

病院再編の事例に見る地方自治体の役割について

浅野 一 明

Abstract

In our country's health care system, including medical supply system and medical insurance system, the role of public institutions such as national and local governments is huge. Currently, regional medical care is riddled with various problems related to securing a doctor, stabilization of hospital management, and advancement of medical care. To solve these problems, the restructuring and integration of hospitals have been promoted.

In this paper, based on some cases of hospital restructuring, I investigate the role of local governments in the restructuring and integration of hospitals.

キーワード……病院再編・統合 自治体の役割 公立病院改革 地域医療構想

はじめに

我が国の医療制度では、医療サービスの供給に関する医療供給制度、医療を供給するための費用の調達や財政に関する医療保険制度、いずれにおいても国や自治体など公的機関の果たす役割は大きい。その内、医療の供給について見れば、都道府県立及び市町村立の病院数は地方独立行政法人の病院数を加えても、全国の病院総数の11%程度に過ぎない¹⁾。しかし、明治の初期から公立病院の設立が全国各地で進むなど、特に私的医療機関の不足する地方において、医療提供体制の充実に関し、これまで自治体も大きな役割を担ってきている²⁾。

現在、地域医療の現場では、高齢化などの社会的な要因の変化を背景に、高度化する医療への対応、病院経営の安定化や医師の確保といった様々な課題を抱えており、これらの解決を目指して、病院の再編・統合が進められている。

地域における新たな医療提供体制の実現に向けて、病院の再編・統合が検討されるが、既存の病院の廃止・縮小も伴うことから、検討には紆余曲折もある。病院の再編・統合にあたり、自治体は、どのような役割を果たすべきか。本稿では、いくつかの病院再編の事例をもとに、病院の再編・統合の過程で自治体が果たすべき役割を検証する。

1. 病院再編の背景

歴史的に見れば、医療提供体制の改革はその時々²の社会的事情の変化にあわせて行われてきているが、近年の病院再編を含む公立病院の改革は、平成 19 年に総務省が地方自治体に対して示した「公立病院改革ガイドライン」によって進められてきている。

このガイドラインは、地方公共団体の財政健全化を目指す国の政策の中で、自治体が運営する病院事業にも経営の健全化を求めるものであった。公立病院の役割を、地域に必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することとして、病院を運営する各自治体に病院経営の効率化と持続可能な病院経営を目指し、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しという 3 つの視点を盛り込んだ「公立病院改革プラン」の策定と改革プランの点検・評価等を要求している。

改革プランの策定にあたって都道府県には、公立病院等の「再編・ネットワーク化」及び「経営形態の見直し」について市町村と共同して自ら計画、構想等を策定することも含め、積極的に参画することが強く求められるとして、都道府県の主導的な役割が期待されていた。この結果、病院の再編ネットワーク化については、平成 25 年度までに策定した計画に基づいて、病院の統合・再編に取り組んでいる事例が、全国で 65 ケース、162 の公立病院、公立病院以外の病院等を含めると 189 の病院が参画するという状況となった³⁾。

改革プランの 5 年間の対象期間が過ぎるにあたって、平成 26 年度に新たなガイドラインの策定が検討され、平成 27 年 3 月に新公立病院改革ガイドラインが総務省によって示された。

この間、国においては、社会保障と税の一体改革に関する検討も進めており、平成 25 年 12 月に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が成立する。この法に基づく措置として、都道府県による地域の将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という）の策定等を含む「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が平成 26 年 6 月に成立している。

新公立病院改革ガイドラインでは、「改革の目指すところは、前ガイドラインと大きく変わるものではない」としているが、公立病院改革と地域医療構想には、地域において必要な医療提供体制の確保を図るという共通の目的があるとして、今後の公立病院改革に、都道府県による地域医療構想の検討及び取組との整合的を求めた点に、前ガイドラインとの大きな違いがある。今後は、これらの方針に従って病院の再編・統合も進むものと思われる。

一方、公立病院を含む地方の医療現場では、新旧の公立病院改革ガイドラインが挙げる病院経営の悪化、医師不足といった改革の必要性以外にも、病院の統合・再編を検討しなければならない理由がある場合が多い。

その理由については、以下の事例で詳しく見ることとするが、1 つは、老朽化した病院施設の建て替えに迫られるという状況である。施設の安全面の確保や、設備の更新などのため建て替えが必要ではあるが、病院経営も悪化する中、特に市町村立病院では自治体単独での建て替えが非常に困難であり、打開策が見出だせないという状況に陥ってしまうのである。

もう1つは、地域での高度医療の提供体制の確保である。地域に基幹的な病院があっても病院規模が小さい場合や、同程度の小規模の病院が林立している場合に、その地域内で高度医療を提供する医療機関がない場合がある。そのような地域では、高度医療や救急医療を、遠く離れた別の地域の病院に依存しなければならないという課題もある。このような特有の事情を抱えた地域では、公立病院改革ガイドラインの公表以前から病院の再編・統合を進めた例もある。

様々な地域の状況によって病院の再編・統合は進められている。以下、再編・統合に関わった自治体の数の違い、都道府県と市町村の関係、検討期間の違い、再編・統合後の運営主体の違い等に注目しつつ、それらに関して特徴のある5つの事例を上げ、病院の再編・統合の過程で関係自治体が果たした役割を検証する。

2. 病院再編の事例

まずはじめに、先駆的な事例として全国に先駆けて公立病院の再編・統合が行われた山形県の公立置賜病院を取り上げた。次に、同じ山形県でも近年の事例で、県立病院と市立病院の統合となった日本海総合病院の事例である。病院再編の成功事例として取り上げられることの多い以上の二つの事例に対し、公的病院の再編・統合を目指しつつ実現に至らなかった京都府舞鶴市の事例もその次に見る。そして、検討に長期間を要した新潟県の魚沼基幹病院と青森県の一つがる総合病院の順に見て行く。

(1) 公立置賜総合病院（山形県）

①病院の再編・統合に至る理由と対象医療機関

公立置賜総合病院は、山形県南部の置賜二次保健医療圏⁴⁾の基幹病院である。同医療圏は、米沢市、南陽市、長井市、高島町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町の3市5町で構成される。

同圏域において高度医療機能整備が検討された当時の資料⁵⁾によると、置賜地域には、飯豊町を除く3市4町に自治体病院が設置され、同地域の一般病床1,816床（平成5年4月1日現在）のうち自治体病院が1,321床と全体の72.7%を占め、地域医療の多くを自治体病院が担っていた。置賜二次医療圏の基幹病院としては長井市立総合病院（病床数483床）、米沢市立病院（病床数495床）の2病院が機能していたが、「基幹病院における先端医療機器の整備状況を比較すると、置賜地域の基幹病院2病院は必ずしも十分な整備がなされているとは言い難く、中でも長井市立総合病院の先端機器整備の立ち遅れが目立つ⁶⁾という状況であった。

