

医療の階層化の再検討

田村 誠*

昨今、医療財政の逼迫等を背景に医療制度改革論議が行われている。その中で混合診療の禁止の緩和や特定療養費の拡充、いわゆる「医療の階層化」についての検討が論じられている。

ところが、これまで「医療の階層化」に関しては①平等という理念に反する、②市民の社会意識に反する、③医療費高騰を招く、といった理由により、否定的な意見が多くみられている。本稿では、これらの否定的な意見の論拠の検討を行い、さらに、医療を階層化しないことによる問題、すなわち、「医療の普遍平等性」の逆機能について検討した。その結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 全国民に高度の医療を提供する必要があるという意味での「平等」という考え方は重要であっても、全国民に同一レベルの医療を提供すべきという、医療の階層化を否定する論拠は必ずしも明らかではない
- 2) 医療の階層化を否定することにより「医療費抑制」に貢献できている可能性もある。しかし、それは一般市民に無用な期待感を抱かせない、というパターンリスティックな政策運営によるものであり、医療サービスの質、制度の効率性、そしてエンパワーメントや市民参加という観点から種々の問題を有する可能性がある

キーワード：医療の階層化、公平、平等、社会意識、医療費、パターンリズム、エンパワーメント、配分効率、医療サービスの質

I. はじめに

わが国の医療保障制度では、「国民皆保険」により国民全員に公的医療保険への加入を義務づけ、同時に「混合診療の禁止¹⁾」により、公的医療保険による医療と自費診療を同時に行うことを禁じている。この2つの制度により、一部のわずかな例外を除いて²⁾、公的医療保険で給付される範囲の医療サービス以外を住民・患者が受けることはない（ここでいう医療サービスは医療本体の部分³⁾を指し、いわゆる快適サービス⁴⁾を含まない）。少なくとも医療保障制度の上からは、全国民が同一レベルの医療サービスを受けることになっており、これは、諸外国に比べても際立った特徴と言える⁵⁾。

医療の階層化をめぐって

昨今、医療財政の逼迫等を背景に医療制度改革論議が行われている。その中で混合診療の禁止の緩和や特定療養費の拡充等により、個人の自由な支払意思により多様な医療サービスが受けられる道を拡大する、いわゆる「医療の階層化」についての検討が論じられている⁶⁾。わが国でも既に特定療養費制度があること、自費診療を禁じていないことより、「医療の階層化」が全くないとは言えない。しかし、上でも述べたとおり、それはあくまで例外的であり、抜本的な医療制度改革を検討するのであれば「医療の階層化」が改革メニュー候補の一つに上るのは不思議なことではない（なお、医療の階層化を行わず、国民全員に医療を普遍平等に提供することを、本稿では以下「医療の普遍平等性」と言う⁷⁾）。

* 東京大学大学院医学系研究科・健康社会学 助手

こうした「医療の階層化」の検討の動きに対し、混合診療の禁止や特定療養費の拡大についてはこれまで否定的な意見が数多くみられている⁶⁾。また、医療の階層化につながるもう一つの要素である、国民皆保険の見直しについては、論じられることすらほとんど稀である⁷⁾。

医療の階層化に関して否定的な意見が述べられる際の主な論拠は、以下の3つに集約できる⁸⁾。

- ① 「平等」という医療制度の重要な「理念」に反する
- ② わが国の現実の「社会意識」や「公正観」に反する
- ③ 「医療費高騰」につながる可能性がある

本稿のねらいと議論の前提

このように医療の階層化に対して否定的な意見が多い中で、「医療の階層化」を再検討しようとするのが本稿の目的である。まず初めにこの3つの論拠の検討を行い、その上で、わが国ではほとんど論じられることのない、医療を階層化しないことによる問題、すなわち「『医療の普遍平等性』の逆機能⁹⁾」について検討する。

医療の階層化の「是非」を検討するのであれば、本来は医療の階層化に伴うプラス面とマイナス面を比較考量する必要があるであろう。しかし、本稿では次の二つの理由からそれを行わない。一つは、比較考量のための予備作業として三つの論拠の検討が必要であり、これには慎重な議論を要することである。もう一つの理由は、医療の階層化と一口で言っても、さまざまな姿が想定され¹⁰⁾、階層化の後の姿によって、プラス面とマイナス面が大きく変わる可能性が強いからである。したがって、本稿の目的は、医療の階層化に関して従来言われてきた否定的な見解についての是非と普遍平等性の逆機能のみの検討であり、医療の階層化そのものの是非については論じることができない。

なお、本稿の議論には以下の三つの前提を置く。

一つめは、医療の階層化を導入した場合の姿についての前提である。先にも触れたとおり、本稿では医療の階層化の具体的な方向についてはほとんど論じない。しかし、医療の階層化の姿についておおまかな前提を置かないと議論が非常に揺れ動く。例えば、医療の階層化として、米国の医療制度のようなある意味で極端な形を想定して議論すると、大方の人は平等性が著しく損なわれる可能性があること、医療費が相対的に高くなること等の理由から、医療の階層化は避けの方がよいという結論を導く。しかし、本稿では米国のような「民間主導型の医療保障システム」を指向しない。むしろ、平等という理念を重視し、全体としては、あくまで現状と同じように公的な医療保障システムを維持しつつ、その基礎となる公的システム以外のものを相対的には低い割合に留める姿を想定することにしたい。Fuchs¹¹⁾が2段階医療のモデルを示している(図1参照)。段階1の人々は段階2の人々よりも、より多くそしてより良いサービスを受けている。このモデルで言えば、システムAではなく、システムBを想定しながら本稿では議論をすすめる。

二つめは、政策決定プロセスあるいは政策決定の考え方である。政策課題の多くを投票等により

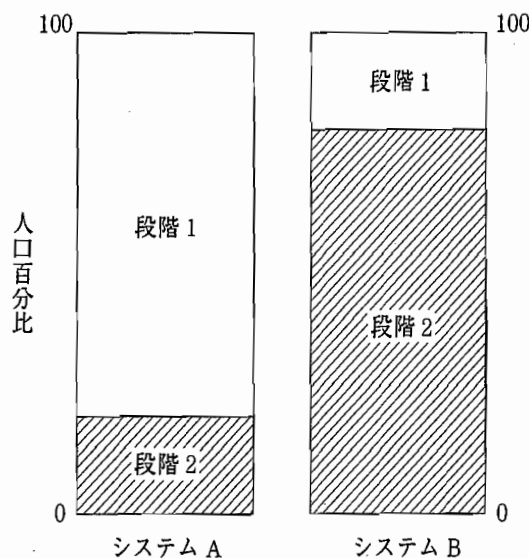


図1 2段階医療の2つの説明

[出所: Fuchs VR. (江見康一, 二木立, 権文善一訳). 保健医療政策の将来. 勁草書房, 1993: p77]

