

(Original Paper)

Health Care Access and the Right to Health in the U. S.

— Bioethical Arguments —

Kumiko Ishimura^{*,**}

*Okayama Prefectural University Health and Welfare Science, Department of Nursing

**Aino College, Department of Community Health Nursing

Abstract

Since 1980s distribution of health care has been intensely discussed in the U. S. because there are serious problems such as ruinous medical expenses and solvency-based, unfair distribution of medical care. One out of every seven citizens in the U. S. has no medical insurance, which is spurring social unrest.

In other developed countries the right to medical care has been guaranteed and access has been secured because medical care is directly related to human life and therefore regarded as the most valued. In the U. S., however, the same right is denied and medical care is merely regarded as one of commodities that should be bought according to principles of the market economy.

How could bioethics handle the current situation? We can see the limitations of the U. S., where people are only discussing who should pay for medical expenses and how, without placing a value on human life.

Japan is following in the footsteps of the U. S., controlling medical expenses in a negative way. Thus, not a few people do not or cannot join any scheme of medical insurance and the universal medical insurance system is collapsing. The right to medical care has not been discussed actively enough so far, and the right itself is losing power.

The U. S. government is not obliged to bear responsibility for the right to health at all, while the Japanese equivalent is. It is not appropriate for Japan to follow the U. S. policy regarding the right to medical care. Instead, Japan's role model should be France or Germany, both of which respect the right to medical care and are struggling to maintain their universal medical insurance system.

Key words : health care, right to health, Tom L. Beauchamp, Presidential Commission, Norman Daniels

〔原 著〕

アメリカにおける医療へのアクセスと健康権

—— 生命倫理の議論を中心に ——

石 村 久美子^{*,**}

【要 旨】 アメリカでは1980年以降、医療に関する分配論が盛んである。その背景には、世界第1位の総医療費に対する医療費亡国論と、支払能力に応じた医療の不正な分配という深刻な問題がある。国民7人に1人の無保険者の存在は人々の不安を増し、生命の沙汰も金次第という深刻な現実を突きつけている。

しかし、その他の先進諸国では医療を受ける権利を含む健康権を承認し、そのアクセスを平等に整備してきた。ところが、アメリカではその権利を否定し、医療の分配も市場の原理によって個人が購入すべき財の一つとみなし、独自の路線を歩んでいる。

人権運動を背景にアメリカで形成されてきた生命倫理は、このような事態に対し、何を提言しえるのだろうか。生命の価値を優先させるのではなく、その医療費をだれがどのように負担するのかという経済の問題を公正さと正義の問題と称して議論している。それが、権利として承認されていないアメリカでの生命倫理の限界なのであろう。

日本国内においては、そのアメリカに倣って医療費抑制策が進行している。負担の公平性によって無保険者を生みだし、国民皆保険の崩壊を招いている。健康権の議論も決して活発とはいえない状況下で、むしろ健康権を後退させる現状に至っている。

アメリカと日本が異なる点は、健康権に対する遵守義務があるか否かである。その遵守義務のある日本が健康や医療を自己責任に委ねるアメリカに追従するのは、適切ではない。これ以上、医療と皆保険の崩壊を進行させないために、日本が見据える方向は少なくとも健康権を承認し、皆保険制度を維持するために工夫と努力を続けるフランスやドイツであろう。

キーワード：ヘルスケア、健康権、ピーチャム、大統領委員会、ダニエルズ

I. はじめに

近年、日本国内において、アメリカよりの市場原理や自己責任を重視する医療制度改革の推進によって、国民皆保険制度の理念が生命と健康を守る機会の平等性から個人の（選択の）自由へと変換されてきた。その結果、国内にもアメリカ同様、医療へのアクセスを

困難にする無保険者やそれに準ずる準無保険者ともいえる存在が増加している¹⁾。

他方、アメリカでは、無保険者が国民全体の14.8%～15.8%²⁾（約7人に1人）を占め、手遅れや十分な治療を受けられず死亡する人々が少なくとも年間約1万8000件³⁾にも上るといわれている。このような要因には、先進諸国の中で唯一、国民皆保険制度⁴⁾がな

* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

** 藍野学院短期大学専攻科

† 公的保険には高齢者（メディケア）と貧困層向け（メディケイド）があるが、その医療給付水準は制限的で、予算額に応じた実質的な配給制（rationing）になっている。

いことがあげられる。従って、生命と健康にかかわる医療保険でさえ他の財と同様に市場原理の下、個人の経済力に委ねられ、購入するリストの一部でしかない。

このようにアメリカは長年にわたる不公正な医療への分配の結果、世界第1位[†]を占める医療消費国でありながら、芳しくない健康指標、無保険者の存在という深刻な事態を招いている。誰もが必要とする医療をどのように人々の間で分配することができるのか、どのような方法が適切かつ社会正義と公正さに適うのか、それがアメリカに突きつけられた緊要な課題である。医療の分配論に関しては、古くからあるアリストテレスの分配的正義論に基づく「平等な医療へのアクセス論」がある一方で、政府は「適切」な水準での医療あるいは必要最低限度での医療保障を市民に負っているという「政策論」や、現状容認論である個人が自主的に民間の医療保険を購入すべき「私的保障論」にまで分かれている⁴⁾。つまり、イデオロギーの対立のみでなく、所得格差が甚だしいように、医療ニーズもさまざまに分かれ、多くの人々が合意できるような意見が未だなく、改善しようにも非常に難問だと棚上げされている。

この医療に関する分配論、特に医療へのアクセス論は、リベラリズムやコミュニタリアンなどさまざまな分野から意見が出されているが、健康権に関して論じたものは少ない。人間の尊厳と人権に基盤をおいて、さまざまな生命に関する価値判断をめぐる生命倫理の分野において、現状の医療へのアクセス論に関してどのような解決策が提案されているのだろうか。

生命倫理は、1970年前後にアメリカにおいて輪郭を現し、限りある医療資源をどのように分配するか、つまり、誰が生き、誰が死ぬべきか、神のような役割を担ってきた。しかしながら、その判断の際、基準となる単一の原則主義や、バイオ経済の推進役、医療経済と効率重視、健康格差における平等性への無視、視野の狭いリベラリズムへの同化などさまざまな批判がある⁵⁾。本来、医療へのアクセスにおける生命倫理の役割とは、その機会と経済力との関係性を弱め、生命の平等性を守る姿勢が求められるのではないだろうか。ところが生命倫理の主流が依拠するリベラルな議論に

