

皆保険制と無保険者の権利

——アメリカに素材を求めて——

長 崎 潔

はじめに

医療制度は、人の生命を脅かす。診療報酬制度においては、目前の医療的課題を調整するために経済的インセンティブによって治療内容がコントロールされてお¹⁾、治療を受ける場面では、医療機関の設置基準、医療従事者の業務、検査・治療法、治療の価格が制度によって規定されているため、患者の自由な意思に基づく「自己決定権」は制度の枠の中での「選択の自由」に矮小化されている。政府の後押しで尚早ともいえる経緯で実用化された子宮頸がんワクチンの副反応²⁾に対して臨床からの疑義があるにもかかわらず、因果関係を追及する責任の所在さえ不明確にされる現状はその典型である。

このような現状がある一方で患者の権利とは、何が「正しい」のか自身で決

1) 診察、入院、治療の手法・薬剤・材料等の医療行為の価格は、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会で審議され、2年ごとに改定される。改定の基準として、例えば医師不足とされる小児救急や周産期医療といった重点課題の価格をプラス改定し、介護保険に移行させたい慢性期疾患の患者に関する入院費はマイナス改定にするなどし、経済的インセンティブを利用して医療の対象を腑分けする。これに医療機関も敏感に反応し、施設基準や人的配置を変更していく。

2) 2010年から公費助成によって積極的に推奨されていた子宮頸がんワクチンのサーバリックス接種後に副反応として痛みやけいれん、歩行困難等神経障害を中心とする副反応が接種者の約4割に生じている(朝日新聞デジタル (<http://www.asahi.com/sp/articles/ASG265SYBG26UTIL03H.html>, 2014年11月13日閲覧)。被害者はワクチンとの因果関係の追及を求めるが、厚生労働省のホームページでは、ワクチンの副反応ではなく、注射行為に伴う「複合性局所疼痛症候群」であるという見解を示しており(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou28/qa_shikyukeigan_vaccine.html, 2014年11月13日閲覧)、原因はワクチン薬ではなく個人の心身反応、身体特性とみて詳細な調査を進めていない。

めるべきという「自己決定権」と同義語だと理念上は認識されてきた。近年の医療技術の急激な発展や価値観の多元化の中で、いずれの価値が優位に置かれるべきかという判断に「他者」が介入することは個人の尊厳を損ねることだとされ、特に終末期をめぐる特殊な場面では、生死に関わる選択を患者あるいはその家族が「決める」ことによって医療者と患者の私的領域での「落としどころ」とされている。

患者の自己決定を「落としどころ」とする議論では、患者の権利を日本国憲法13条の個人の幸福追求権を根拠とする自己決定権としてとらえ、これを実現するための権利保障を当該治療に関わる医療者に求めるものであった³⁾。したがって、仮に医学的見地から患者の意思に反する治療を行わざるを得ないといった権利侵害が生じる場合は、その過程がデュー・プロセスに基づくものであるか否かという検討が必要だとされるのであり⁴⁾、つまり、患者の権利を「医療者-患者関係」という個別な当事者同士の関係性のなかで完結させる議論である。こうした従来の議論からは、医療従事者への倫理的配慮の要求や医療者・患者・家族による話し合いのなかで「適切な」判断を探る合意形成論⁵⁾に

-
- 3) 「自己の個人的な事柄について、公権力から干渉されずに自ら決定する権利としての(狭義の)自己決定権は、プライバシーの権利に含まれる権利として、あるいはこれと並ぶ権利として幸福追求権の重要な内容をなす」と学説上は考えられている(辻村みよ子『憲法 第3版』(日本評論社、2008年)177~179頁。判例としては、エホバの証人輸血拒否事件(最高裁平成12年2月29日第三小法廷判決(民集54巻2号582頁))の控訴審判決(東京高判平成10年2月9日(高民集51巻1号1頁))にて、手術に対する同意は「各個人が有する自己の人生の在り方は自らが決定することができるという自己決定権に由来するものである」と述べられている(浅野博宣「自己決定権と信仰による輸血拒否」別冊ジュリスト No.186『憲法判例百選 [第5版]』56~57頁を参照)。
- 4) 「医療者-患者関係」という私人間に憲法上のデュー・プロセスを用いることについて、政府から免許を与えられた医師が医師会を形成し、医療を独占していることを政府が承認している点から、「医師は私人というよりはむしろ行政官僚と類似の地位にある」として、医師の治療行為が行政府の行う私人の権利の制約とパラレルであるとみる立場もある(新美育文「医師と患者の関係(3)―説明と同意の法的側面―」名古屋大学法政論集 No. 66 (1976年)153~155頁)。しかし、医師自身も患者も、医師が私人を超える行政官と類似するものだと認識しているとは考え難く、注3の判例も踏まえれば、手続き上適正であっても生命や信条に関わる権利侵害は認められないだろう。
- 5) 田中成明「生命倫理への法的関与の在り方について―自己決定と合意形成をめぐる

とどまり、患者の権利を保障する確たる基盤を成すような議論枠組みを構成するものとはいえない。なぜなら、従来の議論が想定する場面は次の点において実態をとらえていないからである。

医療現場で日常的に実践される決定とは、終末期の生死を左右する決断というよりは、治療方法の選択や生活環境の整備といった疾患の治癒・寛解をどのように目指すかという判断である。そしてこの決定は、患者個人の幸福追求権の保障を根拠に自由に行うことができるのではなく、その前提にある現行の医療制度の「枠」内において実施可能な選択肢から選ぶことであり、「医療者-患者関係」の中でのみ生じる事象ではない。患者の権利をとりまく諸要素から私的領域を切り取り、その部分でのみ権利状況や保障の在り方をとらえるのでは、問題の精確な把握から遠ざかってしまう。私的領域を取り囲む医療制度という「枠」に規定されるものとして患者の権利を認識することによって、例えるなら、水中に沈めた風船が水圧で変形するように、医療制度という「水圧」をうけて私的領域の「医療者-患者関係」のかたちが変わるものとしてみることによって、実態に即した検討が可能であると考えられる。

