

医療サービス資本の戦略と行動様式

——グローバル化により増幅するパンデミック下で考える——

阿 部 浩 之

目 次

1. はじめに
2. 商品としての医療サービス
3. わが国の医療サービス需給体制
4. 医療サービス資本
5. 経済外的要因としての感染症
6. グローバリゼーションとパンデミック
7. おわりに

1. はじめに

今般の新型コロナウイルスの流行は、まさにパンデミックそのものであり、日本を含め世界の社会経済システムに多大な影響を与え続けている¹。資本主義経済システムは、それ自身が商品経済的に処理することができない感染症という脅威の前に立ちすくんでいるようにも見える。と同時に負の外部性²をもつ感染症という経済外的要因に対処すべきわが国の医療体制あるいは公衆衛生行政³が新自由主義の潮流のもと脆弱化していたことが図らずも明らかになってきている。新型コロナウイルス感染症それ自体は、過去に恐れられた新興感染症に比べてその致死率は決して高いというわけではない。それにもかかわらず世界全体を同時的に恐怖と不安に陥れた点では今までに類例がないパンデミックと化している。その背景には疑いなくグローバリゼーションと称される状況が

1 本稿は2021年11月下旬までの状況に基づいている。新型コロナウイルス感染症をとりまく情勢は日々変化し続けており、本稿で扱う論点などについて今後さらなる検討を要することと思われる。その点、ご諒承のほどお願いしたい。

2 真野は、感染症の負の外部性について次のように指摘している。「現在の社会では医療において感染症のウェイトはかなり低くなり、生活習慣病対策が中心となっている。言い換えれば、国民皆保険制度は「負の外部性」を持たない疾患への対策が中心となっているのである。」(真野 [2021] 30頁)。

3 感染症対策のもう一つの柱が公衆衛生面での対応である。「今回の新型コロナウイルスの世界的な流行は(中略)発展途上国だけでなく先進国においても感染制御に関する公衆衛生対応力の脆弱さを再考させる機会となった。」(今川 [2021])。公衆衛生に関する検討は、別稿に譲る。

存在すると考えてよいであろう⁴。

この新型コロナウイルス感染症が社会経済システム全体とりわけ医療需給体制⁵にもたらしている影響は果たして一過性のものなのか、あるいはこのパンデミックは資本主義経済システムのあり方そのものにも変化をもたらす何か画期的なものとして刻印されるのかが検討されなければならない。

本稿の課題は、今回の新型コロナウイルス感染症の大流行によって露見した日本の医療需給体制の現状と抱えている問題を解明するために医療サービスや医療サービス資本についてあらためて考察を加えることである。まず、資本制の下での医療需給体制の特質を医療行為＝医療サービス商品の売買として原理的にとらえ（2. 商品としての医療サービス）、診療報酬制度と国民皆保険制度を基盤とする日本の医療サービス需給体制の実際をみていく（3. わが国の医療サービス需給体制）。そのうえで医療分野に進出する資本を考える（4. 医療サービス資本）。続いて今回のパンデミックを理解する前提として人類をたびたび苦しめてきた感染症について概観し（5. 経済外的要因としての感染症）、最後に、今般の新型コロナウイルス感染症によるパンデミックをグローバルイゼーションとの関係を含めて検証し、医療サービス資本の戦略と行動様式について考察を加えていくこととする（6. グローバリゼーションとパンデミック）。

2. 商品としての医療サービス

資本制であるかどうかにかかわらず、感染症を含む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、今までもこれからも人間社会にとって必要不可欠な営みである。医療行為は、人格と意志をもった人間を対象にし、直接その生命に働きかける点で特殊性を有している⁶。それゆえに医療行為はすぐれて公共性を帯びており、本来、商品化には馴染みづらいと考えられる⁷。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、原理的には医療行為は商品化し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。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

4 「(新型コロナウイルスの一引用者) 感染拡大の猛スピードについては、その要因として経済のグローバル化とそれを支える新自由主義的経済政策の実施が指摘されている。」(萩原 [2020])。

5 医療制度は、医療サービスの供給に関わる医療供給制度と費用の調達・財政に関わる医療保険制度に分けることができるが、両者には医療サービスの生産と消費が介在する。本稿では医療サービスの生産と消費により焦点を当てるため医療需給体制と記す。

6 筋は、医療行為の特殊性として次の7点を挙げている。「未知を理由に避けられない行為」、「やり直しや代替えが許されない、個別的な行為」、「行為の判断基準がいつも曖昧さを伴う」、「サービスを受ける患者がサービスの選択やその評価が困難」、「行為の対価判定が不可能」、「需要と供給（消費と生産）が同時に進行」、「常に最大需要に即応する体制が求められる」（筋 [1992] 129～132頁）。これら医療行為の特殊性は、医療行為が商品化した医療サービスにも共通するものと考えられる。

7 芝田英昭は、医療行為の商品化に関して次のように警告する。「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い。」(芝田英昭 [2016])。

う⁸。以下、本稿では労働力の商品化を前提としながら、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⁹。

医療サービスは、医療行為の特殊性を内包し、いろいろな特性を有している。個別性、在庫が存在しない、情報の非対称性、不確実性、不可逆性、対価判定の困難性などがその主たるものである¹⁰。感染症との関係から、医療サービスの最大需要に対する即応性と公共財としての側面について触れておく。

