

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 （一）

| | |
|-------|---|
| メタデータ | 言語: Japanese 出版者: 琉球大学法文学部 公開日: 2007-09-05 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/20.500.12000/1682 |

健康権と平等原則 —WHOにおける健康権の動向を中心に—(一)

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(世界保健機関)における健康権保障の展開と平等原則(4. まで本号) |
| 三節 | WHOにおける健康権と平等原則 —小括— |
| 第四章 | 考察 —わが国の健康権論への示唆— |
| 第五章 | おわりに |

第一章 はじめに

世界保健機関は、その憲章(WHO憲章)において、到達可能な最高水準の健康を享受することは、差別なくすべての人の基本的人権であると謳っている。わが国も批准している普遍的な人権条約である国際人権規約でもこのことを確認し、「この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有

することを認める」(社会権規約一二条一項)と規定する。わが国においても憲法二五条が「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」をすべての国民の権利とし、「健康」についての権利をすべて国民に保障することを規定している。そして憲法一四条の平等原則によりこれらの基本的人権の無差別・平等の享受が保障されている。

しかし、わが国においては、健康権保障及び医療保障における不平等は現在も存在しており、とりわけ八〇年代の臨調「行革」政策の下での社会保障政策の見直しと、続く九〇年代以降の社会保障「構造改革」の中で、健康権保障及び医療保障における不平等はむしろ助長されてきていると言える。¹⁾

例えば、高齢者医療については、一九八二年の老人保健法の制定以降、質、量ともに規制をうけ「年齢による差別」が生じている。高齢者のみならず、一九八〇年代以降の度重なる医療保険制度の改革により、患者の自己負担が増大され続け、その結果、病院にかかりづらいという受診抑制等の「経済的状況による差別」が生じている実態も指摘されている。また、一九八五年の医療法改正により地域医療計画の策定が義務づけられて以降、病床の数の制限・減少政策が進められ、国立病院・診療所の統廃合政策と相まって、とりわけ過疎地域において医療機関の不在ないし不備による「もうひとつの過疎化」と呼べる事態が進行する等、医療供給体制における地域間の不平等も拡大している。

さらに、国際化の進展によりわが国に滞在する外国人住民が増大しているが、わが国における外国人住民を対象とする医療保障体制の不備から、彼らの健康状態が悪化していることが指摘されている。とりわけ一九九〇年以降、従来の「準用」から、短期滞在外国人に生活保護法を適用しない方向への厚生省の運用の変更により、この事態は深刻さを増しており、この間いくつかの訴訟も提起されるに至っている。²⁾

このようにわが国における医療保障制度とその運用、及び政策の随所に不平等の実態が生じており、このことは、

わが国における「国民皆保険」の理念にも反する事態と言える。現在進められている医療制度改革においても、基本的にはこの不平等の実態を改善するというより、むしろ年齢や経済的状況による不平等、地域間の不平等をより拡大しかねない内容であると思われる。その意味で、人権としての健康権保障と、その具体化である医療保障における平等の問題は、現在、社会保障法学における重要な課題の一つであると言えるよう。

本稿では、このような問題意識に基づき、国連の保健・健康に関する専門機関であるWHOの動向及び諸文書から、WHOにおける健康権概念の内容・発展を明らかにするとともに、そこでの健康権保障及び医療保障と平等原則との関連について検討し、健康権及び平等原則の国際的基準の一端を明らかにすることを目的としている。その上で、わが国における従来の健康権論と現在の医療制度改革の中身について若干の問題提起を試みたい。

注

(1) 医療保障における平等の意義、不平等の構造については、最近のものとして、山本忠「医療保障と平等—高齢者医療を中心に—」日本社会保障法学会編『講座 社会保障法 第四巻 医療保障法・介護保障法』(法律文化社、二〇〇一年) 九六—一〇一頁参照。

(2) これらの不平等の実態、法的諸問題についての詳細は、拙稿「医療保障と平等—国籍、貧困、地域による不平等を中心に—」前掲・日本社会保障法学会編『講座 社会保障法 第四巻 医療保障法・介護保障法』一二〇—一四〇頁参照。

第二章 わが国における健康権論の展開と平等原則

国際基準の検討にはいる前に、まずわが国における健康権とその平等原則に関するこれまでの議論を概観し、健康権論の到達と課題を明らかにしておこう。

一節 わが国における健康権論の展開

「健康権」の確立がわが国で初めて提唱されたのは、一九七〇年代初めである。日本医事法学会第四回大会は『健康権』(?)をめぐって「医療の中心にあるものは何か」と題するシンポジウムを行い、西三郎氏、下山瑛二氏、小川政亮氏の三氏の健康権の提唱に関する報告とそれに関する討議が行われた。^①ここでは、医学と法学―医事法、行政法、憲法、社会保障法等の多様な分野から―のそれぞれの視点から健康権の背景、法的根拠、権利の内容及び権利性等に関して活発に討論がされている。それに先立ち、公衆衛生の分野では『公衆衛生』一九七三年一月号において「健康権」をテーマとした特集を行い、北野博一氏、唄孝一氏、下山瑛二氏、小川政亮氏の四人の論文が発表されている。^②当時のテーマをみるとわかるように、「健康権」には括弧付きでさらに「マーク」が付されており、まさに権利としての確立を初めて試みるという段階にあった。^③

この一九七〇年代における健康権の提唱の背景には、公害や薬害問題等によって国や社会が健康を侵害するような事態が生じたこと、保健・医療制度が十分に整備されているとはいえず国民の健康が十分保障されていなかった実態があったことが挙げられる。例えば、「最近の公害、薬害問題のみならず、広く医療制度一般の包摂して

いる諸問題を媒介として、澎湃として起こりつつある社会大衆の要求が基底に横たわっている」という発言や、公衆衛生の実態として「健康の問題というのは……最も優先されるというふうに一般的に言われて、私どももそれに従って公衆衛生活動をしているわけですが、どうも実態がそうではない。……一方で健康を国というか社会というかそういうものが破壊をしているという現状がある」という発言がみられる。

一九八〇年代には臨時行政調査会の答申に基づく医療「再編」政策の中で、健康権の確立の必要性が主張された。すなわち、一九七八年から実施された厚生省の「国民健康づくり推進事業」において個々人の努力において各自の健康を守るという「健康自己責任論」が登場し、その後一九八一年の臨時行政調査会最終答申に基づき、老人保健法の制定とその後の「改正」、健康保険法の「改正」、医療法の「改正」といった一連の医療制度の「再編」により、医療供給体制及び医療費用の負担の両面から改革が行われ、また医療の「営利化」と公的責任の後退が進められた。そのような政策の流れに対抗するための手段として、健康権の確立の必要性が指摘されてきた。例えば、「経済的活力を担う若者や身体の強健なものの対策が社会の中心的課題とされ、老人、障害者、母子家庭などの社会的不利を持つ人々が排除される傾向が強まっている」という実態から、健康権の「概念の確立が期待され、再度『健康権』の提唱が必要と言えよう」という主張が⁽⁷⁾されている。

一九九〇年代には、二一世紀に向けて社会保障制度全体の構造改革が進められる中で、医療制度についても公的責任の後退、自己負担の増大、市場原理の導入の方向で改革が進められてきている。とりわけ「七〇年代との相違は、本来、住民の生命、健康、生活をまもるべき制度が逆に住民を排除し、苦しめる」ものとなっていると指摘されている。その一方で、「患者、住民、医師を始めとする医療関係者の医療保障をもとめる運動は、患者の権利宣言、国民医療の確立、そして、さまざまな地域医療創造の活動として『人権としての医療』確立を掲げ、発展している」。

このような背景のもと、健康権を人権として確立し、二一世紀における医療保障制度そして社会保障制度の指針となりうるための理論構築が必要であることが指摘されている。¹⁰⁾

このように、主として国による国民の健康侵害に対する手段としてその必要性が主張された一九七〇年代に始まり、今日ではさらに、あるべき社会保障制度及び医療保障制度の指針となるべきものとして、健康権が提唱されてきているのである。