おいては、それらが権利ではなく、政策目標として限りある医療資源を誰に何を分配することが公正なのか、総医療費抑制及び公平な負担という枠組みの中で議論されることが多い。

このような状況下で展開される生命倫理での医療へのアクセス論は、経済力つまり支払い能力との関連を改善することができるのだろうか。世界的潮流である人権の根源的な健康権をなぜ承認しないのだろうか。世界の大国であるアメリカが経済的理由による健康権を躊躇する理由は容認され得ないであろう。とりわけアメリカの生命倫理の議論を輸入し、医療制度改革を手本とする我が国においては、そのアメリカの医療保障の動向は気になるところである。その影響力を考えれば、その状況を把握しておくことは有意義であり、本来日本が目指すべき医療の方向性を再考する一助となると思われる。また、この数十年間、アメリカにおけるヘルスケアに関する主要な議論は大きく変わってはいない。

II. T. L. ビーチャムのヘルスケアへのアクセスに関する分配的正義

まず現代の生命倫理を代表する T. L. ビーチャム (Tom L. Beauchamp) を参考に、アメリカでの議論を総括しておきたい。生命倫理のバイブルともいわれる『生命倫理の現代的諸問題第5版』⁶⁾ の中にも、ビーチャムが編集した「ヘルスケアへのアクセス」に1章が割かれている。その導入部分で、ビーチャムがアメリカにおける「ヘルスケアの公正な分配」⁷⁾ を以下のように整理している。

ビーチャムは、多くの各国政府は、以下の二点におおよそ同意していると述べている。① 医療費が著しく増大を続けていることは早急に見直すべき重要課題であると認識していること、② 医療費に対するこれ以上の支出の増大は容認しがたいものであること、従って、彼はヘルスケアに関する問題として以下の二つに要約する⁸⁾。1, 基本的倫理問題として、資源の公正な分配とヘルスケアへの公平なアクセスというシステムをどのように構築するのか。2, 基本的経済問題として、人間の必要性と要求を充足させるために、費用と効果的な資源の分配をどのように調整するのか。またビーチャムは、たとえアメリカ政府は国民に医療を提供すべき責務があったとしても、政府にできることとすべきことにはおのずと限度があると認識を示している。

[†] 厚労省「安心と希望の医療確保ビジョン」第1回会議 (H20. 1. 7) 資料によれば、アメリカの2005年総医療費の対GDP比は15.3% (1位)、11.6%のスイス (2位) を大きく引き離している。日本の場合、それは8.0% (22位) である。

ビーチャムは、たとえば「発症医学」と「予防医学」ではどちらに資金を優先すべきなのだろうか、と問う。一つの見方として、衛生的な環境改善や予防医学の普及による病気の予防は、人工透析・心臓移植や集中治療室などの治療よりも安価な費用でより効果的な健康レベルを維持し、更に救命率を向上させることが可能である。しかしながら、予防に集中するアプローチは、資源から直接的に利益を得られない貧しい人々を放置することにつながり、道徳的に不十分のように見える。マクロ配分のこれらの問題は、分配の競合する制度によって異なって処理される。そこで、マクロとミクロ配分を含んだ決定において、正義の医療制度の基準に、どのように理論が用いられているかについて以下のように評価する。

1. 平等主義理論について

ビーチャムは、伝統的な平等主義者の社会正義の研究において、J. ロールズ (J. Rawls) の正義論が深く影響をおよぼしていると論じる。ロールズは、社会的協定とは社会における財を増進させるための共同の努力であり、出生・家庭環境や、生まれもった才能における不平等は不当なものであるから、人々は協働的社会において生来的不遇な人々の不平等な状況をより平等にすることによって、それらを改善することを目指すべきであると説明する。ロールズが、私たちに共有された正義概念の根本的な部分であると主張するこの格差原理は、人々を不平等に扱うことが、最も不遇な人々への貢献になる場合は容認される。格差原理は、国家による積極的差別は正措置を正当化する^{9, 10)}。

従って、高齢者や貧困層を対象とした税金を投入しての公的医療保険であるメディケイドやメディケアなども、一種の平等化促進の具体策といえる。

ビーチャムは、ロールズの格差原理や公正な機会均等原理は、R. M. ヴィーチ (R. M. Veach) や N. ダニエルズ (N. Daniels) の論文に深く影響をおよぼしていると指摘する¹¹⁾。たとえば、ヴィーチは、一定水準の医療へのアクセスは社会における最も不遇な個人 (最低レベルの人々) に保障されるべきであると確信している。そうすれば、社会はそれらのケアのレベルがますます発展することによって、最も不遇な人々の状況を改善することが可能だからである。ヴィーチは必要最低限度の医療保障で十分であるとは考えず、より強い権利を擁護する。つまり、彼は医療への平等な権利という基準を用いて、個人々の医療への必要性に基づき医療の分配を要求する。その根拠とは、人々

は可能な限り、他の人々の健康と同等の健康レベルを得るための機会を保障されるために必要な医療を受ける権利を有していると主張する。従って、ヴィーチの考えでは、医療に関する正義原理が適用されるのであれば、(経済力に応じた) 二段階医療 (two-tiered) については反対するであろうとビーチャムは推論する。

しかしながら、ビーチャムは、さまざまな不利益を修正・補償することが積極的な社会的義務であるとするロールズの認識は、医療における正義論に明らかな意味合いをもってはいるものの、どこかで不公正と不運の妥当な線引きをしなければならず、不公正の基準の観点から、平等アプローチと機会の公正ルールの関連性は、医学倫理や保健政策においては、まだ不明確であると指摘する¹²⁾。