まず医療サービスの最大需要に対する即応性についてである¹¹。今回の新型コロナウイルスのような突発的な感染症の流行が典型例であるが、いつでもだけの需要があるのかという予想・判断が難しいのが医療サービスの特性の一つである。多くの商品やサービスの場合とは異なり、突然患者が発生して、すぐにそれに対応しなければならないのが医療サービスである。需要があらかじめ予測できない中で最大需要に対しても、可及的速やかに供給が行なわれなければならない。医療サービスは、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ということを強調しておきたい。資本制の下で採算を度外視した供給体制を維持することは特に民間の医療機関にとっては困難であり、昨今の医療逼迫に象徴される医療サービスの供給不足は容易に予想された事態ともいえる¹²。

次に、医療サービスの公共財としての側面である。この場合、医療は「誰もが、いつでも、平等に利用可能な社会的インフラ」¹³として位置づけられる。わが国では後述するように、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¹⁴）および国民皆保険制度によって医療サービスは消費における非排除性と非競合性を有する公共財となっている。すなわち、医療サービスの商品性は後景化しているといえる。今回の新型コロナウイルス感染症に関してもワクチン接種、また入院加療については全額公費負担となっており公共財として取り扱われている。

8 「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。」（榎田 [2016] 253頁）。「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）。

9 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。参照されたい。

10 紙幅の関係もあり、医療サービスの特性についての本格的な検討は本稿では割愛する。阿部 [2019b] において医療サービスの特性について論じているので、参照をお願いしたい。

11 筋 [1992] 131頁。

12 真野は、今回の新型コロナウイルス感染症の流行によって「公が役割を持たなければいけない部分が改めてクローズアップされた」（真野 [2021] 169頁）として、このところ進められてきた「公から民」への流れについて再考すべき点があるとする。

13 大場 [2021]。

14 出来高払いは、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る可能性があり、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。

その他、外部性、価値財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とりあげられることが多い。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はしばしば見られることである。

さて、医療サービスとは、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、すなわち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¹⁵。疾病や外傷は、人間にとってそ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。このことは、労働者にとっては自己の所有する労働力という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、その維持・再生に寄与するサービス商品とってよい¹⁶。

マルクスは、『剰余価値学説史』において次のように説いている。「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。」¹⁷医療サービスとは、「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」サービスであるとマルクスがとらえていたといえよう。

いふならば医療サービスの消費は、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、あるいは予防接種にみられるようにマイナスを予防するというものである。マイナスから原点への復帰、あるいは原点の維持、すなわち毀損した労働力の使用価値の原状回復あるいは現状維持であり、労働力の価値は医療サービスの消費によってその価値を高めるわけではない。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の価値を高めうる教育サービスなどとは異なる性格を有している。また、「どんな事情のもとでも、医師のサービスは生産の空費(faux

15 疾病の対概念は健康である。日野は、健康についてマルクスの立論を踏まえて以下のように定義している。「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)。

16 芝田進午は、医療を次のように規定する。「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)。

17 『資本論草稿集』⑤邦訳193頁。

frais) に属する。これは労働能力¹⁸の修繕費に計上されうるものである。」¹⁹というマルクスの指摘にあるように、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。しかし、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要とされるサービス商品でもある。

もちろん、感染症を含む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。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にも留意しつつ、わが国の医療サービス需給体制についてみていくことにしよう。

3. わが国の医療サービス需給体制

人間にとって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可能な範囲内で医療サービスは供給されることになる。日本資本主義のもとでも同様である。

感染症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や医療サービス資本のあり方にも多大な影響を及ぼしてきた日本資本主義の発展段階を念頭に²⁰、わが国の戦後の医療供給体制を簡単に振り返っておこう²¹。

敗戦以降、日本資本主義は、国家独占資本主義段階の時期を迎える。この時期に「福祉国家」として社会保障制度の拡充が進められた²²。第二次大戦で社会経済的に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し、

18 『剰余価値学説史』では、労働能力 (Arbeitsvermögen) という用語が頻出する。一方、労働力 (Arbeitskraft) という用語はほとんど使用されていない。労働能力と労働力は厳密には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。

19 『資本論草稿集』⑤邦訳193頁。

20 「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。

21 明治以降、アジア太平洋戦争敗戦までのわが国の医療供給体制については、島崎 [2020] の「1章 医療制度の基盤形成期」に詳細な記述がある。参照されたい。

22 飯盛は、次のように総括している。「第二次大戦後には社会主義体制がソ連のほかには東欧、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、経済成長をとら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)。

現行の診療報酬体系の根幹となる新医療費体系が実施される。1961年には国民皆保険制度も完成に至った。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公共財としての性格を強めてきたととらえることができよう。疾病構造については、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た。

診療報酬制度と国民皆保険制度の一応の完成をみる一方、医療サービスの供給主体は依然として明治維新以来の開業医制のまま継続した²³。公的資金が投入される一方で、民間の医療機関が医療サービスの供給主体という「いびつな構造」²⁴がわが国の医療需給体制の特徴となっている²⁵。

そして現在、日本資本主義を含む現代資本主義は、ソ連解体を一つの画期とするグローバル化とよばれる発展段階にあるとみてよい。結果としてわが国の医療需給体制もグローバル化による影響を蒙らざるをえない。結論を先取りすれば、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られようとしている。「医療の産業化」という名の市場化、また急速な少子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、労働者階級を中心とする国民への負担の転嫁を伴いながら医療サービス資本の存在感が高まり、医療サービスの「商品性」が強まろうとしている。

わが国の医療サービス需給体制の根幹をなす国民皆保険制度と診療報酬制度について詳しくみていくことにする。

わが国では現在、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」²⁶、がなされており、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ように制度設計されている²⁷。