二節 健康権をめぐる論点

これまでに議論された健康権をめぐる論点を整理すると、概ね以下のとおりである。

1 健康権の法的根拠

まず健康権の法的根拠については、日本国憲法を中心とするわが国の法体系の中でどのように位置づけられることができるかについて議論されてきた。すなわち、健康権の法的根拠としては、国際人権文書においては、世界人権宣言二二条、世界保健機関憲章(WHO憲章)前文及び一条、日本も批准している国際人権規約A規約一二条に直接的規定があるが、日本国憲法の中では健康権について直接的には唱われていない。そのため、「わが国の人権力タログに追加することは可能か」「可能であるとしたら、健康権の憲法上の根拠はいずれの条項に求めるべきか」が問題となってきた。前者については、環境権や教育権といった、憲法上に直接規定されていない人権であっても、その後裁判上で法的根拠として用いられる等の経緯を経て、現在では人権として位置づけられるに至っているものが

存在するため、社会的要請によって新たな人権を加えることは可能であると主張されている。^⑪

後者の憲法上の根拠について、人間の尊厳の理念を規定した憲法一三条に基づき、直接的には憲法二五条の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とする規定を根拠とするものであるとの意見が主流であろう。^⑫ 下山氏は、憲法一三条は人権規定全体の総則的規定として人間の生存性そのもの「生命権を規定しており」、「人間の生存を、生命を中心として健康→生活→環境と外延をのばしていくならば、『健康』を保持する権利が人間の生命保持と同じ次元であらわれうる」と思考することも可能であるし、また、環境権・生活権等の概念が成立するならば、より生命に近接値をもつ健康の権利を公認することに不可思議はないはずである」としている。^⑬

尚、日本は一九七九年に国際人権規約を批准しているため、A規約一二条の健康権規定は国内においても法的拘束力をもつものであり、国内法体系における法的根拠となりうることも指摘しておく必要がある。^⑭

2 健康権の具体的権利性

次に、健康権の権利性に関してである。これまでの議論では、「健康権から具体的請求権が発生するか」という健康権が単なるプログラムの規定にとどまらず、具体的権利となりうるかという議論と、具体的権利であるとする場合、健康権の内容のうちどの部分が司法救済の対象になるかという、司法救済可能な範囲についての議論がされてきた。これらの点については、未だ十分に説明されているとは言えない。

前者、すなわち健康権が具体的権利となりうるかという点について、下山氏は、他の新しい人権である環境権、教育権、憲法二九条の損失補償請求権等を例に挙げ、仮に健康権の直接の憲法上の根拠である二五条がプログラム規定であつたとしても、^⑮「従来の憲法学において、請求権が認められていなかったがゆえに、今後その権利性が否

定されねばならないとするのは本末転倒であり、憲法上、権利性を阻止する他の要件がなければ、社会的要請を受けて、これに権利を付与する努力こそなされねばならない」と述べる。¹⁶⁾

国際人権規約上の健康権規定の権利性については、(1) 自由権として各個人が国家から健康を害されない権利、(2) 社会権として国家の積極的な措置を要求しうる権利の複合的な性格をもつとし、(1) については市民的及び政治的権利にかんする諸権利と同様に「原則的に、全ての人々に対して権利保護を行い」、その侵害に対する救済措置が取られるべきであり、(2) については、「漸進的に (progressively)」に達成すべきことが求められているが、しかし単なるプログラム規定と解してはならず、日本のような経済的に即時実施可能な先進国の引き延ばしを認めたものではないこと、自国における利用可能な手段を最大限用いること、いつかは完全に達成する義務を負うこと、「不断の改善」が締約国の責務として定められていることに留意すべきであると指摘されている。¹⁷⁾

それではこれらの点についてわが国の判例上ではどうか。健康権は、近時、主に環境訴訟や食品添加物の指定をめぐる訴訟等で主張されるようになってきており、そこでは健康権を「独立した具体的な権利とすることができるかは疑問である」としながらも、「しかし、人の生命、身体的及び健康が法的に保護されるべき利益であることはいうまでもなく、生命、身体及び健康が侵害され、あるいは侵害される具体的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」とし、「そのような人格的な利益は、これを健康権という独立の権利としてとらえることはできないとしても、不法行為法上も保護されるべき法的利益であることは異論のないところといえよう。」と判断されている(東京地判平九・四・二三判タ九八三号一九三—二二頁)。ここで、判決が「健康権」を具体的権利としないとする理由に着目すると、「原告らの主張する健康権なるものは、『身体の安全、健康への不安に脅かされることなく平穩に生活する権利』とか、『質量ともに生存及び健康を損なうことのない

食品を確保する権利』というもので、その内容が抽象的であり、一定の具体的な意味内容を確定することができるかは疑問である。」とされ、健康権が独立の権利といえない理由として、その具体的権利内容のあいまいさが指摘されているのである。

3 健康権の内容

ここから、健康権の具体的権利性を含む具体的内容を明らかにすることが重要な課題となる。この点については従来一定の議論がされてきているが、判決で指摘されるように必ずしも十分に明らかになっているとは言えない。具体的な健康権の内容については、主として以下の点が議論されてきた。

まず健康権の享受主体であるが、原則として個人であるすべての者であり、保障主体としては、第一義的には国家にある¹⁸⁾と考えられている。保障すべき健康の水準としては、WHO憲章にあるように、「最高水準」であるとされる¹⁹⁾。

健康権の保障する「健康」の概念に関しては、WHO憲章においては「肉体的、精神のおよび社会的に完全に健康な状態」であると規定されており、健康の概念はこれを基本とすべきであるが、学説上いくつかの問題点が指摘されている。第一に、WHOの健康概念は静態的であり健康を向上・増進するという動態的な内容が含まれるべきという批判が出されている²⁰⁾。

第二に、「肉体的、精神のおよび社会的に完全に健康な状態」といったとき、例えば障害をもつ者や慢性疾患の者等について、完全な身体的健康の状態は保障しえない者が健康権の享受から排除される危険性を指摘する意見がある²¹⁾。これに対して、平等な生命についての権利を前提とした上で「健康な生命」と「健康でない生命」を区別し、「健

康でない生命のほうから内発的にその状態を克服するためのその人自身のいろんな主体的要求、また健康な生命と同じように一切の社会的な権利義務を行使できるという要求を非常にはつきりと位置づけておかねばいけない」として、「生命権と言う漠然たるものに包括せず、健康権というものを区別して意識する必要がある」という生命権とは別に健康権を提唱することの意義が述べられている。

第三に、WHO の定義からは健康についての自己決定が必ずしも導かれないことが指摘され、これに対して「医師などが診断するとか、客観的な状態として健康をとらえるということだけでは不十分である。逆に健康であるとか健康でないという認識が個人の主体的なものにある」と考えるべきであり、健康について個人が主体的に決定するという健康の自己主権論²⁸と言える考え方が提起されてきている。

健康権の中には具体的にはどのような請求権が含まれるかという点に関しては、従来の議論では、第一に「文句のないのは健康を失った場合の健康回復権、あるいは受療権とでもいうか医療を受ける権利」が当然含まれるとされる。これに関して、医療については予防からリハビリテーションまでの広い範囲が含まれるとし、医療の一貫性という観点が必要であることが提起されている。第二に、「健康の防衛権」についても含まれるべきであり、その場合、環境権である「大気汚染とかいわゆる公害的なものもいろいろございますし、あるいは食品衛生、日照権、こういうような問題」「医薬品あるいはそのほか医療行為によって生ずる健康障害、これを防止する何らかの措置を要求する、あるいはそれが失われましたときに補償を求めるとか、こういうようなことがでてくるんじゃないか」と述べられている。この立場からすると、健康権が侵害されたといえるのは傷病の場合だけに限らず、「健康権が現実には侵害されたのが傷病の意味になるんであって、現実には侵害はされていないけれども、健康に対する侵害の危険性が発生したということはやはり健康権の侵害にはなる」として、侵害される危険が発生した場合には健康権の侵

害があると解すべきことになる。第三に、「医師などが診断するとか、客観的な状態として健康をとらえるということだけでは不十分である。逆に健康であるとか健康でないという認識が個人の主體的なものにある」と考えるべきであり、健康について個人が主體的に決定するという健康の自己主権論の立場からは、健康に対する自己決定権が含まれると考えられている。

4 健康権の原理・原則

このように、健康権の内容を具体的に明らかにすることは、今日においても課題として残されている。これに対し、一九九〇年代には、新たな提起として、健康権の法的な権利として一層具体化し実体化するための試みとして、健康権を立法や施策の中で具体化するための「原理」「原則」が提唱されている。

