

医療・介護保障の抑制・後退政策への対抗軸としての「健康権」

井口克郎（神戸大学発達科学部）

1 安倍政権下の医療・介護制度改革の潮流

(1) 「地域包括ケアシステム」と自助・互助・共助・公助、自立イデオロギー

- ・新自由主義「構造改革」が本格的に推進された1990年代半ば以降、医療・福祉分野では様々な社会保障抑制施策が行われてきた。
- ・民主党政権時代末期の2012年8月、民主・自民・公明の3党協議の下に社会保障制度改革推進法成立。社会保障制度改革を、家族や国民相互の助け合いをベースに進めることを基本方針に。安倍政権の社会保障制度改革は、それをテコに推進。
- ・近年、医療・介護では両領域をまたいで、「自助」「互助」や人々の「自立」を求める動きが従来にも増して進められている。象徴としての国による「地域包括ケアシステム」。
- ・「地域包括ケアシステム」の「建前」と「本音」
建前・・・「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム」
本音・現実・・・社会保障費抑制を行うために、医療・介護問題における公的責任や専門職のサービスを縮小・抑制。自助・互助の役割や予防・自立を重視し、医療・介護の自己責任化、在宅や地域への押し戻しを推進。

(2) 「骨太の方針2018」と社会保障費抑制への道筋

- ・2018年6月、「経済財政運営と改革の基本方針2018～少子高齢化の克服による持続的な経済成長の実現～」(「骨太の方針2018」)閣議決定。

目標：経済成長と財政の持続可能性。2025年の国・地方を合わせたプライマリ・バランスの黒字化。

目標達成のための方策：

目標：社会保障費の自然増の抑制

(一般会計における社会保障費の伸びを、財政健全化目標と結びつけて抑制)

→医療・介護サービスの効率化、「無駄」の排除、生産性の向上

- 例)・ADL(食事、更衣、排せつ、入浴、移動等の日常生活動作)の改善等アウトカムに基づく支払いの導入等の促進。(すでに2018年介護報酬改定では、介護事業者の評価を強めるため、通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価導入)
- ・自立支援・重度化防止等に向けAI(人工知能)を活用した科学的なケアプランの実用化に向けた取組を推進(「科学的介護」)。
- ・ロボットやIoT(Internet of Things)、センサー等の普及。

→医療・介護サービス供給体制の適正化

例) 公立・公的医療機関の高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等への重点化。道府県知事の権限の在り方について検討。

⇒ 徹底した患者や要介護者への「自立」や「予防」の要求。

2 自助・互助、自立イデオロギーと現場

(1) 「総合事業」の評価 — ボランティア人材頼みの限界

- ・「川下」にあたる介護領域ではとくに「軽度」とされる要介護者へのサービス抑制が顕著。
- ・2015年の介護報酬および制度改定・・・要支援1・2の者に対する介護予防給付（訪問介護・通所介護）が、市長村の実施する「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、「総合事業」）に漸次移行。従来の介護報酬とともに、費用抑制のために職員の資格要件を緩和した低報酬なサービスを創設。ボランティアな人材等を安上がりな介護人材として活用する思惑。

but 利用が伸び悩み、また事業者の新規参入も進まない現状が浮き彫りに。

(2) 「地域ケア会議」の危険性

- ・2015年から、市町村には「地域ケア会議」を創設することが努力義務化。
- 建前・・・高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。役割として、医療・介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決や介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力の向上、個別ケースの課題分析等による地域の共通課題の明確、共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくりおよび介護保険事業計画への反映などの政策形成等。
- 現実・・・地域住民のニーズに適ったケア体制や政策をボトムアップで構築するというよりは、国によるトップダウンの社会保障費抑制圧力の下でその遂行組織としての性格を強め、市町村では「地域ケア会議」等を用いて専門職や事業者への指導を行い、要介護認定率の抑制など介護サービス受給抑制のための統制を進める傾向も。

3 国による社会保障費抑制＝国策遂行の手法

医療・介護などの社会保障領域は、その財源負担のあり方等をめぐって、資本および資本家と、労働者・市民の利害が大きく対立する。現代日本では社会的には圧倒的少数派の前者がイニシアチブを握るために様々な工作が行われている。

(1) 階級内分断策

- ・労働者層における雇用差別（正規雇用と非正規雇用など）や競争（成果主義等）を用いた孤立化と分断による労働組合等の弱体化。若年層と高齢者層の分断、働く人々と病人や障がいのある人および失業者といった非稼働者の分断等。