23 このことを川上は、「日本医療が当面している諸矛盾の最大の原因」（川上 [1973] 211頁）と指摘した。

24 大場 [2021]。

25 島崎は、日本の医療制度の際立った特徴として「①職域保険と地域保健の二本建てにより国民皆保険を実現していること、②ファイナンスは「公」、デリバリーは「私」中心に組み立てられていること、③フリーアクセスが尊重されていること」（島崎 [2020] 30頁）の3点を挙げている。

26 真野 [2006] 82頁。

27 「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世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世代的な再生産を可能にしていると言える。」（櫛田 [2016] 279頁）。

その価格に関してみると、わが国の医療サービスは、診療報酬制度²⁸の下で公定の固定価格（実際には診療報酬は、1点=10円換算の点数で表示される）で売買されている。そのため市場メカニズムが機能しない。医療サービスについて価格メカニズムがはたらかないよう設計され、いわゆる需要供給曲線がほぼ無視されているのである。診療報酬制度は、医師や医療機関が医学的に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ある²⁹。しかし、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かない可能性がある。

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を行えば同額の価格となる³⁰。現行の診療報酬制度において技術や技能についての評価が著しく低いことは、単に「良いものが高いというような一般常識が通じない」³¹ということにとどまらず、時には矛盾し転倒した結果を生ずることになる³²。

評判の良い医師の予約が取れない、あるいは長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現象とみてよい。もし、価格メカニズムが作動すれば価格が上昇することによって需要は減少するが、適切な価格に比較して公定価格としての診療報酬点数が低いゆえに供給過少の状況が継続し、価格以外の点で消費に困難な条件、例えば待ち時間の長時間化、予約のとりづらさなどが加わるわけである。

資本主義社会の下では、医療サービスのように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。国民皆保険制度の下で医療機関での実際の支払い（自己負担）も概ね3割以下に抑えられている。このように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、患者＝サービス消費者は価格を比較的

28 「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度改定される（直近では2020年4月に改定）。診療報酬の支払いは、健康保険法制定時（1922年）の政府管掌健康保険では人頭割団体請負方式が採用されていたが、1943年には現行に近い方式に改められ、1958年の甲表・乙表の二本建ての採用を経て1994年からは一本化されて今日に至っている。詳細は島崎 [2020] を参照されたい。

29 長田は、現行の診療報酬制度の問題点として以下の3点を指摘する。「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ていることを意味すると考えられる。

30 宇沢は、診療報酬点数表をみてまず気付くこととして「医師、看護師、検査技術者など、医療関係者の技術料がまったく無視されるか、あるいは著しく低い水準に抑えられていること」（宇沢 [2010]）を挙げている。

31 真野 [2006] 27頁。

32 宇沢は、診療報酬の現行のような評価方法は、次のような深刻な問題を含んでいると指摘する。「たとえば、虫垂炎の手術を経験の浅い医師が施し、失敗して腹膜炎を併発すると、保険点数が大きく加算されて、支払基金からの支払いがふえるという、反社会的な現象がみられる。その一方で、経験ゆたかで、技術、技能水準のすぐれた医師が手術を行なうとき、診療報酬支払額がふえるわけではなく、逆に少なくなる傾向をもつ。」（宇沢 [2010]）。ものごとを手際よくこなすという熟練が評価されないことがこのような転倒した事態をもたらすことが十分考えられる。

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える³³。

日本では、国民皆保険制度の下、診療報酬制度という固定価格制がとられ病院・診療所などの「保険医療機関」によって医療サービスが提供されている。つまり、わが国では国民皆保険制度および診療報酬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。医療サービスが、国民皆保険制度と診療報酬制度の下で固定価格を有する特殊なサービス商品として相当程度、脱商品化されているということである。

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はいえ、医療サービスそれ自体は、れっきとしたサービス商品である。そのため医療サービスの実質的な負担の問題は労資双方につねにつきまとうことになる。労資でどのように医療サービス消費を負担するのか。その負担の割合、あるいは労働者あるいは資本が全面的に負担するのかという問題である。いずれにせよ、毀損された労働力は修繕され原状に復されなければならない。

ところで、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。つまり、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、毀損度がより深刻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が、一方で医療サービスの購入がより困難になると考えられる。傷病を患った結果、収入の道を断たれて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と考えられる。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。

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であろう。すなわち、本来であれば、労働力の価値として支払われるべき賃金部分から労働力の修繕費を控除することを企図しようとするのが考えられる。

わが国においても、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点数の水準、また国民皆保険制度を形成する公的保険の保険料負担などに関して労資の利害は相反し一義的に決まるものとはいえない。結果的には、医療サービスの売買に関して国家の介入が図られることになろう。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」³⁴に影響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。保険の自己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

33 真野 [2006] 24頁。

34 筋 [1992] 153頁。

されることが予想できる³⁵。

一方で、資本間での負担をどうするかという問題も発生する。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ことになる。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³⁶。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³⁷、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。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ことになる。

前述した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。

医療を含む社会保障制度、あるいは公衆衛生のような社会的共同消費元本の負担を決定する機構は、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。そこには診療報酬制度で定められる公定価格の水準も含まれる。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、それとも商品性を弱め脱商品化し、公共財としての性質を強めるのか、そのときどきの政策によって大きく左右されているのである。

4. 医療サービス資本

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、浸透していく。人間の生死や健康に関わる医療分野もその例外ではない。歴史的には個人経営的あるいは独立自営的に行われていた医療サービスは、「資本主義の発展にともない、しだいに資本に包摂されていく」³⁸ことになる。医療分野が、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