決定していくような直接民主主義こそ支持しないが、公共政策の大枠は市民の意向を反映していくべきである、と考える点である。パターンリスティックな公共政策が全て否定される由もないが、諸個人の選好は原則として最大限に尊重され、パターンリズムに基づく公共政策は必要最小限の場合と範囲に限られるべき¹²⁾ という前提に立つ。なお、この前提については、後で再度論じる。

三つめの前提は、将来に向けて目指す政治経済体制についてである。本稿ではいわゆる「福祉国家」を支持するが、その後の姿として「社会主義体制」への移行を指向はしない。欧州の左派社会民主主義勢力が指向しているのとは異なり¹³⁾、福祉国家を「社会主義体制」の前段階とはみなさず、資本主義体制の下の福祉国家を一つの目標と考えている。

II. 医療の階層化と平等

医療においては平等という理念が広く重視されており、その観点から医療の階層化が否定されることがよくある。しかしながら、医療における平等と一口で言っても、さまざまな定義があり得る。ここでは、主に英国で論争となった医療における平等の複数の定義に沿って、医療の階層化との関係を考察していく。

医療における平等の定義

これまで医療における平等の定義¹⁴⁾として論じられてきた主たるものは以下の三つである¹⁵⁾。

- ① equality of health (健康の平等)
- ② equal treatment for equal need
(同じニードの人に対する同じ医療の提供)
- ③ equality of access
(医療を受ける機会の平等)

まず、それぞれの定義を簡単に紹介した上で、この三つの定義をめぐってなされた論議について整理してみよう。①のequality of healthは、人々

全員が同レベルの健康を平等に得ることを目的とするものである¹⁶⁾。②のequal treatment for equal needは、同じニードを持つ人に対しては、同じ治療を提供し、また実際に同じ量の医療が消費される、という定義である¹⁷⁾。③のequality of accessは、実際に同じ量の医療が消費されるか否かは問わずに、同じニードを持つ人が、同じ治療を受ける機会を等しく持つ(金銭的・心理的・時間的コストなど、いわゆる機会費用が同一である)、という定義である。

この三つの定義を簡単に要約すると、医療の利用に関して「結果の平等」を追求すべきとする考え方が①と②の定義であり、「機会の平等」を追求すべきであるとしたものが③であると言えるであろう。

この三つの定義をめぐって、CulyerらとMooneyらが激しい論争を行った¹⁸⁾。その主たる論点を筆者なりに整理すると以下ようになる¹⁹⁾。①を基本的に主張し、また②も擁護する立場になったCulyerらは²⁰⁾、医療の究極的な目標は人々を健康にすることであり、その平等を確保するためには、医療の機会を与えるだけでは不十分であり、結果として健康状態が平等になることや同じ量の医療が消費されることが必要であるとした²¹⁾。一方、Mooney²²⁾らは、そのような考え方は医療を価値財(merit goods)とみなすものであり、消費者主義に反するとした²³⁾。また、医療を実際に受けない場合でも、医療が受けられるという「情報」も重要であり、医療の機会を平等に与えることには意味があると主張した。さらに、equality of healthを目的とした場合には大きな非効率が発生する可能性があったとした。

①、②の定義と医療の階層化

ここからは、それぞれの定義に沿って医療の階層化との関係をみていく。

上でみたとおり、①のequality of healthと②のequal treatment for equal needは立脚点が近いものである。初めにこの二つと医療の階層化との関係を論じる。この二つを併せて要約すると、

全ての人に重要な価値である健康、ならびに、その健康に重大な影響を及ぼす医療は平等に分配されるべき、ということになる。この二つの定義の背景は、「生存権」あるいは「健康権」保障を背景とした考え方である。憲法に規定される「生存権」は広く認められている概念であり、そうした意味で①と②の二つの定義はわが国でも概念的には受け入れやすいものとみられる。

一般に「生存権」で問題となるのは、どこまでの範囲・レベルを保障すべきかということである。朝日訴訟でも争点となったとおり、どの水準が健康で文化的な生活水準に必要な所得かを明確にするのは容易でない²⁴⁾。そして、所得保障のように、社会保障が生存権を保障するレベルは通常ミニマム基準であり、「階層化」が不可避のものが一般的である。

ところが、医療の場合は異なる議論がなされることがある。医療は「生死そのもの」や社会活動を行うに当たって最低限の「身体・精神能力」に強く関わるものであり、生存権の中でも最も「基礎的な部分」を担うものである（この「生死そのもの」と「身体・精神能力」に関わる健康を以下、「狭義の健康」と呼ぶ）。したがって、「生存権」確保のために国は最高水準の医療を「全ての人」にすべき、すなわち医療の階層化を否定することが必要となる、という議論である。

しかしながら、この議論には問題がある。医療が「狭義の健康」に影響を及ぼす唯一の人為的要素ではないためである。住宅環境や労働条件など種々の要素が死亡率に影響を与えていることは広く知られている。むしろ、医療と「狭義の健康」の間には明白な関係が乏しいことがさまざまな角度から指摘され、明らかにされてきている²⁵⁾。近代医療が華々しい戦果をあげたとされる、抗生物質の急性疾患に対する効果ですら明らかでない²⁶⁾。そして生死に影響を与える要素は多いのに、医療だけ特別に「平等」とするのは公正でない、という議論はバイオエシックスや公共経済学の分野では以前からある²⁷⁾。

1986年にWHOは「ヘルス・プロモーション」

に関するオタワ憲章を採択した²⁸⁾。「ヘルス・プロモーション」は、ニュー・パブリックヘルス（新しい公衆衛生）と呼ばれ、プライマリー・ヘルスケアに続く、WHOのヘルスケア戦略の支柱をなす考え方である。このヘルス・プロモーションの考え方では、人々の健康状態を改善するためには生活全般にわたる健康的な公共政策の樹立が不可欠であることを強調している。そして、医療へのアクセスはその一つの要素として位置づけられているにすぎない²⁹⁾。

このように考えると、医療において階層化を否定し、普遍平等性を貫こうとすることは、医療と他の社会サービスとの間の整合性の点から問題であることが判る。これに対応する選択肢は2つある。一つは、医療のみならず「狭義の健康」に影響を及ぼす社会サービス全てについて「階層化」を排除するというものである。健康診断などの保健予防活動はもとより、労働、住居などの生活環境全般から「階層化」を排除することになる。しかし、これを公共政策として推進することは資本主義社会では容易ではなく、本稿では「議論の前提」により取りえない選択肢となる。

もう一つの選択肢は、医療だけ特権視するのではなく、医療についても他の社会サービスと同様に、ミニマム保障の考え方を導入しようというものである。医療のミニマム保障という考え方には問題があることがかねてから指摘されている³⁰⁾。階層化後の姿を本稿では具体的に論じえないことは冒頭に述べたとおりであるが、ここでミニマム保障を行う場合の考え方について若干検討してみたい。