2. 功利主義理論について

ビーチャムは、すべての市民が必要とする医療を改善させるための資源を分配するということは、公正な社会制度であると信じるのは何も平等主義者だけではないと指摘する¹³⁾。功利主義者達でさえも、我々が何もせず放置するということが道徳的に非難されるような病気や、その他の苦痛を防止することによって市民を助けることが社会の義務であると確信している。しかも功利主義者は、正義とは、功利の原理によって創造された社会的義務の最も卓越した厳格な枠組みの呼称である、と主張しているとも論じる。ビーチャムによれば、功利主義者の考える医療の分配における正義とは、功利主義者が一般にバランスをとるといふ分配とトレードオフをすることを必然的にともない、医療のために公的資金を提供する制度を考えるとき、公的・私的な利益、予測される費用節約と失敗の可能性、リスクと他の重要性の比較を考慮しなければならないと説明する¹⁴⁾。

ビーチャムは、功利主義者の考える医療の分配を明示的には正当化していない。しかし、さまざまな価値を比較衡量することは一定必要であると考えため、功利主義を全面的には否定しない。ただ、大統領委員会報告に関しては、おおよそ功利主義的アプローチを採用していると批判している。同委員会報告は、社会はすべての市民に対して公正な医療のアクセスを保障する義務を負っている。なぜなら、医療は苦しみと予防可能な早死から救うという特別重要な意味を有しているからである。しかしながら、その義務については、医療の分配に関する政策立案者たちは、社会的責任、個人的責任および社会資源の問題としてバランスをと

らなければならないと強く主張する¹¹⁾。

また同委員会報告は、個々人の経済的自由を保障するために、医療保険の枠組みが制限するような高額な医療を希望する人々には、個人的負担によって自由にそれを購入することを可能にする二段階医療を選択する。

つまり、同委員会報告では、社会はすべての市民に対し、医療への公平なアクセスを保障するために義務を有しているとの見解を示しながらも、社会的損失の大きい早死に関心を示し、また莫大な費用をとまなう医療保障を決して国家の責務だけにせず、あくまでも社会との共同作業であること¹³⁾を強調するところからも功利的手法を採用している。

3. 自由擁護主義理論について

医療の分配に関する永続的な一つの問題は、正義が医療の分配計画を明確に要求するかどうかである。自由擁護主義者 (Libertarian) の論者である R. ノージック (R. Nozick) は、私たちに共有されている正義概念について、次のような疑問をたてる。分配ということばを聞いたとき、大半の人々は、財物の供給を割り当てるための原理や基準を用いるメカニズムを考える。それが再分配すべき領域かどうか、すでに分配されていたとしても再び分配すべきかどうか、少なくともそれは未解決の問題である、と指摘する¹⁴⁾。つまり、強制的な課税を個人の自由に対する不当な侵害とみなすノージックは、富の再分配には反対である。

ビーチャムは、このようなリバタリアンの認識について以下のように述べている¹⁴⁾。自由市場の理論家たちが唱える、平等主義と功利主義の分配の原型が、医療を分配するための適切な規範理念であるという結論に対して、ノージックを代表とする正義のリバタリアンたちは明確にそれを拒絶する。ノージックは次のように断じる。多くの道徳的重要な点において人々は等しいのかもしれない。だが正義は、政府が割り当てる医療資源とサービスに資金を提供することを要求する税金のような、経済的資源の寄付や再分配を要求することではない。リバタリアンでは、財の獲得に関する自由市場の手続き、財の合法的移転や非合法に財を奪われた人、もしくは自由市場において非合法に妨害された人々の矯正から、独立した正義に適う分配のパターンは存在しないと。

その結果、リバタリアンは、個人として、自発的に医療保険を購入する制度を好む。なぜなら、この制度の下では、他者の利益のために国家によって強制的に

税や保険料といった財を徴収される人はいないからである。

このリバタリアンの理論は、正義の本質的な原理よりもむしろ「選択の自由の権利」という原理を非常に信頼している H. T. エンゲルハート[†] (H. Tristram Engelhardt, Jr.) によって支持されている。エンゲルハートは、私たちの権利は強制されるものではなく、正義理論はそれを守るためにあるべきだと主張する。また、エンゲルハートは再分配によって制約する社会を意図した学説を提起すべきではないと主張する。発達した医療技術を用いて生命を救助するような社会的目標を達成するために税金を使うことは、それは社会的正義の問題ではなく、社会的選択の問題であるという。エンゲルハートは、他者によって引き起こされた負傷と病気は不正であるとみなされるべきであるが、単に病気によって不遇な状態におかれている人々は不運なだけであると主張する。

ビーチャムは、このようなエンゲルハートの見方をした場合、不正 (すなわち正義を回復する義務があること) と不運を区別することができれば、正義への要求に終わりを告げることになると批判する。またビーチャムは、個人の自由と純粋な手続的正義のみにこだわるリバタリアン理論は、他の競合する正義論から拒否されていると明確に退けている。そして、近年では共同体論者と平等主義論者が重要な医療へのアクセスに関して解決策を模索していると評価している¹⁵⁾。

つまり、ビーチャムの認識では、個人の同意や自由のみ価値をおくリバタリアン理論では、解決策を探る議論にはなり得ない。従って、ロールズに影響された平等主義論と、他の価値と比較衡量して効用の大きさに注目する功利主義論と、近年ではウォルツァー (M. Walzer) を代表とする共同体論などの議論から、問題解決への糸口を見いだせるのではないかと期待している。

4. 医療を受ける権利について

最後に、ビーチャムは医療を受ける権利について以下のようにまとめている¹⁶⁾。医療へのアクセスをどのような水準・範囲で保障するのか、あるいは保障しな

[†] H・T・エンゲルハート (1941～) はアメリカの医師、生命倫理学者、哲学者。ジョージタウン大学教授など歴任し、『バイオエシックスの基礎づけ』など著書は多数ある。唯一の普遍的価値として「自律性」を重視する。

いのか、それらの根拠は何であるのかという問題がある。そもそも医療を受ける権利が存在するのかどうかという大きな問題がある。この医療を受ける権利とは果たして法的権利なのだろうか、あるいはある種の道徳的権利に過ぎないのだろうか。

ビーチャムによれば、正義とマクロ配分に関する議論は医療を受ける権利の要求に密接に影響するという。もし、医療を受ける権利が存在するのであれば、医療保障のために国家の分配は慈善よりもむしろ正義に基づくものであろう。医療を受ける権利を認める支持者は、医療資源の割当ての欠乏は、無慈悲であって、道徳的に非難されるべき個人の権利侵害ではないのかと反論する。だが、ビーチャムは、これらの権利擁護者の見解は的を得ていないと批判する。なぜなら、彼らは肝心の医療を受ける権利が承認されていない事実を批判せず、非常に不適切な政府の制度であるとみなしているに過ぎないとビーチャムは指摘する。