35 村上は、「国民皆保険は、字面だけの皆保険ということでは、国民全員が公的な医療保険でカバーされているということになりますが、全員が加入していれば保険の中身がどんなものであってもいいわけではありません。（中略）国民皆保険の理念は、必要な医療が保険診療できちんと確保されるということです。」（村上 [2020]）と指摘している。ある医療行為や医薬品の保険適応からの除外や、自己負担割合の引き上げなどは、保険診療の役割の低下に直結することになる。診療報酬制度と国民皆保険制度は相補的な関係にあるといえよう。

36 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。参照されたい。

37 芝田英昭は次のように指摘する。「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]）。

38 姉崎 [1976]。

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。」³⁹

医療サービスもサービス商品一般としてとらえれば、その価値構成は、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、その価格は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年間固定されている。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ことになる。

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）が決定する。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、まさに個々の医療サービスの「価格表」としての機能を有する。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なことから考えられるが⁴⁰、ひとまずそれぞれ価格付けがなされている。と同時に診療報酬点数表に収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」⁴¹ことを意味している。すなわち、診療報酬点数表は医療サービスの「品目表」としての機能をあわせもっており、収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⁴²。診療報酬点数表とは、医療サービスの「価格表」であり、「品目表」なのである。

医療サービスが公定価格で売買される診療報酬制度の下で資本はその制度に適応し、より多額の利潤を獲得しようと競争することになる⁴³。医療サービス資本は、収入の大

39 鎌倉 [1996] 143頁。

40 真野は、次のような例を挙げてその困難性を説いている。「眼科の白内障の手術と皮膚科が皮膚の腫瘍を切開する手術とを比べれば、白内障の手術の方が難しそうに思える。しかし、前者が後者の何倍の価値がある手術かという形で、具体的な数字を決めるのは非常に難しいだろう。」（真野 [2021] 94～95頁）。この相対的な差異を絶対的な差異へ変換することの困難性の指摘は、複雑労働の単純労働への還元問題とも通底する非常に興味深い論点を含んでいる。

41 迫井 [2016]。

42 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。

43 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（筋 [1992] 179頁）。また、榑田は次のように説いている。「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。」（榑田 [2016] 277頁）。このように榑田は医療部門においても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。

部分を診療報酬として得ることになるのであるから⁴⁴、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に鋭敏に反応することになる。診療報酬制度が医療サービス資本の行動にダイレクトに影響する。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。

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り行動としては、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。

このように診療報酬制度という固定価格制に大きく制約を受ける医療サービス資本が、パンデミックの中でまた大きくはグローバリゼーションという発展段階の下でどのような変化を遂げようとしているのか。詳しく考察を加える前に、今般のパンデミックの影響を検討するためにも感染症についてみていくことにする。

5. 経済外的要因としての感染症

感染症とは「病原性微生物が生体内に侵入して増殖し、結果として生体に発熱、炎症など何らかの異常な症状が生じる疾病」⁴⁵である。

今回のパンデミックは、ヒトやモノが国境を越えて行き来するグローバリゼーションの進展と無縁ではない。航空網を中心としたヒトの移動は、ウイルスをも瞬時に世界中に拡散させることとなった。とはいえ、新型コロナウイルス感染症に限らず、歴史的にもヒトの移動とともに人類はパンデミックという災厄に苦しめられてきた。

人類は、感染症により、これまで多大の苦難をいくたびも経験し、ペスト、コレラ、スペイン風邪等の感染症の流行は、しばしば社会に存亡の危機を招くこととなった。医学の進歩や公衆衛生の向上により、多くの感染症が克服されてきた一方、新たな感染症の出現は、今なお人類に脅威を与え続けている。また、グローバル化の進展は、環境破壊を伴いながら、感染症の脅威をより強めつつある。感染症と人類の争闘はこれまでも繰り返されてきたが、今後も終わることはないであろう⁴⁶（表1）。

44 芝田進午は、医業収益を次のように整理している。「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）。医業収益を医業収入と読み替えれば、この(三)の部分の最大化が目指されることになる。

45 林 [2021] 16頁。

46 ヒトからヒトへ接触感染する病気とそうでない病気があることは、数千年前から気付かれていた。例えばローマの著述家であるマルクス・テレンティウス・ワァロは、その著『農業論』に「何か目に見えない小さな生き物が繁殖し、それが空气中を漂い、口や鼻を通して体内に入り、深刻な病気を引き起こす。」と記している。

表1 世界的に見た主な感染症

紀元前	エジプトのミイラに天然痘の痕跡
540年頃	ペスト、ビザンチウムに広がる
14世紀	ヨーロッパでペストが大流行し、2000～3000万人死亡
16世紀	コロンブスの新大陸上陸により天然痘が大流行
19～20世紀	コレラが計7回の大流行
1918年	スペイン風邪の世界的大流行。世界で4000万人以上死亡
1957年	アジア風邪の世界的大流行。世界で200万人以上死亡
1968年	香港風邪の世界的大流行。世界で100万人以上死亡
2002年	SARS（重症急性呼吸器症候群）（コロナウイルス）
2009年	新型インフルエンザの世界的大流行
2012年	MERS（中東呼吸器症候群）（コロナウイルス）
2014年	西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行
2019年	新型コロナウイルス感染症の世界的大流行

（参考：『図説 国民衛生の動向 2020/2021』）

わが国においても、感染症はたびたび猛威をふるってきた。天然痘は仏教が伝来した時代に日本に入ったとされ、奈良時代にはその当時の人口の3割に当たる100～150万人が死亡し、政治の混乱を招くことになった。幕末には、コレラが大流行した。流行はペリーが乗ってきたミシシッピ号が入港した長崎から始まり江戸に広がった。コレラによる死者は3万人とも26万人ともいわれている。

