

査読論文

公立病院の社会資本ガバナンスの課題 — 設備投資，社会サービスの決定メカニズムを軸にして —

大松 美樹雄*

要旨

コロナ禍は日本医療のネットワークのあり方を問い直すものであった。民間が8割を占める日本医療において、公立病院（自治体立病院）の役割は決定的である。しかし、国のヘルスケア政策は公立病院の再編統合、民営化である。公立病院は様々な歴史を持つ、地域社会に欠くことができない社会資本である。その設備投資・固定資本投資（ハード）の決定のあり方を、住民視点から問い直すことが必要である。そして、その枠の中での医療サービスのあり方（ソフト）を検討し、経営課題を入口にして、地域社会にオープンな「地域コミュニケーション形成」を展望することが肝要である。

キーワード

医療ネットワーク，指定管理者制度，社会資本，固定資本，社会サービス，地域コミュニケーション

〈目次〉

- I. はじめに ー問題の所在
- II. 日本の医療における公立病院の歴史的変遷と社会的位置
 - (1) 公立病院の歴史的変遷
 - (2) 揺れ動く公立病院の社会的位置
- III. 公立病院の民営化をめぐる近年の動向 ー指定管理者制度適用の実相
 - (1) 和泉市立病院をめぐる巨大医療法人の動向
 - (2) 後追いつける事例 ー泉大津市立病院をめぐる行政と巨大医療法人の動向
- IV. 固定資本からみる医療・ヘルスケア経営のあり方 ー社会資本と設備投資
 - (1) 医療・ヘルスケアの社会資本充実への視座 ー社会資本論を問い直す
 - (2) ハード面からみる医療・ヘルスケアの経営と課題 ー固定資本論
 - (3) 公立病院における設備投資の決定と運営のあり方 ー置塩理論に学ぶ
- V. 社会サービス労働・経営の理論と政策 ー公立病院改革への視座

* 執筆 者：大松 美樹雄

所属／職位：立命館大学経済学部／授業担当講師 けいはん医療生活協同組合地域サポートセンター／副部長
連絡 先：〒525-8577 滋賀県草津市野路東1 丁目1-1

E-mail: oomatsu@keihqn-healthcoop.net

- (1) 医療・看護労働の本質とあり方
 - (2) 社会サービス労働の本質・特徴・課題 ―二宮理論の視座
 - (3) 公立病院における社会サービス労働・経営課題への協働的取り組み
- VI. おわりに ―地域における公立病院経営・医療の開示と地域社会とのコミュニケーションの形成

I. はじめに ―問題の所在

足かけ3年にわたるコロナ禍は、人間社会にとっての保健・医療・看護（ヘルスケア）と介護・ケア，エッセンシャルワーク，そして公衆衛生の役割りの重要性を誰の目にも明かにしてきた。医療現場の「ゆとり」の重要性を明白にした。

しかし今、「これだけ公費をつぎこんでいて、日本医療はなぜ強靱性が足りないのか」といった論が耳目を集めている¹。

アフターコロナを見通して、新型コロナをはじめとした様々な新興感染症、大規模災害等に対応できる日本医療のあるべきネットワークの形が問われる時である。これに関して二木立は、公衆衛生体制の抜本的な前進と医療専門スタッフの増員を前提として、公立病院（自治体立病院）と中核的民間病院を軸とした方針整理を行っている。格闘する医療現場と地域住民からみて大変説得的である²。

① 十分な議論の上で、公立のコロナ専門病院・病棟の設置，② 地域の中核的民間病院～中等症のコロナ患者の受け入れ，③ 民間中小病院～退院患者の受け入れ・療養，④ 診療所（開業医）～自宅療養患者の受け入れ・療養，という機能分担方針である。

日本医療の8割は民間（医療法人立病院，開業医等）であり，連携とネットワークの軸となる公立病院の果たすべき役割は決定的に重要である。しかし，2015年から全国の2次医療圏（人口30万人から50万人程度）ごとに開催されている地域医療調整会議は，政府・総務省・厚生労働省の意に沿った（急性期）ベッド削減が大前提として運営されている。コロナ禍においても，公立公的病院・民間中核病院等の再編統合路線は継続・拡大し，その民営化の動きも急である。

県立病院，市立病院など地方自治体立である公立病院は，地域社会で必要不可欠な社会資本，地域インフラである。その認識なしの，上意下達的な再編統合，民営化の波に抗するためには，全面的な対抗政策提案が必要である。そのために，基礎的概念を整理し，現場に密着した具体的方策提示を行うこと，これが本稿の目的である。

本稿の筋道を明示したい。まず，日本医療と公立病院の歴史，公立病院の現時点の位置について，論ずる。続いて，公立病院民営化の実例を示し，その実相を明らかにする。そして，公立病院の設備投資（ハード）と社会サービス（ソフト）のガバナンスのあり方を探り，先行研

究を導きの糸にして社会資本論、社会サービス論を整理し、住民による「決定」論に言及する。それらを踏まえ、公立病院経営・医療の開示と地域社会的交流への方策について具体的提案を行い、公立病院のあり方を公共的所有運営（決定）形態にどう戻していくかという論点を明確にしていく。

まず、歴史的変遷から論を進めよう。

Ⅱ. 日本の医療における公立病院の歴史的変遷と社会的位置

（1）公立病院の歴史的変遷

明治維新直後の1874年、医制が公布され、「開業の自由と自己の採算によって医療を供給する開業医制度を国民医療の中心とする」という大方針が掲げられた。「民」中心、「公」補完という路線が確定した。現在の民間8割、国公立2割という、日本医療の役割分担の出発点であった³。

