

医療福祉論序説

齋藤正

はしがき

「厚生経済学」は経済状態の福祉最適条件を求めて、ピグーが「厚生」を取り上げて以来、五七年余の才月が経過した。ピグーを批判した「新厚生経済学」はピグーの価値判断の非科学性を指摘しながら公正基準を福祉の基準から避ける価値判断を犯し、未だに公正と効率、社会価値指向と個人価値指向のジレンマにつきまとわれている。厚生理論が現実社会をはなれて雲の上を漂っているうち、高度経済成長による国民経済生活を襲った外部不経済の暗雲は、新しい「福祉」を地上に再現することの必要を吾々に迫った。

数多くの経済学者が「福祉」の理想像を求めて論争し、努力を重ねた。しかし、結局、福祉はメンタルな概念であり、これを経済的に一義的な形で示すことが到底無駄なことに気がついたに過ぎなかったのではないか。

NNW指標が福祉の経済的指標として意味づけを行なっている。この指標の数量化によって新しい境地が求められたかに見えたが市場外にある社会的便益、損害を正しく計測しえなければ無意味であるという批判の前に国民所得と同じ悩みをもっている。

福祉の研究がそのまま行き詰ったと感じるのは、経済システムを中心にとり扱うことが無理なためであり、社会システム全体の中で福祉が限られた資源、人的物的なものを問わず、種々の価値指向の下に矛盾を含みながら存在していることに注目し、そこから福祉の本質に迫ることが重要だと考える。

さいきんの経済福祉指標の研究うち、OECD、国際連合（ドレノフスキー案）アメリカの社会報告書、同盟勤労者福祉指標、東京都福祉指標、国民生活審議会の諸々のデータ、さらにR・A・イースタリンの基礎的ニーズに共通する要因として「健康」があげられ、世界各国、団体共通用語として「福祉」の代用に「健康」がニーズとして認識されるとき、経済学が漸やく医療の経済学として取り上げる意味もわかる。しかし医療の経済学は福祉の面からの追跡を極力さけるようなものが多く、本稿は医療を社会システムの中で分析することにより医療が人権としての健康であっても福祉の多元的要素の一つに過ぎないこと、したがって社会選択の問題であることを分析し得たと思われる。以下、この結論の導出のための研究の一つのプロセスである。

第一章 医療への経済的接近の反省

(イ)医療と福祉のむすびつき

福祉はメンタルな概念であるため、一義的に表示することは不可能である。経済学ではとくに経済的福祉として所得（国民分配分）の条件で福祉社会を表示したのである。したがって最近のNNWの指標として、経済的GNPのほか、安全、保健、便利、快適、社会参加と疎外、人命尊重度、生活環境、労働環境、教育文化情報、余暇、生きがいなどがみられ、その他・R・A・イースタリンの「個人の幸福は所得、家族、健康」といい、ま

た小宮の「福祉の原理の重要な構成要素は、貧困、失業、病気、傷害、一家の稼ぎ手の死亡、老令による所得の喪失、公害風水害の被害などを個人のみに負担させず、公共的な仕組によってそれらを負担するか、あるいは少くとも個人の負担を緩和することにある」というときの病氣、傷害、死亡などはすべて医療に関連するものであり、医療（医学）と福祉についての連関をのべる論文がみられる。ただわが国で経済学と医療福祉との結びつきは医療が外部経済性のため医療と福祉と経済の協力、連関が妨げられていたことは考えられる。

このことは医師個人の無理解、倫理の問題より、むしろこのような行動をとらせている医療システムの日本的機構、体質に根ざしているはずで、経済学のみからの接近では、現実の医療と福祉の関連づけをみつめることの困難は指摘されている。川上はわが国では、医療を営利性においたまま、仁術の価値指向で福祉の中に位置させていたことが、医療が福祉をうけいれる条件をおくらせていたことも指摘している。⁽⁵⁾

経済学者の福祉論争の中で注目すべき論は小宮の医療、教育は福祉の基本であるから「ただ」にすべしとする論である。⁽⁶⁾しかし、福祉は多面的なものであるから、医療、教育が国民の権利だからといって「ただ」にしたとき、その社会的機会費用をだれかが負担しなければならず福祉を現実の生活の中で検討せんとするとき医療のみが優先される保証は見られないと思う。

(四) 経済学者の医療論

医療経済学として論文が発表されたのは一九五〇年代アメリカの経済雑誌に登場したのが初といわれる。しかし現在まで主張することは従来の医療分析は医療保険制度、医療制度、医療の産業組織、医療経営論と雑多であるが、医療の底に横たわっている人間的要素、クランケとしての個人、家族、職場の人としての生命論が欠けて

