

日本資本主義と医療需給体制 —医療保険制度を中心に—

阿部 浩之

—目次—

1. はじめに
2. 資本制下での医療
3. 医療サービスの特徴
4. わが国の医療保険制度の成立過程
5. 保険診療（医療保険制度の下での医療）の実際
6. 保険診療の今後
7. おわりに

1. はじめに

2020年初頭から世界を襲った新型コロナウイルス感染拡大によるパンデミックは、わが国においても医療需給体制の問題点をあらためて析出する事態になった¹⁾。わが国の医療需給体制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（世界保健機関）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。従来、いろい

1) 2021年6月25日付の「経済財政運営と改革の基本方針2021」では、「経済・財政一体改革の進捗・成果と感染症で顕在化した課題」として新型コロナウイルス感染症が、「緊急時・平時間での医療人員・資源の配分のあり方、行政のデジタル化やオンライン教育についての自治体間格差等、様々な課題を浮き彫り」にしたと指摘されている。

ろな問題を内包しながらも「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²⁾」との評価が定着してきたとあってよいであろう。しかし、今般の新型コロナウイルスによるパンデミックはわが国においても再三の医療逼迫を招来し、医療需給体制の脆弱性をしばしば露呈させることになった。

本稿の目的は、明治以来の日本資本主義下での医療需給体制について医療保険制度を中心にあらためて検討を加え、現下のグローバリゼーションまた新自由主義的政策³⁾の下でのわが国の医療需給体制が抱える問題点と課題を明らかにすることである。具体的には、資本制下での医療についてその特性に注目し（2. 資本制下での医療）、資本主義経済では医療行為が商品化し、医療サービスとして生産・消費されることについて考究する（3. 医療サービスの特徴）。続いて、わが国の医療が基本的に保険医療として実現していることに鑑みて、わが国の医療保険制度の成立過程を概観し（4. わが国の医療保険制度の成立過程）、保険医療の要諦である医療保険制度と診療報酬制度の現状について考察する（5. 保険診療（医療保険制度の下での医療）の実際）。さらに、持続可能性が問われている国民皆保険制度を取り巻く現状について（6. 保険診療の今後）検討していくことにする。

2. 資本制下での医療

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、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⁴⁾。それゆえに医療行為はすぐれて公共性を帯

2) 島崎 [2020] 137頁。

3) 河村は、「グローバル資本主義」の展開による「広範かつ多岐にわたる顕著な現象」の一つとして「政府機能の新自由主義的転換」を挙げている（河村 [2016]）。

びており、本来、商品化には馴染みづらいつと考えられる⁵⁾。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と原理的にはとらえられる。医療行為は医療サービスとして生産・消費され、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なる⁶⁾。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⁷⁾。

医療サービスをサービス商品一般としてとらえれば、その生産、流通、消費に関しても必要以上の詮索は無用である。しかし、医療サービスは、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ものであり、場合によっては人間の生死に直結するサービス商品である。医療サービスは、それ自体として固有の検討を必要とすると考えられる。後述するように、わが国の場合、医療行為＝医療サービスの売買は、実際には医療保険制度の下での保険診療として行われている。すなわち、現在のわが国の医療需給体制を検討する際には、医療保険制度や保険診療についての考究することが必要不可欠となる。まず、医療サービスの売買がなぜサービス商品一般とは異なる形で行われることになるかをみていくことにしよう。

4) 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なう」、「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。

5) 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らない。」（芝田英昭 [2016]）。

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）。「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）。

7) 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。

3. 医療サービスの特徴

前述したように医療行為とは、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ことを主な目的として提供されるものである⁸⁾。医療行為を医療サービスと読み替えれば、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サービス商品と定義してよいと思われる。

さて、疾病や外傷による障害によって、人間は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。これは、労働者にとっては自己の所有する労働力という商品の毀損を意味している。つまり、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。もちろん、人間はその一生を通じて労働力を販売するわけではないが、労働力の販売が可能な時期が画然と区切られているというわけでもない。本稿ではひとまず傷病を労働力という商品が毀損された状態としてとらえると同時に医療サービスを購入するのは労働者と想定して議論を進めていくこととする。すなわち、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してとらえていくことにする⁹⁾。

マルクスは、『剰余価値学説史』において医師のサービスについて次のように説いている。

-
- 8) 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)。
- 9) 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)。

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「人が買うことのできる一商品」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って行くのである。といっても、A・スミスが知っていたように、「教育」は労働者大衆の生産費のなかにはほとんどはいって行かない。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 frais) に属する。これは労働能力の修繕費に計上されうるものである¹⁰⁾。

マルクスは、医師のサービスを「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」サービスであるにとらえるとともに、「生産の空費 (faux frais) に属する」ものであり「労働能力の修繕費に計上されうるもの」としている。「医師のサービス」と「医療サービス」、また「労働能力¹¹⁾」と「労働力」は厳密には完全に一致するわけではなくその点留意を要するが、マルクスの指摘には十分首肯できるところがある。