資本制社会の進展のなかで、公立病院は様々な発展をとげていった。例えば、後で民営化の事例として取り上げる、大阪府南部泉州地域の泉大津市立病院は、1927年に「和泉伝染病院」として開院し、1930年には和泉公民病院に改称した。泉大津市立病院のみならず泉州地域の公立病院は、当地の毛布をはじめた繊維産業の発展とそこで働く労働者への保健医療サービスをどう確保するかという点が出発点となったのである⁴。

このような公立病院の個別の歴史と積み上げてきた財産を改めて振り返る必要がある。さて戦前の日本医療保障制度において着目すべきエポックは、1918年の米騒動と同時期のスペイン風邪の時期に集中している。

都市部への医師層の集中等の諸矛盾を克服するために「医療の社会化」がとなえられ、実費診療所が作られていった。健康保険加入者は対象全労働者の4分の1に達した。国による慈善療の象徴として恩師財団・済生会が結成された（現在は日赤とともに「公的病院」に位置づけられている）。この時期、日本の地域社会では、戦後の社会政策につながる新しい芽が生まれていた。

1923年関東大震災を契機として、全国の帝大学生たちの学生セツルメント運動は隆盛を迎え、医療相談、衛生支援、貧困者救済、法律相談、教育支援などが活発に取り組まれた。しかし満州事変、日中戦争、太平洋戦争への流れのなかで、現場からの社会政策的な動きと保健医療政策は、国家総動員政策（健兵健民政策）にのみこまれていった。しかし、その地下水脈は戦後にひきつがれ、太平洋戦争後の諸改革につながったのである。

戦後直後、1948年に制定された医療法第31条は、「医療の向上を進めるにあたって国民に必要な最小限度の医療の向上を図るための中核的な医療機関の整備をすること」をまずもって強調している。そして第34条では公的医療機関（公立公的病院）の設置に対し国庫補助等ができる

ことなどが規定され、公立病院の整備は民間病院とともに徐々に進んだ。しかし、1962年医療法改正によって公立病院などは入院ベッドの増床規制を受けることとなった（民間病院の規制は1985年である）。明治以来の「民」中心路線は貫かれたと言える⁵。

（2）揺れ動く公立病院の社会的位置

1970年代の都市部での救急搬送先がないといった「医療危機」を受けて、国の医療政策は医師増員と地域での中軸的な役割を果たす病院建設促進に軸足を移した。各地で新設医科大学が作られ、各地の県庁所在地などでの民間病院建設には公的融資でバックアップしていった。ところが1980年代にはその流れは反転し、先に述べたように、1985年医療法改正によって全ての病院のベッド規制が始まった。

そして、2000年代の小泉構造改革路線のもとで公立、民間病院への診療報酬は厳しく押さえられ、従来から難題を抱えていた公立病院の経営はより厳しくなった。そして、2007年総務省「公立病院改革ガイドライン」を軸とした公立病院再編改革路線は、本格化した。

地域社会の世論の影響もあり、コロナ禍の2022年3月に出された総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」は、コロナ感染時において公立病院の果たす役割の重要性が再認識されたと、冒頭では述べている。しかしながらこのガイドラインの最終結論は、政府・総務省・厚生労働省の公立病院改革方針に沿った施設整備に対する財政措置拡充（病院事業債）である⁶。ガイドラインはコロナ禍での公立病院の奮闘を指摘してはいるが、最終結論は従来からの再編統合路線の更なる推進である。

（小括）

この間の新自由主義的諸改革と政策の典型事例を示そう。それは大阪市である。大阪市の市立病院関係担当部長、当該病院院長、そして病院職員も全く知らないうちに、松井・大阪市長が2020年4月14日の記者会見において、大阪市内十三市民病院のコロナ専門病院への転換を突然発表したことである。

この事例が特徴的だが、国と経済界、いくつかの地方自治体のヘルスケア現場と公立病院への姿勢は、従来通りの上位下達主義である。ヘルスケアネットワークの軸となるべき公立病院は揺れ動いている。

次に、その揺れの焦点となっている、公立病院民営化問題を論じていこう。

Ⅲ. 公立病院の民営化をめぐる近年の動向 ―指定管理者制度適用の実相

（1）和泉市立病院をめぐる巨大医療法人の動向

今、公立病院民営化に走る総務省等にとりわけ重視されるのは、指定管理者制度を活用して、

医療法人等に全面委託（公設民営化）する枠組みである。公立病院853病院中、80病院が活用している⁷。

ここでまず取り上げるのは、大阪府南部和泉市（人口約18万4千人、一般会計約760億円）の和泉市立病院（230ベッド）である。

和泉市は2013年に、医療法人・徳洲会に市民病院の管理運営を委託（指定管理者制度、30年契約）した。そして2018年に新病院を市が建設し、市立病院の総資産（市所有）は160億円規模となった（この時点で、徳洲会は「和泉総合医療センター」と改称）。市民病院の収益・費用はほぼ徳洲会に渡ったため、市の市立病院会計の貸借対照表は巨額だが、損益計算書は極めて小さなものとなった（表①、②参照）。

表① 和泉市立病院 損益計算書 単位 百万円

	2012年度	2013年度	2018年度	2020年度
I 医業収益	6,366	5,450	200	222
II 医業費用	6,606	7,754	1,770	2,194
III 医業外収益	416	411	326	433
4 医業外費用	204	221	114	165
経常利益	▲28	▲2,114	▲1,358	▲1,704
特別利益	905	1,974	0	1,302
特別損失	4	3	0	1,194
当期利益	873	▲143	▲1,358	▲1,597

