

医療資源の分配における基準

—公正性と責任の観点から—

保田幸子

1 問題の所在

健康は人々の福利(well-being)において重要な位置を占めている⁽¹⁾。各人はそれぞれの人生計画を持ち、そのために必要な財はそれぞれ異なってくるが、健康はそうした人生計画を上首尾に進めるうえで誰もが必要とするものである。また、人々の健康は、基本的にはその人固有のものであり、疾病を抱えた人々に対してなんらかのヘルスケアが提供されなければならない。経済政策において、富裕層が一層豊かになることで社会全体にその効果が波及するというトリクルダウンを期待する向きがあるが、人々の健康にはそうした効果は見込めないだろう。したがって、社会保障の一環として適切にヘルスケアは提供されるべきである。実際に、各国において健康に関する支出は全体の多くを占める。

その一方で、医療技術の発達により医療費は高騰傾向にあり、健康・ヘルスケア関連への予算の増大は社会的・政治的問題の一つである。そのため、効率的で公正なヘルスケアの分配が求められている。こうした社会問題を背景に、日本においては、患者の自己負担率の増加や社会保険料の増額、またヘルス・プロモーションにより予防医療を推進するなど医療改革が進められている。

効率性と公正性の要求は規範的観点からも求められている。健康はその人固有のものであるので、ヘルスケアに関連する財が潤沢であったとしても解決不可能な問題が残る。たとえば、

回復する見込みのない余命わずかの患者に多くの医療資源を投入することが可能であったとしても、そうした行為が望ましいかに関しては見解が分かれるだろう。したがって、医療資源をどのような基準で分配するべきかという問いが生じる。

そこで、本稿では、選択に伴う責任を分配の基準と位置づける運の平等主義を取り上げ、医療資源の分配に際して効率性と公正性を追求する場合、個人の責任を基準とすることは道理に適っているかを検討する。運の平等主義とは、分配的正義論における論点の一つである。医療資源は希少財であり、分配の際の望ましい基準を明らかにすることは重要であるので、健康やヘルスケアは分配的正義論の応用的テーマとして近年多くの論者により論じられている⁽²⁾。そのうち、運の平等主義は、各人の選択の結果としての不利益と運がもたらす不利益とを区別した上で、後者を中立化することが正義に適っているとする見解である。本稿は、個人の選択の責任を分配の基準とする運の平等主義における学問的蓄積を参照しながら、近年の健康問題において自己責任を問う傾向は説得的であるかを検討したい。

本稿の構成は次の通りである。まず、医療資源の分配の基準として市場主義、功績主義、質調整生存年(QALY)を取り上げ、それぞれの立場が説得的かを検討し、医療資源の分配に際してはより症状の深刻な人への配慮という公正性

が必要であると述べるつもりである(第2節)。次に、こうした分配的配慮として分配的正義論のうち運の平等主義をとりあげ、これを基準とした分配がどのようなものを概観する(第3節)。そのうえで、個人の選択の結果として不健康になった場合は当人の責任とみなすという見解はいくつかの不確かな前提を想定していることを指摘する。そして、運の平等主義はこれらの批判にたいしてどのように応答し、それが上首尾であるかを検討する(第4節)。

2 何を基準とするか

本稿の目的は医療資源を分配する際の効率的で公正な基準を検討することである。こうした分配の基準に関して、G・パーサッドらは、4つにまとめることができると述べている(Persad, Wertheimer, & Emanuel 2009:423-426)。^①人々を平等にあつかうこと(treating people equal)、^②最も福利の低い人を優先すること(favoring the worst-off)、^③全体の利益を最大化すること(maximizing total benefit)、^④社会的な有用性を増進しそれに報いること(promoting and rewarding social usefulness)である。本稿では、市場主義、功績主義、QALY、平等主義を検討していく。

まず、最初に市場主義を検討する。一般的に、財の分配は市場を通じて需要と供給の適切な状態が達成される。ある財は、市場において適切な価格で評価され、売り手と買い手の間で取引される。こうした市場における取引は、個人の自由を侵害せず各人の自己決定を尊重することで効率的で公正な分配が達成されると考えられている。このような、市場を通じた人々の自由な取引による分配は効率性という要件を満たしており、パーサッドらのまとめにおける^③全体の利益の最大化には適っている。また、^①人々の平等な扱いについても、平等をどのように解

