

資本主義と医療サービス

阿 部 浩 之

目 次

1. はじめに
2. 医療サービスとその価値論的性格
3. 医療サービスの特性
4. 医療サービス負担の資本家的処理
5. 資本の利潤獲得手段としての医療サービス
6. グローバリゼーションと医療サービス
7. おわりに

1. はじめに

有史以前から今日に至るまで人類は病魔との闘いを強いられてきた。その中で医療行為は人間社会の存続のため欠かせないものとして歴史的に存在してきたものと考えられる¹。人々の社会生活が基本的には商品売買を通して営まれることになる資本主義社会においては、このような医療行為も原理的には商品売買の対象となる。すなわち、医療行為が医療サービスというサービス商品として売買されることになる。これが、資本主義経済における医療サービスの取り扱いの理論的前提である。

医療行為がサービス商品として資本主義経済に取り込まれることを労働力の商品化とも関連させつづどのように把握していくべきか。加えて注目すべきなのは、現実にはわが国において医療サービスが、診療報酬制度の下でいわば固定価格を有する特殊なサービス商品として一定程度、脱商品化されてもいるということである²。資本主義経済の下では身の回りのごくありふれたサービスを含む商品のうち、公定の固定された価格で

1 日野は、『ドイツ・イデオロギー』の記述を援用しながら以下のように説く。「人間社会が存立・存続し、人間が歴史をつくるためには、まず『あらゆる人間の存在の、したがってまたあらゆる歴史の第一の前提である』、生きることができなければならない。このためには『飲食、住、衣その他、若干のことがなくてはならない。したがって最初の歴史的行為はこれらの必要の充足のための諸手段の産出』であり、『その他、若干のこと』に医療が入ることは明らかである。」(日野 [2017] 5頁)。

2 梶田は診療報酬を次のように説いている。「公定価格である診療報酬は、投入および産出という医療サービス生産過程の評価を競争的市場に委ねるのではなく、行政的見地から医療サービス商品価格を評価・決定するものであり、国による統制価格といえる。」(梶田 [2016] 274頁)。

売買される商品は当然ながらごくわずかである。医療サービスはその稀有な商品のひとつである。さらに実際の医療機関での支払い（自己負担）も医療サービス商品価格の概ね3割以下に抑えられている³。公定価格であることに加えて国民皆保険制度の下で支払いも一部負担というしくみがとられているのである。医療サービスが、なにゆえこのような特殊性を付与されているのかを検討する必要がある。マルクスの所説も吟味しながら資本主義と医療サービスの関係を解明することが本稿の課題である。

そのために、まず医療サービスの経済的な性格（2. 医療サービスとその価値論的性格）や特性（3. 医療サービスの特性）を検討する。そのうえで、生産の空費としての医療サービスが資本主義経済ではどのように処理されるのか（4. 医療サービス負担の資本家的処理）また医療サービスがサービス商品として利潤追求の手段と化したばあいを考察する（5. 資本の利潤獲得手段としての医療サービス）。最後に日本資本主義の現段階としてのグローバリゼーションと医療サービスの関係についての問題、さらに医学の進歩の影響も合わせて考察を加えていく（6. グローバリゼーションと医療サービス）。

2. 医療サービスとその価値論的性格

資本制であるかどうかにかかわらず、疾病や外傷による苦痛や障害から人々を解放し健康や生命の維持を担う医療行為は人間社会にとって必要不可欠な活動であるといえよう⁴。時に人間の健康や生死にかかわる医療行為は、本来、商品化には馴染みづらいつと考えられる。しかし、人々の社会生活が基本的に商品交換を通して営まれる資本主義経済においては、医療行為も例外ではない。資本主義社会においては、医療行為は医療サービスというサービス商品として売買されることになる⁵。その結果、医療行為は医療サービスとして労働者およびその家族の必要生活資料の一部を形成することにもなる⁶。日野は、次のように指摘している。「医療行為の商品化とは、医療行為の報酬に社会的相場ができあがることである。人間自身が、一個の商品として、つまり労働力商品とし

3 この患者負担の割合について櫛田は、「行政的見地から決定され、医療サービス商品価格とのあいだの差額は租税または公的保険から各種医療機関へ支払われる。」（櫛田 [2016] 274頁）と説明している。この行政的見地の背後に労資の力関係をみるのが本稿の立場である。

4 「医療とは、健康な労働能力の形成・維持・増進に寄与し（保健、公衆衛生）、また健康が破壊され、障害が生じた労働能力に健康を回復させ、障害をなくする（治療、リハビリテーション）サービスであると、規定することもできよう。」（芝田進午 [1976] 19頁）。このように医療を広くとらえることも可能であるが、本稿では医療を治療、リハビリテーションを中心として原状回復を目指すものとしてとらえることとする。

5 芝田英昭は、「人間の生命・生活の根幹をなす分野を市場化することは、商品としての同分野を購入できる者とできない者との格差を拡大させ、国民の健康破壊を推し進めることにしかならない。」（芝田英昭 [2016]）と警告する。

6 「労働力商品の再生産費は、生活手段価値だけでなくサービス商品価値が加わった商品価値によって規定されるのである。」（櫛田 [2016] 253頁）。「ここで用いられる『必要生産物』、『必要な生活資料』は直接には労働者の生活維持に必要な物質的富を意味する。もちろん、労働者の人間としての生活を支えるには、これだけではなく上掲の『対人サービス』が行われなければならないから、『必要生産物』、『必要な生活資料』には、正しくはこの『対人サービス』を含めるものとしなければならない。」（鎌倉 [1996] 136頁）。

て市場に登場し、その値段の社会的相場ができあがるのが、医療行為の社会的相場の形成にとって前提となる。人間労働力の商品化、賃労働の発生が前提条件である。」⁷

本稿では、以下、労働力の商品化を前提にしながら、医療行為を医療サービスというサービス商品として考察していくこととする。

さて、対人サービスの一種である医療サービスは、疾病や外傷といういわば人間にとってマイナスの要素を取り除くことを主な目的として提供されるものである⁸。ここで、医療サービスが対象とする傷病の資本主義的な意味づけを考えてみよう（そもそも資本主義的生産様式とその発展段階が、労災職業病に限らずその国民の疾病構造を形成する要因でもあるが、これについては6. グローバリゼーションと医療サービスで考察する）。資本主義社会の下で、傷病をはたしてどのようにとらえればよいであろうか。筋は、近年の疾病のとらえ方を論じているが、そのなかで疾病とは「正常に労働しえない」状態を指すという考え方があるとしてオパーリンや宮本忍、日野秀逸らの所説を紹介している⁹。資本主義が労働力の商品化をその規定的要素としている以上、このように「傷病イコール正常に労働しえない状態」と把握することが可能である。

「人間の肉体すなわち生きている人格のうちに存在していて、彼がなんらかの種類の使用価値を生産するときとそのつど運動させるところの、肉体的および精神的諸能力の総体」（K.I.S.181）である労働力は、資本制では次のような価値、使用価値を有する商品となる。マルクスは、労働力の価値を「労働力の所持者の維持のために必要な生活手段の価値である」（K.I.S.185）とし、労働力の使用価値を「現実の消費そのものが労働の対象化であり、したがって価値創造」（K.I.S.181）であると規定している。

疾病や外傷は、労働者の肉体的あるいは精神的能力を一時的にまたは永続的に損なうことになるが、このことは労働力商品の使用価値が毀損することを意味している。資本主義社会において、傷病とは労働力という商品が毀損された状態ととらえることが可能である。その意味で医療サービスとは、「疾病や外傷による苦痛や障害を取り除く」という使用価値を通して労働力という商品を修繕し、労働力という商品の維持・再生に寄与するサービス商品といってよい。また、医療サービスの価値構成は他の商品と同様に、 c （不変資本部分）+ v （可変資本部分）+ m （剰余価値部分）と表すことができよう。

マルクスは、『剰余価値学説史』において次のように述べている。「労働能力を形成し、維持し、変化させるなどの、要するにそれに特殊性を与えたりまたはそれを維持するだけのような、サービスの購入、したがって、たとえば『産業的に必要』であるかまたは有用であるかするかぎりでの教師のサービスや、健康を維持し、したがってすべての価値の源泉である労働能力そのものを保存するかぎりでの医師のサービスなどは、それに

