健康権の発展と課題: 21世紀を健康権の世紀に

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2017-10-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 井上, 英夫 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/39851

健康権の発展と課題

ー21世紀を健康権の世紀にー

金沢大学大学院人間社会環境研究科教授　井上　英夫

はじめに　ー今、なぜ健康権か

1973年、社会保障法学の小川政亮、医事法学の唄孝一、行政法学の下山瑛二氏らが健康権について議論をした。労働災害、公害や交通災害が激化し日本で健康の問題がクローズアップされた時期である。公害事件等で裁判も起き、生命、健康が深刻な社会問題となった。こういう状況の中で健康権を議論しようという動きが出てきた。

私は1991年に、「健康権と医療保障」という論文を『日本の保健・医療』第２巻『現代日本の医療保障』（労働旬報社）に執筆した。1983年の老人保健法を嚆矢（こうし）とし、医療の市場化・営利化を狙い、貧困、年齢、地域、国籍等による差別を医療に導入、強化し、患者・住民の生命・健康破壊をもたらす医療再編、再構築路線に対し人権、とりわけ健康権を対置する必要を感じたからである。

それから20年、構造改革政策により皆保険をはじめとする健康権・医療保障制度の崩壊はますます進んでいる。今こそ生存権、生活権と並んで健康権の旗が高く掲げられなければならない。21世紀は健康権の世紀でなければならないと思い、昨年は、『患者の言い分と健康権』（新日本出版社）を刊行した[1)]。本稿により健康権についての理解が深まり、さらに大きな輪を広げて健康権確立の大運動が展開される契機になれば幸いである。

Ⅰ．人権保障と健康権の発展

１．人権と人間の尊厳

1946年制定の日本国憲法は、「政府の行為によって再び戦争の惨禍が起こることのないようにすることを決意し」、平和主義そして国民主権と並んで平和的生存権を基底的権利とする基本的人権の保障を柱とした。

基本的人権ないし人権とは、それなくしては人間らしさ（人間の尊厳）が保てないような人間の基本的ニーズ（Basic Human Needs）を満たすために保障される権利である。その必須性、重要性の故に各国の憲法において基本的な権利（Basic Human Rights）として承認されている。こうした現代の人権保障の基本理念が、人権宣言前文、日本国憲法13条、24条などに謳（うた）われている「人間の尊厳」（Human Dignity）である。

人間の尊厳に値する状態とは、つきつめていえば自分の生きかたを自ら決める、すなわち自己決定の権利が最大限に尊重された状態といえよう。そして自己決定できるということは多様な選択肢が用意されていなければならない。自己決定・選択の自由が人間の尊厳を具体化した原理ということになる。さらに、人間は、一人ひとりが「唯一無二」の存在で、他にとって代われない存在であるから尊厳を認められる。したがって平等も原理の一つである[2)]。

２．健康権の承認と発展

健康で生活することは、生きていることとならんで、人間の基本的ニーズの一つであり至高の価値が認められている。それゆえ基本的人権の一つとされているわけである。健康権については、日本ではほとんど議論されていないが、国際的には常識と言ってよい。

（1）国際的動向

1948年の世界人権宣言の22条には社会保障を受ける権利が明記され、25条で、さらに健康権も含み具体化された。そして国連の専門機関としてＷＨＯ（世界保健機関）が設置され、その1948年憲章は、「到達可能な最高水準の健康（the highest attainable standard of health）を享受することは、すべての人間の基本的権利のひとつ」であると明言し、政治的信条、経済的条件、社会的条件による差別を禁止している。ここに、健康権は、明確に人権としての地位を獲得したといえよう。なお、「尊厳と権利」についての平等性が繰り返し謳われているのも、あらためて注目されるところである（第１条、第２条、第７条）。

1966年に国際条約としてこの「宣言」を豊富化、実効性をもたせた「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」（第１規約）と「市民的及び政治的権利に関する国際規約」（第２規約）からなる国際人権規約が採択され、日本も1979年に批准し、国内法としての効力が認められている。

この意味では、20世紀の第二次世界大戦後の半世紀は、人間の尊厳の理念の下に自由権と社会権を総合的に保障する新たな人権の時代を迎えたともいえる。その象徴が健康権である。