しかし注意しなければならないのは、「水圧」となる当該制度は、政府による患者に対する強制というベクトルだけで把握できるものではないということである。政府行政における社会保障とは国民生活の保障を第一の目的とするのであり、特に医療行政は、個人の尊厳の核心といえる生命を保障することを責務とする。そうであれば、その実現を目指した制度設計・運用にあたって、理念上は最大限に民主的な過程を経るはずである。ところが実態においては、その過程および結果として権利侵害が生じているのであり、いかなる「水圧」が作用しているのかに着目しなければならない。

本稿ではアメリカにおける無保険者の現状と皆保険制をめぐる議論を対象とし、現実には生じている患者の権利状況が正当化されるアメリカならではの論理を探ることによって、上述の着眼点を明らかにする。アメリカの医療保険制度は、患者の多様性を前提とするがゆえに公平性を持たず、さらに保険に加入し

「学論的考察」田中成明編『現代法の展望 自己決定の諸相』（有斐閣、2004年）。

ない自由を容認する。

その結果として多くの無保険者を抱え、人々の生命が危機に曝される現状を生じている。このような問題をもつ現行制度の改革は、歴代大統領が吟味を重ねてきた課題であったものの、強力な組織的反対によって連邦レヴェルでの実現には至っていない。現行制度を支持するのは、医師会や公共事業財団といった「公的存在」とされる社会集団である。アメリカ社会においてこれらの集団は「公的存在」とされ、その主張は「一般的利益」とみなされている。これは、それと対置する無保険者の権利は「個人的利益」にすぎず、保障すべき対象から押し出されるものといえる。本稿では、この「水圧」の作用によっていかに無保険者の権利が歪められているのかをアメリカ合衆国憲法上の「個人の自由」との関連から述べていく。

第1章 アメリカ医療保険制度の概要

1. 被保険者の「細分化」

アメリカの医療保険制度は皆保険制を採らず⁶⁾、保険会社が提供する民間医療保険と連邦政府または州政府による公的医療保険の2つから成る。

民間医療保険は、雇用を通して加入する雇用主提供医療保険と雇用関係を介さない個人購入医療保険があるが、雇用を通して加入するケースが大半を占める⁷⁾。その理由として直接的には、企業が被保険者の保険料を全額あるいは一部負担するため安価なことと、扶養家族も対象となる等プランが充実し、選択

6) 日本の医療保険制度は、公的保険が全国民を被保険者とする国民皆保険制度である。それは、地域保険（国民健康保険）と職域保険（社会保険）の2つから成り、職域保険の被保険者とならない国民は地域保険への加入が強制される。保険料は被保険者の所得や企業負担の有無に応じて異なるものの、75歳以上の高齢者と小児を除き、保険の種類による窓口負担金額の格差は原則生じない。この制度は日本国内の医療機関であれば場所や回数の制限を受けることなく、保険を利用しての受診が可能である。

7) 長谷川千春「アメリカの医療保障システム—雇用主提供医療保険の空洞化と医療保険制度改革医療保険改革—」海外社会保障研究所 No. 171 (2010年)。2008年の調査によると、65歳以下の人口のうち61%が雇用主提供医療保険に加入している。保険制度の仕組みについても参照した。個人購入医療保険は自営業者か、雇用主から保険を提供されない人が加入する。

できる点が挙げられる。さらに歴史的な背景としては、戦前から医療政策上の課題とされていた皆保険制度を含む医療制度改革に反対する医師会が、民間医療保険を中心とする医療制度を維持していくための政策を支持してきたことも大きく影響し、1950年代に雇用を通じた加入が急増した⁸⁾。ここには労働組合の支持や医療費の財政負担を減らしたい政府の働きかけ⁹⁾も相まって、急速に民間医療保険が充実することとなった¹⁰⁾。

民間医療保険プランの特徴としては、出来高払い型保険 (Indemnity Insurance) とマネジドケア型保険 (Managed Care Insurance) があり、近年の医療費高騰を背景に保険会社から治療に関わる制約を受けるマネジドケア型が主流となっている¹¹⁾。

出来高払い型とは、被保険者が支払う治療費の全額を保険会社から受け取ることができる保険である。医療費抑制の流れから、このタイプの保険は利用されなくなりつつある。

マネジドケア型とは、保険会社から「管理された」保険であり、「保険会社が患者の医療サービスへのアクセスや医師・病院が施す医療サービスの内容を管理・制限する一方、医師・病院に財政的リスクを転嫁することで医療費の抑制を図る医療保険の仕組み」¹²⁾と説明されるように、保険会社の主導性がつよくあらわれる保険である。マネジドケアには大別してHMO (Health Maintenance Organization)、POS (Point of Service)、PPO (Preferred Provider Organization) の3種類あり、特にHMOタイプは管理が厳しいとされる。HMOタイプの加入者は、あらかじめ保険会社から決められた担当医の診察を受けることが原則であり、担当医の許可がなければ専門医の診察を受けることができないことになっているため、たとえ緊急の診療であっても担当医を通さなければ医療

8) 山岸敬和『アメリカ医療制度の政治史』(名古屋大学出版会、2014年)93頁。

9) アメリカの民間医療保険は、単に医療機関から提示された医療費を支払うだけでなく、医療機関と診療価格の値引き交渉をするという機能も持っている(河野圭子『病院の外側から見たアメリカの医療システム』(新興医学出版社、2006年)277頁)。

10) 山岸敬和、前掲書(注8)、82~83頁。

11) 河野圭子、前掲書(注9)、252~253頁。

12) 李啓充『アメリカ医療の光と影 医療過誤防止からマネジドケアまで』(医学書院、2000年)、116頁。

費が支払われない。さらに検査センター等の医療機関を利用する際¹³⁾は保険会社が契約を結ぶ医療機関を利用しなければ補償を受けることができない仕組みになっており、保険会社の指定に従わなければ患者にも医師にも医療費が給付されないのである¹⁴⁾。これらの制限の厳しさは保険料に応じて異なっていて、被保険者は自身の状況に応じて保険プランを自らの意思で選択および契約することが可能であるが、一方で、保険金の支払い能力によって治療の手厚さや治療上の選択肢の格差が生じることが正当化される仕組みでもある。