7 日野 [2017] 40頁。

8 疾病の対概念は健康である。日野は、マルクスの立論を踏まえて以下のように述べている。「人間の健康とは、人間の諸活動—労働、社会活動、学習・発達、人生の享受—を行うことが可能な、身体的、精神的、社会的状態であると定義できよう。」（日野 [2017] 122頁）。

9 筋 [1992] 26～29頁参照のこと。

代わって『人が買うことができる一商品』すなわち労働能力そのものを生み出すサービスであり、こういうサービスは、この労働能力の生産費または再生産費のなかにはいつて行くのである。¹⁰医療サービスとは、「労働能力の維持」すなわち「健康を維持し、したがってすべての価値の源泉である労働能力そのものを保存する」というサービス商品であるとマルクスがとらえていたとすることができる¹¹。

いふならば医療サービスは、何かを新たに付け加えるというのではなくマイナスをできるだけ解消し原状を回復させるという目的を有している。マイナスから原点への復帰、すなわち毀損した使用価値の原状回復であり、労働力の価値は傷病前の価値水準に戻るだけである。医療サービスは、その点で修業費、育成費としてプラスされ労働力商品自体の価値を高めうる教育サービスなどとは異なる性質を有するといえる。マルクスは、「どんな事情のもとでも、医師のサービスは生産の空費 (faux frais) に属する。これは労働能力¹²の修繕費 (den Reparaturkosten der Arbeitsvermögen) に計上されうるものである。」¹³とも指摘している。このように医療サービスは、可能ならば回避することが望ましい「生産の空費」であるが、その一方で資本主義的生産様式の継続のために欠くことのできない労働力という商品を修復・保全するため総資本にとって必須であり必要とされるサービス商品でもある¹⁴。

もちろん、傷病に苦しむ労働者にとっても医療サービスは、死活的に重要なサービス商品であることはいうまでもない。しかし、労働者が傷病によってその労働能力を喪失した場合、はたしてどのように医療サービスを購入することができるのかが大きな問題として浮上する。重大な傷病によって労働力を販売できなくなった労働者がいかに医療サービスを購入して自己の労働能力を修繕すればよいのか。医療サービスの負担の問題であるが、より詳細な検討のためにも少し回り道にはなるが医療サービスの特性についてもみていくこととしたい。

3. 医療サービスの特性

まず第一に、医療サービスとは、「診断や治療で一定の類型化はできても、基本的にはきわめて『個別的』な」¹⁵性質を有しているサービス商品である。一人として同じ人

10 『資本論草稿集』⑤邦訳193頁。

11 本稿では、「医療サービス」=「医療という非物的商品」として論じている。なお青才 [2006] は、マルクスのサービス概念について詳細な検討を加えている。

12 『剰余価値学説史』においては、労働能力 (Arbeitsvermögen) という用語が頻出する。一方、労働力 (Arbeitskraft) はほとんど使用されていない。労働能力と労働力は必ずしも同一の概念ではない。この労働能力から労働力への概念の移行問題は、それ自体大変興味深い論点をなしている。『直接的生産過程の諸結果』を新訳した森田訳書 [2016] の解説部分でこの問題を取り上げて論じているので参照されたい。

13 『資本論草稿集』⑤邦訳193頁。

14 野口は、医療サービスを消費者向けと企業向けに分けて論じている。「医療業におけるサーバ・システムは医師や看護師、検査技師等の病院スタッフ、病棟、医療器具、医薬品を含む医療システムである。その作用の有用効果は人間の健康の回復である。消費者向け医療サービスの交換価値は労働力の再生産費に属する。労働災害による怪我の治療などは、企業向け医療サービスである。これは間接賃金として医療サービスが現物支給される健康診断などと異なり、可変資本 (労働力) の使用価値の修復が目的である。」(野口 [2008])。

15 蒔 [1992] 130頁。

間は存在しない。また、疾病や障害のあり方も患者それぞれで異なってくる。そのため、診断や治療は、一定程度の類型化は可能かもしれないが、医療サービスは基本的にはきわめて個別性の濃いサービス商品とならざるをえない。

第二に、予め生産しておくことができず、在庫（Vorrat）が存在しないということは、他の対人サービスと共通する医療サービスの特性である。また、生産と消費が同時的となる非物的商品である。物的商品は、消費者が購入してすぐ利用できるように労働が完了した完成品の状態で販売される。これに対して、医療サービスという非物的商品の場合は、完成品が事前には存在しない。患者（消費者）の立場から見れば、医療サービスなる非物的商品の質的内容を予め把握することは困難にならざるをえない。実際に受診して診断や治療を受け、はじめてサービスの質を判断することになる。いろいろな評判や情報を事前に集めることはできるであろうが、後述するような情報の非対称性や不確実性といった特性も加わり、その質的判断はさらに困難となることが予想される。

第三に、医療サービスは、その内容・質などを理解する上で、医学的知識など多くの情報を必要とするサービスである。そうした情報をサービスの供給者である医療側が多くもっているのに対して、サービスを需要する消費者である患者が、生産者である医師、医療機関を選択するために必要な情報を十分もっているとはいえない。サービスについての情報が医師、医療機関に集中しているといってよい。「一般的なサービスでは多くの場合サービスを受ける側は受けるサービスの内容を事前に判断して要求できるが、医療ではサービスの『内容について自己判断が困難』な点でも特徴がある」¹⁶といえる。医療サービスは、一般的な商品（サービスを含め）に比べていわゆる情報の非対称性が顕著に認められるサービス商品といえるであろう。

第四に、医療サービスはそれ自体、不確実性が常につきまとうサービスでもある。感染症の突然の流行など不確実性を有する要因もあり、患者側にとっても自身の健康状態、あるいは将来医療サービスをどれだけの期間にわたり必要とするか、あるいはどれくらいの確率で必要とするかは不確実なものである。さらに、医師による診断自体、目の前の患者の疾病を100%の確率で当てることができるものではないし、医師が、患者の疾病を100%の確率で治療することもできない（もちろん、つねに100%を目指して診断や治療は行われているのではあるが）という不確実性がこれに加わる。つまり、患者というサービス消費者が、いつどれだけ購入すればよいのかという予想・判断が難しいサービス商品といえる。また、多くの生産過程の場合とは異なり、「突然患者が発生して、すぐにそれに対応しなければならぬ」など「需要があらかじめ予測できない」¹⁷サービスである。その意味では、いざという時に不足することがないように供給過剰を本質的に要請されているサービスであるということを描きおきたい。

第五に、医療サービスは、時と場合によりやり直しがきかない不可逆性を有している。

16 筋 [1992] 130～131頁。

17 同上131頁。

投薬、注射、手術といった医療行為は場合によっては人体にとって侵襲性を帯びる。もちろん最小の侵襲により最大の治療効果が目指されるのではあるが、薬剤には副作用が伴い、手術行為は多かれ少なかれ人体にダメージを与える。このような侵襲的な処置を伴う医療行為が一度行なわれるとやり直しがほぼ不可能になるのである。

第六に、医療サービスが供給された結果として、症状が軽快し健康状態に復したとしてもその「対価判定が不可能」¹⁸という特性がある。回復した健康について客観的な基準を設定することは容易ではない。さらに、例えば精神科医療の場合には、医療行為の痕跡を事後的に確認することは非常に難しい。診察前の患者と診察後の患者に一見したところは何らかの変化を認めることは困難なことである（一方、患部を切除するなどの外科的な処置では、その後に医療行為が行われたことやその結果を確認することが可能である¹⁹）。無形性が強い精神科医療のような医療サービスにおいては、対価判定がより難しいといえよう。

その他、外部性、価値財、公共財（非排除性、非競合性）なども市場メカニズムとの関連で医療サービスの特性としてしばしばとりあげられる。少数の供給者が市場に存在するという寡占的な状況も医療サービス市場でしばしば見られることである。

