

シリーズ [社会保障の50年を考える]

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/39850

患者と人権 —健康権を中心に—

金沢大学大学院教授 井上 英夫



はじめに

患者と人権を巡っては様々な問題が生じ、多様な論点があるが、ここでは、健康権を中心に、人権保障の意義と人権の調整問題、にない手論について考えてみたい。

昨年、『患者の言い分と健康権』（新日本出版（社）を刊行したので併せてご覧いただきたい。

一 人権と健康権

1 人権と人間の尊厳

一九四六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、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等において基本的な権利（Basic Human Rights）として承認されているわけである。こうした、現代の人権保障の基本理念が、人権宣言前文、日本国憲法第13条、24条などにうたわれている「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。家族の扶養、介護による在宅が強制されるような状態では、自己決定も意味をもたないからである。さらに、人間は、ひとりひとりが「唯一無二」の存在であって、他にとつ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となる（井上「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）。

2 健康権—21世紀を健康権の世紀に

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つてよい。

（詳しくは、井上「健康権と医療保障」講座日本の保健・医療 第2巻『現代日本の医療保障』労働旬報社、1991年、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1報告9、2009年参照）

健康権は、第二次大戦直後、1948年の世界人権宣言25条に謳われ、その達成のための国連の専門機関としてWHO（世界保健機関）が設立され、その憲章は、「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。そして、1966年の国際人権規約のうち「経済的、社会的、文化的権利に関する規約」の12条に明確に規定されたのである。

健康権とは、「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」であるが、大事なのは、第一に、健康権は基本的人権の一つであるということである。権利のなかでも、もっとも基本的でしかも最高位の権利として位置づけられたわけである。したがって、この人権保障に違反する立法や行政は無効ということになる。次に、保障されるべき健康水準は、「出来る限り最高の水準」だということである。健康については、最低でも中くらいでもなく、最高水準の保障でなければならない。

確かに、「出来る限り」という留保がついている。その国の経済状態等資源の状態に応じて、漸進的に達成しなさいということである。しかし、発展途上国はともかく、日本のように経済が発展し、人・もの・金という豊かな資源をもっている国が、「出来る限り」とされていることを理由に、最高水準の達成をサポートすることは許されない。いまや健康権の保障は、国際常識となり、WHOの1982年スローガンは、「2000年にはすべての人に健康を」であった。そこで、21世紀は健康権の世紀ということになるわけである。

3 日本国憲法と健康権

そもそも1946年に公布された日本国憲法は、世界に先駆けて健康権を保障している。あ

らためて憲法25条を見てみよう。

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。

一般には生存権保障と言われるが、よく読めば、1項で「健康で文化的」と言っているのであるから、健康権をも保障しているというべきである。

「最低限度の生活」という文言から、生存権となったのであるが、敗戦により一億総飢餓状態といわれた当時の状態ならやむをえなかったであろう。しかし、現在ではギリギリ最低の動物的生存ではなくて、むしろ十分な人間らしい生活の保障こそ必要である。とりわけ健康については、「最高水準」保障が実現されるべき時を迎えている。

そして、2項では、社会保障、公衆衛生が例示され、その向上・増進を図ることが国の義務とされている。健康権保障のために、社会保障制度として皆保険体制、医療機関、医師・看護師等の人により構成される医療保障制度が造り上げられている。

4 健康権、医療保障の理念、原理、原則

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。

また、拡大、発展してきた生活保障としての社会保障法の重要な一環を占めている。医療保障の発展を踏まえ、展望的に定義すれば、医療保障は、「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」ということになろう。

そして、以上見てきたような、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いってよい。さらに、具体化した原理として、患者、住民の自己決定と、その前提となる選択の自由、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、法の解釈・運用、さらには立法政策にあたって最大限尊重されなければならない。①不断の原則。②地域の平等原則。③主体の包括性、平等性の原則。④負担の原則。⑤最高水準医療の原則。⑥公的責任の原則。⑦権利性の原則。⑧民主的運営・参加の原則等。

二 感染症隔離政策と人権

―ハンセン病と新型インフルエンザ

昨年、新型インフルエンザが流行った。5月、高齢化に関する国際シンポジウムに参加するため上海の浦東空港についた時、月面歩行の宇宙飛行士のように完全装備した人たちに機内で検温された。SARS・鳥インフルの時の経験からこうしたものものしい対応になったようであるが、日本でも同様の映像が流れた。また、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