公的医療保険には、高齢者、低所得者、子供、軍人、先住民にたいするプランがあり、それぞれのプランに応じて連邦政府と州政府の財政負担割合や管轄する領域が異なる。

65歳以上の高齢者と一部障害者が被保険者となるメディケア（medicare）という医療保険は、連邦政府の予算と被保険者の負担金を財政として連邦政府の厚生省（Department of Health and Human Services）のメディケア・メディケイド・サービスセンター（Centers for Medicare and Medicaid Services: CMS）によって運営されているが、一部連邦政府が民間保険会社に委託して運営しているプラン（マネジドケア型メディケア）もある¹⁵⁾。

低所得者を対象としたメディケイドの運営は州政府に委任されているが、連邦政府は州政府に対して給付内容や所得に応じた受給資格を設け、この規則を満たした場合に補助金が支払われる仕組みになっている。連邦政府が提示する受給資格の「絶対規則」は所得水準と扶養家族の有無が条件として挙げられ

13) 日本では医師の診察を受けた医療機関で大半の検査を受けることが可能であるが、アメリカでは血液検査だけでも検査センターに出向くことが一般的である。

14) 2007年にアメリカや日本で公開されたマイケル・ムーア監督のドキュメンタリー映画『Sicko』において、交通事故で意識不明の状態で救急搬送された患者が快復・退院したため保険会社に保険金の請求をしたところ、救急車を利用する際はあらかじめ保険会社に連絡をしなければ保険は適用されないという契約内容を理由に、保険金の支払いを拒否されたケースが描かれており、社会的にも問題視されている。このことは、保険に加入しない自由がアメリカ社会において広く支持されているのではないという証左であろう。

15) 同上書、239～243頁の他、櫻井潤『アメリカの医療保障と地域』（日本経済評論社、2012）年、38～49頁、Centers for Medicare and Medicaid Service (<https://www.cms.gov/home/medicare.asp> 2014年1月10日閲覧)を参照。

る¹⁶⁾。

その他、無保険の子どもを被保険者とする SCHIP (州子ども医療保険 State Children's Health Insurance Program)、現役軍人とその家族を対象としたトリケア (TRICARE)、退役軍人を対象とした VA ヘルス・ケア (Veterans Administration Health Care) およびアメリカンインディアンとアラスカ先住民に対する連邦医療プログラム (Federal Health Program for American Indians and Alaska Natives) があり、もちろん自己負担額や保障内容も異なる¹⁷⁾。

以上のように、アメリカの医療保険制度は職業、年齢、収入、人種といった属性によって被保険者を「細分化」し、それぞれに保険プランを設定している。その属性はつまり保険料の支払い能力と関連しているのであり、したがって保険ごとの保障内容の格差の存在は自明であるといえる。

2. 制度上の問題点——「細分化されない患者」

前節で述べたこれらの保険はいずれも、被保険者となる対象がそれぞれ規定されているだけでなく、その保険内容や保険料、受診できる医療機関、支払う診療報酬まで規定があり、被保険者は当該保険の範囲内で治療を受けることになる。そのため、同じ州に住む同じ年齢・性別の二者が同じ疾患を同時期に発症しても、加入する保険が違えば受診できる医療機関や治療内容、支払額は同一ではない。

例えば、アメリカで一般向けに販売されている医療保険改革の必要性を説明する漫画¹⁸⁾では数人の成人が心筋梗塞を発症し、救急搬送及び入院したケースを例示しており、その帰結として全員命は助かったものの治療費の支払い額は各自とも大きく異なる様子が描かれている。企業で働いている男性は、雇用主

16) 同上書、243～244頁。

17) 筆者が訪れたミネソタ州では、退役軍人のための設備が整った大規模な VA 病院が存在し、頻りに TV コマーシャルも放送していた。退役軍人はアメリカ人口の10%に相当するが、選択肢の少ない VA ヘルス・ケアに加入するのはマイノリティや低所得者が多いという (河野圭子、前掲書 (注9)、250頁)。

18) Gruber, Jonathan, Health Care Reform: What it is, why it's necessary, how it works, Hill and Wang, 2011

提供医療保険を長年購入し、企業と自己負担の折半で保険料を納めてきていた。それゆえ、入院・治療費の大部分が保険でカバーされ、退院後の生活も支障なく過ごしている。高齢の女性は連邦政府が運営するメディケアに加入しており、自己負担額は少額で済んだ。一方、母子家庭の女性は非正規雇用であり所得が少ないものの、低所得者向けの医療保険の対象ではなかったため保険に加入しておらず、今回の入院・治療費は全額自己負担となってしまう支払うことができない状況が描かれていた。

この女性のような無保険問題は、皆保険を採用しなかったアメリカにとって長きにわたる課題である。無保険者の主な特徴として、民間医療保険に加入していない企業で働くワーキングプアや移民¹⁹⁾といった、メディケイドの要件には入らないが低収入のため保険に加入できないのであり²⁰⁾、その規模は人口比として15～17%程度にのぼる²¹⁾。無保険であるために日常的な医療受診の機会を持たない者がそのうちの過半数を超え、高額な医療費の自己負担ゆえに受診や治療を見送った経験がある者は2～3割程度確認されている²²⁾。こういった医療へのアクセスに障害が生じているということは、日常の健康状態や生活状態に支障をきたしていると考えられ、したがって、個人の生命および権利が保障される状況ではないといえる。

さらに無保険の問題は当該個人の責任にとどまらない。医療を受けても支払いが不可能²³⁾であるということは、医師や医療機関の収益にも影響し、コミュ

19) C. Pipes, Sally, *The Truth about OBAMA CARE*, Regnery Publishing, Inc., 2010, pp. 53-55.

