

表7. 迅速評価における基本的な調査項目

---

公開資料などから入手する項目

- 被災地の地理的特徴、および環境
- 被災地の行政区分
- 被災地の人口構成、および被災前の健康状態、栄養状態
- 被災前の保健医療サービスの状況
- 被災後すでに供給された物資や援助の内容、および依頼済みの物資や援助の内容

キーパーソンから入手する項目

- 災害の原因や大きさに関する見解
- 被災前の被災地の状況
- 被災地の地理的分布、および面積
- 被災者の年齢や性別の分布、および世帯あたりの平均人数
- 治安、および暴力事件の頻度
- 調査時点における負傷者の割合（数）、死亡率（数）および原因
- 調査時点、および被災前における食糧の供給状況と将来的なニーズ
- 調査時点における水の供給状況、および水質
- 調査時点における衛生状態
- その他の緊急ニーズ（避難施設や衣料品など）の有無
- 調査時点における交通機関、燃料供給、通信などの状況
- 調査時点における、利用可能な医療施設、薬剤、医療スタッフの状況

被災者への面接調査により入手する項目

- 被災者の性別や年齢の分布、および世帯あたりの平均人数
- 保護者のいない子供や1人暮らしの高齢者など、いわゆる「災害弱者」の人数
- 災害発生後の死亡率（数）
- 災害発生後の下痢、外傷、熱傷、呼吸困難など、災害による健康被害の発生率（数）
- 栄養状態
- 子供の予防接種率
- 住居の状態
- 医療サービスや食糧、水、避難施設などの利用可能状況

---

*Rapid health assessment protocols for emergencies* (World Health Organization 1999) をもとに作成

表8. 新型インフルエンザに対応したサーベイランス一覧

サーベイランスの名称	収集対象情報	入力機関	実施フェーズ			使用システム
			3A (ヒト-ヒト感染がないかきわめて限局・国内非発生)	4A (ヒト-ヒト感染が増加・国内非発生)	6B (パンデミック期・国内発生)	
疑い例調査支援システム	患者基本情報、検査依頼・結果、行動履歴、接触者情報、接触者健康管理	保健所・地方衛生研究所・国立感染症研究所	→			NESID 疑い症例調査支援
外来受診時症候群サーベイランス	年齢群別38度以上の発熱及び呼吸器症状を呈する外来患者数	指定外来医療機関	→			NESID 症候群サーベイランス
入院時肺炎症候群サーベイランス	入院時に肺炎症状を呈する患者	内科・小児科病床を有する全医療機関	→			NESID 症候群サーベイランス
クラスター・サーベイランス	疫学的なリンクがある類似の症状を呈する3人以上の患者の存在		→			
パンデミック時死亡迅速把握システム	総死亡者数	保健所	→			NESID 発生動向調査インフルエンザ関連死亡者数報告機能
予防接種副反応迅速把握システム	接種日、ロット番号、症状等	全予防接種実施医療機関	→			NESID 症候群サーベイランス
パンデミック時ウイルス学的サーベイランス	抗原性、遺伝子型、薬剤耐性等	地方衛生研究所・国立感染症研究所	→			NESID 病原体サーベイランス

「新型インフルエンザ対策（フェーズ4以降）におけるサーベイランスガイドライン」（新型インフルエンザ専門家会議 2007）をもとに作成

平成19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  
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抽出、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. 関連法令ないし判例の検討
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**

感染症の蔓延等を防止するために国などが患者を医療施設等に強制隔離する措置が合法とされるには、次の各点を充たすことが必要であることが明らかになった。

1. 刑法37条などが定める緊急避難の要件
2. 憲法31条及び37条が定める刑事手続に準じた適正手続

**D. 考察**

地域健康危機管理事業において有力な法的根拠となる新感染症のうち、人権制限という観点からみて重要だと思われるのは、入院勧告及び入院措置であるが、これについても所

要の改正が行われた。特筆されるのは、健康診断、就業制限及び入院に関する措置は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため必要な最小限度のものでなければならぬものと明記されたことである。らい予防法についての平成13年5月11日の熊本地裁判決は、必要な最小限度の意味について「極めて限られた特殊な疾病にのみ許されるべきもの」で、「伝染予防のために患者の隔離以外に適当な方法がない場合でなければならぬ」と明示した。この考え方は、新感染症法にいう「必要な最小限度のもの」の解釈運用に当たっても大きな指針となるといえよう。

熊本地裁判決によれば、強制隔離が適法とされる根拠と要件が「緊急行為」（緊急状態で権利を守る行為）、なかでも「緊急避難」の法理に求められていることが容易に伺われる。緊急避難とは、「自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危難を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が避けようとした害の程度を超えなかった場合に限り、罰しない」（刑法37条）というもので、同じ緊急行為といっても、現在の危難を避けるために、何ら不正のない他人の正当な法益を侵害する行為であるために、それが適法とされる要件は、正当防衛に比べて厳格である。同じく「やむを得ずにした行為」であっても、緊急避難の場合は、「他にとるべき方法がないこと」（補充性の原則）と、「その行為より生じた害が、避けようとした害の程度を超えないこと」（法益均衡の原則）とが要求されている。

最高裁判所の平成4年7月1日の大法廷判決

は、行政手続にも適正手続の保障は及ぶとしている。強制隔離がもたらす人権制限の甚大性と継続性などに鑑みると、行政手続であっても、強制隔離規定の制定及び運用の各過程において要求される適正手続というのは、刑事手続において要求されるそれに準じたものと解するのが相当であろう。すなわち、当事者にあらかじめその内容を告知し、当事者に弁解と防御の機会を与えなければならないということがそれである。しかし、公衆衛生を目的とする強制隔離が実際に問題とされるのは、「平時」ではなく、「地域健康危機」などといった「緊急事態」が発生した場合においてである。このような緊急事態の下でも、強制隔離が適法とされるための実体法上の要件が厳守されるかどうかは、「告知と聴聞」の手続が実質的に保障されるかどうかにかかっている。憲法37条3項に準じた権利擁護制度が要請されているものと解される。適正手続の保障の一環として「告知と聴聞」の手続が必要なことは、今次の改正感染症法でも受け入れられたところである。しかし、改善の余地は大きい。法制面での手当てが必要で、解釈運用に際しても然るべき対応が求められている。この点を保健所職員に周知徹底することも課題である。

#### E. 結論

次のような結論を得ることができた。

1. 感染症の蔓延等を防止するために国などが患者を医療施設等に強制隔離する措置が合法とされるには、刑法37条などが定める緊急避難の要件と、憲法31条及び37条が定める刑事手続に準じた適正手続とを充たすことが必要であることが明らかになった。
2. そのためには、法的規定の整備を図るとともに、解釈運用の面でも然るべき対応を行う必要があること。
3. 解釈運用の面における然るべき対応については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。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
特になし。

(著書)

内田博文、佐々木光明. 市民と刑事法 (第2版). 日本評論社、2007.

