

# 公共政策としての メディカル・リーガル・パートナーシップ

澤 田 知 樹

## はじめに

メディカル・リーガル・パートナーシップ（Medical Legal Partnership：以下 MLP と略す）という試みが米国において行われていることについて別稿<sup>1)</sup>において紹介した。そこでは、MLPの執行状況などを述べた。そして、MLPが政策に対して影響を及ぼす可能性について少し触れた。本稿においては公共政策の策定や実施という観点から MLPの可能性について考察を試みようとする。

本稿においては、第1章では医療格差の要因について、それは純粋に医学的要因によりもたらされるというよりはむしろ社会的要因や環境によるものが大きいという主張について述べ、第2章では格差縮小や弱者救済のためにいかなる対応が必要かを探るために医療・法務連携がいかなる役割を演じることができるかについて述べる。そして第3章では、医療や福祉受給を求める人々が面するであろう法律面的の問題に対する早期の段階における対処について、第4章ではその法律的障壁について少し考察する。第5章では法律家に対するトレーニングとして早期の段階つまりロースクールにおいて採り入れられるトレーニングを見ることにする。健康増進は個人的な問題から政策の問題であるという認識の変化について考察を進めようとする。

## 1. 公共政策と法律

### 1) 健康格差の主要因としての社会的決定要因

健康についての平等は、人間の機会において重大な役割を演じる。それは政策決定者にとっても、個人の健康についてのみならず人口の機能や増加に関する重大な関心事である。健康についての格差を表明するにあたっての困難さは、それらが根ざしている原因を見定めることの複雑さにもある。次第に研究者や政策決定者たちは、人々の出生、育ち、生活、職業そして年齢といった健康についての社会的決定要因（Social Determinants of Health：以下 SDH と略す）に焦点をあてるようになってきた。経験則からは社会におけるグループ間の健康についての格差をなくすためには、その人々の根底的原因を正すことが要求される。健康の平等への手段としての SDH を表明することは複雑であるのみならず、貧困や収入の不平等についての重大な疑問を起こすような論争となるであろう<sup>2)</sup>。

個人や公衆の健康を改善し、健康格差を減少させるにあたっては、ヘルスケアへのアクセスだけを考えるのでは不十分であるという認識が起きてくるということを示す証拠を提示する論者もいる。

健康促進や疾病予防は、医療によるサービス提供よりもずっと大きな影響を有する。不適切な生物医学的介入へのアクセスは早期の罹患や致死の第一原因ではない。行動環境そして社会的経済的要因は罹患や致死の減少について、医療ケアについてが20%であるのに対して、約80%を占めることが示されている。これは、疾病の重荷が、個人的要因、人々が生活する環境そして教育、収入、住宅といったSDHの複合によってもたらされるからである<sup>3)</sup>。

世界的レベルにおいてはWHO(World Health Organization)が2005年にSDH委員会を設立し、公衆衛生の改善には、生物医学的モデルから社会的モデルへのシフトすることが求められていることを認めている。社会的経済的条件そしてそれらを扱う政策が、医療不平等をもたらしていることを議題に載せなければならない<sup>4)</sup>。

米国においては、政策による対応は予防的介入に焦点をあてている。公衛生戦略は、個人の健康を改善するためのヘルスケア介入についてではなく、むしろ公衆レベルでの健康増進のための「上流」の予防的介入について焦点をあてている。SDHを明らかにするような介入方法を策定するにあたっては、公衆衛生アプローチは生物医学的あるいは個人的アプローチを採るよりはむしろ、健康や健康行動に影響を及ぼす社会的条件の影響を理解するための社会的疫学アプローチを用いる<sup>5)</sup>。

## 2) 公共政策および法律の役割

米国では、健康社会的決定づけの医療格差についての注目度は、他の先進国に比べて遅れている。米国の学者たちが、そのような医療格差についての社会的決定づけの役割に取り組むことについて消極的である主要な理由は、政策決定者の医療についての概念が、主に個人の責任や選択の問題として捉えているからである。今日の米国における健康増進についての支配的見解では、70年代に現れた医療コストの増加の圧力による医療には限界があるという現実観への対応、そして社会や政策の方向は、健康については個人によるコントロールが強調されている。医療の格差を生み出す根底にある個人責任によって構成されている医療政策は、貧困は個人の失敗が根底となる原因であるという原則から導きだされている<sup>6)</sup>。

日本においてもある時期に、自己責任が強調されたことがあった。その時期においては所得の格差や大都市と地方における格差が拡大したことはそう古くない記憶に残っているであろう。その時期の政策もやはり増大するコストに対する対応、すなわちコストカットの必要から自己責任が強調される方向へと導かれたようである。医療や福祉の分野に限らず、あらゆる領域において増大するコストへの対応は、たいへん頭の痛い問題であろう。

だが、健康やそれにまつわる行動についての社会的環境の影響を認識するにあたっては、た

たとえば、自律的な選択ができないそしてしないということについてではなく、そのような選択をするにあたっての社会的環境の重要性を認めることが必要である<sup>7)</sup>。

また自律的な選択を可能にするための教育が必要であるとの主張もあるが、そのような主張に対しては、自己のおかれた環境の変化なしに自己の行動を変えることを求めるものだと指摘される<sup>8)</sup>。

