

「健康権(the right to health)」の国際社会における現代的意義:国際人権規約委員会の「一般的意見第14」を参照に

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 棟居, 徳子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/7008

「健康権 (the right to health)」の国際社会における現代的意義

—国際人権規約委員会の「一般的意見第14」を参照に—

地域社会環境学専攻

棟居(椎野)徳子

The contemporary meaning of 'the right to health' in international community: referring to 'General Comment No. 14' of the Committee on the International Convention on Economic, Social and Cultural Rights

MUNESUE S Tokuko

Abstract

In 1946, 'the right to health' appeared in the WHO Constitution. It was stipulated as one of the substantive rights in the International Convention on Economic, Social and Cultural Rights in 1978. Afterward, 'the right to health' is well-established in internationally and is frequently used in numerous instruments and conventions concerning with international human rights.

However, the term of 'the right to health' is not well-known and the concept is not established in Japan. One of the reasons why 'the right to health' is not embedded in Japan is that there remains indistinctness about the legal meaning of this right.

This article seeks to articulate the international legal meaning of 'the right to health' by referring to 'General Comment No. 14' of the Committee on the International Convention on Economic, Social and Cultural Rights.

Key Words

'The right to health', Article 12 of the International Convention on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14

はじめに

「健康権 (the right to health)」は、1946年7月に承認、1948年4月に発効された世界保健機関憲章の前文で初めて世に登場し、その後1966年に国連総会本会議で採択され、1978年に発効した「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」の第12条で一つの独立した権利として規定された。それから現在に至るまで、国際社会においては「健康権」について活発な議論が展開され、「健康権」はあらゆる国際会議及び国際文書の中で重要な役割を果たすようになってきている。

一方、日本においては、1970年代に「健康権」が提唱されるも、その認知度は低く、活発な議論がなされているとは言いがたい現状である。その要因としては、「健康権」の法的内容の不明確さが考えられる。

そこで本稿では、国際人権規約委員会から2000年に出された、「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」第12条の健康権に関する「一般的意見第14」を手がかりに、「健康権」の法的内容と国家の義務を明らかにしていく。

第1章 問題の所在と本報告の目的

第1節 日本における「健康権」の地位

「健康権」は、憲法の教科書にもその記載があるにも関わらず¹⁾、環境権ほど社会的には認知されていない。それは、1960年代の高度成長期に多発した公害問題の進展の中で、本来ならば「健康権」として捉えられるべき健康侵害の問題が「健康権」としてではなく環境権として捉えられたことが一因と考えられる²⁾。

日本において、「健康権」が提唱されるようになったのは、1970年代初めのことである³⁾。それ以前から、公衆衛生学界や医学界からその必要性が説かれていたが、ここにおいて法学界からも提唱され始めた。この70年代に、「健康権」が提唱され始めたのには、公害や薬害問題といった社会的問題が顕在化してきたことが挙げられる。つまり、健康侵害が全般的にかつ深刻に進行し、しかもその健康を侵害している主体の正体が誰の目から見ても明らかになってきたということである。その健康侵害の主体とは、まさしく国や地方自治体、そして社会であった。よって、「これらに対抗しそれを阻止するためには、被害者側に生命とか健康とかいう明確な対抗価値の認識と主張とを必要とし、かつその過程はその意識を飛躍的に成長せしめることになった」のである⁴⁾。また、公害や薬害問題のみならず、保健・医療制度の整備が不十分であったことから、国民の健康が十分に保障されていなかった実体があったことも挙げられている。つまり、「健康権」の主張には、「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、膨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」⁵⁾のである。

そして1980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、健康権概念の提唱と検討の必要性が再度主張された。つまり、国は「国民健康づくり推進事業」の中において、国民に健康の自己責任を強調し、それを前提とした保健事業を展開し始めた。また、1981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」が進められた。これら一連の医療「再編」政策の本質は、高齢社会の到来を脅し文句に、民間活力導入による健康及び医療産業のための広大な市場を形成することであった⁶⁾。さらに、「社会の高齢化に伴い、経済的活力を担う若者や身体の強健なも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」⁷⁾いた。このような政策の流れに対抗するため、また社会的不利を被っている人々の健康を確保するための武器とするために、「健康権」の確立の必要性が再び指摘されてきたのである。

1990年代後半以降は、社会保障構造改革が重要な政策課題となり、医療分野においては、1997年健康保険法等改正による被用者本人給付率の引下げ、2000年改正による老人一部負担の一部定率化、また2000年改正により、被用者本人給付率の7割への引下げや、老人医療対象年齢の75歳への引上げなどがなされた。その他、2003年度から被用者保険の保険料について、総報酬制が導入されている。

さらに、2003年3月28日に政府は、医療保険改革の基本方針について閣議決定を行っており⁸⁾、そこでは①保険者ごとの統合及び再編を含む医療保険制度の体系見直し、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬の体系見直しなどが示された。また、同年6月27日には、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003」⁹⁾が閣議決定され、そこでは構造改革への具体的な取組みの一つとして規制改革が挙げられている。その中でも医療分野に関しては、①株式会社等による医療機関運営の解禁、②混合診療の解禁、③労働者派遣業務の医療分野への対象拡大、④医薬品の一般的小売店における販売について打ち出されている。

このように目まぐるしく変化していく医療制度改革の中で、一方的な制度の押し付けと不合理な国民負担の増加及び公的責任の減退を阻止し、真

に国民のニーズと生活実態に適った医療保障制度を創設していくためには、今改めて国民の側から国民の「健康権」保障を訴えていく必要があると思われる。

第2節 国際社会における「健康権」の地位

一方、国際社会においては、日本より早い段階から「健康権 (right to health)」についての議論がなされており、「健康権」は多くの国際文書の中で承認されている。1948年の国連総会によって宣言された世界人権宣言の第25条1項では、「すべて人は、衣食住、医療及び必要な社会的施設等により、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、老齢その他の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」ことを宣言した。ここにおいて、「健康権」は独立した権利として捉えられてはいないが、「福祉」と並んで「健康」が「生活」の前提条件として挙げられていることが注目される。

そして、同年の1948年に発効した世界保健機関 (WHO) 憲章の前文においては、「健康とは、肉体的、精神的及び社会的に完全に良い状態であることであり、単に病気又は虚弱でないということではない。」そして、「到達可能な最高水準の健康を享受することは、人種、宗教、経済的、社会的条件の如何に関わらず、全ての人々の基本的権利の一つである」とし、明確に健康を享受する権利について宣言した。

さらに、上述二つの文書とは異なり、締結国を法的に拘束する国際条約として、初めて「健康権」を規定したのが、「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」である。この国際規約は1966年に国連総会本会議で採択され、1978年に発効した。その第12条で「健康権」は次のように規定されている。「第1項 この規約の締結国は、全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。」そして第2項では、例示列举として、「この権利の完全な実現を達成するために締結国がとる措置」を列