4. 医療サービス負担の資本家的処理

必要なときにいつでもどこでもその時点で望みうる最高水準の医療サービスを享受することができ、その結果として健康を維持し天寿を全うすることが理想であることはいうまでもない。しかし、実際には、医療サービスの供給および需要はさまざまな条件によって制限されざるをえない。それぞれの社会が負担できる範囲内で医療サービスは供給されることになる。日本資本主義の下でも同様である。

前述したような医療サービスの特性は、いわゆる「市場の失敗」という事態をしばしば引き起こす。これに対してわが国においても各種の政策対応がとられている。例えば、情報の非対称性に関しては、患者というサービス消費者が不利益を蒙ることのないよう、専門知識や技術をもたない者が医療サービスを生産することを禁止するために医師免許をはじめとする国家資格（免許）制度が導入され生産者の技能を一定以上に確保しようとする政策介入が行われている。さらには、患者が誤った判断を下すことを防止するた

18 筋 [1992] 131頁。

19 二宮は、「医療労働のように人間のなかの自然、すなわち生物としての人間＝身体に働きかけるサービスをどのようにみるか」と問題提起し、「精神というよりは肉体を直接の対象にした労働、たとえば医療、看護、美容、按摩等の労働がある。内科医が直接相手にするのは、肉体の一部としての臓器あるいはその疾患である。臓器は人間のなかにある自然素材といってよい。したがって、臓器そのものを対象にした医療労働は、自然素材を対象にした物質代謝労働と同じ性格を帯びることにならざるをえない」として「臓器そのものを対象にした」と限定されているが、医療労働の物的側面を指摘している。医療労働のなかでも物質的な対象化を伴うものがあるのである。これは、外科系の診療科ではより強く現われるといえよう。さらに二宮は、「医療労働にそくしていうと、医師は『患部』を直接の対象にして治療を施すが、それは『患者』の人格をとおした働きかけだということである。患者の人格を無視して患部だけを相手にする労働は、言葉本来の意味における医療労働とはいえない。」と主張する（二宮 [2014]）。

めに各種の広告規制も実施されている。

医療サービスは、わが国では公定価格である診療報酬制度²⁰により、市場メカニズムが機能せず、価格メカニズムをはたらかせないように設計されている。診療報酬制度（「出来高払い」方式と「包括払い」方式に大別される²¹）は、医師や医療機関が医学的に見て適切な行為を実施すれば予め決められた価格が支払われる制度ではあるが、いわゆる需要供給曲線がほぼ無視されている。すなわち、固定した公定価格である診療報酬は、新人の医師であろうがベテランの医師であろうが外形的に同じ医療行為であれば同額の価格となる。「良いものが高いというような一般常識が通じない」²²のである。評判の良い医師の予約が取れない、あるいは何時間待ちという状況は、価格メカニズムが作動しないため引き起こされる低すぎる固定価格の反映としての現象とみてよい。価格付けが自由である他の対人サービスでは見られない現象である。現在の診療報酬制度では、質の低い医療サービスが生産され、これを意図せずに消費者が購入するおそれがあると同時に、医師や看護師といった医療関係者が技能（skill）を高めようとするインセンティブがはたらくにくいと経済理論上ではいえない。

不確実性への対応としては、公的医療保険が導入され、国民皆保険の下で低リスク者も強制的に保険に加入させている。疾病などのリスクが顕在化し医療の消費ニーズをもった者に対して医療サービスを供給することで、加入者である国民全般の不確実性に対応するしくみである。「価値財であるという価値判断のもとで公的な強制国民皆保険制度による費用保障を行い」²³、公定価格の一部負担で医療サービスを購入することができるのである。

このように日本では、診療報酬制度という固定価格制に加えて国民皆保険制度の下、病院・診療所などの「保健医療機関」によって提供される医療サービスは、固定した公定価格であるうえに実際の支払いも一部負担というしくみがとられているのである。つ

20 「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」（通称「診療報酬点数表」）は、原則として2年に1度の間隔で改定される（直近では2018年4月に改定）。長田は、現行の診療報酬制度の問題点として以下の3点をあげている。「①診療報酬制では、さまざまな医療・看護の行為ごと細かく点数で評価し、それにもとづいて診療報酬を計算し支払うしくみになっているが（特掲診療料）、すべての行為にきちんとした評価がなされているわけではないこと。②予防的ケアについてはまったく点数評価がされていないこと。また、入院患者の病状を観察したり、彼らの訴えに耳を傾け、不安を取り除くような話をしたりしても、点数として評価されないこと。③医療や看護の行為は、設備や機器を使ってなされる場合が少なくないが、そうした行為の点数に設備や機器に係る費用を賄うべき部分がどのくらい含まれているか、明示されていないこと。」（長田 [2002] 140～141頁）。①については、そもそも医療サービスの一つ一つに「きちんとした」価格付けを行うことが不可能に近いと思われる。②の「入院患者の病状を観察したり、彼らの訴えに耳を傾け、不安を取り除くような話をしたり」という行為（労働）は、入院基本料に含まれるのであろう。③は、固定価格としての医療サービスの価値構成（分割）は、医療サービス資本に委ねられることになることを意味しよう。

21 出来高払いとは、医師をはじめとする医療スタッフの行為や検査・手術などのサービスを細分化し、その各サービスに価格付け（点数化）して、各提供量に応じて支払う方式である。医療サービスを提供すればするほど医療機関の収入は増加することになる。医師が自由に診療行為を選択できるメリットがある反面、不必要あるいは必要性が低い検査や投薬が行われる過剰診療を引き起こす可能性が指摘されている（いわゆる医師誘発需要）。一方、包括払いは、「一日あたり」や「一疾病あたり」など一括して一定の価格を設定する方式である。医療サービスの生産量にかかわらず一定の診療報酬が支払われる。過剰診療の抑制につながる一方、費用を削減して利益を確保しようとして必要なサービスを行わなくなったり、費用のかかる患者は他施設にまわすなど患者選択のおそれが生じる。真野 [2006] 84～86頁参照のこと。

22 真野 [2006] 27頁。

23 同上82頁。

まり、わが国では、診療報酬制度、あるいは国民皆保険制度によって医療サービスはその「商品性」を著しく弱められている特殊なサービス商品という側面を有しているといえる。医療サービスが、診療報酬制度と国民皆保険制度の下でいわば固定価格を有する特殊なサービス商品として一定程度、脱商品化されているということである。

資本主義社会の下では身の回りのごくありふれたサービスを含む商品のうち、固定した公定価格で取引される商品は当然ながらごくわずかである。医療サービスはその稀な商品のひとつである。さらに実際の医療機関での支払い（自己負担）も概ね3割以下に抑えられている。国民皆保険制度の下で公定価格であることに加えて支払いも一部負担というしくみがとられている結果、労働者は価格を比較的意識することなく、医療サービスを楽しむことができる。すなわち、真野が指摘するように医療サービスを「買う」という感覚は、他の対人サービスと比較すると乏しいということもできる²⁴。

とはいえ、いくら外形的に「商品性」が希薄化し弱められているとしても、実体はれっきとしたサービス商品である以上、医療サービスの実質的な負担の問題は労資双方につきまとうことになる。医療サービス商品価格である公定価格としての診療報酬の水準、また公的保険の負担などに関して利害が相反する。毀損された労働力は修繕され現状に復される必要がある。ところが、医療サービスの場合、購買力と必要性が反比例すると考えられる。労働力を販売できないほどの深刻な傷病を負った労働者を想定するまでもなく、毀損度がより重大であればあるほど多くの医療サービスを購入する必要性があることが一般的に予想できる。傷病の結果、支払いが困難になった労働者ほど多くの医療サービスを必要とするのである²⁵。何かを新たに付け加えるというのではなくマイナスをできるだけ解消し原状を回復させるという目的を有している医療サービスゆえの特徴である。

労働者が購入しきれなくなった（労働力商品の修繕費としての）医療サービスを資本はどのように処理・負担しようとするのか。いわゆる社会政策論争での論点がここに再現する。すなわち、個別資本の合理性と総資本の合理性の相反である²⁶。個別資本としては「生産の空費」としての修繕費の負担を免れようとするであろうが²⁷、総資本としては労働力の修繕を果たさなければならない。総資本全体としてみれば、やはり労働力