日本での代表的な感染症としてかつて国民病といわれ人々に恐れられた結核について概観しておく。結核自体は、わが国では弥生時代からあったといわれるが⁴⁷、本格的な流行は社会の都市化、産業革命が進んだ明治維新以降である。製糸工業を中心とした産業革命を主たる要因として女工を中心とする工場労働者に結核が大流行した⁴⁸。さらに都会で結核に感染した労働者が帰郷し結核は都市から農村へ伝播することになった⁴⁹。1918年には、第一次世界大戦中のスペイン風邪の流行により、結核の発病が促されるなどの影響を受けた結果、人口十萬対の死亡率が257と最悪の数字を記録した。その後も戦前において結核は1935年から敗戦までは1939年を除き死亡順位の第1位であり、全死亡の12%を占めていた。さまざまな結核予防対策が講じられた結果（表2）、戦後は結核による死亡率は順調にはほぼ一貫して減少しているが、2019年時点でもなお2088人が結核

47 弥生時代の遺跡から、結核による脊椎カリエスで曲がった人骨が発見されている。

48 『女工哀史』には、次のような記述がある。「先年石原医学博士は「国家医学上より見たる女工の現況」と題して日本の女工と結核病の研究を発表されてその戦慄すべき惨状に世人を驚愕せしめたが、まことにそのごとく坑夫のヨロケやマッチ工の燐毒などと相俟って、女工の肺病は全く遺伝によらざる職業故の呪詛すべき病氣である。」（細井[1925]391頁）。

49 製糸業が盛んで、女工の出身地でもあった福井県では1920年の15～19歳女性の結核死亡率は人口十萬対763に達したと森は指摘している（森[2004]）。

核により死亡しており（人口十万対の死亡率1.7）、完全に制圧されたわけではない⁵⁰。

表2 結核予防対策の歩み

1889年	わが国最初の結核療養所設立（兵庫県須磨浦）
1904年	結核予防に関する内務省令公布
1919年	旧結核予防法公布
1939年	結核予防会設立
1942年	BCG集団接種開始（国民学校卒業生）
1950年	ストレプトマイシンの国内生産開始
1951年	新結核予防法公布（医療費の公費負担等を規定）
1999年	結核緊急事態宣言
2006年	新結核予防法廃止

（参考：『図説 国民衛生の動向 2020/2021』）

パンデミックを起こしたペスト、国民病といわれた結核などの感染症は、負の外部性を有している。商品経済的に処理することができない感染症という経済外的要因に対して資本主義経済システムはいかに対抗することになるかが問われている。新型コロナウイルス感染症のようなパンデミックは、突発的に発生するため、なおさらその対応に困難さを増すことになる。前もって対策を整えておくことは莫大な費用を要することになるが、果たして誰がこの莫大な費用を負担するのかという難問が残されている⁵¹。

6. グローバリゼーションとパンデミック

今般の新型コロナウイルスのパンデミックによる影響を加味しながらグローバリゼーションにおける医療サービス、医療サービス資本について検討を進めることにしたい。以下、グローバリゼーションの影響について、小幡の方法論にしたがい⁵²、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みていく。

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「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」⁵³としてとらえてみよう。この動きが、

50 『国民衛生の動向2021/2022』では次のように警告を発している。「結核患者数は減少傾向にあるものの、令和元年は約14万人の新規患者が発生するなど、結核は依然としてわが国の主要な感染症である。特に近年、抗結核薬に耐性を有する多剤耐性結核の発生、住所不定者や外国人などの感染、高齢者における再発など、新たな課題がみられており、引き続き予断を許さない状況である。」（同書152頁）。

51 塩野義製薬の社長である手代木は次のように述べている。「感染症領域の商品は、どんなに良いものを開発しても、流行に左右されるので需要に大きな凸凹がある。これはビジネスにとっては大きなリスクです。さらに、感染症薬の開発には莫大なお金がかかります。」「製薬業界として、政府にお願いしているのは、ワクチンや治療薬は開発に成功した時点には一定程度買い取っていただけないかということです。」（手代木 [2021]）

52 小幡 [2012] 9～19頁参照のこと。

53 堀 [2013]。

今回の新型コロナウイルス拡大によるパンデミックを促進したことは想像に難くない。

一方、グローバリゼーションの医療機構に対する影響については、「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」⁵⁴として、医療のもつドメスティックな性質を重視し⁵⁵、グローバリゼーションの医療機構に対する影響そのものはあまり大きくないとする見解がある⁵⁶。

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」⁵⁷という見方も有力である。例えば、新型コロナウイルスに対するワクチンの主流は遺伝子組み換えワクチンであるが⁵⁸、研究と開発は、バイオベンチャーとよばれる企業によって行われ、製造と販売は巨大製薬資本が担っている。すでに、新薬の中心はバイオ医薬品に移行しつつあり⁵⁹、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ことが今回さらに明確になった。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。

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、医学の発展と並行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

54 松田 [2014]。

55 医療制度には、固有性と普遍性という2つの側面があるが、「医療制度は、歴史、経済、政治、風土、文化等の所産であり各国固有の形態をとる。」(鳥崎 [2020] 28頁)として、固有性を重視する見解は依然として有力である。

56 松田は、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。」(松田 [2014])と医療のドメスティックな性質を強調する。

57 石倉 [1998]。

58 例えば、現在主流となっているmRNAワクチンであるが、「mRNAでは新しいウイルス型の確定、ゲノム配列の確認ができれば、ワクチン設計は比較的容易」(位高ら [2019])なため迅速な大量製造が可能となっている。

59 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日本の製薬資本について、「1990年～2000年頃に境に、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。