すなわち、上のような議論の動向をふまえ、人間の尊厳を理念し、保障すべき水準は、到達可能な最高水準の健康であり、わが国の憲法を中心とする法体系の中では、憲法一三条に基づき、直接的には憲法二五条を根拠とする具体的権利であると構成する¹³⁾。そして、未だ抽象的な概念である健康権を具体化するいくつかの原則があるとし、生活保護法の法体系になぞらえて、健康権の「原理」「原則」が存在すると提起する。具体的には、健康権の理念である「人間の尊厳の理念」を具体化する原則として、「自己決定の原則」「選択の自由の原則」「平等の原則」「最高水準の原則」があるとしている¹⁴⁾。

そして、これらの原則の法的性格については、必ずしも明らかにされていないが、注目すべき点として、「到達可能な最高水準の健康概念は、第一義的には決定できず、行政、立法の裁量を認めざるをえないため、行政裁量、立法裁量の制約原理が必要となる」とし、裁量の制約原理として、「参加」と「平等」原則があるとする¹⁵⁾。

これらの原則は、健康権を具体化した中心的分野である医療保障においてもあてはまるとする。すなわち、医療保障を健康権の具体化された一分野として位置づけ、健康権の理念及び原則は、その具体化である医療保障の理念、原則としてもあらわれてくるものであるとしている。

三節 健康権論における課題としての平等原則

今日の健康権の現状に目をむけると、判例上はもとより学説上でも、環境権や教育権のように、日本国憲法の中で保障されるべき人権の一つとして位置づけられるには至っていない。

健康権をめぐるこれまでの議論からは、健康権が日本国憲法を中心とする法体系と矛盾しないこと、新たな人権として存在しうることについては、異論がないと言える。問題は、健康権の内容及、権利性が未だ十分議論されておらず、不明確なことであろう。これらの点について今後具体的検討をしていくことが健康権確立にとって不可欠であろう。

これらすべてに直ちに回答することは、筆者の力量をはるかに越えているので、本稿では、健康権の内容の一つとしての平等原則に焦点をあてて検討したい。井上氏は、先に述べたとおり、健康権そしてその具体化である医療保障の原則として、「自己決定」選択自由の原則「到達可能な最高水準の原則」とともに、「平等原則」を挙げている。原則の内容及び法的性格については必ずしも明確にされていないが、とりわけ、到達可能な最高水準の健康概念の確定の際や、医療保障の具体的中身の確定といった過程で不可避免的に挿入される立法裁量及び行政裁量を制約するための原理の一つとして、これらの原則が機能するものとしている。

以下では、WHOの動向・諸文書を素材に、そこでの健康権の議論の展開を追いながら、健康権における平等原則の内容とその法的性格を明らかにすることを課題とし今後の健康権確立のための一考察を提示したい。

注

- (1) 日本医事法学会編『医事法学叢書四巻 医療の制度と保障』(日本評論社、一九八六年) 九頁以下。ここでは、西三郎「健康権」を提唱する(九—一七頁)、下山瑛二「健康権」(一九—三〇頁)、小川政亮「公費医療からみた『健康権』」(三二—四八頁)の各論文と、討議の内容が「シンポジウム『健康権』(?)」をめぐって—医療の中心にあるものとは何か—(四九—七二頁)に掲載されている。これらの論文の初出はいずれも『ジュリスト』五二八号、一九七三年。
- (2) 「特集 健康権」『公衆衛生』一九七三年一月号四—三二頁。ここでは北野博一「権利としての健康」(四—九頁)、唄孝一「健康権」についての一私論(一〇—一四頁)、下山瑛二「健康権」の歴史(一五—二二頁)、小川政亮「健康権と社会保障」(二三—三〇頁)の各論文と、資料として世界人権宣言の全文が西三郎氏の解説とともに掲載されている。
- (3) 日本医事法学会編・前掲書(注1) 四九頁以下参照。
- (4) 下山・前掲論文(注1) 一九頁。
- (5) 医事法学会第四回大会シンポジウムでの西三郎氏の発言。日本医事法学会編・前掲書(注1) 五五頁。
- (6) 西・前掲論文(注1) 一六—一七頁。
- (7) 西・前掲論文(注1) 一七頁。
- (8) 井上英夫「健康権と医療保障」朝倉新太郎他編『講座日本の保健医療二巻 現代日本の医療保障』(労働旬報社、一九九一年) 六五頁。

(9) 井上前掲論文(注8) 七五—七六頁。

(10) 下山英二氏は、先の論文の内容を發展させて「健康権概念確立の必要性」「健康権と国の法的責任」(岩波書店、一九七九年) 七七—九〇頁、同「健康権」「病院」一九八一年一〇月号、五二頁以下を發表している。他にも、佐藤進『医事法と社会保障法との交錯』勁草書房、一九八一年、小田利勝「健康権と福祉権」保健・医療社会学研究会編『保健・医療と福祉の統合をめざして 一九八〇』垣内出版、一九八〇年、六五—九九頁、河野正輝「健康権とヘルス・ロー」石本忠義他編『社会保障の変容と展望』勁草書房、一九八五年、二〇七—二三頁、小川政亮「人権としての社会保障・健康権」国民医療研究所編『看護が変わる』労働旬報社、一九八八年、一八七頁以下、日野秀逸『健康と医療の思想』労働旬報社、一九八六年等がある。尚、前掲・日本医事法学会編『医事法学叢書四卷 医療の制度と保障』の各論文末には、出版時の一九八六年までの政策や実態の変遷をもとに「補論」が付け加えられている。一九九〇年代に出されたものとして、井上英夫「健康権と医療保障」がある。

(11) 下山・前掲論文(注1) 二〇—二二頁、下山・前掲書(注8) 七八—七九頁参照。

(12) 唄・前掲論文(注2) 一〇頁以下、下山・前掲論文(注1) 二〇—二二頁、井上前掲論文(注8)・八四—八六頁等。

(13) 下山・前掲論文(注1) 二〇—二二頁、同・前掲書(注8) 七八—七九頁、尚、唄氏も健康権が生命権の下位概念であることを強調する。唄・前掲論文(注2) 二二—二三頁参照。

(14) 例えば、井上・前掲論文(注8) 八三—八四頁参照。

(15) 但し、当時でもこの考えが必ずしも定説ではなかったことには注意すべきである。

(16) 下山・前掲論文(注1) 二二—二三頁、同・前掲書(注8) 八〇—八一頁。

(17) 井上・前掲論文(注8) 九一—九三頁。

(18) 唄・前掲論文(注2) 一二頁、井上・前掲論文(注8) 八六—八八頁。尚、医事法学会におけるシンポジウムにおいても、健康権及び生命権という場合、種族の生命ないし人類の生命ではなく、個体の生命が基本とされるべきであるとの意見が出されている。日本医事法学会編・前掲書(注1) 六三—六四頁。唄氏の発言。

(19) 井上・前掲論文(注8) 八九—九〇頁。

(20) 日野・前掲書(注8) 一〇六—一〇七頁。

(21) 北野・前掲論文(注1) 四—五頁。

(22) 唄・前掲論文(注1) 六二—六三頁。

(23) 唄・前掲論文六二—六三頁。

(24) 日野・前掲書(注8) 一〇六—一〇七頁。

(25) 日本医事法学会編・前掲書六六頁。

(26) 日野・前掲書(注8) では、一九八〇年代における政府の臨調「行革」路線における健康の「自己責任論」に対置する形で、「健康の自己主権論」を提起する。同書一三—二五頁、一七〇頁以下参照。