出所 総務省「病院事業決算状況」各年度、から作成

表② 和泉市立病院 貸借対照表 単位 百万円

	2012年度	2013年度	2018年度	2020年度
【資産合計】	4,998	6,035	16,275	12,876
1. 流動資産	1,335	2,034	251	109
2. 固定資産	3,656	4,000	16,275	12,761
3. 繰延資産	0	0	0	0
【負債合計】	4,275	4,092	16,973	15,060
1. 流動負債	1,344	2,025	1,029	1,004
2. 固定負債	2,932	2,067	15,832	13,858
3. 繰延収益	0	0	111	198
【資本合計】	723	1,943	▲697	▲2,184
1. 資本金	8,515	9,081	7,455	8,417
2. 剰余金	▲7,792	▲7,138	▲8,152	▲10,601

出所 ①に同じ

市と徳洲会の協定書では、1件1千万円以上の高額医療機器購入に関しては、和泉市が負担をし、減価償却費償却の半分相当を徳洲会が負担するということが決められている⁸。これ自体が、近畿圏において公設民営の公立病院運営の先陣をはった生駒市の協定書とはかなり違った中身となっている。同じ徳洲会が相手である生駒市の協定書は、「指定管理者が購入整備し

維持管理費用も負担する。指定管理者は機能整備において、最新の医療水準に適合するよう努力する」となっている。

徳洲会にとってみれば設備投資（固定資本）に関わる責任がなく（資産所有はなし）、自らの展開したい高度医療に力を集中できる。利益の絶対額と総資本利益率（≒利潤率）は急上昇しているはずである。まさに指定管理者制度は大医療法人にとっては、ローリスク（またはノーリスク）・ハイリターンの「打ち出の小づち」ではないのか。検証してみよう。

以下は、大医療法人がメカバンクから100億円の直接融資を受け、総建設費100億円の新病院を自前で建設した場合のシミュレーションである。

20年返済、年利1.5%、建設の内訳⇒耐用年数39年の建物本体と耐用年数15年の附属設備（配管、エレベーター等）が50%ずつと仮定する。

100億円×1/20+100億円×0.015⇒返済額		約6億5千万円
【初年度減価償却費 定額法 費用発生】		
50億円×1/39⇒約1億3千万円		
50億円×1/15⇒約3億3千万円	合計償却費	約4億6千万円

図① 初年度返済額 資金流出額（出所 筆者作成）

巨額の費用発生のため大赤字は必須であり、金融機関からのチェックは極めて厳しくなる。また減価償却費を超える資金流出が20年間続くこととなる。

（2）後追いする事例 一泉大津市立病院をめぐる行政と巨大医療法人の動向

この路線をそのまま引き継いだのが、隣の泉大津市（人口約7万4千人、一般会計約350億円）である⁹。

泉大津市立病院（230ベッド）は1998年にリニューアルしたが、そのわずか20年余り後に、120億円以上の企業債（30年間の元利償還金は150億円程度）を発行して新病院を建て、広範な住民の反対、疑問の声にも関わらず管理運営を地元の大手社会医療法人・生長会に委託（指定管理者制度）するという流れが2019年末にはほぼ確定していた（市と生長会が合意書を締結）。そして2023年2月20日、正式に指定管理者を生長会とすることが、泉大津市議会において賛成多数で可決した。

現地の「市立病院を守る会」と筆者は、「金食い虫の市立病院」という現市長と市当局の攻撃に対して、2020年～21年にかけてこう反論した。

公立病院の特徴である自治体一般会計等からの繰り入れに関しては収益勘定と資本勘定の合計で9億円前後が計上されている。国からの地方交付税との関係を見ると、2018年度でおよそ5億3千万円が交付税措置をされており、いわゆる市会計の「持ち出し」は約3億7千万円で

ある（表③）。この金額で人口7万人の街が総合的な病院を維持できていることの社会的意義をどう考えるのか、と。

表③ 泉大津市立病院 操出金明細と交付税措置 2018年度 単位 千円

			決算額 A	交付税措置 B	A - B
	医業収益 他会計負担金	救急医療等	139,204	107,165	32,039
	医業外収益 他会計補助金	医師確保対策経費, リハビリ医療経費 等	442,444	236,232	206,212
	資本的支出 一般会計出資金	企業債償還金 元金等	318,352	184,777	133,575
		合計	900,000	528,174	371,826
C	普通交付税措置	病院経営に関わる もの等		418,872	
D	特別交付税措置	救急医療, 小児医 療にかかるもの等		109,302	
		合計 C + D		528,174	

出所 泉大津財政課資料から作成

注 病院経営に関する交付税は各種出金に応じて按分されている。

そして、地域医療を守るという観点から見て極めて大きな問題は2021年6月に、近隣医療機関・介護施設には全く呼びかけを行わず、泉大津市と生長会の両者だけで「地域医療連携推進法人」を結成したことである。これは全国的に極めて特異な姿である。

例えば、全国的に有名な日本海ヘルスケアネットの主な参加施設と実施業務は次の通りである¹⁰。

【主な加盟施設】

山形県・酒田市病院機構 山形県立病院 酒田市立病院
酒田地区医師会 酒田地区薬剤師会
医療法人 健友会 本間病院 医療法人 山容会 山容病院
社会福祉法人 光風会 介護老人保健施設

【実施業務】

診療機能等の集約化・機能分担、病床規模の適性化
医療機器等の共同利用
医療材料・薬品等の共同交渉・共同購入
委託業の共同交渉
連携業務の効率化～電子カルテ、会計等
医療介護従事者の派遣体制の整備、人材育成、人事交流