池上は、将来的には費用-効用分析等を用いて医療サービスの優先順位をつけ、公的な保障の範囲を決定することを提案している³¹⁾。これと同様なことを他の社会サービスについても行い、社会サービス全体における各サービスの優先順位をつけ、その上で医療と他の社会サービスのバランスが取れるように医療のミニマム保障の範囲を決定するという方法が考えられる³²⁾。オレゴンの経験等から³³⁾、医療だけでも効率性の観点から

優先順位づけを行うことを容易でないことが判っており、それを社会サービス全般にまで広げるとは現実的には困難を極める作業となるであろうが、理想的にはそのような方法により、医療と他の社会サービスとの整合性をはかる方法が考えられる。

③の定義と医療の階層化

③の equality of access は、医療を受ける機会の平等を確保することを目指すものであり、各人の選択により実際に医療を受ける量が異なることは問題にしない、というものである。さらにこの定義の特徴的な点は、実際に治療を受けることだけでなく、医療をいつでも受けられると感じていることから得られる安心感等の要素を積極的に評価する点である。池上も医療の健康や生存に影響を及ぼす以外の意味として、重篤な疾患でないことが判る、等の安心感があることを指摘している³⁴⁾。

この定義では、「狭義の健康」に影響を及ぼす「側面」以外の意味を医療に持たせている。そのため、上で指摘したように、「狭義の健康」に影響を及ぼすものは医療だけではないという観点から、医療の普遍平等性を否定する必要はなくなってくる。

しかし、異なる問題がある。このように医療の「狭義の健康」に影響を及ぼす「側面」以外に意味を見出した場合に、そうしたものを含む医療を平等にする必要があるか、という問題である。例えば、安心感を平等にする必要があるのであれば、他のさまざまな領域でも安心感を平等にする必要がでてきてしまう。これは、equality of access の考え方そのものに内在している問題かもしれないが、「普遍平等性」という、平等の究極的な形を想定すると、無視できない問題と考えられるのである。

さらに、医療の狭義の健康に直接影響を及ぼす以外の部分に積極的に意味を見出すことは、「医療化 (medicalization)」の観点から考えると望ましい方向であるかどうかについても疑問が残る。

医療化により、人間は本来有する健康への対処能力・意欲を奪い去られる側面があるとされる³⁵⁾。そして、そうなる医療への「依存」が進むこととなるが、そうなればなるほど、医療が「狭義の健康」に直接影響を及ぼす「側面」以外に積極的に意味を見出すこととなり、そのこと自体が望ましいとは考えられないのである。

三つの定義と医療の階層化

先の三つの定義に共通して、医療の階層化と平等との関係を以下論じてみたい。

医療において「平等」が重要だとしても、平等にはさまざまなレベル・要素の側面がある中、本稿で言うような「医療の階層化」との関係にだけ着目する意味があるか、という点である。本稿で論ずる「医療の階層化」とは、医療保障制度で規定される医療サービスの内容のみについてである。わが国の医療供給体制は民間主体であり、地域間格差があることはよく知られるとおりである³⁶⁾。また、医療保険でも「負担面」では保険料も受療時の自己負担にしても制度間格差は小さくない。さらに医療保障の対象としているのはほとんどが現代医療であり、伝統的医療の平等が論じられることは皆無に等しい。医療における平等を所与のものとするのであれば、あらゆる側面にわたり平等を考えるべきものとみられるが、それについて論じられることは稀である。

以上から言えることは次のとおりである。医療において「平等」という理念は重要であろう。しかしそれを十分に認めたとしても、他の制度との整合性や医療制度内での一貫性を勘案すると、「医療の階層化」を否定する論拠になっているとは考えにくいのである。

Ⅲ. 医療の階層化と社会意識、公正観

市民の持つ社会意識が医療制度に影響を及ぼす、あるいは規定することは充分考えられる³⁷⁾。わが国は、一般的に平等志向が強い社会であると言われる。もし、そうだとすれば、諸外国の医療

制度に比べて、平等性の強い、医療の階層化を否定するシステムになることは説明ができ、正当化される。

筆者らが一般市民を対象に行った調査では、「医療」については平等配分、「保健」については市場による配分が支持を得ており、医療に対して特に平等志向が強いという結果が得られている³⁸⁾。また、その傾向は、生死に関わる医療のみならず、生死に関わらない医療についてもみられている。この調査結果からみる限り、社会意識との関係において、医療における階層化を否定する意義はあるようにみえる。

ところで、こうした傾向はわが国だけのものだろうか。宮野らが、公正観の国際比較研究を行っている³⁹⁾。それによると、まず一般の財産や収入の分配については、欧米諸国と比較するとわが国の一般市民は、機会の平等に比べて結果の平等への選好が相対的に非常に高いという傾向がみられている。これにより、わが国の一般市民の平等志向が強いとよく言われることが裏付けられている。しかし、同様に、宮野らが医療資源配分についての公正観をみたものでは、一般財とは異なり、諸外国とほぼ同じ傾向の結果となっている。すなわち、医療資源配分について日本人の平等志向は強いが、諸外国もほぼ同様な傾向となっている。

また、他国に比べて極めて自由主義的であり、平等という理念が医療制度にあまり実現されていない米国ですら、医療資源配分の公正観は平等主義的であるという調査結果もある⁴⁰⁾。

他のもう一つの調査結果をみると、こうした一般市民の平等指向により、「医療の階層化」を否定することが正当化されるかどうかについてはさらに不確かになってくる。その調査は、武川ら⁴¹⁾の調査であり、さまざまな分野（所得、住宅、教育、就職、医療等）の財の配分方法について、「平等であるべきか」と「実際にどの位平等であるか」を中堅サラリーマンに尋ねているものである。「平等であるべきか」という問いに対し、極めて高率の人が医療と教育分野では平等であるべ

き、と答えている一方で、「実際にどの位平等であるか」という問いには、医療と教育ではほぼ同率の人が平等であるとしている（若干教育の方が多い）。

ここで、実際のわが国の制度を考えてみると、教育は公的制度が整備されているが、義務教育期間中でも公立学校以外の選択肢、すなわち私立学校がある。一方、上述のとおり、一部の例外を除いて、わが国ではいくら費用を支払っても、高い質の医療を受けられるという選択肢は無い。この点で、医療に比べると教育は相対的に「階層化」がなされているとみなすことができる。にもかかわらず、「実際にどの位平等であるか」という問いの答えは医療と教育で差がみられていない⁴²⁾。

この結果を本稿のテーマに直接結び付けて解釈すれば、社会意識として平等志向が強い場合でも、それは必ずしも「階層化」を否定するものではないということが示唆される。教育で「階層化」があっても、公的教育制度が高いレベルで整備されていれば、それは「平等」な制度であると認知されていると考えることができる。

