

新たな医療保障（法）原理の構築に向けて ——ドゥオーキンのブルーデント・インシュアランス・モデル——

菊池 馨 実

はじめに

わが国社会保障制度の中でも主要な一部門をなす医療保障¹⁾分野において、1994年の健保法等改正により、看護・介護にかかる給付の見直し、在宅医療の推進、入院時食事療養費の創設といった大きな制度改革がなされたことは記憶に新しい。とはいえ、介護保険給付も絡めた老人保健医療の枠組みの見直しや、国保・健保組合財政の立て直しなど、依然として残された政策課題は数多い。こうした課題に取り組むにあたっては、国民の現存するニーズにより適的な医療（給付）の提供の視点のみならず、限定された医療資源の適正な配分の視点、並びに資源確保の基盤をなす財源負担の公平の視点が、不可避的に要求されざるを得ない²⁾。

こうした視点を踏まえつつ、いわばマクロレベルでの医療保障政策を一定の方向へと枠づける理論の提示をめざすアプローチとして近時注目されているのが、医療経済（学）である³⁾。1993年10月に（財）医療経済研究所が設立されたことにも窺えるように、政策担当官庁である厚生省も今後のわが国医療保障の在り方を探る上で、経済分析に本格的に力を注ぎはじめている。

これに対して、法律学においても、例えば生存権（憲法25条）・平等権（同14条）・健康権⁴⁾といった権利基底の理論などの内に、医療保障の在り方を領導する一定の政策指針となるべきものが提示されてはいる^{5,6)}。しかしながら、少なくとも現在に至るまで、これらの既存のアプローチは、

必ずしも資源の適正配分や負担の公平との視点を十分踏まえた上で展開されてきたものではなかったように思われる。

本稿は、現代英米政治哲学における巨匠の一人ロナルド・ドゥオーキン（Ronald Dworkin）の議論を素材とするものである。周知のようにドゥオーキンは、ジョン・ロールズ（John Rawls）やロバート・ノージック（Robert Nozick）らとともに、リベラリズムの立場から、反功利主義的な（その限りで経済学的アプローチとは一線を画す）権利基底の理論を展開している。とりわけドゥオーキンの理論は、ロールズ⁷⁾などと異なり、公共的な政治価値としての「平等」を根底に据えている点に特徴がある⁸⁾。しかしてドゥオーキンは、アメリカ社会保障にかかわる一定の制度論的主張を行っており⁹⁾、1994年にも、クリントン政権が提出した「健康保障法案（Health Security Act）」の論評を行った¹⁰⁾。そこで彼は、制度論ないし政策論とともに法解釈論としての意味合いをも有する興味深い議論を展開しているのである。

以下では、同論評においてドゥオーキンが展開した配分的正義論を主たる検討対象とし、それがアメリカ医療保障の現状との関連で有する具体的な意義を明らかにしたい。権利基底的な視座に立ちつつ資源の適正配分並びに費用負担の観点にも配慮したドゥオーキンの議論は、上記のような経済的財政的制約要因を踏まえたわが国医療保障法理の構築にあたっても、参考になると思われる¹¹⁾。

I アメリカ医療保障と健康保障法案

ドゥオーキンの議論を検討する前に、その論評の対象となった「健康保障法案」、そしてその背景にあるアメリカ医療保障制度を概観しておく必要がある。

アメリカにおいて、なぜ「ヘルスケア改革」が1992年大統領選挙戦における争点の一つとなり、クリントン大統領も最重要内政課題の一つとして位置付けたのか、その背景分析については、既にわが国で多くの紹介があるため¹²⁾、本稿では詳細に立ち入らない。ここでは以下での議論に最低限必要な限りで、アメリカ医療費保障の制度枠組みがわが国と異なり私保険中心であること、現在アメリカの医療保障システムは、政府・民間を通じての医療支出の高騰(GNPの14%にも上る¹³⁾)と、特に低所得層や不安定雇用層などを中心とする医療へのアクセスの危機(無保険者——すなわち民間の、あるいは公的な医療保険等によって医療費ないし医療給付を保障される手立てをもたない者——は3,900万人にも上る¹⁴⁾)、という二つの側面において、危機的な状況にあることのみを確認しておくにとどめたい¹⁵⁾。

クリントン大統領は、こうした危機に対処するため、1993年11月、健康保障法案¹⁶⁾を連邦議会に提出した。それは12編構成で1,342頁にも及ぶ長大なものであった。内容的にもきわめて多岐にわたるため、ここではそのごく骨子のみを述べると、各州は一つ以上の地域保健連合(Regional Health Alliances)を創設する(1201条)。保健連合は州の承認を受け所定の包括的給付パッケージ(comprehensive benefit package)(1101-28条)を提供する複数の保健プラン(Health Plan)と契約を締結する(1321条)。被用者(公務員を含む)・自営業者・失業者及びその家族等を含む地域住民は、保健連合を通じてHMO型や出来高払い型といった複数の保健プランから自ら選択・加入することにより医療を受けられる(1001条)。保健連合加入者には、保険料負担と自己一部負担がある(6101-02条, 1131-36条)。使用者にも保