図② 日本海ヘルスネットの主な加盟施設と実施業務

（出所 日本海ヘルスネットのホームページから作成，注10参照）

地域医療連携推進法人に対しては、参加施設・法人の自主性の問題も含めて批判があり、この制度を活用しての、大病院法人による地域医療独占の危険性は直視しておかなければならない。とはいえ、地域医療ネットワーク形成との関係でいえば、地域ごとの個別的問題として判

断が必要となってくる。共同購入、人材育成研修など、それなりの有効性を持つ場合もある。この論点は最後にふれたい。

しかし泉大津のケースでは、先述したように地域の中小病院、クリニック、介護施設等が完全に無視されており、全国的にみて異常かつ歪なフレームとなっている。

（小括）

公立病院民営化に群がる個別大医療法人にとっての上記の「うまみ」を、医療界と地域社会全体が取り戻していくという、逆転の発想を持ってないのか。これが、ここ10年余り、幾つかの公立病院の経営課題を分析・検討してきた、筆者の実感である。

この実感を糸口にして、次に社会資本とはなにか、それをどう把握するのかという問題と、ヘルスケア分野（保健・医療・看護）における設備投資費用（固定資本費用）のファイナンスとガバナンスのあり方に論をすすめていきたい。

Ⅳ. 固定資本からみる医療・ヘルスケア経営のあり方 ―社会資本と設備投資

（1）医療・ヘルスケアの社会資本充実への視座 ―社会資本論を問い直す

社会資本論の泰斗である宮本憲一は、近著において、「新型コロナウイルスによるパンデミック（世界的大流行）でも、人命・健康を守る公衆衛生や医療・福祉の社会資本の充実が政治の最重優課題であることを明らかにした」と論ずる。そして、こう結論づける。

「これからの社会資本充実策は、住民の自発的な計画づくりと建設・管理についての責任分担がなければ進められないであろう。共同体の回復のための自発的な学習から、社会資本のガバナンスは始めなければならないであろう。」¹¹

しかし、地域ヘルスケア関連社会資本の具体的な充実策までは論じられていない。なお、医療界で賛同者の多い宇沢弘文の「社会的共通資本」論の範疇は次の通りである¹²。

- ① 自然環境
- ② 社会的インフラストラクチャー、社会資本
- ③ 制度資本：教育、医療、金融、出版、ジャーナリズム、司法、行政、文化、都市等

また社会学、地域福祉学、社会疫学、まちづくり論等では、「社会関係資本」（Social Capital）という概念を用い、人間集団の繋がりを分析していく。先に述べた、地域インフラ上でのヘルスケア実践概念（ソフト）とオーバーラップしている。

宮本は宇沢の論に対して、社会資本の範疇は経済過程に入る対象にとどめるべきであり、都市・自然まで入れるのには反対している¹³。しかし周知の通り、宮本は公害環境問題での研究と実践活動で著名であり、自然環境と都市を経済の「容器」として重視している。一定の違いはあるが、根本的な相違はないのではないか。

われわれは宇沢の②③の複合として地域ヘルスケアを把握し、その軸である公立病院のハード面（地域インフラ）における住民ガバナンスの道を論じる必要がある。

（２）ハード面からみる医療・ヘルスケアの経営と課題 一固定資本論

次は社会資本のハード、設備投資、固定資本の問題である。まず一般病院全体の経営状態をみてみよう。

2021年厚生労働省・第23回医療経済実態調査における768一般病院・損益差額（赤字黒字）平均は下記の通りである¹⁴。

2019年度	△103,953千円	△3.1%
2020年度	△224,731千円	△6.9%
2020年度の損益にコロナ補助金を含めると、13,217千円、0.4%のプラス		

図③ 一般病院・損益差額（赤字黒字）平均（2019年度、2020年度）

（出所 2021年厚生労働省・第23回医療経済実態調査から作成）

日本の一般病院は、コロナ禍関連の補助金を受けて、やっと誤差の範囲のような利益を確保しているのである。問題は、1980年台に新築された多くの病院が新たな設備投資の必要性に直面していることである。独立行政法人・福祉医療機構の貸付先建設費の推移をみると、10年間に建設単価は1.76倍に膨れ上がっている¹⁵。

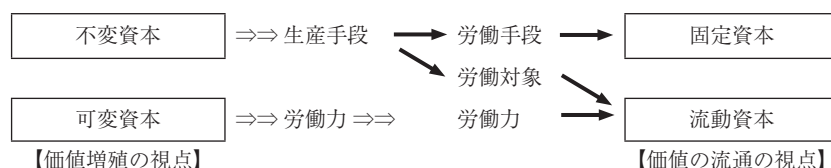
2010年度	12,427千円（200床	2,485,400千円）
2020年度	21,844千円（200床	4,368,800千円）

図④ 定員1人当たりの建設費

（出所 独立行政法人 福祉医療機構『Research Report』2021年7月8日号より作成）

建設費の上昇、医療高度化の下、現在の診療報酬制度では公立・民間を問わず、建物・高額医療機器の更新・建替えに関わる設備投資費用、経済学的に言うと固定資本費用（キャピタルコスト）に備える蓄積が極めて不十分である。そのため上述のように、指定管理者制度は民間大医療法人にとっては極めて魅力的なのである。ここで固定資本とはそもそもなにかという点を押さえておこう。

固定資本とは「流動資本」と対をなす概念であり、図示すれば次のように描かれる¹⁶。



図⑤ 価値増殖と価値流通の視点

(出所 マルクス『資本論』第2部第2篇第8章固定資本と流通資本、大谷貞之助
[2001]『図解 社会経済学』桜井書店、259～262頁、から作成)

