

琉球大学学術リポジトリ

健康権と平等原則：

WHOにおける健康権の動向を中心に (二・完)

メタデータ	言語: 出版者: 琉球大学法文学部 公開日: 2007-09-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 高田, 清恵, Takata, Kiyoe メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/1631

健康権と平等原則

— WHOにおける健康権の動向を中心に — (二・完)

高田清恵

目次

- 第一章 はじめに
 - 第二章 わが国における健康権論の展開と平等原則
 - 第三章 健康権における平等原則の国際基準—WHOの動向を中心に—
 - 一節 普遍的国際人権条約・宣言における健康権と無差別・平等
 - 二節 WHOにおける健康権保障の展開と平等原則(4まで本誌六七号)
 - 5 「二一世紀におけるすべての人に健康を」政策と健康権(以下、本号)
 - 第四章 考察—わが国の健康権論への示唆—
 - 一節 WHOにおける健康権概念とわが国の健康権論への若干の示唆
 - 二節 わが国の医療制度改革の考え方と健康権—平等原則を中心に—
- おわりに

5 「二十一世紀にすべての人に健康を」と健康権—人権としての健康権保障の再確認—

(一) 「二十一世紀にすべての人に健康を」政策の動向

一九九〇年代末には、WHOにおいて、二十一世紀にすべての人の健康を達成することを目的とする取組みが始められた。一九九八年にWHOのヨーロッパ地域委員会における「二十一世紀におけるすべての者の健康に関する決議」の採択を端緒とし、一九九八年のWHO第五一回総会においては総会報告「二十一世紀におけるすべての人に健康を」と題する報告書 (WHO51/5 "Health for All in the twenty-first century") が提出され、同総会において決議「二十一世紀におけるすべての人の健康のための政策」 (WHO51.7 "Health for All priority for the twenty-first century") が採択されている。

この「二十一世紀におけるすべての人に健康を」報告書(以下、「報告書」という)および「二十一世紀におけるすべての人の健康のための政策」決議(以下、「決議」という)では、グローバル化の進展等、世界的規模での社会的、経済的構造の変化を視野に入れ、二十一世紀にすべての人の健康を保障することを目的として策定されたものである。ここでは「基本的人権としての健康権」の再認識されている点が着目される。後で述べるように、健康を「基本的人権」の一つとして認識すること及び「公平」は、「倫理」「ジェンダーへの配慮」とならんで、最も重要な「鍵となる価値 (key values)」と位置づけられている。

以下では、同「決議」の基礎となる「報告書」を中心に検討する。

(二) 「二十一世紀にすべての人に健康を」政策の根拠と背景

「報告書」は、第一部から第三部までの三つの部分からなっている。第一部「なぜ新たな Health for All なの

か? (Section I Why renew Health for All?) では、WHO憲章をはじめとする同政策の起源・根拠を示すとともに、「二一世紀を目前としてなぜこのように政策を「新たに」(renew)」する必要があるかについて、従来の政策の到達点と問題点と、グローバル化や国際的人権保障の進展などの健康権保障をめぐる背景の変化について言及している。

1) 起源・根拠¹⁾

報告書は、同政策の起源として最初にWHO憲章に掲げる「すべての者の達成可能な最高水準の健康についての権利」を挙げる (Para.1)。すなわち「相当水準の食料、水、衣類、住居、健康、教育、社会サービス、社会保障、公的扶助の権利」等とならんで、健康が基本的人権であること (para.2) を確認している。

さらに同政策は、一九七七年のアルマ・アタ宣言以降WHOにおいて取り組まれてきた「すべての人々の健康を (Health For All)」政策を引き継ぐものである。このため、アルマ・アタ宣言で掲げられた「二〇〇〇年までにすべての人々の健康を」という目的とその取組みにおける諸原則を引き継ぐものであるとされる。

2) 国際人権保障の発展と従来の政策の修正²⁾

しかしながら、「二一世紀にすべての人に健康を」政策は、単に一九七七年のアルマ・アタ以降の取組みをそのまま継承したものではなく、健康権保障をめぐる新たな社会的・経済的变化や国際的人権保障の発展に対応するための、新たな政策として位置づけられている。

後者の国際人権保障の発展への対応に関して、報告書は、「一九九〇年代における九つの国際的会議の成果を反

映した」(para.5)ものとされる。九つの国際会議とは、世界子どもサミット(一九九〇年)、栄養に関する国際会議(一九九二年)、環境と発展に関する国連会議(一九九二年)、世界人権会議(一九九三年)、人口と発展に関する国際会議(一九九四年)、社会発展に関する世界サミット(一九九五年)、第四回世界女性会議(一九九五年)、第二回国連居住会議(ハビタットII)(一九九六年)、世界食糧サミット(一九九六年)である。

同報告書は、これらの国際会議における「民主主義、発展、人権と基本的自由の尊重は相互補完的で相互に補強しあうもの」という考え方についての、これまでに発展してきた合意」を反映したものとされ(para.6)。そこには、

- ・ 発展の中心には人間がおかれるべき
- ・ 発展の中心目標には、貧困の撲滅、すべての人々の基本的ニーズの充足、人権の保障がおかれる
- ・ 健康、教育および養成への財源の支出は、人的資源の発展にとって重要である
- ・ エンパワーメントを含む女性の地位の向上は、あらゆる経済的、社会的及び環境的な側面における持続可能な発展の実現のための中心

・ 優先順位を無視した資源の利用は避けるべき

・ オープンで適切な貿易、投資、技術移転の枠組みは、持続可能な発展にとって重要

・ 民間部門は重要な役割を果たすが、政府は健康、社会政策において積極的役割を果たすべき(para.6, Box1)という諸点が含まれている。この中でもとりわけ重要であるのが、「発展の中心には人間がおかれるべき」という考え方である。経済的・社会的発展の目的の中心に人間および人間の発展の可能性がおかれるというこの考え方は、とりわけ「将来の発展の優先課題の中でも、…『すべての人に健康を(Health For All)』の実現を優先すべき事

項」として盛り込んでいる (para.6)。

3) 新たな社会的・経済的変化—アルマ・アタ以降の成果および後退と、その背景—³⁾

前者の従来の政策の到達点及び問題点に関しては、報告書ではアルマ・アタ宣言以降の「Health For All」政策の成果と課題について総括し、その背景としての健康権保障をめぐる世界規模での社会的・経済的な変化について考察している。結論としては、アルマ・アタ宣言以降の取組みによつて、健康権保障について一定の前進はしてきたとは言え、その反面でグローバル化の進展等の社会・経済的構造の変化や、疾病構造の変化、貧困と格差の拡大等を背景とし、健康をめぐる事態の悪化・後退および新たな課題が生じてきていると指摘されている。

アルマ・アタ宣言以降の成果としては、

- ・多くの国でプライマリ・ヘルス・ケアが採用された。

- ・プライマリ・ヘルス・ケアへのアクセスは、人口上でも国家数においても着実に増加した。

- ・乳幼児死亡率の低下と、平均余命の向上 (para.7)

という点が挙げられ、とりわけ「人々は、より長く生きるようになった。出生時における平均余命年数は、一九五〇年代の四六年から、一九九五年には六五年へと増加した」(para.12) 点が特筆されている。

しかし反対に、「二〇〇〇年までにすべての人に健康を」政策の実現および健康権保障を妨げ、悪影響を与える要因について、例えば次のような事項を挙げている。

- ・「Health For All」の実施への政治的関与の不十分さ

- ・プライマリ・ヘルス・ケアへの公平なアクセスの未達成

- ・ 女性の地位は引き続き低い
- ・ 社会経済的發展の遅れ

・ 健康への部門を超えた取り組みの実施の困難

・ 人的資源の不公平な分配と、不十分なサポート

・ ヘルスプロモーション活動は全般的に不十分

・ 脆弱な健康に関する情報システムと、基礎的データの欠如

・ 汚染、食品の安全性の低下。安全な水の供給と公衆衛生の欠如。

・ 高コストの技術の不適切な使用および資源配分の不適切さ

・ 自然災害および人的災害 (para.8)

この健康権保障を妨げる要因については、その成果についてよりもはるかに多くの記述がなされている。これらの健康への悪影響を及ぼす主要な要因として、報告書では「貧困と不公平の拡大」、「人口学的、伝染病学的変化」、「暴力、傷害および社会的崩壊（不統合）」、「グローバリゼーション」等の要因を挙げている。

① 貧困と不公平の拡大

第一に報告書では、「貧困と不公平の拡大」を健康へ悪影響を及ぼす要因として極めて問題視している。すなわち「いくつかの進歩にもかかわらず、国内外における健康の格差は拡大」しており (para.13) 「前例のないほど健康の実現が過去二〇年間において世界的に広まったにもかかわらず、絶対的貧困と絶望の中に生活する人の数は、急速に増加している。貧困は、不衛生と不健康の重要な要因である」(para.14) と指摘する。このことは、「国内外」とあるように、国家間の格差だけを指すのではなく、国内における格差も含んでおり「多くの国およびコミュニ

ニティにおける富める者と貧しい者との不公平と格差の拡大は、たとえ経済的に成長した国であっても、社会的統合を脅かし、「暴力と精神的社会的ストレスの原因となる」(para.15)と指摘し、これらが健康へ悪い影響を及ぼすと指摘している。

② 人口学的、伝染病学的変化

第二に、人口学的、伝染病学的変化が健康へ影響を与えるとする。すなわち、「社会経済的発展の成功の結果として、全人口の高齢化が生じた」ため六五歳以上の高齢人口が増加したことにより、疾病構造の変化が生じ、「多くの国で高齢者は以前より健康になったが、しばしば非伝染病の増加、障害、成人疾患を増加させる結果となっている」(para.17)とする。また、経済的発展により都市化の進展が生じたが、「都市化は、健康を増進させる反面、人々のニーズは、そのインフラの容量を超える。また、伝染性の疾病の拡散につながる。さらに、過密と劣悪な労働条件は、心配、抑うつ、慢性的ストレスを生じさせ、これは家族やコミュニティの生活の質に悪影響を与える。家族構成の変化は、健康や社会問題に対処する能力に重要な影響を与える。伝統的な田舎文化の衰退は、社会的サポートシステムの喪失を導くことになる。」(para.18)として疾病構造の変化に言及している。

