

表 1 3 入所中の胸部X線写真による検診

入所中の胸部X線写真による検診	
あ り	558(94.1%)
な し	31(5.2%)
不 詳	4(0.7%)
計	593

第 1 4 咳、痰、発熱等が長引いたときに痰の結核菌検査を積極的に行う体制

自覚症状時の喀痰結核菌検査体制	
あ り	467(78.8%)
な し	114(19.2%)
不 詳	12(2.0%)
計	593

表 1 5 年齢階級および職種別職員数

年齢階級	A群	B群	計
～19歳	117	30	147
20～29歳	6,958	951	7,909
30～39歳	4,013	1,039	5,052
40～49歳	5,279	1,924	7,203
50～59歳	4,038	1,901	5,939
60～69歳	562	958	1,520
70歳～	52	218	270
計	21,019	7,021	28,040

表 1 6 平成 8 ～ 1 0 年の 3 年間の職員の結核発病

年 齢	職 種		計
	A	B	
2 0 歳～	1		1
3 0 歳～	1		1
4 0 歳～	1		1
5 0 歳～	1	1	2
計	4	1	5

表 1 7 年齢階級別入所者数

年齢階級	入所者数
6 5 ～ 6 9 歳	2,428
7 0 歳～	40,903
計	43,331

表 1 8 平成 8 ～ 1 0 年の 3 年間の入所者の結核発病

年齢階級	発病数	罹患率 (人口 1 0 万対)
6 5 ～ 6 9 歳	4	5 4 . 9
7 0 歳～	7 6	6 1 . 9
計	8 0	

表 1 9 平成 9 年の 6 5 歳以上の日本の罹患率

年齢階級	罹患率 (人口 1 0 万対)
6 0 ～ 6 9 歳	61.2
7 0 歳～	112.2

表20 アンケートに対する感想・意見等

アンケートに対する感想・意見等	
あり	242(40.8%)
なし	351(59.2%)
計	593

厚生科学研究補助金（新興・再興感染症研究事業）
分担研究報告書

今後の結核対策制度のあり方に関する研究

分担研究者 山下 武子 結核予防会結核研究所 対策支援部長

研究要旨

近い将来に予想される結核予防体系の抜本的な改定の基礎として、現行の結核予防法および類似の問題に対する法制として感染症治療・予防法を比較検討し、さらにとくに患者管理やDOTの実施方法に関する米国の制度などを参考として、日本でのあり方を検討した。これから、今後の結核予防の制度は、多かれ少なかれ感染症の対策上必要となる権利の制限に関しては感染症法に比して不十分なものがあること、さらに同様に必要な行政措置の実効性確保の手段を新たに整備する必要があると考えられた。

A. 研究目的

近い将来に予想される結核予防体系の抜本的な改定（平成11年6月公衆衛生審議会結核予防部会意見具申）の基礎として、新しい制度のあり方を、とくに患者管理における人権尊重の問題に関して法律学的な面を中心に検討する。

B. 研究方法

現行の結核予防法および類似の問題に対する法制として感染症治療・予防法を比較検討し、さらにとくに患者管理やDOTの実施方法に関する米国の制度などを参考として、日本でのあり方を検討した。検討にあたっては、研究協力者として高橋 滋（一橋大学法学部教授、行政法）を迎え、前田秀雄（東京都渋谷区保健所）、成田友代（東京都板橋保健所）、永田容子（同）、小林典子（結核予防会結核研究所）、石川信克（同）らが参加した。

C. 研究結果

現行結核予防法において人権にかかる部分について、以下のようなことが議論された。

1) 全般的

○総則規定：第1条（目的）、3条に適正な医療を普及する視点は明示されているが、国又は地方公共団体の施策が、感染症新法のように「感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者への人権の配慮し」て行われることを基本理念として求める規定、また差別の発生予防等の観点から、「人権が損なわれないよう配慮する」ことを国民に求めた責務規定も、結核予防法には存在していない。

2) 健康診断、予防接種

○第4条（定期の健康診断）と第5条（定期外の健康診断）とを規定し、第7条（受診義務）で国民の義務を課している。第5条に基づいて具体的な健康診断の指定を受けた者についてのみ罰則、間接的な担保手段が設けられており、これに関して行政手続法

の事前手続に対するなんらかの手続保障の上乗せを検討する必要があるだろう。

- 具体的な根拠をもって特定の個人に健康診断を実施する必要があるときには、勧告の制度を設けた上で、有形力をもって健康診断を実施する制度を設けることも、検討されるべきである。
- 定期外予防接種（第14条）についても健康診断の場合と同様に、手続保障を上乗せしてはどうか。

3) 届出、登録及び指示

- 結核登録票に関する個人情報保護の規定が必要。
- 管理検診（第24条の2）の受診義務は規定されていないが、手続整備の観点から、また医療行為ではあっても、その必要性について異議をもつ患者が想定されうることから、書面交付等の手続を整備し、同時に受診義務を課してはどうか。
- 第26条（結核患者等に対する医師の指示）・第27条（死亡診断書等における医師の指示）に規定された指示に国民が従わなかった場合についても、罰則は規定されていないが、他の国民への感染予防の見地からは罰則の導入も考えられる。