いる点であり、医療を市場システムの中で捉えてはいても、医療市場が医師側あるいは医療機関の供給独占の現状を見失なったものが多いことである。

「希望の家」としての病院、医院、診療機関が福祉の配分としての生命の権利の要求に応えうるものか。資本主義社会における医療が矛盾した性質をはらみながら「福祉」の核心に迫り得ないことを知るのである。ここで従来の経済学者の医療分析を若干とりあげて考察してみることにする。

③アローの分析⁽⁷⁾

かつてアローが経済分析を試みたのはとくにサービス経済論が進展したことによるもので、制度的研究から経済理論的に分析が試みられるようになったことである。

しかしながらそこに指摘された医療は、福祉の核心をつくものでなく、医療形態を経済学的にとらえんとする試みにすぎなかったようである。

いま批判を加えながらアロー論文を通し、その主張をながめ、そして経済学的分析を指摘し、新しい医療本質への手がかりを求めてみた。

アローの医療論はサービス産業であるという視点からそのサービスの一般的性質をみる。(1)サービスは貯蔵できない、(2)サービスの生産は消費者を必要とする。医療にあつては、一般財のごとく在庫調整もきかず、輸送サービスでの満員乗客は調整できないごとく、医療サービスは病気の突発性、緊急性に対して福祉基準からみて特殊であることが指摘される。しかし、需要のがわの問題は医療市場ではほとんど問題になっていない。医療は完全な供給独占、地域独占の現状から理解しなければならぬと考える。(2)の消費者を必要とする説は、一般サー

ビス産業に共通のもので、患者の問診をとりあげる説があるが、問診とは、患者が自分の既応症や受診前の生活状況などについて説明するもので、現在教育的病院にあつては、患者が教育医学生のために問診の煩雑さを経験するが、それより医師の患者に対する態度が問題で、現在批判されている「患者は医師の前では、いいたいことも言えない程自分の病におびえた羊のごときものである」ことから供給独占を裏づけ、入院患者の問診も殆んど看護婦が主治医に代行するのが現状である。

アローの第二の医療サービスの経済的特質として「医師に期待される行動」について、医療は生産活動と生産が同一物であり、患者はそれを消費するまゝにテストすることはできず、そこにあるのは信頼関係である。したがつて、医師の活動には、より厳しい道義的制約が求められ、その行動関心は消費者の福祉におかれる。したがつて、(a) 広告および公然たる価格競争はない。(b) 治療について医師が与えるアドバイスは利己心とは別のものである。(c) 社会的には、医師が情報を正確に伝えることの関心のほうが、顧客(患者)をよるこぼせようとの願望より価値がある。したがつて、利潤動機が入ることは望ましくなく、医師と患者の関係が中心におかるべきであるという。

ここでも比較的供給独占の性格が明示されていない。ただ、消費者(患者)は医師(供給)に対する態度は完全に受動的であり、広告、口コミ、紹介、飛び込みなどの不安定な状況におかれている。さらに(a)の広告は地域独占の性格を有しているため、一般性はないが、地域(駅その附近)ごとの広告競争は目を覆うばかり熾烈であり、表面的な価格による患者の争奪はなくても、潜在的に競争社会であるため、(b)の利己心と別のものといいい切れないのが実状であり、アローの分析はわが国にあてはまらない。

アローの第三の分析は「生産物の不確定性」をあげ、「医療の場合は、生産物の質に関する不確定性というところが、他の生産物に比してより強くあらわれ、他の商品とちがって自分や他人の経験から学ぶ可能性が少ないというえに、医療それ自体のもつ本来的な予測困難性がつけ加る」というのである。

この意味するところは、医師が患者に治療をほどこす場合、その治療によってその病気がなれる保証はないことである。手術をして成功する確率は病気の種類によるが、患者にとつて不確定である。沖中重雄の東大退官時の最終講義で「私の東大在任中の誤診率は十四・二パーセントであった」と発表したことからは、不確定ということはとりもなおさず生命を医師にあずける患者からみて完全な供給独占の形態である。

アローはその他「供給条件」（医師となる資格）と「価格設定」（医師が価格競争を第一義としない）をあげるが、前者は医師が市場にでる供給者自体の問題であり、価格設定は自由診療にもつながる問題である。

右のアローの医療分析が医療経済学の教科書的存在になっているのは、逆に日本の医療の経済的分析の未開拓を示すものである。

(b) 村上の分析⁽⁸⁾

医療を経済的に取扱う場合、供給側からの論として村上の小論がみられる。村上の「社会システムとしての医療」は現在のわが国医療を経済的視点からのみ把握する不都合な点を指摘することで意味がある。