釈するかにより満たしているといえる。なぜなら、人々の自由な取引による分配は公正性に関する観点が欠けていると一見思われるが、リベタリアニズムの観点からは各人の所有権を等しく尊重しているという点で公正だからである。

しかし、K・アロウが指摘するように、医療資源は非市場的財であるので、上記のモデルによる公正な分配状況を達成することはできない(Arrow 1963)。市場を通じた医療資源の分配が適切でない一つの理由としては、情報の非対称性があげられる。疾病を抱えた人が治療に必要な医療サービスを適切に選択できると期待できない。自分の病状はどの程度であるのか、どのような治療が必要であるのか、その治療は正しいのか、こうした医療に関する知識を多くの患者は持っていないので、医療知識を有する医師の判断に従うことになる。また、医療は、市場における取り引きを介さずに人々の福利に影響を及ぼす外部性を備えているので、市場取引を通じて適切な分配状態を期待できない。たとえば、COVID-19などの感染症は、感染者自身の福利を低下させるだけでなく、感染者の行動により周囲の人々の福利にも影響を与える。このように、医療資源の分配基準として、市場原理はふさわしくない。

次に、功績に基づく分配をみていく。功績に基づく医療資源の分配によると、治療が必要な患者は、どれほど社会的業績や貢献をこれまでおこなってきたか、また、今後社会にどれほど貢献しうるかなどの観点から評価され、貢献度が高い人ほど優先して治療がおこなわれる。したがって、功績主義は^④社会的有用性を増進する。また、より社会的貢献度の高い人を優先して治療することで^③全体の利益の最大化も見込まれると思われる。

しかし、功績に基づく医療資源の分配において、社会的貢献度の低い重症患者への治療順位

が繰り返り下がりうるので、医療資源の分配基準としては適切ではない。いまここに、病状が深刻な障がいを抱えた人とそれほど病状が深刻でない医師という2人の患者がいるとする。功績に基づく分配は、障がい者より医師の方が社会への貢献度が高いということで医師を優先して治療する可能性がある。このように、最も治療を必要としている人よりほかの人を優先しうるので、功績主義は支持できない。また、功績を基準とする場合、その個人が達成した結果が根拠とみなされるが、なにがその個人が成し遂げたことでなにがそうでないのかを判別するのは困難である。たとえば、医師として社会貢献をしてきた者は裕福な家庭にたまたま生まれたので医学部へ進学できたが、障がい者はそうではなかったかもしれない。この場合、医師としての功績が純粋に医師自身の努力やその伴う結果でない場合、功績を基準とするのは公正ではないだろう。これについては、運の平等主義に対する批判で詳しく述べる。

次にQALYを検討する。QALYは、生存年と健康関連の生活の質(QOL)を組み合わせた指標である。完全に健康な状態のQOLを1、死亡した状態のQOLを0とし、この数字に個人の生存年数を掛け合わせることで、治療によってもたらされる結果が比較可能となり、それに基づき医療資源を分配することとなる。たとえば、ある疾病を抱えた人が治療せずに暮らした場合の余命は10年であるのに対して、治療をした場合は5年だとする。しかし、治療しない場合のその人のQOLは0.3であるのに対して、治療した場合は0.8となる。すると、治療しない場合は3QOL、治療した場合は4QOLとなり、QALYの観点からすると後者のほうがその人にとって望ましいことになる。

