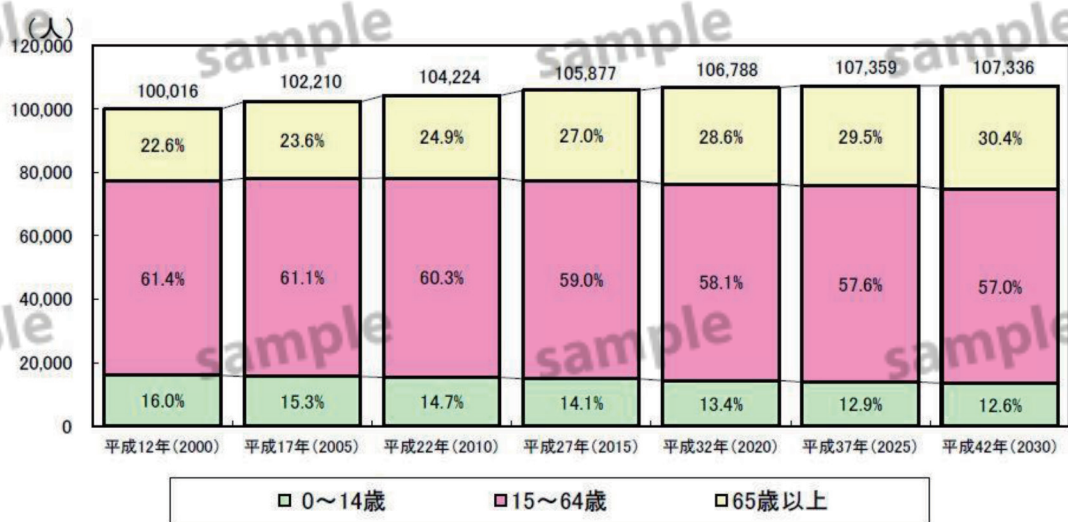
- 1944年 病院開設
- 1945年 若月俊一が外科医長として赴任  
出張診療活動始める
- 1946年 従業員組合結成、初代組合長に若月先生が選出  
従業員組合大会の投票で院長に推薦される
- 1947年 第1回衛生展覧会「病院祭」を開催  
戦後、全国初の病院給食を行う
- 1950年 若月院長、カリエス手術に取り組み全国から患者が集まる
- 1953年 健康管理部を新設、保健予防活動にさらに力を入れる  
小海町診療所開設
- 1959年 八千穂村全村健康管理始まる
- 1961年 第1回農村医学夏季大学講座開講
- 1963年 日本農村医学研究所設立
- 1968年 臨床研修指定病院に指定される
- 1969年 第4回国際農村医学会会議開催（於 臼田町）
- 1973年 全県下にわたる「集団健康スクリーニング」開始
- 1977年 農村保健研修センター設立、教育研修事業始まる
- 1983年 がん診療センター完成  
救命救急センター（ICU）完成
- 1987年 佐久総合病院老人保健施設開所（全国7モデルの一つ）
- 1994年 地域災害拠点病院に指定される  
県内初の日帰り手術センター設立  
療養型病床群（完全型）開設  
地域医療部を新設し、「地域ケア科」を確立
- 2001年 佐久総合病院美里分院、老健こらみ開設
- 2003年 小海赤十字病院の後医療を受け、小海分院開設
- 2005年 新小海分院完成  
信州ドクターヘリ運航開始
- 2011年 佐久総合病院佐久医療センター新築工事の起工式が行われる
- 2014年 佐久医療センター開院

