

◇===== [ 第 8 号 ] =====◇

唯契の窓 唯物論的社会契約論研究所月報

2018 年 12 月 1 日

◇=====◇

私の住む町も氷点下を記録する日が出始めました。今年は暖冬傾向だそうですが、降雪量は増えるかもしれません。日本海側の地域にお住いの皆様には、この冬も十分に雪害対策などに備えていただきたいと思います。

□===== [理論解説] =====□

今回からは、社会的必要部門の位置づけ、技術革新と企業の倒産、外国との交易の問題などについて順次述べていくことにします。が、その前にひとつ確認しておくことがあります。それは唯物論的社会契約論に基づく経済学というものが何を目的としているか、ということです。

唯物論的社会契約論はその理論の基礎に自然科学の成果を置いて成立した理論であることは当初から述べている通りですが、その基本にあったものは生物としての人類の存在目的が「より安定した生の再生産を行う事」であるとする立場でした。したがって唯物論的社会契約論に基づく経済学（社会主義経済学といっても良いと思いますが）もまた、人類のより安定した生の再生産の為に寄与することを目的とした理論となることは当然のことです。この目的に沿って議論が展開されることになりますが、その過程で「突拍子もない話」と思われる議論も登場します。なるべくどうしてそんなことが問題になるのかも併せて解説していこうとは思いますが、ぜひ大きく振れまくるこの議論に努力してお付き合い頂きたいと思います。

で、のっけからで恐縮ですが、社会主義経済学の見つめるのは 5 億年先の人類の直面する課題について、です。これも仮定の話ではなく、現在の天文学でわかっている事実に基づくお話であります。太陽が誕生して 50 億年以上を経過してきましたが、あと 8 億年もすると太陽は膨張して地球は生物の生存に適さない環境になります。すると人類は生物の生存に適した環境をつくりうる惑星を探して長い旅に出なくてはならないということになります。それがおよそ 5 億年先のことで、いわば恒星間規模の大航海時代幕開けということになります。人類はその旅を必ず成功させなくてはならないわけで、そこに向けた経済条件をどう作っていくのか。これが社会主義経済学の究極の目標になります。もちろん、遠い未来の私たちの子孫の事よりも、今現在を生きている私たち自身の経済をどうするんだという問題が最大の眼目であることは当然のことです。今を生きる人々の生の再生産を確実に保障することと、遠い未来の子孫

たちのために、人類がどのような力を蓄えていくようにするべきか。その目標を見据えたうえで、今日の自由市場経済の在り方についての分析を進めていく。これが社会主義経済学の主たる課題となります。その観点から今日の経済分析から話を始めていくことにします。

## I. 自由な市場経済と社会的必要労働部門について

最初に「普通の市場経済」とは異なる性格をもつ経済部門についての検討から始めましょう。

マルクスは、資本主義という経済制度の下で、労働は二種類に区分されると考えました。一つは、売ることができ、交換することができる物に固定される労働（つまり商品の生産に投下される労働）と、いま一つは労働能力そのものを生み出す労働です（『剰余価値学説史 I』）。後者に関してマルクスは教師と医師のサービスの例を挙げて、

「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（『剰余価値学説史 I』 MEGA26i-137）

であると記しています。

このように特定の商品生産には関わらないものの、社会（あるいは経済活動の運営）にとって欠かせない経済分野のことを、唯物論的社会契約論では社会的必要部門と呼んでいます。

社会的必要部門には、教育・医療・治安（消防や警察、海難救助）・司法（法曹）・社会的インフラ管理・金融・行政関連部門などがあげられます。「国防」は含まれないのかという質問が寄せられそうですが、これは含まれません。というより存在する必要を認めていません。これら全てを見ていくことは時間の都合でできませんので、今回の医療についてと来月の教育についての二部門を見るにとどめておきたいと思います。

では最初に医療についてです。

医療は物を生産したり、人びとの嗜好に応じるサービスを提供したりするのではなく、富を生み出す労働力そのものの再生・回復を図ることを任務とした社会的必要部門です。故に教育部門等と並んで最も高い公共性を有し、そこに投下される労働は特に「社会的に必要な労働」とみなされてきました。このため現在の資本主義経済制度の下にあっても利潤の追求は制限されてきました。

例えば、日本の場合、「医療法」第七条五項で次のように定められています。

営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第一項の許可を与えないことができる。

反面、資本主義的経済制度下においては、医療は良質な労働力の回復を図る手段として位置づけられていることを意味しており、ありていに言えば、剰余価値を生み出し、搾取の対象となる労働者の労働力の回復を効率的に図るための手段として位置づけられてきたわけです。この場合労働力が高価であり、その確保が困難であるほど、医療は重視されます。しかし労働力市場に余剰があり、代替が十分に期待できる状況にあれば、資本家にとって医療の重要性はそれに伴って低下することになります。今日の新自由主義が医療に対して冷淡になれるのはなぜかという理由の一端がここにあります。

医療という行為は直接・間接に医療行為を行う医療労働者が、医療行為に使用される医薬品・医療機器・医療材料・その他の備品を使用して、労働対象となる患者の傷病・疾病に働きかける行為であると言えます。当然のことながらそこに使用された医薬品・医療機器などの物品を生産・供給する部門が直接周辺に存在しており、これらの医療関連の商品を生産する企業も含めた範囲が医療経済の対象となる活動です。

医療を他の経済分野と比較してみると次のような特徴があることがわかります。

(1) 市場規模が小さいこと。

これは全人口に比して病気を持った人が少ないということです。また疾患も循環器・内分泌・筋骨格・感覚器・呼吸器などなど、様々な分野があり、個別性が高く、それぞれの分野での市場規模はますます小さくなります。

具体的な例で見れば、「新しいスマートフォンできました。欲しい人〜っ!」といえ、たくさんの手が上がるでしょうけれど、「心臓ペースメーカーの最新機種が入りました。欲しい人〜っ!」と言っても全く手は上がらない可能性もあります。

つまり対象となるのは、自らの欲望からではなく必要に迫られた人々(傷病者)であり、社会を構成する人口に比べてその数は限られた規模でしかないということです。

(2) 利用者一人あたりのコストが高いこと。

傷病者一人あたりに費やされる労働の総量が他の経済分野に比べて多く、傷病者個人の費用負担だけでは賄えないため、他者からの補填が前提と

なっていることも特徴の一つです(社会保険制度や民間医療保険制度)。特に社会保険制度は税と並んで社会全体で負担する強制的な課金という形で拠出される保険料によって運営されていますが、それが社会に受け入れられている背景には誰しもが罹患・受傷する可能性を有しているという、蓋然性に裏打ちされているためです。(また、とりわけ難病患者などは、自らの闘病を通じて治療方法の確立に貢献しているという側面から、より手厚い支援がなされるべき存在であると考えます。)

(3) 高度な知識や技術が求められること。

医療経済に付随する医薬品・医療機器の商品生産部門についても、その使用にあたっては高度な知識・技術が必要とされるものであり、医薬品や医療機器が傷病者に対して使用された場合であっても最終消費者は医療行為を提供する機関であるとされています。こうした商品の開発にあたっては通常、研究と治験に要する長い時間と費用が掛かるため、大規模な企業で無ければ作り出せないことが多いのです。こうした製品は資本主義市場における利潤追求の手段として生産されており、医療経済の枠内に利潤を追求してはならないとされる部門と利潤追求を迫及することを当然視される部門が混在している、これが今日の医療経済の最大の特徴だといえるでしょう。

(4) 様々な規制が課されていること。

こうした技術の運用に関しては、傷病者の生命に直結するものであることから、さまざまな規制が課せられています。

以上の四点が、世界的に共通な医療経済の特徴であるといえるでしょう。上記に加え、本邦での分析にあたっては、独自の制度や構造を含めて検討する必要があります。改めて我が国における医療経済の運動を俯瞰してみましょう。

(1) 患者にたいする医療行為に対して医療機関はその対価を一部は患者本人から、残部を保険支払機関から受け取ります。この対価は診療報酬と呼ばれ、公定価格です。

(2) 製薬メーカーや医療機器メーカーなどは、卸・ディーラーなどの流通機構を通じて医療機関に商品を納入し、患者に対する医療行為の用に供します。その対価を医療機関から受け取りますが、使用された医薬品・医療機器などについても公定価格(薬価・償還価格)が決められており、使用量相当額が診療報酬によって医療機関に支払われます。

したがって、製材メーカーや医療機器メーカーの商品の再資金化は、直接には医療機関との取引において行われますが、その資金は医療機関を介して保険者からの支払いとして行われているに等しいといえます。

(3) 具体的な社会的必要労働である医療労働は、医師を頂点(もしくは責任者)とした有資格者等からなる医療労働者集団による分業と協業によって営まれています。その運営は独立行政法人・民間法人・個人など様々な形態によって行われており、個別経営によって担われています。

(5) 医療経済を支える資金は、国や地方自治体や健康保険組合など公的な保険者と医療を受ける一部負担金によって担われており、その支払いは公定価格によってなされています。

以上からわかるように、医療経済は自由市場ではありません。医療機関や製薬業・医療機器製造業なども含め、商品や労働の対価はすべて保険診療の定める診療報酬が原資となる半統制的な市場となっています。とはいえそこに競争原理が存在しないわけでは無く、特に医薬品メーカーや医療機器メーカーは限られた市場のシェアを巡って様々な競争を繰り広げてきました。日本における医薬品分野や医療機器分野での業界内の競争の歴史や戦略・戦術の変化は、それだけでも一冊の面白い読み物が出来上がるであろうくらい興味深いものがありますが、ここではそれらの歴史的な土壌の上に今日の流通の仕組みが成立しているということを指摘するにとどめておきましょう。

#### 【日本の医療経済の問題点】

ここから先はより具体的に、個別の医療機関の経営の問題と社会にとっての医療の在り方の問題について理解していただくために、対象をもっぱら筆者の携わっている医療機器（医療材料）の例に引き寄せながら論を進めていくことにします。

医療機関の経営を語る時に指摘されるのは、薬価差益（償還差益）の問題です。これは公定価格である薬価や償還価格と仕入れ価格の差額が存在することについて、公的医療の建前がないがしろにされているのではないかという批判であると理解しています。特に保険診療上は医療機器（医療材料）などの費用は購入価格を保障するのが原則で、医療機関が患者の為に使用した医療機器 A を 1000 円で購入したのであれば、保険からはその 1000 円を保障するというのが建前となっていることによります。しかしもっぱら保険を支払う側の都合（実務が煩雑に過ぎること等）によって、平均的な購入価格を基礎に公定価格である償還価格を決めて、これに基づいて支払うこととなっています。この公定価格を下回る購入価格が発生するのにはいくつかの理由が存在します。

一つにはメーカー間の競争です。償還価格は同種同効品については同じ償還価格を設定することになっており、医療機器自体に大きな機能上の違いや性能の違いが生じにくいことから、安売り競争が発生することになります。これは

売り手側からの事情です。

いま一方の購入側である医療機関にも、差額を作っておかなくてはならない必然的な事情が存在します。

一つは滅菌期限切れの発生という問題です。医療の安全を確保するために、医療機器には厳密な滅菌期限（使用期限）が定められています。使用頻度の高い医療機器であればさほど問題になることはないのですが、使用頻度は少ないものの常に備えておかなくてはならない医療機器というものが存在します。例えば循環器の救命治療に必要なカテーテルの類などがその好例です。しかしその医療機器を使用する必要がある疾患が、定期的に発生するか、また発生したとしてもその医療機関の診療圏内で発生するか、さらに診療圏内で発生した患者がその医療機関に搬送されるかとなると、これはもう確率的には「必ず」というのはありえない話で、こうした滅菌期限切れ物品の発生は事実上不可避なのです。滅菌期限切れの物品が医療行為に使用されることはないので、その購入費用はどこからも補填されることはありません。したがって医療機関としては、これら滅菌期限切れ廃棄損を含めた総額が、診療報酬上の総額と釣り合うような金額になるように購入価格を設定する必要に迫られることとなります。例えば経験的に見て、5本購入したうちの1本が滅菌切れになるのであれば、5本の購入総額は4本分の償還価格と同じ金額にするべきです。さらに使用したものの、支払者側からの値切り（査定減といいます）にあって支払いを受けられないものまで存在する現状を考慮するならば、購入価格を下げておく必要はさらに強まることとなります。

いま一つは、こうした手技を実施する際に必要となるガウンやマスク、手術用手袋、ガーゼなど、償還の対象とならない医療材料が無数に存在し、それらの対価はどこからも補填されないという事情が絡んできます。当然これらの費用は医療機関の負担となるものですが、できれば償還差益から補てんしたいというのが当然の要求だろうと思われれます。しかし手許の資料を見る限り、非償還品の購入額を見ると、とても償還差益で補てんしきれるような金額ではありません。まして医療の安全性の向上（事故防止や院内感染防止の取り組み）の努力が、社会的要請にも応じて強められる中で、こうした非償還品の使用量は年々増加する傾向にあり、医療機関の費用負担も重くなってきているのが実情です。

償還差額の問題について触れたので、もう一つ、内外格差についても触れておかねばならないでしょう。内外格差とは、ペースメーカーや循環器系の治療に使用されるカテーテルなどの医療機器について、欧米の市場価格に比べて国内市場価格が高いとされる問題です。確かに価格水準が高いというのは事実ですが、問題はその原因は何なのかということです。わかりやすいように

ペースメーカーを例に説明しましょう。

欧米、特にアメリカ国内でのペースメーカーの流通事情は極めて単純で、メーカーから病院に直接ペースメーカーを配送して終わりといった感があります。そういう事実を知っている人々は「なぜ日本でも同じことができないのか」と言われるのですが、実はそれができない事情が日本の医療の現場には存在するのです。

ペースメーカーという器械は自発的に正常な心臓の収縮ができない患者に埋め込んで、その患者のその時々状況に最適な心臓の動きを作り出せるようにするための機械です。このためにペースメーカーには個々の患者の病状に合わせたプログラムが与えられています。そのプログラムも一度設定すればそれで良いのかというとそうではなく、患者の病状の変化に合わせて定期的に変更していかななくてはなりません。こうした調整の方法は機種ごとに異なるし、またメーカー間ではさらに異なるのです。現在筆者の知る範囲でもペースメーカーの製造元としては、セントジュード社、ボストン社、メドトロニック社など4、5社ありますが、ペースメーカーのプログラムを調整するための器械もまたメーカーごとに異なっています。こうした調整作業は、一般にはメディカルエンジニア(以下ME)と呼ばれる人々によって行われるのですが、複数社のペースメーカーの調整ができるMEは稀です。このような事情を前提としてアメリカと日本の比較をしてみましよう。

アメリカの場合病院の機能の集約が進んでおり、専門病院でペースメーカーの埋め込みをする例が多いと思われれます。機能の集約が進んでいるということは、症例数が多いことを意味しており、専門性の高いスタッフを抱えるだけの余裕があることを意味します。すなわちペースメーカーの管理を担えるMEも十分に配置できるため、病院が自前で管理できるのです。このためにペースメーカーも購入しさえすればよいという体制にあります。

方や日本ではどうでしょうか。日本の病院はアメリカほどに機能集約されておらず、専門特化している現状にはありません。ペースメーカーも循環器系のある総合病院であれば一般的に行われることが多く、症例数の集約も進んでいません。したがって専門知識を持ったMEを自前で抱えている病院もほとんどないのが実情です。では日本の病院はこうしたMEをどこから調達しているのかというと、伝統的にペースメーカーの販売代理店であるディーラーの社員の力を借りているのが実情です。ではディーラーはこうした専門知識を持ったMEの person 費をどこで調達するかと言えば、医療機関に納入する商品、つまりペースメーカーの価格に上乗せする以外ないのです。

公正取引委員会ではこうしたディーラーのMEによる、いわゆる「立ち会い」を「不当な役務の提供だ」と決めつけてかかっているようですが、医療の現場

を知らないものの発想だなぁといささかあきれております。断っておきますが筆者は別に公取の指摘が間違っていると言っているわけではありません。事実そのような指摘は法的にみれば公取の方が正しいのです。ですが、それを言っていると医療の現場は回らないのです。このような矛盾の責任の所在はだれか、悪いのはだれかというところ政府・厚生労働省以外にありません。こうした医療機関の外にいるMEをきちんと医療経済のなかでの公的な人的資源と位置付けて、かれらの医療行為への関与を公認し、対価を設定して医療機関からディーラーへ支払われるようにすることが必要なのです。そうすれば内外格差も大きく解消されるでしょう。

実際、看護師の違法行為黙認が長く続いていたという過去の事例があります。一般の皆さんには信じ難い話であるかもしれないが、看護師が患者に注射するという行為は長らく違法行為でした。だが何十人もの入院患者の血管確保や輸液という医療行為を少ない医師で担えるはずもなく、医療活動を維持するために公然とした違法行為が行われていたわけで、厚生労働省が現実に併せた保助看法の改正を行なったのはそう昔のことではありません。お役所というのはかくも怠惰なものなのです。

ところでこうしたメーカーの販売努力や医療機関の経営努力に対して、保険診療の枠組みを決める政府・厚生労働省はどのように応えようとしているのかというと、何もしていない、というよりもそのような売り手側買い手側の努力の成果につけこんで、社会保障費の削減を動機に、さらに償還価格を引き下げるように動いてきたのです。すなわち「償還価格は平均的な購入価に基づいて決定する」ため、メーカーや医療機関は自らの努力で自らの首を絞めさせられているという構図が存在しています。

少なくとも医療機器（医療材料）の部門で見ると、医療機関経営は赤字であることが一般的でしょう。

医療機関経営の物についての側面は上記のとおりですが、では医療労働者の評価、つまり医療行為についての報酬はどうでしょう。日本の診療報酬体系は基本的に医師の医療行為について評価をし、対価を支払うような体系となっています。これは日本の医療が医師を頂点とした階層制度によって運用されるものと見做されてきたことと無関係ではありません。すなわちこと医療行為については、全権を有した医師がその行為の一部を、その権限の一部領域を認定された薬剤師・看護師・放射線技師・検査技師・理学療法士など他の資格職に委託して、分業・協業して営まれるものという伝統的解釈に即した形でその報酬体系が組み上げられているのです。チーム医療・集団医療が当然のようになって

てきている現在の医療の現場を評価するのにそれでいいのかという疑問はありますが、この報酬体系が医療経済の所与の前提となっている以上ここでは不問に付して論を進めます。

形の上で医師労働が他の全ての医療従事者を養っていると見做されている以上、各種の統計も「医師一人あたりの」という形で語られることが多い。「平成25年病院運営実態分析調査の概要」(以下「概要」)によれば、医師一人一日当たりの診療収入はDPC以外の病院で入院25.5万円、外来12.7万円、DPC病院で入院22.8万円、外来9.9万円です。これだけの収入で果たして医療機関の経営は再生産可能なのでしょうか。全国公私病院連盟「平成25年病院運営実態分析調査の概要」9頁に掲載された資料によれば、医業収益100に対してここ5年間総費用が100を切った年はありません。総収入にたいして総費用が下回った年もあります。つまり病院経営は慢性的な赤字なのです。実をいえばこの傾向は最近に始まったことではなく、前世期には始まっていました。一般業界の会社経営に携わっておられる方ならば、人件費を何とかしろと思われるかもしれませんが、医療経営においては国家資格を有した者でなければ就労することすらできないわけで、人件費の削減には無理があります。材料費を落とせばどうか。これも先に見たように次の薬価改定(償還改定)の際に薬価(償還価格)切り下げとなって跳ね返ってくるわけで、意味がありません。このまま推移すれば、多くの病院がいずれ経営破綻をきたすことになるでしょう。

ではどうすれば病院経営は改善できるのでしょうか。個別経営に限定した場合、考えられる解決方策は労働効率を高めることです。つまり患者数を増やすということです。しかし病人の絶対数が増えるわけでは無いので、とるべき道は2つしかないこととなります。

一つは受診抑制の原因となっている一部負担金を引き下げて、病人が患者として医療機関を利用できるようにすることです。これは医療という社会的必要部門という性格を考えた時にもっとも自然な解決手法でしょう。しかし医療機関が自身の判断で一部負担を引き下げるということは、法律によって厳しく制限されています。個別経営間の競争を防ぎ、安定した医療の供給体制を確保したいというのが法の趣旨なのでしょうからわからなくもありません。患者の一部負担の軽減措置については現在、無料定額診療制度の適用を申請した医療機関が許可を得て実施しています。但し当該医療機関が窓口負担を免除・軽減した部分についてはどこからの補てんも行われません(公的な補償措置はない)。個々の医療機関の善意によって行われる措置であって、経営的な利点はないのです。すなわち個別経営による患者の負担軽減の努力はそもそも不可能に近いといえます。公的な対応、一部負担の引き下げや各種の助成制度の拡充など、を求めることが必要不可欠となってきます。

今一つは、地域あるいは診療圏の中で医療機関が特殊化していくという選択肢、つまり機能を集約して専門性を高め、その分野で他の医療機関を淘汰して患者を集中させるという方向です。これが有効に機能するのは一定数の患者数が絶えず存在し、かつ地域での医療機関の間で機能分担がうまく調整できる場合に限られます。特に地方に目を向けた場合、広大な診療圏において、その地域の医療ニーズを分野ごとに分けて機能を集中させるということ自体に無理があるのでこれも現実的とは言えません。

こう考えてくると、病院経営を抜本的に改善するためにはどうしても公的な政策上の配慮、具体的には診療報酬(特に医療行為に対する評価)の抜本的な引き上げと、患者の自己負担軽減が不可欠であることが必然のこととして見えてきます。

最後に唯物論的社会契約論の立場からあるべき医療の形について少し述べておきます。唯物論的社会契約論の常識から判断するに、そもそも社会的必要部門である医療経済に、利益という考えを持ち込むこと自体が根本的な矛盾を生ずる、これは自明のことです。社会にとって医療はどのようにあるべきかという観点に、効率という物差しは相応しいものとは思えません。医療は他の産業分野とはことなり、平均的な水準を標準としてその規模を設定するわけには行かないのです。医療は当然国民の日常生活の中においても欠かせない存在ですが、非常時にはもっと欠かせない存在となるでしょう。特に東南海地震などの天変地異の発生が必然のこととして予測されている今日の日本にあっては、そうした際にも医療行為の継続ができるように、医療の供給体制には余裕がなくてはならないはずで、特に人口や産業の集中化が進んでいる都市部での巨大地震による被災者の救援などを考えれば、地方にある医療機関の役割には重要なものがあるといえます。

医療は、人類の生の再生産活動の総体の中で不可欠の分野であり、個人が社会からの要請に応じて自ら選択した職業分野で能力を発揮し、自らの役割を果たすことが自らと他者の生の再生産を保障することであると自覚しながら「生き合う」上で、人間そのものを回復させるという重要な役割を担う分野です。こうした医療あるいは医療経済の本質を重視するなら、医療分野は社会的必要部門としてしっかりと位置づけて、社会全体で支えるべき経済分野であることを認識すべきなのです。医療経済を語るのであれば、どのような経済制度の下にあっても、その役割だけは変えようもない医療経済の本質を見失ってはならないと思います。

今回の内容は 2014 年 8 月に執筆した「アベノミクスと医療経済」という論文

から必要な部分をもってきました。いささかデータ等が古い部分がありますが、ご容赦ください。

次月は教育について見ていくことにしましょう。

□=====□

★===== [ コラム ] =====★

[ 社会主義経済学とマルクス経済学の違いについて ]

本文中において「社会主義経済学」という言葉を用いました。これをいわゆるマルクス主義経済学（あるいは経済言論Ⅱ）と誤解される可能性がありますので一言しておきます。

「社会主義経済学」とは社会主義理論の一種である唯物論的社会契約論に基づく経済理論なのですが、その対象は社会主義社会の経済学という意味で、人類がより安定した生の再生産を行うためにはどのような経済の仕組みや方向性が必要なのかを論じるものです。

一方「マルクス主義経済学」（あるいは経済言論Ⅱ）は、あくまで資本主義の経済活動の分析をマルクス主義の立場から行うもので、その対象とする経済の仕組み（生産様式とありますが）が異なっています。マルクスは生産手段(土地や道具など)と、それに人々がどのような労働力の組織の仕方をもって働きかけていくのかという生産関係の両者によって生産力が規定されると考えました。この生産手段と生産関係の結合形態を生産様式とといいます。道具の改良や発明、あるいは技術の革新によって生産力が向上するとそれまでの生産関係との間に矛盾が生じて新たな生産関係が結ばれ、それによって生産様式も変化していくわけですが、それに伴って生産様式を土台として築かれた社会構造も変化せざるを得なくなり、それが歴史の推進力であると考えたのです。この一連の生成・発展・矛盾の発生とその止揚という流れの中で、資本主義という経済の仕組み（生産様式）とそれを土台とした社会の生成と発展、そして将来的にそれが必然的に止揚されなくてはならないという資本の運動法則を論じたのがマルクス経済学です。

そういう意味ではマルクス経済学は現在の経済を対象としているもの、社会主義経済学は次世代の経済を対象としたものと言えます。

★=====★

●===== [ 時事批評 ] =====●

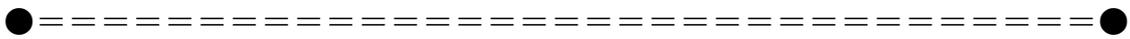
安倍内閣が外国人労働者を国内労働市場へ導入するために新たな法律を制定

しようとしています。その数 34 万人超。

しかしその法案はとんでもない問題を含んでいます。それは現在の外国人技能研修生制度の延長として実施されることを前提とした法律であり、現在の研修生制度がきわめて劣悪な、海外からは奴隷労働とも揶揄される労働環境を生み出す温床となっていることにメスを入れないまま、それを拡大することになりかねない制度設計となっていること。

私の手許には『侵される人権 外国人労働者』（アジア人労働者問題懇話会、第三書館、1992 年 8 月 15 日）という書籍があります。その中を読むと、いかにひどい労働環境が横行しているか、暗澹たる気分になります。

拙速な法案の審議は許されない。当然の批判でありましょう。



次回の発行は 1 月 1 日を予定しております。