2. 学会発表  
特になし。

G 知的財産権の出願・登録状況  
なし。

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

地域健康危機管理を担う保健所職員等の質向上に関して、効率性の観点からのみならず、人間の尊厳および人権の尊重の官展に立ち、望ましい制度設計、法解釈論等、健康危機管理についての人権保障についての法論理に焦点を当てて検討し、保健所職員等への教育の内容・方法を研究した。これを踏まえて、新型インフルエンザ感染の疑われる人がアジアのC国から帰国したとの、具体的に想定された危機管理の各段階のシナリオ、新型インフルエンザ対策の机上訓練について、1の観点から検討し、任意受診原則を推進するための制度設計を検討した。

#### 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。

新型インフルエンザ感染の疑われる人がアジアのC国から帰国したとの、具体的に想定された危機管理の各段階のシナリオ、新型インフルエンザ対策の机上訓練について、1の観点から検討し、任意受診原則を推進するための制度設計を検討した

#### B. 研究方法

WHO新型インフルエンザ基準—新型インフルエンザ対策の机上訓練における危機管理の各段階のシナリオを検討する前提

3.1 WHO新型インフルエンザ基準における「パンデミック間歇期」には、フェーズ1および2がある。フェーズ1は、「ヒトの間では、新しいサブタイプのインフルエンザウイルスは見つかっていない。動物の間では存在している可能性はあるが、ヒトへの感染リスクは低い」。フェーズ2は、「ヒトの間では、新しいサブタイプのインフルエンザウイルスは見つかっていないが、動物の間では新しいサブタイプウイルスが見られ、ヒトへの実質的な感染リスクを有している」。

これらの「パンデミック間歇期」であれば、新型インフルエンザ出現以前であり、この時

期に最も大切なことは、「新型インフルエンザの出現リスクを低減すること…。…鳥インフルエンザが新型インフルエンザへ変化するリスクを低減させること…。…トリからヒトへの感染機会を低下させることが必要となる。そのためにはまず、トリにおけるインフルエンザの感染をコントロールすること、次いでトリからヒトへの感染機会を減少させることが重要となる1」。

この時期は、国にはインドネシアなど海外に対する積極的・能動的な支援対策が望まれる。国は、どの程度、対策を実施してきたであろうか。県/市などの自治体としても、このことを国に働きかけるなどの活動が望まれる。

3.2 「パンデミック間歇期」に続くのは、「パンデミック警告期」（フェーズ3～5）である。フェーズ3は、「ヒトの間では新しいサブタイプのインフルエンザウイルスが見つかるが、ヒトからヒトへの感染は無い、あっても極めて稀である」。

日本の現在は、このフェーズ3の段階といわれている。

新しいサブタイプのインフルエンザウイルスが見つからない「パンデミック間歇期」であれ、「パンデミック警告期」のフェーズ3の段階であれ、歴史の中のインフルエンザについて市民が学び、リスクがどういう段階にあるか、国や自治体はどのような対策を講じるべきかについて認識できるように、自

治体としても広報活動をすべきである。

その場合、リスクの脅威のみを広報するのではなく、一人の市民に感染が疑われたときに、その市民が救急外来を受診し、診断、診察、検査、隔離などを受けるについて、市民が自発的ないし任意に行うことが原則であることを自治体も強調するべきである。

3.3 「パンデミック警告期」のフェーズ4は、「新しいサブタイプのインフルエンザウイルスによるヒト-ヒト感染が起こり、小さな感染クラスターが形成される。しかし感染は局所的であり、このことはウイルスが完全にヒトに適応していないことを示唆している」段階である。

フェーズ3からフェーズ4へ至る段階が最も重要な段階である理由は、フェーズ3で見られる事象が偶発的な感染であるのに対し、フェーズ4で見られる事象には種を超えた適応が必要になるからと説明される2。

そうすると、本来は、フェーズ3から4への移行段階について、机上訓練をするべきなのであろう。

3.4 なお、「パンデミック警告期」のフェーズ5は、「新しいサブタイプのインフルエンザウイルスによるヒト-ヒト感染が起こり、より大きなクラスターを形成するが、感染は依然局所的であり、このことはウイルスがヒトに適応してきてはいるが、完全には適応していないことを示唆している。」であり、「パンデミック警告期」の次の「パンデミック期」は、「一般集団にも感染が拡大＝パンデミック」である。

## C. 研究結果

新型インフルエンザ対策の机上訓練シナリオの検討

### 4.1 危機段階1～5

危機段階1：2007年10月下旬

C国南部のS市付近では鳥インフルエンザ(H5N1型)のヒトからヒトへの感染で、約100名が感染し若年者を中心に34名が死亡している。この患者らの咽頭スワップから新型インフルエンザ(H5N1亜型)が疑われ、現在WHO西太平洋事務局とWHOジュネーブ本部から専門家が現地に入り調査中である。現時点では、新型インフルエンザのヒトからヒトへの感染は証明されていないが、一部症例でヒトからヒトへの感染が強く疑われている。また、日本国内およびN県にヒトでの鳥

インフルエンザ感染症例や新型インフルエンザの疑い患者は、確認されていない。国の「対策行動計画」のフェーズ4A(?)

危機段階1 質問

1. この段階で県/市の福祉保健部は、現状を如何に評価すべきでしょうか？
2. どの機関やどの人々に情報を伝達すべきでしょうか？
3. 特にこの脅威を市民に如何に広報すべきでしょうか？
4. 県/市が行動を決定するにあたり、更にどのような情報を入手すべきでしょうか？
5. 県/市の福祉保健部は、他にどのような対策が重要だと考えますか？

この段階では、県/市の福祉保健部は、全県庁の横断的機能をもつ組織が必要とされ(質問1)、各市町村、保健所などに伝達する(質問2)。

市民に日本への脅威がどの程度かなどを、県/市民へのリスク・コミュニケーション作成(感染予防の社会常識の周知徹底)、学校や施設等への注意文書作成(児童/生徒や保護者への注意事項、感冒様症状患者の定時報告)を中心に広報する(質問3)。

国や国立感染症研究所からの迅速な情報収集を得る(質問4)。

C国S市からの帰国者の検疫の徹底、殊に検疫所が疑い患者の取り扱いをどうするかを決める(質問5)。

C国患者らに「亜型」が疑われた一応の科学的根拠は咽頭スワップにより判明したのであろうが、科学的な証明は調査中であり、証明結果が判明するまでに1～2週間のタイムラグがある。患者らのDNAを調べればH5N1以外のタイプの可能性もある。