QALYにはいくつかの批判がなされている。QALYは、費用対効果をもとに開発された指標

であるため全体の利益の最大化という要件は満たしているが、費用対効果を重視する故にしばしば反直観的な判断をすると指摘されている。実際に、1980年代後半、アメリカオレゴン州政府は、ディケイドが提供する医療サービスを費用対効果にしたがい優先順位をつけ、資源不足に対応しようとしたが、強い批判を受けることとなった⁽³⁾。QALYを基準とした医療サービスの提供は何が問題であったのだろうか。第一に、重篤な疾病にたいする治療より症状の軽い疾病にたいする治療が優先される可能性がある。たとえば、命にかかわるような症状の治療が非常に高額である場合、同額で多数の軽症者の治療をおこなう方が費用対効果が高いため、重症治療より軽症治療が優先される。第二に、完全に健康な状態のQOLを1、死亡した状態のQOLを0と設定しているの、慢性的な疾病を抱えた人にたいして不利な判断を下しうる。たとえば、同じ疾病を持つ障がい者と健常な人がいると仮定する。QALYでは、障がい者のQOLはそうでない者より低く見積もられるので、後者への治療の方が費用対効果が高いとみなされ、障がい者への治療優先度が低くなる。こうした扱いの違いは両者を公正に扱っているとはいえない。

QALYは、だれに対しても同じ指標を適用しているという観点からは人々を平等に扱っているといえるが、こうした特徴は功利主義と親和的である。そのため、少数を犠牲にすることで全体の利益を最大化することを容認するという功利主義にたいする批判がQALYにも該当する⁽⁴⁾。先述の2つの批判は、いずれもQALYが全体としては合理的な判断を下しているが、人格の個性性は重視していない点に起因している。こうした批判にたいして、QALY擁護者側からも応答がなされており、たとえば、QALYの開発者であるA・ウィリアムズらは、QALYに衡平性(equity)を加えることで回避しうるとの見

解を示している(Williams 1997; Sen 2002)。すなわち、ヘルスケアの分配に際して、より症状の重い人に対してなんらかの優先性を与えるということである。広瀬(2016)は、福利の低い人の便益に重みづけをするアイデアをPD主義、すなわち、ピグー・ドルトン条件を満たす分配原理により、QALYは症状の深刻な人に対して治療の優先権を与えることが可能であると述べている(広瀬 2016: 188)。

3 運の平等主義

医療に関連した物的資源や人的資源などは有限であるので希少なものとなりうる。したがって、なんらかの基準にしたがって分配する必要が生じる。その際、QALYなどを用いて効率性を追求する方法があるが、こうした費用対効果を用いた基準は多数のために少数が犠牲になることを認める可能性があるのではと認しがたいと述べた。QALYがこうした批判を回避するためには、福利の低い者への配慮が必要である。QALYの検討から、医療資源の分配においては各人にたいする分配的配慮が求められるということが明らかになった。

そこで、平等主義を検討していきたい。平等主義と一口にいても、どのような状態を平等とみなすかにより評価は異なってくるだろう。たとえば、患者全員に医療費を均等に分配する方法も、全員にくじを引いてもらい治療の優先順位を決定する方法も、ともに平等に分配をしている。しかし、どちらも深刻な疾病を抱えて治療を必要としている人の優先順位を低く見積もりうるので、医療資源の適切な分配方法として説得的とはいえない。

本節では、医療資源の効率的で公正な分配の基準として分配的正義に着目するが、その中でも運の平等主義を取り上げる。運の平等主義とは、各人の選択に伴う責任を問うた上で、当

人に帰責不可能な運の影響を取り除くことで公正な分配を達成しようという分配理論である。すなわち、各人が選択した結果に関しては、その人に不利益をもたらしたとしても当該個人の責任の範囲内であるのでは正されない。それに対して、各人の選択によらない要因すなわち運による不利益は道徳的に恣意的であるから本人にその結果を帰責するのは不当である。したがって、運の平等主義は、こうした本人の不利益は解消されるべきと考える。このように、運の平等主義は、各人の自由な選択を尊重しつつ、偶然による不利益を解消することにより公正な分配が達成できると考えている。

こうした運の平等主義によれば、疾病が個人の選択によるものかを考慮した上で、医療資源を分配することこそが公正性に適っている。したがって、運の平等主義に基づく医療資源の分配では、疾病がどの程度本人の責任の結果であるのか(または運の結果であるのか)に応じて治療の優先度や治療費の自己負担割合が決まる。運の平等主義に基づく医療資源の分配を素朴に描くと次のようになる。いまここに、ともに感染症を発症したAとBがいたとする。Aは手洗いやうがいには頓着しない人であるのにたいして、Bはこうした習慣を身に付けている。素朴な運の平等主義にしたがうならば、BをAより優先して治療するべきである。もしくは、Bに対しては公的保障で治療するべきであるがAはそうではない。なぜなら、Aは自らの選択により手洗いを怠り感染症患者となったのにたいしてBは疾病に相当する選択の結果ではなく偶然の結果だからである。