③ 暴力、傷害および社会的崩壊

第三に、「暴力、傷害および社会的崩壊」を健康へ悪い影響を及ぼす要因として挙げ、

「暴力はそれぞれの社会で異なる形で生じ、部族紛争や民族紛争、暴力団同士の抗争、家庭における暴力が含まれる。いくつかの国では、娯楽メディアにおける暴力の露出、武器への容易なアクセスと結びつき、またアルコールや違法な薬物の使用が暴力の増加を促進させている。これは社会的崩壊の最も明白な特徴の一つである。多くの社会では、分かち合いケアをし合うことの上に成り立つ人間関係や、支え合い、養育する世代間の関係の弱まりによっ

て生じる社会的崩壊について心配されている。失業、アルコール依存、精神疾患が増加している。自動車の使用、都市化、産業かの進展の結果の一部として、傷害もまた増加しつつある」(para.22)と指摘する。

④ 健康に影響を与える新たな展開—グローバルゼーション—

第四に報告書は、今後、健康に大きな影響を与える可能性のある新たな要因として、「グローバルゼーション」
「環境および産業の変化」そして「国家の役割の変化」を挙げている。とりわけ世界経済のグローバルゼーション
が及ぼす影響として、

「これまで、これほど国や地方の決定が国際的な影響を受けたことはない。貿易、旅行、移動の劇的な増加は、とりわけ冷戦の終結以降、科学技術、コミュニケーション、マーケティングとともに、一部の集団には実質的利益をもたらしたが、しかし他の者には深刻な社会的阻害 (marginalization) をもたらす結果となった。情報科学技術の広がりと、バイオテクノロジーの世界的発展は、病気の蔓延や飢餓、環境上の健康への脅威を深知し、予防し、管理することを助けるだろう。そして保健医療サービスと健康教育をより多くの人々にもたらさう。しかし、製品の取引の増加は、健康に有害な、人々の健康への環境上の脅威を増加させるとの憂慮が、とりわけ低所得の国々において存在する。食糧取引の増加と人々の大量の移動は、健康へのさらなる世界的な脅威となる。」(para.23)

(三) 「二一世紀にすべての人の健康を」政策の価値・目的とその実現

「報告書」の第二部「Section II Health for All in the 21st century」では、(一)で述べた根拠および背景のもとで、「二一世紀にすべての人の健康を」政策を実施する際の理念となるべき価値 (values)、目的 (goals)、

目標 (targets) と、それを行動に移す際の政策的基礎 (policy basis for action) について述べられている。

(一) 「鍵となる価値」 (key values)⁽³⁾

報告書では、「鍵となる価値 (key values)」として以下の四つを挙げている。「鍵となる価値」とは、「健康に関するすべての側面において土台として導入されるべきであり、政策の選択、その選択が行われる方法、そしてもたらされる利益に対して影響を与えるものでなければならぬ」(para.31) であり、「人々が、いかなる理由にもかかわらず、どこでも、そのライフ・スパンを通じて到達可能な最高水準の健康を実現し、保持する機会を有するための条件を創り出すため」(para.31) のあらゆるビジョンや施策の土台となるものである。四つの「鍵となる価値」とは、

- ・ 到達可能な最高水準の健康を享受することは基本的人権であることを認識すること
- ・ 倫理：健康政策、研究、サービス提供への継続的な、より強化された諸倫理の適用
- ・ 公平：連帯を強調する、公平に基づいた政策と戦略の実施
- ・ ジェンダーへの配慮：健康政策と戦略にジェンダーの視点を導入すること

である (para.31)。これらの価値の間関係については、「これらの価値は密接に相互関連しており、適切な戦略の遂行を支援する。世界的レベルでは、WHOはこれらの価値のアドボカシーの先導的責務を果たしてきたが、しかし社会のすべてのメンバーがこれらの普及と保持の責務を共有しているのである」(para.31) とし、各価値が「相互関連」したものであるとしている。

これらの価値の中に、人権としての健康権の再確認と、公平が含まれている点には注目すべきである。「公平」

については、

「公平は、必要性に従って保健医療ケアが提供されること、そして個人間および集団間での不公平や不当な格差を取り除くことを要請する。公平な保健医療システムは、個人に過剰な負担を課すことなく、適切な質のケアへの普遍的なアクセスを保障するものである。公平と連帯は、貧困と健康でない状態との最も大きな負担を負っている人々および国々にとって望ましい国際的な協力の基礎となるべきである」(para.33)

とされ、「個人間および集団間での不公平や不当な格差」が取り除かれるべきである点とともに、費用負担の面において「個人に過剰な負担を課すことなく」アクセスが普遍的に保障されるべきとあるように、経済的状况における保健医療ケアへのアクセスの格差についても配慮した内容になっている。

「倫理」については、

「強い倫理の枠組み—個人の選択の尊重、個人の自治、および有害の回避を含む—は、保健医療ケアおよび研究において、個人と社会の両側面にあてはまる。科学技術の発展は、健康に影響を与えるが、同時に、科学技術的発展は、倫理基準の境界を試すものであり、われわれ人間に何をもちたかという考え方に対して立ち向かう。それゆえ確固とした倫理の原理が、科学技術の発展とその適用に先んじて、ガイドラインとして、また健康に影響を与える事項についての決定のガイドラインとして、必要とされる。」(para.32)

また、「ジェンダーへの配慮」については、

「ジェンダーの視点は、もし適切で効果的な健康政策・戦略が展開され、実施されようとするならば、決定的に重要である。

・ジェンダー分析の実施とジェンダー認識の奨励

- ・ ライフ・スパンを通じて、少年・少女、女性と男性の特別のニーズに配慮すること
 - ・ 少女と女性の人権、尊厳、自己価値および能力を支援すること
 - ・ 男性とともに女性も、あらゆるレベルの政策決定に完全に参加する機会を創り出すこと (para.34)
- と述べられている。

(2) 目的および目標^⑤

「目的 (goal)」および「目標 (targets)」とは、同政策のビジョンを具体化することを助けるとともに、その実施の程度の評価の指標となる (para.35) ものと定義されている。報告書では、同政策の「目的 (goal)」として、以下の三点を挙げている。

- ・ すべての人の余命を延長すること、生活の質の向上
- ・ 国家間および国内における公平の向上
- ・ 持続可能な保健医療システムおよびサービスのすべての人のアクセス (para.36)

「目標 (targets)」としては、健康状態そのものについての一定の数値目標とともに、健康に影響を与える諸要因である様々な環境や保健医療システムに対しても働きかけることを要請した中身になっている。

これらの目的および目標の達成のためには、先にも述べた一九九〇年代以降の各種の世界会議における目標の実現が不可欠であると位置づけられており、とりわけ、「経済的に良い状態 (well-being)」「貧困の減少」「初期教育と男女平等を含む、社会的発展」「環境の持続可能性」等を経済発展の目的として掲げた「世界発展目標」(AnnexB) の実現が不可欠であると指摘されている。すなわち、

「世界健康目標は、従前の「Health For All」の目標を反映し、WHOも参加した近年の世界会議において加盟国によって合意された発展目標と一致している。世界発展目標の達成は、「Health For All」の実現の成功にとって不可欠である。そのことは、必ずしも世界健康目標には含まれていないが、それらは、次のような点に関連する目標を含んでいる。すなわち、経済的に良い状態 (well-being) と、貧困の減少、初期教育と男女平等を含む、社会的発展、環境の持続可能性である。」(para.37) とされる。

(3) 目標・目的実現のための要請 (1) — 健康を人間発展の中心におくこと⁽⁶⁾ —

以上で述べた「価値」「目的」「目的」を実現するために、報告書では、二つの「政策的基礎 (policy basis)」⁽⁶⁾の実施が不可欠である (para.39) とされる。それは、第一に、健康を発展の中心に位置づけることとであり、第二に人々のニーズを満たすための持続可能な保健医療システムを發展させること (para.39) である。また、報告の第三部「Section III ビジョンの達成：政策の実施のための行動」⁽⁶⁾では、これら二つの政策的基礎を実施するためにとられるべき国内的および国際的レベルの行動について述べている。以下、第一の点と第二の点について順にみていく。

第一の「健康を人間の発展の中心に位置づける」については、「健康は、人間の発展と社会的発展から切り離されて考えられるべきではない」「人間の発展の目的は、人々が経済的に生産的で社会的に満足した生活を送れるようにすることである。これは社会の構成員のすべてが享受しうる生活条件と生活の質の漸進的な向上を要求する」(para.41) と述べられている。すなわち、あらゆる経済的・社会的発展の中心には、人間の発展がおかれるべき

であるとする、前述の一九九〇年代以降の諸国際会議において確認されてきた到達点をふまえたものであり、人間の発展という場合には、その重要な要素として「健康の実現」が位置づけられていることを、ここで改めて確認している。

その際、「最も弱い立場の者の健康」に特に配慮がされており、

「人々の健康、とりわけ最も弱い立場の者の健康は、発展政策の良好さの指標である。健康状態についてのデータがいみじくも分散している場合、社会における異なるグループ間の不公平が際だっている可能性がある。人々の健康状態は、生活条件を反映しており、社会問題が新たに生じることの早期の警告となりうる。人間を中心とするアプローチは、健康に価値をおき、良好な健康なしには、個人、家族、コミュニティー、国家は社会的および経済的目的を達成することを望み得ない」(para.42)

として、社会の中の最も弱い立場にある人々の健康状態が、その社会の発展が適切であるか否かを測るための指標となると指摘するとともに、社会の中の人々の健康状態の不平等を、その発展の不適切さを危惧する要因として位置づけている。

報告書では、さらに「健康を発展の中心におく」ために必要な行動としては、①貧困との闘い、②あらゆる環境での健康の増進、③健康のための部門ごとの政策の連携、④持続可能な発展のための計画に健康を含めることが挙げられている。(para.64)