調査結果が判明したとき、新型の亜型インフルエンザのリスク(結果の重篤さ)がどうであるかは、どの程度予測されるであろうか。

危機段階2：2007年11月10日午前7時(火曜)

2007年11月7日(土曜)夜C国S市からN県N空港への直行便で長期出張から帰国した商社マンA氏(N県N市B町在住)が、11月10日(火曜)早朝突然の発熱でN市民病院の救急外来を受診した。N市民病院では救急外来で診察(午前7時)を実施した。この患者からの現病歴聴取から、C国H市約6カ月間の渡航/滞在歴、さらにH市の滞在居住アパートの住人が新型インフルエンザと診断され

たこともあり、A氏は予定を早め帰国を急いだことが確認された。この問診から、A型インフルエンザキットの検査を実施したところ陽性反応であった。担当医は、鳥インフルエンザや新型インフルエンザ感染も疑い同患者を陰圧個室への入院隔離の処置を行った。患者の検体は、県衛生研究所から国立感染症研究所に送られた。最終検査結果は4日後に判明する予定である。国の「対策行動計画」のフェーズ4B(?)。

A氏は4人家族で、婦人は専業主婦、子供は8歳児童でC小学校、5歳D幼稚園児でD幼稚園に通学・通園中である。帰国後は自宅で休養していたが日曜日に近くのショッピングセンターへ家族全員で買い物に行っている。月曜日は会社への出張報告の書類整理のため、一日中自宅で過ごしていた。月曜日、子供たちはそれぞれ通学、登園している。

#### 危機段階2 質問

2-A N市民病院での対策/処置事項は？

2-B 報告を受けた保健所の対応は？

2-C 報告を受けた県/市福祉保健の担当者の対応は？(2-B以外の項目)

院内の新型インフルエンザ対処計画を発動、保健所から市/県へ連絡、職員の二重感染防止対策、A氏と接触した医療スタッフ等に対する抗インフルエンザ薬の予防投与やワクチン接種、検体の保健所等への送付などを実施するが、疑い患者情報は保健所か市の担当者へ一元化する(質問2-A)。

情報を受けた保健所は、当該疑い患者の家族等に対して、外出自粛要請、健康管理の実施、有症時の対応を指導し、疑い患者の行動履歴、接触者の追跡調査をし、疑い患者の早期発見を行い、情報を市民や医療機関に還元しないし情報提供する(質問2-B)。

報告を受けた県/市福祉保健の担当者は、国への情報提供、C国H市地域への渡航自粛情報、検疫強化を実施し、集会等の自粛勧告、新型インフルエンザ様症状が見られた者の出勤停止、受診勧告等の要請準備、疑い患者の定義の確認等を行う(質問2-C)。C国H市アパート住人の診断は疑いであるが調査結果は発症ということになるのか。

「A型インフルエンザキットの検査」で新型インフルエンザHA亜型およびNA亜型すべてが分かるのだろうか。

A氏への入院隔離は任意のようであるが、勧告に従った場合も医療費は公的負担となるだろうか。

タミフルが新型インフルエンザをも予防できるとの科学的根拠はどの程度あるのだろうか。

#### 危機段階3：2007年11月11日9時(水曜)

11月11日9時に県の衛生研究所では、ウイルス抗原型の確認試験(PCR;通常約5時間)ではH5型であり、新型インフルエンザ(H5N1亜型)がより強く疑われると報告した。県保健福祉部から全医療機関へファックスが送られた。新型インフルエンザの流行について調査中のため発熱患者の呼吸器症状に留意するようにと伝えられ、院内感染対策と病院内サーベイランスの強化、新患者及び過去1週間の患者情報の提供、救急外来における全患者の届出システム構築(米国炭疽菌テロ時に有効)、などが要請された。さらに保健福祉部は市町村を通じて、病院、薬問屋、薬局に対してタミフルの在庫報告を要請した。国立感染症研究所に対して専門家の応援を依頼し、厚労省には国家備蓄薬剤の配布を要請し、医師会と消防/自衛隊に対して患者受入れ・搬送体制の支援を要請した。国の「対策行動計画」のフェーズ4B(相応)。

保健福祉部は警察に依頼し、同乗した乗客の名簿作成と追跡調査が続けられているが、九州全県にまたがり追跡困難となっている。現在N市内の医療機関には、患者家族を含めて類似患者はいない模様である。

#### 危機段階3 質問

3-A 新型インフルエンザの患者が疑われ、国際的にはパンデミックのおそれがあるこの段階では、患者の疫学調査(接触者追跡)と感染症サーベイランス調査はどちらが重要ですか。

あるこの段階では、患者の疫学調査(接触者追跡)と感染症サーベイランス調査はどちらが重要ですか。

3-B 現時点でN市における大規模集会や、不特定多数の者が集まる活動について、自粛を勧告すべきか？

3-C 当該患者の子供たちの小学校、幼稚園の登校・登園停止に関しては、どうすべきでしょうか？

サーベイランス強化による患者の早期発見等は重要であるが、疑い患者1人の現時点では医療従事者を含む追跡調査による疫学調査に基づく封じ込め対策によって、感染の早期発見・拡大防止を重視する(質問3-A)。現時点ではパンデミックの可能性は低いいため自粛要請は行わない(質問3-B)。

感染拡大には小学校などが大きな役割を果たすことが多く登校登園自粛は重要で家族には外出自粛要請をするが、家族が従わない場

面も想定される故、一定期間公立学校の閉鎖などを実施し親の恐怖心を軽くする等（質問3-c）。

新型インフルエンザは若年者に死亡率が高いから、学校ないし学級閉鎖、登校登園停止について法律で定めるべきであろう。

-----  
危機段階4：2007年11月11日14時（水曜）

11月11日午後マスコミのプレッシャーは強くなり、午後3時から知事による記者会見が開かれ、新型インフルエンザ患者の可能性が公表された。

危機段階4 質問

記者会見のポイントは？

メディアリテラシーはパニックを防ぐだろう。ただし、一般的にマニュアル化されているマスコミ対応の方法、すなわちマスコミ対応における総論には各論、各論には総論という方法は適切ではない。

-----  
危機段階5

記者会見直後に市民からの電話が殺到し、全国のテレビ局が特別報道番組を組み、報道関係者がN市民病院や保健福祉部や市当局の周辺に殺到した。市民の不安が高まり、症状もなく不安のためだけに予防的治療を求めて病院へ殺到し始めた。