(27) 日本医事法学会編・前掲書(注1) 六五—六六頁。曾田氏(司会)の発言。

(28) 日本医事法学会編・前掲書(注1) 六〇—六一頁。西氏の発言。

(29) 日本医事法学会編・前掲書(注1) 六五—六六頁。曾田氏の発言。

(30) 日本医事法学会編・前掲書(注8) 六四—六五頁。植松氏の発言。

(31) 日本医事法学会編・前掲書(注2) 六六頁。西氏の発言。

(32) 日野・前掲書(注8) 参照。

(33) 井上・前掲論文(注8) 八四頁以下参照。

(34) 井上・前掲論文(注8) 九三―九四頁。

(35) 井上・前掲論文(注8) 九三―九四頁。

第三章 医療保障における平等原則の国際基準―WHOの取組みを中心に―

一節 普遍的国際人権条約・宣言における健康権と無差別・平等原則

一九四八年十二月一〇日に国連総会で宣言された世界人権宣言では、「すべて人は、生命、自由及び身体の安全に対する権利を有する」(三条)とする生命権とともに、「すべて人は、衣食住、医療及び必要な社会的施設(social services)等により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利、並びに失業、疾病、心身障害、配偶者の死亡、老齢その他不可抗力による生活不能の場合は、保障を受ける権利を有する」(二五条)とする十分な生活水準保持の権利の規定をもつ。ここでは健康権として独立した規定ではないものの、福祉と並んで健康が生活も目的としてあげられていること、医療が衣食住、社会的施設と並んで「十分な生活水準保持の権利」の手段として例示されている。

これと同時に、人権の無差別・平等を規定した条項ももっている。平等原則の規定(二条)、法の前の平等の規定(七条)がそれにあたる。

世界人権宣言をさらに内容を発展させ、法的拘束力をもつものとして国連総会で採択された国際人権規約では、生

命権を定めた規定(市民的及び政治的権利にかんする国際規約(以下「自由権規約」六条)の他に、独立した健康権についての規定を有する。すなわち「この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める。」(経済的、社会的及び文化的権利にかんする国際規約(以下「社会権規約」一二条一項)と規定する。二項では一項の権利の実現するために締約国がとるべき措置として、(a) 死産及び幼児の死亡率を低下させるための並びに児童のための対策、(b) 環境衛生及び産業衛生のあらゆる状態の改善、(c) 伝染病、風土病、職業病その他の疾病の予防、(d) 病気の場合すべての者に医療及び看護を確保するような条件の創出(一二条二項)を定めている。

そして、平等原則Ⅱ差別禁止原則の規定を自由権規約、社会権規約いずれにも規定し(社会権規約二条二項、自由権規約二条)、さらに法の前の平等規定を自由権規約二六条で定めている。

このように、普遍的な人権文書の中で、健康権と権利の無差別平等規定が位置づけられてきている。さらに、対象別、分野別の個別的な人権条約の中でも健康権及び無差別平等規定がおかれているものがある。

これらの国際人権文書の中で規定されている健康権の具体的中身、そして無差別・平等原則との関係はどのように解すべきか。国連の保健・医療に関する専門機関である世界保健機関(以下、WHO)は、健康権保障のための取組みの中で、健康権の中身等についての具体的な指針を示してきた。そこで以下では、WHOにおける健康権概念の特徴と、WHOが健康権保障において無差別・平等原則をどのようにの位置づけているかについて見ていく。

二節 W H O (世界保健機関) における健康権保障の展開と平等原則

W H O は、保健、医療に関する専門機関としてすべての人の健康を保障するために、これまでに様々な取組をしており、その中で健康権の内容の具体化や、健康権を保障するための諸原則について提言している。これらは、一節でみた普遍的国際条約の関連規定を具体化したものと位置づけることができ、健康権とその諸原則についてのより具体的な国際基準を形成していると言えよう。

1 W H O における健康権保障の取組みと国際基準の設定

W H O は、国際連合憲章五七条の専門機関として、一九四六年に採択された W H O 憲章によつて設立された健康に関する専門機関である。一九九七年現在、一九一カ国が加盟しており、日本も加盟している。¹⁾

W H O の目的は、W H O 憲章に掲げられており、「すべての人民が可能な最高の健康水準に到達すること」(W H O 憲章一条)とされ、この目的を達成するため、各国政府や国内外の多様な機関に対し、指導、調整、援助、研究その他、「目的を達成するために必要なすべての行動を執ること」(二条(v))等の多様な任務を負い、活動を展開している。任務の中には、「国際的保健事項に関して、条約、協定及び規則を提案し、並びに勧告を行うこと」(二条(k))も含まれており、W H O はその設立以降、すべての人の最高水準の健康を達成するための多くの国際基準を設定し、加盟国に対して具体的、技術的な健康に関する指針を提供してきた。

W H O には、W H O 憲章に基づき、(a)加盟国の代表で構成され W H O の政策決定機関として位置づけられる世界保健総会(W H A)、(b)世界保健総会の決定及び政策を実施する執行機関としての執理事務会(executive board)、そして(c)事務局がおかれている。

条約、協定、規則の採択と勧告を行う権限は、世界保健総会が有している。すなわち、条約、協定については「世界保健総会は、この機関の権限内の事項に関して条約又は協定を採択する権限を有する」(一九九条)と規定され、採択には保健総会の三分の二の投票を必要とし、各加盟国がこれを受諾した時にその加盟国に対して効力を生じる(一九九条)。加盟国は、保健総会が条約又は協定を採択した日から「一八ヶ月以内に受諾に関する手続きを執ることを約束する」ものとされ、受諾しないときは「受諾しない理由を述べた文書を提出」しなければならない(一九九条)。

また、規則の採択については、「世界保健総会は、次の事項に関する規則を採択する権限を有する」(二二一条)ものとされ、(a) 疾病の国際的まん延を防止することを目的とする衛生上及び検査上の要件及び他の手続き(b) 疾病、死因及び公衆衛生業務に関する用語表(c) 国際的に使用される診断方法に関する基準(d) 国際貿易において取り扱われる生物学的製剤、薬学亭製剤及び類似の製品の安全、純度及び効力に関する基準(e) 国際貿易において取り扱われる生物学的製剤、薬学的製剤及び類似の製品の広告及び表示に関する基準、の各事項が挙げられている(二二一条)。採択された規則は、「保健総会による採択についての妥当な通告がなされた後に、全加盟国に対して効力を生ずる」(二三条)ものとされる。ただし、一定期間内に「拒絶又は留保を通告した加盟国に対しては、この限りでない」(二二条)また、勧告については、「保健総会は、この機関の権限内の事項に関して加盟国に勧告を行う権限を有する」(二三条)ものとされている。

WHOは、WHO憲章に基づき「すべての人に健康を、すべての人に健康権の保障を」という目的を実現するために、これまでに国際会議の開催や世界保健総会における勧告や決議の採択をはじめ、様々な取り組みをしてきている。そして、これらの取り組みを通じて、これまでに、健康権及び平等原則に関する、より具体的な国際基準を提供してきているのであり、途上国も含めてすべての国において健康権保障を実質的に実現するために各国が共通

に守るべき基準を形成してきたのである。

とりわけ健康権保障における平等原則については、WHOの健康権保障の取り組みの中で、絶えず重視されてきた。WHO憲章では人権としての健康権の保障主体は「すべての人」であり、「人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに」(前文)と述べられていることから、その実現のために、取り組みの中で平等原則が強調されてきたと言える。

以下では、WHOの健康権保障の取り組みの中で、平等原則がどのように扱われてきたか、どのような内容をもつのかについてWHOの主要な文書をもとに検討していくこととする。以下では、とりわけ重要な文書として、

① WHOの設立とその目的について規定したWHO憲章、

② 「二〇〇〇年までにすべての人に健康を」というスローガンを初めて提起し、そのために重要な役割を果たすプライマリ・ヘルス・ケアについて規定した、一九七八年の「アルマ・アタ宣言」及び同宣言を採択したアルマ・アタ会議における文書^②

③ 一九八〇年代半ば以降とりわけ先進国におけるヘルス・プロモーションの増進に関して採択された「オタワ憲章」及び、ヘルス・プロモーションに関する第二回会議で採択された「サンドバール宣言」等のヘルス・プロモーションに関する諸文書^③

④ 「二〇〇〇年までにすべての人に健康を」というWHOの政策を引継ぎ、さらに近年の課題についても考慮して、より内容を発展させた、「二一世紀にすべての人に健康を」実現することを目的として一九九〇年代末以降に出されている決議及び報告^④

の四つを中心に、みていくこととする。

2 WHO憲章における健康権と平等原則

WHO憲章は、WHOの設立とその機関、目的について定めたWHOの根拠となる文書である。

憲章の前文では、「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的に福祉 (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」(前文) という健康の定義、「到達可能な最高水準の健康を享受することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一部である」(前文) こと、そして、この基本的権利が、人種、宗教、政治的信念、経済的条件、社会的条件による差別なく、保障されなければならないこと等について述べている。本文では、第一条にWHOの目的として「世界保健機関の目的は、すべての人民が可能な最高の健康水準に到達することである」(一条) と規定し、その目的を実現するための任務が第二章で規定されている。