健連合への拠出義務がある(6121-22条)。一定所得水準以下の加入者(6104条)や一定の小企業(6123条)などは、費用負担が軽減され、その分国庫負担が導入される(9102条)。その財源としては、タバコ税にかかる新税(7111-13条)などが充てられる。5,000人以上の被用者を抱える使用者は、地域保健連合とは別に、自社の被用者を対象として企業保健連合(Corporate Health Alliance)を設立しうる(1311条)¹⁷⁾。

周知の通り、健康保障法案は、大幅に修正され下院を通過したものの上院段階で行き詰まり、1994年10月、政府自ら成立を断念するに至った¹⁸⁾。しかしながら、以下に述べるドゥオーキンの議論は、法案の帰趨にもかかわらず、医療保障の在り方をめぐる一般的な問題を論じており、現在においてもなお十分参照に値するといえる。

II ドゥオーキンの配分的正義論

ドゥオーキンは、従来の健康保障法案をめぐる議論が主として経済学的もしくは医学的見地からなされてきたとした上で、彼自身これらとは異なり、医療における「正義(justice)」(「公正(fairness)」とも言い換えている)の視角から同法案の評価を行っている。政治ないし道徳哲学の側から、正義論の視座を持ち込んだのである¹⁹⁾。以下、その議論の概略をみていきたい²⁰⁾。

ドゥオーキンによれば、医療における正義の問題は、具体的には二つに分けられる。第一に、合衆国は市民の健康のためにどれほどの金銭をつぎ込むべきか、第二に、礼節ある(decent)社会とは、どの程度の医療を全ての市民が受けられるようにすべきなのか、そして最も貧困な者であっても受けられる最低限の医療レベルはどのように決せられるか、という問題である。前者は財としての医療の他の財との関係における優先性の問題、後者は医療財の市民間における配分の問題といえることができる。

ドゥオーキンは、この問題を考えるための素材として、健康保障法案において全ての保健プラン(基本的に全国民がいずれかのプランに加入しな

ければならない) が提供しなければならないとされる包括的給付パッケージに焦点を当てる。法案の 1101 条以下によれば、このパッケージの給付内容が列挙されているが、注目すべきなのは 1141 条の除外規定である。すなわち同条は、「(a) 包括的給付パッケージは、(1) 医療上必要もしくは適切でない項目 (item) 及びサービス、並びに (2) 全国保健委員会 (NHB: National Health Board)²¹⁾ が 1154 条の下で制定する規則により医療上必要もしくは適切でないとする項目及びサービスを含まない」と規定し、さらに 1151 条以下で、パッケージの統一性を確保しあるいは新たにパッケージを拡張するため、NHB に規則制定権能を付与している。つまり、ある特定のサービスが医療上必要かつ適切であるか否か (例えば 50 歳以前の定期的乳がん検診)、あるいは新しい医療技術ないし処置がカバーされるべきか否か (例えば MRI 検査や臓器移植) の認定判断は、第一次的には NHB の権能とされているのである。しかし、まさにこうした場面においてこそ、医療における正義ないし公正が正面から問われるのだとドゥオーキン主張する。敷衍すれば、こうした場面において何が正義に適っているのか、あるいは公正であるかの判断を、もっぱら NHB の恣意的な裁量に委ねてよいのか、という問題でもある。

ここでドゥオーキンは一つの重要な仮定をおいている。すなわち医療における「給付割り当て (rationing)」が医療費の観点から不可避的だということである。つまり医療に回すことのできる財源が無尽蔵でない以上、われわれは正義の問題を回避することができず、例えば対費用効果の低い一定の技術や処置などは、医療上「適切」とはいえないのではないかというのである (例えば、50 歳以前の定期的乳がん検診は、きわめて少数の命を救うことになろうがきわめて高価である)。こうしてドゥオーキンは、何が「適切な」医療かは、それをコストがかかりすぎるとの理由で拒否するのが公正かどうかという問題に置き換えられるとする。

ここでドゥオーキンは、医療における伝統的な

正義の理念、すなわち「救済原理 (rescue principle)」を提示する。「救済原理」とは、「生命を救うことができると思われるにもかかわらず、必要な資源を経済的理由により得られないがために、人々が死にゆくのを見過ごすことはできない」²²⁾との原理である。このことを先に提示した正義の二つの問題に照応させていえば、第一に、生命と健康はあらゆる財のうちで最も重要なものであり、第二に、医療は平等の観点から配分されねばならず、いかなる貧困者であっても必要な医療を拒否されるべきではない、との要請が導かれる。これは、苦痛 (pain) への恐怖や、生命・健康が他の何物にも代え難いこと、といった広く共有されている理解に基礎をおき、直観的に人々を惹きつけ、政治的文脈においても広く支持されている。しかし、現実には「給付割り当て」の問題を考える際、この原理はほとんど役に立たない。なぜなら、この原理によればわれわれは追加的な 1 ドルが健康や寿命に利するところが全くなくなるまで (経済学的にいえば限界効用がゼロになるまで) できる限りの医療支出を行うべきことになるが、こうしたことを行う社会は現実的には考えられないからである。とはいえ、昔は「救済原理」のレトリックと医学的技術水準との間にはそれほど大きなギャップがなかった。科学技術の発展が非常に高価な医療を生み出したことから問題が生じたのである。かくして「救済原理」により導かれる回答は不合理であり、さらにこの原理はこれに代わりうる基準を用意していないことが明らかである。