1) 貧困との闘い¹⁰⁾

第一に、健康と貧困は相互に不可分の関係にあるという認識から、世界の一部の地域において生じている「貧困

と不健康の悪循環」を断ち切る必要があるとしている (para.65)。

すなわち、「貧困者が質の高い保健医療サービスに容易にアクセスできること、必要な場合には彼らの家までサービスを届けることは、将来の貧困削減計画の不可欠な要素としてとらえるべき」(para.66) であるという健康の実現が貧困解消のためには不可欠であるという視点とともに、もう一方では、「健康は多くの要因に左右されるもの」であり、「平和の維持、適切な経済成長、女性のエンパワーメント、持続可能な生計の提供、教育の改善」等によって左右される (para.66) とする、良好な健康の実現のためには貧困の除去が不可欠であるという視点との両面がある。

その際には、「貧困は多様な側面をもち、その持続的な根絶のためには多くの部門の結合した努力が必要である。保健医療システムは貧困家庭と貧困地域にとって、貧困のもつ好ましくない影響についての問題に焦点をあてることによつて、決定的な役割を担いうる。それゆえ、保健医療システムと農業、商業、財政、食糧および栄養、教育、参謀の各部門の協力は不可欠である。」(para.67) として、貧困の根絶のためには、保健医療部門を含む多くの部門の協力が求められている。なかでも健康と教育は「一時的に経済的に困難な時期にあつても、保護されなければならない」(para.67) として、とりわけ重視されている。

2) あらゆる環境における健康の増進¹²⁾

第二に、健康の増進を社会的環境と個人の生活場面のあらゆる環境において取り入れるという点である。ここでは個人的レベルおよび社会のレベルの両方において「あらゆる環境」という意味で使われている。これは、一九八〇年代以降のヘルス・プロモーションの考え方を踏襲するものである。個人的な側面については、個人、家族は

「彼らが適切な選択を行う機会と能力が与えられている際には、自身で健康の改善のために行動することができ。」(para.68)とされている。また、同時に社会的な側面については、一つは先に述べた個人的レベルでの健康増進を可能にするために、社会的に「適切な選択を行う機会」と「知識、認識および技術」を提供される必要がある。また、健康増進の観点から、「人々が生活し、働き、遊び、学ぶ社会的、文化的、法的および精神的環境の中に取り入れられなければならない」(para.69)とされ、例えば若者を暴力と虐待から保護することや、労働条件、食品、レクリエーション、学校等の様々な環境について、個人的側面での対応だけではなく、社会的な対応をとることで、健康の増進を社会のあらゆる側面に取り入れなければならないとしている。

3) 健康のための諸部門の政策の連携^⑬

第三に、第二の点でも述べたが、あらゆる側面で健康の保持と健康の増進を実現するためには、「健康に直接又は間接的に影響を与えるすべての部門」における政策が、「最大限に連携される必要がある。」(para.71)とされる。とりわけ、保健医療と教育部門のいっそう結合された行動が、「健康状態を全面的に改善させるために、実質的に急速に貢献しうる」として強調されている (para.72)。

4) 持続可能な発展のための計画に健康を含めること^⑭

第四に、「健康への配慮は、持続可能な発展計画の中で最も高い優先順位を与えられなければならない」ず、とりわけ、「人間の健康と福祉 (well-being) は、発展のあらゆる側面にとって、(発展をすることの) 第一の理由とされなければならない」(para.75)として、経済発展の最も重要な目的に、人々の健康と福祉 (well-being) が明確に

位置づけられている。また、これを実施する際には、保健医療の専門家の役割が強調されている。「健康の専門家は、健康、保健医療システムおよび保健医療サービスと、その他の部門の間の連携が、明らかに一致することを保障するための先導的な役割を担う責任を有する」(para.77)ものとされている。

(4) 目標・目的実現のための要請 (2) — 持続可能な保健医療システムの構築¹⁵⁾ —

「二一世紀にすべての人に健康を」政策における目的および目標を実現するために不可欠な「政策的基礎 (policy basis) の第二の点として、「人々のニーズを満たすため持続可能な保健医療システムを発展させること」が掲げられている。

1) 持続可能な保健医療システムとは¹⁶⁾

ここで持続可能な保健医療システムというときの、「保健医療システム」とは「多くの形態をとりうる」とされた上で、大きく分けると、初期医療にあたるプライマリ・ヘルス・ケアと、より高度な保健医療システムを含んでいるとされる。

持続可能な保健医療システムは、以下のような多様な要素をもつべきものと解されている。すなわち、一つには、「人々の一生涯を通じた」健康と社会的ニーズに応えうるものでなければならない」(para.43)という側面である。二つには、すべての市民に対して保障されるべきとする側面である。すなわち、初期医療にあたるプライマリ・ヘルス・ケアは「人々が居住し働いている場所から可能な限り近くで」提供される必要があり、「コミュニティを基礎とし包括的」に設計されるべきであるとされている (para.45)。

三つには、人々が、保健医療ケアを継続的に利用可能であるべきという側面である（para.45）。

四つには、予防、健康増進から、治療、リハビリテーションに至るまでのすべての過程を包括して、持続可能なシステムたかなければならない点である（para.45）。

五つには、その中身としては、市民自身が持続的に自らの健康を増進することを保障するものでなければならぬという側面、すなわち「市民の健康の増進と疾病の予防を強調することによって、市民自身の健康を改善させることを約束するものでなければならぬ。」（para.43）ことである。

六つには、プライマリ・ヘルス・ケアは、幅広い範囲のより高度な医療部門へと結びついているとともに、その他の社会サービスや環境政策等とも密接に連結しているべきことである（para.45）。

七つには、将来的に絶えず変化しうる社会的・医学的な要請に対して柔軟に 대응するものでなければならぬとする。具体的には、「人口統計学上の、および経済的な変化」、「伝染病のパターンの変化」、「科学技術の発展」、「保健医療サービス利用者のサービスの質に対する期待」、「利用者の政策決定への参加」等の要請が含まれている（para.45）。

八つには、「適切に財源が提供されていること」である（para.45）。

2) 持続可能な保健医療システムと「社会的側面への配慮」

このような内容の持続可能な保健医療システムを創造するにあたっては、特に「社会的側面」に配慮をする必要があるとされる。すなわち、持続可能な保健医療システムという場合、ここでは「社会的、政治的、財政的、技術的、経営的側面がある」（para.47）が、中でも「社会的側面には特別の配慮が払われる必要がある」（para.47）

とされている。ここで言う「社会的側面」とは、

「(社会的側面は) 次のことを要請する。すなわち、健康と日常的なコミュニティでの生活との統合、コミュニティの支援の発展、自らの家族およびコミュニティの健康を維持することへの人々の参加を最大限にすること、最も貧しい人々が保健医療サービスへのアクセスを保障すること」(para.47)

である。すなわち、持続可能な保健医療システムという場合、社会の中での最も貧しい人々の保健医療サービスへのアクセスの保障を侵害しないよう、「社会的側面」についての特別の配慮が要請されているのである。このことは、「公平な保健医療システムにおいては、ライフスパンを通じて、適切な水準のケアへのすべての人のアクセスが保障されるべき (para.100)」と述べられているように、保健医療システムが「公平」であるべきという要請であると言え換えることができる。

このような「社会的側面への配慮」という観点からみたときに、持続可能な保健医療システムを創設・実施する際における、コミュニティおよび政府の役割が強調されている点には注目すべきである。すなわち報告は、持続可能な保健医療システムを創造・実施する際には、関連する多様な部門の協同において実施されるべきであると述べているが、しかしその前提として、「社会的側面への配慮」という側面において、政府の役割を強調しているのである。

3) コミュニティの役割^①

コミュニティの役割については、「地方の保健医療サービスと国との関係は、どのような権限、責務、イニシアチブが委ねられているかの程度によって異なるであろう」(para.82)としつつ、

「持続可能な保健医療システムは、政策を発展させる際にコミュニティの参加を積極的に奨励するであろう。社会的に微妙な問題である保健医療システムは、様々な集団の経済的、社会的文化的、および精神的価値、保健および治療の様々なシステム、そしてそれらの多様なシステムの共存と相互に向上する可能性を考慮にいれることになる。」(para.46)

「ライフスパンを通じて、ケアは、地方のコミュニティにおいて、予防、診断、治療、リハビリテーションの質を重視した保健医療システムの範囲内で利用可能であるべきである。地方の直接的な保健医療サービスは、基本的な薬剤とその他のサービスを、コミュニティのニーズを満たすように提供することが可能でなければならぬ。」(para.82)

とされ、コミュニティには、住民に身近な単位として、住民のニーズに応じた保健医療システムを計画し、提供することが期待されている。

4) 政府の役割¹⁸⁾

これに対して、政府の役割として、

「政府は、保健医療システムが財政的に持続可能で無理のないものであることを保障することによって、またアクセスと質に持続的に注意を払うことによって、健康に対して政治的にゆるぎなく支援することを保障しなければならぬ。」(para.47)

とされ、政府には、持続可能な保健医療システムのための財政的な保障や、保健医療システムを政治的にゆるぎなく支援すること、保健医療の質とアクセスに持続的に注意を払うことが求められている。報告書では、政府の役割