しかし、この解釈は以下に述べるように慎重にすべきと考えられる点がある。それは調査対象者が「何」に対して平等と答えているかが定かでないからである。医療で現実には平等でないと言った人は、医療保険制度間の不平等や医療機関の地域偏在が念頭にあったかもしれない。教育の実際の制度を平等と考えた人には、入学試験の公正さを考えていたかもしれない。つまり、受けられるサービスの質の制度としての差異以外の面に着目して平等を考えていた可能性は否定できない。ただし、総体としてみたとき、比較的階層化の無い医療システムと、階層化のある教育システムから受ける平等感にそれほど差がみられないということは言える。

以上総括すると、これまでの種々の社会意識の調査研究からは、医療に関し平等指向のシステムが望まれていることは明らかである。しかし一方で、同様な意識傾向の諸外国の多くで医療の階層化がなされていること、および、相対的に階層化

されている教育と階層化されていない医療が同程度に平等であるとみなされていることより、わが国において「医療の階層化」が導入された場合でも、社会意識・公正観に必ずしも反しない可能性が示唆されるのである。

Ⅳ. 医療費抑制と医療の階層化

混合診療の緩和への反対理由の中に医療費高騰の可能性が指摘されることがある⁴³⁾。これは医療の階層化を否定する最も強い現実的な要請と言えるかもしれない。医療の階層化が医療費高騰を招く可能性があると考えられるメカニズムは次の通りである。

医療の階層化と医療費高騰

医療が階層化していないことにより、わが国では基本的に全ての人が同じ医療を受けている。したがって、人々の医療本体に対する要求は容易には高まらない。そうした状態では、運営者（行政）がシステム（公的医療保険）をコントロールするのは比較的容易となる。その結果、医療費抑制が可能となる。

反対に医療が階層化するとどうなるであろうか。池上・キャンベル⁴⁴⁾が挙げている次の2つの例が参考になる。

- ① わが国でも検診の場合は、各保険者の裁量に任されているため、裕福な保険者が行う検診のレベルに引きずられて、他の保険者も次第に広範な検診を行うようになってきたと言われる。
- ② 米国の場合は、もっとも富裕な者が加入している保険が保障する医療サービスが全体の標準となり、そのため国の医療費の上昇がコントロールできなくなっているとされる⁴⁵⁾。

このように少なからず競争があると、保健医療の分野でも、そこにはサービスの質を高めるとい

う圧力が高まり、それが医療費抑制を困難にさせる可能性を生じさせると考えられる。そして、わが国でも医療政策の大きな目標の一つである医療費抑制に医療の階層化が関係しているのであれば、その観点から医療の階層化が否定されることは充分考えられる。

確かに、社会保障費の適正化、そして医療費抑制はわが国にとって非常に重要な課題である。しかし、医療政策にとって、医療費抑制がゴールでないことは言うまでもない。問題は医療費抑制の「方法」である。医療の階層化がなされていないことと医療費抑制の関係は、人々の「期待」が抑制され、政府のコントロールがうまく機能していることによる。政府の強いコントロールがあること自体は、犯罪や事故の抑制といったものならば是認されるであろうが、医療の場合にこの関係があることが望ましいことか否かは慎重な議論が必要であると考えられる。この問題は、次の『「医療の普遍平等性」の逆機能』のところで詳しく論じることにした。

Ⅴ. 「医療の普遍平等性」の逆機能

ここまで医療において階層化が否定される際の論拠について論じてきた。ここからは、「医療の普遍平等性」の逆機能について考えてみたい⁴⁶⁾。

1. 医療に対する期待の抑制

上の「医療費抑制」の項で述べたとおり、わが国の医療保険制度は医療の階層化を行わない、すなわち基本的に同一の内容・質の医療サービスが提供されているため、人々の医療に対する期待は抑制されているとみられる。

このことにより、医療費抑制という大きな政策課題がある程度実現できている可能性もあるが、本稿では「期待が抑制されていること」を逆機能として捉えたい。その理由は以下の2つによる。

バタナーリスティックな政策運営となる傾向

まず一つは、期待が抑制されていることにより、パターンリスティックな政策運営になる傾向があることである⁴⁷⁾。パターンリスティックな政策運営がどのような分野でも問題であるとは限らない。必要となる場合もあるであろう。市民が公共政策の全てを理解し、適確な判断を下せるとは考えにくい。しかし、医療は個々の生活の問題でもあり、パターンリスティックな政策運営は、問題を孕むものと考えられる。例えば、医療の技術評価には患者の選好が重視されるべきとされる⁴⁸⁾。医療の種類によっても異なるが（急性期医療と慢性期医療、生死に関わる医療と関わらない医療等）、知らされないで、期待が抑制されている状況が望ましい姿とは考えにくいのである。また、社会保障制度審議会（社会保障将来像委員会第2次報告〈94年〉）でも利用者の意向を尊重すべきという点が強調されるようになってきている。

これは、昨今福祉や保健の分野で盛んに取り上げられるエンパワーメント（empowerment）の概念⁴⁹⁾からみても問題である。エンパワーメントとは、市民に対する権力賦与（権力資源の再配分）のことである⁵⁰⁾。機会の平等が必ずしも結果の平等につながらないことが明らかになってきたため、単に社会サービスを提供するだけでなく、力（権力）の基盤へのアクセス機会を保障することで、対象者が自ら力を獲得する道を開く、という方向を目指すものである⁵¹⁾。医療の普遍平等性により人々の期待を意識的に抑制してしまうことは、エンパワーメントの逆方向、すなわちデスエンパワーメント（力の剥奪、無力化された状態）にさせておくことに他ならない。こうした状態では、仮に住民や患者が潜在的に医療制度に要求すべきものを持っていたとしても、それが現実の動きにつながらなくなる。そして、医療の階層化を否定する論拠の一つである平等性の本来の考え方と矛盾してしまうことにもなるのである。

医療の質の抑制の可能性

期待の抑制を逆機能と捉える二つ目の理由は、

医療の質が抑制されている場合があるからである。先に述べたとおり、田中⁵²⁾も池上⁵³⁾も、混合診療の禁止の緩和あるいは保険外の医療の拡大により、医療の質・水準が上昇し、その結果医療費の上昇が発生することを危惧している。これは言い換えれば、現在は医療の質が抑制されているということである。わが国の医療の質の低さとしてよく取り上げられる「待ち時間の長さ」のようなものをここで論じたいのではない。それらは、今の制度でも住民や患者は十分に認識し、評価しうる問題である。それよりも、医療そのものについての質が住民・患者の知らないところで抑えられていることの可能性の問題である⁵⁴⁾。例えば、医療スタッフの数の少なさは、諸外国に比べて際立っているのはつとに知られている⁵⁵⁾。多分に公的医療保険制度に規定されていると考えられるこのスタッフの少なさがわが国の医療の質を低下させている可能性は充分にある⁵⁶⁾。こうした問題は、医療の階層化が否定されているために人々の期待が抑制されている現状では、容易に顕在化しない可能性もあるのである。