20) 無職ではないのに保険に加入できない理由として、①雇用主が医療保険に加入しておらず、提供されない、②医療保険が提供されている企業で働いているものの自己負担分が重く、加入を辞退している、③派遣・パートタイムなど非正規雇用者は対象とされていないといった理由が挙げられる(天野拓、『オバマの医療改革 国民皆保険制度への苦闘』(勁草書房、2013年)、65頁)。

21) 長谷川千春、前掲論文(注7)、18頁。1989年は13.9%であり、少しずつ増えている。増加する背景として雇用主提供保険の加入率が低下した点が挙げられ、景気の動向による影響が大きいとされる(天野拓、前掲書(注20)、69～70頁)。

22) Henry J. Kaiser Family Foundation, *Uninsured: A Primer 2012* (<http://Henry.J.Kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7451-08.pdf> 2014年11月11日閲覧)。

23) 2008年の調査では574億ドルの未払いがあるという(Henry J. Kaiser Family Foundation, *The Uninsured: A Primer 2008* (<http://www.uiowa.edu/~ibl/documents/KFF->

ニティの安定的な医療サービス提供を脅かすおそれがあると指摘されている²⁴⁾。この状況がさらに進めば医療の提供を抑制することは避けられず、コミュニティ全体の医療の質の低下や医療費の高騰としてコミュニティの構成員各自がリスクを負わざるを得ない。こうした無保険者をめぐる問題は、1910年代の公的医療保険の導入を試みた当初より挙げられ、経済状況の悪化とともに無保険者が増加する状況から近年ますます深刻になっている。

前節で述べたように、現行の医療保険制度では被保険者を主に職業や保険料支払い能力に則して「細分化」し、さらに公的医療保険の対象も一定の収入以下に限定されるため、そのどちらにも該当しない無保険者が必然的に生じてしまう。彼らは「人格」を承認された人として存在することができないだけでなく、間接的には地域コミュニティの公益を損ねるという問題も抱えており、これに対して政府の介入をもって解決を目指す政策がこれまで幾度も講じられてきた。次節以降では、この問題の克服に向けたオバマ政権による医療制度改革法をみていく。

3. 政府による医療保険制度改革

医療保険制度改革と呼ばれる医療保険改革法の概要は以下の通りである²⁵⁾ (下線部は筆者)。

① 個人に対する保険加入の義務 (individual mandate)

大部分のアメリカ国民と合法的居住者に医療保険への加入を義務化し、加入しない場合の課徴金を規定する。

② 雇用主に対する要求

1人以上の従業員が保険料税額控除を受けている50人以上の従業員を

UninsuredPrimer.pdf) 2014年11月11日閲覧)。

24) 天野拓、前掲書(注20)、73頁。

25) The Henry J. Kaiser Family Foundation, Summary of the Affordable Care Act, April 25, 2013 (<http://kff.org/health-reform/fact-sheet/summary-of-the-affordable-care-act/> 2014年10月30日閲覧)を中心に、同上書、77~104頁、樋口範雄「保険改革法合憲判決」別冊ジュリスト No.213『アメリカ法判例百選』(2012年)34~35頁、C. Pipes, Sally, The Cure for OBAMA CARE, Encounter Books, 2013も参照。

有する企業の雇用主に対して、従業員に医療保険を提供しなければならない。提供しなければ罰金が科される。

③ 公的制度の拡大

連邦の貧困レベル133%以下の65歳以下の国民すべてにメディケイドの資格を与える。これに同意しない州に対してすべてのメディケイドの補助金を廃止する。

④ 低所得者と小企業雇用主に対する補助金提供

保険加入を財政的に支援するため、補助金の提供と税金控除をおこなう。

⑤ 医療保険取引市場（health insurance exchange）の設置

個人及び小企業（100人以下の従業員）が支払い可能な価格で民間保険に加入できるような保険市場をネット上に設置する。

⑥ 民間医療保険の修正（changes to private insurance）

既往歴や健康状態を理由とした保険加入の拒否を禁止する。

⑦ 主な財源及びコスト削減

高額保険プランに対する課税、製薬業者、民間保険会社に対する資金拠出の義務づけ、社会保障税の引き上げ、社会保障予算の削減などによって財源を確保する。

この改革の特徴は、これまでの民間保険に対する「修正が中心であり、『穏健な（moderate）』改革であった」²⁶⁾とされる。しかし、下線部のとおり国民にも雇用主にも義務を課し、違反する場合には罰金という措置をとる点、民間保険会社に加入申し込み者の受け入れを強制する点、資金調達手段の圧力が民間に及ぶ点は、これまで個人および民間会社の判断・契約に任せていた部分に政府が介入する内容である。これによって新たに3200万人の無保険者に対する医療提供が可能となって保険加入率は95%まで高まり、国民皆保険の状態に一步近づく。それはこれまでのアメリカ医療保険制度と比すれば「改革」の名

26) 天野拓、前掲書（注20）、105頁。

に値するのだろう。しかしこの制度設計では、不法移民が対象とされず、補助金が出ても、なお保険料への出費が困難な生活状態にある者が存在することが課題として残る。さらに保険料を支払うことは可能であるが健康であるため必要と感じない者がいるため、およそ2200万人は無保険のままという²⁷⁾。

以上のように、アメリカにおける現行の医療保険制度によって生ずる無保険者問題は、患者の権利を侵害するものであり、これを克服するために、医療保険改革という政府の大きな介入による実現を図ろうとする。次章ではこの動向に対抗する立場の議論に着目し、政府が示す政策に対していかなる統制が働いているのか検討する。

第2章 医療保険制度改革をめぐる議論にみる患者の権利状況

1. 皆保険制と「個人の自由」の対立

アメリカでは、2010年3月に医療保険制度改革法が成立に至る以前から何度も皆保険導入を試み続けてきた歴史があり²⁸⁾、無保険とは人々の生命を脅かすのは無論のこと、地域全体の医療の質や財政を圧迫するものだという認識はアメリカ社会に確実に存在していたといえよう。2010年になって法案が成立し、2012年には連邦最高裁判所で合憲判断²⁹⁾が示され、1930年代のニューディール政策以降、政府的課題とされ続けてきた皆保険制度への兆しがみえてきた。しかし共和党を中心とする反対派や世論の不支持、医師会の反発も根強くあり、いまだ法案の施行について議論が進まない州も存在する³⁰⁾。さらに