4) 伝染予防

- 就業制限については、書面の交付による理由等の提示を規定すべきである。就業制限の必要が継続しているか否かについて、患者等の側から確認を求める制度を設けることは望ましいものとする。
- 入所命令については、罰則による間接的強制しか存在していない（第63条第4号）が、事前手続の保障という観点からは、命令の際に書面による理由等の提示の制度を設ける、命令に前置された勧告の制度（書面による理由等の提示を含む）を設ける、など

も必要。さらに入所の必要性が存在しているか否かについて患者の側から確認を求める制度が望ましい。

- さらに入所命令については、実効性確保のために行政上の強制執行の手段を設けることは検討されるべき課題である。その際には、事後の行政上の手続保障を手厚くする観点から、厚生大臣に対する審査請求とその際の公衆衛生審議会への諮問の制度を設けることも考えられてよい。
- 医療、結核診査協議会等：医療に関する規定、結核診査協議会も、感染症新法のモデルとなったが、構成員について、感染症予防法の例にならって職員・医療事業従事者以外の学識経験者を入れることが望まれる。米国（ニューヨーク市）では、医療や患者および接触者検診などにおける強制規定があり、それぞれに機能し、対策の向上に貢献していることが知られている。

D. 考察

今日、結核に関する国民の知識・認識は必ずしも十分なものではない。同時に行動制限に対する国民の意識も、大きく変化していることを否定できない。そこで、結核予防法については二つの方法での検討が必要であると思われる。

- ① 規制を受ける側の人権を保障するため制度的な整備を検討する。この点については、感染症予防法の考え方が基本的に参考となる。
- ② 他の国民の人権を実効的に保障する制度を作り上げるため、行政措置の実効性確保の手段を改めて整備する。近時、行政法学においても、行政上の実効性を確保する諸制度を整備していくことは大きな課題として意識されはじめており、結核予防分野に

についてもこのような観点からの検討が行われることは望ましいものといえよう。

E. 結論

現行の結核予防法は、結核の予防・治療をきわめて包括的に規定している点で優れた法体系であるが、人権に関しては患者および他の国民を保護するという両面にわたり、感染症新法に劣っており、改訂に関しては検討の余地が大きい。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

新しい感染症予防の理念からみた結核予防法の課題

研究協力者 高橋 滋 一橋大学大学院法学研究科教授

I はじめに

(1) 感染症予防法の成立と感染症予防の理念

平成 10(1998)年 10 月 2 日、それまでの伝染病予防法を廃止して、感染症予防法（正式名称は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」）が制定された。明治 30(1897)年以来百年近く基本的な改正を経てこなかった伝染病予防に関する法体系は、感染症予防法の制定により新たな時代に適合させる形で大きく修正されることになった。

感染症予防法が提示する新たな理念については、本稿で順次述べていくことにするが、結論を先取りする形で述べるならば、次の 2 点に集約することができるように思われる。まず、第一点は、感染症対策を実効的に進めていくのと同時に、感染症罹患者の人権を適切に保障し、かつ、良質な医療を提供していくという視点を保持していくことである。医療水準が急速に進展するなかで、感染症罹患者について一律に行動制限を実施し、入院治療を施す必要性の薄い感染症も増えてきている。そして、感染症のまん延防止対策について、感染症罹患者の人権を保障し、良質な医療を提供する理念を踏まえることは、今日のが国社会の発展水準、人権理念の進展からいって、必要不可欠のこととなってきている。

その一方、エイズ・エボラ出血熱等の新しい感染症が出現し、結核、マラリア等、発生を抑止されてきた感染症の発症事例が報告される等、感染症のまん延予防を確実に実行し得る体制を整備することは、現代において大きな課題と存在している。この点から、感染症罹患者の人権を保障する要請との調和を図りながら、感染症まん延予防策を着実に実施していくことは、今日の感染症対策の理念として存在することを確認しておく必要がある。

(2) 結核予防法と新たな理念との対比

一方、結核予防法は、昭和 26(1951)年に全面改正を受けた。したがって、同法には、結核予防の観点のみならず、適正な医療を提供する点を制度の理念とすること、医療上の判断について、結核診査協議会等を置いてその適正化を図ること等、先駆的な側面の存在が認められる。もともと、同法も制定以来半世紀近くを経ており、また、上記に述べた感染症予防に関する新たな理念に照らし、同法について再度検討してみる必要もあるように思われる。

(3) 検討の手順・方法

本稿においては、以上の観点から、新たな感染症予防の人権保障理念からみた場合に、結核予防法の制度にはどのような検討課題があるのかを考察することにしたい。まず、感

感染症予防に示された人権保障の考え方が、現代の法理論からみてどのように整理しうるのかを示す作業を行う（Ⅱ）。この整理を踏まえて、感染症予防法に現れた人権保障からの措置を具体的に確認する作業を行い（Ⅲ）、その上で、これらの措置と対比した場合に、現在の結核予防法の制度はいかなる評価を与えられるべきかを検討することにした（Ⅳ）。