挙している。

その他「健康権」は、1965年の「あらゆる形態の人種差別の撤廃に関する国際条約」の第5条(e)(iv)や、1979年の「女性に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約」の第11条1項(f)及び第12条、そして1989年の「児童の権利に関する条約」の第24条で承認されている。また、多くの地域人権文書でも「健康権」は承認されている。例えば、1961年の修正された「ヨーロッパ社会憲章」の第11条、1981年の「人権に関するアフリカ憲章」の第16条、「経済的、社会的及び文化的諸権利に関するアメリカ人権条約の追加議定書」の第10条などで「健康権」が承認されているのである。さらに「健康権」は、ウィーンで開催された第2回国連世界人権会議 (1993年)において採択された「ウィーン宣言及び行動計画」や、2002年4月にスペインのマドリッドで開催された国連の「第2回高齢化世界大会」で採択された「政治宣言及び高齢化国際行動計画2002」にも明記されている。

表1) 「健康権」関連年表

1948年	世界人権宣言 (第3条・第25条)
1948年	WHO憲章 (前文)
1961年	ヨーロッパ社会憲章 (第11条)
1965年	あらゆる形態の人種差別の撤廃に関する国際条約 (第5条)
1976年	国際人権規約発効 (A規約第12条) ← 1966年採択
1978年	アルマ・アタ宣言 (WHO)
1979年	女性に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約 (第11条・第12条)
1981年	人権に関するアフリカ憲章 (第16条)
1986年	オタワ憲章 (WHO)
1988年	アデレイド宣言 (WHO)
1988年	アメリカ人権条約の付随書 (経済的、社会的及び文化的諸権利に関するサンサルバドル付随書)
1989年	児童の権利に関する条約 (第24条)
1991年	サンドバル宣言 (WHO)
1992年	our planet, our health report of the WHO commission on health and environment (WHO)
1993年	「ウィーン宣言及び行動計画」 (第2回国連世界人権会議・ウィーン)
1997年	ジャカルタ宣言 (WHO)
1998年	Health for all in the twenty-first century (WHO)
1999年	Health 21 (WHO regional office for Europe)
2000年	経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約第12条に関する「一般的意見第14」
2002年	「政治宣言及び高齢者国際行動計画2002」 (第2回高齢化世界大会・マドリッド)

このように「健康権」は、あらゆる国際人権文書の中にしっかりと定着しているばかりでなく、実際に多くの国、特に多くの発展途上国といくつかのヨーロッパ諸国の憲法の中に明確に規定されている。例えば、イタリア共和国憲法¹⁰⁾の第32条

1項では、「共和国は健康を個人の基本的権利として、また社会全体の利益として保護し、貧困者には無償の治療を保障する」と健康権が明確に規定されている。また、ロシア連邦憲法の第41条第1項においても、「各人は、健康を保持する権利及び医療援助を受ける権利を有する」と規定し、さらにその内容を詳細に憲法に明記している¹¹⁾。以上のように、「健康権」の存在は国際社会の中で広く認められているのであり、その意義は大きいと思われる。

下の表は、自国の憲法の中で「健康権」を規定している国家数と、締結国を法的に拘束する国際条約である「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」に批准している国家数を提示することによって、国際社会の中でどれくらいの国家が「健康権」を承認しているのかを表したものである¹²⁾。

表2) 世界の憲法と健康権

世界全国家数	193カ国
自国の憲法で健康権を規定している国家数	109カ国
経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約を批准している国家*	142カ国
健康権を規定した地域協定(条約)に批准している国家数	83カ国

*健康権を規定した規約第12条の批准を留保した国家はない。

第3節 「健康権」の内容の不明確さ

上述のように「健康権」が国際社会の中に幅広く浸透しているにもかかわらず、いまだこの権利の正確な意味と法的性質については多くの不明瞭さが残っていると言われている。そして、「健康権」に対する「国家の義務の明確な範囲と性質の欠如とともに、(「健康権の」)普遍的な定義の欠如が、国家から健康権を公的に実現するというのを妨げていると広く信じられて」いる¹³⁾。日本においても、食品残留農薬基準の設定告示処分取消等請求事件(東京地裁平9.4.23民三部判決)¹⁴⁾において、原告は被告国の行為により「健康権」が侵害されたとして、裁判所に訴えを提起したのだが、裁判所は「原告らの主張する健康権なるものは、……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困難であって、これを独立した具体的な権利ということができるかは疑問である」として、原告の主張をしりぞけている。

第4節 本稿の目的—「健康権」の法的内容の明確化

以上のように、わが国において、「健康権」が定着しない要因の一つには、「健康権」の法的内容が明確でないことが挙げられるであろう。よって、本稿では「健康権」の法的内容とそれに対する国家の義務を明らかにすることに主眼を置くこととする。

この点、近年においては、あらゆる分野において「健康と人権」という視点が主流として捉え直され、国際社会において健康権の重要性が改めて見直されるようになった。そして、1990年代に入ってから、多くの国際人権法学者達によって健康権の法的内容とそれに対応する国家の義務についての再検討が行われるようになった。その結果として、2000年に経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約の規約人権委員会から、規約第12条の健康権に関する「一般的意見 (general comment) 第14」¹⁵⁾が出された。

「一般的意見」とは、曖昧になりがちな諸権利の基準や締結国の義務について、具体的及び普遍的な基準を示すために出されているものである。したがって、2000年に「健康権」に関する一般的意見が出されたということで、国際条約上の「健康権」の内容はかなり明らかにされたと言えるだろう。

そこで本稿では、日本における健康権議論を再び活性化させ、現在進行している医療制度改革を監視し、また全ての既存の保健医療に関する政策及び法制度を健康権保障の観点から再検討するためにもまず、この「一般的意見第14」を手がかりにして、「健康権」の具体的な法的内容と国家の義務の明確化を図りたい。したがって、本稿では国際社会における健康権の現代的意義を提示することにとどまり、日本の各保険医療制度の検討及

び医療制度改革の評価については後学に譲ることとする。

第2章 経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約第12条「健康権」

「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」(以下「ICESCR」と略記)は、1966年に国連本会議で採択され、1978年に発効した。この中で、「健康権」は第12条に規定されている。日本は、ICESCRを1979年9月に批准、発効しており、健康権に関する第12条につき留保をしていない。よって、以下で論じる「健康権」の法的内容と締結国の義務については、わが国も遵守すべき立場にあることに留意しなければならない。