27) 改革法による保険加入状況の変化について議会予算局が見積もりを出しており、2019年の「改革法が実施されなかった場合」の無保険者の推計値は5400万人であり、「実施された場合」の無保険者の推計値は2200万人であるという（天野拓、同上書、106頁）。

28) 第2次世界大戦中の人的動員政策の一環として公的医療保険の拡大、皆保険制の導入について検討が始まった。保険の対象が拡大することによって国民の健康を増進し、経済的な発展に寄与すると考えられたという（山岸敬和、前掲書（注8）、59～62頁）。しかし、公的医療保険は政府権力の拡大につながる「社会主義的医療」として批判され続けている。前章1節で触れた漫画の中にも皆保険について「社会主義的」という表現がみられ、アメリカ国民にとっては否定的な印象があるようだ。

29) National Federation of Independent Business v. Sebelius (567 U.S., 132 S.Ct.2566 (2012)).

30) 上記の2012年の訴訟において当時改革法に反対している州はコロラド州やテキサ

2014年中間選挙では共和党に過半数の議席を譲り渡す結果³¹⁾となり、連邦単位での改革法の実現は困難な状況である。

医療保険改革法に反対を表明する諸団体は、①政党、②公共事業財団、③専門職団体の3つに分類できる。第一に共和党の主張をみると、政府の介入によって具体化される皆保険制はもちろんのこと、雇用主に依存する民間医療保険のなかでもHMOプランなどは自由な選択が制限されているとして、個人の自由と自己責任による消費者主導医療の実現、いわゆる「小さな政府」を目指す。つまり、保険をあくまで個人の所有物とすることによって、保険市場の競争促進や医療費の抑制を狙うことができるという主張である³²⁾。この主張による医療保険改革への抵抗は、改革法を破棄して新たな法案を出すだけでなく、改革法に基づく新たな施設は開設しないよう州に働きかけ、さらに州レベルで改革法の規定に関する訴訟を提起するというものであり、これらをティーパーティー等の草の根運動において展開していった³³⁾。

第二に、政治家や議会に圧力をかけ得る保守系組織であるヘリテージ・アクション³⁴⁾は、「自由と解放に矛盾する」として法案の破棄を求めた³⁵⁾。さらに保守派の会合では、「オバマケア（医療保険制度改革）を破棄せよ（Repeal Obamacare）」というステッカーを配布するなど一般市民に対する宣伝活動を行っていた³⁶⁾。これらの保守系団体は、政府や議会に影響を与える意見を述べ、保険市場の競争によって利益を得ることが可能な諸個人で成る集団とみること

ス州はじめ25州。その他、一部反対を表明しているのがワシントン州はじめ2州ある（天野拓、前掲書（注20）、221頁参照）。

31) 朝日新聞デジタル (www.asahi.com/sp/articles/DA3S11444704.html 2014年11月12日閲覧)。

32) 天野拓、前掲書（注20）、211～212頁。

33) 天野拓、同上書、218～219頁。

34) 1973年に設立されたシンクタンク。自由な企業活動、制限された政府権力、個人の自由、伝統的なアメリカの価値観、強い国防の原則に基づいた保守的政治理念を公に示し、促進することを使命とする (www.heritage.org/about 2014年11月11日閲覧)。

35) Brian Darling “Obamacare Must Be Repealed”, March 23, 2010, (www.heritage.org/research/commentary/2010/03/obamacare-must-be-repealed 2014年11月10日閲覧)。その他同様の論調として Ed Feulner, “Repeal”, March 22, 2010, (<http://blog.heritage.org/2010/03/22/morning-bell-repeal/> 2014年11月10日閲覧)。

36) 山岸敬和、前掲書（注8）、200～201頁。

ができる。

ところが、医師会からの意見はなかなか一致をみなかった。アメリカ医師会は、2009年ごろは「政府は医療費の増加を減少させなければならない」、「無保険者をカバーし、民間医療保険をより安価にし、国民が支出した分だけ受け取る健康の価値を高める医療改革にアメリカ医師会は積極的に働きかける」と医療保険制度改革への協力を表明していた³⁷⁾。しかし、一部の会員は、医療保険制度改革は医師にとっても患者にとっても生活を困難にし、治療の質も低下してしまうと指摘されるようになり³⁸⁾、医師会としての意見の統一は困難であるようだ。

これら諸団体の主張を下支えするように、医療経済学の論者は、オバマ大統領が皆保険制の必要性を訴える根拠としている医療費の高騰や保険料の増額は根拠がなく、「医療保険制度改革は保険の理念を傷付けさえする」という³⁹⁾。ここでいう保険の目的とは、予測不可能で莫大な出費から被保険者を守ることであり、少ない保険料を払えば自分では負うことのできない金額を保険会社との合意によって保障してもらうものだとする。そしてオバマ大統領は大半の国民がもつ保険に対するポリシーを彼の提案するプランに権力をもって押し込んでしまうことになると批判する⁴⁰⁾。

世論調査では医療保険改革の支持・不支持は拮抗する結果であったものの、新しい制度によって低所得者の保険料を税金で賄うことや加入拒否者に罰金を科すことは、8割近くの反対意見が生じた⁴¹⁾。これらの議論の根底には個人の健康（生命）は私的な領域であって政府が介入すべきでないという「自律した個人」への信仰が根強くある。しかも、市場の競争促進という経済的自由だけでなく、保険に対するポリシーという精神的自由を両立するかたちで、医療保険

37) アメリカ医師会ホームページ (<http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/obama-ama-meeting.page> 2014年11月12日閲覧)。

38) Sally Pipes, “Doctors And AMA Split Over Contentious Issue Of OBAMA Care”, *Forbes* (<http://www.fobes.cocm/sites/sallypipes/2010/09/26> 2014年11月11日閲覧)。

39) *supra* note 19, p. 159.

