

現在進行中の調査が意思決定プロセスにどう活かされているのかをはっきりと述べる必要がある。

- NRCのそれぞれの部署がコミュニケーションによって達成しようとしている目標をバランスよく考慮すること。たとえば、広報担当室はメディアに対する正確かつ時宜にかなった情報の提供を心配し、議会担当室は連邦議会議員の懸念に素早く対応しなければならず、総務室はNRCのメッセージが法律上の制約に従って作成されているかどうかを確認する、といった具合に、NRCという1つの組織の内部でも部署が違えば目的が異なる。これらの要素をすべて加味し、正確かつ時宜を得た、合法的なメッセージを作成することが大切である。
- 管理者によって自分の行動に制限が加えられているという事実を理解するとともに、制限の範囲内で働くのか、それとも制限を変えようと努力するのかをはっきりさせること。

続いて、効率的なリスクコミュニケーションを達成するうえで陥りがちな落とし穴をいくつか紹介しておこう。

- 本来の目的とは異なる理由でリスクコミュニケーションを行うー規定の要件を満たすためだけ、あるいはいま流行りだから、という理由でリスクコミュニケーションを行ってもうまくいくはずがない。その時々状況に合わせたリスクコミュニケーションの取り組みが必要である。
- 達成しようとする目標が定まらないうちに手段を選ぶーメッセージを作成する前に、リスクコミュニケーションの目的をきちんと理解しておかなければならない。
- 大きな問題を見逃すー激しい論争を巻き起こす可能性のある問題を事前に把握し、対策を練っておくことが大切である。
- 「傲慢な」、「人を見下したような」、「恩着せがましい」、「思いやりのない」、「自己防衛的な」といった印象を市民に与えるような態度をとるーこれらの態度にうんざりした市民は、メッセージに耳を傾ける意欲を失ってしまう。
- 言葉で伝えているメッセージと矛盾するようなボディ・ランゲージを用いるー目玉を回転させる、こぶしを握り締める、手を腰に当てる、猫背になる、極端に硬直した姿勢をとる、などの明らかに否定的な意味を持つジェスチャーを用いることがないよう注意する必要がある。
- 専門用語を使用するーNRCの内部やライセンシーの間では、専門用語を用いて話すことが普通になっているので、気をつけていなければ、話しているうちに自然と専門用語が口をついて出てしまう。

最後に、リスクコミュニケーションの取り組みを頓挫させる可能性のある誤解と、それを訂正したものを表にまとめておく。

誤解	訂正
リスクコミュニケーションは自分の仕事ではない。	市民と彼らを取り巻く環境を守るためにNRCがどのような原子力規制を行っているのか、ということをも市民に伝えるにあたっては、スタッフ1人1人にそれぞれ果たすべき役割が存在する。
リスクコミュニケーションは人々をイライラさせるだけである。	人々が腹を立てる可能性はあるが、リスクコミュニケーションを行ってこそ、彼らが懸念を表明する機会や、リスクに対する彼らの考え方にNRCが配慮を示しているということを確認する機会が生まれるのである。
リスクコミュニケーションによってプロジェクトの進行が遅れる。	市民に影響が及ぶような問題について、NRCはきちんと時間を設けて彼らに説明を行わなければならない。それが民主主義というものである。一方、市民を無視することによって、プロジェクトの進行がさらに遅れる場合もある。
事実は説明を加えなくともおのずからはっきりしている。	幅広い利害関係者に専門的な内容を理解してもらうためには、科学的な報告をわかりやすく解釈して説明する必要がある。
文句を言う人間は1人もいないのだから、何もかもうまくいっているはずである。	否定的な意見が出ていないからといって、すべての人が問題の内容を理解し、それに対するNRCの取り組みに満足しているとは限らない。
我々は専門家なのだから、人々は我々のアドバイスに従うに違いない。	市民がNRCを専門家だと認めていないことはよくある。NRCが専門家であると彼らに納得させることも、リスクコミュニケーションの課題の1つである。
コミュニケーションは教育(education)ほど重要ではない。	リスクが低いことを理解したからといって、市民がそのリスクを自発的に受け入れるとは限らないので、やはりコミュニケーションが不可欠である。

地域の健康危機管理を担う保健所職員等の資質向上に関する研究

法的諸問題についての研究

分担研究者 内田博文 九州大学大学院法学研究院・教授

研究要旨

地域健康危機管理の円滑な遂行に当たっては、NPOの活用や、上からのベクトルと下からのベクトルの調和などに関して、法的規定の未整備に起因する問題が存在しており、この解決を図ることが重要となっている。

A. 研究目的

地域健康危機管理の円滑な遂行に際して障害となる法的な問題を摘出、整理し、その解決策を探ることによって、地域健康危機管理の円滑な遂行に資するとともに、研究成果等を保健所職員等のための研修用教材等に掲載し、職員等の資質の向上を図ること。

B. 研究方法

次のような経過で、研究を実施した。

1. 保健所職員（佐賀県鳥栖保健所長及び岡山市保健所長等）に対する聞き取り調査の実施。
2. 関係文献の収集（関係図書等の購入及び国立国会図書館等での関係文献等の閲覧、複写等）
3. 上記入手情報の整理・分析等

（倫理面への配慮）

情報の漏洩等については防止に努めた。

C. 研究結果

以下のようなことが判明した。

1. 地域健康危機管理の円滑な遂行に際しては、想像性、柔軟性、連携性等が強く要請されるところ、法治主義の原則に規律される各種行政機関の場合、想像性、柔軟性、連携性を発揮するには限界があること。
2. 地域健康危機管理の円滑な遂行に際しては、「国民の健康」概念の理解における国側の理解と地域住民の側からの理解との乖離を埋めることが求められるところ、現状は未整理な部分が残されていること。これには、法的規定の未

整備に起因する部分もあること。

3. 地域健康危機管理の円滑な遂行に際して関係各機関による個人情報の共有が必要となるところ、個人情報保護法がその障害となっているのではないかという危機感が現場職員等にみられることから、その危機感を払拭するための解釈運用を職員等に提示する必要があること。

D. 考察

健康危機管理においては、その性格に鑑み、通常の発想とは異なる対応が求められる。すなわち、どのような健康危機の事態が生じうるかを大胆に想像し、この予想される事態について、従前のルール等を超えて柔軟に対応する。また、その際、関係各機関がその枠を超えて連携することなどがそれである。しかし、法治主義等の規律を厳重に受ける各行政機関の場合、その長所は、健康危機管理に際しては短所となりうる余地がある。法治主義との調和を図りつつ、これにどのように対処するのか。これが問題の第一である。

問題の第二は、健康危機管理における上からのベクトルと下からのベクトルとの調和をいかに図るかという点である。上からのベクトルによって下からのベクトルが阻害されるような事態、あるいは、その反対に、下からのベクトルによって上からのベクトルが阻害されるような事態に陥れば、地域健康危機管理の円滑な遂行に重大な支障が発生しかねないからである。

問題の第三は、地域健康危機管理に際しては、被災者等の情報の入手が大きな問題となることから、個人情報保護法等との関係を整

理しておく必要があるという点である。

E. 結論

次のような結論を得ることができた。

1. 地域健康危機管理の円滑な遂行に際して強く要請される想像性、柔軟性、連携性等を確保するためには、NPO等の支援を求める必要があり、そのための法的規定の整備が必要であること。
2. 「国民の健康」概念の理解をめぐる乖離を埋めるためには、法的規定の整備を図る必要があること。
3. 個人情報保護法のうち、特に地域健康危機管理との関連における部分についての解釈運用を保健所職員等に対して提示する必要があること。