生産において新しい価値を作り出すのは可変資本であり、不変資本は自らの価値を生産物に移転するだけである。しかし生産過程における価値流通の視点からみると、不変資本・生産手段と可変資本・労働力の動きは複雑となってくる。

不変資本・生産手段は労働手段と労働対象に分けられる。労働手段は工場、建物、機械等であり、労働対象は原材料、補助材料等々である。労働対象は一日、一ヵ月といった単位で生産過程にはいりこみ、短期間にその価値を回収するため、労働力とあわせて「流動資本」となる。

労働手段は10年、20年単位で生産過程に順次はいりこみ、長期間で価値を回収するため「固定資本」となる。固定資本は生産プロセスにおいて、人間の体で言えば骨格の役割を果たす。これは企業会計上の固定資産とほぼ同義である。

鉄筋コンクリートの病院建物の税法上の耐用年数は39年だが、実際には機能的減価（道徳的摩滅）のスピードが速いため、25年から30年ほどで大規模リニューアル・建て替えが必用となる。その莫大な資金問題をめぐって、前述のように公立病院では民営化の是非が政策的争点となる。

国公立・民間を問わず病院・診療所の建物等（いわゆるハード）は地域インフラストラクチャー・社会資本そのものであり、冒頭に述べたように公立病院はその中心軸となる存在である。ではそのハードのガバナンスはどうあるべきなのか、地域と現場からの科学的ガバナンスをどう確立していくべきなのか。

（3）公立病院における設備投資の決定と運営のあり方 ―置塩理論に学ぶ

公立病院の生産手段・固定資本の維持・更新にかかわる「諸決定」を、社会的・公共的なものにどう変革していくのか、その方途を探る上で、置塩信雄の論に立ち戻ることには大変有効である¹⁷。

置塩信雄は、歴史上のそれぞれの特殊な社会を特質づけるのは、①社会の諸構成員のうち誰が生産手段を所有するか、②誰が生産に関する諸決定を握るのか、③誰が労働するのか、④生産物が社会構成員のうちにどのように分配されるかの四つであり、②が最も基本的なものであるとし、次のように論ずる。

資本制社会における主要な生産関係は次のようになる。社会を構成する成員の一部分が生産

手段を孤立・分散的に私有し、生産に関する諸決定は社会成員の一部がそれぞれ部分的に私的ににぎっている。生産手段の所有や生産に関する決定から排除された人々は、賃労働者として労働力の販売を余儀なくされ、附加された価値のうち、労働力の再生産に必要な部分だけが、賃労働者に賃金として渡され、他はすべて剰余価値として搾取される。

人間社会の自然制御能力が大局的になり生産力が著しく高まった段階において、生産手段の主要部分が私的独占資本によって支配され、生産の決定が彼らによって私的利潤を基準として無政府的に行われる結果、人間の自然制御能力は人間の生存を脅かす方向に作用するにいたった。

生産の社会的性格が著しくなっているのにもかかわらず、生産に関する諸決定が私的・分散的に行われていることを克服すること、これを社会的・公共的なものにとりかえす途が、人間の存続を保障するただ一つの途となる。

以上の置塩の提起（1980年）を受け、公立病院ハードガバナンスにおいてその提起を応用発展するとすれば、公立病院の生産手段・固定資本の維持・更新にかかわる「諸決定」を、社会的・公共的なものにつくりかえ、それによって住民自治の成長を加速度化させていく途の具体的検討が必要である。その検討には、以下の視角が重要となる。

第一に、地域の医療資源の中長期的な適正配置と、その軸となる公立病院の態勢を総合的に把握する必要がある。筆者は2004年に、医療事業体における設備投資の本来的あり方と流れについてこう論じた¹⁸、

- A 住民要求と社会的有用性の把握
- B 事業体の客観的な社会的使命と力量、地域のネットワークの分析
下のCにいく前のここの議論が重要
- C 診療報酬、介護報酬の動向予測とシミュレーション
患者・利用者動向予測
損益計画と資金計画、予想キャッシュフロー表と予想貸借対照表作成
- D 地域インフラストラクチャーの連携のなかでの再考
- E 行政機関、金融機関との折衝
(実際にはB、Cの段階で、同時平行となる)
- F 計画の最終煮詰め、業者との折衝
- G 実施
- H 評価、見直し、資金回収

図⑥ 医療事業体における設備投資の本来的あり方と流れ

(出所 拙稿 [2014]「医療福祉事業の業績評価、マネジメントの課題」『総合社会福祉研究』24号、2004年3月)

A, B, D の議論が最優先され、その上でCの議論がなされる必要がある。公立設備投資・固定資本投資に関しては地域住民の公論の場で議論され、医療機器であれば他病院との共同利用も含めて、集团的に「決定」されていくべきものである。地域住民が決定プロセスにアクセ

スするということは、住民の健康主権者としての自治能力のアップに大きく寄与するはずである。

第二に、地域社会と住民はその投資による5年～40年程度の地域社会的便益と発生コストを把握し続けなければならない。社会的インフラストラクチャーとしての機能と、病院の部門別原価計算（部門別損益計算、セグメント会計）の両面を市民全体に示すことが肝要である。

いわば複合的度量衡を地域社会と住民は保持し続けなければならない。

第三に、更に歴史的視角が土台となる必要がある。どのような時代であっても、その事業体の中長期の収入と支出を合わせていくということ、しっかりとした経営の確立は人類社会の歴史貫通的課題であり、公立病院であっても民間病院であっても同様である。