40) *Ibid.*, p. 167.

41) 天野拓、前掲書（注20）、232～241頁。

を公的なものとして扱うことを拒否している。これらの回答からは、「コミュニティにとっての不利益が個人の不利益をもたらし、権利を侵害する」という皆保険制を目指す共通理解が国民から得ているとは言えない。

これら諸団体と世論の反対意見に共通するのは、私的な領域や個人的な事柄に関しては当事者の自由な判断に任せるべきで、政府による手助けは権利の救済といえども自由に対する制約だと考える点である。皆保険制によって補償内容が無保険者の水準に合わせられるとなると、これまで保険料の多寡に応じた補償を受けていた人々の選択の自由を奪うことになり、高額なプランの保険の加入が制限されることによる市場原理の抑制や最先端の治療が実施されないことによる医療の質の低下といった、全体の利益にまで影響を及ぼすという論理であるといえよう。そうであると、これらの論者にとっての「個人」とは、自身の経済力によって自由に医療を選択できる環境におかれた人なのである。医療保険をめぐる議論というのは、その「個人」がシンクタンクや医師会といった社会的団体として連携し、「世論」として意見を表明することによって政府に対峙しているという構図であるといえる。

2. 医療保険制度の対象と無保険者の地位

前節で概観したように、医療保険改革法に反対する立場は、無保険者の権利ではなく「個人の自由」を守るべき最大の価値として捉えている。しかし、その主張から派生する利益に目を向けてみれば、「個人」と想定されるのは、保険料を支払うことができる経済的に自立し、かつ複雑な医療保険プログラムを選択することができる精神的に自立をした「個人」である。

このような「個人」の捉え方は、多様な人種を抱えるアメリカ社会において常に重大な論点として疑問視され続けており、特にリベラリズム思想が世界的な歪を生む80年代以降は足枷とさえなっていた。「自己決定」によってあらゆる治療が正当化されてきた医療現場においても、「個人」の認識について見直す動きが生じている。

たとえば、「自立した個人」を前提とした患者が「自己決定」によってインフォームド・コンセントを行う場面では、患者の自己責任の下、医師から渡さ

れる膨大な説明・同意文書 (informed consent form) を理解しなくてはならなかった。その専門的で詳細な文書を理解したうえで治療を決定することが、「個人」の責務であると自明視されてきたのである。しかし現実を目を向けてみれば、アメリカ国内には英語以外の言語を使用する人種や、低所得のため学校教育を受けられず、識字力がない者も多数存在する。実際には彼らは医師の説明を理解しないまま治療の決定を迫られる状況があり、自身に何がおきるのかわからないまま同意書にサインをしていたという。これに対し近年の研究⁴²⁾では、このような決定を「自己決定」とみなすことには倫理上の問題があるとし、「読みやすさ・わかりやすさ」を重視した説明文書をもとに「自己決定」することが、本来の「個人」の自立だと考えられている。つまり、「個人」の概念を規定するにあたり、専門的な知識を理解しない患者を排除するのではなく、どの属性にあっても、権利を保障する支援が必要だとする議論にシフトしつつある。

無保険者らの属性をみると、マイノリティにその割合が多く、ヒスパニック系の約30.1%、アフリカ系の約19.5%、アジア系の約16.8%が無保険者である。これらの人々は低所得層や非正規雇用者、若年層、南部に居住しているという属性を持ち合わせており、インフォームド・コンセントの議論でかつて排除されていた患者と重なる。メディケア・メディケイドが成立した1965年以降、これまで保険購入が難しかった高齢者や低所得者にも加入の機会が与えられ、保険加入率が大幅に増加したものの、その対象とならない人々が無保険者として取り残されているという現状も併せて考慮に入れると、自らの自由な意思によって無保険を選択しているのではなく、保障されるべき「個人」から排除されていると考えられる。

医療保険改革法は、現行の公的医療保険制度においてその対象から外れ、無

42) Leanne Stunkel, Meredith Benson, Louise McLellan, Ninet Sinaii, Gabriella Bedarida, Ezekiel Emanuel, and Christine Grady, 'Comprehension and Informed Consent: Assessing the Effect of a Short Consent Form', *IRB: Ethics & Human Research*, Vol. 32 (4), Hastings Center, (2010). Michael K. Paasche-Orlow, Holly A. Taylor, 'Readability Standards for Informed-Consent Forms as Compared with Actual Readability' <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa021212>. (2015年1月10日閲覧)

保険となった人々の権利を救済するためのものであり、保険料の支払いが困難な彼らと、経済的・精神的自立した「個人」が重なるとは考え難い。社会的諸集団が無保険者を含まない「個人の自由」を全体の利益とするような反対論を展開している点に注意が必要である。

第3章 アメリカ社会における無保険者の権利

1. 「個人の自由」に制限される無保険者の権利

前章でみた政府が提案する医療保険制度改革法に対する議論における各集団の主張の共通理念として、「個人の自由」の確保と自己責任が挙げられる。この点に関して共和党と保守系組織からは、国家からの自由と解放がアメリカの伝統的な価値であるとし、政府の介入を拒否すべきという立場であった。政党が表明する意見であるため政権批判の意味が強く含まれているだろうが、政府の介入から守るべき「個人の自由」を「伝統」と位置づけ、無保険者が強いられる不平等を上回るほどの価値をもつものと認識していることが分かる。

世論は、無保険者に対して何らかの政策は必要だとしながらも、その影響として自身に法の強制が及ぶことあるいは義務が課されることは拒否するものだった。保守派とは利害が異なるものの、政府による介入を拒否する点が一致することによって共通の意思として取りこまれ、国家に対置し得る「公的な」性格を持つ主張として統合される。無保険者の不平等に関して「何らかの対応は必要」という認識は、アメリカ社会において一般化されるとする価値に置き換えられてしまうのである。