第1節 健康権に関する「一般的意見第14」の性質と構成

ICESCRの規約人権委員会から2000年5月にICESCR第12条の健康権に関する「一般的意見 (general comment)」が出された。この規約人権委員会とは、1985年に設立、87年から活動開始した、ICESCR上の権利実現のための機関であり、そして曖昧になりがちな諸権利の基準や締結国の義務について、具体的、普遍的な基準を示すために、この規約人権委員会から出されているのが「一般的意見」である。通常、一般的意見には法的拘束力がないといわれているが、「規約上の多くの権利内容の共通理解が不十分であるという現状を考えれば、権威ある国際レベルでの規約解釈と言える」¹⁶⁾。1989年から今までに14の一般的意見が出されており、その14番目が規約第12条の健康権に関する一般的意見である。

「一般的意見第14」の構成は以下の通りである。

表3) 「一般的意見第14」の構成

<p>健康権の基本的視点 (para. 1) 国際社会における健康権の承認 (para. 2) 健康権と他の人権との関連 (para. 3) WHO憲章の健康の定義との関係 (para. 4) 健康権の実施に関する現状認識 (para. 5) 一般的意見第14の要旨 (para. 6)</p> <p>I. 12条の規範内容 12条の構成 (1項=権利規定、2項=例示列举) (para. 7) 健康権の自由と権利 (para. 8) 「到達可能な最高水準の健康」の概念 (para. 9) 広義の健康の定義 (para. 10) 健康の基礎となる決定要素と参加 (para. 11) 健康権の本質的な要素(=利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質) (para. 12) 第2項の例示列举について (para. 13) 12条2項 (a). 母体、子供及び母性に関する健康 (para. 14) 12条2項 (b). 健康的な自然及び職場環境に対する権利 (para. 15) 12条2項 (c). 疾病の予防、治療及び管理に対する権利 (para. 16) 12条2項 (d). 保健施設、物資及びサービスに対する権利 (para. 17) 12条. 幅広く適用される具体的な事項 ・無差別及び平等の取扱い (para. 18, 19) ・ジェンダーの視点 (para. 20) ・健康についての権利と女性 (para. 21) ・子供と青少年 (para. 22-24) ・高齢者 (para. 25) ・障害を持つ人 (para. 26) ・先住民 (para. 27) ・制限 (para. 28, 29)</p> <p>II. 締結国の義務 一般的な法的義務 (para. 30-33) 具体的な法的義務 (para. 34-37) 国際的な義務 (para. 38-42) 中核的義務 (para. 43-45)</p> <p>III. 違反 (para. 46-49) 尊重義務の違反 (para. 50) 保護義務の違反 (para. 51) 充足義務の違反 (para. 52)</p> <p>IV. 国内レベルでの実施 枠組み立法 (para. 53-56) 健康に関する標識及び指標 (para. 57, 58) 救済及び説明責任 (para. 59-62)</p> <p>V. 締結国以外の主体による違反 (para. 63-65)</p>
--

第2節 「一般的意見第14」の概要

「一般的意見第14」は冒頭で、「健康権は、他の人権の行使にとって欠くことのできない基本的権利である」ことを述べ (para. 1)、また同時に「健康権は他の人権の実現と密接に関係し、依存しており」、「これらの他の人権と自由は、健康権の不可欠な構成要素と関連している」ことを断言している (para. 3)。そして、WHO憲章前文の「単に疾病や虚弱がないことではなく、身体的、精神的及び社会的に完全に良い状態」との健康概念と、規約第12条1項の「到達可能な最高水準の身体的および精神的健康」との文言の不一致は、決してヘルス・ケアを受ける権利を制限したものではなく、反対に健康の決定要素を拡張するための条件を促進する社会的経済的な要素を健康権が包含していることを認めている (para. 4)。

以上の点に触れてから「一般的意見第14」は、

第12条の規範的内容(第1部)、締結国の義務(第2部)、侵害(第3部)、国内レベルでの履行(第4部)と続いている。以下、順に検討する。

第1項 第12条の規範的内容

最初に「一般的意見第14」は、「健康権は、健康である権利(right to be healthy)として理解すべきではない」ことを明記している(para. 8)。つまり、健康権は常に健康である権利ではないのである。このことと関連して、健康は個人の生物学的、遺伝学的及び社会経済的な前提条件と、国家の利用可能な資源の両方を考慮に入れている(para. 9)。つまり、「健康は、国家によって確保されるものではなく、また国家は人間の疾病の原因となりうる全てのものに対する保護を提供できない」のであって、結果的に「健康権は、到達可能な最高水準の健康の実現のために必要なあらゆる施設や機器、サービス及び条件を享受する権利」として理解すべきであるとしている(para. 9)。実際、「一般的意見第14」は、健康権の幅広く包括的な内容概念を規定している。

また、健康権の自由と権利についても言及している。「健康権は、自由と権利の両方を含んで」おり、「自由は、性や生殖を含む、個人の健康と身体を管理する権利や拷問や同意のない治療及び実験を受けない権利のような干渉されない権利」を含んでおり、また「権利は、人々が到達可能な最高水準の健康を享受する機会を平等に与えられている健康保護制度へアクセスする権利を含んでいる」と述べている(para. 8)。

「一般的意見」はまた、締結国のヘルス・ケア制度が健康権の実現のためにある制度的特徴をもたなければならないとしている。ここでは、必要とされる施設・機器・サービスの利用可能性(availability)、アクセス可能性(accessibility)、受容可能性(acceptability)、質(quality)を挙げている(para. 12)。

さらに「一般的意見」は、規約第12条に項について、2項に列挙された例は例示列挙であるとし、その内容を細かく述べている(para. 13以下)。そ

こにおいて、特に第12条に関して幅広く適用される具体的な事項として、無差別及び平等取扱、ジェンダーの視点、健康権と女性、こどもと青少年、高齢者、障害を持った人及び先住民を取り上げ、詳細に述べている(paras. 18-27)。

また、健康権の制約については、規約第4条に基づいて、個人の健康権を制約するような措置を締結国がとる場合には、そのような措置をとることを正当化する義務を負うとしている(para. 28)。そしてこのような制約は、「規約によって保護される権利の本質に矛盾しないような国際人権水準を含んだ法に則ったものでなければならない」とし、もし制約をする際に、あらゆる制約の方法がとりうるのであれば、LRAの基準を採用すべきであるとしている。そして、このような制約が許される場合であっても、「それらは継続期間が限定されており、改正を必要とするものでなければならない」と明記している(para. 29)。

第2項 締結国の義務

規約が漸進的な実現を規定し、各締結国に資源の限界があるとしても、規約は締結国に即座に実現する義務も課していることを明記している。つまり「権利がいかなる形態の差別なく行使されることの保障や、第12条の完全な実現に向けて措置をとる義務のような」即時実現義務を締結国に課しているのである(para. 30)。さらに、漸進的実現という表現は、それが決して意味の無い義務ではないことを強調している。むしろそれは、「締結国が第12条の完全な実現に向けて可能な限り迅速に又効果的に行動する具体的で継続的な義務を負うことを意味している」(para. 31)。