今後は、これらの情報をもとに、健康危機管理に関する保健所等職員の資質向上のための教育媒体を具体的に作成し、提示していく。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

H 知的財産権の出願・登録状況

なし。

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）
分担研究報告書

地域の健康危機管理を担う保健所職員等の資質向上に関する研究

健康危機管理についての人権保障に関する研究

分担研究者 光石忠敬 光石法律特許事務所・所長/ 日本弁護士連合会

研究要旨

健康危機管理の計画、実施において、保健所職員等は、効率性の観点ならびに人間の尊厳の保持および人権の尊重の観点に立ち、人々の任意協力が原則で強制措置は例外であるとの基本原理を理解し、医学的知識の普及に努め、感染症病者等を社会から切り離すことなく、科学的評価においては海外の知見や日本の少数意見にも留意することが必要である。

A. 研究目的

健康危機管理を計画し実施することと人間の尊厳を保持し人権を尊重することとは両立し得るか、両立させるために保健所職員はどのような基本原理に従って考え判断し行動することが望ましいかについて検討する。

B. 研究方法

臨床評価編集委員、日弁連人権擁護委員会医療部会委員、公衆衛生審議会伝染病予防部会基本問題検討小委員会委員、ハンセン症問題検証会議委員、厚生科学審議会感染症分科会参考人としての文筆、調査、講演、討論活動および現場経験に基づき、研究した。

C. 研究結果

公衆衛生は、人権・倫理は対立するものではなく、人権・倫理が組み込まれているべきものであるが、科学的知見の未確立な感染症の場合、公共の福祉論または社会防衛論に基づく人権制約の傾向を克服する法論理は十分に成立してはいない。

D. 考察

1 問題意識

1.1 危機管理と憲法ないし人権

危機管理と憲法ないし人権は対立する価値だろうか。危機管理よりも、憲法ないし人権は下位に置かれるだろうか。

「武力攻撃事態法」など有事法制が作られる過程で、戦争を能率よく行うための有事法制と平和を前提とした基本法である憲法とどち

らかを選ぶほかなく、戦時法制と言わないのは言葉の綾によるごまかしである、平和を実現するためには、あくまでも平和的手段に徹すること、人権の大切さを示すために、決して人権を侵すような手段を使ってはならないとの批判があった。

有事とは「戦争や事変など、非常の事態が起こること」である（広辞苑）。教育勅語に言う「一旦緩急アレハ義勇公ニ奉シ以テ天壤無窮ノ皇運ヲ扶翼スヘシ」の「一旦緩急」と大同小異であり、「緩急」とは危急の意であるから、戦争に限らず、大地震、津波、疫病の大流行でも義勇公に奉し、皇運を扶翼しなければならないとの意である、と説明されている。

健康危機も一つの非常事態と考えられる。そうすると、健康危機管理は憲法と対立するであろうか。憲法と対立するなら憲法および人権は健康危機管理の下位に置かれるだろうか。健康危機管理のために憲法および人権を下位に置く方が効率的だろうか。これらの基本的な論点につき検討したうえで、健康危機管理を担う保健所職員等の資質向上について考察することにする。

1.2 日本の歴史から学ぶこと

日本の歴史を繙くと、ハンセン病の感染症の患者に対するいわれのない差別や偏見が存在し、国立療養所における断種・墮胎・胎児等標本問題、病者への重労働の強制をはじめとする多様かつ非道な人権侵害の諸事実があり、健康危機の原因を究明するに際し、科学的検討を行政施策の下に置き、健康危機の原

因と疑われる個人を他の人々ないし社会と隔離し絶滅させることで、他の人々ないし社会の安全を維持し、同時に、原因と疑われる個人の人間の尊厳および人権を侵してきた。そこで、健康危機管理と人間の尊厳および人権の関係、誰のどのような人権がどのような場面で関わるか、人権の制限と尊重の関係、科学的検討の方法についても考察する必要がある。

2 厚生労働省の「健康危機管理基本指針」

2.1 「国民の生命、健康の安全を脅かす事態」の意義

厚生労働省の「健康危機管理基本指針」は、「健康危機管理」を、「医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものをいう」と定義する。

この健康被害は、原因がA人間の場合と、B人間以外の生物や物質の場合とがある。

A. 原因が人間の場合には、

① 感染症のようにウイルス・細菌などの病原体・毒素を保有している病者、または、病原体を保有しているが症状の出していない者が保有している病原体等が、感染経路によって、保有していない非病者に感染する場合があります、規模が大きい可能性もある。

その他、② ①の保有者・病者が故意に他者に健康被害を及ぼす場合、③ 生物や物質を使用・悪用する人間（テロリストや一部の研究者）が他者に健康被害を及ぼす場合、も無いとはいえないが、②③は犯罪である。

また、④他人に害を及ぼすおそれのある精神疾患の病者が他人を害する場合、もあるが、精神疾患との科学的な因果関係は明瞭とはいえないことが少なくない。

B. 原因が生物や物質の場合には

⑤ 動物、鼠族・昆虫その他の生物を媒体として、それらの生物が保有している病原体が人間に健康被害を及ぼす場合、⑥ 医薬品、食品、飲料水その他の物質を媒体として、それらの物質に含まれる病原体が人間に健康被害を及ぼす場合、がある。

⑤は自然災害の一部であるが、人間や企業などが生物を管理している場合はAに含まれる。⑥の場合、人間や企業などが物質に直接的間接的に関与している場合はAに含まれる。

医薬品が原因の場合で、医原病、病気作り売り（disease-mongering）、薬害による病気などは、病者個人の精神・身体の問題に止まらない社会的な問題だから、病者本人は他者を脅かすことにはならないものの、健康被害を及ぼす場合に含まれると考えられる。

以下では、感染症の場合に焦点を当てて検討することにする。

2.2 感染症の場合に「生命、健康の安全を脅か」される「国民」とは誰か

2.2.1 病原体・毒素を保有していない非病者がこの「国民」に含まれるのは明らかである。

2.2.2 病原体等の保有者ないし病者はこの「国民」に含まれるか。

「厚生省健康危機管理基本指針」に基づく個別指針として、感染症対策に係る危機管理の具体的な指針を定める「感染症健康危機管理実施要領」によれば、「感染症対策における危機管理の基本的心得」として、「感染症は、ひとたび発生して拡大すれば個人の健康のみならず社会全体に深刻な影響を及ぼすおそれがある」とある。従って、この「個人」には保有者ないしは病者個人も含まれる。

地方自治体は、この「国民」を「地域住民」と限定した「健康危機管理」の定義を掲げる。その上で、「地域住民」に直接対応することになるため「基本的な考え方」として、「住民のプライバシー等人権に十分配慮した対応を行う」、「府民等からの相談に応じる」、「府民等への情報提供を行う」などを規定し、「保健所職員の心得」として「守秘義務を遵守すること。特に健康被害者や関係者のプライバシー等人権に十分配慮する」と規定することで、「地域住民」への対応の仕方について言及している。この「地域住民」は保有者・病者個人を含んでいる。

3 感染症病者等を社会から切り離す考え方

3.1 公衆衛生審議会の考え方

公衆衛生審議会伝染病予防部会基本問題検討小委員会は、1997（平成9）年「新しい時代の感染症対策について（報告書）」をまとめた。同報告書は、「基本的方向・視点」において「患者・感染者の人権の尊重」などを掲げつつ、「感染症対策と危機管理」において「たとえ感染症が日常的に想定できないような形で発生した場合であっても、患