無保険の患者に最も近くに位置する医療者も「個人の自由」の価値を共有する。医療保険制度改革によって安価な医療保険や公的医療保険の対象が増えるということは、医療機関収益や医療者の収入に直結する問題であり、さらには高額な費用のかかる高度先進医療の需要も減少すると想定する。それが延いては医療の発展を阻害し、質の低下を招くと考える立場である。これまで自立して補償の厚い保険に加入していた人々にとって、政府が無保険者を支援することで全体的な医療の質の低下をもたらすことは、「個人の自由」の重大な侵害だとみなしている。

これらの社会集団の主張が政府に対抗し得る「正当」な力を持つのは、その社会集団が政府からも特定の私的領域からも独立した主張を有するため、両者の利害から自由な位置に属する公共性をもつ存在として認識される点にある。複数の社会集団間に1つの理念が共有されれば、さらにその主張は特定の利害から解放されたものとして正当性を与えられる。医療保険をめぐる議論においては、社会集団が「個人の自由・自己責任」の理念で結びつき、政府の「無保険者の救済・全体への負担」と対抗する構図となり、無保険者の権利は特定の私的領域の問題に押し込められる。

2. 「個人の自由」の一般性と無保険者の権利の特殊性

以上を総じてみれば、「公的な」存在と位置づけられる社会集団が主張する「個人の自由」がアメリカ国民に一般化される利益だと認識されており、その利益を損なうおそれのある無保険者の権利とは拮抗する構図であった。つまり、現行の医療保険制度を支持する理念によって無保険者の権利が脅かされていると見ることができる。このような制約が容認されるのは、アメリカ合衆国憲法における個人の権利の思想に基づくと考えられる。

アメリカにおいて個人の権利とは、合衆国憲法が連邦政府に対する制限として制定された⁴³⁾ことから、政府によって侵害されてはならない権利として捉えられており、憲法上の権利は、言論の自由や信教の自由のように個人の思想に関して政府の干渉を制限するものと考えられている。それは裏を返せば、何人によっても侵害されることのない価値であるとは考えられていないということである⁴⁴⁾。さらに合衆国憲法では国家からの介入を拒否する自由権の規定はあるものの、社会権とされる生存権や労働基本権は存在せず、生存保障のための積極的な義務を政府に負わせる規定も存在しない⁴⁵⁾。そもそも個人の権利と同義に捉えられる「基本的権利」という概念が合衆国憲法の規定になかったため

43) 憲法制定直後（1791年）に修正条項として権利章典が付加された。修正第1条に連邦議会に対する言論の自由と信教の自由が保障されている。

44) 松井茂記『アメリカ憲法入門 [第5版]』（有斐閣、2004年）16頁注6。

45) 松井茂記、同上書、125～127頁。

であるが、*Skinner v. Oklahoma*⁴⁶⁾において「法理上斬新なもの」⁴⁷⁾として示され、その後の判例の蓄積によって他の権利よりも「基本的な」権利があるのだと指摘されるようになっていった。ただし「基本的権利」として認められたのは、性的プライバシーの権利、妊娠中絶の権利、終末期に関連する権利、家族に関する権利⁴⁸⁾といった「個人の判断に政府が介入しない自由」を保障する権利であって、政府の主體的なはたらきかけによって具体化する社会権の保障は含まれていない。

これをアメリカ憲法の特性としてみれば、無保険者に対して政府が何らの措置も取らず保険市場にまかせておくことと、無保険者の権利救済を目的として政府が保険会社をはじめとする民間企業や個人に強制手段をとることは、前者が保障されるべき価値なのである。憲法規定上は政府の介入から自由である権利が重視されるため、政府の救済を必要とする無保険者の権利は特殊なものであり、社会集団の主張は全体の利益に資する「公的な」ものとされ、政府に対する強力な統制となったのだといえる。

おわりに

以上、本稿ではアメリカの医療保険制度における改革法をめぐる議論を対象とし、医療保険制度下にある無保険者の権利について検討してきた。

アメリカでは保険による医療補償を受けられない無保険者が多数存在し、この状況が生命に直結する問題であることを認識したうえで、しかしそれが政府による介入で「解決」を目指そうとすれば、「個人の自由」を侵すものとして社会集団から拒否されてしまうのであった。無保険者はこれまで、医療保険制度改革の具体化が遅れた政府によってはもちろんのこと、改革に反する社会集団の統制によっても生命が脅かされる存在である。制度設計・運用という「枠

46) 316 U.S. 535, 536 (1942). オクラホマ州が常習的な犯罪者であるとする T・スキナー氏に対して、州法（常習的犯罪者断種法（*Habitual Criminal Sterilization Act*）に基づき、彼の意思に反して断種しようとした事件。

47) リチャード・H・ファロン・Jr.（平地秀哉他訳）『アメリカ憲法への招待—The Dynamic Constitution—』（三省堂、2010年）、148～151頁。

48) リチャード・H・ファロン・Jr.、同上書、151～165頁。

組み」は政府と社会集団によって形成されているのであり、無保険者は「枠」の形成に力を及ぼすことができないにも関わらず、制約を受けているのである。このような権利状況は、国家と無保険者の間に介在する社会集団に依拠するとみることができるのだが、ならば生命の制約が正当化される社会集団というものを、いかにとらえるべきなのだろうか。

たとえば、個人と国家の間に介在する中間団体について議論をリードしてきたハーバーマスは、社会集団を「市民社会」として、協会、同業組合、政党といった「自由な意思にもとづく非政府的・非経済的な結合関係」、つまり、政府及び経済的利害関係（階級）とも画する結社である⁴⁹⁾ととらえている。そしてそれは、公共的コミュニケーションに直接参加するなどして公共的な討論に寄与するものであるとも述べており、公共性つまり集団の利益の担い手としてみているといえる。