例)・若年層と高齢者層を対立させるキャンペーン。医療・介護や年金分野。「高齢者は恵まれている」「たくさんの高齢者の年金を少ない若者で支えなければならない」「シルバー民主主義」

・社会保障後退の本丸としての生活保護受給者バッシングと生活保護費削減。

「土台沈めば全体が沈む」

(2) 耳触りの良いキャッチフレーズによる懐柔と扇動

・経済界や保守層が強い影響力を持っている国家権力が、彼らの利益に適った政策を行うとき、それはしばしば労働者や市民の人権を大きく侵害する。その反発を避けるには？
→仮にその政策が労働者・市民（特に低所得層）に不利益をもたらすものだとしても、そうではなく、あたかも全体の福祉が向上するかのような宣伝やカモフラージュを行う（「騙す」）。

例)・「自立」や「自助」「互助」・・・何となく望ましいことのように感じられる。

・「助け合い」・・・批判したりすると心無い人間として扱われかねない…。

→市民にこうした「規範」を浸透させ生活問題を自己責任化。人権や社会保障を解体。

・「地域包括ケアシステム」＝「住み慣れた地域に住み続けられる」

→but 同システムの具体的中身や関連して行われている医療・介護改革を詳細に分析すると、その本質は社会保障費の抑制。人権としての医療・介護保障の解体。

(3) 診療報酬、介護報酬等による事業者・専門職行動の国策誘導

・診療報酬や介護報酬による事業者・専門職のケア内容・行動の誘導。経営者や専門職の行動を診療報酬や介護報酬の金額、加算等によって国策に沿ったものに誘導し、忖度させる手法。

例) 診療報酬による病床の回転率の向上や介護報酬による生活援助の時間数削減への誘導、「自立」させるケアの報酬上の評価など。

4 日本における「健康権」の普及・確立を

このような医療・福祉領域における国・経済界による事業者・専門職、市民への揺さぶりや支配・コントロールをいかにして打破するか？運動側や研究者が確固とした目指すべき方向性の軸を持つことが不可欠。

(1) 「健康権」(right to health) の法的根拠

・日本国憲法 25 条における人々の「健康」で文化的な生活を営む権利と、社会保障、社会福祉、公衆衛生等を通じた国家によるその実現、向上増進義務。

・国際人権規約第 1 規約「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」(1966 年採択、1976 年発効、日本 1979 年批准) 第 12 条における「健康権」(right to health)。

・上記 12 条をより具体化して内容を規定した、国連経済的・社会的及び文化的権利委員会「一般的意見第 14」(2000 年)。

・日本国憲法は 98 条 2 項で、国際条約の扱いを規定。日本政府は、憲法の理念に沿う国際条約を憲法に準ずる規範として扱い、それに反する下位の国内法や、政策、制度の運営

を「誠実に」是正する義務がある。

(2)「健康権」のポイント ―国連「一般的意見第 14」をもとに―

①「健康権」の目指すもの・・・「到達可能な最高水準の身体および精神の健康」

- ・健康状態は、その時々によって個人差があり、年齢や遺伝的特性等により個人によって達成できる水準は異なるだろう。
- ・よって、健康権の内容は、人々が健康に対する潜在能力を発揮できるようにすることを重要な目標としている。

⇒ 「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」と理解されている（9項）。

②健康権における人々の権利（8項）

a) 人々の自らの身体や健康に関する自由、自己決定権の重視。

自らの健康と身体をコントロールする権利、国家などに自らの健康を害されない権利。

例) 健康を悪化させる国家による行為の禁止。

治療の際、どのようなケアを受けるか？ 等

b) 社会保障サービス等の受給の権利。

到達可能な最高水準の健康を享受するため、国家等による社会保障制度などの健康保障制度の構築とそれへのアクセスの機会等が人々に、差別なく平等に、保障されること。

(①利用可能性、②アクセス可能性、③受容可能性、④質)

例) 国家等による社会保障サービスの構築とその内実。

③健康権の対象範囲

- ・健康権は、締約国による「到達可能な最高水準の身体および精神の健康」の実現に際し、個人の生物学的・遺伝的特性、社会的・経済的な前提条件、国家の提供する利用可能な資源、といった広範な条件の考慮を求めている（第4項、第9項）。