このような状況の中で、10万人規模の医療人口を有し、かつ医療の完結性が高いと判断された米沢市を除く2市5町の地域に地域中核病院を整備する必要があるとされ、この地域中核病院として、現在の病院施設の老朽化、狭隘化が著しい南陽市立総合病院及び川西町立病院と長井市立総合病院を統合し、新たに公立置賜総合病院（仮称）を設置するとした。同時に、長井

病院再編の事例に見る地方自治体の役割について（浅野一明）

市、南陽市、川西町に一般病床を有するサテライト医療施設を整備し、更に、飯豊町中央診療所も公立置賜病院を運営する一部事務組合で運営するという方針が決定された。

県としての高度医療提供体制整備の必要性と、地元自治体の老朽化した病院施設更新の必要性が、病院再編・統合を検討する主な理由であったといえる。

②再編・統合の経緯と関わった主体

平成5年に山形県によって設置された、「置賜地域医療懇話会」によって具体的な検討が始まった。同懇談会は、置賜地域の高度医療機能のあり方を協議検討するもので、山形県医師会副会長を会長として、置賜地域の公立病院長及び医師会長など医療関係者や学識経験者で構成され、専門的な見地からの協議検討が行われた。この段階で、現在の再編の原型ができています。

同懇話会による報告書の取りまとめを経て、平成6年4月、置賜地域における高度医療機能としての救命救急センター及び救命センターの母体となる新たな基幹病院の整備と、新たな地域医療システムの構築を目的に、「置賜地域広域病院等整備推進協議会」が、置賜地方の3市5町に山形県を加えた9つの地方公共団体によって設けられた⁷⁾。

協議会の事務局は山形県に設置され、会長には山形県副知事が就任した。また、協議会内部の専門部会である基本計画検討部会長には県環境保健部技監、基本問題懇談会会長には山形県医師会長がそれぞれ就任するなど、県の強い主導と、専門的な知見を尊重した体制となっていた。事務局職員には、山形県と再編計画の中心となる病院の設置主体であった長井市及び南陽市の職員が従事して連絡調整が図られた。実務的な検討を積み重ねて、最終的に地方自治体の長による合議をもって意見集約及び意思決定を行うという仕組みであったと言える。

平成7年3月に、同協議会によって「公立置賜総合病院（仮称）等整備基本計画」が取りまとめられ、これに従って病院の再編・統合が進められることとなった。

③検討期間と再編・統合年

平成7年11月15日に置賜広域病院組合が設立され、同年12月から新たな総合病院の基本設計を開始した。平成12年11月1日に公立置賜総合病院が開院されている。

平成5年の病院統合・再編の検討開始から置賜広域病院組合の設立まで約2年1ヶ月間、新病院の開院までは約7年1ヶ月間を要している。

④再編・統合後の運営主体

長井市立総合病院、南陽市立総合病院は、それぞれ公立置賜長井病院（病床数483床から110床へ）、公立置賜南陽病院（病床数251床から50床へ）となり、川西町立病院は無床の診療所である公立置賜川西診療所（病床数98床から無床へ）となって、救急救命センターを備えた基幹病院である公立置賜総合病院（病床数520床）のサテライト医療施設として位置づけられる

こととなった。それら全体の施設整備及び運営に、飯豊町立診療所（無床のまま）の運営も加えた一連の病院施設の管理運営を、山形県、長井市、南陽市、川西町、飯豊町を構成団体とする一部事務組合である置賜広域病院組合が行っている。この一部事務組合には組合管理費の5割を負担⁸⁾する形で山形県が参加しており、ここでも県の主導性が見られる。

（２）日本海総合病院（山形県）

①病院の再編・統合に至る理由と対象医療機関

日本海総合病院は、山形県北西部の庄内二次保健医療圏の基幹病院である。同医療圏は、鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町で構成されている。

酒田市を中心とする北庄内地域では、山形県立日本海病院（病床数528床。以下、県立日本海病院という）及び酒田市立酒田病院（病床数400床。以下、市立酒田病院という）が基幹病院であり、救急医療については市立酒田病院が二次救急医療機関としての役割を担うとともに、ICU等を設置する県立日本海病院が2.5次医療機関としての役割を担っていた。

しかし、鶴岡市を含む庄内地域全域を見ても、三次救急医療機能を担う医療機関がなく、それが既に整備されていた同県内の村山地方、置賜地方からは遠いため、庄内地方においてもその整備が必要とされたこと、また、県内の他の地方に比べがんの死亡率が高かったことなどから、がんに関する診療機能の整備を図る必要があるといった課題があった。また、県立日本海病院と市立酒田病院には、直線距離にして2km程度しか離れていないにも関わらず重複している診療機能が多く、医師の効率的な配置を行っていく必要があること、自治体病院として、地域で不足している医療について補充していく必要があること、自治体病院を取り巻く環境が厳しくなっており、経営の効率化を図る必要がある⁹⁾こと、市立酒田病院にあっては、老朽化した施設を改築する必要があることなど、自治体病院どうしても課題を抱えていた¹⁰⁾。

これらの課題の解決を目的に、県立日本海病院と市立酒田病院の統合再編を行い、三次救急医療まで対応可能な日本海総合病院の設置と、そのサテライト施設として療養と回復期リハビリテーションに特化し、一般の外来診療を行わない日本海総合病院酒田医療センターを設置して、高度医療の提供と病院機能の分担を行うこととなった。

②再編・統合の経緯と関わった主体

施設の老朽化が課題となっていた市立酒田病院については、当初、建て替えが検討されることとなり¹¹⁾、平成17年3月、「市立酒田病院施設整備マスタープラン策定報告書」が酒田市によって作成された。しかし、同年6月、国の指導により専門家による調査・検討機関として「市立酒田病院改築外部検討委員会」が設置され、同委員会は、4ヶ月後の平成17年10月、市立酒田病院は県立日本海病院との統合が望ましいとの報告を行った。これを受け酒田市は、同年12月、山形県に対し病院の統合再編について検討を提案し、事務的協議に入ることとなった。

病院再編の事例に見る地方自治体の役割について（浅野一明）

平成 18 年 8 月、山形県においても、外部監査法人による「山形県立病院事業分析評価調査業務報告書」の報告及び提言があり、その中で、県立日本海病院と市立酒田病院の統合再編により医療機能の充実化を図ることが地域住民にとって有効であると示され、平成 18 年 9 月、山形県知事と酒田市長が両病院の統合再編について合意した¹²⁾。平成 18 年 10 月、山形県庁に「北庄内医療整備推進室」が設置され、翌月の 11 月 10 日、県立日本海病院と市立酒田病院の統合再編のための協議の場として、「山形県・酒田市病院統合再編協議会」が設立された。