自己のおかれた環境が変わることのないままに、自己の行動を変えようという考え方は、結局は、自己の行動についての結果は自己責任であるという考え方に繋がると推定される。境遇による障壁により自律的な選択ができない者に対して、自由意志に基づいて自己を変革せよと求めることは無理であろう。だが、教育というものをそのような誘導よりはむしろ情報提供と捉えれば意味がないわけではない。すなわち社会的弱者というものは多くの場合には同時に情報弱者でもある。自分で判断しそして決定するためには、その前提として情報が必要となってくる。だが、その情報すらなければ自由な選択をなすにもせぬ状態であろう。情報提供によって即解決に繋がるわけではなく道程は遠いと考えるが、情報弱者への救済の拡充という課題も考えるべきであろう。

### 3) 医療政策の再考

本節においては、医療政策が個人や公衆の健康にもたらす影響について医療にはそれに直接関係する部門よりはそれ以外の領域、教育、住宅政策、福祉といった関連する部門についても考えなければならないであろう。このような領域を「福祉」とひとつにくることが可能かも知れない。医療と福祉は相互の関連性が強いと考えることができよう。医療の関連コストと捉えれば、やはり増大するコストが問題となってくるであろう。

政府の各部門の分断された構造のためにそれ自体が健康課題についての障壁となっている。それぞれの行政機関の政策についての利益は別々のものであり規制もまちまちである。このような状況においては境界を越えてそして他の行政機関との統合 (coordinate) されたアプローチが必要となる。そのような協働を支援するためのインフラを構築しリソースの共有が必要となる。そのためには、医療に影響する政策が法律や法的権利に関わるかどうかは別として、法律が医療や健康についての社会的な決定をなすにあたって中枢的役割を果たすことになる<sup>9)</sup>。

Scott Burris は法律は、1) 社会的条件を構築しそして永続させることを支援する、2) それを通して社会的構成を医療の配分のレベルに変換するメカニズムあるいは仲介者として作用する<sup>10)</sup>と主張する。

健康についての社会的決定要素における法律の役割を理解するために、公衆衛生法研究者たちは、医療によってもたらされる結果と医療格差における法律の構造的役割の考察について主に焦点をあててきた。

Burris によると、法律と法的実践との関係についての科学的研究としての定義づけは、法律

は社会的条件にどのように相互作用するかという方法についての経済的考察による社会的決定要素を明らかにする努力に貢献してきた。このことは、「実践における法律」と「机上の法律」との違いを証明すること、誰に対して執行しあるいはしないかについてを含む<sup>11)</sup>。

医療や公衆衛生についての制度を設定しそして改善することは法律の制定やその改正によって行われる。日本においてこの分野は厚生労働省の所管であるが、医療や福祉についての制度の制度や改革にはすべて法律の制定や改正がその前提となっている。それらの法律を立案するにあたって、いかに医療や公衆衛生の現況とその解決策を最も適した形態にしていくかの作業は、医療と法律関係者の協働である MLP が期待されることになるであろう。MLP がいかに組織されどのように作用していくかにより、新しい医療制度が社会の実態に即したものになる得るかにについての重要なファクターとなるであろう。

#### 4) 医療へのアクセス

公衆衛生への介入としての MLP に頼るにあたって、患者の保護および利用可能な医療に関する法律 (Patient Protection and Affordable Care Act: 以下 PPACA と略す) が制定されるにあたっての政策決定者の見解や医療格差へのアプローチについて説明することが重要である。PPACA についてその範囲の広さから、弱者たちの医療に対する影響を読み解くことは複雑なことである。たとえば、法律中の重要な条文に、格差を減少させることを追求するということが記されている。この条文は主に医療保険やヘルスケアについて焦点をあてているが、それにより健康格差を減少させることに貢献することになるであろう<sup>12)</sup>。

なお、健康保険制度について、国民総加入制度について米国の連邦最高裁は、保険への加入を義務づけることは契約を強制するわけではなく、課税の一種であるとしてこの制度を合憲としている<sup>13)</sup>。

PPACA は一般的な社会の契約の原理による法律アプローチと健康保険の問題について市場に基づく解決とを相互にリンクさせた複合的な構造を有する<sup>14)</sup>。また医療扶助の適用拡大は、連邦政府の政策を高齢でない低所得者にも広げるといった動きを示している<sup>15)</sup>。

制度はあるが、PPACA はヘルスケアへのアクセスを改善するという国家目標に適する大きな制度である。これにより保険に未加入の米国人の数は減少した。議会予算局 (The Congressional Budget Office) のプロジェクトは様々な手法を通して適用範囲の拡大に努めている。保険に未加入の者に税制上でのペナルティを課す、医療受給資格を増やす、低所得の人々に保険奨励金を補助する、企業に対して従業員への保険提供を進めるインセンティブを与える、保険為替の創設、保険加入条件といった障壁の除去といった手法である。2019年までには PPACA は保険加入者の範囲をさらに 3,200 万人増やし、人口の 94% をカバーすることが予定されている。残りの未加入者は、非合法の移民、医療扶助に登録されていない低所得の人々、保険加入しなかったときの税制上のペナルティを免除されている人々である<sup>16)</sup>。