医療行為、すなわち医療サービスの生産と消費とは、何か新たな価値を付け加えるというわけではない。むしろ、マイナスをできるだけ解消し原

10) 『資本論草稿集』⑤邦訳193頁。

11) 『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。

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目的を有するものである。医療サービスは、マイナスから原点への可能な限りの復帰、あるいは原点の維持、つまり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を目指すものである。医療サービスの消費によって労働力の価値が高まるわけではけっしてない。一方、例えば教育サービスは、修業費、育成費として価値としてプラスされ労働力商品の価値自体を高めうる。対して医療サービスはあくまで労働力なる商品の原状回復あるいは現状維持に資するサービス商品なのである。それゆえに、医療サービスは、マルクスも指摘するように、可能ならば回避することが望ましい「生産の空費」である。その一方、労働力という商品は資本主義的生産様式の継続のために欠くことができない商品なのであり、医療サービスは、労働力の修復・保全のため総資本にとって必要不可欠なサービス商品となる。

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、医療サービスの購入にあたっては以下のような問題が発生する。果たして労働者が傷病によってその労働能力を喪失した場合に、必要十分な医療サービスを購入することができるのかどうかという問題である。医療サービスの場合、労働者にとって購買力と必要性が反比例する。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労働者は多くの医療サービスを購入する必要性が生じるが、その反面、毀損度がより深刻であればあるほど当該労働者は自己の労働力の販売が難しくなり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ことが予想される。何かを新たな価値を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このような事態が生じるといえよう。

それでは、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は、

いかに医療サービスを購入して自己の労働力を修繕すればよいのか。ここに医療サービスの売買、需給に関して医療保険制度をはじめとする非市場的な要素の必要性が浮上すると考えられる。傷病の治療のため、生活必需品の購入はもちろん必要な医療サービスの購入が困難になった労働者に対して、労働力の修繕をいかに保証していくのか。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¹²⁾。

個別資本としては「生産の空費」としての労働力の修繕費の負担を免れようとするであろうが¹³⁾、総資本としては、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。なぜならば、医療サービスについての負担は、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は総資本にとって必須であり必要とされるからである。

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かもしれない。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¹⁴⁾。わが国では具体的には医療保険制度によって労働力の修繕が図られることになった。ここに医療サービスの売買が、サービス商品一般とは異なる機構によって行われるに

12) 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。

13) 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]）。

14) 河村は、「社会保険や福祉制度や労使同権化などの『福祉国家』機能を軸として、国家・政府機能を含む、資本主義の段階的発展における制度や組織の重要性をより強調する立論」（河村 [2019a]）として加藤築一の議論に触れている。

至る。医療保険制度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。

この医療保険制度についてみていくこととしよう。まず国民皆保険に至る過程について概観していくこととする。

4. わが国の医療保険制度の成立過程

医療行為は、単純化するならば個々の行為そのものは医師と患者の一対一の関係に帰結する。一方、わが国での医療行為、医療サービスの売買は、実際には保険診療という形態をとっている。そのため、現実の医療需給体制も基本的には社会保障制度のあり方、とりわけ医療保険制度に規定される。

周知のように、わが国ではいわゆる国民皆保険が1961年に達成され、60年を経過した現在も継続されている。国民皆保険に至る過程は、概ね以下のようなものであった(表1)。

以上が、1922年の健康保険法制定から1961年の国民皆保険の実現に至る

表1 わが国の国民皆保険制度への歩み

1922年	「健康保険法」制定
1927年	「健康保険法」施行
1938年	「国民健康保険法」制定
1939年	「職員健康保険法」公布
1942年	「職員健康保険法」が「健康保険法」に吸収される
1948年	国民健康保険が市町村の公営に
1958年	「国民健康保険法」全面改正
1961年	全市町村で国民健康保険事業実施。国民皆保険の実現。

概略であるが、わが国の国民皆保険は、職域保険（被用者保険）である健康保険と地域保険である国民健康保険の2本立ての構造によって成立したことがわかる。この2本立ての体系は「戦前にその骨格が形成」¹⁵⁾されたといえる（現在は、2008年に成立した後期高齢者医療制度が加わっており、3本立てになっている）。日本の国民皆保険制度は、市町村に住所を有する者を当該市町村を保険者とする地域保険である国民健康保険に強制加入させ、職域保険（被用者保険）に属する者をその適用除外とすることで達成された。

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¹⁶⁾。わが国の医療保険制度についてその歴史的経緯を簡単に振り返ってみよう。

①第1期

第1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。

日本資本主義の本源的蓄積期に相当するこの時期は西欧医学の吸収に全力が傾注された期間であるが、再三に亘る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顕著であった。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より顕