長野県佐久市



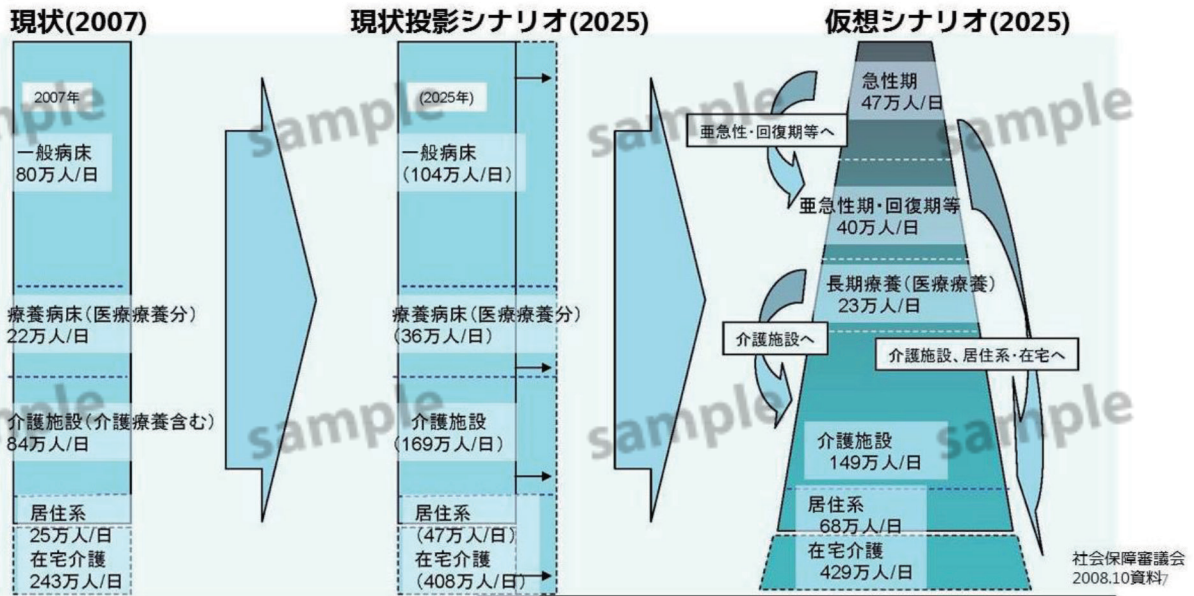
長野県ホームページ、佐久市資料をもとに著者作成

資料 1. 佐久市の人口予測

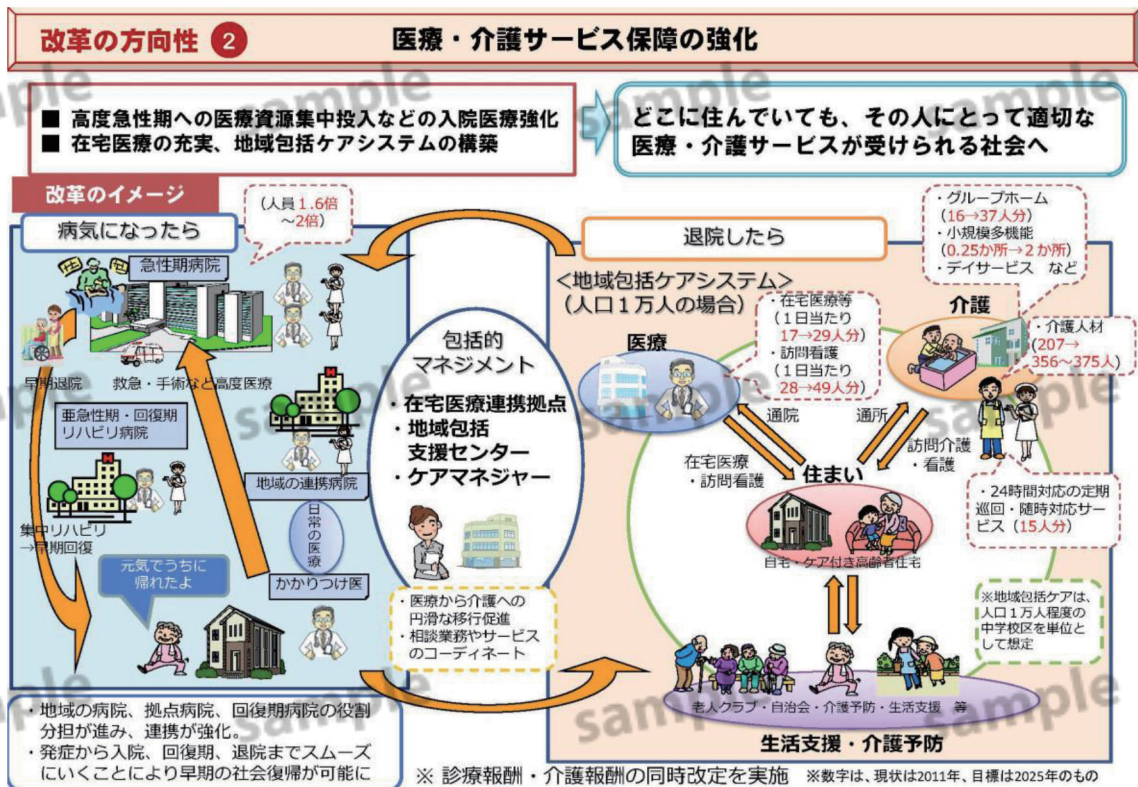


出典：佐久市新都市計画資料

資料 2. 国が目指していた医療・介護の将来像