WHO憲章における健康権概念の特徴は、第一に、到達可能な最高水準の健康がすべての人の人権であることを確認していることである。それ故、「自国民の健康に関して責任を有し、この責任は十分な保健的及び社会的措置を執ることによってのみ果たすことができる」(前文) と述べ、健康権保障を保障する責任が各国政府であることを明らかにしている。

第二に、その保障されるべき健康とは、「完全な肉体的、精神的及び社会的に良好な状態 (well-being) であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」(前文) としている点である。この健康の概念は非常に重要であり、後にもるように、国際人権規約等の国際的な人権文書の内容にも引き継がれているものである。

そして第三に、健康権の保障における差別禁止を明確に述べている。すなわち、「すべての人」の健康権が保障される必要があると述べているとともに、「人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに」(前

文」とする差別禁止条項を別に置いているのである。また、前文で「健康の増進と疾病特に伝染病の抑制が諸国間において不均衡に発達することは共通の危険である」(前文)と述べている。国内及び国家間における健康権の差別禁止と平等を目指していることが、これらの文言から明らかである。

3 アルマ・アタ宣言とプライマリ・ヘルス・ケアに関する世界会議

(一) アルマ・アタ宣言の概要^⑤

一九七八年にWHOは、ユニセフと合同で、プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議を、旧ソ連のアルマ・アタにおいて初めて開催した。^{⑥⑦}この会議では、WHO憲章で掲げるすべての者の最高水準の健康権の保障という目的を実現するための戦略として、「二〇〇〇年までにすべての人に健康を("health for all by 2000")という活動目標を設定し、プライマリ・ヘルス・ケアを全世界で確立するための諸条件及び各国の責務がアルマ・アタ宣言を採択した。これ以降、「二〇〇〇年までにすべての人に健康を」という政策がWHOのあらゆる活動の中で重要な位置を占めるようになり、同政策の実現のための最重要課題としてプライマリ・ヘルス・ケアが位置づけられている。

アルマ・アタ宣言は、健康が基本的な人間の権利であること、可能な限り高度の健康水準を達成することはその実現のために保健部門のほか多くの社会経済部門の行動を必要とするもつとも重要な社会目標であること、人々の健康を保護しまた増進を図ることは持続的な経済社会の発展に欠くことのできないものであり、よりより生活の質と世界平和とに対して寄与するものであると述べている。そして、プライマリ・ヘルス・ケアを国家の保健システムの中心的機能を担うものと位置づけ、その定義をするとともに、それを実践する際の諸原則が明らかにされている。「むしろ、これらのサービスの項目を地域の中で実践していく際の原則がより重要であり、優れた点である」

と指摘されているように⁸⁾基礎的な医療制度が確立していない途上国のみならず、同時に先進国にとつても、ここ述べられている諸原則に基づいて保健・医療制度の見直しを行うことが要請されているのである。宣言が発展途上国と先進国の両方にとつて「必須の健康戦略と位置づけられる」べきとされる所以である。⁹⁾後にみるように、これらの諸原則の中でとりわけ「平等」と「参加」が重視されている。¹⁰⁾

宣言は、一〇項目からなる。内容として、①健康は人権であり、最高水準の健康を享受する権利があること、②国内及び国家間の格差を容認しないこと、③発展のため健康の保護、増進は重要、不可欠であること、④企画・実施への参加の権利、⑤政策の責任、⑥プライマリー・ヘルス・ケアの定義、⑦プライマリー・ヘルス・ケアの内容、⑧政府が計画、戦略を打ち出すこと、⑨各国の協力、⑩軍事・紛争の資源をプライマリー・ヘルス・ケアにまわすこと、が盛り込まれている。

プライマリー・ヘルス・ケアについては⑥⑦⑧の項目で規定されているように、国家の保健・医療システム中でもっとも重要で中心的な機能を担うものであり、住民の最初でかつ継続的な第一的な基礎的医療ををさしている。予防からリハビリまでの広い内容を含み、健康教育、食糧と栄養、安全な水、環境衛生、家族計画を含む母子保健サービス、伝染病に対する予防接種、地方病の予防と対策、傷病への適切な処置、必須医薬品の準備等の保健部門に加えて、国及び地域社会の開発、特に農業、畜産養殖、食料、工業、教育、住宅、公共事業、通信、その他関連するすべての部門の行動を必要とするものとされている。すなわち、

「健康増進、予防、治療、リハビリテーション・サービスの実施などの地域社会における主要な保健問題を対象とする」(七項二)

「少なくとも次のものをふくんでいる…当面の保健問題とその予防・対策に関する教育、食糧の供給と適切な栄養

の推進、安全な水の十分な供給と基本的な環境衛生、家族計画を含む母子サービス、主要な伝染病に対する予防接種、地方流行病の予防と対策、ふつうの疾病傷害の適切な処置、必須医薬品の準備」(七項三)

「保健関係部門に加えて、国及び地域社会の開発、特に農業、畜産、養殖、食糧、工業、教育、住宅、公共事業、通信、その他これと関連するすべての部門とその視点を含み、これらすべての部門を調整するための努力を必要とする」(七項四)

と規定されている。

(二) アルマ・アタ宣言における健康権と平等原則

アルマ・アタ宣言における健康権概念の特徴は、第一に、WHO憲章と同様に、「健康は、基本的な人間の権利」であるとし、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めている。それゆえ、「政府は国民の健康に責任を負っている」(五項)とされ、「すべての政府は、包括的国家保健システムの一部として、また他の部門と協力して、プライマリー・ヘルス・ケアに着手し、これを維持するために、国の政策、戦略、および行動計画を明瞭に打ちだすべきである。この目的のために、政治的意志を行使し、国の資源を動員し、利用可能な外部資源を合理的に利用することが必要である」(八項)という、健康権保障の責任、プライマリー・ヘルス・ケアの実施及び維持責任、そしてその実行のための政策及び計画策定の責任等が課されている。

第二に、健康概念については、「単に疾病または病弱の存在しないことでないのみならず、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であること」^⑫としている点である。これらは、WHO憲章における健康概念及び基本的人権としての健康権概念を引き継いでいると言える。

第三に、すべての者の健康権保障を実現するという目標を達成するためには、包括的な国家保健（医療）制度が不可欠であり、その中でも中心的機能を有するプライマリ・ヘルス・ケアの確立が早急に求められている点である。すなわち途上国を含めすべての国でプライマリ・ヘルス・ケアを実現することが「すべての人に健康を」という目標を実現するための「カギである」とされ、先にみたように国家にその実施責任が課されている。

第四に、健康権保障及びプライマリ・ヘルス・ケアの実施のためには、保健部門を中心としつつも、関連する多くの社会経済部門の行動をも要請すべきである点である。すなわち、「可能な限り高度の健康水準を達成することは、…保健部門のほか、多くの社会経済部門の行動を必要とする最も重要な世界的な社会的目標である」（二項）とされているように、健康権の保障は保健部門だけでなく社会全体の最も重要な目標に位置づけられるべきであり、そのことが「持続可能な社会開発に欠くことのできないもの」と位置づけられている。

第五に、健康権保障およびプライマリ・ヘルス・ケアの実施における原則とも言えるが、国内及び国家間における平等と差別禁止について規定している。第二項では「人々の健康状態の大きな格差とくに先進国と開発途上国の格差は、国内のそれと同様に容認できない¹⁹⁾」とし、健康権の国家間及び国内における格差が容認できないものであるとし、国家間の健康状態の格差とともに、国内における健康状態の格差についても容認できないものとしている。これは、すべての者の健康権保障とその中心となるプライマリ・ヘルス・ケアをはじめとする保健・医療システムが、単に途上国だけの課題ではなく、先進国においても改めて見直される必要があることを意味している。宣言では、ヘルス・サービスについて「すべての人のための包括的保健サービスを継続的に改善し、最も必要としているところに優先権を与える」（七項六）とし、ヘルス・ケアにおける平等を保障すること、そのためにとりわけ最も必要な人に優先権を与えることによって実質的な平等の実現を求めている。