4.2 すべての段階に共通する課題

4.2.1 隔離などの措置については、自発的ないしは任意の協力が第一であり、効率上も最善である旨の広報、情報提供が必要ではなからうか。

4.2.2 措置の強制は例外であるから、強制措置の実体的要件および手続的要件を明確化すること、特に、強制措置の場合の科学的根拠ないしデータの公開が市民にとって重要ではなからうか。

4.2.3 隔離などの措置は、結局は、他のマジョリティ（多数者）の益でもあるが、その前に、第一には本人の益であること、すなわち、他者に迷惑を掛けることを最小限に抑えることが、本人にとって最善の益であり、結果として、社会全体にとっても正しい旨の情報提供が肝要ではなからうか。

4.2.4 すなわち、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、人々の自発的ないし任意の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、疑い患者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。

D. 考察

5.1 公衆衛生において、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。

5.2 国の健康危機管理政策は、感染症病者等を、それ以外の多数者とを区別するだけでなく、感染症病者等をそれ以外の多数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き、それ以外の多数者を優位に置いている。もともと、この区別は容易ではない。原因不明の感染症の場合、区別は科学的にも困難である。行政がこの区別をするのは、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。また、慢性の感染症と、それ以外の原因不明の感染症や感染力が強く重篤な感染症とを分けて対応することとも関係がある。さらに、行政の責任が、主として多数を占める多数者の健康被害に関わることも関係がある。

5.3 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、通常人は自発的ないしは任意に受診するのが原則である。

公的機関としては、市民の自発的ないし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。

しかし、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。

5.4 その場合、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。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。

公共の福祉については、一元的内在制約説、すなわち人権相互の矛盾・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が有力である。この一元的内在制約説の観点から公共の福祉概念を絞り込むことが重要である。

この考え方によれば、感染症病者等以外の多数者が感染症から守られる利益は、厳密に権利といえないが保護される一般的利益であって、厳密に人権と言い切つてよいか疑義が残る。もし人権と認められないなら、感染症病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。もし人権として認められるとしても、二重の基準論に立てばどうなるかについては明瞭ではない。

特別の公法上の原因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である特別権力関係であっても、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。

5.5 国家緊急権によって感染症病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。しかし、国家緊急権は、否認説が憲法学者の多数説であり3、国際人権自由権規約4条を根拠に感染症病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。

5.6 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」との考え方や、人権との関わりを危険性の高低で分け、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感染症の制御は難しいが、危険性の程度が低くなるほど（多くの慢性感染症）患者の人権尊重のウェイトは限りなく重くなるとの考え方もある。しかし、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である。

5.7 有事の状況の下でも、感染症病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り、次の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。

A 感染症の制御について公衆の理解と自発的ないし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

B 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

C 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。

D 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

その他、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る。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。

5.8 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、感染症病者等以外の多数者は、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。

5.9 保健所職員等に限らないが、平均的な公務員は、法律に基づく刑事責任・民事責任、行政指導に基づく行政責任の追及を避ける観点から行動することが想定される。望ましい公務員は、そのような観点を認識しつつも、それに加えて、公僕としての立場から人間の尊厳や人権を尊重するものと思われるが、平均的な公務員がそうであるかは疑問なしとしない。

現在、人権侵害の救済申し立て制度は十分ではない。なぜなら、法務局や弁護士会への人権救済申し立てはできるものの、国内人権機関は存在しないからである（2002年に政府から法案が提出されたものの廃案となったが、再提出の動きはある）。また、倫理基準には拘束力がない。したがって、具体的な法律や行政指導の指針に反することがなければ、望ましい人権論や倫理基準には反するとしても、教育指針としては聞き流されるだけかもしれない。

そうすると、以上の論説は、人権論なり倫理的観点からは一定の説得力はあるものの、現行法制から離れることは保健所職員等の質向上には役立たない懸念もある。現段階では、現行の法制度に基づく保健所職員等への教育内容・方法と、望ましい制度設計や倫理基準に基づく教育内容・方法とは、分けて検討するなり、前者に重点を置きその欠陥を指摘するなりする工夫が必要かもしれない。

#### E. 結論

いずれにせよ、現行の法制度に基づく保健所職員等への行政指導の指針の具体的な規定について検討し、指針の改正案を提案する必要もあるだろう。

5.10 新型インフルエンザの発生に備え、政府は感染症法などを改正し、1類感染症と位置づけることを決め、感染者が出た場合、危険区域・建物の封鎖や立ち入り制限、交通規制をし、感染者を空港などの検疫所での隔

離、留め置きなどを可能にすると報じられている。

法律上の強制の要素が無い限り予算措置を講じないとの、従来の予算編成上の運用、慣行、方針が人間の尊厳および人権の尊重に照らし最早破綻していることを認識し、パブリック・ヘルスの目的が存在する場合には強制の要素が無くとも予算措置を講ずるよう努力するとの原則を樹立するべきである。

人間を動かす二つのテコは恐怖と利益であるという。そうすると、強制措置を例外とし、任意・自発的隔離等を原則とする制度を推進するためには、強制の要素が無くとも、

① 一定の地域および期間の場合については、検査その他の医療費を免除し、公的負担とすること

② 疑い患者の隔離等の場合、一定の休業補償金等を支払うこと

を制度設計し現場で説明する必要があるように思われる。

#### F. 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34(1)：93-101, 2007.

光石忠敬、他. CIOMS生物医学研究指針：人を対象とする生物医学研究の国際的倫理指針. 臨床評価 34 (1)：7-74, 2007.

光石忠敬、他. 研究対象者保護法要綱07年試案：生命倫理法制上最も優先されるべき基礎法として（第2報）. 臨床評価34 (3)：595-611, 2007.