さらに、これらのことから、「健康権に関してとられた後退的な措置はゆるめられないという強い推定が働く」としている。もし故意に後退的な措置がとられた場合には、締結国はそのような措置が十分に正当であることを証明する義務があると述べている(para. 32)。

健康権は、他の人権と同様に締結国に3種類の義務を課している。つまり、尊重(respect)義務・

保護 (protect) 義務・充足 (fulfil) 義務である。「尊重義務」は、締結国に対し健康権の享受に直接的または間接的に干渉しないことを要求している。また「保護義務」は、締結国に対し、第12条で保障されていることに第3者が干渉することを防止するための措置をとることを要求している。「充足義務」は、締結国に対し健康権の完全な実現に向けて適切な立法上、行政上、予算上、司法上、促進的及びその他の措置をとることを要求している。「一般的意見」は、パラグラフ34以下で上記3種類の義務について詳細に述べている。

また、国際的な義務として委員会は、規約で承認された権利の完全な実現に向けて、経済的及び技術的な国際援助や国際協力を通して措置をとる義務に注目している。ここにおいては、「特に先進国と発展途上国間の人々の健康状態に現存する甚だしい不平等は、政治的、社会的及び経済的に容認しがたく、それ故に全ての国の共通の関心事であると宣言したアルマ・アタ宣言¹⁷⁾を参照すべきである」ことを指摘している (para. 38)。

さらに「一般的意見」は、健康権の中核的義務 (Core obligations) が存在することにも触れている。つまり、「一般的意見第3¹⁸⁾」において、締結国には基本的なプライマリー・ヘルス・ケアを含む、規約で宣言された全ての権利の最小限の基本的な水準を充足することを保障する中核的義務が少なくともある」ことを確認し、そして「アルマ・アタ宣言は第12条から生じる中核的義務についての強力な指針を提供している」(para. 43)。そこで「一般的意見第14」では、健康権の中核的義務として6つの義務と、またそれに準ずる優先事項として5つの義務を具体的に提示している。

第3項 第12条の権利侵害

「一般的意見」は、上述の健康権の内容と国家の義務を受けて、健康権の侵害に関するいくつかの例を挙げ、明確化している。

ここでは、「健康権実現のために最大限の利用可能な資源を利用しようとしない締結国は、規約第12条の義務に違反していることになる」と明記

している (para. 47)。もし、資源の制約によって締結国が規約上の義務に完全に従うことが不可能ならば、「全ての利用可能な資源を用いるためにあらゆる努力をしたということを証明する責任を負う」。しかし、「逸脱不可能な上述の中核的義務を遵守しないということは、締結国が如何なる状況であっても正当化することはできない」ことを強調している。

また、上述の「中核的義務に矛盾するいかなる後退的措置の採択も健康権侵害となる」と断言し (para. 48)、また「健康権の侵害は、法的義務から生じる必要な措置をとることに関する締結国の不作為や失敗からも生じうる」としている (para. 49)。

そして、上記の締結国の三つの義務(尊重義務・保護義務・充足義務)の違反の形態を例証し、その内容をより明らかにしている。尊重義務の侵害は、「第12条に明記された基準に違反し、そして身体への害、不必要な罹患率及び防止しうる死亡率を引き起こすような国内行動、政策及び法律」を含んでいる (para. 50)。保護義務の違反は、「第三者による健康権侵害から、国家がその管轄内にある人々を保護するための必要な全ての措置をとることに失敗したこと」を含む (para. 51)。最後に、充足義務の違反は、「健康権の実現を保障するための必要な全ての措置をとることを締結国が怠ったことから生じる」としている。

第4項 国内レベルでの履行

規約は、全ての人々が可能な限り早く到達可能な最高水準の身体的及び精神的健康を享受できるように、締結国に人々が保健施設、機器及びサービスにアクセスすることを保障するための必要な措置をとる義務を課している。このことは、全ての人々の健康権享受を保障する国内戦略の採択、国内政策の公式化を要求している。国内保健戦略はまた、「これらの資源を活用したもっとも費用の効果的な方法と、定義された目標の達成のために利用可能な資源を明確化」すべきである (para. 47)。この際、国内の保健戦略や行動計画

の公式化及び履行は、「とりわけ無差別原則と国民参加を尊重してなされなければならない」ず、政策決定過程における個人及び集団の参加する権利の重要性が説かれている (para. 54)。さらに、この国内保健戦略と行動計画は、「説明義務の原則と司法の透明性と独立に基づいて」いなければならない (para. 55)。

そして、国内戦略に健康権を運用できるように、枠組み法 (framework law) の採択も考慮に入れなければならない。その枠組み法には、「達成されるべき目標、達成までにかかる大体の期間、健康権水準が達成される方法、保健専門家、民間部門及び国際機関を含んだ市民社会との協働の計画、健康権に関する国内戦略や行動計画の履行における組織的責任、可能な救済手続」を含んでいなければならないとしている (para. 56)。

さらに、締結国は健康権指標を明確化しなければならないことを指摘している (para. 57)。また、締結国はこの健康指標と関連した適切な国内水準の設定も求められている (para. 58)。

そして「一般的意見」は、健康権侵害の被害者の救済方法についても言及している。つまり、「健康権侵害のいかなる個人的若しくは集団的被害者も、国内レベルと国際レベルの両方で、効果的な司法救済かその他の適切な救済方法にアクセスできなければならない」ず、このような侵害の被害者は全て、賠償を受ける権利があると述べている (para. 59)。また、救済措置の実効性を高めるために、健康権を承認している国際文書の国内法制への編入を促進すべきであると指摘している。つまり、このような国内法制への「編入によって裁判所は、規約に直接依拠して、健康権や、若しくは少なくともその中核的義務の違反について判決を下すことができる」ようになるのである (para. 60)。

第3章 健康権の法的内容と国家の義務

次に、上述した ICESCR 第12条に関する「一般的意見第14」の内容と、この「一般的意見第14」

の基となった概念及び論文を参考に、健康権の法的内容と国家の義務について論じていく。

第1節 健康権の法的内容

まず、国際人権規約両規約において多くの人権が列挙されているが、その中で健康権がどのように位置付けられているかを明らかにしておく。この点、「市民的及び政治的自由並びに経済的、社会的及び文化的権利の享有は、相関関係にあり、かつ相互依存的事であること」、そして「人は、経済的、社会的及び文化的権利を奪われると、世界人権宣言が自由人の理想とみなした人間人格を表現できない」ということが、ICESCR 草案の段階で一般的に合意が得られていた。この考え方を襲踏して、健康権についても、健康権が「他の人権の行使に欠くことのできない基本的な権利」であり、かつ健康権が「他の人権の実現と密接に関係し依存して」おり、規約に含まれた人権が、「健康権の不可欠な構成要素と関連している」ことを「一般的意見第14」(para. 1及び3)も明らかにしている。