Ⅱ 新たな感染予防の理念とはなにかー理論的整理

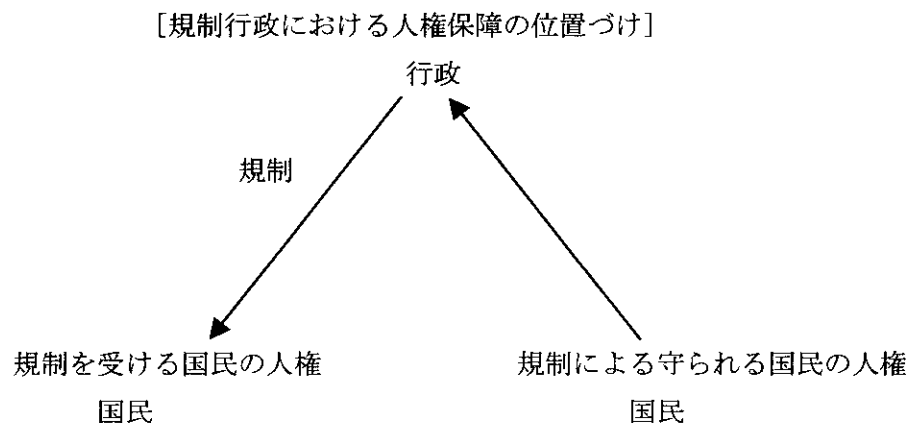
（１）規制行政における基本的人権

① 感染症予防行政は、感染症のまん延を防ぐために、罹患者の行動の自由に制約を加える場合があることから、国民の権利自由に対する規制を加える規制行政の側面をもっている（もちろん、良質な医療を提供し、感染症に対する情報等を提供する等、「規制」以外の側面を有していることは、無視できない）。

② そして、以前の行政法理論においては、規制行政における行政権限の行使に関し、規制を受ける国民の人権保障の側面のみが専ら注目されてきた。規制によって自らの利益、特に、生命・健康を守られる国民の利益については、行政の専権的判断事項ととらえ、これらの者の利益を公益のなかに解消しようとする考え方が有力であった。

しかしながら、最近においては、規制によって守られる国民の利益も、規制行政の法制度のなかに正当に位置づけられるべきであるとの考え方が登場してきた。そして、判例においても、①行政権限が適切に行使されなかったことによって国民に被害が生じた場合については、被害を与えた私人のみならず、行政も国家賠償法上の責任を免れないとする判断や、②私人の活動に対して行政が違法に許認可等を与えた場合について、その私人の活動により法律上保障された利益を侵害されるおそれがある者は、その許認可の判断を争って裁判所の判定を求めることができるとする判断が、示されるにいたっている。

③ このような新しい考え方を図に示すならば、次のようなものとなる。



（２）感染症予防における人権保障

以上のような新たな考え方を感染症予防の場面に適用し、整理するならば、次のようなものとなる。

① まず、規制を受ける国民の人権保障の観点である。感染症予防の領域においては、規制の対象者は、感染症罹患者又は感染菌によって汚染された物・建物等の所有者である。一般に、規制対象者の人権保障という側面から法的に問題となるのは、1. 規制が最小限にとどまること、2. 規制に際して、事前及び事後の行政上の手続が整備されていること等、が重要であると考えられる。特に、近時、行政決定過程における透明性の向上と公正の確保の要請から、行政手続整備の重要性が強調されている。かつ、慎重かつ公正な事前手続の整備は、相手方の納得の獲得と処分の受容の促進という観点からも、意義のあることを忘れてはなるまい。

② 次に、規制により守られる国民の人権保障の観点である。既に述べたように、現代における規制行政のあり方を考えるさいには、規制の行使によって国民の利益が適切に守られる点を確保することが、重要な視点となる。特に、国民の生命、健康を守る重要な責務を担っている感染症予防の領域においては、必要な場合に権力的な規制が適切な形で行使されるシステムを作り上げておくことは必要であろう。

(3) 規制、治療と人権保障

もともと、感染症罹患者の行動を制限することは、同時に、感染症罹患者に対する治療行為が実施されるということも意味する。この点は、今回の新しい法律の名称にも現れているものといえよう。したがって、感染症対策においては、両方の側面を勘案しながら制度の在り方を考察していく必要もある。

① この点に関連して、「感染症予防法の制定過程においては、伝染病予防に権力的な規制手段を設けることは必要性ないのではないか」との問題提起が投げかけられ、議論となった。感染症対策は、同時に、感染症罹患者に対する医療行為の実施である以上、強制的な手段をとる必要はなく、罹患者は自発的に医療行為の実施に協力する筈である、というのが、その理由である。

しかしながら、医療行為の実施であっても行動の自由に対する制約を伴う以上は、その規制側面を重視して、担保手段をとる必要があることは否定できない。特に、医療実施の必要性についての判断に関して争いが生じており、かつ、他の国民への感染を防止する見地から行為制限の必要が認められる場合については、権力的な規制手段が整備されていなければ、国民の人権を実効的に保障することはできない。

以上のことから、感染症予防法においては、他の国民への感染を防ぐための権力的な手段（健康診断、入院措置の実施等）を行政機関に認めている。

② もともと、このように、規制側面を重視して権力的な手段が用意されているものの、医療行為を伴うという感染症予防の性格に鑑み、感染症予防法においては、規制の発動に際しても相手方による任意の履行を促す観点が強調されている。かつ、罹患者の自