米・シカゴ発のJAL便が到着し、防護服に身を包み機内検査に臨む検疫検査官ら＝成田空港第2ターミナル（大井田裕撮影）産経新聞2009年4月29日付

旅行やスポーツ大会参加、学会を中止した例など、過剰としか思われぬ反応も見られた（井上「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）。

こうした状況から、どうしてもハンセン病のことを思い出してしまうのである。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、はく奪されたわけだが、ハンセン病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、「住民を病気からまもるためには強制隔離をしてみよう、人権以前の問題だ」という雰囲気濃厚に漂っていて、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、すべての個人に基本的人権を保障し、国政の上で最大限に尊重することを要求する現憲法の下において、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ものである。

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その時々最新の医学的知見に基づき、②その時点までの蔓延状況、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慮して、十分に慎重になされるべきである。もちろん、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。

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。

これらの条件を満たして、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、国民がハシ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。

三 人権・健康権のない手への途

医師法第一条は、「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、医師のみ医療が認められ（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わけである（刑法35条）。こうしてみると、医師は、自らの医療により、国民、住民に健康権を保障する、まさに人権のない手に他ならない。

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、その他社会保障・社会福祉、医療保障制度の中で患者・住民にケアを提供する医療・福祉従事者は、すべて人権、健康権のない手である。しかし、同時に人権侵害のない手になる危険

性も常にはらんでいる。

人権の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（井上「マンパワーからヒューマンパワーへ」人権のない手へ」医療・福祉研究16号、2007年参照）。

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捉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ぬ。それによって侵害の防止、権利回復を求める相手方、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なっているのは、職員や看護師、医師等であろう。その責めはまぬかれない。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る。さらには国の社会保障・社会福祉政策の変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る。場合によっては社会保障・社会福祉労働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社会保障・社会福祉政策への参加と立法運動。ケア職員は、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、人権保障立法をか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ぬ。

人権のない手たるべき職員の人権⇨労働権

が侵害されていることも留意すべきである。ケア職員は、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ぬ。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。

おわりに

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のもちろんであるが、人間の尊厳の理念、自己決定・選択の自由の原理に照らすとき、なにより患者のみならず、住民・国民によって創り上げられるものでなければならぬ。その際の手法として、参加が保障されなければならない。医療現場におけるインフォームドコンセントから、にない手の労働・生活条件の決定、国家の医療政策に至るまで、あらゆる領域、段階で参加が保障されなければならない。その点、井上「健康権と地域医療・住民参加」国民医療研究所報42号、99年、をご覧ください。



神奈川県厚生連

健康で安心した暮らしを 健康・福祉フォーラム2010



保健師による「健康体操」

7月28日、「J A健康・福祉フォーラム2010」が横浜市の男女共同参画センター横浜で行われました。神奈川県内のJ A組合員、女性部員、助け合い組織会員など、多数の関係者が参加しました。このフォーラムは、組合員ならびに家族が健康で安心した暮らしを送ることができるように、本会と県中央会を事務局として、J A神奈川県健康管理・高齢者福祉推進協議会が主催し、毎年開催しているものです。

まず、初めに情勢報告として、本会保健福祉センターの中安邦夫センター長から、本県の健康管理活動と高齢者福祉活動の実施状況について報告がありました。また、脳ドックについて、検査項目・検査装置等の解説、さまざまな病状の写真を用いて説明を行い、「脳ドックは脳の健康診断です。脳疾患の予防管理のために受診は大切」といった話に、参加者の多くがメモを取り、熱心に耳を傾けていました。

特別講演では、「がんばらない介護」をテーマに、がんばらない介護応援団長の野原すみれ氏が、介護する人もされる人も幸せになるための心得について、講演を行いました。その中で、「介護する人にとって一番の仕事は、介護している人自身の健康を守る努力をすること」「介護している人も時には楽しいこともやって、自分一人で抱え込まないことが大事」と説明。また、最近は男性が介護に取り組む例が増えていることから、「男の人はプライドが邪魔をして、追い込まれることが多い。でも、困っている時、周りの人に話せば、みんなおせっかいをやいて助けてくれるので、声を出してください」など、自身や知人のエピソードも交えた話題をテーマに参加者と対話し、時には笑いを誘いながら行われました。

最後に、本会保健福祉センターの保健師3名が健康体操を参加者全員と共に行い、軽快な音楽に合わせて、参加者全員で身体を動かしました。

(神奈川県厚生連企画管理課 八木清崇)