同協議会は、山形県及び酒田市で組織され、協議会の意思決定は、山形県知事及び酒田市長の協議により行くとされた。意思決定機関としての知事・市長の下には、協議会の協議事項についての検討等を行う検討機関として「運営委員会」が置かれ、更にその下に、専門事項について調査検討を行う 3 つの部会が置かれた。更に、山形大学医学部長、東北大学病院長をはじめとした医療の専門家で構成された「庄内地域医療懇話会」も協議会組織の一部として設置され、医療提供体制についての専門的意見も取り入れる体制となっていた。病院再編・統合の調査検討は山形県と酒田市が主体的に行い、各部会への有識者の招聘や庄内地域医療懇話会の意見によって専門的知見も取り入れつつ、最終的な意思決定を山形県知事及び酒田市長の協議によって決定するという仕組みである。

平成 20 年 3 月に山形県・酒田市病院統合再編協議会によって、「山形県・酒田市病院統合再編整備基本計画」が策定され、翌月の平成 20 年 4 月には、早くも地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構が設立されている。それと同時に、県立日本海病院は日本海総合病院として新たに開院（病床数 525 床）し、市立酒田病院も日本海総合病院酒田医療センターとして新たに開院（病床数 235 床¹³⁾）した。平成 23 年 4 月には日本海総合病院に救命救急センターも開設され、平成 27 年現在、日本海総合病院が許可病床数 646 床 27 診療科で高度急性期医療を担い、日本海総合病院酒田診療センターが許可病床数 114 床、内科とリハビリテーション科の 2 診療科で亜急性期、回復期の医療を担っている。

③検討期間と再編・統合年

病院の統合再編に要した期間は、酒田市が山形県に病院の統合再編の検討を提案した平成 17 年 12 月から数えれば、山形県・酒田市病院機構が設立され 2 つの病院が機構によって運営されることとなった平成 20 年 4 月までで約 2 年 4 ヶ月間。三次救急医療体制が実現したといえる平成 23 年 4 月の救命救急センターの開設までで、約 5 年 4 ヶ月間である。

④再編・統合後の運営主体

日本海総合病院及び日本海総合病院酒田診療センターの運営主体は、山形県と酒田市によって設立された地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構である。機構の理事長は、山形県知事及び酒田市長の協議により県知事が任命し、平成 27 年 5 月現在、日本海総合病院院長が就任し

ている。その他、病院関係者、公認会計士、弁護士が理事として参加し、機構を運営している。

（3）舞鶴地域医療連携機構（京都府）

①病院の再編・統合に至る理由と対象医療機関

京都府舞鶴市は、福知山市、綾部市とともに二次保健医療圏の中丹医療圏を構成している。同圏域内の福知山市、綾部市にはそれぞれ基幹となる公立病院が1つずつ存在していたが、圏域の北東部に位置する舞鶴市には4つの公的病院が存在し、それぞれが総合的な医療サービスを提供しているという状況であった。舞鶴市内の公的病院は平成20年4月1日の時点で、独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター（一般病床339床、精神病床155床）、国家公務員共済組合連合会舞鶴共済病院（一般病床320床、ICU10床）、舞鶴赤十字病院（一般病床150床、療養病床48床）、市立舞鶴市民病院（一般病床150床、療養病床48床）という状況であり、一般及び療養を合わせた4病院の合計病床数1,055床は、圏域全体の一般及び療養の既存病床数2,456床（平成19年10月1日現在）の約43%を占めるという状況であった。そのため、舞鶴市内では、「各医療機関では医療資源が分散され、診療科の偏在や脆弱な一人診療科が生じるなど、高度医療が提供できないばかりか、完結的医療ができないなど、経営の効率化にも課題を残している¹⁴⁾」という状況が生じていた。

そして、平成16年3月に市立舞鶴市民病院で起きた医師の集団退職をきっかけに、4つの公的病院を再編し、高度医療の提供体制の構築と各病院の機能分担を行うための検討が始まった。

②再編・統合の経緯と関わった主体

市立舞鶴市民病院では、平成16年の医師集団退職以後も、病院運営の民間委託を採用するなど、単独での経営再建の努力が行われていた。しかし、平成19年2月の市長選挙での市長の交代を経て病院運営の方針も見直すこととなり、舞鶴市に設置された、「舞鶴市地域医療あり方検討委員会」は、平成19年11月、公的4病院を急性期基幹病院1ないし2つの病院に統合再編し、1つの運営組織のもとで運営することを答申した。これを受け、平成21年1月、「舞鶴市公的病院再編推進委員会」が設置された。医療の専門家のみで構成され、委員長に大学教授が就任していた先の「あり方検討委員会」に対して、「推進委員会」では座長に舞鶴市副市長が就任し市内4つの公的病院の病院長や医師会長等とともに病院再編の検討が進められた。

同年4月に開催された第2回推進委員会では、公的4病院を急性期基幹病院とサブ的な慢性期サテライト病院の2病院に再編統合し、新たな一つの運営組織のもとで運営とする「ランドデザイン案」が合意されている。しかし、次の第3回推進委員会では、舞鶴共済病院が再編案に賛同できないとして再編協議からの離脱を表明している。この第3回推進委員会では、舞鶴共済病院以外の3病院でも再編が必要であり、残りの3病院で再編を進めることが確認されるに至った。同年10月の第4回推進委員会では、京都府に提出する提案書が検討され、これ

病院再編の事例に見る地方自治体の役割について（浅野一明）

を受けた京都府は、翌 11 月に「中丹地域医療再生計画」を作成して国に提出している。

この中丹地域医療再生計画は、舞鶴共済病院を除く公的 3 病院を基幹病院とサテライト病院の 2 病院に再編統合し、基幹病院は救急医療を中心として、中丹医療圏の急性期病院の中核を担うこととされ、サテライト病院は、その補完的役割を担うこととしている。同時に、舞鶴共済病院とは強固な連携による運営を目指すとした。この計画は、舞鶴市公的病院再編推進委員会の提案を中心とする内容であり、中丹地域全体の計画を示したというよりも、舞鶴市の公的病院再編計画がその中核となっているというべきものであった¹⁵⁾。

その後、この計画に沿って、京都府、舞鶴市の調整のもと再編に向けた協議が進んだが、平成 23 年 2 月に舞鶴市長選挙で新市長が当選すると状況が変わる。新市長¹⁶⁾が、病院再編・統合の見直しを表明したのである¹⁷⁾。舞鶴市長から京都府知事に対して現行計画に対する市の見直し案を協議する場の設置について要望がなされ、平成 23 年 6 月に「第 1 回中丹地域医療再生計画に係る関係者会議」が開催された。この会議で舞鶴市は、新市長の方針に基づいて「市内の公的病院の医療機能の選択と集中、分担と連携による医療再生を目指し、市全体としてあらかも 1 つの病院として機能する体制を構築する¹⁸⁾」とする見直し案を提案している。