ここでドゥオーキンは、アメリカ合衆国でさまざまな行政的規制を行っているにもかかわらず、結果として医療費の高騰を招いている事実を捉え、こうした規制を撤廃し、基本的に医療資源の配分を自由市場原理に委ねるべきだと主張する保守的エコノミストの主張を取り上げる。しかし、彼はこうした主張が以下の三つの理由により受け入れ難い解決策であるという。

第一に、富はアメリカで非常に不公平に配分されているため、多くの人々が市場価格で実質的自身の健康保険を購入することができない。

第二に、多くの人々が健康にかかわるリスクや

医療技術についてきわめて不十分な情報しかもっていない。

第三に、規制のない市場では、保険会社が一定の人々に健康上のリスクが大きいとの理由で非常に高額な保険料を課す。

こうして自由市場原理に極端に重きをおく主張を斥けつつも、ドゥオーキン²³⁾は、こうした分析を基に医療における正義のより満足すべき理念を提示できるという。それがすなわち、「ブルーデント・インシュアランス・ルール (prudent insurance rule)」である。これは、健康と他の社会的ニーズとの間、さらに治療を必要とするそれぞれの患者の間における資源の配分は、仮に政府などによる規制のない市場に委ねられ、しかも上述の三つの自由市場の欠陥が一定程度是正された場合を想定することにより、決定され得るというものである。つまりこれら三つの市場の欠陥が是正された理想社会(富がより公平に配分され、患者側が十分な情報を保有し、個別リスクにかかる情報を保険会社が保有していない社会)を想定し²³⁾、こうした理想社会において通常の思慮分別ある(prudentな)アメリカ市民が購入するであろう医療サービスないし保険給付の範囲及び内容を推論することができ、こうした推論を正義が指し示す一つの基準として、現実制度(例えば、NHBの「必要かつ適切」性判断や、公的規制の下で提供されるべき給付の範囲)との関連で用いることが可能であるとするのである²⁴⁾。もちろん何がprudentであるかは、各人のニーズや嗜好、人格、選好により異なることはいうまでもない。しかしながら、それでもなお大多数の現在のアメリカ市民のニーズや選好に合致するとの確信をもって、一定の判断を下すことは可能である。例えば、通常の25歳の若者にとって、永久的な無意識の植物状態に陥ったときなどに行われる生命維持治療に備えるための保険を掛けることは不合理である(回復の見込のない末期治療についても同様)。というのも、彼は他のより有益な生活のために高額な保険料相当分を充てるであろうから。ただし多くのprudentな人々は、より費用が安くて済む「緩和ケア(custodial care: できる限り快適さを

保ち疼痛を和らげるためのケア)」を提供する保険は購入するであろう。

こうしてドゥオーキンは、理想社会において通常のprudentな人々が適切だと考えるところを基準として公的な強制の契機を含む給付制度を創設し、経済的余力があり特別なケアに一層多くの資金を費やしたいと考える少数の者に対しては、補足的な任意加入の保険によってこれをカバーすることを認めるのが公正(ないし正義にかなっている)ではないかと主張する。そして、医療における抽象的な正義の理念として「救済原理」に代わって「ブルーデント・インシュアランス・ルール」を採用するならば、健康保障法案における包括的給付パッケージにも一定の限界が認められて然るべきということになるとする。ただし、この原理の具体的適用にあたり、判断の困難なハードケース、あるいは辛い決断を下さねばならないケースが生じる。例えば、1993年夏、フィラデルフィアでシャム双生児の切り離し手術が行われた。心臓は一つしかないのであるから一人の赤ん坊は確実に死亡し、もう一人も長く生き続けられる可能性は百に一つしかない。結局この手術には100万ドルの費用がかかり、親が保険未加入であったため、インディアナ州が一日1,000ドルを負担したほか、病院がこれを負担することとなった。この時、病院の外科部長は、「一つの生命を救うことが可能であればそうすることに価値があるのだ、という異論のないコンセンサスがある」と述べ「救済原理」に訴えかけたのであるが、ドゥオーキンは、正義の基準に照らせば、通常のprudentな親の保険購入時の判断との観点から、手術には反対の立場を採ることになろうと述べている²⁵⁾。

以上の帰結としてドゥオーキンは、現実具体的な基準設定の際、留意すべき事柄として、決定に責任を持つ機関(NHB)は、医師その他医療専門職に限定せず多様なグループの代表から構成されるべきことを挙げる。また「給付割り当て」は技術的な費用・便益計算のみならず公共的な優先性の感覚をも反映すべきであるから、世論の動向を調査することも重要であるとし、オレゴン州に