→「到達可能な最高水準の身体および精神の健康」の実現のためには、病気や障がいのケアを行う国家による社会保障制度の構築が重要なのは言うまでもないが、加えてその他の健康状態を規定する要因、および健康悪化の原因となる様々な経済的・社会的事項の領域（労働、住居、教育等の環境やあり方）についても、国家や行政の対応を要求。

④国家の義務や違反事項

- ・健康権は上記の実現のために国家に対し非常に多くの義務を課し（第30項～第45項、違反事項も例示している（第46項～第52項）。

例)

- ・第12条の完全な実現に向けた措置を即時的に取る義務（第30項、第31項）
- ・人々の健康権を尊重する義務、適切な保護を与える義務、充足する義務（第33項）
- ・健康権の実現に向けた立法、行政、予算、司法その他の措置・資源供給等の充足を図る義務（第33項、第61項）
- ・健康権に対して取られる後退的措置の禁止（第32項）
- ・健康権がいかなる種類の差別（人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治的その他の意見、社会的出身、財産、身体的及び精神的障害、健康状況、性的志向等）なく行使されることの保障（第18項、第19項）

項)

- ・国家・行政による健康悪化や死亡リスクを高める可能性のある行為の禁止（第 50 項） など。

これらと近年の日本の社会保障抑制政策を照らし合わせると…

- ・日本の政策は財政抑制を目標とし、それに合わせてサービスの制限や自己負担等の増加を議論、そして制度を抑制・後退。これは「健康権」の規定に明確に違反する。国は財政が逼迫しているから社会保障を抑制、後退させるのではなく、健康権の実現のために、この間莫大な利益をあげている大企業や株主、富裕層への課税を強化し、必要な財源を確保しなければならない。
- ・介護保険サービスの受給にあたり、年齢による受給制限、要介護認定を用いた制度側による受給者の選別、自己負担の設定と増加による経済状況による受給ハードルの創出と引き上げ。それらによってサービス受給を制限され、健康悪化の危機にさらされている人々（十分な介護を受けられない要介護者、疲弊する在宅介護者等）が大勢存在する。こういったことも「健康権」に明確に違反する。

（3）「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」並びに健康権の行政・司法・立法の場における遵守の必要

- ・なお、この健康権規定を含む「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」については、日本政府は 1979 年に批准しておきながらも、従来、社会保障制度・政策等に真摯に反映してきておらず、また司法も裁判においてそれを判断根拠としてこなかった。
- ・これは、日本国憲法第 98 条第 2 項への明確な違反。
- ・国連の経済的・社会的及び文化的権利委員会も、日本政府及び司法に対し、「経済的・社会的及び文化的権利規約」が国内法体系において効力を与えられていないことについて再三批判し、裁判規範性を持たせることを強く求めている。
- ・このような経緯から、近年、生活保護受給者らが国による生活保護老齢加算廃止の違憲性を争った兵庫生存権裁判の中で、大阪高裁判決（2015 年 12 月 25 日）において、「経済的・社会的及び文化的権利規約」の裁判規範性が一部認められるようになってきている。

参考) 神戸市・西宮市による、阪神・淡路大震災被災者の借上復興公営住宅からの追い出し裁判

東日本大震災津波被災地における高台移転に伴う住民の健康悪化

おわりに

- ・近年、国連が多分野において日本の人権状況に対する大きな懸念を示しているように、先進国日本における人権状況の悪化は世界に与える影響も大きい。逆に、労働者・市民が健康権を掲げ、社会制度を変革していくことは世界の市民の人権向上にも貢献し多くの支持を得ることができる。
- ・21 世紀の人権・社会保障としての医療・介護は、決して地域だけで「包括」され、地域や個人の自己責任に委ねられてはならない。国の「地域包括ケアシステム」に対抗する

健康権としての医療・福祉保障システムの具体像の提示の必要性。

- ・グローバリゼーションの深化の下、グローバル資本などの支配層は国境を越えて活動。対して、市民層における国際人権を用いた運動や、国境を越えた連帯が課題。
- ・日本においてSDGsが「奇妙な形」で流行する中、上位の法的拘束力のある（を持たせなければならない）国際人権規約がないがしろにされている現状を改善する必要性。