周知のように前期のオバマ政権の時期にヒラリー・クリントン氏らによって推められてきた国民皆保険制度であるが、日本においては国民皆保険制度はすでに確立している。この医療保険制度により国が負担する保険料が上昇し続けていることは否めないが、この制度があることは、日本の医療制度の先進性を証する大きな要素のひとつである。最近（2013年2月現在）賛否が争われている TPP について、これに加入すれば日本の医療保険制度が廃止に追い込まれるという懸念が示されているが、この制度は絶対に維持する必要があると考えるので、「聖域」に加えて交渉外（off the Table）にしなければならないと考える。

### 5) PPACA と健康格差

PPACA はすべての米国民に質の高い医療を利用できることを目標とするものであるが、同時に予防や公衆衛生に関わる条文もある。これらの条文は法律の中心となる目的に対して周辺部分ではあるが、法律は単に医療ケアそのものだけではなく、医療に関わる関連事項についての論議を反映してそのような条文が加えられている。これが示すことは、国民医療の問題は単に質の高い医療へのアクセスができないというだけでなく、投資に対して見返りがあまりにも貧弱であるということについての複雑な取り組みが求められるという認識があることを示している<sup>17)</sup>。

PPACA が予防やヘルスケアの供給についての統合的モデルの推進に焦点をあてているにも拘わらず、健康格差を減少させるような公衆衛生についての介入を組み込むことを損ねているという見解もある。

PPACA は人種、収入などに基づく医療不平等を減少させるための重要な介入を命じあるいは資金拠出することをほとんど進めていない。当法律は公衆衛生を真に近代化し損ねている。最も重要なことは、当法律は継続的プログラムを策定するために十分で持続可能な予算を所轄の行政機関に与えていないことである。予防のための予算は政治的に脆弱であり、他のプログラムに分散されがちである。資金提供が予算上の追求に耐え得るとしても、必要とされるインフラをサポートするには不十分である<sup>18)</sup>。

将来に望まれることは、医療システムの統合であり、政策決定者はこれを概念的にも機能的にもシフトさせるべきである。医療によりよい結果をもたらすためには、個人と公衆とを統合して考えることである。前提となるのは、公衆衛生と個人の健康を一つのヘルスシステムに統合され得るそしてされるべき相互作用領域であるということである。統合されたヘルスシステムは病気や負傷をより効果的に予防し改善することになるであろう<sup>19)</sup>。

公衆衛生やヘルスケアの統合についての動きもまた重要である。2012年には、医療リソースと提供行政（Health Resources and Services Administration）と CDC は、医療制度委員会（Institute of Medicine Committee）に対して、プライマリケアと公衆衛生の統合を検証する専門家の委員会を招集するように求めている。委員会のレポートは統合の機会について記し、そのような機

会は医療コストの増大、社会的決定要素について、初期の予防の重要性を表明するような新しい試みの重要性を認識することを求めている<sup>20)</sup>。

健康についてあるいは医療へのアクセスについて従来は個人の責任と選択においてなされるべきものと認識されていたが、近年では社会や国家の責任であるとの主張が多く見られるようになってきた。そのためには、最初に患者に接するプライマリケアのみならず制度としての公衆衛生政策との相互関係について、より効果的・効率的なシステムが構築されなければならないであろう。

## 2. MLP への期待

### 1) 医療の包括性

公衆衛生や政策を医療に反映することを促進するにあたって法律は政策に影響するかを見定めることが重要になる。弱者に対する医療についての法律や医療格差を減少させるための政策を発展させることが探究されなければならないが、それにはそのような努力が個人やコミュニティそして福祉に与える影響という視点を見失うという危惧もまた存在する。医療について政策が介入することが必要としても、その介入によって包括的に医療の不平等を減少させることにはならないし、それにより他の不平等の結果をもたらすことになるかも知れない<sup>21)</sup>との指摘もある。

政策の発展と実地における効果との間の隔たりは公衆衛生やヘルスケアに限ったことではないが、政策による介入がいわゆる予期せぬ結果を生じさせることがしばしばある。政府による政策的介入が個人について適切に機能することからほど遠いとしても、第一線のヘルスケア提供者は、おそらく患者の健康について、単に個人レベルのみならずコミュニティのレベルにおいても、SDHについての役割を見定めるにあたっての最善の位置にいるであろう<sup>22)</sup>。また社会の求めるところに適合しないような施策は、すべての人々の医療について良からぬ影響を及ぼすことになり、それがゆえに、患者の社会的に求めるところを適切に表明することは、患者の医学的条件を表明することと同様に重要となってくる<sup>23)</sup>。

患者の社会的に求めるところが適合していないことを十分に表明することができるかについて十分に自信があるまたは自信があると思うと答えた医師は20%であることも報告されている。そして公衆衛生とヘルスケアを統合するにあたっては、最初のケアにあたる医師について、SDHの役割について理解できるようにトレーニングが必要となってくる。疾病に対して効果的に対処するためには、医療提供者たちは環境、社会そしてコミュニティの脈絡において包括的に理解することが必要となる<sup>24)</sup>。

ここでは、医師が患者のケアについて医療のみならずそれらに関連して社会的に求められることについて、理解を進めなければならない、そしてそのためのトレーニングが必要であるこ

との主張を見た。だが、日本においても現実には医師はすでに過剰勤務状態にあり、それらの医師にさらなる負担を求めることは、非常に困難であることが推察されるであろう。医師がそれらの役割を担うことが困難であるのならば、いかなる者（アクター）がそれを担うのかについて考えなければならない。