として以下の諸点が言及されており、これらの重要な部分については、立法によって規定されるべきとされている。

a) 健康増進のための立法策定と、ヘルスケアの権利の立法化

「健康を増進させるための立法」を策定することであり、その内容としては、「環境基準、食品安全、タバコの広告や後援の禁止、アルコールの普及の制限、特定の武器へのアクセスの禁止、消費者保護に対する基準、ヘルス・ケアへの人々の権利付与」(para.87) について盛り込むべきとされる。

b) 「公平」および「社会的配慮」の立法化

「経済的影響から悪影響を受けている弱い立場にあり不利益をうけている人々の保護のための健康に対する協同的行動のために、国内法がその基礎を用意するべき」(para.86) とする、「公平」の観点での役割。

c) 公共部門と民間部門との役割の定義の明確化

「国内法は、政府がそのパートナーに期待することと、その境界とを定義すべきである」こと、とりわけ「規制および監督は、公的部門と民間部門の間の適切なバランスを実現するために不可欠である。経済のグローバルゼーションと民営化によって、立法の必要性は高まっている。」(para.87) とする、公共部門と民間部門との役割の定義を明確化する役割。

d) 個人の自由に対する配慮の立法化

「立法および規制は、個人の自由と、公共の必要性および利益との間のバランスを与える必要がある」(para.86)。

e) その他、立法において規定すべき事項

「以下のような立法もまた必要である。暴力と傷害をコントロールすることを助けること、医学的ケアと研究において遵守されるべき倫理手順を保障すること、民間部門のヘルス・ケアおよび健康に対して部門を超えた行

動に向けた規制の枠組み、薬剤と食品の安全を保障すること、ヘルス・ケアの消費者および提供者を保護することである。(para.87)。

f) 適切な財源の保障

また、財源の保障に関わる政府の役割として、適切で持続可能な財源を保障することが求められている、すなわち、

「政府の行動と規制は、適切な水準の財源の支出（公的または私的部門を通じて）を保障するため、費用の管理・抑制および国庫の抑制を促進するため、不可欠な薬剤と技術のリストを提供するため、そして国の資源が健康の必要性を満たすために公平に使用されることを保障するために必要である。∴政府が保健医療システムについての主たる権限を有しているとき、あるいは主たる財源支出者であるとき、いつそう公平なアクセス、費用の抑制、そして予防とサービスの促進に重点がおかれることになろう。」(para.98)

とされている。一方で財源は「適切な水準」であるべきで「国庫の抑制」がはかられるべきと言及されているが、しかし他方では、政府が財源を支出することの大きな意義として、財源が「健康の必要性を満たすために公平に使用されること」と、国民の間の「公平なアクセス」を保障することにあると述べられている。すなわち、とりわけ先進国においては「保健医療の費用の増加が健康という成果をもたらすとは限らない。すべての国々で費用対効果を最大にするために、費用抑制のための手段が考慮されるべき」(para.99) こと、および「将来の世代のための保健医療サービスおよび社会サービスへの支出を保障するように設計されなければならない」(para.100) ことが課題として提示されている一方で、国の支出の抑制が、患者等、個々の家計の負担に転嫁されることについては、注意が払われねばならないとされており、

「ヘルス・ケアの費用が公的負担から個人および家族に移行することには、注意が払われなければならない。連帯を基礎とした財政のメカニズムおよび保険システムでは、疾病の者および貧困な者が、社会の中の健康で雇用を有する構成員から支援されることが保障されることによって、公平を前進させるために使われることが可能である。」(para.100)

と述べられている。

ここで引用した部分から明らかのように、持続可能な保健医療システムにおいて確保されなければならない「公平」の概念は、単なる「機会均等」を意味するのではなく、疾病の状態にある者や低所得者に対しても持続的に公平に保健医療システムへのアクセスや健康増進の機会が保障されるという意味での、「公平」なのである。そして報告書では、先にみたように、このことを保障する役割が政府にあると述べている。

(5) 「良好なガバナンス」および「優先順位の設定」

1) コミュニティにおける住民自治と「良好なガバナンス」¹⁹⁾

以上でみてきたような「二一世紀におけるすべての人の健康を」政策の価値、目的、目標を実現するために、また、そのために不可欠な政策、行動を実施するにあたり、さらに報告書では、以下のような点に言及している。

第一に、先にみたような政府、コミュニティの役割を前提とした上で、部門を超えた多様な主体の関与による「良好なガバナンス (Good Governance)」の要請である。報告は、「社会が目的を達成するために、多様な部門および主体の業務を組織し遂行することを通じたシステム」と説明される「良好なガバナンス (Good Governance)」が、同政策の実現のために、とりわけコミュニティのレベルにおいて不可欠であると位置づけられている。すなわ

ち、「健康に影響を与える多様な関心と部門が協同することなしには」「Health For All」のビジョンは実現できない。市民社会の参加、非政府組織の参加は、健康に責任を有するすべての者が主体意識（ownership）をもち、その行動に対する説明責任を受け入れる見込みを増大させる」（para.104）と云われている。

この「良好なガバナンス」は、コミュニティにおける住民による意思決定が前提とされており、「地方における住民参加による計画策定は、地方の可能性と資源を十分に活用し、より住民に近い環境、社会、経済的サービスにおける効率的な協同は、それらのサービスのコミュニティの主体性（ownership）を強化し、有効性を高める」（para.106）ものと考えられている。

2) 持続可能な保健医療システムと「優先順位の設定」²⁸⁾

第二に、資源の制約という実質的な問題にかかわる「優先順位の設定」である。報告では、「健康を増進させるためには、利用可能な幅広い戦略範囲があるが、資源には制約がある。」（para.109）とされ、制約ある財源のもとでの持続可能な保健医療システムを実施する際には、必然的に優先順位を設定することが必要となると指摘する。しかし、この作業は、「複雑であり、政府の最も高い水準の注意深い考慮が要求される」（para.109）とされ、複雑多岐にわたる問題を孕んでいると言える。

優先順位の設定に関しては、この優先順位を決定する主体、設定の際に考慮すべき事項、および決定過程の在り方（とりわけ決定過程への各主体の関与）が問題となる。

報告書では、まず、「優先順位の設定の過程は、その選択が国、地方、個人のどのレベルに関連するかによって異なる」とされ、財政的に政策決定可能な五つのレベルとして①保健医療システムと保健医療サービスへの支出と

いうマクロ・レベル、②地理的に異なる地域およびサービスの間での財源の分配、③特定の形態の治療への資源の配分、④どの患者が治療を受けるべきかに関する選択、⑤個々の患者がどの程度自己負担をするかに関する決定、があるとする。そのいずれのレベルに着目するかによって、優先順位は異なってくるため、この決定の仕方および内容には、「最も高い水準の注意深い考慮が要求される」(para.109)と述べられている。

優先順位の決定に際して考慮に入れられるべき事項としては、第一に、政府は、先に述べた「社会的な配慮」をすべき主体として、「人々とりわけ貧困者および女性の長期間にわたるニーズを強調することが必要であるとされている」(para.109)。第二に、「技術的な考慮」として、「とりわけ健康状態および人々のニーズについての考慮」が挙げられている (para.110)。第三には、次に述べるように各部門間の協議によって決定されるための前提として、「決定の基礎とされるべき諸価値についての正しい認識が養成される必要がある」(para.111)とされており、同報告書に掲げられた諸価値についての正しい認識に基づいた優先順位の設定がされることが求められている。

次に、優先順位の設定過程の在り方については、「公的部門と健康に関する主要な諸グループを含む、公開の協議的なアプローチによって設定されるべきである」(para.111)とされる。この際に、「諸グループ間における定期的な対話と意見交換は、行動のための主な問題点と選択肢についての理解の共有を促進することにつながるだろう。」(para.111)とされ、一次的な協議ではなく、関係部門の継続的な対話と意見交換が重視されている。また、決定に関与する主体として、「公平で持続的な政策が策定されるためには、(社会的に) 阻害されたグループ、患者、障害のある人々の意見は不可欠である。」(para.111)とされ、さきに述べた意味での「公平」を表現するために、社会的に阻害されたグループ、患者、障害のある人々の決定過程への関与は不可欠であることが示されている。

(四)「二世紀におけるすべての人に健康を」政策における健康権論の特徴

以上で概観してきた「二世紀におけるすべての人に健康を」政策における健康権概念の特徴点は、次の点にある。

(1) 国際社会の諸変化への対応と「持続可能な保健医療システム」構築の要請

一九九〇年代末に「二世紀におけるすべての人に健康を」政策が提起された背景には、世界的な経済・社会の情勢や、科学技術、産業、自然環境の変化、さらに国際的人権保障の進展等の諸変化が存在している。同政策は、これらの新しい変化へ対応することを強く意識した内容をもつものであつた。

報告書では、これらの諸変化の中で生じる健康へ及ぼされる悪影響という課題に立ち向かうため、国際人権保障の中で合意されてきた「発展の中心に人間をおく」という考え方を強調している。すなわち、経済的発展ないし開発の目的には、健康の実現を含む人間の発展がおかれるべきとする考え方である。また同時に、後でも述べるように、「人権としての健康権」と「公平」の概念を強調している。「人権としての健康権」と健康における「公平」は、本論文でもみてきたとおり、これ以前のWHO文書の中でも繰り返し述べられ、健康を保障する際の基礎となる概念である。本報告書ではこれらの概念を、あえて健康政策の土台となる「鍵となる価値」として再確認している点特徴的である。このことは、アルマ・アタ宣言以降一定の前進はしたものの「二〇〇〇年までにすべての者の健康を」という目標は実現されておらず、その反面グローバリゼーションや貧困の拡大等による健康への悪影響を及ぼす新たな諸要因が脅威としてあらわれている状況において、これへの対抗手段として「健康権」を据え、健康の享受を法的な効力ある権利・義務の関係としてとらえることですべての人の健康の享受を達成しようとする試みであると言える。「公平」についても、同様に、健康への悪影響を及ぼす諸要因への対抗手段として、とりわけ

「社会的に阻害されたグループ」や貧困者、女性、患者、障害をもつ人の健康に配慮することを強調していることは既に述べたとおりである。

さらに報告書は、これらの諸変化に対応するために、持続可能な保健医療システムを構築することを要請している。ここでは、もちろん資源的制約からくる「財源の適切さ」についても要請しているが、しかし報告書は、財源の視点だけにとどまらず、包括的に「持続可能な保健医療システム」全体の在り方を提起していた。すなわち、①ライフパンにわたって、②すべての市民を対象として、③継続的に保健医療ケアが利用可能である、④予防、治療、リハビリテーションまで包括的な内容を包括して、⑤健康の増進を保障するものである、⑥より高度な医療およびその他の社会的サービスと密接に結びついて、⑦変化しうる社会的・医学的要請に受難に 대응するもの、という総合的な内容を含むものであるとされる (para.43, para.45)。また、持続可能な保健医療システムを構築する際にも、「社会的側面」に対する特別の配慮が払われるべきであり、低所得者をはじめ社会的に阻害されたグループや貧困者、女性、患者、障害をもつ人らに対して公平にアクセスが保障されるものでなければならないことが強調されていた (para.100)。