高齢者の増加によって医療が必要な患者数が増加する。仮に 2007 年の病床機能のまま 2025 年の医療需要に対応しようとした場合、一般病床は 3 割、療養病床は 5 割、介護施設は 10 割の施設が新たに必要となる。これは国の厳しい財政や、医療人材の観点から現実的には困難であり、国は在宅医療の拡大と介護機能の強化、病床の機能分化による効率化によって医療需要の増加に対応しようとしている。



出典：厚生労働省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」（平成 24 年 7 月 2 日）

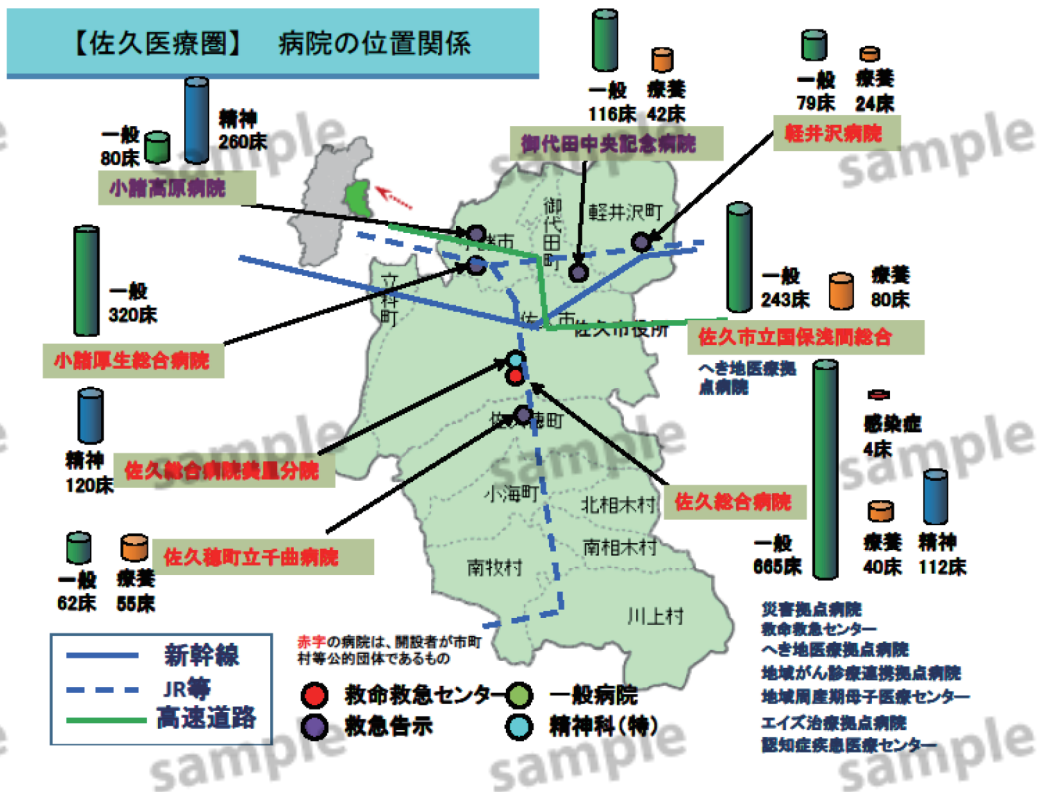
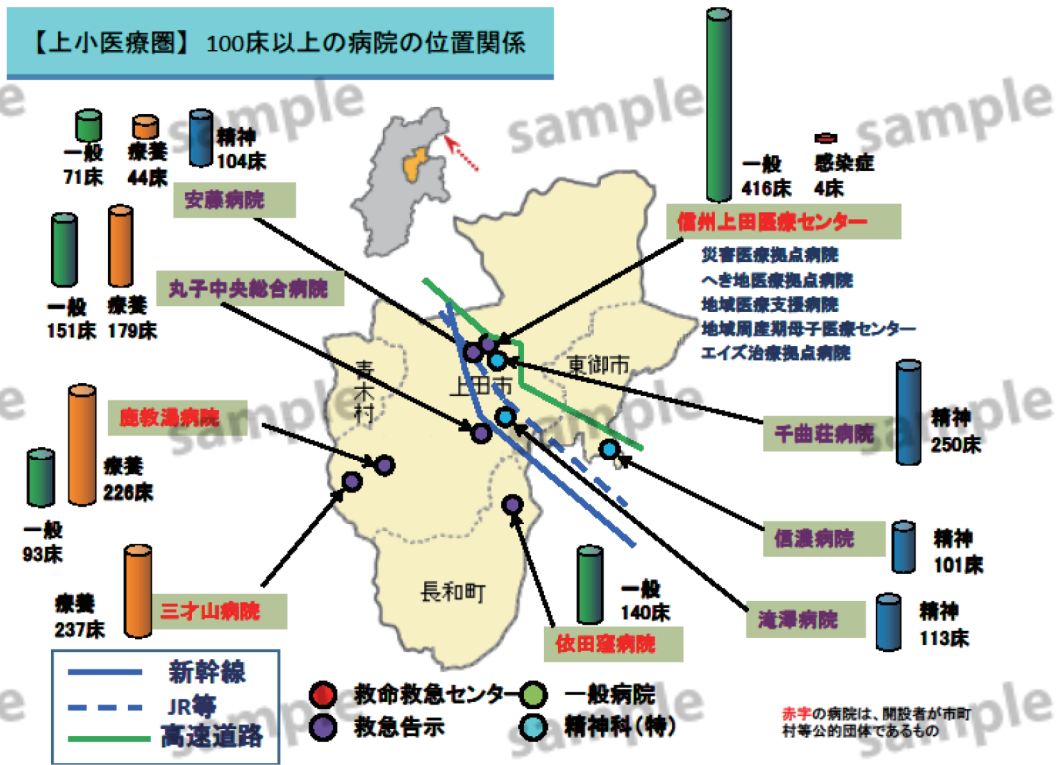