その後、京都府が主体となって、舞鶴市ほか関係団体と調整が進められ、平成 24 年 3 月に中丹地域医療再生計画の改訂版が公表されている¹⁹⁾。この修正案の従前計画からの大きな違いは、公的病院の統合再編から、各病院の診療機能等の強化と市立舞鶴市民病院の療養病床への特化を図るとしたこと、4 つの公的病院を舞鶴市が主体となって設置する「舞鶴地域医療連携機構（仮称）」によって、救急医療体制の整備及び病院間・病診間の連携強化を図りつつ、各種取組による医師確保等も行う、という方針に転換した点にある。

この修正計画に沿って、平成 25 年 4 月 30 日、舞鶴市が設立者となり、一般財団法人舞鶴地域医療連携機構が設立され、病院の再編・統合に代えて²⁰⁾、医療機関どうしの連携によって地域医療の充実を図ることとなった。同機構の主な事業は、連携強化の取組として連携会議及び部会の開催など、救急医療体制強化の取組として、休日救急輪番制事業や休日急病診療所開設に向けた調整など、医師確保対策の取り組みとして若手医師の研修システムの構築など、その他、市民や医療関係者に対する情報発信や各種啓発事業などを実施している²¹⁾。

③検討期間と再編・統合年

病院の統合再編は実現されていないが、現在の形で一定の結果が実現した舞鶴地域医療連携機構の設立までを見れば、市立舞鶴市民病院で医師の集団退職が起きた平成 16 年 3 月から約 9 年 1 ヶ月間、公的病院の統合再編が具体的に検討され始めた平成 19 年 5 月の舞鶴市地域医療あり方検討委員会の設置から約 6 年が経過している。なお、三次医療を担う地域救命救急センターには、市立福知山市民病院が平成 24 年 4 月にその指定を受けている。

④再編・統合後の運営主体

舞鶴市内の公的4病院の運営主体に変更はない。舞鶴市医療連携機構は、舞鶴市が設立した一般財団法人であり、舞鶴医師会、歯科医師会、薬剤師会、公的4病院、舞鶴市健康・子ども部長、税理士、有識者等を役員として²²⁾運営されている。

(4) 魚沼基幹病院（新潟県）

①病院の再編・統合に至る理由と対象医療機関

平成27年6月に開院した「新潟大学医歯学総合病院魚沼地域医療教育センター 新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院」（以下、魚沼基幹病院という）は、新潟県南魚沼市に所在し、新潟県南東部の魚沼二次保健医療圏の基幹病院としての役割を担っている。

魚沼二次保健医療圏は、魚沼市、南魚沼市、十日町市、湯沢町、津南町の3市2町で構成される²³⁾。病院再編・統合が行われる以前、魚沼二次保健医療圏には12の救急告示病院があり、その内、9つが公立病院で、最大規模の県立小出病院が病床数383床、次いで、県立十日町病院が病床数275床、その他は200床未満の比較的小規模な病院が広大な地域²⁴⁾の中に散在していた。三次救急や高度医療は、隣接する中越医療圏に主に依存し、新潟県内の医療圏で最も医師不足が深刻であること、医療施設間で機能分担と連携ができていないこと、県立病院の老朽化などの課題を抱えていた²⁵⁾。

このような状況の改善を図るため圏域内の4病院、魚沼市立堀之内病院（病床数80）、県立小出病院（病床数383床）、南魚沼市立ゆきぐに大和病院（病床数199床）、県立六日町病院（病床数199床）を再編・統合し、新たに高度医療を提供しつつ医師の確保も可能にするための基幹病院の設置を検討することとなったのである。

②再編・統合の経緯と関わった主体

平成12年度に、老朽化した県立小出病院東病棟の早期改築要望が地元要望として出されたことをきっかけに、新たな基幹病院整備についての検討が開始されたとされる²⁶⁾。魚沼地域では、平成14年度より「魚沼地域の医療高度化検討会議」が開かれ、地元自治体の首長8名²⁷⁾をはじめ、地元の3医師会の会長、18の病院代表に新潟大学医学部教授3名という大がかりな構成で地元関係者の意見集約が行われた。同会議は、平成16年3月に検討結果を報告している。

この検討結果の報告を受け、基幹病院の基本的機能などの残されていた課題を検討するため、地元自治体と有識者が中心となって「魚沼基幹病院設立推進協議会」が設立された。同協議会は、行政から地元4市町の首長²⁸⁾、医療関係者、学識経験者など合わせて14名で構成された。そこには、座長を新潟大学医歯学総合病院院長が務めた他に新潟大学医学部教授2名も含まれており、病院の再編・統合の検討は、その初期から新潟大学も深く関わりながら進められていた。

平成17年5月に同協議会が取りまとめた基本方針は、具体的な病院名を上げて統合再編案を

病院再編の事例に見る地方自治体の役割について（浅野一明）

示すものではなかった²⁹⁾が、この報告を受けて新潟県は、平成18年6月、現在の魚沼基幹病院設置を含めた魚沼地域の病院再編の原型となる「フレーム案」を提示している。

一方、新潟県は、増え続ける県立病院の赤字や、医療を取り巻く環境の変化、県民の医療ニーズの多様化等の県立病院が抱える課題を踏まえて、経営改革の具体策や県立病院の今後のあり方を外部有識者メンバーで検討するため「県立病院改革検討会議」を平成16年7月に設置して、県立病院について改革の具体的な検討を進めていた³⁰⁾。

前述の平成18年6月のフレーム案提示の後、新潟県は、地元自治体に意見を求めた後、10月には、地元医師会と魚沼市及び南魚沼市とともに「魚沼基幹病院（仮称）等医療提供体制に係る意見交換会」を設置し、平成19年4月「魚沼基幹病院（仮称）等医療提供体制の再構築の考え方について」を取りまとめた。ここで、基幹病院及び再編の対象となる県立小出病院、県立六日町病院、南魚沼市立ゆきぐに大和病院の役割と、それらの病院の所在する自治体である魚沼市及び南魚沼市と新潟県の役割分担などが確認されたのである。

新潟県と新潟大学との間では平成18年度より「魚沼基幹病院（仮称）整備検討会」が設置され、基幹病院の機能や医師確保等についての検討が行われていた³¹⁾。平成19年3月29日には、新潟県と新潟大学の間で、高度医療の提供や医師の確保と教育についての協力を内容とした「魚沼基幹病院（仮称）の設置に向けた新潟県と新潟大学の連携に関する覚書」が、南魚沼市長及び魚沼市長の同席のもとで締結されている³²⁾。

平成20年1月、「魚沼基幹病院（仮称）整備スケジュール」が新潟県より発表され、同年8月には、地元の医療関係者や地域住民代表、地元自治体の長、学識経験者等で構成する「魚沼地域医療整備協議会」が設置された。同協議会は平成21年5月、「魚沼基幹病院(仮称)と再編後の医療体制について【地元案】」を取りまとめている。