<付記>

本日の講演は、拙稿「医療・介護保障の抑制・後退政策と対抗軸 ―日本における「健康権」の普及と確立を―」（『経済』No.277、新日本出版社、2018年、28～41ページ）を基にしています。詳細はそちらをお読みいただければ幸いです。

<参考文献>

- 井上英夫『患者の言い分と健康権』新日本出版社、2009年
- 井上英夫・藤原精吾・鈴木勉・井上義治・井口克郎編『社会保障レボリューションーいのちの砦・社会保障裁判』高菅出版、2017年
- 市川英恵著・兵庫県震災復興研究センター編『住むこと生きること追い出すこと―9人に聞く借上復興住宅』クリエイツかもがわ、2018年
- 井口克郎「医療・介護保障の抑制・後退政策と対抗軸 ―日本における「健康権」の普及と確立を―」『経済』No.277、新日本出版社、2018年、28～41ページ
- 国連、経済的・社会的及び文化的権利に関する委員会「第50会期において委員会により採択された日本の第3回定期報告に関する最終見解」2013年
- 国連、経済的・社会的及び文化的権利に関する委員会「一般的意見第14」（2000年）
https://www.nichibenren.or.jp/activity/international/library/human_rights/society_general-comment.html（日弁連サイト、2018年7月17日最終閲覧）。
- 高田清恵「健康権と平等原則―WHOにおける健康権の動向を中心に―（一）」『琉球法学』第67号、2002年、77～114ページ
- 高田清恵「健康権と平等原則―WHOにおける健康権の動向を中心に―（二・完）」『琉球法学』第70号、2003年、57～106ページ
- 棟居徳子『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『一般的意見第14』を参照に―『人間社会環境研究』No.10、2005年、61～76ページ
- 村瀬博『『自立』志向の『財政インセンティブ』施策のゆくえ～平成30年度介護保険制度・介護報酬改定から～』『国民医療』N0.338、公益財団法人日本医療総合研究所、2018年、54～63ページ

<参考資料>

日本国憲法

第 25 条 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 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。

第 98 条 この憲法は、国の最高法規であつて、その条規に反する法律、命令、詔勅及び国務に関するその他の行為の全部又は一部は、その効力を有しない。

2 日本国が締結した条約及び確立された国際法規は、これを誠実に遵守することを必要とする。

国際人権規約第 1 規約「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」

(1966 年採択、1976 年発効、日本 1979 年批准)

第 12 条 1. 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。

2. この規約の締約国が 1 の権利の完全な実現を達成するためにとる措置には、次のことに必要な措置を含む。

- a. 死産率及び幼児の死亡率を低下させるための並びに児童の健全な発育のための対策
- 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、治療及び抑圧
- d. 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

一般的意見第 14 (2000)

到達可能な最高水準の健康に対する権利(規約 12 条) (E/C. 12/2000/4) 一部抜粋

詳細は日弁連ホームページ参照。(https://www.nichibenren.or.jp/activity/international/library/human_rights/society_general-comment.html) 以下、下線は報告者。

1 健康は、他の人権の行使にとって不可欠な基本的人権である。すべての人間は、尊厳ある人生を送るために到達可能な最高水準の健康を享受する権利を有する。健康に対する権利の実現は、保健政策の策定、世界保健機構 (WHO) が行っている保健政策の実施、又は具体的な法文書の採択のような、数多くの補完的手法によって追求される。さらに、健康に対する権利は、法的に執行可能な一定の要素を含んでいる。

2 健康に対する人権は、数多くの国際文書で認められている。世界人権宣言の第 25 条 1 項は、「すべての者は、自己及び家族の健康及び福祉のための十分な(adequate)生活水準 (食料、衣類、住居及び医療並びに必要な社会的サービスを含む) についての権利を有する」ことを確認している。経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約は、国際人権法上、健康に対する権利に関する最も包括的な条項を規定している。規約の第 12 条 1 項に従い、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」を認め、第 12 条 2 項は例示として、「締約国が 1 の権利の完全な実現を達成するためにとる措置」をいくつか列挙している。加えて、健康に対する権利はとりわけ、1965 年の人種差別撤廃条約の第 5 条(e)(iv)、1979 年の女性差別撤廃条約第 11 条 1 項(f)及び第 12 条、並びに 1989 年の子どもの権利条約第 24 条で認められている。1961 年の(改正) ヨーロッパ社会憲章第 11 条、1981 年の人及び人民の権利に関するアフリカ憲章第 16 条、並びに 1988 年の、経済的、社会的及び文化的権利の分野における米州人権条約追加議定書第 10 条のように、いくつかの地域的な人権文書も、健康に対する権利を認めている。同様に、健康に対する権利は、国連人権委員会によっても、また、1993 年のウィーン宣言及び行動計画、並びにその他の国際文書の中でも宣言されている。3 健康に対する権利は、国際人権章典で述べられているように、食料、住居、労働、教育、人間の尊厳、生命、無差別、平等、拷問の禁止、プライバシー、情報へのアクセス、並びに結社、集会及び移動の自由を含む他の人権の実現と密接に関連しており、また依存している。これら及び他の権利自由は、健康に対する権利の中心的な構成要素にかかわっている。