資料 3. 佐久医療圏病院の一覧

所在地	病院名	開設者	病床数				
			一般	療養	精神	感染症	計
小諸市	小諸高原病院	国立病院機構	80		260		340
	小諸病院	医療法人	36	42			78
	小諸厚生総合病院	厚生連	320				320
佐久市	佐久総合病院	厚生連	665	40	112	4	821
	川西赤十字病院	日赤	48	36			84
	金澤病院	医療法人	41	41			82
	くろさわ病院	医療法人	43	40			83
	雨宮病院	医療法人	54				54
	佐久総合病院美里分院	厚生連			120		120
	佐久市立浅間総合病院	市	243	80			323
小海町	佐久総合病院小海分院	厚生連	50	49			99
佐久穂町	佐久穂町立千曲病院	町	62	55			117
軽井沢町	国民健康保険軽井沢病院	町	79	24			103
御代田町	御代田中央記念病院	医療法人	116	42			158
合計14病院(国立1・公立3・公的5・民間5)			1,837	449	492	4	2,782

出典：第5次長野県保健医療計画

資料 4. 佐久医療圏の病院の位置関係



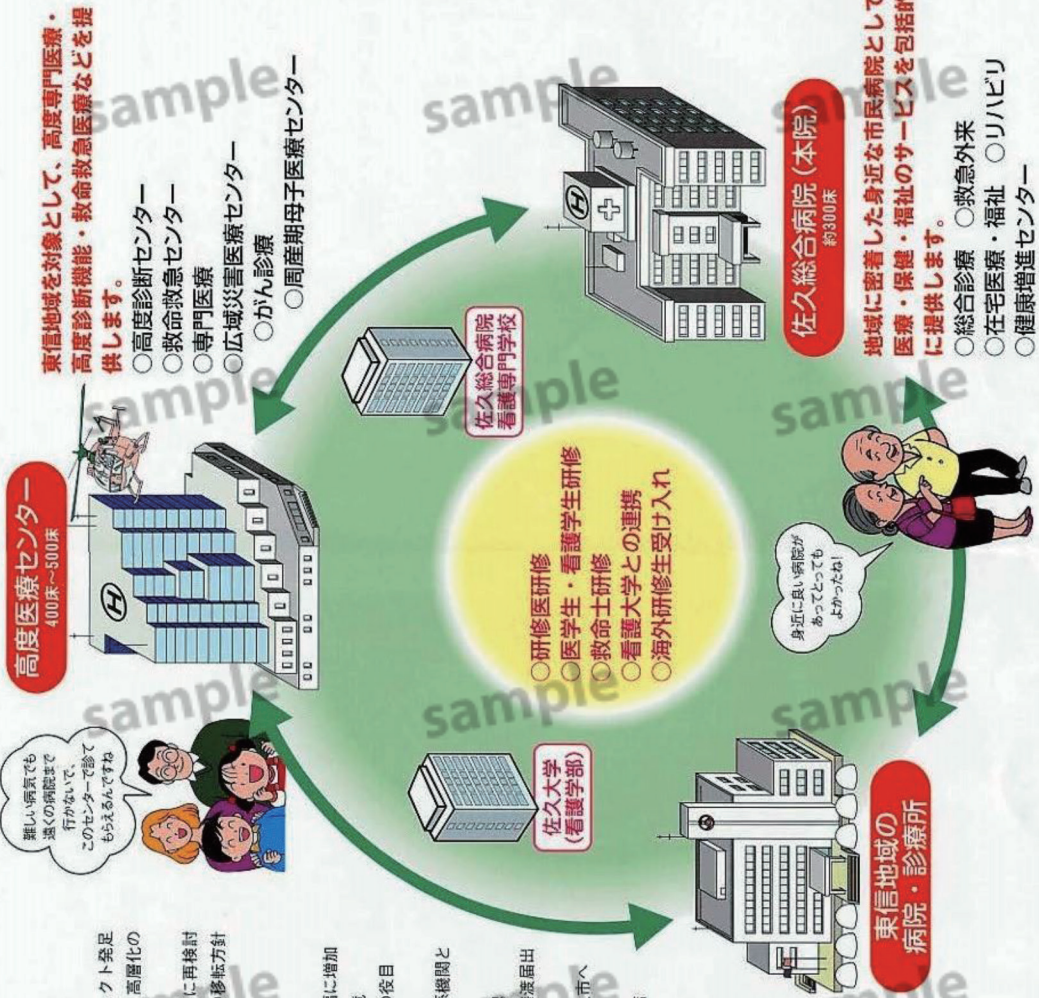
出典：第5次長野県保健医療計画

# 私たちが考える佐久総合病院の再構築プラン

佐久総合病院は、地域の医療と暮らしを守るために、東信地域の医療機関との相互の連携に基づいた地域医療の再構築をめざしています。

## 再構築の検討経過

- 平成8年……佐久病院将来構想に関するプロジェクト発足
- 平成13年……現在地全面再構築は困難（駐車場、高層化の制限問題など）
- 平成14年3月……病院の機能分割と救急・高度部門の移転方針決定
  - 〈方針決定の背景〉
  - ・施設の老朽化、駐車場の確保
  - ・時間外の救急医療（手術）が大幅に増加
  - ・研修医が十分に研修できない環境
  - ・医療の核（高度・救急）としての役割…など
- 平成14年～16年…移転再構築の地元説明や行政関係機関との継続協議
- 平成15年7月…白田町と町内での建設は困難と確認
- 平成17年4月…法律に基づき、売り主が土地有償譲渡届出書を佐久市へ提出
- 平成17年5月…国土利用計画法による届出書を佐久市へ提出
- 平成17年5月…旧ツガミ敷地の土地売買契約を締結
- 平成17年8月…旧ツガミ敷地の移転登記完了