者・感染者にたいしてはその人権に配慮しながら良質かつ適切な医療を提供しつつ、全ての国民の安全・健康が守られるよう、危機管理の観点から対応できる法体系を構築すべきである」と報告した。

この報告書について、公衆衛生審議会は、厚生大臣に対し「患者・感染者の人権の尊重が重要なことは言うまでもないが、併せて、的確かつ迅速に感染症の拡大防止を図ることが国民の健康で安心して生活するために必要であるとの視点に立って、種々の措置の内容についてさらに検討を続けられたい。」との追加意見を付け加えた。

公衆衛生審議会の追加意見は、小委員会の報告との間に考え方の微妙なずれがあると思われる。すなわち、小委員会は、「過去におけるハンセン病患者をはじめとする感染症患者に対する差別や偏見が行われた事実や、らい予防法が存在し続けたことが結果として患者・入所者とその家族の尊厳を傷付け、多くの苦しみを与えてきた事実、同法が平成8年に廃止されるに至った経緯への深い反省が必要である。…本委員会においては、患者・感染者に対して良質かつ適切な医療を提供し、早期に社会生活に復帰できる仕組みの構築が重要であると提言」し、「患者・感染者を社会から切り離すといった視点で捉えるのではなく、患者の人権を尊重し、差別や偏見なく一人一人が安心して医療を受けて早期に社会に復帰できる等の健康な生活を営むことができる権利、個人の意思の尊重、自らの個人情報を知る権利と守る権利等に配慮することが重要である」と説いた。すべての患者を隔離して病者が一人もいない県を目指し、官民あげて戦後も勤しんだ無らい県運動などによって、人間の尊厳を侵された感染症患者や元患者についての過去の歴史から学ぶことで、小委員会は、感染症病者等の人権を尊重することが、社会の理解と協力を得るための取り組みとして問題の本質であり、急がば回れであることを示唆している。

これに対し、審議会の追加意見は、「国民」から「患者・感染者」を切り離し、「患者・感染者の人権の尊重」は重要だが、それとは別に「国民の健康で安心して生活するため」という視点に立つことを強調している。

3.2 「健康危機管理」政策の考え方

公衆衛生審議会のこの考え方に基づいて、厚生労働省の「健康危機管理」政策は、感染症

の病者、擬似症を呈している者、病原体を保有しているが症状を呈していない者（以下、「感染症病者等」という）と「感染症病者等」以外の多数者（以下、「非病者」という）とを区別するだけでなく、感染症病者等を非病者から切り離していると思われる。感染症病者等を社会から切り離すことによって、感染症病者等を下位に置いていないだろうか。すなわち、「国民」の中で多数者である非病者を優位に置いていないだろうか。「国民」の中でも多数を占める非病者を優越させるか、非病者が「健康で安心して生活する」ことは、公共の福祉であって感染症病者等の個人の尊重に優越することを示唆しているのではなかろうか。

もともと、無症状病原体保有者、擬似症状者と非病者との区別は容易ではない。また、病者等と疑われる者と非病者の区別は実際上は容易ではない。さらに、原因不明の感染症の場合、区別は科学的にも困難である。行政が感染症病者等と非病者とを区別するのは、事後対応型の行政から事前対応型の行政への転換を図ろうとしていることと関係があるだろう。また、慢性の感染症の場合と、原因不明の感染症や感染力が強く重篤な感染症の場合とを分けて対応することとも関係がありそうである。さらに、行政の責任が、主として多数を占める非病者の健康被害に関わることとも関係があるのではないか。すなわち、感染症病者等に対しては、受診勧告に従わない場合に強制措置が講じられれば、後は医療施設ないしは医療者の責任の問題に移ることになる。

4 感染症に関わる人権

4.1 憲法及び国際人権法

感染症に関し、憲法及び国際人権法に基づく主な人権は次の通りであり、感染症病者等の人権と非病者の人権とを分けて検討する

（その他、1982年国連総会採択「非人道的、品位を傷つける取扱いから被拘禁者及び被抑留者を保護するための保健要員、特に医師の役割に関する医療倫理原則」、1988年国連総会採択「あらゆる形態の抑留または拘禁の下にあるすべての者の保護のための諸原則」等も参考になる）。

4.2 感染症病者等の人権

① 市民としての権利

- －身体の自由と安全：国際人権自由権規約（B規約） 9条
 - 行政手続による拘禁等にも適用（1項）
 - 拘禁の理由等を告げられる権利（2項）
 - 裁判所ないしは独立かつ公正な審査機関において手続をとる権利（4項）
 - 補償を受ける権利（5項）
 - 憲法 31条以下
- －被拘禁者の取り扱い：B規約 10条（自由を奪われたすべての者は、人道的にかつ人間の固有の尊厳を尊重して、取り扱われる）
- －移動・居住・出国および帰国の自由：B規約 12条
 - －居住・移転・職業選択の自由：憲法 22条
 - －プライバシー：憲法 13条、B規約 17条
 - －法の下での平等：憲法 14条、B規約 26条、国際人権社会権規約（A規約） 2条2項：差別・偏見の抑止
 - －労働の権利：A規約 6条
 - －国際人権自由権規約（B規約）は自国に対する条約の効力発生と同時に条約の実施義務が生じる。
- ② 病者としての権利
 - －健康権：憲法 25条
 - －健康を享受する権利ないしは最善の医療を受ける権利：A規約 12条
 - －科学の進歩およびその利用による利益を享受する権利：A規約 15条
 - －自己決定権（インフォームド・コンセント）：憲法 13条（幸福追求権）
 - スクリーニング段階、診断の段階、治療法等の決定段階、プライバシーの権利（自己情報についてのコントロール権）

4.3 非病者の人権

- 健康権：憲法 25条
 - 健康を享受する権利ないしは最善の医療を受ける権利：A規約 12条（この権利を完全に実現するためにとる措置には「伝染病…の予防、治療及び抑圧」に必要な措置を含む）
 - 科学の進歩およびその利用による利益を享受する権利：A規約 15条
- 国際人権社会権規約（A規約）上の権利は「完全な実現を漸進的に達成する」（2条）こととされている。

5 人間の尊厳

これらの人権は人間の尊厳に由来する。人間の尊厳については、「人間の固有の尊

厳」を国際人権規約が前文に明記した上で、国際人権自由権規約（B規約）7条が非人道的、品位を傷つける取扱いの禁止という形で人間の尊厳が侵されることを消極的に定義している。人間の尊厳は、あらゆる自由・人権の源である。このことは、国際人権規約前文が、あらゆる自由・人権がすべて人間の固有の尊厳に由来するderive from the inherent dignity of the human personことを記したことで示されている。人権には何らかの制限がある。だが、人間の尊厳はどうか。

憲法学の通説は、13条の個人の尊重を個人の尊厳の原理と解釈し、人間の尊厳を個人の尊重と同義に解するようである。しかし、この通説には、二つの点で疑問がある。第一点は、そもそも人間の尊厳には、自律的・人格的な個人の尊厳（①）の他に、現存の、そして未来の人類全体の尊厳（②）の2つの意義があり、クローン規制法は、人間が一回限りの存在であり、かつ、種としてのアイデンティティが保持されなければならない存在であること等を土台に構築しており、②の意味を含めている。日本の法秩序は、単なる①の個人主義のみでは説明仕切れない段階に入っているから、人間の尊厳を①の意味での個人の尊重と同義に捉えることは、最早、できない。第二点は、個人の尊重は公共の福祉によって制約されるから、公共の福祉を人権制約の根拠規定と解するとすれば、公共の福祉を根拠に人間の尊厳も制約され得ることになり、人権の淵源という、人間の尊厳のそもそもの出発点と矛盾することになる。