社会保障の権利については第１規約の９条が明記し、保障されるべき生活水準も「最低生活」から「相当（十分な）生活」に引き上げられている。

第12条第１項は、「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」と独立して健康権を明記した。その第２項は、健康権の完全な実現を達成するための措置として、①「死産率、幼児死亡率低下と児童の健全発育のための対策」、②「環境衛生、産業衛生の改善」、③「伝染病その他の疾病の予防、治療、抑圧」④「病気の場合に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」を例示している。

ＷＨＯのプライマリーヘルスケアの提起、アルマ・アタ宣言、オタワ宣言そして「2000年にはすべての人に健康を」などという活動は、まさに健康権保障のためのとりくみであった。さらに、現在は、健康権の理念、原理、原則をより立法、政策、行政、人々のとりくみに具体化し、評価するための人権指標や人権目標値のような新しいツールづくりにとりくんでいる[3)]。

（2）日本国憲法と健康権

日本国憲法も、第二次大戦後の憲法として世界の人権保障の潮流をまともに受けとめている。憲法の基本原則として、国民主権、平和主義と並んで基本的人権保障を掲げていることは周知の通りである。とりわけ「自由権」の保障と並んで第25条の生存権保障を代表とする「社会権」ないし「生存権的基本権」の保障を定めたところに先進性があった。また、憲法14条１項は法の下の平等を定めている。社会保障権もこの憲法25条に直接根拠を持つのであり、人権としての地位を得ている。

また、健康権も「健康で文化的な最低限度の権利を営む権利を有する」という第１項の文言に明らかなように、憲法25条に直接的根拠をもつ。そしてこの憲法25条の生存権理念の具体的発展として、社会保障権と健康権のクロスするところに、医療（以下保健も含む広義で用いる）保障が成立しているのである。

その意味で、健康権の根拠も、憲法前文、13条、25条、さらに批准した国際人権規約第１規約の12条に重層的に求めることになろう。さらに、憲法25条、13条などの解釈もより発展させたものが求められている。

医療保障は、人権規約12条で言うところの健康権保障の「完全な実現を達成するための措置」の一つであり、中核となるものである。

３．健康権、医療保障の理念、原理、原則

医療保障は、健康権保障の中核をなし、「健康の維持・増進、傷病の予防、治療、リハビリテーション等の包括的な医療サービスを、国民の権利として保障する制度」である。

国際的な人権保障の動向、健康権や医療保障、社会福祉、介護保障の発展、国内の政策、生活実態、国民意識、様々な要求や運動の動向を踏まえると、医療保障の理念は人間の尊厳となる。さらに、具体化した原理として、患者、住民の自己決

定がありその前提となる選択の自由と同時に、生命、健康の価値の平等に立脚した平等原理が貫徹されなければならない。

そして、以下のような原則が、日本国憲法、国際条約、さらには世界と日本の医療保障運動の歴史の中で形成されてきているのである。①不断の原則：24時間、365日絶えることがあってはならない、②地域の平等原則：住む場所によって医療内容、水準に差別があってはならない、③主体の包括性原則：貧富、年齢、性別、国籍、職業等による差別があってはならない、④負担の原則：応能負担で窓口無料、⑤最高水準医療の原則、⑥公的責任の原則：国・自治体に最終保障責任、⑦権利性の原則：人権として保障されなければならない、⑧民主的管理・運営の原則、⑨参加の原則、⑩情報の保障原則、⑪非営利性の原則。

これら理念、原理、諸原則は、立法、政策策定、法の解釈・運用にあたって最大限尊重されなければならない。

Ⅱ．健康権の課題

健康権が保障されるためには、司法、立法、行政＝政策、そして運動の各領域で多面的にアプローチする必要がある[4]。特に日本では、裁判を中心として司法へのアプローチが重要である[5]。そのためには、裁判規範としての健康権の根拠と構造、内容、水準についてより明確にすること、最も重要なのは、憲法25条論の深化発展である。

立法については、健康権保障の視点に立った患者の権利法の制定が重要であるが、緊急の課題は後期高齢者医療制度廃止後の高齢者医療保障法の制定である。

また政策については、健康権保障のための医療保障政策を医療構造改革政策に対置しなければならない。まず健康権の理念、原理、原則の視点から現在の医療政策の総点検を実施するとともに、医療保障の諸原則を明確化し、より具体的に政策や計画立案、策定、実施、評価のための基準となる目的標準、指標等を策定することである[6]。

そして運動面でいえば、医療、看護、福祉、そして公務労働論の深化、発展と参加論の構築と実践が課題となろう。

以下いくつか指摘しておきたい。

1．憲法25条論の深化と発展

－生存権、生活権、健康権の重層的保障

まず、憲法25条論が深化・発展させられなければならない。あらためて日本国憲法第25条を見てみよう[7]。

１項：すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する、２項：国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