##### 2. 学会発表

なし。

#### H 知的財産権の出願・登録状況

なし。

平成19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を実施し、教材や研修方法についての評価を行った。

##### 1) クロスロードゲームを使った研修

平成19年6月11日（月）に管内医療機関の医師・看護師・事務職、市町職員、消防署員を対象とした。順天堂大学堀口逸子らが考案した新型インフルエンザ対策用のクロスロードゲームを使って、新型インフルエンザパンデミック時のさまざまな場面での対応について「はい」「いいえ」の二者択一で回答し、立場による考えの違いなどを参加者が理解するとともに、対策上の課題についての認識を深めた。

##### 2) 訓練シナリオによる机上訓練

当研究事業の分担研究者である箱崎、田中らが作成した「新型インフルエンザ危機管理訓練のためのシミュレーション」を使って、平成19年11月21日に滋賀県東近江保健所管内の市町職員、病院職員を対象として模擬訓練を

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）、井上剛彦（滋賀県東近江保健所）が研究協力者として参加・実施した。

#### C. 研究結果

##### 1) クロスロードゲームを使った研修

研修会には30名が参加した。1名を除き「楽しかった」と回答した。「立場が違えば意外な決断をすることがわかった」「感心するような考えがあった」など対応について柔軟な思考ができるようになるとともに、お互いの立場が理解できた。

##### 2) 訓練シナリオによる机上訓練

訓練には25名が参加した。時間が短かったために全ての場面の訓練ができなかった。個人情報や人権の問題等法的な課題と新型インフルエンザを広げないための公衆衛生活動の間の矛盾を解決することの重要性や専門用語が難しかった、リスクコミュニケーションについてもっと解説してほしい等、もっと時間をかけて訓練をしてほしい等の評価を得た。

#### D. 考察

1. クロスロードゲームは参加者の多くが「楽しかった」と回答しており、積極的な参加が期待でき、訓練教材としては適当であると考えられる。

また、場面（課題）設定は自由自在に追加、訂正ができるため、訓練内容をいくらでも膨らますことができるという利点がある。立場を変えての判断は、それぞれの立場を理解する上において効果的な働きをするため、関係機関の連携に資するところが多い。他者の意外な考えを知ることにより、柔軟な思考力が育つ可能性がある。

2. 訓練シナリオによる机上訓練は、未経験なことへの対応力をつけるには有効である。しかしながら、訓練時間を考慮してシナリオを選ばないと、最後まで訓練ができず未消化に終わってしまう。

参加者の属性によっては専門用語がわかりにくいことがあるため、対象によってシナリオを選ぶことが必要である。しかし、訓練を通じて専門用語や専門知識を身につけることができるということもあるため、目的に応じてシナリオを選ぶことが求められる。

## E. 結論

クロスロードゲームは参加者が楽しく積極的に参加できる利点があり、立場の異なりものがお互いの立場を理解することにおいて有用である。

訓練シナリオは訓練参加者の属性や訓練時間を考慮してシナリオを考えることが大切である。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

角野文彦. クライシスマネジメント：地域保健（保健所等）における健康危機管理対応. 石井昇、奥寺敬、箱崎幸也（編）「災害・健康危機ハンドブック」. 東京：診断と治療社、2007：30-33.

### 2. 学会発表

角野文彦. 災害時の健康危機管理と保健所・保健センターの役割. 第13回日本集団災害医学会総会（筑波）抄録. パネルディスカッション. 第13回日本集団災害医学会誌 12 (3)：250, 2007. 2008年2月.

H 知的財産権の出願・登録状況  
なし。

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  
健康危機管理の研修方法：参加型の座学にするための工夫

分担研究者 郡山一明 救命救急九州研修所・教授

### 研究要旨

健康危機管理に携わる人材育成を「教育マネジメント」の観点から論じた。昨年度に作成した「健康危機に関する4つのカテゴリー」の教育媒体を使って、地方自治体での健康危機管理研修を実施した。その際に、人間の学習に関する「コルブのモデル」の考え方を応用して「座学」と「実習」を位置づけてそれぞれの課題を参加者に明示した。この結果、研修での参加者の理解と反応は非常にようになった。

人材育成には、教育媒体の優劣だけではなく、参加者の「学び方」を示すことが重要である。

### A 研究目的

教育の質は、①教材の質、②教師の質、③教育場のマネジメント、によって決まる。

我々は健康危機管理の根本的な教材として、「4つのカテゴリー」の考え方を提唱し、その教育媒体を昨年度の研究成果として作成した。この教材をもとに自治体の健康危機管理研修を実施してきたが、今年度は健康危機管理に携わる人材育成の方法について、教育場のマネジメントの観点から検討した。

### B 研究方法

山口県、宮崎県、熊本県において健康危機管理研修を行なった。対象は健康危機管理に携わる保健担当部局、保健所職員である。講師はすべて郡山が行なった。

まず、座学において危機管理の概念と4つのカテゴリーを説明した。それぞれのカテゴリーに属する健康危機事態を例示した。その後、実習にて、参加者に自らの地域の健康危機リスクアセスメントとカテゴリーへの分類を行なってもらった。さらに対応策を検討してもらった

実施した健康危機管理研修の基本プログラムを次図に示す。

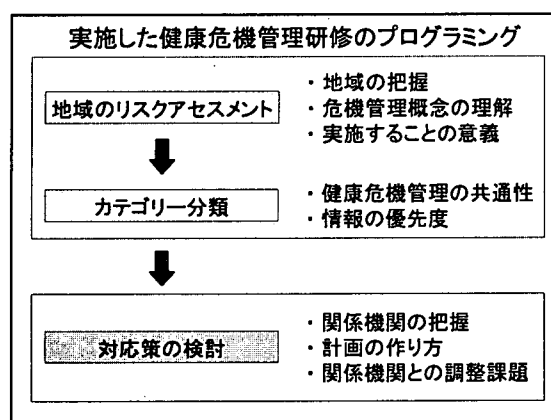


図1 実施した研修プログラム

また、熊本県で実施した内容を別添資料1として示す。

### C 研究成果

それぞれの地域の健康危機リスクアセスメント実施では、参加者に当初戸惑いが見られた。参加者には、原因が分かった時点だけを健康危機として例示する傾向があり、危機を4つのカテゴリーに分ける場合にも原因が特定したものだけを書く傾向があった。実習の初期に、考え方の間違い（原因が不明の段階こそが「健康危機」の本質であること）を指摘することで、参加者の理解が大きく向上した。その後は、地域の特性（地域行事、交通路、年齢構成等）に応じた健康危機事態がスムーズに例示された。事前に郡山本人が調べていった、その地域の健康危機事態について

も、参加者からさらに現実的な観点から指摘された。

別添資料2に参加者アンケートの結果を示す。

#### D 考察

コルブによれば、人の学習方法は情報に認識、加工の仕方によって4つに分類される<sup>1)</sup>。この考え方を応用すれば、座学は右上の頂点に位置し、実習は左下の頂点に位置するであろう。教育プログラムを作成するにあたっては、この2つの頂点の間をいかに行き来するかに十分な工夫と配慮が大きなポイントになりえるかもしれない。