由がその意思に反してなされる可能性を踏まえて、事前の手続を手厚く保障する点も重視されている。ちなみに、憲法上、行政上の手続に適正手続保障（憲法上は、刑事手続についてのみ明文化されているにすぎない）が及ぶかどうかについては、議論がある。大きく区分すると、刑事手続の手続保障規定を準用する説（31条説）、個人の幸福追求権のなかに含まれるとする説（13条説）、法治国家の理念から説明する説（手続的法治国家説）等があるものの、いずれも説を踏まえても、個人の行動の自由を制約する行為については、なんらかの手続保障が必要であるとする結論を、導き出すことは可能であろう。

③ なお、行動制約の側面が前面に押し出されない場面にあっても、治療の場面においていかに人権を尊重し保障する制度をつくり上げていくのか、という問題は残る。この点、まず、適切な医療環境の確保することは、既に述べたように、今回の感染症予防法においても、その基本理念として確認されている。さらに、近時、患者の自己決定権の尊重、十分な情報提供を受ける権利の確保が、医事法の領域において主張されているが、これは、感染症予防分野のみならず、医療制度全般の問題として処理されるべきものといえよう。

他方、感染症対策独自の問題としては、感染症罹患に伴う社会的な差別が発生する可能性があることを踏まえて、このような事態が発生し深刻化しないよう対処することを求められるという点がある。このような観点からは、差別の発生を予防し、発生した場合に除去する努力を払うための体制を整備することが重要である。また、罹患者に関する個人情報と先人の保護の要請との間において、いかにバランスをとるのかは、重要な課題となろう。

Ⅲ 感染症予防法に示された人権保障の視点－具体的検討

以上の理論的整理を踏まえ、感染症予防法の具体的条文に即して、新たな人権保障の理念がどのような形で現れているのかを確認することとする。具体的には、（１）総則・基本方針等、（２）感染症に関する情報の収集、入院・健康診断等、（３）その他の順に、検討していくことにしたい。

（１） 総則・基本指針等

① まず、既に述べたように、今回の新法の正式名称は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」であり、感染症の患者に対する良質な医療の提供という視点を踏まえたものであることを明らかにしている。

② 次に、「第一章 総則」についてである。人権保障という観点からは、まず、第2条（基本理念）において、「感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者の人権に配慮に配慮」することが、法の理念として明示された。さらに、第3条（国及び地方公共団体の責務）においては、国又は地方公共団体は、「感染症の患者が良質かつ適切な医療を受けられるように必要な措置を講ずるよう努めなければならない」と規定された。

かつ、「この場合において、国及び地方公共団体は、感染症の患者等の人権の保護に留意しなければならない」とされている。

また、この点に関連しては、第5条（医師の責務）において、人権への配慮を求められている「国又は地方公共団体が講ずる施策に協力」することが、医師に対しても求められている点に留意する必要がある。

ちなみに、差別の発生予防、対処という視点については、第4条（国民の責務）においては、「感染症の患者等の人権が損なわれることがないようにしなければならない」ことが、明示されている。

③ 第三に、「第二章 基本指針等」の諸規定においては、以下の点に着目すべきであると考えられる。

まず、第9条（基本指針）は、厚生大臣の定める基本指針が定めるべき事項について規定するものであり、そのうち第2項第4号は、感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項をあげ、さらに、第9号は、「感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の配慮に関する事項」をあげている。ちなみに、「感染症の患者等の人権の配慮」については、国会審議のなかにおいて付加されたものである。

次に、第10条（予防計画）は都道府県知事の定める予防計画についてのものであるが、その内容に含まれるべき事項を規定する同条第2項は、第2号において、「地域における感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項」をあげている。さらに、第11条（特定感染症予防指針）は、総合的に予防のための施策を推進する必要があるものとして公正大臣が厚生省令で定める特定感染症予防指針のなかに、原因究明、まん延防止・予防と並んで、「医療の提供」が含まれるべきことを定めている。

（2）情報収集及び提供、健康診断、就業制限及び入院

① 情報の収集、提供については、まず、第16条（情報の公表）の第1項が、厚生省及び都道府県知事の把握する情報の公表について規定している。（情報の内容としては、医師等の届出等の他、都道府県知事の行う調査により入手されたもの等が含まれる）。そして、同条第2項が、その際に個人情報の保護に留意すべきことを定めている。

② 次が、予防対策としての、健康診断（第17条）、入院（第19条以下）、就業制限（第18条）に関する諸規定である。改正前の伝性病予防法は、これらの措置について、直接強制、即時強制（命令の手続を経ることなく、即時に強制力を行使すること）の手段を規定していた。これに対し、感染症予防法は、医療行為を受けるという利益享受の側面を重視して相手方が自発的にこれらの措置を受け入れることを期待して、勧告を踏まえた上で強制措置を発動するシステムを整備した。

また、健康診断等が身体への接触等を伴う行為であることに鑑み、事前の手続保障の観点から、勧告に際して理由等を記載した書面により通知を行うべきことも定めている。この点については、事前手続に関する一般法である行政手続法が、このような処分の理由の

提示について、口頭での理由提示を排除していないこと（書面をもって通知する処分については、書面による提示を要求している。参照、同法第14条）に照らすならば、同法の規定に上乗せして手続保障を充実させたものであると評価することができよう。

具体的には、まず、第17条（健康診断）の第1項・第2項は、健康診断の実施に際して、強制措置を発動する前に健康診断を受けるよう勧告する手続を前置している。さらに、勧告及び実施に際しては、「理由その他厚生省令で定める事項を書面で通知しなければならない」こととされている（ただし、緊急時の場合は別である。第17条第4項。さらに、参照、行政手続法第14条）。そして、第19条（入院）においても、この点につき同様の仕組みが規定されている（第19条第1項・第2項）。