(2) 人権としての健康権の再確認と強調

(1) で述べたように、一九九〇年代末以降の世界的な経済・社会の情勢や、科学技術、産業、自然環境の変化といった新しい変化、それらの変化による健康への悪影響へ対抗し、すべての人に健康を実現するために、人権としての「健康権」が強調されていることが、本報告書の特徴と言えよう。

報告書及び決議の中では、まずWHO憲章以来、主要なWHOの文書の中で述べられてきたように、「到達可能

な最高水準の健康を享受することはすべての人の基本的な権利である」ことを引用しているが、同報告書においては、従来の文書に比べて、基本的人権としての健康権を、いっそう強調する中身となっている。すなわち、健康に関するあらゆる側面に影響を与えるべき「鍵となる価値」の一つとして、「健康権の再認識」を位置づけている。健康政策のあらゆる側面に人権としての健康権を浸透させることが、すべての人の健康を実現するという目的的实现に不可欠であると考えられていると言える。

これに関して、WHO開発と健康政策部上級顧問のI.C.Herrellは、報告書及び決議が、「WHOが、世界中のすべての人々に可能な限り高い水準の健康」を追求していく際、人権が重要であることを再確認している」ものであると述べている。同氏は、従来、国際人権法の発展とWHOにおける人々の最高水準の健康を達成するための活動の二つは、それぞれ「多くの場合、平行して実施されており、人権の擁護者は一連の目的を追い求め、健康の専門家は別の目的を遂行」してきたと述べ、国際社会がこれまで「健康に関する権利や、それに関連した各国の義務を規定する要素に、ほとんど注意が払われていない」状態であったことを反省し、「地球規模のイデオロギー、政治、経済上の利害関係によつて影響をこうむる経済的、社会的、文化的な権利の全体に対して、国際社会が十分な注意を払つてこなかった」として、国際社会そのものが、健康権をはじめ経済的、社会的及び文化的権利及び義務について十分認識してこなかったと指摘する。そのため、同氏は、WHOの姿勢を積極的に評価し、今後人権が「到達可能な最高水準の健康を実際に実現するために非常に重要な役割があることを、健康と人権という二つの分野の専門家集団がいままさに認識すべきときである」と述べている。具体的には「例えば、保健（・医療）サービスの妥当性を判断するに際し、両者が共同で分析することによつて、最低保障すべき質的基準や継続的に質を改善する指針の策定が可能になるだろう」と述べ、実際の保健・医療制度及び政策の妥当性を、健康権をはじめとする

国際人権法に基づく権利・義務の問題として国内的・国際的にとらえるべきであると指摘している。

同報告書の健康権概念のその他の特徴点としては、一つは、他の基本的人権と健康権との関係について、従来のアルマ・アタ宣言等と同様に「相当水準の食糧、水、衣類、住居、社会サービス、社会保障、公的扶助の権利」の他、その他の基本的人権と健康権とは、「相互補完的なもの」(para.2)と位置づけている。さらに、とりわけ貧困と健康との関係性について、先に挙げたように、まさに相補完する関係にあることが述べられており、健康権の保障のためには一定の水準の生活水準が保障される必要がある、また一定水準の生活の保障が実現されると健康も増進されるとされている。二つには、一九八〇年代の「ヘルス・プロモーション」政策の流れを受け、自らの健康を自己決定し、常に健康を増進させていくという視点が引き継がれ、健康は絶えず増進させるべきとする方向性が含まれている。

(3) 貧困・不公平の拡大と、「公平」の強調

次に、「公平」が強調されている点である。これはいくつかの意義において使われている。

前提として、同政策では、国家間及び国内の両方における健康の格差の解消についても言及されており、その前提として、「いくつかの進歩にもかかわらず、国内外における健康の格差は増大している」という現状認識を前提としている。

その上で、同政策の報告書では、健康に関するあらゆる側面に影響を与えるべき「鍵となる価値」の一つとして、「公平」を位置づけている。「公平」概念は、報告書の中では、「低所得の者」「患者」「障害をもつ者」等の、社会の中で「阻害された者」に対して保健医療システムへの「公平な」アクセスが保障されるべき、という意味で繰り

返し言及されていた。

さらに、(4)で述べるように、このような「公平」は、政府の財政的な裏付けと立法措置を通じて、実質的に確保されるべきものであるとされている。これは、また、経済が悪化している等の財政的な制約の中にあっても、また持続可能な保健医療システムを実現する際においても、政府によってもっとも配慮されなければならない「社会的側面への配慮」として位置づけられていた。

(4) 政府の役割の重視

(3)の点とも関連するが、世界経済のグローバル化、世界的レベルでの貧困の拡大、自然環境上の制限から生じる資源的制約という諸要因に、人々の健康が影響を受けている現状において、すべての人の健康権を実現するためには政府の役割が重要視されていた点も特徴的である。

すなわち、政府の役割として、a)健康増進のための立法策定と、ヘルスケアの権利の立法化、b)「公平」および「社会的配慮」を具体化するための立法化、すなわち「経済的影響から悪影響を受けている弱い立場にあり不利益をうけている人々の保護のための健康に対する協同的行動のために、国内法がその基礎を用意すべき」(para.86) 役割、c)公共部門と民間部門との役割の定義を明確化するための立法化、d)個人の自由に対する配慮の立法化、e)その他、暴力と傷害をコントロールや医学的ケアと研究における倫理手順、薬剤と食品の安全を保障、消費者保護等の立法化、f)適切な財源の保障等が挙げられていた。

とりわけ、政府が財源を支出することの大きな意義として、財源が「健康の必要性を満たすために公平に使用されること」と、国民の間の「公平なアクセス」を保障することにあると述べられており、「低所得の者」「患者」

「障害をもつ者」等の、社会の中で「阻害された者」ととっても、健康健が保障されるという意味での「公平」という価値の実現のために、政府が役割を果たすべきことが要請されているのである。

(5) コミュニティにおける多様な部門の協同と、住民参加

最後に、(4) で述べた政府の役割を前提とした上で、様々な部門の協同と参加が要請されている点である。

「二一世紀におけるすべての人の健康を」政策では、ヘルス・プロモーションの取組みの際に提起されていたように、健康をより増進させるためには保健医療部門だけではなく、健康に影響を与えるあらゆる部門の協力と協調した行動が要請されることに加えて、さらに以下のような点が指摘できよう。

同政策においては、今後、持続可能な保健医療システムを創設するにあたって、資源の制約の中で、国内およびコミュニティ内で優先順位の設定を行いつつ実施していかなければならないと述べられている (para.109-111)。しかしその際においても、先に述べたように「公平」の観点から、「社会的側面」に対する特別の配慮が要請され、低所得者等も公平に保健医療へのアクセスが保障される (para.100) よう注意が払われなければならない。

ここから、同報告書では、優先順位の設定やコミュニティにおける保健医療に関する計画策定の際には、これらの者の意見を重視しつつ住民参加によって決定されるべきことが要請されている。すなわち、すべての立場の人の要求が資源的な制約によって満たされないという段階であるからこそ、資源を何に「優先」して使用するかは決定は、民主的な決定過程の手續きによってはじめて正当化される、という視点上に立っているものと思われる。

また、保健医療の実施過程においては、コミュニティの中の多様な主体の参加によって担われることによって限られた資源の中で、より質の高い保健医療サービスを、より有効に提供できる可能性があるという視点上に立つて

いる。すなわち報告書では、「健康分野への民間部門の参加の増大」(para.29)という傾向について言及しているが、特に「営利企業」の参入を奨励しているわけではない。「経済のグローバル化と民営化によって、立法の必要性は高まっている」(para.87)として、例えば食品衛生や環境、タバコ等の健康を脅かす要因が増大する可能性に言及し、これらを規制し健康を守るための立法化等の必要性を述べている。むしろ報告書において強調されているのは、保健医療の実施・提供過程における「市民社会の参加」「非政府組織の参加」ないし「協同」であり、住民が保健医療ケアの単なる客体ではなく、主体意識をもった主体としてコミュニティの保健医療に関する活動に関与することで、サービスの質と有効性をより高めることを可能とするような、「協同」を念頭においていると言えよう。

注

- (1) WHO (1998) Health for All in the twenty-first century (A51/5), p1-3.
- (2) Ibid.WHA (1998), p2-3.
- (3) Ibid.p4-15.
- (4) Ibid.p17-32.
- (5) Ibid.p17-23.
- (6) Ibid.p24-25.
- (7) 「二一世紀におけるすべての人に健康を」政策の数値目標等は、以下のとおりである。

A. 健康の成果 (Health outcomes)

1. 二〇〇五年までに、健康に関する公平の指標が国内および国家間において、健康についての公平を促進し監視する基礎として用いられるようにする。最初に、公平は、子どもの発達の基準を基礎に評価されるようにする。
2. 二〇二〇年までに、妊産婦死亡率 (MMR)、五歳未満の子どもの死亡率 (CMR)、および生存期待年齢について、諸世界錠が合意した目標を達成する。

3. 二〇二〇年までに、世界規模での病気の負荷を、実質的に減少させる。結核、HIV/AIDS、マラリヤ、タバコに関連する疾病、暴力/トラウマの、近年の発生率とそれによる障害の増加傾向に対処することをねらいとするプログラムの実施を達成する。

4. はしかは、二〇二〇年までに根絶する。リンパ管フィラリア症は二〇二〇年までに撲滅させる。シャーガス病は二〇一〇年までに断ち切る。ハンセン病は二〇一〇年までに根絶させる。トラキユーマは二〇二〇年までに撲滅する。さらにビタミンAとヨウ素欠陥症は二〇二〇年までに根絶する。