第六に、これも健康権保障およびプライマリー・ヘルス・ケアの実施における原則と言えるが、実施企画・実施への参加が強調されている点である。宣言では、

「人々は、個人として、また集団として、自らの保健サービスの企画と実施に参加する権利と義務を有する」

(四項)

「プライマリー・ヘルス・ケアとは、自助と自決の精神にのっとり、…地域社会の個人又は家族の十分な参加によって、彼らが普遍的に利用できる実用的で、科学的で、かつ社会に受け入れられる手順と技術に基づいた、欠くことのできない保健サービス テムのことである」(六項)

「プライマリー・ヘルス・ケアは、…

五、地方、国およびその他の利用可能な資源を十分に利用するために、地域住民と個人が最大限の自助努力を行い、プライマリー・ヘルス・ケアの企画、組織、実施、管理に参加することを要請し、これを推進する。そしてこの目的のために、適切な教育を通じて、地域住民がこれに参加することのできる能力を開発する。」(七項)

と、いくつかの条項の中で参加とりわけ健康権の主体である住民の参加が権利及び義務として要請されている。また、企画、組織、実施、管理というあらゆる段階への参加が要請されている。

尚、健康権とヘルス・ケアの実現にとつて、軍備及び軍事紛争は否定されるべきものであり、世界平和が前提になっていることが明確に述べられていることも付言しておく。すなわち、

「世界中のすべての人々のための十分な保健水準は、その相当部分が現在軍備と軍事紛争に費やされている世界の資源を、十分にまたよりよく利用することによって、西暦二〇〇〇年までに達成可能である。独立、平和、緊張緩和、軍縮の真の政策とは、平和目的のために、とくにプライマリー・ヘルス・ケアがその必須部分として妥当

な位置を占めるべき社会経済開発の促進のために適切に用いることのできる特別の資源を生み出すことのできるものであり、かつこれを生み出すべきものである。」(二〇項)と述べられている。

4 ヘルス・プロモーションの取組みと健康権の発展

(一) ヘルス・プロモーションに関する動向

アルマ・アタ宣言が途上国を主たる対象としていたのに対し、日本も含む先進国における健康権保障を目的とした「ヘルス・プロモーション」に関する取組みが、一九八〇年代半ば以降、行われてきている。ここでも、健康権概念及び平等原則についての発展がみられる。

一九八六年にヘルス・プロモーションに関する初めての世界会議がカナダのオタワで開催された(オタワ会議)。その会議で採択されたのが、「オタワ憲章 (Ottawa charter for health promotion)」である。^[1]オタワ憲章は、WHO憲章以降のWHOの取り組み、とりわけアルマ・アタ宣言や「すべての人に健康を」に関する諸文書、「健康のための部門をこえた活動」に関する世界保健総会の最近の討議等を通じて達成された進歩の上に築かれたものと位置づけられ、^[2]「二〇〇〇年までに」そしてそれ以降も「すべての人に健康を」達成するための活動に寄与する」ことを目的に採択された。とくに「先進工業国のニーズに焦点がおかれた」もので述べられているが、^[3]「他の全ての地域における同様の関心を考慮した」ものと位置づけられ、アルマ・アタ宣言で提唱されたブライマリー・ヘルス・ケアとともに、このヘルス・プロモーションは「発展途上国と先進国の両国にとって必須の健康戦略として位置づけられる」ものとなっている。^[4]

ヘルス・プロモーションに関する会議は、オタワ会議に続いて、一九八八年に第二回会議がアデレードで開催され、「アデレード勧告 (The Adelaide Recommendations)⁽¹⁹⁾」が出されている。一九九一年には第三回会議がスウェーデンのサンドバルで開催され、「サンドバル宣言 (Sandvall Statements)⁽²⁰⁾」が採択されている。第四回会議は一九九七年にジャカルタで開催されている。

以下では、ヘルス・プロモーションに関する文書の中でも重要なものとして、オタワ憲章とサンドバル宣言についてみていくことにする。

(二) オタワ憲章とサンドバル宣言

1) オタワ憲章の概要

オタワ憲章は大きく分けて四つの部分からなる。第一に「序」、第二に「ヘルス・プロモーション」、第三に「ヘルスプロモーション活動の方法」、第四に「未来への胎動」である。

「序」(para.1-para.2)では、ヘルス・プロモーションが①先進国のニーズに答えたものであること、②二〇〇〇年までにそしてそれ以降も「すべての人に健康を」を達成するために出された文書であること、③アルマ・アタ宣言をはじめとするWHOの活動の到達の上に出された文書であることが確認されている。

第二の「ヘルス・プロモーション」(para.3-para.8)では、ヘルス・プロモーションの定義と健康の概念、そしてヘルス・プロモーションの理念を実現するためのいわば原則について述べている。すなわち、ヘルス・プロモーションとは「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」(para.3)と定義する。

健康の概念については、「生きる目的ではなく生活の資源である」(para. 3)とされ、個人的レベルでは人間の尊厳ある生活＝自己決定(＝選択自由)のできる生活とその発展のための、社会的レベルでは社会的、経済的發展のための資源としての健康という意味が強調されている。また健康は、保健・医療の部門だけでなく「政治的、経済的、社会的、文化的、環境的、行動科学的、生物学的諸要因」によって左右されるものであること、「平和、住居、教育、食料、収入、安定した生態系、生存のための諸資源、社会正義、公平」が健康のための基本的な諸条件ないし資源として不可欠であることが述べられている。(para. 4)そして、健康を実現するためには、健康を左右する要因と健康の前提となる基本的条件を改善することができなければならないとしている。すなわち、保健・医療部門のみならず、健康に影響を与える政治的、経済的、社会的、文化的環境をはじめ自然環境に至るまで、自らコントロールし健康によいものに改善していくことが不可欠であり、そのための社会的システムが必要であると述べている。

ヘルス・プロモーションの理念を実現するための原則としては、①唱道(advocate)、②能力の付与(enable)、③調停(mediator)が挙げられており、(para. 5-para. 7)の中で、「とりわけ「平等」及び「自己決定」が強調されている。平等原則については、

「ヘルス・プロモーション活動は、現在の健康状態の差異を少なくすることや、すべての人々が自分の健康の潜在能力を発揮できるような能力を付与するための平等な機会と、資源を確保することを目的としている。」(para. 6)としており、健康状態の格差の平等とともに、その前提となる資源の確保の平等により、健康の潜在能力＝健康になる能力の発揮における平等までが含まれている。ここでいう「資源」の中には先にみた健康のための基本的な諸条件ないし資源に加えて「環境」「情報への接近」「健康な選択をする生活技術」「機会の基盤」が含まれている。自己決定については、

「自らの健康を決定するこれらの物事（筆者注：右記の「資源」）をコントロールできなければ、人々は自らの健康の潜在能力を十分に発揮することができないであろう」（para. 6）

とされているように、自分の健康についての自己決定のみならず、健康のための基本的な諸条件ないし資源や環境に対しても自己決定が貫かれるべきであるとされている。

第三の「ヘルス・プロモーション活動の方法」（para. 9-para. 23）については、①健康に好ましい公共政策づくり、②健康を支援する環境づくり、③地域の強化、④個人的力量の発展、⑤ヘルス・サービスの方向転換の五点が挙げられている。①の「健康に好ましい公共政策づくり」として、保健医療分野も含めあらゆる部門が健康問題に取り組むべきことが述べられている。②では、社会環境、自然環境のあらゆる分野で健康を支援するような環境を作っていくことの必要性が述べられている。③では、とりわけコミュニティ単位での健康の増進と環境づくりのとりくみを実施すべきことが強調されている。そのために、コミュニティに権限を付与すべきこと、健康問題への市民参加のためのシステムを開発すべきこと、市民の教育を強化するためのシステムを開発すべきこと、コミュニティに現存する人的、物的資源を活用すべきこと、また、情報、教育の機会、資金的援助が十分かつ継続的に必要であること等が述べられている。④では、個人が自分の健康を改善するとともに環境をコントロールし改善していくために、個人への健康教育や情報提供によつて個人的力量を発展させるべきであることが述べられている。⑤ではヘルス・ケアの方向として、今後治療からますますヘルス・プロモーションへと移行されるべきであり、「保健部門と他の社会的、政治的、経済的、物理的環境の構成する部門の間のチャンネルを開いていくことを支援すること」等のより広い使命を担うべきであると述べている。