24 真野 [2006] 24頁。

25 このことを櫛田は次のようにとらえる。「公定価格と自己負担額の差額が公的保険また租税から支出されるということは、健康な人の所得から健康でない人への所得の移転であり、また公的保険また租税の徴収そのものが累進的であったり給与額に比例するような場合には、豊かな人から貧しい人への所得の移転であると言える。そして賃金労働者に限って言えば、公的保険料また租税が賃金労働者全体の賃金所得（資本が賃金労働者に対して支払う直接賃金また間接賃金）から徴収されることで、賃金労働者一人ひとりの日々の労働力商品の再生産そして家族構成員の労働力の代代的な再生産を可能にしているのである。こうして、医療部門にとどまらず福祉部門、教育部門など『公共サービス』において普及している所得移転また所得再分配の制度は、競争主義的な自己責任原則とは異質な原理として、賃金労働者階級全体の日々の労働力商品の再生産そして代代的な再生産を可能にしていると言える。」（櫛田 [2016] 279頁）このように個別労働者の負担やリスクを労働者階級全体に分散しているという見方も可能であろう。

26 川上は、「総資本と個別資本が社会保険のあり方をめぐって対立せざるをえない状況」（川上 [1973] 210頁）について考察を加えている。参照された。

27 芝田英昭は、「社会保険に守られる労働者や国民がいることで、企業は労働者が抱える疾病・介護・失業等の問題に対して、予想を超える個別的費用支出を回避でき、ひいては安定した労働力を確保することができる」（芝田英昭 [2018]）と指摘している。

商品の毀損を修繕する必要に迫られるからである。医療サービスは、可能ならば回避することが望ましい「生産の空費」ではあるが、資本主義的生産様式の継続のために欠くことのできない労働力という商品を保全するために総資本にとって必須であり必要とされるサービス商品なのである。

結果的には、医療サービスの売買に関して前述した医療保険制度のような形で国家の介入が図られることになる。この時に医療保険制度それ自体、「資本家と労働者の力関係」²⁸に左右されると筋は指摘する。たしかに、医療保険制度といってもけっして一律なわけではない。保険の負担割合や保険がカバーする範囲などにはさまざまなバリエーションがありうるのであり、それは「資本家と労働者の力関係」に大きく影響されるであろう。総資本は、労働力の修繕費としての医療サービスの負担を可能なかぎり労働者階級全体に転嫁しようとするからである。医療を含む社会保障制度の内実を決定する機構は、マルクスが、労働日の標準化に際して説いた「総資本家すなわち資本家階級と総労働者すなわち労働者階級とのあいだの闘争」(K.I.S.249)と共通すると考えられる。さらにいえば、診療報酬制度で定められる公定価格の水準も「資本家と労働者の力関係」に最終的には左右されると考えられる。医療サービスがよりサービスを含む商品一般に近づくのか、それとも商品性を脱色された特殊な商品に近づくのか、振り子は振れ続けているのである。

ところで、資本制下でこそ発生する疾病がある。その最たるものが労災職業病である。マルクスは、「資本主義的生産様式は、矛盾をはらむ対立的なその性質によって、労働者の生命や健康の浪費を、彼の生存条件そのものの押し下げを、不変資本充用上の節約のうちに数え、したがってまた利潤率を高くするための手段のうちに数えるところまで行くのである。」(K.III.S.96)と述べ、続いて労働者が生活時間の多くを労働現場で過ごすことに注目し労働に起因する傷病の危険性に言及している。

「労働者は自分の生活の最大の部分を生産過程で過ごすのだから、生産過程の条件はその大きな部分が彼の現実の生活過程の条件なのであり、彼の生活条件なのであって、この生活条件の節約は、利潤率を高くするための方法なのである。それは、ちょうど、すでに見たように、過度労働すなわち労働者の役畜への転化が資本の自己増殖すなわち剰余価値の生産を促進する方法であるのと同じことである。この節約の範囲は広がって、資本家が建物の節約だと称する狭い不健康な場所への労働者の詰めこみや、同じ場所に危険な機械類を寄せ集めておいて危険にたいする防止手段を怠ることや、その性質上健康に有害だとか鉱山でのように危険を伴っているような生産過程で予防策を怠ることなどにまで及んでいる。労働者のために生産過程を人間らしいものにし、快適なものにし、せめてがまんでくれるだけのものにするような設備などはなにもないということ、それは言うまでもない。このような設備をすることは、資本家の立場から見れば、なんの目的

28 筋 [1992] 153頁。

も意味もない浪費なのであろう。およそ資本主義的生産は、ありとあらゆるけちくささにもかかわらず、人間材料についてはどこまでも浪費をこととするのであって、それは、ちょうど、この生産様式が他方では、その生産物を商業をつうじて分配する方法や競争というやり方のおかげで、物質的手段を非常にむだ使いしながら一方で個々の資本家にもうけさせるものを他方で社会の損失にするのと同じことなのである。」(K.Ⅲ,S.96～97)

そして、このように断じる。「(資本主義的生産は)ほかのどんな生産様式に比べてもはるかにそれ以上に、人間の浪費者、生きている労働の浪費者であり、肉や血の浪費者であるだけでなく神経や脳の浪費者でもある。人間社会の意識的再建に直接に先行する歴史時代に人類一般の発展が確保され達成されるということは、じっさい、ただ個人的発達の極度の浪費によるよりほかはないのである。」(K.Ⅲ,S.99)

労災職業病のように労働力を酷使し「労働力のすべての正常な再生産条件と活動条件が破壊」(K.Ⅰ,S.549)された結果として傷病が発生したとしても、依然として当該個別資本は、「生産の空費」としての医療サービスの支払いを可能な限り回避しようとするであろう。とはいえ、この場合にも、総資本全体としてみれば、やはり労働力商品の毀損を修繕する必要に迫られる。

医療サービスはこのように資本にとって「生産の空費」という意味合いを有するが、その一方で、「資本は、このようにして増大した国民医療費の分配過程にも介入し、これを資本の利潤追求の源泉にしようとする」²⁹ことも十分考えられることである。次に、この側面についてみていこう。

5. 資本の利潤獲得手段としての医療サービス

資本は、絶えず利潤追求の源泉を求めてさまざまな生産部門に進出していく。医療分野もその例外ではない。歴史的には個人経営あるいは独立自営的に行われていた医療サービスは、「資本主義の発展に伴い、しだいに資本に包摂されていく」³⁰ことになる。医療が、資本投下の場となり、商品化された医療サービスが利潤獲得の手段となる。この観点から資本主義経済の下での医療サービスを検討してみよう。資本が取り扱うことによって医療サービスはどのような性質を帯びるのか。

この状況を鎌倉は次のように説明する。「資本は、利潤追求を目的としてあらゆる生産部門に浸透して行くが、その中で、物質的な富、物の生産過程だけでなく、人間の生活領域、そこにおける人間の人間に対する働きかけとしてのサービスの領域にまで浸透することになる。教育をはじめ、医療・保健の領域が、資本投下の場となり、利潤獲得の手段とされる。対人的サービス労働自体が商品化されて、価値・剰余価値を形成する

29 芝田進午 [1976] 30頁。

30 姉崎 [1976]。

ものとされる。」「例えば、医療活動が資本によって利潤目的に徹底されたら、どうなるであろうか。対人サービス労働を行なう医療労働は価値を効率的に生み出す労働とされ、病人は金儲けの素材とされてしまう。人間に対する人間的働きかけによる人間の健康、生命の健全な維持という医療労働本来の意味は失われるであろう。」³¹

本来、医療サービスといえどもサービス商品一般としてとらえれば、その価値構成は前述したように、一般的な商品と同様に c （不変資本部分）+ v （可変資本部分）+ m （剰余価値部分）で表すことができ、その価格も価値構成に準じながら市場価格化されると考えられる。しかし、みてきたようにわが国においては、医療サービスの販売価格は診療報酬という公定価格として予め決定され、価格が基本的には2年間固定されることになる。自由な価格付けが行われる商品とは異なる医療サービスは、医療サービス資本の行動様式に決定的な影響を及ぼす。