## 2) 医師の役割

公衆衛生について影響を及ぼす社会的条件を見定めるにあたってヘルスケア提供者よりよりよい位置にいるのは誰であるか、あるいは必要とされるような構造的変革を推進するにあたって誰がよりよい位置にいるかについて考えるにあたって、次のような主張もある。

たとえば、コミュニティヘルスセンターで低所得の患者に対応している医師は、それらの患者たちの多くが公的住宅入居についての問題をかかえていることを知ることになる。それらの患者たちと話した後、医師は、公的な住宅供給部が他の入居者からの苦情を伝えるという複雑な問題があることを知らされる。そのように医師は、個人やコミュニティの医療について影響を与える社会的条件を見定めるのみならず、それらの条件を変革するについても最も適した位置にいる<sup>25)</sup>。

この考えに従えばますます医師に負担を課すことになるであろう。医療関係者のみならずそれ以外のアクター、法律家や公衆衛生の専門家をパートナーとして組み込んだチームを編成し、医療関係者はその中の重要なメンバーとして活動することが考えられなければならないであろう。

## 3) 法律家による支援

MLP は法的専門家を、低所得の患者についての複雑な社会的需要の中で法律に関わる事項について表明するために、ヘルスケア設定の中に組み込むものである。法律事項に関わる健康問題を防ぐことや法律問題について初期の段階から明らかにすることに焦点をあてることについて、MLP の法的な実践は、しばしば初期医療に類似するものとして理解される。現場での法的支援は相談であり助言である。MLP の代理人はヘルスケアチームと直接のパートナーであるから、MLP は単に患者回付ではなく、患者の医療と法律事項について求める複雑な問題についてケアする医療や法律チームの間で問題解決を共有するものである<sup>26)</sup>。このように法律家を医療現場に直接立ち合わせることを要素とするのであれば患者のプライバシーや個人情報問題もあるが、これについては別稿で触れた<sup>27)</sup>のでここでは述べない。

法律家が医療現場に同席し、直接に医療について法律に関わる事項が出現した場合に、ただちに対応できるような状況を造り出すことも必要であると考えられよう。だが、同席するといっても診察室に法律家が現存するというわけにはいかないであろう。そこでやはり、第一線の医師が、法律問題が絡んでいるような医療項目についてその問題や要素を見定めそしてスクリー

ンできるようなトレーニングを受け、そして患者をMLPの代理人に回付することが求められるであろう<sup>28)</sup>。つまり医師の負担が増加することは避けられないと考えることができるであろう。

そのような負担を可能な限り軽減するためには、法律家が医療についての知識を修得していくことが求められると考えられる。たとえば、公的資金の支給を受けられる医療行為や疾病について法律家がそれらについての医学的評価に関する知識を修得することにより、受給申請をより効率的に進めることができるかも知れない。公的支援の漏給を防ぐためには、早期の段階における医師と法律家による協働が求められよう。

### 3. 民事法務サービス

#### 1) 医療現場において

従来型の民事法務サービス提供のモデルで、医療処方箋について法律家は、処方した医師との関係において独立している。大半の民事法律家は法律上の支援や法律サービスプログラムにそって業務を行う。医療扶助を否定する告知には、地域の法律サービスプログラムに関する情報が添えられており、患者の中には法律支援を求めることを始める者もいる。また、患者によっては、ソーシャルワーカーやあるいは法律支援を提供する窓口慣れた他のサービス提供者に回付されえることもある。法律家はそこで処方した医師と接触し医療記録を得る。医療と法律との分野の協働は、個別的な事例に応じてアドホックベースでしばしば起きる。だが近年になって、法律家や医師の中には、貧困や障害により不利な状況にある人々に対する支援を提供する新しい手段として正式にMLPを設定を設定するために、意識的に共同業務を行う者たちもいる<sup>29)</sup>。

医師と法律家との連携の必要性について考えてみる。次のような提案がみられる。

医師は日常の業務の中でそれぞれの患者の身体について診察を行うように、法律家は依頼者の現況を評価し様々な公的支援を受けることができるような法的資格があるかどうかを検討する。そのような業務について、医師、法律家、法律家以外の支援者そして医学、法学、ソーシャルワーカーの学生の参加も考えるべきであろう。そこでは次のような問題が生じてくる。法律家の依頼者の中には、医療ケアを受けているが、公的支援を受ける資格があるにも拘わらずそれを受けられないでいる者も多くいる。法的な支援者は秘密保持された医療記録や診断にあたった医師からの意見書を見るについて障壁に面している。それらは公的な支援を申請する際に必要となってくる資料である。法律家のみではそのような公的支援システムを必要とする患者の要求に応じることに十分ではない。そこでふたつの戦略が必要となる。公的支援の資格のある患者を選びだすために病院の待合室において「法的チェック」を実行すること、そして、医師や病院のスタッフを、より効率的に公的支援に患者がアクセス可能となるような支援



ができるようにトレーニングすることである。そこで、法的サービス提供についての移行を始めることである<sup>30)</sup>。以上は1995年に発表されたものであるが、ここでも医師のトレーニングの必要性が主張されている。