もっとも、人間の尊厳は不可侵性を持つとはいえ、絶対的で無制限であることを意味するかは一つの問題ではある。しかし、人権を無視する強制措置が実施されれば、人間の尊厳を侵すことになる。

6 任意受診の原則

感染症の症状が発生し、ないしは病気が疑われる場合に、個人は、自発的に、受診し、検査、診断、治療を行い、家族その他の人々に感染する可能性がある旨説明され理解すれば、家族その他の人々から自らを分離し治療を受けることに専念するのが通常である（理解する能力を欠く場合は判断代行者の判断に基づく）。公衆衛生に関して、一般人、通常人は任意に受診するのが原則であると言える。これを、憲法 13条に根拠を置く自己決定

権に即して言えば、インフォームド・コンセントないしはインフォームド・チョイスが尊重されるのが原則と言える。感染症法は強制措置に焦点を絞るが、強制措置を実施するのは例外的であり、原則は任意受診である。

人々の任意受診に依存できることが、公衆衛生の目的達成のために効率的でもある。感染症についての科学的評価が未確立ないしは科学的情報が周知徹底していない場合は、この原則は通用しにくいのは問題である。

7 強制措置

7.1 医療に対する強制

法的に医療は、医師と患者の間の診療契約を中心に構成されるため私的自治の原則が支配する領域であり、法は、医療の内容について、医事裁判で事後的にしか介入しないのが原則である（ただし、医師法 § 24 の 2 には、公衆衛生上重大な危害を生ずるおそれがある場合の厚生労働大臣の指示という例外がある）。この原則に対しては、医療の分野中の感染症、精神疾患において、病者以外の他者ないし社会を保護するために、感染症予防医療法、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法などに基づき法が医療の内容に強制的に介入する例外がある（その他、母体保護法、臓器移植法、クローン規正法など）。

7.2 感染症関連の強制的介入

感染症に関連して、感染症病者等が任意に協力しない場合は、感染症予防医療法に基づく各種の強制措置が定められている。例えば、入院命令（隔離）、就業制限、健康診断、立入検査、死体検案、物件・食品に対する措置、水の使用禁止、建物に対する措置など（なお、結核については、2006年改正法により、定期健康診断、家庭訪問指導などの旧結核予防法の諸措置が規定されている）。

これらの強制措置は、行政の漠然とした広範囲な裁量に委ねられ、行政の措置に対する独立かつ公正な審査は不十分な現実がある。

7.3 行政機関による行政強制—直接強制・即時強制

行政機関が、行政目的を実現するために人の身体に、その人の意思に反して強制手段をとる場合、直接強制と即時強制がある。両者の区別は、行政行為による義務付けが前提になっているかどうかである。直接強制は、

義務者の義務の不履行の場合に、直接に、義務者の身体又は財産に実力を加え、義務の履行があったのと同じの状態を実現する作用である。即時強制は、義務不履行を前提とせず、目前急迫の障害または行政違反の状態を除く必要上、義務の履行を命ずる暇のない場合又はその性質上義務を命ずることによってはその目的を達しがたい場合に、直接に人民の身体又は財産に実力を加え、もって行政上必要な状態を実現する作用である。

直接強制を含む、行政上の強制執行につき、戦前は一般法として行政執行法があったが、戦後は、人権侵害のおそれが強いと反省が加えられ、行政執行法は廃止、これにかわる行政代執行法が制定され、直接強制は、個々の法令で例外的に認められることになった。行政執行法とは異なり、非代替的作為義務や作為義務の履行に付いては一般法は存在せず、個別の法律が必要に応じて規定しているにとどまる。

「法治国家では、直接強制など行政上の強制執行が行政強制の基本で、即時強制は例外と位置づけられる。」

即時強制としては、健康診断の強制（感染症予防医療法 17 条）、強制入院（同法 19 条、46 条）、指定施設への移送（同法 21 条、47 条）などがある。

7.4 社会防衛論

現憲法の下においては、強制を必要とする論拠として、社会構成員の多数の者のために少数の者の人権を制約し得るとの社会防衛論がある。

もともと社会防衛という概念は、目的刑主義刑法学における刑法の目的をなす。即ち「目的主義の要旨に曰く刑罰は犯罪なる侵害的事実に対して吾人の共同生活即ち社会を保全することを目的となすなりと、即ち、刑罰を以って社会防衛の必要に出づる一の手段なりと為すなり」。刑法の目的についての議論を、押し広げることの妥当性については問題があると考えられるが、規制される者の人権はどのようなものであろうか。

8 行政強制と人権

8.1 直接強制と人権

「直接強制は即効的な執行方法であり行政上の義務の履行を確保するのに強力な力を発揮するが、過酷な人権侵害をとまらぬおそれ

が強い手続きであるため、現行法は、一般的制度としてはこれを認めていない。しかし、公共の秩序を維持し社会的危害から国民の健康や安全を保護するには、早急かつ確実に行政上の義務の履行を強制する必要がある場面もあるので、例外的に最小限、個別法に特別の定めが置かれている（感染症予防医療法17条、19条…）が、その数はきわめて少ない（…）。」

8.2 即時強制と人権

「即時強制はなんらの予告もしないで、いきなり行政機関が有形力（実力）を行使して直接国民の身体、自由、財産に働きかけこれを制約する作業であり、人権に対する過酷な侵害をとまらぬおそれが高い。それゆえ、これを実施するには、法律に根拠規定があり、その目的、要件、効果が法定されていなければならない。…もともと、即時強制に関する現行法をみると、たいていあいまいな不確定概念で定められ、その要件の認定や実力行使の程度、態様、方法等の選択は、現実には執行機関の大幅な裁量に委ねられている（…）。だが、即時強制は有形力の行使であるから、こうした概括条項の執行にあたっては、法規の趣旨目的を厳格に解釈し、比例原則等に照らし相手方の人権侵害を最小限にとどめるよう配慮して、慎重に行われなければならない。安易な拡大解釈は許されない。しかし、逆に権力の行使が消極に流れて法が即時強制を認めた趣旨・目的が達成できないようでは意味がない。…行政権力は国民の安全と福祉擁護のために行政庁に付与されるのであるから、即時強制についても、法の趣旨にかなった適切かつ中庸な権限行使が必要である。」

8.3 即時強制についての一般法の不在

直接強制を含む、行政上の強制執行につき、戦前に一般法としての行政執行法があったが、これが廃止されて後、行政上の強制執行についての一般法が創設されていない。直接強制、即時強制がいずれも人権侵害を伴うおそれ強いにもかかわらず一般法が存在しないのは立法府の怠慢と言う他ない。

9 公共の福祉と人権

9.1 公共の福祉についての考え方の流れ

公共の福祉の要請があれば基本的人権を一般的に制限しようとするのが当初の通説であ

った（一元的外在制約説）。当初の通説に対しては、憲法が各個の権利自由につき「法律の留保」を認めない意義の大半が失われるとして、公共の福祉による制約が認められる人権は、公共の福祉が明文で定められている憲法22条、29条と、国家の積極的施策によって実現される社会権（25～28条）に限られる、自由権は権利が社会的なものに内在する制約に服するにとどまるとの内在・外在二元的制約説が現れた。