医療を受ける権利の現在の地位は、その権利性の否定から、すべての市民のための強い平等にかかわる権利として承認へと幅広く分かれている。主として功利主義者は、医療を受ける権利が支持できるか否かを、功利原理によって決定すると主張する。平等主義者は、平等の原理・公正な機会均等原理から医療を受ける権利を推論しようと試みる。リバタリアンは、医療を受ける権利を含む福祉の権利は存在しないと否定する。

現在、多くの国では、健康権を支える重要な柱のひとつとして、医療資源と医療サービスへのアクセスはすべての市民のための法的権利として承認され整備されている。しかし、アメリカにおけるその法的見解は、医療を受ける権利を制定するための根拠として、たとえば道徳上の理由があったとしても、またそれに反対する憲法上の規定がなくとも、医療を受ける憲法上の権利は存在しないとビーチャムは明確に断言する。

しかし、これらの権利の擁護者たちは、各個人が利用可能な医療サービスにおいて、適切な（最高ではなくて）水準での医療へのアクセスを等しく保障すべきであると断言する。また分配とは、必要に基づき行われ、そして、必要とは適切なサービスへの公正なアクセスによって満たされると論じる。

しかしながら、ビーチャムは、理念ではなく、現実的にすべての人々に分配する基本的な水準での医療保障のためには、単に政府機関のみでなく、さまざまな資金提供システムによって資金を確保しなければならないという。普遍的な医療保険のための多くの計画は、政府に頼るのではなく、むしろ公的および私的な制度

の混合によって「管理された競争」にすべきであると述べる。

つまり、ビーチャムは、医療へのアクセスをすべての人々に公正に保障するためには、基本的なレベルを設定し、自由市場の効率性を取り入れて、政府と民間との効率的な共同作業とすべきだという。従って、日本のような公的医療保険制度による皆保険には否定的である。

また彼は、議論の多い二段階医療についても容認する。恐らくビーチャムのリベラルな現実的対応の背景には、正義にかなった社会に関するさまざまな見方が分散する中で、一つの安定的な位置に到達することが非常に困難で、しかも緊要課題であるという認識であると推測される。

最後に、ビーチャムは、保健医療政策における包括的問題とは、「すべての人々が同意できる購入しやすい料金で、適切かつ公正に分配された医療をどのように提供できるのか」であり、公平かつ効率的な医療へのアクセスは、最大の協議事項であると論じる。現在、卓越した正義論や社会的合意は何も見あたらず、私たちは公共政策に期待しなければならないと述べる。このようにビーチャムは、基本的に平等と自由と効率を同様に重視し、政策課題と位置づけるリベラルな立場を堅持している。

現在、世界の多くの国においては、国際人権規約（社会権規約第12条に規定されている健康権）を批准し、ロシアやイタリアをはじめ109カ国が自国の憲法に健康権を規定している¹⁷⁾。しかしながら、アメリカではこの規約を批准しておらず、残念ながら法的権利としての健康権はビーチャムのように否定的な見解が通説である。

Ⅲ. 大統領委員会報告による「公正な医療保障と医療を受ける権利」¹⁸⁾

ビーチャムに、その内容が功利的アプローチであると指摘された大統領委員会（以下「委員会」）報告ではどのような結論を出したのであろうか。

この報告の主旨は、倫理的基準として、すべての人々に過度の負担なく適切な水準での医療へのアクセスを示唆するものである。委員会の認識によると、病気の発症率と不健康による苛酷さは、人々の間に不公平に割り当てられている。ライフサイクルの選択と予防対策が健康状態に大きく影響を与えるが、多くの健康問題は彼らのコントロールのおよばない遺伝的欠陥

や環境、不運など、不可抗力によるものであるためにその結果は不当なものである、との見解を示している。

しかしながら、委員会報告は、政府がどこまで責任をもち、関与するかについての結論には非常に慎重である。政府の役割は、医療へのアクセスを確保するために、市場や民間の慈善活動ができないような領域についてのみ関与するという限定的な見解である。

委員会は、医療を受ける権利については、その権利としての主張を選択しないと判断を回避している。道徳的権利に義務が論理的（必然的）にともなっていると解釈されるべきかどうかという特定の立場をとらない代わりに、医療の特別な本質と公正さを達成させるために、社会の道徳的義務によってこの問題の枠組みを作るように試みている。委員会は、①ヘルスケアへの権利は法的なものではなく、また現時点で承認された憲法上の権利ではない、②委員会が表明しているタイプの倫理的義務の推論は論理的なものではない、③すべての人々への適切な医療を保障するための政府固有の適切な役割に対して、その根拠は必ずしも必要ではない、と結論付けた。

社会の倫理的義務によって、この問題の解決策としての枠組みを作るように努めたという委員会では、法的な権利義務関係を生じさせる根拠を見出すことは困難である。しかし、社会において共同生活を営む人々の中には、困窮生活を強いられている人々がいる。そのような相対的不利益者に対し、有利な人々は何らかの道徳的・一般的社会規範や道義的責任としての倫理的義務を負っていると委員会は論じる。要するに、国家の関与は最少にして、共同の精神に基づく連帯原理によって、医療へのアクセスを擁護しようとしている。

次いで、委員会は「適切さ」とはどのような医療レベルなのだろうか、と問う。委員会では、適切な医療には何が含まれているかについて、その項目ごとに詳細な説明はしようとしないう。委員会はその理由を、医療保障に関する問題を議論する人々の間では、適切さとは、むしろ経済・医療技術・その他の要因と倫理的な問題として格付けされているのだという。委員会は、適切さを決定するとき、人々の福利と機会そして医療に関する情報と個人の治療に関する必要条件がどのように彼らの健康状態に影響を与えるのか、必要な医療の種類・量・治療の質なども考慮しなければならず、治療に要する費用とその有効性に関しても適切さにかかわる判断に反映させなければならない、と説明する。また医療の分配とは、治療とその効果、費用対効果分