次に、健康権の中核的内容について検討していく。健康権の解釈において、はじめに留意しなければならない点は、健康権が「健康である権利 (right to be healthy)」ではないということである。つまり、全ての人が全く同じ健康状態を享受することを健康権は保障しているのではないということ意味している。それは、個人の健康に、生物学的、遺伝学的、環境的及び社会経済的要因が重要な役割を果たしており、それによって全ての人が全く同じ健康状態を享受することを不可能にしているからである。また同様の趣旨から、健康権は常に健康であることを保障している権利でもない。このような前提に立った上で、健康権とはむしろ、「全ての人の身体的及び精神的健康に関する、もっとも高い潜在能力を発揮できるよう要求する権利 (the right to health is a claim of all individuals to their own highest potential in terms of physical and mental health)」¹⁹⁾であるということが出来る。この考え方は、オタワ憲章 (1986年)²⁰⁾のヘルスプ

ロモーションの概念からも導き出される。つまり、ヘルスプロモーションの概念には、人々が「健康の潜在能力」を有しているということが根底にあり、そのような観点から健康権を解釈すれば、上述のように捉えられるのである。また、WHOの「開発における健康に関する対策委員会 (Task Force on Health in Development)」も「個人が健康的な生活のための完全な潜在能力を獲得し、享受することを可能にする条件に関する権利」という意味で健康権を定義付け、それによって健康権により実質的及び運用可能な内容を与える必要性を認識している²¹⁾。よって、これらの趣旨を反映させ、これをより具体的に言うと、次のようにいう事ができるであろう。すなわち、健康権とは「到達可能な最高水準の健康の実現のために必要なあらゆる設備、機器、サービス、条件、教育及び情報を享受する権利」(「一般的意見第14」 para. 9及び11参照)である。これは、「一般的意見第14」においても言われているように、健康権が、ヘルス・ケアと、さらに「安全で飲用可能な水や安全な食料・栄養・住居の適切な供給、健康的な労働条件と環境条件、性や生殖を含んだ保健教育や情報へのアクセスのような」(para. 11)健康を基礎付ける決定要素にも拡大した包括的な権利として解釈されることに依拠している。

さらに、健康権の内容として注目すべき点は、健康権が「自由 (freedom) と権利 (entitlement) の両方を含んでいる」(para. 8)ということである。ここでいう「自由」とは、「性や生殖の自由を含む、個人の健康と身体を管理する権利や、拷問や同意のない治療及び実験を受けない権利のような干渉されない権利」を含んでいる。また「権利」とは、「人々が到達可能な最高水準の健康を享受する機会を平等に与えられている健康保護制度に対する権利」を含んでいる。

さらにもう一点、健康権の重要な側面の一つとして、参加の権利が挙げられている。このことは、WHOにおける健康権の形成過程を振り返ってみても、繰り返し強調されてきたことであった。そして、「一般的意見第14」においても「地域、国

内及び国際レベルでの全ての保健関連政策決定における人々の参加」(para. 11及び54)の重要性が強調されている。このように、健康権は単にヘルス・ケアへアクセスするといった性質だけではなく、複合的な性質を兼ね備えている権利であるといえることができる。

よって、かつての人権の分類のように単純に一つの人権を割り切って捉えるような仕方では、健康権を把握することはできず、これらの性質の全てを併せもった総体として健康権を把握しなければならない。以上のことをまとめると、健康権とは次のような内容と性質を兼ね備えた権利であるといえることができる²²⁾。

表4) 健康権の法的内容と性質

●自由権	「性や生殖の自由を含む、個人の健康と身体を管理する権利」 「拷問や同意のない治療及び実験を受けない権利」
●受益権	「到達可能な最高水準の健康の実現のために必要なあらゆる施設、機器、サービス、条件、教育及び情報を平等に享受する権利」
●参政権	「保健関連事項に関する地域レベル、国家レベル、国際レベルといった全てのレベルにおける全ての政策決定過程に参加する権利」

第2節 健康権実現における本質的な要素 (essential elements)

健康権の中核的内容は上述した通りであるが、さらにそれを現実的に確保するための本質的な要素 (essential elements) についても「一般的意見第14」で明らかにされている (para. 12)。つまり、健康権が実質的に保障されるためには、その中核的内容の一つでもあるヘルス・ケアが、ある制度的特徴をもたなければならないとされている²³⁾。その制度的特徴、すなわち健康権実現における本質的な要素は以下のようなものである²⁴⁾。

表5) 健康権実現における本質的な要素

①	利用可能性 (Availability)
②	アクセス可能性 (Accessibility) ＝無差別・物理的アクセス可能性・経済的アクセス可能性・情報アクセス可能性
③	受容可能性 (Acceptability)
④	質 (Quality)

①の利用可能性では、公的なヘルス・ケア施設、機器及びサービスにおいて、十分な「量」を利用できなければならないことを意味している。これらの施設、機器及びサービスの内容は、その国家の発展状態など様々な要因に影響を受けるものだ

が、それらには以下のような健康を基礎付ける決定要素を含んでいるものであることには間違いがない。すなわちそれは、安全で飲用可能な水の供給、適切な公衆衛生施設・病院・診療所・その他の医療関係施設、訓練を受けた医療従事者及び専門的な人員、必須医薬品である。

②のアクセス可能性はヘルス・ケア施設、機器及びサービスには差別なく全ての人々がアクセスできなければならないことを意味する。そして、ここにおいては次に挙げる4つの視点が特に重要とされる。第一に、無差別であること。特に、もっとも傷つきやすい、または社会の周縁的な地位に追いやられている人々にとってアクセス可能であること。第二に、物理的にアクセス可能であること。ここにおいても、特に傷つきやすい人や社会の周辺に追いやられた人々にとって物理的にそして安全にアクセス可能でなければならない。第三に、経済的にアクセス可能であること。ここでは、ヘルス・ケアサービスの提供主体が公共であるか民間であるかを問わず、そのサービスに対する支払が、社会的に不利な立場にある人びとを含めた全ての人の経済的アクセス可能性を保障している平等原則に基づかなければならないことを強調している。さらにここでは、低所得者が高所得者に比べて不均衡に保健関連費用を負担されないということも強調されている。そして最後に、情報アクセス可能性についても述べている。これは健康問題に関する情報や思想を追求し、受け取り、伝達する権利を含んでいる。しかし、注意が必要なのは、この情報アクセス可能性は、個人的健康データが内密に取り扱われる権利を侵害するものであってはならないということである。