における著名なメディケイド改革(1989年)²⁶⁾の際になされたタウン・ミーティングを例に挙げている。

ドゥオーキンの議論は、直接的には、公的な強制の契機の下で提供されるべき包括的給付パッケージの在り方(限界づけ)へと向けられている。しかしながら、より基本的には、ドゥオーキンは、彼が根源的価値を見出す「平等な配慮と尊重(equal concern and respect)」への権利²⁷⁾を背景として、医療をめぐる正義の第二問題(礼節ある社会とはどの程度の医療を全ての市民が受けられるようにすべきなのか、そして最も貧困な者であっても受けられる最低限の医療レベルはどのように決せられるか)への回答として、貧困者を含む全市民に対し、「ブルーデント・インシュアランス・ルール」によって導出される水準の医療を、公的な関与の下で最低限保障されるべき「権利」として認めているように思われる²⁸⁾。このように、わが国とは異なる医療保障体制下において、権利基底的な公的包括的医療保障の理論的基礎づけを行った点に、ドゥオーキン理論のアメリカ的文脈における最大の意義が存するのである。

Ⅲ 日米両国における問題状況の差異

以上、正義論的視座からなされたドゥオーキンのアメリカヘルスケア改革論とその意義を明らかにした。しかしながら、ドゥオーキンの議論を無批判的にわが国の制度論的視座として持ち込むわけにはいかない。日米両国における問題状況の大きな差異を勘案しなければならないからである。こうした差異は、典型的にはさしあたり以下の三点に集約できるのではないかと考えられる。

第一に、両国の医療保障体制の差異が挙げられる。両国は医療制度ないし医療供給を担う主体が原則として私的セクターである点で共通性を有する。しかしながら、Ⅰでも述べたように、医療費保障制度の枠組みが決定的に異なる。つまり、わが国がいわゆる国民皆保険体制を採っているのに対し、アメリカでは、少なくとも一般被用者等については私保険中心である。ドゥオーキンが提

示する正義の理念も、(一定の重要な修正を受けるとはいうものの基本的には)自由市場原理が機能する社会における民間保健プランの購入を念頭に置いている。

第二に、こうした両制度を支える理念のレベルにおける差異が挙げられる。すなわちわが国では、生存権や社会連帯²⁹⁾が社会保障の基本理念として捉えられている。これに対してアメリカでは、60年代半ば以降の学説・判例上の努力にもかかわらず、合衆国憲法上の実体的「福祉権」樹立の試みが成功していない³⁰⁾。また社会連帯思想も、アメリカで福祉諸施策の発展を領導してきた政治思想といわれるリベラリズムの立場からは、少なくとも主導的な議論とはならなかった。むしろ「自由」や「自律」といった理念に積極的な価値が置かれ、またこれらとの関連で「選択」の契機が重視されてきたのである。

第三に、第二に述べたこととも関連して、社会保障(ここでは医療保障)をめぐる「国家(ないし政府)」「社会」「個人」の位置関係の差異が挙げられる。このことは、社会保障をめぐる受給者の人間像の差異ともいい得るであろう。すなわちアメリカ社会保障を制度・思想両面から分析した場合、「国家」あるいは「社会」から相対的に独立した「個人(さしあたり家族を含めて考える)」像が浮かび上がってくる。このことは例えば、便益と費用の関係が個人レベルで密接不可分に意識されるとの傾向にも顕現しており(1988年高額医療費保障法(MCCA)の成立と廃止に至る経緯³¹⁾が想起される)、ドゥオーキンのブルーデント・インシュアランス・モデルにおける prudent man も、常に費用(保険料)を念頭において行動するものと想定されている。これに対してわが国では、社会保障はともすれば国から国民に対する一方的(国民の側からは受動的)な給付関係として捉えられがちであったことは否めず、そこに「自ら主体的な生を営む個人」の能動的な視点は希薄であったように思われる³²⁾。このことをアメリカとの対比でいえば、個人レベルでの収支計算あるいはコスト意識が生じ難いということにもつながる。

それではこうした諸々の差異ゆえに、ドゥオーキンの議論はわが国医療保障制度をめぐる政策論的視座を考えるにあたり、何ら示唆を与えないというべきであろうか。

IV ドゥオーキン理論の示唆

本稿の「はじめに」で触れたように、今後「給付割り当て」の必要性が益々高まることが予測される中で、これを規制し枠づけるための法理論的枠組みないし基準の導出がわが国でも強く要請されることは疑いない。その意味で、権利基底的な視座に立ちつつ資源の適正配分並びに費用負担の観点にも配慮したドゥオーキンの議論は、日米両国における問題状況の差異を勘案した上でなお、わが国医療保障（あるいは社会保障）制度の在り方を考えるに際し、一つの手がかりを与えてくれるように思われる³³⁾。

第一に、医療保障体制の相違との関連でいえば、国民皆保険体制下にあるわが国においても、一定の正義ないし公正の観点からの視角が必要とされる場面がみられる。すなわち、①出来高払いの診療報酬制度の下、ある特定の傷病に対しどの程度の薬剤等の支給や処置、手術その他の治療が保険給付（療養の給付）として認められるかという場面（具体的保険事故に際しての保険給付の程度の問題）、②例えば、新たに有効な検査装置や薬剤が開発された場合のように、ある特定の薬剤や処置などを保険給付の対象として含めるべきかという場面（保険給付の範囲そのものの問題）、③広い意味では②に含まれるとも考えられるが、高度先進医療（特定療養費の支給対象）の範囲（対象治療方法と実施医療機関）をどの程度認めるべきかという場面、などである。とりわけ③については、仮に対象患者数に対して医療実施機関の治療可能患者数が少なければ、そこに優先順位づけの問題が生じる。これらはいずれも、ドゥオーキンの言葉を借りれば、「必要かつ適切な」医療とは何かが問題になる場面であり、法形式的には健保法43条、同43条ノ4、同43条ノ6、同43条ノ9、44条などの解釈論である。ただし、具体的中