この説に対しては、憲法13条を倫理的な規定としてしまうことによる問題が指摘され、一元的内在制約説が登場した。すなわち、公共の福祉とは人権相互の矛盾・衝突を調整するための実質的公平の原理であると捉える説である。この説は、公共の福祉をすべての権利を規制する原理とし、その制約が全ての人権に論理必然的に内在しており、権利の性質に応じて権利の制約の程度が異なるとする。しかし、人権の具体的限界についての判断基準として「必要最小限度」ないしは「必要な限度」という抽象的な原則しか示されず、人権を制約する立法の合憲性を具体的にどのように判定していくのか必ずしも明らかでないと批判された。

そこで、全ての人権について「それを制限することによってもたらされる利益とそれを制限しない場合に維持される利益とを比較して、前者の価値が高いと判断される場合には、それによって人権を制約することができる」とする説が多くの判例で用いられた（比較衡量論）。しかし、この比較衡量論は、国家権力と国民との利益の衡量が行われる憲法の分野においては、概して国家権力の利益が優先する可能性が強いから、同じ程度に重要な二つの人権を調節するため裁判所が仲裁者としてはたらくような場合に原則として限定して用いるのが妥当と批判された。

結局、前述の一元的内在制約説の趣旨を具体的な違憲審査の基準として準則化しようとするのが二重の基準論である。この理論は、精神的自由は経済的自由に比べて優越的地位を占めるとし、経済的自由の規制立法に関して適用される合理性の基準は精神的自由の規制立法については妥当せず、より厳格な基準によって審査されなければならないとする。

9.2 国連規約人権委員会の日本政府に対する勧告

国連規約人権委員会は、1998年11月19日、

日本政府から提出された報告を検討し、最終見解を採択した（CCPR/C/79/Add.102）。その「主な懸念事項及び勧告」第3項には、「委員会は、『公共の福祉』に基づき規約上の権利に付し得る制限に対する懸念を再度表明する。この概念は、曖昧、無制限で、規約上可能な範囲を超えた制限を可能とし得る。前回の見解に引き続いて、委員会は、再度、締約国に対し、国内法を規約に合致させるよう強く勧告する。」と明記されている。この勧告に応える一つの方法は、一元的内在制約説などの観点から「公共の福祉」概念を絞り込むことであろう。

9.3 非病者が感染症から守られる利益

一元的内在制約説以降の考え方によれば、多数の非病者が感染症から守られる利益など、厳密に権利といえないが保護される一般的利益は厳密に人権と言い切つてよいかの疑義が残り、人権と認められないなら、感染症患者等の居住移転の自由を公共の福祉では制限し得ないことになる。

10 特別権力関係論と人権

10.1 特別権力関係論

特別権力関係論とは、特別の公法上の原因（法律の規定に基づく場合として例えば、監獄法による受刑者の在監関係、伝染病予防法により強制入院させられた患者の国公立病院在院関係がある）によって成立する国または地方公共団体と国民または住民との特別の法律関係を特別権力関係という観念で捉え、人が当然に国または地方公共団体の統治権に服する一般権力関係と異なり、特別権力関係では次の3つの原則が支配すると説く。すなわち、(i) 特別権力の主体は命令権・懲戒権などの包括的支配権を与えられ、個々の場合に法律の根拠なくして当該関係に属する者を包括的に支配できること、(ii) 特別権力の主体はそれに服する者に対して、一般国民として保障される権利・自由を法律の根拠なくして制限することができること、(iii) 特別権力の主体がそれに服する者に対して行う行為は、支配権の発動であるから、原則として司法審査は排除されること、という3つの原則である。

10.2 特別権力関係論の修正

しかし、憲法が法の支配の原理を採用し、

基本的人権の尊重を基本原理とし、国会を唯一の立法機関と定めているから、特別権力関係論の説く法原則は到底通用し得ないとの批判に応え、人権規定が原則として適用されること、人権制限は特別権力関係の設定目的に照らして必要かつ合理的範囲内にとどまらなければならないこと、特別権力関係が私人の同意に基づいて成立した場合などを除いて、人権制限には法律の根拠が必要であること、特別権力主体（公権力）の違法な措置に対しては司法審査権が及ぶことを認めるようになった。

11 「公の緊急事態」と人権

11.1 国際人権自由権規約4条

過去の新型インフルエンザ大流行の惨状として、1918年に出現したスペインかぜ（A/H1N1型）が世界中で5億人以上の感染者と4000万人以上の死亡が推定され、犠牲者の多くが乳幼児と高齢者に加えて20～30代の青壮年であったことが一つの象徴であろうか、感染症患者等の人権を一時停止させようとする考え方が一部の行政と専門家の中に根強く存在する。

国際人権自由権規約4条は、「国民の生存を脅かす公の緊急事態の場合public emergency which threatens the life of the nation」に、自由権規約上の義務を免れるderogating措置をとることができることと定めている。ここに「公の緊急事態」とは、全国民に影響を及ぼし、国家という共同体の組織的活動に危険をもたらす例外的かつ急迫した危機または緊急の事態をいう。戦争、内乱、大災害、広域伝染病など原因の如何を問わず、直接には全域ではなくとも既にかなり広域に広がり全国民に影響が及ぶ場合も含むと解されている。「その緊急事態の存在が公式に宣言されているとき」とあるから、「伝染病蔓延措置をとる場合のように、通常の法令により、地域的に緊急措置の必要が告知されるような場合は」あたらない。

4条1項本文の要件を満たす場合でも、差別的処遇をするような効力停止措置は禁止される（4条1項但し書き）。また、「公の緊急事態」においても保障されるべき人権として、次の7つがある。

一生存権（6条）

一非人道的な若しくは品位を傷つける取り扱いの禁止、自由な同意のない医学的、科学的

- －実験の禁止（7条）
- －奴隷・強制労働の禁止（8条）
- －契約不履行による拘禁の禁止（11条）
- －遡及処罰の禁止（15条）
- －人として認められる権利（16条）
- －思想・良心および宗教の自由（18条）

11.2 戦争、内乱等と同列に健康被害問題を位置づけるのは何故か

国際人権自由権規約4条の趣旨は、「公の緊急事態」でその「存在が公式に宣言されているとき」のような場合こそ通常では考えられないような非人道的な行為が頻繁に行われうることから、公の緊急事態において国家がとりうる個人の権利・自由の制限措置（人権規定の一時的効力停止derogation）の許される限界と手続きを規定し、国際社会の監視を強化することで、関係国の恣意的な判断を可能な限り排除しようとするものである。したがって、この規定を根拠に感染症患者等の人権を一時停止させようとするのは、極端な例外的な規定を一般化する考え方であって、適正ではないと思われる。

1.2 公衆衛生学における人権

12.1 公衆衛生学における人権の位置

公衆衛生学の専門家の中には、公衆衛生においては「医学でいくか人権でいくかである、感染源はすべて隔離するというのが医学の立場である」との考え方がある。

そこまで極端ではないが、人権との関わりを危険性の高低で分ける考え方もある。すなわち、「感染症は『感染力、罹患した場合の重篤性から判断して、危険性が極めて高い感染症』と『危険性が高くない感染症』の両極の間の危険性が千差万別である。感染症による危険性と患者の人権尊重との関係を考えてみると、『危険性が極めて高い』場合には、人権尊重へのウェイトが多少軽くなっても、危険性回避を優先的に考えなければ、将来国外から侵入してくるかもしれない感染症、あるいは医学がまだ知り得ていない感染症の制御は難しい。一方、『危険性が高くない感染症』を考えてみると、危険性の程度が低くなるほど、患者の人権尊重のウェイトは限りなく重くなる。多くの慢性感染症に当てはまることだ」。