4 規約の第 12 条を起草するにあたり、国連総会第三委員会は、WHO の基本文書前文にある健康の定義を採択しなかった。これは、健康を「身体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態(well-being)であり、単に疾病や疾患がないことではない」と概念づけたものである。しかし、規約の第 12 条 1 項が「到達可能な最高水準の身

体及び精神の健康」と述べているのは、医療に対する権利に限られない。反対に、起草の過程及び第 12 条 2 項の明文の文言は、健康に対する権利は人々が健康的な生活を送ることができる状況を促進する広範囲の経済的、社会的要素を含み、食料、栄養、住居、安全な飲み水及び十分な衛生へのアクセス、安全かつ健康的な労働条件、並びに健康的な環境のような、健康の基礎となる決定要素に及ぶことを認めている。

I. 第 12 条の規範内容

7 第 12 条 1 項は健康に対する権利を定義し、第 12 条 2 項は、締約国の義務を例示的に、網羅的でないかたちで挙げている。

8 健康に対する権利は、健康である権利 (a right to be healthy) と理解されるべきではない。健康に対する権利は、自由と権利 (entitlements) の両方を含んでいる。自由には、自らの健康と身体を管理する権利(性と生殖に関する自由(sexual and reproductive freedom)を含む)、並びに、拷問、同意のない医療及び実験を受けない自由のような、干渉からの自由を含む。これに対し、権利には、人々が到達可能な最高水準の健康を享受するために平等な機会を与える健康保護の制度に対する権利を含む。

9 第 12 条 1 項における「到達可能な最高水準の健康」の概念は、個人の生物的及び社会・経済的な前提条件と、利用可能な国家の資源の双方を考慮に入れている。国家と個人の関係においてのみでは解決できない側面は数多くある。特に、良好な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すべてのものに対して保護を与えられるわけでもない。例えば、遺伝的要素、疾病に対する個人のかかりやすさ、不健康な又はリスクの多い生活習慣は、個人の健康に関して重要な役割を果たすことがありうる。従って、健康に対する権利は、到達可能な最高水準の健康の実現のために必要なさまざまな施設、物資、サービス及び条件の享受に対する権利として理解されなければならない。

10 1966 年の 2 つの国際規約の採択以来、世界の健康の状況は劇的に変わり、健康の概念は相当な変化を遂げかつその範囲も広がった。資源配分や性差など、健康の決定要素がより多く考慮に入れられるようになっていいる。より広い健康の定義はまた、暴力や武力紛争のような、社会的関連をもつ関心事項をも考慮に入れている。さらに、HIV/AIDS のような、以前は知られていなかった病気、及び、がんのようにより広がった病気、また、世界人口の急速な増加は、健康に対する権利の実現にとって新たな障害を作り出しており、第 12 条を解釈するにはこれらを考慮に入れる必要がある。

11 委員会は、第 12 条 1 項で定義された健康に対する権利を、時宜に適切かつ適切な医療だけでなく、安全な飲み水、十分な衛生、安全な食料、栄養及び住居の十分な供給、健康的な職業及び環境条件、並びに健康に関連する教育及び情報(性と生殖に関する健康を含む)へのアクセスのような、健康の基礎となる決定要素に対しても及ぶ包括的な権利として解釈する。加えて、一つの重要な側面は、地域社会、国内及び国際的なレベルでの、健康に関連するすべての意思決定の人々の参加である。