身が制定法レベルではなく行政規則や通達等によって規律されるため、実質的には制度論ないし政策論の問題でもあるといえる。

上記の三つの問題場面それぞれにつきやや敷衍しておく（以下では主として健保法を念頭に置く）、まず①は、主として(1)保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）、(2)診療報酬点数表により規律され、事後的に(3)診療報酬支払基金により補正される。仮にドゥオーキンの正義の視点を持ち込むならば、例えば、末期医療や救命救急医療における巨額の医療費負担の在り方をどう考えるか³⁴⁾、といった問題に、新たな政策枠組みの方向性を得るための一つの着眼点が示され得るであろう。また基礎部分（ドゥオーキンのいう包括的給付パッケージに含まれる部分）は社会保険から定型的に給付しいわゆるアメニティ部分（例えば、各自の嗜好に合わせた入院中の食事）は自己負担に委ねるのも、何をアメニティとみるかが問題になり得るとはいえ、基本的には是認し得る方向性といえよう。②については、保険給付の範囲の問題は、新たな薬剤や治療技術の導入といった主として医学的見地から判断されるべきものと、医療保障ないし医療保険制度の本来の趣旨をも踏まえて判断されるべきものに大別できるとと思われる。このうち特に後者（例えば、正常な妊娠・分娩）については、現在でも医療保険審議会に労働側委員などが参加しているとはいえ、この程度で受給者ないし被保険者側の「参加」の機会が制度的かつ実質的に確保されているといえるか（この点はドゥオーキンが現実具体的な基準設定に際して要求している点である）を改めて問う必要がある。③については、わが国の特定療養費制度は診察・検査・投薬・入院料などの基礎部分を保障するものであり、高度先進医療（例えば、生体肝部分移植）部分については自己負担となる点で、それ自体ドゥオーキンの正義の視点からの批判を免れる余地がある。仮に自己負担できない場合における高額な医療費の病院による負担（公費負担がなされていれば最終的には国民）をどう考えるかという問題はなお残るけれども、医療技術の進展のための資本投下の必要性という別の視点もま

た勘案する必要がある。

第二に、制度的相違の背景となるべき社会保障の理念や、「国家（ないし政府）」「社会」「個人」の捉え方の相違についても、その相違ゆえにこそ、ドゥオーキンの正義論がわが国に一つの有力な視座を提供しているとの側面がある。それは、単に「ブルーデント・インシュアランス・ルール」を一つの制度論的視座として持ち込むにとどまらない。むしろより参照すべきなのは、個々の市民レベルで、各人の費用負担との兼ね合いで必要な保障の範囲・程度を考えようとする基本的姿勢である。これは、社会保険中心のわが国においても、ある局面において政策立案者に要求されるべき視点であるとともに、その前提として、本来国民一般にも共有されていなくてはならない視点であると考えられる。このことは、社会保障なканずく医療保障の主たる法主体たるべき「個人」ないし「市民」が、単に受動的な受給者であることを超えて果たすべき役割を改めて問い直すことを意味する。もちろん、わが国社会保障の基本理念として、生存権保障の理念が基軸に据えられるべきことはいうまでもない。また、国家と国民とのいわば「縦」の関係を規律するものとして捉えられがちな「生存権」の視角に加えて、社会保障を「社会連帯」といういわば「横」の関係からも理念づけようとする姿勢それ自体は積極的に評価したい。しかしながら、「社会連帯」理念が「個人」の「自由」「自律」に重きをおくりベラリズムの立場からも導出され得る「友愛」「相互配慮」「互惠」といった概念と必ずしも同質的でない点に留意すべきことはさしあたり措くとして、少なくともわが国の問題状況においてこの「社会連帯」を強調することにより、「社会」の「連帯」を論ずる前提として、自律した「個人」による主体的な生の営みが、わが国憲法体制下にあってそれ自体積極的に評価されるべき価値であり（憲法13条参照）、また道徳的には「個人」にとっての基本的な「善（good）」であるとの視点³⁵⁾が希薄になりがちであるとの側面も否定できない。こうした自ら主体的な生を営む「個人」とは、社会保障法関係にあって、単なる受動的な受給主体ではなく、適切な

費用負担責任を負い積極的に運営に参加するなど、当然に能動的な責任主体として登場すべきものである。そしてそこで登場する「個人」の人間像は、ドゥオーキンが想定している人間像と大きく重なり合う。

「個人」ないし「市民」の視点にまで立ち返って改めて医療保障制度の在り方を構想した場合、職域・地域など国民の中のさまざまな集団間における保障の在り方（負担を含めて）が異なることの正当性が改めて問われることになる。使用者負担や公費（政府）負担のもつ意味などを分析するにあたっての一つの鍵として、「個人」から出発し、「国家」と「個人」の中間領域にあり「社会連帯」の構成概念でもある「社会」の現代的意味を改めて問い直す必要性があるといわねばならない。