析も重要な判断基準のひとつであり、それらに影響を受ける市民の参加による民主的手続きによって決定されるものである。最後に、委員会は、適切さとは、医療の量と質における他者との等しさでもなければ、最高レベルの治療でもないことを付記している。

委員会では、医療を受ける権利は実定法として確立されていないため、政府が法的義務として、人々に医療へのアクセスを保障する根拠は見出せないとされた。しかしながら、ある一定水準での医療へのアクセスはすべての人々にとって必要不可欠であり、社会の倫理的義務として、共同作業によって取り組むべき問題であると判断している。そのための制度と費用に関しては、政府固有の任務とはせず、市場原理に基づき、民間の制度を活用するような方法を想定している。また医療費の適正化のためにも、保険適用外とされる疾患と治療があることを前提とし、効率性の概念である費用対効果分析などを重視する見解である。

同委員会では、医療における市場の自由競争と個人の自由な選択を確保するために、二段階医療を当然に支持する。

IV. N. ダニエルズの「公正な機会の平等原理」に基づく医療へのアクセス

最後にビーチャムも触れていた、医療へのアクセスについて、ロールズ主義の「公正な機会の均等原理」を主張するダニエルズの見解を紹介する。

1. 健康権を主張する危険性

ダニエルズは、ヘルスケアへの権利が確立されていない状況において、公正な医療保障を探求するにあたり、医療を受ける権利を主張することは賢明ではないと指摘する。またその権利性に合意があるとなれば、求められている医療制度改革と包括的な国民皆保険制度へとつながる可能性もあるが、現状ではその権利の範囲と限界に関して意見の差異と不確実性が明らかになるだけで不毛であると彼は断じる¹⁹⁾。

医療（Health Care）という用語でさえも非常に曖昧な概念である。ダニエルズの考える医療とは、個人的な医療サービスのみならず、公衆衛生や予防的措置も含めた健康に関する広範なサービス全般を含めたも

† ダニエルズはロールズ理論をヘルスケアへのアクセス保障へ適用することでアメリカを代表する論客である。ハーバード大学公衆衛生大学院公衆倫理学講座教授。

のである。しかし、医療の概念とは個々人によって抱くイメージに相当な幅があり、治療行為だけのように限定的に解釈されるものから、予防医学と健康増進に関する教育などを含めた広範なものまでである。従って、ダニエルズは、医療を受ける権利を主張するにしろ、どこまでを権利として要求できるのか、これもまた錯綜する議論の一つであると論じる²⁰⁾。

ダニエルズは、医療を受ける権利に付随する健康権(right to health)と健康への平等な権利(equal right to health)が何を要求するものなのか、単純ではない議論であると指摘する。健康権が意味するものには、個々人の生活習慣に関して、より健康へと導くような改善と生活全般や医療機関などの環境整備・改善という積極的な要素がある。他方では、個々人が健康に留意し、喫煙・過度の飲酒など健康を脅かすとされる行為を慎むべき義務を伴っていると主張する人さえもいる。ダニエルズは、このような健康への努力あるいは成果を求められる可能性がある健康権を安易に主張する危険性を指摘する。

ダニエルズが指摘するように、ヴィーチは人々に必要な医療を受ける権利を主張するが、自らの生活習慣が招いたような病気と障がいについては自己責任であると、原因に基づく線引きをする。それはヴィーチの思想が病気にならないように自ら予防と節制を課し努力する人々とそうではない人々を、同じように医療保障することはそれこそが不正であり、健康への留意というインセンティブの欠如をもたらすという信念に基づいているからである²¹⁾。つまり、ヴィーチには医療への平等な権利を主張はするものの、それは与えられるというのではなく、一定の健康に関する努力を当然に伴うものという認識がある。限りある医療資源を有効に、かつ適切に分配するために一定の健康維持への努力を各人に要請する。つまり、ヴィーチの唱える平等主義には、努力をしない者や病状改善という成果を出せない者に対し、医療保障から排除する論理を与えてしまうことになる危険がある。

従って、ダニエルズによれば、健康権を主張する人は、個人や集団(あるいは社会全体)が健康を維持あるいは促進する行動をとる義務があると同時に、健康を妨げる行動を慎む義務も必然的にある、と主張しているのだと理解すべきであると注意を促す。

ダニエルズは、更にこの問題に平等(equal)が入り込むと、更に難解になるという。平等な医療へのアクセスにかかわる権利主張は、健康と医療という特質よりは、むしろ平等性に対する一般的な配慮によって

弁護されるものであるが、この議論は、たとえば最低レベルでの医療サービスに対する基本的権利もないということになれば、それさえも平等性によって否定される恐れがあると指摘する。

つまり、ダニエルズは、医療へのアクセスにかかわる権利主張だけでは、問題は解決されないばかりか、平等によって下方修正される可能性さえも含まれることを指摘する。彼は、平等な医療へのアクセス論が何も見出せないという結論は少々過激かもしれないが、実際のところ、資金がなければ極端に低いレベルか、さもなければ何も提供できない状況になるかもしれないと権利性の主張の無意味さを指摘する。

ダニエルズの示唆することは、健康権という抽象的な権利が、一体何を権利として要求し、何を義務として国民に求めるのか、という哲学的な問題を解決せずしては、立ち向かえる問題ではないことである。

またダニエルズは、以下のように指摘する²²⁾。健康権を主張するということは、他の権利主張との合成物である。(1)社会は、環境保護や医療サービスの提供のような健康に関わるニーズに対し、予算の中から社会の構成員に十分に分配する義務がある。(2)社会は、多様な健康ニーズに対して競合する主張を考慮に入れ、多様なサービスを公平に分配する義務がある。(3)個々人は、そのサービスの公正な分配を受ける資格があるが、ここでの「公正な分配」とは、そのサービスにだれが対価を払うべきなのか、という問いに答えを出さなければならない、という。つまり、マクロとミクロの配分問題と対価を払う負担者と受益者とはだれなのかという難しい問題がある。ダニエルズは、単に国民皆保険制度創設が健康権を保障する結論ではないと否定する。その前に、健康権がどのような権利を含むのか、という疑問に答えるためには、健康ニーズに対する分配の正義の系統だった理論が必要であるという。