18 第 2 条 2 項及び第 3 条により、規約は、医療及び健康の基礎となる決定条件へのアクセスにおいて、またそれを得るための手段及び権利に関して、人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治的その他の意見、国民的又は社会的出身、財産、出生、身体的又は精神的障害、健康状況 (HIV/AIDS を含む)、性的志向性並びに、市民的、政治的、社会的その他の地位に基づき、健康に対する権利の平等な享受又は行使を無効にし又は妨げる意図又は効果をもついかなる差別をも禁じている。委員会は、健康に関連する差別をなくすためのほとんどの戦略及び計画のような多くの措置は、法律の採択、修正もしくは廃止、又は情報の流布を通して、最小限の資源の必要性しか伴わずに追求できることを強調する。委員会は、たとえ深刻な資源の制約時でも、目標を定めた比較的低費用の計画の採択によって社会の脆弱な構成員が保護されなければならないと述べた一般の意見第 3、パラグラフ 12 を想起する。

II. 締約国の義務

30 規約は漸進的実現を規定し、利用可能な資源の制約による拘束を認めているとはいえ、即時的効果をもつさまざまな義務を締約国に課してもいる。締約国は、健康に対する権利に関しては、権利がいかなる種類の差別もなく行使されることの保障 (第 2 条 2 項)、また、第 12 条の完全な実現に向けて措置を取る義務 (第 2 条 1 項) のような即時的義務を負う。そのような措置は、健康に対する権利の完全な実現に向けて、意図的、具体的かつ目標を定めたものでなければならない。

31 時間をかけて健康に対する権利を漸進的に実現することは、締約国の義務をまったく意味のない内容にするものと解釈されるべきではない。むしろ、漸進的実現とは、締約国が、第 12 条の完全な実現に向けて可能

な限り迅速かつ効果的に移行する、具体的で継続的な義務を負うことを意味している。

32 規約の中の他の権利と同様、健康に対する権利に関して取られる後退的措置は許容されない、という強い推定が働く。意図的に後退的措置が取られる場合には、締約国は、それがすべての選択肢を最大限に慎重に検討した後に導入されたものであること、及び、利用可能な最大限の締約国の資源の完全な利用という文脈において、規約に規定された権利全体との関連でそれが正当化されることを証明する責任を負う。

33 健康に対する権利は、すべての人権と同じく、締約国に対し3つのタイプないしレベルの義務を課している。それは、尊重(respect)する義務、保護(protect)する義務、及び充足(fulfil)する義務である。このうち、充足する義務は、環境整備(facilitate)、供給(provide)及び促進(promote)する義務を含む。尊重する義務は国家に対し、健康に対する権利の享受に直接又は間接的に介入することを控えることを要求する。保護する義務は国家に対し、第三者が第12条の保障に介入するのを防止するため措置を取ることを要求する。最後に、充足する義務は国家に対し、健康に対する権利の完全な実現に向けて適切な立法、行政、予算、司法、促進的及びその他の措置を取ることを要求する。

III. 違反

46 第12条の規範内容(第I部)を締約国の義務(第II部)に適用すると、健康に対する権利の侵害の認定を容易にする動的なプロセスが作動する。以下のパラグラフは、第12条の違反の例をあげたものである。

47 どの作為又は不作為が健康に対する権利の侵害となるかを決定するにあたっては、第12条を遵守する締約国の怠慢(unwillingness)と、無能力(inability)とを区別することが重要である。このことは、到達可能な最高水準の健康について述べた第12条1項、また、各締約国に対して、利用可能な資源を最大限に用いて必要な措置をとる義務を課した規約の第2条1項から導かれる。健康に対する権利の実現のために利用可能な資源を最大限に用いようとしない締約国は、第12条の下での義務に違反している。もし、資源の制約により国家が規約上の義務を遵守できない場合には、当該国は、それにもかかわらず、上記に述べた義務を優先的事項として充足するためにその用いうるすべての利用可能な資源を用いるあらゆる努力がなされたということを正当化する責任を負う。しかしながら、締約国は、いかなる状況においても、上記パラグラフ43の逸脱不可能な中核的義務を遵守しないことを正当化することはできない。

48 健康に対する権利の違反は、国家又は、国家による規制が不十分な他の主体による直接的な行動によって起こりうる。上記パラグラフ43に述べた、健康に対する権利の下での中核的義務に合致しないいかなる後退的措置を取ることも、健康に対する権利の違反となる。作為による違反には、健康に対する権利の継続的な享受に必要な立法の正式な廃止もしくは停止、又は、健康に対する権利に関連する既存の国内的もしくは国際的な法的義務に明白に合致しない立法もしくは政策の採用が含まれる。