むすびにかえて

以上、ドゥオーキンの理論を基に筆者なりの議論の展開を試みた。最後に、本論で十分論じ尽くすことのできなかった問題につき、若干の検討を行っておきたい。

第一に、ドゥオーキンの配分的正義論から導出される医療保障水準をめぐる問題である。先に、ドゥオーキンは、「平等」に重きを置きつつ、医療をめぐる正義の第二問題への回答として、貧困者を含む全市民に対し、「ブルーデント・インシュアランス・ルール」によって導出される水準の医療を公的関与の下で最低限保障されるべき権利として認めたものと解し得ると述べた。ただし、当該水準の具体的な設定の仕方によっては、実現されるべき医療保障像に相当の違いが生ずる。例えば、当該水準が極めて低く設定され、これを超える部分は専ら補足的な任意加入の保険に委ねられるとすれば、現行アメリカ医療保障の制度枠組みと実質的に大差ないことともなり得る。しかしながら、ブルーデント・インシュアランス・モデルが自由市場の欠陥が是正された理想社会（富の平等な配分、患者側の十分な情報保有、各人毎の疾病リスク保有の有無の特定不可能性）において

機能するものであることからすれば、全市民に保障されるべき医療も自ずと相当高い水準に達することとなろう³⁶⁾。それはもはや、わが国で絶対的貧困を契機とし主として所得保障の場面で問題とされてきたのと同様な意味での「健康で文化的な最低限度の生活」(憲法 25 条 1 項)水準にはとどまらないと思われる。そもそも社会保障制度の下で公的関与により給付されるべき医療の範囲・程度が、その経済的格差(貧富の差)如何を問わず本来全国民につき一律であるべきとすれば³⁷⁾、医療保障の法構造は所得保障のそれと本質的に異なる側面を有するともいえよう。

第二に、ドゥオーキンの議論は、高額医療や末期医療などを含めた医療資源配分の在り方一般を取り扱ったものであり、30年後に国民医療費の50%にも達すると予想され³⁸⁾、わが国の政策論議でその取り扱いが最も大きな争点となっている老人医療の在り方如何との問題関心は、必ずしも明確でない。おそらく彼の正義論を敷衍すれば、高齢者にも「ブルーデント・インシュアランス・ルール」によって導出される水準の(それは高齢となった時点での prudent な判断ではなく現役勤労世代の時になす判断であろう)医療は保障されるべきことになろう³⁹⁾。しかしこの結果、高齢者が受けられる医療水準が若年・中年層に比べ全体的に低下することが十分予想される。そうすると、先に全国民につき一律と述べた公的に保障されるべき「必要かつ適切」な医療水準も、経済的格差以外の年齢要因などにより実質的に異なることとなり得る。この点を肯定するならば、例えば、診療報酬支払方式にかかるいわゆるマルメ方式の一般化など、老人医療の在り方を見直す際にも、単なる疾病構造の特殊性(慢性疾患中心)などにとどまらず、本稿で論じた正義論的視座からも理論的正当化がなされ得ることになろう。

本稿での議論は、あるいは社会保障における「個人」の意義を過度に強調するあまり、社会連帯の具現化ともいわれる社会保険の本来的意義を軽視していると思われるかもしれない。しかしながら、筆者としては、社会保障受給者を能動的な責任主体として捉え直し、そこから改めて「生存

権」の本質や、「個人」と社会保障の一つの基盤となるべき「社会」との関係を問い直すことによってこそ、今や大転換期にある社会保障とその主要部門をなす医療保障の現代的意義を法的な視座から明らかにすることができると考えている。本稿はそれに向けての一里塚にすぎない。より一層の理論の深化については他日を期したい。

注

- 1) 広義な意味での医療保障には、医療費保障のほか、その前提として医療そのものの供給体制(医療制度)の保障も含まれる。しかし本稿では、特に断らない限り主として前者を念頭におきながら議論を進めることにしたい。
- 2) 田村誠・川田智恵子・橋本廸生「希少な保健・医療資源の配分の選好に関する実証研究」『医療経済研究』2号(1995年)55頁以下参照。
- 3) 鶴田忠彦『日本の医療経済』(東洋経済新報社、1995年)、広井良典『医療の経済学』(日本経済新聞社、1994年)、田中滋『医療政策とヘルスエコノミクス』(日本評論社、1993年)、池上直己『医療の政策選択』(勁草書房、1992年)、二木立『医療経済学』(医学書院、1985年)など。
- 4) 「生命権の下位観念」とされ(唄孝一「健康権」についての一試論『公衆衛生』1973年1月号12頁)、井上英夫教授によれば、その憲法上の根拠は前文・13条・25条であり、特に環境権などを除いた狭義健康権の直接的根拠は25条であるとされる。井上英夫「健康権と医療保障」(朝倉他編『講座日本の保健・医療 2 現代の医療保障』(労働旬報社、1991年)所収)86頁。
- 5) 現在の判例の立場によれば、憲法 25 条 1 項にいう「健康で文化的な最低限度の生活」の認定判断は、基本的には広範な立法裁量・行政裁量に委ねられているとされる。最大判昭 42・5・24 民集 21 卷 5 号 1043 頁(朝日訴訟)、最大判昭 57・7・7 民集 36 卷 7 号 1235 頁(堀木訴訟)、最 2 小判昭 57・12・17 訟月 29 卷 6 号 1074 頁(岡田訴訟)、最 1 小判平元・3・2 訟月 35 卷 9 号 1754 頁(第 1 次塩見訴訟)。しかし、仮にこの立場を前提としても、同条の規範的意味内容を探るにあたっては、裁判規範としての意味と政策ないし立法策定の指針としての意味を区別して考えることができるのであり、とりわけ同条 1 項が政策策定上の極めて有力な指針となり得ることを軽視すべきではない。堀勝洋『社会保障法総論』(東京大学出版会、1994年)148頁、菊池馨実『「社会保障の権利」論(1)』『北大法学論集』47 卷 1 号(1996年)「はじめに」1 及び 3。例えば、公的扶助医療(医療扶助)その他公費負担医療の在り方などを論ずる際に、こうした意