2. 公正な機会均等原理による医療の分配²³⁾

では、彼は医療へのアクセスをどのように保障しようとするだろうか。ダニエルズによれば、もし正義が公正な機会均等の保障を必要とすると示すことができれば、医療ニーズを満たす重要性を正当化することが可能であろうという。そうすれば私たちは、医療ニーズを満たす社会的義務において、公正な機会の均等を保障することが一般的社会的義務からきている、と擁護することができるであろうという。その理由として、自由主義的な政治哲学では、不平等な結果が道徳的に

許容されるシステムを正当化するために、手続き上の概念 (procedural notion) と機会の均等というものに依拠してきた。また、ロールズ自身も正義の二原理において、格差原理よりも公正な機会均等原理に優先的地位を与えているのではないかと主張する²⁴⁾。

ダニエルズは、医療制度の設計についてのマクロ的決断をつかさどる適切な原則として、ロールズ理論の拡張により、医療への公正な機会均等を主張する。つまり、必要に応じた医療へのアクセス保障である。

ロールズがあげる代表的な5つの社会的基本財 (自由、権利、機会、所得と富、自尊の社会的基盤) には、医療は含まれていない。社会的基本財とは、各人がどのような生き方を追求しようとも、すべての人に必要なものであり、従って社会的に保障されるべきものである。ダニエルズはそのリストに、ある種の基本的ニーズ [特に、人間として特有 (species-typical) の通常機能を保持するのに必要なもの]、つまり生存するための必要性に焦点をあて、医療へのニーズはこれらの中でも代表的なものであるとして採用する。

ダニエルズは、ロールズ理論に対して二つのことを指摘する²⁵⁾。① ロールズが『正義論』の中で主張する正義原理の第2原理は、格差原理と呼ばれる収入と富から判断して、最も恵まれない人々の長期の期待を最大化するための基本的構造を要求するものである。しかし、ロールズのリストは、福祉 (well-being) 領域においては不十分な物差しである。② その理論は、全人生にわたって正常であり、かつ、活動的で、完全に協力的な社会の構成員である個人に適應するために、人格概念が理想化されている。つまり、ロールズは、そのように単純に理想化したケースのための正義の理論を構築しているに過ぎないのであって、その条件がより現実的で、人々が皆健康とは限らない文脈においては、医療もリストに加えることが可能であろうと、ダニエルズは説明する。

同じくロールズを援用する L. ゴスティン (Lawrence O. Gostin) は、社会経済的に恵まれた富裕層と多数集団の人種に属する白人層だけの健康が改善されて、その他の貧しい人々とマイノリティの人々が非常に不十分な健康状態であるような国は、価値ある見習うべき社会といえるであろうか、とアメリカの不平等な分配を嘆いている。彼女は、ロールズ理論のもとでは、恵まれた階層か、あるいはそうでない階層かに生まれてくることを選択できないのであれば、人々はすべての階層に医療への等しいアクセスを提供している国 (皆保険の下) に生まれることを選択するであら

うと述べている²⁶⁾。

ダニエルズは、社会的基本財のリストに医療を加え、ロールズの理論を拡張する。医療への必要性を満たすことは、生きる上でのあらゆる機会の分配の根幹であり、重要な影響を人々に与えるため、医療制度はあらゆる人々に機会の保障を平等性によって規定されると主張する²⁷⁾。彼は、医療の欠乏は、疼痛や障がい、機能制限、そして生涯にわたって多くを制限するため人間の生きる機会の早期喪失となる、と述べる。もしそれに合意できるならば、医療サービスの水準は、人間に妥当な人生の機会を与えることが必須条件であり、公正な利用が保障されるのである、と論じる²⁸⁾。

またロールズの格差原理では、遺伝的であれ社会的であれ、「自然的くじ (偶然)」から派生する有利性は、道徳的に恣意的なものであるため、不利な立場にある人々の機会を向上させるために是正されるべきであるとする。従って、ダニエルズは、もし自然的くじで得た機会において、資源を使うことが可能ならば、病気によって引き起こされる自然の不利性に対抗して資源を使うことも同様に重要であると主張する。社会的状況というのは、階層によって異なるが、疾病の原因に関連するものであり、病気とは、単なるくじの自然な産物というだけにはとどまらない、と論じる。つまり、ダニエルズは、病気とは社会的経済的不利な貧困層に多く発症するため、格差原理によって不利な人々の状況を改善するために、たとえ医療費を多く消費することがあっても社会の基本構造の公正化を図る上で承認すべきである、と主張する。

しかし、ダニエルズは、これは、私たち個人が生まれながらにもつ差違を均一にする、あるいは、取り除くという目標に向けて努力を傾けるということではないと強調する。医療は、その目標としての固有の機能もっている。医療は、特定の階層の明らかな不利層に集中し、それらの不利を取り除こうとする。それが、公正な機会の平等性を保障することに対する限定的な貢献であるという²⁹⁾。

ダニエルズにとって、健康とは一つの重要な財である。その健康が自然的・社会的不運の結果、より多くの医療を必要とする (貧困層の) 人々に対する積極的格差是正として医療へのアクセスを保障する。そのことは、適切な機会均等原理にかなった修正方法であると考えている。ダニエルズは、ヴィーチと異なり、病気の原因によって自己責任かどうかの区別はしない。その理由には、貧困層に疾病が多いという社会的事実や不可抗力である遺伝的要因という側面に注目するた

め、自己責任を問うことは難しいからである。従って、ダニエルズは、たとえ多くの医療費を費やす人であっても、不健康という不利益な状態を回復させるための手段として公正な機会均等が必要であると考えられる。

同様に機会均等の必要性を訴えるゴスティンは、政府はすべての就学年齢の子供に学校教育を提供する用意をしているのではないかと問う。教育同様に、公平な基準における人生の機会を追求する人間の能力には、医療の一定の保障が必要である。医療の少なくとも一定の基本的な水準保障は、教育と同様に機会の均等が重要であると主張する³⁰⁾。

ロールズは、晩年の著書である『Political Liberalism (政治的リベラリズム)』の中で、リベラリズムの条件を満たす制度の条件として5点をあげている³¹⁾。ロールズは、無論、これらの制度は「公正としての正義」の原則を完全に満たすような条件ではない。しかし、市民によって良心的に継続されるなら、恐らく基本的自由を守り、過度な社会的経済的不平等を防ぐことが可能であろうと論じている。