そもそも診療報酬は、医療機関の収支状況を調査した上で、物価や賃金の動向など経済全般の指標や保険財政などを総合的に勘案し、中央社会保険医療協議会（中医協）で決定される。診療報酬の一覧表が診療報酬点数表である。この診療報酬点数表は、個々の医療サービスの「価格表」としての機能を有する。しかし、5000項目にも及ぶ各診療科のさまざまな医療行為の一つ一つに合理的な価格を設定することはほぼ不可能である。と同時に点数表に記載されていない医療サービスは、「日本の医療保険では想定されていない」³²ことになる。迫井が指摘するように診療報酬点数表は医療サービスの「品目表」としての機能もあわせもつといえる（記載されていない医療サービスは、無料で提供されるか自由診療として価格付けされることになる³³。とはいえ、通常の医療行為は概ね診療報酬として点数化されカバーされている）。

医療サービス資本は、収入の大部分を診療報酬として得るのであるから³⁴、診療報酬の動向、すなわち個々の医療サービスの固定価格の水準あるいはいかなる医療サービスが点数表に含まれるのかは資本の行動に直接、影響を及ぼす。各診療報酬については平均利潤を上回る設定もあれば下回る設定もありうる。場合によっては政策誘導のため意図的に高くあるいは低く価格が設定されており、資本は半ば強制的に行動することを余儀なくされる。

診療報酬制度の下で医療サービスがたとえ公定価格で売買されるとしても資本はその制度に適応し、与えられた条件の下でより多額の利潤を獲得しようと諸資本は競争する

31 鎌倉 [1996] 143 頁。

32 迫井 [2016]。

33 医療の本質的な部分である疾病の治療との関連が薄い美容整形などは、自由診療扱いとなっている。

34 芝田進午は、医業収益を三分割して整理している。「医療資本にとっては、医業収益は、(一)可変資本部分（人件費）、(二)不変資本部分（材料費、経常費、固定資本部分）にわけられ、のこりが(三)利潤部分（役職者手当、利子、地代、設備拡張費、繰越金、等）になる。」（芝田進午 [1976] 30 頁）。この(三)の部分の最大化が目指されることになる。

であろう³⁵。そのために一般的には、固定価格という条件の下で医療サービス資本のとする行動としては、費用価格（ $c+v$ 部分）の可能なかぎりの削減、あるいは平均利潤を上回る価格設定がなされた医療サービスへのシフトが想定される。医療労働者の賃金水準あるいは医療機器の導入も資本の行動に規制されることになる。

6. グローバリゼーションと医療サービス

日本資本主義を含む現代資本主義は、グローバリゼーションとよばれる発展段階にあるとみてよいであろう。その結果としてわが国の医療サービスもグローバリゼーションによる影響を蒙らざるをえない。日本資本主義の下で資本主義的生産様式とその発展段階が、労災職業病に限らずその疾病構造を形成するとともに、わが国の医療サービスの需給構造にも多大な影響を及ぼしてきた³⁶。議論の前提として日本資本主義と医療サービスの歴史的経緯を需給構造を中心として簡単に振り返ってみよう。

第一期は、日本資本主義の黎明期、本源的蓄積から産業資本主義が定着した時期であり、明治維新により営利主義と自由開業制を支柱とする開業医制が成立し、その黄金時代を迎える1900年前後までである。この時期は西欧医学の吸収に全力が傾注された時期でもあるが、再三の伝染病の流行が社会不安の原因ともなっていた。特に国民病ともいわれた結核の蔓延は深刻であった。労働者保護立法もない本源的蓄積期の劣悪な労働条件の下で労働者の健康は破壊され、「貧困→病気→貧困の循環が日本資本主義の発達とともに顕著になり、その結果医療費の重圧が大きな社会問題」³⁷となっていく。吉田は、「一面における労働者・農民の貧困と極端な無権利、人民の健康についての国家権力の無責任のもとでの自由開業医制、他面で、当時の医療の実際を中心であった漢方を排しての強行的・官僚的な洋医の採用とが、その後の近代医療における日本の特殊性のもととなった。」³⁸と総括する。

第二期は、日本資本主義が最初の恐慌を経験するとともに日清、日露戦争が勃発した時期である。この時期は、重化学工業化が進展し、帝国主義段階への移行期である。この頃に「医療の社会化」が進み、実費診療所運動、農村での医療利用組合の拡大、さらには1921年に健康保険法が成立する。健康保険法や普通選挙法の抱き合わせで治安維持

35 この公定価格は医薬品についても「薬価基準」として適用されている。製薬資本が、この公定価格に寄生して急成長しているという問題を筋は提起している（助 [1992] 179頁）。また、櫛田は、「医療部門では政府が公定価格の設定によって競争の市場をつうじた利潤極大化の追求をコントロールしているとはいえ、医療部門には剰余価値に裏づけられた利潤動機が存在していると解している。とりわけ、我が国の医療サービスは診療所から病院まで多くの場合が民間資本によって経営され、診療報酬支払方式の総枠規制の枠内での出来高制を採用している。」（櫛田 [2016] 277頁）と説き、利潤動機にもとづく競争が存在することを指摘している。

36 姉崎の指摘は重要である。「医療が社会的実践過程である以上、医療史も社会史の一部であり、社会史を規定する経済構造に規定されるといえる。現在のわが国の医療問題を分析するには、さしあたり、その規定要因としてわが国の資本主義発達史が基本となる。したがって、わが国の医療史の時期区分もわが国の資本主義発達史の時期区分が参考になる。」（姉崎 [1976]）。医療サービスの需給構造が、医学の進歩に影響を受けると同時に経済構造によっても規定されていることを注視しなければならない。

37 川上 [1973] 191頁。

38 吉田利男 [1976] 42頁。

法が成立したことに顕著にみられるように、健康保険を含む社会保険はしばしばこのようにアメとムチの「アメ」として使われる。この時期の「医療の社会化」とは「労資協調と労働力保全に主眼がある」³⁹社会政策の実施とみてよいであろう。しかし、なお「従来の自由診療＝高価格・高医療と、保険および慈善（軽費）診療＝低価格・低医療の二重体制」⁴⁰は温存されることになる。

第三期は、日中戦争に突入し、敗戦を迎える1945年までである。壮丁体位低下対策として1938年に国民健康保険制度がつくられ、国民皆保険制度へとつながっていく。同1938年には医療関係者の登録がなされ、1941年には医療関係者徴用令、1942年の国民医療法および日本医療団令と「医療機関・医療関係者は健兵健民政策遂行の手段として国家統制の枠に完全に組み込まれ」⁴¹ることになった。「重化学工業化に伴う都市への人口移動、頑健な農村出身兵士の減少、青年労働者の労働環境の悪化、国民生活、特に食生活の悪化、結核の蔓延などが兵士の供給源である青年の体力を低下させている」⁴²という危機意識のもと国家総力戦・国民総動員体制下での「物的・人的資源を最大限に生みだし利用する」⁴³ための国家による医療サービス需給体制への全面的な介入が行われたととらえてよいであろう。一方、この時期には「結核対策や外科技術が進み、レントゲンなど医療手段も発展し、看護婦をはじめパラメディカル労働者も急増して、戦後の変化の基礎」⁴⁴が形成されたことも見逃せない。

第四期は、敗戦以降、国家独占資本主義段階の時期である。同時に「福祉国家」として社会保障制度の拡充がみとめられた時期でもある⁴⁵。第二次大戦で壊滅的打撃を蒙った日本では、1945年には早くも厚生省に社会保険制度審議会が設けられ、1947年には「社会保障制度要綱」がまとめられる。1958年には国民健康保険法が成立、1961年に国民皆保険制度の完成に至る。疾病構造も感染症が後退し、悪性腫瘍、脳血管疾患、糖尿病や高脂血症のような慢性疾患、精神疾患などが前面化してきた。国民皆保険の一応の完成をみる一方で医療サービスの供給が依然として明治維新以来の開業医制であることが、「日本医療が当面している諸矛盾の最大の原因」⁴⁶ということがいえる。