49 健康に対する権利の違反は、法的義務から生ずる必要な措置の不作為ないし措置をとらないことから生じうる。不作為による違反には、到達可能な最高水準の身体と精神の健康の享受に対するすべての者の権利の完全な実現に向けて適切な措置を取るのを怠ること、職業上の安全と健康、また職業上の健康サービスに関する国内政策をもたないこと、並びに、関連する法を執行しないことが含まれる。

50 尊重する義務の違反は、規約の第12条に掲げられた基準に違反する国家の行動、政策又は法であって、身体的な害、不必要な病的状態及び予防可能な死亡数をもたらす可能性のあるものである。例としては、法律上もしくは事実上の差別の結果、特定の個人もしくは集団に対して保健施設、物資及びサービスへのアクセスを拒否すること、健康の保護又は治療にとって重要な情報を意図的に差し控え又は不正確に述べること、健康に対する権利のいずれかの構成要素の享受を妨げる、立法の停止又は法もしくは政策の採択、国家が、他国、国際組織及び、多国籍企業のようなその他の主体との二者間又は多角的な協定の締結の際に、健康に対する権利に関する法的義務を考慮に入れないこと、が挙げられる。

51 保護する義務の違反は、国家がその管轄内にある人を、健康に対する権利の第三者による侵害から保護するために必要なすべての措置を取らないことから生ずる。このカテゴリーには、健康に対する他者の権利の侵害を行わせないよう個人、集団又は企業の活動を規制するのを怠ること、医薬品又は食品[関係]の雇用者及び製造者によるもののような、健康に有害な行為から消費者と労働者を保護するのを怠ること、たばこ、麻薬及びその他の有害物質の製造、販売及び消費を戒めるのを怠ること、暴力から女性を保護し、又は実行者を訴追するのを怠ること、有害な伝統的医療又は文化慣行を引き続き遵守するのを戒めるのを怠ること、抽出業及び

製造業による水、空気及び土壌の汚染を防止するための法を制定又は執行するのを怠ること、が含まれる。

52 充足する義務の違反は、締約国が、健康に対する権利の実現を確保するために必要なすべての措置を取るのを怠ることから生ずる。例としては、すべての者に健康に対する権利を確保することを目的とした国内保健政策を採択又は実施するのを怠ること、個人又は集団、特に、脆弱な又は周辺に追いやられた人々にとっての健康に対する権利の不享受を結果としてもたらす、公的資源の不十分な支出又は配分の誤り、保健に関する標識又は指標に対する権利を認定することなどによって、国内レベルで健康に対する権利の実現を監視するのを怠ること、保健施設、物資及びサービスの不均衡な配分を軽減するための措置をとるのを怠ること、健康についてジェンダーに配慮した手法をとるのを怠ること、幼児及び出産時の死亡率を減少させるのを怠ること、が含まれる。

IV. 国内レベルでの実施

53 健康に対する権利を実施するための最も適切で実行可能な措置は、国により相当に異なるであろう。各国は、その具体的な状況に対応するのにどの措置が最もふさわしいかを評価するにあたって、裁量の余地を有している。しかし、規約は明らかに、すべての者ができる限り早く、到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受することができるよう、保健施設、物資及びサービスに対してすべての者がアクセスをもつことを確保するためにあらゆる必要な措置をとるよう、各国に義務を課している。このことは、すべての者に対し健康に対する権利の享受を確保するための国内戦略(その戦略の目標を定めた人権原則に基づく)の採択、並びに、政策の策定及び、それに対応した、保健に関する標識及び指標に対する権利の明確化を必要とする。国内保健戦略はまた、定義された目標を達成するために利用可能な資源、及び、それらの資源を利用する最も費用効果的な方法を明らかにするべきである。

59 健康に対する権利の侵害の被害者となつたいかなる人又は集団も、国内及び国際的レベルの双方で、効果的な司法的その他の適切な救済に対するアクセスを有するべきである。そのような侵害のすべての被害者は、十分な救済を受ける権利を有するべきであり、この救済は、原状回復、賠償、外形的救済 [satisfaction; 訳注：陳謝などの行為をさす] 又は再発防止の保証というかたちをとりうる。健康に対する権利の侵害に対しては、国内のオンブズマン、人権委員会、消費者団体、患者の権利団体又は同様の組織が取り組むべきである。