「経営」という概念は個別マネジメントという側面を軸にしつつ、本来的に社会的・公共的性格、地域ガバナンス的側面を持つものである。

（小括）

以上、設備投資・固定資本投資、公立病院のハードの枠組み、それに関わる財政課題の「決定」とガバナンスのあり方について議論してきた。社会資本、インフラストラクチャーの枠組みを論じていけば、必然的にそのフレームの中での医療看護介護実践（ソフト）と住民要求との関係が浮かび上がってくる。社会資本の内実、中身の議論が次の課題である。

医療労働、看護労働、介護労働は経済学的に言えば、社会サービス労働である。経済原論的に言えば、物質的な生産労働ではない精神的な対人コミュニケーション労働である。最近、現時点での決定版ともいべき文献、『社会サービスの経済学 教育・ケア・医療のエッセンシャルワーク』（二宮厚美，新日本出版社，2023年1月）が上梓された。この40年間の議論の進展について、私的体験と『社会サービスの経済学』のエッセンスを紹介し、論をすすめたい。

V. 社会サービス労働・経営の理論と政策 ―公立病院改革への視座

（1）医療・看護労働の本質とあり方

1979年、医療現場にとびこんだ筆者がまずふれた文献が、『医療と社会』（日野秀逸，日本生協連医療部会，1979年）であった。日野は医療労働を『資本論』に沿って整理し、医療労働の対象（労働対象）を「人間の健康という観点から把握された人間および環境」と規定した¹⁹。

そして若い看護（婦）師集団は療養生活に困難を抱えている患者の事例検討（胃潰瘍の再発を繰り返す民間企業営業マン等）を粘り強く開催し、並行して、ナイチンゲール、川嶋みどり、木下安、ヘンダーソン等の文献学習を進めていた。

現場看護師らの学びの取り組みの嚆矢は、日本看護学の泰斗である川嶋みどりの実践である²⁰。川嶋は自らの看護実践の学び・探究の出発点を、参加者の自由な話し合いを中心にして、看護とは何か、看護学成立の中心課題は何かを、具体的経験の中から採り出し創り出すことを目的としてスタートした「東京看護学セミナー」（1965年発足）であったと明言している。セミナーでは事例検討と併せて、科学論技術論、医療論などからアプローチすることも重視された。

さて、日本の保健師助産師看護師法第5条は看護業務として、①医師の指示のもとに行う医療行為の一部についての補助行為（診療の補助）、②人間としての基本的営みを保持すること（療養上の世話）、の二つを挙げている。ますます加速化する医療の高度化と現在の診療報酬制度上の問題から、今の看護業務は①に偏り、看護の専門性の中心軸である②がおざなりになっているのではないかと、川嶋は警鐘を鳴らしている²¹。

3年続いたコロナ禍は、川嶋の論ずる看護労働のみならず、医療労働、介護労働の本質を問い直す大きな契機となった。この時に出されたのが『社会サービスの経済学』である。現場で格闘する人達にとって大変刺激的な内容を含んでいる。そこでまず、本書の、ケア・社会サービスのガバナンスに関わる部分の骨格を提示していこう。

（2）社会サービス労働の本質・特徴・課題 ―二宮理論の視座

二宮厚美はこう論ずる。

人間社会の生存のためには物質代謝と精神代謝が必要であり、後者を保育、教育、ケア、医療などの社会サービスが担う。社会サービス労働は「人間を相手に言語的コミュニケーション関係を媒介にして働きかける労働」である。適切な労働手段とそれを用いて対象（他者）に働きかける技能（スキル）が不可欠である。そして、より根本は“コミュニケーション媒介的労働”であるということが、その専門性、特殊性（次の3点）を規定する²²。

- ① 個別的ニーズへの対応
- ② 消費主体に対する応答性
- ③ 歴史・環境的制約に対する柔軟な対応

とりわけて、「個別的応答性」ということがキー概念である²³。

二宮の論は、保健・医療・看護・介護の現場にとって、大変親和性がある。保健・医療・看護・介護サービスの生産と消費のプロセスにおいて、正しい個別的コミュニケーション関係を確立し、利用者・患者と専門職の両方が対等な主人公となる道を探ること、そのためには現場に一定の余裕と、それを包み込む豊かな社会資本、個別固定資本のしっかりとしたフレームが

不可欠である。

（3）公立病院における社会サービス労働・経営課題への協働的取り組み

先に述べたようにコロナ禍を契機とした、エッセンシャルワークの世界的見直しの流れを梃にして、公立病院における保健・医療・看護・介護労働のあり方を探る持続的な研究活動を展開すべき時である。

医学・看護学は学際的学問であり、医療・看護実践は「所与の不動の法則」を個々の患者・利用者に「適用」という営みではない。社会背景、生活労働歴、家庭環境、自然環境が個々に違う、一人の生身（なまみ）の人間に対するアプローチである。

筆者は公立病院民営化問題をめぐって、公立病院労働組合に結集する看護師集団のヒアリングを行った経験がある²⁴。真摯な実践が積み上げられていたのは事実である。と同時に、院内のチームワーク、共同での学び、地域医療連携の分析と自院の立ち位置の把握、患者・住民との協働（コミュニケーション形成）という点では、課題が山積しているとも実感した。

医療現場での「決定」は医師・看護師等のチーム集団と患者・利用者の共同で行われるべきであり、それが可能な、人的かつ施設構造的な器が不可欠である。そして、公立病院、民間病院の現場の今後のあるべき姿を更に具体的に論ずるのは、現場と社会保障分野の研究者の責任である。