③の受容可能性は、ヘルス・ケア施設、機器及びサービスが、個人、少数者、集団及び社会の文化を尊重するようなものでなければならず、またジェンダーに敏感であり、医療倫理や文化的な側面を尊重するようなものでなければならないことを意味している。また同時に、施設及びサービスが秘密の尊重と受ける側の健康状態の改善に向けて適切であることも要求されている。

④の質は、ヘルス・ケア施設、機器及びサービスが、十分にそして科学的・医学的に適切な良質のものでなければならないことを意味している。ここでは特に、熟練した医療従事者、科学的に認められており、かつ有効期限内の医薬品や病院の器材、安全で飲用可能な水、適切な公衆衛生が要求されている。

以上で述べてきた健康権実現におけるそれぞれの本質的な要素は、わが国の既存の保健関連法制度と、その実施状況について、全て再確認及び再検討されなければならないであろう。とりわけ、このような制度的特徴を兼ね備えていない法制度は、健康権に違反し、直ちに見直されなければならない。

第3節 健康権に対する国家の義務

上述したような健康権の内容と、規約第12条で「全ての人々に到達可能な最高水準の健康」といった文言からみても、国家には多くの義務が課せられていると思われる。特に、健康権の法的性質からいっても、健康権保障を実質的なものとするためには、国家が多くの措置をとらなければならないことが明らかである。確かに、ここで着手されるべき措置とは、「国家若しくは地域の特殊性、活用しうる資源、さらに一般的には産業の程度によるもの」²⁵⁾であることが考慮されており、それ故規約第2条1項では、この規約上の権利の実現は「漸進的実現」とされている。しかし、規約が権利の「漸進的実現」を規定しているからといって、それは「締結国から全ての意味ある内容を奪うようなものとして解釈されるべきではなく」(para.31)、むしろそれは、「締結国が第12条の完全な実現に向けて可能な限り迅速に、また効果的に行動する具体的で継続的な義務を負う」(para.31)ことを意味しているのである。それ故、先にも述べたように「一般的意見第14」は、健康権に関してとられた後退的な措置は許されないのであり、またそれ以前に健康権には即時実現義務も課しているということを再確認しているのである。さらに、「高度に産業化された国家が、第三

世界と呼ばれるところに所属する国家よりも高い水準の健康を保障できるということは自明のこと²⁶⁾であり、そのような国家が「漸進的義務」であることを理由に健康権実現のための方策を講じないということは、それ自体が義務違反であるといえる。

第1項 国家の「義務の三形態 (tri-partite set of obligations)」

実質的な人権保障を遂行していくには、国家に多種多様な義務が課せられることになる。このような国家に課せられる多面的な義務には、一般的に①「尊重 (respect) 義務」、②「保護 (protect) 義務」、③「充足 (fulfill) 義務」といった三つがあると考えられている²⁷⁾。これらの義務は、国家に対して異なった措置をとることを要求している。順番に、①「尊重義務」は、国家に対し、当該人権の享受に直接的または間接的に干渉しないことを要求している。すなわち、当該人権を侵害するようなことを全て禁止するよう要求している。②「保護義務」は、国家に対し、当該人権の保障に第三者が干渉することを防止することを要求している。すなわち、当該人権を第三者が侵害することを防ぐための必要な全ての措置をとることを義務付けている。③「充足義務」は、国家に対して、当該人権の完全な実現に向けて適切な立法上、行政上、予算上、司法上の促進的及びその他の措置をとることを要求している。この「充足義務」には、「環境整備 (facilitate) 義務」・「供給 (provide) 義務」・「促進 (promote) 義務」が含まれている。この「義務の三形態」は、全ての人権にあてはまるものであり、経済的、社会的及び文化的権利に限らず、市民的及び政治的権利にも適用しうる枠組みである。

この三形態のうち、3番目の「充足義務」は、国家に積極的な立法及び措置等をとることを要請しており、それゆえこの義務の履行には漸進性が認められる。それに対して、①の「尊重義務」及び②の「保護義務」のうち第三者による急迫の権利侵害からの保護の場合は、即時に実施しなけれ

ばならない義務である。②の「保護義務」の中でも、立法措置については合理的期間の猶予が認められると解されている²⁸⁾。

この三つの義務は、他の人権と同様に健康権においても課せられており、「一般的意見第14」では「具体的な法的義務」として述べられている。以下の表は、健康権に対するそれぞれの義務の内容について示したものである。

表6) 健康権に対する義務の三形態

尊重義務	<ul style="list-style-type: none"> ◎全ての人々がヘルスケア・サービスに平等にアクセスすることを妨げてはならない ・国家政策として差別的な措置を強制しないこと ・女性の健康状態やニーズに関して差別的な措置を強制しないこと ・伝統的な予防や癒しの行為または薬を禁じ、または妨げないこと ・安全でない医薬品を市場に出回らせないこと ・強制的な医療実験を執行しないこと ・避妊具及びその他の性と母性に関する健康を維持するための手段へのアクセスを制限すること ・性教育及び性に関する情報を含め、健康に関連する情報を差し控える、若しくは意図的に不正確に述べること ・また健康権に関連する事項に対する人々の参加を妨げること
保護義務	<ul style="list-style-type: none"> ◎第三者による健康侵害行為から個人を保護するための立法その他の措置をとること ・第三者によって提供されるヘルスケア・サービス及び保健関係サービスに平等にアクセスすることを保障する法律又はその他の措置を採択すること ・保健分野の民営化がヘルスケア施設、機器及びサービスの利用可能性、アクセス可能性、受容可能性及び質を低下させる要因にならないことを保障すること ・第三者による医療機器及び医薬品の販売を管理すること ・医療従事者及びその他の保健専門員が適切な教育、技術及び倫理的行為準則に則つたことを保障すること ・産前産後ケア及び家族計画へのアクセスにおいて有害な社会的または伝統的慣行が介入しないことを確保すること ・社会のすべての脆弱な又は周辺に追いやられた集団、特に女性、子ども、青少年及び高齢者を保護するための措置をとること ・第三者が、健康に関する情報及びサービスに対する人々のアクセスを制限しないことを確保すること
充足義務・環境整備義務・供給義務・促進義務	<ul style="list-style-type: none"> ◎立法による実施方法で、国内の政治制度及び法制度の中で健康権を十分に承認すること ◎健康権実現のために、詳細に計画された全国的な保健政策を採択すること ・主要な伝染病に対する免疫計画を含む医療提供を確保し、健康を基礎付ける決定要素に全ての人が平等にアクセスできることを保障すること ・公的な保健幹線施設において、特に農村地域における性及び母性に関する健康サービスを提供すること ・全国的な平等配分を考慮した、医師及び医療従事者の訓練、医療関連施設の配置、カウンセリング及び精神保健サービスを提供する施設の配置を確保すること ・全ての者にとって支払い可能な健康保険制度の提供 ・医学的調査及び健康教育の促進 ・健康関連事項の情報提供キャンペーンの実施 ・健康への危険要素に対する政策の実施 ・職業上の健康侵害に対する政策の立案と実施 <p>(環境整備義務・供給義務・促進義務)</p> <ol style="list-style-type: none"> ①調査や情報提供などによって、健康にとって良好な結果をもたらす要素についての認識を育成すること ②保健サービスが文化的に適切であり、また医療従事者が傷つきやすい人々や社会の周辺に追いやられている集団の具体的なニーズを認識し、かつそれに対応するような訓練をされていることを保障すること ③国家が健康的な生活習慣と栄養、有害な伝統的慣習及びサービスの利用可能性に関する適切な情報の普及においてその義務を果たすことを保障すること ④人々が自らの健康について、インフォームド・チョイスすることを支援すること