によっては「従来の価値観やイデオロギーを揺さぶる」⁶⁰ことを伴う。

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⁶¹、AI（人工知能）の臨床活用⁶²、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」⁶³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され、その膨大なデータの活用はさまざまな価値を生む」⁶⁴ことになる。「個人のゲノム、オミックスデータ⁶⁵、健康データ」⁶⁶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価な医療サービスとして取引されることが考えられる。

そして資本は供給面にとどまらず医療サービスの需要そのものを創出するに至っている。例えば医療サービス資本の一種である巨大製薬資本が医療全体をコントロールしようと試みている。井上は、「病」そのものがつくられる時代になっていることに警鐘を鳴らしている⁶⁷。さらには、「未病」⁶⁸という概念が持ち出され、「健康不安が煽られ、些細な不調が大げさに語られ、「未病」の人をも医療化と結びつけていく構造」⁶⁹が現出している。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人間社会にとって必要不可欠な営みである医療分野が「グローバル資本の利潤追求」⁷⁰の場に急速に変容しつつある。

ワクチンビジネスはその好例といえる。新型コロナウイルスワクチンについてみていくことにしよう。2019年11月に第1例が中華人民共和国湖北省武漢市に現れた新型コロナウイルス感染症は、当初はその発生は隠蔽され、情報発信と対策が遅れた。SARS（重

60 小幡 [2012] 12頁。

61 2018年4月より診療報酬としての請求が可能になった。

62 例えば宮野 [2018] を参照されたい。

63 日本経済団体連合会 [2018]。

64 同上。

65 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。

66 日本経済団体連合会 [2018]。

67 井上は、「『病』を定義する権限は医療側にあり、医療側の都合によって定義は変更可能であるから『病』は原理的にいくらでもつくることができる。」として、疾患概念の拡大や高血圧の基準値変更などの事例を挙げ、このような対象になりやすい『病』には、「①境界領域、②非致死性、③非緊急性、④巨大市場、⑤長期投薬可能などの諸条件を備えた『病』であるという一般法則を見出すことができる。」と述べている。（井上 [2018]）。

68 黒岩祐治知事の主導の下、県の重点施策として「未病」をとりあげている神奈川県ホームページによれば、「神奈川県では、心身の状態を健康と病気の二分論の概念で捉えるのではなく、「健康」と「病気」の間を連続的に変化するものとして捉え、この全ての変化の過程を表す概念を「未病」としています。」（<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/cz/6/me-byokaizen/index.html#>）とある。事実上、全ての人間を対象とするものである。

69 井上 [2018]。

70 同上。

症急性呼吸器症候群)の教訓である「早期発見・早期発信」は生かされず、その結果として世界各地の急速な感染拡大を招くことになった。2020年1月16日には、日本における最初の患者が報告されている。その一方、科学者側からの情報発信は迅速に行われ、2020年1月10日には早くも新型コロナウイルスの遺伝子配列が公開され、翌1月11日にはWHO報告、2月3日には雑誌『Nature』に論文が掲載された。このウイルス遺伝子情報を見てドイツのビオンテック社は、mRNAを用いたワクチンの開発をスタートさせた。2020年秋にファイザー社によって実用化されたワクチンである⁷¹。まさに驚異的なスピードで実用化に至ったといえる。

ワクチン接種という医療サービスは、健康そのものの人を対象にできるため、「マーケットが格段に大きくなる」⁷²といえる。傷病者に限定されることなく国民を対象とする市場が形成される。資本にとって新たな巨大市場の誕生を意味するといつてよい⁷³。ワクチン製造には莫大な費用を要するため、参入できる資本は限られ、多国籍企業である巨大製薬資本がワクチン市場を席巻することになる⁷⁴。

感染症対策の中心にワクチンを据えることは巨大製薬資本の利益と直結することを問う必要がある。医療分野を成長産業としてとらえ、「医療の産業化」⁷⁵を進める資本の動きと今般の新型コロナウイルス感染対策および治療体系は連動している面があるとみなければならない。グローバリゼーションは、新型コロナウイルス感染拡大の引き金となると同時に、感染対策の名のもとに医療の産業化を促進している側面がある。

また、ワクチン供給に関しても製薬資本に主導権があり⁷⁶、しかも海外の巨大製薬資本への依存度が高いことは結果的に国民の生殺与奪を巨大製薬資本の利害に委ねることになりかねない。ファイザー社やモデルナ社のワクチンはmRNA型と呼ばれる新規のワクチンであるが、その中長期的な安全性については十分検証されていないことが危惧されている⁷⁷。「公共財」であるワクチン接種は、消費において非排他性・非競争性を

71 加藤は、「病原体が明らかになってからワクチンが開発されたのが1年未満(実質10か月)というのは、ワクチン開発史上で驚異的な最短時間である。新しい遺伝子技術を使った試作ワクチンは既に存在するが、承認・実用化ワクチンとしては最初である。」(加藤 [2021])とそのワクチン開発の異例ともいえるスピードに言及している。従来、「基礎研究も含めるとワクチン開発には10年以上の歳月を要する」(今川 [2021])というのが常識であり、加藤が「驚異的な最短時間」とするのも首肯できる。

72 井上 [2018]。

73 「パンデミックをきっかけにワクチンの世界で大きなイノベーションが起きたと言っても過言ではありません。」(手代木 [2021])

74 今回の新型コロナウイルスワクチン供給の一翼を担ったファイザー社は、2021年度第2四半期の決算で売上の半分を新型コロナウイルスワクチンが占めており、2021年に計30億回分のワクチンを供給予定である。「世界のワクチン市場シェアの90%近くを海外の4つの企業(グラクソ・スミスクライン社、メルク社、ファイザー社、サノフィ社)が占める」(今川 [2021])状況となっており、既に寡占化が進んでいる。