なお、第18条（就業制限）においては、法に定める感染症の患者又は無症状病原体保有者であることに関する医師からの届出内容が、都道府県知事より本人に通知された時点において、就業制限の効果が発生する仕組みがとられている（同条第3項）。したがって、勧告の手続は前置されてはいないものの、通知については、届出の内容その他厚生省令で定める事項を記載することが求められている点は、健康診断等の場合と同様である。

③ また、就業制限、入院に関する感染症予防法の規定については、次のような点にも着目すべきであろう。すなわち、就業制限や入院は継続的な性格を有し、かつ、いずれは医療行為を通じて感染症が治療され、病原体の保有状態が解消されていくべきものである。その際、誤って不必要に就業が制限され、入院が継続されるならば、感染症罹患者の権利に対する重大な侵害が生ずることになる。そこで、このような事態が発生することを制度的に防止するため、感染症予防法は、入院の期間を法定した上で、期間延長については新たな手続を設けている。さらに、同法は、入院や就業制限の必要がなくなったこと（一類感染症の病原体の保有者でなくなったこと、一類感染症、二類感染症、三類感染症の患者又は病原体の保有者でなくなったこと）の確認を患者・病原体保有者又はその保護者から請求することができる手続を設けた。

具体的には、第19条第3項は、一類感染症の患者の入院措置は72時間を超えてはならないものとしている（さらに、参照、第19条第4項・第5項）。もっとも、20条2項が、既に入院している者について10日以内の期間を定めて入院させ、さらに、同条第3項・第4項は、10日以内の期間ごとに入院の延長をすることを認めている。しかしながら、その際にも、最初の入院延長の際には勧告を前置することとされており（同条第1項）、上記の勧告、入院措置のすべてについて理由等を記した書面の交付が求められる（23条）。さらに、第20条1項の勧告（最初の延長の勧告）と、入院の延長措置のそれぞれとを都道府県知事が行うに際しては、感染症の診査に関する協議会の意見を聴くことを義務づけている（同条第5項。なお、その他にも事前・事後の行政手続の保障を手厚くしている点については、さらに後述する）。

また、退院についての手続を定めるのが第22条（退院）であり、第1項は一類感染症の病原体を保有していないことが確認されたときは、入院している患者を退院させなければ

ならない点を規定している（同条第2項は病院又は診療者の管理者は病原体の非保有が確認されたときはこれを都道府県知事に通知しなければならない、と規定している）。そして、入院の患者又はその保護者は、都道府県知事に対して退院を求めることができ、当該求めがあったときには都道府県知事は保有の有無についての確認を行わなければならないこととなっている（同法第3項・第4項）。

④ 入院等の措置に関する検討の最後に、感染症の診査に関する協議会を各保健所に設置し、事前・事後の一部の行政手続についてこの協議会への意見聴取を定める等、行政上の手続を手厚くしている点に触れることにしたい。

まず、事前手続については、既に述べたように、入院の勧告・延長の際に、このような意見聴取を定めている。この点は、入院、その延長が、患者の行動制限という点からみて特に重い措置であることに鑑みてのことであると考えられる。そして、第24条が協議会に関する規定であり、保健所ごとに（都道府県に複数存在するときは、一つにすることができる）置かれる協議会は、感染症指定医療機関の医師、感染症の患者の医療につき学識経験を有する者（感染症指定医療機関の医師を除く）及び医療以外の学識経験を有する者のなかから選ばれた3人以上の委員から構成される（その過半数は、医師であることが必要である）。

また、入院期間を延長したときに対する事後の救済手続である行政不服審査についても、特則が設けられている。すなわち、入院措置に対する審査請求が厚生大臣にされた場合については、入院の期間が30日を超えるものは審査請求があった日から起算して5日以内に対する厚生大臣の裁決がされなければならない、30日を越えないときでも入院の日から起算して35日以内に同大臣の裁決がされなければならないものとされている（口頭での請求が許される点も行政不服審査法の特則である）。審査請求に対する裁決に要する期間を法定することにより、迅速な救済を確保しようとしている訳である（25条第1項ないし第3項。さらに、参照、同条第4項・第5項）。

さらに、入院期間が30日を越えた患者について審査請求に対する裁決をしようとするときには、あらかじめ公衆衛生審議会の意見を聴かななければならないものとし、判断の慎重を期している（第25条第6項）。

（3）その他

① まず、消毒その他の措置（第5章）についてである。第27条（感染症の病原体に汚染された場所の消毒）ないし第33条（交通の制限又は遮断）は、消毒、駆除（ねずみ族、昆虫等）、物件に関する措置（汚染された物の移動制限、廃棄等）、死体の移動制限、水の使用制限、建物に係る措置（立入制限、禁止）等の、感染症のまん延防止のために必要な措置を規定している。そして、第36条は、これらの措置に際して、原則として書面により理由等を記した書面をもって通知をしなければならないことを規定している。

② 次に、第45条ないし第49条は、「人から人に伝染すると認められる疾病であって、

既に知られている感染性の疾病とその病状又は治療の結果が明らかに異なるもので、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの」とされる新感染症に関する規定である。そして、これらの規定は、基本的に健康診断、入院、退院等に関する前述の諸規定と同様の内容を有している。