個人の人権の尊重は感染症の克服における邪魔者というのがこれらの考え方に通底する

思想と考えられる。

12.2 人権の制約（負担）と人権の侵害、人権の尊重と配慮の各區別

先ず、人権に対する制約ないし負担と人権侵害は区別されるべきである。すなわち、例えば、強制入院は個人の居住移転の自由と緊張関係にあるが、居住移転の自由に対する負担の性質、負担の重さ、負担の期間が、措置の有効性と均衡する場合は人権の侵害にはならない。

また、人権の尊重と配慮は区別されるべきである。すなわち、感染症予防医療法が2006年に改正され、「人権に配慮し」は「人権を尊重し」と改正されたが、これは単なる言葉の問題ではない。人権への配慮は当然であるが、配慮にとどまる場合は、他の人権と対立するときには人権は控えられることになる。それに対して、人権を「尊重する」とは、人権に対する負担が法律の原則および実体および手続きの要件に従って適正かどうかを厳格に判断しなければならない、という意義を持つ。

結局、公衆衛生の維持と人権の尊重が相互に矛盾するとの考え方は、よりよい公衆衛生をもたらさないものとなる。

1.3 あるべき感染症予防医療法制

13.1 感染症予防医療法における原則規定

現行の感染症予防医療法には、過去の歴史に対する反省が前文に明記されているものの、これを法律の本文に反映させ落とし込む条文が無い。すなわち、「基本理念」を定める規定はあるものの、基本原則を定める条項が欠落している。

感染症立法においては、第一に、メディアにあおられて不安や恐怖にかられ、社会的なパニック、集団ヒステリーが起きている状況を想定しなければならず、また、第二に、特にすぐれた人たちではなく、平均的な行政官、医療関係者、市民が関わることから、ヒューマンエラーは起こり得ると想定しなければならない。また、有事の状況の下でも、感染症患者等の人権が徹底して尊重され、保護される、信頼できる法律システムであることが、効率的な公衆衛生の要請からも必要である。

そうすると、少なくとも、次のような基本原則および適正手続き条項は法律に明記すべ

きである。

第一 感染症の制御について公衆の理解と任意の受診等の協力が原則であり第一義的に重要であること（精神保健福祉法 § 22 の 3（任意入院）参照）

第二 強制措置は任意手段が奏功しない場合に必要最小限で均衡のとれたものでなければならないこと

感染症予防医療法が2006年に改正され、健康診断、就業制限、入院、移送の強制措置は必要最小限度でなければならないとの原則規定が挿入された（22条の2、48条の2）。この原則は、あらゆる強制措置についての原則規定でなければならない。

第三 強制措置は、（1）公衆衛生上の措置をリスクの程度、対応に対するコストと効率性、および人権に対する負担によって定めるという考えに立ち、（2）リスクの判断要素としては、①リスクの性質（感染経路）、②リスクの期間（感染期間）、③リスクの蓋然性（感染のおそれ）、④重症度（結果の重大性）、⑤人権への負担の5つがあり、この⑤の判断は、負担の性質、重さ、期間が措置の有効性と均衡することである。（3）感染者ないし感染を疑われる者に対する強制措置は、著しいリスクのおそれの合理的客観的な立証に基づくものとする。

第四 検査、治療、入院への積極的な協力を得るため、病者等の諸権利、なかんずく、最善の医療を受ける権利、インフォームド・コンセントの権利、プライバシーの権利、補償を受ける権利を保障すること

13.2 現行法制上の問題

感染症について、例えば鳥インフルエンザやSARSなど科学的未解明の状況は常に存在している。しかし、科学的解明ないし予防方法の開発につき、研究対象者である感染症病者等を保護する研究対象者保護法制は日本では創られていない。原則は人々の理解と任意の協力であり、強制的措置は、最も制限的でない他の選べる手段the least restrictive alternativeの原則に従い、証明された実質的なリスクの脅威に基づくことが制度として構築され運用されれば、人々は、自ら進んで検査し、治療に参加するなどするから、感染症対策も効率的になると思われる。しかし、このような制度および運用は、未だ実現していない。

原因不明の疾病への緊急時対応の在り方に

ついては、医師に対する届け出義務の外、過少権限行使や過大権限行使を防ぐために権限行使者免責制度、補償制度などが必要であろう。また、医学界には、専門分化された各医学会における支配的見解と異なる、海外の知見や日本の少数意見を、専門外の医学界および社会に常に紹介する倫理的義務を負い、論争があればその概要等について専門外の医学界および社会がアクセスできるようなシステムが構築される必要がある。

現行法制を前提にする限り、行政の考え方では感染症病者等に対する原則と例外が逆立ちしている。そうすると、感染症病者等を遠ざけ、多数者である非病者を前面に出して健康危機管理対策を講じることになる。

1.4 感染症病者等および非病者の対応

感染症のうち、その感染経路、感染期間、感染のおそれ、重症度などが科学的に既に判明し、最善の医療を受ける権利などの人権が保護され、人身の自由などの人権への負担が必要最小限である制度および運用の下においては、それらについての説明が十分になされれば、合理的な感染症病者等の意思として、健康診断、検査、家族を含む他者からの分離、治療などを任意に行うと考えられる。

しかし、感染原因、感染経路などが科学的に未解明であるか、最善の医療を受ける権利の保護が十分でないか、人権への負担が必ずしも必要最小限でない制度ないし運用の下では、感染症病者等の意思として、真実を隠し、健康診断などを任意に行うことを控えるかもしれない。その場合、非病者である多数者は、感染症病者等を隔離させるなど行政が強制的な対応をすることを積極的ないし消極的に支持すると思われる。

1.5 保健所職員等の資質向上のための人権教育

ハンセン症問題に関する検証会議最終報告書「第19再発防止のための提言」、なかんずく「正しい医学的知識の普及」、「人権教育の徹底」などが実践されなければならない。西洋では「世界は滅びるとも、正義は行われるべし」の法諺と「正義は滅びるとも、世界は生きるべし」の法諺があるが、「無らい県運動」で最前線の役割を担った保健所職員はどちらに親しみを感じるであろうか。

E. 結論

健康危機管理の計画、実施において、保健所職員等は、効率性の観点ならびに人間の尊厳の保持および人権の尊重の観点に立ち、人々の任意協力が原則で強制措置は例外であるとの基本原理を理解し、医学的知識の普及、差別偏見の抑止に努め、感染症病者等を社会から切り離すことなく、科学的審査では少数意見にも留意することが必要であり、ハンセン症問題に関する検証会議最終報告書「第19再発防止のための提言」について考察することが望ましい。

G. 研究発表

1. 論文発表

光石忠敬. 人間の尊厳と人権の関係－人間の尊厳は学問・研究の自由、幸福追求権、自己決定権など対立する価値との比較衡量を許すか－. 臨床評価2007;34(1)93-101.

2. 学会発表

なし。

H 知的財産権の出願・登録状況

なし。

臨床試験結果公表制限特約と試験者の法的責任

On a clause according to which investigators be restricted from publishing the results of clinical experimentations with drugs and on the legal responsibility of investigators (arising from the above-mentioned clause) 臨床評価 2007; 1(2・3): 137-8.