60 健康に対する権利を認めた国際文書を国内法制に編入することは、救済措置の範囲と実効性を大きく高めることができるものであり、あらゆる場合に奨励されるべきである。編入により裁判所は、規約に直接依拠して、健康に対する権利の、又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。

61 裁判官及び、法律専門職の者は、その任務の遂行において健康に対する権利の違反により大きな注意を払うよう、締約国から奨励されるべきである。

62 締約国は、脆弱な又は疎外された集団が自らの健康に対する権利を実現するのを支援するため、人権活動家及びその他の市民社会の構成員の活動を尊重、保護、環境整備及び促進すべきである。

日本：「貧困層の社会保障を脅かす生活保護削減」国連の専門家が警告

ジュネーブ（2018年5月24日）、国連の人権専門家*は、今年10月から実施予定の生活扶助費の段階的な引き下げについて、貧困層、特に障害者、一人親世帯、また高齢者の最低限の社会保障を脅かすものとして、日本政府に見直しを求めた。

昨年12月に生活扶助の支給額が今後3年間で最大5%引き下げられることが決定されたのを踏まえ、人権専門家が警告を発した。今回の措置により、現在の受給世帯の約3分の2の世帯で生活扶助額が減額される見通し。

「日本のような豊かな先進国におけるこのような措置は、貧困層が尊厳を持って生きる権利を踏みにじる意図的な政治的決定を反映している」と専門家は述べた。

「日本は緊縮政策が必要な時においても、差別を撤廃し、すべての人に基本的な社会的保護を保証する義務がある。貧困層の人権への影響を慎重に考慮せずに採択されたこのような緊縮政策は、日本の負っている国際義務に違反している」と付け加えた。

今回の削減は、2013年に行われた同様の生活保護の予算削減に続くものである。専門家は、年収を10段階に分けた場合の最も低い所得世帯層の消費支出の状況に基づいて生活保護基準を見直すという方式の正当性に疑問を呈している。

「この基準に基づいて決定される最低生活水準は、国際人権法で要求される適切な生活水準と合致しない。このような欠陥のある方式に基づく受給額減額によって、日本はますます多くの人々を貧困に陥れることになる」と主張した。

「高齢者の貧困と社会的排除により、またも多くの人が声を上げられないまま苦しむことになる。これらの政策が修正されなければ、貧困に最も影響を受けやすい人々、特に女性の高齢者、女性世帯主世帯、女性の障害者などを傷つけるだろう」と強調した。

「今回の削減によって最も打撃を受けるのは障害者であろう。経済的負担の増加により、施設に入ることを余儀なくされたり、自殺を図るケースが増えていると報告もある。生活扶助費の削減は、障害者権利条約によって保証された、障害者が地域社会で自立して生存する平等の権利を奪うものである」と専門家は述べた。

専門家は、国際義務に基づき、生活扶助費の引き下げの包括的な人権アセスメントを行い、そして負の影響を緩和するために必要な対策を講じるよう、政府に要請している。

また、専門家は、政府が生活保護改正法案を現在審議していることに触れ、生活保護受給者が非受給者と同等に医療を受ける権利を制限する可能性があるとして指摘した。「生活保護受給を理由に、医薬品の使用に制限を課すことは、国際人権法に違反する不当な差別に当たる。政府は改正法案を慎重に再検討するよう強く要請する」と述べた。

専門家は、日本政府にすでに直接懸念を表明した。

* 今回の声明を発表した国連人権専門家一同：フィリップ・オルストン氏、極度の貧困と人権の特別報告者；ホアン・パブロ・ボホスラブスキー氏、対外債務と人権の独立専門家；カタリーナ・デバンドス氏、障害者の権利の特別報告者；ローザ・コーンフェルド・マッテ氏、高齢者の人権の独立専門家。

国連人権専門家は、国連人権理事会の「特別手続き」に属する専門家である。「特別手続き」とは数々の独立専門家を擁する、国連人権機構の中の最大組織である。特定の国における人権状況やテーマ別の人権状況について事実調査・監視を行う、国連人権理事会の独立した数々のメカニズムを総称して「特別手続き」という。全ての国が調査対象となる。「特別手続き」の専門家は国連職員ではなく、金銭的報酬も受け取らず、自らの意思で調査に取り組む。いかなる政府、組織からも独立し、個人の資格で任務にあたる。