B. 健康の決定要因に対する部門を超えた行動

5. 二〇二〇年までに、すべての国は、部門をこえた行動を通して、安全な飲料水、適切な公衆衛生、食糧および住居を十分な量と質で利用できることについて、大きな前進をすること。

6. 二〇二〇年までにすべての国は、健康なライフスタイルを強化するための戦略を導入し、積極的に推進し、監視する。

C. 健康政策とシステム

7. 二〇〇五年までに、加盟国は、国内政策をEUW政策と一致するように発展させ、実施させ、政策を監視するような、

機能しうるメカニズムを有していること。

8. 二〇一〇年までに、人々は、ライフスパンを通じて、一次的には公的な保健医療部門によって援助される、包括的で、不可欠で、質の高い保健医療ケアを有すること。
9. 二〇一〇年までに、適切な世界的および国内の健康に関する情報、監視、警報システムが確立されていること。
10. 二〇一〇年までに、研究政策および施設機能が、世界的、地域的、国家レベルで作用していること。

(para.38)

- (8) Ibid.p26,p33-35.
- (9) Ibid.p26-28.
- (10) Ibid.p33-45.
- (11) Ibid.p33-34.
- (12) Ibid.p34.
- (13) Ibid.p34-35.
- (14) Ibid.p35.
- (15) Ibid.p26-27,p36-40.
- (16) Ibid.p36.
- (17) Ibid.p27,37.
- (18) Ibid.p27,p37-38,p40.
- (19) Ibid.p41-42,44.

- (20) Ibid.p42-44.
- (21) I.C.Harell「すべての人々に健康を、と人権の重要性―WHOの展望―」(松田正己・鈴木千智訳)『公衆衛生』六八卷九号、一九九八年、六八・一六八三頁。
- (22) I.C.Harell前掲、六八二頁。
- (23) 同六八二頁。
- (24) 同六八三頁。

第四章 考察—わが国の健康権論への示唆—

以上で概観してきたWHOにおける健康権概念の特徴点に照らして、本章では、第一節では従来わが国の健康権に関する議論に対して、WHOにおける健康権の展開の中で発展してきた諸視点から、若干の考察を試みる。第二節では、近年のわが国での医療制度改革における基本的な考え方について、とりわけ平等原則に焦点をあてて若干の検討を試みたいと思う。

一節 WHOにおける健康権概念とわが国の健康権論への若干の示唆

WHOはその設立以来、WHO憲章において「すべての人の到達可能な最高水準の健康を享受する権利」という人権としての健康権を掲げ、その実現に向けて取り組んできた。

しかしながら、「二〇〇〇年までにすべての人の健康を」というアルマ・アタ宣言以降の目標は達成されておらず、むしろ近年においては世界経済のグローバル化、貧困および貧富の格差の拡大等によつて健康への悪影響が増大している。加えて、資源的な制約から、持続可能な保健医療システムの構築が求められている。このような現状において、今日、わが国も含め、健康権保障に対する新たな課題が生じていると言えよう。

WHOの近年の取組みの中では、これらの新たな課題への対応として、「人権としての健康権」と「公平」の視点が強調されている。これらの視点は、健康への与える悪影響への一定の「歯止め」として、また健康に関する政策の基礎として位置づけられるものであり、これらの実現のために政府の役割が期待されている。

(1) 「人権としての健康権」という視点の重要性

「人権としての健康権」は、WHO憲章以降、あらゆるWHOの取組みの中で繰り返し述べられ、WHOの活動の基礎となる概念であることは明白である。しかし、一九九〇年代後末に出された「二一世紀にすべての人に健康を」報告書および決議は、「人権としての健康権」概念を、あえて、あらゆる健康に関する政策の土台となるべき「鍵となる価値」として位置づけ、これを強調している点が特徴的といえる。このことは、アルマ・アタ宣言以降、WHOの取組みは一定の成果は上げてきたものの、「二〇〇〇年までにすべての者の健康を」という目標自体は実現されておらず、その反面グローバリゼーションや貧困の拡大等による健康への悪影響を及ぼす新たな要因が脅威としてあらわれている状況において、これへの対抗手段として「健康権」を据えているのである。

すなわち、健康の享受を法的に効力ある権利・義務の関係としてとらえていくことで、すべての人の健康の享受を実質的に達成しようとする視点である。WHO開発と健康制作部上級顧問のI.C.Herrill氏が述べるように、「イデオロギー、政府、経済上の利害関係によって影響をこうむ」つてきた健康権などの経済的、社会的、文化的権利の分野に、「人権としての健康権」という視点を持ち込み、例えば保健・医療サービスや政策の妥当性を判断する際に権利・義務の関係としてとらえるような試みは、「到達可能な最高水準の健康を実際に実現するために非常に重要な役割がある」と考えられるに到っている。このことは、例えば国際連合における、経済的、社会的、文化的権利に関する規約委員会における社会権規約上の人権の法的拘束力の強化と人権内容の具体化についての、過去一〇年余りの取組みの方向性とも一致している。

ただし、同氏が、「健康と人権という二つの分野の専門家集団がいままさに認識すべき」課題として今後の両分野の専門家集団の共同作業を期待していることから明らかにしており、WHOの取組みの中でも、「人権としての

健康権」から導かれる権利・義務の具体的検討は、今後の課題として残されていると言える。

（2）健康概念と、健康の向上・増進についての権利

このように、WHOの取組みにおいても「健康権」概念は、未だ具体的な権利・義務の体系として十分に具体化された概念にはなっていないとは言えないが、しかし、権利性の解明は今後の重要な課題として認識されていることは明らかである。

以下では、このような前提のもとで、これまで見てきた健康権の保障を目的とするWHOの諸文書において繰り返し強調され、健康権概念の重要な要素として盛り込まれていると考えられる諸点から、わが国の健康権論について若干の提起をしていきたい。

第一に、健康権における「健康」の概念に関して、まず、いずれの文書においてもWHO憲章を基礎とし、「完全な肉体的、精神のおよび社会的に福祉（well-being）の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」（WHO憲章前文）という考えが貫かれてきた。

第二に、当該健康とは、静止した状態をあらわすのではなく、とりわけ一九八〇年代のヘルス・プロモーションの取組み以降、絶えず向上・増進すべきものであるという考えが定着している。その意味で、健康の「向上・増進」についての権利が、健康権の内容に含まれると言うべきである。

（3）健康権と他の諸環境との関連性

次に、健康権とその他の諸環境との関連性について、健康権概念は、保健医療制度をはじめ、環境や食品安全領

域、社会福祉領域、その他経済的発展を目的とする様々な社会的領域における諸制度の計画、創設、改革、実施の際に、指針としての法規範的な役割を担うべきものとして理論構成される必要がある。

また、保健医療制度をはじめこれらの諸制度が、健康を侵害するようなものとして設計・作用するような場合には、これを「健康が侵害され、あるいは侵害される具体的ななおそれがあるとすれば、その侵害の排除ないし予防を求めることも許されると解すべき」（東京地判平九・四・二三判タ九八三号一九三―二二二頁）ということをも、「健康権」という独立した具体的権利からではなく、「人格的な利益」として判示した先述の判例の立場については、むしろ積極的に健康権の内容として構成していく必要がある。

なお、健康権保障においては保健・医療制度をその中核として位置づけることに異論はないが、ヘルス・プロモーションの取組みおよび「二一世紀におけるすべての人の健康を」政策においては「健康権の実現のためには「貧困との闘い」が不可欠なものとして位置づけられていたように―述べられていたように、健康の前提条件として、貧困からまぬがれ食糧、水、衣類、住居等を含む一定水準の生活を享受しうることが不可欠であることが認識されている。健康権を保障する前提として、これを健康権の一要素とするか、別個の人権として構成するかはともかく、一定水準の生活が保障される権利が位置づけられるべきである。

（4）政府の健康権保障の義務

健康権保障の責任主体が原則として国であるという点は、WHO憲章や、健康権を規定した国際人権規約等の名宛先が「国」であるということから導かれてきている。

近年では、加えて、グローバル化をはじめとする変容する国際社会、経済構造の中で、すべての人の健

健康権を保障するために、「公平」の観点から、政府の役割が重視されている。

すなわち、社会の中で阻害された、ないし阻害され易い立場におかれる人々に対しても健康権を保障すること、とりわけ保健医療システムとりわけプライマリ・ヘルス・ケアへの公平なアクセスを阻害しないための「社会的側面への特別の配慮」をすることは、政府の責任として強調されていた。財源や立法の裏付けをもって、すべての人、とりわけ社会的に阻害されたグループ、患者、障害のある人々等の健康権を保障し、これらの人々が不利益を被らないように施策を講じる責任が、政府に課せられているのである。

このことは「持続可能な保健医療システム」を創設する際にも強調されており、先進国においては、財源の支出の削減も念頭においた記述がされているが、しかし反面で、「持続可能」なシステムを設計する際に、先に述べた社会的に阻害されたグループや貧困者、女性、患者、障害をもつ人等に不利益が及ばないように「社会的配慮」をすること、国庫支出を削減した分を個人や家庭の負担に転嫁しないように注意することが要請されていた。

(5) 保健医療サービスへの権利—プライマリ・ヘルス・ケアと持続可能な保健医療システム

第五に、すべての人の健康権を保障するためには、包括的な保健・医療制度が国内において確立される必要がある、保健医療サービスをうける権利が含まれると解される。

とりわけアルマ・アタ宣言で述べられていたように、いかなる経済的・社会的発展の程度であつてもすべての国においても、「最も高い質の一次医療」プライマリ・ヘルス・ケアへのアクセスがすべての人に保障されること」(Paragraph) が要請されていた。すべての人のプライマリ・ヘルス・ケアについての権利は、最終的には政府にこれを保障する義務がある。プライマリ・ヘルス・ケアの内容には、先にみたように、予防からリハビリテーション