## 再構築の目的

地域の皆さんのニーズに応じた医療サービスを提供します。

佐久病院の機能を高度専門医療と総合一般医療に分化し、東信地域全体の医療体制を充実します。

また、救急環境や利便性等を改善することにより、いつでも、どこでも、だれでも公平に受けられる最高の医療と住民に身近な健康づくりに取り組みます。

## 全国的な医師不足等に対応します。

毎年、全国から50～80名の臨床研修の応募があります。

再構築によって、地域医療を実践したい医師は「佐久病院」、高度医療を担いたい医師は「高度医療センター」を選択でき、質の高い研修環境が整います。

## 近隣の病院との機能分担とネットワークを強化します。

佐久病院の再構築は、他の病院との役割分担と連携により医療提供体制を地域全体で整備しようとするものです。

明日の地域医療を創るには、真の病院連携が必要であり、互いの連携・補完を強化することによって、地域全体の医療体制の再構築をめざします。

高度医療センター  
400床～500床

東信地域を対象として、高度専門医療・高度診断機能・救命救急医療などを提供します。

- 高度診断センター
- 救命救急センター
- 専門医療
- 広域災害医療センター
- がん診療
- 周産期母子医療センター

佐久総合病院  
看護専門学校

- 研修医研修
- 医学生・看護学生研修
- 救命士研修
- 看護大学との連携
- 海外研修生受け入れ

佐久総合病院 (本院)  
約300床

地域に密着した身近な市民病院として、医療・保健・福祉のサービスを包括的に提供します。

- 総合診療
- 救急外来
- 在宅医療・福祉
- リハビリ
- 健康増進センター



資料No. 2

# 佐久医療センター・佐久総合病院(本院) 診療科分担について

佐久医療センター



佐久総合病院(本院)



(イメージ図)

## 佐久医療センターで 診療を行う科

- 血液内科
- 腫瘍内科
- 緩和ケア内科
- 胃腸内科(胃腸科)
- 呼吸器外科
- 乳腺外科
- 消化器外科
- 心臓血管外科
- 婦人科
- 産科
- 放射線科

## 両方の病院で 診療を行う科

- 内科
- 外科
- 呼吸器内科
- 循環器内科
- 消化器内科
- 腎臓内科
- 代謝・内分泌内科
- リウマチ・膠原病内科
- 神経内科
- 小児科
- 整形外科
- 脳神経外科
- 泌尿器科
- 耳鼻咽喉科
- 形成外科

## 佐久総合病院(本院)で 診療を行う科

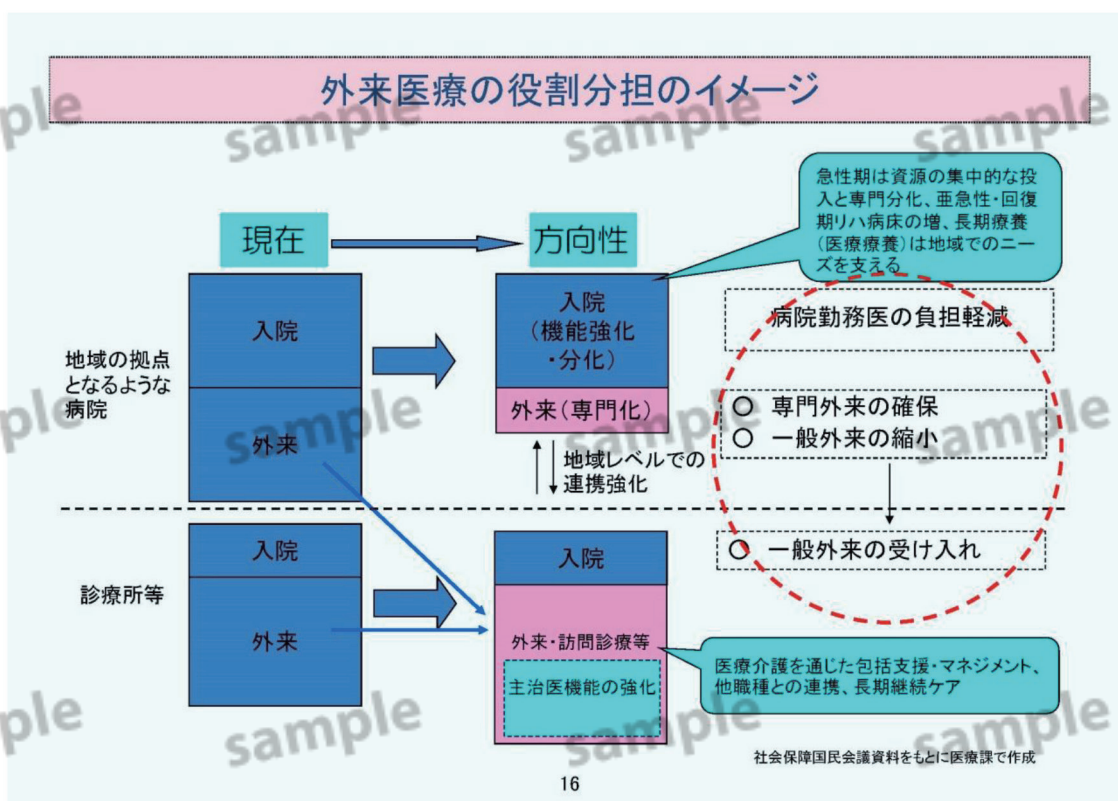
- 総合診療科
- 精神科
- 皮膚科
- 眼科
- 麻酔科
- 心療内科
- リハビリテーション科
- 歯科口腔外科
- 地域ケア科