運の平等主義は、選択の結果として発症したAよりそうではないBに対して優先的に医療資源を分配するべき(もしくは、AよりBの治療費における自己負担額を低くするべき)と考える。なぜなら、各人が選択した結果については責任を

負うべきであるが、運による結果について本人に責任を負わせることは公正ではないからである。この判断の下では、不運の結果として疾病を抱えた人は、選択の結果として疾病を抱えた人より治療に関してなんらかの優先権を持つ。また、両者が同程度に選択によらない不運の結果として治療が必要な場合、彼らは同程度の優先権を持つことになる。こうした選択と運の区別はR・ドゥオーキンの選択の運(option luck)と自然の運(brut luck)の区別による。ドゥオーキンによると、十分な考慮と計算を経て予測される結果を踏まえて選択し、その結果として不利益を被るリスクが選択の運である。それに対して、十分に考慮しても予測不可能なリスクが自然の運である(Dworkin 2000: 73)。

運の平等主義において、不運がもたらす不利益を是正することが公正である。また、選択の運の峻別はおおむね私たちの道徳的直観に合致したものであるといえる。運の平等主義は、各人に対して選択の責任を負わせる。私たちは、同じ選択をしていても疾病を発症する人とならない人がいることは理解しているが、より発症する確率の高い行動があるだろうと考えている。先述の例では、AとBとでは感染症を発症しやすい行動をしているのはAであり、そうでない行動をとっているのがBである。このような場合、AとBの治療どちらを優先すべきかという問いに対して多くの人がBを優先すべきであり、Aの発症にはなんらかの本人の責任があると考えられるだろう。近年注目を集める予防医療の考えも、自身の健康を損なわないよう行動することも含まれている。

しかし、この基準を医療資源の分配に応用する場合、さらに次の条件を満たす必要がある。第一に、その疾病の発症要因もしくは阻害要因が判明していることである。運の平等主義は各人がなんらかの選択をおこない、それにより特

定の結果が生じると想定している。実際、この想定に当てはまる場合も多く存在する。たとえば、私がスキーをして脚を骨折した場合、スキーをするという選択の結果、骨が折れたといえるだろう。しかし、この想定をすべての疾病とそれを引き起こしたと思われる要因に当てはめるのは難しいだろう。

第二に発症要因が判明しているだけでなく、いかなる行為が発症につながるかに関する知識を各人が持っていることが挙げられる。たとえば、ある人は、長年の喫煙習慣により健康被害を引き起こすリスクが高まると承知の上でたばこを吸い続け、その結果、発症という不利益を被ったのであれば、十分に本人の選択の範囲内といえそうである。しかし、たとえば、なんらかの要因でたばこが有害であると認識せずに喫煙者となった場合、その人の選択とは言いがたい。

第三に、選択の運を招く行為を選択することを回避可能であることが挙げられる。たとえば、喫煙者が喫煙による健康被害について十分に知識を持っていたとしてもニコチン依存症であった場合、その人の喫煙行動は真の選択ではないといえるだろう。その一方で、喫煙者は禁煙治療を受けるという選択も可能であるので、喫煙の継続はその人の選択ともいえる。また、喫煙が成人男性として当然の行為とされる社会を想定してみる。こうした社会で生きる男性は、喫煙の健康被害を承知していても、そうした行動を回避するのが困難であると考えられる。

4 分配的配慮としての責任

前節では、運の平等主義を医療資源の分配基準とすることは一定の説得性を持っているものの、健康被害と本人の選択の因果関係が不確実である上に、そのほかの要因により、それを純粋な本人の選択とみなせないと述べた。運の平