までの包括的で継続的なものであること、利用可能な資源の中での最高の質であること、ケアの計画から実施にいたるあらゆる段階で、住民や患者らの参加および自己決定の権利の保障等が要請されているものである点にも注目すべきである。

保健医療システムについては、今日においては「二一世紀におけるすべての人の健康を」政策の中にあらわれていたように、持続可能な保健医療システムを構築することが要請がされている。しかし同報告書から明らかとなり、「持続可能性」という概念は、財源上の「制約」という視点にとどまらない。すべての人の健康権の観点から、①ライフスパンにわたって、②すべての市民を対象として、③継続的に保健医療ケアが利用可能である、④予防、治療、リハビリテーションまで包括的な内容を包括して、⑤健康の増進を保障するものである、⑥より高度な医療およびその他の社会的サービスと密接に結びついて、⑦変化しうる社会的・医学的要請に受難に応えうるものとして構築されるべきという、総合的な内容を含んだ概念であった (para.43.45)。また、この際にも、「社会的側面」に対する特別の配慮が払われ、貧困者をはじめとする社会的に阻害されたグループにおいても公平にアクセスが保障されるものでなければならない (同報告書 para.100) とされている。

(6) 健康への自己決定権と参加権

第六に、WHOの健康権保障の取組みの中では、常に健康についての自己決定と参加が強調されてきた。

アルマ・アタ宣言においては、プライマリ・ヘルス・ケアの企画、運営、実施等のあらゆる段階とレベルにおける住民の参加の権利と参加義務が掲げられている。

また、ヘルス・プロモーションの取組みにおいては、自らの健康を自分でコントロールし健康を増進させるとい

う個人的レベルと、健康に影響を与えるあらゆる環境に対してこれをコントロールし、健康にとってより良いものに改善していくという社会的レベルの双方における自己決定が要請されている。

さらに、「二一世紀におけるすべての人の健康を」政策においては、資源的制約から持続可能な保健医療システムを構築が要請される中で、「優先順位」を国内および各コミュニティの単位で決定しなければならない事態に至り、「参加」は、「優先順位」を正当なものとするための民主的手続きとして、いっそう積極的な意義をもつものとして位置づけられている。

これらの点からすると、個人のレベルにおいては健康に対する自己決定権としてとらえることができる。個人的レベルの健康に対する自己決定権については、その前提として健康に関する情報を受ける権利と教育についての権利が保障される必要がある。

社会的レベルにおいては、保健医療をはじめ健康に影響をあたえる様々な部門への参加権ないし、専門家の参加義務としてとらえることができる。社会的レベルにおける参加権については、保健医療システムとりわけプライマリ・ヘルス・ケアの企画、運営、実施までのあらゆる段階を含み、さらには、健康に影響を与えるあらゆる環境に対してもこれをコントロールし、改善していくという中身を含むものとして構成されるべきである。また、参加の主体としては、コミュニティにおける住民の参加は最大限に行われることが要請されるとともに、とりわけ社会的に阻害されたグループ、患者、障害をもつ者、低所得者等の政策決定過程への参加権が重視されている点にも注意すべきである。

(7) 健康権における平等原則

WHOの健康権保障の取り組みの中では、常に「公平」ないし「平等」が強調されていた。健康権における平等原則は、「二一世紀におけるすべての人の健康を」政策において、「公平」が一つの「鍵となる価値」(Key values)として位置づけられ、「健康に関するすべての側面において土台として導入されるべきであり、政策の選択、その選択が行われる方法、そしてもたらされる利益に対して影響を与えるものでなければならぬ」(para.31)とされている。

健康権における平等原則の内容については、これまでみてきた健康権のさまざまな側面に対応して、多様な側面をもつものとして整理することができる。

一つ目に、差別なくすべての人が到達可能な最高水準の健康を享受する権利を有するという、最も基本的な側面である。

二つ目に、健康権保障の中核である保健医療制度とりわけ最も高い質のプライマリ・ヘルス・ケアへのすべての人への保障へのアクセスの平等という側面である。アルマ・アタ宣言や「二一世紀におけるすべての人の健康を」政策の中では、国の経済的発展の程度のいかにかわらず、すべての人のプライマリ・ヘルス・ケアへのアクセスの保障が掲げられる。

その内容には、「最も必要な人」や「社会的に阻害されているグループ」に対する優先権の保障がふくまれており、「公平」の概念には、単なる機会均等という意味を超えて、政府による財源支出と立法化を通して実現される、実質的平等の内容を含んでいる。

三つ目としては、健康についての自己決定および健康増進への機会均等という側面である。すなわちオタワ憲章

において述べられていた「すべての人が自分の健康の潜在能力を十分発揮できるような機会における平等である。そのためには、自分の健康を自分でコントロールできなければならず、健康の自己決定権の平等も含まれる。

四つ目としては、健康についての自己決定権の社会的側面である、保健医療システムをはじめとする健康に影響をおよぼす諸環境をコントロールし、改善していくための参加の機会均等である。ただし、これについては、資源的制約の中で、優先順位を設定して持続可能な保健医療システムを構築するという要請のもとでは、その影響をもつとも受けやすい「社会的に阻害されたグループ」「貧困者」「患者」「障害をもつ人」らの参加をとりわけ重視しなければならぬとされる点には留意すべきである。

五つ目には、健康の保障のために最低限必要な前提条件（Ⅱ衣類や食糧、水、衛生、住居等についての一定水準の保障についての権利）の保障が不可欠であるとする側面である。これについては、健康権の中身として構成すべきか、あるいは一定水準の生活を享受する権利など別の権利として構成すべきかについてはここでは保留しておくが、一九八〇年代のヘルス・プロモーションの取組み、「二十一世紀においてすべての人の健康を」の取組みをみても、健康権と密接に関連していることは明白である。

六つ目として、これらの公平ないし平等原則の実現を通じて、最終的には人々の健康状態についての格差を少なくしていく、という方向性が含まれる。

以上のような平等原則の多様な側面の中でも、二点目に述べた「社会的側面への配慮」として低所得者をはじめとする社会的に阻害された人々の健康権保障に特別の配慮を必要とし、これらの人々が「公平」に保健医療システムへアクセスできることが求められている点が、「二十一世紀にすべての人の健康を」政策において強調されている。このためには政府が財政的支出と立法を通じてこれを実現するという役割を担うべきとされ、「公平」を保障する

ために政府の積極的な役割が強調されているのである。そしてこのような意味での「公平」は、意味的には「平等原則」という方がより適切であると思われる。

このような近年における平等原則の強調の背景には、先にも述べたが、アルマ・アタ宣言以降の「すべての人の健康を」という目標は達成されていないことに加え、貧困および貧富の格差の拡大、健康状態の格差の拡大、健康への悪い影響を及ぼす要因の増大という世界レベルでの健康への悪影響の増大という状況において、さらには資源的制約という新たな課題の中で、WHOはこれらへの対抗軸として、「健康権」と「公平」ないし「平等原則」の視点を強化して、政府の役割を強調し、社会の中の最も弱い立場の者がこれらの不利を被ることがないようにすべきであることを重視していると言えよう。

二節 わが国の医療制度改革の考え方と健康権—平等原則を中心に—

以上の考察をふまえて、近年のわが国の医療制度改革における基本的考え方について、若干の批判的考察を試みる。ここでは、全面的な議論をすることは今後の課題として残しておき、とりわけ本論文のタイトルに掲げた「平等原則」の観点にしぼって、若干の問題提起をしていきたい。

わが国の近年の医療制度改革に関する素材としては、直近の二〇〇二年の医療制度改革において提出された文書の中から、二〇〇一年九月二五日付けで厚生労働省から提出された「医療制度改革試案」、そして二〇〇二年改正法の附則に基づいて策定された二〇〇二年三月二八日閣議決定「健康保険法等の一部を改正する法律附則第二条第二項の規定に基づく基本方針」を取り上げることとする。

一九八〇年代における社会保障「再編」政策の後、一九九〇年代には、一連の社会保障「構造改革」が進められてきており、その主要分野として医療、年金、福祉の三分野が位置づけられている。社会保障「構造改革」の中では、とりわけ制度の「持続可能性」と「給付と負担の公平性」が強調されている。一九九五年七月に提出された、社会保障制度全体の理念の見直しを行った文書である、社会保障制度審議会勧告「社会保障制度の再構築安心して暮らせる二一世紀の社会目指して」では、とりわけ医療制度の改革の必要性和方向性について、以下のように述べている。¹⁾

「人口の高齢化、医療技術の高度化などにより、二一世紀において医療需要の増大は避けられない。小手先の対応では現行の各制度が破綻するおそれがある。したがって、医療供給体制の安定及び医療資源の適正かつ効率的な配分という観点から、医療制度及び老人保健制度を含めた医療保障制度の抜本的な改革を行いつつ、生活の質にも配慮した施策の展開が要請される」

「我が国の国民皆保険体制は、被用者保険制度と国民健康保険制度との二つに大別される。しかし、国民健康保険制度は、高齢化の進展、自営業の雇用労働者化の進行、過疎化の拡大など社会経済の構造変化により、今後その運営はますます困難になるものと考えられる。国民健康保険制度は、一元化が実現するまでの間状況を考えれば被保険者に占める高齢者の割合が高く、また被保険者の保険料拠出能力が低いため財政基盤が弱体化しており、保険者間の財政力の格差も大きい。これに対応するには、国、都道府県及び市町村が一体となった支援、制度間・保険者間の財政調整の強化、一定限度を下回る小規模国民健康保険の広域化、再保険制度の拡充など、国民健康保険事業の安定化を図る措置が必要である。また、保険料の負担が困難な低所得者の増大など

により、それ以外の被保険者の負担が重くなっているが、それを是正した上で、保険料負担の適正化を図る措置を講ずべきである。」(下線部は筆者。以下同じ。)

すなわち、持続可能性という点については、先にみたWHOの「持続可能な保健医療システムの構築」の内容とは異なり、「供給体制の安定」「医療資源の適切かつ効率的な配分」、国民健康保険制度については運営の困難性を克服するとする「国民健康保険事業の安定化を図る措置」など、制度の財源の「持続可能性」の側面が強調されていることが明らかである。