### ※注意

主治医、治療内容により診療を行う病院が異なります。詳しくは、各科外来にお問い合わせください

佐久医療センターは、紹介型の「地域医療支援病院」です。(予定)

資料 7. 外来医療の役割分担イメージ

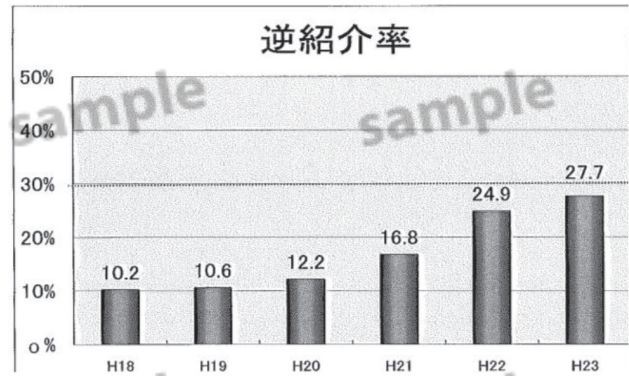
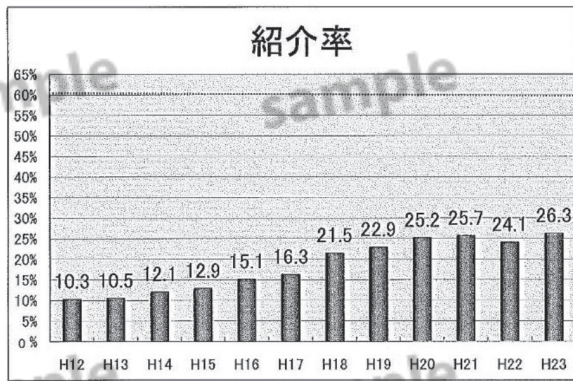


出典：厚生労働省資料～中医協 総-3 (23.11.30)

国の外来診療についての政策として地域の拠点となるような病院の外来を縮小し、診療所等へ移行することを推進している。このため、患者紹介率、逆紹介率の向上に対して診療報酬上のインセンティブが設けられており、これが地域支援病院の認定要件となっている。すなわち、認定要件の中核的事項として下記のいずれかを満たすことが必要になっている。

- ① 紹介率 80%を上回っていること (紹介率が 60%以上であって、承認後 2 年間で当該紹介率が 80%を達成することが見込まれる場合を含む。)
- ② 紹介率が 60%を超え、かつ、逆紹介率が 30%を超えること
- ③ 紹介率が 40%を超え、かつ、逆紹介率が 60%を超えること

資料 8. 佐久病院の紹介率・逆紹介率の推移



出典：佐久病院資料

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

---

不 許 複 製

---

慶應義塾大学ビジネス・スクール

---