## 2) 法律家の役割

前節においては医師のトレーニングの必要性について述べたが、それはやはり医師の負担の増加させるベクトルである。それでは、法律家はいかなる助力をなし得るであろうか。MLPは法律家を直接にヘルスケアシステムに統合し、患者の代理人をメディカルチームの一部とすることである<sup>31)</sup>と言われている。そして、専門家によるコンサルティングの価値を認識し、医療以外の解決法によって健康が改善されることもあることを理解することである。医師が法的専門的判断に遭遇したときには、患者は法律家へ回付されるべきである。このシステムの定立にあたっては、法律家が、そのためにトレーニングされ第一線の医療者を支援することが求められる<sup>32)</sup>と主張されている。

従来型の民事法務サービスは先を見越して行動することは少なかった。患者にとってトラブルが生じるのは、法律家に接触するよりもずっと以前のことであった。MLPにおいては法律家は予防的法律ケアに従事することが必要となり、法的問題に直面していない者についてもサービスを提示し、患者の権利について啓蒙していくことを進め、患者が治療を求めることが可能となるように後押ししていくことが求められてくるであろう<sup>33)</sup>との主張がなされている。近く起こり得る法律問題に対して対応するための予防的ケアを法律の分野でも求められているという考え方である。そのために、法律家の方からも、能動的に医療活動と接触しなければならないこととなっていく。このように法律家にも負担増を求めるベクトルもあるであろう。医師と法律家の双方がそれぞれ負担増を求められることになるが、新しい可能性を進めるにあたっては、負担が増加するのは避けられないことであると考えられよう。

またMLPにおいては弱者に対する救済の促進が主張されている。低所得者や障害のある人についてはそれぞれの福祉受給について考えることが不可欠になってくる。そのためには、医師・法律家そしてそれら以外の多様な協働が求められる。だが、患者に第一に接触するのはなんといっても医師である。医師は患者から信頼されるポジションにいるために、福祉受給について患者を選別するにあたって適した位置にいる。医師が患者の必要とすることを見定めるにあたって最も適した位置にいる<sup>34)</sup>と言われている。そして法律家は、ヘルスケア設定についての新しいタイプの専門性をもたらすことができ、そして患者は従来の診察室におけるより全体的な対処を受けることになり、従来の法律事務所におけるよりもっと早くに法律家と接触できることとなるであろう<sup>35)</sup>。

インターディシプリナリーな業務において法律家に求められることは、法律と医療の相互分野において、先を見越した協働作業が実践的に増加してくることに対応することであろう。

法律はそれにかかわる社会的事象を無視して理解することはできなくなる。理論と実践を分けて考える法律教育の傾向は、ロースクールが複雑な機関について適切な精査をやるうとしなかった理由の一つである<sup>36)</sup>との主張も見られる。新しい試みにおいて、法律家は理論と実践との融合が求められることになるかも知れない。法律の領域においては学者と実践者である弁護士との協働がより求められることになるかも知れない。

#### 4. 行政手続による障壁

公的支援を必要とする患者は、それについて行政機関に対して申請を行わなければならないが、この際の手続がとてつもないことは別稿において少し触れた<sup>37)</sup>。本節では、それらの煩雑さについてももう少し詳しく述べることにする。

##### 1) 申請についての消極性

予防的法律アプローチにおいては、法的な難関に直面する前に、事柄を法的支援に回付することが求められる。医療扶助の受給者はその制度のメリットに拘わらず、申請することをためらったり、支援なしの申請ではうまく認容されないことが少なくない。法的に適用される基準に対応するように十分に準備された申請書を提出しないと、最初の審査に通らないことになってしまう。多くの患者は、法律的障壁として彼らが経験した問題を見定めることができず、そして法律的に求めることができる重要な権利があることを気づかないでいる<sup>38)</sup>。

MLPは、法律家にアクセスできないでいる患者について支援を差し伸べるという貴重な機会を提示することができる。MLPにより、アドホックベースではなく、そのようなプロセスを客観化し定式化することが可能となるであろう。またMLPは支援を受けている患者たちの間で、擁護の文化(Culture of Advocacy)を進化させることができる<sup>39)</sup>。

ボストン医療センターの研究において、患者-家族の共同は、必要とするサービスへアクセスできるという力づけを感じていることが見出されている。患者-家族共同はよりよい状況でより熟練された擁護を行っている。彼らは、法的問題を解決するにあたってより効果的な戦略を採用している<sup>40)</sup>。

##### 2) 不公正なヒアリング

申請プロセスについて、とてつもない複雑な手続を適切に乗り切るためには、法律家は重要な役割を担う。低所得者や障害を有する人々を支援するために利用可能な法律家を提供することが必要となってくるであろう。ロースクールにおいても将来の法律家のための教育が求められるであろう<sup>41)</sup>。

申請プロセスにおいて不公平の大きな要因は、医療扶助の受給申請者が、ヒアリングの場で

医師を証人としてその参加を求めることができないということである。また、支援にあたって共通する制度上の障壁は、医師はとて多忙な業務をかかえているために、医療以外の業務にあてる時間を優先しないことである。そこで、法律家をヘルスケアチームの中に統合することにより、患者は法律的支障が生じる前に法的解決方法にアクセスすることができる。法律的問題を、法律事務所ではなく医院において見定めることにより、効果的に記録を確保することができ、そして法律家にとって事例を証明するための意見の収集について、患者の状況を見定めるにあたって最も適した位置にいる医師のサポートを受けることができる<sup>42)</sup>。そして医師が社会保障関係の行政に提出する文書を、より適切にそして適用される法律的基準についてより認識しやすくすることができる<sup>43)</sup>。