光石 忠敬 (光石法律特許事務所)
Tadahiro Mitsuishi

1. 問題

治験薬の製造者と試験者が臨床試験委託研究契約を結ぶ場合、臨床試験の結果得られる情報すなわち、治験薬の有する薬効、副作用などのデータについて、製造者の同意なくしてこれを公表することはできない旨の特約が付け加えられることが少なくない。このような特約は、法的には如何なる意味をもつか、言い換えれば、この特約に反して試験者が試験結果得られた情報を製造者に無断で公表した場合、試験者が何らかの法的責任を追究されることがあるのかどうか、試験者が公務員の場合、公務員法上の守秘義務との関係はどうなるかなどがここでの問題である。

2. 試験結果を公表する行為の法的性質

臨床試験の結果得られた情報すなわち、治験の薬効、副作用、試験方法、試験対象、解析方法などのデータは、臨床医学という学問にとって必要不可欠であり、これが公表なくして科学的、合理的な臨床医学は存在し得ない。従って、試験者たる研究者、医師が、試験の結果得られた情報を公表することは、憲法23条で保障された学問の自由に含まれるものと解される。蓋し、学問の自由とは、研究ないし学説の自由のみならず、研究の結果ないし学説の発表の自由を含むと解され（通説、判例）、また学問の自由の主体は、大学など高等な学術研究機関およびその所属者に限られないから、ここに言う学問とは、大学においてなされる学問活動に限らず、私人の資格において行うものであろうと、およそ一切の学問的活動を含むと解される（通説、判例）からである。試験結果公表行為が学問の自由に含まれるということは、試験結果が誤りであるとか、国家、社会にとって有害であるなどの理由で公表を制限、禁止されないことを意味する。言うまでもなく、このような場合の最終的判断は臨床医学自体によって与えられるのであり、公権的な判断や外的な権威によるのではない。

3. 結果公表を制限する特約と憲法

一般に、憲法が学問の自由を保障するとは公権力により学問の自由を侵害することを禁止する意であるが、私人たる製造者が、公表制限特約によって、試験者の自由を侵害する場合、試験者に憲法上の保障が及ぶかどうかは一個の問題である。元来、私人相互の契約においては、いわゆる私的自治ないし契約自由の原則が妥当するから、憲法上の自由の保障は私人間においては当然には妥当しない。しかし、憲法が諸々の権利、自由を基本的人権として承認したことは、それらの権利、自由が不当に侵害されないことをもって国家の公の秩序を構成することを意味すると考えられるから、何らの合理的な理由なしに不当に権利や自由を侵害することは、いわゆる公序違反の問題（民法90条）を生ずることがあり得ると解される（間接適用説＝通説）。従って、公表制限特約に何ら合理的な理由のない場合には、そのような特約は、私法上、公序違反として無効とされる可能性が出てくる。

4. 結果公表を制限する特約の法的効力

試験結果の公表制限は、治験薬の製造者に対して企業秘密の保護という利益をもたらす。これに反し、他の競争企業に対しては重複投資を不可避ならしめる。患者をはじめ被験者たるべき不特定、多数の人々に対しては、不必要または危険な臨床試験が、重複または反復して行われること

によりその生命、身体、自由に対する重大な侵犯をもたらす虞れがある。臨床医学医術に対してその発展を阻害すること言うまでもない。試験結果の公表を一般的に制限することは、個人の尊重という憲法の根本原理に反するばかりでなく、合理的な企業競争保護の観点からも不当かつ不合理であるから、我が法体系上、無効と解すべきである。尤も、治験薬の製造者に対し、企業競争上不当に不利益を与えてはならないという限度で企業秘密を保護すべきは当然である。従って、試験結果を競争企業などの第三者に公表前に提供することを制限するいわゆる第三者情報提供制限特約を無効とする理由はないと解される。

5. 試験結果を公表する行為の法的限界

試験結果を公表する行為が憲法上保障された学問の自由に属し、これを制限する特約が無効とされるとは言っても、そこに何ら限界がないわけではない。真理の探究という学問の本質から生じる一定の内在的限界がある（言うまでもないことだが、内在的限界があるということと、公共の福祉による制限が許されるということは同義ではない。筆者は、学問の自由について公共の福祉による制限はあり得ないと解するが、ポポロ事件などに示された最高裁の見解は反対であった）。この意味から、試験方法、対象、解析方法などについて何ら触れずに、単に、無効、または副作用ありなどという結論だけの形でなされる公表は問題がある。このような場合は公表が学術的意図でなされたかどうか、公表者の主観的な意図を問題とせざるを得ない。しかし、一般には、公表の態様が、臨床医学上客観的に相当であるかどうかをもってメルクマルとすべきであろう。尤も、臨床医学上相当なりや否やの判断は、臨床医学自身の自律に委ねられるべきであり、たとえば、行政権、立法権その他社会的権威などが妄りにこれをなすべきものではない。

6. 結果公表制限特約違反と試験者の法的責任

公表制限特約が無効と解されるということは、かかる特約違反を理由とする如何なる私法上の請求（たとえば契約違反、不法行為に基づく損害賠償請求など）も裁判所によって認められないことを意味する。従って、それは契約当事者間で訓示的な効果を有するに止まる。なお、公表が 5. で述べた限界を越えない限り、試験者の製造者に対する名誉毀損（刑法230条）、信用毀損、業務妨害（刑法233条）などの刑事責任が問題となる余地のないこと論ずるまでもない。

7. 試験者が公務員の場合

公務員には公務員法上の守秘義務が課せられている（国家公務員法100条など）ので、結果公表制限特約違反は守秘義務違反として何らかの法的責任を問われるかどうかが問題になる。しかし、官公立の研究機関の研究者は、その者が公務員である場合でも、学問研究については上級官庁の指揮を受けず、裁判官に類似する職務の独立が認められると解されている（通説）から、結果公表についてもそれが 5. で述べた範囲のものである限り守秘義務違反にはならないものと解する。蓋し、国家公務員法100条にいわゆる秘密とは、国の施策に関する事項（一般に、国に秘匿権のある情報としては、1. 軍事または外交上の情報まで、その公開が国家の安全や信用を著しく傷つける虞れがある場合（尤も軍事秘密については憲法9条の関係で問題がある） 2. 国民生活上重大な支障や危険をもたらす情報で、それを発表すると取り返しのつかない混乱が予想される場合 3. その発表が一部の特権的なグループまたは個人に排他的な利益を与え、国民全般に損失をもたらす場合 4. その発表が国民の基本的な人権を侵害する虞れがある場合が考えられる）で、刑罰によりその非公開性を保護すべき実質的秘密をいい、単に官庁において秘扱いされたというだけでは足りないとして解されているが（判例は必ずしも明らかではない）、臨床試験の結果得られた情報は、国家公務員法が刑罰をもって保護しようとする秘密の範囲外と解され、また、その公表が 5. で述べた限界に止まる限り、同法100条の予想する秘密侵害の態様とは異なると解されるからである。従って、当該公務員に対し守秘義務違反による刑事責任（国家公務員法109条12号、同法111条など）はこれを問い得ない。

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（地域健康危機管理研究事業）
分担研究報告書

地域の健康危機管理を担う保健所職員等の資質向上に関する研究

新型インフルエンザ感染症の発生を想定した、

職員を対象とする参加型研修に関する研究

分担研究者 角野文彦 滋賀県東近江地域振興局地域健康福祉部・部長
/ 東近江保健所・所長

研究要旨

保健所は、新型インフルエンザ感染症に対し、発生する前の早期探知態勢、発生時の感染拡大ならびに被害拡大の対応、そして再発防止策の構築などが求められている。しかし、それらの態勢を所内で構築する上で有効な訓練・研修の実施方法・内容に関する教材等が少ない状況がある。この分担研究では、新型インフルエンザ感染症に対する保健所としての態勢を構築する上で、効果的な訓練・研修のあり方や方法等を検討する。