国際条約と比較して見れば明らかであるが、憲法25条はよく考えられた条文で、ごく分かりやすい表現と構造で、生存、生活、健康の権利と国の保障責任を謳っている。

（1）なぜ「健康」か

健康権の根拠は、国際人権規約等の国際条約に求められるのはもちろんであるが、明文をもって規定している憲法25条１項にある。

なぜ、わざわざ「生存権」という言い方をするのか。国際人権規約は、生存権、社会権ではなく、「経済的社会的及び文化的権利」である。その中で12条では、「健康権」を明記し、日本の憲法も明確に「健康」で文化的な生活と言っている。９条に比較して25条については研究が遅れているので、その制定過程を明らかにしていかなくてはならない。権利、健康という文言が入ったのは、アメリカの占領軍というより、日本人がこの条文をつくるのに大きな力を果たしている。

また英文ではwholesomeでありhealthではない。この点も今後明らかにする必要がある。

（2）最低か最高か－「生存」権への疑問

25条の条文からこれをなぜ「生存権」と言ったのであろうか。まず、文言は、「生活」であって「生存」ではない。条文に忠実に「健康権」あるいは「文化権」でよかったのではないか。

次に、「最低限度の生活を営む権利を有する」ということで「最低限度」となっている。憲法ができた当時の経済状況を考えれば、こういう言葉が入るのは理解できよう。しかし、人権規約の健

康権の文言は、「最高水準」である。その前に「到達可能な」という言葉がつくのであるが「最高の健康水準を享受する」ことが健康権の内容である。

憲法の表現と一見矛盾するようであるが、「最低限度」という言葉は、保障される生活の水準を表すと同時に「国家が保障すべき最低限度の義務」と読むべきだと思う。たとえば現金の支給により可能な生活水準については、「最低」生活保障でもよいし、基準の設定も可能であろう。しかし「健康については最高水準を保障することが国家の最低限度の義務である」と解釈すべきである。

先に述べたように、健康権を具体的に保障するのが医療保障制度であるが、日本の医療は現物給付で、一人ひとりの症状に応じて、最善、最高の医療を行うのが原則である。崩されてきたとはいえ、診療報酬の出来高払い方式が原則とされているのは、そのためというべきである。

25条の表現は、「抽象的」だという議論があるが、このように解釈すれば、具体的で明確な立法、政策の方向さらには司法判断の基準を提起していることになる。

(3)「可能な限り」の意味

ただし、「最高」という意味は、その国の有限な資源を動員しての最高水準である。だから「可能な限り」と限定がつくし、そもそも、人権規約において健康権は漸進的に実現すべき経済的社会的文化的権利に関する第1規約に分類されている。しかし、この点は、資源の十分な日本のような先進国を免罪するものではなく、むしろ発展途上国の経済、社会発展の現状に配慮したものである。

重要なのは最高限度の医療水準を達成することが、仮にその国の資源を動員しても実現できない場合は、できないことについて政府に説明責任があるということである。説明責任を果たさなければ、健康権侵害すなわち憲法違反のそしりを免れない。患者・住民が裁判を起こして「国は最高水準を実現していない、その理由はこうだ」ということを立証するのではなく、国の側がその「根拠」を説明すべきだということである。この解釈論は国際人権規約論等の解釈論を憲法解釈に導入することになるわけである。

(4) 憲法25条2項－向上・増進義務について

次に、憲法25条の第2項を見ていただきたい。第2項は社会福祉、社会保障、公衆衛生の「向上及び増進に努めなければならない」となっている。これは、国に「向上、増進義務」を課しているということである。現在のような保障水準の引き下げ、対象者の削減、負担増大などの政策、法の改悪に対しては、この2項を適用すればよい。「向上、増進」であって、廃止、後退、引き下げ、削減していいとは言っていない。引き下げるならそれについては国、自治体としてきちんと説明責任を果たしなさい。単に、財源が不足している、国にお金がないというような説明では足りない。そういうことを憲法は定めている。

日本では、国民健康保険等による国民皆保険をはじめとする、医療保障の制度は、国際的にも高い水準で形成されてきた。それは憲法25条1項そして2項を具体化しているわけで、健康権の保障そのものにほかならない。したがって、後退させることなく発展させなければならない。憲法第25条は、生存権、生活権そして健康権を重層的かつ豊かに保障する根拠規定と言うべきである。