等主義の選択と運の峻別に関して、なにをどちらの結果とみなすか議論の余地が残っている。先ほどの例を用いるならば、ニコチンには依存性があるので長年の喫煙習慣が実は本人の選択の結果ではなく依存症によるものかもしれない。そうした場合、喫煙行為は真の選択ではないので帰責不可能と判断されるかもしれない。しかし、依存症になるほど喫煙しつづけたのは本人の選択であるので、やはり喫煙者に疾病発症の責任があるということもできる。ここで、建築業に従事していたためアスベストによる肺への健康被害を発症した人について考えてみよう。職業選択の自由が保障された上で建築業を選んだので、選択に伴う結果(つまり病気の発症)は本人の責任の範囲とみなすべきだろうか。それとも、病気の発症は職業選択時には予期しなかった結果であるから運による不利益とみなすべきだろうか。運の平等主義は道徳的に恣意的であるとの理由から運による不利益を補償し、個人の自由な選択の結果については関与しないことで公正性を追求する。しかし、選択と運の区別という分配基準それ自体が論争的となっているといえる。

運の平等主義にはいくつかの批判がなされているが、こうした選択と運の区別の恣意性に関する指摘もなされている。運の平等主義の企図は、選択と運を区別し、道徳的に恣意的であるという理由から後者の影響を平等化することにある。この区別は、シェフラーによると自由意志に基づく各人の自発的選択に基づいている(Scheffler 2003: 18)。しかし、自発的選択と非自発的要因である運の線引きは不可能であるということもできる。なぜなら、各人の自発的選択も遺伝や社会階層など非自発的な運の影響下にあるからである。一見したところ自発的選択であっても、その要因をさかのぼると最終的には非自発的な運の影響にたどり着くため、選択

と運を区別することが不可能となり、なにが不運による悪影響であるかを特定することができない(Hurley 2003: 24-26)。素朴な運の平等主義では、喫煙習慣の有無は当人の選択であるので、喫煙者の病状は当人の選択によるが非喫煙者の場合は不運の結果である。しかし、喫煙者のそうした習慣は、その人の生まれた社会には喫煙を当然視する文化があったためタバコを吸わないという選択肢がなかったのかもしれない。もしくは、喫煙者はたまたま非喫煙者より依存傾向のある者として生まれたため、禁煙に著しい困難があったのかもしれない。いずれの場合も、喫煙者の喫煙習慣は不運の結果とみなされるので、どちらの治療も道徳的に等しく重要である。

選択と運の区別の恣意性は、すべてが運の結果とみなされうるという指摘であったが、運の平等主義が過度に選択の範囲を拡大することへの懸念も示されている。これは、一般的に過酷性批判(the harshness objection)と呼ばれている(Daniels 2011: 282; Voight 2007)。すなわち、運の平等主義は、選択の結果であれば、個人の福利がどれほど低水準であってもその状態を容認する可能性がある(Anderson 1999: 295-300)。たとえば、Cが、接触感染や飛沫感染が確認されている感染症が流行している最中に外出し、感染症を発症し、同居している家族にも感染が広がった場合を考えてみよう。運の平等主義によれば、Cは自ら外出を選んで感染したので、こうした不利益は本人の過失とみなされるかもしれない。それでは、その家族はどうだろうか。Cとの同居を自ら選んだのでそれは本人の過失なのだろうか。E・アンダーソンは、不注意なドライバーや保険未加入の生活困窮者、地震のリスクの高い地域への居住や危険な仕事を選んだ人、家族の世話に従事する人などを挙げ、運の平等主義が人々に過酷さを強いる可能性を

論じている (Anderson 1999 : 295-298)。ただし、アンダーソンの想定する運の平等主義は、ラコウスキー (Rakowski 1991) のような非常に厳格なヴァージョンであり、多くの運の平等主義者は、福利水準が非常に低い状態をよしとはしない。しかし、運の平等主義には福利水準が非常に低い状態を人々に強いる余地を残している。

一部の運の平等主義はこうした批判を回避できる。広瀬巖が全運説と名付けた立場がそうである (広瀬2016 : 62)。全運説によれば、選択による結果であるように思えても、当人に制御不可能な要素が含まれているので、不利益は改善されるべきであり、リスクや不確実性が一切存在しない環境で本人が選択した結果のみがその人が責任を負うべき不利益とみなされる⁽⁵⁾。

全運説をとった場合、過酷性批判は運の平等主義にとってさほど致命的ではなくなるだろう。なぜなら、当人の責任と放置される不利益は、その人が完全にコントロール可能な条件で当人がそうなることを選択した結果のみであるからである。すなわち、感染症流行下で外出すれば確実に感染症を発症すると明らかであるような状況で、Cが自ら選択して感染者となったのであれば、それはCの責任とみなされる。保険未加入の生活困窮者や高リスクの職業選択をした人など、過酷性批判があげられるケースのほとんどは全運説によれば不運による不利益であるので、各人の福利は改善されるべきである。

また、選択と運の区別に関わる自由意志問題に関して、全運説はほぼ受け入れたうえで、選択の運が存在しない極端な立場をとっている。全運説が容認する各人の不利益とは、当人の意図した選択の結果という非常に稀な場合に限られ、多くの不利益は不運の結果とみなされる。ここで生じるのが、果たして全運説は運の平等主義であるのかという疑問である。こうした疑問に対して、広瀬は、運の平等主義において各

人の責任の根拠は選択の運と自然の運の区別に置かれていたが、全運説においては、各人の意図した結果と意図していない結果の区別に置かれているため、運の平等主義と別個であると論じている (広瀬 2016 : 65)。

加えて、本稿は、当人が完全にコントロール可能な条件下で選択するということが実質的に不可能であるので、全運説の企図は不首尾となると考える。感染症下に外出をしたCの例で考えたい。一般的に考えて、Cは深刻な不利益を被りたくないと考えているだろうから、Cが感染症を患った場合、全運説はCの発症は不運の結果であるので、治療を求めるだろう。しかし、万が一、Cが感染を望んでいた場合はどうであろうか。外出した結果感染症にかかった場合であっても、感染症下で外出したからといって確実に発症するわけではないので全運説によれば選択の結果ではない。すなわち、全運説が追及する公正な分配状態は、運の平等主義が求める「意欲を反映しやすく資質を反映しにくい」分配ではないと考えられる (Knight 2015)。結局のところ、全運説は、福利が低水準の者の状態を改善するという主張をしているにすぎないと本稿は考える。したがって、運の平等主義は、自由意志問題に応答するために、責任がどのようなものであるかを構想したうえで、運を規定すべきではないかと考える。

過酷性批判への応答として、M・フローベイの出直し説に代表されるように、時間軸を含めることで回避しようとする立場がある (Fleurbaey 2005, 2008 ; Tomlin 2013)。長年の喫煙習慣によりAは、病気を発症し、福利の低い状態に陥ってしまったが、自らの過去の習慣を悔やみ、禁煙をして再度やり直したいと願うだろう。この場合、喫煙者である過去のAと、病気の発症により心理的变化を経て禁煙を決意したA'は異なった選好を抱いており、Aの選択

の結果をA'に問うのは不公正であるとみなされる。すなわち、この立場は、人格について還元主義かつ非同一性の立場をとることで、今後の不利益を改善し新たな選好のもと人生をやり直すことを求めている。「意欲を反映しやすく資質を反映しにくい」分配という運の平等主義の企図を維持しつつ、選択に伴う責任の過酷性を緩和しているの、出直し説は、医療資源の分配に関して各人に配慮した基準を提供できるものと本稿は考える。

5 まとめ

本稿の目的は、人々は自身の健康を維持するための行動を求められる、すなわち、自身の健康に対する責任を負っているという今日的状況において、医療資源の分配の望ましい基準を追求することであった。そして、分配に際しての規範的基準となりうる代表的な見解をいくつか取り上げて検討し、次のことを明らかにした。第一に、医療資源の分配に際して、各人への公正な配慮を十分にすることが求められる。第二に、各人への公的な分配を論じる分配的正義論における運の平等主義は、健康に関して各人は選択の責任を負うべきとする昨今の風潮と合致するものであり、その点においては一定の説得力を持つものである。第三に、運の平等主義の改良版として全運説と出直し説を検討し、そのうち、出直し説は各人に過酷さを強くない配慮をしつつ、人々の選択を尊重しているの、医療資源の分配基準として適切な基準である。しかし、自己責任を問う方針は、運の平等主義と同様に各人に責任を問うという点では類似しているように見えるものの、後者は出直し説をモラル・ハザードを招くとの理由から容認しないように思われる。