医療費上昇の意味

さて、医療の階層化がなされ、住民・患者の期待が高まったときの最大の懸念は、既に述べたように「医療費の上昇」である。これは、ここの「逆機能」の議論からは外れるが、医療の階層化の逆機能と考えられるので、ここで考察を加えておきたい。

初めに明確にしておきたいことは、「医療費の上昇」はいつでも問題か、という点である。国民生活選好度調査⁵⁷⁾によると、福祉に係る領域の中で「収入と消費生活」や「家族（関係）」を上回って、「医療と保健」が最も重要な領域とされている（この数年低下傾向にあるが）。このような結果をみる限り、医療の質が向上した結果、医療費が上昇したのであれば、上昇割合が少々大きくてもそのことは国民に受け入れられる可能性は充分にあると考えられる。例えば、架空の話であるが、ガンが完全に撲滅できるのであれば、そ

れによる医療費の上昇が相当大きくても受容されるのではないだろうか。

これを効率という点から考えると、次のようになる。当然のことであるが、医療費の多寡と効率の高低は別の概念である。低い医療費でも非常に効率の低い医療制度もあれば、その逆もあり得る。もし、人々の期待が高まり、それにより医療の内容が変わる場合には、「効率の低い医療」が追加されるのではなく、人々が期待するような「効率の高い医療」が追加される可能性も充分にあると考えることができる⁵⁹⁾。

医療の階層化と医療費の関係

以上より、人々の期待の高まりによる医療費の上昇は、それ自体が問題であるとはいえない可能性も充分にあるが、医療制度・政策の現実的な制約条件を考慮し、以下、「期待の高まり」は「医療費の上昇」を促すだけの単線的な関係しかないのかどうかについて考えてみる。

「期待の高まり」が「医療費の上昇」を起こすという、上でみてきた関係以外には、次の二つものが考えられる。一つは、医療資源の「配分効率の上昇」であり、もう一つは、「医療財源の追加」である（医療費は上昇しても）。前者の「配分効率の上昇」は、次節で論ずる。後者の「医療財源の追加」は二つの可能性がある。

一つは、現行の公的医療保険制度以外の医療サービスを受ける人が、保険料以外に支払うものである。それは医療の階層化にあたって、どのような制度ができ上がるかによって異なる。新たな医療保険ができるのであれば、その保険料である。特定療養費の拡充や混合診療の緩和であれば、医療を受けたときに支払われる自己負担である。

もう一つ期待される追加財源は、公的医療保険の保険料の上昇が総論として容認される可能性である。医療費が上昇して、保険料アップが必要となったとき、その原因が医療機関の非効率であったり、無駄な医療費を使う集団が存在することであるとみられれば、人々の理解を得ることは容易でないであろう。しかし、住民・患者の医療の

質・水準への期待が高まり、その結果、医療費が上昇するのであれば、先の議論の繰り返しになるが、医療費の上昇は受容されると考えられ、それは保険料アップを容認することにつながる可能性があると考えられるのである。

ただし、この議論はあくまで「総論」であり、実際の政策決定過程はこのようにスムーズにいかない恐れもある。例えば、住民や患者が保険料アップに賛成したとしても、保険料補助を行う雇用主は反対する、あるいは、保険料負担が限界に近いと言われる国保加入者は保険料上昇に反対せざる得ない、という可能性がある。

2. 配分効率の向上に対するインセンティブ不足

医療の効率には「生産効率」と「配分効率」があるとされる⁵⁹⁾。この2つの区別は効率を把握しようとするレベルにより、錯綜する部分があると考えられるが、本稿では、医療保険の診療報酬の決定が国民医療費全体の「配分効率」を決定的に左右する要素であり、その枠組みの中で個々の医療機関が行うことは「生産効率」に関わることであるとする⁶⁰⁾。

生産効率へのインセンティブ

このように捉えたとき、わが国の医療供給制度は、民間主体であることもあり、「生産効率」の上昇へのインセンティブは基本的には内在していると考えられる。それは、医療機関同士で競争があるからである。もとより、医療者と患者間に情報の非対称性があり競争がうまく機能していないという側面も否めないが、それでも医療機関側にはより少ないコストである程度の質の医療を提供しようとするインセンティブは「基本的」には存在する。そして、出来高払い制に代わって一部導入されてきている定額支払制度はさらに強いインセンティブを与えていると言える。また、医療機関の薬漬けや検査漬けに対するマスコミの監視も厳しく、一般的に生産効率の欠如に対する関心は高い。

配分効率へのインセンティブ

一方、配分効率については、それを高めるためのインセンティブがわが国の制度には非常に不足していると言える。診療報酬点数表により資源配分がかなりの部分規定されていると考えられるが、その資源配分の結果、健康状態が改善したか否かは、医療の普遍平等性のために、他のものと比較もできず、評価ができないのである。たとえ医療の階層化がなされ、複数の制度ができたとしても、厳密な意味での制度間比較をすることは極めて難しい作業になるであろう。しかし、複数の制度があれば、住民・患者の選好を含めて、それらの制度のアウトプットの評価に焦点があたるのが期待できるのである。

こうした配分効率の向上へのインセンティブの不足もあってか、わが国ではそれが論じられることすら稀である⁶¹⁾。配分によりいかに医療費が増減するかについての議論は多々みられるが、それは効率の議論とは異なる。例えば、わが国の医療費抑制に貢献しているとされる、診療報酬による政策誘導である。高度医療に対する診療報酬を抑え、逆に一次医療に対する診療報酬が高めに設定され、それにより医療費抑制が実現できている側面があると言われるが⁶²⁾、そのことが「配分効率」にいかにか影響を及ぼしているかは全く議論がない。確かに、その効率測定は技術的に容易ではなく、また社会的価値に応じて変わるものであるため、議論は容易ではない。しかし、問題意識すらあまり見受けられない。

医療の階層化と効率性

それでは、医療を階層化したときには、効率性が高まるという保証はあるのであろうか。例えば、複数の保険制度ができるという形での医療の階層化であれば、医療費支払事務コスト等が嵩むことが危惧され、効率性を低める要素も確実に存在する。一方、効率性が高まる方向に進む可能性もある。保険制度間でコスト競争が起こる可能性があるからである。実際、ドイツでは公的医療保険制

度と民間医療保険制度の間に競争原理が導入されていることにより、双方の効率改善に寄与しているとされる⁶³⁾。支払方式にもよるが、米国のマネージド・ケアが医療機関に対し行っているように、より費用効果性の高い医薬品を用いるように強力に薦めること（場合によっては費用効果比の低いものの使用を禁じる）なども考えられる。また、現在のように、診療報酬の決定にあたって、各医療行為の効率性がほとんど考慮されずに（データも未整備であるが）、医療機関の経営状況や各政治団体の意向のみが優先されるというような状況とは異なったものになることが想定されるのである。