この間、新潟県では平成20年9月に、新潟大学関係者3名の他、県外の医療の専門家6名を委員とする³³⁾「基本計画策定委員会」を設置し魚沼基幹病院の具体的な検討を行っていた。前述の魚沼地域医療整備協議会による「地元案」の公表を経て、平成21年7月、「魚沼基幹病院（仮称）基本計画（素案）」を新潟県は公表している。

平成23年5月、「魚沼基幹病院（仮称）整備基本計画」が公表された。平成25年2月には、新潟大学と新潟県、新潟県地域医療推進機構の間で、魚沼基幹病院に「新潟大学医歯学総合病院魚沼地域医療教育センター」を設置（併設）する協定が締結され、平成27年6月1日、魚沼基幹病院は開院した。

③検討期間と再編・統合年

基幹病院の検討は平成12年度の県立小出病院の改築要望に始まったとされるが、基幹病院についての初めての地元の意見集約が発表された平成16年3月の「魚沼地域の医療高度化検討会議」の報告を具体的な検討の開始と見れば、平成23年5月の基本計画の公表までで約7年2

ヶ月間、平成27年6月の魚沼基幹病院開院までは約11年3ヶ月間を要している。

④再編・統合後の運営主体

魚沼基幹病院（病床数454床）は、新潟県と魚沼地域3市2町の設立による一般財団法人新潟県地域医療推進機構が運営する。また、院内には新潟大学医歯学総合病院の中央診療施設等の1つとして魚沼地域医療教育センターが設置され、これと連携しつつ運営されている。

再編の対象となった病院では、県立小出病院が病床数383床を90床に減らして魚沼市立小出病院として魚沼基幹病院の開院にあわせてスタート、平成28年4月には療養病床44床を加えて134床となる予定である。国民健康保険魚沼市立堀之内病院は市立のままで、病床数80床のうち一般病床を小出病院に移し、平成27年4月から療養病床のみの50床となっている。県立六日町病院（病床数199床）は魚沼基幹病院の開院と同時に南魚沼市立六日町病院（病床数20床）となり、平成27年11月には南魚沼市立病院（病床数140床）として新たに開院した。南魚沼市立ゆきぐに大和病院（病床数199床）は市立のままであるが、平成27年11月の南魚沼市立病院の開院にあわせて、病床数を40床に減少させて運営されている。

（5）つがる総合病院（青森県）

①病院の再編・統合に至る理由と対象医療機関

つがる総合病院（病床数438床）は、青森県の北西部、五所川原市に所在し、五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町の2市4町で構成される二次保健医療圏である西北五地域保健医療圏の中核病院として機能している。

平成20年4月当時、西北五地域内の病院は、国民健康保険五所川原市立西北中央病院（一般病床356床、精神病床60床）、公立金木病院組合公立金木病院（一般病床146床、療養病床30床）、つがる市国民健康保険病院つがる市立成人病センター（一般病床104床）、鱒ヶ沢町立中央病院（一般病床140床）、国民健康保険鶴田町立中央病院（一般病床70床、療養病床60床）の5つの公立病院と、その他、民間の5つの病院で一般病床123床、療養病床551床、精神病床120床が運営されている、という状況であった³⁴⁾。一般病床の多くを公立病院が占め、療養病床は主に民間病院という形で、地域医療の中核的な役割を果たす五所川原西北中央病院を中心として、公立病院が救急医療や急性期、亜急性期医療を担うという形になっていた。

近隣の二次保健医療圏への患者の流出や、医師や医療従事者の不足、既存施設の老朽化、高度医療の提供体制構築の必要性など、同圏域でも病院再編が行われた他の地域と同様の課題を抱えており、これらの解決を目指して、圏域内の5つの公立病院の再編と新たな中核病院の整備が検討されることとなった。

②再編・統合の経緯と関わった主体

病院再編の事例に見る地方自治体の役割について（浅野一明）

平成 13 年 3 月、青森県は、自治体病院の経営悪化や医師不足の現状等を踏まえ、圏域からの強い要請を受けて、県が主導して自治体病院機能再編成計画の策定に着手することを決定した。

平成 14 年 4 月、県による機能再編成の基本的な枠組みを圏域内 14 市町村長³⁵⁾が了承し、同年 12 月、「西北五地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画」が決定されている。

この計画を進めるに当たり、再編後の病院・診療所の設置運営も見通したうえで、「つがる西北五広域連合³⁶⁾」が事務を行うとされ、同広域連合は、平成 16 年 3 月、県主導による「機能再編制計画」の内容を精査し肉付けした「基本計画報告書」を外部委託によって作成した。

同地域の市町村合併も一段落した平成 17 年度、病院機能再編成の推進を図るため広域連合に県職員が派遣されている。同年 4 月には、前述の「基本計画報告書」に沿う形で病院機能再編成を早期に実現するため、圏域内の自治体病院長、事務長、広域連合事務局長、県医療薬務課副参事から構成される「西北五地域自治体病院機能再編成推進委員会」（以下、推進委員会という）が設置され、翌年の平成 18 年 2 月、「自治体病院機能再編マスタープラン」が作成された。

その後、病院建設地の選定等を行い、平成 20 年度には広域連合に顧問として前弘前大学医学部附属病院院長を迎えて推進体制を強化し、具体的な取り組みを進めるため、顧問と圏域内の自治体病院長で構成される自治体病院長会議が設置された。マスタープランの病院規模の見直しやサテライト病院の選定などが行われ、平成 21 年 3 月に改訂版マスタープランが公表された。

平成 24 年 4 月に、圏域内の 5 つの公立病院の経営が統合され、つがる西北五広域連合での一体運営となり、平成 26 年 4 月に「つがる西北五広域連合つがる総合病院」が新設開院された。

③検討期間と再編・統合年

平成 13 年 3 月の青森県による自治体病院機能再編成計画の策定の決定から、平成 24 年 4 月広域連合による公立病院の経営統合までで約 11 年と 1 ヶ月間、平成 26 年 4 月のつがる総合病院の開院までで約 13 年 1 ヶ月間を要している。

④再編・統合後の運営主体

公立金木病院（一般病床 146 床、療養病床 30 床）は病床の合計数を減らし「かなぎ病院」（平成 25 年 2 月 1 日から一般病床 60 床、療養病床 40 床）となり、鱒ヶ沢町立中央病院（一般病床 140 床）も平成 21 年 3 月に病床数を減らして「鱒ヶ沢病院」（一般病床 100 床【平成 27 年 4 月 1 日現在 30 床休床中】）となった。