また、「公平」という点については、「保険料の負担が困難な低所得者の増大などにより、それ以外の被保険者の負担が重くなっているが、それを是正した上で、保険料負担の適正化を図る措置を講ずべきである」とし、保険料負担の困難な低所得者への配慮という視点より、むしろ、「それ以外の被保険者の負担増」に鑑みて「適正化」措置を講じると述べられている。このような考え方は、二〇〇二年医療制度改革においては、いっそう顕著になっている。二〇〇二年九月二十五日厚生労働省「医療制度改革試案」²⁾では、

「医療制度改革の基本方向) こうした環境変化に対応し、良質で効率的な医療を国民が享受していけるようにするためには、保健医療システム、診療報酬体系、医療保険制度といった医療制度を構成する各システムを、大きく転換していかなければならない。」

「医療保険制度については、国民皆保険を基本に、各制度・世代を通じて給付と負担の公平化を図るとともに、

保険者の統合・再編成や規模の拡大など運営基盤を強化しつつ、持続可能で安定的な制度を構築する。」

「・当面の課題として（持続可能で安定的な医療保険制度の構築）

○…近年、高齢化の一層の進展等により、老人医療費が増高を続け、拠出金の負担が保険財政に対する大きな圧迫要因となっている。また、一般の医療保険制度においては、かねてより制度間で給付率が異なる点などについて格差の是正が求められてきた。

○今般の平成一四年度医療改革においては、現下の社会経済状況の下で早急に対応が求められているこうした課題に対処するため、増大する老人医療費の抑制、後期高齢者への施策の重点化、制度間の給付率の統一などの措置を講じることとする。」

「・今後の医療保険制度の抜本改革に向けて

こうした各制度が抱える問題に加え、制度横断的な課題として、産業構造の変化や就労形態の多様化といった近年の新たな状況に対応する必要があるとの指摘がある。

○これらの課題を克服し、高齢化がピークを迎える時期においても国民皆保険の安定的な運営が確保されるためには、

- ① 国民の間に著しい負担や給付の格差が生じないこと
- ② 給付に必要な保険料の徴収など保険者事務が着実に行われること
- ③ 効率的な保険運営が確保されること

といった条件を満たすことが必要であり、今後、これらを念頭に置きつつ、医療保険制度の改革に取り組む必要がある。

さらに、二〇〇二年七月に成立した健康保険法等の一部を改正する法律（平成一四年法律第一〇二号。以下「改正法」という。）附則第二条第二項に基づき、①保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬の体系の見直しに関する政府の基本方針として出された二〇〇二年三月二八日付け閣議決定においては、医療保険制度体系の「基本的な考え方」として、

（第2 医療保険制度体系 1 基本的な考え方）（2）給付の平等・負担の公平

「保険者の自立性・自主性を尊重した上で、医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す。」

（第2 医療保険制度体系 3 高齢者医療制度）（1）基本的な方向

「世代間・保険者間の保険料負担の公平化及び制度運営に責任を有する終端の明確化を図る。」

（2）具体的な方向

「前期高齢者については、国保又は被用者保険に加入することとするが、制度間の前期高齢者の偏在による医療費負担の不均衡を調整し、制度の安定性と公平性を確保する。その際、給付の在り方等についても検討する。」

「高齢者については、現役世代との均衡を考慮した適切な保険料負担を求める。」

ここでみたように、同改革では、制度の「持続可能性」と並んで「公平」が強調されているのであるが、ここで「公平」の意味はWHOの諸文書における「公平」概念とは異なつた意味で使われている。

すなわち、「各制度・世代を通じた給付と負担の公平化」、「制度間で給付率が異なる点などについて格差の是正」、「国民の間に著しい負担や給付の格差が生じないこと」とい述べられているように、主として、給付と負担の公平の意味が強調されて使われている。

WHOの健康権論における「公平」ないし「平等原則」の観点からすると、国レベルにおける医療制度改正においてむしろ考慮すべきことは、第一に、現状において「社会的に阻害されているグループ」や「最も必要とする人々」、「貧困者」等において保健医療制度への実質的なアクセスが十分に実現されていない場合には、優先的に保健医療制度へのアクセスの平等を保障するための措置を行うことであろう。これには財源的措置を伴う「優先権」的な措置が含まれることになる。

この点について、二〇〇三年三月二八日閣議決定の「基本方針」では、国民健康保険制度に関して「低所得者を多く抱える市町村国保の運営の安定化」を図ることが言及されているが、低所得者層そのものへの配慮については、言及されていない。また、これは財政の安定化の観点からの配慮であるが、むしろ、国民の基本的人権としての健康権の観点からの配慮がされるべきであり、具体的施策もそれにふさわしいものである必要がある。

第二に、第一の点とも関連するが、このような「社会的に阻害されているグループ」や「最も必要とする人々」等をふくめたすべての人の健康についての健康増進と健康についての自己決定の機会均等を保障するための措置を講ずることである。

第三に、健康のための「前提条件」への権利の保障による実質的平等についても考慮をほらう必要がある。すな

わち、健康を実現するため、また健康についての自己決定をするためには、最低限必要な前提条件（Ⅱ衣類や食糧、水、衛生、住居等についての一定水準の保障についての権利）についての実質的平等が不可欠であるという意味である。

これらは、先に繰りかえし述べたが、資源的制約等から要請される「持続可能な保健医療システム」の構築という要請と相容れないものではない。むしろ持続可能な保健医療システムを構築する際には、社会的に阻害されたグループの健康権保障に対して、政府は財源や立法措置を伴って配慮すべきことが強調されているのである。

おわりに

以上、わが国における従来の健康権論の概観と、それに対してWHOにおけるこれまでの健康権保障の取組みに関する主要な文書のうち、WHO憲章、一九七〇年代のアルマ・アタ宣言およびアルマ・アタ会議における文書、一九八〇年代以降のヘルス・プロモーションの取組みの中でのオタワ憲章、サンドバール宣言、そして一九九〇年代末に出された「二一世紀におけるすべての人の健康を」政策に関する決議と報告書を検討し、WHO憲章以降のWHOにおける健康権の考え方の特徴点について大まかに検討してきた。

わが国では、とりわけ筆者の住む沖縄において顕著であるが、低所得層において、「給付の公平」と「負担の公平」の考え方のもとで実施されてきている医療保険における保険料（税）の高騰と患者の一部負担の引き上げ、保険料滞納者に対する保険証返還等の措置などを原因とする医療機関への受診抑制や健康状態の悪化は、近年ますます

す顕著にあらわれてきている。⁴⁾このような実態について、健康権保障の観点からより綿密に点検していくことは、今後の差し迫った課題となつていゝと思われる。

一方で、わが国における医療制度改革は、先にもふれた二〇〇三年三月二八日に閣議決定された「基本方針」に基づく方向において、今後も引き続き改革が続けられていく予定である。今後の改革の行方とその基本的な考え方について、ここで検討した健康権の観点から、今後とも引き続き点検していく必要がある。

また、WHOの健康権概念の中にあつた特徴のうち、本論文では個別には検討することができなかったが、今後より詳細にみていくことが必要であると思われる。わが国への健康権論への示唆的な部分がいづつかあつた。健康権における自己決定権および参加権、持続可能な保健医療制度の要件、医療のあるべき質に関する諸点等である。これらの点についての検討は今後の課題としたい。

注

- (1) 社会保障制度審議会一九九五年勧告に関しては、例えば全国老人福祉問題研究会『老後保障最新情報資料集一三三号』(あげび書房、一九九六年)、『賃金と社会保障』一一六二号(一九九五年)、同一一六四号(一九九五年)等を参照。また同勧告に先立つ社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第一次報告については『賃金と社会保障』一一〇三号(一九九三年)、同委員会第二次報告については『賃金と社会保障』一一四二号(一九九四年)の各特集を参照。
- (2) 二〇〇一年厚生労働省「医療制度改革試案」については、『週刊社会保障』二二五四号(二〇〇一年)一二頁―一三三頁等を参照。
- (3) 同文書については、例えば、寺尾正之「厚労省『試案』から政府『基本方針』へ―医療『構造改革』の交互の展開―」

(4)

『月刊国民医療』一九二号(二〇〇三年)二二二頁、資料として『隔月刊 社会保障』三八八号(二〇〇三年)六一六九頁等。

例えば、沖縄タイムス二〇〇三年四月一七日期刊、同紙二〇〇三年五月八日期刊参照。ここでは沖縄県における増え続ける国保税の滞納世帯と、「短期証」および資格証明書交付についての現状を取り上げる。同紙二〇〇三年五月八日期刊では、保険税を分納して短期被保険者証を交付されていた世帯が、決められた保険税を支払うことができず保険証の期限が切れ、その結果として「医者には糖尿病を放逐した合併症と言われたが、保険証がなく通院するお金もなかった」ため男性が死亡した事件が紹介されている。

また、沖縄タイムス二〇〇二年四月一日朝刊では、県内自殺の状況について、沖縄県の男性の自殺率が、全国一位(一九九〇年四位、一九九五年二位)という高順位にあり、その動機として「経済・生活問題」「精神障害」「病氣苦」の順であるとしている。「病氣苦」は、昨年までは過去五年にわたって、県内の自殺の動機のトップであったが、二〇〇二年には初めて「経済・生活問題」がこれを抜いた。

また、県内の豊見城市において活動している市民団体「豊見城の国保をよくする会」が実施している国民健康保険に関する相談会には、同豊見城市外からも多くの相談が寄せられている。同会の相談事例の一つである、国保法四四条に基づく低所得者等の一部負担金減免の申請に関する審査請求事例について、『貸金と社会保障』一三四九号(二〇〇三年)七二一八頁、拙稿「沖縄県からのレポート国保行政に問われていること」、『貸金と社会保障』一三五二・五二二号(二〇〇三年)二二二三頁、矢吹紀人・相野谷安孝著『国保崩壊』(あけび書房、二〇〇三年)一八三―一八四頁を参照。