A. 研究目的

保健所における新型インフルエンザ感染症に対する想定訓練・研修等の実施状況に関する調査を行い、訓練・研修を実施したことで見えてくる課題や、訓練・研修を実施する際に障壁となる課題等を明確にする。

B. 研究方法

新型インフルエンザ感染症を想定した訓練並びに研修等の実施状況に関する調査票を作成し、平成19年1月22日から26日の期間で、全国の保健所（536施設）に対し電子メールを用いた自記式アンケート調査を実施した。

本調査研究は、山口亮（北海道保健福祉部医療政策局健康推進課/北海道石狩保健福祉事務所保健福祉部）、高垣正計（北海道上川保健福祉事務所名寄地域保健部/名寄保健所）の両名が研究協力者として参加・実施した。

C. 研究結果

1. 回答率

222の保健所から回答が得られた（都道府県保健所168、指定都市保健所16、中核市保健所17、政令市保健所6、特別区保健所15）。回答率は41.4%であった。

2. 実地訓練の実施率

実地訓練を平成18年度に実施した保健所は

回答222保健所中113（50.9%）で、実施予定は45（20.3%）、実施予定なしは64（28.8%）であった。

3. 訓練の形式

訓練を実施した110保健所のうち、訓練の形式で最も多かったものは「防護服の着脱」（93保健所）で、84.5%であった。続いて「図上訓練」（58保健所、52.7%）、「移送訓練」（50保健所、45.5%）、「連絡訓練」（24保健所、21.%）、「消毒訓練」（23保健所、20.9%）であった。他には「発熱外来設置訓練」や「他の機関との対策会議」、「トリアージ訓練」、「初動訓練」、「新型インフルエンザ講演会」、「患者・接触者調査訓練」等があった。

4. 訓練への他機関の参加状況

訓練を実施した110保健所では、他の機関が参加せず保健所のみで行ったものが最も多く48保健所（62.5%）であった。他機関としては「医療機関」が最も多く39保健所（25%）であった。以下、消防署、市町村、本庁、医師会と続いた。

5. 必要と考える訓練の回数

回答があった222保健所では、訓練の必要な回数として最も多かったのは「年1回」で87保健所（39.2%）で、他、「年2～3回」

が79保健所（35.6%）であった。

6. 新型インフルエンザに関する参加型研修を継続して行う体制の整備状況

回答があった222保健所では、「継続して行う体制が整っている」と回答した保健所は134保健所（60.4%）であった。「継続して行う体制が整っていない」と回答した83保健所（37.4%）であり、その理由として多かったのは「人材の不足」、「ノウハウの蓄積がない」、「所内の認識がない」であった。

7. その他

「アイソレーターの有効利用が思いつかない」、「実地訓練においては他機関との連携が時間的に難しい」、「訓練のために人材の育成が必要」、「所内や本庁の認識を高める必要がある」等の代表的な意見が自由記載欄にみられた。

D. 考察

今回の調査を通じて、訓練の実施は年度内実施予定ありも含めると71.2%と、意外に低いことがわかった。新型インフルエンザは、どのような背景や状況での発生かは別にしても、いつ国内発生してもおかしくない状況であり、対応準備はしておくべきである。ほとんどの保健所では訓練の回数が、年に1回～3回が望ましいと考えている結果であった。訓練のためのノウハウや人材の養成は、国立保健医療科学院や都道府県主催の研修会等の教材等を、保健所で活用すべきである。実際の訓練では、防護服の着脱の訓練が多かったが、図上訓練や移送訓練等、実地に即したものが多くなっていた。他にも連絡訓練や消毒訓練、発熱外来を設定したもの等、他保健所の参考になるようなものが続いた。訓練への他の機関の参加はないことが多かった。しかし、保健所単独で新型インフルエンザの対策を行うことはほとんどないであろうことから、なんらかの方法で他の機関と訓練や連絡体制の整備をしておくことは重要である。訓練の内容によっては保健所のみでの開催もやむを得ないが、今後は他の機関との連携強化が大きな課題となると思われる。訓練の継続できる体制が整っている保健所は約6割であったが、「継続的に実施する体制が整っていない」と回答した保健所からのその理由では、所内の認識とノウハウの蓄積が問題点として挙げられていた。国は本庁からの通知の他に、

国立感染症研究所や国立保健医療科学院のホームページ等、Web上でも新型インフルエンザ情報の検索ができることから、保健所の情報収集能力の向上が最も手短かにできる新型インフルエンザ対策かもしれない。

E. 結論

SARSや新型インフルエンザの発生に備えて、全国の保健所では様々な健康危機管理のための訓練を行ってきており、その能力は一定のレベルには達していると思われるものの、他の機関との連携など、危機管理対応としてはまだ課題が残っていると思われる。人事異動による職員の交代や疾患に対する新しい情報や考え方等に備えて、新型インフルエンザ対応のための訓練は継続して実施する必要がある。

しかし、実地研修に利用できる教材や事例が多くあるとは言えず、都道府県や各保健所で発生を想定して、シナリオを始めから作って準備するのは難しい。自由記載欄にあった「発熱外来を設定しての訓練」等、他の保健所に参考になる訓練を実際に行っている保健所もあり、こうしたノウハウを共有化できる方法の整備が不可欠であると思われる。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

なし。

<資料>

新型インフルエンザ対策の訓練実施状況

設置主体	18年中に実施した	18年度内に実施予定	実施予定ない	18年中実施・年度内にも実施予定あり	無回答	保健所数	回答保健所数
都道府県	83	32	51	2	228	396	168
指定都市	6	5	5		57	73	16
中核市	9	3	4	1	20	37	17
政令市	4	1	1		1	7	6
特別区	8	4	3		8	23	15
計	110	45	64	3	314	536	222

実施した研修の形式について(複数回答)

設置主体	図上演習	着脱訓練	移送訓練	消毒訓練	連絡訓練	その他	回答数
都道府県	39	74	39	19	20	9	83
指定都市	4	4	3	2	2	0	6
中核市	6	6	4	0	1	1	9
政令市	4	3	3	2	1	0	4
特別区	5	6	1	0	0	2	8
総計	58	93	50	23	24	12	110

訓練に参加した他機関(複数回答)

設置主体	なし	病院	医師会	消防署	警察	市町村	都道府県	その他	未記入	回答数
都道府県	37	32	20	27	11	28	22	12	1	83
指定都市	2	1	0	1	0	1	1	0	1	6
中核市	3	3	1	4	0	0	2	2		9
政令市	1	1	0	1	0	2	2	0		4
特別区	5	2	1	0	0	0	0	1		8
総計	48	39	22	33	11	31	27	15	2	110

訓練の必要回数

訓練の実施	年 4回以上	年 2～3回	年 1回	年 1回未満	未記入	総計
「実施した」群	4	58	46		2	110
「実施予定」群		3	3		39	45
「予定なし」群	1	16	38	8	1	64
「実施（兼） 予定」群		2			1	3
総計	5	79	87	8	43	222

新型インフルエンザに関する参加型研修を継続的に行う体制について

訓練の実施	整っている	整っていない	未記入	総計
「実施した」群	92	17	1	110
「実施予定」群	23	22		45
「予定なし」群	16	44	4	64
「実施（兼） 予定」群	3			3
総計	134	83	5	222