鶴田町立中央病院（一般病床 70 床、療養病床 60 床）は平成 25 年 1 月 1 日、無床の診療所となって「鶴田診療所」として新たに開設され、「つがる市立成人病センター（一般病床 104 床）も、平成 26 年 3 月 1 日、無床の診療所である「つがる市民診療所」として新たに開設された。これら 4 つの医療施設は、新たに中核病院となった「つがる総合病院」のサテライト施設として位置づけられ、全ての施設が「つがる西北五広域連合」によって運営されている。

なお、国保五所川原市立西北中央病院（一般病床 356 床、精神病床 60 床）は、平成 24 年 4 月につがる西北五広域連合に運営が移管された後、平成 26 年 3 月、つがる総合病院の開院に合わせて閉院されている。

（6）小括

①各事例の自治体の関係からみた特徴

公立置賜総合病院の事例では、再編対象に県立病院が含まれていないにも関わらず、二次保健医療圏内の一部の自治体と県が中心となって病院再編の検討が進められ、最終的には再編後の医療機関を運営する一部事務組合に県も参加する形となっている点に特徴がある。この原因は、もともと県立病院の無いこの地域で、高度医療提供体制の整備について地元要望も強かったため、県としてもその整備の必要性を強く感じていたことにある。

日本海総合病院の事例では、市立酒田病院改築の検討という形で酒田市での検討が先行し、その後、県立病院との統合という案が出され、山形県がそれに続くという経過をたどっている。県立病院と市立病院の再編・統合となったこの事例は、関係する自治体が少なかったという特徴がある。再編後の病院運営主体となった地方独立行政法人も山形県と酒田市との共同で設置され、理事長の選任も山形県と酒田市の協議のうで行うといった運営がなされている。

舞鶴市の事例では、再編の対象が、市立の自治体病院 1 つに対し、公的病院が 3 つであった点、また、市が再編・統合を先導した点に特徴がある。結局この事例では、病院の再編・統合は実現されなかった。中丹地域医療再生計画は京都府の計画であり、二次医療圏内全体の計画であるはずだが、計画作成前から舞鶴市の政治状況や市立病院の状況が強く影響しており、計画の変更も、舞鶴市の政治状況によって行われたものと言える。

魚沼基幹病院の事例では、県と地元自治体や医療関係者の他に、大学、地元住民も深く関わっているという特徴がある。医療高度化の検討は、地元の要望がきっかけで始まっており、地元自治体と医療関係者に大学も参加し、さらに地元の住民も巻き込んで様々な検討がなされた。一方で新潟県も同時期に県立病院改革を検討しており、この検討にも加わっていた大学が県と地元の双方と関わりつつ、病院の再編・統合が進められていったのである。再編後の病院運営主体となった一般財団法人は県と二次医療圏内の全自治体によって設立され、財団法人の役員及び評議員には県と地元自治体に加え新潟大学からも選任されて運営が行われている。

つがる総合病院の事例では、県の主導によって病院再編計画が開始されるが、もともと存在した広域連合という自治体間の連携組織に、再編後の医療機関も運営させるべきことが先行して決まったため、検討の主体が次第に広域連合へと移っているという特徴がある。二次保健医療圏内の全自治体で構成される広域連合が主体となって病院再編の検討が進められることとなり、病院再編後もこの広域連合に県は参加していない。

病院再編・統合の前後における以上の自治体の関わりを整理すると表 1 のようになる。

表 1. 病院再編・統合の前後における自治体の関わり³⁷⁾

再編統合の対象医療機関	再編・統合後の医療機関	再編統合後の運営主体
市立病院 2、町立病院 1 町立診療所 1（長井市、 南陽市、川西町、飯豊町）	公立置賜総合病院及びサテラ イト医療施設（病院 2、診療所 1）、 町立診療所 1	一部事務組合（山形県、長井市、南 陽市、川西町、飯豊町） （県と圏域内の一部自治体）
県立病院 1、市立病院 1 （山形県、酒田市）	日本海総合病院及びサテライト 医療施設（病院 1）	地方独立行政法人（山形県、酒田市）
市立病院 1、公的病院 3 （舞鶴市、公的医療機関 3）	舞鶴地域医療連携機構、その他、 市立病院 1、公的病院 3	機構は一般財団法人（舞鶴市） 病院運営は変更なし
県立病院 2、市立病院 2 （新潟県、魚沼市、南魚沼市）	魚沼基幹病院、その他、市立病院 4	基幹病院の設置者は新潟県、運営は 一般財団法人（新潟県と圏域内の全 自治体 3 市 2 町が設立）県立病院は 市立へ
市立病院 2、町立病院 2 一部事務組合立病院 1 （圏域内の全公立病院）	つがる総合病院及びサテライト 医療施設（病院 2、診療所 2）	開設、運営とも広域連合（五所川原 市、つがる市、鯉ヶ沢町、深浦町、 鶴田町、中泊町）

②府県による主導性の比較

病院再編・統合計画の取りまとめに対して府県が主導性を発揮するためには、関係機関との調整会議等に府県も参加して方向性の決定に自らも直接関わる方法と、それらの会議体の外部から指導、助言等を行う方法がありうる。この両者の方法を比較すれば、前者の方が計画を取りまとめるための府県の主導性は発揮しやすい。前述の事例では、山形県の 2 事例と魚沼基幹病院の事例で県の会議への参加が見られる。従って、これらの事例では他の 2 事例に比較して県の主導性が強かったものと考えられる。

さらに、府県が会議に参加する場合でも、府県立の病院が再編対象となっているか、また、府県が再編後の病院運営に直接関わるか否かで、会議で主導性を発揮するための府県の発言力も異なると考えられる。すなわち、府県立病院が再編対象となり、再編後の病院運営にも府県が直接関わる場合に、運営主体として責任を負う府県の発言力も強まると考えられるのである。

これを前述の事例について見ると、日本海総合病院の事例では、県立病院が再編の対象となり、再編後も病院の設立運営主体である地方独立行政法人に県も参加している。従って、この事例で最も県の主導性が発揮しやすかったと考えられる。公立置賜総合病院の事例では、県立病院が再編の対象とはなっていないものの、高度医療提供体制の整備に向けて県も計画の当初から積極的に関わっており、再編後の運営主体である一部事務組合でも県が中心的な役割を担っている。この事例でも県は新たな医療提供体制について責任を負うものとして、その主導性は強かったと考えられる。これらに比べると、魚沼基幹病院の事例では、県立病院が主要な再編対象となっはいるが、再編によって県立病院が市立病院へと移管されることで、病院運営を受け入れる側となる地元自治体も検討には慎重にならざるをえないこと、また、再編後の基

幹病院についても、設置者は新潟県であり、運営主体の一般財団法人も新潟県が中心となって設立されているが、地元自治体や大学関係者、有識者なども参加して運営される財団法人は県から独立した組織であり、一部事務組合や地方独立行政法人での運営とした山形県の2つの事例に比して、地元関係者や大学に対し配慮を必要とする状況であった。その分だけ県の主導性は弱まっていたと考えられる。