第四の「未来への胎動」（para. 24-para. 25）では、ヘルスプロモーションの究極目標は、すべての人々があらゆる

る生活舞台で健康を享受することのできる公正な社会の創造にあり、そのための国際的協力活動を要請している。

2) サンドバール宣言の概要²⁾

サンドバール宣言は、オタワ憲章におけるヘルス・プロモーションの理念を実現するための具体的な活動の一つである「健康を支援する環境づくり」に焦点をあてたものとして位置づけられる。オタワ憲章に比べて、健康教育等により個人が自分の健康を増進させるよう努力するという個人的な健康増進の側面よりも、「健康にとって好ましい環境をつくる」という社会的側面における取組みの重要性がいつそう強調されている。これは、健康を増進させるためには、個人的努力より自然環境及び社会環境の整備をすることがいつそう効果的であるという、各国の事例検討に基づいて提起されたものである³⁾。

宣言は大きく分けて七つの部分からなっている。すなわち、第一に「序」にあたる部分 (para. 1-para. 3)、第二に「行動を起こそう」(para. 4-para. 9)、第三に「健康にとって好ましい環境を整備するための活動分野」(para. 10-para. 11)、第四に「行動のための提案」(para. 12)、第五に「実行可能性：社会的行動の強化」(para. 13-para. 16)、第六に「世界的な視点」(para. 17-para. 21)、第七に「地球的责任を遂行すること」(para. 22-para. 24) である。 「序」では、健康問題と環境問題をあわせて、環境はますます悪化しており「二〇〇〇年までに全ての人に健康を」という目標の達成が困難であること、今後健康を支援するために環境（＝身体的、社会的、経済的、政治的環境）の整備が不可欠であることを指摘している。

第二の「行動を起こそう」では、上記の意味での環境の整備の責任は各国政府にあることを明らかにしている。すなわち、宣言の呼びかけの対象は、主として各国及び国家間における政策決定者及び議決権者であり、これらの者

の具体的行動を要請している。主として①健康づくりを支援する環境を整備すること、②格差の解消、③ヘルス・ケアの強化、及び④健康づくりへのあらゆる主体の参加の実施、の四点が要請されている。

①の健康を支援する環境の整備については、公共政策において、健康が最も優先性の高いものと位置づけられるべきであるとし、健康を支援する環境整備のための施策が、政策の中に盛り込まれるべきであるとしている (para. 5)。

②の格差の解消については、「健康における格差は、国内、南北間の双方で拡大している。」ことを指摘し、そのため「基盤となる水、食糧、住居、衛生、貧困 (収入) 等が必要」であるとともに、また「自分で決定を下す基盤 (政治的なしくみに関与するための)」も必要であるとして、健康の基盤と自己決定のための参加の両面における格差の解消が求められている (para. 6)。

③のヘルス・ケアの強化については、一〇億をこす人々が基本的なヘルス・ケアを受けられない現状を指摘し、ヘルス・ケアが強化されるべきとする。その際、健康と、健康になるための資源と創造性を高める社会行動がその鍵となると述べている (para. 8)。

④の健康づくりへのあらゆる主体の参加については、あらゆる主体としては、地域住民、政府、非政府組織、国際機関等が挙げられている (para. 9)。

第三の「健康にとって好ましい環境を整備するための活動分野」では、健康を支援する環境の整備がされるべき分野として、①社会的分野、②政治的分野、③経済的分野、④政治、経済を含むすべての分野の四つが挙げられている^②。社会的分野とは、社会的規範、習慣、社会的プロセス等の要素が含まれる。政治的分野には、政策の決定、資源分配において住民の民主的な参加を保障すべきとし、資源を軍備や兵器から、人権、平和のために活用すべきで

あると指摘されている。経済的分野については、「すべての人につ健康を」と安全で心配のないテクノロジーへの移行を含み、持続可能な発展のために資源を活用すべきであるとされている。政治、経済を含むすべての分野について、女性の技術と知識の承認し、活用することが求められている。

第四の「行動のための提案」、第五の「社会的行動の強化」、第六の「世界的な視点」及び第七の「地球的责任を遂行すること」においては、各活動分野において先述の要請を実施する際の基本的な視点が述べられている。要約すると①平等、②社会的行動の強化、③世界的な視点及び地球的责任の遂行の三点である。オタワ憲章と同様に平等と自己決定が参加が強調されていることが分かる。

平等について、宣言では、国家間、国内双方における格差が拡大していることを確認し、格差の解消と公平の増大のため、行動のための提案の中の項目に、公平（＝平等）を基本的な優先課題であると位置づけている。具体的には、①すべての人の好ましい環境づくりへの参加、②すべての行動、資源配分において、阻害された人々、少数派のグループ、障害をもつ人等、最も貧しい人々に、優先権が与えられるべきこと、等が挙げられている。

社会的行動の強化については、地域レベルにおいて、地域社会の人々による健康及び環境のコントロールをすることが重要であるという観点から、とりわけ地域レベルでのヘルス・ケアを強化すべきであると述べられている。すなわち、健康づくりにとって好ましい環境をつくるには、地域社会の住民が自らコントロールしうる地域レベルのヘルス・ケア活動を確立し強化することが重要課題であるとされている。そのための地域レベルでのヘルス・ケア活動の確立・強化のための戦略として、①地域活動によるアドボカシーの強化、②地域社会の人々が教育を受けた能力が向上することによって、自分達の健康や環境を好ましいものにすることを可能にすること、③健康にとって好ましい環境づくりを推進する組織（機関）づくり、④健康にとって好ましい環境から、誰もがサービスを確実

に受けられるようにするための意見の調停である。

世界的な視点及び地球的責任を遂行することについては、地球に限りある資源をより公平に分配し、その活用をめざす平和的共存を基礎とする倫理と地球的立法をすすめる必要があることを述べ、健康・環境・人間発展の問題が切り離せないものとされている。

(三) ヘルス・プロモーションの取組みにおける健康権と平等原則

以上より、ヘルス・プロモーションの取組みにおける健康権概念の特徴は、次の点にある。

第一に、WHO憲章、アルマ・アタ宣言を引継ぎ、健康が基本的人権であり、健康権保障の責任は、この憲章の名宛人が各国政府であつたことから明らかなように最終的には国にあることが明確にされている。健康及び健康増進は、公共政策の中に反映されなければならないことも明確に述べられ、関連するあらゆる部門における政治的決定及び行政決定の中に健康及び健康増進を位置づけることが要請されている。

とりわけ、コミュニティⅡ地域社会が実質的に健康増進の基本単位となるべきとし、コミュニティに権限と財源を分配するべきであることが強調されている。これは、日本でいうと市町村、ないしはもっと身近な行政単位ということになる。

第二に、健康概念については、健康が保健・医療の分野だけによって実現されるものではなく政治的、経済的、社会的、文化的環境、自然環境等の要因によって左右されるものであること、平和や住居、教育、食糧、収入等が健康のための基本的条件ないし資源として不可欠なものであることを明らかにした点である。従って、健康権の中には、到達可能な最高水準の健康を享受する権利とともに、まず、健康の前提となる諸条件ないし資源についての権

利が含まれると解されるべきであろう。また、健康を左右する環境については、次にみるように、それをコントロールし改善するための権利が含まれると言うべきであろう。そして、健康権保障の責任は保健・医療に関する部門だけでなく、関連するあらゆる部門にもあるとされており、これらの部門の協力による総合的な施策の実施によって、すべての人の健康を増進することが要請されている。

第三に、身体的、精神的、社会的に完全に健康な状態を達成するため及び健康を増進させるためには、自分自身の健康をコントロールし改善していくとともに、これらの諸要因、健康のための基本的条件ないし資源をコントロールし、改善していくことが不可欠であることが明らかにされている。このように、ヘルス・プロモーションの取組みの中では、自己決定Ⅱ参加が常に強調されており、いわば健康権の「原則」と呼べるであろう。これは、個人のレベルでは健康の自己決定であり、社会的側面では主として参加の問題としてあらわれている。すなわち、健康教育や生活改善等を通じて自らの健康をコントロールし改善するという個人のレベルとともに、むしろ、健康に影響を与えるあらゆる環境—とりわけ社会環境—についての自己決定Ⅱあらゆるレベルへの参加が強調されていることに留意すべきである。