患者・住民と専門職が共同で社会サービスのあり方の「決定」（ソフト）に関わるという具体的展望を、公立病院の専門職がもてるかどうか、公立病院民営化、上位下達主義的再編に抗することができるかどうかの決定的な試金石となるのではないか。そしてそれは前述した設備投資・固定資本投資の「決定」（ハード）ガバナンス課題と、表裏一体である。

そのため、公立病院当局者と専門職は、JA 厚生連、開業医団体、民主医療機関、医療福祉生協、労働者協同組合等の民間部門、非営利協同セクターにおける分厚い実践事例から、オープンマインドで貪欲に吸収する必要があるのではないか。

（小括）

松本市の民間中核病院のトップであり、日本病院会会長の相澤孝夫は、コロナ禍、大災害などのケースへの柔軟な対応（非常時でのベッドの融通など）においては、院長、副院長、内科部長どうしの、日常の強い連携の中でつちかった人間関係が大変有効であったと述べている²⁵。公立病院の専門職には、当該地域でそうした専門職の間の人間関係形成の軸となることが期待されている。

新自由主義的諸改革の嵐が吹くなか、繰り返しとなるが、先の述べた「東京看護学セミナー」の2020年代版、当該地域版をどうつくりあげていくことを、あるべき保健・医療・看護・介護ネットワークづくりの土台にすえていくことが肝要である。

Ⅵ. おわりに ―地域における公立病院経営・医療の開示と地域社会とのコミュニケーションの形成

近畿圏の公立病院の危機と再編では、舞鶴市民病院の例が有名である²⁶。2004年1月の内科医師13名の退職によって危機が表面化したことは記憶に新しい。貸借対照表をみると、毎年一般会計等から10億円前後の繰入れを続けながら、既に1999年度末で9億1千万円の一時借入金（他会計からの臨時的借入）がはりついていた。

職業的会計人がよく口にする「財務諸表が泣いている」状態であった。それを危機のシグナルとして社会運動の側が迅速に把握し、地域社会の公論の場にただちに提示することが必要だった。

事業活動において経営と資金の数値は、炭鉱労働でのカナリアの役目を持っている。国の地方交付税、国庫負担金と自治体一般会計等繰入が土台にある公立病院であるからこそ、収支と経営課題に敏感にならなくてはならない。そして経営課題こそ、資本制社会の各場面（労働・生活・営業）で格闘している住民各層との協働展開の手がかりとなる入口である。その面でのリアルな認識なしでは、例えば地場の中小商店の「おかみさん」「おやっさん」との、胸襟を開いた実質的な対話はスタートできない。

以上の議論をふまえ、最後に、具体的提案をしたい。公立病院ガバナンスを住民視点で前進させるために、経営課題を糸口とした、下記の柱建てで情報公開と公の議論（対話）の場を作るという政策提起は有効ではないだろうか。既に論じたように、医療・看護サービスの本質はコミュニケーション労働である。それを外延化し、地域社会とのコミュニケーションづくりを公立病院当局者と専門職は展望する時である。

- ① 行政当局と病院当局主催、または病院当局と労働組合共催、または労働組合主催、「〇〇病院を守る会」主催、住民有志主催など様々な形が考えられるが、地域住民にオープンな形で「病院経営説明検討会」（仮称）を継続的（半年に1度程度）に開催する。
- ② そこではまず、病院事業の資金の流れと、全体および各科別の経営状態、患者・利用者の動向を明示する。
病院全体の予測キャッシュフロー表（資金収支表）を常に組上に載せる。これには③と④の中身が反映されなくてはならない。
- ③ 地域医療福祉連携のなかでの当該病院の位置を明らかにしていく。これには近隣クリニック、介護福祉施設、医師会・看護協会などの職能団体の参加が不可欠である。
そして関連施設と患者・住民によって、「医療サービスの質」評価を行う。
事故報告、倫理委員会等の資料を明示する。

- ④ 予定される医療機器等の設備投資について複合的に評価を行う。5年～20年程度の、社会的便益とコストを明示する。
- ⑤ 業務委託先の評価と業者との連携のあり方について検討する。医薬品、診療材料等の購入折衝と在庫管理について検討する。
- ⑥ 専門職種の各種学会、研究会活動を明らかにする。医師研修、看護師研修などの内実を明示する。
後継者育成と人事対策について検討していく。各種ハラスメント対策について明示する。
- ⑦ 地域での住民医療懇談会、「〇〇病院健康まつり」「〇〇病院ウェルフェアまつり」開催などの検討を行う。
- ⑧ その他

以上の内容を持つ「病院経営説明検討会」にて持続的に実施するということは、報開示と地域対話・コミュニケーションの面で、ある意味、先に論じた地域医療連携推進法人的な機能を、地域社会が保持するということである。

民営化によって、地方独立行政法人化されている場合も、民間医療法人が指定管理者となっている場合も、公立病院は住民にとって大切な社会資本、「公器」そのものである。直営と同様の取り組みがガバナンス上、不可欠である。国・自治体の公金が投入されている指定管理者の医療サービスの質と財務状況が地域社会に明示されること、住民によるチェックは当たり前のことである。

不断の医療高度化によって医療機器の単価は高騰を続け、専門職員の獲得育成コストも右肩上がりである。減価償却費を計上した上での一定の利潤がなければ医療サービス再生産は不可能である。しかし、指定管理者の医療事業によって生み出された利潤のかなりの部分は、当該病院の柔軟かつ応用力の高い現場作りと、専門職の労働条件向上、研修・育成に充当されるべきことも当たり前である。獲得された利潤のグループ法人への流出には、一定の制限がかけられるべきである。

この取り組みのなかでこそ、民営化されてしまった公立病院を公共的所有運営（決定）形態にどう戻していくのかという論点が、地域社会の一大課題として浮かび上がってくる²⁷。