- 味での指針が一つの重要な拠り所となり得るであろう。参考、神戸地判平7・6・19判例自治139号58頁(いわゆるゴドウィン訴訟)。同様に平等権の理念についても、政策策定指針としての意義は決して小さくない。
- 6) 健康権に関していえば、未だ「国民の施策要求の権利の根拠としては捉えられていない」(井上・前掲論文(注4)95頁)としても、健康増進、予防、治療、リハビリを含む包括医療との視点や、そうした健康保障システムと水準決定への参加の視点など、政策策定の指針となり得るものを提示しているとはいい得る。井上・同論文93, 101-103頁。ただしこうした視点は、「医療保障」(靱井常喜編『社会保障法』(エイデル研究所, 1991年)22-28頁(靱井執筆)), あるいは「健康保障」(高藤昭『社会保障法の基本原理と構造』(法政大学出版局, 1994年)第2部第2章(163頁以下))といった法制度分野構築の試みそれ自体に一定程度含意されているものでもある。
- 7) Cf. John Rawls, *A Theory of Justice* (1971).
- 8) Ronald Dworkin, *Taking Rights Seriously* 180 (1977). (ロナルド・ドゥオーキン(木下・小林・野坂訳)『権利論』(木鐸社, 1986年)238頁)。
- 9) Ronald Dworkin, *A Matter of Principle* 211-12 (1985).レーガン政権の福祉削減策を批判的に検討している。
- 10) Ronald Dworkin, Will Clinton's Plan Be Fair? *The New York Review of Books*, Jan. 13, 1994, at 20.
- 11) 手続的公正との観点から、資源の有限性を前提として、福祉サービスの割当ての在り方を論じたものとして、秋元美世「福祉行政の給付過程と手続的公正——資源の有限性とサービス割当ての問題をめぐって」『茨城大学政経学会雑誌』65号(1996年)11頁以下がある。これに対して本稿では、主として実体面における公正ないし正義に焦点を当てることを意図している。
- 12) さしあたり、西村由美子編『アメリカ医療の悩み』(サイマル出版会, 1995年), 島崎謙治「米国の医療保障制度改革の展望①-16」『週刊社会保障』1795号-1811号(1994年), 広井良典『アメリカの医療政策と日本』(勁草書房, 1992年), 松山幸弘『米国の医療経済』(東洋経済新報社, 1990年), 菊池馨実「アメリカ医療保障の現状と課題——医療へのアクセス保障」『日本労働研究雑誌』403号(1993年)16頁以下など。
- 13) 西村編・前掲書(注12)2頁。
- 14) 島崎・前掲論文(注12)②(『週刊社会保障』1796号)50頁。
- 15) 菊池・前掲論文(注12)16-17頁。
- 16) H. R. 3600, 103d Cong., 1st sess. (1993).
- 17) 菊池馨実「アメリカ医療保障の現状と課題——医療改革に向けて」『日本社会保障法学会誌』9号(1994年)49-50頁。
- 18) その主な要因としてはクリントン政権の国政経験の不足や戦略的な失敗(夫人の登用など), 完璧を極めた膨大かつ難解な法案内容, などが挙げられている。西村編・前掲書(注12)2-3頁。ただし, 1996年8月, 健康保障法案に代わり被用者の医療保険に対するアクセスを改善することなどをねらいとする法律(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)が成立した。Act of Aug. 21, 1996, Pub. L. 104-191, 110 Stat. 1936. 基本的には民間保険に対する規制強化や税制優遇措置などの手法を用い既存の制度を改善しようとするものであり, 無保険者等の問題を根本的に解決するものとはとはいえない。
- 19) 医療における配分的正義の問題については, 政治哲学の側でも既に重要な論点となっている。E. g., Norman Daniels, *Health-Care Needs and Distributive Justice*, 10 *Phil. & Pub. Aff.* 146 (1981).
- 20) 以下では繁雑さを避けるため, (注10)掲記の論稿につきその都度引用頁を挙げることをしない。
- 21) NHBは7名の委員から構成される。
- 22) Ronald Dworkin, *Justice in the Distribution of Health Care*, 38 *McGill L. J.* 883, 885 (1993).
- 23) ただしドゥオーキンは, 理想社会でさえ, とくに若年時になす思慮分別のない(imprudentな)保険決定から人々を守るため, 一定のパターナリスティックな介入が必要であり, また後の世代に十分な資源を確保するため一定の制約が必要であるとの留保を付している。Dworkin, *supra* note 10, at 23 n. 12.
- 24) Dworkin, *supra* note 22, at 890.
- 25) アメリカではたとえ民間病院が負担した医療費でも, 保険加入患者への負担転嫁(cost-shifting)を行うのが通常であるから, 結局は他の市民がその費用を負担することになる。公的病院の場合, その費用が州民あるいは地域住民の負担に帰せられることはなお一層明白であろう。菊池・前掲論文(注12)23-24頁参照。
- 26) 全ての州民が民間保険またはメディケイドを通して医療を受けられるようにする一方, 七百余の「症状と治療のペア」に優先順位を付け, 州政府のその時々々の歳入の増減に応じて一定順位以下のものには給付を行わないこととした。島崎・前掲論文(注12, 13)(『週刊社会保障』1808号)50-51頁, (注14)(同誌1809号)52-55頁, 久繁哲徳「医療の優先順位決定と医療システムの効率化——オレゴンの医療改革」『海外社会保障情報』101号(1992年)48頁以下。例えば, 「虫垂炎と虫垂切除術」は第8位で対象となり,