15) 島崎 [2012]。

16) 姉崎は次のように指摘している。「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。

著になり、その結果医療費の重圧が大きな社会問題¹⁷⁾ 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。」¹⁸⁾ と総括する。

日本資本主義の本源的蓄積期においては、農村から豊富な労働力が供給された。それゆえに資本が、労働力の保全に尽力する必要性は低く、医療保険はなお創設には至らなかった。

②第2期

第2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にあたる。日露戦争後の日本資本主義は、外債の償還負担等により危機的な状況にあったが、1914年に勃発した第一次世界大戦による外需の急増は未曾有の好景気をもたらすこととなった。労働者保護立法としては、1905年に鉱業法、1911年に工場法が成立している。

1922年にわが国初の社会保険立法として健康保険法が制定される。この制定の直接の契機は「1920年の東京株式市場の大暴落に端を発する戦後恐慌が深刻化し労働争議が頻発¹⁹⁾ したことである。この時期、健康保険法や普通選挙法の抱き合わせで治安維持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。この健康保険法の制定は「労資協調と労働力保全に主眼がある」²⁰⁾ 社会政策の実施とみてよいであろう。

この健康保険法は、日本と同じく後発資本主義国であるドイツの疾病保

17) 川上 [1973] 191頁。

18) 吉田利男 [1976] 42頁。

19) 島崎 [2012]。

20) 川上 [1973] 194頁。

険法をモデルにしたものとされる²¹⁾。事業主と被保険者が折半で保険料を拠出し、傷病に対して療養給付や傷病手当金を支給するものであったが、制定当時の適用対象者は工場法または鉱業法が適用される労働者に限定されていた²²⁾。また、「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」²³⁾は温存されることになった。

③第3期

第3期は、日中戦争に突入し、敗戦を迎える1945年までである。この時期には「一見矛盾するようなかたちで」²⁴⁾医療保険制度の拡充が大きく前進した。1938年には自営業者や農業従事者を対象とする国民健康保険法が制定された。これは、相次ぐ冷害や長期化する経済不況で疲弊した地方での医療の確保と医療費負担の軽減を目的とする一方、いわゆる壮丁体位低下対策、すなわち「軍人の主たる供給源であった農村部における体位向上」²⁵⁾を目的としたものであり、健民健兵政策の一環としての性格も有していたとみてよい。ともあれ、この国民健康保険法の制定が、今日の国民皆保険制度へとつながることになった²⁶⁾。1939年にはいわゆるホワイトカ

21) 島崎 [2012]。

22) 小林は、「制度の運営について、これを機に設立された健康保険組合には組合主義が導入されたが、従来からの官業共済組合では国営主義が貫かれたため、大枠では政府の管理主導による1つの健康保険法のもとに、いわゆる『組合管掌』と『政府管掌』という2つの制度が併存することになった。」と指摘し、このわが国最初の社会保険である健康保険法において、「戦後に再建される制度の基本となる運営原則が構築された。」(小林 [2021])とする。

23) 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「予防衛生が軍の健民健兵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ができる。」(川上 [1973] 197頁)と指摘している。

24) 小林 [2021]。

25) 同上。

26) 小林は、「この法律（国民健康保険法一引用者）では保険組合の設立が運営主体となる市町村に任せられたため、制度ができない市町村も出たが、これで創設された地域型の健康保険が戦後も引き継がれた。」(小林 [2021])として、今日の「職域保険」と「地域保険」の2本立てからなるわが国の国民皆保険制度の礎石が築かれたと論じている。

ラーを対象とする職員健康保険法が制定される（1942年に健康保険法に一本化）。

医療保険制度以外でも、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がそれぞれ制定され「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」²⁷⁾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」²⁸⁾という危機意識のもと国家総力戦・国民総動員体制下で「物的・人的資源を最大限に生みだし利用する」²⁹⁾ため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ることができる。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」³⁰⁾が形成された。

④第4期

第4期は、敗戦以降の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進められた時期でもある³¹⁾。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。

27) 吉田利男 [1976] 44頁。

28) 吉田裕 [2017] 93頁。

29) 清水 [2006] 15頁。

30) 吉田利男 [1976] 44頁。

31) 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)。戦後いち早く復興を遂げた日本資本主義は、先進資本主義国の一角を占め、福祉国家化を進めるようになった。

医療需給体制という点では、「疾病の予防や医療の確保に向けた保健医療に関わる法律も整備」³²⁾され、1947年には保健所法が、1948年には医師法、薬事法、医療法、保健婦助産婦看護婦法などが制定された。

医療保険制度においては1958年には国民健康保険法が全面改正され、1961年には全国の市町村で国民健康保険事業が実施されることになり、ここに国民皆保険制度が完成する。その後、給付期間制限の撤廃や給付率の引き上げなどが行なわれてきた。この国民皆保険のしくみは既に60年以上続いており、「このような制度設計はごく当然のこと」³³⁾のように受容されている³⁴⁾。このように国民皆保険の一応の完成をみる一方、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」³⁵⁾として残存する。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」³⁶⁾がわが国の医療需給体制の特徴となっている³⁷⁾。