2．健康権侵害の実態を明らかにする

こうした作業の前提としては、人々の健康、医療を巡る諸問題と人権、とりわけ健康権との関係、すなわち健康権侵害や剥奪であることを明らかにする必要がある。

例えば生存権裁判として有名な朝日訴訟、あらゆる人権を剥奪・侵害した強制絶対終生隔離政策を裁いたハンセン病訴訟も、健康権の視点から検討される必要がある[8)]。

健康権侵害を積極的に主張した裁判を紹介しておこう。頸肩腕症の患者への鍼灸治療に対する健康保険適用を求めたもので、健康保険が、健康権保障のための制度であるならば、健康権の治療方法の選択・自己決定、さらに平等の原理および最高水準医療の原則から、西洋医学のみでなく効果のある東洋医学すなわち鍼灸治療にも健康保険の適用がされるべきと争ったものである[9)]。

なお、市場化・営利化を図る医療「構造改革」

がいかに患者、住民の健康を破壊しているかの実証的研究が求められる。医療機関の再編統廃合で医療を受ける機会を奪われた地域に住む人々、後期高齢者医療保険制度等年齢による医療差別を受けている人々、国民健康保険の保険料滞納による「制裁措置」を受けている人々、窓口負担等により受診抑制をしている人々等の健康実態を明らかにしなければならない。貧困、地域、年齢、国籍、職業等を理由とした生命、健康の不平等が拡大し健康権が侵害されている。

Ⅲ．保健医療福祉従事者の役割

ー健康権のにない手として

健康権確立と発展のための保健医療そして福祉従事者の役割は、一言でいえば人権のにない手となることである。従来の医療・看護、福祉労働そして公務労働論に別の視点、すなわち人権論を加えたものである。

1．人権・健康権のにない手への途

医師法第１条は、「医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」と規定している。そのために、資格が付与され、医師のみ医業が認められ（業務独占、名称独占）、手術等で人を傷つけても、正当な行為として罪に問われない（刑法35条）。医師は、自らの医業により国民、住民に健康権を保障する、まさに、人権のにない手にほかならない[10]。

医師のみならず、健康権を保障する医療保障制度の枠内で働く看護師、薬剤師、検査技師等、そして社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、ヘルパー、その他患者・住民にケアを提供する保健医療福祉従事者はすべて人権、健康権のにない手である。しかし、同時に人権侵害のにない手になる危険性も常にはらんでいる。

人権のにない手となることは、どういうことか。具体的に考えてみよう。第一に、まず人権感覚を研ぎ澄まし、現在起きている諸事件、諸現象を人権侵害として自覚的にとらえなければならない。

第二に、それらの人権侵害の構造を明らかにすることである。

①どのような種類そして性格の権利の侵害であるのか。人権の侵害・権利の侵害といってもいかなる権利なのかを認識しなければならない。それによって侵害の防止、権利回復の相手方、方法が変わってくるからである、②権利の侵害が誰によって、どのように引き起こされているのか。ケア労働者個人の問題なのか、経営者の問題なのか、それとも医療制度や政策なのか、③誰が責任を負うべきか。

医療機関、福祉施設等での患者への「虐待」事故、火災等による死亡事例はあとをたたない。直接虐待行為等の人権侵害を行っている従事者の責任は免れない。しかし、国や自治体、そして経営者・管理者の責任も問われなければならない。

第三に、権利侵害の構造を明らかにするのみではなく、人権保障の筋道を考え実現していくことは、ケア労働者・専門家の義務である。

①権利侵害の阻止、予防。まず、自らの職場での日常的な権利侵害の阻止、そしてその発生の予防をしなければならない。同僚、あるいは経営者とぶつかることもあろう。さらには国の医療政策の転換を求める運動も必要となろう、②権利救済、回復への援助。権利侵害を受けた患者、利用者や住民がその回復や権利実現を求めて、医療機関、福祉施設、経営者さらには国・自治体を相手に行政訴訟や損害賠償等の法的手段に訴えることもあろう。場合によっては保健医療福祉従事者自身が訴えられる可能性がある。そのようなとき、患者、利用者や住民と敵対することなくその人権保障のための方法を提示し、支援することが必要である、③医療政策への参加と立法運動。保健医療福祉従事者は、住民と共同して、生存権、生活権、健康権等を侵害する悪法と対決し、人権保障立法を勝ち取るために積極的な行政参加と立法運動が必要となろう。