医師が多忙ゆえにヒアリングに参加できないとなれば、患者の代理人がよりよい文書による証拠を準備しなければならない。そのためには法律家が医師のすぐそばでそれらの文書を作成することが望ましいであろう。しかし、それを実行するにあたっては患者のプライバシーや個人情報、そしてそれらに接する者についての守秘義務が問題となってくる。これらについては前稿で少し触れたが、さらに検証・考察を続ける所存である。

### 3) 誤った情報

MLPは、医師と法律家が、患者の目標を達成するために必要なこと、そのためにそれぞれの専門性において利用できる情報やツールをいかに最適に活用するかを理解することができるように、それぞれの間のギャップに架橋するものである。医療の場での法的支援は、医師に対して医療記録が法的に基準に適合するようにするためにはどのようなことに注意しなければならないかを理解させることが可能となる。また、法的プロセスへの医療専門家の効果的な参加により、患者の権利を実行するための法的基準を満たすこと、そして患者が何を必要とするかについて最も適切な支援を得るための権利は何かを気づかせることを、可能ならしめるであろう<sup>44)</sup>。

Lagowski v. Whalen<sup>45)</sup>においては、ヘルスケア提供者の証言に焦点があてられている。医療扶助の認定を拒否した州の決定を覆すためには、病理医による口頭の発言による争いのない証言が必要である。必要とされている医療装置が患者にとって最適かどうかについて検証するべきであって、州が主張するようなコストを考えた代替案についてではない<sup>46)</sup>。その装置を受納することにより、患者の人生そのもの（quality of life）が高められ、そして支援するスタッフは患者が必要とすることにより効果的に適合させることができる<sup>47)</sup>と示している。

この判断について次のことが重要である。法律家は、事例において問題となる法的要素とそれらの要素についての法律以外の証明の双方を理解しなければならず、そして医師は医療記録を提供したり証言することによる支援的役割の中で、適切に行動しなければならない。それぞれが他方にアクセスし、他のディスリプリンを尊重し、同時に自分の然るべき専門性を発揮す

ることができるように進めることが求められる<sup>48)</sup>と主張される。

医師はすでに多大な負担を課されている。法律家が医療現場において早期の接触を行うことが提唱されている。だとすれば、法律家にも法律以外の知識が求められることになるであろう。そして、なによりも重要なことは、それぞれが相手方のディスシプリンを高く評価し尊重することであると考えられる。それによる信頼関係の構築により、それぞれの自己のディスシプリンを妥協することなく、協働を進めることが可能となるであろう。

## 5. 法曹教育において

MLPを進めるためには、法律家も医療現場に出向くことが必要となってくる。そのような実践での場において活動できるようなスキルを、法律教育の段階、つまりロースクールにおいて進めるという取り組みは米国では行われている。そのような取り組みについて紹介した研究を見てみる。この研究報告はMLPについて焦点を当てているわけではないが、実践的トレーニングの一環としてMLPを紹介している。

米国のロースクールにおいては、外国のロースクール、ビジネススクール、大規模な法務会社といった他のトレーニング提供者と組織的な連合を組むことが進められている。このような動きは、トップクラスのロースクールの間でよく行われて、あつらえられたそしてより進化したプログラムを発展させている。そしてコストの圧力とより実践的なトレーニングへの要求もあいまって、他のロースクールも同様に様々な連合を模索している。そのような連合には、異なったトレーニング提供者の間で専門に特化する機会を提供し、市場の環境に対応できるフレキシビリティを強化することができる。反面、危惧も予想される。ひとつは、分割化であり、それは米国における法曹教育を断片化してしまうかも知れない。他の危惧は、法律教育の内容が、大規模な法務会社や多国籍企業といったクライアントによって左右されてしまうということである。組織化されたクライアントの要求に応じてあつらえられたトレーニング内容により、法律サービスへのアクセスが、浸食されるということである。そこで、そのような連合により、どのような結果が生じるのか、そして法律教育における市場の失敗に対するガードを考えなければならないであろう<sup>49)</sup>。

報告者は、米国のロースクールのそのような連合構築の進め方について、トップクラスのロースクールとそれ以外のロースクールについて分けて考察している。本節ではそれに従ってそれぞれの連合の進め方を見てみる。

### 1) トップへの競争

法人（会社）による法務サービス市場の国際化により、ロースクールは「国際的」カテゴリーへと導かれつつある。たとえば、ハーバード・ロースクールは外国のいくつかのロースクール

と交換制度を設けており、それらの相手のロースクールも国際経済における自己のプロフィールの拡大をはかっている。外国のロースクールとの連合を通じた地理的拡大により、トップクラスのロースクールは縦方向への拡張のプロセスをも進めている。つまり、大規模な法務会社やクライアントとの連合を通じて、卒業生に対するトレーニングをも行うというものである。ハーバードは米国でそのような試みを最初に始めたロースクールのひとつであり、企業と共同して卒業生のために多様な形態のトレーニングをあつらえて提供している。他のトップクラスのロースクールも、特定の企業と連合して卒業生のトレーニングについてエグゼクティブ教育プログラムを始めるところが増えている。市場の上位においては、米国のロースクールは外国のトップクラスのロースクールや、ビジネススクールそして大規模な法務会社と連携し、国際的ビジネス法律家のためのカスタマイズされたトレーニングを提供している。だが、そのことによって、トップクラスのロースクールが、法人（会社）マーケットのみに焦点をあて、それ以外の教育使命を軽視しているわけではない<sup>50)</sup>。