75 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」(二木 [2012] 同頁)との危惧を表明している。

76 「各国がワクチン製薬会社に平身低頭し、売り手が強い契約も仕方がない」(菅谷 [2021])。

77 「まだ人に投与した際の長期的な安全性についてはデータの積み上げが十分ではありません。」「投与された特別な遺伝子が長期的にどのような影響を及ぼすのかはわかっていません。」(手代木 [2021])。

有するものであり、「完全な市場化」は本来困難なものである⁷⁸。資本への依存の是非が問われることになるだろう。

そもそもワクチン接種一辺倒の感染対策自体に問題が潜んでいる。先進国中でワクチン接種についてわが国が一時後塵を拝することになったこともあり、欧米と同等の技術レベルを有するといわれるわが国において、なぜ新型コロナウイルスに対するワクチン開発が遅れているのかが大きな問題となっているが⁷⁹、公衆衛生面での対策を疎かにし、ワクチン接種の優先度を高める施策は、今回の事態の再来を招きかねない。

新型コロナウイルス感染症の感染爆発は、ワクチン接種の常態化によるワクチン市場の活性化につながると予想される。新型コロナウイルスによるパンデミックを奇貨として巨大製薬資本が公共領域への進出を果たそうとしているのである。医療サービス資本、なかんずく巨大製薬資本にとって、もはやその販売対象は傷病者にとどまらず人類全体に拡張しつつある。

加えて、今後、わが国においては医療費の増大や財政悪化を理由に、国民皆保険制度と診療報酬制度を根幹とする医療サービス需給体制が変化することが予想されている。具体的には、「品目表」としての診療報酬点数表からの除外すなわち保険外適応の拡大、あるいは自己負担割合の引き上げなどを伴いながら、医療サービスの「商品性」が高まる方向に向かっているというわけである。このことは医療サービス資本の行動の自由度が増すことを意味する。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、また「未病」概念の称揚などによって、健康な人間をまきこんでいながら資本の動きがいよいよ活発化する可能性が高いと考えられる。新型コロナウイルスワクチンを例にみたように、メガファーマとよばれる多国籍の巨大製薬資本の存在感も増している。グローバリゼーションと称される状況の中、今回のパンデミックは、資本の活動を活性化していくトリガーとして機能する可能性がある。

一方、今回の状況は、「公共財」としての医療サービスの商品化を進めることへの警鐘を鳴らすこととなった。加速する医学・医療の進歩に見合う保険点数の値上げはされず、近年は現状維持に近い点数改正が繰り返されてきている。また、保健所など公衆衛生の分野でも人員削減が進められてきた。世界の優等生といわれた日本の医療需給体制⁸⁰の脆弱性が露わになり、医療分野において進められてきた新自由主義的な「公から民へ」の変化の是非が問われる事態となっている。医療サービスの商品化を押しとどめ、医療サービス資本に対する制約を強める政策が打ち出されるのか注視したい。

78 二宮 [2020]。

79 その理由として加藤は、以下の4点を挙げている。「(1)研究にスタートするのが遅かったこと、(2)実用化に当たって膨大な資金を必要とするが、製薬会社の開発力や開発資金が低下していること、(3)国がすぐ役立つ実用化研究のみに資金を投入して基礎研究を軽視する政策に傾いていること、(4)過去のワクチン訴訟によって、厚生労働省がワクチンに逃げ腰になっていること」(加藤 [2021])。

80 鳥崎 [2020] が指摘しているように、わが国の医療制度に関する国際的評価としてしばしば持ち出されるのがWHOの *The World Health Report 2000* にある「日本の医療制度は世界一」という評価である。鳥崎は、この評価は「割り引いて」考える必要があるとしながらも、「日本は他の先進国並みのコスト（医療費）で質の高い医療にアクセスできる国であり、医療制度のパフォーマンスは優れている」（鳥崎 [2020] 137頁）と評価する。

7. おわりに

現在、日本における新型コロナウイルス累計感染者数は172万人を超えている⁸¹。繰り返される緊急事態宣言も空しく、なお確実な終息には至っていない。

2020年度、日本資本主義は、このような新型コロナウイルス拡大の影響を受け、特に4～6月期には「戦後最大の落ち込み」を経験することになった(表3)。

医療分野は、新型コロナウイルス感染拡大に直接的に対峙することとなり、多大な影響を蒙ることとなった。

SARS(重症急性呼吸器症候群)は、重症の肺炎を引き起こす最初のヒト・コロナウイルス感染症であった。日本では幸いに患者発生はゼロであったが、このことが皮肉にも「被害を受けた国よりもその後の新興感染症への備えが甘くなった原因にもなった」⁸²のである。ほとんど対策らしい対策を打たずに、むしろ感染症対策や保健所を中心とした公衆衛生行政が縮小する中でわが国は新型コロナウイルスの感染爆発に対処することを余儀なくされた。

グローバル化の下で、人間のさまざまな営みが国境を超えて地球規模に加速度的に拡大してきたことが、新型コロナウイルス感染症を急速に拡大させパンデミックをもたらす原因になった。皮肉にも感染対策は、国境を超える人間の往来を阻止するしかなく、世界経済に打撃を与えた。

しかし、資本主義経済システムはコロナ禍を経ながらも基本的にはグローバル化を推進し後戻りする可能性は低いと考えられる。今後もパンデミックという宿痾に悩まされ続けることが予想される。

表3 2020年度の主要経済指標の動向(対前年比)