日本資本主義は現在、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発展段階の下にあるわけであるが、医療保険制度のもとで行われている保険診療についてあらためてみていくこととする。

5. 保険診療（医療保険制度の下での医療）の実際

まず、現在の医療保険の概要をみてみよう。

32) 小林 [2021]。

33) 小林 [2021]。

34) 島崎は、この職域保険と地域保険の2本立ての体系について、「世界的にみれば極めて異例である」と指摘し、日本の皆保険制度の特殊性について論じている（島崎 [2012]）。

35) 川上 [1973] 211頁。

36) 大場 [2021]。

37) 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。

表に示したように（表2）、わが国の医療保険は、職域保険（被用者保険）、地域保険である国民健康保険、後期高齢者医療の3つの制度に大別され、すべての国民がいずれかの医療保険に加入することで全体として国民皆保険を実現している。この国民皆保険が、わが国の医療保険制度の大きな特徴となっている。一般に、保険においては、保険を運営する「保険者」と保険料を支払い給付を受ける「被保険者」が登場することになるが、保険診療において実際に医療サービスを提供するのは「保険医療機関」、「保険医」である。「保険者」、「被保険者」という財政のしくみの関係で完結せず、「保険医療機関」、「保険医」という医療サービス提供者も巻き込まざるを得ない点で、医療保険制度は財政のみのしくみで完結する年金制度などとは大きく異なっている。

医療保険制度は、疾病、負傷、死亡、分娩等に対して、保険者が保険給付を行う社会保険制度であり、疾病や負傷による医療費の負担によって、経済的な困窮に陥ることを防止することを目的としている。この医療保険制度のもとで保険診療が行なわれている。

表2 医療保険制度の概要

		被保険者	保険者	自己負担率	財源
職域保険 (被用者保険)	健康保険	一般被用者等	全国健康保険協会	3割 ただし、未就学児2割 70歳以上の者2割 (現役並み所得者は3割)	保険料(本人・使用者) 国庫負担・補助(給付費の16.4%)
			各種健康保険組合		
	船員保険	船員	全国健康保険協会		保険料(本人・使用者)
	国家公務員共済組合	国家公務員	各省庁等共済組合		
	地方公務員共済組合	地方公務員	各地方公務員共済組合		
	私立学校教職員共済	私立学校教職員	私立学校振興・共済事業団		
地域保険	国民健康保険	一般国民(農業従事者・自営業者等)	各都道府県 各市町村	1割 (現役並み所得者は3割)	保険料(一世帯あたり) 国庫負担・補助(給付費の41%)
			各国民健康保険組合		保険料(一世帯あたり) 国庫負担・補助
		被用者保険の退職者	各市町村		保険料(一世帯あたり)
	後期高齢者医療制度	75歳以上の者及び65～74歳で一定の障害の状態にあり広域連合の認定を受けた者	後期高齢者医療広域連合		保険料約10% 支援金約40% 公費 約50%

保険診療は、以下のような枠組みで行われる³⁸⁾。

- ①被保険者は、保険者に保険料を支払う。
- ②医療保険者は、被保険者に健康保険被保険者証を交付する。
- ③被保険者は、病気やけがをした場合、保険医療機関（病院、診療所等）で診療サービス（療養の給付）を受ける。
- ④被保険者は、診療サービスを受ける際、一部負担金を支払う。
- ⑤保険医療機関は、診療報酬（医療費から一部負担金を除いた額）を審査支払機関に請求する。
- ⑥審査支払機関は、保険医療機関からの請求を審査した上で、保険者に請求する。
- ⑦医療保険者は、審査支払機関に請求金額を支払う。
- ⑧審査支払機関は、保険医療機関に診療報酬を支払う。

このように、単純化すれば医師と患者の対一の関係であった医療行為は保険診療として行われることで複雑な様相を呈することになる。医師は、保険医療機関（病院、診療所等）において保険医として関わることになり、患者は被保険者として医療サービスを享受することになる。さらには、医療保険者、審査支払機関が介在し、医療サービスの対価の支払いに関わってくる。

健康保険法の規定によれば、「保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師でなければならない。」（同法第64条）とされている。わが国において通常の診療である保険診療を行うためには医師は厚生労働大臣の登録を受けた保険医でなければならない。注意すべきは、医師は、医師国家試験に合格し医師免許を取得したことで自動的に保険医となるわけではないということである。保険医として

38) 『国民衛生の動向2021/2022』 227～228頁。

あらためて登録する必要がある。わが国で保険医として保険診療を行うためには、保険診療を担当したいという自らの意思により、勤務先の保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生（支）局長へ申請を行わなければならない。