第一、わが国で医療が経済システムとしての市場機構になじまないとする。その理由は経済学という売り手と買い手の交換関係に帰着させるのに大きな無理があるという。その理由は医師の聖職としての倫理観が経済的独占を防いだという。しかも健保制度が次第に営利化に向わしているのは医師の責任でないとする。この解釈は経

済システムのみから医師を眺めるために起る偏見で、自由診療制が一方で公然と医療の一般大衆化に対抗して開かれていたことを忘れていると思う。健保制の営利論は遠回しな医師サイドの見解である。

公認の公害喘息は社会病として認定されているが、一般に軽い病気といわれるものが体質、不摂生の個人的せい(9)にされる。この一つの例は武見医師会長とロックフェラー大学教授デュボスとの対話にみられる。つまり人間にとってふさわしい生活環境、社会条件はなかなかできないだろうが、現在の環境に適應して自分の生存に意義をみつけるということも大事で、全部を環境とか社会的要因の結果にしてしまうのは私(武見)は反対でむしろ自分自身が考えることのほうが大事だという。健康の自己責任を医師が主張するときよくいわれることだが、健保の保険証をもっていると、どこで病気をしても、少し具合が悪くても、医者のところへゆく権利がある。つまり権利の乱用で医療が危機に陥ることについてである。この点は福祉は多義的でそのうちの医療に社会の限られた資源をつかい過ぎることに通ずるが、教育の大衆化を抑える理由がないように、医療の軽重で権利の乱用という理由もない。さらに、GNPの約四％の医療費がかかるが、これは健康の建設のためでなく、自分が勝手に病気と思いきむからだという武見の考え方は、三兆円を超えるまでに膨張しようとする医療費支出について資源の配分効率の考慮が必要で、昭和五〇年には八兆円の医療費が支出されると予測されるが、その場合、数兆円のムダも考えられるとする村上の考え方と共通し、需要者(患者)がふえることは健康に福祉の基準を求める私見からすれば、医師にかかることを国家機関で統制することの愚をいうにひとしいであろう。健保料のみを払いこませ、医者にあまりかかるなということは誤りで病気に軽重をつけるのは医師であり、健康は個人の問題であることとの原点に立たなければならぬと思う。

社会システムとして医療を考えると、健保の医療大衆化の意義を認めると共に、自由診療への医師の価値指向を認める方法を考えるべきであろう。

さらに村上分析をみるに、医療を純粹の市場機構に委ねることは、市場機構が適切に働かないゆえ不適当だとし、その理由に交換が平等な交渉上の地位にもついでに独立に合理的に行われることが期待し難い場合、また、病氣は患者の責任ではなく、したがって医療サービスの需要は患者の意志によって生じたものでないこと、医療は公共財の側面をもっていること、医療サービスは無形でも量的測定ができないものについては、万人に共通な契約の同意は不可能であり、一物一価の形の市場価格は定まらないという指摘がある。この結論として、「医療サービスを古典的な市場機構に委ねることには無理がある」という村上論理にはあきらかに現代医療への適用に誤りがある。これは、現代の医療市場が供給独占の現象形態を示しているとき、何故、古典的純粹交換理論で考えようとするのかという疑問である。供給独占の理法のもとでは提起された疑問はすべて当然のことと認められ、さらに医療の外部経済性も考慮しなければならない。

(c) 今井の分析⁽¹¹⁾

現代医療市場を産業組織論的に分析し、その市場欠陥を余すところなく分析した注目すべき論文であるが、とくに指摘したいことは医療問題は孤立したものでなく、他の社会経済領域と深いかわりあいをもっていることを意識している。「私はそのような開業医の分化を期待するが、しかし、それは経済分析の答えうる範囲をこえて、はるかに社会的な問題である。……社会学者のタルコット・パーソンズは、医療制度を分析して、そのパフォーマンスは医療をめぐる一連の諸条件に依存するといったが、本論もこの平凡な、しかし含蓄のある命題を

もって、とりあえず稿をとじることにした……日本の医療組織とか医療システムといった問題を真剣に論じてほしい」と結んでいる。拙稿が第三章で医療システム論を考察したのは今井論文を展開せんとしたことに他ならない。

(d) フュックスの分析⁽¹²⁾

医療の経済システムは供給独占、地域独占であることを指摘したが、供給者としての医師がいかなる立場から、かく言われるのであろうか。この点についてV・R・フュックスの説は医師の独占行為についている。「医師を理解することなくして医療問題を理解することはできない」という命題を考える。「医師のもつ支配的な役割は医療過程全体を管理している」とする。フュックスの説明によれば、この過程は患者が助けを求めた時から始まる。この時から主導権は医師に移り、医師の決定は提供されるサービスの量、質、原価を大きく左右するからである。

患者は医師の持つ医学知識に左右されるものとなる。病状の診断より処方、検査の指示、さらに手術、入院の勧告、入院患者をきめること、入院中の患者に何をして、いつまで入院させておくかの決定すべて供給側の医師の実力は絶対である。医師は医療の生産への門番である。

病院にあっても医師以外の保健医療に従事する専門職業である薬剤師、看護婦、技術者はすべて医師の指示をうけ、医師に代って計温、注射を行いその結果を報告する。まさにチームの長である。このことは開業医の場合にもこれらの仕事が医師が自から行なうため明らかに患者に対しては独占供給者の立場にあることはよく知るところである。

以上経済市場にある供給者と需要者の立場からみた関係である。従来試みられている医療分析は医療費、医療経営分析、国民医療のマクロ分析などがある。医療費は保険財政の収入バランスを通して行なわれ、一種の保険負担料を事務的に支払っているあきらめに似た感じが病院の窓口あたりに漂っている。医師と患者は保険制度で断絶しているので医師の法律による供給義務と患者は疾病より自己を防禦せんとするニーズの出会いが、医療の本質である福祉——個人の健康を維持する至上性——をゆがめている事実を見失ってはならないであろう。

かくて、医療は結局、金銭受授の行為が行なわれるところを見れば、経済行為であり、経済学の対象である。しかしながら、医療が健康に関しての福祉さらにその意味の中にいわゆる外部効果としてのコストとベネフィットが含まれていることから、医療の社会的費用便益にまで追及されねばならない。

この一つの接近として次章にパースنزズ的方式を応用して医療を説明してみよう。

- (1) 浅野義光「GNPとNNW」日本経済新聞社、昭和四十六年一七四—一七五頁
- (2) 丸尾直美「脱GNP時代」ダイヤモンド昭和四十六年二〇頁
- (3) R・A・イースタリン、「所得上昇は幸福をもたらすか」(季刊、現代経済第十号昭和四八年、一五九頁)
- (4) 小宮隆太郎「福祉の理念と税制」(季刊現代経済第十号 九六頁)
- (5) 川上武「医療と福祉」(ジュリスト特集現代の福祉問題、一九七三年、二三三頁)
- (6) 飯田経夫「近代経済学者の『福祉』論議」(季刊現代経済第十号、一五〇—一五三頁)
- (7) この項の参考文献

1 江見康一「健康と医療の経済学」(江見康一、加藤寛、木下和夫共編、福祉社会日本の条件、中央経済社、昭和

四九年)

- 2 K. J. Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," A. E. R., Vol. LIII, No. 5, Dec. 1963.
- 3 川上武・岡上和雄編著「福祉の医学」一粒社
- 4 季刊現代経済 4 特集、医療の経済分析、日本経済新聞社、一九七二
- 5 川上武、「現代の医療問題」UP選書
- 6 西村周二『健康と医療の経済学』(経済セミナー、一九七四年五月号)
- 7 ジャン・ヘルナール「現代医学その成果と展望」紀伊国屋書店、一九七七年
- 8 N. N. Kitzire, H. L. Hirsh & G. Wegner Ed., Medicine, Law, Public Policy, AMMS Press, Inc. 1975.
- 9 P. M. Insel, R. H. Moos Ed., Health and the Social Environment, Lexington Books, 1975.
- (8) 村上泰亮「社会システムとしての医療」(季刊現代経済 4 日本経済新聞社、一九七二、四一八頁)このほか村上泰亮、浜井修「教育」(内田忠夫・衛藤藩吉編著「新しい大学像を求めて」、日本評論社 昭和四四年、第三章)
- (9) 読売新聞、昭和五一年十二月一〇日
- (10) 村上泰亮、同上論文 六頁
- (11) 今井賢一「医療の産業組織」(季刊現代経済 4 三三二一六頁)
- (12) V・R・フユックス「生と死の経済学」(江見康一訳)日本経済新聞社 一九七七年

第二章 医療の社会システム分析

A パーソンスズの福祉批判¹³⁾

「経済と社会」で提起した厚生批判は経済（個人）と社会（集団）の関連よりなされた。経済的諸変数におこった変動がパーソナリティ体系における全体としての欲求充足と喪失のバランスの変動におよぼす影響、すなわち個人の満足、幸福の問題であり、経済的諸変数におこった変動が、コミュニティ全体の厚生における変動におよぼす影響、すなわち、社会的最適状況の問題である。これは体系としての個人および体系としての社会を明確に概念づけること、ならびに各個人の欲求充足と喪失の均衡によって規定された相互に関係づけられるような原理を叙述することを必要とする。経済的厚生¹⁴⁾の定義は経済的活動一般の範囲からただちに欲求の充足と喪失をきめ、直接あてはめている。ピグーにしても経済的厚生のうち直接または間接に貨幣の尺度で関係づける部分としている。

この場合の論理的困難は価値体系が異っており、かつ貨幣経済の浸透の標準が異なる社会のあいだで厚生福祉を比較する困難である。このパーソンスズの指摘は新厚生経済学が効率に基準を置いて経済システムに自己完結を求めて福祉を押しこめるより優れていると思われる。

さらに、ピグーは個人の幸福の合計を社会の福祉とするが、効用および厚生を定義づける際の出発点は、社会系の適応の問題の解決の用具として対象物に経済的な意味をもたせているところに疑問をもつ。すなわち特定の必要条件を考えるなら、社会ならびにその下にある種々の機能的な下位体系の制度化された価値体系について

のみ具体的な意味を与えられるのである。したがって社会的厚生はもちろん経済厚生でもこれを相互に独立であると考え、個人の関数のようなこまかな体系によって定義されるといふことは、理論的にゆるされない。パーソンズは個人の動機づけの発展を社会的ノルムの内面化の過程として考え、独立に与えられた社会過程、社会価値にもとづくものでないため、独立の選好リストをわりあてたり、個人的動機をいかなる性質の効用にて表示するかに拘らず、社会の厚生との関係づけで出発点から厚生経済学は誤りだとしている。「厚生経済学」が社会体系に関係づけなかったため、積極的に厚生福祉の内容に発言ができず、理論的遊戯に走ったことを反省しなければならない。

ただ、パーソンズの批判に欠けていたことは、経済的に福祉を捉えるとき、厚生経済学が外部効果をとらえていたことを見すごしていたことである。福祉こそはシステム化された価値体系の全体とその下位体系の機能との関係においてその本質が理解されねばならない。

B、医療システム論

パーソンズの福祉批判にこたえるためには、新しい医療像を個人の幸福と社会の福祉の関係より社会システム分析の中でとらえてみることであろう。もはや経済システムのみでは、独占供給の性格を有する医療を福祉に接続することは不可能であろう。そのためには、医療の多元的価値指向をもつ本質の分析からはじめなければならない。

医療機関が開業医であれ病院であれ、はたまた公立、私立を問わず、「希望の家」から「絶望の家」に変らないよう、消費者主権の理論を生きかえらせ、人権の要請としての「生命」「健康」にこたえるため、社会システ

ムの動きの中で総合的に把握し、福祉としての医療に限られた資源を如何に配分するかである。この判断を含むからこそ、経済システムの部分分析のみでは不十分であることに考え至らねばならない。

医療は社会の内容が変容するとともに、その意義は変容する。病院は昔は貧者の死の場所であったが、現在は治療の場所となっている。「絶望の家」から「希望の家」に病院は変わってきている。医者は医療の道徳的意識の下では「仁術」であったものが、資本主義社会の医師は、わが国ではとくに、相続的な性格に加うるに医学教育における高額費用、試験制度など、特殊な「算術」が常識化されるに至っている。医療保険制度が医療の大衆化と共に自由診療指向が一つの領域を許されている。独占供給の医師と生命の尊厳を主張する個人が対立する。この対応に医療を現代資本主義の中で如何に解釈すべきか。この一つの方法にパースンズのAGLI法の利用が考えられる。その理由は社会システムは一枚岩で形成されないからである。経済学が福祉の指標として配分の効率化と経済的平等化のシレンマに科学性をおびやかされているのであり、価値判断を含む平等基準を避けて理論が現実から遊離する危険性をもっている。この経済学の自己完結性の犯す誤ちをさけるため、パースンズのAGLI方式を用いることにより福祉の現実に接近せんとする。⁽¹⁴⁾

社会体系の基礎をパースンズとスマルサーは次の四つの基本的次元に分析する。

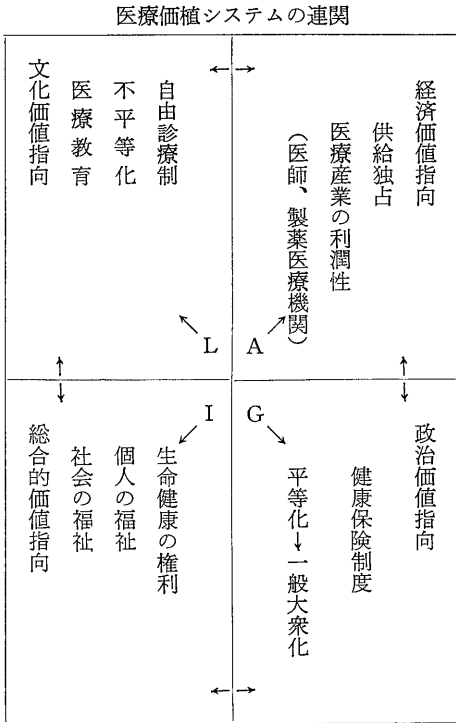
- A 適応的手段の対象の操作 (Adaptive Instrumental Object Manipulation)
- G 手段的表現的なパフォーマンスと充足 (Instrumental Expressive Consummatory. Performance and Gratification)
- L 潜在的受容のないみの結合およびエネルギーの規制緊張の確立と流出 (Latent-Perceptive Meaning)

Integration and Energy Regulation Tention Build-in and Drain-off)

I 総合的表現的なサインの操作 (Integrative-Expressive Sign Manipulation)

この機能分析はA適応、G目標達成、L価値維持、I統合として社会現象の分析に應用され、A経済、G政治、L社会化、I社会統合に対応する。これらの下位体系の内部機能の分化にもこの形式が應用されよう。かくして最後に個々人の担当すべき具体的役割をみつけ出す手段となる。

いま医療の本質を右に順じて構図すると次のごとく整理される。パースンズの考る構成要素は価値、規範、動機づけ、便益に求めこれを医療にあてはめると、価値は目標設定基準として人間の健康追及完成におき、規範は



医療福祉論序説

医師の治療技術の最善の行使と患者の最小限の責任、動機づけは医師と患者の間に介在する保険制度が、医師側には治療技術に見あう反対給付が十分に行なわれて、はじめて便益としての社会全体の健康な人々の集まる社会福祉が求められるであろう。

C 医療の社会的福祉

戦後、民主々義思想の発達とともに、人権としての生命の尊厳の思想が病氣に対する治療意識の大衆化と共に健康保険制度が

相互影響し、福祉概念が一般化したのである。ビバリッジによって再建された福祉制度が高度成長による消費の高度大衆化、続々と生ずる新しい種類の疾病にたいし健康への医療の役割が増大することは当然のことである。

これにともなう、供給側の医師、医療機関は保険の点数制による医学技術の不平等性への不満は次第に保険制度を逆に利用する傾向にはしるのは当然であり、表面的な保険制度の大衆化の美名の下に、健康への不平等性は現実に広がりこそすれ、縮まる方向を示していない。自由診療制を通して特化せんとする方向もあらわれはじめる。

一方、生命の尊厳を権利として主張する個人（患者）は健康に福祉を求めて、社会全体が価値の統合として医療福祉への行政目標が向わなければならない。

いまそれぞれの価値システムを説明することによって現代医療の福祉への道がどれだけさえぎられているかを分析することができると思う。

(a) 経済価値

第一章にのべたごとく医療市場は完全に供給独占である。医療制度（治療機関、医薬品産業、医療産業、予防機関、リハビリテーション）医療教育（医師、医療技術者）などすべて医療という紙幣の表面の図柄には生命と健康を扱う福祉像が、裏面には利潤性にもとずく医療産業が刻まれている。

健康であることが福祉の条件の一つであり傷病がライフ・サイクルの正常な回転を妨げ不幸を招くことから、また傷病構造は時代と共に変るけれど、死への恐怖のなくならない限り医療は産業として消え失せることはない。

しかも資本主義社会の中で生きるための道具としてサービスに対する報酬を求めることは当然であり、そこには、患者（所得格差の下で生命への平等の執着を求める）より直接間接に（保険制度の不備の下に）わが国にあっては特殊な社会階層を形成している医師を中心に医療制度は動いているとみて差支えない。この市場で多くの患者は情報ゼロの立場に立たされている。医薬品産業が全産業で最高の収益率をあげた事実、国民皆保険の美名の下にある無医地区、辺地医療の実体、病院と診療所の競合、医療教育にあっては医療需要の増大に伴う、需給の経済原則の実際化、医師不足より私立医大新設、入学金問題、医学部闘争、人手不足による医療技術者の過重労働すべては資本主義原理に従って動いている本質を忘れてはならない。

(b) 政治価値

これに対してGのシステムとして政治が介入することは容易なことであり、健康保険制度による医療の平等化が図られる。この制度は経済学が医療を扱う中心問題であり、健保、国民健保の医療費の赤字から保険料率に生ずる医師側のAとGの角逐が、最後は政治的圧力によって価格が決定される独占価格決定の原理がまかり通るのである。（もちろん理由はいろいろあっても傷病に苦しむものには無力であるのが現状）

さらに問題は疾病構造の変化による患者の増大、生活保護者の治療、老令人口増大にもとづく病院の老人談話室化、ベット差額、など、国民皆保険その他の制度が、医療需要増大に対処する医療行政に殆んど明るい見透しがみられないことが考えられる。

医療保険制度の最大の問題は国民皆保険の理想の下での不平等の現実であろう。健康は国民全体の平等の権利であるにかかわらず、保険の差別、無医地区の増大が社会福祉としての理想から遠くはなれていることのみを指

摘する。

さて医療が一般大衆化に向っていることに關して軽い病氣と重い病氣を區別する要請が需要者に向けられている。このよつてきたるところの理由の一端は生活の中にある。というのは、保険制の乱用による需要者の増大と老令化人口の増加に伴い、老令人口（七〇才以上）は無料（ベット差額は別）となつてゐることから生ずる緊急患者への対応の不満があげられよう。すなわち、重い軽いの判断は医源、あるいは医師の医学技術水準によりきめられる相対的なものであり、医療需要者の判断で如何ともなしがたい。むしろ、風邪が軽いとする判断は病氣の外部効果を無視した社会費用の増大につながる。さらに老令化人口増大に対処する供給側の態勢は不十分極まるのでないかと思われるふしがある。老令の疾病、老人性痴呆症の外部不経済の損害ははかり知れないものがあるにかかわらず、之に対する策もなく、看護能力が倍ほど要求されることなど、健保制は経済的な問題ばかりで解決できないことであろう。

(c)文化価値

さてLの価値領域は医学技術と医師の問題であり、保険制度によつて自己の技術、能力を無視された反動が自由診療制となつてあらわれるのは自然のなりゆきである。しかも医薬品医療産業は医療教育と結びつき、真理追及の場としての技術価値を中心とするシステムとなり、医療と学問研究の結合が行われる。

この領域の必要を考へるに、米国では患者の欲求が医療スタッフの研究と教育に對する関心より下に置かれがちな危険を持つてゐること、その反対の形の問題も大都市などを中心として起つてゐることを指摘する。⁽¹⁶⁾

サービスの供給に重きをおくことに政策の重点がむけられるとき、新しい医学の発達と医師のそれを利用し、

新時代の要請にこたえられなくなる。しかしながら、病氣を見て病人を見ない態度の医師の実例を数多く聞くにつけ、医師が医学、医術、人格、常識の兼備した要求に向って努力するものでなければ、Aの領域の荒波に流され、福祉としての医療は到底望むべくもないであろう。

(d) 総合的価値

Iの領域はAの経済価値指向にある医療と正反対の価値指向を内包しているのである。すなわち、人間の生命、健康の権利の主張の場所である。「健康は権利だ」ということは容易である。しかしIの領域は健康に限られた資源を配分する選択の決定と生命の価値評価が問題とされるところである。

交通事故で死亡する生命を守るためには、現在他に使用されている人間を交通事故防止のために用いなければいであらう。そのときの生命と人間の機会費用との差を、どのように評価したらよいものか。暗黙の判断が日々の要素の消費と生命の引のばし、健康の間でなされているのである。生命の価値は数量分析で求められることではない。何故なら生命は一般的社会倫理に依存することだからである。しかし生命に関する価値システムにあつて資源の選択には創造的作業が必要であらう。いづれの国も遺伝学的要素、社会的諸条件、自然の諸力によつてきめられる範囲内で、健康を他の福祉目標との比較で評価し、自らの死亡率を選択している。⁽¹⁶⁾ ジャン・ベルナールが「健康の値段」でなした医療の基本的な役割についての提案は生命の尊厳への医療の冷やかな抗議とうけとめたい。(前掲書第二部第二章)

米国の例ではガン検診計画、喫煙反対運動計画への追加支出と限界利益の計算があるが、生命に値段をつけることができないと無視できるところであらうか。ここに費用便益分析の領域が生じてくるのである。

生命の価値を数量的に表示することは、保険事業にあって測定されるようにみえても、これは相対的な、多くの仮設の下で計算されたものである。生命の尊厳を倫理的に主張しても社会は個人のおかれて異なる異った危険の状況に応じて個人の生命の価値づけを行うにすぎない。医療についての生命の地位も同じようなものであろう。病気が起ったとき、入院、診断、治療、手術とあらゆる方法を試みても、個人の生命力の差のほかに、「死亡退院」の技術的限界が暗黙のうちに生命の価値の上限をつけている。