## 2) トップクラス以外のロースクールの連合戦略

多くのロースクールでは、特化されたそしてリソースに注目したプログラムの提供が持続できないところが増えている。ロースクールに対するコスト圧力は増加する一方であることが、あらゆる面から証明されつつある。また市場に特化することはリスクをはらみ、持続できない可能性を含む。従来型のスキルトレーニングのモデルは、法律家と依頼者との個人的関係に基づくものであり、それらは近年大きく変革されつつある。多くのロースクールはその変化に対応するかの基本計画なしに、急激に変化する市場に直面している。トップクラスでないロースクールのひとつの戦略は、特定のテーマについて他のロースクールと協働することである。しかし、それらについての資金が問題となる。ロースクール間での競争もあり、資金提供を分担することには消極的である。企業や財団からのファンドを受けることもあるが、そのファンドがなくなればたちまち協働は行き詰ってしまう<sup>51)</sup>。

他の戦略は、病院や裁判所を含んだ地方の市場要素などと連携してトレーニング連合を形成することである。病院は新しいトレーニングのいくつかのタイプについてのパートナーとなる可能性がある。MLPを実施している組織の中には病院と連携しているところも多くある。そのようなパートナーシップにより、弱者や子どもそして家族に対する医療と法律との統合されたサービスを提供することにより、公衆衛生を改善するための中核となる使命をシェアする多様な形態を進めることができる<sup>52)</sup>。

## 3) アクセスの格差

米国のロースクールは、市場の特性や特別化により受ける圧力が増加している。外国のロースクールやビジネススクールとの連合を形成し国際的なブランドにより自分の位置を模索する

トップクラスのロースクールもあるが、それら以外のロースクールは代わりとなるニッチを造りだすという動きをしている。いずれのレベルのロースクールでもトレーニングの「実践的」価値を強調するところが増えている。多くの改革者は「実践的」トレーニングへの投資を増やすことを求め、多くのロースクールは同じように対応している、だが、「実践的」トレーニングの要求は疑問も提起する。何のためのトレーニングかと。実践的トレーニングには、法律の実行についての観点をも必要とする。利益重視型ロースクールも増加している。裕福なクライアントに対応した分断化が進めば、法律トレーニングやサービスへのアクセスにおける現行の不平等がさらに増大するであろう<sup>53)</sup>。

市場の要求やコスト圧力によるロースクールあるいは法律教育の変遷により、法律サービスへのアクセスの不平等が懸念されている。市場やコストを重視するならば、マイノリティあるいは弱者はすみに追いやられるであろう。医療や福祉の領域においては、注目度が低下するのは必然であると十分に予測されるであろう。コスト圧力は避けることはできないが、その圧力下でも耐え得る方策が探究されなければならないと考える。

## むすびにかえて

DVに関する研究では、“The Personal is Political.”<sup>54)</sup>という考え方がみられる。社会福祉は「結果の平等」の実現に向けて国家が政策的に介入するものである。では、医療や健康についてはどうであろうか。平等とは原則的には機会の平等であると考えられる。しかし、自らの意思や努力によって変えることはできないもの<sup>55)</sup>については「機会」というものはそもそも存在せず、そのような場合には国家が政策的に介入して救済する必要があると考えられよう。

では、本人の「意思や努力によって変えることはできない」の範囲はいかなるものとなるであろうか。医療や健康の分野では原則的には本人の選択や責任においてその結果がもたらされるものとも考えられようが、その原則外はどのような場合であろうか。たとえば、公害病や薬害、あるいは原爆症などはそれに含まれると考えられよう。

公害病については、有毒廃棄物を排出した企業に、薬害については欠陥薬品を製造・販売した企業に責任があり、それらの関係からは基本的には民事上の賠償責任の問題である。しかし、水俣病やC型肝炎などでは公的な救済制度が設けられており、公的資金（税金）を拠出して被害者の救済にあたっている。これらの場合では、それぞれの企業を規制・監督する省庁の責任が問われ、国の責任が認められたという構造である。

ではSDHの社会的要因というものはどのような範囲を含むものであろうか。「意思や努力によって変えることはできないもの＝社会的要因」と言えるであろうか。あるいは、上記の例で挙げた、省庁による規制・監督責任も社会的要因であろうか。また、社会的要因が認められれば即ち国家による政策的介入による救済が必要とされるのであろうか。国家賠償訴訟が提起

されたならば、それらについては裁判所が判断することになるが、裁判は事後的救済である。MLPは早期における解決方法あるいは問題回避方法を提供することを主要な目的のひとつとする。社会的要因に含まれるものの定義やその範囲についての判断は誰（どのアクター）が行うのかについても模索されなければならないと考える。