第2項 中核的義務 (Core obligations)

次に「一般的意見第14」は、健康権の中核的義務についても述べている。この「中核的義務(Core obligations)」という概念は、以前から人権学者の間で議論されてきたものであった。多くの人権学者達は、全ての社会的人権が最小限の「中核的内容」というものを有していると信じている。それはつまり、ある権利が人権としての重要性を失うことはないという本質的な要素からなりたつものである²⁹⁾。このような議論は、「人権」の概念に関する議論から導き出されてきたものであると思う。つまり、従来の「自然権」論に対する現代的な社会的人権の根拠付けについて様々な議論がなされてきた。その中で、社会的人権の「中核的内容」が一般的に正当であるのか、または国家を基礎とした最小限の「中核的内容」が創設されるべきなのか、といったことが論じられてきたものと思われる。ともあれ、全ての社会的人権には「中核的内容」というものが存在し、そして国家はその国の財政事情に関係なくこの「中核的内容」を保障しなければならない、すなわち国家は社会的人権の「中核的内容」を保障するという「中核的義務」を負っている、という主導的な法学者達の見解³⁰⁾と規約人権委員会の立場に則って、健康権における「中核的義務」を検討する。「一般的意見第14」で示された中核的義務とそれに準ずる優先事項をまとめると以下の表のようになる。

表7) 健康権の「中核的義務」

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ①特に傷つきやすい人や社会の周辺に追いやられた集団のために、保健施設、機器及びサービスに差別なくアクセスする権利を保障すること。 ②十分な栄養のある最低限の基本的な食料へのアクセスを保障すること、全ての人がどの触えから解放される自由を保障すること。 ③基本的な居所、住居及び公衆衛生、そして安全で飲用可能な水の適切な供給へのアクセスを保障すること。 ④全ての保健施設、機器及びサービスの公平な分配を保障すること。 ⑤生殖の、母性の（産前産後の）、並びにこどものヘルス・ケアを保障すること。 ⑥WHOの必須医薬品に関する行動計画で定義される必須医薬品を供給すること。 ⑦地域の中で発生した主な感染症に対する予防接種を提供すること。 ⑧疫病や風土病を予防・治療・管理する措置をとること。 ⑨予防と管理の方法を含んだ、地域の中の主な健康問題に関する教育と情報アクセスを提供すること。 ⑩健康と人権に関する教育を含んだ、保健従事者のための適切な訓練を提供すること。 ⑪全ての国民の健康に関して、疫学的証拠を根拠として、国内の公共保健戦略と行動計画を採択し実施すること。 |
|--|

これらの内容をみると、WHOのアルマ・アタ宣言（1978年）で確認された内容と重なるものであることがわかる。実際、規約人権委員会もこの「一般的意見第14」を作成するにあたって、WHOの取組みとその思想を参考にしており、特にこの「中核的義務」のパラグラフについては、アルマ・アタ宣言を踏襲しているのである。このことはつまり、健康権が必要とされた実態と、健康権が生成され発展してきた過程において基礎とされてきた思想を体現したものであり、それこそがまさに健康権の中核的な内容であるといえる。よって、この内容が保障されないのであれば、いくら健康権を保障するといっても有名無実なものになってしまうといえる。それ故先程も述べたように、国家はたとえ如何なる状況であっても、つまり財政事情や資源の状況の如何に関わらず、この中核的内容を保障する義務を負っている。

ここで一つ注意が必要なことは、いまだ健康権を承認していない国家の中には、普遍的かつ包括的な保健サービスを提供することを義務付けられるのを嫌がって、健康権の承認に反対している人々がいるということである。確かに、健康権は国家に対して多くの義務を課している。それも国家の作為を要求するものが少なくない。しかし、上記した健康権に対する中核的義務の内容を見ればわかるように、そのような保健サービスを「提供すること」が健康権の義務とされているのではない。サービスがあらゆる方法を通して、そして他者との協力を通して「提供されることを保障すること」が、健康権の義務なのである³¹⁾。つまり、必ずしも国家が直接的なサービス提供主体とならなければいけないということではないのであり、むしろ重要なことは、健康権実現の本質的な要素である、利用可能性・アクセス可能性・受容可能性・質という要素が十分に尊重され保たれているかを監督しなければいけないのが国家であるということである。上記表5の①から⑤までは、そのような趣旨のものであると考えられる。⑥から⑩までは、「提供すること」が義務とされているが、その内容からみてわかる通り、国家が直接の提供

主体となり全国一律に取り組むべきものであり、また懸念される国家財政への負担も重いものではない。そして⑩は、国家に公共保健戦略と行動計画の採択及び実施することを義務付けているが、ここで重要なことは以下の点である。つまり、戦略と行動計画は、人々の参加とわかりやすい手続を基礎として考案されること、そしてそれらは定期的に見直されることである。また、これらの戦略や行動計画は、進歩を具体的に監視できるような健康権指標や基準を含んでいることが要請される。さらに、これらの戦略や行動計画が考案される過程とその内容には実質的平等の保障、すなわち特に全ての傷つきやすい人々や社会の周辺に追いやられた集団に注意を払っていることも要請されている。

第4節 健康権に関する枠組み法の制定と健康権遵守の指標

健康権保障を実質的なものにするために、国家は健康権に関する国内戦略を現実に実施するための枠組み法を制定するように「一般的意見第14」は促している (para. 56)。わが国においては、多くの保健関連法制度が存在するも、「健康権」を明確に核として統一された制度体系にはなっていない。よって、わが国においても、このような枠組み法を制定し、既存の法制度を国民の健康権保障の観点から再検討する必要がある。

また、医療制度改革が進められている現在、上述してきた健康権保障に関する国家の義務を明示することで、医療制度改革の進行を監視することが重要である。国民の健康権保障を実質化し、逆に国民の健康権を侵害するような法制度の改革を阻止するためには、国家の健康権遵守を監視するような指標 (indicators) が作られることが望ましい。