第四に、自らの人権保障に積極的でなければならない。

人権のにない手たるべき職員の人権＝労働権・生活権が侵害されていることも留意すべきである。保健医療福祉従事者は患者・利用者・住民に対す

る権利侵害と同様、自らに対する権利侵害に泣き寝入りすることなく、賃金等の労働条件、生活条件向上のために労働権、社会保障権、教育権等の権利主張をし、権利を行使しなければならない。自らの権利を大切にしない者に他者の権利を守ることはできないのだから。まさに人権保持のための「不断の努力」（憲法12条）が患者・住民との連帯のなかで続けられなければならない。

2．人権のにない手と参加

－看護職員条約を参考に

その際、特に重要なのが、健康権、人権保障のにない手として相対的に独自な立場から病院の運営、自治体施策、国家政策等へ参加することである。人権保障のにない手としての参加の視点は、従来の地域保健や地域医療の住民参加論にはほとんど欠落している。また、労働者の権利保障の側面から、医療保障を論じてきた公務労働や医療・看護労働論にも自覚的な人権のにない手としての参加論は希薄であった。こうした、人権のにない手にとって、医療の提供すなわち健康権保障のあらゆる局面での参加は、権利であると同時に義務であるといえよう。

この点で参考になるのは、1977年のＩＬＯ看護職員条約における看護専門職の参加の考え方である。条約の参加のとらえかたは、多様かつ豊富な内容を持っている（２条、５条等）[11]。

看護職員は、個人として集団として、自らに関係するすべての事項に関して発言し、協議し、交渉し、行動することができる。職場での看護方針から経営体の看護・医療さらには経営方針、自治体の看護、医療、保健施策、国の保健、医療政策の立案、企画、決定、実施のすべての段階への参加が保障されなければならない。

ここでの参加の構造をごく単純化すれば、雇用・労働・生活条件の決定については労働者団体の交渉を通じての参加が中心となり、看護・医療の質や内容については、専門職としての参加が中心となるといえよう。しかし、両者を分断し、排他的な関係としてとらえてはならない。むしろ重層的かつ複合的に交差してそれぞれの機能を果たしたうえで、相補うことが求められているのである。

雇用・労働・生活条件は医療や看護の質や量に直結する問題であるし、逆に専門職として医療の向上、健康の向上増進を考えれば、働く人々の労働・生活条件に踏み込まざるを得ないわけである。参加の途を一つに閉ざすことなく、多様かつ弾力的な複数の「参加システム」を構築することこそ、条約のねらいといえよう。

Ⅳ．患者の健康権と住民の健康権、にない手の人権－人権相互の調整

患者・住民の健康権はじめ人権保障を徹底していくと、他の住民やにない手としての保健医療福祉従事者の人権や権利と衝突する場面も起きてくる。その調整をどう図るか。後者の点も重要であるが、ここでは前者について触れておきたい[12]。

昨年、新型インフルエンザが流行（はや）った。患者としてあるいは感染の危険があるとして隔離された高校生が学校でいじめにあった話、修学旅行やスポーツ大会参加、学会を中止した例など、過剰としか思われない反応も見られた。

こうした状況を見ると、どうしてもハンセン病のことを思い出してしまう。ハンセン病に対しては「強制絶対終生」隔離収容政策がとられ、あらゆる人権が侵害され剥奪されたが、ハンセン病の患者狩りの際のいでたちは、長靴、白衣、マスク、消毒器で、これは現在の「防疫隊」にそっくりであり、現在の方がより重装備になっている。

医療関係者、そして国民の中に、感染症の場合は、「住民を病気からまもるためには強制隔離をして当たり前、人権以前の問題だ」、という雰囲気が濃厚に漂っていて、新たな人権侵害が起きないか懸念されたわけである。

この点では特にハンセン病政策を明確に憲法違反と断じた熊本地裁判決（2003年５月11日）を教訓にすべきである。まず、患者の人権は、いかなる場合でも尊重されなければならないのが大原則である。しかし、患者以外の他の多くの人の人権・健康権も大事である。政府、自治体行政はその両者の人権を保障する義務と責任がある。問題はそ

の調整の仕方である。熊本地裁は次のように言う。

（1）人権は最大限尊重されなければならない

患者の人権も、全く無制限のものではなく、公共の福祉による合理的な制限を受ける。しかし、患者の隔離は、患者に対し、継続的で極めて重大な人権の制限を強いるものであるから、最大限の慎重さをもって臨むべきであり、少なくとも、ハンセン病予防という公衆衛生上の見地からの必要性（隔離の必要性）を認め得る限度で許されるべきである。