その他、つがる総合病院の事例では、青森県の主導で病院再編の検討が始まってはいるが、その後、検討の中心は既存の市町村広域連合に移っており、再編後の病院運営にも県は参加していない。魚沼基幹病院の事例よりも更に、県の主導性が発揮し難い状況であったと言える。

最後に舞鶴市の事例では、京都府の主導性はほとんど見られない。本来、京都府が中心となって検討すべき中丹地域医療再生計画の策定や変更についてまで舞鶴市の政治状況に左右されてしまっている。

③各事例の検討期間の比較

では、以上のような自治体の関係や府県の主導性が病院再編の検討期間にどのような影響を与えるか、各事例を比較してみる。

再編・統合の検討期間は置賜総合病院、日本海総合病院の事例で、新たな運営主体の設立まで約2年強と比較的短期間である。魚沼基幹病院は具体的な検討の開始から基本計画の公表までで約7年2ヶ月間、つがる総合病院は具体的な検討の開始から広域連合への既存病院への移管までで約11年1ヶ月間と、他の事例より検討に長期間を要している。舞鶴市の事例では病院の再編・統合には至らず、市が設立した団体が既存の病院間の連携を行うことで決着した。

短期間で検討をまとめることができた要因を考えると、まず、当事者の数が少なかったことが要因の1つに挙げられよう。日本海総合病院の事例では県立と市立の病院の統合であり、検討経過で周辺自治体なども加わってはいるが、やはり中心は、既存病院の運営主体である県と市の直接交渉ということになる。しかし、置賜総合病院の事例では、4市町の医療施設が再編・統合の対象とされ、検討過程では置賜地域のその他の自治体も参加していた。このような複数の地元自治体が関わる状況は、魚沼基幹病院やつがる総合病院の状況と同様である。

では、置賜総合病院の事例はなぜ短期間で検討を終えることができたのか。他の事例と比較すると、置賜総合病院の事例では検討の当初から再編後の病院運営に至るまで、県の主導性があったことが挙げられる。これに対して、前述の通り県の主導性が比較的に薄らいでいたつがる総合病院の事例では、多くの自治体が再編に参加した置賜の事例と似た状況で、検討開始から新たな病院運営主体の設立までで5倍近い期間を要している。

魚沼基幹病院の事例では地元での検討期間が長い。最も古い検討は平成12年の県立病院建て替えの要望に始まったとされており、そこから数えれば基幹病院の基本計画ができるまでに約11年を要している。しかし、平成18年6月に新潟県が地元に対し病院再編の原型となる「フ

病院再編の事例に見る地方自治体の役割について（浅野一明）

レーム案」を示し地元との意見調整を始めてからは、約5年間で基本計画の策定に至っている。

京都府の主導性が見られなかった舞鶴市の事例では、一旦は計画が作られながらも病院の再編・統合には至らなかったのである。

つがる総合病院と魚沼基幹病院の事例で検討期間が長期に至ったのは、病院再編・統合の検討の最中であった平成17年頃、どちらも市町村合併を進めていたことも原因として考えうるし、この5つの事例のみで都道府県の主導性が病院再編の検討期間を左右すると決めることはできない。しかし、以上の比較からは、都道府県の主導性が病院の再編・統合の進展に大きな影響を及ぼしていると考えられる。事例の比較をまとめると表2ようになる。

表2. 病院再編・統合事例の検討期間と関係団体等の比較³⁸⁾

病院名	検討期間	主な関係団体	検討の主導者
置賜総合病院	組合の設立まで約2年1ヶ月間、新病院の開院までは約7年1ヶ月間	山形県、長井市、南陽市、川西町、飯豊町	高度医療提供体制の構築を県が主導
日本海総合病院	地方独法設立まで約2年4ヶ月間。救命救急センターの開設まで、約5年4ヶ月間	山形県、酒田市	酒田市の検討が先行した後、県と協働
舞鶴地域医療連携機構	機構の設立まで、病院の統合再編が具体的に検討され始めた舞鶴市地域医療あり方検討委員会の設置から約6年間	舞鶴市、市内公的3病院	舞鶴市主導
魚沼基幹病院	「魚沼地域の医療高度化検討会議」の報告から、基本計画の公表までで約7年2ヶ月間、平成魚沼基幹病院開院までは約11年3ヶ月間	新潟県、魚沼市、南魚沼市、十日町市、新潟大学	地元の検討と県の検討が平行
つがる総合病院	自治体病院機能再編成計画策定の決定から、広域連合による病院経営統合まで約11年と1ヶ月間、つがる総合病院の開院まで約13年1ヶ月間	つがる西北五広域連合構成団体の2市4町	県の主導で開始された後、広域連合が主導

④自治体の果たすべき役割

医療法第30条の4において、都道府県は厚生労働大臣の定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下、医療計画という）を定めることとされ、広域な医療提供体制の構築に対して責任を負ってきた。さらに、平成27年度からは、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の施行に伴って、都道府県は、医療計画において地域医療構想に関する事項を定めるものとされた。都道府県にはこれまで以上に、地域の実情に応じた医療提供体制の構築について期待されているのである。一方で総務省の新公立病院改革ガイドラインにより、公立病院改革も要求されている。この改革の1つの方針である病院の「再編・ネットワーク化」は、これまでの事例で見た通り、県立病院の場合はもとより、市立病院の再編事例でも、都道府県が主導的役割を果たさなければ進めることは困難である。都道府県には、医療

計画及び地域医療計画で地域の実情に即した適切な計画を作成するだけでなく、病院再編・統合の場面でも、計画の立案並びに、関係市町村、その他関係団体との調整を主体的に進めることが求められよう。

他方、基礎自治体である市町村には、都道府県と共に、病院の再編・統合について住民に丁寧に説明をし、理解を得るという役割が求められよう。病院の再編・統合には身近な病院の廃止縮小を伴うことが多く、住民にとっては不安も伴うため、今回取り上げたそれぞれの事例でも住民説明会等が行われていた。地域の医療提供体制は、住民にとって重大な関心事であり、理解が得られなければ既存病院の再編も進められない場合もあり得よう。病院再編によって実現されるべき新たな医療体制の必要性や、実現されない場合の不利益、住民の受診行動にとってどのような変化があるのかなど、具体的に説明し理解を得る必要がある。

おわりに

本稿では、5つの事例の経過を見ることで、病院再編・統合の際に求められる地方自治体の役割を考えた。既存病院の廃止縮小を伴い、ともすると近隣自治体の政治問題に発展しがちな病院の再編・統合にあたっては、医療提供体制について広域に検討すべき都道府県と住民に身近な存在である市町村が、それぞれに求められる役割を協力して果たさなければならない。統合後の病院運営を都道府県と市町村の共同で行っている事例もあり、介護分野でも連携が求められている両者は、地域医療の充実のため、今後さらに役割分担と協力を深める必要がある。