そのリストとは、① 選挙や政策上の重要項目についての公共的情報が入手できる諸方法を確保すること、② 一定の公正な機会均等、③ 所得と富のまともな分配、④ 社会を失業対策の最期の切り札として機能させること、そして最後には、⑤ 基本的医療をすべての市民に保障すること、である³²⁾。ロールズの理念である「穏当な多元主義」が市民の生活レベルにおいて、実現されるためには、所得格差がこれ以上広がることを避けなければならない。従って、ロールズは、人生における希望や自由、さまざまな機会を活かすためには、個人の自由と平等を尊重するリベラリズムの条件として、医療へのアクセスを一定保障することが基本であることを認めたのである。

V. 考 察

以上、ビーチャム、大統領委員会報告、ダニエルズの見解を概観してきた。各々の規範理念を簡潔にいえば、ビーチャムがリベラリズム、大統領委員会報告が功利主義的、ダニエルズが医療へのアクセス機会均等主義といえる。各々の共通点は、理由は異なるもののその権利性（健康権）に対する否定と、医療へのアクセスを一定保障する必要性を認めていることである。但し、その機会を「基本的医療」にとどめるのか、あるいは個人個人の「必要性に応じる」のかという大きな差異がある。

医療費抑制と医療以外の他の価値ある財への資源の公正な分配という課題の中で、医療への公平なアクセスという制度をどのように構築するか、その実現可能な方法として、ビーチャムは、公私混合で管理された競争型の効率的な国民皆保険制度の導入が適切であると主張する。つまり、独・仏・日のような公的医療保険には反対である。その理由としては、市場の効率性重視と、更なる医療費増大の懸念がある。その結果、税・保険料負担の増大を招き、他の重要な財へのマクロ配分にも支障を来すことにも不安がある。従って、政府の役割と義務の拡大には抑制的で、各人が支払い可能な保険料に抑え、その対価としての基本的医療の保障を提案する。また健康権に関しては明確に否定する。権利ではないため、あくまでも公共的政策問題として位置づけ、富裕層のみが可能な追加型の二段階医療を個人の自由として容認する。

世界的潮流である人権の一部としての健康権をビーチャムがなぜそこまで否定するのかは定かではないが、根拠法がないという冷静な判断と、権利として容認するのであれば、人々に基本的医療ではなく、それ以上の医療へのアクセスを保障しなければならないという危惧と、その費用に対する歯止めなのであろうか。ビーチャムのこの案によれば、取り敢えず無保険者は解消されるであろう。プライマリ・ケアのような基本的医療や予防接種などは充実され、すべての人々に保障される。その結果、健康指標の多くは改善されるであろう。しかし、人々が罹る病気は基本的医療範囲に収まるわけではない。その検査や治療の多くが貧困層には手の届かない二段階医療の上乗せ部分の中に存在するのであれば、生命と生きる機会は現状と同じく支払い能力に依存する。また、ビーチャムのいう適切かつ公正さとは、自己責任を原理とした保険料の支払い能力に応じた分配である。医療保障の水準について、アメリカのような経済大国が途上国の目標である基本的医療水準にとどまってよいのだろうかと思われる。その議論の実現可能性は高いと考えられるが、生命の平等性は保障されない。もし、貧困と病気の原因の大半が自己責任でないとするならば、経済力による診断や治療の差を容認することは正義に反するものであろう。

大統領委員会報告も基本的にはビーチャムと同意見である。同委員会は、適切な医療はすべての人々に必要不可欠であるが、それは政府だけの役割ではなく、政府と社会との倫理的義務による共同作業であると論じる。国家の関与と責務は最少にして、共同の精神に

基づく社会連帯原理に依拠し、医療へのアクセスを擁護する一方で、功利的に資源のバランスをとり、社会全体の利益を考慮しつつ、一定水準の医療の普遍化を進言する。健康権に関してはビーチャム同様、否定的である。根拠法のないアメリカにおいて権利性を見いだすことは困難であると提示する。従って、社会全体の共同責任の問題に棚上げし、国家の関与は慈善や市場にはできないような必要最小限に限定して、政府固有の役割と責任を縮小化している。また効率や資源の有効活用及び個人の自由を重視するため、二段階医療を当然に容認する。アメリカは、WHO憲章前文でいう政府の責務を積極的に果たそうとはしない。

他方、ダニエルズは、医療への機会の平等論を提言している。医療へのアクセス保障は、社会的基本財のリストの重要な一つであり、各人の必要性に応じて、人々に公正な機会を等しく与えるように政府の積極的関与を要求する。また、ヴィーチと異なり、発症機序の因果関係の複雑さによって疾病の自己責任による医療保障の区別はしない。また、ダニエルズは二段階医療の是非については言及していない。しかし、病気とは社会的経済的不利な貧困層に多く発症するため、格差原理によって不利な人々の状況を改善することが重要で、その機会の保障と医療へのアクセス改善を通じた健康格差の縮小³⁹⁾をダニエルズは重視するため、それに反対するであろう。但し、健康権に関しては、発病要因によって自己責任を問ひ、医療保障を差別化するという危険性があることと、議論が錯綜するだけであると否定的である。

以上が生命倫理を代表する主だった議論である。ダニエルズのような積極的は正案はまだ少数説で、ビーチャムのような基本的医療保障案が多数説である。私見としては、ダニエルズのいうように必要性に基づいた医療を提供する機会均等説に賛成である。但し、健康権に関しては国際的潮流の中で、国民の権利として承認していくべきではないかと考える。

またビーチャムや大統領委員会が提案する基本的医療保障案には賛同できない。現状と比べれば安心する人々は増えるであろう。過渡期として第一段階のステップと考えるならば是とするが、最終的には支払能力に応じた医療ではなく、だれもが安心して必要に応じた適切な医療を受けられるように努力すべきであると考える。