③ その他にも、感染症に医療に関する規定（第37条ないし第44条）等、重要な規定はあるが、本稿では検討を省略したい。ここでは、感染症予防法に関する検討の最後として、同法附則第3条において、エイズ予防法、性病予防法、伝染病予防法が廃止されている点を指摘しておく。エイズや性病等が、基本的に個人的な性交渉を媒介として伝染するものであり、強制の契機を用いたまん延予防には適しておらず、感染力の弱い他の感染症と同様の形で感染症予防法の体系のなかで、防止の体制がとれるとの判断がされたためである。特に、エイズ防止法については、法の施行過程において、深刻な社会的差別等が発生した等の事情も存在した。今回の感染症予防法において、社会的差別の発生防止、対処についての視点が盛り込まれるにいたったのも、このような経験が一つの下敷きになったと考えても、誤りであるまい。

IV 結核予防法と人権保障の視点

以上、感染症予防法に現れた新たな人権保障の理念について確認してきた。序において述べたように、上記の作業を受けて、これからは結核予防法の法制度を新たな人権保障の理念に照らして検討していきたい。煩雑さを避けるため、逐条的な検討ではなく、（1）人権保障、患者の医療に関する基本姿勢、（2）健康診断、予防接種、（3）届出、登録、支持、（4）伝染予防の順に検討していきたい。

（1）人権保障と患者の医療

① まず、総則規定に示された法の基本理念について検討する。結核予防法第1条（目的）においては、既に述べたように、適正な医療を普及する視点は明示されている。他方、国又は地方公共団体の施策が、「感染症の患者等が置かれている状況を深く認識し、これらの者への人権の配慮し」て行われることを基本理念として求める第2条に相当する規定は存在しない。

次に、国・地方公共団体の責務を規定する第3条には、適切な医療を普及するとの視点は規定されているものの、「人権保障」についてへの言及はない。また、差別の発生予防等の観点から、「人権が損なわれないよう配慮する」ことを国民に求めた責務規定も、結核予防法には存在していない。

② これらの感染症予防法には存在するものの、結核予防法には存在しない規定については、結核という病気及びその治療水準と、他の感染症の平均的性格及び治療水準とが同一ではないことからみて、短絡的な評価は困難である。しかしながら、結核が基本的に

飛沫感染により拡大していくこと、近時、結核の再流行のきざしがあることからみて、予防措置の必要性はむしろ増大しているものと考えられる。そして、その際には、健康診断、入院等の措置も必要であることからみて、感染症予防法の対象とする感染症と結核とが、予防行政の実施という点において格別の違いがあるとも考えられない。さらに、基本的に同一の領域を規律する法律相互の整合性という点に鑑みるならば、仮に結核予防法が改正されようとする場合において、感染症予防法に表現・体系を揃えないことについては、特別の説明と積極的な根拠とが必要とされることになろう。

(2) 健康診断、予防接種

① まず、結核予防法は、結核感染患者把握の手段として、第4条（定期の健康診断）と第5条（定期外の健康診断）とを規定している。かつ、これらの健康診断に対応して、第7条（受診義務）において国民の義務を課している。もっとも、感染症予防法のように、具体的な根拠をもって健康診断等を命ずるものではないことから、同法のように権力的手段をもって診断等を実施することは予定されていないとみるべきであろう。定期外の健康診断の指定については、具体的な根拠をもって健康診断を求める制度ではあるが、他の制度と特に区別して規定されていないため、この制度のみが直接強制（行政上の強制執行の一手段）を認めたものとは解せない。

結核予防法においては、健康診断の実効性確保は、罰則による間接的な担保によると解されているものと考えられる。ただし、第4条の違反について罰則は設けられていない。第5条に基づいて具体的な健康診断の指定を受けた者についてのみ罰則が設けられている点に注意する必要がある。

② そこで、まず、現行の制度を前提とした場合についても、第5条による指定については、罰則による間接的な担保手段が設けられている。行政上の強制執行による担保手段が設けられている感染症予防法と同一視することは許されないものの、行政手続法の事前手続に対するなんらかの手続保障の上乗せを検討する必要があるように思われる。具体的には、感染症予防法と同様に、書面交付による理由等の提示に関する規定を設けることは検討に値しよう。

他方、実効性確保手段を強化し、これまで強調してきた他の国民の人権を実効的に保障するという、近時、強調されている視点に照らすならば、具体的な根拠をもって特定の個人に健康診断を実施する必要があるときには、勧告の制度を設けた上で、有形力をもって健康診断を実施する制度を設けることも、検討されるべき課題といえよう。

③ 次に、予防接種についてである。感染症予防法には予防接種の規定はなく、予防接種法に委ねられているものの、手続保障等の観点について本稿で検討することは有益であると考えられる。

この点につき、結核予防法においては、第13条（定期の予防接種）と第14条（定期外の予防接種）に規定が設けられている。そして、これらの規定に対応して、第16条（ツベ

ルクリン反応検査及び予防接種を受ける責務)が設けられている。もっとも、平成5(1993)年の予防接種法改正と平仄をあわせる形で、この検査・予防接種を受ける責務は努力義務へと転換されている。