<注>

- 1) 厚生労働省「平成26年医療施設調査・病院報告」。
- 2) 伊関友伸『自治体病院の歴史』（三輪書店、2014年）14頁ないし19頁。
- 3) 厚生労働省「新公立病院改革ガイドライン」（2015年）所掲の参考資料5。
- 4) 二次保健医療圏とは、医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域を言い、都道府県によって設定される区域である。区域の設定にあたっては「地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（前条に規定する特殊な医療並びに療養病床及び一般病床以外の病床に係る医療を除く。）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ものを単位として設定すること」（医療法施行規則第30条の29第1号）とされる。
- 5) 置賜地域医療懇話会〈事務局 山形県環境保健部医薬務課〉「置賜地域における高度医療機能整備の在り方について」（1994年3月）
- 6) 同上5頁ないし6頁。
- 7) 同協議会の目的、体制等については「置賜地域広域病院等整備推進協議会規約」を参照した。
- 8) 病院施設の管理運営費の負担割合は、それぞれの施設ごとに人口規模等を考慮して毎年構成自治体の負担割合が定められている。平成27年当初予算の置賜総合病院の負担割合は、基幹病院部分で45%、救命救急センター部分で100%を山形県が負担することとなっている。
- 9) 市立酒田病院の経営状況が悪化していた訳ではない。市立酒田病院の経営状況は改善傾向にあり、平成18年度決算で約1億9千万円の経常利益を計上し、前年度繰越欠損金は約5千2百万円となっていた。一方、県立日本海病院は同年決算で経常損失が約2億4千万円、前年度繰越欠損金が約106億8千万円となっており、経営状況は県立日本海病院の方が厳しかった。（総務省自治財政局編『平成18年度地方

公営企業年鑑』第2編統計資料6病院事業より）

- 10) 庄内地域の当時の医療状況については、山形県・酒田市病院統合再編協議会「山形県・酒田市病院統合再編整備基本計画」（2007年3月）による。
- 11) 平成12年5月には、酒田市に「市立酒田病院改築検討委員会」が設置されている。
- 12) 酒田市広報『私の街さかた』No.24（平成18年10月16日）2頁、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構「平成27年度病院概要」。
- 13) その後、日本海総合病院の増築完成を待って、平成22年11月、酒田医療センターは療養病床114床に変更し、救急告示を廃止している。
- 14) 京都府「中丹地域医療再生計画」（2010年1月）1頁。
- 15) 舞鶴市『広報まいづる』No.842（2009年11月16日）にも、「同計画は、市が進める公的病院の再編を核として策定したもの。」という記述が見られる。
- 16) 新たに市長に就任した多々見良三氏は、舞鶴共済病院の院長として舞鶴市公的病院再編推進委員会の委員を務めていた際に、公的病院の統合再編計画から舞鶴共済病院の離脱を表明している。
- 17) 舞鶴市議会平成23年3月定例会議事録（多々見良三市長 議案提案理由の説明、2011年3月1日）
- 18) 舞鶴市『広報まいづる』No.881（2015年7月1日）1頁。
- 19) 舞鶴市内の病院再編の検討経過は「中丹地域医療再生計画」（2010年1月）及び、同（2012年3月改訂）に記載の「これまでの経過」による。
- 20) 市立舞鶴市民病院は、舞鶴赤十字病院の隣接地に移転し、病床数100床の療養病床に特化する形で、平成26年4月30日に新たに開院している。
- 21) （一財）舞鶴地域医療連携機構ホームページより
<http://maizuru-iryounkei.jp/index.php/about-us/about-us01-2/main-works>（最終アクセス2016年1月8日）
- 22) （一社）舞鶴地域医療連携機構役員名簿（2015年6月25日現在）
- 23) 新潟県「第5次新潟県地域保健医療計画」（2013年3月一部改定）より。
- 24) 圏域面積は面積2648.95㎢。東京都の2190.9㎢、神奈川県2415.8㎢を上回る面積である。
- 25) 新潟県福祉保健部「新潟大学医歯学総合病院魚沼地域医療教育センター 新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院の整備について」（2015年6月）
- 26) 新潟県福祉保健部・病院局「魚沼地域に安心・安全な医療を提供します！」（2006年10月）
http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Simple/kentou1-2.pdf（最終アクセス平成27年11月22日）
- 27) 小千谷市長、十日町市長、守門村長、湯沢町長、中里村長、小出町長、六日町長、松代町長の8名。平成16年の市町村合併による魚沼市、南魚沼市の市制施行、平成17年の十日町市の合併以前の市町村長である。なお、小千谷市は平成25年4月1日より、魚沼二次保健医療圏から中越二次保健医療圏に帰属が変更されている。
- 28) 十日町市長、松代町長、魚沼市長、南魚沼市長。市町村合併前の平成16年7月15日から平成16年10月31日まで守門村長、小出町長、六日町長も加わっていた。
- 29) 魚沼地域基幹病院設立推進協議会「魚沼地域の医療高度化基本方針」（2005年5月）
- 30) この会議の議長は「魚沼基幹病院設立推進協議会」の座長と同一人である新潟大学医歯学総合病院長が務めていた。
- 31) 新潟県「魚沼基幹病院（仮称）整備基本計画」（2011年5月）42頁。
- 32) 魚沼市ホームページ＞魚沼市における医療再編情報ホーム＞新潟県の動き
<http://www.city.uonuma.niigata.jp/tiikiiryouniigatapref.html#16>（最終アクセス平成27年11月23日）
- 33) 魚沼市ホームページ＞魚沼市における医療再編情報ホーム＞新潟県の動き＞アドバイザー決定報道資料
<http://www.city.uonuma.niigata.jp/tiikiiryouniigatapref/2009301.pdf>（最終アクセス平成27年11月24日）
- 34) つがる西北五広域連合「西北五地域における自治体病院機能再編成マスタープラン（改訂版）」（2012年11月一部変更）110頁。
- 35) 平成17年の市町村合併前の西北五地域保健医療圏内の市町村長である。
- 36) 広域市町村圏計画並びにふるさと市町村圏計画の策定と実施や、介護認定審査会の設置と運営を目的として、平成11年3月に設立の認可を受けている。構成団体は西北五地域保健医療圏の構成団体と同じ2市4町である。なお、設立当時は14市町村であった。
- 37) 各事例で取りまとめられた病院の再編及び整備に関する基本計画等より筆者作成。なお、舞鶴地域医療連携機構は医療機関ではないが、再編検討の結果設立された団体として他の医療機関と並べて記した。
- 38) 各事例の病院再編・整備に関する基本計画等並びに関係自治体のホームページより筆者作成。なお、表1と同様に舞鶴地域医療連携機構も他の医療機関と並べて記した。

主指導教員（田村秀教授）、副指導教員（田中伸至教授・増井英紀准教授）