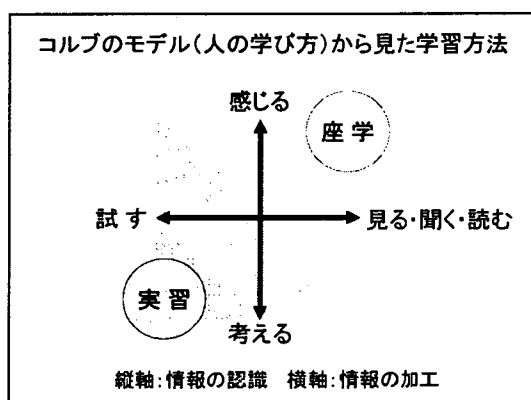


図2 コルブのモデルからみた座学と実習

これらより、健康危機管理に携わる人材育成には図3に示したような方法が考えられる。

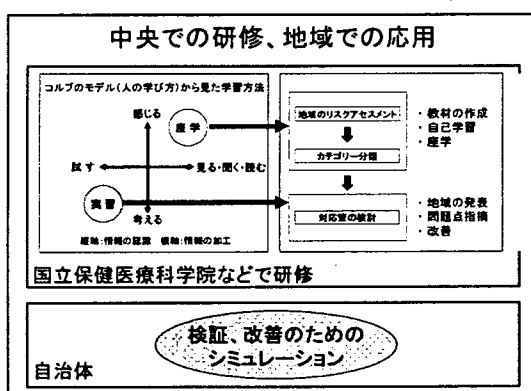


図3 研修のあり方

国立保健医療科学院などにおいては、まず、座学として「地域のリスクアセスメント方法」、「カテゴリー分類（昨年度郡山分担作成資料参照）」を実施する。

次に主題は「考える、試す」ことにあるこ

とを参加者に事前に理解させた上でグループ研修として各地のリスクアセスメントを机上で実施させる。机上実施の主題が「考える、試す」であることをさらに念押しするためにも、ファシリテーターは初期の段階で、参加者のリスクアセスメント方法を修正するような指摘を行なうことが重要である。

自治体においても同様の方法で、まず自治体の健康危機リスクアセスメントを4つのカテゴリー別に実施する。さらに、それぞれが作成している計画を検証、改善するためのシミュレーションなどを実施する。シミュレーション方法については、平成18年度研究（主任研修者：橘）において既に作成した。

厚生労働科学研究においては、教材の作成とともに、それらを活用する教育場のマネージメントについて引き続き検討を重ねる重要性があると考えられる。

#### E 結論

健康危機管理に携わる人材育成を「教育マネージメント」の観点から論じた。

人間の学習に関する「コルブのモデル」の考え方を応用して「座学」と「実習」を位置づけてそれぞれの課題を参加者に明示した。この結果、研修での参加者の理解と反応は非常によくなった。

人材育成には、教育媒体の優劣だけではなく、参加者の「学び方」を示すことが重要である。

#### F 研究発表

F. 1 論文発表  
特になし。

F. 2 学会発表  
特になし。

#### G 知的財産権の出願・登録状況

#### 参考文献

1) 「わかる」技術：畑村洋太郎：講談社現代新書

## これからの危機管理

救急救命九州研修所  
郡山一明

All Rights reserved by K.Kohriyama

## Lesson 1: 危機管理総論

All Rights reserved by K.Kohriyama

危機管理に対する私たちの言い訳  
は新たな道筋を示している

All Rights reserved by K.Kohriyama

どんな危機対応が難しいのか考えてみましょう

- 1 突然に起きた！！
- 2 滅多に起きないことが起きた！
- 3 対応するのにマンパワーが足りない！
- 4 どの人・組織が対応するのか曖昧！

All Rights reserved by K.Kohriyama

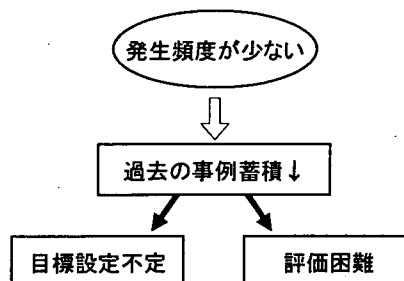
### 1 突然に起きた危機に対応することの難しさ



予兆を把握しようとしないうかさ

All Rights reserved by K.Kohriyama

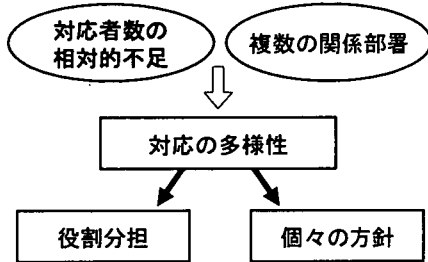
### 2 滅多に起きない危機に対応することの難しさ



過去の事例蓄積と検証をせずに計画を作る事の愚かさ

All Rights reserved by K.Kohriyama

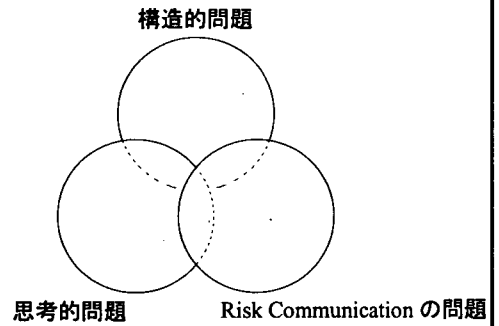
- 3 対応するのにマンパワーが足りないことの難しさ
- 4 どの人・組織が対応するのか曖昧なことの難しさ



役割分担と個々の方針を明確にしていけないことの愚かさ  
官房組織(的役割=幹部)不在の愚かさ

All Rights reserved by K.Kohriyama

## なぜ、行政は危機管理が下手なのか



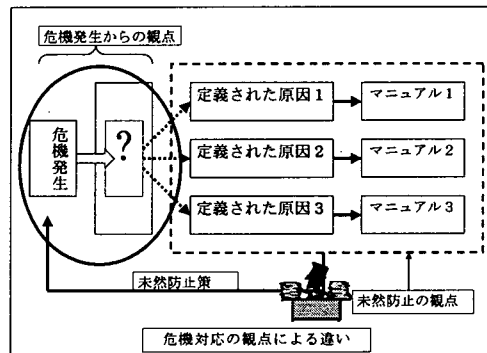
All Rights reserved by K.Kohriyama

### 1 構造的の問題

- (1) 法体系 = 日常対応
  - ・ 到達点 ⇒ 未然防止
  - ・ 主たる観点 ⇒ 拡大防止
- (2) 議会制民主主義
  - ・ 説明を受ける者 ⇒ 住民の代表

All Rights reserved by K.Kohriyama

### 危機は発生しない ⇒ 危機が発生したらどうするか？



All Rights reserved by K.Kohriyama

### 議会制民主主義

#### 住民代表(素人)に数分で説明

- 分かりやすい説明 ⇒ 形に見える成果物
  - ・ 箱物をつくる
  - ・ 予算を付ける
- Hard ありき
- ・ 時間とともに古く
- ・ ピンポイント
- ・ 系統だてない