実質国内総支出	△4.6%
実質消費支出	△6.2%
民間設備投資	△8.5%
新設住宅着工戸数	△8.1%
公共事業受注額	8.1%
輸出数量	△9.4%
輸入数量	△3.4%
鉱工業生産指数	△9.5%
企業倒産件数	△7.2%
消費者物価指数	△0.2%
(有効求人倍率)	(1.10倍)
(完全失業率)	(2.9%)

(資料：内閣府「月例報告」)

81 2021年12月12日時点現在。

82 加藤 [2021]。

今回の危機をワクチン接種に特化して突破しようとする政策は、その副産物として巨大製薬資本のイニシアチブの強化、医療という公共分野への医療サービス資本の本格的な展開として結果する可能性がある。今回の新型コロナウイルス感染拡大が、わが国において「医療の産業化」を促進することになるのか、あるいは医療の公共性を重視し、医療サービスの商品性を弱めて公共財としての側面を強化せざるを得ない契機となるのか。わが国の医療需給体制は大きな岐路に立っているといえよう。

（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
- 蒔昭三 [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「分業とマニュアルファクチュア」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 [2019a] 「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
- 阿部浩之 [2019b] 「資本主義と医療サービス」『高崎経済大学論集』第62巻第2号
- 天笠啓祐 [2021] 『新型コロナワクチン—その実像と問題点』緑風出版
- 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
- 位高啓史・秋永士朗・井上貴雄 [2019] 「mRNA医薬開発の世界的動向」『医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス』第50巻第5号
- 井上芳保 [2018] 「先制医療への意志は「正常病」の症状かもしれない—HPVワクチン接種被害事件を糸口にして—」『保健医療社会学論集』第28巻2号
- 今川昌之 [2021] 「危機管理及び国防としてのワクチン産業」『薬剤疫学』26-1
- 宇沢弘文 [2010] 「特別講演 社会的共通資本としての医療」『日本医師会平成21年度医療政策シンポジウム参考資料』より
- 大場史朗 [2021] 「新型コロナウイルス禍からみる「医療を受ける権利」」（岡田行雄編著 [2021] 『患者と医療従事者の権利保障に基づく医療制度—新型コロナウイルス禍を契機として考える』現代人文社 所収）
- 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
- 加藤茂孝 [2021] 「コロナウイルス感染症の歴史とCOVID-19からの学び」『薬史学雑誌』第56号
- 門倉孝・永井良三総編集 [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
- 櫛田豊 [2016] 『サービス商品論』桜井書店
- 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/2r98520000032owe_1.pdf
- 厚生労働統計協会 [2020] 『図説 国民衛生の動向 2020/2021』
- 厚生労働統計協会 [2021] 『国民衛生の動向 2021/2022』
- 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
- 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
- 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
- 菅谷憲夫 [2021] 「異物混入問題 識者に聞く」『東京新聞』(朝刊) 2021年9月11日
- 手代木功 [2021] 「国産ワクチンが日本を守る」『文藝春秋』 第99巻第8号
- 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
- 二宮厚美 [2020] 「コロナ危機打開のための新福祉国家戦略」『月刊保団連』 No.1332
- 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
- 萩原伸次郎 [2020] 「グローバル化と新自由主義からの転換に向けて—何が新型コロナウイルス感染の温床を生み出したのか」『月刊保団連』 No.1332
- 林利光 [2021] 『ウイルス感染症のパンデミックと国民生活 食によるコロナ対策の科学的エビデンス』 本の泉社
- 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
- 福井次矢・高木誠・小室一成総編集 [2021] 『今日の治療指針 2021年版』 医学書院
- 細井和喜蔵 [1925] 『女工哀史』 岩波文庫
- 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
- 真野俊樹 [2021] 『新たな医療危機を超えて コロナ後の未来を医学×経済の視点で考える』 日本評論社
- 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)
- 村上正泰 [2020] 「地域医療を守るために診療報酬はどうあるべきか」『月刊保団連』 No.1326
- 森亨 [2002] 「日本の結核流行と対策の100年」『日本内科学雑誌』 第91巻第1号
- 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)
- 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. *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. *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。

岡田和彦先生には、私が東京大学大学院の院生であった頃から本当に長きにわたり丁寧なご指導を賜り、また高崎経済大学経済学部にて非常勤講師として勤務するにあたりまして格別のご高配を賜りました。研究に教育につねに真摯に取り組まれ飽くことを

知らない先生の姿勢に圧倒され続け、多くを学び今日に至っております。いまだ先生の学恩に応えきれず忸怩たる思いでおります。この場をお借りして心より厚く御礼申し上げます。本当にありがとうございました。

Strategies and Behavioral Patterns of Healthcare Services Capital - A Consideration under the Pandemic Exacerbated due to Globalization -

ABE Hiroyuki

Abstract

The COVID-19 pandemic has revealed weakening of the medical care system and the public health administration in Japan, which should have coped with infectious diseases or an economic external factor. It is necessary to ascertain whether the impact of the pandemic is transient or may cause a change in the way of medical supply-demand in Japan.

This paper makes researches on medical services capital in order to examine the current and future pictures of Japan's medical supply-demand system. Firstly, as the premise of the discussion, the paper sees medical practice under the capitalist system as a medical service product in principle. Secondly, the paper overviews the actual medical supply-demand system in Japan, which is based on the medical services fee system and the universal health insurance system. Finally, the paper makes an elaborate discussion on the strategies and behavioral patterns of the medical services capital in the current situation that multi-layered by globalization and an economic external factor of the pandemic, considering the significance that the capital enters the medical field in the public interest.