また、参加の単位としては、ヘルス・ケアの単位であるコミュニティⅡ地域社会における参加が重視されていた。住民、専門家、行政等の主体が、コミュニティにおけるヘルス・ケアをはじめとする健康権保障の在り方について自分たち自身で決定し、コントロールすべきであるとされている。

付言すると、このような意味でのヘルス・プロモーションの概念は、わが国における「健康の自己責任」論とは似て非なるものである。健康の自己責任論は、健康教育や生活改善等を通じて個人が自分の健康を自分で管理するという個人の側面が強調されていると言えるが、ヘルス・プロモーションにおいては、個人的な側面とともに、あ

るいはそれ以上に健康に影響を与える環境を改善するという社会的側面が強調されており、個人的努力よりむしろ、環境への働きかけの方がより強調されていたことは明らかである²⁾。

第四に、この自分の健康及び環境のコントロールと改善を通じて、健康は絶えず向上・増進されていくべきものであるとされている点である。ここから、健康権の中には健康を絶えず向上・増進させる権利と、国家の向上・増進義務が含まれると解すべきであろう。

第五に、自己決定Ⅱ参加とともに、平等についても常に強調されていた。すなわち、オタワ憲章及びサントバル宣言において、国内及び国家間の格差が増大してきているという認識に基づき、平等がヘルス・プロモーションの目的でもあり、活動の際の基本的視点でもあり、優先的な取組みの課題でもあった。ここから、平等についても、健康権の原則としてみることができよう。

ヘルス・プロモーションの取り組みにおける平等原則の内容には、①身体的、精神的、社会的に完全に健康な状態を享受する権利の平等、②健康の前提となる諸条件ないし資源における平等、③健康に影響を与える諸要因を改善するためのシステムにおける平等の三側面が含まれ、要請されていたと言えよう。すなわちオタワ憲章において、「ヘルス・プロモーション活動は、現在の健康状態の格差を少なくすることや、すべての人々が自分の健康の潜在能力を十分発揮できるような能力を付与するための平等な機会と資源を確保することを目的としている。」

と述べられているように、単に健康状態における格差を解消するだけでなく、健康の潜在能力を発揮することにおける格差の解消も含まれている。後者すなわち健康の潜在能力を発揮するための条件として、憲章は「機会の平等と資源の確保」における平等が必要であると述べている。「資源の確保」とは環境、情報へのアクセス、生活技術、機会の基盤（Ⅱ選択肢）の確保を含むものと解されており、「もし人々が自らの健康を決定するこれらの物事をコン

トロールできなければ、人々は自らの健康の潜在能力を十分に発揮することができないであろう。」とされている。これらのものが平等に確保できない場合、健康の潜在能力が発揮できないとされている。この「機会の平等と資源の確保における平等」は、いわば「健康の基盤の平等」と言うことができる。

同時に、健康をを改善させるために環境に働きかけるための改善システムへの参加の平等も求められている。オタワ憲章では、先にみたように、「健康の潜在能力を発揮するために健康の基盤となる物事をコントロールすること」の不可欠性を述べているとともに、「すべての人の、健康を支援する環境づくりへの参加」が、健康を支援する環境づくりの基本的視点の中に位置づけられている。

また、このような格差の解消のために、オタワ憲章では「阻害された人々、少数派のグループ、障害をもつ人々等、最も貧しい人々に優先権が与えられるべき」ことが強調されていることにも留意する必要があるだろう。

注

(1) 川口雄次「WHOの活動とその理念」『公衆衛生』六一巻九号、一九九七年、六一四頁参照。WHOの概要については、

WHO, "Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and Executive Board Vol.

"Geneva, 1985 及び WHO, "Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and Executive Board Vol. ", Geneva, 1993.

(2) WHO "Primary Health Care; Report of the International Conference on Primary Health Care ; Alma-Ata, US SR, 6-12 September 1978" Geneva, 1978. 和文では『公衆衛生』六一巻九号、一九九七年が「今、WHOの歩みから学ぶもの」と題する特集を行っている(六一二—六五〇頁)。

- (3) First International Conference on Health Promotion(1986)Ottawa Charter for Health Promotion(WHO/HPR/HEP/95.1).Conference Statement of the 2nd International Conference on Health Promotion(1988)The Adelaide Recommendations(WHO/HPR/HEP/95.2).Third International Conference on Health Promotion(1991)Sundvall Statement on Supportive Environments for Health(WHO/HPR/HEP/95.3).
- (4) WHO(1998)Health-for-All policy for the twenty-first century(WHA51.7).WHO(1998)Health for All in the twenty-first century(A51/5).
- (5) アルマ・アタ宣言については、朝倉新太郎「地域医療をめぐる今日状況」朝倉他編『講座日本の保健・医療三巻 地域と医療』労働旬報社、一九九〇年、六五頁以下、林俊一「地域医療論と日本の地域医療」前掲『講座日本の保健・医療三巻』九六頁以下、日野重明他『生命・保健・医療 二一世紀への提言』日本看護協会出版会、一九八四年等参照。
- (6) アルマ・アタ会議の報告書として、WHO"Primary Health Care;Report of the International Conference on Primary Health Care ;Alma-Ata,US SR.6-12 September 1978"Geneva,1978.
- (7) アルマ・アタ宣言以前のプライマリ・ヘルス・ケアの動向については、『公衆衛生』四一巻四号、一九七七年が「プライマリ・ケア」と題する特集をしている(二三〇頁以下)。橋本正巳「プライマリ・ケアの歴史と動向」同号二三〇—二三二頁、篠崎英夫「プライマリ(ヘルス)ケア推進におけるWHOの動向」同号二三三—二四一頁等参照。
- (8) 中村安英「アルマアタ宣言とプライマリヘルスケア」『公衆衛生』六一巻九号、一九九七年六二〇頁。
- (9) 島内憲夫「台ルシーシティズの展開—真の健康なまちづくりをめざして—」『公衆衛生』六一巻九号、一九九七年、六二八頁。
- (10) 中村安英・前掲、六二〇頁。
- (11) Declaration of Alma-Ata,para.1.

- (12) Declaration of Alma-Ata, para. 1.
- (13) pref. para.
- (14) First International Conference on Health Promotion (1986) Ottawa Charter for Health Promotion (WHO/HPR/HEP/95.1). 尚、日本語訳及び解説については、島内憲夫『ヘルスプロモーション—WHO: オタワ憲章—』(垣内出版、一九九〇年)郡司篤晃「WHOの『ヘルス・プロモーション』に関する憲章」、『公衆衛生』五一巻二二号、一九八七年、七九七—八〇二頁等参照。尚、WHOの「健康づくり」政策の展開及び理念についてまとめたものに、松田亮三「より健康な社会に向けて—学び・共同・自治の健康づくり—」松田他編『健康づくりと支援環境』(法律文化社、一九九九年)三一—三〇頁などがある。
- (15) Ottawa Charter for Health Promotion (WHO/HPR/HEP/95.1), para. 2.
- (16) Ottawa Charter for Health Promotion (WHO/HPR/HEP/95.1) para. 2.
- (17) Ottawa Charter for Health Promotion (WHO/HPR/HEP/95.1) para. 2.
- (18) 島内憲夫「ヘルシーシティズの展開—真の健康なまちづくりをめざして—」『公衆衛生』六一巻九号、一九九七年、六二八頁。
- (19) Conference Statement of the 2nd International Conference on Health Promotion (1988) Adelaide Recommendations (WHO/HPR/HEP/95.2)
- (20) Third International Conference on Health Promotion (1991) Sundvall Statement on Supportive Environments for Health (WHO/HPR/HEP/95.3)
- (21) サンドボール宣言については、星旦二他「健康のために好ましい環境を整備するサンドボール宣言」『公衆衛生』五七巻五号、一九九三年、三六七—三七〇頁等参照。

(22) このことは、健康の向上・増進にあたって、自分の努力で健康を守るための教育だけでなく、むしろ環境を健康的なものに整備することが有効であったという実証的事例に基づいて提起されている。

(23) Sundvall Statement on Environments Supportive of Health(WHO/HPR/HEP/95.3),para.11.

(24) これを顕著に示すのが、後にみる「サンドバール宣言」である。同宣言では、オタワ憲章の内容のうち「健康を支援する環境づくり」に焦点をあて、具体化したものである。