【注】

- (1) 分配的正義論では福利の尺度に関する議論もなされているが、本稿では特定の立場をとらない。
- (2) たとえば、Segall (2009 : 2010)、Voigt(2013)を参照。
- (3) この際のオレゴン州の医療計画については(Bognar & Hirose, 2014 : 60-62)を参照。
- (4) 功利主義とQALYの親和性については(Dolan, 2001 : 65-76)。
- (5) こうした立場をとる議論(Barry 2006 ; Fleurbaey 1995 ; Lipiirt-Rasmusen 2001 ; Otsuka 2001)などがある。

【参考文献】

- Anderson, Elizabeth (1999), "What is the Point of Equality?," *Ethics*, 109: 287-337.
- Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care," *American Economic Review*, 53 (5): 941-973.
- Barry, Nicholas (2006), "Defending Luck Egalitarianism," *Journal of Applied Philosophy*, 23-1: 89-107.
- Bognar, Greg, and Iwao Hirose (2014), *The Ethics of Health Care Rationing: an Introduction*, Routledge. (児玉聡監訳『誰の健康が優先されるのか:医療資源の倫理学』岩波書店、2017年。)
- Daniels, Norman (2011), "Individual and Social Responsibility for Health," in Carl Knight and Zofia Stemplowska (eds.), *Responsibility and Distributive Justice*, Oxford University Press.
- Dolan, Paul (2001), "Utilitarianism and the Measurement and Aggregation of Quality-Adjusted Life Years," *Health Care Analysis* 9-1: 65-76.
- Dworkin, Ronald (2000), *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press.
- Fleurbaey, Marc (1995), "Equal Opportunity or Equal Social Outcome?," *Economics & Philosophy* 11-1: 25-55.
- (2005), "Freedom with Forgiveness," *Politics, Philosophy & Economics*, 4(1): 29-67.
- (2008), *Fairness, Responsibility, and Welfare*, Oxford: Oxford University Press.
- Hirose, Iwao (2014), *Egalitarianism*, Routledge. (齋

- 藤拓訳『平等主義の哲学—ロールズから健康の分配まで』勁草書房、2016年。）
- Hurley, Susan (2003), *Justice, Luck, and Knowledge*, Harvard University Press
- Knight, Carl (2015), "Abandoning the Abandonment Objection: Luck Egalitarian Arguments for Public Insurance," *Res Publica*, 21(2): 119-135.
- Lippert-Rasmussen, Kasper (2001), "Egalitarianism, Option Luck, and Responsibility," *Ethics*, 111: 548-579.
- Barry, Nicholas (2006), "Defending Luck Egalitarianism," *Journal of Applied Philosophy*, 23(1) (2006): 89-107.
- Persad, Govind, Alan Wertheimer, and Ezekiel J. Emanuel (2009), "Principles for Allocation of Scarce Medical Interventions," *The Lancet* 373(9661): 423-431.
- Rakowski, Eric (1991), *Equal Justice*, Oxford University Press.
- Segall, Shlomi (2009), *Health, Luck, and Justice*, Princeton University Press.
- Scheffler, Samuel (2003), "Equality as the Virtue of Sovereigns: A Reply to Ronald Dworkin," *Philosophy and Public Affairs*, 31: 199-206.
- Sen, Amartya (2002), "Why Health Equity?" *Health Economics* 11(8): 659-66.
- Tomlin, Patrick (2013), "Choices chance and change," *Ethical Theory and Moral Practice* 16: 393-407.
- Voigt, Kristin (2007), "The harshness Objection: is Luck Egalitarianism too Harsh on the Victims of Option Luck?," *Ethical theory and moral practice* 10(4): 389-407.
- (2013), "Appeals to Individual Responsibility for Health Reconsidering the Luck Egalitarian Perspective," *Cambridge Q. Healthcare Ethics*, 22, 146-158.
- Williams Alen (1997), "Intergenerational Equity: an Exploration of the 'Fair Innings' Argument," *Health economics*, 6(2): 117-132.