J. Lesourne の数理モデル⁽¹⁷⁾による生命の価値研究は生命の尊厳の要求に対する医療の限界を求めんとする方向を示唆している。いま能力 K の病院が建設されるとする。このとき K は資本費用 $I(K)$ にて経営される。この病院に關係する患者その關係変量を $f(n)dn$ とする。 $n \ll K$ のとき患者一人当りコスト d_1 とし患者の命が救われる確率を p_1 、 $n > K$ のとき利用しうる全能力で過剰患者の治療に向けられる。かかるときも、費用の極大 d_2 が支出されるとする。この場合患者のうち治療される確率は利用設備が小さいため、 p_2 であるとする。一般の法則として、 $d_2 > d_1$ 、 $p_2 < p_1$ であろう。

いま治療してなおる可能性ある個人の生命の価値を V とし、病院の能力は K であるため、完全治療は

$$\int_0^K p_1 n f(n) dn + \int_K^\infty \{p_1 K + p_2 (n - K)\} f(n) dn.$$

割引率 i とすると健康への支出を一期のみについて次のように計算式をたてる。

$$I(K) + \frac{1}{1+i} \left[\int_0^K d_1 n f(n) dn \right] + \int_K^\infty \{d_1 K + d_2 (n - K)\} f(n) dn.$$

次に保健政策の結果考えられる期待値 R は、病気の発生回数 V を乗じて、費用を引いたものと考え、次の計算式をたてる。

$$R = \left[V p_1 - \frac{d_1}{1+i} \right] \int_0^K n f(n) dn + \left[V p_1 - \frac{d_1}{1+i} \right] \int_K^\infty K f(n) dn + \left[V p_2 - \frac{d_2}{1+i} \right] \int_K^\infty (n-K) f(n) dn - I(K)$$

$P(K)$ を設備能力不足の確率とすると

$$p(K) = \int_K^\infty f(x) dx$$

K の最適値

$$p(K) \left[V(p_1 - p_2) + \frac{d_2 - d_1}{1+i} \right] = I'(K)$$

この式の意味は生命のアプリオリな値と、患者への最も効率的な処置の選択を想定したもので、 V が大きいときは小さくなり、死亡率は大きく、従って生命の尊厳を守らんとするには大きな病院がたてられることになる。しかし医療のみによって生命が保たれることが福祉のすべてでないゆえ、生命保持の確率が大きいことは望ましいが、不確定領域にあるところに医師の社会責任が許されていると考えたい。この者の考え方は Lesourne が個人の生命が多様な危険に面していることから、医療政策への期待値の限界をモデル化したことは意味がある。すなわち、いま個人は二つの死の危険に面しているとす。一は自動車事故の確率 p_1 、血栓症の確率 p_2 とし、継続的に前者は $d_1(q_1)$ 、後者は $d_2(q_2)$ が費用として費される。 q_1 q_2 は助かる確率。もしこの危険で死ぬ確率を p_1 p_2 と

すると、医療政策の期待値は、

$$V(p_1q_1 + p_2q_2) - [d_1(q_1) + d_2(q_2)]$$

二つの危険に個人が予防する努力は、限界費用が生命の危険で死ぬ確率に等しくなるように分配されねばならない。式で示すと

$$V = \frac{1}{p_1} \cdot \frac{dd_1}{dq_1} = \frac{1}{p_2} \cdot \frac{dd_2}{dq_2}$$

しかし社会では個人のうける生命の危険に対してどれだけ価値評価を与えるかは難かしい問題で、戦線にある人の命は国を守る為に軽いのか、畳の上にいるときの完全な生命の値と比較できないであろう。

かくて一つの結論を求めるなら、福祉の問題を扱う場合、医療は生命の尊厳の基準から「無料」で健康を主張するのは誤り。医療への社会的資源の福祉基準の配分がどの程度まで許されなければならないかは社会的選択の問題に帰するものであり、福祉を表面に立てて経済の領域で論ずるとき、福祉医療の無限性に対する社会資源の有限多元性を考慮しなければならないであろう。

- (13) T・パーソンズ、N・J・スメルサー、「経済と社会」(富永健一訳)岩波現代叢書、第一卷四九頁、三二頁
- (14) T. Parsons, Sociological Theory and Modern Society, The Free Press, 1967, 青山秀夫「社会のなかの経済」(季刊理論経済学、Vol. XXIII, No. 1, May, 1972) ト・パーソンズ、前掲書第二章
- (15) V・R・フネックス、前掲書一五六―一五七頁
- (16) V・R・フネックス、同上書三八頁
- (17) J. Lesourne, Cost-Benefit Analysis and Economic Theory, North-Holland, 1974, Chap. 12. p. p394~397.