この点、国家の社会的人権の遵守を監視するという目的で、社会的人権の侵害を明らかにし、それを矯正していくといったアプローチがある。これは、「侵害アプローチ」と呼ばれるものである。1997年オランダのマーストリヒトで、このアプロ

ーチに関する会合が国際人権法学者のグループによって開かれ、その会合において、侵害の意味や侵害に対する責任の所在者、被害者、救済方法、その他の侵害への対応などを含んだ32の指針が提供された³²⁾。「一般的意見第14」においても、「侵害」という項目を設け、健康権の侵害について具体的な内容を提示している (paras. 46-52)。確かに、この「侵害アプローチ」は、どのような作為若しくは不作為が健康権の侵害を構成する可能性があるかを証明するといった点には意味があるだろう。それによって、健康権の輪郭もさらに明確性を有することにもなる。しかし、この「侵害アプローチ」は、各国が健康権を保障していく上でそれぞれ異なった問題を抱えており、等しく義務に従うことを可能にするような同一の基礎構造や制度、そして資源を有していないということを経視している。それ故「侵害アプローチ」は、発展途上国に対しては批判的になる傾向が強くなるであろうし、また先進国に対しては盲目的になるおそれがある。よって、さらに適切な指標を熟考していく必要性がある。

「一般的意見第14」では、健康権指標について「この分野でWHOや国連児童基金 (UNICEF) が継続的に行っている作業から、健康権のあらゆる側面に関する健康権指標に関する適切な指針を得ることができよう」 (para. 57) と述べている。これらの国際機関が用いている指標をもとに、健康権の遵守を評価するための普遍的な成果基準を定義していくというアプローチは非常に重要である。それによって、国家が健康権に関する国家の義務を果たすためにどこに集中して努力をそそげばいいのか、また健康権の履行のための具体的な目標が明確になるのである。

おわりに

今回は、健康権に関する「一般的意見第14」を中心に、国際社会における健康権の法的内容と国家の義務について論じた。今後、日本において国民の健康権保障を実現していくためには、健康権

に関する枠組み法の制定を念頭において、今回明らかとなった健康権の法的内容と国家の義務について、日本国憲法及び国内法上の位置付けと解釈を行い、その上で既存の保健医療関連法制度を再検討及び再評価していく必要があるだろう。そのような作業を通して、健康権保障を核とした医療保障制度の確立を目指していきたいと考えている。

注

- 1) 芦辺信喜『憲法 新版補訂版』岩波書店, 2000, p.116. ; 戸波江二他編『憲法(2) 人権』有斐閣Sシリーズ, 1992, p.76. など
- 2) 大阪弁護士会環境権研究所『環境権』日本評論社, 1973, p.11.
- 3) 『公衆衛生』1973年1月号においては、健康権を特集している。日本医事法学会第4回大会(1973年2月)では、『「健康権」(?)をめぐって—医療の中心にあるものは何か—』を主題とした、健康権概念の確立を目指したシンポジウムが行われた。その内容は、『「健康権」(?)をめぐって—医療の中心にあるものは何か—』ジュリスト538号, 1973.7, pp.15-43. ; 日本医事法学会編『医事法学叢書第4巻 医療の制度と保障』日本評論社, 1986.
- 4) 唄孝一「「健康権」についての一試論」公衆衛生37巻, 1973, p.11.
- 5) 下山瑛二『健康権と国の法的責任』岩波書店, 1979, p.77.
- 6) 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, 1991, p.76.
- 7) 西三郎『「健康権」を提唱する』日本医事法学会編『医事法学叢書第4巻 医療の制度と保障』, 1986, pp.16-17.
- 8) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2a.html> (2004年10月現在)
- 9) <http://www.keizai-shimon.go.jp/material/cabinet/2003/0626kakugikettei.pdf> (2004年10月現在)
- 10) イタリア共和国憲法及びロシア連邦憲法については、樋口陽一・吉田善明編『解説 世界憲法集第3版』三省堂, 1997.
- 11) 同条第1項の続きでは、「国及び地方の保健施設での医療援助は、市民には、その予算、健康保険納付金及びその他の収入によって無料で行われる」とし、続く第2項では「ロシア連邦においては、住民の健康の保護及び増進の連邦プログラムは予算で保障され、国、地方自治体及び私的な保健システムの発展に係わる措置が採用され、並びに、人の健康を増進し、体育及びスポーツを發展させ、生態学上及び衛生学・疫学上の環境改善を促す活動が奨励される」、また第3項では「人の生命及び健康に脅威をもたらす事実及び状態を秘匿した公務員は、連邦法に基づき責任を問われる」と詳細に規定している。
- 12) Eleanor D.Kinney, *The International Human Right To Health: What Does This Mean For Our Nation And World?*, INDIANA LAW REVIEW Vol.34, 2001, p.1465.
- 13) Aart Hendriks and Bright Toebe, *Towards a universal definition of the right to health?*, MedLaw16: 319-332, 1998, p.319.
- 14) 判例時報1651号, p.39以下.
- 15) The right to the attainable standard of health: .11/08/2000.E/C.12/2000/4, CESCR General comment14. (General Comments); 申惠丰「「経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会」の一般的意見(4)」青山法学論集第43巻第4号, 2002.
- 16) ICESCRの規約人権委員会の詳細については、宮崎茂樹『解説 国際人権規約』日本評論社, 1996, p.271以下.
- 17) DECLARATION OF ALMA-ATA International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- 18) The nature of parties obligations(Art.2, par.1): .14/12/90, CESCR General comment 3. (General Comments). para. 10.
- 19) I.C.Herrell & C.A.Mulholland, *Reflections on health in development and human rights*, World Health Statistics Quarterly 51 (1), WHO, 1998, p.90.
- 20) Ottawa Charter for Health Promotion (WHO/HPR/HEP/95.1), 1986.
- 21) Ibid. 19 p.90.
- 22) 以下のような権利の類型方法は、奥平康弘『憲法Ⅲ. 憲法が保障する権利』有斐閣, 1993. を参照した。
- 23) Ibid. 13 p.1468.
- 24) WHO, *25 Questions & Answers on Health & Human Rights*, WHO, 2002, p.12.
- 25) Ibid. 13 p.329.
- 26) Ibid. 13 p.329.
- 27) Ibid. 13 p.328; 申惠丰『人権条約上の国家の義務』日本評論社(1999)では、国家の多面的な義務として、①尊重、②保護、③充足、④促進の4種類があるとしている。401頁参照。
- 28) 申・前掲文献(注17)401頁.

-
- 29) Ibid. 13 pp. 325-326.
30) Ibid. 13 p. 326.
31) Ibid. 19 p. 90.
32) 「侵害アプローチ」については, Ibid. 11 pp. 330
-331.