## 注釈

- 1) 拙稿「メディカル・リーガル・パートナーシップ～新しい可能性～」経済理論第371号（和歌山大学経済学会2013年）131頁。
- 2) Elizabeth Tobin Tyler, *Aligning Public Health, Health Care, Law and Policy: Medical-Legal Partnership as a Multilevel Response to the Social Determinants of Health*, 8 *Journal of Health & Biomedical Law* 211, 214-5 (2012).
- 3) Lawrence O. Gostin et al., *Restoring Health to Health Reform: Integrating Medicine and Public Health to Advance the Population's Well-Being*, 159 *U. Pa. L. Rev.* 1777, 1792 (2011).
- 4) Ruth Bell et al., *Global Health Governance: Commission on Social Determinants of Health and the Imperative for Change*, 38 *J.L. Med. & Ethics* 470, 475 (2010).
- 5) Wendy E. Parmet, *Populations, Public Health and the Law* 21 (2009).
- 6) Tyler, *Supra* Note 2, at 217-9.
- 7) Erika Blacksher, *On Being Poor and Feeling Poor: Low Socioeconomic Status and the Moral Self*, 23 *Theoretical Med. & Bioethics* 455, 460 (2002).
- 8) Tyler, *Supra* Note 2, at 220.
- 9) *Id.* at 221-2.
- 10) Scott Burris, *Law in a Social Determinants Strategy: A Public Health Law Research Perspective*, 126 *Pub. Health Rep.* 22, 23 (Supp. 3 2011).
- 11) *Id.* at 23-4.
- 12) Tyler, *Supra* Note 1, at 223-4.
- 13) *National Federation v. Sebelius*, June 28 2012.
- 14) Sara Rosenbaum, *Realigning the Social Order: The Patient Protection and Affordable Care Act and the U.S. Health Insurance System*, 7 *J. Health & Biomedical L.* 1, 10 (2011)
- 15) *Id.* at 16.
- 16) Gostin, *Supra* note 3, at 1780.
- 17) Tyler, *Supra* Note 2, at 225.
- 18) Gostin, *Supra* note 3, at 1814.
- 19) *Id.* at 1784.
- 20) Tyler, *Supra* Note 2, at 229.
- 21) Burris, *Supra* Note 10, at 25.
- 22) Tyler, *Supra* Note 2, at 231.
- 23) 2011 *Physicians' Daily Life Report*, Robert Wood Johnson Foundation (Nov. 15, 2011).
- 24) Tyler, *Supra* Note 2, at 231.
- 25) *Id.* at 233-4.
- 26) *Id.* at 234-5.
- 27) 拙稿, 前掲 (1)。
- 28) Tyler, *Supra* Note 2, at 235.
- 29) MaryBeth Musumeci, *Augmenting Advocacy: Giving Voice to The Medical-Legal Partnership Model in*

- Medicaid Proceedings And Beyond, 44 University of Michigan Journal of Law Reform 857, 884-5 (2011).
- 30) Gary Bellow & Jeanne Charn, Paths Not Yet Taken: Some Comments on Feldman's Critique of Legal Services Practice, 83 Geo. L.J. 1633, 1659 (1995).
- 31) Musumeci, Supra Note 28, at 886.
- 32) Id.
- 33) David I. Schulman et al., Public Health Legal Services: A New Vision, 15 Geo. J. on Poverty L. & Pol'y 729, 759, 776 (2008).
- 34) Tyler, Supra Note 2, at 233.
- 35) Schulman, Supra Note 33, at 759,60.
- 36) David F. Chavkin, Training the Ed Sparers of Tomorrow: Integrating Health Law Theory and Practice, 60 Brook. L. Rev. 303, 319 (1994).
- 37) 拙稿, 前掲 (1)
- 38) Musumeci, Supra Note 29, at 893, 4.
- 39) Id. at 894.
- 40) Schulman, Supra Note 33, at 765.
- 41) Musumeci, Supra Note 29, at 895.
- 42) Schulman, Supra Note 33, at 771, 2.
- 43) Musumeci, Supra Note 29, at 896.
- 44) Id. at 898.
- 45) 706 N.Y.S.2d 283 (N.Y. App. Div. 2000).
- 46) Id. at 284.
- 47) Id.
- 48) Musumeci, Supra Note 29, at 899.
- 49) Elizabeth Chambliss, Globalization and the Legal Profession: Organizational Alliances by U.S. Law Schools, 80 Fordham Law Review 2615-19 (2012).
- 50) Id. at 2622-28.
- 51) Id. at 2628-31.
- 52) Id. 2640.
- 53) Id. 2641-2648.
- 54) Carol Hanisch, The paper, "The Personal Is Political," was originally published in *Notes from the Second Year: Woman's Liberation* in 1970.  
Avairable: <http://www.carolhanisch.org/CHwritings/PersonalisPol.pdf>  
Last Visited, Mar. 5 2013.
- 55) 最高裁判所平成7年7月5日遺産分割審判に対する抗告棄却決定に対する特別抗告, 裁判官中島敏次郎, 同大野正男, 同高橋久子, 同尾崎行信, 同遠藤光男の反対意見。



## Medical-Legal Partnership as Public Policy

Tomoki SAWADA

### Abstract

Models of prevention in the health care and public health sectors have been viewed as discrete, with public health focusing on primary prevention and health care offering secondary or tertiary prevention once a patient is ill. Researchers and policymakers are focusing on the social determinants of health - “the conditions in which people are born, grow, live, work and age.” - rather than just the health care system, to understand and address disparities. Since enforcement of laws and implementation of agency policies on behalf of vulnerable populations directly affect the health and well-being of a particular patient population, MLPs provide critical evidence about community-level health outcomes.