しかしながら、努力義務ではあれ、具体的な根拠をもって特定人に対して検査・接種を受けることを求める第14条のケースについては、健康診断の場合と同様に、手続保障を上乗せすることを検討してみる価値はあるように思われる。

(3) 届出、登録及び指示

結核患者の発生等、予防・医療に必要な情報の収集・管理については、第22条(医師の行う届出)、第23条(病院の行う届出)、第24条(結核登録票)、第24条の2(精密検査)等の規定が置かれている。

感染症予防法との対比においては、結核登録票に関する個人情報保護の規定は必要ないかどうかは問題となろう。また、第24条の2の規定する精密検査については、受診義務は規定されていない。これは、当該患者は既に医師の管理の下に置かれていること、医療行為であることが、その理由であると思われる。しかしながら、手続整備の観点、医療行為ではあっても、その必要性について異議をもつ患者が想定されうること等から、書面交付等の手続を整備することと同時に、受診義務を課すことも検討されてよい。

さらには、第26条(結核患者等に対する医師の指示)・第27条(死亡診断書等における医師の指示)に規定された指示に国民が従わなかった場合についても、罰則は規定されていない。この点についても、医療行為であるとの観点によるものであると考えられるものの、他の国民への感染予防の見地からは別個の整理をしれる可能性も否定できない。

(4) 伝染予防

① 伝染予防について、結核予防法は、第28条(従業禁止)、第29条(入所命令)、第30条(家屋等の消毒)、第31条(物件の消毒廃棄等)等において、予防の手段を設けている。ちなみに、第28条の就業制限、第29条の入所命令に関しては、第三者機関である結核審査協議会の意見を聴取する制度が設けられている(第28条2項、第29条2項。この点は、さらに後述する)。

③ まず、就業制限についてであるが、感染症予防法とは制限の手法が異なっている。すなわち、感染症予防法は、医師による届出の内容を記した通知が本人に通知されると、就業制限の効果が直接に発生する方式を採用しているのに対し、結核予防法では禁止命令により就業制限の効果が生ずる制度がとられている。このように、制度の仕組みは異なっているものの、同様に就業制限の効果が生ずる点に着目して、結核予防法の禁止命令についても書面の交付による理由等の提示を規定する必要はあろう。また、感染症予防法と同様に、就業制限の必要が継続しているか否かについて、患者等の側から確認を求める制度を設けることは望ましいものとする。

③ 次に、入所命令についてである。ちなみに、入所命令については、法令上、実効性を確保するための手段としては、罰則による間接的強制しか存在していない(第63条第4号)。しかしながら、事前手続の保障という観点からは、命令の際に書面による理由等の提示の制度を設けることが検討に値しよう。また、感染症予防法との均衡という点からみて、命令に前置された勧告の制度(書面による理由等の提示を含む)を設けることも必要となつてこよう。さらには、就業制限の場合と同様に、入所の必要性が存在しているか否かについて、患者の側から確認を求める制度が置かれることは望ましい。

他方、既に述べたように、入所命令については、行政上の強制執行の制度が用意されていない(入所させることができるとの規定はなく、入所義務は、行政上の強制執行制度の一般法である行政代執行法の対象となる代替的な作為義務ではない)。この点とも関連するが、厚生省公衆衛生局結核予防課編『結核予防行政提要 上巻』435頁(財団法人結核予防会、1967年)は、結核予防法第29条が、就業制限の場合と異なり入所命令の要件として「健康診断又は精密検査の結果」を明定していない点を指摘し、そのことの理由として、入所命令は「一面、恩典であること」をあげている。たしかに、入所措置により手厚い医療行為が開始されること、入所命令を受ければ医療負担が軽減されること等から、そのような側面に着目した制度の運用がされてきたことにも根拠はあろう。

しかしながら、入所が行動の重大な制約を伴い、規制的側面を強く有することも否定できない。入所命令に関する手続を整備すると同時に、他の国民への感染を防いで国民の人権を保障する観点からは、入所命令の実効性確保のために行政上の強制執行の手段を設けることは、今後、真剣に検討されるべき課題であると考ええる。その際には、事後の行政上の手続保障を手厚くする観点から、厚生大臣に対する審査請求とその際の公衆衛生審議会への諮問の制度を設けることも考えられてよい。

④ 感染症予防の最後に、医療、結核診査協議会等について考察する。医療に関する規定は、今回の感染症新法がむしろ準拠したものであるといえる。結核診査協議会も、既に述べたように今回の感染症新法のモデルとなったものと考えられる。もっとも、構成員について、感染症予防法の例にならって職員・医療事業従事者以外の学識経験者を入れることは、将来における立法上の選択肢の一つとなろう。

VI おわりに

社会意識の変化とともに、法制度は変遷するものである。特に、感染予防にかかる法制度は、医療水準、規制を受ける国民の意識により大きく影響を受ける。結核予防法は、戦後の改正のなかで、良質な医療を提供する側面を押し出し、強制の契機を比較的目立たせない制度として運用されてきた。その背景には、結核という病に対する国民の意識、医療水準の発展があつたものと考えられる。

しかしながら、今日、結核に関する国民の知識・認識は必ずしも十分なものとはいえない

くなってきている。また、行動制限に対する国民の意識も、大きく変化していることを否定できない。そこで、結核が再興感染症として登場し、国民へのまん延が懸念されている今日、結核予防法については二つの方法での検討が必要であると思われる。