ハーバーマスのこのような見方についてJ・コーヘンは、「市民社会」(civil society)と「ブルジョア社会」(bourgeois society)を峻別する点と、社会生活に関する保守的な概念を否定することが可能になるという点において評価する⁵⁰⁾。「市民社会」から「ブルジョア社会」を排除することによって非平等主義的なものを否定し、個人の権利の尊重という原則に加えて、公共への民主主義的な参加へ向かうことが可能となるという。しかしコーヘンは、さらに「市民社会」と「政治社会」、「経済社会」を区別する五項モデルで捉えるべきだとする。このように「市民社会」から政府権力と経済的生産関係を徹底的に取り除くことによって、市民の共同と討議が公的な拘束から解放されるという⁵¹⁾。ただ、理念上はこのような細分化や機能の付与が可能であろうが、実態において市民のコミュニティと政治・経済を区別することは困難であるだけでなく、実

49) ユルゲン・ハーバーマス（細谷貞雄、山田正行訳）『公共性の構造転換—市民社会の一カテゴリーについての探究 [第2版]』（未来社、1994年）38～39頁。

50) ジーン・コーヘン「市民社会概念の解釈」マイケル・ウォルツァー（石田淳他訳）『グローバルな市民社会に向かって』（日本経済評論社、2001年）、44～45頁。

51) コーヘンは、「市民社会」から区別した「政治社会」と「経済社会」は政治的・行政的過程や経済的過程に対する調整のための諸制度を意味するという（同上論文、46～49頁）。

際に生じている問題を動的なものとして把握することから遠ざかるだろう。本稿で対象とする医療保険制度の議論も、保守派政党と世論、医療者団体が共通の理念を持つことによって統合される状況を生じていた。

他方、マイケル・ウォルツァーは、「市民社会」を「非強制的な人間による共同社会の空間とそれを満たす関係的なネットワークの名称」⁵²⁾と広く定義し、市民性 (civility) が生成され再生産される多元的なネットワークであることを無視した定義を批判する⁵³⁾。さらに、政府権力を対立項としてみるのではなく、再分配の調整のために必要であると積極的に承認し、「市民社会」の政治的代理として不可欠だと主張する点である⁵⁴⁾。ウォルツァーは、市民の徳や責任、共感だけでは政治社会は存続できず、社会正義による働きかけが必要であり、それを担うのは政府のみだという。そして「市民社会が強力になればなるほど、市民の自発的な共同による直接活動を援助することによって、政府はこの働きかけを間接的に達成できるようになる」とし、「市民社会の共同生活に基礎をおく民主主義政府は、今後もそうした共同社会を育成し、助成し、調整し続けることによって、福祉と機会を公正に分配しようとする」と展望する⁵⁵⁾。

また、「市民社会」論から発展した「市民的公共圏」という概念もある。それは、政党ないし政治に対する国民的な「いらだち」を共有基盤としつつ、旧来型の媒体である社会集団にかわって、「市民」が緩やかな連携を保ちながら自律的に連携して政治的意思を形成する空間を指す⁵⁶⁾。

このように社会集団である「市民社会」概念についてみていくと、これらに共通するのはその「担い手」である「市民」に「公的な」性質が期待されている点である。政府と対峙するにせよ、あるいは政府権力を政治的な代替手段として用いるにせよ、「市民社会」が個人を統括して政府を統制する力を持ち得

52) Walzer, Michael, *Thinking Politically: essay in political theory*, Yale University Press 2007, p. 115.

53) *Ibid.*, p. 116.

54) *Ibid.*, p. 129.

55) マイケル・ウォルツァー、前掲論文 (注50)、3～4頁。

56) 森英樹「はしがき」森英樹編『市民的公共圏警視絵の可能性 比較憲法的研究をふまえて』(日本評論社、2003年)。

るとされるのは、理念上は一般化可能な社会的利益が存在するからだと考えられるだろう。

医療保険制度の問題の克服を目指した医療制度改革に批判的立場をとる社会集団は、政府への作用としてはハーバーマスが示すような政治的意思形成を積極的に行い、政府の民主化を徹底して求める点が「市民」として認められる。しかし本稿をとおしてみてきたように、社会集団が政府に対抗することによってさらなる圧力が生じる実態がある。この実態の克服を旧来の社会集団に代わって自律的に連携した「市民」に求めることも、「自律的な連携が可能な市民」はアメリカ社会における「個人」が想定される以上、無保険状態を強いられる人々が排除されることは明らかである。したがって社会集団とは、国家の利益や特定の私的領域の利害から独立した位置にあることのみをもって、正当化されるものではないといえる。

A Phase of National Health Insurance System and Uninsured Person's Rights in U.S.

Isagi NAGASAKI

The main objective of this paper aims to examine situation of uninsured person's rights under the American health insurance system, and the paper describes an aspect of the ground.

The social security assumes responsibilities to save the lives of the nation. Primarily, health security is contributed a protective function toward life that is core of human dignity. However, the American health insurance system has been causing some disparities concerning each of the persons and its contents of compensation. Accordingly, the system is premised on a variety of patients and therefore does not have equity, that is, it accepts uninsured. The Obama administration proposed the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) as a solution to the current system, whereas there are strong supporters for the system as a counter to the PPACA. This paper will focus on the actual situation, and consider how they justify the situation of an uninsured person's rights.

The current system supporters are one of the social groups recognized as the "public existence". Consequently, its claim is accepted as generalized benefits and thus an uninsured person's rights are understood as personal benefits. This relates to the opinion of individual rights based on the Constitution of the U.S. In the U.S, individual rights are grasped as a right that should not be interfered with the State. This is known as "individual liberty", established by the Constitution toward the restraint of power of the State. So, the rights of the Constitution are considered protection against an intervention of the State. Furthermore, the Constitution has established positively liberties rights, but it has not established social rights or an obligation for the security of life. That is, individual rights are not understood by the State as valuable.

Taking this matters: uninsured person's rights are not recognized as individual rights, into account, this paper analyzes the ground of uninsured person's situation from the discussion about noninsurance, national health insurance system, and the PPACA on the homepage of social groups and even non-academic literature in U.S. As a consequence, this paper proves that the circumstances of the health insurance system invades individual dignity, nevertheless, the solution proposed by the State is eliminated on the ground that the reason of invasion of "individual liberty", and thus uninsured persons being excluded from "public existence" are not regarded "the individual" of that like.