（2）隔離の必要性の判断は、人権制限の重大性に配慮して慎重に

隔離の必要性の判断は、①その時々の最新の医学的知見に基づき、②その時点までの蔓延（まんえん）状況、個々の患者の伝染のおそれの強弱等を考慮しつつ、③隔離のもたらす人権の制限の重大性に配意して、十分に慎重になされるべきである。患者に伝染のおそれがあることのみによって隔離の必要性が肯定されるものではない。

（3）患者隔離が認められる場合の三条件

患者隔離は①最大限の慎重さをもって臨むべきであり、②伝染予防のために患者の隔離以外に適当な方法がない場合でなければならず、③、極めて限られた特殊な疾病にのみ許されるべきものである。

これら条件を満たして、隔離が認められる場合でも、隔離の手段、隔離中の生活、隔離後の生活のいずれにおいても患者の人権が最大限保障されなければならない。この意味で、すべての政府、自治体、企業等の団体、国民がハンセン病政策の教訓を生かし、人権保障に基づく感染症政策を作り上げ、実施するよう人権に対する理解を深める必要がある。

おわりに

－病院・施設を健康権の砦に、従事者を人権のにない手に

現代の人権・健康権は、国・自治体によって保障されなければならない。参加によって国、自治体に健康権保障を迫るのはもちろんであるが、同時に、患者・住民・国民が保健医療福祉従事者を人権のにない手に育て、病院・施設を健康権の砦にすること、これが喫緊の健康権運動の課題である。

1）井上英夫「老人保健法と医療『再編』」週刊社会保障、1985年11月11日号、「国民の健康権保障と国保『改革』」賃金と社会保障1990年５月上旬号、井上英夫、上村政彦、脇田滋編著『高齢者医療保障』労働旬報社、1995年、「健康権と地域医療・住民参加」国民医療研究所所報42号、1999年、参照。

2）井上英夫「人の尊厳と人権」日本認知症学会監修、岡田進一編著『認知症ケアにおける倫理』ワールドプランニング、2008年参照。

3）この点健康権に関する国連の特別報告者を務めたポール・ハント氏の「到達可能な最高水準の健康に対する権利：その機会と課題」、井上「健康権の意義と課題」松田亮三・棟居徳子編『健康権の再検討』立命館大学生存学研究センター、2009年および、本誌棟居論文（13～18頁）参照。

4）ポール・ハント前掲論文21頁では、国際的レベルで、健康権を含む人権の促進には、裁判や類似の方法による司法アプローチと政策アプローチの二つの方法があるとし、特に、後者の課題について指摘している。

5）藤原清吾「裁判を通じての社会権（特に健康権）の実現」前掲『健康権の再検討』参照。

6）棟居徳子「日本における健康権保障の現状：健康権の指標から見た日本」同書、参照。

7）25条論ついては、井上英夫「生存権裁判と憲法25条」日本科学者会議編『憲法と現実政治』本の泉社、2010年参照。

8）井上英夫「ハンセン病政策と人権」社会福祉研究、第91号、2004年、「ハンセン病」日本ソーシャルインクルージョン推進会議編『ソーシャル・インクルージョン―格差社会の処方箋』中央法規、2007年参照。

9）井上英夫「健康権と健康保険法第44条の２―はり・きゅう治療と療養費支給の可否」金沢大学社会環境科学研究科・社会環境研究第２号、1997年参照。

10）井上英夫「マンパワーからヒューマンパワー＝人権のにない手へ」医療・福祉研究16号、2007年、「健康権保障と看護婦人材確保法」労旬1313号、1993年６月上旬号参照。

11）井上英夫「看護職員と人権―ＩＬＯ看護職員条約と人権のにない手」月刊医療労働2008年３月、246号参照。

12）井上英夫「ハンセン病に見る医療と人権（侵害）」『改訂保健医療ソーシャルワーク実践』中央法規出版、2009年、参照。患者・住民の人権とにない手の人権の両者が守られなければならないのであるが、その点、自傷他害の恐れのある人と職員の人権を守るためのデンマークの試みが参考になる。井上英夫「人間の尊厳と人権、戦争責任―2009年版第1回　患者・利用者の人権とにない手の人権」月刊国民医療、2009年、262号13頁以下参照。

『民医連医療』2010年11月　459号　pp6-12