その一つは、規制を受ける側の人権を保障するため、制度的な整備を検討することである。この点については、感染症予防法の考え方が基本的に参考となろう。そして、いま一つは、他の国民の人権を実効的に保障する制度を作り上げるため、行政措置の実効性確保の手段を改めて整備することである。近時、行政法学においても、行政上の実効性を確保する諸制度を整備していくことは大きな課題として意識されはじめており、結核予防分野についてもこのような観点からの検討が行われることは望ましいものといえよう。

(参考文献)

結核治療確保のためのニューヨークにおける法的措置

以下は最近刊行された、米国の「拘束下の治療」を含む、DOT を実行あらしめるための決然とした行政姿勢を示す制度の評価に関する論文の邦訳である。日本の今後の結核対策制度のあり方にとって参考になるとと思われるので、ここに掲げることとした。

(原文)

Gasner MR, Maw KL, Feldman GE, et al.: The use of legal action in New York City to ensure treatment of tuberculosis. N Engl J Med 340(5): 359-366, 1999

(翻訳担当：森 亨 結核予防会結核研究所)

1992年のニューヨークの患者登録数は3811件となり、15年前の約3倍になった。包括的な対応の一環として市衛生部は結核患者に対するサービスを拡大し、1993年には公衆の健康保護のための強制的な措置を容認する保健規則 Health Code を改定した。保健弁務官は、結核疑いのための検査を受けること、治療を完了すること、直接監視下で治療を受けること、治療のために拘束されること、をそれぞれ強制する命令を出すことが可能になった。

この改訂には広範な支持があった一方、衛生部がこの新しい権力を社会統制のために行使するのではないかという懸念や、また患者の治療への協力の能力が、恵まれない居住条件、プライマリーケアの不備、薬物乱用対策の欠陥等に左右されているにもかかわらず、患者を拘束するのは不公平であるという人もあった。この法的措置によって患者の薬物使用やアルコール依存、ホームレスの既往歴が暴かれるということを心配する向きもあった。事実、市民の自由に関する組織、エイズ患者擁護団体などのグループは不首尾に終わりはしたが、法廷で規制に対する異議申し立てを支持し、衛生部に対して拘束を命令する以前により緩やかな措置をすべて尽くし、裁量で手続きを省略しないようにという要求を行った。

市の結核対策計画は大きな成功を収めた。1992年から1997年にかけて患者発生は54.6%減になり、多剤耐性結核は87.3%減になった。本報は規制導入の最初の2年間についての評価を、治療完遂のための拘束やより緩やかな措置および拘束につながるリスク要因に焦点をあてて行う。

方 法

規制の枠組み

改訂保健規則は 1993 年 4 月 29 日に発効した。調査対象期間中、自発意思での DOT が市の標準治療方式であり、これは病院、診療所、患者の自宅、勤務先、地域内の公園のベンチや廃屋などの場所で行われた。HIV 陽性のホームレス患者には住居を提供し、これは後には HIV 陰性患者にも行われるようになった。たいていの DOT プログラムでは治療に協力した患者には週あたり 5～25 ドル相当のファーストフードの食券か乗り物の切符、あるいはその両方をインセンティブとして与えていた。衛生部自身も住居や薬物使用の問題のある患者に援助や紹介を行った。何らかの規制措置がとられる前に衛生部は治療への協力のあらゆる障害を取り除くよう努力した。方針としては、衛生部は他の措置に優先して拘束を命令する裁量を持つてはいたが、できる限り緩やかな手段を用いることであった。たとえば、医師の助言に抗して病院を離脱した既往のある患者には自発的 DOT を勧めることはまずしない。そのかわり命令による DOT が、さらに患者がその後の治療から脱落したり、感染性になったりすれば拘束下治療が発令される。同様に患者が結核の診断を受け入れなければ、外来治療の命令は守られないと思われるので拘束下の治療が検討される。命令は患者の結核が公衆に対して脅威となる場合にのみ発令されるので、規制プログラムの対象になる患者はすべて活動性肺結核あるいはその疑いのある者である。

発令された命令にはいろいろの型のものがある(表 1)。患者は弁護士を立てて法廷で拘束の命令に抗告する権利がある。たとえ患者が拘束に異議申し立てをしなくても、60 日後には拘束に対する法的正当化を行う必要がある。その後衛生部は 90 日ごとに拘束の延長に対する正当かを法廷に対して行わなければならない。

感染性の患者は通常はベルビュー病院に入院させられる。ここでは患者は非拘束の一般の肺疾患患者が治療を受けている病棟の一般隔離病室に監視人つきで収容される。非感染性患者はゴールドウオーター記念病院に収容される。ここでは 29 床の病棟内のたいていは 4 床室に入る。個々の患者には有線テレビと着信用の電話があてがわれる。病棟にはバルコニーとダイルームがついており、見張り付きながら病院敷地内の病棟外活動も許され、また薬物使用治療や教育、転換療法のプログラムなどもある。この病院では患者の治療終了前の退院について月例のいろいろが職種による合同検討会が開かれていたこともある。上の両施設ともエイズ治療など総合的な医療を行うことができる。

研究方法および定義

ニューヨーク市結核対策局 (New York City Bureau of Tuberculosis