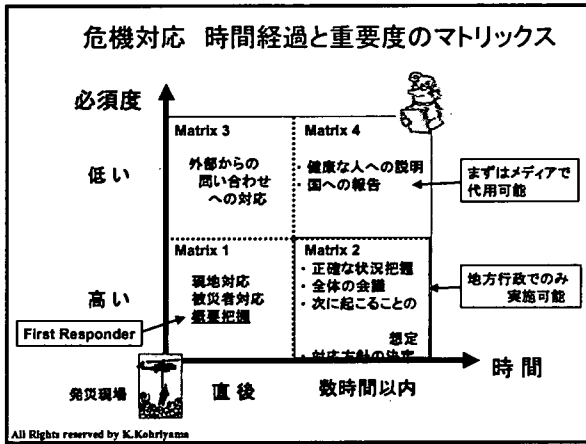
All Rights reserved by K.Kohriyama

### 2 思考的問題 (マニュアルの特徴)

- (1) 時間概念の欠如
  - ・ 予兆段階からの対応なし
  - ・ 初動対応と総合対応の違い
- (2) 重み付けの欠如
- (3) 無謬性 → 検証なし
  - ・ 「迅速かつ正確に！？？？」

All Rights reserved by K.Kohriyama





### 3 Risk Communication の問題

(1) 水戸黄門、遠山の金さん

- 中央権力が悪を撃退
- 権力は上から下へ
- 中央の指示を仰ぐ

⇒ 「適切に対応されたし」

- 情報が「来るのを」待つ幹部

(2) Risk は

- 起こってはならない

All Rights reserved by K.Kohriyama

### 何に着目し、どこを変えていくべきか

- ① 不都合な場所が分かる

- ② 修正する順番が分かる
- ③ 修正する

All Rights reserved by K.Kohriyama

- 1 予兆の把握
- 2 過去の事例蓄積と検証
- 3 役割分担と個々の方針の明確化

All Rights reserved by K.Kohriyama

### 1 構造的問題の解決策

(1) 法体系に対して

- 危機発生時の観点に立ち
- 対象は被害を受けた者と一般市民

(2) 議会制民主主義に対して

- 専門家を関与させ
- 大切なものを長い時間をかけて構築

All Rights reserved by K.Kohriyama

### 2 思考的問題の解決策

(1) 時間概念の欠如に対して

- 予兆段階から
- 初動対応と総合対応を分けて

(2) 重み付けの欠如に対して

- 最初に集めるべき情報を明示

(3) 無謬性に対して

- 「拙速であっても迅速に」を文言化

All Rights reserved by K.Kohriyama

### 3 Risk Communication の問題の解決策

#### (1) 中央の指示を仰ぐに対して

- ・ 専門家 (Generalist) を配置
- ・ 国の通知等関係なく、対応する教育
- ・ 日常の事態から積極的に介入
- ・ 具体的な対応方針を示す
- ・ 幹部は判断すべきことを理解しており、担当に情報を求める 仕組み

内角低めに  
シュート!



#### (2) Risk の認識に対して

- ・ 一定の頻度で起きる

All Rights reserved by K.Kohriyama

### 北九州市危機管理基本指針の作成

<http://www.city.kitakyushu.jp>

⇒ 危機管理基本指針

All Rights reserved by K.Kohriyama

### 危機管理の考え方の基本

平常時

危機発生時

リスクマネジメント  
事前危機対応  
計画  
訓練  
教育

リスクアセスメント  
事前危機評価  
現状把握  
危機の想定・予測



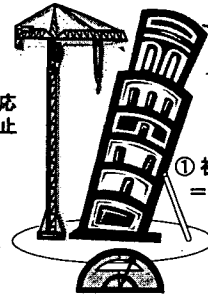
クライシスマネジメント  
危機対応

All Rights reserved by K.Kohriyama

### 危機が発生したときの対応

— 目的の明確化と時間概念の導入 —

- ④ 総合対応
- ・ 根本への対応
  - ・ 被害拡大防止



③ 次に起こりえる  
事態の想定と対応

① 初動対応  
= 拙速対応



② 情報収集と評価

All Rights reserved by K.Kohriyama

### 2 現状で実施されているもの

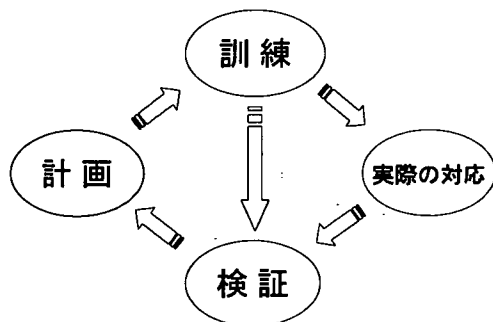
どれに対応しているか?