保険診療は、健康保険法等の各法に基づき、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に基づいているとされ、保険医療機関は、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）に従って、療養の給付及び費用の請求を行う必要がある。また、保険医は、保険診療のルールに従って、療養の給付を実施する必要があるとされている。わが国の保険診療の特徴は、「国民皆保険制度」（すべての国民が何らかの公的医療保険に加入している）、「現物給付制度」（現物である医療行為が先に行なわれ、費用は保険者から医療機関に事後に支払われる）、「フリーアクセス」（自らの意思により、自由に医療機関を選ぶことができる）の3点に集約される。

被保険者（患者）は、受けた診療サービス（療養の給付）の対価として受診した保険医療機関に一部負担金を支払い、残りの費用は保険者から審査支払機関を通じて保険医療機関に支払われることになる。保険医療機関からみれば、医療サービスについての対価については提供時点では一部負担金（3割以下）のみ受領し、残額（7割以上）は後払いで受領するというしくみとなっている。わが国の医療サービスは、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³⁹⁾）の下で公定の固定価格（実

39) 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頁を参照されたい。

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。つまり、医療サービスについては価格メカニズムがはたらかないように設計され、いわゆる需要供給曲線がほぼ無視されているのである。

保険医療機関(病院、診療所等)での診療サービス(療養の給付)の対価すなわち医療サービスの公定価格である診療報酬は、以下の条件を満たしたときに支払われる。

- ①保険医が
- ②保険医療機関において
- ③健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法の各種関係法令の規定を遵守し
- ④『療養担当規則』の規定を遵守し
- ⑤医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥保険医療機関が診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行なっていること

医療サービスの公定価格を形成する診療報酬制度⁴⁰⁾は、まさに保険診療の要諦をなしている。この診療報酬制度について詳しくみていこう。

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

40)「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。

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⁴¹⁾、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」⁴²⁾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、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⁴³⁾。診療報酬点数表とは、わが国の医療サービスの「価格表」であり、「品目表」なのである⁴⁴⁾。

診療報酬制度は、医師や医療機関が医学的に妥当適切な医療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⁴⁵⁾。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くにくい可能性がある。固定した公定価格

41) 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。

42) 迫井 [2016]。

43) 例えば、美容整形などは、医療の本質的な部分である疾病の治療との関連性が薄いため自由診療扱いとなっている。

44) 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、櫛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的市場をつづい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）。このように櫛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。

45) 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

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⁴⁶⁾。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⁴⁷⁾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⁴⁸⁾。

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。医療サービスは、このように診療報酬という固定した公定価格で生産、消費される。資本主義社会の下では、このような商品は当然ながらごくわずかである。

わが国ではみてきたように公的医療保険が導入され、国民皆保険の下で

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な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、保険医療機関に委ねられていることを意味すると考えられる。

46) 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。

47) 真野 [2006] 27頁。

48) 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、経験ゆたかだ、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。

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」⁴⁹⁾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⁵⁰⁾。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）は概ね3割以下に抑えられている。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意識することなく、医療サービスを享受することができる。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⁵¹⁾。

以上のように、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。これがわが国における医療サービス需給体制の実際である保険診療の本質である。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性格を有している。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。

49) 真野 [2006] 82頁。

50) 「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）。

51) 真野 [2006] 24頁。

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は病院や診療所などの保険医療機関は、収入の大部分を診療報酬として得ることになる⁵²⁾。各保険医療機関は、診療報酬制度を前提に営まれ、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。各診療報酬は時に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、各保険医療機関は半ば強制的に行動することを余儀なくされる。

現在、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。その結果としてわが国の医療需給体制、すなわち国民皆保険制度と診療報酬制度を基軸とする保険診療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。保険診療の今後について考察していくことにする。

6. 保険診療の今後

直近のわが国の国民医療費は、厚生労働省の「令和元年度国民医療費の概況」によると44兆3895億円（2019年度）であった。前年度の43兆3949億円に比べると9946億円の増加、前年度比で2.3%の増加となっている。また、人口一人当たりの国民医療費は35万1800円であり前年度の34万3200円に比べて8600円の増加、前年度比で2.5%の増加となった。一方、国民医療費の国内総生産（GDP）に対する比率は7.93%（前年度7.79%）、国民所得（NI）に対する比率は11.06%（前年度10.79%）に達している。国民医療費は、1965年度には1兆円強であったが、1990年度には20兆円、1999年度には30兆円、2013年度には40兆円をそれぞれ突破している。1990年代には概

52) 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ば、この(三)の部分の最大化が目指されることになる。

ね年平均で1兆円増加し、2000年代以降も年次によっては1兆円前後の伸びを示している。「失われた30年」においても国民医療費は一貫して増加傾向にあったといえる。

これに対して、政府は、増大する国民医療費の抑制・削減を政策目標として掲げ、社会保障改革と称して各種の規制改革の実施を企図している。国民医療費の増大は、国民皆保険制度の下では国庫負担の増加に直結するためである。2021年6月25日付の「経済財政運営と改革の基本方針2021」（2021年6月18日閣議決定）の経済・財政一体改革では、社会保障改革として以下の2つが挙げられている。すなわち、①感染症を機に進める新たな仕組みの構築、②団塊の世代の75歳入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革の2つである。

まず、①感染症を機に進める新たな仕組みの構築であるが、「経済財政運営と改革の基本方針2021」の第3章「感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革」の「2. 社会保障改革 (1)感染症を機に進める新たな仕組みの構築」に次のようにある。

かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進、更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し、診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進、実効的なタスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保並びに潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消、医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進などにより、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。(中略)革新的な医薬品におけるイノベーションの評価の観点及びそれ以外の長期収載品等の医薬品について評価の適正化を行う観点から薬価算定基準の見直しを透明性・予見性の確保にも留意しつつ図るとともに、OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲について引き続き見直しを図る。(中略)症状が安定している患者について、医師及

び薬剤師の適切な連携により、医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策を検討し、患者の通院負担を軽減する。(中略) 審査支払機能改革(「審査支払機能に関する改革工程表」(2021年3月31日厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会)等に基づく審査支払機能の改革)の着実な推進など、データヘルス改革に関する工程表に則り、改革を着実に推進する。

以上のように、「診療報酬の見直し」や「医学部などの大学における医療人材養成課程の見直し」「薬価算定基準の見直し」「既記載の医薬品の保険給付範囲について引き続き見直し」「医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策」などが掲げられている。

医療サービスの公定価格である診療報酬、保険薬の公定価格である薬価基準についてのみならず医学部定員の見直し、さらには患者の受診回数の削減について踏み込んだものであり、医療費削減のためあらゆる方向から政策を実行しようとしていることがみてとれる。特に、「症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携により、医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策を検討し、患者の通院負担を軽減する」として、患者の通院負担軽減を大義名分としてはいるが、現実に受診制限を試みようとしている点は、医師法第20条「無診察治療の禁止」すなわち「医師は自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付してはならない(保険診療としても当然認められない。)」と抵触する可能性もあり、今後議論されることになろう⁵³⁾。

次に、②団塊の世代の75歳入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障

53) 無診察治療とは、「例えば定期的に通院する慢性患者に対し、診察を行わず処方せんの交付のみをすること」(関東信越厚生局[2021])であり、「実際には診察を行っていても、診療録に診察に関する記載がまったくない場合や、「薬のみ」等の記載しかない場合には、後に第三者から見て無診察治療が疑われかねない。このようなことを避けるためにも診療録は十分記載する必要がある。」(同上)とされている。

改革についてであるが、「経済財政運営と改革の基本方針2021」の同じく第3章「感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革」の「2. 社会保障改革 (2)団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革」に次のようにある。

骨太方針2000等の内容に沿って、社会保障制度の基盤強化を着実に進め、人生100年時代に対応した社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして持続可能なものとして次世代への継承を目指す。2022年度から団塊の世代が75歳以上に入り始めることを見据え、全ての世代の方々が安心できる持続可能な全世代型社会保障の実現に向けた取組について、その実施状況の検証を行うとともに、その取組を引き続き進める。その際、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方なども含め、医療、介護、年金、少子化対策を始めとする社会保障全般の総合的な検討を進める。(中略)都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画における医療に要する費用の見込みについては、定期改訂や制度別区分などの精緻化を図りつつ、各制度における保険料率設定の医療費見通しや財政運営の見直しとの整合性の法制的担保を行い、医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の対応の在り方など都道府県の役割や責務の明確化を行う。(中略)中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める。

ここでは、「給付と負担のバランス」「保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方」について言及し、応能負担から応益負担への方

向性や負担そのものの増大が示唆されている。また、注目すべきは都道府県についての文言である。「都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画における医療に要する費用の見込みについて」は、「医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の対応の在り方など都道府県の役割や責務の明確化を行う」として都道府県に対して「医療費適正化」という名の医療費削減のノルマを課し、「責務の明確化を行う」として何らかのペナルティが実施される可能性が示唆されている。さらには、「中長期的課題として」と保留しながらも「都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める」として国から都道府県レベルへ何らかの変更を実施する方向性が示されている。横山が指摘するように「皆保険を担う医療保険は、公的医療保険であり、(中略)その本来の性格からすれば、費用負担の責任は第一義的には国にある」⁵⁴⁾といえる。国から都道府県への権限委譲は国民皆保険制度に重大な影響を及ぼしかねない。

2022年度以降、いわゆる団塊の世代が、75歳以上の後期高齢者となることから、2021年6月4日に医療制度改革関連法が可決成立し、後期高齢者の窓口負担2割の枠が創設された(2022年10月から実施予定である)。「持続可能な全世代型社会保障の実現に向けた取組」の一環である。

国民医療費の削減というよりは、国庫負担の削減を目的とした場合、その方向性の一つは以上みてきたような保険診療の抑制であるが、もう一つの方向性は、医療の産業化=市場経済化である。

「成長戦略(2021年)」(2021年6月18日閣議決定)の「成長戦略実行計画」の第13章「重要分野における取組」の「2. 医薬品産業の成長戦略」には次のようにある。

54) 横山 [2018]。

革新的新薬を創出する製薬企業が成長できるイノベーション環境を整備するため、研究開発支援の強化、創薬ベンチャーの支援、国際共同治験の推進、国内バイオ医薬品産業の強化、全ゲノム解析等実行計画及びこれに基づくロードマップの推進と産官学の関係者が幅広く分析・活用できる体制の構築、医薬情報を利活用しやすい環境整備、薬価制度における新薬のイノベーションの評価や長期収載品等の評価の在り方の検討、感染症に対するデータバンクの整備、臨床研究法に基づく研究手続の合理化等に向けた法改正を含めた検討、製薬企業の集約化の支援等を進める。(中略) データヘルス改革を推進し、個人の健康医療情報の利活用に向けた環境整備等を進める。また、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の充実や研究利用の際の利便性の向上を図る。

ここでは、製薬資本に注目し、医療の産業化＝市場経済化が称揚されている。情報の活用も強調されている。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」⁵⁵⁾されることが予想されている。「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云われ、その膨大なデータの活用はさまざまな価値を生む」⁵⁶⁾ことになる。「個人のゲノム、オミックスデータ⁵⁷⁾、健康データ」⁵⁸⁾が電子情報化さ

55) 日本経済団体連合会 [2018]。

56) 同上。

57) 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。

58) 日本経済団体連合会 [2018]。

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、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⁵⁹⁾、AI（人工知能）の臨床活用⁶⁰⁾、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おり、再生医療などの最新医療は自由診療として保険適応外の高額な医療サービスとして取引されることが予測される。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⁶¹⁾。この動きは、医学の発展と並行して進展することが想定される。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。

7. おわりに

わが国の医療需給体制は、実際には保険診療を基本として行われている。保険診療を支えている医療保険制度は、1922年にわが国初の社会保険立法である健康保険法が制定されたことを嚆矢として1961年にはいわゆる国民皆保険が達成されるに至り、60年を経過した現在も国民皆保険制度が維持されている。しかし、この間、医療保険制度に対していわば増改築が繰り返された結果、医療保険制度そのものは非常に入り組んだ複雑化した制度となっている。国庫負担率、自己負担割合なども幾度も変遷を重ね、後期高齢者医療制度が導入されるなどして帳尻合わせが行われてきた。国民皆保険制度がよって立つ土台はけっして堅牢なものではなく、実に危ういバランスの上に辛うじて成立しているといつてよい。将来にわたってその持続可能性が保証されているわけではないのであり、島崎が指摘するように、そもそも国民皆保険制度自体が「本質的に難しい仕組み」⁶²⁾ともい

59) 2018年4月より診療報酬としての請求が可能になっている。

60) 例えば宮野 [2018] を参照されたい。

61) 医療サービス資本については別稿にて詳細な考察を加えた（阿部 [2022]）。

62) 島崎は、「国民皆保険制度」が本質的に難しい仕組みである理由として「社会保険方式も保

える。長時間労働も厭わない医療従事者の自己犠牲的な貢献が側面からわが国の医療需給体制を支えてきた事実も無視できない。

一般、財政健全化や少子高齢化を理由として、国民医療費の削減というよりは、国庫負担の削減が目指されている⁶³⁾。確かに医療保険財政は、医療保険制度を維持する役割を果たしているが、「医療保険財政の「健全化」が自己目的化」⁶⁴⁾することには疑問を呈さざるを得ない。保険給付の大幅な削減、保険料や窓口負担の引き上げ、医療保険からの適用除外などが続くならば、国民皆保険制度は実質的には形骸化することになる。

医療サービスの特性を考慮した改革であるのかどうかにも重大な疑念を抱かざるを得ない。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、いつどれ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⁶⁵⁾。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供給過剰を本質的に要請されている。とはいえ、資本制の下で採算を度外視した供給体制を民間医療機関が維持することはもとより困難であり、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想定された事態ともいえる⁶⁶⁾。

険である以上、一定の保険料の拠出が求められるが、負担能力にかかわらず「国民皆」をカバーすることと「保険」原理を貫くことは相反する要素（島崎 [2012]）であることを挙げている。

63) 河村は、「アメリカ、日本、ヨーロッパなどの主要国の財政赤字が急増し、政府の債務が累増し、主要国の財政制約が大きく増大し、財政機能に大きな限界が現れている」とし、特に日本の財政問題が、「1980年代バブル経済崩壊後の「失われた20年」とグローバル金融危機・経済危機に、大震災津波被災と原発危機が加わった「二重の危機」によって、先進国中最悪の状態に陥った。」（河村 [2019b]）と指摘している。

64) 横山 [2018]。

65) 医療サービスの特性についての詳細な検討は本稿では割愛した。阿部 [2019b] において医療サービスの特性について検討した。ご参照をお願いしたい。

66) 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

さらに、医療サービスには公共財としての側面がある。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」⁶⁷⁾として位置づけられる。わが国ではみてきたように、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。

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、医療サービスそれ自体は、れっきとしたサービス商品でもある。そのため毀損された労働力の修繕、原状回復に必要な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。医療保険制度を介して労資でどのように医療サービス消費を負担するのか。その負担の割合の問題である。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。わが国において、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。医療保険制度それ自体、「資本家と労働者の力関係」⁶⁸⁾に影響される。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」に大きく影響されることが予想できる⁶⁹⁾。

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。

67) 大場 [2021]。

68) 蒔 [1992] 153頁。

69) 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。

医療サービスがサービスを含む商品一般により近づくのか、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きた。保険診療として行われている日本資本主義の医療需給体制は今後も維持されるのか、医療保険制度を含む社会保障制度はどうなっていくのかを引続き注視していく必要がある。

なぜなら、医療需給体制のあり方は、労働力なる商品の修繕という問題を介して日本資本主義の性格を規定する一要因になりうると考えられるからである。

謝辞

河村哲二先生の質量ともに圧倒的なご業績と学術的なご貢献の全容を仰ぎ見てこれまで歩いてまいりました。また、学会や研究会においては先生の周囲ではいつも白熱した議論が巻き起こり経済学研究の最前線を実感することができました。先生がお示しなさった精緻な図表を拝借することを厚かましくもお願いした際に即座にご快諾下さるなど、先生はご自身の研究成果を後学の私たちに惜しみなくお与え下さいました。先生のご高著やご論考に多くを学んできた一学徒として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。

〈参考文献〉

- 青才高志 [2006] 「マルクスのサービス概念—労働売買批判—」『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』第47巻第2号
- 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 [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
- 阿部浩之 [2021] 「メンタルヘルスを理解するために」『生活協同組合研究』vol.550
- 阿部浩之 [2022] 「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—」『高崎経済大学論集』第64巻第2号
- 飯盛信男 [2018] 『サービス経済の拡大と未来社会』桜井書店
- 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
- 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
- 河村哲二 [2016] 「グローバル資本主義の段階論的解明—現代資本主義の理論と方法」『季刊 経済理論』第53巻第1号
- 河村哲二 [2019a] 「グローバル資本主義と段階論—グローバル金融危機・経済

- 危機の解明の理論と方法（Ⅰ）『経済志林』第87巻第1・2号
- 河村哲二 [2019b] 「グローバル資本主義と段階論—グローバル金融危機・経済危機の解明の理論と方法（Ⅱ）（完）」『経済志林』第87巻第1・2号
- 関東信越厚生局 [2021] 『保険診療の理解のために【医科】（令和3年度）』
- 櫛田豊 [2016] 『サービス商品論』桜井書店
- 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』
- 小林甲一 [2021] 「日本の社会保障—その構造的特質と構造改革の方向性—」『名古屋学院大学論集 社会科学篇』第58巻第1号
- 迫井正深 [2016] 「診療報酬の仕組みと改定」『日本内科学会雑誌』第105巻第12号
- 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 [2012] 「国民皆保険とその前史の成立過程に関する覚書」『青山法学論集』第53巻第4号
- 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
- 清水寛編著 [2006] 『日本帝国陸軍と精神障害兵士』不二出版
- 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
- 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
- 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
- 横山壽一 [2018] 「国民医療費と医療保険財政」『大阪経大論集』第69巻第2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）
- 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. *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。

The Medical Supply and Demand System under Japanese Capitalism
—Focusing on the Medical Insurance System—

Hiroyuki ABE

《Abstract》

The purpose of this paper is to reexamine the medical supply and demand system under Japanese capitalism since the Meiji era, focusing on the medical insurance system, and the problems facing Japan's medical supply and demand system under the current globalization and neoliberal policies, with a view to classifying the points and issues involved. Specifically, I will focus on the characteristics of medical care under the capitalist system and consider that medical practices are commercialized, produced and consumed as medical services in the capitalist economy. In view of the fact that medical care in Japan is basically realized as insurance medical care, I first give an overview of the process of establishing the medical insurance system in Japan, which is the main point of insurance medical care. The current status of the medical insurance system and medical fee system is also examined. Furthermore, I will consider the current situation surrounding the universal health insurance system, the sustainability of which is being questioned.