- 「遠隔転移性の癌(5年生存率5%未満のもの)とその外科的手術」は第670位で対象外となる。島崎・前掲論文(注12)1351頁。
- 27) Dworkin, *supra* note 8, at 180-81. ドゥオーキン「資源の平等(equality of resources)」観念を支持している。Ronald Dworkin, What is Equality? Part 2: Equality of Resources, 10 Phil. & Pub. Aff. 283, 292-93 (1981).
- 28) このための財源(費用負担)は、ドゥオーキンによれば、彼の提示した理想社会における公正な諸条件の下では喫煙者に対し高額の保険料が掛けられることから、タバコ税を上げることと同意しており、また高額所得者も、理想社会では富の配分がより少なくなることから、高額の保険料を課すのが公正に適用として応能負担を是認している。Dworkin, *supra* note 10, at 25.
- 29) 堀・前掲書(注5)99-101頁、高藤・前掲書(注6)第1部第2章(22頁以下)。
- 30) 菊池・前掲論文(注5)第1章第2, 3節参照。
- 31) 同法は、メディケアの給付改善を狙いとするものであったが、給付の財源として受給資格者に対し所得比例の保険料を課すことにしたため、負担を負うことになる非貧困老人層が猛反対し、結局1989年に一部を除き廃止された。菊池・前掲論文(注12)22頁。
- 32) 菊池「『社会保障の権利』論(2・完)」『北大法学論集』47巻2号(1996年)第3章第4節参照。
- 33) ドゥオーキンは、カナダ・イギリス型の公的医療保障制度(いわゆるsingle-payer system)と、健康保障法案のように基本的には民間部門への公的規制にとどまるいわゆる「管理競争(managed competition)」型の制度のいずれが望ましいかは、むしろ正義以外の考慮によって決定されるべき問題であると述べている。Dworkin, *supra* note 22, at 894. その意味でも「正義」の視角からの彼の議論は普遍性を有する。
- 34) ドゥオーキンも、医療費の40%が人生の最期の6ヵ月間にある人々に費やされていることを指摘する。Dworkin, *supra* note 22, at 891. わが国において、救命救急医療に際しDOA(来院時心肺停止)症例の医療費(レセプト点数)と予後について詳細な検討を加えた研究として、今井博久・池上直己「救命医療に関する社会経済的研究」『病院管理』32巻3号(1995年)39頁以下がある。
- 35) 筆者はこの視点に、本来個人は主体的に自らの稼得により生活の糧を得、生を切り拓くべきなのだという意味でのいわゆる「生活自助原則」ないし「個人責任原理」を超えたより積極的な価値を見出している。菊池・前掲論文(注32)第3章第4節参照。
- 36) ドゥオーキンは、基本的給付パッケージを超える医療の富裕者による購入に対し全く公的関与を行わないとの立場ではなく、この部分に消費税(excise tax)を課し、これをコミュニティを一層平等化するのに用いるとの方策を考えている。Dworkin, *supra* note 22, at 897.
- 37) 久塚純一「医療保障の理念と医療扶助の現代的課題」『日本社会保障法学会誌』7号(1992年)103頁以下参照。
- 38) 『週刊社会保障』1836号(1995年)26頁。
- 39) 保険購入者のprudentな判断によれば、アルツハイマーその他の不可逆的痴呆症の末期においては、もはや高額の医療は行われず、緩和ケア(custodial care)のみが必要とされるとする。Dworkin, *supra* note 10, at 23.
- *本稿で取り上げたドゥオーキンの論評は北海道大学法学部長谷川晃教授よりご提供いただいた。誌上を借りて御礼申し上げる。もちろんドゥオーキン理論の解釈は、全て筆者個人の責にかかるとものであることはいうまでもない。
- (さくち・よしみ 大阪大学助教授)