アメリカのような大国ができないのではなく、なぜそれを行わないのか？ それは、自由やイデオロギーの問題など混沌としているが、基本的には権利性の否

定があると考えられる。アメリカの最大の特徴はこの健康権を承認していない法制度であり、それを積極的に是正しようとしなないことである。

世界人権宣言（1948年）以降、人々には「医療を受ける平等な権利」があると考えられるようになった。その根拠は、同宣言第25条1項の、「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」である。人々への医療保障を国家責務とし、それを具現化した公的医療保障制度や国民皆保険制度を整備してきた他の先進諸国とは異なり、アメリカは、健康と医療の自己責任化を主流とした独自の道を歩んできたといえる。その結果、一部の富裕層を除く人々を不安と生命の危機に貶めるような健康権の侵害という事態に陥っている。

1970年代、人権運動を背景に形成されてきた生命倫理の議論のベースは、人間の尊厳と人権擁護であった。経済的な裏付けもなく、理想だけを振りかざしても何の役にも立たないかも知れない。しかし、生命の問題や医療資源の分配や医療へのアクセス保障を国民医療費の抑制、限りある資源の有効活用など社会支出の正当化にかかわる経済の問題に比重を置きすぎているのではないだろうか。経済のために人間が存在するのではなく、本来人間のための経済学である。また社会正義と生命倫理の根幹は、持たざる人々を見捨てるのではなく、救おうと人智を発揮するところにこそ存在意義があると考えられる。今こそ多領域との超学際的な連携を下に、何よりも生命の平等性を擁護するために既存の価値規範や経済にとらわれすぎず、挑戦する姿勢が生命倫理に求められているのではないだろうか。

日本は医療制度改革と生命倫理の基盤をアメリカに倣い、効率や自己責任の重視、社会保障費の大幅抑制などの結果、次第にアメリカに接近し、皆保険の崩壊・医療崩壊が指摘されて久しい。医療費抑制策による自己責任・自己負担の拡大、無保険者の増加、公的医療保険の保障範囲の見直し（公的支出の抑制）等が続いている。

しかし、日本とアメリカでは大きく異なる点がある。それは日本が、憲法第25条に生存権を規定し、更には健康権を明記する国際人権規約（社会権規約）に批准していることである。日本国政府は、批准に伴い、それを遵守する義務が派生する。

日本が追従する国は、人権の基礎をなす健康権を認

めようとせず、生命の経済化を許容するアメリカではない。それは、フランスやドイツのように国民皆保険制度を維持するために努力を続ける国であり、人々の健康と生命を守り、医療へのアクセスを保障するために、国民への情報提供と国民の連帯強化を促進することが重要であると考えられる。

参考文献

- 1) 拙稿. 医療制度改革——規制緩和による市場原理と自己責任化. 藍野学院紀要 2007; 20: 97-108.
- 2) 拙稿. 健康の不平等と自己責任化. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 2007; 14-1: 41-51.
- 3) 14.8%の数値は2006年の調査結果である。CDC (米国疾病予防センター) Uninsured Americans: Newly Released Health Insurance Statistics. [引用 2009-02-23] URL: <http://www.cdc.gov/Features/Uninsured/> 15.8%は朝日新聞大阪本社. 朝日新聞 2008年7月26日;朝刊: 8面.
- 4) 毎日新聞東京本社. 毎日新聞 2007年11月15日;朝刊: 7面.
- 5) Ruger JP. Ethics in American health 2: an ethical framework for health system reform. Am J Public Health 2008; 98 (10): 1756-63.
- 6) 加藤秀一. 「個」からはじめる生命論 (NHK ブックス 1094). 東京: 日本放送出版協会; 2007.
- 7) Beauchamp TL, Walters L eds. Contemporary issues in bioethics 5th ed. Belmont, CA: Wadsworth Pub.; 1999.
- 8) Beauchamp TL. Justice in the distribution of health care. In: Beauchamp TL, Walters L eds. Contemporary issues in bioethics 5th ed. Belmont, CA: Wadsworth Pub.; 1999. p. 355-61.
- 9) Ibid., p. 355.
- 10) 平野仁彦, 亀本洋, 服部高宏. 法哲学 (有斐閣アルマ Specialized). 東京: 有斐閣; 2002. p. 16-20.
- 11) Rawls J, 矢島鈞次監訳. 正義論. 東京: 紀伊國屋書店; 1979. p. 47-9.
- 12) Beauchamp TL, op.cit. 7), p. 356.
- 13) Beauchamp TL, Childress JF. 永安幸正, 立木教夫監訳. 生命医学倫理. 東京: 成文堂; 1997. p. 328.
- 14) Beauchamp TL, op.cit. 7), p. 357.
- 15) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 232.
- 16) Beauchamp TL, op.cit. 7), p. 357-8.
- 17) 棟居 (椎野) 徳子. 「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. 社会環境研究 2005; 10: 61-75.
- 18) President's Commission. Just health care and the right to health care. In: Beauchamp TL, Walters L eds. Contemporary issues in bioethics 5th ed. Belmont, CA: Wadsworth Pub.; 1999. p. 362-8.
- 19) Daniels N. Just health care. Cambridge: Cambridge University Press; 1985. p. 4-9.
- 20) Ibid., p. 5.
- 21) Beauchamp TL. 前掲書 12) p. 336.
- 22) Daniels N, op.cit. 19), p. 7-9.
- 23) Ibid., p. 39-42.
- 24) Ibid., p. 39-40.
- 25) Ibid., p. 42-3.
- 26) Gostin LO. Securing health or just health care? The effect of the health care system on the health of America. In: Beauchamp TL, Walters L eds. Contemporary issues in bioethics 5th ed. Belmont, CA: Wadsworth Pub.; 1999. p. 395-6.
- 27) Daniels N, op.cit. 19), p. 44-5.
- 28) Gostin LO, op.cit. 26), p. 396.
- 29) Daniels N, op.cit. 19), p. 45-6.
- 30) Gostin LO, op.cit. 26), p. 396-7.
- 31) 川本隆史. ロールズ—正義の原理. 東京: 講談社; 1997. p. 258-60.
- 32) Rawls J. Political liberalism (The John Dewey essays in philosophy no. 4). New York: Columbia University Press; 1993. p. iix.
- 33) Daniels N, Kennedy BP, Kawachi I, 石川涼子他訳. 健康格差と正義——公衆衛生に挑むロールズ哲学. 東京: 勁草書房; 2008. p. 5.