Ⅵ. 今後の検討に向けて

ここまでの議論で明らかになったことを要約すると次の2点となる。

- ① 全国民に高度の医療を提供する必要があるという意味での「平等」という考え方は重要であっても、全国民に同一レベルの医療を提供すべきという、医療の階層化を否定する論拠は必ずしも明らかではない
- ② 医療の階層化を否定することにより「医療費抑制」に貢献できている可能性もある。しかし、それは一般市民に無用な期待感を抱かせない、というパターンリスティックな政策運営によるものであり、医療サービスの質、制度の効率性、そしてエンパワーメントや市民参加という観点から種々の問題を有するものと考えられる

そして、医療の階層化を行う必要があるとすれば、それは福祉多元主義の論者が指摘してきたように、平等性が強いシステムでは、個人の選択の幅が狭いことが問題である⁶⁴⁾としてきた点ではないと筆者は考える。「[医療の普遍平等性]の逆機能」の項で、現在は人々の期待が抑制されているために、医療の質が抑制されている可能性を述

べた。そしてこれの裏返しの議論として、むしろ、公的医療保障システムから飛び出ていく人、あるいは同システムで保障されていないサービスを購入しようとする人ではなく、公的医療保障システムに残る大多数の人々の医療サービスの質のために、医療の階層化を行う必要があると考えるものである。

今後検討することが望まれる点は明確である。医療の階層化の具体的な姿についてである。本稿ではこの検討がなされていないため、医療の階層化をすべきか否かの議論はできていない。医療の階層化の具体案の検討に際しては、クリームスキミングや根幹部分として残る公的制度の質の低下、コストシフト現象とそれに伴う非効率等、多くの問題点をクリアしうるようなものを考える必要があるであろう。とくに、よく指摘されるとおり、医療の階層化を行った場合には、基礎的な部分の医療が救済サービス化される可能性が危惧される⁶⁵⁾。また、コストシフトの結果、現行の一律給付よりも非効率な事務管理体制ができあがる恐れもある⁶⁶⁾。これらを防止するためには、本稿の議論の前提でも述べたように、「基礎となる公的システム以外のものを相対的には低い割合に留めること」や「基礎となる公的システムから支払われる医療費のみでも医療機関が赤字にならないようにすること」等を事前に保証する制度を、国民の合意の上で確立する工夫が必要となる⁶⁷⁾。

謝辞 稿を終わるに臨み、本稿に貴重な助言をいただきました東京大学大学院人文社会系研究科助教授武川正吾氏ならびに東京大学大学院医学系研究科助手福田敬氏に深く御礼申し上げます。

注

- 1) 広井によると、混合診療の禁止を明文化した法律はない。1984年の老人保健法により特定療養費が導入された段階で、実質的に混合診療の禁止というルールが解釈されることとなった〔広井良典、医療保険改革の構想。日本経済新聞社、1997: 116-119.〕。
- 2) 例外とは、特定療養費による診療、完全な自費診療、病院が公的医療保険で認められていない治療を無料で提供する診療。
- 3) 平等に大きな価値を置いてきた英国の医療制度でも、NHSと平行して民間の医療保険制度があり、NHSのような長い待ち期間を避けたい等のニーズに応えている〔岡本悦司・多田羅浩三、西ヨーロッパ諸国の民間医療保険（上、中、下）、社会保険旬報 1987; No.1570-1572.〕。また、社会保険制度に世界で最も長い歴史を持つドイツにおいても国民全員が公的医療保険制度への加入が義務づけられているわけではない。カナダはわが国と同様に、民間医療保険は医療そのものではなく、全員加入の公的医療保険制度の「補完的な役割」を担っているだけであるが（自己負担分の補填等）、昨今英国やドイツのような方向への改革論議が盛んである〔Fran, L. Larger Private Sector Role In Health Care Needed Now, Think Tank Warns: Can Med Assoc 1996; 154(4): 549-51.〕。
- 4) 医療保険審議会の「今後の国民医療と医療保険制度改革の在り方について（第2次報告）」（96.6.21）や「今後の医療保険制度改革について」（96.7.31）、「今後の医療保険改革の基本的な方向についての議論の整理」（96.10.2）など。
- 5) 「普遍平等性」という用語とその考え方は、池上〔池上直己、医療の政策選択。勁草書房、1992: 3-4.〕による。
- 6) 医事懇話会、医療の規制と緩和。社会保険旬報 1997; 1939: 6-10., 田中滋。高齢日本社会のサステナビリティ。医療と社会 1997; 6(4): 57-67., 広井良典。前掲書 pp116-119., 池上直己。医療費適正化の診療報酬面からの対策、課題。週刊社会保障 1996; No.1886: 18-21., 二木立。「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期。勁草書房、1994: 152-154. など