- ・ 予兆の把握
- ・ 確認
- ・ 拡大防止

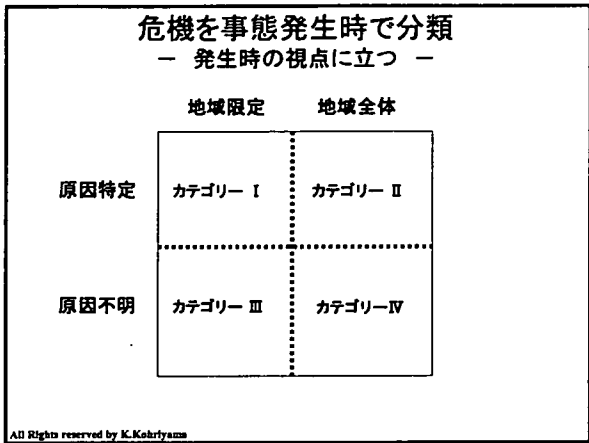
All Rights reserved by K.Kohriyama

### 危機管理のサイクル

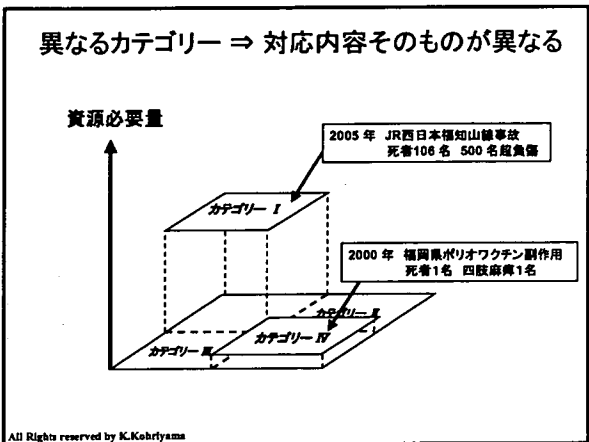
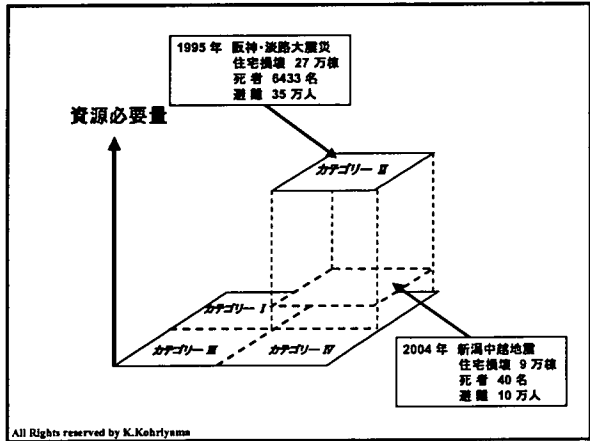
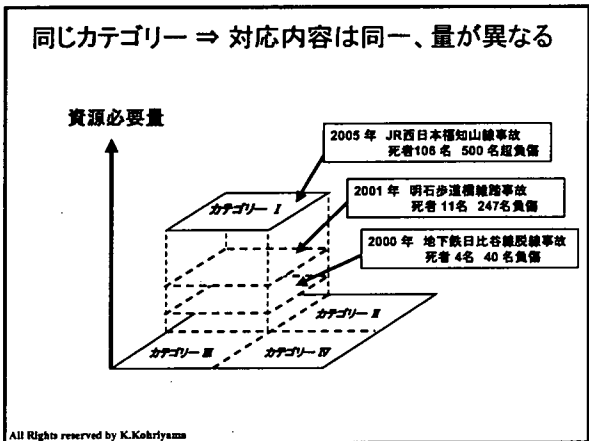
— 検証作業の義務化 —



All Rights reserved by K.Kohriyama



- |  |  |
|--|--|
| <p><b>カテゴリ I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・歌舞伎町ビル火災</li> <li>・中華航空機墜落炎上</li> <li>・明石歩道橋事故</li> <li>・池田小児童殺傷事件</li> <li>・JR西日本脱線事故</li> </ul> <p><b>カテゴリ III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・東海村JCO臨界事故</li> <li>・東海村動燃爆発事故</li> <li>・長野、東京サリン事件</li> <li>・和歌山カレー事件</li> <li>・熊本城山保育園食中毒</li> <li>・神栖有機砒素地下水混入</li> </ul> | <p><b>カテゴリ II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・東海豪雨</li> <li>・各地の地震・自然災害</li> <li>・ナホトカ号重油流出事故</li> </ul> <p><b>カテゴリ IV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・バリ島帰国者コレラ発生</li> <li>・堺 O-157 集団食中毒</li> <li>・福岡県予防接種副作用</li> <li>・スギヒラタケ(疑)脳症</li> </ul> |
|--|--|
- All Rights reserved by K.Kohriyama



### すべての機関が共有すべき初期情報を決定 “Intelligence”

	地域限定	地域全体
原因特定	カテゴリ I ・災害は継続するの？	カテゴリ II ・地域の被災状況 ・避難
原因不明	カテゴリ III ・原因不明 ・拡大の可能性 ・情報集約と提供	カテゴリ IV ・原因不明 ・拡大状況把握 ・避難の必要性 ・サーベイランス

All Rights reserved by K.Kohriyama

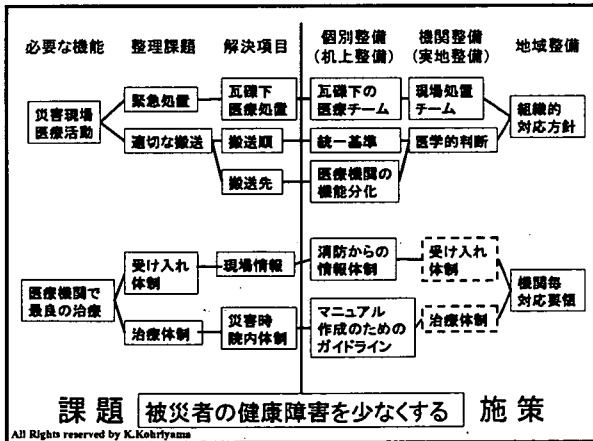
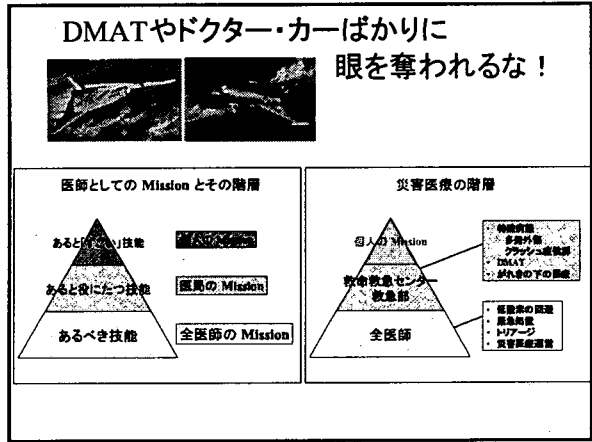
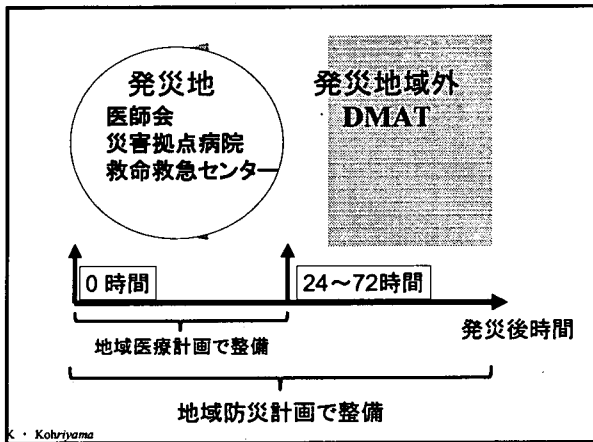
# カテゴリ I、II

## - 災害医療体制の構築 -

All Rights reserved by K.Kohriyama

	日常医療	災害医療
医師 - 患者関係	個対個	集団対集団
診療方針	時間的継続性	空間的連続性
対応医療行為	個人の裁量	統一基準
医療資源の投入	自在	限定
活動の場	医療機関内	医療機関内外

K・Kohriyama



# カテゴリ III

## - NBC対応現地関係機関連携モデル -

All Rights reserved by K.Kohriyama