そして資本主義は現在、ソ連解体が一つの画期となりグローバリゼーションと称される段階に至っている。本稿では、小幡の方法論にしたがい外面的グローバリゼーションと内部的グローバリゼーションの両面から医療サービスとの関係をみていくこととする⁴⁷。

39 川上 [1973] 194頁。

40 吉田利男 [1976] 44頁。また、川上はこの時期の保健衛生行政について「予防衛生が軍の健兵健民政策の一環として具体化されてきたところに、日本の医療の特殊性を見ることができる。」（川上 [1973] 197頁）と指摘している。

41 吉田利男 [1976] 44頁。

42 吉田裕 [2017] 93頁。

43 清水 [2006] 15頁。

44 吉田利男 [1976] 44頁。

45 飯盛は、「第二次大戦後には社会主義体制がソ連のほかにも東欧、東アジア諸国にも広がり世界人口の3分の1を占める世界体制となったことが、資本家階級の妥協を不可避とした。1930年代世界大不況と40年代前半の世界大戦をへて、戦後の先進資本主義国は、経済成長をとおして完全雇用を達成し福祉国家を建設するという思想によって国民の統合を図った。」（飯盛 [2018] 181頁）と総括している。

46 川上 [1973] 211頁。

47 小幡 [2012] 9～19頁参照のこと。

まず、外面的グローバリゼーションの側面であるが、外面的グローバリゼーションをひとまず「交通・通信技術の発展を背景に、“ヒト、モノ、カネ”を中心とした人間のさまざまな営みが国境を超えて地球規模に拡大すること」⁴⁸としてとらえてみよう。ここでいう「人間のさまざまな営み」の一つとして医療サービスもある。堀は、ヒト、モノ、カネそれぞれから日本における医療、医療サービスとグローバリゼーションとの関係を考察して「現時点では、グローバリゼーションの波により医療産業のあり方が変わるというほどの大きな影響を与えているという状態にはない。」と結論づける一方、医療の成長産業化へ向けた動きを紹介している⁴⁹。松田も、「これまでのところ、グローバリゼーションの進展は、福祉国家とその重要構成部分としての医療機構を根本から台無しにするような変化をもたらしている証拠はない」と述べて、医療のもつドメスティックな性質を重視し世界的に見てもグローバリゼーションの影響はあまり大きくないと主張する⁵⁰。

このようにグローバリゼーションの影響が医療分野ではなお小さいという見解もあるが、これに対して「世界の医療業界では、先進国における医療費の抑制、患者へのサービス価値の提供方法の模索、新しいマネジドケア企業の登場、製薬企業の合併など、大きな変化が起こりつつある」⁵¹という見方もある。投薬も医療サービスの一部であるが、新薬に関して大きな変化が起きている。これまで日本の製薬資本が得意とした化学合成主体の低分子医薬品の新薬開発は限界にきており、新薬の中心はバイオ医薬品に移行しつつある⁵²。遺伝子操作技術を伴うバイオ医薬品の開発・製造には莫大な費用と日数を要するため、新薬の開発に着手できる資本は限定されてきている。その結果、製薬資本の巨大化が進行している。中小製薬資本の淘汰、さらには外国製薬資本も参入する形での製薬資本の吸収・合併、いわゆるメガファーマの存在感が増しているのである。医療分野では、まずもって製薬部門においてグローバリゼーションの影響が顕在化してきているとみることもできよう。2018年末にとりあえず米国を除外する形で発効したTPP（環太平洋パートナーシップ）協定は、まさにヒト、モノ、カネの移動を活発化させて

48 堀 [2013]。

49 同上。

50 松田 [2014]。松田はさらにグローバリゼーションが、医療機構にさほど変化をもたらしていない理由として次のように説いている。「生活・生存への安定・保護をもたらす福祉政策に対する基本的な支持が揺らいでない点や、誰もが利用できることが望ましいと理念上は一致しやすいサービスである医療について普遍性を大幅に後退させることは著しく政治的に困難であることを挙げることができる。さらに自由市場機構では効率・公平の両面において問題が生じる医療では、その支出を管理しグローバル経済の下での企業間競争を維持するためにも、政府の規制が必要とされることも、その要因として考えられる。」加えて「医療機構・政策の主要な部分は、今のところ各国内部の問題として推移している。医療従事者の資格に関する基準、病院の施設基準、医療行為に対する保険機能の社会的・公的組織とそれに関わる財政機構、などからなる医療機構は、各国の歴史的経過に依存する。」と述べて医療のドメスティックな性質を強調している。

51 石倉 [1998]。

52 経済産業省生物化学産業課 [2013] は、日本が「アジアで唯一新薬の生産国」であり「医薬品産業は、本来日本が強みを持つべき分野である」はすが、「現状は大幅な輸入超過（約2.4兆円）」であると危機感を表明する。そして化学合成に強みを持つ日本の製薬資本について、「1990年～2000年頃を境に、新薬候補は出にくくなっており、大型新薬を狙ったブロックバスターモデルは綻び始めている」と指摘し、その理由として「①低分子化合物を中心とした有効成分の探索がピークを越え、新たな発見は困難になりつつあること、②開発対象が患者数の多い疾患から、患者数の少ない疾患に移行しつつあること」の二点を挙げている。そのうえで国家戦略として低分子医薬からバイオ医薬へのビジネスモデルの転換を促すとともに各製薬資本が「バイオ医薬品に開発に要する膨大なコスト負担への対応に苦慮」している現状にも言及している。

いくトリガーになる可能性を秘めている。医療サービスについてもその影響を引き続き注視していく必要がある⁵³。

次に、内面的グローバリゼーションの側面からみると資本が展開する新たなフロンティアとして医療分野が浮上してくることに注目したい。この動きは、医学の発展と軌を一にして進展することが予想される。めざましい医学の発展が、医療分野における資本活動の活性化にどのような影響を及ぼしていくのかをみていく必要がある。それは、場合によっては「従来の価値観やイデオロギーを揺さぶる」⁵⁴ことを伴うことになる。

各種画像診断を含めた診断技術の進歩、オンライン診療の拡大⁵⁵、AI（人工知能）の臨床活用⁵⁶、ES細胞あるいはiPS細胞の臨床応用による再生医療、生殖医療などの治療法など検査、診断、治療の各領域において医学は日々進歩している。このような医学さらに情報技術の進歩により「人間の身体、その生理機能から行動までがデータ化される。生涯を通じた個人のそれらのデータは1ペタバイトを優に超すと言われ、その膨大なデータの活用はさまざまな価値を生む」⁵⁷ことになる。「個人のゲノム、オミックスデータ⁵⁸、健康データ」⁵⁹が電子情報化され、収集・集積され、遺伝子情報や病歴、日常生活の履歴までもが商品化される可能性がある。いわば医療のオーダーメイド化である。さらには、再生医療などの最新医療は自由診療として高額な医療サービスとして取引されることが考えられる。

以上のような外面的グローバリゼーションと内面的グローバリゼーションの両面から医療サービスの需給体制が大きく変容する可能性は大きいといわなければならない。医療サービスの固定した公定価格である診療報酬の大幅な引き上げが期待しづら以上、医療サービス資本は、新たに商品化可能な「個人のゲノム、オミックスデータ、健康データ」の活用⁶⁰や、公的医療がカバーしていない領域への進出をさらに試みることになる

53 政府の公式見解は、「TPP協定によって国民皆保険制度に影響があるのでは？」という問いに対して「TPP協定には、民間医療保険の拡大や混合診療の解禁といった我が国の公的医療保険制度の在り方そのものについて変更を求める内容は含まれていません。」というものである（内閣官房 [2017]）。

54 小幡 [2012] 12頁。

55 2018年4月より診療報酬としての請求が可能になった。

56 例えば宮野 [2018] を参照されたい。

57 日本経済団体連合会 [2018]。

58 日本オミックス医療学会の定義によれば、「オミックス情報とは、網羅的な生体分子についての情報であり、具体的にはゲノムやトランスクリプトーム、プロテオーム、メタボローム、インスタラクトーム、セロームと呼ばれる、様々な網羅的な分子情報をまとめた情報、知識、集合のことを指します。」とある。そして「オミックス医療の推進によって得られる知見は、狭義の医療分野にとどまりません。生活スタイルの見直しによる健康増進サービス・商品など、健康に関わるあらゆる産業に、新しい事業機会が生まれます」として具体的に家電産業、食品産業、運動産業、研究機関、製薬産業、臨床検査受託、医療情報企業を挙げている。人間の生命活動についての「網羅的な生体分子についての情報」を把握することによって新たな医療サービス商品を生み出す動きといえよう。

59 日本経済団体連合会 [2018]。

60 「個人のゲノム情報をもとに、より効率的・効果的に、診断、治療、予防を行う」のが、ゲノム医療であるが、「我が国では欧米に比べ実用化に向けた取組が遅れており、実用化を加速させる必要がある」（厚生労働省 [2017]）との指摘がみられる。

う。医療分野を成長産業としてとらえ、「医療の産業化」⁶¹を進める資本の動きがまさに顕在化してきている。医療サービスについてもグローバリゼーションの影響に引続き注目していかなければならない。

戦後、医療サービスは、わが国においては「福祉国家」化と軌を一にして商品性を脱色されてきた。しかし、グローバリゼーションの下で「医療の産業化」という名の市場化により、また高齢化や財政危機を口実に国民皆保険制度と診療報酬制度の内実が徐々に弱められることもあまって、医療サービスは、市場原理にその売買を委ねられていく方向に大きく舵が切れようとしている。すなわち医療サービスは、今後、その「商品性」を強めていくのではなかろうか。「品目表」としての診療報酬点数表からの除外、あるいは自己負担割合の引き上げ、さらには新たに商品化可能な「個人のゲノム、オミックスデータ、健康データ」の活用などは、医療サービスをサービスを含む商品一般に近づけるベクトル上にある。

7. おわりに

医療は、有史以前から営まれてきた。人類が傷病から逃れられない以上、医療行為は今後も人間社会の存続のため存在し続けるであろう。この人間生活に不可欠な医療行為は、資本主義経済では、商品取引の対象となり、医療サービスというサービス商品として売買されている。日本では、いわゆる福祉国家体制の下、国民皆保険制度と診療報酬制度により医療サービスの需給が行われてきた。しかし、グローバリゼーションとよばれる発展段階に至り、あらためて国民皆保険制度と診療報酬制度の持続可能性が問われる事態となっている。医療サービスの経済的な性格の把握が必要とされるゆえんである。

価値論的にみるならば、医療サービスは、疾病や外傷という人間にとってマイナスの要素を取り除き、現状を回復させるものであり、何かを新たに付け加えるというものではない。医療サービスは、その点で修業費、育成費としてプラスされ労働力商品自体の価値を高めうる教育サービスなどとは異なる性質を有するといえる。すなわち、医療サービスは、可能ならば回避することが望ましい「生産の空費」である。とはいえ、資本主義的生産様式の継続のために欠かせない労働力を保全するため総資本にとって必要とされるサービス商品でもある。一方、医療サービスは、以下のような特性を有している。①個別的である、②在庫が存在しない、③情報の非対称性が顕著に認められる、④不確実性が常につきまとう、⑤侵襲性に基づく不可逆性、⑥対価判定の困難性などである。その他、外部性、価値財、公共財などが市場メカニズムとの関連でとりあげられる。これらの特性は、いわゆる「市場の失敗」という事態をしばしば引き起こす。これに対し

61 医療産業研究会および内閣府行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会が用いた「医療の産業化」は、「1980年の通産省文書の『公共的サービスの産業化の促進』という用語の30年ぶりの復活」(二木 [2012] 90頁)であると二木は指摘し、「今後『医療の産業化』政策が進められると、企業の医療分野への参入が促進されるだけでなく、一部の医療機関の企業化・営利化が促進される」(同上)との危惧を表明している。

て日本では、診療報酬制度という固定価格制に加えて国民皆保険制度の下、病院・診療所などの「保健医療機関」によって提供される医療サービスは、公定価格であるうえに実際の支払いも一部負担というしくみがとられてきた。

医療サービスの供給および需要はさまざまな条件によって制限され、それぞれの社会が負担できる範囲内で医療サービスが供給されることになることは、資本制の下でも同様である。場合によっては労働者が傷病を患い労働力を販売できず、結果として購入が困難になった医療サービスの負担の問題も発生する。労働力商品の修繕費としての医療サービスは、「生産の空費」であり、個別資本の合理性と総資本の合理性の相反が発生する。その際に、医療サービスの売買に関して医療保険制度のような国家の介入が図られる。医療保険の負担割合や保険がカバーする範囲などにはさまざまなバリエーションがありうるのであり、それは「資本家と労働者の力関係」に大きく影響される。医療を含む社会保障制度の内実を決定する機構は、マルクスが、労働日の標準化に際して説いた「総資本家すなわち資本家階級と総労働者すなわち労働者階級とのあいだの闘争」（K.I.S.249）と共通すると考えてよいであろう。

一方、商品化された医療サービスは、資本にとって利潤獲得の手段でもある。医療は、資本投下の場合となりうる。日本において医療サービス資本は、収入の大部分を診療報酬として得ることになるため診療報酬の動向、すなわち診療報酬＝個々の医療サービスの固定価格の水準、あるいはどの医療サービスが点数表に含まれるのかは資本の行動に直接を及ぼす。

現代資本主義は、グローバリゼーションとよばれる段階にある。医療はドメスティックな傾向を有するためグローバリゼーションの影響が医療分野ではなお小さいという見方もあるが、2018年末に発効したTPP協定は、まさにヒト、モノ、カネの移動を活発化させていくトリガーになる可能性を秘めている。外面的グローバリゼーションと内面的グローバリゼーションの両面から医療サービスの需給体制が大きく変容する可能性は大きい。医療サービス資本は、医療サービスの固定した公定価格である診療報酬の大幅な引き上げが期待しづらい以上、医療サービスの有する個別性という特性に焦点を当てる意味ももつ新たに商品化可能な「個人のゲノム、オミックスデータ、健康データ」の活用や、公的医療がカバーしていない領域への進出を目指すともてよい。個人の遺伝子情報、病歴、生活パターンなども電子情報化され、商品として取引の対象に転じようとしているのである。医療分野を成長産業としてとらえ、「医療の産業化」を進める資本の動きがいよいよ顕在化してきている。医療サービスについてもグローバリゼーションの影響に引続き注目していく必要がある。

各種画像診断を含めた診断技術の進歩、オンライン診療の拡大、AIの臨床活用、ES細胞あるいはiPS細胞の臨床応用による再生医療、生殖医療などの治療法など検査、診断、治療の各領域において医学の進歩は目覚ましいものがある。このような医学の進歩は、否応なしに医療サービスの変容をもたらす。医学や情報技術の発展が、医療サービスに

どのような影響を及ぼしていくのかも注視していかなければならない。なぜなら、これらが「医療の産業化」を加速させる要因となりうるからである。

医療の産業化がもたらす可能性がある医学や情報技術の発展は、さらに進歩した医療サービスを人々が享受できるというメリットを持つ反面、医療分野における市場化や商品化を促進し健康や生命といった人間という生物の基本的な基盤が資本の論理に蹂躪される事態を招きかねない危険性を有している。資本主義と医療サービスの関係を引続き考察していく必要がある。それは、現代資本主義の動向を把握し、その性質を解析する材料の一つとなろうからである。

<追記> 本稿は、2018年12月22～23日に開催された「マルクス生誕200年記念国際シンポジウム」（於法政大学市ヶ谷キャンパス）における報告を基にしたものである。さらに、査読結果を受けて大幅な加筆修正を行った。この場を借りて査読者に厚く御礼申し上げます。

（あべ ひろゆき・高崎経済大学非常勤講師）

参考文献

- 青才高志 [2006] 「マルクスのサービス概念—労働売買説批判—」『経済学論集』（信州大学）第55号
- 訪昭三 [1992] 『医療学概論—患者と共同の営みとしての医療—』 勁草書房
- 姉崎正平 [1976] 「医療問題研究の社会科学的基礎—主にわが国の医療供給に関する諸問題—」『社会学評論』 26-3
- 阿部浩之 [2010] 「感情労働論—理論とその可能性—」『季刊 経済理論』 47-2
- 阿部浩之 [2011] 「ケア労働の理論的検討」『政経研究』 第96号
- 阿部浩之 [2012] 「対人サービス労働における熟練の問題について」『政経研究』 第99号
- 阿部浩之 [2015] 「対人サービス労働における労働組織—『資本論』第一部第12章「分業とマニュファクチュア」の検討を中心に—」『政経研究』 第105号
- 阿部浩之 [2018] 「医療サービスと医療労働」『政経研究』 第111号
- 阿部浩之 [2019] 「医師労働を考える—感情労働の視点から」『ロバート・オウエン協会年報』 第43号
- 飯盛信男 [2018] 『サービス経済の拡大と未来社会』 桜井書店
- 石倉洋子 [1998] 「グローバル化が進む製薬業界における企業の合併と日本企業への意味合い—スミスクライン・ピーチャム社の事例—」『医療と社会』 8-2
- 大森正博 [2008] 『医療経済論』 岩波書店
- 長田浩 [2002] 『医療・看護の経済論』 勁草書房
- 小幡道昭 [2012] 『マルクス経済学方法論批判—変容論的アプローチ—』 御茶の水書房
- 門倉孝・永井良三編集 [2016] 『ポケット版 カラー内科学』 西村書店
- 鎌倉孝夫 [1996] 『資本主義の経済理論—法則と発展の原理論』 有斐閣
- 川上武 [1973] 『医療と福祉—現代資本主義と人間』 勁草書房
- 北原茂実 [2018] 「総合生活産業としての医療が社会変革をもたらす—「八王子モデル」の挑戦」『月刊経団連』 66-10
- 櫛田豊 [2016] 『サービス商品論』 桜井書店
- 経済産業省 [2010] 「医療産業研究会報告書—国民皆保険制度の維持・改善に向けて」
http://www.meti.go.jp/english/policy/mono_info_service/medical/pdf/wg_report_final.pdf

- 経済産業省生物化学産業課 [2013] 「バイオ医薬品関連政策の視点—我が国における創薬事業の発展に向けて—」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032ord-att/2r9852000032owe_1.pdf
- 厚生労働省 [2017] 「医薬品産業強化総合戦略—グローバル展開を見据えた創薬」
https://h-crisis.niph.go.jp/wp-content/uploads/2017/12/20171225102235_file_04-Houdouhappyyou-10807000-Iseikyoku-Keizaika_0000189122.pdf
- 迫井正深 [2016] 「診療報酬の仕組みと改定」『日本内科学会雑誌』105-12
- 清水寛編著 [2006] 『日本帝国陸軍と精神障害兵士』不二出版
- 芝田進午 [1976] 「医療労働の理論」(芝田進午編 [1976] 『医療労働の理論 双書現代の精神的労働 第4巻』青木書店 所収)
- 芝田英昭 [2016] 「社会保障における市場化 医療分野の状況」『診療研究』No.518
- 芝田英昭 [2018] 「加速する在宅への流れと「地域共生社会」が目指すもの」『月刊保団連』No.1273
- 内閣官房TPP政府対策本部 [2017] 「早わかりTPP（一問一答集）」
https://www.cas.go.jp/jp/tpp/qanda/pdf/170601/_tpp_qanda_hayawakari.pdf
- 二木立 [2010] 「「新成長戦略」と「医療産業研究会報告書」を読む」『日本医事新報』No.4504
- 二木立 [2012] 『TPPと医療の産業化』勁草書房
- 二宮厚美 [2014] 「マルクス経済学からみた社会サービス労働 教育・福祉・医療労働の把握のために」『経済』第224号
- 日本経済団体連合会 [2018] 「Society 5.0時代のヘルスケア」
http://www.keidanren.or.jp/policy/2018/021_honbun.pdf
- 野口宏 [2008] 「サービスと情報の経済理論—情報サービス事業分析のためのノート—」『情報研究』第28号 関西大学総合情報学部
- 日野秀逸 [2017] 『経済・社会と医師たちの交差—ペティ、ケネー、マルクス、エンゲルス、安藤昌益、後藤新平たち』本の泉社
- 堀真奈美 [2013] 「グローバル化下での社会システムの変容と再構築—医療の産業化と社会保障の関係性に着目して—」『文明』No.18
- 松田亮三 [2014] 「グローバル化と医療政策分析：新しい課題」『日本医療経済学会会報』No.78
- 真野俊樹 [2006] 『入門 医療経済学』中公新書
- 宮野悟 [2018] 「人工知能の臨床活用—「Watson」による臨床支援」（『今日の治療指針 2018年版』医学書院 所収）
- 吉田利男 [1976] 「医師の労働」(芝田進午編 [1976] 『医療労働の理論 双書現代の精神的労働 第4巻』青木書店 所収)
- 吉田裕 [2017] 『日本軍兵士—アジア・太平洋戦争の現実』中公新書
- Marx,K. *Das Kapital*, Bd. I. II. III. in Marx-Engels Werke, Dietz Verlag, Berlin (資本論翻訳委員会訳 [1982 ~ 89] 『資本論』新日本出版社) 引用は (K. I. S.195) のように表記する。
- Marx,K. *Theorien Über den Mehrwert*, in Marx-Engels Werke, Dietz Verlag, Berlin (岡崎次郎・時永淑訳 [1970 ~ 71] 『剰余価値学説史』(1)~(9)国民文庫)
- Marx,K. *Zur Kritik der Politischen Ökonomie (Manuskripte 1861/63)*, in Marx-Engels Gesamtausgabe, II - 3.1 (資本論草稿集翻訳委員会訳 [1978] 『資本論草稿集』④大月書店)
- Marx,K. *Zur Kritik der Politischen Ökonomie (Manuskripte 1861/63)*, in Marx-Engels Gesamtausgabe, II - 3.2 (資本論草稿集翻訳委員会訳 [1980] 『資本論草稿集』⑤大月書店)
- Marx,K. *Zur Kritik der Politischen Ökonomie (Manuskripte 1861/63)*, in Marx-Engels Gesamtausgabe, II - 3.6 (資本論草稿集翻訳委員会訳 [1994] 『資本論草稿集』⑨大月書店)
- Marx,K. [1863 ~ 65] 『直接的生産過程の諸結果』(岡崎次郎訳 [1970] 国民文庫)
- Marx,K. *Ökonomische Manuskripte 1863/67*, in Marx-Engels Gesamtausgabe, II - 4.1 (森田成也訳 [2016] 『資本論第一部草稿 直接的生産過程の諸結果』光文社古典新訳文庫)
- なお邦訳文については独自に手を入れた箇所もあり必ずしも上記翻訳と同じではない。

Capitalism and Medical Service

Hiroyuki Abe

Since prehistoric times, mankind has been forced to fight sickness. And medical practice has historically existed as an indispensable part for the survival of the society. In a capitalist society, medical practices are also subject to commodity trading, and they are sold as service goods called medical services.

Medical services are designed primarily to eliminate negative factors for humans such as illness and injury. Medical services are a service commodity needed for total capital to protect workforce essential for continuation of capitalistic production, although they are “unproductive cost” desirable to avoid where possible.

How does capital treat and pay for medical services for repairs of labor power commodity? There is a conflict between the rationality of individual capital and the rationality of total capital. Consequently, national interventions, such as health insurance systems, could be implemented for the purchase and sale of medical services.

Capital, on the other hand, penetrates all production sectors for profit-seeking purposes, and medical services are no exception. Healthcare becomes the point of capital investment, and commodified medical services become the means of earning profits.

Modern capitalism is at a stage called globalization, where the collapse of the Soviet Union is one of the ground-breaking events. It is necessary to focus on the effects of the globalization also on the medical service.

Finally, we need to look at the medical impacts on medical services. Individual information including genetic information, medical history, and life patterns, are also computerized, and start being subject to trade as commodities.

The relationship between capitalism and medical services requires continuous consideration.