- 7) 21世紀研究会 [21世紀研究会. 公的医療保障制度のあり方について (上). 社会保険旬報 1996; 1920: 41-45.] は国民皆保険の存在理由について改めて問うている数少ないものであるが、結論としては存在を肯定している。
- 8) 混合診療自体については、医療の階層化の議論とは無関係に、患者保護の側面があり [皆川尚史. 診療報酬の仕組みを理解する 岩下清子ほか編「診療報酬—その仕組みと看護の評価」. 日本看護協会出版会, 1996: 26.], その側面からの批判もある。しかし、本稿では主に医療の階層化との関係を論じるため、ここではその議論を省いた。
- 9) 「逆機能」とは、システムのある要素が、システム全体ないしシステムの他の要素の本来の目的に、マイナスの貢献をする場合のことを言う [新社会学大辞典. 有斐閣, 1993]。ここで「逆機能」という社会学の言葉を用いる理由は次の通りである。仮に「医療の普遍平等性の問題点」という言葉を用いると、普遍平等性に「内在する」問題と普遍平等性が「もたらす」問題の双方が含まれることになる。一方、「医療の普遍平等性の逆機能」とした場合には、「医療の普遍平等性」が医療システム全体や医療システムの個々の要素にマイナスに「貢献する側面」、すなわち普遍平等性がシステムに「もたらす」問題のみを表わすことになり、それがここで論じたいものである。
- 10) 医療の階層化には特定療養費の拡大や混合診療の緩和、あるいは新たな保険制度の創設などさまざまな形がありうる。新たな保険制度を創設する場合でも、ドイツのように一部の人には公的医療保険に加入しなくてよい選択肢を与える方法や、国民年金基金等のように公的制度の中いくつか段階を設けるもの等、さまざまな形が考えられる。
- 11) Fuchs V R. (江見康一, 二木立, 権丈善一訳), 保健医療政策の将来. 勁草書房, 1993: 76-78.
- 12) 足立幸男. 公共政策学入門. 有斐閣, 1992: 85-86.
- 13) Pierson, C. (田中浩・神谷直樹訳). 曲がり角にきた福祉国家. 未来社, 1996: 62-65.
- 14) ここで「医療における平等の定義」として論じるものは、英語論文ではequityとして表わされている。equalityを平等、equityを公平と翻訳するのが通例となっているが、「平等」と「公平」の言葉の定義には通説が無いことから、本稿では全て「平等」という言葉を用いた。「平等」と「公平」の定義に種々のものがあるのは田中 [田中堅一郎. 報酬分配行動に関する研究動向. 心理学評論 1991; 34(4): 500-523.], Le Grand [Le Grand, J. Equity, Health, and Health Care: Social Justice Research 1987; Vol.1 No.3: 257-274.], 武川 [武川正吾. 社会政策と社会的価値. 季刊社会保障研究 1984; 19(4): 457-466.] を参照。
- 15) Mooney, G. Key Issues in Health Economics: Harvester Wheatsheaf, 1994. P65-86., Culyer A., Wagstaff A. Equity and equality in health and health care: Journal of Health Economics 1993; 12: 431-457., Le Grand, J. 前掲論文. などを参照。なお、医療の平等の定義にあたっては、財政面 (finance) の平等 (社会保険であれば保険料支出や自己負担などの側面) と提供面 (delivery) の平等がある [Wagstaff, A. et. Al. Equity in the Finance and Delivery of Health Care. Alistair Mcguire, et.al edited. Providing Health Care. the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery: Oxford University Press, 1991.] が、ここで論じる3つの平等は後者の提供面 (delivery) の平等である。
- 16) healthには、さまざまな定義があり得る。非常に幅広くとらえ、その平等を論じる

- ことにすると、議論が非常に拡散するため、本稿では基本的に医学的に疾病・障害のない状態を念頭に置く（後で述べる狭義の健康は、さらに絞った概念である）。
- 17) ニードの定義は容易でないと言われる。例えば、病気の程度で定義をするか、治療効果で定義をするか、という選択肢がある [Mooney. 1994, 前掲書 p74]。
 - 18) Mooney.G, Hall.J, Gerard.K. Reweighing heat: Response to Culyer, van Doorslar and Wagstaff: *Journal of Health Economics* 1992; 1: 199-205., Culyer.A, Doorslaer.E, Wagstaff.A. Access, utilisation and equity: A further comment: *Journal of Health Economics*, 1992a; 11: 207-210., Culyer.A, Doorslaer.E, Wagstaff.A. Utilisation as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard. 1992b; 11: 93-98.
 - 19) ここで紹介できない論点も多々ある。例えば、両者とも認めているのがどの定義にしても実際に測定する場合の操作的定義を設定するのは容易でないこと等である。
 - 20) Culyerらは、その後equality of healthが最も望ましいものであり、equal treatment for equal needは問題が多いことを指摘した [Culyer.A., Wagstaff.A. 前掲論文.]。
 - 21) 本稿では、①と②を基本的に同一の方向のもののみを論じているが、本来的には異なるものである。例えば、vertical equityとhorizontal equityという観点からは異なる [Wagstaff, A. et. Al. 前掲書.]。②の定義では、同一ニーズを持つ人の間での平等 (horizontal equity) のみに着目されていて、異なるニーズの人の間の平等 (vertical equity) は考慮しえない。一方、①の定義では、異なるニーズの人の間の平等 (vertical equity) も考慮している。
 - 22) Mooney.G, Hall.J, Gerard.K. 前掲論文., Mooney, G. 1994. 前掲書. p65-86.
 - 23) 医療を価値財とみなす考えは田中 [田中滋. 医療政策とヘルスエコノミクス. 日本評論社. 1993: 25.] にもみられる。しかし、田中が価値財としているのは、公的医療保険の加入が強制的であることと関連して論じており、医療の利用まで強制することは論じていない。なお、インフォームド・コンセントの必要性や末期医療の論議の中で、医療を受けない権利も患者にあるというのは定説になりつつあり、ここでMooneyらが消費者主義に反するとしたことは、わが国の現状でも多くの人に支持される考え方であるとみられる。
 - 24) 武川正吾. 1984, 前掲論文., 古賀昭典. 社会保障の意義. 社会保障論. ミネルヴァ書房, 1994.を参照。
 - 25) 中川米造. 医療の原点. 岩波書店, 1996: 35-41.
 - 26) 西田茂樹. わが国近代の死亡率低下に対して医療技術が果たした役割について(1) 死亡率低下の死因構造について. *日本公衛誌* 1986; 33(9): 529-616.
 - 27) Beauchamp, T. Childress, J. *Principles of Biomedical Ethics*: Oxford University Press 1989; 283-285., Stiglitz, J. (藪下史郎訳). *ステイグリッツ. 公共経済学 (上)*. 東洋経済出版社, 1996: 270.
 - 28) WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion: Health Promotion* 1986; 1(4): 3-4.
 - 29) Kickbusch, I. (島内憲夫訳). *ヘルス・プロモーション*. 垣内出版, 1992., Tsouros, A. *Equity and the Healthy Cities Project : Health Promotion* 1989; 4(2) : 73-75.
 - 30) 福武直. 社会保障論断章. 東京大学出版会, 1983: 105., 二本立. 複眼でみる90年代の医療. 医学書院, 1991: 76.
 - 31) 池上直己. 前掲書. 61-62.
 - 32) これを行うことにより、公的医療保障の水準が下がるとは限らない。公的医療保障の水準が現在提供されているものより上がる、