とまれ、地域社会の公論の場としての「病院経営説明検討会」（仮称）の持続的開催が実現するためには、再論となるが住民と専門職の10年を単位とした学びの継続が必須である。

既に、自らの労働を問い直す集団的な学びが、様々な現場で始まりつつある。それらの芽吹きをどう大輪の花に育て上げるのかが、われわれの課題である。

注

- 1 日経・日経センター 「医療制度改革研究会 改革提言最終報告」

日本経済新聞2022年 6 月20日付

- 2 二木立（2022）『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房
第1章「コロナ危機後の医療提供体制」および、「ニューズレター」通巻205 No.1810を参照
<http://www.inhcc.org./reserch/newws/niki/> 2022年 2 月28日閲覧
大松美樹雄（2022）「新型コロナパンデミックと保健・医療・看護態勢の改革」
『賃金と社会保障』2022年 9 月下旬号, No.1810, も参照
- 3 島崎謙治（2020）『日本の医療 制度と政策 増補改訂版』東京大学出版会 35頁
- 4 「泉大津市立病院を守る会」ヒアリングおよび市立病院ホームページ
(<http://www.hosp-ozu-osaka.jp> 2022年11月 1 日閲覧)
- 5 島崎, 前掲書 85頁
- 6 総務省「持続可能な地域医療体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」2022年
3 月
https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/kenkyu/jizoku_iryu/index.html
2022年 9 月 1 日閲覧
- 7 総務省「令和元年度 地方公営企業年鑑」
https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/koue_i_R01/index_by.html 2023年 1 月15日閲覧
- 8 2014年 2 月和泉市議会において各議員に配布
「和泉市立病院の管理運営に関する基本協定書 和泉市・医療法人徳洲会」
2014年 1 月30日締結
- 9 大松美樹雄（2021）「泉大津市立病院の危機と市行財政の岐路」
『賃金と社会保障』2021年 3 月下旬号, No.1774を参照
- 10 <https://nihonkai-healthcare.net> 2022年 2 月28日閲覧
- 11 宮本憲一（2020）「社会資本論の現代的課題」
森裕之他編 『現代社会資本論』有斐閣, 15頁
- 12 宇沢弘文編著（2010）『社会的共通資本としての医療』東京大学出版, 26頁
- 13 宮本, 前掲書, 4 頁
- 14 2021年厚生労働省「第23回医療経済実態調査」
https://www.mhlw.go.jp/bunya/jryouhoken/database/zenpan/jittaityousa/23_houkoku.html
2022年 2 月28日閲覧
- 15 独立行政法人 福祉医療機構・経営サポートセンター
『Research Report』2021年 7 月 8 日号
- 16 マルクス『資本論』第2部第2篇第8章 固定資本と流動資本
大谷禎之助（2001）『図解 社会経済学』桜井書店, 259～262頁
- 17 置塩信雄（1980）『現代資本主義分析の課題』岩波書店 2～9 頁, 232～235頁

- 18 大松美樹雄（2014）「医療福祉事業の業績評価，マネジメントの課題 ニュー・パブリック・マネジメントの課題」『総合社会福祉研究』24号，2004年3月
- 19 日野秀逸（1979）『医療と社会』日本生活協同組合連合会
（2007）『新組版 医療と社会』日本生活協同組合連合会医療部会，68頁
- 20 川嶋みどり（2012）『看護の力』岩波新書，第5章「看護師60年」
- 21 川嶋みどり（2021）「看護の原点への回帰 求められる臨床ビジョン」
日本医療福祉生活協同組合連合会『Review & Research』26号，2021年3月
- 22 二宮厚美（2023）
『社会サービスの経済学 教育・ケア・医療のエッセンシャルワーク』新日本出版社第2章，
第3章
- 23 同上書，99～101頁
- 24 大松美樹雄（2009）「広域行政と道州制への流れのなかの自治体病院改革」
大阪自治体問題研究所『おおさかの住民と自治』2009年2月，を参照
- 25 相澤孝夫（2021）「新型コロナウイルス感染症の対応と病院絵の影響」
『社会保険旬報』2021年9月1日号，No.2830
- 26 大松美樹雄（2008）「市場化と官僚統制のもとでの自治体病院の経営改革と地域社会における使命」，大阪自治体問題研究所『地域医療と自治体病院』自治体研究社
- 27 池上惇（2022）『池上四郎の都市計画 大阪市の経験を未来に』
京都大学学術出版会，134～137頁を参照

Challenges of Social Capital Governance in Public Hospitals: Capital Investment, Social Service Decision Mechanisms at the Core

OOMATSU Mikio*

Abstract

The Corona Disaster has called into question the nature of the Japanese healthcare network. The role of public hospitals (municipal hospitals) is decisive in Japanese healthcare, where the private sector accounts for 80%. However, the national healthcare policy is to reorganise, integrate and privatise public hospitals. Public hospitals have a varied history and are indispensable social capital for local communities. It is necessary to question the way decisions on their capital and fixed capital investment (hardware) are made from the residents' perspective. It is also essential to question the nature of medical services (software) within this framework, and to use management issues as an entry point to look at 'local communication formation' that is open to the local community.

Keywords:

Healthcare networks, Designated manager system, Social capital, Fixed capital, Social services, Regional communication

* Correspondence to: OOMATSU Mikio

Affiliation Class lecturer, College of Economics, Ritsumeikan University

Deputy Director, Keihan Medical Cooperative Community Support Center

1-1-1 Noji Higashi, Kusatsu, Shiga, 525-8577 Japan

E-mail: oomatsu@keihqn-healthcoop.net