- 下がる、あるいは、他の社会サービスのミニマム保障の範囲が上がる、下がる、とさまざまな可能性がありうる。
- 33) Klevit, H., et al. Prioritization of health care services: Arch Intern Med 1991; 151: 912-916.
- 34) 池上直己. 前掲書. p38.
- 35) Illich, I. (金子嗣郎訳). 脱病院化社会 医療の限界. 晶文社, 1979: 99-102.
- 36) 小田利勝. 保健医療資源の地域配分格差. 季刊社会保障研究 1986; 21(4): 386-403.
- 37) Blendon, R. The Publics View of the Future of Health Care: JAMA 1988: 259(24).
- 38) 田村誠・川田智恵子・橋本廸生. 稀少な保健・医療資源の配分の選好に関する実証研究. 医療経済研究 1995; Vol2: 55-70.
- 39) 宮野勝. 公正原理の国際比較. 社会的公正の研究. 平成4-6年度科学研究費補助金(総合研究A) 研究成果報告書, 1996. を参照. なお、比較した国々は、オランダ、アメリカ、イギリス、旧西ドイツ、旧東ドイツ、スロベニア、チェコスロバキア、ハンガリー、ポーランド、ブルガリア、エストニア、ロシアの計12カ国。
- 40) Ubel, P. & Loewenstein, G. Distributing scarce livers: The moral reasoning of the general public: Social Sciences & Medicine 1996; 42(7): 1049-1055.
- 41) 武川正吾. 生活のなかの平等と不平等. 石川晃弘ほか編「日本社会は平等か」(人文社会叢書-10). サイエンス社, 1991.
- 42) 武川ら [武川正吾. 1991. 前掲書] の調査の対象者は、合化労連と東京都職労の組合員である。私立学校は東京都にとくに多いが、「実際にどの位平等であるか」という問いの答えは、合化労連と東京都職労の組合員で同様な傾向をみせている。
- 43) 田中滋. 1997. 前掲論文., 池上直己. 1996. 前掲論文. を参照。
- 44) 池上直己・J.C.キャンベル. 日本の医療. 中央公論社, 1996. p200, p212.
- 45) なお、冒頭的前提で述べたとおり、医療の階層化が導入されたときの姿として、米国のようなシステムを想定していないため、この②で述べたほど大きな問題となるかどうかについては定かでない。
- 46) 医療の普遍平等性の順機能については、社会保障の目指すところ、すなわち「社会的安定」「社会の統合」「国民的連帯」などを高次のレベルで実現するのに貢献し得るものと考えられる。
- 47) 患者団体の運動により、医療内容が改善されることもあるが、わが国の医療政策全体からすれば、例外的なこととみられる。
- 48) Fuchs V R. 前掲書. p243.
- 49) 清水準一・山崎喜比古. アメリカ地域保健分野のエンパワーメント理論と実践に込められた意味と期待. 日本健康教育学会誌 1997; 4(1): 11-18.
- 50) 武川正吾. 社会政策における参加 社会保障研究所編「社会福祉における市民参加」. 東京大学出版会, 1996: 14.
- 51) Friedmann, J. (斉藤千宏・雨森孝悦監訳). 市民・政府・NGO-「力の剥奪」からエンパワーメントへ. 新評論, 1995.
- 52) 田中滋. 1997. 前掲論文.
- 53) 池上直己. 1996. 前掲論文.
- 54) 医療の質についての情報提供は、第3者機関などを通じて住民や患者に提供していこうという動きがある。しかし、これはあくまで公的医療保険制度の枠組みの中で、各医療機関がどのような質のサービスを提供しているかということである。ここで論じているのは、公的医療保険制度に起因する医療サービスの質の問題である。
- 55) 二木立. 1994. 前掲書. p14-15.
- 56) 細田は、東京女子医科大学病院における病床当たりの宿直医の多さ等により、大動脈瘤の術後の生存率が高くなっている可能性

- を指摘した（医療経済研究機構の研究會＜96年12月17日＞）。なお、スタッフの少なさがわが国の平均入院日数の長さをもたらしているとの見方も根強いが、不必要な入院があるとすれば、そのこと自体が医療の質の低さを表わしていると言えるであろう。
- 57) 経済企画庁. 国民の意識とニーズ—平成8年度国民生活選好度調査. 大蔵省印刷局, 1997.
- 58) 効率の判断基準に、人々の選好を含めるという考え方が前提にある。これは、保健医療サービスの経済的評価にQALYsやWTPなどの主観を取り入れる方向が昨今強いことに合致している前提である [Gold, M. et al. Cost-Effectiveness in Health and Medicine: Oxford University Press, 1996.; Tolley, G. et al. Valuing Health for Policy: The University of Chicago Press, 1994.]. なお、追加される医療は客観的な効果としては限界的なものがあるかもしれないが、安心感のようなものも含めて人々の選好をベースにした効果指標で捉えれば、効率的と言えるものも少なくないと推測される。
- 59) 二木 [二木立. 日本の医療費：国際比較の視点から. 医学書院, 1995. 182-183.] によれば、生産効率とは生産されるサービスがあらかじめ一つに決められており、それを生産するために必要な資源を最小化することである。配分効率とはさまざまなサービスを社会的にみて最適に配分することである。
- 60) 医療機関が行うことでも、配分効率に関わることは多々ある。例えば、ある患者の治療に当たって入院させるか、在宅で治療するかかの決定などは配分効率に関わるものと言える。しかし、本稿ではこうした決定も診療報酬点数に関係している側面が大きいとみなされることから、本文のような定義を行った。また、医療機関の機能別体系化の議論は、配分効率と生産効率のいずれの側面からも捉えられるものであり、本稿ではとり上げないこととした。
- 61) これの他の理由に、わが国の医療システムの（マクロ）効率性が高いという楽観的な判断がまかり通っていることが考えられる。平均寿命などの健康指標を医療システムのアウトプット指標とするものがみられるが、医療が生存あるいは平均寿命への最も強力な説明要因であるとは考えにくい。実際、先進国の社会指標と平均寿命の重回帰分析を行った結果、医療の要素を全く抜きにして、社会指標のみで平均寿命の約7割が説明できるという分析結果もある [古川俊之. 寿命の数理. 朝倉書店, 1996: 160.]。
- 62) 池上直己・J.C.キャンベル. 前掲書. p159.
- 63) 岡本悦司・多田羅浩三. 前掲論文.
- 64) Johnson, N. (青木郁夫・山本隆訳). 福祉国家のゆくえ—福祉多元主義の諸問題. 法律文化社, 1993: 139-140.
- 65) 二木立. 1991. 前掲書. P76.
- 66) 田中滋. 1997. 前掲論文.
- 67) 「基礎となる公的システム以外のものを相対的には低い割合に留める」方法としては、ドイツの医療保険のように公的システムから出られる人の範囲を限定する等の対象者を絞る方法、公的システム以外の医療のサービス供給量を一定割合以下に設定する方法、などが考えられる。

A reconsideration of the stratification of health care system

Makoto Tamura, Ph. D., M. M.*

Recently, there has been much discussion on Health Care Reform in Japan in order to control health care expenditures. In this discussion, the stratification of health care has been examined, but it has been criticized extensively as being against the principle of equality, opposed to social consciousness and resulting in rising health care costs. This paper examines those reasons and the disadvantages of the non-stratification. The conclusions are as follows:

- 1) It may be reasonable to hold the principle of equality in which the whole nation has an equal right to receive a high level of health care. But this does not mean that the whole nation has an equal right to receive the same level of health care.
- 2) Non-stratification may contribute to the control of health care expenditures. On the other hand, it may bring with it a paternalistic policy, lower the quality of health care services, lower efficiency and obstruct empowerment of the citizens.

[key words]

stratification of health care, equity, equality, social consciousness, health care expenditure, paternalism, empowerment, allocative efficiency, quality of health care service

* Department of Health Sociology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo